



全日病 NEWS 9/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.717 2009/9/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「十分な態勢と連携を整えていただきたい」

◆新型インフルエンザ対策◆ 厚労省が日病協に要請。陰圧病床と発熱外来機能の整備に補助金

厚生労働省医政局は9月7日に日本病院団体協議会の11団体を招いて、「新型インフルエンザに関する意見交換会」を開催した。

日病協が8月25日付で厚生労働大臣に提出した要望書を踏まえて開かれたもので、近々予想される感染ピークを前に、病院界に厚労省の施策と支援態勢を説明、円滑なコミュニケーションを確保する目的で開催されたもの。

新型インフルエンザ対策に関しては四病協も8月31日に要望書を提出しているが、この日は日病協の要望に対応する形で開催された。

席上、医政局は、各医療機関が十分態勢をとるとともに連携体制を整えるよう要請を行なうとともに、挿管症例、ICU入室症例、死亡事例に関する情報提供を求めた。

しかし、病院側として求める財政などの支援に関しては、「検討する」「(保険局や健康局と)相談する」という答えが繰り返される意見交換会となった。(4・5面に詳細を掲載)

意見交換会で、舛添厚労大臣は、「冬に向い、できるだけピークを遠くにもっていき努力をすするとともに国、自治体、医療機関と協力して態勢を整えたい」と挨拶した後、政権交代に触れ、「民主党にも十分引継ぎをし、遅滞なく対応する」と述べていると述べた。

日病協の小山信彌議長(私大協病院部会担当理事)は、国民と診療所に、「発熱した段階では、まず診療所で診てもらっていただきたい。重症化患者は病院が対応する。病診の、この役割分担が大切である」と訴えた。また、厚労省に、医療機関に対する情報提供と経営資源の両面からサポートを要望した。

国立国際医療センターの工藤宏一郎氏は、新型インフルエンザの臨床対応に関する医学的所見を披露。新型インフルエンザによる死亡例の多くが重症肺炎であると指摘した上で、重症化を避けるためには、①早期診断と抗ウイルス薬の早期投入、②ハイリスクグループに対する基礎疾患のコントロールと感染時の抗ウイルス薬投与が重要であると、また、パンデミックに際しては、「診断と治療を迅速に行なえる地域完結型の医療連携体制の確立が必要である」と提起した。

意見交換において、日病協の各団体からは新型インフルエンザ診療にかかわる関連要望や補償等の質問が相次ぎ、厚労省が現時点の回答を示した。

その中で、厚労省は、「保健衛生施設等施設・設備整備費補助金の改正」を説

明した8月27日付事務連絡を紹介し、一般医療機関における陰圧病床と発熱外来機能の整備に対する補助金を追加する補助要綱改正を行なうと強調した。

新型インフルエンザの流行対策費は2009年度補正予算には計上されていない。しかし、ピークが間近に予想される以上、10年度予算を待つ訳にはいかない。そこで、今年度予算の執行残額をかき集めて前倒しで補助を行なって医療機関を支援しようというのが今回の改正。

それだけに、外来用のパーティション、排気装置、防護具等および入院対応の簡易陰圧装置、簡易ベッド等で約5億円、施設改修等で約2億円と、予想よりも小さな枠にとどまった。

しかも補助率は1/2。その上、都道府県に相応の負担を求める予定であるために都道府県によって対応が分かれる上、自治体病院に多く投入される可能性もある。

健康局結核感染症課が補助要綱改正の手続きを進めているが、本紙の取材に、事務連絡送付から2週間が経過しているにもかかわらず、「要綱改正がいつ終わるか、まだ見通しがついていない」と回答する始末で、はたしてピークに間に合うかおぼつかないところだ。

一方、新型インフルエンザ患者入院に伴って各種リスクを負う医療機関に対する診療報酬上の取り扱いについても、医政局は「ただ今医療課と相談してい

る」と回答。

患者と濃厚接触した看護職員に対するタミフル予防接種の公費負担、空床・休業補償など、緊急対応に追われる病院が現実には直面するだろう問題に、医政局は「検討する」と回答するばかり。さらには、「予算はすべて健康局が所管している」と釈明するなど、日病協各団体にはいささか期待外れの意見交換会となった。



▲インフルエンザの意見交換会には大勢のTVクルーが押しかけた

9月8日に日本医師会とも意見交換を行なった医政局だが、引き続き日病協との意見交換を要請したため、9月25日の代表者会議を利用して2回目の意見交換を行なうことになった。

厚労省が予防接種の対象と優先順位案を公表

厚生労働省は新型インフルエンザ(A/H1N1)のワクチンについて、予防接種の対象や優先順位などの考え方をまとめた方針素案をまとめ、9月6日に公表、意見募集の受付を開始した(締め切りは9月13日)。

方針素案は、予防接種の目的を「死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと及びそのために必要な医療を確保すること」と規定し、救急隊員を含むインフルエンザ診療に従事する医療従事者、妊婦、基礎疾患を有する者、小児(1歳~就学前)、1歳未満児の親というカテゴリ順に計1,900万人を優先させ、次いで、小中高校生、高齢者(65歳以上)の計3,500万人に接種するという優先順位を提案している。

ワクチンの確保に関しては、国内産は10月下旬以降の出荷が見込まれ、来年3月までに約1,800万人分(1m³/バイアル換算)の手当てが可能としている。

輸入ワクチンについては「早ければ12月下旬以降に使用可能」としている。その具体量は明記していないが、欧州メーカーから約5,000万人分を確保したと見込まれている。

その一方で、諸外国からの批判に配慮して、「輸入ワクチンについては、国際的なワクチン需給についても配慮し、

発展途上国への供与なども検討すること」を明らかにしている。

接種案は意見募集後、細部調整を経て今月内に決定し、10月早々に医療機関との調整と国民への広報を行ない、10月下旬以降接種を開始する予定だ。

厚労省は9月8日の都道府県等に対する説明会で、料金は全国一律で数千円を見込んでおり、原則的に接種者が負担する方向で煮詰めていることを明らかにした。

接種回数は3~4週間を置いて2回。接種医療機関は地域医師会と市町村が決めて10月中旬に厚労省のHPで公表するが、通院・入院中の人は受診先で接種を受けることになる。

■新型インフルエンザワクチンの接種順位案

(優先接種対象者)	
・インフルエンザ患者の診療に従事する医療従事者(救急隊員を含む)	約100万人
・妊婦	約100万人
・基礎疾患を有する者	約900万人
・小児(1歳~就学前)	約600万人
・1歳未満の小児の両親	約200万人

(その他の者)	
・小中高校生	約1,400万人
・高齢者(65歳以上)	約2,100万人 (重複除く)
合計	約5,400万人

厚労省・2010年度税制改正要望 持分なしへの移行課税猶予・免除を盛り込む

厚生労働省は、8月末にまとめた2010年度税制改正要望に、「持分なしへの移行準備を進める持分ある医療法人に相続税と贈与税の納税を猶予するなどの特例措置を創設する」という一項を盛り込んだ。

5年以内の移行が条件で、その間に生じる相続税の納税を同期間猶予するとともに、5年以内に一定要件を満たす持分のない医療法人に移行した場合に

は、猶予税額を免除するというもの。

さらに、相続人や出資者が出資払い込み額の払い戻しを受けた場合等に残りの出資者に発生するみなし贈与についても、相続税と同様に5年間猶予するとともに、5年以内に移行した場合には猶予税額を免除する。

2010年度税制改正要望には、ほかに、「障害者雇用促進法の改正に伴う障害者を雇用する事業所等に係る税制上の

特例措置の拡充(所得税、法人税、法人住民税、不動産取得税、固定資産税、事業所税)」および「公益法人制度改革に伴う老人福祉施設等に係る非課税措置の創設(不動産取得税、固定資産税、都市計画税)」を新規に盛り込んでいる。

「障害者を雇用する事業所等に係る税制上の特例措置の拡充」とは、障害者雇用率制度の基準を満たす事業所に

適用される税制特例の対象障害者に週20時間以上30時間未満のパート労働者を追加するというもの。

「公益法人制度改革に伴う老人福祉施設等に係る非課税措置の創設」は、昨年12月の公益法人制度改革で特例民法法人となった従来の社団・財団法人が設置する老人福祉施設等に対して、新たな法人類型に移行する2013年11月30日以降に公益社団・財団法人を選ばない場合にも、一定の基準を満たす法人は非課税とする、というもの。

清話抄

1,000名の女性医療フォーラム

当院は昨年、1,000名の女性を集める「女性医療フォーラム」の開催を始めた。これまで10年近く「がんフォーラム」を開催してきたが、患者さんやその家族が主な聴衆であった。一方で、当院は女性患者が多く、「性差医療」なども注目される中で、女性が罹りやすい

「女性の病気」について広く知って頂く機会も必要だと感じていた。そのために、がんフォーラムとは別に、20代から40代の女性が気軽に参加できるフォーラムの開催を考えたのである。

硬い内容にしないために、「女性の健康と美」をテーマとし、女性が憧れる女優やスタイリストをゲストで招く。会場も市民ホールではなく、有名なホテルにする。協賛も医薬品や医療機器メーカーだけでなく、女性を顧客とする企業から

募り、会場へのブース設置も行う。会場全体を華やいだものに演出するためだ。

普段、「病気」や「医療」とは関わりのない女性に、いかに興味を持ってもらうか仕掛け作りに知恵を絞った。昨年は1,400名を超える応募があった。地方都市で開催する企画としてはかなり反響があったと思う。今年も開催まで1ヶ月を切り、今や準備は佳境を迎えている。

全日病の活動においても、市民に医療や病院の現状について知って頂く活

動はとても大切ではないだろうか。さらに、市民を巻き込みながら、医療政策の実現に繋がれば理想的である。国会議員や医療行政担当者への情報発信なども重要であろう。

全くの私見であるが全日病の手で「医療政策フォーラム」を立ち上げれば良いのではと思う。折角の地道な活動を生かしていくためにも、今後はどう「発信」していくかという視点が欠かせないからだ。(井)

主張

国民の不安を解消する抜本的改革は必要。だが、公立病院を救済すれば今の医療問題が解決するだろうか？

「祇園精舎の鐘のこえ、…盛者必衰のことわりをあらわす」 学生時代には、そんなものと聞き過ぎた文章を、今や、身にしみて実感する。筆者は北海道に住み始めて42年になるが、その間、バブルの崩壊とともに北海道拓殖銀行が倒れ、老舗中の老舗の丸井今井デパートが三越の伊勢丹グループに吸収され、そして、遂に自民政権が消滅することになった。

これからどうなるのかは誰にも分からないが、世の中が賀茂川の流れるように「かつ消え、かつ結び」変って

いこうとしているのは確かであろう。

敗戦後の世界最低の経済貧国から、世界第2位の経済大国へと奇跡的發展と成長を遂げた日本が減速し始めている。「派遣切り」「ワーキングプア」「年金不安」「生活格差」「地方都市の疲弊」等の政策の誤りを非難する言葉がマスコミを飛び交い、前向きに進もうという明るさが消滅している。

医療界でも、「病院倒産」「医療崩壊」「介護難民」「医師不足」等の標語が新型インフルエンザの不安をさらに煽った形で、自民政権が崩壊した。

医療界を含め、人の社会生活は基本的に急激な大きな変化がないということが大前提にして営まれている。2000年から始まった診療報酬の連続マイナス改定により、ジワジワと首を絞められてきた医療界が、民主党政権に変わって新鮮な空気を吸える様になるのか、このまま窒息するのは分からないが、先に述べた国民の不安を解消する抜本的改革が必要なのは当然である。

50年後の日本を見据えた絵を描ける政治家が必要であるが、新政権の

マニフェストを見る限り、目先の「お手当て」が目立つばかりで心寒い限りである。我々病院を経営する者から言えば、質が高く、安全でかつ効率がよく、利便性の高い医療を実践する病院が報われる様な社会であってほしいと思うが、民主党の話の端々からは、官公立病院を救済すれば今の医療問題が解決するかの様な印象を受ける。もしそうならば、なおいっそう、我々全日病は意を決して仲間を増やし、皆で団結して行動することが必要と思われる。(O)

7万床削減は継続。重症度に応じた評価体系導入も提起

精神保健医療福祉改革 後半期のビジョン 「入院から地域へ」。医療機関を類型化、精神医療体制再編と個々の機能強化を提言

「入院から地域へ」の実現をめざし、精神科医療再構築を軸に精神障害者社会復帰の設計図を描く精神保健医療福祉改革後半期ビジョンのとりまとめが大詰めを迎えている。

9月10日の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」は、報告書案全体を通じた修正意見を受け付け、次回会合でとりまとめることを確認した。

事務局(厚労省社会・援護局精神・障害保健課)は、当初9月に検討会をもう2回予定していたが、24日の予定を取り消し、次回17日にとりまとめるよう要請した。

9月16日に発足する民主党政権は2005年に制定された障害者自立支援法の廃止を求めている。障害者自立支援法は、「入院から地域へ」を実現する上で、障害者の生活を支える医療・福祉サービス提供体制の軸となると考える厚労省として、新大臣に引継ぐ事項に、自立支援法を踏まえて後半期ビジョンを提案する当報告を既成事実として加えておきたいとする意向が働いたものと思われる。

同日の議論では、なお、煮詰めきれない課題提起もみられたが、事務局は概ね合意が得られたとしており、次回、決着の運びとなる。



加する」と予測。認知症に専門に対応できる医療機関・医師の不足、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高い認知症患者に対して療養病床や老人保健施設等の対応機能が十分でないという実態を問題視している。

また、精神病床のいずれにおいても精神・身体合併症患者への対応が十分でないと指摘。

一般病床における精神科リエゾン診療の充実とともに、精神疾患患者を精神病床以外に入院させないとする医療法施行規則(10条3号)の見直しを検討課題にあげている。

また、急性期の身体合併症対応機能の充実化が期待される総合病院精神科の廃止や病床縮小を危惧し、その病床確保と機能充実を図る方策を検討すべきとし、報酬面だけでなく、事務補助者等従事者の負担軽減や他との連携拡充についても検討すべきとしている。

身体合併症への対応については、精神科病院においても、一定程度の入院医療管理を行なうなどの役割を發揮できるための方策を検討すべきであると提案している。

さらに、地域医療の面からは、急増する精神科診療所が他の医療機関と連携して積極的な役割を果たす体制の構築や、医療計画で、救急医療に位置づけられている精神科救急を除くと、精神医療は「4疾病5事業」に位置づけられていない点を課題にあげている。

こうした現状認識に立って、報告書案は、病期や疾患等に応じた入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明

示するとともに、将来的な病床の機能分化や地域における精神医療提供体制の姿として、次のような精神科医療機関の類型が必要とし、地域精神医療提供体制の再編と個々の精神科医療機関の機能強化を提言している。

- 高次精神科救急を行なう精神科病院
- いわゆる総合病院精神科
- 高齢者の診療を行なう精神科病院
- 極めて重症な患者の療養を行なう精神科病院(必要な病床はごく限られる)
- その他の専門的医療機能(児童思春期、依存症等)を有する精神科医療機関

その上で、精神科医療を「4疾病5事業」に位置づけることを検討すべきとしている。

地域生活支援の面からは、都道府県による精神科救急医療体制確保の制度的な位置づけ等救急に関する各種の施策とともに、精神科訪問看護の訪問看護ステーションとの連携、精神科デイケア利用の重点化(一定状態像の福祉への移行)などを提案している。

精神病床の人員配置充実化に関しては医療法標準の見直しを提起しているが、入院患者5人に1人(看護補助と合わせて4人に1人)の配置が認められている看護配置の経過措置については、「看護職員の確保の状況、地域医療への影響等も見極めながら」見直しを検討すべきとしている。

また、重症度に応じて評価を行う体系の導入についても検討すべきとし、「そのために必要な調査及び分類・評価方法の開発を進めるべきである」と提起している。

検討会は2004年9月に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が09年9月に中間年を迎えることから、後半5年間の重点施策をまとめ、精神保健医療改革の完成を図る目的で昨年4月に設置された。

報告とりまとめに24回50時間以上の時間を費やしたわけで、厚労省の重要課題審議としては、異例の時間を投入したといえる。

「改革ビジョン」は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を掲げ、精神医療体系と地域生活支援体系再編の基本的な方向を示し、精神障害者が地域で安心して自立した生活を送れる精神保健医療福祉施策の基盤強化を10年にわたる中長期課題にあげた。

その前半期において、障害者自立支援法の制定や精神科ショート・ケアの新設等診療報酬面ほかの制度変更と施策を実施してきた。

精神医療体系再編の達成目標としては、①精神病床の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする、②退院率(1年以上群)を29%以上とすることを掲げ、これを指標として、各都道府県が医療計画で定める基準病床数(精神病床)の減少を促し、10年後の2015年に「受け入れ条件が整えば退院可能な者約7万人について解消を図る」とともに、約7万床

相当の病床削減を促すことを掲げた。

報告書案は、「24%以下」の目標については、「平均残存率の趨勢としては減少傾向にあり、平成18年時点で29.7%となっている」と、「29%以上」については、「ビジョン策定以降一貫して上昇傾向にあり、平成18年時点で23.0%となっている」と評価する一方で、「特に退院率は転院等の頻度と関連があり、転院等を退院に計上しない場合は上昇の度合いは小さくなる」と留保し、現実には効果が上がっていないことを示唆している。

その結果、ビジョン策定時に約7万人とされた「受入条件が整えば退院可能な者」は「直近では約7.6万人となっている」と、精神病床数についても、06年4月に見直した算定式によると、08年4月の基準病床数は「改革ビジョンで示した2010年時点の基準病床数試算を下回っている」ものの、「精神病床数そのものはほとんど減少していない」と、効果が出ていないことを認めている。

これらを踏まえ、報告書案は新たな指標を提案する一方で、精神病床数の7万削減については「今後も引き続き誘導目標として掲げることが適当である」とし、併せて、基準病床数の算定式をさらに見直すよう提案している。

認知症高齢者の増加対策と身体合併症への対応が急務

以上の見地に立って、報告書案は、「入院から地域へ」を推し進めるために、今後5年間の改革の中核に精神保健医療の改革を位置づけ、(1)早期に質の高い医療が受けられ、早期に地域生活に戻ることができる、(2)地域では、症状に応じて、日常的な外来・在宅医療や緊急時の救急医療や福祉サービス等を受けることができ、長期入院者も含めて安心して自立した生活を送ることができる、などの視点を打ち出している。

さらに、①疾患や病期に応じて質の

高い医療が提供される体制を作る、②救急医療や通院・在宅医療、障害福祉の充実等により地域で質が高い支援を受けることができる体制を作る、③地域社会における精神疾患への理解の深化を図るという取り組みを進め、「地域生活への移行・定着が円滑に行なわれる流れを作る」ことを課題にあげている。

報告書案は、精神疾患ごとに、患者と医療提供の状態に対する考察を加えている。その中で、統合失調症は「今後減少する」ものの認知症高齢者は「増

一冊の本 book review

杉浦啓太 発行●三和書籍 定価●1,600円(税別)

『僕の神経細胞 —パーキンソン病歴20年の元毎日新聞記者の手記—』

元毎日新聞記者の医療ジャーナリストが39歳で発病、その後パーキンソン病に犯されながらも前向きに生きてきた20年をエッセイに綴っている。病気を冷静に観察し、最新の医療技術、医学情報にも言及している。かかりつけ医の大切さ、介護度や介護報酬、医師不足、あるいはパーキンソン病患者に対する社会保障サービスなども論じながら、難病にもかかわらず、闘病生活を軽快な文体で描いている。何よりも、病氣と向き合う、自身と家族の姿を赤裸々に描いていることに感動する。医療従事者として知っておきたい患者の実像がここに描かれている。(K)

急性期医療をめぐる激しい議論

慢性期分科会が報告書

報告書で区分評価票の該当項目全記載とレセプト添付を提案



診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会は8月27日の会合で、「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」をとりまとめた。

とりまとめにあたっては、少なからぬ表現の修正をめぐって真剣な議論が行なわれた。とくに、一般病棟の特定除外患者の評価に関連して急性期医療をどう定義するかというテーマが前面に出たため、一般病床に携わる委員と療養病床に携わる委員との間で激しい応酬が交わされる一幕もあった。

報告書案の修正内容はすべて合意が得られ、具体的な修文は池上直巳分科会会長(慶大医学部教授)に一任された。報告書は、9月内遅くとも10月早々に基本小委に提出される。

報告書は、2008年度の慢性期調査結果にもとづいて「患者分類の基本構成は妥当である」と評価した。したがって、10年度改定で医療区分・ADLを構成する項目の見直しはないものとみられる。

その一方で、現在、患者ごとに医療区分・ADL区分を評価するために用いられている評価票をQI抽出と検証のツールに採用するよう提起。そのために、患者が該当する状態・処置の全項目記載とレセプトへの添付を義務づけると

特定除外対象患者の実態が初めて明らかに

今回の慢性期調査報告は、これまでの報告とは異なり、一般病棟の13対1と15対1病棟に入院する患者を実態調査した結果をのせている。その結果、80施設4,888名に関するデータが集まり、そのうち90日超の患者が約2割占めていることが判明した。

また、90日超で75歳以上の患者は後期高齢者特定入院基本料という包括点数が算定されるが、その除外規定に該当するために引き続き一般病棟入院基本料が算定されている患者が、75歳以上の98%を占めていることも分かった。

今回の調査は、こうした特定除外対象患者の実態を初めて明らかにした。

この調査結果に対して、報告書案に

いう運用面の変更を提案している。

これにより、現在、病棟単位で記載している「治療・ケア評価表」は廃止となる。

区分評価票の該当項目全記載に関連して、一部委員から、「多項目に該当するケースは区分変更につながる可能性がある」として、その検討を盛り込むべきという意見が示され、「今後の検証課題とする」旨が書き込まれた。

は、90日超の患者は「医療療養病棟の患者と医療区分の構成比が類似している」と書き込まれた。その結果、「類似している」という判断をめぐって、意見の応酬が繰り返された。

類似もしくは近似しているとされたのは、一般病棟の患者に医療療養病床の患者分類を当てはめたところ、90日以内の患者は「1」が最多で、次いで「2」「3」の順に多かったのが、90日超の患者は「2」「3」「1」の順となり、この区分構成が医療療養病棟と同じであることが1つの根拠とされた。

このことを論拠として、一部の委員からは「医療療養と同じ状態の患者が一般病棟で出来高算定を受けているの

は不公平であり、不効率ではないか」という批判が示され、10年度改定はともかくも、見直しを急ぐべきであるという見解に発展した。

8月27日の分科会では、「そもそも包括評価自体に反対である」とする立場をとる委員が、「医療区分3の割合は医療療養は19.7%だが90日超は32.3%と1.5倍になる。24時間持続点滴や中心静脈栄養等の割合も医療療養病棟より高いなど、むしろ類似していないとすべきだ」と反論。患者分類を一般病棟に導入する、あるいは当該患者を移行させるという考え方に反対した。

別の委員は、「複雑な病態で急変が多い高齢者を、一律にハコで分けることには疑問を感じる。一見状態像は似ている。しかし、具体的な中身は違い、多様な患者像がある。医療療養(患者分類)の尺度だけでなく、一般病棟の考え方を踏まえた別な視点も必要だ。90日超がすべて慢性期とはいえない」と、特定除外規定の必要を擁護する認

急性期の機能分化とも関連する慢性期医療

さらに、報告書案の末尾に、前回の検討以降書き込まれた修正として、「来年度以降、慢性期医療を担う医療機関や施設について新たな横断的調査を実施する必要があり、その際には、基本小委員会と相談しながら、急性期、亜急性期(回復期)、慢性期それぞれの状態像が描けるよう、調査設計の段階から慎重に議論を進めていくべきである」(下線は編集部)という表現があることに、委員から、「これは基本小委から慢性期分科会の範囲を逸脱しているとの批判を受ける。穏健な表現にとどめるべきではないか」と自重を求める声が上がし、基本小委より付託されたとき

識を示した。

こうした意見に、「類似している」という評価を支持する委員が反発。「発症後90日過ぎている以上急性期は脱している。一体、急性期をどう定義するのか」とたずね、「ポスト・アキュートのあり方を論じるというのに、急性期がはっきりしないと議論が先に進まない」と批判した。

この議論に、事務局(厚労省保険局医療課)が参加。「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態(治療・軽快・緩解を含む)に至るまでを指す」としたDPCにおける急性期定義を披露したため、議論は、報告書とりまとめの方向から逸脱しかけた。

このため、池上分科会会長が「ここは急性期定義を行なう場ではない」と介入。議論を取捨するとともに、「類似している」という表現は、90日超患者と医療療養患者の比較としてデータに示されている具体的な内容に置き換えるという主旨で合意、決着をみた。

の表現を援用することに落ち着いた。

末尾の、この表現を提案した委員は、「それは仕方がない。しかし、こうした問題意識がなければ、今後、慢性期医療に関する確かな設計はできないだろう」という見解を表明した。

慢性期医療は、一般病棟、リハビリテーション施設、介護施設、在宅をも含めた広範なデータ分析に立ってなされる必要があるが、同時に、亜急性期、回復期、DPCさらには救急医療という一般病床の機能分化いかんとも連動していることをあらためて考えさせる議論となった。

「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」報告書(要旨) 9月9日 診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会

*本報告書はいくつかの表記に変更が加えられ、修文は分科会会長に一任されました。本稿は報告書のVについて、修正点の主旨を反映させた上で要旨にまとめたものですが、正確な報告文は基本小委に提出されたものを参照してください。

I. 分科会での検討の経緯

3. 当分科会における検討

2009年5月に再開された当分科会で、「当分科会の役割を明確化すべき」「一般病床等との関係を含め、慢性期医療に係る中・長期的な課題も議論すべき」という議論があったため、基本問題小委員会に報告した結果、当分科会への付託項目として以下が確認された。

①短期的課題

09年度改定に向けて、医療療養病床に関して、「患者分類の妥当性の検証」「各医療機関における分類の適切性の検証」「提供されている医療の質の検証」を検討する。

②中・長期的課題

医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期医療に関する調査・分析を行なう。

当分科会は、医療療養病床における医療の実態について「08年度慢性期調査」を用いて検討した。同様に、一般病床の一部で提供されている医療の実態についても、「一般病棟で提供される医療の実態調査」を用いて検討した。

II. 08年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の概要(略)

III. 一般病棟で提供される医療の実態調査の概要(略)

IV. 調査結果のまとめ(略)

V. 今後の課題

1. 短期的課題とされた事項について

(1)患者分類の妥当性について

患者分類の妥当性について、当分科

会は以前、「06年度慢性期調査」の結果から「概ね妥当である」と評価した。

「08年度慢性期調査」はタイムスタディを実施していないが、08年度改定で医療区分採用項目をほとんど変更していないことから、現在も9分類の基本骨格の妥当性は維持されていると考えられる。

今後も引き続き、医療区分各項目の該当状況、その経年変化、多数項目に該当する場合等の調査を実施していく必要がある。

(2)各医療機関における患者毎の分類の適切性について

療養病棟入院基本料の請求時に患者毎の分類が適切に行なわれているかどうか、09年度調査の患者特性調査を用いて検証を試みたが、調査では細かな算定要件を裏付ける資料を求めなかったために、患者特性調査に基づく分類結果と合致している確認ができなかった。

本課題を検証するためには、前出資料の提出を求めてレセプトと照合する方法が考えられるが、その際は協力医療機関の事務的負担を考慮する必要がある。

(3)提供されている医療サービスの質について

①当分科会は07年度調査の患者特性調査から褥瘡等の患者を把握し、それをQIに採用することを提言。08年度改定で、そのうちの4項目を「治療・ケアの内容の評価表」として採用し、病棟ごとに測定・評価することになった。

②08年度調査では、患者特性調査の結

果から、それらの全体的傾向や個別項目の変動と経年変化を確認したが、今後、さらに正確な評価を行うためには、サンプル数を増加させて患者の重症度を考慮した評価を行う必要がある。しかし、患者特性調査は医療機関に負担をかける上、任意調査であるために必ずしも精度が担保されていないなど限界がある。

「治療・ケアの内容の評価表」を用いる方法もあるが、これは病棟単位であるために個々の患者の重症度を考慮して評価することができない。

③そこで今回、実験的に、レセプト調査で収集したレセプト添付の「医療区分・ADL区分に係る評価票」を分析したところ、患者特性調査のような負担をかけることなく、患者の状態やケアの内容を把握できることが分かった。

ただし、「評価票」は医療区分・ADL区分の変化を判断するものであるために、患者が該当する処置・状態の全項目を記載しているわけではなく、また、レセプトへの添付は任意であるために、サンプルの数が限られるという問題がある。

④以上から、当分科会は、QIの評価・検証には患者特性調査よりも「評価票」を利用の方が有効であると考えた。その際、「該当する全項目の記載を必須とする」「レセプトへの添付を必須とする」という2点の「評価票」運用に関する変更を提案する。

その場合に、レセプトオンライン請求に対応する際は、「評価票」もレセ

プトと同様にCSV方式で記載できるようにすることが必要である。

なお、患者が多数多項目に該当している場合に「それが区分変更につながるのではないか」という意見もあり、その点は今後の検証課題とする。

また、上記の運用変更が医療現場に与える負担も、今後、調査・検討する必要がある。

2. 中・長期的課題とされた事項について

検討にあたっては、慢性期医療の定義・範囲を明確にしておく必要があるが、現時点では、さしあたり一般病床の一部から介護保険施設の一部までが想定される。当面は、このうちの一般病床に係る部分から検討することとした。

本年度は「平成20年一般病棟で提供される医療の実態調査」を利用して分析したが、この調査から、現在の医療療養病床に入院している患者に比較的近い状態の患者が、医療療養病床以外でも入院医療を受けている実態があることが示唆された。

回収率が著しく低い等の問題点はあるが、13:1病棟及び15:1病棟の入院患者や医療に関する実態調査はこれまで実施されておらず、今回の調査によって初の知見が得られた。

来年度以降、慢性期医療を担う医療機関や施設について新たな横断的調査を実施する必要があり、その際には、医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、調査設計の段階から当分科会で議論を進めていくべきである。

「早期診断と抗ウイルス薬の早期導入で重症化を防ぐ」

新型インフルエンザ ハイリスク患者には基礎疾患のコントロールと抗ウイルス薬の投与が必要

厚生労働省と日本病院団体協議会が9月7日に開いた「新型インフルエンザに関する意見交換会」で、病院団体の側は「このまま感染がピークに達したら深刻なことになる」と、数多くの要望と相談を厚生労働省に投げかけた。

感染患者と他の患者を分ける動線を確保するためにはパーティションや空調以外にも改修費用はかかる。患者と接触したスタッフへのタミフル予防投与は公費の対象とならないのか。感染した子をもつ妊産婦へのタミフル予防投与は可能か。感染疑いの従事者を休ませて診療が維持できるか。医療法や診療報酬への影響はないのか。介護施設等の予防対策や休業補償はどうか…。

厚生労働省からは「検討する」という答えが多かったが、取りあえず、直接現場として知りたいことを伝えることができた。

意見交換会は引き続き開催される。最終的には、患者の受診行動をどう誘導でき、病診・病々連携を地域に構築できるか、厚生労働省だけでなく病院界も問われるところだ。

以下に、「新型インフルエンザに関する意見交換会」の議論内容と資料等を整理してみた。(1面に関連記事)

新型インフルエンザへの臨臨対応—医学的見地から 国立国際医療センター国際疾病センター 工藤宏一郎センター長

新型インフルエンザについては、圧倒的な数は軽症であるが、ほんの一部重症化するハイリスクなグループがあるほか、基礎疾患を有さないにもかかわらず重症化さらには死亡する人々がいる。

重症化するハイリスクなグループというのは、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、代謝性疾患、腎障害、免疫機能不全、肥満等の基礎疾患を有している、あるいは妊婦、幼児・小児である。この中から、基礎疾患が重症化するものと重症肺炎へ移行するものがある。

基礎疾患を有する場合の治療は、基本的には、基礎疾患に対する治療と感染症に対する治療の2つを徹底させることが非常に大切である。

すなわち、基礎疾患に対する薬物療法を含む十分なコントロールに加え、感染が発生したと判断されたならばそれに対する治療も十分に行なう。ワクチンが可能であればどんどん追加していく、予防的に投与することが非常に大

切である。

診療施設としてはかかりつけ医の外来治療、必要に応じて入院治療になるかと思う。

基礎疾患であるが、例えば、喘息、慢性気管支炎・気管支拡張症、COPD(慢性閉塞性肺疾患)といった呼吸器気道系の慢性疾患にウイルス感染が被ると、それ自体で重篤になる可能性がある。

これらの疾患についてはすでにガイドラインができていて、それに従って治療していけば基礎疾患の急性増悪は防げるものと思われる。そして、ウイルス感染があると思われたら抗ウイルス薬の投与をすばやく行なうことが非常に大事である。

インフルエンザウイルスによる重症肺炎は、日本での症例はまだ非常に少ない。8月にメキシコを調査で訪れた際に得た重症例を紹介する。この重症患者は(肺の)両側に瀰漫性に肺炎が生じている。次に、亡くなった方の病理を

みると、瀰漫性の肺胞障害あるいは汎細気管支炎という病状を呈している。こうなってからでは難しい。

別の症例では、肺が非常に膨らんで中が肺水腫のようになっている上、出血している。やはり、こうなると救済が難しい。

鳥インフルエンザはアジアで若干みられるが、今のところ、日本では出ていない。この重症肺炎が、新型インフルエンザの重症肺炎とまったく同じということが分かった。ベトナムの例では、入院して25時間後には胸部XP上肺野が真っ白になって亡くなっている。別な症例でも1週間で急激に進行するなど、重症肺炎が多く報告されている。

鳥インフルエンザには早期診断と早期治療がきわめて重要といわれているが、この原理は、新型インフルエンザの重症化予防にも言える。

早期診断と早期治療で重篤化を防いだ小児の国内症例を紹介しよう。発熱で受診してきた段階で、胸部単純写真では一見してひどい肺炎とは思われなかったが、呼吸器症状に急激な進行が認められたために入院してもらい、CTを撮ったところ、ウイルス性の肺炎を示唆していた。そしてすぐに治療を開始した結果体温は下がり、低かった酸素も改善され、退院することができた。

こういう症例は、メキシコやベトナムでは放置され、重症の肺炎になって初めて病院に搬送され、万事休すとなるケースが多かったのではないだろうか。

スペイン風邪からも学ぶことは多い。抗ウイルス薬もなく、全身管理も未発達、院内感染防止の概念もなかった時代であり、第2波では肺炎で亡くなるケースが非常に多かったと報告されている。

現在の細菌感染というのは、メキシコでもベトナムでも抗生物質耐性菌に

よる2次性の院内感染であり、この点は過去のスペイン風邪の状況とは異にしている。

さて、抗ウイルス薬とワクチンの特徴をお話したい。

抗ウイルス薬は症状を和らげるだけでなく、実は、ウイルスの肺内における増殖を抑える。したがってウイルスの抗原性を保持させたまま免疫系の誘導につなげるということになり、感染して抗ウイルス薬を投与すれば免疫は獲得されるという状況が考えられる。

問題は耐性ウイルスの出現である。今は抗ウイルス薬の種類が限られているが、今後、多種類出てくればこの辺も解決される。

一方、ワクチンは型が合えば予防に有効である。ただし、大量生産に時間を要するため、新型には間に合わないという問題がある。

最後に、診断と治療が完結する地域医療連携体制が大切であるということを示したい。検体を中央に送らないと確定診断がつかない、あるいは、重症の患者に限られた特定の病院でしか扱えないという状態では開発途上型の診療体制ということになる。

医療体制が整っている日本は、地域で専門病院、総合病院、診療所が連携して診断と治療が完結する地域医療連携体制を構築すれば、パンデミックに十分対応できるのではないかと。

重症化の早期診断と抗ウイルス薬の早期導入によって重症化を防ぐこと、ハイリスクグループにはこの原則および基礎疾患に対する日常の薬物療法を中心としたコントロール、そして感染時の抗ウイルス薬の投与が重要であること、診断と治療を迅速に行なえる地域完結型の医療連携体制の確立が必要であることを、あらためて申し上げたい。

■新型インフルエンザ感染の概況 (9月7日の意見交換会資料等から編集部が整理した)

<p>感染症発生動向調査によるインフルエンザ報告(すべての種類が対象)は増加傾向にあり、第34週(8月17日～23日)に1万1,636例、定点あたり2.47、当報告に基づいた患者数推計は全国で約15万例であった。発生報告が多いのは依然として沖縄県(46.31)で、埼玉県(2.94)、神奈川県(2.85)が続いている。</p> <p>第35週(8月24日～30日)の報告数は1万2,007(定点あたり2.52)と微増、沖縄県は2,088(36.00)と大きく減少した。第36週(8月31日～9月6日)も1万2,515例(2.62)と2週連続して小幅増にとどまった。</p> <p>報告されているインフルエンザのほとんどはブタ由来インフルエンザA/H1N1。国立感染研究所感染症センターによる病原体検出情報(9月8日現在)に</p>	<p>よると、第19～36週に全国で分離・検出されたウイルスの86%をAH1pdm(新型インフルエンザウイルス)が占めている。</p> <p>厚生労働省は「30週後に急増したが35週で少し減った」点を注目しており、9月9日の会見で、中嶋建介感染症情報管理室長は「感染者の増え方が想定よりも緩やかだ。ピークは少し後ろにずれるのではないか」という見方を表わした。</p> <p>ただし、学校や医療・福祉施設などで確認された新型インフルエンザの集団感染発生件数は、第36週で2,318件(速報値)に上り、前の週(1,402件)の約1.6倍になっている。</p> <p>国立感染研究所感染症センターによる世界の状</p>	<p>況報告によると、5月から7月に大きく拡大した英国、米国は減少傾向になっているものの、依然として感染が続いている。メキシコは4月27日をピークにその後低下傾向が続いていたが、6月1日から再び上昇傾向をみせ、現在も毎日100例程の確定例が報告されている。</p> <p>南半球でも、初期に流行が拡大した地域は現在低下傾向に入っているが、初期にあまり患者がみられなかったところでは逆に感染が拡大している。オーストラリアは例年の季節性インフルエンザと類似した流行曲線をとっているが、チリでは5月中旬に始まった流行が急速に拡大し、例年の季節性インフルエンザ流行の約3倍の報告数となっている。</p>
---	--	---

厚生労働省 タミフル予防投与のルールと公費投入も検討

厚生労働省と日病協の意見交換 (要旨) 9月7日

日病協 通常の季節性インフルエンザと比べて、重症化する確率はどうか。

工藤氏 季節性インフルエンザで0.1%以下だ。新型は、現在のところ0.0002%くらいか。もっとも、これは国によってかなり違う。

日病協 体内を通して弱毒性が強毒化するということはないというが。

工藤氏 感染していくうちに強毒化したというエビデンスはない。スペイン風邪の場合は、抗ウイルス薬がない中、院内感染が原因で蔓延化した。耐性菌の可能性については、現在、抗ウイルス薬は2種類と少ないのでその心配があるが、今後、薬が多くなれば、その組み合わせによって対応できる。

日病協 重症化が増えるとレスピレー

ターが足りなくなる可能性がある。
工藤氏 レスピレーターには何人ものスタッフが張り付く必要がある。そうなったら破綻しよう。そうならないようにしたい。

日病協 自己管理できない高齢患者がいる精神科病棟や老健施設はどう対応したらよいか。

工藤氏 職員や面会など外からのウイルスの持ち込みを封じること、院内感染に注意することが大切だ。

厚生労働省 医療機関には挿管症例、ICU入室症例、死亡事例に関する情報提供をお願いしたい。2009年度厚生労働科研に供して今後の対策に活かしたい。

日病協 院内に発熱外来機能というが動線の分離が大変だ。パーティションや

空調の整備に補償がつくとされたが、すべての補償はできないのか。

医政局長 補助の仕組みはあるが予算枠の問題がある。

日病協 3,100億円の交付金は、各県に少なくとも25億円ずついきわたる。2次救急医療機関全体に動線確保を補償するなど、2次圏を超えた2次救急の支援に投入できないか。

厚生労働省 この計画はすでに進行しており、その主旨が変わらない限り2次圏をベースとした投入となる。

日病協 感染症に関して日本では医師の(診断にかかわる)免責が認められていない。したがって診療所の医師が早々と患者を送ってくる。診断に尻込みしているのだ。診療も逆に過剰となる可能性がある。免責の問題も併せて検討する必要はないか。

厚生労働省 季節性インフルエンザを診ている医療機関にはぜひ診ていただきたい。診療に伴う補償等とはもかく、医療従事者のワクチンは優先的に確保したい。

日病協 新型インフルエンザを2類感染症の類似疾患とする取り扱いを止めてほしい。2類のH5N1(鳥インフルエンザ)に準じると、動線、届出等制約が多すぎる。それほど強毒性はないと分かっているのだから、季節性と同じ扱いにしてほしい。

厚生労働省 4月の発生直後に、当局は検査後にすべてを届け出るとした。しかし、7月半ばよりPCRの検査は不要とし、患者一人一人の届け出も免除している。現状に即して法上の取り扱いを緩和している。

日病協 老健施設はどうするのか。療養病床にも無資格の介護スタッフが多い。この人達も予防接種の対象にしてほしい。

緊急時の従事者確保－医療法と診療報酬の問題を検討

◆新型インフルエンザ◆ 厚労省が挿管症例・ICU入室症例・死亡事例に関する情報提供を要請

(4面から続く)

厚労省 介護施設においても院内感染対策については配慮をお願いしたい。予防接種は詰めきった話ではなく、ただ今検討中だ。

日病協 ワクチン接種の優先順位を精神科の患者にも認めてほしい。

厚労省 精神や介護施設の必要性は承知しているが、限られたワクチン。今後とも検討したい。

日病協 患者と濃厚接触した看護職員を後からタミフルを予防投与したら、その費用は補填してもらえるのか。

厚労省 ルールでは対象に入らないが、自治体にはよく考えてほしいと要請している。自治体によって備蓄の枠があり、具体的には交渉してほしい。

日病協 それではうまくいかない。例えば、子供が感染して母親が妊婦の場合とかは我々としても予防投与したいが、保険がきかず、公費も対象外だ。こうした具体的ケースは自治体も保健所も判断できない。国で基準を作してほしい。

厚労省 公費をどうできるか内部で検討したい。

日病協 受診の制限やタミフル投与の制限など、色々と制約が多いとパニックになったときは大変だ。医療機関は、免責がない中で責任ばかり求められる。

日病協 診療で感染した従事者を休ませていたら標欠となって診療報酬の算定もできなくなる。特例を検討してほしい。



厚労省 8月28日付事務連絡で示したように、医療法や診療報酬上の取り扱いについては、今後さらに検討する予定である」とある。これは、今、診療報酬上の取り扱いを医療課と詰めている。

医政局長 補助金については健康局のものばかりなので、よく相談したい。予防投与をどうするか健康局と相談したい。免責の件は季節インフルエン

ザでは出てこない話であり、今の法体系では難しい。予防投与の判断基準やガイドラインの件は検討したい。病院と診療所の分担も重要なテーマと考える。今日は医療機関の体制作りがテーマだが、現場の問題が分かった。今後もこの会を開催し、情報交換してサポートできるものにしていきたい。

沖縄の救急病院は休日夜間に患者が集中

厚労省の資料説明から 9月7日

○入院患者の概況

7月28日時点の入院数および7月29日以降9月1日までに入院した患者の累計は579名。5歳未満が110人、5～19歳が319人と多く、20～59歳が85名、60歳以上は65名。うち半数近い257名が基礎疾患を有しており、喘息等慢性呼吸器疾患が138名、次いで糖尿病等の代謝性疾患が23名、腎機能障害が16人、慢性心疾患が15名などの順(その他が98人)。妊婦は5人と少ない。急性脳症が12人、人工呼吸器の利用が27人出ている。

○沖縄県の状況と対応について

感染が急速に拡大した沖縄県では、救急告示病院を中心に年末年始のような忙しさが続いている。休日夜間は救急病院に患者が集中している。電話の問い合わせも多く、医療機関は電話対応に人員が割かれている。ICU入室症例も多く、通常は術後対応をICUで行っている手術症例を待機させざるを

得ない状況もみられる。

○8月28日付事務連絡「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」

別添3「新型インフルエンザに係る医療提供体制の確保対策及び情報提供について」(3)に「新型インフルエンザ患者の入院診療を行う医療機関が、緊急時の

対応として新型インフルエンザ患者を入院させた場合の診療報酬上の取扱いについては、今後さらに検討する予定である」とある。これは、今、診療報酬上の取り扱いを医療課と詰めている。

別添3-1「新型インフルエンザの重症患者を感染症病床の定員を超過して入院させる場合等の取扱いについて」に、定

員超過入院にかかわる医療法・診療報酬上の取り扱いが出ている。留意されたい。

別添3-2-1「医療の確保に関するQA」に、「動線分離」「濃厚接触者に対する予防投与の負担」等の考え方があ。参照されたい。

脳症については、8月28日付の事務連絡「インフルエンザ脳症に係る注意喚起について」を参照されたい。また、9月1日付の事務連絡「医療機関における新型インフルエンザ院内感染対策等の徹底について」も留意されたい。

人工呼吸器追加配備は補助金に計上

日病協要望書に関する厚生労働省の回答(意見交換会における口頭の回答)

1. 感染者用入院病床確保のための空床補償

(回答) 指定医療機関に対しては運営費補助金があり、この中で空床補償を踏まえた補償を算定している。また、救急対応としては、今年度予算に「管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業」というかたちで補助金を計上した。

2. 資器材の整備、タミフル等の十分な

配付とその費用補填

(1) 感染防御装備、簡易検査キット、屋外テント等の資器材の整備について十分な支援を行うこと。

(回答) 保健衛生施設等設備整備費補助金に新型インフルエンザにかかわる入院医療機関支援事業として追加した。

(2) タミフル等の十分な配付を行うこと。タミフルは約4,000万人分、リレンザは

現在500万人分の備蓄がある。来年3月までに1,300万人分を生産する予定だ。(3)人工呼吸器の配備及び配備に要した費用を補填すること。

(回答) すでに、保健衛生施設等設備整備費補助金で通常業務以上の手配に対しては補填するとされている。これは指定医療機関以外にも追加する。

3. 感染者と非感染者を分離する施設改修費の補填

(回答) 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金に動線分離のための空調やパーティション等の費用、施設改修費を追加した。

パーティション、個人防護具、排気ユニット、簡易陰圧装置等を補助

8月27日付事務連絡「保健衛生施設等施設・設備整備費補助金の改正(予定)について」厚労省健康局結核感染症課 ※1面・4面記事を参照

今般、一般医療機関が行う感染症患者の陰圧病床の整備及び外来における院内感染防止のための設備整備に、別添案を新たに国庫補助の対象とすることとし、補助要綱の改正の手続きを進めているところであります。

別添(案)

1. 保健衛生施設等設備整備費補助金

(1) 設備整備事業に「感染症外来協力医

療機関」を追加し、下記を対象設備とする。

- 対象設備
 - ・グリーンパーティション 200,000円
 - ・パッケージ型排気HEPAユニット 880,000円
 - ・個人防護具 3,550円
- 補助率 1/2
- 補助先 直接補助 都道府県、

間接補助 都道府県(市町村、医療機関)

(2) 新型インフルエンザ患者入院医療機関設備(人工呼吸器、個人防護具)に下記を追加する

- 対象設備
 - ・初年度設備費 130,000円
 - ・簡易陰圧装置 4,200,000円
 - ・簡易ベッド 50,000円

○補助率 1/2

○補助先 直接補助 都道府県、間接補助 都道府県(市町村、医療機関)

2. 保健衛生施設等施設整備費補助金

(1) 施設整備事業に「新型インフルエンザ患者入院医療機関」を追加する。

○基準額、対象経費及び基準面積については、第二種感染症指定医療機関と同様

○補助率 1/2

○補助先 直接補助 都道府県、間接補助 都道府県(市町村、医療機関)

優秀な人材確保のチャンス!!

加算年金のある病院基金へ、ぜひご加入を

病院厚生年金基金は、終身年金を支給する税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



基金加入のメリット

- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の実感が図れます。
- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		

介護療養型が3年間で23%、2万8,000床減る

介護保険第3期計画の実績 特養73%、老健62%、介護専用特定31%と達成率が軒並み低迷。東京と隣県が顕著

厚生省は、介護保険の第3期(2006年度～08年度)事業(支援)計画における介護サービス量の見込みと実績を比べた都道府県報告を9月10日に公表した。

それによると、06年度からの3年間の実績値として、介護療養型医療施設が全国で2万7,859床減少していることが判明した。減少数が多いのは北海道、埼玉、千葉、神奈川、愛知、大阪、福岡の道府県と、大都市圏が多い。

第3期計画開始直前に12万9,000床あった介護療養型医療施設は、この3年間で23%減少、現在は10万床を切り、9万9,322床になっている。

厚生省は05年12月21日の「療養病床の将来像について」で介護療養型医療施設の2011年度末廃止を含む療養病床再編の方針を正式に打ち出したが、すでに、各都道府県と市町村は第3期介護保険事業(支援)計画策定に向けたサービス量見込みの調査を終えていた。

そのために、第3期計画では7府県が減床、12県が「整備なし(増減0)」と判断する一方で、28道府県が介護療養型医療施設の増床が必要とみなし、全国で8,749床の増床が見込まれていた。

しかし、その後2回の介護報酬改定と各種転換促進措置を経て、結果的に

は約2万8,000床の減床となったわけだが、いまだ、多くの病床が介護療養型医療施設に踏みとどまっている。

廃止となる2012年3月末まで3年を切っているが、行き場のない患者を抱えている上に、先行きに対する不安もあり、介護療養型医療施設の転換は、廃止までの折り返しを過ぎても厚生省の思惑通りには進んでいない。

介護療養型医療施設を除いた、参酌標準の対象となる施設・居住系サービス(特養、老健施設、認知症高齢者グループホーム、介護専用型特定施設)は、第3期で計11.5万床の増加が見込まれて

いたが、実績は8.1万床と71%の達成率にとどまった。

施設別の達成率は、特養が73%、老健施設が62%、介護専用型特定施設(有料老人ホーム等)が31%。これに対して認知症高齢者グループホームは98%と、ほぼ見込み通りの整備がなされた。

この結果、施設・居住系の08年度末の定員総数は92万床となっている。

実績が大きく下回ったのは、北海道、茨城、千葉、東京、神奈川、石川、静岡、愛知、京都、大阪の道府県。とくに、東京と千葉は達成率が50%以下と極端に低く、神奈川も60%を下回っている。

2010年度医師臨床研修 研修病院と定員が初めて減少。地方大学病院が増勢に転じる

9月4日に開かれた医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会に、事務局(厚生省医政局医事課医師臨床研修推進室)は、2010年度医師臨床研修の病院数と募集定員数を報告した。

それによると、病院数は合計1,051と09年度から63減り、制度導入後初めての減少を記録した。今年4月の制度改正で指定基準を厳しくした影響とみられる。

研修医の募集定員数は全国で1万683人(新規指定の研修病院を除く)と、これ

も765人減った。募集定員数は2年続いたの減少。2年間で1,039人の減となり、制度創設以来初めて1万1,000名を割り込んだ。

地方に有利になるように都道府県ごとの募集定員枠を導入した制度改正を反映し、東京、横浜、名古屋、京都、大阪、福岡と大都市を擁する6都府県の定員数合計は4,238人にとどまった。逆に、6都府県以外の定員数合計は6,445人に増え、制度開始後初めて全体の6割を

超えた。

一方、大学病院の募集定員数は合計4,966人。これは、全体の46.5%で09年度とほぼ同水準に過ぎない。臨床研修病院に対して反転とまでは行かないが、制度開始時の57%から減り続けてきた割合が下げ止まったという格好だ。

ただし、大学病院の定員数に関して、下がる一方だった6都府県に対する他道県の割合は、10年度で初めて増勢に転じている。

都会志向・研修病院施行といわれてきた制度を、地方志向というよりは、「地方の大学病院の募集定員を増やすという見直しの効果が現れている」(医師臨床研修推進室)ことは確かのようにだ。

ただし、今回は中間集計で、募集定員数の最終決定は9月下旬になる。今回の数字は病院における募集定員上の変化を示しているに過ぎず、実際の研修医の動きは10月末のマッチングをみないと分からない。

研修医、大都市圏の多くは義務化前より減少

厚生労働省が9月10日に公表した「臨床研修医在籍状況の推移」によると、臨床研修医の分布は、研修が義務化される直前の2003年度は、大学病院の72.5%に対して臨床研修病院は27.5%に過ぎなかったが、新医師臨床研修制度の創設によって研修病院の比率が急速に上

昇、1年後には逆転した後、06年度からは研修病院の比率がわずかながらも下がりながら推移してきている。

また、大学病院の研修医は、各年度とも、マッチングの結果よりも実際の就業者の方がかなり減っていることが分かった。これは、マッチング後に、大

学病院から研修病院に変更する研修医が数百名単位で存在していることによるものと思われる。

一方、研修医の採用実績を都道府県別にみると、09年度と03年度の差は、東京都が-349人、京都府が-148人、

大阪府が-111人、福岡県が-109人と、大都市圏は軒並み研修医の数を大きく減らしていることが判明した。

ただし、大都市圏でも、神奈川、埼玉、愛知の各県は研修医が増えており、とくに、神奈川県は182名と伸長が著しい。

■都道府県別の研修医在籍状況推移 (増加・減少それぞれ上位10県)

都道府県	2003年度採用実績(1)	2008年度採用実績(2)	2009年度採用実績(3)	増減(2)-(1)	増減(3)-(1)
増加上位10県					
東京都	1,707	1,338	1,358	▲369	▲349
京都府	411	274	263	▲137	▲148
大阪府	689	613	578	▲76	▲111
福岡県	546	434	437	▲112	▲109
広島県	181	142	141	▲39	▲40
群馬県	119	80	82	▲39	▲37
鹿児島県	91	68	54	▲23	▲37
長崎県	105	68	70	▲37	▲35
奈良県	101	78	70	▲23	▲31
山口県	93	57	62	▲36	▲31
減少上位10県					
神奈川県	404	584	586	180	182
埼玉県	118	214	204	96	86
沖縄県	81	140	139	59	58
愛知県	436	446	493	10	57
静岡県	109	160	163	51	54
岩手県	38	66	74	28	36
宮城県	88	115	113	27	25
茨城県	85	119	110	34	25
島根県	30	37	49	7	19
秋田県	61	63	75	2	14
全国計	8,166	7,735	7,644	▲431	▲522

『全日病50年史』編纂にかかわる調査へご協力をお願い

昭和35年(1960年)4月に発足した全日本病院協会は、平成22年(2010年)4月をもって50周年を迎えます。

地域医療を担う病院として日本の医療を支えてきた会員病院と歩んできた本会の半世紀にわたる歩みを一つの系譜に纏めたく、会内に50年史編纂チームを設置し、「全日本病院協会50年の歩み(仮題)」の制作に着手しています。

50年史編纂においては、本会の活動と事業にかかわる記録資料の確保と整理が最大の難題として立ちばだかつており、編纂チームとしても、散在する会議記録、各種報告・要望書、写真等の収集に全力を傾けているところです。

つきましては、かつて全日病の役員・代議員・支部長等としてご活躍いただいた皆様に御協力を仰ぎたく、調査票をお送りし、資料と情報の提供をお願いする次第です。

調査票は9月末にはお手許に届きます。ご本人が高齢等により対応が困難な場合には、現会員の方もしくはご家族・職員の方が代理でご返報いただけるようお願いいたします。

貴院の病院史に、あるいはご本人がかつて記された書籍・雑誌等原稿に、全日病の昭和30年～50年代の事跡にかかわる「証言」がありましたら、本会事務局担当までご一報いただきたく、ご協力のほどお願いいたします。

全日本病院協会 副会長
50周年記念事業検討プロジェクトチーム委員長 安藤高朗

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカル クラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカル クラーク (2)2級メディカル クラーク
- 受験資格 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1)1級 年3回(6月・10月・2月) (2)2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技I> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催：社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

看護師ほか各専門職の業務分担のあり方を検討

チーム医療の推進に関する検討会 専門看護師の進出を企図する考えに委員から反発も。年度内に報告書

厚生省は「チーム医療の推進に関する検討会」を設置し、8月28日に初会合を開いた。

「チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」というのが目的で、舛添厚生労働大臣の指示で設置されたもの。

チーム医療については、クリティカルパス等を介して医療現場の取り組みがかなり進んでいるが、チームを構成する専門職種等の範囲やコミュニケーションのあり方、さらには看護師、薬剤師等の臨床能力など様々な課題が指摘されている。

その一方で、チームを構成する専門職種間の業務範囲のあり方についても、法的な根拠も含めて問われている。

同日の会合で、事務局は「規制改革推進3か年計画(再改定)」(2009年3月31日閣議決定)や「内閣総理大臣指示(09年5月19日経済財政諮問会議)」「経済財政改革の基本方針2009(09年6月23日閣議決定)」等チーム医療にかかわる政府の方針を説明、チーム医療推進に必要な環境整備にかかわる検討を求めた。

規制改革3か年計画には、NP(ナース・プラクティショナー=専門性の高い職務が可能な看護師)について検討する旨が記されている。

こうした政府方針は、医療の質向上という面よりも、「医師と看護師の役割分担の推進」という観点から、もっぱら専門看護師の導入を提起している。

これを踏まえて、事務局(医政局)は、検討課題として、①医師・看護師等の役割分担、②看護師等の専門性の向上

という2テーマを提案、19名のうち6人を看護・助産関係者が占めるという委員構成で臨んだ。病院関係者は5人いるものの、他職種の関係者は日本薬剤師会以外加わっていない。

同日は、厚生労働科研事業として「医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究」をまとめた慶応大学太田喜久子教授から話を聞いた。

太田教授は、厚生省研究班として取り組んだ医師と主に専門・認定看護師の役割分担と連携に関する調査とその分析結果を説明、業務分担を進めた医療機関の背景、そのプロセス、効果、さらには解決を要する諸課題を明らかにした。

その後の議論において看護系の委員からは活発な意見が出たが、その中で、褥瘡ケアにかかわる訪問看護のあり方に触れた委員から、「医療法にとらわれず自由な発想で看護師の業務を考えてはいかかか」という見解が示された。

これに対して、委員の一人である西澤会長は、「現行法の枠内でできることと、それを超えてできることがある。そのことを踏まえて議論すべきである」とたしなめた。

事務局が提示した資料には、規制改革会議と連携してNPの必要性について09年度中に調査審議するという構造改革特別区域推進本部の資料もあり、議論の中でNPの必要性に触れる発言もいくたびかあった。

このNPの導入可能性をたずねられた杉野医事課長は、「NPについては定義が不明確であるためお答えできない」と保留しつつ、「(業務分担にかか

わる)法律上の枠組みはいずれ考える」と答え、当面は現場でできる見直しを中心に検討する意向を表明した。

全体として看護師主体に業務分担のあり方を論じる検討会の運びに、委員からは、テーマ課題や議論の内容が看護師とくに専門看護師に偏しているという疑問が相次ぐとともに、「チーム医療を明確に定義する必要がある」「誰が責任を取るかについても議論すべきだ」「看護師にとらわれず専門職全体について議論すべきだ」など、活発な問題提起が行なわれた。

とくに、日本薬剤師会の委員は、薬剤師の役割も取り上げるべきとして、薬剤師をヒアリングするよう強く求めた。

こうした意見を受け入れ、検討会は今後、看護師以外の専門職種も取り上げながら、各従事者が受け持つ業務範囲のあり方を様々な事例にもとづいて検討する方向で合意。各方面の研究者や医療関係者などからヒアリングを行なう方針を確認した。

事務局は2009年度内に報告書をまとめたいとしている。

支部からの報告

大胆な改革と日本一経営の講演

夏期研修会を開催。
支部活動活性化の契機に



石川県支部通信委員
支部長 神野正博



石川県支部は、現在、会員が10病院と弱小である。そのような石川県支部に、今春「夏期研修会」の開催依頼があった。大都市金沢ではなく、2年半前の地震に被災した能登を会場とするならばとお引き受けした。

辺境の能登に多くの会員に来ていただき、地域興しのお手伝いをいただきたいという思いからであるが、29年連続プロが選ぶ日本旅館日本一の和倉温泉・加賀屋を会場とし、その「おもてな

しの心」に触れていただきたいと考え、加賀屋の経営者にも講演していただくことを企画したからである。

時はきしくも政権交代の総選挙が行われた8月30日。メイン講演としてお招きした厚生労働省の香取照幸大臣官房審議官には「医療・介護制度のこれからを問う」を、一方、加賀屋の小田禎彦会長には「29年連続日本一、加賀屋のおもてなしを語る」をお話していただいた。

香取氏には、本質は構造であるとし、ヒトとカネを投入した大胆な改革の必要性を客観的に示していただき、小田氏には、病院にも通じるサービスの本質として「正確性」「相手の立場にたつて思いやる心」ことの重要性を説いていただいた。

この夏期研修会には石川県支部からも6会員病院の参加があり、これからの支部活動を進める動機づけになったに違いないと思われる。そういった機会を作っていたことに感謝をしたい。

シリーズ/個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～ 第6回

編集●個人情報保護担当委員会

個人情報保護に関して会員病院から受ける相談から、他の参考になる対応事例を報告する。第6回目は、病院ボランティアが入院患者の話題を外部的人に話していることが患者の家族に知られ、抗議を受けたという事例を紹介する。(個人情報保護担当委員会 森山 洋)

個人情報保護にかかわる対応事例 その6

Q 病院ボランティアが患者の話題を外部に伝え、患者家族から抗議を受けました

●事例

当施設は人口35万の地方中核都市にある350床のケアミックス病院であり、医療療養型病床ではボランティアに協力していただいている。ボランティアスタッフは1日5～10名くらいで、食事介助や会話、レクリエーション等をMSW(メディカルソーシャルワーカー)の管理の下に活動を行なっている。

療養病棟のある入院患者家族から、当院のボランティアスタッフ(該当事者がわ

かっている)が、院外で知り合いの方に、入院患者の情報や病状等の話をしているようなので止めさせて欲しいというクレームが、個人情報保護担当窓口に入った。

●病院の対応

そこで、当院として、以下のとおり対応した。

- ①患者の長男に病棟主任が直接面談して謝罪をした
- ②管理担当のMSWは電話で謝罪をした

③担当MSWよりボランティア全員に個人情報漏えいに関する苦情があったこと、これを機に一層注意するように話した(苦情の詳細は説明していない)。

④当該ボランティアに対しては、担当MSWが同席の元、院長が直接面談した。再度個人情報保護法に関して説明を行ない、誓約書を改めて取り直した。

A 個人情報保護担当委員会の見解

病院にはボランティアに限らず、各部門に委託業者、派遣職員も多く出入りします。委託先に関しては、契約書において守秘義務に関して明文化することはもちろんのこと、自院の規定・方針等に関する教育を委託会社任せにしないよう、自院で実施することが必要です。

ボランティアの場合には、不特定の方が交代で不定期に参加する可能性がある上、また、職員でも委託業者等でもないということから「管理すべき対象者」として見落とす可能性があります。


現場では定められたボランティア管理担当者(今回の場合はMSW)が、定期的に教育・指導することになります。計

画的できめの細かい指導、実施体制が必要で

院内の個人情報に関する業務(ほとんどすべての業務が該当するでしょう)に携わる全員と、守秘義務に関する契約書あるいは誓約書を交わすことが必要です。

同時に、委託業者、派遣業者についても、管理方法を見直してみたいかがでしょうか。

今後も院内業務の委託化、外注化傾向は増加すると考えられますので、各業者との個別の誓約書の内容を確認し、職員同様に院内実施の研修会への参加を定期的に呼びかける等の対策が重要です。



全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
http://welfare-ajha.jp/

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

鹿児島学会近づく。演題登録は学会史上最高の334!

第51回全日病学会鹿児島大会 「シンポジウム医療崩壊」に尾辻元厚労大臣。ヤングフォーラムは「法人の永続性」がテーマ

第51回全日本病院学会は11月21日、22日に、鹿児島県支部(上村俊朗支部長)の担当で鹿児島市で開催される。

メインテーマに「地域医療維新」、サブテーマに「崩壊から新生へ 薩摩からの提言」を掲げる鹿児島学会は、プログラムの大枠も固まり、現在、抄録の制作を進めるなど、最後の作業に入っている。

一般演題の登録数は334題と、前回、第50回東京大会の316題を上回る、全日病学会史上最高の数を記録した。21分野(39項目)にわたる演題に、実行委員会(鉦之原大助委員長)は61ブースを確保した。

注目すべき企画としては、まず、「シンポジウム医療崩壊」がある。基調講演として、元厚生労働大臣の尾辻秀久参議院議員が登場する。特別講演Ⅱは厚労省医政局長に出講を依頼している。また、特別講演Ⅲは厚労省保健局佐藤

敏信医療課長の講演が決まっている。

さらに、医療の質委員会が企画する「臨床指標を用いた医療の質向上」も必須のプログラムだ。

毎年人気のヤングフォーラムは今回、「法人の永続性」を取り上げる。

鹿児島学会の特徴はランチョンセミナーの充実だ。医療関係企業の協力を得て14テーマ会場を確保した。その中には、個人情報に関する2テーマと「DPC環境下での病院の活性化」、あるいは「全日病DPC分析事業MEDI-TARGETの紹介」「総務省2008年度u-JAPAN大賞『道南MedIka』の現状と課題」と、現下の病院経営に密着したテーマもある。

昨年大河ドラマ「篤姫」で話題となった薩摩で開かれる全日病学会に対する期待は高まっており、全国の会員病院から数多くの問い合わせと予想を上回る参加申し込みが寄せられている。

■第51回全日本病院学会鹿児島大会事務局

〒890-0053鹿児島市中央町8-1 鹿児島県医師会館内 Tel. 099-254-8121 Fax. 099-254-8129 E-mail/ajha51@c-linkage.co.jp

参加費

事前登録	理事長・院長	30,000円	左記以外の方	10,000円
当日登録	理事長・院長	35,000円	左記以外の方	12,000円

第51回全日本病院学会 鹿児島大会の主なプログラム

■1日目(11月21日)

特別講演Ⅰ	唐澤祥人日医会長
特別講演Ⅱ	厚労省(医政局長 依頼中)
シンポジウムⅠ	「医療崩壊」基調講演/尾辻秀久参議院議員 演者/西澤寛俊全日病会長、向井治紀(財務省理財局)、飯野奈津子(NHK解説委員)
人間ドック委員会企画	I部「人間ドックのオプション検査について」 II部「特定保健指導のあり方について」
医療従事者委員会企画	「職員に選ばれる病院づくりーワークライフバランス(仮題)」
病院機能評価委員会企画	「いかにして機能評価認定を獲得するかー機能評価受審支援相談事業を振り返ってー」(未定)
病院のあり方委員会企画	メディカル給食における能力開発ー契約、労務上のリスクヘッジと実践事例ー
日本メディカル給食協会	中小病院の永続性へのサバイバル戦略ー医業経営コンサルタントならこうするー
日本医業経営コンサルタント協会企画	個人情報保護法ーその意味と対応
ランチョンセミナー1	慢性腎臓病(CKD)と心血管疾患(CVD)
2	最近の癌研究で分かったこと
3	心臓手術後の薬剤相互作用における重篤合併症に対する警告
4	認知症とうつ病は鑑別できるか?
5	DPC 環境下での病院の活性化ー我々の挑戦ー
6	高血圧診療のNew Waveー体内リズムの意義ー
7	

■2日目(11月22日)

シンポジウムⅡ	「医療従事者不足」
特別講演Ⅲ	厚労省保健局 佐藤敏信医療課長
特別講演Ⅳ(市民公開講座)	「時代を読む」 演者/奄美パーク宮崎 緑氏
ヤングフォーラム	「とても大切な法人の永続性について皆で考えよう」
医療の質委員会企画	「臨床指標を用いた医療の質向上」「病院における医療安全ー事例を用いたRCAの実際」
ランチョンセミナー 8	がん化学療法でのMucositis対策
9	DPCデータを活用した診療パス標準化への取り組みー全日病DPC分析事業MEDI-TARGETのご紹介ー
10	IT利用による地域医療連携ネットワーク構築の実際ー総務省2008年度u-JAPAN大賞「道南MedIka」の現状と課題ー
11	炎症性腸疾患診断・治療の最前線
12	乳がん診療における地域連携パスの取り組み
13	保存期CKD治療における貧血・血圧管理の重要性

■第51回全日本病院学会鹿児島大会

メインテーマ 「地域医療維新」
サブテーマ 「崩壊から新生へ 薩摩からの提言」

担当支部 ●鹿児島県支部(上村俊朗支部長)
会 期 ●11月21日(土)~22日(日)
会 場 ●鹿児島市 城山観光ホテル
学 会 長 ●上村俊朗 医療法人恵愛会上村病院 理事長
実行委員長●鉦之原大助 医療法人卓翔会市比野記念病院 理事長
ホームページ <http://www.c-linkage.co.jp/ajha51/>



■一般演題のセクション(ブース)構成

看護1/安全管理	看護2/教育	看護3/労務管理	看護4/周術期	看護5/終末期
在宅医療・看護1	在宅医療・看護2/介護1	看護8/実践①	看護9/実践②	看護10/業務改善①
看護11/業務改善②	看護12/業務改善③			
リハビリ/1~7	健診・健康増進1	診療1	放射線/1~2	医療情報/1~2
病院管理・事務管理1/DPC・電子カルテ・未収金	病院管理・事務管理2/未収金対策	病院管理・事務管理3~4/経営管理①~②	病院管理・事務管理5/労務改善	病院管理・事務管理6~7
質の向上/1~4	安全確保/1~4	栄養・給食/1~3	救急防災1	入退院調整・社会復帰1
施設設備管理・環境保全1	施設設備管理・環境保全2/臨床検査1	感染防止・感染対策/1~3	地域連携・医療計画/1~2	地域連携・医療計画2/感染防止・感染対策1
薬剤1	薬剤2/医療機器管理1			
その他1/患者支援	その他2/患者支援/療養環境	その他3/職員・職場支援	その他4/バス/転倒転落	その他5/取り組み
その他6/透析				

日病協 チーム医療、介護業務、精神科救急で実態報告。医療課に提出!

日本病院団体協議会・診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は9月9日の会合で、2010年度診療報酬改定に向けた資料として、「チーム医療の実態」「一般病棟における介護業務(看護補助業務)の実態」「精神科救急の実態」に関する報告書素案の検討を行なった。各報告とも、日病協が7月31日に厚

生労働大臣宛に提出した「2010年度診療報酬改定の要望書(第2報)」について保険局医療課と折衝した際、佐藤敏信課長から要請されたテーマに答えるもの。

日病協は、「改定要望書(第2報)」に「入院基本料におけるチーム医療体制の評価」「7対1と10対1入院基本料算定病棟

への看護補助加算の導入」「精神科救急・合併症入院料の算定要件の緩和」を盛り込んだが、佐藤課長は、要望書を説明する猪口診療報酬実務者会議委員長に、検討資料として、それぞれの現場実態を把握できる資料の提出を求めた。

この「宿題」を持ち帰った猪口委員長は、診療報酬実務者会議で各団体に資

料作成への協力を求めた結果、「チーム医療」に関しては全国自治体病院協議会(一般病床における実態)と日本慢性期医療協会(療養病床における実態)が、「精神科救急・合併症」については日本病院会が、介護業務に関しては全日本病院協会がそれぞれ分担してまとめることになったもの。

診療報酬実務者会議は今月中にも3報告を医療課に提出し、10月以降の改定審議に反映するよう要望していく方針だ。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588