



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2011 5/15

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.755 2011/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

厚労省 看護師業務・行為の拡大を3段階で例示

チーム医療推進
看護業務検討WG

特定看護師枠組みで論点を提示。業務・名称独占で矛盾と葛藤

4月27日に開かれた「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」に、事務局(厚労省医政局看護課)は、特定看護師の要件および業務・行為の範囲に関する案を提示するとともに、業務独占・名称独占の問題など、特定看護師制度を成り立たせる枠組みに関する論点を示した。

事務局は、また、昨年の「看護業務実態調査」結果を基にグレーゾーンとされてきた医行為について整理、①特定看護師が実施すべき業務・行為(急性期19項目ほか、慢性期16項目ほか)、②トレーニングを積んだ看護師が実施可能な業務・行為(7項目ほか)、③現行看護教育で対応可能な業務・行為(11項目ほか)の3段階に分けて例示した。

このうち、③について、看護課は5月末をめどに通知で、現状でも認められる項目を具体的に明示する方針だ。

具体的なイメージが示されたことで、特定看護師制度の設計はとりまよりの議論に入った。

しかし、特定看護師については、看護業務検討WGにも、法的な枠組みをもって創設すべきという意見がある一方で通知解釈によって実現できるとする意見もあり、両者の間の溝はいぜん埋まっていない。

この葛藤を象徴するのが特定看護師をめぐる業務独占と名称独占の問題であり、業務独占を認める場合には、その範囲をどう線引きするのか、あるいは、医師の包括的指示との関係や責任の所在をどう明確にするかといった関連議論が控えている。

あるいは業務独占を認めない場合にも、事務局が併存を容認する専門看護師や認定看護師と違いをどう整理できるか、特定医行為のいたずらな解禁につながらないかなど、難しい問題が控えている。

議論が開始された時から底流を流れる理念と実践をめぐる矛盾と葛藤を解決するには、なお、議論を尽くすべき課題が多い。その一方で、看護師一般の業務範囲拡大について議論を進める必要もある。(3面に関連資料を掲載)

閉鎖療法の実施、苦痛症状のための薬剤投与等をこなすというもの。

養成課程の期間が分かれているのは褥瘡や救急など業務分野の違いを想定しているため。

特定看護師の業務・行為範囲は、昨年の「看護業務実態調査」で、「現在看護師が実施している割合が概ね10%以下という行為等から、同調査による今後看護師が実施する可能性や現在実施している試行事業の状況などを踏まえて挙げた」(担当官)もの。

特定看護師以外の「一定のトレーニングを重ねた看護師が可能な業務・行為」については、同調査における「現在看護師が実施している割合」が70%程度の行為等から、同じく「現行の看護基礎教育で対応可能である業務・行為」については80%以上の項目を目安に挙げられた。

特定看護師と専門看護師、認定看護師との関係について、事務局は、「医療現場において担う役割は完全に一致するものではなく、いずれの枠組みも必要」であるとした。

しかし、WGでは多くの委員から「特定看護師と専門看護師、認定看護師の業務の違いがはっきりしない」「それぞれの役割や位置づけを明確にすべきである」といった疑問や注文が示されたため、事務局は、専門看護師と認定看護師を対象にした実態調査を行ない、それぞれの業務実態を明らかにしたいとしている。

「特定看護師の枠組み」に関する論点で、事務局は、(1)特定の医行為を業務

独占させることは一般の看護師も一定の割合で特定医行為を実施している現状を排除することにつながる、(2)一方、業務独占を担保しなければ、法的には一般の看護師も特定医行為を実施することになるため特定医行為実施の容認ができない、(3)他方で、資格要件を満たした者にも特定看護師を名称独占させ、かつ、特定の医行為を業務独占させることは、PA(フィジシャン・アシスタント)など別職種の創設につながりかねない、といった矛盾と葛藤があることを認めた。

こうした枠組みをめぐるのは、社会医療法人董仙会理事長の神野正博委員(全日病副会長)は、「特定医行為の実施には責任が伴う。特定医行為を実施させるのであれば補助看法の37条を変更する必要がある」と論じ、特定看護師のみが特定医行為を実施するという制度は医師の指示の下で診療補助を行なう現行法の枠組みには合わない提起した。

これに対して、座長の有賀徹氏(昭和大学医学部教授)は、通知による解釈変更によって特定医行為の実施は可能であるという見解を表明した。

一方、法学者である山本隆司委員(東大大学院教授)は、特定看護師制度を実現するには法改正が必要であるという認識を明らかにした。

そうした中、大谷泰夫医政局長は、法制化した場合のメリットデメリットを含め、「特定看護師を可能たらしめる枠組みの検討は不可避である」と述べ、踏み込んだ議論に対する期待感を表明した。

議論尽くすべき課題が多い特定看護師

看護業務検討WGの事務方を主導する医政局看護課長には、4月1日付で、岩澤和子看護課看護サービス推進室長が、同職併任で就任している。

その事務局が例示した特定看護師の具体的なイメージは、看護時の実務経験5年以上を経て2年または8ヵ月程度

の養成課程を修了、厚生労働大臣から能力の評価を受けた者で、

(1)急性期医療では、抗不整脈剤の投与、直接動脈穿刺による採血、IVR時の血管穿刺・カテーテル挿入・抜去等を実施、(2)在宅や慢性期医療では、瘡の壊死組織のデブリードマン、創傷の陰圧

地域区分の見直しを提起。5区分から7区分に細分化か

介護給付費分科会 地域格差の縮小が介護報酬改定の論点に浮上

4月27日に開かれた社会保障審議会の介護給付費分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は「介護報酬における地域区分をどう見直すべきか」というテーマを提起、介護報酬改定に向けた議論を促した。

宇都宮老人保健課長は「このテーマは前改定の宿題である」と指摘した上で、現行5区分の地域割を国家公務員の地域手当7区分に準拠させる案を示し、「夏頃までにある程度の方向性を決めたい」と述べた。

震災の影響が投影。現行サービスの後退を認める意見も

この日の介護給付費分科会は東日本大震災後の初会合であった。そのため、議論には震災による財政支出の増加が改定財源にどう影響するかという各委員の問題意識が投影された結果、「被災地の要介護者を支えるためにも、給付をどう配分するかをまじめに考えなければならない。私は要支援1、2は介護保険から外すべきと思う」あるいは「財源難を言うなら介護保険から補給給付を外すべきである。これで300億円は確保できる」といった乱暴な意見が飛び出した。

大森分科会長(東京大学名誉教授)も「いくら介護が重要だからといって、震災の対応をする中で、私達だけ単価が

上がるなんて話は通用しない。今回は、被災地に相当のお金を投入しないといけない。それをいつも念頭に置きながら議論する。従来型の議論をすることはできない」と述べるなど、震災の影響がうかがえる意見が飛び交った。

そうした中、事務局は地域区分の見直しを提起したが、都内9つの介護・医療の事業者団体で組織された「東京都介護保険事業者団体連絡会」のように、高コストに苦しむ都市部事業者からは、地域区分をさらにち密なものにして東京区部の割増率を引き上げてほしいという要望が強い。

地域格差の縮小が介護報酬改定の重要な論点に浮上した。



定期代議員会・定期総会開催のご案内

下記日程で第97回定期代議員会・第86回定期総会を開催します。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

- | | |
|---|--|
| 1. 日時 2011年6月4日(土) 午後1時
(総会は代議員会終了後、午後3時前後の開催を見込みます) | (2) 2010年度決算案
(3) 顧問・参与の委嘱
(4) その他 |
| 2. 場所 ホテルグランドパレス3F白樺
東京都千代田区飯田橋1-1-1
Tel.03-3264-1111 | 総会終了後に下記内容の報告会が行なわれます。
(1)「病院のあり方に関する報告書2011年版」について
(2) 東日本大震災について |
| 3. 議案 (1) 2010年度事業報告案 | |

紙面の都合により「清話抄」は3面に掲載しました。

主張

東日本大震災に日本人のいたわり合いと礼節をみた。その底には心をつなぐ「絆」の感覚がある。震災は情報の絆の脆弱さも教えた。これを、医療情報を繋ぐ千載一遇のチャンスとしたい。

3月11日の東日本大震災から2カ月が過ぎた。東北地方の桜の便りも過ぎ、季節は初夏へと向かっている。被災地の復興・復興は歩みの遅さが気になるものの着実に進みつつある。一方、福島の子力発電所事故に関しては先が見えないだけに、人々の不安を煽るばかりである。パターンリズムに陥ることのない情報公開といらぬ官僚的な自尊心を持つことなく、世界の叡智を集めてことにあたってもらいたいものである。

今回の震災を通して、日本人は世界からその助け合いの精神、いたわ

り合いの精神、そして礼節、沈着さを称賛された。個性の尊重を謳い、ともすれば個性という名のわがままがまかり通る現代においても、個を殺し集団の最適を考える日本人が多かったことに誇りを覚えたのは私だけではないだろう。

その根本となったのが、日本人の心と心をつなぐ「絆」という感覚だったに違いない。日本人には、声を出さなくとも、お互いを助け、いたわるDNAが存在し、それが一気に発現したのである。しかし、このDNA発現は、非常時には強いものの、

長く持たないかもしれない。時間の経過とともに、さまざまな「自己中」DNAが発現してことないことを祈りたいものである。

心と心の絆だけで復興するわけにはいかない。人間が自然と科学を支配できるような驕りを捨て、自然との絆を見直す時期かもしれない。さらに、次なる絆が必要となる。中央(政府)と地方の絆、東と西の絆、経済の絆、財政の絆などと現実的な絆も必要とされるのである。

さらに、今回の震災は情報の絆の重要性を浮き彫りにした。情報公開

の問題、また情報通信の脆弱性の問題、そして情報の保管の問題である。医療においては紙カルテの流出、電子カルテ情報の破損、処方情報の流出などが起こり、患者情報が把握できないまま避難所の救護チームが診察することが日常となってしまった。

震災からの復興が日本の医療情報の仕組みを見直す千載一遇のチャンスと心得たい。これまで、さまざまなステークホルダーが邪魔をしていた医療情報もここで英知を集めて繋げる機会としてほしいものである。

(K)

第1次補正予算の関連法で特別財政援助法が成立

被災者支援と復興の予算を法的に措置

2011年度第1次補正予算の関連法として「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」が4月28日に成立、被災した被保険者の一部負担減免等補正予算に盛り込まれた災害復興関連予算の法的根拠が、この特別立法によって整えられた(8面に関連記事)。

被災者に対する支援は受療機会を保障する医療保険関係における特例にとどまらず、介護保険についても多数の措置が図られている。

5月2日に発出された厚生労働省老健局長名の通知(老発第0502第1号)は、

「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律における介護保険関係規定等の施行について」と題して、同日に施行された、被災者の介護サービス利用機会を担保する介護保険関係規定の内容を網羅的に示すとともに前出法および関連する厚生労働省関係の政省令が掲載された5月2日付官報を添付、関係機関・団体にその周知徹底を求めている。

それによると、前出の特別財政援助法は第143条までであり、そのうち44条から105条までと、43%が厚労省関係の特例等措置に関する規定となっている。



▲第一次補正予算案に対する質問に答える菅首相(5月1日の参議院予算委員会)

こうした予算がらみの特例とは別に、東日本大震災の復興支援に伴う規制緩和について、内閣府が4月28日に公表した各府省の規制緩和等の状況調査によると、被災者の生命・健康・

生活を守るための応急的な特例措置(規制緩和)は全府省で136件実施されているが、そのうちの3割近くを占める39件が厚労省(文科省との共同所管分を含む)によって図られている。

第6回医療機関トップマネジメント研修コース 開催のご案内

既に177名が受講。数少ない医療経営者養成講座です!

受講対象 ◇ 理事長・院長の役職にある方、または将来の理事長・院長候補の方
開講期間 ◇ 2011年7月~11月全4単位(各単位2日間)
受講料金 ◇ 300,000円(食事代・懇親会費含む)
受講定員 ◇ 40名
会場 ◇ 全日本病院協会 東京都千代田区三崎町3-7-12清話会ビル
申込締切 ◇ 5月31日

【日程と講義内容】

- 第1単位 ○ 7月23日・24日(各単位とも土日)
オリエンテーション、医療概論、経営学概論、広報・ブランド管理、医療の質評価、DPCの活用
- 第2単位 ○ 9月10日・11日
DPC財務への適応、財務管理、管理会計(基礎)、人事管理、管理会計(応用)
- 第3単位 ○ 10月8日・9日
慢性期包括評価、医療連携、安全管理、リスク管理
- 第4単位 ○ 11月12日・13日
BSC・医療における総合的質経営(TQM)基礎、医療における総合的質経営(TQM)応用

詳細は全日病HPの案内パンフをご参照ください。

申込・問い合わせ 全日本病院協会 Tel.03-3234-5165

意見募集 保険者によるレセプト開示規定を緩和

厚生労働省は保険者によるレセプト開示規定の見直しを決め、通知の一部改正案を掲出して4月28日より意見募集を開始した。

当該通知は保険局長名による「診療報酬明細書等の被保険者等への開示について」(2005年3月31日 保発第0331009号)。

保険者によるレセプト開示は、現在、開示によって本人が傷病名を知ったとしても診療上支障が生じないことを当該保険医療機関に事前に確認した上で実施されている。

改正内容は、レセプトのうちの傷病名欄、摘要欄、症状詳記等、医学管理欄、全体の「その他」欄、処置・手術欄中の「その他」欄を伏せて開示することに被保険者および被扶養者が同意した場合は、保険医療機関にレセプト開示を事前確認する手続きを経ることなく、開示を行なうことができるというもの。

ただし、保険者は開示後速やかに当該保険医療機関等に開示した旨の通知を行なうことが義務づけられる。

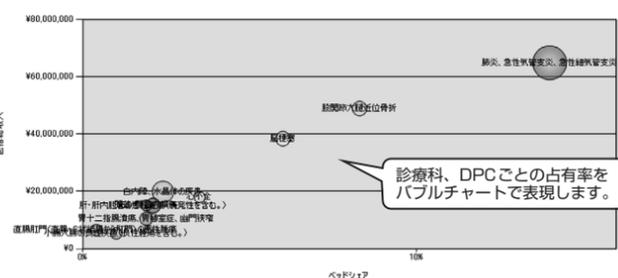
意見募集の期限は5月27日までで、改正は6月1日施行を予定している。

DPC分析のご案内

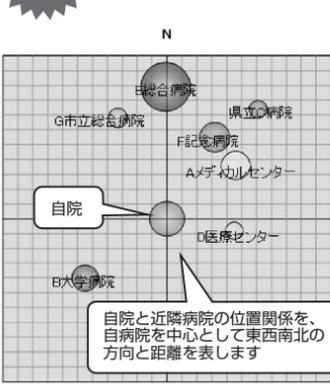
MEDI-TARGETに新機能が加わりました!

新機能1 マーケティング分析

自院内のベッドシェアを分析します。ベッドの延べ稼働日数に対して、診療科、DPC(疾患)ごとに占有率を表示します。



新機能2 地域シェア分析



「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告概要をベースに、特定のDPC(疾患)について、自院と近隣病院とのシェアを分析します。

マーケティング分析画面で集計単位にDPC6桁(疾患名)を選択すると地域シェア分析へ遷移。自院と近隣病院の位置関係を、自病院を中心として東西南北の方向と距離を表します。選択した都道府県の2次医療圏の地域を指定でき、画面に表示する近隣医療機関を距離で絞り込むことができます。病院名は実名で表示されます。

DPCデータを使って自院の機能と質を点検しませんか。DPC分析は安価で手間のかからないアウトカム分析で、ただ今400を超える病院が利用されています。

ただ今申し込み受付中、詳しい情報は全日病のHPもしくは事務局まで
Tel.03-3234-5165

地域医療支援病院整備目標が医療計画の努力義務に

地域主権推進の第1次法。第2次案では条例が医療行政のより前面に

4月28日の参議院本会議は「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」を関連法案とともに可決した。同法の制定によって医療法と介護保険法が一部改正され、医療・介護についても自治体への権限移譲が行なわれる。

地域主権改革推進一括法と称される同法(整備法)は、自公政権下の地方分権改革推進委員会が出した第2次勧告(08年12月)で、自治体に十分な裁量を与えられていないことから見直しの必要があるとされた自治事務(法定受託事務以外の事務)のうち、特に問題があるとされた「施設等の管理基準」「許可・認可・承認」「計画の策定と手続」等について具体的措置をうながした第3次勧告(09年10月)を踏まえ、地方分権改革推進計画(09年12月15日閣議決定)と地域主権戦略大綱(10年6月22日閣議決定)にもとづいて法案化されたもので、各府省所管事務を規定する41の法律を一括改正する法律である。

昨年の通常国会で継続審議となったが、今回は野党の意見を受け入れて衆議院で修正を図った結果、成立にいたった。

修正の結果、法案も「地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関

する法律案」から前出名称へと変えられたほか、「地域主権改革」の用語の削除、地域主権戦略会議にかかわる規定の削除など、「地域主権」のトーンが下げられた。

「整備法」は5月2日に公布され、関係法の改正は順次施行される。公布に伴い、厚生労働省は5月2日に医政局長名の通知を发出、医療法にかかわる改正内容について説明した。

関係法改正の対象となる事項は、自治事務のうち、法令による義務付け・枠付けが行なわれ、条例で自主的に定める余地を認めていない、①施設・公物設置管理の基準、②協議、同意、許可・認可・承認、③計画等の策定及びその手続等で、それらを、①国が決めていた基準に代えて条例で基準を規定できるようにする、②国の関与を廃止もしくは弱くする、③計画等の策定義務を廃止する、というもの。

この結果、医療法に関しては、医療計画記載事項(医療法第三十条の四の第2項1号～13号)から「地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項」(同9号)および「前各号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項」(同13号)を外した上で、両項を、医療計画の必定期間か

ら「定めるよう努める」事項へと変えられた。

したがって、医療計画の上で、地域医療支援病院の整備目標は義務から努力義務へと緩和されたわけだが、前出医政局長通知は「各都道府県においては、それぞれの地域の実情に応じて、引き続きその整備に努めていただくようお願いする」と記している。

このほか、「整備法」には介護保険法等の改正事項が盛り込まれている。その内容は、施設と事業所の基準を都道府県あるいは市町村の条例に依拠するとして、①人員配置、居室面積、運営については国(厚生労働省令)の基準に従う、②利用(入所)定員は国の基準を標準とし、③その他については国の基準を参照するものとして条例を定めるというもので、特別養護老人ホーム(老人福祉法)、基準該当居宅サービス、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設等が対象にあげられている。

4月28日制定の「整備法」は地域主権改革推進一括法の「第1次法」で、主に地方分権改革推進計画にもとづいている。引き続き、国会には、地域主権戦略大綱にもとづく地域主権改革推進一括法の「第2次法案」がまったく同名で

上程されている。

“第2次法案”はこれから審議入りとなるため、今国会での成立は微妙だが、その中には、①要件を満たした社会医療法人開設病院を地域医療支援病院の対象とする、②地域医療支援病院と特定機能病院については、都道府県条例で定める施設を「その施設の構造設備」に加えることができる、③病院、診療所、助産所の開設許可要件に省令とともに都道府県条例の定める要件を加えることができる、④すべての診療所は専属の薬剤師を置かなければならない(現在は医師が常時3人以上勤務する診療所に限定)、⑤病院の人員・施設要件に「その他」として都道府県条例で定める施設を追加することができる、ことなどが書き込まれている。

いずれも、改正は、医療・介護提供体制を整える上で自治体の主体性を強めるという見地からなされている。

これまでの全国一律方式に対して地域事情にもとづいた“スタンダード”を志向することの意義は大きいだが、“第1次法”は、東日本大震災の陰で国会でもほとんど審議がなされていない。いわんや、医療現場の意見を反映した議論がなされないままに法改正が進むことへの疑問が残る地方への権限移譲ではある。

特定看護師の業務・名称独占は、問題点に留意しつつ検討

4月27日「チーム医療推進のための看護業務検討WG」資料から *1面記事を参照

■特定看護師に係る枠組みについて

1. 要件

- (1) 看護師の免許を有すること
 - (2) 実務経験5年以上であること(養成課程への入学・入所前)
 - (3) 厚生労働大臣の指定を受けた養成課程を修了すること
 - (4) 厚生労働大臣から知識・能力・技術の確認・評価を受けること
- ※養成課程には2年の課程と8ヶ月程度の課程の2種類を設け、業務の範囲に差を設けることとする。

2. 業務・名称の考え方

○業務独占については、以下の点に十分留意しつつ、検討を進める必要がある。

(1) 看護業務実態調査では、ほとんどの業務・行為について「現在看護師が実施」との回答がなされており、1の要件を満たした看護師のみ「特定の行為」を実施可能とする法整備を行った場合、その他の看護師が「特定の行為」を実施できなくなり、医療現場に影響を与えるおそれがある。

(2) 一方、法整備をせず、「『特定の行為』は一定の教育を受けた看護師による実施が望ましい」旨の通知を发出して対応する場合、法律上、すべての看護師の業務範囲が同一である以上は、誰もが「特定の行為」を実施できることとな

■看護業務として実施される際に特定看護師によって実施されるべき業務・行為(例)

※下線部は「急性期」と「慢性期・在宅」との間で重複している行為を示す。

ってしまい、必要な業務範囲の拡大が困難となるおそれがある。

○名称独占については、以下の点に十分に留意しつつ、検討を進める必要がある。

(1) 1の要件を満たした看護師のみ、一定の名称(特定看護師等)を名乗ることを可能とする法整備を行った場合には、看護師の業務範囲の拡大という議論の目的から離れて、看護師とは別の医療関係職種の新設に関する議論につながる可能性がある。

(2) 一方、法整備をせず、一定の教育を受けた旨について何ら「見える化」を図らない場合には、医師を始めとする医療従事者や患者が専門的能力を容易に認知できず、医療従事者間の円滑な協働・連携や患者の安心の確保が不十分となる可能性がある。

3. 既に進められている取組との関係

特定看護師と専門看護師・認定看護師については、医療サービスの質の向上という目的は同一であるものの、それぞれが医療現場において担う役割は完全に一致するものではなく、医療サービスの質の向上の観点からはいずれの枠組みも必要である。

急性期

抗不整脈剤の投与、一時的ペースメーカーの操作・管理、経口・経鼻挿管チューブの挿管・抜管、経皮的気管穿刺針の挿入、腹腔ドレーンの穿刺・抜去、中心静脈カテーテルの挿入・抜去、直接動脈穿刺による採血、動脈ラインの確保、末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル(PICC)の挿入、胸腔ドレーンの抜去、皮下膿瘍の切開・排膿、創部ドレーンの抜去、非感染創の縫合、電気凝固メスによる止血、医療用ホッチキスの使用、体表面創の抜糸・抜鉤、硬膜外チューブの抜去、麻酔薬の投与、IVR(Interventional Radiology)時の血管穿刺・カテーテル挿入・抜去等

■看護業務として実施される際に看護師一般が実施可能な業務・行為(例)

○医療現場等で一定のトレーニングを積み重ねた看護師による実施が望まれる業務・行為

心停止患者への電氣的除細動の実施、創傷被覆剤(ドレッシング材)の選択・使用、酸素投与の開始・中止・投与量の調整の判断、12誘導心電図検査の実施の決定、尿道留置カテーテルの挿入及び抜去の決定、経管栄養用の胃管の挿入・入れ替え、感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定等

○現行の看護基礎教育で対応可能であり看護師の更なる活用が望まれる業務・行為

慢性期・在宅

胃ろう・腸ろうのチューブ・ボタンの交換、腹腔ドレーンの穿刺・抜去、中心静脈カテーテルの挿入・抜去、嚥下内視鏡検査の実施、皮下膿瘍の切開・排膿、末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル(PICC)の挿入、体表面創の抜糸・抜鉤、経皮的気管穿刺針の挿入、非感染創の縫合、電気凝固メスによる止血、創傷の陰圧閉鎖療法の実施、医療用ホッチキスの使用、褥瘡の壊死組織のデブリードマン、直腸内圧測定・肛門内圧測定・膀胱内圧測定の実施、苦痛症状のための薬剤の投与、副腎皮質ステロイドの投与(局所注射)等

12誘導心電図検査の実施、低血糖時のブドウ糖投与(経口又は静脈内投与)、動脈ラインからの採血、末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与、導尿の決定と実施、尿道留置カテーテルの挿入の実施、創部洗浄・消毒、感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施、動脈ラインの抜去・圧迫止血、予防接種の実施、心肺停止患者への気道確保・マスク換気、浣腸の実施の決定等

清話抄

平成23年3月11日に起こった「東日本大震災」のあとに、大阪万国博覧会のテーマ曲「世界の国からこんにちは」を作詞された島田陽子氏が晩年に作った詩が、ある新聞で紹介された。

「滝は滝になりたくてなったのではない 落ちなければならないことなど 崖っぷちに来るまで知らなかったのだ

しかし、まさかさまに落ちて落ちて落ちて たたきつけられた奈落に 新しい旅が用意されていた 岩を縫って川は再び走り始める …戦後の昭和の応援歌を詠った人が残した震災を受けた平成の日本への応援歌に思えてならない」と締めくくられていた。

この広範囲に及ぶ災害が起こることによって我々日本人は、皮肉にも教えられたことがあった。震災の前、日本は経済・財政などあらゆるもので世界

から見放されているといった記事が多くあった。しかし、震災が起こってから日本人の「我慢強さ」「誠実さ」「真面目さ」「勤勉」が世界から注目され、絶賛された。

また、震災が起こってから「人と人とのつながり」、地域のコミュニティの重要性が再確認された。医療においても同じことがいえるのではないだろうか。専門性・特化がうたわれる医療の中で地域医療の重要性をさらに見直

さなくては行けない。

様々な情報ツールが我々の手元にはある。便利ではあるが、そこに依存しきってはいけないのであろう。

他国から入ってくる情報や制度を模倣することも大切であるが、我々日本人はその歴史を再認識し日本人として誇りと自信を持ち、時代の流れの中で中心となるべく切磋琢磨していかなくてはならないのではないだろうか。

(勝)

緊急座談会 東日本大震災と全日病の対応 (前編)

支援に取り組む会員病院の士気は非常に高く

迅速かつ多数の出動。復興は長期。でも全日病は支援を続ける

猪口 3月11日午後2時46分に生じた地震はM9.0とかつてない規模となり、それに続く津波が深刻な被害を東日本の太平洋側に与えました。震災を受け、全日病は、被災地と被災病院に対する支援を行なってきました。

支援活動は今後も続きますが、震災から1ヵ月が過ぎ、これまでの取り組みを振り返ることはできるかと考え、渦中にあったお2人の先生をお迎えした次第です。

ここで、地震発生から1週間の全日病の動きを整理させてください。震災が発生したのは3月11日でした。翌12日に石原先生他の病院が現地に向けて出発しました。13日は日曜日でしたが、西澤会長の指示で、事務局は被災9県の218会員病院を対象に被害状況調査に着手しています。

3日目の14日には全日病災害対策本部を設置、また、西澤会長と石原委員長との間で医療チーム派遣の調整が行なわれ、翌15日に医療救護班の派遣を決定、被災地以外の会員病院へ参加を呼びかけました。

その15日にも、会員病院より5チーム以上が出動しています。また、同日中に義援金口座を開設し、会員へ義援金の拠出を訴えました。全日病のサイトに東日本大震災関連の特設ページを開設したのも15日です。

震災5日目の16日に全日病・医法協共同の医療救護班第1陣(6班21名)が宮城県へ出発。翌日の17日に第2陣(4班19名)が出発しています。一方、四病協は16日付で、福祉医療機構が決めた復興融資について、融資の拡大と貸付条件の緩和を厚生労働大臣に要望しています。

こうして医療救護班は3月30日までに29班110人に達しましたが、その後も会員病院からの派遣が続き、4月12日までに66班258人、予定通りでいくと4月29日段階で84班335人に達する見込みです。

一方、3月26日に開催された第96回定期代議員会は西澤会長を再選する一方、被災地と被災医療機関に対する国の支援を訴えるとともに、全日病として「復興に全力を挙げて活動する」ことを宣した声明文を採択しました。

第3期西澤執行部は自らを「復興支援執行部」として位置づけ、2011年度事業計画と災害復興支援を両輪の輪として協会運営に臨む方針を打ち出しました。そのために、災害支援特別会計を設置するなど、財政面の態勢も整えています。

平成7年(1995年)の阪神淡路大震災の際に、全日病は医療物資の支援と義援金の募集を行なっていますが、医療チームの派遣は、東京私立病院会(当時)との合同による2チームにとどまりました。しかし、今回は迅速な動きと予想を超える数の医療チームを派遣することができました。

それだけでなく、厚労省や被災自治体から寄せられた医療スタッフの派遣要請や患者移送への要請にもある程度対応してきた、あるいは、患者受け入れ用意のある病床調査を実施して政府にデータ提供する、さらには、与党を介して様々な進言や要望を行なって一定の成果を得るなど、民間病院主体の全国的病院協会としては、それなりの支援体制を組めたのではないかと、個人的には思っています。



全日病災害対策本部副本部長(副会長) 安藤高朗 (写真左)
全日病災害対策本部副本部長(総務財務委員会委員長) 猪口正孝 (同中)
全日病災害対策本部(救急・防災委員会委員長) 石原 哲 (同右)

ない、東京都医師会にも十分理解されていなかったようなところがありました。これはやはり広報不足であったと、今にして思っています。

それから、今までの医療班はもっぱら定点でしたので、そこでコマンド・コントロールができたし、現地と本部とのやりとりができました。しかし、今回は、現地に行ってしまうと全く通信

が途絶えるという恐れがあったため、私自身は東京に残ることにしました。

しかし、東京に残ってもやれることは微々たるものでした。もっと色々な班編成に努めて、各県の担当者を一斉に決めていくというようなことをしなくてはならなかったと、今にして思っています。つまり、本部づくりというマニュアルがなかったということです。

震災3日後に全日病災害対策本部を設置

安藤 震災発生3日後の3月14日に、全日病は、西澤会長を本部長とする災害対策本部を設置しました。

猪口 ええ。安藤、猪口、神野の3副会長と私が副本部長に命じられ、関連委員会の先生方9人に参加していただき、まさに、後方支援本部の体制をつくりました。

石原 対策本部が設置された結果、私が派遣をする側の窓口になり、猪口先生が受入側の本部窓口になった。初動時に私どもと活動をともにしてくれたのが安藤先生でした。そして、災害対策本部が医法協と合同の医療救護班を派遣する方針を打ち出して会員病院に参加要請を出した結果、全国の全日病の先生方を取りまとめるという大ミッションになったわけです。

派遣する以上は、行った先の安全確保とか衣食住を相手先に迷惑をかけないように手配せざるを得ない。しかし、極度の混乱状態にある中、宿の確保で

あるとか、非常に難儀をしました。初動の1日目、2日目はみんな宿なしでしたから。

猪口 いわき市には3月12日に入ったんですね。

石原 いったんいわき市に入って、保健センターで机の上とか椅子を並べて寝袋で寝たとのこと。郡山市に行き、また、いわきに戻ってきました。

安藤 それは同じ班ですか。

石原 1班6人が1台の救急車に乗ってね。

安藤 小泉チームも一緒ですか。

石原 小泉先生は福島県立医大をカウンターパートに選んだので違うグループになりましたが、いわきで一緒になりました。いわきはかなりひどい状態でしたので、次の隊も当然いわきだと思っていたら、宮城県の気仙沼市に派遣されたDMAT隊が引き揚げるようになったため、継続しなければならず、我々は13日に気仙沼に入りました。

DMATが引揚げた気仙沼に入る

猪口 気仙沼はどういう状況でしたか。

石原 東京消防庁がまず仙台市に入り、宮城野区の海辺近くに陣を張ったところ、津波によって石油が水面に拡散して火災となり、鹿折地区は全焼してしまった。その消火では東京消防庁が活躍しました。で、彼らと行動を共にしたDMATも、宮城野区よりも被災の大きい気仙沼に入ろうということになったのです。

猪口 気仙沼ではどういう活動をされましたか。

石原 キーになる気仙沼市立病院の先生に、支援体制について検討するミーティングを開きたいと話をしました。そこに医師会長を呼んで、医師会員の安否確認や、民間病院における、患者避難の現況などの調査有無などを聴取するミーティングを開くということで、我々がその仕組みをつくってミーティングを実施しました。

最初は病院で開いていましたが、そのうち医師会館が使えるようになったので、そちらで朝夕の定例ミーティン

グをしました。そこで色々な情報収集を行ない、次に、各班のリーダーは夜コントロール会議、これは警察、消防、水道、ガスなど全関係者が集まる市の防災会議ですが、そこで情報を得る、逆に彼らに避難民や被災医療機関に関する情報を提供する。そういうことを日々続けましょうということを提案し、確立してきました。

安藤 まさに、災害医療の基本ですね。
猪口 DMATや石原先生のような経験豊富なチームが気仙沼に入って、そして医師会長や市民病院の院長と話をして成果を挙げた。これで、このままこの東京都の隊に依拠したいということ、気仙沼市長が石原都知事に申し込んだということですか。

石原 そうです。

猪口 その、ミーティング体制を構築していく以外のご苦労はどうでしたか。

石原 やはり通信ですね。外部への通信は衛星の携帯電話以外はつながりませんでした。現地や地域内の連絡で一番役に立ったのは全日病の無線機でし

早かった初動。JMATとして参加を決める

安藤 地震発生から2日後の3月13日には会員病院の被災状況を調査していますね。

猪口 ええ、218施設を対象に調査したところ、建物被害については201施設から報告を得ることができました。それによると、壊滅または被害甚大が4、建物被害が127(半壊1、一部損壊37)で、被害無しは70施設でした。人的には13施設で医師職員が、5施設で入院患者に被害が生じています。診療については外来中止が33、救急のみ中止が31という結果でした。

安藤 最初に被災地に出ていったのは石原先生の病院です。

石原 本来ですと、全日病のカウンターパートを得て現地に向かって行くところですが、今回は、通信途絶のために、会員病院とはまったく連絡がつかなかった。それともう一つに、DMATができて東京が県外派遣する初めてのケースであり、そのミッションも大事だという問題もありました。ただし、そちらは東京消防庁と一体の動きなので、出動には時間がかかりました。東京消防庁は千葉県市原のコンビナート火災や都内の火災にも当たるなど、県外派遣隊の編成に困難をきたし、東京DMATが出るのは夜になりました。

その間、いつも出動している先生方からは「準備OK」との連絡をいただきましたが、カウンターパートが決まらないこともあって、しばし待機をお願い

しました。

そこで、最初に考えたのは福島県のいわき市でした。というのは、日医のI理事に日本医師会の動きをたずねたところ、「未完成だが、この事態ではJMATを送り出すしかない」という執行部の意向が確認できたので、「では、全日病の班もJMATに合流しましょう」ということで、ひとまず合意したのです。

安藤 そこら辺は、しかし、簡単な話ではなかったのではないですか。

石原 そうでした。その後、西澤会長が日本医師会に電話をして相互に確認したわけですが、いくつか考えの違いがあったようです。しかし、最終的に、そのかたちで行こうということ、合意、全日病はJMATとして登録するというので一致したということではないでしょうか。その結果、私(白鬚橋病院)と小泉先生(いずみ記念病院)とで現地調査を兼ねた先遣隊を派遣したのが翌日の3月12日でした。

猪口 しかし、被災地では、病院協会から出向いたJMATと医師会のJMATとで、若干の混乱もあったのではないですか。

石原 確かに、初動段階で全日病はJMATに参加するということになったのですが、この連携は、ちょっと周知不足だったかなという思いがあります。というのは、被災県は医師会を通じて依頼を出すわけですが、全日病がJMAT班の位置づけになっていることを知ら

被災病院への公的支援にも公私格差

全日病がJMATとして動いていることが現地に知られていない

た。12台ありますから、みんなに配った。これが消防無線よりもよく届くんです。

安藤 それはたいしたもんだ。

猪口 医療救護班としてはどういう点でご苦労されましたか。

石原 重傷者の搬送ですね。診療できる病院が1カ所しかありませんから。それに、被災病院にはまだ患者さんが大勢いましたからね。例えば、ある精神科病院では、保護入院の患者が300

人程入院していて、1、2階が完全浸水したので患者を3階と4階に移したため、劣悪な環境に置かれたんです。そこで援助を求めたところ、市の素早い対応で自衛隊が多数集まり、2日後には1階、2階とも整備されて入院生活が続けられるようになったということがありました。

猪口 それは、大変うまくいった事例ですね。

放射能騒ぎの中を被災医療機関回り

猪口 東京に残って医療救護班派遣の調整役を務めた石原先生に対して、安藤先生は医療班の一員として自ら現地に赴きました。そのときの状況はどうでしたか。

安藤 私のチーム(永生病院・南多摩病院)は、日本慢性期医療協会として出た赤穂中央病院(兵庫県)のチーム、医療法人協会として出た大雄会病院(愛知県)のチーム、東京都病院協会として出た町田慶泉病院(東京都)のチームと合同で、3月14日に生まれました。で、人数が多いから二手に分かれようということになって、私の方がいわき市に、あとの2チームが気仙沼市に向いました。

避難所の医療救護所を目指したのですが、とりあえず保健所に着いて、布団もないところで寝ていたら夜中にたたき起こされて、「今から除染を開始します」と言われ、防護服にゴーグルとマスクを与えられました。福島原発です。14日に3号機で水素爆発、2号機で燃料棒が露出という状況の中、東電下請会社の一部が避難したところを保健所が測定しているという状況に出くわしたわけで、我々も自衛隊と一緒に除染に立会うことになったのです。結局、被曝量はたいしたことはなかったのですが、一時はヨード剤を飲まされたりし

て、現場は結構殺気立ってました。

石原 そこで除染していた日医のN先生から悲壮な電話を受けましたよ。

安藤 次の15日は午前中に会員病院を回り、午後は救護所に行く予定でした。そのうちに、また、2号機で爆発音、4号機が火災となって、周辺地域はちょっとしたパニックでした。そんな中でも我々は開業医さんを回って、病院も5~6カ所回りましたか。そうしたら、地元の医師会長などから退避勧告が出たりしたので、我々ももう1つのチームが向った気仙沼に向うことにして、そこで合流したのです。

猪口 気仙沼では皆さんどんな活動を。

安藤 主に病院内と避難所のフォローをしました。しかし、まだ医療が入っていない所があるだろうということで、そういう避難所を探し出そうとしたんですが、携帯電話が全く通じなかったので苦労しました。

猪口 動き回る上でガソリンとかも苦労されたでしょう。

安藤 ガソリンは全く手に入らなかったですね。それと、被災病院のために薬を持っていったんですが、道が通れないものですから、どこも迂回して行かなければならない…。

支援は災害医療体制の立ち上げから始まる

猪口 さきほど、混乱する現場に災害医療体制を立ち上げたというお話がありましたが、初動では、ほかにも色々ご苦労があったでしょうね。

石原 コーディネートの立場で色々調整をしていると、送り手の現場からは「なぜ行かせてくれないんだ」と言われてしまいます。「行ってください」と言うまでに、どうしても時間がかかります。被災地県本部・医師会本部・現地本部全てに了解を得て、やっと出動ができ、連絡すると「連絡がないから解散したよ」って…。

安藤 ああ、熱が冷めたみたいなの。

石原 派遣先の調整をしていると1日かかっちゃうんです。で、電話すると「もういいよ、行かないよ」って。そういう点では、派遣チームの特性や派遣先の決定はもっと早く組織立ってやるべきだったなあと反省はありますね。

安藤 しかし、大変な作業ですよ。

石原 それと、安藤先生も触れましたが、皆で避難所を回ろうとしても、避難所がどこにあるのか分からないのです。

安藤 最初は避難所の数が多かったですからね。

石原 それで大体把握できて、行き先を指定すると、そこに医療班がいたり

するわけですよ。つまり、全く医師会に関係なく入ってくる班がいるんですね。しかし彼らを、定時のミーティングに出てほしいということで呼んで、みんな参加していただきました。このミーティングでは、活動報告、共通認識の徹底、医療班の過不足などを協議し、当時は26避難所を分担していました。それでも呼びかけに応じない班がいるのですが、なんとか、全医療班が一堂に会することができた。気仙沼はうまくできたとし、陸前高田もできています。しかし、福島県のS市はそれができなかった。

猪口 なぜできなかったのですか。

石原 1つには地元医師会が孤立していたことです。支援の医療班と一緒にやることに消極的なんです。我々には開業医支援だけでなく在宅もあるんだと。病院支援は独自にやってほしいと

初めての出動となったJMAT

安藤 JMATは初めての出動ということもあるのでしょうか。

石原 その辺は、もっと災害医療というものを勉強するいいきっかけになるんだろうと思いますね。ただ、阪神淡路の時と比べると医療班は本当によく勉強している。災害医療がいかなるものかというのがわかっている先生たちが増えて、やっけていて非常にやりやすい。

安藤 積み重ねができてきたということですね。

石原 そういうことだと思います。実は、過去の新潟中越地震、岩手宮城内陸地震などでは、日本医師会を名乗って現地入りし、日本医師会本部と連絡を取りながら活動をしておりました。一方で、まだまだ、日本医師会の中にも災害医療への理解が足りない理事がいたり、地区医師会もよそから援助が来ることに、「俺たちもやっけてるのに自分たちの能力がないと思われる」と受け止めちゃう風潮がある。これは今後のテーマですが、やはり全ての医師会員が災害医療の勉強を受けるべきだと思いますね。日本医師会も、JMATのトレーニングコースを作成しているところなんですけど。

安藤 それはいいですねえ。

石原 全医師会員が受けるというのをスタートさせたんです。その矢先にこういうことが起きてしまった。

猪口 初期段階における医療救護班の活動は、今のお話ではよく分かりましたが、重傷者の搬送としては、被災地

のようなイメージだったらしい。結果として、全日病も小児科の先生を連れて行って小児を診たりもしました。そういうことにははすごく感謝していただきました。しかし、我々医療班が避難所で活動することは、地元医師会はもう十分と考えていて、我々の活動を理解して頂けない部分があった。市長は「来てくれ、来てくれ」と、被災病院の院長も「来てくれ。我々は見捨てられた」と言っているわけですよ。だから、我々医療班が行ったら、もう大喜びしてくれた。ところが医師会は微妙な反応なんですね。行った人たちは苦労したと思う。で、一応は日本医師会を間に入れて形の上はまとまりました。でも、やはり開業医の先生たちは医療班をよそ者扱いする。ただし、JMATはいいと。それが分からない。俺たちもJMATなんだけどというのがね…。

の病院から辺縁部の施設が残っているところへの搬送、さらには、被災地外への搬送という場面もありました。全日病の対策本部も受け入れ病院を用意したわけですけど、その搬送でご苦労なされたことは。

石原 重症者は、陸路だと最低1~2時間かかるので、基本的にはヘリ搬送です。ヘリポートまで搬送してピストン輸送で運んでいく。約2時間半で40人の患者を搬送しましたが、ヘリポートまでと搬送先病院との往復は我々民間の救急車が活躍しています。地元の救急車では全く足りないですからね。

問題は慢性疾患を持つ患者さんです。今まで入院していた患者さんの避難先が体育館では、当然のように悪化していきます。例えば、認知症の寝たきり超高齢者が避難所で肺炎を発症して、病院に搬送し、重症と診断されても、家族は避難所に戻してくれて。もういいって。で、また避難所に戻して、感染対策用の隔離のところに対応することになる。

安藤 避難所で看取っちゃうんですね。

石原 だからいち早く他の病院に移すことが必要だったんですけれども、そういう医療機関がなかなかないんですね。老健や特養の入所者は他地区の老健・特養にオーバーベッドに入れてもらった。しかし、病院の患者を老健・特養というわけにはいかない。実際には行った患者もいると聞いておりますが、その人数等具体的なことは不明です。(次号に続く)

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 6,500円
■試験日 年12回(毎月)

■試験科目
<実技I> 患者接遇
<学 科> 医療事務知識
<実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 7,000円
■試験日 年3回(7月・11月・3月)

■試験科目
<実技I> 患者接遇・院内コミュニケーション
<学 科> 医事業務管理知識
<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

<称号> ドクターズクラーク 【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科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

■受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 8,000円

■試験日 年6回(奇数月)
■試験科目
<学 科> 医師事務作業補助基礎知識
<実 技> 医療文書作成

●試験の詳細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

「持分なし」への移行に持分あり社団の約2/3が否定的

80%が移行支援に「相続税の猶予・免除」を希望。四病協が医療法人の実態調査

2007年4月に施行された第5次医療法改正で医療法人制度の抜本改革が行われてから4年が経過した。社会医療法人の創設、特別医療法人の2011年度末廃止、新設社団医療法人の持分なし規定だけでなく、定款や寄付行為の変更など、改革の影響はあらゆる医療法人に及んでいるが、その状況について全体

像が明らかにされないまま、次なる医療法改正と医療法人制度のさらなる見直しの議論が始まりつつある。

そこで、四病院団体協議会は、2010年6～7月に医療法人の実態調査を実施した。これは、厚生労働省医政局の要請を契機としたものであったが、四病協としても、制度改革に向けた提言と、

医療法人税制とくに事業承継税制にかかわる要望の資料を得るという目的をもつものでもあった。

その結果、持分ある社団から持分なし社団への移行については、「意向あり」が33.8%にとどまったのに対して、「意向なし」は61.7%と「意向あり」の倍近くに達していることが判明した。

移行に際しての課題として、60.6%が「移行に伴う法人への贈与税課税」を、43.4%が「出資者が死亡した場合の相続税への対応」をあげ、移行に必要な支援としては、79.5%が「持分なしへの移行を条件に相続税を猶予・免除する税制優遇制度」をあげた。四病協の医療法人に関する調査結果の概要を紹介する。

四病協 「医療法人の現状と課題に関するアンケート調査報告」から

医療法人4,888法人を対象に2010年6～7月に調査を実施、1,058法人から回答があった(有効回答率は21.6%)。回答法人を社団・財団の区分で分類すると、社団医療法人976法人(持分あり737法人、持分なし239法人)、財団医療法人82法人で、その比率は社団医療法人92.2%(持分あり69.7%、持分なし22.6%)、財団医療法人7.8%となっている。

●4疾病5事業について

35.7%の法人が4疾病5事業の医療提供施設として医療計画に記載。

記載件数の多いものは、4疾病では、①脳卒中(150件)、②糖尿病(107件)、③がん(91件)、④急性心筋梗塞(86件)。

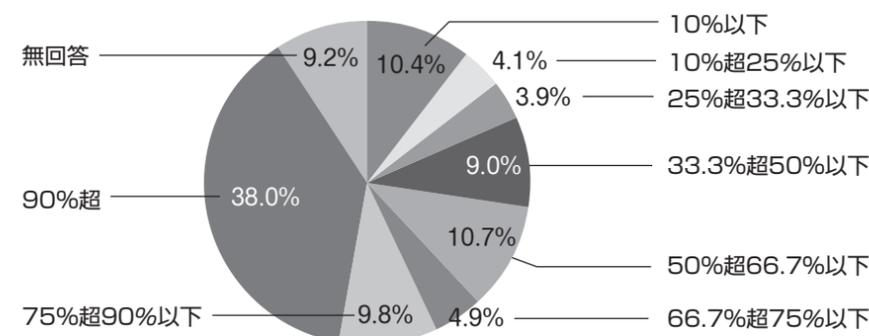
5事業では、①救急医療(292件)、②小児医療(33件)、③災害医療(21件)、④周産期医療(19件)、⑤へき地医療(10件)。

このほか、各都道府県が特に必要と認めた医療でも医療法人の施設名は70件記載されていた。

●差額ベッドの状況について

差額ベッドを有する法人は69.6%で、差額ベッド割合は平均で20.0%。三大都市圏ではこれが75.6%、25.8%と約6ポイント上昇。

社員の同族割合(持分あり)



●役員について

役員数は1法人平均で8人、同族割合は42.5%の法人で3分の1以下。理事長が医師の法人は91.9%、医師でない法人は7.2%。

役員同族割合

10%以下	13.9%
10%超25%以下	17.6%
25%超33.3%以下	11.0%
33.3%超50%以下	12.9%
50%超66.7%以下	12.6%
66.7%超75%以下	8.3%
75%超90%以下	9.7%
90%超	10.7%
無回答	3.4%

●附帯業務について

附帯業務を実施している医療法人は50.1%、実施していない医療法人は48.2%(510法人)

●社員について

平均社員数は7.9人。全体的に小規模だが、例外的に2万人以上の社員のいる法人もある。社員の同族割合は社団全体の平均では59.0%。ただし、持分の有無によって比率が大きく異なり、持分あり社団は平均68.9%、持分なし社団は平均27.5%。

●持分ある社団について

(1) 出資者

平均出資者数は4.7人、平均同族割合は86.2%。

(2) 持分の払戻請求

払戻請求を受けたことのある法人は12.9%。その31.6%が借入金で支払っているほか、法人資産を処分して支払うケースもあった。

(3) 持分なしへの移行に対する考え

①移行を志向する法人と志向しない法人の比率

持分ある社団から持分なし社団に移行することについては、「意向あり」33.8%、「意向なし」61.7%。「意向なし」が「あり」を大幅に上回った。

②移行を志向する法人の移行理由、移行に当たっての課題、移行への支援

移行理由は、①安定経営(90.4%)、②非営利性の徹底(51.8%)等の回答が多く、移行に当たっての課題は、①移行に伴う法人への贈与税課税(60.6%)、②出資者が死亡した場合の相続税への対応(43.4%)、移行に必要な支援は、①持分なしへの移行を条件に相続税を猶予・免除する税制優遇制度(79.5%)、②諸規定の整備・手続等へのアドバイスを受けられる制度(37.8%)であった。

③移行を志向しない法人の移行しない理由と相続への対応

継続への支援移行しない理由では、①出資持分はオーナーシップの源泉であり放棄できない(36.5%)、②相続税を支払っても医療法人を子孫に承継させたい(32.3%)、③同族経営

を維持したい(31.0%)が多かった。

将来相続が発生した場合の対応としては、①払戻しのために借入金や資産の処分をせざるを得ない(46.2%)、②問題なく払戻しできる(31.6%)。

持分ある社団として継続するのに必要な支援は、①持分あり類型の永続的な存続の法的保障(60.0%)、②中小企業の事業承継税制並みの相続税負担軽減(57.1%)、となっている。

●持分のない社団への移行について

持分ありから持分なしへの移行について聞いたところ、移行前の出資者は平均5.0人、平均同族割合74.3%、出資金の額は1法人平均6,374万円、1出資者平均1,270万円。移行期間は平均1年7ヶ月だった。

●社会医療法人について

認定を受けた救急医療等確保事業は、①救急医療(81.4%)、②精神科救急(11.9%)、③小児医療(同)、④災害医療(6.8%)、⑤周産期医療(同)、⑥へき地医療(5.1%)。

社会医療法人債の発行実績のある法人はまだない。

制度上の課題をあげてもらったところ、①社会医療法人が認定を取り消された場合には過年度の非課税収益に課税されること(57.6%)、②救急医療等確保事業の基準を満たすこと(15.3%)、③社会保険診療等の収入が全収入の80%を超えること(11.9%)。

社会医療法人でない法人が社会医療法人に移行したいと思っているかについては、「意向あり」が21.9%、「意向なし」が53.3%であった。

評価・公表等推進事業の実績報告がまとまり、その概要が報告された。

●2011年度「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)」の開催

「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)」を6月から7月にかけての4日間、本会会議室で開催すると報告があった。

●「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等あり方の調査研究事業」報告書

本会が受託した2010年度老人保健健康増進等事業として実施した「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等あり方の調査研究事業」の報告書が完成、その概要が報告された。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

2月24日付で以下の10会員病院(付加機能を除く)に病院機能評価の新規認定・更新認定が決まった。

- ◎一般病院
 - 福島県 星総合病院 更新
 - 茨城県 小山記念病院 更新
 - 東京都 賛育会病院 更新
 - 大阪府 大野記念病院 更新
- ◎複合病院
 - 神奈川県 藤沢湘南台病院 更新
 - 京都府 洛和会音羽病院 更新
 - 京都府 八幡中央病院 更新
 - 広島県 山崎病院 新規
 - 徳島県 江藤病院 更新
 - 佐賀県 嬉野温泉病院 更新
- 【付加機能】
 - ◎リハビリテーション機能
 - 北海道 苫小牧東病院 更新
 - ◎緩和ケア機能
 - 茨城県 筑波メディカルセンター病院 更新
 - ◎一般病院
 - 3月4日付で以下の18会員病院に病院機能評価の新規認定・更新認定が決まった。
 - ◎一般病院
 - 茨城県 牛久愛和総合病院 更新
 - 静岡県 コミュニティーホスピタル甲賀病院 更新
 - 静岡県 伊豆保健医療センター 更新
 - 愛知県 名古屋掖済会病院 更新
 - 大阪府 大阪府済生会吹田病院 更新
 - 大阪府 阪和住吉総合病院 新規
 - 大阪府 日野病院 新規
 - 長崎県 井上病院 更新
 - 鹿児島県 整形外科米盛病院 更新
 - ◎精神科病院
 - 大分県 向井病院 更新
 - 大分県 加藤病院 更新
 - 沖縄県 糸満晴明病院 更新
 - ◎療養病院
 - 福島県 寿泉堂香久山病院 更新
 - 徳島県 鴨島病院 新規
 - ◎複合病院
 - 群馬県 須藤病院 更新
 - 長野県 城西病院 更新
 - 大分県 高田中央病院 更新
 - 大分県 大分記念病院 更新

上記の結果、3月4日現在の認定病院は合計2,518病院となった。そのうち、本会会員は872病院と会員病院の37.5%、全認定病院の34.6%を占めている。

2011年度第1回常任理事会の抄録 4月16日

【協議事項】

●2011年度の委員会体制

2011年度の委員会については10年度の体制を維持するとし、かつ、委員長についても10年度のとおり臨むという執行部方針を提示、承認を得た。ただし、小松前常任理事が委員長を務めていた医療制度・税制委員会については、新たに、中村常任理事が委員長に就任する。

●全日本病院学会における東日本大震災関連企画

10月に沖縄県支部担当で開催される第53回全日本病院学会において、東日本大震災をテーマとしたシンポジウムを企画することが決った。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の8名の入会が承認された。
 茨城県 茨城県立中央病院 院長 永井秀雄
 埼玉県 山口病院 院長 山口聖子
 千葉県 斎藤栄災病院 理事長 斎藤順之
 神奈川県 横浜新都市脳神経外科病院 院長 森本将史
 静岡県 新都市病院 院長 鈴木和雄
 大阪府 西大阪病院 理事長 森下 浩
 広島県 中国中央病院 院長 中田安成
 長崎県 諫早療育センター 施設長 魚谷茂雄
 この結果、在籍会員数は2,332名となった。

賛助会員として、以下の3社が入会した。
 株式会社イーウェル(東京都・浅倉 泰社長)
 日立メディカルコンピューター株式会社(東京都・榎村 茂部長)
 ソレケア株式会社(東京都・久保田 修事業推進部長)
 賛助会員は98会員となった。

【報告事項】

●チーム医療の取り組みに関するアンケート結果

本会会員病院を対象に実施したチーム医療取り組み実態調査の結果が報告された。調査結果は「チーム医療推進方策検討WG」に報告される。

●「病院のあり方に関する報告書2011年版」概要版

病院のあり方委員会が作成した「病院のあり方に関する報告書2011年版」の概要版がまとまり、報告された。本篇は6月4日の代議員会に報告される。

●2010年度医療業高齢者雇用委員会報告書

全日病総研が(独)高齢・障害者雇用支援機構より受託した「2010年度医療業高齢者雇用委員会報告書」が完成、報告があった。

●2010年度医療の質の評価・公表等推進事業の報告

厚生省補助事業「2010年度医療の質の

実態調査から増加する胃瘻造設の課題を提言

胃瘻造設者数は推計26万人。栄養剤注入有無で受入余力が大きく変化

2010年度老人保健健康増進等事業として全日病が受託した「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等のあり方の調査研究」の報告がまとまった。

調査研究は厚労省の老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事

業分)を受けて行なわれたもので、「平成22年度老人保健健康増進等事業検討委員会」(木下毅委員長)が調査研究と報告のとりまとめにあたった。

調査対象は、病院(急性期、慢性期、ケアミックス)2,100施設、特養1,200施設、老健800施設、介護療養型老健83施

設、訪問看護ステーション1,200事業所で、回収数は計1,875件(回収率34.8%)であった。

併せて施設職員と患者家族にも調査を実施、約1万3,500人から調査票を回収した。別途、回答先から16施設を選び、ヒアリングを実施している。

胃瘻造設者に関するこれまでの実態調査は標本件数が少なく、今回のように、全国規模かつ広範囲の施設を対象とした、しかも、職員と患者家族に対しても調査を実施したのは稀有な例とみられる。

以下に、調査結果の概要を報告する。

「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等のあり方の調査研究」報告から(「まとめ」の概要)

入院患者における胃瘻造設者の割合は、急性期病院が7%、慢性期病院が30%、ケアミックス病院が21%であった。入所者における胃瘻造設者の割合は、介護老人福祉施設が9%、介護老人保健施設が7%、介護療養型老人保健施設が28%であった。訪問看護ステーションの利用者における胃瘻造設者の割合は10%であった。

胃瘻造設者の状態像については90%以上が寝たきりであった。胃瘻造設高齢者の増加により、業務負担が増加すると回答した職員は70%から80%であった。

介護保険施設において、許容できる胃瘻造設者数を増やすために必要なこととして、50%以上の施設が「看護職員を増やす」「職員研修等を充実させる」「病院との連携を強化する」ことをあげた。

発生頻度が最も高い胃瘻に関する合併症・問題点として「発赤・スコントラブル」「不良肉芽」「下痢・便秘」「逆流・嘔吐」「誤嚥性肺炎」が多く見られた。

また、「自己抜管」「自然抜管」「チューブ閉塞」といったトラブルも10%程度の施設で見られた。これらは、病院では緊急に対処できると考えられるが、介護保険施設や在宅療養では緊急対応が困難なことが多い。特に、胃瘻抜去後は放置すると一晩で再挿入不可能となる。また、それ以外にも緊急性の高い医療を必要とする事例が多い。

その解決策として、地域に密着し、軽症～中等度の急性期疾患に対応できる中小民間病院や在宅療養支援診療所など、胃瘻管理について意識の高い医療機関との連携を行うことが望まれる。

本調査の結果から、全国の胃瘻造設者数は約26万人と推計された。また、介護保険施設及び訪問看護ステーションでの受入余力は約10万人という推計結果であった。

10万人のうち訪問看護ステーションは約7万人と大きいのが、家族が栄養剤を注入することが前提となっている。職員が栄養剤を注入するケースが増加すれば、受入余力は減少する。仮に、栄養剤を職員が注入する胃瘻造設者の割合が20%になったとすると、訪問看

護ステーションの受入余力は約1万人に激減し、介護保険施設と訪問看護ステーションの受入余力は約4万人となる。在宅療養している胃瘻造設者については、家族が栄養剤を注入する状況が維持できなくなった場合の対応が問われることになるだろう。また、胃瘻造設者の12%が胃瘻造設後5年超経過している。胃瘻造設後の経過年数が長くなると、家族の介護力などの胃瘻造設者を取りまく環境が変化するのである。現状では栄養剤の注入を止めることは法的・社会的に困難であるが、状況によっては中止できるようにすることを、国民的コンセンサスを形成した上で認めるようにしていくかを議論する必要がある。

介護保険施設では、看護職員しか胃瘻への栄養剤滴下ができないと国から指導されている。また、胃瘻を理由に入所受入を拒否してはいけないと指導されている。特養では看護職員が少ないので、胃瘻造設者の受入数に限度があり、上記の2つの指導内容は矛盾しており、両立させることは難しいとの声があった。

また、短期入所で胃瘻患者を受入れるケース、通所の胃瘻患者に昼間だけ栄養剤を施設職員が注入するケースがあり、入所者以外の胃瘻造設者のケアを行っている介護保険施設があった。胃瘻は現時点でも広く普及しており、今後さらに増加していくことが予想されるので、胃瘻造設者の受入体制を整備していく必要がある。受入体制を整えるためには、胃瘻についての教育・研修を受けた介護職員が、看護職員の指導のもとで栄養剤を注入できるようにする必要がある。

また、胃瘻造設時点、胃瘻継続期における課題には、社会的な合意形成や法的整備が必要なものがあるので、胃瘻について国民的コンセンサスを形成するための議論をしていく必要がある。

■提言

介護保険施設において、許容できる胃瘻造設者数を増やすために必要なこととして、「看護職員を増やす」「職員研修等を充実させる」「病院との連携

を強化する」「行政の一貫した政策」が必要である。

また、胃瘻造設者にはさまざまな合併症やトラブルが見られるため、胃瘻造設者を一まとめに論じるのではなく状態によって、病院や介護保険施設、在宅など適切な場所で医療や介護を受けられる体制整備が必要である。

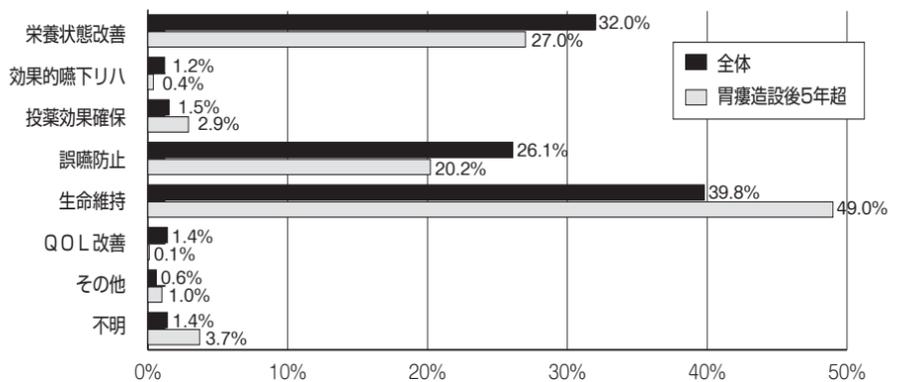
その解決策として、地域に密着し、

軽症～中等度の急性期疾患に対応できる中小民間病院(全日病の提唱する地域一般病棟、医療療養病床、在宅療養支援病院など)や体制が整っている在宅療養支援診療所など、胃瘻の管理についての意識の高い医療機関との連携を行うことが望まれる。平成24年度の医療保険・介護保険同時改定の時期に適切な対応を望む。

□胃瘻造設者の平均年齢・性別の構成比・経過年数

	平均年齢		胃瘻造設者の構成比		胃瘻経過年数
	家族	胃瘻造設者	男性	女性	
急性期病院	61.8歳	79.1歳	52.1%	47.9%	2.0年
慢性期病院	60.4歳	78.8歳	45.6%	54.4%	2.5年
ケアミックス病院	62.2歳	79.9歳	44.7%	55.3%	2.3年
介護老人福祉施設	60.8歳	84.5歳	22.4%	77.6%	2.7年
介護老人保健施設	60.5歳	84.1歳	26.5%	73.5%	2.3年
介護療養型老人保健施設	61.4歳	82.8歳	33.0%	67.0%	1.5年
訪問看護ステーション	62.7歳	78.5歳	43.7%	56.3%	3.1年

□胃瘻造設の目的(分布の推計結果)



一冊の本 book review

『民主党政権の医療政策』

著 日本福祉大学教授・副学長 二木 立
発行 頸草書房
定価 2,520円

民主党政権成立後の医療政策を時系列的にしかも、分析が短期的視点に偏らないよう、戦後の医療政策全体の中で位置づけて分析・検証している。政党が変わっても、医療政策の選択肢は限られていることや、ライフイノベーション関連は、大変勉強になる。政権交代と今後のリハビリテーション医療の章など先生にしかお書きできない内容も盛りだくさんだ。「公平で効率的で良質な医療」を実現するためには、医療者の自己改革が不可欠であり、本書がその一助になると思う。是非、多くの方々に読んでいただきたい。(安藤高朗)

あんしんとゆとりで仕事に専念

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

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

第1次補正予算が成立。阪神淡路大震災時の約4倍

菅首相「今回は応急措置。本格復旧には第2次補正で対応」

東日本大震災の復興費からなる2011年度第1次補正予算が5月2日の参院本会議で可決され、成立した。総額4兆153億円で、阪神淡路大震災後補正予算の約4倍となった(2面に関連記事)。

補正予算には、被災した被保険者等の保険料や利用料ほかの減免等にかか

る財政支援(1,142億円)、仮設診療所等の整備費(14億円)、医療・介護施設等の施設整備に対する国庫補助率引き上げなどの災害復旧費(906億円)、救命救急センターや老健施設等における自家発電設備費(119億円)などが盛り込まれている。

菅内閣は、6月にとりまとめる「社会保障と税の一体改革」案および早期成立を目指す復興基本法案(仮称)を踏まえ、6月末にとりまとめる「東日本大震災復興構想会議」第1次提言(復興プラン)を反映した第2次補正予算案を7月以降に編成、本格復興へはずみをつける考えだ。

細川厚生労働大臣は4月26日の閣議後記者会見で、第1次補正予算について、「菅総理から第1次補正予算は復旧のための応急的な措置であり、その後の復旧については、第2次補正で対応していくという話があった」ことを明らかにしている。

被災医療機関に更なる優遇融資を実現

福祉医療機構 融資率100%、貸付限度額撤廃、7.2億円まで5年間無利子など

2011年度第1次補正予算には、医療施設や介護施設等に対する福祉医療機構による復興融資の融資率引き上げ費用

として100億円が計上されている。補正予算が成立した5月2日に、福祉医療機構は「東日本大震災にかかる災害

復旧資金の概要(医療貸付)」を発表。①融資率100%(従来80%)、②貸付限度額の撤廃(担保額を上限、従来は原則7.2億

円)、③貸付額7.2億円までの無利子期間(当初5年間)を創設、④元金の据置期間を最長5年間に延長(従来は最長3年)など、東日本大震災で被災した医療関係施設開設者を対象としたさらなる優遇措置の内容を明らかにした。

東日本大震災にかかる災害復旧資金(医療貸付)の概要 5月2日

1. 対象範囲

2011年東日本大震災により被災された医療関係施設の開設者であって、その旨が確認できる被害に関する証明書等(市町村長その他相当の機関が発行)の提出が可能な方を対象とします。ただし、上記証明書等の提出が困難な場合であっても融資の対象となる場合がありますので、別途ご相談ください。

2. 貸付対象施設

病院、診療所、介護老人保健施設、医療従事者養成施設、助産所、指定訪問看護事業、薬局(調剤部門に限る・新規追加)

3. 貸付金の種類

建築資金、機械購入資金、長期運転資金

4. 貸付限度額

融資率 災害復旧資金 100%
建築資金については所要額とし、他の資金についてはそれぞれ上限額の引き上げ等の措置を講じています(1,000

万円まで無担保での融資が可能)。

建築資金

病院 所要額の 100%※
診療所 〃
介護老健 〃

※各所要額は補助金を除く。貸付額は担保額を上限とする。

機械購入資金

病院(高額) 14億4,000万円※
病院(一般) 2億円
診療所 5,000万円
介護老健 1億円

長期運転資金

病院 診療(介護)報酬の3か月分
診療所 〃
介護老健 〃

5. 償還期間(据置期間)

建築資金にかかる据置期間について最長5年間まで延長。また、機械購入資金(先進医療機器に係るものを含む)及び長期運転資金について償還期間と据置期間を延長。

高額医療機器のうち先進医療に係る機械

購入資金(病院のみ)

償還期間(うち据置期間) 最長13年(最長2年6か月)

機械購入資金

償還期間(うち据置期間) 最長8年(最長2年6か月)

長期運転資金

償還期間(うち据置期間) 最長10年(最長2年6か月)

6. 貸付利率(東日本大震災にかかる利率/病院) (2011年5月2日現在)

資金の種類	貸付金額・償還期間	契約締結から		
		当初5年間	6、7年目	8年目以降
建築	7.2億円まで	無利子(無利子)	0.70%(0.30%)	1.60%(1.20%)
	20年償還	無利子(無利子)	1.00%(0.40%)	1.90%(1.30%)
	20年超30年償還			
機械購入	7.2億円超	0.70%(0.30%)	0.70%(0.30%)	1.60%(1.20%)
	20年償還	1.00%(0.40%)	1.00%(0.40%)	1.90%(1.30%)
	20年超30年償還			
長期運転	7.2億円まで	無利子	0.30%	0.40%
	7.2億円超	0.30%	0.30%	0.40%

(注) 1. 保証人の免除を希望する場合は、上記利率に0.20%を上乗せします。
2. 利率の()は、10年経過ごと金利見直し貸付けにおける当初10年間の適用金利です。
3. 貸付契約時点の金利を適用します。
4. 利率は金利情勢にあわせて見直します。

医療救護班の第3次派遣に19班が応じる

東日本大震災による被災地と被災医療機関に対する全日病の支援活動として派遣されている医療救護班は、現在、第3次派遣(4月30日~6月1日)として19班(72人)の出動予定が組まれている。

いずれも派遣先は宮城県気仙沼市をベースに、3~4日間ごとの交代制で、常時2班の派遣が続けられている。チームはおおむね4人構成を基本としているが、医師と看護師に加え、リハビリスタッフに事務職を交えたチーム編成が増えている。

全日病災害対策本部(本部長・西澤寛俊会長)は、NPOのピープルズ・ホー



▲避難所で避難住民の健康をチェックする医療救護班

プ・ジャパン(PHJ)からパソコン300台の寄贈を受けたが、そのうち数十台は医療救護班に委ね、すでに現地で使用されている。残りのパソコンについては被災病院に提供する方針である。

2011年度 特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース 開催のご案内

本年度の開催は今回のみとなります。

日 時 ● 6月24日(金) 10:00~19:45
6月25日(土) 9:00~18:35
7月1日(金) 10:00~19:15
7月2日(土) 9:00~17:15
全30時間の講義です

会 場 ● 全日本病院協会6F大会議室
受 講 料 ● 会員病院 1名 50,000円
非会員病院 1名 60,000円

受 講 要 件 ● 看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士
※当研修コースを修了した上記有資格者は「動機付け支援」及び「積極的支援」のうち、食生活の改善指導及び3メッツ以下の運動の支援を併せて実施することができます(医師・保健師・管理栄養士の方は、当研修コースを受講しなくても特定保健指導を実施することができます)。

定 員 ● 40名(先着順)
申込締切日 ● 6月2日

当研修コース受講者には、受講修了証及び全日本病院協会認定「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)【食生活改善担当者】」として認定し認定カードを発行いたします。

申込・問い合わせ 全日病病院協会事務局 Tel.03-3234-5165

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