



今日病 NEWS 5/15

21世紀の医療を考える全日病 2006

発行所/ 社団法人全日本病院協会
発行人/ 佐々英彦
〒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.640 2006/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

新看護基準で1割が病棟運営困難

四病協 改定 実態調査速報 実態はより多い可能性。要望書作成を急ぐ

2006年度改定の結果、夜勤看護と看護師比率など新たな要件が設けられた一般病棟入院基本料は、284病院(20.2%)が病棟運営計画書で届け出た。さらに、37病院(2.6%)が特別入院基本料を余儀なくされ、6病院はその他(病棟閉鎖等)と回答した。

病棟運営計画書で届け出たうちの95病院が計画の実行が不可能と回答。特別入院基本料と病棟閉鎖等と回答した病院を加えると、138病院(9.8%)が病棟の実質的運営が困難な状況におかれている。

四病院団体協議会が実施した06年度改定緊急調査(速報)の結果、一般病棟の新看護基準によって、約1割の病院が経営危機に直面していることが明らかとなった。(精神病棟入院基本料とリハビリテーションの調査結果は次号に掲載)

開設主体を明らかにした、特別入院基本料届出35病院のうち34病院とその他(病棟閉鎖等)と回答した6病院のうち5病院を、ともに民間が占めた。病床規模を明らかにした、特別入院基本料届出34病院のうち31病院とその他(病棟閉鎖等)と回答した6病院のうち5病院が、ともに100床未満であった。

調査結果から、200床未満、とりわけ100床未満の中小病院および民間病院で新基準への対応に苦しんでいる状況が顕著に表れ、史上最大のマイナス改定が、中小民間病院を直撃する結果となったことがあらためて判明した。

調査は精神病棟を含む入院基本料と心疾患を除くリハビリテーション届出状況を対象に行なわれた。回答病院のうち200床未満は53.1%と中小病院の回答率が低い。病院経営調査と同様、困難な状況に直面している病院が回答を忌避していることも考えられ、経営苦境に立たされている病院は、これを上回っている可能性が否定できない。

一般病棟では約60%の病院が「看護

師の引き抜きなど看護師不足に拍車がかかる」と懸念を表明。同じく40%以上の病院が「子育て、妊娠等の理由で夜勤ができずに日勤のみ勤務する看護師の就職条件が悪化する」と回答、看護師の需給に悪影響が出るものと不安視している。

法改正を要さない診療報酬上の措置は病床削減を進めるきわめて有効な手段となり得るが、今改定の入院基本料改定は、療養病棟だけでなく、一般・精神病棟の脚きり策ともなった。

DPC対象病院を中心に看護配置を積みます動きはますます強まるものとみられ、地方、中小、民間の病院は、都会の大規模病院が先行する看護師確保競争の狭間で、病棟閉鎖と廃院に追い込まれる構造が生み出されようとしている。

その結果、地域の医療提供体制が虫食い状態となるだけでなく、4人あるいは3人夜勤の減員が避けられないなど、逆に、質と安全を脅かすことも否めない。

問題の深刻さを重視した四病協の医療保険・診療報酬委員会(委員長・全日病猪口雄二常任理事)は5月12日、調査結果の数値を確認するとともに、早急に報告書を作成し、72時間規定や看護師比率などの運用緩和を求める要望書作成に着手することでも合意した。

看護師引き抜き等確保の深刻化を6割が懸念

調査は、四病協傘下の約5,570病院を対象に、4月14日から20日の間に実施され、国公立、公的、大学、医療法人など2,321病院(41.7%)から回答を得た。

調査結果の概要は以下のとおり。

【一般病棟(1,463病院)】

●70%強の病院が3月までの実績で届け出たが、238病院(16.9%)が4月の、46病院(3.3%)が4月～6月の病棟運営計画書で届け出た。また、採算不可能な特別入院基本料が37病院、その他(病棟閉鎖等)が6病院あった。

●調査病院を国公立・公的・大学病院(339病院)、民間(公益法人・医療法人・個人・その他=1,068病院)とに分けると、公的は10対1(2対1)を中心に集約されており、民間は10対1(2対1)、13対1(2.6対1)、15対1(3対1)に分散し、特別入院基本料、その他(病棟閉鎖等)はほとんどが民間であった。

●100床未満は15対1(3対1)が多く、100から299床では10対1(2対1)が多い。300床以上では7対1(1.4対1)が増加する。特別入院基本料やその他(病棟閉鎖等)は99床以下が中心である。

●病棟運営計画書で届け出たものの継

続不可能が95病院、特別入院基本料が37病院、その他(病棟閉鎖等)が6病院であり、実質的に運営が困難な病院は138病院にのぼった。

●表記改正を含む一般病棟入院基本料改定に58.7%の病院が肯定的な意見を寄せる一方、否定的な側面をあげた病院は89.4%にのぼった(複数回答)。

866病院(59.2%)が「看護師不足に拍車がかかる」と指摘、543病院(37.1%)が「日勤専門看護師の就業条件が悪化する」と心配、347病院(23.7%)が「夜間の安全が低下する」と懸念している。

●621(42.4%)の病院が「3人以上夜勤配置に対して72時間上限を変更すること」を、321の病院(21.9%)が「需給緩和までは看護師比率70%を緩和すること」を、希望している。

●実績に代えて4月の病棟運営計画書で届け出た90病院のうち80病院、4月から6月平均の計画書で届け出た238病院のうち216病院を民間が、同じく90病院のうち50病院、238病院のうち154病院を99床未満がそれぞれ占めるなど、一般病棟の新看護基準の影響は、とりわけ中小民間病院を直撃した。

療養病床再編で緊急要望書を作成

四病協 法案審議への反映を期待、国会議員に提出を予定

四病協の医療保険・診療報酬委員会(委員長・全日病猪口雄二常任理事)は5月12日に開催した委員会で、療養病床再編問題に対する要望活動を緊急に行なうことを決定した。

病床転換が円滑に行なわれる展望が明確でないため、療養病床を有する各病院には困惑が強まっている。しかも、診療報酬改定の結果、医療療養病床の病棟維持に対する不安感が非常に高まっており、病院関係者の間では、「医療難民」の発生を案じる声も出ている。

その背景として、医療区分見直しのルールがDPCのように制度化されていない上、区分2・3の8項目に算定制限が設けられたように、厚労省のさじ加

減で減収となる恐れがあるなど、病棟運営に自信が見いだせない点がある。

しかも、3年後の参酌標準見直しによって老健施設等への転換が確実に行なわれるという保障は見当たらず、経営展望が立たないことも大きい。転換に伴って、工事費負担と減床・減収というダブルパンチに見舞われることに対する不安も大きい。

医療療養にとどまろうとするあまり、難病等医療必要度の高い患者の受け入れに奔走する一方で区分1相当患者の転床を考慮するなど、「選別」が始まることを恐れる声も少なくない。

さらには、在宅高齢の急患や急性期を終えた患者の受け入れに支障をきたす可能性を指摘する向きもある。

こうした現場の不安に答える審議が国会で行なわれていないのは否めないところ。病院関係者の中には、医療現場の具体的な疑問や悩みが政治家に伝わっていないという不満が多い。

こうしたことから、5月12日の医療保険・診療報酬委員会は、病床転換に際して障壁となる施設基準の取り扱いや転換枠の確保など長期的展望を可能とする施策を提案する必要があると判断、介護保険施設の一元化や医療の外付けを含む論点を取り上げて議論を行なった。

委員の中からは、施行時期の延期を求める意見も出た。

これらを整理して、国会審議に資する要望書とする方針だ。

療養病床再編を決定づける介護療養型医療施設の廃止は、「健康保険法等の一部を改正する法律案」に「介護保険法の一部改正」として盛り込まれている。

重要法案に位置づけられている医療制度改革関連法案について、政府は当初、5月末にも参議院成立と見込んでいたが、ここにきて審議がペースダウン、現在、5月19日に衆議院を通過するものとみられている。

第164回国会の会期は6月18日までだが、小泉首相は今のところ会期延長を予定していない。したがって、強行採決も含めて会期内成立に自信を持っているものと思われる。

そのため、要望書の提出は迅速に行なう必要があり、各団体会長の了承を個別にとった上で、関連法案が衆議院で可決される前に国会議員等に手渡ししたいとしており、5月17、18日頃に提出を予定している。

清話抄

1年半前から、西麻布にある和食の名店「分とく山」野崎洋光料理長が主宰する料理教室に通っている。今、東京で最も予約が取れない和食の人気店である。常連の方の奥様とご令嬢を対象とした料理教室なのであるが、その中に男1人混じって参加させていただいている。

「分とく山」は懐石料理や京料理などの伝統的な料理と違い、その基本は「郷

土料理」「お袋の味」である。伝統的な日本料理の本質を大切にしながら、常に新しい発想で、新しい食材、新しい調理方法にチャレンジされている。

旧来の日本料理を否定したヌーベル・キュイジーヌのような奇を狙ったものではなく、日本料理の進化を感じさせる。本当の伝統とは、基本を大事にしながら時代に合わせて変化させることだと悟らされる。

野崎氏の料理を食べ、教室で教えていただくようになってから、「淡味」の喜びを感じることができるようにな

って来た。料理の主役は素材であり、出し汁や調味料は裏方である。調理は素材本来の味を引き出す手段にすぎない。素材の旬、良し悪し、組合せを熟知しなければ、本当に素材を生かすことはできない。

日本料理は「引き算の料理」と言われている。素材から出るうまみのぶん、出し汁を差し引いてうまみのバランスを整え、調理量は最小限にとどめなければならない。

良い出し汁はスーッと喉を通りすぎ、お腹の底からうまさを感じる。喉、食

道、胃となんの引っかかりも違和感もなく、流れていくような感覚を実感できる。本当に美味しいと感じるものは、単に舌が美味しいと感じるだけではなく、食べて「体が心地よい」と感じるものであるということを知った。

美味しい料理は自分自身の味の記憶からも生まれてくるものです。自分の原点になっている味を振り返ってみると、幼いころに食べた味の記憶が、いつもどこかに残っているように感じます。(楊)

主張

日医と病院団体の共通課題

医療現場のデータを提言に活かすこと

日本医師会の新会長に東京都医師会長の唐澤祥人氏が選出された。日医の新執行部については、いくつか興味深いことが指摘できる。

1つには、役員14人の半分以上を病院経営者が占めたことである。日医執行部に、これほど多くの病院出身役員が登用されたことはない。中医協委員についても、日医推薦3名のうち2名が病院経営者となり、医科委員5名中4名が病院出身となった。

2つ目は、唐澤会長に、地域医療情報を蓄積し、データベースに構築し、それを医療政策に反映させる考えがある点だ。「病院のあり方委員会」の考えに近いものがある。

3点目としては、四病院団体協議

会に真剣な連携を求める意向がうかがえることである。

政府の医療制度構造改革は、高齢化社会に対応した公的医療保険制度運営の青写真を、もっぱら調達可能な保険財源の枠内におしとどめる給付構造の改革という1点に絞って提示し、キャンペーンを張ってきた。そこに医療費の議論はあるが、医療の質と安全、地域・診療領域等の格差を埋めるアクセシビリティや患者満足・安心感を満たす提供体制構築の議論は乏しい。

そのことに、我々、医療人は本能的に気づいている。では、なぜ、質が高く、シームレスな提供体制を築くという医療制度改革の望むべく方

向を医療費適正化計画の枠内におしとどめようとする政府に、我々は有効に反論できなかったのか。

理由の1つは、現実を正確に説明できるデータを入手することができず、ビジョンを科学的に議論し構築する円卓会議が組織できず、さらに、建設的な提言が生まれても、それをもって世論を喚起する言論活動を展開できなかったことに求められる。

医療制度構造改革を下支えするデータはすべて厚労省が占有している。これに対して全日病や四病協も、徐々に病院現場のデータを集める力を蓄えてきているが、患者データベースを構築する力はまだなく、データを分析する予算もない。

しかし、四病協傘下の5,500病院には、厚労省が軽視してきた、だが、我々を奮起させる、国民の目に触れることのなかったデータが多く眠っている。

日医・日医総研と全日病・四病協が真にスクラムを組むことができれば、地域医療の現状分析、在宅・入院患者の状況、アウトカムの実態、患者の声など医療政策の基礎となるエビデンスを明らかにし、厚労省と自民党も無視できない提言をまとめることは可能だ。

そのためには、日医と病院団体との間に、対等かつ自由な討議の場を確保する必要がある。日医新執行部の動向に関心を持って見守りたい。(A)

看護師離職率が低下。77%が増員計画

DPC分科会 全病院の再入院率を発表。今後は各データとも公表へ

厚生労働省は4月27日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会に、2005年のDPCに関する影響評価調査および特別調査の結果を報告した。

DPC導入の影響評価を行なうために、診断群分類の妥当性検証と診療内容の変化等を評価する基礎資料として、7月から10月の退院患者のデータを収集する影響評価調査は、試行的適用病院62病院、調査協力228病院を含む372病院を対象に行なわれた。

そのうち、分析対象症例が約100万

件にのぼった再入院率に関して、厚労省は初めて、調査参加全病院の年次推移結果を提示するとともに、同省ホームページで一般に公開した。それによると、同一疾患での6週間以内(以降)、異なる疾患での6週間以内(以降)の4指標とも、過去4年の間に再入院率は微増をたどっている。

ただし、もっとも低い病院は3.41%、もっとも高い病院は28.18%と、数値は大きくばらついた。

平均在院日数はDPC対象病院が18.26

日なのに対して、試行的適用病院は15.10日、調査協力病院は15.46日とそれぞれ大学病院を大きく下回った。

特別調査の1つとして、88病院を対象に昨年10月に行なわれた看護必要度の調査結果によると、DPC導入前と導入後の病床利用率平均値は85.7%から84.7%へと微減した。

同様に看護師数の推移をみると、外来・入院合わせて496.2人から506.1人と約10人増加、離職率は12.5%から12.0%へと改善された。こうした数値につい

て、報告書は「夜勤の増員、早出・遅出勤等、業務量や業務の密度に応じた柔軟な勤務体制によって、看護の必要度に応じたケア体制を確保する動きが見られる」と分析した。

ただし、DPC導入に伴う看護業務の増加に追いついていないとみられ、77.3%の病院が「来年度以降の看護職員増員計画がある」と回答した。

2006年度影響評価調査に関して、厚労省は、①7月から10月までの退院患者調査と診断群分類の妥当性調査を基本に据え、退院患者調査については調査期間を延長する、②可能な限り多くのデータを定期的に公表する、③特別調査としては、外来診療の状況と再入院の実態把握を行なう方針を提示した。

「医療区分の算定要件と配点を再検討すべし」

療養病床入院基本料 鹿児島県支部の7名が医師会に提言。全日病にも協力を要請

鹿児島県医師会に所属する全日病会員7名はこのほど、2006年度診療報酬改定で療養病床入院基本料に導入された患者分類に用いられる医療区分の再検討を求める意見をまとめ、米盛學鹿児島県医師会会長に提出した。

意見書は「平成18年度診療報酬改正の慢性期入院医療にもたらす影響への緊急提言」と銘打たれ、5月10日付でまとめられた。

その中で、患者分類案をとりまとめた診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療包括評価分科会、それを受けて行われた中医協の各審議過程で、医療区分1にかかわる基準設定と配点に、あらかじめ医療保険療養病床を介護保険に移行させることを意図した恣意的な誘導が行われたことを、議事録などから論証している。

さらに、厚労省が4月13日に公表し

た、医療区分2・3を構成する8疾患に対する算定制限を取り上げ、意見提出グループが独自に行った、医療療養病床14施設(586床)入院患者に関する昨年11月11日と今年5月10日を対比させた医療区分調査から、算定制限によって、2の患者割合が50.17%から37.2%に下がる一方、1は44.20%から57.34%へと大幅に増加することを明らかにし、運用措置のいかんで医療区分が病棟運営にさらなる負荷を加える措置と化すことを検証してみせるなど、患者

分類にもとづく包括評価の問題点を8項目にわたって明らかにしている。

その上で、医療区分1相当患者に、「社会的入院」に該当しがたく、介護施設等で受け入れが困難な医療必要性の高い患者が多く含まれると警告、医療区分算定の運用措置と点数設定について再検討するよう提言している。

意見書をまとめたグループから付託された鹿児島県医師会の銚之原大助常任理事(全日病理事)は、療養病床再編に関する要望書作成を検討する、5月12日の四病協・医療保険診療報酬委員会で意見書を紹介する一方、全日病に協力を要請した。

意見書は県医師会の検討を経て日本医師会に上げられる。

産科病床の基準病床数除外を提案

日本産科婦人科学会 産科診療の提供体制を提言。学会の発言続く

日本産科婦人科学会(武谷雄二理事長)は、同学会の産婦人科医療提供体制検討委員会が4月7日付でまとめた中間報告書(「産婦人科医療の安定的提供のために」)を4月24日に公表、産婦人科医の減少に対応して、産科診療の集約化と重点化を推し進める立場から、「産科診療圏・地域分娩施設群」の形成を軸に地域産婦人科医療提供体制を整える構想を提案した。(8面に関連記事)

構想は、①地域医療計画で産科診療圏、必要産婦人科医師数、産科病床数、必要助産師数を規定し、自治体はそれにもとづいて医療資源を確保する、②産科診療圏内に、各地域における産科診療の単位概念である「地域分娩施設群」を構築する、③24時間体制で救急対応が可能な勤務体制をとる中核的病院を各地域に計画的に構築する、という考えが骨子。

急変時に30分以内に帝王切開による児の娩出が可能となる各種医療機関のネットワークである「地域分娩施設群」を、人口30万人から100万人、出生数3,000人

から1万人をめどに、すべての産科診療圏に整備される中核的病院と連携を求めて複数構築すべしと提言している。

中間報告書は、さらに、医療計画への産科診療圏位置づけと関連して、「産科病床は基準病床から除外する」ことを提起している。

小児科・産科については、「地域医療に関する関係省庁連絡会議」に付設されたWGが昨年12月にまとめた報告書で、小児科・産科医師確保が困難な地域で、公立・公的病院を対象に医療資源の集約化・重点化を進める考えが提言されている。

厚労省も、医療法に位置づけた上で病床規制特例を設け、小児科・産科各診療体制の都道府県を超えた再編を進める方針を明らかにしており、その実施適否を2006年度末までに決め、08年度までに医療計画に盛り込むよう都道府県に求めている。

提供体制については、日本小児科学会も医療機能分化案を提案しており、独自に「第1次モデル案」をまとめている。

定期代議員会と定期総会開催のご案内

第87回定期代議員会および第76回定期総会を下記のとおり開催いたします。

社団法人 全日本病院協会 会長 佐々英達

日時●平成18年6月3日(土)午後1時定期代議員会開始(代議員会終了後総会を開催)

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

議案●(1)平成17年度事業報告(案)について (2)平成17年度決算(案)について

(3)18年度事業計画及び予算の補正 (4)顧問の委嘱

(5)その他

*定期総会終了後に厚生労働省医政局長松谷有希雄氏による特別講演が行われます。

(予定午後2時30分目途)

*終了後、同ホテル3階「牡丹・あやめの間」にて懇親会が開かれます。(参加費不要)

一冊の本 book review

シリーズ 医療安全確保の考え方と手法1
「RCAの基礎知識と活用事例」 [演習問題付き]

財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院
 飯田修平・柳川達生 共著
 発行 日本規格協会 B5判136頁 1,600円(税別)

本書は、RCA(根本原因分析)を実用的にまとめた「教材」である。経営する練馬総合病院に蓄積された活用事例を駆使し、RCAの実践方法を分かりやすく編集した。読むうちに、組織の質、業務の質を管理し、高めていく日常の過程に安全管理をしっかりと位置づけている本書の思想に触れることができる。日々の業務に追われる修了者にとっても、原点にたかかってRCAを実践する上で役に立つ本である。

特定施設等を除く居宅要介護者に疾患別リハを給付

在宅療養支援診、特定施設入居者生活介護へのターミナルケア加算を認める

老老発第0428001号・保医発第0428001号 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」(概要) 4月28日付

第1 厚生労働大臣が定める療養告示

1. 第1号関係

(1) 介護保険適用病床の患者が急性増悪等で密度の高い医療行為が必要となった場合は医療保険適用病床に転床させることが原則だが、患者の状態や病床の空き状況等により、当該病床で緊急に医療行為を行う必要がある場合には、当該緊急医療の給付は医療保険から行う。

2. 第2号関係

(1) 療養病棟が一つである病院・診療所において、介護保険適用となることにより要介護者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、あらかじめ2つの病室(各病室4病床を上限とする)を定め、当該病室については医療保険から給付する。

第3 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項

1. 施設基準関係

(1) 1保険医療機関における介護保険適用療養病床(以下「介護療養病床」)と医療保険適用療養病床(以下「医療療養病床」)で別の看護師等配置基準を採用できる。

(2) 1病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険適用病床とした場合に満たす看護師等配置の入院基本料等を採用する。このため、1病棟内の医療療養病床と介護療養病床で看護師等配置の届出が異なることがあり得る。

ただし、平成15年3月31日時点で療養病棟入院基本料3から7までのいずれかを算定している病棟は、平成15年4月16日までに地方社会保険事務局長に届け出ている場合には、平成18年6月30日までの間は、医療療養病床及び介護療養病床各々に満たすことのできる看護師等配置の入院基本料等を採用することができる。

(3) 夜間勤務等の体制は病棟ごとに届出を行うことが可能だが、1病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合は、各保険適用病床ごとに、1病棟すべてを当該保険適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用する。

(4) 一般病床と療養病床が混在する病棟の一部を介護保険適用とした場合は、医療保険適用病床部分については、経過措置として平成18年9月30日まで複合病棟の基準等により算定する。また、療養病床のすべてを介護保険適用とした場合は、一般病床部分は、当該病棟すべてを一般病床とみなして配置基準を満たすことのできる一般病棟入院基本料を算定できる。一方、これらのいずれの場合にも、介護保険適用病床は療養型介護療養施設サービス費(Ⅲ)を算定する。

2. 入院期間、平均在院日数の考え方

(1) 介護保険適用病床の患者が急性増悪等により一般病棟に転床した場合、転床後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱う。

(2) (1) 以外の場合の入院期間は、介護保険適用病床に入院している期間についても、医療保険適用病床に入院している場合と同様に取り扱う。

(3) 平均在院日数の考え方は(1)及び(2)と同様であること。

4. 医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費の算定における留意事項

(1) 医療保険から介護保険へ転床した

場合、転床した月は、特定診療費の初期入院診療管理は算定できない。ただし、当該両病床の入院期間が通算6月以内であって、転床患者の入院診療計画を見直す必要が生じた場合にはこの限りでない。

(2) 医療保険から介護保険に転床した場合、当該転床した週に医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特定診療費の薬剤管理指導は算定できない。また、介護保険から医療保険に転床した場合も同様である。

(3) 特定診療費の理学療法、作業療法、精神科作業療法を行う施設は、医療保険の疾患別リハビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められる。ただし、共用する場合にあっては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費及び医療保険各施設基準の両方を同時に満たす必要がある。

5. 介護療養型医療施設入院患者の他医療機関(医療保険)への受診

(1) 介護療養型医療施設の入院患者が入院の原因となった傷病以外に罹患し、他医療機関で診療を行う必要が生じた場合は、他医療機関へ転医又は対診を求めるとを原則とする。

(2) 介護療養施設サービス費を算定している患者がそれに含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。

(3) (2)にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に専門的な診療(当該介護療養型医療施設に当該診療科がない場合に限り)が行われた場合(当該専門的診療において、次の行為を含む診療行為が行われた場合に限り)は、当該患者の介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他医療機関(特別の関係にあるものを除く)で行われた診療に含まれる場合に限り、当該他医療機関で当該診療に係る費用を算定できる。ただし、短期滞在手術基本料2、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハに係る費用(当該専門的診療に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に費用を除く)は算定できない。

ア) 初・再診療、イ) 短期滞在手術基本料1、ウ) 検査、エ) 画像診断、オ) 精神科専門療法、カ) 処置、キ) 手術、ク) 麻酔、ケ) 放射線治療

第4 在宅医療と指定居宅サ-

ビスに関する留意事項

1. 同一日算定

診療報酬点数表の在宅医療に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方は、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではない。

2. 月の途中で要介護者被保険者等となる場合等の留意事項

要介護被保険者等となり、同一の傷害・疾病等の給付が医療保険から介護保険へ変更される場合に、1月あたりの算定制限がある場合については、同一保険医療機関で、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮する。

3. 訪問診療に関する留意事項について

(1) 特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者は、末期の悪性腫瘍である場合で、在宅療養支援診療所の保険医が行う場合に限り、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定できる。

(2) 有料老人ホーム等及びグループホームの入居者に定期的に訪問診療を行う場合であっても、その入所施設と特別の関係にある保険医療機関の保険医が行うものは在宅時医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料は算定できない。

4. 訪問看護に関する留意事項について

訪問看護ステーションからの訪問看護(介護保険)を受けている者の急性増悪等により、特別指示書に係る指定訪問看護を受ける場合の給付は医療保険から行われるが、この場合に、訪問看護管理療養費の24時間連絡体制加算及び重症者管理加算並びに訪問看護情報

提供療養費は算定できない。ただし、介護保険の訪問看護で緊急時訪問看護加算を算定していない場合の24時間連絡体制加算はこの限りでない。

5. リハビリテーションに関する留意事項

特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護及びグループホームの入所者以外に行うリハは、指定通所介護又は通所リハを行った日以外の日に限り、医療保険の疾患別リハビリテーション料を算定できる。

6. 重度認知症患者デイ・ケア等に関する留意事項について

(1) 医療保険の重度認知症患者デイ・ケア、精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定している患者は、当該デイ・ケア等を行っている期間内は、介護保険の通所リハビリテーション費を算定できない。

(2) 特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護及びグループホームの入所者以外に行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険の指定通所介護又は通所リハを行った日以外の日に限り、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア等を算定できる。

(3) グループホーム入所者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケアは算定できない。

ただし、日常生活自立度判定基準がランクMに該当する者については、介護保険からの給付が行われないことからこの限りではない。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」別表(「入院中の患者」部分)

基本	初・再診療 入院料等	介護療養病床等以外の病床(介護予防を含む短期入所療養介護を受けている者を除く)	介護療養病床等(老人性認知症療養病床を除く。介護予防を含む短期入所療養介護を受けている者を含む)	介護療養病床等(介護予防を含む短期入所療養介護を受けている者を含む老人性認知症療養病床に限る)
		介護療養施設サービス費を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費を算定した日の場合	介護療養施設サービス費を算定しない日の場合
基本	○(診療所老人医療管理料を除く)	×	○	○
特掲	入院中の生活指導に係るもの 入院栄養指導料 薬剤管理指導料 退院前訪問指導料	○	×	×
	地域連携退院時共同指導料1	○	○	×
	地域連携退院時共同指導料2	○	○	×
	診療情報提供料(Ⅰ)注1	○	×	×
	診療情報提供料(Ⅰ)注2	○	○(介護療養病床等で介護予防を含む短期入所療養介護を受けている場合に限り)	×
	診療情報提供料(Ⅰ)注3	○	×	×
	診療情報提供料(Ⅰ)注4	○	×	×
	診療情報提供料(Ⅰ)注5	○	○	×
	診療情報提供料(Ⅰ)注6	○	○	×
	診療情報提供料(Ⅱ)	○	○	×
上記以外	○	○	×	
在宅医療	往診	×	×	×
	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算(在宅療養支援診療所の場合)	×	×	×
	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算(上記以外)	×	×	×
	在宅時医学総合管理料	×	×	×
	在宅末期医療総合診療料	×	×	×
	在宅患者訪問看護・指導料	×	×	×
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	×	×	×
	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	×	×	×
	在宅患者訪問栄養指導料	×	×	×
	第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	×	×	×
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料加算	×	×	×	
検査	○	×	○	○
画像診断	○	○(単純撮影を除く)	○	○
投薬	○	×	○(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	○(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)
注射	○	○(人工腎臓又は腹膜透析を受けている患者(腎性貧血状態にある者に限り)に係るエリスロポエチンに限る)	○(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	○(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)
リハビリテーション	○	○(視能訓練および難病患者リハビリテーション料に係る部分に限る)	×	×
処置	○	○(別に厚生労働大臣が定めるもの(※2)を除く)	○	○
手術	○	○	○	○
麻酔	○	○	○	○
放射線治療	○	○	○	○

四病協・医療安全管理者養成講習 3年間の経過報告

四病協が主催する2006年度医療安全管理者養成講習の要項が決まった(前号で案内)。同講習は今年で4年目を迎える。4日にわたる講義と2日間の演習は、03年度からの3年間で724名(延661施設)の修了者を輩出、着実に医療安全対策専門家養成研修としての実績を重ねている。とくに、品質管理の手法を医療事故の原因分析方法に適用したRCA(根本原因分析)、

FMEA(故障モード影響解析)の習得を目的とする演習は、医療事故発生背景にある業務プロセスの分析・評価をとおして経営の質という視点に導くものであり、四病協の医療安全講習が評価される要因となっている。四病協・医療安全管理者養成講習の現段階について、同講習を企画・主導する飯田常任理事に報告をお願いした。

組織の質向上と重なる医療安全管理

講習会は四病協の重要な成果。上級コース開発が課題

四病協 医療安全管理者養成委員会委員 常任理事(練馬総合病院院長) 飯田修平



はじめに●代表的な医療安全講座に成長

四病院団体協議会(四病協)主催の医療安全管理者養成講習(本講習)は、4年目を迎え、2006年度の講習の日程とプログラムが決定し、準備を進めている(資料1・2)。

この3年間に極めて大きな成果があったので、その経過と成果を報告する。

詳細は後述するが、本年の診療報酬改訂で医療安全対策加算の要件が規定されたが、本講習はその要件に適合し

ている。日本医療機能評価機構の医療安全医療事故防止センターの総合評価部会でも、本講習のプログラムが基本となっている。

2年間の講義の経験をもとに「医療安全管理者養成講習テキスト」(2005年日本規格協会)、3年間の演習の経験をもとに「医療安全確保の考え方と手法Ⅰ.RCAの基礎知識と活用事例」(2006年日本規格協会)を出版したことも、その現れである。

発足●2003年、四病協共同事業として誕生

医療の安全確保は社会の強い要請であり、各医療機関における患者と医療従事者の安全確保の方策の検討と推進は緊急の課題である。しかし、個々の医療機関での対応には限界がある。2003年、四病協の医療制度委員会および総

合部会において、四病協として組織的に支援することの必要性が指摘された。

四病協医療安全管理者養成委員会が担当し、筆者が中心となり企画し、実施している。

目的●質向上の追求から安全を確保する

講習の目的は、安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する知識と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・養成することによ

り、安全文化を医療現場に根付かせ、医療の質向上を図ることである。

事故防止対策としてではなく、組織をあげて質向上に取り組み、その結果として安全を確保することが目的である。

概要●認定証を授与。複数年の受講が可能

本講習は、医療経営の実務者や研究者、質管理の実務者や研究者が講師となり、質管理の考え方や理論を2日間2回、計4日間講義する(資料1)。

講義を修了した者に対して、FMEAとRCAの演習をそれぞれ1日、計2日間おこなう(資料2)。

4日間の講義は理論編であり、その目的は、質管理の考え方の理解と、後に続く演習を理解し、実践できるようにすることである。

2日間の演習は実践編ではなく、実践

を前提とした机上訓練・シミュレーションである。課題報告が実践編である。すなわち、受講修了者が自院に帰って、自院の業務に合わせて、受講した内容を適用することである。

講義(4日間)受講者に「受講証」を、その後の演習(2日間)修了者で課題報告を提出した者に「認定証」を四病協名で授与する。

受講単位証明を発行するので、複数年度にまたがって受講することも可能である。演習は、受講証取得者のみ受講が可能である。

意義①●医療と品質管理、両領域の協力が緊密化

安全確保のためには、医療の質向上が必須である。しかし、質を向上するといっても、具体的事例の提示がないと、何をしたらよいか分からない。また、具体的な事例がわかっても、質管理の理論、すなわち、基本的な考え方を知らないと、どのように実践したらよいか分からない。

理論と実践の両方を知らなければならぬが、従来、両者を包含した教育・研修の企画がなかった。したがって、本講習では理論と実践、医療と品質管理、講義と演習の両側面をバランスよく配置した。講師陣も病院経営者、医療実

務担当者、病院管理研究者、品質管理実務者、品質管理研究者等多彩である。

「医療安全管理者養成講習テキスト」の「第4章 医療の質向上 第13節 日本における総合的質経営」でも紹介したが、筆者は、医療界に品質管理の考え方や手法を導入することを目的に、医療界と品質管理界との連携を図っている。

本講習は、医療界と品質管理界の協力が緊密に進んでいることの現れである。品質管理の実務者・研究者、病院経営実務者・研究者と研究会、シンポジウム、講演会等の活動をおこなった成果でもある。

意義②●質管理および信頼性手法の導入

医療機関の多くは事故対策委員会を設置しているが、事故発生後の対応や処理に追われている。

すなわち、リスク・マネジメントの一部としての、ヒヤリ・ハット報告収集、事故防止対策委員会設置、訴訟対策、賠償責任対策等、マイナスを解消するという消極的な取り組みである。医療安全確保というプラスを増大する視点での検討が少ない。

医療機関が事故防止・安全対策を実施しても、その実効が及ばない理由は、①医療事故防止対策委員会設置という形式主義、②個別の問題としての対応、③一部の職員あるいは一部の部

署の努力に終始していること、④具体的な改善の手法を知らない等である。

医療安全確保の成果をあげるためには、継続的な質向上の取り組みが必須である。これらの問題を解決するためには、問題解決手法すなわち一般産業界で確立された質管理の考え方や手法を導入することが有効である。

医療関係者の多くは、質管理や信頼性の考え方や手法は、製造業や一般企業には適用できるが、医療は特殊であり、医療への導入は難しいと考えている。また、専門的すぎて難しく理解できないと忌避する傾向がある。

しかし、物事の本質は変わらない。

特に、組織管理という観点では、医療界も工業界などの一般産業もほとんど同じである。

そこで、筆者は、練馬総合病院にお

ける実践をもとに、医療機関に質管理の考え方と手法を導入し、事故対策や安全確保を推進することを目的に、本講習を企画・運営している。

反響●講習成果が「テキスト」「事例集」の本に

受講者に対するアンケート結果は概ね好評である。しかし、講義4日間・演習2日間は、短いという声と、長いという声の両方がある。

また、内容が盛りだくさんでついていくのが大変だ、難しく理解しがたい部分がある、自院に帰って運営すると自分自身が分からないことに気づいた、具体的な事例が欲しい、事前にテキストが欲しい、と言う意見もあった。

カリキュラム企画段階でも議論百出したが、安全確保のためには最低限ここまででは必須という範囲である。むしろ、これで良しとするのではなく、本講習は導入編であり、これを契機に、各医療機関での実践をとおして、各医療機関に適合した安全管理を確立していただきたい。

受講生の意見や要望、そして、筆者等の経験を入れて、「医療安全管理者養成講習テキスト」と「医療安全確保の考え方と手法Ⅰ.RCAの基礎知識と活用事例」を出版した。

北は北海道から、南は沖縄まで、文字通り全国の病院の約800名が、同一のカリキュラムで研修し、約450名が自院でそれを活かして実践したことの意義は極めて大きい。

本講習を契機に、安全文化・質重視の文化が醸成され、各医療機関が提供する医療の質が向上し、安全が確保されれば幸いである。すなわち、総合的質経営の実践を通して、安全が確保され、医療者と国民・患者との信頼の創造が促進され、日本の医療が変わることを期待する。

課題●地方開催、講師養成、上級課程の企画

今後の課題は、東京だけではなく、全国のいくつかの拠点で講習会を開催できるように、講師の養成をすることである。筆者はその目的で、この3年間、QJTで講師を育成する努力をしている。

とくに、演習の講師、指導者の育成が急務である。また、FMEAに関するテキスト作成と本講習の次の段階のアドバンスコースの企画・実施が必要である。

おわりに●会員病院の支援・参画を期待

本講習をご支援・ご協力していただいた多くの医療関係者・質管理関係者に深甚なる感謝の意を表したい。併せ

て、会員各位のさらなるご支援と参画をお願いしたい。

■四病協医療安全管理者養成講習会 2006年度プログラム

Table with 3 columns: Date/Time, Topic, and Speaker. It details the schedule for the 2006 program, including orientation, theoretical lectures on FMEA/RCA, and practical exercises on RCA and FMEA.

2006年診療報酬改定にかかわる疑義解釈(その5) 4月28日

1. 初・再診料

【複数診療科受診】

Q1 内科で再診料と外来管理加算を算定し、その後、眼科を同日初診で受診し、処置を行った場合、内科で算定した外来管理加算はそのまま算定できるか。

A 算定できない。

【同一日複数科受診時の初診料】

Q2 「疑義解釈(その2)(平成18年3月28日)」の問1に、2つ目の診療科で初診料を算定した場合、1月以内の特定疾患療養管理料は算定できないとあるが、1つ目の診療科でも算定できないのか。

A 初診料を算定した診療科では、1月以内は特定疾患療養管理料は算定できない。ただし、再診料を算定する診療科においては、要件を満たせば特定疾患療養管理料を算定できる。

2. 入院料等

【入院基本料等】

Q5 看護師又は准看護師を看護補助者と見なす場合、どのように計上すればよいか。

A 届出に必要な数を超えて配置している看護師及び准看護師の過配分を看護補助者とみなす場合には、次のいずれかの方法によって人員換算のうえ計上する。

①看護補助者と見なす看護師又は准看護師は勤務計画表から除外し、その人員を看護補助者として計上する。

②看護職員の勤務実績に基づいて、実際に勤務した看護職員の暦月平均の1日当たり総勤務時間数から、当該届出区分において勤務することが必要となる看護職員数の同総勤務時間数を差し引いた数を、常勤者の所定労働時間で除することによって換算した人員をもって計上する。

Q7 入院基本料に係る看護師の員数は、実配置数で計算するよう改められたが(例:従前の2:1が10:1に改められた)、標欠の基準に係る医師、歯科医師の員数の計算方法についても改められるのか。

A 従前どおり、医療法の例による。指導・監査、定時報告、適時調査等の機会を通じて、医師・歯科医師の員数の把握を行うこと。

Q8 これまで療養病床で特殊疾患療養病棟入院料を算定してきた病棟を一般病床に転換する場合、1月間の実績が必要になるが、一般病床転換後の1月間の実績が必要か、あるいは転換前の1月間の実績でもよいのか。

A 一般病床に転換後の実績である必要はない。転換前に一般病床としての人員配置基準を満たしている実績があればよい。

【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】

Q9 医療機関を退院後に再入院し、入院基本料の起算日が変わらない場合は救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算は算定できるか。

A 入院期間を通算して7日まで算定できる。

Q10 救急医療管理加算を7日間算定する場合は、当該加算の対象となる患者は7日間継続して重症の状態である必要があるのか。入院の時点で重症の状態であれば7日間算定可能となるのか。

A 入院の時点で状態が基準に該当すれば、その後病状が改善していても7日間まで算定可。

【がん診療連携拠点病院加算】

Q11 医療機関を退院後に再入院し、入院基本料の起算日が変わらない場合

はがん診療連携拠点病院加算は算定できるか。

A 算定できない。

Q12 悪性腫瘍以外の疾患で紹介された患者が拠点病院で悪性腫瘍と診断された場合がん診療連携拠点病院加算は算定できるか。

A 算定できない。

Q13 悪性腫瘍として紹介を受け、外来管理を行ったのち、入院治療を行った場合には算定できるのか。

A 算定できる。

【栄養管理実施加算】

Q14 栄養管理計画書の記載にあっては、すべて管理栄養士が記載しなければならないのか。

A 栄養管理は、管理栄養士をはじめとして、医師や、医師の指導のもと、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して行うものであり、必ずしも管理栄養士が記載しなければならないものではない。

【医療安全対策加算】

Q15 医療安全対策加算の施設基準中の「適切な研修」を実施する「国及び医療関係団体等」にはどのようなところが該当するのか。

A 医療安全管理者の養成を目的とした医療安全管理者養成研修を行っている国立保健医療科学院や日本医療機能評価機構等がある。また、これらに限らず、次の全ての要件を満たす研修を実施している団体等は「国及び医療関係団体等」に該当するものであること。

①医療安全管理者の養成を目的とした研修であること

②通算して40時間以上又は5日程度の研修であること

③院内の安全管理の体制確保のための研修ではなく、医療安全に関する制度、医療安全のための組織的な取組、事例分析・評価・対策、医療事故発生時の対応、コミュニケーション能力の向上、職員の教育研修、意識の向上等のカリキュラムが盛り込まれた研修であること

④講義又は具体例に基づく演習等が実施される研修であること

なお、既に受講した研修がこれらの要件を満たしていない場合には、不足する要件を補足する研修を追加受講することでも差し支えない。

4. 在宅医療

【在宅療養支援診療所】

Q18 同一患者に対して複数の保険医療機関が在宅療養支援診療所になることはできるのか。

A できない。

【在宅時医学総合管理料】

Q19 在宅時医学総合管理料と寝たきり老人訪問指導管理料は、各々算定要件を満たせば併せて算定できるか。

A 寝たきり老人訪問指導管理料は、計画的な医学管理を評価したものであり、在宅時医学総合管理料と同一月に併せて算定できない。

6. 投薬

【長期投薬加算】

Q36 処方料の注6、処方せん料の注4において、「別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。」とあるが、当該加算の算定対象は別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限るのか。

A 従前通り、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。

7. リハビリテーション

【通則】

Q37 脳血管リハビリテーション等に係る専従の理学療法士が、同じ病院の介護療養病床に入院する介護保険適用の患者にリハビリテーションを実施することは認められるのか。

A 認められる。ただし、1人の療法士が1日に実施可能な単位数については、医療保険の単位数の合計が1日24

単位以内である必要がある。

Q38 脳卒中により神経障害を来し麻痺や後遺症のある患者については、障害児(者)リハビリテーション料に規定する「神経障害による麻痺及び後遺症」に含まれるため、算定日数上限の適用除外となるのか。

A 脳卒中等の脳血管疾患により麻痺や後遺症を呈している患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であれば対象となる。なお、治療の継続により状態の改善が期待できるか否かについては、定期的に客観的な評価を行った上で医師が適切に判断すること。

Q39 心大血管疾患リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の起算日となる治療開始日は、リハビリテーションを開始した日なのか。

A リハビリテーションを開始した日である。

Q40 平成18年4月1日を起算日とする場合、診療報酬明細書の「診療開始日」も4月1日に変更する必要があるか。

A 必要ない。

Q41 心大血管疾患リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションについて、平成18年3月31日以前から治療を開始しており、改定に伴い平成18年4月1日を起算日とする場合、診療報酬明細書の「摘要」欄に4月1日と記載する必要があるか。

A 記載要領通知に基づき、治療開始日(リハビリテーション開始日)を記載することが必要である。ただし、4月診療分については4月1日と記載しても差し支えない。

Q42 脳血管疾患等リハビリテーションについては、発症日、手術日又は急性増悪となった日(発症日、手術日又は急性増悪となった日が3月31日以前の場合には4月1日)が起算日となるが、例えば、3月中に脳卒中を発症し、その後、手術又は急性増悪がないまま、4月10日からリハビリテーションを開始する場合、起算日は4月1日となるのか。

A その通り。

Q43 心大血管疾患リハビリテーションについては、治療開始日(治療開始日が3月31日以前の場合には4月1日)が起算日となるが、例えば、3月中に心臓疾患を発症し、4月10日に治療(リハビリテーション)を開始した場合、起算日は4月10日となるのか。

A その通り。

【呼吸器リハビリテーション料】

Q44 呼吸器リハビリテーション料の施設基準中の血液ガス検査機器は、機能訓練室に設置しなければならないのか。

A 同一医療機関内であれば、機能訓練室に設置する必要はない。

【リハビリテーション総合計画評価料】

Q45 運動器リハビリテーション料(I)を届け出た医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)を算定する患者に対してリハビリテーション総合計画評価料は算定できるか。

A 算定できない。

13. その他

【療養の給付と直接関係のないサービス等】

Q59 平成18年3月31日付の一部改正通知において、「療養の給付と直接関係のないサービス等の具体例」として記載されていた「患者の自己利用目的によるレントゲンのコピー代」が削除されたが、セカンド・オピニオン以外の利用目的(例えば、裁判や保険会社への提出物として利用する場合など)である場合には、従来どおり患者から費用を徴収してよいのか。

A その通り。

第4日 7月30日(日)

Table with 3 columns: 時間, 内容, 講師. Includes topics like 病院組織論, 物の管理, 情報の管理, etc.

■演習 日程未定(8月・9月の土日から4回程度の開催を予定。そのうち1回を受講)

第1日目

Table with 3 columns: 時間, 内容, 講師. Includes topics like 1.医療におけるRCA, 2.グループ討議, etc.

第2日目

Table with 3 columns: 時間, 内容, 講師. Includes topics like 1.分析手法の再確認, 2.グループ討議, etc.

■医療安全管理者養成課程講習会の受講修了者内訳(名)

Table with 3 columns: 職種, 03年度, 04年度, 05年度. Lists categories like 医師, 看護師, 事務, etc.

療養病床再編にどう対応するか(会員病院の検討事例)

緊急連載 3

「療養病床再編に対応する方針を報告いただきたい」という編集部からの要請に、佐賀県西松浦郡有田町にある森病院の森晋介理事長・院長は一度快諾したものの、後日、辞退を申し入れてきた。「情報があまりに少なく、一方で、検討すべき作業はあまりに多く、報告に足る結論を導く実状にない」というのが、その理由であった。検討が思うに任せないいきさつなどを話し合ううちに、森病院が抱える悩みは、地方にある中小病院の典型例であることが判明した。厚生労働省は政治マターであることを大義名分に、検討会でのしっかりした議論を省略し、7月施行かつ2011年度未完了と、期限のみを定めて療養病床再編方針を法改正にのぼらせた。その拙速ゆえに、法改正が成立するまでの間は、法改正を根拠とした議論を控えざるを得ないというジレンマに陥っている。

その不作為性は、経営格差、情報格差を抱える民間中小病院に経営戦略を練り直すゆとりを与えないという、一人痛みを分かち不公平さとなって現れている。それは、国と異なる事情におかれている都道府県担当部局の戸惑い、そして後手に回らざるを得ない相談対応にも現れている。行政の不作為が地方中小病院の進路選択を誤らせた場合、荒廃するのは地域医療である。療養病床再編に示された行政のミスリードは、今後、急性期医療の「再編」にも現れる可能性がある。掲載に同意いただいた森病院の体験を共有する意味は小さくないと考え、本事例を会員諸氏にお届けする。

療養病床運営に乏しい情報

5月に入るも方針見い出せず。中小民間病院として危機感

医療法人森病院理事長・院長 森 晋介



政府が一方向的に決めた療養病床の再編方針は、地域で高齢者医療を長年手がけてきた民間病院に与える影響が決定的に大きい。その影響は、規模の大きな病院よりも、小さな病院に、より大きく表れようとしている。

とくに、今回の療養病床再編に関しては、当事者である我々病院に与えられる情報の少ないことと、その周知徹底期間の短さに困惑せざるを得ない。大きな病院はスタッフも豊富であり、情報収集力も、それを分析し、検討する力もある。しかし、地方の中小病院には、それだけの余力もない。

私の病院は全部で54床。そのうち医療保険のベッドが18床、介護保険のベッドが36床。それに介護居宅支援事業と訪問看護ステーションがあり、つましくも地方で医療と介護のサービスに努めている。

1980年(昭和55年)に開業した当初から、自院は在宅医療に取り組んできた。当時は「在宅支援」という言葉すらなく、訪問看護サービスもなかった。しかし、役場の保健婦以外は誰も行かないなか、黙々と往診を行なって、在宅医療を支えてきたと自負している。

周辺に診療所は13あるが、ベッドを有する診療所は1つしかない。医療も介護も一体であった時代の在宅ケアは、すべて我々のような中小病院、診療所が支えてきたのである。

したがって、2000年に介護保険制度が創設されたときは、高齢者医療に携わる者として、大変喜んだ。介護保険によって医療から介護への移行が可能となり、施設ケアと在宅ケアの間に補完関係が整備され、ネットワークが整い、ようやく在宅支援が本物になると受け止めていたものである。

自院も、資金対策に無理を重ねながらも、転換型として療養病床群を整えた。しかし、その一方で、折角介護保険制度が創設されたにもかかわらず、医療と介護の分担が徹底されず、両者が混在しており、その整合性の必要性が熱望されてきた。

その混在は時間をかけて正されるのではなく、介護保険創設から5年間、事実上放置されてきた。そして、転換の借り入れ返済が終わらない6年目に、急に、38万床のうち15万床を除く療養病床は老健施設等へ転換しろとなったのには驚かされた。

このように、コロコロ変わる国の政策の下では、腰を落ち着けて医療に打ち込むものがないのではないかと恐れる。とくに、地方は医師や看護師の慢性的な不足に悩まされているだけでなく、有床診や中小病院の廃院と一般診療所化が進行し、地域医療の担い手が顕著に減りつつある。このことは、地域医療の荒廃を意味するからである。

経過型類型に移らずに現行の介護療養型医療施設にとどまるとどうなるのか。介護保険移行準備病棟に移ったあと、介護保険の枠が確保できないというように梯子がはずされることはないのか。

2009年度に参酌標準を見直すというが、実際に、佐賀県で転換枠が確保

できるのか。老健転換後の施設改善に、本当に必要な補助金を得ることができるのか。

あるいは、同一病棟で病室単位の指定を受けられるという特例の細部条件はどうなのか。医療区分は、今後、さらに厳しく見直されていくのか、等々分からないことが多い。

「2」「3」非該当も医療は必要。在宅で可能か?

入院患者の医療区分判定に忙殺されているが、情報の詳細が不明ということもあり、作業がはかどらない。医療区分2・3の患者が約60%に達しているため、なんとか医療療養病床として存続させたいとは考えている。

しかし、病棟種別の選択による収入の変化、人員減による支出の変化、地域のニーズ予測と施設動向、患者確保の展望と連携見直し、病床削減による収容力変化の見直し、将来的な介護サービスの選択などシミュレーションを行なうべき点が数多く、正直、手に余るところである。

そうした作業の中でも、現在は、自院患者の医療区分判定に手間取っている。

患者分類表によると、例えば、脳卒中の後遺症で意識がなく全介助の状態でも「1」に該当することになる。だからといって、こうした患者をすべて

自宅に引き取ってもらうわけにはいかない。様々な事情から入院を継続するしかない場合が多い。医療区分「2」「3」には該当しないが、入院医療を必要とする患者は大勢いると思われる。

今や、急性期の病院は平均在院日数が20日を切るころまできているが、そのために、急性期を終えた患者を受け入れる我々の病院では、慢性期のベッドながら、半ば亜急性期の医療を求めめるケースが増えている。実際、こうした受け皿があってこそ、急性期の病院は効率化をなしとげられてきたのである。

その川下の病院から患者をさらに在宅に追いやり、急性期の受け皿を減らそうとしているのが療養病床の再編である。しかし、有床診が減る中、在宅支援といっても、果たして訪問だけでやっていけるのだろうか疑問に思う。

仲間医師も情報不案内。県の相談も期待できず?

7月1日まで時間の猶予は少ない。厚労省は、国会で改正法が通った後に、再編にかかわる詳細を定めようとしている。ということは、我々は、現時点で入手した乏しい情報にもとづいて対応策を判断しなければ間に合わないということになる。

地方の中小病院として、元々十分な数のスタッフには恵まれていなかった自院だが、情報が乏しい中、どこまで正確な判断を時間内に下せるか、正直、心もとないのが偽らざる実情である。中央の情勢に詳しい先生にうかがったところ、同様の感想を述べておられた。

聞くところによると厚労省は、当該病院は県社会保険事務局と密接に相談をもつようにと呼びかけているという。しかし、みとところ、病院の事務課からの問い合わせにも、県の担当者も十分に分からないようである。人員格差に加え、情報格差に、我々地方の民間中小病院は置かれているのである。

最後に、全日病も今回の改定が、療養型病床に及ぼした影響を、データ収集のうえ検証を行っていただきたい。その結果、若し、医療提供が困難な場合は、全日病からその修正を要求すべきである。

何を基準に病棟運営を選択? 不明多い厚労省説明

3月末のスカパーフェクトTV「医療福祉チャンネル774」で、厚生労働省保険局の医療課長は、療養病床再編に当たって、廊下幅、病床、機能訓練室等の規制を緩和するほか、夜勤看護体制要件の見直し、あるいは医療区分の簡略化など、転換を円滑に導く施策に努めると述べていた。

しかし、医療療養病床に関する7月1日以後の診療報酬改定は決まったものの、その結果、病棟運営に支障をきたす場合にどう対応したらよいかといった細かなところは、「介護保険移行準備

病棟」という構想が打ち出されて入るものの、未だ不明である。

介護保険についても同様で、どういう基準で、どういうタイミングで「介護療養型医療施設の経過的類型」に移ったらよいか、その詳細がさっぱり分からない。厚労省が公表している資料をつぶさに検討したが、正直、分からないことだらけである。

佐賀県医師会ホームページを介して、4月13日の療養病床に関する説明会で発表された資料を入手したが、これを見ても、細かなところは定かではない。

安心・安全・安定

病院厚生年金基金が力強くサポートします。

厚生年金基金は、税制上最もすぐれた企業年金制度であり、基金加入により従業員の将来への不安解消に役立ちます。



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、福利厚生の実現が図れます。
- 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	☎087-837-0311
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	☎095-843-3737
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		

支部通信

積極的な企画を年々実施

会員数195。06年度も増強に努めます！



北海道支部通信委員
支部長 大橋正實



北海道支部の現会員数は195病院で、一昨年の全日病学会北海道大会前後より10数病院が増加しています。今年度も会員増強を計っていく予定ですが、2006年度の診療報酬改定や医療法改定により、全国の病院の動向がどう変化するのは予断を許さないものがあります。

とりわけ療養病床廃止の影響は計り知れず、2012年に病院の数がどのくら

いになっているのかは全く不明です。この様な状況下では、まず明確な全日病の運動方針を決定し、それを、会員および未加入病院に広くアピールする必要があります。これはまた、会員増強の好機でもあると思われれます。

北海道支部の活動は北海道病院協会の活動とタイアップして行なわれており、2005年度は、04年度に引き続いて「医療安全講習会」「日本病院機能評価受審に向けて」等の企画を行いました。

また、研修会を3回行いました。そのうち2回は厚労省による「医療制度改革」と「法人制度改革」についての講演会で、他の1回は、会員による、療養病床再編と変革についての講演会です。

今年度は8月の夏期研修会開催を、札幌で引き受けることになりました。多数の参加をお待ち致しております。

「介護療養型廃止に断固反対」

支部の意見を県医師会
代議員総会で決議



高知県支部通信委員
島本政明



昨年12月、厚生労働省の医療構造改革推進本部は、介護療養型医療施設廃止を含む療養病床の再編を2011年度までに行う方針をまとめ、本年2月7日の自民党総務会で、介護療養型医療施設の廃止を含む法案を今国会に提出することが了承され、2月10日に閣議決定されたとのニュースは、本当に驚きであった。

療養病床38万床の6割に当たる23万床を廃止するというものであるが、入院患者の多くは容態が悪化しやすく、

常に医療を必要としている。高知県のように高齢者が非常に多く(全国第3位)、都道府県民所得も少ない(全国第4位)県では、夫婦共稼ぎ率が高く、ましてや受け皿の施設がない中、追い出された入院患者の行き場が無く、混乱状態になることは必至である。

まさに、財政優先の地方切捨て、弱者切り捨てである。

この状況に支部では、高知県医師会と協力して、村山博良県医師会長の発案によって3月5日に開催された高知県医師会定例代議員総会において、全日病高知県支部会員で作成した「介護療養型医療施設の廃止に断固反対する」等の決議文を採択し、日本医師会はじめ国会議員、政府、厚労省等関係諸機関に送付した。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2006年3月

- 3日 会長副会長会議、総務委員会、四病協/医療保険・診療報酬委員会、同/臨床研修指導者養成課程講習会(～5日)
- 8日 広報・HP作成WG合同委員会、医療の質向上委員会・業務フローモデル研究会議合同委員会、業務フローモデル一般化検討委員会、四病協/医業経営・税制委員会
- 9日 東京都支部理事会・定期総会
- 10日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、病院機能評価委員会、医療経営人材育成/事業運営・教材作成合同委員会
- 11日 第4回理事会、第12回常任理事会、病院のあり方委員会、人間ドック委員会、第9回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム
- 13日 2006年度診療報酬改定説明会
- 14日 日病協/代表者会議、同/診療報酬実務者会議
- 15日 日医・四病協懇談会
- 16日 個人情報保護担当委員会
- 17日 四病協/8人委員会、同/認定・研修センター理事会、同/治療費未払問題検討委員会
- 22日 医療事務技能審査委員会、四病協/総合部会
- 23日 HP作成WT
- 24日 医療経営人材育成/事業運営・教

- 材作成合同委員会、カリキュラム推進・コンテンツ評価合同委員会、四病協/医療従事者対策委員会
- 25日 第86回定期代議員会・第75回定期総会
- 30日 四病協/医療法人会計基準研究委員会
- 31日 医療保険・診療報酬委員会

2006年4月

- 5日 広報・HP作成WG合同委員会、HP作成WT
- 7日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 12日 四病協/研修・認定センター理事会、同/医業経営・税制委員会
- 13日 医療の質向上・研究会議合同委員会
- 14日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会
- 20日 HP作成WT
- 21日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、四病協/8人委員会、同/医療安全管理者養成課程委員会、同/治療費未払い問題検討委員会
- 22日 第1回常任理事会、企画室・学術合同委員会、病院のあり方委員会、救急・防災委員会、人間ドック委員会、個人情報保護担当委員会
- 26日 四病協/総合部会
- 28日 日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会

受けた。また、ケース教材作成の進捗状況について各担当から報告を受けた。

■病院のあり方委員会(20日)
あり方報告書2006年版で取り上げる10項目について、各委員担当項目のレジュームを次回提出することを決めた。社会保障制度に関する勉強会について、引き続き人選を進めることを確認。

2006年2月

- 広報・HP作成WG合同委員会(8日)
06年度を期して『全日病ニュース』の関係先配布を増やす方針を決め、配布先のリストを了承した。全日病HPのリニューアルについて検討した。
- 医療安全対策委員会(18日)
12月に福岡県支部が主催した医療安全講演会に86名の参加が報告された。
- 人間ドック委員会(18日)
日本人間ドック学会へ役員を派遣するために、同学会と調整を始めることを決定。06年度より当協会と「日帰り・1泊人間

ドック」の契約を行なうという健保連の承認を受け、委員会として、当該契約書を承認した。

■企画室・学術合同委員会(18日)
全日病学会徳島大会の準備状況について報告を受ける。2006年度夏期研修会を北海道で開催することを承認。宮崎大会プログラム委員会より優秀演題12題の推薦があり、承認した。

■医療従事者委員会(19日)
会員病院対象の給与アンケート調査について、まず、各委員の病院でプレ調査を行ない、本調査を6月あたりに実施することを決定した。

■医療保険・診療報酬委員会(24日)
療養病床再編方針に対応するために、①介護保険施設を一元化した上で在宅復帰と終身利用とサービスを区分して利用者が選択できるようにする、②特養・老健・療養病床の現行各施設基準を認める、③医療は外付けとする、④介護は24時間対応とする提案が行なわれ、検討した。

四病院団体協議会 会議報告 (抜粋)

2005年11月

●総合部会(16日)
[当番団体] 全日病
[当協会出席者] 佐々会長、西澤副会長、手束副会長、安藤副会長
厚労省保険局医療課の佐原課長補佐は、「医療構造改革試案」で打ち出した医療保険における食住費患者負担の導入方針について、その実施策に「給付外とする方法と給付した上で患者の標準負担額を引き上げる方法との2策がある」と説明、実施方法は是非で病院団体の意見をうかがいたいと提起した。

一般病床や70歳以下の療養病床患者は給付を続けることから、入院給食を給付から外す方法は法的に難しいとし、厚労省として「療養費構成」で臨む方向であることを示唆した。

出席委員からは別負担導入に反対する意見とともに、介護保険における食費基準額設定に関する批判など各種の質問・見解が出た。

そうした結果、医療療養に対する別負担導入に四病協として反対意見を表明すべきであるという提起がなされ、意見表明の文案づくりを全日病に委ねることを決めた。

●治療費未払問題検討委員会(18日)
[担当団体] 日精協
[当協会出席者] 木村常任理事
未収金に関するアンケート調査の中間集計が報告された。未収金をめぐる法の解釈等について、厚労省保険局唐澤保険課長を交え意見交換を行なった。

冒頭、日医寺岡副会長は、一部新聞に報道された、へき地・救急等の診療経験を医療機関の管理者要件とする案を取り上げ、厚労省に強く抗議した結果、「取り消された」と解釈してもらってよい」と説明。厚労省が発表した介護療養型医療施設廃止については、病院団体との十分な議論を踏まえつつ対応したいと発言した。

療養病床再編成について、四病協出席者からは、四病協の会長が揃って会見し、介護療養型廃止反対意見を表明すべしとの意見も示された。

協議の結果、医療部に参画している各団体委員の意見統一を図ることを確認。さらに、廃止に反対する国会議員と運動して運動することを確認した。

2006年2月

●総合部会(22日)
[当番団体] 日病
[当協会出席者] 佐々会長、西澤副会長、安藤副会長
厚労省医政局指導課課長補佐および国交省住宅局建築指導課担当官は、耐震改修促進法一部改正によって各都道府県で耐震改修促進計画の策定が行なわれ、病院も耐震強化を求められること、また、病院の耐震補強工事に対して、厚労省と国交省が2006年度予算に補助金を計上していると説明した。

8人委員会西澤委員長(全日病副会長)は、8人委員会、8人委員会のあり方を検討する過程で、総合部会のあり方、四病協と日病協との役割分担等に議論が及んだ結果、総合部会で検討願うことにした旨説明、総合部会および四病協のあり方を基本から再点検するよう議題提案。次回からの総合部会で検討を続けることを確認した。

委員会報告 (抜粋)

2005年11月

■医療の質向上(DRG-TQM)委員会(11日)
厚労省科研「医療事故発生後の医療機関の対応と紛争解決に関する研究」の一環である「他産業における事例研究」として船舶事故の事例を調査するために、東京海洋大学矢吹教授を招き、話をうかがった。

■病院のあり方委員会(25日)
経産省委託事業「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」について、ケーススタディ作成担当者より進捗報告を受けた。



■医療従事者委員会(25日)
病院事務長研修コースの単位ごとのテスト形式について検討、改善点を確認。可否判定についても検討を行なった。

受講生の病院長に対するアンケートの中間結果が報告された。40件中26件の回答があり、26病院すべてが、受講内容は何らかの形で参考になっていると答えた。

■人間ドック委員会(26日)
健保連との1泊人間ドック指定実施に向けて実情調査委員の増強を決定した。まず

は、未配置8県の空白県を埋める方針を決めた。

2005年12月

■医療の質向上(DRG-TQM)委員会(15日)
都病協と協同実施している診療アウトカム評価事業の2005年度第1期報告書および04年度年間報告書の内容が紹介され、問題点が指摘された。

メリーランド病院協会のアウトカム評価事業に参加するために、関係者が渡米し、事前研修に出席することが報告された。

■病院のあり方委員会(16日)
「病院のあり方報告書2006年版」についてコンセプトを確認。04年版の項目を中心に、現時点での項目別担当者を決定した。

■医療制度・税制委員会(16日)
医師臨床研修制度に関するアンケート実施の方針が示され、調査項目のたたき台に検討を加えた。

2006年1月

■「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」事業運営委員会・教材作成委員会合同委員会(20日)
医療経営人材のテキスト作成について、経産省商務情報政策局サービス産業課および同事業運営委員会付設の事業検討WGから教材作成の内容について説明を

●病院機能評価委員会の活動報告 Ver.5評価項目第1領域について意見

病院機能評価統合版評価項目(ver.5.0)の検討を進めてきた病院機能評価委員会は、第1領域に関する検討結果をまとめ、4月に、日本医療機能評価機構に対して提出した。中小病院の実態により即した評価を実現させるとともに、サーベイヤーによる評価の違

いをなくし、認定率の底上げを図るために取り組まれた。したがって、サーベイヤーの評価基準にまで踏み込んだ見直しの提案となった。意見の概要を掲載するとともに、木村委員長に報告をお願いした。

中小病院を適正評価する上で多々の疑問

第2領域以降も今後意見提出を続ける

病院機能評価委員会委員長 木村 厚



日本医療機能評価機構による病院の機能評価事業も10年を超え、本年4月現在、全国で2,030病院が認定証を交付されている。

機構の資料からは大規模病院が多い国公立病院に比べ、中小病院が多い医療法人・個人病院の認定証交付率は明らかに低いといえるが、この母数は全国の病院数であり、中小病院の受審申し込みが少ないために認定病院が少ないのであって、決して中小病院が認定されにくいというわけではない。

とはいうものの、Ver.3まであった病院規模によるA・B病院別の評価体系がなくなり、規模に関係なく評価する基本項目と大規模病院だけが評価対象となる項目があるとはいえ、同じ評価体系で受審するとすると、サーベイヤーの中にさえ病院規模別の評価を混同してしまう人もいようでもあり、中小病院を適切に評価してもらえないのか疑問がわくのも自然かと思われる。

更には、Ver.5になって一段とハードルが高くなったという噂が流れ、1回での認定率が20%程度と聞いて、病院としても腰が引けているようである。

Ver.5の評価項目作成にあたって、全日病としては日本医療機能評価機構に協力し、できうる範囲で意見を申し述べたつもりであるが、如何せん時間の制約もあり、充分満足し得る評価項目とはいえなかった。

つまり、全日病の会員の多くを占める中小病院の機能を適正に評価しえる

のか、疑問が残る点が多々あった。

そこで、病院機能評価委員会の活動計画の1つに、特に中小病院の機能を適正に評価できるようにするため、現在の評価項目の運用法の工夫、次回の評価項目改訂時に参考となる意見等を検討し機構に具申することをあげ、2005年度から毎月開催された委員会で検討し、意見をまとめて機構にお送りした。

少しゆっくりやっただめに第1領域までしか出来なかったが、検討してみると、中小病院に限らず全病院にわたり評価しにくいと思われる点も数々発見された。

本年度の機構の理事会・評議委員会で、坪井理事長は「日本の医療の質の底上げのために数としては圧倒的に多い中小病院の認定数を増やすよう努力したい。」と述べられた。我々はこれに協力し、今後も全項目にわたり詳細に検討しさらに質の高い評価が行われるように意見を申し述べるつもりである。

さて、今回の診療報酬改訂で更に明らかになったことは、中小病院つぶしという政府の方針であり、大規模病院に対抗して勝ち残るためには病院職員全員で改善に取り組み質の高い医療を提供し、地域の患者さんに選んでもらえる病院になる必要があり、それには機能評価受審が最適である。

当委員会が行っている機能評価支援事業を利用されれば、より受審しやすくなると考えられるのでぜひ利用していただきたいと思う。

■統合版評価項目V5.0の検討結果(概要) 2006年3月現在

*表中の消し線部分は「削除」、太文字は「挿入」。→は「意見」をそれぞれ意味する。無指摘の箇所は割愛した。

1 病院組織の運営と地域における役割			全日病の意見(挿入・削除・移動等)
1.2 病院の役割と将来計画	1.2.2 将来計画が策定されている	1.2.2.1 中・長期計画が策定されている	◇計画の精度については病床規模に留意する。
1.5 情報管理機能の整備と活用	1.5.1 情報管理機能が整備されている	1.5.1.1 情報を管理する部署または担当者がある ④具体的に院内のデータを収集している	→1.5.1.3へ移動する。 →項目に沿うよう「②情報の取扱いについての規定が定められている」に変更する。
	1.5.2 病院の運営に必要な情報が収集され活用されている	1.5.2.1 医療活動や診療実績に関する基本的な診療情報が把握され報告されている ◇基本的な診療情報とは、診療科別、行別、病棟別、手術、検査の手術件数などの臨床統計的データを指す	→医療の情報なので、請求情報とは違う。 →誤解を招くため、「②医事統計的」は削除する。
1.6 関係法令の遵守	1.6.1 関係する法令が遵守されている	◇他の領域で法令遵守が満たされていない場合に整合性を持って評価する。	→関係の有無に関わらず、法は遵守する。 →法的な面と機能的・特性的な面を別々に考慮するため、過度に整合性にとられないようにする。
		1.6.1.2 その他の法令が遵守されている ①その他の各種法令を遵守している	→「その他の各種法令」を具体的に明示する。
		1.6.1.3 法令遵守の努力が継続してなされている	→項目削除
1.7 職員の教育・研修	1.7.1 全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている	1.7.1.4 院内の教育・研修の結果が評価されている	④実施された教育・研修の結果を評価するためのアンケートや感想文など一連のプロセスがわかる記録・文書がある ⑤①参加状況が把握されている
1.8 医療サービスの改善活動	1.8.1 医療サービスの改善活動が適切に行われている	1.8.1.1 医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組む体制がある	◇例：業務改善委員会、QCサークル活動、患者満足度調査、機能評価受審のための委員会などについて問う
		1.8.1.2 継続的な活動により医療サービスが改善されている ①業務改善委員会などによる具体的な改善事例がある	
		1.8.1.3 改善の成果を評価して見直しが行われている	→項目削除。1.8.1.2で改善されているのかを問っている。改善されているということは、見直しが行われているので重複している。
1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力	1.9.1 地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある	1.9.1.3 地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている ④協議会・会議等において診療機能情報を提供している ⑤①パンフレットや広報誌、ホームページに掲載している ⑥年報、パンフレット、診療担当者表などを連携施設に郵送するなどして、自院の診療機能を提供している(移動)	今年報・パンフレット・診療担当者表などを連携施設に郵送するなどして、自院の診療機能を提供している →②に移動
	1.9.2 紹介患者の受け入れが適切に行われている	1.9.2.1 療養病床への適切な受け入れと人権への配慮において評価、判定する。が、ここまでは入院予定の患者を含めて主に外来における紹介患者への対応の全般的な状況を評価・判定する。 ④特に、自院の機能に合致しないような病状の紹介患者には、他の適切な施設を紹介したり相談に応じるなどの姿勢が必要である	
		1.9.2.2 紹介元施設が把握され迅速な返答と的確な情報提供を行っている	④紹介元の施設の一覧表を作成している →1.9.2.1③とほぼ同じ ⑤①紹介患者の情報を一元的に管理している ⑥②返答と情報提供のチェックシステムがある ◇「返答」とは初診時における一時的な返事「情報提供」とは途中経過、診断確定時の最終報告等
	1.9.4 患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている	1.9.4.1 自院にない診療機能について適切な紹介が行われている	①自院にない診療機能で行えない高度な医療や専門外の医療について、紹介医療機関が明確にされている ②医学的判断に基づき紹介・転院を行っている紹介については必要な診療情報が提供されている(移動) ③紹介については必要な診療情報が提供されている(②へ移動)
		1.9.4.2 患者の療養の継続性を考慮した紹介が行われている	①紹介手順がある、あるいはマニュアルが整備されている ②組織的な検討に基づき紹介・転院を実施している ③②実績を把握し評価している

産婦人科医充足度を調査。補充展望に悲観的

日本産科婦人科学会がこのほど発表した、大学病院から産婦人科医の派遣を受けている病院における勤務医確保状況の調査結果によると、2003年度から04年度にかけて、約15%の病院で産婦人科勤務医が減少した。

同学会・学会のあり方検討委員会が、全国72の大学病院産婦人科の協力を得て04年8月に調査を実施、派遣を受けている1,092病院から得た回答を今年2月にまとめ、4月24日に公表した。医局派遣医師の動向実態を捕捉した珍しい調査結果となった。

それによると、03年度、04年度に勤務医が減った病院はそれぞれ100、39を数える。そのうち03年度は60病院、04年度には30病院で産婦人科医の数が

0となり、産婦人科から撤退した。地域的には関東、東海、中国四国に集中している。

また、この2年間に25の病院が、分娩取り扱いや入院管理の中止など診療範囲の縮小に踏み切った。

調査報告は、産婦人科勤務医の補充・増員について、「産婦人科入局者数の漸減傾向、産婦人科医の高齢化、女性医増加による実労働力の減少傾向に新卒後研修開始によって04年度、05年度の新人入局員が0になっていることを合わせると、病院側が補充を確保することはかなり困難な状況にあると考えられる」と悲観的な見通しをのべ、診療機能の集約・重点化を喫緊の課題に位置づけた。(2面に関連記事)

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