



# 全日病 21世紀の医療を考える全日病 2006 NEWS 8/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.645 2006/8/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 看護師が足りない! 基準の緩和を求める



▲北海道のデータを報告する西澤副会長(前列左から3人目。7月31日の日病協代表者会議)

### 入院基本料の看護配置基準 日病協が緊急要望へ。日医・四病協も作業部会を設置

06年度改定による看護配置基準改正によって、看護師不足は深刻さを増している。夜勤72時間規制と看護師比率引き上げに対応できない中小病院は特別入院基本料算定を余儀なくされ、民間病院のみならず自治体病院も経営危機を招いている。

さらに、7対1(1.4対1)看護の新設は看護師囲い込みの動きを誘発した。草刈場とされつつある中小民間病院は、かつてなく危機感を募らせている。

こうした状況に日病協は7月31日、影響が深刻な地域や病院に緩和措置を求める緊急要望を行なう方針を決めた。一方、日医と四病協は7月26日の両者懇談会で、7対1看護への対応策を検討する作業部会の設置を決めた。

四病協を介して日医と日病協がブリッジを組むかたちで、病院経営と地域医療の危機打開に当たる局面が出現しようとしている。

日病協は、経過措置が切れる9月末までに緩和措置の実現を図るべく、中医協での見直し審議を求めていく方針だ。四病協も、日医と共同して、中医協で取り上げさせることを視野に、7対1看護を軸に問題点の早急な検討を進める考えだ。

### 日医が療養病床の実態調査。中医協取り上げを視野

四病協・日医、日病協がともに看護配置問題を取り上げるに至った1つの契機は北海道病院協会が実施した今改定の影響調査である。6月1日現在の一般病棟入院基本料届出済393病院のうち、

特別入院基本料を届け出た病院が20%(76病院)にも達しているというショッキングな事実が、同調査で判明した。

この調査結果は、当協会西澤副会長が四病協、日医との懇談会、日病協の

各会議で報告。76病院のうち43病院が自治体病院であると指摘し、中小病院が危機が見舞われていると警告した。

7月26日の四病協・日医懇談会は、7対1看護の問題点を検討する作業部会を8月にも発足させ、対応策の検討を急ぐことで合意した。

一方、7月27日の日病協・診療報酬実務者会議も、看護配置基準にテーマを絞ったワーキングチームを発足させることで一致。

続く7月31日の代表者会議は、実務者会議にチーム発足の裁量を委ねる一方、9月末までの経過措置が終わる前に緩和措置を実現させないとさらに深刻な事態が出現することから、提出を急ぐ必要があるとして、当協会西澤副会長に要望書案の作成を付託した。

8月内に代表者会議を開いて要望書を取りまとめるとともに、中医協で取

り上げるよう強く求めていく方針だ。

他方、7月21日の四病協・日医懇談会で日医天本常任理事は、療養病棟入院基本料2の実態調査を日医として行なう計画を示し、四病協に協力を求めた。7月26日の四病協総合部会は協力体制をとることを確認した。

調査項目は、①療養病床患者の入院基本料算定状況、②医療区分1該当患者の実態、③1から2へ評価アップすべき項目、④医療療養病床の請求点数、⑤再編に向けた病棟運営方針など。

7月の状況を調査、9月22日の作業部会で結果をとりまとめる。7月21日の会合では、結果によっては中医協で取り上げることも視野に入れることを確認した。

## 回復期リハ含む療養病床入院料を減額調整

### 基本小委 入院時生活療養基準額を承認。評価・選定の区分指定も

7月26日の中医協・基本小委は、70歳以上の慢性期入院患者を対象に食住相当費を入院時生活療養費に組み変える上での基準額について、前回7月12日に提示した考え方どおり了承した。さらに、特定療養費制度を新たに評価療養と選定療養に分ける類型の指定案も事務局案どおり了承した。ただし、事務局(厚労省保険局医療課)による選定療養の内訳構成案は保留された。

両件ともに、8月9日の中医協総会で諮

問・答申の手続きをとる。

入院時生活療養について、事務局は新たに、現行入院時食事療養のⅠⅡ区分にもとづいた食事回数別基準額の案を提示した(表1)。現行ⅠとⅡの差額はスライドして受け継がれている。

さらに、入院時生活療養の基準額に加えられる結果、増額支給される光熱水費相当額を減額するための療養入院基本料の見直し案(各14点減点=表2)も提示され、いずれも承認された。

入院基本料の見直しは回復期リハ病

棟など療養病床の他入院料に関しても実施される。これは、法の構成が、療養病床に入院する「特定長期入院被保険者」(70歳以上)の患者すべてに入院時生活療養を給付するとしているため。実際は回復期リハ病棟入院患者等は該当しないが、法的枠組みとしては、入院時生活療養を給付した上で標準負担額の減額が適用されるわけだ。これに

表1 入院時生活療養の食事回数別基準額

1日の食事数	0食	1食	2食	3食
入院時生活療養(Ⅰ)	398円	952円	1,506円	2,060円
入院時生活療養(Ⅱ)	398円	818円	1,238円	1,658円

表2 見直し後の療養病棟入院基本料(特定長期入院患者対象)

ADL区分3	588点	857点	961点
ADL区分2	506点	857点	961点
ADL区分1	506点	750点	961点
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
	特別入院基本料 549点		

## 基調は需給均衡。医学部定員の暫定調整を認める

### 医師需給委員会 診療科・領域別必要医師数検討の必要を提起

医師の需給に関する検討会(座長・矢崎義雄国立病院機構理事長)は最終報告書を取りまとめ、7月28日に公表した。(報告書概要は次号に掲載)

報告書は、新規参入医師削減を提言した前回(1998年)報告書が医療法配置標準等を基礎に将来の必要医師数を推計したのに対して、週48時間勤務等を前提に推計した結果、「2022年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給される」と結論づけた。

その一方で、これは「短期的・中期的に、あるいはミクロ領域での需要が満たされることを意味するものではない」と指摘。ゆとりを持って業務に専念できる体制づくり、病院と診療所の分担、地域間・診療科間の格差などを課題に

あげた。

医学部定員を増やす方法は「中長期的には医師過剰をきたす」と否定したが、「人口に比して医学部定員が少ないために医師が不足している県の大学医学部には、定員の暫定的な調整を検討する必要がある」として、事実上容認した。

報告書は、昨年7月の中間まとめ(「当面の医師確保対策」)で取り上げた方策等を列挙する一方、新たに診療科・領域別必要医師数を検討する必要を提起。その前提に「各科や専門医療に関する共通イメージ」の確立をあげ、行政と関係学会に、その役割発揮を求めた。

厚労省は、当報告書を踏まえて文科省や総務省との間で協議を重ね、8月の早い時点で総合対策を打ち出す方針だ。

## 7月15日に開講。全14日間の経営教育

### 医療機関トップマネジメント研修 医療界初の病院経営ケーススタディを教材に採用

当協会主催の「医療機関トップマネジメント研修コース」が7月15日、東京都内のホテルで開講した。病院経営の最先端教育をほどこす、病院団体としては異色の講座として関心をよび、全国から定員(40名)を超える受講希望が寄せられた。

7月から来年1月までに各月1回の土



日を利用して7単位(14日間)計84時間にのぼるプログラムが生まれ、総合的質経営、安全管理・リスク管理、人事管理、地域連携、資金調達、DPCなど、今後の医療経営を左右するテーマについて、専門家や第一線の病院経営者が豊富な事例とデータを踏まえた講義と演習を繰り広げる。

経産省の「2005年度医療経営人材育成事業教育プログラム」に採用されたプランがプログラムのモデル。会員病院の詳細調査から作られたケーススタディが教材に採用されたが、病院経営に関する本格的ケーススタディは医療界初のケースとあって、注目を集めている。

7月1日適用医療療養病床診療報酬の会員病院質問に対する厚労省回答を7月28日、全会員宛ファックスで送信しました。当該Q&Aは当協会HPにも掲載されています。

## 株式会社立診療所第1号が誕生

構造改革特別区域法にもとづいて株式会社が開設した医療機関の第1号が7月29日、横浜市中区に開業した。

株式会社バイオマスター(神奈川県横浜市、桑名隆滋社長)が経営するセルポートクリニック横浜(標榜科・美容外科、管理者・佐藤克二郎医師)で、乳房再建、脂肪吸引、バストアップ、しわ取りなどを自由診療で行なう。

患者自身の脂肪細胞を用いた高度医療が特徴で、脂肪から幹細胞を取り出して再び体に移植する東京大学と共同で開発した技術を用いる。産学共同をうたった、大学病院以外では稀な医療機関ともなった。

手術と細胞処理を一体化させた無菌手術室と無菌細胞調整室、個室ベッド(4床)ほかを備え、費用最高額は豊胸手

### 四病協主催 公開討論 医療における未収金問題を考える

日時● 8月25日(金) 13:30~15:30  
会場● 虎ノ門パストラル6階 アヴェール 東京都港区虎ノ門4-1-1 TEL.03-3432-7261(代) 地下鉄日比谷線神谷町駅徒歩2分

費用● 無料(申し込み手続きは不要) ※会場が手狭なため早い時間で満席となる恐れがありますのでご注意ください。 問い合わせ先 (社)日本精神科病院協会事務局 03-5232-3311

術の300万円。乳房関連手術だけで年間約100件を見込んでいる。

同診療所の売りはホスピタリティ。そのために、土日診療さらに周辺ホテ

ルの紹介・予約代行(無料)を実施する。1948年の医療法施行以来約60年。配当を旨とする株式会社による医療機関の開設が初めて認められたことになる。

2007年度改正医療法施行の概要

※「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」(7月10日)の資料等から医療法等の一部改正法施行について編集部が整理。

医療法人附帯業務に高齢者賃貸住宅を検討

08年病床転換助成事業前に都道府県交付金の活用が可能

医療法改正の全体スケジュール

Table with 2 columns: 時期 (Date) and 内容 (Content). It details the schedule for the 2006 and 2007 medical law amendments, including public consultations and implementation dates.

2008年度の新医療計画制度施行に向けた国・都道府県・医療関係者の作業工程表(案)

Table with 4 columns: 時期 (Date), 国 (National), 都道府県 (Prefecture), and 医療関係者 (Medical Stakeholders). It outlines the work schedule for the 2008 medical plan system implementation.

※従来の2次医療圏ごとの協議会の活用も視野に入れながら、事業ごとに望ましい圏域で検討。

「小児科・産科の集約化・重点化計画」策定の手順(概要)

II. 小児科に関する集約化・重点化について

- 1. データに基づいて小児医療体制の実態把握を行なう。
2. 小児科の集約化・重点化の適否
小児科の集約化・重点化の必要がないと判断される場合には、現状の小児医療連携体制を医療機関名とその医療機能が明確になる形で記載し、06年度末までに厚生労働省へ報告する。

3. 小児科の集約化・重点化後の連携強化病院と高次機能病院の選定

- (1) 大学病院や小児専門病院については高次機能病院とする。(必要に応じて選定)
(2) その他の病院のうち、病院のもつ以下の機能を考慮して連携強化病院を選定する。
①小児科の臨床研修指定病院であること
②夜間・休日の小児の診療(小児救急医療)が確保できること
③小児科医の状況、患者数、対象病院の施設規模など
④地域の診療所との協力関係、地域の交通機関の状況

4. 連携病院の指定

- (1) 小児科を標榜しているが休診中の病院を含めて、地域の連携強化病院との連携体制を構築し、集約化・重点化に参加する病院を連携病院として指定する。
(2) 指定においては以下の事項を考慮すること。
①連携病院は、小児医療のための入院病床や常勤医を確保する必要はないこと
②集約化・重点化に参加すること
③地域の診療所と可能な限り深夜を含めた初期小児救急医療体制の構築を行なうこと

5. 小児医療マップの作成

- (1) 1から4で選定・指定した病院または把握した小児科標榜診療所について、所在地に記入をした小児医療マップを作成する。
(2) 小児医療マップにおいて、隣接する都道府県との連携体制構築については、以下の事項を踏まえて検討する。
①連携強化病院又は高次機能病院との連携体制を前提とすること
②交通機関や道路状況を考えること
③当該地域の住民の受療動向を把握すること

6. 集約化・重点化計画の策定

- (1) 都道府県域内の小児医療マップを作成後、小児医

療マップに記載された医療施設ごとの連携体制に関し以下の事項を含めた集約化・重点化計画(案)を作成する。

- ①連携強化病院の体制
小児救急医療、小児専門医療、新生児医療等

第5次医療法改正に関する都道府県からの照会と回答(概要)

【医療法人関係】

Q 特別医療法人は、改正後「社会医療法人」とみなされるのか。それとも、新たに申請、認定などが必要か。
A 社会医療法人になるには、救急医療などの実績により都道府県知事が認定することが必要である。
Q 医療法人の定款・寄付行為に解散時残余財産の帰属先規定を設ける場合に、知事の認可を受けるまでの間は国庫等へ帰属させる規定は適用しないとあるが、定款等を変更しない限り出資額に応じて帰属させるという定款は有効となるのか。
A 既存の医療法人は、経過措置により、解散時残余財産の規定を定款変更申請し認可されない限り、その部分については旧法が適用されるので「出資額に応じて帰属させる」旨の定款も有効である。
Q 改正後は、誰でも医療法人の決算書等を閲覧できる。この閲覧対象文書は、施行後に届出のあった書類に限定されるのか、あるいは過去の書類にも及ぶのか。
A 新医療法51条、52条は経過措置(附則第12条)により「施行日以後に始まる会計年度」に適用される。経過措置の趣旨から、過去の書類は従前どおり、情報公開手続きの取扱いとする。事業報告書等の様式例については、今後、モデルの形式で新たに示す予定。
Q 医療法人による老人福祉施設や高齢者優良賃貸住宅の設立は附帯業務として認められていない。今後、見直し予定はないのか。
A 改正法施行後、有料老人ホームについては、新たに附帯業務として盛り込んだところであり、定款変更の認可を受ければ可能である。高齢者優良賃貸住宅については、その基準が法令等により明確になっており、他の不動産業との違いが明らかであることを前提として、附帯業務とすることを検討したい。
【療養病床の再編成】
Q 「介護保険移行準備病棟」「経過型介護療養型医療施設」には人員配置基準を医師2名とするなどの特例

- ②連携病院の体制
入院機能の有無、医師の勤務体制等
③連携強化病院と連携病院の連携体制
④地域の診療所の参加を前提とした休日・夜間初期小児救急医療体制
⑤連携強化病院における地域の小児救急医療の支援体制
⑥医療機関間における搬送体制
⑦高次機能病院の役割

(2) 集約化・重点化計画(案)は地域医療対策協議会で検討を行ない合意を得る。

(3) 隣接都道府県との連携体制を構築する場合には、対象となる地域における連携体制に関し、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により別途検討を行ない合意を得る。なお、地方厚生局の協力を得る必要がある場合には、得たい内容について、その状況を厚生労働省へ報告すること。

(4) 地域医療対策協議会が集約化・重点化の必要はないと判断し、都道府県もその結果に合意する場合には、現状の体制における連携体制を構築し、08年までに医療計画へ反映させるための検討を開始する。

III. 産科に関する集約化・重点化について

産科に関する集約化・重点化については、基本的な上記IIの小児科と同様の手法をとり検討することとなるが、併せて以下の事項について配慮すること。

- ①「連携強化病院」は、地域の周産期母子医療センタークラスの病院の中から設定し、産科・婦人科医療、小児科・新生児医療を提供すること
②産科医師の地域偏在が著しい場合には、県を超えたブロック単位で集約化・重点化を考える必要があること
③計画の策定に当たっては、現行の周産期医療協議会及び周産期医療ネットワークを十分に尊重・活用すること

IV. 厚生労働省への報告

小児科・産科の集約化・重点化の実施にあたっては、可能な限り早期に検討していただき、下記①～③について06年内を目途に厚生労働省へ報告する。

- ①集約化・重点化計画の報告
②現状の医療提供体制による小児医療の連携体制
③協議会で議論した集約化・重点化計画(案)及び協議会が集約化・重点化の必要性がないと決定した理由

措置が設けられたが、その適用に際しては変更許可を要するのか。

A 2012年3月31日までに老健施設等に転換を予定し、人員配置特例等の適用を受ける病床については都道府県知事への届出を求めていることとしているが、医療法第7条第2項に基づく変更許可まで求めるものではない。

Q 08年度からの病床転換助成事業実施前に、医療型療養施設を老健施設へ転換する施設に対する補助はあるのか。

A 08年度の病床転換助成事業創設までの間は、一定の要件の下、医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)を活用することが可能である。

Q 国庫補助金で整備した療養病棟を老健施設等へ転換させる場合に補助金返還等が生じることはないか。
A 補助金の返還を要さない方向で検討しているところ。(ただし第1期医療費適正化計画が終了する13年までの措置)

【医療計画関係】

Q 今年の夏に予定している「医療機能調査」はどのような内容になるのか。

A 医療機能調査の調査項目は、本年2月の全国主管課長会議等で示した指標一覧をベースに決定する予定。

Q 先に示された主要9事業の指標について、統一的ルールに基づいたデータベースがない中で都道府県が独自に調査した場合、全国比較ができないものになる恐れはないか。

A 医療機能調査の項目は全国統一したものにする。また、調査票とデータの取り方の解説書(算出方法を示したもの)も送付する。

Q 今後の療養病床削減に伴って見込まれる、基準病床数算定式の見直しの方針は如何。

A 今年4月から施行されている療養病床の新算定式では、介護サービスの現状と今後の進展分を基準病床(3面下段に続く)



# 飯田委員が層別化した指針作成を提起

## ICU等の安全管理指針 報告・指針とりまとめ前に委員間の認識の違いが露呈

医療安全対策検討会のヒューマンエラー一部会と医薬品・医療機器等対策部会の下に、今年1月24日に設置された「集中治療室(ICU)における安全管理指針検討作業部会」は、ICU等における重症患者管理の安全確保にかかわるガイドライン策定の検討を行ってきた。

事務局(医政局総務課医療安全推進室と医薬食品局安全対策課安全使用推進室)は7月20日の部会に報告書骨子案

および安全管理指針骨子案を提示、とりまとめに入るよう求めた。

しかし、診療報酬上の基準にもとづくICU等ユニットの概念あるいは病棟における重症患者管理のあり方など、とりまとめの前に、委員間で基本的な認識の違いが大きいことが露呈されるとともに、報告書と指針の骨子案にも多岐にわたる疑問がつけられた。

議論のきっかけは、同作業部会委員

を務める飯田修平常任理事による、全日病会員病院を対象に実施した重症患者管理実態調査の結果報告。

飯田委員は、診療報酬上の基準をもたない重症患者管理の病床数や病棟における人工呼吸器使用が少なくないなど中小病院を含む現場のデータを示し、「高機能急性期病院」の重症患者管理を承認した一律規制ではなく、現場の実態を層別化した上でそれぞれの標

準化を志向したガイドラインにすべきであると提起、多くの委員から賛同を得た。

ただし、施設基準を取得したユニットに限定したモノタイプの指針による規制を意図する意見もあり、決着まで、なお波乱含みだ。

飯田常任理事に、作業部会の現段階の議論と会員病院実態調査要旨の報告をお願いした。

集中治療室(ICU)などにおける安全管理指針をめぐる議論と会員病院実態調査について

## 安全管理指針は層別化した各現場の標準化が目的

### 重症患者管理実態調査結果を指針検討作業部会で報告

集中治療室(ICU)における安全管理指針検討作業部会委員  
医療の質向上委員会委員長  
飯田修平



医療の安全確保は社会の強い要請である。とりわけ、リスクの高い手術あるいは重症患者管理における安全確保は喫緊の課題である。

この様な社会の要請を受けて、2003年12月の「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」には、「集中治療室(ICU)などのハイリスク施設・部署におけるリスクの要因の明確化を図り、安全管理指針の作成を進めること」と書き込まれた。

その結果、06年1月、医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会の下に「集中治療室(ICU)における安全管理指針検討作業部会」が設置された。そして、筆者も委員の1人に名を連ねた。

作業部会委員は管理指針の作成について4回の検討を行ない、現在、とりまとめの段階にある。

本作業部会の役割は大きい。その意味は、安全管理指針が単なるICUに関する「規制」にとどまらず、「急性期病院のあり方」を規定する根拠となる可能性があるからである。なぜならば、「急性期」とは、運営主体・規模・患者の性・年齢・疾患・病期等にかかわらず、状態の変化が著しい、あるいは、その可能性、すなわちリスクの大きい状態をいうからである。

では、急性期病院としてふさわしい、重症患者等管理にかかわる安全指針とは何か。それを考察するためには、現場のデータが必要であった。しかし、ICUの実態調査のデータはあるが、それ以外の部署における重症患者管理の全国的調査は行われたことがなく、データに基づいた議論ができない状態にあった。

そのために、会員病院を対象に、5月から6月にかけて急遽アンケート調査を実施したところ、213病院から回答を得ることができた。

そのうち、ICU等施設基準を有する病院は32で、月当たり収容重症患者数の中央値は、ICUが42、SCUが51.5、HCUが61.6、一般病床が222、施設基準を有さない病院では独立した部署が33、一般病床が48という結果であった。また、人工呼吸器、人工透析装置、血液浄化装置などは全ての部署で使用されていることが分かった。

この調査結果の概要を7月20日の作

業部会に提出、データに基づいて意見を述べたことを報告する。調査にご協力いただいた会員病院には、あらためて感謝の意を表したい。

さて、作業部会での議論を通じて、委員の間で安全管理指針をめぐる認識の違いが大きいことが、以下の如く明らかになった。

1. 指針と基準を区別しない議論がある。指針とは、一般的あるいは標準的な考え方や方法を推奨するものである。一方、基準とは、達成して当然という必要条件である。将来、指針が基準となることはあり得るが、作業部会の目的は「指針の作成」である。

2. 安全確保を図るためには、いきなり最高の基準を目指すのではなく、まず、標準化を図り、一般的な現状の水準を引き上げることが有効である。この場合、標準化とは、一律化・均一化ではなく、人・部署・施設によるばらつきを少なくすることである。指針策定の最大の目的がここにある。

3. 緊急アピールは「集中治療室(ICU)などのハイリスク施設・部署における」としているが、作業部会には、施設基準のICUに限定し、ICU以外の部署を除外する考え方がある。この背景には、ICU以外で集中治療を行うべきではないという考え方がある。しかし、現実には、施設基準にかかわらず集中治療(重症患者管

理)が必要な患者が多い。

ICUにはリスクの高い患者が多いが、施設や人員配置等が手厚いので、不具合への対応という観点からは、むしろ安全である。施設基準のない部署の方がリスクが高いと言える。したがって、それぞれの特性に合わせた指針の作成、すなわち、品質管理の考え方である層別化が必要である。

4. 緊急アピールは「施設・部署」としているが、作業部会には、集中治療室(ICU)を有する医療機関(施設)に限定するという考え方がある。しかし、重症患者管理における安全確保は急性期病院全体に不可避な問題である。

したがって、今必要なことは、施設(医療機関)単位ではなく、機能単位あるいは部署単位での検討である。

すなわち、①ICU、②HCUあるいは施設基準のない重症患者管理室、③一般の病床の3つに区分し、本来はそれ

ぞれについて検討されるべきであろう。

ただし、本作業部会の目的はハイリスク施設・部署におけるリスクの低減であり、主に①と②が該当する。③への対応も必要であるが、次の段階の検討となる。

上記①は、施設基準を持つ病院にも施設基準を持たない病院にも存在する。したがって、指針は施設基準の有無ではなく、その機能に応じて適用すべきである。

5. 指針は法的規制(施設基準)ではないが、厚労省が作成した指針という意味が大きく、社会的規制(社会から見た必要条件)さらには基準と受け取られる可能性がある。

したがって、あるべき姿(理想)、望ましい姿(努力目標・実現可能)、ある姿(現状)を区別して説明する責任がある。

病院団体および病院は、医療の安全確保を目指して、品質管理の考え方と手法を用いて行動することが必要であると考える。急性期病院それぞれの安全と質の向上に役立つ安全管理指針となるよう、とりまとめに努めたい。

### 重症患者管理と安全管理の実態に関する会員病院アンケート調査結果

回答213病院(精神科、療養病床のみの病院を除く)  
回収率 ①9.95%(対全会員)、②15.21%(対一般病床のみの会員=1,400病院)

#### ●施設基準取得の有無

	ICU	SCU	HCU
①施設基準あり	30	3	7
②施設基準なし	2	27	24
回答数	32	30	31

#### ●部署別・施設基準取得有無別の病床数

	②施設基準あり				③施設基準なし		
	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
有効回答	28	3	7	0	12	42	129
平均	6.8	8.3	12.9	0.0	154.7	13.5	51.2
中央値	6	9	7	0	191	8	36

#### ●重症患者管理専従の麻酔医数

	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
有効回答	6	0	2	0	0	2	7
平均	1.8	0.0	1.0	0.0	0.0	2.5	1.1
中央値	1	0	1	0	0	2.5	1

#### ●重症患者管理専従のその他医師数

	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
有効回答	15	2	1	0	0	5	7
平均	1.9	6.5	6.0	0.0	0.0	1.4	4.4
中央値	1	6.5	6	0	0	1	2

#### ●収容患者数(人/月)

	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
有効回答	25	3	4	0	9	34	105
平均	89.5	108.2	195.1	0.0	2402.4	86.7	477.6
中央値	42	51.5	61.6	0	222	33	48

#### ●平均在室日数(日)

	②施設基準あり				③施設基準なし		
	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
有効回答	24	3	3	1	8	30	107
平均	6.3	3.2	4.7	3.0	14.0	17.1	18.6
中央値	4.7	3	3.9	3	12.2	7.5	18

#### ●病床稼働率(%)

	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
有効回答	25	3	4	0	9	34	121
平均	74.8	84.5	77.0	0.0	90.9	81.6	81.6
中央値	80	82.7	83.9	0	90.4	80	84.5

#### ●重症度評価AおよびBの各人数(人/月)

	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
	有効回答	17	0	1	0	2	14
A 平均	82.3	0.0	196.0	0.0	18.5	40.1	20.7
A 中央値	38	0	196	0	18.5	4	4
有効回答	12	0	1	0	2	13	37
B 平均	66.9	0.0	193.0	0.0	142.0	26.2	67.3
B 中央値	32.5	0	193	0	142	8	5

#### ●人工呼吸器使用患者数(人/月)

	ICU	SCU	HCU	独立	一般病棟	独立	一般病棟
有効回答	23	2	4	1	7	30	78
平均	20.7	3.0	22.5	2.0	27.7	7.6	4.5
中央値	9	3	13.5	2	8	3.8	2

数から控除することとしている。これにより今後の療養病床再編にも対応できると考えており、算定式の早急な見直しは考えていない。

#### 【医療計画(病床削減措置)】

Q 医療法第7条の2第3項の規定において、へき地病院等で医師不足のため一部病棟が閉鎖されている場合は、正当な理由があると考えてよいのか。

A 医師確保ができないことのみでは、医療法第7条の2第3項にいう「正当な理由」には該当しないと考えるが、実際に命令を行うかどうかは個々の事例に即

して判断されたい。

Q 医療法第7条の2第3項の正当な理由とはどのようなことを想定しているのか。例えば、医療従事者は適正な数を確保しながら、一部病床の閉鎖により診療報酬の上位基準の届出を行っている場合に、病床数削減を旨とする許可変更措置をとるよう命ずることができるか。

A 「正当な理由」とは、例えば、天災等不測の事態のため病床を閉鎖せざるを得ない場合を想定している。したがって、御指摘のような事由によって閉鎖

し、活用されていない病床は、地域でより必要とされる医療を提供しようとする医療機関(民間医療機関を含む)に割り当てられるべきものであり、都道府県として病床削減措置を命じることが可能である。

#### 【医師確保関係】

Q 医師等医療従事者の確保について、国として、今後どのような対策を講じる予定か。

A 「医師の需給に関する検討会」の報告書取りまとめとともに、総務省、文部科学省と連携しながら、8月を目途に新しい医師確保総合対策を取りまとめる。

# 第2回要項決まる。10月、12月に計6日間

## 看護部門長研修コース 視野、主導力、実践力を強化。自院診断と改善提案に挑戦

医療従事者委員会(大橋正實委員長)が主催する第2回看護部門長研修コースの内容が決まった。昨年の第1回と同様に週末の金・土・日の2泊3日を1ラウンドとし、全6日間のカリキュラムを組んだ。第1ラウンドは10月13、14、15日に、第2ラウンドは12月8、9、10日に開催する。

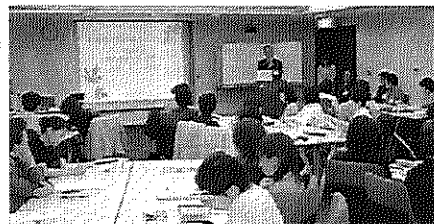
講習プログラムは第1回から大きく変更した。第1ラウンドでは「危機感の醸成とコスト意識(問題意識)の醸成」をテーマに掲げ、病院が置かれる環境、自院経営活動、さらに自分自身の「可視化」を試みる中で財務知識、コスト管理、MQI(医療の質向上)活動等、今後の看護部門リーダーに不可欠な意識と基礎

知識を身につける。

その結果は、第1ラウンド終了後に自院診断を試みる自習ラウンドで問われる。さらに、自習ラウンドの成果を踏まえて、「部門長のリーダーシップ、実践力の強化」をテーマに掲げる第2ラウンドに臨み、演習発表をはさみながら、課題の共有化技法、問題解決技法、アクションプランの作成等、看護部門をリードする基本的なスキルを学び、最後に、「改善提案の実践(宣言)」に挑戦するというもの。

定員は40名。受講料はテキスト、宿泊、食事を含め15万円。会場は第1回と同じ、羽田飛行場に近い東京都内の

ホテル。9月1日に申し込みを締め切る。



## 人間ドック学会への派遣役員が決まる

全日病と日本人間ドック学会(奈良昌治理事長)はこのほど、当協会から派遣する役員に関して、理事1名、評議員2名とすることで合意に達した。西昂人間ドック委員長が7月22日の第4回常任理事会に諮った結果、理事および評議員の各候補リストともども承認された。

派遣役員に推挙されたのは、理事が加納繁照理事(人間ドック委員会委員)、評議員が西昂常任理事(同委員長)と池田誠代議員(同委員)。

理事に推挙された加納委員は日本人間ドック学会の現評議員を務めており、同学会の理事選出規定を満たしている。また、評議員の2氏は同学会の正会員であり、その資格を満たしているとして、それぞれ人間ドック委員会により推挙されたもの。

いずれも奈良理事長が推薦者となって役員選出名簿に加えられ、9月の総会・理事会で承認のはこびとなる。

## 四病協 医療安全管理者養成講習会が開講

四病協の2006年度医療安全管理者養成課程講習会は第1クールの講義を7月22日に開講、298名が受講した。

初日は当協会飯田常任理事のほか、厚生省の田原克志医療安全推進室長も講師を務めた。7月29日に第2クールが開講され、第1・第2クール修了者は、8月、9月に4回開かれる中から都合のよい日程の演習を受講できる。

同講習会は、06年度改定で新設された医療安全対策加算の要件である医療安全管理者の資格認定講座に認められており、5年の間に2日間の講習2回と2



日間の演習からなる全講習を修了すると「認定証」が授与される。

講習会は03年度から始まり、過去3回の開催で、すでに、700名以上の受講修了(講習履修)者を輩出している。

## 医政局人事異動、二川経済課長が総務課長を併任

厚生労働省は7月28日付で人事異動を発令、医政局総務課長に同局二川一男経済課長が就任した。二川課長は、当面、経済課

長と併任となる。在任中、第5次医療法改正を処理した原勝則前総務課長は、内閣府の内閣官房審議官に就任する。

### 病院機能評価委員会からのご案内

#### 秋田市で「機能評価受審支援セミナー」を開催

日時 ● 9月9日(土) 14:00~16:00  
会場 ● アキタパークホテル2F「シルバールーム」Tel.018-862-1515  
秋田県秋田市山王4-5-10 (JR秋田駅より車で約7分)  
内容 ● 「医療制度改革と病院機能評価受審」  
全日病常任理事 木村 厚(病院機能評価委員長)  
日本医療機能評価機構事業部長 滝沢良明  
定員 ● 50名(先着順)  
参加費 ● 会員病院 5,000円(1名) 非会員病院 7,000円(同)  
\*当協会への入会をご予定の病院は会員としてご参加いただけます。  
申込 ● 所定申込書にて8月25日までに下記宛 Faxでお送り下さい。  
\*申込書は当協会ホームページからダウンロードできます。  
申込書送付先(問い合わせ先) 全日本病院協会事務局(担当:半田)  
Tel.03-3234-5165 Fax.03-3234-5206 03-3237-9366

### 第3回常任理事会の詳細 6月24日

- 主な協議事項
- 2007年度税制改正要望書
- 厚生労働省に提出する07年度税制改正要望書案が承認された。医療制度・税制委員会(小松委員長)は、9月に再度、自民党税制調査会宛に提出を予定している。
- 西澤副会長は医療法等改正で創設された社会医療法人制度について、税制を含む厚生省方針いかんでは「全日病として急ぎ要望対応を図る場面が出現する」と執行部一任を求め、了承を得た。
- 新会員の入会(敬称略・順不同)
- 以下の入会が認められた。
- 北海道函館市 社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院院長 橋本友幸
  - 北海道江別市 医療法人友愛会友愛記念病院院長 野村直人
  - 北海道札幌市 医療法人社団北樹会病院 理事長 佐々木照之
  - 福島県会津若松市 特定医療法人明智会 リハビリテーション会津温泉病院理事長 原 孝
  - 埼玉県秩父郡 埼玉医療生活協同組合皆野病院院長 山下芳朗
  - 埼玉県川越市 医療法人高友会笠幡病院 理事長 中村康彦
  - 埼玉県本庄市 医療法人福島会上武病院 理事長 福島 修
  - 埼玉県秩父郡 医療法人彩清会清水病院
- 理事長 清水良泰
- 千葉県船橋市 医療法人船橋総合病院院長 塚本哲也
  - 千葉県流山市 医療法人社団愛友会流山総合病院院長 市村三紀男
  - 東京都大田区 医療法人社団秀輝会目蒲病院理事長 石橋秀雄
  - 東京都東久留米市 医療法人社団好仁会滝山病院院長 小笠原芳宏
  - 東京都八王子市 医療法人財団仁光会真宮病院理事長 浜野昭彦
  - 東京都羽村市 医療法人社団三秀会羽村三慶病院院長 中村有邦
  - 神奈川県横浜市 医療法人社団恵生会竹山病院理事長 大矢清
  - 静岡県賀茂郡 医療法人社団健育会熱川温泉病院院長 柿田 章
  - 広島県広島市 医療法人土本病院理事長 土本重雄
  - 佐賀県鳥栖市 医療法人啓心会啓心会病院院長 川原正士
  - 鹿児島県指宿市 医療法人慈光会宮園病院理事長 宮園政治
- この結果、会員数は2,151病院となった。以下の賛助会員入会が認められた。
- 株式会社ジーネット・テクノシステムズ(本社・東京都中野区、代表取締役・長尾 勤)
  - 株式会社ウィ・キャン(本社・東京都港区、代表取締役・濱川博昭)

- 人間ドック実施指定施設の承認(順不同)
- 日帰り人間ドック実施指定施設として以下の申請が認められた。
- 【健保連(Uiゼンセン同盟)】
- 静岡県 財団法人田方保健医療対策協会 伊豆保健医療センター
  - 大阪府 特定医療法人協和会 総合加納病院
  - 兵庫県 医療法人社団佳生会 野木病院
  - 兵庫県 医療法人社団清和会 笹生病院
  - 徳島県 医療法人若葉会 近藤内科病院
- 1泊人間ドック実施指定施設として以下の申請が認められた。
- 【健保連(Uiゼンセン同盟)】
- 群馬県 医療法人社団美心会 黒沢病院 高崎健康管理センター
  - 徳島県 医療法人若葉会近藤内科病院
- 主な報告事項
- 当協会ホームページの改善計画
- 広報委員会は、当協会HPトップページのデザインおよびサブページの増設・再構成など、8月をめぐりに改善を図る計画を報告した。
- 病院機能評価の審査結果(順不同)
- 5月29日付の病院機能評価認定証交付は49病院、会員病院は次の10病院である。
- ◎新規(Ver4.0)

- 【一般病院】
- 長野県長野市 医療法人公生合竹重病院
- 【複合病院】
- 北海道函館市 医療法人社団仁生会西堀病院
  - 東京都台東区 医療法人社団哺育会浅草病院
- ◎新規(Ver5.0)
- 【一般病院】
- 神奈川県横浜市 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院
  - 福岡県前原市 糸島医師会病院
- 【複合病院】
- 長野県佐久市 特別医療法人恵仁会くろさわ病院
- ◎更新(Ver5.0)
- 【一般病院】
- 秋田県由利本荘市 医療法人青嵐会本荘第一病院
  - 京都府京都市 三菱京都病院
  - 高知県須崎市 医療法人五月会須崎くろしお病院
  - 鹿児島県鹿児島市 財団法人昭和会今給黎総合病院
- 認定証発行は2,066病院。そのうち当協会会員は632病院を数える。



# 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)
  - 医療施設内包括機械保険
  - 居宅介護事業者賠償責任保険
  - 現金運送・盗難保険
  - 医療廃棄物排出者責任保険
- 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