



全日病 NEWS 21世紀の医療を考える全日病 2006 8/15

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.646 2006/8/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

会員増加が続く。本会へ期待高まる!

病院の危機が結集意識を高める。過去最高が目前

7月22日に開かれた第4回常任理事会は30名の入会を承認した。別途、8名の退会が報告された結果、在籍会員は2,173名となった。1970年度(昭和45年度)に到達した2,200名という最高数に迫るもので、今年度中に、全日病史上最大の会員数に達する可能性が強まった。

病院経営にとって危機的な状況を迎え、退会を促す事情は増大する一方である。しかし、地域医療の崩壊を防ぐ上で、政策提言に多くの実績を重ねる全日病の躍進は、わが国医療体制の将来を左右するといっても過言ではない。

それを反映するかのように、とくに民間病院に当協会への期待が広まっている。今年に入って一時的に退会数が増えたが、それを大きく上回る入会が続いている。

第4回常任理事会は、支部と執行部が一体となって会員の退会情報を早期に共有し、全日病とともに危機打開の道を探るよう当該会員に訴えるという組織防衛の指針を承認、各支部に通知した。

連綿と続く制度改革と診療報酬単価の切り下げで各病院とも疲弊している。医師、看護師等スタッフの充足・増員が困難な病院を中心に、経営の縮減や廃院の動きが顕著になっている。

深刻な経営危機に至らない病院においても、経費削減に努める中、複数の加入さらには病院団体への加入そのものを見直す動きが強まっている。

会員数の減少は主力各病院団体に共通しており、02年度に2,800会員に達した日病は、その後会員の退会が続き、現在は2,690会員へと減らしている。

医法協の場合は、例えば04年9月に

1,410法人であったものが今年4月1日現在で1,370法人と、やはり減少局面にある。日精協は単科病院主体ということもあり、ここ数年1,210台で横ばい推移してきたが、「組織率90%」で頭打ちの状況にある。

そうした中、日本療養病床協会は、ひとりの漸減から増加に転じている。介護療養型医療施設連絡協議会時代の03年6月に558病院であったのが、昨年1月には617へと大幅に増え、さらに、この7月には726と急増。1年半で109病院が増え、118%という組織拡大に成功した。

退会に機敏に対応 危機打開へ結束を求め

当協会の会員数は増加基調で推移してきた。1970年度に2,200名を超えた後に、日本病院協会(当時)との合同・活動休止を経て、1976年に在籍会員1,067名で再出発し、1986年には2,000名にまで回復した。しかし、その後、長い期間横ばい状態が続いた。

第1期佐々執行部が誕生した1999年度に療養系病院の集団入会によって会員数は2,075名に増えたが、翌年度には減少。2001年度は増加に転じたが02年度に再び減り、03年度には大幅に増えて2,100名を記録。その後も増加をたどり、05年度末には2,150名に達した。

しかし、療養病床の大規模な削減が

決まり、さらに、史上最大のマイナス改定が実施されるなど、かつてない危機的状況が訪れたために退会者は今年に入ってとみに増え、4年ぶりの退潮局面を迎えたかにみえた。

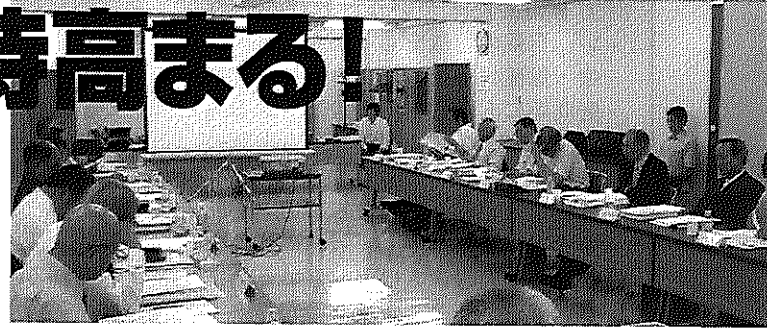
ところが、とくに4月以後、退会を大きく上回る入会が続いた結果、7月現在で2,173会員に達したものの。

しかし、療養病床再編はこれからが本番であり、看護師不足による病棟閉鎖・廃院の動きは、今後本格化する情勢にある。

こうした状況を踏まえ、退会の申し出を各支部の自然対応に委ねていた現状を改め、当該支部と執行部との間に

緊密な連携を確保して、様々な方法で創意に努めるという方針を打ち出すとともに

に、各支部に退会希望会員の説得に断固努めるという組織防衛の姿勢を徹底



▲第4回常任理事会は組織防衛のための指針を決めた

させることを狙ったのが第4回常任理事会の決定だ。

委員会、支部、会員に組織強化を訴える

佐々執行部の下、「病院のあり方報告書」の発表、各種調査活動、「地域一般病棟」ほかの政策提案、アウトカム評価事業、事務長や看護部門長等の研修など、会員病院に対する情報提供と経営支援に積極的に取り組んできた結果、当協会に対する関心と共感が病院界に広く浸透してきた。

当協会は、会員増強に対して、これまで特段の取り組みをしていないが、ここ数年、総務委員会、企画室委員会を中心に、会員の少ない県で研修会等を企画し、未加入病院に参加を呼びかけるなどの試みが行われてきた。

その1つが、6月18日に開催された、療養病床再編を取り上げた東北ブロック研修会だ。東北各県の全病院に案内を送ったところ、参加200名のうち未加入病院が90名(45病院)を占め、7月に5病院が入会した。6月22日に開催された療養病床新報酬説明会にも多くの未加入病院が参加を希望し、入会に応じた。

研修会等の開催は、未加入病院に全日病を知ってもらう絶好の機会となっている。04年6月の全日病学会北海道大会では、北海道支部が全道の病院に参加をよびかけたことから、10名以上の入会が生まれている。

同様の成果は鹿児島県支部などでも得られている。企画室委員会は学術委員会等とも連携をとりながら、未加入病院に門戸を開いた研修活動に取り組むよう各支部に提起している。

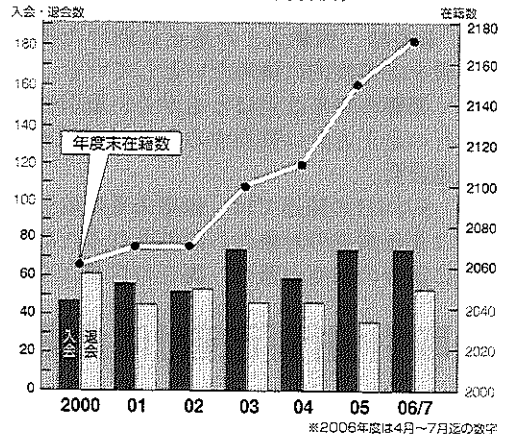
会員増加を意識した活動は、前出委

員会に限らない。医療従事者委員会が主催する事務長研修は、受講を希望する未加入病院の入会を毎期実現しており、さらに、病院機能評価委員会による受審支援事業も全日病に対する期待感の醸成に役立っている。

一方、全日病Webサイトの利用が急増、多いときは月間10万件のヒットを記録している。広報委員会はサイト設計の見直し、主要委員会へのHP担当委員の配置、支部サイトの開設など当協会による情報提供のさらなるレベルアップを企図し、会員増加に役立てる方針を打ち出した。

執行部は、病院経営が危機に瀕している今こそ、地域医療を支える全日病に結集する病院を増やすべきと考え、委員会、支部そして各会員に努力・協力を求めている。同時に、未加入の各病院にも、全日病との共同行動に参加するよう訴えている。

■会員数の推移(2000年度以降)



入院時生活療養基準額と評価・選定各療養区分を答申

中医協総会 10月から特定療養費を廃止。療養病棟入院基本料は新点数

中医協は8月9日の総会で、入院時生活療養費の基準額および評価療養と選定療養の指定等について、7月26日の中医協・基本小委が了承した内容にそった諮問書のとおり答申した。事務局は告示・通知等の改正作業に入る。

10月1日から、療養病床に入院する70歳以上の患者(特定長期入院患者)に入院時生活療養費が支給されるが、今回の答申によって、当該患者について算

定する入院時生活療養の基準額と、同基準額に加えられた光熱水費相当分を減額した療養病棟入院基本料の新たな点数(別掲)が決まった。(入院時生活療養の基準額は8月1日号既報)

特定長期入院患者のうち、医療区分2・3および回復期リハ病棟入院患者に関しては、入院時生活療養標準負担額の減額が適用される。

また、評価療養と選定療養に関して

は、これまで特定療養費を構成していた項目を、評価療養と選定療養に区分指定することが決まった。

現行の特定療養費は9月末で廃止され

■見直し後の療養病棟入院基本料

(入院時生活療養費を支給する場合)

ADL区分3	871点	1,330点	1,726点
ADL区分2	750点	1,330点	1,726点
ADL区分1	750点	1,206点	1,726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

る。また、新たな評価療養項目で、高度先進医療と先進医療は一本化された。

これにともない、高度先進医療の実施医療機関を承認してきた特定承認保険医療機関制度と高度先進医療の評価審議を担ってきた高度先進医療専門家会議もなくなる。

訂正とお詫び

7月26日の中医協・基本小委が入院時生活療養の基準額案を承認したことを伝えた本紙8月1日号の記事で、特定長期入院患者について算定する療養病棟入院基本料の改正点数表を掲載するところ、誤って有床診療療養病棟入院基本料点数表を掲載しました。正確には、本記事に掲載した点数表のとおりです。お詫びして訂正します。

清話抄

先日、4月の診療報酬改定で新設された7対1入院基本料の届出に関する記事を目にした。それによると、5月1日現在で280病院、届出病床数は4万4,831床となっていた。一般病棟入院基本料を届け出ている病院は5,732病院、7対1の届出割合は4.9%であることがわ

かった。

日本看護協会の発表では、看護師の2004年度の平均離職率は12.1%。特に、従来の一般病棟入院基本料I群1算定の病院は平均在院日数が14日以下だと14.6%と、在院日数が短いほど高い数値となっていた。

現在、どの病院も看護師不足の問題で頭を抱えているのではないだろうか。特に、急性期病院、DPC対象病院では、7対1入院基本料を算定すべく看

護師募集に走り回っていることであろう。

今回の改定で看護職員の月平均夜勤時間72時間以下という縛りも、看護師不足を助長しているように思う。ただし、平均在院日数が短いほど離職率が高いことを考えると、急性期病院ほど業務量が多く、それが離職につながっている可能性も高い。現場の看護師の業務量が軽減され、離職率の低下、定着率向上につながって欲しいと願って

いるが、どうなるであろうか。今後の経過をみていきたい。

一つだけ懸念されることは、この制度で、看護師の招聘ができる病院だけが生き残っていくことになるのではないかとことである。良い医療を提供できる病院と看護師を多く抱えることができる病院は、必ずしも一致しないのではないだろうか。患者側からも医療者側からも魅力のある病院作りに努めなくてはならない。(中)

主張

人材を得る難しさ。病院経営最大の悩み

良質な医療は連携の下、シームレスに提供する必要がある。制度で分割された医療サービスをシームレスにするには、高度なマネジメント能力を備えた人がいなければならない。自院の特徴をしっかりと捉え、医療・保健・福祉のみならず社会・家庭問題にも融通無碍に対応できる人材だ。どこの医療提供機関も垂涎の存在である。

高坂弾正らが記し、軍師山本勘助を世に伝えた『甲陽軍艦』に「人は城、人は石垣、人は堀」という名言が残されている。新城を築かなかつ

た武田信玄の言とされているが、時代が巡っても、人すなわち組織が重要な事には変わりはない。

筆者の組織は、今年も、国立大学、関関同立の私立4大学から数名の幹部候補生を採用した。国家公務員のような試験をしたわけではないが、わが法人のキャリア組である。

しかし、4ヶ月が経った今、将来が期待できる新人は1人のみである。他は「コミュニケーション障害者」の範疇に入ってしまうのではないかとと思われるほどの惨状だ。

彼・彼女らは、親に叱られたり、

成人と交流したりとか、社会人として人格・規範を形成する機会を持たずに就職して来る。交流は限られた友達、TVそしてITのおもちゃである。

業務の未熟さを教育するつもりで叱っても、「叱る方が悪い」と考える。そして、「自分の働くところはこのままではない」と職場を去る。彼・彼女らへの教育ができない。

ルース・ベネディクトの『菊と刀』には「恥の文化」が書かれている。中根千枝による『タテ社会』という概念も、文化人類学的には重要な切

り口だと思うのだが、このような切り口は彼らにまったく通じない。せめてダニエル・コールマンの『EQこころの知能指数』にでも共鳴してくれたら、なんとか適応できるかもしれないのだが。

一般的に、採用した「人材」から重要な役割を担う「人材」に育つのは5%ほどであり、たんなる「人材」が80~90%以上を占め、残りは居ない方がありがたい「人罪」となるようだ。今年も、前出1人の成長に絶望の思いである。(H)

毎年薬価改定に関係者は反対の機運

薬価専門部会 前提は「正確な薬価調査」と、06年度内に「取引適正化」の措置

中医協の薬価専門部会が、薬価毎年改定に向けた議論を開始した。7月26日には医薬品業界を招いて、8月9日には卸業界と後発品業界を招いてヒアリングを行なった。

昨年12月7日の薬価専門部会がまとめた「平成18年度薬価制度改革の骨子」には、「薬価改定の頻度を含めた在り方」を引き続き検討することが盛り込まれ、さらに、「取引価格の未妥結

及び仮納入の是正」を「平成18年度に実施」すると書き込まれ、同日の総会で承認された。

日本製薬団体連合会は7月26日のヒアリングで、「調整幅のあり方など改定方式を含めた全体の議論なしに改定頻度のみ取り上げることに反対」と表明。さらに、「未妥結・仮納入や総価取引などが解消されていない

状況で薬価調査の頻度を引き上げることには反対」とつけ加えた。

8月9日には日本医薬品卸業連合会も

改定頻度を上げることに反対する意見を陳述。その際、改定に伴うコスト負担の問題を提起した。

■未妥結・仮納入の実態 (日本医薬品卸業連合会)

●200床以上の病院

02年度に妥結に至った期間	対取引先軒数	対売上高	04年度に妥結に至った期間	対取引先軒数	対売上高
3ヶ月迄	27.5%	24.1%	3ヶ月迄	27.4%	15.0%
3ヶ月超6ヶ月迄	22.6%	23.6%	3ヶ月超6ヶ月迄	14.6%	12.0%
6ヶ月超12ヶ月迄	42.7%	38.4%	6ヶ月超12ヶ月迄	52.8%	59.2%
12ヶ月超	7.2%	13.9%	12ヶ月超	5.2%	13.8%

●調剤薬局チェーン(20店舗以上を有する調剤薬局)

02年度に妥結に至った期間	対取引先軒数	対売上高	04年度に妥結に至った期間	対取引先軒数	対売上高
3ヶ月迄	13.7%	15.4%	3ヶ月迄	26.6%	24.2%
3ヶ月超6ヶ月迄	24.8%	24.7%	3ヶ月超6ヶ月迄	24.9%	23.6%
6ヶ月超12ヶ月迄	51.3%	44.9%	6ヶ月超12ヶ月迄	38.2%	38.4%
12ヶ月超	10.2%	15.0%	12ヶ月超	10.3%	13.8%

※対売上高=医療機関又は調剤薬局チェーンに対する年間売上高に占める当該取引先に対する年間売上高の割合。本データは主要卸の各年度9月調査を集計した。

■総価取引の実態 (日本医薬品卸業連合会)

●200床以上の病院

03年度	対取引先軒数	対売上高	04年度	対取引先軒数	対売上高
(1)単品契約	52.2%	40.2%	(1)単品契約	61.9%	48.3%
(2)総価契約	47.8%	59.8%	(2)総価契約	38.2%	51.8%
内訳 単品総価契約	36.4%	36.4%	内訳 単品総価契約	19.1%	22.4%
全品総価契約	11.4%	23.4%	全品総価契約	19.1%	29.4%

●調剤薬局チェーン(20店舗以上を有する調剤薬局)

03年度	対取引先軒数	対売上高	04年度	対取引先軒数	対売上高
(1)単品契約	5.2%	2.2%	(1)単品契約	0.4%	1.0%
(2)総価契約	94.8%	97.8%	(2)総価契約	98.4%	99.0%
内訳 単品総価契約	36.8%	20.0%	内訳 単品総価契約	4.2%	6.1%
全品総価契約	58.0%	77.8%	全品総価契約	92.8%	92.9%

※対売上高に占める割合=前出。本データは主要卸の各年度9月調査を集計した。

卸連は慣行改善を期待。行政指導を歓迎

薬価の毎年改定に反対している診療側は、実現の可能性は低いとみている。支払側も、今のところ強く推進する気配をみせていない。しかし、事務局(厚労省保険局医療課)は毎年改定を実現する上で薬価調査の精度を上げることが不可欠とし、既定方針として、「未妥結・仮納入」の是正に向けた措置を06年度内に決めたいとしている。

薬価の毎年改定はともかく、取引慣行の是正方針は歓迎するとしたのが卸連会。

8月9日の陳述では「価格未妥結取引は薬価調査の対象から除外されるために調査の精度が落ち、調査の信頼性を

損なう。昨年の中医協でその是正を図ることを合意、これに基づいて本年7月に妥結状況調査が実施され、調査結果に基づき行政指導が行われることになった。当連合会は、中医協の合意を有効なものにするためにも、医療機関等との価格交渉ではこれまでの流通慣行に囚われることなく、早期妥結に向けて積極的に対応するよう努めたい」と、「未妥結・仮納入」解消に向け好機到来と積極的な反応を示し、一見、毎年改定にも前向きとみまがう印象すら与えた。

取引慣行「改善」に企業努力による成果

卸連会会は、さらに、「総価取引」が未妥結状況を長期化させる原因になっているとして、その解消を訴えた。「総価契約(取引)」はバスケット方式とも言われ、単品ごとの価格を明示しないで総額で契約することを意味する。

卸連会会が示したパターンによると「単品総価契約」と「全品総価契約」があり、前者は、複数品目について交渉で決まった総額に見合うように、値引率に関係なく個々の単価を卸の任意やメーカーの仕切値を勘案して設定する。後者は、総額に見合うよう個々の単価を薬価一律値引で設定するというもの。

一括購入に使われてきた「総額取引」は、今や、当用買いにも利用されてい

るといふ。さらに、近年は数量が提示されない取り引きも増えており、「総額契約が買い叩きに使用されるだけでなく、長期の未妥結につながっている」と卸関係者は主張する。

そうした実態について、卸連会会は8月9日の部会にめづらしい資料を提出した。

それによると、02年度改定から04年度改定にかけて、200床以上の病院との取り引きにおいて薬価改定後に妥結に至る期間は「6ヶ月超12ヶ月まで」が大きく増大。逆に、調剤薬局については回収の短期化が実現し、企業努力の成果が表れている。

「総額取引」については、02年度か

ら04年度にかけて、200床以上の病院との取り引きにおいてその割合が減少。逆に、調剤薬局については悪化し、6割の病院と単品契約(銘柄ごとの価格を決めた契約)を維持する一方で調剤薬局に対しては0.4%と、対照的な結果を示した。

■価格妥結率の状況 (各年9月:日本医薬品卸業連合会調べ)

年度	妥結率	調整幅等	薬価改定率	本体改定率
1992*	74.3%	R15	▲8.1	5.0
93	90.2		-	-
94*	75.0	R13	▲6.6	4.8
95	90.2		-	-
96*	68.8	R11	▲6.8	3.4
97*	68.7	R10(長期8)	▲4.4	1.7
98*	50.9	R5(長期2)	▲9.7	1.5
99	74.7		-	-
2000*	38.3	調整幅2	▲7.0	1.9
01	63.9		-	-
02*	44.7	調整幅2	▲6.3	▲1.3
03	62.8		-	-
04*	45.7	調整幅2	▲4.2	±0
05	66.1		-	-

注) 妥結率は200床以上の一般病院が対象(軒数ベース)。*は薬価改定年(薬価改定率は薬価ベース)

毎年改定の負担は大。慎重に議論されるべき

病院との間で「総額取引」と「未妥結・仮納入」が反比例したのは当然で、個別価格による契約をしようとするれば妥結に至る期間が長引くのは避けられない。前出の資料は、「総額取引」と「未妥結」が二律背反の関係にあるという事実を端的に表わしている。

部会で卸連会会は「銘柄別市場実勢価格を不明にさせる総額取引も薬価調

査から外すべき」と主張した。しかし、総額取引を外すと薬価調査の対象は「2~3割に過ぎなくなる」という声もある。加えて、「価格競争力を持つ卸ほど総額取引をもちかかってくる」と指摘する病院関係者もいる。

競争がある限り価格で勝負するのは自然なこと。企業による自己責任の範疇ではないかと、8月9日の部会では、

卸会社の建前と本音の使い分けを揶揄する意見も聞かれた。さらに、支払側からは「流通は自由取り引きが旨だ。行政指導を強力に進めると官製談合ととられない」という指摘も飛び出した。

厚労省は正確な市場実態を探る調査のために自由取り引きに規制をかけるとしている。その先には薬価の毎年改定がある。それが医療機関や卸等企業に与える負担は、コンピュータ、価格交渉等を考えると診療報酬改定以上と

いう声もある。さらに、その先には診療報酬の毎年改定も想像に難くない。

議論は難航が予想されるが、毎年改定の検討と取引適正化措置は総会で合意された方針である。個々の価格交渉を規制する措置がどう打ち出され、それが、やがては毎年改定につながっていくのか。疲弊する医療機関経営に与える影響が大きいだけに、慎重な議論が望まれるとともに、病院関係者は大きな関心を払う必要がある。

特別入院基本料届出病院が約20%へ急増

北海道 入院基本料届出実態調査報告 99床以下は34.5%。道内医療圏の3分の1で50%を超える

特定非営利法人の北海道病院協会が6月末に公表した、道内病院の入院基本料届出実態調査報告が注目されている。

同協会の診療報酬改定検証プロジェクトチームが、北海道医療新聞と(株)メディウルの協力を得て6月1日現在の一般病棟入院基本料届出状況(対象393病院)を調べた結果、特別入院基本料の届出が3月時点の5病院から76病院へと急増したことが判明。しかも、そのうち68病院が99床以下の中小病院であり、さらに、道内の3分の1にあたる7医療圏で特別入院基本料届出病院の割合が50%を超えているというもの。

同調査結果は、今改定における入院基本料の看護基準改正が、中小かつ非都市圏の病院に看護配置のランクダウンあるいは対応不可を余儀なくさせるという結果をもたらすとともに、その影響が私的病院だけでなく自治体病院

にも顕著に表れていることを示している。

それによって、少なからぬ病院が経営危機に直面しているだけでなく、地域医療体制の崩壊を招きかねない医療圏が続出しているという事実を、同調査は明らかにした。

当協会西澤副会長は、北海道病院協会の調査結果を四病協、日医、日病協の会議で報告し、深刻な事態に陥る前に必要な措置を講じるよう厚労省と中医協に早急な対応策を求めると提起した。

これを契機として、日病協は8月内にも緊急要望を行なうことを決め、四病協・日医懇談会も、看護師不足に拍車をかけている7対1看護への対応を検討する作業部会を発足させた(本紙8月1日号)。以下に、北海道病院協会による調査結果の概要を紹介する。

地域医療の危機

地域特性を配慮しない改定の見直しを!

北海道における一般病棟入院基本料届出実態調査の報告(概要) 6月30日

6月1日現在、道内で一般病棟入院基本料等届け出ていることが判明した393病院を対象に、3月時点の届出が6月までにどのような状況になっているかを追跡調査した。

調査結果で明らかになった点は、下記のとおりである。

①特別入院基本料の届出病院が、5病院(1.3%)から76病院(19.3%)へ大幅に増加した。

②I群2(2.5対1看護)から15対1(旧3対1相当)にランクを下げた病院が21病院あった。

③病床規模別でみると、400床以上の大病院でランクを下げた病院は皆無であったが、99床以下の中小病院では、197病院中77病院(39.1%)がランクを下げ、68病院(34.5%)が特別入院基本料を届け出た。

④札幌以外の医療圏で特別入院基本料を届出た病院の割合が高く、道内の3分の1にあたる7医療圏で特別入院基本料届出病院の割合が50%を超えた。

調査結果から、看護師1人当たり月平均夜勤72時間規定の新設、平均在院日数の短縮、看護師比率減算の廃止などで入院基本料のランクを下げるを得ない病院が続出したことが明らかになった。これは、北海道における看護

師不足、また入院患者特性に合わせた勤務体制をとらざるを得ない現状を表わしているが、今改定がこれらへの配慮がなされていない結果でもある。

また、特別入院基本料を届け出ざるを得なかった病院は、中小の病院または地方の病院に多いことも判明した。このままでは地域医療提供体制が崩壊するといっても過言ではない。

7月からは療養病棟入院基本料が変更されるが、北海道には療養病棟のみを算定している病院が104、ケアミックスの病院は151もあることから、一層深刻な状況になることが危惧される。

特に北海道の場合、病院経営への大きなダメージは地域医療提供体制の崩壊につながりかねないと考える。

病院の経営的安定により、患者・地域住民が安心して医療を受けられる医療体制を構築するためにも早急な見直しを望みたい。

1. 一般病棟入院基本料の届出状況

特別入院基本料の届出病院は改定前は5病院(1.3%)だったが、76病院(19.3%)へと増加した。76病院の改定前状況は、①I群1・2(10病院)、②I・II群3(48病院)、③I・II群4・5(13病院)、④特別入院基本料(5病院)。

■一般病棟入院基本料届出病院の改定前後状況

改定前の届出	I群	II群	改定後の届出(06年6月)					計
			7:1	10:1	13:1	15:1	特別入院基本料	
I群	入院基本料1	22	83	1		2	108	
	入院基本料2		38	65	21	8	132	
	入院基本料3		1	1	18	13	33	
	入院基本料4					1	1	
	入院基本料5					3	3	
II群	特別入院基本料1					1	1	
	特別入院基本料2					1	1	
	入院基本料3			4	57	35	96	
	入院基本料4				1	6	7	
	入院基本料5				5	3	8	
特別入院基本料1						2	2	
特別入院基本料2						1	1	
計		22	122	71	102	76	393	
割合		5.6%	31.0%	18.1%	26.0%	19.3%	100.0%	

*障害者施設等を除く(以下の各表とも)
■=ランクアップ □=ランクダウン

2. 保健医療圏別の一般病棟入院基本料の届出状況

特別入院基本料届出病院の割合が一般病床病院数の50%以上となっている

医療圏は、全21医療圏の3分の1にあたる7医療圏で、最も高いのが南檜山の75%、次いで日高・北空知・留萌の66.7%。一方、札幌圏は7.7%と低い。

■一般病棟入院基本料の算定区分件数(医療圏別)

医療圏	全病院数	一般病床病院数	一般療養病床併設(再掲)	入院基本料区分別の件数					特別入院基本料	割合
				7:1	10:1	13:1	15:1			
遠紋	15	11	8	0	2	0	3	6	54.5%	
釧路	24	14	6	0	5	3	4	2	14.3%	
後志	30	16	5	0	5	4	3	4	25.0%	
根室	8	4	1	0	2	1	1	0	0.0%	
札幌	248	155	40	13	60	33	37	12	7.7%	
宗谷	10	7	4	0	1	1	3	2	28.6%	
十勝	35	25	14	2	7	4	7	5	20.0%	
上川中部	46	31	13	1	10	8	8	4	12.9%	
上川北部	7	5	4	0	2	0	0	3	60.0%	
西胆振	24	10	2	3	1	2	0	4	40.0%	
中空知	16	6	3	0	3	3	0	0	0.0%	
東胆振	19	11	3	0	3	3	2	3	27.3%	
南空知	21	13	8	0	3	3	5	2	15.4%	
南渡島	41	33	9	1	8	1	17	6	18.2%	
南檜山	4	4	3	0	1	0	0	3	75.0%	
日高	10	9	5	0	2	1	0	6	66.7%	
富良野	5	4	4	0	1	0	1	2	50.0%	
北空知	7	3	2	0	0	1	0	2	66.7%	
北渡島檜山	8	6	3	0	1	0	3	2	33.3%	
北網	26	20	10	2	3	3	8	4	20.0%	
留萌	9	6	4	0	2	0	0	4	66.7%	
計	613	393	151	22	122	71	102	76	19.3%	

*病院数は総核、精神のみの医療機関を含む(一般病床病院数は障害者施設を含まず)。*特別入院基本料の割合は、一般病棟届出病院に対する当該届出病院数の比率。

3. 開設者別一般病棟入院基本料届出状況

①開設者別にみると、「国公立・公的・大学病院」(公的病院等)は10対1と特別

入院基本料の届出が多く、民間病院は10対1と15対1が多い。公的病院等で、特別入院基本料の届出割合が高いことが明らかになった。

■道内一般病棟の開設者別届出状況

開設者別	7:1	10:1	13:1	15:1	特別入院基本料	計
国公立、公的、大学病院	4	45	28	25	43	145
民間(公益法人、医療法人、個人、他)	18	77	43	77	33	248
計	22	122	71	102	76	393

②公的病院等では、145病院のうち11.7%にあたる17病院がランクを上げたが、35.2%にあたる51病院がランク

を下げている。このランクを下げた51病院のうち43病院が特別入院基本料を届け出ている。

■公的病院等の一般病棟入院基本料届出状況

改定前の届出	I群	II群	改定後の届出(06年6月)					計
			7:1	10:1	13:1	15:1	特別入院基本料	
I群	入院基本料1	4	36	1			41	
	入院基本料2		9	23	7	3	42	
	入院基本料3				5	7	12	
	入院基本料4					1	1	
	入院基本料5					3	3	
II群	特別入院基本料1					0	0	
	特別入院基本料2					0	0	
	入院基本料3			4	12	23	39	
	入院基本料4				1	6	7	
	入院基本料5					0	0	
特別入院基本料1						0	0	
特別入院基本料2						0	0	
計		4	45	28	25	43	145	
割合		2.8%	31.0%	19.3%	17.2%	29.7%	100.0%	

③民間病院(公益法人、医療法人、個人、他)では、248病院のうち54病院(21.8%)がランクを上げたが、42病院(16.9%)がランクを下げている。

ランクを下げた42病院のうち33病院が特別入院基本料を届出している。民間病院では2極分化の傾向も見られる。

■民間病院の入院基本料届出

改定前の届出	I群	II群	改定後の届出(06年6月)					計
			7:1	10:1	13:1	15:1	特別入院基本料	
I群	入院基本料1	18	47			2	67	
	入院基本料2		29	42	14	5	90	
	入院基本料3		1	1	13	6	21	
	入院基本料4						0	
	入院基本料5						0	
II群	特別入院基本料1					1	1	
	特別入院基本料2					1	1	
	入院基本料3				45	12	57	
	入院基本料4						0	
	入院基本料5				5	3	8	
特別入院基本料1						2	2	
特別入院基本料2						1	1	
計		18	77	43	77	33	248	
割合		7.3%	31.0%	17.3%	31.0%	13.3%	100.0%	

200床超病院は外来4.0%の赤字、入院3.9%の黒字

医療機関のコスト調査分科会 200床未満は逆転。DPC病院1日コストは4万6,597円と推定

8月9日の中医協・診療報酬基本問題小委員会は、調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会による「2005年度医療機関の部門別収支に関する調査」と「2005年度診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計(DPCコスト調査)」の各研究結果報告を了承した。

また、「DPCコスト」「医療機関の部門別収支」「医療IT化に係るコスト」「医療安全コスト」からなる、同分科会の06年度調査研究予定を承認した。い

れも来年3月に報告を予定している。

「2005年度部門別収支調査」では、200床以上の病院において入院部門は3.9%の黒字、外来部門は4.0%の赤字という結果が出た。200床未満の病院では、これが逆転する。

「部門別収支調査」について、報告は「調査研究手法はほぼ完成できた」と自ら評価し、今後は調査対象病院の拡大が課題とした。

ただし、データ収集との関係上、

DPC病院が対象となる。

さらに、「診療科別収支計算方法を活用し、診療科別経営状態の把握を行なうことにより、医療経済実態調査とあいまって診療報酬改定の政策立案に資する基礎資料とすることが可能になる」と、次期改定以降にも実調並み資料に採用される可能性があることを示唆した。

DPCコスト調査においては、1日当たりコストが、04年度の4万8,116円に

対して、05年度は4万6,597円と下がった。

同報告は「原価推計方法の安定性が改善した」ことが示唆されたと評価したが、他方で「インフラが整わない中での調査であり結果の解釈は慎重でなければならない」と、額の多寡に対する評価を保留した。

以下に、2005年度調査研究結果報告2件と06年度調査研究予定の各要旨を掲載する。

「医療機関の部門別収支に関する調査研究 2005年度結果報告」(要旨) 8月9日 診療報酬基本問題小委員会

I. 調査研究の概要

2003年度調査研究では、部門別収支を把握する統一的手法開発を目的に、小数の医療機関を対象に「一般原価調査」(収支データの階梯式配賦によって部門別収支計算を行なう)を試行し、統一的原価計算手法の整理とその課題把握を行なった。

04年度は、統一の計算方法の確立と、データを通じて改定が病院経営に与える影響を測定する分析手法の確立・基盤づくりを目的に、①対象数を拡大した上で、精度の高い部門別収支計算を行なう「一般原価調査」と、②手術、検査、画像診断各部門に計上・配賦された費用を入院、外来部門の診療科に階梯配賦する係数を得る「特殊原価調査」を実施した。

●入院・外来別の診療科ごとの収支計算例(全体)

入院・外来別の診療科ごとの収支計算(8病院)の結果、入院部門は施設全体の医療収益の約7割、外来部門は約3割を占めた。医療費用は入院部門が約7割、外来部門が約3割であった。

医療利益は入院部門で2.8%の黒字、外来部門で1.9%の赤字であった。

診療科別にみると、入院部門では外科が0.9%の黒字、循環器科、小児科、産婦人科が0.8%の赤字であった。外来部門では内科が2.5%の黒字、整形外科が1.0%の赤字であった。

医療利益および医療外利益の合算値については、入院部門で3.4%の黒字、外来部門で1.8%の赤字であった。診療科別にみると、入院部門では外科が0.9%の黒字、小児科が0.8%の赤字であった。外来部門では内科が2.5%の黒字、整形外科が1.0%の赤字であった。

収支計算結果における、施設全体の医療収益を100としたときの収支差額率(3次配賦後)は、入院部門がプラスで外来部門がマイナスの病院が5、入院部門がマイナスで外来部門がプラスの病院が2、入院部門・外来部門ともにプラスが1で、両部門ともマイナスの施設はなかった。

04年度の調査対象であった4病院は、昨年同様の入院・外来別の収支傾向がみられた。

にプラスが1で、両部門ともマイナスの施設はなかった。

04年度の調査対象であった4病院は、昨年同様の入院・外来別の収支傾向がみられた。

■医療収支差額と収益・費用の入外割合(3次配賦結果) 単位%

病 院 名	医療収支差額			医療外収支差額	医療収益		医療費用		
	入院部門	外来部門	合計		入院	外来	入院	外来	
A病院	160床・12診療科	4.6	10.9	15.5	0.8	56.9	43.1	52.3	32.2
B病院	160床・11診療科	-8.4	8.3	-0.1	0.0	50.2	49.8	58.6	41.5
C病院*	199床・19診療科	6.1	-6.7	-0.6	-1.5	68.4	31.6	62.3	38.3
D病院*	274床・16診療科	9.2	-5.0	4.2	1.7	69.4	30.6	60.2	35.6
E病院*	304床・18診療科	2.9	-5.5	-2.6	0.9	75.4	24.6	72.5	30.1
F病院	329床・11診療科	8.7	-4.5	4.2	-0.9	80.3	19.7	71.6	24.2
G病院*	360床・15診療科	0.1	-5.7	-5.6	2.2	67.8	32.2	67.7	37.9
H病院	1,188床・24診療科	-1.1	1.7	0.6	0.7	70.6	29.4	71.7	27.8

一般原価調査を実施していない病院を除く。*は04年度調査対象病院

05年度は、多くの病院からのデータ収集を可能とするために、04年度の分析手法を調整することを目的に、①一般原価調査は精度を維持した簡略化と医師勤務に関する調査手法の比較、②特殊原価調査は医療機器に関する設備関係費の調査を行なった。

ただし、これらの数値は病院の特性を含んでいないため、計算例とした。

●入院・外来別の診療科ごとの収支計算結果例(200床以上)

200床以上の病院(5病院)の収支計算を行なったところ、入院部門は施設全体医療収益の約7割、外来部門は約3割を占めた。医療費用は入院部門が約7割、外来部門が約3割であった。

医療利益は入院部門で3.9%の黒字、外来部門で4.0%の赤字であった。診療科別では、入院部門で外科が1.3%の黒字、小児科が1.4%の赤字。外来部門では内科が0.7%の黒字、整形外科が0.9%の赤字であった。

●本調査研究の成果の活用

本調査研究の目的は病院の診療科別経営実態を捉えるために診療科別収支計算方法を開発することであったが、05年度調査研究において、当該手法をほぼ完成できた。

今後は、開発された診療科別収支計算方法を活用し、診療科別経営状態の把握を行なうことにより、医療経済実態調査とあいまって診療報酬改定の政策立案に資する基礎資料とすることが可能になると考える。

部門別収支調査は、急性期病院における診療科別収支を捉え、今後の診療報酬改定の参考資料とする観点から政策的にも有益である。

06年度調査研究では、これまでに開発した手法を用いてより多くの病院に調査を実施することが考えられる。対象病院としては、レセプト・データと類似の情報が得られるDPCのEファイルを用いることが可能なDPC準備病院やDPC対象病院を調査対象に含めることを検討する。

また、③分析として標準的等価係数の作成および他手法との比較を、さらに、情報の活用として、診療科別収支計算結果の施設間比較分析を行なった。

調査は9病院(一般原価調査は8施設、特殊原価調査は6施設)を対象に実施した。

●今後の実施方法について

2005年度「診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究」の結果(要旨)

●研究目的

本研究は、診断群分類別コストデータからコストを把握し、コスト計算のための標準的な尺度を検討するなど、将来の診療報酬制度の設計に役立つ基礎データを作ることを目的とする。したがって、調査対象医療機関毎のコストデータを公表するために使用するものではない。

●研究方法

2005年度は04年度の93施設から更に拡大し、学校法人会計を採用する病

院以外の民間病院等169施設を対象とした。

患者データは05年7月から10月に入院した患者(今報告では99施設・19万7,041件)のものを用いている。

●研究結果

下表に調査結果概要を示す。対象施設が増加しているために単純比較はできないが、1日当たりコストは約1,500円減少した。費目別では給与費、医薬品費、経費、委託費が減少したが、診療材料費は増加した。

これらの値は「研究方法」から推計した1日当たりコストであり、額の多寡は慎重に解釈すべきである。また、この表は04年度、05年度とも6症例以上在したDPCデータのみを用いた結果である。

●考察

本研究は、今後の診療報酬のあり方を考察する上で重要な資料を提供する。本年度は04年度とほぼ同様の結果が得られ、原価推計方法の安定性が改善したことを示唆している。

ただし、原価関連のデータ収集、処理などのインフラが整わない中での調査でもあり結果の解釈は慎重でなければならない。今後方法論の検証を行っていく必要がある。

●一般原価調査の内容

一般原価調査は診療科別収支計算を行なうことを目的とし、入院、外来、中央診療および補助・管理の各部門で発生した直接把握できる費目は該当部門に「直課」し、直接結びつけられない費目は基準値を用いて按分し、各部門に積み上げる「配賦」を行なった。

各部門に収益、費用を計上した後、病院全体にサービスを提供している補助・管理部門に計上された費用を収益部門(入院部門、外来部門、中央診療部門)に「階梯配賦」する2次配賦、中央診療部門に計上された収益、費用をその他の収益部門(入院部門、外来部門)に再度階梯配賦する3次配賦を行い、最終的に入院、外来診療科別の収支を算出した。

●入院・外来別の診療科ごとの収支計算結果例(200床未満)

200床未満の病院(3病院)の収支計算を行なったところ、入院部門は施設全体の医療収益の約6割、外来部門は約4割を占めた。医療費用は入院部門が約6割、外来部門が約4割であった。

医療利益は入院部門で0.3%の赤字、外来部門で2.6%の黒字であった。診療科別にみると、入院部門では産婦人科が1.5%の赤字、内科が1.4%の黒字。外来部門では整形外科および産婦人科が1.4%の赤字、内科が6.7%の黒字であった。

医療利益および医療外利益の合算値は入院部門で0.5%の赤字、外来部門で2.5%の黒字であった。診療科別にみると、入院部門は産婦人科が1.4%の赤字、内科が1.3%の黒字。外来部門は整形外科および産婦人科が1.4%の赤字、内科が6.6%の黒字であった。

■DPCの1日当たりコストの比較 単位:円

	04年度	05年度
コスト計	48,116	46,597
医師給	6,575	6,151
看護師給	14,579	13,685
医療技術員給	3,048	2,837
事務員給	2,709	1,971
技能労働員給	761	573
医薬品費	5,592	5,413
診療材料費	4,650	6,429
給食用材料費	462	475
経費	4,070	3,577
委託費	2,887	2,505
減価償却費	2,247	2,695
研究研修費	156	171
法人経費	361	474

●特殊原価調査の内容

特殊原価調査は、3次配賦における配賦基準値「等価係数」を診療報酬点数表区分ごとに作成することを目指した。具体的には、病院内の手術、検査、画像診断部門に投入された給与費および材料費を、診療報酬点数表区分ごとに集計し「等価係数」を作成した。3次配賦の際に、配賦先の収益部門における診療行為回数にこの「等価係数」を乗じて、各収益部門における配賦のための比率を算出した。

さらに、2次配賦後の手術、検査、画像診断部門の給与費、材料費に乗じて配賦を行なった。

III. 考察

●調査結果について

2006年度医療機関のコスト調査分科会における調査研究(案) 8月9日 基本小委承認

●診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究(DPCコスト調査研究)

06年度研究では以下のような研究を検討している。

(5面下段に続く)

必要数は供給可能。病院への負担は入院特化で緩和

医師数確保は地域医療対策協議会で調整。診療科別必要医師数の検討も提起

医師の需給に関する検討会報告書(概要) 7月28日

2. 医師の需給に関する現状

○毎年、約7,700人程度の医師が誕生し、年間3,500～4,000人程度が増えているが、地域別・診療科別の医師偏在は是正の方向にあるとは言えない。また、病院・診療所間の医師数不均衡が予想される等の問題がある。

○病院医師数は増えているにもかかわらず、勤務医の負担が経年的に強まっていることが現場から強く指摘されている。

(診療科における状況)

1) 小児科

○小児科医の数は増加傾向にあり、少子化と相まって、全体としての医療必要量は低下傾向にある。しかし、受診行動が変化している傾向に対応するためには、電話相談体制の整備を含め、診療所医師が参加する休日夜間の小児医療提供体制確立が優先されると考えられる。

2) 産婦人科

○出生数当たり産婦人科の医師数は横ばいで推移しているが、このままの行けば減少傾向が続くことが想定される。○緊急事態への対応を図るためにも、相当の産科医師配置が可能となるよう医療機関の集約化・重点化を進める必要がある。また、助産師活用により、妊婦検診や正常分娩等における産科医の負担軽減と業務効率化を図ることが期待される。○中立的な機関により医療事故の原因究明を行う制度などが必要であるとの指摘があった。

3) 麻酔科

○麻酔科医は増加傾向にあるが、その需要が高まったものと考えられ、麻酔科医に無理がかからない体制づくりが求められる。

3. 医師の需給に関する見通し

○受療動向と人口構成の推計から将来の医療需要を推計し、これに見合う医師数を将来の必要医師数とする。○無職や他業務に従事している医師を除く全医師数は、2015年に29.9万人

(人口10万対237人)、2025年に32.6万人(同269人)、2035年には33.9万人(同299人)と推計される。医療施設に従事する医師数は、2015年に28.6万人(人口10万対227人)、2025年に31.1万人(同257人)、2035年には32.4万人(同285人)と推計される。

○必要医師数の算定に当たっては勤務時間を週48時間と置く。これによれば、2004年に医療施設に従事する医師数は25.7万人(病院16.4万人、診療所9.3万人)であるのに対し、必要医師数は26.6万人と推計。今後、徐々に必要医師数が増加し、2040年には医療施設に従事する必要医師数は31.1万人となると推計される。

○医師需給見通しとしては、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。しかし、病院の入院需要は2040年には現状の約1.4倍となる。一方、病院勤務医数は、現在の16.4万人から17.6万人まで7%程度の増加にとどまると推計されるため、長期的に、病院に大きな負担が生じる可能性がある。ただし、病院勤務医の診療時間の4割は外来に費やされており、病院が入院機能に特化すればこれを緩和することができる。

4. 今後の対応の基本的考え方

(1) 地域に必要な医師の確保の調整

○地域に必要な医師確保の調整を行なうシステムの構築が急務である。そのためには「地域医療対策協議会」が機能し、都道府県が運営の中核を担うことが求められる。キャリアパスや処遇といった点も考慮し、医師の確保のために、国を含む行政、医師会、医療機関、学会、大学等が総力を挙げる必要がある。その地域だけでは必要な人材を確保できない場合は、必要に応じて国も都道府県を支援する必要がある。○地方公共団体が設立・運営する病院間においては、連携体制を構築し、同一組織内のみならず地域内での医師の効果的な配置・相互の異動を実施することが期待されること。

研究

06年度は、05年度までに開発した手法を用いてより多くの病院に一般原価調査等を実施し、診療報酬改定の基礎資料に供することを含め、本調査研究結果の活用を検討する。

主に一般病床の病院を対象とし、データをレセプト電算で提出できる病院に加え、DPCのEファイル提出が可能なDPC準備病院とDPC対象病院を対象病院に含める。

(2) 手術等の地域の中核的な医療を担う病院の位置付け

人員配置や効率的・有効的な病院内システム、資金の配分等について、病院間あるいは病診の役割分担のあり方も含め、地域の中核的な医療を担う病院の位置づけが必要。

(3) 持続的な勤務が可能となる環境の構築と生産性の向上

○地域で医療機能の集約化・重点化を行なうこと、他職種とのチーム医療、かかりつけ医の機能強化によって病院への患者集中を軽減させるなど、病院勤務医の持続的勤務が可能となる環境構築と生産性の向上が必要。

○女性医師の比率が上昇していくことも踏まえ、多様なライフステージに応じて切れ目なく働くことが可能となる環境を整備し、特に病院における継続的勤務を促すことが必要。

(4) 地域における医師の確保に関する取組み

○大学医学部入試における地域枠定や、地方公共団体による9年程度勤務地を指定した奨学金、さらには地域枠と奨学金の連動は、今後一層推進・拡大すべきである。

(5) 臨床研修制度の活用等

○臨床研修制度については、地域別、

診療科別の医師偏在緩和に資することができるよう、補助制度の見直しを含めて、適切な措置を講じる。

(6) 専門診療と診療科・領域別の医師養成のあり方の検討

診療科別の必要医師数は、専門医の位置づけ等を踏まえ、その養成のあり方も併せて検討することが望まれる。その前提として、当該医療の地域における提供体制を検討する必要がある。関係学会は、そのイメージを作成することが期待される。

(7) 医学部定員の暫定的な調整

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、実効性ある地域定着策実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある。

5. おわりに

今回は、長期的に供給が需要を上回り、マクロ的には必要医師数は供給されるという結果になったが、これは短期的・中期的あるいは地域・診療科といったミクロ領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない。特に、国は、今回の検討で示した方針、施策を適切な検討の場で速やかに具体化し、効果的な医師確保対策を不断に講ずること。

「中間答申」に医師資格制度の見直し

規制改革・民間開放推進会議 免許更新制の主張は控える。専門医に焦点

規制改革・民間開放推進会議は7月31日に「中間答申」を公表、医療等分野に関しては、①外国人社会福祉士・介護福祉士の就労制限の緩和(2006年度検討・結論)、②医師の資質維持・向上のための取組(06年度検討・結論、09年度措置)、③医師資格制度の見直し(06年度検討・結論、09年度措置)の3点を盛り込んだ。

ほかにも「医療資格者の一定以上の資質の確保(逐次実施)」を打ち出しているが、これは処分者再教育の厳格な運用等を求めているもの。

②については、「保険医の再登録等の

定期的に医療保険制度や医療安全等の最新情報にキャッチアップするための取組」などを講ずるべきとしている。

③に関しては、「公的資格としての医師免許に加え、それらと関連する専門医等の資格取得に当たって、公的にも一定のサポートを行うことを含め、専門医の育成の在り方等の検討を行う等、総合的な視点から医師資格制度の在り方について改善を図るべきである」と論じた。

免許更新制という主張を控え、専門医に焦点を当てつつも慎重な言い回しを採用している。

●医療のIT化に係るコスト調査

06年度は、より幅広い医療機関等(病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局)を対象にアンケート調査を実施する。また、回答施設の一部にヒアリング調査を実施する。

【調査項目】

基本情報・収支、ITシステムの概況(電子カルテ、オーダーリング、各種部門システム)、院内体制、IT導入による削減コスト、IT導入による効果

●医療安全に関するコスト調査

06年度は重点事項を定め、より幅広く、病院(300床未満中心)、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局を対象に実施する。一部施設にヒアリング調査を行なう。

病院では以下の項目を予定。①内部レビュー(医薬品、医療機器含む)、②インシデント・アクシデントの報告と改善のシステム、③感染サーベイランス、④事故・感染およびその防止への対応、⑤医療安全に関する情報提供等

(4面下段から続く)

- ①05年度研究における方法論の検証
- ②上記検討に基づいて改定された調査票に基づく研究
- 対象は05年度調査施設に限定し、あらたな募集は行わない。
- ③看護業務の評価
- ④ICU業務、ER業務の評価
- ⑤分析と調査結果の検討(ヒアリングを含む)

●医療機関の部門別収支に関する調査

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(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 1級・2級それぞれ受験資格があります。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全都道府県の指定会場で実施
- 試験日(平成18年度)

■試験科目と実施方法

- (1)1級医療事務技能審査試験
 - ・実技I 接遇、院内コミュニケーション
 - ・筆記(記述式) 50分
 - ・学科 医療事務専門知識
 - ・筆記(択一式) 60分
 - ・実技II 診療報酬請求事務
 - ・明細書点検 70分
- (2)2級医療事務技能審査試験
 - ・実技I 患者接遇
 - ・筆記(記述式) 50分
 - ・学科 医療事務一般知識
 - ・筆記(択一式) 60分
 - ・実技II 診療報酬請求事務
 - ・明細書点検 70分

18年	9月23日(土)	2級
	10月28日(土)	1級・2級
	11月25日(土)	2級
19年	12月16日(土)	2級
	1月27日(土)	2級
	2月24日(土)	1級・2級
	3月24日(土)	2級

- 試験及び講座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

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病院内事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病院内事務部門に進出しようとする方を対象に、保険請求事務などの実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

<募集要項>

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
- ②2級メディカルクラーク(もしくは2級医療事務職)であること
- ※①②のいずれかに該当する方
- 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
- 受講受付 随時
- 受講料

一般	78,000円
賛助員	75,000円(入学金3,000円が免除)

※分納(2回)もできます。

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

報告義務病院の事故は1,114件。うち149件が死亡

2005年医療事故情報の年報 ヒヤリ・ハットは18万2,898件。任意参加は報告・登録病院数とも低調

日本医療機能評価機構の医療事故防止センターは8月9日、2005年医療事故情報収集等事業の年報を発表した。同センターが04年10月から開始した同事業は、これまで5回にわたって四半期ごとの結果が公表されてきたが、年ベースの報告は今回が初めて。

事故報告を提出する医療機関は、医療法施行規則で事故報告が義務づけられている「報告義務対象医療機関」と任意参加の「参加登録申請医療機関」。

前者は、国・国立病院機構等、自治体、学校法人を各開設主体とする272医療機関(14万7,627床)からなり、後者には283の医療機関(国、自治体32、公的106、法人121、個人23)が登録している(05年12月末現在)。

報告義務対象医療機関による事故報告は1,114件(176医療機関)。参加登録申請医療機関による報告151件と合わせると1,265件となった。

発生ベースに置き換えた05年の事故報告は1,103件(報告義務対象医療機関)。そのうち「死亡」にいたったケースは149件(13.5%)、「高い障害残存の可能性」ケースは155件(14.1%)であった。

同センターは、同時にヒヤリ・ハット事例についても収集事業を行っており、参加登録医療機関は、定点報告を行なう249施設を含む1,274医療機関

(10万3,970床)に達している(05年12月末現在)。4次にわたる05年のヒヤリ・ハット報告は18万2,898件に達した(延1,492医療機関)。

事前の発見は15.3%に過ぎず、「間違いが実施されたが、患者に影響がなかった」報告が70.4%にも達するという、事態の深刻さをうかがわせるものとなった。

定点については、4回の事例収集に平均97.1%の医療機関から報告が寄せられた。これに対して、定点以外の参加医療機関(1,025)によるヒヤリ・ハット報告は平均12.8%にとどまった。

こうした落差は、283医療機関が任意参加している05年の医療事故報告が計151件にとどまった事実にもみられる。

医療事故防止センターによる事業は「事故報告」ではなく、ヒヤリ・ハットを含む「事例報告」にもとづいた分析と重要情報の提供に主旨がある。しかし、任意参加による医療機関からの報告は低調なまま推移しており、参加病院の数も増えていない。

法的義務化あるいはシステム化された以外の医療機関をどう増やしていくか、あらためて大きな課題が浮き彫りにされた年報となった。

以下は2005年医療事故情報収集等事業年報の要旨。

テーテル治療等)に、療養上の場面では「患者観察」「移動中」「入浴中」等に比較的多く発生している。

事故原因では、死亡・高い障害残存という事故程度ともに、「治療・処置」においては「方法(主義の誤り)」が圧倒的に多く、療養上の場面では「転倒」「誤嚥」が多い。また、死亡事故に関しては「自己管理薬」にかかわる原因が多い。

当事者(医師・歯科医師・看護師・薬剤師)の職種別経験年数はほとんどの年数に分布している。

診療科別では、外科(9.0%)、内科(8.7%)、整形外科(8.8%)、消化器科(6.5%)、循環器内科(5.8%)、脳神経外科(5.3%)、精神科(5.0%)、心臓血管外科(5.0%)、呼吸器内科(3.8%)、麻酔科(3.4%)の順。

●事故の概要

合計	1,103	100%
指示出し	8	0.7
薬剤	50	4.5
輸血	4	0.4
治療・処置	351	31.8
医療用具等	134	12.1
医療機器	38	3.4
ドレーン、チューブ類	93	8.4
歯科医療用具	3	0.3
検査	51	4.6
療養上の世話	260	23.6
その他	200	18.1
項目の未選択	45	4.1

●事故の程度(*1)

合計	1,103	100%
死亡	149	13.5
障害残存の可能性が高い	155	14.1
障害残存の可能性が低い	585	53.0
不明(*2)	192	17.4
項目の未選択	22	2.0

*1 事故の発生及び事故の損失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。
*2 「不明」には、報告期日(2週間以内)までに患者の転帰が確定していないもの、審判的事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

●発生要因(「その他」「項目の未選択」を除く上位10:複数回答)

合計	1,987	100%
確認を怠った	282	14.2
観察を怠った	243	12.2
判断を誤った	241	12.1
連携が出来ていなかった	110	5.5
技術・手技が未熟だった	96	4.8
知識が不足していた	93	4.7
説明不足	79	4.0
通常とは異なる身体的条件下にあった	60	3.0
教育・訓練に問題があった	56	2.8
勤務状況が繁忙だった	50	2.5

■ヒヤリ・ハット事例

発生時間は8~9時台と10~11時台が顕著に多い。発生場所は、①病室②ナースステーション③薬局・輸血部④ICU⑤手術室の順。

発生要因は、①確認が不十分であった、②観察が不十分であった、③心理的状況(慌てていた・思い込み等)、④勤務状況、⑤判断に誤りがあった、⑥患者・家族への説明(不足・誤り)が上位を占めた(複数選択)。

報告様式が異なることもあるが、医療事故情報の場合とは異なり、当事者の心理的要因や勤務状況を要因にあげる報告が多い。「環境」「外見・姓名等患者の類似」「機器・器具・材料」といった物理的要因はきわめて少数にとどまった。また、「勤務状況」の詳細では、「多忙」の次に「夜勤」が入った。

●ヒヤリ・ハットが発生した場面(上位10)

合計	182,898	100%
処方・与薬	47,535	26.0
ドレーン・チューブ類の使用・管理	29,654	16.2
その他の療養生活の場面	23,607	12.9
療養上の世話	18,976	10.4
検査	13,846	7.6
その他	7,553	4.1
調剤・製剤管理等	7,343	4.0
給食・栄養	5,386	2.9
医療用具(機器)の使用・管理	5,252	2.9
情報伝達過程	5,238	2.9

2005年医療事故情報収集等事業年報

■事故情報(報告義務対象医療機関:発生ベース)

平日の曜日別発生件数では月曜日が少ないほか、曜日による顕著な差はとくにみられない。発生時間帯は、「10時~11時台」と「14時~15時台」が比較的多い。

当事者の職種別では医師が、「項目の未選択」を除く件数(1,500)のうち51.7%、

看護師(准看を含まず)が38.8%。

当該入院患者の年代は、同様に716件のうち、60歳代が18.7%、70歳代が31.3%、80歳代が12.6%と高齢者が多く、とくに、70歳代以上で46.9%と半数近くを占めている。

事故場面でみると、死亡・高い障害残存という事故程度ともに、「治療・処置」においては「回復」や「IVR(血管カ

第3回常任理事会の詳細 7月22日

■主な協議事項

●病院機能評価アンケートの実施
受審会員病院を対象に実施するアンケート調査が承認された。

●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 白樺台病院院長 松本明彦
青森県 胃腸病院理事長 工藤興寿
秋田県 杉山病院院長 杉山 和
山形県 庄内余目病院理事長 瀧澤佐武郎
埼玉県 寿康会病院理事長 長江 大
埼玉県 飯能靖和病院理事長 木川浩志
埼玉県 行田総合病院理事長 川嶋賢司
埼玉県 東所沢病院院長 山口克彦
千葉県 成田病院院長 藤崎壽路
千葉県 柏市立柏病院院長 宮原康弘
神奈川県 青葉さわい病院理事長 澤井博司
神奈川県 箱根山石原温泉病院理事長 山田

禎一

新潟県 西蒲中央病院理事長 江部和人
滋賀県 琵琶湖中央病院理事長 坂口 昇
滋賀県 甲西リハビリ病院院長 田中成浩
滋賀県 琵琶湖養育院理事長 加藤守彦
京都府 田辺中央病院理事長 石丸尚子
大阪府 渡辺病院院長 辻 雅裕
大阪府 辻本病院院長 辻本雅一
大阪府 光生病院理事長 石本喜作
兵庫県 有馬高原病院院長 山本博一
兵庫県 神崎病院院長 林 朋生
兵庫県 酒井病院理事長 酒井 寛
兵庫県 安藤病院理事長 北浦奈由
奈良県 高宮病院理事長 高宮晋一
福岡県 JR九州病院院長 山本雄正
福岡県 宗像医師会病院会長 鴨川隆彦
宮崎県 西部病院院長 中林永一
宮崎県 川南病院院長 秋吉昌三

鹿児島県 吉田温泉病院院長 仲尾嘉之
別途、8会員の退会が報告され、7月の在籍会員数は2,173病院となった。

■主な報告事項

●機能評価受審支援セミナーの開催

9月9日に秋田市で「機能評価受審支援セミナー」が開催される。非会員病院にも参加を呼びかける。

●病院機能評価の審査結果(順不同)

6月19日付で、15会員病院に病院機能評価認定証交付が決まった。

【Ver5.0】

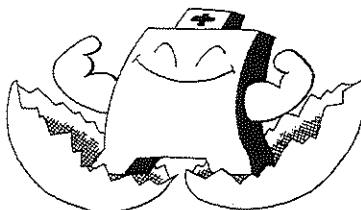
◎一般病院
北海道釧路市 釧路脳神経外科病院 更新
東京都渋谷区 内藤病院 更新
佐賀県佐賀市 副島病院 更新
◎精神科病院
沖縄県うるま市 平和病院 更新
◎療養病院

愛媛県西条市 共立病院 新規
◎複合病院
千葉県千葉市 平山病院 新規
◎複合病院
兵庫県明石市 あさぎり病院 更新
福岡県三池郡 ヨコクラ病院 更新
【Ver4.0】
◎一般病院
福島県いわき市 松村総合病院 新規
福島県南相馬市 渡辺病院 新規
福岡県遠賀郡 福岡新水巻病院 新規
◎療養病院
東京都北区 滝野川病院 新規
鳥取県米子市 米手東病院 新規
熊本県熊本市 メディカルケアセンターフ
アイン 新規
◎複合病院
広島県三原市 本郷中央病院 新規
この結果、認定証が発行された会員は641病院となった。

企業年金の中核は厚生年金基金です。

- ①国の年金を代行する部分に必要な運用利回りは、国の運用実績と連動することとなり、運用リスクの軽減が図られました。
- ②6年後に廃止される適格年金は、厚生年金基金に移行することが管理上も税制上も最良の選択です。
- ③国の年金のスリム化を補完する制度として厚生年金基金が税制上最も優れています。

- 事業主掛金は、すべて損金算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 加入による職員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。



老後の不安は基金が解消!! —— 病院厚生年金基金へのご加入を。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	大阪府	☎06-6776-1600
秋田県	☎018-824-5761	兵庫県	☎078-341-7350
山形県	☎023-634-8550	奈良県	☎0742-35-6777
福島県	☎024-522-1062	和歌山県	☎073-433-5730
茨城県	☎029-227-8010	鳥取県	☎0857-29-6266
栃木県	☎028-610-7878	島根県	☎0852-21-6003
群馬県	☎027-232-7730	岡山県	☎086-223-5945
埼玉県	☎048-833-5573	広島県	☎082-211-0575
千葉県	☎043-242-7492	山口県	☎083-972-3656
東京都	☎03-3833-7451	徳島県	☎088-622-1602
神奈川県	☎045-222-0450	香川県	☎087-837-0311
新潟県	☎025-222-3327	愛媛県	☎089-921-1088
富山県	☎076-429-7796	福岡県	☎092-524-9160
石川県	☎076-262-5261	長崎県	☎095-843-3737
福井県	☎0776-24-1166	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

27項目にわたって影響等データを捕捉

診療報酬改定結果検証部会 12項目は特別調査。リハ等5項目を06年度に先行実施

中医協の診療報酬改定結果検証部会は8月9日、2006年度改定の検証作業として実施する12項目の特別調査のうち、①明細書の発行状況、②禁煙外来における禁煙成功率、③リハ実施医療機関における患者状況、④後発医薬品の使用状況、⑤歯科診療における文書提供に対する患者意識の5件の調査を先行させ、今年度内に報告をまとめる方針を決めた。

昨年11月に設置された検証部会は、4月19日に06年度改定の影響等評価作業に取り組む方針の検討を開始し、検証項目として25項目をあげた。

そして、6月7日の部会で、前出25項目から手術施設基準の見直しを外す一方、新たに、臓器移植の保険適用、コンタクトレンズ診療の評価適正化等を加えた27項目について、①特別調査、②既存統計調査、③診療報酬調査専門組織による調査の各結果を踏まえて、検証を進めることを決めた(別掲)。

そして、8月9日の部会で、特別調査の設計と集計・分析の方法を検討する調査検討委員会の設置を決めるとともに、先行する特別調査5件の実施を了

承した。特別調査の他項目は07年

■検証項目とデータ収集区分

1. 特別調査を中心に行なうもの
医療費の内容の分かる領収書の発行、セカンドオピニオンの推進、生活習慣病指導管理料の見直し、ニコチン依存症管理料の新設、リハビリテーションに係る評価、地域連携バスによる医療機関連携体制の評価、紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止、医療安全対策加算の新設、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設、後発医薬品の使用促進のための環境整備、透析医療に係る評価の適正化、歯科診療における情報提供の推進
2. 既存調査結果中心に検証を行なうもの
在宅療養支援診療所の評価、小児医療に係る評価、産科医療に係る評価、麻酔に係る評価、急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価、有床診療所における入院医療の評価の見直し、医療技術に係る評価(臓器移植の保険適用)、電子化加算の新設、コンタクトレンズに係る診療の評価の適正化、歯科診療報酬について(4項目)
3. 診療報酬調査専門組織の調査結果中心に検証を行なうもの
DPCに係る評価、慢性期入院医療に係る評価

DPC導入は360病院、約18万床

2006年度にDPC包括評価を受け入れた病院(DPC対象病院)は360施設にのぼり、一般病床の約20%ほど、約18万床に達した。厚生労働省が7月26日の中

医協・基本小委に報告した。DPC準備病院については、05年度から継続した10病院に加え、7月20日現在、365病院から新たな申請が出ている。

研修共同事業は05年度1千万円の繰越金

四病協研修認定センター 個別主催への切り換え案が浮上。難しい局面に

7月26日の四病協総合部会は、「四病協研修・認定センター」の2005年度収支決算を承認した。

四病協の研修事業は、医療安全管理者養成課程、臨床研修指導者養成、感染管理の3講習会からなる。診療情報管理は日病が単独で通信教育を行ない、4団体各会長が診療情報管理士として認定する方式をとっている。

収支決算書によると収入5,632万7,548円、事業費4,631万7,498円、収支差額は1,001万50円。

四病協の講習会に対する評価は高く、感染管理と臨床研修は厚労省の後援を得ており、医療安全は、医療安全対策加算の算定要件である専任担当者を評価する対象講習会に認められた。

共同研修事業は03年10月の医療安全を皮切りに、同年末にかけて開始された。実施にあたって四病協は03年12月に、運営と会計を受け持つ「四病協研修センター」(旧称)を設立、当時の8人委員会委員が理事に就任した。

04年4月には、同委員会委員長に選出された当協会西澤副会長が理事長に就任、この4月に任期を終えた。

四病協の講習会に対するニーズは根強いものがあるが、一方で、各団体の理念・方針に従った講習プログラムを希望する声も出ている。

現在、総合部会では、07年度を期して共同運営を止め、各団体が独自に主催する講習会を他3団体会員に開放した上で、修了者は4団体各会長が認定

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2006年7月

- 8日 「医療療養病床の診療報酬説明会」(大阪市)、四病協/医療法人会計基準策定小委員会
- 5日 広報・HP作成WG合同委員会、病院のあり方委員会、四病協/医療法人会計基準策定委員会
- 12日 四病協/医業経営・税制委員会
- 14日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会、四病協/医療保険診療報酬・介護保険合同委員会
- 15日 病院事務長研修コース(～17日)、医療機関トップマネジメント研修

- コース(～16日)
- 16日 病院のあり方委員会
- 18日 病院情報システム基本要件検討Pコアメンバー会議
- 19日 医療事務技能審査委員会
- 21日 医療の質向上委員会、医療従事者委員会、日医・四病協作業部会
- 22日 常任理事会、国際交流委員会、四病協/医療安全管理者養成課程講習会第1クール(～23日)
- 26日 四病協/総合部会、同/感染症対策委員会、日医・四病協懇談会
- 27日 日病協/代表者会議
- 28日 医療保険・診療報酬委員会
- 29日 四病協/医療安全管理者養成課程講習会2クール(～30日)
- 31日 日病協/代表者会議

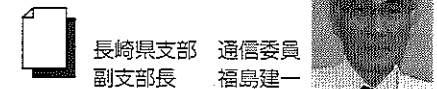
するという「診療情報管理士」方式の提案が仮合意され、具体的な検討を研修・認定センター旧役員に委ねている。この方法は、これまでの共同方式修了者・認定者に対するフォローをどう

するか、累積された繰越金をどう分配するかなど技術的に難しい問題を抱えている。受講者である会員病院とそのスタッフにプラスとなるにはどう改革すべきか、関係者は頭を悩ませている。

支部通信

地域に必要な病院のみ生き残る

地方中小病院の今後の在り方を考える



長崎県支部 通信委員 副支部長 福島建一

2005年12月に政府与党医療改革協議会から出された医療制度改革大綱の考え方として

- ①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的な推進、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度の実現をはかる、の3つが挙げられた。

各都道府県それに沿うことになるが、

種々の矛盾や問題を抱えている。

例えば①は費用がかかり、②は費用削減を目指している。とくに、医療費適正化の中で強く打ち出されているのが平均在院日数短縮である。これは、一般病床の機能の明確化・連携や療養病床の病床数適正化と連動して、医療資源の適正配置・医療費の有効利用をはかるものである。

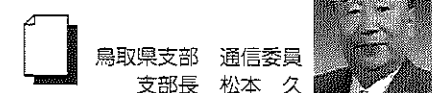
一方、病院側にとって平均在院日数短縮は実質的には病床数の増加を意味し、より多くの人材を必要とする。しかし、地方の中小病院にとって医師・看護職員の確保は近年困難を増すばかりである。

ではどのように対応すれば良いのか。積極的に「差別化の時代」と捉えて、医療や福祉の原点に立ち還り、本道を進み、地域や住民から必要とされ、

志の高い若いスタッフの勉強の場があり、職員にとって働きがいのある病院のみが生き残るのではないかと考えている。

地域医療が円滑な米子市

開業ブームの中、病院は辛抱の時期



鳥取県支部 通信委員 支部長 松本 久

鳥取県医師会は、東、中、西部医師会と3つに分かれていて、都市医師会はない。したがって全日病の支部病院は西部地区だけに偏在し、現在、病院が支部を形成している。

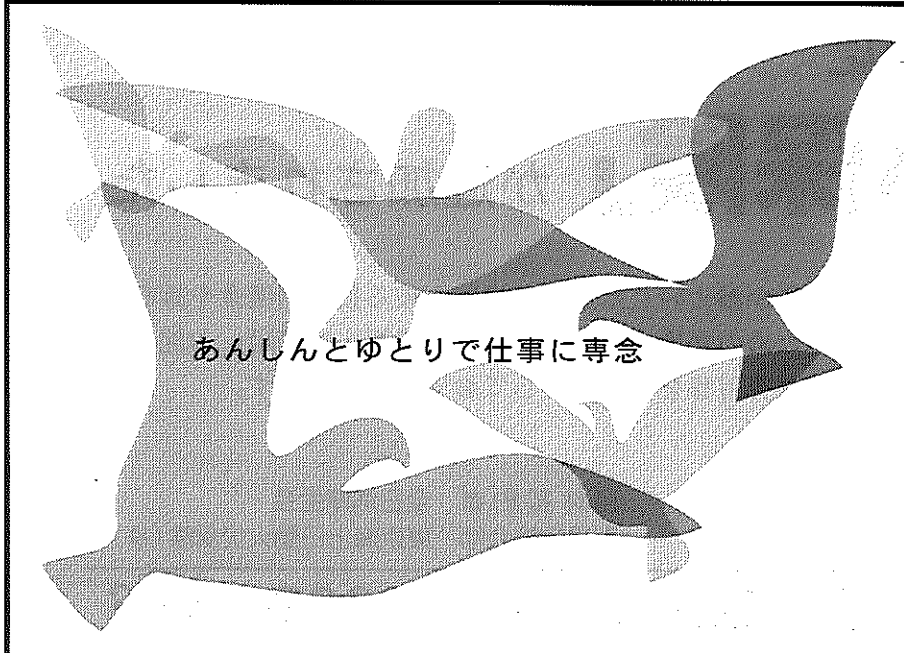
そのために極めてまとまりが良い。情報の交換もし易いし、集まり易い。

県との関係も実にうまくいっている。各病院が指摘事項を良く遵守して努力していることもあって、医療監視に來ても、余りうるさいことは云わない。

ところで、米子市は最近開業ラッシュで、医院ロードと呼ばれる場所があるほどである。しかし、どこもうまくいっているようである。

救急も1次から3次まで円滑に出来ている。これも当地方が古代より神々の国として、大国主命以来広い心で患者に接する気風がある故かもしれない。我々も神々の子孫であるから、実に大らかである。

しかし、神々も賽銭がなくては食っていけない。最近、貧乏神が幅をきかせているのは全くただけでないが、そのうち貧乏神も消えるので、静かにじっと耐え忍んでいる次第である。



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東京都千代田区三軒町3-7-12
Tel.03-3222-5327

研修医の3割が残留。72.3%が受け入れに満足

医師臨床研修制度に関する調査報告 指定病院の4割で引き揚げ。56.3%が医師確保で大学に期待せず

医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)が実施した「医師臨床研修制度に関する調査」の結果がまとまった。

調査は、会員病院における新医師臨床研修制度への参加実態と意識状況を把握する目的で、臨床研修指定のある218病院と指定のない200病院を対象に今年2月から4月にかけて実施、合計257病院(回収率61.48%)から回答を得た。

回答病院の状況は、研修協力施設を含めた参加が183病院、非参加が74病院。参加病院の内訳は単独型が9病院(3.8%)、管理型が75病院(31.9%)、協力型が118病院(50.2%)、研修協力施設が33病院(14.0%)と、協力型による参加が半数をしめた。

初期研修医の受け入れ人数は「1~5人」が60.8%と最多。研修医を迎えて「病院に活気が出てきた」とした病院が69.2%に達した。

その一方で52.9%の病院が、1年目の研修医を受け入れてスタッフの負担は「かえって増加した」と感じている。

ただし、2年目になると31.9%が「軽減された」、33.6%が「変わらない」とも

回答。初期研修医でも2年目になると労働力として一定の評価を得ていることがうかがえる。こうした結果、72.3%の病院が研修医を受け入れたことに「満足している」と回答した。他方で、68.5%が「研修医は自院研修プログラムに満足している」とみている。

研修医の年収(病院の総支給額)は、1年目は「400万円以上」が56.7%と最多で「350万円以上400万円未満」も27.9%ある。2年目になると「400万円以上」が63.8%と増える。

初期研修終了後の進路(2年目)については、大学が25.8%、自院と他病院はともに31.0%という結果。大学に戻る率は意外に少なく、逆に3割が研修病院に残留している。

医師臨床研修制度で見直しを希望する項目は、参加病院では「研修医受け入れに対する補助金の増額」が48.9%、非参加病院では「夜間・休日など研修医の勤務の再検討」が14.6%と最多であった。

これ以外にも、「研修する診療科に選択性をもたせる」「指導医を対象にした教育研修の充実」を望む声が多かった。

一方、非参加74病院に今後の参加意欲をたずねたところ、31病院(41.9%)が「参加したい」、43病院(58.1%)が「参加したくない」と分かれた。意欲を見せる病院が希望する参加形態は研修協力施設が54.3%と最も多かった。

調査では医師確保の現況もたずねた。派遣医師の引き揚げについて、「引き揚げあり」と回答したのは全体で101病院(39.3%)。内訳は臨床研修参加が77病院(42.1%)、非参加が24病院(32.4%)と、参加病院の方が医師引き揚げにあった割合が若干高い結果となった。

病院が感じる医師数の充足感(業務量と比較しての充足感)は、約80%(203病院)が「不足感がある」と回答。そのうち臨床研修参加は157病院(参加病院の85.8%)、非参加は46病院(非参加病院の62.2%)と、参加病院の方に医師不足感が強い。

日直(土曜、日曜、祭日の昼間)の医師応援状況については38.9%(100病院)が

「応援が容易にされていない」と回答したが、参加・非参加による差は見られなかった。

医師確保における大学からの応援に期待感を表明した病院は11.3%(29病院)に過ぎず、参加病院の方が非参加病院よりも割合が高い。しかし、全体で半数を超える病院が大学からの応援は期待できないと回答している。

●来年度の医師増員予定(回答264病院)

	全体	臨床研修参加	臨床研修非参加
増員の予定がある	50.0%	52.9%	42.7%
考えているが予定はない	29.9	33.9	20.0
考えていない	19.7	12.7	37.3

●来年度の医師確保で大学等の応援が期待されますか(回答257病院)

	全体	臨床研修参加	臨床研修非参加
期待される	11.3%	13.7%	5.4%
期待できない	52.1	56.3	41.9
わからない	29.6	25.1	40.5
未回答	7.0	4.9	12.2

●初期研修医を受け入れて満足していない理由(回答38病院:複数回答)

	件数	割合
スタッフの負担の増大	21	55.3%
初期研修医の知識・技量の不足	11	28.9
研修期間が短い	18	47.4
5時以降や土曜診療に従事できないなど労務管理上の問題	6	15.8
その他	5	13.2

●初期研修について困っていること(回答121病院:複数回答)

	件数	割合
問題なく順調に進行している	52	43.0%
指導医が足りない	45	37.2
費用がかかり過ぎる	17	14.0
その他	21	17.4

四病協・日病協等活動抄録 ※適時掲載します。

7月21日 四病協・日医懇談会作業部会

日医より「療養病床緊急調査」の調査票案が提示され、四病協に協力を求めた。調査結果は9月の部会で検討する。結果によっては、中医協に提起することもあるとの表明があった。

日病の細木理事は、高知県医師会病院部会の「医療療養病床に関する緊急調査」結果を報告。日医天本常任理事は、再編で生じた閉院・廃院等の情報は日医に寄せるよう要請した。

当協会西澤副会長は、北海道病院協会の「一般病棟入院基本料の届出実態調査」結果を用いて状況の深刻さを説明。夜勤72時間規制と看護師比率減算廃止を見直す必要を提起した。

当協会猪口常任理事は、医療課に、3月と7月の入院基本料届出状況の公表を求めると提案。日医鈴木常任理事は日医から要請すると賛同した。

日精協谷野副会長は、今改定の看護配置基準改正は病院全体に危機的状況を導いたとして、中医協で見直しを図るよう日医に対応を求めた。日医は、病院代表を推薦している日病協が問題提起するのが筋という認識を表明。その上で協力は可能であると答えた。

西澤副会長は、7月27日の日病協・診療報酬実務者会議に提案、日病協として取り上げる方向を明らかにした。

7月26日 四病協・総合部会

公正競争規約第4条2号に定める事業

者が医療機関等に提供する便益労務のうち、医療機器立会いを適正化する基準案が医療機器業公正取引協議会の手でまとまり、厚労省医政局経済課担当官より説明があった。

商習慣化してきたサービスの適正基準を明らかにした初の規制。機器の販売を目的としたおおよび医療機関等の費用肩代わりになる立会いは制限され、ケースによっては事業者は「不当な取引誘引行為」を行なったとみなされる。

8月に公正取引委員会へ届け出られ、医療機関と事業者への周知期間を経て09年1月をめどに実施される。

当協会西澤副会長は北海道病院協会の調査結果を説明。看護基準をめぐる問題は日病協の協議を経て中医協に提案する方向で、四病協・日医懇談会作業部会は一致したと報告した。

7月26日 四病協・日医懇談会

厚労省医政局が設置した施設体系検討会に関連し、外来医師数配置基準の廃止をめぐる意見交換を行なった。廃止を求める四病協側は、日医側からは「病院が外来をしやすくする方向の改正」に疑問を呈する意見も出た。

看護配置基準改正の影響をめぐって意見交換。四病協側は、日病協で対応を協議する方向と報告した。

作業部会の活動について協議。療養病床再編をめぐっては9月22日に「医療療養病床緊急調査」結果をまとめて

終回とするため、新たに7対1入院基本料のテーマで作業部会を立ち上げること一致した。8月内にも発足する。

7月27日 日病協・診療報酬実務者会議

次期改定について、中医協石井委員が、①高齢者医療制度の関係で病院外来に規制を加える、②外科系中心の点数を見直す、③精神科の報酬体系に手を入れる可能性を指摘した。

06年度改定影響調査の手法について協議。改定影響に関連して、当協会猪口常任理事が「看護基準改正で民間・公立とも中小病院は行き詰まる」と、見直しの緊急要望提出を提案した。

石井中医協委員は「主旨は賛成だが、相当しっかりした提案を固めない」と難しい」と指摘した。

6月30日の代表者会議で決まった医療制度検討WGについては、看護基準問題をテーマとすることで合意した。

7月31日 日病協・代表者会議

冒頭、新任の厚労省保険局原徳壽医療課長が挨拶後、離席した。

診療報酬実務者会議の齊藤委員長(日病)は、次期改定に向けた第1次要望の概要を報告。「看護に関する改善要望が圧倒的」であり、7対1看護の病棟単位選択と夜勤72時間規制見直しの2点が焦点の課題と説明した。

医療制度検討WGは看護師の問題をテーマとすることを承認。人員等活動形態は実務者会議の裁量に委ねた。

当協会西澤副会長は北海道病院協会

による一般病棟入院基本料届出実態調査の結果を報告、夜勤看護72時間規制の撤廃および看護師比率の要件化を止め減算に戻すよう中医協で見直し決めるべきであると提案した。

この提案に、中医協石井委員は、①看護配置の全体的な見直しは今改定のやり直しにつながるから困難、②しかし、地域限定的に緊急性の高い現実的な緩和策を提起することは可能という見解を表明した。

会議はこの見解を受け入れ、同時に、短時間で見直し提案の内容をまとめる必要があるという認識で一致した。

竹内議長(公私病院連盟)は原案の作成者に西澤副会長を推薦。齊藤委員長がサポートする形でまとめるよう要請、9月に決着を図るべく8月内に要望書を提出することを確認した。

8月4日 四病協・医療保険診療報酬委員会

猪口委員長(全日病)は、日病協から全日病に付託された入院基本料看護基準の見直しを求める緊急要望書の案を検討に付した。一定の修正を経た後、猪口委員長に一任された。

齊藤委員(日病、日病協・診療報酬実務者会議委員長)は「事態が切迫していることから、本委員会を日病協のWGとみなすことも可能」として、11団体各会長の承認を得る作業を直ちに開始すべきと提案。猪口委員長は8月内の要望書提出に間に合わせるべく、連絡作業に移る旨宣言した。

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