



# 全日病 21世紀の医療を考える全日病 2006 NEWS 9/15

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/佐々英達  
〒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.648 2006/9/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 日病協委員が看護配置基準で意見表明

### 中医協 経過措置延長が前面。論旨に分かりにくさも

9月6日の中医協総会で石井委員(日病協推薦)は、2006年度改定で入院基本料の看護配置基準が改定された影響を検証するよう提起した。日病協が8月21日に出した緊急要望書にもとづいてなされた発言だが、要望事項を取り上げるよう明確に求めるまでは至らなかった。

この提案に診療側日医推薦3委員は積極的に賛同した。しかし、支払側と専門委員からは今改定の看護配置基準改定を擁護する発言が出たため、中医協土田会長は取り扱いを会長に一任するよう求め、各側の了承を得た。

土田会長は、看護配置基準にかかわる経過措置の影響を斟酌した上で審議テーマにのぼらせるか否かを判断する意向を示し、事務局に当該データを、次回提出するよう指示した。

経過措置は9月末で切れる。次回9月20日の中医協で何らかの措置案が浮上するか、ぎりぎりの判断が中医協に委ねられた。一方、72時間規定や看護師比率要件をめぐる要望は、同日の議論で前面に出ることはなかった。

日病協の緊急要望は、入院基本料算定にかかわる、①72時間規定の弾力運用、②看護師比率要件の減算化、③看護師比率等にかかわる経過措置延長の3点からなる。

前2者については、特別入院基本料の算定に追い込まれる病院が各地で続出、地域医療の面から緊急性を帯びた課題となっている。後者も、精神科病院を中心に経過措置終了後の深刻な事態を予測させるデータが出ており、やはり、一刻の猶予も許されない状況にある。

この状況に日病協は、11団体という

規模から通常は2ヶ月以上かかるころ、旧盆を挟む1ヶ月で各団体の意見調整を済ませ、9月末に間に合うスケジュールで要望書をまとめた。

こうした、切迫した問題の検討を提案するにあたって、石井委員は要望事項を具体的に説明することは控え、地方中小病院や精神科病院における経営危機が改定予測とおりであるのか、あるいは予測外の事態であるのかの検証を求め、後者であれば何らかの検討が必要と提起した。

さらに、短期的には「個別的な病院へ

の対応」を配慮する必要がとつつも、「(日病協の)要望は要望として中医協委員の立場からは、

中長期的に地域医療の現状の検証も進めるべきという論理を展開した。ただし、検証テーマが中医協マターであるのか、医政局を含む厚労省マターであるのかは判断がつかないと留保した。

この発言に、支払側対馬委員と土田会長はそれぞれ「経過措置の延長を求めているのか」と確認を求めると、論旨に

### 再度の中医協発言を要請 全日病、医法協、日精協

日精協(鮫島健会長)は9月13日、経過措置の延長等看護配置基準の弾力的な運用を求め、精神科病院他団体とともに役員クラスによる緊急会議を開催した。会議には医法協から豊田堯会長他が参加した。日病は参加しなかった。

会議後に、全日病、医法協、日精協の3団体は正副会長クラスによる会議をもち、9月6日の中医協総会の経過措置等に関する議論を踏まえ、今後の対策等

分かりにくさを残すものとなったことは否めない。

石井委員は、両者の質問に対しても諾否を明確にしない回答を返すなど、いささか焦点のぼやけた意見表明となった。傍聴席からは、「日病協緊急要望の考えに消極的なように聞こえる。よく分からない」というささやきも聞こえた。

について協議した。

その結果、8月21日付日病協緊急要望の内容について中医協に検討を求める提案は、再度、より強く行なわれるべきであると意見が一致、日病協推薦石井委員(日病常任理事)にその旨、3団体として要請することで合意した。また、3団体の名前で自民党などの有力議員に緊急要望書を提出することで一致した。

両行動については日病にも参加を呼びかける。

## 調査結果の費用と点数にギャップ!

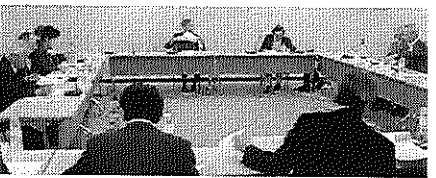
### 慢性期分科会 事務局が費用データ開示。点数設定の政策的意図も判明

9月13日の調査専門組織慢性期分科会は、08年度診療報酬改定に向けた慢性期患者の06年度調査方針を診療報酬基本問題小委に諮ることで合意。今後、具体的な調査設計に入る。

調査の骨格は前回8月24日の分科会に示されているが、具体的な設計に際しては、医療系委員から示された意見を多く反映させることを確認した。

医療系委員からは、①医療区分1の定義の明確化、②療養病床が持つべき機能の明確化など、療養病床機能の再構築に資するデータ採集を期待する意見が強く出た。

①について、事務局(厚労省保険局医療課)は、医療区分1を「状態が安定し、医師の指示はほとんど必要としない」と見なした「根拠」を提示した。しかし、医療系委員は納得せず、②との関係から、今年度調査で、同区分に該当する胃瘕、嚥下困難、喀痰吸引等患者の実態やその継続的ケアを可能としている



人的体制等を把握し、介護施設と比較すべきという意見も出た。

分科会に事務局(厚労省保険局医療課)は、前回会議で委員から求められた、患者分類にかかわる費用等の資料を提示した(別掲)。

その結果、各区分の点数に、「患者1日当たり費用」(以下「費用」と)と平行ではないものがあることが判明。さらに、当該「費用」のデータは分科会に初めて開示したもので、06年度改定審議に際して、基本小委にも報告していないことが明らかになった。

事務局は、また、「点数設定は中医協議論の結果で決まった」と釈明する一方で、元データを点数に落とし込む過程は事務局の作業であり、そこに、分科会が患者分類案を作成した後に決まった療養病床再編方針にもとづいた「政策的意図」をはたらかせて医療区分1の点数を設定したこと、さらに、その点数案を中医協が審議した時間は「膨大な改定審議の中では必ずしも十分な時間ではなかったかもしれない」(担当官)ことなどを認めた。

審議会で、当局が、こうした

「政策的作為」を認めるのは異例のこと。06年改定に至る不可解な経過の一端に触れた委員からは不信の声が上がり、一時は、今回開示されたコストデータを診療報酬基本問題小委に報告し、06年度改定における医療区分ごと点数設定が妥当であったかどうか検討を求めるという合意に至ったほど。

ただし、議論の口火を切った椎名委員(健保連)と「政策的意図」を追及する医療系委員とは異趣同舟の感があった。椎名委員は医療区分3の点数一本化に疑念を示したが、医療系委員はも

っぱら医療区分1の点数水準を問題視したからだ。

しかも、08年度改定を適正に行なうには、06年度調査を緻密に設計して的確に実施することが不可欠。基本小委に06年度改定のやり直しを求めても時間がかかり、06年度調査実施の承認が先送りとなる懸念される。

分科会は最終的に、06年度調査結果にもとづいて現行点数の妥当性を検証するという結論に落ち着いた。しかし、調査結果データの全体を示さず、論点に応じて断片的に開示する事務局の姿勢には強い批判が浴びせられ、事務局は「ご批判は甘受する」と、調査結果を断片的に開示してきた点にデータを議論誘導の便法に用いたと誤解される余地があったことを事実上認めた。

■患者分類と点数設定に用いた基礎データの比較 (分科会に示された慢性期調査結果から)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	
<b>患者1人1日当たりケア時間 (単位:分)</b>				
ADL区分3	115.9	130.2	176.4	04年度調査結果の患者分類別ケア時間を05年度調査結果の患者分類別患者数構成比に基づいて構成比補正した。ケア時間は、医師、看護師、准看護師、看護補助者、その他職種(薬剤師、管理栄養士等)、リハスタッフ(集団リハのみ)を対象とし、職種別人員費で重み付けした。
ADL区分2	104.0	123.7	155.7	
ADL区分1	75.5 85.4 ※	90.2 103.7 ※	105.9	
<b>患者1人1日当たり費用 (単位:円) &lt;流動費のみで固定費は含まない&gt;</b>				
ADL区分3	5,156	6,257	9,275	04年度調査結果の患者分類別1日費用を05年度調査結果の患者分類別患者数構成比に基づいて構成比補正した。内訳は医師、看護師、准看護師、看護補助者、その他職種、リハスタッフ(集団リハのみ)の人員費に薬剤費(折がん剤及び麻薬を除く)、特定保険医療材料費を加えた「直接費用」。
ADL区分2	4,557	5,661	8,132	
ADL区分1	3,484 3,792 ※	4,646 4,887 ※	5,285	
<b>療養病床入院基本料2 (単位:点)</b>				
ADL区分3	885	1,344	1,740	療養病床療養環境加算(132~30点)は別途算定可。急性増悪等により一般病棟への転棟又は転院を行った場合は、転棟又は転院前3日に限り、出来高により算定可。
ADL区分2		1,220		
ADL区分1	764	1,225 ※		

※認知機能障害加算

### 清話抄

ある看護学校で1年に8回ほどの授業を受け持っている。「治療概論」なる雑談の様な授業だが、自分なりに楽しんでやっている。試験はいつも4題の文章題。解答を自分で作る事を条件に出題をあらかじめ教えている。

今年の第3回は「インフォームド・コンセントについて自身の考えを述べよ。」

授業は教科書を離れ、私自身の体験やマスコミを賑わした事例などを取り上げ、看護学生に考えてもらえば良いというスタイルだ。

皆、まじめに解答してくれた。教科書的な解答、情緒的な解答と様々であるが、ひとつ目に付いた解答があった。「パターンリズムにより命を縮めた人より、インフォームド・コンセントで命を縮めた人の方が多いと思います。」

医療者の使命は命を守る事と考えていたが、社会は命より人権を重視している。アウトカムよりプロセスを、目的より手段を。なるほど、人間は主義主張のために死ぬことが出来る唯一の生物だ。「少医は病を癒し、中医は人を癒し、大医は国を癒す」とは先人の言葉だが、人を癒すのも病を癒してこそ、と私は考えて来た。

治療成績よりも患者様の好き嫌いを

優先して治療法を決める最近の風潮。全力投球の許されない医療。なんだか真面目に医者をやるのがつらい時代になった。私も時代に合わせてモデルチェンジをしなければ。

私の父は一風変わった死刑反対論者だった。「俺がこれだけ懸命に命を助けようと頑張っているのに、どんなに悪い奴だろうが殺されてたまるものか。」

(古)

# 主張

## 政府の医療費推計に疑問。修正を求める

現政府は、診療報酬改定を-3.16%と過去最大の引き下げを行った上に、一般病棟入院基本料体系の見直しとして、看護体制を変え、さらに看護師の月平均夜勤72時間以下の基準を設けた。

旧2:1看護体制の病院は10:1では、又旧2.5:1の病院は13:1では減収を余儀なくされた。しかも、15:1以下の病院は事実上採算がとれない報酬改定となり、更なるランクアップを行わなければ病院の存続が立ち行かなくなるようにした。

そのため、各地で大学病院などの

大病院が看護師募集を数百人単位で行っている。そのあおりを受け、中小の民間病院が看護師不足に陥り、診療もままならない状態に追い込まれている。

これは、まさに民間病院の崩壊による病床減らしを企んでいるといっても過言ではない。

現政府は、医療費適正化の根拠とされる厚生労働省の医療費推計値(65兆円)について、1995年から5年間の実績による伸び率で算定している。しかし、3割負担や診療報酬のマイナス改定が行われた直近5年間の

日医総研の試算では49兆円と16兆円も少ない。しかも、健保組合の2005年度決算は経常収入5兆9,494億円、経常支出5兆6,561億円で、差し引き2,933億円の黒字となり、03年度から3年連続の黒字決算となった。

政府は何故、改革の影響が出ている直近5年間の数字で医療費の見直しを行わないのだろうか。そこには、正に病床減らしを行おうとする姿勢があらさまに見える。

医療の大半は民間病院が支えていることは日本の医療のゆるぎない事実である、しかし一般社会の認識は

必ずしもそうではない。この認識のズレをたくみに利用しているように思える。

このまま、この医療改悪を推し進め、地域の民間病院が閉院もしくは医院や施設への転向を余儀なくされたら、残った急性期医療のみを目指す国公立病院、公的病院などで全ての医療が行えるのであろうか?

次の政権には、是非この誤った医療改悪を、真の医療改革へと軌道修正して頂かなければ日本の医療に未来はない。

(N)

# 取引慣行の見直しが先行テーマ

## 薬価専門部会 薬価頻回改定で支払側一部に慎重論

9月6日に開かれた中医協薬価専門部会は、7月、8月の製薬連、卸連等のヒアリングを踏まえ、薬価頻回改定に向けた議論を再開した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、論点提示において、改定頻度を引き上げる環境を整備するためには「新薬へのアクセスの問題、未妥結・仮納入、総価取引といった取引慣行の在り方を含めた市場価格の適切な把握」の方策を並行して検討すべきであると、あらためて提案した。

このうち「新薬へのアクセスの問題」に関連して、治験環境の違いから欧米で市販されてから日本で治験が開始されるという「ドラッグラグ」については、事務局は2006年度の薬価算定見直しで新薬の加算率を引き上げたことなどをあげ、改定頻度の引上げはメーカーの新薬発売意欲を著しく損なうために「ドラッグラグ」解消の妨げになるというメーカー側懸念を否定してみせた。

一方、とくに卸連から指摘された「未妥結・仮納入、総価取引」という取引慣行に関しては、「2年間のスパンで価格形成がなされている現状」の改善を図ることが改定頻度引き上げにつながるという考えから、議論の重要なテーマになると位置づけた。

ただし、銘柄ごと市場価格の薬価への反映を妨げているとされる総価取引については「現行の銘柄別収載を否定

するほど問題があるとは言えない」が、「未妥結・仮納入」については、薬価調査の精度を高めるために「中小規模の医療機関・薬局における状況も聴取した上で、引き続き議論を進める必要がある」とし、認識を分けた。

議論において、診療側各委員はあらためて改定頻度に反対する見解を表明した。

これに対して支払側は、対馬委員(健保連)が毎年改定に向けた検討作業を当然とする意見を述べたものの、小島委員(連合)は、「2年に1回の改定の中間時期に価格のモニタリングをし、乖離幅が一定の範囲を超えた場合は見直せばよいのではないかと、性急な改革に疑問を投げかけた。

他方、丸山委員(経団連)は、「一定期間を定めて、それに向けて取引環境を整備することが頻回改定にとって一番現実的ではないかと、実施年限を明示しつつも移行に一定時間をかけるべきというイメージを提示。遠藤部会長は「議論の落とし所を賜った感じ」と、その方向性を評価した。

薬価専門部会は、改定頻度引き上げに反対する診療側、反対ではあるが取引慣行は改善したいとする専門委員、議論の積極的推進派・慎重派に分かれる支払側と、各委員のニュアンスが微妙に交錯しつつある。

ただし、市場価格と実勢価格の乖離

を解消するという大義名分は一致しており、今後は、正確な市場調査を可能と

させる施策、中でも取引慣行の見直しが議論の前面に出るものと思われる。

### 「薬価改定の頻度を含めた薬価算定基準の在り方(論点)」(概要) 9月6日 薬価専門部会

#### 【総論】

○現に取引価格が下がっているにもかかわらず、保険からの償還価格が据え置かれている状態は医療保険財政や患者負担の観点からは好ましくない。そのような視点に立って、薬価改定の頻度を含めた薬価算定基準の在り方を検討すべき。

○2年間のスパンで価格形成がなされている現状のまま、改定頻度を引き上げる議論をするのは現実的ではないとの指摘もある。新薬へのアクセスの問題、未妥結・仮納入、総価取引といった取引慣行の在り方を含めた市場価格の適切な把握のための方策も、併せて検討すべき。

#### 【各論】

##### ①新薬へのアクセスの問題(「ドラッグ・ラグ」問題)

・薬価改定頻度の引上げは新薬の薬価を下落させる可能性もあり、企業の新薬上市意欲を著しく損ない、「ドラッグ・ラグ」解消に向けた取組みの妨げとなるおそれがあるという指摘がある。

・新薬へのアクセスの問題は、他に治験・承認審査の問題なども指摘されている。また、平成18年度薬価制度改革で画期性加算、有用性加算の加算率の

引上げなどを行ったところであり、新薬の薬価算定において適切な対応がなされている。

##### ②未妥結・仮納入、総価取引

・仮に薬価改定の頻度を引き上げるとしても、薬価調査の信頼性を確保するために、未妥結・仮納入の是正に取り組むことが前提という指摘がある。同様に、銘柄ごと市場価格を薬価に反映させる観点からも総価取引の解消が前提という指摘がある。

・未妥結・仮納入については、中小規模の医療機関・薬局における状況も聴取した上で、引き続き議論を進める必要がある。

・総価取引には単品総価契約も含まれており、その場合、ある程度競争原理に基づく単価が設定されていると考えられ、現行の銘柄別収載を否定するほど問題があるとは言えない。

・平成18年度薬価制度改革の骨子で「既収載医薬品についても薬価調査を充実する」とされており、調査の充実などについても併せて議論する必要がある。

##### ③その他

- ・薬価改定に伴うコスト負担
- ・先発品の薬価改定方式
- ・後発品の使用促進 等

## 業務・研修各指針を検討。来年5月に報告

### 医療安全管理者の質向上検討部会 安全管理者の質を担保するミニマムをまとめ、さらに層別化も

医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会等の下に設置された「医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会」は9月8日に初会合を開き、医療安全管理者業務指針と研修プログラム作成指針の検討を開始した。

医療法上、特定機能病院と臨床研修病院には安全管理者の配置が義務づけられている。また、2006年度改定で新設された医療安全対策加算において、医療安全管理者の配置などが評価されることになったが、両者とも、安全管理者に関する厳密な基準や指針等が設けられていないため、質の担保ができていないという批判がある。

こうした現状に、事務局(厚労省医政

局総務課医療安全推進室)は、安全管理者の業務指針や業務内容に応じた研修プログラム作成指針を策定する方針を固めたもの。5回程検討会を開催し、07年5月に報告書を取りまとめる予定だ。

検討会は指針案の作成を先行、さらに、事故防止に必要な安全対策と、それを担保する質の管理に重点を置いて指針をまとめることで概ね一致した。指針は医療機関の規模や機能等に関係なく安全管理者として最低限必要な内容でまとめ、その上で、機能や安全管理者の性格等に応じて層別化する方向で検討する。

検討会には当協会から飯田常任理事が参加している。

つかみ、就業を支援するための資料に用いることが目的。

厚労省によると、結婚、出産、病気、定年などで現場を離れた潜在看護職は約55万人。しかし、医師のような登録義務がないために離職後の所在が分からなくなることが多い。看護職員の離職調査・防止対策には熱心な同協会も、離職後の実態はつかめていない。

そこで同協会のホームページで、本人だけでなく、該当する元・前看護師を知っている人をも対象に調査への協力を呼びかけ、当該者情報の登録を訴えることにした。登録リストに調査票を

送付し、再就職の意思や希望条件などを答えてもらおうというもので、未就業で就業活動をしていない、あるいは2009年3月までに定年退職予定の看護職約3万人を調査対象に見込んでいる。

すでに6月から受付を開始しているが10月15日には締め切り、10月23日から11月6日にかけて、就業意向、希望する就業条件(環境)などをたずねる調査を実施する。

来年2月には調査結果の速報を公表できるという。データの分野だけに、どの程度が登録に応じるか、結果が目されている。

## 研究班の一員がMDRP対策マニュアルを作成

9月8日の院内感染対策中央会議は、第5次医療法改正にかかわる院内感染対策について議論を行なった。

席上、厚労省研究班分担担当の切替氏(国立国際医療センター)は、MDRP(多剤耐性緑膿菌)の院内感染防止マニュアルを作る予定であることを明らかにした。

厚労省は7月6日付事務連絡で各都道

府県に院内感染防止対策指導の徹底を求めるとともに、国立感染症研究所感染症情報センターおよび国立国際医療センターの院内感染対策ガイドライン等資料を活用するよう呼びかけている。ただし、事務局(厚労省医政局総務課)は、厚労省として、MDRPのみを取り上げたマニュアルを策定する考えはないとしている。

## 潜在看護師の再就職ニーズを調査

### 日看協 異例の呼びかけで当該者に登録と協力を訴える

日本看護協会(久常節子会長)は、今秋に「潜在・定年退職看護職員の就業意

向調査」を実施する。潜在看護師の実態を把握するとともに、就業ニーズを



# 看護師は1割程度時間を増やす。3年教育は維持

## 看護基礎教育の充実化 現下の課題を羅列した「中間とりまとめ」。WGへの引継ぎを急ぐ

看護基礎教育の見直しを検討してきた「看護基礎教育の充実に関する検討会」は9月4日、事務局(厚労省医政局看護課)が整理した中間とりまとめ案の内容で概ね合意し、各委員から出された細かな修正意見は遠藤久夫座長(学習院大学経済学部教授)と事務局に一任した。

看護業務は年々複雑化しているが、卒業時の能力と現場が必要とする能力とに大きなギャップが生じていると指摘されて久しい。

この理由の1つに、看護基礎教育の時間数が1967年の3,375時間から89年の3,000時間、さらに96年には2,895時間へと、実習時間数は67年の1,770時間から89年の1,035時間へと、それぞれ大きく減っていることがあげられる。

こうしたことから厚労省は10年ぶりに「(保健師助産師看護師学校養成所)指定規則」等の改正を企図し、この3月に検討会を立ち上げた。

議論の過程で、4年制教育へ時間数

の大幅拡大を求める意見と、まずは実習の充実化など質の改善を図ることが急務とする意見とに2分された。

過去5回の議論を整理した「中間とりまとめ」は、看護師・保健師・助産師教育のあり方を見直す方向性を整理した上で、各教育ごとにワーキンググループを設けてカリキュラム等「(保健師助産師看護師学校養成所)指定規則」の改正案を作るとし、各WGに委任する検討事項を整理した。

その中で、看護師教育の時間数は「2,895時間に1割程度を加えた範囲」で、保健師も同様に1割ほど増やす方向でそれぞれ検討するが、助産師について

は現行どおりで臨むという方針を打ち出した。

教育期間の延長については、「看護師の供給数に影響を与えることが予測されるため、慎重な議論が必要」と先送りされた。

また、基礎教育と卒後・継続教育の一体性確保に関しても、「卒後臨床研修は来年度に別の場で検討される」(事務局)として、議論の対象から外された。

その一方、カリキュラム等の具体案はWGに委任するとしたものの、「中間とりまとめ」には各検討事項が指示的表現で表記されているため、「これではWGの作業に一切裁量がない」と委員が抗議する場面もみられた。

また、看護師と保健師について「現行時間数を1割ほど増やす」と書き込まれたが、1割という案はどの委員か

らも提案されてなく、事務局が独断で盛り込んだことが明らかとなった。

このように、各委員の考えととりまとめ案の間には少なからぬ齟齬と乖離があることが否めず、最終文案にしては異例に多い修正意見が各委員から出るなど、とりまとめを急ぐ事務局の拙速ぶりが浮き彫りとなった。

委員である当協会西澤副会長は、「基礎と臨床の教育がバラバラに検討されてはまったく意味がない。両者が一体となった看護師教育のデザインが描かれ、それにそって基礎教育の内容が考えられるべきだ。具体的な時間数はそれから検討しても遅くない」と指摘し、課題の羅列に終始するとりまとめ案に苦言を呈した。

さらに、WGについても、「できるだけ現場と医療機関経営者を増やしてほしい」と要望した。

# 病床転換支援等財源の市町村交付金に516億円

### 07年度の概算要求 新規事業が目白押し

2007年度の一般会計概算要求額がまとまり、9月8日に財務省から発表された。

厚生労働省の07年度一般会計概算要求額は合計2兆6,062億円と、今年度予算額を6,645億円(3.2%)上回った。そのうち、年金・医療などの社会保障関係費は2兆1,623億円。7,700億円見込まれる自然増を5,288億円増に抑え、シーリング枠内の5,500億円増におさめた。

年金・医療等にかかわる経費の具体的な抑制策は、生活保護や雇用保険の見直しを中心に、予算編成過程で決めるとしている。

厚労省概算要求のうち、政府管掌、国保、老人保健等医療保険制度運営にかかわる国庫負担は8兆4,159億円と今年度予算額より2,500億円増加した。

個別項目では、療養病床の転換、小児科・産科の集約化・重点化、医師確保にかかわる支援等の新規事業が目白押しとなった。その一部が介護療養病床の転換支援財源となる市町村交付金(地域介護・福祉空間整備等交付金)については、07年度枠として516億円が計上された。

厚労省概算要求の主な項目は以下のとおり(括弧内は今年度予算額)。

### 厚生労働省2007年度概算要求(抜粋)

1. 質の高い医療の確保等のための施策の推進	13百万円
(1) 安全安心で質の高い医療提供体制の充実	
689億円(637億円)	
●地域医療提供体制の確保	337億円
・小児科・産科をはじめ急性期医療をチームで担う拠点病院づくり	30億円
・小児科・産科の集約化・重点化を行うため、他科病床への機能変更等を行う場合に支援。	
・小児救急医療体制をはじめとする救急医療体制の確保	94億円
・臨床研修における地域医療や産婦人科・小児科での研修への支援(新規)	18億円
・へき地・離島の診療所における地域保健・医療の研修、小児科・産婦人科や医師不足地域の病院における宿日直研修に対する支援の実施等	
●安全・安心で質の高い医療の基盤整備	344億円
・医療事故の死因究明制度、裁判外紛争処理制度の検討(新規)	7百万円
・医療事故の死因究明制度、裁判外紛争処理制度等の構築に仰けて検討。分娩時事故の救済制度についても検討を継続。	
・終末期医療のあり方についての調査・検討(新規)	
・臨床研修病院等評価基準の調査検討(新規)	4百万円
・専門分野(がん・糖尿病)における算の高い看護師の育成事業の充実	2.3億円
(2) 健康フロンティア戦略のさらなる推進	1,549億円(1,299億円)
(3) 感染症・疾病対策の推進	2,099億円(1,897億円)
2. がん対策の計画的・総合的な推進	303億円(161億円)
・在宅緩和ケア対策の推進	4.4億円
・総合的な相談・支援を行う在宅緩和ケア支援センターを新設。	
・緩和ケアの質の向上および医療用麻薬の適切使用の推進(新規)	4.6億円
7. 高齢者が生き生きと安心して暮らせる社会の実現	
(1) 介護保険制度の着実な実施と認知症対策等	2兆1,725億円(2兆396億円)
・介護療養病床の転換と介護サービスの基盤の整備	571億円
・地域介護・福祉空間整備等交付金(516億円)ほか。	

# 療養病床患者の47.9%が「在宅療養無理」

### 05年の受療行動調査 入院患者の満足度・安全信頼度はともに約60%

厚生労働省がこのほど発表した「2005年受療行動調査の概況」によると、療養病床を有する病院に入院する患者の47.9%が、退院許可がでた場合でも「在宅療養できない」と回答した。

回答患者に在宅療養を可能にする条件をたずねたところ、「家族の協力」39.2%、「介護が受けられるサービス」33.1%と、家族による支援が介護サービスの確保を上回った。

入院患者の60.1%が病院に「満足」、「不満」は5.5%と、満足度は比較的高い

水準にある。

また、今回調査から加えられた「医療安全」の質問では、入院・外来とも約6割が「不安はなかった」と回答。ただし、「不安になった」約20%の人は、入院・外来とも44~45%が医師と看護師の対応を不安対象にあげた。

調査は3年ごとに行われ、今回は層化無作為抽出した一般病院(500施設)を利用する患者を対象に05年10月に実施、外来11万2,719人、入院6万9,900人から有効回答を得た。

医療安全については、「不安になることはなかった」は外来が59.0%、入院が59.1%。「不安になった」は外来19.0%、入院22.7%。内訳は「医師や看護師などの対応で不安になった」が外来44.0%、入院44.7%とともに最多であった。

●今後の治療・療養の希望(入院患者) 今後の治療・療養の希望は、「完治するまで入院していたい」が53.8%、「通院しながら治療・療養したい」が17.4%、「(定期的な訪問を受けて)在宅療養したい」が4.9%、「介護施設に入所したい」が4.0%。

●退院後の在宅療養の見通し(複数回答) 退院許可がでた場合の在宅療養の見通しは、「在宅療養できる」42.9%、「在宅療養できない」35.4%、「療養の必要がない」4.9%、「わからない」11.6%となった。

病院種別で見ると、特定機能病院では「在宅療養できる」が60.9%、「在宅療養できない」が17.3%だが、療養病床を有する病院では「在宅療養できる」が30.5%、「在宅療養できない」が47.9%となった。

●在宅療養を可能にする条件(複数回

答)

「在宅療養できない」者の在宅療養を可能にする条件は、「家族の協力」39.7%、「介護が受けられるサービス」30.7%、「療養のための改築など」27.0%という内容。

特定機能病院では「家族の協力」42.6%、「通院手段の確保」26.1%、「緊急時の病院や診療所への連絡体制」25.5%が多く、療養病床を有する病院では「家族の協力」39.2%、「介護が受けられるサービス」33.1%、「療養のための改築など」28.1%が多い。

●病院に対する満足度 外来患者の全体的満足度は「満足」が53.7%、「不満」が6.1%。

項目別には、「診療・治療内容」「医師との対話」「プライバシー保護」「診察時間」で「満足」が「不満」を大きく上回っているが、「待ち時間」は「満足」24.9%、「不満」30.3%、「診療等の費用」は「満足」15.3%、「不満」24.0%と比較的拮抗した。

入院患者の全体的満足度は「満足」が60.1%、「不満」が5.5%で、全ての項目で「満足」が「不満」を大きく上回っている。

「満足」が比較的多いのは「看護・介助など」65.3%、「診療・治療内容」61.7%、「医師との対話」60.2%。逆に「不満」の割合が比較的多いのは「食事の内容」16.4%、「病室・浴室等」の14.1%となっている。

### 「2005年受療行動調査の概況」(要旨)

●病院を選んだ理由(複数回答) 外来では「かかりつけ医だから」という回答が40.9%と最多。入院では「医師に紹介されたから」が39.7%と最も多い。

外来では、特定機能病院と大病院で「紹介」や「専門性が高いから」が多い。中・小病院および療養病床を有する病院では「かかりつけ医だから」や「交通の便がよいから」が多かった。

入院では各種病院で「紹介」が最多だったが、小病院では「かかりつけ医」が最も多かった。

●ほしいと思った情報(複数回答) 外来患者のうち、病院を選ぶにあたって情報が「ほしいと思った」のは54.8%。その内容は「医師の専門分野・経歴」54.4%、「夜間・休日診療、往診・在宅医療の有無」48.4%、「安全の取り組み」46.6%の順。

入院患者で情報が「ほしいと思った」のは48.2%で、「入院に必要な経費」54.6%、「医師の専門分野・経歴」53.4%、「治療方法、治療実績」48.4%という順。

●医療安全について不安になったこと(複数回答)

通信員特集 06年度診療報酬改定に思う一現場からの検証報告

2006年度の制度改正と診療報酬改定の影響が本格的に表われつつある。制度改正と改定に翻弄される医療現場の実態報告を、会員病院のスタッフからなる通信員にお願いした。中医協では有識者がデータに依拠した検証作業に着手している。しかし、数字はマクロ

的な検証を可能とするが、ミクロ一改定影響を受け止める患者を含む現場の実態は、無数の証言を積み上げる中で読み取るしかない。それに向けた作業の一端として、通信員の声をお届けする。

# 算定制限、人員不足等06年改定の影響は深刻

## 急性期病院●混迷する看護現場！

戸塚共立第1病院 副院長 認定看護管理者 岩淵泰子

### 今改定で看護師争奪に拍車がかかり、質の低下を懸念。教育と環境整備が鍵



今、看護界では新卒看護師の離職問題、基礎教育年限に関する事、准看廃止問題など多くの課題がある。

これらについては今年度の日本看護協会通常総会においても議論された。中でも准看問題がなかなか解決しないことについては、少し歯がゆく思っている。

日本医師会会員は16万人、これに対して日本看護協会会員は57万人と3.6倍の開きがある。解決に向けて少しずつ進んでいっているが、時間がかかりすぎているのではないだろうか。

看護協会会員は人数こそ多いものの、団結力の弱さを感じざるを得ない。我々看護管理者は、看護師一人ひとりが問題意識を持てるよう育成する義務がある。それがスタッフを守ることであり、患者(国民)の安心に繋がる。

現状はどこの施設も「多忙」の一言であろう。忙しさは思考能力を半減させてしまう。管理者は、早急に、余裕のある看護を提供できる環境を整えることが責務である。

いろいろ課題がある上に、それに拍車をかけたのが今回の診療報酬改定である。

急性期病院の健全経営には入院基本料10:1以上を必要とするが、それを上回る7:1が新設された。13:1では点数が下がり、急性期医療は難しい状況である。それゆえ、10:1のところは7:1へ、それ以下のところは10:1へとランクアップを志向し、まさに看護師争奪戦が始まった。

2006年度診療報酬改定は医療の質向上と謳われているが、医療費抑制が主眼であろう。マイナス3.16%と過去最大の下げ幅であるが、その中でも看護は高く評価されており、喜ばしい。

しかし、看護師を確保するのは至難の業となった。ある病院では高額な支度金を出すなど論外な状況が起きている。また、公的な病院でも給料5%アップやボーナスの割増しというキャッチ

フレーズで募集するなど、看護師売り手市場になっている。

これは異常な現象ではあるまいか? 看護師にとっていい状況とは言えない。中には金銭面だけで移動する看護師もあり、質のよい看護師が減少するのではないかと懸念される。

病床を削減する考えは承知しているが、今の状況はどこの病院も質より経営が重要視され、質の良い看護師というよりも、免許証がほしいという状況が伺える。

入院基本料7:1を届け出た病院は、すでに約300施設あるという。当院も9月1日付けで何とか届出することができた。看護師募集に苦慮したが、幸いにも退職者が少ないことが功を奏した。

キャリア開発ラダーや目標管理の徹底で看護師の質は向上してきたが、正直なところ、今回は「来るもの拒まず」という考えで看護師を増やした面がある。質が若干下がったのは否めない。

しかし、今回の改定をチャンスと捉え、ゆとりある看護を提供できるよう、もう一度、基本にもどり教育をしなければならないと考える。

当院は7:1によって月々1,200万円以上の増収になる。これを職員の教育費に還元し患者の満足につながるようにしたいと思う。

吉村伯太氏は、「今後、健全経営を維持し、患者、そして医療職に選ばれる病院になるためのキーワードはズバリ「看護管理」である」と言っている。それには、実情に合わせた適正な看護師配置を確保することが第一歩であるといえる。

当院は開設当時よりPPC方式(症別傾斜管理)を実践していたため看護配置に苦労はなかったが、諸外国に比べれば、日本はまだ看護師数は少ない状況である。

今後も配置が厚くなるのは必至であろう。そのようなことも視野にいれ、魅力的な教育、環境を整備し看護師の定着を図り、手厚い看護の充実を目指したい。

く支えあわなければ1歩も進めない。療養病床削減の結果、医療難民の出現というが、特定職以外の失業者も発生するのではないかと懸念される。

当院では、病床単位での介護保険移行や参酌標準範囲での転換、院内の介護保険病棟の指定疾患や医療依存度(介護療養でもIVHなど有り)の高い人の転棟も含めて対応策を検討した。

しかし、上記のような機能を持つ当院は地域の中でも重要であるという点、従来から病床利用率は高く、結果の医療行為が実施されている点、さらに、今一步の努力で区分別支払い方式に対応し得るということで、経過をみることにした。

臨床的合意としては、①今後の入院基準を明確にする、②具体的に今までと変わる点を示す、③介護保険病棟と柔軟な連携を強化する、この3点を医活委員会(役職レベル)で周知した。

さて、病棟の実態である。まず、事務職員が区分評価表をEXで作成し、医局にB-uPを置き、医事課と病棟をランで結んだ。次に、目標を医療区分Ⅱ・Ⅲで80%とした。

看護配置は3.5対1(旧)、介護は3.1対1クランク1、夜勤は看護1+介護1。医療行為は表1に区分Ⅲのみ示した。

短期間で治療効果を出さなければならぬために治療密度は高まった。そ

の結果、患者様側の問題点として、一時的ではあるが皮膚発赤、保清レベルの低下、バルーンの増加、離床やQOLが低下した。

職員側の問題としては、看護業務の増加、特に夜勤の負担と緊張が高まった。これらを解決するため、医活委員会が全職種の協力と備品の追加購入、さらに、9月より夜勤看護職員をパート職員で1名追加した。これは他の病棟よりの移動である。看護部長も常に問題を整理し、提起や改善を進めている。

表2のとおり、区分の目標は到達した。だが、前年度比1人1日-2,000円強という結果であった。

適切な医療を提供し、人を増やし、設備を整え、自己努力をしている医療機関が医療保険制度改革の中で持続可能なのか。国の示す「病態・ADL・看護必要度に応じた評価報酬」という体系は過去の出来高で顕著化した問題を再現するのではないかと不安を感じた。

「医療費の適正化」という課題に対しては入院期間の短縮が最大のポイントであるが、高齢者の快復に要する期間がEBDとして適正に評価されているのか、残念ながら知り得ない。

表1 医療区分Ⅲの内容

項目	日数
3	159
4	100
8	109

表2 医療区分の割合

区分	7月	8月
I	8%	15%
II	64%	66%
III	28%	19%

## リハビリテーション●06年度改定の功罪！

適寿リハビリテーション病院リハビリテーション部科長(理学療法士) 栄 健一郎

### 医療と介護に隙間。さらに密な連携が必要 4月後の外来リハ継続は40%。訪問リハへの移行が困難



本院はリハビリテーションの専門病院として18年運営を続けている。現在83床、全て回復期リハビリテーション病棟であり、PT16名、OT16名、ST5名、MSW4名が在籍している。

入院、外来の他に、訪問看護、訪問リハ、福祉用具貸与事業所、地域包括支援センターなど、地域のニーズに合わせて対応している。

こうした状況での06年改定前後の本院の取り組みを、私見をまじえ述べる。

#### ●リハ施設基準・回復期リハ病棟基準の変更

2006年度改定でリハビリテーションの施設基準は疾患別に再編成されたため、本院も総合リハB施設(面積が狭く人員配置が手厚い基準)から、「脳血管リハ」「運動器リハ」「呼吸器リハ」のそれぞれ基準Iを取得した。新基準では面積要件が緩和され、人員配置を手厚くするよう求められたため、本院にとってはむしろ取得しやすい条件となった。

回復期リハ病棟基準では、入院要件が「発症(又は手術)から3ヶ月以内」から「2ヶ月(又は1ヶ月)以内」に短縮され、入院日数上限も一律180日から、状態ごとに90日~180日に短縮された。

発症後、より早期の入院となるため、回復期リハ病棟では医学的管理の必要度が増す一方、入院日数上限短縮により、入院後直ちに退院先を決める必要に迫られることになる。

#### ●リハビリテーション料の算定日数上限の設定(外来リハの変化)

今改定で疾患別にリハビリテーション料の算定日数上限が設定され、発症日

から最大180日までとなった。それに伴い、06年4月以降も外来リハを継続できた患者は、全患者中40%であった。外来リハを終了した患者の多くは、介護保険での通所サービスへ移行できた。

#### ●訪問リハの制限

外来リハ終了患者のうち、通所サービスの利用が困難な患者など、訪問リハへの移行をすすめたケースもあった。しかし、訪問リハはサービス事業所が必要に比べて少ないだけでなく、同年4月の介護報酬の改定で「訪問リハが訪問看護の件数を上回ってはいけない」とされたことも影響し、受け入れ先がなかなか見つからない状態であった。結局、訪問リハに移行できたのは全患者のうち1%であった。

#### ●利用者の反応

これらの状況の中、外来リハ通院患者は不安と不満を訴え、「私に死ぬということか!」と怒りをあらわにされる方や、外来リハを継続できた患者からも「私はいつまで続けられるの?」と不安の声が聞かれた。

それでも反発ばかりではなく、以前から通所サービスを薦めていた患者が、「法律が変わったならしょうがない」と意外にあっさり通所サービスへ切り替わる方もいた。中には、障害者対応の水泳教室やスポーツジムへ通い始めた方もおり、改定を機に視野と活動範囲が広がり、外来リハへの依存度が軽減した患者もいる。

改定から半年経った現在、外来リハ以外の方法で身体機能を維持している方がいる一方で、8年間維持していた膝の拘縮が5ヶ月で悪化して、外来リハを再開した患者もいる。

## 慢性期病院●06年7月ショック！

八王子保健生活協同組合・城山病院 看護部長 山田和子

### 病棟運営改善で成果も収入は大幅減 医療区分は出来高“禍根”の再現にならないか不安



昨年より落ち着く暇もない。介護保険改定が10月に施行、今年4月に追加改訂され、そして7月の診療報酬改訂と、その都度ショックを受けている。そうした中で迎えた7月、8月の看護現場の状況などについて報告する。

当院は209床全てが療養病床で、医療療養は35床1単位、他は介護療養4単位である。今年6月迄の医療療養平均在院日数は65日程、病床利用率97%、まさにフル回転であった。療養病床としては忙しく、かつ結果が見える活気のある病棟で、入院経路は自宅、急性期病院、地域施設よりの入院とほぼ3分割。

疾病は、基礎疾患の憎悪や2次の疾患の発症、急性期治療に続く継続的加療やリハビリ。それらの改善後に生活ステージへつなげて来た。また、それらはチーム医療の中で各職が連携を取り、きめ細やかに対応し、約2ヶ月程度の期間を要していた。

そもそも、高齢期の持久力や回復力を成人や壮年期と等しく決めるのは無謀な論理である。それが急性期では同じ在院日数であるため、療養病床は後方支援という大きな役割を果たしてきた。

だが、06年7月改訂では、このような病院機能は存続がゆるぎされないのである。患者様や職員を乗せている病院という車は、医療と経営が両輪のごと

通信員特集 06年度診療報酬改定に思うー現場からの検証報告

# それぞれに葛藤と苦悩。だが、それでも諦めない!

## ●医療と介護の隙間

06年改定以前、「回復期リハ病棟→外来リハ→通所・訪問サービス」の流れの中で、医療的な支援として入院・外来で専門的なリハビリテーションを行い、医療的な支援の必要性が低くなるにつれ、介護保険による生活支援重視のサービスへ移行をすすめていた。

改定後、「回復期リハ病棟→外来リハ→通所・訪問サービス」の流れは変わらないものの、リハ算定日数の上限が設定されたことで、入院・外来リハの関われる日数は大きく変化した。

例えば、脳卒中患者の場合、急性期病院で1ヶ月、回復期リハ病棟で4ヶ月過ぎると、外来リハを受けられる期間

は約1ヶ月となり、このリハ算定上限日数内に適切な介護サービスへつなぐことが求められている。

「何か起こってからの医療サービス」と「病気が安定してからの介護サービス」だけでは、医療と介護に隙間が生じることがある。障害を持った人が自分の体と折り合いをつけながら、安心して生活を続けていくには、身体や病気が不安定になったときに、素早く元の生活に戻るための、隙間を埋めるサービスが必要である。

06年改定によって、その隙間が大きくなるように、医療と介護がこれまで以上に密に連携し、生活を支え続けなければならない。

直面して愕然とした人々がやってくる。医療保険でも介護保険でも切り落とされ、自己負担が増えすぎてあきらめざるを得なくなってしまい、そんななかで、日々、患者さんや家族の状況は悪化していく。医療相談員に何ができるか。自問する。

ひとつ答えがある。あきらめないこと。あきらめない医療者の力をなんと

か合わせるしか道はない。「生活をすする」という目標が平気で踏みじられるような現実の中で生き抜く方策を探し続けながら、こんな現実はなんとしても変えなければならない。

私はあきらめずに、これからも相談室のドアを開ける。そして、あきらめずにこれからもドアが叩かれ続けることを祈るだけである。

## 病院経営●療養病床の救済措置!

医療法人社団康明会常務理事 法人本部事務局長 遠藤正樹

## 前年同月比15.1%もの大幅減収

提案。入院後90日間は「2」を算定、国への返済は最大30年に



昨年の衆院選での小泉内閣の大勝以降、社会を揺るがす事件が相次いで報道された結果、国民は肝心の年金問題の行方、医療制度改革法案の詳細を知るすべもないまま、小泉内閣下の官僚の手で矢張り早くに制度改革が進められた。

そして、少子・高齢化による財源問題だけを根拠に、医療・介護現場の実態と乖離した、病床廃止・削減を意図する診療報酬改定が行われたのである。

今回の診療報酬改定は、政府が介護保険制度施行時に、医療保険と介護保険の2つの枠組を持つ療養病床のすみわけを行わなかったという制度設計のミスを棚上げして、社会的入院解消と医療保険財源問題という美辞麗句で、医療現場はおろか国民を欺いた改定と言っても過言ではない。

7月からスタートした医療区分に基づく入院基本料算定では、全ての療養病床を有する病院で大幅減収となった。当院でも前年同月比15.1%も減収、日当点では1人当たり238点減という結果である。

また、多くの療養病床を有する病院では、急性期病院からの継続医療とケア、初期治療、リハビリテーション、終末期、在宅復帰支援の機能を重視してきたが、今回の医療区分やリハビリテーション算定上限の導入は、これまでの医療機能分化を遮断し、地域医療連携に大きな影響を与えている。

さらに、今回、言わば療養病床不要論が唱えられたことにより、懸命に現場で働く医療者の動揺と怒り、そして、問題山積の医療区分算定により、受け皿もないまま行き場をなくすこととなった多くの患者・家族の不安は計り知れない。

先般、参議院における付帯決議として「医療区分の速やかな調査・検証とその結果に基づく適切な見直しを行

う」ことが示されたが、ぜひ、これが適切に実行されることに期待する。

具体的には、医療療養病床入院後90日については、医療区分2で算定可能にすることとされたい。わが国が培ってきた独自の医療機能分化における重要な療養病床の機能を継続するために、90日の猶予を療養病床の現場と患者・家族に付与することで、多くの患者と家族は救われることになる。

また、医療制度改革法案の審議過程から、患者・家族や病院に対し救済にも値しない体裁だけの対応策が一人歩きしていたが、今回さらに、厚労省に療養病床の整理回収機構とも言える療養病床転換推進室が設置され、トータル3,000億円減を目標とした「地域ケア整備構想(仮称)」の策定が進んでいる。

療養病床を有する病院の8割程度は、1997年から2000年の間に療養病床を設置するために多額な負債を背負った。これは病院側の自己責任ではなく、政府が推進したものである。

今後、介護保険関連施設等への施設転換策が強行されれば病院は経営破たんし、現在入院中の患者・家族、在宅で過酷な介護を受けながら待機している多くの方々の行き場も失われることになるのである。

そこで、政府の旗振りにより療養型病床群の設置に要した多額な借入金の返済については、施設等への転換を進める上でも、厚労省は政府の責任において、福祉医療機構の返済期間を現行の最大20年から30年に延長する救済措置を行うことを提案する。

多くの療養病床が経営破たんし多額な貸出し額が焦げ付くよりは、はるかに有効な手段ではないか。何らかの施設転換をせざるを得ない事態において、若干でも資金繰りを好転させ、次なる世代へ向けた高齢者医療・介護施設転換や在宅医療を展開する上で、最優先の対策であると考えている。

## 患者支援●辛いリハの算定日数制限!

庄内余目病院医療相談室主任(MSW) 長谷川俊喜

## 健康状態悪化につながるリハの打ち切り

相談に乗る我々も藁をもつかみたい心境。だが、諦めない

医療費は国の財政を圧迫していると考えられている。そう考えている人たちによって医療制度がさまざまに改変されていく。改変することの目的は、もちろん国の医療費の節約である。国の医療費を節約するためのさまざまな方法が編み出されている。結果、必要な医療を受けられなくなるという事態が生じる。

今まで受けていた医療が突然受けられなくなって途方に暮れる患者さんやその家族が、医療相談室のドアを叩く。わらにもすがりたい気持ちで訪れる人々を前にして、結局は、現在の医療制度のなかでは医療相談員の力ではどうにもならないことの方が多く、相談員自身が、わらをもつかみたい気持ちになる毎日である。

今年の4月から施行されたリハビリテーション医療に対する診療報酬の改定は、リハビリテーションに関わる医療者とリハビリテーション医療を必要とする患者さんの双方にとってははかりしれない打撃である。

リハビリテーションは、起居動作や起立歩行、上肢機能、嚥下機能、コミュニケーション能力などの訓練を行い、日常生活動作能力や職業技術などの向上と維持をめざし、それぞれ専門の療法士がひとりひとりに合ったプログラムをたてて行う。

あるリハビリテーション医に、リハビリテーションの目標は何かと聞いたところ、彼女は、「生活すること」であると答えた。生活の目標はひとりひとり異なる。だから、リハビリテーションの目標もひとりひとり異なるはず

である、と言う。

では、その目標達成までにどれだけの期間を要するのだろうか? これもひとりひとり異なる。たとえ疾患や障害の程度が同じでも、目標が同じとは限らないのである。さらに、ひとつの目標を達成したら、また、新たな目標を設定して歩み続けるのが人間である。そのためのリハビリテーションも必要となるのだ。

今回の診療報酬改定によって、医療機関で行うリハビリテーションが心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器の4つの疾患群に分けられ、それぞれ発症から起算して150日、180日、150日、90日と制限が設けられた。

この日数を超えると医療保険が適応とならず、リハビリテーション医療は打ち切りとなる。目標達成までの期限が決められてしまった。達成されてもされなくてもおさまらなものである。つぎなる目標を設定することも不可能となった。

リハビリテーションの打ち切りは、せっかく獲得した機能の低下や合併症の併発を招き健康状態の悪化につながると、現場の療法士の大多数が主張する。それは当然のことであろう。血圧の薬が必要な人から血圧の薬をとりあげたらどうなるか。眼鏡が必要な人からそれをとりあげたらどうなるか。生活を維持できるのは最大180日まで、そんな医療がまかり通ろうとしている。

医療相談室のドアは今日も叩かれる。健康と生活を維持するために医療や福祉が必要になっても、十分どころか全く利用することが出来ない現実

# 複雑な時代こそ、柔軟な発想を。資産管理の専門家が緻密なプランを構築します。

お医者様の皆様の本質的なニーズにお応えするために。プライベート・バンクだからできる、革新的ソリューション。

140年にもおよぶ日本での歴史、76の国と地域に9,500の拠点\*1をもつ、世界有数の金融グループHSBC。そして、日本において10周年を迎えたプライベート・バンキング部門。その幅広い専門知識と豊富なノウハウに支えられた柔軟な発想で、お客様の資産を次の時代へと引き継ぐ、たしかなステップをご提案しています。

香港上海銀行 プライベート・バンキング部  
〒103-0027 東京都中央区日本橋3丁目11番1号HSBCビルディング  
個別相談のお申し込み、お問い合わせは **0800-888-0006** (平日9:00~17:00 (土・日・祝日を除く))  
**pb.doctors.tky@hsbc.co.jp**

\*プライベート・バンキング本来のサービスをご享受いただくため、お預けいただく金額等に基準がございますので、詳しくはお問い合わせください。\*1:2006年3月現在

HSBC Private Bank



# 民間健康事業者が保健事業に参入意欲

## 特定健診・特定保健指導 08年度開始の保険者による健診・保健指導準備で検討会

厚生労働省保険局長が主催する「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」の初会合が8月30日に開かれ、事務局案にもとづいて、2008年度の特健健診・特定保健指導実施に向けた保険者における準備手順と実施ルールに関する議論を開始した。

08年4月1日施行の「高齢者の医療の確保に関する法律」で、国保、健保組合ほかの医療保険者には、40歳から75歳未満の被扶養者を含めた加入者に、糖尿病等の生活習慣病に着目した健康診査(特定健診)と保健指導(特定保健指導)を、計画を定めて実施する義務が課せられた。

老人保健法にもとづく基本健診は廃止され、健診項目も内臓脂肪症候群に絞られ、簡素化される。生活習慣病以外の健診や各種の相談は健康増進法などで対応することになる。

実施にあたって、国は特定健診と特定保健指導に関する基本指針をつくり、目標を明確にする。指針にもとづいて保険者も、5年を1期とする実施計画をつくること決められた。

検討会で厚労省は、07年3月に基本指針案を提示するとともに、目標として、

①保険者における健診と保健指導の各受診率(または結果把握率)、②内臓脂肪症候群該当者・予備群の減少率を用いる考えを明らかにした。

その上で、医療保険者は、特定健診等の結果を加入者に提供かつ電子保存し、さらに、実施結果や内臓脂肪症候群の該当者・予備軍のデータを支払基金に報告する義務を負わされた。

これらデータについて、厚労省は、制度開始後の3年間は集計値のみとしたが、4年目以後は匿名化された個票も報告させる方針を明らかにした。

この結果、データから将来の医療費を読み取るとともに、特定健診等の効果を評価することが可能となる。国と都道府県は、特定健診等の取組状況と医療費の状況等を全国さらには都道府県単位で分析し、公表することになる。

一方、支払い基金には、特定健診と特定保健指導の実施率や内臓脂肪症候群の減少率などを基に、保険者が負担する後期高齢者支援金に10%の範囲内で加算・減算措置を講じる権限が与えられる。

こうして、特定健診等の実施体制には、市町村を含む各保険者に賞罰を与える仕組みが加えられ、医療費適正化計画の一環に組み込まれた。

そして、類型ごとに「事業者数、事業者毎の保健指導に従事する保健師・管理栄養士等の数や保健指導対象者の数など調査を行う」必要を提起。将来的には「各都道府県の保険者協議会が定期的に調査・把握する」という案を、厚労省は検討会に示した。

その上で、受託事業者の調査方法を類型ごとにモデル化した。その中で、民間企業型については、①国は日本経

団連等に保健指導を行う意向のある企業の状況把握を依頼、②都道府県は地域の経済団体等に企業の状況把握を依頼する、といった具体案を例示している。

同様に、受託意向のある事業者の調査・推薦機関として、日本総合健診医学会、日本人間ドック学会、日医、日看協、日本栄養士会等を例示し、調査票のサンプルまで示した。

### フィットネスクラブなどが特定健診等に参入か

企業参入を前提にした特定健診・特定保健指導という規制緩和策を、産業界は官給保健事業への参入機会として歓迎している。

今年4月に日本経団連は健診・保健指導のアウトソースに関する提言を発表し、保険者によるアウトソーシングを推進する上で民間企業起用の機会が広がるようアウトソース先の評価基準を定める中で、「施設や有資格者に関する基準が過重になることは、アウトソース先の自主性・多様性の阻害につながり望ましくない」と主張した。

さらに、8月11日にはヘルスケア産業部会の名で、「各地域の公民館や、民間施設等の生活に身近で人が多く集まる場所を活用した健診(事業)」などを提案、厚労省に提出した。要望活動を展開したヘルスケア産業部会には、フィットネスクラブ等の健康事業を展開する一部上場企業が名を連ねており、その部会長は当検討会の委員に就任している。

都道府県に対する7月10日の健保法等改正施行準備説明会で厚労省は、特定健診の受診率目標を08年度で60%以上、15年度には80%と、現在の職域健診の実績値に匹敵する高い水準に設定する考えを明らかにした。接客サービスと顧客管理に力けた民間企業のマーケティング力を踏まえたかのような強気ぶりである。

検討会に提示された厚労省の案では、保険者はアウトソーシングを含む事業実施方法を07年4月から6月にかけて検討し、08年4月に健診・保健指導機関との外部委託契約あるいは他保険者への委託契約を締結するという日程となっている。

前出「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」によると、保健指導実施者は医師、保健師、管理栄養士等となっている。委託先事業者の管理者も医師、保健師、管理栄養士とされ、一定の研修の修了者で、常勤の者などとされている。

看護師をどうするかについては、検討会でもかなり紛糾したが、現時点では否定されている。

このプログラム(暫定版)は06年度後半に国が複数県で実施する準備事業の結果を踏まえ、07年度に確定版が示され、08年度から施行される。

検討会は来年1月までに3回ほど開かれ、保険者における実施体制の諸問題を検討する。

なお、当協会からも役員を出している日本人間ドック学会(奈良昌治理事長)は、同学会会員施設の医師、保健師、看護師、管理栄養士、事務局等健診事業関係者を対象に、特定健診・特定保健指導に関する説明会を10月17日に東京都内の日比谷公会堂で開催する。

### 外部委託先事業者に5類型、保健指導から看護師は除外

検討会に厚労省は、特定健診・特定保健指導の実施方法や評価方法等を検討する諸課題を提起したが、その中で、特定健診等のアウトソーシングをめぐる国と都道府県の支援体制が重要なテーマに位置づけられた。

特定健診においてフォローアップは必須となったが、財政事情が厳しい医療保険者に保健指導を担う保健師ほかの確保は難しいものがある。したがって、特定健診等の制度は外部委託(アウトソーシング)を想定して創設された。

8月4日に公表された「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」には「ア

ウトソーシング基準」が盛り込まれている。

アウトソーシングを行なう手順を整理した8月30日の事務局案は、保健指導事業者のイメージを、①健診機関型②病院・診療所型③民間企業型④保健師・管理栄養士起業型⑤市町村型と5通りに類型化してみせた。

保健師・管理栄養士起業型とは「保健師、管理栄養士等が起業してNPO法人等を立ち上げ」た場合を指し、民間企業型は「産業保健の分野で保健指導を実施している企業」と「健康関連サービス業種等の企業」を想定している。

## 4、5月の医科医療費は前年同期比0.7%減

### 医科改定率の倍。大学病院は堅調、公的病院に影響大

9月6日の中医協総会に事務局(厚労省保険局医療課)は、この4月、5月の医療費動向(速報)を報告した。

2006年度改定直後(4、5月)の医療費(医科)は前年同期比で-0.7%となった。

受診延日数(患者数)は-1.9%と大きく落ち込んだが、1日当たり医療費は1.2%と微増した。制度改正や改定の影響がなかった05年度の対前年度伸び率は2.3%。両者の差は3.0ポイントなり、伸び率ベ

スの下げ幅はかなり大きいものとなった。

#### ■概算医療費の伸び率

		2005年度(対前年度比)①	06年4~5月(対前年同期比)②	差②-①
医科計	1日当医療費	2.9%	1.2%	▲1.7%
	受診延日数(患者数)	▲0.6%	▲1.9%	▲2.5%
	医療費	2.3%	▲0.7%	▲3.0%
入院	1日当医療費	2.4%	0.9%	▲1.5%
	受診延日数(患者数)	▲0.2%	▲0.9%	▲0.6%
	医療費	2.2%	0.0%	▲2.2%
入院外	1日当医療費	3.1%	0.7%	▲2.4%
	受診延日数(患者数)	▲0.7%	▲2.1%	▲1.5%
	医療費	2.5%	▲1.4%	▲3.9%
経営主体別				
大学病院	1日当医療費	3.5%	2.7%	▲0.8%
	受診延日数(患者数)	▲0.5%	▲0.4%	0.1%
	医療費	2.9%	2.2%	▲0.7%
公的病院	1日当医療費	4.5%	2.6%	▲1.0%
	受診延日数(患者数)	▲3.3%	▲4.7%	▲1.4%
	医療費	1.1%	▲2.2%	▲3.3%
民間病院	1日当医療費	3.8%	1.9%	▲1.9%
	受診延日数(患者数)	▲0.8%	▲1.5%	▲0.7%
	医療費	3.0%	0.3%	▲2.6%

#### 04年度の国民医療費

## 国民医療費32兆円を突破。診療所の増加が大

このほど厚労省が発表した「2004年度国民医療費の概況」によると、総額は32兆1,111億円と前年度から5,737億円(1.8%)増え、32兆円を突破した。

国民1人当たりの医療費は25万1,500円と1.8%増加し、国民所得に対する割合も前年度の8.80%から8.89%へとわずかながらも増えた。いずれも1954年以降の最高値を記録した。

制度別には、医療保険等給付分が14兆7,514億円(構成割合45.9%)、老人保健給付分は10兆5,730億円(32.9%)、公費負担は1兆8,698億円(5.8%)、患者負担分は4兆9,169億円(15.3%)となっている。

医療保険のうち被用者保険は1.9%増にとどまったが、国保は7.7%も増加した。一方、患者負担分は0.6%減少した。

財源別にみると、公費分は11兆1,743億円(構成割合34.8%:対前年比1.8%増)、保険料分は15兆9,978億円(49.8%:1.1%

増)、患者負担は49,169億円(15.3%:0.6%減)となっている。

一般診療医療費は24兆3,627億円(構成割合75.9%:対前年比1.1%増)、そのうち入院医療費は11兆8,464億円(36.9%:1.1%増)、入院外医療費は12兆5,163億円(39.0%:1.2%増)、入院時食事医療費9,780億円(3.0%:0.4%減)となった。

病院の入院医療費は11兆4,047億円(35.5%:1.0%増)、同じく入院外医療費は5兆717億円(15.8%:0.8%減)。一般診療所は入院3.0%、外来2.6%と、それぞれ前年度から大きく増加した。

## 病院数、9,000割れ後も減少続く

医療施設動態調査(平成18年6月末概数)によると、6月末の病院数は8,978と前月からさらに19施設減少した。5月末に1980年以降初めて9,000の台を割

り込んだ後も病院の減少は続き、加速する気配すらみせている。

病院の中心は療養病床を有する病院で、33施設も減った。都道府県に対す

る届け出結果によるものであり、業務休止など事実上の廃院は全国でかなりの数に達していることが予想される。

病床数は6月末で162万8,735床と2,691床の減少。療養病床に限ると2,669床も減っている。

# 比国看護師受け入れ含むEPAを締結

## 連携協定 2年で看護師400名、介護福祉士が600名

政府は9月9日、フィリピンとの間に、看護師・介護福祉士希望者の受け入れを含む経済連携協定(EPA)を締結した。アジア欧州会議(ASEM)首脳会議が開かれるフィンランドで小泉首相がフィリピンのアロヨ大統領と会談し、署名した。国会の承認を経て来年の春に発効の運びとなる。

わが国のEPA締結は4ヶ国目。労働市場の一部開放を含む協定はこれが初のケースとなる。

日比間の協定は04年11月29日に小泉首相とアロヨ大統領の間で大筋合意に達したが、その後、協定案文の確定作業に2年近く費やしたことになる。

看護・介護分野での労働者受け入れに関しては04年の時点で基本的枠組みが作られている。

その後の交渉でフィリピン側は受け入れ条件の緩和を強く求めてきたが、わが国は「単純労働者の受け入れは求められない」と譲らず、基本的枠組み

を変えずに締結にいたった。看護師・介護福祉士希望者の受け入れについて厚生労働省は9月11日、当初2年間で1,000人を受け入れる方針を発表した。内訳は看護師が400名、介護福祉士が600名。臨時国会で批准されれば、比国内の募集を経て、来年4月から受け入れが始まる。(詳細は次号)

# 福岡県が県立全病院の民営化を実現

財政悪化から民営化を進めていた福岡県の県立病院は、残る2病院の移譲先が決まり、2007年4月ですべての県立病院の民営化が完了することになった。

福岡県の県立病院は4つの一般病院と精神単科の計5病院。1993年から県立病院の経営改革に取り組んできた。しかし、患者数の減少などで5病院の累積赤字は2003年度末に約143億円に達した。

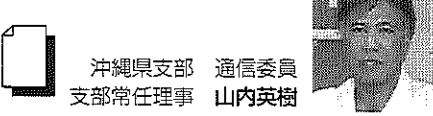
そのため、同県の行政改革審議会は

答申で県立病院の完全民営化を提言。麻生知事は民営化の方針を受け入れ、05年4月に2つの県立病院を地元医師会ほかに経営移譲したほか、精神科病院については経営を民間に委託する公設民営化方式を採用した。

残る2病院についても07年度をめどに委譲先の選定を進めてきた。その結果、このほど07年4月で民間委譲が決まったもので、全国初のケースとなった。

## 支部通信

### 支部理事宮城(信)先生が県医師会会長に就任



本年4月、沖縄県医師会に新執行部が誕生し、長年、我々の仲間として活躍されてきた、わが支部理事の宮城信雄先生が新会長に就任されました。宮城(信)先生、新進気鋭の県医師会会長誕生です。沖縄県支部としても、これを機に更に沖縄県医師会との連携を強化し、ともに沖縄県の地域医療に貢献したいと考えております。今後の大いなるご活躍を祈念したいと思います。

以下、宮城新会長の就任挨拶を全国の会員皆様にご報告いたします。

**沖縄県医師会会長就任の抱負**  
会長 宮城信雄

「信頼される医師会」を目指して医師

会活動を展開してこられた稲富洋明会長の後を4月より引き継ぐことになりました。私は沖縄県医師会の活動は医療の原点に戻り、「地域に根差した活力ある医師会」を基本にしたいと考えております。

地区医師会は日常診療や予防接種、学校保健等を通して地域住民や自治体と密接な信頼関係を築き上げてきました。県医師会は地区医師会と連携を保ちながらより一層スムーズに地域医療や地域での医師会の事業が展開できるように協力関係を強化していきます。沖縄県医師会は「幹幹病院」や「高度・多機能病院」構想に対して多くの提案をしてきました。この事は「県立病院のあり方」にとどまらず、沖縄県の医療の在り方が問われていたからです。

本県は離島・へき地医療や医師の偏在等数多くの難問を抱えております。私は医師会が中心になり琉大や公的病院を含めて問題解決のための提言を行っていくと共に、医療連携を柱とした「地域完結型医療」を定着させていきたいと考えています。

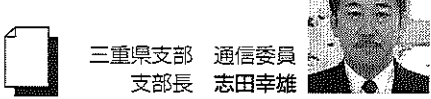
男性寿命26位ショックがありました。

女性1位の座も赤信号が灯っています。沖縄県は「観光立県」を目指し「長寿の島」「癒しの島」を売り物にしています。

「観光」を支えている医療や福祉がいかに大切か、「長寿の島」でなくなると「観光立県」にも陰りが出、県民生活にも大きな影響がでてきます。

医師会として、保健・医療・福祉を通し沖縄県に、多くの提言をしていく所存です。

## 深刻な地域医療の状況をもっと訴えたい!



三重県は南北に長く、地理的、交通的に名古屋、大阪、京都といった大都市にも近く、医学部は国立大学が1校と、医師不足が大変深刻な問題になっています。

特に中南勢地域では、産婦人科医、脳外科医を確保できない公立病院が続

出しており、人口12万の我が町でも、3つの病院による救急医療・輪番体制の存続が難しくなりつつあります。

同時に、看護師不足も深刻で、厳しくなった看護体制を維持していく為、看護師の確保に大中小病院を問わず、四苦八苦しています。

療養病床の再編については、まだ様子見のところもありますが、将来的に老健施設等へ転換を見据えた病院、10月の複合病床廃止を控えて一般病床を確保した病院、医療療養病床1本でいく病院と、多様な選択肢を模索している現状です。

今後、2012年4月の介護療養病床廃止までの間に、夜勤72時間や病床区分の問題も含めて、各病院が「診療だけに集中できない」日々を続け、度重なる制度改革が様々なストレスを医療機関とその従事者へ与え続けていくことでしょうか。この責任を厚生労働省はどう考えているのでしょうか。

机上の空論だけでは地域医療の最前線では通用しないことを、全日病としても、もっと主張していかなければならないと考えます。

## 会務日誌

\*表記がない会議・会合はすべて東京開催

### 2006年8月

- 2日 広報・HP作成WG合同委員会
- 4日 病院のあり方委員会、四病協/医療保険診療報酬・介護保険合同委員会、同/医療法人会計基準策定小委員会
- 5日 第5回病院事務長研修コース(～6日)、四病協/医療安全管理者養成課程講習会第3クール(～6日)
- 7日 医療の質・問題検討委員会
- 17日 医療の質向上委員会
- 18日 会長・副会長会議、総務委員会、医療保険・診療報酬委員会、個人

- 19日 医療機関トップマネジネント研修(～20日)
- 21日 四病協/医療法人会計基準策定小委員会
- 23日 研究班会議
- 25日 病院のあり方委員会、四病協/「医療における未収金問題を考えるフォーラムディスカッション」
- 26日 第5回常任理事会・第2回理事会・第1回支部長会(札幌市)
- 27日 夏期研修会(札幌市)
- 29日 日病協/代表者会議
- 30日 四病協/総合部会、同/医療法人会計基準検討委員会

- 青森県 八戸平和病院理事長 濱田和一郎
  - 青森県 芙蓉会病院理事長 村上惇
  - 青森県 村上病院理事長 村上惇
  - 青森県 健生病院院長 長谷良志男
  - 青森県 嶋海病院院長 淀野 啓
  - 青森県 浪打病院理事長 菊田一貫
  - 青森県 青森厚生病院理事長 石川惟愛
  - 青森県 弘前脳卒中センター理事長 福田道隆
  - 青森県 増田病院理事長 増田尚紀
  - 青森県 ちびき病院理事長 間瀬 豊
  - 富山県 池田リハビリテーション病院院長 池田一郎
  - 静岡県 浜松南病院院長 飯田貴之
  - 兵庫県 岡本病院理事長 岡本信洋
  - 鹿児島県 春陽会中央病院理事長 上園春仁
- 3名の退会が報告され、在籍会員は2,187名となった。

- 埼玉県 所沢ロイヤル病院 新規
  - 福岡県 水戸病院 更新
  - ◎複合病院
  - 岩手県 盛岡繁温泉病院 新規
  - 秋田県 土崎病院 更新
  - 【Ver.4.0】
  - ◎一般病院
  - 東京都 昭島病院 新規
  - ◎複合病院
  - 岡山県 岡山第一病院 新規
  - 沖縄県 西崎病院 新規
- この結果、認定証が交付された会員は648病院となった。

## 第2回理事会・第5回常任理事会の詳細 8月26日

- 主な協議事項
- 新会員の入会(敬称略・順不同)以下の入会が認められた。
- 青森県 梅村病院理事長 梅村芳文
- 青森県 十和田第一病院院長 佐々木泰二
- 青森県 渡辺病院理事長 福島彬裕

- 主な報告事項
- 7月24日付で以下の8会員病院に病院機能評価認定証の交付が決まった。
- 【Ver.5.0】
- ◎一般病院
- 大阪府 牧病院 更新
- ◎療養病院

【訃報】  
塚田恵一理事(茨城県支部長・医療法人財団県南病院理事長)が9月8日に亡くなられた。享年77歳。  
1993年4月に理事選出後6期にわたり理事として本会の発展に貢献、2001年には会長表彰を受賞した。  
また、1988年に土浦市医師会会長に、94年に茨城県医師会副会長に就任するなど、地域医療の発展にも多大な足跡を残した。

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

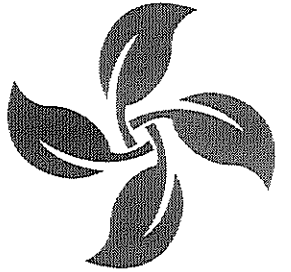
- 病院向け団体保険制度
  - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
  - 医療施設内包括機械保険
  - 居宅介護事業者賠償責任保険
  - 現金運送・盗難保険
  - 医療廃棄物排出者責任保険
- 従業員向け団体保険制度
  - 勤務医師賠償責任保険
  - 看護職賠償責任保険
  - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

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



# プログラムが確定。メイン企画に関心高まる



## 徳島学会 事前登録は9月29日まで。武見参院議員も参加

11月3日、4日に徳島市で開催される第48回全日本病院学会徳島大会(手束昭胤学会長)のプログラムが確定した。

自民・民主の国会議員を招いた討論「明日の医療のために国は何をすべきか」、国立病院機構、自治体病院、民間病院の3者で病院経営戦略を展望する「病院の明日を拓く」、厚労省担当官と療養病床関係者が公の場で議論する「療養病床削減について」といった骨太の企画に、会員病院の関心が集まっている。

しかし、メインプログラム以外にも好企画は多い。開会式直後の特別講演Ⅰには日本医師会唐澤祥人会長が登壇、民間病院をテーマに、わが国医療の課

題を提供体制の側から概括する。それに続く特別講演Ⅱには厚生労働省松谷有希雄医政局長の出席が決まった。唐澤日医会長の講演を受けて、行政の側から、2007年以後の改革の道筋を提示すると思われる。

開催地徳島県は「生活習慣病先進県」、中でも糖尿病死亡率は全国トップで知られ、県は「健康徳島21」で具体的な数値を掲げて糖尿病患者の抑制を目指している。

そこで実行委員会は、特別企画として「糖尿病死亡率全国一位よりの脱却を目指して」と題するシンポジウムを組んだ。県医師会糖尿病対策班班長の島健二氏(川島病院名誉院長)から医師会

の取り組みを聞くとともに、徳島プリンスホテルの総料理長と管理栄養士を招き、サービス業の立場から栄養管理の実際をうかがう異色のプログラムとなった。

恒例のヤングフォーラムは「この難局を乗り切るための私の戦略」と題して、会員病院の若手経営者5氏による病院経営の意欲的な事例報告を基に、病床削減を乗り切るヒントを模索する。

副題は「武見敬三先生と直に医療提供制度を語り合おう」。武見敬三参院議員を招き、国の政策のあり方も俎上にのぼらせる意欲的な企画だ。

徳島学会は委員会が企画したプログラムが7件にのぼり、全日病学会史上

最高数を記録した。

「集中治療室(ICU)における安全管理指針検討作業部会」がまとめる安全管理指針を取り上げる「手術室における医療の質の確保」(医療の質向上委員会)および機能評価委員会の「これからの機能評価に期待すること」では、それぞれ会員病院を対象に実施した調査結果が報告され、議論に供される。

なお、事前登録は9月29日まで学会ホームページで受け付ける。

**第48回全日本病院学会徳島大会**

テーマ● 民間病院の明日を拓く、めざせ平成のルネッサンス

日時● 11月3日(金)・4日(土)

会場● ホテルクレメント徳島(徳島県徳島市)

学会長● 医療法人有誠会手束病院院長 手束昭胤(副会長: 徳島県支部長)

学会登録事務局(事前登録・演題募集に関する受付窓口)  
06-6348-1391 (株)ジェイコム  
学会ホームページ <http://aiha48.jtbcom.co.jp/>

### プログラムの時間割

■1日目 11月3日(金)		9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
第1会場	開会式	特別講演Ⅰ 日本医師会会長	特別講演Ⅱ 厚労省医政局長			特別講演Ⅲ 討論会「明日の医療のために国は何をすべきか」		シンポジウム 国立病院機構・公立病院・民間病院の3者によるシンポジウム「病院の明日を拓く」			
第2会場						日本医療経営コンサルタント協会シンポジウム 「医療制度改革の中での医療経営」		ヤングフォーラム 「この難局を乗り切るための私の戦略」			
第3会場						日本給食メカニカル協会シンポジウム 「新調理システムの現状と取り組み」		特別企画シンポジウム 「糖尿病死亡率全国一位よりの脱却を目指して」			
第4会場					一般演題	ランチョンセミナー				一般演題	
第5会場					一般演題					一般演題	
第6会場					一般演題					一般演題	

■2日目 11月4日(土)		9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
第1会場	シンポジウムⅡ 「療養病床削減について」					特別講演Ⅳ 「臨床法医学から見た虐待症候群」		閉会式			
第2会場	医療従事者委員会 研修会「コスト削減」				ランチョンセミナー	機能評価委員会 「これからの医療機能評価に期待すること」					
第3会場	医療安全対策委員会 「最近の動向と事例を用いたRCAの実際」				ランチョンセミナー 個人情報保護セミナー	医療の質向上委員会企画 「手術室における医療の質の確保」					
第4会場					一般演題					一般演題	
第5会場					一般演題					一般演題	
第6会場					一般演題					一般演題	

**プログラムの概要**

■11月3日(金) \*開会式は9時

特別講演Ⅰ 「民間病院の明日」  
唐澤祥人日本医師会会長

特別講演Ⅱ 「医療制度改革の今後」  
松谷有希雄厚生労働省医政局長

特別講演Ⅲ 「明日の医療のために国は何をすべきか」  
後藤田正純参院議員(自民党)  
仙谷由人衆議院議員(民主党)

シンポジウムⅠ 「病院の明日を拓く」  
～独立行政法人・公立病院・民間病院3者によるシンポジウム～  
矢崎義雄独立行政法人国立病院機構理事長  
邊見公雄赤穂市民病院院長  
河北博文河北総合病院理事長

特別企画 「糖尿病死亡率全国一位よりの脱却を目指して」

シンポジウム 島健二徳島県医師会糖尿病対策班班長、  
斎藤美二徳島プリンスホテル総料理長、  
長尾紀子徳島プリンスホテル管理栄養士、  
田中俊夫徳島大学教授

ヤングフォーラム 「この難局を乗り切るための私の戦略」  
～武見敬三先生と直に医療提供制度を語り合おう～  
武見敬三参院議員(自民党)、  
伊藤伸一医療法人大雄会理事長、  
小森直之なごじ病院理事長

美原盤美原記念病院院長、  
高橋肇高橋病院理事長、  
小山敬子医療法人大浦会理事長  
第7回人間ドック  
研修会 「新たな人間ドック・保健指導の方向性」  
山門實三井記念病院総合検診センター所長  
高橋英孝昭和大学公衆衛生助教授  
平野隆東京医科大学第一外科助教授  
池田聡池田病院副院長  
高橋秀理池袋藤久ビルクリニック所長

医療安全対策  
委員会企画  
機能評価委  
員会企画  
医療の質向上  
委員会企画  
ランチョン  
セミナー  
「個人情報保護セミナー」

事務長研修卒業生(大沢正行永生病院事務局長渡部寿直東小樽病院事務局長)  
「最近の動向と事例を用いたRCAの実際」  
長谷川友紀東邦大学医学部教授  
柳川達生練馬総合病院副院長  
「これからの機能評価に期待すること」  
鈴木紀之筑波メディカルセンター病院副院長  
清水敦子寿康会病院看護部長  
内藤誠二内藤病院理事長  
長谷川友紀東邦大学医学部教授  
「手術室における医療の質の確保」  
原田万里子水戸総合病院外科系病棟棟長  
島袋勉水戸総合病院手術部長兼麻酔科部長  
成松亮(株)NTTPCコミュニケーションズ  
足立雄平(株)システム計画研究所技術本部  
第1IGプロジェクトリーダー

## 医療経営人材育成事業06年度公募に採択さる

経済産業省の「(06年度)医療経営人材育成事業」に公募した当協会病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)の案が、採択5プロジェクトの1つに選ばれた。昨年に続いて2年連続の採択となる。

公募案件は①前年度事業で開発した標準テキストの改善と実証授業の実施、②新たなケーススタディ等教材の開発の2点。

当協会の案は、①については、当協会が7月に開講したトップマネジメント研修を実証授業として位置づけて経産省標準テキストの改善と実証を行なうとし、新たなケーススタディ教材としては、TQM、医療機関の事業再生、慢性期医療、在宅医療、広報活動の5テーマを開発する計画。

## 臨床指標を用いたアウトカム評価で講演会

医療の質向上委員会(飯田修平委員長)はメリーランド州病院協会のニコラス・マテス氏を招聘し、「臨床指標を用いた医療の質測定の実際・世界的な動向」に関する講演会(無料)を開催する。

ニコラス・マテス氏は、世界9カ国約2,000病院が参加するアウトカム評価事業(IQIP=International Quality Indicator Project)の国際マネージャー。

当協会は今年からメリーランド州病院協会との共同研究を開始したが、アウトカム評価に関心をもつ会員病院を

対象に、臨床指標を用いた医療の質測定の実際や世界的な動向を同氏に報告してもらうために企画したもの。

講演会は10月5日に、全日病事務局を置く東京都内のビルで開催される。会場の都合で少人数に限られるため、希望者は事前に事務局まで問い合わせるよう同委員会は呼びかけている。

当日は、講演会に先立ってIQIP研究会議が開かれる。前出IQIPに参加している会員病院等を中心とした技術的な研究打ち合わせだが、医療の質向上委

## 医療関係者のための夜間学習コース 国際医療福祉大学大学院 乃木坂スクール平成18年後期開講コース

●医療制度改革の全貌を学ぶー今、医療機関に求められる経営戦略とは?  
【講師】 唐澤祥人日本医師会会長 厚労省医政局・保険局・老健局、大江和彦東大教授 他  
【日程】 10/2~1/22の毎週月曜日 18:30~20:30(年末年始を除く)  
【受講料】 36,000円(全12回) \*全日病会員は30,000円。  
【会場】 東京サテライトキャンパス(乃木坂) \*大田原・小田原・福岡・大川でも受講可能  
【定員】 80名

●病院のIT化と経営戦略への応用ー医療機関CIOの養成  
【講師】 国際医療福祉大学 開原成允教授、高橋泰教授、阿曾沼元博教授 他  
【日程】 10/11~毎週水曜日(11/1を除く) 18:30~20:30  
【受講料】 50,000円(全14回) \*複数参加割引あり  
【会場】 国際医療福祉大学三田教室  
【定員】 20名

●医療福祉抑制の時代ー患者本位のマネジメントと挑戦  
【講師】 中島みち(ノンフィクション作家)、柏木とき江(筑波記念病院副院長兼看護部長)、村上保夫(榊原記念病院院長)、正木義博(済生会熊本病院副院長)、頭島潔(コムスン 常務取締役)、久常節子(日本看護協会会長) 他  
【日程】 9/28~12/21の毎週木曜日 18:30~20:30  
【受講料】 36,000円(全12回) \*全日病会員は30,000円。  
【会場】 東京サテライトキャンパス(乃木坂) \*大田原・小田原・福岡・大川でも受講可能  
【定員】 80名  
問合せ 乃木坂スクール事務局 Tel.03-3475-7710 Fax.03-3475-7709

員会では、関係病院以外にも関心がある会員病院は同席を認める方針。ただし、事前に事務局まで問い合わせるよう案内している。