



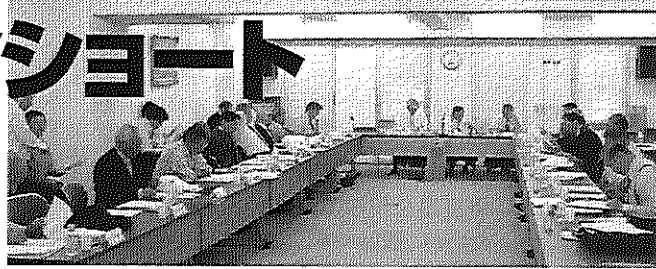
全日病 21世紀の医療を考える全日病 2006 ニュース10/15

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 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX(03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.650 2006/10/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

東京は6割強が赤字。半数が資金ショート

06年度病院経営調査 「民間病院(特に東京)の存続が不可能になる」



▲第7回常任理事会で06年度病院経営調査結果が報告された

10月14日の第7回常任理事会に報告された「2006年度病院経営調査結果」(本年5月対象・回答226会員病院)によると、会員病院の経営努力にもかかわらず、05年同月に比べ、医業収支率が0.7ポイント、総収支率が0.4ポイント悪化した。

とくに、東京では医業収支率98.3(総収支率98.1)と、04年同月と同様に再び100を大きく割り込み、しかも、04年時の98.7(99.4)よりさらに赤字幅が広がるといふ最悪の結果を表わした。

その結果、医業収支、総収支ともに赤字の病院が60%を超えた。さらに、推計キャッシュフロー率は、東京において、資金ショートを示す「0%未満」の病院が47.8%にも達した。都市部では赤字・資金難の経営が常態化する異常な事態を迎えている。

調査対象の5月は、まだ、療養病床に改定影響が生じていない。7月以降に深刻な影響が出ていることは必至であり、執行部は、今後、療養病床に関する調査を実施する方針だ。(8面に詳細結果)

う結果を示した。

これは、地域や病院種別を越えた全国的傾向を示すものだが、診療規模の縮減を構造的に迫る政策の下で、各病院が、外来患者の獲得でしのぎを削る状態に追い込まれ、職員を増員しつつも人件費単価を切り下げることによって辛うじて黒字を確保しているという、あるべき病院像と逆行する方向で改革の影響が表われていることを明示している。

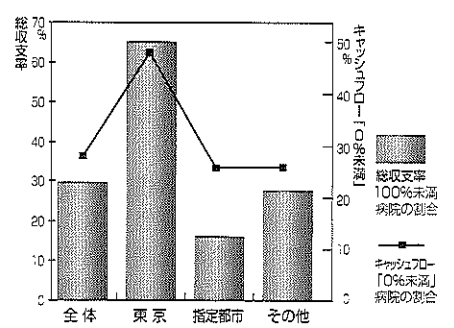
調査した5月の時点で、療養病床における病棟再編や患者移動が生じていない。また、看護配置やリハビリテーション等の経過措置などによって大きな変化を先送りしている。したがって、今調査結果が明らかにした経営収支は、06年度改定が想定する劇的な変化よりはモデラートなレベルにとどまっている。しかし、医療改革のしわ寄せが、どういった地域、規模、種別の病院を直撃しつつあるかを知る上で、きわめて示唆的な調査結果となった。

医療費抑制、病床削減の政策の下、

改定によって収支悪化を余儀なくされ、必死の経営努力によって次年に改善をはたすと、翌年、再び改定で悪化するという繰り返しが続いているが、都市部の急性期病院を中心に「もはや限界」という声が上がっている。

医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)がまとめた報告書は、「民間病院(特に東京)の存続が不可能になることが示唆される」と警告を発している。

■赤字・資金ショート病院の地域別の割合



執行部は療養病床に関する調査を予定

病床規模別では、200床～499床において赤字病院の割合は36.5%と1/3を超えた。100床未満でも1/3の病院が赤字におちいっており、小規模、大規模とわず、病院間格差が著しく進んでいることを物語っている。

05年、06年と続けて回答を寄せた同一病院(全国・全病床種別)による比較をみると、①入院患者数は変わらない

が外来患者数が微増した、②医業収入が若干増えてわずかながら収支率が改善した、③従業員数は増加した、④入院1人1日当たり金額は若干増えたが、外来1人1日当たり金額はほとんど変わらない、⑤従業員1人あたり給与はやや減少したが従業員当たり医業収入も減少した、⑥付加価値率は高くなったが、労働分配率は低くなっているとい

EPA以外にも受け入れ策を講じるべき

比国の看護師 海外看護師受け入れで全日病見解を機関決定



▲全日病見解を提起する西澤副会長

10月14日に開かれた第7回常任理事会は、フィリピンとの経済連携協定(EPA)締結によって実現したフィリピンからの看護師と介護福祉士資格取得希望者の受け入れについて検討した結果、看護師等の不足は構造的要因にもとづく長期的に続くという認識に立ち、EPA方式以外にも看護師等の海外からの受け入れを積極的に進めるべきであるとする全日病の見解を、全会一致で可決した。

看護師不足については、昨年12月に、2010年にマイナス1.1%(1万5,900人)の需給ギャップが生じるものの、離職対策強化や潜在労働力の再就業促進などによって概ね安定推移するという主旨の「第6次需給見通し」が策定された。

しかし、転職の志望、あるいは看護師にとどまる場合にも都会・大病院指向や夜勤回避の風潮、結婚・出産に伴う現役忌避など、生活観や人生観の変化にもとづく労働力供給の通減化は、今後、ますます強まるものと思われる。その一方で、急性期医療を中心とした、さらには介護や在宅医療における需要は増大をたどっている。これに加え、需要を短期に押し上げる7対1看護配置と配置基準の変更がひっ迫感を一挙に噴出させた。

9月20日の中医学協総会では、専門委員である古橋日看協副会長自らが需給ギャップを認め、「第6次需給見通しのやり直し」を主張したほどだ。こうした現場の求めに、厚労省は対応策を打ち出せないでいる。

比国とのEPA締結にもかかわらず、政府が看護師400名という狭い枠にこだわったために、病院関係者には「焼け石に水」という不満が強い。また、

少人数の枠をめぐって、国内の大病院中心に無用な駆け引きが生じることを懸念する声もある。

こうした事態に、西澤副会長は全日病のスタンスを明確にすべきであると議論を提起、機関決定が行なわれたもの。

全日病の見解は、①EPA方式とは別に海外から資格取得・就労希望の看護師を安定的に受け入れる策を講じるべきである、②資格取得に際し、当該

国の資格が日本の資格と同等水準にあることが認められれば何らかの互恵的措置を図ること、③国内で就労する際の待遇条件は日本人と同等であることを原則とすること、が骨子となる。

高齢化を背景とする慢性的な労働力不足に対して、政治的・外交的判断によってではなく、わが国医療の質の向上と患者への安心・満足の提供に資する観点から対応すべきであるという考えから、見解はまとめられた。

佐々執行部は、今後、厚労省等に当協会の見解を積極的に主張していく方針だ。

医療内容、療養場所、地域体制等多彩な意見

後期高齢者医療在り方特別部会 3月に診療報酬の基本的考え、1年後に骨格をとりまとめ

厚生労働省は、2008年4月に独立して創設される後期高齢者医療制度の診療報酬体系を議論する場として、社会保障審議会に「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」を設置、10月5日に初会合を開いた。

特別部会は、来年3月に診療報酬の基本的考え方を、夏から秋にかけて体系の骨格をそれぞれとりまとめる日程で開かれ、当面5、6回ほどは、現場関係者のヒアリングに時間を費やす日程を確認した。

水田保険局長は冒頭の挨拶で、「特別部会の考え方は本来の審議会に諮る」

と説明。前改定から実施に移した、社会保障審議会による意見書を経て点数づけを中医学協に委ねる方針で臨む意向を表明した。

初回とあって自由意見を述べ合ったが、終末期医療とくに「濃厚な医療」の是非や看取りの場所をどうするかというテーマが前面に出る一方、論点の絞りにくい意見も多く出された。

在宅看護に携わっている村松委員は、在宅での急変、入院、チューブを付けたままの早期退院、介護に苦慮する家族という実態を例示、「本人の意思が分からない中でチューブを入れてしま

う急性期医療のあり方も同時に検討すべきだ」と、医療の中身について問題提起した。

一方、川越委員(ホームケアクリニック川越院長)は、04年7月の介護保険部会意見書に記された「地域ケア」という概念を取り上げ、独居老人のがん末期などの場合に医師、看護師、ヘルパーだけでは支えられないと指摘、提供体制構築に向かう議論に期待を寄せた。

委員によっては理念面を強調したり、あるいは現場実態の報告に終始するなど、問題意識の方向や濃淡に違いをみせたまま議論は錯綜した。(3面に続く)

清話抄

先日、民間会社主催の臨床研修指定病院合同セミナーに参加した。

各大学医学部の学生たちに自院をアピールし、研修内容を説明することはなかなか大変だが、新鮮で、楽しいひと時であった。

地方の病院で医師不足が大きな問題になっているが、都市部でも筆者の施

設のような民間の中小規模病院では、非常に厳しい状況である。

今までは母校や、近隣の大学病院医局との良好な関係を構築してなんとか乗り越えてきた。しかし、今回の臨床研修必修化により医局からの派遣はこれ以上望めない。

一方で、さらなる医療の質向上を目指して現場は多忙を極め、今まで以上に優秀な医師が多数必要で、医師確保は看護師確保とともに、まさに病院の

生命線である。その様な状況なので、優秀な医師を自前で育てるために、臨床研修指定病院としての積極的な活動を推進している。

当日は、いくつかの県が多数の病院でチームを組み、大きくブースをだしており、さらに、当院のブースに説明を聞きに来たのは地方の学生が中心で、地方における現状の厳しさを再認識した。

このところ若手医師の開業志向が進み、毎年引退する医師とほぼ同数の医

師が開業するという。したがって、勤務医不足はこのままでは解消せず、病院勤務医たちはさらに疲弊し、悪循環に陥ると思われる。

療養病床の削減や、DPCへの対応が困難な急性期病院の整理が仮に進めば、医師数に少しは余裕が出るように思えるかもしれないが、勤務医への十分な処遇を確保できるような医療制度を、医療事故対策や救済措置とともに、まず整えるべきである。(横)

主張

医療は共同作業。患者にもモラルを期待したい

権利意識の高揚、マスコミの過剰な報道等で医療事故への世間の目や追及は厳しくなるばかりである。医療人は安全で安心できる質の高い医療を提供出来るように、そして患者との信頼関係を構築するために日夜頑張っている。

高齢化がすすんでリスクの高い中で診療は避けて通れない。優秀な医師、看護師を潤沢に揃えて、高度な医療機器を使って余裕のある医療がしたいが、補助や赤字補填のない民間病院ではきわめて厳しいものがある。外来診療も3時間待ちの3分医療は誰も望んでいない。

それでも現場は、短時間でもいかに

患者を満足させるか懸念である。あつてはならない事故、初歩的ミスによる事故は毎日のように報じられている。医療現場とくに急性期医療の現場は刑務所の塙の上で仕事しているような感じさえし、医療が萎縮するのを憂える1人である。

ならば、患者の権利意識が高揚するなか、医療における患者のモラルは守られているだろうか。道徳(モラル)とは「社会生活を営む上でひとり一人が守るべき行為の規準、また、自分の良心によって善を行い悪を行わないこと」(岩波国語辞典)とある。

医師は医師法に決められた医師の義務を守るのは当然であるが、救急

患者の迷惑行為や医療費未払い行為なども少なくない。過重労働を余儀なくされている医師は疲弊しきってしまう。

患者の喫煙も然りである。病院機能評価の規準の中に院内および敷地内禁煙が盛り込まれたが、受審病院は、その徹底をはかるのに必死である。入院治療を要する患者が喫煙するという意識の低さには呆れるばかりである。

高齢化がすすむ中で、超高齢者の大腿骨頸部骨折や脊椎骨折が、当然ながら増加している。90歳を超えると認知症や色々な合併症は仕方がないとして、高いリスクの中で必死に手

術し、リハビリに励んでもらって、温かい家族のもとへ1日でも早く帰ってもらおうと努力する。しかし、家族を呼んで退院の話をするが喜んでくれない。もっとおいてほしいとか、どこか施設へとか、全く人情の欠片もない丸投げの状態に遭遇し、腹立たしくとも寂しい思いになる。

患者がルールを守り、満足な医療を提供できて、患者や家族に喜ばれて医療人は過重労働にも耐えて元気が出る。政治が悪い社会が悪いと思病りたくなるが、安倍新内閣に医療環境の整備、規制緩和、税制などなど期待するところである。苛政は虎より猛し(孔子)だ。(H)

未承認・適応外の医薬品・機器含む技術に継続条件を設ける

中医協総会 高度先進医療既承認18技術。先進医療との統合に伴う経過措置

9月20日に開かれた中医協総会は、10月1日から高度先進医療と先進医療が統合されることに伴い、既承認高度先進医療に含まれる、薬事法上未承認または適応外使用の医薬品や医療機器を含む技術に関する新たな取り扱い方法を決めた。

健保法等一部改正法の成立によって特定療養費制度が再編成されることになり、これまでの高度先進医療と先進医療は、新たに創設される選定療養の1つに位置づけられる「先進医療」として一本化されることになった。

ただし、高度先進医療の既承認技術

のなかには、例外的に承認されてきた、薬事法上未承認あるいは適応外使用に該当する医薬品または医療機器を用いた技術が18件ある。

新たな「先進医療」はこれら未承認・適応外使用の医薬品・医療機器を含む技術は対象としていないことから、「先進医療」承認技術として継承するために、当該技術を受け入れる枠組みを新たに設ける必要があった。

そのために事務局(厚生省保険局医療課)は、これらの技術を新たな「先進医療」として認める条件として、すでに保険併用の条件として採用されてきた①

薬事法上の承認申請を行なう②承認に向けた治験を行なうという点に加え、新たに、③一定の基準を満たす「臨床的な使用確認試験」を行なうという条件を設け、この3点のいずれかが満たされた場合に認めることを提案し、承認を得たもの。

新しく示された「臨床的な使用確認試験」の実施に当たっては、当該試験が基準を満たすものか否か、あらかじめ厚生労働省の確認を受けることが条件となる。

ただし、実施までには一定の準備期間が必要なことから、各方法について

2008年3月までの猶予を認める経過措置をとり、それまでに実施にいたらなかった技術は原則として「先進医療」の承認を取り消すことになる。

薬事法上の承認申請後と治験の実施後についてはすでに評価療養の対象とされていることから、新たに措置される「臨床的な使用確認試験(の実施後)」についても、今後、評価療養に位置づけることが併せて承認された。

事務局は、「臨床的な使用確認試験」の詳細案が固まり次第、評価療養への組み入れを中医協に諮りたいとしている。

健診費用は自己負担のみを支払う方向で検討

健診・保健指導の実施方針に関する検討会 被用者健診機関は国保委託と保険者既存契約先をともに想定

10月11日に開かれた「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方針に関する検討会」に事務局(厚生省保険局総務課)は、費用決済とデータ送受信に関する保険者間等の取り決め方法などを検討している「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」の検討状況を中間報告した。

検討に際した基本的考え方の中で、受診費用については、費用全額を支払った後に保険者に請求する償還払い方式を避け、受診時に保険者が定めた自己負担のみを支払い、健診機関と保険者間で残りの費用を決済す仕組みとする方向で検討する方針が打ち出された。

被扶養者には市町村の住民健診がな

じまれていることから、被用者保険の

保険者が健診実施を市町村国保に委託する方法を1つの形態として検討することも確認されている。

ただし、被用者保険の保険者には、被扶養者の健診用に既存の多くの健診機関と契約していることから、その方

法を引き続き継続することも考慮し、例えば、そうした方法をとる大手の健保組合等に、他の被用者保険が保険者間委託によって健診実施を委ねる方法も検討するとしている。

また、健診データについては、健診機関から委託元の保険者に的確に送付される仕組みを設ける方針だ。

医療法人と特別医療法人の附帯業務を見直し 障害者自立支援法施行に伴う改正が主

厚生労働省は9月29日付で医政局長名の通知を各都道府県知事に2件発出し、医療法人と特別医療法人の附帯業務の範囲をそれぞれ見直した。

医療法人に関しては、今年4月1日に施行された障害者自立支援法における施設体系・事業体系の見直しが10月1日に施行されることに伴い、医療法人が行なうことができる社会福祉事業の一部改正が9月20日付で告示が公示されたことにより、附帯業務の範囲を

改正するもの。

具体的には、障害者自立支援法に規定された相談支援事業、移動支援事業、地域活動支援センター、福祉ホームをそれぞれ営む事業が追加され、障害児相談支援事業(児童福祉法)、身体障害者相談支援事業(身体障害者福祉法)、知的障害者相談支援事業と知的障害者デイサービスセンター(知的障害者福祉法)の3業務が、前出事業に含まれることから削除された。

また、都道府県知事の認可を受けた保育所で認定こども園を運営する事業が追加された(9月1日号既報)。いずれも10月1日に施行された。

特別医療法人に関する見直しも、障害者自立支援法における施設体系・事業体系の見直しに伴うもので、特別医療法人に該当する精神病院として、共同生活援助を実施している病院を削除、(共同)生活介護、自立訓練、就労移行(継続)支援、相談支援、地域活動支援センター、福祉ホームの運営を実施している病院を加える改正を行い、10月1日に施行した。

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	11月25日(土)	2級
	12月16日(土)	2級
19年	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

教育訓練給付制度厚生労働大臣指定講座 1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院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医院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)
- 受講交付 随時

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 東京都千代田区猿楽町2-2-10-1923
☎ 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

個人情報保護アンケートの集計報告

6割の施設が電話や報道・行政機関への対応を変更

8割が規定を作成。7割が開示規定を修正。情報システム規定の整備は4割弱

個人情報保護担当委員会委員 森山 洋

2005年4月に施行された個人情報保護法に対して、全日病は医療の質向上委員会の下に個人情報保護法ワーキンググループを設置、ホームページに諸規定のサンプルやQ&Aを公開するなど、会員病院における対応の支援に取り組んだ。

さらに、本年2月には厚生労働大臣より医療提供者の団体として初めて「認定個人情報保護団体」としての認定を受け、これに伴う諸業務に当たる個人情報保護担当委員会(飯田修平委員長)を設置した。

法施行後1年を経過した本年5月、個人情報保護担当委員会は、施行前後に会員病院でどのような対応がなされ、現場ではどのような混乱があったのか、担当者はどのようなことに困ったのかなど、現場の実態をデータとして把握することによって、会員病院に更にもっと細かい対応をする目的でアンケートを実施した。

2,141病院に調査票を送付したところ、全日病の各種調査を大きく上回る578病院(回収率27.0%)から回収を得るなど、会員病院の間で本件に対する関心がかなり高いことが分かった。以下に回答結果の概要を報告する。

【回答結果の概要】

個人情報保護法施行への対応状況に関して、回答施設に地域性、設立主体、病床規模、病床種別で有意な差は見られなかったが、500床以上の病院に、法施行の前からなんらかの対応を行ってきたという施設が比較的多いことが明らかになった。

個人情報保護に関する管理責任者は、院長とする施設が約半数を占め、事務長は3分の1にとどまった。また、監査責任者を特に定めていない施設が4割にも達した。定めた中では事務長が一番多かった。

法施行に対応して作業した事項は、規定・方針の作成、掲示物・誓約書類の整備が最多であり、8割の施設で実施されていた。また、7割の施設が情報開示の規定を変更した。

情報システム管理の規定を整備した施設は4割弱にとどまった。これは、IT化があまり進んでいないためと思われる。

個人情報の取り扱いに関して、法施行の前後に苦情や希望があった施設は3割であり、大きな混乱はなかったようである。

2005年度の1年間では1割の施設が

苦情を経験している。中には、入院患者の面会や電話対応に関して、適切に対応したが故に苦情を受けたという事例もある。このように、法の趣旨の理解が得られていなかった事例が多い。

法施行前後における新たな対策の実施、方針変更についてたずねた。利用者からの苦情等による方針変更はほとんどなかったが、電話対応やメディア、行政機関への対応については6割の施設が取り扱い方法を変更している。特に変更しなかったという施設は大規模な施設が多かった。

法施行に対応するための院内研修は9割の施設で実施されていた。そのうちの9割が職員全員を対象に実施されていた。外部研修には8割の施設が参加している。参加者は担当者と事務長が9割近くを占めた。

苦情以外の相談状況については、1割強の施設が開示に関する相談等を経験している。

診療情報開示の関係では、約半数の施設で開示の請求があった。内訳は本人からが3割、家族からが3割弱、保険会社、警察、裁判所からも1割弱前後であった。

全日病や当委員会に対する希望・意

見としては、現場で困っている問題に直結する具体的な事例紹介や研修会の要望が多かった。

【まとめ】

冒頭にも書いたが、予想以上の回収率と各設問に対する回答状況に、現場での注目度の高さとともに困っている現状が垣間見られた。回答を頂いた病院に感謝の意を表したい。

地域性、病床特性、病床規模などによって対応の差があるのではないかと、この仮説の下に調査を実施したが、結果として大きな差は見られなかった。

個人情報保護法に関する利用者側の理解が進むにつれ、現場では対応が落ち着いたようだが、警察や公共機関への情報提供などではまだ慎重な判断が必要である上、家族関係が複雑なケースでは対応を誤らないようにする必要がある。

全日病として相談窓口となれる「認定個人情報保護団体」の活動も利用していただければと考えている。

本紙面では概要報告のみになるが、会員病院には別途まとまった報告書を送付する予定であるので、日々の業務の参考にして頂ければ幸いである。

特養とケアハウス、施設・定員とも年々増加

「施設経営法人」の増加は年々顕著に

厚生労働省が10月6日に公表した「2005年度社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)結果の概況」によると、05

年度末の有料老人ホームを除く老人ホーム数は、前年から3.0%増加し、8,554施設となった。定員数も53万7,618人と

3.4%増えた。

施設数・定員数ともに特別養護老人ホームとケアハウスが年々増加をたど

る一方、養護老人ホームと軽費老人ホーム(A型・B型)は減少もしくは横ばいを示している。

05年度末の社会福祉法人数は18,258法人と前年から2.0%減少した。「社会福祉協議会」が26.5%も減少する一方で「施設経営法人」は2.5%増加した。この傾向は年々強まっている。

■老人ホームの施設数・定員の年次推移(各年度末現在)

	03年度	04年度	05年度(対前年増減率:%)
施設総数	7,991	8,305	3.0
養護老人ホーム	958	961	-
特別養護老人ホーム	5,152	5,393	3.6
軽費老人ホーム(A型)	239	237	△0.8
軽費老人ホーム(B型)	35	35	△5.7
軽費老人ホーム(ケアハウス)	1,607	1,679	3.5
定員総数	497,216	520,056	3.4
養護老人ホーム	66,927	66,973	△0.4
特別養護老人ホーム	351,468	371,038	4.3
軽費老人ホーム(A型)	14,133	13,943	△1.1
軽費老人ホーム(B型)	1,651	1,651	△6.1
軽費老人ホーム(ケアハウス)	63,037	66,451	3.5

改正通知は、ほかに、入院時食事療養費にかかわる食事療養の実施上の留意事項に関する一部改正、入院時生活療養費にかかわる一連の改正、さらに、「医療費の内容の分かる領収証の交付

について」等の一部改正を行なった。

なお、保険局は9月27日付医療課長通知で、06年度改定直後に出された一連の通知に関する、細部かつ多岐にわたる改正を行なった。

看護要員の計算、一般病棟・療養病棟ともに「緩和」

診療報酬改定一部改正通知 入院時食事療養費の実施上の留意事項も一部改正

厚労省保険局は9月29日付で「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項」等の一部を改正する医療課長通知を発送した。

その中で、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」(06年3月6日保医発0306002号)の一部改正において、一般病棟の各入院基本料ごとに算定する看護職員数については従来通り小数点以下を切り上げて求めるが、看護師比率に関しては、小数点1位のままとする計算方法の見直しが行われた(10月1日号既報)。

さらに、看護職員数に関しては「1日

に看護を行う看護職員の数」を「1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準として・月平均1日当たり必要となる看護職員の数」と書きぶりを変更した。

療養病棟に関しては、2・3患者が8割未満の病棟について、「1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準として・月平均1日当たり必要となる看護職員の数」が5人以上であって、かつ、看護補助業務を行う看護補助者の数が5人以上」とされ、その結果、20%以上をクリアする「実際に勤務する月平均1日当たりの看護師」は1人以上と改められ、1日あたりの看護補助者については5人(少数点以下切り上げ)とされた。

医療給付費伸率管理や保険免責制に慎重

柳澤新厚労相、就任会見で所見

柳澤伯夫厚生労働大臣は、9月27日、専門紙記者団との就任会見で、経済財政諮問会議等が求めてきた医療給付費の伸び率管理について、「ストレートに是認されるべきとは思わない」と、消極的な考えを示した。

同会議等が提案している「保険免責制度についても、「慎重に検討する課題」という認識を表わした。いずれも、厚生労働省のこれまでの基本的見解を踏襲したもの。財務畑出身大臣ながら、ひとまず前厚生労働大臣の考えを追認したことになる。

柳澤厚労相は、この間の社会保障制度改革の取り組みに関しては「年金、介護、医療と立て続けに改革を行ない、相当に取り組んできた」と評価、「今後も改革は必要だ」と指摘した。

高齢者医療制度については、「新制度がスタートするという時であり、人生を終える際の医療をどうするのか、有識者の中で議論をいただきたい」と述べ、有識者会議を設置して終末期医療のあり方に関する議論に着手する考えを明らかにした。

柳澤厚労相は、社会保障財源に関連して「消費税の引き上げも必要」という基本スタンスを明らかにしたが、税収の動向とともに医療制度改革による節減成果も判断材料になると指摘した。

消費税の福祉目的税化を求める声を「1つのアイデアだ」と評価。「社会保障のどの分野に対応するのかが検討されるべきだろう」と述べ、消費税投入の範囲として検討の余地があることを認めた。

経済財政諮問会議

民間議員が医療・介護等の「市場の再設計」を提起

安倍内閣の下で初めてとなる経済財政諮問会議が10月13日に開かれ、小泉政権が進めてきた改革を継続することを確認するとともに、2006年度で終わる「改革と展望」を受け継ぐ、5カ年程にわたる改革の新たな中期方針を来年1月をめどに策定することで合意した。

新たに選ばれた伊藤隆敏東大大学院教授、丹羽宇一郎伊藤忠商事会長、御

手洗富士夫キヤノン会長、八代尚宏国際基督教大学教授の民間4議員は、連名で「『創造と成長』に向けて」というペーパーを提出。その中で、「医療・介護サービスの需要と供給のミスマッチ(中略)など、政府の関与が必要な分野で『市場の再設計』を行って、ヒト、モノ、カネの資源が最大限に活用されるための具体的施策が求められている」と提起した。

(1面より続く)

介護、救急、急性期、住宅、家族事情、経済負担、宗教・倫理など多分野にまたがる状況の考察から提供体制と診療報酬のあり方を模索せざるを得ないという高齢者医療特有の複雑さや、終末期のあり方については、別途、有識者会議が予定されているという分り

にくさもある。

まとまりを欠く議論に、糠谷座長(国民生活センター理事長)は、「何を議論すべきかという問題意識をもう少し明確にしておきたい。何を議論したらよいか、何を議論すべきかが分かる資料にしてほしい」と、戸惑いを隠さなかった。

「アウトカム評価と新地域医療計画」

本稿は8月27日に行なわれた夏期研修会の講演を本紙用にご書下したものである。

地域医療・医療費適正化両計画に臨床指標を採用 質向上ツールにアウトカム公開、IT化、報酬評価。医療情報の整備公開が鍵

1 臨床指標を用いたアウトカム評価の広がり

近年、医療の質と安全に対する社会ニーズが急速に高まっている。現状において、受けてしかるべき医療サービスの質と、実際に受けている医療サービスの質に大きな格差 (quality chasm) が存在すること、将来的に人口構造の高齢化に伴い、急性期医療中心の現在の医療から慢性期医療に医療サービスの比重が移行するにつれて、この格差が増大することが危惧されることから、医療の質の保障を大きな社会的課題と位置付ける動きが先進諸国に認められ

る。質と安全についての議論も、ここ数年の間に大きな進展を遂げ、質や安全は可視化、数値化が可能であり、積極的な管理の対象であると認識されるにいたっている。この問題の解決にあたっては、医療分野におけるIT(Information Technology)技術の導入、質に基づく診療報酬支払システム導入により医療スタッフにインセンティブを与えることが有力な解決策であると考えられている。

2 質に基づく支払い

米国では米国医学研究所がレポート「Crossing the Quality Chasm」(2001)において、医療の質改善に資するような診療報酬体系を推奨して以後、医療の質の測定、診療報酬の関連づけについて種々の試みがなされている。すでにメディケアにおいては、病院による診療情報の公開、さらに進んで、良質の病院には診療報酬の増額を行う試行が行われている。

例えば、Hospital Quality Initiative (MMA section 501(b))では、病院は入院患者の診療報酬請求に際して10の臨床指標についてのデータ提供を求められる。

データ提供を行った場合にはメディケアで定められた診療報酬の全額を受け取ることができる。データ提供を行わなかった場合には0.4%の減額がペナルティーとして課されるが、病院の利益率からみて0.4%の収入減は大きな影響を持ち、2004年には病院のほぼすべての病院(98%)が参加している。

また、医師のプラクティスグループ、疾病管理など、種々の領域を対象に試行プロジェクトが実施されており、一定期間経過後にはその評価がなされる予定である。

そのうちの代表的なPremier Hospital Quality Incentive Demonstrationでは、274病院を対象に5疾患34臨床指標(急性心筋梗塞、CABG、心不全、肺炎、膝・股関節置換術)についてのデータ提供を求め、当該疾患について、上位10%の病院には2%、上位11~20%の病院には1%の診療報酬増額を行う。

初年度の成績に基づいて、下位20%

の病院には3年目に到達すべき目標値が設定され、これを達成しない場合には1~2%の診療報酬減額が行われる。英国では、家庭医に対する支払いに、10の慢性疾患について146の臨床指標を設け、診療効率と治療結果を加味する支払い方式が2004年に導入され、順次拡大される予定である。^{2,3}

日本では、2002年に外科手術について症例数に応じて償還価格を決定する方式が取り入れられたものの、症例数は必ずしも質を保証しないとの理由で2006年に廃止された。

一般的には、手術件数が多い病院は治療成績が優れていると認識され、いくつかの疾患では検証されているが、診療報酬上の施設基準の対象とした100以上の疾患の大部分では検証されていないこと、一部の疾患では症例数の基準設定が診療実態とかけ離れたものであったこと、きわめて短い検討期間の後に唐突に導入された印象を免れないことが、反省点として指摘されよう。

診療報酬体系は医療内容に対する影響度が大きいだけに、データの蓄積や十分な検討を経ることなく全国一斉に新体系を導入することは、種々の混乱を生じる危険性が高い。

質を考慮した診療報酬体系を日本に導入する場合には、将来の方向性をタイムスケジュールとともに明示した上で、方法論についてはどの疾患、臨床指標を用いるかについても検討した上で、いくつかの試行を実施し、より良い方策を見出ししていく仕組みづくりが必要である。

3 電子化

医療の質と効率を向上させるためにはIT化の果たす役割が大きい。リアルタイムで、大量の情報(全数調査も可能になる)を、安価に、2次利用が可能な状態で入手できることはIT化の大きな利点である。また、地域医療機関を電子ネットワークでつなぎ情報を共有することができれば、地域完結型医療を推進する上で大きなツールとなる。

2004年1月にBush大統領が年頭教書においてHealth Information Technology Planを発表した。これは、医療情報をIT技術を用いて適切に処理することによって医療事故を回避し、コストを削減し、ケアを改善できるとするもので、10年以内に、米国民は誰でも相互運用性のあるHER(電子カルテ)を使えるようにすると宣言した。

米国が積極的に医療IT化を進める背景には、医療費危機(170兆円。2010年には220~230兆円との予想)、今後目指

そうとしているシステムが軍や退役軍人病院グループで既に稼働しており、技術的に対応が可能との判断もあったとされる。

2005年1月には、IBMはじめIT大手8社がNHIN(National Health Information Network)の推進を表明し、22団体が具体的提案を公表した。

標準化の面では、HL7(Health Level 7)が機能モデルを作り、OMG(Object Management Group)がインターフェースの標準化を行うなど協同が進んでいる。用語についてもSNOMED-CTを軸にLOINC、ICD-11などの統合が進められている。

総体として、政府が国家戦略としてのIT化を主導し、標準化を促進し、在郷軍人病院グループなどでモデルを検証し、民間の投資を促進する仕組みが比較的良く機能している。

韓国の医療制度は主に日本とドイツ

の制度を参考に構築されている。1963年の医療保険法の制定以来、1977年の公的な医療保険の開始、1989年の国民皆保険、2000年の保険者の統一と医薬分業と、比較的短い期間で制度を確立している。

特に、1997年の経済危機を契機としてネット化が急速に進展したこと、2000年の医薬分業の際には長期間の医師によるストライキを招き、これを収集するために行った診療報酬の50%の増額改定が直接のきっかけとなって2001年に医療保険財政の破綻を招いたこと、ネット化を背景に台頭した新世代が盧武鉉大統領の誕生に重要な役割を果たしたことが注目される。

医療保険は被用者保険と居住地保険に大別され、保険者は約400あったが、2000年には単一の保険者に統合された。これに伴い審査支払い機関も1つに統合され、健康保険審査評価院(HIRA: Health Information Review Agency)となった。

HIRAの主な業務は保険請求審査、給付の適正評価、各種研究事業である。保険請求は1996年からEDI(Electronic Data Interchange)と呼ばれるオンライン請求システムが導入され、現在ではレセプトのほぼ100%がオンライン方式で請求されるようになっている。

レセプト請求のほぼすべてがEDIで行われることにより、韓国では業務の

効率化、レセプト審査の効率化が促進されるとともに、データベースの構築が自動的になされることによってエビデンスに基づく医療政策が可能となる条件が整いつつある。

最近では、さらに人口統計、医療材料、医薬品、がん登録など他のデータベースと連結することによりデータウェアハウスが構築され、情報利用についてもルールが確立するようになってきた。OECDにおいても韓国の保健医療統計のIT化は高く評価されている。

日本では、e-Japan戦略のもとで医療分野のIT化が進められつつある。かつては、モデル事業、あるいは個々の病院の電子カルテ導入への補助金の交付など、個別のシステム構築を重視していたが、最近は政府の役割認識の変化を反映し、標準を設定し、あるいはレセプトオンライン請求など制度面での変更により、医療全体のIT化を促進する方向に進みつつあり良い傾向にある。

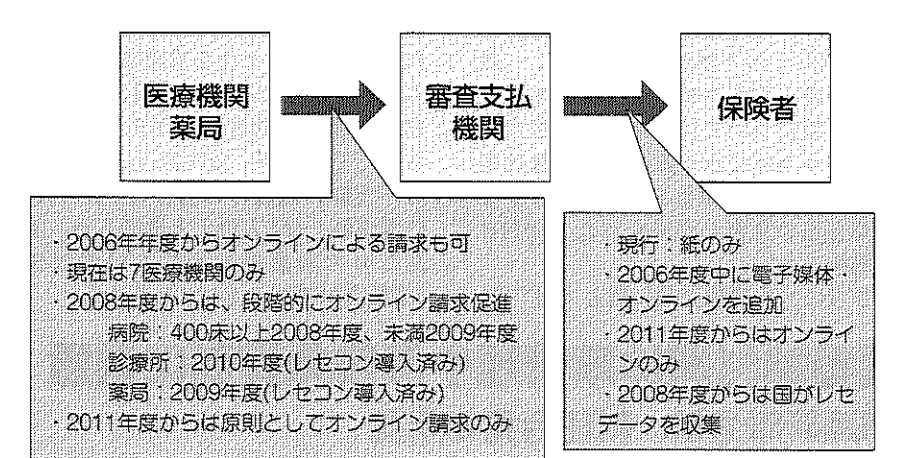
特に2011年度までに全面的にオンライン請求に移行することを決定し、タイムスケジュールを公表したことは、医療機関、ヴェンダーなどに体制整備、IT投資を中長期で計画策定することを可能にし、IT化を円滑に進める上で有効であると思われる。

レセプトのオンライン請求を進めることにより、表1のような効果が期待される。

表1 レセプトオンライン化の効果

1) 国全体のデータベースの構築が可能
・同時に利用ルールの開発
・データウェアハウス構築の検討
2) エビデンスに基づく医療政策が可能
・効率的な疾病管理
・疾病予防
・地域医療計画など
3) 新たな市場の創出
・審査(高額医療費のみ、特定の診療科のみなど多様な審査機関)
・疾病管理会社

図1 レセプトのオンライン化タイムスケジュール



4 医療法改正と新医療計画

2006年6月に医療制度改革関連法案が成立した。医療制度改革では、(1) 公的医療保険の再編、(2) 臨床指標を用いることによる、主要疾患を対象にした地域レベルでの医療の質の管理(新医療計画)、(3) 医療費の適正化(医療費適正化計画)、が、いずれも都道府県を単位として進められる予定である。

新医療計画では、従来の1次から3次までの階層を有するピラミッド構造をとり、その中で医療が完結するとする2次医療圏の概念に替わり、患者・かかりつけ医を中心とするネットワーク型の医療圏(日常医療圏)が考えられ

ている(図2)。

これは、疾患により対象範囲が異なること、医療機関の役割分担は医療情報の公開(public reporting)に基づいて自然発生的になされ、都道府県はトップダウン的に医療機関を認定・指定するのではなく、むしろ情報を整備し、医療機関間の調整業務を担うという特徴を有する。

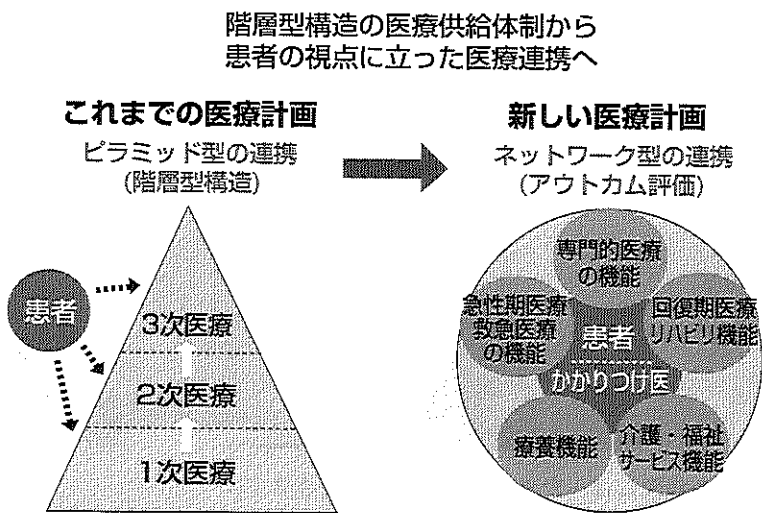
例えば、肺がんの外科治療を行うのに必要な病院が5箇所であれば、肺がんについては都道府県内に5つの日常医療圏が設定されることになる。また、行政の役割は、医療機関についての情報の収集と一般への提供、地域での連

主要計画はいずれも都道府県が主導的な役割

格差調整は行われず、都道府県の政策如何で医療供給に差異が生じる可能性

携を促進するための連絡協議会の開催 など、裏方的なものとなる。

図2 新医療計画における日常生活医療圏(図は渋谷統寿氏の作成)



5 医療情報の整備と公開

医療機関が整備し都道府県および一般に対して公開すべき情報は以下のように大別される。

- (1) 医療機関についての基本的な情報
所在やアクセス方法、設置されている診療科、入院設備、医師数、面会時間などの入院環境、夜間・時間外の受入体制など
- (2) 事実や実績に関する情報
手術件数、外来件数、実施されている診療・治療法、実施可能な検査と実施件数、医療安全などへの取組、研修・教育体制など
- (3) 治療成績(アウトカム情報)など評価に関する情報
主要疾患ごとの死亡率(5年生存率など)、主要疾患ごとの平均在院日数、再入院率、院内感染症発生率、術後合併症発生率など

上記のうち(1)(2)についてはデータの作成も比較的容易であり、その公開は関係諸団体の間でほぼ合意が得られている。

(3)については、全日病としては医療への信頼樹立、質の向上の観点から、可及的速やかに情報の整備公開の制度化を希望するものであるが、データの整備に費用・時間を要することを鑑みて、当初は主要疾患を対象にして暫時対象疾患の拡大を図ること、米国で一部実施されているようにインセンティブとして質に基づく診療報酬支払いを検討すること、どのような支払い方式

が良いかについてはいくつかの試行を行い長期的展望から最適法を見出していく仕組みを検討すべきこと、が必要であろう。

現在、厚生労働省内で「医療情報提供のあり方等に関する検討会」が設けられてどのような情報が公開されるべきか検討されているが、もっとも注目されるアウトカム評価については、「がんの術後5年生存率」「院内死亡率」「手術後1ヶ月以内死亡率」「院内での感染症の発症率」について、院内での分析の有無のみを問うことに限定すべしとの意見がある。

医療機関は広報としてこれ以外の情報を独自の判断で公開することが可能であるが、情報公開を制度化した上で、公開情報の精緻化、リスク調整など結果の解釈法の発展、患者による医療機関の選択、成績の劣る医療機関については改善策の提供などを同時並行的に進めるべきとする立場からは、大幅な後退といわざるを得ない。

既に全日病では診療アウトカム評価事業として50以上の病院の参加の下に、臨床指標を用いたアウトカム評価を実施している。また、DPC適用病院では臨床指標に基づいたデータ提供が求められている。

このような先行事例をモデルに、当初は主要疾患を対象にして導入し、暫時対象疾患の拡大を図ることが望ましい。

6 医療費適正化計画

医療費適正化計画は、PDCAサイクルに基づいて、策定(2008年)→実施、検証(2010年)→実績評価・担保措置(2012年)のスケジュールで導入される予定である。

目的は、①糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群の減少、②平均在

院日数の短縮である。あらかじめ設定された目標を達成できない場合には、その都道府県のみに適応される特例的な診療報酬の設定などの担保措置が設けられている。

また、医療保険制度の抜本改革(2003.3.28閣議決定)により、都道府県を単位

表2 新医療計画で用いられる指標

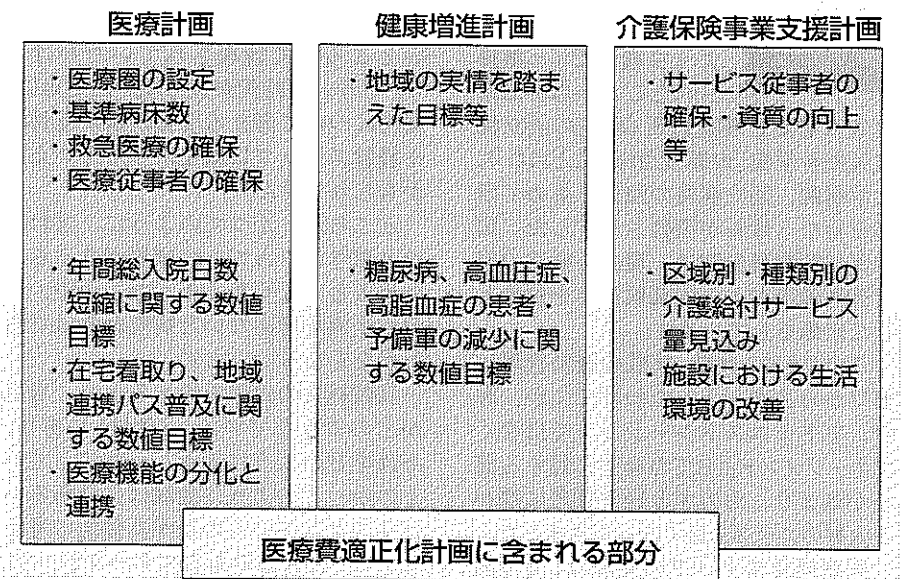
- 病院・診療所数
- 種別ごとの病床数
- 医療従事者数
- 健診・検診受診率
- 精密検査受診率
- 有病者の受診割合
- 主要疾病ごとの総入院日数(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)
- 対象患者あたりの診療科医師割合(主要な対策ごと)
- 在宅での看取り率(主要な疾病ごと)
- 地域連携クリティカルバスの普及状況(主要な疾病ごと)

として公的医療保険の再編を行い、リスク調整は都道府県内で実施する(県を越えた補助などは行わない)ことが、別途、決められている。

新医療計画、医療費適正化計画は、

医療制度改革を実現するための代表的な政策であるが、いずれも臨床指標がその有力なツールとして用いられている(表2、図3)。

図3 医療費適正化計画とその他の計画の関係



7 都道府県の役割と医療団体の協力

医療制度改革で予定されている、都道府県を単位とした公的医療保険の再編、都道府県の策定する新医療計画、および医療費適正化計画では、いずれも都道府県が主導的な役割を担うことが期待される。

高齢化率、地理的状況は都道府県により大きく異なるもの(図4)、今後は都道府県間の調整は行わないことが閣議決定で既に決定されており、都道府県レベルの医療政策如何により、医療サービスの提供状況に差異を生じる状況も想定される。

従来、医療サービス提供体制をどのように構築するか不明瞭であったものを主体を明確にしたことは評価されるが、都道府県に医療分野の政策立案の経験が乏しいことから、担当職員に対する教育研修を積極的に実施するとともに、地域の医療機関においては都道府県とともに連絡協議会を創設し、関係団体の協同の下に地域の医療をどのように構築するかを検討する場とすることが、まず取り組むべき課題であると考えられる。

8 まとめ

今度の医療制度改革において、医療計画のあり方について見直しを行い、臨床指標を用いた地域の健康状況の評価に基づく計画策定を望ましい方向として明らかにしたことは評価される。

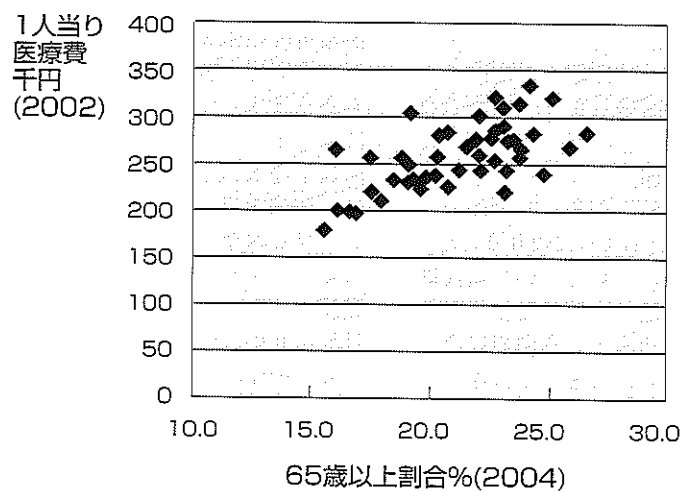
医療情報の整備公開はその中核をなすものである。医療機関毎のアウトカム情報の公開、IT化の導入、質に基づく

支払い、相互に密接に関連し、医療の質向上にあたってきわめて重要である。

その中でも、診療アウトカム評価事業など先行事例をモデルにしたアウトカム情報の公開および対象の経時的な拡大、ITを利用した情報交換にあたっての標準の確立は優先して進められるべき課題である。

図4 都道府県別の高齢化率(65歳以上人口割合)と1人当たり医療費

*医療費が最大の鹿児島県と、最低の埼玉県では334千円/179千円=1.86倍の差異がある



1 Institute Of Medicine: Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century, Academic Press, Washington D.C., 2001
 2 Payment by results,new financial flows in the NHS, BMJ 2004;328:969-970 (24 April)
 3 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, and Roland M : Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom, NEJM 355:375-384, 2006
 4 Hewitt M: Interpreting the Volume-Outcome Relationship in the Context of Health Care Quality, Workshop Summary, Institute Of Medicine, 2000

座談会 ● これからの病院経営を担う人材像

当協会が7月に開講した、新たな時代の病院経営者を養成する「医療機関トップマネジメント研修コース」が関心を集めている。すでに4期の実績をもつ「病院事務長研修コース」は、受講を希望するために入会手続きを取る病院が毎年あるほど人気が高い。経営多難な時代を迎え、経営の人材確保にも積極的な投資を惜しまない病院が増えてきている。国家資格等を有する医療職については、国として養成機関の整備とカリキュラム等の改善に取り組んでいるが、資格をもたない病院事務職に関しては、各病院が自前で

能力開発を試みているのが現状。

そうした中、医療経営事務スタッフの育成機関として4年制の大学が開校、すでに5、6期にわたる卒業生を輩出、病院界で定着しつつある。

医療経営系大学卒業生の活躍は、もっぱらDPC経営の下での情報処理分野で期待されてきたが、病院経営の立場からは、それ以上の素養、技量あるいは行動力を期待する声もある。「これからの病院経営を担う人材像」について、関係者に意見交換をお願いした。

医療経営事務管理スタッフ育成機関に期待

これからの病院事務管理スタッフは企画力と営業力が必要



白髪 第2次大戦後にGHQがわが国の病院の現状を見て回った結果、「中世ヨーロッパのような経営だ」と指摘されたことから、旧厚生省に病院管理研修所(現在の国立保健医療科学院)が開設されることになり、大学病院、国立病院の院長を集めて研修を行なう政策が開始されました。国立保健医療科学院は、現在も病院の経営管理幹部および幹部候補生を対象とした研修をしています。

このように、戦後、病院の経営管理はゼロからスタートしたわけですが、昨今、アドミニストレーションではなくマネージメントとしての経営に対する関心が高まり、おのずと経営管理に携わる人材のニーズも強くなってきました。

医療経営スタッフの養成は、4年制大学としては、1997年に国際医療福祉大学が医療経営管理学科を、98年に広島国際大学が医療経営学科を開設したのが草分けで、どちらも、病院の幹部スタッフを育成することが目的です。

それまでは、病院の事務職員が事務長や事務部長になりそうになると旧国立医療・病院管理研究所で1週間ほど研修を受けて知識を身につけるとか、あるいは、病院団体などが主催する病院の経営管理に関する研修や講習会を受講するといった程度ではなかったでしょうか。

古城 昔から、病院には企画室がない

と言われてきました。そもそも旧厚生省が企画室なわけで、病院は実務をやる場所という感覚でしたから。(笑)

要するに統制経済の下、経営の細かいところまで管理されていたわけです。そういう時代が長く続いたために、経営について考える姿勢が病院経営者や経営スタッフにはなかったといえるかもしれません。

ところが、かつてのように、言われたとおりにやっていたら飯が食えないということになりました。今や、経営の企画を考えないと病院経営は立ち行かなくなっています。

病院経営の進路を考える上で、自院がどのようなドメイン(領域)にあり、それをどのように活かし、伸ばしていくのか、どのように地域に貢献あるいはリンクしていくのかが具体的に考えられる、企画力のあるスタッフが、今、一番求められていると思います。

もう1つ求められているのは、人を動かす力でしょうか。病院というのは職種別の垣根が高く、看護師は看護師長の、医者は院長の言うことしか聞かないという雰囲気が、まだ残っています。長いこと、そういうものを統合して経営を進める仕組みがなかった。しかし、今や、組織横断的な経営ができ、全社一丸の気風を作れる能力が病院経営のスタッフには大切になっています。

企画力と人や組織を動かす気迫やインテリジェンスというもの、新たに求められているのではないのでしょうか。

【出席者】

国際医療福祉大学医療経営管理学科科長 教授 **高橋 泰** (写真中)
広島国際大学図書館長 医療経営学科 教授 **白髪昌世** (写真右)
広報委員(医療法人伯鳳会赤穂中央病院理事長) **古城資久** (写真左)



古城先生の病院には、たまたま我々の大学の卒業生が就職していますが、彼らの仕事振りはいかがですか。また、このような教育機関にどのような期待を寄せていますか。

古城 2つの大学から合計4名卒業生をいただいているのですが、皆な一生懸命やってくれています。

共通することは、皆な医学の基礎知識があるので組織横断的な話ができます。医師、看護師、検査技師とも一定程度の専門用語を駆使してディスカッションができる。これは非常にありがたい。これまでは盲腸が右にあるか左にあるか知らないような人もいましたからね。(笑)そういう点では医療を行う組織の事務スタッフの資質として評

価できます。

先ほど、組織横断的な運営が今後の病院経営には必要だといいましたが、例えば、医事課、医師、ナース、診療放射線技師、臨床検査技師、ME、薬剤師と色々なスタッフが力を合わせて1つのクリティカルパスにまとめ上げるときに、医療系の大学で身につけた情報処理能力や専門職とのコミュニケーション能力の高さは、非常に役に立っています。

今後は、ベンチマークの資料を作ったり、病院経営の将来を考えるための数値管理をしていかなければなりません。経営数値とか、情報処理能力が一定レベルに達しているという点では、即戦力といえるのではないのでしょうか

事務系専門職だけでなく経営要員も育成



古城 ただ、私は、営業力がなければ今後の病院経営は厳しいものがあると思っています。したがって、今後、医療経営事務管理スタッフに必要なと思っているのは企画力と営業力です。これは一般大学の卒業生にも同様のことが言えるし、採用した職員の中でも向き不向きがあります。

営業力は大学で身につけた知識だけではなく、全人的なキャラクターが大切になってきます。営業ができない人が、では他は何もできないのかということではなく、むしろ、経理とか、医事とか、情報とかの処理能力が高く、それを売り物にしている事務系職員もいるので、組織としてのバランスが取れていれば、それはそれでいいと思っています。

ただ、今後は、さらに企画力と営業力の資質を持つ学生さんを採用したいなと思っていますことも事実です。

白髪 実は、広島国際大学では昨年、麺類を作ったり食べたりする国際麺類研究会というB級グルメを手段として経営を学ぶサークルを立ち上げたんです。大学祭に美味しいラーメン屋さんに出店の交渉をして地域の方々にアピールをするなど、学生の企画力と営業力を養うという目的で始めました。

古城 それはいいことですね。

白髪 そこには医療経営学科の学生だけでなく、臨床工学科や臨床心理学科の学生も参加しています。

高橋 確かに、今までの病院には、企画力という言葉はなかったですね。

白髪 ある病院の例ですが、院内で医療事務を担当するのは女性職員で、男

性職員は営業担当として外回りをして

いるということもあります。
古城 例えばPETとか、折角新しい器械を入れたところで、宣伝して患者さんを集めなければいけません。健診にしても、利用者を集められるか集められないかは営業力次第です。

高橋 営業力というのはいい視点を教えていただきました。これからの教育の重要なヒントになるかもしれない。

白髪 広島国際大学では、それぞれの学生に特有の個性を活かしてやりたいと考えています。ですから、診療情報管理士の資格をとって診療情報の仕事にまい進する学生がいる一方、それをきっかけにして、将来、病院全体のマネジメントスタッフになっていく学生も出てくるのではないかと考えています。営業力などを養うためにはサークルに入るのもいいと思います。

国際医療福祉大学も、広島国際大学も、医学部以外は医療・福祉に関する学部がほとんど揃っています。したがって、それぞれ異なったメディカルスタッフになる学生たちと交流することで、将来病院のマネジメントスタッフになったときに役に立つということもあります。学生のサークルには色々な職種になる学生がいるので、学生時代に交流することを勧めています。

高橋 我々も、現場が求める学生を育てたいということでは共通しています。すべての学生がオールラウンダーである必要はありません。情報に強い学生、あるいは診療情報管理を中心とした医療に強い学生、企画に強い学生、経理に強い学生と、それぞれの個性・能力に応じて、病院が求める資質を身につけさせるような教育を、今後も続けていきたいと思っています。

情報処理と経営に加えて医学・医療概論も勉強



高橋 DPCになってから病院経営は2つの点で大きく変わりました。1つは出来高から包括になったこと。

出来高の時代はムダをしても収入があるので収益を管理する必要がなかった。しかし、包括になると、ムダな部分は全部病院の持ち出しとなりますから、それを管理する必要が出てきました。

2つめは、DPCの病院はすべて共通のフォーマットで、電子化した情報を国に提供します。これまではデータが標準化されていなかったため、ベンダー(システム設計会社)は個々の病院に対応したソフトを開発しなければならなかったのですが、それが、DPC病院については標準仕様をもつようになったために開発が容易になり、高機能なソフトが安価で使えるようになりました。

さらには、合意にもとづいて病院間の比較ができ、他と比較した結果が簡単に経営に活かせるという環境になってきたことが、大きな違いではないかと思うのです。

白髪 そのとおりです。経営だけでなく、医療の質の比較ができる時代が来ました。患者さんにも治り具合や費用の病院間格差が分かるようになってきたということで、各病院は費用の最小化と質の最大化というテーマを抱えるようになりました。

今や、事務管理スタッフとメディカルスタッフが丸となってやらないと病院経営が立ち行かない時代が来た

考えます。
高橋 問題は、病院スタッフを養成する大学が、こういう病院のニーズにどう対応しようとしているかです。

白髪 広島国際大学医療経営学科のカリキュラムは、医療事務、診療情報管理士、医療情報技士という3つの資格取得を可能とさせるものになっています。しかも、各資格に対応した科目を3年生の前期までに終えるように組んでいます。

教育課程のなかで、まず、経営について学びます。会計学、法律、DPCに必要な診療情報管理、コンピュータ、情報処理の勉強もします。ホテル・デパート実習、福祉施設実習、病院実習もあります。さらに、医学・医療概論にはじまって、内科学、外科学、人体構造学など医学の勉強もします。これは、医師をはじめとしたメディカルスタッフと医学・医療の意思疎通ができるようにするためです。

高橋 カリキュラムの基本的な構成と目標は私の大学も似ています。

我々の学科では、仮想病院のDPCデータと解析ソフトをCDで学生に渡して解析させるためのケーススタディを開発しています。基本的なケースを2つほど示して、例えば、この病院の肺炎に関する問題点をデータから導き出せとか、あるいは診療プロセスの上で問題を有する医師を特定せよといった実践的なデータ解析ができる教材の開発を進めてきました。来年度から、ぜひ、その授業を新設したいと考えています。

施設当たり5.99名の医師。59.31%に専任医師

全日病05年度 人間ドック調査 平均日帰り可能人数9.7名。10%がフォローアップ未実施

全日病会員病院の日帰り人間ドック実施指定施設に関して、その運営実態とドック健診の有効性等について調査した「2005年度人間ドックに関する調査」結果の概要がまとまり、10月14日の第7回常任理事会に報告された。

調査を実施した人間ドック委員会(西島委員長)では、これまでも、利用者や精度管理を中心に、毎年度、日帰り人間ドック調査を実施してきた。

しかし、本年4月から1泊人間ドック事業の並行実施が始まったことなどから、指定施設の現況把握と実績検証を行なうとともに、他との比較検討に資する情報を指定施設に還元することに

よって質の向上に取り組むインセンティブとする目的で取り組まれたもの。

調査は、本年3月31日現在の実施指定456施設を対象に、2005年度1年間の実績について行なわれ、290施設から有効回答を得た(回答率63.6%)。

回答結果は構造・過程・結果に分けて集計・分析され、報告書にまとめた上で11月中旬をめぐりに人間ドック実施指定施設へ配布する。

第7回常任理事会に報告された骨子によると、回答施設における05年度の日帰り人間ドック利用者総数は27万8,408人。そのうち、全日病が契約する健保連とゼンセン組合員等の利用者数は10

万9,962人と約40%を占めている。

ドック健診に従事する職員数は1施設あたり常勤21.6人、非常勤4.2人、合計25.8人。そのうち医師数は5.99名。内訳は専任が0.67人、兼任が3.46名、非常勤が1.86名となっている。59.31%の施設に専任医師が配置されている。

他科医師の指導体制は87.59%が、検査室の臨床検査技師専任は93.1%が、X線・心電図読影責任医師は96.9%が、それぞれ「有り」と回答した。自施設のみで十分な設備・機器がある施設は52.07%、一部委託は44.48%であった。

また、日帰り実施可能人数は平均9.7名、1泊可能人数は1日3.38名、1泊病

床数は3.88床となっている。

要精検者・要治療者に対するフォローアップに関しては10.0%の施設が、できていないと回答した。

平均の所要時間は2~3時間(38.62%)が最も多く、僅差で3~4時間(36.21%)が続いた。平均の待ち時間は30分以内が61.38%と圧倒的。ついで1~1.5の時間が27.93%と両者でほとんどを占めた。

調査報告には、さらに、ドック健診で捕捉した疾病結果、要精査、要治療、がんの各内訳と病名別がんの性別・年代別・手術有無別の集計分析結果が紹介されている。

受審病院の1/4が書面審査表の書き方で悩む

病院機能評価受審に関する調査結果 80%強が「サマリー」を評価。徳島学会シンポで詳細を報告

病院機能評価委員会(木村厚委員長)が8月に、機能評価認定証取得会員病院を対象に実施した病院機能評価受審に関するアンケートの結果がまとまり、14日の第7回常任理事会に報告された。認定639病院に調査票を送り、408病院から回答を得た(回答率63.85%)。

それによると、23.8%が書面審査表の書き方や記入データの内容が分かりにくいと感じていた。

記入項目の範囲で自院の特徴が表現できたかという質問には83.1%が肯定したが、15.0%が「できなかった」と答えた。

その主な理由は「自院の特徴が表現しにくい」というもの。具体的には、「精神科を主体とした総合病院である

が記入項目に適合するものが少ない」「地域における病院の役割や機能について詳しい設問が必要」「救急医療の実態を示す項目が極めて少ない」など、項目の不足を指摘する意見が多かった。

「中小病院の特徴である地域一般病院的な特徴を表す項目が極めて少ない」「200床以下だと50床でも100床でも同じ評価の項目の中で評価されるが人員的にも困難」「急性期(超)とその他急性期を区別すべき」という意見もあった。

評価機構から送られてきたサマリーについては、81.6%が、「すべての業務で見直しを行なう機会ができた」「管理面の不足・不備を指摘してもらえた」と評価した。

23.8%が訪問審査当日までに書面審査書類の内容変更をしていた。変更箇所は、改善による書き換え、組織変更等による変更だけでなく医師の勤務時間・人数間違い・手術件数等計算ミスによる修正が多い。また、認識ちがいで処理した箇所の修正も少なくなかった。

受審前・受審時に利用した、役に立った情報としては、「他の受審病院からの情報」が一番多かった。続いて「統合版評価項目解説集」、「機構主催のセミナー」、機構のホームページや

出版物・ビデオという順。全日病の「機能評価受審相談事業」とセミナーをあげる回答も8件あった。

受審前・受審時にあれば役に立ったと思われる情報としてあげられたのは、「他の受審病院からの情報」以外に、「Q&A集・解釈本・事例集など」「受審日当日に関する情報」「各項目の達成基準や評価レベルの例示」「受審時に必要な書類のフォーマットまたはダウンロード」「模擬サーベイによる機能評価」など。

病院機能評価委員会は、徳島学会前日の11月2日に徳島市で受審支援セミナーを開催するほか、学会の委員会プログラムの際に、調査結果の詳しい報告を会場で行なうとしている。

徳島学会の前日に機能評価受審支援セミナーを開催

日 時 ●11月2日(木) 13:00~15:30

会 場 ●ホテルクレメント徳島4F「クレメントホール」
JR徳島駅直結 TEL 088-656-3111(代表)

演 題 ●「病院機能評価受審-入門講座-」

第1部 総合セミナー

第2部 部門別(診療・看護・事務)セミナー
定 員 ●400名(先着順)
参加費 ●3,000円(1名)
※所定の申込用紙で全日病事務局までFaxでお申し込みください。詳細は全日病HPをご覧ください。

第6回常任理事会の詳細 9月16日

■主な協議事項

●「eラーニングシステム」における理解度判定テスト作成と事前調査の実施

医療の質向上委員会がプロジェクトとして取り組むeラーニングシステム(マルチベンダー型病院統合情報システム導入指導者育成カリキュラム)の事業化に向けた理解度判定テスト作成とプレ調査が承認された。

●新会員の入会(敬称略・順不同)

以下の入会が認められた。

青森県 青森病院院長 齋藤文匡

青森県 ときわ会病院理事長 永山隆造

別途2名の退会が報告され、在籍会員は2,187名となった。

以下が賛助会員として入会が認められた。

株式会社メディカル・プリンシプル

賛助会員は合計82社となった。

●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)】

岐阜県 鷺見病院

指定数は合計469施設となった。

■主な報告事項

●病院機能評価の審査結果(順不同)

8月21日付で以下の11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

秋田県 白根病院 新規

埼玉県 藤村病院 更新

東京都 大久保病院 新規

◎精神科病院

北海道 大谷地病院 新規

◎複合病院

東京都 代々木病院 新規

岐阜県 山内ホスピタル 新規

福岡県 原土井病院 更新

【Ver.4.0】

◎複合病院

群馬県 高木病院 新規

愛知県 三嶋内科病院 新規

長崎県 久保内科病院 新規

鹿児島県 植村病院 新規

この結果、認定証が交付された会員は658病院となった。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2006年9月

- 1日 日医・四病協懇談会作業部会、四病協/医療保険診療報酬・介護保険小委員会合同委員会
- 2日 四病協/医療安全管理者養成課程講習会第3クール(〜3日)
- 6日 診療アウトカム事業会議
- 8日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会
- 9日 医療経営人材育成事業運営委員会、事務長研修コース(〜10日)、機能評価受診セミナー(秋田市)、四病協/医療安全管理者養成課程講習会第3クール(〜10日)
- 13日 広報・ホームページ作成WG合同委員会、研究会会議、我が国の看護問題を考える緊急集会、看護問題に関する意見交換会
- 14日 四病協/医師臨床研修指導者養成委員会
- 15日 病院のあり方委員会、医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、医療経営人材育成事業委託説明会
- 16日 第6回常任理事会、医療安全対策委員会、医療機関トップマネジمنت研修(〜17日)
- 20日 医療事務技能審査委員会、四病協/医療経営人材育成委員会
- 21日 無料職業紹介事業許可証公示式
- 22日 医療の質向上委員会、人間ドック委員会、日医・四病協作業部会
- 23日 四病協/医療安全管理者養成課程講習会第3クール(〜24日)
- 25日 「全日病ニュース」座談会
- 27日 四病協/総合部会、日医・四病協懇談会
- 28日 日病協/診療報酬実務者会議
- 29日 医療保険診療報酬・介護保険合同会議、個人情報保護担当委員会
- 30日 鹿児島県支部総会(鹿児島市)

あ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

赤字病院の割合200~499床台で36.5%

06年度病院経営調査 100床未満も30%台。調査後にさらなる収支悪化が想定。

「2006年度病院経営調査結果報告」の概要 *1面記事を参照

医療収支の赤字病院は27%と、昨年(23%)よりも増加した。地域別では東京の状況が一段と悪く、61%もの病院が赤字となった。昨年(47%)より14ポイントという急増ぶりである。

総収支については30%の病院が赤字と、やはり、昨年より増加した。地域別の状況は医療収支と同様の傾向で、とくに東京では65%が赤字という深刻な結果となった。

推計キャッシュフロー率でも同様の結果を示し、「0%未満」の病院割合を見ると、東京は47.8%と、ほぼ半数の病院が資金ショートの状態にある。全体でも「0%未満」の病院は28%であった。これは、総収支率の赤字病院が30%と

いう結果とほぼ同じである。

医療区分導入による点数の大幅な改訂を7月に控えた療養病床は、一般病床より経営状況は良い結果となった。精神病床については一般病床とほぼ同様の傾向であった。

病床規模別では、200床未満の医療収支率は104.7(総収支率105.0)に対して、200床以上は102.5(102.6)であった。とくに、50床未満では医療収支率105.6(105.8)となるなど、小規模病院の方に収支率の改善が顕著であった。

その反面、総収支率が100を割った赤字病院の割合は33.3%と、200~499床の36.5%について多い。それについて50~99床で赤字病院が多いなど、大病院、

中小病院問わず格差の進行が著しい。

500床以上になると赤字病院の割合は14.3%に激減する。ただし、本調査では中規模が多いせいか、DPC対象病院の医療収支率は101.7(総収支率101.6)と、収益状態はきびしい水準にある。

05年と06年の調査に連続回答した170病院を比較すると、病床数はやや増加しているが病床利用率は低下しており、1日当たり入院患者数は変化していない。医療収支率は103.6%から104.1%へと改善傾向にあるが、従業員1人当たりの医療収入、給与費は低下している。

このように、5月時点での改定影響は若干の収支率悪化となったが、2ヵ年連続回答病院の収支率は若干改善していることから分かるように、病院間の

収支格差は大きくなっていることが推察される。

とくに、東京の収支率悪化が著しく、改定と看護基準の変更による人員不足等が要因になっている他、社会の好景気による相対的な人件費増が関与していることが考えられる。

本調査は06年5月時点のものであり、7月からの療養病床の診療報酬および制度改定後に急速に悪化する事は必至である。さらに、10月以降の精神病床における看護基準経過措置終了後は、精神病床の収支率が悪化するであろう。

このような診療報酬制度を含む報酬減額改定により、民間病院(特に東京)の存続が不可能になることが示唆される。

2006年度病院経営調査は、本年5月を対象に、当協会役員、代議員および各県から無作為抽出した会員500病院に調査票を送付、226病院から回答を得た(回答率45.2%)。今回からDPC対象病院も調査対象に加えた結果、回答中の21病院(9.3%)を占めた。

■赤字病院の地域別分布(医療収支率)

	総数		東京		指定都市		その他	
	05年	06年	05年	06年	05年	06年	05年	06年
医療収支率	104.4	103.7	101.1	98.3	104.6	105.3	104.9	103.8
100%未満	23	27	47	61	10	19	23	24
100%以上	77	73	53	39	90	81	77	76

■病院種別でみた総収支の状況(%)

病床数	赤字病院の割合	付加価値率	労働分配率
総数	29.6	55.6	93.6
一般病床のみ	34.1	52.5	95.7
療養病床のみ	17.9	64.8	86.1
精神病床のみ	30.0	65.2	95.3
一般療養	28.6	58.4	88.7
一般精神	-	54.4	96.2

■地域別にみた総収支の状況(%)

病床数	赤字病院の割合	付加価値率	労働分配率
総数	29.6	55.6	93.6
東京	65.2	53.7	103.2
指定都市	16.2	53.7	90.5
その他	27.7	56.4	93.4

金沢市で12月にブロック研修会を開催

「医療制度改革と病院運営戦略」がテーマ

10月14日に開かれた第7回常任理事会は、石川県支部(神野正博支部長)主催で「北陸甲信越ブロック研修会」を開くことを決定した。12月9日に金沢市内で開催する。

研修会のテーマは「医療制度改革と病院運営戦略-どうなる医療制度、どうする病院-」。

講師には、大道久日大医学部教授と猪口常任理事(医療保険・診療報酬委員

長)を予定している。

会員は無料、非会員は1,000円(予定)で参加できる。

石川県支部では石川県病院協会と県医師会の後援を得て150名を超える参加を得たいとしている。

■病床数別にみた総収支の状況(%)

病床数	赤字病院の割合	付加価値率	労働分配率
総数	29.6	55.6	93.6
~49	33.3	55.7	90.4
50~99	32.8	56.8	91.5
100~199	24.5	54.7	92.1
200~499	36.5	56.2	95.2
500~	14.3	54.9	95.4
(再掲)~199	28.1	55.3	91.9
(再掲)200~	33.9	55.8	95.2

会員病院は徳島学会に集まろう!

全日本病院学会 演題登録220件。事前登録も予定数をクリア

第48回全日本病院学会徳島大会(手塚昭胤学会長)が11月3日、4日に徳島市で開催される。

演題登録は220件に達し、事前登録も予定数をクリアしており、活気に満ちた学会になるものと思われる。

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」といった骨太のステージが設けられ、現下の差し迫った問題について、本音の議論が繰り広げられようとしている。

徳島学会は、これまで以上に委員会企画が林立した。各委員会が周到に準備した、中身の濃いコンテンツが揃った。

人間ドック委員会「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」、医療従事者委員会による研修会「コスト削減」、医療安全対策委員会企画「最近の動向と事例を用いたRCAの実際」、病院機能評価委員会企画「これからの機能評価に期待すること」、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」、個人情報保護担当委員会によるランチョンセミナー「個人情報保護

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●医療法人有誠会手塚昭胤院長 手塚昭胤
(副会長・徳島県支部長)

セミナー」といった具合だ。

経営者だけでなく、医師、看護師、メディカルにいたる病院を成り立たせている医療各職が一同に会する全日病学会に、全国の会員病院はあまねく参加、全日病の志しと意気軒昂ぶりを、行政と医

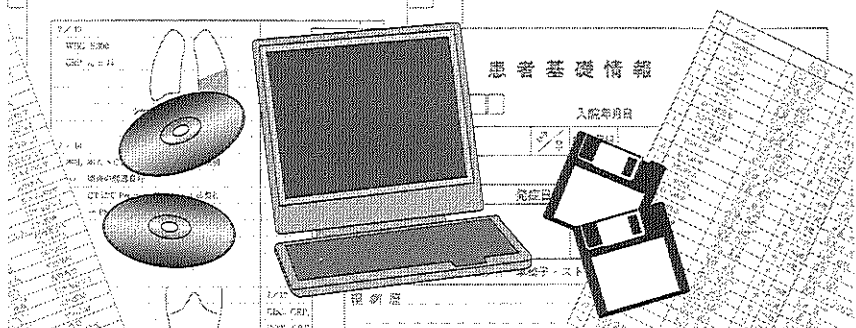
療界に示そうはないか。実行委員会は、各地からの来県を期待している。



今回は、推計キャッシュフロー率を下記の方法で計算した。
推計キャッシュフロー率=総収支率-(総収支率×0.4)*1+減価償却額*2
+借入金収入額*2-借入金返済額*2
推計キャッシュフロー率=キャッシュフロー額/総収入額
*1 所得税推計額であり、総収支率額が赤字の場合は0とした。
*2 それぞれ05年度実績の1/12とした。

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