



# 全日病 21世紀の医療を考える全日病 2006 NEWS 11/1

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/佐々英達  
〒110-8378 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.651 2006/11/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 「1」は42%。その2割が要医療!

### 療養病床再編緊急調査(日医) 日医委員、療養病棟で再改定の議論を提起

10月25日の中医協総会に日本医師会は、四病協の協力を得て8月に実施した「療養病床の再編に関する緊急調査」結果を示し、療養病棟の新診療報酬体系の再改定が必要と提起し、議論の開始を求めた。

調査結果を報告した日医・天本常任理事(代理出席)は、①退院可能な患者の7割が在宅受入困難な状況にある、②区分1該当ながら病状面で退院見込みが立たない患者が3割もいる、③「1」該当患者の約2割に医学的管理と処置が提供されているなどの結果をあげ、退院の促進は「医療難民」「介護難民」の出現につながると警告した。

その上で、介護保険への転換ができず、「1」該当患者の退院も進まない中、前年比10%の収入減に見舞われた療養病棟は経営破綻の危機に直面していると、訴えた。

さらに、こうした事態に至った原因は療養病床再編を強行した厚労省にあると強く非難。改定審議における医療区分別コスト実態の未報告を許し、かつ、現行点数を了承した中医協の判断ミスにも責任があると批判し、療養病棟に関する再改定を含む激変緩和の措置を提起し、その議論を開始するよう求めた。(2面に調査結果の概要)

### 介護・医療「難民」の可能性をデータで示す

#### 病床転換特例等経営存続可能な措置を求める

日医の療養病棟調査によると、7月1日に療養病棟に導入された新たな診療報酬体系の結果、入院患者のうち医療区分1該当患者が占める割合は7月末現在で42.1%(病院41.0%、有床診59.9%)と、厚労省の予測を10%ほど下回った。

しかし、そのうちの30.9%が「病状不安定で退院の見込みがない」と判定され、さらに、その68.4%については「一

定の医学的管理」および「処置」を要すると評価された。すなわち、現場の医師は医療区分1に該当する患者の21.1%に医学的管理と処置が必要とみなしている。

その結果、回答した医療機関の1/4が、医療区分1に分類されるべきではないと考える項目として喀痰吸引、胃瘻管理そして経鼻経管栄養をあげた。

さらに、「退院可能」と判断された63.4%の患者についても、その70.1%が「在宅の受入が困難なため現実には退院不可能」であり、30.3%が施設入所を希望しているものの待機を余儀なくさせられていることが判明した。

療養病棟の新診療報酬は、医療区分1に該当する患者だけでなく、医療機関そのものの経営を脅かしている。同調査結果によると、7月の診療報酬請求点数は昨年7月対比で概ね10%以上のマイナスとなったことが分かった。

同調査は、医学的管理・処置が必要な患者にも退院が求められている事実をあらためて明らかにした。それどころか、自宅に戻れない、戻っても「独り介護」となってしまう高齢者が少なくないこと、さらには受け入れてくれる介護施設が少ないことを主治医の側から明らかにした。

同時に、止むなく退院を延期させている医療機関は経営危機に追い込まれるという非情な現実をあらためて明らかにした。療養病棟の閉鎖は、急性期



▲中医協総会に臨む日医天本常任理事(円内左)。右側は日医竹嶋副会長

からの患者受け入れや地域の在宅患者支援の拠点を失うことをも意味する。

日医・天本常任理事は、打開策として、①次期介護保険事業(支援)計画を待たずに病床転換を受け入れる特例措置、②医療区分受当性の見直し、③医療区分1該当患者が多い病棟の経営存続を可能とする措置をそれぞれ講じるべきとして、早期再改定に向けた議論を開始するよう求めた。

この提案に支払側は強く反発。「経営危機に瀕して救いを求めている」医療機関という図式的な認識から、提案を否定する反論を試みた。

議論は紛糾しかけたが、中医協土田会長(早稲田大学教授)は、提起されたテーマが総会議題ではなく単に診療側による報告事項であることなどを理由にあげ、「必要に応じて、今後も議論する可能性」を認めるというかたちでとりなし、議論を締めくくった。

### 改定結果検証部会

## 検証調査を年内実施。リハは患者も対象に

10月25日の中医協・診療報酬改定結果検証部会は、改定結果検証2006年度調査として、8月9日の同部会です承した、①明細書の発行状況、②ニコチン依存症管理料算定患者の禁煙成功率、③疾患別リハ算定患者の状況、④後発医薬品の使用状況(保険薬局対象)、⑤歯科における文書提供に対する患者意識の5項目のうち、禁煙成功率を除く4調査の実施計画を決めた。

リハに関する調査は患者に対しても実施される。当初予定にはなかったが、報道等で患者の不満が高まっていることに対応して追加した。

調査票は10月中旬に配布を開始し、11月中旬に回収(リハに関しては12月中)、来年1月末に結果を報告する。

禁煙成功率については2回に分けて実施、年度内に報告を間に合わせる。(4面に実施計画の概要)

経過措置期間(9月)の発行状況

・明細書を発行している医療機関の割合  
・明細書の発行を要望する患者の数、発行件数の状況変化

②医療機関における領収証・明細書の発行負担

・明細書発行に要する費用  
・明細書発行を要望されても応えることができない医療機関の理由

#### <調査対象>

・病院、診療所、歯科診療所、保険薬局から各1,000施設を無作為抽出

●疾患別リハ算定患者の状況

<調査のねらい>

①算定上限日数に達した患者状況の把握  
・算定日数上限除外患者の割合  
・算定の内容・状況  
・算定日数上限とリハ終了・継続状況との関係  
・算定上限後も継続患者がいる場合の理由

②医療機関におけるリハに対する患者の意識

・医療機関が実施したりハと患者が受けたリハの意識上のギャップ(目標を持った、終了後も役に立つ指導や訓練を受けたか等)

・医療機関でのリハ終了後の患者はどのようなサービスを受けているか

③医療保険から介護保険サービスに切り替わった患者状況の把握

#### <調査対象>

・疾患別に算定医療機関数が1,000以下であれば全数調査、それ以上であれば1,000施設程度を無作為抽出する

### 2006年度改定結果検証調査特別調査の実施計画(抜粋)

#### ●明細書の発行状況調査

<調査のねらい>

①領収証・明細書発行状況の変化

・10月現在の領収証の発行状況および

#### 薬価専門部会

## 薬価の毎年改定議論は次期改定後に先送り



10月25日の中医協・薬価専門部会は、前回(9月6日)に引き続いて薬価改定の頻度を含めた薬価算定基準のあり方について議論、次回に意見集約をはかることを確認した。

薬価の毎年改定については、次期改定後の課題として先送りする方向でまとまりそうだ。

事務局(厚労省保険局医療課)は、部会に、7月の取引高における妥結状況を薬価ベースで調査した結果の概要を報告した。それによると、医療機関との間では46.8%(病院30.7%、診療所73.9%)、薬局とは39.2%(20店舗以上チェーン店8.5%、その他薬局47.4%)という妥結率

であった。

価格妥結状況調査は初めてのことで、厚労省にも比較対照できるデータはないが、改定から3ヶ月後ということからも、およそ予想したとおりの妥結状況といえる。

バイイングパワーを發揮してシェアを伸ばすドラッグチェーンについては、あらためて強気一方の購買姿勢をうかがわせる低い妥結率となった。

厚労省は今後も調査を継続して実施

#### ■「価格妥結状況調査結果」の概要

区分	妥結率
医療機関 病院	30.7%
診療所	73.9
計	46.8
薬局 チェーン店(20店舗以上)	8.5
その他の薬局	47.4
計	39.2

## 日医が看護師需給調査。医療課にもデータを要求

日本医師会は看護師需給実態について調査を行なう。医療関係者対策委員会が実施するもので、看護師養成学校と病院が対象。年内にも調査票を配布し、今年度末までに報告をまとめる方針だ。

10月20日に開かれた四病協・日医懇談会付設作業部会で日医・鈴木常任理事が明らかにし、四病協出席者に調査項目に関する意見を求めた。その結果、民間病院の標本数を大幅に増やすことにした。

民間病院には、年末ボーナス後に離職者が大量に出るのではという懸念が強い。同調査は、四病協の意見を受け入れ、看護師雇用数の短期変動をたず

ねる項目を含める予定だ。

作業部会では、しばしば、7対1看護新設の是非や看護師大移動の様相を強めている現状について意見が交わされてきた。そのため、唐澤執行部は病院看護師問題に対する関心が強い。

10月25日の中医協総会で、診療側委員である日医・鈴木常任理事は、7対1看護届出の詳細、400床以上の旧国立・大学病院の募集状況、看護師養成所の内定状況等、現下の看護師争奪の実態を明らかにするデータの提出を医療課に要求。今後、中医協の審議テーマとして取り上げる方向で臨む意向を示唆した。

する方針だ。

(左表の注釈)

\*日本医薬品卸業連合会(回答80社)および日本ジェネリック医薬品販社協会

(同56社)を対象に、7月の取引高について調査。妥結率は「価格が妥結した取引引きの販売額÷販売総額」、販売額は「販売本数×薬価」。

# プライマリーケア医が支える地域包括ケアを提起

## 後期高齢者医療の在り方特別部会 有識者、認知症への対応に欠ける提供体制の陥穽を指摘



10月25日の社会保障審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」は、3名の有識者から高齢者医療に関する意見を聴取した。

東京都老人総合研究所の本間昭医学研究部長は認知症をめぐる現状について説明、早期発見・対応を可能とするための課題を整理して示した。

その中で、身体合併症をもった患者の一般病棟入院が忌避される状況が放置されてきたこと、認知症患者の救急医療が身体科救急と精神科救急の狭間に陥っていることを強調。早期発見・対応に必要なかかりつけ医と専門医の連携、認知症患者のターミナルケアのあり方に加え、身体合併症の面からも提供体制の見直しと整備が必要と訴えた。

国立長寿医療センターの大田壽城院長は、ナショナルセンターとして平均在院日数を短縮化し急性期病院として特化してきた背景に、地域の高齢者に、在宅で生活しながら外来で療養を継続するニーズが増えている点があると報告した。

この報告に野中委員(野中醫院院長)は、「看取りの場所がどうかということよりも、そこに至る過程で、いかに在宅で療養を継続できるかという視点が重要」と指摘。厚労省担当官も「確かに亡くなる場所が問題ということではない。末期に至る一連のプロセスにおいて、在宅を含めてケアを受けるシステムをどうつくり、選択してもらうかという議論が求められている」と応じた。

同日の部会に事務局(厚労省保険局医療課)は介護保険3施設の入退所状況を報告。老健、特養ともに状態悪化への対応や看取り場所を医療機関に依存している実態を明らかにした。委員からは「医療とケアは切り離せない。スウェーデンには両者を併任するマースという有資格者がいる」と、スタッフ配置の面から介護保険施設の機能見直しに言及する意見が出た。

一方、名古屋大学の伴信太郎教授は地域医療に専門医(プライマリーケア医)が不在であると指摘。「日常の健康管理の大半を責任もってカバーできる臨床能力をもつ専門家」という、米国におけるプライマリーケア医の定義を紹介した上で、こうした医師等によ

って支えられる包括的なケアの体制が地域に必要であると提起した。

同教授は、プライマリーケアが身体・精神・社会、予防・診断・治療、本人・家族・地域、保健・医療・福祉という各領域のベクトルが組み合わさったものからなり、個別ケア・家族ケア・地域ケアという層構造に対応した機能を獲得した概念であると説明。細分化された病院専門医に対して総合医を育成する必要があると訴えた。

看取りの場所探しや末期過剰医療否定論など個別に入りすぎた議論の中に、認知症への対応と地域医療・ケアという視点から高齢者医療提供のあり方を探るというアプローチがうかがえた、自身の濃いヒアリングとなった。

日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査」報告概要と要望 10月25日 中協総会 \*日医が配付した資料から編集部判断で再構成した。1面記事を参照。

### 【調査結果の概要】

調査対象は、06年7月現在、医療療養病床届出のある6,186医療機関(病院4,139、有床診2,047)。

そのうち、転換、廃止した施設を除く、1,884病院(45.5%)、986有床診(48.2%)から有効回答を得た。

以下の回答は、断りのない限り病院に関する集計結果を示す。

(1) 医療区分1の患者構成比は41.0%であった(有床診は59.9%)。

病院の患者構成	医療区分1	2	3
ADL3	11.1%	37.0	13.3
2	29.9	8.7	
1			
計	41.0	45.8	13.3

(2) 医療区分1の患者の退院可能性は

- ・病状不安定で見込みがない 30.2% (有床診は39.0%)
- ・病状は安定しており可能 64.3% (有床診は52.8%)
- ・その他 5.5% であった。

(3) 病状が安定し退院可能な患者の現状は(複数回答)

- ・在宅で受入困難のため現実には退院が不可能 71.1%
- ・施設入所待機中 31.6%
- ・(再掲)在宅受入困難を除く施設入所待機中 20.3% であった。

(4) 在宅受入困難と判断される理由の内訳は

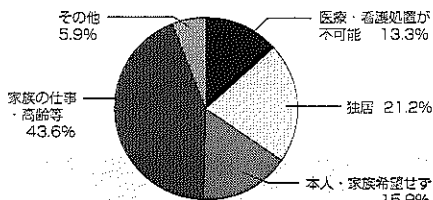
- ・医療・看護処置が不可能 13.3%
- ・独居 21.2%
- ・本人・家族希望せず 15.9%
- ・家族の仕事・高齢等 43.6%
- ・その他 5.9% であった。

\*医療区分1の患者のうち、病状面から退院可能(約6割)でありながら「在宅受

入困難」(退院可能の約7割)で、かつ、その理由が「独居もしくは家族の仕事等」(在宅受入困難の7割弱)である約3割の患者および病状面から退院可能でありながら「施設入居待ち」(約2割)である約1割の患者の合計約4割が介護難民となると推定される。

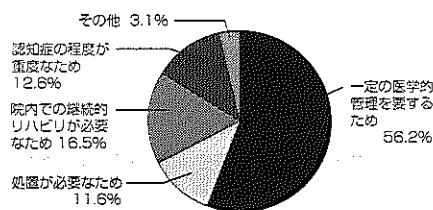
医療区分1のうち、病状面からは退院可能でも、在宅・施設の受け入れ体制が整っていない人が約4割いる。次期介護保険事業計画を待たずに早急に受け入れ体制を整備すべきである。

### ■在宅受入困難と判断される理由の内訳(病院)



(5) 「病状不安定で退院の見込みがない」と判断された理由のうち、「一定の医学的管理を要するため」が56.2%、「処置が必要なため」が11.6%であった。  
\*医療区分1の3割を占める「病状不安定で退院の見込みがない」患者の約7割に医学的管理・処置が提供されており、「1」の患者の約2割は医学的管理・処置が必要であることが分かる。

### ■病状不安定で退院の見込みなしと判断される理由(病院)

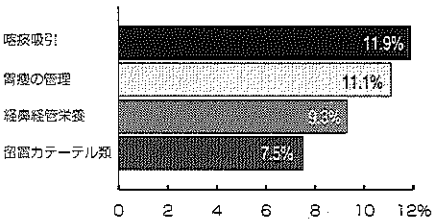


(6) 医療区分1のうち処置等が行われた患者は、「喀痰吸引」11.9%、「胃瘻の管理」11.1%、「経鼻経管栄養」9.3%ほかであった。

\*「胃瘻の管理」と「経鼻経管栄養」は同時に行われることはないの、少なくとも約2割の患者に処置が行われていることはここからも明らかである。

### 医療区分1の妥当性を至急見直すべきである。

### ■処置等を行った患者比率(病院:複数回答)



(7) 「医療区分1」に分類すべきでないと考えられる主な領域は以下のとおりであった。(全体)

喀痰吸引	27.4%
胃瘻の管理	25.2%
経鼻経管栄養	24.7%
徘徊・転倒・見守り	15.4%
認知症(徘徊等を除く)・せん妄	13.0%
留置カテーテル類	12.6%
点滴・注射	12.1%
摂食・嚥下障害、食事介助	11.4%
褥瘡処置・予防、体位交換	11.1%

\*記載項目数÷回答医療機関数

(8) 06年7月の1病院当たり1ヶ月の診療報酬請求点数は、前年同月比11.1%のマイナスとなった。病床規模が大きくなるほど、減少率は大きくなっている。

### ■06年7月請求点数等の前年同月比(病院) 単位: %

	1病院当たり1ヶ月の点数	患者1人1日当たり点数	7月の延入院患者数
20~49床	-3.5	-6.0	+2.6
50~99床	-9.5	-10.7	+1.4
100~199床	-10.7	-7.4	-3.5
200床以上	-14.1	-8.6	-6.0

(9) 医療療養病床の今後について、病院・有床診療所全体では、「医療療養病床として維持する」が71.7%、「一般病床など他病床に転換する」が23.4%であった。「介護保険移行準備病棟に転換する」は5.2%に止まった。有床診療所では「閉鎖」が15.0%であった。病院の「その他」のうち約2割は「回復期リハビリテーション病棟」であった。

### 【要望事項】

(1) 医療区分1の患者の約4割は、病状面からは退院可能ではあるが、現実には在宅・施設での介護サービスが未整備なための「介護難民」である。

本来は医療保険対応でなく、介護保険対応のケースである。次期介護保険事業計画を待たずに、受入体制を整備すべきである。

(2) 医療区分1の患者の約2割には、医師の指示のもと看護師の、業務独占である対応が行われており、現状の介護保険施設における医療対応からして退院を迫ることで「医療難民」となる。

介護保険施設における医療のあり方が整備されるまで、医療区分の妥当性を見直すべきである。

(3) 今般の診療報酬改定によって、医療療養病床は約10%の減収になった。このまま「医療難民」「介護難民」になりかねない患者さんを抱え続けることは不可能である。

診療の継続性を確保するための措置を講ずるべきである。

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東京都千代田区三崎町3-7-12  
Tel.03-3222-5327



# 未承認医療機器の早期導入で枠組み

医療機器等の早期導入に関する検討会

## 欧米主要国使用実績が前提。治験を経ない申請も勧奨

医薬食品局は、欧米主要国で使われながら国内では未承認・適応外にとどまっている医療機器と対外診断用医薬品を迅速かつ優先的に承認につなげる枠組みをつくるために、対象品目の選定等にあたる「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」を立ち上げ、10月26日に初会合を開いた。

同検討会は、国内未承認薬を治験実施・申請につなげる目的で2005年1月に設置され、すでに30品目について治験の早期開始等の勧奨を行ない、4品目の承認を得ている「未承認薬使用問題検討会議」と同様の役割をになう。

未承認・適応外の医療機器は、治験および承認後保険適用前の使用に関しては評価療養として保険併用が認められたほか、関係学会から要望があった場合や欧米先進国における承認・使用実績がある場合の適応外使用に関しては、臨床試験等の一部あるいは全部を実施することなく承認可否の判断を可能とするなど、患者や医療現場のニーズに対応して使用可能場面を拡大する措置が図られてきた。

しかし、医薬品に比べると企業規模が小さい医療機器については治験実施と申請に必要なデータの確保に時間がかかる上、1年というタイムクロック(審査の目標期間)もあり、新製品の承認に平均2年という長い時間を要している。

あいまいな審査基準ともども不効率な承認審査体制は国内企業の新製品上市意欲をそぎ、欧米諸国と比べ、新製

品の承認・現場普及に大幅な遅れが生じる「ドラッグラグ」をきたす原因となっている。

この現状に、政府・与党が7月6日にまとめた「経済成長戦略大綱」は、各府省が足並みをそろえて推進する国際競争力強化策の1つに医薬品・医療機器産業を取り上げ、その中で、臨床試験や承認審査を迅速化する必要を指摘した。

これに対応して厚労省は、ニーズの高い医療機器を早期に導入する枠組みを創設する方針を打ち出したもの。

具体的には、①主要諸国で使用実績をもつ、生命と生活に重篤な影響がある疾患の治療に用いられる医療機器等で早期導入を求める案を学会から募り、②検討会で、医療上の有用性や優先度等を基準に選定・評価し、③当該企業に「既存データを活用した申請」「治験」のいずれかの方法で申請するよう勧奨する。

さらに、④必要に応じて、薬事法にもとづいて承認審査を行なう医薬品医療機器総合機構(PMDA)と個別に相談するという個別対応を図るなど優先的な承認審査を行なうとともに、⑤市販後臨床試験等のガイドライン策定と学会による協力的体制、医療機器にかかわる施設要件を整えるなどによって適正使用の環境を確保

する、という構想である。

検討会は、この枠組において、主に製品の具体的な選定と評価をそれぞれのワーキンググループに委ね、承認申請につなげる製品の決定を担当する。ただし、初回の会合では、各委員から、早期導入を確実に保障するシステムを構築する上での課題提起が続出した。

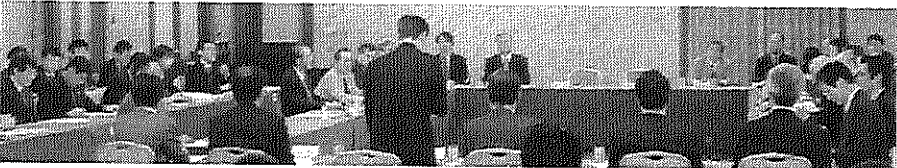
その結果、市販後の適正使用確保に関して、施設要件や医師研修等に関する提言を行なうとともに、PMDAの審査条件に対しても改善案を提出するなど、フレーム全体の設計にかかわる方

向で検討範囲を広げることで各委員の意見は概ね一致した。

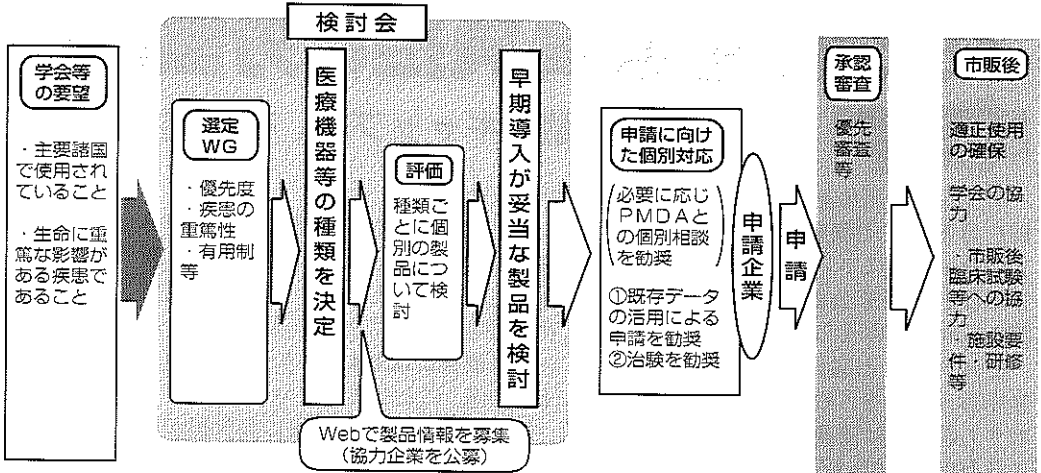
当面は、11月内に関係学会から要望を受付、12月に選定WGによる作業を開始。その後に検討会で4~5種類に絞り込み、それらに関する製品情報をWebで企業から集め、評価WGで具体的な製品案をまとめ、その案を検討会でまとめていく日程を事務局(審査管理課)は想定しており、早ければ来春にも第1次の医療機器が決まるものとみられる。

その間に、検討会は、枠組み全体の精緻化に向けた議論を展開することになる。

なお、審査管理課は10月30日に「有効で安全な医薬品を迅速に提供するための検討会」を立ち上げ、承認審査方針・基準の明確化と市販後安全対策への取組みほかの検討を開始する。



■「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」の流れ



# 国立病院機構2期目で黒字。借入で固定負債を減らす?!

国立病院機構(146病院)の2005年度決算は経常利益35億6,400万円を計上、経常収支率も100.47%を確保。04年度(経常利益1億9,600万円)に続く2期連続の経常黒字を達成するとともに、33億6,800万円という大幅な経常利益増を実現した。

総収支についても04年度のマイナス15億6,100万円から一挙に18億8,800万円も改善。2期目で純利益を3億2,700万円も計上するなど、いずれも期首の計画を大幅に上回った。

05年度に生じた新たな短期借入金もなく、長期借入も予定額を46億円減らした284億円にとどめて有利子固定負債を176億円圧縮したほか、長期貸付金償還期間の短縮に応じて長期借入残高減少の迅速化を図ったり、未収金の回収を強化するなど財務の健全化に努めた。

こうした結果、厚生労働省に設置された独立行政法人評価委員会は同機構

の05年度業績について、5段階でもっとも高いSという評価を下した。

その評価シートによると、①技能職の削減、②各病院平均紹介率42.7%と地域医療支援病院指定の獲得(計9病院)、③副院長複数制の導入(一部病院)、④医長以上医師に対する年俸制の導入、⑤全職員に対する人事評価制度の導入(06年7月)、⑥会計監査人と連携した内部監査の実施、⑦購買の本部一括入札、⑧材料費の抑制と月次決算による保有在庫の縮減、⑨材料費率の抑制(手術大幅増も前年並みの率を維持)、⑩ブランドラボの導入、給食の全面委託等アウトソーシング、⑪院内店舗の委託と競争契約、⑫一般管理費の削減(05年度に5.4%、2期で37.2%減少)などの取り組みが評価された。

国立病院機構の単年度黒字化は一般企業並みに経営管理を見直した当然の結果といえる。

しかし、05年度の決算は、利益を計上する一方、7,400億円という巨額の固定負債を減らすために新たな長期借入を起こす、一種の自転車操業に陥ってい

ることを示している。

こうした手法に収支改善が加わって05年度中に有利子固定負債を176億円圧縮した。その国立病院機構を、評価委員会は、「固定負債の減少割合2.4%は特に著しい改善ではない」と苦言を呈しながらも、叱咤激励している。

## 自治体病院 繰入金が減り起債増でやりくり

総務省がこのほど発表した「地方公営企業の2005年度決算概況」によると、自治体の合併等を反映して自治体病院の数は674と前年度から52(7.1%)も減少し、1980年代の水準に戻った。

総費用(税込み)と資本的支出の合計から減価償却費を引いた「決算規模」は6兆5,631億円と0.5%の増加に転じたが、総収支額(純損益)はマイナス1,475億円となり、赤字幅を214億円も拡大した。

料金収入は3兆4,276億円と総収益の82.5%を占め、ともに前年よりわずかながら改善した。しかし、地方財政の

逼迫を反映して毎年度削減されてきた他会計からの繰り入れは、05年度においても45億円減らされ、約7,014億円(病院平均10.4億円)となった。

その結果、累積欠損金は1兆7,820億円と994億円増加した。一方、不良債務は834億円に達し、前年度より73億円、14.1%も増加している。

こうしたことから、減少傾向にあった企業債発行額は2,845億円と再び増加に転じ、企業債現在高も4兆833億円(病院平均60.6億円)に達し、地方公営企業法適用事業の中で一人増加を続けている。

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

# 概念の深化・明確化を求める意見も

## DPC評価分科会 再入院率で聴取。各病院多様な説明。実態捕捉に疑問符

10月18日に開かれた診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、DPC算定患者の再入院をテーマに取り上げ、再入院率が高い病院を対象にヒアリングを実施した。

再入院率は、DPCの影響を調べる特別調査が開始された2003年度から調査項目として取り上げられ、入院動向を継続的に把握するとともに外来診療に与える影響を評価。さらには、外来の実態についても把握を試みるという観点から、06年度特別調査でも継続して実施されている。

今回はその調査を補完するもので、DPC適用病院を対象とした初のヒアリングとなった。

05年度における6週間以内の再入院率(経年比較が可能な368病院の平均値)は10.3%と、前年度から0.5~1.8%増加した。増加の主な理由は計画された再入

院の増加であり、予期せぬ再入院の割合は減少傾向にある。

計画的再入院では「化学療法・放射線療法」の割合が大きく増えたほか、「検査入院後手術」「計画的手術・放射線療法」も増加している。他の理由に大きな変化はみられなかった。

予期された再入院としては「予期された疾病の悪化」「再発のためや予期された合併症のため」の比率が微増。予期せぬ再入院はすべての理由において比率が減少した。

再入院率は退院後14日~28日での増加が顕著で、3日以内ではほぼ変化がなかった。

再入院率は、DPC入院医療の質とくに「粗診疎療」をチェックする観点からだけでなく、入院初期の点数を高く設定していることが早期退院につながっていないかを点検するという面からも

関心がもたれている。

ヒアリングに呼ばれたのは、再入院率が23%前後の国立がんセンター、3日以内の再入院が多い埼玉医大病院など、民間病院を含む7病院。

各病院とも、抗がん剤投与によるインターバル管理、各種疾患の併発が多い高齢患者割合が高いことなどを理由にあげ、地域性を含む諸条件が反映した結果的なものと説明した。

複数の病院が、3日以内の再入院が多い理由に白内障手術をあげた。土日を利用した帰宅を希望する患者が多いという理由をあげ、委員から「外泊扱いとするのが適切ではないか」と疑問を投げかけられた病院もあった。

特定機能病院加算や旧急性期特定入院加算の算定病院からは「平均在院日数の圧迫がなくなり、退院を急ぐ必要はなくなった」という話が率直に語られ

たが、再入院率の増加理由とは逆行するものとなった。

中には、委員からの誘導質問によって、診断確定時の分類決定が医師ではなく事務主導でなされていることを再入院増加に結びつけて語る病院もみられた。その反対に、電子カルテによる発生時管理が可能となって医師の指示が明確化されたため、DPC導入前の入院管理よりも改善したと認める病院もあった。

委員からは、3日間で退院するという方法は経営的には不利益ではないかという疑問も出た。池上委員(慶大教授)は「抗がん剤に関しては再入院の方が収支を悪化させる」と指摘、収支シミュレーションの面からも再入院の是非が評価される必要があると提起した。

池上委員は、また、再入院のカテゴリから化学療法を分けるべきとも提案。さらに、今後は、療養病床からDPC病床に移行するケースを調査対象に加えるべきとした上で、「現行DPCの仕組みからすると再入院は実態よりも低く出ている」とも指摘、より精緻な調査分析を求めた。

# ネックは患者高負担と労働時間

## 在宅療養支援診療所に関するアンケート 届出数と実稼動にギャップも。在宅支援拠点の見通し定まらず

全国保険医団体連合会(保団連)は会員を対象に在宅療養支援診療所(在宅支援診療所)に関するアンケートを9月に実施、このほど結果を公表した。321医療機関から回答が寄せられた。

それによると届出医療機関のうち、無床診が7割を占めた。届出医療機関のうち約1割は連携医療機関をもたずに自力で臨んでいる。

寝たきり老人在宅総合診療科(在総診)を届け出ている医療機関が8割を占め、その9割弱が24時間連携加算を届け出ている。

届出前後の訪問診療料の算定数変化は、「増えた」と回答したのは2割にとどまり、6割強は「変わらない」と答えた。1医療機関当たりの平均患者数は17人

であった。

在宅支援診療所は在宅時医学総合管理料(在医総管)や往診料加算等で高い点数を算定できる。しかし、実際に在宅患者の「8割以上」で高い点数を算定している医療機関は3割にすぎず、4割強が「5割未満」にとどまっている。

外来の病診格差と同様に高負担がネックとなっている一方で、自由意見の1/4近くが「患者負担」の問題を指摘している。中には、高負担によって利用者が狭まることとして届出をためらう声もある。

注目されたターミナルケア加算については、届出以降に算定した医療機関は111ヶ所(3割台)あり、そのうち1万点加算を算定した医療機関は79にのぼった。ただし、24時間体制はかなりの負担

となっており、在宅支援診療所のネックとして、「患者負担」(5割台)の次に「労働時間」(5割)について「体制確保・人件費」(4割)があげられた。とくに、担当医が60歳以上の医療機関ほど「労働時間」をあげる割合が高い。

届出をして「よかったと思う」と答えたのは3割台で、「どちらとも言えない」が6割弱を占めた。

今後についても、「やっていけそう」は3割弱にすぎず、「しばらく様子を見る」が7割弱にのぼった。

こうした現実届出を取り下げたという回答もあるなど、在宅支援診療所の見通しは必ずしも楽観的とはいえない調査結果となった。

「スーパー在総診」として登場した

在宅支援診療所は、高点数の魅力もあって全国で1万前後の届出数に達しているとみられる。しかし、在総診の2万1,445件(02年7月1日)にはるかに及ばない。一般紙でも、都市部に偏在し、地方では空白に近い在宅支援診療所の現状に疑問を投げかける記事が目立つ。

厚労省は、居宅系施設に入居する患者に対する医療給付の条件を緩和し、介護保険適用施設については、在宅支援診療所以外に療養病床から転換した病院に在医総管を適用したほか、非指定施設については、在宅支援診療所以外の医療機関にも在医総管と在宅患者訪問診療料の算定を認めた。

しかし、在宅療養を支える拠点としての病院には、基本的に厳しい規制が続いている。今後、療養病床を退院した患者が在宅に向かう流れが本格化する中、都市部の診療所主体で地域の在宅医療・ケアを支えられるのか、保団連の調査は示唆に富む現状報告となった。

## 「個人情報保護Q&A」が本に。年内にも刊行

個人情報保護担当委員会(飯田修平委員長)は「個人情報保護に関するQ&A」を出版することを決めた。(株)じほうから、11月末に刊行される予定だ。

2005年4月の個人情報保護法全面施行を前に、同委員会は個人情報保護法の解説、規定等の案とその活用方法などを「Q&A」にまとめ、当協会のホームページで公開した。

反響は大きく、「Q&A」へのアクセスは数10万件にのぼったほど。その後、会員病院から実際に寄せられた質問に対する回答を追加するなど、何回か改訂を重ねて現在に至っている。

「Q&A」はすでに会員病院には配布さ

れているが、今回の出版は、ホームページで公開したと同様、広く医療界の参考にする目的で行なわれる。

## 「05年度人間ドック調査報告書」が完成

人間ドック委員会(西島委員長)は、このほどまとめた「2005年度人間ドックに関する調査報告書」を冊子にして人間ドック指定施設に送付する(調査報告の概要は10月15日号既報)。A4判で80頁近いボリュームになる見込みで、11月内にも送付される。

報告は、11月3、4日に開催される徳島学会の本部ブースに置き、指定施設以外の会員病院にも公開するほか、同委員会

## 「20対1」療養病床は看護補助も含め72時間規定を除外 当協会照会に医療課が回答

10月に実施された療養病床における医療区分2、3患者が8割以上の病棟については20対1の看護配置届出が必要であるが、その場合に、看護職員のみならず72時間以下の要件は満たさなくともよいことになっている。

この件について、某県の社会保険事務局では、「夜勤72時間規定の除外対象は看護職員であり、看護補助者は72時間以内でなければならない」と指導しているとの指摘が会員病院より寄せられた。

本件について、医療保険・診療報酬委が主催する人間ドック研修会で来場者に配布する。

員会が厚労省保険局医療課に照会したところ、このほど、「本件については、看護補助者も月夜勤平均72時間以内の要件を満たす必要はない」という回答があった。同委員会は、他県においても同様の解釈が行なわれないよう、本照会に対する医療課回答を、会員病院に案内したいとしている。

また、今後も、診療報酬に限らず、都道府県における指導・解釈で疑問が生じた場合は、事務局を介して当該委員会に相談するよう訴えている。

事務局は、近々、全日病ホームページでも公開する予定だ。

# 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

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

## 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。