



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2006

NEWS 12/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.654 2006/12/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

08年度改定の第1次要望案

「都道府県単位の診療報酬」を提起

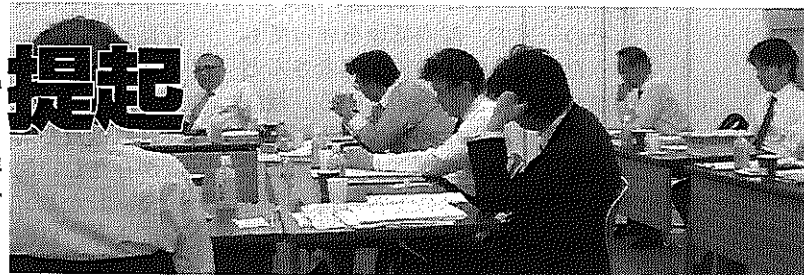
医療保険・診療報酬委員会

医療費適正化の特例に単価適正化の制度を対置

医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)は、診療報酬の決定に際して都道府県単位で点数を設定するという考えを盛り込んだ次期改定1次要望案をまとめた。

11月30日の日病協・診療報酬実務者会議(委員長・日病齊藤常任理事)に提出するとともに、12月1日の四病協・医療保険診療報酬委員会(委員長・全日病猪口常任理事)でも、その内容を報告した。

医療保険・診療報酬委員会は、「都道府県単位の診療報酬」という提言を、今後、広く議論に供する考えだ。(次期改定1次要望案を6面に掲載)



▲猪口委員長(左から2人目)は「都道府県単位の診療報酬」を四病協、日病協、日医との作業部会ほかで提起した。(写真は四病協・医療保険診療報酬委員会)

医療保険・診療報酬委員会が提起した「都道府県単位の診療報酬」という考えは、都道府県の裁量に委ねて医療費抑制を図る単価特例の導入という診療報酬の便宜主義的な運用に、データに即した原価重視の診療報酬見直しを対峙した、医療経営の側からのアンチテーゼであり、広く医療界に議論を提起する意味合いを持つ。

医療保険・診療報酬委員会の猪口雄

二委員長は、「06年度病院経営調査結果」を発表した11月6日の記者会見で「都道府県単位の診療報酬導入を考える時期に来ている」と発言したが、同委員会は、この提言が、政治的誘導に使われる診療報酬の見直しではなく、全国ベースの、根拠のある単価設定の導入という、本来の見直し議論を再度提起する契機となるものと期待している。

病院経営の地域格差をなくす! 広く議論を期待

診療報酬には1994年改定以降地域加算が設けられ、現在、4つの地域区分に所在する医療機関の入院基本料または特定入院料に5~18点が加算されている。

しかし、国家公務員給与の調整手当区域をなぞった地域区分はきわめて限定的で実態を反映しているとはいえない。しかも、改定ごとに、人事院勧告にもとづく調整率見直しを適用するだけという硬直した運用が行われてきた。

都道府県単位の診療報酬という考え方は、2005年の経済財政諮問会議において、医療費の伸びを抑制する見地から、「地域別診療報酬」設定の検討を求める意見として示された。

この意見を受け入れ、厚労省は同年10月19日の「医療制度構造改革試案」で、2008年から開始される第1期都道府県医療費適正化計画が終了する12年度の目標達成率を踏まえた実績評価措置の1つとして、「都道府県は特例的な診療報酬適用の申請を行なうことができる」というかたちで盛り込んだ。

その一方、03年3月28日に閣議決定された「診療報酬体系見直しの基本方針」で「医療機関の運営コストや機能が適切に反映され、医療資源が適切に配分される体系(とする)」方向性が示されたことから、データにもとづいた医療原価を踏まえた見直し作業が診療報酬専門組織・コスト調査分科会で始まっている。

しかし、医療原価の把握とその反映は長期作業となることが必至で、現行の地域加算方式が長い期間存続する可能性が高い。

それは、コストの中で大きな割合を占める地代や人件費などの地域間格差が顕著に拡大した結果、「東京地区の病院は6割強が赤字。半数が資金ショート」(全日病の06年度病院経営調査結果)におちっているように、病院経営の深刻な危機が放置されることを意味する。

国は、医療費を抑制する手段として、賞罰的な、地域特定の機械的な診療報酬単価制度の導入を予定している。しかし、真に医療の質と安定的・効率的な医療経営のためには、コストにスライドした診療報酬が不可欠であり、その展望がなければ、医療改革を生き残

る病院の展望は切り開かれない。

08年度改定に向けた1次要望として

「08年度改定要望」に亜急性期評価を盛り込む

「地域一般病棟」概念具現化で作業部会。研究者の参画を期待

医療保険・診療報酬委員会は、このほど作成した「2008年度改定1次要望案」に、亜急性期入院医療を提供する病棟・病院の評価を盛り込んだ。

当協会と四病協が提言する「地域一般病棟」の本格導入を求めるもので、同委員会は、亜急性期入院医療が、次期改定重要テーマの1つになるものと予測している。

04年度改定で新設された「亜急性期入院医療管理料」の届出数は、05年7月1日現在で685医療機関(8,095床)と04年改定直後の倍に増えたが、算定要件が厳しいこともあり、点数の割りには増えていない。

また、急性期の受け皿としては一般病床の1割までという届出上限がネックとなっており、医療制度改革関連法案を審議していた今年5月12日の衆院厚生労働委員会でも、三井議員(民主)が、同管理料の療養病床への適用や届出上限の緩和を求めるなど、DPC病床の拡大と療養病床の縮減化が進む中、亜急性期入院医療に対する関心が高まっている。

衆院での質疑応答で、厚労省の水田保険局長は、亜急性期入院医療管理料について「そのあり方を今後も引き続き

き検討する」と答弁、08年度改定で見直しが行われる可能性を示唆した。

ただし、亜急性期入院医療管理料そのものは、急性期を脱した患者の在宅復帰が本旨。したがって、今後、ますます重要性がますます在宅ケアを支援する機能、そしてDPC以外の軽症の急性期疾患に対応する地域密着の一般病床をどう整備していくかという課題が、亜急性期のテーマとして浮上している。

「2008年度改定1次要望案」は、亜急性期入院医療を制度的に位置づける必要を提起する中で、「地域一般病棟」の

概念を診療報酬に導入することによって地域医療提供体制の基盤を強化し、ポストDPCおよび療養病床縮減に対応すべきという議論を提起している。

「1次要望案」をまとめた医療保険・診療報酬委員会の猪口雄二委員長は、本号に寄せた「病院のあり方報告書2006年度版」関連原稿で、「地域一般病棟」の実現化に向けて、必要なデータの収集・分析および具体的な機能概念をまとめるために、同委員会と研究者による作業部会を設置する方針を表明した(6面に掲載)。

内容証明付郵便等で未収金の督促を!

四病協が会員に呼びかけ。保険者へ一斉請求も視野

四病協の治療費未払問題検討委員会(委員長・山崎學日精協副会長)は、12月15日付で傘下全会員病院に文書を送付、一部負担金未払い患者のうち回収が困難な上位10名ほどを対象に、内容証明付郵便等、証明できるかたちで書面による督促を行なうよう呼びかけた。

同委員会は、2004年夏に実施した未収金実態調査結果をまとめ、今年8月に

報告書を傘下会員に送付している。報告書は、四病協傘下の病院に換算すると年間373億円の未収金が生じているという推計を明らかにし、何らかの対応策を検討する方針を明らかにした。治療費未払問題検討委員会は、保険者に対する一斉請求行動をも検討しており、その場合に、当該患者に対する督促実績が不可欠なことから、今回の呼びかけを行なったもの。

分科会、DRG-PPSへの移行検討に異論

DPC評価分科会 厚労省、DPCを急性期の基本型とするための検討課題を提示

12月6日に開かれた診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、現行DPC包括払いを、中長期の検討テーマとして、1日あたり定額払いから1入院あたり定額払い(DRG-PPS)へ移行可能性を取り上げるよう提起した。

議論の結果、分科会としては「DRG-PPSへの移行は時期尚早である」とい

う結論でおおむね合意、事務局の提案を否定した。

1入院あたり支払への移行可能性を検討することは、2005年11月16日の基本小委で合意されており、今後、中医協がどう取り扱うかが注目される。

厚労省は、2010年をめどに、DPC包括評価制度をわが国急性期入院医療の基本的な類型として位置づける目的で、

その安定的運営を担保する制度改変を企図している。

そうした見地から、同日の分科会に示された検討課題として、前出「DRG-PPSへの移行可能性」以外にも、①調整係数の廃止、②DPC制度を医療機関機能やコスト評価を行なう仕組みの採用、③「標準的DPC電子レセプト」の構築、があげられた。(2面に続く)

清話抄

'07の試写会を見た。新しい役者で大変パワフルである。

主人公は日本人の好みではないかなと心配することはあったが、女性はフランス人の細身の人である。日本人の好みでもあるし、いいと思う。

今回驚いたのは、ジェームスボン

の創生を書いていることだ。

そういえば、最近のシリーズものの映画は、すべて原点に戻っている。何故彼らが生まれたのか、何故社会に必要となったのかを伝えている。

バットマンビギンズも同じく、バットマンの誕生期を。一番新しいスーパーマンリターンズも、「スーパーマンが人類に本当に必要なのか」と悩ん

でいる。

皆、自らのレゾンデートル(存在価値)を問うストーリーになっているのだ。(この点、病院協会はどうか)

今回は怪しげな秘密兵器こそ出てこないが、毒を飲まされたボンが車に飛び込むと、搭載治療キットで自らに薬を打ち、そして、なんと車にAED(自動体外式除細動器)が搭載されてい

て、自らこれを使う。今回のボンドカーは人を救うというわけである。

この映画は、病院協会で推薦しても良いのではないかと、思わず笑ってしまった。

人を殺すミサイルではなく、人を助けるAEDがジェームスボンを救う秘密兵器なのだ…と、感慨ひとしおの映画鑑賞となった。(湖)

主張

「病院保安法」を検討する必要がある

最近、機能評価受審の為に病院院内禁煙を励行している病院が増えてい
る。煙草による火災を一度でも起こ
すと、医療機関・介護機関は壊滅的
な打撃をうけることは間違いない。

その一方で、院内禁煙を守って
もらうために、病院職員と患者さん
の間でいざこざが増えている。機能
評価機構は院内での禁煙を強制する
が、要求するばかりであって、この
件に関する病院への支援は何も考
えていない。

禁煙問題以外でも、医療現場には
数多くのトラブルが発生している。

最近、ささいな手違いも、患者の
側からは医療過誤と認識されてしま
うため、医療者側にかかる負担は増
大する一方である。

今の日本の医療現場では、必ずし
も良心的とは思えない患者側の主張
が通ってしまうという風潮が強くな
っている。

以前は良心的な医師による父権主
義が存在し、院内の秩序は保たれて
いた。しかし、現在は患者中心主義
が広まり、以前のような父権主義も
存在価値を失いつつある。その悪影
響として、院内での混乱が拡大して

いるということがいえないだろうか。

元来、日本人の性向として、権利の
主張をするが、自分の行為の結果責
任を負わない傾向の強い人種である
と指摘されてきた。今、まさに、こ
の典型例が医療現場で広まっている
ように思う。

最近の状況にかんがみると、もっ
と受益者負担の理念を、それと逆に
患者が正当に要望してもよい範囲
を、それぞれ明確にすべきだと考
える。

わが国の航空業界には航空保安法
という法律があり、航空に関するさ

まざまな事案に対応している。これ
によって安全な航空輸送が確保され
ているわけだが、この法律が2004年
1月に改正され、機内での喫煙や乗
務員に対する迷惑行為等を法律で処
罰できるようになった。

今こそ、医師も含む医療職員が安
心して医療に専念できるためには
「病院保安法」ともいべき措置が必
要ではないだろうか。

同時に、現在の司法・警察から独
立した医療事故専門調査委員会の早
期設立が必要なことは言うまでもな
い。(K)

療養病床転換措置に疑問と批判が噴出

介護施設等の在り方委員会 09年の参酌標準見直し前に円滑転換促す措置の可能性も

12月15日の「介護施設等の在り方
に関する委員会」で、療養病床転換措
置に対する疑問と批判が噴出した。

口火を切ったのは天本宏委員(日医
常任理事)。2009年度からの第4期介
護保険事業(支援)計画における参酌
標準見直しを待たないと転換ができ
ないのは明らかに行政のミスリード
であると批判。経営が3年間存続でき
る可能性も危ういと訴えた。

さらに、09年度介護報酬改定の前
に、しかも、老健施設で重度の患者
にどう対応できるかといった展望が
ない状態で、各療養病床は転換に踏
み切ることができないとも指摘。老
健施設の人員配置を説明した上で、
医療区分1にある胃ろうや経管栄養
等の患者に対応することは困難であ
ることを明らかにした。

天本委員は、そもそも、平均要介護

度が4.27である介護療養型の患者
を同3.17の老健施設に移行させる
こと自体が論理矛盾であると指摘。

医療療養病床から胃ろう患者等を
介護療養型に移し、さらには老健
施設に移すという考え方は患者のた
らい回しであり、しかも、介護保
険3施設がそれぞれ9割の稼働率を
維持していることを踏まえ、
「行き場をなくすことになる」と
批判した。

また、介護療養型廃止の結論を引
き出した議論において、介護療養
型と老健施設の患者特性の違いや
9割稼働率といった、医療・介護
難民の出現につながりかねないハ
ザードを示すデータを公表したのか
と事務局(厚労省老健局老人保健課)
にたずね、「そういうデータを特
段に提示することはなかった」と
いう答弁に、「では、何を根拠に政
策を導いたのか。あまりにも無定



見である」と厳しく論難した。

療養病床転換措置に対する疑問や
批判は、他の医療系委員だけでなく、
有識者や自治体代表委員からもあ
がった。

こうした声に鈴木康裕老人保健課
長は、「09年度の参酌標準見直しに
際しては、円滑な転換ができるよう
に万全を期したい。また、3年を待
たなくても、(療養病床が)早期に
対応できるような方針を示してい
きたい」と応じ、前倒しで措置を
図る可能性を認めた。

大森彌委員長(東大名誉教授)は
「これらの問題は、いずれきちんと
議論したい」と今後も取り上げる
意向を表明し、「あまり時間もない
ようだ。早期に対応できるよう当
該資料の用意をお願いしたい」と
事務局に注文をつけた。

ただし、事務局は、次回予定を
「都道府県の療養病床調査結果
や中医協の議論も踏まえる必要
もあり、年度末になる可能性がある
」と説明するなど、マイペースを
崩していない。

急性期入院のDPC一本化へ制度設計の最終局面

DPC評価分科会 課題は山積。厚労省・分科会以外に在野のデータと提言が急務

12月6日の診療報酬調査専門組織・DPC
評価分科会に、事務局は、DPC包括
評価にかかわる中長期検討課題(別
掲)として、①DRG-PPSへの移行
可能性、②調整係数の廃止、③DPC
制度を医療機関機能やコスト評価
を行なう仕組みの採用、④「標準
的DPC電子レセプト」を構築する
こと、を提示した(1面を参照)。

これらテーマは、2005年11月16
日の診療報酬基本問題小委員会
で、DPC包括評価にかかわる06
年度改定課題とともに提示され、
基本的に了承を得ている。ただし、
中長期の検討課題に関する議論
は、実質的に行なわれていない。

06年度のDPC導入病院が一般病
床の約1/3に達した(後出)ことを
踏まえ、厚労省は、DPC包括評
価を急性期入院医療の基本類型に
向かわせるために、次期改定を挟
みながら、必要な合意と制度改
正を積み重ねるために議論を促
したものの。

「調整係数の見直し」というか
たちで、その廃止を含む検討を議
論にのぼらせるという提案につ
いては、一部の委員から慎重な取
り扱いを求める意見も出た。し
かし、まとまった意見を集約す
るにはいたらなかった。

「医療機関の機能やコストの評
価を行う仕組みとしてDPC制度
を活用する」というテーマは、医
療機関のコスト調査分科会で取
り組んでいるDPCを活用した原
価測定研究(調査)を踏まえ、1入

院当たり包括払いの医療費算定と
リンクしている。

また、急性期入院を評価する上
で必要な各種医療機能を要件化
するとともに、係数化して評価す
る新たな報酬算定の仕組みを支
えるものとなる。質評価の導入
が重要課題に浮上する可能性が
ある。

このテーマの背景には、DPC包
括評価を急性期入院の要件とし、
急性期病院をDPCに一本化する
という方向性がある。

これと一体する課題が「標準的
DPC電子レセプト」の構築だ。05
年11月16日の基本小委に提示
した検討課題には、「標準的DPC
電子レセプトデータの一元的集
約システム」という一項目が併記
されている。

「標準的DPC電子レセプト」は、
分科会の松田晋哉委員(産業医
科大学教授)の手で設計が進んで
おり、これによって急性期医療
の情報標準化とそのIT化にか
かわるスタンダードは一挙に普
及するものと思われる。

DPC包括評価は、算定病床のシ
ェア、診断群分類の精緻化、包
括範囲や係数等算定ルールの中
心運用ノウハウ、データ収集シ
ステムの構築など、制度安定化
に向けたスキーム設計は、原価
測定を除くと「試行」から「本
番」局面に入ろうとしている。

しかし、「本番」にあたっては、ア
ウト

ライヤー、地域差、地域医療にお
けるポジションあるいは開設主体
間の機能の違い、外来への影響、
再入院の動向、アウトカムなど、
原価に関連した以外にも、評価
要因の取り扱いをめぐる検

討未だの問題点が多くある。

それだけに、DPC分科会の議論
とともに、DPCを導入した民間
病院等の検証作業等、厚労省以
外からの意見とデータの提示が
ますます重要になるようしてい
る。

DPCは一般病床の32.3%。地域分布格差が大

同日の分科会に対する報告で、事
務局は、今年度のDPC導入病院
は、DPCを算定する対象病院が
360(17万7,703床)、データ
提出に協力する準備病院が371
(11万4,022床)の合計731病
院(29万1,725床)にのぼり、
一般病床(90万4,199床=05
年10月1日現在)の32.3%、
人口10万人対病床数は228.32
となっていることを

明らかにした。

対一般病床比がもっとも高いのは
沖縄県(53.1%)、もっとも低い
のは愛媛県(14.7%)。同じく
対人口10万人病床数では最高
が沖縄県(374.63)、最低が宮
崎県(124.11)であった。い
ずれにおいても、地域による分
布のばらつきが大きい。

■「今後の議論の進め方について(案)」の概要

●早急に検討すべき項目

MDC毎の作業班において、分類の簡
素化等の観点から診断群分類の見
直しについて検討はどうか。その
際、「制度として安定的に運営す
る」という観点も踏まえ、優先度
の高いものから検討することとし
てはどうか。

●中長期的に検討すべき項目

- ・制度の安定的な運営への配慮に
重点を移す観点も踏まえ、調整
係数の取扱など、適切な算定ル
ールの構築について検討しては
どうか。
- ・DPCの、1件(1入院)当たり包
括評価制度への移行可能性を検
討してはどうか。
- ・DPCに基づく診療報酬請求に
関して、詳細な診療行為情報及
び点数情報を含む「標準的DPC
電子レセプト」の構築を検討し
てはどうか。
- ・医療機関の機能やコストの評
価を行う仕組みとしてDPC制度
を活用していくことを検討して
はどうか。

MSWの実態を紹介。評価の可能性も

後期高齢者医療のあり方特別部会

ヒアリングは一巡? 次回、年明けにも論点整理か

社会保障審議会に付設されている「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」は12月12日、終末期医療をテーマにヒアリングを行なった。

ヒアリングに応じたのは、民間病院でホスピス・緩和ケア患者を担当するMSW、特別部会の川越委員(ホームケアクリニック川越院長)、2004年7月に報告書をまとめた「終末期医療に関する調査等検討会」の座長を務めた町野上智大学教授。

MSWの田村里子さんは、緩和ケア患者・家族に対する援助支援活動の実

態を詳しく報告。適正なMSWの配置が、緩和ケア入院患者の在院日数短縮と在宅ホスピスを促がす上で大きく寄与していることを強調した。

これに対して、診療所系の委員からは、患者を紹介する病院の側が、連携支援や患者支援を怠っているために診療所の負担を強めているという批判が出た。あるいは、看護師にMSWに相当する機能を担わせているという事例が披露される場面もあった。

診療報酬の上で、MSWは、重急性期入院医療管理料を除くと基本的に評価

されていない。同日の特別部会は、患者本位の終末期医療と在宅移行を実現する上で、MSWあるいはそれに準じた機能を評価する重要性を示すものとなった。

特別部会のヒアリングは4回目を終えた。事務局(厚労省保険局医療課)は、次回以降の日程と内容を示すことなく閉会した。

この間、次回の予定は毎回案内されてきたことから、ヒアリングは今回で終了となる可能性があり、その場合に年明けに論点整理が示され、その後、3月末にかけて4、5回程度の議論時間で

基本方針案のとりまとめにいたる公算が強い。

後期高齢者の心身特性等、地域医療の現状(2回)そして終末期がテーマとして採用されたが、高齢者をめぐる予防、救急、認知障害、診療内容、看護・介護、リハ、投薬あるいは介護保険・介護施設との連携、在宅療養支援診療所、病外来などの実態はほとんど触れられていない。

同日のやりとりでも、在宅を志向する医師がなぜ少ないのか、急性増悪に対応できる病床の確保は可能か、在宅移行に欠かせない家族の負担にどう対応するのかといった論点が示されたが、単なる提起に終わっている。

テーマが複雑かつ深刻であるだけに、今後、議論をどう深めるのか、制度創設にふさわしい審議運営が求められている。

療養病床から一般病床へ転換進む

06年7月改定医療療養病床影響調査

「80%以上」病棟が全病床の1/4。8月の収入は3月比13%減

日本療養病床協会(木下毅会長)が行なった「2006年7月改定による医療保険療養病床の影響度調査」結果から、今年7月の療養病床入院基本料改定を挟んで、療養病床から一般病床への転換が進んでいることが判明した。

医療保険療養病床の収入を今年3月と8月とで比較すると、約13%という大幅な減少を示した。

また、病棟単位でみた医療区分の割合では、2・3が80%以上を占める病床が全体の約24%にもなった。

医療区分1が60%以上の病床割合は9.3%あるが、介護保険移行準備病棟を申請した施設は、調査時点でわずか74床にとどまった。(下段に関連記事)

調査は、医療保険療養病床の7月改定による影響を探るために9月に実施され、日本療養病床協会外の38病院を含む325病院から回答を得た。

病床種別の分布を今年3月と8月で比

べたところ、療養病床が約3.4%減り、一般病床が16.7%も増加した。介護保険療養病床の減少率は2.1%、医療保険療養病床は4.5%も減少した。

1日1人当たりの入院基本料と各種加算

および食事費用の合計を今年3月と8月

と比較すると、1,770.1点から1533.1点へと約13%もの大幅な減収となった。

病棟単位でみた医療区分割合をみると、区分2と3が合計80%以上を占め、10月以降は「20対1看護体制」届出となる病床は約24%にのぼった。

■病床種別分布の変化

*集計結果から本紙編集部が作成

	2006年3月	2006年8月	増減
介護保険療養病床	21,074	20,626	△448
介護療養型医療施設	20,357	19,869	△488
老人性痴呆疾患療養病床	717	757	40
医療保険療養病床	24,562	23,468	△1,094
療養病床入院基本料2	-	20,268	-
特殊疾患療養病棟1	2,274	-	-
特殊疾患療養病棟2	2,715	-	-
特殊疾患入院施設管理加算	6,542	-	-
回復期リハ病棟	1,847	2,162	315
上記以外	11,184	1,038	△10,146
一般病床	9,062	10,577	1,515
特殊疾患療養病棟1	-	621	621
特殊疾患療養病棟2	-	464	464
特殊疾患入院施設管理加算	909	-	△909
回復期リハ病棟	461	512	51
上記以外	7,692	8,980	1,288

がん対策基本法施行に向け意見協議の場を設置

厚生労働省は12月13日のがん対策推進に関する意見交換会で、がん患者団体や支援団体など18団体を招いてヒアリングを実施した。

意見交換会は、がん対策基本法の来年4月施行に向け、患者を含むがん医療の関係者から意見を聞く場として設けられたもので、11月20日に初会合が開かれている。

がん対策基本法に定められている、「がん対策推進協議会」設置に向けたモデル活動という一面をもつ。

初会合では、化学療法を行なう腫瘍内科医がいないがん医療拠点病院が45%もあるなど、がん治療専門医が足りない実態が指摘された。

また、患者を専門医に紹介していく「がん治療認定医」の制度化、放射線腫瘍医と一体の物理士養成などの必要性が論じられた。

ヒアリングで患者側各団体が要望し

たものは、がんの具体的な治療方法と対応可能な医療機関あるいは相談窓口の所在など、患者のニーズに応える情報の公表であった。

また、診療ガイドラインの策定とそれにもとづく標準的治療法の確立を求める意見も出た。腫瘍内科医や血液内科医が少ないという指摘も出た。

法案審議の過程で「情報の収集提供体制の整備」に代替されたがん登録の問題も取り上げられ、各団体とも登録制度の整備を求めた。

マンモグラフィ装置と検診車補助で申込受付

厚生労働省は、乳がん検診の普及を図るために、マンモグラフィ検診に必要な乳房X線撮影装置などの機器や検診車を整備する補助事業を進めている。

12月6日に公表した文書で、12月28日までに各都道府県の担当窓口へ申し込むよう医療機関に案内している。以

下に案内文書の要旨を紹介する。

■マンモグラフィ緊急整備事業について
市町村が実施している乳がん検診を受託する検診機関等を対象にマンモグラフィ緊急整備事業を実施している。希望する検診機関等は各都道府県の担当窓口へ問い合わせのこと。

●補助対象機器

乳房エックス線撮影装置(撮影台、エックス線管装置、高電圧装置等)、撮影用ユニット、高輝度シャウカステン、読影用モニター、精度管理用キット、その他マンモグラフィ検診に必要と認められるもの(機器の搬入、施設の改築等に要する経費を除く)

マンモグラフィ装置等を搭載するための車輛

※この補助事業で整備した機器は診療には使用できない。

●基準額

- (1) 据置型 30,000千円
- (2) 検診車搭載型
 - ア)マンモグラフィ装置1台を検診車1台に搭載する場合の各1台の経費30,000千円
 - イ)アの設置形式に同装置をもう1台搭載する場合の装置1台の経費30,000千円

- 補助率 基準額の1/2
- 締切日 06年12月28日
- 照会先 厚労省老健局老人保健課

療養病床から一般病床への転換が顕著

医療施設動態調査 療養病床7ヶ月連続で減少

12月8日に厚生労働省が公表した医療施設動態調査(概数)によると、2006年9月末の療養病床は8月末から1,413床減少した。療養病床は3月から7ヶ月連続で減少、2月末より7,172床(2.0%)少なくなった。

一般病床は今年に入ってから増加基調で推移しているが、とくに、7月以降は3ヶ月連続で増えている。

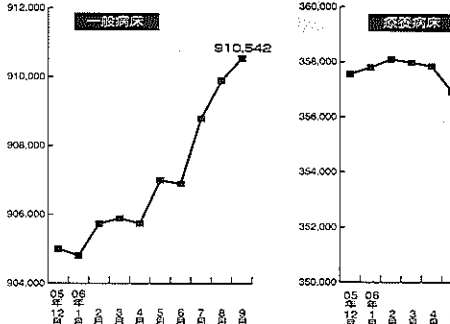
今年1月末と比較すると、9月末の一般病床は5,738床増加をみせている。

療養病床再編が明らかとなった1月以降、厚生労働省の思惑とは逆に、介護療養型医

療施設の医療療養病床への、さらには療養病床の一般病床への転換がそれぞれ進んでいると指摘する向きが多い。

そうした動きが明らかに読み取れる医療施設動態調査結果となった。

■一般病床と療養病床の病床数推移



臨床研修病院指定基準の緩和特例を延長

新医師臨床研修制度 9%が今なお標欠で指定除外の可能性。臨床研修定着を優先

12月15日の医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会は、臨床研修病院指定基準における研修医数、標欠排除、指導医臨床年数の各規定を緩和して適用する特例をさらに継続することで合意。経過措置の延長が決まった。

緩和措置は、地域による医師偏在等が臨床研修病院の確保に影響を及ぼすことを回避するために、2003年6月の医政局長通知で設けられた。

経過措置によって、①研修医の数は「病床÷10」または「年間患者数÷100」を超えないとされているところを「おおむね病床数÷8を超えない範囲とする」と引き上げられ、②「医療法の医師標

準数を満たすこと」という要件は適用が外され、③「原則7年以上」とされた指導医の臨床年数は「5年以上」に短縮され、2007年3月31日までの適用が認められた。

しかし、現在も、②についてみると07年度研修プログラム参加予定2,380病院のうち214病院(9%)が指定基準を満たさなことから、事務局(厚労省医政局指導課)が、07年4月以降の経過措置延長を提案し、了承を得たもの。

また、同部会は、新医師臨床研修制度について、創設後5年以内にすべしとされている制度見直し規定にもとづいた対応した検討作業を開始しました。

「病院のあり方報告書 2006年度版」

もう一つの「病院のあり方論」。民間病院の明日に託す想いと期待。

「病院のあり方報告書 2006年度版」は、11月初に「要約版」をまとめた後、各章ごとにさらなる記述の精緻化を重ね、年末にかけて原稿が固まった。編集を経て、1月内に冊子として公表する予定で最後の作業に入っている。

1998年以降実質5回の改訂を重ねた本報告書は、医療提供の質と仕組みの視点から、わが国民病院の現在と未来を論じてきた。それは、激動のわが国医療改革の側面史を織りなす。

北海道から九州に分散する各委員は、病院経営のかたわら自ら書いた原稿をもちより、シビアな議論を通して記述の変更を重ねる作業に60時間以上をかけた。そ

の結果、2006年度版は200頁近い冊子となる見込みだ。

医療改革の方向性を適確に予測してきた「病院のあり方報告書」は、「要約版」完成後に、厚労省若手勉強会からもレクチャーの依頼を受けるなど、マスコミだけでなく行政側の関心も高い。

だが、テーマ毎に中心になって執筆した委員も、もっぱら議論に加わった委員も、実効性に富む「あり方論」をどう展開するのかという点では、大変苦労していた。

本稿でかならずも十分論じきれなかった課題、などについて4名の委員に綴っていただいた。

●「あり方報告書2006年度版」を終えて

情勢の進展を予測、多くの論点を新たに提起

データ確保が不可欠。調査等、会員のさらなる協力を願う

病院のあり方委員会委員長 徳田禎久



1998年「中小病院のあり方報告書」に始まった全日本病院協会の活動方針を示す本報告書は、その後も版を重ねて、今回「2006年度版」を発刊する運びとなった。

今回は、今後の医療提供に大きな影響が見込まれる医療制度改革関連法案が国会を通過し、国の方針として決定された関係から、その評価と今後の対応をどうするかというところで委員間で議論する事柄が多く、作成に、これまでより圧倒的に多くの時間を要した。

前回までの報告書作成過程では、議論がぶつかっても、「あり方だからあるべき姿を」ということで妥協することもあった。しかし、今回は、現実に種々の課題に対する解決方法を提言し、会員や関係者に問う必要性があるという認識から、長時間に亘り真剣な議論が行われた。

「病院の基本的あり方」に関するTQM・質・安全など、これまで繰り返しその重要性を記載してきたテーマでは、委員間の認識が一致していることから議論はスムーズに進み、病院情報システムの構築に関する詳細が重要なテーマとして追加された。

一方、「医療提供体制のあり方」に関しては大いに議論することが多かった。診療報酬改訂、特に療養病床の医療区分と報酬額、介護療養病床の廃止の決

定による大きな影響が予測されるなか、議論の過程でこの問題が大きいのしかかり、テーマ選択の段階でも、「あり方の議論をするより『病院の閉め方』について討議し方針を出すべきではないか」という意見が出たほどであった。

具体的に時間を割いて検討された事項は、①DPC対象病院以外の急性期と亜急性期型病院の姿、②地域一般病棟と療養病床の対象患者の違い、③外来主治医制のあり方と専門医としてのプライマリケア医の資格制度、④医師・看護師の需給問題の解決方法と養成機関、職能団体の責任、⑤診療報酬決定のための調査や審議・決定過程の公開、⑥医療介護における報酬の2階建て方式の導入、⑦介護3施設一元化の再提言と常勤医師不要論、⑧シンクタンクの設置に関する具体的方法、などである。

4月から月1回の委員会開催予定が9ヶ月計15回にわたり、早朝や夕方から夜遅くまでの開催も数回に及んだ。予定外の開催にも快く協力いただいた全12名の委員に、心より感謝したい。

「2006年度版」作成に当たって委員長としての留意事項は、先輩理事諸氏や医療関係者からもかねてより指摘いただいていたことでもあったが、データにもとづく現状分析を行ってより具体的な提言をすることと、医療関係者のみならず一般の国民にも読みやすい報告

書とすることであった。

前者については、個々の提言も踏まえ、良質・安全・効率・IT化などを念頭とした理想的な病院を創設し運営するためには、どのようなハードづくりが必要で、医師・看護師をはじめどのような職種の者を何人採用すべきか、運営形態をどのようにし、その場合の資金計画はどのようなものとなるのか、民間施設として成立するのか、不成立なら診療報酬はどのようなものにすべきかなどを具体的に示し、これと対比する形で現状の医療提供の諸問題を議論し直したいと考えていた。

このためには、いくつかの民間病院の運営実態を基本にする必要があったが、委員長の個人的な接触では、診療科別の診療実態、雇用形態、給与体系などに施設間格差が大きいことや、費用算出に関する地域特性の評価が難しく、また、会員病院からの生データの収集がこの期間には不可能で、今回はこのような形の取り組みは断念せざるをえなかった。

今後、改めて理想的病院設立プランを委員会で詰めて色々な課題を取り上げた補足版の作成も考えてみたい。

後者については、とりあえず「要約版」を全日病学会に間に合わせて広く参加者に配布したが、現在、語句表現の統一化、図表の挿入、レイアウトなど

の修正による会員向けの読みやすい報告書の最終編集段階に入っており、その後、一般向けのリライトを行う予定としている。

今回で5回目となる「報告書」も、徐々に関係者やマスコミの関心を得るようになってきていることは事実であり、最近では、特に亜急性期医療に関連する「地域一般病棟」についての反響が大きい。今後の医療提供において是非とも必要な機能との認識が広がっているものと思われ、全日病一丸となって実現のために努力すべきである。

「2006年度版」の作成過程において、現状把握から将来のあり方に関するデータ収集などについては、仕事の時間も融通していただいた委員や外部委員、事務方の頑張りによるところが大きかった。

しかし、データにもとづく提言をしようにも、種々の調査に対する会員病院の回答率が悪く、限られた会員・施設からの意見やデータで判断せざるを得ない状況が続いている。

このように、委員や一部の会員だけの努力のもとに行われる活動では、政策立案者に届く具体的な提言の作成作業に限界がある。

会員各位には、真剣にシンクタンクの創設を考えていただき、早急な実現に向けての協力を強く要請するものである。

●シンクタンクの設立に向けて

提言作成、会員支援にシンクタンクが必要

本会による設立を志向。財源等具体的検討に入りたい

副会長 西澤寛俊



1998年に始まり、2年毎に発刊してきた本報告書は、「2000年版」以降シンクタンクの必要性について記述、提言してきた。

その理由は、報告書を作成する過程において、望ましい病院のあり方を検討し、その実現に向けての提言を行う上で、その根拠となるデータの収集・分析が不十分であることを痛切に感じさせられたからである。

この間、委員会活動の活発化、事務局機能の強化、外部機関の利用、産学との共同などで、シンクタンクに望まれる機能の一部は実行してきた。しかし、現状の体制では活動に限界がある。

全日病が政府、関係業界、保険者、利用者団体などとの交渉相手として認知されるため、また、会員病院の経営支援、医療の質向上の支援を行うためには、独自の情報収集、分析、判断と決断、そして政策提言能力が培われなければならない。

その為には、全日病自らがシンクタンクを設立すべきである。これが今回、「2006年版」発刊の議論で一致した意見であり、提言である。

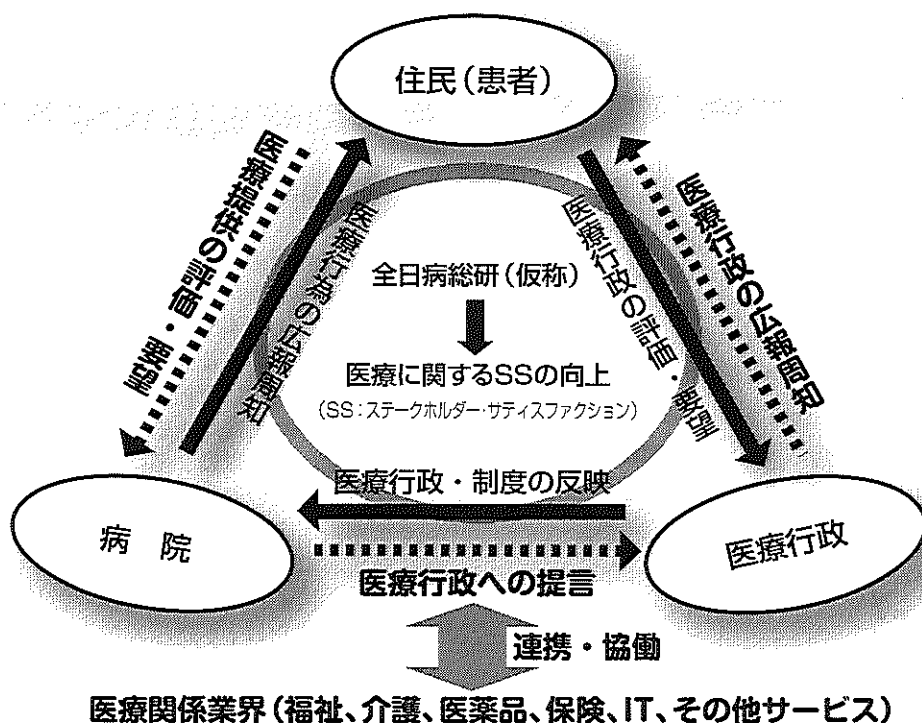
ただし、今回、設立に向けた検討は、時間的制約もあり、継続事項とした。

シンクタンク設立の具体的検討を行う上で、まず、設立の目的を明確にし、シンクタンク機能のコンセプトを明瞭にしておくことが重要と考えている。

設立目的なし、シンクタンク機能

については、＜住民-病院-医療関連行政＞間の全体最適を目指すSS(ステークホルダー・サティスファクション)の向上という視点がポイントであろう。

そのたたき台となるイメージ図を以



下に示す。

シンクタンクの設立に向けては、いくつかの重要な難しい課題がある。とりあえずは、組織形態、財政基盤、人材の提供等が問題となろう。

まず、組織形態であるが、独立型(常設、独立機関)、外部連携型(産学連携、住民参加型、等)がある。これは目的・機能のコンセプトによって決まってくるであろう。

次に、最大の難題として財政基盤がある。原資として、①本会による費用拠出、②調査研究受託による収益、③病院経営コンサルティング事業の収益、④寄付金・募金などが考えられる。同時に、会員からの何らかの財政支援は、当然、必要となるであろう。

もう1つの課題として、人材(研究員など)の確保がある。いずれにせよ、実現に向けては幾つものハードルがあると考えている。

しかし、医療の質をより重視した効率的な医療提供体制の構築と会員病院の経営支援に関して、全日病が主体的に活動していく為には、シンクタンク設立が必要であり、早期の実現に向けた会員の理解と支援を切に願うものである。

●「地域一般病棟」について

「地域一般病棟」概念づくりへ作業部会を設置

急性期と慢性期だけではニーズに応えることはできない

医療保険・診療報酬委員会委員長 猪口雄二



今回の「病院のあり方に関する報告書 2006年度版」は、再び「地域一般病棟」に言及している。

前回の2004年診療報酬改定で「亜急性期入院医療管理料」が新設されたため、これがあたかも「地域一般病棟」を指すかのように捉えられることが多い。しかし、実際には、その主旨は異なるものであり、もう一度、当該病棟の概念について説明したい。

「地域一般病棟」は、四病院団体協議会が「今後の高齢者医療のあり方について」(2001年9月)と「医療提供体制のあるべき姿」(02年7月)の両報告書で提唱した病棟カテゴリーであり、地域に特化した、医療機関・介護施設のネットワーク機能を主体とした病棟(病院)である。

このような病棟(病院)カテゴリーの確立は、急性期病棟(病院)の運営を支援するとともに、高齢者を中心とする利用者のニーズにあった医療提供を可能とする。

各地域における中小規模病院が積極的に参加し、また、1つの大規模病院が多くの入院医療を提供している地域では、一部の病棟が地域一般病棟になることによって、利用者を中心とした全人的かつ効率的な医療提供が可能となる。

■「地域一般病棟」の概念

<p>(地域一般病棟の役割)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ケアを中軸としたトータル・ケアサービス ○ 在宅ケアを中心に、利用者の状態を考慮した医療の提供 ○ 基軸は地域における医療機関・介護施設とのネットワーク
<p>(地域一般病棟の機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能が必須 ○ 急性期病棟からの受け入れ ○ 在宅医療の後方支援機能 ○ 24時間体制での対応
<p>(必要と考えられる人員基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師、看護要員は現行の一般病棟基準以上 ○ PT、OT、ST等リハビリテーションスタッフを配置 ○ 医療ソーシャルワーカー(MSW)を配置
<p>(地域一般病棟の入院対応疾患)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 軽～中等度の肺炎、脳梗塞等、内科疾患 ○ 一般的な骨折等、外科疾患 ○ 慢性疾患の急性増悪 など

上記の主旨で「地域一般病棟」の創設を提唱して来た。

ここでは、地域における医療・介護のネットワークが基本であり、急性期以後のリハビリテーションを中心とした医療(post acute)と、高齢者を中心とした軽～中等度の急性期への対応(sub acute)の両者に対応しようという考え方である。

しかし、「亜急性期入院医療管理料」は急性期以降の対応しかできず、急性期対応は一般病床での対応、ということになる。しかも、一律点数のために生ず

る種々の問題点が指摘されつつある。

おそらく次期診療報酬改定では、そのあり方についても議論されることになろう。

現在、一般病床の中で、DPC対象病床もしくはその準備病床は30%を越えている。あと1～2年で50万床程になるであろう。

そうなるに急性期医療はDPC対象病院が中心となり、地域の基幹病院と中小の単科専門病院が担うということになろう。

しかし、現実には、どんなに在宅医療を推進しても、急性期病床と慢性期病床だけでは入院医療ニーズに応えることはできない。地域一般病棟がどうしても必要なのである。

それを実現するためには、この概念と対象疾患の確立、医療圏ごとの必要病床数の算出、支払い方式の考案、認可条件の設定、などが必要であり、多くのデータに裏づけされたものにする必要がある。

ややもすると、今や急性期入院医療の集中化促進がテーマである、もはや中小民間病院の役目は終わった、などと言われかねない時代になった。今回の7:1看護体系などは、この考え方を踏襲するものと考えている。

今こそ、全国の中小民間病院が主体である全日本病院協会が中心となり、「地域一般病棟」の概念を作り上げる必要があると考えられる。

2007年には、医療保険・診療報酬委員会および協力いただける研究者による「地域一般病棟」の実現化に向けての作業部会を設置したいと考えている。

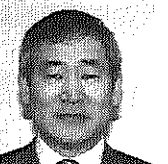
医療制度改革が進行する中、中小民間病院の生き残りをかけるためにも、会員病院の積極的な協力を希望する次第である。

●病院情報化の意義と業務革新

業務特性と目的に即した情報システム構築が重要

病院IT化環境整備に向け今後も活動。会員病院の参画を期待

医療の質の向上委員会委員長 飯田修平



●情報システムの導入、その目的

情報が組織運営に重要であることは論を待たない。しかし、情報を活用するよりも、「情報に踊らされている」あるいは「情報機器に使われている」のが実態である。

情報機器そのものが情報技術(IT: information technology)であり、情報機器を利用することがIT化であると、誤解している人も多い。すなわち、手段の目的化が起きている。現在の業務をそのまま電子化すればよいと考える病院も多い。

情報システムの開発あるいは導入の目的は、情報技術を用いて情報を活用して、業務を効率化することである。しかし、それだけではなく、現在の仕組みや業務を変え、業務革新、組織を再構築し、組織運営を円滑にして組織の目的を達成することに意義がある。

それぞれの組織の理念・目的・方針あるいは情報技術に対する考え方によって、情報システム導入の目的や内容は多様であり、組織の状況に応じて定められるものである。

●情報化の意義、標準化と情報の共有

情報化の意義は標準化と情報の共有(連携)を実現することである。情報化するためには、機械にもわかるように、厳密に理論立てて記述する必要がある。

情報システムの導入や開発は、現状の業務を作業レベルまで洗い出し、望ましい、あるいは、あるべき業務との

相違を把握し、その相違を小さくするようにシステムを構築することである。

したがって、一般論ではなく、自院の業務フローを具体的かつ詳細に分析することが必要である。その経過が重要であり、結果として業務革新が実行される。

●情報化の効果、その2面性

電子カルテなどの統合情報システムの導入は、現段階では、費用対効果が良いとは言えない。電子化加算も経済的には合わない。

しかし、業務の標準化と情報共有による、質向上、効率化、業務革新、将来構想の基盤整備という観点からは、大きな貢献をしている。使い勝手が悪

く、機能が不足しているなど、職員満足には到らないが、多職種が情報を共有するという観点からは効果がある。

また、患者へのモニター画面による説明や待ち時間の短縮など、患者満足の点からはなくてはならないものである。電子カルテを導入した病院で、元に戻したという話は聞かない。

●情報システム導入、その実例

筆者が経営する練馬総合病院における情報システム導入の基本的考え方は、

目的志向すなわち運用重視である。院長就任以来、情報システム構築を始め、

現在もその途上にある。

市販の情報システムで、現在の業務、および、今後実施したい業務が運用できれば導入する。希望する運用ができない場合には、共同開発している。いずれの場合においても、順調には進捗せず、既に報告したように多くの問題が続出した。その原因は様々であるが、稼働前に問題を洗い出して対応している。

情報システムの開発・導入におい

●電子カルテ導入、全日病の活動

全日病の医療の質向上委員会に医療情報基本要件検討プロジェクトを設置し、開発側との共通の考え方・共通用語の基盤整備のために、厚生労働科研費事業として、標準的電子カルテのプロジェクトを行っている。

実際の病院における業務フローを分析し、それを一般化した業務フローモ

デルを作成し、これを用いて薬剤業務と手術室内業務を分析し、業務フローモデルを作成し、質保証の仕組みを検討している。

その成果を「電子カルテと業務革新—医療情報システム構築における業務フローモデルの活用—」として、昨年末に出版した。

●病院情報化、今後の課題

情報化には解決すべき課題が多くある。目的に合致しない、制限が課せられる、運用をシステムに合わなければならないなど、期待した成果が得られない、あるいは、費用対効果が十分ではないという不満もある。

それらを解消するためには、次のような対応が必要である。

- ①情報化に関する教育研修プログラム作成。
- ②情報化のための院内体制の構築。
- ③情報システム導入および開発の進捗管理の手引き作成。
- ④必要なときに必要な様式のデータ

を得られる、データベースの構築。

これらが解決できれば、情報化が経営に大いに貢献する。

情報システム構築には、これだけでよいということではなく、継続的な改善が必要である。社会制度、医療制度、人々の価値観の変化に対応しなければならないからである。

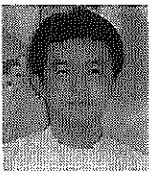
本稿を参考にして業務を分析し、それぞれの病院に適した情報システムを構築していただきたい。現在、組織体制構築や基本要件策定の手引きを作成中である。会員各位のご支援と積極的な参画をお願いしたい。

「看護師争奪戦」から自院を守る創意工夫 (投稿)

子育て支援で定着率が向上、人材確保難を乗り切る

離職率5%以下、中途入職定着率100%、出産後復帰率は87.5%

小倉第一病院 副院長 中村秀敏



今年ばかりは新卒看護師採用に失敗

今改定で、「7対1」の看護体制であれば入院基本料が1日3,000円近く増額されることになった。

看護師増が増収に直結することに目をつけた大学病院や大規模病院はこぞ採用増に奔走し、07年度の看護師採用内定数は、国立大学病院(45施設)が前年比2,212人増の4,509人となった(毎日新聞の記事より)。来春卒業予定の看護学生は、今夏には早々と「市場」から姿を消した。

新卒看護師の採用が比較的安定していた本院も、今年ばかりは惨憺たる結果となった。

本院のある福岡県北九州市には産業医科大学附属病院、国立病院機構病院、市立医療センターがあり、なおかつ、病床数500前後の総合病院が過密気味

に存在する。

そのため、看護学校が豊富にあるにもかかわらず、ほとんどの学生が「大手」に流れていってしまった。恐らく、多くの中小規模病院が悲鳴を上げていることと思われる。

人員確保の最大の手段である新卒採用の道を断たれた今、目下の懸案事項は、現在いる看護師をいかに辞めさせないかである。看護師の離職率は年11%というデータが報告されているが、これを減らしていくしかない。

本院ではさまざまな職員満足度向上のための取り組みを行っているが、病院の姿勢によって看護師の定着率を向上させることが可能であると考えられる。

今回、本院のユニークな取り組みとして紹介するのが、「子育て支援」である。

護師に好評である。

また、産休で一時的に不足する看護師人員については、パート雇用で急場をしのいでいるが、パート職員の中から優秀な人材を正規採用したケースも

ある。

2007年4月には、現在建築中の認定こども園(一部職員寮)が完成予定であり、さらに、子育て支援としての体制が充実することが期待される。

成果は明らか。独身看護師の希望にも応える

本院では子育てをしながら勤務する既婚女性職員の割合が61.8%、10年以上在籍の看護師が30%、過去5年間の妊娠後復帰率は87.5%というデータがある。他の医療機関と比較するのは困難であるが、いずれも高い水準にあると思われる。

現在、出産・育児休暇中の職員は女性職員の5.8%(5名)にあたり、全員復帰予定である。さらに、ここ数年の看護師の離職率が年5%以下、過去5年以内に中途採用した看護師の定着率が100%といずれも好成績である。

このような取組みが評価され、今年3月に北九州市から、「子育てしやすい環境づくりを進める企業等表彰」で優秀企業として表彰された。

看護師の離職の原因として大きいのが出産・育児である。本院の離職率が低い水準にあるのは、子育てを支援している影響が大きい。本院の独身看護師の多くが結婚・出産後も働き続けたいという希望を持っていることから、病院経営にとって子育て支援に取り組む意義は極めて大きいといえる。

「子育て支援」—本院の取り組み

本院では、開業当初より、子育てしながら働く看護師に対して支援する体制を取り続けており、近年になり、さらに発展させてきた。

本院の子育て支援に関する取り組みとして、以下の項目が挙げられる。①子育て支援としての休暇制度(産休の他に、週休2日制、年20日の有給休暇と年10日の特別休暇の完全消化の義務化、メモリアル休暇、リフレッシュ休暇の制定)、②子育てしやすい勤務体系(育児短時間勤務制度・フレックスタイム制度

による子供を預けながらの勤務支援)、③復帰後の部署移動(病棟配属の看護師を、夜勤のない外来配属へ変更)、④出産・育児休暇中の業務連絡事項の保存(グループウェアを導入し休暇中の業務変更、連絡事項、勉強会資料を保存)、⑤eラーニングによる復帰後研修(休暇中のスキル低下予防や新しい知識の補充のためのシステムを確立)、などである。

休暇制度もそうであるが、とくにグループウェアやeラーニングは、産休中の知識・スキルの遅れを心配する看

ベテラン・中堅看護師の存在は人件費に勝る

経営的な視点から、新規採用で若い看護師を多くした方が人件費の削減につながるのでは良いという見解もある。

しかし、本院ではいわゆる「ベテラン」や「中堅」ナースが多いことで、ミスや患者さんとのトラブルが減少し現場が安定することの方がはるかに望ましいと考えている。

直接的な効果に見えないかもしれないが、子育て支援による人材確保で、採用

難の強風にも立ち向かうことができ、潜在看護師の掘り起こしも可能になるのではないだろうか。本院ではホスピ福岡NPOで「カムバックエントリー制度支援」にも取り組む予定である。



医療安全管理業務と研修プランに指針を策定

注目される医療安全管理者の質向上検討作業部会

医療安全対策検討会議のヒューマンエラー部会および医薬品・医療機器等対策部会に付設された「医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会」で、医療安全管理者の業務指針案と研修プログラム作成指針案をまとめる作業が始まった。

医療安全管理活動の質を高めるために、安全管理活動の位置づけ、安全管理業務の内容、安全管理者の役割と資質などをあらためて明確にするとともに、それら内容を反映した研修プランを確立するというのが作業部会設置の主旨だ。

各医療機関、各安全管理者が多様に取り組む医療安全マネジメントに、標準化を促すものとなる。ただし、強制力を伴う基準ではなく指針(ガイドライン)を

策定するというのが厚労省の考えだ。

9月8日にたちあがった検討会だが、事務局(医政局総務課医療安全推進室)は、2回目の11月29日の会合で早くも、業務について指針案を提示した。

その中で、「医療機関の管理者から委譲された権限に基づいて、医療安全に関する医療機関内の体制の構築に参画し、各種活動の円滑な運営を支援する。また、職員への研修・教育、情報の収集と分析、対応策の立案、再発防止、未然防止および発生した事故の影響拡大の防止等の医療事故への対応を行う。」と医療安全管理者の役割を定義している。

来年3月をめどに基本案をつくり、5月にはとりまとめる予定だが、これまで共通認識が乏しかった分野だけに、議論の展開ぶりが注目される。

08年度改定の第1次要請案 医療療養病床の評価を見直すべし

2008年度診療報酬改定に向けた要望事項(第1次) ※1面記事を参照

1.都道府県単位での診療報酬制度

医療機関の運営費用は、人件費を中心に都道府県や地域によって大幅に異なる。

大都市圏における人件費の高騰、過疎地域における人手不足、医師・看護師の地域偏在など、多くの要因が病院運営を困難にしているのが現実である。

入院基本料、初・再診料、指導料など、人件費に係わる診療報酬は、都道府県・地域が決定することを原則とし、実情に即した診療報酬を決められる体系の構築を要望する。

2.医療療養病床の費用を反映した診療報酬設定

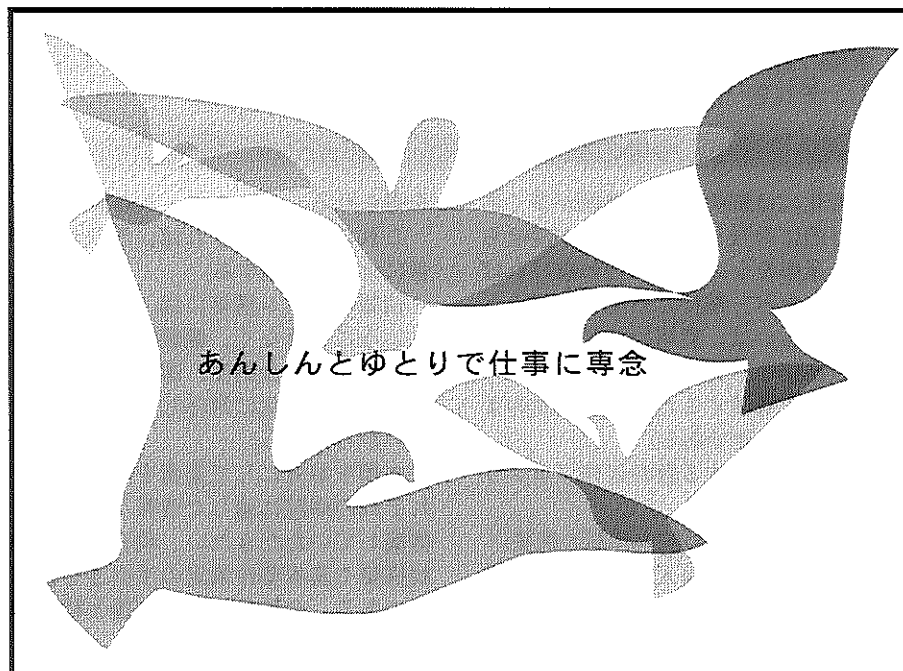
2006年7月より開始された医療療養

病床の入院基本料は、療養病床削減を目的とした政策的診療報酬であり、運営費用を反映したものではない。検証を行うとともに、運営費用を反映した診療報酬にすることを要望する。

3.亜急性期入院医療制度の確立

2004年診療報酬改定で新設された「亜急性期入院医療管理料」であるが、今後の医療機能分化においては、より効率的かつ地域医療に貢献できる制度とする必要がある。

現行の急性期入院医療後の対応のみならず、在宅医療・介護施設等において、入院を要する患者に対する全人的対応を行うことが可能な病棟・病院の機能確立を要望する。



全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

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

全日病厚生会

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

支部通信

看護師不足問題の影響甚大

入院患者抑制の対応をも検討

山形県支部 通信委員
支部長 仁科盛之



日に日に寒さも増し、山形では冬支度に追われている昨今である。今年の冬は昨年のようなドカ雪にならぬようにと願う。

さて、先日、NHK仙台支部より取材依頼があった。内容は山形県における来年度の看護師の充足状況についてである。

宮城県では看護師不足問題が大変深刻で、地域医療の崩壊にも繋がる大きな社会問題になっているとの事である。

当法人としても良い機会であり、是非マスメディアに取り上げて欲しいとばかりに取材に応じた。

山形県においても山形大学病院が150人を募集、多くの看護学生がフリーバスの状況で採用される見込みである。当法人の看護学校もしかしだが、当病院も大きな影響を受け、来年度は入院患者の抑制で対応をせざるを得ない状況である。

7対1看護は安全管理、医療の質等々で大変良い体制であり、ましてや大学病院は当然至極の事だ。しかし、今回のように進め方が一歩間違えると大きな問題と化す。

ふと思いつくのは「潜在看護師は全国で55万人もいるのだから銀座の“ホステス”のような看護師の引き抜きなどは決してやらないで欲しい」と、診療報酬説明会で厚労省某担当官が笑いながら言った言葉である。はてさて、

その担当官は、今さら何を思い、何を感している事やら…。

「病院間連携シンポ」を開催

民間病院間の連携推進に取り組む

熊本県支部 通信委員
支部理事 山田一隆



11月3、4日に行われた第48回全日本病院学会では、「民間病院の明日を拓く」をテーマに各方面からの取り組みが熱く語られましたが、熊本県支部も、川野四郎支部長を中心に難局打開への取り組みを積極的に行っています。

まず、支部主催と県内四病協の共催で講演会を定期的に行っていますが、各病院の形態に応じた構想・戦略の貴重

な情報となっています。また、「民間病院間の連携推進」を重要項目として取り組んでいます。

当協会会員には急性期病院、専門病院、一般病床あるいは療養病床を主とする病院、地域特異性に合った病院などが存在し、それぞれが個性をもって連携することが望まれます。

公的病院と診療所との連携も救急医療の面では非常に重要ですが、地域医療の広い観点からみると、前述した各種の病院の有機的な連携が「民間病院の明日を拓く」取り組みともなるのです。

本年、熊本県支部では「病院間連携シンポジウム」を開催し、熱心な情報交換と討議が行われました。

さらに、「全日病支部ホームページ」の開設により、県内の各病院の特徴、専門性を情報提供し、会員間での密な医療連携を推進したいと思っています。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2006年10月

- 1日 病院のあり方委員会
- 3日 四病協/研修・認定センター理事会、日病協/代表者会議
- 4日 病院機能改善支援セミナー(大阪)、広報・HP作成WG合同委員会
- 5日 IQIP研究会議、Nikolas氏講演会
- 6日 会長・副会長会議、総務・財務合同委員会、四病協/医療保険・診療報酬委員会、医療経営人材育成事業運営委員会、病院のあり方委員会
- 7日 事務長研修(～9日)
- 9日 病院のあり方委員会
- 11日 四病協/医療経営・税制委員会
- 13日 看護部門長研修(～15日)、医療制度・税制委員会、医療従事者委員会

- 14日 救急・防災委員会、医療機関トップマネジメント研修(～15日)、企画室・学術合同委員会、第7回常任理事会、第3回政治連盟常任委員会
- 20日 日医・四病協懇談会作業部会
- 21日 機能評価委員会合宿勉強会(～22日 郡山市)
- 25日 日病協/事務連絡会議、四病協/総合部会
- 26日 日病協/診療報酬実務者会議
- 27日 人間ドック委員会、総務委員会、医療保険・診療報酬委員会
- 30日 日病協/代表者会議
- 31日 研究会議(コアメンバー会議)

2006年11月

- 1日 病院のあり方委員会、広報委員会・HP作成WG

- 2日 機能評価セミナー(徳島市)、常任理事会(徳島市)
- 3日 全日本病院学会(～4日 徳島市)、人間ドック委員会(徳島市)
- 4日 病院機能評価委員会(徳島市)
- 6日 自民党「厚生労働部会・厚生関係団体委員会合同会議」
- 9日 平成18年度病院経営調査報告記者会見(厚生日比谷クラブ、厚生労働記者会)
- 10日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 11日 医療機関トップマネジメント研修(～12日)、四病協/感染管理講習会
- 12日 四病協/感染管理講習会
- 14日 個人情報保護担当委員会
- 15日 業務フローモデル(手術)打合せ(～16日)
- 16日 四病協/医療経営・税制委員会

- 17日 日医・四病協懇談会作業部会
- 18日 事務長研修(～19日)
- 20日 医療事務技能審査委員会
- 21日 民主党税制調査会ヒアリング
- 22日 四病協/総合部会(日病)、日医・四病協懇談会
- 23日 病院のあり方委員会
- 24日 日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会、医療の質向上委員会、医療経営人材育成事業運営委員会
- 25日 四病協/診療情報管理士認定証授与式
- 29日 国民医療推進協議会総会・懇親会、業務フローモデル(手術)打合せ
- 30日 日病協/診療報酬実務者会議、四病協/治療費未払問題検討委員会、研究会議(コアメンバー会議)(北海道)

四病院団体協議会等 会議報告(抜粋)

2006年9月

●四病協/医療保険診療報酬・介護保険合同委員会(1日)

[担当団体] 全日病
[本会出席者] 西澤副会長、安藤副会長、猪口常任理事(委員長)、木下常任理事
猪口委員長が、7月31日の日病協代表者会議で作成が決まった06年度改定看護師問題の緊急要望書を8月21日に厚労省医療課長に提出したと報告。

関連して猪口委員長は、小数点以下切り上げという看護師必要数計算式の矛盾を指摘、小数点以下第1位までの計算を認めるよう要望してはどうかと提案。

以下、8月9日の中医協第90回総会、10月1日からの療養病床老人患者にかかわる食費等自己負担の制度内容、8月8日～11日開催の「地域ケア体制整備に関するブロック別意見交換会」、8月24日の慢性期分科会についてそれぞれ報告があった。

9月27日開催予定「介護施設等のあり方に関する委員会」を注視する必要がある。

●四病協/研修・認定センター理事会(3日)

[本会出席者] 西澤寛俊
日病等から要望で検討が重ねられてきた研修・認定センターの解散について、全日病西澤会長は解散する旨最終合意にいたった経過を報告。これまでの受講生への対応、来年度以降の各団体の研修体制と認定等については各団体事務局で詰め、総合部会へ諮ることとした。

●日医・四病協懇談会作業部会(22日)

[日医出席者] 鈴木常任理事、天本常任理事
[本会出席者] 西澤副会長、猪口常任理事
6月以降の作業部会における「療養病床再編問題」と「看護配置問題」の取り組みを、中医協審議と関連づけて整理・確認した。

今後の作業部会の検討事項に関連して、全日病猪口常任理事は、入院基本料算定看護配置数の計算式の見直しを要望する考えを示し、作業部会との連携に期待を表明。他参加者からも、作業部会の継続を求める意見が出た。

日医天本常任理事は、日医が実施した療養病床調査について中間報告。また、慢性期分科会での06年度調査、介護保険施設の医療のあり方問題、高齢者医療制度問題等、当面のテーマに、日医は厳として臨む姿勢を示した。

医療施設体系のあり方検討会の議論についても意見交換。最後に、日医鈴木常任理事が、作業部会継続について9月27日の懇談会に諮ると提案、同意を得た。

なお、7月の会合で7対1問題を検討するために発足が決まった作業部会との関係を整理する必要があると提起され、原則合同の方向で諮ることを確認した。

●日本医師会・四病院団体協議会懇談会

(27日)

[日医出席者] 唐澤会長、竹嶋副会長、飯沼、鈴木、内田、中川各常任理事
[本会出席者] 佐々会長、西澤副会長
「医療施設体系のあり方に関する検討会」と「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」出席の各委員より報告があった。

「7対1看護問題」と「療養病床問題」のテーマごとに設置されるに至った作業部会について、全日病西澤副会長は、経緯を報告するとともに、2つを統合させて継続したいと提案、合意を得た。

その後、「医療施設体系あり方検討会」で取り上げられる外来医師の配置基準について、日医と四病協の見解の相違を含めて意見交換を行なった。

委員会報告(抜粋)

2006年10月

■「医療機関トップマネジメント教育プログラム開発プロジェクト」事業運営委員会(6日)

経産省の2006年度委託事業である標準テキスト改善事業の一環として、標準

テキストの利用ニーズに関する調査を本会会員対象に実施する方法等について検討。予定通りに10月下旬実施を確認する。ケーススタディ教材開発事業についても意見交換。5つのケース教材の仕様の概要を決めた。

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

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

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。

- 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

7割の病院がホームページを開設

病院ホームページの開設状況

50床未満の1/3は未開設、予定もなし

11月30日に厚生労働省がまとめた「平成17年10月1日現在の医療施設静態・動態調査・病院報告の概況」によると、医療機関ホームページの開設状況は、病院70.2%、一般診療所20.5%、歯科診療所16.1%となっている。

医療施設静態調査の領域をなす「情報化の状況」の項において調査されたもの。当然ながら、同じ情報領域であっても、オーダーリングシステムの導入率22.0%、電子カルテシステムの導入率5.2%に比べるとはるかに高い水準である。

ただし、オーダーリングも400床以上の病院になると導入率が68.8%と高まる。病院全体のホームページ開設率と同水準となる。

当協会の広報委員会が2001年11月に会員病院を対象に実施した調査では、回答した会員の65%がHPを開設していた。回答率が12%(248病院)と低かったことを勘案すると、5年前の65%は先進グループにおける開設率という感もあるが、今回の静態調査は、調査日当日の全医療機関が対象であること

から、わが国病院のホームページ有無をもっとも正確に表わしているといえる。

精神科を除く一般病院は71.6%がホームページを開設しており、その率は、

規模が大きくなるにしたがって高くなり、400床以上の病院になると98.3%という高率になる。

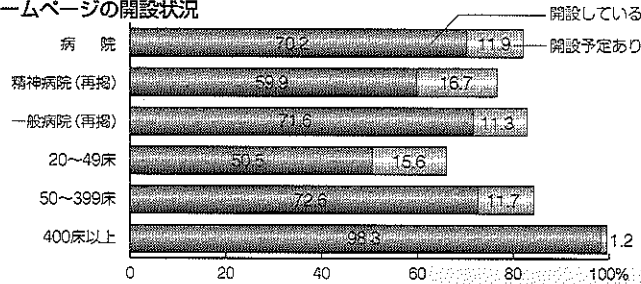
逆に、一般病院でも50床未満の病院は開設済みが50.5%と下がり、開設予定も15.6%と少ない。つまり、50床未満病院の1/3はホームページ

に関心をもっていない、必要を感じていないことになる。

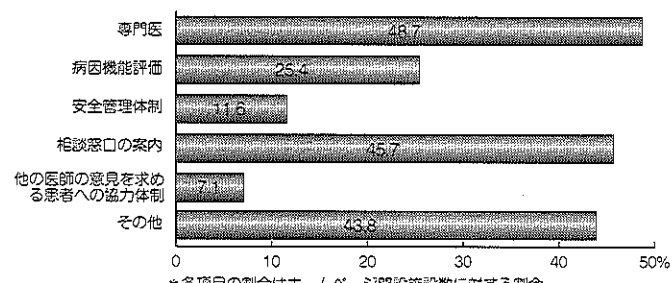
あるいは、関心はあるものの、人材、資金、情報創出といった点で自信がもてないために、後回しにしているのが実状。

ホームページに掲載している情報項目は「専門医」「相談窓口の案内」の割合が高い。また、25.4%の病院が「病院機能評価」取得情報を掲載している。

■ホームページの開設状況



■ホームページの掲載内容(重複計上)



近畿ブロック研修会開催のご案内

下記日程で近畿ブロック研修会を開催します。ふるってご参加ください。

テーマ●「医療制度改革後の行政について」
厚生労働省医政局指導課 佐藤敏信課長
「医療制度改革への対応」
医療保険・診療報酬委員長 猪口雄二

日時●2007年1月20日(土) 13:30~16:30
会場●三井アーバンホテル大阪6F会議室
参加費●会員2,000円(1名)、非会員5,000円(同)

問い合わせ・申し込み先
大阪府支部 Tel. 06-6327-0871
Fax. 06-6327-3341

第7回常任理事会の詳細 10月14日

■主な協議事項

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が認められた。
青森県 青南病院理事長 千葉 潜
青森県 弘前病院院長 百瀬昭志
岩手県 美希病院理事長 井筒 岳
沖縄県 玉木病院院長 中山 勲

別途、5名の退会が報告された。この結果、在籍会員は2,186名となった。

以下の企業が賛助会員として入会が認められた。

香港上海銀行 東京支店
この結果、賛助会員は合計83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 関中央病院
福岡県 宗像医師会病院研修センター

この結果、指定数は合計469施設となった。

1泊人間ドック実施指定施設として以下の申請が認められた。

【健保連(Uiゼンセン同盟)】
岐阜県 関中央病院
福岡県 宗像医師会病院研修センター

この結果、指定数は合計17施設となった。

第8回常任理事会の詳細 11月2日

■主な協議事項

医療機能トップマネジメント人材教育プログラム開発プロジェクトの責任者を努める病院のあり方委員会徳田禎久委員長は、経産省が作成した「医療経営人材育成テキスト」を評価する会員病院を対象とした調査票の案を諮り、調査実施の承認を得た。

調査は11月に実施し、11月末締め切りで回収。来年1月には報告書をまとめる予定である。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が認められた。
神奈川県 総合相模更生病院 院長 井出 道也
島根県 松江記念病院 院長 舟塚雅英
宮崎県 高鍋春光会病院 院長 笠目敬夫
別途4名の退会があり、在籍会員数は

2,185名となった。

■主な報告事項

●病院機能評価の審査結果(順不同)
9月25日付で以下の12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
石川県金沢市 伊藤病院 更新
◎精神科病院
青森県青森市 芙蓉会病院 新規
◎療養病院
東京都文京区 自愛病院 更新
◎複合病院
栃木県 藤井脳神経外科病院 新規
埼玉県 埼玉慈恵病院 更新
東京都 中村病院 新規
【Ver.4.0】

◎一般病院
静岡県 川村病院 新規
◎精神科病院
福岡県 乙金病院 新規
宮崎県 田中病院 新規
沖縄県 いずみ病院 新規
◎療養病院
佐賀県鹿島市 志田病院 新規
◎複合病院
大分県別府市 公道会病院 新規
【付加機能】
◎救急医療機能
茨城県 筑波メディカルセンター病院 一般病院
この結果、認定証が交付された会員は668病院となった。

10月26日付で以下の10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
東京都 東京臨海病院 新規
兵庫県 脳神経外科恒星病院 新規
福岡県 社会保険小倉記念病院 更新
◎複合病院
岡山県 光生病院 新規
大分県佐伯市 長門記念病院 新規
【Ver.4.0】
◎一般病院
神奈川県 横須賀市立うわまち病院 新規
徳島県 水の都脳神経病院 新規
◎療養病院
宮崎県 海老原病院 新規
◎複合病院
北海道 北成病院 新規
鹿児島県 小田原病院 新規
この結果、認定証が交付された会員は676病院となった。

第2回看護部門長研修が修了。54名が受講

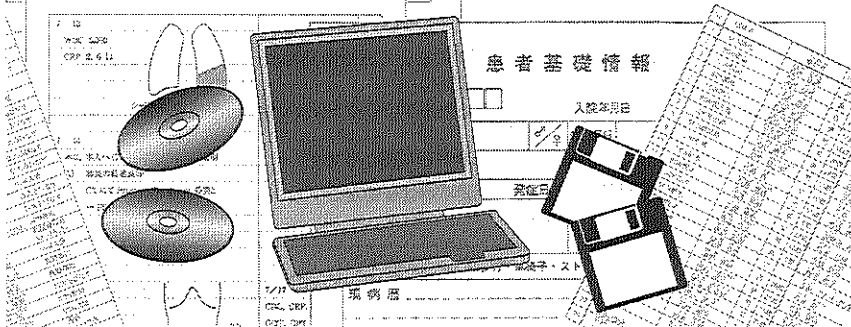


医療従事者委員会(大橋正實委員長)が主催する第2回看護部門長研修コースは12月10日に全プログラムを終了した。第1ラウンド(10月13、14、15日)と第2ラ

ウンド(12月8、9、10日)の計6日間にわたる講義を終えた受講生は、会場となった東京都内のホテルで閉講式に臨んだ。昨年からはじまった看護部門長研修だが、今年には定員(40名)を上回る受講希望が殺到したため、急遽54名まで枠を広げた。修了生には、今後、メーリングリストによる情報交換や全日病学会の研修企画に参加する機会が保障される。

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