



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 ニュース3/15

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.659 2007/3/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

中医協報告は3月。検証議論はなお途上

慢性期分科会 「15万床は過少」「医療的処置の面から施設のあり方を見直すべし」

医療区分等の見直し検証を進める慢性期分科会は3月8日に、事務局(厚労省保険局医療課)よりタイムスタディとコスト調査結果の報告を受けた。分科会はさらに14日にも開かれ、2006年度慢性期調査結果(速報)の検討を行なった。報告は、一部未集計を残しながら、基本的に終了した。

調査結果は3月28日の中医協に報告する日程が確定している。そのため、事務局は、3月19日の分科会にたたき台を示し、議論の集約を試みる。

しかし、2月から3回開かれた分科会の議論は、調査結果の内容把握や確認の域を出ていない。

報告とりまとめを急ぐ事務局に対して、委員からは、①コストと見合っていない現行点数の評価にまで踏み込むべきである、②在宅等に移るべきとされた患者の受け入れ体制がない提供体制に対する提言を盛り込むべきであるなど、報告書に対する注文が相次いだ。(3面に調査結果と分科会議論、8面に関連記事を掲載)

議論の中で、老健や特養が医療的処置を必要とする区分1患者に対応可能かというテーマに関連して、医療的処置の法的位置づけと老健や特養における医療サービスのあり方が俎上にのぼった。

介護施設等の在り方委員会の議論とも連動するテーマである。

また、3月8日の調査結果報告で示された、介護療養病床の医療区分2と3の割合が40%に達するというデータにもとづいて、本会常任理事である猪口委

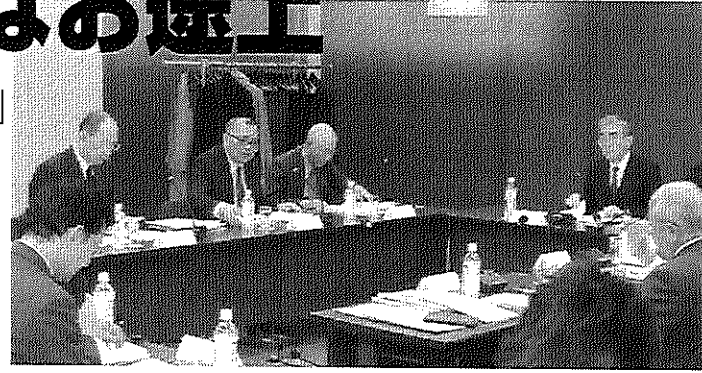
員は、15万床とされる医療療養病床は少なすぎると問題提起した。

これについては、原医療課長が「重要な指摘であり、参考に値する」と冷静に受け止めた。

しかし、それ以外の点数問題について、事務局は「値付けは中医協の裁量である」という立場を崩していない。介護保険の領域にかかわる評価と指摘についても、医療課には中医協の裁量を超えるという判断がある。

あくまでも患者分類をベースとする包括評価にかかわる検証という立場に厚労省がこだわる場合には、議論が膠着する可能性もある。

さらに、コストデータのうち薬剤・材料等の費用が入力を終えていないこ



とも14日の分科会で明らかとなった。

こうしたことから、猪口委員は、「調査結果の報告は完了していない。したがって中医協報告は遅らせるべきである。あくまでも3月末に行なうのであれば「中間報告」とすべきである」と指摘。今後も議論を継続するよう事務局に提起した。

他の委員からも、中医協報告後の分科会開催を案じる声が出た。事務局は、「分科会は中医協報告後も適宜開催される」と説明した。

介護施設等の在り方委員会 老健の医療サービス充実化を検討

介護施設等の在り方に関する委員会は3月12日、療養病床の転換を円滑に進めるために、次回、医療提供のあり方を含む施設サービス見直しの考え方について事務局案の提示を受けることで合意した。

事務局(厚労省老健局)は、中長期的な介護保険施設体系のあり方に加え、都道府県による参酌標準の次期見直しと地域ケア整備構想策定に向けて療養病床再編の円滑推進を担保する改革案のたたき台をまとめ、次回、5、6月に予定される同委員会に提示する方針だ。

同時に、病院療養病床に認められている老健転換の経過措置を有床診にも適用するなど、現行枠内で可能な対応策を2007年度早々に措置する。そのために、3月内に社会保障審議会・介護給付費分科会を開催し、措置案を諮る考えだ。

12日の介護施設等の在り方委員会は、都道府県が実施した療養病床調査の結果報告を踏まえ、療養病床の転換で大きな障害の1つが、医療的処置を必要とする患者と退院見込みが立たない患者の受け入れ先が確保できないことであるとして、各委員から展望を早期に示すよ

う注文が相次いだ。

そうした結果、患者の継続的入所が確保できるように、医療的処置を可能とするために老健施設や特養で夜間体制が取れるような看護配置のあり方を検討すべきである、あるいはそれに変わる代案を示すべきではないかという方向に議論は収斂された。

また、委員会では、都道府県による療養病床調査結果によると、転換先を明らかにできなかった病院が30%強もあり、その主たる理由が、医療区分1に該当する医療的処置を必要としている患者に対する対応が見通しが立たないことであり、そのために転換を躊躇しているという指摘も出た。

事態打開を図るためには、各都道府

県が地域ケア整備構想を策定する秋口迄に間に合うように、それを実効可能とする転換促進措置が求められる。

こうしたことから、委員会として、2011年度まで時間をかけて議論する中期的な介護施設の体系整理と09年度の参酌標準見直しの前に都道府県に示されるべき療養病床転換の担保策について、より踏み込んだ考え方(議論の方向性)とその実施手順を明らかにする必要があるとして、事務局にそうした作業を求めた。

地域ケア・療養病床転換推進室では「現在の療養病床の患者像にそった転換後のサービスのあり方について考え方を整理、かつ、今後の議論の方向を明らかにしたい」と説明している。

リハを途中改定。検証調査から公益委員が主導

中医協総会 算定制限除外を拡大。維持期リハを新設。既存報酬に逡減制を導入

3月14日の中医協総会は、2006年度診療報酬改定で導入されたリハビリテーション料について、算定日数制限の除外対象を拡大するとともに医療保険で維持期リハを評価する医学管理料を新設、それに伴って疾患別リハビリテーション料に算定日数内の逡減制を導入するという事務局(厚労省保険局医療課)の見直し提案を了承、即日、諮問・答申した。4月1日に施行される。(詳細を2面に掲載)

期中の改定は03年5月21日の再診料逡減制廃止以来。03年のときは診療側・日医委員による要望によって実現したが、今回は、医療保険のリハ支給が十分に行きわたっていないという事実を明らかにした06年度改定検証調査結果と、それを実施した診療報酬改定結果検証部会の判断が主導した。

検証部会は全員が公益委員からなる。

公益委員は3月をもって4名から6名に増強され、審議において主導性を発揮するとされた。医療課の判断を踏まえたものではあるが、診療報酬改革に新たな流れが生じた。

855の施設と患者2,284人(施設による調査は2,683人)から回収した06年度改定検証調査の結果から、①算定日数に達してリハを終えた中に「機能改善の見

込みがある」患者が一定数(2.2~9.8%)いる、②同様にリハを終えた中に「リハの継続が必要」とされながら、年齢等の理由から介護保険の対象外である患者がわずか(0~2%)ながらいる、③リハ終了後に65%が自宅で過ごす予定としているが、そのうち紹介を受けた介護保険のリハを受けない患者が少なからずいる、ことなどが判明した。

こうした結果を受けて検証部会は、算定日数制限の緩和、介護保険受給無資格者に対するリハの継続、介護保険との円滑な連携を実現するための過渡的な措置など、リハを必要とする患者が受給できない矛盾を改善するよう事

務局に要請、同日の見直し案に至った。

具体的には、①改善の見込みがある急性心筋梗塞等3疾患とそれに準じるケースの患者を算定制限から除外する、②改善見込の有無にかかわらず障害・難病患者を除外する、③算定日数上限後も維持期リハを提供する点数を設けるというもの。

ただし、①についてはレセプトに改善状況を示す資料の添付を求め、③のうち、対応する介護保険サービスが欠如している患者については当該サービスが実施されるまで(次期介護報酬改定まで)の間となる。

さらに、財政中立の視点から、現行の各リハビリテーション料に日数制限内の80~140日にかけて開始日を設け、以降の残期間には低い点数を算定するという逡減制を導入し、見直しによって生じる追加財源を確保することになった。

清話抄

「父と子、そして生と死」

ひっそりと静まりかえった夜の病室で、ノートパソコンを開いて清話抄の原稿を書いている。医師として病院の当直をしているのではなく、入院中の家族の付き添いのため、今夜は病室の簡易ベッドで泊まることになっている。

85歳になる父は8年前に脳梗塞を患い、何度か繰り返している誤飲性肺炎が悪化して、1ヶ月前から入院をしている。

医師という職業柄、今までに多くの「病

人」と「生と死」の場面に遭遇してきたにも関わらず、親の生死に関わる状況というのは特別に感じることもある。医療関係者であるからこそ、いろいろなことを深く考えさせられる。

父は食事を摂ると誤飲性肺炎を起こすため、この1ヶ月の間、口からの飲食を禁じられている。食事が再開できる見通しは当分ないために胃瘻による流動食での補給も検討されたが、胃から食道を通じて逆流する可能性が高いとのことで見送られた。1ヶ月以上もの間食することができず、点滴による補給だけでもちこたえ

た。とても辛そうであり、家族としては見るに堪えない。

祖父が神戸でドイツ料理の名シェフであったということもあり、父は戦時中に育ったにもかかわらず美味しい食べ物を食べて育った。美食家であり、また、自分でも料理を作ることを趣味にしていた。

脳梗塞後は手足が不自由になったこともあり、食べることが最も大きな楽しみとなった。そんな父から食を奪ってしまうことは、体力のみならず、大きな楽しみまで奪ってしまったことになる。

日に日に筋肉は削ぎ落され、皮と骨だ

けになったが、目には力があり、思考はしっかりとしており、生への執着は強い。そんな強気の父ではあるが、夕方以降は死への恐怖から1人であることを嫌がり、家族が病室を離れることを嫌がる。

身内の闘病や介護を通じて、医療制度、医療従事者の対応、医療技術、そして生死や幸せとはどういうことなのか考えさせられる。親が年老いて、人生を完結させる時期を目にすることは、辛く悲しいことである。しかし、生あるものはいつか必ず死を迎える。死を強く意識してこそ、本当の生があるのだとも教えられる。(浩)

主張

社会保障制度の公平・公正な改革を望む

わが国の社会保険制度は1927年に健康保険法が施行されてスタートした。その後1947年5月に新憲法が公布され、その第25条の社会的生存権の規定に「全ての国民は健康で文化的な生活を営む権利を有する」ことが明記された。その結果、国はこれを実現する為に社会保障を行う義務があることが明確になったのである。

それ以来、わが国の医療行政は「公平」をその中心テーマにおき、種々の政策が実施されてきた。

このように、わが国の医療福祉の基本は、憲法25条に明示された国民の基本的な人権の尊重をいかに公平、

公正に確保するかにある。しかし、小泉内閣で「聖域なき構造改革」の名の下におし進められた、いわゆる新自由主義による政策は、アメリカ式の競争原理をわが国の医療福祉の分野にそのまま持ち込み、国民に有無をいわせぬ負担と不公平だけを強いたものとなった。

これに対しては、「格差社会をもたらした」「その手法は全体主義ではないか」といった批判が多かった。安倍内閣も同じ政策を進めるのだろうか。

慶應義塾大学の池上教授は、公平・公正こそ人権の最も根底をなすもの

であるとして、差別につながる制度にはきわめて批判的である。また、大阪市立大学の西谷教授も、以前、「経済的自由」を議題とした参議院調査会で発言し、「日本国憲法は一連の社会権規定をもっている点で明らかに欧州型であり、規制緩和でアメリカ式グローバル化に接近する事は非常に危険である」と強調した。米国ハーバード大学のシャオ教授は、アメリカにおける自由競争の最大の欠点は、「平等や公平」という概念を全く無視している所であると鋭く指摘している。

その一方、世界各地では、このア

メリカ型グローバル化(世界一体化)に異議を唱えるグループがにわかにも求心力を高めてきており、その思想と行動の原点には、「弱者への配慮を欠く」新自由主義派の経済政策への強い批判がこめられている。

わが国においては、憲法25条に基づく社会保障としての医療制度は、日本の文化・歴史をふまえた公平・公正な制度であり、これを堅持した上で改革推進していく事がきわめて重要であることをあらためて強調したい。

(K)

06年度の看護師、84.5%が必要数確保できず

採用不調病院の47.3%がランク引下、13.3%が特別算定の危機!

看護師確保の実態を緊急調査

広報委員会が緊急調査(速報)。77.3%の病院が看護師離職に7対1新設の影響を認める

広報委員会が2月末に行なった看護師確保実態に関する緊急アンケートの中間集計によると、2006年度に看護師の必要数を採用できたのは回答病院(806病院)の10.9%に過ぎず、84.5%が必要数を採用できなかったことが分かった。

全体の35.7%が必要数を大きく下回り、16.5%が「ほとんど採用できなかった」と回答した。とくに、15対1病院は約3割(63病院)が「ほとんど採用できなかった」と答えた。両回答の47.3%が「入院基本料のランクを下げざるを得ない」とし、13.3%(56病院)が「特定入院基本料を届けざるを得ない」と回答した。(詳細結果は4月1日号に掲載予定)

アンケートは一般病床を有さないことが明らかな施設を除く1,924病院に送付、806病院から回答を得た(回答率41.9%)。100床未満が57%、200床未満で全体の85%を占めた。

一般病院が85%と圧倒的で、専門病院は13にとどまった。届出入院基本料は、7対1(15.4%)、10対1(35%)、13対1(16%)、15対1(26.7%)であった。

06年度の離職者数は1病院あたり10.7人。7対1病院の約14人を最高に、配置割合が低いほど離職者数は少なくなっている。反対に入職者数は平均12.8人。7対1病院はもっとも多く、平均22.2人の入職を得ている。

「50人以上が一度に退職した」ケースが13病院ある一方、「50人以上が一度に入職した」ケースがその倍の26病院

もあるなど、看護師の流動化が顕著に進んでいる様子がうかがえる。

こうした結果、06年3月と比べると22.0%の病院で看護師数が減少していた。増加した病院は67.1%。減少した病院のほとんどが5名以内とはいえ、夜勤体制などの基準は厳しさを増しており、例年以上にやりくりが困難となって現場に重くのしかかっているものとみられる。

看護師確保の手詰まりは相当に深刻で、06年度の採用が「必要数を大きく下回った」「ほとんど採用できなかった」と答えた52.2%(421病院)の47.3%が「入院基本料のランクを下げざるを得ない」としており、「影響はない」という病院は31.1%にとどまる。「特定入院基本料を届けざるを得ない」と回答した病院が13.3%(56病院)にも達した。

06年度の看護師離職状況について、77.3%もの病院が「7対1新設の影響があった」とみている。

看護師確保が困難になった背景として、①大学病院等の大量採用(83.8%)②夜勤72時間規定の導入(59.7%)③看護師比率の要件化(38.3%)と、6割の病院が夜勤72時間要件を、さらに4割近くが看護師比率の引き上げが、看護師需要をさらに加速したとみなしている(複数回答)。

これを反映し、看護師不足に苦しむ病院を救済する手段として「72時間規定と看護師比率を経過的に適用緩和する措置」についてたずねたところ、60.3%が「救済できる」と評価。「そうは思わない」と回答した病院は12.2%とわずかであった。その一方、「どちらともいえない」とした病院も21.8%ある。

後期高齢者医療の「たたき台」を了承?

社保審2部会の意見一巡。「特別部会」は3月末に骨格案まとめ

社会保障審議会・医療部会は3月9日にほぼ1年ぶりに再開され、新たな委員構成の下、後期高齢者医療のあり方について意見を交わした。

部会には厚労省保険局原医療課長が出席、2月5日の「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」が了承した「後期高齢者医療の在り方について(検討のたたき台)」を提示した。

3月末までに後期高齢者医療の診療報酬体系骨格案とりまとめを予定している医療課として、特別部会で整理されたイメージ案をもって、上位審議会である医療部会に審議を求めたもの。

医療保険部会に対しても3月1日の会合に提示している。

秋口にかけてまとめる診療報酬体系の具体案に向け、骨格案は、高齢者の特性と地域における高齢者医療の実態を踏まえ、医療提供のあり方および診療行為に対する評価のあり方に関するフレームとなる。

しかし、同日の医療部会は各委員による意見表明が一巡したのみに終わり、意見集約どころか論点整理すら行なわずじまいであった。

個々には、「包括ケア認定医制度の導入」(全国自治体病院協議会)、「急性

期と慢性期増悪時を除く包括化」(日本医師会)、「外来を含む包括化とかかりつけ医制度」(経団連)などの提案があったが、通り一遍の説明で終わった。

また、少なからぬ委員から在宅医療提供体制の不備不足を指摘する意見が出されたが、厚労省から具体的な見解は示されなかった。

新たに委員に就任した本会西澤副会長は「たたき台は医療内容と提供体制に分けて示されるべきである」とたた



き台の曖昧さを指摘したが、事務局からの回答はなかった。

原医療課長は「ご指摘の点を踏まえてたたき台を直したい」と議論を引き取り、部会は次の会合予定を示すことなく閉会した。骨格案のとりまとめは3月下旬の特別部会に委ねられる格好となった。

疾患別リハビリテーション料見直しの内容 2007年3月14日中医協答申 4月1日施行 *1面記事参照

1. 算定日数上限の除外対象患者について

現行の除外対象患者の範囲について、以下のとおり整理・変更する。

改善の見込みがある場合に除外対象となる患者	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の疾患(②を除く) ・急性心筋梗塞、狭心症、慢性閉塞性肺疾患 ・上記の準じて必要と認められる場合
治療上有効と医学的に判断される場合に除外対象となる患者	<ul style="list-style-type: none"> ・障害児(者)リハビリテーション料の対象となる患者(加齢にともなう心身の変化による疾患に罹患する者を除く) ・先天性または進行性の神経・筋疾患

*①の患者については、算定日数上限到達以後、定期的にレセプトにリハの実施状況や計画表の添付を、また、継続の理由の記載を求める。

2. 維持期のリハビリテーションについて

算定日数上限後もリハが実施できるように新たな点数を設定する。(②の患者は介護保険のサービスが対応するまでの間の措置とする。)

■リハビリテーション医学管理料(新設)

医学管理料	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)	440点	440点	340点	340点
リハビリテーション料(Ⅱ)	260点	260点	220点	220点

【留意事項】

- ・月1回(月に4日以上リハを行った場合は月2回)に限り算定可。
- ・疾患別リハビリテーション料の施設基準を届出ていることが必要。
- ・リハビリテーション医学管理料の算定期間中は、リハビリテーション料、消炎鎮痛等処置との併算定は不可。

3. 疾患別リハビリテーション料の見直し

算定日数上限の期間内で現行の点数を以下のように変更する。算定日数上限の適用除外対象となり継続する場合は、遞減後の点数において算定する。

■新たな疾患別リハビリテーション料

医学管理料	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)	250点	250点	180点	180点
	210点	210点	150点	150点
リハビリテーション料(Ⅱ)	100点	100点	80点	80点
	85点	85点	65点	65点
遞減開始日数	120日	140日	120日	80日
算定日数上限	150日	180日	150日	90日

*上段が遞減前、下段が遞減後。点数は1単位(20分あたり)

重度の患者が集まり、機能がより明確に

2006年度慢性期調査結果(速報) 医療療養病床について多くの事実を教える調査結果

2006年度慢性期調査結果(速報)から以下の事実が判明した。(1面を参照。8面に都道府県による療養病床調査結果を掲載)

- ①医療療養病床の医療区分1が大きく減り2と3の合計が65%を超え、重度の患者が医療療養病床に集まりつつある。介護療養病床における医療区分2と3の合計は40%を超えた
- ②「今後受皿が整備されれば退院できる」というのは医療療養病床に34.5%、介護療養病床に23.2%と多くいる
- ③6割の病院が現行医療区分の妥当性に疑問を感じており、経管栄養や嚥下など医療的処置を必要とする患者を2にすべしという意見が多い
- ④医師・看護師による直接医療・看護提供頻度とケア時間の関係は概ね医療区分を追ってケア時間が増えるという相関関係を示した。
- ⑤患者当り1日の個別ケア時間は04年度

調査結果の150分から181分へ20%増加した。重み付け後のケア時間は141分と04年度調査結果(112分)を大きく上回った

- ⑥ケア時間とコストが対応していない。とくにADLの評価に顕著
- ⑦患者1人当り1日費用は1万9,505円と04年度調査(1万9,077円)から2.2%高くなっている
- ⑧「療養病床の患者像」として「急性期治療後」「経口摂取が困難」「在宅療養(介護保険施設での療養)が一時的に困難」「維持期リハビリが必要」「終末期ケアを要する」「重度の意識障害を有する患者」という回答が多い
- ⑨7割近くの病院が「急性期病院から気管切開等の処置を行った患者が増えた」と答えた
- ⑩転換先の意向を明らかにしたのは1/4以下に過ぎず、多くが判断を手控えている

職種別人件費による重み付け調整を加えたケア時間を区分別にみると、ADL区分のランクおよび医療区分のランクはそれぞれの枠内ではケア時間と比例している。

しかし、医療区分とADL区分との掛け合わせになると、ADL区分2・3のケア時間は1つ上の医療区分のADL区分1・2に概ね相当していることが分かる。

06年度改定は、このケア時間のデータを排した上に、11段階の区分に6段階の点数を配したことから混乱が生じた。

また、05年度と06年度調査結果の比較によると、区分1で12分、同2で13分、同3になると32分と、ケア時間に大きな差が生じている。

その一方で、認知機能障害加算を配するとして区分枠について、06年度調査では、加算がつかない区分枠よりもケア時間が同等もしくは少ないという逆転が生じている。

このように、ケア時間のデータは、区分とコストの関係性を大いに見直すべしということを教えている。

■分類別の患者1人1日当り職種別人件費重み付けケア時間(医療療養病床:分)

	06年度調査				05年度調査			
	医療区分1	2	3	全体	医療区分1	2	3	全体
ADL区分3	130	148	197	161	111	124	164	130
2	112	130	169	127	102	115	155	109
1	84	106	134	101	88	98	116	85
	84	117			77	89		
全体	109	127	190	141	97	114	158	112

*リハスタッフを除く

*ADL区分1の医療区分1および2はそれぞれ上段が認知機能障害加算。

*当区分表は当初分科会が作成した11段階であり、その後改定で決まった6段階の点数ランクとは異なる。

ケア時間とコストの矛盾と乖離

⑥の指摘については、別表が端的にケア時間とコストの矛盾を表わしている。

調査結果から導かれる結論は大きな意味を持つ

慢性期分科会の方向性—医療療養病床の役割と「15万床」説の検証



診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療包括評価分科会委員
常任理事・医療保険診療報酬委員会委員長 猪口雄二

診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療包括評価分科会は2003年から開催されているが、2006年7月の療養病床診療報酬改定に用いられたマトリックス方式のケースミックス分類を考案した分科会である。

このマトリックス方式は診療報酬設定で採用されたものの、各々の点数、特に医療区分1の点数は実態とはかけ離れた点数であった。これについては療養病床削減のための政策誘導であったことを、医療課自身が認めている。

今回は、国会における療養病床再編の付帯決議にもとづいて医療区分の検証を行うこととされたため、分科会が再開されたものである。

主として2006年11月末に調査されたデータにもとづいて議論されることとなっているが、3月14日の分科会の段階でもデータが出揃ってなく、3月末に中医協に報告を行う予定ではあるが、「中間報告」となる見込みである。

現時点での方向性を、私見ではあるがまとめてみたい。まず、医療区分は06年7月以前と比較してどのように変わったかという点である。

以前の調査では医療療養病床の5割が医療区分1、4割弱が区分2、1割強が区分3であった。

しかし、今回の調査では医療区分1は3割強に減っており、区分2は5割弱、区分3は2割に増えている。つまり、7割近くが医療区分2および3となったのである。また、介護療養病床においても医療区分2および3が4割となっている。

各医療区分のタイムスタディから見ると、医療区分・ADL区分ごとのケア時間は全く順当に並んでいる。これは、医療区分の項目設定は決して誤ったものでは無いことを示す。

ただし、このケア時間が診療報酬に正しく反映されていないことが問題なのである。また、医療区分2および3が増加したことにより、医療

職の仕事も増え死亡退院も増加している。

まだデータ解析が途中なために断言は出来ないが、今後の論点を考えてみたい。

●医療療養病床の役割

これが最も大きな問題である。ケア時間から医療区分項目を分けると、例えば経管栄養(胃瘻、経鼻)はケア時間が短く、医療区分1となる。また、吸引1回~7回も医療区分1である。

政策誘導からは医療区分1は介護へ、ということになるが、この2例はいずれも医療行為そのものであり、医療法との兼ね合いや介護職の職掌が大きな問題となる。いわゆる、医療区分1の中の介護難民発生という事態がここにある。

この問題に関しては、単にケア時間が短いとか、コストが低いという問題より以前に、医療療養病床の役割は何か、ということが問われているのである。

●療養病床15万床とは

療養病床再編の中で、医療療養病床は15万床になるという机上の数字が一人歩きしている。

今回、医療療養病床の7割、介護療養病床の4割が医療区分2および3という結果が出ており、その数字で考えればすでに21万床が医療区分2および3ということになる。

そして、医療療養病床15万床という数字は全く見当はずれということになる。このことは、医療費適正化に大きな影響を及ぼす可能性がある。

以上の2点から観ただけでも、今回の慢性期入院医療包括評価分科会から導かれる結論は極めて重要であり大きな意味を持つ。

中医協に対する3月の中間報告およびその後の結果報告においては、これらの問題点を十分議論した上で、最良な形で医療療養病床の機能、介護保険施設との機能分化が行われることを目標として努力していきたい。

「2006年度慢性期調査結果(速報)」をめぐる慢性期分科会における主な意見

■2月21日の分科会

- ・医療療養病床が急性期からの引き継ぎや在宅のフォローとして機能していることが数字で裏づけられている。
- ・患者の介護保険への移行が進んでいない。受皿不足が明らかであり介護難民の出現が現実化しつつある。
- ・急性期からの安易な気管切開等が増えたという指摘が多い。これは、これから議論すべきテーマだ。
- ・調査結果からQIを導く作業に取り組むべきではないか。
- ・患者特性において難病の側面をよく分析する必要がある。高齢者と難病の区分けをどうするかという論点もある。

■3月8日の分科会

- ・医療区分1に医療的処置を必要とする患者が多い。ADL3で1日130分もケアを要している。区分2・3とさほど変

わらない。しかし、値付けの上での格差は大きい。しかも、医療的処置は医師と看護師の業務である。(事務局)経管栄養で24時間ついてなければならぬというのではない。老健施設でも可能だ。130分のケア時間には医療処置以外の時間も含まれている。

・老健施設には看護師も医師もいない時間帯がある。医療処置が看護師以外の手でなされていないか、しっかりと検証されるべきだ。

・介護療養型が残るのであれば区分1にこうした患者がいても分かる。しかし廃止されるのであれば、この区分はおかしい。

理的な点数設定でないことがわかる。
・タイムスタディによるとケア時間が総体的に前回よりも増えている。これは、区分の導入で医療を必要とする患者が全体に増えたことの反映だろう。
・確かに全体的に増え、かつ、おしなべて格差が広がっていることが特徴的だ。
・前回調査より2・3が増えた。医療療養病床15万床というが、介護保険の4割が2・3となると15万床では足りない。(事務局)このデータは参考になる。方針を練る段階で大事な資料となる。

■3月14日

- ・医療的処置の法的内容を明らかにすべきだ。各施設でされている。すべてが看護師によるわけではないだろう。
- ・老健の配置基準では24時間のケアはできない。そこに区分1の医療的処置を必要とする患者を送り込むことはできない。(事務局)各施設の判断で24時間可能な

体制を講じている地域では老健に送り込むことも可能と考える。

- ・法的に可能ではない中で療養病床を老健等に誘導するのは矛盾している。
- ・法的に、看護師が24時間いないところには移行不可と判断されれば、医療療養病床に残らざるを得ない。そうすると点数の見直しが必要である。(事務局)そのテーマは分科会の議論になじまない。特養や老健にすべていくわけではない。また、老健の見直しは介護保険の方で議論されている。

・区分1でADL3に130分のケアがなされている。このランクの扱いは点数上矛盾している。このことを報告の中に書き込むべきである。

・約6割の病院が医療区分は不適切としている。経管栄養等を2に追加すべしとしている。タイムスタディによるコストと点数との乖離が大きい。これらが報告のポイントだ。

座談会●考察「医療機関トップマネジメント研修コース」 病院団体初の試み—医療人が手がける病院経営のケーススタディ

ケース教材の導入がきわだった特徴

講義方式とは異なり、考えさせ、自ら気づく契機を与える

徳田 本日は、全日病が2006年度に催行した、次代を担う医療経営者を育成する「医療機関トップマネジメント研修コース」に講師としてご参加いただいた先生方にお集まりいただきました。

この研修は経済産業省が2005年に公募した医療経営人材育成の教育プログラムのために作成されたケースを使って行なわれました。

当初ケース作成の方法やケーススタディに関する基礎的な講義を全日病内部の委員が受けたのち、外部から参加を願うこととなったケーススタディの専門家である小樽商大の伊藤先生、李先生のサポートを受けながら作業が進められました。

ケースの作成は、慶應義塾大学池上先生、河野先生、東邦大学長谷川先生及び小樽商大伊藤先生、李先生の研究室ならびに飯田先生のご支援とテーマ

に関する情報提供を了承いただいた各施設の協力によって行なわれました。

病院経営の基本的なあり方に関する部分と、外的環境の変化を踏まえて今後の経営に重要な意味を持つであろう6つのテーマが選ばれたわけです。

研修会は、作成されたケースを使い、グループワークによるケーススタディを行なうというこれまでの医療界の研修では数少ない形式で行われましたが、結果としては、新しい試みとして第1期の受講者に大変好評を博し、授業運営を含め基本的に成功を収めたといえるのではないかと思います。先生方には改めて心より感謝申し上げます。

本日は、講師の先生方に、教材開発の過程や授業を振り返りながら、お話をうかがいます。

まずは各先生よりケース作成に関してのご苦労などをお話しいたします。

リアリティに満ちたケース教材

長谷川 私は「医療安全」と「DPC」のプログラムを担当しました。「医療安全」は2つのパートからなります。1つは具体的な事例です。実際の医療事故事例を基に、病院管理者が取らなければならない対策を時間経過と対応させて考えるという構成をとりました。これはクライシスマネジメントとして定式化できる部分です。

もう1つは、安全を切り口として組織文化をどのように考え、どのような体制を作っていくかというテーマです。これについては組織の状況によって論じるべき内容も異なりますから、様々な観点から議論できる素材を提供するという観点から教材をまとめてみました。

「DPC」に関しては、全日病の会員病院における導入はまだ限られています。したがって、外部環境への対応として新しい診療報酬支払い方式であるDPCの導入に踏み切る上で、どのように院内環境を構築すればよいのかという面から、いわば経営上のチャレンジ課題として考えていただくことを主眼としました。結果的には、受講生の皆さんには趣旨をしっかりと受け止めていただき、積極的な議論が展開できました。飯田 私は教材の副読本と2つのケース作成に関与しました。1つには、「医療における総合的質経営」、つまりTQMのケ

ースづくりです。私はこれまでも簡単なケース作成はかなり手がけてきましたが、今回のケーススタディは手探りから始まりました。それは、総合的質経営をどうケースにできるかという点です。TQMは経営の全てであり、他の、テーマを絞ったケースとは範囲が違うからです。そこで、自院(練馬総合病院)のこれまでの経営過程をケース化してみました。

もう一つ苦労したのは、長谷川先生が担当された医療安全というテーマとの兼ね合いでした。安全確保というテーマは総合的質経営の1つの分野であるからです。また、同じ病院の事例であり、両者をどうやって切り分けるか色々考えたのですが、結果としては、長谷川先生のご努力で、切り口をきちんと書き分けることができました。

実は、総合的質経営は、立場を反映した考え方によって色々な切り口があり得ます。経営の総合的な問題を扱うという性質上、当事者が置かれる経営の立場ごとに視点や論点は違ってきます。そこで、取材対象者に本音をしゃべってもらえるように努めました。

もっとも、それをそのままケースに書いてしまうと、色々差障りがあります(笑)。そこで、それを、趣旨を外さない範囲でどう整理するか、苦心し



出席者(写真左から)

- 小樽商科大学商学部教授 伊藤 一
- 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 池上 直己
- 副会長 西澤 寛俊
- 医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト担当理事 徳田 慎久
- 東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野教授 長谷川友紀
- 医療の質向上(DRG-TQM)委員会委員長 飯田 修平

ました。このケース教材は、かなり興味深いものがあると思います(笑)。池上 私は「人事管理」と「医療連携」の2つを、1つの病院をフィールドに作成しました。もっとも、同じ病院とはいっても、ケースの作成方法は大きく異なるものとなりました。医療連携に関してはケースが地域医療支援病院であったので、今後の、病院の入院機能への特化とか診療所との関係を探る上で貴重な教材を作成することができましたし、私自身も学ぶところが多くありました。

一方、人事管理に関しては、コンサルタントが入って、導入直後の状況にありました。ご存知のように、どの病院も、あたかも魔法の手法でもあるか

受講生が創作。ケーススタディの授業

徳田 伊藤先生はケーススタディに大変お詳しいわけですが、ケース作りや授業の際の注意など、あらためてお聞かせいただけますか。

伊藤 一般的には、ケースを書く前段階でラーニングポイントを明確にし、そのために何をどのように議論させるのか、つまりディスカッションポイントを整理しておきます。そのうえで、ケースのストーリーラインを構成します。ここまでできてから、資料の探索や分析そしてインタビューを行ないます。

ケーススタディはあくまでも限られた情報にもとづいて、マネジメントとしていかに意思決定するかというシミュレーションであり、練習です。適切な意思決定ができるように訓練する。そのためにケースを使うと表現してもよいと思います。

実際にケーススタディを受講すると

のように、人事考課システム等を導入すれば全てが片付くということで外部に作らせているのが実態です。

もちろん、決して全てが問題があるというわけではありませんが、人事管理として何が本質的なテーマであるのか、あるいは、それを経営管理や組織体制にどう位置づけるべきかなど、経営者には、より明確な理解や洞察が求められる分野です。

そこで、講義においても人事管理の理念と技法についても言及したのですが、ケースと講義が十分に融合できなかったという点は否めません。このケースに関しては、1年後に再度訪問して、その後の状況がどうなったかを確かめてみたいと思っています。

これは、通常の大学の講義形式の教育方法とは根本的に違うもので、頭の切り替えも必要です。講師の方も教え込むのではなく、受講生自身が気がつき、新しい発想を生む契機を与えることに努力を注いでいます。

それと、ケーススタディの授業は受講生自身が創作するものです。医療経営を実践し、共通の課題、難題をお持ちの受講生であれば、ケース自体がA4版1枚の分量であっても1日のディスカッションは十分可能です。

長谷川 グループワークを中心とするケースメソッドが「医療機関トップマネジメント研修コース」のきわだった特徴です。これは、ケース作成と実際の教育に多大な人的資源を必要とする、非常に贅沢なやり方です。それでも、私どもはこういう手法をあえて採用し、それが成功したと思います。

「医療機関トップマネジメント研修コース」とは

●きっかけは経産省「医療経営人材育成事業」

「医療機関トップマネジメント研修コース」が誕生した契機は、経産省が厚労省の協力を得て2004年度から始めた「医療経営人材育成事業」の開発である。

医療サービスの質を高め、技術革新を生み出す担い手となる経営人材の育成が急務であると判断した同省は、経営スキルに通じた人材を養成する教育プログラムの開発が急務として、医療機関の実態に即した実践的な教育コンテンツの開発に着手した。

そして、2005年度にカリキュラムと補助教材等に関する提案の公募を実施、本会に応募要請を行なった。

これに対して、本会は慶大医学部(医療政策・管理学教室)および東邦大医学部(社会医学講座)とのコンソーシアムによる教育プログラム案を応募したところ、採択された。

●今後の病院経営に必須7テーマからなるプログラム

プログラムは、医療改革の方向性を踏まえ、急性期、慢性期間問わず、今後

の民間病院経営に必須のテーマを7題にしばって組み立てた。1単位が2日間

公募内容はプログラムにとどまらず、教材の作成さらには研修会の試行的実施までを含むものであった。本会は民間病院が直面する中期的な経営課題を踏まえたカリキュラムとケーススタディ(6事例)を作成するとともに、その成果を実践するために、06年度に自ら研修事業を行なうことを決めた。

これは、会員病院に対する支援事業であると同時に、わが国でも本格的な事例のない医療経営のケース開発を続行し、さらには、ケーススタディを生かせる講師の確保と教育プログラムの精緻化を進める上で、きわめて意味ある決定であった。また、慶大および東邦大との産学協同を実践したという面でも意義のある決定であった。

こうした結果、2006年7月に第1回の研修が開始された。

で全7単位(14日間)からなり、1単位に12時間の授業を充てている。単位の構成は以下のとおり。

●特徴はケーススタディとグループワーク

「医療機関トップマネジメント研修コース」の特徴は医療事例を利用したケーススタディとグループワークである。

ケーススタディとは、企業経営の実際事例を教材として、学生が経営方針を選択する過程をシミュレートするもの。米国のビジネススクールではケースメソッドとも称され、経営リーダーを育成する上できわめて重視されている。

本研修では6つのケースごとに会員病院を取材し、経営行動にかかわるデータを詳細に集め、貴重なケースを策

●受講者の属性

第1回コースの受講病院は急性期45%、慢性期7.5%、ケアミックス33%、精神科5%といった内訳であった。年代では40歳代(42.5%)が多く、50歳代(35%)が続く。20歳代が1名いたほか、医師以外の受講者が1名いた。また、女性は7名を数えた。

受講者からは、プログラムやグルー

医療概論・経営概論/総合的質経営(TQM)/安全管理・リスク管理/人事管理/地域連携/資金調達/DPC

定することができた。グループワークとはグループアプローチとも呼ばれ、ディスカッションや共同制作・報告などグループによる作業過程がもたらす相互作用等を利用して個々人の思考や行動などに変化を起こさせる教育方法。

目的、問題意識、作業過程などを共有したグループにおいて生じるダイナミクス(集団力)が、意識の覚醒やモチベーションなどに変化を与えることが期待されている。

ワークに対する共感だけでなく、自由時間における受講生間の意見・情報交換を「望外の付加価値」と評価する声が多かった。院長クラスが主体であるだけに、リアリティに富む悩み、経験談さらには地域情報、病院情報などから参考となるものが多く得られたようだ。

座談会●考察「医療機関トップマネジメント研修コース」 全日病の会員病院支援事業—病院経営の質を高める経営者の育成

グループワークが授業運営のベース

グループ議論から自院課題の認識と解決のヒントを得る



経営というのは、定型化した問題とそれに対応する答えがあって、その答えを探索しあう研修でことが足りるというレベルではありません。経営環境は常に変わります。しかも、常にあてはまる正解はありません。つまり、正

解がない中で経営者は決定を迫られているわけです。

経営者は、与えられた条件の下で、あるいは今ある限られた情報の中で、どんな問に対して常と比較的妥当な答えを見出せるプロセスを組織の中に作っていくしかありません。その手法の訓練になるのがケースメソッドの大きな特徴だと思います。

私自身は、病院管理者を対象にグループワーク中心の授業がどこまでできるのかという期待を持って臨みましたが、結果としては実によく機能したと思います。

今回の経験から、マネジメントレベルのミドルの層に対して、こういった手法を織り込んだ研修を提供していくということが、全日病の次の課題ではないかと思っています。

グループワークで自院分析の試みも

徳田 実際にケースをもちいた講義を経験された感想はいかがでしたか。

飯田 私は冒頭の「医療概論・経営概論」をケースなしで受け持ちましたが、やはり、なかなか難しかったです。講義に終始してしまい、そういう意味では双方向性に欠けてしまいました。「TQM」についてはケースを使いましたので、伊藤先生のおっしゃるとおり考えさせる方向の講義ができたかと思っています。

ところで、受講生のほとんどがグループディスカッションは初めてでした。2回目の授業ということもあったのですが、必ずしも積極的な議論が繰り広げられたわけではありません。今後は、グループディスカッションに慣れていただいた上で、ケーススタディの練習に臨むのがよいかと思っています。

池上 私は、この種の研修会では、講師やケースを介して教わるものよりも、互いに教え合ったり情報交換する中で得るものの方が大きく、したがってそういう場を提供することが大切ではないかと思っています。これは、全日病で、私が関わっている事務長研修でも実感しています。

今回は、提供したケースと同じだけの時間を確保して、自院における人事管理と地域連携について議論してもらいました。というのも、各人にはそれぞれに豊かな経験があるわけですから、

それをグループを介してまとめ、発表していくことが重要であるからです。

伊藤先生がおっしゃるラーニングポイントというのは、自院が抱える課題とその解決方向を、ディスカッションの中から見出していくということにあるのではないのでしょうか。

「MBAは会社を滅ぼす」という本で、トップを対象とした研修では相互に学びあう要素が大きいことが指摘されていますが、実際に自院についてグループワークを作ってもらった結果、かなりの手応えがあったと感じています。

伊藤 長谷川先生が授業で示唆したように、第1回目の受講生は確実にグループダイナミクスを習得できたと思います。

また、池上先生が始められた自院の分析は、現在直面している課題をお互いが提示しあうことで自らの位置を省みる方法としては、非常に評価が高い手法でした。

飯田 私の病院でも積極的にグループディスカッションをやっています。四病協の医療安全管理者講習会も取り入れています。そうした経験から言えば、今回の経営者育成コースは、慣れるにつれて実にしっかりした議論をみせました。受講生は大変質がよいと感じました。

伊藤 研修のコーディネータとして全単位を拜見させていただきましたが、

初回のたどたどしいグループワークも回を重ねるごとに、習熟し、報告も的確となっていきましたね。受講者の皆

会員病院支援としての経営トップ育成

長谷川 今回は受講生に恵まれました。しかし、いつもこのような人材が集まるとは限りません。プロジェクトとしての継続性を確保するためには、ケースのブラッシュアップも必要ですし、我々のスキルもアップしないといけないでしょう。

池上 受講生を見て、彼らが経営する病院に打ち勝つのは大変だと思いました(笑)。事務長研修を5年やってきた経験でいえば、講師陣の能力は継続する限り基本的には毎年上がっていくものです。一定の水準は今後、確実に確保していけると思います。

徳田 受講者の話を聞くと、受講者間での情報交換や交流がすごく有意義だったようですね。

飯田 確かに受講生からは、授業以外にもディスカッションの時間がほしかったという話が出ていました。本当は受講生が自らやってほしかったことではあるのですが、そういう場を設定してあげるということも大事ではあるかと、今は感じています。我々も参加してね。

池上 事務長研修では、每期ごとに修了生のメーリングリストを開設しています。研修を同じくして一定期間を共有した仲間のネットワークというのは心強いものがあるように思います。それは、全日病学会などを活用した継続研修の必要性にもいえることで、どちらも今後の課題かと思っています。

徳田 「医療機関トップマネジメント研修コース」は2007年度に第2期を開講します。そこで、西澤副会長に、今後の展望を含め、この研修に取り組む執行部の方針なりをお聞きしたいと思います。

西澤 トップマネジメント研修は、経産省の医療人材育成事業に参加して教育プログラムを考案し、その中で医療経営に関するケーススタディの活用を提案し、採用されたことが契機となって教材づくりが始まったわけです。これが自前の研修プランとして実現し、講師の先生方のご尽力を得て第1期を成功させることができました。

さんは、今後、各地域のリーダー的存在として活躍されるだろうと期待しています。

この研修は、単なる講義形式の知識の詰め込みでは意味がないということで、実際のケースを基にしたグループワークを取り入れたわけですが、今回は大変よい事例に恵まれました。ケースを提供してくださった会員病院には感謝の思いでいっぱいです。

我々が必要とする、優れた経営者を育てるに足るケースは時代とともに変わっていきます。したがって、新たなケースが当然必要になりますし、ぜひ、ケース開発は今後も進めていきたいと考えています。

トップマネジメント研修をやってみて、これは大変価値のある事業だということであらためて感じさせられました。本会として今後も継続していく考えですが、また、会員にも、自院のマネジメントリーダーを育成する上で、この研修がもつ可能性をぜひ理解していただき、参加されるよう訴えていきたいと思っています。

病院経営は、現在、未曾有の困難な局面を迎えています。公から民へ転換をとげる過程でもあるということも認識したときに、私たちは民としてこれからの日本の医療を担う上で、どうしても、経営者として資質を向上していかなければならないと思います。民間病院を代表する病院団体として、我々はその支援をしなければならないと考えます。

その支援ということからも、この研修事業はきわめて重要な位置を占めるものと評価しています。

2007年度の第2期コースについても、前回は上回る内容と受講生に恵まれ、民間病院の明日を切り開く礎となる次代の経営者が一人でも多く育ってくださることを期待しています。

徳田 確かに、受講生の反響は大きく、トップマネジメント研修のより一層の充実を期待する声が多いようです。本日お集まりの講師の先生方には、これまで以上のご負担をおかけすることでしょうが、今後ともご協力いただきますようあらためてお願いいたします。

2007年度 第2回医療機関トップマネジメント研修コース — 受講申込受付中

期 間 ● 開講2007年5月12日、閉講11月4日(全14日間)
定 員 ● 40名
費 用 ● 50万円(宿泊費・食事代を含む)
申込締切 ● 3月31日

単位構成 ● 医療概論・経営概論/医療における総合的質経営(TQM) - 質重視の経営/安全管理・リスク管理/人事管理/慢性期包括評価・医療連携/DPC/医療経営戦略と財務・会計管理
*詳細は全日病ホームページに掲載した資料をご参照ください

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

診療関連死究明に「調査組織」を設置

事故調査組織設置で厚労省がたたき台 医師法21条との関係も整理。捜査との関係「事故調が参考」

厚生労働省は3月8日、「事故調査組織」の構想を整理した「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」を公表、意見募集を開始した。締め切りは4月20日。

診療関連死の死因究明や再発防止策の提言を目的とする第三者機関設置に向けた考え方のフレームと検討すべき論点を整理、たたき台として示した。基本的に国土交通省の航空・鉄道事故調査委員会をモデルベースとした上で、医療の特性や医療界の現状を踏まえた独自の検討課題を整理している。

設置に向けて検討すべき点として、①医師法21条との関係整理、②一定規模以上の病院等に対する院内事故調査委員会等設置義務づけの可否、③報告書に指摘された医療従事者の過失責任と行政処分との関係、④報告書の活用等による当事者間や第三者を介した民事紛争(裁判を含む)解決の仕組み、⑤刑事訴訟の可能性がある場合の調査結果の取扱い等刑事手続との関係、などをあげた。

厚労省は寄せられた意見を踏まえ、2007年度の早期に検討会を設置し、具体的な検討に着手する方針だ。

厚労省の「事故調査組織」構想は、事故および重大インシデントの原因を究明して再発防止策を提言する航空・鉄道事故調査委員会(事故調)が下敷きになっている。

事故調は国土交通省に属する行政委員会として、再発防止などについて国土交通大臣等に勧告もしくは建議を行うことができる。調査結果は国土交

通大臣に提出されるとともにホームページ等で公表され、さらに、国際民間航空機関に対しても通報と報告書提出を行なっている。

国土交通大臣が推薦し、国会の同意を得て任命された学識経験者10名の委員で構成され、事務局には常勤の事故調査官が所属している。事故調査には非常勤の専門委員が参加することもあ

る。事務局のスタッフは基本的に国土交通省の一般職が務めている。

事故調の予算は2001年度以降毎年およそ1億円だったが、05年の福知山線列車脱線事故によって補正予算で増額が図られ、06年度当初予算では1億5,000万円が計上された。予算が大幅増となった結果、調査官は航空25名、鉄道19名の体制となった。

国土交通省の設置法の一部である航空・鉄道事故調査委員会設置法にもとづく事故調は、常設とはいえ、同省の委員会という位置づけにとどまる。

ただし、調査に際して、委員会の委任を受けた事故調査官には、①事故関係者の報告、②事故現場等への立入・検査、関係者質問、③関係者出頭による質問、④関係物件の提出・留置、⑤当該物件の保全と移動禁止、⑥現場への部外者立入禁止、といった命令と実行権限が与えられており、妨害行為は罰金刑の対象となる。

調査にかかわる関係者への責任追及と処罰は行なわれないが、捜査と刑事責

任追及を行なう警察・検察が事故長による調査に対して優位性をもっていることは確かである。

事故調発足に際して警察と旧運輸省は捜査を優先する旨の覚書を交わしており、事故調は警察から「飛行記録」や「音声記録」の鑑定嘱託を受けるといった形で調査が進められているという関係者の指摘もある。

また、国際民間航空条約は付属書で「調査の目的は将来の事故またはインシデントの防止であり、罪や責任を課することではない」としているが、わが国では事故調査資料を使った刑事捜査が行われているという指摘もあるなど、当事者やその関係者は事故調調査への協力に躊躇せざるを得ないという葛藤が現場にあることは否めない。

厚労省の案では、刑事手続との関係について「航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関との関係も参考になる」としているが、今後、大いに議論の対象となるとと思われる。

厚生労働省「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」(要旨) 3月8日

2. 診療関連死の死因究明を行う組織 (1)組織のあり方について

診療関連死の臨床経過や死因究明を担当する組織として、行政機関またはその中に置かれる委員会を中心に検討する。なお、監察医制度等の現行の死因究明のための機構や制度との関係を整理する必要がある。

(2)組織の設置単位について

調査組織の設置単位として「全国単位又は地方ブロック単位の組織」あるいは「都道府県単位の組織」がある。なお、都道府県やブロック単位の場合には中央機関の設置も併せて検討する必要がある。

(3)調査組織の構成について

①調査組織は、「調査結果の評価を行う解剖担当医や臨床医、法律家等の専門家により構成される調査・評価委員会(仮称)」と「委員会の指示の下で実務を担う事務局」から構成されることが基本と考えられる。

3. 診療関連死の届出制度のあり方

(2)届出先としては「国又は都道府県が届出を受け付け、調査組織に調査をさせる仕組み」あるいは「調査組織が自ら届出を受け付け、調査を行う仕組み」が考えられる。

(3)対象となる診療関連死の範囲は、特定機能病院等に課している一定範囲の事故報告の実績も踏まえて検討する。

(4)本制度と医師法21条による異状死の届出制度との関係を整理する必要がある。

4. 調査組織における調査のあり方

(1)調査の手順として、①必要に応じて解剖、画像検査、尿・血液検査等を実施、②診療録の調査、聞き取り等を行い、臨床経過と死因等を調査、③調査結果等を調査・評価委員会で評価・検討(評価等項目として死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や再発防止策等が考えられる)、④調査報告書の作成、⑤調査報告書の当事者への交付と公表等、が考えられる。

(2)調査のあり方の具体化に当たっては、今後、以下の論点を検討していく必要がある。

- ①死亡に至らない事例を届出及び調査の対象とするか否か
- ②遺族等からの申出による調査開始の可否や遺族の範囲をどう考えるか

③解剖の必要性の判断基準、解剖の執刀医や解剖に立ち会う者の選定の条件、臨床経過を確認するため担当医の解剖への立会いの是非

④電話受付から、解剖実施の判断、解剖担当医の派遣調整等を迅速に行うための仕組み

⑤事故の可能性がないことが判明した場合などの調査の終了の基準

⑥院内の事故調査委員会等との関係と一定規模以上の病院等に対する院内事故調査委員会等の設置の義務づけの可否 ほか

5. 再発防止のための更なる取組

再発防止のための対応として、①報告書から得られた診療関連死に関する知見や再発防止策等の集積と還元、②報告書に記載された再発防止策等の医

療機関における実施について、行政機関等による指導等が考えられ、その具体化の為に更なる検討が必要である。

6. 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

また、以下の点についても検討していく。

①報告書に医療従事者の過失責任の可能性等が指摘された場合の国による迅速な行政処分との関係

②報告書の活用や当事者間の対話促進等による、当事者間や第三者を介した形での民事紛争(裁判を含む)の解決の仕組み

③刑事訴訟の可能性がある場合における調査結果の取扱い等、刑事手続との関係(航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関との関係も参考になる)

支払・診療各委側1名を減員。公益委員は6名に

改正された社会保険医療協議会法が3月1日に施行され、中医協の委員構成は、支払・診療各側がこれまでの各8名から各7名へと減られ、公益委員は4名から6名へと増えた。支払側は企業、診療側は日歯の各枠1名づつの減員となった。

これを受け、厚労省は3月7日の中医協総会に新たな委員名簿を提出。公益側新委員の3月1日付任命を発表した。任期前であることから、支払・診療各側委員に異動はない。

また、3月1日をもって、同法における団体推薦の主旨が見直され、診療側

に関しては「地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に配慮する」と改正された。

所管する保険局医療課は、団体推薦の廃止が今後の委員選出にどのような変化を与えるかについて、言及を控えている。

また、同日の総会は、在宅自己注射指



導管理料の対象薬剤に、同日の総会で薬価収載が承認されたベグピソマント製剤を追加する案を提示、了承された。

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

治療成績と患者満足調査の実施有無は広告可

広告可能事項 告示案を意見募集。評価・選定療養と同内容の自由診療も可能

厚生労働省は、第5次医療法改正にと
もない、4月1日に施行される広告可能
事項のうち「厚生労働大臣が定める事
項」(告示)について改正案をまとめ、3
月12日に意見募集を開始した。3月26日
まで意見を受け付ける。

改正案は、改正医療法第6条の5(病
院・診療所)および同7(助産所)に定め
られている広告事項の中の「厚生労働大
臣が定める」事項について定めるもの。
自由診療については分娩および評価
療養・選定療養と同内容の各治療方法

が、また、治療結果の分析および患者
満足度調査に関する各実施・提供の有
無が新たに広告可能とされた。
包括規定の考え方が導入されたこと
によって、病院等の広告可能事項の表
記は、本則だけでなく告示等において

も大幅に簡素化された。ただし、専門
外来の実施有無や医療機器の販売名は
禁じられるなど、個々の適否と表現方
法はガイドラインで規制される。

厚生労働省「医療法第6条の5及び第6条の7の規定に基づき厚生労働大臣が定める事項を定める件(案)」の概要 3月12日

【改正の内容】

1. 医療従事者に関する事項

(1) 医療従事者に関する事項で、医療
を受ける者の適切な選択に資する事項
を以下のとおりとする。(改正医療法
第6条の5第1項第7号関係)

- ① 診療に従事する医療従事者の氏名、
年齢、性別、役職、略歴
- ② 厚生労働大臣に届け出た団体が行う
医療従事者の専門性に関する認定(団
体の要件=略)

2. 検査、手術その他治療の方法

(1) 治療方法のうち、医療に関する適
切な選択に資するものを以下のとおり
とする。(改正医療法第6条の5第1項
第11号関係)

- ① 診療報酬点数に規定する検査・手術
他の治療方法
- ② 評価療養又は選定療養に規定する検
査・手術他の治療方法
- ③ 分娩
- ④ 公的医療保険が適用されない治療
方法のうち、診療報酬又は評価療養も
しくは選定療養と同様の治療方法(公
的保険の非適用及び標準的費用を併記
する場合に限る)
- ⑤ 公的医療保険が適用されない治療
方法のうち、薬事法の承認・認証を得た
医薬品又は医療機器を用いる治療方
法(公的保険の非適用及び標準的費用を
併記する場合に限る)

3. 医療に関する結果の提供

(1) 医療の提供の結果に関する事項で
あって、医療に関する適切な選択に資
するものを以下のとおりとする。(改
正医療法第6条の5第1項第12号関係)

- ① 手術の件数(厚生労働大臣が手術方
法を定めるものに限る)
- ② 分娩の件数
- ③ 患者の平均的入院日数
- ④ 在宅患者、外来患者、入院患者の
数
- ⑤ 平均的な在宅患者、外来患者、入
院患者の数
- ⑥ 平均病床利用率
- ⑦ 治療結果に関する分析を行っている
旨又は分析結果を提供している旨
- ⑧ セカンドオピニオンの実績
- ⑨ 患者満足度調査を実施している旨又
は実施結果を提供している旨

4. その他の事項

(1) 法律の規定及び上記1から3の事項
に準ずるもの。(改正医療法第6条の5
第1項第13号関係)

- ① 健康保険病院、健康保険診療所、社会
保険病院又は社会保険診療所である旨
- ② 船員保険病院又は船員保険診療所
である旨
- ③ 国民健康保険病院又は国民健康保険
診療所である旨
- ④ 法令に基づく事業又は国の通達・通
知に基づく事業を実施する病院・診療
所である旨

- ⑤ 従業者の氏名、年齢、性別、役職、略歴
- ⑥ 健康診査の実施
- ⑦ 保健指導又は健康相談の実施
- ⑧ 予防接種の実施
- ⑨ 薬事法第2条第16項に規定する治験
に関する事項
- ⑩ 介護保健法のサービスを提供する事
業所・施設もしくは医療法人付帯業務
を行うための施設で同一敷地内に併設

- されているものの名称とサービス
- ⑪ 受診の便宜を図るサービス
- ⑫ 開設者に関する事項
- ⑬ 外部監査を受けている旨
- ⑭ 評価機構が行う医療機能評価の結果
(個別の審査項目を含む)
- ⑮ ISO審査登録機関に登録をしている
旨
- ⑯ 都道府県知事の定める事項

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2007年2月

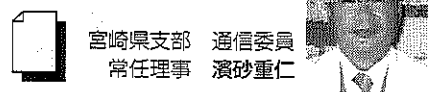
- 1日 DPC分析事業打合せ、eラーニン
グ事業打合せ、経産省サービス産
業課との意見交換
- 2日 日病協代表者会議、四病協医療保
険・診療報酬委員会
- 5日 医道審議会医師分科会医師臨床研
修部会(委員出席)
- 7日 広報・HP作成WG委員会
- 8日 DPC分析打合せ
- 9日 四病協/社会医療法人債に関する
研究会、会長・副会長会議、総務
委員会、病院機能評価委員会
- 10日 人間ドック委員会
- 14日 日病協/緊急是正要望書提出、同
/診療報酬実務者会議
- 15日 四病協/治療費未払問題検討委員
会、東京都支部総会、自民党「各
種団体との新春懇親会」

- 16日 医療制度・税制委員会、医療従事
者委員会、業務フローモデル(手
術)打合せ、病院のあり方委員会
- 17日 第11回常任理事会、四病協/感
染管理講習会、救急・防災委員会
- 18日 四病協/感染管理講習会
- 21日 ヘルシー・ソサエティ賞授賞式
- 22日 医道審議会医師分科会医師臨床研
修部会(委員出席)、医療の質向上
委員会、医療の質向上委員会・研
究班会議合同委員会
- 23日 「個人情報管理・担当責任者養成
研修会」、日病協/代表者会議、個
人情報保護担当委員会、医療保険
・診療報酬委員会、医療経営人材育
成事業 事業運営委員会、トップマ
ネジメント研修コースに関する座談会
- 27日 全日病退職金共済会・理事会
- 28日 四病協/理事長の債務保証のあり
方に関する勉強会、同/総合部会

支部からの報告

東国原新知事に財政改革を期待

2月に医療従事者研修会。
職員を表彰



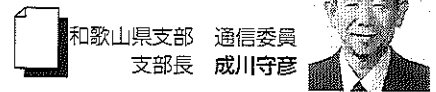
宮崎県支部 通信委員
常任理事 渡砂重仁

官製談合事件による出直し知事選挙
で、1月21日、そのまま東こと東国原
英夫氏が本県知事に当選した。
しがらみのないクリーンさが好印象
のようで、連日テレビ等マスコミで宮
崎が取りあげられない日はない。特に
鳥インフルエンザ拡大防止のため迅速
な初期対応に努め、同時に風評被害防
止のため、マスコミを通じて安心安全

な宮崎地鶏をアピールした効果は大き
く、宮崎のイメージアップに一役買った。
今後、県立病院の経営改善など医療
分野においても積極的に取り組んでも
らい、第二の夕張市といったことにな
らないよう、思い切った財政改革に期
待したい。
支部活動としては、2月24日に宮崎
市の宮崎観光ホテルで医療従事者研修
会を開催した。本研修会は今年で23
回目を迎え、医療従事者の資質向上
を図る目的で、各病院より推薦され
た職員5名を表彰している。講師に
は、『新しい医療法人制度について』
と題して日本医療法人協会の豊田堯
会長に、『やる気と行動』と題して読
売巨人軍OBの中村稔氏に講演いただ
いた。
宮崎県支部は今後とも会員と連携
を取り合い、活発な活動を行ってい
きたいと考えている。

和歌山県支部を設立!

地域医療の明日を懸念。
県に訴える



和歌山県支部 通信委員
支部長 成川守彦

これまで和歌山県には支部がなく大
阪支部が担当されていたが、今回本
部と大阪支部のご支援を頂き、和歌
山県内の会員病院で臨時総会を開
催し、2007年1月22日をもって和
歌山県支部を設立することが承認さ
れた。
しかし、県支部には、現在、会員
が2病院のみであるので、今後、会
員の増強に努める方針である。
今、全国的に医師不足、看護師不
足であるが、和歌山県においても深
刻な状況である。

和歌山県は地理的に南北に長く、
県都の和歌山市は最北に位置するた
め、南部は人口も少なく過疎地が多
い。その紀南地区での地域医療は危
機的状况にある。
ある民間病院院長は月に20日以上
も当直をしており、疲労困憊である。
ある公立病院も新患の受診制限をし
ている。
和歌山県には現在92の病院がある
が、今回の医療制度改革により、20
%の病院が診療所や他の施設に転換
せざるを得ないと考える。そうなっ
た時、地域医療は、特に救急医療は
どうなるのか、この点を県当局に今
強く訴えている。
病院団体も多くの団体が乱立して
いるが、早急に1つにまとまる事を
熱望する。

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します。 ■試験日(平成19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	4月21日(土)	2級
	5月26日(土)	2級
	6月23日(土)	1級・2級
	7月28日(土)	2級
	8月25日(土)	2級
	9月22日(土)	2級
	10月27日(土)	1級・2級
	11月24日(土)	2級
	12月15日(土)	2級
	1月26日(土)	2級
20年	2月23日(土)	1級・2級
	3月22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 東京都千代田区築業町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、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務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(医科)もしくは2級医療事務職(医科)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。

個人情報管理・担当責任者養成研修会を開催

個人情報保護担当委員会(飯田修平委員長)が主催する「個人情報管理・担当責任者養成研修会」が3月2日に東京都内の本会会議室で開催され、60名が受講した。

認定個人情報保護団体としての取り

組みを担う同委員会が、個人情報保護に関する知識をもち、院内スタッフ等に適切な指導を行なうことができる人材を養成する目的で企画したものを、同研修会はすでに2月23日に実施されたが、その参加案内に対して、会員病

院から定員を大きく超える参加申し込みがあったことから急遽3回に開催を増やし、3月2日に2回目を開いた。3回目は3月23日に行なわれる。

研修では、「個人情報保護法への対応と情報管理担当者の役割」「個人情報保



護法の概要」「過去の問い合わせ事例から事例紹介」と題した講義のほか、2テーマにわたるグループワークとその報告発表が行なわれた。

第11回常任理事会の詳細 2月17日

■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。
群馬県 堀江病院院長 堀江健司
千葉県 川鉄千葉病院院長 山本義一
東京都 勝桑堂病院院長 芦田光則
神奈川県 青葉台病院理事長 高橋幸治
愛知県 豊橋元町病院院長 鈴木市三
奈良県 東朋香芝病院院長 小田恭弘
別途1名の退会があり、在籍会員数は2,190名となった。

●人間ドック実施指定施設の承認
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。
石川県 公立松任石川中央病院
この結果、指定数は合計472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。
石川県 公立松任石川中央病院

指定数は合計19施設となった。

■報告事項

●病院機能評価の審査結果(順不同)
12月18日付で以下の17会員病院に病院機能評価認定証の交付が決まった。
【Ver.4.0】
◎一般病院
北海道 小笠原クリニック病院 新規
埼玉県 総合守谷第一病院 新規
◎療養病院
神奈川県 湘南ホスピタル 新規
◎複合病院
岩手県 盛岡友愛病院 新規
神奈川県 相模台病院 新規
鹿児島県 今林生計外科病院 新規
【Ver.5.0】
◎一般病院
北海道 函館脳神経外科病院 更新
◎精神科病院

島根県 松江青葉病院 新規
宮崎県 宮崎若久病院 新規
沖縄県 沖縄中央病院 新規
◎療養病院
福島県 土屋病院 更新
東京都 三愛病院 新規
◎複合病院
愛知県 すぎやま病院 新規
福岡県 村上幸林堂病院 更新
熊本県 青磁野リハビリテーション病院 新規
大分県 佐伯中央病院 新規
沖縄県 平安病院 更新
【付加機能】
◎リハビリテーション機能
香川県 三宅リハビリテーション病院 一般A
認定証が交付された会員は700病院となった。
1月22日付で以下の13会員病院に病院機能評価認定証の交付が決まった。
【Ver.4.0】
◎一般病院
愛媛県 十全総合病院 新規

鹿児島県 豊島病院 新規
◎精神科病院
埼玉県 上武病院 新規
◎療養病院
大阪市 甲聖会記念病院 新規
◎複合病院
北海道 開西病院 新規
大阪府 河崎病院 新規
兵庫県 尾原病院 新規
【Ver.5.0】
◎一般病院
宮城県 総合南東北病院 更新
秋田県 藤原記念病院 新規
◎精神科病院
福岡県 聖ルチア病院 更新
◎療養病院
佐賀県 順天堂病院 更新
◎複合病院
山口県 阿知須共立病院 更新
山口県 都志見病院 更新
認定証が交付された会員は709病院となった。

区分1の14.6%~24.5%に経管栄養

都道府県療養病床調査結果の概要 「患者の望ましい居場所」として老健をあげたのは16%

厚生労働省は3月7日、都道府県が実施した療養病床アンケート調査結果の概要を公表した。都道府県による地域ケア整備構想策定作業の一環として、療養病床の再編を円滑に進めるために、全療養病床を対象に、病床と入院患者

の実態や転換意向等を把握するために実施したもの。対象時期は昨年10月1日、93.2%にあたる5,930医療機関から回答を得た。(1面記事を参照)
調査結果から、①医療区分2と3の患者が63.3%に達している、②医療区分1の

患者の14.6%から24.5%に経管栄養を実施していること、③患者の望ましい居場所として老健をあげた医療機関は16%にとどまること、④療養病床の30.0%が転換意向を明確にしていなかったこと、⑤単身世帯・高齢者のみの世帯の合計

は全体の41.6%に、かつ、自宅で介護してくれる家人等が「日中・夜間ともいない」とする患者が56.8%にも達していることなどがあきらかとなった。
厚生労働省は3月12日の「介護施設等の在り方に関する委員会」にこの調査結果を報告、医療的処置を必要とする患者を老健が受け入れられるようにする措置案を早期に検討する方針を表明した。

■転換意向

選択肢	全体 (33万8,492床)	現在医療療養病床 (22万2,398床)	現在介護療養病床 (11万6,031床)
医療療養病床	49.6%	63.2%	23.4%
(再)介護保険移行準備病床	0.9	1.3%	0.1%
介護老人保健施設	8.5%	2.3%	20.4%
介護療養病床	3.9%	0.3%	10.9%
(再)経過型介護療養病床	0.7	0.0%	1.9%
一般病床	5.2%	5.9%	3.9%
特別介護老人ホーム	0.3%	0.1%	0.7%
有料老人ホーム	0.7%	0.1%	1.7%
未定	30.0%	26.4%	36.8%

■患者の自宅介護者の有無

	全体(9万8,287人)	医療療養病床	介護療養病床
日中・夜間ともいない	56.8%	54.3	61.4
日中がいない	16.0	15.9	16.2
夜間がいない	1.0	1.0	0.9
日中・夜間ともいる	11.9%	12.9	10.0

■医療機関として望ましいと考える患者の居場所(複数回答)

望ましい居場所	現在医療療養病床	現在介護療養病床
医療療養病床	52.1	14.1
介護老人保健施設	15.9	15.8
介護療養病床	15.3	57.4
一般病床	3.8	1.5
特養	16.8	26.2
有料老人ホーム	2.5	2.3
ケアハウス	2.5	1.2
グループホーム	3.1	2.9
在宅	12.0	5.0

■医療区分(医療療養病床)

医療区分	3	10.1	21.3	10.8	42.2
2	11.8	15.5	4.3	31.6	
ADL区分1	14.8	8.9	2.4	26.1	
合計	36.8	45.8	17.5	100.0	
	医療区分1	2	3	合計	

■医療処置の実施状況(10%を超えるもの)

医療区分1		医療区分2		医療区分3	
医療療養病床	介護療養病床	医療療養病床	介護療養病床	医療療養病床	介護療養病床
経管栄養 (14.6%)	経管栄養 (24.5%) 嚥痰吸引(10.8)	経管栄養 (32.3%) 嚥痰吸引(29.0) 膀胱カテーテル (10.4)	経管栄養 (47.8%) 嚥痰吸引 (41.4) 膀胱カテーテル (12.3) 点滴 (10.2)	嚥痰吸引(53.3) 酸素療法(46.3) 経管栄養 (43.6%) 点滴 (35.5) 膀胱カテーテル (23.0) (心拍・血圧・ 酸素飽和度) モニター測定 (21.8) 気管切開(17.9)	嚥痰吸引(51.9) 酸素療法(33.7) 経管栄養 (46.2) 点滴 (35.5) 膀胱カテーテル (23.0) (心拍・血圧・ 酸素飽和度) モニター測定 (21.8) 膀胱カテーテル (20.1)

■患者の世帯状況

単身世帯・高齢者のみの世帯の合計は全体の41.6%

一冊の本 book review

『医療廃棄物白書2007 戦略的マネジメントを探る』

編著 田中 勝
発行 自由工房
定価 2,940円(税込)

1998年12月に発覚した青森・岩手県境不法投棄事件は、国内最大級の不法投棄事件となった。不法投棄された廃棄物の中には、医療廃棄物も含まれており、医療機関もこの事件に巻き込まれた。不法投棄による排出者責任が問われれば、病院にとって大きな損失となる。すなわち、医療廃棄物を適正にかつ合理的に処理するには、戦略的マネジメントが必要不可欠である。

本書は、医療廃棄物のコストも含めた適正処理のための指針であり、医療機関のみならず社会全体が取り組むべき課題の指針である。(A)

2007年度全日病「病院事務長研修」を開催。ただ今、申込受付中!

第6回病院事務長研修コース(病院管理士認定)

全単位修了者には「修了証」、評価試験合格者には病院管理士の「認定証」を授与。OBによるメーリングリスト、また、全日病学会を利用した生涯学習の場を確保

- 受講資格 □現在所属している病院/施設での職歴1年以上の病院事務長またはこれに準ずる職歴2年以上の経験を有する方で、理事長・院長が適格と認めた方(各病院1名)
□受講者は本会の会員病院職員であること。
- 開講期間 2007年5月~2008年1月
全8単位、各単位2~3日間、1日13時~最終日15時まで、宿泊研修
- 受講料金 1カ年・全8単位 48万円(宿泊費・食事含む)
- 受講定員 36名
- 会場 チサンホテル浜松町(JR山の手線浜松町下車 徒歩8分)
- 申込締切 4月19日(木)

□お問い合わせ 全日本病院協会 医療従事者委員会(事務局担当:蓮池)
TEL 03-3234-5165 FAX 03-3237-9366
詳細資料は本会ホームページから入手できます

■プログラム

5月19日・20日(2日間)	第1単位	これからの病院経営と事務長の役割
6月16日・17日(2日間)	第2単位	院内コミュニケーション強化に向けたコーチング
7月14日・15日・16日(3日間)	第3単位-1	病院医療会計の基本と財務管理
	-2	これからの人事労務管理の基本と実践
8月11日・12日(2日間)	第4単位	病院情報システムの構築と個人情報保護
9月8日・9日(2日間)	第5単位	病院のものの流れと物品管理(SPDの導入・活用をめぐって)
10月6日・7日・8日(3日間)	第6単位-1	院内業務再設計に基づく要員適正化
	-2	委託費削減とその他経費の削減
11月23日・24日・25日(3日間)	第7単位	経営健全化に向けた病院経営診断と経営計画策定演習
1月19日・20日(2日間)	第8単位	総合演習(演習・経営計画発表発表 他)

「第6回病院事務長研修コース(病院管理士認定)」の案内パンフレットは、3月中旬に全会員に発送しております。

