



全日病 NEWS 4/15

21世紀の医療を考える全日病 2007

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 寛 敬
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 電話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX(03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.661 2007/4/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

西澤会長が所信表明—中村広報委員がインタビュー

「地域一般病棟」の実現をめざす

後期高齢者に意見具申。シンクタンクの基礎を築きたい

就任したばかりの西澤寛後会長に中村康彦常任理事(広報委員)が抱負をうかがった。

—第7代会長に就任おめでとうございます。今の心境をおきかせください。

ありがとうございます。佐々前会長が進めてきた路線を継承し、それをさらに発展強化させたいというのが、今の率直な気持ちです。

我々が目指しているのは、国民が真に望む、質が高く、安全で安心のできる、効率的な医療体制の構築です。しかし、今行なわれている医療構造改革は、もっぱら経済財政の視点から医療費の抑制を図るものです。

我々は、医療改革を国民が望む方向に変えていかなければなりません。そのためには、医療現場から情報とデータを数多く発信してもらい、それを提言へ高めて政府・厚生労働省に働きかけていく必要があります。

その先頭に立って活動していきたいと思っています。

—2007年度事業計画は重要課題と新規事業が目白押しですね。

全日病の最重要課題は会員病院における医療と経営の質を高めることで

す。その立場から、07年度はこれまでの活動をさらに強化する一方で、新たな事業にも着手します。

その中で一番重視しているものが、提言実現の基礎となるデータを整備するシンクタンク設置に向けた検討です。

また、医療と経営の質を高める上で職員の質の向上が不可欠です。07年度は、新たに医療安全管理者と臨床研修指導者の講習会を開催します。

さらに、個人情報管理者や病院情報システム導入指導者を育成する研修も実施します。特定健診・特定保健指導研修会も開催できればと考えています。—会員病院の最大の関心は08年度の診療報酬改定です。

地域と連携して在宅医療を支援する病棟・病院を評価する「地域一般病棟」の導入をぜひ実現させたいものです。04年度改定で「亜急性期入院医療管理料」が新設されましたが、これを、「地域一般病棟」の内容に少しでも近づけるために、今、具体的な要望書の作成を進めています。

「7対1」看護については、看護師不足という実態を考慮した上で、現場にも分かりやすく理解を得られるものに改変するべきと考えます。

療養病棟への医療区分導入はケースミックスを進める上で必要なことです。しかし、調査データと比べると医療区分の項目には粗いものがあります。また、コストと乖離した配点が行なわれました。

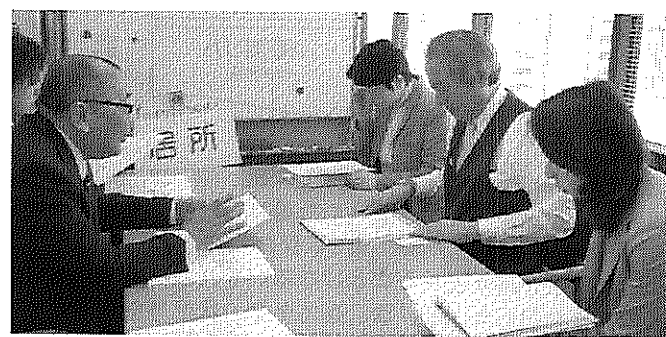
国は医療現場に絶えずデータを求めます。であれば、国としてもデータにもとづいた点数設定等を行なうべきであり、この辺りの見直しを求めるのは当然なことと考えます。

療養病床の再編に関しては、介護保険に移行する高齢者に対する医療提供の問題がはっきりしないままに強行されたということに問題があります。全日病がこの問題をどう捉えているかは「病院のあり方報告書2007年版」で詳しく論じてあるので、ここでは差し控え

ます。(編集部注：5面を参照)
—後期高齢者医療制度も具体化の段階を迎えています。

後期高齢者については、複数の疾患を有している、急性増悪を繰り返す、認知症の併発があるといった心身特性をどう把握するかが重要です。その上で、こうした高齢者にどういう医療がふさわしいかがしっかり議論されなければなりません。

そうした検証に立ってこそ、どのくらいの資源を投入しなければならないのかという検討が可能となります。ところが、議論をみていると、後期高齢者には金をかけないという枠組みばかりが先行しているような気がします。今後、全日病として、意見具申をしていきたいと思っています。(3面に続く)



▲猪口副会長(左)は原医療課長(右から2人目)に要望書を提出した

猪口雄二副会長は4月12日、入院基本料にかかわる看護職員配置数の算定条件見直しを求める厚労省水田保険局長宛緊急要望書を原医療課長に提出。同時に、原医療課長と「地域一般病棟」に関する意見を交わした。(8面に緊急要望書を掲載)

要望書は、看護職員の配置数を算定する際に、配置数は「届出時」の実勤務者数とされている一方で分母となる入院患者数は「直近1年間」であるために、突発的な離職・休職に対応できないことを指摘し、患者数算定の対象期間を配置数に合わせるよう求めている。

また、看護師比率と月平均夜勤時間を計算する上で勤務時間から除外される欠勤のうち、病棟業務と関係した研修・会議等への出席や子育て・介護等止むを得ない突発的事情による欠勤は免除することを提案している。

清話抄

毎日の様にマスコミは、病棟や診療科目の縮小、また病院の閉鎖を報じ医療の崩壊の警鐘を鳴らしている。

研修医制度の導入により大学の医局に医師派遣を頼っていた多くの病院で医師確保が困難になり、勤務している医師の負担が増し、さらに、将来に不安を感じた勤務医が病院を離れ開業医としての道を選

さらに、日勤専従看護職員の勤務時間を月平均夜勤時間数の計算に入れることも求めた。

これらは、いずれも、2006年度改定で看護師比率が引き上げられ、月平均夜勤72時間以内という

「患者数の計算対象は1月とすべし」

看護職員配置数の算定条件見直しで本会が緊急要望書

規定が要件化されたことから、とくに中小病院で看護師の需要が高まったにもかかわらず、「7対1」看護の新設によって現有数の確保すらおぼつかなくなったことへの配慮を求めたもの。

72時間規定の計算に日勤専従看護職員の勤務時間を加えることは、規定をクリアする上で扱いが難しくなった子

育て中の日勤専門看護師に雇用機会を拡大することも意味する。

応対した原課長は、看護職員配置数の算定条件には「一時的な要因に左右されるのではなく、長期に安定した看護要員の確保を促す狙いがある」と説明、事実上加配を前提とした雇用を求める見解を表明しつつ、検討を約した。

「1」に加え「2の3割」も老健等が引き受ける!?

療養病床再編の参酌標準案 都道府県段階では75歳超人口伸率を勘案。計画開始時は15万床

厚生労働省は4月12日の社会保障審議会・医療保険部会に、2008年度から実施される医療費適正化計画に関する基本方針案を提示、その各論となる全国医療費適正化計画と特定健康診査等基本指針各案における参酌標準の案を説明した。

都道府県が策定する医療費適正化計画の柱となるのは、①特定健診・特定保健指導実施にもとづくメタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少、②療養病床の再編を通じた病床と平均

在院日数の縮減、である。

事務局(厚生労働省保険局総務課)は、療養病床に関しては、回復期リハ病棟を



除く医療療養の現数から医療区分1および「2」の3割を控除し、介護療養の現数のうち「3」および「2」の7割を加えるという病床数算定式をもとに、各都道府県の後期高齢者人口伸び率や提供体制整備等の方針を加味して2012年度末の目標数を設定する、とした。

そして、その開始段階(08年度)の療養病床を「15万床と推定する」とした。(2面に続く)

ぶ、というのが大部分のケースである。

医師としての労働環境は何時の時代でも厳しいものがある。私個人の経験でも手術や当直の繰り返しが続く、疲労の極みに達し病棟の階段を昇っている途中、手摺りにもたれたまま眠り込んでしまった事もあった。

今振り返ってもハードな勤務であったと思うが、当時は医師であれば患者さんの為には当然の義務であると信じ

ていた。どれ程厳しい勤務であっても病状の回復や憎悪に、患者さんと喜び合いました苦しみを分かち合うといった心の交流、信頼関係は今までの苦勞や困難を忘れさせるものがあった。

現在、我が国の医療は世界最高の国民皆保険制度の為、いつでもどこでも良質の医療が只同然の費用で受けられる。しかし、この事が逆に医療の大切さを忘れさせる結果に結びついている

のではないだろうか?

医師の不足や看護師の不足だけが医療の崩壊を招くものではない。医療を受ける側、与える側との心の交流の消失こそが医療の崩壊の最大の原因である。また、現在多くの病院経営者も相次ぐ医療費の切り下げで良質の医療の提供に困難と諦めを感じており、医療の崩壊は更に加速されて行く事が予想される。(平)

主張

残る公私格差。公的病院のあり方を論ずべき

1948年に制定された医療法は営利を目的とした医療機関の開設を否定した。1950年には経営の安定と永続を目的とした医療法人制度が制定され、民間の資金を投入させ、国民の健康の保持の一翼を担わせた。

1973年には老人医療の無料化が実現し、各県に1つの大学病院設置が決まった。1985年の第1次医療法改定ではかけ込み増床が生じ、大幅にベッド数が増えたという事実がある。

少子高齢化という人口構造の変化を理由に、医療費抑制政策が続けられている。バブル崩壊後の税収不足がさらに拍車をかけた。2004年に結

核予防法が改定され、結核予防検診が65歳以上となった。1951年より各県に設置された国立療養所の役目が終わったという指摘がある。

医療は社会的資源であり、それが故に、無駄を省き、効率良く提供されなければならない。特に財政赤字の日本においては然りである。

病院は設立母体がどんな形態であれ、公共性、公益性を担保しながら、安心、安全の医療を提供しなければならない。「病院のあり方」は本会によって発表されている。ただ、「公的病院のあり方」は誰も議論しないし、今の所、私は拝見したことがな

い。「公的病院のあり方」は、補助金、税金等を投入してでも存続させるべき医療を提供しているかどうかを焦点であろう。第三者評価で判定する方法もある。

2006年4月の改定で7:1看護が発表されて以来、古くて新しい問題である「公私格差」がクローズアップされた。小泉政権の時に、「民」(補助金等を投入しない医療機関)ができることは民へ、官(民以外)が適切なものは官へとし、調整がつかないままに官民の競争を促すような改定を施行したことによる。

また、病院会計準則が発表されて民の病院はそれに統一された。しかし、公的病院の会計は不明瞭で、補助金等是不透明である。従って、公的病院にも住民に分かり易い、統一した会計準則が必要ではないだろうか。

夕張市の破綻によって、最近地方自治体の累積赤字も一般住民に情報開示されるようになった。私的と公的病院とが異なる経営基盤で人材確保や医療内容等の競争を余儀なくされている間に、地域医療の崩壊が訪れることを憂うのは私一人であろうか。(H)

なぜ「15万床」か。確たる説明はなし...

後期高齢者人口伸び率を勘案。療養病床漸増の可能性も

厚労省保険局は、4月12日の医療保険部会に、各都道府県の医療費適正化計画に書き込まれる療養病床目標値の参酌標準案を提示、医療区分2の患者の3割は医療区分1とともに介護保険施設等でケアを行なうという、再編の新たな枠組みを示した。

都道府県レベルでは、前出枠組みにもとづいた病床数に「計画期間中の後期高齢者人口伸び率、救命救急医療の充実、早期リハ強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案」して設定される。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2002年1月推計)によると、後期高齢者は2005年に1,000万人を超え、2020年人は1,665万人と前期高齢者と同規模に増え、2025年には1,889万人と前期高齢者よりも多くなると予測されている。

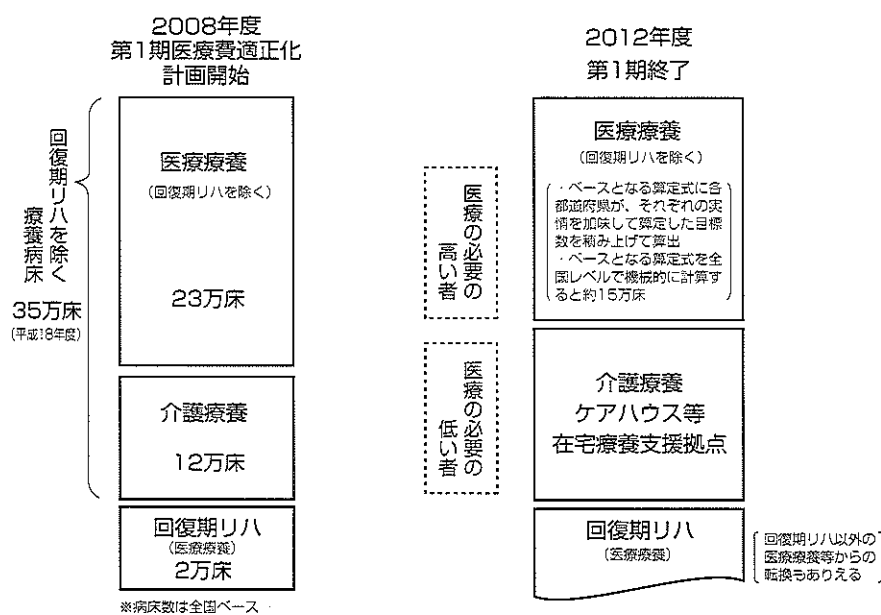
したがって、後期高齢者人口伸び率を勘案する限り、療養病床の長期的な

増加は避けられない。仮に、今回提示された算定式(別掲)を用いた場合でも、介護療養の約3割と医療療養の約5割で約17万床が現時点の療養病床適正数と推定される。しかし、保険局は「08年度時点で15万床と推定」する。

都道府県は、この基本方針(参酌標準)にもとづいて、今夏にかけて2012年度末の療養病床目標数を定める。そして、今秋、その数字を積み上げたものが全国レベルの療養病床目標数として設けられる。

あるいは後期高齢者人口伸び率の織り込みを考え、期首の数字を低めに誘導しているのかと疑いたくなる、15万床の「健在」ぶりである。そこには、介護保険施設で医療的処置を可能とする新たな類型を設けるなど、既存施設類型のスクラップエンドビルドをも辞さないという厚労省の強い覚悟があるとも受けとれる。

■各都道府県の療養病床の目標数(2012年度)(案)



これらの目標を達成するために、新医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画が動員され、保険者、健診機関や療養病床を含む医療機関と介護サービス事業者が当事者の役割を担われ、保険者協議会、地域・職域連携推進協議会、医療連携を構築する地域協議機関、都道府県医療審議会など様々な組織が活用される。

計画は中間期の3年目に中間評価が加えられ、この結果が、計画の期間内見直しや次期計画に持ち込まれる。さらに、期間終了の翌年度に実績評価が行われ、その結果に応じて、例えば、都道府県別に診療報酬を設定する協議

が取り組まれる。こうした論でいけば、療養病床に関しても3年目の2010年に中間評価されることになる。それは、高齢化率、受け皿、在宅ケアの状況等を踏まえて積み増しになる可能性もあるが、逆に、削減が進まない地域には単価を下げた報酬を適用するというマイナスの実績評価となる可能性もある。

PDCAで回す医療費適正化計画は5年後の医療費推計(目標値)の実現をめざす過程でもある。しかし、病床削減と平均在院日数短縮が本当に医療費削減につながるものなのか、壮大大実験が始まることになる。

病床削減で医療費が減るのか、壮大大実験

1期5年の計画。終了後の実績評価で診療報酬特例も

医療費適正化計画は、計画作成の指針をまとめた「基本方針」(医療費適正化に関する施策についての基本的な方針)と、それにもとづいて目標値、施策、実績評価などPDCAの要素を取り込んだ「全国医療費適正化計画」および「都道府県医療費適正化計画」からなる。

いずれも高齢者の医療の確保に関する法律にもとづいて2008年4月に策定

され、稼働する。計画期間は1期5年であり、08年から12年までの第1期計画においては、「住民の健康の保持の推進に関する目標」として、①特定健康診査の実施率、②特定保健指導の実施率が、「医療の効率的な提供の推進に関する目標」として、①療養病床の病床数、②平均在院日数が設定される。

医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標(案)の考え方 4月12日 医療保険部会

(1)療養病床の病床数
2012年度末時点での療養病床の病床数は①と②により設定する

①各都道府県における a+b+c
a 医療保険適用の療養病床(回復期リハ病床である療養病床を除く)の現状の数(06年10月)
b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(06年10月)

医療区分1+医療区分2×3割
c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(06年10月)
医療区分3+医療区分2×7割

②都道府県は上記の数に基き、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

(注)全国レベルでの療養病床の目標数は、今秋を目途に各都道府県における設定状況を踏まえて設定する。

(2)平均在院日数に関する数値目標
2006年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から、06年の病院報告における各都道府県の平均在院日数と同年の最短の都道府県の平均在院日

数との差の1/3(これを上回る数字としても差し支えない)の日数を減じたものとする。
(注)06年の病院報告による全国平均の平均在院日数と、最も短い都道府県の平均在院日数との差を2015年までに半分に短縮するという長期目標を前提としたものであり、(2006年~2012年までの6年間)/(2006年~2015年までの9年間)×1/2(差の半分)により1/3と設定。

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針案—参酌標準関連

○住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標

(1)特定健康診査の実施率 2012年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。
(2)特定保健指導の実施率 2012年度

において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。
(3)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標 2008年度と比べた、2012年度時点

でのメタボリックシンドローム該当者と予備群の減少率を10%以上の減少とする。
*この目標は、長期的には2015年度末時点で2008年度当初と比べて25%以上減少という目

標を踏まえたものである。

*医療保険者に対する目標値の設定の考え方(参考)

項目	2012年参酌標準(案)	2015年目標値
①特定健康診査の実施率	70%	80%
②特定保健指導の実施率	45%	60%
③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	10%(08年度比)	25%(08年度比)

西澤会長が所信表明 *1面より続く

DPCは将来的に1入院当たりとすべき

医療計画等は都道府県が主体。支部には意識の盛り上がりを期待

一DPCを導入する会員病院もかなり増えてきていますが。

全日病は早くから急性期入院の支払いはケースミックスにもとづくべきであると考え、研究を続けてきました。DPCもケースミックスの1手法です。ただし、いずれは1入院当たりの支払いとすべきだと考えます。

DPCは中小病院にはなじまないという声を聞きますが、それは違うように思います。現在の分類や係数等をより地域医療にふさわしく修正する必要がありますが、疾病ごとに投入される医療資源に応じて支払うだけでなく、データにもとづいて質と効率の追求を可能とするという面からも、急性期入院医療を運営する上で必要な方法と考えます。

むしろ、DPCの中心となっている現在の特設機能病院こそ高度医療を提供する病棟と一般急性期を提供する病棟とに分れるべきであり、高度医療についてはDPCからは除外することが望ましいのではないのでしょうか。

DPCに関しては、データをどう活か

すかという課題もあります。データは国が独占するのではなく、病院や研究所にも広く開示し、共有されるべきと考えます。

一診療関連死の究明制度を検討する動きが始まります。

診療関連死については、当該情報から原因を科学的に考察し、再発防止に活かすことが重要です。そのためには、こうした制度が必要なわけですが、同時に、法的免責を実現して積極的な情報提供が得られる環境を整備する必要があります。

一1年後には特定健診・特定保健指導が始まります。

これは重要な制度改正です。法的な実施主体は保険者ですが、第一線の現場に課せられた大きな課題であり、地域に密着した民間病院がはたす役割は大きなものがあります。

本会としても特定健診・特定保健指導研修会を実施するなど、会員病院の特定健診等受託が可能となるような支援をしていく考えです。

一提言・要望を実現する上で全日病の影響

力拡大が欠かせません。組織強化にはどう取り組みますか。

佐々前会長の下で、本会は会員増加を着実に実現してきました。それは、会員病院の質を高めるという方針をスローガンに終わらせず、「病院のあり方報告書」における考察・提言と各種事業による具体的な支援策を実践してきたからです。

また、「病院のあり方報告書」では一貫して、理念・目標の設定、質の向上と標準化、原価管理、情報化、総合的質経営などを論じてきました。

これらが評価された結果、会員数が着実に増加したと思っています。このように、病院のニーズを踏まえた活動を進めていくことが組織強化につながると考えます。

その点で、今後考慮したいことは、研修会等の地方開催と有用情報を正確かつ速く会員に伝えることです。後者については、今年度、eラーニングによる研修を始めますが、今後も、インターネットの有効活用を一層推進した



いと考えています。

一現在、47都道府県すべてに支部または准支部が設けられていますが、全日病を下支えしている支部の強化も重要です。

その通りです。今後は、医療計画などが都道府県の裁量で策定され、具体的な医療行政は地域ごとの状況に応じて実施されます。支部の役割はますます重要になっています。

全日病としては、都道府県に対する提言と要望、各種検討会への参画、県内病院団体との連携など支部の自発的な取り組みに依拠しつつ、その取り組みを支援するという姿勢で臨みたいと考えています。

地域医療を守り、整えていく上で、支部が積極的に行動していく、その力を自ら蓄えていく、そうした意識の盛り上がりを期待しています。

就任・再任の御挨拶

医療と介護の両面から 社会保障を検討



副会長
手束昭胤
(てづか あきつぐ)

今、我々の医療・介護・福祉の世界は、自然界の桜花らん漫の暖かい春の到来とは異なり、まさに、まだ冬の嵐の真只中の、前の見えない、吹雪の中を手探りで進んでいる。

昨年4月の診療報酬、介護報酬過去最大の同時マイナス改定にはじまり、6月の医療制度関連法案で、公費負担削減、患者、老人の自己負担増、療養病床再編など、すべて従来の経済財政主導型ですめられている。

この医療費抑制策の徹底で、民間病院の5割近くまで赤字経営を強いられており、“真綿で首を締められる”状況に青息吐息である。今後も、大変革が目白押し状態である。

全日病は今までも、各委員会、プロジェクトチーム等も活発に機能し、四病協、日医とともに、全国の会員アンケート結果などをもとに、エビデンスに基づいた提言、要望なども積極的に行ってきた。

しかし、最近、特に具体的な目に見えるような成果をあげ得ず、会員病院の経営に資することが出来ていないかとも危惧される。

今後の国の矢継早の施策に対峙するためには、今までの方法以外に、更に支部活動を活発化、現場の地域の声を反映した、下意上達を旨とし、医政の決定の場である政治の場で、一つずつ果実をとっていくという手法に転換する必要があると考えている。

この度、新執行部の門出に際し、5期目の副会長に任ぜられた。医療と介護の両面より社会保障問題を検討することは、まさに喫緊の最重要課題であり、協会あげて取り組まなければならない。

国民のための医療、病院経営の安定を勝ち取るためにも、現場の皆様からの民間病院独自の、患者の立場に立った、適確な医療政策の提言を頂き、医政活動の中で勝ち取っていくべきと考えます。

今後共、皆様からの力強い御指導、御支援を御願ひしたい。

療養病床は 20万以上必要



副会長
安藤高朗
(あんどう たかお)

この度、全日本病院協会副会長として3期目の再任をいただきました。

私の担当は、総務、財務、諸規定、企画室、広報、病院のあり方、介護保険、医療従事者、医療安全対策の各委員会です。

西澤新会長を中心に、手束・猪口両副会長をはじめとする役員先生方と共に、若手の先生方の力を引き出しながら、佐々名譽会長が築いた委員会活動を軸とした運営をさらに発展させ、もって日本の医療のあるべき姿を創造していきたいと考えています。

国民が我々医療人に求めていることは、安全で安心な医療、質の高い医療、わかりやすい医療です。これを実現するためには、エビデンスに基づいた医療や介護の制度、医療の質を評価できる仕組み、情報公開、患者と医療スタッフの満足度の向上、経営基盤の強化等が必要です。

今の日本の医療ではこれらがまだ確立されていません。我々はこれらのことを国民と国会議員、行政機関に積極的に提言していく義務があります。

特に、直近の問題として一番危惧していることは、今後、急性期病院の平均在院日数が短縮され、医療必要度・看護度・介護度が高く認知症の合併症を併せ持つ患者が退院する時の受け皿が整備されていないことです。療養病床15万床は大変非常識な目標数であり、20~40万床は必要と考えます。

さらに、在宅療養支援診療所が大変重要な役割を担いますが、実稼動するには時間がかかり、本会が提案する地域一般病棟や在宅支援機能を有した療養病床などが必ず必要になってきます。

この2つの機能が日本の医療を安定させる大きなポイントとなると考え、日本医師会や他病院団体と協力しつつ、その実現に努めてまいります。

「地域一般病棟」を 具現化したい



副会長
猪口雄二
(いのくち ゆうじ)

平成19年度より副会長を拝命いたしました。寿康会病院の猪口です。就任にあたり、ここにご挨拶させていただきます。

私の全日病での活動は、平成9年医療保険・診療報酬委員会委員に始まり、平成11年より同委員会委員長および代議委員会副議長に就任、平成15年からは常任理事を務めさせていただきました。

また、病院のあり方委員会副委員長なども務め、主に診療報酬畑での活動が主でありました。

しかし、この10年間医療、特に民間病院を取り巻く環境は厳しくなる一方で、その環境下、弱小医療法人の理事長および一医師としての仕事をしながら、日本の病院はこうあるべきだ、などと大きなことを言い続けてきたというのが実態です。

今回副会長を拝命し、責任の重さを痛感しております。

今後は、西澤会長を補佐するとともに、医療保険・診療報酬委員会、医療制度・税制委員会などを担当させていただくことになろうかと思っております。

体力の続く限り、精一杯活動しようと考えております。

また、私の抱負としては、第一にかねてより全日病が提唱してきた「地域一般病棟」を具現化することです。

平成16年診療報酬改定で「亜急性入院医療管理料」が新設されましたが、地域における連携を主体とした地域一般病棟の概念には至っておりません。

多くのデータを集積し、是非これを具現化したいと考えております。

また、急性期・亜急性期・慢性期・介護に至る、境目のない提供体制の構築を、制度面から提言したいと考えております。

どうか会員の皆様のご指導とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

「病院のあり方報告書2007年版(完成版)」の報告

「病院のあり方報告書2007年版」が3月に完成し、第88回定期代議員会で配布された。昨年11月に「要約版」を報告してから、さらに3ヶ月間、重要な論点を中心に議論が続けられ、一部表現の手直しや挿入が試みられた。

「2007年版」の主たる論点と最終章に追記された「提言と全日病の取り組み」について、病院のあり方委員会徳田委員長から報告が寄せられた。

最終章提言を深化。「今後の活動のあり方」を挿入 「高度医療病棟」「医師の資格と研修制度」「介護施設2階建方式」等を新たに提唱

病院のあり方委員会委員長・常任理事 徳田禎久

1. 「2006年度版(要約版)」後の作業について

今回の報告書は作成過程で医療制度改革関連法案が成立、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の認識から、これまでの報告書すべてを再検討し、多くの部分で見直しも図った。その結果、計18回の会議におよぶ真剣な議論を重ね、昨年11月の常任理事会でようやく要約版を報告するにいたった。

その後、さらに、語句表現の統一、脚注の充実、図表の挿入やレイアウトの調整など読みやすい報告書の編集に努め、本年3月に完成版をまとめることができた。

要約版と完成版の大きな相違は、最終章において各提言に詳しい説明を加えたこと、本会の今後の活動のあり方を完成版に新たな章として挿入した点であり、各章論旨に大きな変更はない。

なお、要約版では「2006年度版」としたものの、完成が06年度末にずれこむ見通しであったため、最終的に「2007年版」と訂正させていただいたことをお赦しいただきたい。

2. 最終章「提言と全日病の取り組み」に説明を加える

最終章の「今後の医療介護制度への提言と全日病の取り組み」に示した提言とその他の重点的に議論された内容の概略を解説する。

「医療介護機能の分化と連携の促進—継続的ケアの確保」

医療提供のあり方に関しては、常に顧客思考に立った最善の医療提供が必要であり、患者の選択に必要な医療機関に関する情報の開示と、患者との信頼関係をベースにした診療情報の開示が重要である。そのためには診療情報の整理・活用が必要であり、病院情報システムの導入を考えるべきである。

今後、医療・介護機能の分化と施設間の連携の促進による継続的ケアの確保が求められるが、医療においては、外来医療と入院医療を機能により細分化すべきであり、地域の状況などにもとづいて、医療機関が自らその機能を定めることにより、総体として機能分化と連携が推進されるべきである。

外来医療については、地域に密着した医療を行う為、プライマリー・ケアを担う「主治医制」を導入し、専門医との機能分担を図るべきであるが、入院医療については、質と効率性を確保すべく、医療度にあわせた人的資源の投入が必要であり、この観点から、病期別の機能分化が適当である。

入院機能にもとづいた病棟区分については、定義が不明確である特定機能を高度医療としこれを担う病棟として「高度医療病棟」を新たに提唱し、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハ病棟、療養病棟の区分とした。緩和ケアは外来や在宅の対応もふえてきており、色々な選択肢があることから、今回病棟区分から除外した。

介護提供のあり方については、「個々人の希望に沿う人生を全うさせる生活支援を行う」という観点から、介護提供

の基本は居宅サービスとすべきであり、居宅、施設介護の機能を再構築すると共に、居宅介護支援の制度整備が必要である。

また、介護保険施設の機能の違いが不明確である事から、既存3施設の類型を一元化すべきであり、地域の状況に応じてフロアや部屋等を単位として居宅復帰、ショートステイ・ミドルステイ、長期入所などに対応できるよう基準の緩和を求めらるべきである。

急性期から慢性期医療、在宅医療および介護にいたる適切な継続的ケア(Continuum Care)が必要であり、このためには、地域における患者情報の共有化と活用の仕組みづくりを行うと共に、ケアコーディネーターを中心とした連携システムの構築が重要である。

「組織の質を高める—質と安全の評価測定と情報活用の仕組みづくり」

各々の組織の質を継続的に高めるには、質・安全の評価測定と情報活用の仕組みづくりが必要である。

組織の向上には、標準化と継続的改善が必要であり、組織を挙げた継続的質向上の取り組み、チーム医療の展開が重要である。質の評価には第三者による客観的評価に加え、顧客の主観的評価として「職員満足度」「患者満足度」調査などを定期的に行う必要がある。効率的・効果的な質向上、安全確保には情報活用に関する技術的な仕組みづくりも必要である。

質に関して最も重要な「当たり前品質」は安全であるが、医療事故防止対策(危険防止・リスクマネジメント)のみならず、一歩すすめた医療安全確保(安全管理・セーフティマネジメント)の考え方が重要であり、その実現のためには、トップが、組織の理念、基本方針、目標の明示をし、業務遂行能力のある職員に役割、責任を認識させ、権限と必要な資源や場を提供して安全かつ効率的な作業の仕組みを作り、実践結果を評価し教育をする、安全管理システムの構築が必要である。

「医療安全医療事故対応のための第3者機関の設置」

医療安全・医療事故に迅速に対応するためには第3者機関の設置が必要であり、医療事故および安全に関する情報を収集し、防止策を立案し、その病院への導入を支援する医療安全推進センター(仮称)や、裁判以外の方法による医療紛争の迅速な解決を目的とする医療紛争解決センター(仮称)を設置し、事故原因究明方法の確立や被害者救済の仕組みを整えるべきである。

「望ましい終末期医療に向けた教育啓蒙とガイドラインの作成」

終末期医療は、財政的理由から考えるものではなく、リビングウィルにもとづいて患者が尊厳を保って死を迎えられる環境作りが大切であり、その為には、死および終末期医療に関する歴史と現状を正しく認識する必要があり、医療従事者に対する教育の普及や国民に対する啓蒙活動を行って、関係者の総意によるガイドラインの作成を行うべきである。

終末期医療に関して、積極的安楽死

は認めるべきではなく、消極的安楽死については、病院団体、職能団体、学会など医療界がイニシアチブを取り、国民の意見を十分に聞きながら指針を作るべきであり、法制化はなじまない。

「地域特性を踏まえた医療提供体制と適切な診療報酬体系の構築」

患者志向の医療提供のため、一定地域における疾病構造の調査にもとづき、地域特性・高齢社会にふさわしい標準的診療が可能となる体制作りが必要である。現医療圏における診療機能の整備状況から、優先して確保すべき医療資源が明確にされ、より実態に即した医療圏の再設定が可能となることが期待される。

各地域において十分な医療提供を行う為には、適切な診療報酬が必要であるが、質の確保と医療安全を促進し、標準的治療に必要なコストを反映する体系でなければならない。

また、各施設が中長期的計画に従った運営、再生産が可能となるものとすべきであり、外来・入院いずれにも、それぞれの医療機能に対応した診療報酬体系の構築が必要である。さらに、国民や医療関係者が納得できるよう、診療報酬決定の実態調査を含む全過程について透明性の確保が必要である。

外来医療に関する診療報酬体系に関しては、予防・健康管理は人頭払い、急性・救急疾患は出来高払い、慢性期疾患は包括払い、「専門医」については、資格制度確立後にこれに見合うドクターフィーの創設を行い、出来高払いが適当である。

入院機能にもとづいた診療報酬体系に関しては、高度医療病棟は個別設定、急性期病棟は疾患別・重症度別による包括支払い方式、地域一般病棟は疾患別・重症度別および状態別包括による支払い方式、回復期リハ病棟は状態別包括支払い方式、療養病棟は状態別包括支払い方式、が適当である。

3. 重点的に議論された論点

その他の重点的に議論された項目は、「プライマリーケア医、専門医の資格制度」、「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」、「介護における常勤医師不要論と報酬の2階建て方式の導入」、「シンクタンクの設立」である。

「プライマリーケア医、専門医の資格と研修制度」

プライマリーケア医は、2年間の卒業研修の後に総合診療科または小児科・内科・外科系の研修を受け、その後に認定試験をし、専門医は卒業研修後さらに数年間の研修プログラムを終了し、認定試験をすべしとし、プライマリーケア医及び専門医の診療レベルの維持のため、学会や研修会における研鑽を義務づけ、一定期間ごとに資格更新する制度を提唱した。

「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」

医師の需給状況と対応に関しては、人口10万対医師数は201.0人となったが、世界的には中位水準であり、医師数の

地域偏在や病院勤務医不足が大きな問題となっている為、医療の高度化への対応もふまえ、地域の科目別医師需給調査による医師必要数の見直しが必要である。

各医療機関におけるプライマリーケア医と専門医の養成も必要であり、僻地や地方の医療のために設立された自治医大や自治体立医科大学及び一部の国立大学などの、本来の使命の遵守を求めると共に、地方の医師不足や科目の偏在への対応では、給与面での厚遇や休暇取得・生涯教育のための代診制度の確立などが必要であり、同時に今や卒業生の1/3をしめる女性医師が再就職するための再教育制度の確立も重要である。

看護師の需給状況に関しては、毎年3万人~4万人増加しているものの、訪問看護や介護の分野での就業の伸びが著しく、病院に従事する看護師の充足は不十分で、潜在看護師の掘り起こしと共に、外国人看護師の積極的な採用や業務内容の見直しが必要である。

「介護における常勤医師不要論と報酬の2階建て方式の導入」

介護施設における医療は基本的には日常の健康管理である事から、看護師やリハビリ職員の常勤配置は必要であるが、医師の常勤は再考されてよい。

「医療必要度指標」により常時医療は療養病棟に転院、緊急時は提携医療機関や在宅療養支援診療所が対応すべきである。各介護施設における医学的管理スタッフやリハビリ職員の配置状態は情報公開されるべきである。

機能に応じた報酬は医療保険から支払われるべきであり、その他のグループホームやケアハウスなどにおける医療対応についても同様で、在宅医療と同等に取り扱われるべきである。

「シンクタンクの設立」

「全日本病院協会の今後の活動のあり方」に関しては、常設シンクタンクを設置し、このもとの活動を提言した。

これまでの活動の多くは、各種委員会に所属する会員が専門職としての業務との兼務の中で相当な犠牲を払いながら行われてきており、時間的な制約から重要事項に関する断片的な取り組みに終わらざるを得ない状況にある。

今後、全日病としては、都道府県単位に進められようとしている医療費適正化計画の根幹をなし健康増進計画・介護支援事業計画とも連動する医療計画作成や療養病床の再編を主体とする地域ケア計画作成についてその論点を明確にし、各支部の対応の支援をしなければならない。

また、地域医療連携をどのように構築し、その中で当該地域に存在する医療機関がどのような機能分担をすべきなのかは、会員病院のみならず公私の垣根を越えた各医療機関間での十分な意見交換のもとに行われるべきである。

これらの医療政策の根幹に係わる重大な問題に関する対応や提言の作成および実際の活動には、これを専門的に担う恒常的な組織すなわちシンクタンクの創設が不可欠である。

「病院のあり方報告書2007年版(完成版)」の報告

主なる論点の概要

このほど完成した「病院のあり方報告書2007年版」は、外来「主治医制」の考えをさらに具体化した。特定機能病院を「高度医療病棟」と「急性期病棟」に分化するよう提唱、「地域一般病棟」についても踏み込んだ提案を行なった。また、在宅医

療に関しては地域モデルを構築し、その試行に取り組みを提起している。介護保険3施設に関しては一元化の提言をさらに進め、医師常駐の見直しと、介護施設における報酬2階建論を提起している。以下に、主な論点を紹介する。

病院・病棟として「地域一般病棟」を提唱

介護保険施設を一元化。室単位のケアミックスが認められてよい

第3章 医療提供のあり方と診療報酬

2. 医療提供のあり方

(1) 外来機能のあり方

(ア) 疾病特性、アクセス、医師の位置づけから考える外来機能

全日病は、「2004年版」で新たに「主治医制」を提唱した。以下にその概要を再掲する。

①「主治医」は日常の一般的な診療を行う医師であり、診療所や地域に特化した中小病院の医師がこれに当たるが、非定形や稀な疾患は大規模病院や専門病院の医師も「主治医」になりうる

②選択する権利は患者にあり、患者は十分な説明を受け、同意した上で「主治医」を指定する。患者の要望に答えられない場合には「主治医」を変更することが可能であり、その際には、次の「主治医」に対する詳細な診療情報提供を義務づける

③専門医への受診やセカンドオピニオンを求める場合は原則として「主治医」からの紹介とし、専門医はその結果や治療法を「主治医」に連絡し、投薬は「主治医」が行う

④制度の導入に際しては、「主治医」の診療機能に関する情報公開も同時に行う

「主治医制」においては一定地域の住民がすべて主治医を選択して登録すべきであるが、主治医以外に直接受診する権利は、重症度と緊急性など一定の条件下でこれを担保する。主治医は、住民に対する健康診断や予防に関する教育も請け負い、また、一般診療とともに在宅医療も担う。

このように、住民の基本的な健康管理と疾病罹患時の対応を標準化し、質の保証がなされた主治医の適正配置が行われることが、十分なプライマリーケアの確保として重要である。

(ウ) 在宅医療のあり方

今後、想定される在宅医療システムは、①医師、看護師、ケアマネージャー、コメディカルなどのチームを主体としたものであること、②地域の病院あるいは24時間対応が可能な診療所が医療提供主体となること、③急変時には常時入院治療が可能なこと、④医師、看護師などの教育プログラムに在宅医療を取り入れること、が望ましい。

在宅医療を行う医療機関を診療所に限定する必要はない。とくに、中小規模の病院が直接行うことがより現実的であり、病院が在宅医療を実施する上での診療報酬上の評価が明らかにされることが望ましい。

大都市近郊の大規模団地や住宅地など、住民の高齢化が進み、地域住民の大部分が高齢者である地域では、在宅医療を行う診療所、中小病院を中核に、住民の健康管理を行い、急病への対応、専門病院の紹介などを行うことも考えられる。

意欲的な地域を定め、在宅医療の取り組みの試行が行なわれるべきである。全日病は、こうした地域モデルの展開を積極的に支援し、その情報を会員に提供する予定である。

(2) 入院機能のあり方

全日病は、地域特性も考慮した柔軟な病床運営を可能とする制度の再設計をすべしとの考えに立ち、各病期別機

能分化を重視した以下の提言を行う。

(イ) 亜急性期入院医療のあり方

(a) 亜急性期入院医療とは

亜急性期入院医療とは、急性期以後の状態が固定していない状態や回復期リハビリテーションを要する状態など指し、入院医療としての需要が高い。

その代表的な疾患・状態は、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の整形外科疾患、肺炎、腹部・胸部手術の術後などの廃用症候群、抗癌剤の定期的な投与、在宅医療への連携、などである。

在宅医療では一時的な入院加療が必要になることが多い。さらに、要医療・要介護状態にある患者が一時的に入院医療が必要となる状態も増加している。

その代表的疾患としては、軽度～中等度の肺炎、脱水、再発性脳梗塞、一般的な骨折など多岐にわたるが、重装備の急性期病院における入院適応とは異なる場合が多い。

全日病はこのような病態に医療を行う「地域一般病棟」という病床種別の概念を提唱している。

その入院機能は、急性期入院後の引き続き入院医療を要する状態(post acute)に加え、重装備な急性期入院医療までは必要としないが、在宅や介護保険施設での治療では限界があり、入院を要する状態(sub acute)の両者を対象とするものである。

(c) 「地域一般病棟」について

今後、医療提供における高齢者医療の割合はさらに増加すると考えられ、医療提供をより全人的、効率的に提供する必要があります。そのためには、地域(1次医療圏もしくは生活圏)における地域医療・介護の連携が最も重要となる。

こうした役割を地域で果たし、必要な機能を確保した医療施設が「地域一般病棟」である。「地域一般病棟」は、現行「亜急性期入院医療管理料」の発展型ともいえる。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、高齢者を中心に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、ひと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。

(ウ) 慢性期入院医療のあり方

(a) 「2004年版」までの長期入院に関する考え

慢性期入院医療と介護保険施設のあり方として、全日病は「2004年版」の報告書まで、「国民に理解しやすく円滑な運営に寄与する制度として、長期入院(入所)施設を療養病棟と介護保険施設に区分して考えることが現実的である」という考え方を確してきた。

現時点でもこの考え方に変化はないが、今回あまりにも急激な変革が行われようとしていることから、ここに再度、その考え方を整理する。

(b) 慢性期入院包括評価分科会による患者分類の提案

中医協の診療報酬基本問題小委に付設された慢性期分科会は、調査データにもとづいて医療必要度に応じた医療区分を設定。その上で介護必要度に応じ

たADL区分、さらに、認知機能障害を加味した患者分類の方法を考案した。

この考え方を利用すれば、従来の一律点数による医療療養から、患者の状態とそれに対する仕事量等により報酬が決定されるようになり、療養病床の機能確立、一般病床からの長期入院の転院促進に寄与するものと期待された。

(c) その後の流れ

06年度改定では前述のケースミックス分類が導入されたが、設定された診療報酬点数は論拠に基づくものではなく、医療区分1の多い療養病床は運営をできなくすることにより、療養病床再編を促進させるための経済誘導策であったことが歴然である。

本来、慢性期分科会のケースミックス分類は、医療提供の頻度・ADLにより分類を行ったものであり、医療区分1に入院医療が不要という意味合いは無い。診療報酬改定ではその分類が目的外使用されたのである。

(e) 慢性期入院医療のあり方

慢性期病棟の入院患者に対しては、医療提供が不可欠な疾病特性・状態像を定め、それぞれの患者に対する医師・看護職員・介護職員等の仕事量、薬剤費・医療材料費等によって診療報酬を決めるケースミックス分類を行うべきである。しかし、今回導入された療養病床の診療報酬は再編問題が絡んでおり、あたかも医療区分1には医療が不要であるかのように論議されている。

今後は、慢性期入院医療の実態調査、診療報酬制度の検証を十分に行い、慢性期病棟のあり方および提供される医療の内容を十分に議論し、効率的かつ国民に解かりやすい慢性期入院医療を創設することが求められる。

3. 診療報酬体系のあり方

(2) 診療報酬と機能分化

(ア) 外来医療に関する診療報酬

プライマリーケアを担う一般開業医の診療報酬は、「主治医制」の任務を考慮し、①予防・健康管理については人頭払い、②急性・救急疾患については出来高払い、③慢性期疾患については包括払い、④「専門医」については、資格制度確立後にこれに見合うドクターフィーの創設を行い、出来高払いとするのが適当である。

(イ) 入院医療に関する診療報酬

(a) 高度医療病棟

稀な疾患(疾患を明示的に特定する)の診療や先進医療(遺伝子治療、特殊な癌治療など)は高度医療というべきであり、今後、対象疾患・医療内容などを十分調査した上で、「高度医療病棟」として、医療機関単位ではなく病棟単位で認定し、「特定機能」の名称を廃するよう提案する。したがって、現在の特定機能病院の病棟機能は、「高度医療病棟」と現行病床の大部分を占める「急性期病棟」に区分されることになる。

(b) 急性期病棟

今後、急性期病棟は、外科的処置を要する疾患や重症度の高い患者に対応する病棟に分化されて行くべきである。診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括払

い方式(1入院単位)が基本と考えられるが、個々の患者の併存症・合併症に十分配慮すべきである。

(c) 地域一般病棟

「地域一般病棟」でもケースミックス分類が行われ、診療報酬はそれに沿った形で定められる必要がある。急性期としての対応も必要なため、DPC包括払いに準じるような疾患別・重症度別分類による1入院単位と、状態別分類による1日定額包括払い方式の両者を加味することが望ましい。

(d) 回復期リハビリ

急性期医療の継続が必要な症例が増えつつあるため、亜急性期病変を診療する病棟との観点から地域一般病棟と同様にケースミックス分類が行われ、新たな診療報酬が設定される必要がある。新たな診療報酬としては、状態別分類による包括払い方式(1日定額)が望ましい。

第4章 介護提供のあり方と介護報酬

2. 介護提供のあり方

(2) 施設介護のあり方

介護保険3施設の機能分担を明確に維持し続けることが不可能となってきている。施設ごとに、ある機能を完全に分担させることは要介護者の実態から見て非効率的であり、介護保険施設の需給調査を基に地域特性をふまえた個別対応が現実的である。早急に介護保険施設を一元化してその機能の見直しを図り、改めて、在宅復帰施設の機能、在宅支援の機能あるいは「終の棲家」としての対応など、各施設が、地域連携の中で選択可能な役割分担を決めることが必要である。

施設単位の機能分担は、都市部においても、今後、難しくなると予想される。まして、施設数の限られた地域においては種々の要介護者を入所させざるを得ないことを考慮し、フロア単位や部屋単位のケアミックスを認めるべきである。

現行の介護保険3施設と特定施設の人員基準・施設基準には大きな相違が見られるが、介護施設における医療は基本的には日常の健康管理であることから、看護師やリハビリ職員の常勤配置は必要であるものの、医師の常勤は再考されるべきであり、緊急時は、提携医療機関や在宅療養支援診療所が責任を持って対応できる仕組みであればよいと思われる。

常時医療が必要になった場合には療養病棟に転院すべきであり、その場合の判断基準として「医療必要度指標」を作成することが必要である。

医療・看護・維持的リハビリテーションなどは、必要に応じて提供される付加的な機能として位置づけられる。それぞれの機能に応じた報酬は医療保険から支払われるべきであり、その他のグループホームやケアハウスなどにおける医療対応についても、診療報酬の上で在宅医療と同等に取り扱われるべきである。



▲3月24日に「あり方報告書07年版」の記者発表を行なった

採用不調で26%がランク下げ、8%が特別算定の危機

「7対1入院基本料に関する緊急アンケート」結果 「7対1」新基準に賛否両論。相次ぐ改正と看護師不足で現場は疲弊

広報委員会が2月末に行なった「7対1入院基本料に関する緊急アンケート」の結果がまとまった(3月15日号に速報を掲載)。

それによると、半数以上(52.2%)の病院で2006年度の看護師採用が不調に終わり、そのうちの49.2%(全体の25.7%)が「入院基本料のランクを下げるを得ない」状況にある。さらに、「特定入院基本料を届けざるを得ない」と回答した病院が14.5%(61病院=全体の7.6%)もあった。

また、77.3%もの病院が06年度の看護師離職に「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に「大学病院等の大量採用」をあげた病院は83.8%にも達した。

一方、回答病院の60.3%が「72時間規定と看護師比率を経過的に適用緩和する措置」によって看護師不足の病院を「救済できる」とみている。

本会の猪口雄二副会長は4月12日、入院基本料にかかわる看護職員配置数の

算定条件見直しを求める厚労省水田保険局長宛緊急要望書を原医療課長に提出した。対応した原医療課長は、看護師を必要数採用できない病院がどのくらいあるのか、どの程度不足しているのか、具体的な実態を知りたいと現場のデータを欲した。

医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)は、あらためて詳細な調査を実施する意向だ。

広報委員会による緊急アンケートは、

1~2月にかけて四病協および日病協で行われた「7対1」看護配置要件見直し議論の背景を探る傾向調査として緊急に実施したもので、その設問は比較的簡略なものにとどめられた。

それでも、アンケート結果からは、個々の病院の努力では解決できない看護師の絶対的な不足に苦悩する現場の一端が浮かび上がっている。緊急アンケートの結果を報告する。

「7対1入院基本料に関する緊急アンケート」の結果

■実施要領

- 実施日 2月27日
- 対象 一般病床を有するほか調査実施上の条件を満たす会員 1,924病院
- 回答 806病院(回収率41.9%。意見記述回答は406病院)

1. 回答病院

回答を寄せた会員病院は、病床規模では200床未満が84.5%を超え、本会会員の病床別比率約75%を大きく上回った。一般病院が85.0%と圧倒的で、専門病院(13)と精神科病院(29)は少ない。

届出入院基本料では、10対1以上を届け出た病院が50%を超えている。7対1、10対1の病院は病床数が増えるほど増加する傾向にある。7対1は124病院あり、必ずしも専門病院主体ではないことが分かる。

一方、15対1の病院は26.7%と1/4を超えている。(表1)

2. 2006年度の看護師数の変化

06年度(2月まで)の看護師数の変化は、31名以上退職した病院(37病院)や31名以上が入職した病院(62病院)が5~8%あるなど激しい入退職が見受けられるが、増減結果をみると、回答病院においては概ね増員を実現している。(表2) また、看護配置が高い病院ほど入退職が激しい。(図1)

3. 「7対1」看護師獲得競争の影響

看護師の離職に「7対1」が影響したかという質問に、77.3%が影響を認めた。特に13対1以上の病院では80%以上が「影響あった」と回答。「7対1」でも影

響を認めた病院は70%を上回った。これに対して、「特にはない」とした病院は13.4%と少なかった。

4. 06年度の看護師募集の成果

06年度の看護師募集の状況については、必要数もしくは必要数近くの採用ができたとする病院は43.2%にとどまった。「大きく下回った」35.7%、「ほとんど採用できなかった」16.5%と半数以上(52.2%)が看護師確保に失敗している。

看護配置が高いほど必要数を確保できたとしており、7対1病院の場合は「採用できた」が70%、「できなかった」が28%であるのに対して、15対1では「採用できた」33%に対して「できなかった」64%と、対照的な結果を示した。(表3)

5. 募集困難な看護師のルート

採用が不調だった病院に「どのような方面の看護師募集が困難か」たずねたところ、「新卒」(29.4%)、「夜勤のできる看護師」(28.8%)、「現役転職者」(27.6%)、「リタイアした看護師」(6.6%)、「パートで働く看護師」(6.3%)の順であった(複数回答)。これは、入院基本料の別にかかわらず、各病院とも共通の傾向であった。

6. 採用不調が入院基本料に与える影響

採用が不調だった病院(421病院)に現行入院基本料に与える影響をたずねたところ、半数(42.9%=全体の25.7%)が「ランクを下げるを得ない可能性がある」とし、さらに、14.5%(61病院=全体の7.6%)が「特別入院基本料を届けざるを得ない可能性がある」と、約64%

強が深刻な状況に置かれていることが判明した。「影響はない」としたのは31.8%に過ぎなかった。

「特別入院基本料の可能性はある」とした61病院には7対1が2病院、10対1が5病院入っている。(表4)

7. 06年度改定以後看護師確保がより困難となった背景

06年度改定以後看護師確保がより困難となった背景をきいたところ、「大学病院等の大量採用」(83.8%)、「夜勤月72時間規定の導入」(59.7%)、「看護師比率の要件比」(38.3%)などの順となった(複数回答)。

8. 看護師比率や72時間規定の算定要件の見直し

現行の看護師比率あるいは夜勤月72時間規定の「算定基準等を見直すこと」によって、看護師確保に苦しむ少なからぬ病院を救済できる」という意見に対して、60.3%が肯定し、12.2%が否定した。「どちらともいえない」が21.8%、「わからない」が3.8%であった。

肯定は7対1病院がもっとも少なく、48%と過半数を下回った。ただし、否定も19%と少数にとどまった。「7対1」の病院は各ランクとも63~66%と2/3近くが肯定した。

9. 「7対1」の新たな届出要件に対する意見

看護必要度など「7対1」新基準に対する意見を求めたところ、387件の意見が寄せられた。大きく、①問題は他にあるとする各種の指摘、②新基準に関する是非、③7対1看護を含む診療報

酬等に対する意見の3方向に分かれた。

①の代表的な意見は「看護師不足の根本にメスをいれるべきで、緩和措置を図ったところで絶対数が足りなければ解決しない」という指摘であり、多数を占めた。「10対1の次は7対1という激変がまずい。8対1、9対1を設けるべき」という声もあった。

②の新基準に対する意見としては賛否両論であった。基準見直しに賛成する立場でも、「病棟単位とすべき」(同様意見が多数ある一方、逆の意見も少なくない)「救急対応、在院日数、医療の質等の基準も盛り込むべき」「看護必要度に不穏状態にある患者、転倒転落の危険のある患者の項目を具体的に標記すべき」など、具体的な提案が示された。

③については、「看護必要度は、むしろ、亜急性期、慢性期の方が高いのでそこを考慮してほしい」「大量採用の影響による質の低下が心配」「医療を量で評価するのはおかしい」など、様々な意見と要望が寄せられた。

この他、自由記載の枠で、「院外研修・院内勉強会・管理業務等が評価反映される基準にしてほしい」「必要勤務時間数が満たされれば、72時間を緩和してもよいのではないか」「子育てで夜勤免除希望、逆に夜勤手当が必要で夜勤を多く希望する等看護師も多様であることを知ってほしい」など、看護基準に関する切実な要望が多数書き込まれた。

また、「7対1は現場の状況をしっかり見たものとは言いがたく、また、直ぐ改正することによる影響の大きさを考えてほしい」と、対応に追われる現場の苦勞を訴える声も多数あった。

表1 ■回答病院の入院基本料内訳

	件数	比率
7対1	124	15.4%
10対1	281	34.9%
13対1	128	15.9%
15対1	215	26.7%
無効回答	58	7.2%
合計	806	100.0%

表3 ■看護師の採用状況(入院基本料別の割合：%) *無効回答を除く

	必要数を採用	必要数近くを採用	大きく下回った	ほとんど採用できなかった	募集しなかった
7対1	25	45	21	7	1
10対1	12	36	41	9	2
13対1	5	30	46	18	1
15対1	8	25	35	29	3
合計(病院数)	88	260	288	133	18

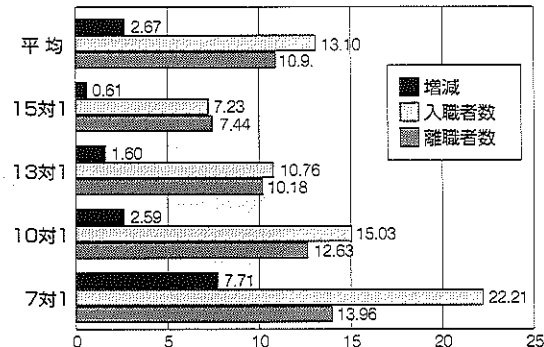
表2 ■06年度の看護師数の変化

増減結果	病院数	比率(%)
-31以下	0	0.0
-21~-30	2	0.2
-11~-20	12	1.5
-6~-10	23	2.9
-1~-5	140	17.4
0~5	393	48.8
6~10	83	10.3
11~20	49	6.1
21~30	10	1.2
31以上	6	0.7
無効回答	88	10.9
合計	806	100.0

表4 ■採用不調が入院基本料に与える影響(入院基本料別の病院数)

	影響はない	ランク下げの可能性	特別入院基本料の可能性	未回答	回答数小計	病院数計
7対1	14	21	2	0	37	35
10対1	52	75	5	10	142	141
13対1	24	54	4	2	84	82
15対1	39	49	42	10	140	137
その他	5	8	8	5	26	26
小計	134	207	61	27	429	421

図1 ■06年度の看護師数変化(入院基本料別)



MSWの実態調査

75.4%が療養病床への必置に賛成

専任常勤が標準。業務の定義、職場環境など課題も

日本療養病床協会(木下毅会長)は、会員病院対象に今年1月に医療ソーシャルワーカーの実態調査を実施、3月末に、その結果を公表した。

そのうちの施設側回答によると、回答248施設の90.7%でMSWが配置され、75.4%がMSWを療養病床の施設基準上必置とすることに賛成している。

「必置の実現でMSWは病院にどう貢献できるか」という質問には、入退院調整の効率化(88.3%)、地域との連携強化(87.1%)、情報収集(66.9%)、病床稼働率の向上(61.7%)、クレームへの対応(57.3%)という順で答が返った(複数回答)。

また、必置となった場合の妥当な配置基準は「50対1」が32.3%と最も多く、適任と考える資格として社会福祉士を望む声(69.4%)と最多であった。

MSW部門による回答(237病院。回答病院のMSW総数は704名)によると、保有資格は、社会福祉士(59.8%)、介護

支援専門員(27.3%)、精神保健福祉士(19.3%)がほとんど。

勤務形態は「常勤で専任」が80.0%で、「兼任で常勤」は16.1%に過ぎない。兼任職種の約半数は介護支援専門員であった。また、48.1%が独立した部署に所属し、46.8%がMSW内に管理職をいただくなど、組織上の位置づけは比較的高い。

ただし、専用の面接室があるのは47.3%、独立した事務室があるのは32.9%、直通の外線電話があるのは27.8%など、仕事の環境はまだ十分ではない。

MSWの機能として重要視している業務と施設側期待業務の認識率を比べると、多くの項目でMSWの認識の方が施設側の期待よりも高い。

しかし、院内各種会議への参加、未収金の対策、渉外(営業)といった項目では施設側の期待よりも低い率にとどまるなど、経営者のMSW観と微妙なズレもあるようだ。

法的側面は07年度設置の検討会で議論

終末期医療の決定プロセス

解説編を含むガイドライン案がまとまる。早期に通知化

4月9日の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」は、終末期における医療とケアの方針を決定する手順の標準化を図るガイドライン案について、解説編を含め、基本的に合意した。同日の会合で各委員から示された文言修正を座長(樋口範雄東大大学院教授)に一任し、医政局長宛の報告書にまとめる。

たたき台となった厚労省案がすでに意見募集を終えていることから、事務局(厚労省医政局総務課)は、同報告を通知に添付し、早期に医療現場に示すとしている。終末期に関するわが国初の指針となる。

事務局は、引き続き、法的側面を

含む踏み込んだ議論を行なうために、2007年度に新たな検討会を設置することを明らかにした。

「ガイドライン」は、昨年9月15日に公表した「たたき台」の構成を継承した上で、①患者本人による決定を基本とする、②終末期医療の進め方は医療・ケアチームによって判断されるという原則を、より明確に示している。

また、患者、家族、医療・ケアチーム間の合意形成の積み重ねこそが決定プロセスの基盤であるという理念を打ち出した。

したがって、医療・ケアチームの機能を引き継ぐ多専門職種からなる委員会を設置する条件に、新たに、家族間

で意見がまとまらない場合あるいは家族と医療従事者間に合意が形成されないケースを追加した。

ただし、本文にはない「生命の尊重」という精神を解説編に書き込む一方で、「たたき台」で「どのような場合であっても『積極的安楽死』や自殺助等の死を目的とした行為は医療としては認められない」とされていた箇所を、「生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない」として外した。

樋口座長は、再三、ガイドラインは



「最初の一歩」であることを強調、より踏み込んだ検討を求める医療系委員の意見にも、「法的責任のありようは検討会の範疇外」という姿勢で終始した。したがって、終末期の定義、終末期医療の概念など、医療現場が葛藤している延命中止をめぐる本質的な判断基準の整備は、いぜん未着手のまま。

支部からの報告

医療対策協議会を設置

岡山県の医療の現状と課題で講演

岡山県支部 通信委員
支部長 佐藤竜弘



2月17日に岡山県病院協会の岡山支部で岡山県保健福祉部田原克志部長の講演があった。その要旨を一部を報告する。

岡山県の人口は195.7万人(2004年)、全国は1億2,775万人である。医師数は岡山県5,051人(人口10万人当258.8人)、全国は270,371人(211.7人)である。

岡山県では「新おかやま夢づくりプラン」と銘打った2020年までの長期構想、基本戦略、行動計画を立てている。健康医療プログラムとしては、①65才

時の健康寿命を、男子は現在の15.8年から16.4年へ、女子は18.2年から19.0年に伸ばす、②医療安全相談に応じる体制を備えた病院の割合を74%から100%にする、③栄養成分表示の店登録施設を543から700施設に増やす、④禁煙・完全分煙実施施設認定数を730から900施設に増やす、という数値目標を発表している。

医療提供体制の07年新規整備予定は、がん医療水準均てん化事業、在宅緩和ケア支援センターの整備、アレルギー疾患診療拠点病院の整備、さらに、従来からの岡山県肝疾患診療連携拠点病院の整備を行う、ということである。

また、この4月に医療対策協議会を設置し、都道府県の現状分析、地域や診療科による医師不足という問題への対応の検討を始める。

以上の構想を進める基本的な考え方は、少子高齢化社会の進行や社会保障制度の変革など、今日の課題に適確に

対応して「快適生活県おかやま」を実現するということである。そのためには、地域ぐるみで安全・安心をキーワードとして施策に取り組む教育と人づくりの岡山を創造することが必要である。

ただ今加入率54.5%

力のある組織づくりを目指して

青森県支部 通信委員
支部長 村上秀一



青森県内の民間病院数は66施設です。2005年7月に支部を青森県医師会館内に移転し、医師会と共に会員の増員に努めてきました。その結果、10数施設だった全日病会員は07年3月現在、36施設(加入率54.5%)となり、さら

に増加しつつあります。今後も支部体制を強化し、さらなる組織率の向上に努めていきたいと思っています。組織率が低いということは、未加入の病院が全日病に期待感を持っていないことを表します。全日病が組織として国に発言力を持ち、力のある組織となるためには、一致団結した組織でなくてはならないことは言うまでもありません。

青森県支部は、青森県医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等関係団体との連携を密にしながら、地域における病院機能の大きな向上を積極的に推し進め、現在の地域医療の根幹を預かる組織として機能していきたいと考えております。

そのためには会員の協力、支援は勿論のこと、組織として一致団結の強化を図りながら活動していきたいと考えています。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2007年3月

- 2日 個人情報管理・担当責任者養成研修会、会長・副会長会議、総務委員会、四病協/医療保険診療報酬委員会
- 7日 広報・HP作成WG委員会
- 9日 四病協/臨床研修指導者養成課程講習会(～11日)、医療従事者委員会、病院機能評価委員会、病院のあり方委員会
- 10日 人間ドック委員会、医療経営人材育成事業運営委員会、第4回理事会・第12回常任理事会、第10回地域防災緊急医療ネットワークフォーラム
- 13日 医療経営人材育成事業確定検査
- 14日 日病協/診療報酬実務者会議
- 15日 診療アウトカム評価事業新入カソフト説明会

- 19日 医療事務技能審査委員会
- 20日 医療経営人材育成事業成果報告会、診療アウトカム評価事業新入カソフト説明会
- 22日 特定健診保健指導について(健保連)、医療の質向上委員会・研究班会議合同会議
- 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
- 24日 第88回定期代議員会・第77回定期総会、臨時理事会、懇親会
- 26日 日病協/高齢者医療のあり方に関するWG、同/DPCのあり方に関するWG
- 28日 四病協/総合部会、日医・四病協懇談会
- 29日 四病協/治療費未払問題検討委員会作業部会、介護保険制度委員会
- 30日 医療保険・診療報酬委員会

2006年度 第4回理事会・第12回常任理事会の詳細 2007年3月10日

- 主な協議事項
- 佐々会長の名誉会長への推戴
古畑常任理事(総務委員長)は、2007年3月末で任期を終える佐々会長が今期をもって退任することを報告した上で、4期8年にわたって本会発展に貢献してきた功労を讃え、定款第22条にもとづいて本会名誉会長に推戴したいと提案、承認された。
本件は第88回定期代議員会・第77回定期総会に諮られる。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の入会が認められた。
京都府 丹後中央病院院長 西島直城
大阪府 吉田病院理事長 吉田 毅
兵庫県 大久保病院院長 山本勇造
和歌山県 恵友病院理事長 川嶋寛昭
別途4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(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。
埼玉県 アルシエクリニック
この結果、指定数は472施設となった。

【主な報告事項】

●役員等改選立候補者の氏名通告
古畑常任理事は、3月10日に締め切った役員等改選立候補者の氏名を報告した。理事55名、監事3名、代議員会議長1名、同副議長2名と、いずれも定員以内の立候補者数であった。



能登半島地震の医療救護支援報告



早期出動、地震発生日に現地入り

会員病院の状況確認と地元態勢確立までの支援が目的

救急・防災委員会委員長 石原 哲

3月25日、能登半島で震度6強の地震発生。死者1名、負傷者約280名、損壊建物は2900棟に及んだ。

当協会救護班は午前9時42分の地震発生日、当病院の救急車2台に、医師2名、看護師2名、救命士1名、事務官2名の計7名が分乗して出発した。途中、呼びかけに応じてくれた西部総合病院(埼玉県)の医師をピックアップする。

石川県に入り、状況把握のため七尾市の恵寿総合病院(神野正博理事長=本会理事・県支部長)に寄る。輪島市中心部の被害は比較的軽微で、被害は15キロ離れた同市門前町に集中していると教えられる。

同理事長の紹介で地元(能登北部)医

師会長と連絡を取り、同地区への直行を決める。到着後、直ちにミーティング。その後県の要請で、分散した避難所への巡回診療を未明まで実施。

翌26日は、早朝5時始動。市役所門前総合支所に門前地区医療班本部を置き、参集する医療班の集合場所とした上で、18カ所におよぶ避難所の巡回診療を割当てる。さらに、避難者の医療ニーズ調査、衛生環境の把握、不足物資の確認等、医療救護態勢の整備に取り掛かる。私が救護本部の統括班長となり、各医療班との連絡調整、作業分担、救急車の運用配置などにあたる。

同日15時、県保健衛生部局と県中央病院チームが到着したため、本部機能



▲巡回診療にあたる医療救護班を県中央病院に一本化する。同日18時引継ぎ完了。これをもって我々救護班の活動は終了した。

[医療救護支援に出動した会員病院]
白鬚橋病院(東京都)、西部総合病院(埼玉県)、日本医大チーム(東京都)、恵寿総合病院(石川県)、相沢病院(長野県)
[出動待機した会員病院]
赤穂中央病院(兵庫県)・加納総合病院(大阪府)・永生病院(東京都)

訪問リハ、通所リハ、介護療養に公表義務

介護サービス情報公表制度

1サービス毎に5～6万円の費用。介護療養型は二重の公表義務

介護保険法施行規則の一部改正が4月1日に施行され、2006年4月創設の「介護サービス情報の公表制度」に、訪問リハ、通所リハ、介護療養施設の3つが追加された。これによって情報対象サービスは12に増えた。08年度には介護予防、地域密着の各サービスが追加される。

介護療養施設サービス（介護療養型医療施設）には、06年度に施行した各サービスと共通項目のほかに、①インフォームドコンセントの状況、②身体的拘束等排除の取組状況、③ターミナルケアの質の確保の取組状況、④医学的管理下における介護の質確保の取組状況、⑤退院後の介護サービスの質確保の取組状況、⑥在宅介護に対する支援実施の状況という項目が追加され、都道府県への情報提供が義務化された。

報告の時期は、各都道府県が定める07年度の「介護サービス情報の報告・調査・公表計画」で定められるが、概ね下半期には情報公表を終えるとみられる。

介護サービス情報公表制度は、介護サービス事業者がサービス内容等各種情報の毎年度報告を義務づけ、都道府県がインターネット等で公表する仕組みだ。ただし、前年度の受領介護報酬額が100万円以下の事業所は対象外。

06年度に施行され、07年度から本格実施される「医療機能情報提供制度」と主旨は同じだが、基本的に事業所による報告にもとづいて公表する医療機能情報と異なって、介護サービス情報は、事業所が報告する「基本情報」と都道府県が訪問して把握する「調査情報」からなる。

「基本情報」とは、名称、所在地、従業員の数、施設・設備の内容、利用料金など基本的な事実情報のことで、事業所の報告がそのまま公表される。

これに対して「調査情報」は、マニュアルの有無、記録管理の有無など、事業所が公表しようとする報告情報の根拠資料を調査員が事実確認した情報ということになる。

「調査情報」は大・中・小の各項目と

「確認事項」「確認のための材料」からなる。介護療養型の場合、小項目は33項目。「確認事項」は、小項目の分類に応じて、事業所で実際に取り組まれている事項を利用者が確認するための47の項目からなる。

2名1組で訪問する調査員がこれらをチェックするわけだが、調査結果は2名の合意で判断され、さらに、事実誤認がないという同意を事業者から得ることになる。

都道府県は、訪問調査については調査機関を、情報公表については情報公表センターをそれぞれ指定して業務を委託することができ、その費用として、都道府県はサービスごとに事業所から徴収を受けることができる。

サービスごとの費用は都道府県が条例で定める。事業所数の数や財政状況を反映してまちまちな額になっているが、概ね1サービス

あたり5～6万円の費用がかかる。この費用負担は「医療機能情報提供制度」にはない。第三者による機能評価ではない情報公表に、なぜこれだけの費用がかかるのか、病院界には不満が強い。

しかも、介護療養型医療施設については、費用徴収がない「医療機能情報提供制度」と費用徴収を受ける「介護サービス情報公表制度」の両方から情報提供義務を負わされることになった。医政局と老健局の連携ミスである。2011年度までの5年間、介護療養型は有料を含む2重の詳細な情報公表を課せられながら、廃止の運命をたどることになる。

■介護サービス情報公表の費用（サービスあたり1事業所の費用：06年度）

	公表手数料	調査手数料	合計
愛知県	1万円	4万5,500円	5万5,500円
青森県	1万5,000円	4万4,000円	5万9,000円
千葉県	9,300円	4万円	4万9,300円
福井県	1万3,000円	3万6,000円	4万9,000円
東京都	特養	1万1,400円	5万9,700円
	老健施設	1万1,400円	4万4,100円
			5万5,500円

医療保険のリハと介護保険のリハ、併算定は認めない

医療保険のリハビリテーションが再改定されたことにともない、厚労省は3月30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について」等の一部改正通知を发出、算定にかかわ

る改正点の詳細を関係機関に示した。

その中(3月30日付医療課長通知・別紙3)で、外来リハと通所リハ・訪問リハ(ともに介護予防を含む)の併算定を認めないとする方針を示した。

これまで、要介護認定を得た高齢者は退院後に外来リハを受けながらデイケアを利用するケースが少なくなかったが、今後は、急性増悪や手術によって疾患別リハ算定に該当する場合を除

くと、介護保険のリハを開始した日以降の医療保険によるリハは診療報酬請求ができなくなる。

「同一の疾患等」など解釈上の問題は残るが、外来リハを実施している医療機関は、ケアマネージャーとより密接な連絡が欠かせなくなった。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関する事項等について」(平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号)の一部改正について

1 第4の5を次のように改める。5.リハビリテーションに関する留意事項について

(1) 要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設)の

入所者以外のものに対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。)を行った後、介護保険における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。)に移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

また、同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った月においては、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション

医学管理料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した場合であっても、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増

悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合には、新たに医療保険における疾患別リハビリテーション料が算定できるものであること。

「入院患者数の算定および看護師比率等に係わる緊急要望書」4月12日 *1面を参照

平成18年度診療報酬改定において7:1看護体制が新設され、看護師比率70%(15:1では40%)・月平均夜勤時間72時間以内という看護基準が導入された。そのため、従来から問題とされていた看護師不足は今や想像を超える深刻な状況となり、多くの病院において看護師の退職を補う新規採用が不可能となっている。

一方、看護師の配置数の計算は当月(もしくは28日)であるのに対し、入院患者数の計算は過去1年間の平均とされている。このため、急な看護師の退職がある場合、結果として大幅な入院患者数の減数が必要となり、退院の強要という不幸な事態を招きかねない。このような国民にとって不幸な事態を避

けるべく、下記について緊急要望する。

1. 入院患者数の算定について

入院患者数の算定期間は、看護師配置数と同じように1ヵ月もしくは28日間とすること。

ただし、基本診療料届出受理後の一時的な変動に関する措置等は現行どおりとされたい。

2. 看護師比率・月平均夜勤時間数について

(1) 病棟業務に関わる研修・会議等に出席するための勤務時間および突発的事由による欠勤は、看護師比率および月平均夜勤時間数の計算において勤務時間とすること。

(2) 看護職員における日勤専従者の勤務時間について、月平均夜勤時間数の計算に入れること。

(財)日本医療機能評価機構

サーベイヤーを募集

2007年度の評価調査者の募集を開始しました。
応募資格は、
①診療管理領域 院長、副院長の経験が5年以上
②看護管理領域 病院看護部長経験5年以上
③事務管理領域 病院の事務長経験5年以上 等
応募締切 4月27日
詳細は機構のホームページをご覧ください。http://www.jcqh.or.jp/
Tel.03-5217-2336 (研修部直通)

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