



全日病 NEWS 5/15

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/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.663 2007/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「業務上過失致死傷は医療になじまない」

診療行為関連死の死因
究明等在り方検討会

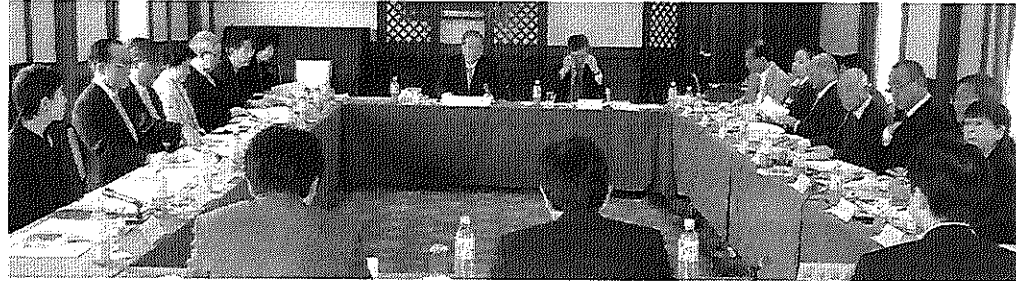
ヒアリングで提起。病院団体主導による原因究明調査も提案

厚労省医政局に設置された「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」は5月11日、医療事故被害者と診療担当者各2名を招いてヒアリングを行なった。双方から、第3者機関のあり方に関する詳細な提案が相次ぎ、検討会は2回目にして具体的な議論に入った。

診療担当者の1人として意見陳述した虎ノ門病院泌尿器科医師の小松秀樹氏は、「業務上過失致死傷」を医療に適用すべきではないと訴えるとともに、原因究明調査は「病院団体主導とすべきである」と提案した。

息子を医療事故で失った稲垣克巳氏は、「医療事故調査委員会」の創設を求めた上で、①全医療機関に予期しない診療関連死と重大な事故の事故調への届出を義務化する(違反には罰則を課す)、②被害者側も事故調に直接報告できる、③医師法21条を改正し、予期しない診療関連死の事故調への届出を明文化する(診療行為に関係しない死亡を発見した時には警察に届け出る)、④

調査の結果犯罪性が認められた場合には事故調が資料とともに警察に届け出る、⑤被害者救済を事故調の目的の1つとし、調査の結果過誤が明らか場合には医療側が補償金を負担し、無過失には対応する補償金は「医療者等業者、患者、国の三者」で負担する(医療者、製薬業者、医療機器業者は売上高の一定割合を拠出する)、⑥行政処分については医道審議会ではなく事故調が



審議する、⑦調査結果は民事・刑事で積極的に活用できるようにする、という案を示した。

実父を手術で失った二川雅之氏は、①手術の経過をビデオで撮影、一定期間保管し、他診療記録とともに遺族に公開する、②医師のみで事故の有無を判断せずに専門機関で審査する、③当該患者の解剖は専門機関で対応することなどを提案した。

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンターの医療安全管理者富永理子氏は、事故・苦情発生後に患者・家族との信頼関係を維持するための自院における取り組み成果を紹介した。

虎ノ門病院の小松医師は、刑法35条の「正当な業務による行為は、罰しない」という規定を1つの拠りどころとして、医療から「業務上過失致死傷」の概念を排除するよう求めた。(4面に続く)

評価項目 Ver.5.0

検討結果を評価機構に提出

06年4月に続く第2弾。残る項目も検討を進める

日本医療機能評価機構が病院機能評価に用いている「統合版評価項目 Ver.5.0」の検討を進めてきた病院機能評価委員会(木村厚委員長)は、このほど、第2領域から第5領域(第4領域の一部を除く)にわたる項目と評価判定指針の検討を

終え、結果を評価機構に提出した。病院機能評価は Ver.5 になってから一段とハードルが高くなり、初回認定率も20%を下回っている。その理由の1つとして、中小病院の特性を適切に評価できる評価項目にな

っていないのではないかと指摘する向きが少なくない。

同委員会は、2005年度活動の重点項目として、特に中小病院の機能を適正に評価できるようにするという視点から、現評価項目運用上の工夫と次回改訂に向けた提案等の意見作成を開始した。

その結果、1領域(病院組織の運営と地域における役割)について、06年4月に1回目の検討結果を提出している。

評価項目だけでなく、サーベイヤーが使用する「評価判定指針」も検討対象

としており、改訂をまたずに運用上の改善によって、評価結果が実態に即したものとなることを期待している。

今回まとめたのは、第2領域(患者の権利と安全の確保)、第3領域(療養環境と患者サービス)、第4領域(診療の質の確保)、第5領域(看護の適切な提供)まで。4-2-3から4-12-3-2までの医師の教育・研修および診療録管理、臨床検査、薬剤、手術・麻酔、救急等各部門の項目は、残る第6領域とともに次回に回した。

第2回が開講。ケース教材に慢性期を追加

医療機関トップ
マネジメント研修

病院医師の厳しい勤務をめぐって、全国から31名が受講

全日病が主催する「医療機関トップマネジメント研修コース」の5月12日に東京都内の会場で始まり、31名の受講者が開講式に臨んだ。

オリエンテーションの後、伊藤一小樽商科大学商学部教授による「ケース研究の目的・意義」に関するレクチャーを受け、受講者は、本研修が特徴とする医療経営に関するケーススタディの概要に触れた。

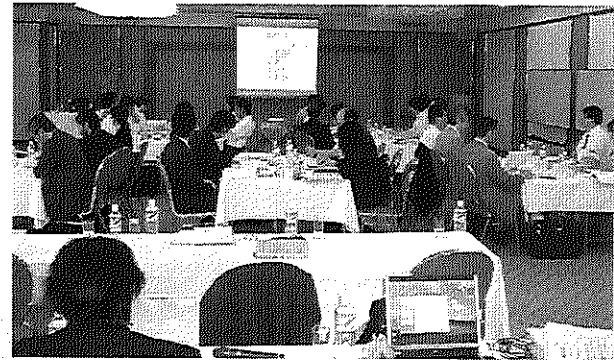
ケーススタディは、昨年の第1回研修で活用した6件に新たに5件が加えられ、全11事例となった。今回の第2回研修では、追加5件のうち、初めてケースに加えられた慢性期医療の事例がケース教材に採用されている。

受講者は北海道から沖縄県と、全国から集まった。そのうち女性は6名。医師以外の参加が2名おり、1名は看護部長、もう1名は法人本部幹部の要職

についている。研修は、毎月1回土日1泊を単位に、11月までの7ヶ月間行なわれる。土曜昼過ぎの開講式に「朝一番の外来をこなして電車に飛び乗った」人(長野県)もいれば、翌日曜午後3時の終了後とんぼ帰りで「夜間当直をこなさないとならない」人(広島県)もいるなど、

病院幹部ながら医師としての勤務に手抜きが一切許されない現場の厳しさは、受講病院においても変わらない。

しかし、受講者からは、「明日の病院経営に不可欠なヒントがほしい」(東京都)など、トップマネジ



メント研修に集中する気概が伝わってくる開講初日であった。

がん対策推進基本計画 がん死亡率は10年間で20%減少を目標

厚労省は5月7日の「がん対策推進協議会」に、4月1日に施行されたがん対策基本法にもとづいて策定される「がん対策推進基本計画」のたたき台を提示するとともに、パブリックコメントとは別に、同省ホームページに基本計画案(たたき台)に対する意見募集の案内を同日付で掲出した。

また、同日のがん対策推進協議会は、基本計画案に盛り込む目標値として、がんによる年齢調整死亡率の減少を10年間で20%とすることで合意した。

がんによる75歳未満の年齢調整死亡率は、1990年から05年で1年あたり1%減

少している。これを、喫煙率の半減、がん検診受診率の50%引き上げ、がん治療の均てん化等に取り組むことで10%積み上げ、20%減少を目標とするもの。

また、目標のもう1つに「全てのがん患者の苦痛の軽減」を掲げた。

5月1日号で特別紙面(8頁建)を組んだため、5月15日号は4頁建となります。

清話抄

佐々前会長の成果と我々の課題

佐々英達前会長を知ったのは、もう20数年前のことである。佐々総合病院を見学し、カルテがルールで移動したり、ナースの制服を自由に選べるという先端的な試みに感動したものである。

初めてお目にかかったのは20年前、全日病史上最年少で常任理事になった河北博文先生が、木下二亮元会長の命を受けて若手経営者を集めて始めた、現「東京

青年医会」の早朝勉強会の席であった。喧喧譁譁、取っ組み合いの議論が茶飯事で、講師も理論武装できていないとやられてしまう、恐ろしい勉強会であった。

全日病を代表する論客である、早川大府、天本宏、古畑正、平山登志夫、木村祐介、石原哲、猪口雄二、中西泉、小泉和雄、岸本晃男、飯田修平、木村厚各氏ほかの諸先輩も、この会の出身である。

その中で佐々前会長は兄とも父とも慕われる存在であった。高い志に加え、曲がった事が大嫌いな正義感、常に冷静沈着な考えをお持ちだった。

救急医療を本当に愛する一方、急性期医療への憂いをお持ちであった佐々前会長は、公私格差是正に対しても強い信念を堅持しておられた。

その後、秀島名誉会長の後を受けて全日病会長に就いた佐々先生は、8年に及ぶ在職下に、若手を登用し、委員会活動を充実化し、四病協の設立、地域一般病棟構想の提言、医療の質の追求、病院のあり方報告書、事務長・婦長の研修などを実現、会員を増加させ、病院団体として大きく飛躍させた。まさに、「全日病中興の祖」と評される

所以である。佐々前会長が常に強調されてきたことは、会員病院の質の向上と達成感ももてる医療の実現であった。我が国民間病院の進歩に寄与した佐々先生のご尽力に、今度は、我々が応える番である。

全日病と四病協の努力にもかかわらず、救急、一般急性期、慢性期、在宅など地域医療の弱体化は進んでいる。医療の危機は深刻な段階にある。

西澤新会長を中心に、関係者が力を合わせて、佐々前会長が遺した成果を発展させていかなければならない。(安)

主張

医師卒後臨床研修制度と研修医を大切に育てよう

平成15年3月(第567号)の本欄で、「新研修制度を検討、検証し、協力しよう」と主張した。その後4年を経過したので検証してみる。

初期研修制度は平成16年4月にスタートしたが、当初より予想された問題点が色々浮かび上がってきた。

- ①研修医がもつ学修性と労働性という2面的な実態が色濃く現れた。
- ②研修プログラム開示、マッチングシステムが定着してきた。
- ③大学と学外臨床研修指定病院への

のマッチ者数が遂に逆転した。

初期臨床研修が必修化される前の学内と学外の比率は73%対27%であった。それが逆転したということは、医学生による研修地・研修病院選択の方向性が大きく変革したことを意味する。

マッチ者数と定員に対するマッチ率を比較すると、大都会優位ではあるものの、沖縄県のマッチ率(92.4%)は2位の東京(88.4%)を大きく引き離して第1位であり、地方都市として唯

一、大健闘している。

これは、中部病院方式と言われる、県立中部病院39年余にわたる米国型臨床研修事業の実績が評価された結果である。

沖縄県はもとより離島県であるが、臨床研修のメッカと言われるまでに成長した。平成15年3月に民間病院主体の臨床研修病院群「群星沖縄」をいち早く立ち上げたことも一因であろう。

高い志を抱いている研修医達によ

り良い臨床の場と教育環境を提供し、生活を保障した上で、憂い無く研修生活を送ってもらうには、研修に携わるすべての医療人が心優しく、温かな真心で接することが求められる。

良医を育てるには、各々が進んで仲間に入り込んで苦楽を共にし、研修指導に携わることが肝要と思われる。研修事業には情熱のある指導医と多額の費用がいる。医師会はもとより、国・県・自治体がもっと強力な力を注ぐべきであろう。(A)

「終末期医療決定プロセスのガイドライン」願末

短時間で手続論を整理。終末期の議論が後退

そもそも終末期の定義が曖昧。タイトかつ時間をかけた議論を



終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会委員
常任理事(病院のあり方委員会委員) 木村 厚

近年、超高齢化社会を迎え、又治療の中止に関する「事件」が続けて報道され、終末期医療に対する関心が高まり、しかも途切れることがない。

振り返ると、厚生省(旧厚生省)は既に1987年から4度にわたり、終末期医療に関するあり方の検討会を開催している。2002年の報告書の中ですでに、終末期医療に対する関心は国民全般に高く、リビングウィルの考え方が国民の間に受け入れられつつある事を述べている。

また、望ましい終末期医療の内容は専門学会、医療機関、医師会等が協力してガイドラインを作成すべきと述べている。2004年、2005年には厚生労働化学特別研究事業として、「終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究」と「終末期医療の質の向上に関する研究」が報告されている。

そして、2006年9月には厚生省は「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」を公表し、年度末までにパブリックコメントを募集した。201名から意見が寄せられたが、ガイドライン作成に肯定的な意見が多かった。

これを基に、2007年1月11日に「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」が開かれた(飯田修常任理事が代理出席)。その冒頭に、座長から、検討会のテーマが「終末期医療の決定プロセスに関するガイドラ

イン」に替わったという説明がなされた。

つまり、終末期医療をどのようにするのかのガイドラインではなく、どのように決定するかのプロセスのガイドラインの検討会であるとのことであった。しかも、そのことに関する法的な側面は、今回は議論の対象にしないとのことであった。

飯田常任理事を含め各委員からは、「終末期医療は大事な問題であり、また非常に多様性があり、時間をかけて議論すべきである」という意見が出されたが、座長の意向は、今回はあまり深く議論をしないでソフトな結論にしたいというものであった。

検討会はその後2回開かれたが、議論は深まらず、結局、「終末期医療の決定は医師だけで決めないで、医療チームで決めるべきである」という原案の承認をただで、以前の議論からまったく進歩がなく、かつ、実効性に乏しい内容のとりまとめに終わった。厚生省は後期高齢者医療制度の制定に間に合わせるために急いだのかと、勘繰ってしまいたくなる結果であった。

に変わるの、国民に対する欺瞞ではないか。

(2) 決定プロセスはかなりの医療機関が認識しており、この時点で検討してもあまり意味が無く、あまり変わることはない。

(3) そもそも終末期とは何時からなのか定義もあいまいであり、プロセスの前にそれを議論すべきである。

(4) 各委員の意見はまだ充分出尽くされていないと思われる。座長が言われた、ソフトなガイドライン言う意味は理解できるが、議論はタイトに深めるべきである。

(5) 終末期医療の問題は非常に重要で、根が深く、幅も広い。今後医療界が音頭をとって、さらに具体的なガイドラインを作成するにしても、国家のレベ

ルでもっと時間をかけて(年単位で)議論すべきである。

病院のあり方委員会による終末期医療に関する提言は「病院のあり方報告書2007年版」に記載されているので、そちらをぜひお読みいただきたい。

要約すると、あるべき終末期医療を確保するためには財政的理由から考えるのではなく、患者のリビングウィルに基づいて患者の尊厳を保って死を迎えられる環境づくりが大切であり、医療従事者に対する教育の普及と国民に対する啓蒙活動が必要であること。消極的安楽死については、医療界がイニシアチブを取って国民の意見を充分に聞きながら指針を作成すべきであり、全日病はその作成に積極的に関わってゆく考えであると述べている。



▲検討会終了後、報道陣が各委員を取り囲んだ(4月9日)

「あり方報告2007年版」で終末期に関する提言

検討会の内容は病院のあり方委員会でも検討し、当会として以下の意見を文書で提出し、3回目の検討会で配布した上で私から説明したが、議論は深まらな

かった。

(1) 終末期医療についてのパブリックコメントを求め意見が集まっているのに、急に決定プロセスのあり方の検討

04年度医療費マップ 全国の医療費格差は縮小をたどる

厚生労働省が4月27日に公表した2004年度の医療費マップによると、国民健康保険の1人当たり実績医療費は北海道が47.3万円(03年度46.5万円)と最多であった。対全国平均比は1.276(同1.281)。北海道のトップは2000年度以降5年連続。

一方、最少は沖縄県で29.1万円(28.3万円)、対全国平均比は0.785(0.778)。同県も2000年度以降全国最低を維持している。

ただし、地域別年齢構成要因による影響を除外した「地域差指数」で見ると、北海道は長期にわたって第1位(1.217)に位置しているが、全国最低は0.857と千葉県が占めている。両者の医療費格差は1.420倍。全国最多と最低の格差は1998年度の1.535倍に比べると、若干縮小している。

老人保健費で見ると、1人当たり実績医療費の最多は福岡県で96.5万円(92.3万円)、最少は長野県の63.5万円(61.2万円)となった。対前年伸び率は沖縄県が4.8%もっとも高く、逆に、全国2位の北海道は3.8%で全国22位と伸び率のランクは下がっている。

全国格差縮小傾向の背景には、国保における、地域差指数が1.14を上回った市町村に「医療費安定化計画」の実行を求める厚生省の施策がある。

しかし、医療費が少ない県の伸び率は高齢化等で増加をたどっており、格差は縮まりつつあるものの、04年度の1人当たり老人医療費は全国平均で3.7%(03年度2.2%)、同じく1人当たり実績医療費は2.2%(同1.4%)と、増加基調は厳しさを増している。

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	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
20年	11月24日(土)	2級
	12月15日(土)	2級
	1月26日(土)	2級
	2月23日(土)	1級・2級
	3月22日(土)	2級

●試験及び講座の詳細な資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

教育訓練給付制度厚生労働大臣指定講座 通信教育 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。

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

医療安全管理者養成講習について

セイフティマネジャー養成が主眼。医法協と共催 厚労省指針に準拠。四病協の講習内容をさらに手直し

医療の質向上委員会委員長 飯田修平

■柔軟対応できる職員の養成が必要

安全にかかわる問題が様々な分野や場所で噴出している。これら問題や事故の原因は、個と組織、人と人、人とモノやシステムとの関係、すなわち接点(インターフェース)に問題があることが多い。

高度化・機械化・自動化・分業化が進めば進むほど、皮肉なことに人間の注意力や判断力が必要になる。非定型処理、例外処理、特に想定外の事態への対処は人間にしかできないからである。したがって、柔軟に対応できる職員を養成しない限り、事故を減らすことはできない。

各医療機関の全職員そして組織の経営者・管理者こそが柔軟な対応、発想の転換をしない限り、事故防止・安全確保はできない。しかし、個々の医療機関の対応には限界がある。

医療の安全確保は、病院団体、職能団体、医療機関および医療従事者に課せられた責務である。

■医療安全管理者養成の企画と目的

全日病DPC分析事業について

請求用データを質向上と経営管理に役立てる

会員病院は他病院との比較に、全日病は提言資料に活用

医療の質向上委員会委員長 飯田修平

■DPC分析事業の開始とその目的

全日病は平成19年6月より「DPC(Diagnosis Procedure Combination)分析事業」を開始する。現在、その参加病院を募集している。

「DPC分析事業」の目的は、DPCにもとづいて診療報酬請求時に厚労省に提出するデータを活用することである。

DPCデータを請求に用いるだけでなく、各病院が分析し、あるいは他病院・グループ内でベンチマークをして、診療あるいは経営管理に役立てるためである。すなわち、医療の質、経営の質向上に役立てるためである。

■全日病の取り組みの経緯

DPCによる診療報酬請求は、平成16年から51の急性期病院で2年間の試行的適用が開始され、平成18年に対象が拡大され、その分析とデータの活用は始まったばかりである。

全日病は、早くから、質向上におけるDRG(Diagnosis Related Groups)の意義に着目して、平成10年頃から、オーストラリア出張を継続的に実施し、そ

医療安全管理者養成講習会は、平成15年度から四病院団体協議会で開催されてきた。筆者は、四病協の講習会を企画するに当たって、医療事故防止対策やリスクマネジャー養成という考え方ではなく、医療安全管理者の養成・セイフティマネジャーの養成を目的とした。そのために、理論と実践、医療と質管理、講義と演習の両側面をバランスよく配置した。

講師陣も病院経営者、医療実務担当者、病院管理研究者、質管理実務者、質管理研究者など多彩である。

安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立し維持する知識と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・養成して、安全文化、質重視の風土を医療現場に根づかせ、医療の質向上を図ることが、本講習の目的である。

■厚生労働省指針に則った講習内容

四病協の医療安全管理者養成講習会は本年度から各病院団体が主催する。

本講習会は全日病と医法協の共催となった。本講習会の特徴は、筆者がその策定に参画した、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針—医療安全管理者の質の向上のために—」(厚生労働省 平成19年3月)に則ったモデルとなるプログラムである。

指針の目的は、個々の医療機関において医療安全管理者の業務を検討する際、あるいは関係団体等が医療安全管理者の養成のための研修を行う際の参考に資することである。組織防衛ではないリスクマネジメントを含む医療の質向上と安全の確保であり、医療安全管理者の業務指針とその業務内容に応じた医療安全管理者養成のための研修プログラム作成指針を作成した。

研修の質を担保するために、医療安全管理者には実践能力が特に求められるので、講義と共に演習を加えることが必要であること、研修実施後に、企画内容、実施状況等の評価を行い、計画・運営・評価を一貫して行ない、効果的な研修を行えるように、研修の運営に責任を持つ者を配置することが望ましいことも明記した。

■信頼性人間工学などを追加改訂

医療安全管理者養成講習は、質管理・安全管理の考え方や理論を2日間2回、計4日間講義し、その後、FMEAとRCA

の演習をそれぞれ1日、計2日間行う。

4日間の講義は理論編であり、その目的は、質管理・安全管理の考え方の理解と、後に続く演習を理解し、実践できるようにすることである。

上記の指針に基づいて本年度に追加・改訂した主な内容は、信頼性人間工学、心理学・教育学・労働衛生、患者・家族の観点から見た安全確保等である。

■四病協講習会からテキストと参考書

四病協講習会の経験をもとに、講師陣が新たに執筆し、質管理・安全確保という統一的な観点から『医療安全管理テキスト』(日本規格協会、2005)を出版した。

さらに、演習受講生の「分かりやすいテキストと具体的な医療の事例が欲しい」という声に応じて、『RCAの基礎知識と活用事例』(日本規格協会、2006)を出版し、『FMEAの基礎知識と活用事例』(日本規格協会、2007.7予定)を脱稿した。これらの書を参考に、立て前や表面的ではなく、医療の現場で実践していただきたい。

組織をあげた継続的質向上、すなわち、総合的質経営の実践を通して、安全が確保され、医療者と国民・患者との信頼の創造が促進され、日本の医療が変わることを期待する。

導入費40万円、月額ライセンス料8万円に、それぞれ抑えることができた。

今後の制度改正への対応や問い合わせに対する処理業務の費用も含む。サーバーが不要のためにハードの負担も軽く、事務局が対応するので専門要員も必要ない。

特筆すべきは、全日病専用ボードを立ち上げるので、全日病独自の指標設定や分析が自由にできることである。現在実施しているアウトカム評価事業との連携や、数年後に義務化される、オンライン請求にも対応する予定である。

いまや、DPC対応をすべきか否かを議論する場合ではなく、オンライン請求への対応が求められているのである。

■DPC分析ソフトウェア

DPC分析ソフトウェアには一長一短がある。厚労省へのDPC提出データのすべてが分析可能で、自由度が大きく、分析機能に優れたソフトは高価であり、大病院以外には導入が困難であった。反対に比較的安価なソフトはDPCデータの一部しか利用しておらず、自由度も低く、DPCの制度変更時のデータの整合性に問題があった。

そこで当委員会では、数回に亘って両方のソフトを検討した。その結果、全日病とニッセイ情報テクノロジー社が共同研究・開発することで合意にいたり、Medi-Target(DPC分析ソフト)を会員価格で利用できることになった。

単独の病院で契約するよりも大幅に安価というだけではなく、既にアローズを利用している病院が利用している指標も組み込み、他のアローズ利用病院とのベンチマークが可能であり、さらに、全日病独自の要望による柔軟な分析パターンが提供される。

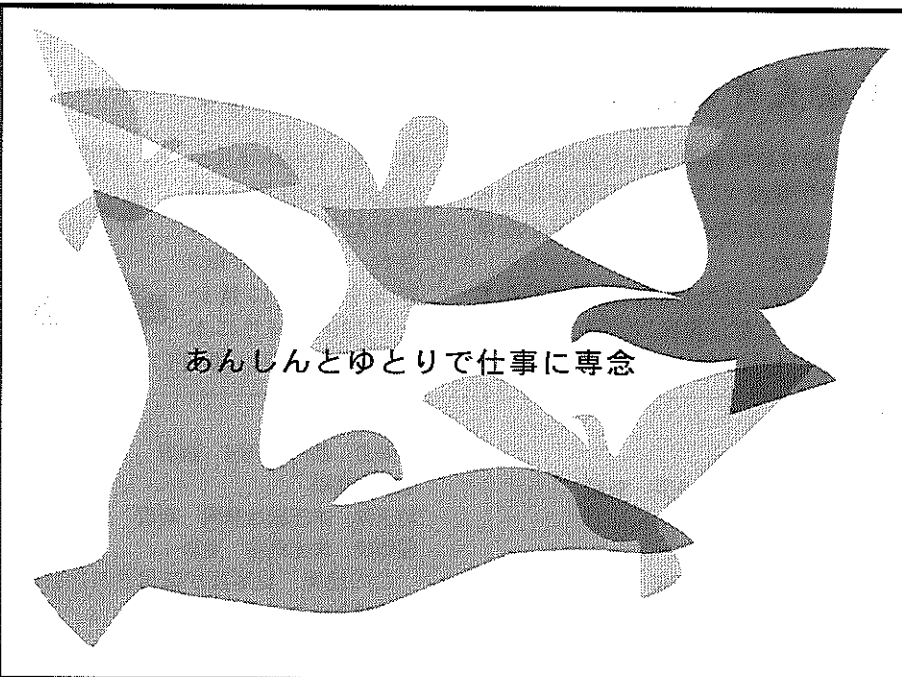
今後の、DPC改訂やDRG/PPSが導入された場合にも対応する計画である。データは蓄積され、分析されて初めて価値がある。全日病として、独自のデータに基づく政策提言をしなければ社会的発言力は持てない。

■DPC導入の準備と研修会開催

DPC導入には、意識改革が必要であると認識すること、②情報(システム)の重要性、すなわち、データ重視、③ICD分類の実施とDPCコード体系の理解、これは、共通言語、物差し(基準・標準)である、④診療記録管理の重要性の認識である。

これらに対応する準備として、①様式・内容・記載方法・管理、②診療情報管理士の養成、③医師をはじめとする医療職の教育が必須である。

全日病では、会員病院の支援のためにDPC研修会を開催したが、2回にわたる研修会に合計280件の参加申し込みが寄せられるなど、大きな反響を呼んでいる。さらなる会員諸氏の、本事業への積極的な参画をお願いしたい。



あしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

●病院向け団体保険制度

病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
医療施設内包括機械保険
居宅介護事業者賠償責任保険
現金運送・盗難保険
医療廃棄物排出者責任保険

●従業員向け団体保険制度

勤務医師賠償責任保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

お問合せ

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

DPC病院協議会を「日本DPC協議会」に衣替え

今秋にNPO法人。ベンチマーク事業、提言、啓蒙活動等を展開



日本DPC協議会副会長(全日病理事) 古城資久

平成16年3月より活動していた、われわれDPC病院協議会(西村昭男代表)は日本DPC協議会へと組織改革し、今秋にはNPO法人の認可を受けるべく準備を進めている。

DPC病院協議会は設立当初、新しい診療報酬体系であるDPCの円滑な導入を行うため、民間病院を中心にDPC試行的適応病院を会員として設立された。

その後、①DPCに関する日常業務における疑問点の解決を経て、②会員病院のデータ収集によるベンチマーク、③一般病院の視点からのDPCに関する制度・政策に対する提言を中心に活動している。

内部にデータ解析部会、政策提言部会を持ち、データ解析部会は救急医療に於けるDPCの妥当性、認知症患者に於けるDPCの妥当性、疾患による治療行為の季節変動などを調査した。

政策提言部会はこれまで、(1)ベンチマーキング資料より一部の高額薬剤の使用が困難であるため正しい評価を与えること、(2)医療機関別調整係数の廃止とそのスケジュールを明確化するこ

と、(3)新規DPC調査協力病院の募集期間の告知を十分に行うこと、(4)新規調査協力病院の採否の基準を透明化すること、(5)厚労省の発表した「DPC病院の目指すべき条件」の中の一部の要件が中小病院、専門病院には不要と思われるものがあるため、必須項目ではないことを確認する事を要望書として厚労省に提出し、(1)~(4)に関しては一定の成果を上げることができた。

事務局である国際医療福祉大学に厚労省より割賦されていた科学研究費が平成19年度より無くなることを契機に、今後DPC病院協議会をどの様に運営するかを討議し、平成19年3月2日の協議会総会で、NPO法人・日本DPC協議会を設立することが決定された。

今後はベンチマーク事業のさらなる充実と政策提言の強化に加え、全国各地でDPCに関するセミナーを行い、急性期医療の今後を共に考えて行きたい。

同時に全国を北海道、東北、関東、中部、北陸、近畿、中四国、九州の8ブロックに分割し、それぞれの地区で個別に活動できる体制を作る予定である。

連盟、日本病院会という立場が近似した公立、公的病院が多数を占めている。

会員の主体が民間病院である団体は全日本病院協会だけであり、会員病院数2,200を組織する我々をもってしても会議の主導権を握ることはできない。

急性期医療のみならず、医療は今後も民間非営利である我々医療法人立病

院を中心に行なわれていくことは確実であり、我々の声を今後の急性期医療に反映できなければ、これからの医療界に多大な禍根を残すことは確実である。

日本DPC協議会は急性期医療を第一線で提供している病院の立場から、政策提言を行ない、日病協とは別なルートで我々の生の声を届けたいと考えている。

8月~10月にDPCセミナーを開催

現在DPCに関して、支払い基金、厚労省からは再入院、入院前検査の外來移行などが問題視されており、現場からは救急医療の取り扱い、患者の状態像による評価、原価を基準にした報酬への変更などが問題視されている。これらの問題解決を、医療経営に責任を持つ我々民間病院の立場から行うことが期待されている。

さらに大切な問題は、DPC適応病院とそれ以外の病院の経営環境の格差が拡大しており、地域の急性期を支える一般病院の体力が日々削られていることではないだろうか。

平成21年には医療機関別調整係数の廃止が予定されており、電子レセプトの義務化も同時点で完了しているため、その後は全病院にDPCを適応することも技術的には容易となる。急性期医療を今後も包括病院と出来高病院の2本立てで行なうべきか否かの議論が期待されている。

DPC適応病院は160病院(18万床)に過ぎず、DPC調査協力171病院(11万床)の適応病院への改変も日程は未定である。今後、新たにDPC調査協力病院が募集されるか否かも不明である。従ってDPC適応病院160病院(18万床)以外の

8,800病院(72万床)の一般病院が行なっている急性期医療を守るための行動が、今後最大の課題になると確信している。この課題の検討も日本DPC協議会にて行ないたいと考えている。

その場として、日本DPC協議会主催セミナーは、「DPC運営の現場報告」「DPCの課題」「DPCかDRG/PPSか」「急性期医療の今後」など、DPC周辺のあらゆる必要情報および興味ある事象を取り上げる予定である。

5月19日(午前10時~午後3時50分)の札幌コンベンションセンターにおける第1回セミナーを皮切りに、8月11日名古屋医師会館、8月25日福岡国際会議場、9月22日大阪・新梅田研修センター、10月20日東京・東医健保会館で日本DPC協議会主催セミナーを開催する予定である。

日本DPC協議会は、現在、会員数100病院を目標に活動を開始している。興味ある病院関係者の参加を期待し、新たな急性期医療の潮流を共に創造していきたいと考えている。

民間病院の声を急性期医療に反映

平成18年度改定を経て病院経営が一段と厳しさを増す中、医療のボリューム・ゾーンである急性期医療の今後の方向が、厚労省、急性期に携わる全ての医療機関、支払い基金によって模索され、国民はその動向を注目している。

現在、医療界から中医協に政策提言を行なうルートとしては、日本病院団

体協議会のDPCワーキンググループがある。われわれ全日病も日病協の一員として参加しているが、設立当初より疑問があった会員構成の片寄りも如何ともしがたい物がある。

日病協のDPC・WGは国大協、私大協、国立大学附属病院長会議、国立病院機構、自治体病院協議会、全国公私病院

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2007年4月

- 4日 広報・HP作成WG委員会
- 5日 個人情報管理・担当責任者養成研修会(札幌)、個人情報保護担当委員会(札幌)
- 6日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 9日 日病協/高齢者医療に関するワーキンググループ
- 11日 四病協/医療経営・税制委員会
- 12日 厚労省保険局原医療課長との面談
- 13日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会
- 14日 人間ドック委員会
- 18日 国民医療推進協議会総会、日病協/診療報酬実務者会議

- 19日 厚労省の未収金に関する検討会事前打合せ
- 20日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会
- 21日 第1回常任理事会、救急・防災委員会、DPCセミナー、医療の質向上委員会
- 23日 日病協/DPCのあり方に関するWG
- 24日 日病協/代表者会議
- 25日 理事長の債務保証のあり方に関する勉強会、四病協/総合部会
- 26日 eラーニング打ち合わせ、四病協/治療費未払問題検討委員会作業部会
- 27日 医療保険・診療報酬委員会

2007年度 第1回常任理事会の詳細 4月21日

■主な協議事項

●入会者の承認(敬称略・順不同)

- (1)一般会員
 - 北海道 (医)黒澤病院理事長 前田修一
 - 東京都 (医)回心堂第二病院理事長 山本康子
 - 神奈川県 横浜市立市民病院院長 渡辺古志郎
 - 兵庫県 (医)平成病院理事長 伊豆敦子
 - 奈良県 (医)恵王病院理事長 杉本利一郎
 - 大分県 (医)大分東部病院院長 下田勝広

別途6名の退会があり、在籍会員数は2,190名となった。

(2)賛助会員

- 有限会社ゼネラルフード事業スタジオ(本社・東京都、代表取締役・石川幸千代)
- 大成建設株式会社(本社・東京都、代表取締役社長・山内隆司)

●人間ドック実施指定施設の承認(順不同)

- 1泊人間ドック実施指定施設
 - 北海道 心臓血管センター北海道大野病院

指定数は20施設となった。

【主な報告事項】

- 病院機能評価認定証の発行・更新
 - 2月19日付の審査結果(順不同)
 - 【Ver.5.0】
 - 一般病院
 - 北海道 新さっぽろ脳神経外科病院 更新
 - 北海道 北見病院 更新
 - 東京都 有明病院 新規
 - 徳島県 川島病院 更新
 - 精神科病院
 - 石川県 松原病院 新規
 - 療養病院
 - 北海道 愛全病院 更新
 - 複合病院
 - 埼玉県 伊奈病院 更新
 - 宮崎県 潤名記念病院 新規
 - 鹿児島県 森園病院 新規
 - 【付加機能】
 - リハビリテーション機能
 - 沖縄県 宜野湾記念病院 一般病床
 - 3月19日付の審査結果(順不同)



▲DPC病院協議会で議事進行にあたる古城副代表(共に当時)

(1面から続く)

さらに、再発防止の安全対策は既存の医療事故防止センターに委ね、「医療事故調査機関」は調査と評価、被害救済と紛争解決を主たる目的とすべきであると提案。大学の利害を持ち込みやすい学会ではなく、多職種の人材を活用できる病院団体が調査を主導すべきであるとして、現行厚労省モデル事業の運営手法に疑問を呈した。

また、調査対象には死亡に至らない傷害を含むとした上で、医療側あるいは患者側いずれかの依頼で調査に着手すべきと患者によるアプローチの経路を確保するよう求める一方、届出の義務化には反対した。

解剖の義務化は否定、実施する場合

は患者側承諾の上で病理解剖を行ない、実施できない医療機関については事故調または他病院で実施するとし、医療関連死から法医学解剖を排除する考えを示した。

また、事故発生の第一段階では、当該病院の調査委員会が対応を行ない、そこで問題が生じた場合に、病院あるいは患者側の要請で事故調が調査に加わる、という病院主導の考えで望むべきであるとした。

さらに、故意犯罪が明白になった段階で調査を中止して検察に引き継ぐこと、調査の結果を行政処分の根拠に活用することなどを提案した。

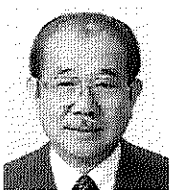
検討会は次回6月8日に、解剖医と検察OBのヒヤリングを行なう。

本会大井田修顧問が旭日小綬章を受章

4月29日付で発令された2007年春の叙勲で保健衛生における功労が認められ、本会の大井田修顧問が旭日小綬章を受章した。

大井田修氏は医療法人社団修世会木場病院(東京都江東区)名誉院長。1987年4月に全日病代議員に選出さ

れた後、1989年4月から1997年3月まで4期にわたり理事に選出され、その間、1期2年常任理事に就いた。1999年4月に本会顧問に就任し、現在に至っている。



- 【Ver.4.0】
 - 複合病院
 - 鹿児島県 国分中央病院 新規
 - 【Ver.5.0】
 - 一般病院
 - 埼玉県 益子病院 更新
 - 東京都 伊藤病院 更新
 - 奈良県 東朋香芝病院 新規

- 療養病院
 - 北海道 西円山病院 新規
 - 複合病院
 - 埼玉県 本庄総合病院 新規
 - 福岡県 栄光病院 更新

この結果、認定証が交付された会員は719病院となった。