



全日病 NEWS 9/15

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.671 2007/9/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「主治医の登録制・制度化は考えてない」

社会保障審議会 医療部会 後期高齢者医療診療報酬体系骨子案「最後は特別部会でまとめる」

厚生労働省は9月14日に社会保障審議会医療部会を半年ぶりに開催し、後期高齢者医療の診療報酬体系骨子案に対する意見を求めるとともに、2008年度改定の基本方針を定めるための議論を要請した。

後期高齢者医療診療報酬体系の骨子案には各委員からさまざまな指摘や意見が示され、骨子案をあくまで厚労省保険局医療課は「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」とりまとめに反映させたい」と引き取り、80分にわたる1回だけの議論を終えた。

骨子案は9月4日の「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」で「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子案(たたき台)」としてまとめられた。「たたき台」とあるように、現時点では整理案にとどまり、社保審の医療・医療保険両部会の意見をきいた上で10月早々の特別部会で最終的にとりまとめられ、10月下旬に中医協に提示される。

医療部会委員とのやりとりの中で、原医療課長は、「総合的に診る」主治医について「登録制も制度化も考えていない」

主治医に病院を加えるかは中医協で議論

「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」がまとめた「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子案(たたき台)」に対して、医療部会では各委員から活発な意見が出され、関係団体からの意見書も示された。

委員からの質問と答弁(要旨)は以下のとおり。

と言明した。患者に選ばれる中で、自然に、そういう関係になっていくことが望ましいとも述べ、制度的手法にはよらず、診療報酬上のインセンティブによって定着を図る考えをのぞかせた。

拠点施設については、基本的に診療所を想定しているが、地域事情への対応を含めて一定の幅を持たせる意向を示唆。「具体的には中医協で検討する」とした。

病院団体の委員からは「主治医には病院も加えるべきではないか」という意見が示された。

改定基本方針の議論を開始

08年度改定基本方針に向けた議論に対して、医療課は、中医協に示した「検討項目案」に、より具体的な説明を加えた資料を提示した。その中で、①医療結果から質を評価する手法の検討、②DPC対象医療機関の基準、算定・請求ルールなど制度と運営の見直しという課題を、次期改定で取り上げることあらためて明らかにした。(4面に「骨子案」と「検討項目案」を掲載)

○主治医の概念と統合科標榜との関係は? 登録制度を考えているのか。

●統合科とは関係がない。患者について、①受診情報・状況を一元的に把握する、②日常生活の能力・認知機能・意欲等を総合的に評価する、③専門的治療を紹介を出す、という3点を担うのが主治医ということ。主治医の登録制



▲9月14日の医療部会では新任の外口崇医政局長が挨拶した。

も制度化も考えていない。

○主治医は診療所のみを想定しているのか。

●診療所が想定されるが、診療所のない地域もある。それを含む具体的な条件は中医協で検討する。

○医療費の規模はどのくらいか。公費の割合は?

●概算要求上は11.9兆円だ。患者負担を除く医療費の1割が保険料、4割が現

役世代からの支援、5割が公費で国と都道府県がもつ。

○「たたき台」では外来はすべて診療所で診るとことになる。そんなことは医療部会ほかで決まっていない。病院も加えるべきではないか。

●医療部会でいただいたご意見を参考にさせていただくが、最後は特別部会の責任でとりまとめ、中医協に諮りたい。

特定健診データベースの検索サービスが始まる

2008年4月にスタートする特定健康診査・特定保健指導制度は、代表保険者と健診等機関のとりまとめ団体による集合契約の締結場面を迎えているが、国が開発した「特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース」の検索サービスが9月3日に始まった。

国立保健医療科学院のWebサイトに設置された同データベースは7月23日に登録システムが稼働、健診等機関による自主的な登録を受け付けてきた。

国として、全国の保険者に健診機関と保健指導機関の基本情報を公開することが目的。したがって「集合契約」とは関係ない。登録病院のホームページ

にリンクしているので、健診等実施の詳細は各機関等のサイトで確かめることができる。

利用者はトップページの「健診機関の検索はこちら」をクリックすると検索画面に入れる。

例えば、取りまとめ団体を「全日本病院協会」として検索キーをクリックすると48会員病院のリストが表示される。「日本人間ドック学会」で検索すると82の医療機関が表示される(いずれも9月14日現在)

健診の料金は「5,250円以下」がほとんどだが、中には「10,000円以下」としている病院も散見される。

1年目に専門科も研修。研修医が多い地域は枠を抑制

新医師臨床研修制度 厚労省が改善案を提示。経過措置は09年3月末廃止を検討

9月6日の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会に、事務局(厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室)は、①1年目の診療科目を現行3科目(内科、外科、救急)から広げて専門科の研修も可能とする、②臨床研修病院指定基準にかかわる経過措置の2009年3月末廃止を検討する、③研修医の募集定員数総数について調整するなど、新医師臨床研修制度の改善点をまとめた報告書骨子(素案)を示した。(3面に関連記事)

2004年4月にスタートした新医師臨床研修制度だが、臨床研修省令は施行後5年以内に必要な措置を講じることを規定しており、医師臨床研修部会で改善点の検討が進められてきた。

事務局が提示した改善案の①につい

て、内科、外科、救急部門、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を必修としてスーパーローテートする「研修プログラムの考え方は変更するべきではない」としているが、「早くから専門分野を決めている研修医のモチベーション維持を考慮」する必要があるとして、1年目について「ローテートをより柔軟に行えるようにする」と説明している。

②の経過措置とは、「研修医数は概ね病床数を8で除した数を超えない(指定基準:原則として病床数を10で除した数または年間入院患者を100で除した数を超えない)」「医療法標準の医師数規定を適用しない(医師数規定を満たしていること)」「指導医の臨床経験は5年以上(原則として7年以上)」というも。03年6月の臨床研修省令一部改正

時に07年3月末日までの間として措置され、その後、09年3月末までの2年延長が図られた。

後者2項の経過措置廃止は医師偏在に影響を及ぼすことが懸念されるが、事務局は、医師標準配置遵守で「影響を受けるのは36病院、研修医在籍は25人に過ぎない」と説明、影響は軽微と判断している。

報告書骨子案は、指導医について、さらに、「一定の経過措置を設けた上で、原則として、指導医講習会を受講したことを要件とすべき」と提案している。

③の研修医募集定員数総数の調整を図る案は前回6月28日に提示されたもので、「研修体制の質を確保する観点」から、「研修医の募集定員数及び採用実績が、当該都道府県人口に比し著しく多く、

かつ、人口10万対医師数が全国値を上回るなどの地域の研修病院に対する募集定員減の要請や、当該地域の研修病院の新規指定や募集定員の増員を留保するなどの方法が考えられる」としている。

新制度によって、研修医の分布は大都市圏と大学の偏在が薄められるという結果をもたらした。その上、さらに、大都市圏への集中を抑えるということは、研修医の大学病院への回帰を促す結果となかねない。

同日の部会では、1年目に3科目を研修する現行スーパーローテートを見直して専門科の研修を可能とする案で賛否が分れた。事務局は、同部分については再検討する余地があるとし、次回までに委員からの修正等意見を反映した案を再提示するとして収拾を図った。

部会は報告の取りまとめに向けて最終局面に入ったが、厚労省の改善案には新医師臨床研修制度における大学病院の地位を回復する面が少なくなく、色々論議を呼びそうだ。

清話抄

只今上映中の「シッコSiCKO」を是非観て頂きたい。「ポウリング・フォー・コロバイン」で銃社会に突撃したマイケル・ムーア監督の最新作だ。アメリカの医療制度が如何に弱者に過酷か。世界一の豊かさを誇るキリスト教市民社

会のアメリカが、どうしてこのような医療制度になったのか。いや、皆保険なしのままできたのがよくわかる。

民間保険会社が政治家を取り込み、「皆保険は共産社会的で、医療を受ける自由を失う」と国民を宣撫したのである。銃を取り締まれば、個人の自由と命を脅かされると信じる国民文化の裏表であろう。

民間医療保険に入れない低所得者が

いるだけではない。ちゃんと保険にはいっていても、実際に病気になると、既往症を隠していたとか、実験的治療法なので保険では認められないとか、両耳の手術は不必要で片耳の手術費しか認められないとか。とにかく、屁理屈もかくや。日本でも、損害保険会社が不法な不払いで問題になったのでご理解あれ。

情けないのは、保険会社に雇われた

医者が審査をし、申請を拒絶して支払いを減らせば減らすほどボーナスを貰っていることだ。

貧困者が役所に生活保護を切られて自殺した記事をご記憶にあらう。既に日本でも助けあう市民社会は崩壊しつつある。「ジョンQ」と一緒に、当会全病院のロビーでこの映画を上映すべきと筆者は考えるが皆さんは如何。

(湖)

主張

世論の理解と支持を得るために何をなすべきか

先の参議院議員選挙では自民党が大敗し、多数の医療関係候補者が落選した。「今まで何もしてくれなかった。悪くなる一方だった」というのが自民党に投票しなかった医療人の本音であろう。その結果、全日病が推していたT議員は当選を果たすことができなかった。

我が国の制度では国の予算配分を変える力は厚労省にはなく、国会にしかない。現在のような医療費の削減は結果的に医療、介護の質を下げ、最終的には高い物につくという指摘は正しい。

T氏を落選させた医療人の意識レベルに問題はあっても、わが国の世論、マスコミは何故こうも医療界に冷たいのだろうか。病院団体も日医も世論を味方につけるべく色々な戦略を立ててきた筈だが、どうやら国民にとっては「欲張り村の村長さん」たちのお願以上でも以下でもなかったようだ。

では、どのような戦略をとるべきだったのだろうか。基本的にはそれが国民一人一人の利益になると実感でき、かつ医療界もその実現の為に痛みを共有していることが大切だと思う。

例えば「3割負担を1割負担に！」という運動を展開してみる。そして、その為には医療界は「ジェネリック使用率90%達成運動」や「医療機関の経営利益の10%を医療保障の隙間を補完すべく新しい基金に毎年拠出し積立てる」などに取り組むことである。これは思いつきの1例だが、そろそろ全日病も具体的な議論を開始する必要があるであろう。

最近話題になっている「SiCKO」という映画であるが、多少の誇張と税負担等の背景説明が足りない部分があるにしろ、他国の医療制度とそ

の是非を知る上で、医療人としては観ておくべきものであろう。

医療サービスの3E(効率と効果と公平)をどの様な形で我が国の医療制度に落とし込むのが最善なのかを考えさせる映画である。

それにしても、今の医療界を覆っているこの不況感には空恐ろしいものがある。医療人の意欲によって支えられてきた日本の医療の質が、政策的に意欲が削がれて、急激に低下してきている。目先の医療費抑制が、明日の日本の医療を損なわなければ良いかと危惧する次第である。(O)

全都道府県の医学部定員5名増を9~10年間容認

3省連絡会議が「緊急医師確保対策」で具体策

医師養成総数が少ない県には20名の増枠を恒常的に措置

8月30日に開催された厚労省、文科省、総務省による地域医療に関する関係省庁連絡会議は、「緊急医師確保対策」の取り組みの現状を確認するとともに、2008年度概算要求に盛り込まれた3省の事業・措置を明らかにし、「緊急医師確保対策」の具体策として合意した。

3省連携による対策といっても、文科省と総務省の役割はきわめて小さく、予算上の措置をとる文科省の対策は多くが国立大学附属病院に向けられており、しかも即効性に乏しい。

そうした中、同日の省庁連絡会議は、全都道府県の医学部定員を09年度から9年間最大5名(北海道は15名)増加できる暫定的措置を、さらに、医師養成数あるいは入学定員がそれぞれ80名に満たない大学が所在する県は08年度から医師養成数を最大20名増やすことができるという恒常的な措置を決めた。

これによって、例えば、和歌山県のように後者に該当する県は09年度から9年間にわたって、25名の医学部入学定員増を実現できる。

■08年度概算要求に盛り込まれた文科省・総務省の主な対策

●医師不足分野等教育指導推進経費(国立大学法人運営費交付金の一部)29億円/文科省

●国立大学附属病院若手医師の職務・勤務実態等の応じた処遇改善と支援要員の配置(同上)130億円=新規/文科省

●大学附属病院における地域連携型高

度医療人養成推進事業100億円=新規/文科省

●医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価等に関する調査研究1.5億円=新規/文科省

医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成の推進について(要旨) 地域医療に関する関係省庁連絡会議 8月30日

1. 緊急臨時的な医師養成増

将来の医師養成を前倒しする趣旨の下、下記の条件等により、現行の全都道府県内の医師の養成数に上乗せする暫定的な調整計画を容認する。

●対象となる県 全都道府県

●医師養成増数の上限 都道府県ごとに最大5名まで(北海道は15名まで)

●都道府県の講ずべき措置等
・都道府県は、都道府県知事の指定する医師確保が必要な医療機関で原則として9年間以上従事することを返還免除の条件とする奨学金(学費及び生活費相当額)を設定する。
・当該都道府県は、上記奨学金を活用

した医師の確保・配置に資するよう、地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を大学医学部に依頼する。

・暫定的な養成増を行った都道府県で、養成増に見合って医師定着数の増加が認められる場合には、当該趣旨の終了後も現行養成数(暫定措置を講じる前の養成数)を維持できる。

●養成増の期間 2009年度(可能であれば08年度)から最大9年間(08年から実施の場合は10年間とし、終期を前回の医師養成増とそろえる)

2. 医師養成総数が少ない県における医師養成増

●対象となる県

①県内の医師養成総数が80名未満である県及び②県内の人口当たりの医師養成数が全国平均以下で、当該県内に「相対的に養成数の少ない大学」がある県

*「相対的に養成数が少ない大学」は入学定員80名未満の大学が該当。

●養成増の上限 20名

●対象県の講ずべき措置等 前回の医師養成増において対象県が講ずることとされていた措置と同等の医師の県内定着のための措置を講ずるものとする。

●養成増の期間 08年度から可能とし、恒常的な措置とする

後発品ある先発品は同一成分であれば同じ薬価とする

日医が「グランドデザイン2007」で各論。「総合医」認定には反対

日本医師会は「医療のグランドデザイン2007(各論)」をまとめ、8月29日に公表した。

医療の質向上と安全(医療従事者、医師の教育・研修、安全性)、医療提供体制と地域連携(高齢者を支える医療提供体制、地域医療提供体制、健康・予防)、社会変化への対応(終末期医療、危機管理、医療のIT化、医療財源と税制の課題)という構成からなる。

社会的背景、財源、医療保険の枠組みを中心に今後の医療の課題を整理した3月の「グランドデザイン2007(総論)」に対して、テーマを絞り込んだ具体論を展開している。

薬価に関しては、「後発医薬品のある先発医薬品は、同一成分であれば先発医薬品、後発医薬品を問わず同じ薬価とすること」を提案した。

かかりつけ医については、患者からみた概念として、なんでも相談でき、まずはその医師に受診し、必要に応じて専門医療機関などに紹介してもらえ「かかりつけの医師」であり、医師の立場からは「主治医」とするのが適当と定義。

国が「医師を総合医として認定することは認められない」とし、後期高齢者医療診療報酬で想定されている「在宅主治医」構想には否定的な考えを打ち出す一方で、かかりつけの医師がコ

ーディネーターを担うことは認めた。

在宅医療については、1月に公表した「在宅における医療・介護の提供体制」を具体化。在宅(高齢者の住まい)の概念を拡大し、病院も対象とすべきと提唱している。

ただし、病院は「治療の場」に特化すべきであり、従来の「画一的に提供

されてきた病院・施設偏在型サービス」に対して、役割と機能を明確化した各機関がネットワークを構築して24時間・365日体制のサービスを提供する、地域全体が病院病棟と同じ機能を担う地域内完結型へ移行させるべきであると論じた。その中で、有床診療床の活用を提唱している。

病院のあり方に関連しては、特定機能病院(主として国立大学法人)は「7対1」の対象外とするよう提起。また、医療連携体制の中核的役割に社会医療法人を据える考えを否定し、その構築は地域の医師会がイニシアチブをとるべきであると主張している。

「終末期」については、その4つの類型を含めた定義をあらためて打ち出し、類型ごとに治療の継続・変更・縮小・中止にかかわる考え方を整理している。

「指導・監査はケアマネ有資格者に担当させるべき」

日本介護支援専門員協会 居宅介護支援事業所の指導・監査にJCMAの立会いを求める

8月24日の「介護事業運営の適正化に関する有識者会議」は、不正・不適切な介護事業運営の防止策をテーマとして、全国老人福祉施設協議会や保険者代表など6団体を招いてヒアリングを実施した。

席上、日本介護支援専門員協会(JCMA)の木村隆次会長は、「都道府県による指導・監査は介護支援専門員(の職員)に担当させるべきである」と提言した。さらに、「指定居宅介護支援事業所の指導・監査には有識者(職能団体役員)が立ち会う」ことを求めた。

木村会長は、居宅サービスは「ケアマネジメントのプロセスを踏んでいけば不正は起こらない仕組みになっている」と指摘。「法令遵守徹底のためには

ケアマネジメントの徹底が必要」として、(1)都道府県における指導・監査の担当者は介護支援専門員とする、(2)指定居宅介護支援事業所の指導・監査に関しては職能団体役員が立ち会う、(3)広域的な事業者の指導・監査担当者は、当該都道府県に加え、必要に応じて厚生労働省又は地方厚生局が直接実施する、(4)現任の介護支援専門員に集団指導への年1回出席を義務づけるなど「指導・監査についての提案」を行なった。

ただし、(2)については、「指導全件への立会いは現実的には難しいので、①監査に至った事業所、②広域的な事業者の指導・監査に対して実施する」と、重要指導・監査に限定するとした。

また、職能団体として「都道府県介

護支援専門員協会」を指名。「指導の内容を当該都道府県の介護支援専門員に迅速・的確に伝えることができる」ことを理由にあげた。さらに、「医療保険においては日本医師会が立ち会っている」と指摘した。

木村会長は、また、「構造的併設型」「独立型」の2類型がある指定居宅介護支援事業所を取り上げ、「公平中立な運営をするためには機能的、経済的独立が必要」であり、そのためには(独立型が)「経営の収支バランスも保つ必要がある」として、報酬上の配慮を求めた。

日本介護支援専門員協会は2005年11月に設立され、この7月末現在で、43都道府県に支部を設置、ケアマネージャー約4万人が会員として在籍している。

「総合診療医」への誘導で患者負担に傾斜。保険者機能も動員

健保連が高齢者医療の診療報酬評価を提言

将来的なゲートキーパーを提唱。急性期以外の一般病床に患者分類包括評価を提起

健康保険組合連合会(福岡道生会長)は9月6日に診療報酬体系など高齢者医療のあり方に関する提言を発表、健保連が提唱する「総合診療医」の診療報酬評価について、踏み込んだ考えを示した。

その要旨は、①「総合診療医」の機能(他医療機関と協力した夜間対応、家族を含む長期継続の医療提供、全人的・診療科目横断的な医療提供、他の医療機関等への紹介や調整等)に応じて個別に評価する、②慢性疾患を対象に一定範囲の診療行為を包括化した新たな点数を創設する、③「総合診療医」を地域医療の「要」として総合的・包括的に評価する、④中長期的に患者が「総合診療医」を進んで受診するようなインセンティブも検討する、というもの。

④については、「総合診療医の受診を経ない患者が大規模病院を受診した場合に、保険外併用療養費制度を活用して患者負担に傾斜をつける等の方法を導入する」ことを例示したほか、健保組合としても「患者負担の軽減や健診・保

健指導等保健事業の委託などにより、総合診療医の普及・定着の推進に努める」と、インセンティブを付加する上で保険者機能を動員する用意があることを明らかにした。

さらに、「特定の医師・医療機関(将来的には総合診療医を想定)が中心となって、高齢者の情報をトータルで把握・管理し、連携先と共有するとともに、こうした情報をもとに連携の調整を行う必要がある」と、ゲートキーパーに向けた環境の整備を求めた。

入院医療については、急性期の診療報酬として、「DPC対象病院の選定・絞り込みや調整係数の廃止、医療の質をチェックするシステムの導入」などの早急な検討・実施を、さらに、1入院当り包括評価への移行の検討を求めている。

リハビリテーションに関しては、早期リハの評価と身体機能等の改善度を評価する指標や方策等の検討を提起している。

また、患者分類を用いた包括評価の

適用範囲を急性期以外の一般病床に拡大するとともに、一般病床のあり方を検討すべきであると、さらに、医療の質を評価する指標の早期導入を図るべきとも提唱している。

居宅における医療の推進としては、訪問診療・訪問看護の重点的な評価とともに、居宅系施設等に、介護保険との整合性を確保しつつ「外部から提供しうる医療行為を体系化し、その体系に則して診療報酬で評価すべき」と、外付け医療に関する体系的整理の必要

を提起した。
在宅療養支援診療所については、「その稼動状況や実施している医療の内容、患者特性等の実態把握を行い、対象となる医療機関の範囲を含めて適切に見直すべきである」とした。

他方、後発医薬品に関しては、「(保険医療機関・保険医)療担規則の処方せん様式を原則「後発品」に変更するほか、(保険薬局・保険薬剤師)療担規則に後発品を調剤する努力規定を盛り込む」よう求めた。

再入院特別調査結果からヒアリング

9月12日のDPC評価分科会に、2006年度DPC調査で再入院率が高かった38病院に実施した調査結果が報告された。

それによると、再入院の内容は、①化学療法(1週間ごとの投与で1泊2日の入院を繰り返す)、②検査入院の結果治療目的で再入院、③術前検査入院(主に画像診断)後の手術直前再入院、④白内

障手術の片眼ごとの実施、⑤術前処置入院後の手術直前再入院(特に糖尿病患者の術前血糖コントロール)、⑥自院で行えない治療の他院受療(最も多いのは放射線治療 ナイフ、PETのケースも)、⑦患者のQOLのための一度退院、⑧救急搬送用の空床確保(週末)、⑨系列老健施設等からの急性増悪、などであった。
同日の分科会は、調査結果から6病院を招いてヒアリングを実施した。

06年度臨床研修調査結果

研修医は臨床研修病院を高く評価

厚生労働省は9月6日の医師臨床研修部会に、「2006年度臨床研修に関する調査」結果の概要を報告した。以下に、その要旨を紹介する。

●2年次研修医の回答から

・臨床研修体制に対する満足度は、大学病院(42.9%)より臨床研修病院(62.3%)が高い。研修プログラムに対する満足度は、大学病院(45.5%)より臨床研修病院(54.1%)が高い。昨年度よりは弱まったが、いずれについても、病床規模が小さい病院ほど満足度が高いという傾向が顕著である。

・研修体制等で満足している点は、臨床研修病院では「職場の雰囲気がよい」(43.0%)、「研修に必要な症例・手技の経験が十分」(42.6%)、「指導医の指導が熱心」(38.8%)。大学病院では「指導医の指導が熱心」(29.0%)等が多い。

・研修体制等で改善すべき点は、臨床研修病院では「教育資源(図書など)が足りない」(9.0%)、大学病院では「待遇・処遇が悪い」(24.4%)、「雑用が多い」(24.3%)等が多い。

・研修プログラムで満足している点は、臨床研修病院では「プライマリ・ケアの

能力を身につけられる」(41.1%)、「複数の科を回って進路を決める参考になる」(29.5%)、大学病院では「複数の科を回って進路を決める参考になる」(26.6%)等が多い。

・研修プログラムで改善すべき点は、臨床研修病院(15.3%)においても大学病院(22.9%)においても「研修期間を長くしたい科と短くしたい科がある」が多い。「プライマリ・ケアの能力が身につけられない」は大学病院が12.8%、臨床研修病院が4.7%であった。

・到達目標が十分もしくはほぼ達成されたとした研修医の割合は、臨床研修病院では68.4%、大学病院では55.0%であった。

●1年次研修医の回答から

・研修先の病院に応募した動機は、臨床研修病院では「症例が多い」(43.3%)、「研修プログラムが充実」(37.5%)、大学病院では「出身大学だから」(53.5%)が多い。

・研修体制等の満足度は大学病院(48.0%)より臨床研修病院(60.4%)が高い。研修プログラムの満足度は、大学病院(46.7%)より臨床研修病院(56.2%)が高い。

●病院側の回答から

・研修医の事故に備えた病院賠償責任保険による保障は、臨床研修病院で80.7%、大学病院で81.9%が整えていた。臨床研修病院では「病院の負担で医師賠償責任保険に加入させている」(32.1%)等が多く、大学病院では「医師賠償責任保険を紹介して任意加入させている」(41.0

臨床研修医、大学病院の割合は45.3%

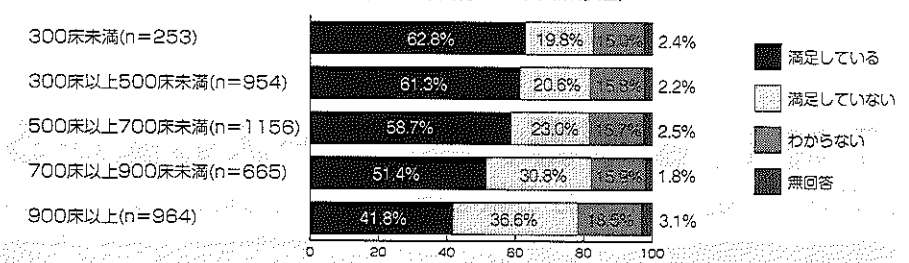
臨床研修医在籍に占める大学病院の割合は、新制度前(03年度)の72.5%から、新制度開始を経て、55.8%(04年度)、

49.2%(05年度)、44.7%(06年度)と50%を割り込んで減少を続けてきたが、07年度は45.3%と0.6ポイント回復した。

■臨床研修医在籍状況の推移(単位:人・%)

区分	2003年度		2004年度		2005年度		2006年度		2007年度	
	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	3,262	44.2	3,824	50.8	4,266	55.3	4,137	54.7
大学病院	5,923	72.5	4,110	55.8	3,702	49.2	3,451	44.7	3,423	45.3
計	8,166	100.0	7,372	100.0	7,526	100.0	7,717	100.0	7,560	100.0

■研修体制等についての満足度(病床規模別・2年次研修医)



不適切な取引慣行是正で「緊急提言」と「留意事項」

医療用医薬品の流通改善懇談会

次回とりまとめ。総花的・総論的な整理。意見集約は困難か

8月28日に開催された「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」は、医療用医薬品の不適切な取引慣行の是正を求める「医療用医薬品の流通改善に当たって取引当事者が留意すべき事項」と「医療用医薬品の流通改善について(緊急提言)」の両文書案について検討。一定の修正を加えた上で、次回、とりまとめることで概ね合意した。

「留意すべき事項」は7月の同懇談会の決定にもとづいて臨時に設置された作業部会がまとめたもので、医療用医薬品の流通をになう「メーカー卸売業者」「卸売業者対医療機関・薬局」の取引慣行について、それぞれに課題と留意事項を整理した。

さらに、「参考」として「各流通当事者から聴取した指摘事項」を書き込んだ。

「緊急提言」は、作業部会の議論展開を踏まえて事務局が用意したもので、前出「留意すべき事項」の実行を求めている。

その「付記」には、「医療保険制度、薬価制度の面からも流通改善に資する見直しが検討されることがより有効な改善策になる」という意見を引用、強い姿勢で事態打開に臨む必要を示唆する一方、「自由競争の下、各取引当事者の判断と自己責任で決められること

医療法人の価格妥結率は高い水準に

8月28日の「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」に厚生労働省が報告した「2007年度価格妥結状況調査結果」によると、今年7月の妥結率は医療機関が70.5%(06年7月46.8%)、薬局が80.2%(同39.3%)と、改定のあった06年度に比べると大幅に増加した。

妥結調査は、すべての医療機関・薬局を対象に7月1ヶ月の取引高における、価格が妥結した

が基本であり、本留意事項を周知する際には、特にこの点に十分配慮するようお願いする」と、公取委に対する配慮を書き加えた。

全体として総花的・総論的な整理に終始しており、意見集約の難かしさをあらためて浮き彫りにした。

医薬品の販売総額に占める割合を薬価ベースに換算して調べたもので、卸連加盟の全62社から回答を得た。

200床以上医療機関の妥結率は全体

■妥結状況(07年と06年の比較)

医療機関	妥結率		薬局	妥結率	
	06年7月	07年7月		06年7月	07年7月
病院(総計)	30.7%	54.5%	チェーン薬局(20店舗以上)	8.5%	48.6%
200床以上	-	46.4%	その他薬局(上記以外のチェーン薬局を含む)	47.4%	87.7%
その他	-	82.8%	計	39.3%	80.2%
診療所	73.9%	96.9%			
計	46.8%	70.5%			

で46.4%。設置主体別にみると、国立病院機構ほかの国立系が100%に達している一方、6.3%(厚生連)、労働者健康福祉機構(7.6%)ときわめて低い医療機関もあるなど、開設主体によって妥結状況はまちまちだ。

その中で医療法人は77.9%という結果を示した。

200床以上医療機関全体の妥結率は今年1月現在で36.0%。半年で10ポイントの「取引改善」を示したことになるが、医療法人は、同月の55.9%から22ポイントも妥結率を引き上げた。

ただし、診療報酬改定のない年だけに高い妥結率となるのは当然。事務局(医政局経済課)は、「妥結率はまだ十分とはいえない」と納得していない。

居住系施設への外部医療提供に対する適正評価のあり方を検討

退院後を見越した診療計画、入院時総合評価の実施・情報提供、退院調整や退院前指導等

【後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子案(たたき台)】の概要 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 9月4日 ※1面記事を参照

1. 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項)

○心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。

- ・後期高齢者の生活を重視した医療
- ・後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- ・後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

○後期高齢者に対する医療の多くは、その範囲や内容が74歳以下に対するものと大きく異なるものではなく、患者個人の状態に応じて提供されることが基本となる。すなわち、医療の基本的な内容は74歳以下に対する医療と連続しているもので、75歳以上であることをもって大きく変わるものではない。

○後期高齢者にふさわしい医療は、若年者、高齢者を通じた医療全般のあるべき姿を見据えつつ、後期高齢者の特性や基本的な視点を十分踏まえて、構築していくべきである。

2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

後期高齢者医療制度の施行に伴う新たな診療報酬体系の構築に当たっては、次に述べる方針を基本とするべきである。

(1) 外来医療について

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進)

外来医療において、主治医は次のような役割を担うことが求められている。

- ・患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を一元的に把握する。
- ・基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用する。
- ・専門的な治療が必要な場合には適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有する。

主治医がこのような取組を進めるための診療報酬上の評価の在り方を検討すべきである。

(薬歴管理)

外来医療を受ける後期高齢者の薬の相互作用や重複投薬を防ぐ必要があるため、医師、歯科医師、薬剤師及び看護

師や患者自身が、服用している医薬品の情報を確認できるよう診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(関係者、患者・家族との情報共有と連携)

後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や「総合的な評価」結果について医療従事者間の情報共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心に情報共有を進める必要がある。また、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報共有と連携が進められるよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(2) 入院医療について

(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)

慢性期のみならず急性期を含む入院医療において、後期高齢者の日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うとともに、地域の主治医との連携の下、退院後にどのような生活を送るかを念頭に置いた医療を行う必要がある。

退院後の療養生活に円滑に移行するために退院後の生活を見越した診療計画が策定され、それに基づく入院医療が提供されることが重要で、このための診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(入院中の評価とその結果の共有)

後期高齢者の退院後の生活を支えるには、入院時の総合的な評価の情報が、在宅生活を支える医療関係者や介護・福祉関係者に共有されることが重要である。入院中の評価の実施や、評価結果がケアカンファレンス等を通じて在宅関係者と共有されるよう、診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(退院前後の支援)

円滑に在宅生活に移行することができるようするためには、退院直後の時期をまず重点的に支えることが重要であり、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前の指導等に取り組むこ

とができるような診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(3) 在宅医療について

(情報共有と連携)

後期高齢者の在宅療養を医療面から支えるには、医療関係者のみならず、介護・福祉関係者との相互の情報共有や連携を行う必要がある。主治医等とケアマネジャーが中心となって、カンファレンス等を通じて、主治医による総合的な評価を含めた情報の共有や連携が図られるような診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(病院等による後方支援)

病状の急変時等入院が必要となった場合に円滑に入院できるようにするとともに、在宅時の診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先でも提供されるようにするべきである。このような医療機関間連携が強化されるための診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(在宅歯科診療)

在宅で適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者と歯科医療従事者の連携を進めることが必要であり、このための診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(在宅療養における服薬支援)

在宅療養において薬の「飲み忘れ」等による状態悪化を招くことのないよう、本人や家族、介護を担う者による服薬管理等の支援を推進することが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(訪問看護)

退院前後の支援、緊急時の対応を含めた24時間体制の充実、患者の状態に応じた訪問看護の実施などが更に取り組みされるための診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(居住系施設等における医療)

居住系施設を含む様々な施設等を利用している後期高齢者については、その施設等で提供されている医療

内容や施設状況等も踏まえつつ、外部からの医療提供に対する適正な評価の在り方を検討するべきである。

(4) 終末期における医療について

(終末期の医療)

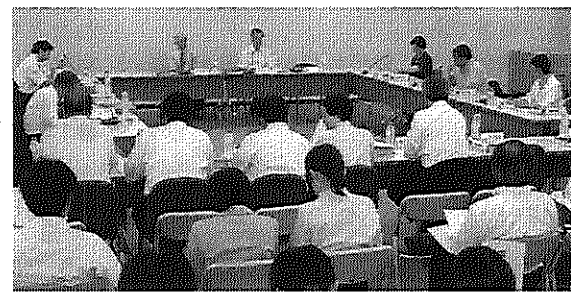
患者本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等を医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等についてあらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。また、在宅患者の看取りについて、訪問看護が果たしている役割を踏まえて、その診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

(疼痛緩和ケア)

在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の服薬指導に当たっては、患者宅での適切な保管管理、廃棄等の方法について、調剤した薬剤師が患者及びその家族への指導を行うとともに、定期的にその状況を確認していくことが必要であり、このような取組が進むような診療報酬上の評価の在り方を検討するべきである。

3. 留意すべき事項

後期高齢者の生活を総合的に支えるためには、医療関係者や介護・福祉関係者間の連携及び情報の共有が必須である。また、それによって、頻回受診、重複検査や重複投薬を少なくし、医療資源の重複投入の抑制につながると考えられる。さらに、被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。



「7対1」基準等、医療ニーズの面から給付の「拡大余地」を見直す

大病院が入院中心に向かう策を検討。電子化加算ほか政策的導入項目を再検討

【平成20年度の診療報酬改定に向けた検討について】 9月14日 医療部会 ※1面記事を参照

1. より良い医療の提供を目指すための評価

①医療の実情を踏まえた視点からの検討

ア 勤務医の負担軽減のための方策
病院勤務医の勤務が過酷になっている状況にあり、勤務医の負担軽減のための方策を検討する必要がある。

イ 救急医療、産科医療、小児医療等の重点的な評価

出産の状況が変化する一方で、分娩施設数が10年間で約1,000施設減少する等の状況の中で、必要な医療の確保に向けて検討する必要がある。

②医療機関・薬局の機能を踏まえた視点からの検討

ア 初診料・再診料体系等の外来医療の評価の在り方の検討

診療所と病院の外来機能について、地域における役割を踏まえ適切な評価を検討する。なお、薬局についても、同様に、その役割・機能に着目した評価を検討する必要がある。

イ 入院医療の評価の在り方の検討

病院は、主として入院機能を担っていくべきであるが、現実には来院する外来患者に対応している状況もあり、結果として、勤務医が疲弊していると

の指摘もある。このため、大病院が入院医療の比重を高める取組の促進に向けて検討する必要がある。

③個別の医療施策を推進する視点からの検討

ア がん対策を推進するための評価の検討

がん対策については、がん対策基本法が本年4月1日より施行され、同法に基づき「がん対策推進基本計画」が、平成19年度から平成23年度までの5年間を対象として策定された。この基本計画に基づき、がん医療の推進のための評価を検討する必要がある。

イ 心の問題等への対応と適正な評価の検討

我が国の自殺者数増加に対応するため、必要な人に適切な精神科医療が受けられるよう評価を検討する必要がある(自殺対策基本法及び自殺対策大綱参照)。また、子どもの心の問題についても、必要な医療が十分に受けられるよう検討を行う必要がある。

2. 患者の視点の重視

○安心・納得できる医療の評価の検討

平成18年改定により、保険医療機関

等に医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、その発行状況等に係る検証結果を踏まえて検討する必要がある。

3. 医療技術の適正な評価

①真の医療ニーズに沿った医療の評価

必要な医療は、基本的に公的保険で給付するという国民皆保険の理念を維持するためには、医療保険の給付対象を真の医療ニーズに対して提供された医療に限るべきであり、7対1入院基本料の基準を始め、必要な見直し等を行う必要がある。

②医療技術の評価・再評価

医療技術の進歩や治療結果等を踏まえ、新規技術の適切な導入等が図られるよう、医療技術の評価、再評価を進める必要がある。

③医療の質の評価

医療の質については、これまで、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側に具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、今後、提供された医療の結果により質を評価する手法を検討する必要がある。

4. 革新的新薬・医療機器等イノベーションの適切な評価と後発品の使用促進

革新的新薬の適切な評価の検討とともに、特許の切れた医薬品については後発品への置き換えが着実に進む方策を検討する。

5. 上記以外の重要項目

①歯科診療の特性を踏まえた適正な評価の検討(略)

②DPCの在り方の検討

DPC対象病院数の拡大に伴って、DPC対象医療機関の基準の在り方、適切な算定及び請求ルールの構築等、制度・運用の見直しが必要となっている。

③診療報酬改定結果検証を踏まえた検討

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査等の9項目について、平成18年改定による結果検証を実施しており、その結果検証を受けて必要な見直しを行う必要がある。

④その他

初診料の電子化加算等、政策的に導入した項目等について、現状に合わせて検討する必要がある。

21条は「運用で斟酌」。調査と捜査の関係は意見が割れる

診療関連死の死因究明等
在り方検討会「議論の整理」

届出先・届出の拘束性で意見分散。「保健所」「義務化」「ペナルティ」という意見も

「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8月10日の会合で、死亡事故にかかわる第三者

調査機関設立や届出制度等に関する「議論の整理」をまとめた(8月15日号既報)。事務局(厚生労働省医政局総務課医療

安全推進室)は8月24日に、委員による修正を反映させた「議論の整理」を公表した。以下は、その要約である。(本文

には2007年3月に公表した試案が引用にされているが、検討会委員の意見のみを要約した)

「これまでの議論の整理—「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方向性」に沿って—」 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 8月24日公表

本整理は、これまでの検討会での議論でどのような意見があったか、また、意見の相違が見られた部分は何かなを示すために整理したもので、未だ結論に至っているものではなく、今後も更なる検討が必要である。

2. 診療関連死の死因究明を行う組織について

(3) 調査組織の構成について

【調査組織を構成する人材】

- b) 医療従事者以外の者の参加は議論の監視役として必要。
- c) 第三者として法律家等が加わることも必要であるが、まずは、医療従事者において、公正な調査・評価を行う倫理規範が確立されることが重要。

【人材育成】

- b) 制度を維持するためには人材育成が急務で、そのための支援策が重要。特に法医・病理医の数を増やすには政策的な誘導が必要。
- d) 調査の進行状況等を遺族に伝えるとともに、遺族の感情を受け止め、それを調査組織や更には医療機関と共有していく役割を担う者の育成も重要。

3. 診療関連死の届出制度のあり方について

【届出先】

- a) 届出先は警察ではなく、医療を担当している厚生労働関係のところが望ましい。
- b) 調査組織へ直接届け出ることが望ましい。
- c) 医療に関連する異状死の届出先としては保健所が提案されている。

【届出の義務化】

- a) 正確な調査を行うためには届出を義務化することが必要。
- c) 義務付けるのではなく原則届出が行われるようする。
- f) 届出を怠った場合にはペナルティを科すべき。
- g) 刑罰に相当するようなペナルティを科すことは望ましくない。

【医師法21条】

- a) 医師法21条を改正し、診療関連死に限っては調査組織に届けることにする。
- b) まず届出制度を整備した上で21条をどうするか検討するのが妥当。届出制度が機能すれば、届出先が警察でなくてもよいのではないかということになる可能性がある。また、21も活用される場面が少なくなり、実質的には問題はなくなるのでは。

【届出に係る警察との関係】

- a) 警察としては調査組織を作ることには賛成。しかし、明らかに刑事事件の事例は、調査組織経由ではなく、医師法21条に基づき警察へ届け出る必要がある。
- b) 「明らかな過失」が認められる事例まで、調査組織の死因調査が終了しなければ警察が捜査できないとなると、遺族側から非常に大きな反発が出てくるのでは。
- d) 専門家による議論が必要な事例は調査組織に届け出て、そこで振り分け

を行い、刑事事件としての追及が必要である事例は調査組織から警察に届けるという形がよい。

- e) ガイドラインができれば、「明らかな過失」が調査組織を通して警察に行くという手順を固めることができる。
- f) まずは調査組織が届出を受けて調査が開始されることが望ましい。
- g) 「明らかな過失」とは何かについて、その例を挙げるのも容易ではない。
- h) 警察が捜査に入ると、医療事故の原因を調査し、再発防止につなげることは難しい。調査組織が自ら調査をすることが望ましい。
- i) 調査組織による調査・評価が終了した後に警察に届ける方がよい。

【証拠保全】

- b) 証拠保全が図られないまま刑事司法に委ねられることになれば原因究明が困難となる。事故発生直後に証拠保全が実現される仕組みにしなければならない。
- c) 警察が求めている証拠保全は医療事故の際の証拠保全とは異なる。医療事故の証拠保全は調査組織が行ってもよいのではないかと。
- d) 調査組織が24時間365日対応できる体制にないなら、証拠保全が必要な事例は、早急に直接警察に届け出ることが望ましい。

4. 調査組織における調査のあり方について

【解剖の重要性】

- a) 病理解剖・CPC等を充実させることが重要で、政策的な誘導も必要。
- c) 原則として全事例解剖が望ましいが、現実には、遺族の承諾を得て解剖を行うのが基本となろう。

【その他の検査等の必要性】

- b) 患者同意の上で手術の過程をビデオ撮影し、それを調査組織で活用する仕組みも考えられるが、具体的には慎重な検討が必要。

【診療録の調査等】

- a) 調査組織は法律による調査権を持ち、当該医療機関と一体に調査し、再発防止策を立てることが望ましい。

【評価・検討】

- b) 医学的な観点だけでなく根本原因に遡った調査・評価が重要。当該医療機関の人員配置等のシステムや制度上の問題等についての検討が必要な場合もある。
- d) 評価視点・判断基準の指針を作成、評価に携わる者は研修等を受講することが必要。

【調査報告書の交付・公表】

- a) 教訓を共有するという点で、調査報告書は医療情報等を公開し、これを活用していくことも必要。

【調査の対象事例】

- b) モデル事業においても必ずしも正確に死因が究明できるわけではない。死亡に至らない事例では更に評価が困難であることが予想される。調査組織の立ち上げに当たっては、まず調査対象を死亡事例に限定することもやむを得ない。

【遺族からの申出】

- a) 遺族からの申出による調査開始を行うべきである。

【解剖】

- b) 解剖時に臨床医の存在は重要。必要な場合には主治医の立会いを認めることもあり得る。

【迅速に調査を開始するための仕組み】

- a) 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には、原則365日24時間体制を確保するべき。

【院内事故調査委員会】

- e) 特定機能病院・国立病院・大学病院等の大規模な医療機関は、重大な医療事故が発生したときに過半数の外部委員を加えた事故調査委員会を義務付けてはどうか。その他の医療機関は調査組織が当該医療機関と一体に調査するのがよい。
- f) 院内事故調査委員会に外部委員を加えることは重要だが、過半数を義務付ける必要はない。

5. 再発防止のための更なる取組

- c) 調査組織の中央組織として事例収集・分析センターを設け、事例を類型化し、積極的な再発防止策を提言し、一般に公開するのがよい。
- e) システムエラーは個人を処分すべきではなく、医療機関に対する指導改善処方が重要である。

6. 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

【行政処分と民事責任・刑事処分との関係】

- b) 医療界には自ら医療従事者の処分を行う仕組みが十分整備されていない。刑事処分の対象になっている者をはじめ未熟な医療従事者を、医療界(学会・職能団体)でどのように処分(専門医認定の一時停止等)や教育をしていくのか考える必要がある。
- c) 学会・職能団体における処分や行政処分が適切に行われる仕組みが整備されることが重要。これらが適切に機能すれば刑事処分まで必要となることは少なくなるだろう。
- d) 行政処分や損害賠償責任等を基本とし、より限定的に刑事処分が行われるという方向が望ましい。
- e) 医療従事者が事実を認めた上で、行政処分や学会・職能団体による処分が適切に行われるならば、刑事処分が行われなくとも遺族は納得できるだろう。

【行政処分の在り方】

- b) 調査報告書は行政処分に活用することも可能とすべきである。
- c) 現在の行政処分は個人に対する処分のみであるため、例えば、医療機関に対する指導改善処分等、システムエラーに対応する行政処分を十分に検討する必要がある。

【民事訴訟における調査報告書の活用】

- a) 調査報告書は民事訴訟で活用することも可能とすべき。

【裁判外紛争処理の可能性】

- a) 第三者的な原因究明機関があり、それに基づいて訴訟制度とは別の紛争解決の枠組みができていくことは、医療事故の紛争解決システムを考える上で望ましい。
- b) 調査組織において、死因究明に加えて紛争解決等の一連のことを全て行うのはスペクトルが広すぎる。
- c) 民間の機関が医療事故の紛争解決を担うようになれば、調査組織は医学的な真相究明を行い、それを基に民間の機関で話し合いを促進するという役割分担も可能。しかし、現段階は、調査組織が話し合いによる解決を援助する機能を担う道を残しておく必要がある。
- d) 金融庁が苦情・紛争処理で取り組んでいる「金融トラブル連絡調整協議会」を参考に、厚生省、都道府県、医師会、病院団体、患者・遺族、弁護士会等が参加して「医療紛争処理連絡調整協議会」(仮称)を設置することが考えられる。
- e) 過失の有無に関わらず、重大な事故で被害者が補償される仕組みを検討すべき。

【刑事手続との関係】

- a) 調査報告書は刑事訴訟で活用することも可能とすべき。
- b) 調査組織の調査・評価を踏まえて刑事手続が開始されることは、捜査が必要以上に行われる事態を回避することにつながるのでは。
- c) 犯罪性の認定も調査組織で行うべきではないか。調査により犯罪性が認められた場合には調査組織から資料を添付して警察へ届けることにしてはどうか。
- d) 業務上過失致死傷は医療をはじめとするあらゆる専門分野に適用すべきではない。故意犯罪は、それが明確になった時点で調査組織から捜査機関に引き継ぐとよい。
- g) 医療事故で過失があってもその責任は問わないという考え方は、国民の理解が得られないだろう。調査の結果、明らかな過失が認められる事例については刑事処分もやむを得ないのではないかと。

【刑事捜査との関係】

- a) 過失が明らかな場合であっても航空・鉄道事故調査委員会のように、刑事司法の捜査と調査組織による調査を同時並行で進めるとするのが現実的。
- b) 直ちに警察が捜査に入るとなると、その2つを同時並行で行うことは極めて困難ではないか。医療機関内での事故調査の取組等の医療安全を推進する活動を妨げるような方向に向かうのは望ましくない。
- c) 院内事故調査委員会で調査が行われている間は警察の捜査は謙抑的に行なわれるべきだ。



ナショナルセンター

NC、域圏の専門医療機関、初期診療機関がネットワーク

検討会が中間まとめ。糖尿病の医療連携体制で基本的方向を整理

糖尿病等の生活習慣病対策の推進に関する検討会は8月22日、「糖尿病等の生活習慣病対策の推進」に関する中間取りまとめを概ね了承した。

主旨は、「新健康フロンティア戦略」、特定健診・特定保健指導、糖尿病を含む医療連携体制が盛り込まれる新医療計画等を踏まえて、糖尿病とその合併症については、初期診療から専門的診療に至るまでの医療機関が、相互に役割分担と連携体制を明確にした国立国

際医療センター等のナショナルセンターを中核とし、都道府県と地域の専門医療機関とネットワークを構築し、治療と予防の体制づくりを支援するべきとしている。

新医療計画に書き込まれる4疾患の1つである糖尿病の医療連携体制について、中核病院、都道府県の基幹病院ほかネットワークの構成と連携内容の基本的内容をまとめたもの。

地方公共団体に対しては、「糖尿病

の診断・治療は、各地域の専門機関においてのみ診療を行うよりは、初期診療を行う医療機関から専門的な診療を行う医療機関まで、数多くの医療機関における対応が必要」と提起。

都道府県には「糖尿病対策推進会議を活用することが有効である」と喚起している。

また、「地域において、効果的・効率的に生活習慣病対策を実施するためには、医療関係者等の生活習慣病対策

の担い手に対して、効果的な予防方法や診断・治療方法に関する研修を実施することが有効」とも指摘した。

新医療計画の「医療体制構築に係る指針」で、「医療の質を客観的に評価するために、患者の症例登録等を行うことが必要」とされていることを踏まえ、生活習慣病対策の中核機関が日本糖尿病対策推進会議に収集されている症例登録のデータを集約・分析する必要を提起している。

さらに、効果的な予防方法の研究開発のために、中核機関に対して、保険者の協力を得て特定健診・保健指導のデータを収集・分析することを求めている。

公立病院改革ガイドライン案を年内に作成

公立病院改革懇談会 数値目標の裏づけのある生き残り策を首長に求める

総務省による公立病院改革懇談会の第2回会合が8月29日に開かれ、自治体病院関係者3名を招いて、「公立病院改革ガイドライン」に関するヒアリングが行われた。

全国自治体病院協議会の小山田会長は、「経営形態や数値・指標先行のガイドラインでは医師の逃散を招くだけになる」と注文をつけた上で、「病院運営に対する開設者首長の限界が打ち破れないなら、地方独立行政法人(非公務員型)への移行もやむをえない」「収支バランスがとれない病院は、一般医療行政の一環である一般病院として存続させるべき」と、自治体病院の葛藤をこいみませた。

病院数で11.8%(1,060)、病床数で15.4%(25万床)を占める自治体病院は、救命救急センターの38.6%、エイズ治療拠点病院の37.4%、小児救急医療拠点病院の40.7%、地域がん診療拠点病院の46.7%を占めるなど、医療提供体制に一定

の役割を果たしている(04年~06年の実績)。

しかし、68.7%もの病院が経常損失(総額1,650億円)におちいり、14.5%の病院が不良債権(総額834億円)を抱えている(いずれも05年度)。

赤字の自治体病院は、地方公営企業法に定められている「繰出基準」にもとづいて経費を一般会計の投入に頼ることができるが、その繰出額(病院関係地方財政計画)の総額は07年度予算で6,063億円という巨額に達しており、しかも、年々増加をたどっている。

地方財政をむしろ温床となっている自治体病院を改革するために、5月の経済財政諮問会議で菅総務大臣は、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しの3つの視点から公立病院改革を推進すると表明した。

6月19日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2007」は、総務省に、2007年内にガイドラインを示し、各自

治体に、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定させるよう求めている。

懇談会は、国主導による自治体病院経営改革を進めるために「公立病院改革ガイドライン」案をまとめる目的で設置された。

総務省の資料によると、自治体病院の民間譲渡事例は02年~06年に12病院

で実施されている。地方独立行政法人化は公務員型が2病院、非公務員型も2病院実現している。指定管理者については06年11月現在で43病院が導入しているが、PFI事業は4病院に過ぎないなど、各自治体の事情もあり、改革のスピードは上がっていない。

懇談会は、自治体すなわち首長に、公立病院が生き残るための、数字の裏づけのある答案を作らせるためのガイドラインを短期でまとめ、医療計画が動き出す08年度以降の地域医療情勢を踏まえた「公立病院革命」の誘導をこころみようとしている。

自治体病院と私的病院との経営状況比較 (05年6月現在調査 単位:千円)

区分	自治体病院(比率)		私的病院(比率)	
医療収入(100床当たり)	134,438		134,917	
入院収益	88,508	65.8%	89,649	65.8%
室料差額収益	1,352	1.0%	3,174	1.0%
外来診療収益	42,830	31.9%	37,616	31.9%
その他の医療収益	1,748	1.3%	4,478	1.3%
医療費用(100床当たり)	151,028		132,643	
給与費	78,318	58.3%	67,933	58.3%
材料費	38,802	28.9%	32,222	28.9%
委託費	11,994	8.9%	9,299	8.9%
減価償却費	10,302	7.7%	6,300	7.7%
その他の経費	11,612	8.6%	16,889	8.6%

* 結核・精神病院を除いた一般病院の数値である。(第1回公立病院改革懇談会資料から)

初任給は看護師がアップ、医師はダウン

万2,430円から28万0,304円へと下がった。

2007年医療各職初任給・平均給与 給与は職種で分かれる—医師・看護師は上がり、その他職は下がる

国家公務員の給与勧告にあたって人事院が実施し、8月に発表した「2007年職種別民間給与実態調査」によると、新卒医師の平均初任給は36万2,963円と前

年(37万3,949円)より1万986円減少した。2005年の41万3,955円からは2年連続、しかも大幅なダウンとなった。

新卒看護師の平均初任給は20万5,010

円と前年度から4,026円上がった。

平均給与の増減は職種によって分かれた。病院長は147万4,639円から151万680円へ、医師は79万7,740円から84万9,189円へ、看護師は28万6,783円から29万0,134円へと上がった。

その一方で、薬剤師は31万4,396円から30万8,060円へ、栄養士は26万5,818円から26万2,976円へ、理学療法士も28

医療各職の平均給与月額 (単位:円)

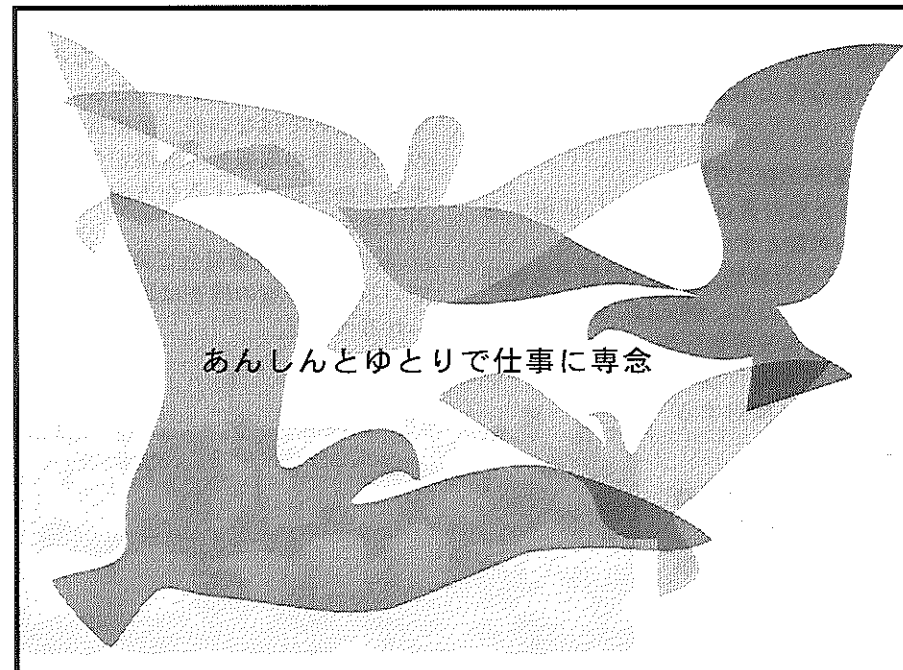
職種	平均年齢	平均支給額	
		2007年4月分	2006年4月分
病院長	58.6	1,510,680	1,474,639
副病院長	53.7	1,353,081	1,275,435
医科長	48.2	1,069,165	1,012,686
医師	39.8	849,189	797,740
薬局長	48.6	453,839	481,953
薬剤師	34.6	308,060	314,396
診療放射線技師	38.7	356,133	265,818
臨床検査技師	40.7	338,774	342,064
栄養士	36.0	262,976	265,818
理学療法士	30.4	280,304	282,430
作業療法士	29.7	270,051	267,102
総看護師長	55.1	521,725	516,654
看護師長	46.6	392,725	394,395
看護師	35.0	290,134	286,783
准看護師	42.8	262,907	265,832

(注)「平均支給額」とは「きまって支給する給与」から時間外手当を引いた額である。

新卒医療各職の2007年初任給 (単位:円)

職種	学歴	規模計	500人以上	100人以上500人未満	100人未満
準新卒医師	大学卒	362,963	344,857	520,724	256,300
準新卒薬剤師	大学卒	211,444	206,381	217,396	189,600
準新卒診療放射線技師	短大卒	196,112	188,759	212,959	-
新卒栄養士	短大卒	156,577	162,382	152,209	-
準新卒看護師	養成所卒	205,010	206,031	204,076	171,900
準新卒准看護師	養成所卒	165,933	175,345	162,761	-

(注)1.金額は、きまって支給する給与から時間外手当、家族手当、通勤手当等特定の者にのみ支給される給与を除き、公務員の地域手当に相当する額を含むもので、採用した事業所の平均額である。
2.「準新卒」とは、06年度中に資格免許を取得し、07年4月までの間に採用された場合をいう。医師については、04年3月大学卒業後、04年度中に免許を取得し、2年間の臨床研修修了後に07年4月までに採用された者に限っている。



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

9月内に検討会を設置、年内にも基本構想

社会保障カード 社会保障番号ともども導入を繰り上げ。2011年度中の実施をめど

舛添厚生労働大臣は9月11日の閣議後会見で、政府・与党が導入の方針を打ち出した「社会保障カード」の考え方をまとめる有識者による検討会を9月内に設置し、年内にも基本構想をまとめると言明した。

当初は「健康ITカード」の構想を2007年度内にまとめるという計画であったが、年金対策とのからみから実現に向けた動きが早まった。

年金、医療保険、介護保険に関する加入者情報の統合管理ができる「社会保障カード(仮称)」は、今年3月の経済財政諮問会議に厚労省が提示した「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」に盛り込まれた「健康ITカード(仮称)」が前身。社会保障番号と一体を導入するべく

2007年中にシステムの基本構想をまとめて結論を得るとし、「骨太の方針2007」にも書き込まれたが、導入時期は明確にされなかった。

その「健康ITカード」の前提が、すべての健康保険証を個人カードに移行させ、カードに保険証番号ほかの基本情報を記載したQRコード(2次元コード)の印刷を08年度から義務づけるという計画であった。

健康保険証のICカード化、個人カード化ともに01年に可能となった。

個人カード化については、政管健保が03年10月に採用するなど一部で導入が進められているが、旧来型の保険証交付も認められていることから、健保組合の75%、国民健保の80%がまだに世帯単位の保険証を交付している。

ICカードにいたっては、大手健保組合のごく一部に限られている。

厚労省は、この、バーコードの約100倍の情報量が収まる個人カードを、レセプトに自動的に保険証番号等を転記できることから、まずは08年度の後期高齢者医療制度に導入、2010年には全面実施にもっていき、その後に「健康ITカード」の導入を予定していた。

しかし、年金記録をめぐる混乱を收拾するために、政府・与党は7月5日に打ち出した対策の中で、「新たな年金記録管理システム」として「社会保障カード」を1人1枚発行し、健康保険証や介護保険証の役割を持たせて11年度中をめどに導入する方針を打ち出した。この結果、QRコード方式の採用は急遽撤廃された。

「社会保障カード」には偽造防止などに役立つICチップがうめこまれるが、カードに具体的な情報は搭載されない。詳細な年金・医療・介護等の情報は政府のサーバーに蓄積され、端末からデータに接続する際に本人確認を行なう「身分証」の役割を果たす。

この「社会保障カード」の具体化を、社会保障番号の導入ともども急ぐというのが舛添厚生労働大臣の説明だ。

舛添大臣は、すでに、省内に社会保障カード導入部会の設置を終えたことを明らかにし、「年内にも基本構想をまとまらねばならない。有識者を集めて、社会保障カードのあり方に関する検討会を立ち上げることに決めた」と説明。9月末に第1回の会合を開く予定であることを明らかにした。

医療短信

BRIEF

●東京3弁護士会が「医療ADR」を設立
一般紙の報道によると、東京の3弁護士会(東京、第1東京、第2東京)は9月6日、患者と医師・医療機関との紛争を裁判をせずに解決を図る仲介組織(医療ADR)を設立した。

患者側代理人の経験者と医療機関側の代理人経験者ら3人の弁護士が仲裁委員となり、当事者双方を交えて話し合い、仲裁や和解など訴訟以外の解決策を探るといふもの。

医療訴訟の経験が豊かな弁護士30人を仲裁委員に選び、患者、医療機関、中立の立場から審理を担当する。弁護士会が医療に特化した仲裁機関を設けるのは全国で初めて。

ADRについては、「裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律」が4月1日に施行され、同法に規定する裁判外紛争解決手続の認証制度もスタートしている。

また、日本医療機能評価機構が医療側と患者側の対話を仲介するメディエーターの養成講座を開始したが、九州大大学院や東京大大学院にも同種の講座が前後して設けられるなど、医療ADRをめぐる動きが活発化している。

●特養看護職の離職率は25%、U型は40%
全国老人福祉施設協議会(中村博彦会長)が会員施設を対象に8月に実施した緊急調査による、特養に勤める看護職員の離職率(全国平均)は25.3%に達していた。

都市規模別では、特別区(=東京23区・1年目の年収466万300円)15.8%、特甲地(=大都市・同364万400円)33.2%、甲地(=地方都市・同335万1200円)33.0%であった。ユニット型の看護職員は

40.5%とさらに高い離職率を示した。

介護職員の離職率は19.8%(特別区28.5%、特甲地23.1%、甲地21.3%)。特別区以外は年収が大きく下回る介護職員よりも看護職員の方が離職率が10%ほど高かった。

看護・介護職員の採用率は特別区27.3%、特甲地22.2%、甲地20.3%。

8月24日に行われた「介護事業運営の適正化に関する有識者会議」のヒアリングで、全老協協は「職員不足が慢性化している。特別区は高額給料によってようやく人材を確保しているため、経営を圧迫している」と説明した。

全老協協は「半数の施設で、大都市部では65%の施設で介護職員が不足し

ている」とも指摘。基準の(看護・介護)3対1は「絵空事」であり、必要な配置は従来型で「2.3対1」、ユニット型個室では「1.8対1」が目安になっていると窮状を訴えた。

●富士通健保がクレジット機能付保険証を採用

三菱UFJニコス(大森一廣社長)は8月22日、富士通健康保険組合との間で、医療費の支払いを後払いできる「健康保険証カード(ポストペイ方式)」制度の導入で合意したと発表した。

「健康保険証カード(ポストペイ方式)」とは、保険証を世帯単位の紙様式から家族1人1枚が持てるカードに変更、診療の窓口払いにのみ使えるポストペイ

機能(クレジット支払い機能)を付加したもので、特許出願中としている。

NICOSカードの子カードとして、NICOS会員とその家族(12歳以上)に発行される。ただし、同カードが通用する提携医療機関でしか使えない。

富士通健保組合の取り扱いは2008年春に開始する予定。三菱UFJニコスでは、同カードの発行を2008年度までに60組合(60万枚)で発行する目標を立てており、さらに、年金や介護保険と統合した「社会保障カード」の導入を視野に収め、健康診断情報の搭載などカード機能拡大の検討を始めた。

富士通健保組合は、富士通グループ142社の被保険者13万人、被扶養者15万3千人計約28万3千人で構成されている。

後、永年勤続優良看護職員表彰(25名)、スポンサーエーザイの商品説明、そして、長英一郎氏の講演(テーマは「医療法人制度改革について」)と続き、夕刻6時から懇親会に入り、7時30分に散会した。

総会では昨年度の事業および決算、今年度の事業計画案・予算案、第49回

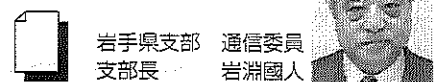
全日病学会出席法人に対する補助金の支給、これまでの規約を踏襲することの確認、そして、全日病の動向(会長交代等)と報告等を承認した。

当日は盛岡の夏祭り「さんさ」盆踊りの最終日で、ギネスブックに載った世界最多の太鼓の群舞を見ることができた。

支部からの報告

スポンサーを得て総会と講演会

医法協、県私立病院協会と一体の活動



岩手県支部 通信委員 支部長 岩淵國人

岩手県支部(会員18名)は、ここ数年、医法協岩手県支部(会員10名)と岩手県私立病院協会(会員24名)の3協会合同で活動をしている。

過去には各協会に専任の会長(支部長)がいたが、現在は各協会の会長を私岩淵が兼任し、全日病の副支部長は赤坂俊幸が、3協会の事務局は小川久(大洋薬品)が務めている。

今回は、8月4日に行なった3協会合同の活動の一端をご報告する。

会場は盛岡駅近隣のホテルで、プログラムは午後2時30分より総会、その

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

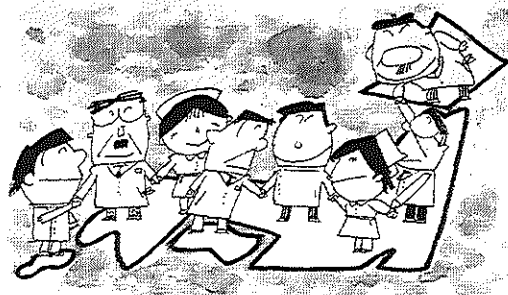
- 2007年8月
- 3日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
 - 4日 医療安全管理者養成課程講習会(～5日)、医療機関トップマネジメント研修(～5日)
 - 8日 会長・副会長会議、広報HP作成WG委員会
 - 9日 DPC分析定例会議
 - 10日 DPC分析事業「Medi-TARGET」操作説明会、IQIP参加病院説明会、日病協/病院医療の実態ワーキンググループ、病院機能評価委員会、

- 11日 医療経営人材育成事業運営委員会
- 11日 病院事務長研修コース(～12日)
- 17日 会長・副会長会議、総務委員会
- 18日 医療安全管理者養成課程講習会(～19日)
- 22日 四病協/総合部会
- 24日 日病協/代表者会議、特定健診・特定保健指導制度説明会(神戸市)、人間ドック委員会(神戸市)
- 25日 理事会・常任理事会・支部長会(神戸市)
- 26日 病院のあり方委員会(神戸市)、夏期研修会(神戸市)
- 31日 医療保険・診療報酬委員会

基金加入で『ゆとり』をプラス

全国に広がる『病院基金』に、ぜひご加入を。

病院厚生年金基金は、税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



基金加入のメリット

- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の充実が図れます。

- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 北海道 ☎011-261-3172 | 兵庫 県 ☎078-230-3838 |
| 秋田 県 ☎018-824-5761 | 奈良 県 ☎0742-35-6777 |
| 山形 県 ☎023-634-8550 | 和歌山 県 ☎073-433-5730 |
| 福島 県 ☎024-522-1062 | 鳥取 県 ☎0857-29-6266 |
| 茨城 県 ☎029-227-8010 | 島根 県 ☎0852-21-6003 |
| 栃木 県 ☎028-610-7878 | 岡山 県 ☎086-223-5945 |
| 群馬 県 ☎027-232-7730 | 広島 県 ☎082-211-0575 |
| 埼玉 県 ☎048-833-5573 | 山口 県 ☎083-972-3656 |
| 千葉 県 ☎043-242-7492 | 徳島 県 ☎088-622-1602 |
| 東京都 ☎03-3833-7451 | 香川 県 ☎087-823-0788 |
| 神奈川 県 ☎045-222-0450 | 愛媛 県 ☎089-921-1088 |
| 新潟 県 ☎025-222-3327 | 福岡 県 ☎092-524-9160 |
| 富山 県 ☎076-429-7796 | 長崎 県 ☎095-801-5081 |
| 石川 県 ☎076-262-5261 | 熊本 県 ☎096-381-3111 |
| 長野 県 ☎0263-36-4834 | 大分 県 ☎097-532-5692 |
| 静岡 県 ☎054-253-2831 | 宮崎 県 ☎0985-26-6880 |
| 滋賀 県 ☎077-527-4900 | 鹿児島 県 ☎099-227-2288 |
| 京都府 ☎075-255-1312 | 沖縄 県 ☎098-869-3521 |
| 大阪府 ☎06-6776-1600 | |

DPCデータを自院分析に活用。ベンチマーキングも

DPC分析事業 共同事業で安価を実現。初期費用とメンテナンス要員の配置も不要

全日病が7月から始めた「DPC分析事業」が順調に滑り出した。

DPCを取り入れた病院が厚生労働省に提出するデータのD、E、Fファイル、様式1・4を「DPC分析事業」事務局に提出し、豊富な分析データを得るといこのシステムに、すでに20の会員病院が参加登録を終え、毎月のデータ提出を始めている。

1,000床を超える病院がある一方、100床未満もある。また単科病院、ケアミックス型、さらには公的病院や大学病院もあるなど、参加病院の顔ぶれは多様だ。

参加病院の評判は上々で、運営に携わる本会事務局担当者も手応えを感じている。事務局に寄せられる問い合わせや質問も相変わらず多く、関心の高さを裏づけている。

好評の秘訣は、データ分析後のアウトプットが、診療と経営の分析に必要なレベルを十分満たしている上、投入する費用が個別導入の場合と比べると格段に安い点にある。

DPCによる経営分析と費用対効果の両面から注目を浴びている「DPC分析事業」について報告する。「DPC分析事業」の詳細は本会ホームページから入手できる

2003年4月から始まったDPC包括評価は4年目を迎え、今や、DPC対象病院は360(18万床)、DPC準備病院は1,070病院(28万床)にまで増え、合計病床数は約46万床と一般病床の50%を上回るにいたった。

DPCの登場によって診療とコストに関するデータ分析が可能となった。

しかし、現実には、厚生労働省が公表する分析結果は、例年7～10月の患者調査とDPC分科会によるDPC導入影響調査もしくは特別調査の範囲に限定されており、データ項目も在院日数、入退院経路、退院時転帰、再入院率、患者構成など特定範囲を超えない。

これらの調査は、DPC導入による効率性向上の把握や「粗診療療」のチェックが主目的であり、自院の経営分析に活かせるものとはなっていない。

そこで、多くの病院はDPCのデータを院内で独自に蓄積し、その分析と評価を試みている。中には、データウェアハウスを設置し、分析専用データベースを用いて蓄積情報をDPC運営に活用する経営支援システムを開発するといった試みもある。

ただし、各種の指標を用いて他院と比較するベンチマーキングは、そうした経営支援システムとは別ものであるため、高額な投資によって得たデータも、そのみでは他病院との比較には生かせないというのが現実だ。

では、DPCの運営によってもたらさ

れる有意なデータは、どうしたら有効に活用できるのだろうか。この、とくに中規模以下の病院にとっては切実な要望に、明快な回答を与えるのが本会のDPC分析事業である。

DPC分析事業の開発を進めた飯田修平常任理事(医療の質向上委員会委員長)は、DPCの意義を「標準的コードにもとづいた、質指標による評価が可能な体系であること。マクロ・ミクロでの評価ができる上、毎月、請求のためにデータを出すことで、データの時系列な蓄積ができ、その推移が見える」と説明する。

ただし、そのためには、「各病院が自院分析に役立てるだけでなく、グループ内や他病院群との間でベンチマークを行なうことによって、医療の質、経営の質向上に役立てることが必要である」と指摘している。

この、「自院分析に役立てる」とことと「ベンチマークを行なう」ことを、同時に実現したのが「DPC分析事業」である。

この方面ですぐれた実績を持つニッセイ情報テクノロジー社のシステムをAPSで(インターネットの上で)使用するとともに、本会会員向けの新たな分析ソフトを追加、さらに、共同開発のメリットをいかして低費用を追求した結果、質が高い、使い勝手、安価なベンチマーク事業「DPC分析事業」が実現した。

その概要は以下のとおりである。

費はNissay-ITが負担する(院内工事については参加病院側の負担となる)

提供サービス(選択)

サービス名	
エクスプレス版(お試し版)	【1ヶ月分】2.5万円 1病院様1回限り
スタンダード版(定型分析版)	【初期導入】30万円 【月額】5万円(2ユーザー) 【事務手数料】3.5万円
エンタープライズ版(定型分析・自由分析版)	【初期導入】40万円 【月額】8万円(2ユーザー) 【事務手数料】5万円

●参加病院は本会事務局宛に、厚生労働省に提出するD、E、Fファイル、様式1・4のデータを毎月定時に送信すれば、約1ヵ月後には、本会会員専用ボードを通して分析結果に接することができる

(準備病院は、Dファイルの代わりにDPCコードを提出)。

●参加は随時可能で、データがあれば過去に遡った分析も受けられる。

利用料金 (単位:円)

サービス種類	契約一時金	利用		事務手数		合計	
		月額	年額	月額	年額	月額	年額
エクスプレス版※1				25,000			25,000
スタンダード版※2	300,000	50,000	600,000	3,500	42,000	53,500	642,000
エンタープライズ版※2	400,000	80,000	960,000	5,000	60,000	85,000	1,020,000

※エクスプレス版は原則として1病院1回限り。

サービス内容の詳細

●分析結果の提供方法は「エクスプレス版(試用版)」「スタンダード版(定型分析版)」「エンタープライズ版(定型分析・自由分析版)」の3タイプから選択でき、各利用料とも特別価格が設定されている。

●ベンチマークについては参加会員病院以外の病院間との比較もできる。

【定型分析機能について】

定型分析では各病院でよく使われそうな分析の視点を予め準備しているので、すぐに利用が可能。見たい箇所をクリックしていくだけで負荷なく課題発見から原因追究することができ、様々な視点からの分析で、診療の効率化や改善効果を評価できる。

【アウトプットの展開例】収入の視点分析

- ・DPC毎の包括と出来高の差額は?
- ・患者間の違いは? 診療区分毎の金額の違いは? 問題は注射か、画像か、検査か?
- ・原因は診療行為の違い?
- ・原因はパス? 改善余地は?

【全日病会員専用ボードの機能】

- A. プリセット分析
経営への影響が大きい指標や、先行してDPC分析事業に取り組んでいる参加病院で反響が大きかった指標を、あらかじめ定型画面に組み込んで提供する。
(例)「包括算定されている先発品について代替品に変更する効果がある医薬品を知りたい」「包括算定されてしまう検査・画像の実施状況を診療科別に調査したい」
- B. ライブラリ(随時更新)
先進的な経営に取り組んでいる参加病院で実際に使って効果のあった指標を定型画面で随時提供する。

C. リクエスト分析

全日病参加病院の要望を集積し、柔軟な分析パターンを定型画面で提供する。全日病独自の指標を作成する。

D. 将来の診療報酬制度改定への対応

将来の医療制度改正、診療報酬改正への対応を迅速かつ適切に行えるので、全日病参加病院が安心して利用することができる。

【非定型分析機能について】

非定型分析は自由な視点から自在なデータ抽出ができ、簡単操作で表の作成、グラフの挿入、データのエクспортまでサポートする。任意の項目を選択でき、データの計算処理などの手間を省力化するために予めデータを使いやすい形に2次加工した状態で用意している。

- ・データ抽出が簡単
- ・目的に応じて、様々なグラフ表現が可能。
- ・様々なファイル形式でエクспортが可能。エクセル等でさらに細かいデータ分析も可能。

【病院指標ベンチマークの特徴】

- ①比較したい病院群を自由に選べる(全日病以外の病院との比較もできる)
- ②表示単位を自由に変更できる
- ③多数の先行病院の取組みを参考できる(全日病以外の病院のデータも閲覧できる)
- ④PDF等での院内活用が容易にできる

DPC導入をこれから準備する病院も可能!

DPC分析事業の仕組みとメリット

- 参加病院は全日病会員であることが条件。DPC対象病院や準備病院だけでなく、データを出せる状態であれば導入に向けて準備中の病院も参加は可能。
- 参加病院はインターネット接続のみで利用でき、高額なソフト、サーバー等の初期費用、メンテナンス要員の配置がいらぬ。専用回線(Nissay-IT)を敷設することになるが、初期費用、月額通信

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



個人情報漏えい保険のイメージ

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