



全日病 NEWS 6/15

21世紀の医療を考える全日病 2008

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.688 2008/6/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2007年度事業報告と決算を承認

第91回代議員会・第80回定期総会 「終末期相談支援料」で質疑、執行部は本会書式案めぐる経緯を説明



第91回定期代議員会・第80回定期総会が6月7日に東京都内で開催され、07年度事業報告と決算をともに承認した。(3面に事業報告前文、会長挨拶、質疑応答)

西澤寛俊会長は、冒頭挨拶で、「医療制度改革は経済財政の視点から医療費給付削減が優先され、議論の透明性に欠けていた。多くの問題が表面化し、混乱しているが、我々は、それでも医療の質向上を目的とし、透明性を確保した議論にもとづいて推進されるべきであると考え、そのような改革を主導していきたい」と所信を表明した。

代議員からは活発な質問と意見が示されたが、とくに、後期高齢者医療制度に反対する論者が本会「終末期指針案」の書式案を誤用しながら、撤回を求

めた後期高齢者終末期相談支援料について、執行部の見解を質す場面が多かった。

西澤会長は、書式案は「終末期指針案」に添付された記録様式の1つに過ぎないとして、終末期医療のあり方を検討してきた本会の基本的な姿勢をあらためて明らかにした。また、「終末期指針案」をまとめた病院のあり方委員会徳田委員長は、「指針案」を各界のリーダーと議論している現在の取り組みを詳しく説明した。

西澤会長は、さらに、後期高齢者医療のあり方を検討してきた特別部会が診療報酬の骨格案をつくり、それを含めた改定基本方針を社会保障審議会がまとめ、中医協はその方針枠内で終末期相談支援料等の設定をしたと、改定の

経緯を整理して示した。一方、「全日病が終末期相談支援の点数をとらんとして書式案を作った」という一部の指摘には、「まったくの誤解であり、事実ではない」と否定した。

その上で、終末期医療に対する患者の希望を正しく反映させるためには、医療側と患者・家族の間に適切な情報提供と話し合いが欠かせないとして、「後期高齢者終末期相談支援料は、点数の問題ではなく、患者の意思を尊重した医療をしっかりとやれという現場に対する理念を示したものだ」と、終末期相談支援料の主旨を説明した。

また、代議員の質問に答える中で、

西澤会長は、会員資格を病院に限定している現行定款の見直しを検討する考えを明らかにした。

現在、診療所に転換した会員は、希望すれば残留できるという内規があるが、今後の老健転換の動きも踏まえ、資格条件の見直しに着手するもの。

2007年度決算報告は、当期収入合計約5億1,400万円、当期支出合計約5億3,500万円と、収支差が2,100万円のマイナスを計上した。しかし、1億4,700万円にのぼる前期繰越収支差額があり、次期繰り越し収支差額として1億2,600万円を計上した。

次期改定へ、初再診料めぐる議論で応酬

中医協総会・基本小委 後期高齢者医療診療報酬に、大臣より見直し諮問の可能性

6月4日に開催された中医協総会は、薬価の新規収載、DPC包括評価から除外して出来高算定とする高額な新規収載医薬品、在宅自己注射指導管理料の追加薬剤、2008年度診療報酬改定に検証項目リスト(本紙6月1日号既報)をそれぞれ承認した。(2面に関連記事)

中医協会長、舛添大臣の「中医協は不透明」発言に遺憾の意

総会の冒頭、中医協の遠藤久夫会長(学習院大学経済学部教授)は、舛添要一厚生労働大臣による「中医協は不透明で

ある」という発言に所感(4面)を示し、中医協の立場から遺憾の意を表わした。一方、厚労省保険局原徳壽医療課長

は、後期高齢者医療の診療報酬をめぐる5月21日の総会における議論に触れ、「前回の議論の内容は大臣にしっかりと伝えた。この問題については与党のプロジェクトチームから何らかの方向が出ようとしている。これを踏まえて大臣が一定の判断を下そう。それにもとづいて、中医協で議論をすること

もあり得る。よろしくお願ひしたい」と説明。後期高齢者診療報酬が見直しとなる可能性を示唆した。

総会に続く診療報酬基本問題小委員会は、次期2010年度改定を見据え、初再診料を粗上に上げ、今後議論を進める方向性について活発な意見を交わした。(基本小委の議論は2面に掲載)



予算建議に自然増抑制継続を明記

四病協、日病協ともに2,200億円削減の撤廃を求める

財政制度等審議会(西室泰三会長)は6月3日、「2009年度予算編成の基本的考え方(建議)」をまとめ、額賀財務大臣に提出した。

建議は、消費税の早期引き上げを提起するとともに社会保障給付のさらなる合理化・効率化を求め、「基本方針2006」で示された、5年間で1.1兆円(年間2,200億円)の伸びを抑えるという歳出改革を09年度予算でも継続する考えを明確にした。

2,200億円の自然増抑制をめぐる政府与党も意見が相半ばしている。5月30日の「安心と希望の医療確保ビジョン」で松浪政務官は「(舛添)大臣は2,200億円の問題で大変がんばっている」と強調したが、舛添大臣は、ビジョンをもって福田首相と直談判する意向を表明している。

6月3日の記者会見で大田経済財政相は、「基本方針2006」に「(毎年)2,200(億円を抑制する)」とは書かれていない」と

説明。これが、「5年間で1兆1,000億円抑制できれば09年度の2,200億円抑制にこだわる必要はない」という憶測とな

って、永田町に広まった。ただし、現在のところ、福田首相は改革の象徴であることを理由に、09年度予算でも2,200億円抑制を踏襲する考えを表明している。

医療崩壊の進行に危機感を強める病院団体は、相次いで意見表明を行なった。日本病院団体協議会は6月6日に「2,200

億円削減の撤廃を求める」声明を出し、厚生労働大臣、医政局長他主要局長、自公民3党の衆参議員ほかに提出した。

四病院団体協議会も6月9日、「2,200億円削減の撤廃を強く要望する」という要望書を公表、内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣、関係国会議員ほかに提出した。

医療機関部門別 収支調査

部門別収支調査が次期改定の基礎資料に!

6月13日の医療機関のコスト調査分科会に2007年度の医療機関部門別収支調査研究結果が報告された。

部門別収支調査は、03年3月閣議決定の「診療報酬体系に関する基本方針」で「医療機関のコスト等に関する調査・分析を進める」とされ、03年度から実施されてきた。07年度は、大学病院を除く85のDPC対象・準備病院から有効データを得ることができた。

病院を、入院、外来、中央診療、補助・管理の4部門に分け、入院・外来の直接費用に中央診療・補助管理の各費用を配賦した結果、入院は黒字、外来は赤

字という傾向が明らかとなった。

今回調査の特徴は、中央診療部門からの配賦に際し、手術等の行為ごとに基準となる費用を定め、その相対比を「等価係数」として用いて診療科別の収支を得たことにある。

もう1つは、手術について特殊原価調査を実施して等価係数を修正、「標準的等価係数」を得たこと(対象5病院)。特殊原価調査の結果は「外保連調査」の結果と概ね共通した。

診療科別の収支結果を調査病院の認識とつぎ合わせた結果、約6割の病院が「一致・ほぼ一致」と回答。「分からない」

とした病院を除く一致率は8割に達した。

報告は、今回の調査で部門別原価調査の手法とデータの安定性が確認されたとし、「公的な調査として活用可能な段階になった」と評価した。

これを踏まえ、事務局は、DPC対象・準備病院から140病院を選んで一般原価調査を08年度調査に試行、次期改定の基礎資料に用いる方針案を提示、調査結果ともども了承された。方針案は基本小委で正式に議論される。

方針が認められると、改定に際して、病院は医療経済実態調査に「代わる」有効なデータを確保することになる。

清話抄

今年も、また、暑い夏なのでしょうか。今から20年くらい前、僕が病院で働き始めた頃。クーラーは夜9時には切られ、涼をとるために、窓を開けていたような記憶があります。熱発した患者さんには水枕と扇風機。今思うと、たまたま暑い夏を過ごしていたように思います。

近年、ガソリンの価格が上昇、ついで食品価格も軒並み上昇。そんな中、我々病院は大変な経営をしています。これ以上、価格上昇を吸収する体力が残っているのでしょうか。これまで以上に未収金が増えていくのでないかと、心配するばかりです。

地球温暖化の話では、気温が上ると多くの土地が海に奪われ、あるいは砂漠化してしまい、食料が足りなくなり、

大変なことになるという。しかし、ふと考えるのですが、逆に、カナダやロシアにある広大なツンドラの大地が緑豊かな大地に生まれ変わり、多くの穀物が採れるようになれば、今より豊かな生活ができるのではないだろうか。

あるいは、50年後に日本国民は50%減になる、当然何もしなくてもCO2排出量は半分になるとも思うのだが、そう考えるのは私だけだろうか。

人口が半減! 日本の地方都市は今から劇的な変化に曝されることでしょうか。地域に密着して経営している病院はどうやっていけばよいのだろうか。もう少し、未来を真剣に考えないと地域のために頑張っている病院が、崩壊してしまうのではないのでしょうか。

それはさておき、今年の夏は、環境に優しい室内温度を何度にしようか? ひとつ真剣に考えないと…。 (直)

主張

改革が揺り戻しの時期に。もう杓子定規は止めよう！

現在の医療制度は杓子定規という言葉で表わされよう。杓子定規を広辞苑で引くと、①(杓子の曲がった柄を定規に利用したところから)正しくない定規で測ること、②一定の基準で強いて他を律しようとする事、形式にとらわれて応用や融通のきかないこと、と説明されている。

国は、「医療費亡国論」という正しくない定規にもとづいて医療費削減を決め、医療崩壊を引き起こしてきた。

また、規制緩和という基準(原則)を掲げながら、営利企業参入の規制を緩和した以外は重箱の隅を楊枝でほじくるような法令遵守を指導し、

医療人のやる気を失わせてきた。これも医療崩壊の一因となっている。

一方、医療制度もコロコロ変わり、やっと達成したかと思うと、すぐにはしごを外されるという事の繰り返しである。

もう杓子定規は止めていただきたい。行き過ぎた改革が揺り戻しの時期に来ているが、これからは、もっとフレキシブルな定規が必要である。それにはブーメラン定規が良い。ブーメランは中心を正しい基準とし、外径と内径は長さが異なる。

今までは内径の小さい方でのみ測っていた。医療は不確実であり、「1+

1は2」が正解とは限らない。自動車のハンドルにも遊びがあるように、医療はもうすこしゆとりのある制度にしてほしい。

そのためには、グルグル回り原点に戻ってくるブーメランのようにフレキシブルな尺度が必要である。フレキシブルといっても、今回の後期高齢者医療制度を見ても国民が怒れば制度は変わるように、その判断は国民が決定する。

去年は「偽」がはやり、法令遵守が強く叫ばれた。しかし、首都高速を走行中に最高速度60Kmを守っている人はほとんどいない。

同じように、患者のニーズに応えながら労働時間を守れている勤務医もほとんどいない。

私は、期限が切れた薬は我が家の愛犬と自分用に使っているが、今のところ何の支障もない。だからといって法令遵守をしないというのではない。程度の問題で応用や融通をきかしているだけである。

国民が求める制度は「いつでも・どこでも・だれでも」恩恵に浴するというのが原点であるはず。医療現場と国民の目線に基づいた制度を考えて欲しいものだ。(F)

西澤会長、現行初再診料の定義明確化を求める

基本小委 初再診料問題は診療報酬体系化議論と重なるという認識で一致

6月4日の基本問題小委員会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、08年度改定の答申に付記された次期改定に向けた検討課題の1つに基本診療料があることを受け、初診料・再診料・外来管理加算のあり方をテーマとして提示、点数の変遷や診療所における診療報酬に占める当該項目の比率など関連した資料を示した。

初再診料について原医療課長は、今改定後に、本紙に「次期改定の最大テーマは初再診料である」という認識を表明している。改定3ヶ月目の中医協に、こうした具体的なテーマが次期改定課題として取り上げられるのはきわめて異例だが、基本小委の遠藤委員長は「このテーマは時間をかけて議論したい」と応じ、まずは「議論の進め方を中心に議論したい」と提案した。

事務局の説明に、支払側の対馬委員(健保連専務理事)は、「(通り一遍の)資料内容にはきわめて不満だ」と苦言を呈した。

対馬委員は、①基本診療料と特掲診療料の違い、②包括評価と出来高の違い、③ホスピタルフィーとドクターフィーの違い、④大病院と中小病院の違い、⑤有床診と無床診の違いといった切り口を例示してみせ、初再診料のあり方を総合的に考察した資料の作成を求めた。

また、外来管理加算の検討資料として、診療所の診療科別診療報酬収入比率を明らかにするよう要求。さらには、疾病や年齢等患者特性との関係を示すデータや、患者からみた分かりやすさを視点としたり、患者負担率との関係を踏まえた資料など、過大とも思える要求を事務局にぶつけた。

同じく支払側の松浦委員(香川県坂出市長)は「(医療課は)支払・診療両側を納得させる資料が出せるのか」とさらに力を込め、当該資料として「(診療所)全関係者の所得を捕捉し、国民一般の所得と比べるという方法がある」と提起。「これこそ問題を理論的に詰める上で最大に重要なデータだ」と強調した。

一方、診療側は、西澤寛俊委員(全日病会長)が、事務局に対して「現行初再診料の考え方を明確にしてほしい」と注文。さらに、「このテーマは、ホスピタルフィーとドクターフィーのあり方にかかわり、診療報酬とは何かというテーマにも行きつく」と、論点の基本的な位置づけを明らかにするとともに、その定義を明確にしつつ、診療報酬体系のあり方と重ねながら議論を進めていく必要を提起した。

その上で、「我々は初再診料を技術料とみているが、その中には、そうと

は言えないコストも含まれている」と、事務局が示した資料(別掲)に「初再診料等の中に含まれると考えられるもの」として、設備、光熱費、施設整備費等があげられていることに注意を喚起。「そうした、議論を深める材料がもっと明確に示されるべきである」と求めた。

新たに中医協委員に任命された藤原委員(日医常任理事)も、「このテーマを議論すると診療報酬体系のあり方に行きつくことだろう」と応じた。そして、「初再診料は技術料とされている。しかし、厚労省は外来管理加算も技術料に位置づけている。こうした基本的な部分も明確になっていない」と指摘。事務局に、「まず、(過去から今改定にいたる)基本的な考え方をプレゼンテーションしてほしい」と詰め寄った。

原課長は「過去の改定で事務局がその都度示してきた考え方を追いかけるしかない」としながら、「余り明確な体系としてあるようにはみえない」とも釈明。コストやケースミックスといった考え方とデータを踏まえた診療報酬

体系の構築がまだ途上にある現状を率直に認めた。

一方、遠藤委員長は「(診療報酬は)基本的には中医協で決められてきたもの」と事務局を擁護し、「西澤委員や対馬委員の言うように、もう少し幅の広い視点からみていく方がよいのでは」と、中医協が今後の議論で答えを導くものとする認識を披露した。その上で「議論は本質的な視点からされるべきだ。

□初診料、再診料、外来管理加算について(厚労省資料から)

第2 初診料、再診料等の中に含まれると考えられるもの

- 1 診療にあたって、個別技術にて評価されないような基本的な診察や検査、処置等
 - ・ 視診、触診、問診等の基本的な診察方法
 - ・ 血圧測定、血圧比重測定、簡易循環機能検査等の簡単な検査
 - ・ 点眼、点耳、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置等の簡単な処置 等
 - 2 診療にあたって、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト
 - ・ 上記に必要な従事者のための人件費
 - ・ カルテ、基本的な診察用具等の設備
 - ・ 保険医療機関の維持に係る光熱費
 - ・ 保険医療機関の施設整備費 等
- が含まれると考えられる。

西澤会長、在宅自己注射基準の相対化に苦言

6月4日の中医協総会は、在宅自己注射指導管理料の対象として、新たに、遺伝子組換えヒト卵巣刺激ホルモン製剤とアダリムマブ製剤の2薬剤の承認について審議した。

この後者、関節リウマチ(既存治療で効果が不十分な場合)を対象とする製剤については、用法に「2週間に1回皮下注射する」と記されていたが、西澤委員(全日病会長)は、在宅自己注射が認められる薬剤の条件に「頻回の投与又は緊急の投与が必要なものであり、外来に通院して投与し続けることは困難と考えられるもの」とあることを指摘、「この製剤はこれに当てはまるといえるのか」と質した。

この質問に、原医療課長は、「2週間というのはこれまでで初めてである。ただし、これは継続的に行なわれるもので



▲中医協総会に臨む西澤会長(左から4人目)

あり、外来通院が困難であることを踏まえて認めるということだ」と答えた。

これに対して、西澤委員は「基準をもう少し明確にしないと、例外ばかり増えて、なし崩しとなる恐れがある」と、適用条件の曖昧さを見直す必要を提起した。

これを受け、遠藤会長は、いったん「この件は再審議に付してはいかがか」と承認の先送りをサジェストしたが、他委員から、今後の議論の必要を認めた上で「適用を待っている患者がいる」ことからひとまず承認を認めてはという意見が示されたため、議論が続けられた。

西澤委員は「きちんとした基準がないと、逆に患者に迷惑がかかる可能性がある」と、診療報酬算定原則の明確化こそが重要とする認識を示した。

その上で、「色々な考え方はあろう。しかし、2週間に1回というのであれば、訪問診療や訪問看護を利用できる。副作用の可能性に診療側はどう対応するのか。また、訪問診療等でなぜ注射できないのか」と、再び疑問を投げかけた。

この疑問に、原課長は「副作用については、学会から、海外では自己注射が認められているとして申請があった」と答えるにとどまったが、他委員から「これを前提とせず、今回は緊急判断ということではいかがか」といった意見が示されたこともあり、遠藤会長は次回総会で取り上げることを宣し、事務局に用意を求めた。

西澤委員は、こうした議論を踏まえ、在宅自己注射指導管理料の2薬剤追加に同意した。

精神科医療提供体制再構築の議論始まる

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、精神科医療提供体制の再構築に関する議論が始まっている。

検討会は4月11日に始まったが、5月29日の第3回会合では、相談体制、入院医療、通院・在宅医療、医療体制・連携、精神医療の質の向上という5点に分けた「精神保健医療体系の再構築に関す

る論点案」が事務局(厚労省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)から提示された。

入院医療に関しては、①病期・疾患に応じた入院と機能分化のあり方、②機能分化推進の方策、③人員・構造等の基準、機能毎の必要量、病床機能強化のための方策など今後の精神科のあり方、などが提起された。

精神医療提供体制については、2004年9月に決定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が定められている。

「改革ビジョン」は10年間を区切りとしているが、来年09年の9月に中間点を迎えるため、前半の実績評価にもとづいて後半5年間の重点施策を定める必要があることから検討会が設置された。

西澤会長、会員資格を見直す考えを表明

第91回代議員会・第80回定期総会 「質向上を目的とした、透明性ある議論に基づいた改革は進めるべきである」

第91回代議員会・第80回定期総会 西澤会長の挨拶(要旨)

2006年に成立した医療制度改革関連法は経済財政の視点とくに医療費給付費削減が優先され、議論の透明性もなかった。当時我々が指摘したとおり多くの問題が表面化している。

それでも改革は進めるべきである。しかし、我々が考える改革は経済財政の視点のみではなく、医療の質向上を目的とした改革であり、それを透明性が確保された議論にもとづいて推進されるべきである。

私は、昨年10月より中医協委員として診療報酬改定にかかわってきた。現在の中医協は、限られた権限と決められた財源の中でしか議論ができない。そうした中で、すべて公開の下、診療側、支払側、公益委員は真剣な議論を交わし、改定を行なった。

満足できるものではなかったが、厳しい環境の下ではそれなりの成果を得ることができたと思っている。各病院の経営にどのような影響を及ぼしたかは、今後、調査等を経て検証し、何らかの問題が明らかとなれば、提言していきたい。

診療報酬は、決められた財源の下で配分を決めるやり方ではなく、やはり、望ましい診療報酬とは何であるかという議論にもとづいてなされるものであると思う。

第91回代議員会における質疑応答(要旨) ※1面を参照

大阪府支部白山代議員 後期高齢者終末期相談支援料の撤廃を求める医師の声がある。私も賛成する。こういうことにまで厚労省に介入してほしい。こうした診療報酬はいらぬと思うがいかがか。

西澤会長 中医協の議論は社保審2部会が決めた改定の基本方針にもとづいてなされた。その中で、後期高齢者医療の診療報酬は「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」がまとめた診療報酬体系の骨子を踏えることとされた。この骨子には、「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」と書かれている。

こうした方針は医療費削減の見地から出されたという批判もできるだろうが、特別部会で、医師だけでなく国民代表も交えて決められた方針である。終末期医療には、過剰な医療もあるかもしれないが、逆に、患者の希望する医療が十分なされていないという一面もある。こうした問題に、終末期医療はどうあるべきかという点から医師を含む各界代表が議論を行なった結果が反映されている。このような議論を踏まえて、中医協は後期高齢者終末期相談支援料等の新設と点数を決めた。

あたかも中医協が勝手に決められたかのような批判があるが、それは事実と反する。後期高齢者に対する必要な医療を制限するために設けたという誤解があれば、まったくそういう意図はないということを断言したい。また、今後、そうした誤った運用は決してなされるべきではないと考える。

医師や看護師等が1時間以上かけて患者や家族に説明し、話し合うというこの考え方は、点数云々ではなく、終末期に際して患者の気持ちを汲み取った医療をしっかりと提供せよという理念がこめられている。この思いを、せ

それは、医療の質の確保と安全を促進し、標準的医療に必要なコストを反映するものでなければならない。また、各病院が、中長期的計画にしたがった運営・再生産が可能となるような診療報酬にすべきであると考えている。

最近、全日病の名前がTV等でよく出る、終末期医療のあり方として、診療報酬の中で、患者あるいは家族と医師・看護師等が1時間以上にわたって話し合いを行ない、希望に沿った終末期医療を提供するという点に点数がついた。

しかし、この点数を取る目的で、全日病が書式を作ったというかたちで国会等で取り上げられた。それがまったくの誤解であることは、5月21日の中医協総会ではっきり説明し、遺憾の意を表明した。その後、全日病の名前が取りざたされることはないようだ。

『病院のあり方報告書』にもあるように、リビングウイ等の議論が高まる中で、終末期医療のあり方を、医療提供側としてしっかりと議論してきた姿勢を、こういう誤ったかたちで報道されたことは非常に残念であり、然るべきかたちで抗議・申し入れ等をさせていただいた。

ひ分かっていたが、そうした誤解にはきちんと説明していただくことをお願いしたい。

また、これに関連して、本会が策定した「終末期医療の指針案」に添付されたリビングウイの様式2点だけが取り上げられ、国会等で後期高齢者医療を批判する材料として使われた。これは大変遺憾なことであり、本会としても、抗議等一定の対応をした。指針案をまとめた病院のあり方委員会の徳田委員長から説明させていただく。

徳田常任理事 終末期に何をすべきか、医療現場で混乱がある。厚労省がガイドラインを策定したが、プロセスに限ったものであり、うまくいかない。そこで、現場で困っていることを具体的に解決したいという目的で「終末期医療の指針案」を昨年11月にまとめ、常任理事会の承認を得た。

その後、広く国民議論に供するべく、我々が呼びかけて「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」を12月に設置し、現在まで3回の議論を行なっている。参加者は、日医、日看協、医法協、日精協、主要新聞社の論説委員クラス、学識経験者、弁護士、そして国民代表としてCOMLおよび医療グループあすかの各代表からなる。

本会の指針案は、今のところ案の段階に過ぎないが、もっと広い範囲の人々と話し合うことによって国民に提案できるものにしていくのが我々の考えだ。恐らく年内には最終的な案がまとまるものと予想している。

長野支部副代表 終末期については尊厳死協会の意見もよく聞いてほしい。終末期ガイドラインの作成に参加してもらってはいかがか。

徳田常任理事 検討したい。

福岡支部副代表 終末期相談支援料については、終末期に対する理解が広まらない段階で点数がついたという点にも問題があるのではないかと。この問題を、今までのように検証に委ねるのか、早期の見直しを考慮するのか、中医協委員としての意見をうかがいたい。

全日本病院協会 2007年度事業報告(前文)

平成19年度は、平成18年6月に成立した医療法・健康保険法を含むいわゆる医療制度改革関連法に基づく様々な改革(医療計画制度の見直し、医療情報提供の推進、医療安全の確保、医療費適正化の総合的な推進、高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合など)が実施、あるいは実施に向けての検討が行われた。

全日病は、西澤新会長のもと、上記改革の方向性を認識した上で、常に国民が安心できる医療を医療人が誇りと達成感を持って提供できるような環境整備を行うという基本理念に基づき、会員病院が安全で質の高い医療を提供するための支援を各委員会の活動を中心に行ってきた。

平成19年9月には、会長が中央社会保険医療協議会委員に選任され、平成20年度診療報酬改定に向けて、医療の質向上と医療提供側の経営基盤の確保のために必要な資源の投入、当協会の主張である「地域一般病棟」構想につながる亜急性期病床の拡大や地域連携などに関して積極的な発言を行った。その結果、平成20年度改定においては、再診料および10対1入院基本料の引き上げが行われた。

平成19年3月に公表した「病院のあり方に関する報告書[2007年版]」に基づき、その提言の具現化に務めてきたところであるが、さらに、医療は国民(患者)と医療人が協力して構築すべき公共財であるとの認識のもと、この報告書を広く国民に普及する事を目的に「日本の医療・介護を考える—全日本病院協会の取り組み—」を平成20年3月に発行した。

組織の拡充強化は、事業の大きな柱である。全国の病院数、特に民間中小病院が減少する中、会員数は60病院増加し、2,250病院となった。これは支部活動の成果であるとともに、全日病の活動に対する評価、期待と重く受け止めたい。

第49回全日本病院学会は、9月22、23日、小松寛治学会長の下、秋田県

西澤会長 現時点で中医協は検証に委ねるという姿勢だ。議論がなされるとしたら、厚生労働大臣から見直しの諮問がなされたときだろう。その場合、中医協としては、大臣にしかるべき考えを申し上げることになるのではないかと。中医協はこれを軽々しく作ったものではない。

熊本支部松本代議員 「1時間以上話し合っ」というように時間という基準を入れるのはいかがか。こういう問題は、時間の多寡ではなく、患者・家族と医師の信頼関係の中でなされるものだ。

西澤会長 おっしゃる通りである。中医協の決定は社保審等の方針にもとづいて行なわれている。そこには病院団体の代表も参加している。今後、いたずらに時間に拘泥することがないように意見を表明していきたい。

岡山支部戸田代議員 介護療養型がなくなると、後期高齢者医療の比ではない混乱が生じるだろう。制度改正や改定は、大病院ばかりがプラスとなっている。中小病院が不可欠な存在であることを厚労省に理解させてほしい。

猪口副会長 療養病床をもつ病院が廃院になったり、患者が難民化したら、今以上の大問題となることは間違いない。それは介護療養型がなくなる2011年度末に初めて騒ぎとなる。それまでの間に、日本療養病床協会や日医

支部担当で行われた。「医療革新元年—民間病院の活路を拓く—」をテーマに開催され、各種のシンポジウム、特別講演、一般演題に、全国各地から多数の会員の参加を得て、盛況に終わった。

調査研究活動においては、「病院経営調査」、「診療アウトカム評価事業」、「院内暴力等院内リスク管理体制に関する実態調査」などを行った。また、平成20年度診療報酬改定に関して、本会単独あるいは四病協、日病協と連携のうえ複数調査を実施した。

外部からの委託事業として、経済産業省から「医療経営人材育成事業」、「サービスプロセス改善事業」、厚生労働省から「短時間正職員制度導入推進事業」を受託し、多くの成果を発表した。研修事業においては、従来からの「医療機関トップマネジメント研修」、「事務長研修コース」、「看護部門長研修コース」に加え、新たに「特定保健指導実施者育成研修コース」「食生活改善担当者研修」、日本医療法人協会との共催による「医療安全管理者養成課程講習会」、「臨床研修指導医講習会」が開始されるとともに、「DPCセミナー」、「病院経営改善講座」、など数多くの研修会、講習会を開催した。

要望活動としては、例年と同じく与党に対する税制改正要望などのほか、四病協、日病協と連携のうえ、平成20年度診療報酬改定に関する要望書をいくつか提出した。

病院機能評価事業は、その普及に努め、「機能評価受審支援相談事業」及び「機能評価受審支援相談セミナー」を行っている。その成果もあり、日本医療機能評価機構における認定証発行病院は、全日本病院協会会員で805病院となった。

さらに、平成18年2月に厚生労働省より認定を受けた「認定個人情報保護団体事業」は、「苦情・相談等受付事業」、「個人情報保護管理・担当責任者養成研修」の実施など、着実に事業を進めているところである。

とも協力し、診療報酬上の措置や転換型老健の点数見直しを求めるなど必要な対応を図りたい。

中小病院の行き方のひとつとして、我々は地域一般病棟という、地域に根ざした病院が地域の医療を担い、必要に応じて大病院とも連携を図っていく、また、大病院から戻ってきたりハ等が必要な患者を受け入れて、地域に戻していくという役割を果たす機能概念を提示してきた。診療報酬もそういう方向に向かかちが出てきている。

岩手支部久保谷代議員 有床診や老健施設への転換が増えてきているが、全日病の定款では病院しか会員資格がない。ホームページの問題であるが、掲載情報を会員に案内するためにメンバーリスト(自動配送サービス)の活用を考えていただきたい。会員病院ごとに、理事長、院長、事務とか複数リストが登録できるようにしてはいかがか。

西澤会長 メーリングリストは早急に広報委員会で検討させたい。会員資格は病院に限定されているが、現在も、診療所に転換した会員が希望すれば会員として継続できるという内規がある。転換老健になった場合もそれを援用すれば可能であるが、規約上の取り扱いをどうするか、現在、正副会長会で議論を進めている。今申し上げた枠内での改正を考えたい。



医師配置標準見直しや看護職・介護職の役割分担等を盛り込む

安心と希望の医療確保ビジョン ビジョン骨子案を大幅に修正。とりまとめは7月にずれ込む可能性



公開の場で舛添厚生労働大臣が直接ビジョン作成を主宰する「安心と希望の医療確保ビジョン」は5月30日、アドバイザーボード(顧問委員会)の意見を基に事務局(医政局総務課)が整理したビジョンの骨子案について検討した。

骨子案の内容は、概ね、厚労省がこれまで論じてきた制度改正等の範囲に収まっているが、「医師配置標準の見直し」、医療コミュニケーターの育成、看護職と介護職の役割分担の検討が新たな項目として盛り込まれている。

骨子案には、西川副大臣や松浪政務官を含むボード全員から不満が噴出し、構成から大きく書き換えられることになった。

議論において、舛添大臣は、ビジョンをまとめる上で貫くべき3原則を示した。その1つ目は「規制強化反対・中央集権否定・改革の継続」である。

規制強化を否定する点について、舛添大臣は「利益団体の既得権益を護ることも反対する」と主張、医療関係職能団体による「権益擁護」の要求と対峙する姿勢を鮮明にした。

さらに、ビジョンは「インセンティブを与えるものとするが、(実践に際して)パニッシュメントをもって命令することはしない」という理念を表明した。

中央集権を否定する点については、「現場重視、地域重視でいく。最低限の共通基準を打ち出したら、その先は地域にまかせたい」と地方分権の理念を明らかにした。

改革の継続については、「このビジョンを理由に効率化の努力を怠るな」と注文をつけ、ビジョンは、あくまでも

医療費適正化を踏まえた医療危機打開策であるという認識を示した。

2つ目にあげた原則は「金をつめるものにつけないものを切り分け、つけるものは数字を明確にする」というもの。

3つ目の原則としては、「緊急策とはいえ、一定の期間を見込む必要があり、そのめどをつける」ことをあげた。「目先のみの対応に終わらせない。何年以内にどうするかという精査を加えた対策とする」とも説明。中長期にわたる骨太のビジョンとする考えを明らかにした。

骨子案に対して、開業医の野中博氏は、治す医療ととともに支える医療を提唱した。公私の隔てなく救急医療機関を、地域に面として整備する必要性を提起するとともに、急性期病院から地域に患者を戻す視点から提供体制整備を進める中で、地域、病院、診療科ごとに医師数をはじめとした投入予算を積み上げていくべきであると訴えた。

国立病院機構の矢崎義雄理事長は、国民の不安を解消するためには2次救急のネットワークづくりが急務と主張した。同時に、それを支える診療所の機能向上が不可欠とも指摘。病院と密接な連携を保った、研修を通じて専門医へとキャリアアップできるサテライトステーションというイメージを例に、中間項を挟んだ病診連携システムの構築が必要であると提起した。

矢崎氏は、また、受け入れ施設の不足から、医療療養病床の15万床への削減は実現困難と指摘した。

そうになった理由の1つに「診療報酬が機能していない」ことをあげ、「利益代表で構成される中医協は分配の付け替

えが中心で、医療費をうまく配分する機能がはたっていない」と批判。「将来的には別な形を考えてもよいのではないかと、診療報酬決定を中医協以外の機関に移す抜本改革を提起した。

これに舛添大臣が「いろいろな意味で透明性がない。後期高齢者の問題がよい例だ。私も中医協の役割を見直す時期にきていると思っている」と応じた。

大臣は骨子案に医療団体の役割記載がないことにも触れ、「受け皿の問題にしても、看護職の確保にしても、日医や看護協会にできることが沢山あるはず。国民から乖離した利益団体が全国に沢山ある。これも自己改革しないと生き残れないだろう」と、批判の矛先を広く医療関連団体にまで向けた。

一方、矢崎氏は、救急を含む急性期病院(治す)と診療所を主体とした在宅医療(支える)を基本としたかたちへ医療提供体制を変えることが大前提としつつ、業務分担の見直しも重要テーマと論じた。

さらに、病院には潤沢な資金が欠かせないとして、日本の病院が米国の同

規模と比べると1/10の人員で営まれるのは、人件費比率が85%である米国に対して日本では50%で経営が圧迫されるという報酬の違いがあると指摘した。

矢崎氏は、これを「アメリカの病院は労働集約型だが、日本は労働節約型だ」と揶揄。この構造を変えるべきと訴えた。

その中で最も不安な分野は救急、とくに2次救急だとあらためて指摘。「2次救急を必要とする患者を入院させられるようにすることが急務」とし、そのためには、「救急部門を区分経理する病院会計の下で救急のみに資金を投入させなければならない」と提案した。

さらに、予算投入だけでなく、1次救急の整備を支えに、2次救急を専門に支えるサテライトを設ける仕組みが不可欠とし、「これをできるのは政治しかない」と結んだ。

「安心と希望の医療確保ビジョン」は次回も骨子案の検討を行なうが、当初予定した6月内のとりまとめは難しく、7月にずれ込む公算が強まった。

「中医協は不透明」発言で釈明。中医協見直しは一般論!?

6月6日の閣議後記者会見で舛添大臣は、5月30日の「安心と希望の医療確保ビジョン」における「中医協は不透明」発言の真意を訊ねられ、「公開している以上は透明である」と言い直して全く問題ない。ただ、診療報酬を決める中医協は医療政策の鍵を握る組織であり、その在り方を定期的に検討し、国民の声を反映する形でやらないといけない。不断の見直しをする改革努力がないと

いけないという意味で申し上げた」と釈明した。

さらに、「見直しに着手するのか」という質問に、「良いところは残す、悪いところは変えていく。だから、不断の見直しがありますよということで見直したいということだ」と、一般論の見地から、聖域ではなく、改革の対象である旨を指摘した(舛添大臣のコメントは別掲)。

「安心と希望の医療確保ビジョン」骨子案(5月30日版=要旨) *骨子案は今後修正が加えられる。

Ⅲ. 具体的な政策

1) 医師数の増加

- ① 医師養成数
- ② 女性医師の離職防止・復職支援
- ③ 医師の勤務環境の改善

2) 医師の配分バランスの改善

- ① 臨床研修制度の見直し
 - ・ 医師不足問題がより深刻な診療科や地域医療への貢献などを行う臨床研修病院等を積極的に評価
 - ・ 臨床研修病院等における研修医の受入れ数を適正化
- ② 医師配置標準の見直し
- ③ 診療科バランスの改善等
- ④ 総合的な診療能力を持つ医師の育成

3) 医療関係職種間の業務の分担と協働・チーム医療の推進

- ① 医師と看護師との役割分担と協働の充実

・ 現行法令の下で可能な業務の普及、専門看護師・認定看護師の普及・拡大
・ 医師と看護師の役割分担のあり方について検討

- ② 医師と助産師との役割分担と協働の充実
- ③ 医師と薬剤師等との役割分担と協働の充実
- ④ 医師とコメディカルとの役割分担と協働の充実

・ 臨床検査技師・臨床工学技士・作業療法士・理学療法士等のコメディカルとの協働による多職種連携とチーム医療の普及

- ⑤ 医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との役割分担と協働の充実
- ・ 看護補助者、メディカルクラーク(医師事務作業補助者、医療秘書など)の活用を図るとともに、資質向上の方策を

検討
・ 患者・家族に最適なケアを提供する観点から、看護職の専門性に配慮しつつ、看護職と介護職の役割分担のあり方について検討

・ 医師等と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成

4) 医療機関間の分担・ネットワークの推進

- ① 地域で支える医療の推進
- ② 在宅医療の推進
- ③ 地域医療従事者の推進
- ④ 救急医療の充実及び遠隔医療の推進
 - ・ 救急医療の地域における拠点の整備
 - ・ 各診療科における救急体制の整備
 - ・ 救命救急センターの普及や開業医と2次救急医療機関との協力の促進、後方

病床の確保
・ 身体疾患と精神疾患を併せ持つ患者に対応するため、一般救急医療と精神科救急医療の連携を強化
・ 医療の地域格差是正等のため、遠隔医療を推進

5) 医療者と患者・家族の協働の推進

- ① 夜間・救急利用の適正化
 - ・ 軽症患者による夜間救急外来や救急車利用の適正化、病院群輪番制などによる地域の医療機関間での負担の分散、初期救急における開業医の参加の促進
 - ・ 特に小児科においては、小児救急電話相談(＃8000)の活用、家庭への緊急時のマニュアル等の普及
- ② 医療者と患者・家族等の協働の推進

Ⅲ. 医療のこれからの方向性

「治す医療」から「治し支える医療」へ・予防の重視

◆舛添大臣の不透明発言に対する遠藤会長の所感表明 (6月4日中医協=要旨)

報道によると、舛添大臣が「中医協は不透明である」と発言したという。中医協は公開されており、資料や議事録もすべて公表されている。そこで審議される事項も、すべてエビデンスに基づいて議論されている。また、検証部会では改定の効果が検証されている。中医協が「不透明である」と言われる所以はなく、大臣の発言には大変当惑している。

大臣が、その諮問機関である中医協に、こうした疑問を抱いていることは大変遺憾なことである。このことについて、事務局に、次のことをお願いし

たい。

1つは、大臣に発言の真意を確かめていただきたい。疑問があるとすればきちんと対応しなければならない。もう1つは、誤解があるならば、事実関係と中医協の現状をよく説明していただきたい。こうした事態が起きたことを事務局は重く受け止めてほしい。

*舛添大臣は5月30日の「安心と希望の医療確保ビジョン」で、「中医協の役割は見直すべき時期にきている。いろいろな意味で透明性がない。後期高齢者医療制度の終末期医療の話がまさにそうだ」と発言した(1面の記事を参照)。

であると言い直して全く問題ない。ただ、診療報酬を決める中医協は医療政策の鍵を握る組織であり、その在り方を定期的に検討し、国民の声を反映する形でやらないといけない。例えば、厚生労働大臣の意思がどこまで反映しているのか。少なくとも、役人と中医協だけの玉の投げ合いであってはいけない。

終末期の医療も、専門家だけではなくて、国民の観点をもっと吸い上げてということがあって良かったのではないかとことから、私はそういう話をした。

何年も同じ事でやっていけば必ず問題が起こってくる。不断の見直しをする改革努力がないといけないという意味で申し上げた。診療報酬改定は医療制度を大きく変える一つのモーターになるもので、そこに国民の目線が入る

ことが必要なので、その事を強調した。(何か見直しに着手するのかという質問に)

例えば、終末期医療について、こんなに良いものをどうして入れないのだという観点でいって、あれだけの反発が後期高齢者から出た。それなら、最初から国民に広げるといふ観点があれば、ここまで問題にはならなかったとも考えられる。

なぜ私の下に直接、医療や人生85年のビジョンの懇談会を作るかという、国民皆に参加してもらって国民皆で広げたいからだ。終末期医療の問題とかりピングウィルの問題も、国民皆に広げたいからこそ言っている。良いところは残す、悪いところは変えていく。だから、不断の見直しがありますよということで見直したいということです。

◆中医協会長の遺憾表明に対する舛添大臣のコメント

(要旨:6月6日の「閣議後記者会見概要」から)

不透明という発言がそう捉えられたのであれば、公開している以上は透明

未収金回収は医療機関の自助努力が基本

未収金問題検討会
が報告書たたき台

未収発生防止に行政・保険者の対応策を整理。保険者に自覚も

5月28日に開催された医療機関の未収金問題に関する検討会に、事務局(厚労省保険局国民健康保険課)は報告書のたたき台を提示した。

たたき台は、窓口払いにかかわる未収金の債権債務関係は保険医療機関と被保険者との間にあるとして、「保険者が未払い一部負担金を立替払いする必要はない」という厚労省の解釈を明確にした。

さらに、未収金に占める一部負担金の割合は4割に過ぎないことから、仮に保険者徴収に依拠しても未収金問題の4割程度しか解決されず、残りの差額ベッド代などの費用は、別途医療機関側の回収努力によるところが大きいとも指摘。未収金回収の主たる当事者は保険医療機関であるという認識を打ち出している。

その上で、「一部負担金の未払いを放置すると、保険診療等に対する医療機関等の取り組み意欲を阻害し、ひいては被保険者の医療機関へのアクセスにも悪影響を及ぼしかねない。国民皆保険制度の枠組みを堅持していくためにも、医療機関の努力を前提としつつ、保

険者や行政も未収金問題の解決に向けた努力を行うことが強く期待される」という視点から、一部負担金の未払い問題について、国、福祉窓口等市町村、保険者が連携して発生防止につながる対策を強化する必要性を認めている。

具体的には、行政側の対応課題として、①市町村による保険者徴収への積極的な取り組みを強める、②出産育児一時金受取代理制度の徹底化と、さらに、その本人申請によらない制度化を検討する、③一部負担金減免制度が適切に運用されるよう制度運用の統一基準を明確にするなど改善を図る、④生活保護にかかわる行政機関・部門間の連携強化と連絡の徹底を図る、⑤無料低額診療事業のあり方について検討する、⑥救命救急センター運営事業(対外国人)の拡充を検討する、などをあげた。

保険医療機関に対しては、①出産育児一時金受取代理制度と70歳未満の高額療養費現物給付化(入院)の周知徹底、②適正手続きに基づく入院保証金の活用、③支払い方法に関する対患者説明の徹底、④未収金を管理・回収する組織体制の強化などを提起する一方、被



用者保険から国保へ移行時の資格喪失を防ぐために市町村国保と国民年金との間で08年度中に資格情報を交換できる体制が構築されることや、11年度導入予定の「社会保障カード」による被保険者資格情報のオンライン確認が可能となることを指摘し、未収金発生防止につながる環境整備が図られつつあることに理解を求めている。

「たたき台」は、未収金に悩む医療機関にとっては隔靴搔痒の感がある内容となったが、未収金の多くが自費部分であることから、病院の自助努力を期待した上で、行政として対応可能な策を整理し、今後関連機関に周知徹底を図るとともに、検討課題として報告書

に明記させたことの意義は小さくない。

同日の検討会は、保険者の一部から、「保険者として何が出来るか具体的に検討したい」という前向きな発言を引き出した。

病院団体委員の強い姿勢を前に困惑を隠さなかった検討会発足直後と比べると、検討会による実態調査と議論は、保険医療機関に対する債務ではないとされたものの、公的保険制度を維持する一員として一部負担金未収分に保険者徴収という責務が課せられている保険者の役割をあらためて自覚させる機会となった。

検討会は次回の会合で報告をとりまとめる予定だ。

「医療機関の未収金問題に関する検討会報告書(たたき台)」から(抜粋)

5月28日

3. 対策

(1) 回収の実態

<病院の徴収努力>

報告のあった未収金対策に積極的な病院は未収金の発生防止に力を入れているが、事後的な回収努力では限界があるとの指摘があった。

<債権回収の法的措置の実態>

未収金債権の回収は、裁判所の手続きを利用する場合でも、送達の問題、仮差押えを行う費用や弁護士報酬の問題などがある。

結論としては、電話催促、直接催促、払えない事情についてやさしく相談にのること等が債権回収には一番効果があるとの指摘があった。

<国保における保険者徴収の実態>

○平成18年度実績で条例等の規定を設けている市町村数は120、保険医療機関から請求を受け付けた市町村数は34、請求件数は159件、保険者徴収を実施した件数は86件で、ほとんどが文書催告であり、電話催告、訪問などは行っていない。

(2) 未収金発生の原因分析

●未収金に関するアンケート調査(厚労省)

○件数ベースで「入院」の割合は32.6%だが、1件あたりの金額は83.5%を占めており、「入院」で発生する未収金への対策が重要。

○全体に占める一部負担金相当額の割合は4割相当(差額ベッド代などが6割)であり、仮に保険者徴収によっても、未収金問題の4割程度しか解決されない。残りの差額ベッド代などの費用については、別途医療機関側の回収努力によるところが大きい。

○「自賠責」を除くと約半分が「国保」と「政管健保」で占められており、自営業者、中小零細企業の被用者等による未収金発生への対策の検討が重要。

○地域によっては未収金患者に占める外国人比率が高いことから、地域の実情に応じた取り組みが重要である。

○未収の主な理由は、件数・金額ともに「自己負担分の医療費を支払う資力はない」とともに「支払能力はあるが、元々支払意思なし」が上位にあがっていた。

○「医療費を支払う資力がないほどに生活に困窮している」は件数で17.0%、金額で22.6%であった。また、病院担当

者から見た「悪質滞納」は件数で8.4%、金額で7.8%であった。

○「以前にも診療費を支払わなかったことがある」は件数で26.1%、金額で25.9%で、その半分は「生活困窮」「悪質滞納」とも重なっていた。

○こうしたことから、「生活困窮」「悪質滞納」を要因とする未収金発生を念頭に対策を検討していくことが重要と考えられる。

○その他の未収の主な理由としては、医療機関における未収金問題に対する体制整備など医療機関側での取組みも重要な対策になると考えられる。

(3) 未然防止策として考えられる方策

事後的な回収努力の限界も指摘されていることから、未収金への対策を検討するに当たっては、未収金発生の原因分析等を踏まえ、発生をいかに未然に防止するかが重要である。

(行政側の取り組み)

<生活困窮者に対する取組み>

①国保の一部負担金減免の運用実態と改善方策

一部負担金の減免制度が適切に運用されるよう、病院側から市町村への速やかな連絡等の運用の改善、国として、統一的な運用基準の提示、市町村の財政影響への懸念に対する配慮等の対策を検討すべきではないか。

②医療機関・国保・生活保護の連携強化

○国保加入者で保険料を支払うことができない者については、生活保護の窓口スムーズにつながるよう、国保部門と福祉部門の連携強化を図るべきではないか。

○生活保護を受給していた者が生活保護を廃止になる場合は、国保加入の手続きが適切に行われるよう福祉事務所から国保課に連絡を行うなど、加入手続の支援を行うため、福祉部門と国保部門の連携強化、また、月途中の廃止の場合に速やかに福祉事務所から医療機関への連絡すること等の徹底を図るべきではないか。

③国保の資格証明書の交付における特別事情の把握の徹底

資格証明書は保険料を納めることができない特別な事情がある場合には交付されないこととなっているので、保険料を納めることができない事情を適

切に把握するよう、国は市町村に対する助言・指導を徹底すべきではないか。

④無料低額診療事業の紹介

無料低額診療事業については、社会福祉法人、民法法人が当該事業を行う場合には税制上の優遇措置があるが、他の法人が実質的に同じ事業を行っている場合には優遇措置が受けられないのかという議論があった。

無料低額診療事業のあり方については、外国人、ホームレスへの対応など現代的な意義付けも含め、今後十分な検討を行うべきではないか。

<病院側の取組み>

医療保険制度においては、一次的には医療機関に回収努力が求められており、積極的に未然防止策を行っていく必要がある。具体的に病院側の取組みを促すべきではないか。

・病院内における組織的な未収金の管理体制を確立すること。

・高額療養費制度などの公的保障制度を周知し、制度の活用を図る。また、期日に支払いがなされない場合は念書等を取り、連絡先等の情報を確実に得ること。

・入院時のオリエンテーションを実施し、医療費の支払い方法、高額療養費制度などの各種制度について説明を行い、退院当日に支払いができない場合には一部入金、カード支払いをすすめるなど、入院未収金の管理を適切に行うこと。等

<出産育児一時金の受取代理の徹底・制度化>

出産育児一時金の受取代理制度は産科における未収金発生防止に効果があるものと考えられるため、保険者に制度導入を徹底する等、医療機関に出産育児一時金が直接支払われる方策についても検討すべきではないか。

<資格喪失情報の交換等>

○被用者保険から国保への移行期における未収金発生を防止するため、市町村国保と国民年金との間で、平成20年度中に資格情報を交換できる体制が構築される。

○また、平成23年度に導入される社会保障カードを用いた被保険者資格情報のオンライン確認により、資格喪失後受診、一部負担割合変更後受診による

未収金発生防止ができる。

<入院保証金の解釈の周知徹底>

適正な手続を確保すれば入院保証金をとることができるが、全国でその取扱いについて差異が生じているため、あらためて解釈の周知徹底を図るべきではないか。

(4) 事後対策

<保険者徴収等の改善>

○今後、保険者として、どのようなことができるのか。

・保険者徴収制度が適切に運営されるために、①制度自体の周知、②実施基準の明確化(医療機関が訪問を行うなど十分な回収努力を行うこと、回収対象額が一定額以上であること、対象者を著しく悪質な者の場合に限ること等)、③事情がないにもかかわらず保険料を納めなかった者に、保険料滞納処分と合せて医療費の未収金についても滞納処分を行う等を検討すべきではないか。

○また、保険者側においてもできる範囲で協力を行うべきではないか。例えば、電話・文章による催促など。

<医療機関・国保・生活保護の連携による再発防止>

○未収金が発生した場合でも、その後再び発生しないようにするため、一部負担金減免制度や、生活保護制度、無料低額診療事業等の周知や各制度の窓口スムーズにつながるよう、医療機関と市町村、福祉事務所との連携体制の整備を図るべきではないか。

<救命救急センター運営事業の拡充(外国人)>

重篤な外国人救急患者の無被保険者について回収できない未収金に限り、1件20万円を超える部分を補助している。今後は、補助拡充の必要性についても検討していくべきではないか。

(5) まとめ

一部負担金の未払いを放置すると、保険診療等に対する医療機関等の取り組み意欲を阻害し、ひいては被保険者の医療機関へのアクセスにも悪影響を及ぼしかねない。したがって、国民皆保険制度の枠組みを堅持していくためにも、医療機関の努力を前提としつつ、保険者や行政も未収金問題の解決に向けた努力を行うことが強く期待される。

病院機能評価委員会(木村厚委員長)は「統合版評価項目 Ver.5.0の検討結果」をまとめ、このほど日本医療機能評価機構に提出した。

「統合版評価項目 Ver.5.0」の検討結果とりまとめは、2006年4月(第1領域が対象)、07年4月(第2領域から第5領域が対象=第4領域の一部を除く)に続いて3回目。

今回は第4領域の2-3「看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ運営されている」から第8領域の3-4「コミュニケーション障害の原因が把握され機能回復に努めている」までを検討した(すでに検討を終えている第4領域の4-12、第5領域の7-8、第7領域は除かれている)。

同委員会は、検討に当たって、①評価体系は変更しない、②理解しやすい文言とする、③具体性を欠く評価項目は表現を改め、または削除する、④重複している評価項目を整理する、⑤現在の医療の実態を反映していない評価項目については現状に合わせて表現を改めた、という方針で臨んだと説明した。

評価機構は、現在、Ver.5.0の改訂作業を進めており、09年度からの切り換えを予定している。見直しによる抜本的な変更は生じないものとみられる。「Ver.5.0の検討結果」の一部を紹介するとともに、木村厚委員長に、病院機能評価をめぐる現況報告と受審への助言をお願いした。

病院機能評価項目改定の現状と受審へのアドバイス

評価項目の見直し作業が進捗。09年度審査から登場

受審を勧める。初審留保でも期間内改善で認定へ。中間審査報告制も有利

病院機能評価委員会委員長 木村 厚

日本医療機能評価機構の病院評価事業も定着し、2008年3月17日現在の認定病院は2,666病院となった。これは全国病院の約28%にあたる。その内、全日病会員病院は805病院と会員の約36%を占めている。全国平均と比べると高い割合であるといえよう。

全国でみると国立病院、公的病院の認定率が高く、200床以下の中小病院は認定率が低い傾向であることは以前から変わらない。機能評価項目がVer.5になったために、中小病院には難しいという先入観が生じ、受審をより躊躇する傾向があるようだ。

診療のアウトカム評価がなされていないことはすでに指摘されており、今後検討が必要ではあるが、それでも認定病院においては、特に医療安全、感染管理、患者サービス等において、かなり質の向上が図られたと考えられている。

病院機能評価の目的の1つに民間の中・小病院の医療の質の底上げがあった筈であり、中小病院が大病院に伍して生き残るためには、機能評価受審は強力な手段と考えられる。再度、受審を強くお勧めする次第である。

さて、病院機能評価委員会では、一昨年より月1回の委員会、年1回の合宿でVer.5の評価項目について検討を行ってきた。

その趣旨は、①評価項目の大幅な組み直しはしない、②同じような評価項目が重複して存在している箇所は整理する、③中小病院の機能を適切に評価できるようにする、④制度改正と医療内容の進歩に合わせた評価に変更する、というものである。

検討結果は、過去2回にわたって日本医療機能評価機構に参考意見として提出してきた。本年も6月12日に提出した。その一部を紹介する(別掲)。

その結果、機構でも昨年度から評価項目の見直しを行う改定部会を再開、現在検討中であり、本年度中には終了し、来年度からはマイナーチェンジした評価項目での審査が始まる予定である。

改定内容の検討が一応終わった段階で、前回改定時のように日本医師会、日本病院会、全日本病院協会等に意見を求めてくると考えられ、当委員会としては、その際にも内容を検討し、意見を取りまとめ機構に提出するつもりである。

また、評価項目の運用についても意見を具申しようと考えている。

中小病院のサーベイの際には、大病院並みの機能を要求できない場合があり、また、逆に中小病院ならではの工夫された運営がある。中小病院の機能を適切に評価するように、サーベイヤーク研究会などでもっと周知する必要があると考えている。

さて、最後に受審のためのアドバイスを申し上げたい。まず、途中であきらめない限り、申し込んで訪問審査を受ければ必ず認定されるということである。

初審で留保、更新で条件付認定となっても、改善要望事項を期間内に改善して報告すれば認定となる。評価部会としても、非常に困難な改善要望事項は設定しないので安心して良い。

さらに、昨年度から中間的な審査報告制度がスタートし、1回は審査の途中で改善要望事項が示されるようになり、訪問審査を受けてから早い時期に改善に取り組む事ができるので、以前よりやり易くなったといえる。今まで審査途中であきらめた病院は数件しかない。

受審を申し込んだら、プロジェクト

チームを立ち上げ、そのリーダーには病院の副院長格の方がなることをお勧めする。訪問審査まで約1年間かけることが望ましい。

機構に連絡し、書類を手に入れ、自己評価調査票に基づいて、各部門の管理者によって自己評価をすることから始まる。その段階でどのように評価したらよいか解らないという壁に突き当たる。

その時は他からのアドバイスが必要である。全日病の「機能評価受審支援相談事業」を利用されることが最良とは手前味噌であるが、機構の支援事業でも良く、また、近くの認定病院に見学に行く事でも良い場合もある。

あくまでアドバイスを受け、参考にして自分たちの力で改善してゆくことが推奨されるのであって、コンサルタント会社に高い金を払って書類を作ってもらうことは勧められない。改善に取り組むことが、管理者、職員の意識を高め、組織が活性化し、病院の財産として残ってゆくものである。

もう一度申し上げるが、病院の質を高め、地域から選ばれる病院になるために、ぜひ機能評価受審を決断されたい。

④能力評価の結果が活用されている

4.2.4.2 評価に基づいた能力開発プログラムが立てられている
看護部門内で必要な教育・研修が実施されている

- ①段階的にキャリアを発展できるプログラムがある
- ②研修などでより高い能力を獲得すと、それを活かす実践の場が与えられる仕組みがある

- ①院内外の教育・研修計画がたてられ実施されている
- ②研修会・研究会・学会の情報・文献などによる情報提供を組織的に実施している
- ③職員自身の選択、希望が反映されている

4.2.4.3 専門領域についての必要な教育・研修を実施している
看護師の能力開発を実践で活かす仕組みがある

- ①院内外の専門領域に関する研修会に参加している
- ②研修会・研究会・学会の情報・文献などによる情報提供を組織的に実施している
- ③職員自身の選択、希望が反映されている

- ①配置転換、役割変更を活かしている
- ②人事考課に反映させている

4.2.6 看護の質を改善するための仕組みがある (編集部注) 4.2.5は省略した

4.2.6.2 看護に必要な各種委員会などに参加しているが行われている

- ①多職種が参加する委員会などに参加しているが行われている
- ②記録がある

4.2.6.3 看護ケア改善のためのデータ収集・分析・活用を行っている

- ①施設の規模や機能に応じて事例やデータが集積され、分析されている
 - ②分析結果を活用している事例(実態)がある
- SVR ◇(例)業務量測定結果、看護職員の能力評価結果、離床の促進、転倒の予防、感染症発生率、褥創発生率、クリニカルパスのバリエーション分析、インシデント・アクシデントについての情報など

4.2.6.4 研究や開発の成果を活動実績が年報などにまとめられている

- ①病院年報などやそれに相当するものに報告している
- ②学会・研究会への発表・投稿の実績が記録されている年報などにまとめられている

4.2.6.5 看護サービスケアを評価するシステム仕組みがあり、看護ケアの向上に活用している

- ①各看護単位は、看護サービスについて年1回は見直ししている
 - 看護ケアの評価が定期的に行われている
 - ②見直しの記録がある
 - ③調査評価結果を看護ケア向上に活用している
- SVR ◇看護師自身による看護サービスの自己評価・患者満足度調査など

病院機能評価委員会「統合版評価項目 Ver.5.0の検討結果」から

第4領域の2-3から第8領域の3-4までが対象(すでに検討を終えている第4領域の4-12および第5領域の7-8および第7領域は除かれている)。ここでは、冒頭の4-2-3、4-2-4および4-2-6に関する検討結果を抜粋して紹介する。

*取消線のある箇所は現行表記からの削除を、ゴシック文字は現行表記への挿入を意味する。[]内の表記は検討結果にかかわる注釈を表す。

4.2.3 看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ、運営されている

- 4.2.3.1 病院の機能や役割に見合った人員配置をしている
 - ①各看護単位の特性を踏まえた人員配置である
 - 各部署の特性及び業務量を踏まえた人員配置である
 - ②働きやすい勤務体制である
- 4.2.3.2 看護部門の職員への技術的支援を行っている
 - ①技術的な相談・指導を行う人材として上司以外にプリセプター、リーダーがいる
 - ②専門・認定看護師、エキスパートナースなどが少なくとも1つは存在している
 - SVR ◇支援を行う職員が一定の基準(経験年数・能力評価結果など)に基づいて定められていれば高く評価する
- 4.2.3.4 看護部門の職員への精神的支援を行っている [6.1.4.5で評価]
 - ①上司・プリセプター・同僚が支援的にかかわりを行っている
 - ②院内外の精神科医師、リエゾンナース・臨床心理士などの専門家による支援が可能である
 - ③その仕組みを職員に知らせている
 - SVR ◇支援を行う職員が一定の基準(経験年数・能力評価結果など)に基づいて定められていれば高く評価する
- 4.2.3.5 看護部門の職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている
 - ①病棟会・委員会・提案箱・自己申告制度などが少なくとも1つはあり、機能している
 - ②組織づくりに職員の意見が反映された具体的事例がある
- 4.2.3.6 専門知識を活かして院内外で自主的に活動できるように支援している
 - ①自主的な研究会・職能グループの活動などの実態が少なくとも1つある
 - ②各活動は看護職員の自らの考え・判断に基づいて企画、実施されている
 - ③組織はその活動を時間・資金などの面で支援している

4.2.4 看護部門に必要な教育・研修が実施されているにおいて段階的にキャリアを発展させる仕組みがある

- 療養 ◇介護職も含めて評価する
- 4.2.4.1 看護部門の職員の能力評価が行われている
 - ①能力評価の基準・手順が明文化されている
 - ②基準・手順に沿って評価が行われている

需給ひっ迫、医師等の有効求人倍率6.74倍を記録

厚生労働省がこのほど発表した職業別一般職業紹介状況によると、医師等の有効求人倍率は今年3月に6.74倍と、かつてない高水準を記録した。

医師等の有効求人倍率は2000年以降に顕著な高まりを示し、新医師臨床研修制度が始まった04年度直前の3月に5

倍の倍率を超えた。その後も、05年3月に低下をみせた以外は前年比増加の一途をたどり、08年3月には一挙に0.95ポイントも上昇した。

医師は歯科医師、獣医師、薬剤師と同

■医療関係職種の有効求人倍率推移(パートを含む常用)

	2001年3月	02年3月	03年3月	04年3月	05年3月	06年3月	07年3月	08年3月
医師、歯科医師、獣医師、薬剤師	3.72	4.44	4.90	5.27	4.89	5.75	5.79	6.74
保健師、助産師、看護師	1.33	1.46	1.51	1.56	1.68	1.93	2.35	2.53
医療技術者	1.47	1.46	1.64	1.78	1.92	2.18	2.16	2.16

一の職業分類に括られている。歯科医師の需給はかなり緩いとみられ、薬剤師も看護師ほどタイトとはみられないことから、医師単独の有効求人倍率は6.74倍を相当上回っていると思われる。

民間による医療安全キャンペーンがスタート

医療安全全国共同行動 2年間で医療事故30万件、死亡数1万人以上の低減が目標

医療に従事するすべての職種とさまざまな医療団体が丸となって医療安全対策に取り組むことを目標としたキャンペーンが始まり、5月17日に東京都内で集会を開催した。キャンペーンはアメリカの成功に学んだもので、「日本版100K Lives Campaign」と称されている。

米国医学研究所(IHI)は他の医療関連機関とともに、2005年から06年6月までの18ヶ月間に10万(100K)の命を救う安全共同行動を提唱、期間中に全米で、生命に影響する12万2,000件の事故を防止する実績を得たといわれている。

このキャンペーン(100K Lives Campaign)には、3,100の急性期病院(全米のベッドシェア75%)が参加した。この成果にもとづいて、現在は、06年12月から08年

12月の期間に「病院患者を医療危害500万の事件から保護する」という医療安全共同行動(5つのMillion Lives Campaign)に取り組んでいる。

昨年11月に開催された医療の質・安全学会は、この100K Lives Campaignをヒントに、わが国における民間主導の医療安全キャンペーン活動を提案した。

これに、日病協、日医、日看協などが賛同して「医療安全全国共同行動推進会議」(議長・高久史磨自治医科大学長)が発足、「いのちをまもるパートナーズ」キャンペーンと銘打った全国共同行動を08年5月から2年間展開することを決め、5月17日に東京都内でキックオフ・フォーラムを開催したもの。

共同行動は、「有害事象に関する行動

目標」として、①危険薬の誤投与防止、②周術期肺塞栓症の防止、③危険手技の安全な実施(経鼻栄養チューブ挿入手技の安全な実施、中心静脈カテーテル挿入手技の安全な実施)、④医療関連感染症の防止(MRSA感染中心)、⑤医療機器の安全な操作と管理(輸液ポンプの安全管理、人工呼吸器の安全管理)を、「医療安全の組織基盤強化に関する行動目標」としては、⑥急変時の迅速対応、⑦事例要因分析から改善へ、⑧患者・市民の医療参加、を掲げている。

また、「キャンペーンの達成目標」としては、①参加登録病院3,000以上、②キャンペーン推進拠点30ヶ所以上、③有害事象件数の低減30万件以上、④入院死亡数の低減1万人以上を目指している。

日本版100K Lives Campaignに参加する病院は、期間中に取り組む目標を前出8つの行動目標から1つ以上選んで登録し、取り組みの進捗状況と入院死亡数・死亡率を定期的に報告することになる。このうち、達成指標データを測定・登録する病院は「モニター病院」と呼ばれる。

欧米諸国を対象としたWHO調査によると、入院患者の3%~16%に有害事象が生じており、IHIは、そのうち半数強は回避可能なものであり、これらの傷害が関与した死亡数は年間4万4,000人から9万8,000人に上ると報告している。

また、厚生労働省によるわが国の調査では入院患者の6.8%に有害事象が生じており、カナダでの発生頻度とはほぼ同じ水準にあるという。

病院の参加登録は医療安全全国共同行動推進会議のHP (<http://kyodokodo.jp/index.html>) で受け付けている。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2008年5月

- 2日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 8日 人間ドック委員会
- 9日 総務委員会
- 12日 「医療安全調査委員会第3次試案に対する見解と要望」記者会見
- 14日 広報委員会
- 15日 会長・副会長会議、個人情報保護担当委員会
- 16日 四病協/医療安全対策委員会、医療制度・税制委員会、医療従事者委員会
- 17日 無料職業紹介事業WT会議、第1回理事会・第2回常任理事会、病院事務長研修コース(～18日)、医療安

- 全全国共同行動キックオフフォーラム、病院のあり方委員会
- 19日 医療事務技能審査委員会
- 21日 日病協/診療報酬実務者会議、四病協/社会保障財源を考える勉強会
- 22日 四病協/医療経営・税制委員会、同/メディカルスクール検討会
- 23日 日病協/代表者会議、病院機能評価委員会
- 24日 医療機関トップマネジメント研修コース(～25日)
- 28日 四病協/総合部会
- 30日 IQIP会議、MEDI-TARGET説明会、ユーズミーミーティング、医療保険・診療報酬委員会
- 31日 研究班会議、医療の質向上委員会

第1回理事会・第2回常任理事会の詳細 5月17日

■主な協議事項

●平成20年度病院経営調査

2008年度病院経営調査の実施が承認された。調査対象月は5月。定点観測を含む対象病院は500施設。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の2名の入会が承認された。
北海道 秋山記念病院 理事長 秋山實男
東京都 東海大学医学部付属八王子病院 院長 北川泰久

別途退会が6名あった結果、在籍会員数は2,251名となった。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

◎日帰り人間ドック

東京都 大田病院附属 大森中診療所
福岡県 白川病院
日帰り人間ドック実施指定は495施設となった。

【主な報告事項】

●支部規約の整備について

各支部の規約整備状況について、企画室委員会より「28の支部には規約が整っているが、19の支部等には規約がない」という実態が報告された。

支部活性化につなげるために、同委員会では、役員任期、選出規程、支部助成金等の項目を盛り込んだモデル規約を作成、未整備の支部だけでなく、すべての支部に提示する方針を明らかにした。

医療短信

BRIEF

■介護保険法と老人福祉法の一部改正法案を公布

厚生労働省は5月28日付官報に介護保険法及び老人福祉法の一部改正法案を掲載、公布した。

法改正は介護サービス事業者の不正事案の再発防止と介護事業運営の適正化が目的で、①法令遵守等の業務管理体制整備の義務づけ、②事業者に対する立入検査権の創設、③不正事業者による処分逃れ対策などが盛り込まれている。

■注射針以外は市町村に処理責任

環境省はこのほど、「在宅医療廃棄物の処理の在り方検討会」がまとめた「在宅医療廃棄物処理に関する取組推進のため手引き」を各市町村に送付、輸液バッグや医療用カテーテル(管)など、注射針以外は市町村に処理責任があることをあらためて明確にした。

在宅医療廃棄物については、2004年に同検討会がまとめた報告書で、①注射針等の鋭利な物は医療機関へ持ち込んで感染性廃棄物として処理する、②その他の非鋭利な物は市町村が一般廃棄物として処理することが望ましいとされ、05年9月に、その旨の周知を求める通知が環境省から発出されている。

しかし、07年2月に環境省が市町村等にアンケート調査を実施したところ、その取り組みが不十分であったことから、あらためて手引きをまとめたもの。

■08年度新規DPC準備病院の募集を開始

厚生労働省は6月6日、DPC準備病院の08年度新規募集を開始した。参加申し込みの締め切りは6月20日正午。

DPC影響調査に新たに参加する病院は、基準を満たせば10年度からDPC対象病院となる。

厚生労働省は、申し込みに際しての説明会は開催しないが、申込締切後に調査の留意事項等に関する説明会を予定している。

■妊婦健診の公費負担回数は5.5回に倍増

厚生労働省は5月30日、妊婦健診公費負担状況に関する調査結果を公表した。各自治体の08年4月現在の公費負担状況を調査したもので、それによると、全国平均は5.5回と07年8月の2.8回からほぼ倍増という結果になった。

■老健施設の収支差益10.6%から4.3%へ低下

厚生労働省が4,800施設・事業所(抽出率約4%)を対象に、07年10月1日付で調査した「介護事業経営概況調査」によると、特養の収支差率は前回(04年)の10.2%から4.4%へ、同じく老健施設は10.6%から4.3%へと、ともに大きく落ち込んだ。

収入総額は変わらないが、給与費、委託費、原価償却費(特養の場合)など支出の増加が影響している。

老健施設は、定員60人以下の施設の収支差率がマイナスとなったが、定員101人以上の施設はプラスとなり、規模によって明暗を分けた。

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

かつてない数の委員会主催。7月1日に事前登録開始



全日病学会東京大会 後期高齢者医療、終末期医療GL、病院における暴力等、注目の企画が目白押し

11月22日・23日に東京都支部(古畑正支部長)の担当で開催される第50回全日本病院学会(河北博文学会長)は準備が着々と進んでいる。

300を超える枠が用意された一般演題については、演題募集案内パンフの全会員病院への送付を5月に終えたが、登録受付は4月から始まっており、6月22日には一次締め切りを迎えようとしている。

7月1日からは、インターネットで参加の事前登録を開始する。

東京学会で注目すべき1つは、全日病委員会によるプログラムがかつてない数になろうとしていることだ。第50回ということもあり、主要委員会は、ほぼ企画をまとめた模様だ。

■第50回全日本病院学会東京大会

主催 ● 東京都支部
会期 ● 2008年11月22日(土)～23日(日)
会場 ● 都市センターホテル
(東京都千代田区平河町)

■第50回全日本病院学会事務局

東京都千代田区神田駿河台 2-5
東京都医師会館306 東京都病院協会内
TEL: 03-5217-0896 FAX: 03-5217-0898

現時点で、委員会主催が確認されている企画は10委員会12プログラムにのぼる。毎回主催プログラムを立てる委員会に対して、今回は、医療制度・税制委員会が初めて参加した。テーマは「後期高齢者医療制度」が予定されている。

常連の委員会では、医療の質向上委員会と人間ドック委員会が、それぞれ、本企画以外にランチョンセミナーを主催する。

11年連続の主催で全日病学会ではすっかりおなじみとなった広報委員会のヤングフォーラムは、中心メンバーがまもなく50歳を迎えるとあって、若い世代の発掘を試みている。

世代交代を兼ねた今年、フォーラムを10年間支えてきた「オールドメンバー」の価値観を再確認しようということで、「経営観-10年前と今」というテーマを掲げた。

一方、病院のあり方委員会、全日病が呼びか

けた検討会の議論内容を紹介することを含め、「終末期医療のガイドライン」を取り上げ、医療現場における議論の広がりを期待している。

病院機能評価委員会が毎年開催する受審促進シンポジウムは、今回、受審を予定している病院を対象に個別相談を実施する。同委員会が展開する受審相談支援事業に登録しているアドバイザーが相談にのる。

このほか、ますます充実化してきた

人間ドック委員会の症例発表を含むシンポジウム、医療安全対策委員会の医療安全分析RCAの演習、医療の質向上委員会の「アウトカム評価事業とDPC」など、内容の濃い企画が続いている。

高い関心がかみこまれるのは、医療従事者委員会主催の「病院における暴言暴力から医療従事者を守る方法(仮題)」だ。豊富な事例と警察など専門家のアドバイスに期待を寄せる会員病院が少なくない。

■東京学会の委員会企画(案) *企画によっては今後変更になる可能性がある

主催委員会	プログラムの運営形式	時間数	テーマ案
広報委員会	シンポジウム	2時間50分	ヤングフォーラム「経営観 10年前と今」
病院のあり方委員会	シンポジウム	2時間	終末期医療のガイドラインについて
医療の質向上委員会	シンポジウム	1時間50分	アウトカム評価事業とDPC
医療従事者委員会	シンポジウム	2時間50分	暴言暴力から医療従事者を守る方法(仮)
医療安全対策委員会	演習	1時間50分	病院における医療安全-RCAの実際
病院機能評価委員会	個別指導	6時間	受審準備への支援
人間ドック委員会	症例発表を含むシンポジウム	7時間30分	人間ドックと特定健診・特定保健指導について
医療制度・税制委員会	シンポジウム	1時間	後期高齢者医療制度(仮)
救急・防災委員会	ランチョンセミナー	1時間	未定
個人情報保護担当委員会	ランチョンセミナー	1時間	未定
医療の質向上委員会	ランチョンセミナー	1時間	未定
人間ドック委員会	ランチョンセミナー	1時間	未定

DPC分析事業説明会に45病院が出席

分析ソフトと事例報告からDPCデータの価値と可能性を確認

医療の質向上委員会(飯田修平委員長)は5月30日、東京都内でDPC分析ソフトウェア「MEDI-TARGET」の説明会を開催した。説明会には、全日病DPC分析事業への参加を検討している45病院(全日病未加入30病院を含む)が出席した。

説明会に続いて開かれた、DPC分析事業に参加している病院によるユーザーズミーティングには6病院が加わり、つごう51病院がDPC分析の事例報告などに耳を傾けた。

「MEDI-TARGET」とは本会が推進しているDPC分析事業に用いているソフ

トウェアで、当事業で協力関係にあるニッセイ情報テクノロジーによって提供されている。

DPC導入病院は、DPCにかかわるデータを継続的に厚労省に提出しているが、これらのデータは厚労省によるDPC運営に活かされるのみで、各病院の経営管理に活用できる仕組みにはなっていない。

したがって、自院の経営と医療の質の測定に用いるためには、各病院は独自にDPCデータを分析しなければならない。これが簡便にできればきわめて詳細なデータである上、共通様式にもと

づいていることから指標ごとに病院間の比較ができるため、DPC分析はDPC導入病院に不可欠なツールといえる。

しかし、DPCデータを独自に分析するには有効な分析ソフトを入手した上で、相当の投資と人的負担を覚悟する必要がある。

DPC導入病院の、こうしたニーズに応えるのが、本会が独自にシステム化したDPC分析事業である。DPCデータを提出できる病院であれば、自院のDPC運営の高度な分析が低額な費用で、かつ専門要員をおかなくても即可能となる。

このシステムを支える分析ソフトウェ

アが「MEDI-TARGET」。説明会では、診療科や入院期間別などの分析画面が次々と例示され、可視化されたDPCデータの世界が分かりやすく披露された。

また、ユーザーズミーティングでは、「MEDI-TARGET」から得たデータを駆使する参加病院の取り組み例が具体的に紹介されるとともに、DPC分析事業の今後の展望が語られた。

出席した45病院の内訳は、DPC対象病院が10、同準備病院が31で、残りの4病院は「DPC導入は未定」としている。

初めてDPC分析事業に触れた病院にとって、同日の会合は、DPCデータの価値と可能性をあらためて確認する場となった。(DPC分析事業や今後の説明会日程は全日病事務局に問い合わせると詳しい説明が得られる)

特定保健指導の08年度研修計画が決まる

全日病の、特定保健指導にかかわる研修会の2008年度開催計画が決まった。研修は「特定保健指導実施者育成」「食生活改善指導担当者」「特定保健指導アドバンス」の3コース。

このうち、「特定保健指導実施者研修コース」の修了者には、AJHA(全日病)ヘルスマネージャーの資格が認定される。各コースの概要は別表のとおり。

研修計画は全日病ホームページに掲

内容	期間	第1回				第2回				第3回				第4回			
		福岡		東京		神戸		神戸		神戸		神戸		神戸			
特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編・計画評価編)	2日間	10月4日(土)・5日(日)		1月23日(金)・24日(土)		3月20日(金)・21日(土)											
特定保健指導専門研修コース(食生活改善指導担当者研修)	4日間	7月12日(土)～15日(火)		9月25日(木)～28日(日)		11月28日(金)・29日(土)・12月5日(金)・6日(土)		2月6日(金)・7日(土)・2月27日(金)・28日(土)									
特定保健指導アドバンス研修(より実践的な特定保健指導の場面を想定した上級コース)	1日間	8月21日(木)		11月21日(金)													

●上記計画は今後変更される可能性もある。

載されているが、個々の研修についても開催要項が固まり次第、掲載される。

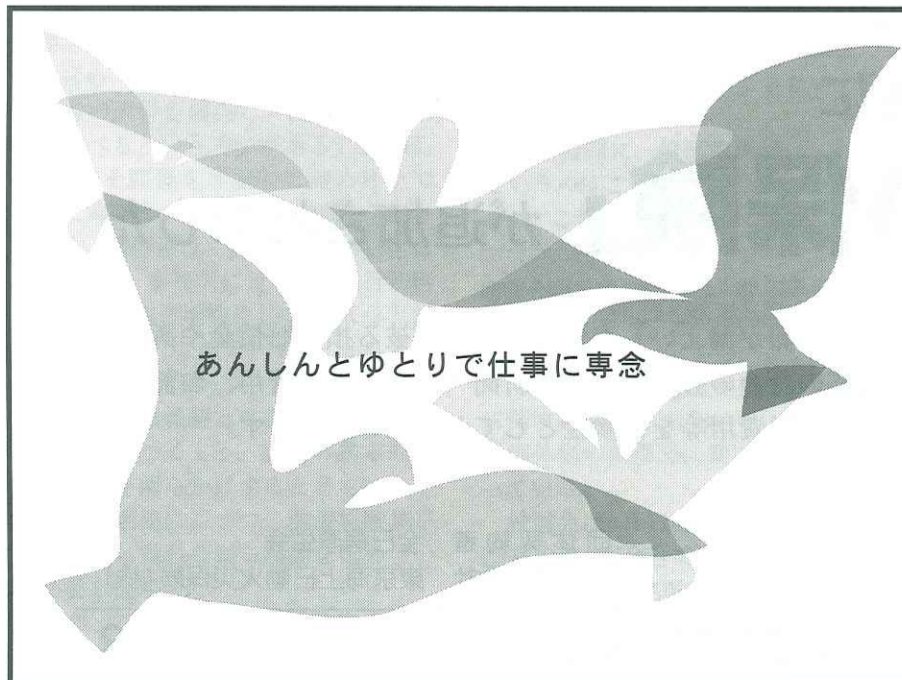
特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コースの開催案内(札幌会場)

本研修会は、厚生労働省告示の食生活改善指導担当者研修(30時間)に該当します。看護師、栄養士等の方は当研修受講によって、特定保健指導の積極的支援(継続的支援)を単独で実施できます(食生活の改善指導に限る)。

日時 ● 7月12日(土)～15日(火)
会場 ● 日本生命札幌ビル(札幌市) 地下鉄南北線さっぽろ駅徒歩1分、JR札幌駅徒歩4分
時間 ● 第1日目 11:00～19:00 第2日目 9:30～20:00
第3日目 9:30～19:30 第4日目 9:30～16:00 講義 計30時間

参加費 ● 会員病院 1名6万円 会員病院以外 1名7万円
※受講料、テキスト代、各日の昼食代を含む
参加対象 ● 看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士
※医師・保健師・管理栄養士の方は、当研修会を受講しなくても特定保健指導を実施できます。
申込方法 ● 所定申込書をファックスで下記宛お送りください(申込書は全日病HPの当該開催要項からダウンロードできます)。締切日6月30日。

特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース事務局
Tel.03-3815-7547 Fax.03-5842-2357 (受付確認・空状況・キャンセル・キャンセル待ちのご確認はこちら)



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)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 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
http://welfare-ajha.jp/

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