



# 全日病 NEWS 7/15

## 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.690 2008/7/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

### 写真以外に「本人確認の方法はない」

#### 社会保障カード 作業班が中間報告。円滑利用に技術面の課題多いことが判明

「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」は7月10日の会合で、カードの具体案を実務的に検討してきた作業班から2回目の中間報告を受けた。

中間報告は、医療機関におけるカード利用において、カードの真偽確認と本人情報の正確性を担保することは技術的に可能とした。

しかし、本人確認については、暗証番号や生体情報による照合以外は難しく、しかも、その両方法とも、救急患者や記憶忘れ・記憶違いさらには生体情報誤認などの可能性を考慮すると十分とは言えず、「現在、医療機関で実施している以上の確認は困難である」と結論づけた。

社会保障カードにおいて、顔写真の貼付は採用されるが希望者に限られる。未収金対策の上で、社会保障カードは必ずしも有効な手立てとならないことが判明した。

また、訪問診療・介護においては、カード読み取りができないことが考えられることから、作業班は、現行保険証と同等内容の「別紙」併用あるいはカード券面への資格確認等の情報記載という対策を提案した。

中間報告は、「社会保障ポータル」サイトの構築と本人レセ情報や健診データ等多様な情報へのアクセスを可能とする社会保障カード活用の将来イメージを提示したが、受診時に求められる機能が必ずしも担保されないという「弱点」を露呈した。

2011年度導入まで2年半。今年度中には実施基本案をまとめる予定だが、検討すべき課題は依然多い。(3面に関連資料を掲載)

#### 訪問時対応に別紙併用、券面に本人情報記載案も

今回の中間報告のテーマは「カードをどのように利用するか」。

作業班は、カード利用にともなう医療機関のメリットを、①患者の医療保険資格確認がオンラインでできる、②医療保険資格情報をレセプトに自動転記ができるとあらためて整理。これによって、手続き漏れによる医療保険への未加入や二重加入の発見が容易にでき、保険者、医療機関、審査支払機関それぞれの請求過誤調整業務が減るとともに、年間900万件ある返戻の4割を占めるレセプトへの転記ミスがなくなると説明した。

ただし、プライバシー保護の立場から、医療機関の端末からカードを使わずに本人確認情報を入力する等の方法でオンライン資格確認を行なうことはしない、という前提に立っている。

その上で、セキュリティの観点から、オンライン確認がうまくいく要件として、以下の3点を提起した。

- (1) 正しいカードが正しい持参者によって利用されること
- (2) 正しい資格情報が確認できること
- (3) 悪意のある者や不正な機器からの攻撃や情報漏洩等の事故に対応できること

上記3点のうち、(2)(3)について、作業班は技術的に対応が可能とした。そして、(1)については、次の2点に分けて対応策を例示した。

#### (1)-1 正しい持参者かどうかの確認(成りすまし受診の防止)

- ・持参者のみが知っている暗証番号を照合する
- ・持参者の指紋や静脈等の生体情報で照合する 等が考えられる

#### (1)-2 正しいカードかどうかの確認(偽造カードの防止)

- ・カード券面の偽造はホログラム等の特殊加工で防止する方法が考えられる
- ・ICチップの偽造は、医療機関のカード読み取り端末で防止することが考えられる
- ・ICチップの中の情報の偽造は、情報に電子署名を付しておき、これを確認することで防止することが考えられる

その上で、作業班は、(1)-1の方法について、①救急等の場合などは照合できない、②照合による時間で窓口業務に支障をきたす、③暗証番号は忘れてしまう可能性がある、④生体情報による照合は本人を不一致としてしまう可能性がある、また、ハンディキャップを持つ人への対応が別途必要になるなどの問題点があることを示し、「現在、医療機関で実施している本人確認以上の措置は困難である」と指摘、社会保障カード導入によって本人確認が正確にできることは難しいと結論づけた。

カードを持参した者が本人であるかどうかの確認方法に関して、今年1月25日にまとめられた当検討会報告書では、身分証明書機能を併用させる方法として、本人の顔写真をカードに貼付することが取り上げられ、「希望者には、身分証明書として使用可能なものとする(中略)ができるものとする」ことを確認、「顔写真付カードについては、(交付作業の過程で=編集部注)写真の本人確認を行う必要があるが、こういった要件も含め、希望者が身分証明書としても使用できる顔写真付カードの交付方法について検討する必要がある」としている。

医療機関にとって、保険資格確認の確実性やレセへの自動転記は歓迎すべきもの。ただし、その2つが効



率的に処理できたとしても、肝心のカード持参者が「成りすまし」であれば窓口負担の回収に支障をきたすことになる。

希望者には写真貼付が可能とされても、その交付方法が仮に複雑となれば、希望者はきわめて限られた数にとどまることは予想に難くない。技術的に難しい問題があるとはいえ、未収金に悩む医療機関にとって、社会保障カードは「画竜点睛」を欠くものとなりそうだ。

同日の検討会では、一部から「作業班の報告は、気持ちは分かるが、難しく考えすぎでないか。資格確認や本人確認にしても、現実には、保険証を持参しなくても受診を認めたりといった対応で医療機関はなりたっている」という発言が出るなど、楽観的に考える委員もいた。

読み取り端末を必要とする社会保障カードに関しては、訪問診療や訪問介護における対応や読み取り機の導入が一巡するまでの移行期の問題が残されている。また、すべての環境が整った後でも、停電やネットワークのトラブル、カードの破損、一時的なカード使用不可の状態、カード紛失時再発行までの間の受診といった様々な検討課題がある。

こうした事態に対して、作業班は「現行の健康保険証と同等の運用が継続できる必要がある」として、カードの故障・破損時には「医療保険の資格情報を記載した別紙を交付しておく」または「カードに、本人を識別し、資格確認やレセ請求が可能な情報を記載しておく」案を示した。

また、カードに対応できない環境下もしくは端末の故障やシステム停止時には、前出の「別紙交付」「カード券面への必要情報記載」に加え、「携帯電話等の携帯端末でカードを読み取る」方法を提案。これらの方法は、移行時やトラブル時だけでなく、訪問診療や介護にも有効とした。

しかし、別紙の交付は交付主体である市町村の事務作業を増やすだけでなく、利用者側も紛失の可能性など利便性を損なう。一方、カードに本人識別情報を掲載する方法は、ICカードではない現行のカード式保険証と変わらない上、「制度・本人の意図しないところで名寄せに使われる」可能性が懸念される。

### 西澤執行部、舛添大臣に本会終末期医療の取り組みを説明

後期高齢者終末期相談支援料は6月25日の中医協総会で、舛添厚生労働大臣より「一次凍結」の諮問を受け、中医協委員との真剣な議論の末、こうした措置を前例としないこと、さらに、検証調査等を経た後早期に再開の議論を始めることを付帯条件に、それを認める旨の答申を行なった(7月1日号既報)。こうした事態を招いた背景には、全日病が国民的議論に向けて提唱した「終

末期医療の指針案」の一部書式をめぐる、国会質疑等における誤用がある。

一連の経緯に対する本会の見解表明と説明は、5月21日の中医協総会で、中医協委員である西澤会長自らがなっており、以降、政局やマスコミ報道に同種の動きは見当たらない。

一方、舛添要一厚生労働大臣は、諮問の際に、今後、終末期医療のあり方、さらにはリビングウィルのあり方を国

民的議論に委ねる必要を強調。そうした啓蒙に努める意向を明らかにした。

こうした舛添大臣の姿勢と6月25日の中医協答申を踏まえ、西澤執行部は、全日病と舛添大臣の間で、今後の終末期議論のあり方について意見交換する必要を認め、面談を求めた。

会談は7月11日に行なわれ、本会から、西澤会長、飯田常任理事、木村常任理事が出席した。

会談において、舛添大臣は、後期高齢者の終末期医療をめぐる騒ぎで本会の終末期方針が誤解されたことに遺憾の意を表わすとともに、全日病が終末期医療に対して真剣な議論を重ねていることに理解と共感を示した。

西澤会長は、あらためて、終末期医療のあり方に対する本会の取り組みを説明する一方、こうしたガイドラインは「広く国民に周知し、受け入れてもらってこそ意味がある」と指摘、行政側の取り組みに対する期待を表明した。(7面に会談の報告を掲載)

### 清話抄

#### 「生命と死」

朝日新聞のコラムで死刑執行を許可した鳩山法務大臣を死神と揶揄したこと、ご本人はご立腹で涙ながらの記者会見を行った。大臣に同情しきりである。

死刑の判決を下した裁判官や死刑を求刑した検察官を責めるならともかく、法律

で執行を義務付けられている大臣は大変な心の重荷を背負いながら、判を押したに違いない。犯人に面会したり、墓参りにいたり、後悔しない様に熟慮に熟慮を重ねたはずである。

執行を多数行った大臣に後藤田大臣が思い出されるが、彼も確信的に、死刑執行は国家の責任であり、法務大臣の自分がその嫌な辛い仕事を背負うという姿勢であった。

後藤田さんはカミソリとも言われ、田

中、中曽根首相も彼の言には一目を置いたと言うから、その時マスコミは尊敬や怖れはしても、批判的ではなかった。むしろ、決裁を棚晒しにして、後任者に先送りするそれまでの大臣を問題にしていたように思う。

医療の世界では、終末期医療の中でリビングウィル等の問題について現在も検討が行われている段階であるものの、医師への重責に見合う評価感謝があるかという今世間は混乱の極

みだ。逃げ出し押し付けあう事になりかねない。

映画「ジョーブラックによろしく」ではブラッドピットがハンサムで粋な計らいをする死神を好演していたし、漫画「デスノート」もヒットした。

生命、死にかかわることが気になる。戦争が一番問題なのだが。経済学者、弁護士よりも、宗教家哲学者に教えを請いたい時代である。(湖)

# 主張

## 医療破綻の危機が迫る。改善策を急ぐべきである

医療崩壊、とくに病院崩壊が進んでいる。にもかかわらず、6月10日の経済財政諮問会議ではあいも変わらず「社会保障費も聖域ではない。骨太の方針2006にのっとり政府の中の非効率率を徹底的に削減する」という発言がまかり通っている。

政府は02年度から診療報酬を下げ始め、06年度には診療報酬を3.16%も下げた。その結果、経営困難に陥って閉院に追い込まれた民間病院が続出した。さらに、08年度も再度マイナス改定を行った。

今回の改定は疲弊した病院に厚くしたとのことであったが、一部の大病院以外の病院はさらなる減収に陥った。このような事態になっても、

政府は毎年2,200億円の社会保障費を削減するといっている。

報道を見ていると政府、自治体、官僚達の経費の無駄使いは半端ではない。これらの削減を徹底することは大いに結構である。しかし、医療費のどこに無駄があるのか、これ以上の削減をどこからするのか、理解に苦しむ。これ以上の削減を行えば、医療全体が破綻してしまう。

何故このようなことになったのか。1983年に厚生省の吉村局長(後の次官)が「医療費亡国論」を唱え、このまま伸びればいずれ日本の国は医療費によって滅びるので、医療費を圧縮すべきであると云う主張を掲げたことに始まっている。まさに、医療

費亡国論による医療崩壊である。

この主張の下に医学部定員の削減を行い、今では極端な医師不足に陥っている。2004年度での人口1,000人に対する医師数はOECD 30ヶ国中27位となり、OECDの平均医師数より14万人も少ない状況になり、今もその格差は広がっている。不足は医師だけではなく、看護師、介護士不足も深刻な状態である。

このような状況に加え、1999年の横浜市立大学の「患者取り違え事件」以降医療に対するバッシングが始まり、その頃から医療に対する過剰な要求、歪曲したマスコミの報道、警察の介入等が顕著となった。

医療事故においては、不可抗力に

よるものか、ミスによるものかを検証される必要がある。しかし、十分な検証もなく報道され、犯罪者扱いにされているきらいが否めない。その結果、リスクの多い診療科(産婦人科、外科、小児科等)に対する医師の忌避や萎縮医療ともいえるべき傾向が強まり、救急医療は、まさに崩壊の危機に瀕している。

医療崩壊は、その他、いろいろな条件が重なって起きている。ここにいたるまで手をこまねいていた政府の責任は重大である。一刻も早い改善策を講じないと、医療崩壊(医療提供の萎縮)どころか、医療破綻(医療界の破綻)に行き着き、取り返しのならないものとなろう。(N)

# 日本の医師数は2.1人、OECD平均3.1人を大きく下回る

OECDヘルスデータ2008 急性期病床は千人あたり8.2床とOECD平均値の2倍を超える

30カ国が加盟する経済協力開発機構(OECD)は6月26日、「OECDヘルスデータ2008年版」を発表した。

それによると、日本の対GDP医療費(8.2%)はOECDの平均値(8.9%)を下回り、1人当たりの医療費(2,474USドル=購買力平価調整済)もOECDの平均値(2,824USドル=前出)を下回った(いずれも05年)。

医師数は人口1,000人当たり2.1人と、

OECDの平均値3.1人を大きく下回っている(06年)。

医師数に関する日本の順位はデータが示された23カ国中カナダと並んで19位。1996年には1.6人で28カ国中イギリスと並び24位であったから、この10年間、日本のランクは余り変わっていない。そのイギリスは06年には2.5人と著しい増加を果たした。

イギリスの医師数は、ブレア政権が

2000年に医療費増加に転じた以降増加の一途をたどり、01年には2.0となり、以降、毎年0.1ポイントずつ着実に増加、06年度に2.5に達した。

一方、日本の医師数も02年に2.0に達したが、06年によくやく2.1と、0.1ポイント増えるのに4年かかっている。

OECDレポートは、日本の医師数が少ない理由を「政府が医大の入学者数を制限しているところに部分的に起因

する」と指摘している。

他方、日本の急性期病床数はOECD加盟国中で最も多く、1,000人当たり8.2床とOECD平均値(3.9床)の2倍を超えている(06年)。

ヘルスデータはOECD本部の社会問題局によってまとめられ、1960年以降、年次レポートとして発表している。詳細データはOECD東京センターのHPで参照できる。

### 日本に関する主な記述 (OECDヘルスデータ2008から)

日本の2005年の対GDP医療費割合は8.2%で、OECDの平均値8.9%より0.7少ない。アメリカは15.3%で最も高く、スイス(11.3%)、フランス(11.1%)、ドイツ(10.6%)がその後に続く。

日本は、また、1人当たりの医療費でもOECDの平均値を下回っている。05年に2,474USD(購買力平価で調整してUSドルで算出)であるのに対し、OECDの平均値は2,824USDであった。日本の1人当たり医療費は2000年から05年の間に実質2.5%上昇しているが、OECDの平均伸び率5.0%よりは低い。

アメリカ、メキシコ、ギリシャを除くOECD加盟国は全て、医療費財源のうち主な原因となっているのが公共部門である。日本では医療費の82.7%が公共部門に充てられ、これはOECDの平均値73.0%を上回っている。

#### ●医療部門における資源(人的、自然科学的、技術的)

日本は1人当たりの医師数が他のOECD諸国の多くと比べて少ない。06年の医師数は人口1,000人当たり2.1人であり、OECDの平均値3.1人を大きく下回る。医師が相対的に少ないのは、

政府が医大の入学者数を制限しているところに部分的に起因する。

また、06年のデータでは1,000人当たり9.3人の看護師がいる。これはOECDの平均値9.7人よりわずかに少ない。

日本の急性期病床数はOECD加盟国の中で最も多く、06年では1,000人当たり8.2床と、OECD平均値(3.9床)の2倍を上回る。

過去10年間に、多くのOECD加盟国でCTスキャンやMRIなど診断器具の利用が急速に発展した。05年のデータでは、日本はMRIスキャナーの利用が最も普及しており、100万人当たり40.1台に達している。OECDの平均は06年で100万人当たり10.2台である。

#### ●健康状態と危険因子

日本は06年当時、OECD加盟国の中で最も平均寿命が長く82.4歳であった。スイス、アイスランド、オーストラリア、スペイン、イタリア、フランスがその後に続き、80.8歳を超えている。

最近数十年間で日本の寿命が驚くべき伸びを見せたのは、とりわ

け心臓病からの死亡率を下げたことが関係しており、OECD加盟国の中で男女ともに心臓病の死亡率は最も低い。

日本の乳児死亡率も最近数十年間で劇的に落ちている。日本は最も乳児死亡率の小さい国の1つであり、06年には1,000人の新生児出生当たり2.6人が死亡したが、これはOECD平均値5.2人の半分にすぎない。

最近数十年間のうちに、大半のOECD加盟国で肥満率は増加している。成人の肥満率は、06年では韓国の3.5%、日本の3.9%が少なく、最多であるアメリカの34.3%と対照的である(ただし日本

とアメリカの肥満率は正確であるが、他の多くの国々は自己報告データを基にしているため、実際の肥満率より低い値が出る)。

一方、06年のデータでは日本の成人の26%が毎日喫煙をしており、OECDの平均値24%と比べて高い。男性の喫煙率は41%と特に高く、OECD加盟国の中でトルコ・韓国・ギリシャの次に高い。オーストラリア・カナダ・ポルトガル・スウェーデン・アメリカはタバコの消費を大幅に減らすことに成功した例で、これらの国では近年の成人の喫煙率は18%を下回っている。

■主要10カ国のデータ OECDヘルスデータ2008より

	人口1,000人あたり病床数(2006年)	人口1,000人あたり急性期病床数(2006年)	医療費の対GDP比(%、2005年)	医療費に占める公的支出の割合(%、2005年)	人口1,000人あたりの医師数(2006年)	人口1,000人あたりの看護師数(2006年)
フィンランド	6.9	3.1	8.3	75.0	2.7	8.3
フランス	7.2	3.7	11.2	79.9	3.4	7.6
ドイツ	8.3	6.2	10.7	77.0	3.5	9.8
ハンガリー	7.9	5.5	8.5	70.9	3.0	6.1
イタリア	4.0	3.3	8.9	76.7	3.7	7.1
日本	14.0	8.2	8.2	82.7	2.1	9.3
韓国	8.5	6.8	6.0	53.1	1.7	4.0
メキシコ	1.7	1.0	6.4	45.5	1.9	2.3
イギリス	-	2.2	8.2	86.9	2.5	11.9
アメリカ	-	2.7	15.2	45.1	2.4	10.5



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

# 医療療養・介護療養とも「転換分」は制限を設けず

## 第4期介護保険事業計画 09～11年度の第4期介護保険事業計画策定で基本指針を改正

厚生労働省は7月2日に「第4期介護保険事業(支援)計画策定に係る全国会議」を開催、第4期介護保険事業(支援)計画(2009年度～11年度)において、療養病床からの転換枠を確保する方針をあらためて示し、それにもとづいた計画の作成を都道府県等に求めた。

同時に、その方針にもとづき、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」の改

正案を提示した。事務局(老健局計画課)は、第4期介護保険事業(支援)計画について、「基本的な指針」で示した参酌標準そのものは変更しないが、療養病床から老健施設等へ転換する分については別途に取り扱いの規定を定めるという基本指針の改正を行なうと説明した。

変更しない参酌標準として、事務局は、①介護保険3施設及び介護専用の

居住系サービス(認知症高齢者グループホーム・介護専用型特定施設)の整備(2014年度に要介護2～5に対する施設・居住系サービス利用者の割合を37%以下とする)、②介護保険3施設利用者の重度者への重点化(2014年度の入所施設利用者全体に対する要介護4.5の割合を70%以上とする)、③介護保険3施設の個室・ユニット化の推進(2014年度の3施設の個室・ユニット化割合を50

%以上とする、特養の個室・ユニット化割合を70%以上とする)を例示した。その上で、参酌標準したがって基本指針を見直す点として、医療療養病床および介護療養型医療施設から老健施設等への転換する分に関して、後者については年度ごとの必要定員総数を定めるが、いずれも必要定員総数の超過を理由とする指定拒否等は行わないという考えで臨むことを明らかにした。

### 「第4期介護保険事業(支援)計画策定に係る全国会議」資料から

#### ●療養病床から老健施設等への転換分等の取り扱いを規定する

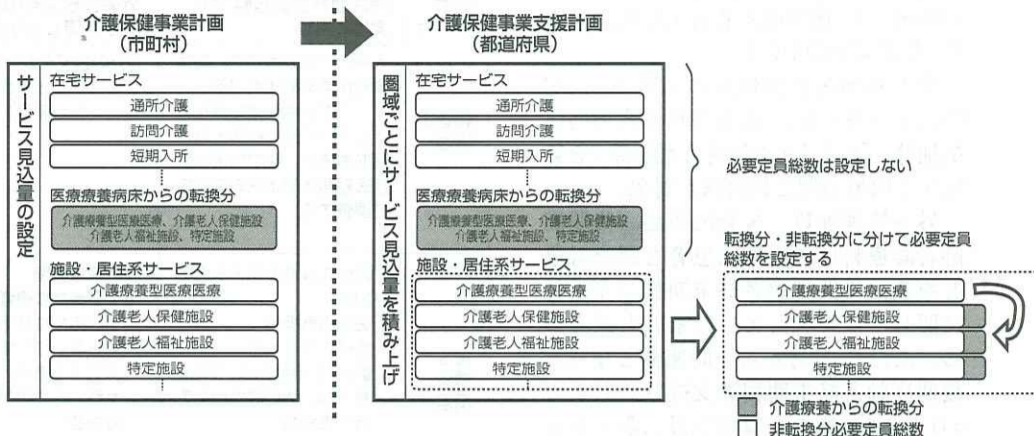
##### [医療療養病床からの転換分]

・医療療養病床から老健施設等への転換分については、一般の老健施設等とは別のサービス類型として一体的に取り扱うこととし、年度ごとのサービス量は見込むが、必要定員総数は設定しないものとする。

・この結果、必要定員総数の超過を理由とする指定拒否等は生じないことに

なる。  
[介護療養型医療施設からの転換分]

・介護療養型医療施設から老健施設等への転換分については、当該転換分を含めて、施設種別ごと、年度ごとの必要定員総数を定めるが、同じ介護保険財政での種別変更であるため、必要定員総数の超過を理由とする指定拒否等は行わないものとする。



### 社会保障国民会議「中間報告」から 6月19日 \*7月1日号既報

#### ■「中間報告」(医療関係の要旨)

●救急医療体制の弱体化、産科・小児科を中心とする医師不足、地域医療の崩壊、介護分野における恒常的人材確保難など、生活を支える医療や介護サービスの基盤が劣化している。

●制度改正を重ねる中で、社会保障制度は非常に複雑なものになってしまった。運用面での課題も多く、国民にとってわかりにくく利用しにくい制度になっていると言わざるを得ない。

●「制度の持続可能性」を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、同時に、今後は、社会経済構造の変化に対応し、「必要なサービスを保障し、国民の安心と安全を確保するための「社会保障の機能強化」に重点を置いた改革を進めていくことが必要である。

#### ■社会保障国民会議第2分科会 サービス保障(医療・介護・福祉)に関する中間とりまとめ

●国民所得比やGDP比で見た日本の医療費水準は、諸外国と比較して決して高いとは言えない。このことは社会保障給付全体についても言えることであり、総じて我が国の社会保障給付費の水準は高いとはいえない。

●医師の過重労働と薄い人員配置という現実、現場での医療事故のリスクを高めるだけでなく、医療技術の進歩に対応していけない、あるいは一人一人の患者に十分な対応が出来ないなどの問題を生み出している。

●したがって、現場の医療サービス水準を維持し、医療事故を減らしていくには、医師や看護師の配置を厚くし、ミスをしにくいシステムを作る必要がある。

●また、診療科目や地域による医師の偏在も大きな問題となっており、地域における医療機関の連携・機能分担(ネットワークの構築)が必要である。

●経営という観点から見ると、多くの医療機関は事務部門が弱く、事業運営面でも医師(院長)が過重な責任を負っており、経営面での専門職が育っていないことから総じて経営能力(マネジメント能力)が脆弱である。

●医療費全体(マクロ)の配分の問題として、病院部門に対する医療費配分が十分病院の経営を支えることのできるものとなっているか、「再投資可能な診療報酬」となっているかなど、改めて検討する必要があるのではないかと考えられる。ただし、この点については実証データが不足しており現段階では分析も十分でない。したがって、今後、早急に必要統計データ等を整備し、実情を明らかにして研究を重ねることが必要である。

●サービス提供体制の「構造改革」「人的・物的資源の整備」を進めていくためには、安定的な財源確保、継続的な資金投入が必要であるが、同時に、医療制度・介護制度内部での財源配分・資金配分のあり方、具体的には診療報酬体系・介護報酬体系のあり方に

についても見直しを行う必要がある。

●例えば、地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応じていく、という課題の実現を考えても、現在のように、医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままでは、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難であると考えられる。

●また、病院医療の実態そのものが、現在の診療報酬体系の基本骨格を策定した時代のものとは全く変わっており、報酬体系の基本骨格を変えずに個別の点数の配分調整でこの問題に対処するには限界があるといわざるを得ない。

●また、地域医療を担う診療所の報酬に関しても、今後ますます重要となっていく在宅療養支援機能・地域包括ケアの中核機能の強化を進めていくためには、ケアマネジャーを始めとする多職種の協働や家族支援、長期継続マネジメントなど、これまでの報酬体系には包摂されていない様々な機能を適切に評価することが必要となる。

●医療・介護サービスの改革を進めていく上で、診療報酬や介護報酬が占める役割は極めて大きい。提供されているサービスの実態にふさわしい報酬を支払い、医療機関経営の実態を踏まえた「再投資可能な費用保障」や、地域医療の課題を解決していくための現場の取り組みを推進し、また、医療提供

体制の構造改革や地域における医療・介護・福祉の一体的提供(包括ケア体制)を実現していくという意味で、報酬問題を単に医療内部・介護内部での配分の見直しや個別の報酬設定の問題として捉えるのではなく、報酬体系の組み立てそのもの問題として捉え、検討・見直しを行う必要がある。

●保険給付の範囲や公私の役割分担については、医療保険のリスクヘッジ機能、医療費全体に及ぼす影響等様々な視点から検討する必要がある。保険免責制の導入や混合診療、民間保険の活用などについてはその是非について様々な意見があることから、今後さらに具体的議論を深めることが必要である。

●サービス提供体制の思い切った構造改革を行って効率化すべきは効率化しつつ、同時に質・量両面で安定的なサービス保障を実現するための必要な財源投入を行っていくことが必要であり、そのための安定的な財源確保は急務である。

●その際には、いわゆる医療・介護サービスの費用(フローのコスト)だけでなく、物的基盤の適正な配置、効率的な利用などの改革を行うことを前提にしつつ、医療・介護サービスを支える人的・物的基盤整備(人材養成、施設・設備整備等)に要する費用がどの程度になるのかという点にも着目し、フロー・ストック両面を併せて全体としてのサービス費用を捉えることが必要である。

### 「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」作業班の中間報告から 7月10日 \*1面記事を参照

#### ■作業班1回目中間報告の要旨(4月22日)

作業班として「カードをどのように発行・交付するか」について検討した。

- カードの発行主体を厚生労働大臣、交付主体を市町村、と仮定する。
- カードのICチップに収載する「本人を特定する鍵となる情報」は、さしあたり、①当制度に共通の統一的番号の採用、②カード識別子の採用、いずれかを基本として検討を進める。(別途、PKI=電子的な鍵ペアと証明書、の仕組みを用いる方法も検討)
- 上記2点の仮定に立って、カードの発行・交付フローとして、「出生時フロー」(出生時など年金・医療・介護の3制度のいずれかに初めて加入する者にカードを交付する仕組み)と「切替時フロー」(発行済みの現行保険証等を切り換えていく仕組み)をともに検討する。

#### ●オンラインによる医療保険資格の確認

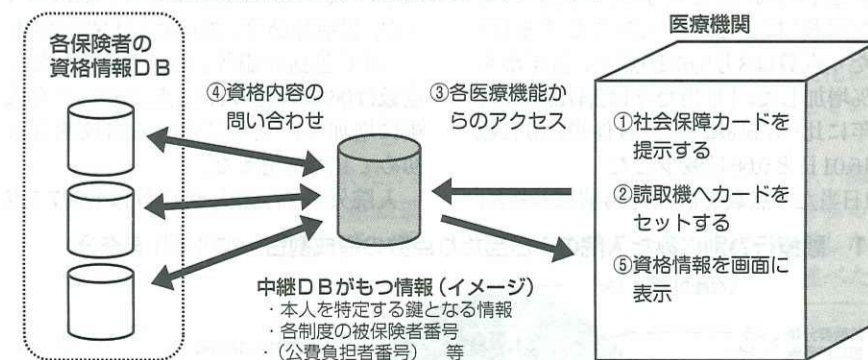
カードのICチップを読み取り、保険者の資格情報データベース(DB)にオンラインでアクセスし、即時に資格確認ができる。

・手続き漏れによる医療保険への未加

入や二重加入を容易に把握できることが可能となる

・これにより保険者、医療機関、審査支払機関における医療費の過誤調整事務が減少する

#### オンラインによる医療保険資格の確認方法(イメージ)



#### ●レセプトへ自動転記される情報(案)

氏名、性別、生年月日、保険者番号、被保険者証・番号、保険種別1、保険種別2、本人・家族、給付割合、その他(公費負担者番号①②、公費負担者医療の受給者番号①②)

\*システムへの負荷を軽減するために、自動転記される情報の取得は、原則、初診時と再診時に前回から情報に変更があった場合のみとする。

# 08年度内に調査結果。患者対象調査が増加

## 08年度改定結果 検証調査 勤務医負担、外来管理加算、後期高齢者診療料・相談支援料等を先行調査

7月9日の中医協・診療報酬改定結果検証部会に、事務局(厚労省保険局医療課)は2008年度改定結果検証項目のうち、08年度内に調査し、結果をまとめる5項目に関する特別調査の実施案を提示した。

先行して調査されるのは、①病院勤務医負担軽減の実態、②「外来管理加算」算定(5分要件)の影響、③後発医薬品の使用状況、④「後期高齢者診療料」算定の状況、⑤「後期高齢者終末期相談支援料」算定実態の5項目。

病院勤務医負担軽減の実態は「入院時医学管理加算」「医師事務作業補助体制加算」「ハイリスク分娩管理加算」を算定する医療機関と勤務医が対象。

外来管理加算、後発医薬品、後期高齢者診療料については患者も調査対象となる。後期高齢者終末期相談支援料に関しては患者とともに家族も調査する。ただし、7月から一時凍結となった後期高齢者終末期相談支援料は、この4月から6月までの算定施設に限られるため、標本数がどのくらいとなるのか読めないところがある。

公益委員からなる部会委員からは、「患者調査にインタビューを採用してはどうか」あるいは「算定している病院がある一方、同規模でも算定していない病院もある。どこからその違いが生じるのが調べられないか」など、検証調査をありきたりで終わらせたくないとする積極的な提案が相次いだ。

具体的には調査検討委員会における調査設計の中で検討されるが、実施案

そのものは次回部会でまとまる見通し。早ければ10月にも調査を開始、いずれの項目とも年度内には結果をまとめて中医協に報告する。

06年度改定で導入された疾患別リハビリテーション料が、リハを必要とする患者に十分なリハの提供をさまたげているという改定検証調査結果にもと

づいて、算定日数制限除外対象を拡大し、維持期リハを評価する医学管理料を新設するという見直しを期中(07年4月1日)に実施した。

今回も、後期高齢者終末期相談支援料の算定再開が調査結果から判断される可能性があるが、舛添厚生労働大臣は「後期高齢者医療に限らない終末期

相談のあり方」を議論の俎上にのぼらせる意向を表明しており、見直しは定かではない。

また、外来管理加算に関しては、同日の総会で、日本医師会の委員が5分要件の根拠に強い不信感を示しており、調査結果によっては見直し議論の対象にあがる可能性もある。

### 2008年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査実施案

調査テーマ	病院勤務医負担軽減の実態	外来管理加算の意義付け見直しの影響	後発医薬品の使用状況	後期高齢者にふさわしい医療の実施状況1	後期高齢者にふさわしい医療の実施状況2
調査の概要	入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算を算定している医療機関と勤務医を対象に、改定前後の勤務医勤務体制状況の変化等を調査する	5分の目安を要件としたことによる医療機関及び患者への影響等を調査する。	医療機関における「後発医薬品への変更不可」と処方せんに記す状況とともに、保険薬局における「変更不可」処方せんの受付状況、実際に後発医薬品を調剤した状況等を調査する。	後期高齢者診療料を算定している保険医療機関及び当該保険医療機関を受診している患者を対象に、改定前後の状況の変化等について調査する。	保険医療機関に対し、4月から5月までの「後期高齢者終末期相談支援料」算定状況及び患者・家族の状況について調査する。
主な調査項目	・具体的な軽減策とその実施状況 ・医師の負担感 ・医師の業務内容 ・医師数、当直回数、平均勤務時間、休日取得状況等 ・外来患者数	(対医療機関) ・1日あたり患者数 ・1日あたり算定回数 ・1日あたり診療時間 ・算定する患者の疾患 ・患者への説明内容(对患者) ・外来管理加算の認知度 ・医師の説明内容に対する理解度及び満足度	・処方せんに「変更不可」と記す件数とその理由 ・処方せんに「変更不可」と記された割合及び後発医薬品への変更回数 ・後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化 ・後発医薬品使用に関する医師、薬剤師、患者の意識	(対医療機関) ・患者数、算定回数 ・後期高齢者診療計画書の内容 ・治療内容(对患者) ・後期高齢者診療料に対する認知度 ・通院医療機関数及び通院回数 ・医師の説明内容に対する理解度及び満足度	(対医療機関) ・算定の有無、算定の回数 ・担当医となった経緯、診療期間 ・相談内容、相談時間、話し合いに参加した人 ・文書提供の有無 ・文書の内容、文書を変更した場合の変更点及びその理由 ・文書は提供しているが、算定を行っていない場合は、その理由 ・改善すべき点(对患者・家族) ・相談支援料に対する理解度 ・文書提供に対する評価 ・改善すべき点
調査対象	入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算を各算定している病院から抽出	保険医療機関の中から抽出した病院、診療所及び保険医療機関を受診したことのある患者	保険薬局・保険医療機関の中から抽出した薬局、保険医療機関及び患者	後期高齢者診療料を算定している保険医療機関の中から抽出	保険医療機関の中から抽出した保険医療機関及び当該保険医療機関を受診した患者・家族
調査日程	11~12月 調査実施 1月 調査票回収、集計 2~3月 調査結果の報告	10~11月 調査実施 12月 調査票回収、集計 1~2月 調査結果報告	11~12月 調査実施 1月 調査票回収、集計 2~3月 調査結果報告	10~11月 調査実施 12月 調査票回収、集計 1~2月 調査結果報告	秋 調査実施 年度内に報告

### 06年度立入検査

## 医師数適合率85%。地域格差依然大きく

厚生労働省がこのほど公表した2006年度の立入検査結果によると、医師数の適合率(立入施設数に対する適合施設数の割合)は85.0%と05年度から1.2ポイント増加した。

医師の適合率は1999年の69.2%から2000年には70%を超え、03年度に80%台

にのった後、04年度、05年度と83%台で推移したが、今回、85%とかつてない水準を記録した。

しかし、中国地方と四国地方は05年度よりも率を下げたほか、北海道・東北地方は全国平均より20%近く低いなど、地域別の格差は依然大きい。

### 地域別の医師数適合率(06年度、%)

地域	全国	北海道・東北	関東	北陸・甲信越	東海	近畿	中国	四国	九州
適合率(06年度)	85.0	66.4	90.2	81.1	89.4	94.9	82.8	81.5	87.7
適合率(05年度)	83.8	63.5	89.0	78.8	88.2	94.4	83.0	81.9	86.8
増減ポイント	1.2	2.9	1.2	2.3	1.2	0.5	-0.2	-0.4	0.9
全国平均との差(06年度)	-	-18.6	5.2	-3.9	4.4	9.9	-2.2	-3.5	2.7

【東海】は、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県を、「近畿」は三重県を除く近畿を、九州には沖縄県を含む。

### 厚労省が幹部職員の異動を発令

厚生労働省は7月11日付で幹部職員の異動を発令した。

大臣官房長には大谷泰夫雇用均等・児童家庭局長が就き、総括審議官に森山寛大臣官房審議官が、政策統括官(社会保障担当)に間杉純大臣官房審議官が、技術総括審議官に谷口隆農林水産省大臣官房審議官が、医療保険・医政担当審議官に榮畑潤総務省大臣官房審議官が、それぞれ起用された。

健康局長には上田博三大臣官房技術総括審議官が、医薬食品局長には高井康行内閣府大臣官房政府広報室長が、社会・援護局長には阿曾沼信司老健局長が、老健局長には宮島俊彦大臣官房総括審議官がそれぞれ就任。高橋直人

医薬食品局長、西山正徳健康局長、中村秀一社会・援護局長ほか2局長が辞職した。水田邦夫保険局長、外口崇医政局長は留任となった。

### 【課長級の主な異動(前職は省略)】

医政局▲深田修総務課長、三浦公嗣指導課長、杉野剛医事課長  
健康局▲上田博三健康局長、梅田珠実結核感染症課長、岩崎康孝疾病対策課長  
老健局▲大澤範恭総務課長、吉野隆之介護保険課長(25日付)、菱田一計画課長、土生栄二振興課長  
保険局▲神田裕二総務課長、田河慶太保険課長、武田俊彦国民健康保険課長、佐藤敏信医療課長

## 入院点数は1件・1日当たりともに7%以上増加

### 2007年社会医療診療行為別調査結果の概況 DPC1日あたり点数が大幅増、構成割合も初めて10%を超える

厚生労働省がこのほど発表した「2007年社会医療診療行為別調査結果の概況」(医科)によると、入院における1件当たり点数は3万9,672.9点と、前年から7.1%増加した。1日当たりは2,478.4点と、前年に比べ7.5%増えた。1件当たり日数は16.01日と0.06日減少した。

「入院料等」の1,269.9点(51.2%)が最も高く、次いで「手術」333.1点(13.4%)、「DPC包括評価等」294.6点(11.9%)の順。「DPC包括評価等」の入院1日あたり点数は06年調査の174.3点(7.6%)から大幅に増加し、全体に占める構成割合も初めて10%を超えた。

入院外の1件当たり点数は1,227.5点と0.7%減少、1日当たり点数は680.4点と2.2%増加している。

一般・老人別にみると、入院の1件当たり点数は一般が3万7,610.3点、老人が4万2,105.8点となった。1日当たりでは一般が2,714.6点、老人が2,270.4点。年齢階級別では、0~14歳の3,892.6点が最も高く、65~74歳の2,695.9点が続く。最

も低かったのは75歳以上の2,278.5点。

入院外の1件当たり点数は一般が1,101.2点、老人が1,646.1点。1日当たりは一般が658.8点、老人が733.8点。年齢階級別にみると40~64歳の776.4点が最も高く、65~74歳の726.9点と続く。最も低かったのは0~14歳の493.3点であった。

DPC包括評価については、入院の1件当たり点数は5万1,081.3点と前年比3.0%増えた。1日当たりも4,795.7点と前年比3.2%増加している。1件当たり日数は10.65日、前年に比べ0.02日減少している。

図1 診療行為別にみた入院の1日当たり点数の構成割合(07年6月審査分)

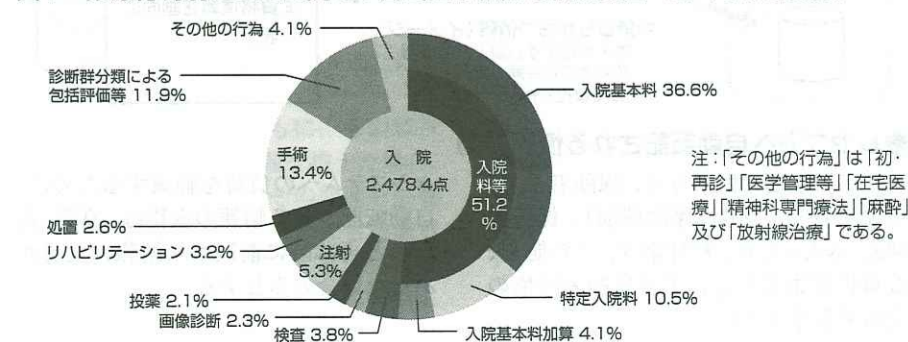
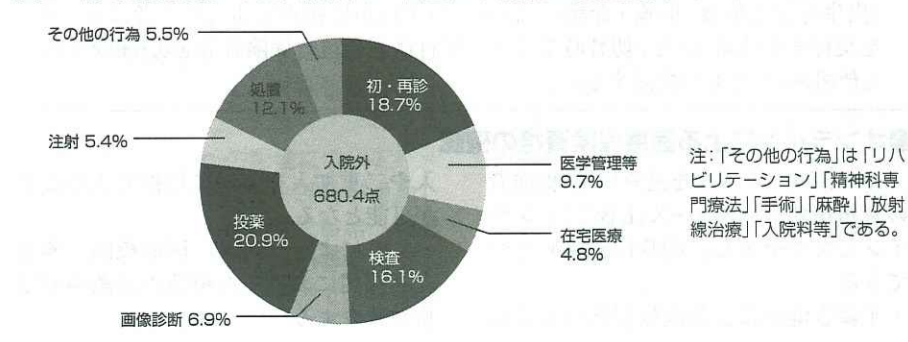


図2 診療行為別にみた入院外の1日当たり点数の構成割合(07年6月審査分)



【報告】特定健診・特定保健指導に関する取り組みの現段階

# より実践的指導へ「特定保健指導アドバンスト研修」を開催

8団体と集合契約を締結。電子データ受付で支払基金対応の変更に注意されたい



人間ドック委員会委員長 西 昂

今年4月から始まった特定健診・特定保健指導制度に関する全日病の取り組みについて、以下のとおりご報告する。

## ■集合契約Aのとりまとめ

保険者中央団体から特定健診・特定保健指導の委託を受ける上で全日病が窓口となって会員病院との契約をまとめる集合契約(A)は、すでにご報告したように、健保連からの提示額(税込)は特定健診5,250円、動機付け支援5,250円、積極的支援2万1,000円であった。

これについて受託意志の事前調査をした結果、特定健診については、全会員の53%にあたる約1,200施設、動機付け支援に関しては、約900施設、積極的支援は約800施設が、契約に応じるということになった。

こうした結果、現在に至るまで、以下の8団体と集合契約の締結を終え、それぞれについて受託意向を示した会員病院のリストを当該保険者に提出している。

### 【集合契約Aを締結した健保組合等】

健康保険組合連合会  
地方公務員共済組合協議会  
国家公務員共済組合  
日本私立学校振興共済事業団  
全国建設工事業国民健康保険組合  
全国土木建築国民健康保険組合  
中央建設国民健康保険組合

## ■保健指導の質担保に資格制度を創設

特定健診・特定保健指導にあたっては、集合契約にとどまらず、全日病として、様々な支援を実施するべく準備に取り組んでいる。その1つが人材育成面の支援である。

### ●全日病認定保健指導士(AJHAヘルスマネジャー)

まず、特定保健指導の質を担保するために「全日本病院協会認定保健指導士(AJHAヘルスマネジャー)」という資格制度を創設した。本会の「特定保健指導実施者研修コース」(2日間)を修了し、かつ申請のあった者に、その資格を認定する。

「特定保健指導実施者研修コース」は「基礎編」「技術編」「計画・評価編」からなり、医師、保健師、管理栄養士が受講できる。

「特定保健指導実施者研修コース」は

## ■特定保健指導に関する研修会

特定保健指導の実施者は医師・保健師・管理栄養士であることとされているが、「動機付け支援」及び「積極的支援」のうち、食生活の改善及び運動に関する特定保健指導支援計画に基づく食生活の改善指導及び運動指導は、医師、保健師、管理栄養士のほか、食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者も実施できることとなっている。

### 船員保険

特定健診・特定保健指導の委託を受けるには、集合契約Aの他に、市町村国保が中心となる集合契約B、さらには各保険者と直に交わす個別契約という方法がある。

市町村医師会が地域ごとにまとめる集合契約Bには、特定健診の単価が7,000～8,000円台など、地域によって価格に差がある。さらに、医師会検査センターへのアウトソーシングにともない、検査とデータ作成料でかなりの額を徴収される地域もあるなど、内情は様々である。

全日病が取りまとめた集合契約Aのみで対応するか、各市町村医師会等との諸調整を待って集合契約Bで対応するか、あるいはAとBの集合契約を両方結ぶかは、会員病院それぞれの判断にお任せすることになる。

受診券が被扶養者に配られて本格的に特定健診が始まるのは7月以降であるとみられてきたが、そろそろ保険者側の準備も整ってきており、会員病院には万全の態勢をお願いしたい。

昨年から今年にかけて、東京、神戸、秋田、札幌の各都市で開催したが、基礎編及び計画・評価編に1,072名が参加した。

### ●全日病認定保健指導士(AJHAヘルスマネジャー=食生活改善指導担当者)

さらに「食生活改善指導担当者研修コース」を開始した。これは、看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士が受けられる。

全日病が実際の保健指導を担う新たな人材として想定しているのが看護師等である。各病院に保健師は少なく、看護師や栄養士等が実際の保健指導を担うことになる。「特定保健指導実施者研修コース」(30時間)を受講したものに「全日本病院協会認定保健指導士(AJHAヘルスマネジャー=食生活改善指導担当者)」の資格を授与している。

識及び技術を有すると認められる者も実施できることとなっている。

本年度の特定保健指導に関する研修会は、以下の予定をしている。

本年度の新たな企画としては、各研修の受講修了者を対象に、より実践的な保健指導の場面を想定した「特定保健指導アドバンスト研修」を開催、さら

なる保健指導の質の向上を目指していく方針である。「特定保健指導アドバ

## ■その他の関連情報

### ①支払基金の対応状況について

特定健診・特定保健指導においては、請求とともに健診・保健指導結果を電子データにして代行機関である支払基金(健保組合の場合)に提出する。

今まで支払基金側は、健診機関からのデータ受け取り時に、データのスキーマエラー(データベース構造上のミス)のチェックは行わず、保険者への受け渡し時にエラーではじかれた場合に初めて、当該エラーを支払基金側ですべて修正していた。

しかし、8月6日の請求分より、健診機関から提出されたデータを、支払基金の側で一旦スキーマエラー・チェックをかけるシステムを導入することになる。各健診機関とそれぞれに対応しているベンダー(ITシステム開発企業)には、支払基金側より、こうしたシステム変更にかかわる対応を依頼する文書が近々に発行されるようだ。

この結果、健診機関にとっては、支払基金へデータを引き渡す際にスキーマエラーがみつくと受け取りが不可になるケースが増えると思われる。

このことについて支払基金担当者に問い合わせたところ、支払基金の側か

## ■終わりに

実際の保健指導においては、40歳以上の対象者に対して、支援する側は、人生経験のまだ浅い20代ということも想定される。その場合は、経験豊富なリーダーとペアを組むなど、現場の進め方を工夫する必要がある。

全日病としても、問診票と検査結果から対象者の問題点を的確に抽出し管理するソフトの開発を目指すなど、さらなる企画を今後検討したいと考えている。

開始間もない制度運営の中で、特に保険者へのデータ提出や請求事務の際に提出が必要となるシステム(XML化)対応の遅れや厚労省が供給しているフ

ソフトのバージョンアップによる不具合の発生、各保険者ごとの健診項目の違いによる事務の混乱と作業負担の増大など、現場の対応にとって課題が少なくない。

## ②健康診断にかかわる初診料の取り扱いについて

特定健診に関連した診療に関する診療報酬の算定については、一部に誤解もあるようであり、あらためて整理したい。

健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者については、当該保険医が、特に治療の必要性を認めて診療を開始した場合には、初診料は算定できない。ただし、初診後の診療については診療報酬を算定できる。

## ③健康診断にかかわる初診料の取り扱いについて

上記に関わらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医(当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く)で診療を受けた場合には初診料を算定できる。

人間ドック委員会としては、特定健診を受託する施設を対象に適宜アンケート調査を実施するなど、質と利便性向上を図るための課題発掘に努める中で、上記システム対応の推進に向けた関連ソフトウェアの推奨、健診目標標準化の検討と推進、各団体との情報交換と重要事項の相互連携確認など、重要な課題に今後とも具体的な対応を図っていきたく考えている。

## ■2008年度の特定保健指導に関する研修会計画

研修会の名称	期間	第1回	第2回	第3回
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	東京 1月24日(土)・ 25日(日)	神戸 3月21日(土)・ 22日(日)	/
		札幌 (4日間×1回)	東京 (2日間×2回)	
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)	11月29日(土)・ 30日(日)・ 12月6日(土)・ 7日(日)	2月7日(土)・ 8日(日)・ 2月28日(土)・ 3月1日(日)
		神戸	東京	/
特定保健指導アドバンスト研修 (より実践的な特定保健指導の 場面を想定したコース)	1日間	8月21日(木)	11月21日(金)	/

かがわせる社会現象が顕著となる中、政府与党や省庁にも小泉内閣の実績に疑問を示す向きが増えている。

7月2日の規制改革会議後の会見で、草刈議長は、「規制緩和すると格差拡大につながるという雰囲気がある。規制緩和の風向きが逆になってきた」

## 療養病床協会、「日本慢性期医療協会」に改称

7月2日に開催された日本療養病床協会の第32回通常総会は、協会名を「日本慢性期医療協会」と改称する執行部提案を承認した。当分の間は「日本療養病床協会」と併記する方針。

同協会は3月13日の通常総会で武久洋三会長を新会長に選出、新たな執行部

ことを認め、官僚による規制強化に向けた巻き返しの動きが活発化しているという現状認識を披露した。

その上で、「セーフティーネット関連などは必要最低限の規制を維持すべきだが、既得権益の保護を意図した規制強化は断固指弾していく」と述べた。

として、中川翼、安藤高朗、清水紘、松谷之義各氏を副会長に選任した。7年間会長を務めた木下毅前会長は勇退した。

武久執行部は、療養病床に限らず、慢性期医療を行なう、診療所を含む医療機関を会員対象とする考えを明らかにしている。

## 規制改革会議

# 看護師等の「業務高度化」で措置を求める

内閣府に設置されている規制改革会議(議長・草刈隆郎日本郵船会長)は7月2日、年末の第3次答申に向けた「中間とりまとめ」を公表した。

医療分野においては、①医療IT化を推進する中でDRG-PPSへの移行を進めるとともにペイフォーパフォーマンス(P4P=質に応じた支払い)の導入、②後発医薬品使用促進のための参照価格制度の導入、③混合診療禁止措置の撤廃に向けた取組の推進を取り上げた。

また、「医師及び他の医療従事者の供

給体制のあり方の検討」を提起、医師不足に対応するために、慢性疾患や軽度な疾患に処置・処方・投薬を認める看護師の職能開発や介護福祉士にも痰吸引などの医療行為を認めるなど「医療従事者の業務を高度化する施策」を至急検討するよう求めている。

さらに、国による医学部定員管理制度の見直しや、メディカルスクールなど医師養成課程の多様化も検討課題にあげた。

規制改革に対しては、格差拡大をう

# 「卒後看護研修制度の必要」を提起。「4年制」は両論併記

看護基礎教育あり方懇談会が「論点整理」

業務範囲見直しは深く述べず。慢性期看護への言及が原文に欠落



厚生労働省の「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」は7月7日、将来にわたる医療提供の変化とニーズに対応できる資質・能力を養成する看護基礎教育充実化の方向について議論した結果を「論点整理」としてまとめた。一部字句に修正を施した後に公表される。

「論点整理」は、少子・高齢化の進展によって医療提供体制が変化をたどり、医療技術の高度化が進む将来、看護師の役割はますます重要になるとし、自立して判断でき、臨機応変に対応できるとともに、人間に対する深い洞察力とコミュニケーション能力を併せもち、高い管理能力を身につけ、専門職としての能力を発揮かつ生涯向上させていく看護師像を描出しつつ、そうした資質と能力の獲得が可能となる基礎教育とその環境整備に向けた課題を整理している。

また、委員指摘というかたちで「卒後看護職員研修制度の必要」を打ち出し、今後の教育内容を概括している。

懇談会は、2008年度のカリキュラム改正案をまとめた「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」(07年4月)で「将来を見渡す観点から望ましい教育

のあり方に関する抜本的な検討を行なう」とされたことを受け継ぎ、「20年後」を想定した看護基礎教育改革の方向性を議論するために設置されたもの。

しかし、医政局長の私的懇談会という制約から、厚労省施策を方向づけるものとして意見集約された報告書ではなく、議論の概要をまとめたにすぎない「論点整理」にとどまった上、教育・研修制度や教育内容の各論には踏み込まず、全体として理念的な表現を前面に出した内容でまとめられた。

その中で、4年制大学への移行については賛否両論の併記にとどまったほか、准看護制度の取り扱いに関しても「並行して議論する必要を提起する意見があった」と書き込まれたにとどまった。

看護師の業務範囲見直しについては、「他職種との効果的・効率的な役割分担や医療機関の経営への参画を可能とするよう、運営や経営に関する管理能力を備えることも重要」(第二章)と、間接的な言い回しで、その方向を支持する見解が書き込まれた。

その一方で、「今後の看護職員と他職種との役割分担・協働の進展が現場での看護職員の更なる資質の向上の必要

性の高まりや業務に与える影響についても踏まえる必要があるとの意見も提起された」(第三章)と慎重な意見を盛り込んだ。

こうした間接的あるいは慎重な表現については、「実際はもっと前向きな意見が大勢であった」と不満を表明、積極的な書き方を求める声も出た。

「論点整理」は、第I章で中長期的な医療・看護の状況変化に対する認識をまとめ、第II章で将来の看護職員に求められる一般的な資質・能力を提起。看護基礎教育充実化の方向を整理した第三章では、教員の質・量の確保、教育環境と方法の整備、卒後の新人看護職員研修について、委員から指摘のあった課題事項を箇条書きで並べている。

さらに、「第四章 留意事項」では、大学における看護養成課程の増加が看護職員需給にもたらす影響や外国人看護師の受け入れなど看護確保にかかわる指摘が取り上げられている。

議論において、尾形委員(九州大学大学院教授)は、将来の看護職員に求められる資質・能力を展望する中で「急性期医療と在宅医療における看護に言及しているが、慢性期医療には触れて

いない」ことを指摘、将来の慢性期医療で求められる看護を書き加えるよう提案、了承を得た。

尾形委員の指摘はもっともであるが、懇談会の議論は終始急性期における看護が対象であり、慢性期についてはほとんど取り上げられていない。少子化とともに高齢化という将来社会を見据えた看護を展望して基礎教育を論じるとしながら、慢性期医療の位置づけや評価が曖昧なまま議論が収束されたきらいが否めない。

医政局長の私的懇談会としてまとめられた「論点整理」は、厚労省に直ちに対応を求めるというものよりも、今後、看護基礎教育の充実化について厚労省が検討する課題を整理したという位置づけにとどまった。

事務局(医政局看護課)は、整理された課題について文部科学省とも協議した上で、重要テーマに関しては年度内にも、あらためて個々に検討会を設置し、本格的な議論を再開する考えだ。

## 看護基礎教育のあり方に関する懇談会「論点整理」(概要) 7月7日

\*「論点整理」は一部表現を修正の上、あらためて最終文が公表される

### II章 看護職員に求められる資質・能力について

#### 2.看護職員に求められる資質・能力

- 1) 医療従事者に求められる一般的・普遍的な資質・能力(倫理的側面)(略)
- 2) 専門職としての資質・能力(技術的側面)

#### ①専門職として基本となる資質・能力

生物学、解剖学、病理学、分子生物学等を含めた看護に必要な最新の知識等に基づく実践力が求められる。

また、EBM、EBN(Evidence Based Nursing)に基づき判断し、臨機応変に看護を提供できる能力が求められるとともに、専門性の深化や役割の広がりに応じ学び続ける姿勢が求められる。

一般的な医療においては、患者のアセスメント能力及び健康の維持または悪化を最小限に抑えることを重視する三次予防的な視点といった基本的な視点及び能力を持つことが必要である。

また、近年、チーム医療の中で、他職種との効果的・効率的な役割分担や、医療機関の経営への参画を可能とするよう、運営や経営に関する管理能力を備えることも重要である。

#### ②急性期医療等を担うために必要な資質・能力

主に急性期病院等における医療を担うための安全管理の視点・対応力に加えて、与薬や注射・医療機器の取扱い等の最新の医療技術・手技を習得する姿勢・能力が求められる。

また、高度なフィジカルアセスメント能力(患者を総合的に観察し、情報を基に問題を分析し、対処する能力)とともに、緊急時・急変時に対処する能力、他職種の業務を理解し、連携・協働に関する能力に加え、患者・家族への教育や社会資源に関する理解等の在宅療養への移行支援を行う視点・能力が必要となる。

#### ③生活を重視した看護を提供するために必要な資質・能力

在宅医療の進展とともに、看護職員には、看護対象者が問題を抱えた場合、医師との連携の下で、その問題を的確に捉えて対応する能力、また看護職員として対処が困難な場合には、誰に、どこに発信すればよいか迅速に判断し振り分けるといったトリアージを行う

等専門家としての判断と対応を行う能力が必要となる。

また、「地域完結型医療」の視点を備えるとともに、地域及び家族等の集団を看護の対象と捉えアセスメントし、看護を提供する視点が必要となる。

#### ④看護の発展に必要な資質・能力

個々の看護職員が実践の場においてその能力を洗練させていくとともに、看護の発展のため、幅広い総合性や深い専門性、高い管理能力等を有する看護職員をより多く輩出することが必要となる。

### III章 看護基礎教育の充実の方向性について

#### 1. 目指すべき教育(今後の方向性)

我が国における今後のチーム医療の推進や他職種との役割分担・連携の進展が想定される中、II章で示した資質・能力を養うためには、看護基礎教育では、看護に必要な知識や技術を習得することに加えて、いかなる状況に対しても、知識、思考、行動というステップを踏み最善な看護を提供できる人材として成長していく基盤となるような教育を提供することが必要不可欠となる。

#### 2. 具体的な方策等

当懇談会の議論では、看護基礎教育は充実されるべきであるという点で意見の一致は見たが、その具体的な方策等については、委員から以下のような意見が示された。

イ. 将来的には、看護基礎教育の期間の延長を図り、大学での基礎教育に移行していく必要がある。学生の大学進学志向を踏まえると、看護職員確保という観点からも大学教育に移行すべきである。

ロ. 将来的には大学教育を主体とした方向で看護基礎教育の充実を図る必要がある。その際には、全体の養成数や養成の場の割合、看護職員確保への影響、養成所等を運営する者の観点も踏まえた対応とすべきである。また、必修教科の量を増やさず、カリキュラムを精査して状況変化に対応できる能力を身につける教育への転換が相応しい。ハ. 大学教育が増えていく趨勢は認識するが、大学での養成に一律に限定するのではなく、現行の多様な養成課程

を量・質両面から評価し、教育の充実に向けて必要な改善を図る必要がある。

#### 3. 改善に関する共通した課題

##### [指摘があった課題]

- 1) 教員の資質の向上、教員数の確保
- ・生徒及び学生への十分な技術指導を行うための教員数の確保
- ・教員の実践指導力の維持・向上
- ・さらなる技術発展・学問的発展のための環境整備

- 2) 教育環境の整備
- ・入学者の資質の向上に向けた取り組み
- ・教養教育の充実
- ・学生の自由な発想及び豊かな表現力を養成する教育環境の整備
- ・多領域の学生等とも交流しつつ学ぶ環境の整備
- ・図書館、IT等による広範かつ最新の情報が入手できる環境の整備
- ・効果的・実践的な実習方法の確立
- ・教員等の実習指導能力の確保
- ・患者・国民の看護実習の必要性に関する理解・協力

- 3) 教育方法の整備
- ・有効な知識・技術の教育方法の導入(指定規則の範囲の見直し、スリム化。コアカリキュラムの導入等)
- ・教育の独自性の尊重と、国家試験による看護職員の質の保証
- ・実技を伴う実習を行う前に押さえておくべき知識と技術の標準化及び担保(医学教育におけるOSCEの発想)
- ・実践知を的確に伝達する手法の開発、及び実践知を理論知として普遍化し、理論知を実践知に結びつける技術

- 4) 卒後の新人看護職員研修等
- ・卒後の新人看護職員研修の必要性
- ・卒後の新人看護職員研修において行う教育内容の確立

#### IV章 留意事項

委員から提起された留意事項を以下のとおり整理する。

##### 1. 看護職員需給への影響について

大学での看護職員養成課程が増加していくことによる看護職員需給への影響については、総じて好影響を与えるという意見があった。一方で、一律に大学だけで看護職員を養成することに

すると供給不足になるおそれがあり、既存のシステムを活用することを考えないと実際問題として看護職員養成が機能しないのではないかの意見があった。また、看護職員の中で高学歴の者が増大した場合の処遇や就業先の選択への影響が指摘された。

一方で、従来、一定量の恒常的退職を見込み、それを新卒を中心に補うことを想定するという発想で看護職員の処遇を捉えることを改め、着実に離職を防止し、需給を改善していくべきであるという意見もあった。

関連して、看護職員確保に関しては、社会人の看護教育ニーズに的確に対応できるカリキュラムの整備をすることや、潜在看護職員の再就業、あるいは外国人看護師の受け入れの問題についても視野に入れる必要があるとの意見があった。

##### 2. 看護職員養成にかかわる費用について

大学という比較的高額の費用負担を伴う課程の増が学生の看護職員志望に与える影響や、大学を設置しようとする主体に係る経費負担の、今後の課程設置数の動向に与える影響等を考慮すべきであるとの意見があった。

##### 3. 准看護師について

看護師教育について大学での教育が増大していく中で、並行して准看護師課程のあり方(平成8年12月の「准看護師問題調査検討会報告書」における「21世紀初頭の早い段階を目途に、看護婦養成制度の統合に努めること」等の提起)についても議論を進めていくべきであるとの意見があった。

##### 4. 保健師・助産師教育について

現行の制度により看護師教育、保健師教育、助産師教育のそれぞれが不十分なものとなっており、現行の大学における保健師・看護師統合カリキュラムに関する評価をするべきであるとの意見もあった。

##### 5. 看護職員としての継続的な学習を可能とする環境の整備について

就業中の看護職員による、大学院での教育・研究を始めとした継続した研究等を可能とする環境を整備するべきであるとの意見があった。

舛添厚労大臣との会談報告

# 全日病の終末期GLの取り組みに期待感を表明

## 大臣「国会・TV等での取り上げ方は不適切で誤解を招いた」と表明

常任理事・病院のあり方委員会委員 木村 厚



舛添厚労大臣とは7月11日に面会する機会を得た。テーマは「終末期医療のガイドライン」についてであり、西澤会長、病院のあり方委員会委員の飯田常任理事と私の3人で会談に臨んだ。

大臣は開口一番、先日の国会質問やテレビ、新聞等における全日病の「終末期医療のガイドライン」の取り上げられかたは適切でなく、その一部のみが強調して取り上げられ、誤解を招いたという認識を示した。

西澤会長は本会の「病院のあり方報告書2007年版」および、それを国民向け用に編集した「日本の医療・介護を考える」を大臣に差し上げるとともに、

その中の終末期医療のあり方の部分を示し、全日病のアンケートによると、患者家族のみならず、病院職員でさえ家族や自分の終末期をどうしたらいいのか迷っており、そうした医療現場の葛藤に応えるために、本会のあり方委員会が終末期医療のあり方を検討、こうして整理したと説明した。

さらに、厚労省がまとめた「終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン」は決定プロセスしか論じていないため、現場での実効性が乏しいこと、現在、全日病が幹事役となり、各界の方に集まっていたいで「終末期医療のガイドライン策定検討会」を

開催し、実効性のあるガイドラインづくりに取り組んでいる最中であると説明した。

西澤会長は、また、ガイドラインは、広く国民に周知し、受け入れてもらってこそ意味があることも強調した。

舛添大臣は、「あり方報告書」はすでに読んでおられる様子であり、全日病の終末期医療に関する現在の活動にも理解を示され、今後もガイドライン策定検討会を続け、より良いガイドラインを作るように期待していると述べられた。

また、国民への周知に関しては、マスコミに積極的に取り上げてもらうこ

とが重要であるとも助言された。

飯田常任理事は、「Living Will」の様式と自著を数冊贈呈し、終末期医療に関する我々医療界の活動はかなり以前から行われていることを伝えた。

さらに、私からも、リビング・ウィルが広まっていくことは、終末期医療だけでなく、普段の医療にも患者が主体的に関っていくことが期待されるという考えを申し述べた。

短い時間ではあったが、多忙な時間を割いていただいた上、全日病の活動が大臣により認識されたという感触を得ることができた、有意義な会談であった。(1面記事を参照)

### 支部からの報告

#### 民主党議員と情報交換

##### 支部総会後にフリートークの座談会を開催

神奈川支部 通信委員 横川秀男



神奈川支部は、6月18日の支部総会後に、民主党愛知県選出の医師で衆議院議員の岡本充功(みつのり)氏と、フリートークの座談会を開いた。

岡本氏は、衆議院の「厚生労働委員会」に所属している。

また、超党派国会議員の集まりである「医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟」(尾辻秀久会長)の一員でもあり、現在の医療に関する諸問

題「政府の社会保障費年間2,200億円の削減方針、地域医療(産科・小児科・救急)の崩壊、医師・看護師不足等」への改善につながる「骨太方針」の策定・提言においては、医師である特性を生かし、中心的な役割を担われた。

当日は、支部役員12名との座談会形式で、民主党案の医療従事者養成・確保策や医療事故等の再発防止のための患者支援法案についての説明・質疑応答が行われた。

出席者からは、民間病院における医師・看護師確保の難しさについて具体的な指摘や意見が相次ぐなど、熱の入った情報交換が行われた。



### 医師事務作業補助者研修を7月末に開催

#### 本会が独自に企画。医師事務作業補助体制加算要件を満たす

2008年度診療報酬改定で新設された医師事務作業補助者に課せられた研修として、本会が独自に企画した「医師事務作業補助者研修」のプログラムが固まり、7月23日、24日、25日の3日間、東京都内で開催される。定員は200名。

プログラムは、①3日間の集合研修(24時間45分)、②8テーマにわたる集合研修レポート(8時間)、③課題を指定した院内研修レポート(8時間)からなる。

集合研修では、医療関連法規、個人情報保護法、診療録記載事項、電子カルテの基本、カルテ作成(演習)、医学一般、薬学一般、各種診断書・証明書・申請書、医療保険制度、安全管理

等について学ぶ。

集合研修レポートは、履修したうちの8テーマについて学習した内容をまとめ、研修後1ヶ月以内に院長に提出・検認の上、全日病に提出するというもの。

院内研修レポートは、全日病が指定した課題のレポートを提出することで院内研修を実施したものとみなすもので、詳細については集合研修の中で明らかにする。

「医師事務作業補助者研修」は、医師事務作業補助体制加算の施設基準として示された研修要件を満たしており、以上の全課程を終えた者に修了証が交付される。

### 08年度医療安全管理者養成課程講習会がスタート



全日病と医法協が共催する2008年度医療安全管理者養成課程講習会(第1クール)が7月4日、5日の両日に東京都内で開催され、220名が受講した。

同講習会は、この後、第2クール(2日間)、演習(2日間)と続き、全日程を修

了すると認定証が授与される。

認定証は、「医療安全対策加算」算定の際の研修要件を満たす証明となるとあって、受講者は熱心に講義に耳を傾けていた。

### 個人情報管理・担当責任者養成研修会を開催

本会が主催する個人情報管理・担当責任者養成研修会が7月6日に本会会議室で開催され、61名が参加した。

2008年度は2回の開催を予定しており、今回は8月7日に開かれる。

た。6月に調査票を送付、7月末に回収する。

### ●医療関連諸計画の実施状況に関するアンケート

病院のあり方委員会から、全支部を対象にした、各都道府県における医療費適正化計画等の策定状況と策定における各支部の関与状況等についてアンケート調査を実施するという報告があった。

### 第3回常任理事会の詳細 6月21日

#### ■主な協議事項

##### ●2009年度税制改正要望書

医療経営・税制委員会がまとめた2009年度税制改正要望書案を承認した。

##### ●支部長会の開催日程案

年2回開かれてきた支部長会議を4回に増やす方針にもとづいて、今年度の日程案を承認した。

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の4名の入会が承認された。  
茨城県 北水会病院 理事長 大久保重義  
茨城県 総合守谷第一病院 院長 城賀本満登  
兵庫県 宝塚リハビリテーション病院 院長 田口潤智  
岡山県 倉敷記念病院 理事長 赤木正彦

別途退会が6名あった結果、在籍会員数は2,249名となった。

賛助会員として以下の3法人等の入会が承認された。  
ジブラルタ生命保険株式会社(本社・東京都)

医療法人慈秀会 上尾アーバンクリニック(牛尾秀樹院長、埼玉県)

医療法人一翠会 一翠会千里中央健診センター(植田俊夫理事長、大阪府)

別途退会が2法人あった結果、賛助会員在籍は89社となった。

##### ●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

滋賀県 日野記念病院  
日帰り人間ドック実施指定は496施設となった。

#### 【主な報告事項】

##### ●特定健診・特定保健指導に関するアンケート

人間ドック委員会から、人間ドック実施指定を得ているうちの特定健診・特定保健指導の集合契約を受託している160施設を

## 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。

●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

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)

事例報告 ■ DPC対象病院のMedi-Target (DPC分析事業) 利用法

# DPC分析事業でアウトカム評価と同レベルの成果

## Medi-Targetのベンチマークが業務改善と診療プロセス見直しを可能とする

(株) 日立製作所水戸総合病院院長 永井庸次

(株)日立製作所水戸総合病院は2006年4月にDPC対象病院となり、同年5月からDPCによる診療報酬請求を開始している。

当初は、医師を始めとしたDPCに携わる職員も厚生労働省に提出するE・Fファイルや様式1\*1の記入に手一杯であり、DPCにかかわるデータを分析ツールで何かしようとするだけの余裕はなかった。

もちろん、DPC別、診療科別、DPC入院期間別に収入比較(包括/出来高)を行ってはいたが、出来高とはその仕組みが異なるDPCについては、保険委員会などによる情報提供も自ずと異なったものになってしかるべきである。

その際、情報提供も、どのレベルの職員にどのレベルの情報を提供するの

かということを決めておかないと、総論的な解説に終始し、具体的な対応策が検討できないことも予想される。

当院は2007年8月に全日病のDPC分析事業に参加し、「Medi-Target」を導入した。さらに、07年10月からはIQIP(国際的臨床指標プロジェクト)事業\*2にも参加している。

さらに、全日病では医療の質向上のためにアウトカム事業を行っている\*3が、参加病院の大多数がDPC対象・準備病院であることから、DPC請求とアウトカム事業との二重の業務量増大が大きな問題であった。そこで、この両者の業務の統合を図るためにMedi-Targetの導入が決定されたわけである。

### 「様式1」の項目が入っているMedi-Target

医療の質向上には事実に基づく管理が必須であるが、医師を納得させるには事実に基づくデータ、意味のある情報をタイムリーに提供することは特に重要である。その中で、IQIPは病院関連感染率や転倒・転落率、褥瘡発生率、身体拘束率などを国家間、病院間で比較するもので、アウトカム事業は主に24疾患について平均在院日数、死亡退院率、予定しない再入院率、さらには院内の入院後発症感染率、転倒転落率、抑制率などを集計するものである。

Medi-TargetにはE、F、Dファイルは

もちろんのこと、様式1の項目が入っており、経営分析はもちろんのこと、様式1の項目を基に質保証の分析が可能となっている。

もちろん、病院関連感染率や転倒転落率などはアウトカム独自の項目であり、これらがすべてMedi-Targetで解消できるわけではないが、アウトカム事業の成果の大部分はMedi-Targetで達成されることから、DPC分析事業に参加している病院の業務量が激減したことは事実である。

### 多数病院の参加がベンチマークの精度を高める

現在色々なDPC分析ツールがあるが、ただ単に経営コンサル的なもので診療プロセスを変更・改善していくには無理がある。医師の立場から言えば、質向上に関連したデータを、院内はもちろん、同規模の他院と比べたベンチマーク\*4情報が開示されてこそ、初めて業務の改善、DPCに沿ったクリティカルパスなどの診療プロセスの見直しが可能となると思われる。

なお、様式1については、当院では当初は医師の協力のもと非必須事項のステージ分類や重症度分類も記入していたが、現在は診療情報管理室が様式1を受け持っている関係上、非必須事項が大部分未記入となっていた。

Medi-Targetの利点は通常の定型的分析(これは他の分析ソフトでも十分

可能であるが)だけではなく、様式1の非必須項目の視点からの、言い換えれば医療の質の観点からの分析(非定型分析)が可能であることが最大の利点である。その意味からも当院はもう一度様式1の非必須項目入力を再開しているところである。

全日病のDPC分析事業では、各病院の分析方法を参加病院で共有することも、同規模の病院を選択して病院間のベンチマークすることも可能である(図1)。

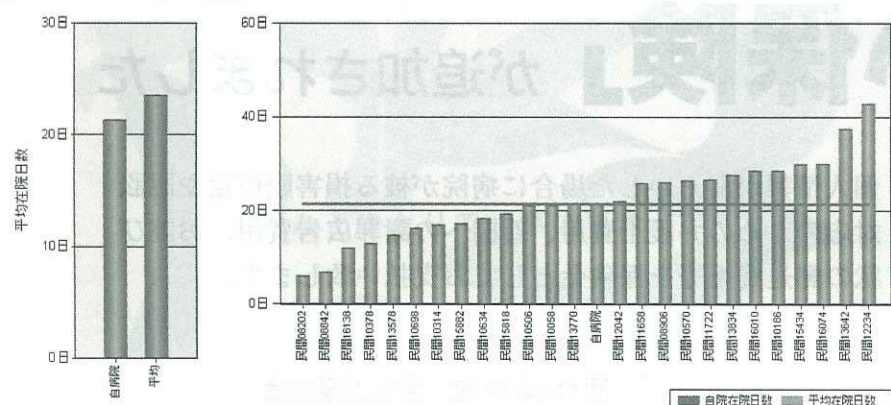
しかし、その精度は参加病院数に大きく左右されるので、ベンチマークするにしても病院数が多くなければそのメリットも少ない。ぜひ多数の病院がDPC分析事業に参加するようお願いする次第である。

### 当院独自に作成を考えたデータもMedi-Targetで入手

診療科別包括/出来高差額比較をとっても、どの疾患の差額が大きいかということを各診療科医師が知ることは、即モチベーションの低下に結びつくものでないが、同規模の病

院間で、薬剤・材料費比較、術前検査・術前画像比較(図2)、指導管理料比較、手術・麻酔料比較、がん化学療法のレジメン比較などのベンチマークは経営戦略上も有用なデータとなるし、パス

図1 ■ 胃がん在院日数のベンチマーク



■ 在院日数等情報一覧 (自院・平均)

診療科	平均在院日数	1症例平均在院日数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(平均)	入院期間	平均在院日数	手術日数	手術日数	手術日数	手術日数	手術日数	手術日数	手術日数
胃がん	41.517	43.707	41.719	41.719	2.07	21.3日	4.9日	22.6日	11.1%	46.0%	31.7%	11.1%	
平均	41.489	41.544	41.1	41.1	2.04	23.5日	5.5日	19.8日	15.4%	38.9%	30.3%	15.4%	

を改訂する上で良い目安になると思われる。

また、入院経路別診療科別比較(図3)では、各診療科の特質、例えば連携がうまくいっている診療科とそうでない診療科では明らかに予定入院率などが異なるし、紹介患者の中身や紹介率、救急車台数の比較など、当院では独自で

[編集部注]

\*1 E・Fファイルや様式1

DPC対象病院およびDPC準備病院には、毎年度、7月から12月のDPC退院患者に関するデータ等を厚労省に報告することが課せられている。データは、様式1(診療録データ)、様式2(レセプトデータ)、様式3(施設調査票)、様式4(医科保険診療以外の症例調査票)、Eファイル(診療明細情報)、Fファイル(行為明細情報)からなる。

\*2 IQIP(国際的臨床指標プロジェクト)事業

メリーランド病院協会が実施する臨床指標をもちいたアウトカム評価事業。世界各国から1,100以上の医療機関が参加している。2006年度から全日病の会

検討していた内容がMedi-Targetでは自動的に提示されるので、誠に有用なツールといえる。

なお、10年の診療報酬改定ではDPCの調整係数を廃止すると言われており、Medi-Targetによるジェネリック品のベンチマークは医師に具体的に示せることから有用である。

員5病院が参加している。

\*3 全日病のアウトカム事業

主要24疾患・処置の患者データと診療結果データを継続的に収集・解析、その結果を全体値と当該病院値ともども還元して、参加病院に、医療の質を改善する資料として活用してもらう取り組み。分析項目は、平均在院日数、死亡率、予定しない再入院率、入院後発症感染率、抑制率、転倒・転落率等からなる。データは四半期ごとに収集、その結果の一部は病院名を伏せてHPで公表している。

\*4 ベンチマーク

標準化された情報にもとづいたアウトカムについて、共通する指標ごとに導いた結果を他病院と比較する手法

### 全日病「DPC分析事業」 申込受付中!

毎月のDPCデータを使って自院分析とベンチマークを低費用で行なうのが全日病の「DPC分析事業」です。

共同開発者であるニッセイ情報テクノロジー社の分析ソフト(Medi-Target)をインターネットを通じて提供する方法(ASP)を採用しているため、高額につくソフト等が低価格で使えるだけでなく、参加病院のみが活用できるデータ分析サービスが色々と付加されており、参加病院に好評を博しています。

Medi-Targetによって各種指標ごとのベンチマーク分析ができるため、自院の位置が把握できます。分析指標は厚労省では得られない指標が多く、経営分析には絶好のデータが入手できます。

データを提出できる体制があれば、DPCを導入していない病院でも、また、どの月からでも参加できます。分析データの提供は試用版、定型分析版、フルバージョン版とニーズに応じた3タイプから選択でき、各利用料とも、全日病会員には特別価格が設定されています。

詳しくは全日病ホームページをご覧ください。事務局までお問い合わせください。全日病事務局 Tel.03-3234-5165 http://www.ajha.or.jp

図2 ■ 術前検査・画像料のベンチマーク

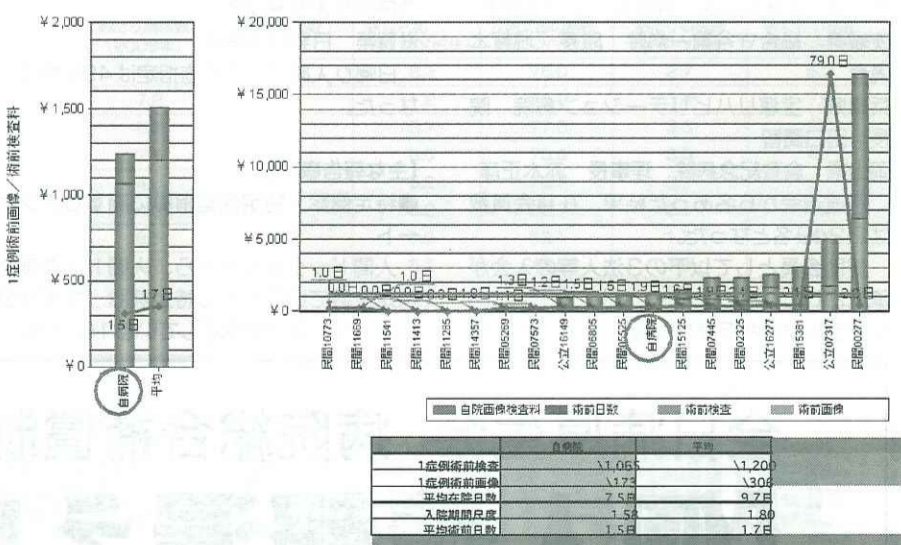
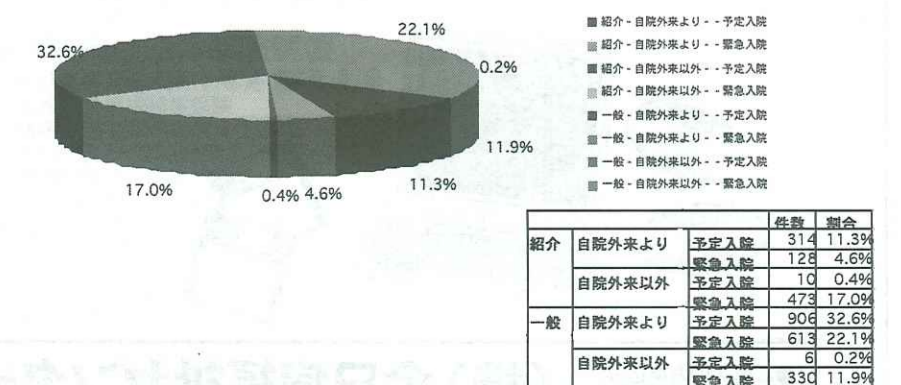


図3 ■ 全科の入院経路



紹介	自院外来より	予定入院	件数	割合
紹介	自院外来より	予定入院	314	11.3%
		緊急入院	128	4.6%
紹介	自院外来以外	予定入院	10	0.4%
		緊急入院	473	17.0%
一般	自院外来より	予定入院	473	32.6%
		緊急入院	613	22.1%
一般	自院外来以外	予定入院	6	0.2%
		緊急入院	330	11.9%