



全日病 NEWS 10/15

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.696 2008/10/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

75歳の線引廃止、国保と一体化、県単位運営を提案

高齢者医療制度に関する検討会

高齢者医療で大臣構想。医療保険全体の見直し、介護保険との統合に及ぶ可能性も

「高齢者医療制度に関する検討会」が9月25日に発足し、座長に塩川正十郎元財務大臣(東洋大総長)を選出した。

初会合で、舛添要一厚生労働大臣は、医療保険と介護保険の統合も選択肢の1つとする抜本的改革案を1年かけて検討する考えを表明した。

舛添大臣は10月7日の同検討会に私案を示し、現行後期高齢者医療制度について、①75歳という線引きをやめる、②市町村国保と統合する、③その財政・運営主体は都道府県とする、④公費投入や被用者保険による支援の増加など新たな財政調整によって安定化を図る、という非独立型高齢者医療の構想を明らかにした。

赤ん坊からお年寄りまでを「都道府県国保」に統合し、新たに「65歳～74歳」にかかわる財政調整を加えるというもので、1割負担など「75歳以上」に対する優遇措置は継続するとしている。

麻生首相は「年齢制限はつけない」と総裁選で公約したが、舛添大臣は、検討会とは別の機会に、報道陣に「麻生首相には(大臣私案を)報告済みだ」と説明、政府方針であると示唆している。

10月7日の検討会に出席した6名の委員のうち3人が大臣構想に肯定的見解を表明したが、そのうちの2名は都道府県による運営に懐疑を示した。

一方、2人の委員は、医療提供体制

とリンクした制度設計の必要を提起した上で、医療保険と介護保険の統合を展望すべきとして否定的見解を示した。

そのうちの1人は、新医療計画による県主導型医療提供体制の整備と医療費適正化計画に都道府県単位の診療報酬設定がビルトインされたことを挙げ、保険制度の運営が都道府県単位の方向にあることを認めつつも、そうした競争型の運営と財政の裏づけに不安感を表わした。

否定的見解を表明したもう1人は、大臣私案が増税に依拠する結果、財政当局の介入を招いて医療費抑制へのインセンティブが継続することに懸念を表明した。

残りの1人は「大臣案の検討は、医療保険制度全体を今後どうするか議論ともなる」という見地から、慎重に検討する必要を提起した。

大臣私案の背景にある公費投入の拡大=増税については、つごう2人の委員から、財務省の介入余地があると懸念が示されたが、舛添大臣は「(高齢者医療に対する)税の投入は増やさざるを得ない。財務省の発言力を抑制するためには福祉目的税を導入するという方法がある」という認識を表明した。

舛添大臣の構想の背景には、総選挙をにらみながら、国民の関心をひきつける議論を喚起し、万一の政権交代にも、

議論に主導的に関与していくという、政治家としての戦略がうかがえる。

大臣私案には全国知事会から猛反発が出るのは必至だ。また、財源確保の問題は深刻で、自民党内からも、戸惑いととも反発が早くも生じている。

小泉政権の下で財務大臣を務めた塩川座長は、「色々言いたいことはあるが、発言は別の機会にまとめて申し上げる」と意見表明を控えた。

新たな制度設計の各論については、大臣私案に対する肯定・否定両側委員の間でも、意見が交差・錯綜している。

舛添大臣は、後期高齢者医療の廃止

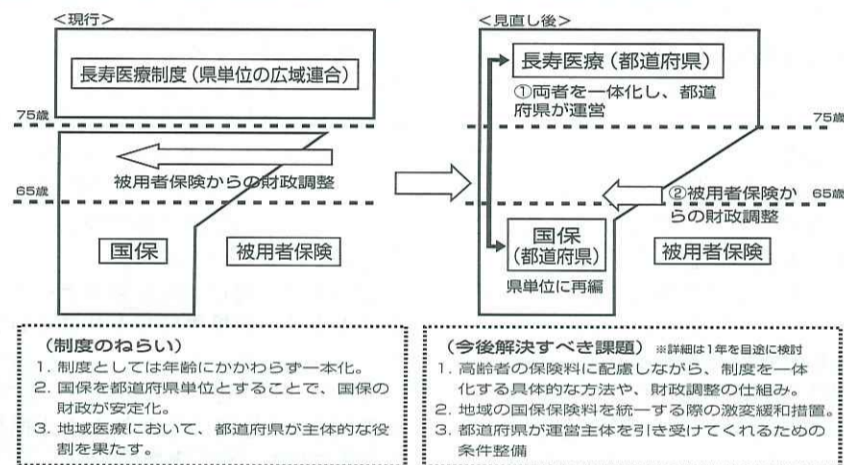


と一元化を主張する民主党との違いを意識して、「現行制度を廃止し、いったん老健制度に戻り、それから創るという考えではない」と釈明、「後期高齢者医療制度廃止論」であることを否定した。

「あくまでもたたき台に過ぎない」というように、細部は不明な点だらけだが、議論の推移によっては医療保険制度全体の見直しに及ぶ可能性もある。

検討会は、保険者などのヒアリングを踏まえて、論点整理を図る予定だ。

■長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣私案のイメージ



東京23区の施設経営は大幅赤字

08 介護事業経営実態調査結果 介護療養型の収益は微減。特養は大幅減、老健は高収益を維持

厚生労働省が10月3日の介護給付費分科会に報告した「2008年介護事業経営実態調査(08年3月対象)」結果によると、介護療養型医療施設の収支差率は3.2%と05年調査の3.4%から微減した。

介護老人保健施設は12.3%から7.3%に大きく落ち込んだものの高水準を確保している。これに対して、介護老人福祉施設は13.6%から3.4%へと一挙に10.2ポイントも下げ、老健施設と明暗を分けた。

収支差率落ち込みの背景には、とくに人件費を中心とするコスト増加がある。

調査結果から、都市部とくに東京特別区の施設経営が恒常的な赤字経営を強いられていることが、また、小規模施設ほど低収益におちいっていることがあらためて明らかになった。

厚労省は、介護従事者確保対策とともに地域格差と小規模施設・事業所に対する配慮を介護報酬改定で重視する考えだ。

一方、09年介護報酬改定の基礎資料となる介護実調に対する回収率はおおむね低く、とくに、介護療養型にいたっては92病院と、2,929病院(06年10月)の20%抽出に対してわずか15.7%に過ぎない。診療報酬改定に供する医療経済実態調査では病院の回答率は59.5%に達している(07年6月対象)。

回答した病院数は、前回05年調査の294病院から約30%に減少しているが、特養も17.6%、老健施設も35.5%へと、いずれも前回から大幅に減らしている。

調査に回答しても実態が反映されない、さらには、政策判断にもとづいてさじ加減が加えられる介護報酬改定に対する、介護保険施設・事業所の苛立ちがうかがえる回収率であった。(3面に08年介護事業経営実態調査の概要と関連記事)

6月に公表された「2007年介護事業経営概況調査結果(07年9月対象)」(4%抽出)の収支差率は特養が4.4%、老健施設が4.3%。したがって、特養はさらに落ち込んだが、老健施設は収支差率を7.3%へと大きく回復させたことになる(概況調査では介護療養型の調査はされていない)。

調査月が半年ずれ込むだけで老健施設の数字がこれほど変化するのか、あるいは回答施設が91(概況調査)から208(介護実調)へと増加しただけで、これほど収支差率が変わるのかなど、介護給付費分科会の委員には、介護保険にかかわる経営実態調査の精度に対する疑問と不信の声が根強い。

07年概況調査結果を報告した6月18日の分科会と同様、10月3日の分科会でも、委員からはデータの精度を問う声が多く出た。

事務局(厚労省老健局老人保健課)は、

介護実調の結果を、①収支差率が低下しているサービスの多くは人件費等支出の増加が顕著である、②収支差率が増加しているサービスは、利用者1人あたり収入や職員1人当たりの訪問回数が増加している、③地域別の格差がみられ、とくに特別区(東京23区)は職員給与が高いことから収支差率が低い、④人件費比率が高いことが影響し、小規模事業所の収支差率が低い傾向にある、と整理した。

東京23区の収支差率は、特養-4.0%、介護療養型-6.9%と、完全な「逆ザヤ」経営を強いられていることがあらためてはつきりした。

介護療養型は、横浜市、川崎市、大阪市、神戸市などが属する特甲地では-1.1%、さいたま市、千葉市、福岡市等が属する甲地では-3.8%というように、赤字経営は大都市全体の傾向になっている。

その一方で、札幌、仙台、広島などの乙地は7.6%と、「その他」地区の3.8%を上回る収支差率を示すなど、政令指定都市においても対照的な経営環境が示された。

清話抄

アラフォー

気がつけば、いわゆる世がいう「アラフォー」になってしまった自分がある。アラフォーとはアラウンド・フォーティの略で、40歳前後である女性のことである。

男女雇用機会均等法のもとで仕事をし、キャリアを積んだ世代のことをい

う。結婚と仕事の選択が、それまでの世代より自由に行えるようになり、ちょうど結婚、出産、仕事を決める人生の岐路にある世代でもある。だが、そのことが人生の転機を遅くさせ、将来に対する漠然とした不安を抱かせている。

私はまさにその世代にいるのだが、仕事も結婚もしている。アラフォーは、モノが豊かな時代を過ごして大人になった。海外旅行、ブランド品、フラン

ス料理などを楽しんできた、いわゆる贅沢な世代である。その世代が、次の社会を創っていかないといけないのだが、先の見えないこの時代で、どう楽しむべきか考える今日この頃である。

そんな私が最近感じることは、お金で買えないものの大切さであり、自分の心と体が喜ぶこと。大好きな人と過ごす時間を大事にすること。人から感謝され、また自分も感謝すること。当たり前のように、なかなかできなかつ

たことである。

食事に関しても、以前はフランス料理やイタリア料理などを好んで食べていたが、今は体にいいものを選択するようになっている。20代のころと違い、環境や自然なものに対する興味が強くなった。心と体が元気であることで、いい仕事もできる。

年を重ねるごとに、その年にしかできない過ごし方をしていけたらと思っている。(澄)

主張

施策を裏づける政府データに拭えない疑問…。 我々はシンクタンクを必要としている。 全日病は、データを基に社会保障制度の提言をすべきだ！

年金問題や後期高齢者医療制度の問題で、厚労省が出してくるデータの信頼性がないことが明らかになった。今まで私たちは、厚労省の出してくるデータは問題があるものの一応信頼性があるものと理解していた。そのデータによって医療区分の報酬や、療養病床の再編が行われてきた。療養病床の再編では、これを行えば4,000億円の医療費削減になるとされ、本来のあり方など全く議論なしに行われてきた。

しかし、今回の療養病床再編計画見直しによって、整備目標数は15万床から22万床に変更され、その医療

費削減効果は1,500億円にしかならないと試算された。しかも1,500億円削減される保証は必ずしもないのである。

この政策に利用されたデータの信頼性がないとなると、政策そのものに疑問がでてくる。

いまや、療養病床の再編計画は、救急医療においても退院先の確保が困難になる等、大きな問題となっている。療養病床再編は医療費削減の問題でなく、医療供給体制の議論の中で見直すべきである。

また、医師不足を解消するとして、医師数を現在の1.5倍に増やすという

提言がなされそうである。単に、国際比較から出てきた数字である。医療提供体制や予算などはかけらほども議論されず、まったく無責任な提言になりそうである。

より良い日本の社会保障制度を作るために政策提言するには、厚労省のデータに匹敵する、あるいはもっと信頼性のあるデータが必要になってくる。問題は、誰が信頼性のあるデータを作れるかである。

いま、全日病はシンクタンクを造ろうとしている。これには費用もかかり大変だと思うが、このまま国の都合の良いデータだけで医療政策が

行われてはたまらない。

世間に信頼のあるデータを示すことができる機関が、ぜひ必要である。それを基に医療政策を提言し実現して行くのが、民間病院の集まりである全日病の役割と考える。

今まで病院団体の会議や厚労省の委員会に数多く出席してきたが、総合的に状況を判断できるのはまだ多少問題があるものの、総じて全日病の考え方は優れていると感じている。

より正確なデータを基に、医療政策さらには教育を含めた社会保障制度を提言し、より良い制度の実現に取り組むべきと考える。(K)

委員から「訪問リハステーション」「在宅リハセンター」設置の提案

安心と希望の介護ビジョン 転倒・脳梗塞予防プロジェクトを立ち上げる必要の提起も

舛添厚生労働大臣が直轄する「安心と希望の介護ビジョン」は、10月1日に4回目の会合を持ち、委員一人一人が現行介護保険制度に対する課題提起とあるべき姿について、考え方を明らかにした。

同会議は、初会合の後、介護現場(小規模多機能ホーム)の視察、有識者からのヒアリングを実施してきた。今後、本格的な議論を始めるということで、先立って各委員による「プレゼンテーション」を行なったもの。

石川誠委員(初台リハビリテーション病院理事長)はリハビリテーション医療の基盤整備という課題を取り上げ、医療保険においては、急性期リハの強化とともに回復期リハにおける地域差解消と質的向上が重要課題である

という認識を示した。

主に介護保険で提供される維持期リハについては、「リハの実施によって要介護度を改善できるケースが少なく、必ずしも十分には行われていない」と指摘し、訪問リハと通所リハの利用が少ない実態をデータで示し、「居宅介護では、PT、OT、STによる訪問サービスの量的基盤整備がもっとも遅れている」と問題提起した。

その上で、現行訪問看護ステーションによるリハの提供は分かりにくいことから、リハビリテーションを提供する拠点として「訪問リハステーション」を新設し、「地域に分かりやすく標模すべきではないか」と提案した。

さらに、コントロール機能、迅速提供、チーム対応を可能とする「在宅リ

ハセンター」を設置し、訪問リハ、通所リハ、短期入所リハ、有床診、病院と在宅主治医との間の連携を構築する必要を提起した。

石川委員は、その際、小規模多機能、在宅医療、リハサービスの拠点として有床診を有効利用することが重要であると主張した。

一方、鳥羽研二委員(杏林大学医学部教授)は、調査結果にもとづいて、「転倒・骨折」が原因となって生活機能や本人の意欲が低下し、寝たきりにつながるといふメカニズムが多いことを指摘。認知症プロジェクトとともに転倒や脳梗塞を予防するプロジェクトも立ち上げるべきだと提起した。



科研事業で専門医養成の制度設計。年内にも素案?

専門医・家庭医のあり方研究班

大臣直轄・公開制でスタート。専門医制評価・認定機構と日医にヒアリングを実施

「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究班」が9月22日に発足、10月9日の第2回班会議に日本専門医制評価・認定機構池田理事長と日本医師会飯沼常任理事を招いて、医師後期臨床研修制度のあり方をテーマに意見を聞いた。(8面に関連記事)

研究班は「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」で国立がんセンター中央病院院長の土屋委員が設置を要望し、実現した。

研究者は前出検討会委員7名を含む11名からなる。ナショナルセンターや医系大学で占められる中、あらたに民間病院から1名が参加した。

家庭医を含む専門医養成のあり方について、各科の必要数、専門教育内容、認定基準、指導体制など、卒前教育や初期臨床研修との関係を踏まえた医師後期臨床研修制度の制度素案を設計することが研究班の目的。海外の制度も含めて調査研究することが求められている。

したがって、厚生労働科学特別研究事業として認められたが、舛添厚生労働大臣の意向もあって科研事業を公開制で運営するという異例の展開となった。舛添大臣が出席した第1回班会では土屋委員を班長に選出し、研究の進め方について話し合った。

土屋班長は、研究班設置の目的を説明する中で、日本学術会議が今年6月

視野に収める必要があるという認識で一致した。

その一方で、基本となる専門領域ごとの専門医の適正数をどう予測するかについては、家庭医等専門医の定義、需要と供給、チーム医療の進展、機能連携・分化を含む提供体制の変化など、ファクターが多くて大変ではないかという意見も示された。

その結果、養成数については、家庭医・専門医育成の適正数算出根拠を海外にも求めることにした。

また、診療科と地域における偏在に加え、医療機関設置形態間の偏在も存在していることから、この実態と背景にも分析を加える必要があるということなどを確認した。

専門医制度、しかもその運営システムにいたる設計には解決すべき課題テーマが山積している。制度設計が一朝一晩でできるのか、時間をかけた初期臨床制度の設計にも見直しの声が高まっている現在、研究班の取り組みが注目される。

専門医教育をコントロールする第3者機関の設置を提言したこと、日医からも同様の要望が出ていることに言及。専門医認定制機構が十分機能していない現在、養成と認定をコントロールする仕組みづくり(専門医制度委員会の設立)が研究班に課せられた命題であると説明した。

その上で、「年度末といわず、できれば年内にもアウトラインを描き、その具体化に向けたステップを来年度には踏み出すという方向で検討いただきたい」と、結論を急ぐ姿勢を明らかにした。

議論において、家庭医・総合医については専門分野であるという認識にもとづくこと、その養成数については指導医の育成や指導体制などを展望した上で、弾力的に見直していく必要があることが確認された。

また、救急専門医については診療科横断的な視点からも考察を加える必要が提起された。

初期臨床研修との関係では、9月8日に設置された「医師臨床研修制度のあり方等に関する検討会」の議論動向を

また、診療科と地域における偏在に加え、医療機関設置形態間の偏在も存在していることから、この実態と背景にも分析を加える必要があるということなどを確認した。

専門医制度、しかもその運営システムにいたる設計には解決すべき課題テーマが山積している。制度設計が一朝一晩でできるのか、時間をかけた初期臨床制度の設計にも見直しの声が高まっている現在、研究班の取り組みが注目される。

特定健診・入力支援ツール(POSTOS-AJHA)のご案内

特定健診における電子的標準様式(XML化データ)による決済・実施報告のうち、集合契約Aに関するXML化に対応するための支援策として、全日病は特定健診入力支援ツールPOSTOS-AJHAを開発しました。ツールをご希望の会員病院は下記要領にそってお申し込みください。

- 提供物
 - ・全日病(集合契約A用)入力支援ツールPOSTOS-AJHA *初期費用 10,000円
 - ・NTTデータ社(データ変換サービス)POSTOS *利用費 1件データあたり100円
- お手持ちのパソコンにPOSTOS-AJHAツールをインストールしていただければ、
 - ・IP-VPN回線(NTTフレックス光回線)が既にある場合は、即ご利用が開始できます。
 - ・同回線がない場合は、回線工事について、NTTデータ社担当者よりご連絡します。(有償)
- お申込みの方法
 - ・本会HPから申込用紙を取得し、FAXにてお送りください。全日病よりご案内書送付後10日以内にツール代(10,000円)をお振込みください。確認後、入力支援ツール(CD-R)と説明書一式を郵送します。お手持ちのパソコンにPOSTOS-AJHAツールをインストールしてください。
 - POSTOS-AJHAの詳細は、本会HP(<http://www.ajha.or.jp/>)のおすすめ情報欄から、「全日病特定健診の入力支援ツール(POSTOS-AJHA)のご案内 1~4」をご覧ください。
- お問合せ先
 - ・全日本病院協会事務局(担当浅香)まで Tel.03-3234-5165(代)

介護報酬改定で地域区分ごとの報酬単価を見直し

介護給付費分科会 対象を配置基準職種に拡大、人件費比率を上げるなど割増率の改正を厚労省が提案

10月9日の介護給付費分科会は介護従事者対策をテーマに議論。事務局(厚労省老健局老人保健課)は、分科会に、①介護報酬地域区分の内容と地域差を反映する費用範囲と単価設定の見直し、②中山間地域等の小規模事業所に対する加算の新設、③中山間地域等の居住者にサービスを提供する事業所に対する加算の新設を提案するとともに、介護福祉士等有資格者の評価のあり方について論点を提示した。(1面に関連記事)

地域差の問題について、鈴木老人保健課長は、現行の5区分と人件費も対象とする基本線は踏襲する一方で、①現行の看護・介護職員だけでなく、人員基準で規定されている職員も対象(直接処遇職員)に加えて地域差を勘案する、②介護報酬に反映させる人件費比率は、サ

ービスごと、地域ごとの実態を基に見直し、③人件費割合を乗せる上乗せ率は地域ごとの実態を基に設定する、という考え方を提示した。

ただし、①については、直接処遇職員から医師を除くとした。また、委員の質問に答えて、老健施設など基準を上回っ

て加配していることも勘案するとした。鈴木課長は、調整手当てにかかわる級地5区分ごとの国家公務員の居住構成割合に比して「特別区の割合は国家

公務員が22.2%に対して介護事業所は9.0~1.9%であり、現行の介護報酬では特別区の割合が小さくなっている」ことを認めた。



給与水準等の地域差を反映させる仕組みについて(介護報酬の地域区分の見直しについて) 10月9日の介護給付費分科会に提出された厚労省資料から

■介護報酬地域区分の現行制度

- ・直接処遇職員(看護、介護職員等)の人件費相当部分について、国家公務員調整手当ての級地5区分を基本とした地域区分を設け、地域差の勘案を行なった(2000年度)。
- ・報酬単価10円に対して、地域区分とサービス種類ごとに割り増しを設定。
- ・割増率は特別区12%、特甲地10%、甲地6%、乙地3%(その他地域は0%)。
- ・介護サービスを1999年介護報酬実態調査にもとづいて「人件費比率60%」と「人件費比率40%」とに類型化し、人件費比率に地域区分ごとの割増率を乗じて単価を割り増ししている。
- 人件費比率60%——訪問介護、訪問入浴介護、通所介護等
- 人件費比率40%——施設サービス、訪問看護、訪問リハ、通所リハ等
- * 居宅療養管理指導、福祉用具貸与

は割り増しが行なわれていない。

■現状と課題 (注)括弧内は鈴木老健課長の発言を編集部が挿入したもの

- ・介護事業経営実態調査によると、とくに、特別区で全体的に収支差率が低い。(施設系でより顕著である)
- ・介護事業経営実態調査によると、とくに、特別区で全体的に給与費割合が高い。(施設系でより顕著である)
- ・サービスごとの看護・介護職員1人あたりの給与を地域別にみると、特別区とそれ以外と地域では相当程度の差が生じている。(施設系で顕著であるが、居宅系でもその傾向がみられる)
- ・介護報酬の地域区分ごとの単価と介護従事者の賃金水準の地域差との間に差が生じている。
- 例/東京都と宮崎県の介護労働者=月給制の平均賃金差は約1.4倍
- 介護報酬地域区分見直しに係る検討

1. 地域区分の設定方法について

地域割りは現行の地域区分を踏襲する。

2. 地域差を勘案する費用の範囲について

現行どおり人件費のみとしてはどうか。

3. 地域差を勘案する職員の範囲について

人員配置基準で1名以上又は常勤換算での配置を規定している職員(医師を除く)についても、現行の直接処遇職員に加えて地域差を勘案してはどうか。
* 医師の人件費は必ずしも都市部が高いとは限らない。
* 「実状に応じた適当数」とされている職員(調理員等もしくは基準上配置が求められていない職員=事務職員等)

は、配置数や業務委託等によって費用が変動する。

4. 地域区分ごとの1単位の単価設定

①介護サービスの類型について

サービスごと、地域ごとの職員の人件費比率の実態を基に、介護報酬に反映させる人件費比率については、再検討してはどうか。(今回の経営実態調査にもとづいて、基準上の人員の人件費を加味することで比率を見直す。

②報酬単価の上乗せ率について

地域差を勘案する職員の人件費割合を乗せる上乗せ率については、地域ごとの実態を基に設定してはどうか。

■地域区分ごとの報酬単価

	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
人件費比率60%のサービス	10.72円	10.60円	10.36円	10.18円	10円
人件費比率40%のサービス	10.482円	10.40円	10.24円	10.12円	10円

「2008年介護事業経営実態調査結果」から 10月3日 介護給付費分科会 *1面記事を参照

■主なサービスに関する前回調査との比較 単位:円

調査年	利用者1人当たり収入(1日当たり)	利用者1人当たり支出(1日当たり)	収入における給与費割合	看護・介護職員常勤換算1人当たり給与	看護・介護職員常勤率	看護・介護職員1人当たり利用者数	収支差率	
介護老人福祉施設	2005年(991) 11,327	9,784	55.1%	297,000	87.7%	2.4人	13.6%	
	2008年(174) 10,967 (-3%)	10,591 (+8%)	60.8%	315,891 (+6%)	86.5%	2.3人	3.4%	
介護老人保健施設	2005年(586) 12,515	10,974	49.5%	295,318	92.8%	2.4人	12.3%	
	2008年(208) 12,251 (-2%)	11,357 (+3%)	53.6%	307,932 (+4%)	93.8%	2.4人	7.3%	
介護療養型医療施設	2005年(294) 16,496	15,934	57.4%	297,877	93.8%	1.9人	3.4%	
	2008年(92) 16,471 (-0%)	15,942 (+0%)	59.2%	309,888 (+4%)	91.3%	1.9人	3.2%	
訪問看護ステーション(予防含む)	調査年	利用者1人当たり収入(1日当たり)	利用者1人当たり支出(1日当たり)	収入における給与費割合	看護・介護職員常勤換算1人当たり給与	看護・介護職員常勤率	看護・介護職員1人当たり利用者数	収支差率
	2005年(831) 8,267	7,790	77.8%	396,980	65.9%	69.6回	5.8%	
	2008年(288) 8,208 (-1%)	7,987 (+3%)	79.4%	369,669	67.4%	90.4回	2.7%	

■介護療養型医療施設(病院・総括表) 単位:千円

	2005年調査	2008年調査
介護料収入	32,334	31,848
保険外の利用料	1,194	4,327
介護報酬査定減	-60	-17
給与費	19,224	21,392
減価償却費	1,452	1,439
その他	11,129	11,560
うち委託費	2,711	2,975
借入金利息	521	605
収入	33,467	36,158
支出	32,326	34,996
差引	1,141	1,163

*比率は収入に対する割合

	2005年調査	2008年調査
施設数	294	92
平均定員	67.5人	76.3人
延べ利用者数	2,028.7人	2,195.2人
常勤換算職員数(常勤率)	51.2人 92.4%	63.9人 90.2%
看護・介護職員常勤換算数(常勤率)	35.7人 93.8%	38.9人 91.3%
1人当たり給与(常勤)		
看護師	407,643円	422,738円
准看護師	340,266円	349,118円
介護福祉士	264,996円	276,844円
介護職員	243,198円	253,720円
常勤換算職員1人当たり給与	383,840円	421,503円
利用者1人当たり収入	16,496円	16,471円
利用者1人当たり支出	15,934円	15,942円
常勤換算職員1人当たり利用者数	1.3人	1.1人
看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数	1.9人	1.9人

「医療・介護の緊急対応に公費投入が必要」

日経連「高齢者負担軽減も公費投入で」。財源に消費税を提起

日本経済団体連合会は「税・財政・社会保障制度の一体改革に関する提言」をまとめ、10月2日に公表した。

「いま国民は、将来の生活に対する明確な展望を失い、国全体に閉塞感が漂っている」と冒頭に記した提言は、「財政は主要国中最悪の状況にあり、社会保障など必要とされる分野に財源を投入することもままならない」と嘆じている。

さらに、「これまで政府は、基本方針2006の方針に沿って歳出削減を進めてきたが、それだけでは社会保障制度の強化や成長力強化に必要な施策の実現は困難である。歳入改革が先送りされ、歳出削減が半ば自己目的化し、わが国の社会保障に対する国民の不安や不信の一因となっている」と歳出削減に偏した政府の施策を批判。①停滞した経済情勢を打破する緊急総合対策等の実行、②わが国将来像の明確化、③その

下での税制、財政、社会保障制度の改革など、当面求められる改革について具体的な提言を行なっている。

社会保障制度の将来像について、日経連の提言は、「セーフティネットに綻びが生じないように目配りをしつつ、今後高齢化が進展する中でも持続可能な、経済の身の丈にあった社会保障制度を構築すべきである」として、イギリスやドイツのような「中福祉・中負担」型の国家がわが国の目指すべき道であると提起している。

医療制度については、「医師・診療科の偏在の是正、病院勤務医不足の解消、救急医療の確保など、国民が安心できる医療提供体制を構築することが不可欠」とした上で、「ICT化の推進やレセプトの完全オンライン化、診療の標準化などを通じ、医療の質を落とさずに効率化を図る」ことを求めている。

負担面では、給付の重点化や効率化とともに、高齢者医療と介護保険に対する公費投入割合の引き上げが必要とする認識を示した。

さらに、社会保障制度の機能強化を果す上では、勤務医の負担軽減、救急や小児・産科医療の体制整備、介護療養病床廃止の受け皿準備など、「医療・介護分野への緊急対応にも公費を投入する必要がある」と訴えている。その一方で、「増大する社会保障費用

を消費税で賄うということが不可欠である」として、遅くとも2011年度までに税率の引き上げを行なうよう求めている。

投稿

機能係数はコストの検証を含め、十分に議論すべき

DPCをこれからどうする—DPCをめぐる議論に気になる点が

医療法人伯鳳会理事長 古城資久



2004年に民間病院にDPCが導入されて既に4年が過ぎた。DPC対象病院は718病院約29万床、DPC準備病院は710病院約17万床、合計1,428病院46万床を数えている(2008年度準備病院を除く)。好むと好まざるとにかかわらず、日本の急性期医療はDPC病院を中心に運営されていることは事実である。

DPC制度は2回の診療報酬改定を経たが、2010年に予定されている調整係数の廃止に向けて、大幅な制度改正につながる議論が展開されている。日常的に地域の急性期医療を担っている我々民間病院の立場、現場感覚から、最近の動きには懸念すべき点があると考えている。

クリティカルパスの普及、医薬品のジェネリック化など、医療の質の向上と経営努力が進んだためである。

本来、DPCホスピタルフィーが原価にもとづいて決定されていれば、調整係数の廃止は経営に悪影響をもたらさない。しかしながら、出来高点数が原価にもとづいて設計されていないために、過渡的処置として調整係数は必要であった。

現在も原価ベースの出来高点数ではないため、調整係数を廃止する以上、なんらかの係数をもってこれを補填しなければ、ようやくEBM、標準化にむけて進化し始めた入院医療は崩壊する。

機能係数の項目として何を選択し、どの程度の加算を付けるかがポイントである。まず、現時点でアウトカムを機能係数とすることはタイムスケジュール的に議論が間に合わないであろう。

従って、急性期医療を行なうのにあたり、質を向上させるプロセスを選択し、それに必要とされる固定費を補填する形で調整係数が決定されるべきであろう。同時に、どのプロセスを選択する

かには本来エビデンスが必要である。

現在考えられている項目に、DPC病院の「望ましい要件」5項目があるようだ。しかしながら、これらの5項目は急性期医療の質の向上にどの程度寄与しているか不明な点も多い。さらに、これらの5項目には既に別途診療報酬(加算点数)が付いているので、この上さらに機能係数を加えることは不合理な点もあり、加算点数の調整で対応すべきではないかと考える。

これらの機能が急性期病院に望ましいというコンセンサスがあり、機能を備えるためのコストが不足するというのならば、別途、現在の診療報酬がこれら機能の原資として適当であるかを調査することは必要であろう。

次に、地域医療計画に記された病院機能によって機能係数を決定してはという意見があるようだ。しかし、この機能の構築に要する原価の計算は、先の望ましい5要件以上に算定困難であること、地域医療計画の病院機能の選定に一部恣意的な部分があることなどから、さらに迷走する危険がある。

提案 急性期医療の機能係数にふさわしい項目を十分に議論すること。それらを達成するに必要なコストの評価を検証すること。

現在、まず行うべきは、急性期医療に機能係数として付加するにふさわしい項目は何かを十分に議論することである。次に、それらを達成するために必要なコストが、現在の診療報酬でカバーできているかを検証し、足らざる場合は機能係数で補填していくべきである。

同時に手がけるのは困難な作業であることは承知しているが、根本的な解決のためには、ホスピタルフィーを原価計算から導き、原価+適当なる利益(再生産費用)をホスピタルフィーとするこ

とを目標とし、作業を開始するほかはない。

これらの作業が時間的に極めて困難と判断できる場合は、調整係数廃止を2012年に先送りすることも一つの選択肢であるが、調整係数廃止の気運が盛り上がっている現在、理念に基づいた機能係数の構築に邁進すべきであろう。

付け加えるまでもないが、一部で囁かれている、病院の経営主体別に調整係数を設けるという考えは噴飯ものであり、今後の急性期医療の致命傷となることは確実である。

疑問 1 ケアミックス病院をDPCから排除しようという動きがある

昨年10月の中医学協DPC分科会において、一部委員から、「データ採用数/全病床数>3.5(4ヶ月)」という提案がなされた。以前の「データ/病床比」と異なる点は、分母を急性期病床数とするのではなく、全病床数としたことである。

この案によるとデータ採用数は急性期病床より退院したDPC適応患者のみについてカウントされるため、院内連携を行っているケアミックス病院の相当数がDPCより排除されることになる。日本DPC協議会(西村昭男代表)は、ケアミックス病院であると共に地域に質の良い急性期医療を提供している病院の事例をあげ、この考え方に反対した。

その後、「データ/病床比」は「データ採用数/DPC病床数>8.75(10ヶ月)」に決まり、ケアミックスの排除は回避された(日本DPC協議会の主張の骨子は、『病院経営』第17-378号(2007年12月20日)p25~p31 美原盤、内田智久「DPC対象要件の見直しの問題点」に詳しい)。

DPCがより良い急性期医療提供体制

の構築を目指すものであるならば、「ケアミックスでは良い急性期医療が提供できない」というエビデンスを示すべきである。

「ケアミックス病院はDPC診療報酬の多寡に応じて患者を亜急性期、回復期、医療療養などに自由に転床させて、高い診療報酬を得ている」という意見があると聞くと、それは一部のケアミックス病院に過ぎず、ケアミックス病院の平均的な姿ではない。ケアミックス病院の大多数は患者の状態に応じて、診療上最適な病床に移動させている。

非ケアミックス病院は院内に急性期以外の病床を有しないため、スムーズな転院、転床の点で不利があるようだが、それは地域連携を活発化するなど、自助努力や連携医療機関の協力によって解決すべき問題である。

重ねて言うが、DPCから排除されるべき病院は「期待される急性期医療を提供する実力が無い病院」だけでなければならない。

数に置き換えた額と比べると10~15%程度高いと思われる。

これは、DPC環境下の病院において、エビデンスに基づいた医療、標準化、

疑問 2 病院機能係数が理念無く決められようとしている

2010年に調整係数が廃止される可能性が高まっている。現在、DPC病院の受け取るホスピタルフィーは、DPC病院が実際に行っている医療を出来高点

機能評価の指標に疾病の多寡・内容、4疾病5事業への貢献度等

DPC評価分科会 「特定機能病院だからというのではなく、様々な機能積み上げの中から役割を評価すべし」

10月3日の診療報酬調査専門組織DPC評価分科会は、前回(7月30日)に続いて、松田班による機能評価係数に関する研究の途中報告が行なわれた。

松田晋哉委員(産業医科大学医学部教授)は、前回説明した機能評価係数の考え方を踏まえ、適切な病院機能係数を求めるために、①プロセス、②ケースミックスとパフォーマンス、③ストラク

チャー(構造)、④地域での役割(貢献度)という4点を取り上げ、各項目に生じる「ばらつき」の背景を分析することによって、病院機能を推し量る指標妥当性の評価を試みていると、研究内容と目的を説明した。

以下は、松田委員による研究レポートの要旨である。

なプロセスが導かれる可能性がある。

次に、ケースミックスとパフォーマンスについて分析した。各病院がカバーしている疾病の範囲と内容のみよいうことだ。

具体的には、複雑な傷病の診療を評価する「複雑性指数」、効率よい診療を評価する「効率性指標」、希少な傷病の診療を評価する「希少性指数」、重症患者への対応状況を探る副傷病スコア(Charlsonスコア)について調べた。

例えば、ある疾病の術後感染症の発生頻度をみると、ばらつきがかなり大きい。また、別の疾病について予測死亡率と観測死亡率の分布をみても、予測を下回っている病院、予測範囲内の病院、予測を上回っている病院と、その分布には大きな格差が生じている。

次にストラクチャー(構造)について分析した。ストラクチャーについては、①施設の外的基準、②救急医療、ICU、画像診断、麻酔、病理といった望まし

い5基準の状況、③EFファイルの適切性やICDコーディングなど診療情報の質の評価、といった指標が考えられる。こうした、施設が有する外的要因がどう影響するのかを、研究班は施設調査から調べている。

最後に、地域における病院の役割つまり地域医療に対する貢献度というものをも評価できないかという視点から、患者シェアや、専門性、希少性の高い疾患、難易度の高い手術、そして、医療計画における4疾病5事業への対応状況などが、どう反映しているかを分析している。

1,400もの病院がDPCに参加していると、地域とのかかわりについて色々な分析が可能となる。都道府県別の病院シェアリストにもとづいて、各病院が4疾病5事業にどのくらい対応しているかを集計、内部環境、外部環境との関係を調べ、医療機関を評価するモデルを試みるなど、医療圏ごとの各病院の役割を分析している。

症例数が多く、多様な疾患を診ている病院ほど調整係数が高い

松田班研究報告の要旨

2007年のDPC調査に参加した965施設のうち549施設について調整係数をみると、特定機能病院は1.20~1.00の間に分布しているが、それ以外の病院は1.20~0.95の間に分散している。

これを、調整係数と症例数との関係でみると、症例数が多く多様な疾患を診ている病院ほど調整係数が高いという関係にあることが分かる。すなわち、係数からも病院の機能の違いがみえるということである。

例えば、ある分類についてみると、調整係数の高い病院は、①在院日数が短い、②1日当たりの出来高換算点数が高い、③1日および1入院当たりの検査・画像診断の点数が高い、④1日および1入院当たり薬剤費の点数が高い、という分布が導かれた。

つまり、係数の高い病院は、①症例

が多い、②多種多様な病気を診ているということ、係数の高い病院にはそれなりの機能があるということがいえる。

別の分類では、係数の高い病院ほど、①麻酔時間が短い、②輸血の頻度は少ないが平均輸血量は多い、という結果が出た。

診療行為が記されているE、Fファイルから外科診療プロセスと「医療の質」について調べたところ、手術前後の患者在院割合でばらつきが生じている。これは、地域の違いにおいても生じている。これを個別病院のレベルでみると、やはり病院間の格差が大きい。また、同じ疾患でも病院によって治療方法が大きく異なっている。

こうしたばらつきの原因が何であるのか、今後、データ分析をさらに精緻化していく必要がある。そこから標準的

データから亜急性期、回復期、慢性期病床の過不足もみえる

質疑応答

●病院のどういう機能が強く評価されるべきかを明確にしておかないと、研究も効率的に行かない。高い機能とはそもそもどういうものなのか。

松田委員 それは、共通のフォーマットで調べられるもので判断されるべき

であろう。①どういう患者を診ているか、②どういうプロセスであるか、③評価に用いる指標は何か、これらをベースにした、④施設内容の評価という点から考えるべきではないか。

沢山の患者を診ている、多様な疾患



第3次試案・大綱案で、次回、学会等にヒアリング

診療関連死原因
究明在り方検討会

福島地裁判決の“医学的準則”に関心。「判例」との整合性求める意見も

「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」が10月9日に7ヶ月ぶりに開かれ、事務局(厚労省医政局総務課医療安全推進室)は、10月8日に公表した医療安全調査委員会設置に向けた第3次試案と大綱案に寄せられた意見の受付状況と主要な質問・疑問に対する同省の「回答」を報告した。

検討会は、第3次試案と大綱案に反対する意見が医療界に根強いことを認め、次回会合で、反対もしくは疑問の見解を表明する主要な団体を招いてヒアリングすることを決めた。

委員による質問・意見に答える中で、医政局の杉野医事課長は、主にシステムエラーへの対応という視点から実施される行政処分について、「行政処分の審議のあり方を見直す」と述べ、医道審議会の運営方針や構成等を見直す考えを示唆した。

委員による議論の多くは、医療安全調査委員会が警察へ通知する際の基準、とくに「標準的医療」の定義に費やされた。

口火を切った木下委員(日医常任理事)は、「標準的医療からの逸脱」よりも、「重大な過失」という法的になじんだ定義の方が対象範囲をより限定できる可能性があるとして、後者の概念の採用

を検討する必要性を提起した。

これに対して、佐原医療安全推進室長は「通知に該当するか否かの(医療安全調査委)地方委員会による判断は医学的な所見にもとづいてなされるもので、法的評価ではない」と説明。オブザーバーとして出席していた法務省刑事局の片岡刑事課長も「重大」という定義をすると司法側は混乱する。「重大」という概念には司法の場で過去の積み重ねがある。それを委員会が先取り判断し、その成否を確かめるために裁判に持ち込むというおかしなことになる」と否定した。

「標準的医療」の基準をどうガイドライン化するかにについて、樋口委員(東大大学院教授)は福島県立大野病院産婦人科医に対する福島地裁の判決を引用、そこに参考にするべき考え方があると評価した。

児玉委員(弁護士)も、福島地裁判決で示された「医学的準則」と「標準的医療」さらには「重大な過失(重過失)」という各概念の関連性を検討すべきではないかと提案。医療界に根強い「警察への通知」にかかわる「不安」を払拭するために、法律家、司法界、医療界が、こうした概念に関する解釈や意見などメッセージを出し合うことによって「不

安」の解消に努めるべきであるという見解を表明した。

こうした意見に、前田座長(首都大学法科大学院教授)は「福島地裁判決は一番であることから判例とはみなされない」と「医学的準則」をめぐる福島地裁の見解が直ちに司法界の共通認識になることには疑問を呈しつつも、「最高裁判例との整合性が求められる」という認識を示した。

福島地裁判決をめぐっては、「医学的準則」にもとづいた診療関連死が医師法

21条でいう届出対象に該当するか否かという議論もあるが、同日の検討会では、そうした面からの問題提起は示されず、あくまで、医療界が「不安視」している「標準的医療」の基準に関して議論を継続すべきであるという意見が大勢を占めた。

その結果、検討会としては、現時点で、第3次試案と大綱案に反対もしくは疑問の見解を表明している主要な団体を招き、その「不安」を解くべくヒアリングを実施することを決めた。

第3次試案・大綱案の意見に厚労省が「回答」

厚生労働省は10月8日、パブリックコメントにかけられている「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案(第3次試案)」および「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に対して、9月30日までに寄せられた意見の状況と公表に同意を得られた意見の全文を公表した。

第3次試案は4月3日に、大綱案は6月13日に意見募集が始まり、ともに、現在も意見の受け付けが続けられている。

厚労省は、5月21日、6月20日と2回にわたって第3次試案に対する意見内容を公表しているが、大綱案を含む意見募集の状況・内容報告は今回が初めて。

それによると、第3次試案と大綱案に寄せられた意見はつごう延732件で、そのうち82件が団体から寄せられた。団体の内訳は、医療職団体14件、関係学会23件、病院関係団体29件、残り16件は患者団体・弁護士団体となっている。

個人からの意見は医療従事者が504件と77.5%を占め、その70%が勤務医、28%が医療機関管理者によって占めら

れている。

厚労省は、また、10月9日に、第3次試案と大綱案に寄せられたうちから主要な意見と疑問を23点取り上げて回答するかたちで同省の見解を提示した。厚労省による「回答」は、これまでの同省の見解を繰り返す内容に終始している。

その中で、①死亡事例に関する実績等を踏まえ、医療安全調査委の対象に後遺障害が残った事例を加えることを検討する、②地方委員会による調査で質問に対する回答を強制されないという第3次試案の考えは大綱案でも踏襲されている、③産科以外への補償制度の拡大を当制度の実施状況を踏まえて検討する、④裁判外紛争解決(ADR)制度に向けた関係者協議の場を2009年度に設置する、などの考えをあらためて明確にした。

厚労省は、また、10月9日に開催された「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」において、第3次試案と大綱案に寄せられた意見の状況と23点にわたる同省の「回答」を報告した。



を診ている病院ほど高く評価されるべきであろう。単科病院については、4疾病5事業への貢献度から評価されるべきではないか。

●ばらつきは同等の患者について分析されるべきである。年齢の違いはどうしているのか。

松田委員 年齢区分についてはまだ手をつけていない。

●DPCを都道府県医療計画にリンクさせるのは必ずしも正しくない。都道府県の人口格差は最大で15倍にも達しており、人口の少ない県では、症例数が少なくてもシェアが大きくなる。また、係数が高い病院間でも在院日数と関連したデータのばらつきが多い。

松田委員 必ずしもシェアだけで評価するわけではない。分析の視点の1つである。在院日数は確かに病院間でかなりの差がある。そこには診療方法の違いもある。また、「望ましい医療」とは少し異なる要素の反映もあることだろう。今は、どこから大きな差が生じているかを分析している段階だ。

●集中度を単純に採用するのはいかがか。

松田委員 我々は係数と機能を分けて

考えている。調整係数が廃止されるといので病院機能の問題を取り上げているが、それらは別々のものだ。症例数の多い病院は診ている病気の種類も多い。症例数が少なくても稀な症例を診ているケースも少なくない。その点をどう評価すべきかが大切ではないか。

●これだけ多様な病院が参加していればばらつきが生じるのは当然。これを集約させるといことではなく、これを前提として係数をどう方向で設定するかを教えてほしい。高度な機能の病院は一般の病院とは違う役割を果たしている。それを無視して係数を設けると、かえって地域医療の崩壊に繋がりがかねない。大規模病院や中核病院は地域の中小病院とは異なる機能をもっており、すべての病院を助けるという発想ではだめだと思う。

松田委員 係数は様々な機能の積み上げから考えるべきである。特定機能病院だからということではなく、それ以外にも同種の機能を果たしている病院もある。その点をみなければならない。今まではどの病院も同じ医療をしてきた。これからは各病院が各々の強みを発揮し、話し合っ

て地域ごとに最適な医療を提供するために分担することが必要。そのためのデータを追求していきたい。

●そもそもDPC病院がはたす役割とはなんなのか。それがはっきりしないの

で、データ分析をいくらしても今ひとつははっきりしてこない。

分科会会長 地域で、高度かつ医療の質が高い医療を提供している急性期病院をどう評価するのが求められている。今は、軽症から重症まで対象としている。その中で、これからはどういった病院がDPCとして適切であるかを議論しなければならない。多分、患者からも、質の高い優れた病院が(DPC病院として)期待されているのではないか。

●地域で不足している病院をどうするかという問題がある。そこを何らかの方法で評価しなければならない。

松田委員 いくつかのアプローチがある。例えば、食道がんは再建術を伴うと手術件数がほとんど挙がってこない県がある。そこではほとんど(特定の病院で)完結しているのではないか。医療圏単位で心筋梗塞の分布をみると供給と需要のミスマッチがみえてくる。これもアプローチのひとつだ。患者調査から地域ごとの患者構造をみると、症例によって需要と供給があっていない地域がある。例えば、脳血管障害でどのくらいリハビリが必要であるかに基づいて医療圏単位の回復期リハビリ必要数を見ると、ほとんどのところで足りていないことがみえてくる。これは、亜急性期や慢性期病床の必要数についてもみえてくる。

事務局 地域における役割だが、ここには医政局における医療提供体制との連動を必要とする問題がある。そうした視点からもお考えいただきたい。

●いつまでEFファイルなどを沢山の病院から集めないとならないのか。た

だ単に数が多ければよいものでもない。一定の病院のサンプリングではだめなのか。

事務局 1つには分類の精緻化が目的である。係数は1つ1つの医療機関ごとに設けているのでサンプリングでは用をなさない。これからは提出し続けていただくことになろう。

松田委員 ばらついているデータの中から診療行為の集中程度によって「望ましい医療」の内容をつかんでいきたい。退院時サマリーというべき様式1の作成が大変という声強い。学会ごとに退院時サマリーとして必要な項目を用意していただいて、様式1の共通なフォーマットをつくるという考え方もある。今は大変だが、将来的には支払いと調査を一体化したデータ作成が求められる。

●それは重要な指摘だ。だが、どこがそれを考えるのか。

事務局 「支払いと一体化」というと、包括なので出来高のデータを外すということになってしまう。むしろ今は、逆に、内容の分かるデータを添付する上で出来高の内容を見ないと適切な点数がつけられない。よい案があればあればお教え願いたい。

●DPCへの参加を検討している病院が多いが、すでに参加している病院には多くのコストが発生している。係数に、参加していることがプラスとなる要因を含めてもらわないと困る。

分科会会長 医療の質を高め、透明化を果たしているDPC病院については、それなりに評価されてしかるべきと考える。



認定個人情報保護団体の全日病等にヒアリング

国民生活審議会 個人情報保護部会 活動内容、相談・苦情処理の実績、研修内容、業務体制等詳細を報告

全日病は、10月1日に開催された国民生活審議会個人情報保護部会で認定個人情報保護団体としての活動状況を報告した。

ヒアリングには飯田修平常任理事(個人情報保護業務担当理事)が出席し、認定個人情報保護団体として本会が取り組んできた業務内容、遂行体制、実績と成果について説明した。

2005年4月に全面施行された個人情報保護法は、個人情報の適正な取扱いと苦情への対応を事業者自らに求める一方、情報の提供や苦情の処理などに自発的に対応する民間の取り組みを主務大臣が「認定個人情報保護団体」として認定し、支援する仕組みを設けている。認定個人情報保護団体は今年3月現在で全国に35あり、医療・介護関係では4団体が認定を得ている。その1つである全日病は、2006年2月13日に、医療・介護関係では最初の認定団体となっている。

内閣府国民生活局に設置されている国民生活審議会個人情報保護部会は、個人情報保護法施行状況のフォローアップを担い、個人情報保護法施行状況

の評価および個人情報保護制度の見直しに向けた検討を行っており、フォローアップの一環として、今回、認定個人情報保護団体に対するヒアリングを実施したもの。

同日の個人情報保護部会に招かれた認定個人情報保護団体は、全日病のほか、日本情報処理開発協会、全国銀行個人情報保護協議会、電気通信個人情報保護推進センターの4団体。情報保護部会事務局は、この4団体を選んだ理由を「個人情報保護の面で重要な分野に属している上、ほかにはみられない活発な活動をしているため」と説明した。

本会は、認定個人情報保護団体として、①個人情報保護指針を策定して会員病院における指針作成の参考として供しているほか、②院内規程類・掲示物サンプルの提供、③Q&Aの作成・改訂、④個人情報保護にかかわる会員病院アンケート調査の実施、⑤個人情報管理・担当責任者養成研修の開催、⑥全日病学会におけるセミナーの開催、⑦苦情・相談の処理、⑧ホームページ等を使った関連情報の提供など、様々な取り組みを進めている。

調査結果に会員病院対応状況の改善状況が反映

飯田常任理事は、そうした活動内容と、それを支える業務組織を活動予算を含めて紹介した上で、過去8回にわたる研修会受講者数の推移や演習を重視したプログラム内容、相談と苦情対応の各事例紹介など、認定個人情報保護団体として果たしてきた役割とその成果をつまびらかにした。

とくに、過去2年のアンケート結果の概要を示し、回答率がきわめて高いことから個人情報保護に対する会員病院の関心が高いこと、また、回答結果

の推移から、会員病院における対応状況が着実に改善されていることなどを説明した。

医療機関とともに個人情報保護にかかわる重点3分野に位置づけられている。

ヒアリングは、法施行のフォローアップを担う個人情報保護部会として医療界に対する信頼と期待を一段と高める結果となり、また、病院団体としても「説明責任」を果たすものとなった。

個人情報保護担当委員会には外部委員も参加

【個人情報保護部会委員との質疑応答から】

●個人情報保護に関しては一部に過剰反応があると指摘されている。例えば、病院の中には、災害で搬送されてきた被災者の数の公表を拒むといった例もあると聞く。そうした現象をどう考えるか。

飯田 全日病のQ&Aには、救急搬送者数までもが非公開の対象であるとは書かれていない。固有名詞の公表は避けるべきであると指導しているが、救急搬送者数を公表することは一向に差し支えないと考える。

●個人情報保護法に対する会員病院の関心が高い割には、苦情や相談件数が少ないのはなぜか。

飯田 Q&Aを出版して会員病院に配布

しており、また、会員病院において規程類の整備が進んでいるので、どう対応すべきかの理解が深まっていることが考えられる。もっとも、患者は、相談や苦情の申し立て先として、病院団体だけではなく自治体や医師会にも向かっており、相談窓口の選択肢が多いことはよいことと考えている。

●患者に対する啓蒙活動にはどう取り組んでいるのか。

飯田 ツールとしては院内掲示物のサンプルを提供し、また、Q&Aを出版している。

●担当機関は調査権限をもっているのか。独立性や公平性はどうか。

飯田 調査権限はない。改善が必要な



▲飯田常任理事(中央)は個人情報保護部会で認定個人情報保護団体としての活動を報告した

会員病院には繰り返し指導を重ねることが重要と考える。個人情報保護担当委員会には、外部から、学者、有識者、弁護士、消費者生活センターの方も委

員参加している。率直なご意見もいただいております。公平性は保たれていると考えている。

■2007年度の活動状況(個人情報保護部会に提出した全日病資料から)

1. 苦情・相談等の処理

苦情5件、相談10件に対応。会員病院外に関する相談は自治体窓口を案内した。

2. 会員対象の研修活動

以下3件の研修会を開催。
①全日病学会秋田大会(07年9月23日)でセミナーを開催(参加178名)
②「個人情報管理・担当責任者養成研修」の実施
07年4月5日(札幌市。参加60名)、07年7月29日(東京。参加62名)、同31日(東京。参加54名)

3. 会員への情報提供

・5月の会員病院対象に「個人情報保護に関するアンケート調査」を実施。結果を「全日病ニュース」(08年3月15日号)に掲載するとともに、全会員病院へ報告書を送付。
・機関紙・ホームページで情報提供を実施。研修会、アンケート調査報告書にもとづいた「参考事例情報」を提供。
・個人情報保護に関するQ&Aの改訂作業(事例収集等)に着手

■相談事例の一部(個人情報保護部会に提出した全日病資料から)

事例1. 警察からの情報提供の要請

Q 警察から患者に関する問い合わせを受けた場合、どう対応すればよいのでしょうか。

A 令状がある場合は全面的に協力しなければなりません。令状がなく、捜査に必要な照会をされた場合には、回答すべき義務があると考えられており、本人の同意なく回答しても個人情報保護法第23条第1項第1号の「法令に基づく場合」に該当しますので、違反にはなりません。しかし、民法により損害賠償請求される危険性は理論上ありえますので、本人の同意を得ないで回答する場合は、ある程度の危険を負担することになります。ただ、実際上それにより裁判にまで発展する可能性はそれほど高いとは考えられませんので、個々の施設において判断することが望まれます。

事例2. 検査結果の健保組合への提供

Q 企業健診などで内視鏡検査を行った際に、感染症検査を併せて実施した場合にその結果を健保組合へ伝えるこ

とについて、掲示等による黙示の同意以外に書面等による個別の同意が必要でしょうか。

A 受診者へ内視鏡検査に際して感染症検査を実施することを説明し、同意を得れば問題はありません。対会社または健保・企業健診の内容については労働安全衛生法に規定されています。規定項目(法定項目)については、法令に規定されている場合に相当し、本人に同意を得ることなく会社へ通知することが可能です。会社はこの結果を掌握し、実施者数、有所見率などを労働基準監督署に報告する義務があります。

問題は法定外の項目です。内視鏡検査、感染症検査は法定外の項目に該当します。法定外の項目については、費用の負担者が誰であるかに関わらず(会社が負担する場合と、健保が負担する場合が多いですが)、受診者以外の第三者(会社、健保)に報告するにあたり本人の同意が必要です。同意の形式については特に定められていませんが、個別の同意をお勧めします。

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

救命救急センター充実度の評価内容見直しへ

救急医療の今後のあり方検討会 実態に合わせるとともに、質向上と地域連携を促す内容へ。公表も義務化

10月8日に開催された救急医療の今後のあり方に関する検討会は、救命救急センターの充実度評価の内容を見直し、さらなる質の向上を図るという事務局提案を概ね了承した。併せて、充実度評価の結果について、詳細データを含めて公表する方針も認められた。2009年4月調査から適用される。

評価内容の見直し案には一部委員から疑念が示されたが、当該委員と座長、事務局の間で詰めることとし、座長あずかりとして原則了承となったもの。

救命救急センターの評価は38にわたる調査項目からなり、配点基準に「一般のセンター」と「遠方まで別の施設のないセンター」という類型を導入し、該当項目は類型別に配点している。また、

14項目にマイナス点を配し、プラス点数とマイナス点数の総計に対してA、B、Cの3ランクで評価している。

見直しのポイントは、①センターの類型に「所管人口の少ないセンター(人口30万未満)」を追加する、②マイナス配点の設定をなくす、③各センターの地域特性や院内体制を評価内容に織り込む、という点がベース。

その結果、④重篤患者数や救急搬送数の評価基準に絶対数とともに人口対比を追加するなど、実状に見合った評価に変わる項目がある一方、⑤診療体制については当該疾患の院内待機ではなく「搬送時に迅速に診療できる体制」を評価するなど、より厳密な評価基準を導入する項目も多く、全体とし

て厳しい評価方法へと見直される。

また、地域との連携についても、MC協議会や救急医療(対策)協議会への関与状況を評価対象に盛り込むなど、都道府県が評価する項目も充実化される。

現在の救命救急センター(201施設)は、06年、07年と、すべてAランクの評価を得ている。しかし、今回の見直しにともなう院内の体制整備や地域との連携取り組みなど、即座には対応できない項目が含まれている。

そのため、厚労省は、2~3年にわたる改善取り組みをみて、その評価点数



が基準点に足りないセンターをB(2年以上基準点を満たさない)もしくはC(3年以上基準点を満たさない)とし、「B・C以外」をAにそれぞれランク付けする方針だ。

したがって、11年4月調査の結果からBランクが、12年4月調査の結果からCランクが確定、それにもとづいて補助金の配分も変更されることになる。

第9回常任理事会の詳細 9月20日

■主な協議事項

●新公益法人制度の施行に伴う対応について
西澤会長は、12月1日に施行される新たな公益法人制度について、本会の対応策を検討する委員会を設置する提案を行なった。委員会に具体的な検討を委ねたいと提案し、承認された。

●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 聖ヶ丘病院 院長 辻 寧重
東京都 武蔵村山病院 院長 高橋 毅
別途5名の退会があり、在籍会員数は2,255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

栃木県 宇都宮記念病院 総合健診センター
東京都 東海大学医学部付属病院 健康管理センター

以上の結果、日帰り人間ドック実施指定は492施設となった。

【主な報告事項】

●平成20年度第2回支部長会の開催について
西澤会長は、平成20年度第2回支部長会を10月18日に開催することが決まったと報告した。当日は理事会・常任理事会が開催されるが、支部長会は、理事会・常任理事会終了後に単独で開催される。

●病院機能評価の審査結果(順不同)

6月16日付で、以下の18会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

【Ver.5.0】

◎一般病院

埼玉県 川口市立医療センター 更新
埼玉県 北里大学北里研究所メディカルセンター病院 新規
東京都 岩井整形外科内科病院 更新
東京都 練馬総合病院 更新
石川県 恵寿総合病院 更新
愛知県 総合大雄会病院 更新
大阪府 八尾徳洲会総合病院 更新

徳島県 伊月病院 新規
高知県 島津病院 新規
福岡県 聖マリア病院 更新
佐賀県 祐愛会織田病院 更新
長崎県 佐世保中央病院 更新
沖縄県 海邦病院 更新
◎療養病院
鹿児島県 市比野記念病院 更新
沖縄県 沖縄セントラル病院 更新
◎複合病院
福島県 あづま脳神経外科病院 更新
大阪府 邦和病院 新規
鹿児島県 三宅病院 更新

7月28日付で、以下の18会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

【Ver.5.0】

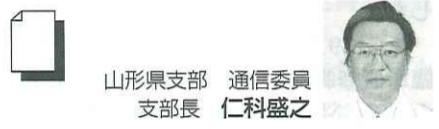
◎一般病院

北海道 愛心メモリアル病院 更新
埼玉県 医療法人埼玉成恵会病院 更新
千葉県 帝京大学ちば総合医療センター 更新
東京都 木村病院 更新
東京都 旗の台脳神経外科病院 更新
福岡県 飯塚病院 更新
福岡県 西福岡病院 更新
長崎県 聖フランシスコ病院 更新
大分県 永富脳神経外科病院 新規
宮崎県 黒木病院 新規
◎精神科病院
北海道 旭川圭泉会病院 更新
鹿児島県 福山病院 新規
◎療養病院
群馬県 駒井病院 更新
埼玉県 富家病院 新規
◎複合病院
埼玉県 平成の森・川島病院 新規
東京都 日の出ヶ丘病院 更新
東京都 いずみ記念病院 新規
山口県 セントヒル病院 更新

別途、以下の病院が付加機能について認定された。

支部からの報告

支部総会で規約を決定 2桁へ。会員増強に知恵を絞る!



山形県支部 通信委員 支部長 仁科盛之

山形県支部の会員病院数は、現在8病院に留まっています。公的病院が80%程度を占める本県において、会員病院を増強することはなかなか難しい状況です。しかし、支部活動を強化し、何とか会員病院を増やしたいと考えております。

会員増強活動を行う上で、支部規約もないことから、この度山形県支部総

会を開催し、規約の策定を行いました。総会参加4病院の病院長の知恵を賜りながら、本県の事情にあった規約を作成することができました。

これで器は整ったわけですが、今後の活動の柱として、全日病に加盟することのメリットなどを、どのように伝えるか考える必要があります。

混迷する政局に、いったい医療行政はどのようになるのか皆目検討がつかない状況ではありますが、このような中でこそ、全日病の施策が活かされて来ると期待しております。

総会の席上、全日病が推奨している「短時間正職員制度」を取り入れて、看護師不足に歯止めをかけている事例が紹介されました。

このような取り組みの伝道を通し、是非とも2桁の会員病院数にしたいと思っております。

会務日誌

*表記のないものはすべて東京都内開催

2008年9月

- 1日 四病協/医療安全対策委員会
- 4日 イタリア民間病院協会Dr.Ortaが来局、人間ドック委員会、広報委員会、医療の質向上委員会、四病協/治療費未払問題検討委員会作業部会
- 5日 四病協/治療費未払問題検討委員会作業部会、同/医療保険・診療報酬委員会
- 6日 病院事務長研修コース(~7日)、医療機関トップマネジメント研修コース(~7日)、医療安全管理者養成課程講習会 第3クール(~7日)、研究班会議
- 10日 四病協/医業経営・税制委員会
- 11日 個人情報保護担当委員会、50周年記念行事ワーキング委員会
- 12日 会長・副会長会議、総務委員会、終

末期医療に関するガイドライン策定検討会、病院機能評価委員会

- 16日 医療事務技能審査委員会
- 17日 日病協/診療報酬実務者会議
- 19日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、医療安全対策委員会、四病協/医療従事者対策委員会、同/社会保障財源問題を考える勉強会
- 20日 無料職業紹介事業ワーキングチーム、救急・防災委員会、第6回常任理事会、病院のあり方委員会
- 23日 病院における院内暴力等への対応に関する研修
- 24日 四病協/総合部会、日医・四病協懇談会
- 25日 四病協/医療安全対策委員会、日病協/代表者会議
- 26日 医療保険・診療報酬委員会
- 28日 後期高齢者診療に係る研修

【緩和ケア機能】

福岡県 栄光病院 複合病院

8月12日現在の認定総数は2,523病院、うち会員は830病院となった。

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

医師臨床研修制度の見直しは年内に方向性

自民からも見直し要求。来春改正、2010年度施行か

厚労省の田原克志医師臨床研修室長は10月11日の全日病・医法協共催「2008年度臨床研修指導医講習会」で講演し、現行医師臨床研修制度について、「厚労省・文科省合同の検討会とともに自民党内の議論などを踏まえて制度の見直しを進め、年内に方向性を得たい」と語った。

見直しのポイントとして、田原室長は、①臨床研修病院指定基準、②プログラム内容、③募集定員数、④マッチング方法などをあげた。(2面に関連記事)

医師臨床研修制度については、施行5年後の見直しとして、指定基準関係では、①研修医は8床につき1人とする経過措置を09年3月末で廃止し、10床につき1人とする、②取り消し要件に「2年以上研修医の受け入れがないとき」等を追加する、③地域医療の確保のための協議や施策への協力に努めることを追加する、④原則として当分の間、新規指定と研修医募集定数の増員を行わないなどの改正が、さらに、⑤当初の12月においても3月以内に限り必修科目の研修ができるというプログラムの弾力化が、今年4月1日に施行している。

さらに、研修医採用数が多く、かつ、人口・面積あたり医療施設従事医師数が多い都道府県を対象に研修病院の募集定員数を適正化するという募集抑制も実施されている。

08年度に入って、大学病院による「臨

床研修制度が医師不足・偏在の原因である」という批判を背景に、6月の「安心と希望の医療確保ビジョン」に研修医受け入れ数適正化などの見直しを図る旨が盛り込まれたことを受け、大学病院にプログラム弾力化のモデル事業を09年度より認める等の改正も行なれた。

それでも、大学病院による制度見直しの要求はおさまらず、08年度に史上最高数にまで医学部定員を増す方針が決まった後も、「安心と希望の医療確保ビジョン具体化検討会」中間とりまとめにしたがって、厚労省、文科省合同による「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」が9月8日に設置され、年内に方向性を打ち出す方針で議論を開始した。

さらに9月9日には、自民党内に「医師臨床研修制度を考える会」(森喜朗会長)が設立され、見直し議論に着手した。

「考える会」では、「従来の専門性を重視した研修を選択できるようにすべき」などの意見も出され、厚労省は議論の行く末を注視している。

田原室長は、「10月16日に出るマッチングの結果を踏まえて、検討会で制度見直しの検討が進められる。これまでに、募集定員を減らして地域枠を設けるべき、研修医の給与に上限を設けるべきなどの意見が出されている。16日は大学関係者からヒアリングを行な



▲田原室長は全日病・医法協共催の指導医講習会で講演した

うことも予定しているが、年内をめどに一定の結論を得たい」と展望した。

制度改正は早くとも2010年度からの施行となる。来年3月から4月にかけて省令等の改正を行なわなければ間に合わないため、検討会でまとまる方向性を踏まえて、厚労省が具体的に施策化することになる。

通信衛星を利用した院長・事務長・看護部長合同研修会 開催のご案内

全日病と日本看護協会は、衛星通信を利用した院長・事務長・看護部長合同研修会を共同開催します。東京都内を本会場として衛星通信で配信、全国の会場でも受講できます。

テーマ ●「医療従事者に選ばれる職場づくり」
日時 ●12月6日(土) 13:00~17:00
会場 ●衛星通信配信会場 東京都内ベルサール原宿
衛星通信受信会場 各都道府県看護協会・その他施設など47都道府県研修会場
プログラム ●①短時間正社員制度をめぐる諸制度と施策の動向(講義)
②「病院における多様な勤務形態」導入の先行事例紹介と質疑応答
③パネルディスカッション(看護師の多様な勤務形態導入病院の実践事例と質疑応答)など
対象 ●全日本病院協会会員病院職員および日本看護協会会員
研修費用 ●東京会場 1施設3名までの定額 1万2,000円 1名追加ごとに4,000円
地上会場 1施設3名までの定額 1万円 1名追加ごとに3,000円
(個人参加) 東京会場 1名 6,000円 地方会場 1名 5,000円
*詳細情報の掲載サイトは <http://s-que.net/shokuba/index.html>

全日病・医法協共催08年度臨床研修指導医講習会が開講

今年は2回開催。受講者は女性医師10名を含む95名

ワークショップ主体。事例を活用した実務重視のプログラムに手応え

全日病と医法協が共催する2008年度の臨床研修指導医講習会が10月11日、12日の2日間東京都内で開催され、女性医師7名を含む47名が出席した(受講申込は定員いっぱいの48名)。

昨年に続く開催だが、今年度の講習は11月8日、9日と日程を2回組んでいる。したがって受講者は合計96名で、うち女性医師は10名を占めている。臨床年数は7年から35年と幅が広い。専攻科も、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、放射線科、産婦人科、小児科、救急医学、緩和医療科など広い領域にわたっている。

2009年4月1日に施行される省令改正によって、単独、管理型、協力型病院の指導医は「プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していること」が望まれるから「受講していること」とされ、講習会修了が要件となった。

本講習会は厚労省の講習会開催指針を満たすもので、医政局医事課の田原克志医師臨床研修室長が「医師臨床研修制度の動向」と題した講義を1日目にこなした。

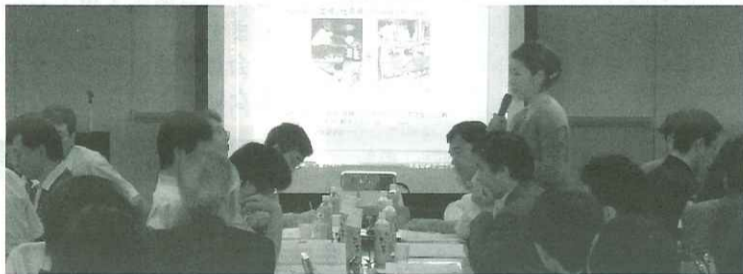
10月11日開講の講習会には北海道から沖縄県まで45病院が参加したが、そ

のうち5病院は研修医受け入れを予定している病院と臨床研修病院への手上げを検討中の病院であった。

臨床研修病院は、今年4月1日現在で、単独型が183病院、管理型が930病院、協力型は1,322病院に達している。全日病が05年に調査したところでは、会員病院における臨床研修病院は227病院(学校法人立の会員病院を除く)。その後の会員病院増加などもあり、この数はさらに増えているとみられる。

厚労省の調べでは、開催指針ののった指導医講習会は699回開催されており、2万2,663名が修了している(08年3月末現在)。平均すると1回あたり32.4名の修了者を輩出していることになる。

臨床研修制度への参加希望が高まる中、講習会修了が必須とされたことから、民間病院をターゲットとした民間病院団体の講習会としては、より定員



数の多い講習会が期待されるところだが、本講習会については現在の48名定員が「適正限界」とされている。

その理由はワークショップを主体とした講習形態にある。ワークショップとは、結論にいたる個人的過程をメンバーが相互に開示しながら集団の結論にたどりつくという作業を意味している。

その特徴は、受講者がグループに分かれ、それぞれにタスクフォース(助言者)がついて、セッションごとに提起されたテーマを集団討議を踏まえて結論を導くとともに発表し、他グループからの質問に答えるという点にある。

タスクフォースには優れた実績をもつ大学研究者や病院長が就いている。

各グループはテーマごとに、リーダー、レコーダー(記録係)、レポーター(発表

係)に分かれ、セッションごとに担当を変えることで全員がそれぞれの役割を経験することによって、各テーマを視点を変えてみる事が可能となる。また、集団作業による意識や集中度の高揚も期待できる。

全日病と医法協による臨床研修指導医講習会はワークショップというグループワークを有効な方法として採用していることから、48名定員が適正数の限界というわけだ。

本講習会のもう1つの特徴は臨床研修病院における実際事例の積極活用にある。今回のプログラムでも、洛和会音羽病院の松村院長、諏訪中央病院総合診療部川尻医師が事例紹介を踏まえた講義を行なった。

2日間16時間半にわたる密度の濃いプログラムの編成にあたっては、星北斗星総合病院副理事長を委員長とする臨床研修指導医講習会ワーキングチーム。プログラムの主要部分は佐賀大学附属病院卒後臨床研修センターの江村正教授が担当し、佐賀大学医学部地域医療科学教育研究開発センターがフォローした。

ワーキングチームは「実務運営に実際に役立つ、これまでの指導医講習会とは違った視点のプログラムが実現した」と本講習会の意義を説明しているが、受講者からも「大変役に立った」という声が多く聞かれた。

「後期高齢者診療に係る研修会」を開催。1月に2回目を予定

後期高齢者総合評価加算施設基準を満たす内容。09年度に追加研修を計画



全日病は9月28日に「後期高齢者診療に係る研修会」を東京都内で開催、192名が受講した。

受講者の内訳は、理事長34名、院長62名、副院長32名と管理者が2/3に達

した。医局長も35名にのぼるなど、診療報酬の算定要件ということから、病院経営に責任を負う幹部医師が圧倒的割合を占めた。

2008年度改定で、後期高齢者診療報酬の入院項目に後期高齢者総合評価加算が設けられたが、その施設基準として「総合的機能評価の適切な研修を修了した常勤医師または歯科医師が1名以上いること」が要件とされた。

施設基準を満たす研修は16時間だが、来年3月31日までは通算8時間程度の研修修了でも差し支えないとされた。09年4月以降は16時間の研修を修了す

る必要がある。

今回の研修会は日本老年医学会の協力を得てプログラムを作成するなど、研修内容は研修要件を満たしている。た

だし、時間数は8時間であるため、受講者は残り8時間の研修を修了し、受講その旨をあらためて届け出る必要がある。

本会は09年度に追加研修を計画しており、要綱が決まり次第、受講者に案内を送る予定だ。

今回の研修への申し込みは定員(200名)を上回ったことから、執行部は、来年1月に2回目の研修会を開催する計画だ。

11月22日・23日 全日病学会東京大会の開催迫る!

各会員病院は職員の参加をご検討ください。学会未経験の会員に参加の呼びかけを行なうよう各支部に要請します。

第50回全日病学会東京大会 実行委員会

