



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2008 NEWS 12/15

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.700 2008/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

### 療養型老健の転換要件・基準に特例、報酬も引き上げ

09年度 介護報酬改定 介護保険各施設は夜間等の加配を評価。「審議報告」を了承、12月26日に答申

2009年度介護報酬改定を審議している社会保障審議会介護給付費分科会は12月12日に改定の基本方針となる「審議報告」を了承、12月26日に諮問・答申を終えることを確認した。12月内の答申は初めてで、保険者等における円滑な作業に配慮した異例の前倒し決着となった。

改定財源の3%増額を踏まえ、地域加算の件費対象と件費割合をプラス方向に見直すなど、全体に上向きの介護報酬改定が初めて実現する。

転換数が少ない介護療養型老健施設に関しては、転換に伴う規制に特例を設けるほか、医療に要するコストを考慮して引き上げが図られる見通しだ。介護保険各施設に関しても、夜間配置を中心に基準を上回る配置を評価するなど、実状を反映した見直しがある程度実施されるとみられる。

リハビリテーションについては短期集中リハの評価引き上げ、通所リハの算定機関拡大など維持期リハの強化が図られるほか、医療保険から介護保険への円滑な移行を保障する改善が図られる。さらに、要介護の認知症患者にかかわる評価も大幅に強化される見込みだ。

その一方で、外泊時費用や他科受診の単位数や介護療養型医療施設における理学療法(I)と作業療法は診療報酬との整合性から引き下げの見直しに加えられるほか、リハマネジメント加算が包括化されるなど一定の効率化も図られる。

介護従事者処遇改善に関しては、夜勤・看護体制の評価等のほか、介護福祉士等有資格者、一定以上の勤続年数者、常勤者の各割合を評価する方向だが、その具体的方法は現時点では定かではない。

処遇改善情報の開示については、当初の義務に近い要請から、より任意の、各施設の判断に委ねる方向へ緩和された。ただし、今改定が従事者の処遇改善にどのくらいつながったか、今後、調査等で検証が行なわれる。(6・7面に関連記事と審議報告要旨)

#### 介護療養型の理学療法(I)と作業療法は引き下げ

介護療養型老健への転換は現在までに575病床と少なく、08年度転換意向調査の結果、介護療養病床からの転換意向は3割に満たないことが判明した。

厚労省は、介護療養型老健等に関する実態調査から、転換が少ない背景に転換に伴う規制と報酬単価に対する不安があると判断、今改定でその改善を図る考えだ。

具体的には、①医療機関からの入所と家庭からの入所の各割合が「35%以上」とする規制に特例を設ける、②併設型転換において夜間の職員配置が増員となる場合に特例を設けるといふもので、いずれも「審議報告」に書き込まれた。

介護療養型老健は、前12月間の新規入所者のうち医療機関からと家庭から

の入所者割合の差が35%以上であることが施設要件とされ、転換した医療機関の入所実態などをとらえて09年4月までに具体的適用方法を検討することになっている。

しかし、周辺に他医療機関のない地域では両経路の割合に差が見られなかったことが調査で確認されたため、他医療機関の有無や転換前病床規模に応じた特例を設けることが決ったもの。

また、一部病床を残して介護療養型老健施設を併設させたときに、全体の病床数が変わらないにもかかわらず夜間看護・介護の配置数が増え、結果的に配置職員数が増える場合があることも判明したため、転換前後で配置職員数が増加することがないように夜間

配置基準特例を設けることが決った。

実態調査からは、介護療養型老健は1日1人1,337円の医薬品費・医療材料費がかかっていることも判明した。これは、介護療養型医療施設の1,344円(08年度)とほとんど変わらない。さらに、転換後施設の25%から「医師の負担が重くなった」という回答が寄せられた。



こうしたことから厚労省は、転換を促進するためにも介護療養型老健の報酬を引き上げる必要があると判断しており、施設サービス費さらには加算である特別療養費を引き上げる方針とみられる。

#### 脳血管・運動器疾患リハ算定施設は通所リハが可能

介護療養型医療施設については、夜勤職員配置で加配を行っている施設に加算が認められるほか、短期集中リハ加算が引き上げられる見込みだ。また、診療報酬に併せて、言語聴覚士によるコミュニケーション療法の集団に対する実施が新たに評価される。

その一方で、リハマネジメント加算は本体報酬に包括され、理学療法(I)と作業療法についても、人員配置基準が診療報酬の脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅲ)=100点や運動器リハビリテーション料(Ⅱ)=80点と同様であることから、同等水準まで引き下げられるとみられる。

また、外泊時費用と他科受診も、診療報酬ではそれぞれ入院基本料の15%、30%算定と同水準に引き下げられると思われる。

このほか、老健施設によるショートステイの個別リハが新たに評価される。また、通所リハに関しては、医療保険から介護保険に移行したときに継ぎ目なく受けられるような改善が図られるほか、アクセスをよくするために、診療報酬の脳血管等疾患リハもしくは運動器疾患リハを算定している医療機関を

通所リハ事業所にみなし指定する。

また、訪問看護ステーションに関しては、特別管理加算の対象に重度の褥瘡を追加するほか90分以上の訪問を新たに評価する。

さらに、理学療法士等訪問に課せられている規制(看護師による訪問回数の1/2以下とする)を見直した上で、その運用と管理者要件を改善する。

通所リハ(老健施設)に通えなくなった利用者に対する訪問リハが可能となった(通所リハ終了後1ヶ月限り)が、訪問リハについては、改定後にあらためてさらなる拡充が検討される見通しだ。

同日の分科会で、中医協支払側委員である対馬委員(健保連副会長)は、12年の介護報酬見直しが診療報酬と同時改定となることを指摘し、次期改定で医療と介護の緊密な連携を実現するよう求めた。

療養病床再編が完了する12年4月の同時改定については、12月3日に開催された経済財政諮問会議に提示された社会保障の機能強化中期プログラムの工程表でも「医療・介護の連携について体系的な見直しを図る」とされ、重要な位置づけを与えられている。

併せて、06年10月から始まっている代理受取制の普及を図るため、「国庫補助の支給対象を医療機関に直接支払う保険者に限る」措置を検討していることを明らかにした。

#### 地域医療改革で推進本部

政府は地域医療の崩壊を避けるために、麻生首相を本部長とする「地域医療改革に関する推進本部」を立ち上げる。官房長官、厚労大臣、文科大臣、総務大臣ほかが横断的に参画する。12月8日の周産期医療と救急医療の確保連携懇話会が明らかにした。

### 出産育児一時金、時限措置で全国一律42万円に

09年10月から1年半、さらに4万円を上乗せ。代理受取制の普及も図る

厚生労働省は12月12日の社会保障審議会医療保険部会に、2009年1月より3万円引き上げが決まっている出産育児一時金に、09年10月からさらに4万円を上乗せし、つごう42万円とする方針を提示、基本的に了承された。

42万円は全国一律の額。厚労省は、支給額を全国一律から都道府県別に設ける方向で検討してきたが、現時点で、この案は撤回されている。

ただし、4万円の増額は「緊急の少子化対策」と位置づけられ、11年3月までの時限適用となる。それまでに、支給額を含む12年度以降の出産育児一時金のあり方を検討する。

増額で見込まれる予算は約440億円。50%を上限に国庫が負担し、残りは交付税と保険料でまかなう。厚労省は、国庫補助の割合は保険者の財政力に応じて決めるとしており、補助が認めら

れない健保組合もあり得るといふ。

当初外添厚生労働大臣は当初、上乗せ分は「全額国庫負担」と説明してきたこともあり、部会では、保険者を代表する委員から「話の展開が違う」と強い不満が示された。

財源を確保するための年末にかけた対財務省折衝が残っており、上乗せ額の最終決定には紆余曲折も考えられる。

厚労省はまた、支給額の引き上げと

#### 清話抄

##### 「制度の大切さ」

この秋にウイーンを旅し、老人施設を訪問する機会があった。ウイーンは永らくヨーロッパに君臨したハプスブルク家の居城であったこともあり、落ち着いた威厳に満ちた街である。

その中で老人施設は静かな環境で病院に隣接して建てられていた。規模や構造、運営においても我が国の老人保

健施設と同様で、介護を担当している医師、看護師等と意見交換をしたが、認知症や嚥下障害、排泄等々の共通する問題を抱えていた。

高齢者は、男性は上着を着て、また女性はそれなりの身嗜みで、大勢のボランティアと共にリハビリを兼ねた作業に取り組んでいた。出来上がった小さな編み物は、ボランティアによってクッションや掛掛け等に仕上がって実際に使用されていた。

絵画についても高齢者の芸術的な作

品として展示にも工夫を凝らし描いた人も誇らしげであった。高齢者が大切にされ、皆が楽しく過ごしているのが垣間見られた。

ウイーンでは所得の70%が社会保障等に拠出されていると聞いた。老後のための蓄えは考えておらず、市民の誰もが人生の最後を送る場所としての施設を大切にし、健康時にはボランティアとして介護の必要な人達に尽くし、施設を充実させるとの意気込みを持っている。

我が国には世界に誇れる国民皆保険

制度があり、介護保険も世界に先駆けて実施された。しかし、現在は医療も介護も崩壊の危機に直面している。制度が発足し、一応の普及が見られれば、その後は経費の削減に次ぐ削減で、本来の目的である国民の健康、高齢者の生活の安定とはかけ離れた政策が打ち出されている。

これは官僚や政治家の責任である。国民にも制度を理解して大切にするとこの気概が感じられない。今こそ強力なリーダーシップが必要である。(平)

# 病院に附設。より優れた臨床医を養成する可能性

四病協 メディカルスクール検討の提言 北米で実績、各国に創設の動き。一律導入は不可、十分じっくり検討されるべき

四病院団体協議会「メディカルスクール検討委員会報告書—よりよい臨床医の育成を目指して—」(概要) \*12月1日号既報

## 1. はじめに

日本の医療の中核を担ってきた病院が今や瀕死の状態にある。医師不足もさることながら、将来の日本の医療を考える上で、医師育成が重要キーワードである。これからの医師育成のあり方を見据えることから、医師不足、医療崩壊の解決策が見えてくるのではないかと。そこで、注目したのがメディカルスクールである。

メディカルスクールは、文科省の21世紀医学・医療懇談会第4次報告で「大学の学部4年間で幅広い教養教育を修了し、卒業した者を対象に医療に関する専門的な学修を集中的に行う」学校と説明されている。

メディカルスクールという医学教育システムが、臨床医を育てるシステムとして現行6年間の医学部教育よりも優れているのであれば、その導入によって日本の医師育成をよりよいものに変えることができるのではないかと。

## 3. 医学教育システムとしてのメディカルスクール

メディカルスクールは米国に126校、カナダに18校ある。現在、米国の医師養成課程のほぼすべてがメディカルスクールといってよく、メディカルスクールへの入学は、大学の成績と全米規模で行われる学科試験の成績、推薦状そして長時間にわたる面接などの結果を総合して判断される。

米国の最年少医学生は22歳であるが、

実際は4年制卒業後に1~3年の社会経験を積んで医師になりたいという強い動機を有する者が選抜されるため、入学時の平均年齢は23~24歳である。

メディカルスクールでは2年間の学科教育と2年間の臨床実習(クリニカル・クラクシップ)を受ける。こうした入学選抜・教育課程を経て養成された医師には臨床医になりたいという強い動機に支えられ、コミュニケーション能力に優れ、広い教養を有しているということがいえる。

北米とくに米国のメディカルスクールの特徴の1つは、病院の優れた臨床医を養成することに重点が置かれていることである。そもそも病院への附設という形でメディカルスクールが設立され、優れた臨床医の養成が唯一最大の目的である大学が少なくない。

同時に、北米のメディカルスクールは大学院レベルの専門職業人養成課程であるため、医学教育を終えた後に博士号を取る必要がなく、したがって、キャリアの一時期、若い医師が大挙して基礎医学研究を行うという現象は見られない。

1990年代以降、高校卒業生から選抜された医学生に6年間教育するという医師養成課程のみを有していた国に北米型のメディカルスクールを設置する動きが次々でている。オーストラリアのメディカルスクール化(すでに半数以上の医学部がメディカルスクールに改変)、

韓国の全医学部メディカルスクール化(数年以内に完了する)、シンガポールのメディカルスクール(2007年に開校)など、アジア・オセアニアに限っても動きは急である。

## 4. よりよい臨床医を育てるために

従来の医学部教育と比較すると、メディカルスクールは次のような点が優れている。

(1)より優れた臨床医が養成される可能性が高い

①22歳以降に入学するため、メディカルスクールには医療への献身的な心構えを持った学生が集まりやすい。

②大学で医学以外の学問に触れ、すでに幅広い教養が身につけている者が入学する。

③人間的により成熟している学生を対象に教育することが可能となる。

(2)効率的で質の高い医学教育が可能になる

①現行6年制における教養教育が不要なため、短期間で医学教育を修了できる。

②すでに4年間の大学教育で幅広い基礎学力をつけている学生が対象であるため、質の高い斬新な教育方略を導入することが可能となる。

## 5. 提言

我々は、我が国に次のような形でメディカルスクールを導入することを提言する。

(1)4年間の大学教育課程修了者(学士)の中から、良き臨床医になりたいとい

う強い意欲と一定レベル以上の学力を有する者を選抜し、4年間の医学教育を行う大学院レベルの医師養成機関(メディカルスクール)を創設する。

(2)卒業臨床研修で高い評価を受けている病院を母体とする。

(3)北米のメディカルスクールで採用されているカリキュラムを参考に、さまざまな教育背景を有する学士の特性を最大限生かした質の高いカリキュラムを採用する。

なお、メディカルスクールの導入は全国一律に行う必要はない。近年、メディカルスクールを導入した国においても、一律に導入するというやり方はとられてはいない。世界的にも、すでに前例がある取り組みである。ここはむしろ腰を据えて医学教育のアウトカムを客観的に比較・検証しながら、日本に適したシステムを確立することが肝要である。

また、メディカルスクールの導入には現行法制度の改正が不可欠である。6年間の医学教育を受けた者が医師国家試験を受けることができるという医師法、カリキュラムのあり方を規定している学校教育法である。

今後、メディカルスクール導入の必要性について理解が広がり、医療関係者のみならず国民からも支持を得ることが必要である。

## 第8回常任理事会の詳細 11月21日

### 【主な協議事項】

#### ●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。  
北海道 道東脳神経外科病院院長 木村輝雄  
千葉県 大村病院理事長 大村益一  
新潟県 新潟西蒲メディカルセンター病院理事長 種子田吉郎

大阪府 青山第二病院理事長 牧野泰博  
在籍会員数は2,261名となった。

#### ●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり申請が承認された。  
◎日帰り人間ドック  
福岡県 栄光病院  
以上の結果、日帰り人間ドック実施指定は491施設となった。

◎1泊人間ドック  
福岡県 栄光病院

以上の結果、1泊人間ドック実施指定は26施設となった。

### 【主な報告事項】

#### ●公益法人制度改革に伴う全日病の法人類型選択について

12月1日に施行される公益法人制度改革に伴い、5年以内に全日病の公益法人類型を決めなければならない問題に対応するために、公認会計士2名を含む勉強会が設置された。

# 療養病床の11%が療養型老健へ転換の意向

08年度療養病床転換意向調査 介護療養病床の転換意向は29%。最大の転換対象は医療療養病床

2008年度の療養病床転換意向調査(26道府県)によると、介護療養型老健施設へ転換する療養病床は11年度末で回答療養病床の11%にとどまる見込みだ。介護療養病床からの転換も29%しかない。

この10月までに介護療養型老健施設へ転換した病床は全国に575(10施設)しかなく、前出調査で08年度内に介護療養型老健に転換すると回答した病床数も934と少ない。

転換意向調査はこの9月から10月にかけて実施、回答を寄せた42道府県のうち、介護療養型老健施設への転換予定数が明記された26道府県の結果を集計、事務局(厚労省老健局老人保健課)が11月28日の介護給付費分科会で明らかにした(26道府県の回答病床は18万9,392床=療養病床の約53%)。

それによると、回答病床における転

換意向は、11年度末で介護療養型老健施設が2万1,137床。内訳は医療療養病床からの転換が4,452床(医療療養病床の3%)、介護療養病床からが1万6,685床(介護療養病床の29%)であった。

最大の転換先は医療療養病床で、医

療療養病床の78.2%、介護療養病床の29.1%が選択する意向を示した。この意向から単純推計すると2011年度末の医療療養病床は約24万床になる。一方、介護療養型老健施設は5万床に満たないと予測される(1面記事を参照)。

## ■08年度転換意向調査結果(26道府県)における転換予定病床の内訳

回答病床	医療療養病床	131,976	転換先	2011年度末の病床数 (%は転換元の医療療養・介護療養各病床に占める割合)
転換元	医療療養病床	57,425	介護療養型老健施設	4,452 (3%)
	介護療養病床			16,685 (29%)
	医療療養病床	介護老人保健施設	1,367 (1%)	
	介護療養病床		2,449 (4%)	
	医療療養病床	医療療養病床	103,200 (78%)	
	介護療養病床		16,722 (29%)	
	医療療養病床		8,901 (7%)	
	介護療養病床	その他	5,416 (10%)	
	医療療養病床		14,047 (11%)	
	介護療養病床	未定	16,153 (28%)	
医療療養病床				

## 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

# 厚労省が現行機能評価係数の内訳を公表

## 基本小委のDPC議論 調整係数に機能評価係数を補完する役割が！

12月3日の診療報酬基本問題小委員会に事務局は、DPC算定方法の概要を示した。DPC包括評価方式にもとづく診療報酬の算定項目を包括部分と出来高部分の別に表わし、内訳を公表した。

公表内容には、機能評価係数を構成する項目と出来高点数と対比させた項目別・病院類型ごとの個別係数が含まれており、ここまで整理された内訳を公表したのは初めての事。

事務局は同時に、調整係数は「前年度並みの収入確保」とともに「重症患者

への対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価という役割を含んでいると考えられる」という定義を明らかにした。

これまで厚労省は、調整係数の役割を「前年度並みの収入確保」と説明し、病院界もそう理解してきた。しかし、今回の説明によって機能評価係数を補完する役割が与えられており、しかも、特定機能病院に象徴される高度医療機能を評価する調整が行なわれているこ

とが判明した。

事務局が11月の基本小委に提示した資料には、対象病院の08年度調整係数を参入年次グループごとに比較対照したデータがある。それによると、03年、04年、06年、08年と参入年次が古いグループほど高い調整係数に傾斜している。

特定機能病院から始まった対象病院は、公的病院、民間病院（しかも大病院から中小病院へ）というカテゴリーに数が増えてきたが、調整係数分布の比較対象を踏まえると、「重症患者

への対応能力・高度医療の提供能力等」といった現行診療報酬算定項目では必ずしも評価できていない高度医療機能の有無が、かなり調整係数に影響していることがうかがわれる。

ただし、「前年度並みの収入確保」を含めて、調整係数の具体的な算定方法は現在まで明らかにされていない。調整係数の算定は果たして優れて政策的なものであるのか、現在もブラックボックスのまま推移している。



### DPCによる算定方法（概要） 12月3日 基本小委

診療報酬 = 包括評価部分の点数(A) + 出来高評価部分の点数(B)

↓  
包括評価部分の点数 = 診断群分類ごとの1日あたりの点数(X)

× 医療機関別係数 × 在院日数

↓  
医療機関別係数 = 機能評価係数(Y) + 調整係数

### DPCによる診療報酬の内訳（急性期入院医療に限る） 12月3日 基本小委

#### ■包括評価部分の点数(A)

##### (1) 診断群分類毎の1日当たり点数(X) (考え方)

原則としていわゆるホスピタルフィー的要素（主に医療機関の運営コストで、固定費用部分を反映）であって、医療機関の機能等を評価しているもの以外を包括的に評価したもの。

#### ●具体的項目

- ①入院基本料（一般病棟10対1入院基本料）
- ④医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料に限る）
- ⑤検査（カテーテル検査＝心臓・肺臓・肝臓・膵臓、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料、を除く）
- ⑥画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2、造影剤注入手技＝主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、を除く）
- ⑦投薬（退院時処方を除く）
- ⑧注射
- ⑨処置（基本点数が1,000点未満のもの）
- ⑩病理診断（病理標本作製料に限る）
- ⑫リハビリテーションに伴い使用された薬剤
- ⑬精神科専門療法に伴い使用された薬剤

#### ●機能評価係数(Y)

##### (考え方)

原則として、当該医療機関に入院する全ての入院患者に提供される医療で、医療機関の機能に係るものを係数として評価したもの。

#### ●具体的項目

- ①入院基本料  
看護配置や病院類型の違いによる評価  
・7対1、準7対1入院基本料（一般病棟）

- ・7対1、準7対1、10対1入院基本料（特定機能病院・専門病院）

※一時的に13対1、15対1入院基本料を算定する病棟については減算係数が設定されている。

#### ②入院基本料等加算

医療機関単位の機能に着目した入院基本料等加算の評価

- ・入院時医学管理加算
- ・地域医療支援病院入院診療加算
- ・臨床研修病院入院診療加算
- ・診療録管理体制加算
- ・医師事務作業補助体制加算
- ・看護補助加算

#### ■機能評価係数の内訳

	診療料	特定機能病院	専門病院	一般病院	出来高の点数
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1736	0.1244	0.1005	1555点/日
	入院基本料(準7対1離島・へき地以外)	—	0.1009	0.0769	1495点/日
	入院基本料(準7対1離島・へき地)	—	0.1127	0.0887	1525点/日
	入院基本料(10対1)	0.0730	0.0239	—	1300点/日
入院基本料等加算	入院時医学管理加算	—	—	0.0299	120点/日(入院から14日間)
	地域医療支援病院入院診療加算	—	—	0.0321	1000点/日(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(単独型・管理型)	0.0012	—	—	40点/日(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)	0.0006	—	—	20点/日(入院初日)
	診療録管理体制加算	0.0009	—	—	30点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)	—	0.0113	—	355点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)	—	0.0059	—	185点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)	—	0.0042	—	130点/日(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)	—	0.0034	—	105点/日(入院初日)
	看護補助加算1	—	0.0430	—	109点/日
	看護補助加算2	—	0.0331	—	84点/日
	看護補助加算3	—	0.0221	—	56点/日
	医療安全対策加算	0.0015	—	—	50点/日(入院初日)
経過措置	入院基本料(13対1)	—	▲0.0581	▲0.0820	—
	入院基本料(15対1)	—	—	▲0.1364	—

#### ・医療安全対策加算

#### ■出来高評価部分の点数(B)

##### (考え方)

出来高評価部分では、原則として、いわゆるドクターフィー的要素（医師等の技術費用部分を反映）の他、いわゆるホスピタルフィー的要素のうち、特定の患者又は病棟毎に評価される項目や病院の立地する地域による調整のための項目が評価されている。

#### ●具体的項目

##### (1) いわゆるドクターフィー的要素の具体的項目

- ④医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
- ⑤検査（カテーテル検査＝心臓・肺臓・肝臓・膵臓、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料に限る）
- ⑥画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2、造影剤注入手技＝主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、に限る）
- ⑨処置（基本点数が1,000点以上のもの

に限る)

##### ⑩病理診断（病理診断・判断料に限る）

- ①在宅医療
- ⑫リハビリテーション（薬剤を除く）
- ⑬精神科専門療法（薬剤を除く）
- ⑭手術
- ⑮麻酔
- ⑯放射線療法

##### (2) いわゆるホスピタルフィー的要素の具体的項目

- ②入院基本料等加算  
・超急性期脳卒中加算  
・療養環境加算  
・地域加算 他26項目
- ③特定入院料（加算点数として評価）  
・救命救急入院料  
・特定集中治療室管理料  
・ハイケアユニット入院医療管理料  
・脳卒中ケアユニット入院医療管理料  
・新生児特定集中治療室管理料  
・総合周産期特定集中治療室管理料  
・広範囲熱傷特定集中治療室管理料  
・一類感染症患者入院医療管理料  
・小児入院医療管理料

# 転棟はデータ/病床比のデータ件数に含まず

## 基本小委のDPC議論 09年度DPC対象病院の基準詳細と調整係数算定方法を確認

12月3日に開催された診療報酬基本問題小委員会は、2009年度にDPC対象病院として認められる基準の詳細を確認した。

09年度DPC対象病院の基準は08年度DPC対象病院の基準を適用することが、すでに確認されている。その基準は、①7対1または10対1入院基本料の届出、②診療録管理体制加算の算定もしくは同等の診療録管理体制、③標準レセプト電算処理マスターに対応したデータ提出を含む「7～12月の退院患者調査」への参加、④前出患者調査に提出する10ヶ月間(2年にわたる)のデータ件数の

対病床数比(データ数/病床比)が8.75以上であること、である。

事務局(厚労省保険局医療課)は、上記基準のうちのデータ/病床比および新対象病院に適用される調整係数に関して、07～08年度に調査参加してきた準備病院は08年4月改定をはさんだために計算内容に影響が生じることから、基本小委にその取り扱いに関する確認と判断を求めた。

その1つがデータ/病床比の計算方法。対象期間の全退院患者をDPC算定病床数で割って求めるデータ/病床比は、08年度改定前は同一疾病による再入院を

別入院として扱っていたが、08年度改定後からは3日以内の再入院は1入院としてカウントされている。

また、DPCが適用される一般病棟から療養病棟へ転棟した場合にはデータ提出の対象とされなかったが08年4月からはデータ提出の対象となっている。

こうした算定ルールの変更によって、同一対象期間でも07年度と08年度ではデータ数に違いが生じることが避けられない。

検討の結果、基本小委は、①同一疾病による3日以内の再入院は別入院としてカウントする、②転棟時にはカウ

ントせず退院時にデータ提出の対象とする、いずれも07年度の算定ルールで計算することで合意した。

事務局はまた、同じく改定を挟んでいるために、調整係数を算出に用いるDPCデータが異なる診療報酬評価項目や点数から構成されると問題を提起。その対応策として、①07年度と08年度のデータそれぞれについて調整係数を算出し、均等に相対平均して09年度の調整係数を導く、②それぞれについて調整係数を算出した上で、データ提出期間(07年度は7～12月の6ヶ月間、08年度は7～10月の4ヶ月間)に応じた加重平均で調整係数を求める、という2案を諮った。

議論の結果、基本小委は、改定前後の診療動向を均等に反映させる!の方法を採用することで一致した。

# 消極的安楽死には指針が必要。法制化は不要

## 終末期医療のあり方で、全日病、救急、緩和ケア、尊厳死協会が見解

シンポジウム「終末期医療のあり方—ガイドライン、あるいは法制化は必要か」から

### 全日病の「終末期医療の指針案」

全日本病院協会常任理事 木村 厚

昨年11月に「終末期医療の指針案」をまとめた全日病の考え方を明らかにしたい。

終末期の定義として、①治療によって病気の回復が認められない、②医師が客観的な情報にもとづいて判断する、③意識や判断力を失った患者を除いて、家族、医師・看護師等の関係者全員がそのことを納得する、④しかもそれぞれが死を予測して対応を考える、という4つの条件を想定している。

積極的な安楽死は、緩和治療が発達した現在、その必要が乏しく、自殺補助の怖れもあり認められない。一方、消極的な安楽死については医師が医療現場で対応するものであり、法制化にはなじまないものと考えられる。

我々は、また、以下のとおり消極的安楽死に関する判断基準の案をまとめた。

まず、本人のリビング・ウィルが明確であれば、積極的安楽死や社会的秩序を乱す方法でない限りは、それに従う。

リビング・ウィルや意思が明確ではないときは、家族と医療提供者が話し合って対応を決める。家族の希望にもとづいて決められるべきで、医療提供者のイニシアチブでなされるべきではない。ただし、日本脳神経医学会の判定基準によって脳死判定された患者については、家族に説明した上で治療を中止することができる。

次に、終末期または予後が不良と医師が判断した場合には、医師、看護師等の医療チームと家族が話し合う。終末期であるか否かの判断は医師が行なうが、その後の方針はチームと家族の話し合いに従って、「治療を中止する」「徐々に中止する」「時期を決めて中止

する」ことが認められる。

そして、以上のすべての事項を別に定める様式にしたがって記録に残す。我々は、この様式についての案を作成している。

このような枠組みで消極的安楽死に関する基準をまとめたのが、全日病の「終末期医療に関する指針案」である。

その上で、病院団体、医師を初めとする各職能団体、学会等が協力し、国民の意見も取り入れて、消極的安楽死に関する判断基準をつくるべきであるということで、各方面の参画を得て、現在、「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」で検討を進めている。

ただし、指針が完成されたからといって即実践できるわけではない。まず、国民を対象にリビング・ウィルに関する啓蒙をし、十分な理解を得なければならぬ。また、今後、治療の継続や中止の判断が困難になる可能性のある患者に関しては、あらかじめリビング・ウィルを早めに明確にしておくことが望まれる。

さらに、指針に従って終末期医療が行なわれる、あるいは治療の中止が行なわれた場合に、医療提供者が刑事訴追される恐れがないような社会的合意の形成が必要である。

指針の策定によって国民の間に終末期医療に対する関心が高まり、本人の希望をリビング・ウィルで明確にする動きが増えるものと期待している。その結果、本人の希望に沿って尊厳を保ち、納得した終末期を迎える人が増えることを、さらに、終末期だけでなく、それ以前の治療に対しても患者の関心が高まり、医療提供者との連携が強化されることが期待される。

### 緩和ケアの立場から終末期医療を考える

医療法人東札幌病院 石谷邦彦

本院は240床であるが、入院の8割が進行・再発の末期がん患者であり、06年度に亡くなられた患者は512名、07年度は567名にのぼる。

終末期医療に関する法制化であるが、安楽死法や自殺補助の法など欧米のような法律が日本の現状に合うかどうかは疑問であり、時期尚早ではないかと考える。

私どもは、少しでも穏やかな平和な死を提供できないかと考えている。実は、厚労省のガイドラインにも、日本医師会のガイドラインにも、私どもの意見が取り入れられている。現状では、これらガイドラインにそってある程度は対応可能ではないかと考える。

緩和ケアの定義は色々あるが、尊厳をもって死に至るまで生きることを支える医療である。その意味からいえば、消極的安楽死を超えて、もっとより積極的に患者の尊厳を保障すること、個々の患者に、人間として尊厳ある死をどのようなかたちでサポートするかということを常に考えている。したがって「Death with Dignity(尊厳ある死)」は在宅ケアにおける死に象徴される。

私どもには2ヶ所の訪問看護ステーションがあり、常時180人の患者をみているが、その30%ががんの患者であり、年間10から20人ほど在宅の看取りがある。在宅での看取りには、安楽死の問題もな

ければ、例えばセデーション(鎮痛)が議論になるということもないし、人工呼吸器がついたままの患者もおられない。

看取りは療養型病床群でも特養でも普通に行なわれている。そういう意味で言うと、終末期のあり方に関する議論というのは、案外そういうところにシンボリックな意味合いがあるのではと考える。

「いずれも自宅で家族とともに今までとおりに自由に暮らすことができ、本人にとっても家族にとってもQOLの高い最期となっている」とは本院看護部長の言葉だが、私どもの緩和医療はQOLを軸に考えられている。

QOLが低いからといって安楽死を選択するオランダのような国もある。しかし、私たちの場合は、低いQOLを何とか高くできないかという発想で緩和ケアを実践している。

25年間にわたり、沢山の人の看取った中で感じることであるが、日本人の場合は、生きて死に逝くプロセスにおいて、家族、親戚、友人、関わった医療者達に囲まれて過ごし、そして死を迎える場合に、患者は人間として遇されていると感じる。

こうした在宅における看取りのような状況は、病院、その他の施設などにおける死すべてにも可能であるだろうと考える。

### 「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」

日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会委員長 有賀 徹

救急隊によって3次医療機関に運ばれたものの臨死状態に立ち至る一こうしたものを我々は救急医療における終末期と定義している。したがって、慢性期や長期療養等を経たがんと末期などの終末期とは少し異なる。

救急医学会は昨年11月に終末期医療に関する提言(ガイドライン=GL)を公表した。GLは手順やマニュアルではなく、考える道筋、コンセンサスを構築するチーム医療のあり方、医の倫理にもとづいた考え方を整理している。

その構成は、①終末期の定義とその判断、②本人・家族の意思の確認方法とその後の取り扱い、③延命措置を中止する方法の選択肢、④診療録記載指針であるが、基本的な骨格は全日病と変わらない。

救急科専門医3,000人弱を対象に、本GLに関する調査をしてみたところ、GLの必要性は「ぜひ必要」「どちらかという必要」として9割を超えた。回答を見る限り、現時点で、終末期の診療にGLを取り入れているのは4割前後に過ぎないし、GLがもたらした影響はあまり大きくはない。

### リビング・ウィルと延命措置

日本尊厳死協会 荒川進生

私どもがいう尊厳死は自然死といった方がよいかもしれない。「自らの意思で、延命措置を行うだけの医療を受けずに死を迎える自然死。一生懸命生き、自然な生命の終焉を迎えるだけのことであり、そこには尊厳があるかないとかいうものでもない」と、日本尊厳死協会は申し上げている。

一方、延命措置については「単に生物的な死を引き延ばすための医療行為であり、生命回復効果があるものではない」と申し上げている。尊厳死は自然死であり、自発的・消極的安楽死とは異なるものと考えられる。

尊厳死とは、事前の自発的意思をリビング・ウィルに表わし、「生命末期における延命措置(治療)を不開始・中止すること」であり、それは「生物学的な死を延長させないで自然な死を迎えること」と定義できる。

自発的・消極的安楽死というのは、事態に直面したときに、自発的意思を、リビング・ウィルではなく、インフォームド・コンセントによって自己決定し、延命措置の中止ではなく、多くの場合は通常治療の不開始・中止を行なうものであると考える。意図的に生命を短縮して迎える死であるため、不作為の作為ということではないかと考える。

自発的・消極的安楽死については、なぜに生命を短縮しなければならないのか。生きるに値しない命とは何なのかなど、もう少し生きるということを大切にしたいと考えている。

しかし、「終末期の方針を相談する機会が増えた」「リビング・ウィルなど本人の意思を確認するようになった」「説明や同意の内容について正確な記録を残すようになった」「倫理的な配慮をより意識するようになった」といった回答が多く、主に臨床面でポジティブな影響が見られる。

終末期の定義はほとんどが本GLの考えに賛成している。しかし、延命措置中止の方法に対する許容具合をみると、「人工呼吸器、ペースメーカー、人工心臓などの中止または取り外し」といった急激な変化をもたらす方法には多少逡巡しているようだ。

「人工透析、血液浄化などを行なわない」「呼吸管理・循環管理の方法を変更する」方法は概ね肯定されている。「水分や栄養の補給などの制限もしくは中止」についても多くの許容できるとしているが「100%許容できる」という回答肢は他の項目に比べると少なく、気持ちとして辛いという意識がうかがえる。

調査結果の本格的な分析はこれからであり、とくに、事例データを寄せた個票については詳しく分析していきたい。

終末期医療を考える上で、我々はまず、終末期の定義をしっかりとさせないとならない。次に「疾患末期と生命末期の診断基準・決定要件」の明確化が必要である。つまり、終末期にはfinal stage(疾患末期)とend stage(生命末期)と2つあり、がんで言えばfinal stageとは余命6ヶ月の段階とされ、インフォームド・コンセントで「治療の不開始・中止」が決定されるべきもので、自発的・消極的安楽死の範疇に入る。

end stageは意識がなくなっていることも多く、事前に「延命措置はしないしてほしい」と記されたリビング・ウィル(事前の意思)にもとづいて「延命措置の不開始・中止」が決定される。

「治療の不開始・中止」はインフォームド・コンセントで行なわれなければならないと、リビング・ウィルには「延命措置の不開始・中止」のみが記されるべきであり、経過中の、意識があるときの判断はリビング・ウィルではなく、その都度インフォームド・コンセントにもとづいてなされなければならないと考える。

このように考えたとき、国民、医療界、生命倫理界、法曹界、政府が一体となって取り組む中で、生命末期のリビング・ウィルや患者・家族と医療者によって決められる臨死期ケアの保障を法制化し、誤解や誤用を防止していくことが必要であると考えている。法制化というのは、法律だけでなく、省令やガイドラインもその一つである。

ただし、議論を進める上で、例えば、「不開始・中止」の対象となる「治療」の定義、延命措置と回復治療の相違、治療・延命措置の具体例など、治療あるいは延命措置の明確化が必要になってくる。



▲シンポジウム「終末期医療のあり方」のシンポジスト

# 医療・介護提供体制と診療報酬体系の提言案をまとめる

日病協・診療報酬実務者会議 入院基本料の抜本見直しを提起。病院危機回避へ中医協に議論提起

日本病院団体協議会(日病協)の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は12月10日の会合で、この6月から取り組んできた医療・介護提供体制と診療報酬体系の見直し議論を集約し、提言案にまとめた。12月19日の日病協代表者会議に諮られる。

提言案は病棟単位の機能分化と対応する支払い方式を提起している。また、入院基本料について、その算定根拠の明示を求めるとともに病院団体として考える算定対象費目を病院会計基準に

即して提示。さらに、人件費の対象となるべき医療職種を具体的に示すなど、抜本的な見直しを求めている。

また、医師や看護師の負担を軽減する視点から5領域にわたる現行業務の見直しを提案している。さらに、維持期リハに関して、医療保険・介護保険にまたがった量・質とも十分な提供を訴えている。

一方、介護保険施設に関しては「一元化」にもとづいた施設単位の機能選択を提案した上で、医療については外付

けとする、いわゆる介護保険・医療保険の2階建ての給付方式を提起している。

診療報酬実務者会議は、この提言を下敷きに1月以降各論の深化に務め、次期改定には、介護との連携や原価調査を視野に収めた総合的な理論武装で臨み、病院経営危機の回避に努めたいとしている。

そのために、提言案

が承認された後、中医協で取り上げられるよう働きかけていく方針だ。



▲提言案を検討する日病協の代表者会議(10月15日)

「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について(案)」の要旨 日本病院団体協議会・診療報酬実務者会議 12月10日

## ■入院医療のあり方(機能分化)

入院医療の提供体制は、それぞれの医療機関が提供できる機能を明確化し、情報開示を行ない、国民がその機能を理解・納得した上で選択できる体制を整備する。

### ●高度機能病棟

稀な疾患の診療や先進医療を診療する病棟。医療費は診療報酬以外の財源も考慮する。

### ●急性期病棟

重症度の高い患者などに対応できる病棟。診療報酬はDPCが基本。

### ●地域一般病棟

軽～中等度の急性期疾患に対応するとともに、急性期病棟から引き続き入院医療やリハビリを要する患者を受け入れる。診療報酬は急性期対応ではDPC、その他は状態別包括支払い方式が望ましい。

### ●回復期リハビリテーション病棟

リハビリに特化した病棟。診療報酬は状態別包括支払い方式が基本。

### ●慢性期病棟

主に急性期病棟や地域一般病棟等からの医療必要度の高い長期入院患者、必要に応じて在宅や介護施設の急性増悪患者にも対応。診療報酬は状態別包括支払い方式が望ましい。

### ■精神科医療のあり方(略)

### ■介護入所施設のあり方

現行介護保険施設は機能分担を維持し続けることが不可能になっている。改めて下記の機能・設備について各施設が選択可能な役割を分担し、情報を開示して利用者の選択に資することが必要。

①介護職員の配置、②外付けを含む看護職員の配置、③相談員や介護支援専門員の配置、④リハビリ施設の有無やOT・PTの配置、⑤外付けを含む医師の配置、⑥個室、多床室別の居住費、⑦食費、⑧デイ・サービスなど外部サービス利用の可否、⑨終身利用者の割合など。将来的には施設単位からフロア単位、居室単位の機能分化も考慮すべきである。

介護報酬は①～④の配置状況に応じて支払われ、同一サービスは同一報酬とする。外部利用の看護提供、医師による診断・治療は医療保険での支払いが妥当である。

## ■外来診療のあり方(機能分化)

### ●診療実態に対応した外来診療料

現行の病床規模別診療報酬体系は早急に見直す必要がある。

### ●急性期外来診療と慢性期疾病管理

急性期医療外来には出来高払い制が妥当。その際、診療に要する時間軸の評価、および診療原価に基づく診療報酬の構築が必要。慢性期の疾病管理は継続的な管理・指導を主要な評価対象

とすべきである。

### ●紹介と連携

患者選択に資するよう、外来機能の正確な情報が発信される仕組みを構築すべきである。

### ●介護保険施設における医療

介護保険施設への医療提供は外部利用中心とし、必要な患者はすべて受診可能とすべきである。

### ●総合的医療について

今後は総合的医療を提供できる医師の評価が重要であり、そのためには卒業教育制度・資格制度を構築する必要がある。

## ■入院基本料のあり方

### ●入院基本料について

現行入院基本料は実態とかけ離れて著しく低額であり、その算定根拠は一切明らかにされていない。その算定根拠の詳細を明示し、病院の存立基盤となる必要諸経費に準拠しつつ、入院基本料の抜本の見直しを早急に開始すべきである。

### ●入院基本料の算定に包含されるべき項目(略)

### ●支払い対象職種(略)

### ■医療専門職の職掌について

医師・看護師不足解決策のひとつとして、①助産師業務の拡大、②麻酔領域における歯科医師の業務拡大、看護

師の参加、③一定範囲薬剤処方への薬剤師・看護師の参加、④急性期における介護職業の確立、⑤一定医療行為への介護職の参加など、医療関係職種の職掌見直しを提案する。

## ■リハビリテーション医療のあり方

### ●急性期のリハビリ

急性期リハはベッドサイド主体であり、「施設基準」ではなく「人員配置基準」を定めることが効率的。また、リハビリ専門医の配置を評価すべきである。

### ●回復期・亜急性期のリハビリ

回復期・亜急性期リハの施設整備は順調だが、「回復度」や「一律の提供時間・期間」「限られた疾病・部位」など根拠不明な規制がある。今後はデータに基づく規定が望まれる。

### ●維持期のリハビリ

維持期リハビリは医療保険、介護保険を問わず提供されるべきである。特に進行性疾患や重度障害には医療保険の長期リハが必要で、適応や期間等は医師の裁量に任せるべきである。介護保険下のリハはその量・質とも十分ではなく、早急な改善が必要。

病状増悪期や廃用症候群には、医療・介護、在宅・施設を問わず短期集中的にリハが実施できる環境・制度が求められる。

### ■DPCのあり方(略)

第50回全日本病院学会東京大会(11月22日・23日)の報告(4面から続く)

# 「ミス発生時に真実を話す」方針で意識改革。経営も改善

メディエーション導入で事故後の患者対話を促進。職員研修でトラブルも減少

シンポジウム「医療事故における関係調整」から

## ■「事故に際しては真実をお話します」 社会保険相模野病院院長 内野直樹

全国の社会保険病院は昨年7月に「有害事象対応指針」をつくり、「事故に際してはすべて本当のことをお話します」という姿勢を明確にした。産婦人科、周産期医療に特化した相模野病院における取り組みを報告する。

11年前に私が「本当のことを言うべきである」という考え方を打ち出したとき、現場の反発は相当なものがあつた。その後、2004年に病院長に就任して行動規範をつくり、人に見られて恥ずかしくない行動を職員に求めた。

昨年10月には「本当のことをお話します」という精神を職員に向けて宣言し、事故に際して病院は職員を徹底して擁護するが、隠蔽した場合にはその限りではないということ、説明会を幾度も開いて職員に徹底した。

同時に、この言葉を、すべての科と部署に掲示して患者に伝えた。こうした、自院は、「嘘をつかない、隠蔽しない」ということを基本的方針、憲法としているのだということを宣言したわけである。

私の考えに反発する職員の間には

「病院は本当に我々を守ってくれるのか」という不安や不信があつた。その背景には、真実を話すことは苦情の発生と裏表であり、「病院にクレーマーが殺到するのではないか」という恐れがあつた。

それが分かった段階で、私は「職員は絶対に守る。私たちが前に出て対処するし、職員だけを辛い目に合わせない」と宣言し、実行してきた。

私が院長になる前の時代は、インシデントレポートはなるだけ書かない方がよいとされていた。インシデントレポートが多い病院はよい病院ではない、しかも訴訟の原因になると教育されていた。当時のインシデントレポートは記録すらも保存されていない。

そこで、私は「インシデントレポートは個人の責任を追及するものではなく、事故防止対策を立てるために必要なものだ。だから、どんな些細なことでもよいから出してほしい」と説明した。

その結果一気に倍増したが、現在は年間300件前後で安定している。有効な対策が立てられれば、今後はインシデントレポートを減らすことも可能であると考えている。

「隠し事をいたしません。真実をお話します。間違いがあればお詫びします」という宣言は5年目に入ったが、この間、重篤な事故はなく、比較的軽微な事故ばかりであった。それでも、患者の5割はミスを知らされると怒る。中には激昂される方もいる。

それでも病院の方針は100%実行されている。アンケート調査で、「どんなに辛いことであっても、この方針を続けたほうがよいか」と聞いたところ、100%の職員が「続けるべきである」と答えた。

その後、部署ごとに、ミスを犯した

場合にどう説明をしたらよいか、怒る患者にどう対応したらよいかというマニュアル、指針をもつに至つた。

指針をつくるにあたって、私は「我々はいまい説明で事を丸く納めるためにやるのではない、ミスに関する説明を冷静に聞いていただけるような関係をつくる、その入り口となるものをつくるのだ」と説明した。

では、こうした方針によって、病院は怎么样了か。自院は2003年までは、深刻な赤字経営であった。ところが、「隠し事をしない。真実をお話します。間違いがあればお詫びする」方針を始めた4年後に赤字は解消、オーダリングと電子カルテの導入、DPC対象病院への参画、病院機能評価の認定、ISOの認証を次々と実現し、黒字経営を継続できるようになった。

03年まで年間30億円の収入で2億円の赤字を計上していたが、04年以降はコンスタントに1.5億円の黒字を計上できるようになった。収入も40億円を超えるようになった。職員が自信を失っていた病院であったが、この間の取り組みで職員の意識が変わり、病院の経営改善につながったと思っている。



▲「医療事故における関係調整」のシンポジスト。中央が内野直樹氏

# 医薬品費・医療材料費と医師労力は想定よりも高負担

## 療養病床から転換した老健施設等の実態調査 併設型は夜間配置が増員、「35%」規制は地域事情と齟齬等転換困難の理由が浮き彫り

11月28日の介護給付費分科会に、厚労省は「療養病床から転換した介護老人保健施設等の実態調査」の結果を報告した。

調査は、介護療養型老人保健施設、病院から転換した従来型の老健施設、経過型介護療養型医療施設、転換予定の療養病床を有する医療機関から協力が得られた施設を対象に、9月～10月に実施された。

この調査から以下のような介護療養型老健の実態が明らかになった。厚労省は、転換を困難にさせている問題点は09年度介護報酬改定で改善を図るとしている(1面記事を参照)。

### 【実態調査結果の要旨】

#### ○医療区分別に見た入所者像の変化

転換前の入所者像は医療区分1が74.9%、2が18.8%、3が6.4%と、06年慢性期

調査における平均的介護療養型医療施設の分布よりも1の占める割合が多い。介護療養型老健への転換後は1が8割を超える一方、3の入所者も1.7%と少数ながら存在する。

#### ○要介護度別に見た入所者像の変化

転換前と転換後で要介護度に差は見られなかった。転換後の介護療養型老健は既存老健施設よりも要介護度の重い者の割合が高い。

#### ○転換に伴う対応

転換した老健施設は、施設・設備基準の緩和を中心に転換支援策を幅広く利用している。

#### ○介護療養型老健の医薬品費・医療材料費

転換後の介護療養型老健は1日1人1,337円の医薬品費・医療材料費がかかっている。

た。08年度経営実態調査によると介護療養型は1,344円、従来型老健施設は722円であった。

#### ○介護療養型老健施設の施設要件

介護療養型老健については、前12ヶ月間の新規入所者のうち医療機関から家庭からの入所者割合の差が35%以上を標準とされている。今回調査で、周辺地域の入院医療機関の有無等が入所経路に与える影響を検証したところ、周辺に他医療機関のない地域では、医療機関から入所した者と家庭から入所した者の割合に差が見られなかった。

#### ○医師の提供するサービスについて

医療区分別の入所者割合と06年慢性期調査で示された医療区分ごとのケア時間を基に医師のケア時間を算出すると、「転換後の想定」は1.06人分とされ

た。介護療養型老健施設の調査結果は「転換後の想定」と同じであったが、25%の施設が「医師の負担が重くなった」と回答している。

転換予定の医療機関が転換をした場合、すでに転換した介護療養型老健施設よりも医療区分3の割合が増えることが予想され、医師のケア時間がさらに増加する可能性が考えられる。

#### ○転換老健を併設させた場合の夜間看護について

療養病床を有する医療機関が、一部病床を残して介護療養型老健施設を併設させたとき、全体の病床規模が変わらないにもかかわらず夜間看護・介護の配置数変更が必要となり、配置職員数が増える場合があることが判明した。

2009年度介護報酬改定に関する審議報告(抜粋・要旨) 12月12日 介護給付費分科会 \*1面記事を参照

## II. 各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

### 1. 介護従事者処遇改善にかかる各サービス共通の見直し

#### ●介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

質の高いサービスを提供する事業所を評価することで処遇改善を推進すべきところ、現時点で客観的な指標がないために「介護福祉士の割合」「常勤職員の割合」「一定以上勤続年数職員の割合」を暫定的に用いる。サービスの質を評価する指標の検討を早急に進める。

#### ●地域区分の見直し

地域差を勘案する人件費の対象を「直接処遇職員」から「人員配置基準に規定されている職種の職員」に拡大する。また、サービス毎の人件費割合とともに各地域区分の報酬単価の上乗せ割合も見直す。今後は地域区分のあり方について検討する。

### 3. 訪問系介護サービス

#### ●訪問看護

特別管理加算の対象となる状態に重度の褥瘡を追加する。特別管理加算の対象者に1時間半以上の訪問看護を実施した場合について評価する。同一事業所から同時に2人の職員が1人の利用者に訪問看護を行なった場合の評価も行う。ターミナルケア加算の算定要件の緩和と評価の見直しも行う。

一方、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る規制を見直すとともに、主に理学療法士等による訪問を行なっている事業所の管理者要件について運用の見直しと一定の整理を行う。

#### ●訪問リハビリテーション

介護老人保健施設で通所リハを受けている利用者には、通所リハ終了後1月に限り、当該施設の配置医師がリハビリ計画を作成し、訪問リハを提供することを可能とする。

また、リハのマネジメント加算は本体報酬に包括化するとともに、早期かつ集中的なリハビリテーションを推進する観点から短期集中リハ実施加算の評価を見直す。

基本報酬は1日単位ではなく、サービス提供時間に応じた評価に見直す。

### 4. 通所系サービス

#### ●通所リハビリテーション

医療保険から介護保険に移行しても継ぎ目なく受けられるよう短時間・個別のリハを評価するとともに、リハの実施者について医療保険との整合性を図る。診療報酬の脳血管等疾患リハ又は運動器疾患リハを算定している医療

機関を通所リハ事業所とみなす。

リハマネジメント加算は月1回の評価とし、短期集中リハ実施加算については、早期・集中リハをさらに充実する観点から見直すとともに3ヶ月以内に限定にする。併せて、3か月以降の個別リハについて新たな評価を行う。

PT等を手厚く配置している事業所を評価するとともに、その人員配置基準は1以上確保することを条件に利用者数に比例した常勤換算従業者数とし、1人の従業者が対応できる利用者の上限を見直す。

### 5. 短期入所系サービス

#### ●短期入所療養介護

「診療所後期高齢者医療管理科」を算定している一般病床等における算定を可能とする。

介護老人保健施設における短期入所療養介護について個別リハの提供を評価する。また、緊急時のニーズへの対応をより拡充する観点から、緊急時短期入所ネットワーク加算の算定要件を見直す。

日帰りの短期入所療養介護は、1日単位からサービス提供時間に応じた評価に見直す。

### 9. 介護保険施設

#### ●介護老人福祉施設

認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、入所者数に対し介護福祉士を一定割合以上配置している施設を評価するとともに、基準を上回る夜勤職員の配置を評価する。

さらに、常勤看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を評価するとともに、看取り介護加算については、重度化対応加算の要件のうち看取りに関する要件を統合するとともに、施設内における看取りの労力を適切に評価するため、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行なう。重度化対応加算は廃止する。

外泊時費用は、介護老人保健施設等と同様に評価の適正化を行う。

#### ●介護老人保健施設

介護老人保健施設については、夜勤職員について基準を上回っている配置を評価するとともに、看取りの際のケアについて評価を行なう。在宅復帰支援機能加算は在宅への退所者割合に応じた段階的な評価に見直す。

リハマネジメント加算は本体報酬に包括するとともに、短期集中リハ実施加算の評価を見直す。加えて、人員配置基準上、言語聴覚士をOT・PTと同様に位置づける。

また、支援相談員の人員配置基準について見直しを行う。試行的退所サ-

ビス費は、退所時指導加算の一部(退所が見込まれる入所者を試行的に退所させる場合)として算定することとする。外泊時費用についてはその評価を適正化する。

介護療養型老健施設については、医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった入所者に対する医療サービスに要するコストを踏まえて評価を見直す。また、「医療機関」から入所した者と「家庭」から入所した者の割合の差が35%以上を標準とする施設要件に特例を設ける。

さらに、療養病床を有する医療機関が、転換の前後で全体のベッド数を変更することなく、病棟の一部を介護療養型老人保健施設に転換する場合、転換前後で夜間の看護・介護職員の配置職員数が増加することのないよう、夜間配置基準の特例を設ける。

#### ●介護療養型医療施設

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションについては、医療保険との役割分担の明確化や整合性を図る観点から、理学療法(Ⅰ)及び作業療法について、医療保険における脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅲ)等と人員配置基準が同様であることを踏まえ、評価を見直す。併せて、リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション加算について、介護老人保健施設と同様の見直しを行う。

また、言語聴覚士が集団に対して実施するコミュニケーション療法を新たに評価するとともに、ADLの自立等を目的とした理学療法等を行った場合の評価は、診療報酬と同様に廃止する。

さらに、現在夜間勤務等看護加算で評価している夜勤職員配置については、基準を上回る職員配置を行っている施設について評価を行う。

## 看護師の臨床研修制度を求める声

看護の質の向上と確保に関する検討会は12月8日、「看護職員の確保」と「新人看護職員の質の向上」を取り上げた。

同検討会は11月27日の初会合の時点では懇談会とされていたが、一部委員の強い要望で検討会の呼称を変えた。「看護職員の確保」に関しては、福井済生会病院の大久保副院長(看護部長)が短時間正職員制度の導入と院内保育所開設の効果を詳しく紹介した。

「新人看護職員の質の向上」の議論では看護師の臨床研修制度を求める声が出た。今回は「チーム医療」と「看護基礎教育」について議論する。

外泊時費用については、その評価を適正化するとともに、入院中の患者が、他医療機関を受診した場合についても同様にその評価を適正化する。

### 10. 認知症関係サービス

#### ●認知症短期集中リハ

認知症短期集中リハの対象を中等度・重度の者に拡大する。介護老人保健施設のほか、介護療養型及び通所リハにおける実施についても評価する。

#### ●若年性認知症対策

通所系サービス、短期入所系サービス、入居系サービス、施設系サービスが若年性認知症患者を受け入れて介護サービスを提供することについて評価を行なう。通所系サービスにおける若年性認知症ケア加算は廃止する。

#### ●認知症専門ケア加算

グループホームや介護保険施設で、認知症介護に一定の経験を有し、指定する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することを評価する。

#### ●認知症の確定診断の促進

認知症の疑いのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に紹介することについて評価を行なう。

### 11. 栄養管理体制・栄養マネジメント加算等の見直しについて

管理栄養士又は栄養士の配置を評価した栄養管理体制加算は基本サービス費に包括した評価とするとともに、栄養マネジメント加算については、栄養マネジメントの適切な実施を担保する観点から評価の見直しを行う。

### 12. 口腔機能向上・栄養改善(栄養マネジメント)サービスの見直しについて

介護保険施設において、介護職員が入所者に対して計画的な口腔ケアを行うことができるよう、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言等を行う場合に評価を行う。

## 「周産期・救急の確保連携」は次回にとりまとめ

12月8日の「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」で救急医に対する診療報酬の評価を求める意見が多数示され、診療報酬の期中改定を求める決起集会の趣きを呈した。

多くの委員から、救急医を評価するドクターフィーのようなインセンティブを期待する意見が強く示された。

一方で、ネットワーク構築による搬送の効率化や後方病床の整備の方が現場を助けるという対極的意見も出た。

議論は混沌とし、集約の見通しもないが、座長は次回会合でのとりまとめを宣した。

# 病院に附設。より優れた臨床医を養成する可能性

四病協 メディカルスクール検討の提言 北米で実績、各国に創設の動き。一律導入は不可、十分じっくり検討されるべき

四病院団体協議会「メディカルスクール検討委員会報告書—よりよい臨床医の育成を目指して—」(概要) \*12月1日号既報

## 1. はじめに

日本の医療の中核を担ってきた病院が今や瀕死の状態にある。医師不足もさることながら、将来の日本の医療を考える上で、医師育成が重要キーワードである。これからの医師育成のあり方を見据えることから、医師不足、医療崩壊の解決策が見えてくるのではないかと。そこで、注目したのがメディカルスクールである。

メディカルスクールは、文科省の21世紀医学・医療懇談会第4次報告で「大学の学部4年間で幅広い教養教育を修了し、卒業した者を対象に医療に関する専門的な学修を集中的に行う」学校と説明されている。

メディカルスクールという医学教育システムが、臨床医を育てるシステムとして現行6年間の医学部教育よりも優れているのであれば、その導入によって日本の医師育成をよりよいものに変わることができるのではないかと。

## 3. 医学教育システムとしてのメディカルスクール

メディカルスクールは米国に126校、カナダに18校ある。現在、米国の医師養成課程のほぼすべてがメディカルスクールといつてよく、メディカルスクールへの入学は、大学の成績と全米規模で行われる学科試験の成績、推薦状そして長時間にわたる面接などの結果を総合して判断される。

米国の最年少医学生は22歳であるが、

実際は4年制卒業後に1~3年の社会経験を積んで医師になりたいという強い動機を有する者が選ばれるため、入学時の平均年齢は23~24歳である。

メディカルスクールでは2年間の学科教育と2年間の臨床実習(クリニカル・クラークシップ)を受ける。こうした入学選抜・教育課程を経て養成された医師には臨床医になりたいという強い動機に支えられ、コミュニケーション能力に優れ、広い教養を有しているということがいえる。

北米とくに米国のメディカルスクールの特徴の1つは、病院の優れた臨床医を養成することに重点が置かれていることである。そもそも病院への附設という形でメディカルスクールが設立され、優れた臨床医の養成が唯一最大の目的である大学が少なくない。

同時に、北米のメディカルスクールは大学院レベルの専門職業人養成課程であるため、医学教育を終えた後に博士号を取る必要がなく、したがって、キャリアの一時期、若い医師が大挙して基礎医学研究を行うという現象は見られない。

1990年代以降、高校卒業生から選抜された医学生に6年間教育するという医師養成課程のみを有していた国に北米型のメディカルスクールを設置する動きが次々でている。オーストラリアのメディカルスクール化(すでに半数以上の医学部がメディカルスクールに改変)、

韓国の全医学部メディカルスクール化(数年以内に完了する)、シンガポールのメディカルスクール(2007年に開校)など、アジア・オセアニアに限っても動きは急である。

## 4. よりよい臨床医を育てるために

従来の医学部教育と比較すると、メディカルスクールは次のような点が優れている。

(1)より優れた臨床医が養成される可能性が高い

①22歳以降に入学するため、メディカルスクールには医療への献身的な心構えを持った学生が集まりやすい。

②大学で医学以外の学問に触れ、すでに幅広い教養が身につけている者が入学する。

③人間的により成熟している学生を対象に教育することが可能となる。

(2)効率的で質の高い医学教育が可能になる

①現行6年制における教養教育が不要なため、短期間で医学教育を修了できる。

②すでに4年間の大学教育で幅広い基礎学力をつけている学生が対象であるため、質の高い斬新な教育方略を導入することが可能となる。

## 5. 提言

我々は、我が国に次のような形でメディカルスクールを導入することを提言する。

(1)4年間の大学教育課程修了者(学士)の中から、良き臨床医になりたいとい

う強い意欲と一定レベル以上の学力を有する者を選抜し、4年間の医学教育を行う大学院レベルの医師養成機関(メディカルスクール)を創設する。

(2)卒業臨床研修で高い評価を受けている病院を母体とする。

(3)北米のメディカルスクールで採用されているカリキュラムを参考に、さまざまな教育背景を有する学士の特性を最大限生かした質の高いカリキュラムを採用する。

なお、メディカルスクールの導入は全国一律に行う必要はない。近年、メディカルスクールを導入した国においても、一律に導入するというやり方はとられてはいない。世界的にも、すでに前例がある取り組みである。ここはむしろ腰を据えて医学教育のアウトカムを客観的に比較・検証しながら、日本に適したシステムを確立することが肝要である。

また、メディカルスクールの導入には現行法制度の改正が不可欠である。6年間の医学教育を受けた者が医師国家試験を受けることができるという医師法、カリキュラムのあり方を規定している学校教育法である。

今後、メディカルスクール導入の必要性について理解が広がり、医療関係者のみならず国民からも支持を得ることが必要である。

## 第8回常任理事会の詳細 11月21日

### 【主な協議事項】

●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。  
北海道 道東脳神経外科病院院長 木村輝雄  
千葉県 大村病院理事長 大村益一  
新潟県 新潟西蒲メディカルセンター病院理事長 種子田吉郎

大阪府 青山第二病院理事長 牧野泰博  
在籍会員数は2,261名となった。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)  
以下のとおり申請が承認された。

◎日帰り人間ドック  
福岡県 栄光病院  
以上の結果、日帰り人間ドック実施指定は491施設となった。

◎1泊人間ドック  
福岡県 栄光病院  
以上の結果、1泊人間ドック実施指定は26施設となった。

### 【主な報告事項】

●公益法人制度改革に伴う全日病の法人類型選択について

12月1日に施行される公益法人制度改革に伴い、5年以内に全日病の公益法人類型を決めなければならない問題に対応するために、公認会計士2名を含む勉強会が設置された。

# 療養病床の11%が療養型老健へ転換の意向

08年度療養病床転換意向調査 介護療養病床の転換意向は29%。最大の転換対象は医療療養病床

2008年度の療養病床転換意向調査(26道府県)によると、介護療養型老健施設へ転換する療養病床は11年度末で回答療養病床の11%にとどまる見込みだ。介護療養病床からの転換も29%しかない。

この10月までに介護療養型老健施設へ転換した病床は全国に575(10施設)しかなく、前出調査で08年度内に介護療養型老健に転換すると回答した病床数も934と少ない。

転換意向調査はこの9月から10月にかけて実施、回答を寄せた42道府県のうち、介護療養型老健施設への転換予定数が明記された26道府県の結果を集計、事務局(厚労省老健局老人保健課)が11月28日の介護給付費分科会で明らかにした(26道府県の回答病床は18万9,392床=療養病床の約53%)。

それによると、回答病床における転

換意向は、11年度末で介護療養型老健施設が2万1,137床。内訳は医療療養病床からの転換が4,452床(医療療養病床の3%)、介護療養病床から1万6,685床(介護療養病床の29%)であった。

最大の転換先は医療療養病床で、医

療療養病床の78.2%、介護療養病床の29.1%が選択する意向を示した。この意向から単純推計すると2011年度末の医療療養病床は約24万床になる。一方、介護療養型老健施設は5万床に満たないと予測される(1面記事を参照)。

## ■08年度転換意向調査結果(26道府県)における転換予定病床の内訳

回答病床	医療療養病床	131,976	転換先	2011年度末の病床数 (%は転換元の医療療養・介護療養各病床に占める割合)
転換元	介護療養病床	57,425	介護療養型老健施設	4,452 (3%)
	医療療養病床			16,685 (29%)
	介護療養病床			1,367 (1%)
	医療療養病床		介護老人保健施設	2,449 (4%)
	介護療養病床			103,200 (78%)
	医療療養病床		医療療養病床	16,722 (29%)
	介護療養病床			8,901 (7%)
	医療療養病床		その他	5,416 (10%)
	介護療養病床			14,047 (11%)
	介護療養病床		未定	16,153 (28%)

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

# 医療の質向上運動の国際会議で全日病の活動を報告

## IHPQSバンコック会議への参加報告 アウトカム評価、DPC分析事業とともに院内暴力調査結果にも高い関心

東邦大学医学部社会医学講座教授・病院のあり方委員会外部委員 長谷川友紀  
東邦大学医学部社会医学講座助教 北澤健文

2008年11月19日から21日に、バンコックでIHPQS (International Conference on Health Promotion and Quality in Health Services) が開催され、20カ国から3,643名、日本からは41人が参加した。主要なテーマとして、ヘルスプロモーション、医療安全、国民中心医療、医療の質などが取り上げられたが、全日本病院協会に関連するものとして、診療アウトカム評価事業、DPC分析事業、院内暴力調査の3演題について発表を行なった。本学会の概要について報告する。

基調講演、教育講演では、タイにおける病院機能評価をはじめとした各国の病院機能評価の動向に関するもののほか、尾身茂WHO西太平洋事務局長による人間中心の医療をテーマとした講演など、近年の医療の質向上に関する動向が示された。

一般演題では、医療安全対策をはじめ



▲学会主催者と講演者(左から長谷川教授、尾身茂氏)

めとする医療の質向上に向けた各病院での取り組みに関する報告がみられたほか、ヘルスプロモーション活動、電子カルテといった病院内情報システムに関する報告がみられた。

私どもはポスターセッションで、わが国のDPC制度の概要を紹介するとともに、全日本病院協会のDPC分析事業Medi-Targetシステムから得られたベンチマーキングの結果と将来の方向性について報告した。

わが国では、2008年5月現在、1,428病院がDPCデータを厚生労働省に提出している。

DPCデータは標準化されており、そのデータ分析システムを用いることで自院の時系列データ分析のほか、他病院との比較(ベンチマーク)をすることが可能となる。

全日病は07年からDPC分析システムであるMedi-Targetを運営している。07年度のMedi-Targetデータから、主要な疾患、手術について各病院の患者数と平均在院日数の相関関係をみたところ、患者数が多いほど平均在院日数が短くなる相関関係が多くみられた一方で、一部の疾患ではその逆の相関もみられた。こうした結果は、各病院におけるケア提供体制の違いやケアプロセスの

違いを反映していると考えられた。質疑では、タイ医療機能評価機構の関係者から、包括払いの導入にともなう過少診療や医療の質低下の予防方策などについて質問があり、EBMに基づくガイドラインに則った医療の推進や、クリティカルパスの適応拡大など、DPC制度を踏まえた今後の医療の質向上に関する方向性について議論が交わされた。

一方、別のポスターセッションでは、全日病会員病院を対象とした「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」の主要な結果を報告した。この発表に対する質疑では、結果の詳細に関する質問のほか、調査票の設計、調査項目等にも質問があり、本研究に対する関心の高さが伺えた。

学会2日目の午後開催されたシンポジウムには、IQIP (International Quality Indicator Project) のRainer Hilgenfeld氏、台湾医療機能評価機構のHsum-Hsiang Liao氏および長谷川がシンポジストとして参加した。

Hilgenfeld氏は国際的な臨床指標ベンチマーク事業であるIQIPの概要を紹介した。IQIPは医療の質改善をめざすツールとして現在12か国の500以上の医療機関で利用されており、日本からは

5病院が参加し、全日病が日本でのとりまとめをおこなっている。

IQIPでは、急性期病院、慢性期病院、救急外来などの病院機能のモジュールごとに設定された臨床指標を用いたベンチマーキングのほか、その基盤となる臨床指標データの活用に向けた学習の機会の提供や、参加施設のベンチマーキング活動、施設間のネットワーク活動への支援も行われる。

このIQIP活動に連動して、1999年から台湾ではTaiwan Quality Indicator Project (TQIP) が開始され、現在80病院が参加している。

シンポジウムでは台湾での臨床指標ベンチマーク事業の活動状況のほか、日本におけるIQIP参加病院の現況、全日病の診療アウトカム評価事業から明らかになった事業参加病院の臨床指標改善の状況などが紹介された。

以上、バンコックで開催されたIHPQSの一端を紹介したが、医療の質向上への取り組みが国際的な共通課題になっていることを示している。今後も、医療の質、あり方についての学会活動が盛んになるとともに、全日病がこの分野における日本発の情報発信において重要な位置を占めることが期待される。

## ハワイ研修旅行に96名が参加

### 米国看護師のキャリアアップ等を研修、透析センターも見学

全日病の国際交流委員会(赤枝雄一委員長)が企画するハワイ研修旅行が、10月30日から11月4日までの4泊6日で催行された。ハワイ研修旅行の概要を報告する。

ハワイ研修旅行は今年で32回目を迎えた。会員病院の評判は相変わらず高く、今回も、全国から92名の参加を得ることができた。参加者の内訳は病院管理者、経営幹部、医師と並んで、婦長クラスを含む看護職員が多い。

成田、関西国際、福岡の3空港からJALで飛び立った一行は6時間でホノルル空港に到着、ワイキキ・ビーチ・マリオットに泊まりながら、研修・見学、自由行動、懇親交流にいそしんだ。

滞在2日目が研修・見学にあたる。今回の研修は看護師のNeil S. MacNaughtonさんに講師を依頼。米国の医療(保険)制度と看護師の資格取得・キャリアアップについて詳しい講義を受けた。

通訳がついて、十分な質疑応答の時間も確保されているため、活発なやりとりが交わされた。アンケートによる



と、受講者の評判はテーマと質問への対応ともに高い満足度が得られた。

医療施設見学はオアフ島のクアキニ病院。250床の非営利団体病院で、ボランティア、寄付金、健康保険によって運営されている。院内に老人施設をもつほか、日本とハワイに癌研究所、さらにはホノルル心臓研究所を持っている。

施設見学の2つ目はセントフランシス病院内のリパティ透析センター。308床のセントフランシス病院は、腎臓、心臓、膵臓の各移植手術を手がけている。院内のリパティ透析センターはハワイでもっとも大きい人工透析施設だ。海外の透析センターを隔々まで見られるという貴重な体験を参加者は十分満喫したようだ。

## 「院長・事務長・看護部長合同研修会」に2,000名

### 日看協と全日病が初共催。通信衛星で47都道府県の会場に配信

院長・事務長・看護部長合同研修会が全日病と日本看護協会の共催で12月6日に開催された。両団体による共催は初めてのこと。

通信衛星を利用して東京会場から配信、47都道府県の会場で受講できる合同研修会は「医療従事者に選ばれる職場づくり」がテーマ、短時間正社員制度など多様な勤務形態を病院に導入することを提起している。

院長・事務長・看護部長3名に受講を呼びかけるという主旨から3名定額というユニークな料金制度を試み、全国で約2,000名が受講した。

多様な勤務形態導入で先行事例をもつ病院関係者の話や専門家による具体



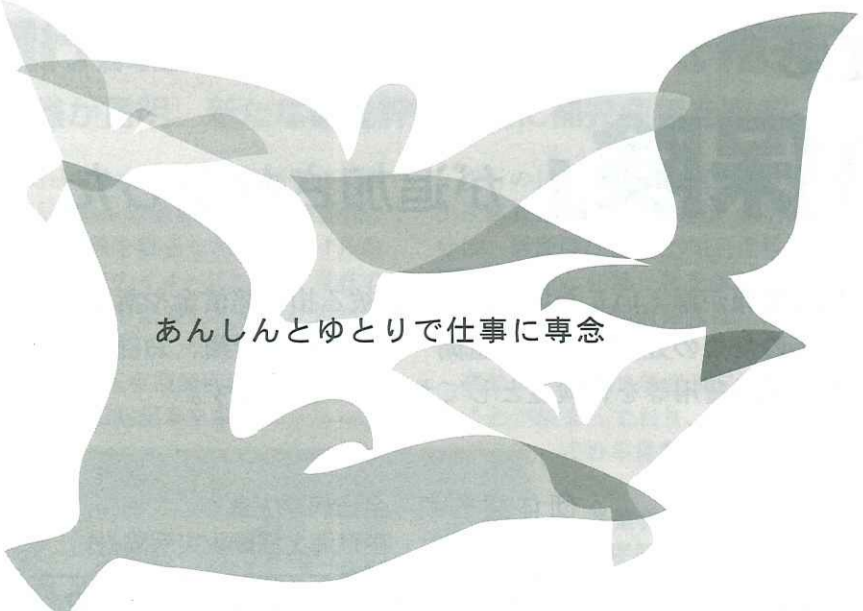
的なアドバイスに接した受講者は、「患者に選ばれる」視点と「医療従事者に選ばれる」発想が根っここの部分で重なっているという認識を共有する貴重な勉強会となった。

### 医療安全対策講習会を開催

全日病は12月5日に東京都内で医療安全対策講習会を開催、208名が受講した。厚生労働省による医療安全推進週間の企画として取り組まれ、厚労省の後援を得て実施されたものだが、全日病と医法協が共催する「医療安全管理者養成課程講習会」および2006年度まで四病協として開催してきた同様講習会を修了した「医療安全管理者認定証」を更新するための講習(1単位)に該当している。

### 「食生活改善指導担当者研修会」を開催

全日病が主催する「特定保健指導・食生活改善指導担当者研修会」が11月29日、30日、12月6日、7日の4日間、東京都内の会場で開催され、74名がつごう30時間にわたる講義を修了した。



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