



全日病 NEWS 4/15

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.707 2009/4/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

西澤会長が所信を表明

次期改定では大幅な引き上げを求める!

「とくに入院基本料等基本診療料の引き上げが重要課題」

3月28日の第92回定期代表議員会および第81回定期総会で全日病会長に再選され、第2期執行部をスタートさせた西澤寛俊会長は、4月8日、本紙のインタビューで「次期2010年度診療報酬改定では大幅な引き上げを求める」と言明。具体的な引き上げ項目として、疲弊した病院経営を支えるために入院基本料等基本診療料の引き上げが必須であるという認識を明らかにした。

入院基本料については、現在、日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)が先行要望課題として11団体の意見を集約、4月15日の代表者会議を経て要望書にまとめ、厚労省にいち早く提出するとともに、中医協で取り上げる方向で取り組みを強めている。

また、注目されるDPCの調整係数に代わる機能評価係数について、西澤会長は「大きな病院の機能を中心に評価すべきであるという意見が多いが、地域の病院や中小病院に対するヒアリングの中からそれなりの評価項目の案も出ている。我々としても、真にふさわしい係数を提言していきたい」と、地域医療で重要な役割をはたす中小病院および専門病院が不利とならない公平公正な係数の採用に向けて、積極的な提案を行なう考えであることを明らかにした。(8面にインタビューの全文を掲載)

再選後、新執行部としての意思統一や委員会体制の再編成などに精力的な会議・打ち合わせをこなす西澤会長は、「09年度事業計画の具体化には、まだ、いくつもの会議をこなさなければ明確なことは言えない」としつつ、現時点の所信を30分にわたって語った。インタビューは中村康彦常任理事(08年度広報委員会委員)が務めた。

新年度早々の課題である委員会体制の再編成に関して、西澤会長は、「目的志向であり続け、時代環境に適していく

ためにも、絶えず迅速な対応が可能な態勢を維持していく必要がある」ことから、「今までも積極的な活動を展開してきた本会の委員会も、より適した体制へと進化し続けることが求められている」という認識を示し、委員会の編成替えに意欲的な姿勢を示した。

新たな委員会体制案は4月18日の09年度第1回常任理事会に提示する考えだ。

09年度創設が決まったシンクタンクについては、エビデンスにもとづいた提言作成に不可欠なデータと分析結果

を提供する機関として積極的に位置づけたいと、強い期待感を表わした。

その上で、「シンクタンクが定着し、拡充していくことは、全日病が大きくはばたくことを意味する。そういう意味からは、シンクタンク活動を1年みて、その評価にもとづいて、活動基盤を拡充するために、年会費を含め財源の議論もしていく必要がある」と述べ、今後の全日病活動の進化とシンクタンクの消長を一体に捉える視点を明らかにした。

更なる活性化へ、委員会体制の再編成に意欲的



“医療安全調査委員会設置法案”に関しては、医療安全の取り組みと医療事故への対応を同一組織で行なうという第3次試案に、「両者は性格が異なるものであり、別の組織で取り込まれるべきではないか」と本会の基本的な見解をあらためて表わしたが、同時に、「両者とも大切な、しかも急がれるテーマであり、ともに早急に設立されるべきである」とも述べ、医療安全と事故対策の組織設置を同時かつ早急に進めるべきという見解を表明した。

第1期西澤執行部の下で急速に拡充された各種研修講座については、「各会員病院が力をつけていくためには、まだまだ多くの研修講座が必要である。今後も、そうしたニーズに応えていきたい」と、その陣容をさらに強化する考えを明らかにした。

都道府県策定「地域医療再生計画」を始動!?

政府・与党の追加経済対策案-3,100億円で地域医療崩壊に対応

政府・与党は4月10日に15兆4,000億円の追加経済対策案(2009年度補正予算案)を決めた。雇用と金融対策を中心に社会不安の最小化を図るとともに景気浮揚につなげるのが目的。

がん対策においては、一定年齢の女性を対象にクーポン券を配付、子宮頸がんや乳がんの無料検診を実施する(09年度限り)。難病患者に対する医療費支援については助成対象を現行45疾患から55疾患に増やす。

医師不足対策としては3,100億円の基金を設立し、都道府県が策定する「地域医療再生計画」にもとづいた各種事業を助成する。一方、医療機関の機能・設備強化と題して、大学病院の機能強化、ナショナルセンターの医療機器整備、災害拠点病院の耐震化などがあげられている。

後期高齢者医療については保険料の軽減措置を継続。介護施設に関しては、

特養、老健施設、ケアハウス、グループホーム、小規模多機能居宅介護事業所を対象とし、3年間に約3,000億円の

融資・助成金を投入して施設整備を前倒しする。

また、介護職員確保対策として都道府

県に約4,000億円の基金を設け、介護職員の処遇改善やスキルアップに取り組む事業所に、介護報酬とは別に「介護職員処遇改善交付金」を交付する。当該事業所は、すべてが常勤とすると1人あたり月1万5,000円の給与引き上げに相当する。ただし、実施期間は2年半だ。

旧政管健保の保険料、10月から都道府県単位に

全国健康保険協会は、3月27日に運営委員会で同協会が運営する協会けんぽ(旧政管健保)保険料の都道府県別保険料率を決定した。協会けんぽの保険料率は全国一律の8.2%。新たな保険料率は、最も高い北海道で8.26%、最も低い長野県が8.15%となった。

2006年の健康保険法改正によって、全国健康保険協会の設立と政管健保の同協会への移管が決まったが、これに伴って設立1年以内に都道府県単位の保険料率に移行することが関係政省令で決まったために各県の料率を算定、その決定に至ったもの。都道府県ご

の保険料率は9月分の保険料(一般は10月納付分)から適用される。

厚生労働省は3月27日付で健康保険法施行令・健康保険法施行規則の一部改正する政省令を公布(同日施行)、都

道府県単位保険料率の算定方法を定めるとともに、同日付で健康保険法施行令の一部を改正する政令等の施行に関する通知を各健康保険組合理事長に発出した。

■協会けんぽ 都道府県単位の保険料率

北海道	8.26%	埼玉県	8.17%	岐阜県	8.19%	鳥取県	8.20%	佐賀県	8.25%
青森県	8.21%	千葉県	8.17%	静岡県	8.17%	島根県	8.21%	長崎県	8.22%
岩手県	8.18%	東京都	8.18%	愛知県	8.19%	岡山県	8.22%	熊本県	8.23%
宮城県	8.19%	神奈川県	8.19%	三重県	8.19%	広島県	8.22%	大分県	8.23%
秋田県	8.21%	新潟県	8.18%	滋賀県	8.18%	山口県	8.22%	宮崎県	8.20%
山形県	8.18%	富山県	8.19%	京都府	8.19%	徳島県	8.24%	鹿児島県	8.22%
福島県	8.20%	石川県	8.21%	大阪府	8.22%	香川県	8.23%	沖縄県	8.20%
茨城県	8.18%	福井県	8.20%	兵庫県	8.20%	愛媛県	8.19%		
栃木県	8.18%	山梨県	8.17%	奈良県	8.21%	高知県	8.21%		
群馬県	8.17%	長野県	8.15%	和歌山県	8.21%	福岡県	8.24%		

*40歳から64歳までの方(介護保険第2号被保険者)は、これに全国一律の介護保険の保険料率(1.19%)が加わるが、この料率は変更がない。

清話抄

「乱世に思う」

今のような時代を乱世というのでしょうか。しかし、戦国時代や明治維新の頃のような緊張感が足りないように思います。何かにつけて問が抜けていませんか。今更ながらの景気対策で、「ま、いいか」と思ってしまう国民性はどうに

かならないのでしょうか。

恐ろしいのは不景気だといつつ、結構レストランは客でいっぱいだし、昼間のデパートに行ってみてくださいよ、「一体なんだ、この連中は!」と怒り狂いたくなるくらい沢山の女性が徘徊しています。景気対策のパラマキが出る前から。

2兆円を実弾でばら撒き、20兆円ばかり保証協会を通してばら撒き、「良いことをした」と満足している政治家を相

手に医療・介護報酬を上げてくれと頼むのは、ひょっとしたら次世代、つまり、あなたが大切にしなければならない未来に暗い暗い影を落とすのかもしれない。それでも、今の利益が大事だし、今潰れたくはないもの。お互い人間ですから。

最近、また、「坂の上の雲」が流行っているそうです。そういえば、白洲次郎もNHKで放映されました。あの頃の日本人には、未来を自分たちで創るの

だという気概というか、大志のようなものがあつたのでしょうか。民間人だろうと、軍人だろうと、官僚だろうと関係なく。

今の私たちにそれは本当にあるのでしょうか。今こそ、自分の真実に向かい、これで本当にいいのか、これで本当に日本の将来は明るいのかを真摯に問いかける時なのではないでしょうか。

こんなことを思います。私も破産はしたくないのですけど。(敬)

主張

次期改定、医療安全、臨床研修制度、あるべき医療提供体制と、シンクタンクを基にした活動が求められている

西澤寛俊会長が率いる新体制が始まった。第2期西澤執行部の下で2010年度診療報酬改定を迎えることになる。また、将来の日本の医療を考えると、様々な問題がある。

我々は、そうした課題に対して、下記の点を重点的に訴えていかなければならない。

①入院基本料の設定。これについては、個別原価を積み上げていくようなエビデンスのある単価の設定

を訴えなければならない。

②看護師等の夜間勤務72時間制限。大変不合理で、懲罰的な点数の付け方も見直さなければならない。

③医療安全調査委員会。大詰めを迎えようとしているが、医療人が達成感を持って、仕事ができるような制度を訴えていく必要がある。

④臨床研修医とメディカルスクール。これも最近の動きでは、時計の針を戻してしまいそうな議論で

大変危惧される。日本の医療のために、本会が訴えつづけてきた確固たる理念を基に、継続性のある制度を作っていく必要がある。

⑤社会保障国民会議。報告書にもあるように、あるべき医療の姿を未来から投影して、必要な医療、介護、病床、マンパワー等の総量とそのために必要な費用を検討し、それに必要な財源を、社会保険料と消費税のバランスを考えて訴え

ていかなければならない。

以上のことを行うためにも全日病のシンクタンクがますます必要となってくる。

なお、池田卓郎代議員議長、手東昭胤副会長が勇退され、古畑正常理事も理事へと退かれた。今まで全日病をリードしてこられた先輩諸氏に心から感謝を申しあげたい。

(A)

「社会保障カードの活用シナリオ」で課題をシミュレート

社会保障カードの在り方検討会

暗証番号使わずに医療資格確認の際の医療機関・職員認証の問題が浮き彫り

4月2日に開かれた「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」に、同検討会に付設されている作業班が整理した「医療等の現場での利用を念頭に置いた社会保障カードの活用シナリオ

(概要)」が報告された。

「活用シナリオ」は、医療機関等での保険資格の有効性確認の方法やカードが利用できない場合の対応など、被保険者証としてのカードの使われ方とそ

こで生じる問題点をよりリアルに浮き彫りにした、一種のシミュレーションとなっている。

そこには、カードが使用できない状況への対応とともに、医療機関の現場

で本人が管理する暗証番号を利用せずに医療資格確認を行なう場合に必要な医療機関とその職員認証の方法が、医療機関における基盤整備の必要とともに、新たな課題として浮上している。

「医療等の現場での利用を念頭に置いた社会保障カードの活用シナリオ(概要)」から (要旨) 4月2日 社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会作業班

■システムの要件

●カードリーダーと資格確認システムのクライアントソフトウェアが設定された端末。

●本人識別情報に対応する資格情報を、保険者等のデータベースへ要求及び当該要求に対する資格情報の回答を中継するデータベース。

●保険者等が、加入している被保険者等に関する情報を管理しているデータベース。

■資格確認システムの概要

社会保障カードを用いて、医療機関の端末から保険者DBが保有する医療保険資格情報にオンラインでアクセスし、医療機関の端末画面上に当該情報を表示させ、医療機関の職員が確認し、必要に応じて転記できる。

■発行側のデータベースに格納する情報

①整理番号(内部でのレコード管理用番号)、②本人識別情報(公開鍵暗号の仕組みを用いた認証を用いる方法を想定)、③保健医療番号(この番号を設定する方法を想定)、④医療保険(保険者番号、被保険者記号番号)、⑤介護保険(保険者番号、被保険者番号)、⑥年金(基礎年金番号)、⑦基本4情報(発行DBは基本4情報=氏名・生年月日・性別・住所)、中継DBは基本4情報のうち少なくとも氏名、生年月日

●保健医療番号について

保健医療番号とは医療・介護分野の共通番号として各個人に紐付けて発行された番号である。保健医療番号のメリットは、発行・交付の時点より発行後において大きい。例えば、医療保険者と介護保険者間の連携事務処理、保険者間での異動変更時の事務処理、地域医療連携における共通IDとしての利用等である。

■健康保険証としての活用

●本人による医療保険の資格確認

暗証番号による本人確認と、カード内に格納された暗号鍵の存在を確認することによって、正しい取扱者(本人)により正しいカードを用いていることが確認できるものとする。

●医療機関における医療保険の資格確認

医療機関の現場では暗証番号を入力できないことが想定されるので、

①医療機関職員が券面情報により正しいか提示した者のカードであること

を確認する

②中継DBが医療機関職員を確認するという現状の被保険者証と同様の手続きによって資格確認を実現する。

この場合②の方法には以下の2つが考えられる。

- ・医療機関職員を中継DBが確認する
- ・医療機関のシステムが職員の認証を行い、中継DBが医療機関の認証を行う

本人の管理する暗証番号を利用せずに医療資格の確認を行う場合には、暗証番号によって本人確認を行う場合と比較して本人確認の程度が異なるため、不正なアクセスを防ぐために、暗証番号を入力しないで確認する秘密鍵と暗証番号を入力して確認する秘密鍵は区別する必要がある。

実施に当たっては、暗証番号の入力を必要とするPKIの仕組みと、暗証番号の入力を必要としないPKIの仕組みをカード上の機能として持つことを検討する必要がある。前者は汎用的に利用できるが、後者は、医療機関職員の認証を担保とした医療保険の資格確認の要件を満たすための専用の機能となる。

●やむを得ない事情のある場合を想定し、前もって行った医療保険の資格確認等にて取得した保健医療番号に基づいて最低限度の資格情報(資格の有無、あるいは記号・番号等)を返す仕組みも検討すべきである。

●必要となる認証基盤

暗証番号を入力することなく資格確認を実現するためには、①国家資格を持つ医療従事者を認証する基盤、②国家資格を持たない医療機関職員を認証する基盤、③医療機関を認証する基盤などの認証基盤の適切な組み合わせに

よって安全性を確保する必要がある。

医療分野の国家資格を持つ医療従事者の資格確認を行う場合に必要となるオンラインの認証基盤は検討中。国家資格を持たない職員を認証する基盤は今後検討される予定。

医療機関の認証はレセプトのオンライン請求などで一部実施されている。医療保険の資格確認の実施においても同様の医療施設の認証の仕組みが必要となるので、各医療機関が利用できるような整備する必要がある。

こういった整備が完成した際には、医療機関を認証することのみによって全体の信頼基盤を構築することも可能となる。

■ICカードの機能が使用できない場合の対応

●ICカードの券面について

社会保障カードの券面には、本人確認のための最低限の情報として「氏名」「生年月日」が記載されると仮定する。

また、保健医療番号を導入する場合には、ICカードの機能が使用できない場合においても医療機関で現行の被保険者証と同等の資格確認、保険者番号・被保険者証記号番号の確認等が行えるよう、保健医療番号をカード券面に記載する。

<ICカードの機能が使用できない場合でも必要と考えられる最低限の情報>

- ①本人が確認できる情報(氏名・生年月日)
- ②有効期限(被保険証の有効期限)
- ③給付割合(自己負担割合)
- ④請求先の情報(被保険者証記号番号等)

●ICカードの機能が使用できない場合の対応策について

高額療養費の限度額適用認定証や、

医療保険と併用される各種の公費負担医療の受給者証、介護保険証については、各制度ごとに受給者証の内容が異なる(指定医療機関、給付割合、有効期限など)ため、ICカードの機能が使用できない場合の対応は、別途検討が必要。

異常時における医療機関での確認方法としては以下の対応策が考えられる。これらの情報は診療後の会計時まで確認する必要がある。

①カード券面にこれらの情報を記載する、②カード券面の裏面にこれらの情報を手書きする、③これらの情報を記載した別紙を交付する、④これらの情報を記載したシールを交付して券面に貼付する、⑤保健医療番号を用いてこれらの情報の確認が行える環境を整備する。

以上を踏まえ、医療機関における健康保険証と同等の運用レベルを維持するため、以下の対応策を検討すべきである。

①本人が確認できる情報(券面に記載されている氏名・生年月日で本人を確認)

②有効期限(電話/FAX等により保健医療番号を用いて医療保険の資格確認が行える環境整備。再診の場合は医療機関側の前回請求先情報に請求し、変更があった場合には返戻処理する運用も考えられる)

③給付割合(自己負担割合)

・高所得の高齢者や公費負担医療の併用時などの例外も存在するほか利用者の所得状況が類推できる可能性があるため、電話・FAX等で保健医療番号を用いて問合せの方法は、さらに検討が必要。

・再診の場合は医療機関側の前回給付割合の情報で請求し、変更があった場合には後日調整する運用も考えられる。

④請求先の情報

・電話/FAX等により保健医療番号を用いて被保険者証記号番号等の確認が行なえる環境整備が必要。カード券面に記載する方法も考えられるが現実的ではない。また、訪問看護や往診などでは携帯電話等の携帯端末でICカードを読み取り、資格確認を行う対応策が有効。患者がカードを忘れてきた場合、および救急などでカードの提示ができない場合には、現行の被保険者証と同様に後からの確認処理となる。



優先度低い項目を外し、第1次案を14項目に絞る

DPC新たな機能評価係数案 夏にかけて試算。係数構成と算出方法の最終案は改定率決定後に

「新たな機能評価係数」の検討を進める診療報酬調査専門組織DPC評価分科会は、4月10日の会合で、2010年度診療報酬改定において現行調整係数を一部置き換える機能評価係数として採用が見込まれる評価項目案の第1次案をまとめた。

DPC対象病院という機能を考慮した評価項目の第1次候補案を、①正確なデータの提出度、②効率化、③複雑性指数、④診断群分類のカバー率、⑤高度医療指数、⑥救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況、⑦患者の年齢構成、⑧診療ガイドラインを考慮した診療体制の確保、⑨医療計画で定める事業等の地域における実施状況、⑩医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)、⑪医療の質に係るデータ公開の有無、⑫副傷病、⑬

希少性指数、⑭がん診療連携拠点病院、の14項目に絞り込んだ。

第1次案は4月15日の診療報酬基本問題小委に諮り、その検討に委ねる。

DPC評価分科会は、3月25日の基本小委が了承した方針(評価項目案から「急性期としての評価が困難」な10項目を次期改定の採用候補から除外する等)を踏まえ、さらに、残る候補項目を「DPC対象病院において評価されるべき項目」と「急性期入院医療全体として評価されるべき項目」に分けた上で具体的な絞込みを行なった。

その結果、「DPC対象病院において評価されるべき項目」に上げられた項目のうち、「手術症例割合に応じた評価」「術後合併症の発生頻度による評価」「標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価」「望ましい5基準に係る評価(該

当項目はICU入院患者の重症度、全身麻酔を実施した患者の割合、術中迅速病理組織標本作製の算定割合)」を、それぞれ次期改定で採用する優先度が低いと判断、外した。

一方、「急性期入院医療全体として評価されるべき項目」にあげられた「がん診療連携拠点病院の評価」を「DPC対象病院において評価されるべき項目」に組み入れなおした。

DPC評価分科会は4月15日の基本小委の判断にもとづいて、引き続き候補項目の絞込みを続ける。分科会委員からは「新たな機能評価係数のスタートに当たっては、できるだけ分かりやすくスッキリしたものに整理淘汰した方がよい」という声が出たが、事務局(厚労省保険局医療課)は「この考え方を重視したい」としており、10年度改定における調整係

数の置き換えは、比較的数の少ない項目にとどまる可能性が高い。

分科会後、医療課の担当官は「できれば8月頃までに必要なシミュレーション(新係数の試算)を終えて、算出方法ともども秋からの改定議論に臨みたい。その際、改定率を、例えば+1%あるいは0%と想定した上で試算することになる。しかし、その後の議論で入れ替えや項目の削減があり得る上、最終的には年末の改定率が決定した後に最後の項目決定という運びになるだろう」と展望、現時点の項目案は「あくまでも暫定案である」ことを強調した。

また、「急性期入院医療全体として評価されるべき項目」の取り扱い、基本小委の議論に委ねられることを明らかにした。

「DPC評価分科会での新たな機能評価係数に関する検討の経過報告③(案)」から 4月10日 DPC評価分科会

*この資料は、「DPC評価分科会での新たな機能評価係数に関する検討の経過報告②」(3月25日基本小委資料)を改訂したもので、項目番号は同資料を継承している(文中の太文字・取消線の処理は編集部による)。

II. これまでに提案された項目の整理(2)

これまで、各項目について、データの有無や既存の制度との整合性等を中心に議論を進めてきた。これらの項目について、更に以下の2つの観点から検討を行ってはどうか。

A. DPC対象病院において評価を検討するべき項目

i) 調整係数の廃止に伴い評価が必要と考えられる項目

ii) DPCで提出されているデータを用いなければ評価できない項目

B. 急性期入院医療全体として評価を検討するべき項目

DPC対象病院に限らず、出来高の病院においても課題となっている項目

A. DPC対象病院において評価を検討するべき項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

①DPC病院として正確なデータを提出していることの評価(正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等)

【評価指標の例】部位不明・詳細不明コード/全DPC対象患者、様式1の非必須項目の入力患者数/非必須項目の入力の必要がある患者数

②効率化に対する評価(効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)

【評価指標の例】全DPC対象病院の平均在院日数/当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数

③手術症例割合に応じた評価 * (編集部注)4月10日の分科会は、議論の結果、この評価項目案は次期改定で採用する上の優先度は低いと判断した(ただし、最終的な判断は基本小委となる)。

④複雑性指数による評価

【評価指標の例】当該医療機関の各診断群分類ごとの在院日数が全DPC対象

病院と同じと仮定した場合の平均在院日数/全病院の平均在院日数

⑤診断群分類のカバー率による評価

【評価指標の例】当該医療機関で一定数以上出現した診断群分類の数/全診断群分類の数

⑥高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)

【評価指標の例】当該医療機関で入院期間I(またはII)の診断群分類点数が一定程度より高いものを算定した患者の数/全DPC対象患者

⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価

【評価指標の例】

様式1で緊急入院の患者数/全DPC対象患者

様式1で救急車ありの小児の患者数/全DPC対象患者

様式1で緊急入院の小児の患者数/全DPC対象患者

様式1で救急車ありの患者で、入院精神療法が算定されている患者数/全DPC対象患者

様式1で緊急入院の患者で、入院精神療法が算定されている患者数/全DPC対象患者

⑧患者の年齢構成による評価

【評価指標の例】一定の年齢以上又は未満の患者数/全DPC対象患者

2. DPCデータによって一部分分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの

①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価

【評価指標の例】診療ガイドラインを明示して患者へ治療方針の説明を行っている、診療ガイドラインから逸れた診療を行う場合、十分に検討をするための委員会等が設置されている、等の体制が取られていること

②術後合併症の発生頻度による評価 * (編集部注/前出)

③医療計画で定める事業等について地域での実施状況による評価

【評価指標の例】各4疾患・5事業による入院患者数/当該地域のDPC病院における、各4疾病・5事業による総入院患者数

④医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価

【評価指標の例】各職種の職員数/全DPC対象患者、病棟に勤務している各職種の職員数/全DPC対象患者

⑤医療の質に係るデータを公開していることの評価

【評価指標の例】特定のデータ(医療の質の評価等につながる項目)の公表の実施の有無

3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの

(2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの

①標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価 * (編集部注/前出)

②副傷病による評価

【評価指標の例】副傷病ありの患者数/全DPC対象患者

③希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)

【評価指標の例】 $-\log$ (患者調査により求めたDPC傷病分類ごとの総受療患者数割合)

(3) 出来高で評価されているもの

④望ましい5基準に係る評価 * (編集部注/前出)

ア. ICU入院患者の重症度による評価

イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価

エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価

B. 急性期入院医療全体として評価を検討するべき項目

2. DPCデータによって一部分分析が可能

料にそれぞれかわる施設基準に適合していることが必要。

ただし、みなし指定事業所として、すでに、訪問看護や訪問リハビリテ

能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの

(①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価)

(③医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価)

④産科医療の実施状況の評価

(⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価)

3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの

(1) 既に機能評価係数として評価されているもの

①特定機能病院または大学病院の評価

②地域医療支援病院の評価

③臨床研修に対する評価

④医療安全の評価

(3) 出来高で評価されているもの

①退院支援の評価

②地域連携(支援)に対する評価

③望ましい5基準に係る評価 * (編集部注/前出)

→特定集中治療室管理料を算定していること

→救命救急入院料を算定していること

→病理診断料を算定していること

→麻酔管理料を算定していること

→画像診断管理加算を算定していること

→病理医の数による評価

→病理解剖数(割合)又はCPC開催状況による評価

④高度な設備による評価 * (編集部注/前出)

⑤がん診療連携拠点病院の評価 * (編集部注)4月10日の分科会は、議論の結果、この項目は前出A.に組み入れて引き続き検討すべきと判断した。

(4) その他

①後発医薬品の使用状況による評価 * (編集部注/前出)

②治験、災害等の拠点病院の評価 * (編集部注/前出)

看護師による居宅療養管理指導が可能に

介護保険法施行規則等の一部を改正する省令が4月1日に施行された。2009年度介護報酬改定を踏まえたもので、改正内容は、①介護予防を含む居宅療養管理指導を行なうことができる者に、医療機関や訪問看護ステーションの保健師、看護師または准看護師を加える、②保険医療機関に指定された病院等に対する居宅サービスのみなし指定に介護予防を含む通所リハビリテーションを加える、③療養病床以外の病床を有する診療所が指定基準を満たす場合は

介護予防を含む短期入所療養介護を行なうことができる、ことからなる。

①については、病院等の看護職員が居宅療養管理指導を行なう場合は新たな指定等の必要はないが、訪問看護ステーションの場合は居宅療養管理指導にかかわる居宅サービス事業者の指定が必要になる。

②については、みなし指定の対象となる病院等は医療保険(診療報酬)における脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション

料にそれぞれかわる施設基準に適合していることが必要。

ただし、みなし指定事業所として、すでに、訪問看護や訪問リハビリテ

医療法人附帯事業を拡大

児童福祉法の一部改正で第2種社会福祉事業に新たな事業が追加されたことを受け、3月31日付で医療法人が実施できる社会福祉事業に関する改正が告示され、4月1日から適用された。厚生労働省は3月31日付で医政局長通知を発出、医療法人の附帯業務拡大を各

都道府県に伝えた。

告示改正の内容は、①地方公共団体の委託を受けて実施する「乳幼児健康支援一時預かり事業」を「病児・病後児保育事業」に拡大する、②障害者自立支援法に規定する地域生活支援事業として実施する日中一時支援事業(地方公共団体の委託又は補助を受けて実施するもの)を追加する、というもの。

Ver.5.0に比べて受審しやすくなったVer.6.0

評価項目が3割減る。本会または機構の病院訪問支援事業を利用、受審を勧める



常任理事・病院機能評価委員会委員長 木村 厚

日本医療機能評価機構の評価項目は2005年からVer.5が使用されている。Ver.5は以前に比べハードルが高くなり、受審しにくくなったという風評が先行した。また、評価項目が重複していたり、解りにくい表現であったりと改善の余地がまたあった。

さらに、医療の進歩、医療制度改革等により、現状に合わなくなってきた項目も存在している。評価項目のためばかりではないであろうが、受審病院が減少し、中には更新認定を受けない病院も現れるよ

うになった。

そこで評価機構は、今回、評価項目の改訂(Ver.6)を行ない、09年7月1日以降の受審病院より適用を開始することを決め、すでに、サーバイヤーに対する説明会も開催されている。

Ver.6の決定に際しては、事前に全日病にも意見を述べる機会が与えられ、病院機能評価委員会は3回に分けて、主に中小病院の立場から重要な指摘や意見具申をすることができた。

そして、病院機能評価委員会では、Ver.6の運用開始を控え、3月29日に大阪市内で新評価項目に関するセミナー(207名が参加)を開催した。

このセミナーで、当委員会の東、鈴木、菅原各委員と委員長の木村が講師となり、今回の評価項目改定について説明した。

本稿にその概要を記して、会員病院の受審のサポートに供したいと考える。

評価対象領域と評価項目体系構造は現行どおり

項目改定の基本的考え方は以下の通りである。

1. 医療の進歩、医療制度改革に合致した評価項目とする。
2. 受審病院の負担を軽減し、審査業務の合理化を図る観点から評価項目を減らす。(約3割減っている)
3. 重複している項目を整理する。
4. 理解しにくい表現をわかりやすくする。
5. 評価対象領域、評価項目体系の構造、訪問審査日数は現行どおりとする。

評価項目の適用についても変化がある。

1. 規模の大きい病院でのみ適用していた「*」マーク項

目が無くなった。サーバイヤーが病院の規模・機能を考慮して評価することになった。

2. 病院の規模とは関係なく役割・機能に応じて評価する「△」マーク項目は残した。

3. 重要判定項目が設定された。この項目は①②③等の下位項目に下線が引かれて明示される。この項目が満たされずに小項目がcとなり、結果として中項目が2となった場合は認定の可否に関わってくる。つまり、

改善要望事項になるという意味合いである。

4. 今までサーバイヤーのみに明らかにされていたc判定の根拠を公開した。

新規に採用された項目は以下の通りである(表1)。

表1 ●医療機能評価評価項目はVer.6に新たに採用された項目

新規に採用された項目	該当する中項目等
1. 地球環境への配慮	1.7
2. 認定期間中の継続的な医療サービスの質改善への取り組み	1.8
3. 診療への患者参加を促進する仕組み	2.2
4. チーム医療の推進と診療の質向上への取り組み	2.6
5. 情報システム管理の体制、機能、質改善	4.16
6. 医療機器管理の体制、機能、質改善	4.19 (6.3より独立して移動)
7. 臨床研修機能の体制、機能、質改善	4.20
8. 患者暴力への方針の策定や対応策の検討状況	6.1
9. 子育て支援などの離職防止・復職支援策の取り組み	6.1

評価項目と評価領域の一部が移動

今まで診療管理、看護管理、事務管理で評価を担当する領域が大体決まっていたが、今回からの評価項目の移動があると共に評価領域の一部移動がある。評価項目の移動や削除について領域順に述べる。

【第1領域】

1. Ver.5で2.1の職業倫理に関する方針の明確化は1.3に移動した。Ver.5で3.1の接遇、対応への配慮は1.5へ移動。
2. Ver.5で1.6にあった関係法令の遵守は無くなり、各領域の該当項目で評価する。今まで重複して評価していた代表的な項目だった。
3. Ver.5で4.15の図書室の適切な運営は1.5.1に移動した。
4. Ver.5で3.6の禁煙への取り組みは1.7に移動した。

【第2領域】

1. 第2領域の名称を、患者の権利と医療の質および安全の確保に変更した。
2. Ver.5で2.1の治験に関する倫理の明確化は削除した。
3. Ver.5で5.5の安全確保のための活動は2.3へ移した。

【第3領域】

ここから移動した項目はあるが、移動してきた項目はない。

【第4領域】

1. 「体制の確立」「機能の発揮」「質の改善」の視点から評価項目を再編・整備した。
2. Ver.5で4.1の連携機能は2.6へ移動。
3. Ver.5で4.17の診療の質改善は2.6へ移動。
4. Ver.5で4.13の栄養管理機能の発揮へは3.7.3、6.3.3を含める。

【第5領域】

1. 5.3 基本的な病棟業務の実施が新設された。

2. Ver.5で5.5の緊急時の対応は2.3へ移動。
4. Ver.5で3.7のベッド・マットへの配慮を5.7へ移動。

【第6領域】

1. Ver.5で2.6の職業感染への対応は6.1へ移動。
 2. Ver.5で2.6の職員への感染予防策の実施は6.1へ移動した。
 3. Ver.5で3.6の施設・設備管理は6.3へ移動。
 4. Ver.5で3.6の療養環境の整備を6.3へ移動。
 5. Ver.5で6.3の医療機器の管理体制は4.19へ移動。
- 第7領域、第8領域について今回は改訂がなかった。なお、評価領域担当は以下のようになった。事務管理担当の項目がやや増えたが、やはり診療担当の項目は多くなっている。
- 診療管理担当/4領域(4.2以外)、5領域
看護管理担当/2領域、4領域(4.2)、5領域
事務管理担当/1領域、3領域、6領域、4領域(4.13、4.15、4.16、4.19)

7月に東京、11月に鹿児島学会でセミナー

以上、改定の概略を述べたが、詳しいことや、個々の病院に合わせた説明を希望されるのであれば、全日病、日本医療機能評価機構の病院訪問支援事業を利用されることをお勧めする。

今後も全日病、都病協、日本医療機能評価機構が主催するVer.6評価項目に関するセミナーが開かれる予定である。

全日病では今後7月ごろ東京で、また、11月の全日病学会鹿児島大会でもセミナーを予定している。機構の日程は機構のホームページをご覧ください。

現在、機能評価を受審すれば中間報告が1度は戻ってきても、指摘された事項を改善すれば認定される。また、中間報告を経てから留保となっても、やはり、改善すれば認定される仕組みになっている。

会員病院の、ひいては日本の病院医療の質向上のために、医療機能評価の受審を強くお勧めする次第である。

病院IT導入の評価指標と測定方法を例示

厚生労働省医政局政策医療課は4月7日、「病院におけるIT導入に関する評価系」を公表した。

「医療機関の機能、規模、特性等を考慮して、目的に応じた情報化の必要性と活用度を適切に評価するための指標(評価系)を2007年度までに開発する」とされたIT新改革戦略の重点計画2007にもとづくもの。

「IT導入に関する評価系」は、病院がITを導入する目的と考えられる項目を分類、導入前後の適切な評価が医療機関自らできるように、目的に応じた評価指標を例示するとともにその測定方法や留意点を対

応表にまとめている。

達成したい目的毎の選択すべきシステムと、そのシステムによって達成される機能および期待される効果も、対応表に整理されている。

また、導入によって生じうる副作用ともいえるべき望ましくない現象をも例示し、それを未然に防止するための留意事項を示している。

さらに、IT導入の評価に際して有効なアンケートやインタビューといった調査実施の留意点なども示すなど、初心者にも分かりやすい内容になっている。

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。

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

シリーズ／個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～ 第1回

編集●個人情報保護担当委員会 *数回にわたり毎月15日号に掲載します

救急外来受診患者の親が電話で診察結果を質問。貴施設はいかに対応？

事例施設「患者の姓名・生年月日確認で判断」、委員会の見解「住所、電話も確認すると確実」

個人情報保護担当委員会では、2005年から「個人情報保護に関するアンケート」調査を行ってきた。調査を通して、会員病院からは「個人情報保護にかかわる対応の他院事例を知りたい」という要望を多数いただいた。

そこで、各施設が実際に体験した事例から、他の参考になるように施設条件などを具体的に明らかにした対応事例を場面別に整理、「個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～」と題したシリーズとして、『全日病ニュース』に連載することで要望に応えることにした。

第1回目は、受付や事務の方が毎日の業務で一番対応が難しく、迷うことが多いと思われる電話の問合せに関する事例を紹介する。(外部委員 森山 洋)

個人情報保護にかかわる対応事例 その1

Q 救急外来患者の親からの電話問い合わせへの対応はこれでよいか？

●当該施設の状況

当院は人口10万ほどの地方中核都市にある250床の一般急性期病院で、地域での2次救急も担っている。個人情報保護法対策は法の施行以来、規定の整備、苦情相談窓口の設置はもちろんのこと、同法担当委員会の設置、職員全員を対象とした研修会の開催も毎年実施している。

●担当者の対応

夜に腹痛を主訴とした女性が当院の救急外来を受診し、診察・検査の後に鎮痛剤の点滴治療を実施し、しばらく安静にしてもらっていた。その後、患者の父親と名乗る男性から電話があり、「救急外来を受診した娘の病名等を教えてほしい」という求めがあった。その対応として、「個人情報保護の観

点から電話ではお答えできない」と断ったところ、「緊急時で娘を心配している父親からの電話なのに、その対応は何事か!」と、父親から大変きつい苦情を受けた。

●病院の対応

当院職員は規定に則り、また、患者が治療後安静・入眠中であったこともあり、すぐの確認が難しいと考え、「個

人情報保護法に低触するために電話ではお答えできない」と説明した上で、「身分証明になるものを持って来院され、関係が明らかに確認できればお答えさせていただく」と返事した。しかし、父親は怒りがおさまらない様子であったので、患者のフルネーム(漢字の確認も含めて)と生年月日を確認し、最終的に問い合わせに応じた。

A 個人情報保護担当委員会の見解

電話での対応が難しい事例ではありますが、ご本人から同意が得にくい救急外来受診という点で、医師の診断がついていたとしても急変などが起こる可能性等もあり得ますので、真に父親であるということを確認(本件では患者の姓名を漢字・生年月日)した上で対応されたことは適切であったと考えます。

さらに、慎重を期するとすれば、住所、電話番号なども確認すると確実です。また、患者本人が電話の方が父親である確認と病名・状態などを伝達し

てもよいかについて、同意を得られるような状態であるかを医師に判断をしてもらってから対応を決定するなど、施設としての手順を定めておくと、より適切な対応ができるのではと考えます。

今回は救急外来患者に関する電話での問合せという事例を紹介しました。今後も各施設で日常的に起こりうる事例を取り上げ、委員会の見解を添えて紹介していきます。

08年度改定の疑義解釈で追加通知。今迄の解釈を整理

2008年度改定疑義解釈通知(その8)から(要旨) 3月30日 厚労省保険局医療課

Q1 入院基本料の算定要件として、夜勤に従事する看護職員の月平均夜勤時間数は72時間以下であることが求められているが、夜勤を行うパート勤務者の場合にはどのように計算するのか。

A 夜勤を行うパート勤務者の場合や、病棟勤務と外来勤務等を兼務する看護職員の場合には、当該看護職員の病棟勤務時間を常勤職員の所定労働時間により除した数を「夜勤時間帯に従事した実人員数」として算入する。なお、月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者や夜勤専従者は「延夜勤時間数」及び「夜勤時間帯に従事した実人員数」には

含まない。

注)療養病棟入院基本料の場合「看護職員」とあるのは「看護要員」と読み替えるものとする。

Q2 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の届出要件にある勤務医の負担軽減に資する具体的計画の策定・周知については、策定予定であれば届出が可能か。

A 上記の点数は、実際に勤務医の負担軽減に資する具体的計画を策定し、周知する等の取り組みを行っている場合に届出ができるものであり、具体的計画を策定する予定だけでは、届出は

受理されない。

Q3 概ね在宅で悪性腫瘍に対して鎮痛療法又は化学療法を行っている患者で一部外来での注射を併用している場合であっても、在宅悪性腫瘍患者指導管理料は算定せず、注射の項の外来化学療法加算の算定となるのか。

A 主として在宅で悪性腫瘍に対する鎮痛療法又は化学療法を行っている場合には在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定し、主として外来での治療を行っている場合には在宅悪性腫瘍患者指導管理料は算定せずに注射の項の外来化学療法加算で算定する。なお、在宅悪

性腫瘍患者指導管理料を算定する場合の注入ポンプの材料料は在宅療養指導管理料加算で算定し、注射の項の外来化学療法加算を算定する場合の薬剤料及び材料料は注射の薬剤料及び特定保険医療材料料で算定する。

Q5 DPC対象病院について求められている適切なコーディングに関する委員会は、構成メンバー等の要件を満たしていれば「診療録管理委員会」等の他の委員会で代置できるのか。

A 目的及び構成員等が要件を満たしているのであれば適切なコーディングに関する委員会とみなしてよい。ただし、設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、同テーマについて、少なくとも年2回は委員会を開催しなくてはならない。

09年介護報酬改定(通所リハ)

リハマネジメント加算と個別リハ加算の要件解釈を広げる

「2009年4月介護報酬改定Q&A」から 4月9日 厚生労働省老健局老人保健課

Q1 自然災害・感染症の発生等で事業所が一時的に休業し、当初月8回の通所を予定していたサービスが提供できなくなった場合は、リハビリマネジメント加算は算定できないのか。

A リハビリマネジメント加算は、正当な理由があれば算定要件に適合しない場合でも算定を認めている。具体的には、当初ケアプランの上では月8回を予定していたが、①やむを得ない理由によるもの(利用者の体調悪化で8回

受けることができない場合等)、②自然災害・感染症の発生等により事業所が一時的に休業等するため等であれば、算定が認められる。

Q2 通所リハで提供されているリハの回数と通所リハ以外で提供されているリハの回数を合算して月8回を満たす場合に、リハビリマネジメント加算を算定することは可能か。

A リハビリマネジメント加算の算定は、一事業所で月8回の通所リハサー

ビスの利用を要件としている。ただし、短期入所療養介護事業所により個別リハが提供される場合で、通所リハ事業所におけるリハの提供回数と短期入所療養介護事業所におけるリハ提供回数の合計が月8回以上であり、かつ、事業所間で利用者の情報が共有され、一体としてマネジメントが行われている場合には、リハビリマネジメント加算の算定が可能である。

Q4 「高次脳機能障害(失語症含む)」先

天性又は進行性の神経・筋疾患」については、月8回以下の利用であっても個別リハ加算を算定できるとされたが、その他、どのような場合に個別リハ実施加算の算定が可能となるのか。

A 通所リハ事業所医師の診察内容及び運動機能検査の結果を基に、リハの提供に関わる医師、PT、OTもしくはST、看護職員又は介護職員等が協働して作成する通所リハ実施計画において、概ね週1回程度の通所であっても効果的なリハの提供が可能と判断された場合には、月8回以下の利用であっても個別リハ実施加算の算定が可能。ただし、この場合も、個別リハ実施加算の算定要件を満たしていただく必要がある。

第4回医療機関トップマネジメント研修コース 開催のご案内

申込締切迫る!

*詳細は全日病ホームページをご覧ください

ケーススタディを活用。グループワークで解決策を追求する実践型の病院経営講座。8日間でトップリーダーを育成。回数・料金を見直し、より受講しやすい内容にしました!

program

- 第1単位/6月13日(土)・14日(日)**
オリエンテーション、医療概論、経営学概論、広報・ブランド管理、医療の質評価、DPCの活用
- 第2単位/7月25日(土)・26日(日)**
DPC財務への適応、財務管理、管理会計(基礎)、管理会計・人事管理
- 第3単位/9月26日(土)・27日(日)**
医療提携、慢性期包括評価、安全管理、リスク管理
- 第4単位/10月24日(土)・25日(日)**
BSC・TQM基礎、TQM基礎

医療現場と経営に精通した講師陣(順不同)

- 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 池上直己
慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 河野宏和
東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野教授 長谷川友紀
小樽商科大学商学部教授 伊藤 一
文京学院大学・大学院・経営学研究科客員教授(公認会計士) 石井孝宜
グロービス経営大学院教授 佐藤 剛
財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院院長 飯田修平
小樽商科大学大学院商学研究科アントレプレナーシップ専攻専攻長 李 濟民
日本HIS研究センター代表幹事 石田章一



受講対象◇理事長・院長の役職にある方、または将来の理事長・院長候補の方
開講期間◇2009年6月～10月(全4単位)。各単位2日間(土曜・日曜)
受講料金◇300,000円(食事代・懇親会費含む)
受講定員◇40名
会 場◇全日本病院協会(JR総武線 水道橋駅前)
申込締切◇4月30日

全日本病院協会 事務局 Tel.03-3234-5165

2009年度創設「休日夜間患者受入医療機関支援事業」に関する要望－救急現場崩壊を食い止めるために

財政難自治体に「救急勤務医手当導入促進事業」負担忌避の動き

次期改定で、救急搬送1件あたり2,000点の救急搬送加算新設を期待



常任理事・救急防災委員会委員 加納繁照

日本の病院総数は8,862病院(2007年10月現在)となっており、その内、医療法人立病院は5,902病院、64.3%の割合を占めている。個人立533病院(6.0%)を加えると民間病院数は6,435病院となり、全体のちょうど7割にあたる。

これらの病院は急性期、回復期、慢性期と各病期の医療を担っており、あらゆる領域で民間病院は地域社会を支える保健医療の役割を担っている。

総務省消防庁の「平成19年版救急・救助の現状」によると、急性期における全救急搬送総数488万5,000件の内、民間病院は265万5,000件、約54%を受けており、さらに、大阪府、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県、岡山県、福島県、京都府、鹿児島県、福岡県では、救急搬送数の60%以上を民間病院が受けている。

また、民間病院の受け入れが50%を超える都道府県の人口はわが国総人口の55.4%を占めている。民間病院が担う役割の重要性は人口密度の高い都市ほど大きなものがあり、特に、2次救急分野ではこの傾向が顕著である。

大阪府を例として具体的に実績数を示すと、2007年の救急搬送総数45万件中、76%の34万件を民間病院が引き受けているが、これに対して、国立病院

は2.2%、自治体立の公立病院は14%、日赤・済生会等の公的病院は9%という結果であった。

特に、大阪市内においては、民間病院が占める割合は9割近く(87.1%)にもなっており、まさしく民間病院が中心となって救急を担っている現状を象徴している。

この状況下、昨年7月の外添厚生労働大臣来阪時に、「2次・3次救急の現状及び改善施策」を進言したこと、おきから政府が昨年7月末にまとめた「5つの安心プラン」にからんだ医師不足、勤務医対策とが合致した結果、「救急勤務医手当導入促進事業」が8月に創設された。そして、今年に入り、国の予算として20億4,496万7,000円が確保された。

マスコミが「たらい回し」と称する救急問題等、現在、都会を中心に起っている救急の一番の問題点は、2次救急を引き受ける民間病院の減少であり、結果として2次救急患者が本来高次の救急だけを受けるはずの救命センター等の3次救急へ流れ込み、それによって負担の増加が生じて3次救急が破綻するという、負の連鎖が起きていることと考えられる。

初めて2次救急を含めた救急勤務医に対する手当が創設

民間病院が2次救急の認定を辞退する大きな理由は経済的に見合わないということであり、このことは福祉医療機構の病院経営報告(本年1月発表)にも如実に示されている。

すなわち、福祉医療機構から借り入れを起している約600の急性期医療を中心とした民間一般病院における「収益率」の平均値は、03年の1.8%から07年度決算では0%どころか、それを通り越したマイナス0.3%にまで落ち込んだのである。

このデータの通り、急性期は、まさに収益率ゼロ以下の時代である。さらに、昨年4月の08年度診療報酬改定では、3次救急である救命救急センター等に対しては診療報酬が手厚く引き上げられたものの、2次救急には1点たりとも点数がつかなかったことにより、今後も救急を受け入れる民間病院の減少は加速すると考えられる。

この中で、今回、「休日夜間救急患者受入医療機関支援事業」が、3次救急だけでなく初めて2次救急を含めた救急勤務医に対する手当として創設された。

事業内容は、救急当直等1回につき、土日祝日の昼間1万3,570円/回、夜間1万8,659円/回であり、補助金の負担割合は国1/3、都道府県1/3以内、市町村1/3以内、事業主2/3以内となっている。2次救急病院にとっては救急分野で

正当に評価された画期的な事業であり、補助金を満額出してもらえたら、救急病院運営へのプラス効果が大きいと考えられた。しかし、ここに大きな落とし穴があった。手当を分担する各都道府県、また、市町村の財政状況悪化により分担金を一切支出しないという自治体が出てきたからである。

当の大阪府も、橋下徹知事の下で破綻した府財政の再建中であるからとして、これに関する補助金は1円も支出しないという考えであり、府が支出できないなら市町村も支出できないということになり、結局は国が負担する1/3しか補助はないということになりそうである。

その結果、事業主側である救急病院が残りの2/3を支出しなければ補助金としては成立せず、支出するとしても、この金額は2次救急病院には逆に大きな負担となってくる。こんな理屈に合わない話はない、ということである。

現時点では、東京を含め、いくつかの都道府県では積極的に負担する話が進んでいるようだが、大阪府をはじめ、愛知県等の大都市圏では負担できない地域が多いとのことである。自治体の首長には、もう一度、現在の救急現場の危機的な現状を認識していただき、速やかなる再考をしてもらいたいものである。

救急搬送1件あたり4～6万円の夜間人件費対策が急務

一方で、救急医療現場には救急勤務医はもちろんのこと、救急現場の看護師、放射線技師、検査技師、薬剤師、事務等を含め数多くのスタッフが必要であり、昼間救急搬入を含めた、救急搬送1件あたり4～6万円かかるといわれる夜間の人件費負担について、とくに、もう一度検証していただきたいものである。

来年度の診療報酬改定では救急搬送受け入れ1件あたり、この人件費の1/2～1/3にあたる2,000点(2万円)という救急搬送加算の新設を考えていただければと思う。2万円の患者側の

自己負担を3割とすると6,000円となり、この負担によって、タクシー代わりの救急搬送依頼は激減すると考えられ、これにより、現在、日本全体で1年間の救急搬送件数である約500万件が半減すると仮定すれば、約500億円(2万円×250万件)の財源が必要となる。

この7割が保険負担とすれば、「350億円の救急への増額」によって多くの救急病院にインセンティブが働き、救急現場に少しは活気が戻ると考える。もちろん、同時に、恵まれない立場の方々の自己負担増に対する対応は必要である。

次回改定で、前回のように2次救急病院への対策が無策に終われば、2次民間救急病院はいよいよ絶滅し、日本

の救急医療の完全崩壊を招くと思われる。是非とも、この状況を冷静に見てもらい早急なる対策をお願いしたい。

「休日夜間患者受入医療機関支援事業」にかかわる大阪府知事・市町村への大阪府病院団体からの要望

「救急勤務医手当導入促進事業」における大阪府補助についての要望書

平成21年3月30日

社団法人大阪府病院協会会長 今岡真義
社団法人大阪府私立病院協会会長 生野弘道

近年、救急医療を取り巻く環境は厳しさを増しており、医師不足、特に救急救命センター及び二次救急医療機関における医師確保は非常に困難な状況にあります。

本来、大阪府下における一次から三次にいたる救急システムは日本における救急システムの模範とされてきましたが、昨今の医療費抑制政策による医師の劣悪な労働環境と医師不足により二次救急医療機関の辞退が急増しており、二次救急現場における受診不能が発生、その結果三次救急医療機関である救命救急センターへの二次救急患者の流入を招き、三次救急として本来の機能が果たせなくなってきております。

昨年、7月大阪において外添厚生労働大臣に二次及び三次救急の現状と改善施策を進言した結果、厚生労働省により下記事業が8月に創設され、予算(負担割合:国1/3、都道府県1/3以内、市町村1/3以内、事業主2/3以内)が確保されました。

大阪における進言から創設された事業であり、少しでも待遇改善を図ることにより二次救急及び三次救急において医師確保の改善に向かうと考えられます。そのためには大阪府より「都道府県の分担割合についての補助」を切にお願いいたしたく要望するもので、格段のご配慮をお願いいたします。

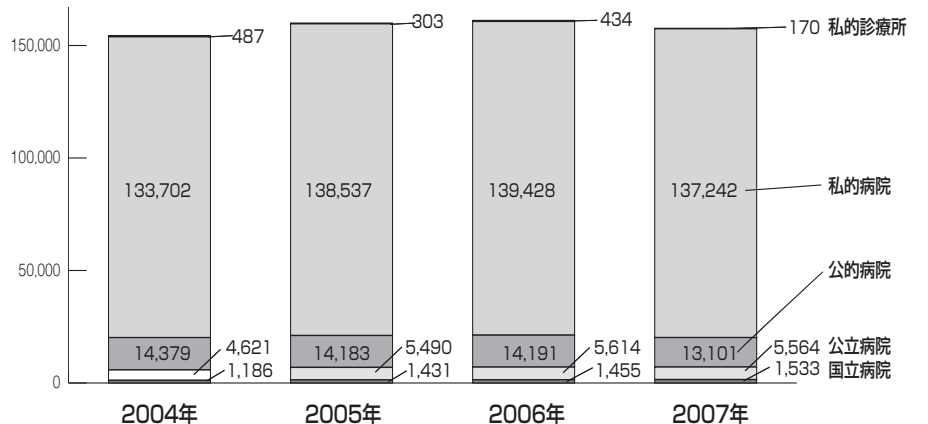
厚生労働省が創設した事業の概要

1. 対象経費:勤務医に対する手当(救急勤務医手当)
2. 補助先:都道府県(間接補助先:厚生労働大臣が認める者)
3. 補助率:1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3以内、市町村1/3以内、事業主2/3以内)
4. 積算単価:土日祝日の昼間13,570円/回、夜間18,659円/回
5. 創設年度:平成21年度

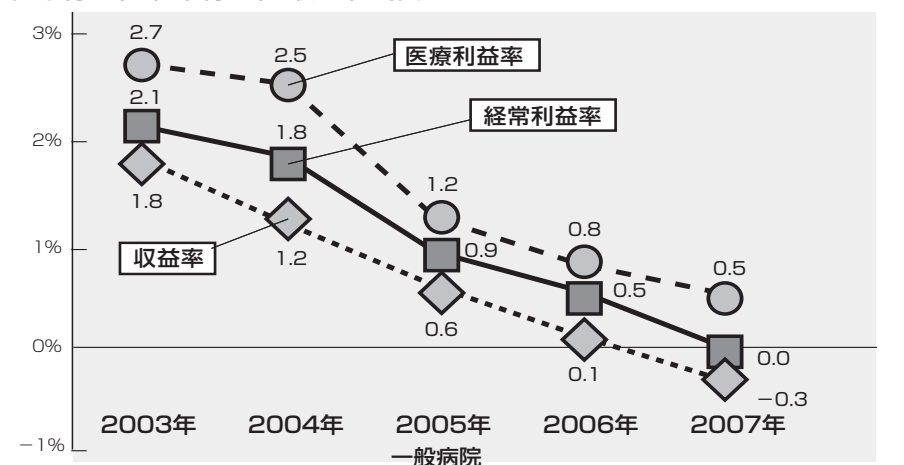
大阪府補助制度(案)の概要

- (1) 補助先:府内の救命救急センター・二次救急告示医療機関等のうち、新たに「救急勤務医手当」を創設する医療機関
- (2) 対象経費:勤務医に対する「救急勤務医手当」(宿日直手当や超過勤務手当とは別)
- (3) 補助額:対象経費の1/3(補助基準額土日祝日の昼間:13,570円/回、夜間:18,659円/回)
- (4) 備考:国庫補助事業の「休日夜間救急患者受入医療機関支援事業」(平成21年度新規事業)を活用し、府への国庫補助額の範囲内で各医療機関へ補助

大阪市内の救急搬送先別推移



医療利益率、経常利益率、収益率の推移



福祉医療機構「病医院の経営分析参考指標(2007年度決算分)」から
収益率={1-(総費用÷総収益)}×100

「医師不足・医療崩壊に決起すべき」と国会議員の声

四病協 メディカル スクール構想
メディカルスクール構想で四病協と議連がシンポジウムを共催

「医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟」と四病協・メディカルスクール検討委員会が共催したメディカルスクールに関するシンポジウムが、4月10日に東京都内の衆議院第2議員会館で開催され、約120名が参加した。国会議員の参加も無所属を含めると20名近くにのぼり、メディカルスクールに対する関心の強さをうかがわせた。

同議連(代表・自民党尾辻秀久参議院議員)は昨年2月に結成された超党派の集まりで、現在、自民党から共産党までの190人以上の国会議員が参加している。

四病協・メディカルスクール検討委員会(委員長・山崎學日精協副会長)が、

昨年まとめたメディカルスクール構想に関する報告書を関係各方面に配布・説明する活動の中から、同構想に関心をもつ国会議員を中心に四病協と意見交換する場を公開制で開く話がまとまり、今回の企画が実現したもの。

議連を代表して挨拶にたった民主党仙石由人衆議院議員は、「医療の再建にはこれまでの2、3倍のエネルギーが必要であり、人の養成が必要だと改めて感じている。人的資源を充実させ、育てることを政治の立場から考えてみたい」と挨拶した。

シンポジウムでは、メディカルスクール検討委員会の委員である本田宏済生会栗橋病院副院長と中田力新潟大学



脳研究所統合脳機能研究センター長が、それぞれの立場から医師不足と医療崩壊の現状をつまびらかにするとともに、今求められる対応策の方向性について講演した。

その後の意見交換で発言した国会議員の多くは医師不足を初めとするわが国医療の現状に強い危機感を表明。「医療費亡国論にもとづく政策で、こ

こ10年、医療費は削られ続けてきた。今こそ行動を起こさずしかない(自見庄三郎参議院議員)、「せっかく超党派の議員が集まったのであるから、ここから行動を起こしていきたい(足立信也参議院議員)など、議論の段階からもはや行動の段階に移っているといった認識を示し、決起を促す声が目立った。

シンクタンク研究テーマの1つに地域一般病棟の診療報酬

西澤会長 「消費税の大幅引き上げ時には原則課税」

第92回定期代議員会における主な質疑応答 3月28日

仁科代議員(山形県)

次期改定への準備に入っていると思うが、DPCは、例えば、循環器系の疾患を取っても出来高点数とは格差があり、当該医療機関は大変困っている。データを援用しながら、厚労省にその是正を強く要望してほしい。

西澤会長

DPCはこれまでの試行段階から、今や、定着段階に入っている。DPCにおける矛盾を解消するためにも、我々はデータをしっかりと活用していきたい。

鬼塚代議員(福岡県)

DPCでは高度な医療機能をもつ病院が優遇され、「地域一般病棟」はあまり優遇されないのではないか。そのあたり、どういう対応を考えているのか。

西澤会長

現行の調整係数を廃止して新たな機能評価係数を採用するというので、現在、議論が行なわれており、評価項目の候補が示されている。次期改定ですべての項目を織り込むことは難しく、経過措置をとることが基本小委で決まった。どのくらいの期間をかけて切り替えるかはこれから議論される。大きな病院の機能を中心に評価すべきであるという意見が多いが、我々は真にふさわしい係数を提言していきたい。地域の病院や中小病院にもヒアリングを実施しており、それなりの評価項目案が出ている。

木下代議員(徳島県)

厚労省は一般病棟に関する実態調査をしており、そこには、西澤会長の名前も使われている。こうした調査にあ

たっては全日病として事前に十分チェックし、意図的に使われないことがないようにしてほしい。

西澤会長

今なされている患者に関する調査の調査票送付に際しては私の名前も使われている。もちろん事前に説明があり、チェックもしている。調査の目的は在院日数の長い一般病棟患者の実態を捕捉することにある。これについては、慢性期分科会による調査でもデータが表われており、議論もされている。分科会には猪口副会長も出ている。基本的ににおまかせいただいでよい。

吉岡代議員(島根県)

今、消費税を引き上げる話が出ているが、5%から10%に引き上げられると病院は本当に苦しい。大企業に適用されている輸出戻し税(ゼロ税制)を医療にも適用できないか。

西澤会長

我々が診療報酬引き上げを求めても結局は財源論にいきつく。個人的には消費税しかないと思料する。その引き上げを求めるとともに、それを社会保障に使うべきかと考える。

損税の問題については自民党とも長年議論してきた。自民党は、消費税の大幅引き上げの際には損税をなくす必要があると考えている。すなわち原則課税になる可能性がある。

金澤代議員(熊本県)

特定健診について、全日病は集合契約に力を入れてきた。この1年のデータを分析する予定はあるのか。協会けんぽとの契約はどう考えているのか。

都道府県の保険料は今年から差がつく。予防等の見地から保健指導にも力を入れる必要があるが、保険料の格差が進む。市町村によるがん検診と併せて見解を聞きたい。

西常任理事

特定健診にくらべると保健指導の実施率は去年は少ない。新年度から本格的に出てくるだろう。協会けんぽは集合契約Aであり、それぞれの地方で取り組んでいただいている。がん検診も特定健診・特定保健指導とは別に市町村で実施されている。

久保谷代議員(岩手県)

公益法人制度改革への対応について基本的な考えをうかがいたい。私の提案は一般社団であるが、あるいは公益法人を考えているのか。

猪口副会長

今、委員会で検討を始めている。現行の事業を分解し、収支を含めて分析している。その結果、一般法人・公益のどちらに該当するかを判断したい。今年中には基本的な考え方を示したい。

藤原代議員(北海道支部)

シンクタンクについては大枠理解できるが、具体的な内容を示してほしい。

徳田常任理事

現在、あり方委員会で立ち上げの準備をしている。昨年、支部対象に財源に関するアンケート調査をした。会費の値上げについては各支部の意見が分かれた。その結果、新年度は3,000万円という予算で臨むことが決まった。組織上は委員会と同列に位置づけ、担当理事とともに運営委員会を設置する。

何をやるのか。現在は、①政策提言、②情報の収集・分析・保管と会員への提供、③外部機関からの受託研究、④会員への支援サービスとしてのコンサルティング、を検討している。

今のところ次のテーマを考えているが、具体的には新年度に検討したい。

- ①診療報酬におけるホスピタルフィーとくに地域一般病棟の診療報酬について
- ②女性医師の勤務実態と意識
- ③医療安全の諸外国における実態など



受審支援セミナー(大阪会場)に207名が参加

全日病の病院機能評価委員会(木村厚委員長)が主催する第5回機能評価受審支援セミナーが3月29日に大阪市

内で開かれ、定員を上回る207名が参加した。

7月1日から運用される病院機能評価の評価項目Ver.6.0を主題としたセミナーとあって、参加78病院のうち、全日病に未加入の病院が29と4割近くを占めた。(4面掲載「評価項目改定Ver.6.0の概要」を参照)

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

あんしんとゆとりで仕事に専念

陣容の若返りで「若い層の台頭に期待」

DPC機能評価係数「地域病院にふさわしい案を提言したい」

第2期西澤執行部の方向性—西澤会長の所信表明 (4月8日) インタビュアー／中村康彦常任理事 (2008年度広報委員会委員) ※1面記事を参照



中村 会長に再選おめでとうございます。第2期になるわけですが、第1期を振り返って、どんな感想をお持ちですか。

西澤 佐々前会長の8年間に全日病の現在の活動基盤がつくられました。したがって、私の1期目はその活動基盤を受け継ぐことからスタートしましたから、その意味ではやりやすかったですね。

ただし、予想外の事態も生じ、その対応に追われたという一面もありました。その1つが医療崩壊、とくに病院医療の危機が急速に表面化したことです。もう1つは、会長に選出された半年後の2007年10月に私が中医協委員に就任したことです。改定が終わるまでの半年間は、全日病会長と中医協委員とのバランスのとり方に苦労しました。(笑)

中村 第1期は会員数の増加が顕著でした。06年度末の2,190名から08年度末には2,272名にまで増えています。



西澤 病院の数が大きく減る中で、全日病の会員が増えるということは大変ありがたいことです。そこには2つの意味があるのではないのでしょうか。1つは、経営がきわめて困難となる中で本会に対する期待が大変大きいということです。もう1つが、本会の活動を評価していただいているということです。それだけに責任の重さを感じます。今後も会員のニーズを的確に捉えていくとともに、会員ではない病院にも仲間に加わるよう訴えていきたいと思えます。

中村 第2期のスタートに当たって副会長と総務委員長に若手を抜擢しました。

西澤 長らく本会に貢献されてきた手束昭胤先生がご勇退されるということで、後任の副会長として、理事であった神野正博先生に就任していただきました。また、長らく総務委員長を務めてこられた古畑正先生も、医師会の業務多忙ということで常任理事から理事に退かれたため、やはり理事であった猪口正孝先生に引き受けていただきました。

いずれも、第1期07年度に理事に選ばれたばかりの若い方々です。全日病が今後もアクティブな活動を続ける上では、若い層に活躍してもらう必要があります。そういう意味からも、若手の代表として、このお二人には大いに期待しています。

中村 アクティブな活動を続けるという意味からは、新執行部が掲げる“委員会体制の見直し”が重要な課題になりますね。

西澤 我々の目的を達成するためには、常に目的志向であることが不可欠です。また、常に時代環境に適していくためにも、絶えず迅速な対応が可能な態勢を維持していく必要があります。本会の委員会は今までも積極的な活動を展開してきましたが、今お話しした見地から、より適した体制へと進化し続

けることが求められるということで、一定の編成替えを検討しています。

中村 そうした中、シンクタンクの創設が正式に決まりました。

西澤 シンクタンクの構想は、「病院のあり方報告書」で10年来検討を呼びかけてきた課題でした。一般の総研と比べるとはるかに小さな額ですが、予算規模の小さな全日病としては、結構思い切った額である3,000万円を確保しました。我々が考えていることを具現化するために、データに基づいた政策提言の基となる研究をしてもらう予定です。着実に成果を出して、より大きな活動基盤を得ていくことができればと期待しています。

シンクタンクが定着し、拡充していくということは、全日病が大きくなることを意味するものではないでしょうか。そういう意味からは、シンクタンクの活動を1年みていただいて、その評価にもとづいて、活動基盤を拡充するために年会費をどうするかの議論もしていく必要があるかと考えています。

中村 そろそろ次期改定の議論が始まります。会長の所信をお聞かせください。

西澤 病院経営がここまで苦しくなった背景には、やはり、医療費の抑制があります。これを何とかするためには、当然に、診療報酬の大幅な引き上げを求める必要があります。今や、病院を中心とする医療機関の存続が全国的に危ぶまれ、地域の医療提供体制が円滑に機能しなくなりつつあります。したがって、これを存続できるように図り、再生させることが、とりも直さず医療崩壊を阻止する道です。

したがって、ある程度の資金を投入し、各病院がもっと安定かつ継続して経営ができるようにしなければなりません。これが、地域における医療提供体制の継続となり、それによって地域住民・患者に質の高い安全な医療の提供がかない、国民が安心して生活できる基盤が堅持されることにつながるわけです。

ただし、診療報酬引き上げにはそれなりの根拠が必要です。我々も、根拠となるデータを添えて必要な要望等をしていきたいと考えています。現在、我々が重視しているのは、入院基本料をはじめとした基本診療料の引き上げです。

中村 DPCについてはどういう展望をおもちですか。

西澤 昨年10月に「急性期入院医療の評価は出来高とDPCの二本立てからなる」ということで日本医師会と病院団体間が合意に達し、診療側として中医協に文書を提出しました。つまり、これまでと同様にDPCを推進していく方向性があらためて確認されたこととなります。個人的には、DPCの先にはDRG/PPSというものも視野の1つにあるのではないかと考えます。

現在、調整係数を廃止して新たな機能評価係数を採用するという議論が進



む中、そこに織り込まれる評価係数候補も出揃い、その絞り込みが始まっています。次期改定で、評価係数候補のすべてを織り込むことは難しいということから、一定の期間をかけて置き換えるという経過措置を図ることが決まっています。大きな病院の機能を中心に評価すべきであるという意見が多いようですが、地域の病院や中小病院に対するヒアリングの中からそれなりの案も出ており、我々としても、真にふさわしい係数を提言していきたいと考えています。

中村 医療安全調査委員会の問題は、今、休戦とでもいうべき状態にありますね。(笑)

西澤 今のところ、第3次試案と法案要綱案の段階にとどまっています。医療事故に対応した何らかの組織が必要であるという点で、我々と厚生労働省の考えは一致しています。しかし、第3次試案は医療安全の取り組みと医療事故への対応を同一の組織で行なうというものですが、両者は性格が異なるものであり、やはり、別の組織で取り組まれるべきではないかというのが全日病の基本的な見解です。ただし、両者とも大切な、しかも急がれるテーマであり、ともに早急に設立されるべきであると考えます。

中村 臨床研修制度の見直しに一応の決着がつかいましたが。

西澤 現行の医師臨床研修制度には色々な意見がありますが、やはり高く評価する声が多いのではないのでしょうか。したがって、見直すのであれば、この5年間の実績をデータで検証した上で、良い点は継承し、悪いところは改善するというように対処すべきであったと考えます。そうした検証がない中で見直しを強行したということでは、やはり、問題を残したといえるのではないのでしょうか。

臨床研修が医師不足の原因であるとして見直しが提起されました。医師不足に拍車をかけた1つの要因にはなりませんが、主たる原因ではありません。したがって、今回の見直しによって医師不足が緩和に向かうとは思えません。

重要なことは、総合的な診察能力を身につけるという現行制度の理念・目標です。この点をもう一度確認し、今回の見直しによって、その点が崩壊しないよう見守っていきたく思います。また、臨床研修病院には、今後も、よりよいプログラムの実践に努めて臨床研修の質を高めるとともに、よい臨床医を育てていただきたいと希

望します。本会としても、会員病院に対する支援は惜しまないつもりです。

中村 長年アウトカム評価事業を手がけてきましたが、09年度の展望はいかがですか。

西澤 本会はDPCがここまで普及する前からアウトカム評価事業を進めてきましたが、今や、急性期入院医療の主流はDPCに移っています。したがって、既存のアウトカム評価事業をそうした視点から統合化したので、会員病院はこれまで以上に参画しやすくなったのではないのでしょうか。

また、本会はメリーランド病院協会が推進しているIQIP (International Quality Indicator Project) に参加しています。これは国際的な質向上の取り組みであり、非常に重要なものとして位置づけ、今後も国内から参加する会員病院の窓口としての機能を果たしていきたいと考えています。

中村 第1期西澤執行部の下で、研修事業の充実ぶりは目を見張るものがありました。

西澤 正直に言えば、本会としても目いっぱい研修や講座を抱えており、役員や事務局にも過大な負担をかけています。しかし、いずれも重要なものばかりであり、病院の質を底上げしていく上で、あるいは会員が各地域で基盤となる病院になっていく上でも欠かせないものばかりです。各会員病院が力をつけていくためには、まだまだ多くの研修講座が必要です。今後も、そうしたニーズに応えていきたいと考えています。

中村 四病協とともに日病協の活動も活発化しています。全日病としては、今後も、どのようなスタンスで臨んでいきますか。

西澤 診療報酬ひとつとっても、やはり、すべての病院団体が協同して取り組むことが重要です。四病協は、基本的には性格が似た4つの病院団体が構成されている上、歴史もありますから、意思の統一が非常に図りやすいという面があります。四病協の活動には、今後もしっかりと取り組んでいきたいと考えています。

日病協については、まだ四病協ほどの歴史がなく、また、色々な性格の団体が混じっていますから、活動する上で一定の制約は免れません。しかし、その中でも、診療報酬をテーマとする実務者会議については、病院という共通基盤に立ってある程度一体となった活動ができています。したがって、ここでまとめていく要望活動は、我々としても重要視したいと考えています。

特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース<東京会場> 開催のご案内

日時● 6月13日(土)・6月14日(日) 会場/スター研修センターお茶の水(東京都千代田区) 6月27日(土)・6月28日(日) 会場/TFTビル(東京都江東区)

※講義は4日間計30時間。研修内容は厚生労働省所定の「食生活改善指導担当者研修」に該当

対象者●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

*研修修了者は、併せて、動機付け及び積極的支援のうち、食生活の改善指導及び3メッツ以下の運動の支援を実施することができます。

*受講者は、受講修了証及び全日病認定「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)【食生活改善担当者】」として認定されます。

参加費●会員病院 1名あたり5万円、会員以外の病院 1名あたり6万円

定員●100名

申込●5月31日締切 申し込みの詳細は全日病ホームページ掲出資料をご参照ください

全日病東海ブロック研修会(愛知県支部担当) 開催のご案内

日時●5月23日(土) 14:00~16:30

会場●愛知県名古屋市内 朝日ホール(名古屋栄1-3-3朝日会館15階)

プログラム●講演「10年遅れの世紀末—アメリカ人勝ち体制の終焉と今後の行方」マン・インベストメント証券株式会社取締役会長 森居誠司

講演「全日本病院協会について」 全日本病院協会 学術委員会委員長

参加対象●全日病会員病院(未加入病院の参加も歓迎します)

参加費●無料

申込方法●所定申込書を下記までFaxでお送りください(申込書は本会HPからダウンロードできます)

お問合せ・お申込先 全日本病院協会愛知県支部(名古屋記念病院内) Tel.052-804-1111(代表) Fax.052-803-8830