



全日病 NEWS 7/15

21世紀の医療を考える全日病 2009

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.713 2009/7/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

診療科ごとの収支にばらつき!

08年度医療機関の部門別収支調査報告 急性期入院のデータとして改定資料への採用可否を検討へ



7月10日に13ヶ月ぶりに開かれた診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会は、「2008年度医療機関の部門別収支に関する調査報告」を了承、同調査は「精度の高い内容を確保するにいたった」と評価した。

病院の収支状態を診療科別に調べた調査報告は、全般的に入院が黒字、外来が赤字の傾向にあること、また、診療科間で黒字・赤字の分化がみられ、収支のばらつきが大きいことが浮き彫りとなった。

入院と外来を併せると、収支トントンの内科群を境に、低率ながらも利益を確保している外科群と産婦人科群(ともに医業収支差率5%)がプラス側に位置し、高収益の眼科群(18%)が別格の地位にいる。

一方、耳鼻咽喉科群(-3%)、整形外科群(-5%)、小児科群(-7%)は1桁の赤字にとどまったが、麻酔科群(-17%)、精神科群(-19%)、放射線科群(-22%)は深刻な赤字に陥っており、皮膚科群にいたっては-46%と費用の半分しか報酬を得ていないという結果となった。

調査報告をまとめた池上直己委員(慶應大学医学部教授)は、診療科収支のばらつきについて、「それが、主に診療報酬の点数と診療行為との関係から生じているものかどうかの分析は、まだできていない」と判断を保留したが、医療費配分を考える上で診療科別の収支実態が重要な資料となる可能性がある。

調査報告は基本小委に回され、10年度改定の基礎資料に用いるか否かが検討される。(5面に調査結果の概要を掲載)

部門別収支の調査手法は、病院全体の収益・費用の構造を把握するために、中央診療部門と補助・管理部門の収益・費用は入院部門と外来部門の各科に配分し、最終的に入院・外来別の各診療科単位に割り振って診療科別の収支を把握するというもの。

中央診療部門等から各科に配分する按配を導くために、「一般原価調査」以外に「特殊原価調査」を実施して配賦割合を算出するという2段階の調査が行われる。

調査には精緻なデータが求められることから、今回の調査は、電子化されたレセプトデータとDPC影響調査に採用されているEファイルを提供できる医療機関に依頼したため、一般病床しかもDPC対象(準備)病院に限られた。

それでも、協力を承諾した190病院のうち63病院が途中で辞退、最後までデータを提出できたのは127病院(一般原価調査の場合)と1/3が「脱落」している。

その原因は、各病院の会計処理や経営分析データとは異なる定義の数字や

院内では収集されていない項目のデータが求められるため、新たにデータ収集する必要が生じるなど負担が大きいことにある。

部門別収支は、病院全体のコストを診療各科に上乘せする配賦方式によって異なる数値が得られる可能性がある。同日の議論でも、配賦の仕方に疑問を

示す意見も出された。

こうしたことを踏まえ、分科会は、「今後、診療報酬改定の基礎資料としていくためには、可能な限り多様な医療機関のデータを用いることができるよう、調査参加が容易なものとするべき」として、調査方法簡素化の検討を09年度の課題にあげた。

慢性期調査と連携、点数算定資料の方向を目指す

部門別収支調査は2003年度から07年度までの5年間実施され、07年度の報告では「調査精度の確保にめどがついた」と評価され、08年調査結果は診療報酬改定の基礎資料に使われることを視野に入れて実施することが、昨年の分科会で確認されている。

同日の議論でも、少なからぬ委員から「調査結果を10年度改定の資料に用いるべきである」という意見が示されたが、一方で、調査手法の汎用性を高めて各病院が活用可能なソフトにまで開発を進めるべきであるという提案も出た。

分科会の猪口雄二委員(全日病副会長)は、「慢性期分科会では慢性期入院医療の調査からしっかりした原価データを得ている」と指摘し、エビデンス

に基づいた入院基本料等の算定が必須であるとする立場から、両調査の連携を求めた。

調査報告をまとめた池上委員もこの見解に賛同。事務局(厚労省保険局医療課)も、そうした方向の必要を認めた。

慢性期入院調査のデータは、すでに06年度改定から療養病棟入院基本料算定の基礎資料に使われている。急性期に関する部門別収支調査が同様の位置づけを得ることになれば、一般病棟入院基本料の算定は合理的な根拠を得る可能性がある。

調査報告は診療報酬基本問題小委員会に報告され、今後報告される医療経済実態調査結果とともに10年度改定の資料に採用するかどうか、検討される。

一般病床・介護施設含む横断的調査の方向へ

慢性期医療の実態調査

慢性期調査が急性期原価把握と重なる可能性。焦点は12年度同時改定

慢性期分科会の作業課題に、一般病床および介護施設を含む慢性期患者を横断的に調査し、慢性期医療の実態と問題点を総合的に検討するテーマを追加する方向で議論が進んでいる。

5月27日に2年ぶりに再開された診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会は慢性期医療の調査範囲をめぐって議論。今後は、患者の流れの上で医療療養病床の前後に位置する一般病棟の長期入院患者や介護施設で慢性期医療を受けている高齢者を含む広い範囲で実施されるべきであるということ意見が一致し、分科会が担当する調査分析の範囲を拡大するという見地から、分科会の担当範囲について診療報酬基本問題小委員会に諮ることを決めた(6月1日号既報)。

慢性期分科会の池上直己分科会長は7月8日の基本小委に出席し、「中・長期的な課題として、医療療養病床に留ま

らず慢性期医療全体を横断的に把握、その実態を踏まえて議論したい」と分科会の見解を報告した。

基本小委は、慢性期分科会の提案を前向きに受け止めながらも、分科会が考える作業範囲を具体的に明示してほしいと要請、結論を次回以降に持ち越した。

同日に開かれた慢性期入院医療の包括評価調査分科会は、基本小委の意向を受けて、分科会として考える今後の作業課題を明示する書面の内容について議論した。

その結果、2010年度改定に向けた「患者分類の妥当性検証および医療の質の検証」を短期的課題とするとともに、「一般病床や介護保険施設等の医療療養病床と機能が近接している病床等における慢性期医療について検討を行なう。まずは、調査対象を含めた具体的な調査内容について議論する」ことを中長期的課題として明記することで一致、

具体的な文言は分科会会長と事務局(厚労省保険局医療課)に一任した。

同日の議論で、分科会は、10年度改定では医療療養病床の大きな見直しを行なうべきではなく、慢性期医療の横断的な調査は12年度の医療・介護同時改定に向けた検討の基礎資料とすべきであるという認識で概ね一致した。

猪口雄二委員(全日病副会長)は、「慢性期分科会の調査によって患者分類ごとのコストが明らかになった。こうしたデータはDPCで一部試みられている以外見当たらない、貴重なものだ。慢性期医療全体のデータを把握することは医療機関全体のコストを追求することにつながる。日本病院団体協議会はコストに基づいた入院基本料の再構築を提起しているが、医療課としても、医療機関全体の問題としてコストを取り上げて議論していく場を設けていかないと、医療費に関する議論は社会保

障国民会議が行なったシミュレーションの方向には向わないだろう。そういうことを踏まえて、この議論を進めていくべきだろう」と慢性期分科会の今後の作業が、今後、一般病床におけるコスト議論とクロスしていく可能性に言及するとともに、厚労省に、そうした方向性を受け入れ、調査・分析かつ議論する場を設置するよう提起した。

臓器移植法一部改正法が成立

臓器移植法一部改正法が7月13日に参院本会議で採決に付された結果、投票総数220のうち賛成が138票を占めて可決され、成立した。これによって、本人の意思が不明であっても、家族の承諾がある場合または遺族がいなかった場合には幼児を含めて臓器摘出が可能になる。

一部改正法は、公布の日から1年経過した日から施行される。

同法によって「脳死は人の死」が法制化されるかのような報道が目立つが、本紙の取材に、衆議院法制局は「“脳死は人の死”ということは臓器移植に限った話であり、同法の効力は臓器移植以外に及ぶものではない」と答えている。

清話抄

5月29日に成立した2009年度補正予算に、①医療施設耐震化臨時特例交付金②地域医療再生臨時特例交付金が計上され、また、これらと併せた医療機関向け優遇融資が実施される。しかし、諸手をあげて喜ぶ状況であろうか。年間2200億円の抑制はなくなったとはいえ、また、このような補助が一部の民

間病院に行われたとしても日本の医療崩壊はドミノ倒しのごとく留まることはない。

特に首都圏の中小民間病院においては切実である。土地代・人件費などによる大きな負担から閉院を余儀なくされた病院が多々あった。その反面、首都圏には補助金導入によって運営されてきた大規模な病院も数多く存在する。これにより、病床数が一見過剰に見える。

今回の補助には、病床過剰地域における新築建て替えに関しては当該病棟病床を1割削減するという条件が課せられている。これでは本末転倒である。

また、時間的猶予があるとはいっても2年間のみであり、都道府県が国へ交付金の申請する時間を考えると実際に中小民間病院に猶予はない。

ただでさえ資金繰りに奔走している状況であるのに、提出書類を用意するだけの余裕はないであろう。今回の優

遇融資は絶好のチャンスであると云われている。概要をみると、①貸付利率が2.2%から1.7%②限度額が7.2億円となったことなど、確かにそうではある。

しかし、福祉医療機構の経営診断を受けることや不動産担保が必要となる(診療報酬債権などでも良いとされている)などの条件がある。いずれにしても、医療費削減・人件費高騰などで経営が悪化した病院にも、ぜひ積極的な融資をしていただきたいものだ。(勝)

主張

地域医療の再生に向け、全日病はオピニオンリーダーの役割を目指すべきである！

経済財政改革の基本方針となる「骨太の方針2009」が閣議決定され、社会保障費2,200億円の削減が撤回された。これまでの削減や、低医療費政策により、いま医療や介護の現場は疲弊し総崩れになりつつある。いや、地域によっては崩壊してしまった地域もある。一度壊れるとその再生には多くの時間と多大な労力を要する。

そのような中、突然、地域医療の課題を解決するとの名目で、本年度補正予算に「地域医療再生臨時特別交付金」として3,100億円もの予算が計上された。

この交付金交付は、まずは都道府県が、2次医療圏単位で問題になっている救急などの医療機能強化や医

師等の確保などを解決し、医療再生可能な具体的計画を策定することから始まる。

次に、この医療圏単位での計画を国に提出、国が内容を審査して交付される医療圏が決められる。交付金は都道府県に交付され、その受け皿として県に「地域医療再生基金」が設置される。そこから計画に基づいた財政支援が行われるという流れである。

この交付金は全国348医療圏すべてが対象となるのではなく、100億円の支援をする医療圏が10医療圏、30億円の支援をするところが70医療圏となっている。この財政支援を受けることになる医療圏においては、医

療体制の大きな変化や再編を起こす可能性がある。

ここは、地域の医療事情を最も熟知している民間病院が、医師会とも連携協力しながら計画策定段階から積極的に係り参加する必要がある。そうでないと、今後の議論の中で、また公的病院に多額の基金がまわされたり、公的病院だけが特別扱いをされる可能性があるからである。

これからの地域医療再生には、地域に密着し医療を支えてきた民間病院の役割が重要であることは言うまでもない。これまでと同じ誤りを繰り返させないためにも、公的病院と同等に社会の公器としての位置付けを求めなくてはならない。

さらに、今後、全日病として真に求めなくてはならないのは、このような場当たりの散蒔きの要素の強い交付金ではなく、医療提供体制の本格的な再生に向け、低医療費政策から脱却した抜本的な診療報酬の見直しであることは言うまでもない。

また、このような時代にあって、全日病は医療におけるオピニオンリーダーとしての役割を目指さなくてはならない。シンクタンクの開設もその一環ではあるが、地域医療再生についても全日病の考え方を積極的に外部に情報発信していくことが肝要であり、それが、全日病の存在価値を高めるものと考えられる。

(O)

地域医療崩壊と勤務医疲弊の認識はほぼ全員

医療部会が10年度改定基本方針の議論に着手 医療提供体制の議論も。前回より2ヶ月先行、それでも答申まで5回ほど？

社会保障審議会の医療部会が7月9日に5ヶ月ぶりに開かれ、2010年度診療報酬改定基本方針に向けた議論を開始した。

自由討議において全員が発言したが、地域医療の崩壊と勤務医の疲弊という認識はほぼ全員のものとなっており、診療報酬本体を引き上げるといふ方向で議論が積み上げられる可能性がうかがわれた。

その中で、病院団体の委員からは「入院基本料を上げるべきである」という主張が上がった。

一方、全日病の西澤寛俊会長は、医療提供体制に対する診療報酬以外の支援策を重視する立場から、交付金事業である地域医療再生計画を策定する各都道府県の会議に病院団体の支部が参加できるよう厚労省の支援を求めるとともに、議論をより深めるために、医療部会の開催数を増やすべきであると提起した。

前改定に際しては07年9月14日に最初

の医療部会を開いており、今回は2ヶ月以上早く議論に着手したことになる。改定基本方針を並行審議する医療保険部会も7月15日に開催、議論に着手する。

25名と介護給付費分科会と並んで委員数が多い部会だけに、委員からは「発言する時間が少なすぎる」という苦情が出ていた。そのため、部会長の斉藤英彦・名古屋セントラル病院長は、事務局(厚労省医政局総務課)と協議し、通例として2時間のところ「(改定基本方針については)毎回2時間半の時間を確保した」と説明、改定方針議論に真剣に取り組む意気込みをアピールした。

しかし、事務局は、「諸般の制約もあり月1回のペースが妥当ではないか」という見方を示した。それでいくと11月答申までに5回ほどしか見込めないことになる。医療現場の窮状もものか、厚生行政は依然として「前例主義」を堅持しようとしている。

つまり面で整備していく発想も重要だ。

・地方行政の立場から。周産期医療や救急に関しては、診療報酬の面からぜひ見直していただきたい。補助事業だけでは、しっかりした病院しか生き残れない。その結果、ますます選択と集中が進むことになる。

・選択と集中は地方では無理だ。

・医療の透明性を高めることに賛成。包括的で効率的な体制をつくっていかなければならない。質が高い効率的な医療提供体制のあり方こそ議論されるべきだ。

・患者の視点から。患者負担は一律3割で、働けなくなった人も収入がある人も同じだ。高額療養費制度があるというが、あれは前年度の収入が基準。こういったことも本気で考えなければならぬと思うが、どうもそういう雰囲気ではないようだ。

・診療報酬だけでなく制度面についても議論されるべきであろう。

・かつてこの場に診療所の管理者要件が出た。あれこそ地域医療の崩壊を救



▲西澤会長は7月9日の医療部会に出席した

うもの。

・06年度改正の際に出たもの。しかし、インセンティブをつけていく方が先決ということで予算措置が先行した。それなりの成果はあったと思うが、特効薬がほしいという声もある(総務課長)。

・改定では小児科にもっとつけてもらわないと、一般救急がもたない。診療報酬と医療計画のことがらは重なりはするがやはり別もの。これを区別して論じていただきたい。9月になっても今日と同じレベルの議論をしていたら呆れられることだろう。我々自身、議論を詰めていかなければならない。

・外科医の立場から。医師数は1994年から06年の間に1.19倍に増えた。小児科医は1.10倍、産婦人科は0.88倍、そして外科医は0.87倍だ。これは手術料が安いからだ。外科学会あげて手術料の引き上げを要望している。

医療部会における主な発言(要旨)

・医療と福祉はシームレスであるべきであり、一体に扱われるべきである。医師業務の軽減化を打ち出した医政局長通知の内容を法文化し、拘束力をもたせるべきである。

・前改定に対して我々が作った改定方針の結果を検証すべきではないか。

・地域医療の崩壊が進んでいる。産科小児科に限らず4疾病5事業にまで焦点を広げるべきではないか。

・何が崩壊しているか認識すべきだ。地域医療、地方の中小病院あるいはハイリスクローリターンの診療科だ。大学病院も苦しくなっている。病院医療は、昔と違って、今や30ほどの職種によって成り立っている。その多くはいまだに評価されていない。

・地域医療の崩壊は全員の認識だろう。診療報酬の大幅な引き上げが必要だ。シーリングに「新たな財源を求めて」とかあるが、その辺りをどう具現化させていくのか。

・今は、年末の財源方針までに改定にかかわる施策上の方針を明確に打ち出していくことが重要(総務課長)。

・崩壊しているといわれる地域医療を再構築していく方向で改定を考えないとならない。

・次の改定の大きな課題は入院基本料の引き上げである。

・ここは主に医療提供体制を議論する部会であり、我々としても診療報酬以外のことも取り上げざるを得ない。そ

のためにはもっと頻繁に開催されるべきである。地域医療再生計画は医療圏ごとに自由に策定できる。病院団体も提案しろという声もある。しかし、県によっては計画を決めているところもある。やはり県の医師会や病院団体とよく相談して取り組んでほしい。例えば、救急勤務医への手当を国が補助する件では、就業規則の改正が義務づけられている。これでは各病院は手を上げにくい。もっとフリーハンドかつ広い範囲にわたった勤務医負担の軽減策を打ち出してほしい(西澤会長)。

・地域医療の安定確保が国民の最大の関心だ。しかし、「安心」どころか崩壊している。地域の医療提供体制を下支えする総合医の養成が不可欠ではないか。

・在宅や介護は一般に高齢者を想定しているが、若くてもそれを必要とする、例えば小児も多い。これについてはレスパイトも導入してほしい。彼らが退院できれば周産期医療センターはベッドが確保できる。

・小児産科には増大する女性医師に対するフォローが足りないという問題がある。これは診療報酬を多くつけるだけでは解決しない。

・救急に関する資料に精神科が欠けている。精神科は入院基本料が一番低く、同じ配置の結核病床よりも悪いのはなぜか。

・政府は地域の医療提供体制について選択と集中といっているが、分散させる、



▲(右から)医政局深田総務課長、(1人おいて)三浦指導課長、保険局佐藤医療課長

「自然増1兆900億円を認める」

10年度予算の概算要求基準 社会保障費過去最大の25.1兆円。別枠で3,000億円以上を医療に投入

経済財政諮問会議は7月1日の会議で2010年度一般歳出の概算要求基準(シーリング)を決め、政府は同日の臨時閣議で10年度予算のシーリングを了解した。

「社会保障については自然増を認める」とされ、09年度当初予算(24.1兆円)に自然増(1兆900億円)を加えた約25.1兆円という基準枠が認められた。社会保障費としては過去最大額となる。

自然増は「無理のない範囲で節約に努め」と書き込まれたが、「節約できた分は社会保障に充当」としている。

「安心社会実現」等に投入するために、別枠で設けた「経済危機対応等特別措

置」には、09年度当初予算に計上した経済対応緊急予備費(1兆円)を減額した3,500億円を充てる。

自然増の内訳について、厚労省は、医療が3,000億円強、年金が3,000億円強、介護が1,000億円強、その他2,000億円弱からなると説明。「経済危機対応等特別措置」の3,500億円については、最大2,000億円までを医療費等の追加支出として要求可能としている。

また、「社会保障に充当」する節約分の用途としては「診療報酬改定など」をあげた。

救急、ガイドライン、チーム医療について実態調査

DPC評価分科会 10年度改定に導入される評価項目の可否を検討。クリティカルパスも

7月6日に開催された診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、2010年度診療報酬改定で導入される新たな機能評価係数の評価項目を選定するために、①救急医療の診療体制、②診療ガイドラインを考慮した診療体制、③チーム医療にかかわる人員配置について、実態調査の実施を決めた。すべてのDPC対象・準備病院を対象に7月に実施される。

新たな機能評価係数の評価項目に関しては、すでに、「DPCのデータ提出状況」「効率化」「複雑性指数」「診断群分類のカバー率」の4項目が基本小委に提案されている。

前出調査の結果から、4項目に続いて10年度改定で導入される機能評価係数に織り込まれる評価項目の案が決められる。調査の概要は別掲のとおりだが、分科会では、「診療ガイドラインを考慮した診療体制確保」に関する設問に疑問が相次いだ。その多くは、診療科や医師間でガイドラインの位置づけが異なっている、あるいは、ガイドラインに必ずしも拘束されない治療を実施しているといった、主に大学病院の実態を踏まえた意見であった。

クリティカルパスについても病院や診療科間のばらつきを指摘する声が多く出され、「(いずれも)公表の有無を問う調査に変えるべきである」という主張も示された。

これに対して、事務局(厚労省保険局医療課)の宇都宮企画官は、「DPCに中小のケアミックス型病院が多く参加しているということを踏まえて、評価項目案にガイドラインやクリティカルパスがあげられている。まずは調査をしてから、評価項目として採用できるか否か判断したい」と調査の主旨を説明した。

また、同日のDPC評価分科会に、事務局は「DPCにおいて今後検討すべき課題」を提示、了承を得た。

「今後の検討課題」は、①高額薬剤の投与について、「診断群分類で評価することが可能な場合」には

出来高で評価する必要はないのではないか(編集部注/これまで通り診断群分類の分岐を増やすことで対応できるのではないかと)

②HIV感染症や血友病など慢性的に高額な薬剤を投与しなくてはならない患者が、他疾患が医療資源を最も投入した傷病名となって入院する「診断群分類で評価することが困難な場合」にはどのような対応を検討すべきか(編集部注/疾患ごとにHIVや血友病等の高額薬剤を包括した診断群分類を設定することは困難であり、対応策を考える必要がある)

③他疾患で入院したときに人工腎臓を実施すると医療資源を最も投入した傷病名が慢性腎不全となる場合がある一方で、他疾病が医療資源を最も投入した傷病名となった場合には、現行診断群分類では人工腎臓の費用が十分評価されにくい、これも②と同様の対応を検討すべきか

④新たな機能評価係数で「医療の質に係るデータを公開していること」を評価する具体的項目は、MDCごとの班会議

の検討にゆだねてはどうか、の4点をあげている。

■新たな機能評価係数に係る特別調査について(「調査項目」の抜粋)

(編集部注) 調査項目の内容は7月6日の分科会議論を踏まえ修正が加えられる。分科会で事務局が修正を認めた箇所や重要な注釈については、文中に※を付けてその旨を書き込んだ。

●救急医療の診療体制について

①救急医療の提供レベル等(1次・2次・3次救急、常時・輪番日のみ等) ※「1次・2次・3次救急」という選択について、事務局は「いずれかを限定して問うかたちにはしない」説明。また、救急の実態として、患者数や患者の年齢といった詳細を把握すべきであるという意見が多く出されたため、事務局は手直しの必要を認めた。

②救急医療の提供体制(診療科名、夜間勤務体制等)

●診療ガイドライン(GL)を考慮した診療体制確保について

①治療方針の決定に当たって診療GLを参考としている程度

②患者に対する治療方針の説明等に

おける診療GLの利用程度

③実際に参考としている診療GL名称

④参考としている診療GLの選択基準

⑤診療GLに沿わない診療を行なう場合の適否の判断方法(院内委員会/複数診療科のカンファレンス/診療科のカンファレンス/担当医師等)

⑥患者及び職員が診療ガイドラインを閲覧できる体制の整備状況

⑦クリティカルパスの作成と利用状況(パスの種類、対象病名、対象患者数等)

●医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士等の配置(チーム医療)について

①医師を含む複数職種によるカンファレンス等の開催状況

②病棟に勤務している薬剤師、管理栄養士、社会福祉士の人数(常勤換算)

③病棟に勤務している薬剤師、管理栄養士、社会福祉士について、全勤務時間のうち病棟に勤務している時間の割合 ※事務局は、NSTのように出来高で評価されている体制は対象外であると、また、「社会福祉士」にはMSWが含まれると説明した。

入院初期の1日点数を引き上げる方向

入院日数短縮が目的。「E・Fファイルの統合化」を含め再度議論

6月29日のDPC評価分科会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、2010年度改定から段階的に廃止される調整係数の影響を緩和するために、入院期間に応じた診断群分類ごとの1日当たり点数を見直す案を提示した。

分科会は、「入院初期の医療資源投入量が1日当たりの平均点数に比べて非常に大きい場合」には入院期間Ⅰ(5パーセントイル値)の1日点数を現行より大きく引き上げ、入院期間Ⅱおよび特定入院期間までの1日点数は現行よりも引き上げる方向で見直すことで概ね一致した。逆に、「入院初期の医療資源投入量が

1日当たり平均点数に比べて小さい場合」は、入院期間Ⅰ(25パーセントイル値)の加算率(現在15%)を10%に引き下げ、代わりに、入院期間Ⅱ(平均在院日数までの間)およびⅢ(特定入院期間までの間)の1日点数は現行よりも引き上げるというもの。

「入院初期の医療資源が1日平均点数に比べて非常に大きい場合」には入院期間Ⅰの点数を大きく引き上げるといった案は入院日数の短縮化を進める可能性があるが、分科会は概ね賛同を示した。事務局は、このほか、(1)包括払いの範囲の見直し、(2)E・Fファイルの統合

化、(3)特定入院料等包括項目のE・Fファイルへの入力化、(4)様式1の必須項目と非必須項目の見直し、(5)DPC調査の通年化などをあげ、「今後の検討課題」(別掲)とした。

一部の委員から強い反対意見が示された「E・Fファイルの統合化」を除くと、「今後の検討課題」に反対する意見は出なかったが、複雑な内容の提案のせいか議論は深堀りされることがなく、分科会を終えた。

事務局は、診断群分類ごとの1日当たり点数の見直しを含めて、再度、検討する機会を持つ意向だ。

DPCにおいて今後検討すべき課題(概要) DPC評価分科会 6月29日

I. 診断群分類点数表の見直しについて

1.1日当たり点数の設定方法について

(1)現状

現在、診断群分類ごとの1日当たり平均点数及び平均入院期間、入院期間の25パーセントイル値(短期入院の場合は5パーセントイル値)を基に、点数の設定を行っている。

(2)問題点

①入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合には、入院初期は、医療資源の投入量が診断群分類点数を大きく上回っていることがある。

②入院期間を通じて1日当たり医療資源の投入量の変化が少ない場合には、入院期間Ⅱにおいて、医療資源の投入量が診断群分類点数を上回っていることがある。

(3)論点

実際の医療資源の投入量にあった点数表とするため、入院初期の医療資源の投入量及び1日当たり平均点数に応じ、さらに適切な点数設定の方法を検討してはどうか。

(案1)省略

(案2)(編集部注)6月29日の分科会は「案2」で合意した。

①入院初期の医療資源の投入量が、1日当たり平均点数に比べて、非常に大きい場合

入院期間Ⅰの点数:入院期間Ⅰの1日当たり包括範囲出来高点数の平均とする

入院期間Ⅱの点数:入院期間Ⅰの点数及び1日当たり平均点数を基に、面積が

A=Bとなるように設定する

入院期間Ⅲの点数:入院期間Ⅱの点数から15%減じた点数とする(編集部注)図1を参照

②入院初期の医療資源の投入量が、1日当たり平均点数に比べて、小さい場合

入院期間Ⅰの点数:点数の段差の設定を15%から10%に変更する

入院期間Ⅱの点数:入院期間Ⅰの点数及び1日当たり平均点数を基に、面積がA=Bとなるように設定する

入院期間Ⅲの点数:点数の段差の設定を15%から10%に変更する(編集部注)図2を参照

③他の場合は、現行の「通常の設定方法」により点数表を作成する

2. 包括払いの範囲の見直しについて

DPC包括評価の範囲を見直すべきとする意見があったが、どのように考えるか。

3. 個別の診断群分類について

現在、MDC每班会議において、分類の見直しの検討を行っているところ。

II. DPCにおける調査について

1. E・Fファイルについて

●E・Fファイルには重複している入力項目が多くあり、2つのファイルを統合すべきとの意見があるが、どのように考えるべきか。

●特定入院料等の処置等が包括されている点数を算定する場合、E・Fファイルに特定入院料等に包括される項目は入力されないが、どのように考えるべきか。

2. 様式1の必須項目と非必須項目について見直しを行うべきとの意見があり、ど

のように考えるべきか。

3. 医療機関の診療内容の正確な把握及び点数への反映のため、DPC調査の通年化

を行うべきとする意見があったが、どのように考えるべきか

図1●診断群分類ごと1日あたりの点数設定方法の見直し(案) ※案2の①

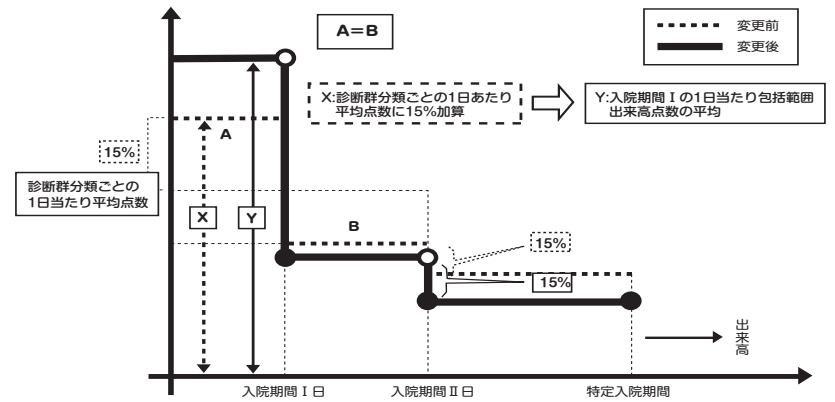
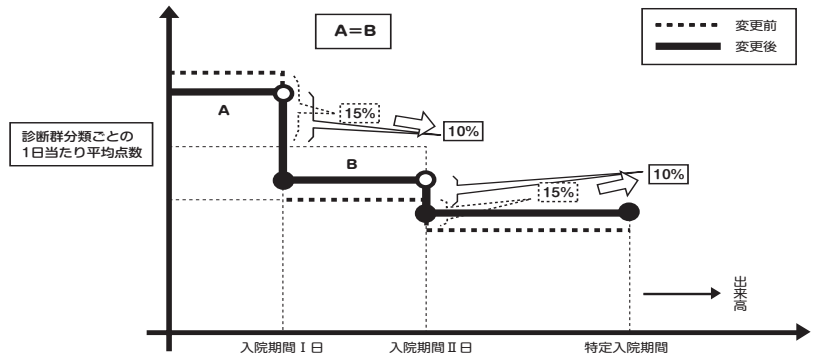


図2●診断群分類ごと1日あたりの点数設定方法の見直し(案) ※案2の②



DPC対象病院が計1,283病院に

厚生労働省は6月22日、7月からDPC包括評価払いを開始する232病院の名前と調整係数を告示した。DPC対象病

院の総数は1,283病院になるが、1病院が廃院手続きに入っているため、実質的には1,282病院となる。

2次救急等の崩壊分野に「支援が欠かせない」

診療報酬基本問題小委員会 西澤会長が総合対策の中に診療報酬を位置づける必要を提起



7月8日に開催された診療報酬基本問題小委員会は、基本診療料のうち、救急・周産期・小児医療の医療提供体制と診療報酬の現状について議論。医政局指導課の三浦公嗣課長が、救急・周産期・小児医療に関する医療提供体制の現状と課題について報告した。

その中で、三浦指導課長は、04年から08年にかけて救命救急センターが170

から208へ増えているのと対照的に、2次救急医療機関が3,253から3,175へと2.4%も減少していることを指摘するとともに、09年度予算と補正予算に計上された各種交付金について紹介しながら、診療報酬を含めた支援が欠かせないという認識を表明した。

以下は同日の基本小委における主な発言(要旨)である。

基本小委における主な発言(要旨) 診療報酬基本問題小委員会 7月8日

伊藤委員(支払側) 勤務医負担の軽減として入院時医学管理加算はこれだと思いが、算定しているのは、主に総合病院という大きな病院だ。私が(自治体の首長として)みるところ、これらの病院はそうつぶれない。しかし、問題は、この下のクラスに位置する病院にあり、もう少し支援していかないと経営が成り立たない。そうした病院がとれないということは、算定要件に何らかの問題があるのではないかと。

藤原委員(診療側) この要件をどう考えるのか。いずれかの機会に何が問題であるかを整理してほしい。

遠藤委員長 (事務局に) 要件を検討するための材料を整理してほしい。

藤原委員 前改定でこの加算を設けた根っこには、「病院は入院、診療所は外来」という理念があったのか。それとも、単に勤務医負担を狙っただけのものなのか。

佐藤医療課長 その両方があると考えますが、「病院は入院に限定」とまでは断

定できない。この加算を取っている病院に関しては「入院が主体」となるということではないか。

遠藤委員長 私は前改定に参加したが、「病院は入院主体とする」ということは明確なテーマにはならなかったし、合意になったということも言えないと認識している。

西澤委員(診療側=全日病会長) 入院時医学管理加算の要件の見直しはぜひやってほしい。この加算を算定している医療機関のリストを見ていると、これだけの病院がなぜとれていないのかということが多い。照合したいので、改定前に算定していた病院のリストが欲しい。

竹島委員(診療側)

救命救急センターは増えているが受け皿が減ってきている。後方病院の整備が進んでいないということとしっかりと確認して議論を進めていく必要がある。

西澤委員 周産期、小児、救急の3つは大事な領域だ。ここに医療崩壊が表れ

ている。国をあげて取り組むべきだ。総合的な対策を考える中で診療報酬の位置づけを考えてほしい。しかし、3次救急に重きを置きすぎるため、医師がそこに集中するなどして2次、1次が手薄になっていく。こうした誤りをしないように、すべてバランスよくやるべきだ。3次救急にもつけるべきだが、同時に、2次や1次にもつけるべきだ。はっきりいえば、病院の入院医療全体につけていかなければならない。これは、小児と産科についても同様だ。

藤原委員 救急を診療報酬ですべてみるのは無理がある。

三浦指導課長 医療提供体制を構築するには一定の補助金が必要である。加えて、不採算の部門につけていく必要がある。

藤原委員 不採算の部門に診療報酬をつけていくことには問題がある

対馬委員(支払側) 診療報酬で補えないから補助事業を行なうという考え方はいかか。機能分担と連携を進める

上でという考え方にもとづくべきではないか。この3つの分野は過去3回の改定で重点的につけてきた。それでも不足していたと考えるべきではないか。

三浦課長 不採算部門を補助事業で埋めているのは事実だ。NICUが高い病床利用率にあることについては出口、受け皿となる後方病床の不足という問題がある。

藤原委員 データによると、救急搬送の17%が在院30日以上という。出口、後方病床を考えることはきわめて大切なことだ。

北村委員(支払側) 予算措置と診療報酬の役割分担について、今後、議論させていただきたい。

遠藤委員長 本日は基本診療料の話に踏み込めなかったが、多くの情報と認識が共有できたことだろう。

■救急医療体制の整備状況の推移 (医政局指導課の資料から) (各年3月31日時点)

	2004	2005	2006	2007	2008
三次救急(救命救急)	170	178	189	201	208
二次救急(入院を要する救急)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	(403)	(411)	(411)	(408)	(405)
一次救急(初期救急)	510	512	508	511	516
	683	677	666	654	641

(厚生労働省医政局調べ)

「7対1」・亜急性期・回復期リハ対象に詳細調査

08年度改定検証の09年実施調査 回復期リハ病棟の「質の評価」と「地域連携パス」の実態も

7月8日の診療報酬改定結果検証部会は、2008年度診療報酬改定の結果に関する検証の一環として、医療機能の分化・連携に与えた影響を探るために、「7対1入院基本料」「亜急性期入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」を算定している各病棟を対象とした調査と地域連携クリティカルパスに関する調査の各実施を決めた。

併せて、回復期リハ病棟入院料に導入された「質の評価」の効果に関する実態調査と「ニコチン依存症管理料算定医療機関における禁煙成功率の実態調査」も実施する。

検証部会は、6月24日に、09年に実施する検証調査として、「明細書発行の一部義務化の実施状況」「後発医薬品の使用状況調査」および歯科診療報酬に関する調査の実施を決めている。

今回の調査はこれに続くもの。

08年度診療報酬改定結果の検証調査については、すでに、08年に「外来管理加算の意義の見直しの影響」「病院勤務医の負担軽減」「後発医薬品の使用状況」に関する各調査を終えており、中医協総会は5月20日にその総括報告を了承している。

「7対1」「亜急性期」「回復期リハ」各算定病棟にかかわる調査は、それぞれ、施設調査、病棟調査、入院患者調査から構成され、いずれも、かなり細かな調査項目からなる。

この調査では、①7対1算定病棟に導入された重症度・看護度を測定する指標の有効性、②亜急性期と回復期リハの各算定病棟における患者の流れ、③回復期リハ算定病棟における「質の評価」の導入効果と“患者選別”の有無、

④ニコチン依存症治療の実績など、来改定で検討が見込まれる項目のエビデンスを得ることが重要な目的となる。

今回の調査では、退院調整部門の設置状況や機能分化・連携に関する考え方をたずねるなど、地域における医療機能の分化・連携にかかわる一般的調査も行なうほか、地域連携診療計画管理料(退院時指導料)の算定患者数や連携医療機関数など「地域連携クリティカルパス」の実状も調べ、08年度改定が分化・連携に与えた影響を捕捉する方針だ。

対象は、一般病棟の7対1または10対1入院基本料の届出病院および亜急性期入院管理料または回復期リハ病棟入院料の届出病院から無作為抽出した計3,500施設。このうち、亜急性期入院管理料と回復期リハ病棟入院料の届出施設は全数が対象となる。亜急性期は

1,062施設、回復期リハは911施設であることから、7対1または10対1届出病院は1,500強と概ね1/2ほどの抽出率となる見込みだ。また、地域連携診療計画管理料もしくは地域連携診療計画退院時指導料を届け出ている医療機関には「地域連携クリティカルパス」に関する質問が追加される。

ただし、3調査において関連した調査項目は同一の調査票に盛り込まれるなど、医療機関側の記入負担を軽くする工夫が取り入れられている。

10年度改定に向けた検証調査は、今回決定された3調査によって、08年度改定答申の付帯事項であげられたすべての調査実施を終える。今回の調査を含む09年実施の全6件はいずれも10月～11月には結果が報告され、これをもって10年度改定の議論が本格化する。

08年診療行為別調査

入院の1件・1日点数が増加。日数は減る

厚生労働省が6月25日に発表した「2008年社会医療診療行為別調査結果の概況結果(概要)」によると、08年度改定後の入院の診療報酬点数(08年6月審査分)は、1件当たり4万2,402.3点と前年から6.9%増えた。

1日当たりも2,537.0点と前年比2.4%の増加となった。一方、1件当たり日数は16.71日から16.01日へと4.2%減少した。

入院外の点数は、1件当たり(1,376.7点)が12.2%、1日当たり(759.9点)が11.7%とともに前年より増加、1件当たり日数も0.01日増えた。その中で、「初・再診」に関しては1件当たり5.9%、1日当たり6.3%と、いずれも減少した。

診療行為の状況を一般と長寿の別にみると、入院の1件当たりは、一般医療が4万1,773.3点、長寿医療が4万4,961.1点、1日当たりは、一般2,781.1点、長寿2,327.2点、1件当たり日数は一般14.45日、長寿19.32日となっている。

入院外の1件当たりは、一般1,212.7点、長寿1,902.6点、1日当たりは、一般720.7点、長寿855.1点、1件当たり日数は一般1.68日、長寿2.23日となっている。

病診別では、入院の1件当たりは病院が4万4,008.8点、診療所(有床)が1万6,918.7点、1日当たりは病院2,582.5点、診療所(有床)1,470.1点。

1件当たり日数は病院が17.04日、診療

所(有床)が11.51日で、種類別にみると、「療養病床を有する病院」が21.80日、「一般病院」が12.75日となっている。

入院外の点数は、1件当たりでは病院

が1,554.3点、診療所が1,289.6点、1日当たりは病院973.4点、診療所672.7点、1件当たり日数は病院1.60日、診療所1.92日となった。

精神保健医療福祉のあり方検討会

「統合失調症入院患者を1/4に減らす」

7月9日の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」に、事務局(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部)は、精神病床全体を包括した目標値だけでなく、統合失調症や認知症患者など疾病別に具体的な目標を設けた上で、精神保健医療福祉体制再編の取り組みを進めるという考え方を提示した。

2014年度を期限とした新たな目標と

して、事務局は、05年時点で19.6万人だった統合失調症の入院患者数を約15万人に減らすという案を示し、認知症に関する目標値は11年度までに具体化するとした。

厚労省の新たな目標設定の考え方に、委員からは、数値目標だけでなく、精神医療提供体制のあり方に関する議論をもって深化させるべきであるなどの意見が相次いだ。

「このデータは診療報酬改定に使われるべきだ」

08年度医療機関の部門別収支調査報告 他病院との比較に使えるよう汎用ソフトを開発すべきという提案も

「2008年度医療機関の部門別収支に関する調査報告」(要旨) 7月10日 診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会 *1面記事を参照

■調査の方法

診療科部門別収支調査は、病院全体の収益・費用の構造を、最終的に入院・外来別の各診療科単位に割り振って診療科別の収支を把握するもの。各診療科や各部署を「入院」「外来」「中央診療」「補助・管理」の4部門に分け、そのうち中央診療部門と補助・管理部門の収益・費用を段階的に入院部門と外来部門の各診療科に配分する階梯式配賦という手法を用いて算定した。

●調査対象期間

(一般原価調査) 08年10月

(特殊原価調査) 08年4月～10月のうち10月分(必須)および遡ってデータが提出可能な期間

●調査内容

(一般原価調査) レセ電算ファイル・Eファイル・Dファイル(DPC対象病院のみ)等の収集、病院ごとの部門設定、病院全体の収益と費用を各診療科に割り振るための基礎資料(病院全体の収支、患者数、職員・勤務状況等)の調査(特殊原価調査) 手術・検査・画像診断部門の各診療行為別の資源投入量(給与費等)調査

コスト調査分科会の主な議論(要旨)

- ・調査結果は、現在の点数でいくとこうという収益の分布になったということ。どういふ診療行為をとるとこういふ収支結果となるかまでの分析はまだできていない。
- ・外来が主、入院が主によって診療科の収支が分かれるということか。
- ・今回調査と前年度調査では同一病院はどのくらいあるのか。
- ・127病院中同一病院は49病院。同一病院について前年度との比較はしていない(事務局)。
- ・この間に08年度の改定があった。改定でどういふ変化が生じたか分析してほしい。
- ・今回の調査結果は以前のそれと比べて精度が大変高く、実感からもうなずける。病床規模別収支の総収支差額(入院外来合計)をみると、500床以上が2%と最大で、200～499床が1%、199床以下が0%だ。この500床以上は全部で24あるが、そのうち医療法人は2つしかない。10～15年前は民間が黒でパブリックセクターが赤であったが、今やパブリックセクターの方が利益率が高く、売り上げ規模も大きい。規模による収支の違いがあるようだ。DPCも対象病院と準備病院とで違いが明白だ。規模と(診療報酬への)対処の違いによって利益が大きく分かれるのかというようにも感じる。
- ・外来はやはり赤なのかと改めて感じた。200床以上の病院が包括の外来診療料なのに対して200床以下は再診料を算定できる。にもかかわらず総収支差額は13%もの赤だ。多科受診の報酬なしが影響しているのだろうか。これでは各病院は外来を止めようとするのではないか。医療収支がゼロでは病院医療が再生産できない。それは、私には、医療が高度化をたどる中で、今の診療報酬で対応していけないということの意味しているように思える(猪口委員)。
- ・日本の病院医療においては外来あ

てこそ入院医療が成り立っている。それが赤であるという要因をよくみていかなないと外来は止めるということになり、大変危険だ。

- ・給与費と設備関係費の配賦のやり方もあるのではないか。例えば、レセ関係や事務をレセプト数で按配すると外来に大きくコストが配分されてしまう。入院と外来の合計でみた方が賢明ではないか。
- ・現場の実感とは乖離している気がする。入院と外来を分けずにみた方がよいようだ。
- ・この調査は、民間の中小病院かつ慢性期が反映されていない。
- ・部門別調査の最大のポイントは診療科別の収支傾向であり、入院外来別の収支ではない。それも診療科群で見た方がよい。今回の調査によると、例えば、外科で外来を5時間するのと手術をするというのを比べると分かるように、人件費割合が高い医師が外来に張り付いている時間は収支への貢献という面からみると、病院全体の経営収支に与える影響が非常に大きいという結果になった。
- ・これは、こうした配賦の仕方によることなるという1つの結果に過ぎない。入院外来の経営貢献を判断する指標ではない。
- ・この調査結果は次の改定に使えると考えるか。
- ・この結果は基本小委に報告する。このデータをどう使うかは小委に委ねることになる(事務局)。
- ・基本小委には、この調査結果と医療経済実態調査結果との関係などを整理して示した方がよいのではないか。
- ・両者の関係をどう考えるかは小委の遠藤委員長と協議したい(事務局)。
- ・慢性期入院医療に関しては慢性期分科会の調査によってきちんとした原価データが出ている。今の診療報酬、例

●診療科群別収支の状況(医業収支差額の構成比:%)

	診療科群に含まれると想定されるレセプト診療科*	入院部門	外来部門	入院・外来合計
内科群	内科・神経内科・呼吸器科・消化器科・胃腸科・循環器科・心療内科・アレルギー科・リウマチ科・リハビリテーション科	2	-3	0
小児科群	小児科	13	-48	-7
精神科群	精神科・神経科	-22	-15	-19
外科群	外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・皮膚泌尿器科・泌尿器科・肛門科	11	-11	5
整形外科群	整形外科・リハビリテーション科	3	-48	-5
産婦人科群	産婦人科・産科・婦人科	13	-25	5
眼科群	眼科	46	-10	18
耳鼻咽喉科群	耳鼻咽喉科・気管食道科	14	-28	-3
皮膚科群	皮膚科・性病科	1	-74	-46
麻酔科群	麻酔科	-7	-48	-17
放射線科群	放射線科	5	-29	-22


*「診療科群」とは、各病院のレセプト診療科に対して、再集計用に設定したカテゴリ。自院の各レセプト診療科をどの診療科群に含めるかは、上記の初期設定を例示し、各病院が判断して再設定した。

えば入院基本料にきちんとしたエビデンスがあるかとなすねても、厚労省は答えられないだろう。我々が今の報酬にもとづいて一所懸命経営に努めたとしても、精々、収支差率ゼロがよいところだろう。きちんとやれば報われるという方向に向わないと日本の医療はよくなる。そういう方向に向うためこそ、この分科会は存在するのだろうと私は思う(猪口委員)。

- ・慢性期分科会の(調査の)やり方を学びながらやっていきたい。まさに、エビデンスにもとづいた議論をしてまいりたい(事務局)。
- ・慢性期入院医療の調査は診療科が大きな意味を持たない。この調査は、結果的にはDPC病院に限定されたが、元々、診療科別に原価を把握するということが急性期の病院が対象であった。したがって慢性期の調査と補完させて進めていく必要がある。そういう意味からは両者が重なるケースミックス型病院を、今後、どう取り扱うかという課題が生じる。
- ・救急の領域を部門別の1つとみなして取り扱うことは可能か。
- ・ともに今後の課題と認識する(事務局)。
- ・救急はその部門の定義が難しい。
- ・この調査が完成し、その調査手法が汎用性を得たときは、各病院がそのソフトを入手し、自院のデータを入力すると一定の数字が出てくるというパッケージの開発は可能か(猪口委員)。
- ・昨年の調査協力病院に対するヒアリングでは、フィードバックされたデータからベンチマーキングを行なった結果、大変役に立ったという声もあった。何らかの形でこうした結果が活かされるものと期待している。ただし、仮にソフトを開発しても、入力するに足るデー

タの確保に苦勞するという一面はあることだろう(事務局)。

- ・(経営分析する上で)カスタマイズされたソフトとともに標準化されたこのソフトを併用し、自院の戦略についてはカスタマイズされたソフトを用い、他病院との比較にはこの汎用ソフトを使うということも考えられる。今後、この調査から得られる結果をどう経営上の評価につなげるかという視点を踏まえて取り組んでいけば、各病院が自院データを用いて、仮にデータがなければデフォルト値(標準値)を使うこともできるが、その結果を経営判断に活かすという可能性が考えられる。
- ・例えば、フランスでは、医師の給与などは標準給与表を使って算出するというように、人件費は固定化してデータを確保するなど、標準原価にもとづいて収支調査を行なっている。ただし、今回の調査は、基本的には病院の利益率を向上させることが目的であり、この結果を診療報酬の算定に用いるというのはどうか。
- ・このデータは診療報酬改定に使われるべきと考える。ほとんどの病院で採算がとれていない。医療費の配分の仕方を変える判断にこうしたデータを使う可能性は十分あり得るのではないか。ぜひ、そうした方向に向かっていただきたい。
- ・先ほどの標準原価と実際原価のお話だが、給与体系を標準値で考えるという方法は日本には当てはまらない。個別病院の給与の積み上げをもって原価計算に反映させるべきである。特殊原価計算から得られた標準的等価係数(中央診療部門の費用を各診療科に配賦する係数)を用いる方が、標準値を用いるよりもより精緻な結果につながる。



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

「高機能ではないDPC病院にも一定の補填が必要」

新機能係数で日本DPC協議会が要望

特定非営利活動法人の日本DPC協議会(古城資久理事長)は新機能係数に対する要望書をまとめ、7月2日に厚生労働省に提出した。

要望書は、新機能係数への移行は総論として賛成であるという立場を明らかにした上で、現行調整係数がはたしてきた役割に言及、「よりコストを要する患者を入院させた場合」や「医療のスリム化によって収入が低下した場合」の補てんによってDPCへの移行を促すとともに、DPC病院が標準治療、

適正医療の環境を維持する機能を支えてきたと評価。「調整係数が果たしてきた働きが必要最低限担保されることが廃止の必須条件である」と提起している。

その上で、主に「機能のあまり高くないDPC病院」の立場から、新機能係数の導入によってDPC病院間の医療費分配が変わり、高機能な病院により多くの医療費が分配される可能性が高いと指摘。

その結果、「機能の低い病院は出来

高で支払いを受けたほうが収入が多くなる可能性すらありうる」と危惧を表明し、「少なくともDPC病院の利益が出来高の病院よりも低くなることは避けるべきである」と訴えている。

こうした事態を避けるために、要望書は、新たな機能係数に、①「救急(1次・2次を含む)」や「複雑」など患者側の要因で生じるコスト増を補てんする仕組みを組み込む、②医療のスリム化によってDPC点数表の期日I IIの短縮や点数の低下が避けられず、収入

低下のスパイラルが生じるDPCの特性を緩和(補てん)する仕組みを組み込む、ことを具体的な要望としてあげている。

さらに、出来高病院と比べると、DPC病院には情報提供が課せられていることから、その追加的コストを回収するために、「最も新機能係数が低い病院でも『出来高の利益水準+情報提供作業のコスト』が担保される仕組みであることが望ましい」と提起した。

筋骨格系に焦点 施策遅れの慢性疾患の対策を検討

厚生労働省は「慢性疾患の更なる充実に向けた検討会」を発足させ、7月1日に初会合を開いた。

「生活習慣病や難知性疾患に関しては一定の施策が講じられているが、施策の対象となっていない慢性疾患も少なくない。対象となっても重症化や合併症などによって苦しんでいる人々も多い。とくに、これからの高齢化社会

では、非感染性の慢性疾患に対する施策が必要である。国としてなができるか検討したい」と上田博三健康局長は、検討会設置の意図を明らかにした。

初回とあって検討会は各委員の自由な発言に終始したが、今後の慢性疾患対策は、特に「筋骨格系および結合組織」に焦点を合わせるべきであるという事務局(健康局総務課生活習慣病院

対策室)の認識が支持されていった。慢性疾患については、これまで手薄な領域であったために詳細なデータが少ないことから、各委員は実態調査の

方法や評価指標の考え方など積極的な意見を述べた。事務局は調査等今後の取り組みを概算要求に反映させる考えだ。

看護需給見通しの策定方針固まる

7月10日の「第7次看護職員需給見通しに関する検討会」に事務局(厚労省医政局看護課)は需給見通し策定方針と調査票の案を提示し、概ね了承を得た。

第7次の調査は2011年から15年までの5年を対象に看護職員の需給を推定する。病院、有床診、老健施設、訪問看護ステーション、助産所、特養、養成所、保健所等は全数調査となる。

策定方針には、「各施設における看護の質の向上や勤務環境の改善などを見込んだ場合の看護職員の需要数について把握するが、供給については一定の政策効果も加味する」と書き込まれた。

また、より精度の高い調査にするために、離職防止策の取り組みなど看護職員確保対策の参考となる調査項目を盛り込むほか、算定に当たっては、専門・認定看護師の配置数を再掲する。

需要数の推計にあたっては、①看護の質の向上(看護職員配置の充実、研修体制の充実)、②勤務環境の改善(育児休業・介護休業、年次有給休暇)を考慮するとされた。

各都道府県は9月から調査に着手、来年1月中旬までに集計して厚労省に提出する。



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4回

編集●個人情報保護担当委員会

その都度、家族等の意見を聞いて適切に判断

意思確認が難しい認知症患者は、後見人の有無によって対応が変わる

個人情報保護担当委員会では会員病院から種々の相談を受ける。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4回目は認知症患者とその家族への対応に関する事例を紹介する。

本人の意思を優先することが前提とはいえ、認知症患者の意思確認は難しい場合があり、その都度、家族等の意見を聞いて適切に判断する必要がある。家族間の権利の主張に食い違いがある場合には、対応には十分注意する必要がある。

(個人情報保護担当委員会委員長 飯田修平)

個人情報保護にかかわる対応事例 その4

Q 認知症入院患者の5男がカルテ開示を請求。どう対応すべきか。

●事例
認知症の入院患者(99歳女性)の5男からカルテ開示請求があった。親の入院

事実を含めた照会であり、複雑な家庭の事情が推察された。請求者の5男は本人証明書類を持参しており、患者には

後見人がいることも判明した。

●病院の対応

請求者の5男に、患者の後見人を通してカルテ開示を請求するよう依頼した。な

お、カルテ開示請求にどこまで回答するかは、請求事由に照らして、入院の事実のみとするか、あるいはその他の内容も含むか等は病院が判断する旨を伝え、了承を得た。

A 個人情報保護担当委員会の見解

後見人の存在の有無で対応が異なります。後見人がいなかった場合には、家族には等しく、情報開示を請求する権利があります。意思表示できない認知症患者の場合は、本事例のように後見人がいるのであれば、後見人の意見に従うべきです。

開示の範囲は請求理由・目的には関係ありません。また、開示請求に制限を加えてもいけません。

なお、本事例では、意思表示できないという前提ですが、認知症患者が常に意

思表明できないとは限りません。意思表示できる状態であれば本人の意思が優先します。しかし、実際には、質問内容を理解して返答しているとは限らないので、複数回日を変えて聞き、同じ返答をするか確認する必要があります。

認知症患者は、一番身近な最も介護に尽くしてくれた家族でも、ちょっとしたきっかけで拒否をするようになるので、本人の返答のみで申請者の権利を損なわせることがないように注意すべきでしょう。

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

個人情報保護に関するQ&A~実際の事例から学ぶ~ 第4回

編集●個人情報保護担当委員会

その都度、家族等の意見を聞いて適切に判断

意思確認が難しい認知症患者は、後見人の有無によって対応が変わる

後見人がいることも判明した。

●病院の対応

請求者の5男に、患者の後見人を通してカルテ開示を請求するよう依頼した。な

A 個人情報保護担当委員会の見解

後見人の存在の有無で対応が異なります。後見人がいなかった場合には、家族には等しく、情報開示を請求する権利があります。意思表示できない認知症患者の場合は、本事例のように後見人がいるのであれば、後見人の意見に従うべきです。

開示の範囲は請求理由・目的には関係ありません。また、開示請求に制限を加えてもいけません。

なお、本事例では、意思表示できないという前提ですが、認知症患者が常に意

思表明できないとは限りません。意思表示できる状態であれば本人の意思が優先します。しかし、実際には、質問内容を理解して返答しているとは限らないので、複数回日を変えて聞き、同じ返答をするか確認する必要があります。

認知症患者は、一番身近な最も介護に尽くしてくれた家族でも、ちょっとしたきっかけで拒否をするようになるので、本人の返答のみで申請者の権利を損なわせることがないように注意すべきでしょう。

●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

個人情報保護に関するQ&A~実際の事例から学ぶ~ 第4回

編集●個人情報保護担当委員会

09年度に一部負担減免と保険者徴収で市町村がモデル事業

未収金対策で厚労省が通知 医療機関も協力。10年度以降に全市町村に保険者徴収等実施の基準を提示

厚生労働省の保険局国民健康保険課は、医療機関における未収金対策として、市町村を対象に、一部負担金減免制度と保険者徴収制度の活用を促すモデル事業を実施することを決め、7月10日付の課長通知で実施要領を各都道府県宛に発出、実施市町村の選定と円滑な実施を要請した。

モデル事業は各都道府県で少なくとも1つの市町村で実施する。モデル事業には協力医療機関の参加も予定されており、通知は、管内医療機関にも周知徹底するよう求めている。

また、これに先立ち、7月1日付の通知(医政局指導課長、社会・擁護局保護課長・国民健康保険課長連名)で、生活

困窮者による未収金は「国保における一部負担金減免制度の適切な運用や医療機関・国保・生活保護の連携によるきめ細かな対応により一定程度の未然防止が可能」とする立場からまとめた「生活に困窮する国保被保険者に対する対応」を都道府県等に発出、市町村、医療機関等に対する周知徹底を要請した。

いずれも2008年7月にまとめられた「医療機関の未収金問題に関する検討会報告書」に書き込まれた対策にもとづいて実施されるもので、モデル事業については09年度に実施し、その結果を踏まえて、10年度以降にすべての市町村でそれら制度が適切に運用されるための基準を提示したいとしている。

■一部負担金の適正な運用に関するモデル事業(医療機関の未収金対策)の概要—2009年度

○入院患者について「一部負担金減免制度」と「保険者徴収制度」の運用改善を図る。
○09年度にモデル事業を実施し、結果を踏まえ、10年度以降に全市町村に、一部負担金の適正な運用に関する一定の基準を提示予定。

【モデル事業の概要】

モデル事業は、全国実施を見据え、各都道府県で少なくとも1つの市町村で実施する。

1. 協議会の設置

協力医療機関、関係行政機関(国保・生保など)の協議会を設置し、連携方策を検討する。

2. 一部負担金減免の適用(生活困窮にもとづく未収金への対策)

①協力医療機関は、入院時オリエンテーションで把握した患者の一部負担金減免申請を援助する。

②市町村は、一時的に生活保護世帯に準ずる状況にあると認めれば、一部負担金を減免する。

③国は、市町村が負担した一部負担金減免相当額の一部を補填する。

3. 保険者徴収制度の活用(悪質滞納による未収金への対策)

①協力医療機関は、入院時オリエンテーションにおいて、本人・家族等の連絡先、支払方法を確認。未収金発生後は、支払誓約書の作成(発生時)、電話等による催促(毎月)、内容証明付郵便による督促状送付(3ヶ月に1回)、本人宅への訪問等(最低1回)を実施する。

②市町村は、治療終了から3ヶ月経過後、協力医療機関からの要請で、電話等で催促。さらに、合計6ヶ月経過し、かつ、次のいずれかの場合に、強制徴収(保険者徴収)を実施する。
(ア)対象額が60万円超の場合 または
(イ)保険料も滞納で強制徴収する場合

■一部負担金減免制度の適用(概要)

1. 入院ケースの事務手続きの確立

入院時のオリエンテーションなどで把握された一部負担金の支払いが困難な患者を対象に、病院が本人の減免申請を援助し、市町村につなぐ事務手続きを確立する。(入院患者に重点)

2. 国として減免基準の標準を提示

実際の減免基準は市町村ごとに決定。ただし、国が示す標準を満たすことが必要。国の標準として「一時的に生活保護に準じる状況にある世帯」を規定。

具体的には、
①災害や事業の休業止、失業等により収入が著しく減少し
②収入が生活保護基準以下、かつ、預貯金が生活保護基準の3ヶ月以下
③治療期間等を考慮した月単位の更新制で3ヶ月までを標準とする
※3ヶ月に制限するものではないが、状況に応じて適切な福祉施策(生活保護等)につなぐ。

3. モデル事業を実施する市町村を支援

本モデル事業により一部負担金を減免した場合に、減免額の1/2を特別調整交付金に算定することを検討。

※現在、減免総額が一部負担金総額の3%を超える場合、その8割を特別調整交付金に算定。

■保険者徴収制度の活用(概要)

(第1段階) 保険者から電話・文書による催促

保険者徴収の前段階として、次に該当する場合には、医療機関からの協力依頼に基づいて、保険者が電話又は文書による催促を実施する。

①医療機関が(別紙)の未然防止策及び回収の取組を実施していること
②治療が終了してから3ヶ月以上が経過していること

(第2段階) 悪質な滞納に重点化して保険者徴収を実施

次に該当する悪質な滞納について保険者徴収を実施する。

①医療機関が未然防止策及び回収の取組を実施していること(別紙)
②治療が終了してから6ヶ月以上が経過していること

③次のいずれかに該当していること
・保険者徴収の対象となる一部負担金相当額等が60万円を超えるもの
・市町村が同一の被保険者に保険料の滞納処分を実施する状態にあるもの

(第2段階) 悪質な滞納に重点化して保険者徴収を実施

次に該当する悪質な滞納について保険者徴収を実施する。

①医療機関が未然防止策及び回収の取組を実施していること(別紙)
②治療が終了してから6ヶ月以上が

経過していること

③次のいずれかに該当していること。
・保険者徴収の対象となる一部負担金相当額等が60万円を超えるもの
・市町村が同一の被保険者に保険料の滞納処分を実施する状態にあるもの。

(別紙)

A. 未然防止策

①入院患者については、本人及び家族等(家族、身元保証人、代理人等)の氏名、連絡先(住所、電話番号等)、医療費の支払方法を確認し、その記録をとっていること。

②支払期日や退院時まで全額の支払いができない場合、本人又は家族等と残金の支払いを約した文書を取り交わすこと。

B. 回収努力

①少なくとも1ヶ月に1回、本人又は家族等に対して、電話等で支払を催促するとともに、その記録をとっていること。

②少なくとも3ヶ月に1回、内容証明付き郵便で督促状を送付し、その記録をとっていること。

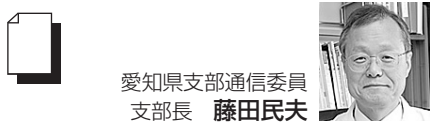
③少なくとも1回、支払の催促のため本人宅へ訪問し、その記録をとっていること。

(③は第2段階に限る。ただし、本人宅まで、通常の交通手段で概ね30分以上かかる場合は、近隣の家族宅への訪問や、本人又は家族等と面会により、支払の催促を実施し、その記録をとっていることでも可)

支部からの報告

2009年を愛知県支部の再生の年に!

これが支部の願い



愛知県支部通信委員
支部長 藤田氏夫

全日病は2008年に、支部組織の活性化を目的とした「支部規則のモデル案」を策定、会員に提示した。

暫定支部から正式支部立ち上げを企画していた愛知県支部はそのモデル案をもとに支部規約を改訂、09年6月6日の支部総会開催を予定した。

そんな中、5月23日名古屋市中、全日病西澤会長、川島常任理事の参加の下、

73名の会員が参加して東海ブロック研修会が開催された。マン・インベストメント証券会長森居誠司氏の「10年遅れの世紀末」と題した講演で世界経済の読み解き方を学んだ。会員にとって全日病の取り組みが実感できたよい機会となった。

愛知県支部では正式発足後に、会員が様々なテーマで自由活発に議論をする場を設ける予定である。医療界には多くの課題が山積し、閉塞感が漂っており、従来の手法では解決困難なものも多い。こうした議論の中で、必ずや意欲をもった会員から発想豊かな提案がなされることを大いに期待したい。

全日病の会員諸氏には、愛知県支部の活動への大いなるご支援とご鞭撻をお願いするとともに、再生した愛知県支部会員のこれからの活躍を是非ご覧いただきたいと思う。

医療短信 BRIEF

●保助看法一部改正法が成立

「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律案」が7月9日に衆議院本会議で可決され、成立した。①保健師・助産師の国家試験受験資格の教育年限が教育年限を「6ヵ月以上」から「1年以上」にする、②新人看護職の臨床研修や離職後の職場復帰の研修を新たに努力義務とする、などが主な改正点である。

●日本版EHR構想を打ち出す

政府のIT戦略本部に設置された「IT戦略の今後の在り方に関する専門調査会」は、6月30日、2015年に本格的なデジタル社会をめざす中長期戦略「i-Japan戦略2015」をまとめ、その中で、医療・健康分野について、「個人が医療機関等より電子的に健康情報を入手し、本人及び医療従事者等が活用すること、匿名化された健康情報を疫学的に活用することからなる」日本版EHR(Electronic Health Record=仮称)の構想を盛り込んだ。

日本版EHRの実現に向けて、医療・介護分野に係るID基盤の早期構築、レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)の分析・活用方策に関するルールと仕組みの整備などをあげている。

●地域医療について経済同友会が報告書

経済同友会は「地域を主体とする医療制度を目指して～地域医療から考える抜本的改革への処方箋～」と題した中間報告書をまとめ、6月26日に公表した。

報告書は「目指すべき地域医療の姿」において、レセプトの完全オンライン化の実施や医療機関間の競争に関わるルールの規定とともに「地域の基幹病院では、経営と執行を分離したガバナンスを構築し、株式会社も含め、多様な法人が経営を担えるようにする」ことを提言。さらに、「地域医療の改革を踏まえた診療報酬のあり方」として、オープンシステムを拡大し、基幹病院と診療所等との連携を強めるために「ドクターフィーとホスピタルフィーの分離」を提起している。

●介護職員処遇改善交付金の実施要領(案)

厚労省老健局介護保険計画課は、7月9日付の事務連絡で介護職員処遇改善交付金の実施要領(案)を各都道府県に送付した。各都道府県が介護事業者を対象に実施する説明会の資料として作成したもので、正式な実施要領は7月中旬をめどに正式に発出する予定としている。

事務連絡では、都道府県に7月～8月をめどに事業者説明会を開催するよう要請している。

事務連絡は、「介護職員処遇改善交付金事業実施要領(案)」「介護職員処遇改善交付金の事務の流れ」「Q&A」などから構成されている。

2009年度第3回常任理事会の詳細 6月20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 江別谷藤病院 理事長 谷藤方俊
千葉県 山王病院 理事長 谷嶋つね
愛知県 光寿会春日井病院 院長 加藤清也
福岡県 福岡徳洲会病院 院長 海江田令次
退会が12名あった結果、在籍会員数は2,269名となった。

【主な報告事項】

●2009年度予算執行の基本方針

09年度予算の執行方針が報告され、委員会開催にかかわる旅費・謝金の統一基準など、適切な予算管理を行なうための規程が示された。中村康彦財務委員長は、7月より四半期ごとの予算執行状況を報告するという方針を明らかにした。

●委員会委員の委嘱・謝金等支給規程

中村財務委員長は、「委員会委員の委嘱規定」および「謝金規程」の改正内容を報告、委員(特別委員)委嘱の条件と特別委員の謝金・旅費に関する新たな支払い基準を説明した。

【報告】医療の質向上委員会の足跡と活動の現況

医療安全委員会を統合、情報・質・安全を軸に活動

厚生労働科研、経産省受託事業、出版等で調査研究成果がノウハウとして蓄積



医療の質向上委員会委員長 飯田修平

医療の質向上委員会は、2001年6月に、医療界に総合的質経営(TQM: Total Quality Management)を展開することを目的に、DRG委員会を発展的に解消し、DRG・TQM委員会として設置された。

DRG委員会はDRGを研究することを目的に発足された。DRGは、米国エール大学のFetter教授により、品質管理手法を参考に、病院運営管理の効率化を目的に開発された。

DRGは効率化の手法であるが、DRG/PPSとしてメディケアの診療報酬支払制度に用いられるようになった。我が国には、効率化のツールであるDRGと診療報酬支払制度であるDRG/PPSを混同した批判的な意見もあった。

しかし、制度に関する賛否を問うためには、データに基づいた議論や政策提言が必須であるが、経営の根幹である診療報酬制自体が根拠に基づいて作られていないために、わが国では根拠に基づいた議論ができないという現状があった。

こうした現状を打破すべく、全日病は効率的な病院運営の考え方を研究する必要があると考えてDRG委員会を設

置したわけであるが、この委員会の時代にオーストラリアにおけるケースミックス会議への参加や、Fetter教授やHindle教授等と懇談する機会を得るなどして、その後、毎年、オーストラリアへの訪問調査を続けるに至っている。この、オーストラリアへの訪問調査は、その後の我々の活動に多くの刺激と研究成果を与えている。

医療の質とは、診療の質・職員の質・病院運営の質を要素とする総合的な質である。すなわち、医療の質向上を目指すためには、総合的質経営(TQM)が求められる。

医療の質向上委員会の活動範囲は、情報・質・安全に関する事項である。情報を活用し、組織的かつ継続的に質を向上し、安全を確保するという趣旨である。すなわち、TQMの実践を支援・推進するものである。

2009年度に、当委員会に医療安全委員会の業務が移管され、現在、我々は情報・質・安全を軸に据えた活動をするにいたっている。ここで、あらためて、医療の質向上委員会が取り組んできた活動の経緯と現況を報告する。

I 情報・質・安全に関する研修会、講演会等の開催

特筆すべきこととして、医療の質向上委員会は、2002年という早い時期に、オーストラリアからDRGの世界的指導者であるHindle教授と、日本の品質管理の指導者の東京大学工学部飯塚教授を講師に招き、2泊3日のDRG・TQM研修会を開催した。

研修会では、講義だけではなく、グループ討議・発表と夕食後の懇談も行なった。これは、現在、全日病で行なっている研修の基本となるものである。診

療報酬と質管理では畑違いの研修ではないかと思っただろうが、総合的質経営(TQM)を医療界に展開することを意図したものである。

その後も、DPC導入早わかり講習会、TQM研修会・講演会、医療安全管理研修会・講習会等々を開催してきたが、並行して、医療の質向上に関するアンケート及び病院情報システムに関するアンケート調査も経年的に実施している。

II 診療情報管理への取り組み

医療の質の基本は診療記録であり、その作成と管理、すなわち診療情報管理が根幹である。

当委員会は、そうした考えから、委員の病院の診療記録を材料に、POSとPOMRについて診療記録の電子化も踏

まえて検討し、「標準的診療記録作成の手引き」(01年)さらに「標準的診療記録作成・管理の手引き」(04年)を出版した。04年には、米国AHIMAの副会長Sandra Fuller氏と診療情報管理に関する意見交換会を開催している。

III アウトカム評価事業の展開

全日病は、東京都病院協会が始めた診療アウトカム評価事業に04年から参加し、共同でアウトカムデータを収集・分析し、データベースを構築し、08年からは全日病に移管して全国展開している。

05年には、米国メリーランド州病院協会アウトカムリサーチセンターのバハイ・カザンジャン氏を招聘し、「臨床指標を用いた診療アウトカム評価」に関する考え方を聞いた。

そして、06年から、米国メリーランド病院協会の国際的なアウトカム評価事

業(IQIP)に会員病院5病院が参加し、以後毎年、実務者会議、国際会議に参加している。

06年度には「医療の質向上に資する診療アウトカム評価モデルの開発に関する研究」(3ヵ年)が厚生労働科学研究に採択された。

07年にはMEDI-TARGETを用いたDPC分析事業を開始した。診療報酬請求に提出するDPCデータをそのまま利用して、経営管理と医療の質向上に活用することが目的である。DPC分析事業は09年

キャリアの阿曾沼氏が医政局長に

医系技官の外口医政局長は保険局長に就任。いずれも異例の人事

舛添厚生労働大臣は6月26日の閣議後記者会見で、厚労省幹部の人事異動案を公表した。それによると、江利川毅事務次官と坂野泰治社会保険庁長官が退任し、水田邦雄保険局長が後任の事務次官に、社会保険庁長官には渡邊芳樹年金局長がそれぞれ就任する。

さらに、新たな保険局長には医系技官の外口崇医政局長が、医政局長には事務官の阿曾沼慎司社会・援護局長が

それぞれ就く。発令は、他の局長・課長人事とあわせて、通常国会の会期が終わった7月下旬に出される。

医系技官が占めてきた医政局長にキャリアが就くのは極めて異例だが、同様に、長くキャリアが務めてきた保険局長に医系技官が起用されるのもほぼ前例がない。

舛添大臣は会見で、「事務官と医系技官のポスト固定をやめて省内の連携を

にアウトカム評価事業との一元化を果た

し、担当者の作業負担を軽減している。

IV 病院情報システム導入要件の検討と厚生労働科研

病院情報システムの開発・導入に欠かせない、各病院に共通する基本要件の策定を目指して、当委員会は02年に「病院情報システム基本要件検討プロジェクト」を立ち上げた。

病院情報システムの開発・導入には多くの問題が発生する。それは個々の医療機関が解決できる範囲を超えており、医療機関共通の問題として、解決に向けて行動するという認識からである。

このプロジェクトを基盤に、03・04年度の厚生労働科学研究「電子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究」において診療部門と病棟の業務フローモデルを開発するにいたり、05・06年度には「医療情報システムを基盤とした業務フローモデルによる医療の質と安全性の評価に関する研究」

で薬剤および手術の両診療支援部門の業務フローモデルを開発、処方から調剤を経て投薬が行われる業務プロセスならびに手術の計画から実施や術後のケアに至る業務プロセスにおける安全性に関する分析を行った。

この成果は、「電子カルテと業務革新—医療情報システム構築における業務フローモデルの活用」(05年:篠原出版新社)、「病院情報システム導入の手引き」(07年:じほう)として出版している。

09年度には、厚生労働科学研究に「手術室における多職種間の連携を担保する業務プロセスの再構築によるリスク軽減と評価方法の研究と質保証に基づく安全確保に関する研究」が採択され、現在、研究を進めているところである。

V 質向上としての安全管理への取り組み

当委員会は“安全確保は組織を挙げた継続的な医療の質向上から”を合言葉に活動している。03年から始めた医療安全管理者養成講習会は、安全管理者養成というよりも質管理者の養成が目的であり、医療界にTQMを展開する手段でもある。講師陣は医療管理実務者・研究者、医療専門職、質管理実務者・研究者からなる。

04年には、IOM報告書の「To err is Human」[Crossing the Quality Chasm]等をまとめたColligan氏を招聘し、懇談と講演会を開催した。

講習会と並行して、「医療安全管理者

必携 医療安全管理テキスト」(05年:日本規格協会)、「RCAの基礎知識と活用事例」(06年:日本規格協会)、「FMEAの基礎知識と活用事例」(07年:日本規格協会)を出版した。

07年には研修会の記録として医療安全DVDを作成し、会員に頒布している。講義と共にRCAとFMEA演習も収録してあるので、自院での研修にも参考にできる。

09年度を迎え、全日病の機構再編によって当委員会に医療安全委員会の業務が移管されるにいたり、本委員会は、現在、情報・質・安全を軸に活動している。

VI 経済産業省委託事業の実績

05・06年度に経済産業省が行なった医療情報システムにおける相互運用性の実証事業において、本委員会は「マルチベンダー型病院統合情報システム導入指導者育成カリキュラム開発事業」を手がけた。

養成の教育手段として、我々は会員病院およびJAHISの協力を得て、病院統合情報システムを医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師等の立場になって体験できる操作研修システムの教材をまとめ、eラーニングシステムのプロトタイプとして完成させた。

05年には経産省の「医療経営人材育成事業教育プログラム」に当協会の企画が採用され、経営人材育成テキストを作成することになった。わが委員会もTQMに関するケーススタディ教材の作成を担当、2006年から現在にいたるまで医療機関トップマネジメント研修でTQMに関するケースの演習を受け持っている。

07年度には、経産省の委託事業であ

るサービス生産性向上改善事例開発事業において、「病院における施設・設備管理の導入による経営効率の改善」を研究した。

総合的質経営(TQM)の考え方を導入して、維持・保全を超えて体系的な施設・設備管理(Facility Management: FM)を構築し、医療の質向上、安全確保、療養環境・勤務環境の向上を図ることを目的とするものである。

経済産業省委託事業については、08年度にも、サービス生産性協議会より、ポジティブ評価制度を開発して3年目から事業化するという構想の検討を依頼され、ワーキングチームを結成して検討中である。

Juran博士によれば“Quality is fitness for use”であり、質とは顧客要求への適合である。医療に例えるならば、顧客には外部顧客(患者)と共に内部顧客(医療従事者)がある。我々は医療においても顧客による評価を検討する必要があると考える。

よくする」と、幹部異動の意図について説明した。発令前に公表することも

含め、意表をついた幹部人事となった。

老健局が一部改編。課名変更と業務移管

厚生労働省は7月1日付で老健局内組織の一部変更を行なった。介護保険課を介護保険計画課に、計画課を高齢者支援課にそれぞれ名称変更する。

これに伴い、これまでは旧計画課が所掌していた介護保険事業計画や老人保健福祉計画の事務は介護保険計画課に、地域密着型の夜間小規模型訪問介護および小規模多機能居宅介護の各事

務は振興課に移管された。旧介護保険課の地域支援事業交付金関係事務は振興課に、振興課が所管していた有料老人ホーム関連の事務は高齢者支援課に移った。

介護保険計画課長には旧介護保険課の吉野隆之介課長が、高齢者支援課長には旧計画課の菱田一計課長がそれぞれ継続して就く。