



全日病 NEWS 5/15

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.732 2010/5/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「チーム医療の病院認定」をひとまず撤回

チーム医療推進会議 WGを設置。制度設計のベースと特定看護師導入具体策を検討

厚生労働省はチーム医療推進会議を設置、5月12日の初会合で、チーム医療の推進に資する基本施策を検討する「チーム医療推進方策ワーキンググループ」と、特定看護師(仮称)の導入に向けた諸課題を検討する「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」の設置を決めた。

看護業務検討WGは5月内にも立ち上げ、6月以降に看護業務実態調査を実施して8月中旬に結果をまとめ、それにもとづいて、看護師の業務範囲と特定医行為の範囲、さらに、特定看護師の要件と養成課程の認定基準に関する案を作成する。

一方、推進方策WGは6月中旬に発足させ、チーム医療に関する概念(定義)を明確にするともに医師と各専門職の連携および専門職相互の連携のあり方を整理、さらに、チーム医療を普及させるためのガイドライン作成に取り組む。

同日の議論で、法学者から特定看護師の円滑な導入には保助看法への位置づけが欠かせないという指摘が出たことから、厚労省は、その点の検討も推進方策WGに委ねる方向で臨む意向を示した。

両WGが打ち出した施策案はチーム医療推進会議に諮られるが、厚労省は、12月内には一定の結論を得たいとしている。

厚労省は、同日のチーム医療推進会議「チーム医療を推進する医療機関の認定基準と認定主体」の検討を推進方策WGに委ねる案を示したが、多くの委員から「チーム医療を認定する」ことへの強い疑問と反対意見が示されたため、その方針をいったん取り下げた。(会議に提示された主な資料は3面に掲載)

年内に結論。保助看法改正の必要有無も検討

チーム医療推進会議は、この3月にとりまとめられた「チーム医療の推進に関する検討会報告書」の提言を実現するために設置された。

委員は14名で、在宅療養支援診療所、大学病院、看護協会・看護系大学、理学療法士協会、放射線技師会、薬剤師会、歯科医師会、日本医師会と、医療界から一定分野の代表を選んでいる。病院団体からは日本病院会の堺会長が選任された。

座長に前出検討会と同様、永井良三東大大学院医学研究科教授を選出した後、事務局(厚労省医政局医事課)は、「チーム医療推進検討会報告書」に盛り込まれた各提言に対する厚労省の対応状況を明らかにした。

その上で、当会議の検討課題として、(1)チーム医療の普及推進を図る方策、(2)特定看護師導入に向けた具体的施策の2点をあげ、(1)については、もっぱらチーム医療に取り組む医療機関の認

定基準とその認定主体を検討するとして「チーム医療認定検討WG」の設置を、(2)については、①一般看護師の業務範囲、②「特定医行為」の範囲、③特定看護師の要件、④特定看護師の養成課程の認定基準の各案をまとめる「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」の設置を提案した。

これに対して、チーム医療推進会議は(2)については了承したが、(1)の「チーム医療認定検討WG」に関しては堺委員(日病会長)、藤川委員(日医常任理事)ほかから強い反対意見が出た。

そのため、事務局は、チーム医療の実施状況を対象に医療機関を認定するという提案をひとまず取り下げ、班の名称も「チーム医療推進方策WG」に変えることで合意した。

チーム医療推進方策WGに対しては、各委員から検討課題とすべきテーマの提案が相次いだ。



その結果、①チーム医療に関する概念(定義)を明確にする、②医師と各専門職の連携および専門職相互の連携のあり方を、包括的指示との関係を含めて整理する、③チーム医療を普及させるためのガイドラインを作成する、④チーム医療の事例など情報を集める、⑤特定看護師の法的根拠(保助看法改正の必要有無)を検討するなど、チー

ム医療の推進に関する基本設計レベルの作業を同WGに期待する方向が確認された。

両WGの委員選考等は座長一任とされたが、会議後の本紙質問に、杉野医事課長は、5月内に発足するWGの構成や会合の公開有無、会合の頻度等に関して「まだ決めていない」と答えるなど、動揺を隠さなかった。

■杉野剛医事課長の談(要旨)

- ・「チーム医療認定」の考え方には反対意見が多く出た。中立機関の設立ともどもチーム医療認定の可否は推進方策WGで議論してもらうことになるだろう。
- ・仮に、「チーム医療認定」の考え方が認められなかった場合でも、特定看護師養成課程の認定や同課程修了後の資格認定を行なう必要があることから、第三者中立機関の設置は必要となる。(設置は)年内にめどをつけたい。
- ・特定看護師の導入には2年間をみており、来春の法改正は考えていない。むしろ、12月までの議論で新たに生じる課題があれば、来年にかけて議論を続行することになる。
- ・特定看護師養成の実習や配置について医療機関を認定する制度を設けよという意見があるが、はたしてそこまで必要かとは思ふ。
- ・現在の専門看護師をどう取り込んでいくかについても、看護業務検討WGに委ねることになるだろう。
- ・(チーム医療推進検討会報告書の当初案にあった)一般の看護師であっても、緊急応需の際には特定医行為が実施できるという考えは一般論として成り立つし、現在も、考え方としては生きている。看護業務検討WGの中で検討されることだろう。



▲安藤たかお氏の推薦を発表する日本医師連盟の原中勝征委員長(5月11日)

参院選比例代表 日本医師連盟が安藤たかお氏を推薦

医療・介護団体による推薦が続々決まる

日本医師会の政治団体である日本医師連盟(原中勝征委員長)は5月11日の執行委員会で、7月の参議院選挙比例代表区に民主党から出馬を予定している安藤たかお氏(医療法人永生会理事長、全日病副会長)を推薦することを決めた。全日本病院政治連盟、日本病院会政治

連盟、日本医療法人連盟、日本慢性期医療協会が推薦する安藤たかお氏に対して、医師会の関係では、すでに、茨城県医師連盟、栃木県医師連盟、三重県医師連盟、大阪府医師連盟が推薦を決めて

いる。また、全国老人保健施設協会(川合秀治会長)の政治団体「全国老人保健施設連盟」も4月9日の常任執行委員会で推薦を決定している。

安藤たかお氏が参議院選挙に臨む政策をまとめる! 8面に掲載

清話抄

病院医療をわかっている人に国政に加わっていただきたい

平成22年の診療報酬改定が行われた。すでに、ほとんどの病院で今回の改定の影響がはっきりしていることと思う。当院の場合は、透析の引き下げもあり、全体ではマイナス改定になっていると思われる。また今後も、生き残っていくためにさまざまな取り組みを行っていく必要があるのだなあと痛感した。

そんな中、最近の心配ごとは、現政権のあまりのいいかげんさだ。先日、鳩山首相が、暗礁に乗り上げた普天間問題解決のために沖縄を訪問したが、なにも腹案がなかったことが明らかになった。

しかし、それよりも首相自ら「海兵隊が抑止力とは思わなかった」と発言していることには驚きを隠しえない。選挙前から主張していたさまざまな施策も、今回の普天間問題のように、勉強不足の中の思いつきで主張していたのだとしたら、この国はどうなってしまうのだろうか。

医療に関するマニフェストにも、医療費の増額や医師の増加等さまざまな公約が書かれているが、財源問題ひとつにしても、現在の普天間問題と同じく、思いつきだけで実現可能性を考え

ていなかったとしたら(そんな気もするが)、今回の診療報酬改定はどうなるのか、医療供給体制がどうなるのか不安ではない。

最近われわれは政治の力の大きさを痛感させられている。国民の支持もないにもかかわらず、政権にたった数人の民営化反対論者が加わっただけで、郵政民営化の見直しを実現してしまった。

まともな医療政策の立案のためにも、病院医療をしっかりわかっている人に、ぜひ国政に加わっていただく必要があると、最近、強く思う。(圭)

主張

**民主党には立ち直りを期待する。
安藤副会長の出馬は、まさに病院団体の総意だ。
日本の医療は、もはや、安藤副会長の双肩にかかっている。
勝利に向け、全日病は強力な応援体制を築いた。
会員諸氏にも最大限の努力を訴えたい。**

昨年夏、民主党権が誕生した日は全日病の夏期研修会が開催されており、西澤会長は「私達は歴史的な日に遭遇した」と挨拶された。選挙の結果は民主党の圧倒的な勝利であり、国民の期待の大きさも相当なものであった。私も日本中を覆っていた閉塞感がこれで払拭されるだろう、役人天国も解消されるだろう、景気も良くなるだろう、医療費も増えるだろう等と考えていた。

しかし、現在では期待はずれである

ことが次々わかり、国民は本当にかっかりさせられている。マニフェストが守られないことは、政権誕生から日が浅いこともあり長い目で見なければいけないこともあるだろう。しかし、首相と幹事長の政治への取り組み方は自民党時代と全く変わっておらず、新政権の信頼度はあつという間に低下している。

だが、夏に行われる参議院選挙では民主党に立ち直ってもらわなければならない。我々としては、国民の

期待にこたえられる、安心して安全な医療と福祉を実現し、それを堅持していくためには、社会保障費の増額は必須だと考えている。

そこへ、全日病の副会長である安藤高朗先生の出番がきた。彼は現役の医師であり、医療施設と介護施設の経営者であり、各種病院団体の役員である。それもお飾りではなく、それぞれの団体の会合、委員会などに皆勤し、汗水流して働いている。今までの医系議員といわれる方々

が個人の意見で活動していることに比べると、彼こそ真の医療界の代表者といえよう。日本の医療を救うのは、安藤先生の活躍いかんによるといっても過言でない。

彼を当選させるために全日病は強力な応援体制を構築した。会員も、今までにない最大限の努力をすべきであろう。今までのお付き合いのような推薦ではなく、まさに、身内を当選させるつもりで頑張ろうではないか。(K)

規制・制度改革分科会
ライフイノベーションWG

「診療看護師」や保険外併用の一部届出制を検討

行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会は4月30日、規制改革課題に対する各ワーキンググループの対処方針について報告を受け、了承した。

今後の医療・介護のあり方を検討するライフイノベーションWGは、①大胆なパラダイムシフトを促す、②開かれた医療を実現する、③産業としての競争力を強化し付加価値を向上する、という3つの視点から検討を進めてい

ると報告。

①においては「地域の事情に合致した医療の推進」「事前規制から事後チェック行政へ」、②については「グローバル化の促進」「個別化医療の推進」、③では「協働・連携・自律による医療・介護の推進」などの視点から規制改革に取り組むとしている。

同WGは、「事前規制から事後チェック行政へ」として、「保険外併用療養の

範囲拡大」という課題において、保険外併用療養の実施に際して、倫理審査委員会設置などの要件を満たす医療機関には当該技術の一部に届出制を導入する方向で検討、今年度内にも結論を得る方針を表明した。

「医行為の範囲の明確化(診療看護師資格の新設)」という課題に関しては、医師と協働・連携して医療行為の一部を担う「診療看護師」の制度化を目指し、

特定看護師のモデル事業を踏まえつつ検討に着手するとしている。

大塚耕平分科会長(内閣府副大臣)は、記者会見で「省庁や各方面からの意見を踏まえる必要がある。その結果、対処方針が変わる可能性もある」と、弾力的な姿勢で検討に臨む意向を表明した。

各WGとも、6月半ばをめどに報告をまとめ、分科会としても6月内には最終報告をまとめる予定だ。

看護師以外の各職 適法行為の範囲を拡大

厚生労働省は4月30日付医政局長通知(医政発0430第1号「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」)で、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務範囲を拡げた解釈を示し、各都道府県に発出した。

通知は、医師による包括的指示を前提とした上で、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、臨床工学技士、診療放射線技師のそれぞれについ

て関係法令の下で適法とみなされる行為を具体的にあげ、各職の積極的な活用を求めている。

その中で、薬剤師に関しては、処方、薬剤変更、入院患者の服薬計画を医師に提案できるとし、医師との関係で薬剤師をより積極的なポジションに置くことを認めている。

リハビリテーション関係職種については、施術に関連した喀痰等の吸引を関

係法で規定する療法に位置づけるとともに、「作業療法」の範囲を拡げた。

喀痰の吸引については、人工呼吸器を装着した患者の吸引も臨床工学技士の「生命維持管理装置の操作」に含まれるとしたが、呼吸療法を行う場合の動脈留置カテーテルからの採血も臨床工学技士が実施できる行為に加えられた。(医政局長通知の概要は3面に掲載)

救急受診の適正化を指導してほしい

厚労省が健保組合に要請

厚生労働省は4月26日付で保険局保険課長名の健康保険組合理事宛通知(保保発0426第3号)を発出し、救急医療における勤務医の負担軽減という見地から、組合員を対象に適正受診の啓発に取り組むよう要請した。

併せて、同日付で各地方厚生(支局長に前出通知の写しを送付、各健保組合に対して通知主旨のあった指導を行うよう求めた。

健保組合宛の通知は、被保険者に対する周知啓発活動として「医療機関・薬局の受診等に当たっての留意点」と題した例文を添付するとともに、2009年度と2010年度の健康保険組合事業状況調査で普及啓発状況を把握する方針であることを明らかにしている。

なお、今回の改正で、地域に「臨床研修に関する地域協議会を設置することが望ましい」とされた。

患者3,000名要件の激変緩和は12年度研修医の募集で廃止

厚生労働省は医師臨床研修に関する省令の施行通知を一部改正、4月14日から適用した。臨床研修省令施行通知は、「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」の報告を踏まえた2009年度の大見直しにもとづいて昨年5月11日に改正されているが、今回は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会が

2月にまとめた「2011年度の臨床研修に対する対応策」を踏まえた改正となった。

これによって、年間入院患者3,000名を要件とする基幹型臨床研修病院指定基準の激変緩和措置は、2012年度開始研修医の募集を最後に廃止され、13年度から基幹型臨床研修病院は新たな指

定基準を満たした病院に限定される。

また、一定条件の下で、各研修病院募集定員の合計は都道府県の募集定員の上限を上回ることが認められる。さらに、11年度開始以降の研修医に年額720万円以上の給与(時間外や当直手当等は除外)を支払う病院は当該補助金が減額される規定が盛り込まれた。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

薬剤師 処方、薬剤変更、入院患者の服薬計画を提案できる

医政局長「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(医政発0430第1号)4月30日 ※2面記事を参照

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務は現行制度の下で薬剤師が実施することができる。

- ①薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施する。
- ②薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に処方提案する。
- ③薬物療法を受けている患者(在宅患者を含む)に薬学的管理を行う。
- ④薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案する。
- ⑤薬物療法の経過等を確認した上で、医師に前回処方と同一の処方を提案する。
- ⑥外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行う。
- ⑦入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行う。
- ⑧定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤する。

⑨抗がん剤等の適切な無菌調製を行う。

(2) リハビリテーション関係職種

1) 喀痰等の吸引

①理学療法士が体位排痰法を実施する際、作業療法士が食事訓練を実施する際など、喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引は、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「理学療法」、同条第2項の「作業療法」及び言語聴覚士法第2条の「言語訓練その他の訓練」に含まれるものと解し、理学療法士等が実施することができる行為として取り扱う。

②喀痰等の吸引の実施は、養成機関や医療機関において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施するとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、安全に実施できるよう留意しなければならない。

2) 作業療法の範囲

以下に掲げる業務は理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものである。

- ・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・家事、外出等のIADL訓練
- ・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就業環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・福祉用具の使用等に関する訓練
- ・退院後の住環境への適応訓練
- ・発達障害や高次脳機能障害等に対する

リハビリテーション

(3) 管理栄養士

以下に掲げる業務は、現行制度の下で管理栄養士が実施することができる。

- ①一般食(常食)について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更する。
- ②医師に、特別治療食の食事内容や形態を提案する(食事内容等の変更提案を含む)。
- ③医師の包括的な指導(クリティカルパスによる明示等)を受けて、患者に対する栄養指導を実施する。
- ④経腸栄養療法の際に、医師に、使用する経腸栄養剤の種類選択や変更等を提案する。

(4) 臨床工学技士

1) 喀痰等の吸引

①人工呼吸器を装着した患者の喀痰等の吸引は、臨床工学技士法第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。

②喀痰等の吸引は必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施するとともに、医師の指示の下、他職種との連携を図るなど安全に実施できるよう留意しなければならない。

2) 動脈留置カテーテルからの採血

①人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う場合、血液中のガス濃度のモニターを行うため、動脈の留置カテーテルから採血を行う必要がある。この動脈留

置カテーテルからの採血は臨床工学技士法第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。

②カテーテル採血の実施は、必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施するとともに、医師の指示の下、他職種との連携を図るなど、当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。

(5) 診療放射線技師

以下に掲げる業務は、現行制度の下で診療放射線技師が実施することができる。

①画像診断における読影の補助

②放射線検査等に関する説明・相談。

(6) その他の職種(歯科医師、看護職員、歯科衛生士、臨床検査技師、介護職員等)も専門家として医療現場で果たす役割は大きいことから、各職種を積極的に活用することが望まれる。

また、医療ソーシャルワーカー(MSW)や診療情報管理士等も医療スタッフの一員として積極的に活用することが望まれる。

さらに、書類作成等の医療関係事務を処理する事務職員(医療クラーク)、看護業務等を補助する看護補助者、検体や書類・伝票等の運搬業務を行う事務職員(ポーターやメッセンジャー等)等、様々な事務職員も医療スタッフの一員として活用することが望まれる。

看護系大学院でモデル事業。「特定医行為」を実施

「チーム医療推進会議」(5月12日)に提示された資料から ※1面記事を参照

■報告書の提言に対する厚生労働省の対応(要旨)

報告書の提言	厚生労働省の対応
1. 看護師の役割の拡大 (1)「包括的指示」の成立要件を明確化。 (2)「診療の補助」の範囲を拡大する方向で明確化。そのために看護業務に関する実態調査や試行等を早急に実施。 (3)専門的な臨床実践能力を有する特定看護師が特定の医行為を実施できる新たな枠組みを構築。特定の医行為の範囲や特定看護師の要件を決定するため、専門的・実証的な調査・検討を実施。	○看護業務実態調査を実施。 ○専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成に既に取り組んでいる修士課程の情報収集するため、当該課程の関係者等の協力を得てモデル事業を実施。 ○看護業務実態調査やモデル事業の結果を踏まえ、チーム医療推進会議で専門的な検討を実施。
2. 看護師以外の医療スタッフ等の役割拡大 薬剤師、助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士、臨床工学技士、診療放射線技師、臨床検査技師、医療クラーク等	○薬剤師、リハビリ関係職種、管理栄養士、臨床工学技士、診療放射線技師については、4月30日に医政局長通知を发出し、各職種が実施できる業務を明確化。 ○助産師については、平成22年度厚生労働科学研究費補助金事業で試行・検証を実施。 ○臨床検査技師については、関係学会等と実施可能な生理学的検査拡大の可否を検討中。 ○医療クラーク等については、導入を推進するための具体策を検討中。
3. 医療スタッフ間の連携の推進 (1)チーム医療を推進する医療機関等を認定する仕組みを導入すること等を検討。 (2)公正な第三者機関が必要。	○チーム医療推進会議において専門的な検討を実施。

■看護業務実態調査(素案=要旨)

現在の看護業務の実態等に関する全国的な調査を実施する。(8月中に取りまとめ予定)

●調査内容

チーム医療検討会報告書で「特定の医行為として想定される行為例」として列挙された行為等について、以下の項目を調査。

- ・現在、看護師(認定看護師・専門看護

師)が実施しているか否か

・今後、一般の看護師が実施することが可能と考えられるか否か

・今後、特定看護師(仮称)制度の創設に伴い、特定看護師(仮称)が実施することが可能と考えられるか否か

調査対象とする一定の行為は「チーム医療推進のための看護業務検討WG」で選定。

●調査対象・方法

以下のとおり調査を実施する。

①医療機関等に勤務する医師・看護師(質問紙調査)

特定機能病院	82施設(100%)
病院(規模別)	1,800施設(20%抽出)
診療所(有床)	600施設(5%抽出)
訪問看護ステーション	500か所(10%抽出)
介護保険関係施設等(老人保健施設等)	500施設(10%抽出)
計	約3,500施設

■モデル事業について(素案=要旨)

本モデル事業は、「チーム医療推進検討会報告書」で、特定看護師の要件は専門的・実証的な検討を行なった上で決

定する必要があるとされたことを受け、既に類似の看護師の養成に取り組んでいる大学院修士課程の実態・実績に関する情報を収集するため、実施する。(実施期間は原則として2010年度中)

【事業内容】

○以下の条件を満たす修士課程を「モデル事業実施課程」として選定する。

・「特定看護師モデル養成課程」と称すること。

・臨床実践能力を習得する科目(臨床薬理学等)を必修としていること。

・演習・実習科目を必修とするとともに、実習場所(病院等)を確保していること。

・教員・指導者に相当数の医師が含まれること。

・実習科目における安全管理体制を整備していること。

○モデル事業実施課程においては、一般的には「診療の補助」に含まれないと理解されてきた行為の実習を実施して差し支えないこととする。

○モデル事業の開始後に、その実施状況(例えば、安全面の課題、学生の履修状況、実習時のインシデント・アクシデント、一般の看護師でも実施可能な行為等)について、WGに随時報告。

10年度改定で疑義解釈の第3弾

厚労省保険局医療課は2010年度診療報酬改定の疑義解釈第3弾をまとめ、4月30日付で都道府県等に送付した。

その中で、運動器リハビリテーション料(I)を届け出ている医療機関に従事している当該研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等について、この3月31日以前から勤務かつ同日以前に運動器リハを実施したことがある場合には、外来リハに限って運動器リハビリテーシ

ョン料(Ⅲ)の80点を算定できるという解釈を示した。

事業仕分け

国立大学附属病院への施設費貸付業務は廃止へ

4月28日の行政刷新会議「事業仕分け」は、国立大学附属病院を対象に施設整備資金の貸付や経営相談などを行っている(独)国立大学財務・経営センター

このほか、入院患者の他科受診における薬事法上処方を行なう医療機関が限定されている薬剤について、当該他医療機関で処方するか他医療機関の処方せんに基づき薬局で調剤を行なうと

した上で、当該薬剤に係る費用の負担にかかわる考え方を整理している。

また、患者の家族が会計を行なった際に家族に発行する明細書の取り扱いに関する留意点も明らかにしている。

ではないか」といった批判が出ていた。

仕分けを担当したワーキンググループBは、施設費貸付と承継債務償還からなるファイナンス事業および経営相談事業について「各大学の自立化を促進すべきであり、当該事業は廃止する」という評価を下した。

を取り上げた。

同センターについては、以前から、「貸し倒れリスクが低い国立大学附属病院は民間からの借り入れで対応すべき

2010年度改定——ケアミックス病院の立場からDPC改定を振り返る

新係数で手厚い配置のチーム医療が評価

新係数よりも旧係数を構成する項目の改定結果が大きく影響



診療報酬調査専門組織DPC評価分科会委員
脳血管研究所美原記念病院 院長 美原 盤

◆はじめに

急性期医療の崩壊が大きな社会問題化している中で実施された2010年度診療報酬改定は、大幅なプラス改定を謳って政権交代を果たした民主党による初の改定ということも併せて、社会的に極めて高い注目を集めた。

当初の政権公約とは異なり、結果として0.19%と低い改定率になったものの、急性期医療に大幅な点数配分が行われたことは、マクロ的には妥当な対応であったように思われる。

一方、急性期医療を担う医療機関は、地域や疾患特性によって病床規模や病

院形態が千差万別であるため、今改定のミクロ的な影響は、今後十分な検証が求められるところである。

筆者は脳・神経疾患を専門とする中規模のケアミックス病院を運営する立場にあり、また、昨年9月よりDPC評価分科会委員に就任したことで、奇しくもマクロとミクロの双方に携わることとなった。

このような立場を踏まえ、私見ではあるが、22年度診療報酬改定についてDPCを中心に言及してみたい。

◆2010年度改定とDPC評価分科会の議論

DPCは今日のわが国の急性期医療の中核を担う制度であり、DPC評価分科会は中央社会保険医療協議会(中医協)の下部組織のひとつとは言え、わが国の医療全体に対し極めて重要な役割を担うことは疑いようがない。

しかしながら、過去、そこでの議論は地域医療の実態に対し十分な配慮が成されているとは言えないものがあった。例えば、「ケアミックス病院はDPC対象病院として適切であるか」という趣旨の議論である。

2008年11月、「病院の全病床数に占めるDPC算定病床の割合が非常に低い」DPC対象病院として、当院を含む4病院がDPC評価分科会に招聘され、ヒアリングを受けることになった。

ヒアリングにおいて筆者は、ケアミックス病院は、急性期医療における、質の高い、効率的な医療提供体制の一つであることを主張し、結果的に、当局よりケアミックス病院をDPC対象に認めるとの見解が示された。

しかし、急性期医療を担う病院＝大規模総合病院とし、ケアミックス病院の機能やアウトカム以前にケアミックスという病院形態によって選別しようとしたことに対しては、地域医療を担う一員として強い違和感を抱いた。

このヒアリングをきっかけに、機能評価係数Ⅱの設定に関する「現場の医療機関との意見交換」に招かれ(2009年2月)、これらを経て分科会委員に就任するようにと声をかけていただいた。従って、著者の分科会委員としての役割はケアミックス病院をはじめとする中小規模の民間病院の現状を、いかに分科会の議論に反映させるかというものであると認識している。

では、それらが今改定にどこまで反映できたかと言うと、必ずしも充分ではないと感じている。委員就任後、機能評価係数Ⅱに関する議論が行われたのは、実質的にはわずか2回(09年11月18日に事務局がたたき台を提示、11月30日に決定)であり、評価に対して一部携わったものの、設定については既に決定されていたものであった。

しかしながら、機能評価係数Ⅱを含む2010年度改定の議論に当たっては、過去の改定に比べ非常に多くのデータが示されており、それらは必ずしも委員が提出したものに限らず、前述2月の意見交換で出されたものや昨年8月に実施したアンケート調査の結果など、より広く視野を持つという分科会の意向が伺えたことは大いに評価できると思われる。

◆様式1の項目見直しと今後の新係数議論

今後、調整係数は、2016年度改定まで段階的に機能評価係数Ⅱに置き換えて行くことが既に決定されている。この置き換え作業のベースになるものがDPCデータである。

現在、DPCの様式1の項目をどのようにするか議論されており、「全国規模での診療実績の可視化」がさらに推進されると思われる。このことは、各医療機関の実績が客観的な数値として公にされることでもあり、これらの

データに基づいて、「あるべき機能評価係数Ⅱ」が議論され、設定されていくことになるであろう。

すなわち、我々は、制度設計に対してただ単に要望するだけではなく、客観的データに基づいて、DPC病院としての中小規模の民間病院のあり方(医療の質、効率性の高さ、必要性など)を当局にアピールし、制度設計につなげていく提言をしなくてはならない。

◆激変を避けた今改定

ケアミックス型専門病院としての2010年度改定の影響について、当院におけるシミュレーションの結果を示す。

2010年度改定の内容を2009年度実績に当てはめたシミュレーションの結果は、改定の趣旨通り、回復期リハビリ病棟や障害者施設等一般病棟に比べ、急性期病棟の収入が最も大きく伸びていた(図1)。急性期病棟の内訳は、手術の影響が最も大きく、次いでDPCおよび入院料加算等であった。

DPCについては、今改定の大きなトピックスである機能評価係数ⅡよりもⅠの影響が大きく、特に急性期看護補助加算Ⅰや医師事務作業補助体制加算Ⅰ、検体検査加算、が増収となった(図2)。

今改定における機能評価係数Ⅱは「調整係数による上積み相当分の25%」であるため、この結果はおよそ必然的なものである一方、今後、2016年度改定までに段階的に拡大されることを今から認識しておく必要がある。

◆新係数導入の意義

機能評価係数Ⅰが主にstructureを評価したものであるのに対し、機能評価係数

Ⅱの特徴は、processもしくはperformanceを評価したものだという点にある。

すなわち、従来の制度では、インフラ整備によって一定の収益が担保されたのに対し、今後は、それに加えて、急性期病院としての機能の発揮やアウトカムが求められることを意味している。

しかも、Ⅰの各項目は自院完結で行えるものであるのに対し、Ⅱは他DPC病院と比べ相対的に上回っていないれば高い係数とはならない。

今改定で当院が得られたⅡの効率性指数、複雑性指数、救急医療係数は、全国平均のおよそ2倍程度であった。

この結果は、これまで当院が脳・神経疾患の専門病院として、手厚い人員配置によるチーム医療に基づく高密度短期集中の医療提供を継続してきたことが評価として反映したものである。

一方、これらの取り組みは、改定以前の診療報酬制度においては十分な評価とはならず、厳しい病院運営を強いられてきたという事実がある。今改定で、これまでの「医療の質と効率性の向上」を追求してきたことが、報われたものと実感している。

◆おわりに

今改定における機能評価係数Ⅱにより、診療実績が経営の評価につながる仕組みが一部導入されたことは、ミクロ的には厳しい病院運営を強いられることかもしれないが、マクロ的にはわが国全体の医療の発展に寄与するものと考えられ、その意味で2010年度改定は意義のあるものだったと思われる。病院にとって診療報酬が最大の収入源である以上、病院運営が制度に強く影響されることは必然であり、2年に1度の改定の度に右往左往させられることは仕方のないものかもしれない。

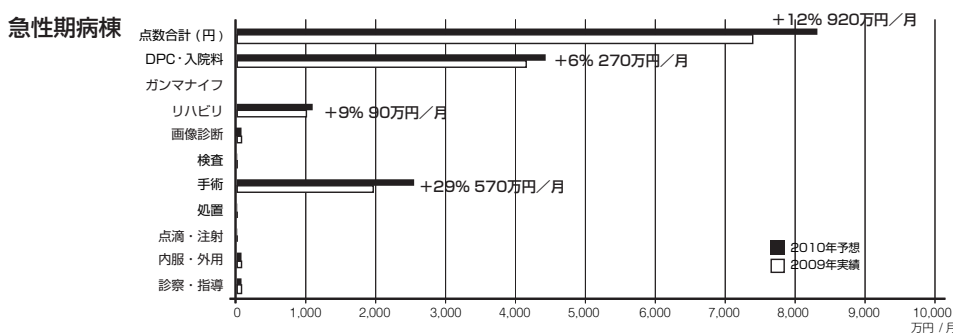
しかし、現行制度下で利益を最大化させるような取り組みは、必ずしも自院の持続性につながるものではない。大切なことは、医療における普遍性、すなわち患者ニーズに則った質の高い

医療を効率的に提供する仕組みを自院の中でどれだけ構築できるかである。

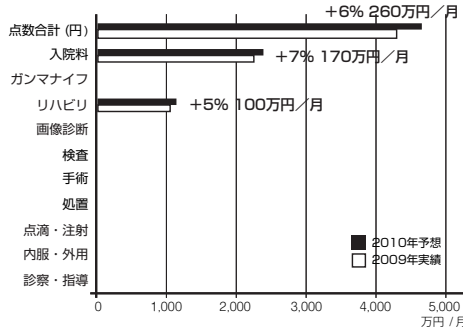
DPC制度本来の目的はわが国の急性期医療の発展であって、内容はあくまでそのためのツールでしかない。従って、患者の視点に基づいた良質な医療の実践と、それに伴って発信された情報が、今後のDPC制度を構築する要素となる。今改定を通じて明らかなのは、よい医療を自分たちで提供しそれに基づいた制度を自分たちで作上げていくという当事者意識が医療現場に携わる者に求められることである。

すなわち、地域住民に求められる医療を提供するべく努力すれば、制度は後から付いてくる、否、付いてくるようにしなくてはならないと考えている。

図1 ●病棟別保険請求額比較



回復期リハビリ病棟(1病棟分)



障害者病棟

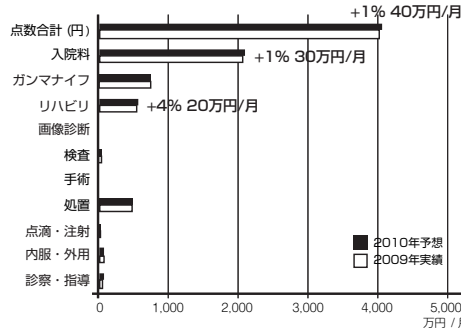


図2 ●医療機関別係数の改定前後比較(1ヶ月当たり)

	改定前係数	改定後係数	改定前請求額(包括部分)	改定後請求額(包括部分)
請求総額(係数含まないもの)			3,331万円	3,313万円
調整係数	1.1401	1.1345	3,798万円	3,759万円
機能評価係数Ⅰ				
一般病棟入院料7対1	0.1005	0.1008	335万円	334万円
臨床研修病院(協力型)	0.0007	0.0007	2万円	2万円
診療録管理体制加算	0.0009	0.0010	3万円	3万円
クラーク加算Ⅰ	0.0059	0.0267	20万円	88万円
急性期看護補助加算Ⅰ	-	0.0305	-	101万円
医療安全体制加算Ⅰ	0.0015	0.0027	5万円	9万円
検体検査管理加算Ⅳ	-	0.0135	-	45万円
機能評価係数Ⅱ				
データ提出指数	-	0.0037	-	12万円
効率性指数	-	0.0068	-	23万円
複雑性指数	-	0.0069	-	23万円
カバー率指数	-	0.0004	-	1万円
救急医療係数	-	0.0088	-	29万円
医療機関別係数	1.2496	1.3370	4,163万円	4,429万円

アウトカム3事業の統合とMEDI-TARGETの現状

参加病院が165に増加。精度の高い分析が可能に わが国唯一のアウトカム分析。質向上に向けた活用が全日病の責務



医療の質向上委員会委員長 飯田修平

医療の透明性、質保証、安全確保などに関する社会の要請が急速に高まっている。病院あるいは病院団体としてこれらの要請に対応するには、事実やデータに基づいた医療・経営(EBM: Evidence Based Medicine/Management)、すなわち、標準化と継続的質向上によって効率と質向上を両立させ、医療に質管理を導入しなければならない。

DRG (Diagnosis Related Groups)やDPC (Diagnosis Procedure Combination)は、質管理の考え方に基いて経営効率をあげるために開発されたものであり、診療報酬請求だけでなく、標準化、継続的質向上と質保証の道具とし

□ケースミックスを用いた医療の標準化

DRGやDPC等のケースミックスは医療の標準化の道具である。他施設あるいは自施設の時系列による比較検討が可能となり、質の評価に用いることが出来る。共通の物差し(基準)という意味で、DRGやDPCは医療の標準化に有用である。標準化とはばらつきの縮減であり、質管理(Quality Management・Quality Control)の基本である。

全日病は、DRGの考え方の導入が医療の標準化と医療経営に必須であると

□DPC分析事業の経緯 (MEDI-TARGETの開発)

DPCは急性期病院の標準的な支払方法となったため、当該病院はDPC分析ソフト導入の必要に迫られた。そこで、全日病として、数社のDPC分析ソフトを検証した。そして、DPC請求のみでなく、システム開発能力、すなわち診療アウトカム評価と将来のオンライン請求に対応可能であるかを検討した結果、ニッセイ情報テクノロジー(NIT)のDPC分析ソフトであるMEDI-ARROWSを選定した。

しかし、MEDI-ARROWSはスタンドアロン型であったため、全日病の考えるベンチマークを可能とするASP(Application Service Provider)方式のMEDI-TARGETを、2008年に同社と協同で開発した。

MEDI-TARGETはMEDI-ARROWSと同等以上の機能を有しているが、そこに、全日病独自の定型画面(パネル)を付加した。また、ASPにすることによって、導入費用、維持費用の大幅な

でも用いる必要がある。

医療制度改革に対応していくには、小手先よりも組織基盤の整備が重要であり、そのためには総合的質経営(TQM: Total Quality Management)の考え方の導入が必要である。

全日病が実施しているDPC分析事業・診療アウトカム事業・IQIP(International Quality Indicator Project)事業は経営基盤の構築と活用が目的である。全日病は、現在、これら3事業の統合を実現している。

会員病院の医療の質向上・経営の質向上に役立てていただきたく、それら事業の経緯と現状を報告する。

の考えから、1996年から定期的にオーストラリアを訪問し、調査・研究を続けている。

我が国にケースミックスとして導入されたDPCには種々の問題があるものの、診療の標準化と共に病院経営の標準化を推進する点でも大きな役割を果たしている。急性期のみならず長期療養施設や介護施設にも、ケースミックスを用いた標準化が行われつつある。

低減が実現しただけでなく、中小規模病院においても専任SEやサーバーを設置する必要がなくなった。

DPC病院であればDPCデータ(様式1・4、E・Fファイル)の提出に特別な労力はいらぬ。したがって、本事業に参加する全病院で母集団データセットを形成し、これとのベンチマークが可能となる。また、新規加入病院でも、過去のDPCデータの取り込み(有料)は可能であり、時系列の経営分析が可能である。

MEDI-TARGETの最大の特徴は、開発会社と個別病院の契約ではなく、全日病が契約主体になっていることにある。各ユーザーの要望を集約するだけでなく、全日病としての戦略も入れてシステムの改善を要望し、大幅な改善を実施している。その実績を例示すれば、全日病パネルの設置、自由分析の機能向上と高速化、外来/入院を通じたパス形式の分析等々である。

□診療アウトカム事業の経緯

医療の質の評価には、人員配置/施設/設備などのストラクチャー、パス法・診療ガイドラインなどのプロセス、および

臨床指標を用いたアウトカムの視点がある。

全日病では、診療アウトカム評価事業

を、①DPCデータの分析を行うMEDI-TARGET、②診療情報を付加した分析を可能とする診療アウトカム評価事業、③国際比較を目的とするIQIPの3段階で構成している。

東京都病院協会は2002年に日本で唯一のアウトカム評価事業を開始したが、2004年からは全日病が全国展開している。24疾患で入院治療を受けた患者のデータ、その他病院全般の指標として転倒・転落、入院後発症感染症、抑制のデ

ータを収集し、参加病院へのデータフィードバックを継続的に実施して、病院医療の質向上にかかわる統計データをウェブサイトに掲載、医療全般に対する国民の理解の促進に寄与している。

診療アウトカム事業の目的は、参加病院全体の成果と当該病院の成果のデータを還元し、参加病院がそれを参考にして医療の質向上に資することであり、決して順位付け(ランキング)にあるものではない。

□診療アウトカム評価事業とDPC分析事業の一元化

診療アウトカム評価事業に参加している病院の多くがDPCを導入した結果、DPCデータ作成に人員など院内資源が取られ、事業への継続参加が困難な病院がでてきた。これに対応するために、全日病は、DPCデータを変換して最小の労力で診療アウトカム評価事業用のデータが作成できるようにシステムの変更を行った。

しかし、DPC分析ソフトがなかったため、上記の如く検証の結果、次の段階として新システムのMEDI-TARGETを開発し、アウトカム評価事業もMEDI-TARGETに移行させて一元化を実現した。これによって、参加病院はアウトカム評価事業に必要な数個の診療情報を付加的に入力するだけで済むように簡素化された。

□IQIP事業の現状

米国メリーランド病院協会が運営するIQIP(International Quality Indicator Project)には、世界11カ国の約1,200病院が参加している。全日病は2006年7月からIQIPに参加、現在、8会員病院が参加するに至っている。

IQIP事業において、全日病は、IQIP

参加国の調整者会議で各国の状況を明らかにするとともに臨床指標の検証を行い、システムの改善、データの信頼性確保を図るために、参加会員病院の担当者を対象にした研修を実施している。

□今後の期待と課題

昨年、某社DPC分析ソフトの根本的問題が露呈したため、本事業への参加病院数は、公的病院を含め165に増えた。

MEDI-TARGETは団体契約であるのでリスクは少ないと考える。参加病院の増加によってデータ規模は格段に大きくなり、病院機能・規模別等に層別化した集計も可能になり、より精度の高い分析が可能となった。全日病は、これらのデータ分析を基に各病院の経営の質向上に寄与するだけでなく、そのデータを政策提言に活かすことが重要になっている。

収集データについては信頼性の確保が重要である。したがって、現在、全

日病は、診療情報管理・医事課担当者を対象とした説明会や講演会等の継続研修を実施している。ノウハウの提供など、病院団体としてなしうる支援体制の検討も進める必要がある。

なお、これらの事業に対しては個別病院のデータの公開を求める声や質問があるが、現段階においては個別病院の名称やデータを公開する予定はない。本事業はランキングを目的としているのではなく、結果や成果を医療及び医療経営の改善・質向上に用いることが目的である。諸外国においても、IQIP事業でも、個別の病院のデータは公開していない。

本稿にあるDPC分析事業(MEDI-TARGET)に関するお問い合わせは全日病事務局で受け付けています。03-3234-5165

全日病主催 第34回ハワイ研修旅行の実施要領が決まる!

旅行期間●10月28日(木)~11月2日(火) 6日間 参加費●成田発着13万5,000円
6日間 関空発着14万5,000円
募集人員●成田発着40名、関空発着20名、福岡発着14万9,000円
福岡発着20名 ※いずれも研修費用は別
詳細は全日病HP掲載の案内パンフでお確かめください

院長! うちに入ってますよね? 未加入でしたら、病院基金へぜひご加入を

病院厚生年金基金は、都道府県内の病医院が協力して運営しているため、省コストで充実した企業年金を支給できる制度です。

事業主と従業員、双方にメリットがあり、職場への信頼と将来の安心をお手伝いいたします。

基金加入のメリット

- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。



お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		

認知症の有無でケア時間と人件費に大きな差

認知症患者のケアと人件費 認知症患者のコスト調査。同時改定に重要なデータを提供

全日病が実施した「認知症患者にかかわる労働力と費用の調査(第2次調査)」の結果(概要)によると、認知症がある患者の医療処置とケアに要する時間は、認知症がない患者と比べると、病床間による差はあるものの、29%~61%も多いことが判明した。

患者1人1日あたりの人件費コストを比較すると、やはり病床間による格差はあるが、認知症がある患者の方が14%~41%高くなっている。

2009年度老人保健健康増進等事業である「認知症をもつ要介護高齢者への適切な医療・ケア体制の構築に関する調査研究事業」を本会が受託、日本慢性期医療協会の協力を得て今回の調査は実施された。

昨年8月に、認知症患者数と老健への転換計画の有無をたずねる第1次調査が実施され、その結果と第2次調査に対する協力の可否を踏まえ、17施設を対象に昨年10月に第2次調査を実施、この3月にその結果がまとまったもの。認知症患者に要するケア時間と人件

費コストの調査はわが国初とみられ、認知症を伴わない患者との比較ともども貴重なデータとなった。

4月17日の10年度第1回常任理事会に、調査を担当した木下毅常任理事は、「人員配置の違いがあるために病床間の比較は難しいが、認知症患者のケアにより多くの手間がかかっていることが明らかになった。データから、医療やADL区分よりも認知症の有無の方がケア時間とコストに与える影響が大きいことが判明した」と報告。

さらに、「一般病床や療養病床にも多くの認知症患者が入院しており、特に内科的な合併症を有する認知症患者では、精神科に受け入れてもらえないケースがみられる。

今後、認知症患者が増加することは確実であるので、認知症患者が広く一般病床や療養病床に入院できる体制や診療報酬・介護報酬を決めていく必要がある」と指摘した。

調査結果の詳細は全日病のホームページに掲載予定である。

●認知症の有無別による患者1人1日あたり人件費コストの比較 単位：円

		医師	看護師	看護補助	その他	合計
一般病床	認知症あり	2,048	11,392	1,885	2,376	17,701
	認知症なし	1,432	5,618	1,998	3,480	12,528
	差	616	5,774	-113	-1,104	5,173
精神病床	認知症あり	473	5,898	3,391	461	10,150
	認知症なし	510	4,794	2,501	492	8,298
	差	-37	1,104	817	-32	1,852
医療療養病床	認知症あり	1,067	5,182	2,470	1,103	9,823
	認知症なし	643	3,850	2,997	1,139	8,628
	差	425	1,333	-527	-36	1,195
介護療養病床	認知症あり	1,017	4,949	4,250	1,139	11,356
	認知症なし	733	3,585	3,493	910	8,721
	差	284	1,364	757	228	2,635

●認知症の有無別による患者1人1日あたりの医療処置・ケア時間の比較 単位：分

		医師	看護師	准看護師	看護補助	合計
一般病床	認知症あり	7.9	130.5	49.9	36.8	225.1
	認知症なし	5.6	60.9	32.2	40.9	139.6
	差	2.2	2.2	17.7	-4.1	85.5
精神病床	認知症あり	1.7	33.9	54.8	55.3	145.8
	認知症なし	2.0	30.2	40.5	40.9	113.5
	差	-0.3	3.8	14.4	14.4	32.2
医療療養病床	認知症あり	4.7	46.4	48.2	56.3	155.6
	認知症なし	2.8	21.7	24.3	50.1	98.9
	差	1.9	24.7	23.9	6.2	56.7
介護療養病床	認知症あり	5.4	39.8	36.2	83.0	164.5
	認知症なし	4.6	32.3	17.8	63.7	118.4
	差	0.9	7.6	18.4	19.3	46.1

75%が再利用を希望。「医療用ビザの創設」を提起

医療ツーリズム 実証事業で報告書。利用者、医療機関、事業関係者の声を整理

経済産業省が進めてきた国際メディカルツーリズム調査事業に関する報告書がまとめられ、このほど公表された。来日外国人に健診サービスを提供した上で実証調査に協力する2つのコンソーシアムと来日外国人を集客するコンソーシアム(JTBほか)の調査報告を、事業全体を統括する野村総研がとりまとめたもの。

健診サービスを提供するコンソーシアムの1つは全日病が事務局を務め、会員病院から11病院が参加した。

実証調査は今年の2月10日~3月8日を対象に実施され、日本駐在もしくは来日外国人の来院20名という目標に対して、9医療機関で24名受け入れるという成果を得た。国別はロシア10名、中国が8名、米国3名、韓国3名。ロシア人の5名が東京駐在だったほかは、すべて受診目的の来日であった。

24名の受診内訳は、12名が「日帰り健診」、8名が「日帰り人間ドック」、3

名がPET健診と人間ドック、1名が脳ドックで、治療を希望する外国人はいなかった。

利用者や家族による満足度調査(回答20人)では、「非常に満足」「やや満足」と高い評価を得た項目は、「病院スタッフのホスピタリティ」と「健診実施時、結果説明時等の通訳サービス」がそれぞれ19人、「医療施設の雰囲気」と「健診の進行の円滑さ」がそれぞれ18人、「健診の内容」が17人という順。

逆に、「医療施設のロケーション」と「医療機関の質と先進性」はいずれも15人、「健診・治療結果の情報量と得られた示唆」は14人と低かったが、全体として、15名が「日本への医療ツーリズムを再利用したい」と肯定している。

報告書は、中国とロシアからの利用者からはおおむね高い評価を得たが、「シンガポール・タイの有名医療機関におけるサービスレベルを経験しているアメリカ人顧客からは、富裕層向け

の手厚い対応を期待する意見も寄せられた」と指摘、医療ツーリズムで先を行く国との競争課題の1つに諸外国の富裕層対策をあげた。

言語問題に関して、今回はコンソーシアムから医療通訳が派遣されたが、院内表記が日本語中心なために通訳なしでの移動が困難なことや、問診票と健診内容が疾病構造や食習慣の違いを無視しているという指摘が利用者からあったことを明らかにしている。

文化・生活習慣の違いについては、現場で対応した医師からも生活指導の難しさを指摘する意見が出された。

受け入れた医療機関の大半は英語による対応が可能としているが、中国語とロシア語に関しては、多くの医療機関が「医療通訳のレベルを判断できない」という懸念を示し、通訳者に語学と医療知識の水準を判定するレベル認定が必要という要望が示された。

今回の実証事業では、各医療機関が

発行した診断書を国際医療サービス支援センターが各国語に翻訳、患者に送付する方法を採用した。

この方法に対しても、①翻訳結果に起因するトラブルが不安、②診断書を第三者に提供することに不安(もしくは違和感)を感じるという懸念も医療機関から示された。

また、緊急対応が必要な異常所見が発見された場合に、旅行ビザで短期滞在中あるいはすでに帰国してしまっているケースや当該医療機関では対応できない疾患が発見された場合にどう対応すべきか、さらには、帰国後に患者からの問い合わせがあった場合に誰が一次対応を行なうのか、現地医療機関との診断結果の共有をどのように確立するのかなど、アフターケアをめぐる課題も指摘されている。

報告書は、事業拡大に向けた今後の課題の1つに「外国人向けサービスの高度化」を提起し、具体的課題として、①通訳・翻訳の高度化、②外国人向け健診・治療サービスの開発、③外国人受け入れに向けた医療機関内部体制の整備、④医療用ビザの創設(中長期的な課題)などをあげている。

審査の精緻化と効率化に取り組む国保連

1次審査で縦覧・突合。医療・介護も照合。資格点検による返戻は短期化

4月22日に開かれた「審査支払機関の在り方に関する検討会」で、国民健康保険団体連合会(国保連)は、審査支払業務の効率化に取り組んでいる現状を説明した。

国保の保険者は1,921、被保険者数は3,592万人にのぼる。これに後期高齢者1,369万人を加えた計4,961万人のレセプトを国保連は扱っている。レセプト数は1998年度の5億5,000万枚から2008年度の8億9,000万枚へと膨張、情報量が豊富な高齢者の入院レセプトが多く、

審査の難易度は高まる一方という。

こうした中、国保連は審査業務の効率化に取り組んで算定ルールのチェック等が可能な画面システムを独自に開発。とくに、診療情報が複雑多岐な入院レセプトには、情報を審査項目ごとに一覧表にし、異なる項目を見比べる「2画面システム」で対応している。

2画面で照合する結果、届出事項・施設基準、傷病名・症状詳記、手術、画像診断、処置、検査、医薬品など「項目別情報の相互関係が容易に把握

できるようになった」という。

国保連は2011年の5月に電子請求に対応した新システムへの移行を予定しているが、それと同時に、これまで保険者が実施していた縦覧点検(当月と前月以前)や突き合わせ点検(医科と調剤)を、「2画面システム」を用いて国保連の1次審査で実施する。突き合わせ審査は医療保険と介護保険の照合

にも適用される。

国保連は業務改善にも取り組んでいる。その1つが被保険者資格点検の充実化だ。現在は、審査終了後に資格のエラーリストを保険者に送り、資格がない場合は国保連を介して保険医療機関にレセプトを返戻しているため、返戻まで2~3ヵ月かかっている。

それを、前出の新システムへの移行時に、1次審査の中で資格チェックを実施し、当月中に返戻を行なうようにする予定だ。これによって、返戻と再請求にいたるまでの期間が大幅に短縮できるとしている。

新垣常任理事が旭日双光章を受章

2010年春の叙勲で本会の新垣哲常任理事が旭日双光章を受章した。長年の保健衛生における功労が認められたもの。

新垣常任理事は医療法人新西会西武門病院(沖縄県那覇市)理事長。1985年(昭和60年)4月に理事に選出された後、

1987年4月に常任理事に就き、1992年(平成4年)5月からは沖縄県支部長に就任、ともに現在にいたるなど、長きにわたって全日病の要職を務めている。



第8回機能評価受審支援セミナー(Ver.6.0)を開催します(東京会場)

日 時● 6月20日(日) 13:00~16:00

会 場● ベルサール神保町(東京都千代田区)

プログラム● 講義と質疑応答
テーマは「病院機能評価領域別集中講座」

締 切 日● 6月4日

参 加 費● 1名につき 会員病院5,000円、会員外7,000円

募 集 定 員● 診療部門 70名
看護部門 100名
事務部門 80名
*1施設あたり6名まで

詳細は全日病ホームページ掲載の案内でお確かめください
問合せ先 全日本病院協会事務局 Tel03-3234-5165



「私は日本病院党。 現場の代理人となる」

医療崩壊阻止へ、 全日病会員は安藤たかお氏の応援に立ち上がろう！

神野 随分日に焼けましたね。(笑)
先ずは、連日の活動ご苦労様です。安藤先生が参議院選挙に出馬するという大英断をされ、民主党比例区の公認を得てから、早2ヵ月が過ぎました。現在、全国の病院を精力的に訪問をしています。

安藤 街頭演説もありますから、太陽をさんさんと浴び、まさに、陽の当たる道をばくしん中です。(笑)1日10病院を目標に各地を訪問させていただいています。

全日本病院協会の会員病院さんだけでなく、日本病院会、日本医療法人協会、日本慢性期医療協会の会員病院さんには、理事長、院長さんだけでなく、現場の医療スタッフの皆さんにも貴重な時間を割いて私の訴えを聞いていただき、本当に感謝しています。

政治と審議会の両面から政策実現を目指す

神野 ところで、訪問先ではどういうお話をされているのですか。

安藤 まずは、なぜ立候補を決意したのか、国政で何をしようとしているのかという点です。私は若い頃から病院団体の活動に加わっています。そして、先輩や同輩の諸先生とともに、数えきれない提言、要望、調査報告を政府につぎつけてきました。でも、それらが政策に反映する率は精々2〜3割なんです。長い自民政権の下で、圧倒的な部分がネグレクトされてきました。

しかし、ここ数年は西澤会長を初めとする病院代表が中興協でも発言力を増すなど、情勢も変わりつつあります。そこで、これから必要なことは、政界の内側で、病院医療と地域医療に精通した者が直接政策に関与するという動きではないかと考えたのです。

議員の皆さんに日頃から医療現場の実情を説明して理解を得る、国政調査権なども行使して行政の情報も引き出す、こういった活動と審議会等における病院代表の活動が連携することによってこそ、国民・患者にプラスとなる制度・政策が実現する、医療人の納得

神野 手応えはいかがですか。

安藤 十分感じています。その中で、地方は本当に大変な状況におかれているということがあらためて分かりました。例えば、秋田県ですが、700床規模の公的病院でありながら消化器内科の医師が1人もいません。茨城県では、看護師不足から、民間病院は15対1が精一杯です。13対1もほとんどありません。最近では、八王子市で病院が突然閉鎖されています。

神野 深刻な医療崩壊が進んでいます。対応が急がれますね。

安藤 やはり、入院基本料の引き上げが必要です。そうしないと必要な人員が確保できないし、勤務環境もよくできません。病院建物や施設の改善も並行させなくてはなりません。

が得られる医療体制になっていくのではないかと思ったのが、立候補を決意した大きな動機です。

神野 民主党を選んだ理由はなんでしょうか。

安藤 1つには政権与党であることです。政策の迅速な実現が可能となりますから。ただ、その基にあるのは「国民の命と健康を守る」という民主党のコンセプトです。マニフェストにおいても社会保障に力を入れる、とくに、医療崩壊を阻止するという点を明確に打ち出しました。2,200億円の抑制を止め、療養病床の必要性も評価し、診療報酬は10%引き上げるという方針を掲げ、少なくとも10年ぶりのプラス改定が実現しました。

神野 確か、民主党有利といわれた昨年8月の衆議院選挙ですら、自民党は、2,200億円抑制の政策を降ろさなかった。今、民主党バッシングが勢いづいています。過去10年間の医療費抑制の下で呻吟させられてきたことへの怒りを我々は忘れてはいけなと、正直、思いますね。



全日本病院協会副会長 安藤高明(写真中) 全日本病院協会副会長 神野正博(写真左)
全日本病院協会代議員会議長 木村佑介(写真右)

医療財源に消費税が必要。国民も理解しつつある

木村 その上で、安藤先生にぜひ申し上げたいことがある。それは、全日病は中小病院が主体の病院団体ということです。この声を、ぜひとも国政に反映していただきたい。なるほど、今回は10年ぶりのプラス改定になった。確かに大病院には一服となったかもしれない。しかし、残念ながら、中小病院、とくに民間の中小病院に行きわたるほどのものではなかった。

景気の回復は大企業から始まるが、中小企業が真に復調しないと経済は底堅いものにはなりません。それは医療も同様で、地域を支える中小病院の経営が健全にならない限り、医療崩壊は阻止できません。

安藤先生が国会議員になったときには、仮に、民主党の政策で、医療の向上にとって好ましくないものがあつたら、毅然として「それは違う」と言う精神を貫いていただきたいものです。

安藤 そのつもりです。

神野 当選した暁には、先生を支援した全国の病院経営者や医師あるいは医療スタッフの目が光ります。厳しくチェックされますよ。(笑)

木村 安藤先生のよいところは、そのバイタリティです。実に多くの役職についていらっしゃるが、どれもきちんとこなしています。東京都医師会の理事も昨年3月まで6年間も務められたが、その間

いくつもの病院団体の要職を兼ねながら、あの激務に耐えた。若さでしょうが、尋常ではないエネルギーです。(笑)

神野 安藤先生の政策には、消費税の引き上げなど、かなり踏み込んだところがありますね。これは、仮に民主党のマニフェストと異なるかたちがあったとしても、1候補者として押していくお考えですか。

安藤 実はある地方を訪れた際に見知らぬ主婦の方から声をかけられまして、「消費税を上げてください」と言われたんです。「どうしてですか」ときいたところ、「これ以上若い世代に付けを回すのはよくない。多少、生活が厳しくなっても我慢できる」と。そういう声は国民の間にも浸透しつつあるのではないのでしょうか。

木村 それは世論調査でも感じます。問題は、消費税を社会保障にどう回すかだな。

神野 安藤先生の政策に「医師数を1.5倍に、看護師等の数もOECD並みに」とか、「介護従事者も医療現場の二の舞とならないよう計画的に養成を続ける」と書き込まれていますが、いずれも財源があつての話ですからね。

木村 国民も「良い医療を進めるためにはお金がかかる」ということを、徐々に理解し始めています。むしろ、追い風かもしれない。

ともに闘いましょう。全日病も全力で支援します

神野 お金をかけるのはよいとして、では、具体的にどういう医療が実現できるのかを国民は知りたがりますね。

安藤 根拠にもとづく診療報酬によって必要な人員が確保されれば医療安全はより確実になります。一方、アウトカム評価に取り組むなど、医療機関には医療の標準化と可視化を進めてもらいます。

神野 医療安全については医師の負担軽減という問題もあります。本来は、労働基準法を順守した医師労働でなければならないが、現実にはそうならない。

安藤 医師のサービス残業代が年間2兆円にもなると一般紙は報じています。2兆円が病院に払われれば、基本的には解決するはずですよ。

神野 本日、安藤先生からは、全日病の理念と「病院のあり方報告書」を踏まえた政策で臨むというお話をうかがいました。それであれば、我々全日病

会員も、これまでのしがらみや信条を捨てて、安藤先生の応援に立ち上がっていただきたいものです。ここで、我々が一致団結しなければ、いつ医療崩壊阻止に立ち上がるのかと問われます。安藤先生も、我々の信託に十分応えていただけますね。(笑)

安藤 もちろんです。今回の出馬は、もやは私個人の思いにとどまらず、応援していただいている病院団体の思いが託されていると理解しています。民主党の公認ではありますが、実質は「日本病院党」です。(笑) 日本の医療の質を高めかつ底上げを図るという視点から、現場の声を確実に政策に反映させる、そういう意味からは、現場の代表というよりは代理人となる覚悟です。

神野 頑張つてというよりも、ともに闘いましょう。全日病も全力をあげて支援を惜しみません。

「病院のあり方報告書」が政策のベース

木村 安藤先生の政策がまとまったようですね。

安藤 ええ、全日病の協力もいただいて、今後の医療と介護をどうしていくべきかという考えを、体系的に整理しました。「安藤たかおの政策」ということで、全日病の会員病院にも届けていただくことになっています。(8面に掲載)

神野 一言でいうと、どういう政策になりますか。

安藤 簡潔に言うと、①国民・患者のために安全で質の高い医療を目指す、②医療経営の安定性を確保する、③医師と医療スタッフに誇りをもてる医療環境を実現する、ということに尽きます。

全日病は、すでに、数次にわたる「病院のあり方報告書」で、今後の医療・介護のあるべき姿を示しています。全日

病のよいところは、医療に対する要求を、主観的な願望や理想論ではなく、現場のデータにもとづいた根拠のある政策提案にまとめるという点にあります。私の政策も、まさに、病院現場の声を政治で拾い上げるという立場から、全日病の理念や「病院のあり方報告書」の考え方を下敷きにまとめさせていただきました。

木村 この政策を拝見して、大変共感できます。安藤先生は、急性期、医療療養だけでなく介護療養とそれぞれの病床をおもちで、しかも、老健施設ほかの介護事業も手がけていらっしゃる。その実績・体験と知見を、ぜひとも政治に活かしていただきたいですね。

安藤 医療、介護、福祉にいたるまでの視野があるつもりです。

第22回参議院通常選挙 立候補予定者安藤たかお氏が 具体的政策をまとめる。

7月の第22回参議院通常選挙に立候補を予定している全日病の安藤高朗(たかお)副会長は、このほど、選挙戦に臨む政策をまとめた。

安藤たかお副会長は、すでに、広く一般国民向けとして「安藤たかおが目指す5つの『医療改革』」と銘打った5項目の政策スローガンを発表しているが、今回は、医療関係者に向けたより具体的な政策大綱を示したもので、「安藤たかおの政策(具体策)」と題している。

「具体策」の作成に当たって、安藤副会長は本会・病院のあり方委員会の徳田禎久委員長ほかとの検討を希望、半月ほどかけた共同作業で、このほどまとめられたもの。

「安藤たかおの政策(具体策)」は、(1) 医療崩壊の阻止、(2) 質の高い医療・介護の提供、(3) 医療・介護従事者が安心して働ける環境づくり、(4) 医療・介護経営の安定化の4大柱からなる。

消費税等で財源確保、 OECD並の医療費にする！

「医療崩壊の阻止」を可能とする政策としては、①財源の確保と診療報酬および介護報酬体系の見直しの実現、②ニーズ調査にもとづいた医療・介護従事者の配備、③医療から介護まで継続したケアサービスが提供できる体制作りを基本策とし、それぞれについて具体策をあげた上で、「消費税等による財源確保を行い、医療費をOECD並みに引き上げ」としている。

この中で、人員確保について、当面は医療・介護業務の見直しと規制緩和等により対応するが、中長期的には医師を初めとする関連職種の養成を推し進めるとともに適正配置基準の見直しを図る考えを示している。

具体的には、「医師数1.5倍、看護師数等もOECD並みになるまで医療従事者の養成を続け」とともに、介護従事者も「医療現場の二の舞とならないよう計画

的に養成を続け」としている。

療養病床に関しては介護療養施設の廃止を含む削減策を撤回、「介護までの継続的ケア体制を確立」する考えを打ち出した。

質と安全に関しては、「標準的診療・介護の実施」をベースに、「医療・介護安全の確保」「医療事故調査・原因究明」「医療事故再発防止」の同時並行的な推進と「裁判外紛争処理(ADR)と無過失補償制度の早期創設」を努力目標にあげている。

勤務医の負担軽減については、「当直・救急明け勤務が免除されるよう、各種専門職の一層の養成とワークシェアの導入」を図る方向を示した。



▲兵庫県の病院を訪れた安藤たかお氏(5月7日)

第22回参議院通常選挙に臨む「安藤たかおの政策(具体策)」

費用が補填される科学的根拠に基づく報酬体系の確立 地域特性を踏まえた機能分化、医療機関の連携 標準的診療・介護の実施、医療・介護情報の集約化 各種専門職の一層の養成とワークシェアの導入

- 1 医療提供体制の機能不全(医療崩壊)を阻止します
- 2 国民に質の高い医療・介護提供が出来るよう努力します
- 3 医療・介護従事者が安心して働けるよう努力します
- 4 医療・介護経営の安定化を目指します

1. 財源の確保と、医療費の引き上げを前提とした診療報酬体系の見直し、介護報酬体系の見直しを図ります。

地域別疾病調査、要介護者調査などを基に、医療従事者をOECD並みに介護従事者を適正に配備すると共に、効率的な機能分化を推進します。

医療から介護まで継続したケアサービスが提供できる体制作りを目指します。

・消費税等による財源確保を行い、医療費をOECD並みに引き上げます。

一 病院・診療所ともに、外来・入院診療にかかる、キャピタルコストを含む適正な費用が補填される科学的根拠に基づく診療報酬体系とします。

・若者が将来の生活設計が可能となるような介護報酬基準の引き上げを図ります。

・当面、医療・介護従事者の業務の見直しと規制緩和等により、人員不足に対応し、中長期的には医師数増員をはじめとする関連職種の養成を推し進め、適正配置基準を見直します。

一 短期的には、現役および潜在の医師や看護師をはじめとする医療従事者の有効活用(育児保育支援、兼業の解禁、医療・介護従事者の業務の見直し等)により対応します。

一 中長期的には、医師数1.5倍、看護師数等もOECD

並みになるまで医療従事者の養成を続けます。介護従事者も現場の状況を十分確認した適正配備を見直し、医療現場の二の舞とならないよう、計画的に養成を続けます。

・地域特性を踏まえた整合性のある機能分化の推進を図ります。

一 急性期医療の確保のために、より一層の後方支援施設(長期療養・介護)の整備を行います。

一 国立病院(独立行政法人)、公的病院、民間病院、診療所の機能を明確化し、連携を推進します。

一 救命救急・2次救急・周産期医療・小児医療・がん対策・精神科医療の充実を図るとともに、長期療養計画を見直し療養病床削減策を撤回します。

一 介護までの継続的ケア体制を確立します。介護療養施設の廃止撤回とケアワーカー等の待遇改善を図ります。

2. 標準的な診療(ガイドラインに準拠)の実施や介護提供をすすめると共に、安全確保に取り組みます。

一 ガイドラインの評価を行い、標準的診療・介護の実施を啓発します。

一 医療・介護情報の集約化と分析に努めます。

一 「医療・介護安全の確保」「医療事故調査・原因究明」と「医療事故再発防止」を同時並行的に進めます。裁判外紛争処理(ADR)と無過失補償制度の早期創設に努力します。

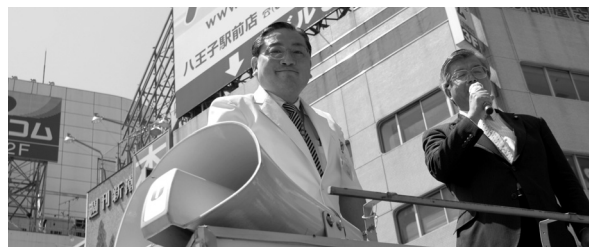
一 介護にも第三者機能評価の導入を目指します。

3. 医療・介護の現場での質の向上などの取り組みを国民に広く知らしめ、より一層従事者が誇りを持って安心して働ける環境を作ります。

過重勤務を避けるために医師なども当直・救急明け勤務が免除されるよう、各種専門職の一層の養成とワークシェアの導入を行います。

4. 質の高い医療介護の提供のための政策作りと再生産可能な、データに基づく報酬設定に取り組み医療・介護経営の安定化を図ります。

「医療崩壊阻止」を全国で訴える安藤たかお氏




▲街頭で市民に訴えかける安藤たかお氏



▲兵庫県民間病院協会創立40周年記念で講演(5月6日)

安藤たかおサポーターズクラブ ※ただ今、入会受付中
〒102-0071 東京都千代田区富士見2-6-12 AMビル4階
TEL. 03-5211-2250 FAX. 03-5211-2235

■安藤たかお氏に関する情報の入手先
ホームページ <http://www.ando2.jp/>
ブログ <http://blog.ando2.jp/>



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