



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2012 NEWS 4/1

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.775 2012/4/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

公益社団の定款原案を承認。6月の代議員会で最終決定

第98回定期代議員会・第87回定期総会 2012年度事業計画を可決。東日本大震災の復興支援を継続。特別会計も存続



第98回定期代議員会および第87回定期総会が3月24日に東京都内で開催され、2012年度事業計画・予算各案を可決するとともに、公益社団法人移行に伴う定款原案を満場一致で承認した。
冒頭挨拶で西澤会長は「東日本大震災に対する支援はまだ足りない」という認識を表わし、「被災地の会員病院にどのような支援ができるかをあらためて考え、具体的な行動を起こしたい」と述べた。
同時に、2025年に向けた医療提供体制の全体像に医療現場の声を反映させていく必要を提起した。(8面に事業計画を掲載)

第98回定期代議員会には来賓として原中勝征日本医師会会長が出席、祝辞を述べた。

可決された2012年度事業計画は、前文に、東日本大震災の復興に「当協会も出来る限りの援助・努力を続けなければならない」と明記、復興支援活動を12年度も継続する方針を明らかにしている。

また、12年度改定に始まる一体改革については「全日病としての提言を積極的に行っていく」と記し、病院団体として積極的に発言していく姿勢を明確にした。

このほか事業計画には、新たな活動項目として、会員データベースの作成(全日病総研事業)、TPPに関する検討、医療機能評価機構の医療事故防止センターへの協力・連携、高齢者救急のあり方に関する検討、災害時における各都道府県拠点病院の選定、災害発生時における医療救護班の編成と派遣、などが盛り込まれた。

事業計画は、また、「平成24年度中に公益社団法人を取得すべく、支部体制の整備、定款変更、事業内容の調整等を行わなければならない」とも明記、12年度の重要課題に公益社団法人への移行を終える方針を明確に打ち出した。

これに関連して、猪口副会長は、事業計画の構成は、「別途諮られる、公益社団法人として必要な定款案に定められる事業体系にそって書きあらためて

いる」と補足説明した。
2012年度の一般会計予算は当期収入合計約5億3,000万円、同支出合計約4億8,000万円、次期繰越収支差額約4,500万円を計上、収支均衡を強いられた11年度予算から再び黒字基調に復した予算編成となった。昨年4月に設置された「災害対策支援特別会計」は12年度も引き続き存続される。

その12年度予算案の説明に際して、中村常任理事は、「12年度決算は公益社団法人の認定申請に必要な財務資料となるため、公益法人の基準にそった編成をとっている」とも説明した。

西澤執行部は2012年度の早期に公益社団法人の基準を整え、年度半ばに認定申請を行ない、年度内に認定を得る日程で移行に臨む方針だ。

その認定申請には、公益社団法人として法的整合性を確保した定款が必要となる。猪口副会長は、第98回定期代議員会に現時点で整理がついた範囲の定款案を諮り、代議員の質問に答えた上で、承認を得た。

定款案は概ね現行定款を受け継いで作られているため、①会員が社員となる、②準会員を設ける、③代議員制を廃して社員総会を最高議決機関とする、④副会長を5名とする、ことなどを除くと大きな変更はない。

ただし、施行規則等を含む支部に関する規定は現状を踏まえて法的整合性を確保するために、今後も、色々な細

則を整える必要がある。そのため、西澤執行部は、4～5月の理事会と常任理事会でさらに細部を詰め、最終案を6月の代議員会・総会に諮って成立を期

西澤会長の挨拶(要旨)

昨年3月11日の東日本大震災には、会員病院の協力を得て救護班や義援金等々の支援を行なったが、十分なことができたかどうかを考えると心残りが否めない。被災地はまだ復興にいたっていない。あらためてお見舞いを申し上げたい。

診療報酬改定が行なわれたが、大震災後で経済状況が大変厳しく、大方がマイナス改定を予測する中、わずかでもプラスになったということ、我々は評価しなければならない。同時に、我々に対する期待と責任の重さを痛感させられる。我々は、そのことを考えながら、医療の提供を行って行くのではないかなと思う。

では、次年度に向けて我々はどうすべきか。まず、被災地の復興に関しては、我々としても、支援がまだ足りないのではないかなとも思料する。被災地の会員病院にどのような支援ができるかをあらためて考え、具体的な行動を起こしたいと考えている。診療報酬については、各病院にどのような影響を与えるかを検証し、病院にとってよりよい結果がでるようにしなくてはならない。

したいとしている。
定期代議員会に続いて開かれた第87回定期総会も12年度事業計画・予算各案と定款案を承認した。

少子高齢化が進展する中、とくに団塊の世代が後期高齢者になる2025年を目指して医療提供体制を構築しなければならないというのが、現下の課題である。国においても「社会保障・税一体改革」が着手されようとしている。

当協会としては、医療現場の立場から、医療を担っている我々が中心となって、その像を描いていくべきではないかと考える。そういう意味からも、今後の我々の活動はきわめて大切である。

当協会は公益社団法人を目指しているが、これも非常に大きな課題であり、平成24年度中には実現しなければならないと思っている。

我々の一番の基本は、我が協会の理念にもとづいて、国民患者に質の高い医療を継続して提供していくことである。そういうことから、我々は会員病院が質の高い医療が提供できるような支援を続けていく必要がある。

このように平成24年度は課題が沢山あるが、ぜひ、会員の協力を得て実現していきたい。

「基本診療料のあり方」「消費税負担」等の検討方法を協議

中医協総会 消費税の診療報酬対応で「現行どうりの部分」と「高額投資部分」の区分を提起

中医協総会が3月28日に開かれ、事務局(厚労省保険局医療課)は、中医協総会とは別の場で検討するテーマの考え方と展望を提示した。

テーマは、(1)基本診療料のあり方の検討、(2)薬剤・材料を含む医療技術における費用対効果の導入の検討、(3)長期収載品の薬価のあり方の検討、(4)医療機関等における消費税負担に関する検討の4項目。いずれも答申書の附帯意見にあげられているが、(4)は1月6日閣議報告の「社会保障・税一体改革素案」の方針を踏まえたものだ。

このうち、「基本診療料のあり方」は基本問題小委員会で検討、その報告を踏まえ2013年度に総会として、次期改定への反映を検討、中長期にわたる事項は引き続き基本小委で検討していく。

一方、「医療機関等における消費税負担」については、中医協の既設分科会や部会以外に新たな場を設け、その結果を総会とともに社保審医療保険部会に報告し、診療報酬に反映させる方法を審議するというのが事務局の考え。

「基本診療料のあり方」を議論する基本小委は、2010年度改定後に総会と一体化されたため、新たなメンバーによって再開する必要がある。

この点について、診療側の医科委員は現行の5名を減らすことなく議論に臨みたいとして、総会メンバーと重なった基本小委の開始を求めた。

「新たな場」における「消費税負担」の検討項目として、事務局は、①従来診療報酬による手当の検証、②「現

行どおり診療報酬で手当とする部分」と「区分して手当を行う高額な投資部分」の区分、の2点をあげた。

そのために12年度に実態調査を実施、その結果を踏まえて、これまで実施されたことのない「高額な投資部分」についての考え方をまとめ、13年度前半には「8%引き上げ時の対応の概要の取りまとめ」を行なうとしている。

中医協総会と並行審議を行なう医療保険部会は、「高額な投資部分に対する

手当の方法」とともに「医療に係る消費税の課税のあり方」も検討、12年中に対応の方向性について一定の結論を得たうえで、「必要に応じて法令上の措置を検討する」としている。

この考え方に対して、診療側は「消費税10%に対して閣議報告は「課税のあり方を検討する」としている。その議論はどう担保されるのか」という疑問を投げかけた。仮に医療保険部会で議論されるとしても、そこに四病協の委員はいないことも診療側委員の不安を強める一因となった。

事務局の提案は再度検討に付されることとなり、結論は4月の中医協総会に先送りされた。(7面に関連記事)

改定説明会「栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化に注意されたい」

全日病は3月15日に東京都内で「2012年度診療報酬改定説明会」を開催、会員病院から1052人が参加した。

講師として登壇した厚生労働省保険局医療課の井内努課長補佐は1時間半にわたって12年度改定の留意点などを解説。その中で、今まで加算であったところが入院基本料等の要件として包括された栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算を取り上げ、「ことは入院基本

料の算定にかかわる。未算定であった医療機関だけでなく、これまで算定してきたところも、油断なく新たな要件を踏まえた院内体制の確認を行なっていただきたい」と、注意を喚起した。

当日会場で寄せられた改定内容に関する質問は医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)の手で整理され、厚

労省に送られた。

同委員会は、四病協および日病協と連携して改定関連質問の集約と厚労省に対する照会に務めているが、会員病院に対しては、3月5日付通知に続く通知もしくは疑義解釈によく目を通すようよびかけている(改定説明会の内容は4・5面に掲載。3面に関連記事)。

紙面の都合により「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

平均寿命と健康寿命の差が意外と大きい。 健康寿命はロコモティブシンドローム(運動器症候群)に左右される。 健康長寿に向けて、中高年の意識改革が必要である。

80歳以上の人口が700万人(総務省平成19年)を突破し、まさに超高齢社会である。2001年にWHOが191全加盟国の健康寿命を発表、平均寿命との差が意外と大きいので話題になった。

健康寿命とは、日常生活動作(ADL)に支障のない期間、つまり、平均寿命から自立した生活ができない介護期間を引いた年数である。

日本は平均寿命も健康寿命も世界一位であるが、介護を要する期間は男性6.3年、女性7.9年となっている。要介護や寝たきりには、従来、生命維持臓器に主眼がおかれてきたが、

高齢化が進むなか、疫学調査等で運動器の疾患や障害が大きく関与していることが解ってきた。

2007年に日本整形外科学会はロコモティブシンドローム(運動器症候群)を提唱し、国民に運動器の健康を呼びかけた。ロコモティブシンドロームとは運動器の疾患や障害により、要介護になるリスクが高い状態をいい、メタボリックシンドロームと同様に健康寿命を大きく左右する。

超高齢社会にもなつて高齢者の脊椎骨折や大腿骨頸部骨折が年々増加し、関節障害や腰部脊柱管狭窄症と併せて、要介護の原因は脳血管疾

患に次いで第2位となっている。骨や筋肉は負荷をかけないと弱くなることは、あれだけ鍛えた宇宙飛行士も無重力の生活を続けると骨がボロボロになることから理解できる。人生80年時代。寝たきりをつくらな

いために中高年の意識改革が必要である。運動不足は運動器の機能を低下させ、生活機能を低下させる。ウォーキングなどの有酸素運動やレジスタンス運動(筋トレ)、ストレッチなどを自分に合わせて組み合わせ、継続することが効果的である。

厚生労働省も2000年に国民の健康

増進指針である健康日本21を策定し、国民の健康寿命延伸のために適度な運動、バランスのとれた食生活、十分な休養を勧めている。不老長寿は人間の夢であるが、美しく老いることは人間の理想で可能である。

長寿を全うした徳川家康(74歳)は、食事は大豆中心、鷹狩りで筋トレ、水泳で心肺機能強化つまり有酸素運動を続け、薬は自分で調合するなど自己管理に努めたといわれている。また、食事は常に粗食にすべし、月に1~2度は美食にすべしとも言っている。まさに健康長寿の鑑である。

(H)

「要件は一律に規定できない。地域の実情に応じて考えるべき」

地域医療支援病院 特定機能病院と地域医療支援病院の要件見直し議論始まる

「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」が厚生労働省に設けられ、3月15日に初会合を開いた。昨年12月に社保審医療部会がとりまとめた「医療提供体制の改革に関する意見」に特定機能病院と地域医療支援病院の承認要件を見直す方針が盛り込まれたため、医政局長主催の検討会として設置されたもの。

初回とあって概括的な議論に終始したが、座長(遠藤久夫学習院大学教授)を除く16名の構成員からは活発な意見が交わされた。

その1つが地域医療支援病院と地域との関係だ。構成員から「福岡県について調査したところ、地域医療支援病院のあるなしで地域医療の状況に大きな差はない。地域への貢献の内容をよく精査すべきではないか」という指摘がなされた。

2011年3月末現在、地域医療支援病院は340あるが、349ある2次医療圏のうち167圏で空白となっている、要件の影響もあり、全国的には、必ずしも地

域医療を支える存在になっているわけではない。

こうした状況に、西澤構成員(全日病会長)は、「地域の実情に応じて地域医療支援病院のあり方は変わる。一律の要件では規定できない。地域の実情に応じて考えるべきだ」と提起した。別の構成員からは「地域を支援している病院はどんどん認定すべきではないか」

次期がん対策推進基本計画案

成人喫煙率を織り込む。胃、肺、大腸がんの検診率は40%に下方修正

厚労省のがん対策推進協議会は、3月1日の会合で2012年度から5年間の施策と数字目標を盛り込んだ次期がん対策推進基本計画案を答申した。早ければ5月に閣議決定される。

がん対策基本法にもとづくがん対策推進基本計画は2007年6月に初めて策定され、全2次医療圏の拠点病院整備、がん検診受診率50%、院内がん登録の推進、拠点病院における放射線療法・外来化学療法の実施、緩和ケア研修の

という声もあがった。

事務局(医政局総務課)は「検討会として一度実情調査が必要かと考えている」としつつ、「まずは地域医療支援病院に求められる機能からみた要件を議論いただきたい。地域医療支援病院の数はその後についていく問題である」と、機能の見直しや再整理を深掘りするよう求めた。

特定機能病院に関しては、とくに、一体改革で示された機能分化・連携のシミュレーションにおける位置づけを明確にすべきという意見が複数の構成員から示された。西澤構成員は「(急性期病床群など)色々ある議論の全体像をハッキリさせた上で特定機能病院と地域医療支援病院の議論に臨まないとならない」と、議論の展開に注文をつけた。

実施などの施策をあげ、がん死亡率の「今後10年間で20%の減少」を掲げた。

第2期計画では、重点的に取り組むべき課題に、(1)手術療法の更なる充実と専門的医療従事者の育成、(2)がんと診断された時からの緩和ケアの推進、(3)働く世代や小児へのがん対策の充実を、さらに、個別施策には、①医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組、②小児がん、③がんの教育・普及啓発、④がん患者の就労を含む社

会的な問題を新たに追加するなど、がん医療の均てん化を目指した現計画に比べ、社会的問題の支援へ踏み込む視点を打ち出している。

数値目標の面では、初めて成人喫煙率を盛り込み「10年間で12%にまで引き下げる」とする一方、がん検診の受診率(40歳~69歳)については「5年以内に50%」と1期計画を継承した上で、「胃、肺、大腸がんは当面40%を目指す」と目標を下方修正した。

東電 値上げ同意ない需要家は契約期間満了まで現行単価を継続

四病協は民主党幹事長に値上げ中止を要請

東京電力は、50kW以上の需要家(自由化部門)を対象に4月1日より平均17%の電気料金単価引き上げると1月17日に発表したが、3月27日に、「値上げの了承が確認できない限りは、それぞれの契約期間満了まで現在の単価を継続する」という方針を発表した。

具体的には、①契約期間が今年1月17日~3月30日に満了した需要家は、値上げの了承がえられなければ、当該契約を1年間更新、期間満了まで現在の単価を適用する、②契約期間が3月31日に満了する需要家は4月1日から値上

げする、③契約期間が4月1日以降に満了する需要家も、了承がえられない場合は、契約期間が満了するまでの期間は現在の単価を適用する(この項のみは3月21日に先行公表)、というもの。

この方針は、契約期間満了前の値上げは同意できないという認識を表明したに過ぎず、むしろ、次の契約期間満了時には値上げをするという方針の再表明となっている。

この発表に際して、東電は「値上げ対象需要家の87%が値上げに同意していない」ことを明らかにした。しかし、同

意した①に該当する需要家の中には、先送りという対応策があることを知ら

消費税率引き上げ関連法案を閣議決定

野田内閣は3月30日に、消費税率を2014年4月に8%、15年10月に10%とする消費税率引き上げ関連法案を閣議決定した。直ちに国会へ提出、審議入りを目指すとしている。

民主党内の反対派に配慮、景気浮揚に強く取り組む見地から11~20年度の平均で名目3%、実質2%という成長率

ずに更新した企業等もあるとみられ、事態は混迷の度合いを増している。

一方、四病協は、3月21日付で民主党幹事長宛に値上げ中止を求める要望書を提出した。四病協は、引き続き、電気料金単価値上げの見直しを各方面に訴えていく方針だ。

を目指した総合的施策を実施することを明記したが、これを増税の条件とする表記は控えた。

その一方で、「税制のさらなる改革のあり方に検討を加え、16年度をメドに必要な法制上の措置を講じる」と、10%後にも再増税の検討を定めた項目を削除した。

清話抄

世界経済のグローバル化とTPPなど市場至上主義の加速によって、貧富の格差や都市と地方の格差が広がり、停滞感が漂う中で東日本大震災は起きた。犠牲者は約1万5,800人、行方不明者は約3,200人を数え、大震災発生から1年が経つが、今も約34万人が避難生活を強いられている。

膨大ながれきは東京電力福島第1原発事故による放射線汚染のため広域処理が進まず、復興の足取りは重い。埋め立て等処理が済んだのは5%にすぎない。被災地では多くの人が生活再建に不安を抱え、原発事故で10万人もの人が故郷から引き離されている。格差・分断に一層拍車がかかることが懸念される。

原発が危険なことは百も承知だが、殆ど資源のない我が国において代替エネルギーが確保できるのか? むしろ本質

は、エネルギーの加速度的浪費をいかに食い止めるかにあると思う。より少ないエネルギーで生きていく方向に、自分たちを変えて行くべきであろう。

東日本大震災直後の急性期に対応する災害派遣医療チームDMATが各都道府県から派遣され、重傷者を広域搬送する拠点となる臨時医療施設SCUで活動を開始した。その後、日本医師会、全日本病院協会等から医療救護班、都道府県から災害支援ナース、心のケア

チーム、保健師、歯科医師等のチームも派遣された。

もちろんボランティアや義捐金による緊急支援は必要だが、被災地の地域医療を守るためには、医師等の善意に頼るばかりでなく、国が率先して短期・長期支援システムの充実(緊急時の医師等の派遣、長期赴任を財政的に援助する体制整備)に努めてほしい。今こそ、持続可能な社会保障制度を築く時であろう。(田)

2012年度診療報酬改定の結果を読む

1. 改定結果が意味するもの

2025年に向けた「医療・介護機能再編」の一環

今後の改定もその方向性で行なわれる。医療現場の意見の反映が重要

副会長 医療保険・診療報酬委員会委員長 猪口雄二

2012年診療報酬改定の内容が明らかになってきた。わずかながらプラスとなった改定の実態はどのようなものであったのか。

まず、今回は今までの改定とは趣が異なることについて触れておきたい。それは、超高齢社会に対応するために閣議決定された「社会保障・税一体改革案」にある「医療・介護機能再編」を基本とした、医療・介護提供体制整備の一環に位置するからである。

この再編案は2025年の日本の人口構造、医療・介護のあり方、必要人員など、多岐にわたる考察より推計されている。

医療・介護提供体制については、高度急性期、急性期、亜急性期等、長期療養、介護施設、居住系サービス、在宅サービスに機能分化され、その取り組みとして、2012年以降の診療報酬・介護報酬の体系見直し、基盤整備のための一括的法整備(2012年目途に法案化)を行うとされている。

今回の改定は、この再編案を目標としている部分が多い。そのいくつかを挙げてみたい。

●医療連携

救急患者の転送・受け入れ、在宅患者の救急時受け入れ、退院調整、感染防止対策など多くの新規・増額項目がある。ただし、あらかじめ連携を組んでおく必要のある項目が多いので、早

めに対応する必要がある。

●在宅療養

在宅医療は、今回、最も力点の置かれた項目であろう。在宅療養支援診療所・病院の機能強化型が新設され、ベッドありで点数が上がるものもある。あたかも「中小病院はこちらへどうぞ」と言わんばかりである。

●7:1入院基本料

7:1入院基本料は平均在院日数と看護必要度が厳しくなった。しかし、2012年3月31日時点で旧7:1基準を満たしていれば、4月1日以降に看護師数も含めて新10:1の基準を満たせば、7:1の点数を算定できることになった。この経過措置は2年間である。しかし、この設定の裏には、2014年改定では7:1看護基準はさらに厳しい要件になるという考え方が見えてくる。また、今回、夜勤専従者の144時間/月の勤務制限が撤廃された。

●13:1、15:1病棟における長期入院患者

今回、90日超除外規定適応の入院患者は、出来高のまま平均在院日数に組み入れるか、医療療養病床の点数に準拠するかのどちらかを、病棟毎に選択することになった。一般病床(急性期)から慢性期への付け替えともいえる。

●亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料は大幅に組

み替えられた。1はリハ施行なし、2はリハ施行患者、という区分である。その上で1の入院期間は90日から60日に短縮され、2の点数は、今回新設された回復期リハビリテーション病棟入院料1と同一の点数となった。

亜急性入院と回復期リハは同じようなものとの認識からであろう。しかし、回復期リハと、地域密着型病院として連携を基本としている病院の亜急性期とは、患者像や機能等が異なるのではないだろうか。亜急性入院のあり方については、今後の大きなテーマとして議論していきたい。

●リハビリテーション

リハビリテーションは回復を医学的に判断できない維持期については点数減となった。また、要介護被保険者のリハビリテーションは2014年3月末までとされた(一応「予定」とされてはいるが)。外来リハビリテーション診療料1(7日につき)および2(14日につき)が新設されたが、全く新しい概念であり、今後の通知等で十分運用方法を理解する必要がある。

●DPC

DPCについては、調整係数を基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換えるという抜本的な見直しが進んでいる。これらの係数を用いることで、各病院の医療機能係数はかなりの変動が避けられな

い。今回、調整部分の置き換え割合を50%とする予定であったが、その影響が大きいことから2010年改定の置き換え割合を止め、あらためて25%の置き換えを実施、さらに、DPC対象病院への影響を2.0%以内とする激変緩和措置を講じた。そして、今後3回の改定を経て2018年に置き換えを終えることとした。

●今後の診療報酬の方向性

以上、今回の改定で注目される改定点についていくつか触れてみた。多くの改定項目があるので各病院で綿密なチェックが必要であるが、現在でも詳細が不明な項目が多々あるため、今後も厚生労働省からの通知や疑義解釈に留意する必要がある。

今後、2025年の医療・介護提供の目標に向かって、さらなる法整備と提供体制整備を加速させるであろう。2年毎の診療報酬改定もこれらが方針になると考えられ、推移については十分注意しなければならない。

一方で、医療現場としては、机上論で物事が決まってしまうことに大きな疑問が残る。地域格差や重度者に対する介護力の不足など、医療・介護の将来推計には不確定な要素が多々存在する。したがって、状況の変化に応じた頻回な目標設定の見直し、フィードバック方式による医療現場の意見の反映等が、今後、より重要になるであろう。

2012年度診療報酬改定の結果を読む

2. 留意すべき改定項目

病棟薬剤業務実施加算 病棟薬剤業務は必ずしも病棟で実施とは限らない

亜急性期入院医療管理料「1」算定患者にリハ実施した日から「2」を算定

社会医療法人恵和会西岡病院 事務次長 杉村洋祐

2012年度診療報酬改定の主に重要項目について留意点を述べさせていただく。

まず、7対1入院基本料については算定要件の見直しが行われ、看護必要度の割合が引き上げられ、平均在院日数が短縮された。ただし、経過措置として、2012年3月31日に7対1を算定している病棟は、看護必要度等の新たな要件を満たさなくても、改定後の10対1の基準を満たしていれば、2014年3月31日までの間は、改定後の7対1の点数を継続して算定できるとされた。

次に、一般病棟入院基本料等を算定している医療機関を対象に、土曜日、日曜日の入院基本料および正午までに退院した患者の退院日入院基本料について、減額が行なわれる。

土曜日、日曜日の減額は、入院全体のうち金曜日に入院する割合と退院全体のうち月曜日に退院する割合の合計が4割を超える医療機関が対象で、金曜日に入院した者の入院直後の土・日及び月曜日に退院した者の退院直前の土・日に算定した入院基本料が減額となる。ただし、1,000点以上の処置または手術が行われた日は減額を免れる。

正午までに退院した患者の減額は、退院全体のうち正午までに退院する患者の割合が90%を超える医療機関で30日以上入院している患者が対象。減額を免れる条件は土・日減額の場合と同様である。

後者については、電子カルテ等で退院時間があきらかな場合とそうでない場合で算出方法が異なる。双方とも6ヵ月続いて基準値を超えた場合ということであるため、直近6ヵ月間のすべての月で管理する必要がある。

回復期リハ病棟では評価体系の見直

しが行われ、新たに、看護職員を13対1以上配置する回復期リハ病棟入院料1が新設され、改定前の入院料1は改定後入院料2となる。

改定後の入院料1は、各職種の配置が、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上に加え、言語聴覚士1名以上、さらに、専任の社会福祉士等の配置が求められる。

在宅復帰率は6割以上から7割以上、重症患者の割合も2割以上から3割以上に引き上げられ、新規入院患者の看護必要度A項目1点以上の患者の割合が1割5分以上とされた。さらに、包括化に伴う要件として、重症患者の退院時日常生活機能評価も、3点以上の改善から4点以上改善している患者の割合が3割以上を対象とした病棟とされた。

亜急性期入院医療管理料については、算定患者の中に回復期リハを必要とする者が一定程度含まれるということから見直しが行われ、脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料の算定有無により、入院料1と2に分かれた。入院中に、リハを実施しない入院料1を算定中の患者にリハを実施することになった場合は、実施した日から入院料2を算定する。

救急・在宅等支援療養病床初期加算は療養病棟入院基本料1を算定する病床について引き上げが行われたが、一般病棟でも13対1、15対1入院基本料を算定する病床で、救急・在宅等支援病床初期加算として算定可能とし、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養患者の急変に対応できる体制の整備が行われた。

急性期看護補助体制加算では手厚い配置に対する評価として25対1を新設、

“みなし看護補助者”の割合に応じて加算点数を分けた。さらに、夜間の手厚い配置についても、看護補助者の夜間配置50対1、100対1の評価が、また、25対1急性期看護補助体制加算の算定を要件に夜間の看護職員12対1の評価がそれぞれ新設された。

病棟薬剤業務実施加算は、病棟薬剤業務を1病棟1週当たり20時間程度実施している場合に週に1回算定できるとして一般病棟を対象に新設されたが、療養病棟と精神病棟も入院した日から4週間を限度として算定可能とした。

病棟薬剤業務に該当する業務が具体的にあげられており、通知、施設基準で確認する必要がある。なお、留意事項に明記されているように、これら病棟薬剤業務は必ずしも病棟において実施されるものではないことは理解しておく必要がある。

感染防止対策加算は改定前の医療安全対策加算の加算項目を廃止した上で新設されたもので、加算1、2に分かれる。加算1では、改定前の医療安全対策加算における要件に加え、加算2を算定する医療機関との年4回以上の合同カンファレンスを開催することとされた。

加算2では、研修要件および専従要件を緩和した感染制御チームによる感染防止対策に係る業務を行うことや、加算1で開催される合同カンファレンスに年4回以上参加していること等が求められる。また、感染防止対策地域連携加算も新設されたので、加算1を算定する医療機関は確認しておく必要がある。

外来については、同一日に2科目を患者自らの意思で受診した場合の再診料、外来診療料が評価された。2科目は外来管理加算等の加算点数が算定できない。

外来リハビリテーション診療料は医師の包括的な診察に関する評価の新設で、状態の安定した患者について、毎回診察をしなくてもリハを提供できることとした。

診療料1は7日間、診療料2は14日間で各2回以上リハを実施している患者に算定する。リハスタッフが患者の観察を十分にやり記録することや、直ちに医師の診察が可能な体制をとること、医師がリハスタッフ等とカンファレンスを行うこと等が必要となる。

夜間休日救急搬送医学管理料は、二次救急医療機関における深夜、土曜、休日の救急患者に対する外来での初期診療の評価として新設され、初診時に算定できる。

在宅医療については、在宅医療を担う医療機関の機能強化として、従来の在支診・在支病の施設基準に加え、常勤の在宅医療に携わる医師が3名以上、過去1年間での緊急の往診が5件以上、看取りが2件以上の実績を有する医療機関の評価が新設された。

この実績等は複数の医療機関が連携して満たすことも可能で、連携する場合は、患者からの緊急連絡先を一元化すること、月1回以上の定期的なカンファレンスを行っていること、連携する医療機関数は10未満であること、病院が連携する場合は200床未満の病院であること等が求められている。

訪問診療料については、同一建物、同一建物以外とで評価が分かれていたが、それをさらに、同一建物の中でも特定施設とそれ以外の同一建物とに分けた評価体系へと見直し、特定施設等の自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスを充実させる観点から引き上げが行われた。

救急搬送患者地域連携紹介・受入加算は両方届出が可能

準・超重症児(者)入院診療加算は15歳までに障害を受けた児(者)が対象

全日病「2012年度診療報酬改定説明会」(講演概要) 3月15日 講師 厚生労働省保険局医療課長補佐 井内 努

今回改定の重点課題1は「急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減」であるが、これは、前回改定と目指す方向が非常に似ている。

まず、小児救急であるが、拠点中の拠点についてはPICUを評価する小児

特定集中治療室管理料を新設、拠点病院については特定集中治療室管理料における小児(15歳未満)加算を引き上げ、そして、一般救急については救急医療管理加算に小児(15歳未満)加算を新設するとともに乳幼児(6歳未満)加算を引き上げた。

13対1と15対1で救急・在宅等支援病床初期加算が算定可能に

救急医療については、まず、救急搬送診療料に、長時間(30分以上)ドクターカー等に乗ってドクターが処置等を行なった場合を評価する長時間加算をつくった。その一方で、看護師の配置基準が決められていなかった救命救急入院料の1と3について、ハイケアユニット並みの看護配置(4対1)を基準とすることを明確化した。

なお、経過措置として、2013年3月31日までは常時4対1の基準を満たさなくても従前の救命救急入院料を算定できる。

次に、救急搬送患者地域連携紹介加算と受入加算であるが、これについては、①それぞれを増点した上で、②対象患者の要件を入院5日以内から7日以内に拡大、③受入加算については療養病棟・精神科病棟でも算定可能とした、④これまでは受入か紹介のいずれかしか取れなかったところ、今回、両方の届出ができるようにした。

このように、救急医療の連携評価で前改定と大きく違う点は、もっぱら「入り口」を広げた前回に対して、今回は、後方病棟との連携を大きく評価したという点である。

それと同じ考え方にもとづくのが、今回、一般病棟の13対1と15対1に新設された救急・在宅等支援病床初期加算である。これは、7対1、10対1病院から急性期後の患者を受け入れることを評価するだけでなく、在宅療養または介護施設入所の患者を受け入れた場合をも評価するというものである。同様の

同一日2科目の再診料は初診料の場合と同様

救急外来や外来診療の機能分化に関しては、(1)小児限定の評価であった院内トリアージを全年齢層の夜間、深夜、休日の救急外来患者への拡大、(2)2次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送への対応を評価した夜間休日救急搬送医学管理料の新設、(3)地域連携小児夜間・休日診療料と地域連携夜間・休日診療料の引き上げ、を行なっている。

同一日の2科目の再診料は、1つ目の診療科で受診、診療を受けた疾患または診療継続中の疾患と同一の疾病または互いに関連のある疾病以外の疾病の場合に取れるというもの。これは、初診料の場合と同じと考えていただければよい。

大規模病院における初診料と外来診療料は、前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院で、他医療機関へ紹介したにもかかわらず当該病院を受診した患者について、初診料を270点から200点に、外来診療料は70点から52点へと減額する。ただし、保険外併用療養費(選定療養)を利用することができる。これは2013年4月1日からの実施である。

続いて、チーム医療の評価である。前回改定で導入された栄養サポートチーム加算は、今回、一般病棟の13対1と15対1、専門病院の13対1、そして療養病棟でも算定可能となった。ただし、療養病棟

趣旨から、すでに点数がついている療養病棟に関しても、今回、増点となった。

次に、超重症児(者)入院診療加算と準超重症児(者)入院診療加算であるが、算定可能病棟に療養病棟入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料を追加した。この算定要件に関しては、対象を「出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)」としたのでご注意ください。この点は、前回改定時に二重三重の解釈があり得たために疑義解釈等で明確化に務めてきたところではあるが、今回、通知で、この点を明確にした。

7対1と10対1を対象にした急性期看護補助体制加算は、50対1と75対1の配置基準に、今回は、25対1を設けた。この25対1急性期看護補助体制加算は「看護補助者が5割以上」と「看護補助者が5割未満」とに分かれている。

これは、看護職員が配置以上いるので看護補助者としてカウントしているところが少なくない中、いわゆるみなし看護師が多くて本来の看護補助者が5割未満のところは点が低い、その逆に、本来の看護補助者が5割以上のところは点が高い、ということである。普通は看護師の方が高い点数が取れるのではないかと考えてしまうところであるが、看護師は看護師の仕事に専念をしていただく、そのために補助者をつけるということでのこのようにしてある。

については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とした。入院1月までの週1回という点は他病棟と同様であるが、入院2月～6月までは月1回に限る。

外来緩和ケア管理料は、入院における緩和ケアチーム(緩和ケア診療加算)を外来でも評価するという事で新設されたものだ。

薬剤師の病棟における業務を評価するという事で新設されたのが病棟薬剤師業務実施加算で、別定の病棟業務を1病棟1週当たり20時間相当行なうことを評価するものだ。ただし、療養病棟と精神科病棟については入院日から4週間を限度に算定していただく。

次に在宅医療で、今回改定の重点項目の1つである。

在宅医療について24時間の対応、緊急時の対応を充実させるという観点から、①常勤医師が3名、②過去1年間の緊急の往診実績が5件以上、③過去1年間の看取り実績が2件以上などを満たす在宅療養支援診療所・病院は、単独であっても連携であっても、往診料や、在宅時医学総合管理料などの点数を引き上げた。病床を有する場合にはより高い評価を行なう。

この、機能を強化した在宅療養支援診療所・病院は、複数の医療機関が連携して届け出することも可能で、その場合、連携する医療機関数は10未満、病院が連携する場合は200床未満に限られる。

機能を強化した在宅療養支援病院と



しては、病院にいる3名の医師が対応するというのも当然あるが、例えば、有床診を1つ含む診療所が3つ連携をとって対応することもできる。ただし、連携した場合にはカンファレンスをやるとか患者の情報を一定程度共有するなどの取り組みが必要になる。

訪問診療料に特定施設等入居者の評価を新設

次に、訪問診療料は今までは830点と200点の2段階であったが、特定施設等入居者に対する評価を新設、点数を400点に引き上げた。

また、在宅緩和ケアを充実するために在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を新設した。これは、悪性腫瘍の在宅患者に緩和ケアをやらうとしても、緩和ケア専門の医師が同行しても、今まで、診療報酬を算定できなかった。これを今回、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合は訪問診療料と指導管理料を算定できるようにしたものだ。

在宅がん医療総合診療料についても、在宅時・在宅病(病床有)の場合には1,495点から1,800点(処方せんを交付)へというように、点数を引き上げた。

次に、在宅における看取りの充実ということで在宅ターミナルケア加算の評価体系を見直した。現在、ターミナルケ

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院では、例えば、現行650点の往診料の緊急加算が850点に、4,200点の在宅時医学総合管理料が5,000点に、1,300点の在宅患者緊急入院診療加算は2,500点になるなど、高い点数を算定することになる。

ア加算は死亡前14日間のケアと看取りがセットで、在宅時・在宅病は10,000点、それ以外は2,000点となっている。これを、今回、ターミナルケアのプロセスと最後の看取りとを分けた点数に変えた。

看取り加算は基本的にどこが行なっても3,000点とし、ターミナルケアのプロセスのところは、機能強化した在宅時・在宅病の病床あり・病床なし、現行の在宅時・在宅病、そしてそれ以外というところで6,000点、5,000点、4,000点、3,000点というようにした。

つまり、死亡前14日間を診てきたが最後は病院で看取られたという患者であっても、要件を満たせばターミナルケアのプロセスの部分は算定できるというもので、最後に看取りだけ行なったという場合も看取り部分だけ算定できるように分離させたというものである。

退院時共同指導料2は訪看ステーションの場合も算定可

訪問看護におけるターミナルケアの評価では、死亡前14日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目には死亡日の訪問看護・指導も含まれることが、今回、明示された。

この訪問看護については、医療機関との連携も含めて色々な見直しや充実化が図られている。

まず、これまでは入院中の医療機関が患者退院後の在宅療養を担う医療機関と共同指導等を行った場合にのみ算定可能とされていた退院時共同指導料2であるが、今回、訪問看護ステーションと行なった場合にも算定可能とした。

また、退院時共同指導料1に、退院後に特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う保険医もしくはその指示を受けた看護師または訪問看護ステーションの看護師が退院時共同指導を行った場合の加算(特別管理指導加算)を新設した。

次に、患者の試験外泊時の訪問看護を新たに評価する(訪問看護基本療養費)=訪問看護ステーション)。これまでは退院前訪問指導料(医療機関)として外泊時の訪問看護を行っていたが、併せて、これについても点数を410点から555点に増やした。

維持期リハの新点数 呼吸器リハや脳血管疾患リハは対象外

維持期のリハについては少し入り組んでいる。まず、前提として、維持期リハの点数が下がっている。その対象は要介護者・要支援者である。つまり、要介護者・要支援者が維持期の脳血管

次に退院当日の訪問看護であるが、この退院支援指導加算(訪問看護ステーション)についても、死亡退院および再入院した場合に限り、退院日に遡って算定可能とした。医療機関による退院当日の訪問看護は前述の退院前訪問指導料によって算定できる。

退院直後の訪問看護は、これまでも医師の特別訪問看護指示書の交付を受けた患者には週4回以上実施できたが、その認識が十分浸透していなかったため、特別訪問看護指示加算の算定要件に「退院直後」を明記した。

併せて、訪問看護を週4日以上提供できる対象を特別訪問看護指示書の交付を受けた患者以外にも拡大、それを踏まえて、月13回以上の訪問看護を行っている場合にも訪問看護管理療養費を算定可能とした。

これ以外にも、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算、複数名訪問看護加算あるいは訪問看護師と専門性の高い看護師による同一日訪問の評価のそれぞれ新設など、今回、訪問看護は重点的な評価を行なっている。

このうち、訪問看護師と看護補助者の同行訪問が週3回まで算定できる複数名訪問看護加算は、同行者が資格のない方で構わない。

疾患等のリハや運動器のリハをやっている場合に、この点数となる。したがって、回復期リハで呼吸器リハや脳血管疾患のリハをやっている場合は対象ではない。

在支診・病院

機能強化型の医療機関連携は10未満・200床未満に限られる

栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化は既算定病院含めて注意のこと

そういった、同じ対象者に対する同じようなりハビリについては、原則として2014年3月31日までということになる。ただ、その代わりという変だが、医療保険から介護保険への移行ということで、単位数の上限は減るが、介護保険との併用が可能な期間は2ヵ月になる。

次に、がん診療連携拠点病院加算については、これまで、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、今回、疑い病名での紹介でも算定可能とした。ただし、最終的にがんと診断された患者に限られる。また、がん治療連携管理料を新設し、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とした。

また、退院時に紹介した場合のみ算定可能であったがん治療連携計画策定料についてはがん治療連携計画策定料2を新設し、連携医療機関から計画策定病院に紹介されて計画の変更を行なった場合を評価する。また、従来は、退院後に外来で患者を1、2回診てから連携医療機関に転院するとがん治療連携計画策定料が取れないということであったので、がん治療連携計画策定料1ということにして、退院時または退院日から30日以内に紹介した場合にも

感染防止対策加算

1と2の病院で年4回以上合同カンファレンス

続いて、認知症については、地域連携認知症集中治療加算と地域連携認知症支援加算について説明したい。多少複雑であるが、まず、紹介元は療養病床または有床診療所療養病床で、ここで身体的疾患で入院している患者が認知症になり、BPSDが悪化したときに、認知症治療病棟へ紹介する。治療後に認知症治療病棟から返す先の病院が必要ということで、転院日から60日以内の短期集中入院加算を挟んで一連の紹介と逆紹介が成立した場合、両医療機関で1,500点が算定できる。これも新設である。

次も新設の感染防止対策加算である。1と2とがあり、イメージとしては、1は地域の拠点病院、2はいわゆる中小病院ということになる。その上で、ここがポイントであるが、1と2の病院で年4回以上合同カンファレンスを開催していただく。つまり、感染防止対策加算1を取る病院は、年4回以上、自院でカンファレンスを主催し、感染防止対策加算2の病院を呼んでカンファレンスをしていただくということである。

手術料の引き上げ

緊急対応頻度高い手術と医療材料費割合が高い手術に配慮

医療技術の評価については、128項目の新しい医療技術について保険導入を行ない、150項目について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等の見直しを行なった。手術料についても、外保連試算を活用し、約1,200の手術について、難易度Cは最大30%、難易度Eは最大で50%の引き上げを行なった。

その際の考え方に2つ特徴がある。まず、緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するというのが1点。あとは医療材料に係る費用の占める割合が高い手術に配慮するという。この2点のおかげで、難易度がC・Dにもかかわらず上げ幅が30%以上になっているものもある。

続いては入院基本料等加算の簡素化である。今まで加算であった栄養管理実施加算が、今回改定で入院基本料と

算定できるように要件を変更した。

なお、これらの届出が非常に煩雑だという声があるので、先ほどのがん診療連携拠点病院やがん治療連携計画策定病院の方で一元的に届け出いただくというような簡素化を一部図った。

今回外来放射線照射診療料というのを新設したが、これは簡単に言うと、これを算定してから7日間は初再診料または外来診療料を算定せずに放射線照射の費用を算定できるというもので、必ずしもリハビリを行なうたびに医師が直接診察する必要はなく、必要に応じた診療を行なうことになる。

次に糖尿病透析予防指導管理料。これも新設であるが、糖尿病透析予防指導を評価するというので、糖尿病性腎症第2期以上の患者について月1回350点を算定できる。

たばこ対策への評価ということで、新たに、22項目の入院基本料等加算や医学管理等については屋内禁煙が算定要件となる。これらの点数を取っているところについては屋内全面禁煙を原則とするよう、要件の見直しが行なわれる。どこまでの範囲が入るのか、どういうやり方が求められるのかは、疑義解釈等で細かくケースをお示しさせていただく。

回復期リハに回復期リハビリテーション病棟1が新しくできた。今までの1と2は新たな2と3に概ね横滑りとなる。1については看護配置基準が13対1以上に、また、在宅復帰率が上がっている。新規入院患者が、重症患者が3割以上というのも2割以上から上がっている。その他職種の配置についても、専従医師1名以上、専従理学療法士3名といった要件が課せられた。

外来リハビリテーション診療料というのは医師が外来リハを包括的に行なうということで、1週間または2週間に2日以上リハを行なう場合に算定できる。例えば、外来リハビリテーション診療料1を取ると、7日間はこの69点を算定した上で、最初の1回は診察をしていたことになり、その後は、必ずしもリハビリを行なうたびに医師が直接診察する必要はなく、必要に応じた診療を行なうことになる。

続いて、急性増悪時の訪問リハであるが、これまでは急性増悪時に訪問リハができなかったところ、今回、14日間に限り、1日4単位までできるようになった。

特定入院料の要件となった。入院基本料の算定に影響する問題であるので、ここは気をつけていただきたい。例えば、従前の取り扱いと変更がない部分と変更になる部分とがある。それぞれチェックいただきたい。

変更になる部分に「入院患者の入院診療計画書に特別な栄養管理の必要性の有無を記載する」というのがある。これは、必要性がない患者に関しては「なし」と書けばそれでいいということではある。ただ、すべての患者さんに対して、1回は、こういった観点で見えていただく必要があることだろう。

「2012年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関は2014年3月31日までの間は地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、常勤管理栄養士1名以上の配置という基準を満た

しているものとする」という経過措置もあるが、現在取れているところは当然要件を満たしているという前提となるので、今回の改正を機会に、もう一度自院の体制を見直していただきたい。

褥瘡患者管理加算の入院基本料包括化についても同様の注意で臨んでいただきたい。

さて、7対1入院基本料の算定要件見直しであるが、一般病棟入院基本料については19日以内の平均在院日数が18日以内に、看護必要度要件が1割以上から1割5分以上に変わる。経過措置は「2012年3月31日に7対1入院基本料を算定している病棟であって、2012年4月1日以降に改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、2014年3月31日までの間、改定

亜急性期入院医療管理料

脳血管リハ・運動器リハをすると2を算定

次に、土曜日・日曜日の入院基本料が効率化の余地があるとして適正評価の対象となった。金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数が他の曜日の者と比べて長いことを勘案したということであるが、対象医療機関は、一般病棟、特定機能病院、専門病棟の各入院基本料を算定した、入院全体のうち「金曜日入院する者の割合(A割)と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合(B割)の合計が6ヵ月連続で4割を超える」医療機関である。したがって、この対象医療機関にならなければ入院基本料は減額とならない。

対象医療機関になると、算定した入院基本料のうち、「金曜日入院した者の入院直後の土曜日、日曜日及び月曜日に退院した者の退院直前の土曜日、日曜日に算定された」入院基本料の8%が減額される。ただし、対象日に手術や1,000点以上の処置が行なわれていれば減額されない。

次の、退院日の入院基本料というのは、「正午までに退院した患者の割合が6ヵ月連続して9割を超える医療機関」が対象である。対象となった医療機関は「30日以上入院している患者の退院日の入院基本料の8%」が減額される。先ほどと同様、対象日に手術や1,000点以上の処置を伴わない場合は減額の対象外だ。

データ提出加算

出来高病院は10月からデータを正式提出、加算を算定

データ提出に対する評価は、これまでDPC対象病院の入院患者のみが対象であったが、今回改定で、DPC対象病院は外来診療データの提出も対象となる。さらに、DPC対象ではない病院も対象として、200床以上・未満について、外来診療の有無というので分けて、それぞれを点数評価することになった。

参考までに、現在、出来高病院としてやっていて、今回の改定で初めてDPCデータの提出を試みてもよいという病院があれば、まず、地方厚生局を通して厚生労働省保険局の医療課に声をかけていただく。その上で、こういったデータをいただきたいということで、医療課からソフト等をお渡しして、6月7月のデータをつくっていただく。それを8月にいただいて、判定をして、9月中に適否の返事をさし上げ、OKということであれば10月からデータをいただくのと合わせてデータ提出加算の算定ができるようになるという段取りになる。

慢性期入院医療の適切な評価ということで、今改定で、一般病棟における

後の7対1入院基本料を算定できる」となっている。

次が看護必要度の高い患者が入院している病棟の評価ということで、10対1入院基本料届出病棟について、看護必要度の高い患者の割合が1割5分以上であれば看護必要度加算1、1割以上であれば看護必要度加算2という加算がそれぞれつく。

さらに、13対1入院基本料届出病棟については、患者の重症度・看護必要度の継続的な測定と評価を行なっているところは一般病棟看護必要度評価加算5点がとれるというものである。この、13対1の新たな加算はもともとは10対1にあったもの。10対1が看護必要度の加算が変わって、13対1がその測定と評価ということになったわけだ。

以上の取り扱いはいずれも2012年10月1日からの施行となる。

亜急性期入院医療管理料については、かなり、大きな変更があった。今までの亜急性期入院医療管理料は、基本的には、新たな亜急性期入院医療管理料1の方だと思っていたらよい。亜急性期入院医療管理料2の点数は回復期リハ病棟入院料に新設された点数と同じである。

今まで、亜急性期入院医療管理料は、患者の要件とか、どういう病棟から移ってくるか、あるいは病院自体の要件で1と2とに分かれていた。しかし、今回の1と2の分かれ方はそういった要件ではなく、簡単にいうと、脳血管リハまたは運動器リハを算定したことがある患者については2となり、算定していない場合は1ということになる。基本的に、転院をしてきて亜急性期入院医療管理料を算定といった場合は、基本的には1からのスタートとなり、リハビリを始めたら2に変わるということである。

なお、施設基準は基本的に1と2で共通で、届出可能病床は一般病床は3割以下、ただし、200床を超える病院は病床数にかかわらず最大40床までということである。こういった施設要件を満たしていれば、こういったことになるといえるものである。

長期療養患者の評価適正化が行なわれた。これは、一般病棟の13対1、15対1限定ということで、長期療養患者の評価体系の見直しを行なったということである。

90日を超えて入院する患者を対象として、①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料の算定を可能とするが平均在院日数の計算対象とする、②療養病棟入院基本料1と同じ評価とし、平均在院日数計算の対象外とする、のいずれかを選択するというものである。

①②の取り扱いは、病棟単位で医療機関が選択するものとし、当該取り扱いは2012年10月1日からの施行となる。

療養病棟療養環境加算の1と2は現行と同じである。療養病棟療養環境改善加算の1と2は、もともと療養病棟療養環境加算3と4であったが、それぞれ10点引き下げられ、名前も療養環境加算から療養環境改善加算に変わった。施設基準にあるとおり、療養環境改善に資する計画を策定して報告するというものになっている。

特定医行為の絞込みに向け、203項目の評価作業に着手

看護業務検討WG 絶対的医行為、特定医行為、一般の医行為など6段階に試分類

看護師特定能力認証制度の制度設計について検討を進める「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」は、3月23日の会合で、一定条件の下で看護師に実施を認める特定の医行為(特定行為)の具体的な議論に踏み込んだ。

議論の進展を求める事務局(厚労省医政局看護課)は、前回2月28日のWGに「医行為分類のたたき台」を示し、2010年夏に実施した看護業務実態調査で取り上げた203の項目から24項目を抽出。特定行為を判断する評価軸として提案している「行為の侵襲性(行為の難易度)」と「指示の包括性(判断の難易度)」という尺度から、それらを、A=絶対的医行為、B1=特定の医行為(行為の難易度が高いもの)、B2=特定の医行為(判断の難易度が高いもの)、C=一般の医行為、の4段階に分けて示した。

3月23日のWGには前出24項目を含む50項目の行為を抽出し、それらを、前出4段階に「E=医行為に該当しない」を加えた5段階に分類して提示した。それによると、Aに該当する行為は5

項目、B1は15項目、B2は12項目、Cは14項目、Eは4項目と分類された。

この「医行為分類のたたき台」にもとづいて議論した結果、事務局提案にしたがって以下の方法で203項目の分類と特定行為の絞込みを進めることで概ね合意した。

(1)「行為の難易度」と「判断の難易度」の2軸のマトリクスに203項目を1つ1つ落とし込んで特定行為の該当有無を判断する

(2)その方法として「医行為分類検討シート」を用い、203項目ごとに、

- ①現行法令等における位置づけ
- ②実態調査で捕捉された現場での実施度
- ③試行事業における実施状況
- ④看護基礎教育・新人研修における教育の裏づけ

など当該行為の背景等を踏まえながら、当該行為の評価を、前出5段階に「D=さらに検討が必要」を加えた6段階で行なう

(3)検討に際して、まず、50項目よりA~Eごとに1項目ずつ取り上げて分類方

法の妥当性や分類に際しての留意点等について検討、この方法の妥当性を確認した上で、

(4)50項目の評価を優先的に検討する

議論の中では、事務局が提案している、「行為の難易度」と「判断の難易度」の2軸からなるゾーンに各行為を落とし込んでいく作業には、「各領域に対して“該当する”と“該当しない”の中間と考えられる行為が多い。そうした、線引きしにくい、線上の行為を認める

べきではないか」、あるいは「分類上の表記は基礎教育を受けている看護学生に分かるかたちで行なわれるべきではないか」など、初めての、しかも現場に与える影響がきわめて大きい作業に対して試行錯誤を許す慎重な姿勢を求め意見が示された。

ただし、事務局は、遅くとも6月には改正法案の望みを捨てていない。納得した検討作業がどこまで認められるかは定かではない。

「医行為分類のたたき台」から
(看護業務実態調査203の行為より抽出した50項目の分類から)

B1 = 特定の医行為 (行為の難易度が高いもの)

直接動脈穿刺による採血、腹部超音波検査の実施、経口・経鼻挿管の実施、経口・経鼻挿管チューブの抜管、褥瘡の壊死組織のデブリードマン、電気凝固メスによる止血(褥瘡部)、皮下膿瘍の切開・排膿:皮下組織まで、表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで(手術室外で)、体表面創の抜糸・抜鉤、動脈ラインの確保、中心静脈カテーテルの抜去、胃ろうチューブ・ボタンの交換、手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(気管切開等の小手術助手)、血糖値に応じたインスリン投与量の判断、血液透析・CHDFの操作・管理

B2 = 特定の医行為 (判断の難易度が高いもの)

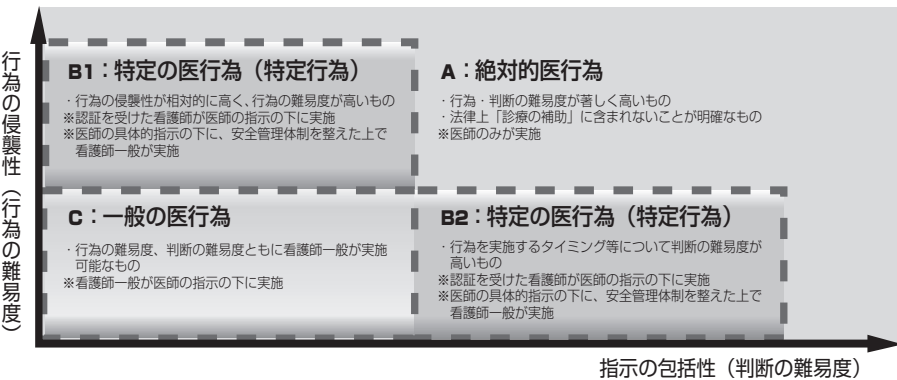
トリアージのための検体検査の実施の決定、トリアージのための検体検査結果の評価、手術前検査の実施の決定、腹部超音波検査の実施の決定、腹部超音波検査の結果の評価、人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施、人工呼

吸管理下の鎮静管理、人工呼吸器装着中の患者のウィニングスケジュール作成と実施、NPPV開始・中止・モード設定、脱水の判断と補正(点滴)、抗癌剤等の皮下漏出時のステロイド薬の選択・局所注射の実施、がんの転移・浸潤に伴う苦痛症状のための薬剤の選択と評価

C = 一般の医行為

動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去・圧迫止血、経腹部的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施の決定、経腹部的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施、12誘導心電図検査の実施、酸素投与の開始・中止・投与量の調整の判断、浣腸の実施の決定、巻爪処置(ニッパー、ワイヤーを用いた処置)、胼胝・鶏眼処置(コーンカッター等を用いた処置)、導尿・留置カテーテルの挿入の実施、低血糖時のブドウ糖投与、末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与、心肺停止患者への気道確保・マスク換気、心肺停止患者への電氣的除細動実施

■特定行為について(基本的な考え方)のイメージ



中央ナースセンター

指定ルール見直しが求められ中、日看協指定の継続を決める

厚労省は、中央ナースセンターの指定のあり方を検討する目的で「中央ナースセンターの指定の在り方に関する検討会」を設置、3月1日に初会合を開いたが、十分な議論がされないまま、3月21日の2回目会合で報告をとりまとめた。

厚生労働大臣認可のナースバンク事業として各都道府県にナースセンターが設置され、看護師の無料職業紹介を行なっている。ナースセンターは都道府県看護協会が知事の指定を受けて運営にあたっているが、それを統括する中央ナースセンターも日本看護協会が運営者に指定され、業務が委託されている。この事業に、国は1億1,400万円(2010年度。09年度は1億4,300万円)の補助

金等を日看協に支払っている。

ところが、厚労省の「独法・公益法人等整理合理化委員会」がまとめた報告書(08年12月)で「全指定法人の指定の在り方を全面的に見直し、新たな指定基準など新ルールを制定する」とされたことから、中央ナースセンターについても見直し・検証を行なうために検討会が設置されたもの。

初会合で、事務局(医政局看護課)は座長に東京都看護協会会長を推薦した。これに対して神野正博構成員(全日病副会長)が「これは利益相反にあたる」と反対したところ、初回は座長不在のまま議論を進めるという異例の展開をみせた。

それだけでなく、事務局は、初会合

に示した資料で「現時点で他に代わるべき法人も存在しない」として「(日看協を)1法人に限り指定する指定法人制度を維持することが適当」と断定、議論の前に「結論」が示されるという稀有な検討会となった。

こうした中、神野構成員は、①看護師の職業紹介はハローワークの方が4~6倍の実績を有している、②調査によると、再就職先を探す手段は「友人・知人の紹介」「ハローワーク」「求人広告」「ナースセンター」の順とナースセンターの利用度は必ずしも高くないこと等を指摘、随機的な指定方式を改め、公募で委託先を決めるべきではないかと論じた。

神野構成員の意見に多くの委員は賛意を示した。神野構成員は第2回の会

合で文書をもって意見を示したものの、事務局が作成した「短期的に指定を見直しすることは馴染まない」ことから日看協の指定を継続するという報告書案は座長預かりとされ、一部修正を加えたのみで検討会後に公表された。

神野副会長の談話

「独法・公益法人等整理合理化委員会」は現行指定方式の見直しを提起し、新ルールの制定を求めた。にもかかわらず、厚労省は最初から「日看協への指定を続ける」方針で臨んだ。まさに、結論ありきの検討会であった。

その根拠は、突き詰めると、日看協に職業紹介を支えるコンピュータ・システム(NCCS)のノウハウが蓄積されているという1点になる。しかし、NCCSの実態は某シンクタンクへの丸投げである。透明、公正、効率が求められる時代になんとも不可解な話だ。

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

DPC病院Ⅱ群は90病院、18県は分布なし

中医協総会 2012年度DPC改定で報告。医療機関群別判定のやり直しで担当官が謝罪

3月28日の中医協総会に事務局(厚労省保険局医療課)は「2012年度改定におけるDPC制度の対応」結果を報告した。主な点は以下のとおり(概要)。

なお、同報告の中で、追井企画官は、今改定におけるDPC病院の医療機関群別判定に誤りがあり、数字の見直しが行なわれたことを明らかにした。同企画官は「当初Ⅲ群に分けた6病院をⅡ群に組み入れなおした。手術の判定要件に誤りがあったために数字を見なおした。大変申し訳ないと思っている」と率直にわびた。

「Ⅰ～Ⅲ群にはあらかじめ病床枠があったのか」という診療側の質問に対して、

「群分けにあたっては条件設定を先行させたために数字の掌握が後になった。それで(Ⅱ群の病院数に)変更が生じた」と釈明。その上で「現時点で、病床数や病院数の目標値を考へてはいない」と述べ、数の枠を先決めするという考へはなかったと説明した。

□調整係数の置換えへの対応

●医療機関群(基礎係数)の導入

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院Ⅰ群(大学病院本院)	80	1.1565
DPC病院Ⅱ群	90	1.0832
DPC病院Ⅲ群	1,335	1.0418
合計	1,505	1.0623(加重平均値)

●暫定調整係数に係る経過措置(激変緩和)

調整係数の基礎係数・機能評価係数Ⅱへの置換えに伴う激変緩和として、医療機関係数別係数変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2.0%を超えないよう、暫定調整係

〈機能評価係数Ⅱの分布範囲等〉

係数	最小値～最大値	中央値	加重平均値
データ提出	0.0018～0.0020	0.0020	0.0020
効率性	0.0000～0.0092	0.0039	0.0041
救急医療	0.0000～0.0155	0.0038	0.0041
複雑性	Ⅰ群	0.0000～0.0072	0.0040
	Ⅱ群	0.0000～0.0098	0.0037
	Ⅲ群	0.0000～0.0099	0.0039
	合計	0.0000～0.0099	0.0039
カバー率	Ⅰ群	0.0023～0.0060	0.0038
	Ⅱ群	0.0017～0.0078	0.0039
	Ⅲ群	0.0030～0.0059	0.0036
	合計	0.0017～0.0078	0.0037
地域医療	Ⅰ群	0.0015～0.0082	0.0037
	Ⅱ群	0.0004～0.0165	0.0032
	Ⅲ群	0.0000～0.0120	0.0026
	合計	0.0000～0.0165	0.0027
合計値	Ⅰ群	0.0124～0.0289	0.0204
	Ⅱ群	0.0154～0.0369	0.0237
	Ⅲ群	0.0066～0.0382	0.0209
	合計	0.0066～0.0382	0.0210

注)上記の値はいずれも小数第5位を四捨五入して表示。

EPA介護福祉士希望36人が国家試験に合格。看護師希望も47人が合格

経済連携協定(EPA)にもとづいて受け入れた介護福祉士希望者が今回初めて95人が国家試験を受験、36人が合格した。内訳はインドネシア人35人、フィリピン人1人で、合格率は37.9%(全体の合格率は63.9%)。

不合格となったうち一定以上の成績を残した47人は、希望すれば、滞在期限(4年)が1年延長される。

看護師希望者は3回目の国家試験で47人が合格した。内訳は、インドネシア人34人、フィリピン人13人。合格率は11.3%と全体平均の90.1%を大きく下回った。累計の合格者は66人に増えたが、合格者数は昨年の16人から1人増えただけと低迷している。3年という滞在期間制限もあり、すでに120人が合格をあきらめて帰国している。

2011年度第11回常任理事会の抄録 2月18日

【協議事項】

●東京電力の電気料金値上げへの対応

東京電力の大口料金値上げ方針に見直し等を求める要望書を四病協に提案する、併せて、被災者健康支援連絡協議会を介しても要請を行なうという執行部方針が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

北海道 余市病院 院長 吉田秀明

茨城県 芳香会病院青嵐荘療育園

施設長 中島亜希子

埼玉県 帯津三敬病院 理事長 帯津良一

新潟県 魚沼病院 院長 高橋 達

新潟県 上越総合病院 院長 外山讓二

新潟県 糸魚川総合病院 院長 樋口清博

新潟県 村上総合病院 院長 村山裕一

新潟県 刈羽郡総合病院 院長 藤原正博

広島県 総合病院福島生協病院

院長 田代忠晴

広島県 セオ病院 理事長 瀬尾憲司

ほかに4人が退会した結果、在籍会員数は2,348人となった。

●人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として申請のあった以下の施設が承認された。

□日帰り人間ドック

神奈川県 横浜労災病院

日帰り人間ドック実施指定は合計484施設となった。

【主な報告事項】

●被災者健康支援連絡協議会(1月23日)

本会が作成した、「東日本大震災に係る医療施設等災害復旧費補助金」申請に関する1月18日付要望書が、被災者健康支援連絡協

議会を通じて厚労省医政局長に手渡された。

●2012年度集合契約Aの委任状提出

本会に対する特定健診・特定保健指導集合契約Aの2012年度委任状の提出を要請する文書が、1月13日付で会員施設宛送付された。

●委員会委員の追加

病院のあり方委員会の委員に川島眞之氏(川島整形外科病院 副院長)が追加された。

●支部長の交代

熊本県支部支部長に山田一隆氏(高野病院 理事長・院長)が就任した。

●会員登録情報の更新要請

登録済み会員情報を更新するために、賛助会員を除く全会員に名簿変更届け(本年4月1日現在)の提出を近々会員に要請する。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

2012年1月6日付で以下の9会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎一般病院

宮城県 総合南東北病院 更新

神奈川県 横須賀市立うわまち病院 更新

徳島県 川島病院 更新

鹿児島県 鹿児島市医師会病院 更新

◎精神科病院

宮崎県 田中病院 更新

◎療養病院

鹿児島県 上山病院 新規

◎複合病院

埼玉県 藤村病院 更新

和歌山県 誠佑記念病院 更新

熊本県 青磁野リハビリテーション病院 更新

1月6日現在の本会会員認定病院は907病院となった。

「高齢医療従事者の活用ガイドライン」が完成

全日病総研が作成した「病院経営に必要な高齢医療従事者の活用ガイドライン」がまとまり、冊子になった。

ガイドラインは、高齢・障害・求職者雇用支援機構の委託を受け、全日病総研に設置された医療業高齢者雇用推進委員会(座長・佐野哲法政大学教授)が、2010年度から2年かけて、高齢者雇用の問題について検討した結果をま

ためたもの。高齢の

医療従事者を擁

する病院が、今後、人面

で対応する上で参考となる考え方と事例

案が分かりやすく述べられている。

全日病は全会員病院にガイドライン

を送付した。



日本品質学会・全日本病院協会共催「医療のTQM七つ道具」出版記念講演会

質改善ツールのQC七つ道具の主たる開発・執筆者でもある諸先生方により、「医療のTQM七つ道具」の概念、今後の普及方法・報告性などを広く討論します。

日 時 ● 4月20日(金)13時～16時15分 参加費 ● 全日病会員 4,000円(締切後4,500円)
会 場 ● 東医健保会館(東京都新宿区南元町4) 申込方法 ● 日本品質管理学会HPにて受付
定 員 ● 150人 申込締切 ● 4月13日

全日病・医法協共催「平成24年度医療安全管理者養成課程講習会」のご案内

本講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしています。

日 時 ● 第1クール(講義)6月15日・16日
第2クール(講義)7月6日・7日
第3クール(演習)8月4日・5日、8月25日・26日、10月6日・7日、11月3日・4日、12月1日・2日(いずれか1つの日程を選択)
会 場 ● 第1,2クール(講義)ベルサール九段(東京都千代田区)
第3クール(演習)全日本病院協会会議室
参加費 ● 会員8万円 会員以外10万円
定 員 ● 第1クール・第2クール/各250名、第3クール/各50～60名前後
申込締切 ● 5月25日(詳細は全日病HPの研修案内をごらんください)

数を42施設(変動率-2.0%を下回った施設数:8施設、変動率+2.0%を上回った施設数:34施設)について調整した。

●基礎係数Ⅰ群・Ⅱ群病院の地域分布

宮城、秋田、栃木、群馬、山梨、富山、石川、福井、滋賀、和歌山、鳥取、島根、山口、愛媛、佐賀、長崎、大分、鹿児島

の18県はDPC病院Ⅱ群(90病院)の分布がみられなかった。

●機能評価係数Ⅱの見直し

2012年度改定における機能評価係数Ⅱの概況は以下の通り(下表)。

2011年度第4回理事会・第12回常任理事会の抄録 3月10日

【主な協議事項】

●2012年度事業計画・予算

2012年度事業計画・予算の各案が承認された。

●公益法人移行に伴う定款案

本会が移行を見込む公益社団法人の定款原案が承認された。定款原案は、3月の第98回定期代議員会・第87回定期総会に諮った上で、さらに細部を検討、6月の第99回定期代議員会・第88回定期総会で最終決定する運びとなる。

●医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言

病院のあり方委員会がまとめた「医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言」案が承認を得た。

●HOSPEX Japan 2012におけるセミナー・講演会の開催

今年11月に東京で開催される「HOSPEX Japan 2012」で、本会と日本医療法人協会が共同でセミナー等を開催する提案が承認された。企画の詳細は広報委員会と協議のとされた。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

東京都 八王子山王病院 理事長 中村隆俊

愛知県 富田病院 院長 富田 裕

京都府 京都回生病院 理事長 出射靖生

ほかに3人が退会した結果、在籍会員数は2,348人となった。

賛助会員として以下の入会が承認された。

医療法人尚仁会 名古屋ステーションクリ

ニック(愛知県名古屋市、木下水信理事長)

賛助会員は104会員となった。

【主な報告事項】

●東京電力の電気料金値上げに関する緊急要望

2012年度中に公益社団法人への移行を目指す

2012年度事業計画 災害対応として「医療救護班派遣」と「各県に災害時拠点病院を選定」を位置づける

全日本病院協会 2012年度事業計画 3月24日 第98回定期代議員会・第87回定期総会承認

全日本病院協会は、「国民が納得できる質の高い医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行う。」という当協会の基本的な考え方を実現するために、医療制度改革や医療環境の変化に対応した事業活動を続けている。

平成24年度は平成23年3月11日の東日本大震災からの本格的な復興を行う年である。世界が注目する日本の復興において、当協会も出来る限りの援助・努力を続けなければならない。また、平成24年は診療報酬・介護報酬の同時改定の年でもある。辛うじて診療報酬はプラス改定となったが、近未来に向かって医療提供体制をどのように構築して行くのか、大きな転換期に差しかかっている。正確な情報の把握と分析を行い、全日病としての提言を積極的に行っていく必要がある。

一方、平成24年度中に公益社団法人を取得すべく、支部体制の整備、定款変更、事業内容の調整等を行わなければならない。会員および各支部のさらなるご協力をお願いする。

このような状況の下、事業計画は多岐に渡る。調査、研究、各種研修、各委員会活動など、多くの事業を実施する。また、第54回全日本病院学会は神奈川県支部が担当となり、準備が進められている。広報活動、他団体との連携も、集約した全日病としての意見を中心に積極的に行っていく。

これらの活動により、会員病院各々の運営・経営判断等において、参考に資する活動や情報を提供し、国民が納得できる質の高い医療を提供するための支援を行う。

I. 社会保障制度、医療制度その他病院に関係する諸制度に関する調査研究及び提言並びに政府その他の関係機関関係団体との連絡協議

1. 調査・研究活動の推進
 - 1) 病院経営調査の実施
 - 2) 診療報酬改定に対する調査の実施
 - 3) 「DPC分析事業(MEDI-TARGET)」の実施
 - 4) 人間ドック実施状況調査の実施
 - 5) 全日病総研事業の実施
 - ・会員データベースの作成
 - ・各種研究事業、外部委託事業の実施
 - 6) 厚生労働科学研究事業の実施
 - 7) その他、本会として必要な調査・研究活動
2. 国民のための医療・介護にかかわる制度の構築と提言
 - 1) 各専門職の業務範囲に関する検討
 - ・臨床薬剤師、NP、PA等に関する情

- 報収集及び海外視察
- 2) 医療提供体制についての検討と提言
- 3) 平成24年度診療報酬改定及び医療法改正に関する検討
- 4) 医療従事者の養成とシミュレーションの内容の必要数との差異に関する検討
- 5) 環太平洋戦略的経済連携協定(TPP)に関する検討
- 6) 平成25年度税制改正に対する検討
- 7) 介護保険制度についての提言
 - ・次期介護報酬改定への対応
 - ・介護療養型医療施設の今後のあり方についての検討
- 8) 終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究に基づく提言
- 9) 各種提言の実現に向けての国民への広報、国会・行政への要望と対応

3. 広報活動の推進
 - 1) 全日病ニュースの内容の充実と配布の拡充
 - 2) インターネットを利用した情報提供の推進
 - ・ITを利用した行政関連情報(政省令・通知等)の紹介
 - 3) 協会ホームページの拡充
 - ・ホームページのコンテンツの追加(動画配信の検討等)
4. 医療関連団体との連携
 - 1) 四病院団体協議会事業等の推進
 - 2) 日本医師会との連携
 - 3) 日本病院団体協議会における活動
 - 4) (公財)日本医療機能評価機構の医療事故防止センターへの協力・連携

II. 病院の管理運営及び病院施設の改善向上に関する調査研究及び提言

5. 病院機能評価の普及・推進
 - 1) 日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
 - ・病院機能評価に関する受審支援セミナーの実施
 - ・病院機能評価受審相談事業の実施
 - 2) 病院機能評価体系ならびにその運用方法についての検討
 - ・中小病院の受審・再受審を促進するための諸方策の提言
6. 医療安全に関する取り組み
 - 1) 医療安全管理者の養成
 - ・「医療安全管理者養成講習会(及びアドバンス研修)」の実施
 - 2) 医療安全に関する講演会・セミナーの実施
 - 3) 病院における医療安全推進に関する啓発

7. 医療の質向上に関する取り組み
 - 1) TQM(Total Quality Management)の医療への展開
 - 2) 診断・治療の標準化に関する対象病院への支援
 - ・診療アウトカム評価事業の実施
 - ・International Quality Indicator Project(IQIP)への参加
 - 3) IT技術を利用した医療の質向上への取組
 - ・病院情報システムを基盤とした安全確保と質保証

8. 個人情報の保護に関する取り組み
 - 1) 認定個人情報保護団体としての活動の実施
 - ・苦情等処理業務の実施
 - ・対象事業者への情報提供・相談・研修
 - ・個人情報保護に関する事例検討とQ&Aの作成・出版
 - ・個人情報保護の動向に関する調査研究
 - 2) 個人情報保護に係る普及・啓発の推進
 - ・対象事業者における指針の策定と各種取組への啓発
 - ・「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」の実施
 - 3) 診療情報の積極的な提供・開示のための支援
9. 救急医療・災害時医療・感染症への対応
 - 1) 救急医療
 - ・高齢者救急のあり方に関する検討
 - ・救急ネットワークのあり方の検討
 - ・精神科救急と一般救急の連携についての検討
 - 2) 災害医療
 - ・災害時における各都道府県拠点病院の選定
 - ・災害発生時における医療救護班の編成及び派遣
 - ・国際災害支援
 - ・災害医療体制の検討
 - 3) 感染症対策(新型インフルエンザ対策等)

10. 国際活動の推進
 - 1) 諸外国の医療施設、医療制度の調査・研修
 - ・海外研修旅行の実施
 - ・EPA等に関する海外視察
 - 2) 諸外国の病院団体との交流


III. 病院資質の向上に資する医師その他病院関係職員の実務的、理論的及び倫理的なレベルの向上に関する教育研修及び検定並びに普及啓発

11. 学術研修の推進
 - 1) 第54回全日本病院学会(神奈川県支部担当)
 - 2) 夏期研修会
 - 3) ブロック研修会
 - 4) 全日本病院協会雑誌の発行
12. 医療従事者対策の推進
 - 1) 医師・看護師の需給、医療従事者の適正配置に関する検討

13. 研修・教育事業
 - 1) 開設者・管理者・幹部職員研修の実施
 - ・「医療機関トップマネジメント研修コース(及びフォローアップ研修)」
 - ・「病院事務長研修コース(及びフォローアップ研修)」
 - ・「看護部門長研修コース(及びステップアップ研修)」
 - 2) 勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の研修の実施
 - ・「医師事務作業補助者研修」
 - ・「総合評価加算に関する研修」
 - ・「臨床研修指導医講習会」
 - ・「医療安全管理者養成課程講習会(及びアドバンス研修)」(再掲)
 - ・「医療安全対策セミナー」
 - ・「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」(再掲)
 - ・「特定保健指導実施者育成研修コース」(基礎編・技術編)
 - ・「特定保健指導専門研修コース」(食生活改善指導担当者研修)
 - ・「特定保健指導アドバンス研修」
 - 3) 次世代の若手経営者育成事業の実施
 - 4) DPCデータを活用した経営分析・質向上に関する研修会の実施
 - 5) 医療事務技能審査及び医事業務管理技能認定事業の実施
 - 6) 医師事務作業補助技能認定事業の実施
 - 7) 地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの実施
 - 8) 海外研修旅行の実施(再掲)
 - 9) 病院機能評価受審支援セミナーの実施(再掲)

IV. その他この法人の目的を達成するために必要な事業

14. 無料職業紹介事業の体制整備
15. その他、本会の運営に必要な事業
 - 1) 支部活動の強化及び支部研修会開催のための支援(講師派遣等)
 - 2) 支部通信員活動の推進
 - 3) 会員増強
 - ・会員数の少ない都道府県における加入促進事業の実施
 - ・ブロック研修会等の開催時における積極的な入会勧誘
 - 4) 本部・支部組織に関する整備
 - 5) 公益法人制度改革への対応
 - 6) 日帰り人間ドック実施指定施設の指定
 - 7) 一泊人間ドック実施指定施設の指定
 - 8) 特定健診・特定保健指導の集合契約の締結
 - 9) 厚生労働科学研究に係る利益相反の管理
 - 10) 全日病生命保険共済



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

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