



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 NEWS 8/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 寛 彦
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.669 2007/8/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

DPCは曲がり角。厚労省、各面から改善を企図

基本小委 DPC分科会 算定ルールの新設、再入院対策、医療機関係数の再構築、調整係数の廃止

厚労省は、8月8日の診療報酬基本問題小委員会に、1,000を超える急性期病院に導入されるにいたったDPCの今後

の運営方法の見直しを検討する必要性を提起、議論の俎上にのぼらせる意向を表明した。

2006年2月15日の中医協了承を踏まえたもので、08年改定の部分実施を挟み、10年改定で完全実施を見込んでいる。

厚労省は、また、DPCの算定にまつわる不適切な処理と請求への対応を急ぐ考えで、06年度調査データにもとづいて短期再入院と不適切請求の症例が多い病院に対する特別調査を実施、06年度改定で算定ルールの見直しと新規導入を実現したいとしている。

■今後のDPCのあり方について (検討すべき課題=要旨)

●制度・運用の見直しが必要

・現在の対象病院、準備病院には望ましいとされる基準に完全には合致していない病院も多く、多様な医療機関が含まれている。今後、どのような基準とすべきか。
・診断群分類の決定が不適切な事例があるがレセプト情報のみでは審査を行うことは困難。適切な算定・請求

ルールをどのように構築すべきか。

・粗診粗療の防止のために新たなルールの設定をどのように検討すべきか。

●医療機関係数についての検討

・多様な医療機関が対象病院と成り得る。医療機関の特性を適切に評価する新たな係数が必要ではないか。
・新たな係数の導入とともに調整係数は廃止することにはどうか。

すでに、医療機関係数の再構築については8月6日のDPC評価分科会に提起されており、賛否を含む活発な意見が表明されている。

分類割付の実態を捕捉、算定ルールを検討

8月6日のDPC評価分科会に厚労省は、診断群分類が正しく決定されているかを検証する特別調査の実施案を提示した。アップコーディング等の実態を捕捉し、診断群分類の算定ルールを新た

導入することが目的。

対象は、
①主要DPCについて、1日当たりの包括範囲出来高点数の平均が全体の平均より著しく低い医療機関 (2面に続く)

調査機関の設立で概ね合意。概算要求に計上

医療事故調査の第3者機関 論点と意見両論併記からなる「報告」。多くの論点を残す

「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」は8月10日、死亡事故にかかわる第3者調査機関設立や届出制度等の考え方を整理した中間まとめ案(「これまでの議論の整理案」)で大筋合意に達した。

事務局(厚労省医政局総務課)は、2008年度予算の概算要求に調査機関設立関連費を計上する方針を表明した。

調査機関設立にともなう諸問題については、なお、委員間で意見の分かれる点が多いが、詳細は秋以降さらに議論を続行することになる。

届出制度については厚生労働関係機関や保健所を届出先にあげ、その義務化とペナルティを設ける考えも書き込まれた。ただし、検討会ではペナルティに反対する意見も出ている。

警察への届出には否定的で、調査組織を介して警察に届け出るといった意見がより多く書き込まれた。

医師法21条に関しては、「診療関連死に限っては調査組織に届けるというように改正する」「その検討には時間をかけるべき」の両考えが併記された。

刑事捜査との関係については多様な考えを列挙。証拠保全に関しては「警察に依頼する」「調査機関に託する」あるいは「新たな仕組みづくりを考える」意見がともに書き込まれた。

当該医療機関に事故調査委員会を設置する点は合意に達しており、さらに、重大な医療事故については「特定機能病院、国立病院、大学病院等に過半数の外部委員を加えた事故調査委員会を作ることを義務づける」意見も明記された。処分に関しては、学会・職能団体等医

療界内部における処分や行政処分が適切に行われる仕組みの整備を提起、刑事処分の限定適用を期待する意見に概ね集約される。

刑事手続きとの関係では、免責を求める意見と捜査の必要を認める意見が、調査報告についても行政処分、民事訴訟、刑事訴訟それぞれで活用されるべきという意見が、ともに書き込まれた。

刑事捜査については「調査組織と同時併行」「併行は困難」「調査組織の調査が優先(警察は調査中は抑制的に対応)」の各考えが併記された。

なお、裁判外紛争処理制度の検討母体として「医療紛争処理連絡調整協議会」(仮称)の設置を求める意見が盛り込まれた。

診療行為関連死への対応にかかわる一連の措置のうち、届出制度と第3者による調査に関する部分について合意を図るための中間まとめとして、事務局(厚労省医政局総務課)は「これまでの議論の整理(案)」を前月7月26日の会合に示し、意見集約を提起した。

8月10日は、そのとりまとめを予定した会合であったが、少なからぬ委員から「議論の整理案」の内容に疑問や異論が示され、議論は紛糾しかけた。

しかし、前田雅英座長(首都大学東京法科大学院教授)は議論の集約を強く要請。意見が分かれる点は引き続き議論を行なうことで合意を取り付け、とりまとめにいたったもの。

「議論の整理」は、今年3月に厚労省がまとめた試案(「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」)に示された論点に対応させて、検討会で示された意見を整理したもので、論点ごとに多様な見解を併記し、意見集約を手控えている。したがって、各論については多くを今後の議論に委ねるものとなった。

医療区分基本的現行どおり。一部に見直しの余地

06年度慢性期調査結果 現行点数について医療区分間の過大差とADL間の過小差を指摘

診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価分科会の池上直己分科会長(慶大医学部教授)は8月8日の診療報酬基本問題小委員会に2006年度慢性期入院調査結果を報告、「医療区分及びADL区分は概ね妥当である」と分科会における検証結果を総括した。

報告書は一部に修正が加えられたが、基本的に、6月28日の分科会で合意した内容でまとめられた。

医療区分個別項目の検討については、「3」の「ドレーン法・胸腔腹腔洗浄」と「感染隔離室におけるケア」に見直しの余地を認め、「酸素療養」については運用規定の厳格化を提起した。

「2」に関しては、「うつ状態」と「問題行動」に運用規定厳格化の必要を認めた。経管栄養と胃瘻の「2」への追加については否定的評価を下した。

その上で、報告書は「追加、削除の

範囲は最小限に留めるべきである」という意見があったことを披露した。

報告書は、また、費用の階梯性から分類の妥当性を評価した上で、現行点数と費用について比較し、診療報酬の配分は、①医療区分の「1」と「3」の差が大きすぎる、②ADL「1」と「3」の差が小さすぎると指摘した。

認知機能障害については、「2」に関して費用の差を認めなかった。

さらに、池上分科会長は、口頭で、急性期以外の一般病床に入院している慢性期患者の調査を求める意見を紹介。同時に、分科会は、今後、QIの開発とそれにもとづく医療の質の変化測定の面から再開される必要があるという認識を明らかにした。

基本小委の各委員からは報告に対する特段の異論は出ず、了承された。

報告には、「喀痰吸引や経管栄養、膀胱留置カテーテル等の医療処置が継続



▲報告する池上分科会長(前列右側)

的に必要な患者については、介護施設においてそのような患者に対応できる位置づけができるまでは、医療療養病床において療養を提供すべきではないかという意見が出された」と書き込まれている。

「対応できる位置づけができる」とは制度上の変更や措置を意味するのか、必要数の当該介護施設が整った段階を意味するのかは不明だ。しかし、これが政策に影響を与えるのか、単なる意見紹介にとどまるのか、関心が持たれるところだ。

清話抄

6月29日、30日と横浜で開催された第15回日本乳癌学会学術集会へ参加した。日頃、病院経営や医師会、病院会の活動で頭が一杯であるが、1医師としても日々診療に当たっているわけで、特に担当している乳腺疾患については、最近の診断法、治療法等につい

て勉強しておく必要がある。

また、このような学会や研究会に参加するといつも感じることであるが、医師としてとても幸せな気分になれるのである。医療の経済的な問題は二の次で良い。医療を追究することを第一に考えている空気が心地よいのかもしれない。

今回も興味あるセクションのひとつとして「チーム医療」をのぞいてみた。そこでは各職種チームとして情報交換

をおこない、一人ひとりの患者を大切に、十分なインフォームド・コンセントを行って治療にあたっているという内容の発表が続いていた。

私としては、つい日頃のことを思い、医師や看護師の数が足りている病院は羨ましいと感じていたところ、フロアからそれを指摘する意見が出てきた。患者のためになることはわかるが検査や治療のない教育入院で売り上げのことは追求されないのか、一人の患者に

医師、看護師がそんなに時間をかけて仕事をごなせるのか、と。

答えとして各病院の実情を説明していたが、私としては、参加者は「大変な中でもがんばっているんだ」という気持ちでいるものと思っていたため、それを聞いたとき、より良い医療を目指している学会という場でも今の医療現場の厳しさから目をそらすことができなくなっている現実を強く意識させられた。(内)

主張

日本の医療、とくに病院医療の将来が見えない!

このままゆくと、日本の医療とりわけ病院医療はどうなってしまうのだろうか。

例えば、臨床研修医制度、看護基準、療養病床再編、医療法人制度と、制度変更が相次いでいる。矢継ぎ早な制度改革の繰り返しの結果、我々民間病院はもとより、地域の基幹病院、大学付属病院までが、人材不足・経営困難でガタガタになっている。

また、療養病床再編の方法として、一般病床の一部、医療療養病床のかんりの部分、そして介護療養病床の

すべてを医療機能強化型老人保健施設に転換させようとしている。

この主旨は、医療提供が一応なされるということを前提に、入院(入所)の単価を廉価にするということであり、病床数(介護ベッド数)を減らさずに、ここにかかる医療費・介護費を抑えて行くことにほかならない。

しかし、このような大改革が、国の思惑通りに進むとは到底考えられない。

医師が病院を興すもしくは病院経営を継ぐということは、医療を行

たいからであり、「もうお前の医療における任務は終わったから、あとは施設の管理をやっつけ」と言われて、「はい、解りました」と素直に従う病院開設者がそれほどいるとは思えない。

一方では、介護に携わる人材が他の業種に流出してしまい、箱はあるけど中身が無い介護施設が続出している。理由は人件費を押さえ込みすぎたからに他ならない。

この現状を見る限り、医療・介護制度改革のゴールといわれる平成24

年までに医療・介護の提供体制が整ったところで、医療・介護を業とする人が夢と誠意を持って仕事出来る環境が整うという期待は、夢にすら出でこない。

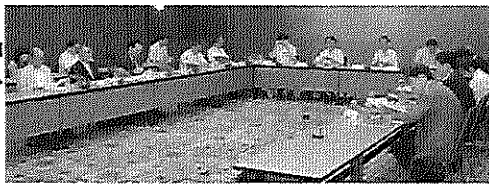
これらの解決策は、超高齢社会では増大するに決まっている医療・介護費用を適正に増加させるしか、方法はない。このままでは、医療施設・介護施設ともに運営が立ち行かなくなる。だが、困るのは国民であることは明らかである。

(1)

診療報酬骨格のイメージを提示

後期高齢者医療
在り方特別部会

議論は最終局面。委員には「総合的に診る医師」への戸惑いが



出現を過大に理想化して受け止めているらしいがうかがえる議論となった。

一方、病院の入院医療に対しては、在宅への移行を含めた在宅医療への

診療へのアクセスを囲い込む総合医の

関心の低さを指摘する意見が続いた。

特別部会においてこれまで議論された主な事項(未定稿)

1. 総論	共有	ア 歯科医療
①基本的視点	③退院時及び退院後の支援	イ 服薬管理等
②医療の連続性等	4. 在宅医療	ウ 訪問看護
2. 外来医	①在宅療養を支えるチーム医療	②居宅系施設を含む様々な施設等における医療
①総合的に診る医師	イ 情報の共有と連携	5. 終末期医療
②患者の病歴等の一元的な把握	ア 医療関係者間の連携等	①本人の意思等の尊重
③情報の共有と連携	イ 介護従事者等の関係者との連携等	②終末期における診療、看取り等
3. 入院医療	ii 病院等による後方支援	③疼痛緩和ケア
①退院後を見据えた入院医療	iii 在宅療養を支える各種支援	
②入院中の評価及び関係者との		

7月30日の「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」に、事務局(厚労省保険局医療課)は、「特別部会においてこれまで議論された主な事項」と称する診療報酬骨格のイメージを示した。未定稿ながらも、後期高齢者医療の診療報酬体系骨格の下敷きとなるもので、議論は最終局面に入った。

9月後半には社会保障審議会の医療部会等が予定されており、あと2回ほどの議論で9月半ばには診療報酬骨格案

をとりまとめるとみられる。

ただし、同日の議論では、「総合的に診る医師というものが診療報酬でどう実現するのかイメージがわからない」「総合的に診る医師が現実には難しい」「24時間体制というのが現実には難しい」など、理念的に語られてきた「スーパードクター」を報酬に置き換える局面を前に、気弱な発言が続出した。

各委員に、医療費効率化という使命を託された後期高齢者医療の要を握る、

「各病院の判断で増員を図るべき」—標準配置は据え置き

病院薬剤師の業務・人員配置で報告書。あるべき業務を14項目に整理

「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会」は7月30日、病院薬剤師業務の現状認識を踏まえた、病院薬剤師の業務と人員配置のあり方を整理した報告書を取りまとめた。

人員配置標準については、実態調査を踏まえたところ、人員数確保に大きな地域格差があることを認めた上で、なお、「(現行を)ただちに見直す必要性までは認められない」と整理。その上で、「病院の規模や機能に応じて、必要な医薬品関連の業務が実施されるのに十分な薬剤師数を確保していくことが重要である」という認識を表わし、医療の質と安全確保を図る上で各病院が

必要に応じた増員を図るべきと提起するとどまった。

1998年の人員配置引き上げ以後、第4次・5次と2度の医療法改正を挟んだ病院薬剤師配置標準の見直しであったが、今回の議論で決着をつけた格好だ。

ただし、薬学教育6年制の状況や医薬

品技術・IT化の進展等状況の変化に応じて、「必要が生じた時期に、改めてあるべき業務とそれらを踏まえた人員配置のあり方について検討するべきである」と、将来に向けた提言を書き込んだ。

さらに、「病院薬剤師の業務については診療報酬上の適切な評価がなされ

るべき」という指摘があったことに触れ、医政局としてはまれな、診療報酬に言及した報告書にまとめられた。

報告書には、病院薬剤師として取り組むべき業務として14項目にわたる医療と薬物治療にかかわる業務が書き込まれ、明確にされた。その上で、チーム医療や病棟業務を通じて患者との信頼を構築していく必要を、「顔の見える薬剤師」へと役割の引き上げを病院と薬剤師に求めている。

08年度概算要求基準は自然増を2,200億円圧縮

経済財政諮問会議は8月9日、来年度予算編成の指針となる概算要求基準(シーリング)を了承した。年金・医療等の基準額は5,300億円とされ、7,500億円と

見込まれる自然増を2,200億円圧縮することが決まった。

厚労省が、2,200億円削減のターゲットとみなしているのは薬価の引き下げ、

後発品の使用促進、そして後期高齢者医療の診療報酬など。

政管健保に対する国庫負担の一定額を健保組合等の拠出に付け替えるという現役世代間の支援制度を検討しているという情報もあるなど、厚労省は2,200億円の捻出に苦慮している。

(3面から続く)

■国立病院機構における未収金の状況(146病院)

単位:千円

	未収金債権		破産更生債権		医療未収金		当年度発生分の 医療収益(4 ~1月)に対する 割合
	金額	件数	金額	件数	金額	件数	
06年1月末現在	4,842,424	12	2,731,720	23	1,910,704	1,080,910	0.186
07年1月末現在	4,639,850	12	2,711,056	23	1,928,794	1,123,295	0.193

■国立病院機構による未収金への対応と成果

(単位:円)

支払の督促◆実施病院5

実施件数	金額	手続中の債権		回収できた債権		回収不能債権		回収率
		件数	金額	件数	金額	件数	金額	
56	10,719,877	12	2,639,035	23	4,760,687	21	3,320,155	58.9%

小額訴訟◆実施病院3

実施件数	金額	審理中の債権		回収できた債権		勝訴したものの未回収の債権		回収率
		件数	金額	件数	金額	件数	金額	
11	2,310,061	0	0	4	818,862	7	1,491,199	35.5

訴訟◆実施病院4

実施件数	金額	審理中の債権		回収できた債権		勝訴したものの未回収の債権		回収率
		件数	金額	件数	金額	件数	金額	
19	4,009,020	4	1,508,270	12	2,169,695	3	331,055	86.8

債権回収業者◆実施病院3

実施件数	金額	委託している債権		回収できた債権		回収できなかった債権		回収率 (07年2月現在)
		件数	金額	件数	金額	件数	金額	
174	37,847,631	168	35,309,281	6	2,538,350	0	0	6.7

■東京都立病院における未収金の推移(個人)

単位:千円

2002年度	03年度	04年度	05年度	06年度
1,028,423	1,172,075	1,259,972	1,308,508	927,658

*11病院(5,500床、外来17)

(1面から続く)

②主要DPCについて、平均在院日数が全体の平均より著しく短い医療機関

③特定DPCの症例数変化が大きい医療機関

④手術症例において、実施した手術の診療科と最も医療資源を投入した傷病名の診療科が異なる症例が多い医療機関

06年度調査結果から一定基準を上回る医療機関を対象に調査票を配布し、その中の数医療機関にヒアリングを実施する。

算定ルールを構築や施設特性を適切に評価する仕組みを構築するための調査が必要な場合には、上記4条件以外のケースにも特別調査を実施する可能性があることも明らかにした。

3日以内の再入院はリセット不可へ

8月6日のDPC評価分科会に厚労省は再入院に関する特別調査の実施案を提示した。

一方、減少傾向にはあるが3日以内の再入院も依然としてみられることから、3日以内の同一疾患の再入院に入院期間のリセットを認めないという算定ルールの見直しを企図し、ヒアリングベースの調査・検討を行なうというもの。

具体的には、06年度の調査データから、短期間の再入院率が高い医療機関を化学療法にかかわるものとそれ以外に分けた上で選出し、再入院症例に関する調査票を8月上旬に配布・回収。06年度調査の結果を踏まえて、数医療機関を9月の分科会に招集してヒアリングする。

事務局は、さらに、4~7日以内の再入院についても同様の算定ルールが適当かどうか調査・検討することを、また、本体調査で実施する再入院調査では、DPC準備病院にケアミックス型が増えてきていることから、転棟のケースも調査・検討の対象にする考えだ。

DPC準備病院の新規応募は700

2007年度のDPC準備病院に応募した病院は約700に達した。事務局は「辞退する病院も少なくない。8月末には最終的な数が確定しよう」と述べた。

法学者が保険者弁済義務を主張。厚労省は否定的

未収金問題
検討会

法律論の決着を避け、議論は未収金発生予防に向かう方向

医療機関の未収金問題に関する検討会は8月3日に2回目の会合を開き、保険診療契約をめぐる学説・判例の確認と議論を行なった。未収金に関する保険者の支払い義務を否定する通例解釈(被保険者・保険医療機関当事者説)に対して、法学者の委員からは、保険者が支払い義務を負うとする解釈(保険者・保険医療機関当事者説)で対抗する議論が展開された。

四病院団体協議会の委員からは、「応召義務」について再検討すべきであるという問題提起が示された。

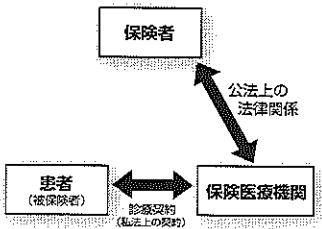
事務局(厚労省保険局)は、未収金問題をめぐる法的関係について判例と学説を解説し、厚労省として「保険者は徴収代行する立場にあるが一部負担金の支払い義務までは負わない」とする通説の立場に立つことを、あらためて明らかにした。

これに対して、河上正二委員(東北大学法学部教授)は、保険診療行為の契約は保険者と保険機関との間で成立する「第三者(患者)のためにする」契約であり、保険者は一部負担金の支払い義務を負うとする保険者・保険医療機関当事者説を主張、判例・通説に対する疑問を表明した。

公的医療保険制度は「保険者と被保険者」「保険者と保険医療機関」と2つの公法上の法律関係によって成立している。しかし、フリーアクセスの下で、一部負担金を受診医療機関に直接支払う義務を負う被保険者が患者として保険医療機関にかかり、原則的に医師と患者の合意で診療内容が決まる診療行為がなされた場合は、患者と保険医療機関の間には診療契約という私法上の契約が成り立つ(図1)。

この診療契約は民法上の準委任契約(法律行為ではない事務を委託する契約)とみなされる。つまり、2つの公法上の法律関係によって成立している公的医療保険制度に、診療という私法上の準委任契約が介在することになる

■「被保険者・保険医療機関当事者説」の構造(図1)



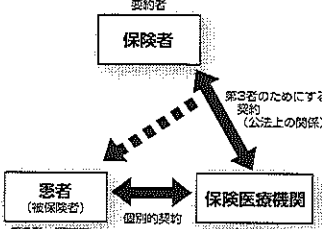
わけだ。未収金の法的性格をめぐって、厚労省は判例等を根拠に、2つの公法上の法律関係と私法上の準委任契約とは法的に矛盾するものではなく、したがって、一部負担金の未収について保険者は徴収義務を負うものの、最終的な弁済義務までは追及できないという解釈を採用する。当事者は保険医療機関と被保険者というわけである。

これに対して、河上委員は、医療行為と診療報酬に関する契約は保険者と保険医療機関との間で成立し、患者(被保険者)の意思表示によって治療が行われることから、「第三者のためにする契約」(民法537~539条)であると定義(図2)。

保険医療機関と保険者との法律関係を「第三者のためにする契約」の一種と解しても、患者と保険医療機関との間の私法上の契約は可能であり、保険者と保険医療機関との間の一般的・基本的な契約と個々の患者と保険医療機関との個別契約は両立しうる、と解釈する。

「第三者のためにする契約」とは、契約当事者でない第三者(患者=被保険者)が、他人間(保険者と保険医療機関)の契約から利益を受ける関係を意味し、こう理解することによって、保険医・保険医療機関は、療養担当規則等の命令に従って療養を担当しなければならないこと、厚生労働大臣・都道府県知事は、療養の給付に関して、保険医療

■保険者・保険医療機関当事者説の構造(図2)



機関等を指導・監督する権限を有することなど、公法上の諸義務を説明することが容易となる。

保険者と保険医療機関との間に交わされる、被保険者の診療要求を前提とした基本的な契約が存在している上で、被保険者(患者)と保険医療機関との間で個々に診療契約が成立するという解釈を採用している判例もある。

この「第三者のためにする契約」説に立つと、保険診療の当事者は保険者と医療機関ということになり、一部負担金の支払い義務は保険者に帰着する。

事務局の資料には、四病協による未収金に関する報告書(06年8月)にも所収されている木ノ元直樹弁護士の「自己負担金代物弁済説」が紹介されている。

それによると、「第三者のためにする契約」説にもとづくと、保険者は医療機関に対して、診療報酬を全額支払うという本来の義務を負うことになる。これを踏まえて、保険者7割、患者3割負担という法律関係を考えると、一部負担金は医療機関が「代物弁済」として保険者から債権譲渡されたものと考えられ、したがって未収金発生という不良債権化によって代物弁済は無効となる。3割分は未だ有効な弁済を受けていない

■国民健康保険法第42条の解釈(「詳解国民健康保険」より) *事務局資料から引用

一部負担金は、本来は保険者と被保険者との関係における公法上の債権債務関係と考えられるが、窓口における関係は、法第42条第1項の規定に基づいて、法律上の原因による療養取扱機関の開設者と被保険者との間の債権債務関係と解すべきである。

法第42条第2項の規定により、「善良な管理者と同一の注意」を果した療養取扱機関の請求に基づく保険者の処分関係も、債権債務関係の当事者としての保険者ではない。

減免または徴収猶予の措置を受けなかった被保険者、つまり法律で定める減免または徴収猶予の措置を受けるべき特別の理由のない者、さらに言い換えれば一部負担金を窓口で支払うことができる被保険者が、一部負担金を窓口で支払わない場合は、明らかに被保険者の作為、意

ので、あらためて現金で払えと保険者に要求することが可能となる。

このように法律関係を整理してゆくと、病院経営の立場からは「第三者のためにする契約」説が自然であり、リーズナブルと思える。しかし、厚労省は所轄官庁として第一義的法律解釈権を有しており、「第三者のためにする契約」説には難色を示している。

この点について、河上委員は「厚労省は法解釈の確立や徹底を望んではいないようだ。恐らく、法律論の解釈はグレーのままとして、未収金発生の現実的な防止策の方向に向かうのではないか」と展望する。

検討会の中でも事務局は、「どの説に立つかということよりも、医療機関にまず回収の努力をしていただき、それでも残る未払いについては、国民健康保険法第42条第2項(別掲)の考え方で臨んでいきたい」と、発生済み未収金解決の方向性を提起した。

ただし、これは、回収努力を尽くした医療機関と保険者の話し合いに期待するという「喧嘩両成敗」の考え方に近い。検討会は、今後、未収金発生防止策に力点を置いた議論に向かうものと思われる。

慢その他被保険者の人格的事由として通常その被保険者の責めに帰すべき事由であると考えられるから、保険者が他の全被保険者の拠出金である保険料を基にして、診療報酬外の金銭給付の責めに任ずることはないのである。

しかし、単に被保険者の人格的非難事項として処理するには、国民健康保険制度のような社会的制度としては不備といわなくてはならず、そのため当面の当事者である療養取扱機関にも公法上の責任ないし義務を遂行してもらうこととし、一方保険者としても最大限可能なことをしてもらうことが必要であると考えられた。これを制度化したのが法第42条第2項の規定である。

療養取扱機関の注意義務の挙証責任は療養取扱機関にあり、そしてその認定権限は保険者にある。

国公立病院は未収金を早期に償却。「これも公私格差」

8月3日の医療機関の未収金問題に関する検討会に、事務局は、146病院を擁する国立病院機構の未収金実態について報告した。それによると、2007年1月末現在の未収金債権は46億4,000万円(1病院あたり3,200万円)。その内訳として、「破産更生債権」が27億1,100万円、医業未収金が19億2,900万円計上されている。期末の医業未収金は06年から1,800万円増えており、そのうち11億2,300万円が06年度内に発生しており、この傾向は未収金額の水準ともども変わらないという。

つまり、1年に11億円ほどが新たに未収となり、それ以前の未回収分で焦げ付きに転じたものなどを含めると毎年19億ほどが未収金と定義されて計上されていることになる。

にもかかわらず、未収金債権の総額は46億円にとどまっている。毎年相当の回収が図られているかといえば、06年度の回収額は2億6,900万円(1病院あたり184万円)にとどまっている。

回収額が小さいにもかかわらず未収金債権の総額が膨らまないのは、毎期、未収金の一定割合を「破産更生債権」として償却しているからである。公表

されている国立病院機構の貸借対照表によると、04年度、05年度と30億円前後の「破産更生債権」が資産の部に計上され、同額の貸倒引当金が取り崩されている。

「破産更生債権」について、06年7月の独立行政法人評価委員会国立病院部会で、国立病院機構の幹部は「破産更生債権は一年以上前の債権で、国時代からずっと引き継いでおります」と答弁している。

国立病院機構による債権回収のフローチャートによると、「法務大臣の承認を受けた債権管理回収業者」による集金代行と各病院による回収業務の延長上に「貸倒処理・破産更生債権」を位置づけているが、実際はほとんどが各病院の判断に委ねられているという。

民間経営では考えられない簡便な処理が通用する非課税団体という性格は自治体病院も同様だ。

同日の検討会には都立病院における未収金の実態も報告された。東京都は、発生日から一年以上経過したものを未収金と定義。その額を約9億3,000万円(06年度)と公表した。

都立病院の未収金は05年度の13億8,500万円から30%、3億8,000万円近くも

縮減されたが、その理由を東京都の担当者は「3億5,000万円は“不納欠損処理”によるもの。回収強化と発生防止によるものは約3,000万円ではない」と説明。回収について主税局徴収部の支援を得ているというが、実績はまだ少ないことを認めた。

「不納欠損」とは、未払いの長期化などによって消滅した債権や強制執行による回収ができなくなった債権を収入欠損として収入予定債権から除外すること。

この債権消滅時効が、公立病院の診療費は5年から3年に短縮されたために06年度末に3年分の未収債権を償却、未収金の額を一挙に減らせたわけだ。

■東京都立病院における未収金対策

- 未収金発生防止策
 - ・高額療養費現物給付制度や高額医療費貸付制度、出産育児一時金の受取代理制度の活用推奨
 - ・医療相談員の早期介入
 - ・クレジットカード決済の活用(利用率15%)
 - ・わかりやすく解説した公費負担制度・医療費助成制度のパンフレットを窓口等に設置・配布(準備中)
- 未収金回収強化策
 - ・初動体制の強化(早期の電話催告、文書催告)
 - ・主税局徴収部との連携強化
 - ・困難案件の一元的管理(本部に未収金担当を設置)
 - ・サービスの活用を検討(人材派遣に依頼し1年以内に配置を予定)
 - ・入院申込書、支払猶予申請書等、各種様式の見直し
 - ・職員向け相談窓口(電子会議室)の設置
 - ・マニュアルの作成

東京都の担当者は、検討会後の取材に「非課税団体だからこそ可能な手法であることは十分に承知している」と、償却をめぐる「公私格差」を自覚していることを強調した。

検討会では、民間病院の委員から、「未収金を貸し倒れ処理するには税務当局を納得させるだけのやっかいな手続きが要る。民間では、そんな簡単には償却できない」と、国公立医療機関の対応を揶揄する声があがった。

その一方、「償却して損金化しようにも、そもそも、今の病院経営にはそれだけの利益がない」と、民間病院の経営状況が、公私格差を超え、深刻なレベルに達しつつあることを嘆じる声も聞かれた。

(2面下段の表組に続く)

座談会●支部の出番がきた 支部の現状と対都道府県

県病院協会と一体の活動が支部の影響力を拡大

「全日病は減っている?」「いや、増えている」——本会の現勢を伝える必要



安藤 全日病は2010年に創立50周年を迎えますが、お陰さまで、会員数も2,200名を超え、増勢をたどっています。病院経営多難な時期だけに、とくに民間病院において、本会の役割に対する期待と要求がとくに高まっている証左かと思っ

ています。しかし、現実的には、各支部を通じて入会が実現するわけではなく、会員数の増加は、各支部における活動が評価されているものとも考えています。

その一方で、医療費適正化計画を軸とした、新医療計画、地域ケア整備構想、健康増進計画などの重要な計画が、都道府県によって2008年度に策定されようとしています。

福岡県●支部会員にメールで情報提供を企画



新垣 沖縄県支部では理事会を年間5回開いているほか、研修会を定期的に開催しています。会員数は63を維持していますが、国公立を除いた病院の組織率80%以上という状況は永く変わっていません。県医師会も会長をはじめとする主要役員は皆全日病の会員です。いたって平穩無事に支部活動を進めているというところでしょうか。(笑い)

濱砂 宮崎県支部は昨年、池田卓郎先生(代議員会議長)から私が支部長を引き継ぎました。病院経営は大変厳しい環境にありますが、会員数は84と現状を維持しています。

今までは研修会を年2回開催してきましたのですが、激変の時代ということから、制度改革上のテーマが浮上するたびに随時開くというように、機動的な対応を心がけています。今年度も、すでに、地域ケア整備構想や特定健診・特定保健指導の問題を取り上げて研修会をやりました。このペースでいくと最低年4回は開催することになるでしょうね。

こうした重要なテーマは、やはり、夏期研修会や全日病学会を活用するなどして、全日病として全国レベルの解説をしてもらえるのがありがたいですね。

中村 福岡県支部は支部総会と特別講演を一体に開催しており、今年度は西澤新会長にも参加していただきました。福岡県支部の会員数はここ数年減少気味で、何とか増勢に転じたいと考えているところではあります。

ところで、全日病は全体として増えているわけですが、私の周囲は「全日病は会員数が減ってきているに違いない」とみているんですね。「逆に増えていますよ」と説明すると、皆さん意外だという表情をします。(笑い)

そこで、この際、会員が増えている全日病の状況を未入会の病院に伝えて会員増加を図ろうかと考え、すでに、県内の非会員病院リストの作成を終えています。本会が発する各種の情報を資料として送付するわけですが、何よりも、これだけ厳しい情勢にありなが

いずれの計画も、基本指針は国が定めるものの、具体的な内容は各都道府県が得るデータにもとづいた独自の数値目標と政策から構成されます。とくに、療養病床の将来数が各都道府県の判断で決められるなど、都道府県の裁量が認められています。

したがって、各都道府県と折衝する立場にある支部の役割が格段に重要になっているということがいえます。

本日は、支部活動に従事しながらも、本部役員として活動している重鎮にお集まりいただきました。先ほどの現状認識と問題意識を踏まえ、「支部の時代」をどう舵取りしようとするのか、忌憚のない考えを聞かせてください。

まず、支部活動の現状から教えてください。

ら会員が増えているという事実を伝えることが、中小病院を勇気づけることになるのではないかと考えています。

それと、支部の会員病院にも、我々がセレクトした情報を定期的に送る態勢を整えつつあります。例えば、日医や一般紙の医療情報をジャンル別に選り分けてヘッドラインを付け、全日病の情報とともに希望者にメールで送ることを予定しています。原則は月1回ですが、重要なテーマが生じたら臨時で発行したいと考えています。

大橋 北海道支部は役員が北海道病院協会の役員と重なっている関係上、医療安全や病院機能評価など、具体的な支部活動は、道内各ブロックの活動を含めて北海道病院協会と一体に展開しています。年間10数回の行事が組まれています。

特徴としては、最近、日本病院会北海道ブロック支部と連携する機会が増えていることでしょうか。それと、最近、官公立病院が2つ入会しました。公立病院と民間病院の間には依然として溝がありますが、北海道では、公民格差以前に地域医療をどう確保するかという点が切実であり、公民に対するこだわりはそう大きくありません。したがって、我々としても、北海道病院協会と足並みを揃え、官公立を迎え入れる方針を採用しています。

その結果、会員数は現在199と東京都支部に肉薄しつつあります。北海道の病院数は現在609ですが、ここ数年顕著に減少していますから、組織率は着実に増加しているはずですね。そろそろ東京都支部を抜いたかな?(笑い)

安藤 東京都支部も東京都病院協会(都病協)とはほぼ一体の活動を行っており、講演会、研修会、調査活動など、活発な事業を展開しています。また、都病協が東京都医師会の中に事務所を設けていることもあり、東京都支部、都病協ともども東京都医師会とはきわめて密度の濃い連携が確保できています。会員数は現在211で増加をたどっていますが、北海道の勢いに負けないよう頑張りたいと思っています。(笑い)

自身は他県よりははまだよいのかなとも感じています。深刻な人不足を訴える病院があるのも事実で、病床を減してやりくりしているのが実状です。

安藤 倒産は出ていますか。

出席者 (五十音順)

- 新垣 哲 常任理事 (沖縄県支部)
- 大橋正實 常任理事 (北海道支部)
- 中村定敏 常任理事 (福岡県支部)
- 濱砂重仁 常任理事 (宮崎県支部)
- 司会 安藤高朗副会長 (東京都支部)

新垣 今のところ聞いていません。

安藤 東京は深刻でしてね、病院だけでなく老健施設倒産の話も結構聞きます。



濱砂 宮崎県では、県内病院の総意として、6月5日付で県に対策を要望しました。といってこれといった妙案はないのですが、各病院とも懸命に進路を探る中、DPC準備病院に手上げするところが増えています。

医師不足は元々ですが、看護師は養成学校が多いことからそれほどはなかったのですが、7対1の導入を図るために大学病院や県立病院が採用を急に増やしたため、今や「補充がきかない」という声が圧倒的です。550床に500名と1.1対1ほどの割合で、しかも、民間の1.5倍の給与で国立の大学病院が看護師を集めています。

中村 福岡県も看護師養成校が多いため、今までは深刻な看護師不足はありませんでした。それが、7対1の確保をめぐり中央の病院が大募集をかけたため、今や状況が変わってしまいました。もっとも、「看護師はやがて戻ってくるのではないかと」みる向きが少なくありませんが。

大橋 看護師不足は北海道も同様ですが、札幌市内とそれ以外では状況が大分違っています。例えば、北海道病院協会が今年1月に行なった調査によると、「看護師が足りない」という回答は、道央圏つまり札幌市では21%程度でしたが、函館や苫小牧の方では倍に増えています。

医師についても、道全体では、「充足

していない」とした施設が46.4%、「充足している」とした施設が53.6%と拮抗していますが、道央圏とそれ以外とは倍近い格差があるのではないのでしょうか。

倒産は札幌にも増えています。医師や看護師不足の影響だけでなく、元々経営体質の脆弱な医療機関が今回の診療報酬改定とあいまって打撃を受けているという感じですね。資金繰りが悪化する中、診療報酬を債権化したり不動産を証券化するといった新たな動きが見られますが、この影響がこれからどう出てくるのかが注目されます。

安藤 東京では、1つに療養病床の不足が問題となっています。医療・介護合わせて全国で38万床ある中、東京には2万2,000床しかないんですね。地域ケア整備構想の策定を控えています。逆に、療養病床を増やすべきではないかという声が高まっているほどです。東京の整備率は療養病床が全国41位、介護施設については45位という低い水準なんです。

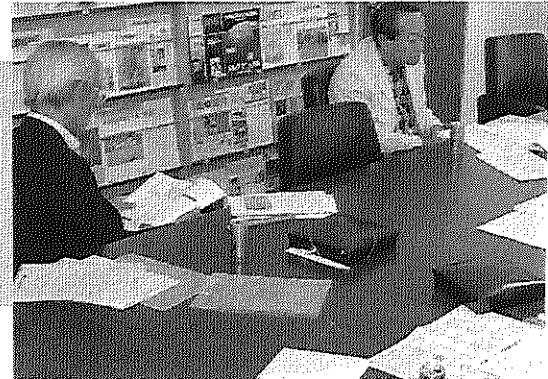
DPCについては、中小規模の病院からも手上げが続いていますね。ケアミックス型も名乗り上げているところが少なくありません。

倒産あるいは診療所への切り替えが増えている理由の1つに、慢性的な看護師不足に拍車をかけるかたちとなった夜勤72時間規定の導入があります。指定救急病院でも看護師が集まらないということで届出を返上するところが増えています。公私格差は歴然としており、規模が大きい総合病院でも民間病院の場合は相当に経営事情が逼迫してきているのが実状です。

中村 福岡県支部自体は行政と直接のつながりをもっていませんが、福岡県には私設病院協会と福岡県病院協会とがあって、それぞれから県の委員会に役員が出ています。この福岡県私設病院協会と福岡県支部が近い関係にあるわけですが、そこからうかがう限りでは、福岡県も諸計画について、まだ具体的な方針を打ち出してはいません。

濱砂 宮崎県でも主要な委員会には出ています。私自身が県医師会の常任理事をしていますから、やはり、重要な検討機関には病院団体代表が出席すべきであると要望し、私も含めて委員参加を実現してきました。

療養病床再編や医療費適正化計画と厳しい話ばかりですが、その中で目玉ともいえるのが特定健診・特定保健指導ですね。今、病院関係者は保健所等と話し合いをしています。看護師や



している」とした施設が46.4%、「充足している」とした施設が53.6%と拮抗していますが、道央圏とそれ以外とは倍近い格差があるのではないのでしょうか。

倒産は札幌にも増えています。医師や看護師不足の影響だけでなく、元々経営体質の脆弱な医療機関が今回の診療報酬改定とあいまって打撃を受けているという感じですね。資金繰りが悪化する中、診療報酬を債権化したり不動産を証券化するといった新たな動きが見られますが、この影響がこれからどう出てくるのかが注目されます。

安藤 東京では、1つに療養病床の不足が問題となっています。医療・介護合わせて全国で38万床ある中、東京には2万2,000床しかないんですね。地域ケア整備構想の策定を控えています。逆に、療養病床を増やすべきではないかという声が高まっているほどです。東京の整備率は療養病床が全国41位、介護施設については45位という低い水準なんです。

DPCについては、中小規模の病院からも手上げが続いていますね。ケアミックス型も名乗り上げているところが少なくありません。

倒産あるいは診療所への切り替えが増えている理由の1つに、慢性的な看護師不足に拍車をかけるかたちとなった夜勤72時間規定の導入があります。指定救急病院でも看護師が集まらないということで届出を返上するところが増えています。公私格差は歴然としており、規模が大きい総合病院でも民間病院の場合は相当に経営事情が逼迫してきているのが実状です。

中村 福岡県支部自体は行政と直接のつながりをもっていませんが、福岡県には私設病院協会と福岡県病院協会とがあって、それぞれから県の委員会に役員が出ています。この福岡県私設病院協会と福岡県支部が近い関係にあるわけですが、そこからうかがう限りでは、福岡県も諸計画について、まだ具体的な方針を打ち出してはいません。

濱砂 宮崎県でも主要な委員会には出ています。私自身が県医師会の常任理事をしていますから、やはり、重要な検討機関には病院団体代表が出席すべきであると要望し、私も含めて委員参加を実現してきました。

療養病床再編や医療費適正化計画と厳しい話ばかりですが、その中で目玉ともいえるのが特定健診・特定保健指導ですね。今、病院関係者は保健所等と話し合いをしています。看護師や

北海道・福岡県・宮崎県●主要検討機関には委員出席

安藤 都道府県医療計画や地域ケア整備構想などの計画を作成する過程では各種の検討会や委員会もあつたれ、地域医療の関係者にも発言の機会が与えられるわけで、病院団体としては支部による取り組みに多に期待を寄せています。支部では都道府県の動きを把握できていますか。また、都道府県とのコミュニケーションはとれているでしょうか。

大橋 先ほど申し上げたように北海道病院協会と重なっていることもあって、全日病は、道の主要な検討機関に参加しています。また、今のところは顔合わせ程度で、本格的な出番はこれからというところではないでしょうか。これまでは中央集権の下で都道府県もやってきましたから、自前の独自のデータ等で独自の計画を策定しろといわれても、道としては困っているのではないのでしょうか。

安藤 聞くところによると、北海道でも以前は各委員会への病院団体代表の参加が少なかつたようで、全日病ほか要望を重ねていく中で、現在のような市民権を得るに至ったとか。

大橋 確かにその通りで、自然の流れでこうなったわけではありません。やはり、自分たちから求めていった結果ということがいえます。

中村 福岡県支部自体は行政と直接のつながりをもっていませんが、福岡県には私設病院協会と福岡県病院協会とがあって、それぞれから県の委員会に役員が出ています。この福岡県私設病院協会と福岡県支部が近い関係にあるわけですが、そこからうかがう限りでは、福岡県も諸計画について、まだ具体的な方針を打ち出してはいません。



濱砂 宮崎県でも主要な委員会には出ています。私自身が県医師会の常任理事をしていますから、やはり、重要な検討機関には病院団体代表が出席すべきであると要望し、私も含めて委員参加を実現してきました。

療養病床再編や医療費適正化計画と厳しい話ばかりですが、その中で目玉ともいえるのが特定健診・特定保健指導ですね。今、病院関係者は保健所等と話し合いをしています。看護師や

倒産が増加。7対1看護導入の影響は明らか

安藤 各支部からみた、地域病院の現況はいかがですか。

新垣 療養病床の転換については沖縄も全国と同様の状況です。医師と看護師の不足も厳しいものがあります。私

支部組織の強い県は行政にも発言権を確保

未加入病院に訴えるツールと予算がほしい——広報委と事務局が検討へ



管理栄養士を多く抱えているのは病院ですから、保健所からも「できるだけ積極的に参入してほしい」と要請されています。それと、経営状況を悪化させてきている県内の診療所が、管理栄養士等のスタッフもいないことなどから一緒にやらせてほしいと病院に期待を寄せてきています。

宮崎県は医療難民・介護難民を出さないというのを基本姿勢にしていますから、保険者である市町村が難色を示す枠の拡大についても、転換を優先するという方針で臨んでいてくれます。新垣 沖縄県では全日病以外には精神

科病院協会しかありませんから、県の審議会等にはほとんど全日病から委員を出しています。ただ、我々の代表が出ているのはよいのですが、今回のように沢山の計画をそれぞれ県独自の根拠を用いてまとめるという作業に、沖縄県としても戸惑いを隠せないようで、まだ具体的な動きが出ていません。作業の遅れが心配されるところです。我々の目から見ても、現状の把握がよくできていないとは思えません。現状を無視した数値目標が設定されないよう、あるいは見切り発車とならないよう、よく目を光らせなければと考えています。

安藤 東京都は医師会の力が強く、東京都政にも強い影響力を及ぼしています。それはよいのですが、ややもすると病院医療に詳しくない先生が審議会等で重要な役割を發揮しているため、病院医療にかかわる分野においては、医師会からはできるだけ病院の先生が出てもらえるよう働きかけているところです。

東京都●福祉畑と連携。北海道●医師派遣制度を検討

安藤 会員病院や地域病院の要望や意見をくみ上げたり、都道府県に対して働きかけるという面の取り組みはいかがですか。東京都の場合は、働きかける側の医療畑と福祉畑の連携がこれまでではよくなかったし、共に集うこともなかったのです。それをなんとかしようということで、医師会や都病協・全日病支部が動いた結果、医療系と福祉系の人が一緒になった勉強会がスタートしました。その中で、療養病床転換の問題についても、在宅、ターミナル、緩和ケアのあり方やリハビリテーションの提供の仕方などで勉強や討論をしていく過程で、都民の視点から問題点が絞られ、問題意識の共有が図られ、ざっくばらんに言い合える土壌が育まれ、自然に、東京都に対する要望事項もまとまっていくんです。今は、非常によくコミュニケーションがつけられています。



大橋 北海道では、根室の市立病院から医師がいなくなるなど深刻な事態が生じています。一方、国からは岩内病院に医師が緊急派遣されることになりましたが、焼け石に水です。そこで、医師が比較的いる札幌市から回せないかということで、道、医師会、病院協会、全

日病支部とでボランティア医師の派遣制度を真剣に検討しました。結果的には、現時点ではきわめて難しいということですが、あきらめずにまだ追求しています。

濱砂 療養病床の転換に関しては各病院とも真剣に悩んでいます。しかし、行政ではない我々に相談する力はありません。そこで、宮崎県にいち早く相談窓口の設置をお願いし、県下の病院にその活用を訴えました。転換の判断には経営の内情が絡みます。県の職員は結構勉強していて、経営分析を含めた相談ののってくれます。

安藤 沖縄県支部では、会員の実状や要求事項の把握はうまくいっていますか。

新垣 沖縄県支部は毎月の第1木曜日に会員親睦・研修のための会合をもっています。だいたい40名ほどが集まっています。

大橋 それは、いわば全員集会ですか？

新垣 そうです。講師を招いて話を聞いたりとかで、新一木会といっています。

安藤 理想的ですね。

新垣 先ほどの療養病床の転換ですが、経営の内情や資金・借入金絡む問題だけに、病院団体として介入する

ことは難しいですね。しかし、月1回の会合があれば、事例等色々な情報も耳に入るので、参考になることはあると思います。そのせいか、沖縄では現在のところ倒産がありません。

安藤 新一木会には県の幹部もゲストに呼ぶわけですから、会員間だけでなく、県との間での意見交換も可能にな

りますね。

新垣 県の保険担当部署とは頻りに話し合いをもっていますが、事前に会員からの質問、相談、要望を集約して話し合いますから、話が早いんですね。立入検査にしても対応が可能となります。沖縄では全日病に入っていれば病院経営には困りません。(笑)

沖縄県●毎月例会。県とも密な意見交換

安藤 6月の代議員会では本部と支部の連携を密にすることや諸般の情勢にかんがみて支部の役割がきわめて重要であるという話が出ました。我々、西澤執行部としても会員増強の基礎は支部の強化にありと見え、各種の支援を惜しまない方針でいます。執行部と本部に望むことがあればいいと思います。



新垣 まずは本部からの情報を質量とも拡充してもらいたいですね。次に、会員調査をもっと頻りにしたらよいでしょう。会員がどういう現状にあり、何を考え、何を求めているかを把握してニーズを吸い上げるとともに、世間に公表することが重要だと考えます。

こういう地道な活動をしないと会員は増えません。全日病は3,000会員ほどにならないと影響力を行使できません。ひとつ、他県の先生方にもがんばっていただきたいものです。(笑)

安藤 全日病の会員数は2,200名。目標は、はるかかなたであると。(笑)

濱砂 宮崎県は未加入病院にずいぶん当たってきましたが、これ以上の増加はもう無理ですね。(笑)ただ、非会員であっても研修会には参加を希望しています。機関紙を初めとする情報提供をレベルアップさせるだけでなく、研修会の質と量をいかに充実化させるかが大切なことだと考えます。とくに経営面の具体的な情報やアドバイスですね。会員数が1桁の県を、こうした研修活動で、重点的に掘り起こす必要があるのではないのでしょうか。

安藤 今は、支部の手上げによって研修会が認められています。しかし、今後は、本部が、情勢にかなったテーマの研修会を企画し、予定講師や資料とともにパッケージにして支部に提示して選んでもらうといったように積極的に取り組みが必要がありますね。

濱砂 制度改革の分野でいえば療養病床転換の具体的なプランとかが関心を得ることでしょう。また、看護師問題

にしても、単に制度上の問題を語るのではなく、具体的な離職防止事例を紹介するとかが大切だと思います。こうした取り組みが全日病の存在意義を高めるのではないのでしょうか。



中村 先ほどお話ししたように、多くの病院は、病院倒産の増加とともに全日病も衰退をたどると誤解しています。これだけ増勢を維持している事実を誰も知りません。まずは、この事実を広く伝えることが必要と考えます。

次に、質の高い情報を豊富に提供することです。「全日病ニュース」に加えて、もっと掘り下げた、多方面の情報を届けたいものです。私は福岡県私設病院協会医療安全対策委員長を務めていますが、委員会の情報を多くの会員病院に伝えたくとも、予算不足から部外委員を増やせず、情報の発送もままなりません。そこで、情報をメールで送信したいと希望病院を募ったところ、正規の委員の10倍の応募があったのです。

このように各病院は詳しい情報を欲しています。病院団体がそれに応えるべきでしょう。

大橋 今、北海道には官公立を含めて606の病院があります。そのうち、病院協会には367病院が、全日病には199会員が入っていますが、病院協会会員で全日病に入っていない病院が168あり、そこに2年に1回ほどの間隔で資料を送付しています。そこには、例えば「病院のあり方報告書」や「医療従事者給与調査」などの冊子を同封したいのですが、本部に在庫がないんですね。「全日病ニュース」も同様です。ぜひ、改善を希望します。

安藤 広報委員会として宿題が課せられましたが、個々の委員会が管轄している課題もあります。事務局とも図って、広報戦略の一環として支部の日常活動や会員増強を支える体制づくりに務めたいと思います。

あ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)
 - 医療施設内包括機械保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - 現金運送・盗難保険
 - 医療廃棄物排出者責任保険
- 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

入院患者1人1日の医療安全コストは406円

06年度医療機関コスト調査の結果 部門別収支で入院は黒字、外来は赤字。DPC別原価推計は出来高換算を上回る

医療機関のコストにかかわる2006年度調査の結果が、診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会から7月18日の中医協・診療報酬基本問題小委員会に報告された。調査結果は、①医療機

関の部門別収支、②診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計、③医療のIT化にかかるコスト、④医療安全にかかるコストからなる。

減った」に関連しては、1日当たり2割程度外来患者数が減った施設もあった。

●各種ITシステムの稼働状況(複数回答)と契約金額

	施設数	構成割合	平均契約金額	対医療収入比率	1床当たり契約金額	
電子カルテシステム	29	19.1%	48,897,698	1.1%	176,490	
オーダーリングシステム	71	46.7%	65,110,952	0.9%	161,972	
(うち)上記2システムがいずれも稼働中	26	17.1%				
各部門システム	看護業務支援システム	61	40.1%	4,909,481	0.1%	17,261
	薬剤業務支援システム	97	63.8%	2,889,835	0.1%	10,674
	手術業務支援システム	29	19.1%	3,254,961	0.1%	10,963
	放射線業務支援システム	66	43.4%	10,537,867	0.4%	51,982
	臨床検査業務支援システム	72	47.4%	6,340,321	0.1%	19,176
	その他診療業務支援システム	49	32.2%	3,323,766	0.1%	13,395
	医事業務支援システム	145	95.4%	6,528,260	0.3%	35,364
	材料部業務支援システム	51	33.6%	2,314,603	0.1%	9,799
	食事業務支援システム	112	73.7%	868,179	0.0%	3,966
	病歴管理業務支援システム	62	40.8%	992,837	0.0%	5,055
その他のシステム	47	30.9%	3,047,889	0.1%	11,597	
総数	152	100.0%				
システムの運用・保守			30,376,195	0.5%	95,234	
合計				3.9%	622,929	

*「ITシステムの稼働状況」と「契約金額の状況」とでは回答施設数が一致しない

2006年度医療安全に関するコスト調査業務報告から(病院)

●回収の状況

274病院から調査票を回収(13.7%)。賠償責任保険料については全日病会員

27病院から回収(45.8%)。アンケート回答の中から、施設種類ごとに3施設を選んでヒアリングを実施。

●医療安全に関する取り組み状況(06年上半期)

	開催回数	開催時間	参加人数
安全管理委員会	6.3回	0.9時間	13.2人
感染対策委員会	6.2	0.8	12.4人
医薬品管理委員会	4.4	0.8	8.0人
ヒヤリ・ハット報告件数	136件		

●入院患者1人1日あたりのコストと対医療収入費

人件費 122.81円(0.41%)
 非人件費 283.46円(0.95%)
 合計 406.27円(1.37%)
 (別掲)
 患者相談対応 58.38円(0.20%)
 ※患者相談対応は人件費

●病院種別・病床規模別の入院患者1人1日あたりのコスト(円)

	全体	~100床	101~200床	201床以上
病院全体	406	534	463	296
一般病院	482	603	518	324
療養病床60%以上	238	358	224	104
療養病床60%未満	587	806	631	359
療養病床なし	606	683	718	523
精神科病院	135	195	166	117

●賠償責任保険料

	全体	~100床	101~200床	201床以上
1病院1日あたり(円)	60.9	37.7	72.8	62.3
対医療収入比(%)	0.14	0.10	0.16	0.14
対前年比(前年=100)	113.7	100.0	110.7	124.9

2006年度医療のIT化に係るコスト報告書から(病院)

●回収の状況

210病院(回収率10.5%)。別途7病院に対してヒアリングを実施。

●人的コスト

施設内の人的資源投下コストは医療介護収入の約0.52%と推計された。

●IT導入による変化

病院におけるIT導入に伴う変化については、「請求事務が効率化された」61.8%、「比較可能なデータの蓄積と活用が可能になった」59.9%などで肯定的な評価が多かった。

一方、否定的な評価が多かったのは「業務の効率化で残業時間が減り、人件費が削減された」27.6%、「患者の診察時間が長くなり、外来患者数が減った」23.7%などであった。

ヒアリングでは、医薬品マスタや材料マスタの整備に伴い、使用医薬品・材料の品目を絞り込み、同一品目の大量発注によって購入費用低減化、在庫管理適正化を実現した施設もあった。「入力のため患者と話す時間が減った」に関連して、患者の多い医師にのみ医療秘書を設置し対応する施設もあった。「診察時間が長くなり、外来患者数が

06年度医療機関の部門別収支に関する調査研究結果報告から

●調査対象

DPC対象・準備病院100病院(医療法人58、国公立13を含む)

来別にみると、病床規模に変わりなく、入院が黒字傾向で外来が赤字傾向を示した。これは診療科別にみた収支差額比率の分布でも同様で、ほとんどの診療科で外来よりも入院の方が高い(黒字の)傾向にある。

●医療収支差額比率の分布

医療収支差額比率の分布を入院・外

「診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究 -コスト調査のための方法論に関する研究の概要」から

●DPC別原価推計

2006年の1症例あたり・1日当たりの推計コストは4万8,822円で、前年に比べると約2,200円増加している。

出来高換算コストと推計原価とを比較すると、推計原価の方が若干高い傾向があるが、両者に強い相関が認められる。したがって、1点(1係数)あたりの価格(ベースレート)をどのようにするかという議論はあるが、DPCの相対係数(原価係数)は現行の出来高換算ベースでよいことが示唆された。

	2004年度	2005年度	2006年度
コスト計	48,116円	46,597円	48,822円
医師給	6,575円	6,151円	6,350円
看護師給	14,579円	13,685円	13,946円
医療技術員給	3,048円	2,837円	2,687円
事務員給	2,709円	1,971円	2,189円
技能労務員給	761円	573円	749円
医薬品費	5,592円	5,413円	5,229円
診療材料費	4,650円	6,429円	6,747円
給食用材料費	462円	475円	431円
経費	4,070円	3,577円	4,097円
委託費	2,887円	2,505円	3,040円
減価償却費	2,247円	2,695円	2,804円
研究研修費	156円	171円	186円
法人経費	361円	474円	367円
平均在院日数	16.1日	12.2日	11.1日

件数と成績は部分的に相関。だが、全体としては不明瞭

手術のアウトカム調査中間報告

4手術で調査結果。指標で異論続出。調査はさらに2カ年継続

7月25日に開かれた診療報酬調査専門組織・手術に係る施設基準等調査分科会で、手術件数と手術成績に関する2006年度調査の中間報告が示されたが、部分的な相関は認められるものの、明らかな関連があるという結果には至らなかった。

手術に関するアウトカム調査は、産科婦人科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、外科、胸部外科の6学会の協力を得て、計12の手術を対象に、昨年10月から今年2月にかけて実施された。

手術施設基準本格導入の可能性を探るために、中医協の委託を受け、「患者の要因」「外科医チームの技術要因」「施設の医療提供水準要因」「手術・周術療プロトコルの差異」「術式選択の差異」などについて、リスク調整を行った上で、外科手術における施設症例数と外科医経験数の手術成績に与える影響を調べた。

そのうち、子宮頸がんに対する広汎子宮全摘除術(84施設407症例)、腎がんに対する根治的腎全摘術(461施設1,704症例)、人工股関節置換術(289施設3,031症例)、人工膝関節置換術(345

施設3,577症例)に関して報告がまとまったもの。

その結果、腎がんの根治的腎全摘術以外では、経験症例数が多いほど出血量や術後合併症が少ない、あるいは手術時間が短いなど、一定の指標については有意な差が認められた。

しかし、全体としては症例数とアウトカムの相関性を明示するには至らなかった。

報告した大江和彦委員(東大大学院医療情報経済学分野教授)も、「どちらとも取れる結果となった」と本紙に語った。

委員からは、「この方法で中央値や標準値が出せれば日本の手術のベンチマークになり得る」と高く評価する声が出る一方、症例数が十分ではないとして成績の悪い施設のデータが出ていないなどバイアスの可能性が指摘されたほか、「死亡を含む転帰との相関性が欠けている」と合併症中心の指標に異を唱えるなど、指標の取り方をめぐって多彩な意見が相次いだ。

中間報告は3学会の4手術に関するもので、全体の調査結果は秋にもまとめ

られる。さらに、06年度から3カ年の調査が予定されており、事務局(厚労

省保険局医療課)は「結果は出つくしていない」としている。

任意調査からデータ開示義務化の方向

7月25日の手術分科会の議論の中で、複数の委員から、学会主導ではなく、国(厚労省)に対するデータ提出の義務化が図られるべきという意見が示された。

新医療計画制度の設計にもかかわった長谷川敏彦委員(日本医科大学医療管理理学教室教授)は、今回の医療法改

正で医療機能情報提供制度が実現したことに触れ、「取りあえずは平均在院日数や手術件数の公表にとどまっているが、次の改正ではかなり具体的なデータの開示が求められるときいている」と発言。質と機能にかかわる情報提供義務化が一段と進む可能性を指摘した。

■子宮頸がんに対する広汎子宮全摘除術

要因		アウトカム			
		排尿障害	排便障害	出血量	手術時間
年間手術数	20例以上			↓	
主たる術者・責任者の術者経験数	200例以上	↓			↓
患者の年齢	高齢				
ステージ	Ⅲ以上	↑	↑		↑
糖尿病の有無	有			↑	↑
開腹手術の既往	有				↑
リンパ節郭清(大動脈周囲)	有				↑

*表中の矢印は、それぞれのアウトカムのリスクを上げる(↑)、下げる(↓)方向に5%の水準で有意差があったことを意味する。

10月に臨床研修指導医講習会。医法協と共同で開催

修了者に医政局長名の修了証書を発行。申込締切は8月31日

本会が実施する「臨床研修指導医講習会」の要項が確定、受講募集を開始した。10月20日、21日に1泊2日で東京都内の会場で開催する。医療安全管理者養成課程講習会と同様、日本医療法人協会(豊田堯会長)との共同開催となる。

臨床研修指導医講習会は、これまで、日本病院会が主体となって四病院団体

協議会が実施してきたが、四病協による共同研修が2007年度をもって中止となったことから、本会として医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)の下にワーキングチーム(星北斗委員長)を設置、各方面の協力を得て独自プログラムの開発を進め、今回の募集にいたったもの。

修了者には全日病・医法協両会長お

よび厚労省医政局長連名の修了証書が発行される。

プログラムは対面形式の講義にワークショップ形式を積極的に採用、実践的なトレーニングを重視している。また、研修病院による事例紹介を4ケース取り入れている。厚労省からは宮崎雅則臨床研修推進室長による講義を予定している。

土日の1泊2日を利用するために約17時間が確保できる上、時間外を活用した受講者相互の親睦と情報交換も期待できる。

定員は50名で、参加費は宿泊・食事・資料代込みで1人6万円。参加申し込みは8月31日に締め切る。参加要項は本会ホームページに掲載されている。

後期高齢者の負担限度額と食住費は現行とおり

08年4月1日施行の政省令・告示案で意見募集

厚生労働省は7月30日に、(1)2008年4月1日に創設される新たな高齢者医療制度にともなう政省令・告示案を、また、8月2日には、(2)06年に成立した健康保険法等一部改正法の08年4月施行事項にかかわる関係政省令の整備案を公表し、それぞれ意見募集に付した。

(1)では、①65歳以上75歳未満で後期高齢者医療制度の受給対象者となる障害者(認定制)、②後期高齢者医療制度の高額療養費制度(現行70歳以上と同様)、③病床転換助成事業の終期(2013年3月31日)、④食事療養標準負担額及

び生活療養標準負担額(現行と同様)などについて具体案を表わしている。

来年4月1日には診療報酬の改定が施行されるが、同日に施行される75歳以上の食事療養標準負担額と食住費自己負担額を現行とおりとしたことで、同項目は据え置きとなる可能性が生じた。

また、病床転換助成事業の対象病床として、療養病床以外に「医療の効率的な提供の推進のために病床の転換が必要と認められる病床」をあげている。同事業の対象となる転換先施設は「軽費老人ホームその他の厚生労働大臣が

定める」としている。

(2)では、①一部負担割合が1割から2割になる70~74歳(一般所得者)の自己負担限度額引き上げ内容、②新たに創設される高額介護合算療養費(医療保険)、高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費(介護保険)の支給要件、支給額、算定基準額(自己負担限度額)、③特定健診・特定保健指導の医療保険者義務化にともなう

市町村が行う健康増進事業など、所要の改正事項案が示されている。

なお、省令改正によって、介護保険法施行規則附則に第28条が新設され、「療養病床転換が円滑に行われるよう、その入所定員の増加について適切に配慮する受け皿となる施設」として「ケアハウスやグループホーム等の居住系施設」が書き込まれる。

また、入院時生活療養費の対象年齢が70歳以上から65歳以上に拡大されることに伴い、生活療養標準負担額の軽減対象者に70歳未満の低所得者が加えられる(医療保険各法施行規則)。

特定健康診査・特定保健指導 「集合契約を促進せよ」

都道府県に健診等機関リストの提供を求める

8月6日に開かれた「全国老人医療主管課(部)長及び国民健康保険主管課(部)長並びに後期高齢者医療広域連合事務局局長会議」で、厚生労働省は全国の健診・保健指導を担う各機関と分野ごとの代表保険者との間で交わされる「集合契約」を取り上げ、その締結を促す上で、保険者と健診等機関に対する国と都道府県の情報提供支援の取り組みが重要であると強調した。

担当官は、国と都道府県の役割の1つとして「委託先候補の紹介」を取り上げ、「集合契約や市町村国保における委託先の候補となる、地元市町村をサービスエリアとする健診・保健指導機関に関する情報を調査し、その結果を関係者間で共有する必要がある」と指摘。以下の情報提供作業・媒体が整いつつあることを披露した。

①国立保健医療科学院が7月下旬に実施した健診・保健指導のアウトソーシング先調査で得たリストを同ホームページで公開する。

②都道府県は、保健福祉部門等で保有している関連サービス機関(特に健診機関)のリスト等を保険者協議会に提供する。

③都道府県は、①②で得た各機関に対して、「運営についての重要事項に関する規程の概要」ホームページの作成や、9月頃からの支払基金への機関番号取得申請を幅広く呼びかける。

2008年度のスタートが迫っている特定健康診査・特定保健指導だが、全国に分散する被用者保険の保険者がアウトソーシング先(健診等機関)を確保するのは膨大な労力を必要とする。その労力を節約するものが健診・保健指導

全日病 DPC分析事業 申込受付中

貴院のDPC月次データを各種指標を用いて廉価でベンチマーク分析。
9月開始の申込締切は8月20日。10月開始の申込締切は9月20日。
申込・問合せは全日病事務局 Tel.03-3234-5165 (DPC分析事業係) 詳細はHPを参照

に関する総代理委託契約となる「集合契約」だ。

しかし、市町村国保と共済組合における取り組みの遅滞が懸念されている。

こうしたことから厚生労働省は、前出ホームページ等によるリストの公表が、被用者保険による委託先探しに活かせるものと期待している。

08年度診療報酬改定 検討項目案を提示

8月8日の中医協総会に、厚生労働省は、2008年度診療報酬改定の検討項目案と審議日程の概要を提示した。

検討項目案で、事務局(保険局医療課)は、「一定の地域や診療科において必要な医師が確保できず、医療の提供や患者の受療に支障が生じている状況もある」ことを認め、「地域医療の確保・充

実に特に配慮を行う」必要を提起した。

その上で、「勤務医の負担軽減のための方策」「初診料・再診料体系等の外来医療の在り方」「入院医療の評価の在り方」「DPCの在り方」などを検討項目にあげ、さらに、「後発品の使用促進」を盛り込んだ。

後期高齢者医療については、社会保障審議会がまとめる報告をベースとするという主旨から検討項目案からは除外された。

機能評価受審支援セミナー(秋田)開催のご案内

第49回全日本病院学会(秋田大会)前日に、同会場で「第3回機能評価受審支援セミナー」を開催いたします

日時●9月21日(金) 12:00~15:00
会場●秋田市・秋田ビューホテル4F(全日病学会と同会場です)
演題●「病院機能評価受審一陥りやすい問題と対策」

第1部 総合セミナー 講師 日本医療機能評価機構事業部長滝沢良明
第2部 部門別セミナー(診療・看護・事務) 講師 評価機構評価部会員(3名)
*Ver.5.0評価項目の注意すべきポイントなどの具体的な説明と質疑応答

定員●180名(先着順) ※第2部は部門別セミナーのため複数職種での参加をおすすめします。
参加費●1名につき 会員病院5,000円、非会員病院7,000円
申込方法 所定の申込書を8月31日(金)までに全日病事務局までファックスでお送り下さい。
Tel.03-3234-5165 Fax.03-3234-5206/03-3237-9366

全日病、集合契約への参加意思確認を調査

特定健康診査等の集合契約に関して、本会は健保連等との締結を予定している。それを踏まえ、全会員病院に、健保連等との集合契約に参加する予定があるかどうかの確認調査を実施する。

特定健康診査・特定保健指導を実施

する予定があり、健保連等の代表保険者を介して全国の被用者保険者からの委託を希望する会員病院は、確認調査で集合契約への参加意思を表明するよう、人間ドック委員会(西島委員長)は呼びかけている。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報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

9月22・23日は民間病院が秋田市に集結!

第49回全日病学会 秋田大会 情報・研修の両面を満たす積極多彩なプログラム

第49回全日本病院学会秋田大会(小松寛治学会長)の開催が9月22日、23日と目前に迫った。

半世紀にならんとする伝統の全日病学会は、今年、これまでにない積極的なプログラムを組んだ委員会企画、若手会員が進んで提案した企画、製薬企業の協賛を得たランチョンセミナーなどの新たな着想と視点を獲得、一段と充実したフォーラムの競演が期待されている。

秋田学会の特徴は、開催前日の9月

21日に、人間ドック研修会、機能評価セミナー、事務長・看護部門長合同研修会、特定健診・特定保健指導制度説明会と4つの研修会が集結したことだ。事実上3日間にわたる学会が実現することになる。

とくに、特定健診・特定保健指導の制度説明会は特定保健指導の実施者育成研修の基礎編を兼ねており、地域で初期診療と予防を担う民間病院にとっては必須の講習会といえる。

2008年度に創設される特定健診・特

定保健指導に向けて、秋田学会のプログラムにも、生活習慣病対策3題が盛り込まれた。

また、人間ドック研修会は、このほど産業医制度研修会として日本医師会の認定を得た。

第49回全日病学会は、新たな医療経営、あるべき医療制度、そして、必要とされる人材の創造に向けた報告、検証、提言



▲第4、5、6、7会場の秋田アトリオンはJR秋田駅から徒歩5分

の場として、きわめて重要な情報工場になろうとしている。

「医療革新元年」～民間病院の活路を拓く～

秋田学会の参加要領は全日病ホームページで確認できます

秋田学会の主要プログラム

9月22日(土)

- 特別講演Ⅲ 11:00～12:00
第1・2会場(秋田ビューホテル4階)
「医療改革の方向と民間病院の選択肢」
講師/松山幸弘(医療法人社団誠仁会専務理事)
- シンポジウムⅠ 15:00～17:30
第1会場(秋田ビューホテル 4階 飛翔Ⅱ)
「勤務医不足下の医療」
講師/本田宏(済生会栗橋病院副院長)ほか
- 医療従事者委員会企画 10:30～13:00
第4会場(秋田アトリオン地下1階)
「看護師採用から定着までを検証～事務長・看護部長フォローアップ研修会～」

- 病院のあり方委員会企画 13:00～15:30
第2会場(秋田ビューホテル4階)
「病院のあり方～全日病の主張～2007年版報告書より」
- 医療安全対策委員会企画 15:30～17:30
第2会場(秋田ビューホテル4階)
「病院における医療安全—最近の動向と事例を用いたRCAの実践」
- 医療制度・税制委員会報告 17:20～18:05
第3会場(秋田ビューホテル4階)
「後期高齢者の在宅主治医に関する調査報告」
- ランチョンセミナーⅠ 12:00～13:00
第3会場(秋田ビューホテル4階)
「糖尿病管理の目標」
講師/山田祐一郎(秋田大学医学部教授)
- ランチョンセミナーⅡ 12:00～13:00

- 第5・6会場(秋田アトリオン3階)
「脳卒中の対策」
講師/佐々木英忠(秋田看護福祉大学学長)

9月23日(日)

- 特別講演Ⅴ 10:30～12:00
第1会場(秋田ビューホテル4階)
「医療を崩壊させないために」
講師 小松秀樹(虎ノ門病院泌尿器科部長)
- シンポジウムⅠ 13:00～15:00
第1会場(秋田ビューホテル4階)
「人口減少下の医療経済を考える」
- ヤングフォーラム 9:00～12:00
第2会場(秋田ビューホテル4階)
「医療創造～患者職員と地域を元気づけるしくみと仕掛け」
*30～40代若手病院経営者を中心とする先端経営挑戦の報告
- 医療の質向上委員会企画 13:00～15:00
第2会場(秋田ビューホテル4階)
「失敗しない病院情報システム導入」
*4名の専門家と会員病院導入担当者が研究成果と事例を報告
- ランチョンセミナーⅢ 12:05～12:55
第3会場(秋田ビューホテル4階)
「個人情報保護法—その意味と対策—」
講師/宮澤潤(宮澤潤法律事務所弁護士)
- ランチョンセミナーⅣ 12:00～13:00
第3会場(秋田ビューホテル4階)
「高血圧の新しい治療戦略と今後の展望」
講師/島田和幸(自治医科大学教授)

9月22日(土)

秋田ビューホテル	第1会場 ビューホテル4階	開会式	特別講演Ⅲ 日医会長 厚生労働省	特別講演Ⅱ 厚生労働省	特別講演Ⅲ 医療改革の方向と民間病院の選択肢 松山幸弘	シンポジウムⅠ 「勤務医不足下の医療」 田辺功	懇親会
秋田アトリオン	第2会場 ビューホテル4階					病院のあり方委員会企画 「病院のあり方」～全日病の主張～ 2007年版報告書より	医療安全対策委員会企画 RCAの実践
秋田アトリオン	第3会場 ビューホテル4階	シンポジウム メディカル給食協会	一般演題 診療①	ランチョン セミナー① 糖尿病	一般演題 看護/業務改善	一般演題 看護/人材育成②	医療制度・ 税制委員会 後期高齢者
秋田アトリオン	第4会場 アトリオン地下1階		医療従事者委員会企画	一般演題 病院管理/診療情報	一般演題 病院管理/総務管理	一般演題 病院管理/業務改善①	一般演題 病院管理/業務改善②
秋田アトリオン	第5会場 アトリオン3階		一般演題 リハビリ①	ランチョン セミナー② 脳血管障害	一般演題 その他/取り組み	一般演題 ME	一般演題 MSW/地域連携①
秋田アトリオン	第6会場 アトリオン3階						一般演題 介護
秋田アトリオン	第7会場 アトリオン4階				シンポジウム 医療経営コンサルタ ント協会	特別講演 Ⅳ-① (公開講座) 遠藤章	特別講演 Ⅳ-② (公開講座) 奈美悦子

秋田学会

9月23日(日)

秋田ビューホテル	第1会場 ビューホテル4階	特別講演Ⅴ 「医療現場にどう対応するか」 小松秀樹		(学会企画)シンポジウムⅡ 「人口減少下の医療経済を考える」 小森恵之	開会式
秋田アトリオン	第2会場 ビューホテル4階	ヤングフォーラム	ランチョン セミナー③ 糖尿病	医療の質向上委員会セミナー 「失敗しない病院情報 システム導入」	
秋田アトリオン	第3会場 ビューホテル4階	一般演題 看護/実践①	ランチョン セミナー④ 高血圧		
秋田アトリオン	第4会場 アトリオン地下1階	一般演題 リハビリ①	一般演題 その他/取り組み	一般演題 その他/取り組み	一般演題 その他/取り組み
秋田アトリオン	第5会場 アトリオン3階	一般演題 リハビリ①	一般演題 その他/取り組み	一般演題 リハビリ①	一般演題 リハビリ①
秋田アトリオン	第6会場 アトリオン3階	一般演題 リハビリ①	一般演題 その他/取り組み	一般演題 リハビリ①	一般演題 リハビリ①

第49回全日本病院学会秋田大会前日の研修プログラム(9月21日)

9:30	人間ドック研修会 (有料・事前申込制)	12:00	特定健診・特定保健指導 制度説明会 (有料・事前申込制)	15:00	事務長・看護部門長合同研修会 (高研修会修了者対象)
13:00	機能評価セミナーA会場 (有料・事前申込制)	16:00		17:00	
17:00	機能評価セミナーB会場 (有料・事前申込制)				
18:00	機能評価セミナーC会場 (有料・事前申込制)				
第7会場 アトリオン4階	一般演題 看護/質の 向上	一般演題 看護実践②	一般演題 看護/チーム 医療・クリテ ィカルバス	一般演題 看護/退院支 援・安楽	

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカルクラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク
- 受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全部道府県の指定会場で実施します。
- 試験日(平成19年度)

■試験科目と実施方法

- (1)1級医療事務技能審査試験
 - ・実技Ⅰ 接遇、院内コミュニケーション
 - 筆記(記述式) 50分
 - ・学 科 医療事務専門知識
 - 筆記(択一式) 60分
 - ・実技Ⅱ 診療報酬請求事務
 - 明細書点検 70分
- (2)2級医療事務技能審査試験
 - ・実技Ⅰ 患者接遇
 - 筆記(記述式) 50分
 - ・学 科 医療事務一般知識
 - 筆記(択一式) 60分
 - ・実技Ⅱ 診療報酬請求事務
 - 明細書点検 70分

19年	8月25日(土)	2級
	9月22日(土)	2級
	10月27日(土)	1級・2級
	11月24日(土)	2級
20年	12月15日(土)	2級
	1月26日(土)	2級
	2月23日(土)	1級・2級
	3月22日(土)	2級

- 試験及び講座の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
- ご請求の際は「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお勧めします。

<募集要項>

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
- ②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること
- *①②のいずれかに該当する方
- 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
- 受講受付 随時
- 受講料

一般	78,000円
賛助員	75,000円(入学金3,000円が免除)

*分納(2回)もできます。

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-2-10-1923
☎03(3294)6624 http://www.jme.or.jp