



全日病 NEWS 10/15

21世紀の医療を考える全日病 2007

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤賢資
〒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.673 2007/10/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

保険者徴収の対応状況で市町村区を調査

未収金問題 検討会 四病協会員病院にも詳細調査。未収金発生メカニズムを探る

厚生労働省は、四病協の全会員病院を対象に、診療科・原因分類ごとの未収金に関する実態調査を行なう。同時に、未収金問題に対する市町村国保の対応の現状を探るために、すべての市町村区に対する、一部負担金減免と保険者徴収実施の実状についても調べる。医療機関からの保険者徴収請求件数と徴収実施の有無、さらに、回収額等も調査される。

未収金発生の背景と保険者対応の現状を把握することによって、未収金の発生件数抑制と回収のより現実的な方策を探ることが目的。10月5日に開かれた「医療機関の未収金問題に関する検討会」で、事務局(厚労省保険局国民健康保険課)が明らかにした。

検討会では、未収金対策の1つとなる「入院保証金」が法的にかなったものであることが改めて確認された。(検討会の議論内容と資料は5面に掲載)

検討会では、前回(8月3日)に続いて、国立病院機構と都立病院の未収金実態が報告された。その中で、非課税団体として、未収金を優先的に貸し倒れ処理できるという独特の法的措置があら

ためて明確となり、民間病院の委員からは強い疑問が投げかけられた。

事務局はまた、主に国公立病院が運営する救命救急センターで発生する「無保険者で重篤な外国人救急患者」の未

収金に、1996年度から補助金加算措置を実施してきたことを明らかにした。

さらに、厚労省は、入院時のいわゆる保証金について「法的に認められたもの」であることを明らかにし、根拠となる当該通知を明示した。

四病協を代表する各委員は「保険者による徴収義務」の明確化を求めたが、検討会の岩村座長は「今は発生の原因、滞留のメカニズム、対策について整理したい」と、当面、検討会は未収金発生の抑止と回収策をめぐる議論に集中する方針で運営する意向を示した。

同じく四病協委員が提起した、不払いを重ねる患者にかかわる応召義務の



解釈に関しては、「未収金問題に関係する範囲であれば(今後の議論は)可能だ」と岩村座長は答え、対策を整理する過程で医療機関の診療業務のあり方を議論する必要を認めた。

一方、四病協は治療費未払問題対策検討委員会(委員長・日精協山崎副会長)で検討してきた「未払問題対策マニュアル案」が大筋まとまったことに言及、早ければ次回会合で報告する用意があると述べた。

外来主治医に病院を加えるかは中医協で議論

後期高齢者医療 診療報酬体系骨子案 主治医登録制は「時期尚早」。先行課題として医師育成を医政局に提起

社会保障審議会に設置された後期高齢者医療の在り方に関する特別部会は10月14日、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)」をとりまとめ、閉会した。

焦点となっている外来主治医のあり方について、原徳壽医療課長は、①外来主治医の登録制度は導入しない、②主治医の役割を担う医師が増えるような環境整備が図られるべきである、③主治医の対象を診療所に限定するか病院も認めるかは中医協で議論されるテーマであるとする考えが骨子案に反映されているという認識を表明した。

骨子案は中医協に提出され、2008年度診療報酬改定審議に供される。

後期高齢者医療診療報酬体系の骨子案は9月4日の特別部会で「たたき台」が作られ、社会保障審議会の医療部会(9

月14日)と医療保険部会(9月20日)の議論に付された。

10月14日の特別部会に事務局(厚労省

保険局医療課)は、両部会で出された意見概要を示し、その主な内容を骨子案の「3.留意すべき事項」に書き加えた以外、一部語句の修正を除くと全文「たたき台」の通りであると説明した。

その、新たに書き加えられた内容は、①「現在は総合的に診る取組の普及・定着を進める段階であり、主治医についても、患者自らの選択を通じて決定していく形を想定している」ことから中医協は「これらを念頭に置いて」検討を進めるよう希望する、②主治医の

役割を担う医師が増えるような環境整備が図られることを期待する、③個々の診療報酬の検討に当たっては、「今回取りまとめた方向に沿った医療がしっかりと提供されるための評価の設定」や「介護保険との関係にも十分配慮すべきである」、というもの。

②について、原医療課長は「診療報酬外のテーマであるが(敢えて)書き込んだ」と、診療報酬関連報告書に盛り込まれた結果、医政局で正式に取り上げるテーマとなることを示唆した。

外来主治医の登録制を見送ったことについては「今すぐに登録制をとるのはまだ早い」と述べ、中長期的なテーマとして、今後も検討課題となるという認識を示した。

基本小委 08年度改定に向け個別課題の議論を開始

中医協委員に任命された本会西澤会長は診療報酬基本問題小委員会の委員に就任。2008年度改定に向けて個別課題の議論に入った10月3日の基本問題小委員会に初めて出席した。

会議の冒頭、西澤委員は「質の高い医療を、効率的に、誇りと達成感をもって提供できるようにするというのが全日病の考えである。この理念を踏まえ、望ましい診療報酬体系と点数が実現できるように中医協の審議に臨みたい」と就任の弁をのべた。

同日の基本小委は「7対1入院基本料」



▲10月12日の中医協総会で挨拶する西澤会長

と「小児医療」を取り上げ、1回目の議論を行なった。

基本小委は10月5日にも開催され、「産科医療」と「がん対策の推進」について重点的に評価されるべき課題が取り上げられた。(詳細は2面に掲載)

後期高齢者入院医療に「地域一般病棟」を提起

10月12日の基本小委に事務局は「後

期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」

を報告した。

1回目の議論テーマとして「入院医療」を取り上げ、急性期入院医療において総合的な評価、退院後を見越した診療計画、退院支援が求められると、後期高齢者入院医療の機能を提起した。

西澤委員(全日病会長)は、「後期高齢者の急性期入院としては地域の身近な

中小病院がイメージされる。期待される3機能を一体に実施する病棟が想定されてしかるべきであるが、地域一般病棟がそれに近い。そうした病院・病棟を考へてはどうか。今の亜急性期入院医療管理料をもう少し発展させて考へてはかがか」と提案した。(10月12日の基本小委は次号に掲載)

地域実情を反映できる診療報酬が必要!

四病協が提案。「地域一般病棟」創設と医学部定員のより増加も

四病院団体協議会は10月11日、「医療提供体制および診療報酬のあり方に関する提案書」を厚生労働省医政局長、保険局長および政府与党議員ほかに提出した。提案書をまとめた医療保険・診療報酬委員会の猪口委員長(全日病副会長)は、省内2つの記者クラブで記者

発表を行なった。(3面に提案書を掲載)



▲日比谷クラブで記者会見する猪口副会長

清話抄

厚労省横断訪問記

10月1日は、筆者が事務局長を務める日本DPC協議会にとってメモリアル・デーになった。この日にNPO認証の確認がとれ、晴れてNPO法人の仲間入りを果たしたからである。また、同日、同協議会政策提言部会の議論を集約した「DPCのあるべき姿への提言」の印刷が仕上がりに、初めて冊子の形で手にすることができた。

10月3日と4日も筆者には印象深い日と

なった。NPO代表であるカレス札幌の西村昭男先生とともに、日本DPC協議会のNPO法人化報告と政策提言書説明のために厚生労働省を訪れた日である。

10月3日の西山健康局長を皮切りに、10月4日は午前中に原医療課長、宮島総括審議官、水田保険局長、外口医政局長を訪問した。さらに午後、別件で省内にとどまっていたところ阿曾沼老健局長に出会い、部屋に招かれ挨拶と報告書の説明を行うことができた。

また、偶然にも、田中元健康局長と深田保険局総務課長とも遭遇、立ち話ではあったものの、NPO化の挨拶と報

告書の概要説明を行うことができた。

「まるで厚労省幹部のベンチマークテストではないか」と思いながら、一人ひとりにNPO化の挨拶と提言の説明を黙々と行った次第である。

対応も人それぞれであった。緊張した面持ちで提言書を受け取るだけの局長もいれば、お茶を飲みながら政治談話に花を咲かせ、明るく私たちの話を聞いてくださった局長もいた。また、DPCに関する提言を食い入るように聴き、いくつかの質問を筆者に投げかけ、予定の30分をオーバーして議論が盛り上がった場合もあった。

9月11日に名古屋でお会いした麦谷前医療課長を含め、今回お会いした幹部の数人に来年の診療報酬改定総枠の予測をうかがった。答えてくれた全員が一律に、「診療本体に関してマイナス改定はないと思う」と予想した。診療本体に関する一番厳しい予測は「金がないので限りなく0%に近い」というものであったが、一番高いものでも0.5%程度であった。

部局横断訪問のそこかしこに、各局が現在抱えている最優先懸案事項や厚労省幹部の人柄を垣間見ることができた、得がたい経験であった。(泰)

主張

「医療提供の理想形」へ、踏み込んだ提言をすべき時期がきた

昨年の医療制度改革に関する種々の政策が具現化され、国の考える今後の日本の医療の姿が少しずつ見えてきている。

さて、これらの制度をどう見るのか？ 患者から見て、医療提供者から見て、地方行政等から見て……断片的な評価はマスコミなどを通じ種々出されているが、医療現場の状況を踏まえ全体を通じた評価を出した組織はほとんどない。

医療費削減のための施策が地方を中心とした医療機関の縮小につなが

り、十分な医療を受けられない地域は人口が減り、その地域は消滅する。農業における減反政策が田畑の荒廃を招き、食料自給率を著しく低めた政策の失敗を思い起こさせる。

日本医師会からは、これまで通り決議・声明などの形で反対や要求が出されたのみであり、「グランドデザイン2007」で医療のあるべき姿として対抗策が示されているが、今回も具体的な活動は未知数である。

全日病では、「協会活動の基本」と理事会で決定されている「病院のあ

り方に関する報告書」の中で間接的には重要な部分について評価を下しているが、総体としてのまとまった意見は出されていない。

報告書に準じて、医療提供の理想形(疾病構造・人口比からみた必要な医療提供体制の確定、情報の管理の具体策、効率化のための国・都道府県・各地域・各施設の組織構築、高齢化のピーク以降の調整等)を示し、これを維持するための必要経費の算出及びこれに関連する国家予算・保険の仕組み・自己負担のあり方など、

医療費の問題まで踏み込んだ提言を考えるべきであろう。

国民まで巻き込んだ対応まで行うとすれば、懸案であるシンクタンクを早急に立ち上げ、自分たちが主体的に活動するしかないと思われる。

制度が大きく変わり種々の施策が定着していない今こそ、自らの主張を述べる良いチャンスである。佐々前会長の時代に積み上げてきた全日病の構想を、見える形にして関係者に提示し、議論を深め、政策として取り上げられるよう努力すべきである。(T)

看護必要度からは「7対1」病院の特徴が表われず

診療報酬基本問題小委員会

西澤会長、診療報酬の検討に医療計画策定内容との連動を求める



10月3日の診療報酬基本問題小委に、事務局は、2008年度改定の検討テーマとして「7対1入院基本料」と「小児医療」の見直しを提起した。(1面記事を参照)

「7対1」の基準見直しについて、事務局は急性期入院一般病棟の看護必要度に関する実態調査の結果を報告した。

それによると、治療と医学的処置の内容で「7対1」「10対1」「13対1」各施設の平均値は近接し、とくに「7対1」「10対1」では平均値の分布が概ね重なった。さらに、ADLの状況と手間のかかり具合については「13対1」の平均値がもっとも高いという逆転現象を表わすなど、「7対1」と看護必要度の相関性は明確にはならなかった。

その理由を事務局は、治療と医学的処置についてはハイケアユニット(HCU)で用いる評価表を用いたことに求め、今後、急性期一般病棟に多い「がんの化学療法や放射線治療、手術後の管理」等の項目を取り込んだ基準設定を考えるとともに、「7対1と10対1に類似し

た分布があることを考慮して検討を進める」という方針を示した。さらに、産科、小児科、救急は「重症度・看護必要度」の指標から外す方向を提起した。

小児医療に関して、事務局は、現行の小児入院医療管理料を上回る医師、看護師の配置をとっている医療機関に対する手厚い配点の必要を提起した。

10月5日の基本小委は「産科医療」と「がん対策の推進」について議論。事務局は、現行ハイリスク分娩管理加算対象の拡大、分娩異常におちいった母体の緊急搬送に対する評価の新設等を検討点にあげた。

がん対策に関しては、①外来放射線療法、②外来化学療法、③がん性疼痛緩和、④在宅を指向した緩和ケア、⑤がん診療連携拠点病院等を評価引き上げ対象にあげる一方、緩和ケア病棟機能の見直しを提起した。

10月5日の議論で、西澤委員(全日病会長)は、医療提供体制にかかわる診

療報酬上のテーマは新医療計画策定の内容との関係で判断する必要がある旨

を指摘し、医政局と議論上の照会・連携を取るよう事務局に求めた。

「7対1」基準に急性期一般病棟の特性を反映させる

「7対1」看護配置(一般病棟)に関する資料から 10月3日

「7対1」の算定状況

06年5月1日現在	280施設	4万4,831床	一般病棟の6.2%
07年5月1日現在	787施設	16万2,730床	一般病棟の23.1%

定されるがんの化学療法や放射線治療、手術後の管理にかかわる治療・処置等の項目がなく、これら患者の看護必要度が十分には反映されていないと推測される。

【課題と論点】

看護必要度の指標として、治療・医学的処置の面では、急性期一般病棟で実施されている治療・処置等を考慮した指標に見直す。その上で「7対1」の基準を設ける。その際、「7対1」「10対1」に類似した患者分布があることを考慮する。

産科、小児科、救急医療に関しては「重症度・看護度」で評価することが難しいなど、特別の配慮を認める。

「7対1」看護に関する実態調査結果の概要

治療・医学的処置のスコア平均値は「7対1」「10対1」「13対1」で差は小さく、とくに「7対1」「10対1」では平均値の分布が類似していた。ADLの状況と手間のかかり具合については「13対1」病院の平均値がもっとも高かった。

治療・医学的処置に関する平均値の差が「7対1」「10対1」「13対1」で小さかった理由としては、HCUで用いる評価票が一般病棟入院患者の看護必要度に適合しなかったためと考えられる。一般病棟で通常実施されていると想

介護施設等のあり方は介護保険部会で議論

介護施設等の在り方委員会

新型老健の報酬・基準等審議を介護給付費分科会に委ねる

9月28日の介護施設等の在り方に関する委員会は、これまでの議論を集約した報告をまとめ、閉会した。とりまとめにあたって、老健施設協会の委員は、現行老健施設からの転換を認めない「医療機能強化型老健施設」に反対する旨を意見表明した。

「医療機能強化型老健施設」に関する報酬・基準等の審議は10月12日に再開される社会保障審議会介護給付費分科会に委ねられる一方、介護施設等に関する今後の議論は社保審・介護保険部会に引き継がれる。

同委員会は、介護給付費分科会の下

に昨年9月に設置され、1年間6回にわたって介護施設等のあり方を議論してきたが、療養病床転換の受け皿となる新型の老健施設創出をまとめたものの、当初検討事項にあげられた「介護施設等の基本的な在り方」と「介護施設等の入所者に対する医療の提供の在

り方」については、議論を深めることなく幕を閉じた。

介護給付費分科会に提出される報告には、「施設介護に必要に応じて外部サービスを導入する」「各介護施設における医療提供の実態を比較検証する」「在宅療養で病院・診療所や訪問看護系が広く対応できる仕組みが必要」といった提起が書き込まれたほか、今後、特養の現状とあり方を十分議論する必要があるという視点が盛り込まれた。

「これまで発言のあった主な意見」介護施設等の在り方に関する委員会 9月28日

1. 介護施設等の在り方について

- 施設機能は「住まい」「食事」「介護」「医療」「見守り」に分解できる。これらの機能をどのように確保していくべきか。
- 住まいの名称如何にかかわらず、介護サービス・医療サービスの使いやすさは差がないようにすべきである。
- 施設であっても、地域ケアの一環として、必要に応じて外部サービスを導入することにはどうか。
- 例えば、特別養護老人ホームとはケア付き住宅なのか、低所得者のための福祉施設なのかなど、施設ごとの位置付けを踏まえた検討が必要である。
- ユニットケアの理念・効果・人員体制などを検証すべきである。
- 介護施設等における食費、居住費に関する補足給付の在り方について、グループホーム等における生活保護支給との整合性を踏まえて見直しが必要である。
- 各介護施設における医療提供システムと医療サービスの実態を比較検証す

べきである。

2. 高齢者の住まいについて

- 我が国の住宅政策の方向性の変化をにらみつつ、見守り機能を含めて高齢者の多様な住まいの在り方について考えていく必要がある。
- 高齢者の住まいの将来像に合わせたケアシステムを検討すべきである。
- リバースモーゲージ、持ち家賃貸などによる住み替え支援など、住宅ストックを活用した高齢者の住まい方を誘導する仕組みを考えるべきである。

3. 介護サービスの在り方について

- これからは「自己完結型」のケアではなく、様々な地域資源を組み合わせる「地域内完結型」のケアに向かうべきである。
- 転換をする時の手続き制度の簡素化を図るべきである。

4. 医療との関係について

- 高齢者の生活の場である介護施設等において、ターミナル・ケアの在り方や最後の療養の場所について議論すべ

きである。

- 在宅療養を支えるため、病院・診療所や訪問看護系サービスが広く対応できる仕組みが必要である。
- 特別養護老人ホーム等における医療

処置の必要性が高い方へのケアはどのようにすべきか。

- 介護職の医療行為の在り方や介護施設の職員配置の在り方について検討すべきである。

社会保障カードの議論始まる。年内に基本構想

「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」の初会合が9月27日に開かれた。

政府・与党において年金記録管理の在り方を抜本的に見直す一環として社会保障カード(仮称)を2011年度中をめどに導入することが決まったが、他方、政府のIT戦略本部は「重点計画-2007」も、年金手帳、健康保険証、介護保険証の役割を果たす社会保障カード(仮称)を11年度中をめどに導入する計画を決め、年内をめどにシステム基本構想などの結論を得るとして

検討会で厚労省は「年内に結論を得たい」と要請、短期間のとりまとめを求

めた。10月内にも論点を整理し、保険者団体等のヒアリングを経て作業部会に原案の作成を委ね、6、7回の議論で基本構想をまとめる方針だ。

各データを一元管理するとともに加入者自身による確認ができるシステムがイメージされているが、医療に関しては、受診記録、支払い(医療費)記録、既往歴や診療データなど、どの範囲までが包含されるのか不明だ。

また、写真あるいは暗証等本人確認の方法が導入されるなど、未払い問題にどのような影響を与えるかという面からも関心がもたれるところである。

24時間訪問看護ステーション普及事業は1県

全国看護行政担当者説明会 在宅ホスピスケア普及事業も9県。訪問看護推進事業進まず

厚生労働省は10月3日に全国の看護行政担当者を集めて説明会を開催した。その中で、厚労省が実施している訪問看護推進事業が進んでいないとして、各都道府県に積極的な取り組みを求めた。

2004年度に創設された訪問看護推進事業は、患者等人工呼吸器を装着している患者等への24時間体制整備を志向した「訪問看護推進支援モデル事業」、がん末期患者等の在宅ホスピスの推進などからなる。

医政局看護課は、①24時間体制の訪

問看護ステーション普及を図る訪問看護推進支援モデル事業を実施している自治体が少ない、②在宅ホスピスケアに対応できる訪問看護師を育成する在宅ホスピス関連事業、とくに「在宅ホスピスケアアドバイザー派遣」事業の実施が少ないなど、取り組みが進まない実態を明らかにした。

それによると、在宅ホスピスケア普及事業は08年度に9県、09年度に着手予定を含めても20県に過ぎない。訪問看護推進支援モデル事業になると、08年度で

1県、09年度予定も2県という少なさだ。

厚労省は08年度概算要求の内容を説明、半年後に迫る後期高齢者医療制度の創設、さらには今年4月に厚労省がまとめた「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」で在宅医療の推進が大きな骨組みとなっていることにも言及し、地方厚生局と都道府県担当者に積極的な対応を促した。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正については、①新しいカリキュラムは08年4月1日施行(09年度入

学生から適用)となるが、2年課程については10年度入学生から適用する、②改正省令の施行の際現に指定を受けている学校・養成所の教育内容は従前の例によることができる、③「看護師等養成所の運営に関する指導要領」で3年課程は8人、2年課程は7人とされている看護師学校養成所の看護師資格を有する専任教員数をそれぞれ6人、5人とすることが認められている経過措置は11年3月31日で廃止する、などを明らかにした。

状態別包括と疾患別・重症度別包括(DPC準拠)併用を提起

24時間体制で受け入れる「地域一般病棟」は病院・病棟別で創設されるべき

四病協「医療提供体制および診療報酬のあり方に関する提案書」(概要) 10月11日 ※1面参照

今後さらに高まる超高齢社会および若年層の減少のなか、入院医療の質を向上させ、かつ効率的に提供するために、下記を提案する。

1. 医学部入学定員のさらなる増加

全国各地から医師不足の声が強まっている。中でも産科・小児科・救急の事態は深刻である。大学医局の医師引き上げで医師の労働条件はさらに過酷となった。疲弊した医師は病院から立ち去り、医療体制に繕い切れない綻びが目立ってきている。

医師不足は偏在だけではなく、人口当たり医師数はOECD諸国の平均の3分の2に過ぎないという絶対数の不足にも起因している。問題解決には医師数の増加が不可欠と考える。「緊急医師確保対策」が発表されたが、現行の定員増の案は不十分であるといわざるを得ない。

早急かつ大幅な医学部入学定員の増加、とくに医師不足地域における医学部の確実な定員増加、を提案する。

2. 地域の実情を反映できる診療報酬体系の構築

医療機関運営の実情は都道府県や地域で大幅に異なる。人口過疎地域には医師・看護師不足から診療を休止せざるを得ない病院が数多くある。一方、大都市圏における人件費や物価の高騰は運営費用を押し上げ、多くの病院が赤字経営に陥っている。

このような状況を改善させるためには、

- ・診療報酬における地域加算の見直し
 - ・都道府県や地域による、実情を加味した人件費の補助
 - ・医師・看護師等の不足地域における診療報酬上の人員基準緩和
 - ・都市部における施設基準(面積等)の緩和など、
- 様々な方法が考えられる。

このような都道府県や地域の実情を反映できる診療報酬体系の構築を提案する。

3. 「地域一般病棟」制度の創設

急性期入院医療が包括支払い方式(DPC方式)に収斂されていく中、地域において連携する、亜急性期入院医療・地域連携型入院医療が必要であり、その役割を担う「地域一般病棟」制度の創設

を提案する。

●役割

地域における急性期以降の入院医療、地域医療・在宅療養・介護保険施設の後方支援などの連携型入院を基軸とし、利用者の状態を配慮した医療を提供する。また、後期高齢者医療制度においては、地域連携の中心となる。

●対応疾患

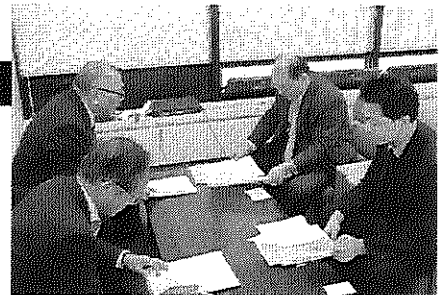
急性期病棟よりリハビリテーション、病状不安定などの患者を受け入れる(Post-acute)。また、地域医療・在宅療養・介護保険施設の後方支援として、肺炎・脳梗塞再発・骨折など、軽度～中等度の急性期疾患・慢性疾患増悪・繰り返し入院などの患者を24時間体制で受け入れる(sub-acute)。

●人員基準等

医師・看護師は現行の一般病棟の基準以上とし、病棟または病院単位で運営する。リハビリスタッフ、MSWを配置する。

●診療報酬支払い方式

リハビリ・病状不安定・繰り返し入院などは状態別包括支払い方式、慢性疾患増悪・軽度～中等度の急性期疾患な



▲猪口副会長は医政局長宛の四病協意見書を二川一男総務課長(右から2人目)に手渡した。

どは疾患別・重症度別包括支払い方式(DPC準拠)とする。

4. 「精神科重症合併症治療病棟」の新設

精神科病床の機能分化が進む中、重度な精神症状があり、かつ、重度な身体合併症を持つ患者が増加しているが、身体症状悪化時にも一般病院や療養病棟には入院できず、精神科病院の中で対応せざるをえない状態にある。

重度な生活習慣病もしくは、重度の障害を持つ精神障害患者に対する入院医療が可能な「精神科重症合併症治療病棟」の新設を提案する。

●看護基準

看護職員と看護補助は10:1(そのうち、50%以上が看護職員)

●入院料

特殊疾患療養病棟2に入院精神療法を加えた点数(1,970点程度)

包括的規定で標榜診療科名は大幅に拡大

9月21日の医道審議会診療科名標榜部会が了承した標榜診療科名の表記方法見直し案は以下のとおり。見直し案は意見書としてこのほど舛添厚労相に

提出された。

年内に政令を改正、2008年4月1日に施行される予定だ。

■標榜診療科の表記方法の見直しについて(案)

医療機関の標榜診療科名は広告可能なものを包括的に規定。

(1) 以下について、内科、外科、歯科と組み合わせることで標榜できることとする。

臓器や体の部位、症状・疾患、患者の特性、診療方法

(2) その他、小児科、精神科など、内科、外科、歯科と組み合わせること

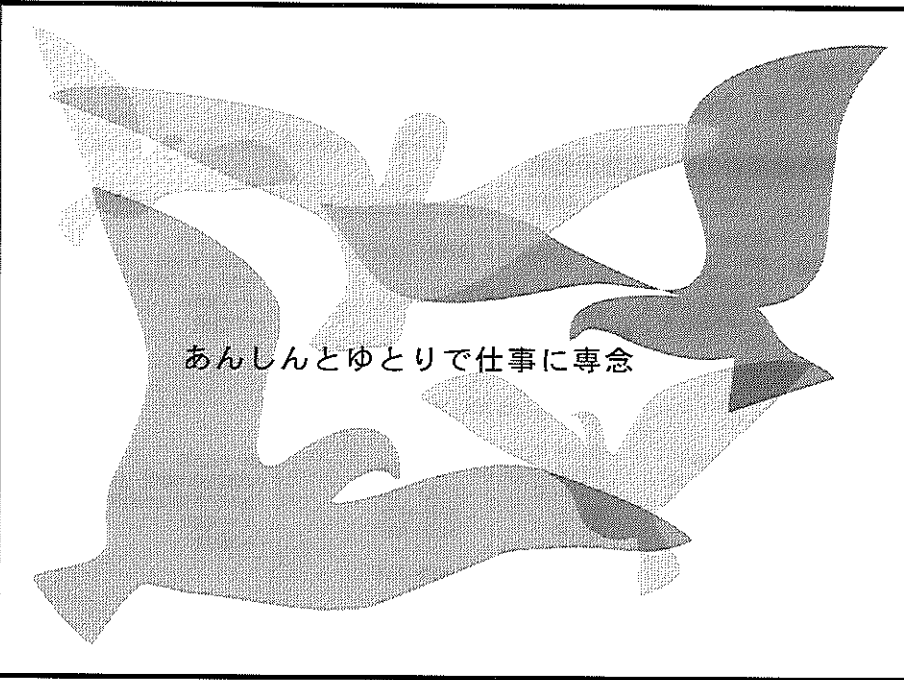
が困難なものについては、省令に列記し標榜できることとする。

*これらのものについても「臓器や体の部位」「症状、疾患」「患者の特性」「診療方法」との組み合わせを可とする。

●標榜診療科の見直し後の例(今後通知で示す予定)

(医科)内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、血液・腫瘍内科血液内科、腫瘍内科、糖尿病・代謝内科、内分泌内科、腎臓内科、神経内科、心療内科、感染症内科、小児科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、アレルギー科、リウマチ科、放射線科(放射線診断科、放射線治療科)、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、消化器外科、乳腺外科、小児外科、気管食道外科(※)、肛門外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、美容外科、泌尿器科、産婦人科(産科、婦人科)、リハビリテーション科、救急科、病理診断科、臨床検査科

※耳鼻咽喉科等との組み合わせも可能



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

回答病院の60.7%が契約を希望。健保連に名簿を提出

特定健診・特定保健指導 実施者育成研修コース修了者を「全日病認定保健指導士」として認定

本会が8月末に実施した「特定健診・特定保健指導に関する健保連との集合契約」参加意向調査によると、受託すると答えた会員病院は、特定健診については回答病院の60.7%に達した。

この結果を踏まえて、9月21日に開かれた第6回常任理事会は、特定健診・特定保健指導の契約受託を希望する会員健診施設名簿を健保連に提出することを承認した。

集合契約に関しては、総合健診医学会と日本人間ドック学会が、やはり会員健診施設の意向調査結果で受託回答が多数を占めたことから健保連との締結を決め、9月26日に健保連に契約参加施設の名簿を提出している。

こうした状況を踏まえて、本会は9月27日、集合契約への参加意思を表明した会員施設の名簿を健保連に提出した。

健保連は、総合健診学会や全日病など健診機関全国組織が提出した集合契約参加予定の施設名簿を、実施予定健

診機関として傘下全組合に報告する。

一方、本会は、2008年4月に始まる特定健診・特定保健指導制度に向けて「健診・保健指導実施者研修コース」を開始しているが、その修了者に「全日病認定保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」の資格を認定することを決めた。

さらに、人間ドック委員会では、①健診・保健指導の結果を電子データで報告する上で必要なファイル形式を具備したソフトを独自に開発して会員へ安価で提供する、②特定保健指導に関する利用者用の広報ツール(パンフおよびDVD)を安価で会員施設に提供する、③健診・保健指導実施施設の技術向上を目指したフォーラムの開設を検討しているなど、会員病院の実施体制づくりを支援する各種事業を進める方針である。

特定健診・特定保健指導にかかわる事業全般を担当している西品常任理事に、準備作業の現状と展望の報告をお願いした。



常任理事・人間ドック委員長西品 西 品

特定健診制度は医療と経営の質の向上に有効

I. 保険者との集合契約について

(1) 健保連による単価の提示

健保連とは、今年3月から事務局レベルでの交渉が始まり、本会としては、診療報酬点数等により積算した価格にもとづく契約を求めたが、最終的に健保連は、健診機関各全国組織共通の価格(健診5,000円、動機付け5,000円以下、積極的2万円以下)で契約したいと通告してきた。

なお、我々の提示価格は、健診8,500円、動機付け1万2,000円、積極的3万6,000円であり、その詳細は別表のとおりである。

(2) 集合契約にかかわる調査

健保連から、国の示す集合契約のスケジュールにしたがって、9月中旬に仮契約の交渉を開始するため、健保連から示す価格条件に応じる医療機関リストの提示を求められた。

そのために、常任理事会の承認を得て8月末に、全会員に、健保連が提示する単価による集合契約への参加意思を確認する緊急調査を実施したところ、

1,309病院から回答を得た(回答率59.28%)。

その結果、794施設(回答病院の60.7%)が「特定健診を受託できる」とし、保健指導においては、動機付け支援は662施設(同50.6%)から、積極的支援は600施設(45.8%)から「受託できる」という回答を得た。これ以外に、各項目とも30%から37%が「検討中」と答えた。

健保連は、本会以外にも、複数の健診機関全国組織に同様の調査を依頼しており、9月27日の時点で日本人間ドック学会・日本病院会、総合健診医学会が当該リストを提出済みであり、結核予防会と全衛連が提出に向けたデータ調査を行っているとの事であった。

このため、データの提出について慎重に検討した結果、調査結果のリストを9月27日の夜に健保連に提出した。この調査結果は、10月5日より健保連内のイントラネット(健保連傘下の健保組合のみが閲覧可能な仕組み)にて公開されている。

II. 健保組合との集合契約の意味

職場健診は、労働安全衛生法に基づくいわゆる事業主健診や学校保健法に基づく職員健診があるが、これらの健診は特定健診よりも優先されるとされている。よって、保険者は、事業主等から健診結果を受領していれば、特定健診を実施したことになる。また、その費用も他の健診が負担することになる。

健保連の被保険者のほとんどは、この事業主健診で代行されることになり、事業主が、保健サービスの一貫として事業主健診の代わりに人間ドックを受診させているパターンも含め、2008年以降大きな変化は想定できない。

次に被扶養者については、老人保健

法に規定する基本健診(いわゆる住民健診)の対象者(自営業者や主婦)であることが多いが、この住民健診は制度がなくなるため、大半が特定健診の対象者になる。

しかし、中には、パート等により事業主健診の対象者である方も少なくないため、全国に点在することが想定される被扶養者の実態を把握することは難しいとされている。よって、健保連では、全国規模の(全日病のような)医療機関と集合契約を結ぶことで、あまり遠出することもなく特定健診の受診を可能にしようとしている。

う予定である。

②その他の保険者との交渉

本会とその他保険者との交渉は、いずれも健保連より少しスケジュールが遅れているが、すでに、地方公務員共済連合会(地方公務員共済の中央団体)との協議を開始している。

IV. 会員病院に対する支援

(1) 育成研修会について ①研修コースの実施状況と開催予定

i. 育成研修コースの概要

特定健診・保健指導の実施者育成研修コースは「基礎編」「技術編」「計画評価編」から構成されている。

本会が対象としている特定保健指導の実施者については「基礎編」「技術編」を修了していることが望ましいとされている上に、「計画評価編」については、その概要を知っていることが望ましいということであることから、本会は「基礎編」と「技術編+計画評価編」の2つに分けて研修会を開催している。

ii. 研修コースの概要

「基礎編」は、7月東京、8月神戸、9月秋田での開催を終え、急遽北海道病院協会との共催で10月に北海道で開催を行い、合計約2,000名が受講した。

「技術編+計画評価編」は、10月神戸、11月と12月に東京での開催を予定しており、つごう1,400名が受講できる規模での開催を企画している。

②特定健診・保健指導の実施者について

i. 医師、保健師、管理栄養士

各研修会の参加者には、各編を最後まで講習を受けた方に限り、各編の「修了証」を交付することとしている。

また、会員病院の有資格者(医師、保健師、管理栄養士)に、資格証明書等の必要書類と各編の修了証をもって「全日病認定保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」の認定証を発行する。

ii. 看護師

看護師における一定の実績および看護師が実施できる保健指導の内容については、現在厚生労働省に確認中であるが、厚労省健康局の出す「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」には、下記のとおり記述されている。

一保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。「動機付け支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。但し、こ

れまでの医療保険者や事業者において看護師による保健事業がなされている現状を踏まえ、医師、保健師、管理栄養士の配置が進むことが期待される高齢者医療確保法の施行後5年間に限り、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。(確定版83頁の「3)保健指導の実施者」より抜粋)

③研修コースの今後の予定

来年度からは、3編全てを2日間にかけて集中的に行う方式にカリキュラムを再編する予定で、年3回の開催を予定している。基礎編を既に受けられている方については、基礎編の講座の受講を免除する形式を想定している。

また、すでに資格を取得した方を対象とした「アドバンスコース」の開催を計画しており、これも年3回程度の開催を見込んでいる。これらの研修情報は来年早々にも提供したい。

(2) その他の施策

①各種情報提供ツール(リーフ・パンフ)の提供

特定健診における「情報提供」、保健指導における「初回面接」時に活用できるリーフレットやパンフレットを会員特別価格で購入できる様に数社と交渉中である。交渉のまとまった会社から順次、本会ホームページの「特定健診特定保健指導コーナ」等を通じて会員に情報提供したい。

リーフレットやパンフレットは、いずれも、「メタボ」や「生活習慣病」に対して、絵や図表を活用したカラー版の資料で、詳しく解説された実績のあるものを選定したいと考えている。

②全日病ソフトの配布

特定健診・特定保健指導の業務を行う上で必要な各種の法定データや法定帳票が出力できるシステムの開発を目指し、健診管理システムに実績のあるソフトウェア開発会社との検討を開始している。

人間ドックや事業主検診に関するアウトプットや業務管理もできる仕様を検討している。こちらも順次、本会ホームページの「特定健診特定保健指導コーナ」等を通じて会員に情報提供する予定だ。

V. 特定健診・保健指導に対する執行部と人間ドック委員会の見解と方針

全日病は、特定健診・特定保健指導制度は、国民の健康福祉の向上並びに医療と医療経営の質向上のために、会員病院にとって有効な制度であると考えている。

今までの健診や保健指導に対する実績もさることながら、国民にとって、受診や保健指導を受けやすいのは施設基準の整った病院であり、今回の事業の成功には病院の役割が重要であるという認識も持っている。

については、今後も継続して、医療の

質及び医療経営の質の向上に資する活動に取り組んでいく所存である。

■特定健診・特定保健指導に関する調査の結果

実施日 ●2007年8月20日
調査対象●本会一般会員2,208件(8月20日現在)
回収数 ●1,309件(回答率59.28%)

	受託する	受託しない	検討中
(1)特定健診	794 (36.0%) (60.7%)	134 (6.1%) (10.2%)	381 (17.3%) (29.1%)
(2)特定保健指導 -動機付け支援	662 (30.0%) (50.6%)	195 (8.8%) (14.9%)	452 (20.5%) (34.5%)
(3)特定保健指導 -積極的支援	600 (27.2%) (45.8%)	116 (5.3%) (8.9%)	483 (21.9%) (36.9%)

*各欄の%の上段数値は全会員に対する割合、下段は調査回収数に対する割合

■特定保健指導の全日病提示価格

	パターン	算出根拠-人件費①	算出根拠-その他の費用②
動機付け支援 ①+② 1万2,000円	初回面接支援は、個別に20分程度。半日後評価は、通信(郵便もしくはe-mailを想定)を利用。	合計1万円 ●実施者(時給5,000円)1.5時間=7,500円(内訳) ・初回面接20分、半日後評価40分 ・準備等にかかる時間30分 ●管理者(時給1万円) 半日後評価の再査等15分=2,500円	合計2,000円 ・初回面接時の資料代、会場費等 500円 ・通信による自己評価取り寄せ費用 500円 ・データ管理料 500円 ・その他経費 500円
積極的支援 ①+② 3万6,000円	初回面接支援は、個別に20分程度。継続支援は支援パターン3(電話、e-mail中心)	合計3万1,500円 ●実施者(時給3,000円程度)3時間50分=1万1,500円(内訳) ・初回面接 20分 ・継続支援 a-mail(B) ×2回=1時間 ・e-mail(A) ×1回=1時間 ・電話(A) ×2回=40分 ・電話(B) ×2回=10分 *半日後評価 40分 ●管理者(時給1万円程度) 2時間=2万円 継続支援 15分×6回=1.5時間 *半日後評価 30分×1回=0.5時間	合計4,500円 ・初回面接時の資料代、会場費等 1,000円 ・通信による自己評価の取り寄せ費用 500円 ・データ管理料 1,000円 ・その他経費 2,000円

*全日病が健保連に提示した特定健診単価の明細は本誌9月1日号4面に掲載。

III. 保険者との交渉の今後の展開

①健保連との交渉

健保連とは、今後12月から3月にかけて正式契約を締結することになる。そのため、最終の集合契約に対する参加意志調査並びに巡回型への対応等の詳細項目についての調査を、11月末ごろから全会員に対して改めて調査を行

救命救急センターの重篤外国人患者未収金に補助金

未収金問題 検討会 “自動償却”に加え、公私格差が再び露わに。入院保証金の法的合理性を確認

10月5日の「医療機関の未収金問題に関する検討会」で、事務局(厚労省保険局国保課)は、四病協会員病院を対象に未収金の実態調査を実施する計画を明らかにした(1面記事を参照)。調査の概要は別掲1のとおり。

さらに、厚労省は、市町村区を対象に一部負担金減免と保険者徴収実施の実状についても調査する(別掲2)。

四病協会員に対する調査は、調査項目などを四病協と協議する必要があることから、実施が年末にずれ込む可能性があるが、市町村区に対する調査は早ければ11月にも実施される。

同日の検討会に報告あるいは提出された事実関係から、未収金額を早期かつ定期的に損金に参入できる「破産更生債権」という処理方法や救命救急センターに搬入される「無保険者で重篤な外国人救急患者」の未収金に対する補助金加算措置(別掲3)など、未収金の分野においても依然として公私格差が歴然

とあることが明らかとなった。

また、保険局医療課の担当官は、入院等のいわゆる保証金について、根拠となる当該通知を明示して「法的に認められたもの」であることを確認。「ルールにもとづいて常識の範囲で運用されるのであればまったく問題はない」という認識を示した(別掲4)。

四病協委員からは「そうした情報が浸透していなかった。これによって未収金が大きく軽減される可能性がある」という声があがった。

また、事務局は、生活保護の適用対象となるホームレス等の患者を受け入れた病院がとどこおりに生活保護適用手続きを取れるよう、その手続きの手順を紹介した(別掲5)。

さらに、検討が始まった社会保障カードに関する説明もなされたが、四病協の委員は「顔写真がないことには本人確認がとれない」と、現行の構想に疑問を表明した。

●意識不明などで確認できない場合

- ・医療機関より福祉事務所へ連絡
- ・治療
- ・保護の適用
- ・保護の要件が確認できる状態になった時点で要件を確認

●休日・夜間等の場合

- ・治療
- ・休日明けに、医療機関より福祉事務所へ連絡
- ・福祉事務所で保護の要件の確認
- ・保護の適用(保護の開始日は搬送時点)

6 議論の主なやりとり

●国立病院機構と都立病院の実態報告について

四病協委員 破産更生債権の仕組みを説明願いたい。

国立病院機構 「金融商品会計にかかわる実務指針」の関連法規にもとづいて、1年経過したものから計上できる。3年経過したものは貸倒処理ができる。処理額は05年度で7.5億円、06年度は8.9億円である。

四病協 独法化した後にも、そんなかたちで損金参入ができるのか。

国立病院機構 元々課税団体ではないので、税務当局との問題は生じない。

四病協 民間病院では、善管注意義務を果たした上でも、なお、税務当局は損金参入を認めようとしなない。したがって、未収金が多いと、収支は黒字だが、資金繰りで行き詰る結果倒産に至ることがあるという点をご理解いただきたい。

四病協 済生会や日赤は無料低額診療を行うことで課税が優遇されている。未収金を含む、その辺りの実態を知りたい。

事務局 関係部局と協議し可能な限り報告したい。

●保険者による徴収について

四病協 四病協の会員からは「都道府県に相談した」という声もが出ているが、事務局 都道府県の対応状況を調査したい。(健保連の委員に)保険者による徴収を求める動きは医療機関から出ているか調べていただきたいが、いかがか。

健保連 私の知る限り、医療機関からそうした要求があったという話は聞いていない。

政管健保 我々の方もそうした話は聞いていない。

国保中央会 私どもも聞いていない。

事務局 かつて電話で市町村に実態を聞いた際、一部に「医療機関から保険者徴収を求められたことがある」という話は聞いた。

一般委員 保険者徴収のことを知っているか、あるいはその実施方法に関して条例等の規定が整っているかなど、自治体対象に調べる価値がある。

四病協 保険者徴収については、四病協として、厚労省や保険者の動きを見てからということで、今は請求を控えるよう会員病院に要請している。

●応召義務について

四病協 応召義務の解釈については、先々、もういちど議論していただきたい。支払を怠ったまま何回も診療に訪れるなど、ケースごとの判断を考えてほしいというのが四病協の希望だ。

座長 応召義務に関しては、未収金問題に関係する範囲であれば(再度の議論は)可能だ。

●入院保証金の取り扱い

医療課 入院保証金を預かることは法的には禁じられていない。ルールにのっとって運用されれば問題はない。これについては通知が出ている。

一般委員 それは、患者が保証金を拒

否した場合には入院を断れるということか?

事務局 それは応召義務の問題となる。法的には支払いができないということも理由に診療を拒否することはできないとされている。

四病協 自院では保証金を取っていない。特定療養費についてののみいただいている。入院で取っているところもあるが、払えないから入院を拒否するという話は聞いたことがない。

四病協 通知があるにもかかわらず都道府県によっては「保証金を取るな」という指導を長年してきた。

四病協 この明快な通知が出ていることが明らかとなって、全国の病院では今後、未集金の2/3は解決するかもしれない。

一般委員 保証金には上限とか何割とかの縛りはないのか。

医療課 通知は平成12年には出ている。それまでは預かり金の扱いは正直あいまいであった。都道府県にも理解不足があったのだろう。額は法外な常識を超えない範囲内と考える。

一般委員 患者が途中で病院を変わる時に預かり金はどうなるのか。

医療課 法上、その点のルールはないが、医療機関と患者の話し合いになる。当然に診療していない分はとれない。

四病協 それは、それまでの間要した費用について精算することになる。

一般委員 保証金として療養の給付以外の諸費用を前払いさせているとすると、それは、一部負担金の担保となっていないか。

四病協 この通知については都道府県に徹底されていない可能性がある。あらためて通知なりを出して徹底を図ってほしい。

●その他

四病協 未収金について責任の所在を明確にすることが、検討会設置の本来のテーマだったはずだ。それが回収対策の話となっている。我々は保険者が回収の義務を負うものと解釈している。この点をもう一度クリアしてほしい。

座長 未収金については色々な原因があり、色々な回収方法があり、それらをつくしてなおかつ残った未収金についてどうするかという段階でその問題に帰着するかと考える。今は発生の原因、滞留のメカニズム、対策について整理したい。

四病協 会員病院からは「一部負担金3割の性格をどう考えるのかを明らかにしてほしい」と言われている。

四病協 外国人による未収金の件はこの場で今後さらに検討されるのか?

座長 外国人特有の問題としてではなく、未収金構造の1つとして取り上げたい。

四病協 四病協としては未収金対策マニュアルの原案ができています。完成しだい報告したい。

1 四病協を対象とした原因ごと未収金に関する調査案(概要)

四病院団体加入全施設を対象に、特定月の窓口徴収分で翌々月末に支払いがなされていないものを、以下の分類に基づいて調査する。

●件数と金額の調査(入院・外来ごと)

[属性の分類]

- ・保険診療(国保、社保、介護保険)
- ・自費診療 一自賠責、分娩、保険未加入I(保険未適用の状態)、保険未加入II(資格確認できない状態)、その他
- ・その他(外国人、住所不定)

[原因分類]

悪質滞納、生活困窮、診療上のトラブル、時間外・休日退院、保険未加入、資格喪失後受診、生活保護終了後受診、交通事故や傷害事件など保険適用外の疾病等で支払い方法未決定、分納中・分納交渉中の滞納、請求先不明(死亡退院、外国人で帰国、住所不明等)、その他

●未収金回収努力の状況

●未収金問題に取り組んでいる体制

2 市町村区を対象とした一部負担金減免及び保険者徴収に関する調査案(概要)

未収金問題への今後の対応を検討するため、市町村区を対象に、国保における一部負担金の減免及び未払い一部負担金の保険者徴収の実施状況等について調査を行う。

●調査事項

・一部負担金について

- ①一部負担金減免制度の有無。有りの場合の根拠(条例、規則、要綱)。
- ②減免を行う「特別の理由」の具体的内容(災害、障害、疾病、事業の休廃止、失業、低所得等)。
- ③減免事由を「低所得」とした場合の判定基準。
- ④2006年度に実施した一部負担金減免

の件数・総額、事由ごとの件数・減免額。等

・保険者徴収について

- ①国民健康法42条2項「保険者徴収」の実施について条例等制定の有無とその内容。
- ②06年度に医療機関等から受けた保険者徴収の請求件数。
- ③保険者徴収実施の有無と徴収事務の内容(文書催告、電話催告、訪問、督促状の発行、財産調査、差押、換価・公売)。
- ④それぞれの回収額。
- ⑤「保険者徴収」の請求を受けたにもかかわらず実施していない場合の理由。等

3 救急外国人患者未収金に対する補助

1996年度より、外国人に係る救急医療において、救命救急センターに下記の財政措置を講じている。

- 重篤な外国人救急患者の救命医療を行い、無被保険者について努力したにもかかわらず回収できない未収金(1件20万円超)に限って、20万円を超える部分について、現行の救命救急センター運営費補助金の基準額に加算して補

助する。(当初「50万円超」を99年度に「30万円超」に緩和。2006年度に「20万円超」に緩和)

○基準額(加算額)

「前年度未収金(1月1人当たり)÷20万円」の年間累計

○補助率 1/3(国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)

4 入院等保証金の取り扱い

○「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」(05年9月1日保医発0901002保険局医療課長通知)から(要旨)

入院時や松葉杖等の貸与の際に事前

に患者から預託される金銭(いわゆる「預かり金」)を求める場合には、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、積算方法等の明示などの適正な手続を確保する。

5 緊急搬送されたホームレスの生活保護の事務手続き

●通常の場合

- ・医療機関より福祉事務所へ連絡
- ・治療
- ・福祉事務所で保護要件の確認→保護の適用

医療機能情報提供制度の内容は専門外来以外広告可能

バナー広告とリンク設定は可能。広告上の数字には日付が必要

厚生労働省は9月19日に、この4月に施行された医療広告ガイドラインに関するQ&A(事例集)を公表した。

第5次医療法改正で医療広告には「包括規定方式」の考え方が導入され、広告可能な範囲は大幅に増加したが、細部にわたる解釈には誤解を招きかねない余地もある。

改正によって虚偽広告を除く違反は

間接罰(行政罰)で臨むこともあり、都道府県等による監視・指導は厳しくなることが予想される。ガイドライン要旨とQ&Aの概要を紹介する。

2007年3月30日付 医政発0330014号

「医薬若しくは歯科医薬又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針(医療広告ガイドライン) について」(要旨)

■広告規制の対象範囲

●広告の定義

- ①患者の受診等を誘引する意図がある(誘因性)
- ②医療提供者名や病院名が特定可能である(特定性)
- ③一般人が認知できる状態にある(認知性)

●実質的に広告と判断されるもの

記事という体裁あるいは書籍・冊子等の形態をとっているが容易に特定の病院等を認知できるものは、前出①から③を全て満たす場合には広告に該当するとして取り扱うことが適当。タイアップ本やバイブル本と呼ばれる書籍や記事風広告も、①～③に示した要件を満たし、広告として取り扱うことが適当な場合があるので十分な留意が必要。

●暗示的又は間接的な表現の扱い

次のようなものは医療広告に該当するので、広告可能とされていない事項や虚偽・誇大広告等に該当する場合には認められない。

ア 名称又はキャッチフレーズにより表示するもの

(例) (アンチ)エイジングクリニック、最高の医療の提供を約束!

イ 写真、イラスト、絵文字によるもの
(例) 病人が回復して元気になる姿のイラスト

ウ 新聞・雑誌等の記事、医師・学者等の談話・学説、体験談などの引用・掲載等

●広告に該当する媒体の具体例

ア チラシ、パンフレットその他類似物(DM、ファクシミリ等を含む)

イ ポスター、看板、ネオンサイン、アドバルーンその他類似物

ウ 新聞紙、雑誌その他出版物、放送、映写・電光によるもの

エ 情報処理に供する機器(Eメール、インターネット上のバナー広告等)

オ 不特定多数への説明会、相談会等で使用するスライド、ビデオ、演説

●通常、医療広告とは見なされないものの具体例

(1) 学術論文、学術発表等(学術論文等を装いつつ、不特定多数にDMで送るなどは「誘因性」を有しており、①～③の全てを満たす場合には広告として扱うことが適当)。

(2) 新聞や雑誌等での記事(記事風広告は広告規制の対象となる)。

(3) 体験談、手記等(実体験に基づいて病院を推薦する個人手記の出版物等は広告と見なさない。当該病院の依頼に基づくもの、謝礼を受けている場合は「誘因性」を有するとして扱うことが適当)。

(4) 院内掲示、院内で配布するパンフレット等。

(5) 患者等からの申し出に応じて送付するパンフレットやEメール(希望者等へ送信するメールマガジンは広告と見なされない)。

(6) 医療機関の職員募集に関する広告

(7) インターネット上のホームページ(バナー広告、検索時のスポンサー表示などは、表示内容が①～③の全要件を満たす場合は広告とみなす)。

■広告可能な事項について

●従来より広告可能と認められていた事項は引き続き広告可能。

●医療機能情報提供制度の対象事項は専門外来を除いて原則として広告可能。都道府県が独自に報告を求める事項で広告可能でない事項は広告できない。

●広告可能事項の具体的な内容

[病院の名称、電話及び場所の表示]

略称、英語名、マーク、看板写真、フリーダイヤルも差し支えない。

[指定を受けた病院又は医師である旨] 指定を受けた制度に関する説明を示すことは差し支えない。

[構造設備・人員配置] ・敷地内、建物の外観・内装の写真や映像等差し支えない。

・保有する施設設備の有無、数、面積等の広告は可能。「ICU完備」と広告することは、いつでも利用可能と誤認を与えるおそれがあるので認められない。

・障害者等に対する構造上の配慮等は広告できる。

・機器等で一般的名称(MRI、CT、ガンマナイフ等)や写真・映像、導入台数又は導入日等を示すことは可能。「未承認医療機器」は広告が禁じられている。

承認・認証医療機器も、「医薬品等適正広告基準」で、医療機器が特定可能となる販売名や型式番号は広告できない。

[施設・設備に関する事項] 従業者の人数や配置割合は、いつの時点であるかを暦月単位で示す。広告された数値をホームページや年報等で公表しておくこと。広告に示す数値は適宜、少なくとも年に1度は更新すること。

[医療従事者に関する事項] 略歴や専門性資格の広告を他の医療従事者にも認める。

[管理・運営に関する事項] ・電子カルテを導入している旨

・セカンドオピニオンの実施とその内容

・患者からの相談に応じる体制の確保

・症例検討会の開催

・医療安全を確保する措置および院内感染防止の体制

・平均待ち時間(適宜更新すること)等

[連携に関する事項] ・紹介可能な他院・診療所・介護保険事業者等。

・紹介率又は逆紹介率(算定式と患者数等をホームページ、年報に公表すること)。

[情報提供に関する事項] 地域連携バスを含む入院診療計画および退院療養計画書を提供する旨。

[医療の内容に関する事項] ●検査、手術その他の治療の方法

分かりやすい表現の使用や説明を加えることも可能。医薬品・医療機器の販売名(型式番号等を含む)は広告しない。

治療方針も、成功率、治癒率等の治療効果等を説明することなく、広告可能事項の範囲であれば広告して差し支えない。

(広告例) ・術中迅速診断を行い、可能な限り温存手術を行います

・手術療法他、いくつかの薬物療法の適用があるので、それぞれのメリット・デメリットを御説明し、話し合いの下で治療方針を決定するようにしています

①保険診療 治療方法で、疾病等が完全に治療される旨等その効果を述べることは認められない。

(広告例) ・PET検査による癌の検査を実施しております

・日曜・祝日も専用の透析室で人工透析を行っております

・インターフェロンによるC型肝炎治療を行います

②評価療養及び選定療養 その内容、制度、負担費用等も併せて示すことが望ましい。

③分娩(保険診療を除く)

「出産」や「お産」等の表現も差し支えない。帝王切開の実施は保険診療の医療内容として広告できる。分娩費用、出産育児一時金受領委任払いの説明等も可能。

④自由診療 ●提供される医療の内容

①往診を実施している旨

②「訪問診療の実施」等の表現、往診医師名、対応時間、訪問可能地域等も広告可能

③在宅医療を実施している旨(訪問看護ステーションの設置を付記してよい。「在宅自己注射指導の実施」等広告可能な治療内容も広告できる)等

[医療の提供の結果に関する事項] 数値は対象期間を暦月単位で併記する。ホームページ、年報等に内容が公表されていること。

①手術の件数 診療報酬で認められた手術(自由診療の実施を含む)、先進医療届出手術(同)、薬事法の承認・認証を得た医療機器を使用し承認・認証された範囲の手術。

②分娩の件数

③平均的な入院日数(病床、病棟、標榜診療科、疾病ごとにも広告可能) *計算式が指定

④在宅患者、外来患者及び入院患者の数(疾患別の可)

⑤平均的な在宅患者、外来患者及び入院患者の数

院患者の数

⑥平均病床利用率 *計算式が指定

⑦治療結果に関する分析を行っている旨及び当該分析の結果を提供している旨

治療結果分析結果の入手方法は広告可能だが、分析結果は広告が認められていない。

⑧セカンドオピニオンの実績

⑨患者満足度調査を実施している旨及び当該調査の結果を提供している旨

調査結果の入手方法等は広告可能であるが、当該調査の結果は広告が認められていない。

[その他各事項に準ずるもの]

●健康診査の実施

健康診査の種類、「乳幼児検診」「肝炎ウイルス検診」等対象者や部位を付記すること、「人間ドック」「半日人間ドック」等や、これまでは認められなかった費用、人数、宿泊有無等も差し支えない。

「乳幼児保健指導」「禁煙指導」等、対象者や指導対象を付記することも差し支えない。「遺伝子検査」「アンチエイジングドック」等は認められない。

●予防接種の実施

予防接種法に規定されているもの又は薬事法で承認されているワクチンを使用した予防接種のみを広告の対象とする。対象者、接種回数、1回当たり費用等を併せて広告することは差し支えないが、ワクチンの商品名は広告しない。効果に関する広告も認められない。

「医療広告ガイドライン」に関するQ&A 9月19日

【広告の対象範囲】

Q 医療機関の広告に新聞や雑誌の記事等を引用又は掲載することは一切できないのか。

A 当該記事等に記載された内容が医療法やガイドラインを遵守した、広告が認められるものであれば可能。

Q 雑誌に掲載された「日本が誇る50病院の一覧」を他の医療機関名も含めて掲載すれば広告物に記載可能か。

A 広告に新聞や雑誌の記事等を引用・掲載した場合、当該記事等の記述は医療法やガイドラインの適用を受ける。例示の「日本が誇る50病院の一覧」等は、雑誌社等が評価した結果は広告可能事項に該当せず、また、掲載されていない医療機関よりも優れた旨を示す比較広告になることから広告物に記載することはできない。

Q キャッチコピーや院長等のあいさつを広告に掲載することは可能か。

A 広告可能事項(「開院〇周年」等)や医療とは関係がない表現(「はじめまして」等)を使用したキャッチコピーや挨拶であれば差し支えない。

*広告可能な例 「休日・夜間でも来院下さい」 「当院は、おかげさまで開院20年を迎えました。これからも、スタッフ一同努力しますので、よろしくお祈りします。(病院長〇〇〇〇)」

Q インターネット上のバナー広告は広告規制の対象とされているが禁止されるのか。

A 広告可能事項であればバナー広告はインターネット上に掲載し、当該医療機関ホームページにリンクを張ることは差し支えない。

【広告可能な事項】

Q 「小児科医」「外科医」といった表現は広告可能か。

A 専門医と誤認を与える表現であり広告は認められない。「医師の氏名(外科)」「小児科の担当医」のように所属の診療

科を記載することは差し支えない。

Q いわゆる内覧会の実施に関する事項は広告可能か。

A 広告可能。

Q 「2週間で90%の患者で効果がみられます」という表現は広告可能か。

A 治療効果に関する表現は広告できない。治療結果分析を行っている旨及び当該分析の結果を提供している旨は広告可能。患者等からの申し出に応じて、死亡率や術後生存率等の治療結果成績を説明することは差し支えない。

Q 健診として「脳ドック」は広告可能か。

A いわゆる「脳ドック」は広告可能。検査に使用する画像診断装置は、いずれも薬事法の承認・認証を得た医療機器である必要がある。

Q 医師主導治験や医療機器の治験に関することは広告可能か。

A 薬事法上の治験に関する事項は広告可能。治験用医療機器の名称も販売名(商品名)を除き差し支えない。写真掲載も治験用であることが明らかになっていれば差し支えない。

【禁止される広告】

Q 「最新の治療法」や「最新の医療機器」といった表現は広告が禁止されるのか。

A 医学的、社会的な常識の範囲で事実と認められるものであれば禁止されない。しかし、より新しい治療法等が定着した時点で「最新」とすることは虚偽広告や誇大広告に該当するおそれがある。より新しい治療法等がない場合でも、10数年前のものである等「最新」とするのは誇大広告等に該当するおそれがある。

Q 費用を太字にしたり下線を引くなど強調することは認められないのか。

A 費用は患者に有益な情報の1つであり、分かりやすく太字で示したり下線を引くことは差し支えない。費用を前面に押し出した品目を損ねる広告は厳に慎むべきとされる。

民間譲渡、経営主体の統合を提起

総務省が懇談会に公立病院改革GL骨子案を提示

公立病院の経営改革議論を進める公立病院改革懇談会に、総務省は9月21日、各公立病院が改革プランを策定する上で指針となる「公立病院改革ガイドライン」の骨子案を示した。

その中で、改革プラン策定に医業収支比率た職員給与費比率など具体的な

主要な経営指標に数値目標を設けることを求め、それぞれの目標数値を例示した。

経営形態の見直しについては、民間譲渡や地方独立行政法人化等の選択肢を、さらに、再編・ネットワーク化においては「経営主体の統合」を提起している。

経営効率化の部分は3年程度、再編・ネットワーク化及び経営形態見直しの実施計画は5年程度の期間を標準としてはどうか。

●改革プランの内容

(2) 経営の効率化

②数値目標はどのような考え方の下に設定されるべきか。

・不採算部分への一般会計繰入を前提とすれば「経常黒字」の達成が図られて然るべき。

・地域に他に民間病院が立地している場合、「民間病院並みの効率性」が追求されるべき。

(3) 再編・ネットワーク化

②他公的医療機関等との再編・ネットワーク化も含めてモデルを提示してはどうか。

③所期の効果を上げ

るためには、経営主体の統合を推奨すべきではないか。

(4) 経営形態の見直し

①経営形態の見直しとしてどのような選択肢を提示するか

(考えられるもの)

民間譲渡、指定管理者制度導入、地方独立行政法人化、地方公営企業法全部適用

■財政支援措置

①再編・ネットワーク化や経営形態の見直しを行う際、どのような財政負担が重荷となっていると考えられるか。

②既存の公立病院に係る財政措置全般についても、公立病院改革推進の観点から見直しが必要なものがあるのではないか。

公立病院改革ガイドライン骨子案から 9月21日 公立病院改革懇談会(総務省)

■公立病院が果たすべき役割の明確化

公立病院の役割を「地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間病院による提供が困難な医療を提供する」と位置付けてよいか。その場合、具体的にどのようなものが考えられるか。(考えられる主なもの)

- 1) 山間僻地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地域における一般医療の提供
- 2) 成人病センター、がんセンター等、地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- 3) 救急・小児・周産期・災害などの

不採算・特殊部門に関わる医療の提供
4) 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

■公立病院改革の3つの視点

- ・経営効率化
- ・再編・ネットワーク化
- ・経営形態の見直し

■公立病院改革ガイドラインの策定

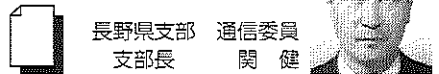
病院事業を実施する地方公共団体は、2008年度内に下記の内容を含む「公立病院改革プラン」を策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組む。

●改革プランの対象期間

支部からの報告

地域医療計画の審議始まる

地域病院の明日を見据え、声を大に主張したい



長野県支部 通信委員 支部長 関 健

今年度は第5次地域医療計画策定の年度である。長野県の場合は「保健医療計画」と銘打って「保健」が入っている。11月頃までには大筋が決定されるが、今後の5年間で取り組む重点的な事業の計画が立てられるため、その内容は注視して行かなくてはならない。

国の指針では4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)、5事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))が強調されており、各都道府県はこれを軸に地域医療計画を策定している。

本県においては、長野県保健医療計画策定委員会が5部会(ワーキンググループ)で審議される「救急・災害医療・感染症・その他」「へき地医療・歯科・医薬・難病」「がん・在宅医療及び終末期医療」「糖尿病・脳卒中・急性心筋梗塞」「小児医療・周産期医療・精神医療・医師・看護師等医療従事者確保」の各案をまとめることになっている。

関連して、長野県地域医療対策協議会、「長野県地域ケア整備構想」検討委員会、長野県保険者協議会、健康グレードアップながの21推進会議等がそれぞれの問題を検討しており、これらを重ね合わせてみると全体像が浮かび上がってくる。

詰まるところ医療制度改革=医療費削減の方略を地域ごとに作らせているわけである。これで健康な人が増え、病気が減るのであれば結構ではあるが。

支部会員病院の明日にとって厳しいものにならぬよう、各会議で声を大きくして主張していこうと思う。

株式会社ヤックスサービス(本社千葉市・宮下町代表取締役)

賛助会員の在籍数は84名となった。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

- (1)日帰り人間ドック
兵庫県 ホテルオークラ神戸クリニック
- (2)1泊人間ドック
兵庫県 ホテルオークラ神戸クリニック
日帰り人間ドック実施指定は479、1泊人間ドック実施指定は24施設となった。

【主な報告事項】

●終末期医療に関する事例調査の実施
病院のあり方委員会委員である木村常任理事は、終末期医療のあり方に関するガイドライン案の作成を進めている病院のあり方委員会として会員病院における事例調査を実施すると報告した。

調査対象は全会員病院。9月末にも調査票を送付、10月10日までに回収する。

●病院機能評価の審査結果(順不同)

7月23日付で以下の7会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

【Ver.4.0】

- ◎複合病院
埼玉県 春日部厚生病院 新規
愛媛県 白石病院 新規

【Ver.5.0】

- ◎一般病院
福島県 大原総合病院 更新
神奈川県 たちばな台病院 更新
三重県 いなべ総合病院 新規
- ◎療養病院
山形県 川西湖山病院 新規
埼玉県 リハビリテーション天草病院 新規
認定証が交付された会員は749病院。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2007年9月

- 1日 医療機関トップマネジメント研修(～2日)
- 2日 研究班会議、医療の質向上委員会
- 5日 四病協/医業経営・税制委員会、特定健診事業会議、広報委員会
- 8日 病院事務長研修コース(～9日)、医療安全管理者養成課程講習会(～9日)、岐阜県支部総会(岐阜市)
- 11日 特定健診保健指導意見交換会(日医)
- 14日 会長・副会長会議、総務委員会、医療安全対策委員会、日病協/病院医療の実態WG
- 18日 医療事務技能審査委員会
- 19日 四病協/理事長の債務保証のあり方に関する勉強会、四病協/メ

- イカルスクール検討会、同/総合部会、日病協/診療報酬実務者会議
- 21日 人間ドック研修会(秋田市)、機能評価研修会(同)、特定健診・特定保健指導制度説明会(同)、第6回常任理事会(同)
- 22日 第49回全日病学会秋田大会(秋田市～23日)、医療従事者委員会(同)、人間ドック委員会(同)、病院機能評価委員会(同)、個人情報保護担当委員会
- 23日 病院のあり方委員会(秋田市)
- 25日 日病協/代表者会議
- 28日 医療保険・診療報酬委員会、特定保健指導研修(神戸市)
- 29日 鹿児島県支部総会

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

DPCなど高度の情報化は質向上とともに医療の透明化を進める

データ活用ルールなど基盤を整える必要。「DPC分析事業」が主導性発揮の可能性

東邦大学医学部社会医学講座教授・医療の質向上委員会外部委員 長谷川友紀



DPCと今後の動向 ● 長期的には1入院定額の導入、質を評価した支払い、外来・精神科への拡大が考えられる。

DPC (Diagnosis Procedure Combination) は、2003年度に特定機能病院の入院医療費の支払いに導入された。その後、急性期病院の支払いに拡大され、現在、DPC対象病院は360(18万床)、DPC準備病院は1,070病院(28万床)、合計病床数は約46万床と、近い将来には急性期医療の標準的な支払い方式となる予定である。

DPCの支払いの特徴は1日定額部分と出来高部分からなり、前者の価格は傷病名により決定されること、傷病名により入院期間の定めがあり、入院期間が長くなるほど支払い金額が減少す

ることである。

導入により、医療機関の在院日数の短縮、機能分化(急性期、慢性期、リハビリテーションなど)と連携の促進、パスや診療ガイドラインの導入など医療内容の標準化の促進が期待される。

DPCの普及後の方向性についてはいまだ明らかにされていないが、①DPCのデザインの改善、②長期的には、1日定額ではなく、DRG/PPSなど1入院定額の導入、医療の質を考慮した支払いの導入(pay for performance:P4P)、入院治療から外来、精神など対象範囲の拡大などが、今後検討されると考えられる。

DPC分析の重要性 ● 他院と比較することで、DPCを病院マネジメントツールとして活用することができる。

一般に、DPCでは、①事前に診断の明らかな、②頻度の高い傷病の、③定型的な、④外科的処置を必要とする症例を、⑤短期間の入院治療で退院させることが、医療機関に利益をもたらす。医療機関は、得意とする診療領域を明らかにし、そこに経営資源を集中し、コスト管理を適切に行うことが要求される。

DPCでは、診療報酬請求はすべて電子化データ化されていること、標準コードが用いられていること、傷病名のみでなく医療行為の内容がデータに含まれていることが特徴である。これにより詳細な分析が可能である。

米国などの定額払い(DRG/PPS)では医療内容のデータが入手できないために分析にあたっては別途データ構築の方策を講じる必要があるが、DPCでは診療報酬請求という提携業務から医療内容についてのデータも得られることが大きな利点となっている。

なお、2011年までに完全導入されるレセプトオンライン請求では、DPCに限らず、出来高払いの部分についても詳細な分析が可能になり、データに基づく医療内容分析が飛躍的に進むことが期待される。

DPCデータ分析では自院のみの時系列比較では不十分であり、他病院との比較(ベンチマーク)が重要になる。時系列比較のみでは、自院の過去データを基に改善していることの確認、何らかの対策が必要な異常値が出現していることはわかるが、そもそも自院の水準が他と比較してどのような位置にあるのかが不明である。

DPCコードという共通の物差しで他の病院と自院を比較することで、DPCを病院のマネジメントツールとして経営や

医療の質向上へ活用することができる。

他病院と比較することで自院の相対的な位置づけが可視化されるため、どの診療科・疾病が強く、また、逆にどの診療科・疾病が弱いかを客観的に把握することが可能となる。

自院の現状と地域の状況を踏まえ、強化すべき診療科や縮小すべき診療科を見極め、地域の病院と適切な連携をはかり、機能特化していくことが、今後経営上ますます重要性となる。

また、医療の質の観点からは、他の医療機関とのベンチマークによる症例数や術式の比較のみならず、特定の医療機関とクローズドな環境で、手術件数や死亡退院率、院内感染発生率等の指標を比較し、具体的な改善策を検討しあうことが重要になってくる。

ベンチマークの対象としてはDPC参加病院全体、同一地域の病院、規模・機能などが類似した病院、極めて優れた実績を有している病院(best practice)などが考えられる。

特に、best practice病院との比較は、DPCデータが請求データでありながら、医療内容について、検査、薬剤投与などの項目および実施されたタイミングなどを有するために、診療の軌跡を追うことが可能であり、best practice病院のパスを再現することさえも可能となる。

各病院がこのような診療内容について、データがオープンになることを前提に、相互比較をしながら、医療内容の向上(コスト削減を含めて)に切磋琢磨する状況は、これまでの病院経営、医療環境とは全く異なるものであり、おそらく諸外国でも例を見ないものとなる可能性が高い。

高度の透明性が確保されたオープン環境での病院経営、医療の実施につい

て、病院経営者、医療関係者は早急に対応を図る必要がある。

全日病が分析事業を行う意義 ● 社会資源であるDPCデータの活用ルールと分析手法の共有に向けて影響力を発揮できる。

高度の情報化は、有効に用いられるならば、高い透明性、医療内容の向上をもたらす。情報利用ルールについて明らかにされない場合には、往々にして管理者の恣意的な利用、目的が不明瞭な管理強化、医療費削減など医療の一面のみに偏重した利用が見られる。

今後は、DPC、出来高払いを問わずレセプトオンライン化の全面実施にともない、レセプトデータのデータベースが都道府県を経て国レベルで構築されるほか、新医療計画で導入される医療機能情報公表制度では医療機関は一定の情報を都道府県に提供し、都道府県はこれをわかりやすい形で住民に公開する、また、特定検診導入で保険者が得た健診データはやはり都道府県での地域医療計画の策定・評価に利用される予定である。

このようにつなげてない規模のデータベースが構築され、これらを相互にリンクさせたデータウェアハウスの出現が、ごく近い将来に予見される。

これらのデータベースは貴重な社会資源であり、公共財として、利用を促進するためのルールが適切に定められる必要がある。

すでに、米国、英国、韓国などでは、利用ルールの確立、国が管理する医療データの電子データでの公開が一部行われている。

例えば、米国ではメディケアデータ、英国ではNational Health Serviceのデータにアクセスし、外部者がこれを用

いて分析し、研究成果を発表するなど多く行われている。

同時に、医療現場に役立つ実用的な情報を得ることができるような分析手法の解析も進められる必要がある。

どのような分析手法が有用かは、病院の状況、職種、マネジメントレベルにより異なり、これらは多数の参加病院が試行錯誤を繰り返しながら、相互に情報交換し、よい分析手法が関係者に共通のノウハウとして蓄積されていくことが望ましい。

全日病が取り組みを開始したmedi-targetは、参加病院にDPCデータ分析、ベンチマークの機会を提供するのみでなく、参加病院が相互に有用と思われる分析手法について情報交換を可能とする。

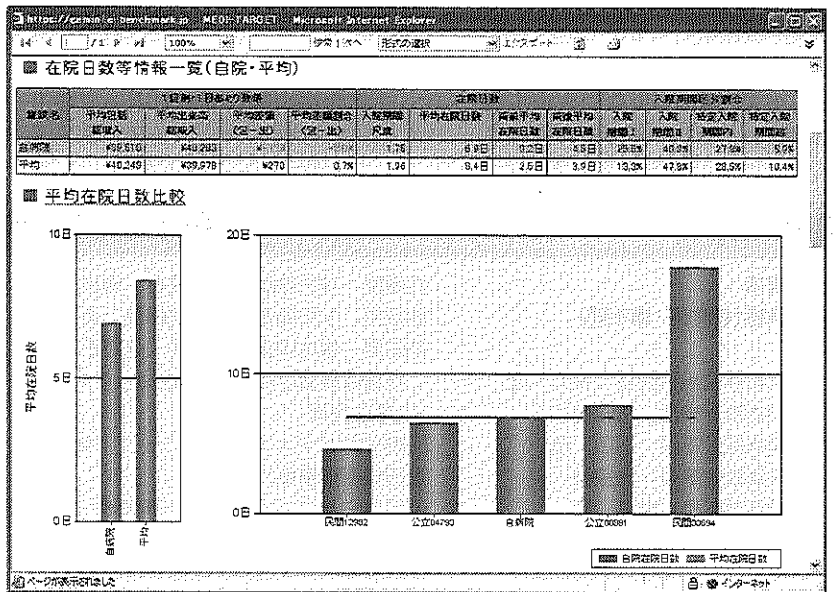
これは近未来の到来する高度情報化社会に対応する経営手法、医療提供を病院団体主導の下に開発しようとすることに他ならない。

このようなオープン系のシステムは参加病院数が拡大するにつれ、de facto standardとして大きな能力を有することになる。

是非、多くの会員病院が参加し、新しい経営手法の開発と獲得に協同して邁進されたい。

(編集部註) de facto standard: 公的機関によってオーソライズされた標準(規格)に対して、市場の実績によって事実上の標準とみなされるに至った規格(製品)のこと。

「DPC分析事業」アウトプット画面の1例



医療の質向上委員会からのご案内 病院経営改善講座(病院経営の質向上の方法)を開催します。

11月21日に東京都内で開催。12月には札幌で、その後は名古屋でも開催を予定しています。 共催/財団法人 日本科学技術連盟

病院経営の先行きが不透明で、意思決定が困難な時こそ、基本に立ち返って考えることが必要です。経営の基本は質の向上であり、質管理の手法が参考になります。質を向上させるには、質を基盤にした経営、総合的質経営(TQM)を導入することが近道です。TQMは、質管理という技術的な意味だけではなく、組織経営・運営の考え方として意義があると考えます。

このたび、実際に医療の質向上に取り組んでいる病院、一般産業界で品質管理手法を用いて経営を行なっている方を講師に招き、病院経営の質の向上・改善の参考に資することを目的として「病院経営改善講座」を企画しました。

「病院経営改善講座」は12月14日に札幌で、12月以降に名古屋でも開催を企画しています。



写真は日本品質管理学会と全日病が過去に共催した医療における質の管理・向上に関するシンポジウム

期 日●11月21日(水) 13:00~16:30
会 場●東京都新宿区 東医健会館2Fホール(JR総武線信濃町駅徒歩5分)
定 員●135名
参加費●会員7,000円 非会員12,000円 ※「医療における総合的質経営」(日科技連出版)込
*会員でない病院でも入会予定の手続きを取っていただければ会員価格で参加できます。

■プログラム(予定)	
【基調講演】 質向上活動の考え方とその実際	医療の質向上委員会委員長 飯田修平
【病院経営改善の取り組み】 医療の質奨励賞受賞の経験から	済生会横浜市南病院長 保坂洋夫
品質管理手法を用いた経営改善の方法	医療の質奨励賞審査員(産業界・品質管理界の方を予定しています)
パネルディスカッション・質疑応答	

申込先 所定の申込書を11月16日(金)までに下記宛ファックスでお送り下さい。
(申込書は全日病ホームページからダウンロードできます)
FAX: 06-6456-4105
(株)ジェイコム コンベンション事業本部(病院経営改善講座係) Tel.06-6348-1391
問合せ 全日本病院協会事務局(担当/吉田・徳田)
Tel. 03-3234-5165 Fax. 03-3237-9366/03-3234-5206