



全日病 NEWS 12/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.746 2010/12/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「外来医師配置標準の見直し緩和をすべし」

医療部会 四病協・日医が提起。複数委員から地域一般病棟の検討を求める声

医療法改正に向けて改革課題の模索を始めた社会保障審議会医療部会は、12月2日に「医療施設体系」をテーマに議論、とくに、医療系委員から活発な問題提起がなされた。

その中で、亜急性期病床の役割、外来医師数のあり方が論点として浮上した。



横倉義武日本医師会副会長は、医療施設体系を構成する各病院類型の機能を点検する必要に触れる中で、急性期と在宅の後方支援機能をもつ有床診とともに、「地域一般病棟すなわち中小病院のあり方を議論してほしい」と提案した。

厚労省の資料(2008年医療施設調査)によると、200床未満病院の病床が、一般病床(91万床)の約3分の1(31万床)、病院数では一般病院(6,115施設)の約7割(4,300施設)を占めている。

ここから、DPC対象・準備病院(490病院・5万4,000床=10年7月)を除く、約

3,800病院(25万6,000床)が地域の軽症急性期を支えている。

横倉委員の提案を受け、相澤孝夫委員(日病副会長)は、「一般病床は様々な機能をもった病院からなり、平均在院日数も異なる。1つに括るのは整合性に欠ける」と論じ、「全日病が言う地域一般病棟と急性期を区別していく必要がある。それについて、人員配置の違いも含めてデータにもとづいて議論していくべきである」とつないだ。

地域一般病棟は、全日病によって、高度急性期に対するポストアキュートとともに在宅等の急性増悪に対応したサブアキュートの機能を兼ね備えた病棟・病院として提唱されている新たな病院機能概念。地域一般病棟が、病院団体によって医療部会に検討課題として提起されたのは初めてのことで。

もっとも、地域一般病棟の提言は、最初は四病院団体協議会として行なわれている。その四病協は、日本医師会と連名で、同日の医療部会に「病院外来医師配置標準の見直し」を提起した。提案は横倉日医副会長が行なった。

外来医師配置数の見直し問題について足かけ4年にわたる意見交換を重ねてきた両者は、このほど見直しの必要

を正式に提起すべきということに完全に意見が一致、医療部会で提案することで合意していたためだ。

患者40人に1人の外来医師配置を標準としている医療法の規定は、その根拠も明らかでないまま、1948年制定から60年以上も変わることなく、今日に至っている。

2006年夏ごろ、四病協関係者の間に外来医師配置標準に対する強い疑問が起り、その見直しを求め、厚労省との衝衝が始められた。

しかし、日医の理解と賛成を得るのに時間がかかるうちに、この問題は棚上げされたまま、各種の医師確保策が進められた。

だが、外来医師配置の問題はそもそも根拠なき基準であることに加え、「もっぱら入院医療を主とすべし」とされる病院機能に相反する規制であることから、四病協は粘り強く日医の説得に努め、ようやく理解と賛同を得るにいたったもの。

医療部会に配布された四病協・日医連名のペーパーは、40対1という外来医師数の経緯と矛盾を記した上で、「入院医療に重点を置いた人員配置標準への見直し」として、「現算定式と新算定式との選択制」が好ましいとして、新たな算定式を考案すべしと提起。かつ、「医療法上の算定式見直しが診療報酬にリンクすることがない」よう訴えた上で、医療部会に議論を求めた。

この提起は、厚労省に措置案の検討を促すものでもある。

同日の医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は、今年6月に閣議決定された「地域主権戦略大綱」によって、地方自治体の裁量に委ねられている自治事務のうち、国が事務の実施方法等を一律に定めている規制の基準は都道府県条例に委任すると決められた中に、「病院等の人員配置、構造設備関係」とともに「基準病床数制度関係」があると報告した。

前者については、医師・歯科医師を除く病院従事者の配置基準と一定施設の基準は都道府県条例に委ねることになるが、主要な従事者の配置基準は国が「従うべき基準」を定め、それ以外の従事者について国は参照標準を示すにとどまるというように、地方の主権が拡大する。

後者については、医療計画上の基準病床数を算定する際の補正と老健施設入所定員数の2つの基準が都道府県条例に委任されるため、厚労省は条例制定のための国の基準類型を策定しなければならぬ、というもの。

この件について、西澤寛俊委員(全日病会長)は、老健施設定員見込み数を含む介護保険事業計画が医療計画の基準病床数と整合性が確保されることなく検討・策定されてきた現状を指摘し、関連部会を同時開催するなど、医政・老健両局間の緊密な連携を求めた。

診療報酬非課税と医療法人軽減税は11年度も存続

2011年度税制改正 消費税のあり方検討は継続課題。移行課税の特例措置は認められず

2011年度税制改正大綱策定を進める政府税制調査会は12月10日の全体会で最終案の取りまとめ作業に着手した。税制改正大綱は12月15日に閣議決定される見通しだが、衆参で与野党の力関係がねじれた中、臨時国会における法案可決率はきわめて低く、税制関連法の改正法案が通常国会で速やかに可決成立するかどうかは定かではない。(5面に関連資料)

税措置適用見込みは12万4,908件と推計され、適用額は09年実績で約1,100億円。軽減措置については、同適用見込みは2万4,402件(推計)、適用実績は7億8,500万円(09年)にとどまっている。

また、高度・先進医療提供用の医療機器および安全対策に用いられる医療機器にかかわる各特別償却制度(所得税・法人税)は、11年4月から2年間、適用期

限が延長されることが決まった。ただし、ともに償却率が引き下げられる上、対象範囲が狭められる。

厚労省は、2011年度税制改正の要望項目に、①医療法人出資持分相続税・贈与税の納税猶予等特例措置創設、②社会保険診療等にかかわる消費税のあり方の検討、③医療



法の改正に伴う税制上所要の措置、④介護保険制度改正に伴う税制上所要の措置を盛り込んだ。(5面へ続く)

12月10日の政府税制調査会全体会で、社会保険診療報酬に係る非課税措置(事業税)と医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置(事業税)の2つは「2010年度の議論を踏まえつつ、地域医療を確保するために必要な措置について、来年1年間真摯に議論し、結論を得る」とされ、2011年度の継続が決まった。

厚労省資料によると、11年度の非課

事業仕分けに疑問。中医協が「見解」表明へ

12月15日の中医協総会は、11月16日の事業仕分けで「医師確保、救急・周産期対策の補助金」が「見直し」とされたことを問題視する意見が相次ぎ、中医協として、「見解」を出すことを決めた。中医協としては極めて異例なことだ。

「医師確保、救急・周産期対策の補助

金等」に対して、事業仕分けは、①診療報酬改定で対応が可能、②実効性が定かではない、③(都道府県における執行率が低く)不用額を予算要求に反映させるべきであるなどを理由に、補助事業の廃止を求めた。

同日の中医協では、「診療報酬と補

助金は別な性格であり、診療報酬のみで解決できる問題ではない」「社会保障の重要施策を仕分け対象とするのは不見識」など、仕分けに対する疑問が、診療側だけでなく支払側、公益委員からも出た。

その結果、中医協の総意として、書面で仕分けに対する見解を表明することを決めたもの。見解の文案は遠藤中医協会長がつくり、次回総会に諮る。

清話抄

「ドライ・ラマに会う」

11月11日、縁あって広島で行われたドライ・ラマの講演会に出席しました。さらにご縁あって、「手漣頂」なるものを頂きました(握手みたいなものです)。人生を変える大イベント、言葉では言い表せません。

縁とは不思議なもので、広島にあるチベット寺院に数年前行った時、「リンポチェ(人間宝石という意味)」という高僧が半身麻痺になっているのを見て、「もう少しリハビリできるのでは?」とお話したところ、熊本の当院でリハビリをするというご縁を頂いたことがドライ・ラマにお会いする縁の始まりでした。

さて、ドライ・ラマの講演は素晴らしく、

「始まりも終わりもないこの世」の理(ことわり)をたった一時間でお話してくださいました。そして、この身体を持って生きることが根本的な苦であり、そこから脱するには長い時間をかけて魂・心・考え方を律する必要がある、というお話。いつくしみの心が何より大切だと説き、いつくしみの心があれば、人間は健康なのだ、米国の有名大学で証明されたというお話も。(彼は科学

がお好きです)
人の本質は、光り輝く美しいものなのだから、三毒(むさぼる、怒る、愚痴る)などから離れ、美しい自分を取り戻せばよいのだと説かれます。そのために六波羅蜜などの行いをするのですね。生きている私たちは皆菩薩。魂のアカをこすり落として、光り輝く自分を取り戻したいものです。(小)

主張

齢50年を超えた全日本病院学会 さらなる進化を期するためには改革が避けられない。 会員諸氏の知恵をお借りしたい。

全日本病院学会は、開催50回を超えた現在に至るまで、各県支部の持ち回りで運営されてきた。しかし、医療環境の変化、経済の低成長、学会に対する考え方の変化など、学会運営の成功を阻む要因は年毎に多様化し、それがネックになって、学会開催に手を挙げる支部が少なくなっている。

現在の学会は、費用削減と効率性を重んじて関連疾病学会が集まって

共同開催するという方法と、非効率ではあっても、各種専門学会を単独で開催するという方法とに二極化しているが、いずれも一長一短がある。

全日本病院学会のあり方については学術委員会でも長く議論されてきたが、確かな手ごたえのある結論は出せていない。

論点を整理すると、運営主体は本部でも支部でもそう変わらないが、東京都以外の都市となると解決しな

ければならない点がたくさんある。たとえば、①学会会場の確保、②運営費用の確保、③支部会員のコンセンサス、④学会開催時期(曜日等)、⑤アクセスと宿泊の確保、等の問題が浮かび上がってくる。

いずれも難題であるが、これらをどうクリアするかは開催支部の役割が大きい。そのことを無視しては運営が難しい。

全日本病院学会の演題は、看護

師・その他のコメディカルの出題数が圧倒的に多い。病院管理・救急災害・リハビリ・業務改善・地域連携・人材育成など、カテゴリーは25分類以上になる。

しかも、演題登録数は年毎に多くなっている。今後、演題をどのように振り分けるかという点も難題である。

歴史のある全日本病院学会の今後をどう切り開いていくか、会員諸氏の知恵をお借りしたい。(A)

国保は全年齢で18年度に都道府県単位で財政運営

高齢者医療制度改革 公費投入議論先送り、将来的には負担増。医療費適正化継続を盛り込む

12月8日に開かれた「高齢者医療制度改革会議」に、厚生労働省は、新制度施行(2013年予定)から5年経過した18年に国民健康保険の財政を全年齢で都道府県単位にするとともに、「運営主体は都道府県が担うことが適当」とした高齢者医療制度改革の最終案を示した。

最終案は「負担増を伴わない解決策

はない」と明記、70～74歳の自己負担が5年かけて2割に上がるほか、保険料の上限枠が引き上げられるなど、中長期的には負担増が避けられない改革案となった。また、医療費適正化の継続を盛り込んだ。

議論において、宮武委員(目白大学大学院教授)は新たな枠組みで提供される

医療について議論する場を設ける必要を指摘。近藤委員(日本福祉大学教授)も、医療の質の検証や必要な医療の抑制が生じていないかのチェックが必要と提起、モニタリングの導入を明文化するよう求めた。

消費税議論封印の影響で公費投入議論が先送りされたことへの委員の不満

が強いため、財源問題に対する国の責任に言及した修正を追加し、次回、12月20日にとりまとめとなる見通しだ。

改正法案は来年の通常国会に提出されるが、民主党厚生労働部門会議の高齢者医療制度改革WTは同検討会の取りまとめ内容を認められないとしている。

高齢者医療制度改革会議「高齢者のための新たな医療制度等について(最終とりまとめ)」案 12月8日

Ⅲ. 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み、加入関係

○後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。

○加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入する。

2. 国保の運営のあり方

(2) 都道府県単位の財政運営

○新たな制度では、まず第1段階で、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。

○現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なる75歳未満については、第2段階において、期限を定めて全国一律に全年齢での都道府県単位化を図る。

(3) 都道府県単位の運営主体のあり方

○都道府県単位の運営主体については、広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。

(4) 第1段階における運営の仕組み

イ 財政リスクの軽減

○現行の後期高齢者医療制度同様、次の財政安定化のための方策を講じる。

- ①財政安定化基金、②2年を1期とした財政運営、③都道府県間の財政力格差の調整(調整交付金)、④保険基金安定制度、⑤高額医療費の公費負担等、⑥保険料の特別徴収

(5) 全年齢での都道府県単位化(第2段階)に向けて

○第2段階に向けては、①保険料の設定、②財政調整のあり方、③事務体制のあり方等について結論を得る必要があるが、第1段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要。

○第2段階への移行の目標時期は、第1段階の施行から5年後(平成30年度)を目標とすることとし、法律上これを明記する。

3. 費用負担

(2) 公費

○新たな制度への移行時に、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。

○医療費財源をどのように確保していくかについては、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みを設けるものとし、これを法律に明記する。

(3) 高齢者の保険料

○国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じとし、その水準は、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の1割相当を保険料で賄う。

○高齢者の増加と現役世代の減少に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとし、現行制度は新たな制度の施行に先立って見直す。

○第1段階では75歳以上を、第2段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とするため、一定期間75歳以上と75歳未満で保険料水準や伸び率が異なる国保については、第1段階の間、財政安定化基金を活用して75歳以

上の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設ける。

○保険料の上限は国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げる。

○被用者保険に加入する高齢者の保険料については、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

(4) 現役世代の保険料による支援

○新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法をすべて総報酬割とする。

(5) 患者負担

○0歳から74歳までの患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

○新たな制度でも都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みを設ける。

○特定健診・特定保健指導については実施率向上に向けた取組を進める。

○健康診査・保健指導についても75歳未満と同様に各保険者の義務として行う。

○各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であり、支援金加減算の仕組みを新制度にも設けた上で関係者間で検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

5. その他の重要事項

○診療報酬請求の仕組み上、新たな制度の施行日を3月1日施行とする。

ライフイノベーションWG

総合家庭医の制度確立や外国人人材の活用も視野

行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会は10月から議論展開のテンポを速めている。11月24日のライフイノベーションWGは、それまでの議論を「制度改革の方向性」として整理するとともに検討項目の整理を開始した。12月7日には「高齢者医療制度と介護保険制度の一元化等を視野」と新たな視点を加えるとともに、検討項目の精査を重ねた。

■「制度改革の方向性に関する整理」から(要旨)

I. 社会保障改革の必要性・全分野横断的な方向性

・社会保障制度を財源面も含めて抜本的に見直す時期に来ている。

・高齢者医療制度と介護保険制度の一元化等も視野に入れ、医療と介護を一体的に議論する必要がある。

II. 医療分野における制度改革の方向性(改革の方向性)

○医療資源を適正に配置し、有効に活用することが必要。

・高度急性期医療等の集約化を進めると同時に、地域の医療資源の機能分化を進めることで、一般病床の在院日数をさらに短期化するとともに、急性期から亜急性期、回復期、在宅に至るまで、地域ごとにシームレスな連携体制を構築していくことが必要。

・専門医とその一類型としての総合家庭医を制度として確立し、総合家庭医が地域で一次的な診療と高度医療への

振り分けを行なうことで、より効果的な医療提供体制を構築していくことが必要。

・人材の不足と偏在を解消するため、研究分野も含めて今後必要となる医療人材を推計し、養成数の一定の増加を図る。中長期的には外国人人材の活用等も検討することが必要。

・国民皆保険制度は堅持しなければな

「検討項目候補」から(抜粋)

地域主権の医療への転換
病床規制の見直し
医療法人におけるガバナンスの柔軟化に向けた規制の見直し
医療法人の私的整理容易化に向けた規制の見直し
医師不足解消のための教育規制改革(特色ある新設医学部の設立)
医療行為の無過失補償制度の導入

らないが、超高齢社会を迎えるにあたり、予防も含めて真に国民に必要な医療を整理し、公的保険の適用範囲を再定義することが必要。

・診療報酬と費用負担は国民視点での納得感、整合性、わかりやすさといった観点で見直すとともに、医療提供者側の努力が報われる体系にすることが必要。

医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し
DPC制度の改善
施設・入所系サービスの再編
居宅サービス事業所における統合サービスの運営
特別養護老人ホームの医療体制の改善
ショートステイに係る基準の見直し
介護総量規制の緩和

高額療養費は外来も現物支給化

医療保険部会 療養病床再編で、厚労省は同時改定議論を見守る姿勢か

12月2日に開かれた社会保障審議会医療保険部会が高額療養費の支給手続きについて検討した結果、国会等から求められていた改善課題のうち、入院の場合と同様、外来診療時の窓口支払いで立て替えがいらなくなるよう現物給付化を図りたいとする事務局(厚労省保険局総務課)提案を了承。

70歳未満低所得者の自己負担限度額引き下げと高額長期疾病の対象疾患の各見直しは、今回は見送ることを了解した。

詳細は予算編成の中で厚生労働政務3役と調整されるが、事務局は、「2011年度中に順次開始し、2012年度に全保険者での実施を目指したい」と、その実施展望を明らかにした。

糠谷真平部会長(国民生活センター顧問)は、自己負担限度額や高額長期疾病対象疾患の見直しについては今後も検討課題とする意向を示した。

来年度以降の出産育児一時金制度については、現在の支給額42万円を維持するとともに直接支払制度を継続する方針を確認する一方、併用される受取代理制度に関しては、対象施設を、前回提示した「年間の平均分娩件数が200件以下の診療所、助産所」から「収入に占める正常分娩費用の割合が50%以上

か、年間の平均分娩件数が100件以下の診療所、助産所に限定する」と修正、資金繰りに苦しむ施設へ配慮する案が示されたため、事務局提案通りで了承された。

受取代理制度を希望する分娩施設は厚労省に届け出る必要があるが、直接支払制度との併用も可能となる。

今回の合意によって、1年半続いた出産育児一時金制度の見直し議論はようやく決着したが、委員からは、前回(11月15日)の部会で議論となった産科補償制度の諸問題(掛金3万円の是非と補償原資・保険会社剰余金の過剰等)に関して、早期に見直し議論の開始を求める意見が出た。

事務局は、療養病床再編の現状について、意見をとりまとめた介護保険部会で「介護療養病床の廃止については一定期間の猶予が必要である」とされたことを報告した。

これをめぐって、介護療養病床の廃止には慎重であるべきとする医療系委員と、「将来の医療費の伸びも考え、今後も(廃止時期について)議論すべきである」とする保険者側の間で意見の対立が生じた。

「今後どうするかを厚労省の考えを教えてください」とたずねられた厚労省

は、城医療費適正化対策推進室長が、「療養病床再編を推進するという改革理念は大きく変わるものではなく、平均在院日数の短縮化は今後も進めていきたい」と基本方針を堅持する考えを示す一方、「医療・介護の同時改定に向けて、必要な医療・介護とはどういうものであるかということの議論が関係各所で進められていると認識している」とも語り、当面、同時改定に向け

た議論の推移を見守る意向を明らかにした。

部会の最後に、武田総務課長は、行政刷新会議「事業仕分け」において「入院時の食費・居住費の見直しと市販薬に類似した医療用医薬品の見直しについて、2011年度概算要求への反映が不十分であるとの指摘を受けている」ことを明らかにし、今後、議論の俎上に上る可能性を示唆した。

「社会保障改革の基本方針」を閣議決定

政府は12月14日の閣議で、財源確保(税制改革)と一体に社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革を進めるとし、来年半ばまでに具体案を明らかにすると明記した「社会保障改革の基本方針」を決定した。

事実上、消費税引き上げとセットで社会保障改革を実現するという決意を表明したものだ。

基本方針は、与野党議員を含む常設会議体「社会保障諮問会議」(仮称)の設置を提案した「社会保障改革に関する有識者検討会報告」をあげ、そこに「改革の基本的方向が

示されている」としている。

「有識者検討会報告」には、①病院・病床の機能分化の徹底と集約化(急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等)、②都道府県ごとに関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする、③医療・介護・福祉の継続的・包括的な連携によって地域包括ケアを実現する、ことが謳われている。

閣議後の記者会見で、細川厚生労働大臣は、「来年半ばまでの総合的な社会保障改革につなげていきたい」と語った。

介護現場でのたん吸引・経管栄養実施を法的に整備

介護職員等によるたんの吸引等の実施 中間報告まとまる。2012年度施行目指し、引き続き法制定等を議論

厚生労働省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」は12月13日、たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)と経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)について、医師等の協力や研修等を前提とした上で、介護職員も実施できるよう法整備を求め中間報告を了承した。

検討会は来年2月以降も開催を予定、法整備に伴う諸問題を検討し、年度内に最終報告をまとめる予定だ。

事務局(厚労省老健局振興課)は2012年度施行を目指しており、検討会

での議論の結果、新法制定が必要となれば通常国会に法案提出を行なうとともに、介護保険法、社会福祉士及び介護福祉士法、障害者自立支援法等の改正も行なう考えだ。

たんの吸引・経管栄養は医行為に該当するため、「実質的違法性阻却論」という解釈に立って、厚労省は、一定条件下でヘルパー等による実施を容認してきた。

しかし、増加をたどる在宅患者等に対する支援体制を充実化するためには、介護現場のスタッフ全体にこれら医行為の実施を容認する必要があると

して、半年にわたる議論と試行事業を踏まえ、今回のとりまとめとなった。

法改正等が実現すると、介護職員のほか、保育所の保育士や特別支援学校などの教職員も研修を修めることによって、一定条件の下でたんの吸引等が実施できる。

とくに、介護福祉士については、それらの行為を業務として法的に位置づけ、養成カリキュラムに当該履修項目を追加するとともに、既資格者は追加研修を修了することで実施できるようにする方針だ。

これまで容認されてきたヘルパー等

も所定の研修を受ける必要が生じるが、現場に影響が出ないように、一定の経過措置を適用することになる。

介護職員らがたん吸引等を実施できる場所として、中間報告は、介護関係施設(特養、老健、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護ほか)、障害者支援施設、在宅(訪問介護、重度訪問介護ほか)、特別支援学校をあげている。

それらのうち、基準を満たした施設等を都道府県が登録することになるが、検討会で一部委員が求めた医療機関は対象から除外された。

審査の判断基準統一化の工程を具体化。統合は継続検討

審査支払機関の在り方検討会 早期支払い11年度実施を明記。保険者の審査委託先選択を自由化

12月10日の「審査支払機関の在り方に関する検討会」は支払基金国保連がそれぞれに取り組む審査・支払業務の効率化などの課題と、その具体的な実施時期を盛り込んだ「中間整理」をまとめた。

「中間整理」は、審査支払機関の目指すべき姿として、①審査の判断基準の統一化、②審査の標準化、③レセプトの電子化に対応した制度・システム(審査におけるITの活用、レセプトデータの活用)、④審査機能の強化、⑤効率的な制度・システム(手数料・コストの引下げ、支払いの早期化等)の5点をあげ、(1)審査の質の向上、(2)審査・支払業務の効率化、(3)統合、競争促進の観点からの組織のあり方の3領域における取り組み課題を、期限を付して明らかにしている。

支払基金と国保連の統合問題は棚上げされたが、同検討会は引き続き存続し、統合問題を含め、「中間整理」で

明らかにされた課題の実施状況点検等を行なう方針だ。

「中間整理」を受け、厚労省は、保険者が支払基金と国保連のいずれにもレセプト審査が委託できることを年内にも通知で明確にするとしている。

「中間整理」の概要は以下の通り。

(1) 審査の質の向上

・支払基金と国保連で審査の判断基準統一化のための定期的な連絡協議会(全国レベル、都道府県単位レベル)の開催(2010年度～)。基金、国保中央会、厚生労働省による連絡協議会の設置(11年度～)、基金、国保連、地方厚生局との連絡協議会の設置(10年度～)

・支払基金における支部間の専門医による審査照会のネットワークの構築、本部に専門分野別ワーキンググループの編成(10年6月)

・支払基金・国保連に対する疑義解釈(回答)の迅速化(～11年度目途に実施)。

・審査の透明化や請求誤りを予防するため、審査の判断基準や審査データの公表の推進(～11年度目途に実施)。

・支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す(12年度以降～)。

・電子レセプトの突合審査、縦覧審査等の実施(支払基金：11年3月診療分、国保連：11年4月診療分～)

・審査データの公開、活用
<支払基金>医療費の分析評価の実施(10年8月公表済)

<国保連>連合会保有データ(レセプト、特定健診、介護保険給付情報等)により都道府県・市町村による医療費適正化等を支援する国保データベース構築を推進(11年度～)

・特別審査の対象レセプトの範囲の拡大。専門診療科に属するレセプトについて集約化して審査(12年度以降～)。

(2) 審査・支払業務の効率化

・47国保連の審査支払の共通基盤システムの構築(11年5月)

・システムの共同開発・共同利用の一層の推進、支払いの早期化(11年度)
(3) 統合、競争促進の観点からの組織のあり方

・組織のあり方について統合と競争の観点から引き続き検討。

・保険者が支払基金と国保連の相互に審査の委託が可能な環境整備(10年内目途に通知発出)

・医科・歯科レセプトの直接審査の紛争処理ルールを整備(10年度中通知改正)

・支払基金と国保連の特別審査委員会の合同審査を目指す(12年度以降～)。

・保険者の直接審査の推進

調剤レセプトの直接審査の推進-対象薬局の追加手続きの簡素化(10年10月通知改正)

医科・歯科レセプトについて、調剤レセプトと同様に紛争処理の仕組みを整備(10年度中通知改正)

特定医行為の範囲検討に踏み込む局面

チーム医療推進のための看護業務検討WG **なお大きい委員間の意見相違。厚労省は年度内まとめにこだわらず**

12月6日の「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、事務局(厚労省医政局看護課)が提示した資料をめぐり、特定看護師が担うとされる特定医行為を絞り込む議論に踏み込むべきとする委員と慎重に議論すべきという委員との間で、激しい意見の応酬が繰り返された。

その中で、有賀座長(昭和大学医学部教授)は、厚労省が実施した実態調査にリストアップされた医行為を、(1)修士課程による教育が必要なもの、(2)院内等における研修が必要なもの、(3)現行どおりで可とされるものにと振り分けるべきであると提起、少なからぬ委員から支持を得た。

その際、有賀座長は、振り分けは、(超)急性期、慢性期(在宅)というように医療提供の段階別に検討されるべきであるという認識を表明した。

これに対して、慎重な議論を求める

委員からは、①認定・専門看護師の実績と役割を総括し、それと特定看護師との関係を明らかにする必要がある、②急性期と在宅など、医療提供の環境によって看護師が担う診療補助行為の意味合いが異なる点を無視した“定型化”は避けるべきである、③PAと近似しているなど特定看護師の性格が曖昧である、④医師のニーズではなく現場看護師のニーズにもとづいて議論されるべきであるなどの懸念を表明、前提的議論のさらなる深化を求めた。

同日の議論は、厚労省が認めた「特定看護師養成調査試行事業」を実施する5つの大学院修士課程ほかのヒアリング結果をまとめた事務局資料によって触発された。資料には、特定看護師養成を試みる各コ

ースの対象領域と習得を目指す医行為とカリキュラム等が整理され、その教育内容に関する議論に向けた論点が整理されている。

同日の議論を経て、看護業務検討WGは、修士課程ほかのカリキュラム等の検討に入るために、特定看護師が担うとされる特定医行為を絞り込む議論に踏み込む方向へ向かうものとみられる。

ただし、議論を先に進めるべきとする委員の間でも、PAに近いイメージで特定看護師を考えている向きもあれば、特定医行為の範囲を限定的に捉え、むしろ、グレーゾーンの診療補助行為の

中から一般看護師が担うべき行為を拡大、かつ、そのための研修方法の検討を優先すべきであると考ええる向きもあるなど、一様ではない。

事務局は、当初、特定医行為の範囲、特定看護師の要件、養成課程の認定基準等を12月中にとりまとめることを見込んでいたが、タッチロールにも似た模索議論が続く中、報告のとりまとめは必ずしも年度内にこだわらないという見解を示した。

したがって、懸念されていた拙速な結論は回避される可能性が出てきたが、看護現場では「特定看護師はPAに近似している」という疑問が広がっており、看護師一般の業務範囲拡大とは別なシナリオとなりかねないことへの懸念が台頭している。

そうした現場の不安にどこまで応えられるか。1つの節目となる、12月6日の議論(要旨)を報告する。



チーム医療看護業務検討WGの議論(要旨) 12月6日

A 事務局資料は、ヒアリングを踏まえた議論がなされ、それをとりまとめたという。しかし、私はそのような認識をもっていない。そもそも、特定看護師にたどりつくかどうか分からないということでWGの議論は始まっている。これは、議論のまとめというよりも、大学院側の主張とりまとめとでもすべきではないか。

座長 ヒアリング内容を横串にしてテーマ別に整理、これから議論しようということではないか。

B 私は特定看護師が必要だろうということで議論に参加した。そこで(議論を)前に進めたい。特定看護師をつくるというニーズはある。特定医行為ができるようにするには、しっかりした教育が必要だ。大学院では、外科診断、内科診断、薬理など、もう少ししっかりした医学教育をほどこしてほしい。今さら看護教育を受けさせても仕方がない。

C 特定看護師の定義がないまま試行事業に入った。(事務局がまとめた)資料は、特定看護師とはなにかという問いかけに対する大学院の回答、つまり、特定医行為とはこんなものではないかという1つの回答であり、これが正しいかどうかは別である。今、我々に必要なことは1つ1つの医行為について、このためにどういう教育をしたらよいのかを吟味していくことではないか。(厚労省調査を実施した)前原班の結果を1つ1つ検証していく中で、この資料を参照していくことではないか。

座長 医行為にはABCのランクがある。(修士課程の対象となる)Aについては、この資料に立ち戻っていく必要がある。(院内研修で可能となる)Bについても1つ1つ確認・吟味する。(日常的に実施されている)Cの行為はこの程度でよい、といった議論が既になされつつある。

超急性期、急性期、亜急性期、在宅などの場面でチーム医療のあり方も変わる。私のいうABCランクの考えと時間の流れをミックスすると議論の方向がみえてくる。私自身は、自分で感じているチーム医療の景色がヒアリングの中に見えるという印象をもった。

D (修士課程の特定看護師養成内容が)訪問看護や在宅の現場など、支援が乏しい中でやっていけるのかを判断要素として取り上げるべきではないか。

E これは看護師の業務をどう拡大していくかという議論だ。看護師を白、医師を黒とすると、その間のグレーをどうするかが問われている。黒の側からグレーになっていく今の議論ではなく、白の側からグレーになっていく、看護師の側からの議論をしていく必要がある。

B 看護師と医師の中間に立つ人をつくり出していないと今の医療は立ち行かなくなる。

座長 例えば、がんのケアで患者から色々な質問が出る。それを1つ1つ医師に聞いていられないときに看護師が代わりに答えていくと、そういうイメージではないか。

F 私どもも看護師が医行為をしたい、業務拡大したいということでこの議論が生じたわけではない。現

場では超急性期の医療が高齢者に提供され、医行為の増強となっているが、厚労省調査で驚くべき結果が出た。つまり、今まで、してはいけないと言ってきたことが、率は低いものさされていたのだ。では、将来、それを誰がやっていくのか。あらゆる医療従事者がそれを担っていかざるを得ない。そうなると、そのための質の担保をどうしていくかを話し合わざるを得ない。

G ヒアリングにおいて、2年あれば、がん、老年、小児、急性期・慢性期や感染対策(で養成が可能)というキーワードが出た。これを吸い上げたカリキュラムを考えていくことが妥当な方向かと思う。

A 一般看護師とは別次元の教育を受けた認定看護師がいる。しかし、それと異なる次元や領域が特定看護師として提起されている。そういう現実を踏まえた議論をし、その上で研修や院内教育、グレーの整理をしていかないと、新しい制度は過疎や訪問看護の現場など、地域に広がっていかない。

B 各領域で医行為の内容は違う。訪問看護、老年などすべての領域で一時に向上できればよいが、そうはいかない。全体のレベルアップを待っていたら、超急性期などでは対応しきれない。

A すべての面で一体にレベルアップしてからということではない。ただ、専門・認定看護師がどういう役割を果たしているかという整理は必要。その上で、その人達にも手を出せない医行為があった。では、それを皆ができるようにするためにはどうしたらよいのか。そのために改正が必要ならするという議論をしていけばよい。

H 今夏、37ある看護関係学会で特定看護師について議論され、特定医行為がどう実施され、どんな包括指示がなされているかなどの調査を実施、今、そのとりまとめをしている。その中で、今まではできなかったが、関係職種の協力が得られれば実施できるという意見が出ている。逆に、今、特定化されると現場でしてきた行為ができなくなるという懸念も出ている。

座長 その結果は発表してほしい。

C 例えば、動脈ラインからの採血についてはほとんどがOKだと思う。そのために大学院に行くほどのことはない。しかし、直接動脈穿刺による採血になると賛否が分かれる。ではどうしたらよいのか、院内教育が必要という意見も出るかもしれない。

E その方法は一見分かりやすいが、我々(看護師)からみると怖い。例えば、挿管そして再挿管という時に、それができる看護師を呼んでくるということになると、医師のとくとく変わらない。

C だから医行為ごとに振り分けていくことが必要となる。そして、最後に残った行為をどうするか、そこで初めて大学院教育が必要か(という議論になる)。怖いのは、来年3月(の締め切り)が近づいたときにパッパッと決められることだ。

E こういうことは、例え何年かけてでも(慎重に)議論されるべきだ。元々、この話は看護師が望んだことではない。

B このままでは船が陸に上がってしまう。問題は、今の診療補助行為の概念で医療が立ち行けるかということだ。

E それをなぜ看護師に押し付けるのか。グレーの行為はPAにまかせるという案だってあり得る。もっと現場の看護師の意見を聞いてほしい。

B 私は看護師だけにやってほしいとは考えていない。薬剤師も栄養士もリハほかの各職も色々やってもらう必要がある。例えば特定診療士という資格でもよい。ただ、ここでは特定看護師を扱っているからだ。

I ヒアリングでよく分からなかった、(現実に医行為を実践している)訪問看護師と特定看護師の違いとか、この行為は一般の看護師でも可能ではないかとか、横断的な議論をお願いしたい。

B 資料に、救急では「初期研修レベルの教育がほしい」とある。それはやはり、修士課程だろう。その内容も医学教育の全般が必要となる。

座長 それは、初期研修の医師が数ヶ月ICUを学んだとして、そのレベルの診療補助ができる人がほしいということであって、臨床研修2年のトータルな力がほしいということではない。診療補助の危ういレベルの行為は別に資格を与えるという議論になっていかざるを得ない。

B 試行事業では診療補助として特定医行為が許されている。それなら法改正はいらない。しかし、私はAができる人をつくっていく必要があると思う。そのための教育をどうしていくかというハードルを高くした議論を求めたい。

E 今議論されるべきは看護師の業務拡大で、新しい資格や職種ではない。それをするなら、看護師の役割拡大ではなく、別な議論としてやってほしい。そうした新たな職種の必要そのものは私も認めるが。

座長 この点、どちらが正しいのか。

看護課長 報告書では「新たな枠組み」を設けるとしている。

座長 つまり、新たな職種をつくることではないと。

B 「枠組み」ですよ。医師と看護師の中間職種が必要と認めるのなら、それに一番近い存在は看護師だ。
座長 そういう看護師に新たな枠組みでAランクの行為をしてもらうということだ。急性期と慢性期に分けて、1つ1つの行為をABCに分けて行くのはどうだろうか。

D 在宅医としては、診療行為だけでみるというのはなじまない。診療の標準化すらされていない。特養や老健のように医師がいない中で看護師が求めている行為と、急性期のように標準化が可能な中で医行為とイメージが一致しているといえるかどうか。
座長 それぞれの医行為について急性期ではAだとか、まったく分からないとDだとか、AかCかが不明ならBにすればよい。委員でリストを分けて割り振ってもらったらい。

G 在宅を含む慢性期と急性期ではやはり違う。これは分けて議論すべきだ。

座長 皆が風景を共有して各行為を振り分ければ、今日の資料に示された論点のラスト、(特定看護師養成

(5面下段へ続く)

重要職種の病棟配置(基準)を求める声も

チーム医療推進方策検討WG チーム医療の事例報告。年度内策定のGLは事例集の趣き



チーム医療を推進するためにガイドラインの検討作業を担う「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」は12月9日、前回に引き続いてヒアリングを実施、6人の委員がチーム医療の事例報告等を行なった。

冒頭、事務局(厚労省医政局看護課)は、2011年度にチーム医療実証事業の予算措置をとっていることを明らかにし、「その際、チーム医療のガイドラインが必要になる。年度内におまとめいただきたい」と述べ、あらためて年度内のGL策定を同WGに求めた。

そのため、同WGは、成功事例を数多く俎上にのぼらせるために、ヒアリングに時間をかける方針であることを事務局は明らかにした。

山口座長(虎の門病院院長)も、「具体的事例としてのGLをいかに作成できるかが、このWGの見せどころになる」という認識を示し、GLは事実上、事例集となることを認めた。

事例集とならざるを得ないのは、チーム医療に関する定説や定型がないことだけでなく、チーム医療が、病院・病棟機能、患者特性、さらには医療技術の進化や人員配置の状況等によって、多種多様な工夫と形態を余儀なくされる中で実践されるためだ。

同日のWGでも、歯科医・歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、臨床心理職と多職種からみたチーム医療のあり方と実践事例が語られた。

また、職種が異なる16団体が結成された「チーム医療推進協議会」を代表する委員も登場し、医師、看護師も含めた医療関係職をすべて「メディカルスタッフ」と呼ぶことを提案、平等対等な立場から役割分担を考えることの

重要性を訴えた。

ヒアリングの中で、薬剤師と管理栄養士の委員は、それぞれの専門資格者を病棟に配置することがアウトカム向上につながることを、また、それを促すために診療報酬上の評価が欠かせないことを提起した。

中には、病棟への配置基準を設定する必要を提案した委員もいた(歯科医・

歯科衛生士)。

また、リハ専門職の委員は「医療現場におけるチーム医療や医療各職の実態を詳しく調査してほしい。そのためには、このWGは来年度以降も継続してほしい」と訴えた。

チーム医療推進協議会の委員も、が

んや糖尿病など4疾病にかかわるチーム医療の実態調査を提起するとともに、職種間の対応が法律上不明確な行為について明確にするべきであると提起した。

(1面から続く)

このうち、①について、厚労省は今年6月に四病協と日医が実施した医療法人実態調査の速報値を踏まえ、要望項目の票に「本措置により、持分のある医療法人のうち約300法人が持分のない医療法人への移行を検討し、当該300法人のうち、持分のない医療法人への移行期間中に投資者の死亡による相続が発生すると推定される年間11法人が本要望措置の適用対象法人見込数。なお、適用対象法人は死亡率から勘案し11法人であるが、本要望措置の導入により、持分のある医療法人のうち年間100法人程度が持分のない医療法人への移行が見込まれ、持分のある医療法人から持分のない医療法人への移行が促進される」と記すなど強くアプローチしたが、査定は「認められない」であった。

②消費税損税の解消につながる見直しについては、1次査定で「認められない」から、2次査定では「2012年度以降の検討課題とする」と、

消費税引き上げに向けた検討課題に組み入れられた。

③の医療法改正および④の介護保険法改正にかかわる税制改正の要望は、いずれも改正法の大綱がみえないこと

もあって「門前払い」の格好となった。その中で、介護保険法改正に関連した税制改正対象の1つに、厚労省は「特養の設置運営主体の緩和に伴う税制上の所要の措置」を提示している。

□2011年度税制改正要望事項(厚労省)の査定結果(医療関連を抜粋)

	改正要望項目	2次査定(1次査定)	備考
国税	5 医療継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の創設(相続税・贈与税)	D (D)	
	6 社会保険診療等に係る消費税のあり方の検討	G (D)	
	7 高額な医療機器に係る特別償却制度の適用期限の延長(所得税・法人税)	A (B)	償却率の引き下げ及び対象設備の見直しを行なった上で2年間延長
	8 医療安全に資する医療機器等の導入に係る特別償却制度の適用期限の延長(所得税・法人税)	A (B)	償却率の引き下げ及び対象設備の見直しを行なった上で2年間延長
	9 2000年医療法改正による改正後基準に適合した病院等への建替に係る特別償却制度の適用期限の延長(所得税・法人税)	F (D)	
	10 療養病床の転換に係る特別償却制度の適用期限の延長(法人税)	F (D)	
	11 新型インフルエンザ対策に係る医療提供体制整備促進税制(簡易陰圧装置の特別償却)の延長(所得税・法人税)	F (D)	
	12 医療法の改正に伴う税制上の所要の措置(所得税・法人税・その他)	F (F)	
	16 介護保険制度改正に伴う税制上の所要の措置(所得税・法人税・消費税・その他)	印紙税はA その他はF (E)	
	地方税	8 介護保険制度改正に伴う税制上の所要の措置(個人住民税、法人住民税、事業税、その他)	F (E)
10 独立行政法人の見直しに伴う税制上の所要の措置(住民税・法人住民税・事業税・不動産取得税・その他)		A (E)	国税と同様の取扱いとする(国立病院機構)
11 医療法の改正に伴う税制上の所要の措置(法人住民税・事業税・固定資産税・事業所税・その他)		F (F)	
16 社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続(事業税)		G (G)	
	17 医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置の存続(事業税)	G (B)	

注)記号の見方 A/認める、B/要望内容の見直しが適切に出来れば認められる、C/要望内容の抜本的見直しができなければ認められない、D/認められない、E/要望内容や要望の前提となる制度等が未確定である、F/要望府省が要望を取り下げた又は措置しないことで折衝を了した、G/2012年度以降の検討課題とする、P/判断を保留する(関係折衝等に委ねる)

(4面下段から続く)

の)カリキュラムと評価のあり方までいける。

C このWGは12月で終わりなのではないか。

事務局 それはない。3月で終わりとも考えていない。

2~3年かけてというのは困るが。

■ 新たな枠組みというが、看護師だけの問題として、

このWGのみで議論するのはいかがか。

座長 この議論は親検討会に上げる。上は上で2つのWGを統合するだろう。

【特定看護師 養成調査試行事業のヒアリング内容(抜粋・要旨)】

1. 特定看護師に期待される役割

□東京医療保健大学大学院

救急外来、ICU・CCU等における集中ケア、一般病棟ハイリスク患者に対する医療

□大阪府立大学大学院

がん看護領域における水準の高い看護ケア

□大分県立看護科学大学大学院

老年領域における水準の高い看護ケア(在宅療養、老健施設・特別養護老人ホーム等における医療処置、慢性疾患外来)

□兵庫県立大学大学院

小児医療(がんをもつ小児、外科手術を受ける小児、在宅の慢性疾患小児への症状コントロールに向けた生活指導と薬剤投与)、小児救急外来におけるトリアージ、総合病院における子どもの痛みコントロールを含めた統合的アセスメント等

□日本看護協会 看護研修学校

皮膚・排泄ケア、救急

3. 到達目標

□東京医療保健大学大学院

到達目標は、(教えたことに関しては)医師の初期臨床研修修了程度、医師の2年目から3年目に移行するくらいのイメージで設定。

4. 修得を目指す医行為

□東京医療保健大学大学院

(1)救急患者等のトリアージに必要な検査の施行・評価

(2)救急患者及び術前、術後患者等に対する創傷関係の医療処置

・直視できる皮膚に対する皮膚表層への処置に限定した切開・排膿

・直視できる皮膚に対する皮膚表層への処置に限定した皮膚縫合法

・外傷や術後の創傷処置

・縫合状態が良好な単純創に限定した抜糸

・ドレーン抜管時期の判断と抜管

・褥瘡の壊死組織の判断とデブリードマン

(3)救急患者のショックの判断・評価と初期治療

・ショックの原因の判断と状態に応じた薬剤の選択

・出血性ショックに対する圧迫止血

(4)一般病棟での患者の急変時、またはハイリスク状況における医療処置

・動脈血ガス分析の採血と結果解釈による酸素投与量の決定

・気管挿管の必要性の判断と気管チューブの選択および挿管

(5)高度な検査・処置が必要な患者に対する医療処置

・IVR時の造影剤の投与

・カテーテル挿入時の介助

・検査中・検査後の患者の状態アセスメントと応急処置

・超音波ガイド下の穿刺に限定した中心静脈ラインの確保

・胸腔・腹腔穿刺における穿刺針の

抜去

□大阪府立大学大学院

・化学療法有害事象管理と処置

・放射線治療有害事象管理と処置

・症状アセスメントおよび緩和治療薬の選択と投与

・行動療法

・精神療法等

□大分県立看護科学大学大学院

①在宅患者等に対して

疼痛緩和のための薬剤の選択・使用、じよく瘡の処置、カテーテルの交換、人工呼吸器の管理、在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認

②在宅、老健施設等の急性症状を持つ患者に対して

・発熱、疼痛、便秘、下痢、嘔吐等の症状を持つ患者の包括的アセスメントに必要な臨床検査の施行・評価

・発熱、疼痛、便秘、下痢等の症状を持つ患者の対症療法のための薬剤の選択・使用

・頭部を除く打撲・捻挫を訴える患者の包括的アセスメントに必要な検査の施行・評価

③慢性疾患患者に対して

・慢性疾患患者の包括的な健康アセスメントのために必要な臨床検査の施行・評価

・高血圧症、糖尿病、COPD等の慢性疾患患者に対する必要な薬剤の選択・使用

④老健施設等における感染拡大防止(予防接種と簡易キットを用いた検査)

□日本看護協会 看護研修学校

[皮膚・排泄ケア]

①慢性創傷をもつ患者のアセスメントに必要な血液検査、生化学検査、細菌検査、血流評価検査、超音波検査等の決定と評価、②皮膚の局所麻酔の決定と実施、③慢性創傷のデブリードマン、④慢性創傷の治療に必要な外用薬、創傷被覆材の選択、⑤皮下組織までの皮下膿瘍の切開・排膿、⑥慢性創傷の陰圧閉鎖療法の実施、⑦デブリードマン時の電気凝固メスの凝固モードを利用しての止血、⑧非感染創の皮膚表層の縫合および抜糸

[救急]

(1)救急患者の診断に必要な下記緊急検査の実施の決定と評価 略

(2)入院適応のない下記救急患者に対する薬剤選択と使用決定、患者・家族への説明と急病管理に関する指導

①感冒・上気道炎等の患者に対する解熱・鎮痛・抗炎症薬(経口)

②急性下痢・急性胃腸炎の患者に対する解熱・鎮痛・抗炎症薬(経口)

③機能性便秘の患者に対する下剤(経口または坐剤)

④四肢・骨格筋等の疼痛がある患者に対する消炎・鎮痛パップ剤

(3)救命救急処置 略

2015年の充足率は99.0%。需要上乘せはなし

第七次看護職員需給見通しを策定 病院看護職の需要は5年で6.9%増加

12月9日に開かれた「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」は2011年から2015年までの看護職員需給見通しを策定した報告書案を大筋で了承した。報告書は細部に修正を加え、年内に公表される。

それによると、全体の需給数(常勤換算)は、2011年が需要140万4,300人に対して供給134万8,300人(充足率96.0%)と需給に4.0%のギャップが生じる。しかし、5カ年の間に需要6.9%に対して供給10.2%と供給の伸び率が上回ることから、2015年の需要150万900人に対する供給は148万6,000人(同99.0%)と、需給差は1.0%に縮まり、需給はほぼ均衡をたどると見通されている。

病院看護職員の需要は、前述5カ年で89万9,800から96万5,700人に6万5,900人(約6.9%)増加すると見込まれている。

厚生労働省の看護職員需給見通しが最終年に需給がほぼ均衡するのはいつものこと。

初めて5年間の需給見通しが策定された「第5次需給見通し」では、最終2004年の充足率は98.9%とされ、「第6次需給見通し」では、最終2010年の充足率は98.8%と見通された。

しかし、06年度の7対1入院基本料導入を契機とした看護師争奪戦も加わって、病院における看護師枯渇感も深刻度を増すばかりであり、実体的な看護師不足・偏在は、地方の病院だけでなく

な影響を及ぼしている。

検討会では、少なからぬ委員から、看護師不足を解消するために需要数の上乗せを求める意見が出たが、事務局(厚生労働省医政局看護課)は「根拠に乏しい」として上積み補正を見送った。

訪問看護ステーションの存続にも深刻

□検討会委員を務めた神野正博(恵寿総合病院理事長(全日病副会長))の話

この検討会は2009年5月に発足し、以後、8回にわたって「第七次看護職員需給見通し」について審議してきた。今回策定された需給見通しは以下の問題点をはらむものであり、委員の1人として、指摘させていただく。

需要に関しては、医療制度改革、診療報酬改定、さらには看護職員の労働環境改善などを織り込むことなく、各都道府県の推計を単に合計したものである。

一方、供給に関しては、看護職員

の定着と未就業看護師の職場復帰などを各都道府県の施策が最大限奏効したことを前提としている。

こうした矛盾に対しては審議の過程で再三指摘し、改善を求めた。

その過程で、厚生労働省からは「この見通しは、国の努力目標値であり、この目標に向かって施策を講じる」との言質を得たが、さらに、5年計画の途中で評価を行ない、その結果を踏まえた改善・見直しを盛り込むことを強く要望した。

第7次看護職員需給見通しに関する検討会報告書(概要) *下記は12月9日に示された案を要約しているため、一部表現が修正されて公表される。

2. 新たな看護職員需給見通しの策定

(2) 新たな看護職員需給見通し

① 需要見通し

看護職員の需要は、2011年の約140万4千人から2015年には約150万1千人に増加するものと見込んでおり、約6.9%の伸び率となっている。

病院については約90万人から約96万6千人に増加するものと見込んでおり、約7.3%の伸び率である。診療所については、約23万2千人から約24万2千人になると推計している。助産所については約2千人で微増傾向となっている。

訪問看護ステーションは約2万8千人から約3万3千人に増加するものと見込んでおり、約16.9%の伸び率となっている。

介護保険関係については約15万3千人から約16万5千人に増加するものと見込んでおり、約7.4%の伸び率。社会福祉施設、在宅サービスについては約2万人から約2万2千人になるものと見込みである。

看護師等学校養成所については約2万人、保健所・市町村については約3万8千人でほぼ現状維持となっている。事業所、研究機関等については、約1万4千人から約1万5千人への微増となっている。

② 供給見通し

看護職員の供給見通しは、2011年の約134万8千人から2015年には約148万6千人に増加するものと見込んでおり、約10.2%の伸び率となっている。

2011年の当初就業者数は約132万1千人、2015年の当初就業者数は約144万8千人となっている。新卒就業者数は約5万人から約5万3千人に増加するものと見込んでいる。再就業者数は約12万3千人から約13万7千人に増加するものと推計、約11.6%の伸び率となっている。

退職等による減少数は約14万5千人から約15万2千人に増加するものと見込んでおり、約4.8%の伸び率となっている。

上記看護職員の需給見通しの数値は医療現場における看護職員不足の実態

を反映したものとなっていないのではないか、本検討会において需要数の加算をさらに行うべきではないかとの意見もあった。

しかしながら、各都道府県が取りまとめた需要数は各施設の看護担当責任者が施設長の了承を得て、各施設における看護の質向上や勤務環境改善なども見込んで記載した人数を基に積算されたものである。

また、2015年までの看護職員の需要数については、策定方針に基づき各都道府県がとりまとめた人員数に代わる合理的な根拠ある数値も得られていない状況である。

3. 長期的な看護職員需給見通しの推計

本検討会では、厚生労働科研「地域の実状に応じた看護提供体制に関する研究」(研究代表者・伏見清秀氏)の研究結果を聴取した。また、社会保障国民会議「医療・介護費用シミュレーション」のシナリオを基に、看護職員の人員配置条件を修正して推計した需要の見通しと、一定の前提を置いて推計した供給の見通しが報告された。

研究結果としては、現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純に置くシナリオの場合には、看護職員の年間労働時間を1,800時間とすると、25年における看護職員需要数は約191万8千人から約199万7千人と推計された。

また、一般病床を急性期と亜急性期・回復期等に機能分化し、医療資源を一層集中投入するシナリオの場合には、看護職員の年間労働時間を1,800時間とすると、2025年の看護職員の需要数は約183万9千人から約191万9千人と推計とされた。他方、供給数の推計は2025年で約179万8千人であった。

このように、厚生労働科研において推計が行われたいずれのシナリオでも、2025年に、需要数が供給数を上回る結果となった。

しかし、上記の研究結果については、今後の看護職員確保対策を検討していくに当たって参考となる知見と位置付けるべきものと考えられる。

4. 看護職員確保対策の推進

(1) 養成促進

今回の需給見通しでは、2015年までの間の18歳人口が大きく変化しない、社会人入学者が増加していること等から、入学者の減少など少子化の影響は見込まれていない。しかし、中長期的には少子化の一層進行も予想されるため、例えば、現在13%程度である看護師等学校養成所の入学者の男性比率についてその向上を図ること等も含めた対応を検討していくことが必要である。

(2) 定着促進

⑤ 訪問看護における確保対策

今般の需給見通しでは、訪問看護ステーションの需要数は2011年から2015年にかけて約16.9%増加すると見込まれていることから、訪問看護という働き方に応じた確保策を講じていくことが求められている。

(3) 再就業支援 略

5. おわりに

今後、需給見通し期間に実際に生じ

た看護職員の需要数についても把握できるよう検討すべきである。また、本検討会においては、地域による偏在や医療機関の規模等による偏在の解消を図っていくべきことも指摘されたところである。

このため、次回以降の需給見通しの策定に当たっては、調査の集計を担っている都道府県の負担を考慮しつつも、開設主体別など施設区分内のデータを取りまとめることについて検討すべきではないかとの意見があった。

なお、需給見通しについては毎年策定するような性質のものではないが、今後医療提供体制に大きな変革が行われた場合には、新たな需給見通しを策定する必要があるか否かについては、その時点において判断すべきものと考えられる。

ところで、本検討会においては、前述のとおり従来から策定されてきた5年間の看護職員需給見通しに加え、今後新たに長期的な需給見通しの推計についても検討を行ったところであるが、今後の需給見通しの検討に当たって更なる検討を進めていくことが必要なものと考えられる。

□第7次看護職員需給見通し (単位:人、常勤換算)

区分	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
需要見通し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
① 病院	899,800	919,500	936,600	951,500	965,700
② 診療所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③ 助産所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④ 訪問看護ステーション	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤ 介護保険関係	153,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥ 社会福祉施設、在宅サービス(⑤を除く)	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦ 看護師等学校養成所	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧ 保健所・市町村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨ 事業所、研究機関等	13,800	14,000	14,100	14,300	14,500
供給見通し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
① 年当初就業者数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
② 新卒就業者数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③ 再就業者数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④ 退職等による減少数	144,600	145,900	147,900	149,900	152,100
需要見通しと供給見通しの差(供給見通し/需要見通し)	561,000	51,500	42,400	29,500	14,900
	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

注)四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(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 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1) 1級 年3回(6月・10月・2月) (2) 2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技Ⅰ> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催: 社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳細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

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

2010年度臨床研修指導医講習会の報告

新医師臨床研修制度1期生が初めて参加

到達目標は「研修病院としての教育・研修体制向上に努める姿勢」

佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授 江村 正

2007年度から開始した全日病・医法協共催の「臨床研修指導医講習会」も、今年で4年目を迎えた。昨年度は2回開催したが、一昨年ほどの応募者がなかったため、今年度は1回の開催とした。会場の雰囲気もよく、参加者は皆、余裕をもってワークショップに参加できたようであった。

受講者は、北海道から鹿児島まで全国に及び、47名(男性46名、女性1名)であった。本講習会は病院の管理者を参加者として想定していたが、年々若手の先生方も増え、今回は医師臨床研修制度の1期生が初めて参加するにいった。従って、年齢の幅は30歳から61

歳、臨床年数は7年から36年であった。現在の非常に厳しい医療情勢の中でこそ、教育に目を向けていくことが病院の生き残りに不可欠であるというメッセージを、講習会を通じて伝えようと考え、本講習会のゴールを、「病院の管理者が自院を研修病院にするために、病院経営における臨床研修の位置づけを理解し、研修指導体制の確立に必要な情報を収集し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢を身につける」と定めた。

具体的には、(1)医学教育やワークショップで用いられる基本的な用語を説明する、(2)医師臨床研修制度の概要を述

べる、(3)病院経営における臨床研修の位置づけを述べる、(4)厚生労働省の到達目標に関してSBOs・方略・評価を追加作成する、(5)他の施設の指導医と情報を交換し、ネットワークを構築する、(6)研修医指導に役立つコーチングの技法を身につける、(7)研修医の指導に対し熱意ある態度を保持する、(8)研修病院となるための院内体制の立ち上げに関して必要な対策を具体的に述べる、という8点を個別目標とした。

グループ作業を、「病院運営における臨床研修の位置づけ」「カリキュラム作成」「研修医指導を行う上での院内体制の立ち上げ」の3つとし、その前後に、「医師臨床研修制度の概要」「研修病院事例紹介」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」「情報交換会」「コーチング」「特別講演」を入れ、有機的に結びつくように工夫した。

「医師臨床研修制度の概要」は、本年も、このテーマに関して最も詳しい厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室の田原克志室長にお願いした。10月のマッチング結果も含めてホットな情

報も提供して頂いた上、質疑応答に十分な時間を割いて頂いた。他の講習会ではあまりない貴重な経験と思われた。医学部卒前教育の紹介は、PBL、医療面接、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない、研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとして欲しかったので、本年も取り入れた。

特別講演は、総合診療の若手ホープであり、「研修医をひきつける病院づくり」という本を7月にプリメド社から出版されたばかりの川島篤志先生(福知山市民病院)に、同じタイトルで講演をして頂いた。「教育力」の重要性を強調された講演であったが、会員病院の参加者にはヒントが多く詰まった講演であったと確信している。

本年の参加者は非常に積極的で、熱のこもったグループワークが展開された。今回は特に、医師臨床研修制度をポジティブにとらえておられる参加者が多く、前向きな有意義な討論が出来たと思われた。



2010年度 第8回常任理事会・第1回臨時理事会・第3回支部長会の抄録 11月20日

【主な協議事項】

- 公益法人移行申請について

公益法人制度改革に伴う本会の移行選択に関し、執行部は、公益社団法人への移行に向けた準備を進めたいとする方針を諮り、承認を得た。
- 国際メディカルツーリズム委員会について

国際メディカルツーリズム事業委員会の活動目的を修正、かつ、「医療国際化事業検討委員会」と名称を変えることが決まった。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の1名の入会が承認された。
東京都 足立十全病院 理事長 本多 純
別途退会が7名あった結果、在籍会員数は2,311名となった。
以下の賛助会員入会が承認された。
戸田中央総合健康管理センター(埼玉県、代表者・医療法人財団健隆会理事長 中村毅)
- 人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。
◎日帰り人間ドック
大阪府 友愛会病院
日帰り人間ドック実施指定は483施設となった。
◎1泊人間ドック
大阪府 友愛会病院
1泊人間ドック実施指定は26施設となった。

【主な報告事項】

- 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)

9月3日付で以下の12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
静岡県 富士病院 新規(Ver.5.0)
北海道 砂川市立病院 更新
青森県 南部病院 更新
千葉県 新東京病院 更新
千葉県 千葉愛友会記念病院 新規
神奈川県 横浜市立市民病院 更新
沖縄県 中部徳洲会病院 更新
◎療養病院
徳島県 中洲八木病院 更新
◎複合病院
北海道 星が浦病院 更新
滋賀県 東近江敬愛病院 更新
福岡県 芳野病院 更新
佐賀県 古賀病院 更新
10月1日付で以下の14会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。
◎一般病院
北海道 手稲溪仁病院 更新
埼玉県 豊岡第一病院 更新
東京都 吉祥寺あさひ病院 更新
三重県 岡波総合病院 更新
兵庫県 赤穂中央病院 更新
広島県 村上記念病院 更新
愛媛県 貞本病院 新規
◎療養病院

医師事務作業補助者研修会を大阪で開催

全日病は、大阪府病院協会と共催し、「2010年度医師事務作業補助者研修会」を11月30日から12月2日までの3日間、大阪市内(大阪府病院年金会館)で開催、25人が受講した。

医師事務作業補助者研修会は2008年度診療報酬改定で新設された医師事務作業補助体制加算において施設基準において必須とされた研修の要件を満たすものとして全日病が企画、2008年7月に初めて東京で開催された。

以後、同研修会は4回にわたって実施されてきたが、今回5回目に初めて大阪での開催となった。

医師事務作業補助者研修会は、3日間の集合研修で、医療と医療保険に関する制度・法規、診療録、薬学一般、医学一般、各種書類作成、安全管理、

個人情報保護法等に関する講義・演習を履修した上で、集合研修レポートを作成する。

その後、指定課題(9件)に関する院内研修を受け、その結果を院内研修レポートにまとめて提出するというプログラムで実施されている。

同研修の修了者には、全日病と(財)日本医療教育財団が共同主催している「医師事務作業補助技能認定試験(ドクターズクラーク資格試験)」の受験資格が認められている。



- 埼玉県 笠幡病院 更新
- 京都府 嵯峨野病院 更新
- ◎複合病院
- 青森県 とさわ会病院 更新
- 東京都 北多摩病院 更新
- 福岡県 大平メディカルケア病院 更新

- 福岡県 福岡輝栄会病院 新規
- 宮崎県 橘病院 更新

上記の結果、2010年10月現在の認定病院は合計2,554病院となった。そのうち、本会会員は895病院と会員病院の38.63%、全認定病院の35.0%を占めている。



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
http://welfare-ajha.jp/

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

500床上病院に10年度改定の影響が顕著

全日病2010年度病院経営調査報告 一般病床の収支率は依然低水準。東京と全国の差が拡大

全日本病院協会は今年5月の収支を対象に調べた「2010年度病院経営調査報告」をまとめ、このほど公表した。病院への医療費配分を強めた2010年度改定の結果を反映し、収支率は全体的に改善されたが、一般病床の収支率は依然低い水準にとどまり、2割の病院が赤字経営を余儀なくされている上、東京と全国平均の収支率格差が広がっている。「報告」は、各データの分析を踏まえ、「改善したとはいえ、病院の長期的な存続・再生を可能とする数値に至っておらず、更なる診療報酬の増額が求められる」と指摘した。

回答病院はDPC対象87病院を含む335病院(回答率55.8%)であった。

医業収支率(総収支率)は全体平均で106.7%(106.5%)と、今年4月のプラス改定を反映して前年より2.4ポイント(2.3ポイント)改善した。医業収支率が100%を下回った赤字病院はこれまで全体の20%あるが、その割合は、前年より3ポイント減少した。

推計キャッシュフロー率がマイナスと、資金ショートに陥っている病院は全体の19.2%に達しているが、これも、前年から4.4ポイント減少する結果となった。

地域別では、東京地区の医業収支率

は103.9%(前年102.4%)と、全国平均を2.8ポイント下回った。前年比でも1.5ポイントの増加に過ぎず、低い改善率にとどまった。しかも、全国平均との差は前年の1.9ポイントより1ポイント近く増え、東京地区と全国との格差が拡大している。

医業収支率を病床種別でみると、「療養病床のみ」は112.7%(前年112.3%)と、改善率は微増にとどまったが堅調に推移している。「一般・療養病床併設」は109.2%(同106.5%)と一般病床の改善率がそのままオンされた格好で率を引き

上げた。

これに対して、「一般病床のみ」は105.1%(同102.6%)と2.6ポイントの上昇を示し、前二者との格差を縮めたが、依然、その差は大きい。

2010年度改定が病院収支の好転に与えた影響は500床以上の大病院により顕著で、各病床規模の収支率が概ね2%前後の増加をみせたのに対して、500床以上は、医業収支で4.9ポイント、総合収支になると5.5ポイントと大きな伸び率を示した。

その一方で、200~499床の病院の改善率は、医業収支で1.4ポイント、総合収支で1.3ポイントと伸び悩んだ。

DPC対象病院の医業収支率は105.0%(前年102.5%)と2.5ポイントの改善を得たが、DPC非対象病院の109.0%(同106.4%)との差は縮小しなかった。

機能が特定化された病棟の医業収支

率を比較すると、重急性期入院医療管理料算定病院の改善率(前年比3.5ポイント)がもっとも大きく、次いで、回復期リハビリ棟(3.3ポイント)、障害者施設等入院基本料算定病院(2.2ポイント)の順であった。

科目別の費用割合を病院種別間で比較すると、給与費比率は、「一般病床のみ」が53.8%であるのに対して「療養病床のみ」は62.5%と大きな差がついている。DPC対象病院は53.7%であった。

一般病棟入院基本料算定ランク別の医業収支率では、「7対1」は105.3%であるのに対して「10対1」は106.3%と1ポイント上回った。ただし、2010年度改定前との届出変更をみても、「10対1」から「7対1」に変更した病院は110.7%、「7対1」から「10対1」に移った病院は108.3%と、それぞれ高い伸び率を記録した。

図1 地域別にみた医業収支率(%)

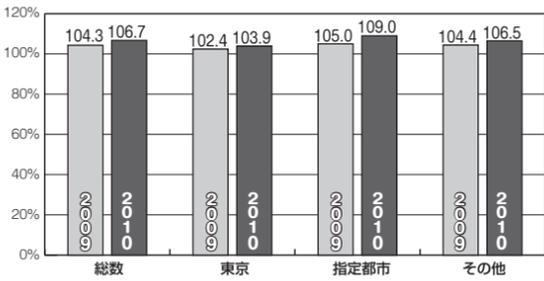


図3 DPC算定・非算定別にみた収支率

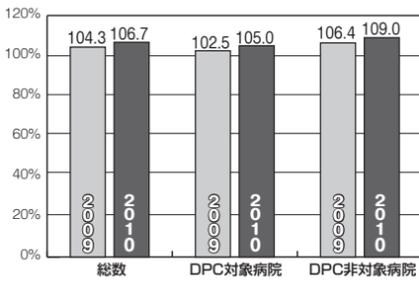


表6 一般病棟入院基本料の医業収支率(前年との比較)

2010年5月	一般病棟入院基本料	2010年5月			
		7対1	10対1	13対1	15対1
2009年5月	7対1	105.3	108.3	-	-
	10対1	110.7	106.3	97.5	-
	13対1	-	104.3	109.7	102.0
	15対1	-	122.5	120.0	108.1

(注) 表の見方→2009年度に「7対1」であったが、2010年度に「10対1」の入院基本料を算定している病院(網掛部分)の医業収支率(2010年5月)は108.3%であった。

図2 地域別にみた赤字病院数の割合(医業収支率)

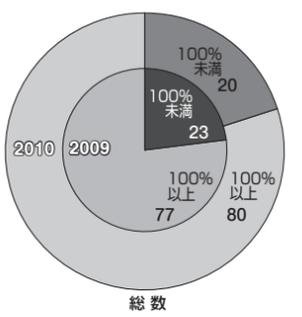


表1 推計キャッシュフロー率の病院数割合(地域別)

キャッシュフロー率(%)	総数		東京		指定都市		その他	
	2009年	2010年	2009年	2010年	2009年	2010年	2009年	2010年
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0%未満	23.6	19.2	48.1	20.7	19.1	15.3	21.6	20.0
0%以上	76.4	80.8	51.9	79.3	80.9	84.7	78.4	80.0

(注) 推計キャッシュフロー率は下記の方法で計算した。
 推計キャッシュフロー率=総収支率-(総収支率×0.4)*1+減価償却額*2+借入金収入額*3-借入金返済額*4
 *1 所得税推計額であり、総収支率が赤字の場合は0とした。
 *2~*4 2008年度実績の1/12とした。
 推計キャッシュフロー率=キャッシュフロー率/総収入額

表3 病床規模別にみた収支率

	回答数		医業収支率		総収支率	
	2009年	2010年	2009年	2010年	2009年	2010年
総数	298	335	104.3	106.7	104.2	106.5
~49床	23	24	105.7	107.7	106.2	108.0
50~99床	82	94	106.4	107.9	106.5	107.6
100~199床	122	134	106.3	108.8	106.3	108.8
200~499床	61	74	103.7	105.1	103.4	104.7
500床~(再掲)	10	9	100.6	105.5	100.4	105.9
~199床	227	252	106.3	108.5	106.3	108.4
200床~	71	83	102.7	105.2	102.4	105.0

表4 障害者施設等入院基本料と特定入院料算定別の収支率

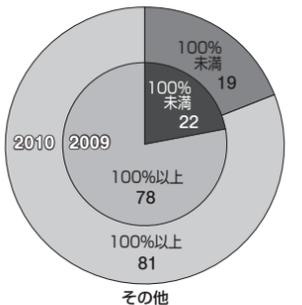
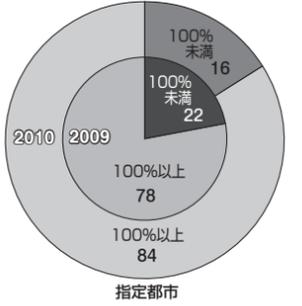
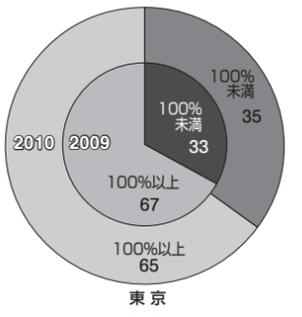
	医業収支率		総収支率	
	2009年	2010年	2009年	2010年
総数	104.3	106.7	104.2	106.5
障害者施設等入院基本料算定病院	105.3	107.5	104.9	106.8
回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院	105.0	108.3	104.6	108.2
重急性期入院医療管理料算定病院	105.6	109.1	105.7	108.8
特殊疾患病棟入院料算定病院	112.8	114.1	113.0	113.2
特殊疾患入院医療管理料算定病院	107.8	109.0	107.6	107.1

表2 病院種別ごとの収支率

	医業収支率		総収支率	
	2009年	2010年	2009年	2010年
総数	104.3	106.7	104.2	106.5
一般病床のみ	102.6	105.1	102.7	105.2
療養病床のみ	112.3	112.7	112.1	112.0
うち医療保険のみ	113.6	112.0	113.8	110.3
介護保険のみ	115.8	110.5	116.2	111.1
医療保険と介護保険併設	111.2	113.5	110.6	113.4
精神病床のみ	112.2	100.3	112.0	100.2
一般・療養病床併設	106.5	109.2	106.1	108.6
うち医療保険のみ	106.9	109.4	106.6	109.0
介護保険のみ	115.5	106.0	114.7	105.2
医療保険と介護保険併設	104.4	108.8	103.5	107.5
一般・精神病床併設	100.9	104.5	100.8	104.5
その他	105.4	108.7	105.3	109.1

表5 病院種別ごとにみた収支科目別の金額割合(1病院当たり)

	総数	一般のみ	療養のみ	精神のみ	(再掲)DPC
医業収入合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
入院	70.2	67.4	85.9	87.4	69.3
外来	24.6	27.6	9.1	11.1	25.5
室料差額	2.1	1.8	1.1	0.4	2.4
その他	3.1	3.2	3.9	1.1	2.9
医業支出合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
給与費	55.9	53.8	62.5	67.1	53.7
医薬品費	11.1	11.8	4.2	6.2	12.0
給食材料費	0.7	0.3	1.0	3.0	0.5
診療材料費	8.0	9.8	2.5	0.8	9.9
経費	12.3	11.8	15.1	11.3	11.8
委託費	6.3	6.6	8.3	4.8	6.1
減価償却費	4.7	4.5	5.3	6.1	4.9
その他	1.1	1.2	1.1	0.7	1.1



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