

参 考 资 料

(資料1)

これまでの「病院のあり方に関する報告書」にて示した 医療制度改革に対する提言とその結果

〔考え方〕

日本の医療は、戦後の混乱期に民間資本を活用し、量的な整備、良好なアクセスを確保することがまず図られた。特に、診療報酬支払い方式としては医療機関の経済的リスクの少ない出来高払い制度が採用され、また国民皆保険制度が、医療機関へのアクセスを良好なものとし、また医療機関の側からは患者の経済状態をあまり考慮することなく医療の提供を可能にした。これは医療供給体制の量的な充足を図るには有効な手法ではあるが、医療の質や効率性を無視した支払い方式である。また、診療情報の開示も十分に行なわれていないことがあいまって、多様化する価値観や医療に対する要望にも対応していない。日本の経済・財政の逼迫、価値観の多様化とともにその矛盾が表面化している。医療の質をより重視した、かつ効率的な医療提供体制が構築される必要がある。

上記は2002年版の基本的考え方であるが、この考え方は現在の医療制度を巡る議論において、ほぼ共通の認識となっている。以下では、具体的な提言とそれがどのような形で反映されたかを示す。

| | 提言 | 反映された結果 |
|--------|---|--|
| 医療提供体制 | 医療機能の分化の推進と機能に応じた基準の設定 ・入院機能の区分 ・外来機能の区分 医療安全の推進 ・医療安全情報センター（仮称） ・医療事故情報センター（仮称） ・裁判外の紛争解決手段（ADR） | ・第四次医療法改正にて一般病床と療養病床に区分 ・一般病床の機能の中に、地域一般病棟の概念が入った ・診療報酬体系の中で、亜急性期入院医療管理料として評価 ・日本医療機能評価機構内に設置 |

| | | |
|------------------|---|--|
| | <p>第三者機能評価の充実</p> <p>データベースの整備、シンクタンクの設置</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本医療機能評価機構の病院機能評価事業の拡大普及 ・ 同評価項目の見直し ・ 全日本病院協会・東京都病院協会「診療アウトカム評価事業」 ・ 中央社会保険医療協議会に診療報酬調査専門組織の設置 |
| <p>診療報酬体系の構築</p> | <p>それぞれの医療機能に応じた診療報酬体系</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 亜急性期入院医療管理料 ・ DPC 導入、拡大 ・ 中央社会保険医療協議会に診療報酬調査専門組織の設置（平成 15 年 6 月 25 日） <ul style="list-style-type: none"> DPC の評価影響の検証等 慢性期入院医療の包括評価 医療機関のコスト 医療技術の評価 ・ 診療情報管理（ICD の普及） ・ 医療安全対策 ・ 上記のうち、医療技術、診療情報管理、医療安全対策については診療報酬で評価 |

(資料2)

「病院のあり方に関する報告書」に関連する全日病の活動 (2002年以降)

<病院経営調査(医療保険・診療報酬委員会)>

会員病院の経営収支の状況を把握することを目的とした。調査客体は役員、代議員、各県より無作為抽出した会員病院を客体とした計500病院で、毎年5月の状況について調査を実施。

<病床区分に関するアンケート(病院のあり方委員会)>

平成15年8月末までの病床区分の届出に関して、会員病院がどのような方向性を考えているかについてアンケート調査を行った。(平成14年6月実施)

調査客体は全会員2,066病院。有効回答数664病院、有効回答率32.1%

結果、既に届出を行っている病院は24%であり、大多数の病院は方向性を決めかねていた。今後とも各病院が経営戦略を考える上で必要な情報提供を行うことが確認された。

<医療従事者の給与に関するアンケート調査(医療従事者委員会)>

平成14年の診療報酬のマイナス改定を受け、病院のコスト構造、特に給与体系を見直す必要があるとして、職種別給与の実態等を把握し、会員が自院の給与体系を見直すうえで参考となる資料を提供するために本調査を実施した。

給与体系は医師は6割が年俸制であるが、他の職種では反対に年俸制以外が7割近くを占めた。定期昇給についても、有りと回答したのは医師の46%に対しその他の職種では約64%であり、給与体系は医師とそれ以外の職種で大きく異なることがわかった。

病院全体として将来移行すべき給与体系の設問では6割以上が「職能給が基本」と答え、年功給適用の年齢も13年度平均の60歳から50歳に低下していた。

職種別・経験年数別の人件費では、必ずしも給与体系が確立していないためか未回答が多かったが、年数別の相対比でみると医師は年俸制の回答が6割を占めていながら他職種よりも年功給的な傾向が強かった。

この結果、医師については年俸制が進んでいるような回答が多かったが実際は他職種より年功給の要素が大きい等、職能給と年俸制への移行が将来の課題であると思われた。

<「医療行為別の費用、在院期間についての調査」(医療の質向上委員会)>

本調査は、代表的な疾患・処置について、在院日数、医療費、及びこれらに影響する因子を明らかにして、適正な診療報酬支払制度を検討するための基礎資料を作成すべく継続実施しており、現在は第三期まで実施した。

調査対象は、会員病院より「調査協力可能」との回答病院であり、事前調査にて一定数の回答が得られると判断した 27 疾患・処置に該当する全退院患者について、年齢、性別、在院日数、退院先、医療費、A D L 等を調査している。

協力病院には病院パフォーマンスの一覧表として、諸指標を比較したものを送付した。

< 会員病院の理念に関するアンケート調査（企画室委員会） >

病院理念の作成について、会員が理念の作成、改善をする際に参考にできるように、会員病院の理念等を集めるアンケートを往復はがきで実施した。その結果、理念等については 482 件、目標等は 286 件、標語等は 196 件の回答があった。

< 介護報酬の改定等に伴う状況把握に関するアンケート調査（介護保険制度委員会） >

平成 15 年 4 月に介護報酬改定で介護療養型医療施設の 3 : 1 介護の人員配置が廃止になり、人員の削減が厳しい現状を知るため実施した。

調査対象は日本療養病床協会 553 病院、全日本病院協会 266 病院、合計 819 病院。

集計結果は、日本療養病床協会と合わせたものを作成した。

結果として、

平均要介護度は 4.0 以上 4.5 未満に集中した。

平成 15 年 4 月～6 月の重度療養管理算定延日数は日本療養病床協会が入院患者の 5% 前後、全日病が 6% 台であった。

3 : 1 介護基準を取得していた病院についての調査では、3 : 1 介護の廃止への対策は、半数が現状維持という姿勢のままだが、中には徐々に 4 : 1 介護に減らしていく考えもみられた。現状維持の回答が多いため、人件費について平成 15 年 4 月以降の変化は特に見受けられなかった。

現在の入院患者の状態についての回答では、維持期リハや経管栄養が多く、また、医療保険療養病床と介護保険療養病床でははっきりとした違いは見られなかった。

平成 16 年度も再度同じ形式で調査を行い、15 年と 16 年の結果を比較してまとめる予定である。

< 「医療の質向上に関するアンケート」・「病院情報システムに関するアンケート」

（医療の質向上委員会） >

調査対象：2082 病院（全会員

・「医療の質向上に関するアンケート」

有効回答数：211 回答率 10.1%

・「病院情報システムに関するアンケート」

有効回答数：208 回答率 9.9%

会員病院における組織的な医療の質向上の取り組み、総合的質経営（Total Quality

Management : TQM) に関する現状を把握し、今後の活動の参考とするため日本品質管理学会医療経営の総合的質研究会の協力を得て「医療の質向上に関するアンケート」を作成し、実施した。

また、病院情報システムについて、特に開発導入の際に種々の問題が発生しており、病院団体としてこれに対応するため情報システム構築に関する会員病院の現状を把握し、今後の活動の参考とするため「病院情報システムに関するアンケート」を実施した。

< 公的病院のあり方に関する検討状況の調査 (医療制度・税制委員会) >

平成 15 年度、厚生労働省より公表された「医療提供体制の改革のビジョン案」において、「各都道府県に公的病院、民間医療機関、行政機関等の関係者の協議の場を設置し、二次医療圏における公的病院のあり方について見直し、必要に応じ病床数を削減する」との方針が明記された。また各都道府県あてに公的病院のあり方を検討する協議の場を設置するよう通知が行われたのを受け、各都道府県の支部に対し実態調査を実施した。

対象は全日病支部 45 支部、回答数 28 支部、回答率 62.2%。

回答のない支部、支部のない県に対しては事務局より電話調査にて全都道府県から回答を得た。

結果は、公的病院のあり方について検討されている支部が 11 支部 (23.4%)、検討されていない支部が 36 支部 (76.6%) であった。

今後はこの調査結果をもとに各都道府県において公的病院のあり方を検討するよう厚生労働省に求めていくこととした。

< 病棟機能調査 (医療制度・税制委員会) >

平成 15 年 9 月 1 日をもって、第 4 次医療法改正に伴う病床区分届出が終了したのを受け、会員病院の選択状況や届出後の各病床における入院患者の実態を検証し、今後の病床機能のあり方を検討する上でのデータとするため、平成 15 年 10 月に調査を実施した。

回答率が低かったため、再度平成 16 年 1 月に会員に改めて協力依頼をするとともに、北海道病院協会、東京都医師会と合同で再度調査を実施した。集計は富士総合研究所に委託して 16 年度中にまとめることとした。

< 「医療原価計算の対応状況についての実態調査」(病院のあり方委員会) >

平成 15 年度厚生労働科学研究において佐々会長を主任研究者として「ケースミックス、医療原価測定を用いた医療パフォーマンスの評価に関する研究」を実施しており、その研究の一環として、今後の本格的な医療原価調査の事前調査として、会員病院における医療原価計算の対応状況について調査を行った。調査客対数は 2071 病院、調査回答数は 233 病院、回答率 11.3% であった。今後の本格的な調査に協力すると回答した病院が 38 病院あり、協力する方向で検討すると回答した病院を含めると約 7 割の病院が調査に前向きであった。

次年度には本格的な医療原価調査に取り組む予定である。

<病院情報システム基本要件検討プロジェクト（医療の質向上委員会）>

病院情報システム構築は、安全確保、質向上、経営効率化に必須の事項である。しかし、日常業務を円滑に進めることができるシステムはなく、システム導入当初から、問題なく運用できる事例はない。病院団体として至急、行動すべき段階にあると考え、病院情報システムの基本要件検討プロジェクトを設置し活動した。平成 15 年度から厚生労働科学研究費により「電子カルテ導入における標準的業務フローモデルに関する研究」を併せて実施中である。

<「地域一般病棟」について（医療保険・診療報酬委員会）>

平成 15 年 8 月の病床区分届出・医療制度改革等に対応できるよう、「地域一般病棟」の資料再編を行った。亜急性病棟の考え方の導入等を行い、四病院団体協議会を通じて厚生労働省医政局や自民党のワーキンググループ等のヒアリングにおいて発表した。「亜急性状態に該当する患者に関する緊急調査」に協力し、平成 16 年診療報酬改定においては、当協会および四病協が提唱してきた「地域一般病棟」が基礎になったと思われる「亜急性期入院医療管理料」が新設された。

<診療報酬体系について（医療保険・診療報酬委員会）>

平成 15 年 3 月、厚生労働省より発表された「診療報酬体系に関する基本方針」には、医療技術の適正な評価、医療機関のコスト等の適切な反映、患者の視点の重視、が基本方針として書かれた。

これに対し、四病協を通し、公私の差がないコストデータ分析が必要、全病床種別対象にケースミックス分類を行う、ことを要望した。

<DPC 講習会（医療の質向上委員会）>

・第 1 回 平成 15 年 7 月 19 日（土）

講師 国際医療福祉大学 医療経営管理学科 教授 高橋 素

伊藤病院院長 伊藤公一

医療情報システム開発センター標準化推進室 主任研究員 佐藤 恵

プログラム

第 1 部 DPC 周辺の医療界の動向と将来予測

第 2 部 DPC 判定とデータ処理演習

第 3 部 DPC にむけた医療情報管理とシステム

第 4 部 経営の視点からみた DPC

・第2回 平成15年10月25日(土)

講師 国際医療福祉大学 医療経営管理学科 教授 高橋 素

プログラム

第1部 DPC 周辺の医療界の動向と将来予測

第2部 DPC の基礎知識

第3部 データ処理実習

第4部 まとめ・質疑応答

<アウトカム評価事業(医療の質向上委員会)>

診療報酬決定に関して科学的データの収集のため、東京都病院協会で実施している医療行為に関するアウトカム評価事業を当協会においても新たに合同で開始することを決定した。本事業は、病院機能を適切なインディケータ - (指標) を用いて評価し、その改善を促すことにより医療サービスの質の向上を図ることを目的としている。各病院が患者及び病院全体の診療内容に関するデータを送付し、全体の結果や個別の状況を定期的にフィードバックするもの。医療サービスの質向上、効率的な病院経営のためには必須の取組みである。

参加病院の負担が少なくかつ一定以上の症例数が収集できるように主要疾病 24 に絞り、調査ソフトを作成した。

事業は平成16年7月から始まり、現在38病院が参加している。

(資料3)

「病院のあり方に関する報告書」のバックデータとなる 全日病の活動、成果の実績(2001年以前 抜粋)

<医療行為別の費用・在院期間についての調査>

第一期：1998年10月～1999年9月、第二期：2000年8月～2001年7月

平成10年10月から11年9月に対象38病院を退院した27疾患の全患者11,248人について、在院日数、医療費とこれらに影響する因子の分布・相関性を明らかにした。平成12年8月から13年7月までを対象にした第二期調査は59病院から23,733人データが得られ、第一期に比して各疾患におけるデータのばらつきが少なくなっていた。第三期調査を平成14年10月～平成15年9月の期間で実施。

<患者の在院期間別の医療・介護の必要性についての調査>

平成11年1月31日現在の入院患者11,395人を対象に、在院期間、主要診断名、要医療必要度、看護必要度、要介護度(A D Lと痴呆)を明らかにした。

<物価構造政策委員会医療価格に関する作業委員会報告書>

内閣府の医療価格に関する作業委員会は13年3月、わが国初の本格的な入院医療に関する原価分析の報告書をまとめた。この調査に当協会は会員病院のデータを提供、その解析を通して原価と診療報酬、マンパワー、重症度、医療の質、在院日数などの相関を探る指数を採集、標準的な数値を把握する可能性を得ることができた。

<全日本病院協会の活動についての全会員アンケート>

平成13年8月に実施した。回答率25.7%ながら、回答者の73.2%が平成13年度事業計画書に目を通しており、読んだ会員の98.2%が事業計画に賛同している。91.6%がデータを重視、提言づくりを目的とする委員会活動を評価。61.4%が「病院のあり方報告書(2000年版)」に目を通しており、その95.9%が内容を評価していた。

<全日本病院協会の理念および行動指針・行動基準・倫理綱領>

この理念は、国民・患者に分かりやすい病院団体の哲学として「病院のあり方報告書(2000年版)」と一体の性格を持つとともに、理念未制定の会員病院にはモデル例示の役割を果たすもので、12年9月の常任理事会で採択、全会員に配布された。理念制定にあたって、全会員を対象に「『病院のあり方』と『医療事故防止対策』に関するアンケート調査」を実施。

< クリニカル・パス（理論編・実践編） >

医療の質向上委員会にて作成。平成 12 年 8 月に全会員に配布された。

< 「標準的診療録作成の手引き」 >

医療の質向上委員会にて作成。各 1 冊を全会員に送呈した上で平成 13 年 10 月より一般に対して書店売りも行った。

< コーディング講習会 >

第一期は、ICD-9-CM により、講習内容を全 9 回に分けて、平成 10 年 10 月より全国 4 ケ所（札幌、東京、福岡、沖縄、第 1 回目については大阪を含め 5 ケ所）で実施し、平成 11 年 8 月に終了した。

第二期は、平成 11 年 11 月より、第一期と同様に ICD-9-CM を使用し、全 12 回のプログラムとして全国 4 ケ所（札幌、東京、大阪、福岡）で開催し、平成 12 年 8 月に終了した。

続いて、日本語版の ICD コードブックの CD-ROM（疾病：ICD10、処置・手術：ICD-9-CM）が完成したことから、それを教材として各自パソコン持参により、第三期の講習会を平成 13 年 1 月～ 2 月に東京にて全 4 回で実施した。

< 会員病院データベース >

病院のあり方委員会が提唱する「会員病院データベース」は、会員病院ごとのケースミックスと全会員の静態・動態データを分析の上、提言づくりなどに反映させることを目的としている。その基盤づくりとして、平成 11 年 10 月に平成 14 年度「医療施設動態調査」調査票（写）の提出を会員に要請、約 1,000 の会員病院から協力を得た。

(資料4)

質に関する用語解説

質

質とは、ISO では、「本来備わっている特性の集まりが、要求事項を満たす程度」と定義している。

Juran は “Quality is fitness for use” と定義している。すなわち、質とは効用への適合である。効用とは、期待を満たす力、すなわち、満足度をいう。

マネジメントシステム

マネジメントシステム (MS) とは、ISO9001 によれば、「方針及び目標を定め、その目標を達成するための相互に関連するまたは相互に作用する要素の集まり」である。

質マネジメントシステム

質マネジメントシステム (QMS) とは、ISO9001 によれば、「品質に関して組織を指揮し、管理するためのマネジメントシステム」である。すなわち、質を達成するための仕組み、業務のやり方をいう。

総合的質経営 (TQM : Total Quality Management)

TQM は、企業・組織の「質」の向上に貢献する経営科学・管理技術である。

顧客の満足する質を兼ね備えた品物やサービスを適時に適切な価格で提供できるように、全組織を効果的・効率的に運営し、組織の目的達成に貢献する体系的活動をいう。単なるサークル活動、改善活動の集合ではなく、組織を挙げて、組織横断的に、組織横断的な課題を設定して、質向上活動をおこなうものである。

従来、日本で行ってきた総合的質マネジメントを TQC (Total Quality Control) と称したが、欧米では TQM と呼ぶのが一般的となり、日本の TQC を推進する母体である (財) 日本科学技術連盟が、1996 年に TQC から TQM へと呼称変更を宣言した。したがって、最近では総合的質マネジメントを TQM (Total Quality Management) と呼ぶのが一般的である。TQC と TQM は同義語と考えてよい。

シックス・シグマ

シックス・シグマは、TQC により発展する日本企業に対抗するために、米国のモトローラ社で開発された経営手法である。それを GE (ゼネラル・エレクトリック) 社が採用し大きな成果をあげたことから、世界的な関心を集め、日本でも注目を浴びている。製造現場のみならず、マーケティング、エンジニアリング、サービス、計画策定など経営活動全般

において、業務プロセスを抜本的に見直すのがシックス・シグマ手法である。常に顧客の視点で、問題点を洗い出し、統計手法を駆使することも特徴である。

6 σ (シックス・シグマ)は統計用語で、100万回に3.4回のエラーやミスの発生率(ばらつき加減)を示す(σ :標準偏差)。

QC七つ道具

QC七つ道具とは、数値データを元に構成する品質管理手法である。

チェックシート、グラフ/管理図、パレート図、ヒストグラム、特性要因図、散布図、管理図、層別の七つをいう。層別を外しグラフ、管理図を分けて七つとすることもある。“七つ”というのは、役に立つ道具の“一群”という意味であり、正確に七つである必要はない。

新QC七つ道具

新QC七つ道具とは、QC七つ道具では分析できないデータ(主として言語データ)を扱う品質管理手法である。

親和図、連関図、系統図、マトリックス図、アロー・ダイヤグラム、PDPC(Process Decision Program Chart)、マトリックスデータ解析の七つをいう。

1970年代後半に、OR、VEなどの各種管理技法から、TQMの推進にとって有効と評価された七つを抽出し、新QC七つ道具と命名された。

当たり前品質

当たり前品質とは、それが充足されれば当たり前と受け止められるが、不充足ならば不満と受け止められる品質の要素である。

これに対して、魅力品質とは、それが充足されれば満足を与えるが、不充足であってもしかたないと受け止められる品質の要素である。

RCA (Root Cause Analysis : 根本原因解析)

RCAとは、一般産業界で広く使用されている信頼性手法のFTA(Fault Tree Analysis 故障の木解析)を簡素化した手法である。

医療事故分析に用いられている手法である。“なぜ、なぜ”と、事故あるいはミスの原因となる要因を根本のなる原因までたどり、その要因を改善して、事故やミスの再発を防止する手法である。

FTAは、発生することが望ましくない事象をトップ事象として解析を行い、その原因を求めていく手法である。

有害事象、インシデント(ヒヤリハット)にいたる職務に潜む基本的原因となる要因、ヒューマンファクターを特定する手法である。

FMEA (Failure Mode and Effects Analysis 故障モード影響解析)

FMEA とは、一般産業界で広く使用されている信頼性手法である。

製品の潜在的な故障モードを抽出し、その故障が及ぼす影響を順次考察して評価し、事前に適切で有効な対策を見出そうとする手法である。大きな問題を発生させる要因がどこに潜んでいるかわからない場合に有効な手法である。

故障モードとは、故障の形態がどのような状態で生じていたかを示すものである。観測可能な故障の状態である。

(資料5)

病院における人事考課制度

病院におけるこれまでの人事制度を振り返ると、わが国の大部分の企業と同様に、長い間、職種・年齢・勤続年数・性別等によって構成される「年功」を基本に組み立てられ運用されてきた。職種別の経験年数によって賃金を決め、年功の順に昇進させる年功重視(年功序列型)の人事制度である。医療費抑制政策が推し進められている現在、病院経営の効率化をどう高めていくかが問われるようになり、病院経費の最大部分を占める人件費をどのように有効に活用するかが病院経営の重要なポイントとなってきている。職員全体の勤労意欲を高め、活力ある組織を作る為には、旧来の年功序列型とは異なる、より適切な人事考課制度の導入が必須となってきている。

1. 日本におけるこれまでの人事考課

旧来の年功序列型の人事・賃金制度においても、それなりの人事考課制度は存在していたが、その実態は、査定中心(格差型)・権威主義(賞罰型)・相対考課(対人比較型)・非公開主義(秘密型)・減点主義(あら探し型)と言われるような単なる格差付けのための評価であり、現在の病院が求めるものとは乖離していた。

すなわち、従来の人事考課の考え方の中には、考課を通して組織全体を一つの組織理念へ導くという視点や、それぞれの職員の意識レベル、職能レベルをより効率的に向上されるという視点が欠けていたと考えられる。

2. 新しい人事考課制度の基本的考え方

近年、医療機関で導入されている人事考課制度は、次のようなものになってきている

査定中心(格差型)の考課から育成主義(能力開発型)の考課

権威主義(賞罰型)の考課から参画型(動機付け型)の考課

相対考課(対人比較型)から絶対考課(絶対基準型)

非公開主義(秘密型)の考課から公開主義(オープン型)の考課

減点主義(あら探し型)の考課から加点主義(チャレンジ奨励型)の考課

つまり、職員の成長を年功ではなく能力で把握し、その能力の積極的な開発・育成と活用を通して公正な処遇を図っていかうというものである。しかし、実際に人事考課制度の医療機関への導入を考えたとき、その特殊性による幾つかの阻害要因があげられる。

(1) 病院は専門職集団で構成される組織である。

病院は、医師を含めた専門資格職の多い労働集約型の企業である。このような組織形態においては専門職間の情報疎通が不十分となり、閉塞的な職場となる危険性がある。また資格保有者を中心とする集団では、人事考課者による資格保有者に関する短絡的な平等意識から、概して個人の評価が疎かになりがちである。さらに、職種による需要と供給のアンバランスにより考課を適正に反映し難いという問題がある。

(2) 小規模組織には人事考課は不要という考え方の存在

人事考課制度の導入は、一般的な大企業と同様に病院の中でも大規模な施設でのみ必要とされるという誤解がある。特に小規模病院のように職員数の少ないところでは、職員の日頃の勤務態度や勤務実績が一目瞭然であり、敢えて人事考課を実施する必要はないという見解もあるが、これは人事考課の透明性、教育、育成さらには人事の効率化という視点を欠いた認識である。

(3) 個々の職員の成果を明確な数値で表現することが難しい。

病院における業務は、一般的な製造業や販売業とは異なり、成果を数値や金額で表現することには無理がある。おのずと目標設定も努力目標的な曖昧で具体性を欠くものになり、達成度の定量評価が困難となる。しかし、目標設定時に考課者と被考課者の双方でひとつひとつの目標に対する明確な評価基準を示すこと、さらには目標達成に向けた日々の行動記録を残すことで、完全に数値化できなくても、妥当な評価は可能である。

3 . 人事考課制度導入による組織運営上の効果

(1) 個々人の能力開発

専門職としての職務遂行能力の評価は、職能等級および経験年数に応じた指標が存在して初めて可能となる。人事考課制度によって明確な期待 (目標) 水準を提示することで、場当たりの指導を排除し、偏りのない能力開発が可能となる。また専門領域以外の知識・技能の習得に関しては、個々人の自己啓発意識のみに任せるのではなく、安全管理、IT 技術習得等のように組織として現在期待している知識・技能を明示することで、具体的成果に繋がる能力開発が期待できる。

(2) 組織の活性化

人事考課制度を運営する過程において、従来は表面化しなかった各部門、個人に関する課題が浮き彫りにされる。これらは病院全体の問題として共通認識を持ち、改善を行うための出発点となる。また、人事考課によって職員の能力を客観的に評価する事は、組織を円滑に運営する上でも重要である。個々人の能力を掌握していれば、問題解決に

あたって最適な人材を配することも可能となる。

(3) 組織文化の浸透と定着

人事考課制度は、病院組織の全ての部門が共通の認識をもって関わる重要な活動である。部門管理者（考課者）が考課・育成の過程で、職員に対し繰り返し病院の理念や組織としての目標と課題を説く機会が与えられる。さらに組織としての長中期の目標達成に向けての意思統一も促進される。

4. 人事考課制度導入・実施の手順

(1) 経営トップの意思決定

人事考課制度は、人事制度の中でも重要な意味を持っており、その意味で、制度の制定と導入に際しては、経営トップの意思決定とそれに向けた強いリーダーシップが必要である。ただし、運用に関してはあまり細かいことにまで口出しせず、意思決定と方針の示唆にとどめ、具体的内容は、幹部をはじめとした人事考課者に任せるべきである。

(2) 病院経営環境と人事考課導入目的の説明

人事考課制度を円滑に機能させるため、導入目的を職員説明会という形で必ず周知すべきである。病院における人事考課は、現状ではまだ一般的ではないだけに、認識不足、誤解があり、これを払拭する内容も説明の中に盛り込まれることが重要である。努力した人にはそれなりの処遇をするというような具体的で、前向きな姿勢を説明することが重要と思われる。

(3) 考課サイクル・ルール・考課ツールの準備と決定

考課サイクルは、人事考課の結果を昇格人事や賞与等の処遇へどのように反映させるかによって決める。人事考課制度の活用方法にも左右されるが、考課手順や該当する等級による重み付けの有無等考課基準を明確にし、規程として整備することが必要となる。職能等級フレーム、職能要件表、考課表、目標管理様式（チャレンジシート）、面接ツール、事例表、着眼点シート等が考課ツールとして用いられる。完成度の高い職能要件表や事例表は、業務マニュアル作成や業務改善へと繋がるものである。

(4) 考課者トレーニング

考課者は事例検討を重ね、早急に考課基準の統一を図らなくてはならない。但し、導入時にはIT関連の知識等、全ての部門において評価基準を統一出来ない場合も有り得る。考課者トレーニングの為に、考課者の標準化を目的として人事考課の専門家に参加してもらう必要がある。

5．導入後の課題

(1) 人事考課の有効性の評価

人事考課制度の有効性についての客観的評価は、一般的に難しいものである。しかし、医療専門職で管理経験のあるものなら、病院の実態調査を行うと、組織としての成熟度は推測可能であるので、継続的に第三者の機能評価を受けるようなシステムを導入したり、患者や職員自身の評価を取り上げるようにすると、人事考課の有効性を間接的に評価することは可能と思われる。

人事考課の制度導入の目的は、人件費抑制ではない。しかし、中長期的には個々人のスキルアップを前提とした業績向上もしくは適正人員配置が期待でき、この点からの評価もすべきである。

(2) 精度の向上および検証

考課者訓練の継続と、考課レベルの検証は重要である。考課基準の大きなずれは、被考課者に不公平感を生じさせるばかりでなく、考課者の意思統一を阻害する要因となる。標準化には、部門連携による活動を通じた考課者訓練が有効である。

(3) 考課制度の改訂

考課は上司が部下に対して行うだけでなく、考課者である本人自身もまた、自己評価や上司の考課をうける必要がある。さらに、患者満足度が病院経営に影響を与えることを前提とすると、組織全体のみならず個々の職員も、顧客である患者側からの評価を仰ぐべきである。育成型人事考課、制度がその機能を充分達成した後は、考課制度を理解する部下からの考課、患者側からの評価等を含めた他面考課(360度評価法)の採用も検討すべきである。

6．今後の課題

病院機能評価受審等の理由による形式的な人事考課制度の導入は、多くの場合旧来の考課制度を用いることが多く、結果として成果は望めない。また、人材不足による適用除外者の存在は、さけるべき問題である。医師や医療過疎地における専門職(看護師・理学療法士等)に対する評価は、病院における人事考課制度の大きな課題であるが、人事考課制度の基本的概念を認識したうえで、個々に対応することが必要である。

(資料6)

個人情報保護方針

情報社会において、個人情報の保護は非常に重要な課題です。

病院では、個人情報を適切に管理することを社会的責務と考え、個人情報保護に関する方針を以下のとおり定め、職員及び関係者に周知徹底を図り、これまで以上に個人情報保護に努めます。

1．個人情報の収集・利用・提供

個人情報を保護・管理する体制を確立し、適切な個人情報の収集、利用および提供に関する内部規則を定め、これを遵守します。

2．個人情報の安全対策

個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざんおよび漏洩などに関する万全の予防措置を講ずることにより、個人情報の安全性・正確性の確保を図り、万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。

3．個人情報に関する法令・規範の遵守

個人情報に関する法令およびその他の規範を遵守します。

4．教育および継続的改善

個人情報保護体制を適切に維持するため、職員の教育・研修を徹底し、内部規則を継続的に見直し、改善します。

5．診療情報の提供・開示

診療情報の提供・開示に関しては、別に定めます。

病 院

(資料7)

病院診療情報の提供および開示に関する規定

1. 目的

診療情報の提供および開示は、医療提供者の重要な責務である。診療情報を積極的に患者に提供し、医療提供者と患者とが診療情報を共有することによって、両者の良好な関係を築き、より質の高い開かれた医療を目指すことを本規定の目的とする。

2. 診療情報の提供と開示

診療情報の提供とは、診療の経過において、診療記録・検査記録等を提示するなどして、患者に説明することをいう。診療情報の提供は、臨床の現場において医師と患者の信頼関係において行われるものである。

診療記録の開示とは、患者本人または代理人等からの申請に基づいて、診療情報を閲覧あるいは謄写させることをいう。

3. 提供および開示する診療情報の範囲

提供する診療情報の範囲については、診療記録（医師の記載部分）、看護記録、処方箋、検査記録、検査結果報告書及びエックス線写真等、患者の診療を目的として医療従事者が作成した記録（以下「診療諸記録」という）とする。ただし、他の医療機関の医師からの紹介状等、第三者が作成した、又は第三者から得た情報及び診療に伴う教育・研究に関する情報については、提供あるいは開示する診療情報の範囲に含まないものとする。

4. 診療情報を提供および開示する対象者

診療情報の提供および開示は、患者本人からの申請に基づいて、患者本人への提供あるいは開示を原則とする。ただし、次の場合は患者本人であっても提供あるいは開示しないことがある。

- (1) 患者が合理的判断ができない状態にある場合
- (2) 患者への診療情報の提供が、当該医療機関の医療従事者を除く第三者の不利益になると考えられる場合
- (3) 医学的見地から診療情報を提供あるいは開示することが患者の不利益になると考えられる場合
- (4) 前三号のほか、診療情報の提供あるいは開示を不適当とする相当の事由が存する場合

5．診療情報の開示の方法等

- (1) 診療情報の開示を受けようとする者は、別に規定する申請書（申請する者の住所、氏名（自署及び押印）、生年月日、診療情報の種類、対象とする期間等、提供を受けたい部分を特定する事項及び申請する理由を記載した書面）により病院長に申請するものとする。ただし、申請する理由が記載されていなくても、診療情報の開示を行うものとする。
- (2) 診療情報の開示を申請できる者は、原則として次の通りとする。
 - a．患者が成人で、合理的判断ができる場合は、患者本人
 - b．患者が成人で、合理的判断ができない状態にある場合は、法定代理人、又は現実に患者の世話をしている親族、又はそれに準ずる縁故者
 - c．患者が未成年で、合理的判断ができない状態にある場合は、法定代理人
 - d．患者が未成年で、合理的判断ができる場合には、患者本人と法定代理人が連名で申請することを原則とするが、満15才以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみの請求を認める。後者の場合は、連名で申請できない理由を記載の上、申請する。
- (3) 申請の際には申請者が上記事項に定める者に適していることを証明するものとし、慎重にこれを確認した上で申請書を受理する。
- (4) 申請書を受理した病院長は、開示する診療情報の範囲及び診療情報を開示する対象者が適正か等について確認した上、当該患者に関する診療情報を開示することについて差し支えがあるかどうかを、当該患者に係る診療科等に照会する等検討し、その結果を速やかに申請者に通知するものとする。
- (5) 診療情報の開示は、閲覧、又は閲覧及び謄写によることを原則とする。
- (6) 開示する診療諸記録の閲覧、又は閲覧及び謄写は、病院が指定する場所において行い、患者からの求めがあれば、医師はその記載内容について説明するものとする。診療諸記録を院外へ持ち出すことは禁止する。
- (7) 個人情報の秘密の保持の観点から、診療情報の開示を受ける者に対し、当該情報の管理を慎重に行うよう注意を喚起するものとする。

6．診療情報の提供および開示に必要な費用

診療諸記録の謄写等に要する費用については、その代金の実費を請求者が負担するものとする。

(資料8)

病院医療情報システム運用管理規程

(平成 年 月 日制定)

(目的)

第1条 この規程は、病院(以下「本院」という。)における、病院医療情報システムの安全かつ合理的な運用を図り、併せて、法令に基づき保存が義務づけられている診療録(診療諸記録を含む。)(以下「保存義務のある情報」という。)の電子媒体による運用の適正な管理を図るために、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 病院医療情報システムとは、電子カルテシステム及び電子カルテシステムと接続する臨床検査科、手術室、放射線科、薬剤科、栄養科、リハビリ科、医療情報管理室、診療部、看護部の各部門システム並びに電子カルテシステム及び各部門システムに接続する診療科等の各部署の接続機器および医事システムのことをいう。

2 病院医療情報システムは、次の各号に掲げる基本原則に則り運用する。

- (1) 保存義務のある情報の電子媒体による保存については、情報の真正性、見読性、保存性を確保する。
- (2) 病院医療情報システムの利用にあたっては、守秘義務を遵守し、患者個人の情報を保護する。
- (3) 病院医療情報システムへのコンピュータ・ウィルスの進入及び外部からの不正アクセスに対しては、必要な対策を直ちに講じる。ソフトのインストールは情報委員会が必要と認定したもののみとし、それ以外のインストールを禁止する。USB端末等を通して、フロッピー、USBメモリー等との接続を禁止する。

(病院医療情報システムの管理体制)

第3条 病院医療情報システムを管理するため、次の各号に掲げる責任者を置き、管理体制は別表1に示すとおりとする。

- (1) 病院医療情報システムの管理責任者(以下「システム管理責任者」という。)を置き、病院長あるいは病院長が指名した者を充てる。
- (2) 病院医療情報システムの運用責任者(以下「運用責任者」という。)を置き、システム管理責任者が指名する。
- (3) 各部門システムの監視責任者(以下「監視責任者」という。)を置き、各部門の長をもつて充てる。
- (4) 電子カルテシステム及び部門システムに接続する各部署の接続機器の責任者(以下「接続機器管理責任者」という。)を置き、システム管理責任者が指名する。

(システム管理責任者)

第4条 システム管理責任者は、病院医療情報システムの管理・運営を統括し、本規程を本院の所属職員に周知するとともに、規程に基づき作成された文書を閲覧に供し保管する。

(運用責任者)

第5条 運用責任者は、次の各号に掲げる任務を行う。

- (1) 病院医療情報システムを安全で合理的に運用し、運用上に問題が生じた場合は、速やかにシステム管理責任者に報告する。
- (2) 利用マニュアル及び仕様書等を整備し、必要に応じて速やかに利用できるよう各部門に周知する。
- (3) 病院医療情報システムの有効活用を図り、機器の配置及び利用について決定する。
- (4) 利用者に対して、病院医療情報システムの安全な運用に必要な知識及び技能を研修する。
- (5) 病院医療情報システムと外部システムとのデータの連携に関して、システム管理責任者の承認を得る。

(監視責任者及び接続機器管理責任者)

第6条 監視責任者及び接続機器管理責任者は、次の各号に掲げる任務を行う。

- (1) 部門システム及び接続機器の内容に変更が必要な場合は、運用責任者の承認を得る。
- (2) 部門システム及び接続機器に問題が生じた場合は、直ちに運用責任者に報告する。
- (3) 個別に接続された機器へのコンピュータ・ウィルス及び不正アクセスに対する対策を講じる。

(病院医療情報システム管理運営委員会)

第7条 病院医療情報システムの安全かつ合理的な運用を図るため、病院医療情報システム管理運営委員会(以下「管理運営委員会」という。)を置く。

2 管理運営委員会に関する事項は別に定める。

(利用者の定義と責務)

第8条 病院医療情報システムを利用できる者は、次の各号に掲げる利用資格者の内、システム管理責任者が利用を許可した者とする。

- (1) 当院の職員で医療業務に従事する者
- (2) 研修登録医
- (3) 診療従事者の許可を得ている者
- (4) システム管理責任者の許可を得た研究員及び研究生
- (5) その他システム管理責任者が必要と認めた者

2 利用者の職種等により、別表2に掲げる利用制限が課せられる。

3 利用者は次の責務を負う。

- (1) 病院医療情報システムの利用にあたっては、利用者認証に関する情報(以下「ID

及びパスワード」という。)を取得するために、病院医療情報システム利用申請書(別紙様式1)により利用申請を行い、利用許可を得た後、利用誓約書(別紙様式2)に署名押印すること。

(2) 利用者認証に関しては、次の事項を遵守しなければならない。

利用者は、病院医療情報システムを使用する際に必ず自己の認証を行う。

利用者は、ID及びパスワードを他人に教えてはならない。また、他人が容易に知ることができる方法でID及びパスワードを管理してはならない。

利用者が正当なID及びパスワードの管理を行わないために生じた事故や障害に対しては、その利用者が責任を負う。

(3) 病院医療情報システムから個人を特定できる情報を取り出す場合、患者の個人情報を保護するため、事前にシステム管理責任者の許可を得なければならない。

ただし、診療の現場で、診療の必要に応じて、患者及び患者家族、あるいは、本人の承諾を得て第三者に提供する情報はこの限りではない。

(4) 研究・教育・研修を目的に、担当部署以外の多数症例の情報を取り出す場合には、システム管理責任者の許可を必要とする。

(5) 病院医療情報システムの動作の異常及び安全性の問題点を発見したときは、直ちに運用責任者に報告しなければならない。

(6) 利用者が病院医療情報システムの利用資格を失った場合及び利用しなくなった場合並びに利用状況に変更があつた場合には、運用責任者及び監視責任者に速やかに報告しなければならない。

(7) 利用者は、運用責任者が実施する運用指針及び安全性についての研修を受けなければならない。また、運用責任者からの運用及び安全性に関する通知を理解し、遵守しなければならない。

(医療情報の開示)

第9条 医療情報の開示に関しては、病院診療情報提供及び開示に関する規定を別に定める。

(病院医療情報システムの監査)

第10条 病院医療情報システムの運用管理状況等についての監査を実施するため、システム管理責任者が監査責任者を指名する。

2 システム管理責任者は監査責任者に監査を依頼する。

3 監査責任者は、システム管理責任者の承認を得て、監査担当者を選任することができる。

4 監査責任者は、病院医療情報システムの運用が安全かつ合理的に行われているかを監査し、問題解決の改善策を提案するように努める。

5 監査は、定期的実施し実地監査を原則とする。ただし、システム管理責任者が必要と認めた場合は、臨時の監査又は書面による監査を実施することができる。

6 監査責任者及び監査担当者は、監査実施前に監査内容の計画を立案し、システム管理責任者の承認を得るものとする。

(罰則)

第11条 監査の結果問題があつた場合及び本規程に違反があつた場合には、病院医療情報システムの利用停止を行うこととし、停止期間等の内容については、管理運営委員会の議を経てシステム管理責任者が決定する。

(雑則)

第12条 この規定に定めるもののほか、病院医療情報システムの運用管理に関し必要な事項は、管理運営委員会の議を経て、システム管理責任者が別に定める。

附 則

この規程は、平成 年 月 日から施行する。

(資料9)

「DPC 導入に対するより具体的な準備」

DPC 対策委員会などを立ち上げ以下の項目を実施すべきである

(1) 業務フローの再構築

DPC の導入に際しては、DPC コーディングという新しい業務が発生し医師・医事課・診療情報管理士の新しいコミュニケーションが必要になる。入院の時点からの患者基本情報の取り込み・入院目的・検査治療計画・パス或いはこれに準ずる標準的診療計画の作成・日々の検査治療内容の確認作業を行うとともに、平行して入院時点でのコード付け、入院期間中のコード変更の連絡・退院時サマリーと最終コード確認および DPC 分類の確定・包括レセプトの点検と出来高算定との比較など、医師・医事課職員・診療情報管理士間の連携に関するフローチャートの作成が重要となる。

(2) 既存システムと DPC 用システムとの連動

オーダーリングシステムの導入は不可欠であるが、既存システムとのデータの連動、提出を求められる EF ファイルの整備なども考慮しどこまでシステム化するのかの決定が必要である。

(3) 院内研修

医療行為についての標準化が求められるので包括支払方式の特徴および運用の説明についての研修が必要となり、コスト管理の徹底に関しても病院挙げて取り組む必要がある。

(4) 患者・家族への周知

標準的診療によって在院日数も提示でき入院費の概算を示すことが出来る一方、入院中の容態の変化に応じて支払いが変更される点など説明する必要がある。具体的にはポスター・パンフレット・掲示・ホームページなどによるお知らせと患者・家族からの質問に対する対応の取り決めも必要である。

更に直近に導入を目指している施設においては、経営の効率化を推し進める基盤となりうる DPC データの評価を積極的に診療・経営にフィードバックし、経営管理に応用すべきであり、具体的には以下のような活動が考えられる。

患者家族への説明：インフォームド Consent への応用

院内評価：平均在院日数、医療安全管理など

コスト分析：直接・間接費の直課方法の確立と分析手法の開発

標準的診療：クリニカル・パスの改善、各学会から出されている診療ガイドライン
などとの比較

市場調査：患者動向の把握

2004年版報告書作成にあたっての病院のあり方委員会開催状況

| 開催日 | 委員会名 | 検討内容 |
|-----------|--------------------|--------------------------|
| H15.12.19 | H15年度第8回病院のあり方委員会 | 2004年版報告書の内容について議論開始 |
| H16.1.30 | H15年度第9回病院のあり方委員会 | 報告書にとりあげる問題点・項目について議論 |
| H16.2.20 | H15年度第10回病院のあり方委員会 | 〃 |
| H16.3.13 | H15年度第11回病院のあり方委員会 | 宮澤弁護士による医療安全・医療基本法に関する講義 |
| H16.4.23 | H16年度第1回病院のあり方委員会 | 報告書テーマ・構成・内容について議論 |
| H16.5.23 | H16年度第2回病院のあり方委員会 | 報告書の検討テーマ別に議論 |
| H16.6.27 | H16年度第3回病院のあり方委員会 | 〃 |
| H16.7.24 | H16年度第4回病院のあり方委員会 | 〃 |
| H16.8.13 | H16年度第5回病院のあり方委員会 | 報告書とりまとめに向けての議論 |
| H16.8.24 | H16年度第6回病院のあり方委員会 | 〃 |
| H16.9.25 | H16年度第7回病院のあり方委員会 | 〃 |
| H16.10.10 | H16年度第8回病院のあり方委員会 | 〃 |
| H16.10.15 | H16年度第9回病院のあり方委員会 | 〃 |

(社)全日本病院協会
病院のあり方委員会 委員名簿

- 委員長 徳田 禎久 (医療法人禎心会病院理事長)
- 副委員長 猪口 雄二 (医療法人財団寿康会病院理事長・院長)
- 委員 大橋 正實 (医療法人耳鼻咽喉科麻生病院理事長・院長)
- 〃 飯田 修平 (財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院院長)
- 〃 木下 毅 (医療法人愛の会光風園病院理事長・院長)
- 〃 江口 尚久 (医療法人口コメディカル江口病院理事長)
- 〃 松村 耕三 (財団法人磐城済世会松村総合病院理事長)
- 〃 木村 厚 (医療法人社団一成会木村病院理事長・院長)
- 〃 佐能量雄 (医療法人社団光生病院理事長)
- 外部委員 長谷川 友紀 (東邦大学医学部公衆衛生学助教授)
- 担当副会長 西澤 寛俊 (特別医療法人恵和会西岡病院理事長)
- 〃 安藤 高朗 (医療法人社団永生会永生病院理事長)

社団法人 全日本病院協会

〒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

URL: <http://www.ajha.or.jp> E-mail: info@ajha.or.jp