



2002年5月1日  
発行  
山梨医科大学  
医学部附属病院

## 輸血検査の時間外対応について

検査部技師長 細 萱 茂 実



輸血検査の充実、特に時間外の輸血検査を安全かつ円滑にできる体制の確保を目指し、本年4月より新しい運用形態がスタートしました。これは、病院長また診療各科からの要請に応えるべく、従来から実施されていた宿日直時の緊急検査に新たに輸血検査を加えて、輸血部と検査部が一体化して時間外輸血検査に対応するものです。昨年の10月より具体的な準備をはじめ、尾崎検査部長と多田輸血部長の協議、また輸血部柳講師のご尽力のもと、運用マニュアルの整備や検査技師のトレーニングなどを重ね、血液型検査と赤血球濃厚液の交差適合試験については、24時間体制で診療科からの依頼に対応できるようになりました。今回新しい体制を開始しましたが、何分にも当直技師1名で従来の緊急検査と輸血検査を実施するもので、極力迅速な結果報告に努めるため、製剤の払い出しや日赤血液センターへの連絡は従来と同様に診療科のご協力をお願いするものです。検査部では、昨年の7月に各診療科の全医師を対象として臨床検査に関するアンケート調査を実施し、多くの貴重なご意見をいただきました。その中で最も多い回答が、時間外輸血検査への対応と、当日報告可能な検査受付時間を15時から17時に延長することに関する要望でした。先ずこれら二つのご意見に対して、現有の人員と設備の中でいかに応じられるのか部内検討を重ね、輸血検査の準備を始めるとともに、昨年12月からは17時までには受けた一般的臨床化学および血液検査の当日迅速報告の運用を開始しました。また、これら以外のご意見に対しましても、時間外緊急検査の充実や、迅速報告検査の拡大など、更に引き続いて取り組む予定です。

なお、同じく要望が強かった超音波検査に対しては、病院長また事務局のお力添えで非常勤職員が配置でき、早期の拡充を進めています。

一方、医療の分野におけるリスクマネジメントの重要性が再三強調されており、本学においてもマニュアルが整備され、全職員を対象とした講習会が開催されています。輸血業務に伴うリスクは重大な事故につながる可能性が高く、日本輸血学会が行った全国の主要800施設を対象とした過去5年間の不適合輸血の調査によれば、全施設の約2割、また大規模施設の半数以上がABO不適合輸血を経験しており、その原因は54%がバッグまたは患者の取り違い、15%が血液型判定ミスという結果でした。輸血に当たっては、オーダから輸血実施までの一連のリスクマネジメントを確実にを行う必要があります。このような観点からも、輸血および緊急検査の時間外対応については、2名の検査技師による当直体制が望まれ、検査体制の整備改善に向けて検討を続けています。

国立大学法人化や医療制度改革などを背景として、本年3月に国立大学医学部附属病院長会議常置委員会よりマネジメント改革についての提言がありました。病院長のリーダーシップのもと、医療の質や安全管理体制の向上を目指して効果的かつ効率的運営を図るための、多方面にわたるさまざまな改革が提言されています。その中で、中央診療施設の一元的組織化が上げられていますが、当院では既に検査部・病理部・輸血部の間で有機的かつ効率的な運用形態が取られており、国立大学附属病院の使命と役割に添うべく、患者サービスの向上や診療支援機能の強化のため真摯に取り組むを進めています。現在、検査部では250項目の検査を日々7,000件程実施していますが、量的な対応のみならず、質的向上をも含めた運用体制の充実を推進することで、更なる臨床貢献を目指しています。臨床検査に関する要望やご意見などがありましたら、今後とも検査部までお寄せください。

### 検査部業務変更案内

- 時間外対応輸血検査
  - ・血液型検査・交差適合試験
- 受付時間延長院内検査  
(15:00 → 17:00)
  - ・一般的臨床化学・血液検査
- 生理検査業務拡充(月～金)
  - ・腹部超音波検査(9:00～12:00)
  - ・頸動脈エコー検査(13:30～)

## 平成14年度診療報酬改定の概要



医事課専門職員 相川 勝 則

平成14年度の診療報酬の改定について、その主要な部分及び当院に特に影響があると思われる点について、その概要を以下にまとめてみました。

改定率  $\Delta 2.7\%$  診療報酬改定  $\Delta 1.3\%$   
薬価改定等  $\Delta 1.4\%$  (後発品のある医薬品、平均5%引下げ)

### 改定の主要事項

#### 効率的な医療提供体制の評価

- 頻回受診の是正
  - ・再診料等に逓減制を導入
- 慢性期入院医療の評価
  - ・在院日数による逓減制の廃止
  - ・入院医療の必要性の低い長期入院患者について、入院基本料を85%に減額
- 包括払いの拡大
  - ・大学病院等の入院医療について、医療機関別に、疾病別の包括払いを導入(1年後目途)

#### 医療技術の適正評価

- 医師の経験年数、年間症例数等を基礎とした施設基準を設定する手術の範囲を拡大
- リハビリテーションの体系的見直し

#### 薬剤使用等の適正評価

- 長期投薬に係る規制を原則撤廃
- 後発医薬品の使用環境整備
- 205円ルールの原則撤廃

#### 患者ニーズに応じた医療の評価

- 小児医療の充実
  - ・急性期の入院や地域の小児科医による休日・夜間診療体制の評価を充実
- がん患者等に対する医療の充実
  - ・緩和ケアチームによる診療等を新たに評価
- 特定療養費の拡大
  - ・予約診療に係る時間制限の緩和、大病院における再診料
  - ・保険診療と併用できる新医療の範囲を拡大(治験中の医療用具、保険収載前の医薬品等)

### 改定概要

#### 《本院を中心に》

#### ○基本料

- イ 再診料 外来診療料 月2回目以降の受診から半減  
1回目 77点 2回目以降 35点  
(人工透析患者および15歳未満の小児を除く)

#### ※ 再診料の特定療養費化

他の病院(200床未満)又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、本院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料に相当する金額を患者から徴収する。

#### ○入院料

- イ 入院基本料 一般病棟  $\Delta 7$ 点、精神病棟  $\Delta 8$ 点  
(1日当たり)

改定前と比較して、患者1人1日当たり70円~80円の減額となる。

#### □ 入院料の減算項目の追加

医療安全管理体制未整備減算(1日につき) 10点  
褥瘡対策未実施減算(1日につき) 5点

#### ※ 褥瘡対策については、専任の医師・看護婦からなる対策チーム等所要の整備が必要となります。

#### ハ 入院基本料等の加算

急性期病院加算の要件の変更

平均在院日数20日以内→17日以内

新生児入院医療加算の新設(1日につき250点)

NICUに準じた新生児入院管理

#### ・夜間看護加算 10対1加算の追加

夜間における看護師数が患者10人に対し1人以上

#### ・緩和ケア診療加算の新設(1日につき250点)

- ※ 緩和ケアチーム(身体症状の緩和担当の専任医師、精神症状の緩和を担当する専任医師、緩和ケアの経験を有する専任看護師)による緩和ケア診療

#### ○指導管理等

イ 小児悪性腫瘍患者指導管理料(月1回500点)

15歳未満の小児悪性腫瘍、白血病等の外来患者

- ※ 15歳未満の小児悪性腫瘍、白血病等の外来患者(家族)に対する対計画的な治療管理・指導管理の実施

#### ○在宅医療

イ 在宅自己注射指導管理の見直し

指導管理料と注射針加算の分離

在宅自己注射指導管理料 820点、

注射針加算 160点又は80点

- 在宅気管切開患者指導管理料(900点)及び人工鼻加算(1500点)の新設

#### ○検査

イ 検体検査・生体検査併せて23項目新設

- 既往の検体検査料は、市場実勢価格踏まえマイナス改定
- ハ 基本的検体検査実施料 180点 → 165点（1日）

○画像診断

- イ CT, MRIの評価の見直し
  - 単純CT撮影（頭部） 655点 → 620点
  - 単純MRI撮影（頭部） 1,660点 → 1,140点

○投薬

- イ 処方せん料
  - 処方せん料Ⅰ（7種以上）
    - 53点 → 43点（後発医薬品を含む処方）
    - 41点（その他）
  - 処方せん料Ⅱ（6種以下）
    - 81点 → 71点（後発医薬品を含む処方）
    - 69点（その他）
- 薬剤投与期間に係る規制の見直し（投与日数制限の原則廃止）
  - ※ 麻薬・向精神薬、副作用等のチェック等がある薬、在宅指導管理料を算定している患者等を除いて本院では、最高90日までの投与が可能となります。

（注）「医師が予見できる範囲内での投与」（療養担当規則）

○注射

- ・外来化学療法加算（1日につき300点）の新設
- ※ 外来患者であって、悪性腫瘍の患者に対して化学療法を行った場合（要 専用室・専任の看護師・薬剤師等）

○理学療法

- イ 個別療法, 集団療法の別による評価の体系化

	理学療法Ⅱ（本院）
個別療法（1単位）	180点
集団療法（1単位）	80点

- ※ 20分を1単位とする
- ※ 定期的な計画の見直し, 効果判定等を算定要件に追加

- 早期リハビリテーションの評価の充実（急性発症の脳血管疾患等）
  - 発症後14日以内 100点（1単位につき）
  - 発症後15日以上30日以内 80点（1単位につき）
  - 発症後31日以上90日以内 30点（1単位につき）

○手術

- イ 手術料の相対関係の見直し
  - 人件費構成, 技術難易度, 材料等のコスト分析に基づき, 手術料各項目の相対関係の評価の見直し。
- 手術に係る施設基準の見直し
  - 医療の質向上, 効率的な医療提供の観点から, 一定の施設基準（年間症例数, 医師経験年数等）を設定する手術の拡大。
  - 施設基準を設定する手術項目 18項目 → 110項目
- ※ 施設要件を満たさない施設においては, 手術料について所定点数の70%を算定。

○その他

- イ 長期入院に係る保険給付の範囲の見直し
  - 入院医療の必要性は低いが, 患者側の事情により長期にわたり入院している患者について, 特定療養費制度の対象とする。

- ①対象者：一般病棟への入院期間が180日を超える者（厚生労働大臣の定める状態にある者を除く。）
  - ※ 難病患者等入院診療加算算定患者, 化学療法・人工呼吸器実施患者は除外。
- ②特定療養費として給付する額：入院基本料等の基本点数の85%（自己負担15%）
  - ※ 平成14年3月31日以前の入院期間を有する者については, 経過措置により平成15年4月1日以降対象となる。

14年度診療報酬の改定は、主に①効率的な医療の提供②患者の特性に応じた医療③医療技術の適正評価④薬剤使用の適正化⑤特定療養費制度の拡大の一の視点から行われた。初めて診療報酬本体を引き下げるマイナス改定ということもあって、再診料や入院基本料をはじめ、広範囲にわたり小刻みに点数を引き下げているほか、6ヶ月を超える入院基本料の特定療養費化、特定機能病院等における入院の包括評価導入、リハビリテーション料の明確化など政策的意味をもった見直しが盛り込まれた。その一方で、社会的要請の強い、小児医療、精神医療、緩和ケアについては、重点的な評価が行われ、医療の質の向上を目指したとされている。また、経済財政諮問会議等の要請をうけ、包括支払方式の拡大、205円ルールの原則撤廃を打ち出した。

改定率は、医療費ベースで診療報酬本体△1.3%、薬価△1.3%、材料△0.1%となっており、小泉首相のいう「三方一両損」の医療機関にも痛みを求める医療制度改革（診療報酬体系見直し）は大変厳しいものとなっている。

この影響について、某機関の調査によると「診療報酬2.7%引下げといっても収支差額は単に2.7%下がるのではなく、収入は一律に2.7%減で経費については必要なものは今まで通りという前提で試算したところ、診療所の収支差額の減少が7~13%、病院にいたっては50%以上も大幅に減少する」としている。本院における影響については、本紙別掲の運営改善推進室の分析に記すが、収入面に大きな影響を受けることは間違いない。また特定機能病院の入院診療への診断群別包括払いが本年度中に導入されることとされたことには特に留意しなければならない。

この改定でも明らかなように、今病院に求められているのは、質の高い、そして効率的な医療の提供という一見相反するようなことが社会的な要請であり、独法化への対応にも共通したキーワードの一つと思われる。病院としてこの厳しい現実に、病院スタッフ全員の総力をあげた取組が求められている。

参考

附属病院請求額（単位＝百万円）

区分	入院	外来	計
平成11年度	7,412	2,205	9,617
平成12年度	7,665	2,294	9,959
平成13年度	7,953	2,460	10,413

診療単価（単位＝円）

	入院	外来
平成11年度	38,846	8,726
平成12年度	39,383	8,677
平成13年度	40,743	8,924

## 診療報酬改定に伴う本院への影響

病院運営改善推進室主任 有賀真樹

平成14年度診療報酬改定が△2.7%の改定率であることはご存じのことと思いますが、本院において実際には、どのくらい請求額が減少するか、主な改正点を平成13年度の実績から予測してみました。

### ○薬価改定の影響 → △11,520万円

本院は引き下げ幅の大きい先発品が大半であり、特に、入院中に使用している注射薬においては、△6.0%もの影響があると思われます。

### ○外来診療料 → △1,500万円

月2回目以降の再診料が35点に減算の影響。

### ○入院基本料 → △910万円

夜間看護10対1加算が新規追加され、3階東西の病棟で440万円の増収が見込まれますが、全体では減収となります。

### ○指導管理料等 → △660万円

悪性腫瘍特異物質治療管理料等の点数の減算の影響。

### ○在宅医療 → △500万円

新設項目による増収を含めても、在宅自己注射指導管理料、在宅酸素療法指導管理料等の引き下げの影響。

### ○検査 → △3,800万円

判断料の増点により、1,500万円増収ですが、基本的検体検査実施料1,900万円、その他3,400万円減収。

### ○画像診断 → △2,680万円

新設された画像診断管理加算2で350万円の増収ですが、CTとMRIで2,300万円、フィルム代の引き下げにより730万円の減収。

### ○投薬 → △1,300万円

処方せん料が引き下げられ、仮に全て先発品での処方の場合1,300万円減収になります。

### ○理学療法 → △1,100万円

入院において、今まで「簡単なもの」で算定していたものを、個人療法（1単位）に置き換えて計算。

### ○手術 → △1,100万円

以上が今回の改定により、本院が大きく影響を受ける部分ですが、これ以外でも、特定保険医療材料価格の引き下げ、全身麻酔における加算の削除、シンチグラムにおける解析処理加算の包括及び薬剤投与期間に係る規制の見直しによる外来患者さんの通院回数減少等により、トータルで3億円近い減収になると思われます。

それでは、どう対応していくべきでしょうか。

まず、初診患者紹介率を50%以上にすることが考えられます。今年度から紹介率を算出する際の初診患者数から時間外に受診した6歳未満の小児患者が除かれました。平成13年度の本院における紹介率は、以前の計算式

では46.4%でしたが、時間外に受診した6歳未満の小児患者が全て紹介状なしで来院したとすると、48.3%の紹介率となり、紹介状をもった患者さんがあと300人いれば50%に到達します。これによる増収見込は、1,700万円になります。そのためには、先生方に研修先等の病院で、本院での診察が必要である患者さんには必ず、紹介状を書く事を徹底していただくことで相当数の紹介患者数の増加が見込めると思います。

第二に、平均単価を上げることです。そのためには同じ内容の診療を、より短い入院日数で行なう必要があります。本院では13年度の入院において、前年度より1.5日平均在院日数が短縮されたことにより、入院患者数が増え、手術部での手術件数が40件増加し、これが全ての要素とは限りませんが3億円近い増収を得ることができました。今年度の目標値である一般病棟の平均在院日数22.0日に近づくことができれば、昨年度以上の結果になると思われます。

以上の2点を、今年度目標値に早い時点で到達させることができれば、今回の診療報酬改定の厳しい状況下にあっても、昨年度以上の請求額の確保を見込むことが可能となります。

## 平成14年度病院運営改善について

病院長 塚原重雄

本院の運営改善に向けて、平成14年度の病院運営改善実施計画及び病床稼働率等、具体的な数値目標を次のように設定した。本年の実施計画においては、15年度に導入が決定した入院診療報酬の包括支払へ向け、平均在院日数の短縮のためクリティカルパスの導入・地域連携の推進、医療機器の集中管理のためMEセンターの設置、卒後臨床研修センターの設置を重点事項としている。また外来化学療法・褥創対策・緩和ケアチーム等保険改定に対応した院内体制の検討、整備を図ることとした。間近に迫った国立大学法人化、医療制度改革など本院取り巻く社会的環境の激しい変化に対応し、質の高い医療を効率的に提供するため、目標計画の達成に向けて、皆様方の協力が不可欠である。

### 1 病床稼働率 89.10%（12年度（）内は全国平均値）

区分	平成12年度	平成13年度	14年度目標
目標値	88.00%	89.00%	89.10%
実績値	88.9% (87.9%)	89.10%	

### 2 平均在院日数 一般病棟22日

区分	平成12年度	平成13年度	14年度目標
目標値	24日	25日	22日
実績値	25.8日 (29日)	24.2日	

### 精神病棟36日

区 分	平成12年度	平成13年度	14年度目標
目標値	36日	36日	36日
実績値	67.6日 (83日)	70.4日	

3 査定率 0.48%

区 分	平成12年度	平成13年度	14年度目標
目標値	0.90%	0.60%	0.48%
実績値	0.64% (0.70%)	0.48%	

4 紹介率 50.00%

区 分	平成12年度	平成13年度	14年度目標
目標値	50.00%	50.00%	50.00%
実績値	44.4% (48.00%)	46.40%	

5 院外処方箋発行率 70.00%

区 分	平成12年度	平成13年度	14年度目標
目標値	70.00%	70.00%	70.00%
実績値	68.7% (57.3%)	72.17%	

※目標値設定に当たっては、病院改善5か年計画の目標値、本院の昨年度実績及び全国国立大学附属病院の平均などを考慮し、また、上位の算定率により増収可能なものについては、その数値を目標値として設定しました。

## 投稿

### 第6回緩和ケア勉強会報告

放射線科 大西 洋・荒木 力

平成14年2月19日18-20時、第6回緩和ケア勉強会が臨床大講堂にて行われました。この会は、麻酔科、精神科、婦人科、第一外科、薬剤部、看護部を最初の世話役とした院内の勉強会として平成12年6月に第1回が開催されました。その後放射線科と耳鼻科が世話役に加わり、年2回のペースで行われ今回で第6回を迎えました。

今回は放射線科が担当であり、テーマは「がん告知の必要性和実際」としました。がんの末期において本来の緩和ケアは患者本人の理解と希望のもとに行われるべきであり、告知されていることは真の緩和ケアの前提であると考えたからです。また、山梨医科大学でのがん告知率はせいぜい30-40%であり、大学としてがん告知に前向きに取り組んでいる姿勢は見受けられないのが現状です。これに対して、患者の自己決定権を保護するために放射線科は昨年来がん告知に関して問題提起し、これを大学全体として考えていくことを提案してきました。しかし関連各科の足並みは揃わず、大きな手術をする科ほど旧態依然としています。今回の緩和ケア勉強会により、がん告知に関する問題意識を喚起するためのきっかけのひとつになってくれることを願いました。参加者は大学内外から191名（これまでの最高）を集め、関心の深さを示していると思われました。

内容は、前半で特別講演として、医師であると同時に弁護士および社会学者でもある、慶応大学消化器外科の古川俊治先生に「がん告知—医療と法と社会学の立場から」という演題名でお話しいただき、後半に、放射線科入院患者を対象に行われている病気に関する患者意識調査のまとめと、肝癌患者に対するがん告知症例報告を呈示しました。

古川先生の講演のポイントは、1) 法律学的解釈では、「病状、患者性格、家庭環境などを総合考慮した医師の裁量に委ねる」とする従来型から、「原則として条件なしに告知する」に変わりつつあること、2) 医師が患者の社会的事情や精神面を考慮する必要があるとされているが、実際には全く困難であり的はずれである場合が多い、3) 告知による患者が精神的打撃を受けたとしても医師の法的責任はない、4) 更に、家族が反対する場合に告知を行う場合のトラブルに対しても医師の法的責任はない、というもので、告知否定派の最大の根拠である「家族の反対」に対して、それを否定する明快な法的判断が既に示されているのです。（参考：medicina38;1955-1960, 2001）

また、患者意識調査のまとめでは、80%の患者が無条件で告知を望み、67%は家族が反対していても告知を望むことが分かりました。これは大新聞による都市部の調査とほぼ同様の結果です。家族が反対するからとか、山梨は東京とは違うから、といった主張もあるようですが、随分自分勝手な判断ではないでしょうか。

今回の勉強会を通して、告知問題に関する意識啓発ができたと思います。これからも院内で更に話し合いながら、共通の意識をもって診療にあたれるように働きかけていきたいと考えています。



本年の保険改正を受け、院内に緩和ケアチームの結成が望まれているが、関連した課題として、告知について放射線科から投稿があり取り上げた。告知は、告知後のケアが重要であり、いかにフォローアップしていくかも含めて診療科、看護部、精神科をはじめ全セクションに心理学者等も交え、院内の統一見解をまとめるべく、慎重に話し合いを進めていく必要があると考える。

(病院長 塚原重雄)

## 八ヶ岳の懷に抱かれて-新採用者合宿研修

看護部副部長 樋口 順子

4月3日～4日の二日間、春の息吹あふれる「いこいの村八ヶ岳」において、平成14年度新採用者合宿研修が行われ、研修生48名と担当者8名の計56名が参加しました。研修は次のような目標・ねらいで行いました。

### 目 標

1. 山梨医科大学医学部附属病院看護部の一員としての責任と自覚が持てる。
2. 体験を通してチームワークの大切さを知り、セクションに活かす。

### ねらい

1. 仲間の大切さを知ろう。
2. チームで一生懸命取り組んだ充実感を体験しよう。
3. ありのままの自分を見つめよう。

研修が始まる前は、「いったいどのような研修が始まるのか」緊張気味だった研修生ですが、体験学習を進めるにつれ、仲間同士うちとけ、表情も良く生き生きとしてきました。不安だったのはむしろ担当者の方だったのかもしれません。



実習は「みんなの夢が原動力」という躍動感あふれるテーマの基に、八ヶ岳の自然を生かしたコースで、目標やねらいを達成できるような企画を作成し、それを別のグループが行うという内容です。どの企画も「私も挑戦したい」と思うような楽しいものでした。

二日間の研修を通して、目標やねらいを達成するために、お互いが力を合わせることで仲間意識を高めたり、また、配属されるセクションで頑張ろうという前向きな姿勢が培われたことと思います。この研修での経験や感動そして仲間を大切にして、それを糧に成長して行って欲しいと思います。



## 法律相談の開催について

安全管理室

日常の診療のなかで、時としてどのような見識で患者様と対応したらいいか迷ったり、法的に対応しなければならない問題の提起が予想される等、法的見地から指導助言を得たい場合があります。このような状況に対応するため、弁護士による指導助言を受けることができるよう、本院において、法律相談の開催を次のとおり実施することにいたしましたのでお知らせします。

助言者 小澤義彦弁護士  
(けやき通り法律事務所・甲府市)

相談回数 6回(5,7,9,11,1,3月)

なお、実施方法等の詳細につきましては別途お知らせします。

## 病院運営委員会から

### 平成14年3月運営委員会審議事項等について

#### ○感染症室の運用基準について

2西4西病棟に設置された感染症室の運用基準が承認されました。

#### ○輸血検査の時間外対応について

輸血検査が4月から24時間対応可能となる旨報告がありました。

### 平成14年4月運営委員会審議事項等について

#### ○14年度目標値について

14年度の稼働率等の病院目標値が承認されました。

#### ○病院改善5か年計画の実施状況等について

本院運営改善5か年計画に基づく、14年度実施計画が承認されました。

## 新生「山梨大学」のシンボルマーク公募

本年10月の山梨大学との統合の記念事業として、大学のシンボルマーク(校章)が次のとおり公募されることになりましたので、奮ってご応募ください。

#### ○主 催：山梨大学および山梨医科大学

#### ○公募内容：校章(シンボルマーク)

新大学の理念・目標・特色や山梨という地域を表現したもの。

#### ○公募期限：平成14年6月30日(必着)

#### ○応募資格：どなたでも応募できます。

#### ○表 彰：最優秀作品、優秀作品、佳作各1点。

最優秀作品には、謝礼として30万円贈呈。

詳細は本学ホームページ又は山梨大学統合準備室まで

(<http://www.yamanashi-med.ac.jp/>) (Tel 055-220-8014)

職員の皆様からのご意見、投稿をお待ちしています。  
(運営改善推進室suishin@res.yamanashi-med.ac.jp内線2448)