



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2005 NEWS 12/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.630 2005/12/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

介護療養型の医療機能を大幅縮小か

介護給付費分科会 医療保険と「補完」しあう報酬を設定。患者移行を促す

厚生省老健局老人保健課は11月25日の介護給付費分科会に介護保険施設の報酬・基準に関する見直しの考え方を示し、介護療養型医療施設の医療提供機能を大幅に縮小、加療が必要な患者は医療保険療養病床に誘導する方針で臨む考えを示した。

この考え方は、同日同刻に開催された中医協・基本小委に保険局医療課が示した「医療区分3相当患者は医療療養に、同1相当患者は介護療養に誘導するインセンティブが働く報酬体系とする」方針と符号している。同時改定にあたって、保険・老健両局は連携の下、療養病床の医療・介護機能分担に大きく道筋をつける方針であり、療養病床は決定的な再編局面を迎えた。(2面に「介護保険施設の報酬・基準」、基本小委の記事を掲載)

医師配置は老健並び(1名)を、食費・多床室の基準額引下を各々示唆。療養病床は決定的な再編局面へ!

事務局(老人保健課)は検討資料において、「慢性期に入院・入所する施設の基本機能」(傍点編集部)の1つに「医学的管理重視型の施設」をあげ、「上記の考え方を踏まえ、介護報酬と診療報酬の同時改定となる06年改定において、今後の介護保険と医療保険の機能分担のあり方をどのように考えるべきか」と提起した。

一方、介護療養型医療施設という個別課題においては、医療保険療養病床に対する患者分類に基づく包括評価の導入が予定されていることに言及、こうした「見直しも踏まえ、医学的管理重視型の

医療施設としての療養病床の基本的あり方と、これに対する医療保険と介護保険の機能分担明確化をどう考えるか」と重ねて提起。さらに、「介護療養型医療施設は、これまで医学的管理重視型の医療施設として位置づけられてきたが、上記の機能分担を踏まえ、今後の位置づけをどのように考えるか」と、論点を、介護療養型医療施設における医学的管理重視の修正という方向へ誘導を図った。

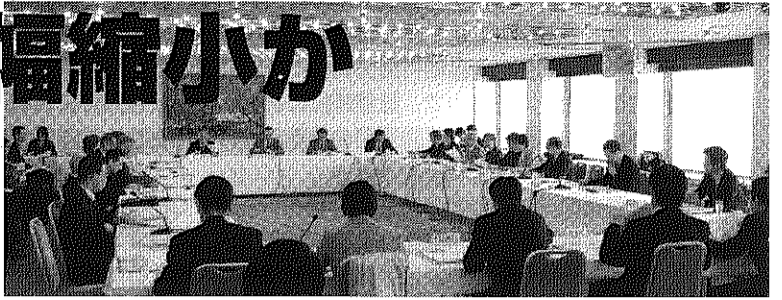
同日の分科会では、介護療養型医療施設における医師配置数について、現行の最低3名を老健と同様の1名へ見直

す考え方が示唆されたが、こうした事務局のニュアンスに注目すると、例えば、重度療養管理の廃止、個別リハ算定の大幅見直しといった思い切った手立を探ることも考えられる。

少なくとも、診療報酬と介護報酬間で違える重症度・重度を相互補完的に傾斜させる報酬設定等が検討されていることは間違いないようだ。事務局は、次回(12月7日)に、さらに踏み込んだ案を提示するものと思われる。

委員の発言は機能分化に抽象的に賛同する議論にとどまったが、椎名委員代理(健保連)は「これからは医療・介護各病床で、同じ状態の患者には同水準の報酬を適用すべき」と主張。また、矢野委員(経団連)は「医療保険の制度を介護保険で活用する、介護保険の制度を医療保険で活用する視点をもつべきである」と、厚生省に同調する意見を述べた。

三浦老健課長は「(医学的管理重視という機能は)ある意味で介護療養型という比重が強いが、同時改定をにらんだとき



▲厚生省は医療保険・介護保険の両面から同時に療養病床の再編を提起した。(写真は11月25日の介護給付費分科会)

に、それをどうするかという議論がある」と発言。さらに、「医学的管理重視という機能には介護療養と医療療養の2施設があり、その関係を含め、どう考えるべきか議論がなされてしかるべきかと思う」と、再三、議論の誘導に務めた。

療養環境減算Ⅱ・Ⅲは廃止へ

また、三浦課長は、別負担である食費と多床室の各基準負担額の引き下げを示唆。食費に関しては今年3月対象の介護事業経営実態調査を用いて3施設の平均月額が約4万円であることを強調した。

同課長は、分科会の外で「介護療養型医療施設単体の収益は3%に過ぎないが、医療保険と一体では10%であり、そちらを重視する」という認識を示しており、報酬の大幅引き下げが考えられる。

事務局は、さらに療養環境減算Ⅱ・Ⅲ適用の経過措置を期限を定めて廃止する方針を明らかにした。

保険給付範囲見直し等の短期的方策は否定

医療保険制度改革 医療保険部会、玉虫色の「決着」。厚生省に委ねる

11月25日に開催された医療保険部会は医療保険制度改革に関する部会意見書を取りまとめた。

意見書は多くの課題について両論併記を採用する玉虫色となったが、末尾に「意見の隔たりが大きかった点もあるが、医療制度の構造改革が強く求められている中、厚生労働省は医療保険制度改革の成案を得、実現するよう求める」という文言を書き込み、事実上、制度改正の取組みを厚生省に委ねた。

食費負担は給付枠内で実施

意見書は「基本的考え方」において制度改革の目的として「医療費の適正化」を明確にする一方で、医療保険制度の一元化という目標に関しては被用者保険と国保の一本化に反対する意見を併記、政治マターとしての議論決着に委ねた。

また、制度改正にあたっては「医療費適正化計画(仮称)」の推進をベースとする考えを強く打ち出したが、経済財政諮問会議等が求める短期的な方策

については、「過度の患者負担増は公的医療保険の意義を損なうおそれがあり、効果も一時的であることから、中長期的な方策を補完するものとして検討していくべきである」と排除した。

食費・居住費の別負担について、部会後の本紙質問に保険局幹部は「(療養病床高齢患者対象に)保険給付の枠内で実施する」方針で臨むことを明らかにした。

給付から外すと一般病床や療養病床の対象外患者と法的な整合性が取れないことから、現行入院時食事療養費の枠組みを利用し、食料費、調理コスト、居住費相当を合算した標準負担額を月額で設定して徴収する方針が採用されるものとみられる。

自民党の医療系議員も「別負担の一般病床への導入阻止が精一杯」と釈明するなど、療養病床への導入阻止は難しい情勢だ。

制度改革の大綱案が内定

政府・与党は11月28日にかけて、厚

労省「改革試案」をベースに医療保険制度改革大綱案を内定、高齢者の患者負

入院時食費・居住費は保険給付を継続すべき 四病協が別負担に反対する要望書

四病院団体協議会は医療構造改革試案に盛り込まれた「入院時食費・居住費の保険給付見直し」に反対する要望書を作成、11月24日、川崎厚生労働大臣、政府・与党医療改革協議会、安部内閣官房長官、竹中総務大臣、谷垣財務大臣、自民・公明幹部宛に提出した。

要望書は、入院患者は「療養環境の

担引き上げ、新たな高齢者医療制度の08年度創設、保険免責制の見送り、長期入院高齢者の食住費自己負担化で合意した模様。

大綱は政府・与党医療構造改革協議会の調整を経て12月初めに公表される予定だ。

提供、食事は治療の一環をなすものであり、単なる居住と明確に区分されるべきである」として、「急性期、慢性期、又、年齢にかかわらず、「保険給付の対象からははずすことは絶対に認めるべきでなく、国民に更なる負担を転嫁することに反対し、現行どおり保険給付とするよう」求めている。

日医、DPCの導入拡大を原則容認

11月16日の中医協・基本小委は、DPC分科会による2005年度DPC患者特性調査結果(7月~10月)の報告を了承した。

この審議過程で、診療側松原委員(日医常任理事)は、「(急性期入院医療に関しては)出来高払いにも問題はあ。適切な医療が受けられることが担保さ

れ、病院委員が総意でこれ(DPC包括評価)を導入したいということであれば、病院委員も日医の一員であり、受け入れるにやぶさかではない」とDPC導入の拡大に原則的に同意。さらに、「DPCを拡大する方向は了解できる」と明確に肯定した。

財務省が唱える改定率抑制を容認

06年度改定基本方針 各論は「医療制度構造改革試案」を踏襲

厚生省保険局医療課は11月24日の医療部会と同25日の医療保険部会に同一の2006年度診療報酬改定基本方針を提示、いずれも原案どおり了承された。(4面に基本方針の概要を掲載)

両部会とも各1時間計3回の審議時間を確保したが、医療課による説明時間を控除すると実質的な審議はそれぞれ2時間ほどにすぎない。結局、両部会とも、医療課が提示した原案をそのまま

承。まさに、医療課主導の方針策定となった。

基本方針は「基本的考え方」において「経済・財政と均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを厳しく抑制する」ことが求められていると情勢を認識。「保険財政の状況、物価・賃金等のマクロ経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえ」改定されるべきという判断を示し、財務省が唱えるマイナス改定の考えを認めた。

その上で、「基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していくことを基本とする」と改定の役割を定義、「医療制度構造改革試案」の考え方を踏襲することを宣言している。基本方針の意義は、この「基本的考え方」に尽きるといえる。

改定の内容は、生活習慣病の予防を図る一方、入院医療に関しては在院期間の短縮化と在宅療養への移行を促す

という医療費適正化計画の手法をなぞるもので、具体的に示されている診療報酬点数評価の各ポイントも、すでに中医協に示されている論点を追認するものとなった。

基本方針は、今後、両部会長の協議に委ねられ、その合意にもとづいて、親審議会である社会保障審議会に諮ることなく連名で厚生労働大臣宛報告された上、中医協に提示される。

基本小委が慢性期患者分類試案を了承
医療課は慢性期入院包括評価の導入を提案 (2面に掲載)

「特殊疾患」もケースミックスの対象

「医療区分1相当患者は介護療養に入院する報酬体系とする」

11月25日に開かれた中医協・診療報酬基本問題小委員会は、慢性期入院医療の包括評価調査分科会の包括評価に用いる患者分類試案に関する報告を了承。事務局(厚労省保険局医療課)は、2006年度改定の検討課題として提示した慢性期入院医療に関する論点に患者分類による包括評価の導入を提案、医療療養病床を重症度の高い患者中心に再編成する構想を呈上した。

一方、同日の介護給付費分科会には、介護療養型医療施設に関する報酬見直しの考え方が示され、その中で、診療報酬における慢性期包括評価の導入と連動して、医療を必要とする患者は医療保険適用の療養病床に移行させる方向で介護報酬の組み換えを行なう方向性が示唆された。

療養病床にかかわる医療と介護の分担は、06年4月の同時改定によって、急速に進展する可能性が強まった。それは同時に、入院時食事の患者負担化という痛みをともなうとともに、医療必要度が低い患者が多く入院する病床には何らかの転換を促す、厳しい選択を迫るものとなる事が予想される。(1面に介護給付費分科会の記事を掲載)

事務局が提示した療養病床に関する改定の基本的考え方は、①療養病床の入院基本料を患者分類にもとづいたものに再編する、②看護配置による評価を廃止し、看護5対1・看護補助5対1を最低基準としつつ医療機関裁量による配置方式を採用する、③日常生活障害加算および認知症加算を廃止する、④療養病床入院患者を180日超入院患者特定療養費化の対象から除外する、⑤患者

分類にもとづく包括評価を特殊疾患療養病床入院患者に適用することを検討する、⑥患者分類における医療区分1に相当する患者は介護療養病床に移行するインセンティブがはたらく報酬水準とする、ことなどを提案した。

同日の基本小委は時間切れで提示のみに終わったため、慢性期入院に関する事務局提案は、次回(11月30日)にあらためて検討される。

「慢性期入院医療について」基本小委に提示した事務局資料(抜粋) 11月25日

4. 論点

- (1) 療養病床入院基本料について
 - 医療保険適用療養病床における診療報酬の設定方法として、患者特性に応じた評価の導入を行う観点から、慢性期入院医療の包括評価調査分科会における検討結果による医療区分、ADL区分及び認知機能障害加算からなる患者分類を活用することを検討してはどうか。
 - これに伴い現行の看護配置による評価は廃止し、「看護職5:1、看護補助職5:1」を最低基準とし、実際の配置は医療機関の裁量にゆだねることを検討してはどうか。
 - 日常生活障害加算、認知症加算については、廃止することを検討してはどうか。
 - 急性増悪等により一般病棟への転棟(転院)が必要な場合において、転棟(転院)前に療養病床において提供される医療の評価の在り方について検討することとしてはどうか。
 - 現行の180日超入院患者に係る入院基本料の特定療養費化(85%給付)については、療養病床入院基本料を算定している患者をその対象から除外することとし、医療区分1に相当する患者に係

- る報酬額については、医療保険適用療養病床の機能に照らし、適正化を図ることを検討してはどうか。
- (2) 特殊疾患療養病床入院料について
 - 前記の患者分類は、医療療養病床及び特殊疾患療養病床に入院している患者のデータを基に作成されており、特殊疾患療養病床に入院している患者にも適用可能である。
 - 特殊疾患療養病床入院料については、当該入院料を算定している患者についてもこの患者分類を適用することを含め、その在り方について見直すことを検討してはどうか。
- (3) 介護保険(介護療養病床)との連携について
 - 「介護保険との役割分担の明確化を図る」ために、医療の必要性の高い患者が医療療養に入院し、医療よりもむしろ介護の必要性の高い患者が介護療養に入院するような報酬体系とすることを検討してはどうか。
 - 具体的には、医療区分3に相当する患者は医療療養に入院し、逆に医療区分1に相当する患者は介護療養に入院するというインセンティブが働くような報酬体系とすることを検討してはどうか。

介護保険施設の報酬・基準に関する論点(概要)

介護給付費分科会 11月25日 ※1面記事を参照

【基本的論点】

- ①10月施行に関連する課題への対応をどう考えるか。
- ②施設の収支状況に関してどう考えるか。
- ③介護保険施設の将来像をどう考えるか。
- ④上記を踏まえた報酬改定の基本方向をどう考えるか。

1. 10月施行に関連する課題への対応

●ユニット型個室等と多床室の報酬設計バランスの見直しをどのように考えるか。看護・介護サービスといった「ケア」評価の観点から報酬のバランスを見直すことが必要と考えられるかどうか。

●食費に関する費用や栄養ケア・マネジメントについてどのように考えるか。

2. 施設の収支状況について

●介護保険施設の事業収支状況、事業収支差(収益率)のあり方をどう考えるか。

●食費に関する費用や栄養ケア・マネジメントについて、次の観点からどのように考えるか。

- ・直近(05年3月調査)の介護施設における費用実態
- ・10月以降の食費の実態
- ・食事サービスの内容、質
- ・栄養ケアマネジメントの状況

3. 介護保険施設の将来像について

●高齢者が慢性期に入院・入所する施設の基本機能として次の3つが考えられるかどうか。

①生活重視型の施設

- ・居住環境としてはユニット型個室が基本
- ・個別の医療ニーズは原則として外部サービスを活用
- ・ターミナルケアまで対応

②在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設

- ・在宅復帰や在宅生活の支援機能、リハビリテーション機能を強化

③医学的管理重視型の施設

- ・病状に応じた医学的管理を受けることが必要な人に対応する医療を提供

●上記の考え方を踏まえ、介護報酬と診療報酬の同時改定となる06年改定において、今後の介護保険と医療保険の機能分担のあり方をどのように考えるべきか。

4. 報酬改定の基本方向について

●介護保険施設の将来像を踏まえ、サービスの質、機能に応じて、プロセス、アウトカムを積極的に評価してはどうか。また、評価の具体的視点として次の事項

が考えられるかどうか。

①利用者の重度化傾向を踏まえた中重度者への重点化

②在宅復帰支援機能の強化

③サービスの質の向上

●上記を踏まえつつ、全体として効率化、適正化を図ることが必要ではないか。

〈中重度者への重点化〉

- ・中重度者の重点化から報酬水準を見直すことが考えられるかどうか。

〈在宅復帰支援機能の強化〉

- ・平均在所期間が一定以下の施設であって、かつ、年間退所者に占める在宅復帰者の割合が一定以上の施設を評価することが考えられるかどうか。

〈サービスの質の向上〉

- ・施設運営体制の次の事項について報酬や基準の見直しを行うことが考えられるかどうか。

- ①感染症管理体制の強化
- ②介護事故に対する安全管理体制の強化
- ③身体拘束廃止やじょく瘡予防に向けた取組み

●現行ユニットケアの運営基準見直しを行うことが考えられるかどうか。(見直しの方向)

- ①日中、夜間の介護職員等の体制について運営基準で義務づける(現行は通知で規定)
- ②常勤のユニットリーダーをユニットごとに配置すること、ユニットケア管理者研修修了者を配置することを運営基準上明確化する

【各施設に係る個別の論点】

1. 特別養護老人ホーム

●特別養護老人ホームの報酬・基準検討の観点

- ・入所者の重度化を踏まえた医療ニーズへの対応

〈入所者の重度化を踏まえた医療ニーズへの対応〉

- ・夜間オンコールや看取りなど一定要件を満たす施設を評価することが考えられるかどうか。
- ・個室ユニット型については上記の体制を標準としてはどうか。
- ・上記体制を有する施設がケア計画を策定し、チームでターミナルケアを実施していることを評価することが考えられるかどうか。

〈施設の利用形態の多様化〉

・「計画的な定期利用」を可能とするしくみを導入することが考えられるかどうか。

2. 老人保健施設

●老人保健施設の報酬・基準検討の観点

- ・在宅復帰支援機能の強化
- ・リハビリテーション機能の充実

〈在宅復帰支援機能の強化〉

・「試行的退所」に報酬上の評価を行うことが考えられるかどうか。

・小規模老人保健施設について基準の緩和等を通じた効率化を図りつつ、報酬上の評価を行うことが考えられるかどうか。その際、一定の入所期間に限った評価としてはどうか。

〈リハビリテーション機能の強化〉

・「リハビリ機能強化加算」は、①情報収集とアセスメント、②多職種協働によるカンファレンスと計画作成、③計画に基づくサービス提供と定期的な評価と、プロセス評価に重点をおいた加算に再編することが考えられるかどうか。

〈その他〉

- ・認知症専門棟加算の基準や報酬水準の見直しを行うことが考えられるかどうか。

3. 介護療養型医療施設

●介護療養型医療施設の報酬・基準検討の観点

2005年介護保険施設等における居住費・食費に関する調査(介護療養型医療施設) 調査日10月3日 有効回答118病院

基本情報 (10月3日現在)	施設数	総室数(室)		総利用者数(人)					
		居室	多床室	負担段階別の割合					
				第1段階	第2段階	第3段階	第4段階		
介護老人福祉施設	17	1,287	100.0%	—	1,273	4.5%	53.6%	26.7%	15.2%
介護保険老人保健施設	134	5,423	24.7%	75.3%	10,425	3.8%	25.8%	12.2%	58.3%
介護療養型医療施設	118	1,712	12.5%	87.5%	3,213	4.3%	24.0%	11.4%	60.4%

居住費・食費

(単位:円)	従来型個室		従来型個室(経過措置)		多床室		食費	
	第1~3段階	第4段階	第1~3段階	第4段階	第1~3段階	第4段階	第1~3段階	第4段階
居住費・食費(利用者1人1日当たり平均額)	1,640	1,723	320	369	320	358	1,380	1,495
基準費用額を超える施設	—	25.0%	—	16.7%	—	16.7%	—	22.6%
基準費用額と等しい施設	100.0%	75.0%	100.0%	83.3%	100.0%	83.3%	100.0%	76.5%
基準費用額未満施設	—	—	—	—	—	—	—	0.9%
総利用者数(人)	20	41	40	75	1,213	1,824	1,273	1,940

2005年介護事業経営実態調査の概要(2005年3月の収支状況)

介護療養型医療施設 有効回答294病院(医療法人252病院)

介護保険施設の損益

(1月あたり)	補助金を含まないベース		補助金を含むベース	
	損益(千円)	比率(%)	損益(千円)	比率(%)
介護老人福祉施設	2,469	11.2%	3,089	13.6%
介護老人保健施設	4,109	12.3%	—	—
介護療養型医療施設(病院)	7,924	10.4%	—	—
(再掲)介護保険適用病床のみ	1,141	3.4%	—	—

※介護療養型医療施設(病院)は療養病床60%以上の介護療養型医療施設が対象。
※比率は収益に対する損益の割合である。

介護保険3施設の給食費用

(円)	合計	調理員等		栄養士	光熱水費等
		人件費	材料費等		
介護保険3施設平均	40,270	23,952	16,319	4,533	4,714
介護老人福祉施設	45,028	20,330	24,698	5,093	6,498
介護老人保健施設	39,642	25,674	13,968	4,278	3,487
介護療養型医療施設	36,141	25,852	10,290	4,227	4,158

※入所1人1月あたり月額。

有床診48時間規定を廃止。基準病床の対象に 公益性高い医療法人は特別医療法人を発展。“特定”を吸収

11月24日の医療部会は、医療法改正の残された検討課題として、(1)地域医療支援病院、(2)特定機能病院、(3)有床診、(4)人員配置標準の4テーマを取り上げた。

その結果、地域医療支援病院に関しては、在宅医療等を推進する医療機関等を支援する機能の発揮を管理者義務として医療法に明記するものとし、その他の要件見直し等は、新たに設置される「医療施設体系のあり方に関する検討会」で、法改正以後、引き続き検討する考えが概ね了承された。

有床診に関して、事務局(厚労省医政局総務課)は、①48時間規定を廃止し、一般病床を新たに病床基準制度の対象とする、②一般病床には人員配置標準を定めないことなどを提案。

①は概ね了承を得たものの、②については複数の委員から異論が出た。そのため、担当官は部会後の本紙取材に、「有床診の人員配置に関する提案は白紙になった」という認識を表明した。

人員配置標準については、特定機能病院の看護配置2.5対1を引き上げる事務局提案を概ね了承した恰好。病院外来医師配置標準の廃止問題は、病院団体と医政局との間で話し合いが行なわれていることから部会で特段の意見表明は行なわれなかった。

事務局は12月2日の部会で部会意見の最終取りまとめを図る方針で、その資料として「医療提供体制制度改革要綱案」を提示。その中で、病院薬剤師の配置問題は別途に検討会を設ける方針を示した。病院外来医師の問題も、前出「医療施設体系のあり方検討会」のテーマに先送りされる可能性がある。

なお、「改革要綱案」にある医療法人制度改革について、谷口指導課長は本紙の質問に、「特別医療法人を公益性の高い医療法人に発展させたい。特定医療法人は公益性の高い医療法人に吸収されることになる」という見解を表明した。

等の数値目標や指標を設定。事業体制を2次医療圏ごとに明らかにする規定を削除する等、医療計画に関する規定を整備する。

4-2 在宅医療の推進

退院調整機能等在宅医療推進の努力義務規定を新設。医療計画の記載事項に在宅医療を明記するとともに数値目標を設定する。

4-3 医療施設の類型、医療施設に係る諸基準の見直し

(1) 地域医療支援病院

地域医療支援病院の義務として、在宅医療等を提供する他医療機関等を支援する機能を規定。地域医療支援病院制度の全般について「医療施設体系のあり方に関する検討会」で検討する。

(2) 有床診療所

○48時間規定を廃止する。入院患者の緊急時に対応できる体制の確保を義務として規定。医療従事者の配置等一定の情報を都道府県への届出対象とし、院内掲示を義務づける。

○有床診の一般病床を基準病床数制度の対象とする。対象は施行後に新設されるもの(病床転換を含む)とし、既設有床診の一般病床は新たに許可を得ることは求めない。

○以下の場合、病床設置・増加に関する都道府県知事の勧告対象としない。

①病院から診療所に移行する場合、②相続・承継等増床を伴わずに開設者を変更する場合、③へき地・離島に開設する場合。

○有床診療所一般病床も地域に必要と判断され、医療計画に位置付けられた場合には「特例病床」の対象とする。

(3) 特定機能病院

○「高度な医療の提供等に当たり医療連携体制の構築に配慮すること」を特定機能病院の義務として規定する。「高度の医療」の範囲について整理する。看護

職員の人員配置標準について、医療安全の推進を図る観点から、特定機能病院に係る基準(現行2.5対1)を引き上げる。○特定機能病院制度のあり方について「医療施設体系のあり方に関する検討会」で検討する。

(4) 人員配置標準

過疎地等医師確保が困難と判断できる地域に所在する医療機関に、都道府県知事が、全国一律のものより緩やかな独自の医師配置標準を設定できる制度を新設する。

4-4 薬局 省略

4-5 公的医療機関

○へき地・離島等における診療や救急医療など、その確保が特に求められている事業の実施を通じた地域医療の支援を公的医療機関の責務と位置付け、厚生労働大臣又は都道府県知事が、公的医療機関の開設者又は管理者に対して、こうした事業の実施に関する命令を行う権限を新設する。

5. 医療法人制度改革

○解散時の残余財産は個人に帰属しないこととする等の規定を整備する。新制度への移行については経過措置を講ずる。特別医療法人制度について、現行の税制に基づく特定医療法人の要件を参考に、新たな要件を設定するとともに、それにふさわしい事業を担うことを規定する。

○医療法人が行うことのできる業務範囲を拡大(有料老人ホームの運営等)する。○公立病院の運営を、医療法人が指定管理者として積極的に担えるよう規定を明確化する。

6. 医療に従事する者の資質の向上 省略

7. 医師偏在問題への対応

○へき地・離島等における診療や救急医療などその確保が特に求められている事業に従事する、関係者の責務規定を新設する。

○小児科・産科医師の確保が困難な地域での医師偏在問題に対する緊急措置として、医療資源の集約化・重点化を促進する。

医療法改正次回まとめか。残る課題は新検討会に継承

医療提供体制制度改革要綱案(要旨) 11月24日 医療部会
*要綱案は項目によっては次回審議によって修正される可能性がある。

2. 患者・国民の選択の支援

(1) 広告規制制度の見直し

「包括規定方式」を導入、広告内容を相当程度拡大する。アウトカム情報も厚労大臣が定めたものから認めていく。

(2) 情報提供の推進

国、都道府県、医療機関の情報提供推進責務規定を新設する。医療機関が一定情報を都道府県に届け出、これを公表する制度を創設する。

(3) その他情報提供の推進策

標榜診療科の追加等を進める。医療機関の名称制限を緩和、院内掲示事項を見直す。医療機関に相談体制整備の努力義務規定を新設。入院診療計画の交

付・説明を義務化し、退院後計画交付・説明の努力義務規定を新設。一般病院の診療諸記録に看護記録を追加する。

3. 医療安全対策の総合的推進

国、都道府県、医療機関に医療安全対策責務規定を新設する。無床診療所等に安全管理体制基準を新設。病院等に院内感染制御体制の基準を新設。医療機関に医薬品・医療機器の安全基準を新設する。有床診療所に、入院患者の緊急時対応体制の確保を義務づける。

4. 医療機能の分化連携の推進

4-1 医療計画制度の見直し

医療計画記載事項に主要事業の医療連携体制を追加。医療計画に主要事業

新医療計画のモデル、ガイドライン、指標案を提示

新たな医療計画制度 記載9事業に在宅医療(終末期含)、医療安全対策を追加

11月17日の「新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会」に、厚労省医政局は、モデル医療計画、医療計画作成ガイドライン、全国的指標の各案を提示、新たな医療計画施行の全体像を具体的に示した。ガイドラインは年内に作成、公表する予定。

同日の懇談会に出席した都道府県からは、新医療計画の実効性に対して「具体的なツールに欠ける」という批判が出た。「機能していない病床を回収して必要な病床を導入する枠組みが

必要」と指摘、一定の利用率を満たしていない医療機関に診療報酬を減算するペナルティや「高額医療機器の導入を制限する措置」など、都道府県に強い権限を求める声が相次いだ。

厚労省医政局谷口指導課長は、「行政が無理やり引きはがすのではなく、病院が認識して病床返還に応じるツールも考えなければいけない」と述べ、既得権化している病床の流動化を促す上で、制度的な仕組みとインセンティブをともに検討する意向を表明した。

【モデル医療計画(骨子案)】*制度見直しに伴い新たに盛り込む観点の概要

「第1章 基本的事項」に「第2節 基本理念(国が示すビジョンとの整合性等)」を追加する。

「第2章 医療提供体制の現状と課題」1. 現状」に、①病床の整備状況(質的観点、量的観点)、②主要な事業ごとの医療機能別医療機関、③医療ニーズと医療資源、④診療報酬関係施設基準などを明記する。

「第3章 医療提供体制の構築」第2節 医療機関の機能分化・重点化・効率化の促進」に「機能を重視した医療連携体制の構築」という項目を追加。「第3節 事業別の対策」を新設。「事業別の対策」として、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・救急を含む小児医療・産産期医療・救急医療・災害医療・へき地医療の

9事業に加え、在宅医療(終末期医療を含む)の医療機能と取り組みを明記する。

9事業別の「指標」(総治療期間、在宅看取率、在宅復帰率、地域連携パス利用率、休日夜間診療に参加する医療機関の割合など)を明示。「その他の対策」には「医療安全対策」を追加する。

「第5章 保健・医療・福祉の総合的な取り組み」に、「健康増進計画、介護保険事業支援計画、医療費適正化計画(仮称)との整合性」を書き加える。

「第9章 医療計画の推進方策と進行管理」を新設。「1. 医療計画の周知と情報公開、2. 計画の推進体制と役割、3. 主要数値目標等(政策的意味合いを併せて表現)、4. 数値目標等の進行管理、5. 評価と検討」を明記する。

【医療計画作成ガイドライン・たたき台】(抜粋)

II. 医療計画の作成に向けた政策立案の流れ

1. 医療計画作成の準備

1) 基本的考え方

②3つの視点

今後の医療計画は「住民・患者」「医療提供者」そして「都道府県」の3つの視点から作成されたものである必要がある。

具体的には、患者を中心とした地域の医療提供者の医療機能と医療提供者間の医療連携の状況を医療計画に明示することによって、住民・患者が、地域の医療提供者がどのような連携体制を組んでいるのか、更に、患者の病態に応じて適切な他の医療提供者にどのように紹介するのかなどを分かりやすく理解できるようにする。

また、かかりつけ医が患者に他医療機関を紹介する際、また、患者が紹介医療機関を選択する際に、医療の実績情報(アウトカム指標)が提供できる体制を構築する。

新しい医療計画は、住民・患者、直

【全国で把握すべき指標(案)】*脳卒中のケース

把握したい指標	指標	代替指標	対象数/対象人口
どのくらい多いか	罹患率	受療率	患者数/対象人口
どのくらい関心があるか	基本健診受診率		健診受診者数/対象人口
どのくらい関心があるか	精密検査受診率		検診受診者数/対象人口
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少率	受療率(高血圧)	患者数/対象人口
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少率	受療率(高脂血症)	患者数/対象人口
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		インターネットに医療情報を掲載している医療機関数/医療機関数
適切な医療が受けられるのか	地域医療力(1-率)	専門医の割合	専門医数/対象人口
適切なリハビリが受けられるのか	地域医療力(1-率)	早期リハ実施率	実施者数/対象患者数
適切なリハビリが受けられるのか	地域医療力(1-率)	回復期リハ実施率	実施者数/対象患者数
どのくらい日常生活に戻れるか	総治療期間	平均在院日数	退院患者平均在院日数
切れ目のない医療が受けられるか	地域連携率	地域連携パス利用率	利用医療機関数/医療機関数
どのくらい人が復帰できるか	在宅復帰率		在宅等への退院患者数/退院患者数
どのくらいで亡くなるのか	死亡率	年齢調整死亡率	年齢調整死亡率

(注) 医療安全や在宅医療など9事業以外の指標は別途検討。これらの指標のほか、都道府県独自に定めることもある。

接診療に関与する者、保健事業を実施する者、保健・介護・福祉サービスを担う市町村、医育機関や臨床研修病院の代表など地域医療に関与する者が、一定の理解の下に合意し作成する。

その際、都道府県の役割は、自治体立病院を通じた直接医療サービスを提供する役割から、医療サービスに係るルールを調整する役割、医療サービスの安全性や医療サービスへのアクセスの公平性を監視する役割等へ転換することが求められる。

2. 医療計画の作成までの過程

4) 解決方法の検討

課題の解決には様々な方法が考えられる。地域にない医療資源を補うという方法で解決する場合には、都道府県自らが予算をつけ、医療資源を調達することが必要である。

また、既にある医療資源を配置し直す場合には、医療機関の行動を変容させる誘因、つまりインセンティブを設定することもひとつの方法である。これらの選択肢の中から、最も有効と思われる方法を医療計画では用いることになる。

会員病院事例をケーススタディ化

経産省「医療経営人材育成事業」でカリキュラム・教材を制作

経産省の「2005年度医療経営人材育成事業教育プログラム」公募に当協会提案書の採用が決まった。当協会は、「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」を立ち上げ、事業運営委員会と教材作成委員会を設置。両委員会は11月19日に第1回合同委員会を開催した。

経産省商務情報政策局サービス産業課は、産業規模が拡大をたどる医療分野に経営スキルの導入が不可欠との認識から「医療経営人材育成事業」の開発を企図、標準的な教育プログラムの制作に着手。医療機関の実態に即したモ

デルプログラムやコンテンツを作成するために医療関係団体や大学院との連携を図るため、カリキュラムと補助教材等に関する提案の公募を実施した。

当協会には経産省から直接に応募要請が行なわれ、病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)が窓口となって応募した結果、このほど採用が正式に決まったもの。採用は全部で5件。当協会以外の提案はすべて東大、京大など旧帝大によるものであった。

事業名は「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」。応募主体は、全日病と慶大医学部(医療

政策・管理学教室)および東邦大医学部(社会医学講座)の連合からなる「医療経営人材育成における標準的教育プログラム開発コンソーシアム」。2005年度末を目標に報告書をまとめる。

医療の質向上委員会「電子カルテ導入の標準的業務フローモデル研究」(厚労省科研事業)成果物「電子カルテと業務革新～医療情報システム構築における業務フローモデルの活用～」(篠原出版新社)が刊行! 詳しくは全日病HPをご覧ください。

産休等に医療全職種の派遣を認めるべき

四病協 ヒアリングで見解。急な休業・退職等も検討を提起

四病院団体協議会は11月16日の総合部会で、産休などの場合に限って医療関係全職種にわたって派遣を認める見解を了承。11月16日に労働政策審議会職業安定分科会労働力需給制度部会が実施したヒアリングで、当協会猪口常任理事ほかが意見陳述した。同ヒアリングのテーマは、医療関係全職種における産前産後休業等の際の派遣と医師確保が困難な地域への医師派遣。

四病協の意見書はいずれのケースも派遣を肯定。さらに、「傷病・転居等による急な休業・退職等の場合についても対応を考慮する必要がある」と適用拡大を検討するよう提言。ただし、「専門的知識・経験・人間性等を十分評価で

計画によると、カリキュラムの開発には当協会会員に対するアンケート調査結果を反映させ、補助教材とともに重視されるケーススタディも会員病院の事例データにもとづいて制作する。

ケーススタディのテーマは、総合的質経営、安全管理、人事労務管理と人材育成、資金調達的手法、DPC包括評価の導入、地域連携からなる。

医療課が初再診料見直しデータを要望

日病協 特定療養費算定と複数科受診実態で緊急調査

厚労省保険局医療課は11月22日の日本病院団体協議会・診療報酬実務者会議で、2006年度改定課題にあがっている初再診料評価の検討に用いるため、200床以上病院における初診の特定療養費算定と同一日複数科受診に関する各データの提出を要請した。

佐原課長補佐は「医療課として複数科受診の2科目以降も算定を考えたいが、医療費に与える影響が大きい。受診の実態を踏まえて算定範囲を見極め

たい」と説明した。実務者会議は対応可能な電子カルテ導入済病院を一定数抽出、12月初めの報告をめどに緊急調査に取り組むことを決めた。

日病協は、8月に提出した改定要望12項目についても医療課から根拠資料の提出を求められ、四病院団体協議会が分担協力した「包括病棟入院患者の他医療機関受診」を含む7項目の調査結果を、11月15日に提出している。

2006年度診療報酬改定の基本方針(概要) *1面記事を参照

1.2006年度改定の基本的考え方

○基本的な医療政策の方向は、①患者本位の医療が提供される仕組みを構築する、②生活習慣病の予防に取り組み、入院が必要となっても早期に在宅復帰し、自らの生活の場で必要な医療を受けることができる体制を構築する、③人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに経済・財政と均衡をとるために過大・不必要な伸びを抑制していく、ことが求められている。

○06年度改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロ経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ上記認識に立ち、以下の4視点から行われるべきである。

- ①患者に分かりやすく、患者のQOLを高める医療を実現する
- ②医療機能の分化・連携を推進する
- ③今後重点的に対応していくべき領域の評価のあり方を検討する
- ④医療費の効率化余地がある領域の評価のあり方を検討する

○医療政策の基本方向を明確にすることなく医療機関や患者を誘導するのではなく、基本的な方向に沿って診療報酬点数を設定していく中で対応することを基本とする。基本方向に沿わない医療は、単に点数を適正化するだけで

なく、特に患者の選択に係るものは保険と保険外の併用を認める制度の活用によって応分負担してもらうことも含めて検討するべきである。

2.4視点から見た06年度改定の基本方針

①患者に分かりやすく、患者のQOLを高める医療を実現する視点

○患者に分かりやすい体系とする視点から見直しを推進するべきである。診療報酬の中には提供されていることが分からないまま費用負担しているものもあるとの指摘もあり、診療報酬の名称等も含めて点検を行っていくべきである。診療報酬を分かりやすくすることと併せ、経過措置を講じた上で医療費の明細が分かる領収書発行を義務付けることを視野に入れて情報提供を推進するべきである。

②質の高い医療を効率的に提供する医療機能の分化・連携を推進する視点

○医療機能の分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養へ切れ目のない流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで患者のQOLを高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつ総治療期間が短くな

る仕組みを作ることが必要。このため、地域における疾患ごと医療機能連携体制の評価のあり方を検討するべきである。

○高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養生活を送れるよう、在宅で最期を迎えることも選択できるよう支援していく体制を構築することが必要。このため、入院から在宅への円滑な移行を図り、介護保険との役割分担の下で24時間診療ができる在宅医療や終末期医療の評価のあり方を検討するべきである。

○機能の分化・連携を図りつつ医療資源を集中的に投入することにより、平均在院日数の短縮を図っていくことが必要。このため、平均在院日数短縮に資する入院医療の評価のあり方や、診断群分類包括評価(DPC)対象病院の拡大等を検討するべきである。

③今後重点的に対応していくべき領域の評価のあり方を検討する視点

○産科や小児科、救急医療等の領域は診療科・部門による医師の偏在によって地域に必要な医療が確保されていないという指摘があることも踏まえ、特に休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保していく観点からも、診療報酬上の適切な評価を検討するべきである。

○医療分野のIT化を集中的に推進していくための方策も検討するべきである。

○医療の安全性の更なる向上の観点から、医療安全コストの実態を踏まえつつ、診療報酬上の更なる取組の可能性も検討するべきである。

○医療技術について難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価を進めるとともに、新しい医療技術を適切に保険導入していくことが必要であるが、その際には、保険導入手続の透明化・明確化の視点に十分配慮するべきである。

④医療費の効率化余地がある領域の評価のあり方を検討する視点

○患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価、入院時の食事に係る評価、外来医療における不適切な頻回受診抑制のための評価、コンタクトレンズ診療等における不適切検査適正化のための評価等のあり方をそれぞれ検討するべきである。

○医薬品については画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築していく一方、後発医薬品の使用促進のための環境整備の方策についても検討するべきである。

○医薬品、医療材料、検査等の「もの代」は市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

医療事務技能審査試験のご案内

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

■合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク

■受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。

■試験会場 全部道府県の指定会場で実施

■受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

■試験科目と実施方法

■試験日(平成17年度)

(1)1級医療事務技能審査試験

・実技I 接遇、院内コミュニケーション
 ・筆記(記述式) 50分
 ・学科 医療事務専門知識
 ・筆記(択一式) 60分
 ・実技II 診療報酬請求事務
 ・明細書作成・点検 70分

17年	12月17日(土)	2級
	1月28日(土)	2級
18年	2月25日(土)	1級・2級
	3月25日(土)	2級

(2)2級医療事務技能審査試験

・実技I 患者接遇
 ・筆記(記述式) 50分
 ・学科 医療事務一般知識
 ・筆記(択一式) 60分
 ・実技II 診療報酬請求事務
 ・明細書作成・点検 70分

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、保険請求事務などの実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験対策講座としてお薦めします。

<募集要項>

受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
 ②2級メディカルクラーク(もしくは2級医療事務職)であること
 ※①②のいずれかに該当する方

受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)

受講受付 随時

受講料	一般 78,000円
	賛助員 75,000円(入学金3,000円が免除)

※分納(2回)もできます。

●試験及び講座の詳しい資料をご希望の方は右記へ請求ください。

(財)日本医療教育財団

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