



全日病 NEWS 12/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/佐々英達
〒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.631 2005/12/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

介護保険施設を特養と老健に集約

06年度介護報酬改定 介護給付費分科会が方針を了承

12月13日の社会保障審議会・介護給付費分科会は、06年度介護報酬改定の考え方を整理した「審議報告」をとりまとめ、厚生労働省が提案した介護療養型医療施設の転換を進める方向性を了承した。

「審議報告」には「一定の期限を定めて、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る」と書き込まれた。

介護療養型の病床転換は病床削減に直結し、当該病床を有する病院の消長と重なる。それ以上に、入院患者の療養環境に決定的な影響を及ぼす。

介護保険の制度改正は社保審・介護保険部会の審議事項である。しかし、「病床転換」が政府・与党の医療制度改革大綱に書き込まれ、06年度実施が政府の方針となったことから、介護報酬の面から療養病床の転換方針を意見報告させ、擬似的な手続きとする手法に訴えた。

しかも、実質2回2時間に満たない審議。改革試案で提起された10月中旬からわずか1ヶ月半で、審議会によって厚生労働省に政策を提起させるという早業をみせた。

療養病床をめぐる医療保険と介護保険の分担体制構築は、多分野にまたがる利害調整と施策の整合性が求められる。しかし、その詳細は、いぜんみえていない。

医政・保険・老健3局間は協議を重ねているものの、省内の最終合意に時間がかかっている。省見解の公表は早ければ12月半ば過ぎに行なわれる。

前回11月25日の分科会で強く示唆された医師配置数の見直しは「審議報告」に書き込まれなかったが、関係者は、なお判断を許さないとみている。(3面に関連記事)

厚生労働省は、12月7日の介護給付費分科会に提示した資料等で、介護保険施設が将来的に特養と老健の2類型に集約する方向性を強く示唆し、介護療養型医療施設を介護保険施設の対象か

ら排除する可能性をのぞかせた。

分科会の議論はおおむねこの方向性を受け入れるかたちで進行。医療系の委

一定期間に移行。報酬は大幅引き下げ 療養病床は介護保険から「撤退」

員も消極的ながら容認の姿勢を表明、13日の合意にいたった。

転換先としては、まず、老健が想定される。03年度に施行された老健への転換特例は、結果的に、ゼロに等しい実績となったが、5万床という老健枠を埋めることが目的であった。現在の老健施設は約28万。ゴールドプラン21が策定した29.7万床(04年度)に対して、不足枠は2万床を下回っているとみられる。老人保健課は転換枠について「現在調査中」として、公表を控えている。関係者には、一定水準の介護療養型を優先的に誘導するという見方もある。

分科会では、老健の分布格差を踏まえ、転換枠を地域ごとに定めるべきという意見が示された。三浦老人保健課

長は、本紙の質問に、参酌標準における介護保険3施設間の枠を一本化し、施設間の移行が円滑に進むように図る考えを明らかにした。

老健への転換以外にも特養という選択肢があるが、ハード、補助金、開設主体等の制約があり、規制緩和や特例が実現しない限り難しい。医療保険を選ぶ道も、高い医療ニーズの患者が確保できないと存続が困難。

最悪の場合には、有料老人ホームなど居住系サービスへ活路を見出すケースも考えられる。厚生労働省は、次にダブル改定を迎える2012年度までに移行を終える方針とみられる。

重度療養管理加算は廃止公算 生活環境と在宅支援機能を評価

12月13日の分科会に厚生労働省は「介護報酬算定構造のイメージ」を示した。

要介護度別・室タイプ別の包括評価と各種加算・減算および栄養管理関連からなる組み立ては現行どおりだが、新たに、安全管理体制と身体拘束廃止の各未実施減算を、一方、在宅復帰支援機能加算をそれぞれ設ける方針だ。

ただし、多床室を含め、報酬水準は

かなり厳しいものとなる。

特定診療費については、リハビリテーションが、老健と同様の方向で見直される。重度療養管理加算は廃止される見通しだ。

在宅支援機能とともに生活環境を重視する方針で、療養環境減算について減算率を拡大するとともに、そのⅡ・Ⅲは1年後に経過措置を廃止するとしている。

第5次医療法改正 改正項目を集約。かつてない規模に

広告は自由化に向かう。基本は医療費適正化の下支え

社会保障審議会医療部会は12月8日、第5次医療法改正事項を集約した「医療提供体制に関する意見」をとりまとめた。

医療法の改正は、医療計画制度、医療法人制度、医療情報提供、医療安全管理を柱に、広範囲にわたる。また、同時に進行する06年度診療報酬改定と細部の運動を確保した、かつてない効果的な改正になろうとしている。

さらに、医療計画制度の見直しに、「トータルな治療期間が短くなる仕組みをつくる」目的が明記されたように、医療法の今次改正は、医療給付費を削減する上位課題の下に位置づけられ、施設規制法の積極的な動員を図るものとなった。

その一方、広告や病床規制の弾力的運用など規制を弱める方策も打ち出している。医療費や質確保の影響が見きわめられない段階で試行、緊急避難の面が強いが、そうした施策に、今後の方向性が色濃くにじんでいる。

わが国医療の大きな分岐となる第5次医療法改正は来春の通常国会に提出される。本格的な施行は07年4月となるが、改正法成立後には「広告規制等検討会」が設置され、医療情報提供の詳細を成案化するとともに施行後の問題に対応する。

他方、医療機能にかかわる見直し課題は、06年度に設置される「医療施設体系のあり方検討会」で第6次医療法改正に向けた議論を開始する。(4面に「意見」の概要を掲載)

第6次改正に向けた議論を06年度から開始

「意見」は8月の「中間まとめ」を継承し、新たに、①広告の「包括規定方式」、

②標榜診療科の追加と医療機関名称規制の緩和、③医療機関における相談等

体制の義務、④入院時・退院時の計画書作成と交付・説明義務、⑤国、都道府県、医療機関の医療安全対策義務、⑥退院調整機能の努力義務、⑦特定機能病院看護職員配置標準の引き上げ、⑧有床診一般病床の48時間規定廃止と基準病床数制度対象化、⑨地域医療支援を公的医療機関の責務とする、⑩有料老人ホームの運営等医療法人業務範囲の拡大、⑪医療法人が指定管理者として公立病院の運営を担える規定、などを盛り込んだ。

「中間まとめ」から、医療法人制度改革に関する「寄附金の税制措置」(持ち分規定を見直した)新制度への移行に伴う経過措置という論点が消えた。

一方、「高い公益性がある医療法人」に関する記述は、特別医療法人の制度変更に関与が絞られた内容となった。

特定機能病院と地域医療支援病院に関して、前者は医療連携体制を支える

高度な医療機能の発揮を想定、後者は在宅医療等を提供する他医療機関等の支援機能の発揮を想定した管理者義務規定をそれぞれ新設することにとどまり、医療機関のあり方見直しの検討は、医療計画制度の実施状況を踏まえて企図される次期改正に先送りされた。

特定機能病院と地域医療支援病院の見直しは、06年に設置される「施設体系等のあり方検討会」で取り上げられる。

医政局幹部は、同検討会が第6次医療法改正を見据えた作業を担うことを認めている。

第6次医療法改正は、医療費適正化を下支えする病床削減を法的に完成させる病床体制の再編、医療連携体制の進捗誘導、医療法人制度改革の完成、一律人員配置標準と病床規制の緩和・廃止等がテーマとなるとみられ、次回のダブル改定が実施される2012年までに基本的な制度変更を終えるべく準備される。

法改正後の施行間隙を踏まえると、「次期改正は2、3年先となる」(指導課幹部)と見込まれる。(6面に続く)

清話抄

火災が心配な季節である。病院の防災体制で最重要事項の1つは、防火・消防計画だ。

各施設で消防訓練や防災活動が行われているが、筆者の病院では数年来、自衛消防隊を編成して消防訓練競技会に積極的に参加してきた。そして本年10月、第36回横浜市消防操法技術訓練会における、女子屋内消火栓操法競技会

に区代表として出場し、並居る強豪チームを抑えて18区中2位、準優勝することができた。

横浜市は人口350万人の大都市で、防災体制が充実した企業も多い。そのため従来より、当院の所属する区の代表は日立グループ、市の大会で上位の常連は、松下電器、日立、東芝、住友電工等の大企業が主であった。

本年度も優勝は松下グループ、3位は森永製菓であったが、2位に当院、4位に

筆者の母校である大学病院チームがくい込み、微妙な変化を感じた。

そこで各区の代表チームを確認すると、病院・介護施設が18区中7区と、当院が初出場した頃と比べて倍以上に増えていた。

男性隊員による小型ポンプ操法への参加は困難だが、女性隊員が鏡う屋内消火栓操法は、女性職員が多い医療・介護施設としては、防災体制の強化のみならず、チームワークの向上や、人

材育成にもつながると考え、積極的に参加していると思われる。

医療費抑制が声高に叫ばれる中、労と時間を惜しまず訓練に励み、多少のコストも費やして防災活動に取り組み、信頼される安全、安心な施設を目指して努力する仲間たちがとても頼もしく思えた。

厳しい医療制度改革を目前に控え、力を合わせて地域を支える使命感に心を燃やす師走である。(横)

主張

医療・介護にキャッシュレスの到来が待たれる

先日、社会福祉法人に幾らかの寄付をする事になり、残高証明その他の手続きで取引銀行の担当者や打ち合わせをした。その際、クレジットカードも諸々の機能が付加され、多方面で利用できる事も話題に上った。それは本人確認の際、掌の血管像を登録しておくとの事であった。

平成2、3年頃に個人の血液型や薬剤過敏性、服用中の薬品やその量、各種の検査データ等をカードに記録し、全国のどの医療機関でも利用出来る様にとの計画があり、当時の厚生省は、大島東大名誉教授を始め、日本医師会からは松石理事等が参加する委員会を設置し、全日病からは

私がこれに加わった。

課題としてカードにどの様な情報を盛り込むか、どれだけの量の情報が記入出来るか、誰が利用できるのか、医師だけが利用するのであれば、どの様に限定するか、セキュリティを守る方法は、どの様な形で携帯するのか、カードを持っている人が本人かどうかの様に確認するか、カードを製作するにはどれだけの費用が必要かなど諸々の問題が提出された。

カードはクレジットカードを利用するとの意見もあった。当時の技術では、カードに盛り込める情報が少なく利用する価値が低く、セキュリ

ティーにも問題があるという意見が多かった。IT技術が急速に進歩した現在ならば、どの様な結果が得られるか興味を持たれる所である。

コンピュータやカードがそれ程普及していなかった当時でも、将来この分野が医療にどの様な影響を与えるのか、話題になった。コンピュータが普及し、医師が所見やデータ等を打ち込めば、病名、処方、処置もコンピュータから引き出せ、診療行為を打ち込めば、請求書等にも反映し、事務機能は大きく変化するとの予測があった。

現在、医療費の抑制や医療の技術的な改革が叫ばれている。病院側も、

病院の機能維持の為に、業務の一層の効率化が求められる。

コンピュータ化はかなり普及したが、人員削減迄には至っていない。又、支払の面でも多大の労力を要している。患者側から見れば支払に長時間を要する事は不満がある。又、感染症が問題になった際、患者の支払ったお金が他の患者に渡される事も問題がある。更に、高齢者の自己負担分も益々増大していく。

現金での支払はそぐわない。高齢者に年金が給付されているこの年金を基に、医療、介護の面での現金の受け渡しを必要としないシステムの出現を望んでいる。(H)

今改定で医療療養に患者分類を導入

基本小委 医療の50.2%、介護の42.5%が相互に移動か

厚生労働省は11月30日の診療報酬基本問題小委員会に、療養病棟入院基本料と特殊疾患療養病棟入院基本料の各診療報酬設定に、11区分からなる患者分類を導入する提案を行ない、大筋で了承を得た。

11月25日の基本小委に提案されたものの、時間切れで、同日再度の議論に付されたもの(11月25日の基本小委資料は12月1日号で既報)

この結果、次期2006年度改定で、前出病棟入院基本料の算定に患者分類にもとづく包括評価が導入されることが決まった。ただし、介護療養病棟との関係から、医療1該当患者はかなり低い点数が設定される、あるいは引き続き180日超規定の対象となる等、介護保険への移行が促される可能性がある。

なお、同日の基本小委に事務局(保険局医療課)は、介護療養病棟入院患者に患者分類表を適用した場合の患者分布を報告した。

それによると、医療区分1は医療保険では50.2%だが、介護保険では57.5%と増加する。逆に、医療区分3は同12.6%から6.4%へ半減している。

したがって、医療度に応じた患者移行が始まると、机上の計算では、療養病棟から50.2%の患者が介護へ移動し、介護からは42.5%の患者が医療に流入することになる。

■患者分類にもとづく介護療養病棟の患者分布(%) n=1,759

ADL区分5	44.3	19.6	49.5	5.2
ADL区分2	37.2	23.9	12.7	0.7
ADL区分1	18.5	5.5	3.9	0.5
		8.9	2.0	
		57.5	36.1	6.4
		医療区分1	医療区分2	医療区分3

注：認知症加算

入院基本料減算項目は算定要件に標欠減算を廃止。連携パス等「地域連携体制」も評価

12月7日に開かれた基本小委に厚生労働省は、いわゆる標欠医療機関の入院基本料を減額する仕組みを、原則として

廃止する考えを示した。入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理、褥瘡対策をそれぞれ課

06年度DPC拡大で対象病院の基準を検討

DPC評価分科会 調整係数は12年改定後に廃止。1入院あたり包括評価も提起

11月30日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会はDPC対象病院の基準について検討を開始した。11月16日の診療報酬基本問題小委員会が、DPC包括評価による支払いを実施する病院を拡大する方向で合意したことを受けたもの。

同日の基本小委に事務局(厚生労働省保険局医療課)は、①DPCにもとづく支払いを急性期入院に拡大する、②具体的には地域で急性期入院を担う病院に段階的に拡大する、③さらに、1件(1入院)あたり包括評価への移行可能性を検討する、④調整係数は2012年度改定で医療機関機能を評価する係数に組み替える措置を講じ、以後は廃止する、⑤対象病院を、DPC対象病院と準備病院の2類型に大別すること等を提起、DPC分科会

の議論に委ねることです了承を得ている。このうち、対象病院の拡大については、現在の試行的適用62病院を対象病院に組み込んだ上で、調査協力228病院のうち一定基準をクリアする病院も対象病院にすること、また、準備病院としては、残る調査協力病院のうち対象病院になることを希望する病院と06年度に新たに準備病院になることを希望するうちの、前出DPC対象病院の基準をクリアする病院を対象とすることを提案している。

事務局はDPC対象病院基準の考え方として、「十分な看護体制を有すること」と「いわゆる急性期医療を担うこと」「在院日数」および診療録管理体制・情報システムほかを提起、それら基準の具体化と検討を同分科会に要請した。

症例数とアウトカムは相関せず。再度証明

診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会は12月2日、06年度改定で取り上げる医療技術評価・再評価の1次結果をまとめた。保険収載の要望件数は641件。そこから271件を選定し、厚生労働省による精査を経て2次評価に入

ることを決めた。また、診療報酬基本問題小委から再度要請を受けた手術症例数とアウトカムに関する調査結果が報告されたが、相関関係はほとんどないことがあらためて明らかにされた。

じていない医療機関の入院基本料減算項目も、ほとんどの医療機関がクリアしている状況を踏まえて見直す。いずれも義務化することが望ましいという観点から、入院基本料の算定要件とする考えだ。

また、「地域連携クリティカルパス」を作成するなど、地域の医療機関が疾患ごとに連携する取り組みも診療報酬

上で評価する方針を示した。

有床診療については、短期入院の役割を明確化するとともに、リハなど在宅医療を補完する機能に応じて評価する方向で検討を進める。

特定機能病院の看護職員配置に関しては、現行2.5対1以上を上回る評価を新設する方針だ。

医療提供体制の改革に係る診療報酬での取扱いについて 12月7日 基本小委

1. 人員配置標準の見直しに係る診療報酬について

○診療報酬では、医療法上の人員配置標準数を一定以上欠く場合の減額措置を定めている。このような評価のあり方を根本的に見直すことを検討してはどうか。

○過疎地域等に都道府県知事が全国一律より緩やかな独自の医師配置標準を設定できる制度が新設された場合、医療機関の間で、同じ実人員配置数にもかかわらず異なる診療報酬が支払われることになるが、これについてどう考えるか。

2. 入院診療計画の作成、医療安全対策の推進等に係る診療報酬について

○入院診療計画、院内感染防止、医療安全管理及び褥瘡の実施・体制評価は、ほとんどの医療機関で整備されていることや、医療法で義務化の方向性が示されていること等を踏まえ、入院基本料の算定要件とするなど根本的に見直すことを検討してはどうか。

3. 特定機能病院の看護配置標準の見直しに係る診療報酬について

○特定機能病院における看護職員配置に係る評価のあり方も、一般病棟入院基本料評価のあり方と併せて検討してはどうか。

4. 有床診療所の取扱いの見直しに係る診療報酬について

○有床診療のその他病床は、48時間規定に関わらず診療報酬で評価されているが、短期間の入院施設としての役割を明確化する方向で、その評価のあり方を検討してはどうか。

○在宅療養を補完する入院医療の提供等を推進する観点から、有床診療の入院医療に対する上記の機能に応じた評価のあり方を検討してはどうか。

5. その他の事項～地域における疾患ごとの医療機関の連携体制に係る診療報酬について～

○医療計画の見直しが2008年を目途に実施されるが、06年度改定においては、地域連携パスを使用するなど、地域における疾患ごとの医療機関連携体制を構築している場合の評価のあり方として、試行的にいくつかの疾患について検討することとしてはどうか。

中医協委員の団体推薦を廃止

政府・与党「診療報酬引き下げ」を書き込む

政府・与党医療改革協議会は11月30日に医療制度改革大綱案をまとめ、12月1日に公表した。

大綱案は厚生労働省「医療制度構造改革試案」をおおむね継承したが、高齢者の自己負担割合に関しては、新たな高齢者医療制度が創設される2008年度以降も65～69歳は3割にする方針が書き

込まれた。06年度改定については「引き下げの方向で検討し措置する」ことが明記された。また、中医協委員は、公益委員が6名、支払・診療各側7名とした上で、団体推薦制を廃止することで決着した。(6面に改革大綱の要旨を掲載)

一般・療養別の基準病床算定で改正省令

厚生労働省は12月7日、基準病床数の算定式に用いる地方ブロック値を告示するとともに、同日付で、医療法施行規則改正省令の施行通知を都道府県宛に送付した。

施行規則を改正する省令は、病床区

分の結果生まれた一般病床、療養病床それぞれ基準病床数算定式などを定めたもの。現行の算定式は2006年3月31日で廃止される。ただし、病床規制の基準となる病床数は一般病床、療養病床各基準病床数も合算からなる。

介護療養型医療施設の転換 介護給付費分科会の議論に思う *1面記事を参照

患者の不利益にならないと誰が断言できるのか!

介護療養型が無くなる?

だが、十分な論議は行われたのか。実態把握もあり方論も行われず、こうした重要事項が決まるといふ政策決定プロセスに恐怖を感じる!



医療保険・診療報酬委員長(診療報酬調査専門組織慢性期分科会委員) 猪口雄二

診療報酬調査専門組織・慢性期分科会では、過去2年半にわたり医療療養病床を中心とした慢性期入院医療の包括化について議論してきた。その結果が医療区分と介護区分によるマトリックス方式による分類であり、中医協でも承認された案である。この先、診療報酬上の取り扱い、食費・居住費の取り扱い等において難題が待ち受けているということは、この紙面でも何回も述べてきた。

ところが、12月7日の介護給付費分科会に示された老健局老人保健課の資料には介護保険施設の将来像が書かれており、現在の介護保険3施設を生活重視型の施設(特養)と在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設(老健)の2類型にすると基本方向が示唆された。

これはいったいどういうことであろうか。介護保険は、施設と居宅の2つのサービスに分かれ、施設サービスは介護保険3施設とその他居宅系サービスから成り立つ、という原則があったはずである。

医療療養は介護療養との対比においてそれぞれを機能分化させる、という目的もあり慢性期分科会でも議論されてきたはずである。

にもかかわらず、いきなり介護療養を無くすという、事実上の基本方針が出たのである。このような重要事項について、十分な論議は行われたのだろうか。

少なくとも、制度改正を審議する社会保障審議会介護保険部会でそうした議論は無かった。今回の介護給付費分科会でも11月25日と12月7日の2回取り上げられたに過ぎない。そして、残る2回で意見とりまとめを行なおうとしている。十分な議論が行われたとは思えない。

全国で14万床もある介護療養病床の近未来はどうなるのであろうか、医療療養病床との機能分化はどうなるのであろうか。財源論が先行し、あり方論も実態把握も行われないうち重要事項が決定されるという政策決定プロセスには恐怖を感じざるを得ない。

転換にともなう諸問題の対策をハッキリさせることなく決めることには反対。実態に即して議論されることなく、しかも、省内の合意もないところで急いで決めることには反対である!



介護保険制度委員長(介護給付費分科会委員) 木下 毅

介護療養型に一方的に転換が求められている。しかし、3施設には機能が重なる面も多い。第一、施設間で平均の要介護度が大きく異なっている。転換によって、元々入院していた患者の面倒をみれるだろうか。不利益を与えることはないのだろうか。

介護と医療の分担について、「審議報告」は厚労省に見解を求めている。つまり、現時点で、患者・国民そして医療現場を納得させるだけの見解が確立されていないということだ。そんな状態で、転換という結論のみが先行してよいのだろうか。

介護療養型が医療保険に転じることは可能だろう。しかし、医療度1の患者が多い医療療養病床が介護保険に転じることは参酌標準があるために容易ではない。全国ベースでは枠が残されても、地域間の格差が大きい。

医療療養型の患者分類表では、例えば、1日8回未満の喀痰吸引は医療度1とされる。3時間ごとに吸引を行わなければならない。当然、夜間も必要である。これは医療行為であり、誰もがこなせる行為ではない。うっかりやると、出血や嘔吐にともなう誤嚥を招きか

ねない。老健のように医師が少ないところで安全にケアできるのだろうか。

例えば、報道によると、医療行為ではないと判断された爪切り等を介護職に研修したところ、業務できると答えた率は研修前の82%から40%に減ったという。転換で患者に不利益を与えないというが、ケアする側からみると、物事はそんなに簡単ではない。

事務局は、病院だけでなく、例えば、グループホームとか夜間を含めて現場を知った上で提案しているのだろうか。訪問看護に24時間体制を求めているが、それが、いかに大変な努力を要するか知った上で提案しているのだろうか。

利用者に迷惑をかけることにならないように配慮するというのであれば、単に転換を決めれば先に進めるといふ、事務的な話ではないことが分かるはずである。

重度の人の行き先をどうするのか。ハッキリさせることなく、転換を決めるのは反対である。そうしたことが議論されることなく、しかも、省内の合意もないところで、急いで決めることには反対である。(検討会の発言から)

三浦老人保健課長(検討会における発言から)

介護療養型の移行は、一定の期間に緩やかに図りたい。それなりの時間をかけるつもりだ。入院患者については、医療保険の病院や他介護保険施設に移る、在宅に戻るとそれぞれに動くことになる。いずれにしても不利益を受けないように適切な対応を図る必要があり、審議報告の文末は、そういう意味で厚労省の見解を示すよう求められていると理解している。

2006年度介護報酬改定に関する審議報告(抜粋) 12月13日 介護給付費分科会

I. 基本的な考え方

(1) 制度の持続可能性の確保、効率的かつ適正なサービス提供

介護報酬の全体的な水準については、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、介護事業経営実態調査の結果、保険財政の状況、平成17年度介護報酬改定等を踏まえ、制度の持続可能性を高め、保険料の負担をできる限り抑制する方向で、適正な水準とすることが必要である。さらに、将来的には介護予防の推進等により、できる限り保険料水準の増大を抑えていくことが望まれる。

また、限られた財源を有効に活用するため、現行の各サービスの介護報酬について、サービス提供の実態や、サービスを利用する者や保険料を負担する者の視点も踏まえつつ、効率化・適正化の観点から見直しを行なう。

(2) 中重度者への支援強化

サービスの充実が求められている中重度者、とりわけ、在宅中重度者に対する介護サービスについて、医療との連携を含め、充実を図る。施設や居住系サービスにおける重度化対応やターミナルケアを含めた医療との連携の強化、機能分担の明確化を図る。

さらに、難病やがん末期の患者の在宅介護ニーズへの対応など、専門的ケアの充実を図る。

(3) 介護予防、リハビリテーションの推進

予防給付として提供される介護予防サービスについては、軽度者の状態像を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を確保し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から、「介護予防ワ

キングチーム中間報告」の方向を踏まえつつ、報酬・基準の設定を行う。

また、リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視した短期・集中的なサービス提供の評価、サービス提供過程(プロセス)重視の視点に立った評価の見直しを行う。

II. 各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

(4) 訪問系介護サービス(訪問看護)

訪問看護については、24時間対応体制の強化、在宅ターミナルケアへの対応、医療保険と介護保険の機能分担の明確化などの観点から、短時間訪問の評価や緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算、特別管理加算の見直し等を行う。

(5) 通所系介護サービス

介護給付の通所系サービスについては、予防給付と異なり、一定時間高齢者を預かり家族の負担の軽減を図る機能を有していること等を踏まえ、現行の時間単位の体系を維持する。共通的なサービスについては、軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直すとともに、規模に応じた報酬上の評価の見直しを行う。送迎加算は基本部分に包括化するとともに、入浴加算

は一本化を図る。

また、機能に応じた評価の見直しを推進する観点から、機能訓練・リハビリテーションについて、プロセスを重視した評価へと見直すとともに、栄養改善、口腔機能の向上、若年認知症ケア等への取組みについて報酬上の評価を行う。

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者の通所ニーズに対応する観点から、医療機関や訪問看護サービス等との連携体制を強化した通所サービスの提供について、報酬上の評価を行う。

(6) 短期入所系サービス

短期入所系サービスについては、緊急ニーズに対応するための事業者間のネットワーク体制の構築や虐待ケースへの対応、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等への対応の観点から、報酬上の評価の見直しを行う。

(9) 介護保険施設

介護保険施設については、ユニット型個室等多床室との報酬水準の見直しなど本年10月の介護報酬改定に関連した課題への対応、経営状況等を踏まえた見直しを行う。

また、介護保険施設の将来像としては、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、「生活重視型の施設」又は「在宅復帰・在宅生活支援重視型施設」の集約を図るこうした将来像を踏まえ、18年度改定においては、中重度者への重点化、在宅復帰支援機能の強化、ケアマネジメントの充実などサービスの質の向上、人材の専門性の確保、個別ケアの推進等の観点から見直しを行うとともに、サービスの質、機能に応じたプロセスや成果に関する評価を積極的に導入する。

(介護老人福祉施設)

介護老人福祉施設については、入所者の重度化等に伴う医療ニーズへの対応の観点から、夜間の看護体制の強化

や看取りに関する体制の整備、本人や家族の意向を尊重した多職種協働のチームによるターミナルケアについて、報酬上の評価を行う。

また、「計画的な定期利用」など施設の利用形態の多様化を図る。

(介護老人保健施設)

介護老人保健施設については、在宅復帰支援機能の強化を図る観点から、在宅における受け入れ体制支援にも留意しつつ、「試行的退所」や地域の中で在宅復帰支援を行う小規模の老人保健施設について、報酬上の評価を行う。

また、リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点からプロセス評価に重点を置いた再編を図るとともに、短期・集中型のリハビリテーションや認知症高齢者に対する早期リハビリテーションの評価を行う。

(介護療養型医療施設)

介護療養型医療施設については、療養病床の在り方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。

このため、生活環境や在宅支援機能を充実した体制について一定の期限を定めて報酬上の評価を行う。また、医療保険との機能分担を図る観点から重度療養管理加算についても見直しを行う。

さらに、療養環境減算の減算率を拡大するとともに、一定の療養環境を満たさない施設については、施設の移行に関する計画を求めた上で、原則として1年後に現行の経過措置を廃止する。

なお、当分科会としては、医療保険との機能分担も含めた療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示すことを強く要請する。

医療提供体制に関する意見

病院に退院調整機能の努力義務

医療法人が公立病院運営を担える規定も新設

■医療法の主な改正事項(政省令・通知事項を除く)

- ・医療情報提供推進に関する国、都道府県、医療機関の責務規定
- ・都道府県に対する医療機関情報届出制度の創設
- ・広告事項に関する「包括規定方式」の規定
- ・患者・家族からの相談を受けつける体制整備の努力義務規定
- ・入院診療計画の策定と交付・説明義務および退院後計画の策定と交付・説明の努力義務規定
- ・医療安全対策に関する国、都道府県、医療機関の責務規定
- ・助産所に対する、産科嘱託医師の他に連携医療機関の確保規定(含む運用通知)
- ・医療安全支援センターに関する規定
- ・医療計画記載事項に主要9事業に係る医療連携体制を追加。体制構築の協議への関係者の協力規定
- ・医療計画記載事項に在宅医療を明記。その充実を評価する数値目標を医療計画に設定(含む運用通知)
- ・医療計画に主要事業等に係る数値目標や指標を設定
- ・医療機関管理者に対する、退院調整機能を発揮する等在宅医療推進の努力義務規定
- ・特定機能病院管理者に対する、医療連携体制の構築に配慮する義務の規定
- ・地域医療支援病院管理者に対する、在宅医療を提供する他医療機関等支援機能の義務規定
- ・有床診における48時間規定の廃止
- ・有床診管理者に対する、入院患者緊急時に対応できる体制確保の義務規定
- ・有床診に対する、都道府県に対する情報届出と院内掲示の義務規定(含む省令)
- ・有床診一般病床を医療計画の基準病床数制度の対象とする(およびこれに伴う特例等)規定
- ・公的医療機関の、へき地・救急医療等事業を通じた地域医療の支援責務規定。公的医療機関開設者または管理者に対し、厚生労働大臣又は都道府県知事が当該事業実施命令を行なう権限の新設
- ・医療法人に係る、解散時残余財産は個人に帰属しない等の規定。新制度移行の経過措置
- ・特別医療法人の新たな要件の設定、及びそれにふさわしい事業を担うという規定(含む政省令)
- ・有料老人ホームの運営等医療法人の業務範囲の拡大
- ・医療法人が指定管理者として公立病院の運営を担える規定
- ・都道府県医療対策協議会の制度化と、関係者の同協議会への参画責務規定
- ・へき地・離島等における診療や救急医療など事業に従事する、関係者の責務規定

くなる仕組みをつくる。

- ・現行医療法で、医療計画に位置づけられる各事業体制を2次医療圏ごとに明らかにするという規定を削除する等、医療計画に関する規定を整備する。
- ・基準病床数制度は、医療費への影響、採算に乗らない医療の確保、入院治療の必要性を客観的に検証する仕組みが未確立等から存続が必要であるが、新医療計画制度下の新たな仕組みの実施状況を踏まえ、今後とも検討する。

4-2 在宅医療の推進

●退院調整機能の努力義務規定
医療機関の管理者に対し、患者の退院時に退院調整機能を発揮すること等在宅医療推進の努力義務規定を新設。

●在宅医療の充実化

- ・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、また、身近な人に囲まれた在宅死を選択できるよう、支援体制の構築を推進する。
- ・医療計画の記載事項に在宅医療を明記し、在宅医療の充実を評価できる数値目標を医療計画に設定。
- ・訪問看護サービスの充実・普及、薬局・薬剤師の積極的な関与、退院調整機能の促進など、多職種が協働する在宅医療の医療連携体制を地域ごとに構築。また、医行為でない行為に関する医政局長通知(05年7月26日付)の周知を図る。
- ・麻薬が適切かつ円滑に提供される体制整備、死亡診断書の交付に関する取扱ルール等の周知等、看取りまでを含めた在宅医療推進の環境整備。

4-4 医療施設の類型、医療施設に係る諸基準の見直し

●地域医療支援病院及び特定機能病院のあり方

- ・地域医療支援病院管理者の義務として、「地域で在宅医療等を提供する他医療機関等を支援」する機能の発揮を医療法に規定。
- ・地域医療支援病院の業務報告を都道府県知事が公表する仕組みを新設。
- ・特定機能病院の管理者の義務として、「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」を医療法に規定。
- ・地域医療支援病院制度、特定機能病院制度等のあり方等を「医療施設体系のあり方に関する検討会」で検討する。

●有床診療所のあり方

- ・48時間を超える入院を禁止する医療法の規定を廃止する。
- ・有床診療所管理者の義務として、他医療機関医師との緊密な連携等、入院患者の緊急時に適切に対応できる体制を確保することを規定。
- ・医療従事者配置等の情報は都道府県届出制度の対象とし、院内掲示を義務化。
- ・有床診療所の療養病床以外病床も基準病床数制度の対象とする。ただし、病床転換を含み新制度施行後に新設されるものとし、既設の一般病床は新たに許可を得ることを求めない。既存病床数のカウントには既設も含む。
- ・有床診療所の一般病床も病院の場合と同様、病床過剰地域においても必要に応じ例外的に病床の整備を可能とする「特例病床」の対象とする。
- ・以上の見直しは有床診の現状を把握した上で判断することが適当であり、医療の質を担保する方策、20床以上という病院定義のあり方等を含め「医療施設体系のあり方に関する検討会」で検討すべきであるとの意見があった。

●人員配置標準の見直し

- ・特定機能病院の看護職員配置標準(現行2.5対1)を引き上げる。
- ・医師確保が困難な地域に所在する医療機関について、都道府県知事が、全国一律のものより緩やかな医師配置標準を設定できる制度を新設。
- ・病院外来医師数の配置標準は「医療

施設体系のあり方に関する検討会」で検討する。病院薬剤師の人員配置標準については検討会を開催して検討。

- ・都道府県による医療機関情報の公表など、患者・国民が必要な情報を得られる環境の整備等がなされるのであれば、人員配置標準の廃止を含めた見直しも考えられる。しかし、現状は直ちに人員配置標準を廃止したり一律に緩和することは困難であるが、安全・質の確保を担保できる別方策との組み合わせにより何らかの見直しを行なうことについて、今後の検討が必要。

●その他(共同利用等)

責任の所在等を明確化すること等を条件に共同利用が円滑に実施できるようにすべき。その際、受付や待合室の共同利用は一定の問題があり、診療部分とは異なる整理をすべき。また、有床診同士の共同利用は、設備や人員配置規制における病院との均衡に留意した検討が必要。

4-5 薬局

薬局を医療提供施設と位置付け、薬局機能に関する一定情報の届出・公表の制度化、安全管理体制の整備等を実施。

4-6 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地域医療の支援を、医療法で公的医療機関の責務と位置づける。また、厚生労働大臣又は都道府県知事が、公的医療機関に、前出事業を実施するよう命令する権限を医療法に新設。

5. 母子医療、救急医療、災害医療及びへき地医療体制の整備

- ・全都道府県に周産期医療ネットワークを構築、これを医療計画に位置づける。小児医療は医療計画に位置づけて医療連携体制を構築しつつ、施設の再編・集約化や病診連携強化を図る。
- ・救急医療、災害医療、へき地医療についても医療連携体制を構築し、これを医療計画に位置づけ、必要な体制を整備。
- ・上記各事業について、医療計画に分かりやすい指標による数値目標を導入する。これらの医療を地域で担う医療機関に対する支援も、地域の実情に応じて行われるべき。

6. 医療法人制度改革

●非営利性に関する規定を整備

- ・解散時の残余財産等医療法人の非営利性規定を整備。移行には経過措置を講ずる。
- ・特別医療法人制度について新たな要件を設定するとともに、都道府県が作成する医療計画に記載された事業を担うものとするを規定。

●医療法人の業務範囲を拡大

- ・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)。
- ・医療法人が公立病院の運営を指定管理者として担えるよう規定を明確化。

7. 医療を担う人材の養成と医療に従事する者の資質の向上

- ・医師等の行政処分に関し、長期の営業停止処分等の見直し、戒告の新設等の見直しを行う。
- ・助産師、看護師及び准看護師は名称独占資格とする。
- ・国あるいは公的第三者機関が関与することを認め、専門医の育成のあり方について検討。

8. 医師偏在問題への対応

●医療対策協議会の設置と参画義務化

- ・都道府県医療対策協議会を制度化、同協議会への参画を関係者の責務とする規定を新設。
- ・小児科・産科医師の確保が困難な地域で、医療資源の集約化・重点化を促進。
- 確保が求められている事業への従事義務
- ・へき地・離島や救急医療などに従事することを関係者の責務とする規定を医療法に新設。

9. 医療を支える基盤の整備

- ・病院内情報システムなど医療情報化について基盤整備を図り、積極的に推進する。

医療提供体制に関する意見(概要) 12月8日 社会保障審議会医療部会 *1面記事を参照

II. 個別の論点について

2. 患者・国民の選択の支援

(1) 医療・医療機関に関する情報提供の推進

●情報提供の推進義務規定の新設

国、都道府県及び医療機関の医療情報提供推進に関する責務規定を新設。

●医療機関情報届出制度の創設

医療機関の一定情報を都道府県に届け出、都道府県が公表する制度を創設。

(2) 広告規制制度の見直し

●「包括規定方式」の導入

広告事項を一定項目群ごとに規定する「包括規定方式」を導入、広告内容を相当程度拡大する。

●客観性のある事項は広告を推進

- ・治療方法等は客観性が確保できるものを広告できることとする。医療の実績情報(アウトカム指標)も厚生労働大臣が定めたものから認めていく。
- ・広告事項見直しやガイドライン等の策定、広告チェックを行なう「広告規制等検討会」を設置。

(3) その他医療機関に関する情報提供の推進策

- ・標榜診療科の追加等に関する手続きを進める。
- ・医療機関の名称規制を緩和し、院内掲示を義務づける事項を見直す(「広告規制等検討会」で検討)。

(4) 診療情報の提供の推進と患者の選択の尊重

●医療機関における相談等体制の義務

医療機関の管理者に対し、患者・家族の相談等に対応する努力義務規定を医療法に新設。

●入院時・退院時の計画書作成と交付・説明義務等

- ・医療機関の管理者に入院診療計画策定と交付・説明を義務づけるとともに、退院後の計画策定と交付・説明の努力義務規定を新設。
- ・特定機能病院及び地域医療支援病院以外の病院に、診療諸記録として看護記録を追加。

3. 医療安全対策の総合的推進

●医療安全対策義務規定を新設

国、都道府県、医療機関における医療安全対策に関する責務規定を医療法に新設。

●医療機関に安全管理体制基準等を整備

- ①無床診療所、歯科診療所、助産所に安全管理体制の基準を新設
- ②病院、診療所及び助産所に院内感染制御体制の基準を新設
- ③医療機関管理者に医薬品・医療機器の安全使用・管理体制の基準を新設
- ④助産所に産科嘱託医師の他に連携医療機関を定めるよう義務化等

●医療安全支援センターを医療法に明記

医療安全支援センターを医療法に位置づける。

●再発防止対策等の検討

- ①事例分析方法等を含めた研修ガイドライン作成、医療安全緊急情報(仮称)による周知ルール・システムの明確化等
- ②医療関連死届出制度、原因究明制度、裁判外紛争処理制度の具体化に向けた検討を進める。「診療行為関連死亡調査分析モデル事業」を通じて基礎資料を収集、医療機関と患者遺族等との調整を担う人材養成方法等について検討

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

●医療連携体制の構築

- ・医療計画記載事項に、主要な事業(がん対策、脳卒中对策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策及びへき地医療対策)の医療連携体制を追加。
- ・医療連携体制の構築に当たっては地域医療に関与する者が協議することが必要であり、この協議への関係者協力に関する規定を新設する。

●医療計画制度の規定整備等

- ・新医療計画制度によって、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養へ至る切れ目のない医療の流れを作り、トータルな治療期間(在院日数を含む)が短

都道府県に病床規制の弾力運用を認める

基準病床数制度 新医療計画制度と連動。総量規制と一体で参入を促進

12月9日に開催された「医療計画の見直し等に関する検討会」は、事務局(厚労省医政局指導課)が示した、新たな医療計画を策定・運用する都道府県に基準病床数制度を弾力的に運用する権限を与える制度を創設する方針を了承した。

厚労省は、病床規制の上に都道府県の裁量を拡大させ、公立病院から民間病院へとシフトが代わることを期待している。

検討会は新医療計画制度の設計を終え、厚労省は関連法改正の作業に入る。

医療費削減計画の作成・実施と新たな医療計画の作成・推進という作業を課せられる都道府県には、病床規制や転換誘導の法的権限や予算が都道府県にない状況で、結果責任が追及されかねない仕組みに対する不満と不安が根強い。

この9月から11月にかけて3回開催された「新しい医療計画の作成に向けた都道府県の国との懇談会」では、主に、市町村立医療機関の統合再編・廃止を想定した法的手段やインセンティブの創設を望む声が、とくに、医療計画優等生の県から強く示された。

今回の制度案はそうした要望に応えたもので、①病床過剰圏の既存ベッド総量削減を踏まえた再編方針を条件として、削減数を下回る分を当該地域で必要とする医療を提供する病院の増床・新規参入枠として運用できる(病床過剰圏への参入促進)、②年間病床利用率が50%を下回る病院の病床数につ

て年間病床利用率を乗じた数を下限とした病床数の再許可を行ない、削減された分を下回る病床数を当該地域で必要とする医療を提供する病院の増床・新規参入にあてる(医療機能の集約と重点化)、という内容からなる。

さらに、③地域で必要とする医療を提供しなければならない病院は人員配置の現況と標準配置を下回る場合には改善計画の都道府県知事宛提出と地域住民への開示を義務づける、④都道府県としてのベッド総量削減方針をもち、各県の医療審で必要な医療確保の協議を行ない、その結果を医療計画に明示することを条件に、病床運用特例にかかわる厚生労働大臣との協議を不要とするという仕組みをあわせて創設、都道府県の裁量を法的に支援する。

制度の対象としては公立病院を、増床と新規参入の対象として、小児救急や周産期医療など地域が必要とする医療を提供できる民間病院をそれぞれ想定している。

①と②の各方法においても都道府県医療審における議論を伴うことをビルトインする考えであり、都道府県の独走をチェックする機能を盛り込む考えだ。

対象とみなされる公立病院で「不必要な入院を助長させる」対応策が取られる可能性に対しては、都道府県医療審における公立病院の平均在院日数変化点検と立入検査による人員配置状況調査という二重のチェックで対抗するとしている。

で必要な医療を確保するため、都道府県医療審議会で今後の医療提供体制に関する再構築の方策を議論した結果、地域の既存病床数を全体として「減らす」場合は、当該医療の実施を条件として、都道府県知事において病院の増床又は新規参入を認めることを可能とする弾力化措置を検討。

(方策2) 地域に必要な医療を支援するための公立病院の病床の有効活用措置【具体案】

公立病院の年間平均病床利用率(一般病床・療養病床)が50%を下回る場合は、毎年、都道府県において、許可された病床数(A)の見直しを行う。見直しに当たっては、

①当該病院の病床数に年間平均病床利用率をかけた病床数を下限として、再度、都道府県において病床数(B)の許可を行なう。

②上記によって削減された病床数を下回る病床数(C)は、地域で必要とされる医療サービスを提供する病院の増床又は新規参入に充てることができるものとする。

地域で必要とされる医療サービスは都道府県の医療計画に記載されたものとし、これらの取扱いは都道府県医療審議会の意見を聴くものとする。

【病床の有効活用に向けた新たな措置に関する留意点】

●地域に必要な医療提供主体を官から民へ加速するため、新たな措置の対象は公立病院を念頭に置いている。

※年間平均病床利用率が50%を下回っている公立病院は、46市町村立病院(2,444床)、10都道府県立病院(1,109床)。一方、民間病院全体の年間平均病床利用率は84.4%。

●一方、病床の利用状況に応じた基準病床数制度の運用を行う場合、各病院において「不必要な入院を助長させる」という問題が生じる可能性がある。

●このため、「不必要な入院を助長させる」問題に対しては、次の対応を図ることとする。

・都道府県医療審議会で公立病院の平均在院日数の伸びなどを通じて「不必要な入院」をチェックする。

・立入検査を通じて入院の状況と人員配置状況(方策3を参照)をチェックする。

(方策3) 医療機関における人員配置状況の情報開示と改善に向けた検討【具体案】

地域で質の高い効率的な医療提供体制を確保するためには、薄い人員配置による状況を改善し、質の高い医療サービスを求める地域のニーズに応じていく必要がある。

特に、医療安全の問題、小児科・産科医療の確保の問題、救急医療などの労働基準の問題などを考えていくと、地域に必要な医療サービスを提供しなければならない医療機関には必要な人員配置を確保することが求められる。

このため、当該医療機関においては、①現在の人員配置状況、②人員配置標準を下回る場合の改善計画(人員配置改善計画)を都道府県知事に提出するとともに、地域住民に情報開示しなければいけないものとする。

また、特に、病床の利用状況に応じて基準病床数制度を運用していく(方策2)に当たり、上記計画を基に、対象となる公立病院に対し、医療機能の集約化・重点化の検討を都道府県医療審議会で行うよう指導していくこととする。

■医療サービスの質の向上と効率化に向けた新たな都道府県の権限(創設)について

●基準病床数は、高度ながん治療に係る特例病床の増加などの事情に関し、すべて厚生労働大臣の同意を要する協議が必要という取扱いで運用することによって、病院の病床の適切な配置を国として統一的に実施している。

●一方で、このような国の統一的な取扱いは都道府県の自主性・裁量性を阻害し、地域に必要な医療を迅速に確保することからも不都合が多いのではないかと。

こうしたことから、都道府県が新たに取り組む方策を実施する場合には、厚生労働大臣の同意を要する協議を不要とする措置を講ずることによって、医療サービスの質の向上と効率化に向けた国と都道府県の共同作業をより明確にすることとしてはどうか。

医療計画制度と都道府県の権限について

12月9日「医療計画の見直し等に関する検討会」提出資料から

医療計画を作成する都道府県において、質の高い効率的な医療提供体制を構築するためのインセンティブとして、基準病床数制度について、当該都道府県において弾力的に運用できる権限を創設することを検討してはどうか。

■医療サービスの質の向上・効率化と医療計画制度の関係について

いわゆる病床規制により、地域での病院・病床の量的整備は進んできたが、量的整備がある程度進んだ現在、以下のような問題が顕在化している。

1. 病床過剰地域では病院の新規参入が行われず、既存の病院の病床が既得権化。
2. 病床過剰地域では増床ができず、地域の医療ニーズに的確に対応す

ることが不可能。

3. 既存の公立病院の病床の既得権化に伴い、特に公立病院の病床が固定化してしまい、小児科・産科医療の集約化・重点化など医療資源の再構築が行われず、結果として官から民への円滑な移行が阻害。

質が高く効率的な医療サービスの提供には基準病床数制度の見直しが必要。

■医療サービスの質の向上と効率化に向けた医療計画制度の弾力的運用方策(案)

(方策1) 小児救急医療など地域で必要な医療を確保するための医療計画制度の弾力的運用措置

【具体案】
小児救急医療や周産期医療など地域

医師不足地域で小児・産科を集約・重点化

医師確保対策 公立主体。公的・民間も可能。医療機能再編の契機か?

厚生労働省は12月9日に開催した全国小児救急医療関係主管課長会議で、都道府県の担当者に、医師確保が困難な地域における当面の対応策として、地域における小児科と産科の医療機能を集約化・重点化を図る緊急避難的な計画を策定するという方針を発表した。

計画は、小児科と産科それぞれについて、医師不足が顕著な地域に入院を必要とする医療が概ね完結する圏域を設定した上で、①診療機能を集約・重点化した「連携強化病院」を設ける、②連携強化病院に必要に応じて一定の機能を移転して連携体制を構築する「連携病院」を組織する、③「連携強化病院」は、入院対応を必要とする24時間体制の小児救急医療を実施するとともに、

分野別に特化した小児医療や必要に応じて新生児医療を実施する、④「連携強化病院」は、「連携病院」に対して必要に応じて医師派遣等の支援を行なう、⑤「連携病院」は地域に必要な小児医療を行なうとともに、地域の求めに応じて既存の休日夜間の初期救急体制にも参加する、という内容からなる。

産科の場合も基本的には小児科に準じるが、⑥「連携強化病院」は地域周産期母子医療センター級の病院から設定し、産科・婦人科医療と小児科・新生児科医療を提供する、⑦産科医師の地域偏在が著しい場合には、県を越えたブロック単位で集約化・重点化を考える(計画の策定にあたっては現行の周産期医療協議会と周産期医療ネットワー

クを尊重・活用する)というもの。

計画はいずれも都道府県が主体となり、2006年度の改正医療法で位置づけられる地域医療対策協議会で検討。06年度末までに実施の適否を決定し、遅くとも08年度までに具体化して新たな医療計画に記載する。厚労省は「06年度からの実施も歓迎する」姿勢だ。

対象病院は原則として公立病院が中心だが、地域の事情に応じて公的病院も対象とし、さらに、民間病院についても希望があれば対象とすることができる。

計画の施行に際しては、医療法や医療計画上に位置づけるとともに、診療報酬上の評価や財政的支援、医師等異動に伴う法令上の問題解決等を図り、一方、都道府県においても病床にかか

わる特例措置の発動等を行なうなどの環境整備に努める。

この計画は全国的に実施される強制的なものではなく、都道府県等が必要と判断した地域を対象としているとしているが、9日の課長会議では、「必要性がないと関係者が判断するのであれば、国として、それ以上強制するものではない」と説明した。

ただし、方針を説明した医政局指導課幹部は、本紙の質問に、当方針の考え方は、公立病院の運営を民間病院にゆだねる指定管理者制度改正を視野に収めていることを示唆した。

緊急避難的な措置としているものの、医師不足が短期に改善される可能性は乏しく、中期的には都道府県が基準病床数制度を弾力的に運用する権限をもつ制度につながり、長期的には、指定管理者制度を活用した民間病院が、地域の必要に応じて集約化・重点化された小児科・産科医療機能の発揮を担って行く方向につながる可能性がある。



2010年に1.2%の供給不足

看護職員 需給見直し 病院の需要は7.5%増加。全体数を押し上げる

「第6次看護職員需給見直しに関する検討会」は、各都道府県の需給見直し調査集計を受けて、12月8日、約10ヶ月ぶりに再開された。

各都道府県の需給見直しを積み上げた集計結果(暫定版)によると、需要は2006年から2010年の5年間で9万1,900人(7.0%)増加する。そのうち、病院看護職員の増加は6万600人(7.5%)となる見直しとなった。全体の需要増加率は第5次需給見直しの7.3%を下回ったが、病院に関しては、前回の3.3%から2倍を超える伸び率となり、ひとり需要を押し上げた。

これに対して供給は11万8,400人(9.3%)増加。その結果、2010年には、需要が供給を上回り、1.2%の供給不足が生じる見直しとなった。第5次需給見直しで

は0.4%の供給過剰と見込まれたが、一転、需給ギャップの見直しとなった。

しかし、検討会委員の多くは集計結果に不満を示した。それは、今後見込まれる特定機能病院の配置基準引き上げ、急性期病院の平均在院日数短縮化にともなう看護労働の過密化、手厚い配置が求められる夜勤体制などを見据えると、この需給見直しでは、現場の不足感解消につながらないというのが理由だ。

次回12月22日に再度議論を行なって報告書を取りまとめるが、委員からは「看護配置の引き上げや夜勤体制の増員化といった切実な要求を付記した報告書とすべき」という意見も出ている。

■第6次看護職員需給見直し(暫定版:抜粋)

	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
需給見直し	1,314,300	1,338,900	1,362,200	1,383,700	1,406,200
(再掲) 病院	814,300	830,700	846,300	860,300	874,900
供給見直し	1,270,700	1,295,300	1,323,400	1,354,300	1,389,100
需給見直しと供給見直しの差	43,700	43,600	38,900	29,400	17,200
供給見直し/需給見直し	96.7%	96.7%	97.2%	97.9%	98.8%

第5次 医療法改正 病床規制と人員配置は緩和の方向

第5次医療法改正から、病院薬剤師の配置標準引き上げと病院外来医師数規定の廃止が先送りされた。また、48時間規定が廃止され、基準病床数制度の対象となることが決まった有床診一般病床の人員配置標準新設をめぐる問題も見送られた。(1面より続く)

有床診の人員配置標準について、当初総務課は新設見送りの理由を、「将来的に全国一律配置の緩和・廃止条件が模索されることを踏まえて」と説明した。

しかし、医療部会で反対意見が出たため、有床診の見直しは「提供される医療の質を担保する方策、20床以上という病院の病床数に係る定義のあり方等を含め、医療施設体系のあり方に関する検討会で検討すべき」と意見があった」と意見書でリマークしてみせた。

ただし、指導課担当官は「医療施設体系のあり方検討会が有床診一般病床の人員配置標準新設問題を取り上げるかどうかは、その時点の指導課の判断である」と説明。人員配置を新たに設けることよりも、全国一律配置の緩和・廃止条件模索に関心が向かっているこ

とを示唆した。意見書には、病床規制と全国一律人員配置標準に関する将来的廃止の条件が明記された。

ともに慎重な言い回しがなされているが、医師不足地域を対象とした人員配置標準の特例措置(04年8月27日施行)に加え、自治体病院を対象とした病床規制運用の弾力化方針(5面記事を参照)と意見書に明記された「都道府県知事が、医師確保が困難な地域の医療機関に全国一律より緩やかな医師配置標準を設ける制度の新設」(省令改正事項)という施策が盛り込まれるなど、病床規制と全国一律の人員配置は確実に緩和の方向に向かっている。

すでに、医療部会では、病棟単位での看護職員配置基準が提起されており、前出「医療施設体系のあり方検討会」のテーマに取り上げられる見直しだ。

また、医療法人が「指定管理者として公立病院の運営を担える規定」が医療法に明記される。医療費と病床削減の対象は、民間病院だけでなく、公立さらには公的病院にも及ぶ。

医療制度改革大綱(要旨) 12月1日 政府・与党医療改革協議会

Ⅲ. 医療費適正化の総合的な推進

1. 医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保

医療給付費の伸びに関しては、中長期の医療費適正化対策の効果を基に、また、公的保険給付の見直しの積み上げ効果を織り込み、経済規模と照らし合わせ、5年程度の中期を含めて将来の医療給付費規模の見直しを示し、これを医療給付費の伸びを検証する際の指標とする。

(注) 医療給付費が指標を超過した場合にも、一律、機械的な調整を行うものではない。

2. 医療費適正化計画の推進

(1) 計画の策定

国の責任のもと、国及び都道府県等が協力し、生活習慣病対策や長入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組む。

(2) 計画の推進のための措置

国は、都道府県医療費適正化計画の実現に資するよう、診療報酬体系の見直しや病床転換を進めるための医療保険財源を活用した支援措置を講じる。

3. 公的保険給付の内容・範囲の見直し等

(1) 高齢者の患者負担の見直し(平成18年度)

70歳以上の高齢者のうち、現役並みの所得の者については、現役と同様に3割負担とする。

(2) 食費・居住費の負担の見直し

療養病床に入院する高齢者については食費・居住費の負担の見直しを図る。

(3) 高額療養費の自己負担限度額の引上げ等

高額療養費の自己負担限度額は引上げを行う。人工透析患者のうち所得の高い者は自己負担限度額の引上げを行う。

(5) レセプトIT化の推進等

平成18年度からレセプトのオンライン化を進め、平成23年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。

(6) その他

標準報酬月額と上下限の範囲の拡大や標準賞与額の見直しを行う。

Ⅳ. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

1. 新たな高齢者医療制度の創設(平成20年度)

75歳以上の後期高齢者については平成20年度に独立した医療制度を創設する。あわせて65歳から74歳の前期高齢者は、保険者間での医療費負担を調整する制度を創設する。

(1) 後期高齢者医療制度(75歳以上)

保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。財源の構成は公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く保険料(1割)を徴収する。

現役世代からの支援は国保・被用者保険の加入者数に応じた支援とする。世代間の負担の公平を維持するため、人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率の変化に応じて、それぞれの負担割合を変えていく仕組みを導入する。75歳以上の後期高齢者は1割(現役並みの所得を有する者は3割)負担とする。

(後期高齢者医療制度にふさわしい診療報酬体系)

後期高齢者医療制度には新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方について適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

(2) 前期高齢者医療制度(65歳~74歳)

65歳から74歳の前期高齢者は国保・被用者保険に加入したまま、保険者間負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みを創設する。70歳未満の者は3割負担とし、70歳から74歳の者は2割(現役並みの所得を有する者は3割)負担とする。現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、経過措置を講ずる。

(3) その他

乳幼児の自己負担軽減(2割負担)を3歳未満から義務教育就学前に拡大する。医療保険及び介護保険の自己負担合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する仕組みを設ける。

2. 保険者の再編・統合

(1) 国民健康保険

国民健康保険は、都道府県単位での保険運営を推進するため、市町村の拠出により医療費を賄う共同事業の拡充を図る。

(2) 政府管掌健康保険

政府管掌健康保険は全国単位の公法人を保険者として設立し、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど、都道府県単位の財政運営を基本とする。

(3) 健康保険組合

健保組合は規制緩和等を通じて再編・統合を進める。また、同一都道府県内に企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を認める。

V. 診療報酬等の見直し

1. 診療報酬改定

平成18年度改定は、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、医療経済実態調査の結果、さらに保険財政の状況等を踏まえ、引下げの方向で検討し、措置する。改定に当たっては小児科・産科・麻酔科や救急医療等の医療の質の確保に配慮する。また、急性期医療の看護配置を適切に評価する。一方、慢性期入院医療等効率化の余地がある領域は適正化を図る。

2. 薬剤等に係る見直し

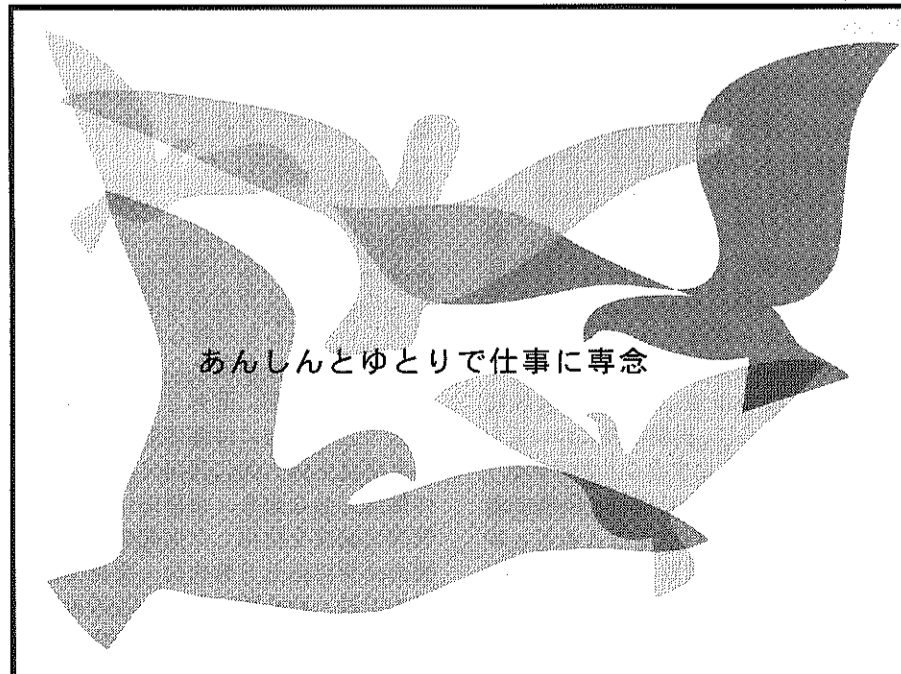
薬価・保険医療材料価格は市場実勢価格を踏まえ引下げを行う。また、後発品の状況等を勘案した先発品の薬価引下げを行う。また、後発品促進のために処方せん様式を変更する。

3. 中央社会保険医療協議会の見直し

中医協の委員構成は、公益委員6名、支払側・診療側委員をそれぞれ7名とする。中医協委員の団体推薦規定を廃止する。委員任命に当たって、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設ける。

VI. 改革の時期

現役並み所得をもつ高齢者の患者負担見直し、食費・居住費負担の見直し、高額療養費の自己負担限度額の引上げ、中医協の見直し等は平成18年度に、医療費適正化計画、高齢者医療制度及び政府管掌健康保険の公法人化等は平成20年度に、それぞれ実施する。



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

在宅介護と施設介護のアウトカムを比較する

～介護度、ADL、認知症の進行を指標として～



(医)伯鳳会理事長
古城 久

2005年9月に行なわれた全日本病院学会宮崎大会において、弊法人の出口哲也、亀田陽一が上記の表題にて発表を行なった。

研究は2年間にわたり我々の法人の訪問看護、介護ステーションより在宅介護を受けた利用者100名と、我々の法人が運営する介護老人保健施設の施設介護を受けた51名の介護度、ADL、認知症の進行を比較したものである。

結果は介護度、ADL、認知症の何れに於いても施設介護は在宅介護の成績を

上回っており、その優位性が窺われた。

現在、施設介護、慢性期入院医療を在宅介護、在宅医療へと転換する動きが盛んである。「住み慣れた家での医療、介護」、「個の尊重」の美名の下、医療費、介護費用の削減を主目的とした在宅誘導が強引に行なわれつつあるのではないかと懸念している。

しかし、介護、慢性期医療を行なう我々も、個別事例や情緒的な報告に流されがちで、施設介護、慢性期入院医療の質的優位性に言及することが余りに少なかったのではないかと。

かつては介護、慢性期医療と同じく、アウトカム指標に対する関心の低かった急性期医療は、今ではEBM、臨床アウ

トカム無しには語れない状況である。施設介護、慢性期入院医療も早急にEBM、臨床アウトカムの概念を確立し、議論に耐えるデータ作り、理論武装を早急に完了しなければ、現在の社会情勢では経済財政諮問会議、財務省、その影響を強く受け始めた厚労省に一方的に追い詰められズルズルと土俵を割りかねない。

いや、既に、徳俵から蛇の目に踵の跡が付かんとしている。

我々の宮崎学会の発表は症例数も少なく、優位差検定も行っていない貧弱な発表であるが、これをもって一石を投げたいと考えている。

本来は死亡率、入院率なども調査すべき所であるが、我々の力不足から行っていない事をお詫びする。

慢性期医療、介護の現場と話をすると、私と彼らはどうしてもかみ合わない。彼らは正に文系人間で、情緒的事

例に拘り、数字が無い。慢性期医療、介護の方向性を決める議論にこのままでは現場は永久に参加することが出来ない。

議論の相手が何を争点とし、如何なるデータを持っているのか、持っていないのか、どの様な数字を欲しているのかを把握し、準備し、今からでも土俵に上がるべきであろう。

【調査結果】

対象者 ●在宅介護、看護だけを2年間受け続けたもの100人、介護老人保健施設に2年間入所し続けたもの51人
調査項目 ●介護度、障害老人の日常生活自立度(ADL)、痴呆老人の日常生活自立度(認知症)

結果 ●

①「要介護度」

在宅	悪化45%(45人)	維持51%(51人)	改善 4%(4人)
施設	悪化37%(19人)	維持55%(28人)	改善 8%(4人)

②「障害老人の日常生活自立度」

在宅	悪化33%(33人)	維持63%(63人)	改善 4%(4人)
施設	悪化25%(13人)	維持65%(33人)	改善10%(5人)

③「痴呆老人の日常生活自立度」

在宅	悪化31%(31人)	維持69%(69人)	改善 0%(0人)
施設	悪化27%(14人)	維持73%(37人)	改善 0%(0人)

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2005年11月

- 2日 広報・ホームページ作成ワーキンググループ合同委員会、日病協/実務者会議
- 4日 第1回 看護部門長研修(～6日)、四病協/医療保険診療報酬・介護保険介護保険合同委員会
- 5日 四病協/医療安全管理者養成課程講習会(～6日)
- 8日 日病協/中医協打ち合わせ会
- 9日 四病協/医業経営・税制委員会
- 10日 「全日病ニュース」介護報酬関連座談会
- 11日 医療の質向上委員会、病院情報システム基本要件プロジェクトコアメンバー会議、四病協/8人委員会、同/研修センター理事会

- 12日 四病協/医療安全管理者養成課程講習会第3クール(～13日)
- 16日 四病協/総合部会、同/感染症対策委員会、日医・四病協懇談会
- 18日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会、医療事務技能審査委員会、四病協/治療費未払問題検討委員会
- 19日 第4回 病院事務長研修コース(～20日)
- 20日 富山県支部総会(富山市)
- 22日 日病協/実務者会議
- 25日 医療制度・税制委員会、医療保険・診療報酬委員会、医療従事者委員会、病院のあり方委員会
- 26日 第8回常任理事会、人間ドック委員会、国際交流委員会、厚生会理事会、四病協/感染管理講習会

■病院のあり方委員会 (21日)

「医療経営人材育成事業」公募が内定、教育プログラムと教材作成に関する経産省の要請内容を確認、意見交換。プロジェクト体制として「事業運営委員会」(徳田委員長)と「教材作成委員会」(大橋委員長)を確認。「病院のあり方報告書2006年版」について自由討議を行なった。

■医療従事者委員会 (21日)

病院事務長研修コースの進捗具合を点検、改善点を検討。第1回看護部門長研修コースの開講準備を確認。宮崎学会の委員会企画「新入」職員研修のあり方を総括討議。次回徳島学会の委員会企画開催を決めた。

■介護保険制度委員会 (22日)

日本療養病床協会「新予防給付にむけた栄養改善と口腔機能向上の講習会」の後援を決定。06年度の事業計画を決めた。

■人間ドック委員会 (22日)

宮崎学会「第6回人間ドック研修会」の報告があった。健保連に対して、来年度契約より、1泊2日人間ドックの契約を締結するよう要請することを決定。7月に実施した「平成16年度日帰りドック実施状況調査」の結果が報告された。

■医療安全対策委員会 (22日)

医療事故に関する宮崎学会委員会企画の報告があった。認定病院患者安全推進協議会第1回幹事会について報告。厚労省から「医療安全推進週間」取り組みについて協力依頼があり、医療安全に関する講演会開催を決めた。福岡県支部が主催する。

■医療保険・診療報酬委員会 (28日)

平成17年度病院経営調査報告(案)の説明があった。06年度改定情勢について検討。

委員会報告

2005年9月

■広報委員会 (7日)

「全日病ニュース」の贈呈先リストの拡充を確認した。

■人間ドック委員会 (9日)

日帰り人間ドック実施指定施設の新規申請を承認した。

■病院機能評価委員会 (9日)

統合版評価項目 Ver5.0の運用指針に関する検討を決定。宮崎学会で配布する「機能評価受審支援相談事業」広報チラシを承認した。

■医療従事者委員会 (18日)

第1回看護部門長研修コースの準備態勢を確認。医療経営人材育成事業(経産省)について検討。委員会として間接的にバックアップするスタンスを決めた。

■病院のあり方委員会 (19日)

医療経営人材育成事業(経産省)公募申請に際して、徳田委員長をプロジェクトの総括事業代表者とすることを決定。「病院のあり方報告書2006年版」に向け議論を開始。

■医療事務技能審査委員会 (21日)

8月度2級試験結果の報告を承認。受験者5,075名、合格者3,119名(合格率61.5%)であった。10月度1級2級試験の問題を承認。9月度受験資格申請2校を承認。

2005年10月

■医療の質向上(DRG・TQM)委員会 (5日)

「医療事故発生後の医療機関の対応と紛争解決に関する研究」(厚労省科研事業)実施項目を検討。今年度承認の科研事業「医療情報システムを基盤とした業務フローモデルによる医療の質と安全性の評価に関する研究」について説明があった。「電子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究」(科研事業)成果物出版の最終見通しが報告された。

病院情報システム基本要件検討プロジェクト成果の還元として、「病院統合情報システムの製品紹介」「病院統合情報システムの導入工程解説書」「ソフトウェア開発委託の成功手引き」を冊子で著す方針が示された。

診療アウトカム評価事業の05年第1期報告書が提示された。ファイザーヘルスケア財団からの補助金に依拠して、米国メリーランド病院協会のアウトカム事業に参加することを決めた。



■「業務フローモデルによる医療の質と安全性の評価研究」研究班(病院情報システム基本要件検討プロジェクトコアメンバー)会議 (5日)

「業務フローモデルによる医療の質と安全性の評価に関する研究」(厚労省科研事業)について各担当委員が説明。「電子カルテ導入標準的業務フローモデル研究」(厚労省科研事業)成果物、病院情報システム基本要件検討プロジェクト成果の会員病院への還元内容について各報告。

■病院機能評価委員会 (14日)

宮崎学会の委員会企画について報告。中小病院向けに病院組織図等のガイドライン作成を決めた。「機能評価受審支援相談事業」の精神科担当アドバイザー増員を決定。7月から運用が始まった「統合版評価項目 Ver5.0」の検討を開始した。

■広報・ホームページ作成WG合同委員会 (19日)

HP掲載「みんなの医療ガイド」に「病院の防災対策」「医療関連の資格」の追加が提案された。

■医療制度・税制委員会 (21日)

新医師臨床研修制度アンケートの対象、設問など実施要領を検討。

四病院団体協議会 会議報告

2005年9月

●治療費未払問題検討委員会 (16日)

[担当団体] 日精協
[全日病出席者] 木村常任理事
「診療における患者負担金の未収金に関する調査」発送について報告あり。委員より現行法律の患者・保険者・医者との関係について説明を受ける。「未収金マニュアル」について披露あり、委員会最終報告書に取り込むことを確認。

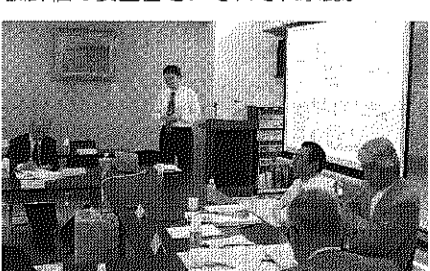
●8人委員会 (22日)

[担当団体] 全日病
[全日病出席者] 西澤副会長(委員長)、猪口常任理事
厚労省老健局三浦老健課長が10月施行の居住費・食費自己負担化について説明、出席者と意見交換。消費税実態再調査の調査票(案)、研修医給与問題検討委員会の報告・要望事項(案)の総合部会への提出を確認。

●総合部会 (28日)

[当番団体] 全日病
[全日病出席者] 佐々会長、西澤副会長、手束副会長、安藤副会長
厚労省老健局三浦老人保健課長が介護保険10月改正について説明。日精協が、居住費と食費別負担について四病協の意見表明を提案。医療保険・診療報酬委員会へ付託された。

支基金金角田専務理事がレセ電システムの普及に向けて協力を要請。消費税実態に関する再調査の実施、研修医実態報告と臨床研修病院に対する補助・診療報酬評価の要望書を、それぞれ承認。



2005年10月

●医療保険・診療報酬委員会 (7日)

[担当団体] 全日病
[全日病出席者] 西澤副会長、猪口常任理事(委員長)、鉾之原理事
日病協から協力依頼のあった、厚労省要望にもとづいて「包括病棟入院患者の他医療機関受診」のデータを得るための調査票案が提出された。日精協と全日病の各100病院を対象に実施、全日病がデータ集計を受け持つことを決めた。同様に依頼のあった「診療録管理体制加算」の根拠資料は、日本診療録管理学会のデータを元に猪口委員長が作成することになった。

●8人委員会 (21日)

[担当団体] 日病
[全日病出席者] 西澤副会長(委員長)、猪口常任理事

総合部会の予定議題、提出資料等を確認。委員から、審議会における発言について、四病協として意見調整を図るべきとの提案があり、協議。日病協への対応も同様との意見があり、議論。さらに、総合部会の現状にも疑問が示された。協議の結果、総合部会に、①総合部会のあり方、②四病協と日病協の関係性のあり方、③日医・四病協懇談会のあり方に関する検討を求めることで合意した。

●総合部会 (26日)

[当番団体] 全日病
[全日病出席者] 佐々会長、西澤副会長、安藤副会長

8人委員会として、①総合部会のあり方、②四病協と日病協の関係性のあり方、③日医・四病協懇談会のあり方に関する検討を提起。

四病協内部における意見調整を必要とする論に関して賛否各論が繰り広げられる一方、8人委員会の議論経過をめぐって率直な応酬があり、紛糾。議長担当の全日病佐々会長が議論内容を整理の上で討議の継続を提案、了承された。

06年度改定の論点

機能に着目。紹介患者加算を簡素化

12月14日の中医協・診療報酬基本問題小委員会は紹介率にもとづく加算方式を取り上げた。...

化する」として、「少なくとも診療報酬上2種類ある紹介率は見直す」と表明した。...

2006年度改定の論点 12月14日の基本小委に事務局が提出した資料から

●紹介率を基準とした紹介患者加算等の評価のあり方

・初診料病診格差の是正や紹介状なし患者に対する初診評価の見直しに係わる課題等を踏まえ、紹介率を基準とした紹介患者加算のあり方を根本的に見直しはどうか。

・地域医療支援病院と特定機能病院の紹介患者加算も見直し、それぞれの機能に着目した評価を行なうべきかどうか。

・紹介率を基準とした、現行の入院基本料等加算評価のあり方も、あわせて検討してはどうか。

●医療安全対策の診療報酬上の評価

・専任の安全管理者配置、安全管理部門の設置、患者相談窓口の常設等の医療安全対策について、診療報酬上の評価のあり方を検討してはどうか。

・その場合に、診療報酬調査専門組織のコスト調査や医療安全管理業務に関

する指針及び医療安全管理者養成研修ガイドライン等の作成状況を踏まえる必要があるのではないか。

・特に、特定機能病院及び臨床研修指定病院において、既に上乗せ実施されている医療安全対策について、その評価をどのように考えるか。

●診療情報提供料の評価のあり方

医療機関間の診療情報提供機能の評価は患者にとって複雑で分かりにくい、点数の差がどの程度寄与しているかが不明といった課題を踏まえ、退院患者の紹介時における退院後の治療計画等の添付など、提供される情報の内容に着目した評価体系としてはどうか。

●地域加算に係る診療報酬上の評価のあり方

国家公務員給与の地域手当の新設に伴い、地域加算の地域区分等も同様に見直すことを検討してはどうか。

救急告示基準を見直し、実績等の指標を加味

12月9日の「医療計画の見直し等に関する検討会」は、事務局(厚労省医政局)は、救急告示制度の基準見直し方針を提示し、了承を得た。

消防法にもとづいて救急隊が傷病者を搬送する医療機関として都道府県知事が認定する救急告示病院は名称が住民に分かりにくい上、現行基準は構造的なものでできており、しかも、常時診療に従事する医師の基準は「相当の

知識及び経験を有する」というあいまいなものとなっている。

医療計画の見直しを機に、記載事項である救急医療機関をあらためて3類型に整理、実績を含む指標などで医療機能を明確にできる病院群から病院を選ぶよう基準の改正を行なう。

質の高い効率的救急医療を提供できる連携体制の構築につながると厚労省は期待している。

■救急告示の基準と指標

Table with 3 columns: 救命救急センター, 入院機能を有する救急医療機関, 初期救急医療担当医療機関. Rows include 構造, 過程, 結果.

電子カルテと業務革新 一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 編著 飯田修平 (全日病医療の質向上委員長)...

第8回常任理事会の詳細 11月26日

■主な協議事項

●新型インフルエンザに関するQ&Aの作成 病院のあり方委員会の要請にもとづいて、新型インフルエンザに関するQ&Aを作成することが決まった。

●新会員の入会 (敬称略・順不同) 以下の入会が認められた。

- 北海道釧路市 社団法人釧路市医師会釧路市医師会病院院長 浅川全一
埼玉県北本市 社団法人北里研究所メディカルセンター病院院長 近藤啓文
大阪府岸和田市 医療法人吉栄会 吉川病院院長 吉川樂人
大阪府豊中市 医療法人篤友会関西リハビリテーション病院院長 坂本知三郎

この結果、会員数は2,151病院となった。

■主な報告事項

●新予防給付に向けた栄養改善・口腔機能向上講習会 木下常任理事は、1月28日に、東京都内の会場で「新予防給付にむけた栄養改善と口腔機能向上の講習会」が開催されることを報告した。

●病院機能評価の審査結果 (順不同) 10月21日付の病院機能評価認定証発行は、新評価体系にもとづく31病院(新規23・更新8)であった。そのうち、会員病院は次の12病院(新規10、更新2)
○新規(※はVer.5)
【一般病院】
栃木県栃木市 医療法人陽気会とちの木病院
大阪府大阪市 医療法人寿栄会大野記念病院

- 【療養病院】
佐賀県佐賀市 医療法人智仁会佐賀リハビリテーション病院
東京都渋谷区 医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院
【複合病院】
福島県いわき市 社団法人医療法人養生会がしま病院
埼玉県春日部市 医療法人梅原病院
東京都江東区 医療法人社団愛育会協和病院
静岡県御殿場市 医療法人社団駿栄会御殿場石川病院

- 佐賀県三養基郡 医療法人勇愛会大島病院
鹿児島県鹿児島市 医療法人仁風会日高病院
○更新
【一般病院】
大分県中津市 医療法人玄真堂川島整形外科病院
【複合病院】
佐賀県鳥栖市 医療法人社団如水会今村病院
認定証発行は1,794病院(旧体系741、新体系1,053=更新347を含む)。そのうち当協会会員は571病院を数える。

求職案内 以下の求職情報をご案内します。
No.9 放射線技師/男、36歳、経験12年、希望勤務地神奈川・東京 診療放射線業務に関わる免許・認定資格を各種所持
●求職・求人案内および当欄に関するお問い合わせは下記までお寄せください。
全日病医療従事者無料職業紹介所 03-3234-5165 (土・日曜日を除く)

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)
(株)全日病福祉センター
TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588