



全日病 NEWS 3/15

21世紀の医療を考える全日病 2006

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 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.636 2006/3/15 http://www.aiha.or.jp/ mail:info@aiha.or.jp

「経過型」は法改正後答申。情勢は流動的

介護療養型 経過型類型 施行遅れる可能性。医療法施行規則、「準備病棟」もずれこむ

厚生省老健局は3月9日に介護給付費分科会を招集し、介護療養型医療施設の老健施設への転換を促す措置として介護療養型医療施設の経過型類型(医師2人、看護8対1、介護4対1)を設ける案について、議論を求めた。事務局を努める老人保健課は、介護療養型医療施設廃止の方針が明記されている「健保法等の一部改正法案」成立後に再び分科会を開催し、経過型類型について諮問・答申を得る考えを表明した。

当初は3月内に答申を得る予定であったが、社会保障審議会の分科会として法的な手続きであることから、改正法案の成立を待って諮問することにしたもの。

療養病床再編にかかわる措置としては、中医協が介護保険移行準備病棟(仮称)の施設基準と点数に関する審議を予定している。早ければ3月内にも開催されるが、4月になるという観測もある。

現時点では、答申を伴わない医療部会のみが療養病床の「看護4対1・介護4対1」への引き上げと6年間の経過措置(医師最低2人=96対1、看護・介護合計3対1=1/3以上は看護職員)について、医療法施行規則改正の了承を得たにとどまっている。

通常国会の会期は6月18日までだが、政府内には早くも延長が避けられないという観測も出ている。仮に、法案成立が6月後半にずれこむと、経過的類型の施行は答申をはさむことから、7月1日を過ぎることがあり得る。

一方、保険局医療課は、新たな療養病床入院基本料の7月1日施行に合わせて介護保険移行準備病棟の施行を予定している。医療課幹部は「決定を6月まで引張ることは考えていない」と本紙に言明。当該病院の準備もあることから、5月内には細部を決める段取りを示唆した。

当初3年間とされた経過措置期間だが、その後医療課は6年間と修正、医療法施行規則および経過型類型と足並みを揃えることを決めている。

ただし、3月15日現在、医政局総務課は、4月施行を予定していた医療法施行規則改正の作業に着手できていない。関係方面との調整に手間取っているため、施行は大幅に遅れそうだ。

このように、医療法上の経過措置、介護保険移行準備病棟、経過型類型という3点セットの詳細が3月内に決まるものとみられていたが、ここに来て、流動的な展開を見せ始めている。そのなかでも、介護療養型の経過型類型が大幅

に遅れる可能性が高い。三浦老健課長は本紙の質問に「経過型類型は医療保険の7月1日施行とは別の話。我々のスケジュールで動くのみ」と答えた。療養病床再

編をめぐる動きは、具体的な施策の段階でも流動含みで推移している。



介護保険施設のあり方で検討の場を予定 次期介護報酬改定をめどに結論?

3月9日の介護給付費分科会で老健課は、「健保法等の一部改正法案」附則に、介護保険施設のあり方と医療提供の仕方について検討するという課題が書き込まれたことを報告した。

本紙の質問に老健局幹部は、介護給付費分科会とは別に検討の場を設ける考えを示唆した。ただし、具体的な方法について結論は出していない模様だ。

設置は改正法成立後になるが、「次の介護報酬改定までに結論を出すことになろう」と、2、3年かけた議論になる可能性を示唆。療養病床の転換状況にもらんだ議論を想定している。

木下委員、議論誘導を非難

3月9日の介護給付費分科会で当協会常任理事の木下毅委員(日本療養病床協会会長)は、介護療養型医療施設廃止の決定について、「資料表現などに

露骨な誘導がみられる」と不快感を露わにしながら、強く論難した。(8面に木下委員の発言要旨を掲載)

「介護保険施設の一元化」を提起

介護給付費分科会で木下委員は、今後議論される、介護保険施設のあり方と医療提供の方法というテーマに関連して、「(介護保険施設は)一元化してもよいのではないかと」というテーマもあり得る。今さら、特養を増やすという話ではない」と問題を提起した。

木下委員の問題提起に、分科会の大森会長(東京大学名誉教授)は「木下委員の発言も含め、この部分(介護保険施設のあり方)は今後重要なテーマとなる」とリマークしてみせた。

議事録に残る問題提起であり、新たな検討の場において、一元化のテーマが論点に加えられる公算が強い。

06年度改定 告示・通知 療養病床関係の告示・通知は3月末

厚生労働省は、2006年度診療報酬改定に関して3月6日付で第一弾の告示・通知を発表、3月10日に都道府県等に送付した。一方、当協会が主催した診療報酬改定説明会で、厚生省保険局医療課真鍋課長補佐は、会場を埋めた500名の病院関係者に06年度改定の概要を説明した。

焦点の療養病床入院基本料について、「留意事項」「施設基準」「患者分類(対象となる疾患・状態像)」等が3月6日付の告示・通知類からもれた。難病患者等の取り扱いに時間を要しているため、告示・通知は3月末になる模様。療養病床の算定要件は一部6日付で示されたが変更の可能性もあり、なお、流動的だ。

慢性期患者の配点について、真鍋補佐は「医療区分3から1へ、機械的になだらかな傾斜をつけた上、介護報酬の水準を考慮して、(医療区分1は)そこからさらに引き下げたかたちで点数を設定した」と説明、介護保険への移行を強引に図る措置であることを認めた。

さらに、「医療区分2は要介護度5を少し上回る程度だ。しかし、介護報酬には療養環境加算が含まれている。入院基本料加算や療養環境加算、さらにはおむつ代等を考慮すると診療報酬の方が大きく上回る」と指摘。医療区分2該当患者は、介護保険ではなく、医療保険で受け入れるべきという認識を

表わした。

また、療養病床の特殊疾患療養病床入院料等は7月1日で廃止となるが、一般病床と精神病棟のそれは2年間の経過措置が講じられ、08年4月1日に廃止となることをあらためて明らかにした。

その場合の難病患者と障害者の取扱いについては「現行に近い点数を経過措置として設ける」考えを表明。さらに、1床あたり16㎡という面積の特殊疾患療養病床入院料算定病棟に対しては新たな療養環境加算を設けたと説明した。

改定で、リハビリテーションに4パターンの疾患別リハが導入されたが、

それぞれの対象疾患と算定制限の対象外となる「医学的にリハが必要な状態像」が医療課長通知「診療報酬算定実施上の留意事項」で明確になった。

真鍋補佐は、機能訓練室は疾患別で共用できることを、また、新設された

障害児(者)リハビリテーション料は回数算定制限がないことを明らかにした。

その一方で、機能訓練室の面積要件や人員要件等については「まだ書き足りない」と述べ、今後、要件が増える可能性を示唆した。(6面を参照)

「夜勤看護は2名。72時間は遵守」

猪口常任理事が改定説明会で配慮を求める

夜勤看護加算が廃止された中、入院基本料にかかわる施設基準の要件として、一般病棟の夜間看護配置を常時看護職員2名以上とすること、その場合に、月平均の夜勤時間数は各病棟ごとの夜間勤務実人員数で算出した平均72時間以下であることが課長通知(「基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第2-4)に書き込まれた。(7面を参照)

72時間以下は、届出前1ヶ月または直近4週間の夜勤時間平均値によって判断する。改定説明会で真鍋補佐は、「3月の実績値を4月に届け出るわけだが、全病院にあらためて届け出た」と留意を求めた。

この72時間について、同補佐は「病棟」とあるがこれは誤りだ。算定する入院基本料の類型ごと、つまり、一般病棟全体として算出するというように訂正させていただくと釈明した。

改定説明会を司会した、当協会医療保険・診療報酬委員長の猪口常任理事は、この訂正発言を確認するとともに、「全日病会員の多くは一般病棟が1、2病棟だ。3対1看護であれば、夜間に2名を配置して72時間をクリアするというのは大変難しい。夜間の配置は重要と考えるが、なにかよい方法がないか、ご検討いただきたい」と注文をつけた。

真鍋課長補佐は「持ち帰らせていただく」と、検討に含みを残した。(改定説明会の要旨は次号に掲載)

清話抄

銀座も、10時をすぎると人気はまばら。タクシーが並ぶばかりである。11時をすぎるとショーウィンドーの入れ替えが始まる。

街並みのメーキャップは季節を感じさせるはずなのだが、最近のデザインはスタイリッシュで透明感があり、より都会的。一年中涼しげに感じる。冬場のシャベットのようだ。もちろん

私は大好きなのだが。

深夜働く人は楽しそう。けっして辛そうではない。ウィンドーデザインは創造的芸術的だからだろう。資生堂2階のアートギャラリーで資生堂のディスプレイの歴史を見たことがあるが、やはり、新しいものほど洗練されて素晴らしい。

2000年前の芸術をみて、今のほうが進歩しているとはとても思えないが、ファッションは1年で、これはもう古いよと、いやでも感じさせられる。

新しい物の輝きが、その後ろにある

物を陰にしてしまうのだろうか。昨年のモードは捨ててしまいなさいと囁きが聞こえてくる。いやいや、古い連れ添いが似合っていると思直そうとするが、魔女の囁きはいつも魅力的だ。うちの病院も模様替えをしなければと何時も思う。

朝は6時。排気ガスのない、歩くのに気分の良い時間帯だ。寒い心地よい。急ぎ足で体が温まり、血の巡りと共に気分爽快になって一日が始まる。昨夜は作業中だったウィンドーを道の反対

側からしげしげと見ている人達がいる。その人達の方がおしゃれて印象的だ。作業したばかりの若いアーティストと、貫禄の良いディレクターと背広姿の重役らしき人。ウィンドーを、ただ、ずっと見つめている。

その前を歩いている私も背景に溶け込む。その人達はその後もずっとその場を動かず、街の中のウィンドーを見つめ続けている。道の両側にマネキンがたっているような錯覚に襲われたが、その時、自分は風だと感じた。(湖)

主張

在宅の流れの中、延命医療是非の議論を取り上げよう

今年も診療報酬改定が行われる。今回は-3.16%と激しい減改定となる。しかも、医療制度改革の流れを組み入れ、多くの箇所新たな考え方が導入されるとともに、手術件数や紹介率等病院運営の指標としていた加算が消えるようである。

そして、最大の課題は療養病床のあり方がどうなるかであろう。まだ、国会審議の中で議論されると思うが、前回の選挙での自民党圧勝が、これらの医療制度・診療報酬の制度

改革を加速させたことは疑うべくも無い。

我々は医療提供の当事者として、襟を正すべきところは正し、日本の医療にとって必要と考えることは決して折れない、という覚悟が必要になったと言えよう。

そして、医療保険や介護保険での給付に限界があるため給付を制限するのなら、規制緩和を進めるとともに利用者の同意を得た保険外医療が拡大して行くのも、当然の成り行き

と考えられる。

もう一つ、医療法改正や診療報酬改定において目につくのは、「在宅医療の推進」「在宅での見取り」「尊厳のある高齢者への医療提供」等、ターミナルケアの質的变化を求めていることである。

確かに、老化や疾病によって、回復が不可能で生命体としての限界を迎えている状態で、やみくもに延命を図ることは意味の無いことである。

ただ、このことに対して国民的コ

ンセンサスはすでに出来つつあるのではないだろうか。

むしろ、それに対応できていないのは、医療提供側である我々医療関係者であり、医療の中断に対する法的判断である。是非、国民、国会、行政そして医療関係者が一同に会し、本音で議論したいものである。

いずれにせよ、今後の医療提供においては、視点・方向性をもう一度見直すことが求められている。

(1)

08年度開始に向け地方を“教育”中

医療費適正化計画 老人医療費適正化指針の礎に依拠。都道府県を鼓舞

厚生労働省は3月8日、全国老人医療担当課(部)長会議・国民健康保険主管課(部)長会議を開催、都道府県担当部局に対して、国会に提出した医療関連法案の内容を説明した。

都道府県に徹底を図る主旨は、医療提供体制改革、医療費適正化計画、後期高齢者医療制度創設を含む医療保険・老人保健改革の3点である。

保険局総務課保険システム高度化推進室の大島室長は、2008年に始まる医療費適正化計画について「医療資源の再配分計画である」と指摘し、「医療費適正化計画において医療費は目標ではなく、参考値にすぎない」と断言した。

そして、「狙いは生活習慣病の減少と入院期間の短縮である」と整理した上で、「とくに医療保険者(被用保険)との関係・協力体制づくりが都道府県にとって大きな課題となる」と提起した。さらに、「医療機関とともに福祉機関と協力的な関係づくりも重要」として、局間の垣根をなくすよう訴えた。

同時に「データの分析が大切になる。地域における疾患ごとの特性、入院と外来の関係などを把握しなければ対策は立てられない」とデータ重視の姿勢を示し、「老人医療費のデータが国保中央会にたくさん眠っていた。こういう数字を使って医療のあり方を地域ご

とに考えていきたい」と作業の方向を提示。「そのための段取りは後日、あらためて示したい」と括った。

医療費適正化計画は今回が初めてではない。厚労省は、03年9月11日付で「老人医療費の伸びを適正化するための指針」と都道府県・市町村が行う老人医療費分析の基本的考え方を示し、都道府県に、地域特性を踏まえて老人医療費の分析を行ない、適正化に向けた推進計画を策定するよう求めた。

この適正化指針にもとづく推進体制を設置した地方はこの2月末で29都道

府県。厚労省は、05年度までに計画の策定を終えた、あるいは策定中のところは08年度までに政策目標と数値を追加するための見直しをするよう、06年度から策定するところは、新たな適正化計画をつくる準備作業と位置づけて08年度の適正化計画に盛り込むよう、各都道府県を指導している。

2年半前の指針は地方にとって幻となりかけていた。死せる魂がよみがえり、今、地方はあわてて適正化計画に向き合おうとしている。

「医療、健康という切り口から、どういふ地域を創るのかという理念が重要」と厚労省は鼓舞する。だが、地方にはツール、経験、ノウハウがない。勢い、医療費やベッド数というハードが目標とされる懸念がある。

新感染症法で結核対策。結核予防法は廃止

感染症法改正 生物テロ・事故防止で新たな病原体等管理体制

感染症法等一部改正法案が3月10日に閣議決定され、通常国会に提出された。これまで別扱いであった結核を新たに2類感染症法に位置づけ、結核予防法を廃止するというのが法改正の1つ。ただし、定期の予防接種は、予防接種法にもとづいて引き続き実施される。

新感染症法の柱は、(1)生物テロや事故による感染症発生とまん延を防止するための病原体等管理体制の確立、(2)感染症分類の見直し、(3)結核対策の法的位置づけの見直し。これによって、感染症に対する国・病原体等管理者・医師の責務があらためて明確にされ、結核など特定感染症の予防指針が策定され、情報収集・公表、疫学調査、動物輸入規制、病原体等規制など感染症対策の一元化と総合的推進が図られる。

病原体等の管理体制としては、生物テロを含めた人為的感染に対処する見地から48種の病原微生物等を(A)から(D)の4つに分け、それぞれ異なる規制をかぶせた。

エボラ、痘そう、ラッサ等6つのウイルスからなる(A)は政令指定施設で行なう以外の製造、輸入、所持、譲渡・譲受を禁止。炭疽菌、バクテリウムなど6種からなる(B)は厚生労働大臣の許可を受けた場合以外の所持等を禁止。多剤耐性結核菌、鼻疽菌など21種からなる(C)は所持等の大臣届出義務を負う。

そして、残りの15種は(D)という区分に位置づけられて基準の遵守等一般的義務を負う、というように整理される。

法上の感染症類型については、新たに南米出血熱が1類感染症に、結核が2類に加えられ、一方、重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限られる)が1類から2類へ、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフスが2類から3類へ変更というように見直される。

一方、結核に関しては、予防接種法がそのまま存続する上、原則としてすべての感染症法の規定が結核にも適用される。

診療情報訂正を保険者に請求、敗訴

レセプト訂正訴訟 個人情報保護条例盾に京都市にレセ見直しを求める

最高裁第2小法廷は3月10日、歯科レセプトに誤りがあるとして、京都市個人情報保護条例にもとづいて訂正措置を求めた請求に非訂正処分を下した京都市長を相手どり、京都市の女性が処分取り消しを求めた訴訟の上告審判決で、取り消しを認めた1審、2審判決を破棄・取り消し、女性の請求を棄却した。

国保に加入している女性は1993年10月から96年2月までに複数の歯科医院で治療を受けたが、一部に高額な支払いが発生したことから、95年に制定された京都市条例にもとづいてレセプトの開示を得たところ、約40件中19件におぼえない診療行為を見つけ、京都市長を相手に調査・修正を図るなど個人情報の訂正を請求した。

勝訴した京都市は、京都市にはレセプトを訂正する権限がない、京都市長には当該調査を行なう権限がないことなどを理由に訂正を拒んだ。

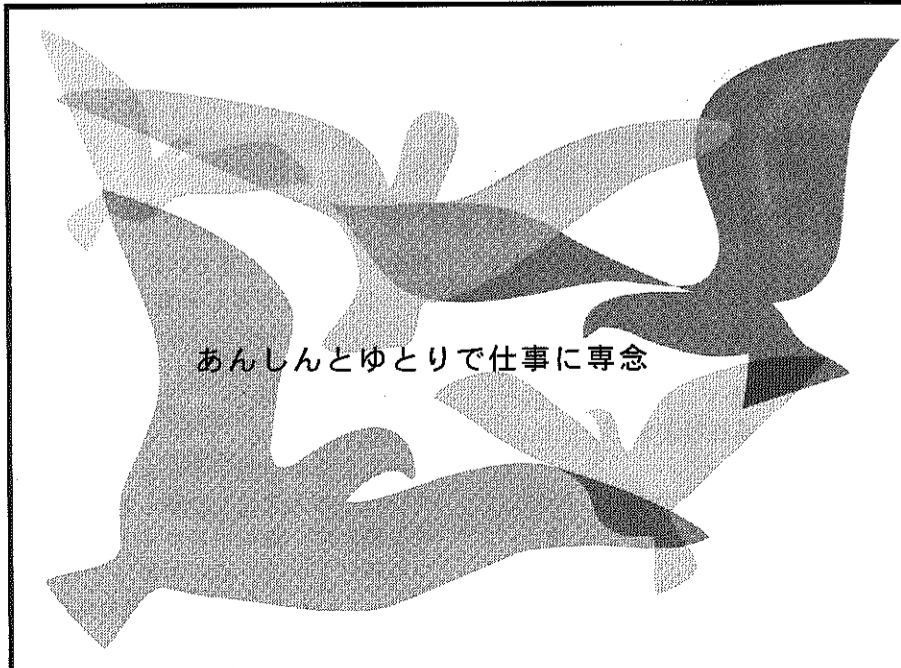
最高裁は、1審、2審判決の破棄・取り消し理由として、①市条例には訂正に必要な調査権限の規定がなく、対外的な調査には限界がある、②レセプトは

診療報酬請求書に添付されているものであり、市は歳入歳出の証拠書類として保管しているにすぎない、③レセプトは実際に受けた診療内容を直接明らかにするために管理されているものではなく、被上告人(女性)の権利利益に直接係わるものとは言いがたい、④レセプトの訂正は市条例の訂正請求制度に予定されていない、ことをあげた。

レセプトに関する不実記載の疑いを、当該医療機関を相手とした刑事あるいは民事訴訟ではなく、個人情報保護条例を根拠に京都市に調査・訂正を求めた訴訟であるが、京都地裁と大阪高裁は勝訴したものの、最高裁は、行政機関はレセプト訂正の当事者ではないとはねのけた恰好だ。

昨年4月に全面施行された国による個人情報保護法によって、レセプトは患者本人による開示・訂正請求の対象となった。

今回の最高裁判例とは異なる環境が整いつつあるだけに、医療機関と国には、開示と説明に耐えるレセプト作成が求められている。



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

療養病床再編にどう対応するか

緊急連載1

「健保法等一部改正法案」が国会で成立すると療養病床の再編は法律事項として決まる。すでに厚生労働省は経過型類型や移行準備病棟を稼働させる準備を進めている。十分な情報が少ない中、7月1日に療養病床の新点数が施行されるため、当該病院は苦渋の選択を迫られている。療養病床をもつ会員病院の対応策を報告する。(15日号に掲載)

ダウンサイズもやむを得ない

未来はある。医療福祉が拠点の高齢者の街づくりを視野に

医療法人永生会理事長 安藤高朗



療養病床再編方針と今回の診療報酬改定と、慢性期医療の病院にとって本当に厳しいものとなった。667床のうち介護療養型を258床持つ当院には、実に頭の痛い問題である。

介護療養型廃止の前に、療養型病床群IV型(2006年度末で廃止)とIII型(2007年度末で廃止)をII型に改修し、療養環境を整備しなければならない。

療養型6病棟のうちIII型が2病棟、IV型が2病棟を占めている。既存の関連施設を壊して、間接部門を他の敷地に移してそこに1病棟を建築するというように、できるだけ病床数を減らさないように改修にあたる考えだ。

6年後の介護療養型廃止に対応するとなると、さらなる大改修を行わないとならない。しかし、多大な設備投資をしても減収となる。病床数を維持しようとすると、建物の大改修や新築が必要となる。しかし、土地もなく、借り入れもできないというのが偽らざるところである。

2012年度までに転換しろとのことだが、参酌標準や開設許可等の制約がある上、細部の条件が不明なため、判断し兼ねる面が多々ある。しかし、新たな療養病棟入院基本料は7月1日施行だ。

当院では療養病棟の入院患者は医療区分3が10%、2が33%である。現状でいく限り医療区分1の患者中心とならざるを得ない。

とって、移行準備病棟の人員を受け入れても人件費節減以上に減収が大きいだけである。やはり、一般及び介護病棟療養型との間で患者の転ベッドを

検討したり、医療区分の高い患者の紹介をいただくなどして、なんとか医療療養病棟を残したい。医療区分1でも、例えば入院期間60日以内の患者は医療区分2の扱いがなされるべきと考えているが、これが通る可能性もある。

介護療養型については、老健や特定施設を視野に、ケースミックスによっては経過的類型施設に移行するなどして情勢の推移を分析し、じっくりと転換計画を練る必要があると考える。

裾野の広い住宅地を後背地に控える永生会としては、やはり、高齢者向けの在宅総合ケアセンター機能と医療をベースとした施設サービスが柱になると思う。

その中で、新たにどのようなサービスと機能が支持され、かつ根づいていくのか。今回の、医療・介護にわたる制度改正を踏まえて、分析したい。

特養は制約がありすぎて現実のターゲットとはなりたい。有料老人ホームは1つの選択肢であるが、ハードの面で厳しい収支が予想される。

在宅療養支援診療所は、現実には、どういう機能を果たしていくのか、十分研究する必要がある。

その中で、高齢者住宅のニーズが興味深い。個人的には、医療施設と特定施設等の合施設・併設だけでなく、既存病院を病棟単位で老人アパートに転換できるような規制緩和が図られてしかるべきかと考える。

重要なことは、2012年の永生会の姿を描いた上で、最小の投資で最大の効果を永生会にもたらす、あるいは工期

と費用が最小限になるような計画を作らなければならない。

そのためのシミュレーションは徹底して行なうつもりだ。その場合に、厚生労働省でこれから始まる介護保険施設のあり方議論がどう展開するかをじっくりと見守りたい。

現在の病院施設は、療養病棟の環境改善に加え、精神病棟の環境改善(4.3m²から6.4m²へ)、一般病棟の環境改善(4.3m²から6.4m²へ)と、最終的に大幅なダウンサイズが避けられない。

その中でも、機能を明確にした病棟・病床を整備し、地域と連携医療機関のニーズに応えながら、在宅につながる流れをきちんとつくりたい。

そのために、一般病床、亜急性期病床、回復期リハ病棟、緩和ケア病床、医療療養病床、精神科病棟等とケアミックスを堅持しながら、質と患者満足度で評価を得られる病院にできればというのが1つの理想だ。

将来的にも、永生病院は医療保険中心に運営され、既にある診療所、老健施設、在宅総合ケアセンターという構造は変わらないだろう。

しかし、もし可能であれば第2の病院を建築し、それを基盤に総合的医療福祉センター的な高齢者の街づくりを検討したい。

最後に行政に申し上げたい。介護療養型医療施設は老健や特養よりも要介護度が高く、合併症を持った患者が多いので、転換型老健は24時間体制の医師や看護師が十分に揃っていないと危険である。医療区分1でも、ある程度

の医療が可能な施設は必要となる。

また、療養型への転換時に医療施設近代化施設整備費を受けている病院が多い。その補助対象施設を他の目的に使うと補助金の返還を迫られる制約もある(今回はどうであろうか)。はしごをはずされた上に、火を点けられたというのが実感である。

それにしても、一連の改革は、我々医療人に広い視野に立つことの大切さを教えてくれた。医療が基盤であることは変わらないが、同時に、よい意味で医療離れた感性で我々ができることを考えると、未来が無限に広がるように思う。

療養環境改善による病床数への影響予測(例)

Table showing bed count changes for nursing care and medical wards after environment improvement. Includes columns for current beds, changed beds, and net change.

※個室を整理した場合

病床転換による病床数への影響予測(例)

Table showing bed count changes for nursing care and medical wards during conversion. Includes columns for current beds, changed beds, and net change.

※個室を整理した場合

有料老人ホームに転換した場合

Table showing bed count changes for nursing care and medical wards when converting to nursing homes. Includes columns for current beds, changed beds, and net change.

※個室を整理した場合

介護療養型の30%弱が医療保険へ転換希望

老健施設へ転換希望は10.8%。日療協が会員調査

日本療養病床協会(木下毅会長)が2月に実施した「今後の病床運営に関する会員調査」の結果によると、療養病床再編方針を受けて、介護療養型医療施設の28.1%が「医療保険療養病床に転換する」と回答、「老健施設に転換する」と答えたのは10.8%にとどまった。ただし、61.4%が「検討中・分からない」と回答、多くが暗中模索の状態にあることを示した(回答数295病院)。

医療保険療養病棟は「現状のまま変えない」という回答が54.1%と過半数を占め、「一般病棟に転換する」(5.2%)、「老健施設に転換する」(3.3%)と続いた。

35.2%の病院が「検討中・分からない」と回答した(同270病院)。

特殊疾患療養病棟1・2および特殊疾患入院施設管理加算算定病院を算定する病院は、55.9%が現状にとどまると回答。以下、「一般病棟に転換する」(7.8%)、「老健施設に転換する」(2.5%)と続き、35.5%の病院が「検討中・分からない」と、療養病棟と同様の傾向を示した(同197病院)。

意見明記の欄には政府方針に対する怒りと不満が強く示され、「年間1億数千円の減収を覚悟しなければならない」、「4月、7月からの減収が大きく、6年先の

ことは考えられない」、「医療保険療養病床は1億円のマイナスで人件費も出ず、

病棟維持が困難と思われる」といった不安と葛藤の声が書きつづられた。

療養病棟新点数、平均で22.6%も落ち込む?

日療協が改定と現行点数の比較で会員調査

日本療養病床協会がこのほど会員対象に実施した、2006年度改定にもとづく新たな療養病棟入院基本料点数と現行点数との比較調査によると、平均の総点数は77.7%にしか達せず、22.6%も減ることが分かった。

回答を寄せたのは203病院。療養病棟、特殊疾患療養病棟1、同2、特殊疾患入院施設管理加算と、算定入院基本料等の組み合わせにもとづいて、現行点数と改定点数を比較したもの。

回答病院数が2桁のパターンに限る

と、もっとも落ち込みが大きいのは「特殊疾患療養病棟2」でマイナス32.2%という結果。逆に落差が小さかったのは療養病棟で、マイナス9.2%にとどまった。

新たな療養病棟入院基本料が医療区分によって大きく点数が異なることを反映して、病院群間の格差も大きく、最大の落ち込みは50.9%と壊滅的な総点数となった。中には、患者構成の関係から前年比プラスに転じる病院も出現した。

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 全都道府県の指定会場で実施
■試験科目と実施方法

- (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
(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

Table of exam dates for 1st and 2nd level Medical Clerk exams from 2006 to 2007.

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。

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
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

ショートステイは重度療養管理加算が存続 3施設に“成功報酬”(在宅復帰支援機能加算)を新設

2006年度介護報酬改定説明会(要旨) 2月28日
講師 厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐 桑島昭文

I. 介護予防とリハビリテーションの推進

■介護予防サービス

介護予防サービスについてはすべて月単位の包括とした。

●介護予防通所介護と介護予防通所リハ

介護予防サービスの柱である介護予防通所介護と介護予防通所リハは、ともに、共通のサービスと選択的サービスからなる。選択的サービスは運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上からなる。介護予防通所介護では「アクティビティ等」を選ぶこともできる。

選択的サービス提供事業所を対象に、試行的に「事業所の評価」を取り入れた。対象は10人以上利用の施設に限られるが、前年(1月から12月)に、利用者の要支援度の維持・改善が一定割合を超えると次年度に加算される。

●介護予防訪問介護

介護予防訪問介護は利用対象を厳格化するとともに、身体介護・生活援助という区分を止め一本化した。要支援者ということから、通院など乗降介助の評価はしない。

予防給付、介護給付ともに3級ヘルパーの減算率が90%から80%と厳しくなった。同時に、3級ヘルパーの評価は09年3月末で廃止することが決まった。

●介護予防支援

介護予防支援(ケアマネジメント)は、委託ができるものの、理念的には地域包括支援センターによって提供される。基本単価(介護予防支援費)は予防ということから大幅に減額されて月400単位、初回の加算は250単位となった。

■訪問系サービス

●訪問リハビリテーション

訪問リハは言語聴覚士も算定ができるようになったが、予防給付、介護給付ともに、短期・集中的なサービスの提供について評価を行なった。そのために、訪問リハに「リハビリテーションマネジメント加算」と「短期集中リハビリテーション実施加算」を導入した。

短期集中リハ実施加算はリハ・マネジメント加算の算定を要件としている。リハ・マネジメント加算は施設系では25単位(1日)であるが、訪問・通所系は20単位(同)とした。

短期集中リハ実施加算は「退院・退所日または認定日から1月以内の場合」に330単位(1日)、「1月から3月以内の場合」は200単位(同)である。

介護予防訪問リハの短期集中リハ実施加算も「3月以内の場合」に200単位(1日)というように、基本的に3ヶ月以内に行なうというのが短期集中リハの考え方である。

なお、集中的な訪問リハとは、予防給付と介護給付いずれも、1週に概ね2日以上実施した場合をいう。

■通所系サービス

●通所介護・通所リハ(共通)

通所介護と通所リハに「栄養マネジメント加算」と「口腔機能向上加算」を創設した。

栄養マネジメントは、低栄養状態にあるまたはその恐れのある者に、管理栄養士等が栄養ケア計画にもとづいてサービスを実施し、定期的な評価と計画の見直しをするというプロセスを評価するもの。原則3ヶ月の間、月2回まで100単位(1回)を加算する。

口腔機能向上の場合も同じ様なプロセスを評価し、同様の条件で100単位(1回)加算する。効果が認められれば延長することも可能であるが、基本的には3ヶ月ということだ。

通所介護における「個別機能訓練加算」は従前の機能訓練体制加算を見直したもので、個別の機能訓練実施計画にもとづいてサービスを提供することが要件である。

なお、通所リハにも、リハ・マネジメント加算と短期集中リハ実施加算を新設した。訪問リハ同様、短期集中リハ実施加算はリハ・マネジメント加算の算定を要件としている。

■施設系サービス

●老健施設・介護療養型(リハ)

老健施設と介護療養型医療施設においても、現行のリハ機能強化加算やリハ計画加算がいずれもリハ・マネジメント加算(25単位/日)と短期集中リハ実施加算(60単位/日)に組み替えられた。(図1)

なお、老健施設に「認知症短期集中リハ実施加算」を創設した。軽度の認知症入所者に、在宅復帰をめざして、個別リハをしていただく。入所の日から起算して3ヶ月以内に限り、1週に3日を限度として、1日60単位を加算する。

軽度とは、長谷川式とMMSE(Mini-Mental State Examination)で15点から25点の間と定義される。精神科、神経内科および所定のプログラムに従った研修を受けた医師の診断によって、軽度かつ在宅復帰が可能と判断されることが要件となる。

リハの内容に特段の定めはない。学習療法とか日常生活上の訓練によって症状が緩和される研究報告などが出ている。そうした成果を参考にして取り組んでいただくことになる。

●介護におけるリハの考え方

今改定で、介護予防通所を除くリハに、リハ・マネジメント加算と短期集中リハ実施加算を導入した。リハにおけるマネジメントの役割を整理してみたい。

医療保険では、今回の診療報酬改定でリハの評価が大きく再編成されたが、介護保険においても、維持期リハとしてマネジメントの重要性を打ち出した。

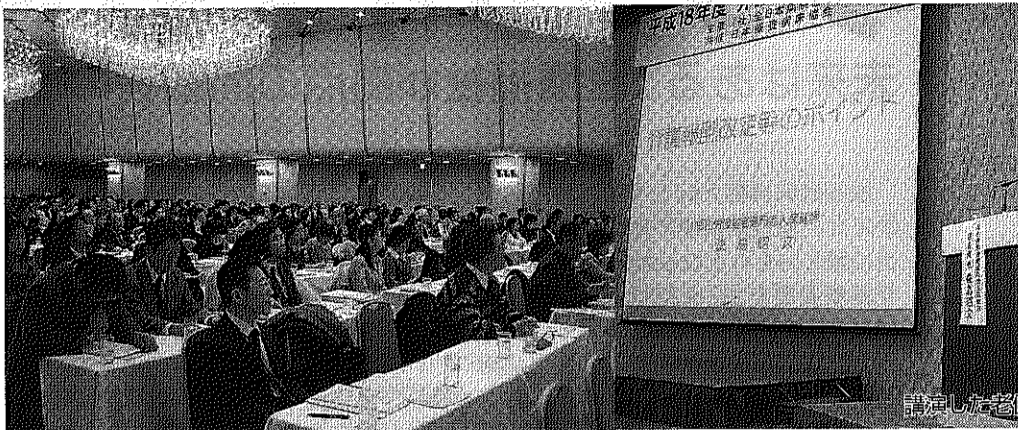
そういう意味で、今後は、①生活機能の自立支援という目的志向、②施設と在宅との連携、③多職種協働の推進、④より効率的・効果的な実施、⑤品質管理システム(Plan-do-see)の導入、⑦説明と同意といった視点が重要となる。

ここで、施設リハにおけるマネジメントのフローチャートモデルを示す。(図2)

利用者に関する情報は、少なくとも入院・入所日までは収集を終えるようにしていただきたい。そのためには、ケアマネージャーや前の主治医との連携を大切にする必要がある。

そして、入院・入所の初日に様々な職種による暫定的なアセスメントがなされ、それにもとづいて実施計画書が暫定的に作成され、リハが実施されることになる。

概ね2週間ぐらいの間に正式なアセスメントが行われ、多職種が参加したカンファレンスが開かれてより詳細な



実施計画書が作られる。この内容が本人等に説明され、この内容に沿ってPlan-Do-Checkのサイクルが回ることになる。

退院・退所を迎えた際に、次の主治医としっかりバトンタッチができるように、それぞれの書式等も定めた。3月中には示すことができるので活用していただきたい。

II. 中重度者への支援強化

中重度者については、在宅中重度者に対する在宅生活継続のための支援強化、入院・入所者を含む中重度化への対応、施設系・居住系サービスにおけるターミナルへの対応、難病やがん末期など在宅患者への対応といった重要な課題がある。

●訪問看護

中重度者に対応する訪問看護については基本の部分を見直し、早朝・夜間と深夜における短時間訪問(20分未満)の評価を新設した。これまでは30分が基本単位であったが、それをさらに短くした。また、医療保険に合わせて、言語聴覚士による訪問も算定対象とした。

ターミナルケア加算は、現行では月をまたがないと算定できないため、「前月訪問」要件を廃止した。算定要件の1つとして、死亡前24時間以内に看ていけばよい、つまり、最後は病院などに移った場合でも算定できるような緩和を図った。

●通所介護

通所介護に「療養通所介護費」を創設した。医療機関や訪問看護ステーション等と連携した、難病やがん末期の在宅中重度者等に対する通所サービスを評価するものだ。地域との連携を確保するために、管理委員会のような部署を設置することが要件の1つである。

個室とまでは言わないが、1人あたり8m²ほどの広さは必要であると考えている。定員も5名以内であり、5名に達した場合の看護職員配置は常勤換算3.3名が必要となる。

●短期入所療養介護

難病やがん末期の要介護者等を対象に、「日帰りショート」(特定短期入所療養介護費)を新たに設けた。要件は通常のショートステイと同様である。

●短期入所生活介護

短期入所生活介護に、夜間帯に1名

図1 ■リハビリテーション評価の新たな構造(老健施設・介護療養型)

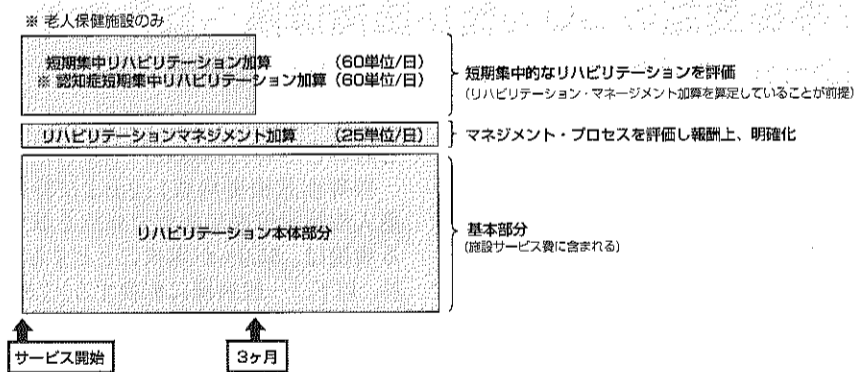
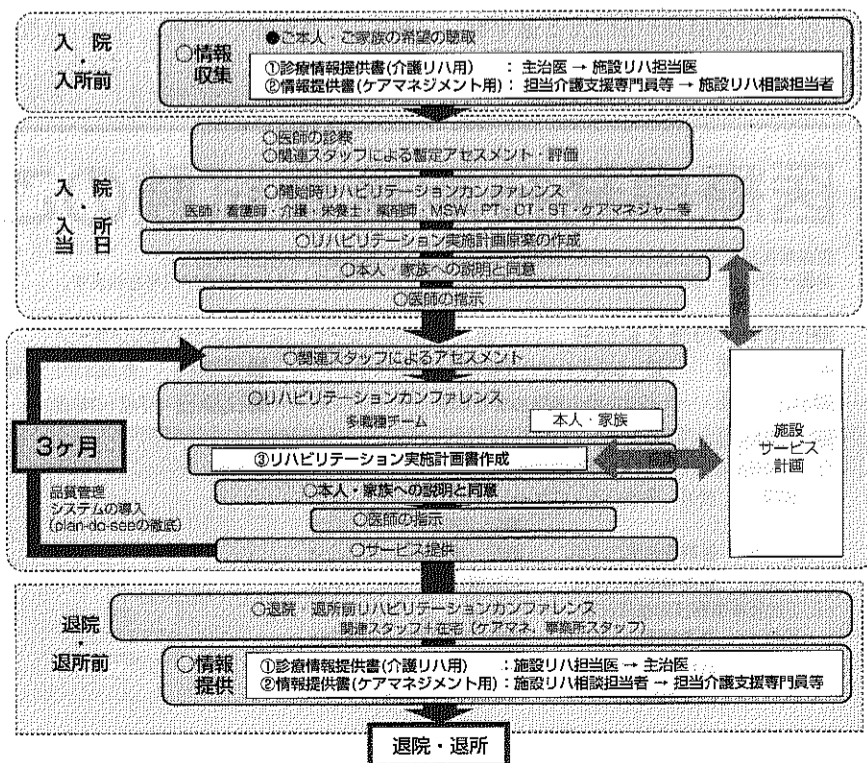


図2 ■介護保険におけるリハビリテーション・マネジメントのフロー(施設版)



リハにマネジメント加算と短期集中加算を導入

短期集中リハ(3月内)実施中の11回目以降の減算を廃止



以上の看護師配置を評価する「夜間看護体制加算」と、訪問看護利用体制の強化を評価する「在宅中重度加算」を創設した。

また、緊急的な短期入所利用に対応するために、複数の短期入所事業者が連携して調整窓口の明確化や24時間相談可能な体制を確保等を行なった場合に50単位(1日)を加算する「緊急短期入所ネットワーク加算」を創設した。

特養はベッド数が決まっているが、老健施設と介護療養型医療施設については、前年の1日平均空床を利用し、全体として100床以上の規模を確保していただく。ただし、原則7日以内の利用に限られ、また、介護している人の事情で緊急やむを得ないといった理由が要件であり、誰でも受け入れるということではない。

なお、この利用に関しては5%のオーバーベッドが認められる。

●グループホーム・特定施設

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)にも、看護師を1名以上確保し、24時間連絡可能な体制を確保した上で、看取りの対応指針を定めたり、入居者・家族への説明・同意を行っているなどを要件として「医療連携体制加算」を創設した。

さらに、特定施設にも、夜間の看護体制で一定の要件を満たす場合に評価する「夜間看護体制加算」を新設した。

●介護老人福祉施設

特養にも、看護の体制を手厚くするものを評価するという考えから、「重度化対応加算」を創設した。常勤の看護師(07年3月31日までの間は看護職員でも可)を1名以上配置し、24時間連絡体制の確保、看取りに関する職員研修、個室の確保、指針の策定などの要件を満たす場合に10単位(1日)を加算する。

さらに、看取りを評価する「看取り介護加算」を新設した。死亡前30日を限度として、死亡月に160単位(1日)を加算する。家族の希望で自宅で亡くなった場合も同単位を算定するが、病院で亡くなった場合にも80単位(同)を算定する。

■地域包括ケア、認知症ケアの確立

在宅生活の継続を支える環境づくりを進めるために、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアのネットワークと地域密着型サービスを整えた。

認知症については、認知症対応型共同生活介護(前出)、認知症対応型通所介護とともに、通所介護・通所リハに「若年性認知症ケア加算」を創設した。

また、早めの住み替えに対応するために、特定施設に外部サービス利用型を導入した。

●特養

特養には「在宅・入所交互利用加算」を創設した。いわゆるタイムシェアリングで、3ヶ月を限度に、複数の利用者が在宅・入所期間を定めて施設の個室

を計画的に利用する。1つのベッドを年間4人で利用できるわけで、ケアマネージャーがその調整を担う。

●老健施設

さらに、老健施設に「試行的退所サービス費」を創設した。退所が見込まれる入所者に、居宅で試行的に訪問介護を利用する仕組みである。

現行の外泊に介護サービスをパッケージにした点数(800単位/日)である。ただし、1月に6日間限りであり、これは月をまたいだ場合も変わらない。

さらに、29人以下のサテライト型老健施設(小規模介護老人保健施設)を創設した。在宅に近い生活環境の下で在宅復帰の支援を行なうという主旨で、もちろん、本体があつての話である。医師、OT・PT、栄養士、ケアマネージャー、相談員は兼務可能。機能訓練室は40m²を必要とするが、人に関する要件は大幅に緩和した。

「小規模介護老人保健施設」は診療所も併設型できる。

●地域密着型サービス

【小規模多機能型居宅介護】

小規模多機能型居宅介護とは、通いを中心としながらも、要介護者の特性や希望に応じて、随時、「訪問」や「泊まり」を組み合わせて提供するというのが基本的な考え方であり、介護予防を含めて創設された。

1事業所の登録者は25名以下、「通い」は1日概ね15名以下、「泊まり」は「通い」の利用者に限定し1日概ね9名以下というのが主な要件。登録者分の介護報酬を月単位で算定する。

管理者、介護・看護職員、介護支援専門員の配置は必要であるが兼務が可能であるなど、自由度の高い施設類型にした。包括の枠内で自由な介護サービスが提供できる。

それだけに、地域に開かれた透明な運営とサービスおよび職員の質が確保されなければならない。そのために、管理者等の研修、外部評価・情報開示、さらに、家族や地域の関係者等を含めた「運営推進会議(仮称)」の設置が必要となる。

【夜間対応型訪問介護】

「夜間専用訪問介護類型」は、定期巡回と随時利用を組み合わせ、夜間を含め24時間安心して生活できる体制として創設された。

1晩に10人程の利用者を定期訪問するとともに、常駐オペレータセンターを置いて、利用対象者からの通報にも随時に訪問対応する。常駐オペレータセンターを置かず、携帯電話などで対応する類型もある。

【特定施設入居者生活介護】

今まで特定施設で、ケアは内部で提供されてきた。今後は、訪問・通所介護や看護、小規模多機能サービスなどを外から受ける、つまり介護サービスをアウトソーシング化し、特定施設を外部サービス利用型にすることによ

て単価を下げ、利用を促進する必要がある。

その結果、特定施設としての高齢者住宅でケアを受けることが可能となり、高齢者は早めに住み替え対応を行なうことが可能となる。

現行特定施設の介護サービス提供形態・提供体制の基準や報酬体系は、特別養護老人ホームと近似している。このため、現行のルールに加え、早めの住み替えにも適切に対応した人員配置、報酬体系のルール(外部サービス利用型特定施設)を創設した。

外部サービス利用型特定施設の報酬は、①生活相談や介護サービス計画の策定、安否確認の実施という特定施設の従事者が実施する部分は月単位の定額とし、②特定施設が外部サービスと契約することにより提供するサービスは出来高(90%を算定)を基本とする。

ただし、①と②の合計額には限度額を設け、予防給付としては居宅サービスの支給限度額とし、介護給付としては包括型特定施設の報酬月額とした。

Ⅲ. サービスの質の向上

サービスの質の向上に関する1つに、通所介護・通所リハにおける、規模に応じた報酬設定(大規模事業所の減算)がある。これはスケールメリットを判断したものであり、1月あたり平均利用が延900件を超えたところには5%の減算を適用させていただく。

2つ目が居宅療養管理指導における医師、歯科医師による情報提供の徹底である。基本的には訪問した上で家族等に指導・助言し、かつ、その情報をケアマネージャーに伝えていただくところまでがセットになっている。

これまでは、そのいずれかをしていれば500単位が算定できた。しかし、これからは、ケアマネージャーに情報が伝えられなければ100単位の減算となる。

●居宅介護支援

居宅介護支援(ケアマネジメント)は要介護度別報酬にするとともに初回加算を新設した。

また、標準単当件数を現行50件から35件に引き下げる一方、標準単当件数を超過する場合に減算を導入した。介護予防支援に係る受託の場合には介護支援専門員1人当たり8人を限度とする旨の基準も明確にした。この10月からの適用となる。

今回創設した「特定事業所加算」(500単位/月)は、主任介護支援専門員の配置、常勤専従介護支援専門員の3人以上配置、利用者の60%以上が中重度者であること、24時間緊急呼び出しに対応できる体制の確保といった要件があるが、中でも、地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託していることという要件に重要な意味がある。

この逆が、やはり今回創設された「特定事業所集中減算」(-200単位/月)である。作成されたケアプランの90%以上が特定の事業所に集中している場合に、地域の事情はある程度勘案されるものの、基本的に減算となる。

運営基準が守られていない事業所も減算の対象となる。減算が2ヶ月以上続いたところは更なる減算が行われる。

Ⅳ. 介護療養型医療施設

介護保険施設については、ユニット型個室と多床室の報酬水準が見直された。介護療養型医療施設の場合はユニ

ット型を95単位引き上げ、多床室は20単位の引き下げが行われた。しかし、施設の介護報酬は平均プラスマイナス0である。つまり、引き下げられる一方で、頑張ればプラスを獲得できる項目も少なくない。

その1つが、医師が水飲みテスト等で確認した、誤嚥が認められる者を対象にした「経口維持加算Ⅱ」(5単位/日)の創設である。ただし、原則180日までの算定である。

●在宅復帰支援機能加算

次に、在宅復帰支援を積極的に行ない、かつ、一定以上の実績をもつ施設に加算される「在宅復帰支援機能加算」(10単位/日)がある。ある種、成功報酬に似たもので、介護保険3施設に新設された。

退所後の在宅生活について相談支援を行なうとともに、居宅介護支援事業者や主治医との連携を図るなど在宅復帰支援を積極的に行ない、その結果として、直近6ヶ月間に退院・退所した内の在宅復帰割合が一定割合以上を占めた施設に加算される。老健50%、介護療養型30%、特養10%というのが基準。ただし、入院・入所1月以上であることが条件だ。

●身体拘束廃止未実施減算

介護保険施設に関しては感染症への対応方策を基準上明確にし、特養と老健施設については、介護事故に対する安全管理体制確保の基準を明確にした。さらに、身体拘束廃止に向けた取組み強化として、身体拘束廃止未実施減算(-5単位/日)を新設した。身体拘束のすべてがいけないということではない。ただ、例外的に行う場合にも理由等を記録につけることが義務づけられており、こうした基準を満たしていない場合には減算となる。

●リハビリテーション

枠組みと要件は維持した上で、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の各(I)をいずれも廃止した。ただし、新たな理学療法(I)、作業療法、言語聴覚療法(いずれも180単位/回)において、それぞれOT・PT・STを1名以上(専従・常勤換算)加配した場合に、「リハビリテーション体制強化加算」として35単位(1回)を算定する。

介護におけるリハは、これまで月の11回目以降は70%の算定となっていたが、今回の見直しによって、3ヶ月以内は「短期集中リハビリテーション実施加算」(前出)を算定する。したがって、その間は11回目以降であっても100/100の算定となる。

●重度療養管理加算

常時医学的な管理が必要な状態にある者に対する加算である重度療養管理加算(120単位/日)であるが、医療の療養病棟に医療区分にもとづく評価が導入され、医療の必要な方は医療保険に移っていただくという方向が明確になった。

したがって、重度療養管理加算は介護保険としては廃止されることになるが、入院中の方のことを考え、3年後の09年3月31日をもって廃止することとした。なお、ショートステイについては重度療養管理加算が存続する。

医療法改正による精神病床の看護配置の見直しに係る経過措置が終了することに伴い、6対1看護が4対1看護となった。これに伴い、老人性認知症疾患療養病床の看護配置についても評価の見直しを行なう。

レセプト電子請求を2011年度に全面実施

診療報酬オンライン請求 既存機器のレセ電化ソフト (06年改定版)、4月に無償配布

厚生労働省は専用回線を使った診療報酬のオンライン請求に向けて実施率目標の工程表(年次計画)を作成、強力に普及を図る方針を決めた。2006年度から2011年度までの6年間で、請求件数の少ない一部医療機関を除いて全面実施を図る考えだ。

そのために必要な制度改正案をまとめ、3月内にパブリックコメントに付し、遅くとも4月前半には省令改正を予定している。

診療報酬請求のオンライン化は、与党の「医療制度改革大綱」と政府の「IT新改革戦略」にともに、「2011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」と書き込まれ、公約となった。

この政府目標を達成するために厚労省はスケジュール案(表1)を作成、段階を追って医療機関でオンライン請求が実施されるよう計画を組むとともに、情報提供などの面で支援体制を整える方針だ。その第一弾として「レセプト文字データ変換ソフト」(06年度改定の診療報酬コード版)の無償配布を行ない、06年度からオンラインの正式運用を開始する。

利用申請の受付開始は4月以降の予定で、3月内には申請要領を発表するとしている。

省令等改正が行なわれると、中小病院でも2011年度から診療報酬のオンライン請求が義務づけられる。

こうした改正を控え、オンライン請求の普及を図る厚生労働省保険局総務課保険システム高度化推進室は、レセプト電子請求機能の導入負担(初期投資)を大きく軽減化する「レセプト文字デ

ータ変換ソフト」を開発、その活用を医療機関に訴えている。

「文字変換ソフト」とは、既存のレセコン等から出力されるレセプト情報を「レセ電」仕様の電子レセプトに変換するソフトウェアである。

これまでのレセコン等でもレセプト情報自体は「電子化」されているが、そのデータ仕様は、各メーカーが独自に開発あるいは医療機関が独自につくったマスターやコード体系などにもとづいているために互換性が確保できない。

したがって、例えば支払基金に専用回線でレセプトの電子情報を送るためには、医療機関の側で既存のレセコン等をメーカーと機種に応じてレセ電化する必要が生じる。メーカー製ソフトの購入などに中小病院でも数百万円かかるとも言われ、この費用負担がレセ電普及のネックとなっていた。

しかし、「文字変換ソフト」によってメーカー製ソフトが不要となり、これまでに比べると大幅に少ないコストでレセ電化が実現できると厚労省は説明している。

それによると、「文字変換ソフト」は大きく分けて、抽出ツールと変換ツ

ルの2つのパーツで構成されている。

抽出ツールによって、既存レセコン等からそれぞれの仕様に合わせてレセプト情報を正確に取り出すことができるという。このほど、保険システム高度化推進室は「文字変換ソフト」の開発を終えた機種(表2)を公表した。

取り出されたレセプト情報は単なる文字、数字、記号などの羅列であるが、これをレセ電仕様の電子レセプトに変換するのが変換ツールである。変換ツールは一定の性能を満たした市販のパソコンで稼働するため、メーカーと対応機種を選ばない(推奨スペックを別掲)。

これで基本的には既存レセコン等のレセ電化ができるわけだが、厚労省はさらに、支援システムとしてインターネット上に設置されるウェブサイト「サポートサイト(仮称)」を用意している。

主な機能は、診療報酬改定時の対応、変換ツールの更新とバージョン管理機能、各種照会対応など。電子機器メーカーのユーザーサービスと同様のアフターケアをするというわけだ。厚労省の外郭団体に運営をまかせる方針であるが、現時点で正式契約を終えておらず、公表の段階ではないという。

「文字変換ソフト」を利用した医療機関は、更新機能などを利用するためには「サポートサイト」に登録してもらうことになる。ソフト自体は無償だが、ウェブサイトを維持管理するために厚労省は「ヘルプデスク経費」を徴収す

る方針だ。「ヘルプデスク経費」の金額を含む「文字変換ソフト」の詳細、申し込み要領、運用開始時期などは3月末に公表される。

表1 ●診療報酬オンライン請求の段階的実施(案)

2006年~07年度	個別の医療機関を指定して実施
08年度	レセプトの電子請求機能付レセコンもしくは文字変換ソフトの適用可能なレセコンを有する病院(400床以上)
09年度	レセプトの電子請求機能付レセコンもしくは文字変換ソフトの適用可能なレセコンを有する病院(400床未満)
10年度	06年現在上記以外のレセコンを有する病院
11年度	06年現在レセコンを有していない病院
12年度	06年現在レセコンを有してなく、かつ請求件数の少ない病院

表2 ●レセプト文字データ変換ソフト対象機種一覧

会社名	製品名
富士通	HOPE/X-S (V2,V3) ※1
	HOPE/X-W (V2,V3) ※1
	HOPE/SX-P (Win-NT, Win-XP) ※2
	HOPE/SX-J
三洋電機	Newve
	NewveExceed
東芝住電医療情報システムズ	HAPPY CS-III
	HAPPY CS-II
	TOSMEC-MEPIO
日本事務器	MAPS-V5
	MAPS/CSシリーズ
日本電気	MegaOakIBARS
	PCIBARS
日立グループ	HIHOPS-CS
NTTデータ	MINI-PRO

※1富士通「HOPE/X-S,X-W」のV1は対象外
※2富士通「HOPE/SX-P」のWin-3.1版は対象外

●変換ツール用パソコンの推奨スペック

OS: Windows-XP
CPU: Pent4 2GHz以上
メモリ: 512M以上、CD-R(またはMO)作成機能

06年度診療報酬改定・疾患別リハビリテーションの概要 ※1面記事を参照

●疾患別リハの対象疾患 (3月6日付厚労省告示「特掲診療料の施設基準等」別表第九の四~)

[心大血管疾患リハ料] ※150日以内

①急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患(大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後)

②慢性心不全であって、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下またはBNPが80pg/ml以上、抹消動脈閉塞性疾患で間欠性跛行を呈する状態

[脳血管疾患等リハ料] ※180日以内

(1)脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等

(2)脳腫瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等

(3)多発性神経炎(ギランバレー症候群等)、多発性硬化症、末梢神経障害(顔面神経麻痺等)

(4)パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患(筋萎縮側索硬化症)、遺伝性運動感覚ニューロパチー、抹消神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等

(5)失語症、失認及び失行症、次脳機能障害

(6)喉頭摘出術後の言語障害、聴覚障害、言語聴覚障害、構音障害、言語障害を伴う発達障害等

(7)外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用性症候群、脳性麻痺等に伴う先天性発達障害等の患者で治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態等

[運動器料リハ料] ※150日以内

(1)上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断、運動器の悪性腫瘍等

(2)関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷傷痕による関節拘縮、運動器不安定症等

[呼吸器料リハ料] ※90日以内

(1)肺炎・無気肺等

(2)胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患に対するLVRS、肺癌、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌の術後等

(3)慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者・気管切開下の患者・人工呼吸管理下の患者・肺結核後遺症等のものであって、①MRCSで2以上の呼吸困難を有する状態、②慢性閉塞性疾患で重症度分類Ⅱ以上、③呼吸傷害による歩行機能低下やADL低下により日常生活に支障をきたす状態のいずれかに該当する状態

[算定制限の例外疾患] ※各疾患別リハ共通

①失語症、失認及び失行症、②高次脳機能障害、③重度の頸髄損傷、④頭部外傷または多部位外傷、⑤回復期リハ病棟入院料算定患者、⑥難病患者リハ料規定患者、⑦障害児(者)リハ料規定患者

●疾患別リハ施設基準 (3月6日付医療課長通知「特掲診療料の施設基準等」別添1「特掲診療料の施設基準等」第38~)

[心大血管疾患リハ料Ⅰ]

(1)循環器又は心臓外科の担当医で当該リハの経験を有する専任常勤医師1名以上

(2)経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が各1名以上(回復期リハ病棟との兼任は不可。以下すべて同じ)

(3)専用の機能訓練室(病院は45㎡以上)

(4)特定集中治療室管理科又は救命救急入院料の届出等

[心大血管疾患リハ料Ⅱ]

(1)循環器又は心臓外科を担当する常勤医師1名以上

(2)経験を有する専任の常勤理学療法士又は常勤看護師いずれか1名以上

(3)専用の機能訓練室(病院は45㎡以上)

(4)特定集中治療室管理科又は救命救

急入院料の届出等

[血管疾患等リハ料Ⅰ]

(1)専任の常勤医師が2名以上。1名は経験を有すること。

(2)①から④までをすべて満たしていること。

①専従の常勤理学療法士が5名以上、②専従の常勤作業療法士が3名以上、③言語聴覚療法を行う場合は専従の常勤言語聴覚士が1名以上、④①から③までの従事者が計10名以上。

(3)専用施設(160㎡以上)。言語聴覚療法を行う場合は別に専用の個別療法室(8㎡以上)等

[血管疾患等リハ料Ⅱ]

(1)専任の常勤医師が1名以上。

(2)理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか1名以上が常勤。

(3)専用の施設(病院は100㎡以上)を有していること。等

[運動器料リハ料Ⅰ]

(1)経験を有する専任の常勤医師が1名以上。

(2)次のいずれかを満たしていること。

①専従の常勤理学療法士が2名以上、

②専従の常勤作業療法士が2名以上、③理学療法士と作業療法士計2名以上の専従常勤(当分の間、研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等が専従常勤で勤務し、経験を有する医師の監督がある場合に理学療法士が勤務しているとみなす。ただし、あん摩マッサージ指圧師等が実施した場合は(Ⅱ)の点数を算定)。

(3)専用の施設(病院は100㎡以上)等

[運動器料リハ料Ⅱ]

(1)専任の常勤医師が1名以上。

(2)理学療法士又は作業療法士いずれか1名以上が専従常勤で勤務。

(3)専用の施設(45㎡以上)を有していること。等

[呼吸器料リハ料Ⅰ]

(1)経験を有する専任の常勤医師が1名以上。

(2)経験を有する専従常勤1名を含む常勤の理学療法士が2名以上。

(3)専用施設(病院は100㎡以上)。等

[呼吸器料リハ料Ⅱ]

(1)専任の常勤医師が1名以上。

(2)専従の常勤理学療法士が1名以上。

定期代議員会と定期総会開催のご案内

第86回定期代議員会および第75回定期総会を下記のとおり開催いたします。

社団法人 全日本病院協会 会長 佐々英達

日時 ●平成18年3月25日(土) 午後1時 議案 ●(1)平成18年度事業計画(案)について
定期代議員会開始(代議員会終了後定期総会) (2)平成18年度予算(案)について
場所 ●ホテル グランドパレス 3F「白樺」 東京都千代田区飯田橋1-1-1 (3)その他
Tel.03-3264-1111

国際医療福祉大学大学院乃木坂スクール 2006年度前期講座(全日病会員2割引)

今後の病院戦略を考える —遠隔授業実施コース—

期間 ●2006年4月17日~7月10日(全12回) 分割受講も可(コース料金は以下のとおり)
時間 ●18:30~20:30 A:急性期(共通2回+4回) 2万円
受講料 ●3万6,000円 B:慢性期(共通2回+3回) 1万5,000円
定員 ●80名 C:亜急性期(共通2回+3回) 1万5,000円
*全日病会員は上記受講料が2割引となります。

申込みは全日病ホームページからダウンロードしてください。
問合せ先 国際医療福祉大学大学院乃木坂スクール 事務局 TEL 03-3476-7710

支部通信

Ver.5.0の勉強会に145名

病院長本音で語る会も

島根県支部 通信委員
土谷治久



昨年11月28日に東西に長い島根県のほぼ中央にある出雲市のホテルで島根県病院協会主催、全日病島根県支部共催の研修会が開催された。

病院機能評価Ver.5.0をテーマとし、午前中は「病院機能評価の現状と概要」と題して事業部長の滝沢良明先生にVer.5.0の総論を講演いただき、午後は、「管理・看護・医療の各領域について」と題した部門研修で、管理は善塔元和先生、看護は増井榮先生、医療は山本俊俊先生の各特別審査員の先生から講演をいただいた。

日程の調整がうまくいかず、休み明けで参加しにくい月曜日に開催したにもかかわらず、県内の会員病院が注目している興味深いテーマであったため145名もの多くの参加があり、内容を熱心にメモをとる姿が見られる有意義な研修会であった。

また、夕方からは「病院長の本音で語る会」が開かれた。東西に長い島根県は各地域に病院が点在しており、情報交換をする機会に恵まれない。医療職確保の困難な状況や経営環境の悪化や管理体制の整備などの普段の悩みを、病院長同士、膝をつき合わせて「ざっくばらんに話しましょう」と

の支部長の企画で開催され、日頃言えない、すぐにでも使えるような内容の意見交換が行われた。

第23回大分県病院学会を開催

支部と共催。参加者1,600人強

大分県支部 通信委員
川島真人



大分県病院協会は昨年11月20日に、大分県別府市のピーコンプラザで、第23回大分県病院学会(全日病大分県支部共催)を開催しました。参加者は1,600人を超え、全室が満杯という大盛況ぶりです。大分県下の病院職員の方々からは大変注目された学会となりました。

特別講演は、神奈川県川崎市病院局病院・事業管理者の武弘道先生。「こうしたら病院はよくなった」という演題で、赤字を見事に黒字にした経営の立て直し過程、今後の医療の方向性をご講演いただきました。

シンポジウムでは、小倉第一病院・院長中村定敏先生、赤穂中央病院・理事長古城資久先生、浜臨整形外科病院・理事浜脇澄伊先生という方々にご講演いただきました。

非常にインパクトのあるご講演で活力増強、人材育成の工夫等特色ある濃い内容であり、出席者に大きな感動と共感を与えてくれました。

分科会においてもユニークな活力ある発表が多くありました。これからの繋げる指針を得、学ぶ事の多かった、充実した第23回大分県病院学会でした。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2006年2月

- 1日 医療の質向上委員会業務フロー一般化検討委員会
- 3日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 7日 広報・ホームページ作成ワーキング合同委員会、四病協/医療経営・税制委員会
- 9日 四病協/医師臨床研修指導者養成委員会
- 10日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会、「全日病ニュース」療養病床再編に関する座談会
- 14日 日病協/代表者会議
- 15日 eラーニングコンテンツ評価委員会
- 17日 病院のあり方委員会、医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、事業運営・教材作成合同委員会eラーニ

ング評価対象者向け説明会、四病協/8人委員会、同/認定・研修センター理事会、同/治療費未払い問題検討委員会

- 18日 第11回常任理事会、企画室・学術合同委員会、救急・防災委員会、医療安全対策委員会、人間ドック委員会、第4回病院事務長研修コース(～19日)、四病協/感染管理講習会(笹川記念会館)
- 22日 医療の質向上委員会、診療アウトカム評価事業シンポジウム、四病協/総合部会
- 23日 医療の質向上委員会・プロジェクトコアメンバー会議合同委員会、業務フローモデル一般化検討委員会、個人情報保護担当委員会
- 24日 医療保険・診療報酬委員会
- 28日 介護報酬改定説明会、徳島学会実行委員会(徳島市)

医療課長通知「基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第2-4から 3月6日付 ※1面記事を参照

(3) 夜間における勤務については、次の点について留意する。

イ 看護職員の名簿及び勤務計画表により、各病棟ごとに次の要件が満たされていること

(ア) 看護要員は常時2人以上であること
(ロ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟(それぞれ特別入院基本料を算定する保険医療機関を除く。)においては、看護職員を2人以上配置していること。

(ハ) 療養病棟においては、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上の配置であっても差し支えない。

(ニ) 一般病棟等において、看護職員を2人以上配置している場合にあっては、緊急時等やむを得ないときは、看護補助者が夜勤を行うことができる

(ホ) (イ)から(ニ)の要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜間勤務の従事者が変動することは差し支えない。

イ 特定入院料(小児入院医療管理科2、重急性期入院医療管理科、特殊疾患入院医療管理科及び老人一般病棟入院医療管理科を除く)を算定している病棟、治療室及び病室に係る患者及び看護要員は、夜勤時間帯の計算対象としないこと。
ウ 夜間勤務に従事する看護職員の月当たり延夜勤時間数は、1か月又は4週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。
エ 月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護要員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること。

なお、届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。
オ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、専ら夜間勤務時間帯に従事する者(以下「夜勤専従者」という)及び月当たりの夜勤時

間数が16時間以下の者は除く。

カ 「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間(以下「夜間時間帯」という)の間において、当該保険医療機関の夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間をいう。ただし、日勤帯については、「夜間勤務帯」と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下であるものに限り。

キ 過当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。

ク 夜勤専従者について、各々の夜勤時間数は基準の概ね2倍以内であること。

ケ 上記(2)のAからクまで及び(3)のAからクまでに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別紙2の例を参考とすること。

(4) 看護の勤務体制は、次の点に留意する
ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。なお、特別入院基本料を算定する保険医療機関にあってはこの限りでない。

イ 病棟ごとに1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、別紙10を参考として各病棟における入院患者の重症度・看護必要度に係る評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるように管理すること。

ウ 特別入院基本料を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の2割を看護師とすることが望ましい。
(5) 看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。

ア 各勤務帯のそれぞれで、1人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。
イ アの掲示については、上記第3「届出受理後の措置等」の6の例によること。

第4回理事会・第12回常任理事会の詳細 3月11日

■主な協議事項

- 定期代議員会・定期総会について
第86回定期代議員会・第75回定期総会の式次第が承認された。3月25日に東京都内で開催される。
- 2005年度事業報告について
2005年度事業報告の作業日程が承認された。報告は、理事会・常任理事会の承認を得て、6月3日の第87回定期代議員会・第76回定期総会に諮られる。
- 新会員の入会(敬称略・順不同)
以下の入会が認められた。
○埼玉県日高市 医療法人積仁会旭ヶ丘病院 理事長 石井照代
○静岡県焼津市 医療法人社団正心会岡本石井病院 院長 中村拓郎
○福岡県北九州市 財団法人健和会健和会おさゆきリハビリテーション病院 理事長 馬渡敏文
○大分県大分市 大分県医療生活協同組合大分健生病院 院長 植原真由美
この結果、会員数は2,150病院となった。
以下の企業が賛助会員として入会を認められた。
○ニッセイ情報テクノロジー株式会社(本社:東京都大田区)
- 人間ドック実施指定施設の承認(順不同)
日帰り人間ドック実施指定施設として以

下の申請が認められた。

【健保連(UIゼンセン同盟)】

- 滋賀県 近江草津病院
- 大阪府 医療法人仙雲会北摂総合病院
- 鹿児島県 医療法人菊野会 菊野病院
指定数は合計461施設となった。
1泊人間ドック実施指定施設として以下の申請が認められた。
- 【健保連(UIゼンセン同盟)】
- 秋田県 医療法人青嵐会 本荘第一病院
- 埼玉県 医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院
- 埼玉県 医療法人社団協友会 東大宮総合病院
- 兵庫県 医療法人康雄会 西病院
- 兵庫県 医療法人 明和病院
- 広島県 医療法人社団ヤマナ会東広島記念病院 広島生活習慣病検診センター
- 佐賀県 医療法人社団如水会 今村病院
指定数は合計7施設となった。

■主な報告事項

- 病院機能評価項目ver.5.0の検討報告書
病院機能評価委員会の木村(厚)委員長は、機能評価機構の病院機能評価項目ver.5.0第1領域に関する検討作業が終わったと報告した。報告書は評価機構に提出される。

医療従事者委員会からのご案内

06年度病院事務長研修の申込受付を開始します。申込締切は4月14日。

週末を利用した、業務と両立する通年コース
視野が開け、仲間を得られます。女性受講者も増加
カリキュラムをさらに深化。充実の18日間約110時間。
課程を修了し、審査をパスした方に「病院管理士」を認定。

第5回(2006年度)病院事務長研修コース 受講のご案内

- 資格 現職1年以上の事務長、これに準ずる職歴2年以上の経験者(各病院1名)
- 期間 06年5月～07年1月(12月を除く各月の計8回・1回2～3日間)
- 会場 チサンホテル浜松町(JR浜松町駅より徒歩7分)
- 料金 全8単位 480,000円(宿泊費・食事代含む)
- 定員 36名
- 申込 所定の申込書をFAXにて全日病までお送り下さい。

申し込み・お問合せ
全日本病院協会(担当: 蓮池・徳田)
TEL(03)3234-5165 FAX(03)3237-9366
*詳細はホームページをご覧ください。

【カリキュラム】

- 第1単位(5月20・21日)
これからの病院経営と事務長の役割
- 第2単位(6月17、18日)
院内コミュニケーションと活用コーチング
- 第3単位-1(7月15、16日)
病院医療会計の基本と財務管理
- 第3単位-2(7月16、17日)
これからの人事労務管理の基本と実践
- 第4単位(8月5、6日)
病院情報システムの構築と個人情報保護
- 第5単位(9月9、10日)
病院のものの流れと物品管理(SPD等)
- 第6単位-1(10月7、8日)
院内業務再設計に基づく要員適正化
- 第6単位-2(10月8、9日)
委託費削減とその他経費の削減
- 第7単位(11月18、19日)
経営健全化に向けた病院経営診断と経営計画策定演習
- 第8単位(1月20、21日)
総合テストと総合演習

国際交流委員会からのご案内

2006年もハワイ研修旅行を開催。今年は6月催行です。期待するスタッフに“研修休暇”を贈呈しませんか! 30回記念企画。さらに充実したプログラムです。

- 旅行期間 2006年6月9日(金)～6月14日(火)
- 募集人数 80名(成田発40名・関空発20名・福岡発20名)
- 研修セミナー・病院見学費用 20,000円(旅行4日目:病院視察および懇親会=夕食付)
- 旅行代金等 ●旅行代金 成田発着 150,000円
関空発着 157,000円
福岡発着 165,000円

申込締切 4月18日

募集要項 申込書は全日病ホームページからダウンロードしてください。
申込先 近畿日本ツーリスト 横浜支店(担当: 樋口 菊池)
Tel.045-651-1902 Fax.045-651-1922



政策提言部会を新設、活動を強化

DPC試行病院協議会「DPC病院協議会」と改称、対象病院に参加を呼びかけ

DPC試行病院協議会(代表・西村昭男医療法人社団カレスアライアンス理事長)は3月3日の会合で2006年度の活動継続を確認するとともに、会の名称を、4月から「DPC病院協議会」に変えることを決めた。会合には登録55病院のうち40病院が出席した。



06年度診療報酬改定でDPC適用病院を拡大することが決まった。導入時の82病院に、試行的適用が実施されていた62病院が加わり、DPC導入病院は少なくとも144病院となる。これに、05年度のDPC調査に協力した228病院から、条件をクリアしたところが手上げで参加。合計で数百の病院が新たにDPC対象病院という位置づけを得る。すでに2月24日に説明会が開催されているが、新規参加組には7月1日付で適用という経過措置が認められるため、かなりの数が合流するとみられる。一方、手上げしなかった病院と新規に調査協力に応じる病院は、新たにDPC準備病院として位置づけられる。

こうした制度的改変に対応するため、DPC試行病院協議会はDPC病院協議会と改称することを決めたもの。協議会は、新規参加病院に積極的に参加の呼びかけをする方針。地域医療を支える民間病院の立場からDPCデータの集積・分析を行ない、大学病院とは異なるエビデンスによってDPCの係数や点数改正の提言を行なうというのが協議会のスタンス。したがって、特定機能病院に関しては参加を拒むものではないが、積極的には呼びかけはしないということでコンセンサスを得た。会合では、会員病院対象に行なった活動評価に関するアンケート調査結果

が報告された。活動母体が脆弱なことに加え、財政基盤がなく、活動開始から2年に満たない任意団体ではあるものの、参加病院の期待感が強いことを反映して、活動内容に対する評価は厳しいものとなった。不満の対象はデータ解析と政策等提言活動の不活発さにある。こうした声に、事務局は「政策提言部会」の設置を提案、了承を得た。少人数で、DPCおよび急性期病院にかかわる政策を検討議論して会員病院に諮ることが目的。厚労省はDPC分科会と科研費にもとづく作業班に依拠し、改定前年の夏ごろには改定の方向性をまとめる。協議会は、こうした動きの前に、厚労省に

点数改正と制度運用などの提案を行ないたいとしている。現在のデータ解析部会は引き続き活動を展開する。政策提言部会と一体となりながら、独自にベンチマーキングに向けた研究等に取り組む方針だ。このほか、同日の会合では、厚生労働省保険局医療課の真鍋課長補佐がDPC改定の内容と今後の方向性について講演した。講演の中で、真鍋補佐は医療機関別の係数を取り上げ、①機能評価にかかわる係数は中医協答申の対象であるが、前年度実績にもとづく調整係数は改定率等を勘案して厚労省が決める、②機能評価係数のうちの入院基本料(看護配置)による係数は今改定で変更が生じたことから新たな届出を反映させることになる、③調整係数は前年度7~10月の実績にもとづいて算出するもので、新たに適用病院となるDPC試行病院にはすでに内示済みである、④調整係数は次回改定までは存続することなど、現行DPCの制度・運用および展望を語った。

第9回防災フォーラムを開催

地震・鉄道事故など「災害時医療連携」で事例等報告

第9回地域防災緊急医療ネットワークフォーラムが3月11日、全日病主催で東京都内で開催され、100人を超す防災関係者が参加した。救急・防災委員会(石原哲委員長)が企画運営した。フォーラムのテーマは「災害時の医療

連携」。新潟中越地震直後に展開された、当協会を含む東京都医療チームの医療支援活動が検証されたほか、東京消防庁と自衛隊(災害医療研究会)からは災害時医療対応に関する詳しい報告が寄せられた。

また、新潟中越地震で災害時医療にあたった小千谷総合病院横森忠雄院長(当時)は、自らも被災者となった体験談を披露。さらに、JR福知山線脱線事故で、至近医療機関として多数受傷者発生に対応した尼崎中央病院吉田静雄理事長は、実践から得た教訓とともに、支援活動を巡る報告を行なった。阪神淡路大震災を契機に生まれた同

フォーラムも9回目。官民にこだわらず、多くの災害時医療団体を糾合しながら開催を重ねてきたが、今回から、当協会が単独で主催することになった。



介護給付費分科会における「療養病床再編」をめぐる議論(要旨)

3月9日 *1面記事を参照

木下委員 事務局が提出した資料に、「容態急変の可能性は低いが一定の医学的管理を要する」患者が医療保険で37.8%、介護保険では35.4%いると出ている。厚労省の今回の方針は、この、「一定の医学的管理を要する」老人をすべて在宅に持ち込もうとしている。そこには、急変の際の対応がどうなるのかという重要なテーマがあるが、まったく考えられていない。介護の職員確保が難しくなっている中、在宅サービスがどのくらい充実されるのか保障がない。介護保険創設の目的は介護の社会化であった。在宅の偏重はそれと逆行するのではないかという意見があるが、結局は、家族に負担をかけることになるのではないか。前回の分科会に出た資料に、施設利用費用として、特養が月31.9万円、老健施設が33.3万円、介護療養型が44.2万円とあった。だが、これを日割りにしても、(介護療養型の報酬は)この金額にならない。どこからこういう数字が出てきたのか。特養の入所者には医療保険で医療給付が行なわれている。特養における外出し医療費の実態を示してほしい。

よく、介護療養型の病床あたり面積が狭いといわれる。だが、それは、厚労省がこの部会に諮って決めた基準ではないか。私の資料によると、介護療養型の42%が8.0m²以上を確保している。厚労省の文章には怒りを覚える。事実にもとづいたものに書き改めてほしい。厚労省の資料によると、介護療養型の人員体制は「6対1・6対1」とあるが、「6対1・4対1」がほとんどだ。なぜ、いつも低い方を示すのか。確かに「6対1・6対1」もあるが微々たる数に過ぎない。ほとんどが「6対1・4対1」である。なぜ、いつも不正確なことばかり書くのか。4対1介護の経過型類型は「介護を厚くするため」というが、4対1介護がほとんどである中、医師を減らし、看護も減らすという結果をもたらすだけということになる。さらに、基準を上回る加配がされており、加配率は看護が125%、介護が115%に達している。これが現場の実態だ。こういう事実をしっかりと認識してほしい。介護療養型と老健施設の「1日当たり患者1人にかかわる時間」を試算した私の資料をみていただきたい。年間の、医師、看護職員、介護職員の合計総労働時間

を人員配置ごとに算出し、100人の患者に対して、ケアを行なう時間数を各職ごとに求めてみた。直接・間接を問わずケアの総時間であり、これには、記録をつける時間も入っている。4対1介護の介護療養型では看護職員と介護職員の合計時間は124分になるが、経過型では112分と少なくなり、老健施設になると101分に減る。介護療養型と老健施設の間にはこれだけの差が生じるわけだ。これだけ違いがあるのに、短い期間に一気に転換してよいのだろうか。最終的に、医療療養型と比較すると、医師が1/3、看護が30/74、看護+介護が101/148に縮小されるわけだ。三浦老健課長 在宅の充実をめざすというのは介護保険の基本的な方向性である。厚労省として、今入院している人を在宅に追いやるということは考えていない。6年かけて、じっくり取り組みたい。その上で、健保法等改正法案の附則にあるとおり、介護保険施設のあり方、医療提供のしかたについて議論したい。ご指摘の介護療養型の人員配置だが、資料は最低基準を示したもので他意はない。木下委員 最低基準を示すということと実態を示すということではまったく意味が異なる。表現の仕方として不適切だ。「経過的類型」によって介護の配置を厚

くするという言い方も正しくない。その論法が再編の根拠に使われている。恣意的であり、厚労省の資料を書き改めてほしい。(中略)三浦課長 今、現に入っている人を追い出すことはしない。在宅のできない、お預かりする人は介護療養型でなくともよい。老健その他でもよいのではないかと。その上で、在宅でもやっていける人々に対して、在宅療養を支援していきたいということだ。引き続き施設に入っていた人は引き受けていきたい。そのニーズは増えることだろう。引き続き、その整備には努めてまいりたい。(中略)担当官 特養が少ないのは事実だ。全国的に増やしたいが地域差があり、少ない地域を重点的に増やしていきたい。特養に対する助成制度は三位一体改革で都道府県の判断となった。木下委員 特養や老健施設などの機能だが、一体化してもよいのではないかと。いうテーマもあり得る。今さら、特養を増やすという話ではないだろう。問題提起したい。



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。

●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

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)