



全日病 NEWS 6/15

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/佐々英彦
〒101-8378 東京都千代田区三軒町
3-7-12 海話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.642 2006/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

介護療養型の6年後廃止が決まる

医療制度改革 附帯決議で医療区分の検証と必要な見直しを求める



「健康保険法等の一部を改正する法律案」および「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」が6月14日の参議院本会議で可決、成立した。

その結果、医療費適正化の推進、新たな高齢者医療制度の創設、介護療養型医療施設の2012年3月31日廃止、新たな保険外併用療養費制度、新医療計画制度、医療法人制度改革などが決まった。また、老人保健法は「高齢者の医療の確保に関する法律」に衣替える。

療養病床に入院する70歳以上の医療必要度の低い患者の食住費別負担と一定所得のある70歳以上の本人3割負担の各10月施行を皮切りに、制度改革は6年かけて順次実施される。

両法案について参議院厚生労働委員会は附帯決議を行ない、その中で、医療区分について速やかな調査・検証を行ない、適切な見直しを行なうことを政府の義務にあげた。(附帯決議の要旨を3面に掲載。改正法の骨子は2月15日号を参照)

ただし、次期参酌標準見直し(09年度)の繰上げという、医療療養病床には焦眉の転換支援

策を明記するには至らなかった。

介護療養型「経過型類型」報酬を月内答申 病室単位指定を認める。医療療養病床人員基準も改正へ

「健康保険法等の一部を改正する法律案」の成立を受けて、厚生労働省は、療養病床再編にかかわる改正を予定通り7月1日に実施するための最終作業に入った。

老健局は社会保障審議会・介護給付費分科会の6月28日開催を決めた。

分科会には、医療区分導入にともなう、医療保険と介護保険各療養病床間で患者の移動が進むことを踏まえ、医療必要度の低い要介護者が集中した病床を老健施設へと誘導するために設ける、人員体制を緩めた「経過型類型」の介護報酬案を提案、同日答申をもくろんでいる。

「経過型類型」の介護報酬水準は、当初考えのとおり、介護療養型医療施設と介護老人保健施設の各現行報酬のほぼ中間に設定される見通しだ。

同時に、保険局との合意にもとづき、医療保険と介護保険の各指定を同一病床について病室単位で認める“混合病床”の考え方を提示するとみられる。

保険局医療課は、既に4月13日の療養病床説明会で提示した案を一部手直ししたものを、告示・通知として6月16日に内示した(別掲記事を参照)。

また、医政局は、2月23日の社会保障審議会・医療部会に提示した、療養病床看護配置標準の「4対1看護・4対1看護補助以上」への引き上げと現行「6対1・6対1以上」を2011年度末までの経過措置とする施行規則(省令)の改正を実施する。

同時に、医療法改正を受けて、「医療施設体系のあり方に関する検討会」と「医療情報の提供のあり方等検討会」を設置し、早ければ6月内に、それぞれ初会合をもつ予定だ。

前者は、主に特定機能病院と地域医療支援病院について、過疎地などを踏まえた地域医療における医療連携構築の視点から機能の見直しを検討する。後者は、医薬広告の大幅緩和にともなう運用体制を検討し、ともに、医療法関連規定の改正をめざす。

介護施設含む地域ケア整備指針策定を決議

自民、公明、民主の3党は両法案に対する21項目の附帯決議を提案、6月13日の参議院厚生労働委員会で採択された。法案に反対していた民主党は附帯決議に賛成した結果、法案の採決には応じた。

附帯決議には、(1)保険外併用療養費制度によって保険給付外範囲が無制限に拡大されないように配慮する、(2)高齢者負担増に関しては低所得者の負担に配慮する、(3)レセプトのオンライン化に併せて個別単価の分かる領収証の普及に努める、(4)へき地や産科・小児科などの医師不足対策への支援策

を求める、(5)診療報酬の在宅医療対象範囲の見直しを検討する、(6)現行公的医療保険範囲の堅持に努めること、などが盛り込まれた。

療養病床再編に関しては、①療養病床の転換に際して設備構造、人員基準の適切な対応を図る、②介護保険事業支援計画を含む必要な転換支援策を講じる、③介護施設を含む地域ケア整備指針を策定し、転換を含む地域サービスの整備や退院相談・支援の充実などに努める、④医療区分について速やかな調査・検証を行ない、必要な適切な見直しを行なうことが書き込まれた。

療養病床入院基本料2で告示・通知改正

7月1日適用医療療養病床の基準 「移行準備病床」は看護3対1、1/3上が看護職、2割上が正看

7月1日から療養病床入院基本料2が適用されるが、厚生労働省は6月16日、2006年厚労省告示第93号の一部を改正する告示と関係通知の内容を関係方面に内示した。(概要を4・5面に掲載)

概要は4月13日に行なわれた療養病床説明会で示されているが、その時点では明確にされなかった算定要件の詳細や、その後、関係団体との調整を経て修正が図られた箇所が明らかとなった。

それによると、基準を緩和させる「介護保険移行準備病床」の人員配置は、①看護要員3対1、②そのうち3分の1以上が看護職員、③看護職員のうちの2割以上が看護師とされた。

「移行準備病床」の届出に際しては「移行準備計画」の提出が必要だが、その移行先には、介護老人保健施設以外に、有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケア

ハウス)、認知症高齢者グループホーム等の居宅系施設も含まれる。

また、医療区分2と3の患者が合計8割以上占める病床は「看護20対1・看護補助20対1」かつ看護職員の2割以上を看護師が占めることが、当該患者が当該入院基本料を算定する要件とされ、これら基準のいずれかを満たさない場合には特別入院基本料を算定する案が4月13日に打ち出されたが、最終的に緩和され、入院基本料Eを算定することになった。ただし、10月実施である。

医療区分の評価方法は基本的に4月13日案と変わっていない。ただし、9項目にわたって算定日数の考え方などが一部緩和あるいは調整され、評価の基準が分かりやすくなった。

厚労省保険局医療課は6月末までに関係通知を发出する一方、告示は6月30日付官報に掲載する。

区分算定制限緩和、転換担保措置を要望

四病協 「療養病床2」の延期、医療安全管理者の要件見直しも

四病協を構成する全日病、日病、医法協、日精協の4団体はそれぞれ6月5日に、7月1日に適用される療養病床入院基本料2に関する要望書を厚生労働省水田邦雄保険局長に提出した。

要望内容は、①医療区分にかかわる日ごとの評価を月単位の評価とするとともに算定日数制限は止めること、②特殊疾患療養病床の神経難病等患者の医療区分を引き上げる「みなし措置」を、医療療養病床の当該全患者に広げること、③参酌標準の制約から介護保険施設へ転換できない地域について具体的な対応方法を早急に示すこと、④療養病床入院基本料2の実施時期を延期する、という4点からなる。

4病院団体はそれぞれ同日付で、今改定で新設された医療安全対策加算の要件である医療安全管理者配置にかかわる「医療有資格者」かつ「専従」規定を見直し、適切な研修を受けた病院

職員であれば資格の有無を問わないこと、さらに、「専任」を認めるべきという内容の要望書を水田保険局長に提出した。

提出に際して、窓口となった医療課は、日病協の存在を理由として四病協の名による要望書の受け取りを拒否した。そのため、急遽、4団体が個々に要望団体となる要望書を作成し、一体に提出した。

療養病床再編に関して、大学病院や公的病院が主体の日病協は特段の活動を控えている。医療課の対応は、療養病床再編に対して、とくに民間主体病院団体による要望活動の激化に対する苛立ちを示す、しかし、四病協の存在を否定する暴挙ともいえる。

四病協は、前出2件の要望事項について日本医師会唐澤会長にも要望書を提出、協力を要請した。(6面に療養病床に関する要望書を掲載)

「医療療養病床の診療報酬に関する説明会」を6月22日東京都内で開催 詳細は次号

清話抄

私は長いこと、カバン代わりに、某大手宅配便会社の紙袋を持ち歩いてきた。小学生のとき、忘れ物番長だった私の苦肉の策として、毎日、全教科書を紙袋に詰めて登校したことが始まりであった。ゴミ袋に間違えられるという難はあったが、ドラえもんポケットよろしくいつでもどこでも必要なものが取り出せ(おまけに盗難の心配もなく)、大変重宝してきた。

毎日両手に宅配便袋を持って歩く姿

は院内や関係者の間ですっかり定着し、自院広報誌の表紙を飾った宅配便の袋を両手に持つ私のイラストは、なかなかの好評を得たものである。しかも、このイラスト、宅配便の袋があまりに上手く描けてあることから、恐る恐る大元の宅配便会社に著作権の侵害当否を訊ねたところ、了解を得るものとなった。まさに公認となったのである。

しかし、かねて賛否両論のあったこの大切な紙袋に、大きな危機が訪れるのも必至であった。公的な仕事が増えるにつれ、諸先輩方から、厚生労働省

や東京都庁などへ出向く際にはきちんとしたカバンを持つようにと、強く言われ続けてきたからである。

誕生日近くには、多くの方から「カバンをプレゼントする」とまで言われた(実際にいただいたことはないが)。それでも30年間愛用している紙袋は離れがたく、なかなか手放すことができずにいた。

しかし、尊敬する現日本医師会長、現東京都医師会長、参議院議員の先生から言われるに至っては辞めざるを得ない。泣く泣く宅配便袋をあきらめた次第である。タイミング良く仕切りが多

いカバンと出会うことができたため、今はそれを利用している。

仕切りやクリアファイルで資料を分類し、大量の資料を持ち歩くというスタイルは崩していないため、仕事に支障はない。ただ、紙袋と違ってカバン自体の重さがあるため、毎日持ち歩く総量は15キロを超えている。

汗をかきかき、時に笑いながら、重いカバンを持ち歩きつつ、「今度は、手の甲いっぱい書きなぐっている“覚書”が狙われそうだ」と怯えている昨今である。(安)

主張

生き残りに向け、機能評価認定が益々重要である

今回の診療報酬改訂は、小泉改革による医療費削減だけが目的であるかのようなものであり、特に、中小病院減らしの政策は、今回かなり露骨になってきている。

これに対抗する生き残り手段の1つに医療機能評価受審があげられる。しかし、診療報酬改訂で大変なので機能評価受審など出来ないとも言われる病院も多く、今年度の受審予定病院は日本医療機能評価機構の計画の半分弱である。

だが、医療機能評価は、認定され

ることよりも、受審過程で病院職員が一丸となって改善に取り組むことによって職員の意識が変革し、能力も開発されることの方が重要である。

そして、どんな変革をも乗り切っていける堅固な病院組織体制が構築され、医療の質が高まり、患者さんや地域から選んでもらえる病院になれるということが貴重な結果として残るのである。特に、中小病院が大規模病院に対抗して生き残っていくには、現在最も適した方策と言える

であろう。

本年4月現在で認定病院は2,000病院を超えたが、中小病院の受審率は大規模病院に比して低い。もっと多くの民間中小病院に、生き残りをかけて受審して頂くことにより、日本の医療全体の質が向上するであろう。

現行の評価項目であるV.5は大変に難しいように見えるが、認定審査の過程では病院の規模・機能に見合った評価を行うようにしており、また認定留保になっても、指摘された

事項を改善することにより最終的には認定されるので、努力の甲斐は必ず具体的に現れる。

全日病の病院機能評価委員会は、病院に直接出向いて受審のアドバイスをする受審支援事業を行っているが、大変に好評である。

また、9月9日には秋田市、11月2日には徳島市で全日病学会前日に受審支援セミナーを開催し、学会2日目の4日にはシンポジウムを開催する。これらを利用され受審されることを再度強くお勧めする。(K)

特定施設入居者の算定緩和は7月1日を予定

基本小委 支払側は「特別の関係」容認に反発。次回決着か

6月7日の中医協・診療報酬基本問題小委員会、前回(5月24日)に事務局(厚労省保険局医療課)が提起した特定施設入居者に対する診療報酬算定の要件緩和について議論を行なったが、支払側には医療費増加に対する懸念が強く、合意を得るにいたらなかった。

ただし、次回6月21日には了承が得られるとみられる。

基本小委が主に取り上げた論点は、医療課が示した提案のうち、①特定施設入居者に対する在宅時医学総合管理料(在医総管)算定の対象を拡大する、②「外部サービス利用型」の特定施設入居者に在医総管と在宅患者訪問診療料の算定を認める、③在医総管と在宅末期医療総合診療料(在医総)について、対象患者が入所する施設と「特別の関係にある医療機関」の算定制限を緩和するという、「早急に検討すべき事項」3点。

医療課は前回と同様、「[自宅以外の多様な居住の場]における在宅医療の推進について」と題するペーパーを提出したが、前出3点について、今回は「早急に措置を講ずるもの」と表記した上で、7月1日より取り扱いを改めた

いと明記し、支払・診療各側に了承を迫った。

支払側は①②は概ね了承する意向を示したが、療養病床再編によって、有料老人ホーム等へ病床転換するケースへの対応を想定した③については反対した。

難色を示した理由は医療費が増える要因となるというもの。前出3点に加え、「中長期的に検討する」として提起された3点に、病院にも在宅療養支援診療所(在宅支援診療)を認めるべきか否かという論点があることと結びつけて、論難する意見が続いた。

こうした批判に、麦谷医療課長は「この措置がだめとなると(病院は)有料老人ホームへ転換できなくなり、患者は別のところで入院を続けることになる。結果として医療費は残る」と、強引な説明で応じた。

これに、支払側の松浦委員(坂出市長)は「そんな簡単に整理できるのか」と切り返し、「(福祉施設には)社福があり、補助金の有無がある。税制優遇の違いもある。(この問題は)中医協の手に余らないか」と、率直な疑問を投げかけた。

麦谷医療課長は「我々としても簡単な整理は難しい」と受け流し、視野をあくまで医療保険の枠内に限るという、行政のリアリズムをのぞかせた。

医療費への影響に対する拘泥から③について否定的な支払側に、麦谷医療課長は①～③一体に了承を得たいと迫

「特別の関係」算定容認は在宅支援診療と転換済病院に限る

6月7日の診療報酬基本問題小委員会に医療課は、前回(5月24日)と同じ論点を提示した。しかし、特定施設入居者に対する給付制限を緩和する策を早急に講じたいとする措置案のうち、③の内容は前回と異なるものであった。

対象患者の入所施設と特別の関係にある医療機関は算定できない在医総管と在医総の制限を緩和する提案は、前回は「この算定制限の緩和について検討すべき」としていた。

しかし、今回案では、「在宅療養支援診療所であれば、特別の関係にある場合にあっては算定することができ、かつ、療養病床を有料老人ホームに転換する等の措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の医療

体制を有する場合」は「在宅時医学総合管理料について算定可能として取り扱う」として緩和の対象が在宅支援診療と病床転換済の病院に絞られた上、後者は在医総管に限ると変わった。

ただし、委員長の土田中医協会長(早稲田大学教授)はとりまとめに意欲を示しており、支払側が求める整合的な説明と資料提出によって、次回、了承に至るものとみられる。

支払側から「転換する等の措置を講じた病院」の解釈を質され、麦谷医療課長は「これから転換する病院と過去に転換済みの病院の両方を認める」と答えた。

転換した療養型病院は診療所とならざるを得ない。また、すでに特定施設に転換した病院は皆無に等しい。つまり、医療課の提案は時家撞着の面をもつもので、特定施設に対する医療給付で病院に門戸を開くものとはいえない、不可解なものといわざるを得ない。

手術施設基準

調査専門組織に分科会。本格的な前向き調査を実施

6月7日の基本小委は「手術に係る施設基準等調査分科会」の設置を決めた。2006年度診療報酬改定によって廃止となった手術施設基準に関して、あらためて、医療機関の手術件数や医師の症例数など、アウトカムに影響するとみられる諸因子について調査研究を行ない、その結果にもとづいて、次期改定までに、手術施設基準に関する検証と評価を行なう。

併せて、手術に関する情報開示のあり方についても検討を委ねる。

当初は、診療報酬調査専門組織の技術評価分科会の下に、同様の作業部会を設置する方針を決めたが、既存データ

の収集や外保連に依頼した調査にもとづいた検証ではなく、厚労省として本格的なプロスペクティブ調査を実施して専門的に検証を進める必要があるという見地から、調査専門組織の5つ目の分科会として設置を決めたもの。

手術件数以外にも、重症度、周術期死亡率、手術時間、出血量、在院日数など多様なデータの収集を進めるなど、手術アウトカムに関する、わが国初の前向き調査となる。ただし、心臓血管外科、呼吸器外科、消化器外科、整形外科など、対象手術は一定程度普及している領域の範囲に絞る予定だ。

分科会は7月から活動を開始する。

中医協の議論が重要という認識で一致

四病協・日医 療養病床改定と新看護基準で対応協議。届出実態再調査を予定

四病協と日医が両者懇談会の下に設置した作業部会は6月9日の会合で、7月1日実施の療養病床診療報酬改定と入院基本料新看護基準をめぐって意見交換を行なった。

作業部会は6月2日に初会合を開き、療養病床入院基本料2の告示・通知改正に向けて四病協の要望活動を先行させ、その結果を早期に点検し、必要な対応を図ることを確認している。

6月9日の作業部会に、当協会からは西澤副会長と猪口常任理事が出席した。作業部会は、まず、四病協の医療保険・診療報酬委員長である猪口常任理事が、6月5日に厚労省に提出した医療療養病床に関する要望書(1面記事参照。6面に掲載)の内容を披露。これに対する厚労省医療課の見解を報告した。

さらに、改正法成立を踏まえ、6月半ばに出ると予測される告示・関係通知について、中医協で十分議論される必要があると提起した。

また、看護基準改正については、病床運営計画書で代置してきた4～6月実績にもとづく7月届出の実態を捕捉する調査を7月半ばに行なう予定であると説明した。

7月届出の実態調査は、6月2日の四病協・医療保険診療報酬委員会で確認

された方針。民間中小病院の閉鎖等を阻止するためには、72時間規定がどこまでクリアできたのかという実状にもとづいて厚労省に再度の緩和等措置を求める必要がある。

ただし、地方社会保険事務局から厚労省に上がる届出報告の集計結果の開示を厚労省が認めれば、実態調査は取りやめる方針だ。

西澤副会長と猪口常任理事はともに、看護基準改正の問題についても、中医協の質疑事項に取り上げるなど、診療側委員の支援が必要であると訴えた。

このほか、日医側出席者の鈴木満常任理事(中医協委員)は、当該問題に関する病院団体と日医が相互に認識をすり合わせる事が重要として、主に中医協審議事項について、両者の意見調整を主導した。

他の病院団体からは、参酌標準の運用を含め、各都道府県に対する働きかけも検討すべきであるという意見も出た。

各病院団体と日医は当面は事態の進展を見守り、次回7月の日医・四病協懇談会の前に、作業部会で両案件に対する状況と取り組みの中間総括を行なうとともに、次の協同行動を模索することで一致。7月21日の会合を決定した。

医療機関トップマネジメント研修コース 7月開講。6月末締切

民間病院の実事例が教材！ 受講者自らが解決方法を考えるケーススタディ形式

受講対象 ● 理事長・院長および次代の経営者候補 (全日病会員)。1病院1名
講座期間 ● 2006年7月～2007年1月。各月の土日1回(全7回計14日間＝84時間)
受講料 ● 1人50万円(教材・宿泊・食事代込)
定員 ● 40名
会場 ● 芝パークホテル(東京都港区芝公園)
講師 ● 伊藤一小樽商大教授、池上直己慶大医学部教授、長谷川友紀東邦大医学部教授、大沼宏東京理科大学経営学部助教授、飯田修平練馬総合病院院長 ほか
申込方法 ● 受講申込書をファックスで全日病事務局(03-3237-9366)までお送りください
申込締切 ● 6月30日

*詳細は全日病HPをご参照ください。受講申込書をダウンロードできます。

プログラムと指導医が研修先選択の主動機

05年度臨床研修調査
研修2年次生の進路

小規模圏の研修医増える。小児科・産婦人科志望も増加

厚生労働省は、科研費補助金研究班がまとめた「2005年度臨床研修に関する調査」の中間報告(研修2年次生の進路について)を、5月29日の「医師の需給に関する検討会」に報告した。

同調査は、新医師臨床研修制度の影響と効果を検証するために、2つの厚労省研究班が今年3月に、全研修医と単独型・管理型(相当)の全臨床研修病院・当該大学病院を対象に実施された。

このうち、この4月時点の2年次生

7,344名から4月11日までに回収した、研修終了後の進路に関する2,500回答(回収率34.0%)を集計したものが、中間報告にまとめられたもの。

集計結果は、わずかながら市中病院から大学病院への回帰現象がうかがえるものの、全体として脱大学病院という傾向は変わらず、研修医のニーズに対応できた研修病院は医師確保の面で優位に立っていることを明らかにした。

同時に、診療科選択の上で、一般に

喧伝される「都会志向」「リスク回避」「多忙回避」といった後ろ向きの動機は比較的少なく、研修病院選択では、「専門医取得」や「指導医の存在」など技術習得面の価値判断が強く働いていることが分かった。

医政局の松谷有希雄局長は、当協会が6月3日に開催した第87回定期代議員会・第76回定期総会後の特別講演で、今国会で成立した医療制度改革関連法の概要について解説した。

その講演で松谷医政局長は「2005年度臨床研修調査(中間報告)」を取り上げ、関連データを例示しながら、研修医の分布が西高東低から脱しつつあるとともに医師数が相対的に少ない医療圏へ浸透をみせていること、さらに、小児科や産婦人科の志望が増加しているなど、一般の認識とは異なる実態を示していることを強調した。

松谷局長が講演で説明した「2005年度臨床研修中間報告」を報告する。

「2005年度臨床研修調査(中間報告)から」(6月3日 代議員会・総会特別講演より) 厚生労働省医政局長 松谷有希雄



04年4月に始まった医師臨床研修制度で、臨床研修医の動向は様変わりした。臨床研修医の在籍状況をみると、03年度には大学病院が72.6%を占め、臨床研修病院は27.4%に過ぎなかったが、05年度に臨床研修病院が50.8%と逆転したあと、06年度には臨床研修病院が55.3%、大学病院が44.7%と、その差は開いてきている。

単独・管理型臨床研修病院の場合ではあるが、病床規模別の研修医数を見ると、年を経るごとに研修医が規模の小さな病院に向かっていることが分かる。医師の分布は、大学医学部の偏在を比例して現在も西高東低であるが、研修医については、東京、京都、福岡、大阪を筆頭に西日本が軒並みに減少し、東日本が増えるという逆の傾向が顕著になっている。

こうした傾向は県庁所在地に限ったものかという点、必ずしもそうではない。2次医療圏の医療(医師数)規模の研修医在籍状況を2004年度から3か年追ってみると、人口10万対医師数が120人から179人という小さな圏域において、年を追うごとに研修医が増えている。データは、世間で言われている常識とは異なる結果を示している。

では、新医師臨床研修制度がもたらした変化と成果は具体的にどうなっているか。まだ回収率は34%に過ぎないが、2006年3月に実施した「2005年度臨床研修に関する調査」の研修2年次生の進路に関する中間報告から、その一端をお伝えしたい。

臨床研修終了後の進路結果をみると、「大学で勤務・研修を行なう」が48.6%に対して「市中病院で勤務・研修を行なう」は38.2%となっている。2005年3月に実施した臨床研修終了後の希望進路調査によると、臨床研修病院に在籍する研修医の49.9%が市中病院で、大学病院に在籍する研修医は57.3%が大学病院で、それぞれ臨床研修を続けることを希望。

同様に、臨床研修病院に在籍する研修医の20.8%が大学病院で臨床研修を続けることを希望しているが、大学病院に在籍する研修医が市中病院で臨床研修を続けたいとする割合も18.2%おり、進路志望は伯仲している。

これに比べると、中間報告では、大学病院を指向する傾向がやや戻ったといえなくもない。大学病院の12.1%が市中病院へ行ったが、市中病院では57.7%がとどまったが、28.9%は大学病院に戻っている。

研修先を選択した理由のトップは「専門医取得につながる」(40.4%)で、以下、「優れた指導医がいる」(31.2%)、「現在研修している」(31.0%)、「出身大学である」(28.3%)と続く。

これを見る限り、「給与・処遇がよい」(9.9%)とか「大都市である」(7.8%)という動機は多くない。

進路別にみると、大学病院の研修医は「出身大学である」(48.8%)というのが圧倒的に多いが、市中病院は「現在研修している」(42.5%)、「専門医取得につながる」(39.7%)、「優れた指導医がいる」(37.2%)、「施設・設備が充実している」(30.6%)という理由が上位を占めている。

では、専門としたい診療科はどうか。内科(14.4%)、外科(8.5%)に小児科(8.4%)が続く、産婦人科(4.8%)は8位だ。この結果は、昔とほとんど変わっていない。

医療施設に従事する20歳代医師の診療科別の割合(2002年)によると、内科(24.2%)が圧倒的に多いが、外科(9.5%)の次に小児科と整形外科(ともに6.8%)が続く、産婦人科(4.2%)は8番目である。しかし、今回の中間報告によると、小児科、産婦人科ともに増えている。

一般には「小児科や産婦人科の成り手が減っている」とみられていたが、データの上では予想を裏切っている。若い医師はやりがいのある仕事を選んでいるようだ。

これを進路理由からみると、「学問的に興味がある」(63.0%)、「やりがいがある」(59.7%)、「その科の対象が好き」(47.6%)、「いい指導医がいた」(27.3%)となっている。ここでも、「自由な時間が多い」(13.1%)、「収入がよい」(4.0%)、「訴訟が少ない」(3.2%)というのは少ない。

専門としたい診療科ごとの男女別割合をみると、偏在があることが分かる。皮膚科(女性68.7%)、産婦人科(同71.8%)、リウマチ科(75.0%)、リハビリ科(77.8%)は圧倒的に女性医師が多い。逆に、泌尿器科(8.3%)、整形外科(7.9%)、呼吸器外科(7.1%)では女性医師は1割以下にとどまり、緩和ケアと美容外科はゼロという結果となった。

臨床研修後の診療科別の進路は、総合診療科(64.7%)、呼吸器外科(64.3%)で「市中病院で勤務・研修」の割合が多く、耳鼻科(73.9%)、皮膚科(78.3%)、眼科(80.7)などは「大学病院で勤務・研修」の割合が多い結果となった。

新医師臨床研修制度を通じて、地域医療のありようが、かつてのものから変わってきたように感じる。これは、制度変化の結果というよりも、より優れた指導医、より良い研修プログラム求めて自主的に進路を選ぶという若い世代の行動傾向によるもの大きい。したがって、それに対応した病院にはよい人材が集まり、旧来の方法に終わるところには人が集まらないという傾向が生じてきているように思う。

厚生労働省としても、全体を見た医師確保などの対策を進めていかなければならないが、医療機関においても、病診連携を基にした対応につとめていただきたい。

■臨床研修終了後の進路決定の理由(大学病院・市中病院別)

理由	大学病院	市中病院
現在研修中	26.3%	42.5%
専門医取得につながる	44.4	39.7
優れた指導医がいる	28.9	37.2
施設・設備が充実している	16.2	30.6
給与・待遇がよい	4.0	19.1
後期研修のプログラムがよい	8.0	18.9
実家に近い	20.0	16.9
出身地である	25.0	12.9
大都市である	8.1	8.1
臨床研究が優れている	9.5	4.9
出身大学である	48.8	0.9
医学博士号が取れる	11.4	0.5

*2005年度臨床研修に関する調査(中間報告)から

■診療科を選んだ理由(小児科・産婦人科・麻酔科・皮膚科)

	小児科	産婦人科	麻酔科	皮膚科
学問的に興味がある	45.1%	65.0%	65.7%	71.1%
やりがいがある	76.4	74.8	53.3	38.6
その科の対象が好き	68.7	47.6	36.5	49.4
収入がよい	0.0	1.9	14.6	2.4
自由な時間が多い	0.6	0.0	36.5	48.2
訴訟が少ない	0.0	0.0	2.9	7.2
いい指導医がいた	24.7	20.4	38.7	16.9
親(親類)がその科だから	3.8	8.7	2.9	9.6
先輩(教授)に誘われた	4.8	9.7	8.8	2.4

*2005年度臨床研修に関する調査(中間報告)から

医療制度改革関連法案に対する附帯決議(要旨) 6月13日 参議院厚生労働委員会 *1面記事を参照

政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるべきである。

- 新たな保険外併用療養費制度については、保険給付外の範囲が無制限に拡大されないよう配慮をすること。
- 後期高齢者医療の診療報酬体系は基本的な考え方を平成18年度中にまとめ、国民的議論に供した上で策定すること。
- 高齢者の負担は、自己負担限度額や療養病床食費負担の設定等、その負担が過度とならないよう留意し、低所得者への十分な配慮を行うこと。
- レセプトのオンライン化は目標年次までの完全実施に努めるとともに、併せて個別の内容・単価の分かる領収証発行の普及に努めること。
- 療養病床再編成に当たっては、転換を希望するすべての病床が確実に転換できるように、老健施設の構造設備基準や経過的類型の人員配置基準に適切な対応を図るとともに、介護保険事業支援計画も含め必要な転換支援策を講ずること。また、特養、老健施設等必要な介護施設及び訪問看護等地域ケアの整備指針を策定し、円滑な転換を含めた地域サービスの整備や退院時相談・支援の充実などに努めること。さらに、医療区分は速やかな調査・検証を行い、必要に応じて適切な見直しを行うこと。
- 特定診療科とへき地医療における医師不足問題に対応するため、都道府県の医療対策協議会における検討を踏まえ、必要な措置が講ぜられるよう支援を行うこと。
- 小児救急については、拠点病院への

- の支援等による24時間対応が可能な体制の確保等深夜等でも相談できる施策の充実、患者容態に応じた適切な受診の啓発に努めること。
- 安心して出産できる体制整備のため、産科医療の拠点化・システム化を図るとともに、助産師の一層の活用を図ること。また、助産所の連携医療機関が確実に確保されるよう努めること。
- 質の高い医療従事者を育成するために、教育や研修の在り方について必要な検討を行う。また、総合的な医療従事者確保対策を検討する。特に、看護基礎教育の在り方を検討するとともに、医療・介護提供体制見直しに伴い必要となる看護職員を確保するために対策を講ずること。
- 入院時治療計画等の書面交付と説明に当たって、患者・家族の理解と同意が得られるよう配慮すべきことを医療関係者に周知すること。
- 医療計画制度の見直しに当たって地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ることがないように配慮すること。地域医療連携については診療報酬上の評価等により支援に努めること。さらに、診療報酬上の在宅医療対象範囲の見直しを検討すること。
- 医療事故対策については、医師法届出制度の取扱いを含め、第三者機関による調査、紛争解決の仕組み等について必要な検討を行うこと。
- 将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、3割負担の維持を始め、安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行公的医療保険の範囲の堅持に努めること。

7月1日適用 療養病棟入院基本料2の施設基準等

医療区分、5項目で繰り返しの算定を認める

神経難病等患者の経過措置は転棟・転院ケースにも一部適用

「80%以上病棟」は3ヶ月間の実績を有する関係から10月1日実施となる。一方、「介護保険移行病棟」は見込みにもとづいて7月の届出ができる。実績が異なれば、新たな届出によって遡って算定される。

4月13日の療養病床説明会では、医療区分2・3に該当する患者について当該入院基本料(A・B又はC)の算定に当たっては、患者・家族に対して定期的(原則月に1回)に、病状や治療内容等と各区分への該当状況について書面を

交付する考えが示された。

その後、医療課は、書面交付だけでなく直接の説明が必要という見解を示していたが、日医や当協会などの意見を採り入れ、改正通知では、「やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておく」と書き込み、現実に即した内容に落ち着いた。

現に特殊疾患療養病棟入院料1もし

くは2を算定する病棟に入院している神経難病等の患者については、2008年3月31日まで、それぞれ医療区分3もしくは2に該当するという激変緩和が打ち出されていたが、今回新たに、①当該病棟以外の療養病棟入院基本料2を算定する療養病棟へ転棟した患者、②一般病棟へ転棟・転院後28日以内に再び療養病床入院基本料2算定療養病棟に入院した患者も経過措置の対象となることになり、融通性を高めた。

なお、「現行特殊疾患療養病棟」[8

割以上病棟]「移行準備病棟」は夜勤72時間規定の適用外とされた。

その一方、一般病棟等では当該種別の病棟全体について包括的に届出を行なうところ、療養病棟入院基本料2については、医療区分2・3患者が8割未満の病棟、同8割以上の病棟、「介護保険移行準備病棟」ごとに届出を行なうことになったが、特別入院基本料を算定する療養病棟がある場合は、従来通りの包括的届出になる。

基本診療料の施設基準等(告示第93号)一部改正の告示(概要)

●第五の一の(6)中「夜勤を行う看護職員」の下に「(第五の三の(2)の口の療養病棟の入院患者のうち、別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者(以下「別表第五の二の患者」と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者(以下「別表第五の三の患者」と)の合計が八割以上である病棟、及び第十一の五に規定する病棟の看護職員を除く)」を加える。

●第五の三に次のように加える。

(2) 療養病棟入院基本料2の施設基準等

イ 療養病棟入院基本料2の注1に規定する入院基本料の施設基準

①当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、一以上であることとする。

②当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
③当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。

ロ 療養病棟入院基本料2の注1に規定する厚生労働大臣が定める区分

①入院基本料A

1. 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計が八割未満である場合(以下このロにおいて「特定患者八割未満の場合」)にあっては、別表第五の二の患者

2. 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計が八割以上である場合(以下このロにおいて「特定患者八割以上の場合」)にあっては、次のいずれにも該当するものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟(以下このロにおいて「二十対一配置病棟」)に入院している別表第五の二の患者

(一) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、一以上であることとする。

(二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

(三) 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。

②入院基本料B

1. 特定患者八割未満の場合にあっては、別表第五の三の患者(別表第五の二の患者を除く)であって、ADLの判定基準による判定が十一点以上であるもの

2. 特定患者八割以上の場合にあっては、二十対一配置病棟に入院している別表第五の三の患者(別表第五の二の患者を除く)であって、ADLの判定基準による判定が十一点以上であるもの

③入院基本料C

1. 特定患者八割未満の場合にあっては、別表第五の三の患者(別表第五の二の患者を除く)であって、ADLの判定基準による判定が十一点未満であるもの

2. 特定患者八割以上の場合にあっては、二十対一配置病棟に入院している別表第五の三の患者(別表第五の二の患者を除く)であって、ADLの判定基準による判

定が十一点未満であるもの

④入院基本料D

1. 特定患者八割未満の場合にあっては、別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者であって、ADLの判定基準による判定が二十三点以上であるもの

2. 特定患者八割以上の場合にあっては、別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の二十対一配置病棟に入院している患者であって、ADLの判定基準による判定が二十三点以上であるもの

⑤入院基本料E

1. 特定患者八割未満の場合にあっては、別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者であって、ADLの判定基準による判定が二十三点未満であるもの

2. 特定患者八割以上の場合にあっては、別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の二十対一配置病棟に入院している患者であって、ADLの判定基準による判定が二十三点未満であるもの、又は次のいずれかに該当しないものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者

(一) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、一以上であることとする。

(二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

(三) 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。

ハ 療養病棟入院基本料2に含まれる費用並びに含まれない薬剤及び注射薬の費用

療養病棟入院基本料2(特別入院基本料を含む)を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用(フィルム

の費用を含む)は、当該入院基本料に含まれるものとし、同表に掲げる薬剤及び注射薬は、当該入院基本料に含まれないものとする。

ニ 療養病棟入院基本料2の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態

認知機能障害の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態

●第十一の三の次に次のように加える。

四 別表第十二に掲げる疾患の患者であって、平成十八年六月三十日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者、又は平成十八年六月三十日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者(別表第五の二の患者を除く)については、平成二十年三月三十一日までの間に限り、第五の三の(2)のロの規定にかかわらず、それぞれ別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者とみなす。

五 平成十八年六月三十日において現に療養病棟入院基本料1を算定する病棟であって、別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者が六割以上入院しているものについては、介護老人保健施設等への移行準備計画を地方社会保険事務局長に届け出た場合であって、次のいずれにも該当する場合には、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、第五の三の(2)のイに該当するものとみなす。

(1) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

(2) 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の三分の一以上が看護職員であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、一以上であることとする。

(3) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

「診療報酬算定の留意事項」等通知の一部改正(概要)

■「診療報酬算定の留意事項」(2006年3月6日保医発第0306001号)の一部改正について

1. 別添1の第1章第2部第1節中「A101 療養病棟入院基本料」の(1)の次に次のように加える。

(2) 療養病棟入院基本料2(平成18年7月1日以降に限る。)ア 療養病棟入院基本料2は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た療養病棟に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分(1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するものうち最も高い点数の区分)に従い、当該患者ごとに入院基本料A等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た療養病棟に入院している患者について、算定する。ただし、「注1」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その前日を1日目として3日前までの間は入院基本料Eを算定することができる。

イ 当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟以外の病棟については、「注1」の入院基本料又は「注2」の特別入院基本料のいずれか一方を算定するものとする。

ウ 「注1」の入院基本料のうち、入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的(原則として月に1回)に患者又はその家族

に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式21又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。

エ 療養病棟入院基本料2に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用並びに洗腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料2に含まれる。ただし、「注1」のただし書の規定により、入院基本料Eを算定する場合については、この限りではない。

オ 療養病棟入院基本料2を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注1」のただし書の規定により入院基本料Eを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

カ 療養病棟入院基本料2を算定するに当たっては、次の(イ)及び(ロ)の要件を満たすことが必要である。

(イ) 定期的(原則として月に1回)に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。

看護要員満たない「8割以上病棟」は入院基本料E 「現行特殊疾患療養病棟」「8割以上病棟」「移行準備病棟」は72時間規定適用外

(ロ) 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態の評価及び対策を見直し、その要点を診療録に記載する。

キ 療養病棟入院基本料2を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

■「基本診療料の施設基準等届出手続きの取扱い」の一部改正について

1. 第2の7を次のように改める。

7. 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日の属する月から算定する。なお、平成18年4月14日(療養病棟入院基本料2及び有床診療所療養病棟入院基本料2にあっては平成18年7月21日)までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

2. 第3の1の(5)を次のように改める。

(5) 算定要件中(療養病棟入院基本料2を除く)の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

3. 別添2の第2の4の(3)の工を次のとおり改める。

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。

また、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。

なお、次の療養病棟については、この限りではないこと。

(1) 療養病棟入院基本料2を算定する病棟の入院患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者(以下別添2において「別表第五の二の患者」という)と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者(以下別添2において「別表第五の三の患者」という)の合計が8割以上である病棟

(2) 平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定している療養病棟(ただし、平成18年9月30日までに限る)

(3) 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する病棟(以下「介護保険移行準備病棟」という)

4. 別添2の第2の5及び6を12及び13とし、4の次に次のように加える。

5. 療養病棟入院基本料2を算定する病棟の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者及び別表第五の三の患者の割合の算出方法等

(1) 別表第五の二及び別表第五の三の患者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの別表第五の二の患者及び別表第五の三の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

(2) 当該病棟の入院患者のうち、別表第五の二と別表第五の三の患者の合計が8割以上となった場合は、療養病棟入院基本料2にあっては「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの「20対1配置病棟」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月1日にさかのぼって受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、20対1配置病棟の実績を有する必要はないこと。なお、当該変更の届出については、(1)による患者の割合を算出するにあたり3か月間の実績を要することから、平成18年10月1日以降になされることとなる。

(3) 当該病棟の入院患者のうち、別表第五の二と別表第五の三の患者の合計が8割以上となった場合であって、次のいずれかに該当しない場合であっては、入院基本料Eを算定する病棟の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月1日にさかのぼって受理したものとして処理すること。また、当該届出については、(1)による患者の割合を算定するにあたり3か月間の実績を要することから、平成18年10月1日以降になされることとなる。

ア 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、前段の規定にかかわらず、1以上であること。

イ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師であること。

ウ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

8. 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者、又は平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者(別表第五の二の患者を除く。)については、平成20年3月31日までの間に限り、それぞれ「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者とみなすこととされているが、当該患者には、次の患者が含まれるものであること。

(1) 当該病棟から当該病棟以外の療養病棟入院基本料2を算定する療養病棟へ転棟した患者

(2) 当該病棟から一般病棟へ転棟又は転院した後、28日以内に再度療養病棟入院基本料2を算定する療養病棟に入院した患者

9. 介護保険移行準備病棟について、当該病棟の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者の割合の算出方法等

(1) 別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

(2) 介護保険移行準備病棟は、介護老人保健施設等への

移行準備計画を地方社会保険事務局長に届け出る際に、当該届出以降3か月において(1)により算出する割合が6割以上となることを見込まれる場合であっても届出を行うことができるものであること。ただし、3か月間の実績において、(1)により算出する割合が6割を下回る場合にあつては、算定している入院基本料以外の入院基本料等への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月1日にさかのぼって受理したものとして処理する。

11. 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する介護老人保健施設等には、有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)及び認知症高齢者グループホーム等が含まれるものであること。

7 別添2の第5の3を次のように改める。

3. 病院である保険医療機関において、全病棟包括的に届出を行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。

ただし、療養病棟入院基本料2の療養病棟に係る届出については、いずれの療養病棟も特別入院基本料の算定対象とならない場合に限り、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計が8割未満である病棟、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計が8割以上である病棟、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの⑤の2に基づき届け出る病棟又は介護保険移行準備病棟ごとに届出を行うことができる。なお、ただし書きの場合においても、同一区分の届出を行おうとする病棟が2以上ある場合には、それらの病棟について包括的に届出を行うものとする。

■医療区分に係る評価の手引き(変更が加えられた項目以外はタイトルのみを表示。下線部は変更箇所)

I. 医療区分3

1. スモン
2. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
3. 中心静脈栄養を実施している状態
4. 24時間持続して点滴を実施している状態
(留意点) 本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。)また、連続した7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8日目を以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。
5. 人工呼吸器を使用している状態
6. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
7. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態
8. 酸素療法を実施している状態
(留意点) 酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態であつて、酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態
9. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

II. 医療区分2(別表第五の三)

11. 筋ジストロフィー症
12. 多発性硬化症
13. 筋萎縮性側索硬化症
14. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がI度又はII度の状態に限る。))
15. その他の難病(スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がII度又はIII度の状態に限る。))を除く。)
16. 脊髄損傷(頸髄損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる状態に限る。)
17. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズ分類がI度の状態に該当する場合に限る。)
18. 悪性腫瘍(治療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)
19. 肺炎に対する治療を実施している状態
20. 尿路感染症に対する治療を実施している状態
(留意点) 連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。
21. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因と

なる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

22. 脱水に対する治療を実施している状態
(留意点) 尿量減少、体重減少、BUN/Cre 比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。連続した7日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目を以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

23. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

24. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態

25. 褥創に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥創が2カ所以上に認められる場合に限る。)

26. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

27. せん妄に対する治療を実施している状態
(留意点) 「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。(6項目は省略)。7日間を限度とし、8日目を以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

28. うつ症状に対する治療を実施している状態
(項目の定義) うつ症状に対する治療を実施している状態(うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第二章第八部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る)

(留意点) 「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が始めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う(7項目は省略)。本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。

29. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

30. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

31. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態
(留意点) 発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。連続する7日間を限度とし、8日目を以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

32. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

33. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)

34. 頻回の血糖検査を実施している状態

35. 創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

療養病床再編にどう対応するか(会員病院の検討事例)

緊急連載 4.

療養病床再編策の基底をなすのが医療療養病床を介護保険に移行させる措置である。それは、7月1日に実施される療養病床入院基本料の改正に始まる。医療区分1に該当する患者が多く入院する病院は病棟の維持・閉鎖、一般病床・介護保険への移行という選択だけでなく、患者の入退院への対応にも追われ、疲弊感を強めている。

7月改正を前にした3病院の事例を紹介する。報告は、ここに至った自戒とともに、長い時間をかけてそれぞれの事情に応じて積み上げられてきた地域医療の提供体制を、一片の条項挿入でガラリと変える政治の非情さに対する呻吟にあふれ、かつ、患者の行く末を案じる医療現場の不安感がにじみでている。

新入院基本料で月2,060万円の収入減

病棟維持は不可能。どの選択肢にも展望なく、苦悶

医療法人春陽会 うえむら病院 理事長 上村春甫



ケアミックスで亜急性期・慢性期に対応

佐賀県佐賀市にある当院(うえむら病院)は1910年(明治43年)に病院を開業して以来、96年に亘って地域医療の向上に貢献してきたつもりである。

1993年までは循環器の専門病院として一般病床200床を維持していたが、新設医大付属病院の開業と国立病院の充実など、周辺地域における医療提供体制の変化並びに1993年に創設され

た療養型病床群制度に対応し、医療圏における中核病院として亜急性期患者・慢性期患者の受け入れ医療機関としての機能を充実させるために、一般病床60床、療養病床138床(うち、特殊疾患入院施設管理加算病床が46床、特殊疾患療養病床2が46床)計198床のケアミックス体制へ転換し、今日に至っている。

このままの体制で療養病床を運営していけば、当然のことながら、病院の経営は破綻してしまうだろう。

療養病床の転換策として、例えば、以下の選択肢が考えられる。

- ①一般病床への転換
- ②回復期リハビリ病棟への転換
- ③緩和ケア病棟への転換
- ④介護療養病棟への転換
- ⑤療養病床を閉鎖して一般病床のみへの縮小策

⑥療養病床を閉鎖して特定施設への転換

このうち①~③は、平均在院日数や対象疾病という制約から無理な選択である。④は2012年度に廃止が決まっている上、参酌標準によって総量枠が決められているため、転換は困難である。

どれを選択しようにも将来的な展望は見え、改正日を目前に控えていながら、方向性を決められずにいる状態である。

大きい特殊疾患算定病床の減収

これまでの療養病床における病棟種別毎の算定点数は、7月からの改定で、医療必要度とADL状態に応じた9区分に設定された5段階の入院基本料に変わる。

表1では、4月における当院療養病床入院患者について病棟毎に区分分類を

行い、新入院基本料に置き換えてみた。さらに、そのデータを元に新旧の点数比較を行ったのが表2である。療養病床350万円、特殊疾患加算病床850万円、特殊疾患療養病床860万、合計で1ヶ月2,060万円の収入減が予想される。

医療難民や介護難民の出現が危惧

これまで永きに亘って築きあげてきた医療提供体制が、十分な論議もなく、国民の合意もないうまま決定されていくことに対する不満もさることながら、地域における慢性期患者を受入れる医療機関が無くなっていくことで、行き

場を無くした医療難民や介護難民が巷に溢れていくのではないかと、真に危惧している。

表2 入院基本料収入の新旧比較(06年3月との比較)

	病棟A	病棟B	病棟C
旧 点数	1,621,529	2,115,155	2,140,800
入院基本料A	388,020	116,580	219,240
入院基本料B	17,472	225,792	174,720
入院基本料C	10,980	67,100	4,880
入院基本料D	126,555	306,210	433,650
入院基本料E	726,564	549,316	449,232
新 点数計	1,269,591	1,254,998	1,281,722
差 額	▲ 351,938	▲ 850,157	▲ 859,078

表1 療養病床入院患者の新区分分布(2006年4月=延人数)

	病棟A		病棟B		病棟C	
入院基本料A	223名	17%	67名	5%	126名	9%
入院基本料B	13名	1%	168名	12%	130名	10%
入院基本料C	9名	1%	55名	4%	4名	0%
入院基本料D	143名	11%	346名	26%	490名	37%
入院基本料E	951名	71%	719名	53%	568名	44%

改正日を目前にして、方向決められず

度重なる診療報酬のマイナス改定で医療経営が困難になっているなかで、今回の改定は、医療経営の存続さえ危うくする決定的なものである。経費は

変わらない中で月2千万円の減収では、病棟を維持していくことは不可能なことであり、今後の対策に苦悶する日々である。

医療区分の内容は非合理的!

しかし、疾患への対応から収入安定の可能性も

医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長 武久洋三



2006年7月より、医療療養病床の診療報酬が大幅に減額される。療養病床を有する医療機関にとって、これまで経験したことのない厳しい時代への突入である。

それにしても、今回の医療度の導入

は拙速であった。しかも、中身は医学的にも論理的にも到底受け入れられないものであるが、決まってしまったからには仕方が無いと思わざるを得ない。まずは、ルールにのっとり実行していくしかない。

療養病床Iが44床、特殊疾患療養病床IIが52床、特殊疾患入院施設管理加算が60床、医療療養病床Iが54床の病院では、7月から医療区分を行うことにより、改正前の06年3月と比較すると、1ヵ月で全体の7.9%にあたる約1,000万円の減収となる。今後地域連携を深め、入院患者を増やしていけば対応できる可能性はある。

次に、病床数200床、回復期リハビリ病床41床、特殊疾患療養病床I 48床、

医療療養病床I 108床の病院では、全体の7.9%の950万円の減収となるが、外来及び健診業務、デイケアにさらに力を入れ、対応しなければならない。

次に、病床数150床、医療療養病床I 47床、特殊疾患療養病床I 53床、回復期リハビリ病床46床の病院では全体の10%もの減収となり、大変厳しく、打つ手も無い状態という。

さらに、病床数106床、医療療養病床I 47床、特殊疾患療養病床I 55床の

調査5病院のうち3施設が行き詰まる

そこで、実際に知り合いの病院に緊急アンケートをとり、試算について検

証してみた。例えば、病床数210床で、特殊疾患療

17年12月1日)においても「平均在院日数の縮減に併せて、居住系サービスを充実する」とされた。ここに示された居住系サービスとは、介護老人保健施設・ケアハウス・特定施設等を指すものであり、すべて介護保険施設に属するものであるため、参酌標準により量的規制が掛かっているところ。

療養病床再編においては、介護保険施設への転換が主体となるのは明白であるが、現行の参酌標準にはそれが考慮されておらず、多くの地域で介護保

険施設への転換が不可能になっている。これら転換不可能な場合の具体的な対応方法を早急にお示し願いたい。

4. 療養病床入院基本料2の施行時期について

現状の状態では療養病床入院基本料2が施行されると、各地域で療養病床閉鎖による「行き場のない高齢者」が早期に多数発生することが予想される。各制度間の整合性が図れるまで施行を延期することを要望する。

四病協「医療療養病床の診療報酬改定に関する具体的要望」

6月5日 *1面記事を参照

医療療養病床は、平成18年7月より「療養病床入院基本料2」として、新たな診療報酬体系が施行される予定であるが、算定方法、開始時期等について下記の点を要望する。

記

1. 医療区分・ADL区分の評価における頻度・留意点について、以下のとおり変更することを要望する。

(1) 状態から考えて短期に変化するものではなく、月単位の評価頻度とすべきもの

- ・医療区分3-3 中心静脈栄養を実施している状態
- ・医療区分3-5 人工呼吸器を使用している状態
- ・医療区分2-17 悪性腫瘍(麻薬等による疼痛コントロールが必要な者)
- ・医療区分2-31 1日8回以上の喀痰吸引を必要とする状態
- ・医療区分2-32 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- ・医療区分2-33 頻回の血糖検査が必要な状態

(2) 実際に治療を行っている場合、日数制限をすべきではないもの

- ・医療区分3-4 24時間持続点滴が

- 必要な状態
- ・医療区分2-19 尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・医療区分2-21 脱水に対する治療を実施している状態
- ・医療区分2-22 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・医療区分2-26 せん妄が認められる状態

2. 神経難病等に該当する者への配慮

神経難病等に該当する者については、特殊疾患療養病床に入院している患者についてのみ医療区分を引き上げる「みなし措置」を設ける案がある。しかし、神経難病等の患者は特殊疾患療養病床のみに入院しているものではない。医療療養病床に入院している患者すべてに「みなし措置」を適用することを要望する。

3. 介護保険施設への病床転換が不可能な地域における対応方法

療養病床入院基本料2における医療区分1の点数は、医療療養病床からの撤退を促す報酬設定に他ならない。

療養病床については、厚生労働省「医療制度構造改革試案」(平成17年10月19日)において「高齢者の長期入院を居住系サービスに転換する」とされ、政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」(平成

四病協「医療安全対策加算」に関する要望書 6月5日 *1面記事を参照

平成18年診療報酬改定において「医療安全対策加算」が新設された。

しかし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する取扱いについて」(平成18年3月6日付保医発第0306002号厚生労働省保険局医療課長通知)の別添3入院基本料等加算の施設基準等 第20医療安全対策加算1(1)医療安全管理体制に関する基準のアにおいて「医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師等が医療安全管理者として配置されていること」とされており、医療安全管理者は医療有資格者に限られ、かつ「専従」となっている。

医療安全対策は、病床規模に関係なくすべての医療機関が行わなくてはな

らないものであり、組織的な取り組みが行われていれば「専任」でも十分対応可能である。また、適切な研修を受けた者であれば医療有資格者に限らず職務遂行可能である。

なお、現行の点数では大規模な病院以外では医療安全管理者を配置することは不可能である。

以上の理由により、「医療安全対策加算」について下記の点を要望する。

記

1. 医療安全管理者の配置要件である「専従」を「専任」に変更されたい。
2. 医療安全管理者は、適切な研修を受けた職員であれば医療資格の有無を問わないこととされたい。

病院では、全体の16%もの減収となる。この病院は運営困難であることから、廃業又は買収先を検討中であるという。また、病床数150床、特殊疾患療養病

床II52床、医療療養病床I 97床の病院も16.8%の減収であり、これ以上運営していけないので移行型を模索するという。

医療区分導入で診療行為に変化も

どこも厳しい試算予測の中、これらをカバーするには、医療区分を誠実にやるのが、今行なえる最良の方法である。すなわち、重症であっても、包

括性のもとで十分な観察や治療をせずにすましてきた病院は、今後、症状に対してきちんとした処置を行うことで医療区分を上げることはできる。

06年3月と比較した月あたり減収の試算 (調査5病院)

病床数(構成内訳)	減収試算	展望
210床。(特殊疾患療養病床I 44床、特殊疾患療養病床II 52床、特殊疾患入院施設管理加算60床、医療療養病床I 54床)	約1,000万円の減収(全体の7.9%)	地域連携を深め、入院患者を増やしていけば対応可能。
200床。(回復期リハ病床41床、特殊疾患療養病床I 48床、医療療養病床I 108床)	950万円の減収(全体の7.9%)	外来、健診業務、デイケアに力を入れるなど、対応を検討。
150床。(医療療養病床I 47床、特殊疾患療養病床I 53床、回復期リハ病床46床)	(全体の10%の減収)	大変難しく、打つ手も無い状態。
106床。(医療療養病床I 47床、特殊疾患療養病床I 55床)	(全体の16%の減収)	運営困難であり、廃業又は買収先を検討中。
150床。(特殊疾患療養病床II 52床、医療療養病床I 97床)	(全体の16.8%の減収)	運営困難であり、移行型を模索

今までは軽症であった患者が肺炎などの感染症にかかり、抗生物質の投与や点滴などコストがかかっていたり、手間がかかるようになると、実に全国の半分以上の療養病床が急性期病院に紹介転院をさせてきたというアンケート結果もある。

患者の移動を終えるには数年を要する

病院なのだから、医師がいるのだから、自院の標榜科目についての治療をするのは当たり前であり、やっともな姿になるのではないだろうか。それにしても、行政という外圧によって一部の療養病床での医療が改善化される可能性が出てきたということは、誠に情けないことである。

きつと、患者の症状にきちんと対応すれば、医療区分は上がり、収支も安

定してくるだろう。今まではある意味、療養病床は必須とされる医療の一部を放棄してきたとも言えるのである。しかし、7月からの医療区分導入により、高齢者特有の低栄養、脱水、肺炎、尿路感染症、褥瘡などの病変は、当然すべて自院で治療することになるだろう。

今まではある意味、惰眠をむさぼっていた病院がもしもあったとしたら、医療現場を患者の本当の治療の場とし、医療のあまり必要のない患者がもし入院していたとしたら、しかるべき環境に戻してあげるよう努力すべきであると思われる。しかし、民族の大移動ともいえる変換を無事に終えるには、数年は必要であろう。

10月実施と区分2・3の拡大が必要

介護保険の病室単位指定を認めさせることも重要

城山病院(東京都八王子市)事務長 佐藤健二



今回の療養病床再編政策の最大の欠陥は、療養病床が果たしてきた「要医療要介護高齢者を在宅や急性期病院から受け入れ、リハビリテーションを行い在宅復帰支援をしてきた機能と、常時医療処置と医学管理を要する高齢者の終末期医療機能」を、なんら検証もせずに排除したことです。

このため、医療保険療養病床は難病と一部の特定の重症患者だけを医療区分2、3として一定の診療報酬とする一方、これに該当しないその他の疾患などはすべて一括して医療区分1とし、1日7,640円という老健施設の単価よりも低い額に診療報酬を30%以上引き下げ、あたかも、これらの患者がすべて社会的入院であるかのような取り扱いとしました。

医療区分1に該当する多数の患者は、

早急に退院させなければ病院経営が破綻する仕組みの診療報酬改定が断行されたのです。この結果、今後は急性期一般病院からの入院も、医療区分1の患者は病院経営上療養病床には受け入れられません。医療・介護難民が大量に生じます。

しかも、この医療区分については、昨年の療養病床に対する実態調査結果を分析して、区分1がはじめから全体のおおむね60%となるように作意的に按分されて決められた経緯があります。そして、その医療区分1の点数を極端に低額にすることで強引に療養病床を老健施設などに転換させようとしています。

今回の療養病床再編と診療報酬改定は、以前から巧妙に仕組まれた厚生労働省のシナリオに基づいて行われているといえます。

と仕組まれた区分根拠の不当性を訴える必要があります。療養病床38万床を

区分1が70%以上になる可能性がある

当院は、209床のうち35床が医療保険療養病床で、174床が介護療養病床です。先般、医療保険療養病床について医療区分の調査をしましたが、区分1が70%、区分2が20%、区分3が10%でした。

区分2は7日間しか算定できない場合を想定しましたので、その分、区分1が増加する傾向が顕著です。このままでは大幅な減収は回避できません。60%が区分1となる仕組みの中で、さらに、区分2を7日までしか認めないという制約を作れば、医療区分1は70%以上になるかもしれません。

15万床に60%削減するという国の案ともこれが符合しているのです。

全国の医療保険療養病床25万床のうち15万から18万床が医療区分1となれば、多くの療養病床病院が経営破たんします。当院の場合、35床でも年間5,900万円の減収見込みです。

当院は特殊疾患入院施設管理加算を算定していた病棟ですが、一般的な療養病床でも、48床で年間5,600万円減収という調査結果もあります。結局、医療区分1が60~70%を占める仕組みを作られて、このまま区分2と3を集中的に集めて減収を回避するという手法は非現実的ですし、将来展望もありません。

区分1患者数が削減病床数とされる不当性

われわれは当事者団体として、療養病床が果たしてきた役割と機能を適切に検証することを求め、今後の高齢社会にふさわしい地域医療提供体制としての医療保険療養病床の重要な機能を維持するため、初期入院から90日間程度は医療区分2とするなどの、医療区

分2・3の対象の大幅な拡大を強力に要望する必要があります。

この検証に必要な時間を考慮して、新診療報酬の実施時期は7月ではなく10月に延期し、その間に医療区分2・3該当項目の拡大を協議するべきでしょう。同時に、あらかじめ区分1が60%

区分1の点数も引き上げさせるべき

当面の回避策は、病室単位で介護保険の指定を受けられるようにすることです。

また、早急に医療区分2と3のあり方を見直し、療養病床が果たしてきた初期医療機能、在宅復帰支援機能などを適切に評価して医療区分2、3とするよ

う、病院団体から強く要望することです。

そして、医療区分1の点数も妥当な額に引き上げるべきです。

このままでは、わが国の療養病床は壊滅的大打撃を受けるでしょう。

療養病床、北海道、四国、九州で激減か

本紙が試算。患者受入だけでなく、地域経済への影響も

療養病床再編策が7月1日の療養病床入院基本料改正を皮切りに実施に移される。療養病床再編によって、全国に約38万床ある療養病床は、6年かけて医療保険の15万床に収斂されると厚生労働省は予測している。

療養病床は2006年2月末現在、病院が35万8,087床、診療所が2万3,753床あり、病院が93.8%を占めている

(医療施設動態調査)。

再編によって大幅な病床削減が実現するが、その数は都道府県によって大きく異なる。

本紙による、再編後療養病床の人口対比でみた分布数試算によると、全国平均で53.8%の削減率に対して、北海道など11道県が現状の1/4以下に削減される可能

性がある。

療養病床削減の影響は、とくに北海道、四国、九州地区に大きく表れる。高知県の削減予測はほぼ90%。福岡県では1万9,000床もの縮減があり得る。

実際の推移がこの試算とおりになることは考えにくい。削減見込み数の多い地域では、患者の受け入れ先をめぐる混乱、病院縮小・閉鎖による地域経済への影響等予想される事態に対して、県当局と医療団体あげた対応が求められている。

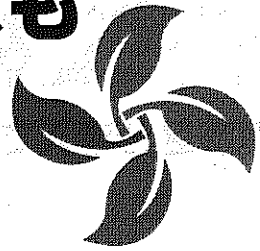
	再編後の病院療養病床(14万700床)			
	06年2月末の療養病床数(病院)	人口千人当りの病床数	現在病床数との差	削減率(%)
北海道	28,812	6.197	-22,615	78.5
青森	3,022	1.581	-1,441	47.7
岩手	3,130	1.525	-1,605	51.3
宮城	3,505	2.598	-907	25.9
秋田	2,649	1.261	-1,388	52.4
山形	1,873	1.339	-534	28.5
福島	4,415	2.309	-2,106	47.7
茨城	5,925	3.276	-2,649	44.7
栃木	4,665	2,220	-2,445	52.4
群馬	4,970	2,229	-2,741	55.1
埼玉	14,452	7,769	-6,683	46.2
千葉	10,035	6,670	-3,365	33.5
東京	21,290	13,845	-7,445	35.0
神奈川	12,877	9,682	-3,195	24.8
新潟	5,826	2,677	-3,149	54.0
富山	5,347	1,224	-4,123	77.1

	再編後の病院療養病床(14万700床)			
	06年2月末の療養病床数(病院)	人口千人当りの病床数	現在病床数との差	削減率(%)
石川	5,297	1,292	-4,005	75.6
福井	2,665	904	-1,761	66.1
山梨	2,445	974	-1,471	60.2
長野	3,795	2,418	-1,377	36.3
岐阜	3,369	2,320	-1,049	31.1
静岡	11,216	4,176	-7,040	62.8
愛知	13,908	7,989	-5,919	42.6
三重	4,709	2,056	-2,653	56.3
京都	7,109	2,915	-4,194	59.0
大阪	24,576	9,710	-14,866	60.5
兵庫	14,704	6,156	-8,548	58.1
奈良	3,398	1,565	-1,833	53.9
和歌山	2,916	1,141	-1,775	60.9
鳥取	1,667	667	-1,000	60.0
島根	2,580	817	-1,763	68.3
岡山	5,538	2,155	-3,383	61.1
広島	11,126	3,167	-7,959	71.5

	再編後の病院療養病床(14万700床)			
	06年2月末の療養病床数(病院)	人口千人当りの病床数	現在病床数との差	削減率(%)
山口	10,149	1,643	-8,506	83.8
徳島	4,913	891	-4,022	81.9
香川	2,733	1,115	-1,618	59.2
愛媛	5,822	1,616	-4,206	72.2
高知	8,041	877	-7,164	89.1
福岡	24,570	5,561	-19,009	77.4
佐賀	4,936	954	-3,982	80.7
長崎	6,862	1,628	-5,234	76.3
熊本	10,969	2,029	-8,940	81.5
大分	3,565	1,331	-2,234	62.7
宮崎	4,218	1,269	-2,949	69.9
鹿児島	10,510	1,931	-8,579	81.6
沖縄	4,396	1,499	-2,897	65.9
全国	358,087	140,689	-217,398	58.8

*納入額は削減率の見込みが75%を上回る県。
*本試算は、療養病床再編の結果、医療保険にとどまる療養病床が15万床になるとする、厚生労働省の推測を敷衍した機械的な試算にもとづく目安に過ぎず、複雑な諸要因がはたらく実際の病床数推移とは異なる。

国公私病院の代表が討論。療養病床削減でシンポも



ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION TOKUSHIMA CONGRESS 2006.11/3-4

徳島学会

徳島学会のプログラム固まる。自民・民主国会議員も登壇

11月3日、4日に徳島市で開催される第48回全日本病院学会徳島大会(手束昭胤学会長)のスケジュールが決まった。既に事前登録と演題募集の受付も始まっており、準備は着々と進んでいる。

主催する徳島支部は今回が2回目の全日病学会となる。徳島大会のテーマは「民間病院の明日を拓く、めざせ平成のルネッサンス」。医療制度改革の本番を迎え、療養病床の大幅削減が始まる2006年度の全日病学会のテーマに、徳島大会はRenaissanceを掲げた。

14～16世紀にイタリアを中心に西欧で興り、中世暗黒社会に人間愛に満ちた古代古典文化への回帰を求めて新たな文化を生み出す一方、自然科学の歴史を創造、近代社会へ扉を開いた文芸復興に、財政難から国民皆保険の基礎が取り崩されつつあるわが国医療の

課題をなぞらえらるとともに、「再生」という語に医療人自らの自己改革と医療体制再建への期待を込めた。

こうした問題意識を反映し、徳島学会は、戦後医療史のターニングポイントとなる現下の改革に生き残りをかける各病院に共通する疑問に、意欲的に応えようとするプログラムを軸に構成されている。

1日目の特別講演Ⅲは後藤田正純衆議院議員(自民党)と仙谷由人衆議院議員(民主党)を招聘、「明日の医療のために国は何をすべきか」と題して、質と安全を担保した医療改革に向けて政

府が果たすべき役割を質す。

シンポジウムⅠは国立病院機構、公立病院、民間病院の3病院が登壇し、今後の病院経営のあり方について意見を交わす。さらに、2日目には「療養病床削減」をテーマに取り上げたシンポジウムが組まれた。

委員会企画もかつてない数が生まれ、充実した。恒例の人間ドック研修、ヤングフォーラム、機能評価受審、医療安

全対策、医療従事者関連の各プログラムに加え、個人情報保護関連セミナーと「手術室における質向上」シン

ポジウムなどの新企画が加わった。

演題登録は7月31日締切。学会HPから登録

事前登録と演題登録はともに徳島大会のホームページを使って行なう。同ホームページには全日病HPのトップページから入れる。インターネット以外の方法で事前登録を希望する場合、

同学会の登録事務局が窓口となる。

演題登録の締切は7月31日。ただし、同日は抄録の締切日でもあるため、早い時期に演題登録要領を確認しておく必要がある。事前登録の締切は9月29日。

第48回全日本病院学会徳島大会

テーマ● 民間病院の明日を拓く、めざせ平成のルネッサンス

日時● 11月3日(金)・4日(土)

会場● ホテルクレメント徳島(徳島県徳島市)

学会長● 医療法人有誠会手束病院院長 手束昭胤(副会長・徳島県支部長)

学会登録事務局(事前登録・演題募集に関する受付窓口)

06-6348-1391 (株)ジェイコム(JTBグループ)

学会ホームページ <http://aiha48.jtbc.com.co.jp/>

プログラムの概要

■11月3日(金)

- 特別講演Ⅰ 「民間病院の明日」
唐澤祥人 日本医師会会長
- 特別講演Ⅱ 「医療制度改革の今後」
厚生労働省 局長
- 特別講演Ⅲ 「明日の医療のために国は何をすべきか」
後藤田正純 衆議院議員(自民党)
仙谷由人 衆議院議員(民主党)
- シンポジウムⅠ 「病院の明日を拓く」
独立行政法人国立病院機構 矢崎義雄 理事長
赤穂市民病院 邊見 公雄 院長
河北総合病院 河北博文 理事長

- 人間ドック研修会
- ヤングフォーラム
- 各種セミナー(医業経営・病院給食)ほか

■11月4日(土)

- シンポジウムⅡ 「療養病床削減について」
厚生労働省 担当官(未定)
安藤高朗 副会長
木下 毅 介護保険制度委員長
猪口雄二 医療保険・診療報酬委員長
- 特別講演Ⅳ 「臨床法医学から見た虐待症候群」(公

プログラムの時間割 ※今後変更がみえる

■1日目 11月3日(金)

9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
第1会場	開会式	特別講演Ⅰ 日本医師会会長	特別講演Ⅱ 厚生労働省局長	特別講演Ⅲ 討論「明日の医療のために国は何をすべきか」	特別講演Ⅲ 討論「明日の医療のために国は何をすべきか」	「病院の明日を拓く」国立病院機構・公立病院・民間病院3者によるシンポジウム			
第2会場				協会シンポジウム 医療コンサルタント		ヤングフォーラム			
第3会場		協会シンポジウム 日本給食メディカル協会	一般演題		(未定)	人間ドック委員会企画			
第4会場			一般演題	ランチョンセミナー		一般演題			
第5会場			一般演題			一般演題			
第6会場			一般演題			一般演題			

■2日目 11月4日(土)

9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
第1会場	シンポジウムⅡ 「療養病床削減について」 厚生労働省担当官ほか全日病幹部3名(予定)			特別講演Ⅳ 「臨床法医学から見た虐待症候群」(公開講座)	閉会式				
第2会場	医療従事者委員会企画 「コスト削減」	ランチョンセミナー		病院機能セミナー「これからの機能評価に期待するもの(のぞむもの)」					
第3会場	医療安全対策委員会企画 「医療安全対策事例」	ランチョンセミナー 個人情報保護セミナー		医療の質向上委員会企画 「手術室における医療の質の確保」					
第4会場	一般演題			一般演題					
第5会場	一般演題			一般演題					
第6会場	一般演題			一般演題					
第7会場				事務局長・看護部門長研修08会					

開講座) 佐藤喜宣教授(杏林大学法医学部)

- 医療従事者委員会企画 「コスト削減」
- 医療安全対策委員会企画 「医療安全対策事例」
- 機能評価委員会企画 「これからの医療機能評価に期待するもの(のぞむもの)」
- 医療の質向上委員会 「手術室における医療の質の確保」
- 個人情報保護セミナー(ランチョン形式)
- ランチョンセミナー ほか

徳島大会の参加要項

- 参加費 (開設者・管理者) 事前登録 3万円

- 当日登録 3万5,000円
- 事前登録 1万2,000円
- 当日登録 1万5,000円

*事前登録締切日 9月29日正午
*ホームページの学会参加要項ページより事前登録できます。インターネット以外の方法で事前登録される方は登録事務局(別掲)までお問い合わせください。

演題募集要項

本学会の演題登録募集は学会ホームページ(別掲)にて受け付けます。
演題登録締切日 7月31日正午
*演題登録締切日は抄録締切日と同一となっています。演題登録に関するお問合せは学会登録事務局(別掲)までお問合せください。

2006年度第1回常任理事会の詳細

4月22日 「主な協議事項」は5月1日号に掲載

■主な報告事項

2月20日付の病院機能評価認定証交付は47病院(Ver4.0・Ver5.0=新規42・更新5)であった。そのうち、会員病院は次の14病院(新規12・更新2)である。

○新規(Ver4.0)

- 【一般病院】
- 千葉県野田市 医療法人社団圭春会 小張総合病院
- 東京都大田区 医療法人社団 松井病院
- 静岡県富士宮市 富士宮市立病院
- 京都府京都市 社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院
- 大分県大分市 医療法人 大分記念病院

【療養病院】

- 東京都八王子市 八王子保健生活協同組合 城山病院

【複合病院】

- 埼玉県さいたま市 医療法人財団新生会 大宮共立病院

- 静岡県焼津市 医療法人社団駿甲会 コミュニティ・ホスピタル甲賀病院
- 和歌山県有田市 医療法人千徳会 桜ヶ丘病院
- 熊本県熊本市 医療法人社団鶴友会 鶴田病院
- 宮崎県小林市 医療法人東陽会 整形外科前原病院
- 沖縄県島尻郡 医療法人フェニックス 博愛病院

○更新(Ver5.0)

- 【複合病院】
 - 新潟県長岡市 医療法人崇徳会 長岡西病院
 - 佐賀県嬉野市 医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院
- 認定証発行は1,956病院(Ver3.1 689、Ver4.0・5.0 1,267=更新395を含む)。そのうち当協会会員は614病院を数える。

3月20日付の病院機能評価認定証交付は61病院(Ver3.1=新規1、Ver4.0・Ver5.0=新規43・更新17)であった。そのうち、会員病院は次の18病院(新規13、更新5)である。

○新規(Ver4.0)

- 【一般病院】
- 埼玉県さいたま市 医療法人社団松弘会 三愛病院
- 静岡県伊豆の国市 財団法人田方保健医療対策協会 伊豆保健医療センター
- 香川県東かがわ市 医療法人社団聖心会 阪本病院
- 高知県高知市 医療法人高橋会 高知いちよう病院

【精神科病院】

- 栃木県鹿沼市 特定医療法人清和会 鹿沼病院

【複合病院】

- 茨城県土浦市 医療法人社団青洲会 神立病院
- 石川県金沢市 医療法人社団博友会 金沢西病院
- 岡山県真庭市 医療法人社団井口会 総

合病院落合病院

- 大分県宇佐市 医療法人明徳会 佐藤第一病院
- 宮崎県宮崎市 医療法人社団晴緑会 宮崎医療センター病院
- 更新(Ver5.0)

【一般病院】

- 北海道札幌市 医療法人 耳鼻咽喉科麻生病院
- 福島県郡山市 財団法人太田総合病院附属 太田熱海病院
- 東京都江東区 医療法人社団 藤崎病院
- 愛知県名古屋市 名古屋掖済会病院
- 広島県広島市 医療法人社団おると会 浜脇整形外科病院

【複合病院】

- 長崎県島原市 医療法人済家会 柴田長庚堂病院
 - 鹿児島県曾於市 医療法人愛誠会 昭南病院
- 認定証発行は1,997病院(Ver3.1 670、Ver4.0・5.0 1,327=更新412を含む)。そのうち当協会会員は626病院を数える。