



全日病 ニュース 7/15

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/佐々英洋
〒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.644 2006/7/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

転換枠は介護療養との合計で判断

医療制度改革 厚労省が解釈。だが、医療からの転換に具体策は示さず



▲都道府県等担当者に説明する辻哲夫厚生労働審議官

厚生労働省は7月10日の「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」で、医療制度改革関連法の施行に関する詳細を明らかにした。

保険局はすでに、6月21日付局長(保発第0621001号)通知および同日付事務連絡で健保法等改正事項の概要と施行時期を示し、7月施行にかかわるものは6月30日に官報掲載したほか、通知も同日に発出。さらに、療養病床の看護配置引き上げと緩和経過措置についても、6月30日に医療法施行規則改正の省令を公布している。

説明会では、健保法等一部改正法に関して、この10月から2012年4月にかけて6次にわたる施行手順を詳しく示すとともに政省令等改正案の概要を提示、関係機関に周知を求めた。そのうち、10月1日施行に関する事項は7月7日に意見募集(パブリックコメント)に付され、改正の詳細が公表された。

また、厚労省は7月12日の中医協基本小委に、10月1日に施行する、療養病床に入院する70歳以上の食費負担額の案を提示。医療区分1の患者が追加負担する食費は介護保険と同水準とするともに、その基準額を諮った。

医療法等一部改正法関連については、10月に医療計画の基本方針案を公表、年明けに策定する日程を明らかにした。情報開示と医療広告に関しては年内に政省令等が改正される。(3~6面に健保法等一部改正法施行の概要を掲載。医療法等一部改正法施行関連は次号に掲載。基本小委については2面に掲載)

療養病床報道の報告を都道府県に求める

医療制度改革関連法の成立によって医療費適正化施策の実施が決まり、医療法、健保法、介護保険法、健康増進法等はすべて医療費適正化計画を上位法に仰ぐかたちで、詳細な関連施策が新たに盛り込まれた。

厚労省は「医療構造改革推進本部」を改組し、次官・局長レベルの総合企画調整部会を新設し、関係各局の施策調整に万全を期す体制をとることを明らかにした。具体的には、調整部会の下に、①医療費適正化計画②地域ケア・療養病床転換推進③医師確保総合対策のプロジェクトチームを設ける。

このうち、医療費適正化計画関連は保険局総務課に医療費適正化対策推進の窓口機能を担わせる。また、老健局

に地域ケア・療養病床転換推進室を設け、同様に窓口機能を一本化した。

厚労省は6月30日付事務連絡で、療養病床再編成に関して各都道府県に、(1)患者・住民、医療機関等からの相談に応じる窓口の開設、(2)患者・住民、医療機関等に対する情報提供の推進、(3)情報収集と国への情報提供を求めた。

(3)については、①個別の相談状況(毎月)、②再編成に向けた当面の対応方針とスケジュール(随時)、③各地域の報道状況(随時)、④各月の療養病床数(医療・介護)の推移(毎月)を、報告を求める「情報」にあげた。

報道状況の報告を求めるのは異例のこと。療養病床再編開始で世論の動向に敏感になっている様子がうかがわれる。

地域ケア整備構想で療養病床の調査

説明会では医療費適正化計画の実施手順が具体的に示され、その全体像が

明らかとなった。2008年度~12年度の5か年を期間とす

■健保法等一部改正法 主な改正内容及び施行期日

<ul style="list-style-type: none"> ●2006年10月 <ul style="list-style-type: none"> 現役並み所得を有する高齢者の患者負担の見直し(2割→3割) 療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の見直し 保険診療と保険外診療との併用(特定療養費制度)の再構成 保険財政共同安定化事業の創設 地域型健保組合の創設 ●2007年3月 <ul style="list-style-type: none"> 中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止 ●2007年4月 <ul style="list-style-type: none"> 傷病手当金、出産手当金の支給率等の見直し ●2008年4月 <ul style="list-style-type: none"> 70歳~74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割→2割) 乳幼児の患者負担軽減(2割)措置の拡大(3歳未満→義務教育就学前) 	<ul style="list-style-type: none"> 老人保健法を「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正。国の責務に医療費適正化を追加 医療費適正化計画の策定(国・都道府県) 保険者に対する40歳以上の予防健診・保健指導実施の義務づけ 75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度の創設 前期高齢者(65歳~74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設 老人保健法による市町村健康事業を健康増進法による事業に位置づけ 高額医療合算介護サービス費の支給 介護保険事業計画基本指針策定にあたって円滑な病床転換に向け介護保険施設等の入所定員増加に配慮 ●2008年10月 <ul style="list-style-type: none"> 政管健保の公法人化 ●2012年4月 <ul style="list-style-type: none"> 介護療養型医療施設の廃止
--	---

る第1期計画は「生活習慣病の予防」と「平均在院日数の短縮」が2本柱。前者は健康増進計画、後者は医療計画および介護保険事業支援計画にそれぞれ支えられることになる。

医療費適正化計画は2025年度に平均在院日数短縮で4兆円、生活習慣病予防で2兆円、計6兆円の医療費節減を目標に掲げ、途上の15年度に、生活習慣病予防に関しては有病者・予備軍の25%減少、平均在院日数に関しては全国平均(36日)と最短実績の長野県(27日)の差を半分にするという中期的な政策目標を打ち出した。

生活習慣病予防として第1期計画に位置づける対策は、医療保険者に義務づけられた特定健診と特定保健指導の実施が中心。一方、平均在院日数短縮の対策は療養病床再編成の推進が主となる。

都道府県の医療費適正化計画は、厚労省が定める基本方針に盛り込まれる参酌標準を踏まえて07年度中に策定される。医療費効率化を可能とする基盤整備は医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画という3つの都道府県計

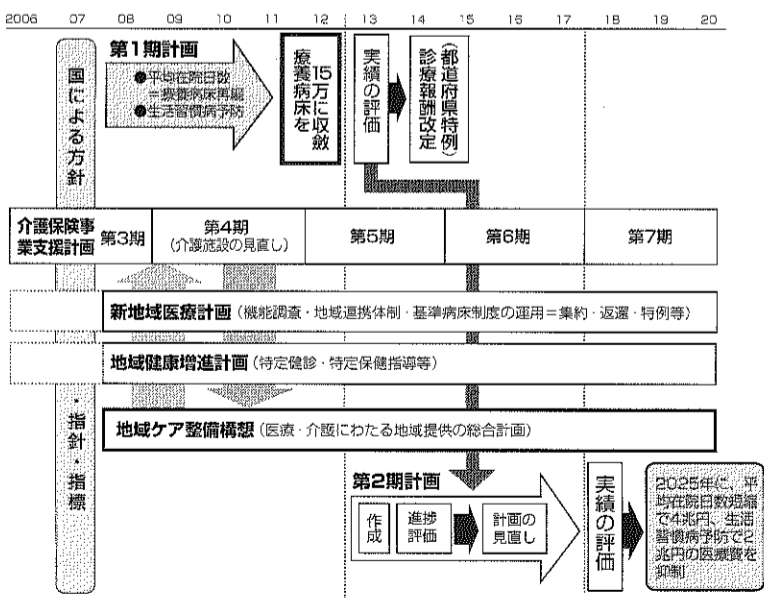
老健新增設に医療転換組への配慮を求める

説明会で老健局は、08年度までの第3期介護保険事業(支援)計画期間における施設指定に関するQAを配付。療養病床の老健または特定施設への転換にあたっては、当該転換先の枠がない場合でも、介護療養病床と合計した必要利用定員総数の範囲内に収まれば認められるという判断を示した。

06年度に実施された第3期介護保険事業支援計画の指針において、参酌標準は、介護保険3施設および介護専用居住系サービスの総計枠を2014年度に要介護者の37%以下とするとされた。したがって、施設間の枠は3期計画にはなく、総枠の範囲内であれば転換は可能というのが厚労省の元々の解釈。老健局のQAは、その原則を都道府県にあらためて再確認させるものとなった。

介護療養型

■医療費適正化計画のサイクル



清話抄

最近、地方の公的病院における救急医療の制限、診療科目の縮小、病院の閉鎖等がマスコミに頻りに報道されている。特に産科、小児科で著しい。

地方の公的病院は地域の中核病院として2次医療、不採算な医療を担当する事を目的に公費が補填されている。

自治体に対する住民の要望の第1位は医療、介護の充実である。生命の安全、身体を健康を望む住民の気持ちは全国のどの地域でも同じである。

一方、地方自治体の首長は選挙によって選出される。選挙のスローガンに過度の医療の充実を掲げる事は当然である。しかし、住民にとって必要な医療とは、地域の実状を理解し、長期にわたり地域に根付いた医療である。

公的病院に勤務する医師の多くは所属教室教授の意向で数年間派遣されてくる。地元を根を下ろし、骨を埋める覚悟で地方に出張してくる医師は極めて稀である。

研修医制度が確立し、教授の人事権が消滅したと言われる今、従来のルートで医師を確保するのは困難であり、公的病院の存立を見直す時期である。

地域公立病院の本来の使命は地域医

療の確立であり、地域の医療の振興である。

公的病院が存在すれば住民は医療をそこに依存し、民間医療機関の育成を阻害する面がある。

国民皆保険が確立し、交通網の整備も進んだ。現在、地方における公的病院の在り方、民間医療の育成に大きな議論が必要である。(平)

主張

議論の分かれる終末期医療と尊厳死

終末期医療とは、がん患者に対するものと認識していた。

日本の死亡者は2002年に100万人を超え、2038年には170万に達すると予測されているが、現在のところ、その8割が病院で死亡している。

癌死、突然死、慢性の臓器不全死に対しては病院で治療し、終末期も病院でみている。

そうした中、老化という生理的变化による死亡、それに加えて臓器不全等の急性増悪による死亡、すなわち「老人」の終末期医療が問題となっている。

現在、老人医療には在宅医療、一

般病床、療養病床があり、終末期医療をしている。

介護として在宅介護、老健施設、特養、有料老人ホーム等があるが、介護施設で終末期医療はほとんど行われず、大部分の人が一般病床に転院して死亡している。

国は医療費と介護費を抑制するために家族に過重負担のかかる在宅医療・介護を推進し、介護療養病床の廃止を実行しようとしている。

一方、尊厳死法制化も議論されている。そこには、末期の状態は無意味で無益な生であるから、早期に終わらせてもよいと考える危険な優性

思想が見え隠れしている。

治療の開始は医師の裁量の問題で不作為であるが、治療の中止は法によって裁かれる作為的な行為であり、殺人罪として起訴される可能性を秘めている。(池上直己「病院としての終末期ケアへの対応」、『病院』vol65、No.2、2006)

生老病死は人間の避けがたい宿命であり、不老不死はありえない。最後は必ず終末期・死を受け入れなければならない。

どのような終末期医療をするのか画一的に決めるのではなく、その時の医療水準、その人の生活水準、そ

の時の社会思想を考え、インフォームドコンセント、リビングウィル、医師の裁量権により決めるべきである。

その際の基準は「やりすぎの医療」も「やらなさすぎの医療」も許されず、中途半端とは根本的に異なる「何事もほどほど」がよいと思っている。最後は神(宗教ではない)の問題である。

医療従事者にとって尊厳死の法制化ほど楽な道はないが、法的規制がよいか、ガイドラインがよいか、診療報酬での誘導がよいか、議論が分かれるところである。(F)

基準額は月6.2万、患者負担は5.2万

療養病床食住費 新たに「生活療養」の概念を導入。増額分は入院基本料を減額

7月12日の中医協・基本小委に事務局(厚労省保険局医療課)は、10月1日に施行される、「療養病床に入院する高齢患者」に求める食住費負担額を提案した。(6面に関連資料を掲載)

それによると、食住費の患者負担額は月額1,700円(月ベース5万2,000円)と、介護保険における補足給付のモデル負担と同額。内訳も、食材料費・調理費が月額1,380円(同4万2,000円)、光熱水費相当額が月額320円(同1万円)と介護保険に揃えた(いずれも一般所得・多床

室の場合)。

この結果、患者負担は、現行入院時食事療養費標準負担の日額780円(旧方式)から月2万8,000円も増える。一部負担が2割・3割となる高齢者にはきわめて重くのしかかる額だ。

厚労省案によると、食住費の新たな基準額は月額2,060円(月6万2,000円)と、現行入院時食事療養費よりも月ベース4,000円増える。それを調整するために、7月実施療養病床入院基本料を増額分差し引いた点数に見直し、10月1日適用とする考えだ。

医療区分2・3及び回復期リハ患者は現行どおりの負担

食住費負担の対象となる「高齢者」とは、施行時点で70歳を超えた、さらに、2008年4月からは65歳を超えた療養病床の入院患者を指し、改正健保法で「特定長期入院被保険者」と定義し、一般病棟入院患者とカテゴリーを分けた。

ただし、当該食住費は当該患者にとって療養上の選好対象ではないため、特定療養費(選定療養)を適用するわけにはいかない。

したがって、入院時食事療養費と同様に療養費構成という法的枠組みで対

応する必要があることから、入院時食事療養に代わる「(入院時)生活療養」(食事療養および温度・照明・給水に関する適切な療養環境の形成である療養)という概念を創り、入院時食事療養費の仕組みを援用したもの。

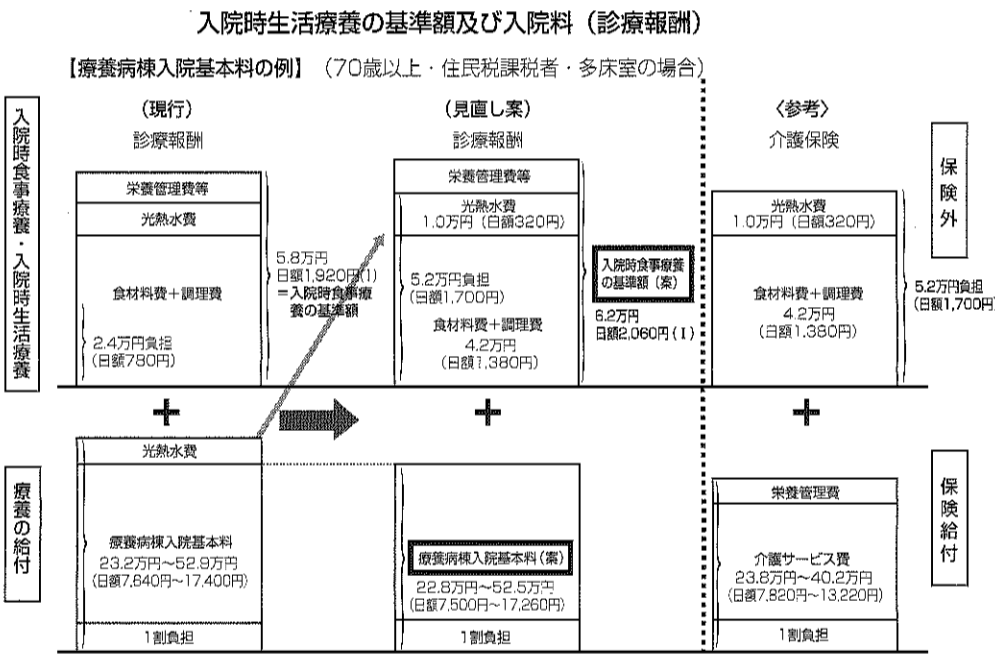
こうして、生活療養に要する費用(入院時生活療養の基準額=厚労省案は月額2,060円・月6万2,000円)から当該患者に課せられる額(標準負担額=厚労省案は月額1,700円・月5万2,000円)を引いた額を入院時生活療養費として支給

する制度が創られた。

ただし、特定長期入院患者は、介護保険の被保険者とは異なり、医療区分1の患者に限定される。そのために、標準負担額を減額する対象に「医療区分2・3の状態が続く患者」と「集中してリハを受けている患者(回復期リハ病

棟入院患者)」が追加され、これら患者は現行どおりの額を負担するとされ、対象から外れた。

「2・3の状態が続く」とは、同月内で2・3に該当する日数が1より長いことが条件。しかも、2・3改善後も1該当日数分は負担免除とはならない。



「評価療養」と「選定療養」分類案を提示

基本小委 保険外併用療養費10月施行。特定療養費制度は廃止

7月12日の中医協・診療報酬基本問題小委員会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、現行特定療養費制度を「評価療養」と「選定療養」の2つのカテゴリーに区分する、項目の分類案を提示した。

特定療養費制度については、今国会で成立した健保法等一部改正法によって、「保険診療と保険外診療の併用について、将来的な保険導入のための評価を行なうかどうかの観点から再構成」し、10月1日に施行することが決まった。

具体的には、①高度の医療技術等を用いた療養で、保険給付対象とすべきか否か、適正医療の効率的提供を図る観点から評価を行なうことが必要な療養として厚生労働大臣が定める「評価

療養」、②保険者の選定に係る特別病室の提供他の厚生労働大臣が定める療養である「選定療養」とに分け、各区分に収められた療養の類型に関して、当該療養に伴う入院料等を保険外併用療養費として保険給付するというもの。

法上、療養類型ごとの指定や見直しは中医協への諮問が必要とされているため、厚労省は既存特定療養費支給対象の17類型について、高度先進医療と先進医療を一体化した上の16類型として「評価療養」と「選定療養」への仕分け案をつくり、審議を求めたもの。

現行特定療養費制度は保険療養規則改正を経て廃止される。

一般病棟の6.7%が特別入院基本料を届出

5月1日現在。精神病棟は7.1%。7月にさらに増加?

2006年4月改定で新設された施設基準として、一般病棟で385医療機関(14,288病床)が特別入院基本料を届け出ていることが判明した。届出医療機関(5,732)の6.7%に達している。

厚労省が各社会保険事務局から5月1日時点の届出状況を聴取した結果をまとめ、速報値として、7月12日の中医協・診療報酬改定結果検証部会に報告したもの。

4月14日の届出では、新たな夜勤看護体制の実績は、4月または6月までの病棟運営計画書に代えての受理が認められており、四病協が4月届出直後に実施した調査によると、回答した一般病棟の20.2%が計画書で届け出ている。

特別入院基本料は、看護師比率で9月末までの経過措置が認められた精神病棟においても99医療機関が届け出て

おり、届出医療機関(1,396)の7.1%に達している。

入院基本料が導入された2000年4月改定後の7月1日現在の届出状況によると、一般病棟のⅡを合わせた4類型の特別入院基本料を届け出た医療機関は合計285施設(11,529病床)と、一般病棟の4.5%にとどまっている。

厚労省は特別入院基本料届出状況の推移をつまびらかにしていないが、その後も、同水準で推移してきたとみられ、今改定によって150%に急増したと思われる。

看護師獲得競争が顕在化する中、4月実績さらには6月までの実績によっては、特別入院基本料を算定する医療機関が、7月にさらに増えることが予想される。

評価療養及び選定療養の具体的な類型の指定等について

7月12日 基本小委

【評価療養】

- A 医療技術に係るもの
先進医療(現行の高度先進医療を含む)
- B 医薬品・医療機器に係るもの
医薬品の治験に係る診療
医療機器の治験に係る診療

- 薬価基準収載前承認医薬品の投与
保険適用前の承認医療機器の使用
薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用

【選定療養】

- C 快適性・利便性に係るもの

- 特別の療養環境の提供
予約診療
時間外診療
前歯部の材料差額
金属床給養歯
- D 医療機関の選択に係るもの

- 200床以上の病院の未紹介患者の初診
200床以上の病院の再診
- E 医療行為等の選択に係るもの
制限回数を超える医療行為
180日を超える入院
小児う蝕治療後の継続管理

2006年度医療制度改革施行の詳細
 ※「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」(7月10日)の資料および通知等を元に編集部が整理。1面記事を参照。*医療法等の一部改正法施行の詳細は次号に掲載

I. 施行の概要

介護施設見直しで老健施設の医療も旭上に

70歳未満入院の高額療養費も現物給付化

保険給付の内容・範囲の見直し等

●**高齢者の患者負担の見直し**
 1. 70歳以上現役並み所得の一部負担(06年10月～)
 70歳以上の高齢者のうち、現役並み所得の者は現役と同様に3割負担とする。
 (注)公的年金等控除の縮減及び老年者控除の廃止に伴い、新たに現役並み所得者に移行する70歳以上の高齢者は、06年8月から2年間、自己負担限度額を一般並みに据え置く。
 2. 70歳以上の高齢者の一部負担(08年4月～)
 ・75歳以上の後期高齢者は1割負担(現役並み所得は3割負担)とする。
 ・70歳未満の者はこれまでと同様3割負担とし、70歳から74歳の者は2割負担(現役並み所得は3割負担)とする。70歳以上の被扶養者の自己負担割合も同様とする。
 (注)70～74歳の低所得者については、自己負担限度額を据え置く。
 ●**高額療養費の自己負担限度額の引上げ**
 ・高額療養費の自己負担限度額について賞与を含む報酬総額に見合った水準に引き上げる。(06年10月～)【別掲】

・併せて、高齢者医療制度の創設に伴う見直しを行なう。(08年4月～)
 ●**現金給付の見直し**
 ・出産育児一時金を30万円から35万円に引き上げる。(06年10月～)
 ・被用者保険の埋葬料を定額化(5万円)する。(06年10月～)
 ・傷病手当金及び出産手当金の支給水準を引上げ、支給範囲を見直す。(07年4月～)
 ●**乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大**
 高齢者医療制度の創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減(2割負担)の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前までに拡大する。(08年4月～)
 ●**高額医療・高額介護合算制度の創設(08年4月～)**
 ●**保険料賦課の見直し**
 ・標準報酬月額の上下限の範囲を拡大する。(07年4月～)
 ・標準賞与の範囲を見直す。(07年4月～)
 ●**療養病床への食住費の導入**
 療養病床に入院している70歳以上の患者について食費・居住費の負担を導入する。(06年10月～)(6面に掲載)

会場における質疑応答から

Q 第3期介護保険事業支援計画で必要利用定員数の枠が残った場合には、第4期計画で特段変更する必要はないか。
 A しなくてよいと考える。
 Q 地域ケア整備構想を来夏までに策定すると言われるが、既に、転換は7月1日から可能となっている。後追いになるということはないか。
 A 両者とも、現在の療養病床が動くことには変わりはない。地域ケア整備構想は、各医療機関の転換の動きを踏まえ、今後6年間をどう展望するかということで策定される。
 Q 介護保険移行準備病床や介護療養型医療施設の経過型類型に一度移行すると、元に戻ることは想定できないか。
 A 移行準備計画を出したものの再度医療療養病床に戻りたいということか。可能と考える。
 Q 届出に際して提出される移行準備計画の法的な位置づけはどうか。県として縛ることは可能か。
 A 移行準備計画に法的な拘束力はない。提出した後に、戻りたい医療機関は医療に戻ることができる。
 Q 有床診に医療計画の網がかかることになったが、産婦人科等を開設したい場合にはどうしたらよいか。
 A この秋に示す医療計画に関する基本方針で細かな取り扱いを示したい。

高額療養費における自己負担限度額等の見直し

●70歳以上の被保険者の一部負担金の割合の引上げに合わせ、高額療養費の自己負担限度額等を見直す。

06年10月以降

●70歳未満の者

	自己負担限度額
上位所得者 注1 (月収53万円以上 注2)	150,000円+(医療費-500,000円)×1% <83,400円>
一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <24,600円>

●70歳以上の者

	外来(個人ごと)	自己負担限度額
現役並み所得者 (月収28万円以上、課税所得145万円以上)	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>
一般	12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	8,000円	24,600円
		I (年金収入80万円以下等)

※金額は1月当たりの限度額。〈〉内の金額は多数該当(4回目)の場合。
 注1 人工透析を要する70才未満の上位所得者は自己負担限度額を1万円から2万円に改める。
 注2 国保は年間所得600万円以上。

08年4月以降

●70歳未満の者

	自己負担限度額
上位所得者 (月収53万円以上等)	150,000円+(医療費-500,000円)×1% <83,400円>
一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <24,600円>

●70歳以上75歳未満の者

	外来(個人ごと)	自己負担限度額
現役並み所得者 (月収28万円以上、課税所得145万円以上)	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>
一般	24,600円	62,100円 <44,400円>
低所得者 (住民税非課税)	8,000円	24,600円
		I (年金収入80万円以下等)

●75歳以上の者

	自己負担限度額	
現役並み所得者 (月収28万円以上、課税所得145万円以上)	44,400円	
一般	12,000円	
低所得者 (住民税非課税)	8,000円	24,600円
		I (年金収入80万円以下等)

※金額は1月当たりの限度額。
 〈〉内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

●70歳未満の高額療養費現物給付化(07年4月)

70歳未満の被保険者等の入院に係る高額療養費についても、現在の70歳以上の取り扱いに合わせ現物給付化し、医療機関窓口での支払いを自己負担限度額にとどめる。

ただし、あらかじめ保険者に自己負担限度額に係る認定証を交付させ、医療機関窓口へ提出させる必要がある。

●高額長期疾病(特定疾病)に係る高額療養費特例の見直し(06年10月)

人工透析、血友病、HIV(血液製剤の投与に起因する感染者、2次・3次感染者等に限る)患者の現行自己負担限度額は、所得の多寡を問わず1万円まで縮減。血友病、HIV患者は、公費により、所得の多寡を問わず患者負担を一切求めない。

また、人工透析患者は当該1万円を限度として、公費負担医療により所得に応じた費用を負担している。

これを見直し、人工透析を要する70才未満の上位所得者とその被扶養者は、高額長期疾病でない他疾病と同様に所得に応じた負担を求めるとし、自己負担限度額を2万円に引き上げる。

政管健保公法人化の概要

・健康保険組合に加入していない被用者の健康保険事業を行う保険者(全国健康保険協会)を2008年10月に設立する。適用・徴収業務はねんきん事業機構において行う。
 ・都道府県ごとに、年齢構成や所得水準の違いを調整した上で、地域の医療費を反映した保険料率を設定する。(都道府県単位の保険料率への移行に伴い、保険料率が大幅に上昇する場合には、5年間に限り、激変緩和措置を講ずる)
 ・協会成立後1年以内に都道府県単位保険料率を決

定するものとし、それまでの間は政管健保の保険料率を適用する。

(編集部注) 厚生省が機械的に試算した都道府県ごとの保険料率によると、最高は北海道の87%(パーム)、最低は長野県の76%の間に各県が並ぶ。つまり、年取当たり1.1%の違いが生じる。

老人保健法の改正について

老人保健法は「高齢者の医療の確保に関する法律」へと改正する(2008年度より)。同法は、①高齢者に対する医療給付(後期高齢者医療制度・前期高齢者医療財政調整)、②医療費適正化の推進、③市町村等医

保険局に「医療費適正化対策推進室」

厚生労働省は、7月10日付で保険局総務課に「医療費適正化対策推進室」を新設。室長に、大臣官房参事官(社会保険、健康担当)中島誠氏の併任を発令した。

また、同日付異動で、保険局医療課長に原徳壽氏(前防衛庁運用局衛生官)が就任した。

原氏は1981年に自治医科大学を卒業。旧厚生省健康政策局計画課課長補佐、保険局医療課課長補佐等を歴任後、2003年から防衛庁に転出、生物化学テロ対策などを担当していた。

療養者による生活習慣病健診・保健指導の義務化(健保被扶養者も対象)を行なう。

なお、市町村による生活習慣相談や生活習慣病以外の健診等の実施等、現在実施されている各種事業は健康増進法等により漏れなく継続実施する。

2006年度医療制度改革施行の詳細

※「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」(7月10日)の資料および通知等を元に編集部が整理。1面記事を参照。*医療法等の一部改正法施行の詳細は次号に掲載

II. 医療費適正化計画の概要

今夏に療養病床関係調査を実施

都道府県は当該医療機関と密接な連絡、転換意向を年次毎に把握

都道府県医療費適正化計画策定までの流れ(案)

1. 総論(手順に関する全般的な事項)

(1) 健康増進計画・医療計画との一体的策定

第1期都道府県医療費適正化計画は「生活習慣病の予防」と「平均在院日数の短縮」を2本柱とし、前者は都道府県健康増進計画と、後者は都道府県医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画と密接に関連する。

①生活習慣病の予防に関し、医療費適正化計画に位置付ける具体的対策は医療保険者による特定健診と特定保健指導の推進が中心。

②平均在院日数短縮に関する具体的対策は医療機関の機能分化・連携、療養病床の再編成、在宅医療・地域ケアの推進があるが、療養病床再編成が中心的に位置付けられる。

療養病床再編成を円滑に進めるため、都道府県は療養病床を有する各医療機関の意向把握を丁寧に行いつつ、関連3計画に共通する横断的・統一的な基本方針(地域ケア整備構想)を2007年夏頃までに策定する。

2. 各論

(1) 生活習慣病の予防

①データの収集・分析(06年度)

ア 都道府県の健康・栄養調査ベース

・内臓脂肪症候群、糖尿病、高血圧症、高脂血症の各有病者・予備群および肥満者の推定数
・健診受診率、保健指導利用率

イ 国保連(国保・老人)レセプトベースの糖尿病、高血圧症、高脂血症各医療費・通院者数

ウ その他の調査ベース

脳血管疾患受療率・虚血性心疾患受療率、糖尿病・循環器疾患・虚血性心疾患・脳血管疾患の対人口患者数(入院・入院外)と平均在宅日数、糖尿病による失明発症率、糖尿病による人工透析新規導入率、脳卒中による死亡率、虚血性心疾患による死亡率

※各データについて他都道府県・全国平均数値との比較を行う。また、可能な限り、県内各市町村間の比較、年代ごとの比較を行う。

②各都道府県における特徴の整理(07年度)

①の分析を基に特徴を整理。また、生活習慣や生活状況等の諸データとの関連性も分析。

③各保険者における特定健診・特定保健指導取組状況の把握と支援(06・07年度)

④保健指導に関わる人材の養成研修と事業者の育成

⑤生活習慣病の予防に関する政策目標の設定(07年度)

○生活習慣病予防の中期的目標は、08年度から15年度までに内臓脂肪肥満に着目した有病者・予備群を25%減少させることであり、これを踏まえ、第1期医療費適正化計画の政策目標に関する参酌標準を厚生労働省が設定する。

○厚生労働省が示す参酌標準を踏まえ、都道府県は2012年度の目標値を設定する。

※各医療保険者に対しては、別途、5年ごとの健診・保健指導実施計画の策定が義務づけられ、この中で、国が示す参酌標準に基づいて上記項目に関する目標値を定める。都道府県は、この目標値をとりまとめる。

⑥目標実現に伴う医療費見通しの算出(07年度)

厚生労働省の算出方法を参考に、5年後の医療費見通し(対策を講じなかった場合、講じて効果が現れた場合)を算出する。

(2) 平均在院日数の短縮

(2)-1 医療機関の機能分化・連携

※医療機関の機能分化・連携に関して、医療計画の策定・見直し作業で以下の作業が行われる。

①医療機能の調査(06年度)

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病など地域の医療機能を調査。

②県内の医療提供体制についてヒアリング(06・07年度)

疾病ごと医療連携体制の先進的事例を収集、ヒアリングを行う。

③疾病・事業ごとの病院等名の入った連携体制案の作成(07年度)

病院・診療所からの情報を基に、疾病・事業ごとに、都道府県において医療連携の状況を整理する。

(08年度以降の継続もあり得る)

(2)-2 療養病床の再編成

①長期入院の全体状況の把握(06年度)

国保連(国保・老人)レセプト(5月診療分)ベースに、長期入院者の数等を把握し、他都道府県との比較や市町村間の比較を行う。

②療養病床の再編成に関する3計画共通の基本方針(地域ケア整備構想)の策定(06・07年度)

療養病床を有する各医療機関の転換等の意向について調査し、集約する。

【医療療養病床について】

06~08年度における介護保険移行準備病床への転換意向及び09年度以降の老健施設等への転換意向を把握。ただし、第3期支援計画期間に介護保険施設への転換が可能な都道府県・圏域は06~08年度における老人保健施設等への転換意向も把握。

【介護療養病床について】

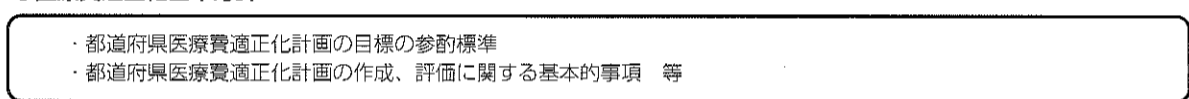
・06~11年度における経過型介護療養型医療施設、老健施設等、医療療養病床それぞれへの転換意向を把握。

・継続的に医療機関と意見交換を行い、年次ごとの転換数見通しを定め、地域ケア整備構想に位置付ける。その際に、病床転換助成事業等の年度間バランスにも留意する。

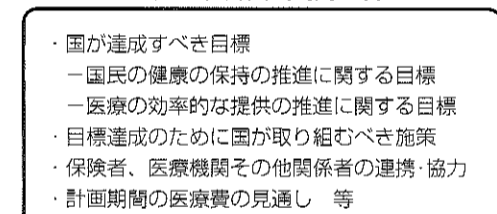
③2012年度における平均在院日数の短縮に関する政策目標の検討(07年度)

■医療費適正化計画の仕組み

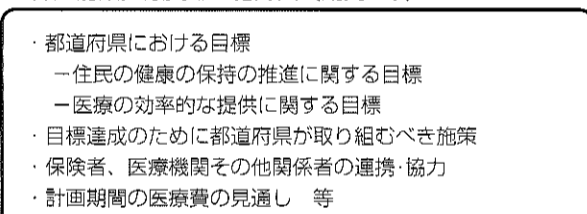
●医療費適正化基本方針



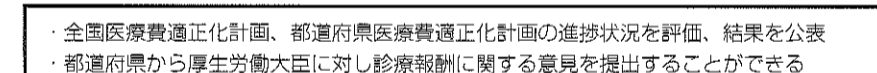
●全国医療費適正化計画(期間5年)



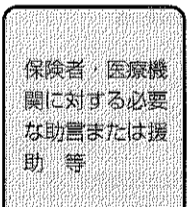
●都道府県医療費適正化計画(期間5年) ※市町村と協議



●進捗状況の評価(計画策定年度の翌々年度)



●実績の評価(計画終了年度の翌年度)



医療費適正化計画の作成・評価のため、保険者にレセプト情報の提供を義務づけ、国は調査・分析を行ない、結果を公表

■医療費適正化計画の取り組みに関連した都道府県の権限

Table with 3 columns: 現行 (Current), 06年度医療制度改革で追加された内容 (Additional content from 2006 medical reform), and 地域医療提供体制関連 (Local medical provision system related).

医療費適正化計画の策定に向けた今後の主なスケジュール

Table with 2 columns: 糖尿病等に着目した健診・保健指導 (対保険者) and 平均在院日数の短縮、療養病床の再編成 (対医療機関). Rows include dates from 06年7月 to 08年4月 with detailed descriptions of national and prefectural actions.

療養病床再編成を踏まえた地域ケア体制の整備 - 「地域ケア整備指針(仮称)」の策定 -

1. 趣旨

(1) 療養病床再編成を踏まえ、各地域には、その受け皿づくりを含め将来的なニーズや社会資源等に即した「地域ケア体制」の計画的整備が求められる。このような取り組みは、都道府県では「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」の3計画に関連するなど、各分野にわたる横断的・統一的な基本方針の策定と関係部局の密接な連携が重要となってくる。

(2) このため、上記の取り組みを推進する観点から、国は「地域ケア整備指針(仮称)」を策定するとともに、都道府県における「地域ケア整備構想(仮称)」の作成を支援する。

2. 国の「地域ケア整備指針(仮称)」について

(1) 国は、以下を主な内容とする「地域ケア整備指針」を策定する。

① 地域ケア体制の整備の基本方針
療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備の基本的な考え方を提示。

② 地域のサービスニーズ・利用見込みの設定
療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や同居世帯の増加等を踏まえたサービスニーズの推計、それに対応した利用見込みの設定に関する考え方を提示。

③ 療養病床の転換
個別の医療機関(療養病床)の転換を進める場合に配慮すべき事項などを提示。

④ 各計画への反映
「介護保険事業支援計画」「医療計画」「医療費適正化計画」へ反映させる場合に配慮すべき事項を提示。

(2) 上記「地域ケア整備指針」を策定するために、①学識経験者等からなる研究班を設置するとともに、②介護施設(特に療養病床)の整備水準や高齢化の状況、将来的なニーズ等を踏まえ、全国数カ所(老人保健福祉圏域単位)を対象に、当該都道府県と共同で「地域ケアモデルプラン事業(仮称)」を展開する。

3. 都道府県の「地域ケア整備構想(仮称)」について

(1) 都道府県は、国の「地域ケア整備指針」等を踏まえ、以下の「地域ケア整備構想」を作成する。

① 地域ケア体制の整備の方針
療養病床再編成を踏まえた、都道府県における地域ケア体制整備の基本的な考え方を提示。

② 地域のサービスニーズについて
療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や同居世帯等の増加等を踏まえたサービスニーズを提示。

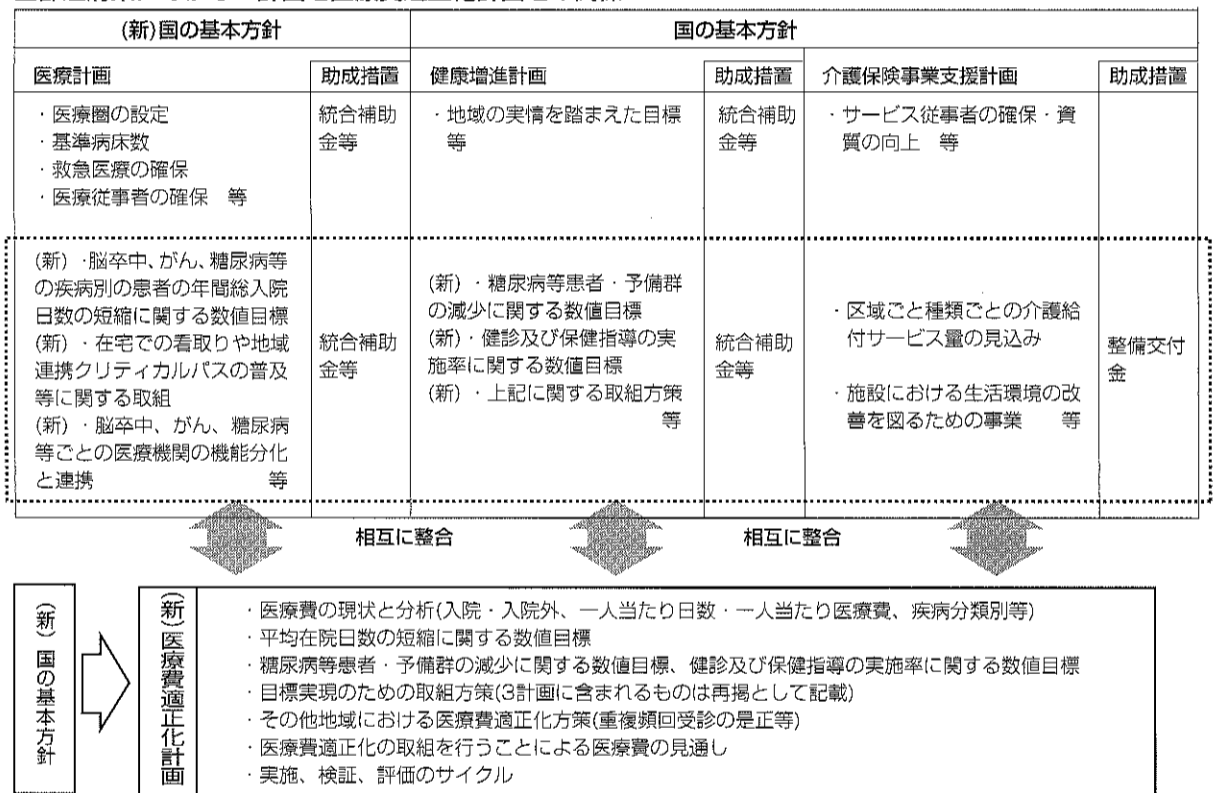
③ 各サービスの利用見込みについて
将来のサービスニーズに対応した、各サービスの利用見込みを提示。

④ 療養病床の転換について
療養病床の転換プランを提示。
(2) 都道府県は、上記の「地域ケア整備構想」を踏まえ、「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」を策定する。

地域ケア体制整備のスケジュール

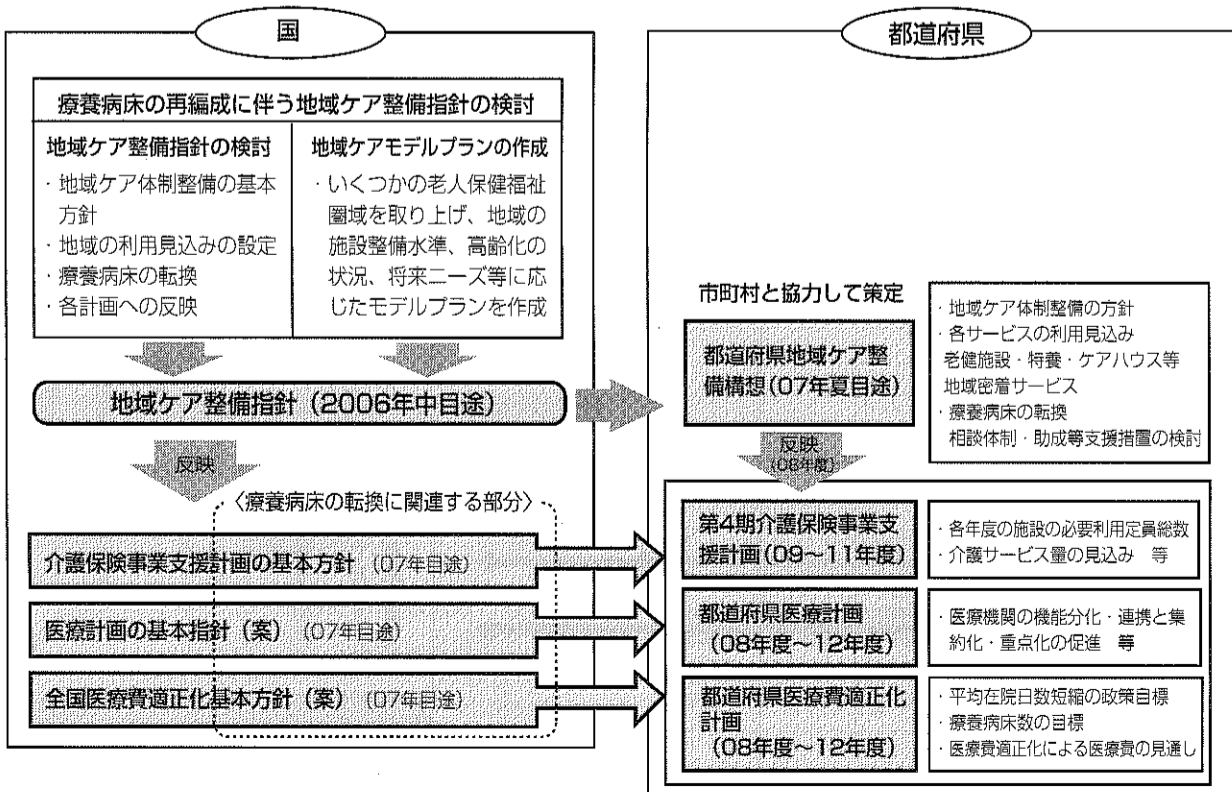
- 2006年夏(国) 地域ケア整備指針について研究班を設置し、検討を開始。地域ケアモデルプラン事業を開始。
(都道府県) 療養病床関係調査の実施
秋(国) 「地域ケア整備指針案(中間とりまとめ)」の公表
(都道府県) 「地域ケア整備構想」の検討開始
冬(国) 「地域ケア整備指針案(最終とりまとめ)」の決定 ※地域ケアモデルプランも提示
2007年夏迄 (都道府県) 「地域ケア整備構想」の策定

都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係



地域ケア整備計画・指針の策定

地域ケア整備指針(仮称)と関係計画の位置づけ(案)



求職案内 以下の求職情報をご案内します。

- No.1 受付・事務等/女、32歳、経験なし、希望勤務地神奈川県 未経験でも可能な病院
No.2 管理栄養士/女、21歳、経験なし、希望勤務地東京都もしくは千葉県 2007年4月より勤務希望

●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)

2006年度医療制度改革施行の詳細

※「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」(7月10日)の資料および通知等を元に編集部が整理。1面記事を参照。*医療法等の一部改正法施行の詳細は次号に掲載

Ⅲ. 療養病床に係る施行の概要

病床転換助成事業は一般・精神各病床からの転換も対象

食住費負担、2・3改善も1該当日より短かいと非免除。改善後も1該当日数分は非免除

療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担について

1. 食費・居住費負担の見直しの概要(06年10月施行)(対象者)

療養病床に入院する70歳以上(06年10月以降)の高齢者

(標準負担額) *介護保険と同額

①食費 食材料費及び調理コスト相当を負担(月額4.2万円)

②居住費 光熱水費相当を負担(月額1.0万円)

※いずれも一般所得かつ難病等の者でない場合の月額負担額。現行は食材料費相当を負担(月額2.4万円)。1制定率負担と合計した場合の平均的負担額は9.4万円(介護保険は8.9万円)。(保険給付)

入院時生活療養の基準額から標準負担額を控除した額を入院時生活療養費として支給。

*食事の提供と光熱水費に関する適切な療養環境の形成を合わせ、療養の給付と併せて行なう「生活療養」と定義。入院時生活療養の基準額から標準負担額を控除した額を「入院時生活療養費」として支給する。

2. 低所得者の標準負担額

*介護保険と同じ水準

低所得者Ⅱ(住民税非課税世帯) - 3.0万円

低所得者Ⅰ②(年金受給額80万円以下等) - 2.2万円
低所得者Ⅰ①(老齢福祉年金受給者) - 1.0万円

3. 新たな負担の対象外

入院医療の必要性の高い状態(医療区分2・3の状態)が継続する患者および回復期リハビリ病棟に入院している患者の生活療養標準負担額は、現行の食事療養標準負担額と同額の食材料費相当負担額とする。

*医療区分2又は3の状態が改善して、医療区分1の状態になった場合は、その日から軽減せず本来の負担とする。医療区分1の状態が悪化して、医療区分2又は3の状態になった場合は、状態悪化前の当月における一の医療機関での入院日数を基準に、それよりも長い日数の間、その状態が継続する場合は、状態悪化前の入院日数を超えた日から軽減する。(編集部注)7月10日の都道府県説明会で担当官は、「例えば、当月に医療区分1で5日間経過後に重症化したとしたら、2・3になってから5日間は食住費を負担し、以後は負担が軽減されることになる」と説明。

4. 新たな高齢者医療制度の創設に伴う措置

新たな高齢者医療制度の創設と併せて、65歳以上70歳未満の者の食費及び居住費も同様の負担の見直しを行う。(08年4月~)

食費・居住費の日額の標準負担額

Table with 4 columns: Category, [現行], [改正後] ※, (参考) 介護保険. Rows include 現役並み所得者, 一般, 低所得者Ⅱ, 低所得者Ⅰ②, 低所得者Ⅰ①.

注1 医療保険の食費日額は06年改定の1食単位化前の負担額
注2 太字は1日の光熱水費相当額

注3 ()は入院4ヶ月目以降の負担額
※改正後の難病等患者の負担は現行の食材料費相当額

療養病床再編の転換支援策

1. 療養病床については、老健施設等への転換を進めるため、

①医療療養病床については、2008年度までは医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)の活用、08年度以降は医療保険財源による転換支援措置

②介護療養病床については、市町村交付金による支援を行なうとともに、介護保険において、2011年度までに必要な受け入れを図る。

2. 病床転換助成事業(医療保険財源を活用した整備費助成)

(1) 条件

○療養病床等の長期入院病床を老人保健施設又は居住系サービス施設に転換すること、

○改修、新築とも可。新築の場合、同じ保健福祉圏域内であれば、別の場所でも可。

※主として医療療養病床からの転換を想定するが、長期入院となっている

一般病床や精神病床からの転換も対象とする方向。

(2) 補助単価 (検討中)

(3) 病床転換数の見込み (~2012年度)

医療療養病床25万床 → 15万床

(4) 財源

○事業実施主体 都道府県

○費用負担割合 国:都道府県:被用者:国保保険者支援金 = 10:5:12

3. 手続き

○07年度以降、毎年度、各都道府県は、県内の医療療養病床を有する医療機関等から、病床

転換の意向聴取を行い、翌年度における予定転換数を把握する、

○厚生労働省は、各都道府県が把握した数字を集計し、政令で定めた給付費に対する上限比率の範囲内にあるかどうかを確認する、

○各都道府県は、厚生労働大臣と協議して、病床転換助成事業に要する費用の額を定める。

○厚生労働省は、費用額を社会保険診療報酬支払基金に伝え、基金において保険者からの病床転換支援金の徴収及び都道府県への交付を行う。

○病床転換助成事業については、医療費適正化計画期間1期(5年間)の終了ごとに、継続するかどうかを含めた内容の見直しを行う。

4. 事業規模

○年間最大400億円程度とする予定。(詳細は今後検討)

療養病床の再編に関する全体スケジュール

Timeline chart showing the schedule for nursing care beds from 2006 to 2014. It tracks the implementation of various measures like insurance transfer, medical facilities, and funding.

療養病床の転換にかかる第3期介護保険事業(支援)計画 Q&A

Q 第3期介護保険事業(支援)計画期間における療養病床から老人保健施設等の転換に伴う取り扱い

A 第3期介護保険事業(支援)計画期間(06年度~08年度)における施設の指定等は、各市町村(都道府県)が策定した介護保険事業(支援)計画で定められている必要利用定員総数の範囲内で行うことになる。

○なお、上記において第3期期間内に介護療養病床又は医療療養病床を老健施設へ転換することについては、老人保健施設の必要利用定員総数に空きがない場合でも、老健施設と介護療養病床の合計内に収まるときは転換は可能である。

これと同様に、

①第3期期間内に介護療養病床又は医療療養病床を特定施設へ転換することについては、特定施設(地域密着型を除く)の必要利用定員総数に空きがない場合でも、特定施設と介護療養病床の合計の範囲内に収まるときは転換は可能である。

②第3期期間内に介護療養病床又は医療療養病床を特養へ転換することについては、特別養護老人ホーム(地域密着型を除く)の必要利用定員総数に空きがない場合でも、特養と介護療養病床の合計内に収まるときは転換は可能である。

○さらに、第3期期間内における老健施設の新増設に当たって、医療療養からの転換による新増設を優先したり、老健施設入所に当たって、療養病床の廃止に伴い退院する者が円滑に転入所できるような工夫を検討している地方公共団体もあるので、参考とされたい。

後期高齢者医療制度の診療報酬体系

後期高齢者医療制度は、保険料徴収は市町村が行ない、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実施する。

06年9月には都道府県単位で後期高齢者医療広域連合の設立に向けた準備委員会を設置。07年1月に設立、夏には保険料設定の準備を開始し、同年11月に予定する広域連合協議会で保険料の条例を制定する。

後期高齢者医療制度の診療報酬体系は、06年秋に検討の場を設け、診療報酬体系の基本的な考え方を06年度中をめどにとりまとめた。

さらに、07年秋までをめどに後期高齢者の新たな診療報酬体系にかかわる基本方針を策定し、08年1、2月には個別点数について、中医協に諮問・答申が得て、08年4月に施行する。

なお、現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、2014年度までの間における65歳未満の退職者を対象として、現行退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。

Advertisement for EXECUTIVE PROTECTION featuring a testimonial from a former executive and contact information for the company.

支部通信

徳島学会は見どころいっぱい!
プログラムよし、徳島の名産名所よし

徳島学会



徳島県支部通信委員
支部理事 木下成三



ホテルクレメント徳島で第48回全日本
病院学会が開催されます。現在、徳島
県支部は、手束昭胤学会長、川島周実
行委員長を中心に、準備に追われてい
ます。

今回の学会テーマは「民間病院の明

日を拓く〜めざせ、平成のルネッサ
ンス〜」としました。診療報酬・介護報
酬の引き下げ、医療法改正による高齢
者患者負担の引き上げなど財政優先の
改革で、閉塞感ばかりが目立つ今の医
療です。

それに対し、希望を持って明日を拓
くために皆様のお知恵をお借りし、多
くの意見をいただき、民間病院ばかり
でなく国公立病院とも連携して皆で考
えられる学会にできればと思い、様々
な特別講演やシンポジウムを計画して

います。

また、急に決まった療養病床削減な
どもテーマに取り入れ、今後の民間病
院のあり方についてシンポジウムも行
う予定です。

秋の徳島は鳴門鯛や池田のマツタケな
ど山海の味覚が楽しみ、また、鳴門の
渦潮、阿波藍染め、遠くは祖谷のかず
ら橋など、見所も多くあります。

日頃のお忙しい体を癒すためにも是
非、徳島大会へご出席をお願いいたし
ます。

2006年11月3日(金)、4日(土)の2日間、

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2006年5月

- 8日 四病協/会計基準策定小委員会
- 10日 広報・HP作成WT合同委員会、HP作成WT、四病協/医業経営・税制委員会
- 12日 総務委員会、病院機能評価委員会、四病協/医療保険診療報酬・介護保険合同委員会、日病協/診療報酬実務者会議
- 17日 研究班会議、医療事務技能審査委員会
- 19日 病院のあり方委員会、医療の質向

- 上委員会、医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、四病協/8人委員会、同/診療報酬改定緊急アンケート報告書記者会見
- 20日 第1回理事会・第2回常任理事(委員長)、企画室委員会、人間ドック委員会、第5回事務長研修コース(~5日)
- 23日 HP作成WT
- 24日 四病協/総合部会、日医・四病協懇談会
- 26日 医療保険・診療報酬委員会、日病協/代表者会議

委員会報告 (抜粋)

2006年3月

- 病院機能評価委員会 (10日)
検討してきた「統编版評価項目Ver5.0」第1領域のまとめを行なった。まとめは3月常任理事会に報告した。
- 広報・HP作成WG合同委員会 (8日)
ホームページ見直しについて検討。具体的な作業を進めるWTの発足を決めた。
- 医療従事者委員会 (10日)
ブレ調査結果を受けて給与アンケートの調査票を検討。6月実施を決めた。メーリングリスト登録済会員約1,100病院を対象に行なうという提案があり、協力確認が得られた会員に実施することを決めた。

- 病院のあり方委員会 (22日)
06年版の作成に向けた検討内容と作業スケジュールを確認。会員病院に対する終末期医療に関するアンケート案を議論した。
- 救急・防災委員会 (22日)
総務省「救急搬送業務における民間活用に関する検討会報告書」について報告があった。委員から、広島市の救急搬送体制について報告がなされた。
- 人間ドック委員会 (22日)
05年12月に実施した「04年度疾病調査」の結果が報告。1泊人間ドックの契約締結に伴い、より細密なデータを得るべく、6月頃に実施予定の人間ドック実施指定病院対象調査の内容を見直すことを決めた。
- 医療保険・診療報酬委員会 (28日)
5月に実施する病院経営調査について検討。設問にDPC支払いの有無を追加することにした。4月に実施した四病協「06年4月改定緊急アンケート」の中間集計が報告された。

2006年4月

- 広報・HP作成WG合同委員会 (5日)
以下のホームページ作成WT報告を了承した。①10月をめどにトップページ等の全面的リニューアルを行なう、②当面の改善として、トップページとサブページの整理を行なう。
- 医療の質向上(DRG-TQM)委員会 (13日)
岡山大学医学部・歯学部附属病院太田吉夫医療情報部長が手術室(麻酔管理)の質保証について講演。診療アウトカム評価事業は、今年度から都病協所属病院を全日病に移行し、全日病が全面的に運営することが報告された。
- 企画室・学術合同委員会 (22日)
第49回全日病学会を秋田県支部担当で秋田県で開催することを決定。日程は07年9月22日、23日。第48回徳島大会の学会事務局の要請で、開設者・管理者以外の参加費変更を決めた。

- 研究班会議(病院情報システム基本要件POA会議) (17日)
経産省の委託事業が終了したeラーニングの今後の活動を検討。全日病独自に取り組むことを確認した。Webex(電話会議)について、導入可否と対象委員会を検討することを確認した。
- 医療の質向上(DRG-TQM)委員会 (19日)

2006年5月

- 研究班会議(病院情報システム基本要件POA会議) (17日)
- 医療の質向上(DRG-TQM)委員会 (19日)

四病院団体協議会 会議報告 (抜粋)

2006年3月

- 医療保険・診療報酬委員会 (3日)
[担当団体] 全日病
[当協会出席者] 西澤副会長、猪口常任理事(委員長)、鉦之原理事
療養病床再編に関する意見表明について自由討論を行なった。今回改定が病院経営に及ぼす影響を調査するという提案があり、承認された。
- 8人委員会 (17日)
[担当団体] 日病
[当協会出席者] 西澤副会長(委員長)、猪口常任理事

全日病猪口委員が、月平均夜勤72時間規定など入院基本料等施設基準の会員病院届出に関する調査を提案、総合部会に諮ることを了承した。

- 総合部会 (22日)
[当番団体] 日病
[当協会出席者] 佐々会長、西澤副会長
前回総合部会で8人委員会から提案された①総合部会のあり方、②8人委員会のあり方、③四病協と日病協とのあり方について一括協議。次回総合部会で再度の議論を確認した。

日精協が療養病床再編について行動を起こすべきと提議。緊急提言を発する方向で各団体とも賛同、医療保険・診療報酬委員会で取りまとめ、3月中に発表することを確認した。

- 医療法人会計基準検討委員会 (30日)
[当番団体] 医法協
[当協会出席者] 西澤副会長
医法協豊田会長を委員長に選出、医療法人単位の会計基準案を作成する本委員会の目的を確認。本委員会に会計基準策定小委員会を設け、基準案を検討することを決めた。

2006年4月

- 医療保険・診療報酬委員会 (7日)
[担当団体] 全日病
[当協会出席者] 西澤副会長、猪口常任理事(委員長)、鉦之原理事
06年度診療報酬改定への緊急要望を日病を除く3団体で出すに至った経緯の報

国立保健医療科学院長谷川敏彦政策科学部長が病院顧客満足度調査の前年度結果を報告。今年度も会員病院に調査協力の要請があり、これを了承した。

告があった。4月届出状況の緊急調査を実施すべきとして調査案を各団体へ送付、了承を得ることを決めた。

06年度改定影響調査については、各団体の経営調査等の結果を踏まえて検討することを確認。療養病床再編の今後議論への対応について、次回、介護保険小委員会との合同委員会で検討を行なうことを決めた。

- 8人委員会 (21日)
[当番団体] 日病
[当協会出席者] 西澤副会長(委員長)、猪口常任理事

8人委員会のあり方を討議。四病協と日病協との関係、四病協のあり方にまで議論が及び、四病協が果たしてきた実績と役割、期待される機能を明確にする中で8人委員会の位置づけが検討されるべきという方向で概ね議論が集約。


併せて、総合部会も報告中心から討論の場への変革がなされるべきという意見も示された。これら重要問題を討議するために四団体の会長会議を望む意見も出た。8人委員会のあり方議論は、委員が役員を兼ねている「研修・認定センター」のあり方にも及んだ。

日医・四病協懇談会運営の現状について議論。活性化するために総合部会での検討および日医新会長と四病院団体各会長による協議を求める提案が出席者からあった。

2006年5月

- 医療保険・診療報酬・介護保険合同委員会 (12日)
[担当団体] 全日病
[当協会出席者] 西澤副会長、猪口常任理事(委員長)、鉦之原理事
06年度改定緊急アンケート結果の報告案について検討。各団体に修正した報告書案を送付して確認を得ることを決めた。7月適用の「医療療養病床診療報酬」で緊急要望を出すという提案がなされ、早急にたたき台を作成、各団体会長の了解を得て厚労省・関係議員に提出することを決めた。

- 企画室委員会 (20日)
3月以降、会員の減少が目立っている件で対応策を検討。全会員対象に満足度調査を実行することなどを確認した。



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

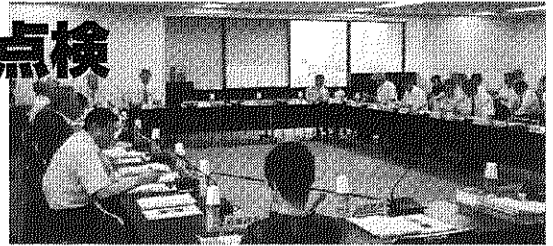
- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設内包括機械保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - 現金運送・盗難保険
 - 医療廃棄物排出者責任保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

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

08年度の重要計画前に、医療提供体制をさらに点検

医療施設体系あり方検討会 地域医療を担う医療施設体系で、第6次医療法改正へ議論を開始



厚生労働省は「医療施設体系のあり方に関する検討会」を設置、7月12日に第1回目を開催した。

四病協からは、当協会西澤副会長と日精協山崎副会長が委員に就任した。

同検討会は、第5次医療法改正で積み残しとなった諸問題を取り扱い、次期改正に向けた議論を進める。

7月10日の医療改革関連法に関する都道府県説明会で、医政局原総務課長は、同検討会の役割を「第6次医療法改正の端緒となる」と定義してみせた。ただし、この検討会は医政局長検討機関という位置づけ。非常設とはいえ、社保審・医療部会との関係に曖昧さを残

すものとなった。

事務局(医政局総務課)は、昨年12月8日に医療部会がまとめた「医療提供体制に関する意見」で、①地域医療支援病院制度全般、②特定機能病院制度のあり方、③病院外來の医師数配置標準規定の3点が検討課題とされてきたことを指摘。

その上で、「病院にとどまらず、診療所も含め、地域医療を担う医療施設体系の今後のあり方に関わる論点を幅広く議論する」として、④かかりつけ医の役割や機能のあり方、⑤連携構築の中で救急医療等確保事業に必要な医師の確保方策を、追加課題として提示した。各委員が提起したテーマは多岐にわ

た。とくに、かかりつけ医(定義と専門医制度の導入)、病院の外來部門(高い経営依存度と患者集中の是正)、特定機能病院(現状機能のトータルな点検)、地域医療支援病院(一般病院との機能の違い)、地域連携(コンサルテーション機能の開発、連携率やアウトカム評価の導入、パス開発のインセンティブ)に関心が向けられた。

その中には、療養病床削減で後方支援体制が崩壊する可能性に強い危惧を表わした急性期関係者の声もあった。

西澤副会長は、地域医療支援病院の医療が一般病院と大差がない現状にあることを例にあげ、個別細部を独立に

取り上げるのではなく、地域医療の全体に機能を位置づけるという視点から現状を見直す議論を行なうべきであると指摘した。

検討会は年内に3回ほど開催を予定している。

厚労省は、テーマの多くが診療報酬とも関係していることから、「次期改定前の2007年夏には中間とりまとめがあり得る」(原総務課長)と意見集約の時期を提起。地域連携基盤整備のための改正を、08年度から始まる医療費適正化計画、新医療計画、地域ケア整備計画等と連動させて進める考えを示唆した。

終末期で調査。「安楽死」等ルール認識を探る 病院職員・患者に聞き取り。「あり方報告06年版」で見解

終末期医療に関するアンケート調査を行なうことが、6月24日の常任理事会で決まった。

調査対象には、病院職員と外来患者も含まれる。終末期をテーマとした調査は当協会として初の試みであり、監事を含む理事以上の59病院に限定した調査となる。

実施主体は病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)。すでに、7月10日に調査票の発送を終えており、月内に回収、8月末までに集計を行なう予定だ。

調査項目は、対象病院における緩和ケアの取り組み、在宅看取りの実施、患者のリビング・ウィル受け入れ、終末期医療の定期的な検討に関する状況を把握するとともに、病院職員と外来

患者の両方を対象に、「安楽死」やリビング・ウィルに対する意識とともに、そのルールをめぐる認識状況を探るといった内容になっている。

病院職員と患者については、病院ごとに各10名を予定している。

病院のあり方委員会では、この10月に発表する「病院のあり方報告書2006年版」に「終末期医療」の項目を盛り込み、全日病としての見解をまとめる方針。

6月14日に開催された「尊厳死法制化を考える議員連盟総会」には病院団体として出席を求められ、同委員会委員の木村常任理事が、「当協会としてガイドライン作成を予定しており、法制化には反対である」旨の意見を、既に表明している。

赤穂中央病院で全日病総合防災訓練

2006年度の全日病総合防災訓練が6月26日、兵庫県赤穂市の赤穂中央病院で、同市消防署、警察署、市民病院等の協力を得て行なわれた。救急・防災委員会からは石原委員長と西委員が参加した。

マグニチュード7の地震による病棟一部損壊と全館停電による自家発電供給の下、自治体からの要請で50名以上



の傷病者を受け入れるという想定で、主にトリアージ訓練が行なわれた。

医療系専門学校生50名が傷病者役で参加、臨場感あふれる訓練となった。

療養病棟新診療報酬説明会を大阪で開催

当協会は、7月1日適用となった療養病棟新診療報酬に関する説明会を7月に大阪市内で開催、関西の会員病院を中心に350名が参加した。

東京都内で6月22日に開催した説明

会への参加要望が強く、急遽、関西地区での開催を追加したもの。

厚生労働省からは保険局医療課の真鍋課長補佐が来阪、講師を務めた。

第1回理事会・第2回常任理事会の詳細 5月20日

■主な協議事項

●2005年度事業報告案・決算案

2005年度事業報告案および決算案がともに承認された。

●2006年度事業計画及び予算の補正

医療機関トップマネジメント研修事業の06年度催行企画がまとまり、その実施およびそれに伴う予算措置が承認された。

●人間ドック施設指定に関する内規・付則の改正

日帰り・1泊各人間ドック施設指定に関する内規・付則改正案が承認を得た。

●顧問の委嘱等

唐澤祥人日本医師会会長、鴨下一郎衆議院議員(自民党)、清水鴻一郎衆議院議員(自民党)に対する当協会顧問委嘱が承認された。

●当協会個人情報保護指針の改正

「全日本病院協会における個人情報保護指針」の一部改正が承認を得た。

●2006年度病院経営調査

5月を対象に会員500病院に実施される2006年度病院経営調査が承認を得た。

●新会員の入会(敬称略・順不同)

以下の入会が認められた。

○山形県山形市 医療法人篠田好生会篠田総合病院 理事長 篠田昭男

○神奈川県横浜市 医療法人社団成仁会長田病院 理事長 松井住仁

○神奈川県横浜市 横浜相原病院 院長 吉田勝昭

○長野県東筑摩郡 波田総合病院 事業管理者 高坂雄平

○滋賀県彦根市 医療法人社団同仁会彦根中央病院 理事長 吉田恭一

○兵庫県姫路市 医療法人社団普門会遠藤病院 理事長 田中和具

○鹿児島県鹿児島市 医療法人玉昌会高田病院 院長 萩原隆二

この結果、会員数は2,140病院となった。

●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)】

○北海道 医療法人社団北海道恵愛会 札

■主な報告事項

○宮城県 医療法人社団康陽会 中嶋病院

○埼玉県 医療法人社団 堀ノ内病院

○東京都 医療法人社団医善会 いずみ記念病院

○兵庫県 医療法人社団吉徳会 あさざり病院

○徳島県 医療法人弘誠会 浦田病院

この結果、指定数は466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)】

○北海道 医療法人社団北海道恵愛会 札幌南一条病院

○宮城県 医療法人社団康陽会 中嶋病院

○福井県 医療法人至要会 広瀬病院

○兵庫県 医療法人社団吉徳会 あさざり病院

○広島県 特定医療法人里仁会 興生総合病院

この結果、指定数は14施設となった。

は52病院(Ver4.0・Ver5.0=新規34・更新18)であった。そのうち、会員病院は次の7病院(新規4、更新3)。

○新規(Ver4.0)

【一般病院】

○大阪府大阪市 関西電力病院

【複合病院】

○埼玉県蓮田市 医療法人顕正会 蓮田病院

○神奈川県厚木市 医療法人社団福寿会 厚木北部病院

○熊本県熊本市 医療法人室原会 菊南病院

○更新(Ver5.0)

【一般病院】

○東京都杉並区 医療法人財団 荻窪病院

【療養病院】

○山口県下関市 医療法人愛の会 光風園病院

【複合病院】

○富山県富山市 医療法人社団藤聖会 八尾総合病院

認定証発行は2,030病院(Ver3.1 651、Ver4.0・5.0 1,379=更新430を含む)。

そのうち当協会会員は631病院を数える。

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)

●ご加入のお申込み、お問合せは… **(株)全日病福祉センター** TEL 3222-5327 FAX 3222-0588