



全日病 ニュース12/1

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.653 2006/12/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「7対1」届出に付帯要件を設けるべき



中医協総会 議論継続を確認。対応策検討が俎上にのぼる可能性も

11月29日の中医協総会は「7対1」看護新設の問題を取り上げた。診療側委員は、もっぱら収入増を目的とした看護師獲得競争の激化を回避するために、「7対1」届出に何らかの要件を付加すべしという意見を積極的に主張した。

これに対して支払側からは「実態がよく把握できていない」など、地域医療に深刻な影響を与えつつある状況に対する認識不足をうかがわせる発言が出る一方、「配置引き上げの過渡期をどう乗り切るかが問題」と、影響を認める見解も示された。

中医協土田会長は「7対1」看護の問題を今後も取り上げる意向を表明した。今後の展開によっては、何らかの対応策検討が俎上にのぼる可能性がある。

年度の募集数変化をみると、国立病院機構118%、国立大学法人220%、日本赤十字社155%と、それぞれ募集数を大幅に増やしていた。国立大学法人は、一挙に25%も看護師が増員されることになる。

事務局の計算によると、診療報酬上は、10対1を7対1に引き上げると、増員分の看護職員あたりの年間経費が482万円以内であれば増益となる(500床規模病院の場合)。(2面に続く)

●「7対1入院基本料」の届出状況 ※全区分から一般病棟・特定機能病院(一般病棟)・専門病院入院基本料を抜粋

入院基本料の区分(抜粋)	届出総数(5月1日現在)		「7対1入院基本料」の届出数				7対1届出病床が占める割合(5月1日現在の当該病床に対する割合)	
	医療機関数	病床数	5月1日現在		10月1日現在		5月1日現在	10月1日現在
			医療機関数	病床数	医療機関数	病床数		
一般病棟	5,732	723,484	280	44,831	544	103,836	6.2%	14.4%
特定機能病院(一般病棟)	78	61,068	11	9,382	17	15,257	15.4%	28.2%
専門病院	16	5,593	4	1,196	3	1,100	21.4%	19.7%
合計(全区分の合計)	-	803,530	-	55,536	-	120,489	6.9%	15.0%

診療側の日医推薦委員が「7対1入院基本料」の届出状況と大病院における看護師募集状況に関する資料提示を求めたことが、議論の契機となった。

事務局(厚労省保険局医療課)資料によると、10月1日現在の「7対1入院基本料」届出医療機関は一般病棟が544。その病床数は10万3,836床(一般病棟の14.4%)にものぼる。

5月1日現在は280医療機関・4万4,831床(同6.2%)であったから、5ヶ月で、医療機関数は1.94倍、病床数は2.32倍に急増したことになる。

一方、公的病院について06年度と07

後期高齢者医療のあり方特別部会

地域包括ケアにDPC型「新高齢者病床」を提起

11月20日に開かれた社会保障審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」は在宅養育支援診療所を届け出ている診療所ほかから、実践事例にもとづいた意見を聞いた。

公立みつぎ総合病院の事業管理者を務める山口昇氏は、自院が構築しつつある保健、医療、福祉(介護)さらには生活の連携・統合をめざす活動を紹介しながら、在宅ケアと施設ケアの両面か

ら予防と総合医療を提供する地域完結の包括的ケアシステムを構築する必要があると提起。

それを支える診療ネットワークの軸として、医療・介護・リハを一体に提供する「新高齢者病床(仮称)」を整えるべきであるとし、医療療養病床のあり方について踏み込んだ案を示した。

山口氏は、「新高齢者病床」の病床数は、医療計画単独ではなく、新たに策

定する「保健・医療・介護・福祉計画」の中で規定すること、報酬は包括制を前提とし、原疾患・状態像と医療・ADL各必要度に応じて類型化した「慢性期のDPC」とすること、一定の日数制限を伴うことなどを提案。

全国国民健康保険診療施設協議会(国診協)常任顧問という立場から、国診協の病院・診療所を「新高齢者病床」の候補医療機関にあげた。

次回実調にDPC病院全数調査の提案

中医協・調査実施小委 支払側が診療所の職種別給与把握を要求

中医協の調査実施小委員会が11月22日に開かれ、2008年度改定審議に供する医療経済実態調査の実施に向けた検討作業を開始した。

16回目となる実調は前回と同月の07年6月を対象に行ない、スケジュールも前回実績を踏まえた上で、調査結果の速報を07年10月末と、前回よりもさらに1、2週ほど繰り上げて報告する予定で臨むことを確認した。

標本数は前回とおり、病院は1/5抽出とし、特定機能病院については全数を

対象とする。

標本数に関連して、公益側の遠藤委員(学習院大学教授)はDPCを実施している病院は全数を調査すべきではないかと提案した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、「(DPC主力の)大学病院は特定機能病院として把握できる。それ以外のDPC実施病院については、DPC分科会のコスト調査とのすり合わせの上考えたい」と答えた。

また、事務局は、回収数を上げる見

地などから、これまで実施してきた「B集計」を、今回から取りやめることを提案した。

「B集計」は介護保険事業収入のある医療機関とない医療機関とで、医療保険について集計する方法をいう。

介護保険事業収入のある医療機関にとっては、支出面で介護保険適用病棟等との按分を強いられるために、回答作業に負担がかかるということが理由。

介護療養型廃止を先取りした作業合

理化となる。

また、事務局は、調査項目に今改定で見直された一般病棟入院基本料区分を加える方針を示した。7対1、13対1などの入院基本料の違いが、病院収支にどう影響を与えたかを把握することが可能となる。

また、小児医療についても、「子ども病院」など小児専門医療機関を対象に別集計を試みる方針だ。

支払側委員は、診療所における医療従事者の報酬内訳が分かるよう、調査項目に工夫を凝らすよう求めた。これまでは給与総額は把握できているが、職種別にはなっていない。

石原調査課長は検討を約束させられた。

医療法人制度改革の詳細は年明け

全国医政関係 主管課長会議 その他医療法改正施行の方針は年内にパブコメ

厚生労働省は11月21日に全国医政関係主管課長会議を開き、第5次医療法改正施行の方針を、「医療提供体制の確保に関する基本方針(仮称)案」の「概要版」というかたちで発表した。

「概要版」には新しい医療計画制度を中心に、概ね、これまで各種会議や検討会で語られてきた制度改革の主旨が記されている。

ダイジェスト版となったのは作業が遅れているため。医政局指導課は、年内には「基本方針案」を正式にまとめ、パブリックコメントにかけるとしている。1月末から2月初をめぐって大臣告示

として公示する予定だ。

この「基本方針案」には医療法人制度改革施行にかかわる方針が記されていない。やはり、作業の遅れによるものだが、指導課は、「医療法人制度改革施行の詳細は、政省令案として、1月にパブコメにかけると説明している。

主管課長会議では、現在、各都道府県から回収を進めている医療機能調査の都道府県に対する結果報告が1月末から2月初になる予定であることが明らかにされた。

ただし、それよりも早く、1月をめぐって、医療連携体制を構築する上で必要

な主要事業ごとに定める数値目標の基礎となるデータ(各指標の全国平均値等)を公表する予定だ。

これを受けて各都道府県は、医療連携体制を構築する医療関係者等による圏域ごとの協議会を立ち上げることになる。

厚生労働省は、主管課長会議で配布した「Q&A」で、2008年4月に施行される新医療計画において、基準病床数制度は2次医療圏ごとに作成されるものの、08年度から一斉に新算定式に切り替える必要はないこと、また、医療計画そのものは必ずしも2次医療圏ごとに策

定するものでもないことを明らかにした。

したがって、「2次医療圏ごとに地域保健医療計画の作成を定めていた平成2年11月30日付の健康政策局計画課長通知は今後廃止する予定」だ。

また、厚生労働省は、新医療計画に記載が求められる医療連携体制の構築を促す推進事業に対する取り組みの現況を示す資料として、各都道府県における医療連携体制推進事業の実施計画提出状況を公表した。

それによると、11月14日現在、21都道府県で合計61の計画が組まれている。別途、5府県が07年度に新たな計画を作成する予定であり、残りの21府県が、未だに白紙の状態にある。(3面にQ&Aを掲載)

プライマリーケア専門医、専門医認定更新制の提起も

医療施設体系のあり方検討会 特定機能病院の議論は低調。厚労省は「業務報告」を提示

11月20日の医療施設体系のあり方に関する検討会は、前回9月20日に地域医療支援病院を中心に議論したのを受けて新たに特定機能病院のあり方を取り上げ、さらに、専門医のテーマに移った。特定機能病院に関しては、すでに初回7月12日の議論で、その外來のあり方を見直すべきという提起がなされている。同日の議論では、「特定機能病院と大学医学部附属病院の相違とはなにか。また、その違いが地域にどう影響を与えるのか」というそもそも論が提起された。しかし、「医療法上は特定機能病院

という名称を使用することができる」という以上の意味はない」と禪問答のような説明を行なう事務局(厚労省医政局総務課)を前に、踏み込んだ議論にはいたらずに終わった。また、新医療計画でうたわれている「医療連携体制を支える高度な医療機能を有する病院」と特定機能病院との関係をたずねる意見も出たが、事務局は説明を回避。議論は、それ以上の深化をみせることもなく、散発的な意見表明に終始した。この日の検討会に、事務局は、特定機能病院の2005年度業務報告の一端を

紹介した。それによると、高度先進医療(医科)の承認技術が1つもない施設が1つあり、07年6月をめぐりに基準(1件)に適合するという経過措置が適用されている。また、論文発表件数が基準(年間100件以上)に満たないところが19施設、専門的な研修を受ける医師の数が基準(30人以上)に満たないところが9施設あり、それぞれ、同様の経過措置が適用されていることが判明した。専門医をめぐる議論で、一部の委員は専門医・認定医の必要性に強い疑問を投げかけた。専門医制度が既得権と

なって、「参入障壁」となることを懸念する意見も出た。その一方、専門医の必要性を認める見解も多く示され、認定更新など、制度の深化を図っていく必要を訴えた。診療報酬上の評価を求める声もあがった。その中で内田委員(日医常任理事)は、学会認定医と同時にプライマリーケアの専門医についても議論されるべきと提起。専門医に対する診療報酬上の評価については、「医療に差別・区別をもちこむことになる」と反対した。専門医のあり方をめぐって、検討会は意見が錯綜する様相をていつた。

7月の高齢者入院、民間病院は前年比-1.2%

06年4~7月 医療費の動向 民間病院にマイナス改定の影響顕著。大学病院は医療費増加

厚労省が11月22日の中医協総会に報告した2006年4~7月の「医療費の動向」によると、4~6月に0.2%の伸びで推移した医療費(医科入院)は、7月に-0.2%と対前年同期の水準を割り込み、4~6月の伸率からも0.4ポイント落ち込んだ。4~7月を通して0.1%の伸びにとどまり、例年2~3%ある自然増に匹敵する医療費が削減されたことが分かった。療養病床改定の影響から、高齢者の医療費(同)の伸びも、7月は0.9%と4~6月の伸率から1.0ポイントも落ち込んだ。1日当たり医療費(単価)は-0.5%とマイナスを記録した。入院を開設主体別にみると、民間病院の1日当たり医療費の伸率低迷が著

■入院医療費の伸び率(医科病院) 単位 %

		04年度対前年同期比		05年度対前年同期比		06年対前年同期比	
		4~6月	7月	4~6月	7月	4~6月	7月
大学病院	1日当医療費	1.7	2.9	2.1	3.1		
	受診延日数	▲0.3	▲1.4	▲0.6	0.2		
	医療費	1.3	1.4	1.5	3.3		
公的病院	1日当医療費	1.2	2.9	1.5	1.8		
	受診延日数	▲1.4	▲1.9	▲3.4	▲3.4		
	医療費	▲0.2	1.0	▲1.9	▲1.6		
民間病院	1日当医療費	1.8	2.4	0.8	▲0.2		
	受診延日数	0.5	0.9	0.6	0.3		
	医療費	2.4	3.4	1.4	0.2		

しい。7月には、大学病院3.1%、公的病院1.8%に対して、-0.2%と唯一のマイナスに転じた。これは高齢者も同様で、7月の1日当たり医療費は、大学病院2.0%、公的病

院1.2%に対して、民間病院は-1.2%と独り前年水準を割り込んだ。一方、入院外については、大学病院を除く公的病院、民間病院とも受診延日数の伸率マイナスが大きく、06年の医療費は月を追ってマイナス幅を

■入院外医療費の伸び率 単位 %

		04年度対前年同期比		05年度対前年同期比		06年対前年同期比	
		4~6月	7月	4~6月	7月	4~6月	7月
病院	1日当医療費	2.1	5.3	2.3	2.4		
	受診延日数	▲3.0	▲3.0	▲3.8	▲3.6		
	医療費	▲0.9	2.1	▲1.6	▲1.3		
診療所	1日当医療費	1.5	2.4	▲0.1	0.3		
	受診延日数	1.3	0.3	▲0.0	0.2		
	医療費	2.8	2.7	▲0.2	0.5		

増の水準以上に伸ばしている。(1面より続く)

訪問介護、グループホームは50%以上が企業経営

05年介護サービス施設・事業所調査 需要増著しい分野で社福が減少。企業立事業所がシェアを拡大

このほど厚労省が発表した「2005年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」によると、居宅サービス事業所に占める企業経営の事業所数割合が、訪問介護と認知症対応型共同生活介護で、初めて50%を超えた。居宅サービス事業所を開設主体別にみると、訪問介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援で「営利法人(会社)」がもっとも多くを占めている。訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護は社会福祉法人が、訪問看護ステーション、通所リハ、

短期入所療養介護は医療法人がそれぞれもっとも多い。事業所数と利用者数の増加が著しい

分野で社会福祉法人の割合が減少し、「営利法人(会社)」のシェアが拡大している。

■居宅サービス事業所の開設主体別構成(抜粋) ※NPO等の各種開設主体より下記3法人を抜粋

	事業所数		利用者数		社会福祉法人(%)		医療法人(%)		営利法人(%)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
訪問介護	17,274	20,618	972,266	1,090,112	30.8	26.5	8.5	7.7	48.2	53.9
訪問入浴介護	2,406	2,402	67,208	67,288	62.0	58.4	2.8	2.6	30.5	34.8
訪問看護ステーション	5,224	5,309	274,567	279,914	9.8	9.5	48.0	46.4	13.0	15.3
通所介護	14,725	17,652	995,903	1,097,273	55.1	49.3	8.3	8.6	25.3	31.4
通所リハビリテーション	5,869	6,093	439,754	461,687	8.8	8.8	74.2	74.8	0.1	0.1
介護老人保健施設	3,049	3,185	258,235	270,436	15.9	15.8	73.3	73.7	-	-
医療施設	2,820	2,908	181,519	191,251	1.0	1.1	75.1	76.1	0.2	0.2
短期入所生活介護	5,657	6,216	192,781	210,688	90.6	88.7	1.6	2.2	1.7	3.7
短期入所療養介護	5,821	5,513	60,277	60,633	8.9	9.5	75.0	75.3	0.1	0.1
介護老人保健施設	3,102	3,220	53,371	54,118	15.8	15.5	73.5	74.0	-	-
医療施設	2,719	2,293	6,906	6,515	1.0	1.1	76.7	77.2	0.2	0.2
認知症対応型共同生活介護	5,449	7,084	70,161	94,907	24.5	23.2	20.6	19.4	47.3	50.5
特定施設入所者生活介護	904	1,375	33,921	49,927	17.5	15.6	0.8	0.7	76.1	79.5
福祉用具貸与	5,391	6,317	739,212	965,245	4.7	3.8	2.7	2.3	87.1	88.6
居宅介護支援	24,331	27,304	2,083,382	2,264,525	33.1	30.7	22.4	21.7	29.1	33.5


国保の8月診療分レセプト 医療区分1は45%を切る

11月29日の中医協総会に事務局は、7、8月各診療分レセプト(国保)における、療養病床の医療区分分布結果を報告した。区分1は7月の47.0%から8月の44.9%へと減少。一方、同2は38.9%から39.4%、3は14.1%から15.8%へと、それぞれ微増した。中医協土田会長は、今後も療養病床の問題を取り上げる考えを示した。

安心・安全・安定

病院厚生年金基金が力強くサポートします。

厚生年金基金は、税制上最もすぐれた企業年金制度であり、基金加入により従業員の将来への不安解消に役立ちます。



●短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。

●労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。

●基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の充実が図れます。

●事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。

●基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。

●基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道 ☎011-261-3172	兵庫 県 ☎078-230-3838
秋田 県 ☎018-824-5761	奈良 県 ☎0742-35-6777
山形 県 ☎023-634-8550	和歌山 県 ☎073-433-5730
福島 県 ☎024-522-1062	鳥取 県 ☎0857-29-6266
茨城 県 ☎029-227-8010	島根 県 ☎0852-21-6003
栃木 県 ☎028-610-7878	岡山 県 ☎086-223-5945
群馬 県 ☎027-232-7730	広島 県 ☎082-211-0575
埼玉 県 ☎048-833-5573	山口 県 ☎083-972-3656
千葉 県 ☎043-242-7492	徳島 県 ☎088-622-1602
東京都 ☎03-3833-7451	香川 県 ☎087-837-0311
神奈川 県 ☎045-222-0450	愛媛 県 ☎089-921-1088
新潟 県 ☎025-222-3327	福岡 県 ☎092-524-9160
富山 県 ☎076-429-7796	長崎 県 ☎095-843-3737
石川 県 ☎076-262-5261	熊本 県 ☎096-381-3111
長野 県 ☎0263-36-4834	大分 県 ☎097-532-5692
静岡 県 ☎054-253-2831	宮崎 県 ☎0985-26-6880
滋賀 県 ☎077-527-4900	鹿児島 県 ☎099-227-2288
京都 府 ☎075-255-1312	沖縄 県 ☎098-869-3521
大阪 府 ☎06-6776-1600	

急性期入院医療の主体となるDPC。結集が急務!

満3年を迎えるDPC病院協議会 データ還元と政策提言に実績。活動原資の確保が最大の課題

DPC病院協議会 副会長
医療法人伯鳳会赤穂中央病院理事長 古城資久



▲DPC病院協議会で挨拶する古城氏(06年3月3日)

2004年2月に発足したDPC病院協議会であるが、2年半の活動、現在の状況、今後の方向性について報告する。

この9月22日に国際医療福祉大学大学院東京キャンパスで第6回病院協議会を開催した。

「DPCの現状と今後について」と題した厚生労働省保険局医療課福田祐典企画官による講演の後、政策提言部会とデータ解析部会の報告があり、質疑応答を経て05年度の事業報告が行われ、了承された。

さらに、事務局から07年度の活動方針案が提案された。

協議会はこの3年間、運営費の大半を厚生労働省科学研究費からの補助金に依拠しつつデータ解析を行い、この資料を中心に、会員病院へのフィードバックや政策提言を行ってきた。しかし、補助金は07年度からなくなることになった。

このため、現在のありのまま協議会を存続させるために、会費を上げるという案のほか、NPO法人の認可を得て、講演会、研修会など独自の収益活動を行なう事が提案された。

さらに、日本病院団体協議会加盟に向けた活動についても議論された。

現在、この組織改革に関しては会員

病院のアンケート調査が行なわれており、その集計を待ち、来年3月開催予定の総会で取りまとめる予定である。

協議会創立時は、①DPCという新しい

制度に対する現場としての対応、②ベンチマーキングによる会員病院の医療機能の向上、③資料に基づく政策提言、を目的に設立されたが、現在、DPCが安定的に運営され始めたことで①の目的はほぼ達成され、②③を中心に活動を行なっている。

昨年9月には、厚労省に以下の提言を行なった。

(1)ベンチマーキング資料にもとづくエダラポン、リツキサンの使用が現行条件(当時)では困難であるため、適正な評価を与えること

(2)医療機関別調整係数の廃止とそのスケジュールを明確化すること

(3)新規DPC調査協力病院(当時)の募集告知を十分に行なうこと

(4)新規調査協力病院の採否基準を透明化すること

(5)厚労省が発表した「DPC病院の目指すべき条件」の一部要件(ICUの開設、救急救命センターの開設、麻酔医、病理医、放射線科医の常勤)に、中小病院や専門病院には不要と思われるものがあるため、必須事項ではない事を確認することである。

(1)に関しては既に多方面より声が上がっていたが、その後のエダラポン、リツキサンの出来高変更、06年度よりのDPC

疾患群分類の変更へと成果を挙げた。

(2)に関しても同様の意見があったが、08年に医療機関別調整係数を廃止するという方向性が導き出され、一定の成果があった。

(3)(4)(5)は、我々独自の提言といえる。(3)(4)については06年度の調査協力病院(DPC準備病院)の新規募集状況に表れたように、十分な成果を上げ得た。

(5)に関してはまだ議論が充分に行われていないが、今後のDPCに1つの見解を示したものと考えており、政策への反映を期待している。

現在、急性期医療の質の向上を図るために、さらに医療費への配慮もあり、急性期医療の集約化と効率化が進められている。DPC対象病院と準備病院をあわせると既に360病院を数えており、総病床数は30万床前後に達するものと思われる。

最近では、DPC実施病院が急性期医療の中心を担うとの意見が多く聞かれる。しかし、医療には地域性があり、必ずしもDPCの要件を満たしてはいないが地域にとって必要不可欠な急性期医療を行なっている中小病院が、官民を問わずある。

また、専門病院にはその診療科、その疾患においては質、量ともにDPC病院を含む近隣の総合病院を圧倒する実力を有し、多くの患者から支持されている病院もある。

これらの諸問題を現場の視点で考え、皮膚感覚と共に政策提言できるのが、DPC病院協議会の特徴である。

今、DPCの普及に伴って、2つの新しい問題が起こりつつある。

1つは医療機関別調整係数を廃止した後、経済的に大きな混乱なく、また、公平性を担保して急性期医療を継続するために、如何なる方策を採るべきかという問題である。

現在、調整係数は医療機関別調整係数と機能係数の和から作られているが、機能係数を医療原価を勘案した適正な評価に切り替え、正しい経済的評価を与えることが必要であるという議論が始まっている。

2つ目は、DPCを将来的にDRG/PPSに移行させるべきか否かの問題である。

DPCはDRG/PPSに比較すれば包括医療制度としてはより穏やかな制度であり、患者と医療現場には痛みの少ないソフト・ランディングの手法である。しかし、急性期医療の効率化を進める視点では効果が不十分という意見がある。

その最大の原因は、平均在院日数短縮化へのインセンティブが不足しているためとの意見が増えてきた。DPC制度に平均在院日数短縮を評価する係数を付加することによってその解決を図ることができないか、協議会内でも議論がある。

今後の急性期医療提供体制のあり方について、現場の目線で議論し、現実に即した解決法を提言し、国民に必要な急性期医療を提供するための活動が望まれている。新たな政策提言を行い、その提言に一定の力を持たせるためには急性期病院の結集が必要である。

DPC対象病院、同準備病院、さらに、DPCに参加を予定している病院のDPC病院協議会への幅広い参加をお願いしたい。

医療計画は2次圏毎である必要はない

基準病床数新算定式で08年度一斉実施の必要性を否定

「最近よくある質疑応答」(概要) 11月21日 全国医政関係主管課長会議 *1面記事を参照

Q1 従来の医療計画の見直し時期が平成21年度以降であっても、基準病床数も含めた医療計画として平成20年4月に見直す必要があるのか。

A 新たな医療計画における医療連携体制に関する事項は、本年2月22日付「モデル医療計画及び医療計画作成ガイドライン」の通知で、平成20年度から一斉に実施することをお願いしている。

一方、基準病床数制度については、本年2月20日の全国医政関係主管課長会議で、平成20年度から一斉に新算定式に基づく見直しを行っていただく必要はない旨説明している。

Q2 改正医療法に基づく新たな医療

計画では2次医療圏ごとの計画を作成する必要はないのか。

A 新たな医療計画においては、がん、脳卒中などの主要な事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、適切な医療サービスが切れ目なく提供されるよう具体的に医療計画に位置付け、住民・患者に医療機関の機能や連携の状況を明示する。

したがって、必ずしも2次医療圏ごとに計画を定める必要はないと考えており、2次医療圏ごとに地域保健医療計画の作成を定めていた平成2年11月30日付の健康政策局計画課長通知は今後廃止する予定。

Q3 国の実施する医療機能調査は医療機関ごとに調査を行わないのか。

A 国が実施している医療機能調査は、がん、脳卒中などの主要な事業ごとに都道府県が数値目標の設定等を行うために支援するためのものであり、個別の医療機関に対する調査は行わない。

なお、国の実施する医療機能調査以外に必要な調査については、本年7月10日に開催した「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」で説明している。また、都道府県が独自に実施する医療機能調査について、国が調査項目や様式等を示すことは考えていない。

Q4 医療連携体制の構築については、病院から報告される医療情報を提供することでも構築といえるのか。

A 新たな医療計画における主要な事業ごとの医療連携体制の構築は、各地

域における関係者間での協議の下、合意を形成しながら、各医療機関等がそれぞれの役割を分担していくことになる。

具体的には、地域連携クリティカルパス等を活用し、複数の医療機関等で急性期から回復期を経て居宅に至るまでの患者の診療計画を患者に提示・説明し、各医療機関等が診療計画を作成・共有することを通じて構築していくものと考えている。

各医療機関等の医療情報を提供することは、情報公開を通じた医療機能の透明化を通じて住民・患者の選択肢を広げることにつながり、医療連携体制を構築するための重要な手段ではあるが、それだけでは連携体制の構築とはいえないと考える。

Q5 医療計画に記載する医療機能情報については、医療機能情報公表制度との整合性をどのように図ればよいのか。項目や内容は揃えるのか。更新の時期は同時とすべきか。

A 新たな医療計画においては、医療連携体制における医療機能に関する情

報の提供の推進に関する事項を定めるとしている。これは、がん、脳卒中など主要な事業ごとの医療連携体制について、住民・患者、医療関係者、行政等で情報を共有することを目的として医療計画に記載するものである。

一方で、医療機能情報の公表制度は、住民・患者による医療機関の適切な選択が支援されることを目的とした制度であり、提供される情報も個別の医療機関に関するものとなる予定である。

したがって、両制度はその視点が異なるが、いずれにせよ、公表する項目、内容、更新時期等の整合性については今後整理していきたいと考えている。

Q6 医療計画で示す数値目標を設定する場合の根拠はどうするのか。

A 現在、各都道府県の協力により、全国的な医療機能調査を実施しているところであり、がん、脳卒中など主要な事業ごとに定めることとされている数値目標の設定の基礎となるデータ(各指標の全国平均値等)について平成19年1月を目途に示す予定である。

なお、主要な事業ごとにどの項目を数値目標として設定するかについては、国が数値目標の設定の基礎となるデータを示し、国が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じ、各都道府県において決定するものとしている。

東京都公安委員会認定 第2913号

会員の皆様へ

株式会社 **エグゼクティブプロテクション** は

- ストーカー対策 (つきまとい行為)
- 要人警護 ● 施設警備
- 地域防犯パトロール等...

総合警備の専門会社です。

質の高いマンパワーで皆様をお守り致します。皆様からのご相談をお待ちしております。

賛助会員

株式会社 **エグゼクティブプロテクション**

〒106-0032 東京都港区六本木6-7-6
ペットフォレストアカデミービル1F
TEL: 03-5414-7477 FAX: 03-5414-7478
URL: <http://www.ex-pr.com>
お問い合わせ窓口 担当 伊東

一冊の本 book review

『ブランドな病院の時代』患者さんから選ばれる病院を目指して

杉本 浩(スキルインフォメーションズ(株)代表取締役)・石井友二(公認会計士・税理士) 共著
発行 長崎出版 B5判 338頁 2,000円(税別)

本書は、地域の患者さんに信頼・支持される病院を「ブランドな病院」と定義し、ブランドな病院として再生するための病院マネジメントシステムの大枠のフローを「ゴールドンフロー」と名づけ、今後、勝ち残るためには「ゴールドンフロー」の徹底と継続こそが必要と説いている。

昏迷な情勢にあつて、今、何が医療経営に必要なかを問いかけ、勇気を与えてくれる。まさに、ブランドな病院経営論であり、病院経営者必携のバイブルである。(Y)

「区分2の4疾患・状態は老健対応を想定」

医療療養 15万床の根拠 2該当10%も介護移行と国会答弁。慢性期分科会で追及

慢性期入院医療の包括評価調査分科会が11月17日に急遽開催され、医療系委員と事務局(厚労省保険局医療課)との間で激しい応酬が繰り返された。

発言の中心となったのは天本宏委員(日本医師会常任理事)。11月2日の参議院厚生労働委員会で、「医療療養病床15万床」の根拠をたずねた西島英利議員(自民)に対して、水田保険局長が「(療養病床の)50%を占める医療区分1の患者に、医療区分2のうち、老健施設で対応可能な4疾患・状態の10%相当を加えた60%を算定根拠とした」という答弁の真意を、事務局に厳しく問いただした。15万床の根拠については、11月3日の

全日本病院学会で、医療課神ノ田課長補佐が同様主旨の説明を行なっている(11月15日号既報)。

11月10日の分科会は慢性期入院に関する06年度調査の実施概要を原則了承し、細部の修正意見は会議外で集約することで合意していた。しかし、天本委員は水田保険局長の答弁に疑義が生じたことから、調査実施の決定は厚労省の回答を踏まえてなされるべきであるとして、池上分科会長(慶大医学部教授)に緊急開催を申し入れたもの。

天本委員は「初めから60%が政策的に決められ、その目的で調査結果が都合よく利用されている。これでは調査

の意味も、分科会の存在意義もない」と論難。「そうした調査を再度行なう必要があるのか」と、厚労省の姿勢を強く非難した。

これに対して事務局は、「(4疾患・状態を)初めから落とそうと考えているものではない」と応じつつ、医療区分各項目の取り扱い「06年度検証調査を踏まえてこの分科会で議論して欲しい。事務局としてこうしたいというものをおろそかにしているわけではない」と釈明。さらに、「15万床ありきというものでもない」と述べるなど、15万床キャンペーンを張った当局としては支離滅裂な対応に終始した。

その一方で、15万床については、「この分科会の議論対象ではなく、医療費適正化の中で検討されるもの」と説明。政治決定の枠内の問題という立場を堅持した。

こうした対応ぶりに各委員から疑問と批判が噴出した。椎名委員(健保連)も、「点数にはADL区分にかかわるコストが反映されていない」と断じた。

議論が紛糾する中、原医療課長は「不信の原因は値づけにある。今回の調査をストレートに(次期改定の)値づけに使うものではないとの趣旨を調査依頼書につける」と引き取り、分科会はあらためて06年度調査の実施概要を了承した。

事業者健診の項目を特定健診と同一に

定期健診等に 2回受診を避ける。事業者を特定保健指導委託先にする狙いも

「労働安全衛生法による定期健康診断等に関する検討会」の第3回会合が11月27日に開催され、日本経団連、東京商工会議所、連合など事業主側と労働側各団体からヒアリングを実施した。

健康増進法にもとづいて定められた健康検査等指針は、「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」(事務局・厚労省健康局総務課)がまとめた「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」の内容を反映させるために近々改正される。

2008年度に施行される高齢者医療法(旧老人保健法)は、生活習慣病患者とその予備軍の増加を抑制するために、保険者に、40~74歳の被保険者を対象に特定健診・特定保健指導を年1回実施し、健診実施機関に、その結果を保険者に報告することを義務づけている。

医療費適正化方策の柱となった特定健診・特定保健指導は、前出の指針とプログラムを踏まえて実施される。

一方、労働安全衛生法は、事業主に課せられている年1回の定期健診は健康検査等指針と調和しなければならないと定めている。したがって、定期健診項目は改正後の健康検査等指針の内容を反映する必要が生じるが、「暫定版」と整合性を確保する内容で見直すことができれば、事業者健診を受ける労働者は特定健診との重複を避けることができる。

あるいは、事業者健診の内容と「暫定版」との一致は、事業主に努力義務として課せられている保健指導を特定保健指導のアウトソーシング委託対象

に組み入れることが可能となる。アウトソーシングを受託する事業所は必要な基準を整えるなど新たな負担も発生するが、希望する事業者の増加は健診市場の開放につながる。

厚労省の労働基準局労働衛生課を事務局とする同検討会は、こうした課題をテーマに10月27日に発足、同日に関係団体のヒアリングを実施したもの。事務局は、前出の考えを踏まえ、「暫定版」から要約した保健指導のアウトソーシング委託基準を提示した。

事業者健診の項目は選択の実施や省

略可能も含め22項目にのぼる。これに対して「暫定版」は同様に25項目からなるが、そのうち、LDLコレステロールの検査、血清尿酸の検査、空腹時血糖、ヘモグロビンA1C、尿潜血の検査、血清クレアチニン、眼底検査の7項目が事業者健診にはない。

その結果、該当項目について、労働者は健診を2回受けるという負担を強いられる。また、「暫定版」で案として示されている問診項目も労働安全衛生法施行規則では定められていない。

これを一致させるには、事業者健診

の項目に少なからぬ追加が生じることになるが、その分、事業主の負担は増大する。

ヒアリングで事業主側の団体は、健診項目の追加は企業負担の増加につながるとして反対する意見を述べた。さらに、保健指導を含む事後措置が十分でなかった場合には、企業の責任が問われる「安全配慮義務違反」のリスクも増大するという懸念を表明した。

一方、連合は、定期健診と「暫定版」の健診項目を一致させる考えに賛成した。

検討会は次回会合で意見のとりまとめを行なう方針であったが、ヒアリング参加者は、連合も含めて性急な結論出しに強く反対したため、事務局は次回に報告書案を議論し、最終的なとりまとめは次々回に行なうとして、反対要望に配慮した。

民間議員が「高コスト構造是正プログラム」を提起

経済財政諮問会議 中期的な支出管理に着目した医療・介護の伸び率抑制

経済財政諮問会議は11月24日、2007年度予算編成の基本方針を固めた。医療・介護サービスに関しては、「質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくことが極めて重要」と簡潔に記すなど、構造改革の翌年らしく「穏やかな」表現に落ち着いた。

ただし、「基本方針」の元となる「平成19年度予算の編成等に関する建議のポイント」(11月22日)は、新たに「サービス提供コストの抑制」という視点を打ち出し、「『基本方針2006』が掲げた5年間で社会保障費の伸びを1.6兆円抑制する目標を達成する取り組み」を求めている。

この視点に立つ経済財政諮問会議の

民間4議員は、11月10日の会議で、06年度内に医療・介護の「高コスト構造是正プログラム」を作るよう厚労省に求めた。

5年の間にコスト削減や質向上に関する毎年の目標を設定し、PDCAサイクルのもとで、国の抑制目標1.1兆円を達成する、利用者負担の引き上げや給付範囲縮減には頼らずに、支出の伸び率を抑制するという考え方である。

その対象として、①診療報酬体系の見直し(包括払い原則の確立等)、②重複、不要検査の是正、③公立病院の高コスト構造是正、④社会的入院の解消、⑤介護施設経営への参入促進と社会福祉法人の改革、等を例示した。

柳沢厚労大臣は、「是正プログラム

の対象項目を示すことはできるが目標額の提示は困難」と慎重な姿勢で応じたが、考え方は「基本方針」に盛り込まれた。

プライマリーバランスの均衡回復を重視する民間議員等は、年間ごとの伸率抑制額あるいは支出削減策を明確にしたPDCAサイクルの実施を要求している。対象の1つに、DPCを1入院あたりとすることも提案されている。

DPCを1入院あたりとする意見は病院界にも多い。ただし、質(アウトカム)、安全、患者満足、機能分化等を踏まえた上での効率化目標であり、「高コスト構造是正」という視点から議論されることに戸惑う関係者が少なくない。

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

個人情報情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
 引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●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