



# 全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 ニュース 12/15

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤 貞俊  
〒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.677 2007/12/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 6年ぶりの本体プラス改定が確実!

08年度診療報酬 本体部分の改定率 **ただし、薬価改定率によっては全体でマイナスの懸念**

2008年度診療報酬の本体部分が6年ぶりにプラス改定となることが確実だ。

経済財政諮問会議は12月3日の会合で「2008年度予算編成の基本方針」を決定した。

11月26日にまとめられた基本方針は、社会保障について「効率化によるトータルコストの削減努力を最大限行う観点から、診療報酬・薬価等の見直しや、先発品に比べて薬価の安い後発医薬品の普及促進等を行うことをはじめ、所要の措置を講ずる」と記したが、12月3日に「効率化によるコスト削減努力を行う観点から、メリハリの効いた診療報酬・薬価等の見直しや、先発品に比べて薬価の安い後発医薬品の普及促進等を行うことをはじめ、所要の措置を講ずる」と修正、表現を和らげた。

会議後の記者会見で、大田担当大臣

は表現修正の理由について、当初案は「引き下げとも読める」ことから「トータル」と「最大限」を削除し、重点項目等の適切な評価を求める見地から「メリハリの効いた」という表現を加えたと説明した。

12月4日に開かれた自民党社会保障制度調査会の医療委員会・厚生労働部会合同会議は、2008年度診療報酬改定を「プラス改定」とすることを了承した。

あらかじめ配布された文書には、勤務医の負担軽減、救急医療、産科・小児科、歯科医療のそれぞれ充実を図ることや保険薬局の機能強化、在宅医療の促進等を図るとした上で、「これらを実現するため、プラス改定を図り、必要な医療費財源を確保する」ことが明記され、合同会議として来年度予算編成の臨む方針を正式に了承した。

これを踏まえ、自民党は12月11日に首相官邸と協議、改定率を0.1%から0.9%の間で調整することを確認した。

本体プラス改定の前提は政管健保に対する支援(健保組合750億円、共済組合250億円=1年間)の取り付けだが、自民・公明両党の正式合意(12月11日)を受け、舛添厚生労働大臣は12日に健保連と省内で会談、政管健保への国庫補助を1年に限って肩代わりしてもらうことを正式に要請。健保連は14日の理事会に諮り、同日遅く承諾したと発表した。

改定率は、なお、12月18日にかけて政府・与党で調整が続くが、0%台のどこに落ち着くか、14日現在まったく分



▲舛添大臣は健保連と会談、肩代わりを正式に要請した(12月12日)

らない。

いずれにしても、02年度の-1.3%、04年度の0%、06年度の-1.36%と、3期続いた本体のマイナス改定は、地域医療の荒廃を目の当たりにした国民世論と病院団体・病院関係者の粘り強い訴えによって、ようやく「前向き」改定を実現することが確実となった。

ただし、本体がプラスとなっても、薬価が本体を上回る率のマイナス改定となれば、全体としては4期連続のマイナス改定が続くことになる。

## 社会医療法人の原則非課税が実現!

移行税制は贈与税について公益性要件の見直しへ

自民党税制調査会が12月13日に決定した2008年度の与党税制改正大綱で、医療法人にかかわる税制改正の内容が明らかとなった。

社会医療法人に関しては、付帯業務を除く医療保健業について非課税が実現、収益事業に対する法人税率も22%と軽減税率が認められた。

医療法人にかかわる非課税は初のこと、歴史的な税制改正となった。

また、収益事業の資産から収益事業外事業に投入された費用は寄付金と見なされ、所得額の50%もしくは年200万円のいずれか多い方の額を限度として損金算入できるなど、四病協要望事項の一部が反映された。

基金拠出型など新たな医療法人類型への移行にともなう課税問題については、四病協が求めていた「出資者(拠出者)にかかわるみなし配当所得課税の繰り延べ」や「出資持分放棄の場合は寄付金に該当させない」という要望は見送られたが、影響の大きな贈与税に関しては「判定基準を見直す」と緩和の方向が打ち出された。

通常国会での改正税法成立を経て、社会医療法人の税制は来年4月1日に施行される。国税庁通達にもとづいて実施される贈与税課税基準の改正は、公益法人制度改革に伴う税制改正と一体に08年12月1日の施行となる。

贈与税課税の具体的な判定基準につ

いて、厚労省は早期の合意をめざして、財務省や国税庁との協議を進める。厚労省は「遅くとも来年夏までには国税庁通達が出るよう協議を進めたい」としている。

ただし、「同族性要件の緩和は難しい。公益性要件について具体的な基準を定めることになる」(医政局総務課)。しかも、通達で判定基準が確立

### ●社会医療法人に係る税制措置(与党「2008年度税制改正大綱」から抜粋)

- (1) 収益事業から生じた所得に課する法人税は22%とする。
- (2) 付帯業務を除く医療保健業を収益事業の範囲から除外する。
- (3) 収益事業の資産から収益事業外事

しても、「最終的には税務当局による個別審査となる」(同)と、贈与税非課税は難関となる可能性がある。

このため、持分ある社団医療法人から新たな医療法人類型への移行は限られた数となることが懸念されるが、既存の持分ある医療法人は、法的には経過措置として「無期限」存続が認められている。

今回の「見直し」の主旨が「時代状況に合わせて」ということからすると、国税庁通達が将来的に改正される可能性があるという見方も可能だ。

## 07年度準備病院は09年度DPCの対象

08年度改定 当面は軽症急性期も対象。10年度以降の基準は改定後に検討

2008年度診療報酬改定をめぐる議論は12月14日の診療報酬基本問題小委員会にて07年の日程を終えた。主要項目は概ね検討を一巡したが、支払・診療各側で合意にいたってない項目も少なくない。

事務局(厚労省保険局医療課)は、1月16日の基本小委で厚生労働大臣の諮問を受け、1月末には改定概要をまとめて意見募集にかけると説明。持ち越した項目は1月後半の議論で決着を図る考えだ。

基本小委における12月の議論を整理した。(4・5面に10月以降の議論を整理

して掲載)

### ■DPCについて(12月7日・12日)

事務局は、DPC対象病院の06年度3基準を08年度以降も採用すること、準備病院によるDPCデータの提出は2年間(10ヶ月分)とすること、データ/病床比を8.75(10ヶ月)とすること等は前回(11月21日)了承済みと整理。

残る課題として、①07年度準備病院を09年度にDPC対象病院とするかどうか、②08年度DPC対象病院の基準に軽症急

性期を含めるかどうか、③08年度以降の検討事項(機能評価係数等)をどうするか、の3点を提示した。

西澤委員(本会会長)は、「データ提出期間を2年とすることに賛成するが、その前提は、07年度準備病院を09年度にDPC対象病院とすることである」と前回の意見をあらためて述べ、了承された。

さらに、「軽症急性期を含めて対象とするべきである」と前回の意見を繰り返した。

前回、「軽症急性期を含める」ことに難色を示した診療側鈴木委員(日医常任理事)は、「DPCを自主的に止めるルールや違反病院に対するペナルティ」を今後の検討事項に加えることを条件に「軽

症急性期を含める」ことを認めると、歩み寄った。

この結果、08年度に関しては「軽症急性期を含める」ことが合意された。その際、西澤委員は「09年度以降も08年度の基準で臨むようにしてはどうか」と提案した。12月12日の基本小委で、西澤委員は「07年度準備病院が09年度にDPC対象病院となる基準は08年度と同様とする」点について確認を求め、あらためて合意された。(2面に続く)



### 清話抄

#### 「八方美人力」

世の中では、〇〇難民、△△力、□□崩壊、××の疲弊などの言葉が流行っているが、八方美人力という言葉があってもいいと思う。私は当委員会の日娘お墨付きの八方美人である。

とはいえ八方美人になるのも大変である。様々な宴会や、懇親会でより多く

の人に効率的に会わなければならない。そのためには出入口に待機するのが一番良い。懇親会場の中に入って話し込んだり、食べたり、トイレに行ったりするのはNG。携帯電話などもってのほかだ。その間に会いたい人は帰ってしまう。特に大物政治家と官僚はすぐ帰る。

いつまでたってもいるはずの会いたい方が出てこないことがあった。「別口があったんだ!」と気が付いた時は後の祭り。大きな会場では、高名な

方が帰る時の特別な出口があるのだ。そこを抑えないといけない。

事前に下調べも必要だ。出入口を全て把握しなければ、八方美人難民となる。せまい出入口を狙って一点突破。これを私は桶狭間の戦いと名づけている。この方法で小泉元首相にもお会いできたし、なんと天皇陛下にも握手をしていただいた。撮った写真も渡せる。

会いたい方に会った後は、ゆっくり食事をすることができる。寿司以外は

だいたい残っているし、飲み放題である。コンパニオンは7:1状態である。遅くまで残って食べていると、主催者の打ち上げに声をかけていただいたり、食事に誘われたり、主催者の方とゆっくり話しができ、これこそ究極のラッキーだ。

日本医師会の某副会長と話し込んで大失敗に終わったことを除けば、私はこの方法で日頃から八方美人力を高めている。(安)

# 主張

## 「地域一般病棟」の実現は08年度改定の急務

厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会では、次年度の診療報酬改定に向けた議論がたけなわである。一昨年4月の診療報酬、介護報酬のダブル改正と同年7月の療養病床再編によって、診療報酬は3.16%のマイナス、介護報酬も0.5%のマイナスとなった。

その結果、療養病床は「医療区分」と「ADL区分」による患者分類体系に基づく入院基本料の引き下げにより病床数は大幅に減少し、疾患別リハの新設で算定日数上限による打ち切りが行なわれ、不採算診療部門は次々に縮小されるなど全国で様々な問題が発生し、大学や国立病院だ

けでなく、地域医療の責任を担ってきた中核病院までが存続をするのが厳しい状態に陥っている。

12月4日現在、厚労省は08年度改定について、「本体部分は更なるマイナス改正をおこなう状況ではない」という方向で検討を進めている。しかし、この数回の改定は、02年度には診療報酬本体が初のマイナス(診療報酬本体▲1.3%、薬価▲1.4%)となり、それ以降も04年(本体±0、薬価▲1.05%)、06年(本体▲1.36%、薬価▲1.8%)と引き下げられている。

もし、今回プラスとなれば、実に8年ぶりとなる。しかし、薬価については、薬の公定価格が市場実勢価

格を6.5%上回っていることから、総医療費ベースの1%程度引き下げられるため、仮に診療報酬本体が引き上げられたとしても、実質的にはマイナス改正となる。

こうした状況の中、厚労省は次年度の改定で初めて診療報酬面での医師不足対策に乗り出す。また、最近になって厚労省が提唱しつつある「高度急性期」と「一般急性期」の機能分担は、まさに、全日病をはじめとする四病院団体協議会が提案する「地域一般病棟」(一般急性期～慢性期を受け入れる病棟)新設の構想であり、ますます高齢者の入院医療の需要は増加が予想される。

したがって、今まで入院医療体制に大きな責任と役割を担ってきた病院が「地域一般病棟」に移行することは、全ての病院が高次急性期を目指して、莫大な設備投資や看護基準を満たし、在院日数の更なる短縮を図るよりも患者ニーズに適しており、より現実的かつ効率的であると思われる。

いずれにしても、一番多くの入院患者は一般的な急性期と慢性期の患者であることから、地域医療の確保、質の高い医療を効率的に提供するためにも、「地域一般病棟を中心とした連携ネットワーク」の構築が急務であると思われる。(N)

## 「総合科・総合医」の議論を再開

診療科名  
標榜部会

制度化に反発も。研修プログラム実現へ検討が急がれる

12月7日の医道審議会医道分科会診療科名標榜部会に事務局(厚労省医政局総務課)は「総合科の新設」と「総合医の育成」というテーマを提起、医療法に位置づけて国が認定するという考え方について議論の再開を求めた。

委員からは、学会や日本医師会で「総合医」研修プログラムの検討が始まっていることを理由に、厚労省の下で議論を進めることに難色を示す意見が示された。

その一方で、学会を含む民間の議論に進捗がみられないとして、部会議論を踏まえて国民的合意に向けた努力を求める見解も出た。

厚労省は、来年4月に始まる後期高齢者医療制度の診療報酬に「総合的に診る医師」が位置づけられることから、とりまとめに向けた部会運営を試みる意向だ。

「総合医」の検討は、厚労省が4月に

公表した「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」で提起された。さらに、政府・与党による「緊急医師確保対策」(5月31日)にも書き込まれ、医療施設体系のあり方に関する検討会が7月にまとめた「議論の整理」には、

「総合的な診療を担う医師の育成が必要」と明記された。

一方、「総合科の新設」については、5月21日の標榜部会に「医療法上の診療科名に位置づけ、国の個別審査によって標榜医資格を付与する」と提起されたが、日本医師会ほかの委員の反対が強く、棚上げとなった経緯がある。

後期高齢者医療制度では、外来と在宅医療に、1対1の関係で患者の診療・情報・紹介を受けもつ「総合医」が位置づけられる。当面は、医学管理料の算定に4日ほどの研修受講を義務づけて、その質を担保する考えだ。

しかし、多疾患で複雑な症状を示す高齢患者の病歴や心身の病訴に、専門検査や診断の必要など、どこまでの確かな判断と紹介が行なえるか危惧する向きが少なくない。

これに対して日医には人頭払い制導入への懸念が強く、産業医等と同様のインナー資格にとどめるなど、政府と法の関与・介入を回避したいとしている。

同日の部会でも、日本プライマリケア学会を初めとする3学会や日医内部での検討作業に委ねるべきであるという意見が強く示された。しかし、一方で、日医に対して、研修プランを早期に示し、開業医等に対する啓蒙と教育を開始すべきであるという注文も出た。

地域現場や患者を安心させる主治医育成に向けて、医療界総意の議論が求められるところだ。

(1面から続く)

### ■12月5日の基本小委

事務局(厚労省保険局医療課)は、後発品促進にかかわる処方せん様式の変更と調剤薬局における対応範囲の拡大に関する修正案を提示、基本的に合意された。

その中で、薬局に変更可とされた後発品の剤型変更を認めるという前回(10月17日)案を撤回した。

### ■12月7日の基本小委

後期高齢者医療の診療報酬について議論。①診療報酬は別建てとせずに一般の点数表に盛り込む、②「寝たきり老人訪問指導管理料」を廃止する、③「薬剤情報提供料・老人加算」を廃止する、ことが確認された。

また、短期滞在手術基本料に鼠径ヘルニアや腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)等「2泊3日入院合」を新設することが、障害者施設等入院基本料を算定する重症心身障害者等について、入院基

本料加算で乳幼児期を重点的に評価することや「7対1」の新設が、合意された。

### ■12月12日の基本小委

DPC分類見直しとして、①主要診断群に精神疾患(MDC17)を新設する、②化学療法に、点数格差が大きい短期入院の標準レジメの分岐を追加設定する、③副傷病名の整理等の改正が了承された。

さらに、B型・C型肝炎患者に対して、インターフェロン等の薬剤費を包括から外すことが合意された。対象となる包括には療養病床以外の特定入院料や介護老健施設も含まれる。

### 在宅療養支援病院が誕生

#### ■12月14日の基本小委

1. 特殊疾患療養病棟入院料の見直し  
入院料1(一般病床)は算定要件を見直し08年4月以降も存続させる。主な見直しは「8割以上を占める」対象疾患から脳卒中の後遺症を除くこと。見

直しは「〇ヶ月」の猶予を持って施行し、対象外となった患者には「退院調整料」を設ける。

入院料1の病棟が療養病床に転換する場合は、手厚い配置をしている施設について、対象患者を10年3月末まで医療区分3とみなす等の経過措置をとる。それ以降の措置はあらかじめ設ける。また、「退院調整料」を新設する。

入院料2(一般・精神病床)についても算定要件を見直し存続させる。主な見直しは、「8割以上を占める」対象疾患の除外疾患に認知症を追加すること。施行の猶予と「退院調整料」新設は「1」と同主旨とする。

入院料2の病棟が転換する場合は、経過措置等によって「老人性認知症疾患治療病棟」等への転換を支援する。療養病床に転換する場合は、手厚い配置をしている施設について、対象患者を10年3月末まで医療区分2とみなす等の経過措置をとる。それ以降の措置はあ

らためて設ける。また、「退院調整料」を新設する。

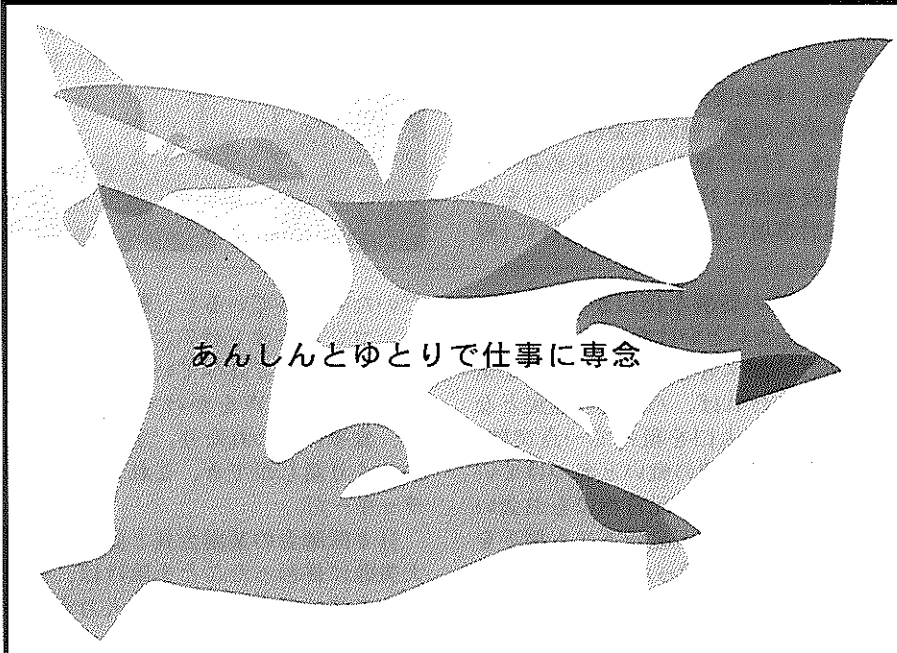
### 2. 障害者施設等入院基本料(一般病床)の見直し

算定要件の主な見直しは「7割以上を占める」対象疾患から脳卒中の後遺症を除くこと。施行の猶予と「退院調整料」新設は「特殊疾患療養病棟入院料」と同主旨とする。

療養病床に転換する場合は、対象患者を10年3月末まで医療区分2とみなす等の経過措置をとる。それ以降の措置はあらかじめ設ける。また、「退院調整料」を新設する。

### 3. 在宅療養支援病院

在宅医療を行なう診療所がない地域において在宅医療を担う病院を評価する」提案について、事務局は前回(11月9日)、「半径5km以内に在宅医療を行なう診療所がない地域」の病院が対象と提案されたが、今回は「半径4km以内」と緩められた。



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



# 「電子私書箱」を介した各種データ閲覧システムを構想

## 社会保障カードの在り方に関する検討会 未収金対策上の効果は限定的。事務作業の効率・過誤防止効果は大

「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」は、11月に実施した健保連ほか関係団体などとの意見交換の結果を踏まえて、12月7日、とりまとめに向けた議論に入った。

事務局(社会保障担当参事官室)は検討会に、医療機関や保険者等で個別に管理されている情報を、希望する被保険者が入手・活用できる仕組みの核となる「電子私書箱(仮称)」を創設、電子私書箱を介して各種情報サービスとジョイントする構想を提示した。これによって、将来的に利用可能なデータベースを追加し、閲覧・利用可能な情報を拡大していくことが可能となる。

2011年度実施をめざす「社会保障カード」は年金・医療・介護各制度の被保険者証等に加え、標準負担額減額認定証等も含めたデータが1枚のカードで閲覧でき、1人1枚発行される。希望者に対しては、顔写真を付けるなど身分証明書として利用することも可能だ。

被保険者にとっては、住所異動や転職等にもなう保険証等の返還や再発行などの面倒がなくなるだけでなく、自らのレセプト情報、特定健診や介護給付明細等の情報も、カードリーダーを使って自宅のパソコンから照会・閲覧ができる。

医療機関ではオンラインによる資格の即時確認、未加入者や資格喪失者のチェックとともに負担額減免等様々な資格や証明書の閲覧ができるだけでなく、資格情報をレセプトに自動転記することも可能となる。

こうした基本サービス以外にも、雇用保険や労災保険など他の社会保障分野で利用したり、収集・蓄積されたデータを統計等に加工して行政や民間の利用に供するほか、民間のノウハウを導入して利用者が閲覧できる情報を増やすなど用途を拡大することも検討されている。

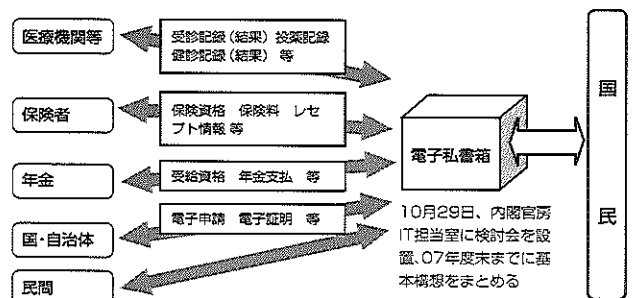
安全性を高めるためにICカードとし

た上で、カード収録情報は本人確認に必要な最小限の情報に限定する方向で検討が進められており、同日の検討会でも、アクセスの際に本人確認・資格確認を行なうための「鍵」となるカードに収録する情報因子として、「各制度共通の統一番号の設定」や「氏名・生年月日等の基本4情報」などの4案が提示された。

個人を特定するカード収録情報が、各制度・各保険者で管理されている加入者の資格情報と関連付けられることになる。

カード交付機関については、市町村、医療保険者、国の3案が提示された。

「社会保障カード」の特徴は、レセプトオンライン請求、住基カード発行、電子証明と公的個人認証



# 厚労省が“個人データ追跡システム”を披露

## レセプト情報活用の在り方検討会 正確な診療内容把握に課題山積。レセプト様式見直しの提案も

11月30日のレセプト情報活用の在り方検討会は、わが国におけるレセプト情報活用の現状を取り上げ、関係団体から事例報告と問題提起を受けた。

健保連は、10月現在で病院レセプトの電子化率が50%に達しており、健保組合の側も50%の組合にレセプト情報管理システムが導入され、健保連自体も全組合集計機能の整備を終えた上、さらに、この7月から「レセプト情報管理システム拡張版」を稼働させ、今後本格化するオンライン請求に備えていると報告した。

また、来年4月開始となる特定健診・特定保健指導に対しても、全組合のデータを集計した活用の検討を進めていることを明らかにした。

その上で、「ペーパーレスが実現しても電子化とはいえない」と指摘。レセプトをデータ源とした「疾病別医療費統計等から医療費と疾病構造の傾向・動態を把握する」必要から、記載要領を含む「レセプト様式等の見直しが不可欠である」として、レセプト様式等見直しの項目と内容を例示した。

その中には、「傷病名表記の統一」「傷病名と診療内容のリンケージ」「診療行為実施日の時系列表記」「1入院単位の請求」「転帰欄表記の必須化と記入内容の整理」「確定傷病名と疑い・訴え症状の区分明記」などが含まれている。

一方、東京都支基金の井原裕宣審

査副委員長(杏林大学医学部)は「レセプトはカルテではない」と指摘。

「データ分析に使用する上で不可欠なデータが記載されていない場合がある上、不適切と思われる記載がされている場合が多い」とした上で、①ICDデータと審査の整合性確保、②未コード化傷病名の解消、③疑い病名の処理方法、④包括と出来高の混在(包括項目が包括種類ごとに異なっていること)、などを「整理されるべき課題」にあげた。

井原委員は、ICD10で「E112」と分類される病名が、電子レセで使われている傷病名コードでは「2型糖尿病・腎

合併症あり」等9件あることなどを例示。「ICDによる病名だけでは診療内容が判明しないものがある」と、レセプトから正確な医療内容を捕捉することの難しさを説明した。

支払基金の委員も、複数病名のレセプトが多い中、「分析にあたっては傷病名選択のルール化が必要」と提起。さらに、包括点数のDPC、療養病棟、ICU等については「補足的なデータの収集と分析手法が必要」と訴えた。

事務局(厚労省保険局総務課)は、被保険者証番号や姓の変更等のデータが変化しても当該者を同定できるとい

う「ハッシュ関数」を用いた照合システムの構想を紹介した。

「ハッシュ関数」とはレセプト上の個人情報組み合わせから生成させる疑似乱数のことで、その値を付き合わせることで個人情報を抹消した情報を「同一人物」と特定することが可能という。

この構想に日医総研の委員からは強い反発が示されたが、厚労省は、レセプトデータだけでなく特定健診・特定保健指導のデータについても、この方法を用いる方向で検討を進めている模様だ。

レセプト情報の活用システムは、別途検討されている社会保障カード(仮称)のシステムとジョイントする方向も検討されているが、統計的・疫学的活用に関しては課題が山積している。

# 必修科目は1年目に可能。地方経験を促す

## 医師臨床研修制度 指定基準等を見直し研修医総数を調整。08年度施行

新医師臨床研修制度創設5年を前に、その改善と充実化に向けた検討を進めてきた医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会は12月10日、医師臨床研修制度改正に関する報告書案を概ね了承した。2007年度内に政省令等を改正、08年度に順次施行する。

### ●医師臨床研修制度に係る報告書骨子

1. 研修プログラムの基本的部分は現行の方式を継続することが妥当。
2. 当初の12ヶ月に置いて、必修科目(小児科、産婦人科、精神科及び地域保健一医療)の研修を、一定期間に限って

可能とするように変更する。

3. 地域の診療所等での研修が積極的に行われることが望ましい。また、地域保健・医療の研修の中で、医師不足地域における病院での研修が積極的に行われることが望ましい。

4. 診療研修病院の指定基準を適時見直ししていく。経過措置を設けた上で、指導医講習会受講を指導医の要件とする。

5. 経過措置については、著しく医師の確保が困難な地域を除き、原則として09年3月で廃止する方向で検討する。

6. 研修病院や大学病院の研修体制の評価、特に第三者評価の基準や方法等につ

いて検討を進める。

7. 研修医の募集定員数について臨床研修病院指定基準の見直しなどを行い、その総数を調整する。具体的には、研修医の募集定員数と採用実績が当該地域人口に比し著しく多く、かつ、人口10万対医師数が全国値を上回るなどの地域における臨床研修病院や大学病院に対して、募集定員減の要請や募集定員増の留保あるいは当該地域臨床研修病院新規指定を留保するなどの方法が考えられる。また、複数年にわたって研修医の受入がない場合など、既に指定されている臨床研修病院の取り扱いについても検討する。

8. 病院群、臨床研修プログラム、研修協力施設の変更等は弾力的運用が可能となるよう、早急に具体策を検討する。

# 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。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全都道府県の指定会場で実施します。
- 試験日(平成19年度)

### ●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
- ・明細書点検 70分

20年	1月26日(土)	2級
	2月23日(土)	1級・2級
	3月22日(土)	2級

- 試験及び講座の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
- ご請求の際は「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

# 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、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務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。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

### <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(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること ※①②のいずれかに該当する方
- 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。

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-2-10-1923  
☎03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

◆08年度改定—基本小委における議論の中間報告

個別課題の議論に入った10月3日から12月7日までの基本小委における改定議論を整理した。

文中の日付は議論された基本小委の開催日。\*は編集部による注記。基本合意に達せずに議論がなお続けられる論点は、その旨を表記した。(1面・2面記事を参照)

# 居宅への退院、重症者、改善度合と、回復期リハに質評価を導入

## 「主治医」、初再診料、居宅等への訪問など、なお議論が必要な点多々

### ■産科医療(10月5日)

- ①前置胎盤、心臓疾患、膠原病や腎疾患の合併妊娠等、「ハイリスク分娩管理加算」の対象を拡げる。
- ②緊急の母胎搬送の受入れを評価する。
- ③「ハイリスク分娩管理加算」対象患者と分娩監視装置による諸検査やノンストレステスト等対象患者との整合を図る。

### ■がん対策の推進(10月5日)

- ▽放射線療法
  - ①治療計画の策定や精度管理の体制を評価、②外来で放射線療法を受けられる体制を評価。
- ▽外来化学療法
  - 医師、看護師、薬剤師の配置や質の高い化学療法に必要な人員の配置を評価。

- ▽緩和ケア
  - ①WHO方式のがん性疼痛治療法に従った計画的な医学管理と指導を評価、②入院から外来・在宅への円滑な移行を進める、③在宅における薬剤師の麻薬管理等への支援を強化する。
- (4)緩和ケア病棟については終末期以外の機能も果たせるよう役割を見直す。
- (5)指定基準が強化されたがん診療連携拠点病院について適切な評価を行なう。

### ■小児科医療(10月3日・12月7日)

- ①「小児入院医療管理料」の基準を上回る医師、看護師配置に手厚い配点。(10月3日)
- ②「地域連携小児夜間・休日診療料」等、小児外来の休日・夜間診療評価をさらに引き上げる。(12月7日)

### ■医療安全対策(10月19日)

- ①臨床工学技士の配置を評価。
- ②病棟薬剤業務は重篤副作用が発現しやすい薬剤使用に重点を置くとともに、集中治療室、ハイケアユニット等における薬剤管理・適切使用を充実させる。
- \*西澤委員(本会会長)は、「医療安全対策加算」で医療安全管理者が専従とされていることを取り上げ、広く病院で安全対策を普及させる見地から、兼務が可能な専任扱いとするよう求めた。

### ■救急医療(10月19日)

- ◎脳卒中発症早期の対応
  - 発症3時間以内の脳卒中患者にt-PA(ルテプララーゼ)が投与できる体制を評価する。
  - \*SCU(脳卒中集中治療室)等について加算評価とする方向。当初の論点にあった「ドクターヘリにかかわる救急部分の評価引き上げ」は慎重意見が多数を占めたが、議論は継続となった。

### ■地域医療(10月31日)

- ①脳卒中を地域連携バスの対象疾患に追加する。
- ②地域で複数の病院等が共通のバスを使用している場合も評価の対象とする。
- ③バス導入の費用負担や導入後のバス見直し等に係る負担は適正評価する。
- ④算定医療機関に退院基準の作成を求める。
- ⑤医療計画に記載のある病院・診療所をより高く評価する。
- \*①②の新設によって算定医療機関が増加することから基本点数の引き下げが見込まれる(③)。

### ■勤務医の負担軽減

- (1)医師事務の補助職員を評価(11月2日)
  - 急性期入院を担う病院における医師の事務を代行する職員の配置を評価。

\*当該職員は資格を前提とすることせず、経験年数、当該病院におけるOJT訓練、対象業務を要件とする見込み。

### (2)診療所の夜間等診療の評価(11月2日・11月30日)

- ①当該診療時間に拘らず、診療所による夜間一定時間帯の診療を加算評価する。
- ②診療所の初・再診料を引き下げる。
- \*①は早朝も対象となる見込み。既に06年改定で導入された小児科の夜間等評価は別扱い(現行方式の継続)となる(小児医療を参照)。
- ②については社保審による「改定基本方針」から削除され、11月30日の小委で「夜間診療拡大と初・再診料引き下げは切り離す」(原医療課長)とされた。ただし、同課長は「撤回ではない。議論の上で別扱いとしたもの」とも説明。改定率の結果、財源不足が明らかとなれば再度提起する可能性と、その場合には「200床未満病棟の再診料も対象となる」公算を本紙に示唆した。議論を継続。

### (3)入院時医学管理加算の見直し(11月2日)

「産科、小児科、精神科等を含む総合的・専門的医療を提供できる地域の中核病院」について、24時間救急対応、地域との連携体制、外来縮小計画の作成、勤務医負担軽減対策の実施を要件として、入院時医学管理加算を引き上げる。

\*原医療課長は「高度急性期・総合病院」を対象とすると言明。病床規模も要件に含まれる可能性がある。現行の入院外来比率1.5という要件は外来縮小計画の作成によって猶予する。西澤委員は「精神科を含めるという条件は外す」ことを求めた。議論を継続。

### ■在宅医療

#### ▽在宅医療を支援する病院の評価(11月9日)

- ①周囲に在宅医療を提供する医療機関がない、②入院患者に対する医療提供体制の確保等の条件を満たした場合を要件として、病院を在宅医療の担い手として評価する。
- \*「在宅医療の担い手として評価」とは在宅療養支援診療所の病院版のこと。②の要件から「当直1人体制」が除外されることが考えられる。
- ①として「半径5km以内に在宅医療を行なう診療所がない地域」とされていることについて、西澤委員は「半径5km」の再考を求めた。12月14日に事務局は「半径4km」とする案を提案した(2面記事を参照)。

#### ▽訪問看護の充実(11月9日)

後期高齢者医療で訪問看護に関して提案されている、「退院前後の支援」「24時間体制での支援」「患者の状態に応じた訪問」「終末期の手厚い看護」の各評価は75歳未満も同様とする。

#### ▽疼痛緩和の推進(11月9日)

- ①がん患者の疼痛緩和に用いる医療用麻薬を介護老健施設や療養病床の包括から外し、保険医療機関の医師が処方した場合に算定できるようにする。
- ②保険医療機関医師の処方せんにもとづいて保険薬局で購入できる注射薬と特定保険医療材料に必要な注射薬及びバルーン式ディスプレイ連続注入器を追加する。
- \*①において、保険指定を受けていない老健施設は併設を含む医療機関医師の処方によって医療保険に請求することになる。介護療養型も対象となる見込み。

### ■外来管理加算(11月2日・12月7日)

- 加算評価に時間を導入する。
- \*「外来管理加算」は200床未満病院と診療所が対象。時間軸の導入に対して、診療側は「技術料評価に時間を用いる」ことへの疑問を強く示し、2回目(12月7日)の議論でも検討継続となった。

### ■入院医療(11月7日)

- \*本項目に関して事務局は12月14日に「詳細案」を提示した(2面記事を参照)。
- ▽特殊疾患療養病棟入院料等の見直し
  - ①08年3月末廃止の特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料(一般・精神病床)は、「本来担うべき対象を明確にする等、現在の基準の見直しを行った上で」必要な医療機関に対する算定を継続する。
  - ②08年3月末廃止、旧特殊疾患療養病棟入院料から療養病棟入院基本料に転換した病棟における神経難病等の患者に医療区分3・2を適用した経過措置も、対象疾患を明確にした上で、手厚い看護配置を行っている病棟の患者に関してはさらなる延長を図る。

\*筋ジストロフィーや脳性麻痺等の患者割合や看護職員配置など対象疾患や施設基準等を見直した上で延長を認める方向。脳卒中後遺症等の患者は対象から外される可能性が高い。

#### ▽障害者施設等入院基本料の見直し

- 障害の程度だけではなく、医療の内容から対象疾患を明確にする等、現在の基準を見直す。

### ■糖尿病対策(11月14日、12月7日)

- ①「生活習慣病管理料」を引き下げる。療養計画書記載内容の簡素化を図る。
- ②糖尿病足病変のハイリスク患者に対する専門的な指導等の実施を評価。
- ③長時間かけた透析を評価。
- \*③は透析評価に時間差を復活させるもの。医療課の意図は4時間以上を評価する代わりに4時間前後を下げる点にあるとみられる。12月7日に時間設定などをめぐって意見が分かれ、議論継続となった。

### ■画像診断(10月31日)

- ①フィルムレスによる画像管理を評価する
- ②画像診断報告の質を確保する体制を見直す。
- \*①によって「デジタル映像化処理加算」は廃止となる。

### ■検査(11月16日)

- ①院内検査体制や24時間実施できる体制を重点的に評価する。
- ②微生物学的検査など検査所の受託が減少している検査項目等を再評価する。
- ③診療報酬上、病理学的検査を独立項目とした上で病理における技術の評価を見直す。

### ■精神医療(11月16日)

- ①入院1年以上の患者に対する退院支援計画にもとづく退院調整を評価する。
- ②1年未満患者に対する精神科退院前訪問指導を充実させる。
- ③認知症患者に対する入院早期のせん妄等合併症の診療体制を評価する。
- ④身体合併症の患者に対する医療提供を評価する。
- ⑤08年3月までの経過措置となっている特別入院基本料(25対1看護)を延長する。
- ⑥入院初期からの退院調整実施など退院に向けた取組を行なう体制の評価を

- 充実させる。
- ⑦退院後の急性増悪時に、症状回復までの一定期間、精神科訪問看護の算定回数を緩和する。
- ⑧精神科救急の算定要件を見直す。
- ⑨外来における精神療法は患者特性や診療時間に応じて評価する。
- \*麻薬や向精神薬のうち必要薬剤については30日処方とする。

### ■DPCの見直し

- \*1面に12月12日の議論概要を掲載
- (1)適切な算定ルール等の構築(11月21日)
  - ①同一疾患による3日以内の再入院(再転棟も含む)は1入院として扱う。
  - ②診療報酬明細書提出時に包括評価部分の診療行為内容が分かる情報を加える。また、院内で適切なコーディングがなされる体制を確保する。
  - \*②の前段はアップコーディング対策。
- (2)DPC対象病院の基準(11月21日、12月7日・12日)
  - ③急性期病院をDPCの対象とし、急性期を「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」と定義する。
  - ④DPC対象病院の基準として06年度の3基準を08年度以降も採用する。
  - ⑤準備病院によるDPCデータの提出は2年間(10ヶ月分)とする。
  - ⑥データの質を確保するために、提出期限の厳守やデータの正確性等の遵守を求める。この条件は既対象病院にも求める。データの質に重大な疑義があるときは分科会で調査の上改善を求める。
  - ⑦DPC算定病床に対する退院患者のデータ数を8.75(10ヶ月=2年間)とする。
  - ⑧08年度の対象病院の基準等(12月7日)・軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする。
    - ・既存対象病院で08年度対象病院の新たな基準(データ病床比3.5)を満たしていない場合は、一定の経過措置を設けてそのクリアを求める。
    - ⑨07年度の準備病院は09年度にDPCの対象とする。(12月7日) 基準は08年度と同様とする。(12月12日)
  - (3)08年度改定以降に速やかに以下を検討する。(12月7日)
    - ・DPC制度のあり方
    - ・調整係数廃止に伴う新たな機能評価係数等
    - ・DPCを自主的に止める場合のルール、不適切なDPC運営を行った病院を対象病院から外すなどのペナルティ
  - \*2010年度以降の対象病院の基準は今後あらためて検討される。
- ▽診断群分類の見直し(12月12日)
  - ①主要診断群に精神疾患(MDC17)の新設、②化学療法に点数格差が大きい短期入院の標準レジメの分岐を設定、③副傷病名の整理 等
- 老健施設における医療サービス(11月28日)
  - ①「転換した老健施設」について、緊急時に専門的な診断技術が必要となる処置等を医療機関の医師が行った場合に診療報酬で算定できる項目を拡大する。
  - ②「転換した老健施設」については、夜間・休日にオンコール医師が対応できない場合には、併設保険医療機関の医師が診療した場合にも算定を認める。
  - \*①は現在眼科・耳鼻科・皮膚科等の処置に限られている「急性増悪時に往診した医師が行う診療行為」を追加するというもの。慢性的呼吸器・心疾患患者

等の急性増悪時に必要な処置等(心電図の判断料等)、転倒等に対する緊急処置(例:創傷処置等)が例示されており、平日・日中も算定可となる。②については、現在、併設医療機関の医師による往診は算定できないが、「緊急時施設治療管理料(仮称)」を新設して認めるといふもの。ただし、月の算定回数を制限する見込み。

■療養病棟入院基本料等(11月28日)

- ①患者病態の変化時に医療区分及びADL区分の評価・記録を行なうこととする。
  - ②医療区分評価項目の見直し
    - ・「酸素療法」は毎月酸素療法を必要とする病態かどうか確認し、診療録等に記載する。
    - ・「うつ症状」「他者に対する暴行」は、治療方針に基づく必要なケアを実施した内容を診療録等に記載することが要件。
    - ・「脱水」「嘔吐」は「発熱を伴う脱水」「発熱の伴う嘔吐」とする。
  - ③認知機能障害加算は2項目とも廃止する。
  - ④褥瘡の発生割合やADLの低下などを各病棟で継続的な測定・評価、記録を義務づける。
  - ⑤条件が整えば退院可能患者に対する退院支援計画作成や計画どおり退院した場合を評価する。
- \*療養病棟入院基本料の点数構造(5区分)は変えずに区分間の配点調整が行なわれる見込み。ただし、医療区分1の引き上げに医療課は否定的。

■「7対1」入院基本料等の見直し(本項目は議論を継続)

- (1)「7対1」算定基準に判定指標を用いる(11月30日)
- (評価票の項目案)
- ▽A項目(専門的な治療・処置)
  - 創傷処置、血圧測定、時間尿測定、呼吸ケア、点滴ライン同時3本以上、心電図モニター、シリンジポンプの使用、輸血や血液製剤の使用、専門な治療・処置(このうちの1項目)
- ▽B項目(療養上の世話)

■後期高齢者医療(本項目は議論を継続)

- ◎在宅医療で評価すべき点(10月26日)
- (1)主治医等によるカンファレンス等から集約した情報の患者への指導・助言
- (2)あらかじめ決められた連携医療機関への入院
- (3)訪問看護の24時間対応体制
- (4)人工呼吸器装着者等に対する長時間、気管切開患者等に対する週4日以上訪問看護
- (5)終末期の診療内容等について患者との合意内容を書面等にまとめた場合、など
- \* (1)ではカンファレンス以外の方法による情報共有も評価の方向。(2)は主治医に対する加算。
- [居住系施設への往診等]
- ①要介護高齢者を含む高齢者生活施設に対する往診はコストの評価を見直す。
- ②計画的な医学管理は当該施設の医療体制を踏まえた上で引き上げる。
- ③医師以外の医療従事者の訪問等も上記と同様の方向とする。
- \*「往診料」や「在宅患者訪問診療料」は引き下げ、「在宅時医学総合管理料」は要件を強めて引き上げる方向。
- ◎終末期医療(10月26日)
- ①医師等の医療従事者や社会福祉士等が、終末期対応について患者との合意内容を書面等にまとめた場合に評価する。
- ②終末期における訪問看護の評価を一層充実する。
- ◎外来医療(11月2日・11月28日)
- ①後期高齢者は初診料を引き上げる一方、再診料は引き下げ、主治医については継続的医学管理を包括評価する。
- ②「周囲に診療所が存在しない地域で中小病院の医師がかかりつけ医として

寝返り、起き上がり、座位保持、移乗、口腔清潔、食事摂取、衣服の着脱(2)「評価票」の採用に加え、医師の診療体制(医療法標準以上の配置)を要件に含める。(11月30日)

(3)「10対1」算定に看護補助者等の配置を評価する。(11月30日)

\*産科、小児科、救急は「7対1」基準の指標から外す(10月3日)。医療課は「7対1」の病棟別導入に否定的な見解を示した(11月30日)。

■リハビリテーション(11月30日)

- 1. 疾患別リハ
  - ①早期加算をより評価し、通減制を廃止する。
  - ②リハ医学管理料は点数を疾患別に統一し、1月の実施単位数を定める。
- 2. 回復期リハ病棟
  - (1)病棟毎に、以下の点で質に応じた評価を行なう。
    - ①当該病棟から居宅等へ退院する患者が一定以上いること。
    - ②重症な患者を受け入れていること。
    - ③重症患者は退院時に日常生活機能が一定程度改善されていること。
  - (2)回復期リハ病棟の医師専従要件を見直す。
- 3. 集団コミュニケーション療法の新設
  - 言語障害は集団コミュニケーション療法について評価する。
- 4. 障害児(者)リハの評価を連携先を含めて充実する。

▼日常生活機能指標(案)

各指標0点~2点の3段階評価とし、得点が低いほど生活自立度が高い(①②④⑦⑩⑫は2段階評価)。

①床上安静の指示、②どちらかの手を胸元まで持ち上げられる、③寝返り、④起き上がり、⑤座位、⑥移乗、⑦移乗方法、⑧口腔清潔、⑨食事摂取、⑩衣服の着脱、⑪他者への意思の伝達、⑫診療・療養上の指示が通じる、⑬危険行動への対応

\*回復期リハ病棟の医師専従廃止、疾患別リハにおける通減制廃止や医学管

の機能を担っている場合」に主治医となり得る要件等を検討する。

\*主治医は患者が年間診療計画作成に同意するかたちで選ばれ、新たな医学管理料(月単位の包括)を算定する。医療課は1患者1人の主治医を想定。日医委員は主治医の特定化に反対を表明している(11月2日)。西澤委員は「再診料の引き下げは200床未満を含むが、継続的医学管理は主治医に限る」案に異論を唱え、「引下分を担保する」よう善処を求めた(11月28日)。

②については現時点で議論なし。患者が複数の主治医を認めるケース、救急等主治医以外が後期高齢者を診た場合の取り扱いも不明。

\*「主治医」については11月28日に「総合的に診る医師」と称され、正式名称の検討が提起された。

●主治医のイメージ(11月2日)

①年間診療計画の作成、②初診時における患者病歴等の詳しい把握、③再診や紹介ごとに患者の他科受診情報を把握、④認知機能、意欲等に関する年1回程度の総合的評価の実施、⑤慢性疾患の継続的管理に必要な検査(血液検査、尿検査、心電図検査、胸部単純撮影、眼底検査、直腸診、便潜血検査等)の実施、⑥総合的な評価を実践できるように研鑽、など。

◎薬歴管理等(11月28日)

- ①薬局・医療機関で調剤ごとに「お薬手帳」への記載を義務づける(主治医による院内処方の場合は「継続的な医学管理」を参照)。
- ②医師・薬剤師は、処方・調剤に際して

理料の統一にともなって、現行点数の引き下げが考えられる。回復期リハ病棟における退院時改善成果の指標は「日常生活機能指標(案)」(前出)をベースとする。回復期リハ病棟のアウトカム評価における退院先の「居宅等」には有料老人ホーム等が含まれる。

■後発品の促進(12月5日)

- ▽処方せん様式の変更
  - 処方医が後発医薬品への変更に差支えがあると判断した場合にのみ、所定のチェック欄に署名または記名・押印する。処方の一部に差支えがあると判断した場合には、所定チェック欄ではなく、当該先発品の近傍に「変更不可」と記載。処方した後発品銘柄の一部に差支えがあると判断した場合にも、当該後発品の近傍に「変更不可」と記載する。
  - \*後発医薬品を含む処方せんは2点高いという処方せん料評価は廃止となる可能性がある。
- ▽薬局の対応
  - ①薬局は「変更不可」以外の先発品を後発品に変更調剤することができる。
  - ②銘柄処方された後発品も、「変更不可」とされた以外は別銘柄に変更調剤することができる(変更調剤・変更銘柄調剤は当該医療機関にその旨情報提供することが加算の原則)。
  - ③変更可とされた後発品は短期間分割調剤することができる(薬局は当該医療機関にその旨連絡する義務を負う)。
  - ④保険療担規則において、後発品使用を考慮することを保険医の努力義務とする。
- \*薬局による剤形変更も可とした提案(10月17日)は撤回された。本項は12月14日の中医協総会で了承された。

■短期滞在手術基本料(12月7日)

短期滞在手術基本料の3として、鼠径ヘルニアや腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)等「2泊3日入院の場合」を新設する。

■肝炎対策(12月12日)

B型・C型肝炎患者に対するインターフェロン等の薬剤費を包括から外す。

「お薬手帳」を確認するなど、患者の服薬状況や薬剤服用歴の把握を義務づける(同上)。

- ◎入院医療において評価すべき点(10月12日)
- ①地域主治医からの求めに応じた急変時の入院受け入れ
- ②外来診療や薬歴等の情報が入院先に提供される仕組み
- ③入院中の薬剤や栄養指導情報の患者・関係者への提供
- ④病状安定後早期の総合的評価と退院を見越した診療計画の作成
- ⑤ステーション看護師等による退院前指導や退院時支援
- ⑥退院困難な患者に対する退院支援計画策定と計画にもつづいた退院(看護師・社会福祉士等)
- ⑦「地域連携退院時共同指導料」の対象(歯科医師・薬局薬剤師)拡大
- ⑧情報提供料の対象拡大(共同指導等カンファレンス以外の情報共有の評価)
- ⑨入院前主治医による引き続いた退院後の外来担当
- \*①については「在宅患者応急入院診療加算」にさらに加算を上乗せする方向。
- ◎後期高齢者の診療報酬(12月7日)
- ①後期高齢者に関する診療報酬は別体系とせず、一般の点数表に盛り込む。
- ②「在宅時医学総合管理料」が設けられたことから「寝たきり老人訪問指導管理料」を廃止する。
- ③薬剤情報はお薬手帳への記載を要件化するため「薬剤情報提供料・老人加算」を廃止する。
- \*「寝たきり老人訪問指導管理料」は200床以上病院も算定できるが「在宅時医学総合管理料」は診療所と200床未満が算定対象。

\*対象となる包括には療養病棟以外の特定入院料や老健施設も含まれる。

■その他

- ▽明細書の発行(10月17日)
  - 08年4月よりオンライン請求を行なう400床以上の医療機関には、患者からの求めがあった場合の明細書発行を義務化する。また、それ以外の、明細書発行を選択要件として電子化加算を算定する医療機関には、実施している旨の掲示を義務化する。
- ▽子どもの心の診療(10月19日)
  - ①ある程度診療時間に応じた評価を導入する。
  - ②算定期間の上限(現行は1年)を延長する。
  - ③「児童・思春期精神科入院医療管理加算」の要件を緩和する。
- ▽自殺対策(10月19日)
  - ①内科等を受診したうつ病等の精神障害が疑われる患者の精神科医への紹介を評価。
  - ②自殺企図の患者等に対して精神・身体の両方を総合的に診断・治療できる体制を評価。
- ▽処置(10月31日)
  - 簡単な処置を基本診療料に含む。
  - \*「熱傷処置(135点)」「皮膚科軟膏処置(45点)」「眼処置(25点)」「耳処置(25点)」「鼻処置(12点)」「その他の湿布処置(24点)」を例示。
- ▽手術施設基準(11月14日)
  - 現行要件の見直しは行なわず、手術件数と手術成績の関係は引き続いて検討する。
- ▽感染症対策(11月30日)
  - 二類感染症患者の個室療養を評価。血友病を伴うHIV感染者、後天性免疫不全症候群患者等の薬剤を包括外とする。
  - ▽重症心身障害児(者)に対する医療の充実(12月7日)
    - ①入院基本料の加算で乳幼児期を重点的に評価する。
    - ②重症心身障害児(者)を対象とする施設に、超重症児(者)の入院比率を条件として「7対1」入院基本料を新設する。
- 「継続的な医学管理」(11月28日)
  - (1)慢性疾患を対象とする
    - 現行の特定疾患療養管理料の対象疾患(結核、甲状腺障害、糖尿病、高脂血症、高血圧性疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎等=悪性新生物等は除く)に認知症、便秘症等を追加する。
  - (2)年間診療計画(書)等の作成等
    - ア「高齢者総合診療計画書」に患者の基本情報、計画的に実施する検査等を記載。
    - イ月の初めの受診時に、当該月の診療内容の概要及び次回の受診予定日、実施予定の検査等が記載された書面を交付する。
      - ・当該月の受診時の診療内容の概要(血圧、脈拍等の値や行った指導等の概要)
      - ・次回の受診予定日
      - ・次回に実施を予定している検査、処置等(急性増悪時に必要なCTや内視鏡等一定以上点数の検査は別算定)
  - (3)包括される診療項目
    - ア医学管理等、検査、処置、画像診断を包括する。
    - イ患者の病状の急性増悪時に必要な検査等のうち〇〇〇点以上の項目は、別途算定できる。
  - (4)毎回の診療時に服薬状況等の確認を義務づけ、また、院内処方薬剤を直接患者に交付する場合には「お薬手帳」への記載を求める。
  - (5)総合的に診る医師は研修受講を要件とする。



●病院機能評価の現状と展望—受審と認定率向上を目指す試み

# 機能評価が評価項目・書面審査の見直しに着手

## 認定後の改善努力評価、中間審査、認定期間短縮等を検討、09年度運用の予定



病院機能評価委員会委員長 木村 厚

日本医療評価機構の病院機能評価事業も11年目を迎えた。2007年10月31日現在認定病院は2406院であり、全国の病院の27.1%にあたる。因みに全日病会員病院における認定率は34.9%と全国平均を上回っている。

開設主体別に見ると、社保、労災、日赤、国立大学は75%を超えているが、医療法人は22.7%と全国平均を下回っている。

年度別受審数は2004年までは順調に伸びてきたが、その後は減少している。2007年からは更新病院が新規病院を上回り、これが全体の受審数を押し上げる結果となった。(図1) また、最近は何らかの理由から更新を辞退する病院が増加している。(図2)

病院機能評価の目的は我が国の病院の質の向上にあり、決してミシラン的な病院評価ではないことから、今後も新規病院を増やす必要はあると考えられ、更新辞退を食い止める手段も考える必要がある。

その手段の一環として病院機能評価委員会では、とくに全日病会員に多い中小病院の機能を適切に評価できるように、統合版評価項目Ver.5の評価項目の検討を05年度から行ってきた。毎月の委員会のほか、昨年と今年それぞれ1泊2日で合宿をして、各項目の表現、判定基準、項目の整理の検討を行い機

構に意見として提出して来た。

全日病以外の団体からも意見・要望が提出されており、今回しばらくぶりに改定部会が開かれ、私が全日病を代表して出席した。

部会の席で機構から提案された改訂の基本的考え方としては、①基本的な枠組みは変えず評価項目・病院種別を見直し、②評価項目は減らす、③書面審査の見直しを図る、④認定期間中の質の維持・改善に向けた努力を評価する項目の導入を図る、⑤中間的審査、認定期間の短縮についても検討するとなっており、08年度上半期中の完了、2009年度からの運用を予定しているとのことであった。

これに対し私は、①評価項目全体の統一性を図り、重複を避けるために全体を通して査読する機会が必要、②とくに中小病院の機能を適正に評価できるような改訂を望む、③時間にとらわれて性急な結果を出さずに十分な検討の機会を持ちたい、という意見を述べた。

また、受審をためらわせている要因の1つに、1回での

認定率が2割前後となっていたことがあげられる。さらに、訪問審査から審査結

### 07年8月から補充的審査を採用。認定率向上に期待

これらに鑑み、07年8月からは新たな審査手順が採用されている。その概要は以下の通りである。

- ①訪問審査後、評価部会を通り4~6週間後に項目の評点・判定と項目所見を中間的な結果報告として受審病院に送付される。
- ②受審病院は事実誤認や疑義について意見を述べる事が出来、評点2以下の項目の指摘された点について改善を図り、補充的審査を受けることができる。
- ③補充的審査は書類審査または訪問調査で行われ、初回訪問審査後概ね3ヶ月以内に実施される。

果通知までの期間が長く、改善の妨げになっていると考えられる。

④中間的結果と補充的審査の結果を踏まえ、評価部会で最終的審査結果を取りまとめ評価委員会の審議にかかることになる。

⑤評価部会で審議し評点が全て3以上の場合にはすぐに評価委員会の審議を受けることができる。

この手順により、評価のハードルを下げることなく、1回での認定率が高くなる事が期待される。

病院運営はさらに厳しさを増しているが、質を高め、地域から選ばれる病院となるために機能評価を受審されることを強くお勧めする。

図1 事業開始後の年度別受審数 訪問審査実施ベース (機能評価機構 2007.10.31時点)

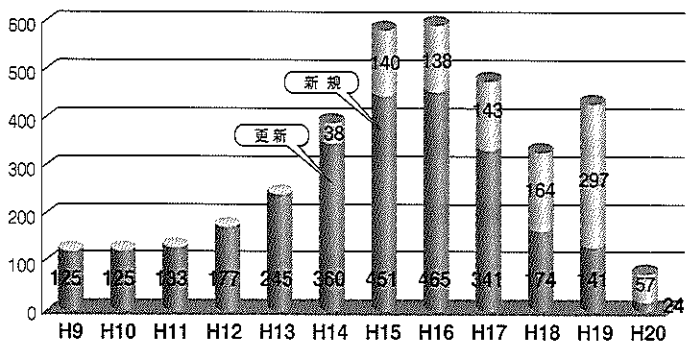
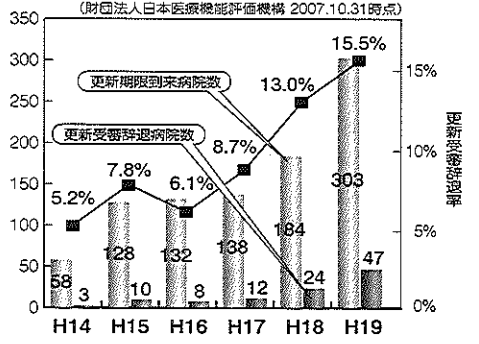


図2 年度別受審数の辞退率推定 (財団法人日本医療機能評価機構 2007.10.31時点)



### 民間病院の立場からの的確な事前指導—全日病「機能評価受審支援相談事業」の報告

## 5年ぶりの更新にとまどうも、保留なくクリア

もっと早く「受審支援相談事業」を知っていたら……

当院は東京都内の商業・住宅街で地域医療の取り組み一般病床53床の病院である。2001年7月に日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し、認定を受けることができた。

準備のために院内の業務を見直し、また受審に合わせて業務改善をしていくことは大変でもあったが認定という目標に対して職員一丸となって努力できたことは、今までに経験したことのない充実感であった。

しかし、自己評価調査票を参考にしているだけでは、どの程度を求められているのか、どのように解釈したらよいのか迷うことが多く、すでに認定を受けている病院スタッフに相談したり、また直前には機能評価機構の事前審査を受けたことは、細かい指導とともに受審当日のシュミレーションをすることもできて大変役に立った。

それから年月が流れ、早くも認定を更新する時期が訪れた。今回はVer.5での受審となった。

Ver.5は大変だということをよく耳にしたが、一度受審しているのだから何とかなるだろうとは考えていたものの、実際に前回受審時より項目が増えている自己評価調査票を目にすると、前回同様どのように解釈したらよいのか、特に当院のように小規模の病院ではどこまでできていれば「評価a」としてよいのか、あるいは「b」としてはいけないのか判断に迷うこともあり、やはり、受審前に一度は病院を評価する側の判断を聞き、確認したいということになった。

「受審支援事業」は医療機能評価機構と全日病が行っていたが、当院は全日病の「受審支援相談」を受けることにした。全日病の方が民間病院の立場で、さらに受審する側からの立場で指導し

てくれるであろうと考えたことと、受審料が安かったことが理由である。

実施日が決定した際、相談目的として項目や、ポイントをしぼって受けることもできるが、当院では全般を見てもらうこととした。

土曜日の午後診療担当者1人に来

ていただき、自己評価評価票に沿って細かく確認をし、また、特に総論と各論との評価の整合性について注意を払うなど懇切丁寧に指導を受けることができた。

院内を回って実施のアドバイスを受けた際にも、感染性廃棄物の処理につ

医療法人温光会内藤病院理事長 内藤誠二



## Ver.5で初受審。判定保留も助言を得て再申請し認定

自院にあった細かなアドバイスが自信につながる……

特別医療法人恵仁会理事長・くろさわ病院院長 黒澤一也



くろさわ病院は長野県佐久市に位置する、内科・整形外科を中心とする83床のケアミックス病院です。農村医療で有名な大病院と市立病院に挟まれる中で生き残るためには、地域の医療情勢を踏まえた経営と病院の質の向上が不可欠でした。しかし、私が入社した2000年頃、医療の質・接遇などを含めた病院の質は決して良いものではありませんでした。

様々な改革を実施してもなかなか成果が出ず、焦りを感じていました。そんな02年に大阪で開催された全日病学会に参加し、そこで日本医療機能評価機構の存在を知りました。

早速機能評価について勉強した結果、当院の質の改善・向上のために機能評価は非常に有益なツールになると確信、受審を目指して03年に準備委員会を立ち上げました。

自己評価調査票を端から端まで目を通したり、様々な講習に参加したり、近隣の認定病院にお邪魔して様々な情報をいただいたり、できることはいろいろしました。コンサルタントの依頼も考えましたが、やはり自力で受審したいという思いから、独力で準備を進めました。受審を申し込み、受審日が05年7月

に決まりましたが、受審の不安は消えませんでした。そんな時に全日病の「機能評価受審支援相談事業」があることを知り、早速に受審前相談をお願いしました。

05年5月にいらしたアドバイザーの木村厚先生に、当院は自己評価調査票のチェックと院内巡視をお願いしました。

自己評価調査票の全項目を細かくチェックされ、自己評価の内容や当該項目に関連して用意しておく書類、不足している部分、重点項目などを事細かく助言していただきました。

院内巡視では、特にポイントになる場所、例えば厨房や医療廃棄物の保管場所を実際に回っていただき、様々なアドバイスをいただきました。また、病棟や外来における救急カートの管理やカルテ管理など、細かいこともチェックしていただきました。

いて等、ちょっとしたポイントも指導を受けることができた。さらに、担当者の訪問により受審に向けての職員の意識が一気に高まったことも見逃せない効果であった。

聞けば、指導を受けるポイントを絞って複数回受けることもできるという。もっと早く知っておけばと悔やみながら本番の日を迎えたが、幸い保留無く更新することができた。指導いただいた全日病とご担当者に感謝申し上げる次第である。

この受審前相談を受けたことによって、自己評価で過小評価していた部分がはっきりしたり、不足している書類も明確になるなど、それまで不安に感じていた部分がなくなり、確固たる自信につながったことはいうまでもありません。

受審当日も木村先生のアドバイスをもとにサーベイヤーの難問を潜り抜け、準備不足の点も早急に対処するなど、無事受審を終えることができました。

判定は認定留保でしたが、その際にも木村先生からアドバイスをいただきました。その結果すぐに再申請し、06年5月に認定を受けることができました。

認定は地元メディアでも紹介されました。最近ではver.5.0で更新する近隣病院から様々な問い合わせを受けるようになりました。受審を機に院内も明るくなりました

### 全日病の「機能評価受審支援相談事業」

初めての受審、5年ぶりの認定更新を、機能評価に精通したアドバイザーが応援。模擬審査によって、書類・規定類から院内各環境まで詳しく事前確認。全国各地に登録された全日病のアドバイザーが、確実な認定を手助けします！

「機能評価受審支援相談事業」は病院機能評価委員会主宰の事業です。相談・問合先 ☎ 03-3234-5165 全日本病院協会・事務局

# 改定方針に病院の理念と期待感を盛り込む！

## 08年度診療報酬改定の基本方針 「誇りと達成感を持って働ける医療現場が作れる」改定とする

厚生労働省は12月3日、社保審医療・医療保険両部会による「2008年度診療報酬改定の基本方針」を正式に公表した。公表された「基本方針」は、11月29日の社保審医療部会で示された修正意見を盛り込んでまとめられたもの。

その結果、前文の「基本的な考え方」には、「地域の医療従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていくよう、万全を期す必要がある」と書

き込まれた。「医療従事者が誇りと達成感を持って働ける」という挿入箇所は、医療部会委員である西澤会長の提案になるもの。佐々前会長の代から、質向上と国

民・患者満足を目指す全日病の目標を象徴する理念を分かりやすく表現するものとして用いられてきたフレーズが、医療費配分にかかわる“政府方針”に盛り込まれたことになる。

社会保障審議会医療部会・医療保険部会「2008年度診療報酬改定基本方針」 12月3日  
\* 公表された文書から修正箇所を抜粋、取消線と太文字・下線で示した。原案は12月1日号に掲載。1面記事を参照。

### 1. 2008年度診療報酬改定に係る基本的考え方

(1) 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持が不可欠であり、そのための各地域で必要な医療の確保を図るために、不断の取組が求められる。  
(2) したがって、今回改定においても、前回改定に際して当部会が策定した「2006年度診療報酬改定の基本方針」(05年11月)に示した「基本的な医療政策の方向性」、「4つの視点」等を基本的に継承しつつ、以下の現状を十分に認識し

て対応するべきである。  
(3) すなわち、現在、産科や小児科をはじめとする医師不足により、地域で必要な医療が受けられないとの不安が国民にある。医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが安心・納得して地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療に従事する方々が働きがいのある従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていくよう、万全を期す必要がある。  
(4) 2008年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、基本的な医療政策の方向性や地域医療を巡る厳しい現状

を十分に認識した上で行う必要がある。具体的には、地域医療の現状を踏まえ、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。

### 2. 今回改定の基本方針(緊急課題と4つの視点から)

(1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点  
患者本位の医療を実現するためには、患者にとって安全・安心・納得の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提

であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質(QOL)を高める医療を提供していくことが必要である。

### (在宅医療の推進)

エ 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

## 会務日誌

\* 表記がない会議・会合はすべて東京開催

### 2007年11月

- 1日 特定健診個別契約(土木国保)、IQIP打ち合わせ
- 2日 特定健診第3者評価機関実務者会議、四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 3日 医療機関トップマネジメント研修(～4日)
- 6日 日病協/20年度改定に向けた緊急打合せ
- 7日 四病協/医療経営・税制委員会、民主党税制ヒアリング、財務省合同勉強会
- 8日 広報・HP作成WG合同委員会
- 9日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会
- 10日 医療の質向上委員会、業務フロー研究会議
- 14日 全日病学会東京大会準備会議、厚生労働省・日医・四病協一社会医療法

人打ち合わせ

- 16日 特定健診実施者研修会(～17日)、人間ドック委員会、医療制度・税制委員会、公明党税制改正等要望説明、医療従事者委員会
- 17日 第8回常任理事会、病院のあり方委員会、無料職業紹介事業WT会議
- 21日 日病協/診療報酬実務者会議、病院経営改善講座
- 22日 四病協/医療従事者対策委員会、日病協/看護師配置基準検討WG、医療事務技能審査委員会
- 23日 病院事務長研修コース(～25日)
- 28日 四病協/理事長債務保証のあり方勉強会、同/総合部会、日医・四病協懇談会
- 30日 個人情報保護担当委員会
- 31日 四病協/医療安全対策委員会、日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会

## 第8回常任理事会の詳細 11月17日

- 主な協議事項
- 「終末期医療の指針(案)」  
徳田常任理事(病院のあり方委員会委員長)は、病院のあり方委員会が検討を進めてきた「終末期医療の指針案」を諮った。今回はたたき台であるとして、役員等の意見を集約した上で、次回常任理事会に最終案を諮る考えを示した。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)

- 以下の11名の入会が承認された。
- 宮城県 岩切病院理事長 中嶋俊之
  - 埼玉県 指扇療養病院院長 結束敬基
  - 東京都 保谷厚生病院院長 高原 明
  - 東京都 東京厚生年金病院院長 谷島健生
  - 東京都 賛育会病院院長 関根義夫
  - 長野県 諏訪湖畔病院理事長 井口光世
  - 長野県 朝日病院理事長 山田康裕
  - 長野県 上田病院理事長 森 寛夫

## 特定健診等で2回目の調査

人間ドック委員会(西昂委員長)は12月3日、「第2回特定健診・特定保健指導に関する調査」を会員病院に発送した。来年4月に開始される特定健康診査・特定保健指導に関する健保連等保険者団体との集合契約を控え、会員病院における特定健診等の実施意向や契約参加意思をたずねるもので、第1回調査を8月末に行なっている。  
今回調査は会員病院担当者のメールアドレス確認を兼ねており、同委員会は今後、集合契約交渉の情報を会員病院

大阪府 野崎徳洲会病院理事長 徳田虎雄  
奈良県 平尾病院理事長 平尾和也  
福岡県 戸畑けんわ病院院長 二見哲夫  
別途退会が2名あった結果、在籍会員数は2,248名となった。  
● 人間ドック実施施設指定の承認(順不同)  
以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。  
◎ 日帰り人間ドック  
東京都 門前仲町メディカルクリニック  
神奈川県 湘南あつぎクリニック  
日帰り人間ドック実施指定は483施設となった。  
【主な承認事項】  
● 病院機能評価の審査結果(順不同)  
10月1日現在、新たに以下の15会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。  
【Ver.4.0】  
◎ 複合病院

に迅速に提供する上でメール配信を活用する方針だ。

## 看護部門長研修が終了

本会が主催する看護部門長研修コースが12月16日に終了、40名が修了証を手にした。  
第3回にあたる看護部門長研修は、トップマネジメントの一員として病院経営の管理・運営に参画し、医療の質向上と医療収益の拡大に貢献できることを目的として、「経営革新・実践力の強化」をテーマに、10月26日～28日と12月14日～16日の日程で実施された。

- 大阪府 永山病院 新規
- 【Ver.5.0】
- ◎ 一般病院
- 北海道 札幌星塚病院 更新
- 北海道 井上病院 更新
- 千葉県 千葉中央メディカルセンター 更新
- 大阪府 北摂総合病院 更新
- 福岡県 宗像水光会総合病院 更新
- 大分県 野口病院 更新
- ◎ 療養病院
- 兵庫県 平成病院 更新
- ◎ 複合病院
- 群馬県 くすの木病院 更新
- 東京都 永生病院 更新
- 岡山県 佐藤病院 更新
- 岡山県 芳野病院 新規
- 熊本県 江南病院 更新
- 熊本県 谷田病院 新規
- 宮崎県 城南病院 新規
- 認定証交付済みの会員は767病院。

## 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 (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588



### 医療計画等の策定状況 北海道の現状報告

新医療計画制度や地域ケア整備構想など2008年度にスタートする諸計画策定に向けた都道府県の作業が最終局面に入りつつある。西澤執行部は、各都道府県における策定作業に全日病の各支部がどう関与しているかを把握する緊急調査を11月に実施、その集計を進め

ているが、地域医療の正確な現状を反映した諸計画の策定が望まれるところだ。北海道医療対策協議会等の委員を務める徳田常任理事に、北海道における諸計画策定の現状報告をお願いした。

## 地域の実態に即した対応が急務。支部の取組が不可欠

### 十分な検討を要する医療計画。医療連携の記載内容にも問題

常任理事・病院のあり方委員会委員長  
(北海道病院協会理事長) 徳田禎久



昨年法案として成立した医療制度改革は、その実現に向けて種々の取り組みが開始されつつある。過去の政策の遂行と決定的に異なるのは、種々の取り組みが都道府県単位に行われ、一定の裁量権を持つ一方で実施責任も負うというところにある。

厚労省は、通知・提示・告示の形で各都道府県に基本的方針を伝えているが、現在、各都道府県で協議が行われ各種の計画や構想が示されつつある。

協議の中には、将来の各都道府県における医療のあり方を決める「医療計画」「地域ケア構想」などがあり、全日病は医療提供者として進んでこの協議に参加すべきと考えているが、支部長への緊急アンケート調査を行ったところ、各支部の取り組みに温度差があることが判明した。

来年度施行に向けた作業が各都道府県別に急ピッチで進められており、対応の遅れている支部の活動を支援すべく、北海道における取り組みと現状を報告する。

筆者は、北海道病院協会理事長として医療制度改革に関連する種々の会合のほとんどに出席しており、同じ目線で北海道の取り組みや関係者の会合での発言を見ており、その実情と共に計画や構想の成立過程に関しての感想もあわせて記載する。

### 計画策定の進捗状況—縦割組織の下で非効率な作業

現在までに議論が終了したものと進行中の会議があるが、それぞれ協議内容により担当する部署が異なり、それが故に縦割りでそれぞれの会議が先行しており、最終的に「北海道保健医療福祉計画」としてまとめられることになっている。

本来はこの計画があって個々の対応が話されるべきなのは言うまでもないことであるが、残念ながら国以上に連携が取れておらず、結局、作業が2度手間となっているところも多い。これは担当者の問題ではなく、組織形態が旧態然としていることが問題で、民間では考えられないものである。

制度改革に直接的・間接的に関連する種々の協議会・審議会・検討委員会と主な各計画の進捗状況、基本内容は以下の通りである。

#### 1. 北海道地域ケア体制整備構想

地域ケア体制整備構想(素案)が12月初めに完成、現在、道庁HPで意見募集を開始した。構想の基となる「地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本方針」の骨子は以下のとおり。

◎高齢化の急速な進展と人口・世帯構造の変化、広い面積(国土の20%)、冬期の寒冷地、過疎地の存在などの地勢的特徴などを踏まえた対応とする

◎道民や医療機関の意向を踏まえた対応と支援を実現するため、地域の実情に沿った医療介護提供体制の構築が必要

◎圏域は現行の21高齢者保健福祉圏域を維持する

#### 2. 北海道医療費適正化計画

医療費適正化計画については11月に骨格の概要をまとめた。

◎効率的提供は、平均在院日数短縮(長野の1/2~1/3)と療養病床再編により対応する

◎道民の健康保持推進は、特定健診保健指導実施率を目標値とする

ただし、計画期間における医療費算定の見直しは未だ示すには至っていない。

#### 3. 北海道医療計画

医療計画は11月によく素案(たたき台)が提示されたところであるが、以下の重点施策を中心に計画作成を急いでいる。

- (1) 地域における医療提供体制の構築・圏域及び基準病床数の設定
- ・ 疾病・事業毎の医療連携体制(4疾病5事業と在宅)など
- (2) 医師など医療従事者の確保
- (3) 医療安全の推進
- (4) 医療情報の提供

大きな問題となっているのは、再編にともなう療養病床算定数値が、意向調査及び北海道の実情から算出した地域ケア構想(1万8,737床)と国の算定式に従う医療計画(1万7,036床)とで異なっていることであり、この解決が求められている。

#### 4. 北海道健康増進計画

健診受診率・保健指導実施率など、現在進行中の内容を継続している。

#### 5. 北海道癌対策推進計画

がんによる死亡率の減少などの全体目標およびがん医療や相談体制などの分野別施策ほかが盛り込まれる見込みである。

### 諸計画・構想に対する評価(私見)

北海道における制度改革関連の計画や構想の内容について、以下に私見も含めて記す。

1. 現在の素案では、国の方針や国が出した目標値設定に係る数値に従った計画が立てられているため、十分地域特性に対応した医療計画とはいえない
2. 継続的ケアというが、介護事業支援計画との整合性が具体的ではない
3. 4疾病の医療連携に関しては、医療機関機能調査を参考に、大学・医師会・専門施設の代表からなる懇談会での議論を踏まえて計画立案がなされているが、不十分である

◎癌については大学・拠点病院を中心としているが、これらの施設以上に症例をもつ臓器別専門施設があるため、どこまでの医療機関を公表すべきかを協議中。(目標値：75歳未満のがん年齢調整死亡率、男女の喫煙率、がん種類別のがん検診受診率)

◎脳卒中は、急性期医療を担う医療機関の取り組みとして基準を示し、対応可能な医療機関の公表、回復期病床の公表に関して協議中。(目標値：特定健診受診率、脳血管疾患年齢調整死亡率、地域連携パスの導入圏域数)

\*目標値としての正確な脳卒中死亡率の把握に問題。08年度から始まる特定健診の内容が現行健診内容より劣るため、このままでよいのかも協議中。

◎心筋梗塞についても急性期医療を担う医療機関の取り組みの基準を示し、対応可能な医療機関を公表。(目標値：特定健診受診率、急性心筋梗塞年齢調整死亡率、地域連携パス導入圏域数)

\*脳卒中と同様、予防に対する健診内容として現状より劣る特定健診の問題

について協議中。

◎糖尿病は、機能調査の情報では各施設の機能の把握が不十分で、診療ガイドラインに従って教育入院なども行っている施設が多いこともあり、中核病院という形態は決められず、かかりつけ医・専門治療を行う医療機関それぞれが取組むべき事項を列記することになり、医療機関の実名提供はしないことになった。(目標値：特定健診受診率、糖尿病が強く疑われる症例の割合、人工透析患者のうちの糖尿病性腎症の割合)

### 各支部の積極的関与で都道府県を支援すべし

会議を重ねてわかってきたことは、役人の多くが、大きな計画の実現を目指して考える習慣がないために、当たり障りのない記述の連続となるきらいがあることである。

具体的には、北海道の地域特性を十分に捉え、厳しい条件の中で医療費適正化をどのように成し遂げるのかマニュアルとして書けないということである。

これまで、個別の政策立案・実施に対する管理を行うことがもっぱらの仕事であったために、費用対効果を考慮した医療・介護提供のあり方など、広い意味で地域の経営をどうするのかという観点から、絵を描き実行に移すということが不得手なのだと言える。

制度改革の実現に向けて都道府県政策立案責任者との真剣な協議の場ができたことを評価すべきであり、我々全日病の医療提供のあり方を実現させるための一歩となりうると考える。この意味から、各支部の積極的な取り組みを希望するものであり、合わせて役人の成長を支援すべきである。

### ■諸計画策定にかかわる審議機関と行政部署(北海道)

- ・北海道総合保健医療協議会 (総務課)
- ・北海道医療対策協議会 (医療政策課)
- 自治体病院等の広域化検討・医師派遣・医師養成分科会
- 北海道周産期医療システム整備計画
- 小児科医療の重点化計画
- 自治体病院等広域化連携構想
- ・北海道医療審議会 (医務業務課)
- ・北海道医療費適正化計画検討協議会 (国民健康保険課)
- ・北海道地域ケア整備・療養病床再編検討委員会 (高齢者保健福祉課)
- ・北海道病院事業に関する次期計画検討協議会 (道立病院管理局)

## 病院未収金で調査。四病協会員病院が対象

### 発生原因捕捉が目的。4月に検討会報告、具体策を検討

病院における未収金の実態を把握するためにアンケートの実施を予定していた厚生労働省は、四病協の協力を得て、12月初めに調査票を送付した。対象は3,050病院(無作為1/2抽出)。

調査は未払い発生の原因を探ることが目的。12月に新たに発生した未払いのうち、2008年2月末に回収できていない患者数・金額について、入院・外来別、保険診療・自費診療・公費負担等々の各内訳別に記入してもらうほか、直近3年度にわたる未集金と損金処理額の推移もたずねる。

当該患者に関しては、受診形態、診療科、生活困窮、催告等の状況など、個別の状況についても報告を求めている。

さらに、支払い方法の工夫や未収金回収方法を記入してもらうほか、自由

意見の記載欄も設けている。2月末に回収し、3月いっぱい報告に

まとめる方針。実施主体の保険局国民健康課は、来年4月に「医療機関の未収金問題に関する検討会」に報告し、未収金発生対策の具体検討に活用したいとしている。

検討会そのものは1月21日に次の開催が予定されている。

## 「医療安全管理者」の継続研修を開催。厚労省が後援

本会が主催する「医療安全対策講習会—医療事故と情報の活用」が12月7日、東京都内で開催された。

日本医療機能評価機構医療事故防止センターの後 信医療事故防止事業部長が医療事故情報収集等事業について報告した後、東邦大学医学部長谷川友紀教授が「患者参加による医療事故防止対策」と題した講演を行なった。

本講習会は、四病院団体協議会(2006

年まで開催)および全日病院・医法協(07年)が発行した「医療安全管理者認定証」の継続更新研修会に該当(1単位)し、厚生労働省の後援を得て開催された。

