



全日病 NEWS 2/1

21世紀の医療を考える全日病 2008

発行所/ 社団法人全日本病院協会
発行人/ 西澤 寛 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.679 2008/2/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

病院再診料の引き上げが決まる!

08年度診療報酬改定案 「10対1」入院基本料も引き上げか!

2月1日の中医協総会に厚労省は「10対1」入院基本料を引き上げる案を提示した。次回決まる見込みだ。

1月30日の中医協総会は病院の再診料を引き上げることで合意した。再診料引き下げを含む診療所算定項目の見直しをめぐる診療側(日医委員)と支払側の意見対立が膠着する中、公益委員として双方から裁定を求められた土田武史中医協会長が、病院再診料引き上げを含む案を提示、両側とも了承した。

中医協後、土田会長は報道陣に「(病院再診料の引き上げは)1点では足りない」と語った。2点以上となる公算がある。

同日の総会に事務局は「主要改定項目案」を提示した。それによると、200床未満病院を対象にした亜急性期病棟の評価が新設される。増加するDPC病院の後方病床としてpost-acuteを担う病棟で、中小病院の新たな選択肢となる。「主要改定項目案」の概要は4・5面に掲載

「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減」を最優先課題とした2008年改定のネックは財源の捻出である。事務局(厚労省保険局医療課)は「診療所による病院支援」を理念に据えた上で、改定財源の不足部分は診療所の診療報酬から回すという財源シフトの変更を企図し、再診料の引き下げなどを提案した。

これに日医が猛反発、厚労省案に原則同意する支払側との間で議論は完全に膠着状態に陥った。その結果、両側は公益委員による裁定を求めた。

すでに、土田会長は1月25日の総会で、財源移転の成否を判断するために投入費の内訳を開示してほしいと異例の要請を原医療課長に行っていた。原課長は1月30日の総会でその内容を公表、各項目の見込み額まで明らかにした。

病院の産科・小児科・勤務医対策に投じる予算は約1,500億円。医科の改定率0.42%で約1,000億円が捻出できるため、残り400億円強が追加的に必要費用であり、これを診療所からの「財政支援」から見込んでいると、原課長は説明した。この説明を踏まえ、土田会長は、①

診療所の再診料引き下げは見送る、②病院の再診料を引き上げる、③後期高齢者医療の外來管理加算を病診同一にする、④初再診料の問題は次期改定の中で検討するという4点を提案、各側とも了承した。

土田会長は、「この間の(急性期大病院中心の)議論では中小病院(支援の観点)が抜けていた。200床未満の病院は、地方で、僻地で、苦しんでいる」と指摘。呻吟している中小病院の現状に大きな理解を示した。

「外來管理加算の引き下げは、軽微な処置の包括化と合わせて実質的な再診料引き下げとなる」という認識を示した土田会長は、さらに、「病院再診料引き上げの財源は診療所の分から捻出する」と言明。日医が強く反対していた外來管理加算への時間目安等の導入とデジタル処理加算廃止は承服を求めた。併せて、後期高齢者医療で提案されていた「主治医」の初診料引き上げも撤回されることを確認した。



▲中医協は1月25日に前橋市で公聴会を開催した

●医科プラス改定による財源 (厚労省資料より)

約1,000億円 (0.42%相当)
+
●追加的な財源支援が必要な額
選択肢 (見直しによって確保可能な額)
計400億円強 *数字は億円
・再診料(1点) 120
・外來管理加算 240
・デジタル処理加算 100 計200強 (注)
・検査判断料
・軽微な処置の包括化 計200強

II

●産科・小児科・勤務医対策に投入を見込む額

計約1,500億円 *数字は億円
・ハイリスク妊産婦・救急搬送の評価 150弱
・小児専門病院の評価 50弱
・外來縮小する中核病院の評価 150弱
・事務補助職員配置の評価 350強
・手術技術料の適正な評価 600
・その他(安全対策・院内検査・夜間休日分担等) 250強

(注) 合計額の不一致について原医療課長は「診療科間のバランスを調整する必要があるために全額を財源とすることはできない」と説明した

08年度改定の重要資料を掲載するために、本号は4頁のところ、特別に6頁建てとしました。

調査報告の処罰活用に依然めぐえぬ疑念

診療関連死の死因究明 調査機関設立議論が最終局面。法案化の公算も

診療関連死の死因究明等を担う調査機関設立の議論が最終局面を向かえている。

厚生労働省は同省内に医療事故調査委員会を設置し、医療機関に診療関連死の届出を義務化、違反した場合はペナルティを科すことができるという「第2次試案」を10月に公表したが、医療界からは様々な疑問や不安が示された。

12月21日には自民党が厚労省案を踏まえた上で、そうした懸念に「配慮」した骨格案を提示。設立機関名を「医療安全調査委員会」と仮称、「委員会は医療関係者の責任追及を目的としたものではない」と明記した上で、政府に「新

制度の骨格に沿った検討」を求めた。

これを受け、12月27日の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」は届出の範囲を中心に議論したが、懸念は解消されていない。

事務局の厚労省医政局総務課は自民党案をベースに医療界の理解を取り付け、通常国会に委員会設置法案の提出を予定している。

1月23日の四病協総会には二川総務課長が出席、自民党案にもとづいた制度骨格を解説。二川課長は「届け出は医療機関が「事故」と判断したものに限られる」と説明、届出の義務化・制度

化に事実上ペナルティを想定していないことを示唆した。

また、委員会が捜査当局に通知する「事故」は、①故意、②重大な過失、③悪質なケースに限られると、まさに「謙抑的」に運用されることを強調。さらに、遺族等から直接訴えがあった場合にも警察は委員会の通知を優先するなど当局告発にもとづく脱税摘発と同様の運用を図ると、司法当局の考えを咀嚼してみせた。

しかし、医療界には、委員会による調査報告が行政処分や刑事手続きに活用される点に強い危惧を示す向きが少なくない。「原因究明と再発防止」を

建前に当事者から事情聴取を行なった結果が処罰上の資料に転用されるということに、不利益供述の拒否権を認められた憲法38条違反の疑いがぬぐえないからである。

当事者に強いプレッシャーがかかる結果、調査そのものにバイアスがかかるということが危惧される。明らかな過失が刑事手続きの対象となるのは当然である。しかし、少なくとも、目的外使用は避けることが委員会調査の所期の目的にかなうのではないかという意見が医療界には根強い。

1月31日の検討会は病院内に「安全調査委員会」を設置する件などを検討した。検討会後、厚労省医政局総務課幹部は、法案提出のリミットは5月上旬としつつ、「医療界の同意なしに成立させてもうまく機能しない。今年実現させなければというものでもない」と議論の行く末を慎重に見守っている。

制度概要が決まる。医療機能評価機構が運営

産科医療補償制度 委員会を設置、原因分析と再発防止策の追究も手がける

無過失補償の考えを取り入れた産科事故に関する原因究明・再発防止制度の概要が決まった。

日本医療機能評価機構に設置された「産科医療補償制度運営組織準備委員会」は1月23日、通常の分娩で脳性麻痺の後遺症が残った新生児に補償金を支払う仕組みを軸とする産科医療補償制度に関する報告書を取りまとめた。補償は過失の有無を問わず対象となる。

運営組織は評価機構が担当する。評価機構は理事会承認後に金融庁の審査を経て、2008年度内に創設する。

この制度は、分娩を取り扱う病院や

助産所が運営組織を介して損害保険会社に保険料を支払い、妊産婦との補償契約にもとづいて、新生児に脳性麻痺の後遺症が残った場合に当該分娩機関が支払う補償金を担保するというもの。

分娩機関に損害賠償責任がある場合は、補償金と損害賠償金とで調整される。補償の認定対象は、原則として、出生体重が2キロ以上かつ胎週数33週以上で脳性麻痺となった、重症度が身体障害者等の1級および2級に相当する場合。一律基準を下回る場合でも、基準に近い新生児は個別審査が行なわれる。

ただし、先天性要因、分娩後の感染

症で脳性麻痺となった場合など基準に該当する新生児は対象から除外される。出生後すぐに亡くなった場合も脳性麻痺の診断がつかないことから補償されない。補償額は、数百万円の「準備一時金」と総額2,000万円(20年分割)の支給が

「病院外來医師も診療所も同じ取り扱いであるべき」

「高齢者担当医」で四病協が要望。日病協は看護補助加算を要望

四病協は1月11日、「後期高齢者医療制度において、外來医療における「総合的に診る医師」は診療所と病院の医師を同じ取り扱いとする」よう求める要望書

を、厚労省水田保険局長宛に提出した。また、日病協は12月18日、7対1と10対1入院基本料に看護補助加算を求める要望書を中医協土田会長他に提出した。

検討されている。

運営組織には原因分析委員会および再発防止委員会が設けられ、原因分析と再発防止策が検討される。医療機関には資料提出の義務が課され、結果は家族にも報告される。報告書は訴追に用いられる可能性もあり、医療界には、原因分析・再発防止と補償を同じ組織で行なうことに疑問をもつ向きも少なくない。

「10対1」の看護補助加算は「7対1」から外れた病院が算定、2年限り

亜急性期入院医療管理料にpost-acute病棟を新設。病床制限は緩和、入院期間は短縮

厚生労働省保険局医療課長 原 徳壽
全日本病院協会 副会長 猪口雄二
副会長 安藤高朗



安藤 2008年度診療報酬改定がまもなく決まります。医療費抑制の下で病院は本当に疲弊しており、地域医療に深刻な影響が生じています。こうした状況にどういふ対策が講じられるのか、原徳壽医療課長に、主要課題についてお話をうかがいます。

急性期病院のリハは脱施設へと変化

安藤 診療報酬上の地域連携パスに脳卒中が追加されましたね。

猪口 06年度改定で大腿骨骨折のパスが算定対象となりましたが、回復期リハ病棟は要件から外れました。しかし、医療計画に書き込まれる医療連携体制には、脳卒中に回復期リハ病棟が組み込まれています。今回は、回復期リハ病棟も算定できるのでしょうか。



原 脳卒中は長期にわたる医療が必要となることから、その対策が大きなテーマとなります。特定健診・保健指導という制度も、ある意味では脳卒中対策です。

したがって、例えば、脳梗塞発症直後にt-PAを投与できる体制をとるとか、急性期病院における早期リハを充実化するなど、できるだけ後遺症が残らないようにした上で回復期リハにつなげる必要があります。そうした上で、地域連携パスの役割がきわめて重要となるわけです。前改定では、試行的に大腿骨骨折のパスが導入されましたが、今後は本格的に取り組んでもらう必要があります。

パスを受け取る回復期リハ病棟はこれまで算定できませんでしたが、今回は、算定できるようにします。ただ、パス全体についていえば、複数の連携先を評価することから数が大変多くな

一般急性期病院(地域一般病棟)はpost-acuteを想定

原 ただし、急性期の総合病院自体は数が限られていくでしょうから、おのずと住まいから離れたところに分布します。したがって、急性期を終えたら、住まいの近くの病院に移って治療を継続することになる。そうすると、亜急性期病棟の存在が重要になります。

安藤 亜急性期は今改定の課題の1つでもありますね。

原 おっしゃるとおりです。現在の亜急性期入院医療管理料は、急性期病院からの患者の受け入れと在宅や施設で急性増悪になった方を受け入れる病棟が算定対象と、ある意味、異なる機能を一体に評価しています。しかも、一般病床の1割という制限がついています。

これは、イメージ的には急性期病院の中に亜急性期病棟を設けるという発想であるともいえます。しかし、今回は、新たに、急性期病院からの患者を受け入れるpost-acuteの機能を重視した病棟の類型を、亜急性期入院医療管理料に設けたいと考えています。

猪口 現在とは違う類型を新設するということですね。

原 そうです。急性期病院からといっても、脳卒中や骨折の患者は回復期リハに回った方がよいでしょう。しかし、

原 全体の改定率は-0.82%ですが、本体は+0.38%と8年ぶりの増額になりました。全体は難かしいにしても、本体部分は何とかプラスにできないかと調整に務めたのですが、2,200億円削減をクリアした上での調整であり、正直、苦勞しました。十分な数字ではないでしょうが、少しでも医療崩壊の進行を止めることができればと思っています。

改定の課題は沢山ありますが、とくに、急性期病院における勤務医の疲弊が顕著であることから、その負担軽減を緊急課題に掲げています。

るので、点数は引き下げざるを得ないでしょう。それと、連携先にも退院基準の作成を求め、入院期間も考慮の対象とするなど、要件を強化したいと考えています。

回復期リハ病棟自体についても、重症な患者をしっかり回復させるという点に着目した評価を考えています。

また、脳卒中については医療計画に書き込まれた医療機関を評価したいと考えています。都道府県で医療計画を策定するにあたっては、各医療機関ともそれぞれの役割を十分アピールし、きちんと位置づけられるようにしていただきたいものです。

猪口 急性期病院におけるリハはどういうイメージで考えているのですか。もっぱらベッドサイドのリハに力を注いで早期に回復期リハにつなげるということであれば、院内のリハビリテーション施設は不要になる方向かとも思えるのですが。

原 例えば、ある大型の急性期病院は平均在院日数7日を達成していますが、住まいの近くに病院を確保した上で患者を転院させています。こうした取り組みが進む中で、そこで本格的に実施するということはないなど、急性期病院におけるリハも変化していくことでしょう。しかし、まったくなくなることは考えられません。

それ以外の手術やがんなどの患者で引き続き治療を必要とする患者を診るのが新たな病棟の機能です。

ただし、入院期間は現行のように90日ではなく、ある期間で在宅に移っていただくというように、要件はある程度厳しくする必要があります。その代わりに1割という病床制限は緩和することを考えています。これは、全日病が言ってこられた「地域一般病棟」の一つの機能を評価するということになります。



猪口 DPCの普及で病床にゆとりが生じていくと、空いた病床を亜急性期患者のために使うという考えが出てくることでしょうか。

その一方で、大きな病院は急性期に特化してもらい、亜急性もしくは回復期はできるだけ地元の病院が引き受けるという考え方もあります。今おっしゃった、病床規制を緩和するという事は、大きな病院の中に亜急性病床が増えることを妨げませんか。

原 そういうことではありません。現行の亜急性期入院医療管理料はそのままにした上で、他の病院からくる、あるいは術後とか発症から一定期間の患

者を受け入れる機能を明確にした病床の評価を新設し、かつ、その枠を広げようということです。現行の亜急性期入院医療管理料の病床規制を緩和するわけではありません。

急性期病院は、治療を終えた患者を後方病院に委ねながら、空いた病床については、新たな急性期患者の紹介を得ることによって対応すべきで、亜急性期の病床を設けるといふのは不効率ではないでしょうか。色々制約がありますから徐々に進めていく必要はありますが、本来の急性期病院は、基本的にはこういう方向に向うのではないのでしょうか。

安藤 全日病の「地域一般病棟」では、在宅患者の急性増悪等への対応を重要な機能にあげていますが、今のお考えによると、急性期からの受け皿に絞るといふことになります。

原 「地域一般病棟」には3つの機能がありますね。post-acuteの受け入れ、急性増悪時の在宅等患者の受け入れ、もう1つは軽症急性期患者の受け入れです。

「地域一般病棟」は、地域にあって、難しい病気がそこで診ることができると、一般の手術についてはほとんどんしてもらってよいと思います。また、

DPCの軽度急性期版は08年度の検討課題

猪口 DPCですが、今後は「軽度な急性期も対象に含む」とされました。これは、「重度な急性期」と「軽度な急性期」とで取り扱いが変わるのか、それとも、機能評価係数で病院ごとに差をつけるのでしょうか。さらに、post-acuteもDPCの対象となっていくのかという点もうかがいたいものです。

原 基本的には08年度に検討される問題です。沢山の、規模や機能が異なる病院のDPCへの参加が見込まれる中、これまでの体系で対応していけるのかという議論において、「重度な急性期」のみを対象とすべきという意見もありましたが、「軽度な急性期」まで広げるべきであるというのが大方の意見でした。しかし、700近くもある07年度の準備病院を迎え入れるにあたって今の点数の体系を変えなくてよいのかという点は、これから議論せざるを得ないテーマです。

対応の仕方としては、病院ごとに点数を変えるとか、点数の分岐を細かくするというのが考えられるわけで、例えば、仮にpost-acuteも対象に加えるのであれば、そうしたタイプのツリー、分岐を作れば対応できます。いずれにしても今後の議論の問題です。

猪口 08年度の調整係数は今回の改定率が適用されるわけですか。

原 そうですが、本体の+0.38%ではなく、全体の-0.82%が適用されます。

猪口 「7対1」入院基本料ですが、色々な要件が追加されようとしています。

原 看護配置については、1996年の新



こうした機能がなければ、急性期から移ってくる患者を診ることもできません。このように、ある程度の範囲の急性期医療が提供でき、かつ、難しい疾患や複合的な症例の術後にも対応でき、さらに、在宅の急性増悪患者も受け入れるという機能を併せ持ったものが「地域一般病棟」ではないでしょうか。

猪口 我々の求める「地域一般病棟」はご説明のとおりです。これは、同時に、課長がしばしば言及されてきた、「高度・急性期総合病院」に対する「一般急性期病院(病棟)」と重なりますよね。

原 おっしゃるとおりで、「一般急性期病院(病棟)」ということです。

安藤 我々民間病院には挑戦しがいのある病棟が新たに設けられるわけですね。

看護体系創設時から、旧「2対1」を上回る評価を設けるべきか否か議論されてきました。それが、前改定で、急性期医療には「2対1」を超える配置が必要であるということで「7対1」が新設されたわけで、方向としては間違っていないかと思っています。ただ、算定基準が十分でなかったことと「10対1」との点数差が大きかったことから、算定病院がいたずらに増える結果となってしまったわけです。

ただし、多くの私大病院は実態として「7対1」を実現していたなど、本格的な急性期医療に「7対1」が必要であることは明らかであり、その点を算定基準で明確にするために、今回、看護必要度として、ハイケアユニットの評価票を一般病棟用に手直した判定基準を用いることにしました。さらに、急性期医療に最低限必要な医師の配置体制も要件に加えます。

猪口 医師が要件に加わることで、今度は、「7対1」病院による医師獲得に火がつく恐れはないでしょうか。

原 入院基本料というのは、看護料、入院環境料、入院時医学管理料を統合したもので、医師の体制を問うことは当然なことではあるのですが、今回は、医師数の算定上入院と外来を合算するなど、それほど厳しくすることは考えていないので、大きな影響は出ないでしょう。また、特定機能病院には別な面からの評価を考えており、看護必要度と医師要件は適用されません。

「10対1」看護補助加算は次期改定の中で議論

猪口 「7対1」の見直しに関連して、「10対1」の看護補助を評価するという案がありました。

原 「7対1」の新たな基準を満たせずに「10対1」に移行する病院については、看護師を解雇するわけにもいかないことから、経過的に2年間、看護補助加算をつけることを考えています。元々の「10対1」に看護補助加算をつけるかどうかは、財源上大きな問題であること

から、10年改定に向けた議論の中で取り上げられるテーマになるでしょう。

猪口 それは、ウーン残念だな…。基本小委の議論で案が示されたことで、大変期待していたのですが。

原 これまで補助加算がついていなかったのは、それまでは「10対1」が最高ランクだったからです。必要性は十分認識していますし、当初はできないだろうかと考えたのですが、0.38%と

脳卒中のパスは医療計画記載施設に限り評価。回復期リハも対象

75歳超の病院外来は特定疾患療養管理料を算定。点数引下、病床規模制限の見直しも



いう改定率では、残念ながらそこまで回りません。

安藤 入院患者の半分以上は高齢者というのが現状です。看護師業務の一部を介護職員に割り振ってはどうかという議論もあります。将来的には、看護業務の件数も相対的に安くなっていくのではないのでしょうか。

原 例えば、先ほど出た「高度・急性期総合病院」には「7対1」が必要といったように、今後は、病院の類型を踏まえて、そこにどのくらいの看護師が必要であるかを考えていく必要があるのではないのでしょうか。もっとも「7対1」といっても、3交代の下では昼間1人の看護師が4～5人の患者を看るということで、それほど余裕があるわけでもない。将来的には「7対1」以上が検討される必要もあるでしょうが、看護師数の問題もありますから、当面は「7対1」に絞って、その体制を確立していくこととします。

普通の急性期病院は「10対1」を目指していただくということでしょうね。「13対1」では少ないですから。

猪口 次の改定に向けて、せめて足がかりとなればよいのですが。

原 次期改定までの2年間の経過措置ですが、加算が存在している以上、次

にこれをなくすということは、当然、議論の対象とならざるを得ないということはいえます。その中で、これは恒常的に評価されるべきではないかという意見も出ることでしょう。

猪口 そうですね。急性期における看護業務には、看護師でなければできない部分と、看護師以外でもできる部分とがあります。全日病としても、そうした大きな議論を提起していきたいと思えます。

安藤 加えて、医師でなくてもできる業務というものもあります。

猪口 その「メディカルクラーク」ですが、一般病床全体に配置されるということではないのでしょうか。

原 「メディカルクラーク」は商標登録されているので、私どもは「医療クラーク」と略称しています。(笑) 今改定の最大課題である勤務医の負担軽減に直接影響する点が「医療クラーク」です。限られた財源の中では、もっとも疲弊している部門からつけていかなければなりません。そういう意味からは、まず救急部門が考えられます。

具体的にどこまでできるかは、改定の詳細が固まる中で財源事情によって決まるので現時点では定かには言えませんが、急性期の病院にはできるだけ広くつけたいと考えています。その上で、評価にグレードを設ける、業務の範囲を明確にするなどを検討しています。したがって医事請求業務のスタッフは算定できません。

重要なことは、勤務医の仕事を改善する計画を作成し、勤務医の皆さんに示してもらおうということです。したがって、届出の際に改善計画の提出を考えています。

はないかというもの、もう1つは、逆に、転換老健における医療をもっと手厚くすべきであるという意見です。

原 前者の意見があることは存じていますが、問題は、医師不足の問題をどう考えるかではないのでしょうか。わが国は、OECD諸国と比べるとGDPに対する医療費の割合が低いという指摘がありますが、他方で、病床数が圧倒的に多いという特徴があります。もう1つ、対人口医師数が少ないということも特徴です。しかも、急速な高齢化が進んでいる。こういう中で、慢性期を「病院」というかたちで維持していくことが、はたして妥当であるかという問題があります。諸外国には、医師が常駐する施設で慢性期の患者を診つづけるという例は恐らくないでしょう。

医師不足の一つは、急性期という、とりわけ医師を必要とする部分が手薄になっているという不均衡の問題があります。こう考えると、わが国は、慢性期に医師を十分な数配していく状況にはないのではないのでしょうか。

そのためには、在宅医療において、往診あるいは訪問というかたちで間歇的に提供していく、施設でいえば、医師1人の老健施設で対応するといった工夫をしていかなければならない。老健施設でいえば医師の常駐は1人にとどめ、外付けで医療を提供していくというように、医師の配分をならして、全体として急性期に寄せていかなければいけないのではないかと思うのです。療養病床についても、これ以上増やすことは、医療費投入や医師のシフトからいってあり得ないのではない

でしょうか。

そういう意味では、受け皿の面で介護保険にもしっかりしてもらわないとならない。高齢者のケアを医療がすべて引き受け続けていくと急性期の医療は益々危うくなるのではないかと、個人的には思いますね。

安藤 それでも、療養病床の15万床という目標は上方修正せざるを得ないのではないのでしょうか。

原 2012年に15万床とするという目標としては難しいかもしれません。受け皿整備の問題がありますから。しかし、方向性は変わりません。療養病床をお持ちの病院は、できるだけ介護保険に移っていただくことを考えていただきたいと思っています。

安藤 その転換老健ですが、医療サービスの内容を確認したいのですが。

原 重要なポイントだけをご説明しましょう。夜間・休日に施設の医師がオンコール対応できない場合に、併設保険医療機関の医師が診療しても施設医師と同様に算定できるようにします。もち論、算定要件は色々ありますが、それと、急性増悪時等に往診した医師が行なう診療行為の枠を拡大します。

猪口 老健局が「医療機能拡大型転換老健」というのをどのような内容で設計するかによって、転換の流れが決まるのでは。

安藤 個人的には、老健入所者が緊急時に病院に送り込むことが費用の増大を招いている一因だと思います。むしろ、老健で対応できる医療を充実させた方が費用節減につながると思う。中途半端な転換老健だと、結局、病院送りになってしまいかねないのでは。

中小病院の評価引き上げを検討している

猪口 いずれにしても、大きな流れとしては、一般・療養ともにベッドが減る中、高齢者の増加を見据えると、とくに療養病床は、単価は下がるものの量的にはある程度保障される介護保険に移行していくという方向が避けられないと。

原 介護老人保健施設だけではありません。独居老人が増えますから、今後は、医療の外付けをした居住系の施設も必要となります。

安藤 そうなると、在宅専門医の養成と確保が重要になります。

原 在宅においては、幅の広い診療能力を養っていく必要がありますね。

猪口 その点、全日病は在宅医療も含め、「主治医」という概念で、総合診療能力を獲得した、しかも、資格をもった医師の育成を提起しています。現在、これを教育するシステムがありません。大学が無理であれば、我々病院団体が手がけてもよいでしょう。こうした基礎がない中で「総合的に診る」と言われると混乱するのでは。

原 最近、高齢者対象の在宅医療の研修カリキュラムが学会等でできてきますから、そういうものをぜひ、生涯教育の中で勉強していただきたいと思っています。ただ、今回の後期高齢者医療において、それを「高齢者担当医」の要件とするかどうかは別ですが。

猪口 ところで、特殊疾患療養病棟等の基準見直しですが、脳卒中後遺症や認知症を対象疾患から除外することで決まりですか。

原 除外するというよりも、特殊疾患療養病棟入院料や障害者施設等入院基本料を設けた本来の目的に戻すということが、今回の見直しの目的です。脳

卒中の後遺症で麻痺等が残っている患者は、特殊疾患療養病棟や障害者施設よりも、本来の療養病棟でみる患者であるし、場合によっては介護施設の方がよいかもしれない。そういうことで、本来目的に沿ったかたちで基準を変えようということなのです。

安藤 入院時医学管理加算の見直しで、対象病院が「産科、小児科、精神科等を含む中核病院」とされています。この精神科というのは病棟も含むお話ですか。

原 病棟までは考えていません。24時間診療ができるということが主旨であり、それは常勤とは限りません。総合病院から精神科が減ってきていますから、精神合併症をもつ身体疾患の患者を診れる病院を重視するという事です。

猪口 これまでのお話だと、いわゆる「高度・急性期総合病院」には様々な点数がつく一方で、中小病院については下がる場所はあるところもあるところが見当たらないということになりませんか。

原 その点は、改定の決着がつく中でいくつか検討していきたいと考えています。

安藤 各病院とも、08年度改定を固唾をのんで見守っています。質と安全に努めながら、地域医療を支えている中小病院に少しでも励みとなる改定となるよう希望します。

(編集部注) 鼎談は1月12日に行なわれました。中協協における改定議論については、発言内容と異なる箇所があります。改定結果の詳細は、本紙記事もしくは中協協答申等で確認してください。

病院用に特定疾患療養管理料の再編を検討

猪口 改定の最大テーマの1つが後期高齢者医療です。いわゆる主治医については、四病協も要望書を提出しましたが、やはり、診療所にのみ認めるといってお考えですか。また、「総合的に診る」医師のみが診るといって、他医師へのアクセスは認めないのかという点ももうかがいたいところです。

原 「総合的に診る」という視点から議論が進められてきたわけですが、そのために「総合医」の導入を考えているのではないかと受け取られたようです。もち論、そういう意図はまったくないのですが。

イメージとしては、複数の医療機関にかかっている高齢者に対して、1人の医師が全人的に、つまり、生活の面を含めて診ていくことを評価するという事です。これを担う医師、現時点では「高齢者担当医」と仮称していますが、担当医が病院の医師であってはいけないということはないのですが、基本的には、外来は診療所、病院は入院と専門外来に分かれていくのではないのでしょうか。

問題は中小病院の外来です。現行の特定疾患療養管理料は、診療所、100床未満、200床未満とに分けて評価していますが、今回の後期高齢者医療に関してどうするかといえば、病床規模の問題も含めて、まだ整理しきれていない

ところがあります。

アクセスに関しては、患者が病院の外来を選ぶのを無理やり禁じるということは制度的にはできないだろうと思えます。ただ、同じ外来でも、診療所と病院とでは、検査や処置などで病院の方が高つく面が否めない。財源が豊かならそれもよいでしょうが、やはり、患者が診療所に向かうという方向で新たな制度をスタートさせることは止むを得ないのではないのでしょうか。

猪口 特定疾患療養管理料を後期高齢者用に手直しするという考えでしようか。点数は上げずに? (笑)

原 特定疾患療養管理料は月2回算定できます。後期高齢者は月1回の算定ですから、その合計よりは低くせざるを得ません。患者とのコミュニケーションを十分とった上で計画的な管理を行なうことが基本です。一定の検査は含みますが、薬剤は包括から外します。

猪口 現在の特定疾患療養管理指導料は、75歳以上はなくなるということですか。

原 なくすことは考えていません。どちらかの選択になります。

猪口 つまり、病院が75歳以上の外来をできなくなるということではないのですね。

原 そういうことはありません。

慢性期から急性期に医師を寄せていく必要

安藤 ところで、今、療養病床から転換する老健施設をめぐる2つの意見が

あります。1つは、医療区分1・ADL3の点数を引き上げれば転換老健は不要で

200床未満病院に新たな亜急性期病棟

08年度診療報酬改定案 「10対1」看護補助加算は「7対1」から移行した病院の経過措置

厚生労働省は1月30日の中医協総会に2008年度診療報酬の「主要改定項目案」を提示、項目ごとに算定基準の概要を明らかにした。(1面記事を参照)

亜急性期入院医療管理料については、現行評価を「1」とした上で、新たに「2」が新設された。算定は200床未満病院に限られ、病室単位で算定できる。

急性期を終えて転院・転床してきた、疾患の主たる治療開始日より3週間以内の患者が2/3以上を占めることが要件。明らかにされた基準以外は現行「1」と同様とされたが、病床制限は一般病床の3割までと拡大された。200床近い

病院は病棟単位の運営が可能となる。また、入院期間は60日までと短縮化された。

「10対1」入院基本料に期待された看護補助加算は、07年度の「7対1」算定病院から「10対1」に移った病院にのみ、2年間の経過措置として認められる。

急性期病院における配置を評価する医療クラークは、3次救急病院から2次救急病院の間に4段階がしかれて配置数と点数が分かれ、届出時に勤務医負担軽減計画などの提出が課せられた。

入院時医学管理加算の引き上げは「産科、小児科、精神科等を含む中核病院」が対象。精神科は病棟の有無は問われな

いが24時間の診療体制が条件とされた。

脳卒中中の地域連携バスは医療計画記載施設のみが算定対象とうたわれた。前改定では外された回復期リハ病棟は、今回、算定が認められる見込みだ。

回復期リハ病棟の入院料は1・2に分かれた。10月1日の施行となる。また、療養病棟入院基本料に退院調整加算が新設された。

後期高齢者医療の「高齢者担当医」は原則診療所となった。病院外来が75歳以上をみる場合は、現行の特定疾患療養管理料を算定することになる。

在宅医療では、在宅患者訪問診療料を初めとする、現行の施設入居者に対

する職種別の各訪問料に、それぞれ新たに「2」が新設された。現行の訪問料は2人目からは算定が制限されるが、「2」は何人みても同じ点ととれる。その分点数は下がる見込みだ。

また、特定施設等入居者に対する在宅医療に在宅療養支援診療所以外の算定(特定施設入居時等医学総合管理料)が認められる。在宅療養支援診療所や療養病棟転換医療機関以外の「特別の関係」にある医療機関が算定できるかは、現時点では不明。

厚労省は2月早々に改定内容の合意をとりつけ、ただちに点数案を提示し、2月13日の答申を見込んでいる。

平成20年度診療報酬改定における主要改定項目案(概要) 1月30日

■入院時医学管理加算 (1日につき、14日を限度)

[算定要件] ※既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること

(1) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること

(2) 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること

3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること

(1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること

(2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画を策定し、職員等に周知していること

(3) 勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に周知していること

4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること、入院患者のうち全身麻酔件数が年800件以上であること等

■医師事務作業補助体制加算の新設

*医療クラーク配置の評価

①25対1医師事務作業補助体制加算 000点

②50対1医師事務作業補助体制加算 000点

③75対1医師事務作業補助体制加算 000点

④100対1医師事務作業補助体制加算 000点

(一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数にもとづく区分)

[算定要件]

1 地域の急性期医療を担う病院で、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務を医師以外に担わせる体制が整備されていること。

2 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算(入院初日)として評価する

[施設基準]

1 病院勤務医の負担軽減計画を策定し、院内掲示を行い、患者・職員に周知していること。その計画に基づいて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修(職場内研修を含む)を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること。

2 医師事務作業補助者の業務範囲は平成19年12月28日付医政局長通知(医

政発第1228001号)に基づいて院内規程が整備されていること。

3 加えて、「個人情報ガイドライン」「診療録等の記載について」「医療情報システム安全管理ガイドライン」等に基づいた体制が整備されていること。

4 以上の計画、体制整備に係る院内規定を文書で届け出ること。

*第2次救急医療機関で、時間外に受診した患者のうち、緊急入院した患者及び救急搬送(特別の関係にある保険医療機関、老健施設、特養、施設からの搬送を除く)により緊急入院した患者が、年間〇〇〇名以上の実績を有する病院であること。

●医師事務作業補助者の業務範囲

1. 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務への対応を医師の指示の下に行う。

2. 診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護職種の指示の下に行う業務及び看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと。

●亜急性期入院医療管理料2の新設

急性期治療を経過した患者に効率的かつ密度の高い医療を提供するため、一般病棟の病室を単位として算定する(60日を限度。200床未満の病院に限る)。

[算定要件]

1 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。

7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟(一般病棟、特定機能病院、専門病院)、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病床等から転床(転院)してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点で、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者

2 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。

ほかは既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様。

●特殊疾患療養病棟等

●特殊疾患療養病棟入院料等

[特殊疾患病棟入院料 1]

[算定要件] 略

[経過措置] *療養病棟入院基本料を算定した場合

平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院する患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす。平成18年6月30日以降経過措置の対象となった患者のうち、20対1以上の看護配置をとる療養病床1に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く)については、経過措置を延長する。

[特殊疾患病棟入院料 2]

[算定要件] 略

[経過措置] *療養病棟入院基本料を算定した場合

平成20年3月31日の時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院する患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者とみなす。

平成18年6月30日以降経過措置の対象となっている患者のうち20対1以上の看護配置をとる療養病床に入院する脊髄損傷等の患者(仮性球麻痺の患者を除く)については、経過措置を延長する。

[特殊疾患入院医療管理料]

[算定要件] 略

[経過措置] *療養病棟入院基本料を算定した場合

平成20年3月31日の時点で特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院する患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす

●障害者施設等入院基本料

(1) 「7対1」を新設する。

(2) 算定要件 略

(3) 経過措置(療養病棟入院基本料を算定した場合)

平成20年3月31日の時点で障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院する患者については、平成22年3月31日までの間に限り、医療区分1に該当する患者は医療区分2、医療区分2に該当する患者は医療区分3の患者とみなす

●回復期リハ病棟入院料

[入院料 1]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たしていること

(1) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること

(2) 当該病棟における退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

[施設基準]

心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーシ

ョン料(I)(II)もしくは(III)、運動器リハビリテーション料(I)または呼吸器リハビリテーション料(I)の届出を行っていること

[重症者回復加算] (1日につき)

[算定要件]

回復期リハ病棟入院料1を届け出ている病棟において、重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能(指標が10点以上)が改善していること

[入院料 2]

[算定要件]

当該病棟に回復期リハを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハ病棟入院料1の基準を満たさないもの

[施設基準]

心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(II)もしくは(III)、運動器リハビリテーション料(I)または呼吸器リハビリテーション料(I)の届出を行っていること

2 施設基準要件のうち医師の専従配置は専任とする。

3 平成20年3月31日時点で現行回復期リハ病棟入院料を算定している病棟は、平成20年9月30日までの間は現行点数を算定する。

●療養病棟入院基本料等

1. 療養病棟入院基本料の基準・加算の見直し 略

2. 療養病棟入院基本料の見直し

医療区分1・ADL区分3の評価は中医協の議論を踏まえて配慮する。

3. 退院調整加算の新設

患者の同意の下、退院支援に係る計画を立案した場合及びその計画に基づき退院できた場合の評価を新設する。(計画立案時および退院時に算定)

(1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟)、有床診療所療養病床又は後期高齢者特定入院基本料を算定する病床に入院している患者

(2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料を算定する病床に入院している患者

(3) 平成20年3月31日に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料を算定する病床に入院していた脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者

*平成22年3月31日までは退院時加算にさらに〇〇点を加算

[施設基準]

1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されて

医療クラークは2次救急病院を含め4段階の評価

08年度診療報酬改定案 特定施設入居者への在宅医療、「支援診」以外も算定

おり、退院調整に関する経験を有する専従の看護師または社会福祉士が1名以上配置されていること

3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること

- (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
 - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
 - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと
- 4 その他、退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること

■7対1入院基本料（基準の見直し）

1. 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。

(1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。

(2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する

(3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず算定できる。

2. 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。

[経過措置]

①準備期間を設け、平成20年7月1日実施とする

②平成20年3月31日時点で7対1入院基本料を算定する病棟で、平成20年4月1日以降に10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成22年3月31日までの間看護補助加算を算定できる。

■在宅療養支援病院

次のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

[在宅療養支援病院の要件]

1 当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと

2 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること

(以下、在宅療養支援診療所と同様の要件)

■転換老健における医療

1. 転換老健において、緊急時に必要となる処置等について、保険医療機関の医師が行った場合に診療報酬上算定できる項目を拡大する。

[拡大する項目]

創傷処理、咽頭異物摘出術(複雑なもの)、胸腔穿刺、腹腔穿刺、顎関節脱臼非観血的整復術、心電図検査(判断料)、点滴・注射(手技料)等

2. 緊急時施設治療管理料を新設する

[算定要件]

1 転換老健の入所者が急性増悪し、転換老健の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と医師が判断し、それに対して併設保険医療機関の医師が往診した場合に算定する。

2 患者1人につき1日1回、月4回まで算定できる。

3 患者の病態は、介護保険における緊

急時治療管理と同等とする。

■地域連携バスの拡大と見直し

1. 脳卒中を対象疾患に追加するとともに、脳卒中に係る評価は医療計画に記載されている病院・有床診療所について行う。

2. 地域連携診療計画には、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記する。

3. 対象疾患や連携医療機関数の増加数を踏まえて、地域連携診療計画に係る評価を引き下げる。

■退院後の生活を見通した入院医療の評価

(1) 後期高齢者総合評価加算

[算定要件]

1 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に入院中1回に限り所定点数に算定する。

2 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること

[施設要件]

当該保険医療機関内に、後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師または歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 後期高齢者退院調整加算

[算定要件]

1 退院困難な要因を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し退院した場合について算定する

2 退院調整に関して以下を実施していること

①入院後病状の安定が見込まれた後早期に、退院調整の必要性の評価を行っていること

②退院調整の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること

③退院支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

[施設要件]

退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師または社会福祉士を置くこと。

■退院時情報共有や支援の評価

1. 退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅医療を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価するまた、他職種の医療従事者等が一堂に会し共同で指導を行った場合にさらなる評価を行う。

1) 医師について

(1) 「地域連携退院時共同指導致料」を「退院時共同指導致料」とする。

(2) 退院時共同指導致料2については「在宅療養支援診療所の場合」と「それ以外の場合」の点数を一本化する。

2. 後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理や、栄養管理に関する情報が退院後も継続的に行えるような取組に対する評価を創設する。

(1) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

[算定要件]

後期高齢者である患者の入院時に、服用中の医薬品等について確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称並びに副作用が発現した薬剤につ

いては、投与量、当該副作用の概要、講じた措置（投与継続の有無等を含む）、転帰等について、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる「お薬手帳」等に記載した場合

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導致料

[算定要件]

栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者またはその家族等に対して、退院後の栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合

3. 退院支援指導致算

悪性腫瘍の患者や医療機器を使用する患者等が在宅療養に移行する場合には、状態が不安定になりやすいため、退院直後の時期を重点的に支えることが必要であることから、訪問看護ステーションによる指導の評価を新設する。

[算定要件]

末期の悪性腫瘍等の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に算定する。

■在宅や外来と継続した入院医療等の評価

1. 後期高齢者外来患者緊急入院加算

[算定要件]

1) 診療所において後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者について病状の急変等に併当該保険医療機関の医師の求めに応じて、当該患者に関する診療情報を交換し、円滑に入院させた場合に算定する。

2) 後期高齢者診療料で作成する診療計画に緊急時の入院先としてあらかじめ定められた病院及び有床診療所に限る。

3) 入院後24時間以内に当該診療所の医師と入院中の担当医が診療情報を交換した場合も算定できることとする。

4) 入院先の保険医療機関の医師は、患者の希望する診療内容について主治医に確認し、その内容を共有すること。

2 入院初日に限り加算が認められる「在宅患者緊急入院診療加算」に「1連携医療機関に入院させた場合」を新設、現行より高い評価を行なう。この場合、緊急時の入院先として患者・家族に文書で示されている場合にのみ算定できる。

■居住系施設入居者等に対する医療サービスの評価体系の創設

1. 後期高齢者等が多く生活する施設に居住する患者に対して、医療関連職種が訪問診療等を行った場合について評価を新設する。

医師の場合●在宅患者訪問診療料

[算定要件]

高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の入居中の患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定する。

2. 特定施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等に入居する後期高齢者に対する在宅医療について適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外であっても、在宅時医学総合管理料の算定を認める。

●特定施設入居時等医学総合管理料

1 在宅療養支援診療所又は在宅療

養支援病院の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 000点

ロ 処方せんを交付しない場合 000点

2 1以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 000点

ロ 処方せんを交付しない場合 000点

[算定要件]

1 特定施設において療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に算定する

2 別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれる

■（仮称）後期高齢者診療料（月1回）

[算定要件]

1 診療所又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない病院。

2 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる。

3 診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載すること

4 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する。

5 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う保険医療機関のみにおいて算定する。

6 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、000点以上の項目については別途算定できる。

7 当該診療所（又は医療機関）に研修を受けた常勤の医師がいること

■後期高齢者終末期相談支援料（医師；1回に限る）

[算定要件]

1 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書（電子媒体を含む）又は映像により記録した媒体（「文書等」）にまとめて提供した場合に算定

2 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する。

3 入院中の患者の診療方針については日常の診療においても必要なことであることから、入院中の患者については、特に連続して1時間以上にわたり話し合いを行った場合に限り算定。等

市区町村への請求159件、保険者徴収88件、回収2件

未収金問題検討会 多くの市町村が保険者徴収を規定化せず。自治体病院の回収にも無関心?

1月21日に開かれた「医療機関の未収金問題に関する検討会」に、事務局(厚生労働省保険局国民健康保険課)は、全市区町村を対象に12月に実施した保険者徴収実施状況の結果を報告した。

それによると、全市区町村から回答を得たものの、2006年度に市町村国保加入者による未収金が発生した保険医療機関・薬局から請求を受け付けた市区町村数は34と、1,818あるうちのわずか1.9%にすぎなかった。

請求件数は159件。その2/3が福岡県に集中している。うち88件が回収活動に移された。その内容は、文書催告が77件、電話催告が3件、訪問が6件、督促状が2件、財産調査が1件(重複を含む)。実績は2件に過ぎず、金額も33万4,000円と少額であった。

国保における保険者徴収義務は国民健康保険法第42条2項に規定されてい

る。しかし、調査の結果、保険者徴収を条例等で定めているのは120市区町村と6.6%に過ぎない。

請求件数の少なさは、法の規定を、条例や要綱といった実施規定にしていな市区町村の認識の低さも影響しているとみられる。現に、中には「保険料も滞納していたため、そちらを優先した」と説明した市区町村もあったほどだ。

保険者徴収に比して回収件数がきわめて少ない点に、徴収意欲とともに回収ノウハウが蓄積されていない事情もうかがえる。

ただし、回収の難しさは、検討会委員の専門家からも指摘された。債権回収に詳しい委員は、裁判手続きを経て強制執行にいたったとしても、「相手に財産がない場合には訴訟費用の負担が重くのしかかる」と指摘する。

裁判所の許可を得て病院職員が手続

きを行なう「職員代理人」という方法はあるが、強制執行を避けるために和解によって分割弁済を承諾させた場合も、途中から未払いになることが多く、「30%回収できればよい」というのが実態という。

同委員は「債権回収のプロはこまめに電話連絡をとり、温和に説得して支払いを納得させている」と、平凡な、しかしきめ細かな方法が有効と説明した。つまり、未収金を回収するためには、ベテラン職員を配置して気長に対応するということになる。

これは、病院にとってはまったく非現実的というもの。しかし、例えば、都立病院を抱える東京都は「回収はノウハウをもっている主税局に依頼している」と説明。都立病院について一定の実績が生じていると報告した。

つまり、市区町村は主税部門と連携すれば保険者徴収は可能ということに

なる。その前提が保険者徴収の条例・規則・要綱化となる。自治体病院の未収金回収に真剣に取り組むことによってこそ、保険者徴収は効力を回復するという一つの道筋がみえるようだ。

同日の検討会で、社会・援護局総務課は、第2種社会福祉事業に位置づけられている「無料低額診療事業」について、その仕組みを説明した。無料低額診療事業には、受診者に対する実績割合に応じて非課税から軽減税率にいたる税制優遇が実現しており、07年度には260施設で受診者の14.3%に対して実施されている。

「医療法人も無料低額診療事業を実施できるのか」という質問に、担当官は「第2種社会福祉事業は医療法人にも参入を認めている。しかし、税制優遇は、法人税法や地方税法などにおいて社会福祉法人や民法法人など主体を限定して定められているもの」と説明。無料低額診療事業を実施しても税制優遇は適用されないと回答した。

検討会は、次回、昨年末に実施した病院に対する未収金実態調査の集計結果を踏まえて、対策の議論を続行する。

看護職の投与量調整、治療・病状の補足説明は分担可

医療関係職種間の役割分担で通知 事務職員による診断書、診療録、処方せんの記載代行も可能

厚生労働省は12月28日付で医政局長名の通知(医政発1228001号)を发出、医師法などの枠内で医療関係職種間の役割分担を図ることを医療機関に求めるとともに、その考え方と具体例を明示した。医師以外が行なうことが可能とされる業務の範囲は以下のとおり。

- ①診断書、診療録、処方せんを、医師が最終的に確認・署名することを条件に事務職員が記載を代行すること。
- ②同様に、事務職員が主治医意見書の記載を代行すること。
- ③医師との協力・連携の下、事務職員がオーダーリングシステムへの入力を代

行すること。

④ベッドメイキングは看護職員以外が行なうことができ、業者への委託も可能であること。

⑤滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充は看護補助者や事務職員等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の業務負担軽減に資すること。

⑥医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理に助産師を活用すること。

⑦治療方針の決定や病状説明等の前後

に、医療関係職が、患者との事前面談で情報収集や補足的説明を行なうとともに要望を聴き、医師と十分な意思疎通を図ること。

⑧採血や検査説明について、医師等の指示の下に看護職員や臨床検査技師が行なうこと。

⑨生命に影響を与える機器や精密機器の管理を、医師の指示の下に臨床工学技士が行なうこと。

⑩病棟等における薬剤の在庫管理、ミキシングや与薬準備を含む薬剤管理やミキシングを行なった点滴薬剤等のセッティング等に、薬剤師の積極的な活

用を図ること。

①医師と看護職員の役割分担

・在宅等における薬剤の定期的、常態的な投与・管理として、事前指示の範囲内で投与量を調整すること。

・医師の指示の下に看護職員が行なう静脈注射および留置針によるルートの確保。

・事前に対応方針を整備した上で、専門知識・技術をもつ看護職員が診療の優先順位の判断を行なうこと。

・病棟内歩行可能等の活動に関する安静度、食事の変更、入浴や清拭等の療養生活全般について、治療方針や患者の状態を踏まえて看護職員が積極的に対応すること。

・慢性疾患患者に、医師の治療方針に基づいて、看護職員が療養生活の説明を行なうこと。

全日病が「食生活改善指導担当者研修」を開催

特定保健指導の積極的支援を担当。看護師、栄養士が対象

全日病は、特定保健指導の積極的支援において食生活の面を重点に継続的支援する担当者を養成する特定保健指導専門研修を開催する。

「食生活改善指導担当者研修」として4日間30時間の講習が組まれる。第1回を2月26日から29日にかけて神戸市内で、続いて、3月19日から22日にかけて東京都内で開催する。1月17日の第3回理事会・第10回常任理事会で決まったもの。

本会の特定保健指導専門研修は、1月

17日に公示された大臣告示に示された「食生活改善指導担当者研修」の内容にもついてプログラムが作成されている。

受講対象は看護師と栄養士。参加費は、会員病院で「特定保健指導実施者育成研修」の全コースを受講済の場合は3万円(会員でない病院は同4万円)、基礎編のみの受講もしくはまったく受講していない場合は6万円(同7万円)。詳細情報は本会ホームページに掲載される。

職員共済、公立学校共済、警察共済、東京都共済、全国市町村職員共済等からなり、本人・家族合わせると約630万人を擁している。建設系国民健康保険の3保険者と合わせて、会員病院に対する参加意向の調査を12月に終えている。

また、生保系企業からは、保険者と

の個別契約を仲介する企画提案が提示されている。

一方、国保および政管健保については、傘下医療機関および地域医師会、地区町村の保健所等と集合契約を行なう方針であり、今のところ、本会との集合契約は予定されていない。

会員のほぼ半数が特定健診受託の意向

人間ドック委員会(西昂委員長)が会員病院対象に12月に実施した特定健診・特定保健指導受託意向調査の結果、昨年8月調査との通算で特定健診には1,055病院(46.9%)が、特定保健指導(積極的

支援)には771病院(34.3%)が受託意向を示した。検討中と回答した病院も352(特定健診)あるいは451(積極的支援)にのぼっている。

集合契約、健保連ほかとも協議が進む

本会と保険者による集合契約をめぐる協議は、12月現在、健保連、地方公務員共済連合協議会ほか3保険者との間で進んでいる。さらに、国家公務員共済連合会が本会との契約を希望している。

健保連(1,600組合・加入者数約3,100

万人)とはすでに価格等の協議を終え、受託病院を確定するために、受託意向を示した会員対象に詳細調査を実施。1月末に第一弾の受託施設の名簿を提出した。

地方公務員共済連合協議会は、地方

2008年度改定説明会のご案内

2008年度診療報酬改定説明会を、3月13日、東京ビッグサイトで開催します。詳細は全日病HPでお確かめください。
日時 ● 3月13日(木)
会場 ● 東京ビッグサイト会議棟7F国際会議場(定員950名)
参加費 ● 8,000円(予定)

「医療安全管理者養成課程講習会」DVDのご案内

全日病・医法協共催「医療安全管理者養成課程講習会」を完全収録!

- 講義DVD(全3巻) 3万円(税込)
- 「RCA」「FMEA」演習編DVD(全2巻) 2万円(税込)

厚生省「医療安全管理者の業務指針・養成研修プログラム作成指針」に則って、医療安全管理者に必要な知識と実務に役立つ手法等を網羅した講習です。DVDは全講義(26時間)とRCA、FMEAの演習を完全収録しました。

企画・制作 全日本病院協会・日本医療法人協会

申込方法 所定の購入申込書をファックスで全日病事務局医療安全担当までお送りください。購入申込書は全日病HPからダウンロードできます。Fax. 03-3237-9366

第8回常任理事会の詳細 12月22日

【主な協議事項】

●入会者の承認(敬称略・順不同)

- 以下の6名の入会が承認された。
- 北海道 共愛病院院長 福島安義
- 北海道 函館市医師会病院院長 本原敏司
- 長野県 雨宮病院院長 雨宮雷太
- 兵庫県 神戸アドベンチスト病院院長 山形謙二
- 愛媛県 砥部病院理事長 山本美佐子
- 宮崎県 けいめい記念病院理事長 土屋利紀

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

大分県 井野辺病院健康増進センター

日帰り人間ドック実施指定は484施設となった。(1泊人間ドック実施指定は24施設)

●「野口英世アフリカ賞」基金に対する寄付について

「野口英世アフリカ賞」基金に本会として寄付を行なうことが承認された。案内パンフを作成、会員に配布して2月末までの期

限で篤志を募るとともに、本会独自としても提出、総額で500万円の寄付に応じる。

【主な報告事項】

●人間ドック実施再指定にかかわる調査について

人間ドック実施指定施設を対象とした再指定希望調査に対して、「日帰り人間ドック」は当該480施設の90%(434施設)から回答があり、430施設が再指定を希望すると回答。「1泊人間ドック」は当該24施設中22施設から回答があり、21施設が再指定を希望した(12月19日現在)。

●「院内暴力など院内危機管理体制に関する医療機関の実態調査」

「院内暴力に関する実態調査ワーキングチーム」(川島周委員長)は、全会員を対象に、「院内暴力など院内危機管理体制に関する医療機関の実態調査」を実施する。

調査項目は、院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制や対策マニュアル、ガイドライン整備の有無など、29項目。12月中旬に調査票を送付して1月18日まで回収する。