



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2008 2/15

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.680 2008/2/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

10対1入院基本料は31点増、1300点へ!

08年度診療報酬改定が答申 病院再診料3点、高齢者外来管理加算も5点引き上げ

中央社会保険医療協議会(会長・土田武史早稲田大学教授)は2月13日、2008年度診療報酬改定を答申した。10対1入院基本料は31点引き上げられて1300点となった。病院の外来に関しては再診料が3点、高齢者の外来管理加算が5点上がった。回復期リハ病棟入院料は新設の「1」が10点積み増しされて1690点となった。

今改定は小児科・産科を主とした勤務医の負担軽減が課題とされた。したがって、急性期総合病院に重点配分するというのが基本方針であったが、病院系委員の訴えかけが実り、中小病院にも配慮された手直しが行われた。

最終局面で厚生労働省の目配りがはたらき、地域における中小病院の機能を評価するとして公益委員の見識が、それを後押しした。改定財源がプラス0.48%に過ぎないという制約はあるが、一息つくものとなった。(08年度改定の主要項目を4~6面に掲載)



▲土田会長から舛添厚労相へ答申書が手渡された

中小病院に目配り。病院系委員の訴えかけが実る

入院時医学管理加算の見直しや医療クラーク配置評価の新設に代表されるように、今改定で、急性期総合病院は手厚く評価された。一部の手術も近年にない引き上げがなされた。看護必要度の導入によって7対1入院基本料こそ淘汰されるものとなったが、10対1に戻っても84点ないしは56点の看護補助加算が経過的に認められるなど、色々と配慮された。

その一方で、外来管理加算への時間(概ね5分)導入、簡単な処置の基本診療料への組み込み、デジタル映像化処理加算の廃止など、中小病院にとっては収入減につながる見直し項目が先行

するかたちで改定議論が始まった。

しかし、再診料が3点引き上げられたことによって減収項目は一定程度補填可能となった。後期高齢者にかかわる外来管理加算の5点増加も、中小病院を支えるものとなる。

療養病床にとって療養病棟入院基本料が全体的に引き下げられたことは痛い。ADL3の患者に関しては褥瘡評価実施加算が1日15点付加される。

回復期リハ病棟は新設の入院料1を満たすと10点増える。満たさない場合には85点という大幅な引き下げになるが、病棟医師が専任でも可能となることからコストはかなり吸収されるとみ

られる。

一般病床においては10対1入院基本料の引き上げがきわめて大きい。医療クラーク配置の評価も、年間200名以上の緊急搬送実績を持つ救急病院にまで広げられた。

加えて、亜急性期入院管理料2の新設と、亜急性期病棟が積極的に位置づけられたことが大きい。200床未満に限定されるものの、最大3割の病床を運用できる新類型は、post-acuteに特化したものとはいえ、病棟単位の亜急性期医療を可能とさせる。

中小病院にとって残念だったのは後期高齢者医療担当医の問題である。一部を除き、基本的に病院は、総合的に診るという後期高齢者診療料を算定できないことになった。

外来で75歳以上の患者が受診した場合は特定疾患療養管理料をとることになる。後期高齢者診療料が月1回600点であるのに対して、特定疾患療養管理

中小病院の進路がみえてきた改定

厚生労働省医療課は、今改定で、急性期総合病院=「高度・急性期総合病院」、一般病院=「一般急性期病院(病棟)」というカテゴリーを提起した。本会が提唱する地域一般病棟を、「一般急性期病院(病棟)」と同一のカテゴリーと

料は100床未満で1回147点、100~200床では87点と格差は大きい。しかし、出来高・包括の違いなど判断は難しい面もある。

もともと、特定施設など居住系施設への往診と訪問診療が病院にも可能となった。また、転換型老健に関しては、条件つきながら併設施設からの往診も認められた。さらに、地域の後期高齢者を入院の面から支える中小病院を評価する項目がいくつも評価された。

中小病院に、軽症急性期(亜急性期)、回復期リハ、慢性期という選択肢があることがあらためて明確となるとともに、地域ケアを支える機能が一段と重要となっていることを確認させられた改定であった。

みなしてもいる。

その上で、一般病院に一定レベルの手術ができる軽症急性期としての水準を期待、DPCの対象にも位置づけた。中小病院の進路がかなりみえてきた改定でもあった。

加算方式を止め、独自の施設サービス費を検討

転換老健の報酬 面積経過措置をさらに緩和。2月20日に報酬案、3月早々に単位案

厚生労働省は、療養病床の転換先として検討されている転換型老健施設の介護報酬に関して、既に提示されている現行介護老人保健施設の報酬に加算する方式ではなく、新たな施設サービス費を設ける方向を検討している。

事務局(老健局老人保険課)は、1月30日の介護給付費分科会に、同案件について1月25日の自民党介護委員会が検討した際の資料を提出、転換型老健については「新たな施設サービス費を設定する」という自民党の方針を披露するかたちで別体系の介護報酬設定に踏み切る意向を示唆した。

自民党の社会保障制度調査会・介護委員会は1月22日に転換型老健に関するヒアリングを実施、日医の天本常任理事が出席し、厚生労働省の方針に強い疑問

を表明した。

これを受け、同委員会は1月25日にも会合をもち、転換の受け入れ施設となる老人保健施設のあり方を検討、報酬の考え方を了承した。

この委員会に厚生労働省は、転換型老健における医療提供と報酬のあり方を示す資料を提出、その中で「報酬上の評価については、新たな施設サービス費を設定するほか、必要に応じて、個別の加算により出来高で評価を行なう」という考えを提示した。

看護職員については「24時間看護職員の配置が可能となるような基準を設定し、評価を行なう」と書き込んだ。同日の分科会で、事務局は「(計算の結果)概ね6対1の配置が必要となる」と説明した。

介護職員についても「既存の療養病床における配置の実態を踏まえた評価を行なう」と、4対1介護を認める方向を示唆した。

この考えを受け、事務局は「現場の声が聞きたい」として、次回2月8日に療養病床の関係者を対象に、「受け皿と報酬の問題」に関するヒアリングを実施すると表明した(ヒアリングの内容は3面に掲載)。

また、2012年3月までとされている転換後面積要件の経過措置に関して、事務局は11月12日の分科会で「築後20年までの間は8.0㎡の適用を猶予する」という方針を示していたが、同日の分科会には、「介護保険成立前後にできた建物が多く、10年ほどで建て替えるのはきつい」ことから、「(療養病床再

編が開始された)2006年6月21日以前につくられた建物は2012年後も6.4㎡を認める」という新たな案を提示した。

ただし、経過措置適用施設については「点数を若干下げざるを得ない」(鈴木老健課長)とした。「談話室を含むと療養病床全体の77%は正味で8.0㎡を満たしている」(同)とも説明、減算対象の線引きは実態に即して行なう方向だ。

事務局の方針変更に関し委員からは苦情が示された。また、「早期に転換老健報酬の全体像を示すべきである」という注文も出た。

事務局は早期に示す意向を明らかにし、2月8日のヒアリング終了後に「次回、2月20日に全体像を明らかにする。次々回には単位案を示す」と言明した。

清話抄

最近、救急車による搬送患者の医療機関側の受け入れ態勢が社会問題になっている。救急は医療の根幹をなす領域であるが、わが国では地域における医療機関の熱意に頼りながら行われてきた側面が多いと思われる。

昭和30年代から50年代頃、筆者が育った東京下町の蒲田界隈でも、24時間

体制で診療する開業医が数多く活躍し、緊急入院可能な民間病院が点在し、さらに、大学病院などの大病院が控えていた。恐らく全国で地域の事情や規模は違っても、急患を率先して診療する熱心な医療機関が多く、このような救急医療ネットワークがバランスよく成り立っていたのだろう。

26年間医師として1次から3次救急まで様々な施設で救急医療を経験してきたが、この間に大病院の3次救急部門

はハード面、ソフト面=スタッフとも大変充実した。

だが、長期にわたる医療費抑制策や救急医療の需要増大、医療の結果に対する厳しい評価、さらに勤務医の開業に伴う医師不足、看護師不足、開業医の時間外救急診療の減少などもあり、救急の中心を担う民間中小病院の多くが疲弊し、救急医療部門の縮小を余儀なくされたことが、最近の救急搬送患者の受け入れ問題が多くなった一因と

考えられる。

今後、正常なネットワークを再構築していくためには、診療所の夜間休日診療体制の充実と救急告示病院との連携強化が重要である。

そして、急性期病院が地域でそれぞれの得意領域を生かしながら連携し、本来の機能を発揮して安定した運営ができるような診療報酬上での評価と、国や地方自治体による的確で継続的な支援を期待したい。(横)

主張

民間医療の育成が地域医療の充実につながる

産婦人科、小児科診療の縮小や廃止、救急医療から撤退等、地方公的病院の医療崩壊が大きく報道されている。医師の研修制度によって大学の医局体制が変化し、地方に派遣されていた医師が大学に引き上げられ、その結果、残された医師が過剰な負担に耐えられずに開業や転職をし、地方を去って行くというのが一般的な図式である。しかし、崩壊の原因は一元的なものではない。

医療、介護、福祉は地方にとって最大の問題であり、「地域医療の充実」や「高度医療の導入」、「24時間365日の救

急体制」等が選挙の度に叫ばれる。この事業の為に公的病院が圏域医療計画の中でも優先して設立される。また、不採算医療の名の下に保険収入以外に公的資金が導入され、その運営は厳しいチェックを受けることもない。

医療従事者についても、医師は大学医局からの派遣という安易な方策に頼り、看護師も自前で養成することも少ない。

医師には診療に従事する以外に、医学研修や基礎研究、論文の発表等があり、それは欠くべからず要件で

ある。医療環境の整備、医療従事者の育成等、基盤づくりを無視した安易な医療計画が現在の医療崩壊を招いたものである。

公的病院を一方向的に非難する意図はまったくない。しかし、公的な医療資源は、地域に不可欠な2次、3次的な医療を維持するための専門分野、先進的な医療に限定して効果的に統合、合併していく必要がある。

また、公的病院の運営に診療報酬以外に安易な公的資金が導入されたことが、どれ程日本の医療業を正しく設定する上で悪影響を与えてきた

かを反省すべきである。

公的病院の設立、増強は、一方で、民間医療の育成を阻む面がある。地域における医療の充実には、現在の民間医療を育成することが道理である。

全日本病院協会は民間病院の充実、発展を目的に昭和35年に創立され、平成22年には50周年を迎える。

多くの先輩方が、地域医療の充実、育成、発展に努力を尽くしてきた。この医療の崩壊を目の前にして、全会員が力を集結して事態に対処すべきである。(H)

調査報告の捜査の活用に62.4%が反対！

医療安全調査委員会 日病協が病院団体役員にアンケート。76.3%が制度主旨に賛同

厚生労働省が設置を検討している医療安全調査委員会(仮称)について、日本病院団体協議会が構成11団体の役員を対象にアンケート調査を行なったところ、調査結果の刑事手続きへの活用に62.4%が反対していることが判明した。1月25日の日病協代表者会議で報告された。

医療版事故調に関しては、すでに、四病協が医師法21条の見直しを含む議論に着手。医療安全対策委員会の設置を決め、昨年11月30日に第1回委員会を開催している。12月19日の四病協総合部会でも、厚労省2次試案に対する賛否の意見が交わされた。

一方、日病協は12月18日の代表者会議でこの問題を取り上げ、意見交換を行なった。主な病院団体が構想に賛意を表明する中、本会西澤会長は、「調査報告書が刑事手続きを処分に使われることは疑問」とする見解をあらためて表明した。

構想の主旨はともかくも細部で異論

があることに加え、厚労省と自民党がとりまとめを急ぐ中、医療界には反対論が根強いことを踏まえ、病院団体として意見集約をするべきであるということから、日病協としてアンケートを実施することを決めたもの。

調査は11団体の役員等を対象に12月から1月にかけて実施され、194人から

回答を得た。死因究明制度の主旨に148名(76.3%)が賛成すると答えた。「反対」と回答したのは26名(13.4%)にとどまった。

第3者組織の設置についても123人が賛成(63.4%)、反対は37人(19.1%)だった。第3者組織への届出制度化や同組織が調査権限を持つことなどについて

も半数を超える100人(51.5%)が賛成、反対の49人(25.3%)を大きく上回った。

ただし、調査委員会の報告書が刑事手続きに使われることを妨げないとする考え方に賛成したのは43人(22.2%)にとどまり、逆に、反対という声が121人(62.4%)に達した。

1月25日の代表者会議では、刑事手続きとの関係を含め、厚労省および自民党の案に慎重な検討を加える必要があるとする意見が多数を占め、厚労省などに働きかける方針を確認した。

社会保障カード基本構想まとまる。詳細は年度末

1月21日の「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」は、2011年導入を予定している社会保障カードの基本構想をまとめた報告書を了承した。

ただし、加入者を特定するためにカードに収録する情報内容や発行・交付主体については複数案を併記したほか、費用負担など具体的な仕組みはさらに検討が必要とし、報告書には盛り込んでいない。

検討会は引き続き議論を行ない、年

度内のとりまとめをめざす。

社会保障カード基本構想の概要

- 年金手帳、健康保険証、介護保険証が1枚のカードになる
- 保険者を異動した場合にも保険証の再取得等が不要
- 窓口で即時の資格確認が可能となり、保険証情報の転記が不要
- 制度や保険者をまたがった場合にも個人を同定できる

●オンライン上で厳格な本人確認ができる(利用イメージ)

- 自分の特定健診結果等健康情報の閲覧
- 自分の年金記録等を自宅のパソコン等から確認することが可能
- 行政機関に対する電子的な各種申請・届出が可能
- 希望者は写真貼付により身分証明書とすることも可能

アウトカム情報の公開について議論を再開

医療広告および医療機能情報提供制度 検討会は否定的。14都県が3月に医療機能の全情報を公表へ

2月6日の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」に事務局(厚労省医政局総務課)は、医療機能情報提供制度の取り組み状況について報告した。それによると、2007年度中とされた基本情報の公表は、すでに北海道と秋田県で実施されており、各都府県とも3月末までには公表可能としている。

08年度中とされた全情報の公表に関しては、鳥取県が今年2月中旬に、13都県が3月内の運用開始を予定している。残りの道府県も08年度内には開始できる見込みだ。

医療機能情報提供制度における専門資格の取り扱いについて、事務局は、07年度に施行された医療広告事項の包括規定化に合わせて、告示で具体的な専門資格名を個別列挙する現行方式から、厚生労働大臣に届出を行った団体が認めた医療従事者の専門資格を報告事項とする包括方式に改める考えを提示し、了承された。

厚労省は08年度の全情報公表に間に合うように改正するとしており、これによって、医師以外の専門性を標榜する専門看護師や認定看護師等の有無も報告の対象となる。

事務局は、また、12月25日の規制改革会議がとりまとめた第2次答申で、大規模医療機関にアウトカム情報の公開を義務づけ、以降、漸次拡大すると

いう施策を「07年度中に検討開始、08年度中に結論・一部措置」とされたことを踏まえ、医療広告事項の包括規定化や医療機能情報提供制度の議論で先送りされたアウトカム情報の取り扱いに関する検討を再開したいと提案した。

これに対して、日病の大井副会長は大病院に限らず義務化に反対する意見を表明。日医の内田常任理事も同様の

見解を明らかにした。ささえあい医療人権センターCOML辻本代表も、時期尚早として義務化には反対した。

検討会の大勢は否定的だが、事務局は、厚労省研究班が取り組んでいる比較・検証可能なアウトカム指標の研究成果を踏まえつつ、医療事故情報収集制度に類似した報告・公表の仕組みを検討していく姿勢をのぞかせている。

事務局は、さらに、評価療養である先進医療として認められている医療技術を自由診療として行なう場合の広告取り扱いを整理したペーパーを提示、今後、Q&Aで周知すると説明した。

それによると、先進医療を実施できる施設基準を事実上満たしている医療機関は、先進医療届出の有無を問わず、当該「評価療養と同一の検査、手術、その他の治療の方法」として自由診療の広告が可能であるが、当該先進医療の届出を行っていない医療機関は、施設基準を満たしていない限り当該技術の自由診療については広告不可とされる。

医療情報収集システムの考え方を整理

レセプト情報等の活用 レセプトと特定健診のデータ収集を09年度に開始

1月30日の「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」は報告書を取りまとめ、レセプトと特定健診のデータを軸とする国による医療情報の収集システムの基本的な考え方を整理した。

2008年度中にシステムを構築し、09年度初頭からレセプトデータを、同年度後半から特定健診データの収集を開始する。

【報告書の概要】

●すべてのレセプトデータ及び特定健診等データを収集することにより、次の分析も含めた活用が可能となり、正確なエビデンスに基づいた施策を実施することができる。

- ①医療費実態の詳細かつ正確な把握
- ②同一人物を同定した上で特定健診等データを経年的に分析することによる、生活習慣病の発症・重症化の防止効果等の評価
- ③レセプトデータと特定健診等データの突合せによる、生活習慣病対策が医療費に及ぼす影響等の評価
- 医療費適正化計画の作成等に資する調査・分析がデータ収集の一義的な目的。
- 上記以外でも、当該データを活用することが行政サービスの向上・効率化につながる場合もある(例えば感染症などの疾患の実態把握など)。
- したがって医療費適正化計画の作成等に活用する場合に限定することは適

当ではなく、医療サービスの質の向上等を目指して収集データを分析・活用する必要性・緊急性等を適切に判断した上で、データの分析・活用ができるような仕組みも必要。

●特定患者等の識別は不要であるが、生活習慣病の発症・重症化の防止効果の評価等を行うためには同一人物の時系列分析が必要であり、ハッシュ関数の活用等技術的な対応を検討する。

●今後のスケジュール(予定)

08年度 レセプトデータ及び特定健診等データの収集・分析体制の構築
09年度 レセプトデータの収集・分析開始、特定健診等データの収集開始(09年11月～)

人員配置・施設基準等「転換型老健」に強い疑問

転換型老健でヒアリング 西澤会長、介護保険施設一元化とケースミックスの導入を提起

2月8日の介護給付費分科会、をテーマに、病院団体4名と保険者団体2名を招いてヒアリングを実施した。本会からは西澤会長が出席した。

ヒアリングでは、介護療養型医療施設を有する病院の経営者から、厚労省が提案している転換型老健に対する反対意見が陳述されたほか、介護保険施設の一元化、ケアミックスにもとづいた施設の運営とケースミックスを取り

入れた認定を求める意見が示された。席上、出席者から、「介護療養型医療施設の存続を求める」署名が1月末で11万7,000人に達したことが報告された。署名活動は昨年11月に発足した

「介護療養型医療施設の存続を求める会」が進めているもので、770の団体・施設が賛同している。署名は舛添厚生労働大臣宛に提出される予定だ。(1面に関連記事)

介護給付費分科会 「転換老健」にかかわるヒアリングの概要 2月8日



【ヒアリング出席者(発言順・敬称略)】

- 博愛記念病院理事長 武久洋三 (日本療養病床協会)
- 永生病院理事長 安藤高朗 (日本療養病床協会)
- 上川病院理事長 吉岡 充 (日本療養病床協会)
- 西岡病院理事長 西澤寛俊 (全日本病院協会会長)
- 愛知県高浜市長 森 貞述 (全国市長会)
- 福岡県介護保険広域連合副広域連合長 藤田雅治 (全国町村会)

武久 徳島は病床が多い県であるが、過疎地では少ない。この過疎地から、数年後には、病院が消えるとみられている。救急病院の平均在院日数が短くなれば慢性期の患者は増える。一方、一般病床には90日を超えた長期入院の患者が多くいる。これも改善急務ではないか。病院と老健では死亡率が大きく違うが、老健でそうした患者を看れるだろうか。同じ類型では無理だ。移行は建築規制の面からも難しい。別の類型として、それまでの医療をそのまま提供できる「介護療養施設」を位置づけるべきである。6対1・4対1はどうしても必要。また、老健の1.5倍のOT・PTを配置している。別格の評価が必要ではないか。医師と看護師が十分にいないで、過疎地の単独型転換老健はどう対応できるのか。

安藤 療養病床協会副会長という立場からお話したい。老健あるいは有料老人ホームに転換すると収支はいずれもマイナスとなる。東京では病院の閉鎖が相次いでいる。東京都は昨年6月、厚労省に「東京では介護施設の経営が成り立たない」と意見を申し立てたほど、コスト面の地域格差が著しい。米国では報酬単価に地域格差が反映されている。日本でも導入されてしかるべきだ。転換老健には医師が50~60床に1人は必要。併設診療所の医師が兼任できることが望ましい。介護療養型の多くは現在も介護3対1から4対1を維持している。6対1・4対1は最低水準ではないか。加えて、準耐火建築物要件適用の緩和を要望したい。転換老健は、導入後の実態調査とそれにもとづく見直しを希望する。

吉岡 転換老健に医師が常時配置されないとうなるか。まず、患者の選別と受け入れ拒否が増える。次にまともな終末期ケアができなくなる。医療区分1と2の30%が対象というが、要介護度からは現在の介護療養型と変わらない。しかし介護スタッフは減らされる。その結果、労働強化で離職が増加。事故が増え、止むなく拘束に頼ることになるだろう。移行先では医療区分1から2・3への悪化が避けられない。社会的入院を解消するのであれば、要介護認定を活用して、介護療養が必要な人の医療必要度を判定してはどうか。

西澤 これまでの意見表明にほとんど共感する。問題は多々あるが、転換に限って述べたい。円滑な転換には受け皿と人材の確保が不可欠。療養病床は歴史的に大きな役割を果たした。介護療養型がなくなっても、その役割は継承されるべきである。介護療養型は49床以下の小規模が70%を占める。小規模施設は人員配置のやりくりが厳しく、病棟ごとの配置をするためには基準以上の過配が避けられない。こうし

た小規模への配慮と支援体制が必要ではないか。一般病床からも転換が生じる。療養病床と同様、円滑な転換が進むような措置が必要である。

老健局は昨年5月に医療法人の特養経営を認める案を示したが、11月に突然見送られた。全日病では転換先に特養を考えた会員病院が少なくない。早急に法改正を行ない、開設を認めるべきである。介護保険施設のあり方として施設類型別に機能を分担するのは難しい。一元化し、各施設が地域ニーズに応じた機能を選択すべきだ。その際、類型別の施設基準ではなく、病棟さらには病室単位のケアミックスとすべきであり、要介護認定にはケースミックスが導入されるべきである。

森 08年度は第4期事業計画を策定する。介護報酬や施設基準を早期に示してほしい。施設介護と在宅介護の割合を均衡させることが我々の役割。介護保険の特別会計は市町村にとって成績表。転換の円滑な推進が利用者の状態に即した適切なサービス提供にかかわる。しかし、保険料への影響はできるだけ控えてほしい。転換老健は新しいサービスの選択肢となる。その中で認知症が転換老健でどうなるのかに関心。藤谷 再編による介護費用の増大化は避けてほしい。介護報酬と基準を速やかに示してほしい。転換老健の報酬は合理的な水準であるべきだ。また、療養病床の地域偏在を是正してほしい。再編を地域実情を踏まえずにやると一般病床からの患者の受け皿がなくなる地域が出る。入所者が待機者にならないようにしてほしい。

(意見陳述後、委員との質疑応答)

●増加する認知症にどう対応するのか。転換しても、そうした患者には生き地獄にならないかという不安が大きくなった。

森 介護保険サービスのみでは認知症を支えられない。宅老所、見守りなど、認知症を支える町づくりが不可欠だ。その中心は地域となる。行政のみでは支えきれない。

●森高浜市長のモデル的な取り組みをどうみるか。

吉岡 認知症を確かに地域の支えが必要。しかし、身体合併症にどう対応するか。認知症は病気であり、早期の診断と治療が欠かせない。

●ケアミックスというが施設運営としては分かりにくくならないか。報酬に地域差を導入したときに保険料への影響をどう考えるか。

西澤 地方になるほど小規模で運営している病院が少なくない。そうした、特に自治体病院で閉鎖や撤退が生じている。一方、厚労省は、公的病院の経営は民間病院に委ねるべきという方向を提示している。そうしたことも考

え合わせると、施設のあり方は地域の実態により即したものであるべきと考える。そういう意味からも、医療法人に特養経営という選択肢があってもよい。ケアミックスが分かりにくいのではというお尋ねだが、導入に際しては各施設が機能を明確にした上で情報公開することが必要。人員も施設単位で決めるのではなく、諸外国のように、施設が入所者の状況に応じて自ら決めるべきではないか。

安藤 都道府県独自による加算を認めてはどうか。これが難しいければ、全国一律のハード規制を止めて緩和もしくは自由化し、利用者の満足度調査から評価する方法もある。

●療養病床の地域偏在が著しいが、重度要介護者が難民化したという話を聞かない。療養病床の問題を全国一律に考えてはいけない。認知症の軽いものは地域対応を含む在宅で可能だろうが、重度になると難しい。施設と地域の役割分担を考える必要があるのでは。

武久 療養病床が少ない地域は一般病床が補完している。一般病床の長期入院患者は約10万人と試算される。徳島県では公的病院が療養病床の患者を吸収している。都市圏では居住系サービスが吸収しているとみられる。療養病床のみを考えるからおかしくなる。全病床を一度シャッフルして、患者の状態に応じて再設計すべきである。

安藤 東京でも23区と多摩地区とでは療養病床の分布が異なる。新宿区や港区の患者は多摩や他県に吸収されている。

吉岡 認知症は地域でみるにしても継続できる医師がいなければだめだ。重度の認知症は在宅が本当に幸せといえるのか。家族共倒れにならないか。施設ケアに委ねた方が両方にとってよいのでは。

●認知症には医療と介護の両面が必要であり、制度面で両方がうまく連携できていない。諸先生からは、ハコで分ける時代ではないという貴重な提言をいただいた。患者の状態にあった個別ケアが医療・介護一体に必要である。

武久 病院と老健では建築基準が違う。これは、国交省が絡む問題だ。

吉岡 認知症の合併症は老年精神科と一定レベルの内科医の連携で治療されている。自院は認知症専門ユニットケアの病棟を設けた。ここで合併症治療とターミナルケアをしたいと考えている。

●転換後に薬剤師やケアマネはどうなるのか。

安藤 薬剤管理は高齢者ではきわめて大切。多剤の服用は相互作用や副作用が深刻となる。週に1回患者から話を聞く必要を考えると必要な人員数がみえてくる。(薬剤師については)療養病床協会としても検討してみたい。

武久 グループホームでは9人に1人のケアマネがいる。病院では50対1とされているが、計画はチームとして作られるべきだ。

●要介護認定をレベルアップさせて活用するという提案があったが。

武久 先ほどは転換老健とは別の新しい施設と申し上げたが、将来、介護保険施設は一元化されるだろう。病院と老健の格差は大きく、いきなり転換というのは難しい。病院をいったん「介護療養施設」に移行させることが望ましい。

吉岡 私には医療区分1~3というのがよく分からない。介護療養をなくすために作ったのではないか。介護保険に主治医意見書があるが、主治医の意見を元に医療の必要度を測定すればよいのではないか。

西澤 要介護認定は5区分だが、区分と介護保険施設とが対応していない。同じ4でも認知障害や身体障害の区別に関係なく入れている。ニーズとサービスのミスマッチが生じている。例えば、区分を10~20ぐらいに細かくして、入院・入所を判断するとよいのでは。私個人はRUGⅢのような分類を想定している。

●介護保険は創設当初から色々問題があった。しかし、そろそろ先を見据えた議論をすべき時だ。

●医療保険と介護保険の関係をどう考えるか。また、介護保険施設の将来像は?

西澤 難問だ。個人的な意見であるが、保険者の再編によって医療保険と介護保険とが同一の保険者となっていく方向がある。そうした暁にも両保険が別々であるのはいかがなものかと考える。この点は、まだ一度も議論されていないが。

吉岡 私も介護保険施設はシャッフルされるべきと考える。その際には医療を位置づけるべきである。介護療養は医療のついたナーシングホームだ。それを廃止するという意味が分からない。

救急・防災委員会からのご案内 地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムを開催(無料)

テーマ 『都市型災害と広域災害』

日時 ● 3月15日(土) 16:00~20:00

会場 ● 東京都文京区本郷1-4-1 全水道会館 Tel.03-3816-4196

JR水道橋駅東口(御茶ノ水駅寄り)下車徒歩3分、都営地下鉄三田線水道橋駅下車1分

内容 ● 第1部 人為災害【都市型災害】

「渋谷SHIESPAの爆発事故」日本医科大学救急医学高度救急救命センター 布施 明

「那覇空港 中華航空ボーイング機爆発事故」那覇市医師会救急医療担当理事 仲本昌一

第2部 自然災害【広域災害】

「新潟中越沖地震」新潟市民病院 熊谷 謙

「能登半島沖地震」金沢大学大学院医学系研究科教授 稲葉秀夫

参加費 ● 無料

■申込方法 所定申込書をファックスにて下記宛にお送りください(申込書は本会HPからダウンロードできます) Fax.03-3234-5206

■問合せ 全日本病院協会事務局(救急・防災担当) Tel.03-3234-5165

急性期受け入れに特化した亜急性期2。「転棟」患者も要件に該当

中医協答申 「2008年度診療報酬改定の主要改定項目」(概要) 2月13日答申 *下線は現行報酬の変更個所を表わす

■地域で中核となる病院に勤務する医師の負担軽減の評価

新 入院時医学管理加算 120点
(1日につき、14日を限度)

[算定要件]

- 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
 - 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
 - 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
 - 4 急性期医療の実績を相当程度有している、全身麻酔件数が年800件以上であること 等
- ※既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

■10対1入院基本料の見直し

一般病棟入院基本料2 10対1入院基本料 1,300点
 専門病院入院基本料2 10対1入院基本料 1,300点
 障害者施設等入院基本料2 10対1入院基本料 1,300点

■勤務医の事務作業を補助する職員配置の評価

新 医師事務作業補助体制加算(入院初日)
 1 25対1補助体制加算 355点
 2 50対1補助体制加算 185点
 3 75対1補助体制加算 130点
 4 100対1補助体制加算 105点

(対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による)

[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について、医師以外の者に担わせることができ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

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
第3次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院者を受け入れている医療機関	×	○	○	○

■明細書発行の義務化及び電子化加算の見直し

1. 保険医療機関及び保険医療費担当規則の改正

レセプトオンラインが義務化された保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない旨を規定する。

2. 電子化加算

[算定要件]

400床以上の病院は電子化加算の算定対象外とする

■病院における再診料の見直し

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料 (I)	200点	235点	170点	170点
リハビリテーション料 (II)	100点	190点	80点	80点
リハビリテーション料 (III)		100点		
標準的リハビリテーション実施日数	150日	180日	150日	90日

病院の再診料 60点

■外来管理加算の意義付けの見直し

診察及び説明等に要する時間の目安(5分)を設ける

■疾患別リハビリテーション料の通減制の廃止等

(1) 通減制は廃止する。脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ)を新設する。

(下段リハビリテーション料表参照)

(2) 疾患別リハビリテーション医学管理料は廃止し、各疾患別リハの標準的実施日数を超えたものは、1ヶ月当たり13単位まで算定可能とする。

新 早期リハビリテーション加算 30点 (1単位)

[算定要件]

- 1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる
- 2 入院中の患者についてのみ算定できることとする
- 3 ADL加算は廃止する。

改 リハビリテーション総合計画評価料 300点

[算定要件]

1月に1回を限度として算定できる

■生活習慣病管理料の普及に向けた取組等

(1) 署名欄等の簡素化及び内容に変更のない場合の交付の頻度を4月に1回へ変更する。

(2) 糖尿病患者のうち、非インスリン患者に対するキットを用いた血糖自己測定に基づき指導を行った場合の加算を新設する

改 生活習慣病管理料 (1日につき)

1 処方せんを交付する場合
 イ 脂質異常症の場合 650点
 ロ 高血圧症の場合 700点
 ハ 糖尿病の場合 800点

2 1以外の場合

イ 脂質異常症の場合 1,175点
 ロ 高血圧症の場合 1,035点
 ハ 糖尿病の場合 1,280点

注 中等度以上の糖尿病(2型に限る)の患者に対し血糖自己測定値に基づく指導を行った場合に、年1回に限り500点を加算する。

(3) 血糖自己測定器の加算について月100回以上(1,320点)、120回以上(1,500点)の加算を創設。インスリン製剤を長期投与されている患者は3ヶ月分まとめて算定できることとする。

■人工腎臓に係る時間評価の導入

改 人工腎臓 (1日につき)

1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合

イ 4時間未満 2,117点
 ロ 4時間以上5時間未満 2,267点
 ハ 5時間以上 2,397点

■検査の評価体系の見直し

改 外来迅速検体検査加算 5点

入院患者以外の患者に実施した以下の検体検査の結果(5項目まで)を検査実施日に説明した上で文書により情報を提供した場合に算定。

便潜血反応検査、末梢血液一般検査、

HbA1c、プロトロンビン時間測定、繊維素分解産物(FDP)測定 等

■急性期後の入院機能の評価

新 亜急性期入院医療管理料2 (60日を限度。200床未満に限る) 2,050点

[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。

(3) その他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の役割に着目した見直し

改 特殊疾患病棟入院料(名称変更)1 1,943点

特殊疾患病棟入院料(名称変更)2 1,570点

改 障害者施設等入院基本料

7対1入院基本料 1,555点
 10対1入院基本料 1,300点

改 後期高齢者特定入院基本料

[後期高齢者特定入院基本料の対象外となる状態]

重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く)、重度の意識障害、筋ジストロフィー患者及び神経難病等

■感染症対策の拡充

包括外で算定可能な薬剤・注射剤

新 (1) 友友病を伴うHIV患者

新 (2) B・C型肝炎患者

[包括外で算定できる入院料等]

後期高齢者特定入院基本料、療養病棟入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハ病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症疾患治療病棟入院料、老健施設(短期入所を含む) 等

新 二類感染症患者療養環境特別加算 (1日につき) 300点

改 HIV感染者療養環境特別加算

1 個室の場合 350点

■回復期リハ病棟に対する質の評価の導入

改 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点

[算定要件]

回復期リハ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すこと。

(1) 新規入院患者の15%以上が重症患者であること

(2) 退院患者のうち、他保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

新 重症患者回復病棟加算(1日につき) 50点

[算定要件]

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

[施設基準]

回復期リハ病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

改 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点

[算定要件]

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]

改 リハビリテーション料を標榜しており、専任の医師1名以上、病棟に専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。

*平成20年3月31日時点で、現行の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ことができる。また、平成20年9月30日以前であっても、算定要件を満たしている施設は、回復期リハ病棟入院料1及び重症者回復病棟加算を算定することができる。

■医療療養病棟等の評価に係る見直し

1. 療養病棟入院基本料の基準・加算の見直し

改 原則として、患者病態の変化時に医療区分及びADL区分の評価・記録を行う。

改 医療区分の評価項目の見直し

ア 「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を行い、診療録等に記載する

イ 「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。

ウ 「脱水」及び「おう吐」は発熱を伴うものとする。

改 認知機能障害加算の廃止

新 褥瘡評価実施加算(1日につき) 15点

[算定基準]

ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること

新 将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務づける。

2. 療養病棟入院基本料の見直し

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点	1,320点	1,709点
ADL区分1	750点	1,198点	1,709点

ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること

新 将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務づける。

3. 退院調整加算の新設

新 (1) 療養病棟入院基本料等を算定する病床に入院している患者又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者

ア 退院支援計画作成加算 100点
(ただし、入院中1回に限る)

イ 退院加算 100点

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

ア 退院支援計画作成加算 100点
(ただし、入院中1回に限る)

イ 退院加算 300点

新 (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、特殊疾患病棟入院料を算定する

医療区分3は31点の引き下げ。ただし、ADL3患者には褥瘡加算

病床に入院していた脳卒中の後遺症患者
者及び認知症の患者

退院時に(2)のイに加えて500点加算
(平成22年3月31日まで)

[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おり、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が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

■7対1入院基本料の基準の見直し

1. 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる

(1) 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。

(4) 特定機能病院には適用しない(患者の看護必要度等に係る評価については実施する)。

2. 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする

(1) 医師数が入院患者数に対して10分の1以上を満たせない病院については7対1入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については特別な配慮を行う。

(2) 特定機能病院には適用しない。

新 準7対1入院基本料 1,495点

(7対1入院基本料から60点減)

※へき地等の場合は1,525点(7対1入院基本料から30点減)

[経過措置]

1 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あって、平成20年4月1日以降において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2(84点)又は看護補助加算3(56点)を算定できる

■円滑に地域移行を進めるための退院時の情報提供の在り方の見直し

改 診療情報提供料(Ⅰ) 250点

注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する

■療養病床から転換した老健施設における医療の充実

1. 緊急時に必要な処置等を保険医療機関の医師が行った場合に算定できる項目を拡大する

2. 緊急時施設治療管理料を新設する

新 緊急時施設治療管理料 500点

1 夜間又は休日に、療養病床から転換した老健施設の医師が直接の処置等が必要と判断し、それに対し併設保険医療機関の医師が往診した場合に算定できる。

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。

■認知症に係る医療の評価

新 認知症患者紹介加算

(1回につき) 100点

改 認知症病棟入院料 1 (1日につき)

イ 90日以内の期間 1,330点

ロ 91日以上期間 1,180点

認知症病棟入院料 2 (1日につき)

イ 90日以内の期間 1,070点

ロ 91日以上期間 1,020点

■放射線治療の質等の充実

新 医療機器安全管理料 2 1,000点

(計画策定時1回)

[算定要件]

放射線治療を必要とする患者に対し、治療計画が策定した場合に算定する

[施設基準]

1 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療に相当の経験を有するものに限る)が1名以上配置されていること

2 当該管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

3 当該管理を行うにつき、十分な機器及び施設を有していること

新 外来放射線治療加算 100点

[算定要件]

放射線治療(体外照射のうち高エネルギー体外照射、強度変調放射線治療)を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対し、当該治療を実施した場合、1人1日につき1回に限り算定できる

■化学療法等の充実

改 外来化学療法加算 1 (1日につき)

500点

外来化学療法加算 2 (1日につき)

390点

[算定要件]

入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して化学療法を行った場合、1日につき加算する

[施設基準]

外来化学療法加算1について以下に掲げる基準

1 医師、看護師及び薬剤師について、相当の経験を有する者が配置されていること

2 実施される化学療法の治療内容の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること

を満たすこととし、外来化学療法加算2については、従前の外来化学療法加算の基準を満たすこととする

■緩和ケアの普及と充実

新 がん性疼痛緩和指導管理料 100点

[算定要件]

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、副作用対策や疼痛時の対応を含めた計画的な治療管理や当該薬剤の効果等に関する説明を含めた療養上必要な指導を行い、麻薬を処方する場合に算定する。

改 緩和ケア診療加算(1日につき)

300点

(1) 緩和ケアの経験を有する薬剤師を含む4名からなる専従チームが設置されていること。

(2) (1)の医師のいずれか、また薬剤師は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であっても差し支えない。

また、緩和ケアチームも、連携して

いる他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診療を行うことは差し支えないものとする。(ただし、就労時間の半分を超えないこと。)

改 緩和ケア病棟入院料(1日につき)

(1) 緩和ケア病棟は緩和ケアを行うとともに外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟でもあり、緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

(3) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は地域の在宅医療を担う医療機関と連携を行うこと。連携している診療所が居宅で診療を行っている患者の緊急時には、その患者を受け入れることができる体制を確保すること。

4) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している診療所の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受けられる体制を整えること。

●介護老人保健施設や療養病床において、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとし、対象を拡大する。

■地域連携診療計画の評価の拡大と見直し

改 地域連携診療計画管理料 900点

地域連携診療計画退院時指導料

600点

対象疾患 大腿骨頸部骨折 脳卒中

[施設基準の見直し]

1 脳卒中を対象疾患とする場合にあって医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること。

2 地域連携診療計画に、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こと。

■超急性期脳卒中加算の創設

新 超急性期脳卒中加算 12,000点

[算定要件]

超急性期脳卒中加算は脳卒中発症後3時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子(t-PA=アルテプラゼ)を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する、ほか。〔施設基準〕は省略

■自殺対策における精神医療の評価

新 精神科医連携加算(1回につき) 200点

内科等を受診した患者についてうつ病等の精神障害を疑い、担当医が診断治療等の必要性を認め、精神科医に患者の紹介を行った場合の診療情報提供料(Ⅰ)の加算を創設する。

■医療機器等の安全確保に係る評価

新 医療機器安全管理料 1

(1月に1回) 50点

[算定要件]

常勤の臨床工学技師を1名以上配置し、医療安全対策の体制を整備している医療機関で、患者に生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に算定。

■ハイリスク薬等に関する薬学的管理の評価等

改 薬剤管理指導料

1 救命救急入院等を算定している患者に対して行う場合 430点

2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く) 380点

3 1及び2以外の患者に行う場合 325点

・施設基準に適合する保険医療機能に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、

当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

■画像診断等の評価の見直し

1. 画像診断管理加算の引上げ

改 画像診断管理加算 1 70点

画像診断管理加算 2 180点

2. デジタル映像化処理加算の廃止

(平成21年度末までの経過措置)

改 デジタル映像化処理加算 15点

*電子画像管理加算との併算不可

3. コンピューター画像処理加算の見直し

改 核医学診断料及びコンピューター断層撮影診断料

電子画像管理加算 120点

新 エックス線診断料

電子画像管理加算

イ 単純撮影の場合 60点

ロ 特殊撮影の場合 64点

ハ 造影剤使用撮影の場合 72点

ニ 乳房撮影の場合 60点

■退院後の生活を見通した入院医療の評価

新 後期高齢者総合評価加算

(入院中1回) 50点

病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、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機能評価を行い、その結果を患者及び家族等に説明した場合を評価する。

[施設基準]

後期高齢者の総合的な機能評価の研修を受けた医師・歯科医師が1名以上配置されていること。

新 後期高齢者退院調整加算

(退院時1回) 100点

総合的な機能評価の結果等を踏まえ、退院困難な要因があるとされたものに対して、その要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことを評価する。

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

■退院時における円滑な情報共有や支援の評価

●医師

改 退院時共同指導料 2

(病院が算定)

入院中の医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の療養上必要な説明と指導を、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同で行った場合に算定する。

(在宅療養支援診療とそれ以外医療機関の場合とで点数を一本化する)

300点

注1 入院中の医療機関の保険医及び地域で退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。

注2 入院中の医療機関の保険医が、退院後の在宅療養を担う保険医もしくは看護師等、保険医である歯科医師もしくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師(准看護師を除く)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうち3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に200点を加算する。

新 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

100点

[算定要件]

後期高齢者である患者の入院時に服

(6面に続く)

回復期リハ棟2は85点の減点。ただし、病棟医師は専任でも可

(5面から続く)

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、転帰等について、「お薬手帳」等に記載した場合に算定する。

新 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 180点
[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、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する。

新 後期高齢者外来継続指導料 200点
[算定要件]

1 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が他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して当該後期高齢者診療料を算定する保険医において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。

■在宅や外来と継続した入院医療等の評価

新 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 (入院初日) 500点
[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を、急変等に伴い当該保険医療機関の医師の求めに応じて、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入院先として定められた病院に限る。

3 入院24時間以内に当該診療所医師と入院担当医が診療情報を交換した場合も算定できる。

4 入院先の医師は、患者の希望する診療内容を主治医に確認し、その内容を共有すること。

改 在宅患者緊急入院臨床加算 (入院初日)

1 連携医療機関である場合 1,300点
2 1以外の場合 650点

注 1の算定に当たっては事前に緊急時の入院先として患者及び家族に連携医療機関の名称等を文書にて提供した医療機関に入院した場合にのみ算定する。

■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新設

1. 居住系施設等に在所している患者に訪問診療等を行った場合の評価を新設する。

●医師の場合
新 在宅患者訪問診療料2 200点 (1日につき)

[算定要件]

高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設(外部サービス利用型を含む)、特養の入居者等である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。

●看護師の場合
新 居住系施設入居者等訪問看護・指導料 (1日につき)

保健師、助産師、看護師の場合
週3日目まで 430点、週4日以降 530点

[算定要件]
在宅患者訪問診療料2に該当する施設

新 訪問看護基本療養費(Ⅲ) (1日につき)
保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

週3日目まで 4,300円、週4日目以降 5,300円

[算定要件]
在宅患者訪問診療料2に該当する施設

新 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2 255点

新 在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (保険医療機関の薬剤師の場合) 385点

新 在宅患者訪問栄養食事指導料2 450点

2. 特定施設、特養の入居者等である後期高齢者に対する在宅医療に適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外にも在宅時医学総合管理料の算定を認める。

新 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 処方せんを交付する場合 3,000点
ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点

2 1以外の場合

イ 処方せんを交付する場合 1,500点
ロ 処方せんを交付しない場合 1,800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

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等

■後期高齢者の継続的な管理の評価

新 後期高齢者診療料 (月1回) 600点
[算定要件]

1 保険医療機関である診療所又は半径4km以内に診療所が存在しない病院

2 患者の主病と認められる慢性疾患を診療する1保険医療機関のみで算定する

3 入院中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。

4 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、加増診断、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、550点以上の項目については別途算定できる。等

■外来管理加算(高齢者)に関する病診格差の縮小について

改 外来管理加算 (病院と診療所の点数を一本化) 52点

■ガイドラインに沿った終末期における十分な情報提供等の評価

1. 医師又は歯科医師

新 後期高齢者終末期相談支援料 (1回に限る) 200点

介護事業適正化 「返還・加算金を確実に徴収する仕組みを設ける」

2月6日の社会保障審議会介護保険部会は、介護事業運営の適正化に関する部会意見をとりまとめた。

その中で、「12月3日の介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書の方向に沿って今後の制度の見直しを進める」とした上で、留意点の1つに「不正行為を行った事業者から、保険者が介護報酬の返還金及び加算金を確実に徴収する仕組みを設けること」をあげた。

有識者会議報告書は、広域に展開する事業者に対する規制の強化、都道府県・市町村の指導・監査権の創設や不正事業者による処分逃れ対策等について制度改正等を行なう必要があると提言している。

厚労省は部会意見をもとに改正法案を作成し、今国会に提出するとしている。

部会意見は、また、議論をとおして、

介護労働者の労働条件・労働環境、介護報酬、介護サービス情報公表制度など介護保険制度における様々な課題が

提起されたとして、今後、同部会で介護保険制度全体のあり方について検討を進める考えを表明している。

医療短信 BRIEF

●終末期医療の調査を07年度内に実施

厚労省医政局は終末期医療に関する国民意識調査を実施するために「終末期医療に関する調査等検討会」を設置、1月24日に初会合を開いた。

調査はこれまで3回実施されており、今回が4回目の調査となる。検討会には、今回、初めて患者団体の代表(3名)が参加した。

調査は国民、医療従事者、介護福祉施設従事者1万5,000人を対象に今年度内に実施2008年度中に報告書をまとめる。

検討会は調査結果を踏まえ、08年度中に法整備も含めた終末期医療の方向性について議論する予定。

●2011年度中に労災のオンライン請求を可能とする

厚労省労働基準局は1月19日、「労災レセプトの効率的な事務処理に関する検討会」報告書を公表した。

平成20年度診療報酬改定説明会を開催します

日時 ● 3月13日(木) 午後2時~午後4時10分
会場 ● 東京ビッグサイト会議棟7F「国際会議場」
東京都江東区有明3-21-1 Tel. 03-5530-1111(代)
定員 ● 900名(申込先着順)
参加費 ● 1名8,000円(「点数表改正点の解説」を含む) 当日受付にお支払下さい。
申し込み 下記宛、所定の申込書をファックスでお送り下さい。(申込書は本会のHPからダウンロードできます)
全日本病院協会事務局 Tel. 03-3234-5165 (担当小室・祝)
Fax. 03-3234-5206 / 03-3237-9366

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 全都道府県の公共施設等で実施します。 ■試験日 (平成20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
(2)2級医療事務技能審査試験	実技Ⅱ 診療報酬請求事務	明細書点検 70分
	学 科 医療事務一般知識	筆記(択一式) 60分
20年	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
21年	実技Ⅱ 診療報酬請求事務	明細書点検 70分
	学 科 医療事務一般知識	筆記(択一式) 60分

●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勧めします。

＜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

産科医療補償制度の功罪—医療安全調査委員会と同じ問題がある

調査報告書は責任追及に用いるべきではない

補償制度創設は急務。同一機関による原因究明・再発防止と求償は回避すべし



常任理事・医療の質向上委員会委員長 飯田修平

1月23日に「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」が公表された。

自由民主党政務調査会社会保障制度調査会医療紛争処理のあり方検討会の「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」報告書を受けて、(財)日本医療機能評価機構(以下評価機構)が準備室となり、1年間にわたって検討したものである。

筆者はこの作業に委員として参画したが、議論および報告書には大きな問題があることを危惧している。議論の経緯は評価機構のホームページ(<http://jqhc.or.jp/html/obstetric.htm#obstetric>)を参照いただきたい。

●医療崩壊を阻止する転機

急速に崩壊しつつある医療、とくに産科医療を充実させ、患者・家族及び医療従事者が信頼関係を構築し、安心できる状況をつくるのが急務である。

医療崩壊の最大の原因は医療不信にある。医療側が説明責任を果たしていないという要因もあるが、医療側にだけに責任があるのではない。信頼とは相互の関係だからである。

筆者は、現在の状況の招来を危惧して、10数年来「医療における信頼の創造」を目指して活動している。産科医療補償制度創設を、医療崩壊を瀬戸際で押しとどめ、好循環に転換する、重要な転機と考えて委員会に参画した。

制度創設自体も重要であるが、議論の経過で医療崩壊の諸問題が浮き彫りにされ、改善の契機になると考えたから

である。大きな問題が残されたとはいえ、議論が展開されたことは評価したい。

●産科医療補償制度の目的と創設の経緯

産科医療補償制度は、分娩に係る医療事故(過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む)による脳性麻痺となった児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供するなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を目的としたものである。

制度の創設は、自民党の検討会の枠組みの範囲内で早急に実現することが前提条件であるという制約で、問題の議論が進まなかった。枠組みの概要は次の通りである。

補償の対象は過失の有無を問わず、未熟児や先天異常を除いた通常分娩による脳性麻痺児である。また、産科医療の崩壊を一刻も早く阻止する視点から、民間保険を活用して早急に立ち上げる。医療機関は保険会社に保険料を支払い、相当額を分娩費用を増額し、健康保険の出産育児一時金の増額で賄われる。財源は医療保険料として負担される。

原因追究、再発防止は当然であるが、公的財源を使うのであるから、過失があれば医療機関に求償するのは当然であり、調査の結果報告書は当事者に報告し、民事訴訟にも使い、刑事訴訟に使うことも否定しないというものである。

●医療事故の考え方

医療事故において、医療従事者以外の方は「被害者」「被害」と記すが、医療側は「患者」「罹患・受傷」と記す。「被害者」がいれば「加害者」を想起する。医療事故の定義は過誤の有無にかかわらず、「事故」という用語に引きずられる傾向がある。

委員会でもこの傾向があり、医療者を処罰しないのはおかしい、泣き寝入りはおかしいという責任追及の発言がしばしばあった。保険事故の意味であることを筆者は何度か指摘した。

想定されたりリスクが実際に起きることを保険事故という。医療保険では、疾病に罹患し医療機関を受診し保険を利用することをいう。疾病の発生においては「加害者」がいるとは考えないが、脳性麻痺や障害が残った場合には過失があったと疑われる。医療は元来、不確実であり、侵襲行為であり、不安全行為であることを忘れていたのである。

●原因究明、再発防止、求償の一元管理の問題

脳性麻痺児および家族の救済、紛争の防止と早期解決のための、産科医療補償制度の創設は急務である。補償適応決定の審査、医療事故の原因究明と再発防止は必須である。しかし、同一機関で審査、原因究明、再発防止、求償まで行うことは良くない。

医療事故に限らず、航空機事故、原発事故においても、試行錯誤の歴史の中で調査の資料や報告書を責任追及に用いないことは世界の常識だからである。原因究明、再発防止のためには、当事者からの正確かつ詳細な情報提供が必須だからである。

したがって筆者は、原因究明、再発防止と求償は別の機関で行うべきと主張し続けたが、報告書の5制度創設時期および見直し(報告書17頁)に意見として付記されるにとどまった。ただし、この見解は、別の枠組みにおいて患者や家族が民事訴訟を起こす、あるいは刑事訴訟を求める事を妨げるものではない。

●医療の根幹を揺るがす問題

産科医療補償制度の構図は、診療行為に係る死因究明制度として検討されている医療安全調査委員会と同じである。

すなわち、厚労省あるいは自民党の医療安全調査委員会の試案では原因究明と再発防止が目的であるとしているにもかかわらず、刑事訴訟に使うことを妨げないとしている。

重過失以外は訴追しないと云うが、重過失か否かは検討した結果、判明するのである。萎縮医療を超えて、医療崩壊が促進されることを危惧するものである。

訂正 産科医療補償制度に関しては2月1日号の記事で概要を紹介しています。その記事の、「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。」とある箇所を、「補償」とあるのは「求償」の誤りでした。訂正します。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2007年12月

- 5日 四病協/医療経営・税制委員会
- 7日 医療安全対策講習会、四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 10日 介護保険制度委員会
- 11日 日病協/入院医療の看護師配置基準を検討するWG、院内暴力に関する実態調査WT
- 12日 日病協/診療報酬実務者会議、四病協/メディカルスクール検討会
- 14日 病院経営改善講座(札幌市)、会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会、看護部門長研修(～16日)、特定健診実施者研修会(～15日)
- 15日 医療安全管理者養成研修アドバンスコース(～16日)
- 18日 日病協/代表者会議
- 19日 四病協/総合部会
- 21日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、終末期医療に関するガイドライン策定検討会

- 22日 企画室委員会、救急・防災委員会、人間ドック委員会、第9回常任理事会、医療経営人材育成事業 事業運営委員会、病院のあり方委員会
- 26日 日病協/20年度改定に向けた打合せ会
- 27日 個人情報保護担当委員会
- 28日 医療保険・診療報酬委員会
- 29日 病院のあり方委員会(札幌市)

2008年1月

- 4日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 5日 医療の質向上委員会、研究班会議
- 10日 広報・HP委員会、経産省サービスプロセス改善事業運営委員会
- 11日 会長・副会長会議、総務・財務合同委員会、人間ドック委員会、病院機能評価委員会、四病協/厚労省へ要望書を提出
- 14日 近畿ブロック研修会(大阪市)、近畿ブロック支部幹部会議(大阪市)

- 21日 特定健診第三者評価機構
- 23日 四病協/総合部会
- 24日 四病協/メディカルスクール検討会
- 25日 日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会
- 26日 医療経営人材育成事業運営委員会、病院のあり方委員会
- 28日 特定健診契約会議(健保連)
- 29日 臨時人間ドック委員会(大阪市)

一冊の本 book review

『医療改革 危機から希望へ』

著者 日本福祉大学教授・医学博士 二木立
発行 勁草書房
定価 2,835円(税込)

本書は、医療経済・政策学の視点から、小泉・安倍政権の医療改革の特徴と強化された医療費抑制政策の帰結を包括的かつ複眼的に鋭く予測している。日本の医療満足度と医療費についても、さまざまな常識のウソを根拠にもとづいて検証している。メッセージである副題は「危機から希望へ」であり、①最近の医療制度改革の肯定面と専門職団体の自己規律の強化、②マスコミの医療問題の報道姿勢の変化、③小泉政権時代の過度な医療・福祉費抑制政策の部分的見直しなど、著者自身が抱いている、医療改革に潜む「希望の芽」なるものを具体的に示している。著者はリハビリの医師であり、現場もよく知っていて、データの経過的な分析と分かりやすい分析には定評がある。日医の病院委員会の委員であり、前向きで夢を持たせてくれる。「全日病ニュース」の愛読者でもある。



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

会員病院事例報告 全日病版DPC分析ソフトを導入して—DPC対象病院の場合

本会が推進するDPC分析事業は、共同開発者であるニッセイ情報テクノロジー社の分析ソフト(Medi-Target)をアウトソーシング(ASP)のかたちで使っている。高額につくソフト等が低価格で使えるだけでなく、全日病会員のみが活用できるデータ分析サービスが付加されており、参加病院には好評を博している。

厚労省によるDPC支払が中小病院にも広がる中、データの収集体制は確立したものの、その結果から改善課題を抽出するデータマイニングができていない病院は少ない。そうした病院に、DPC分析事業は恰好な機会を提供している。Medi-Targetを積極的に活用しているDPC対象病院の活用事例報告をお届けする。

DPC分析で経営・質・効率性の向上が可能に！

診療科別の収入、後発品比率、入院期間割合等を把握・比較
定型分析の気になる項目は非定型分析で様々な視点で詳細分析

特定医療法人仁愛会 浦添総合病院
医療情報部 上野孝生

DPC対象病院とDPC準備病院は、毎月、厚生労働省へDPCデータを提出している。

DPCデータには、診断群分類コード、入院日、手術の有無、退院後の転移先、出来高算定額、包括算定額、使用した薬剤とその使用量など1回の入院における様々な情報が含まれ、これらデータを用いることで、自院の診療行為を分析することが可能である。

また、他病院も同一形式でDPCデータ

を厚生労働省に提出しているため、全国の他病院との診療行為のデータ比較も可能である。

浦添総合病院は、2004年からDPC準備病院としてDPCデータの提出を行っており、06年4月にDPC対象病院となった後、同年6月よりDPC包括評価による診療報酬請求を開始している。

そして、院内におけるDPC分析を目的に、07年10月、全日病版DPC分析ソフト「MEDI-TARGET」を導入した。

厚労省提出データを転用。セキュリティは万全

■MEDI-TARGETとは

MEDI-TARGETとは、ニッセイ情報テクノロジー株式会社が販売しているDPC分析ソフト「MEDI-ARROWS(メディアローズ)」に全日病独自の分析機能を追加したものである。協会価格が設定されているため、単独で契約するより安価で導入・維持が可能である。

利用に際しては、毎月1回、全日病に自院のDPCデータを提出する必要がある。

しかし、提出データは厚生労働省に

提出しているデータと同じ(D・E・F各ファイルおよび様式1・4)であるため、MEDI-TARGETを利用するために新たなデータを用意する必要はない。

提出されたDPCデータは前出ニッセイIT社が管理するデータベースに蓄積され、データベースの利用はインターネット回線を通じて行う。契約時にニッセイIT社から渡される認証装置がなければデータベースにアクセスできない仕組みになっているので、セキュリティ面は安心できる。

独自分析も可能。ベンチマークには様々な指標が

■MEDI-TARGETの機能

MEDI-TARGETには、大きく分けて、(1)定型分析、(2)非定型分析、(3)病院指標ベンチマークの3つの機能がある。

(1)定型分析

あらかじめ用意されている分析で、ボタン1つで簡単に、表やグラフを用いた分析結果を得ることができる。

(2)非定型分析

利用者独自の視点で分析する場合に使用する。データベースにあるDPCデータの項目を自由に選択して分析を進めることが可能である。

(3)病院指標ベンチマーク

他病院とのデータ比較を行う場合に使

用する。様々な比較項目が用意されており、自院の改善箇所を発見するのに重要な手段となる。

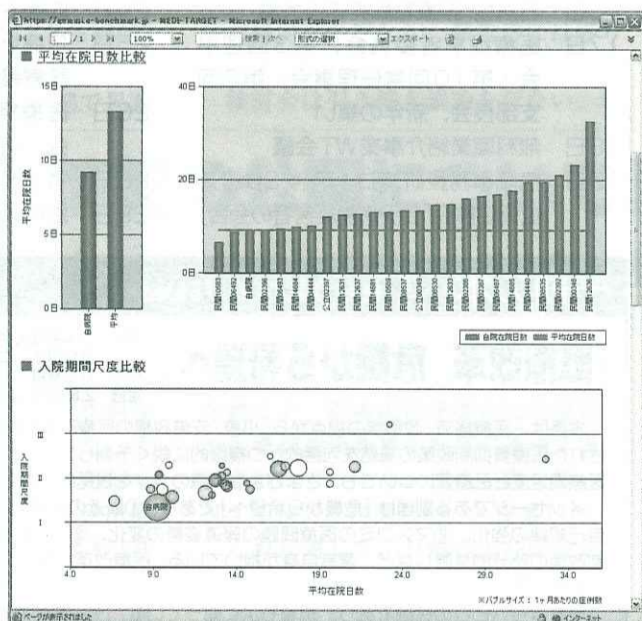


図1 ●症例数の違いもわかる平均在院日数が比較できるベンチマーク画面の一部

先発品・後発品のデータからシフト切替を検討

■当院での取り組み

当院では、07年10月のMEDI-TARGET導入後、各診療科の収入、患者数、平均在院日数、入院期間区分の割合などの確認を行ってきた。

これらは定型分析を用いて容易に得ることができ、月単位の推移を各診療科の責任者に伝達している。

病院指標ベンチマークも簡単に分析結果を得ることができるため、診療科別の収入情報(包括/出来高別)、診療科別の平均在院日数、医薬品の先発/後発の比率などの比較に利用している。

平均在院日数については、単純に日数の長さだけでなく、症例数も考慮し

た比較を行うことができる(図1)。医薬品の先発/後発の比率については、後発ありの先発医薬品、後発なしの先発医薬品までチェックできる比較(図2)となっているので、後発医薬品に切り替える検討材料になる。

当院では早くからある程度、先発から後発医薬品に移行してきたつもりであったが、この比較を行ったことで、さらに移行を進めるモチベーションとなった。

比較対象の病院が増え、有用な比較データを利用病院が互いに得るためにも、MEDI-TARGETを導入する病院が引き続き増加していくことを期待するところである。

診療科ごとのアルブミン使用量・使用場所を確認

■非定型分析への期待

非定型分析を用いた分析としては、各診療科のアルブミンの月別使用量の確認に利用している。使用量はこれまで薬剤部で確認していたのだが、非定型分析を利用することで、使用量に加え使用場所(手術時、手術時以外)が確認できるようになった。

アルブミンは使用場所により包括算定と出来高算定に分かれるので、収入面の分析が加わり、これまでより詳細な確認ができるようになった。

非定型分析については、これから活用していく段階であるが、定型分析を用いて調査し、気になる項目について非定型分析を用いて様々な視点から調査していく、など有効活用を目指している。

にみえてきた。DPC分析は、経営面はもちろんのこと、医療行為の質・効率の向上につながり、多方面で有用な結果を生むことが期待できる手段の1つである。

DPC分析によって、当院の優れている箇所、改善していくべき箇所が数値として明確

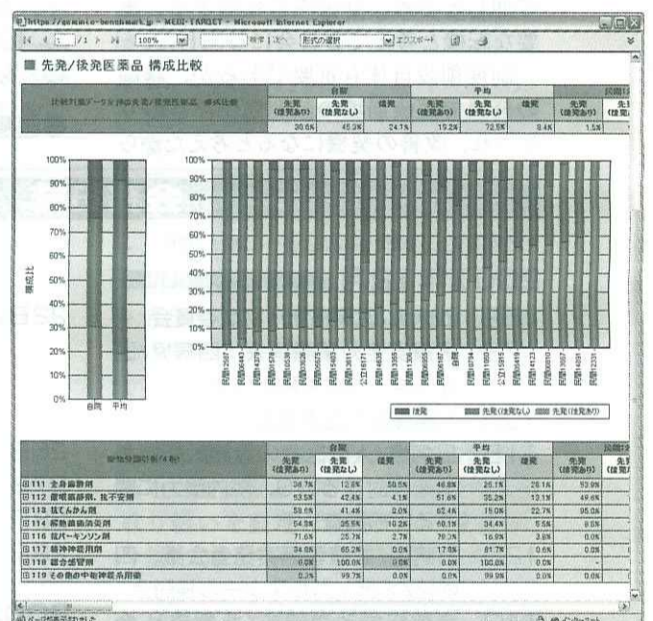


図2 ●医薬品の構成が、「先発(後発あり)」「先発(後発なし)」「後発」で比較できるベンチマーク画面の一部

全日病DPC分析事業 申込受付中！

毎月のDPCデータを使って「自院分析」と「ベンチマーク」を低費用で行なうのが全日病の「DPC分析事業」です。データを提出できる体制があれば、DPCを導入していない病院でも、また、どの月からでも参加できます。詳しくは全日病ホームページをご覧ください。事務局までお問い合わせください。

全日病事務局 Tel. 03-3234-5165 http://www.ajha.or.jp



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)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 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 http://welfare-ajha.jp/ 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