



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2008 NEWS 9/1

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.693 2008/9/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

専門医としての総合医・家庭医養成を求め

安心と希望の医療確保ビジョン具体化検討会 「中間取りまとめ」、ホスピタルフィーとドクターフィーの区分検討を提起

「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」は8月27日、勤務医の待遇を改善するために医師数を増すとともに偏在を是正する措置を取るべきであるとした中間とりまとめ案を了承、検討会を終えた。中間とりまとめは、細部の表現を修正した上で後日公表される。

中間とりまとめは、医師の診療科・地域偏在に対して、特定領域の医師に対する手当てなどインセンティブの導入を求めている。また、専門医としての総合医・家庭医の養成という従来からのテーマに決着をつけて、もはや実行に移る段階であるという認識を盛り込んだ。

他方、医師の技術を評価するという視点からドクターフィーの導入を提案するとともに、診療所医師が病院で診療に携われるようにするために、病院に対する診療報酬をホスピタルフィーとドクターフィーに分けることを検討すべきと、新たな提案を織り込んだ。

舛添要一厚生労働大臣は、中間とりまとめを「予算と政策づくりに反映させていきたい」と受け止める一方、「検討課題がなお残っている。(検討会)今後の開催もあり得る」と発言、来年度予算への反映に限らない持続的な検討作業に含みを残した。(2面に「中間とりまとめ」を掲載)

中間とりまとめは、医師養成について、①来年度は過去最大の医学部定員を目指す、②将来的には養成数の50%増加を目指すことを提言。診療科偏在の解消に関しては、減少傾向にある診療科や救急医療の勤務医を対象にしたインセンティブの導入と医師の技術を

評価するドクターフィーの検討を提案した。

地域偏在に関しては、①へき地などで働く医師へのインセンティブ導入とサポート体制の整備、②専門医としての総合医・家庭医の養成とキャリアパス、再教育プログラムの開発を提起。同時に、産科、

救急、へき地などの勤務医等に対する手当ての支給と短時間正規雇用などを活用した労働環境の改善策を求めた。

スキルミックスについては、コメディカルが専門性を発揮できる体制の整備を踏まえた上で取り組むべきであるとした。

一方、地域医療に関しては、①総合医・家庭医のあり方等の検討開始、②訪問看護師の裁量性を認めるなど訪問看護のあり方の検討、③病院で診療所医師が診療に携わることを進めるために、病院診療報酬をホスピタルフィーとドクターフィーに分けることの検討、④電子カルテの情報共有、などをあげた。

救急医療については、①堅牢な3次救急体制と2次救急支援体制の構築、②数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師の評価、③2次救急における福



祉関係機関協力体制の構築、④トリアージができる看護師の養成などを盛り込んだ。

さらに、チーム医療のレベルを高める上でコメディカルの専門性発揮が重要として、その体制を整備した上でスキルミックスを進めるべきであるとした。専門性発揮に関連して、4年制への移行も視野にした看護師基礎教育の充実を求めた。

また、初期・後期研修制度など卒前・卒後教育との連携を含む臨床研修制度見直しの必要を示し、文科省・厚労省合同検討会の早期設置を提案している。

療養病床の目標数は21万床(44都道府県)

第1期医療費適正化計画案 2012年度末までに、回復期リハを除く医療療養1.4万床を「削減」

厚生労働省は第1期の医療費適正化計画案(2008年度~12年度)をまとめ、8月18日に意見募集を開始した。

達成目標は、健康保持に関しては既に昨年4月の基本方針案に盛り込まれており、①特定健康診査の実施率70%以上、②特定保健指導の実施率45%以上、

③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率は08年度と比べ10%以上の減少とされている。

一方、基本方針案にはその考え方のみが記載された、「医療の効率的提供の推進に関する達成目標」は、①平均在院日数を32.2日から29.8日に短縮す

る、②療養病床数は21万床とすると、具体的な数字が書き込まれた。

2012年度末の療養病床数は現在策定されている44都道府県の目標数を積み上げたもの。今後提出される3県を加えると約22万床になるものと厚労省はみている。

06年10月現在の医療療養病床(回復期リハ病棟を除く)は約23.4万床。22万床

とすると、2012年度末までに1.4万床の削減が見込まれることになる。

ただし、医療費適正化計画案の本文では、「受け皿施設や在宅サービス等の整備状況等を踏まえて目標病床数を見直すことも考えられる」あるいは「都道府県の目標設定の考え方は様々であり、今後の取組を推進する過程で再検討が期待される」と、22万床が下降修正される可能性を示唆している。

第1期の医療費適正化計画は、意見募集を終えた後に大臣告示として策定され、公表される。(3面に計画案の概要を掲載)

第1期医療費適正化計画案の達成目標

●国民の健康の保持の推進に関する達成目標

- ・特定健康診査の実施率 70%以上
- ・特定保健指導の実施率 45%以上
- ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 08年度と比べ10%以上の減少

●医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

- ・平均在院日数 32.2日→29.8日
- ・療養病床の病床数 21万床(確定している44都道府県の目標数を集計したものに今後確定する3県の目標数を加えたもの)

厚労省、「療養病床22万床を見込む」と自民党に報告

厚生労働省は8月5日、自民党の社会保障制度調査会・医療委員会に医療費適正化計画に盛り込まれた都道府県の療養病床目標数について報告。当初、2012年度末で療養病床は約15万床に淘汰されるとしていたが、都道府県の目標数

積み上げにもとづく約22万床になると報告、了承を得た。

計画が策定された44都道府県の数は約21万床だが、今後策定される3県の目標数見込みを織り込むと22万床になる。

夜間・休日救急勤務医や産科医の手当てに財政支援

厚労省の概算要求。「管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援」も新設

厚生労働省は8月26日に2009年度予算編成に対する概算要求内容を公表した。一般歳出の概算要求基準に従うと、年金・医療等の予算は、自然増8,700億円を2,200億円抑制した6,500億円が増額分となり、社会保障関係費は08年度当初予算約21兆円に対して21.6兆円が要求額となる。

厚労省は、これに、重要課題推進枠として「5つの安心プラン」関係費等1,860億円を含む3,300億円(新設)を加え、公共事業関係費等を6,200億円削減した結果、概算要求基準として3,600億円増の枠を確保した(概算要求基準そのものは「特殊要因加減算等」の2,000億円増を加えた5,600億円増となる)。

「5つの安心プラン」関係費は重要課題推進枠分を含む3,890億円を計上した。

そのうち「健康に心配があれば誰でも医療を受けられる社会」という項目は1,119億円(前年当初予算630億円)を確保、「夜間・休日の救急を担う勤務医手当てへの財政支援(新規)」41億円、「2次救急医療機関の運営に対する救急患者の受け入れ実績を踏まえた支援(新規)」を含む「救急医療の充実」85億円などを盛り込んだ。

「産科医療の確保」には、「地域でお産を支えている産科医手当てへの財政支援(新規)」を含む49億円が当てられる。

また、救急医療の今後のあり方検討会では否定された「管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援」という項目では、「平時から地域全体の医療機関の専門性について情報共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療

機関・診療科へ患者を振り分ける体制を整備(新規)」に38億円を割いている。

医師不足対策については、「へき地医療を担う医師等の支援=へき地に派遣される医師の移動などに要する手当てへの財政支援や医師確保困難地域への医師派遣実施への支援(新規)」として19億円が、「勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減=短時間雇用や交代勤務制・変則勤務制等を導入する病院に対し、代替職員の雇用に必要な経費を支援(一部新規)」に33億円、「医師と看護師等の役割分担・協働の推進」には「役割分担・協働の推進を図る研修を実施し、医師が本来業務に専念できる体制を構築(新規)」を含む31億円などが計上された。

もっとも重要課題推進枠の3,300億円

は他省庁も狙っているため、すべてを厚労省が確保できるかは不明だ。

「5つの安心プラン」以外では、「未収金対策への支援(新規)」として6,000万円が計上された。「医療機関が実施する実践的な取り組みや医療機関と保険者等の連携強化のために有効な事業に対して財政支援を行なう」としている。

2,200億円抑制について、舛添厚生労働大臣は、一般歳出全体の削減分から財源を捻出し、医学部定員増などの医療対策費に追加充当する考えを表明しているが、概算要求では、①「安心と希望の介護ビジョン」策定、②医師数養成数の増加、③医療安全調査委員会設置法案の国会提出などを「09年度予算編成と並行して08年度中に対応を検討する主な事項」にあげている。

業務上過失致死傷罪解釈に「医学的(医療)準則」

大野病院事故に無罪判決 「診療中の疾病は異状死対象外」。地検は控訴を断念。21条解釈は変更へ！

帝王切開患者に胎盤剥離を施した結果大量出血を招いて失血死に至った事件(2004年12月)で、業務上過失致死と医師法違反で起訴された福島県立大野病院産婦人科医加藤克彦被告に対して、福島地裁は8月20日、両罪とも無罪とする判決を言い渡した。

判決は、業務上過失致死については「癒着胎盤に関する標準的な医療措置が医療的準則として機能していた」とし、「癒着胎盤であると認識した以上、直ちに胎盤剥離を中止して子宮摘出手術等に移行することが本件当時の医学的準則であり、被告人には胎盤剥離を中止する義務があった」とする検察側主張を退けた。

また、医師法違反(21条の異状死届出義務違反)については、「(本件は)異状がある場合には該当しない」という判断を示した。

医療安全調査委設置政府案は見直しが必至！

大野病院産婦人科加藤克彦医師に対して福島地裁鈴木信行裁判長が下した無罪判決は、2つの点で医療界の注目を集めている。

1つは、「医学的(医療)準則」という概念を用いて、「癒着胎盤に関する標準的な医療措置は医療的準則として機能していた」と認定したことだ。

判決は、「癒着胎盤であると認識した以上、直ちに胎盤剥離を中止して子宮摘出手術等に移行することが医学的準則である」とした検察側主張に対して、その主張を根拠づける「相当数の臨床

検察側には控訴することに慎重な姿勢がうかがわれ、診療行為による死亡事故に逮捕で臨み、起訴に持ち込むという特異な刑事捜査で注目された医療過誤事件は、一審無罪判決で確定する可能性が高い。

判決翌日の8月21日、吉村博人警察庁長官は記者会見で、「警察の捜査活動が(医療現場に)消極的となる影響を与えてはならない」と前置きした上で、「(今後の)医療行為に対する捜査は、判決を踏まえ、慎重かつ適切に対応していく必要がある」という認識を示した。

また、「刑事だけが突出してもおかしくなる。総合的に判断する必要がある」と、今後の捜査において民事訴訟や行政処分との兼ね合いを付度する必要があると認めた。

福島試験は8月29日、控訴を見送る旨発表した。

症例あるいは対比すべき類似性のある臨床症例の提示が必要不可欠である」にかかわらず、「(検察側は)一部の医学書及びC鑑定による立証を行うのみで」、「(具体的な臨床症例が)何ら提示されていない」ことから「胎盤剥離を中止しなかった場合の具体的な危険性が証明されていない」と判断、業務上過失致死罪を構成する「注意義務の証明がない」と結論づけた。

そして、医学的準則については、「臨床に携わっている医師に医療措置上の行為義務を負わせ、その義務に反した

ものには刑罰を科す基準となり得る医学的準則は、当該科目の診療に携わる医師が、当該場面に直面した場合に、ほとんどの者がその基準に従った医療措置を講じているといえる程度の、一般性あるいは通有性を具備したものでなければならない」と定義した。

この定義が確定すると、「医学的準則」のレベルにある医療行為は医師裁量範囲の行為と解され、医療が持つ特性から、侵襲による危険性が予見されたとしても回避すべき「注意義務」の対象からは除かれ、業務上過失致死傷罪の適用から免れる可能性が生じる。

もう1つは医師法21条における異状死の定義である。判決は「診療中の患者が、診察を受けている当該疾病によって死亡したような場合は同条にいう異状の要件を欠く」と断じている。

つまり、診療中の疾病にもとづく死亡例は異状死の範疇から除かれるとい

うことであり、これは、「特別な事件性がなければ、かならずしも全てを警察に届け出る必要はない」とした、四病協医療安全対策委員会の中間報告(01年3月28日)と基本的に一致する。

これが確定すると、21条に関して、「生前に患者であった者を死後検分することは同条に規定する検案に当たる」とした最高裁判例(04年4月)に対して、検案の対象となる「異状死」そのものの解釈に踏み込んだ定義を与えるもので、異状死届出規定の解釈が大きく変わる可能性が生じる。

その結果、医師法21条の解釈変更を一義としたために不整合な構成に陥っている厚労省の医療安全調査委員会設置案は、その主旨を、本来の原因究明・再発防止という医療安全対策のための第三者組織に特化させた内容に見直す必要に迫られるなど、福島地裁判決の影響はきわめて大きなものがある。

舛添大臣「調査委設置と出産補助拡大等を国会に諮る」

大野病院加藤産婦人科医に対する無罪判決に対して、舛添要一厚生労働大臣は8月20日の会見で、「判決で参考にできるところは参考にし、コンセンサスを得て(医師と患者が安心できるような改革案を)臨時国会でまとめたい。(医療安全調査)委員会だけでなく、無過失補償制度など各種の施策を組み合わせ医療体制全体を再構築することが重要だ」と述べた。

また、8月21日の会見では、「安心して妊娠して出産できる対策を政府全体

で講じて行くことが重要。お金のことを心配せずに健診が受けられ、分娩費用も出るという方法を検討したい」とし、現在公的負担で5回受けられる妊婦健診を「必要回数受けられる」方向での見直し、一昨年35万円にした出産育児一時金の再引き上げと「現金給付化」、産科以外への無過失補償制度の拡大を課題にあげ、「こういうシステムを、今度の臨時国会でなんとか前に進めたい」と述べ、国会の論戦を通じて国民的議論に付す意向を示した。

「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」中間とりまとめ 8月27日 「中間とりまとめ」は細部に修正を加えた後に公表の予定 *1面記事を参照

厚生労働省においては、関係省庁とも協力し、下記の事項及び検討会で出された現場の知恵ともいうべき提案に積極的に取り組むことを要請する。

また、医療費は対GDP比がOECDの中でも低い水準にあることを踏まえ、より質の高い医療の実現とそれに必要な医療費のあり方について国民的な議論が行われることを期待する。

1. 医師養成数

医師養成数については、産科や救急をはじめ厳しい状況にある診療科の勤務医等の待遇を改善するとともに、さらに医療の質を高めるため、増加させるべきである。

○来年度においては、医学部教育・地域医療に支障を来さない範囲で、少なくとも過去最大の医学部定員(8,360人)程度を目指すべきである。

○OECDの人口10万対の平均医師数が我が国のその約1.5倍であることも考慮し、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、将来的には50%程度医師養成数を増加させることを目指すべきである。その後医師需要をみながら適切に養成数を調整する必要がある。こうした医師需要を検証する観点から厚生労働省において必要な医師数について推計し直すべきである。

その際、少子高齢化の進展や国民の医療に対するニーズや意識が変化していることを踏まえ、あるべき医療の姿もイメージしつつ、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を行うべきである。

2. 医師の偏在と教育

現下の医師不足問題は、診療科の偏在と地域の偏在という「2つの偏在」に

よって深刻さを増している。国民が地域において確実に必要な医療が受けられるようにするためには、医師の数を増やすだけでなく、こうした偏在の問題に的確に取り組む必要がある。

○診療科の偏在の問題については、特に病院に勤務する医師が減少傾向にある診療科や救急医療においては、時間内でも時間外でも厳しい勤務を求められることが多いことを踏まえ、その働きを評価し、医師が魅力あると思うようなインセンティブを付与することが重要である。外科をはじめ医師の技術を適切に評価するため、ドクターフィーについても検討する必要がある。

○地域の偏在の問題については、へき地などで働く医師へのインセンティブの付与、へき地などへ派遣された医師を様々な面でサポートする体制の整備が必要である。また、専門医としての総合医・家庭医の養成とともに、他の専門医が総合医・家庭医となって地域医療を担うようなキャリアパス、再教育のプログラムが必要である。

○当面、上記のインセンティブの一つとして、産科、救急、へき地などで勤務する医師等に対して手当を支給し、その働きを評価すべきである。また、通常の勤務に加え、当直やオンコール対応など厳しい状況に置かれた勤務医の勤務条件を短時間正規雇用などにより改善を図るべきである。

○また、2つの偏在の問題に対応し、また、医療の質を高めていくため、患者の声も聞きながら、初期臨床研修制度や専門医トレーニング(後期研修制度)のあり方を見直すべきである。

○より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。

3. コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

よりよい医療を実現するためには、治療にあたるチームを構成する医師のみならず各コメディカルが専門性を発揮していくことが重要である。

○コメディカルが専門性を持ち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、そうしたことへのインセンティブの付与や支援が必要である。同時に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要である。

○チーム医療を実践することや各職種が専門性を発揮し、患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提に、その職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべきである。

○患者の安全性向上のため、4年生大学への移行も視野に、看護師基礎教育の充実を図るべきである。

○医療者と患者間の真の協働関係を樹立するためには、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の「文化」を醸成する必要がある。そのためには管理者の姿勢が重要である。諸外国の例を参考にしながら、医療における院内メディエーターの活用も今後の検討課題とすべきである。

4. 地域医療・救急医療体制支援

○地域医療の担い手の一つとして、専門医としての総合医・家庭医のあり方等について検討を進めるべきである。

○がんなどの在宅医療や看取りまで行う在宅医療・在宅医の専門性を評価すべきである。訪問看護について、医師の標準的指示書や個別的約束指示の下で看護師の裁量性を認めることや、訪問看護のあり方を検討すべきである。

○地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、診療所医師が病院での診療に携わることを進めるためには、病院における医療に対する診療報

酬を、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別することを検討する必要がある。

また、地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるためには、地域の医療機関における電子カルテの情報共有が必要である。また、医療の透明化を図るため患者が無料で明細書(診療内容がわかる領収書)を受け取ることができるようになる必要がある。

○救急医療において、患者が適切な医療を受けられるようにするためには、最も重症の者を受け入れる第三次救急の体制を堅固なものとすると同時に、軽症者も含め多くを受け入れている二次救急を支える体制を構築することが重要である。

○このため、数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師を評価すること、地域によっては二次救急が福祉的なニーズを持った患者を相当数受け入れているケースがあることから福祉関係の行政機関をはじめ関係機関が協力して受け止められる体制を構築すること、医師以外にも適切なトリアージができる看護師を養成すること、が必要である。○医療と消防の連携を円滑化し、消防防災ヘリコプターの救急搬送における活用を推進するべきである。

5. 患者・住民の参画

○「子供を守ろう、お医者さんを守ろう」「コンビニ受診を控えよう」といった地域住民への呼びかけや、「病院へ行く、その前に」というフローチャートを作成・配布するなどの取り組みが行われている。各地のこうした取り組みを支援し、住民とともに地域医療を守ることが重要である。

○患者、住民に関わることを決める場合には、患者、住民とともに議論し、考えるという視点が重要である。

「療養病床21万床」は見直しも。「都道府県の再検討を期待」

「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画(案)」(要旨) *1面記事を参照

第1章 医療費を取り巻く現状と課題

●療養病床の状況

療養病床のうち回復期リハビリ棟を除いたものは、全国に約35.2万床(平成18年10月)あり、回復期リハビリ棟を除いた医療療養病床が約23.4万床、介護療養病床(介護療養型医療施設)が約11.8万床となっている。

第3章 目標と取り組み

2. 医療費適正化に向けた目標

(1) 国民の健康の保持の推進に関する達成目標

平成27年度において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導の実施対象者)を平成20年度と比べて25%減少させるという目標を念頭に置きつつ、平成24年度において達成すべき目標を、次のように設定する。

①特定健康診査の実施率

平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。

②特定保健指導の実施率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。

③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者が、平成20年度と比べて10%以上減少することとする。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

①平均在院日数

平成27年度までに、医療費の対象となる病床に係る平均在院日数は、最も短い都道府県との差を半分にすることを目標として設定することが求められる。

これを踏まえ、平成24年時点における目標値は、全国平均(平成18年32.2日)と最短の長野県(同25.0日)との差を9分の3短縮し、平成24年の病院報告(25年12月公表見込み)における全国平均の平均在院日数を29.8日にする。

ただし、具体的な数値目標の算定にあたっては、最も短い都道府県の平均在院日数が計画期間中に短縮した場合は、その影響についても考慮することとし、平成22年度の進捗状況評価において必要な見直しを行う。

②療養病床の病床数

平成20年6月時点で確定している44都道府県の目標病床数を集計すると約21万床となる(回復期リハビリ棟である療養病床を除く)。未確定の県も含め、国及び都道府県は、当面、各都道府県が設定したこの目標の達成に向け、必要な取組を推進することとなる。

なお、都道府県医療費適正化計画並びに全国計画は、第1期については平成22年度に中間評価を行い、目標の達成状況等を勘案しながら必要に応じ見直されることとなっており、それまでの間に、各地域における、救命救急医療の充実、早期リハビリの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進等計画に定めた取組の進展状況や、介護報酬上の評価が始まって間もない介護療養型老人保健施設をはじめとする受け皿となる施設や在宅サービス等の整備状況等を踏まえ、これを反映し目標病床数を見直すことも考えられる。

また、都道府県の目標設定の考え方は隣接県との整合性が確保されていないケースや現存する病床数ではなく全国平均並みの病床数を目標設定の起点とするケース等様々であり、今後の取組を推進する過程でこれらの点についても再検討が期待される。

医療・介護の適切な機能分担という再編成の必要性に鑑み、国及び都道府県は、中間評価に向け、それぞれ目標の達成に努力し、それまでの間の取組状況や社会情勢等の変化に応じ適宜見直しを図っていくこととし、計画期間においては、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針に照らしつつ、今後ともその整備水準について検証していくこととする。

その際、国及び都道府県は、療養病床の再編成に向けた支援措置の実施を通じ、計画期間において、療養病床から転換した介護保険施設等及び医療療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。)の全数で現在の療養病床の受け入れ数が確保されるよう努めることとする。

(3) 計画期間における医療に要する費用の見直し

療養病床の目標設定済かつ医療費の見直しを示している43道府県の医療費総額は、平成20年度に約28.6兆円、平成24年度には約32.6兆円程になるところが、平成24年度の医療費総額は約31.9兆円程になると見込まれており、医療費適正化の効果は、平成24年度で約0.7兆円程と考えられる。

3. 目標を達成するために国が取り組むべき施策

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策

①療養病床の再編成

ア 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等

医療療養病床に対しては、介護保険施設等に転換する費用を医療保険財源(病床転換助成交付金)等から、介護療養病床には地域介護・福祉空間整備等交付金から助成する。

平成19年度及び平成20年度に療養病床を転換する改修等を行った場合は、当該年度の法人税について特別償却(基準取得価額の15%)ができる。

一時的に資金不足等経営困難になった医療機関には、平成23年度末までの間、独立行政法人福祉医療機構による療養病床転換支援資金の融資制度を設ける。

イ 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施
療養病床から老人保健施設に転換する場合に、既存の建物をそのまま活用して老人保健施設へ円滑に転換できるよう、一床あたり床面積の基準を、8平方メートルではなく6.4平方メートルで可とする等、施設基準を緩和する経過措置を設ける。

また、転換により老人保健施設が医療機関に併設されることになった場合、診察室、階段、エレベーター、出入口等の共用を可能とするよう、設備基準を緩和する。

平成23年度末までの経過措置として、医療保険・介護保険の双方において、医師、看護職員の配置等を緩和した療養病床の類型(医療保険における介護保険移行準備病棟、介護保険における経過型介護療養型医療施設)を創設する。

ウ 第4期の介護保険事業計画における配慮
第4期の介護保険事業計画の基本指針を定めるに当たっては、療養病床の転換が円滑に行われるよう、転換に伴う介護保険施設等の入所定員の増加分の超過を理由とする指定拒否の仕組みは適用しないこととする。

エ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供

健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第3項において、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方を見直し等を検討することが規定されたことを踏まえ、入所者に対し適切な医療サービスが提供されるよう、夜間の看護体制や看取りの対応体制の整った介護療養型老人保健施設を創設する。

②医療機関の機能分化・連携

都道府県が策定する医療計画においては、がん、脳卒中等の4疾病及び救急医療、周産期医療等5事業について、発症から入院、そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した医療連携体制(医療提供施設相互間の機能の分担、及び業務の連携を確保するための体制)を、各医療圏ごとに明示することとし、例えば、地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関の機能分化と連携を具体的に図

ることとしている。

これらの取組によって、入院から退院までの切れ目のない医療が提供され、早期に居宅等に移ることができれば、患者のQOL(生活の質)を高めつつ、トータルの入院期間が短縮され、医療の効率的な提供の推進に資することとなる。

この取組が円滑に行われるよう、中小病院等の位置付けや、病院と診療所の機能分化の方向性等を明らかにし、その実現を、診療報酬や必要な人材の養成を含めた様々な政策により推進する。

③在宅医療・地域ケアの推進
医療計画においても、看取りの体制を含めた居宅等における医療までを見通した上で、診療所、病院、訪問看護ステーション、薬局等の相互間の機能の分担と業務の連携の状況を明示することとし、これを地域住民に情報提供していくこととしている。

また、各都道府県の地域ケア体制整備構想等に基づいた、介護サービスを含めた地域のケア体制を計画的に整備するため、住宅政策との連携を図りつつ、高齢者の生活に適した、自宅以外の多様な居住の場を広げながら、地域におけるサービス整備や退院時の相談・支援の充実を図る。

第4章 計画の達成状況の評価

1. 進捗状況評価

全国計画の中間年(3年度目)に進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表する。各都道府県における都道府県計画の評価、及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、国全体としての評価を行う。評価の結果は、必要に応じ全国計画の見直しに活用するほか、次期全国計画の作成に活かす。

2. 実績評価

全国計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度に、第3章の2の(1)及び(2)に掲げる目標の達成状況及び同章の3に掲げる施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国計画の実績に関する評価を行う。

各都道府県が行う都道府県計画の実績評価、及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて、国全体としての実績評価を行う。

評価結果を踏まえ、療養病床数の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認める時は、当該都道府県における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的と認められる範囲内で、他の都道府県における診療報酬と異なる定めを行うことについて検討を進める。

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
・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	9月27日(土)	2級
	10月25日(土)	1級・2級
	11月22日(土)	2級
	12月20日(土)	2級
21年	1月24日(土)	2級
	2月28日(土)	1級・2級
	3月28日(土)	2級

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。

●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。
●「メディカルクラーク」は、(財)日本医療教育財団の登録商標です。

(財)日本医療教育財団

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

90日超の脳卒中・認知症高齢患者に減額猶予の経過措置

中医協総会 「退院支援状況報告書」を毎月提出、10月1日施行。実態把握後に改めて対応

8月27日の中医協総会に厚生労働省は、今改定で、一般病棟に90日を超えて入院している75歳以上の患者に関する入院基本料減額措置の対象が拡大された件について、その運用を緩和する案を提示、了承を得た。

一般病棟に長期に入院している高齢患者は、難病患者や重度障害者など厚生労働大臣が定める疾患・状態にある者を除いて診療報酬の包括化と減額が適用されてきた。入院基本料が導入された2000年の診療報酬改定では、対象が180日超から90日超に短縮化され、老人医療対象年齢の引き上げとともに、08年度改定では、それまでの老人特定入院基本料を75歳以上を対象とした後期高齢者特定入院基本料に改め、減額対象に、重度意識障害、人工呼吸器装着、喀痰吸引等に該当しない脳卒中や認知症の患者を追加、当該患者の診療報酬を10月1日から減額することが決まった。

こうした一般病棟長期入院患者に対する診療報酬のしほりに対して、自民党の後期高齢者医療制度見直し議論の中で「退院を迫るものではないか」といった注文がついたため、厚労省は運

用を緩和して配慮を加える方向で見直しを図ったもの。

その結果、新たに対象に加えられた脳卒中・認知症の患者で、10月1日現在入院中の者および10月1日以降に入院した新規患者(発症当初から当該病棟に入院した患者=転院・転棟を除く)で、「医療機関が退院・転院に向けた努力をしている」患者に関しては「機械的に減額の対象にすることはしない」、つまり、減額適用を猶予するという経過措置が打ち出されたもの。

「退院・転院に向けた努力をしている」証明として、当該患者に関しては、病名、日常的な医療行為、退院にかかわる問題点・課題や退院支援の内容などを記した「退院支援状況報告書」を毎月地方厚生局に提出する必要がある(編集部注 診療報酬の届出先は10月以降社会保険事務局から地方厚生局に変わる)。報告書は医師以外も作成できる。

佐藤敏信医療課長は、「退院支援状況報告書」から適用猶予患者の実態を捕捉し、その後の対応を検討する意向を表明した。佐藤課長によると「(経過措置の)対象患者は恐らく2~3,000ほど」。

実態把握に要する時間として少なくとも来春以降までを見込み、その実態にもとづいて「緊急を要する状況であれば期中に対応するが、そうでなければ次期改定で今後の対応を検討する」ことになる。

医療・介護提供体制の整備が長期入院解消の方向性

一般病棟における長期入院患者には75歳未満も少なくない。病棟・病床の機能分化と連携が思うように進まない中、退院先が確保できない、とくに高齢患者の存在は、病院関係者の間ではかねてから問題視されてきた。

今回の経過措置は当該患者を有する医療機関にとっては一見朗報といえる見直しだが、一般病床の本来の役割を考えると「対症療法」と言えなくもない。

中医協総会で、診療側西澤委員(全日病会長)は「今回の運用緩和は、退院を迫られることへの懸念に対応したもの。しかし、一方で、機能分化と連携という課題があり、それが十分進んでいないという実態がある。分化・連携が地域でどうなっているか詳しく調査・検証する必要がある。それが進んでいないのであれば、医療計画や地域



医療課は9月早々にも課長通知を發出し、都道府県と社会保険事務局に経過措置を伝える予定だ。

ケア整備構想などで、受け皿となるべき療養病床、介護施設、居宅サービス、在宅医療の整備を図るべきである。医政局や老健局とも協議して十分な対応を図ってほしい」と、診療報酬の枠を超えた取り組みを事務局に求めた。

その上で「患者はそのニーズにあったサービスが受けられるべきである」と述べ、長期入院の問題は本来、医療・介護提供体制をきちんと構築する中で解決されるべきであるという認識を示した。

一方、竹嶋委員(日医副会長)は「退院の受け皿がないという指摘は、療養病床再編の際にも何度もしてきた。この問題への対応は中医協としても限界である」と、目先対応に追われかねない中医協の現状に疑問を呈した。

佐藤課長は「関係部局との調整に努めたい」と答えた。

指導・監査業務が地方厚生局へ移管

10月1日施行。保険指定・登録、届出先も厚生局。手続様式も変更予定

保険医療機関の指定、保険医登録、施設基準等の届出受理、指導・監査業務が、10月1日から、社会保険事務局から地方厚生局へ移管される。社会保険庁改革関連法として2006年に成立した日本年金機構法にもとづくもの。

厚生労働省は8月18日、当該業務を地方社会保険事務局長等の委任から除外するために健康保険法等施行令を一部改正する政令案を公表し、意見募集を始めた。

日本年金機構法は社会保険庁を解体し、今年10月に、公的年金と政管健保について、それぞれ新たな運営主体を設立することを定めている。その結果、政管健保は新たな保険者として全国単

位の公法人である「全国健康保険協会」を設立、新たに「全国健康保険協会管掌健康保険」(略称・協会けんぽ)に衣替えする。

同時に、保険医療機関等に対する指導・監査、社会保険診療報酬支払基金(各都道府県支部)に対する指導監督および審査請求事件に関する社会保険審査官の事務等を厚生労働本省に戻し、地方厚生局において実施することが決まった。

したがって、10月1日以降の指定申請等すべての申請・届出書の提出先は全国に9ヶ所(7局1支局1支所)ある地方厚生局となる。10月以降、各地方厚生局は厚生局・支局・支所がない管内都道府県

に事務所を開設するとしているが、具体的な情報は個別に確かめるしかない。

また、移管に伴ない届出・申請等手続きに用いる様式の表記が変更されるが、現在使用中の旧様式も当分の間使えるという。これも、詳しくは各地方厚生局に確認する必要がある。

地方厚生局は元々、本省の地方ブロック機関として、特定機能病院の立入検査、薬事監視、医療法人・社福の認可・指導監督、各種養成施設の指定・指導監督、国保・健保組合に対する指導監督、老人保健法関連の地方公共団体指導、介護保険事業者と市町村に対する指導、各種補助金の執行などを担いつつ、医療費適正化や医療計画等の都道府県諸計画策定に対する都道府県等への助言などを通して医療構造改革の推進に努めてきた。そのために各地方厚生局には医療構造改革推進官という特命担当

が配置されている。

今回、新たな事務が移管された結果、医療安全に対する取り組み、都道府県を超える医療法人に対する監督、保険医療機関・薬局に対する指導・監査そして医療費適正化の総合的推進の面で管内都道府県と連携した機動的な業務推進が期待でき、地域医療提供体制の質向上と効率化・重点化に大きく寄与すると厚労省はみている。

言い換えれば、より広域な事業者・行政と関係機関に対するより大きな権限・影響力を集中させたことができる。

医療機関の中には指導・監査業務の取り組み強化を懸念する向きもあるが、他方で、これを機に、本省と異なる対応が多々みられた診療報酬の解釈と届出受理面の改善が進むことを期待する声もある。

第4回看護部門長研修コースのご案内

危機感・意識改革、コスト意識の醸成、革新・実践力の強化を狙いとして、看護部門長研修コースを開講します。

日程 ● 全2単位(各2泊3日 計6日間) *各単位とも1日目は13時開講、最終日は15時終講
第1単位/平成20年10月25日(土)~27日(月)
第2単位/平成20年12月12日(金)~14日(日)

受講資格 ● 現在看護部門長又はそれに準ずる者

定員 ● 40名

会場 ● チサンホテル浜松町 東京都港区芝浦1-3-10 (JR浜松町駅より徒歩10分)

受講料 ● 15万円(テキスト代・宿泊費・食事代含む)

申込締切 ● 9月17日(水)

受講希望者は所定申込書に必要事項を記入の上、ファックスで下記までお送りください。受講案内・申込書は全日病ホームページからダウンロードできます。

問合せ・申込先 全日本病院協会事務局(担当 安藤・船渡)

Tel. 03-3234-5165 Fax. 03-3237-9366

第50回全日本病院学会東京大会 事前登録のご案内

今秋、第50回全日病学会東京大会(河北博文学会長)が開催されます。ただ今、事前参加登録を受け付けています。

期日 ● 11月22日(土)~23日(日)

会場 ● 東京都内 都市センターホテル

参加費 ● 事前登録 理事長・院長 30,000円 左記以外の方 12,000円
当日参加 理事長・院長 35,000円 左記以外の方 15,000円

事前登録締切 ● 10月10日(金) 24:00

参加登録後、期限(10月24日)までに参加費を入金していただいた方には、10月23日より11月14日までに、順次参加証と抄録集を送付いたします。

参加登録方法 ● 全日病学会東京大会のホームページを使って登録していただきます。画面の説明に従って入力してください。
<http://www.ajha50.org/index.html>

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