



全日病

21世紀の医療を考える全日病

ニュース

2009

1/1

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.701 2009/1/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2009年1月1日・15日号合併号

2009

8面 新春特別座談会Ⅱ「シンクタンク創設に向けて」病院団体による政策提言の意義と課題
7面 日病協提言「医療・介護提供体制及び診療報酬体系のあり方」
4面 新春特別座談会Ⅰ「介護保険」09年度介護報酬改定後の課題
6面 2009年度介護報酬改定の答申内容



年頭のご挨拶

社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



2009年の新春を迎え、謹んで新年のお慶びを申し上げます。
さて、昨年は医療崩壊即ち病院医療の崩壊の流れが止まらず、救急医療、小児・産科医療を中心にさまざまな形で破綻を示す現象が現れました。
昨年の診療報酬改定は久々に本体0.38%のプラス改定となりましたが、医療崩壊の流れに歯止めをかけることはできませんでした。改定全体ではマイナス0.82%だった事を考えると当然の結果と言わざるを得ません。
この流れを止めるには「医療費抑制・医療費削減ありき」の改革を止める事です。私たちは医療改革は目的志向で行うべきと主張してきました。目的と目標を設定し、それを達成するために必要な経営資源を投入し、経過と結果を評価することが必要と訴えてきました。
私たちや国民の声が届いたのか、ようやく政府も医療費抑制から方向転換の議論が始まりました。昨年11月4日に発表された社会保障国民会議最終報告書には「国民の期待に応えられる社会保障制度を構築することは、国家の基本的な責任のひとつである」と書かれ、さらに、社会保障改革の基本的理念として、今後は社会経済構造の変化に対応し、「必要なサービスを保障し、国民の安心と安全を確保するための社会保障の機能強化」に重点を置いた改革を進めていくことが必要であると述べています。
医療・介護の改革に関しては、将来試算の実施として「あるべきサービスの姿

はどのようなものなのかを明らかにしつつ、それを実現、遂行していくためにはどれだけの費用が必要なのかを検討する試算を早急に進め、費用検討試算を踏まえ、財源の確保法等について検討を行う」としています。
さらに、改革のシナリオと、それに必要な医療介護サービス費用のシミュレーション結果も発表しています。まさしく、全日病が主張してきた目的志向の改革を提起しており、しかも、その内容は「病院のあり方に関する報告書」と多くの共通点があります。
このような情勢のもと、今年はシンクタンクの設立を予定しています。その機能は目的志向の改革を提言する上で、非常に重要な役割を担うものと期待しています。当協会の機能を充実し、望ましい改革の実現にむけて、今まで以上に積極的な活動を展開していく所存です。
医療の社会的重要性は益々高まります。私たちは「国民に安全で質の高い医療を医療人が誇りと達成感をもって提供できるように環境整備を行う」という目的を実現するために、各委員会活動を中心に、各種研修事業、研究事業も今まで以上に積極的に行い、同時に支部活動の強化のもと、情報の収集・提供を行い、会員病院の経営支援を行ってまいります。
本年が皆様にとって輝かしい年となりますことを祈念して、新年のご挨拶と致します。

09年度政府予算案 社会保障費14%増。2,200億円削減は230億円に圧縮

12月24日に内閣決定された2009年度政府予算案は、社会保障関係費は24兆8,344億円と08年度当初予算より14%(3兆515億円)増加した。
医師確保対策として08年度比139.4億円増の271.6億円が、救急医療対策には同じく107.7億円増の205.2億円が計上された。この中には「地域で管制塔機能を担う医療機関への支援の創設」も含まれている。出産育児一時金の引き上げには21億円が配分された。
2,200億円削減については、一般財源化される道路特定財源から取り崩した600億円と年金特別会計に設置された

資金を清算した余剰1,370億円で財源を確保、後発医薬品の使用促進による削減の230億円に抑えて決着した。
麻生首相が最後に配分を決めた重要課題推進枠(3,330億円)は社会保障等に775億円が割り当てられ、全体の2割が厚労省所管分に割り振られた。内訳は、医師確保・救急医療対策(304億円)、救急救命体制充実(4億円)、福祉・介護人材確保対策(9億円)など。
臨床研修制度は実質1年に短縮か
「臨床研修制度のあり方に関する検討会」は12月17日の会合で「論点の整理と

検討の方向性」を確認した。①募集定員の地域別定員などマッチング方式を見直す、②基本診療科に関する1年間の研修を基本とし、残り1年は将来専門とする診療科に対応できるようにする、③地域医療を一定期間必修とするなど、概ね大学側の意向を受け入れるかたちでまとめる方向が確認された。
社会医療法人は固定資産税等非課税
自民党税調が決定した2009年度税制改正大綱に、①社会医療法人が救急医

療等確保事業に供する医療施設の固定資産税等非課税措置の創設、②一般社団法人及び一般財団法人(非営利型法人に限る)、社会医療法人、社会福祉法人が経営する医療関係者の養成所の固定資産税等の非課税措置の創設が盛り込まれた。
非営利型法人の一般社団と一般財団とは公益法人制度改革によって公益社団と公益財団と認定された法人。ただし、現在養成所を経営している一般社団と一般財団は、公益社団と公益財団の認定が下りなくとも非課税となる見通しだと厚労省は説明している。

09年度介護報酬決まる。転換型老健は引き上げ! 6面

2009年 年頭所感

日本医師会会長 唐澤祥人



明けましておめでとうございます。長期にわたる医療費抑制策は、医師不足をはじめ、医療分野を完膚なきまでに疲弊させ、とりわけ病院医師の負担は限界点を越えています。早急に具体策を講じ、医療崩壊の拡大を防ぎ、地域医療提供体制を強化して、国民の安心を確保することが最重要です。

将来の安心・安全が見通せない状態は地域社会の活力をも低迷させ、単なる医療問題でなく、わが国全体の深刻な社会問題へと発展していくことが危惧されます。

こうした状況を切り開いていくためには我々医療関係者の積極的な行動が求められています。その立脚点こそ、わが国が世界に誇る、「いつでも、どこでも、だれもが」普遍平等に医療を享受できる国民皆保険制度であります。「国民の生命と健康を守る」という原点に立ち返るとき、国民皆保険制度は一層輝きを増すことでしょう。

世界的にも高い評価を受けている日本の医療ですが、その実態は、医療関係者の献身的な努力で成立しています。今こそ、地域医療、なかでも小児医療、産科医療、救急医療の早急な再建が必要です。地域医師会が中心となり関係者の力を結集し、地域住民の安心・安全のために寄与することが重要であります。

日本医師会は日本の将来的医療を展望した「グランドデザイン」を作成し、中長期視点に立ちながらも、喫緊の課題に取り組んでまいります。会員の皆様には、日本医師会が推進する医療政策に深いご理解と格段のご支援を賜りますようお願い申し上げます。

ここに、本年が皆様に一層安寧で躍進の年でありますよう祈念申し上げ、新春のご挨拶といたします。

参議院議員 西島英利



全日本病院協会の先生方におかれましては、健やかで清々しい新春をお迎えることとお慶び申し上げます。昨年、私が最も力を注いで取り組んだ課題は、社会保障費の伸びに対する2,200億円抑制の問題でした。

1月に尾辻先生が「社会保障費を削るのはもう限界。2009年度は行わないと約束してくれ」と発言されました。私どもは、2,200億円の抑制が、医療崩壊の原因となっており、「今すぐ、止めなければならない」と主張してきました。

しかし、骨太2008素案では、「聖域なく制度を点検し、必要な改革を行う」として抑制を守るニュアンスが明確でした。自民党の心ある議員は「医療崩壊が起きているのに何だ」、「今すぐ撤回しろ」と取捨がつかない状態となり、7月の閣議決定では、年金・医療等に係る経費等特定の経費に関して新たな安定的財源が確保された場合は予算編成過程で検討と書きこまれ、医師不足等には重要課題推進枠(3,300億円)を充当することになりました。

その後も我々は2,200億円抑制の撤廃を唱え続け、12月の閣議決定では「年金・医療等に係る経費等特定の経費に関連して、新たな安定財源の確保について検討する」となりました。この意味するところは、「新たな財源を確保し、2,200億円の抑制を撤回する」ということです。

戦いは終わりました。このことは、次回の診療報酬改定でマイナス改定はないことを意味します。今年は、医療の崩壊を食い止めるため、政治に対する医療界からの働きかけが本当に重要となります。どうぞ、本年もよろしく願います。

2009年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長 手束昭胤



謹賀新年。

昨年は、サブプライム破綻の影響で、世界同時株安や過度の円高が日本経済へも波及し、企業生産削減や非正規職員のリストラ等、重々しい年の瀬でした。

日本の国際化を改めて痛感するところですが、小泉政権による「聖域なき構造改革」の結果、医療・介護分野への規制緩和は、患者の窓口負担、保険外負担の増加や公的負担の縮小などを柱にしてきました。

すでに、日本の低医療政策により、OECD諸国における医師数とくらべても日本は12万人も不足し、産科、救急医等の過酷な継続勤務の実態や介護職員の処遇問題などにより、医療・介護崩壊が起きています。毎年の社会保障費自然増の2200億円の削減撤回は必然でありましょう。

アメリカの新オバマ政権は、チェンジ(変革)がスローガンです。日本も新しい、良い方向への変革が必要です。

今年の十二支は「丑」で、「誠実と粘り強さ」が特徴といわれています。これにあやかって、利用者の立場にたって、どっしりと地に足を着け、実り多い年としたいものです。

今年もご指導、ご支援をお願い申し上げます。

全日本病院協会 副会長 安藤高朗



明けましておめでとうございます。

昨年の社会保障国民会議最終報告は、今後の日本の医療・介護提供体制について注目すべき提言-「選択・集中の考え方」にもとづく病床・医療機関・専門職間等の分担と連携および医療・介護各報酬体系の抜本的見直しなど、を發しています。

さらに、あるべき医療・介護提供体制整備のために必要な費用を試算し、その負担を国と国民に求めています。

誰もが安心・納得して地域に必要な医療・介護を受けられ、かつ、従事者が誇りと達成感を持って働ける現場を確保する-こうした理念にもとづき、全日病としても、最終報告の内容をよく検討し、共鳴できる部分は吸収し、あるべき将来像に向けた提言づくりを進めてまいります。

2009年は全日病としてシンクタンクを設置します。これまで以上に陣容を強化し、提言の質を高め、それを基に、国民や行政との話し合いを重ねていきましょう。夢と勇気と情熱と誠意と知恵を持って、多くの人達を幸せにする社会保障を構築したいものです。

これを機に、先輩役員に負けじと、40歳代の若手活動家が台頭されることを願ってやみません。

全日本病院協会 副会長 猪口雄二



明けましておめでとうございます。会員の皆様には益々の繁栄および医療の質が向上することを祈願しております。その礎となるべく、全日本病院協会が発展するよう本年も努力する所存です。

さて、本年はバブルが崩壊した平成初期と同じような不況に見舞われることでしょうか。ただ、かつてとは異なり、全世界的な経済不況になる情勢です。

医療機関は不況に強いと言われていました。確かに、非専門職の雇用情勢は好転することでしょう。しかし、相次ぐ医療費・介護費の抑制政策により、もはや民間の医療・介護施設は存続が困難になるほどの経営危機に瀕しています。

このような状況で、利用者そして専門職に選ばれる病院になるにはどうすればよいのか。その手助けをすることが全日病の命題だと考えます。民間病院のあり方、経営管理手法、管理職育成など多岐にわたる講習会や診療報酬・介護報酬改定への対応など、すべきことは山積みです。また、公益法人改革への対応や本会自体の効率的運営も必要となっています。

本年も西澤会長を中心に活発な活動を行います。会員病院の皆様にも多くの支援・協力をお願い申し上げます。新年のご挨拶とさせていただきます。

全日本病院協会 2009年1月~2月開催 研修会のご案内

特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース<神戸会場>

- 日 時 (4日間 計30時間)
 - 2月 7日(土) 10:30~19:25
 - 2月 8日(日) 9:00~17:35
 - 2月28日(土) 10:30~19:55
 - 3月 1日(日) 9:00~17:25
- 会 場 神戸市内
ニチイ学館神戸ポートアイランドセンター
Tel.078-304-5991
- 費 用 会員病院 1名5万円
非会員病院 1名6万円
- 対象者 看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士
- 定 員 100名
- 問合せ先 全日病事務局 Tel.03-3234-5165

九州ブロック研修会(研修会後に懇親会を開催)

- プログラム
「平成20年診療報酬改定等その後の動向」 厚労省保険局医療課 宇都宮啓企画官
「DPC病院と非DPC病院の将来展望について」 国際医療福祉大学 高橋 泰教授
- 日時 1月31日(土) 午後2時~午後5時
- 会場 佐賀市内マリトピア Tel.0952-23-0111
- 参加費 無料
- 問合せ先 全日病佐賀県支部 Tel.0952-33-1414

特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編)コース<東京会場>

- 日 時 (基礎編135分・技術編405分)
 - 1月24日(土) 12:30~18:35
 - 1月25日(日) 9:00~13:05
- 会 場 東京都内 東医健保会館
- 対象者 ①会員病院の医師・保健師・管理栄養士
②同看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士で、本会主催
- 費 用 1名 4万5,000円 (③は1名5,000円)
- 定 員 100名(先着順)
- 問合せ先 全日病事務局 Tel.03-3234-5165

2008年度第2回医師事務作業補助者研修会

- 日 時 (3日間)
 - 1月21日(水) 13:00~17:20
 - 1月22日(木) 9:30~17:45
 - 1月23日(金) 9:30~16:30
- 会 場 東京都内 ベルサール飯田橋
- 費 用 5万円
- 定 員 250名
- 問合せ先 全日病事務局
Tel.03-3234-5165

2009年 新年おめでとうございます

常任理事のご挨拶

常任理事 国際交流委員会委員長

赤枝雄一

明けましておめでとうございます。今年は介護報酬・医療報酬・療養病床再編の動きを含め、春には衆議院選挙も予想され、混乱の中に1年が始まるようとしています。病院経営が厳しい状況下に置かれている事は変わりませんが、皆様のご施設の繁栄を願い更なる飛躍を皆様と共に目指したいと存じます。本年も何卒宜しくご指導のほどお願い申し上げます。

常任理事 学術委員会委員長

新垣 哲

明けましておめでとうございます。今年は政治・経済・医療・介護・福祉・年金等の重要な課題が山積しております。全日本病院協会はオピニオン・リーダーとしての重責を担っております。世論を喚起して、国民が安心して生活できるよう制度の改革が実現するよう、最大の努力することが使命である。第51回全日本病院学会が鹿児島県支部の主催で11月に開催されます。多数の参加を期待しております。

常任理事 医療の質向上委員会委員長・個人情報保護担当委員会委員長

飯田修平

医療崩壊が喧伝されて久しい。経産相や総理の医療の認識は批判にも値しない。医療安全調査委員会第3次試案、救急医療体制とくに産科救急等の社会の認識も表層的で、根元的問題に触れていない。しかし、昨年後半から急速に潮目が変わった。読売新聞の医療特集は特筆するに値する。国民に理解を得る情報発信が急務である。シンクタンク創設に期待する。

常任理事 救急・防災委員会委員長

石原 哲

明けましておめでとうございます。救急医療の崩壊に歯止めがかからない中、これまでの一般的な救急に加えて多科に亘る連携の必要性が叫ばれている。正しい現状認識と何を為すべきかを、全日病として広くアピールしていきたい。災害医療は、DMATなど現場派遣の体制は固まりつつあるので、災害発生時支援体制の充実を支部ごとに図って行きたい。

常任理事 医療従事者委員会委員長

大橋正實

新年おめでとうございます。DVDで「懐かしの昭和」を見ています。神戸の鈴木商店が倒産した昭和2年から5年まで、「大学はでたけれど」で語られた時代が、現在と重ね合わされますが、2つの時代の物の豊かさの違いを見るととても同一とは思えません。歴史は繰り返すと言いますが、感傷にひたることなく、前向きに対処し前進したいものです。

常任理事

織田正道

新年明けましておめでとうございます。医療制度改革が行きづまり、将来が混沌としてきています。さらに、医療現場を無視した低医療費政策により、これまで良質の医療提供を行ってきた医療システムが崩壊の危機に瀕しています。この様に厳しい医療環境の今だからこそ、我々全日病会員が結束し、医療を守る同志として力を合わせ、アゲインストの風を、フォローの風に変えて行くことが肝要であると考えます。本年もよろしくお願いたします。

常任理事

加納繁照

新年明けましておめでとうございます。昨年末は社会医療法人の固定資産税等非課税が自民党税調大綱に明記されました。民間病院にとって法人税非課税に続く快挙だと思います。今年度は、さらに寄付税制についての問題等も頑張ったいと考えております。また、慢性期病床に関して、救急がらみでの再評価に繋がる運動にも是非御協力お願い致します。

常任理事 企画室委員会委員長

川島 周

今まで激動の時代が来たという言葉をよく使ってきましたが、昨今の激震に比べると些細なことに見えるくらいの不安定な時代に突入しました。しかし、医療・介護の分野では就職を希望する人口の増加も予想されます。医療従事者委員会・企画室委員会では職員の研修事業を行いますので、ご支援をお願いいたします。

常任理事 介護保険制度委員会委員長

木下 毅

新年おめでとうございます。昨年4月に日本療養病床協会の会長を辞し、今は下関市医師会長として地域の病診連携や医療と介護の連携に取り組んでいます。現場では、制度の複雑さに大きな疑問が浮き上がっています。特に介護で顕著です。人員不足の原因にもなっており、大幅な制度の簡素化が必要としてみじみと感じています。

常任理事 病院機能評価委員会委員長

木村 厚

新年明けましておめでとうございます。日本医療機能評価機構の機能評価項目が昨年度中に改定され、本年7月よりVer6になります。新しい評価項目の特徴は、①Ver5に比べて評価項目数が約30%減った、②重複して評価していた項目がほぼなくなった、③評価項目の文章が簡潔になりわかり易くなった、④認定に関する重要項目が指定された、ということでしょうか。いずれにせよVer5に比して受審しやすくなったと思われま。全日病(3月29日)や評価機構で支援セミナーを開催します。ぜひ受講され、新規の受審、更新受審のお役に立ててください。

常任理事 医療制度・税制委員会委員長

小松寛治

明けましておめでとうございます。混沌と変化の年を迎えた感じ。この先の見えない混沌の中でも医療制度や税に関する改定や変更は着実に続けられてゆきます。委員会をよく討議し、方向性を誤らない主張ができるよう勉強してゆきたいと思ひます。

常任理事 病院のあり方委員会委員長

徳田禎久

新年明けましておめでとうございます。経済環境の悪化は今後の医療費の行方にも影響しそうです。良質な医療を守り、会員病院の運営にも寄与するよう、シンクタンクと協調して関係者に論理的にアピールできる提言をしていきたいと考えております。会員各位の御協力を宜しくお願申し上げます。

常任理事 医療安全対策委員会委員長

中村定敏

明けましておめでとうございます。全日病では無料職業紹介事業が再開されました。公的病院の定年退職者に私的病院への再就職を呼びかけるも人材確保の有力な方策で、医療秘書の手助けがあれば不慣れな職場でも大活躍できます。

常任理事 財務委員会委員長

中村康彦

謹んで新年のお慶びを申し上げます。介護報酬の引き上げは、医療関係者や世論の訴えによる大きな成果であると思います。混沌とした時代にわずかながら差し込んだ光が、明るい未来へと続くことを願ってやみません。本年も安定した財務基盤の強化に努め、各委員会の活動を支援できるよう、皆様と連携をとらせていただき尽力して参りたいと存じます。

常任理事 人間ドック委員会委員長

西 昂

謹賀新年。特定健診・特定保健指導が開始され、人間ドック委員会では、研修会や集合契約Aの交渉等各種施策を行いました。現場ではまだ混乱が続いておりますが、今年には会員の皆様にとって、実りの多い年になればと思います。また、人間ドックの指定事業は日帰り490施設、一泊25施設となりました。今後も引き続き有益な事業展開を行っていく所存です。本年もよろしくお願申し上げます。

常任理事

濱砂重仁

謹賀新年 昨年の米国から端を発した世界的金融危機が今年も日本に影響を及ぼす。就職難、給与減はプラス、不景気による受診抑制、未払い増加はマイナス。2007年の病院倒産は18件+ α 、これ以上の医療費抑制は困難との政治家が増加したことは一明を照らす。特に昨年、厚労省の佐藤医療課長に講演をいただいた時、民間病院の実情を良く理解してもらったことは来年の診療報酬改定に期待が持てる。

常任理事

濱脇純一

昨年の新年挨拶で医療難民、犠牲者でも出ないと国民のための医療政策は変わらないのだろうか書いた。日本は事故が起らないと政府や国民そしてメディアも耳を傾けない。犠牲者には誠に申し訳ないが、昨年の相次ぐ救急たらいまわし事故で救急医療や過重労働に対してメディアの報道も若干変わってきたし、大臣も現場の声を聞く姿勢になっている。今こそ医師一丸となって適正な診療報酬改訂と医療環境改善を強く訴えるときである。

常任理事 諸規定委員会委員長

平山登志夫

謹賀新年。長い間この言葉を心静かに述べる事はない。医療崩壊とも破壊とも言われる。毎年この季節になると良寛の天上大風の字を思い出す。子供の風にかかれた名筆である。風は風が強ければ強い程高く昇っていく。逆風ではあるからこそ心を引き締めて努力を尽くして行きたい。

常任理事 総務委員会委員長

古畑 正

新年あけましておめでとうございます。本年も執行部が一丸となり、会員の皆様と共に、社会の健康と福祉の増進に向け前進していく所存でございます。本年もよろしくお願申し上げます。

四病協「メディカルスクール検討委員会」報告書発表会 開催のご案内

日 時●1月22日(木) 15:00~17:30
会 場●東京都内 星陵会館2階ホール
東京メトロ半蔵門線永田町・千代田線国会議事堂前下車
Tel.03-3581-5650
参加費●無料

プログラム●
講演「医療の原点」中田 力(新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター長)
シンポジウム「医療制度としてのメディカルスクール」
本田 宏(済生会栗橋病院副院長)、金村政輝(東北大学病院
総合診療部講師)、西澤真俊(全日本病院協会会長)ほか

2009年 全日本病院協会「新年の集い」のご案内

新しい年を迎えるにあたり会員相集うとともに、国会議員、厚生労働省幹部、関係団体役員並びに報道各社等をお招きして、「新年の集い」を下記により開催いたします。

日 時 □ 1月15日(木) 午後5時30分~7時30分
場 所 □ 東京都内 ホテルオークラ東京 本館1階「曙の間」
東京都港区虎ノ門2-10-4 Tel.03-3582-0111
会 費 □ 1万円(当日受付で申し受けます)

新春特別座談会 I. 「介護保険－2009年度介護報酬改定後の課題」

12年度迄に医療・介護の分担で抜本的議論が必要

医療と介護の分担をめぐる介護施設も在宅も同様の問題



安藤 医療と介護に対する国民の関心がかつてなく高まっています。2009年にあたって、国民の期待にどう応える

のか、介護を中心に今後のあり方を話し合ってください。早速ですが、年末に介護報酬改定の答申とは、プラス3%と併わせ、異例のことでした。

宮島 プラス改定ということで市町村は保険料への影響を算出しなければなりません。地域区分の見直しもあり、新年度に間に合わせるために年内答申ということになりました。

2,200億円の削減も、削減幅を大きく縮小するかたちで決着がつかしましたし、今回の3%アップが社会保障全体の方向転換につながればと期待しています。この辺りで何とか方向転換しないと、医療崩壊とか従事者の介護離れに歯止めがかからず、超高齢化社会を迎え、安定した社会保障の供給体制を築

くことができません。そういう意味から政府与党の決断は朗報であったし、これを機に、未来志向で議論する土壌ができることを願っています。

西澤 プラス改定は歓迎されるべきことですが、もっと上げてしかるべきではないかというのが現場の実感です。それと、引き上げ分が、本当に必要とされる分野に的確に投入されたかどうかという点が気になります。

宮島 この間の物価や賃金の上昇率は1%にもなっていませんから、3%というのは、やはり、特別な事情で決まったものと理解してよいのではないのでしょうか。この財源を、主に人材確保と処遇改善に充てるということで、例えば、夜勤や看護体制について基準を上回った厚い配置をしている事業所や、介護福祉士等の資格取得者とか常勤あるいは勤続年数の長い従事者を一定以上確保して質の向上に努めている事業所を重点的に評価しています。

なはずがないし、経管栄養が必要な高齢者も沢山います。

宮島 日本では介護福祉士と言いますが、外国の文献にはこの職種は出てきません。介護保健士というか、准看に似た職種です。日本では看護師・准看護師ときて、介護福祉士ということで、福祉と医療の縦割りにぶつかってしまっています。

猪口 それは、別の意味で病院も同じです。例えば、急性期には高齢者が大勢入院していますが、看護師が介護を提供しています。この辺りも整理されなければならないと思いますが。



西澤 そういう意味では、すべての職種について、業務分担のあり方を見直す必要に迫られているのではないのでしょうか。介護福祉士養成課程の教科書を見ると、医学の勉強がかなり含まれており、介護福祉士という名前と教育内容にギャップがあります。医療行為を手がけるのであれば、その名称も再考してはどうでしょうか。

宮島 医療行為でなくても、在宅に携わるヘルパーさん達は、例えば、どういう状況になれば医師や救急車を呼ぶかといった判断ができなければ安心できません。やはり、現場としてその辺りの知識は必要となります。

では、介護従事者にできる医療行為の範囲をどうするのか。それも含めて、今後、考えていくべき課題でしょう。

西澤 医療と福祉には相変わらず壁があります。そろそろ壁を取っ払ってもよいのではないのでしょうか。

その1つに、医療法人による特養経営の問題があります。介護療養病床の受け皿として、当初は老健と特養という案があったのですが、いつの間にか消えてしまいました。特養は、転換先



【出席者】 厚生労働省老健局 宮島俊彦局長
全日本病院協会 西澤寛俊会長

としてきわめて大きな比重を持っています。この点をもう一度、議論していただきたいものです。

宮島 医療法人による特養開設は、関係者間での合意形成がなかなか難しいというのが現状で、これを直ちに認めることは、まだ、抵抗が強いでしょう。

ただ、こういうことが言えるかもしれない。特養を経営している人達は、入所者の重度化が進んでいるとして、医師や夜間の看護は必要だと言うわけですが、こういう話って、特養と老健施設が近づいていっているということではないのでしょうか。(笑)

猪口 そうです。高齢者が増え、要医療と要介護が増える中で、そもそも、3施設に分けておくことに無理があるということではないのでしょうか。

宮島 特養は今、眼科や歯科については外から来ているところが多いのですが、これからは別の専門分野でも外から来てもらおうという声があります。しかし、中に医師を配置するのか、それとも外から来る体制を整えるのかというところが、そもそも宿題としてあったのです。

転換老健は実態を踏まえて引き上げた

安藤 加算中心の引き上げの中、介護療養型老健施設は基本サービス費そのものが引き上げられました。転換を促すということですが、今回は、引き上げ分を、ある程度傾斜配分したということがいえませんか。



宮島 介護サービスの領域や事業所によって抱える問題や事情が異なるので、やはり、一律というわけには行きません。しかし、人材確保と処遇改善を図るといった目的から、各分野で一定の底上げは図ったつもりです。

猪口 しかし、上がったとはいえ、介護療養型老健への転換には、まだ、躊躇する向きが強いのではないのでしょうか。

宮島 介護療養型老健施設の場合は、医薬品や材料費が当初の想定を上回っていること、重度の入所者が多いことや、医師によるサービスの負担が既存老健よりも高いなど、実態調査の結果を踏まえて引き上げを導き出しています。基準や規制緩和を含め、転換の障害は少なくなったのではないのでしょうか。

安藤 介護療養型医療施設ですが、11年度末で廃止ということから、今回はかなり厳しいものを予想していました。相当下げられるのではないかと、そこまではなくとも加算部分が本体報酬へ組み入れられるとか。(笑)

宮島 そんなつもりは初めからありませんよ。(笑) 単価を下げたから転換するというわけでもないでしょう。リハについては診療報酬との関係から見直しをさせていただいたし、加算も一定の整理をさせていただいた。しかし、その他の部分はある程度カバーできたのではないかと考えています。

安藤 今回の改定では地域差の問題もクローズアップされました。

宮島 今回は市町村ごとの地域割りに手をつけませんでした。人件費の対象と人件費割合さらに上乘せ率について、経営実態調査の結果から、経営が逼迫している都市部中心に見直しました。

猪口 そこは医療も同様でして、今の公定価格の下では、人件費の高い地域の医療機関はやっていけません。

宮島 地域別単価については医療界でも意見が分かれるのでは。

西澤 地域加算を国が一律に決めるのではなく、都道府県の裁量を認めるという発想もあるかと思いますが。

宮島 人材確保と処遇改善については、介護報酬以外の部分でも、国として、職業安定行政の面からキャリアアップや人事管理制度に取り組んだ事業所に助成を行ったり、効率的コスト経営を行なうための経営モデルの策定・提示に加え、処遇改善の結果について検証調査を実施するというかたちで処遇改善への取り組みを支援していきます。また、事業者や事業者団体が処遇改善に向けた取り組みに関する情報の公表に自主的、積極的に取り組んでいただくことを期待しています。

猪口 高齢者がさらに増える一方で若年層の人口減少が続くために、今後、より厳しい人手不足が進みます。外国人労働者の登用とか、かなり思い切った政策が求められませんか。

宮島 いきなり外国人労働者の話になる前に、日本では高齢者の労働意欲がかなり高いですから、その参入を促す余地があります。それと、就業率がまだ6割に満たない女性の社会進出を促して、介護の現場で活用させていただくことの方が先ではないかと考えます。そのためには、処遇改善だけでなく、スキルアップできる仕組みを作らなければなりません。

医療・介護の分担、12年度までに結論を



猪口 全日病はその点の考え方を「病院のあり方報告書」で明らかにしています。つまり、今後は医療と介護を分けるべきであり、必要な医療は医療保険から支払って外付けで提供するようにする。そして、介護保険施設は一元化して施設ごとに提供可能なサービスを整理、入所者からはサービスに対応した自己負担を徴収する、医療も介護も提供できるというようにしていくと。実際、この方が利用者にも分かりやすいのではないのでしょうか。

宮島 そこは大変大きなテーマでね。(笑) そろそろ、そうした議論もしなければいけないかなとは思っています。

猪口 2012年には、こういう話もありではないのでしょうか。

宮島 訪問看護の問題も出てきます。特養は100人に3人の看護職員ですから夜勤には回りません。したがって、今回の改定でも手厚くしましたが、夜勤の看護職員がどうしても必要だという話になります。しかし、これを今後も内付けでいくのか、それとも訪問看護で考えるべきかという問題です。

ご存知のように有料老人ホームは多くが外付けでして、この辺りをトータルに考えていかなければならない。在宅と訪問看護の関係にしても、医療と介護をどうするのが同じ切り口として考えられます。本当にこの問題を考えなければならない時代になってきま

した。大変重い課題です。
西澤 介護保険制度にはこれまでも細かな制度改正が加えられてきましたが、そろそろ大きく変える時期に来ていると考えます。とくに、介護保険施設のあり方がそうです。

一元化という誤解する向きもありますが、すべてを同じ種類の施設にする一本化とは違います。例えば、医療の外付けとか支払いの包括化というように制度の基盤を同じルールにするのが一元化です。その上で、利用者には色々なニーズがあるので、その対応をどうするのかという思い切った議論をする時にきています。

猪口 サービスをフルメニューで提供できる施設には要医療の人が、そうでない施設にはもっぱら介護が必要な人が入るといふ棲み分けは、もはや、仕方がないことではないのかな。

宮島 現実論としてはそうでしょうね。同じ病気で同じ要介護であれば、同じような医療・介護のサービスが受けられるというのが保険制度の1つのあり方です。つまり、個人に着目して、その人がどんな医療を必要とし、どんな介護が必要かという個別ケアを考えると、これは在宅の世界のことではないのでしょうか。

施設ではその枠組みの中でサービスを受けてます。しかし、在宅では、その人の必要に応じて外から訪問看護に来てもらう、訪問診療あるいはヘルパー、リハ、薬剤師に来てもらうという

一定の医療行為は介護職員にまかせる方向

宮島 ヨーロッパなどは介護従事者にベーシックな医療行為を担わせるという流れです。日本でも、スキルアップを図る中で一定の医療行為をまかせることが必要になってくるでしょう。特養などからも喀痰吸引に対応できないという問題が指摘されています。しかし、看護師は基本的には医療機関中心の配置が求められており、やはり、こうしたことに対応できるように介護従事者がレベルアップできる道筋をつけてい

くことが必要ではないかと考えます。
猪口 “療養介護士”という案がありましたね。いつの間にか消えてしまったけど。(笑)

宮島 あれは新しい資格制度をつくるのかという誤解を招きましたが、そうではなく、例えば、介護福祉士やヘルパーが研修を積むことで可能となるという方向ではないのでしょうか。

猪口 ぜひそうなってほしいものです。特養にしても、夜間に喀痰吸引が不要

プラス改定と「社会保障国民会議報告」が転機の兆し?!

将来の制度設計をめぐっては介護保険も医療保険も同質の構造



全日本病院協会 // 猪口雄二副会長
安藤高朗副会長

かたちを取る。これに対して、では、施設に入っている一人一人はどうなんだという議論が出てもおかしくないかもしれません。確かに、在宅はまだそこまでいっていないという現実があるから、これまでは意識にのぼらなかつ

「安心の医療・介護」には相当の費用と負担

宮島 医療と介護の基本的な計画づくりを、もう一度考える時期になっているのかもしれませんが。実は、社会保障国民会議の報告にはそういうことが書いてあるんです。あの中で、今後の医療は急性期、亜急性期・回復期、慢性期の3区分になるべきとして、それに伴う医療費として、今よりも在院日数が短くなる、リハが充実していくといった仮定にもとづくシミュレーションがつけられています。

これは、その結果、介護の受け皿はますます厚くされなければならないという基本的設計でもあります。介護の受け皿を厚くする上で、地域で行なうケアを厚くしていかなければなりません。そこで、シミュレーションは、グループホームや小規模多機能施設などの地域密着型を想定しています。しかし、実際には小さな施設は割高ですから、それが妥当かどうかという批判が一方では出てきます。

西澤 私は社会保障国民会議のシミュレーションを高く評価しています。例えば、2005年の医療制度構造改革の試案にしても最初から医療費抑制をテーマとし、目標となる医療費を決めた上で提供体制を合わせていくというものでした。それが、今回は逆に、望ましい将来像を描いた上で、そのためにこのくらいの医療費がかかるという提起をしています。もしかしたら、これは方向性の転換ではないだろうかと感じました。我々としては歓迎すべき方向転換です。(笑)

宮島 素直な考えでつくったということではないでしょうか。(笑) これからの提供体制をある程度の絵にすると、急性期にはお金がかかるということが1つ。もう1つは、在宅ケアというのも実はお金がかかるのだということ、これを正面から認めるというのがベースにあります。

その一方で、この報告には、介護サービスに関しては施設の方が安く上がっているという認識がうかがえます。(笑) 1つの所に集めて画一的なケアを提供する施設の方が安くすむという面が否めないということでしょうか。

猪口 効率性からいえばそれは間違いがありません。多床室とユニット型を比べると、明らかにユニット型の方が人手が多くかかります。

宮島 ユニット型や小規模な施設を地

たかもしませんが。

猪口 在宅を広める意味からも、施設と在宅の供給体制を同じ水準で整えて、どちらにいても同じレベルのサービスが受けられるというようにしていかなければなりません。

宮島 よく介護難民とか待機難民とか言われますが、全員が施設に入るとなれば、いくら施設があっても足りません。やはり、施設と在宅で同じようなサービスが受けられるというベースを創って行かないと無理なんじゃないでしょうか。

西澤 地域ケア整備構想といった供給体制の計画は、市町村の手で地域ごとに策定され、国はそれをすべて把握した上で全国レベルの方針を立てることが求められます。国がすべてを決めるのではなく、地域ごとに対応可能なルールを設けるということが大切ではないでしょうか

域のあちこちに拠点として造っていけばどうしても高くつくし、在宅で個別に訪問看護や訪問診療を利用すれば、病院の中で一体に提供するよりは高くなります。ただし、医療行為については、在宅では病院におけるようにはいきませんから、違ってくるということが言えますが。

安藤 社会保障国民会議の報告は、将来必要とされる提供体制について、それだけ医療費がかかるという展望を示す一方で、それに見合った負担を国民に率直に提起している意味からも注目されますね。

宮島 将来必要とされる提供体制は、消費税率で1%違ってきます。あれは公費ベースの分析ですから、消費税が1%上がれば公費だけで2兆5,000億円も違ってきます。いずれにしても、必要な医療・介護のためには結構なお金がかかるという話です。

西澤 社会保障国民会議の報告には、急性期の医療が非常に重要だということ、そして、急性期が機能するためには、亜急性期・回復期、慢性期から介護に至る裾野がきちんとしていなければならないということがはっきり書かれています。それと、安心できる提供体制を築くには、これだけお金がかかるということを明らかにしてくれています。

今までは、国民にはできるだけ負担をかけないという発想の下で、国が将来予測を作ってきました。結果として、国民は負担の問題を考えることがなかった。しかし、今回は、安心できる医療・介護体制を整えていくにはこれだけ費用が必要であるということを明らかにしました。

宮島 社会保障費は今後も増加をたどります。デンマークやスウェーデンのように25%とまでは言いませんが、いずれは消費税を10%、15%へ引き上げないと、社会保障はもたないだろうというのが率直な感想です。

社会保障は、今まで、どちらかというと経済に対してネガティブに捉えられてきました。しかし、本当にそうなのでしょうか。実は、消費税率25%のデンマークやスウェーデンの1人当たりGDPは、少なくとも円高になる前の日本よりも高いのです。

つまり、一定の社会保障経費をかけても経済的に歪みが出るということは

考えにくいということなのです。世界的にも多いわが国の公共事業は、今後、環境問題等もあって一定の制約が免除されない。その点、医療には先端的な技術分野がありますから、社会保障の対経済誘発効果はもう少し積極的に評価さ

介護保険のすべてを多角的に議論する必要

猪口 介護分野におけるリハビリテーションですが、どのくらい量をどのくらいの期間提供するのが効果的かつ効率的であるかという辺りは、もう一度整理される必要がありませんか。

宮島 リハビリの問題は難しいところがあります。急性期、回復期、維持期という区分が、ようやく定着してきました。維持期については「もう少し積極的な表現に変えるべきではないか」という意見もあります。

私個人は、維持期リハを積極的に位置づけた方が介護費用にもよい効果が生じると考えていますが、この部分は関係者でも意見が分かれます。

猪口 維持期リハについては、例えば難病患者に対してはどう対応するのかなど、介護保険だけでなく医療保険の面からも、まだ棲み分けができていないという問題がありますね。

西澤 リハの問題にとどまらず、介護療養病床、医療療養病床などすべてについて、一度、多角的に議論される必要があります。一ヶ所だけ取り上げて議論されてしまうと、一見決着がついたようにみえても、ほかとの関係で色々と矛盾が生じてしまうというのがこれまでの流れです。医療では、各施設が機能分化した上で連携を図るという方向に進んでいます。介護施設の方

重要課題で議論・集約できる土俵が必要

安藤 介護保険事業計画は2009年度から第4期に入ります。第5期の展望はいかがでしょうか。

宮島 ご存知のように第3期・第4期というのは介護保険制度を安定的に運営する時期として、同じ視点から計画が作成されています。その後の、2012年度からの第5期までには、介護費用も増大するし、サービス提供体制の整備も進むことでしょう。それまでには大きな議論をしていかなければなりません。

1つには、高齢者の保険料など、介護費用の負担にかかわる制度的な見直しの問題があります。また、すでに出てきたテーマですが、介護サービス提供体制の問題。つまり、施設サービスをどうするかとか、在宅における医療・福祉の連携をどう確保するかという問題があります。あるいは、在宅サービスの供給が支給限度額に対してかかるところまで上がっていくことが見込まれますが、では、地域ごとに介護の基盤整備を計画的に進める上で、その辺りの制度的な仕組みをどうしていったらよいかという問題もあるなど、第5期までに片付けるべき課題は多くあります。

これは、しかし、介護だけでなく医療においても、社会保障国民会議の報告書がいうように「在院日数を20日から10日に減らす」と一体何が生じるのかという問題。これはドラスティックに過ぎるとして、では、マンパワーの問題に収斂されない、病院のあり方そのものを地域医療としてどう考えるのかという重要なテーマがあるでしょう。病院の再編や合併というかたちです

れてしかるべきだと思います。

西澤 社会保障は雇用の分野でも大きな役割を果たしています。経済学者からも、医療や介護の拡大は雇用の面からも大きな経済誘発効果をもつという指摘が出ています。

も整合性を確保した機能分化を図っていくべきではないでしょうか。

宮島 もう1つの問題がケアプランです。訪問診療と訪問看護が盛んになる中で、要介護と要医療それぞれの枠組みの整合性をとることが難しく、これが、そろそろ表面化しつつあります。

ヘルパーは医療のことが十分には判断できません。逆に、訪問診療や訪問看護の皆さんはケアのことを今1つ理解できていません。ケアマネージャーがこの狭間に置かれて、うまく機能できていないのです。

猪口 在宅医療で訪問看護の需要が増えていますが、介護保険の分野にも位置づけられた頃から看護師の集まりが悪くなったという面があります。

宮島 看護師の絶対数が足りないという問題もあります。7対1看護の影響があるのかもしれませんが。(笑) もう1つには看護師養成の問題もあって、看護師の供給を増やすことも含めて、これが今後大問題になるのではないのでしょうか。

私自身は、人材確保の面からも、看護の4年制教育は避けられないだろうと思います。全体にレベルアップする方向で取り組まなければならない時期ではないのでしょうか。

に事態は進行していますがね。

急性期を成り立たせるために人員配置をさらに厚くしていくと、地域医療における病院のあり方そのものが問われていきます。それは再編の話であったり、配置の話であったりということですが、そういう課題や問題に関して関係者が議論できる土壌を造り、コンセンサスを得ていく仕組みを確保していく必要があるのではないのでしょうか。

猪口 2012年度までにコンセンサスを見出していけないと。診療報酬と介護報酬の同時改定でもありますから。

宮島 そうです、同時改定がある2012年度頃までには考えておかないと。超高齢化社会に対応した、例えば総合医のような仕組みを考えていくことが必要ではないのでしょうか。ただ、どうも、そうした議論に登録制とかゲートキーパーといった余計な問題が入り込んでしまいます。それらは相当時間をかけてなされるものであって、具体的には無理です。

西澤 介護のあり方を議論していくと自ずと医療に行き着くことになります。高齢化のスピードは待ってられません。議論すべき課題に我々も迅速な対応が求められています。厚生労働省だけの問題でもなく、我々も肝に銘じたいと思います。

注 社会保障国民会議の報告

社会保障国民会議が2008年11月4日に公表した「最終報告」。「医療・介護サービスのありべき姿」を明示して、2025年段階の医療・介護費用を試算している。

介護療養型老健の施設サービス費は引き上げ

2009年度介護報酬改定 介護療養型医療施設はリハがマイナス。転換を迫る政策的な改定?!

12月26日に開かれた介護給付費分科会は、2009年度介護報酬改定に関する諮問について原案とおりの答申した。プラス3%改定(このうち施設には1.3%を配分)ではあったが、介護保険施設に関しては、介護療養型老健施設のみ施設サービス費が引き上げられ、他施設は事実上の据え置きとされた。

とくに、廃止まで残り3年となる介護療養型医療施設に関しては、診療報酬との整合性を図ったリハビリテーション評価の大幅引き下げが経営に大きく影響しそうだ。また、特定診療費の重度療養管理が3月で廃止される影響も懸念される。

介護療養型老健の施設サービス費は最低でも32単位(3.6%)、最高は197単位(19.2%)引き上げられた。これに対して、他の介護保険施設の施設サービス費は、栄養管理体制とリハマネジメント各加算包括化にともなう引き上げのみであり、実体的には据え置きであった(介護療養型医療施設についてはリハマネジメント加算の包括先は特定診療費のリハであるため、施設サービス費の引き上げは微増にとどまる)。

介護療養型医療施設に関しては、施設サービス費は横ばいから微増というところだが、特定診療費のリハが大幅な引き下げとなった影響が深刻とみら

れる。「本体報酬は微増。リハでマイナス。しかし、地域加算の手直しでなんとかトントンになる」と試算する向きもあるが、これは、地域加算手直しの恩恵を受取る病院の話。「その他」地域の介護療養型は地域加算のメリットに浴することなく、マイナス改定が直撃する。

とくに、理学療法(I)や作業療法リハの引き下げが大きく、「一所懸命リハに取り組んできたところほど裏目に出たのではないか」という声もある。

メリハリのついた加算の運用で、質や配置のレベルに応じて施設間の報酬格差拡大を促す一方で、訪問看護や訪

問・通所リハの充実や認知症対策の拡充等これまで手薄とされた分野の底上げを図るとともに医療と介護の分担と連携でいくつもの改善を行なうなど、次の同時改定に向けて多くの布石を配した09年度介護報酬改定ではあったが、一方では、介護療養病床に転換を迫る政策的な配分が色濃く出た改定となった。

ただし、プラス改定となった介護療養型老健についても「転換で大幅な赤字になった。その赤字幅が半分縮まるだけの話で、黒字になるわけではない」と、厳しい試算結果を打ち明ける施設もある。

「2009年度介護報酬改定の概要」から 08年12月26日

II. 各サービスの報酬・基準見直しの内容

1. 介護従事者処遇改善に係る各サービス共通の見直し

(2) 介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価(抜粋)

サービス	加算の要件	単位数
訪問看護	研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること	6単位/回
訪問リハビリテーション	3年以上の勤続年数のある者が配置されていること	6単位/回
通所介護 通所リハビリテーション等	次のいずれかに該当すること ①介護福祉士が40%以上配置されている ②3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている	①12単位/回 ②6単位/回
介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設等	次のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士が50%以上配置されている ②常勤職員が75%以上配置されている ③3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている	①12単位/人・日 ②・③6単位/人・日

※表中複数の単位が設定されているものは、いずれか1つのみを算定する。

(3) 地域区分の見直し

	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他	
上乗せ割合	15%	10%	6%	5%	0%	
人件費割合	70%(訪問介護、居宅介護支援等)	11.05円	10.70円	10.42円	10.35円	10円
	55%(訪問看護、訪問リハ等)	10.83円	10.55円	10.33円	10.28円	10円
	45%(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等)	10.68円	10.45円	10.27円	10.23円	10円

3. 訪問系サービス

(2) 訪問看護

①特別管理加算は、その対象となる状態に重度の褥瘡を追加。さらに、1時間30分以上の訪問看護を実施した場合を評価する。

○長時間訪問看護加算(新規)
300単位/回

②同時に2人の職員が1人の利用者に対し訪問看護を行った場合について評価を行う。

○複数名訪問加算(新規)
30分未満 254単位/回
30分以上 402単位/回

③ターミナルケア加算の算定要件緩和と評価の見直し
1,200単位 → 2,000単位/死亡月
※算定要件(変更点)
死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを実施していること、等。

(3) 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーション費
500単位/日 → 305単位/回
注) 20分間リハビリテーションを行った場合に1回として算定

①介護老人保健施設からの訪問リハビリテーション
介護老人保健施設で通所リハを受けている利用者は、通所できなくなった際にも終了後1月に限り、当該施設の配置医師がリハビリ計画を作成し、訪問リハを提供できる。

②短期集中リハビリテーション実施加算の見直し
退院・退所日又は認定日から起算して1月以内の場合
(週2回以上・1回20分以上)
330単位 → (週2回以上・1回40分以上)
340単位/日

4. 通所系サービス

(2) 通所リハビリテーション

医療保険で脳血管等疾患リハ又は運動器疾患リハを算定している病院・診療所は介護保険の通所リハを行えるよう「みなし指定」を行う。

○通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満:新規)

- 要介護1 270単位/回
- 要介護2 300単位/回
- 要介護3 330単位/回
- 要介護4 360単位/回
- 要介護5 390単位/回

※個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に限り算定。

○理学療法士等体制強化加算(新規)
30単位/日
(算定要件) 常勤かつ専従の理学療法士等を2名以上配置(1時間以上2時間未満の通所リハについてのみ加算)

①短期集中リハビリテーション実施加算(見直し後)
退院・退所後又は認定日から起算して1月以内 280単位/日
退院・退所後又は認定日から起算して1月超3月以内 140単位/日
注) 退院・退所後または認定日から起算して3月超に個別リハを行った場合には、個別リハビリテーション加算として80単位/日を算定(月13回を限度)

②リハビリテーションマネジメント加算の見直し
20単位/日 → 230単位/月

9. 介護保険施設
(2-1) 介護老人保健施設(介護療養型老人保健施設を含む)

①夜間における手厚い職員配置等に対する評価

○夜勤職員配置加算(新規) 24単位/日(算定要件)

[41床以上]

①入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行なう介護職員・看護職員を配置していること、
②2名を超えて配置していること。

[41床未満の場合]

①入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していること、
②1名を超えて配置していること。

○ターミナルケア加算(介護老人保健施設は新規。介護療養型老健施設は見直し)

死亡日以前15~30日 200単位/日
死亡日以前14日まで 315単位/日

※両施設で算定要件等が異なる。

②在宅復帰支援機能加算(見直し後)

○在宅復帰支援機能加算(I) 15単位/日
※在宅復帰率が50%以上

○在宅復帰支援機能加算(II) 5単位/日

③短期集中リハビリテーション実施加算
60単位/日 → 240単位/日
注) リハビリテーションマネジメント加算は本体報酬に包括化する。

⑤外泊時費用の見直し

444単位/日 → 362単位/日

(2-2) 介護療養型老人保健施設

医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった入所者に対する医療サービスに要するコスト、要介護度の分布といった実態を踏まえて評価を見直す。

■介護保健施設サービス費(II)の1日あたり単位数

従来型個室	現行	見直し後
要介護1	703	735
要介護2	786	818
要介護3	860	933
要介護4	914	1,009
要介護5	967	1,085
多床室		
要介護1	782	814
要介護2	865	897
要介護3	939	1,012
要介護4	993	1,088
要介護5	1,046	1,164

注) 介護保健施設サービス費(III)とユニット型についても報酬評価を見直す。

【施設要件等の見直し】

「医療機関」から入所の割合と「家庭」から入所の割合の差が35%以上とする施設要件に例外を設ける(編集部注:4km以内に医療機関がない場合や19床以下は適用除外とする)。療養病床を有する医療機関(有床診療所・2病棟以下の病院)が、そのうち1つの病棟の一部を介護療養型老健施設へ転換するに伴って夜間の配置職員数を増加させる必要が生じる場合は特例を設ける。

(3) 介護療養型医療施設

①リハビリテーションの評価(特定診療費)
リハの評価を見直すとともに、ADLの自立等を目的とした理学療法等の評価を廃止する。

現行	見直し後
理学療法(I) 180単位/回	
理学療法(II) 100単位/回	理学療法(I) 123単位/回
理学療法(III) 50単位/回	理学療法(II) 73単位/回
作業療法 180単位/回	作業療法 123単位/回
言語聴覚療法 180単位/回	言語聴覚療法 203単位/回
摂食機能療法 185単位/日	摂食機能療法 208単位/日

注) リハビリテーションマネジメントは理学療法(I)等に包括化する

○短期集中リハビリテーション
60単位/日 → 240単位/日

②集団コミュニケーション療法(新規)
50単位/回(1日に3回を限度)

③夜間における手厚い職員配置に対する評価

○夜間勤務等看護(III)(新規)
14単位/日
(算定要件) 次のいずれにも該当する場合

④外泊時費用等の見直し
外泊時費用
444単位/日 → 362単位/日
他科受診時費用
444単位/日 → 362単位/日



▲12月26日の介護給付費分科会は09年度介護報酬改定の答申を行なった

医療・介護提供体制と報酬に関する提言を承認

日本病院団体協議会 提言ベースに次期改定要望を整理。中医協議論への反映を期待

日本病院団体協議会は12月19日の代表者会議で「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」と題した提言(12月15日号既報)を承認、12月

24日の厚労省保険局長ほかに提出するとともに、25日に厚生労働省の2クラブで記者発表した。

提言をまとめた日病協・診療報酬実務

者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は、2009年以後、当提言の各論を深化させて次期改定への要望にするとともに、中医協で当提言が示した論点が取

り上げられるよう働きかけていく方針だ。「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」、あらためて掲載する。

日病協「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」(概要) 2008年12月19日

1. 入院医療のあり方(機能分化)

入院医療の提供体制については、次のように病棟単位で機能分化されることが望まれる。

(1) 高度機能病棟

稀な疾患の診療や先進医療を診療する病棟で、対象疾患を十分調査した上で認定される。国レベルでの整備が必要であり、現行の大学病院本院等のうち、疾患別に認定を受けた病棟に限られる。医療費は、研究費、特殊疾患療養費など診療報酬以外の財源も考慮する。

(2) 急性期病棟

技術が確立された手術、重症度の高い患者などに対応できる病棟である。救急医療においても、重症度・緊急度の高い疾患に対応する。そのため、十分な人員配置、設備を要する。医療計画等により、都道府県・2次医療圏レベルでの整備が必要である。

地域の基幹病院として機能している病院の病棟はここに含まれ、診療ガイドラインに沿ったクリニカル・パスが必須となる。診療報酬は疾患別・重症度別包括支払い方式(DPC)が基本となる。

(3) 地域一般病棟

急性期病棟や地域の医療機関・介護施設等と連携し、軽～中等度の急性期疾患に対応するとともに、急性期病棟から引き続き入院医療やリハを要する患者を受け入れる病棟である。生活圏レベルでの配置が必要であり、地域に存在する中小病院が中心。診療報酬は急性期対応ではDPC、その他は状態別包括支払い方式が望ましい。

(4) 回復期リハビリテーション病棟

様々な疾患のリハに対応するとともに在宅医療への移行・介護施設への連携が重要な機能である。診療報酬は状態別包括支払い方式が基本となる。

(5) 慢性期病棟

主として急性期病棟や地域一般病棟等からの、医療必要度の高い長期入院患者に対応する病棟。必要に応じて、在宅療養や介護施設利用者の急性増悪にも対応する。診療報酬は状態別包括支払い方式が望ましい。

複数の病棟をもつ病院は、それぞれの地域における医療提供体制の整備状況等を踏まえ、様々な組み合わせを行うことが可能となる。また、地域による人口密度の高低、医療提供体制の整備格差、患者数の季節変動などから、全国一律方式での機能分化は困難である。一律の基準で病棟機能を固定するのではなく、柔軟な運用が求められる。

2. 精神科医療のあり方 (略)

3. 介護入所施設のあり方

現行介護保険施設の利用者像を見る限り、施設の機能分担を明確に維持し続けることが不可能になってきている。要介護高齢者の増加は確実であることから、早期に横断的な報酬体系の見直しを図り、改めて在宅復帰施設、在宅支援、「終の棲家」など、各施設が地域連携の中で選択可能な役割分担を決めることが必要。更に自らの機能を情報開示し、利用者・家族がニーズにあ

った施設を選択できる制度にすべきである。

介護入所施設として認定する場合は下記の情報開示が必要。

①介護職員の配置状況、②看護職員の配置状況、③相談員・介護支援専門員の配置状況、④リハビリ施設の有無、理学・作業療法士の配置状況、⑤医師の配置状況、⑥居住費、⑦食費、⑧デイサービスなど外部サービス利用の可否、⑨終身利用者の割合、など。

将来的には、施設単位からフロア単位、居室単位での機能分化についても考慮すべきである。介護報酬は①～④に対して、その配置状況に応じて支払われるものとし、同一サービスは同一の報酬とすべきである。また、外部利用の看護提供、医師による診断・治療は医療保険での支払いが妥当である。

4. 外来診療のあり方(機能分化)

外来の効率化は必要であり、機能分化と連携の一層の発展が望まれる。その際、アクセスの制限ではなく、患者の利便性と選択を基本にした診療報酬が望まれる。

(1) 診療実態に対応した外来診療料

現在の外来診療料は病床規模で区分されているが、外来機能は病院・診療所の差、病床数とは関係ない。一方、各診療科の診療システムの特性、必要な医療機器等により診療原価には大きな格差が生じている。病床規模別診療報酬は早急に見直す必要がある。

(2) 急性期外来診療と慢性期疾病管理

急性期外来には出来高払い制が妥当である。その際、診療に要する時間軸の評価、および診療原価に基づく診療報酬の構築が必要となる。慢性期の疾病管理は継続的な管理・指導を主要な評価対象とすべきである。

(3) 紹介と連携

紹介制度・機能連携は効率性や専門医療の質向上の観点からも重要。今後、患者による医療機関の選択が行われるよう、外来機能の正確な情報が発信される仕組みを構築すべきである。

(4) 介護保険施設における医療

介護保険施設への医療提供は今後外部利用型を中心とし、必要とする患者はすべて受診可能とすべきである。在宅医療と同様に、外来の一環として拡充・整備することが望まれる。

(5) 総合的医療について

今後は総合的医療を提供できる医師の評価が重要。そのためには卒後教育制度・資格制度の構築が必要であり、早急に議論を開始すべきである。

5. 入院基本料のあり方

(1) 入院基本料について

入院患者に対する医療は、個別医療行為の集積だけでは成立しない。これらの医療行為が施設内で可能であるための前提としては、病院自体の存立基盤となる全職域における職員の人件費や病院建物の建設、維持を含む全ての関係必要経費(後出)が診療報酬で保障されることが不可欠である。これが「入院基本料」である。

しかし、現行入院基本料は実態とかけ離れて著しく低額であり、その算定根拠も明らかにされていない。入院基

本料の構成要素を開示するべきであり、その算定根拠の詳細を明示し、病院の存立基盤となる必要諸経費に準拠しつつ、入院基本料の抜本的見直しを早急に開始するべきである。

(2) 入院基本料の算定に包含されるべき項目(病院関係準則にもとづく)

○給与費/給料(基本給・各種手当)、賞与、退職給付費用、法定福利費等

○委託費/検査委託費、給食委託費、寝具委託費、医事委託費、清掃委託費、保守委託 等

○研究研修費/研究費、研修費、審査・認定料 等

○設備関係費/減価償却費、器械賃借料、地代家賃、修繕費、固定資産税等、器械保守料、機械設備保険料、車両関係費 等

○経費/福利厚生費、職員被服費、消耗品費、消耗器具備品費、水道光熱費、保険料、諸会費、租税公課、医業貸倒損失、貸倒引当金繰入額 等

○その他/土地取得費

(3) 支払い対象職種

○医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床工学技士等の資格職

○医療ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、診療情報管理士、医療事務職等の専門職

○事務職、各種補助職等の一般職

○その他

6. 医療専門職の職掌について

医師・看護師不足の解決策のひとつとして、医療関係職種の職掌の見直しを提案したい。下記に具体案を挙げる。

○助産師業務の拡大

○一定範囲の麻酔領域における教育された歯科医師の業務拡大、看護師の業務参加

○一定範囲の薬剤処方における薬剤師・看護師の業務参加

○急性期病棟における介護職業務の確立

○一定範囲の医療行為における教育された介護職の業務参加 など

これらの職掌の見直しにおいては各職種の法的責務が伴うものとする。

7. リハビリテーション医療のあり方

(1) 急性期リハについて

リハビリは発症後や手術後、提供が早期であればあるほど高い効果が期待できる。また、手術によっては術前(予防的)リハも効果がある。これらはベッドサイドで行えるものが主体であり、「施設基準」ではなく「人員配置基準」を定めることが効率的。また、リハビリ専門医の配置を高く評価すべきであ

る。

(2) 回復期・亜急性期リハについて

回復期・亜急性期リハについては、「回復度」「一律の提供時間・期間」「限られた疾病・部位」など、まだ科学的根拠が確立されていないものまで診療報酬制度で規定されている。今後は十分なデータに基づく制度設計が望まれる。

(3) 維持期リハについて

維持期リハは、その必要性が高いことから、医療保険、介護保険を問わず両制度下で提供されるべきである。特に進行性疾患や重度障害に対しては、疾患治療の継続と同時に、医療保険下での長期リハが必要であり、本来、適応、期間等は医師の裁量に任せるべきものである。一方、介護保険下では体力や機能の維持・向上、社会参加の促進、介護負担の軽減、等を通して自立生活を支援することが目標となる。しかし、現行の介護保険はその量・質とも十分ではなく、早急な改善が必要である。

病状増悪期や廃用症候群に対しては、適切なリハを医療・介護、在宅・施設を問わず、短期集中的に実施出来る環境・制度が求められる。

8. DPCのあり方

(1) 救急対応検査に関するコスト

緊急入院の場合は、起算時間を初診時とした入院後24時間(午前0時をまたがる場合は、最長2日間)に限りDPCより除外し、診療報酬を出来高とすべきである。

(2) 調整係数の考え方と機能係数の提案について

①特定機能病院、地域医療支援病院などの地域中核病院には、新たに地域で担うべき役割・機能を維持するための評価要件を設定する必要がある。

②調整係数の廃止は段階的に、少なくとも3回改定後に廃止すべきである。

(3) EFファイルの取扱いについて

現行のDPC点数はEFファイルにより出来高部分の実績を参考に積算されているが、疾患に対する一連の医療行為に係る医療資源(人件費等の固定費を含む)をもとに積算することが望ましい。また、現在のEFファイルは早期に1ファイル化すべきである。

(4) DPC調査ファイルの活用法について

DPCに関する調査データは、病院の現状を明確に示すことができる反面、自己努力による経費削減・効率化が、改定を重ねるごとに自動的に疾患別点数の引き下げに繋がり、改善努力を否定する結果となっている。その活用方法については、医療の質評価、標準的診療ガイドラインの準拠、等を参考として、十分慎重に行わなければならない。



▲厚労省日比谷クラブで会見する山本日本病会長(右端)と猪口全日病副会長(右から2人目)

全日病活動の到達点がシンクタンク！

2009年度に内部設置。政策提言に向け、不断のデータ収集・研究に取り組む



猪口 シンクタンクについては、執行部として2009年度に設置するというので09年度事業計画・予算案に盛り込むことを決めました。3月の代議員会における承認をもって正式決定の運びとなりますが、すでに常任理事会等で財

源をめぐる議論も終えており、初年度は現行予算の枠内で、さらには余剰金の取り崩しによって財源を確保するという考えで予算編成に当たっています。本日は、病院のあり方委員会としてシンクタンク構想を提唱してきた先生方に、全日病のシンクタンクに対する期待と課題を語っていただきます。

混迷の時代。病院団体としてより質の高い提言が必要！

徳田 シンクタンクの設置は、主に「病院のあり方に関する報告書」で提唱してきました。2002年版にシンクタンクという言葉は初めて使いましたが、以後、04年版、07年版と3版にわたって、その設置を提起してきました。

猪口 考えてみると、あり方委員会そのものがシンクタンクみたいなものだけどね。(笑)



徳田 確かに、我々はこの間「あり方報告書」で、医療提供体制、医療計画、介護施設そして診療報酬のあり方など、かなり重大な提言をしてきました。しかし、正直なところ、1年もかけて提言をまとめるという作業は、各委員にとって大変厳しいものがありました。

当面、日本の医療提供のあり方に関する議論は混迷が避けられないことでしょう。したがって、より本格的な調査やデータ収集活動を進め、病院団体としてこれまで以上に質の高い提言をまとめ、発言していく必要があります。しかし、現在の委員会を中心とした活動スタイルを維持することには限界があり、その活動を少し絞らないとならないということもあって、提言とりまとめの基礎となるデータ作りなり、分析なりの部分は切り離していかなくてはならないだろうということから、シンクタンクの設置が現実の課題となってきたのです。

飯田 実は、私は1999年に、病院団体としてシンクタンクが必要だと某誌の原稿で提起し、あり方報告書でも提案しています。全日病が自立・自律するためには我々独自のデータに基づいた分析と判断が必要です。そのためにはデータベースが欠かせないし、それを

活用するためにはシンクタンクが必要だと思えます。そう考え、提案しているうちに、早10年経ちました。(笑)

徳田 そこへ、西澤会長からも強い指示をいただいたこともあって、今回、ようやくして具体的な設置へと動いたわけですね。

そこで、あり方委員会ではシンクタンク設置に関して議論した結果、当面は独立型ではなく、全日病の一部機関というかたちでスタートしてはどうかという結論に至りました。財源確保の方法については複数の案を検討しましたが、最終的に議論になったのは、会費の値上げをするのかどうかということでした。

昨年9月の常任理事会と10月の支部長会議で検討していただいたところ、会費値上げに関しては、意見がほぼ半々に分かれ、現在の予算枠の中で財源を確保してはどうかという意見が大勢でした。

猪口 会費値上げに関する支部アンケートは、賛成が17、反対が17、執行部一任が1という結果でした。会費値上げの前に、まずは、現行枠内で事業費の捻出を試みつつ、シンクタンク活動の実績を積み上げることを先行させるということではないでしょうか。ただし、シンクタンク運営を安定化されるために、会費値上げの検討は09年度もしていかなければならないだろうと考えています。

シンクタンクの主力事業は全日病の既存活動を継承！

猪口 シンクタンクによって、どのようなことが可能になるのでしょうか。



長谷川 最初に、シンクタンクという名がついたからといって、なにか特別なものをイメージされると、そこは実態と違うということを申し上げておきます。

全日病のシンクタンクが恒常的にやるべきことは、まず、情報の収集と管理です。例えば、わが国の医療制度、保険制度等の詳細な情報を収集・管理して会員病院に発信する。あるいは、経営状況や人員配置など会員病院の実態を定期的に調査して管理する。これが一番基本的な仕事ではないでしょうか。

それ以外には、例えば受託研究とかが考えられます。その中には国からの研究委託もあることでしょう。あるいは教育・研修等の受託も考えられます。また、特別なテーマについて会員病院に対するコンサルテーションを実施する

ということもあり得ます。これは、会員以外を対象とすることも可能です。

こういう事業が遂行された上で、なお、その上の段階として政策提言をまとめるということになるのではないのでしょうか。

猪口 あり方委員会の活動に似ていますね。(笑)

長谷川 そうです。全日病が現在やっている活動の少なからぬ部分がシンクタンクと重複します。むしろ、この数年の全日病の活動は、シンクタンク事業への変遷過程であったと考えてもいいと思います。

そうすると、ことさら新規の仕事でそこで新しく作るというのではなく、今までの、例えば各種委員会の活動、全日病が企画・主催してきた教育研修、あるいは機能評価受審相談などから、どの部分がシンクタンクに移管でき、どの部分は従来どおりの委員会や事務局に残すか、むしろ、その切り分けをする必要が重要であると思います。

DPC分析、アウトカム評価、IQIPの各事業も対象！

飯田 今までやってきた研修会や調査分析など、かなりの部分をシンクタンクに引き継ぐことができるのではないのでしょうか。例えば、DPCデータを独自に解析して自院経営に役立てるDPC分析事業、27項目の指標についてベンチマーキングしつつ質の向上に還元するアウトカム評価事業、それから、国際的な臨床指標ベンチマーク事業であるIQIP (International Quality Indicator Project) 等です。今、我々は、これら3事業を一元管理するところまでできています。

猪口 それを内部設置でスタートするという事は、全日病の機構に当該部署を設けるといことになるわけですね。担当者はどのくらいを見込みますか。

長谷川 シンクタンク専任の研究員が2名、アシスタント1人。当初はそれくらいを想定すればよいのではないのでしょうか。

徳田 できれば新年度早々に開始したいですね。



飯田 一つ危惧するのは、シンクタンク設置によって、全日病の本来の活動が停滞することがあってはならないということです。今取り組んでいる活動のいくつかをシンクタンクに移行させるわけですが、何を移すかをよく考えないと、せっかくアクティブな状態にある委員会が停滞しかねないという懸念があります。

猪口 委員会活動自体にも見直しをかけるというのが西澤会長の考えです。今ご指摘の点も兼ねてではないでしょうか。確かに、最初の制度設計をしっかりやらないとまずいとは思いますが。

飯田 まずはシンクタンクを立ち上げて稼働させることが第一の目的です。したがって、それと平行して、業務の移行をきちっと進めることではないかと。



【出席者】

- | | | |
|-------------------------------|--------------------|-------|
| 全日本病院協会 | 副会長・医療保険診療報酬委員会委員長 | 猪口 雄二 |
| // | 常任理事・病院のあり方委員会委員長 | 徳田 禎久 |
| // | 常任理事・医療の質向上委員会委員長 | 飯田 修平 |
| 東邦大学医学部社会医学講座教授・病院のあり方委員会外部委員 | | 長谷川友紀 |

「まずは会員病院のデータベースを整えたい」

長谷川 シンクタンクの業務については、例えば、次の4つの分野が考えられます。1つは教育研修の企画・マネジメント。2つ目が各委員会の補佐というべき作業で、データとか資料の作成などです。3つ目には、受託組織として研究を中心に取り組む。また、プロジェクトベースで外部からの委託も受ける。4つ目は政策提言の案を出す。

全日病の現行事業からシンクタンクへ何を移行させるかについては、この4つの活動分野にもとづいて、どの部分を移行させればよいかを判断してはどうでしょうか。軌道に乗りつつある事業がいくつもあります。しかし、おいしいところだけシンクタンクが持つていくと全日病本体が停滞してしまいかねず、それでは、シンクタンクを作る意味がありません。

猪口 各種委員会で色々な調査をしています。そのフォームがばらばらです。シンクタンクで精密な調査プランや様式を決めて、同じような調査であれば一体に実施するといった調整も期待できるかなとも思いますが。何よりも、まずは、会員病院のデータベース

をきちんと作りたいたところなんです。

飯田 教育研修は全日病でやった方がいいのではないのでしょうか。

猪口 教育研修のプログラムを作るところはシンクタンクで、催行するのは全日病本体というような感じになるんじゃないのでしょうか。

徳田 それと、シンクタンクの事業展開のあり方に関しては、全日病として5年後までに結論が迫られている公益法人制度の問題と関連があるのではないのでしょうか。

猪口 確かに公益法人の改革との絡みが無視できません。この問題は、全日病としても公益法人改革の勉強会を始めていますが、その点にも留意したいと思います。

全日病シンクタンクの設置には会員病院の理解と支持が不可欠です。今後、その事業理念、方針、活動報告など、会員に対する情報提供に積極的に取り組みたいと考えます。また、会員病院向けサービスも早期に展望できるよう努めたいと思っています。

2009年度を、シンクタンク設置による新たな飛躍の年といたしましょう。