



全日病 NEWS 7/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.712 2009/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「社会保障を修復する」と追記、閣議決定

経済財政改革の基本方針2009 09年度予算に続いて10年度予算も2,200億円抑制を断念

6月23日に開かれた経済財政諮問会議は「経済財政改革の基本方針2009」をとりまとめ、政府は同日の臨時閣議でこれを決定した。

とりまとめに当たって、政府は、同会議が6月9日にまとめた「基本方針2009」素案の「平成22年度予算の方向」に「社会保障の必要な修復をする」などの文言を追記するという修正を行ない、10年度予算における自然増の2,200億円抑制を事実上断念した。

「基本方針2009」には、「規制・制度改革」の項に、「医師と看護師等の間の役割分担の見直しに専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」と書き込まれた。

修正に至った背景には、自民党内の議論で、「基本方針2009(素案)」が社会保障費の伸びを2010年度までの5年間で1兆1,000億円抑制するとして「基本方針2006」を踏まえとしていることへ強い不満が噴出したという経緯がある。

「基本方針2009」の了承をめぐって、自民党総務会は、「社会保障の必要な修復をする」などの文言追加に加え、「2,200億円抑制はしない」とする一言の挿入を求める意見が出るなど紛糾が続いていた。

しかし、6月23日の総務会に、①社会保障の自然増はそのまま認める、②節約できた分は社会保障分野に充てるとして与謝野財務・金融・経済財政相の署名入り文書が提示され、「基本方針2009」は、前出の文言追加だけで了承された。

2,200億円抑制の「断念」は09年度予算の編成でも実現しており、一般財源化された道路特定財源と年金特別会計の余剰から財源を調達した結果、削減額は後発医薬品の使用促進による230億円のみとするかたちで決着。さらに、麻

生首相は自ら配分を決める重要課題推進枠を3,330億円確保し、そのうち社会保障等に775億円を割り当て、医師確保・救急医療対策などに投入している。

10年度予算の編成においても、ほぼ同様の対応が図られる公算が強い。

6月23日の記者会見で、与謝野大臣は、総務会に提出した文書の真意を「10年度予算では、あくまでも『基本方針2006』を崩さないという前提で、①社会保障の自然増はそのまま認める、②無理のない範囲で節約に努める、③数字をもって節約の目標を示すことはしない、④節約できた分は当然社会保障分野に充てる」と説明、これは「幾つもの弾力条項があり、社会状況や経済状況に応じてやらなければならないと書いてある骨太2006の考え方そのものだ」と釈明した。

同大臣は、「どういう分野で節約が可能かは既に検討している。ただ、無理な抑制はやめてくれというのが与野党のコンセンサスだ。したがって、抑制はするけれども、無理な抑制は避ける、し

かし、無理のない範囲で最大限の抑制はする」と述べ、医療・介護における節約と予算確保にこれまで以上に柔軟に対応する考え方を披瀝した。

その結果が、「『基本方針2006』等を踏まえ、歳出改革を継続する」という消費増税に向けて降ろすことができないスローガンと「社会保障の必要な修復」を折衷させた「基本方針2009」であった。

「基本方針2006」で「2011年度に黒字化させる」とされたプライマリーバランスを「今後10年以内に黒字化の確実な達成を目指す」と大幅に後退させた「基本方針2009」だけに、歳出改革オンリーのプレッシャーから逃れ、08年度予算と同

様に2,200億円の削減を他財源で実現した上に特別枠を使って医療・介護に重点配分するという対応が考えられる。

6月26日の記者会見で、与謝野大臣は08年12月に麻生総理が求めた枠(3,330億円)と同水準の特別枠を想定していることを明らかにするとともに、09年度当初予算で経済危機対策として計上した1兆円の予備費を圧縮し、その減額分を特別枠や社会保障費の財源として確保する可能性を示唆した。



▲経済財政諮問会議に臨む麻生首相(左)と与謝野大臣(6月9日)

「経済財政改革の基本方針2009」閣議決定の修正箇所

第4章 今後の財政運営の在り方 1.平成22年度予算の基本的考え方

(2)平成22年度予算の方向

【経済財政諮問会議が6月9日にまとめた素案】

平成22年度予算は、持続的な経済成長と財政健全化の両立を図る上で重要な予算である。「基本方針2006」等を踏まえ、歳出改革を継続しつつ現下の経済状況への必要な対応等を行う。

【閣議決定された内容】 *下線部分が新たに追加された箇所

平成22年度予算は、持続的な経済成長と財政健全化の両立を図る上で重要な予算である。「基本方針2006」等を踏まえ、無駄の排除など歳出改革を継続しつつ、安心・安全を確保するために社会保障の必要な修復をするなど安心と活力の両立を目指して現下の経済社会状況への必要な対応等を行う。

臓器移植法一部改正法案(A案)が衆院を通過

家族の同意があれば脳死判定と臓器摘出が可能に

衆院は6月18日の本会議で臓器移植法改正案の採決を行ない、臓器移植法一部改正4法案のうち、本人による拒否の意思がなければ家族の同意によって脳死判定および臓器摘出が可能とするA案を可決、参院に送付した。

本人の書面による意思表示と家族賛同がない限り法的に定義された脳死判定も臓器提供も行なうことができず、15歳未満は民法の遺言能力がないことから臓器提供者になることができないという現行臓器移植法は、1997年に議員立法により成立。施行3年をめぐりに見直すと言われていたが、今日まで改正されずにきた。

今回成立したA案は、自民党の有志議員が2005年に提出したものが原型。臓器移植においては、本人による臓器提供の意思表示がなくても、家族の同意があれば脳死判定と臓器摘出ができるものとなっており、15歳未満による臓器提供を可能としている。

同案は05年に審議未了で廃案となったが、その後、日本移植学会や一部患者団体などの支援を得て、06年国会にふたたび議員提案された。これを契機に、06年と07年にかけてつごう3案の議員提案が出され、07年通常国会から今国会まで厚生労働委員会に付設された「臓器移植一部改正法案審査小委員会」で審議が行なわれ、今国会での採

決にいたったもの。棄権を決めた共産党を除く各党が党議拘束を外すという異例の採決となった。

十分な国民的議論がなされてはいな

い状況で、家族の意思で臓器提供を可能とするA案が、予想に反して賛成263、反対167という賛成多数で衆議院を通過したことは、終末期の議論を控える医

療界に波紋を起している。

参議院では、野党各党の有志議員が、子どもの脳死判定基準などを検討する臨時調査会を内閣府に設置することなどを盛り込んだ「子ども脳死臨調設置法案」を提出している。同法案は、臓器提供条件の骨子は現行法の規定を堅持している。

新型インフルエンザ 運用指針を改定。全医療機関で発熱患者を診療

厚生労働省の集計によると、新型インフルエンザの患者数(国内発生分)は、6月26日現在で合計1,037名と1,000名を超えた。地域も38都道府県に広がっている。20歳未満が703名と67.8%を占めている。

厚労省は6月19日付で「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」の改定を行ない、6月25日に新型インフルエンザ対策推進本部は、改定内容の周知を求める事務連絡を都道府県等に送付した。

「運用指針」は、秋冬に国内で患者が急増する可能性を見据え、①重症患者への対応、②基礎疾患を有する者等の感染防止、③サーベイランスの実施、④流行を抑制・緩和する公衆衛生対策の実施という考え方に基づいた対策を講じるとしている。

そのために、感染者・患者の発生した地域を「感染の初期、患者発生が少数で感染拡大防止に努めるべき地域」と「急速な患者数の増加が見られ、重症化の防

止に重点を置くべき地域」の2つに分けて対応してきた、今迄のグループ分けを廃止した。

また、外来部門における対応をあらため、発熱外来だけでなくすべての医療機

関で発熱患者の診療を実施するほか、発生患者と濃厚接触者への対応、入院部門における対応など各領域にわたって対応の指針を見直した。

介護従事者の処遇改善調査を10月に実施

6月24日の介護給付費分科会に、厚労省は、4月の介護報酬改定後に介護従事者の処遇改善がどこまで進んだかを把握する調査実施案を提示、了承を得た。調査対象は特養、老健施設、介護療養型の3施設と居住系の3事業。

調査実施要綱案は分科会に付設された調査実施委員会がまとめた(6月1日号既報)。調査は10月に実施し、来年2月をめぐりに集計、同委員会で分析した後、4月以降

に分科会に報告される。

事務局(厚生労働省老健局老人保健課)は処遇改善状況の調査を来年度以降も実施する方針を示し、次回調査は「介護職員処遇改善交付金」の実態も含めて調べると説明した。



支払機関から地方厚生局が前面へ

レセプトオンライン請求の義務化期限猶予措置 オンライン化へ、支払基金・国保連と地方厚生(支)局が毎月会議

レセプトのオンライン請求については、5月8日に公布・施行された改正省令によって、この4月に義務化を迎えたレセコン導入済みの400床未満病院と調剤薬局のうち、4月診療分請求期限(5月10日)までにオンライン請求が間に合わないところを対象に、2010年3月末までの間で厚生労働大臣が定める日までは実施義務を猶予するという緊急避難措置がとられた。

この猶予措置について、5月8日付の保険局長通知は、(1)実態を踏まえ延長期限は半年以内をめどとする、(2)期限猶予対象となった病院・調剤薬局には、①毎月、オンライン請求に向けた準備の進捗状況等の書面を支払機関に提出させる、②期限内にオンライン請求に移行できるよう厚労省と審査支払機関は勧奨・指導を行なう、③猶予期限経過後は「診療報酬が支払われないことについて警告を行なう」、ことを明らかにしている。

5月8日付通知にもとづいて、支払基金と国保連は、義務化対象となったうちで4月分の報酬をオンライン請求しなかった機関すべてに状況届の提出を求め、厚労省はその集計結果を6月19日に公表した。

それによると、2,256病院に状況届を

送付、回収できた1,934病院のうち1,116病院が4月分請求時にオンライン請求にいたっていない(内訳は別表)。

厚労省は、今後、状況届未回収の病院・薬局とともに、とくに、準備が遅れている「レセ電申込予定がない病院・薬局」または「回線敷設の予定がない病院・薬局」に重点をおいて、審査支払機関から勧奨等を行なうとしている。

厚労省は、また、6月18日付で保険局総務課長と医療課長連名の通知を发出し、「一部改正省令施行にともない地方厚生(支)局が行う指導に当たって当面必要な取り組み」について明らかにした。

通知は、「(審査支払機関からの)勧奨によってもオンライン請求への移行準備が十分に進まない保険医療機関には、保険療担規則第2条3の規定を根拠として、地方厚生(支)局から指導することが必要である」と、指導・監査ではないとしつつも、指導権限を有する地方厚生局による直接指導に切り替える方針を表明している。

具体的には、都道府県ごとに支払基金・国保連との連絡会議を月に1回程度開催し、状況届の未提出やオンライン請求への準備が遅れている保険医療機関等のリストを作成するなどをして当該

都道府県における進捗状況を把握するとともに、各都道府県が重点的に取り組む勧奨・指導の対象等に対する具体的な方針を検討し、確認するとしている。

さらに、同日付の総務・医療両課長連名の別通知は、6月分請求(7月10日期限)に向けた勧奨等の基本的な方針を明示した。

その内容は、①状況届が未提出の機関はその理由と提出見込みを把握する、②オンライン開始届を提出している機関は6月分請求時からオンライン請求を行なうよう勧奨を徹底する、③開始届を出していない場合でもオンライン請求の準備が整っている機関は、特別の事情がない限り6月分請求からオンライン請求を行なうよう勧奨を徹底する、④レセ電導入契約の申込予定がない機関は、6月分請求の状況届で申込済また

は遅くとも7月には申込予定となるよう勧奨を徹底する、⑤レセ電導入契約の申込予定はあるが8月以降であるなど遅れている機関は、6月分請求の状況届で申込済または遅くとも7月には申込予定となるよう勧奨を徹底する、というもの。

同通知は、さらに、前出各ケースのほかについても、「既にレセ電を導入している病院、又はレセ電は未実施で、レセ電導入の契約が申込済みもしくは申込予定ありの病院であって、自らオンライン請求を行うための回線敷設について回線提供者への申込予定がない」病院について取り上げ、6月分請求時の状況届で「少なくとも回線提供者への申込予定ありとなるよう勧奨を徹底する」ことを明記するなど、細かな勧奨と指導を行なう方針を打ち出している。

■4月分請求時にオンライン請求できなかった1,116病院の内訳

オンライン請求の準備がほぼできていると考えられる病院	423
オンライン開始届を提出しているがオンライン請求せず	333
オンライン開始届を提出していないがオンライン請求できる状況にある	90
回線敷設の予定がない病院	89
レセ電実施済みで回線敷設の予定なし	50
レセ電申込済または申し込み予定あり+回線敷設の予定なし	39
レセ電申込予定がない病院	136

特養介護職員の医療行為でモデル事業

口腔内吸引と経鼻経管・胃瘻に限定。今年度中に実施

厚労省に設置されている「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」は、6月10日、吸引(口腔内)と経管栄養(経鼻経管栄養および胃ろうによる栄養管理)を特養の介護職員が行なうことを条件付きで認める方向で、モデル事業を実施することで合意した。

検討会は、昨年11月の「安心と希望の介護ビジョン」で、①介護従事者が医療行為を行なうことができるようにすることを含めた資格・研修のあり方を検討する、②当面、医療的ケアのニーズが高い施設で、研修を受けた介護従事者が経管栄養や喀痰吸引を行なうことができる仕組みを整備すると書き込まれたことから、今年度の2月12日に設置された。

第1回会合に、事務局(医政局医事課と老健局計画課)は、厚労省が実施した「特養における医療的ケアに関する実態調査」の結果を報告した(回答要旨は別掲)。

この調査結果に、老協協の委員は「現場での実態と比べると数字が少し低いようだ。(介護職員による医療行為は)心理的に書けない部分があり、実態より低い数値が出たのでは」と指摘、日本介護福祉士会の委員も「そういう実態があるとは聞いている」と、ともに介護職員が医療行為を行なっていることを

示唆した。

こうした実態に、委員からは「違法性が放置されているのは利用者にとって危ない」、さらには、「働く職員の安全も考える必要がある」といった意見が相次いだ。

その中で、日本医師会の三上常任理事は、「そもそも、24時間医療行為を必要とする人が特養に入っているのか。医療ニーズの増加には医療行為ができる施設を増やして対応していくのが本来あるべき姿だ」と指摘した。

第2回目の検討会が開かれたのは6月10日。そこに、事務局は、特養の中で行われている医療的ケアを介護職員に認める可能性について、調査結果などから、喀痰吸引と経管栄養を優先的に検討するよう提案。「看護職員と介護職員の連携によるケアの実施に係る事務局たたき台」を示して、介護職員が吸引(口腔内)と経管栄養(経鼻経管栄養および胃ろうによる栄養管理)を行なうことを条件付きで認めてはどうかと提案した。

その上で、これら行為についてはモデル事業を実施し、医療行為を行なうに先立つ研修の内容や実際のケアの方法を具体的に検討する案を諮った。

これに対して、一部委員からは、モデル事業であっても介護職員が医療行為を行なう違法性を危ぶむ声が上がったほか、「実施する前に医療行為の法

的定義を変えるべきである」(三上委員)という批判が展開された。

こうした批判に、事務局は、「過去の判例などを考慮すると、一定条件の下であれば、無資格者が痰の吸引などを実施しても違法性は阻却されるものと整理される」と説明。

宮島俊彦老健局長も「(違法性が疑われても)警察が実際に動く時には、事前に厚労省に照会がくる」と述べるなど、モデル事業によって介護職員が法的に問われる可能性は現実的にはないという認識を示して、事務局の説明を補強した。

宮島局長は、さらに、「危険度の高いものから低いものまで医療行為にはグ

ラデーションがある。その中で、あらかじめここは医行為から外す、ここは残すということを決めなくても、モデル事業でどういうふうな形で現場が実際に動くかを確認してからあらためて整理をさせていただきたい」と釈明、モデル事業の実施は了承を得た。

厚労省は、各分野に及ぼす影響が大きいことから、現段階で、医療行為の範囲を変える考えはないとしている。ただし、モデル事業については「色々な制約の中で行なわれるものである」ことから、「ただちに違法行為になるわけではない」とみている。

その一方で、事故や患者・家族の訴え等不測の事態が生じる可能性があることから、モデル事業実施の指針や研修内容はあらためて有識者を交えて決め、今年度中にモデル事業を実施する方針だ。

■特養における医療的ケアに関する実態調査の結果(要旨)

- 昼間に看護職員が勤務している施設は全体の99.8%だが、早朝は35.4%、17時から20時までは56.3%と大きく減り、午後8時から10時までになると3.4%、午後10時から午前6時までは2.6%と極端に少ない
- 必ず夜勤(宿直)の看護職員がいる施設は1.7%(0.6%)、看護職員がいる時間とない時間がある施設が5.6%、状態に応じて看護職員が勤務するがある施設も10.8%といずれも少なく、オンコールで対応する施設が75.9%を占めている。
- 実施頻度の高い医療的ケアは、①服薬管理(麻薬を除く)が74.6%、②経鼻経管栄養・胃瘻による栄養管理9.9%、③吸引15.3%、④創傷処置4.6%、⑤洗腸3.7%、⑥摘便3.7%などの順となっている(複数回答)。
- 頻度の高い処置の中で、22時～6時に実施される人数が多いものは、服薬管理、胃瘻による栄養管理、吸引(口腔内・鼻腔・咽頭より奥または気管切開)である。
- 吸引が必要な入所者の87%は口腔内で、吸引の2割が22時～6時に実施されている
- 経鼻経管栄養・胃瘻による栄養管理の実施回数は3回/日が95%を占め、20時～6時の実施頻度は10%と低い

*調査は08年9～10月に実施、3,370施設から回答を得た。

6月の研修会(結果報告)

■全日病・医法協共催「医療安全管理者養成課程講習会」

全日病と医法協が共催する「医療安全管理者養成課程講習会」が6月27日に東京都内で開催(第1クール=講義)され、250名が受講した。

■医療機関トップマネジメント研修

第4回「医療機関トップマネジメント研修」が6月13日に全日病本部で開講、35名が受講した。

■個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース

09年度「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース」が6月19日に全日病本部で開催され、62名が参加した。

7月以降の研修会(開催案内)

※詳細案内は全日病ホームページに掲載

■特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)

「特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)」が7月11日・12日の2日間、

神戸市内で開催される。

■09年度「個人情報管理・担当責任者養成研修会Basic Course」

09年度の「個人情報管理・担当責任者養成研修会Basic Course」が追加開催される。日時●8月4日(火) 10:00～17:00 会場●全日病本部(6F大会議室) 定員●60名

参加費●1万2,000円(資料代を含む) 研修内容●講義およびグループワーク

■09年度「特定保健指導アドバンス研修」

09年度「特定保健指導アドバンス研

修」が、東京(8月1日)、神戸(9月26日)、福岡(10月31日)で開催される。昨年実施したアドバンス研修とは内容が異なるので、再受講も可能。

受講要件●①医師・保健師・管理栄養士、②本会主催「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」を受講修了した看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士 参加料●会員病院1名1万5,000円、会員以外の病院1名2万円 定員●各会場100名

5年先とともに2025年の需給を推計

第7次看護職員需給見通し 厚生労働科研の手法を応用。社会保障国民会議報告の推計も活用

6月22日に開催された「第7次看護職員需給見通しに関する検討会」は、2011年以降の看護職員の需給について、これまでと同様5年のスパンで測る中期的予測とともに、2025年時点の需給という将来推計を試みる方針を確認した。

長期需給の推計は厚生労働科学研究班に委託し、年内に報告を得る予定だ。

事務局(厚生労働省医政局看護課)は、検討会に「第7次需給見通し策定の基本的な考え方」のたたき台を提示。基本方針に「看護職員の就業の現状だけでなく、各施設における看護の質の向上や勤務環境の改善などを見込んだ場合の看護職員の必要数を把握する」ことをあげた。

一方、検討会の委員である東京医科

歯科大学の伏見清秀准教授は長期将来推計の考え方を説明した。

伏見委員は、厚生労働科学研究班(伏見班)が2008年度までに報告した疾病構造と疾病あたりの需要量から地域の医療需要を推計し、急性期病床や医師等の必要数を導く手法を応用すれば、「地域の看護需要とその将来予測を推計し、

地域の看護職員必要数の推計を試みる事が可能である」と提起。

さらに、昨年の社会保障国民会議最終報告が2025年の看護職員必要数等の推計を行なったことを取り上げ、この推計に用いられた数値をより厳密に推計するとともに医療提供体制の変化等の様々な条件設定を含めることによって、より詳細な看護職員必要数の推計が可能であると述べた。

今回は調査票のたたき台にもとづいて議論を行なう予定だ。

「需給見通し策定にかかる基本的考え方」(たたき台) 6月22日 第7次看護職員需給見通しに関する検討会

□基本方針

- ・今後の医療ニーズの増大や看護の質の向上が求められていることに鑑み、看護職員の就業の現状と同時に、各施設における看護の質の向上や勤務環境の改善などを見込んだ場合の看護職員の必要数について把握する。
 - ・実態を適切に把握するため、各施設の協力を得て、より精度の高い調査の実施に努める。
 - ・将来的な見通しなどは各施設において対応しにくい面があることから、需給見通し(中期)と将来推計(長期)とで役割分担しつつ、整合性を確保する。
- 需給見通しの策定—第7次見通しにおける対応の方向
- 調査方法

- 需要数・供給数について都道府県毎に積み上げを行い、厚生労働省で取りまとめる。ただし、調査の方法について、より各施設の協力が得られるよう工夫する。
- 調査票
- 調査票における看護職員の必要数の記入については、必要数の算出方法を示すなど記入しやすく工夫したかどうか。
- 調査票の記入者
- 調査票を記入する者を指定してはどうか。その場合、誰が記入することとすべきか。
- 調査項目
- ・各施設の協力がより得られるよう、例えば、需給見通しの策定に直接関係

- のない調査項目を整理してはどうか。
- また、需給見通しを策定する上で、新たに調査すべき事項はあるか。
- ・看護の質の向上や勤務環境の改善など、必要数の見込み方をどのように考えるのか。
- 調査対象機関
- 対象機関は以下のとおり。下線部が全数調査、それ以外が既存資料の活用又は抽出調査。
- ※病院(介護療養型医療施設を含む)、有床診療所、無床診療所、助産所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅サービス、社会福祉施設、看護師等養成所、保健所・市町村・その他行政機関、事業所、学校

- 需給見通しの期間
- 長期推計を別途行うことから、2011年から2015の5年間としてはどうか。
- 非常勤職員の取り扱い
- 労働時間を基に常勤換算するとともに、実人員も把握する。
- 推計方法
- ・都道府県において需要数・供給数を積み上げて推計する場合に、ばらつきをなくするため、例えば、未提出施設の推計に当たっては、提出のあった全施設を積み上げた計数の伸び率を乗じて推計することとするなど、具体的な推計方法を示してはどうか。
 - ・さらに、医療計画や医療費適正化計画との整合性を持たせる事項をどうすべきか。

10年度改定要望書(2報)の議論進む

日病協 実務者会議は7月中の要望を目指して意見集約へ

日本病院団体協議会(日病協)の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は、6月17日の会合で、2010年度診療報酬改定に向けた要望書(第2報)に関する議論を深めた。

会議には、日病協を構成する11病院団体からあらかじめ出された要望点を整理し、分かりやすくまとめたドラフトが提示された。

その内容は、現時点で、(1)入院基本料の増額と根拠に基づく算定方式の創設、(2)外来診療における機能別評価の確立、(3)急性期入院医療にかかわる評価の見直し、(4)慢性期入院医療にかかわる評価の見直し、(5)精神科入院医療にかかわる評価の見直し、(6)リハビリ

テーションにかかわる評価の見直し、からなる。

このうち、入院基本料に関しては、すでに4月16日に厚労省保険局医療課に提出した「10年改定要望(第1報)」を再掲した上で、入院基本料にチーム医療体制の評価を反映すべしという考えを追加している。

チーム医療の評価については、昨年末に実務者会議がまとめ、12月24日に日病協として厚労省に提出した「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」に盛り込まれた「入院基本料の算定に包含されるべき項目」で明らかにした「支払い対象職種」の考え方と連動する。

実務者会議の中にはチーム医療体制の評価は入院基本料加算とされるべきだという意見もあるが、同日の議論では、「入院基本料として評価されるべきである」という意見が大勢を占めた。

このほか、ドラフトでは、入院基本料関連として、①医師事務作業補助体制加算の適用拡大、②診療情報にかかわる電子化加算の正当な評価の2項目が追加されている。

外来診療の機能別評価について、ドラフトは「専門外来の評価」と「一般外来の評価」を掲げ、総合病院を想定した専門外来には時間軸と診療原価を踏まえた報酬体系を、一般外来に関しては、出来高払いの急性期疾患と包括払いの慢

性期疾患という報酬体系を求めている。

急性期入院医療については、①入院時医学管理加算の要件弾力化、②2次救急を評価するために救急搬送の受け入れと緊急手術に加算を設ける、③DPC救急入院時(診断確定まで)の出来高評価という3点があげられている。

このほか、リハビリテーションについては、急性期リハにおける評価基準を施設から人員配置に代えること、維持期リハの適用拡大を図るという2点があげられている。

診療報酬実務者会議の猪口委員長は、同日の会議で「できれば次回7月の実務者会議で最終案をまとめ、同月の代表者会議で承認を得ることを目標にする」と宣言。次期改定を囲む不透明な政治情勢とかかわりなく、早期に病院団体の改定要望を政府や中医協にアピール、十分な議論時間を確保するよう訴える意向を表明した。

2009年度第1回理事会・第2回常任理事会の詳細 5月16日

【主な協議事項】

- 2009年病院経営調査の実施
- 09年病院経営調査の実施が承認された。調査票には、新たに、①療養病床から老健施設に転換した病床数、②主たる特定入院料算定状況の記載が追加された。
- 「2008年度人間ドックに関する調査」の実施
- 「2008年度人間ドックに関する調査」の実施が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

- 以下の5名の入会が承認された。
- 群馬県 須藤病院 理事長 須藤英仁
 愛知県 杉田病院 理事長 杉田荘太郎
 京都府 久野病院 理事長 久野成人
 京都府 八幡中央病院 理事長 眞鍋克次郎
 宮崎県 海老原総合病院 院長 米澤 勤
- 退会が2名あった結果、在籍会員数は2,277名となった。

- 以下の賛助会員入会が承認された。
- 米子中海クリニック(鳥取県・小嶋良平理事長)
 新銀行東京(東京都・津島隆一代表執行役)
- 別途退会が1あった結果、賛助会員の数は88社・団体となった。
- 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
- 千葉県 化学療法研究所附属病院
 神奈川県 山内病院

- 日帰り人間ドック実施指定は488施設となった。
- ◎1泊人間ドック
- 福岡県 社会保険小倉記念病院
- 1泊人間ドック実施指定は27施設となった。



医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(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 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1)1級 年3回(6月・10月・2月) (2)2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技Ⅰ> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催：社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳細な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

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

機能評価係数候補第1弾として4項目

診療報酬基本問題小委員会 「データ提出」「効率化」「複雑性」「分類カバー率」。多くは特定機能病院向き?

6月24日の診療報酬基本問題小委員会は、DPC包括評価分科会の西岡分科会会長から、調整係数に代えて次期診療報酬改定から導入される機能評価係数案として同分科会がまとめた4項目に関する報告を受け、議論を行なった。

4項目は、①DPC病院としてデータを提出していることの評価、②効率化に対する評価、③複雑性指数による評価、④診断群分類カバー率による評価、からなる。

いずれも、6月19日のDPC分科会で、2010年度改定で導入される係数を構成する評価項目として採用されたもの。

同日のDPC包括評価分科会は、10年度改定時に優先的に導入すべきとされた“既存DPCデータで分析可能な項目”のうち「高度医療指数」は見送り、「救急・小児および救急における精神医療への対応」は急性期全体の関係で議論

すべきとして基本小委の議論に委ねた。

さらに、「患者の年齢構成」と、「既存データで一部分分析が可能な項目」のうちの「診療ガイドラインを考慮した診療体制」「医療計画で定める事業等の実施」「チーム医療」「データの公開」という項目も引き続き検討が必要と判断。したがって、前出4項目が基本小委に諮る最初の機能評価係数案候補となった。

議論において、診療側の西澤寛俊委員(全日病会長)は「複雑性指数は在院日数が長い疾患を引き受けている割合が高い病院を評価するもので、主に特定機能病院が対象となる。しかし、出来高で特定機能病院が加算評価されているのは、そうした負担を見込んだからではないか。こうした既存加算との関係を整理する必要がある」と指摘、二

重評価へのチェックが必要と提起した。

さらに、医療計画にかかわる係数案についても、「地域への貢献度という面で、4疾病とそれ以外の疾病でどう差が生じるのかという辺りも十分吟味する必要がある」と意見を述べた。

その上で、「4項目のうち、DPC病院としてデータを提出していることの評価はよく分かる。しかし、それ以外の3項目は十分な吟味が必要だ」として、事務局に詳細データの提出を求めた。

西澤委員は、また、救急医療については「DPCを含むすべての救急病院が

納得できる評価を考えたい」とした。

詳細データについて、どういうデータであればよいかとたずねた事務局に対して、西澤委員は、「重要なことは機能評価係数の考え方である。本来、DPC各分類の点数評価がしっかりしていれば係数や加算による追加評価は不要となるという考え方もある。そうした(点数面の不合理な低評価を係数が補うという不整合に陥らないという)原則にかなっているかどうかという辺りをデータで示していただきたい」と注文した。



厚労省 精神科の人員配置を引き上げる方向を提起!

今後の精神保健医療福祉のあり方検討会 ケースミックス導入の必要に言及。医療計画上の位置づけ検討も

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が6月18日開催され、事務局(厚労省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)は「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」と題した資料を提示。精神科における患者状態像・重症度や病棟機能に応じた人員基準とその評価体系、精神科全体の人員配置引き上げ、評価におけるケア時間等コストの反映、評価に必要な分類・評価方法の開発、精神科医療機関の類型化、さらには、医療計画における精神科医療の位置づけの検討など、多岐にわたる検討課題を提起した。

議論において、人員配置基準や診療報酬については、精神科を一般医療の中にきちんと位置づけ、一般科と足並みをそろえた基準や評価設定が必要だという意見が多く示された。

特に、一般病院と比べて医師は1/3、看護師は2/3でよとされてきた精神科特例については、時期を決めて廃止していく必要があるのではないかと指摘もあった。

その一方で、人員確保については地域事情による差が大きいことから、新たに基準が引き上げられても対応しきれない病院も多いとして、まずは、必要な人員を供給できる体制や仕組みづくりが重要であるという発言も出た。

「入院医療における病床等の機能(総論)」「地域医療体制と精神科医療機関の機能」「精神科医療機関における従事者の確保」の3点から構成された「地域医療・入院医療のあり方」資料は、今後の

精神科医療提供体制を指向する厚労省の課題認識とイメージがますます濃くなるものとなった。

盛りだくさんの視点からなる事務局の論点提起に対して、時間不足と医療提

供体制に対する認識がばらばらなこともあり、議論は深まらなかった。

2004年9月に厚生労働省が策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、今年の9月で満5年が経過、見直される

べき中間年を迎える。厚労省は、今年9月頃をめどに報告書をまとめたいとしているが、議論は多岐にわたっており、なお紆余曲折が予想される。

今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」(要旨) 6月18日

■入院医療における病床等の機能(総論)

(1)段階的に人員基準の充実を目指すべきである。

①患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とその評価を検討する。
②将来的に人員配置標準を見直して精神科全体を引き上げることをどう考えるか。

(2)患者の心身の状況に応じ、入院治療の場の適切かつ優先的な確保を図るべきである。

③重症度に応じた評価体系導入を検討する。

④その際、医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる時間等のコストを勘案する。

⑤そのために必要な分類・評価方法の開発を進める。

⑥とくに、統合失調症については、将来の病床数のあり方を検討する。

⑦認知症については、専門医療機関の機能明確化・重点化を含めた精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討する。

(3)高齢精神障害者の退院促進に当たっては、その多くが介護を要する状況で

あることを踏まえ、生活の場を確保することが必要。

■地域医療体制と精神科医療機関の機能(1)

①患者の地域生活を支援する在宅・外来医療を含めた体制を精神科病院、診療所、訪問看護ステーションが連携して構築する。

②診療所による在宅医療・救急医療への参画も促進を図る。

③このほかに、大まかに次のように類型化された機能を担う精神科医療機関を整備する。

・高次の精神科救急を行う精神科病院(急性期の身体合併症に対応する機能も必要)

・いわゆる総合病院精神科(精神病床で身体合併症治療等を行うほか一般病床へのリエゾン機能も必要)

・高齢者の診療を行う精神科病院(認知症のBPSD・身体合併症対応や高齢統合失調症患者の身体合併症対応の機能が必須であり、精神科病院の機能強化が必要)

・極めて重症な患者の療養を行う精神科病院(ただし必要な病床数はごく限られた数)

・その他の専門的な医療機能(児童

思春期、依存症等)を有する精神科医療機関

■地域医療体制と精神科医療機関の機能(2)

①精神科医療の医療計画の「救急医療等確保事業(5事業)」における位置づけを検討する。

②医療計画に明示されるべき医療機能、医療連携体制および圏域設定の具体的なあり方を検討する。


■精神科医療機関における従事者の確保

①学会・医療機関等が連携して若手医療従事者養成の充実を図り、精神医療への魅力を高め、精神科の従事者の確保を図る。

②質の向上を図るために段階的に看護職員等の人員基準の充実を目指す(再掲)。

③その上で、最も必要な分野に重点的に医療従事者を確保する。具体的には、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療等の従事者が相対的に増加し、長期入院病棟等の従事者が相対的に減少するよう施策を講じる。その際、新たな分野に従事する者への研修等を考慮する。

④確保の難しい医師・看護師の業務を軽減する観点も踏まえ、他職種の従事者の資質向上や更なる活用を検討する。



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