



全日病 NEWS 4/15

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.730 2010/4/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

審査支払の質向上や効率化の議論を開始

審査支払機関の在り方検討会 「統合」問題も視野。医療機関、保険者、支払基金・国保連が一堂に

厚生労働省は4月8日に「審査支払機関の在り方に関する検討会」の第1回会合を開催、審査支払業務の質向上や効率化に向けた議論を開始した。

審査支払機関に関しては、累次の規制改革関係会議だけでなく、民主党政権下に設けられた行政刷新会議でも民間参入の促進など規制緩和や組織・業務の効率化等が課題に取り上げられており、昨年11月の事業仕分けでは、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の統合を含む見直しを検討すると結論づけられている。

厚生労働省自体、長妻大臣の発議で始まった「省内事業仕分け」の第1回会合(4月12日)で支払基金を仕分け作業の対象に取り上げた。

こうした流れを踏まえ、支払基金も今年に入ってから次々と業務改善策を決めるなど、その存続をかけた見直しに着手している。

自由討論に終始した同日の「審査支払機関の在り方に関する検討会」では、支払基金と国保連の統合問題とともに査定率や手数料の支部間格差が委員から指摘された。

検討会はとくに期限を定めた結論のとりまとめを課してはなく、当面は年内をめどに議論を一巡させるとしているが、政府内と厚労省内の検討状況をにらみつつ、来春の通常国会に関連法改正案を出すことも視野に具体的な対応策をさぐることになる。(2面に関連記事)

検討会のテーマとして事務局(保険局保険課・国民健康保険課)は、①審査支払機関(支払基金、国保連)の組織見直し、②審査支払機関の競争の促進、③審査支払業務の効率化、民間参入の促進等、をあげた。

14名からなる委員には両機関関係者と有識者以外に、市町村および健保連と歯科医師会、保険病院が選ばれたが、診療所(日本医師会)は名を連ねていない。事務局は「支払基金と国保連が同席して審査支払業務のあり方等を論じるのは初めてのこと」と、その意義を強調する一方、「状況に応じて、途中から委員が増える可能性もある」と宣し、原中体制に変わった日医へ配慮する可能性を示唆した。

自由討議では、①査定率格差の解消、②審査基準の標準化、③調剤報酬審査のレベルアップ、④審査事務費の効率化、⑤手数料格差の改善、⑥IT化による手数料の引き下げなど、数多くの課題が取り上げられた。

審査基準の標準化に関しては、単に支払基金と国保連のダブルスタンダードを是正するだけでなく、診療報酬体系に潜む曖昧さをなくすべきという指摘も出た。その一方で、「審査の適正化が医療の委縮に結びつくことがないように配慮願いたい」という声もあがった。

委員全員が発言したが、単純な統合論を支持する意見は特段出なかった。

「刷新会議で提起されている統合という課題は重く受けとめなければならな



い。一方、議論において、競争性を確保することで、それに代わる成果を上げられるというご指摘もある」と述べた保険局の吉田学保険課長は、こうした声に、「競争の導入や統合という組織論から入るのではなく、業務のあり方について議論した方がうまくいく」と発言、統合問題は副次的なテーマと

したい意向を示した。同課長は、また、「検討会で合意された改善策はすぐにでも実行に移したい」と述べるなど、外部の声を受け入れて厚労省自ら見直しを進めているかたちを示したいとする同省の本音をうかがわせた。

質へ寄与する審査支払へ議論は深化するか

同日の検討会で、長谷川友紀委員(東邦大学医学部教授)は「審査支払業務の効率化だけでなく医療の質と安全へどう寄与できるかという視点からも議論されるべきである」と提起。その基盤として、医療機関、審査支払機関、保険者をトータル化したIT化と情報の標準化を実現。収集・蓄積されたデータの活用と公開を実現すべきであると論じた。

事務局も「質・効率化という視点と現機関のあり方という視点は異なる。2つを切り分けてはいかがか」と提起、効率

化だけでなく質の問題にも目を配るよう呼びかけた。

支払基金の電子レセプト請求割合は、今年2月請求分(医科全体)で75%を超えている。これを踏まえ、支払基金も、電子レセプトに対応した業務新計画を策定するとしている。

しかし、検討会の委員は保険者が多くを占めている。経費削減と既得権確保の思惑が先行する中、質への貢献という視点がどう議論されるのか、その見通しは定かではない。(2面に支払基金の「業務改善策」を掲載)

支払基金が査定率の支部間格差について報告 ローカルルール存在を認める

支払基金は3月15日に、内部に設置した「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」がまとめた報告書を公表した。その中で、査定をめぐる支部間格差について、要旨以下のとおり述べている。

①全国47支部の審査実績(09年9月審査分)をみると、原審査の査定件数率は0.85%、原審査の査定点数率は0.20%、再審査の査定件数率は0.30%、再審査の査定点数率は0.05%であり、提出されているレセプトの98.85%、請求点数の99.75%が原審査および再審査で査定されてなく、請求どおり支払われている。

②請求点数1万点当たりの原審査査定点数率は全国平均で約17.7点、最も高い支部で28.4点、最も低い支部で7.1点と、その差は4.0倍であった。再審査に

ついては、請求点数1万点当たりの再審査査定点数率は全国平均で約3.1点、最も高い支部で6.8点、最も低い支部で0.4点、その差は17.0倍であった。

③支部間差異の要因

○全国的な保険者が提出する再審査請求件数は47支部で大きな差はないが、47支部の再審査の査定点数率には大きな格差が生じている。その格差は各支部の原審査査定の差異に近い傾向がある。

○「審査基準をめぐる要因」については、①各審査委員会の支部取決事項(ローカルルール)が設定されているが、多種多様であり、支部間差異を生む一つの要因。

②保険診療ルール解釈について、疑問が生じた場合、公定解釈が得られるま

での間、支部独自で判断に当たらないため、差異が発生する。

③さらに、様々な学会が診療ガイドラインを作成しているが、そのガイドラインと保険診療ルールの不整合が生じる。

○「内部要因」としては、審査委員、職員のそれぞれの差、及び両者の連携が不十分であることが、支部間差異を生む1つの要因。

○各支部の審査委員会は独立して審査を行ってきたため、他支部の審査委員会と情報交換や協議する機会がほとんど設けられてなく、それぞれ問題を抱えながら、独自に解決に当たらないことが支部間の差異を生じさせた原因の1つ。

○フルタイムで従事する審査委員が少ないことが、支部間差異解消に向けた取り組みが進まない要因の1つ。

日医会長に原中勝征氏が就任

日本医師会の役員選挙が4月1日に行なわれ、会長に原中勝征氏(茨城県医師会会長=写真)が選出された。

副会長には横倉義武氏(福岡県医師会)、中川俊男氏(北海道医師会)、羽生田俊氏(群馬県医師会)が当選。常任理事には、中医協委員である鈴木邦彦氏(茨城県医師会)ほか9人が選出された。

日本医師会は4月6日に執行部の職務分担を発表した。それによると、地域医療等は横倉副会長が、医療政策、医療保険および介護・福祉等は中川副会長が、庶務、財務等は羽生田俊副会長が担当する。



清話抄

日本人の美德はと聞かれたら、たぶん、「繊細さ」と答えると思う。そして、この「繊細さ」あるいは「細やかさ」ゆえに、日本の医学や医療は発展を遂げてきたのだと思う。

欧米を中心に、かつて進行大腸癌はポリープからできると信じられていた時代に、現昭和大学の工藤進英教授は

「陥凹型早期大腸癌」という新しい概念を提唱した。それは、「ほんの僅かに赤くみえる程度」の微細な病変であった。長い学問的戦いの末、欧米諸国もこの新しい早期癌の存在を認め、かつ、これが進行大腸癌に至る主要経路と考えられる迄に至った。

「微細な違い」を真面目に追求して、日本の消化器内視鏡学は発展してきた。大腸に限らず、胃や食道の早期癌も、日本から発信した概念である。かつてドイツから胃カメラを持ち込んだ日本は、ど

の国よりも早く「小さな」癌を見つける診断学を確立させてきた。さらに、そうやって見つけた癌を内視鏡を用いて切除する治療手技も、日本で開発されてきた。

当院では2006年より「がん登録」を行っている。先日過去4年分のデータがでた。胃癌が最も多く、その約7割がステージIの段階で発見されていた。そして、早期胃癌のなんと86%が検診やドックにて発見されたものであった。さらに、胃癌全体の半数弱が内視鏡的に治療されていた。

早期の段階で見つけて、内視鏡を用いて低侵襲の治療を行う。しかも医療費が安い。日本人は恵まれている。日本人は日本の医療について、もっと誇りを持って良いと思う。昨年、フランスに医療視察に行く機会に恵まれた。フランスでは検診はほとんど行われていないとのことで驚いた。

メディカル・ツーリズム。世界中から日本を訪れた人が、この恩恵に与ることができたら素晴らしいことではないだろうか。(芽)

主張

都道府県、公と私、2次と3次、団体…と違いはある。だが、防災も救急も「垣根を越えた連携」が欠かせない。

年初以来、海外から立て続けに巨大地震のニュースが飛び込んできた。折りしも阪神淡路大震災から15年の節目の年、我が国の地勢的脆弱さに不安を抱いた方も少なくないと思われる。

当協会の救急・防災委員会では、毎年防災訓練を実施する会員病院を募り、企画から実践までのサポートをしているが、今年は県境をまたいだ訓練が初めて開催され、災害時医療のあり方に新たなそして貴重な経験を加えることができた。得られた成果を公表して災害時の医療対応に活かすとともに、「垣根を越えた連携」の必要性と効果を訴えたい。

3月10日には日本医師会から「医師会JMAT構想」が発表された。災害急性期医療を担うべく郡市区単位のチームを編成するものだが、同構想の立ち上げに必要な支援協力はもちろん、有機的連携を目指すとしたその輪の中に入って共に活動するつもりだ。

巨大な災害に対して無力感を嘆いていても始まらない。役立つ資源は何であれ、たとえ公でも私でも大いに活用すべきであって、そのためにも、各団体の「垣根を越えた連携」をこれまで以上に強化して行きたい。

医療施設の耐震化補助に関して民間病院が後回しにされている現状が

「全日病ニュース」3月1日号で報じられた。取得条件の厳しさから生じたことだが、増額に対する期待が萎んだ向きも多く、公私病院に対する均衡配分への配慮があればとの不満も決して小さくない。

今回の診療報酬改定では2次救急への配慮のなさも感じられた。期待を抱いた関係者の多くが失望感に襲われ、少なくない数の医療者が残念ながら継続に見切りを付ける可能性が高い。

療養、手術、外科さらには3次救急と比べると値上げの幅はあまりに僅かで、2次救急の現場からの意見が汲

み上げられることもなかった。これでは2次救急病院の減少に歯止めがかからない。だが、2次救急病院減少の影響は3次救急病院が被ることになるから、このまま放置すると、やがて3次救急も立ち行かなくなる。2次救急と3次救急はそもそもの役割が違うので、それぞれが揃っていなければ救急システムは成り立たない。

状況の打開に必要な行政折衝には各団体の「垣根を越えた連携」が欠かせない。我々の要望を迅速に取りまとめた上で、次回改定を見据え、連携を強固にして訴え続けていかねばならない。(I)

支払基金の査定率格差を長妻大臣が追求

厚生省が省内で事業仕分け 厚労省自ら事業仕分け。「所管主要事業すべて対象に恒常的作業とする」

厚生労働省は4月12日、同省が所管する独立行政法人や公益法人などの事業と組織のあり方を評価する「省内事業仕分け」を開催した。(1面に関連記事)

行政刷新会議の事業仕分けとは別に同省が自主的に実施するもの。外部有識者の参画を仰ぎ、政務3役立ち会いの下で、対象となった機関の役員に質問を行なって「廃止」「移管」「見直し」を判断する厚労省版事業仕分けは、会場に講堂を使用して150人ほどの傍聴席を確保するとともに全時間撮影を認める完全公開制で行なわれた。

同日は「雇用・能力開発機構」と「社会保険診療報酬支払基金」についてそれぞれ1時間ほど議論した。支払基金は中村理事長が人員削減や余剰資産の売却などの改革案について説明したが、支部間で大きく異なる査定率について長妻大臣自ら支払基金に質問を重ねるなど、これまでの官僚文化をくつがえすやりとりがくりひろげられた。

同省の事業仕分けは週2回のペースで6月まで実施、その結果は来年度の概算要求に反映させる。

今年度は少なくとも14の独立行政法人等を取り上げる予定で、独法である労働者健康福祉機構(労災病院)、国立病院機構、福祉医療機構、医薬品医療機器総合機構とともに公法人である全国健康保険協会(協会けんぽ)も6月までに組上りのぼる。

省内仕分けの最終判断は政務3役の政治的判断にゆだねられるが、「省内事業仕分けを実施した事務・事業や法人が行政刷新会議の事業仕分けの対象とな

る場合には、省内事業仕分けを踏まえた改革案をもって臨む」という方針が打ち出されており、行政刷新会議の事業仕分け対策という色合いが否定できない。

その一方で、長妻大臣は「今年限りのものではなく、恒常的な事業として位置づける」「厚労省が所管する主要な事

業はすべてやる」と言明するなど、省内の事業仕分けを厚労省の自律的なメカニズムに組み込むという意欲を示している。



▲「省内事業仕分け」に臨む独立行政法人の関係者

オンライン請求には支払額の明細を表示 再審査請求は「写しレセプト」による処理が可能に

社会保険診療報酬支払基金 最近の業務改善策 ※1面記事を参照

●支払基金は電子レセプトに対応した審査充実と業務効率化等を実現する新計画(15年度までが対象)を10年度前半に策定する。2010-12年度事業指針で明らかにした。新計画で「電子レセプトによる審査の質の向上の方向性」を具体的に示す。また、12年度以降に400人以上の人員削減を盛り込む。

●オンラインで情報を閲覧するには、ユーザーサイドだけでなく、提供側もユーザーのバージョンに対応したシステムを整える必要がある。支払基金はこのほど、オンライン請求で使用するパソコンの基本ソフトとブラウザの組合せを拡大、最新バージョンに対応した環境を整えた。拡大したOSとブラウザの組合せは、①Windows 7とInternet Explorer 8.0、②Mac OSX v10.5 LeopardとSafari 4、③Ubuntu 8.04とMozilla Firefox 3.5。10年3月請求分から対応する。

●再審査請求には、すでに審査を終え

て保険者に請求したレセプトが必要になるが、保険者から当該レセプトを取り寄せるのに長い時間を要するだけでなく、戻ってこない場合もある。

支払基金はこの現状を改善するために保険者団体と協議、条件つきで医療機関からの「写しレセプト」をもって再審査処理を行なうことができるようになったと3月18日に発表した。

これまで、保険者から「レセプト抽出不能により写しレセプトによる処理を了承する」という回答を得た場合は同様の対応を図ってきたが、今後は、保険者に対する2回目の依頼から2ヵ月を経過しても実効ある回答が得られない場合には、自動的に「写しレセプト」で再審査を行なうことになる。10年4月以降の再審査請求から、この取扱いの対象となる。

●支払基金は10年6月支払分から、レセプトごとに支払額の内訳を明らかに

するサービスを始める。対象はオンライン請求をしている医療機関・調剤薬局。

現在は提出されたレセプトの総額を一括して支払っているが、医療機関等から「患者ごとの内訳が知りたい」という不満が出ていた。とくに、公費負担医療など2種類以上の保険を使う患者になると、実際に支払われた額がいくらになるか計算するのは煩雑。

こうした要望に応えるためにシステムを改善、オンライン請求の医療機関・調剤薬局限定ながら、6月提供分(4月診療分)から患者ごとの額を表示する「振込額明細データ提供サービス」を開始することにしたもの。

具体的にはレセプト単位で本人、家族、公費の別が表示され、データはオンライン請求システムの画面からダウンロードする。ダウンロードは請求翌月の15日から3ヵ月間できる。

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

2010年度改定に対する所見

そのメッセージは連携による役割分担そして機能分化の推進であり、医師等人的資源とともに患者も急性期へ集中させるということ。

2010年度診療報酬改定が終わった。民主党政権に変わって、初の改定作業である。ここまでの経過を振り返ってみたい。

2009年夏の衆議院議員選挙で民主党は圧倒的多数で勝利し、鳩山内閣が誕生した。民主党の公約でも、首相の所信表明演説でも、医療費はOECD並みに引き上げ、特に地域医療を支える医療機関を守る、と公言されていた。

9月で任期の切れた中医協委員に誰がなるかで散々揉め、正式に決まるまでに約1ヵ月が費やされた。診療報酬を決めるための基本的議論がなされるこの時期に、1ヵ月もの空白が生まれたのである。その結果、以降の中医協は強行日程で開催されていった。

中医協委員(医療担当委員)は、結果として日病協に属する当協会会長の西澤先生と全国自治体病院協議会の邊見先生が残り、他は新規に任命された委員となった。大学病院代表として選出された委員は歯に衣を着せぬ言い方でかなりの響きを買ったようだが、結果として中医協の活性化に繋がったという見方もできよう。

そして、年末に診療報酬改定率が決

今改定は 今後の病院運営にどう影響するか



医療保険・診療報酬委員会委員長
副会長 猪口雄二

定された。かつて中医協が診療報酬のすべてを決めていた時代と異なり、改定率は内閣、改定の基本方針は社会保障審議会、その内容は中医協、というように中医協の権限は縮小されていった。果たして民主党政権はこれを踏襲するのかと危惧する報道もあったが、現時点で医療本体の議論ができる場合は中医協しかなく、結果として中医協が医療費の配分を決めることとなったようである。

そして、年末に発表された改定率は、総額+0.19%、医療本体+1.56%、薬価等-1.36%で決着をみた。そのうち医科は+1.74%(4,800億円)とされ、その内訳も、入院に4,400億、外来に400億、さらに救急・産科・小児・外科系に4,000億と決められた。

このように用途が決められた中で、中医協は配分を決める役回りとなったのである。先の公約とは随分異なる結果であるが、ともかくも10年ぶりの増改定となった。

さて、今回の改定内容はどんな内容であろうか。ここでは、医療機関種別によどのような影響があるかを考察してみたい。

25対1は介護療養と共に議論俎上に。 亜急性病棟の措置は提供体制に大きな影響

◆ 全医療機関に及ぼす影響

2010年度改定で医療機関に均しく影響を与えるものは、何といても「明細書発行の義務化」であろう。除外要件に該当しない限り、明細書発行が義務となった。しかし、本当に患者さんは明細書を要求しているだろうか。領収書は確定申告のために必要だが、明細書はどうだろうか。また、現行の診療報酬制度下での細目を知っても、医療本体を理解できるようなものではない、と考えるのは私だけであろうか。

◆ 診療所に与える影響

2010年度改定では診療所の診療報酬は下げて病院に回すと、まことしやかに語られていた。しかし、結果としてはほとんど影響は無かったのではないだろうか。

まず、削減必至といわれていた「再診料」は200床未満の病院と同一化され、2点マイナスの69点となった。しかし、「地域医療貢献加算」の3点や「外来管理加算5分間要件の廃止」などにより、影響は最小限に留まったように思える。

その他、診療所には、「地域連携診療計画退院時指導料2」のように新たな算定項目がある。これらの結果がはっきりするのはこれからだが、全体的には微減程度ではないだろうか。

◆ 療養病床の評価

療養病床には「救急・在宅等支援療養病床初期加算」が新設された。これは、療養病床が新規入院を受けた場合、ほとんど算定できるようである。しかし、長期入院が中心の療養病床では算定件数は限られるであろう。

そして、療養病棟入院基本料は20:1と25:1に区分された。従前は25:1が基本となっていたが、医療区分の2と3が8割を超える場合は20:1にしなければならぬという規則から、20:1は医療区分の2と3が8割を超えていなければなら

ないといわれたのである。ましてや25:1は2年後には廃止の予定である。介護療養病床の行方とともに、今後十分に議論すべき項目であろう。

◆ 精神科入院の評価

2010年度改定で、精神科入院医療の評価は、「精神科救急入院料」「救急・合併症入院料」の評価など、旧総合病院における精神科すなわち精神科急性期に力点が行かれた。精神科入院の慢性期を支えている日本精神科病院協会には不満の残る改定となった。

◆ 亜急性算定病棟の評価

「亜急性期入院医療管理料1、2」が算定可能な病床の割合は大幅に増加した。この措置は、今後の医療提供体制に大きな影響を与えるのではないかと考える。

◆ 回復期リハ病棟の評価

回復期リハは、算定要件がやや厳しくなったものの、入院料の増点、リハ個々の項目の点数増や、「リハ充実加算」の新設など、関係項目の引き上げによって全体の報酬は増加になるものとみられる。

◆ 連携医療の評価

今回、連携医療の領域で採用された項目は極めて多数にのぼる。「救急搬送患者地域連携紹介加算」「同受け入れ加算」をはじめ、「地域連携夜間・休日診療料」「地域連携診療計画退院計画加算」さらに、「がん治療連携計画策定料」「認知症専門診断管理料」「同医療機関連携加算」などである。

◆ 中小病院に与える影響

さて、今回のような急性期医療中心の改定の中で、中小病院への影響はどうであろうか。

まず、「急性期看護補助体制加算」や

「医師事務作業補助体制加算」は、頑張れば中小病院でも算定可能である。

また、再診料は60点から69点に上がった。その他、「救急医療管理加算」や「リハ点数」の増点、「在宅療養支援病院」の新設など、報酬増加につながる項目は多く存在する。「医療安全対策加算2」については、専従の要件が専任でも算定可能になったことも喜ばしい。

これらを総合すると、中小で急性期を担う病院が中心とはなっているが、多くの項目が報酬増につながっているといえる。

◆ 大規模病院に与える影響

地域基幹病院が算定可能で報酬増加につながる項目は、増点となった「急性期看護補助体制加算」「医師事務作業補助体制加算」「手術料」や、新設となった「医療安全対策加算1」「感染防止対策加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸

ケアチーム加算」など、多岐にわたる。

さらに、「救急救命入院料A」「ハイケアユニット」「ハイリスク分娩加算」「新生児特定集中治療室管理料」「高度な手術」など、大規模病院の急性期に関しては、報酬増加をもたらす項目が目白押しである。

今改定の、救急・産科・小児・外科系に点数を配分するという主旨は、まさに実現されたといえるだろう。

◆ DPC病院に与える影響

すでに急性期病床の50%にならないとするDPC算定病院への影響であるが、これは、現時点では定かではない。調整係数の1/4が新たな機能評価係数に置き換わるとのことであったが、病院によって実際の係数がどうであるか。もっとも、急性期中心の今回の改定で、DPC算定病院に悪くはならないと思うのだが。

改定を描いたのは民主党あるいは厚労省？

以上が2010年度診療報酬改定の概略である。加算を中心に極めて多くの改定項目が採択された。しかし、その中心は急性期基幹病院であり、また連携医療の評価といえるであろう。

この意味するところは医療機関の機能分化を推進することであり、急性期医療へ、医師等人的資源とともに患者も集中化を促進させるということであろう。そして、連携医療による役割分

担をより明らかにさせている。

これは民主党の描く医療のあり方であろうか。むしろ、厚生労働省の描く医療提供体制の将来像そのものに思えてならない。

2010年度診療報酬改定は近未来の医療提供体制を描いた。それは、我々医療関係者が自らの行き方を選択せざるを得ない医療機能分化を大前提としているといえるのではないだろうか。

日病協が10年度改定結果の評価をまとめる

日病協診療報酬実務者会議(委員長・猪口全日病副会長)は2010年度改定に対する日病協要望事項の結果評価をま

とめて3月の代表者会議に報告した。以下に、第3報(09年12月4日)に関する結果評価を抜粋して掲載する。

■ 日本病院団体協議会 2010年度診療報酬改定要望結果(第3報)の一覧

要望項目	要望内容	結果
1. 入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額	医療経済実態調査、各病院団体の経営調査等の結果を反映し、10%を超える入院基本料の増額	△
	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハ職員、MSW、PSW等の多専門職によるチーム医療を評価し、入院基本料に加算	△
	根拠に基づく入院基本料の算定方式の創設。診療報酬調査専門組織医療機関のコスト調査分科会等、専門的な議論が可能な組織での立案、検証を行うべき	—
2-1. 7:1、10:1入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設	入院基本料の区分に係らず、看護補助加算の算定を可能とする	○
2-2. 看護基準の運用変更(夜勤平均72時間、二人夜勤について)	看護基準において、72時間2人夜勤体制は加算に変更し、2人夜勤体制は看護師不足等の現実を考慮し、その一部に看護補助職の適応を認めるなど現場の状況に応じた柔軟な対応を可能とする	△
	月平均夜勤時間の算定は、夜勤専従を除く全看護職員の平均とする	—
	夜勤専従者の労働時間は、最大160時間/4週とする	—
	7:1、10:1、13:1における看護師比率40%~70%の基準の創設	—
3. 効率的な人材活用	有資格者や優秀な職員の幅広い活躍の場を創造するとともに、効率的な病院運営を可能とするため、不必要な専従要件の廃止	△
	医師事務作業補助体制加算の点数を引き上げるとともに、病床区分にかかわらず全ての病院に対する加算に適用拡大	○
	医療ソーシャルワーカーの評価	△
4. 診療情報のIT化における正当な点数設定	オーダリング、電子カルテ、オンラインレセプトが整備された場合、入院診療報酬において入院1日につき100点加算する	—
	診療データのコード標準化、及び、IT化に則った療養担当規則の早急な改定	△

人間ドック委員会の現況報告

特定健診10年度集合契約Aに「協会けんぽ」が加わる

健診10団体で「日本医学健康管理評価協議会」を設立



人間ドック委員会委員長 西 昂

当協会は健康保険組合連合会およびUIゼンセン同盟と人間ドック事業の契約を締結、現在、日帰り人間ドックと1泊人間ドックの健診サービスを両保険者の組合員に提供している。

人間ドック事業に参加する会員病院の施設は年々増加し、日帰りと1泊を合わせると500施設を超えている。

受診者についても、2008年度の日帰りドック利用者の総数は男性37万7,128人、女性25万3,511人の総計63万639人と、前年から23万8,704人と大幅に増えた。増加を支えているのは女性の健診利用者である。

人間ドック委員会は毎年「人間ドックに関する調査」を実施、その実施状況と人間ドックの有効性を調べた結果を詳細な報告書にまとめ、人間ドック事業に参加している会員施設に還元している(08年度調査結果は別掲)。

一方、2008年度に開始した特定健診・特定保健指導については、会員病院における健診機関の取りまとめ機関として、各種保険者団体との間に集合契約Aを締結するとともに、特定健診・特定保健指導の実施者を育成する研修会を実施している。

2010年度の集合契約Aには新たに全国健康保険協会(協会けんぽ)が参加、9つの保険者と契約を取り交わしている

(別掲)。

2010年度集合契約Aの価格は2009年度と同額(別掲)であったが、会員病院からは900施設より委任状を得ている。内訳として特定健診894、特定保健指導(動機付け支援)584、特定保健指導(積極的支援)529となっている。

なお、全日病、日本医師会、日本総合健診医学会、日本人間ドック学会など10団体によって、今年2月22日に「日本医学健康管理評価協議会」が設立され、本会の西澤会長が幹事に就任している。

同協議会は、厚生労働省の協力のもと、健診実施機関や保健指導実施機関が加盟する健診実施機関等関係団体が質の高い実施機関を育成するための各種支援を行ない、国民の健康維持や生活習慣病予防の啓発のために、評価事業の結果の利用促進と評価事業の定着を図るとともに、保健事業における新たな評価手法の開発や学術的評価に関する調査研究を進める方針である。

●2010年度集合契約Aの価格(税込)

・特定健診(基本検査)	6,825円
・特定健診(詳細項目) 貧血	231円
心電図	1,365円
眼底	1,176円
・特定保健指導(動機付け支援)	7,350円
・特定保健指導(積極的支援)	23,100円

●2010年度集合契約Aを締結した保険者

健康保険組合連合会、全国建設工業国民健康保険組合、全国土木建築国民健康保険組合、社団法人地方公務員共済組合協議会、社団法人共済組合連盟(国家公務員共済組合)、日本私立学校振興・共済事業団、財団法人船員保険会、全国歯科医師国民健康保険組合、全国健康保険協会(協会けんぽ) ※全国土木建築国民健康保険組合は特定健診のみの契約。

●2008年度人間ドックに関する調査結果の概要

本会事業の日帰り人間ドックについて、実施指定された483施設を対象に、その実施状況と人間ドックの有効性を調べた同調査は今年6月に実施され、376施設(77.8%)から有効回答を得た。結果の概要は以下のとおり。

①各施設が独自に実施しているドックを含む(法定健診は除く)平成20年度の日帰りドック利用者の総数は、男性37万7,128人、女性25万3,511人の総計63万639人。前年から23万8,704人と大幅に増えた。年々、男性の利用は減少をたどっているが、女性は増加を続けている。

②1泊人間ドックの利用者数は4万4,044人、2泊以上は1,402人と、昨年度より減少した。

③人間ドックにかかわる職員数の施設当たり平均は、常勤医師は、専任が0.89人(13.9%)、兼任が3.31人(51.6%)、非常勤医師が2.22人(34.5%)の合計6.42人。臨床検査技師は合計4.48人、診療放射線技師は同3.27人、看護師・准看護師は同4.88人など、事務を含む総計は29.48人(専任は28.9%、兼任が53.2%、非常勤17.9%)。専任医師が1名以上常勤している施設は68.1%、臨床検査技師が常勤している施設は94.9%に達している。一方、89.6%の施設が他科医師の指導が受けられる体制を有している。

④自施設内で検体検査を実施する施設は45(11.9%)。外部精度管理実施先は日本医師会(246件)、日本臨床検査技師会(213件)、県医師会(105件)の順であった。

⑤日帰り人間ドックの1日あたり実施可能人数は平均11.8人で、「1~5人」が54.34%、「6~20人」が30.10%であった。

⑥1泊人間ドックの1日あたり実施可能人数は平均1.92人で、「1~5人」が89.89%、「6~20人」が10.11%であった。

⑦1泊人間ドックの病床数は平均1.68床(うちホテルドックは0.88床)で、「1~5床」が90.69%を占めた。

⑧人間ドックに対応した施設(臨床検査室、生体検査室、放射線検査室等)と機器を有している施設は、自施設内で46%、一部委託が35%であった。

地域防災緊急医療NWフォーラム 都市型災害・広域災害がテーマ。 自爆テロの体験報告も



▲自爆テロについて語るイラク大使館員

全日病が主催する「地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム」が3月13日、東京都内で開催され、100名を超える医療人、防災関係者が集まった。

今年13回目となるフォーラムは「都市型災害と広域災害への対応」がテーマ。

死亡者42名、負傷者560名の自爆テロに巻き込まれたイラク大使館員の体験、日医大山本保博名誉教授による「爆風災害・損傷の特徴と治療法」の解説、放医研明石真言氏による東海村臨界事故の教訓などに、参加者は耳を傾けた。

故佐々英達氏に「旭日中綬章」

2月3日に急逝した佐々英達前会長の叙位叙勲が決まり、3月16日、厚生労働省医政局長室会議室において、遺族の佐々福子氏に「旭日中綬章」および従五位を授ける旨の位記が手渡された。

伝達式には故佐々英達氏の長女佐々梨花さんとともに全日病西澤寛俊会長も立ち会い、阿曾沼慎司医政局長と新村和哉指導課長から勲記・勲章が授与、位記が伝達された。

伝達後、阿曾沼局長が故人の功績を称えるなど、遺族および西澤会長ともに生前の佐々英達氏を偲んだ。

佐々前会長の叙勲は、全日本病院協会として昨年秋から手続きを進めており、今秋には叙勲を受ける予定であった。しかし、2月に、急な病によって70年の生命をまっとうしたため、今回の死亡叙勲となったもの。



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

受入施設の多くは「再度の受け入れ」に躊躇？

インドネシア人看護師
の受入実態調査

ひたすら試験合格を願う理事長・院長の気持ちが回答に投影

厚生労働省医政局が4月8日に公表した「インドネシア人看護師候補者受入実態調査」の結果によると、インドネシア人看護師を受け入れた施設の理事長・病院長が回答した「受け入れた目的」で、もっとも多かったのは「将来の外国人受け入れのテストケースとして」(84.8%)であった。

ついで、「国際貢献・国際交流のため」(72.7%)、「職場の活性化のため」(69.7%)、「看護補助者の人員不足の解消ため」(57.6%)という回答であった。

受入施設における看護補助者の過不足状況は「適当な水準」(45.5%)が最も多く、ついで「やや不足」(27.3%)、「不足」(12.1%)、「過剰」(9.1%)、「大いに不足」(6.1%)という順であり、看護補助者については“足りている”という施設が

受入施設の半数以上(54.6%)を占めている。

こうした施設においては、インドネシア人看護師を受け入れるにあたって、将来的に医療において海外からの労働移民が避けられないという判断から、外国人看護師を受け入れた場合の院内環境の課題と影響を探る意識が先行しているとみることができる。

しかし、理事長・病院長に対して、「今後、再度受け入れる考えがあるか」とたずねたところ、「機会があれば受け入れたい」という回答は30.3%にとどまり、「現時点では何とも言えない」51.5%、「受け入れたくない」18.2%と、7割が消極的な反応を示している。

「受け入れたくない」と答えた理由(複数回答)の83.3%が「経済的・人的負担が

大きい」、50%が「現在受け入れている候補者への研修に集中したい」である。

受け入れ消極派も含む理事長・病院長全員に、「仮に再度候補者を受け入れるとした場合、どのような候補者であれば受け入れてもよいと考えるか」とたずねたところ、「国家試験に合格すべく勉強に真摯に取り組む候補者」(69.7%)が、「日本語での意思疎通が十分にできる候補者」(60.6%)や「看護業務の適性がある候補者」(51.5%)、「就労・研修に真面目に取り組む候補者」(42.4%)などの回答を大きく上回った。

受け入れ施設の経営者、管理者にとっては、とにかく試験合格が悲願というわけだ。3年以内の国家試験合格という就労上の壁に対するとまどいと悲

観が、その結果、帰国を余儀なくされることによる費用持ち出しへの不満がうかがえる調査結果であった。

同調査は、2008年度に入国したインドネシア人看護師を受け入れた47施設を対象にこの2月に実施され、36施設の理事長・病院長、研修責任者、職員、患者、患者家族、候補者本人551人から回答を得た。

回答全体からは、候補者が各受入施設で比較的順調に研修と就労を消化、職場や患者とも概ね円滑なコミュニケーションがとれている傾向がうかがえる。

ただし、設問にはEPAにもとづくこの制度の欠陥や課題を聞きだす項目がなく、受入施設側には隔靴搔痒ともいべき調査であった。

特養における
たん吸引等の解禁

医政局長通知 介護職員による実施を許容する一定条件を明示

老健局課長通知 都道府県に研修等に着手するよう配慮を求める

厚生労働省医政局は4月1日付で、一定の研修を受けた特別養護老人ホームの介護職員による、胃ろうによる経管栄養や口腔内の痰吸引実施を「許容する」医政局長通知(「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」医政発0401第17号)を各都道府県知事宛に発出した。

3月31日に公表された「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取りまとめ」にもとづくもの。

通知は、2009年9月から全国各地の特

養で実施されてきたモデル事業の結果を踏まえた検討会の結論を「一定の条件の下ではやむを得ないもの」と評価。

介護職員による、口腔内(咽頭の手前まで)の痰の吸引および胃ろうによる経管栄養(栄養チューブ等の接続・注入開始を除く)の実施を「特別養護老人ホーム全体に許容することは、下記の条件の下では、やむを得ないものと考え」として、その実施条件および特養が確保すべき体制について整理している。

また、特養が実施する研修に関して

も、「12時間の研修を受けた看護師が施設内で14時間の研修を行った」モデル事業と同等の研修が原則必要であるとされている。

厚労省老健局高齢者支援課は同日付で、前出医政局長通知を追認する課長通知を各都道府県に発出した。

その中で、「介護職員等が口腔内のたんの吸引等を実施するに当たっては、施設内の研修・連携体制等についてのモデルが十分に確立している状況とは言えず」として、当面の間は「実施状況の検証やガイドラインの作成に加

え、施設内研修を行う看護師に対する研修や都道府県単位での定期的な研修の実施などの研修体制の整備について、厚生労働省や関係団体の取組が求められている」とする認識を表明、都道府県に研修等への取り組みに着手するよう配慮を求めている。

ただし、各都道府県は新年度予算に研修費を計上していないとみられ、介護職員による吸引等の実施は、事実上、見切り発車となった恰好だ。

「参酌標準」「介護サービスの人員・設備基準」が旭上に

規制・制度改革に
関する分科会

混合診療や吸引等の解禁、「診療看護師資格」「EPA看護師候補への配慮」も

行政刷新会議の下に設置された規制・制度改革に関する分科会は3月29日に初会合を開き、分科会に付設するワーキンググループのテーマ等を確認した。

委員は全部で17名で、大塚耕平内閣府副大臣が分科会の会長に就任した。分科会は3ヶ月間をめぐりに検討結果をまとめ、5月末か6月初めには行政刷新会議に報告することを目指す。

大塚分科会長は「委員間でまとまらないテーマについては、関係者を集めて、公開の場で規制仕分けをすることも」と述べ、いたずらに議論を継続させること、期限を切ってシロクロをつける方針を明らかにした。

WGはグリーンイノベーション、ライフイノベーション、農業の3つからなり、医

療・介護を扱うライフイノベーションWGは主査を務める田村謙治内閣府大臣政務官を初め11名で構成されているが、医師は土屋了介国立がんセンター中央病院病院長(3月31日現在)1名で、介護関係者はいない。

そのライフイノベーションWGは4月5日に初会合を開催、議論に着手した。同WGに与えられた検討テーマは14項目で、そのうち医療は10項目、介護は3項目を占める。

混合診療や介護職による吸引等の解禁といった従来からの課題に加え、「診療看護師資格の新設」「介護施設等参酌標準の撤廃」「介護サービスの人員・設備基準緩和」など、新たな問題提起もある。WGは、テーマごとに関係団体等へ


のヒアリングを実施しながら意見を整

■ライフイノベーションWGの検討テーマ

1. 保険外併用療養(いわゆる「混合診療」)の原則解禁
2. 一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和と医師行為の範囲の明確化(各医療スタッフ等の役割の拡大)
3. 医師行為の範囲の明確化(各医療スタッフ等の役割の拡大)
 - a. 診療看護師資格の新設、
 - b. 介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等
4. 再生医療の推進(適用法令、臨床研究の在り方、PMDA 審査体制)
5. レセプト等医療データの利活用促進(傷病名統一、診療年月日記載など様式改善等)
6. ICTの活用促進(遠隔医療、特定健診保健指導)
7. 医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和(医療ビザ、外国人医師の国内診療)
8. 特別養護老人ホームへの民間参入拡大(運営主体規制の見直し)
9. 介護施設等の総量規制を後押ししている参酌標準の撤廃
10. 訪問看護ステーションの開業要件の緩和(一人開業の解禁)
11. 各種介護サービス類型における人員・設備に関する基準の緩和(サービス提供責任者の配置基準、ユニット型施設の入所定員比率目標等)
12. EPAに基づく看護師等者への配慮(受験回数、試験の英語表記or漢字へのルビ等)

理していく方針だ。

分科会には4月いっぱいを経過を報告、それを踏まえて分科会でWGごとの方向性を打ち出し、5月内の各省調整を経て、遅くとも6月前半には分科会へ報告することを目指すとしている。



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

特許切れ後の薬価引き下げに異論!?

中医協総会 「製薬企業の開発意欲」を考慮、診療側嘉山委員が問題提起

中医協は3月31日に1年半ぶりの総会を開催、新薬10成分13品目の保険収載を承認した。新規収載のうち、高血圧症用2剤と眼科用1剤は配合剤。そのうち、血圧降下剤(内用薬)のエックスフォージ配合錠はバルサルタン(類似薬効比較薬はディオバン錠)とアムロジピンベシル酸塩(同アムロジピン錠)からなり、それぞれ単剤の先発品として収載されているが、アムロジピン錠については後発品が出ている。

薬価算定ルールによると、最初の後発品が出た先発品の薬価は、市場実勢価格から、さらに4~6%追加で薬価を引き下げる特例引き下げが適用される。

この特例ルールに関して、診療側の安達委員は「もう片方のディオバン錠あるいは他配合剤の成分である単剤に後発品が出た場合に薬価は再算定されるのか」と質したところ、担当官は「例えばエックスフォージの場合、今後、ディオバンに後発品が出たとしても、特例引き下げは適用されない」と答えた。

これに安達委員(京都府医師会)は反発、遠藤会長も「そうすると、後発品が出そうになった段階で配合剤にすれば特例引き下げを回避できるという判断もあり得る」と指摘、今後、薬価専門部会で取り扱いを議論することが決まった。

これに関連して、診療側嘉山委員(山形大学医学部長=当時)は「2010年問題が背景にあるから、こうした配合剤が出てくる。薬価の決め方を見直す必要はないか」と提起した。

「2010年問題」とは、2010年前後に大型医薬品の特許期間が一斉に終わり、メーカーの収益に大きな影響を与える

と製薬業界で懸念されている問題。今改定で散々議論され、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」というかたちで決着を見た薬価維持特例導入論の背景にも、この問題があった。

嘉山委員は「がんなどの希少薬を考えると、特許切れ後に薬価が下げられるようでは新薬の開発は進まない。このままでよいか」と切り込み、「(政府の)国家戦略局や経産省と一体で考えないとならないが、どこかが提起して、国家戦略の問題として考えるべきであり、もはや議論から実行の段階に入っている」と主張した。

中医協の範疇を超えるテーマに、遠藤会長は「これは大変重たい問題だ」と受け止めながらも、「算定ルールを変えるという考えはある。しかし、これまでは薬価の引き下げによって診療報酬本体の財源を確保してきた」と戸惑いを隠さなかった。

遠藤会長は「薬価専門部会で議論してはどうか」と提案、議論を締め括った。

一方、新規収載のうちの糖尿病用剤(内用薬)メトグルコ錠250mgは同一成分の既収載品(メルビン錠)を高用量まで使用できるようにしたもの。750mgが1日の最高投与量であったところ、2,250mgまでの用量が認められる適応拡大となる。その結果、メトグルコ錠は新薬扱いとなり、保険収載から1年間は14日の処方制限が適用される。

これについても安達委員は、「長く使われてきた医薬品が新たな適応を得たりした場合に、おしなべて新規の扱いとするという画一的なルールには大きな疑問を感じる」と発言、やはり、薬価専門部会に検討を委ねることで合意した。

局(厚労省保険局医療課)が組む日程以外にも総会を開催するよう求めた。

例年、診療報酬改定後の中医協は、医療課が改定通知、説明会、疑義解釈等の作業に追われる上、7月に人事異動を控えていることもあり、保険収載を中心に承認案件を処理する月例以外には開催されないことが「慣例化」している。

しかし、診療側は、2月12日の答申直後に行なった記者会見で「今後、中医協には我々の方も課題を提起し、議論の主導をとりたい」と発言。2年後

の医療・介護同時改定に向けて課題が数多くあることから、診療側主導で議論の工程を組む考えを明らかにした。

そうした立場から、診療側を代表して、邊見委員(全国自治体病院協議会会長)が「5月以降は(月1回の)定例以外に、もう1回開催してはどうか」と提案したものの。

安達委員も「診療側として議論スケジュールを検討し、提案したい」と発言、次期改定に向けた議論を積極的に展開していく姿勢を鮮明にした。

また、今改定では、昨年10月の空白を取り戻すために、特例的に総会と基本小委のメンバーを一緒にして時間の節約に努めたが、同日の総会で遠藤会長は「今後も総会と基本小委のメンバーは重複するかたちで臨みたい」と提案、支払・診療各側の同意を得た。

改定結果検証部会 影響調査で支払・診療両側にヒアリング

中医協は3月31日に公益委員からなる改定結果検証部会を開き、2010年度診療報酬改定がもたらした影響を検証する調査実施に向けた議論を開始した。

10年度改定答申の付帯意見に盛り込まれた項目のうち、検証データが必要なものが調査対象となる。

検証部会は事務局(厚労省保険局医療課)が提示した検証項目を確認した上で、付帯意見に書き込まれた基本診療料に関する検討課題の文中に「財政影響を含めて(議論する)」とあるのを受け、「財政影響」の意味するものと、それが調査によって実証可能であるかという点で議論した。

「財政影響」の調査可否については意見が二分されたため、牛丸部会長は今

後も検討を継続したいと議論を引き取った。

一部委員は、今年11月から12月に予定されている調査実施時期は、改定影響を把握する上でバイアスがかからないかと疑問を呈し、実施時期の見直しを提起した。しかし、集計作業の期間と予算執行の上で事務局が難色を示したため、10年度内に結果の中間報告が求められる項目の11年実施は見送られた。

この「バイアス」に関連して、複数の委員から「影響の正確な実態を把握するためには医療現場の意見を聞いて調査設計をした方がよい」という意見が出た。部会はこの提案を受け止め、早い段階で、支払・診療双方からヒアリングを実施することで合意した。

2010年度診療報酬改定の結果検証項目(医科のみ)

- 後方病床機能を含む救急医療充実・強化のための見直しの影響
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響
- チーム医療評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化
- 精神入院医療における重症度評価導入後の影響
- 明細書発行の原則義務化後の実施状況及び影響
- 外来管理加算の要件見直し、地域医療貢献加算創設の影響
- 回復期リハにおける質評価、がん患者リハ創設などリハ見直しの影響
- 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
- 後発医薬品の処方・調剤の状況

診療側、中医協の月2回開催を要求 次期改定に向けて前倒しの議論を提起か

2010年度改定答申後初となった3月31日の中医協総会で、診療側は、事務

医療と介護の給付調整

老健の患者に対する注射の範囲広がる

厚労省は3月30日付で、2010年度改定にともなう「医療保険と介護保険の給付調整」の一部改正通知を発出した。

前改定からの大きな変更はないが、介護療養型医療施設に入院する患者が他科受診した場合の他保険医療機関が算定できる診療報酬項目のレセプトを起す際に、摘要欄に記載する事項として、新たに「入院介護療養型医療施設名」「受診した理由」が追記された。

訪問看護療養費は要介護被保険者である患者は原則としては算定できないとされてきたが、今回、この原則から訪問看護基本療養費(Ⅱ)が除外された。

また、今改定で介護老人保健施設の入所者に対する化学療法の算定が認められたが、それに伴って、老健施設入所中および(介護予防)短期入所療養介護利用中の患者に対する注射の算定範囲が大きく広がっている。

勤務医負担軽減体制要件で“スタンダード”

厚生労働省保険局医療課は3月31日付で事務連絡を発し、2010年度診療報

酬改定で8項目に増えた勤務医の負担軽減に資する体制要件に資する資料と

して、病院勤務医の負担軽減と処遇改善にかかわる計画策定の事例を添付、参考として保険医療機関に供するよう各都道府県等に活用を促した。

事例は4病院からなり、それぞれのやり方で、「現在の勤務医の状況」「これまでの取り組み」「今後の目標(方針)」を明示した上で、業務部門やテーマ別に「目標達成に必要な項目(対処方法)」あるいは「具体的な計画」を年度別に組み立て、

それぞれに「達成状況」等のチェック欄を確保している。

医療課は、今改定の説明会などで「勤務医の負担軽減を企図する計画を策定するだけでなく、その計画を実践する体制を整備してもらうことが新たな要件の目的である」と説明しており、当該項目の届出を受理する地方厚生(支)局に体制要件の“スタンダード”を提示したものとみられる。

介護保険 10年間の質問を1冊の「Q&A集」にまとめる

厚労省老健局は介護保険の人員・施設基準と報酬算定基準の解釈に関するQ&A集をまとめ、4月7日付事務連絡で都道府県等に送付した。制度創設時から2009年12月まで

に発出した文書について、不要な項目を削除して検索しやすく項目の整理・分類を行ない、今回「介護サービス関係Q&A集」として公表したものの。

2009年度第4回理事会・第12回常任理事会の詳細 3月13日

【主な協議事項】

- ホームページの改訂について
本会ホームページの改訂作業が決定され、委託業者が承認された。3月中に改定作業を開始、6月をめどに新画面を完成させる。
- 入会の承認(敬称略・順不同)
◎以下の6名の入会が承認された。

北海道 北陵内科病院 理事長 井上善之
宮城県 みやぎ県南中核病院 院長 内藤広郎
岐阜県 中津川市民病院 院長 浅野良夫
岐阜県 国保 坂下病院 院長 高山哲生
兵庫県 尼崎医療生協病院 院長 島田 真
島根県 町立奥出雲病院 院長 春日正己
別途退会が1名あった結果、在籍会員は2,289名となった。

- ◎以下の賛助会員の入会が承認された。
大阪医科大学健康科学クリニック(大阪府、施設長・後山尚久)
株式会社時事通信社(東京都、代表取締役・中田正博)
賛助会員は90社となった。

【主な報告事項】

- 第53回全日本病院学会の開催地
第53回全日本病院学会を2011年10月29、30日に沖縄県支部の担当で開催することが決まり、報告があった。
- 「2009年病院経営調査」結果の報告
「2009年病院経営調査」の結果が報告された。対象月は2009年5月単月。調査客

体は500病院、298病院から回答を得た(回収率59.6%)。そのうちDPC対象病院は67病院。

- ・ 医療収支率は全体で104.3(08年度102.3)、総収支率は104.2(102.0)と全国的に改善された。
- ・ 赤字病院の割合は医療収支率で23%(32%)と全国的に減少、総収支率も同様の傾向であった。
- ・ キャッシュフロー率(推計)の「0%未満」は全体で23.6%にとどまったが、東京地区は48.1%と半数に近く、都市部病院の経営状態は必ずしも楽観できない状態にある。
- ・ 病床別の医療収支率(総収支率)は「一般病床のみ」は102.6(102.7)と依然厳しく、「療養病床のみ」は112.3(112.0)と堅調。

・ 病床規模別の医療収支率(総収支率)で「500床以上」は100.6(100.4)と厳しく、DPC対象病院は102.5(102.4)も低水準にある。

猪口副会長は調査結果の経年変化から「外来が減少、従事者の数が増え、患者当たりの単価が高くなっている」という傾向が顕著であると説明。さらに、「改定年の調査結果は悪くなるが、翌年の結果は比較的よい結果が出る。各病院における経営努力を反映しており、今回もその傾向は変わらない」と指摘した。

●DPC分析事業の特別キャンペーンの結果
本会DPC分析事業の特別キャンペーンによって、加入病院が108病院に増えたことが報告された。

2010年度事業計画 「**病院のあり方報告書**」を作成。医療法改正にも対応

全日本病院協会2010年度事業計画 第94回定期代議員会・第83回定期総会承認 3月27日

平成21年、史上初の本格的政権交代がなされた。日本中が衆議院選挙の結果に沸きあがり、閉塞感漂う日本が新たな方向へ向うものと期待された。医療界においても、医療費削減計画の見直しや病院医療に関する診療報酬引き上げなど、医業経営に関する前向きな取り組みに大いに注目をしていたところであった。しかしながら、多くの制度改革の取り組みが不十分な状況の中、平成22年度診療報酬改定も医療本体が若干の引き上げにとどまることとなった。今後、具体的に示されるであろう医療のあり方に関する施策も注意深く見守る必要がある。

このような環境の中、当協会は今後も医療制度改革や医療環境の変化に対し、「国民が納得できる質の高い医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行う」という当協会の基本的考え方を実現するために、明確なビジョンと戦略を持ち、事業活動を続けていく必要がある。

平成22年度は「病院のあり方に関する報告書2010年版(仮称)」を作成し、病院・介護施設のあり方、医療・介護提供体制等、医療制度・介護制度について提言する。その際、全日病総研による、全日病独自のデータ収集と的確な分析が期待される。そして、次期医療法改正への対応、医療・介護提供体制の確立、医療事故調査委員会(仮称)への提言等、様々な分野で発信を行い、諸問題に関する全日病の立場を明確にする。

また、医療の質向上に関する事項、救急医療・災害医療・感染症、保健・健診事業等に積極的に取り組み、各種研修・教育事業、全日本病院学会等を実施する。支部活動においても更なる活性化を図り、ブロック研修会等による会員増強を図る。検討中の公益法人制度改革に関連する当協会の対応については、その基本方針策定を行う。さらに他病院団体との積極的な交流・連携を図り、全日病の確固たる存在基盤を内外に示すことを目指す。

これらの活動により、会員病院各々の運営・経営判断等に参考に資する情報を提供し、国民が納得できる質の高い医療を提供するための支援を積極的に行う。

1. 全日病の理念に基づいた各種活動及び会員病院における理念・行動基準制定のための支援

2. 国民のための医療・介護に関わる制度の構築と提言

- 「病院のあり方に関する報告書2010年版(仮称)」の作成
- 医療提供体制についての検討と提言
次期医療法改正に向けての検討、医療法人制度改革に関する検討、地域医療計画に基づく連携体制のあり方についての検討、地域における中小病院のあり方についての検討
- 医療保険制度改革への対応
- 適切な診療報酬体系に向けての調査・提言
平成22年度診療報酬改定結果の分析と同分析に基づく要望、DPCに関するデータ収集、DPCのあり方に関する提言、医療の質向上、医療安全対策に係るコストの適正な評価に関する提言
- 介護保険制度についての提言
介護施設における医療提供のあり方についての提言
- 各種提言の実現に向けての国民への広報、国会・行政への要望と対応
提言実現の基礎となるデータ作成

3. 医療安全に関する取り組み

- 医療安全管理者の養成
「医療安全管理者養成講習会(アドバンスト研修有)」の実施
- 医療安全に関するセミナーの実施
- 会員病院における医療安全推進に関する啓発
- 医療ADRの法的整備に向けての提言

4. 医療の質向上に関する取り組み

- TQM(Total Quality Management)の医療への展開
- 診断・治療の標準化に関する会員病院への支援
診療アウトカム評価事業の実施、IQIP(米国メリーランド州病院協会アウトカム評価事業)への参加
- IT技術を利用した医療の質向上への取組
病院情報システムの調査・研究

- インターネットを活用した教育事業(eラーニング)の実施

5. 個人情報の保護に関する取り組み

- 認定個人情報保護団体としての活動の実施
苦情等処理業務の実施、対象事業者(会員病院)への情報提供・相談・研修、個人情報保護に関する事例検討とQ&Aの作成、個人情報保護の動向に関する調査研究
- 個人情報保護に係る普及・啓発の推進
会員病院における指針の策定と各種取組への啓発、「個人情報管理・担当責任者養成研修(アドバンスト研修有)」の実施
- 診療情報の積極的な提供・開示のための支援

6. 病院経営支援活動

- 病院経営調査の実施
- 「DPC分析事業(MEDI-TARGET)」の実施
- 平成23年度税制改正に対する要望
消費税の損税解消に関する要望、医療法人への課税に関する要望
- 公私格差(税制・資金調達・補助金)の是正に関する検討・提言
公益医療のあり方についての検討・提言
- 医療法人制度改革に伴う会員病院への支援

7. 学術研修の推進

- 第52回全日本病院学会(兵庫県支部担当)
- ブロック研修会(年3回開催)
- 夏期研修会

8. 病院機能評価の普及・推進

- (財)日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
病院機能評価に関する受審支援セミナーの実施
- 会員病院に対する病院機能評価受審相談事業の実施
- 病院機能評価体系ならびにその運用方法についての検討
中小病院の受審・再受審を促進するための諸方策の提言

9. 医療従事者対策の推進

- 「病院事務長研修コース」、「看護部門長研修コース」の実施
- 賃金実態調査の実施、及び人事考課制度などの検討
- 医師・看護師の需給、医療従事者の適正配置に関する検討
- 医師を含めた医療従事者の労働条件に関する問題の検討

10. 支部活動の活性化

- 支部研修会開催のための支援(講師派遣等)
- 支部通信員活動の推進

11. 組織の拡充強化

- 会員増強
会員数の少ない都道府県における加入促進事業の実施、ブロック研修会等の開催時における積極的な入会勧誘
- 賛助会員の増強
- 支部体制の強化

12. 広報活動の推進

- 全日病ニュースの内容の充実と配布の拡充
- インターネットを利用した情報提供の推進
ITを利用した行政関連情報(政省令・通知等)の会員への周知
- 協会ホームページの充実
ホームページのリニューアルとコンテンツの追加、「みんなの医療ガイド」の充実
- マスコミ対応の充実強化
マスコミ懇談会の開催

13. 救急医療・災害時医療・感染症への対応

- 救急医療
救急医療体制(特に二次救急)に関する検討、精神科救急と一般救急の問題点についての検討
- 災害時医療(災害ボランティアとの連携・地域防災ネットワークの構築)
国際災害支援、特殊災害医療への対応に関する検討、各自自治体における防災訓練参加と会員病院防災訓練の支援、国内災害アセスメントチームの

- 編成
- 感染症対策(新型インフルエンザ対策等)

14. 保健・健診事業

- 日帰り人間ドック実施施設の指定
- 一泊人間ドック実施施設の指定
- 人間ドック研修会の開催
- 人間ドック実施状況の調査
- 「特定保健指導実施者育成研修コース」の実施
- 「特定保健指導専門研修コース」の実施
- 「特定保健指導アドバンスト研修」の実施
- 特定健診・特定保健指導の集合契約の締結、各種ツールの紹介

15. 調査・研究活動の推進

- 厚生労働科学研究事業の実施
- 経済産業省委託事業の実施
国際メディカルツーリズム事業
- その他、本会として必要な調査・研究活動

16. 研修・教育事業

- 開設者・管理者・幹部職員研修の実施
「医療機関トップマネジメント研修コース(フォローアップ研修有り)」、「病院事務長研修コース(ステップアップ研修有り)」、「看護部門長研修コース(ステップアップ研修有り)」、「再掲」
- 会員病院の勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の研修の実施
「臨床研修指導医講習会」、「医療安全管理者養成課程講習会(アドバンスト研修有)」、「再掲」、「個人情報管理・担当責任者養成研修(アドバンスト研修有)」、「再掲」、「特定保健指導実施者育成研修コース」(再掲)、「特定保健指導専門研修コース」(再掲)、「特定保健指導アドバンスト研修」(再掲)、「医師事務作業補助者研修」
- インターネットを活用した教育事業(eラーニング)の実施(再掲)
- 医療事務技能審査事業の実施
- 医師事務作業補助技能認定事業の実施
- 次世代の若手経営者育成(ヤングフォーラムの拡大)

17. 医療関連団体との連携

- 四病院団体協議会事業等の推進
- 日本医師会との連携
- 日本病院団体協議会における活動

18. 国際活動の推進

- 諸外国の医療施設、医療制度の調査・研修
海外研修旅行の実施
- 発展途上国及び被災国への医療援助
- 諸外国の病院団体との交流

19. 福祉事業の拡充・推進

- 全日病厚生会
- 全日本病院退職金共済会
- 全日病生命保険共済
- 全日病福祉センター事業

20. 無料職業紹介事業の体制整備

21. 50周年記念行事等への対応・準備

- 協会史・記念誌の作成
- 記念式典の実施

22. 全日病総研事業の実施

- 研究員の確保等の体制整備
- 各種研究事業、外部委託事業の実施
ホスピタルフィーのあり方について、「病院のあり方に関する報告書2010年版(仮称)」の作成補助、全国の病院に関する資料・データの収集・蓄積

23. 公益法人制度改革への対応

- 各種事業の公益性についての検討
- 協会としての基本方針策定

24. その他

- 医療関連サービスの検討
- 相談事業(経営、税、法律、制度、人事)
- 調査研究員の派遣(国内、国外)

25. 事務局の機能強化

26. その他、本会の運営に必要な事業

これからは病院を代表する人が国政に出るべき！

病院団体のデータや提言を政治に還元することが私の役割



猪口 この夏の参議院議員選挙に民主党公認で出馬が予定されている安藤副会長こと安藤たかお氏に、日本の医療を元気づけるお話をうかがいたいと思います。(笑)

安藤 大変大きなチャンスをいただいたと思っています。でも、試練はこれからです。

猪口 さっそくですが、参議院選挙に出ようと思われた動機をきかせてください。

動機 病院の声を国政に反映させたい！

安藤 日本の医療を俯瞰すると、病院がはたす役割は大変大きいものがあります。その比重は今後も増えることでしょう。今までの医療行政は主に医師会出身の、診療所の先生方が担ってきました。しかし、私は常々、これからはもっと病院出身、病院を代表する人が国政に出るべきではないかと考えていました。これが一番大きな動機です。

猪口 病院の声を国政に反映させたいというのが動機ということですね。

安藤 そうです。社会保障をまっとうするには、組織医療を実践する病院の声を反映させなければならないと思います。病院の現場には介護も福祉もありますから、病院の現場をよく知っている人が、もっと多く国政に出るべきではないでしょうか。

猪口 少子高齢化が一層進む中、地域医療、なかでも病院の崩壊が深刻化しています。そのときに民主党が大飛躍をとげて政権交代が実現。その後、マニフェストに盛り込んだ入院報酬の増額や医療崩壊阻止に取り組んできました。

安藤 前政権の自民党は長年にわたって医療費を抑制してきました。やはり、病院崩壊の一因はここにあると思います。この医療費抑制に異議を唱え、その撤廃を主張した民主党に、まず、私は共感を覚えました。国民の命や健康を守るという視点を「コンクリートから人へ」という理念で表現していますが、私は、そうした理念がもっと発展、かつ、もっと具体化できればいいなと思っていました。

思い 2次救急と亜急性期を充実させたい！

安藤 10年ぶりのプラス改定とは言え、「少し足りないのでは」という不満があることは承知しています。急性期大型病院はある程度満足できたでしょうが、中小病院にとっては不満も残るなど、病院崩壊を完全に阻止するまでには至っていないというのが私の認識です。

それでも、財源が乏しい中、なんとかプラス改定を実現したという点は評価してもよいと思います。

猪口 今後の取組は期待してよいと。安藤 もちろんです。そのために私も出馬を決意したのですから。(笑)

猪口 安藤先生が日頃からお考えの、医政にける思いをきかせていただ

ますか。

安藤 1つには、急性期医療をなんとかしたいと思っています。とくに、2次救急ですね。3次救急と同様に2次救急病院も疲弊していますから、今後、重点的に評価されるべきであると考えます。

2つ目にはポストアキュートの充実ですね。これはサブアキュートも含めてですが、地域医療を支える一般病院が弱くなると日本の医療は根本から崩れてしまいます。今回の改定では亜急性期病棟の評価が上積みされましたが、今後はさらに、全日病が提唱する「地域一般病棟」や「地域連携病院」を確立するために注力したいと思っています。

思い 介護療養型には重要な役割がある！

安藤 3つ目として慢性期医療の問題があります。介護療養型医療施設に関して、一時は廃止というところまで行きました。その後、凍結ということになりましたが、介護施設への転換を進めるといふ動きもあり、揺れ動いています。現場に対するアンケートや実態調査を踏まえて判断するということが、予断を許しません。

私は、重度な認知症、しかも身体合併症をもつ患者が増えてきていますから、パワーアップすればそれに対応できる唯一の受け皿として、存在価値があるのではないかと考えています。

医療保険の療養病床については、急性期病院の平均在院日数が短くなる中で後方病床としての機能が求められるということもあり、医療必要度の高い患者が増えていくでしょう。

4点目は介護保険施設をどうするかです。将来的には一元化して、必要な医療は医療保険から給付していくという2階建てにすべきではないでしょうか。

猪口 2012年度のダブル改定までの2年間は大変重要な時期だと思います。安藤先生の医政に対する思いは、この時期にこそ医療現場の声をより反映させて、国民・患者が安心できる医療と介護の提供体制を整備したということになるんですね。

安藤 ダブル改定までの2年間にいくつもの課題をクリアしなければなりません。それは、医療法と介護保険法さらには両保険の報酬体系にまたがっています。その点、私が理事長を務める医療法人は急性期から介護までをカバーしていますから、私こそ適任であると自負しています。(笑)

提起 議員も官僚も現場をみてほしい！

安藤 しかし、重要な課題が目白押しですから、私ひとりの力では足りません。やはり、全日本病院協会をはじめとする大勢の皆さんのご支援を得ながら、良質なデータを得て、それを的確に分析し、根拠がある制度・政策を立案していく必要があります。

そういう意味からも病院団体と緊密な協力関係を得て、そこに蓄積されたデータや提言を政治に還元していくことが私の重要な役割ではないかと考えています。

猪口 民主党は「政治主導」を打ち出しています。そのために、我々と厚生労働省の関係にも変化が生じつつありますが。

安藤 「政治主導」という理念自体は正しいと思います。しかし、民主党の医系議員は大学病院出身の方が多いためか、地域医療や民間病院に関する情報が行きわたっていない印象を受けます。その結果、医療全体に対する認識が点

と点にとどまっているんですね。

しかし、地域医療を理解するためには面で捉えることが大事ではないかと思うのです。その点をいかにコーディネートしていくかも私の役割の1つかと思えます。すべてを少数の政治家で考察し、判断していくことは至難の業です。やはり、知恵と情報を持つ議員同士の連携が欠かせません。

それと同じように、官僚の中にも優秀な方が多くいますから、そうした人を大切に協力していくことが重要ではないでしょうか。ただし、昔の官僚は、例えば病院に泊まり込んで現場の勉強をしていましたが、最近は、2時間ほど見学して帰っていくタイプが増えてきました。もっと現場を深く勉強する気概がほしいですね。(笑)

これは政治家にも言えるかな。医政を担うのであれば夜勤ぐらい経験してもらい必要があるかもしれませんね。(笑)

全日病 夢の実現へ、我々は安藤たかお氏を支援する！

猪口 先ほど病院団体の話が出ましたが、今後、医政を担うとして、全日病になにを期待するかをうかがいたいのですが。

安藤 全日病の先生方はとにかく勉強しているし、データも集めています。しかもシンクタンクまで設立しました。まさに、日本の病院団体のリーダーシップを担えるぐらいの見識とパワーがあります。そういう意味からは、病院団体がまとまって行動し、大きなパワーを発揮できるように、ぜひ、その影響力を行使していただきたいものです。

猪口 本日あらためて安藤先生のお話

をうかがって大変触発され、元気もいただきました。

政策提言や要望を出すだけでなく、医政を直接担うという道は先生は選ぼうとしています。今まで、病院とくに民間病院、なかんずく中小病院は政治に振り回されてきました。

安藤先生の夢の実現に協力することが、国民・患者に安心安全で良質な医療を、医療人として達成感を持って提供することが可能な社会に近づく、重要な道標となることでしょう。

全日本病院協会として全面支援を惜しみません。ともに頑張りましょう。



▲安藤たかお氏は全国の病院に招かれ、医政にける夢を語る多忙な日々を過ごしている(徳島県の病院で)

私の決意 安藤たかお

1. 医療崩壊を阻止します
2. 国民に質の高い医療を提供できるよう努力します
3. 医療従事者が安心して働けるよう努力します
4. 医療機関の経営安定化を目指します

経歴
 1959年4月1日生まれ(51歳)
 1984年日本大学医学部卒業、消化器内科医師
 医療法人社団永生会理事長
 ●団体等役職
 全日本病院協会副会長、日本慢性期医療協会副会長、日本医療法人連盟副委員長、東京都病院協会副会長、東京都療養型病院研究会会長、東京都医師会前理事(03年4月1日～09年3月31日)、八王子市医師会理事、全国病院経営管理協会常任理事、東京青年医会名誉代表 等

■安藤たかお氏に関する情報の入手先
 ホームページ <http://www.ando2.jp/>
 ブログ <http://blog.ando2.jp/>

安藤たかおサポーターズクラブ
 ※パンフ、ポスター等が手に入ります
 ※ただ今、入会受付中
 〒102-0071 東京都千代田区富士見2-6-12
 AMビル4階 TEL.03-5211-2250
 FAX.03-5211-2235

民主党 参議院比例区第73総支部長

安藤たかお

●1959年/4月1日 東京都出身
 ●1984年/日本大学医学部卒業
 ●1989年/医療法人社団永生会理事長
 【経歴等】日本医療法人連盟副委員長
 全日本病院協会副会長
 日本慢性期医療協会副会長

www.ando2.jp