



全日病 NEWS 5/1

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.731 2010/5/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療・福祉の貸付事業は存続!

福祉医療機構の事業仕分け 厚労省「省内仕分け」も貸付事業の継続が多数意見

行政刷新会議による独立行政法人を対象とした「事業仕分け第2弾」が4月23日から始まった。104ある独法のほぼ半分にあたる47法人(151事業)が取り上げられる。

その初日に福祉医療機構が取り上げられ、「福祉貸付」と「医療貸付」の2事業とも「体制・効率性等に努めることを前提に当該法人で実施する」という評価が下され、「現状維持」という結論に落ち着いた。

最終結果は行政刷新会議の総括によって決まるが、事実上、福祉医療機構の医療と福祉に対する貸付事業は存続が決定したといえる。

福祉医療機構については、厚生労働省が4月19日に実施した「省内仕分け」でも取り上げられたが、9人の仕分け人のうち、「貸付事業を他へ移管・譲渡・委託すべき」という意見は3人とどまっていた。

福祉医療機構に対する仕分けは、現行事業のうち民間と競合するとみられる、①福祉貸付、②医療貸付、③年金担保貸付および労災年金担保貸付の3事業を対象に、「独立行政法人で実施すべき事業であるか」という視点から行われた。

その結果、担当したワーキンググループBは、①と②については「現状維持」と判断、③に関しては「廃止」という結論を打ち出した。

福祉貸付と医療貸付のやりとりでは、「病院の耐震工事が遅れているが、そこには、利益につながらない融資をきらう民間金融機関の問題がある。しかし、福祉医療機構も今ひとつ熱心ではない。自治体病院には10年度中の着工を条件に5億円も出しているのに、民間病院への支援は遅れていないか。背景には資本的資出が診療報酬で担保されてい

いという問題もある」(長隆東日本税理士法人代表社員)といった指摘が出るなど、医療機関に対する政策融資を支持する声が目立った。

しかし、評価結果は必ずしも「現状維持」が圧倒的というわけではなかった。事業の廃止を求める意見こそ福祉・医療貸付とも1名ずつにとどまったが、「他医療機関に委ねるべき」とする声と「福祉医療機構で実施すべき」という声は同数という結果であった(「評価結果の内訳」を別掲)。

しかし、評価結果をまとめた寺田学衆議院議員は、「こうしたサービスは必要であるが、融資体制が十分でないという点やスピーディーさについては検討の余地がある。重要なことは、病院の経営体制が診療報酬を含めて根本的などころから悪化しており、貸し付けをしなければやっていけないという構図が

福祉医療機構に対する「事業仕分け」 評価結果の内訳 (仕分け人16人)

①福祉貸付事業

事業の廃止=1名、他の法人で実施=7名、国等で実施=1名、当該法人で実施=7名

②医療貸付事業

事業の廃止=1名、他の法人で実施=7名(事業規模を拡充すべき=6名、事業規模は現状維持=1名)、国等で実施=1名、当該法人で実施=7名(事業規模を拡充=2名、事業規模は現状維持=4名、事業規模は縮減=1名)

③年金担保貸付事業および労災年金担保貸付事業

事業の廃止=11名、他の法人で実施=2名、当該法人で実施=3名

「省内事業仕分け」でも譲渡の意見は少数

福祉医療機構の貸付事業 WAMNETは厚労省移管、民間へ売却の可能性も

4月19日の厚生労働省「省内事業仕分け」は福祉医療機構を取り上げた。

福祉医療機構は、(1)組織のスリム化、(2)余剰資産の売却、(3)国からの財政支出の削減からなる改革案を提示。「省内事業仕分け室」は、①貸付事業を日本政策金融公庫に移管すべきか、②福祉保険医療情報サービス(WAMNET)の事業を廃止またはさらなる見直しを行なうべきではないか、などの論点を提起した。

②の中身として、厚労省は、福祉保険医療情報サービス(WAMNET)事業を廃止または厚労省ホームページへ移管するという案を示し、それにとまらなうコスト削減額を明示した。ただし、当該予算は2010年度で7.0億円計上されているが、厚労省HPに移管しても最大5.3億円の削減にとどまる。

福祉医療機構との質疑応答の中で、仕分け人の関心事は主に、福祉・保健・医療の総合情報サイトとして年間2.2億円ものヒットを得ているWAMNETのあり方に向けられた。

効率化のために移管を主張する意見

もあったが、「福祉や介護の分野で利用者、家族やケアマネが事業者情報を知る唯一のデータベース。もっと充実させるべきである」という声もあがった。

一方、貸付事業に関しては「医療機関等の経営情報を豊富に有している。経営者支援・育成に、そのデータをもっと活用してはどうか」という提案もでた。

福祉医療機構との質疑応答の結果、貸付事業に対する仕分け人(9人)の評価は、「改革案では不十分」5人、「改革案が妥当」4人と評価が二分したが、「貸付事業を福祉医療機構から他法人等へ移管・譲渡・委託すべき」という意見は3人とどまった。

「改革案では不十分」とした仕分け人の内訳は、「民間へ譲渡または委託」が2人、「事業を分解し、国・自治体・民間へ譲渡」が1人、「法人で継続するが実施方法の変更や補助金の削減などさらなる見直しが必要」が2人、であった。

長妻大臣は仕分け会議後、「本日の意見をもち帰って政務3役でさらに検討したい」としつつ、「(貸付事業に関して



生まれているということであり、これは早急に改善しなければならない」と民主党としての見解を表明、「結論としては当該法人で実施する」とまとめた。

同議員は、両事業について移管や継続と評価の別はあるものの、評価者の

半数が「(医療貸付は)事業規模を拡充すべき」と判断したことを踏まえ、「(評価結果は)現状維持ではあるが、そのニーズは多いと認識する」とも指摘。疲弊する医療機関に対する融資を拡大する方向へと含みを残す認識を表明した。

国立病院診療事業、労災病院とも「縮減」の方向

4月23日の事業仕分けは国立病院機構の診療事業と労働者健康福祉機構による「労災病院の設置・運営」を取り上げた。その結果、いずれも「当該法人で実施」としつつ、事業規模の縮減やガバナンスの抜本見直し等が必要という評価となった。

「労災病院の設置・運営」については、「他の公的病院との再編等についても広く検討」という提起が付加された。

枝野幸男行政刷新担当相は、2つの独法が実施する医療事業を「民間ができない大事な部分を担っている。ぜひ頑張っていたきたい」と高く評価した。

その一方で、他病院との再編可能性や地域医療における機能強化、効率化に向けた組織再編などの課題が山積していることから、「ガバナンスの強化が必要」であるとも指摘した。(2面に関連記事)

事業仕分けWG-B とりまとめ (要旨/4月23日)

●国立病院機構の診療事業

(結論)

当該法人が実施し、事業規模は縮減。病院のガバナンスについては抜本的に見直す。本部経費縮減、ブロック事務所は廃止を含めて検討する。

(評価の内訳)

13人の評価者が「当該法人が実施する」と判定。そのうち7名が「事業規模は縮減」とした。また、7名から「ガバナンスの評価を見直すべき」という指摘があった。

●労働者健康福祉機構 労災病院の設置・運営

(結論)

当該法人が実施し、事業規模は縮減する。病院のガバナンスは抜本的に見直す。他の公的病院との再編等についても広く検討する。

(評価の内訳)

6名が「当該法人が実施すべき」と判定。そのうち4名が「事業規模を縮減すべき」とした。また、7名が「ガバナンスの強化」を求めた。

は)全国に152支店を有する日本政策金融公庫とどういった合併が望ましいのか議論したい。WAMNETについては民

間への売却も検討する。経営支援セミナーは民間との棲み分けという点もあり議論が必要だ」という認識を示した。

厚労省「省内事業仕分け」福祉医療機構の貸付と経営支援事業に対する評価結果

○改革案では不十分 5人

- ・民間へ譲渡または委託 2人
- ・事業を分解し、国、自治体、民間へ譲渡 1人
- ・法人で継続するが、さらなる見直しが必要(実施方法の見直し。補助金の削減など) 2人

○改革案が妥当 4人

第6次医療法改正へ、9月までに論点を整理 厚労省が組織目標を発表。医師不足の科別実態調査も実施

厚生労働省は4月20日に2010年度上半期(4~9月)の組織目標を発表した。組織目標は局別に、項目ごとに期限を付して示された。(2面に組織目標の概要)

その中で、①次期医療法改正に向けた論点を9月までに整理する(医政局)、②地域における医師不足の実態調査を6月までに実施、9月までに概要を公表する(医政局)、③6月までに特定看護師のモデル事業・実態調査に着手、9月までに結果をまとめる、④8月までにメディエーターの実態把握と整理を行なう(医政局)、⑤療養病床再編の実態を調査、夏までに結果をまとめ、それにもとづいて

療養病床見直しの方向性の方針を固める、⑥医政局・保険局・老健局による医療・介護改革調整会議を開催する、などの課題があげられている。

医師不足に関する実態調査は、医師確保の目標を明確化するために、都道府県を通じて実施する。約9,000の病院すべてを対象とし、2次医療圏をベースに診療科ごとの現行数とともに、病院が必要と考える医師数も把握する予定。

診療科別に現状とともに希望する医師数を探るのは初めてのこと。厚労省は、調査結果にもとづいて「必要医師数の指標の整理」を試みるとしている。

矢崎理事長「政策医療も担う現行がベスト」

国立病院機構の「診療事業」を仕分け 省内事業仕分け 9人中4人が改革案に不満。地域分割を求める声も

(独)国立病院機構が、4月19日の厚労省「省内事業仕分け」と4月23日の行政刷新会議「事業仕分け」の狙上へのぼった(1面に関連記事)。

急性期から慢性期までの144施設(5万6,500床)と職員5万1,000人を擁し、診療業務収益7,526億円(2009年度=交付金・補助金を含む)に達するわが国最大の病院チェーンである国立病院機構は、財務内容の改善で効果をあげてきているものの、依然として41病院が赤字におちいつている。

その原因として、矢崎義雄理事長は「旧療養所の存在が大きい」と説明、結核・呼吸器、重症心身障害、筋ジストロフィー・心臓病、エイズ等とともに災害やへき地医療、感染症など政策医療を担っている国立病院機構の役割に理解を求めた。

両仕分けで矢崎理事長は同機構の改革案を発表した。改革案は、①組織をスリムにする(非公務員化による多様な雇用形態の導入、病院の統廃合)、②余剰資産などを売却する、③国からの財政支出を削減する(診療事業に対する運営費交付金は09年度75億円、10年度49億円、11年度19億円に削減)、④その他の改革(随意契約から一般競争入札への移

病院統合予定は1つ。現時点で病床・機能の見直しはなし

その「省内事業仕分け」で、矢崎理事長は、非公務員化によって「地域医療への貢献がさらに実現できる」と強調した。しかし、「人員基準等にそった医療の質を確保するために人員の削減は困難」と説明。病院の統廃合についても、14年度に2病院を1つに統合する計画以外は

行、医薬品共同購入などによる調達コストの削減)、という内容からなっている。

国立病院機構は、国立病院と療養所の154施設が04年4月1日に独立行政法人に移行して誕生した。全国規模で医療を提供するということから特定事業執行型独立行政法人という種別が選ばれ、その性格から公務員型の独立行政法人として出発した。

「公務員型」とは、国家公務員に準じる身分が保障される一方、職員には兼業禁止が課せられ、短時間や任期限定勤務といった多様な形態の雇用もとりにくい。そのため、国立病院機構には「地域への医師派遣等の上で支障となっていた」(矢崎理事長)。

しかし、「独立行政法人整理合理化計画」(07年12月24日に閣議決定)で「非公務員化について、2008年度中に結論が得られるよう所要の検証等を行う」という方向が示された結果、決定はずれこんだものの、11年度に非公務員型(非特定型)への移行が予定されている。

この点について、「省内事業仕分け」で長妻厚労大臣は、「非公務員化は来年度に実施する。そのための法改正に取り組み」と明言した。

予定されていないことを明らかにした。さらに、病床規模についても、「ただちに病院規模の見直しが必要な状況にはない。中期的な視点に立って、個々の病院ごとに規模や機能の見直しを行なっていく」と述べ、現行規模を維持していく意向を表明した。

国立病院機構に対する論点において、厚労省の「省内事業仕分け室」は、①単なる病院事業ではなく、政策医療を実施するという役割が果たされているのか、②全国ネットワークとしてこれだけの病院(最終的に143病院)が必要か。今後の統廃合を検討すべきではないか、という課題を突きつけた。

仕分け人の河北博文河北総合病院理事長は「144病院を今後もチェーン病院として維持していくのがよいか、それとも、地域のネットワークに位置づけていくのがよいか」と国立病院機構が直面している問題を整理、「その際、地域に位置づけるためには、(民間病院と国立病院機構が)イコールフットINGでなければ真のネットワークにならない。医療提供体制に対する寄与をどうやって果たしていくのか」とたずねた。

これに対して、矢崎理事長は「民業圧迫ではなく、民業補完でありたい。

長妻大臣「必要に応じ民間への譲渡も検討」

「省内事業仕分け」の評価結果は、診療事業に関しては、「国立病院機構の改革案は妥当」が5人、「改革案では不十分」4人と分かれた。「不十分」とした意見の内訳は、「民間へ譲渡または委託」が1名、「国立病院機構が継続するが、補助金削減や実施方法等さらなる見直しが必要」が3人であった。

「実施方法等の見直し」として、「政策医療と地域医療を分け、政策医療は国に委ねてはどうか」といった意見も示されたが、矢崎理事長は、仕分け会議後の報道陣の質問に「国に政策医療を任

理想は各地域ごとの設立母体になることだろう。我々としても、逆に、イコールフットINGにしていきたいと国と財務省にお願いしたいぐらいだ。しかし、母体の違う病院が地域でコンソーシアムをつくり、一体となって医療を提供する体制となることが、その前提だ」と、独自の理念を語った。

河北理事長は、さらに、「他医療機関との公正な競争を実現していくという将来課題がある」という認識をあらためて表明。その上で、「地域医療の中心を担う病院は、将来的には社会医療法人となってネットワークをつくっていくことが将来のあり方ではないか」と、民間主導のネットワークによって地域の医療提供体制を維持していくという理念で対抗した。

他の仕分け人からは、「病院によって赤字の要因が異なる。そう簡単にはイコールフットINGにするわけにはいかない」と現状を擁護する意見も出たが、「地域定着を進めるためには、全国チェーンではなく地域ブロック化に変えていくことが必要」「将来は地域ごとに分かれていくことが理想ではないか」など、分割を求める声が相次いだ。

せるというのは時代に逆行する。現時点では現状がベストだ」と述べ、地域医療に専念する考えは組織解体につながるという警戒心をのぞかせつつ、交付金が削減し続けても政策医療を担っていくという考えを強調した。

一方、仕分け会議の結果を政務3役で検討する長妻大臣は、「果たして(144ある)病院のすべてを独法で抱えていく必要があるのか。必要に応じて民間に移すことも考えなければならない」と述べ、国立病院機構に対する「省内事業仕分け」を締めくくった。

厚生労働省 2010年度上半期(4～9月)の組織目標 ※1面から続く

<p>■医政局 (期限9月)</p> <ul style="list-style-type: none"> 次期制度改正に向けて、医師確保対策や医療提供体制強化について関係者からの意見聴取や議論を行い、9月までに論点を整理する。 都道府県を通じて地域の医師不足の実態を把握する。6月までに調査を行い、9月までに調査概要をとりまとめ、公表する。 特定看護師(仮称)制度の導入に向けて6月までにモデル事業・実態調査に着手、9月までに実態調査の結果をとりまとめる。 <p>(期限8月)</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療対話仲介者(メディエーター)の推進に向け、8月までに、有識者、実践者からの意見聴取等により実態を把握、整理する。 <p>(新政策立案能力を高めるための取り組み)</p> <ul style="list-style-type: none"> 既存の縦割りにとらわれず、以下のとおり局横断的な取組を進める。 <ul style="list-style-type: none"> ①保険局、老健局との医療・介護改革調整会議の開催等、 ②老健局、社会・援護局と連携した介護職員等の医療行為についての検討。 <p>■老健局 (期限9月、数値目標=申請率90%)</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護職員の人材確保や処遇改善について職業安定局や社 	<ul style="list-style-type: none"> 会・援護局と連携して取り組む。 処遇改善交付金の申請をしない事業者について原因究明を行い、介護職員の人数ベースで申請状況を推計する手法を検討する。 キャリアアップ要件の周知等を図り、10月からの円滑な導入を進める。 <p>(期限10年度、数値目標=11年度までに16万床の整備)</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護基盤の緊急整備について、09年度整備状況の結果を踏まえ、10年度は、11年度までに16万床整備できるよう都道府県との連携を図る。 <p>(期限9月)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療・介護の一体的改革に向けた一定の道筋をつける。具体的には、 <ul style="list-style-type: none"> 療養病床再編の実態調査を実施、夏までに結果をまとめ、その結果を基に療養病床の見直しの方向性を議論して方針を固める。 介護職員等の医療行為について、さらなる措置について検討する。 24時間巡回型の訪問介護・看護の体制整備を推進する。 介護の質を評価する仕組みについて検討する。 <p>(新政策立案能力を高めるための取り組み)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○既存の縦割りにとらわれない、課横断、局横断、省横断の取組を進める。具体的には、 <ul style="list-style-type: none"> 国土交通省と連携した共同での住まいと地域包括ケアに 	<ul style="list-style-type: none"> 関する施策の検討会の開催 <ul style="list-style-type: none"> ・医政局・保険局・老健局での医療・介護改革調整会議の開催 ・社会・援護局と医政局と連携した介護職員等の医療行為についての検討 ・社会・援護局と連携した介護福祉士についての検討会の開催を進める。 <p>■保険局 (期限(夏まで、来年の通常国会まで))</p> <ul style="list-style-type: none"> ・13年4月に新たな高齢者医療制度に移行するため、本年夏を目途に新たな制度の基本的な方向をまとめ、意識調査や地方公聴会を行った上で年内に最終的に取りまとめ、関連法案を来年の通常国会に提出する。 <p>(期限(-))</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護と医療の融合的改革のため、同時改定に向けた検討等を進める。 <p>(期限(年内))</p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査支払機関の在り方について検討会での議論が年内に一巡することを目指す。議論の過程で改革に着手できるものがあれば、順次着手。 <p>(期限(年内))</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出産育児一時金制度に関する議論の場を設け、直接支払制度の現状・課題や、制度の在り方について検討し、11年度以降の制度に反映させる。
--	---	--

2012年度改定に向け、4項目の検討課題を決める

日病協・実務者会議 「病院のコスト分析」を調査、分析結果に基づき中医協に本格調査を要望

4月21日に開かれた日本病院団体協議会・診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は次期2012年度診療報酬改定に向けた検討課題について議論、4点からなる検討事項を決めた。

猪口委員長は4月23日の代表者会議に「当面の検討事項」を報告、了承を得た。「当面の検討事項」は以下の4項目。
①病院のコスト分析と入院基本料のあり方(担当/全日病)
②医療保険と介護保険の給付対象の整理(訪問看護と訪問リハビリテーションを含む)(担当/医法協) これについては

時間をかける
③病院における複数科同日受診の実態と今後の対応(担当/日病)

④精神病棟・療養病棟における認知症患者の入院状況の実態と対策(担当/日精協・日慢協)

四病協「2次救急」「在宅療養支援病院」の2委員会を設置

4月21日の四病院団体協議会(四病協)総合部会は「2次救急の問題に関する委員会(仮称)」と「在宅療養支援病院に関する委員会(仮称)」の設置を決めた。

また、総合部会の機能を補強するとともに、議論と決定の効率化を図る目的から、かつての「8人委員会」を復活させる

ことで合意した。「8人委員会」は2002年6月に設置され、06年5月に廃止されている。

四病協は、現在、病院未収金問題、税制改正要望、対病院緊急融資枠の確保や福祉医療機構の存続など病院経営に直接かかわる問題で実績をつくる一

4項目のうち、「病院のコスト分析と入院基本料のあり方」に関しては、早急にデータ集計分析と提言をまとめて中医協の議論に供し、早期に診療報酬調査専門組織の医療機関コスト調査分科会のテーマとして取り上げさせることを目標としている。

方、医療法人理事長の債務保証のあり方や高齢者住宅のあり方などの勉強会など、活動の裾野を広げている。

そうしたことから、総合部会の運営を効率化するために8人委員会の復活を決めたもの。次回の会合で委員名簿や庶務担当事務局などを決定する。

非必須項目は廃止、必須項目を大幅に拡大

DPC評価分科会 係数の置換えにも対応。「様式1」の項目見直し案で議論

4月22日に開かれた今年度初のDPC評価分科会に、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、DPC影響調査において患者単位で診療録情報を捕捉する「調査様式1」の入力項目に関する見直し案を諮った。

見直しの目的は、主として診断群分類の妥当性の検証に用いてきた「様式1」を、10年度改定から始まった調整係数の新たな機能評価係数の段階的な置換えに対応した項目を追加するとともに、既存の入力項目にある「必須ではない」とされている項目の取り扱いを再考することにある。

見直し案は、改定時にDPC分類の見直し案をまとめているMDC班会議と厚生労働省の委託でDPC病院のデータを分析している松田研究班(主任研究者・産業医科大学医学部松田晋哉教授)からの2案。

両案を踏まえ、事務局は、新たに「医療の質的評価に基づく機能評価にも対応できるような調査項目」を追加することを提案。具体例として、「脳卒中の入院時重症度と退院時ADL」「介護保

険等級等とのクロス集計」をあげた。

非必須項目の取り扱いに関する提案は、必須・非必須という条件付き項目を整理すると、①非必須項目をなくして原則としてすべて必須とする、②一律にすべての施設・患者に入力を求める必要性が希薄なものは対象を限定して必須とする、③必要性の低い項目は削除を検討する、というもの。

②の考え方として、事務局は、現項目にあるものを「対象疾患を限定する=心不全に限る、MDC01に限る等」「施設類型を限定する=精神病棟に入院した場合に限る」というように限定するという案を例示した。

議論の結果、「非必須」とされている項目は原則廃止とし、その中で必要な項目は「必須」に組み入れることで合意したが、MDC班長会議と松田研究班から出された必須項目として追加する具体案については意見がまとまらず、次回の会合に事務局が両案を統一した修正案を出し、再度検討することになった。

た)ものは4剤であると、事務局は中医協総会で説明している。

診療側委員が問題にしたのは、改定に至らない期間で高額薬剤に対応する場合に使われる「(当該薬剤を)使用しない場合の薬剤費の平均+1SDを超えるもの」という判断基準に使用されるデータのばらつきなどであったが、この問題を契機に、DPC評価分科会ではDPCのあり方をめぐる議論が始まった。

それは、高額薬剤が登場する度に分類が増えたり、外出しが生まれるといった“精緻化”に対する疑問として表出。複数の委員が「将来は出来高に近づいていくのではないか」「薬剤の数だけ分類は増えていくことにならないか」と疑問を投げかけ、「DPCの将来像をどう考えるのか」と事務局に問う声が出るにいたった。

DPCの将来像に関して、「よい医療をしている者が高い評価を得ていくという方向性を強く打ち出すようなメッ

セージを出してほしい」と大学病院の委員が主張する中、ケアミックス型病院の金田委員(金田病院院長)は、DPCを導入した中小病院がおかれている現状と問題を提起した。

同委員は「大規模病院がない2次圏における中小病院は、今改定のDPC見直しでは大変苦労した。公益性の高い医療を提供している中小病院が不利にならないよう配慮を願いたい」と訴えるとともに、「課題は、大病院のない、中小病院のみで医療が成り立っている地域をどうするか。互いに助け合ってきてはいるが、医療不足には大変苦しんでおり、放置していくと地域が崩壊する恐れがある」と警告した。

これに対して、大学病院の委員からは「(今改定で導入した)地域医療指数は今回は均等配分となったが、④の救急医療などは、今後、重点配分していく方向で臨むべきだ」と、中小病院を擁護する意見も出た。

既存の準備病院は11年度に対象病院になれる

DPC準備病院の募集方針—今年度は募集も次回は12年度に

4月22日のDPC評価分科会に、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、DPC準備病院について「2010年度は募集を行なうが、11年度は見送り、次回は12年度に募集する」という方針を提示した。

これは、①DPC対象病院への参加は診療報酬改定時とすること、②DPC病院になるには2年間のデータ提供が必要であることを踏まえ、準備病院の募集は2年毎に行なうこと、の2点が昨年6月3日の基本問題小委員会で確認されているため。

したがって、今回の募集は、12年度改定でDPCに参加することを踏まえた準備病院の募集となる。

「DPC対象病院への参加は診療報酬改定時とする」点について、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、「09年度に準備病院となった病院(09年度以前からの準備病院も含む)は11年度にDPC対象病

院となることができる」という経過措置をとることを明らかにした。ただし、「これらの病院も11年度以降は診療報酬改定時でなければDPC対象病院になることはできない」としている。

DPC準備病院になるための基準は以下のとおり。

①7対1または10対1入院基本料(10対1以上を満たしていない病院は当該基準を満たす計画を策定していること)。

②診療録管理体制加算の届出を行なっている、または、それと同等の診療録管理体制を有し、当該基準を満たすべく計画を策定していること。

③基準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が実施する「DPC導入影響調査(特別調査を含む)」に参加できること。

④「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上開催すること。

DPC評価分科会 DPCの将来を案ずる声。中小病院を案じる声

4月22日のDPC評価分科会に、事務局は、高額な薬剤に対応する必要から、今改定でDPCに新たな分類を設ける、既存診断群分類に包括する、引き続き出来高算定とするというかたちで見直した23剤の点数内容等を精査した結果を次回分科会に報告、検討に供する旨提案した。

これは、4月21日の中医協総会で、高額な新薬の保険収載にともなうDPC

における対応に関して診療側委員から疑問が示され、今改定の見直し内容を精査する必要があると指摘されたことを受けたもの。

DPCにおける高額な薬剤等への対応については既にルールが確立されているが、今改定では、①新たな分類を設けたものは16剤、②既存分類に包括したものは3剤、③データが少ないため見直しを先送りした(出来高扱いとし

10年度DPC調査 調整係数から機能評価係数への置換えに関する調査も

厚生労働省は、4月22日のDPC評価分科会に、2010年度のDPCに関する調査の方針を示した。これまでの調査項

目に、新たに「調整係数の新たな機能評価係数等への置換えの検討に資するための特別調査」が加えられている。

□2010年度 DPCに関する調査の内容

①DPC導入の影響評価

10年7月から11年3月までの9ヵ月間の退院・転棟患者に関する調査。

②包括医療の影響に関する調査

包括評価の実施に伴い、提供されている医療サービスが低下していないかを一定の指標により検証するための調査。

③診療報酬請求に関する調査

包括評価導入に伴う診療報酬の請求について、診断群分類の選択、ICD10コードの適切な判定、退院時転帰(治療)等の状況に関する調査。

④調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数に関する調査

調整係数の新たな機能評価係数等への置換えの検討に資する特別調査。

⑤DPCの医療の質の評価に関する調査

DPCによる医療の質的評価などについて、医療従事者や患者などの総合的な視点からの評価分析を行うために必要な調査。

国際共同治験を高度医療に採用

4月21日の中医協総会に、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、先進医療専門家会議で承認された第3項先進医療の科学的評価結果を報告した。


先進医療専門家会議とは、保険外併用療養費(評価療養)である先進医療(高度医療を含む)として認められる技術と施設基準等を承認する機関で、「第2項先進医療」は、薬事法上の未承認または適応外使用の医薬品・医療機器をとともなわない医療技術、「第3項先進医療(高度医療)」は、それら未承認・適応外使用の医薬品・機器の使用をととも

う医療技術をいう。

今回、中医協に報告された医療技術は、「再発卵巣癌、卵管癌または原発性腹膜癌」と「上皮性卵巣癌、卵管癌又は腹膜原発癌」をそれぞれ適応症とした2種類のがん化学療法。

いずれも「高度医療」の対象となる化学療法は患者の負担となるが、前者の技術は米国立がん研究所(NCI)が国際共同治験として薬剤を提供、後者は国内外の製薬企業4社が薬剤を提供する治験として実施されるため、患者の負担は大幅に軽減されることになる。

先進医療として治験を承認した初のケースとなった。



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

特集／参議院選挙立候補予定者 安藤たかお

全国の病院を訪れ、現場スタッフの声に耳を傾ける！

4病院団体の推薦を受け、全国病院関係者の期待を集める安藤たかお氏

地域医療を再建するためには、病院出身者が国政に出ないとならない。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。急性期と亜急性期を充実させたい。慢性期医療を整え、介護療養型には身体合併がある認知症の受皿という役割がある。



全日本病院協会の安藤高朗副会長(医療法人社団永生会理事長安藤たかお氏・51歳)は、この7月に予定されている参議院議員選挙(全国比例区)の民主党予定候補となり、日夜、全国の医療人とともに病院関係者と意見を交わし、連帯を確認する全国行脚に打ち込んでいる。

安藤たかお氏を支援するために東京に開設された「安藤たかおサポーターズクラブ」には、各地の病院と病院関係者から、激励メッセージとともに来訪の要請が相次いでいる。今や、安藤たかお氏に対する期待と支持の声は、津々浦々の病院に広がりつつある。

安藤たかお氏に対しては、すでに、全日本病院政治連盟が推薦を決めているが、病院医療の質を高め良質な経営環境を確保するためにともに闘ってきた全日病の仲間も、その応援に立ち上がりつつある。

安藤たかお氏の夢を実現し、それと一体に、国民・患者に安心・安全な医療が提供でき、医療関係者が誇りと自信を取り戻すことが実現できるために、全日病は安藤たかお氏の国政への挑戦を支援することを決めた。

同時に、全国の会員病院と病院職員の皆さんに、「安藤たかおサポーターズクラブ」への入会など、安藤たかお氏に対する応援を呼びかけている。



▲徳島県の民間病院で現場の仲間と談笑(4月6日)

【安藤たかお氏を支援する体制】

安藤たかお氏は、全日本病院政治連盟、日本病院会政治連盟、日本医療法人連盟、日本慢性期医療協会の4団体が推薦を決めている。

4団体のセンターでもある「安藤たかおサポーターズクラブ」は、病院団体による応援活動の取りまとめを行なうとともに、病院関係者を初め、様々な分野の人々からの応援を受け入れる後援会だ。

3月と4月に全日本病院政治連盟(西澤寛俊委員長)は全会員に書面で、民間病院として安藤副会長を推薦するとともに、物心両面にわたる応援によって安藤たかお氏の闘いを勝利に導くよう要請した。

前出の4団体は4月14日に協議。都道府県単位で活動を取りまとめる責任者を置き、そこから周囲の病院に安藤たかお氏に対する支援体制の構築を求め、その病院がさらに支援の輪を広げ、各病院が、病院職員にとどまらず医療関連企業にも応援を要請するかたちで輪を幾重にも重ね、拡げることによって、地域にサポーターのネットワークを築いていく取り組みを進めることで合意した。



全日病は安藤たかお氏を応援する！

【全国を訪問する安藤たかお氏】

安藤たかお氏は、主にサポーターズクラブに寄せられる来訪依頼にもとづいて、全国各地を飛び回っている。

各地の病院を訪れた安藤たかお氏は、必ず各現場に足を運び、看護師を初めとする医療スタッフと声を交わす。そこで得る、これまでの医療施策に対する不満や、安藤たかお氏が挑戦する医療政策に対する期待の声が、彼のエネルギーを支えている。

北海道から鹿児島まで、全国行脚の旅はすでに20道府県になろうとしている。出身地の東京都を除く46道府県をまわりきること、そして、各地の医療事情と病院・職場の実態に触れることが彼の目標だ。

全国の病院関係者の生の声を聞き、ともに闘う同志と仲間を得るために、安藤たかお氏は額の汗をぬぐう暇もないほどの激務に耐えている。



▲栃木県の民間病院で講演(4月19日)



▲徳島県の民間病院にて(4月6日)

【安藤たかお氏の医療政策】

安藤たかお氏は、猪口雄二副会長との対談(本紙4月15日号)で、「もっと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た」ことを国政出馬の動機にあげている。つまり、「病院の声を国政に反映させたい」と。

医療提供体制については、「急性期医療、とくに2次救急医療」と「亜急性期医療」を充実すべきであると主張する。

慢性期に関しては、「介護療養型を含む療養病床」の着実な整備を求めている。とくに、介護療養型に対しては、「重度な身体合併症をもつ認知症患者に対応できる唯一の受け皿」となることに期待を寄せている。

介護保険施設については、将来的な一元化と、必要な医療は医療保険から給付する2階建てへ制度改正することが必要という認識だ。



▲雨の中、渋谷駅前街頭演説(4月16日)

私の決意

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

安藤たかお

安藤たかおサポーターズクラブ

※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

■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/>



大半が自動支払の場合は発行義務化の対象外

明細書発行の義務化「当面の間」として解釈を修正。窓口会計の患者は要望・有償で対応可

2010年度診療報酬改定において、電子請求が義務づけられている保険医療機関には、正当な理由のない限り原則として明細書を無償で発行することが義務づけられ、「正当な理由」として、①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合、②自動入金機の改修が必要な場合、があげられた。

これについて、3月29日付事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」は、自動入金機には明細書発行機能が付与されていないものの、明細書発行機能のあるレセコンで窓口対応する患者には「無償での交付が必要である」と

し、「正当な理由に該当する」ケースは「自動入金機を利用する患者」に限定されるという解釈を示した(問161)。

しかし厚労省はこの解釈を変更。4月

13日付の「疑義解釈資料の送付(2)」において、「明細書発行機能が付与されていない自動入金機を利用する患者が大半である場合は、病院全体として『正

当な理由』に該当する」とし、「当分の間は、窓口会計の患者についても求めに応じての明細書交付や有料での明細書交付としてよい」という解釈を示した(問14)。

4月23日の日本病院団体協議会・代表者会議に厚労省保険局の佐藤医療課長が出席、解釈変更について説明した。

全日病 2010年度「医療機関トップマネジメントコース」申し込み受付中 6月26日開講

選りすぐったカリキュラム グループワークベースの意見発表と討議

- 第1単位(2日間) 医療概論、経営学概論、医療の質評価、DPCの活用等
- 第2単位(2日間) DPC 財務への適応、財務管理、管理会計、人事管理等
- 第3単位(2日間) 慢性期包括評価、医療連携、安全管理、リスク管理等
- 第4単位(2日間) BSC、医療における総合的質経営(TQM)の基礎と応用



【募集要項】

- 受講対象 ● 理事長・院長の役職にある方、または将来の理事長・院長候補の方
- 受講費用 ● 30万円(食事代・懇親会費含む)
- 受講期間 ● 6月26日(土)~10月31日(日) 全4単位8日間(各単位2日間 土/13:00~21:00 日/9:00~15:00)
- 受講定員 ● 40名
- 会場 ● 全日本病院協会本部会議室

問い合わせ先 全日本病院協会 03-3234-5165 mail: info@ajha.or.jp
詳細はHP掲載の案内パンフをご参照ください。