



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 ニュース 8/1

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 貞 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.668 2007/8/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療計画に医療連携体制の病院名を記載

新医療計画作成指針 地域における病院のポジションを変える可能性!

厚労省は2008年4月に実施を控える新医療計画の作成指針をまとめ、7月20日付医政局長通知(医政発第0720003号)として各都道府県知事宛に発出した。

また、医政局は、「4疾病・5事業」ごとの治療の経過(病期の変化)、連携対象となる医療機能、連携を推進する手順など、新医療計画に記載する医療連携体制を構築する上で目安となる点を整理・明確化した「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」をまとめ、同日付の指導課長通知(医政指発第0720001号)として、各都道府県に送付した。

各都道府県は、施行までの半年間で、基準病床数を除く記載項目について新たな医療計画をまとめることになる。

その過程は、疾病・事業ごとにその資源と医療機能を調査し、疾病・事業ごとに医療圏を設定し、さらには連携医療機関を特定するなど、エビデンスを踏まえつつも、実地調査と検証なく連携体制に組み込むという突貫作業になりそうだ。

しかも、医療計画には連携医療機関の名前が表記される。地域でつちかった実績とは別に、新たな医療計画にもとづく「ブランド」が出現することになる。(2・3面に「医療計画作成指針」と「4疾病・5事業ごとの指針」の概要を掲載)

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の治療・予防にかかわる地域の提供体制、そして、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期・小児医療(小児救急含む)の各確保に必要な事業の体制をそれぞれ医療計画に詳しく明記。住民が理解できるようにして受療行動に影響を与えると同時に、データにもとづいて検証・評価できるような運用を確保するというのが新たな医療計画の特徴だ。

医療計画作成指針は、4疾病・5事業のそれぞれについて具体的な数値目標を

定めて記載すること、そして、それを担保する「切れ目のない医療提供体制」となる連携体制の設計に必要な医療機能を明確にすること、さらには、各機能を担う医療機関を特定し、原則としてその名前を医療計画に記載するよう求めた。

都道府県は、医療連携体制を検討するために、疾病・事業ごとに作業部会を設置する。部会は、地域でどんな医療機能が不足しているのか、あるいはどんな医療機能に調整・整理が必要なのかを明確にする。

4疾病・5事業が主役ではあるが、都道府県は、必要に応じて、それ以外の機能についても医療施設の整備目標を設定し、記載する。そのためには、地域特性をもつ疾病・事業については独自に医療機能調査を行ない、医療提供施設の実態調査を行なう必要がある。作成指針は、「調査は定期的に行うことが望ましい」と、自主的な取り組みを都道府県に期待している。

こうした調査から得られた医療機能情報は各施設にも還元される。当該医療圏内に医療機能が見当たらない場合は他医療圏との間で連携を構築し、新たな医療圏を創造していく。その広がりには他都道府県の施設をも射程距離に置くことになる。

作業部会はこうしたデータを整理し、医療資源と医療機能分布の全体マップをつくり、連携の全体像を設計することになる。

一方、より専門家の手になる圏域連携会議は、各医療機能を担う医療機関を具体的に決定し、必要に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

前者は、都道府県の医療審議会や医療対策協議会に置かれ、医療・介護・住民等各方面の参加を得て幅広く検討さ

れるが、後者は、保健所と地域医師会等がイニシアチブをもって、調整機能を発揮しながら医療計画に書き込む医療機関名を決めていくことになる。

東京都福祉保健局が6月に厚労省に「苦情」を申し立てたように、実際の医療計画策定ではかなり地域事情が先行し、地域色の濃い医療連携体制が構築されるとみられる。実際、作成指針も「医療機関名は地域の实情によっては多数を記載して差し支えない」と「医療連携体制病院」というお墨付きの運用に柔軟な姿勢をみせている。

しかし、いずれにしても、医療計画における医療機関名の書き込みは、地域における病院の評価を大きく左右させる可能性がある。

「4疾病・5事業ごとの指針」には連携医療機関の類型が例示されている。そこに、亜急性期病床、医療療養病床さらには「医療機能強化型老健」が採用されるのかなど、施設類型が過渡期を迎えている現在、連携の組み方に一抹の疑問も残る。

医療計画、特定健診、医療機能情報公表制度と、診療報酬改定ほどのインパクトはないが、地域における病院のポジションを徐々に変化させる動きが続いている。

支払基金への届出は9月1日から

「特定健診・特定保健指導」制度説明会 「重要事項情報のHPへの掲載は8月に終わるのがベスト」



本会が7月24日に東京都内で開催した「特定健診・特定保健指導制度説明会」で、厚労省保険局総務課医療費適正化対策推進室東室長補佐は、特定健診または特定保健指導の実施を希望する医療機関に、外部委託基準を満たした自施設の運営等情報をホームページに掲載する作業を8月内に終わってほしいとアドバイスした。

制度説明会には全国の会員病院から742名が参加した。説明会は、今後、神戸市(8月24日)と秋田市(9月21日)でも開催される。

東室長補佐の発言の真意は、支払基金は9月1日から届け出を受け付けるが、その際に、ホームページに「重要事項に関する規程の概要」を掲載していることが受け付けの条件となるため、8月内にホームページへの掲載を済ませておくことが望ましいというもの。

特定健診・特定保健指導実施機関に課せられた、「運営についての重要事項に関する規程の概要」の公表義務を見逃さないよう、注意を喚起したわけだ。

「重要事項に関する規程の概要」の公表義務とは、①外部委託を希望する健診・保健指導機関は、実施者による健診・保健指導の運営基準等を定める必要があり、その実施基準が特定健診・特定保健指導の委託基準を満たしている場合に委託契約が可能となること、②委託基準を満たしている健診・保健指導機関(基準遵守機関)は、その内容を所定の項目からなる「運営についての重要事項に関する規程」としてまとめ、その概要をホームページに掲載すること、③特定健診・特定保健指導の実施機関は、あらかじめ支払い等事務代行機関となる支払基金に健診・保健指導機関番号を申請(保険医療機関は保険医療機関番号が健診・保健指導機関番号となるので届出となる)する必要があるが、その際に、「重要事項に関する規程の概要」を公表しているホームページのURLを届け出なければならないこと、④支払基金は、支払基金のホームページで公開する健診・保健指導機関のリストに届け出のあったURLを

掲載すること、⑤各保険者は、委託契約に先立って、支払基金ホームページのリストから各健診・保健指導機関のURLに入って「重要事項に関する規程の概要」ほかを確認する、という情報公開制度である。

東室長補佐は、支払基金の届出が9月1日から受け付けを開始することを明らかにした上で、多数の健診・保健指導機関が届け出中、確実に保険者へのお目見えを済ませるためにはでき

るだけ早く届け出を済ませることが望ましく、そのためには8月内にホームページへの掲載を終えておく必要があることを指摘したものの。

「重要事項に関する規程の概要」を掲載するホームページは自前のものでなくてもかまわない。他団体・機関のWebサイトであってもよいわけだ。この点を受け、本会の広報委員会(安藤委員長)も、人間ドック委員会(西委員長)と一体となって、全日病Webサイトに共同掲載頁を開設する予定だ。

なお、「運営についての重要事項に関する規程の概要」の書式は、本会ホームページの特定健診・特定保健指導に関する頁からダウンロードできる。

両論併記の「議論の整理」をまとめて休会

医療施設体系のあり方検討会 医療部会に今後の議論を委ねるも審議予定は立たず

第5次医療法改正で積み残しとなった課題を議論してきた「医療施設体系のあり方に関する検討会」は7月18日、「これまでの議論を踏まえた整理」をまとめ、休会に入った。

2年にわたる議論を整理した文書は、末尾で「検討課題」を列挙したものの、議論の内容については両論併記に終始、成果の乏しいものとなった。

事務局(厚労省医政局総務課)は、9月に予定される社保審・医療部会に報告し、今後の議論を委ねるとしているが、具体的な審議日程は立っていない。

議論集約が見送られたのは、医療提供体制をめぐる諸課題が、2008年度に策定される新医療計画の実施状況によって左右される過渡的な時期にあるためとみられる。

厚労省が4月17日に公表した「医療政策の経緯、現状及び今後の課題につい



▲検討会に臨む西澤会長(左端から3人目)

て」には、医療施設の類型や機能をめぐって踏み込んだ考え方が出てくるが、検討会の議論には反映されなかった。

これについて、担当官は「それ以前から検討会は議論を開始していることから、その影響を排除したところで議論を継続する必要があった」と釈明。「今後の課題について」の取り扱いに中途半端な印象を残した。

同日の議論で、検討会の委員である本会西澤会長は、「整理」には地域における中小病院の位置づけが欠けているとして、文面の修正を求め、地域一般病棟の機能を盛り込ませた。

多数ある圏域は連携医療機関名を多く明記してよい

新医療計画
作成指針

作業部会が医療連携体制の基本設計。圏域連携会議が医療機関を具体的に決定

7月20日付厚生労働省医政局長通知「医療計画について」(医政発第0720003号)から *1面記事を参照

2. 医療連携体制について

(1)医療計画の記載事項として、新たに4疾病・5事業が追加となり、4疾病・5事業に係る医療提供施設相互間の機能の分担と業務の連携を確保する医療連携体制に関する事項を医療計画に定める。

4疾病・5事業は、地域の実情に応じて数値目標を定め、調査、分析及び評価を行う必要があるときは変更する。

(2)4疾病・5事業の医療連携体制を定める上で、次の事項に配慮しなければならない。

①疾病または事業ごとに医療連携体制の具体的な方策を定めること。

②医療連携体制は、患者が退院後も継続的に適切な医療を受けることができるものであること。

③医療提供施設と居宅等で提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。

④医療連携体制が、医師、薬剤師、看護師他の医療従事者、介護サービス事業者、住民その他関係者による協議を経て構築されること。

また、具体的には、医療提供施設相互間の機能分担と業務連携を推進する観点から、特に次の事項を念頭において、協議するよう留意されたい。

①患者の内、居宅等で暮らし続けたいと希望する者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能とするものであること。

②診療所相互間、診療所と病院間、病院相互間(周産期医療は助産所を含む)、さらに、これら施設と調剤薬局との医療機能分担と業務連携によって、通常の診

療時間外でも患者・家族からの求めに応じて居宅等医療、救急医療など、必要な医療の提供ができること。

③患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応を図ることが重要であるため、病院前救護体制や消防機関との連携(病院間搬送を含む)、さらには、生命にかかわる重篤な患者を円滑に救命救急センターへ搬送する体制の確保など、救急搬送体制における連携を一層推進すること。

④疾病または事業ごとの医療連携体制は、必ずしも従来の2次医療圏ごとの計画ではなく、地域の実情に応じた圏域ごとの計画を作成することに留意する必要があること。その際、原則として医療提供施設の医療機能や名称を患者や住民に明示すること。これらの医療連携体制の構築を通じて、各都道府県において充実すべき医療機能が明確になり、その後の対策の検討に資するようになること。

3. 居宅等における医療の確保等の記載事項について

(1)居宅等における医療の確保について定めるときは、当該医療におけるそれぞれの機能分類に即して、地域の医療提供施設の医療機能を計画的に明示すること。

また、以下の目的を達成するために患者を中心とした居宅等における医療についての地域の医療提供体制の確保状況、その連携状況及び患者急変時等の支援体制を明示すること。

①患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必

要な医療を受けられるために、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等どのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できること。

②適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希望する住居や患者が安心感をもてるようにすること。

③医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制を明示すること。

(2)医療従事者の確保については、医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。

その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。

これらを踏まえ、都道府県においては、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。

6. 医療計画の作成手順等について

(1)医療連携体制の構築など事業によってはより広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められる。

(4)改正法に基づく医療計画はできるだけ08年4月の実施を目指し作成する必要がある。ただし、基準病床に関する事項など従来の取扱と変更がない記載事項は、この限りでない。なお、4疾病・5事業の医療連携体制は08年4月から適用するが、都道府県において地域の実情を踏まえて構築する必要があることから、疾病又は事業ごとに取組が必要である又は可能である分野・領域から、順次、医療連携体制を構築して差し支えない。

7. 医療計画の推進について

(1)改正医療法において、医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとされた。

また、病院・診療所の管理者は居宅等に医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、必要な支援を行うよう努めるものとされた。

(4)医療計画の推進の見地から、病院の開設等が法第30条の11の規定に基づく勧告の対象とされた場合においては、独立行政法人福祉医療機構の融資を行わない。

「医療計画作成指針」(7月20日付医政局長通知「医療計画について」別紙：抜粋)より *1面記事を参照

第2 医療計画作成に当たっての一般的な留意事項

2. 記載事項

次の事項は、医療計画に必ず記載しなければならない。

- (1)4疾病・5事業の目標
- (2)4疾病・5事業の医療連携体制
- (3)医療連携体制における医療機能の情報提供推進
- (4)居宅等における医療の確保
- (5)医療従事者の確保
- (6)医療の安全の確保
- (7)地域医療支援病院他医療機能を考慮した医療施設の整備目標
- (8)病床の整備を図るべき区域の設定
- (9)基準病床数に関する事項
- (10)その他医療提供体制の確保に必要な事項

6. 医療計画の期間

医療計画の期間に特段の定めはなく、適宜設定して差し支えないが、少なくとも5年ごとに調査、分析・評価を行い、必要がある場合は医療計画を変更する。

第3 医療計画の内容

医療計画の具体的な内容は、基本方針に即して、各地域の実情に応じて定める。

3. 疾病又は事業ごとの医療連携体制

(1) 必要となる医療機能

例えば、脳卒中の急性期、回復期から維持期に至るまでの各病期に求められ

る医療機能を記載するなど、医療連携体制の構築に必要な医療機能を、4疾病・5事業のそれぞれについて明らかにする。

(2) 医療機関・施設の具体的な名称

前記(1)の各医療機能を担う医療機関等は原則として名称を記載する。地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合などは、地域の実情に応じて医療機関等の名称を記載して差し支えない。

(3) 数値目標の設定

各計画等で定められた目標を勘案し、地域の実情に応じて、疾病・事業ごとに具体的な数値目標を定めて記載する。

(4) 公的医療機関及び社会医療法人の役割
公的病院等の役割や公的病院等と民間医療機関との役割分担を踏まえ、医療提供施設相互間の機能分担及び業務連携を記載する。

特に、公的医療機関については、その役割として求められる救急医療等確保事業に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにする。

今後、総務省が公表する「公立病院改革ガイドライン」を十分勘案し、公立病院に係る再編・ネットワーク化等との整合性を図る。

社会医療法人は救急医療等確保事業で積極的な役割を担うとしており、認定を受けた事業全てに社会医

療法人であることを明確にすることが重要である。

4. 都道府県知事が特に必要と認める医療

5事業以外で、疾病の発生状況等に照らして、都道府県知事が特に必要と認める医療を明記する。

5. 居宅等における医療

都道府県は、居宅等における医療(在宅医療)を確保するために関係者協議の場を設け、次に掲げる事項を計画に記載する。

記載に当たっては、地域でどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、薬局等が、どのような連携体制によって在宅機能を担っているのかが分かるようにする。地域ケア体制整備構想との整合性を図ることも重要。

(1)入院・通院を担う医療機関と在宅を担う医療機関との適切な役割分担及び連携体制

(2)重症であっても最期まで生活の場で暮らしたいとする者が在宅医療を受けられる医療・介護の体制

(3)在宅医療に関する研修の実施体制

(4)前記(1)から(3)までの体制で在宅医療を担う医療機関名の計画への原則記載

(5)在宅医療の確保について、その進捗状況を評価する指標の設定と評価の体制

6. 医療従事者の確保

医療従事者の確保に関する事項は「地域医療対策協議会」で決定した具体的な施策を記載する。

8. 医療提供施設の整備目標

(1) 地域医療支援病院の整備目標

かかりつけ医(歯科医)等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、①病診連携体制②共同利用の状況③救急医療体制④医療従事者に対する研修体制という機能と地域実情を考慮した検討を行ない、必要に応じて地域医療支援病院の整備目標を設定する。

(2) その他機能を考慮した医療施設の整備目標

疾病又は事業ごとに医療機能調査を行ない、4疾病・5事業の医療連携体制に係る医療施設以外について、必要に応じてその整備目標を設定する。

①疾病・事業ごとの医療圏において、都道府県が必要とする医療機能について、当該機能を有する各医療提供施設の実態調査を行なう。調査は定期的に行うことが望ましい。

②医療機能の整備の必要性を検証し、不足している医療機能については、その整備の方法と整備目標等を記載する。

③調査から得られた各施設の医療機能情報を各医療提供施設に提供する。

④都道府県が必要とする医療機能が各医療圏内にない場合、当該医療機能を有する医療提供施設に関する情報を取

集し、その情報を圏内の各医療提供施設に提供する。

第4 医療計画作成の手順等

都道府県が医療計画を作成する際、全国に共通すると考えられる手順等を示す。

2. 疾病又は事業ごとの医療連携体制構築の手順

(1) 情報の収集

(2) 協議の場の設置

都道府県は、医療審議会もしくは医療対策協議会の下に、4疾病・5事業それぞれの医療体制を構築するため、疾病・事業ごとに協議する場(作業部会)を設置する。

また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場(圏域連携会議)を設置する。

① 作業部会

●次に掲げる者を代表する者で構成する。

- ・地域医師会等の医療関係団体
・医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者
・介護保険法に規定するサービス事業者
・医療・介護サービスを受ける住民・患者
・保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
・学識経験者
・上記の他、各疾病・事業で重要な役割を担う者

●作業部会は下記の事項について協議する。

- ・地域で各医療機能の要件を満たす医療機関の確認。地域で不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。特に4疾病は、まずは、2次医療圏を基礎に医療資源を把握する。
・上記にもとづいて圏域を検討・設定する。各疾病・事業は2次医療圏にこだわ

らず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

・基本方針の目標等を勘案し、地域の実情に応じて数値目標を定める。

② 圏域連携会議

各医療機能を担う全ての関係者が、当該疾病・事業に関する最新知識、医療機関等の人員・施設設備・診療機能に関する情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

円滑な連携が推進されるよう実施する。保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、積極的な役割を果たす。

3. 医療圏の設定方法

(1) 基準病床数の算定における医療圏設定については従来の取扱に変更はないが、疾病・事業ごとの医療連携体制を構築する際の圏域は、2次医療圏に拘らず、

地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(3) 3次医療圏は、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の3次医療圏を設定してもよい。

3次医療圏で提供することが適当と考えられる医療として、次のものが考えられる。

- ①経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療
②高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
③先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
④広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療
(4) 各都道府県の計画にその旨明記の上、複数の都道府県にわたる医療圏を設定してもよい。

「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」(7月20日付医政局指導課長通知=医政指発第0720001号 別紙)から *「注」書きは編集部による

がん診療の医療体制構築にかかわる指針

●連携の目指すべき方向

①がんの病態に応じて集学的治療(手術療法、放射線療法および化学療法を効果的に組み合わせた治療)が実施可能な体制、セカンドオピニオンを受けられる体制。

②治療の初期段階から緩和ケアを実施する体制、切れ目のない緩和ケアの実施
③地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上

●各医療機能と連携

①予防機能(注:「目標」および「医療機関・行政に求められる事項」からなる)

②専門診療機能(注:「目標」および「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)がん診療連携拠点病院

③標準的ながん診療機能病院または診療所

④在宅療養支援機能(注:「目標」および「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)診療所、ホスピス・緩和ケア病棟

を有する病院、薬局、在宅緩和ケア支援病院、訪問看護ステーション

●構築の具体的な手順

①情報の収集

・患者動向に関する情報(注:既存のデータ)

・がん診療機能・在宅療養支援機能・がん予防など医療資源・連携等に関する情報(注:新たな調査を要するデータ)
・指標による現状把握(注:ストラクチャ・プロセス・アウトカムの各指標を例示)

②医療機能の明確化と圏域の設定に関する検討(注:圏域設定にかかわる検討課題を例示)

③連携の検討と計画への記載(注:医療連携体制の構築にかかわる留意点・検討課題、保健所等関係者の役割などを例示)

④数値目標と評価(注:数値目標および評価方法にかかわる留意点を例示)

③指標による現状把握(注:ストラクチャ・プロセス・アウトカムの各指標を例示)

(2) 医療機能の明確化と圏域の設定に関する検討(注:圏域設定にかかわる検討課題を例示)

急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指針

●目指すべき方向

①発症後速やかな救急要請とCPR(心肺蘇生法)の実施、専門的診療が可能な医療機関への迅速な搬送

②到着後30分以内の専門的治療の開始

③合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハ、運動療法にとどまらぬ包括的・多要素リハの実施

④合併症や再発予防の治療、基礎疾患や危険因子の管理、定期的専門検査など在宅療養が可能な体制

●各医療機能と連携

①発症予防の機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)

②応急手当・病院前救護の機能(注:「目

標」と「関係者に求められる事項」からなる)
③救急医療の機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)救命救急センターを有する病院、CCUを有する病院

(4) 数値目標と評価(注:数値目標および評価方法にかかわる留意点を例示)

標」と「関係者に求められる事項」からなる)

④身体機能を回復させる心臓リハを実施する機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)内科およびリハビリ科を有する病院・診療所

⑤再発予防と在宅療養支援の機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)病院または診療所

●構築の具体的な手順 (略)

脳卒中の医療体制構築に係る指針

●目指すべき方向

①発症後2時間以内の救急搬送と到着後1時間以内の専門的診療の開始

②病期に応じたリハビリテーション

③在宅療養が可能な体制

●各医療機能と連携

①発症予防の機能

②応急手当・病院前救護の機能

③救急医療の機能一(例)救命救急センターを有する病院、脳卒中の専用病室を有する病院

④身体機能を回復させるリハを実施する機能一(例)リハビリを専門とする病

院、回復期リハ病棟を有する病院

⑤日常生活への復帰と日常生活維持のためのリハを実施する機能一(例)介護老人保健施設、介護保険によるリハビリを行なう病院・診療所

⑥生活の場で療養できるような支援する機能一(例)診療所、訪問看護ステーション、療養通所介護事業所、薬局

●構築の具体的な手順

(1) 情報の収集

①患者動向に関する情報(注:既存のデータ項目)

②医療資源や連携等に関する情報(注:新たな調査を要するデータ項目)

糖尿病の医療体制構築に係る指針

●目指すべき方向

①糖尿病の治療と合併症予防が可能な体制

②血糖コントロール不可例の専門治療や急性合併症の治療が可能な体制

③糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

●各医療機能と連携

①合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行なう機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)病院または診療所

②血糖コントロール不可例の専門治療を行なう機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)病院または診療所

③急性合併症の治療を行なう機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)病院または診療所

④糖尿病の慢性合併症の治療を行なう機能(注:「目標」と「医療機関に求められる事項」からなる)一(例)病院または診療所

●構築の具体的な手順 (略)

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)
(株)全日病福祉センター
TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

レセプトデータを国が一元管理。09年に稼働

レセプト情報等の活用に関する検討会 健診データと統合、医療費分析に使用。患者情報を「生涯管理」

厚労省保険局は、レセプト情報を分析等活用するシステムの稼働を検討する場として「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」を設置、7月25日に初会合を開いた。

検討会は、レセプト情報等について、①収集方法、②分析方法、③国以外による活用のあり方などについて検討を急ぎ、年内にも報告をまとめる。

厚労省は2008年度にシステムを構築し、09年度には稼働させたいとしている。

レセプト情報の分析は、直接的には医療費を抑制する目的で取り組まれる。

検討会で、事務局(保険局総務課保険システム高度化推進室)は、2008年4月に施行される「高齢者の医療の確保に関する法律」で、保険者は、医療費適正化計画の作成に用いる調査・分析用のデータを厚生労働大臣に提出することが義務づけられたと指摘。

具体的にはレセプト情報を想定、診療報酬改定に役立てたいと説明した。

その一方で、レセプト情報に限定することなく、診療行為に関連した有意なデータを幅広く収集して医療サービスの質の向上等に活用したいとして、収集データの範囲と分析用途について幅広く議論するよう検討会に求めた。

レセプト情報の収集・分析システム設計を企画した背景には、この4月から試行的に開始され、来年4月から本格稼働となるレセプトのオンライン請求制度がある。

オンライン請求は、2011年度からすべての保険医療機関と保険薬局に義務化され、診療報酬支払いの絶対条件となる。

オンライン請求そのものは事務の大幅な効率化を目的としているが、このシステムは、同時に、保険者に集まるレセプトデータを国が吸い上げる仕組みにすることによって診療情報の一元管理を実現する。

6月22日に閣議決定された「規制改革推進のための3か年計画」は、この「レセプトデータの収集・蓄積体制の構築」を07年度中に決定し、08年度から措置すべしとして政府方針に位置づけ、「08年度末までにレセプトデータの収集・分析体制を構築、11年度以降は全国のレセプトデータを収集・蓄積・活用できる体制」の構築と運用を求めた。

規制改革会議の意図を反映し、厚生労働省は、すでに、4月17日に公表した「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」で、「レセプトデータの全国的な収集・分析体制」を08年度に

構築、09年度から段階的に収集分析を開始する方針を明らかにしていた。

「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」は、こうした経緯の下で設置された。

厚労省は、やはり08年度に開始される特定健診・特定保健指導の電子データが保険者を介して国に収まることから、両者を統合した、患者と潜在患者に関するデータバンクが構築できるものと期待している。

構想によると、レセプトと健診のデータはともに支払基金と国保連合会から厚労省のサーバーに転送される。データ当事者の個人名は番号化されるが、その健診結果や傷病状況さらには費用のデータは、その後追加された傷病データ等とともに生涯にわたって管理することが可能になる。

いわば国民番号制のヘルス版であり、個人情報保護の面からはリスクが懸念されるところで、検討会の席上、白石審判官も「抗生剤のようなもので、用法用量を間違えると副作用の方が強くなる」と、データバンクが両刃の剣であることを認めた。

こうしたリスクを念頭において、検討会の尾崎孝良委員(弁護士・日医総研主任研究員)が「個人情報」をそこまで管

理してよいのか。社会医療診療行為別調査で十分ではないか」と強く反論する一幕もあった。

また、別の委員からは、米国のように中立的な情報処理機関に管理を委ねるべきではないかという指摘も出た。

厚労省による一元的管理については、原データとその集計処理と分析の過程が医療現場から遠ざけられ、集計・分析結果しか手に入らないというデータ独占の懸念もある。DPCのデータが独占され、調整係数がブラックボックス化されているが、その説明責任がはたされていないと同様の事態が、医療費分析で生じる可能性がある。

同日の検討会で、厚労省は、全国365日の医療費が詰まったレセプトデータが確保できれば、毎年6月審査分のレセを抽出集計している社会医療診療行為別調査を廃止することができ、より精密な診療行為等の分析が可能となると説明した。

また、レセプトデータの活用例として、全国のインフルエンザ罹患状況、がん患者の追跡調査、タミフル服用者の外傷治療実績等の捕捉も可能となると、「医療サービスの質の向上等」に向けた様々なデータ活用が考えられると強調した。

増勢続く。全日病会員数2,200を超える!

支部強化、講習会等日常活動の成果。地域病院への情報提供活動も検討

7月28日の第4回常任理事会は13名の新規入会を承認、本会の会員は2,208名と過去最高数に達した。退会はほぼ毎月出ているが、それを上回る入会が続いており、会員数は長期にわたる増加局面を維持している。

病院経営の危機が増す中、中小病院を中心に、全日病の果たす役割に期待が集まっていることが背景にある。

日本病院協会(当時)との「合同」(1974~75年)を経て、本会は1976年2月、在籍確認1,067名で再出発した。

それ以前に会員数2,000を超えた時期もあったことから、まさに、身の丈半分での再出発だったわけだが、1986年

に会員数は2,000台を回復、2004年3月に2,100に達した以後、緩やかながらも右肩上がりが増え続けている。

医療施設調査によると、05年10月1日現在の民間病院(医療法人および個人立)は6,372。当時の本会会員数は2,147で、民間病院の組織率は33.7%と1/3を上回った。

支部の強化も進んでいる。現在、37都道府県に支部があるが、10県は准支部にとどまっている。その准支部も、05年から06年にかけて4県が会員を増やしており、会員が減った准支部は1つも無い。

全病院に対する組織率は24.4%(06年9月現在)。支部別では、沖縄県(67.0%)を筆頭に、佐賀県(58.6%)、宮崎県(57.5%)、徳島県(54.5%)、熊本県(33.8%)と、上位は九州・沖縄勢が占めている。

会員の絶対数では、東京都(211)、北海道(196)、福岡県(145)、兵庫県(106)、埼玉県(101)の順と、大都市圏が多い(06年3月現在)。躍進が目立つのは青森

県支部(村上支部長)で、05年度末の18会員が06年度には36会員と倍増した。

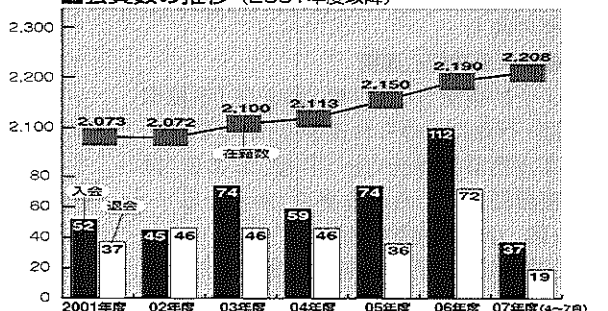
本会として、地道な日常活動以上の特設な会員増強策はとっていないが、情報価値の高い講習会や説明会の開催を知り、参加の必要を感じる中から入会に踏み切る動きが多い。地方開催の場合は、支部の強化が未加入病院への案内活動を下支えしている。

この傾向を重視した企画室委員会(川島委員長)は、支部の8ブロック制を9つにした上で、毎年3ブロックで共同研修を順次開催、本部から中央の情勢に精通している役員を講師として派遣する支援策を企画している。

この方法によると、全支部が3年ごとにブロック研修を共同開催することになり、定期的に支部の活性化が見込まれることになる。同委員会では、准支部の支部昇格に向けた支援・相談にも着手する。

執行部としても、医療計画、医療費

■会員数の推移(2001年度以降)

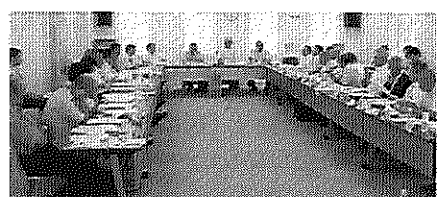


適正化計画、地域ケア整備構想など都道府県の計画策定が続くことから、都道府県との接触を強めるなど、各支部に情報入手と意見反映の機会を確保するよう訴えている。

広報委員会も、支部ホームページ開設支援だけでなく、インターネットを介した支部間の情報交換システムの開発を検討するなど、支援体制を強化する予定だ。

福岡県支部では、希望する会員病院等にメールで重要資料を送付する情報提供に取り組んでいる。同支部中村常任理事は、未加入の病院に「全日病ニュース」を含む資料を送付し、本会の活動を広報することが入会につながると、同支部の経験から提起している。

本会事務局は、支部のこうした活動にも支援体制を組む計画だ。



▲第4回常任理事会は13名の新規入会を承認した。

国際医療福祉大学 医療経営管理学科
～新たな医療・福祉の経営を目指して～

卒業生 親子対談シリーズ ②

沼尾嘉人氏 介護老人保健施設「白楽園」園長代理

沼尾成美氏 医療法人社団洋精会理事長、社会福祉法人宝生会理事長

肺がんと分かった医師である前理事長の父が亡くなるまで約3年間、運転手兼秘書として、そばについて学びました。高齢者ケアから病院の経営まで、医療の基礎を大学で習っていたので、現場にスムーズに入れました。あまり戸惑わずに仕事が覚えられたのも、大学で医療経営管理を学んだお陰です

栃木県宇都宮市で、病院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設などを経営する夫の遺志を継いだ沼尾成美(ぬまお・なるみ)理事長の片腕として活躍する沼尾嘉人(ぬまお・よしひと)さん。医療経営者の育成を目指し、全国に先駆けて誕生した国際医療福祉大学医療経営管理学科の第1期卒業生だ。沼尾理事長は「卒業して6年、今では会計事務所の毎月の経理報告には必ず息子を立ち合わせています。これからの医療・福祉法人には、それぞれ経営的センスが強く求められます。大学で学んだことを生かしてくれればと思います。家族の協力は心強いです」と期待をかける。嘉人さんは「介護保険の知識から簿記や損益計算書まで幅広く学んだことが、今ずいぶん役立っています。これからは、もっと理事長から頼られる片腕になりたい」と意欲を燃やしている。

国際医療福祉大学医療経営管理学科は、1997年に日本で初めて医療経営管理の専門家を養成する目的で設立された学科です。詳しくは、ホームページ <http://www.iuhw.ac.jp/> を参照ください。

問い合わせ電話番号(学科直通)
TEL 0287-24-3068 (担当:黒田)
〒324-8501 栃木県大田原市北金丸2600-1

国際医療福祉大学