



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 NEWS 11/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 真夜
〒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.675 2007/11/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「特殊疾患療養病棟」廃止は撤回。患者経過措置も延長

08年度改定審議 「高度急性期・総合病院」用に入院時医学管理加算を見直し

2008年度改定を審議する診療報酬基本問題小委員会は、11月に入って、個別課題の議論を急速に深めている。

厚生労働省保険局医療課は11月2日の基本小委に入院時医学管理加算の見直しを提起した。急性期病院の外來縮小を誘導する目的から設けられたが、意図したとおりの運用ができていないためにテコ入れを図り、算定病院(06年192施設)の増加を図る考えだ。

原医療課長は算定対象として「高度急性期・総合病院」をあげた。点数(60点)を引き上げるとともに、「ネック」である入院外來比率(1.5以内)は「外來縮小計画」策定によって猶予しつつ、連携拠点となる体制を重視する考えを示唆した。

地域の中核病院を連携づくりと外來縮小の両面から支援するものだが、病床

規模による線引きはしないとしている。

医療課は、また、一般・精神各病床の特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料の来年3月末廃止を撤回する方針を11月7日の基本小委に示した。両病床とも無期限の存続が認められる。

ただし、存続にあたっては、対象疾患の絞り込みや看護配置等基準の見直しを行なう。見直しは障害者施設等入院基本料についても実施される。

存続を認めつつ、対象患者の洗い直しや基準引き上げを検討するにいたった背景には、療養病床における算定がなくなった昨年7月以降、一般病床の特殊疾患療養病棟や障害者施設等入院基本料算定病棟に、神経難病等以外の脳血管疾患後遺症や認知症等の患者が増加していることがある。これに対して、

肢体不自由児(者)施設等では重度(意識)障害や筋ジストロフィー、神経難病といった重度な病態が多い。

08年3月末まで区分3・2

の評価を受ける特殊疾患療養病棟入院患者に関する経過措置も、病態等を整理した上で継続される。

このほか、11月9日の基本小委では、半径5km以内に診療所がない地域の病院を後期高齢者医療における外來主治医の対象とする案が提示された。

基本小委の委員を務める本会西澤寛俊会長は、すべての検討項目に対して質問・意見表明を展開している。

入院時医学管理加算の見直しについては、「精神科を含む病院」では民間病



▲基本小委の診療側委員席(右から3人目が西澤会長)

院に該当が少ないとして、要件案から当該部分を削除するよう求めた。一方、特殊疾患療養病棟が一般病床にあることに率直な疑問を表明、その整理を提起した。

また、後期高齢者医療に関しては、「半径5km以内に診療所がない地域」は実効性が乏しい条件であると再考を求めるとともに、各病院団体の総意であるとして「病院も主治医の対象とされるべきである」という見解を強く主張した。(4面に基本小委の審議状況を掲載)

「療養病床転換老健」は特定診療費を算定

介護給付費分科会 施設基準と看護追加配置等評価案を提示。面積経過措置は延長

11月12日の介護給付費分科会に事務局(厚労省老健局老人保健課)は、「療養病床から転換した介護老人保健施設」に関する施設基準と介護報酬の考え方を提示した。

「医療機能強化型」という仮称は老健施設協会等の反対から再考されることが前回決まり、事務局は「療養病床から転換した介護老人保健施設」という暫定的呼称を使用した。(3面に関連記事と資料を掲載)

施設基準として、医療機関からの入所者の割合が家庭からの入所に対して一定倍数に達していること、経管栄養と喀痰吸引を実施する入所者の割合が一定以上に達していることの2要件をあげた。

施設サービス費は医師・看護師の配置が少なくなった分減額となるが、「24時間看護体制確保」と「定員に応じた配置基準」を満たしている場合に夜間等の看護職員配置と医療サービスに必要な物品代が上乘せされ、さらに、看取りと現行介護療養型特定診療費の算定が認められる。

ただし、特定診療費については、「指定基準上OT/P/T1名が必置」とされているとしてリハビリテーションが、さらに、医療区分3の項目が除外される。

また、事務局は、「療養病床転換型老健施設」療養室の面積にかかわる経過措置を大きく延長する案を提案した。転換で最大のハードルとなっている64m²から80m²への拡幅については、5月に施行された経過措置では2012年3月までとされた。

今回の案は、四病協による病院建物耐

用年数に関する調査結果(04年)から病院建物の平均改修期間を20年とみなし、12年4月の時点で前回改修・新築から20年に満たない建物には、20年にいたるまでの間80m²の適用を猶予するというもの。

介護報酬の構造と経過措置延長の案は、分科会で前向きに受け止められた。

ただし、100人に1人となる医師配置に関して、前回10月12日の分科会で「当該施設医師のオンコールと外部医療機関による往診」で対応するとともに「往診については医療保険の給付による」とされた件に関しては、医療系の委員を中心に「この際医療外付けに踏み切るべきである」という強い意見が示された。

その一方で、「療養病床転換型老健施

設」に対して、今改定はどのような方針で臨むのが現時点でみえていないことへの不満と不安が、患者代表委員を含む委員から多数示された。

鈴木老人保健課長は「転換は医療機関と老健の併設が多いと聞く。今は老健への往診はできないが、そういうことにな

医療法人による特養経営が白紙に

「医療法人による特養設置」が見送りとなった。老健局の古都振興課長は、11月12日の介護給付費分科会に「社会福祉関係者から強い反対を受けて円滑な施行が望めなくなった」ことから、「通常国会における老人福祉法改正を断念し

らないよう努めたい」と応じたが、大森彌分科会長(東京大学名誉教授)は「中医協と合同会議を開かなければならない雰囲気だ」と、皮肉に近い冗談を返したほどだ。

さらに大森分科会長は、「高齢者負担増の凍結による1,200億円をこっちにもってこないでほしい。別途捻出すると押し返してほしい」と厳しいエールを送った。

分科会は12月に最低2回予定されており、事務局は年内に合意を取りつきたいとしている。

たとと報告した。

医療法人による特養設置は、6月の介護施設等の在り方に関する委員会でもとめた「療養病床転換促進のための追加支援措置」に書き込まれており、老健局は大失態をおかしたことになる。

提出データ数はDPC算定病床比3.5以上

DPC分科会が提案書 3日内再入院は新規入院。軽症急性期も対象とするかは両論併記

診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は11月12日の会合で、2008年度診療報酬改定にかかわるDPC運営見直しに関する提案書を取りまとめた。診療報酬基本問題小委員会に提出される。

提案書は、①同一疾患による3日以内の再入院(再転棟も含む)は1入院として取り扱う、②08年度以降のDPC対象病院に06年度の3基準を適用する、③準備病院によるDPCデータの提出は2年間(10ヶ月分)が望ましい、④提出データの基準として04年度の「データ/病床比」

を再採用し、DPC算定病床に対する退院患者のデータ数を3.5以上(提出期間4ヶ月、10ヶ月の場合は8.75以上)とする、⑤08年度改定以降調整係数を廃止し、新たに「望ましい要件」を加味した機能評価係数を検討する、という内容からなる。

提案書は、「急性期とは患者の病態が不安定な状態から治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」と急性期入院医療を「定義」した上で、DPC算定病院の対象として、「軽症の急性期入

院医療も含める」「ある程度以上の重症の急性期入院医療とする」という2案を併記した。

分科会の議論では前者を支持する意見が多かったが、全会一致とならなかったことから両論併記となったもの。

基本小委は、DPC分科会の意見書を踏まえ、11月内にも、DPC運営の改革に関する基本方向を定め、分科会に具体的な作業を付託することになる。(2面に関連記事、3面に提案書を掲載)

清話抄

「ウェブ2.0」

最近「Web2.0」という言葉をよく目にするようになった。インターネットは、とくにこの数年、水面下で大きな変化を遂げて来た。世界的に、分野を問わず人々の生活に浸透してきている。

従来のWebの使われ方では、ホームページ上の情報を更新するのに技術的な知識が必要であり、情報発信をすることが容易ではない一般の利用者は情

報を受けることに限られていた。最近のWeb環境つまりWeb2.0では、情報の「受信」「検索」「発信」「共有」が容易に実現できるようになった。

受信という点ではブラウザ(Webサイト閲覧ソフトウェア)の進化があり、検索においてはグーグルなどの検索エンジンの進化、発信や共有はブログやSNS、ソーシャルタギング、トラックバック、フィードなど、双方向性を促す新しい技術やサービスの登場による

この変化は単にテクノロジーの進化

に意味があるのではなく、リアルな生活や、企業活動、人間の意思や気持ちにまで反映されるようになったことに重要な意味がある。Web2.0は技術的進化のみを指すのではなく、新しい思想、行動様式、事業モデルを含めた進化が含まれている。

一般企業のウェブ技術への投資とウェブ上の広告宣伝費も急増してきている。最近ではブログの普及によって、情報弱者であった個人による情報発信が無料かつ容易となり、ウェブの世界の情報量が急増した。

我々医療界にもWeb2.0の影響が出始めている。受診患者に対するアンケート調査では、病医院の選択ツールとして3割以上の患者がホームページを利用すると答えている。すでに、看板やタウンページを上回る媒体となっており、また、病医院や医師は、多くのブログや評価サイトで患者による評価を受けている。

一般営利企業と消費者が情報強者になって行く一方で、医療界がますます情報弱者になっていくデジタルデバイスが心配である。(浩)

主張

崩壊間近かな日本の医療。それは「国の崩壊」を意味する

日本の医療システムは崩壊した。といっても大都市圏にはまだ余力が残っているようで、深刻には捉えられていないかもしれないが、地方医療は崩壊した。臨床研修制度発足の頃までは、2次医療圏内でなんとか医療を完結することができる状況にあったが、現在は不可能になった。

勤務医不足による病院診療科の閉鎖は加速度的に進行している。救急車が毎日のように他医療圏に患者を搬送している。入院を必要としている患者の受け入れ先が縮小され、特

定の病院に集中するため、残された勤務医の負荷はますます大きくなっている。大学病院の医師引き上げ、派遣中止から始まり、若い医師の開業への逃避はとどまるところを知らない。この悪循環は断ち切れるのであろうか。

国民の病院に対する意識も大きく変化した。病院は24時間営業のコンビニエンスストアの一種と考えられるようになった。診療所が夜間患者を診ないのは当たり前でしかたがない。しかし、病院は24時間フルにス

タッフが仕事をしている、または、仕事をすべきものと錯覚している。

午後5時を過ぎると救急外来は再び午前中の賑わいを取り戻す。日勤帯に仕事をした医師と夜間仕事をする医師は同一人物である。

夕方になると診療所から入院要請の電話が殺到する。救急隊は待っていましたとばかり患者を搬送してくる。日中の外来診療からの入院数を上回る大繁盛である。「さて、今日は何時に家に帰れるのだろうか」である。

このような状態になる、つい数年前

までは医療供給過剰の時代と言われ、生き残りをかけて他院と競争しなければ経営が成り立たないと、コンサルタント達は経営指導した。今、競争相手は自分の健康、寿命、そして、挫けそうになる意志である。

医療はその国のあり方と国民の心を反映している。医療の崩壊は国の崩壊を意味することだろう。もし、現状をよしとしないのであれば、国民一人一人が他者を思いやる心を取り戻す必要があり、思いやる心を基盤とするシステムを組み直さなければならない。(M)

急性期定義後に軽度・重度急性期別のDPCが俎上に

DPCと特定機能病院 DPC見直しは枠組変更となる可能性。特定機能病院の別体系化も浮上?!

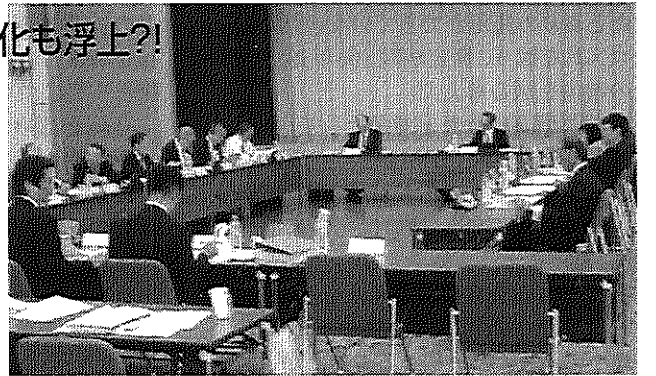
11月2日のDPC評価分科会で、厚労省保険局の原徳壽医療課長は、将来のDPC制度において特定機能病院が除外される可能性があるとする問題意識を披露。DPC算定病院を広く急性期病院全体に広げる上で、疾患と診療内容の異なる特定機能病院を別系統にすることを検討する必要があるという認識を表明した。

原課長の発言は分科会の最後に行なわれ、各委員とも、その真意を受け止める時間がないうちに散会となった。発言の大意は「特定機能病院は医療

法上の定義であり、大学病院がほとんどを占め、研究と医療機能を併せもっている。特定機能病院の、この特殊な機能を標準的であるとするのはいかなものか。特定機能病院の平成15年の値(係数)を皆が目指すのか、それとも普通の地域の病院を目指すのかという点がある。たとえば、日本医師会は特定機能病院を別枠の診療報酬で評価するという論を提示している。別に日医の肩をもつつもりはないが、その辺りをどう考えるかという点がある」というもの。

月1日号既報)については、多数の委員から賛成を得たものの全会一致にはいたらず、基本小委の議論に委ねることになった。

本紙の取材に、医療課の担当官は、10月22日の分科会後は「特定機能病院は重度急性期の範疇に入る」と答えたが、11月12日のDPC分科会後には、「(DPC分科会の)提案書にある急性期入院医療の定義が中協協で認められた後には、「軽度な急性期」と「重度な急性期」でDPCの内容を変えるというテーマが議論の俎上にのぼることも考えられる」という認識を表明。



さらに、特定機能病院をDPCの枠組みから外すという試みが課内で検討されていることを認めた。

ただし、2008年度改定後の課題であり、調整係数に変わる機能評価係数の検討とともに10年度改定に向けた重要テーマとなるという認識を示した。

その調整係数廃止について、担当官は11月12日の分科会で「調整係数は08年度改定までは存続するというのが既定事項。(世間で言われる)10年度改定で廃止されるかは決まっていない。例えば09年度になくなることもあり得る」という解釈を披露。急性期入院医療の再編成に向けて、DPC制度改革がより焦点のテーマとなっていることを示唆した。(3面にDPC分科会の提案書を掲載)

特定機能病院の“DPC適性”で問題提起

11月2日のDPC評価分科会で原医療課長が行なった問題提起は、医療課が10月22日の分科会に提示したDPC病院を「軽度な急性期」と「重度な急性期」の2グループから構成されるという、将来的な再編成を見込む考え方につながる。

11月12日の分科会は、急性期入院医療

について「急性期とは患者の病態が不安定な状態から治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」と「定義」することで一致した。

ただし、DPC算定病院は「軽度な急性期」と「重度な急性期」の2グループから構成されるという医療課の提案(11

08年度改定の引き下げを求める。-3.6%も可能と指摘

財政制度審議会 「医療のコスト構造」解消を提起。医師給与に厳しい目

社会保障をテーマに取り上げた11月5日の財政制度審議会・財政構造改革部会は2008年度予算における対応を審議した結果、医療分野に関しては08年度診療報酬を引き下げる方針を決めた。予算編成に対する建議に盛り込まれる。

部会長代理の富田俊基中大教授は部会後の記者会見で「本体だけで最大3.6%の引き下げが可能」という認識を示した。部会に財務省主計局は医療経済実態調査結果の分析結果を提示した。

その中で、医療法人について「収支

差額比率は若干増加」している(1.3%から2.5%へ増加)とリマーク、「医業費用の中には、稼働日数が減少しても大きく変動しないもの(給与費・減価償却費等)が多い」と、コストの硬直性を指摘した。

国公立を除く一般病院については、「給与費の構成比率の増(+2.3ポイント)が医療法人(+1.0ポイント)よりも大きいことに留意する必要」とチェック。一方、収支差額比率が下がった国公立病院に関しては、稼働日数の影響とともに「主に給与費の構成比率の増によるも

の」と考察、「1病床当たりの給与費の変化を見ると、医療法人は▲2.5%、一般病院(国公立を除く)は▲0.2%に対し、国公立病院は+3.7%となっている」と説明した。

また、収支差額比率の悪化が著しい公立病院については、「経営効率化等の公立病院改革が急務となっている」と指摘するなど、収支悪化の原因を基本的に経営因子に求めている。

財務省は、わが国医療保険の問題点の1つに「医療のコスト構造」をあげ、診

療報酬が1990年代の7回にわたる改定で引き上げられた結果、現在にいたるまで高止まりしていると指摘、その要因の1つとして医師の給与水準をあげた。

超過勤務に追われる病院勤務医の給与を取り上げ、全体で前年比+4.4%(賞与別)となっていることなどを紹介しているが、批判は主に「勤務医より1.8~2.0倍の給与を得ている」診療所に向けられている。

混合診療禁止は法的根拠が明示されていない!

東京地裁で判決。厚労省は制度維持を確認、控訴を表明

がん治療を受けている患者が保険診療で認められていない治療を並行して受けると一連の診療がすべて自由診療として扱われるために高額な費用負担を必要とすることは保険受給行使の侵害であると、患者が国を相手取った受給権確認請求訴訟で、東京地裁(定塚誠裁判長)は11月7日、混合診療を禁じる法的根拠はないとして原告の請求を認めた。(6面に判決文)

活性化自己リンパ球移入療法を併用する旨の提案を主治医から受け、2001年9月から両療法を併用する治療を受けていた。

しかし、混合診療禁止の原則に従って全額を支払ってきたものの、その負担に耐えられないことと、保険給付が阻害されているのではという疑念から訴訟にいたったもの。医療を専門とする弁護士に受任を断られたため本人訴訟を決意、勉強を重ねて1人で裁判に臨んだ結果の勝訴となった。

被告の厚生労働省は、一連の診療行為を一体のものとして療養給付の対象とみなす必要があるなどの主張を展開したが、東京地裁は「個々の規定に一体と解釈できる根拠は見いだせない。法は保険適用を個別診療ごとに判断する仕組み

を採用している」と判断した。

江利川毅厚生労働事務次官は11月8日の会見で、混合診療を特定したかたちで認めている「保険外併用療養費制度」を見直す考えがないことを明らかにした。

今回の判決は、混合診療の政策的、社会的意味合いを取り上げたものではなく、禁止する根拠が法律に明示されていないという点を司法判断したに過ぎない。混合診療禁止には、給付上の安全確保とともに公的医療保険制度の空洞化を防ぐ意味合いがあるが、がん患者等には治療を妨げる一面もあるなど、その影響は大きく複雑だ。

医療法人附帯業務に医療労働者人材派遣を追加

厚生労働省医政局指導課は医療法人に医療関連の特定労働者派遣事業を認める方針を決め、医療法人附帯業務の見直し案をまとめ、11月1日に意見募集を開始した。

対象分野は、①医療関連業務の紹介予定派遣、②社会福祉施設等における医療関連業務、③産前産後休業等にある労働者の医療関連業務、④医業の就

業場所がへき地である場合、⑤就業場所が医療対策協議会の協議で認められた派遣先である場合(病院・診療所を開設する医療法人に限る)。

いずれも「保健衛生に関する業務」として医療法第42条第6号に追加される。

11月30日の意見募集締め切りを経て、12月早々に医政局長通知の改正を行なう考えだ。

看取り加算は特養の現行加算に準じる

療養病床転換老健

「医療機関対家庭の入所比」「特定処置の実施率」が施設基準

11月12日の介護給付費分科会に事務局(厚労省老健局老人保健課)が示した「療養病床転換型老健施設」の介護報酬案によると、施設基準として、①入所経路が「家庭」に比して「医療機関」が〇倍に達していること、②「一定処置」を受ける入所者の割合が一定以上に達していることの2要件が設けられる。(1面記事を参照)

①については、現行老健施設における比率0.9と「医療区分1+区分2の30%」で補正した介護療養型の比率3.2との間で決める案を示した。算定月前12ヶ月の新規入所者が対象となる。したがって、施行は2009年4月を見込んでいる。

②に関しては、同様の方法による両施設の医療処置実施率の比較で3倍以上の開きがあるものを「一定処置」とする。事務局が示したデータでは経管栄養と喀痰吸引が該当するため、この2処置について、算定日が属する月の前3ヶ月を対象に実施率の差を設定する。

事務局は、各要件の具体的な数値は直近のデータにもとづいて算出するとしている。

介護報酬としては、まず、「24時間看護体制確保」と「定員に応じた配置基準」を満たしている場合に、夜間等の対応と医薬品・医療材料等物品費をコスト上昇分とみなして、施設サービス費に一律に上乘せする。

「24時間看護体制確保」という要件の具体的な案は次回(12月7日)に提示されるが、「小規模施設には一定の配慮を加える」としている。

一方、入所者でニーズが異なるサー

ビスについては、個別に加算評価する。

そのうち、終末期の看取りに関しては、医師が回復の見込みがないと判断した入所者であること、ターミナルケア計画の作成、職員共同によるターミナルケアの実施に加え、当該施設もしくは本人居宅で死亡した場合に算定を認めるとした。

医療機関への転院先での死亡は対象外となる。また、特養の現行「看取り介護加算」と同様、看取りの期間に応じた評価となる。

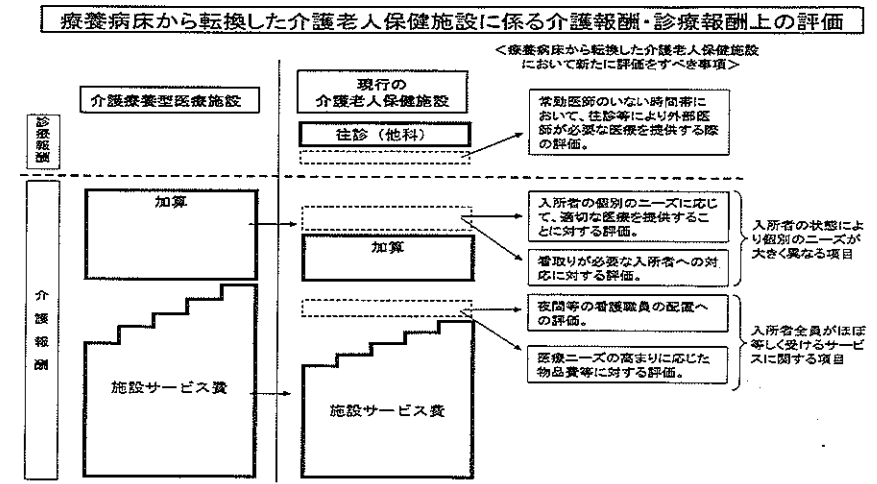
介護療養型医療施設が算定できる特定診療費は「リハビリテーションに関する事項」と「医療区分3に関する項目」等を除いて、新たな老健施設設計に継承される。

したがって、「療養病床転換型老健施設」の算定構造は、介護療養型の水準を引き下げた施設サービス費と一定の加算、夜間等の看護配置、看取り、「特定診療費」からなる個別加算項目からなる(図I)。

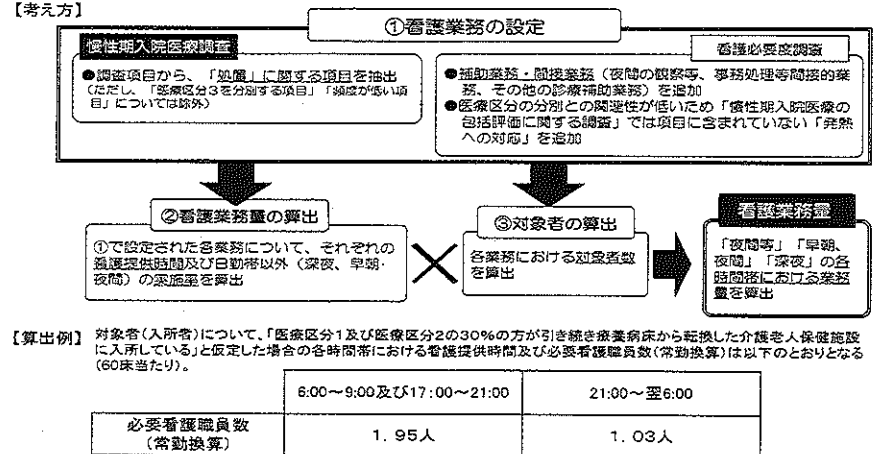
このうち、追加となる看護職員配置の評価に関しては、①夜間等の看護業務を特定する、②各看護の業務量を算出する、③各業務ごとの対象者数を算出する、④業務量と対象者数の積から「夜間等(17~9時)」「早朝・夜間(6~9時・17時~21時)」「深夜(21~6時)」各時間帯の業務量を導き出した上で、「実現可能な看護職員配置を設定」としている(図II)。

業務量の算出にあたっては「06年慢性期入院調査」や「看護必要度調査」(01年・医療情報システム開発センター)のデータに依拠する考えだ。

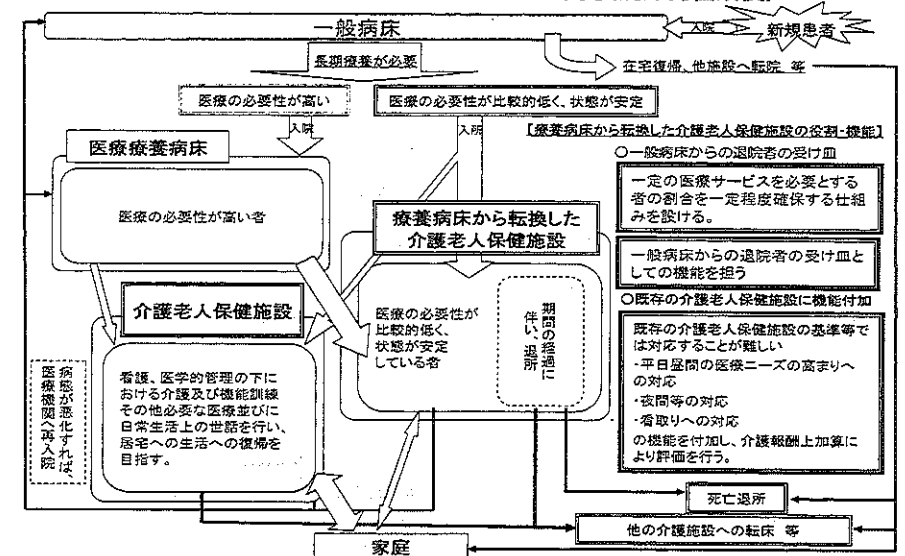
図I.「療養病床転換老健」の介護報酬



図II. 夜間等の看護職員配置の算出



図III. 医療サービスを必要とする者の流れについて(療養病床再編成後)



「療養病床から転換した介護老人保健施設」の施設要件(案)

- 算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、医療機関から入所する者が家庭から入所する者の〇倍以上であること。同要件は2009年4月から適用する。
*現時点での数値は老健施設が0.9倍に対して介護療養型が3.2倍と両施設に3.6倍の開きがある。
- 既存の介護老人保健施設に比べ「療養病床から転換した介護老人保

健施設」での実施頻度が高い医療処置について、算定日が属する月の前3月間に同処置が行われた者が一定以上の割合で入所していること。
*06年慢性期調査等によると両施設の実施率で差が3倍以上となるのは経管栄養(6.7倍)と喀痰吸引(3.9倍)であり、この2処置の実施率を用いて施設要件を設定する。具体的な数値は最新データをもとに算出する。

診療報酬調査専門組織DPC評価分科会提案書(要旨) 11月12日 ※1面記事を参照。2面に関連記事

平成19年度に中医協基本小委より付託された事項について、以下のとおり提案する。

第1 適切な算定ルール等の構築について

- 同一疾患での再入院に係る取扱いについて
 - 3日以内の再入院(病棟間の転棟に伴う再転棟も含む)は1入院として取り扱う。
 - 4~7日以内の再入院は、今後引き続き調査・検討を継続する。
 - 外来で実施できると思われる治療が入院医療で行われている例について、今後、実態の調査・検討をする。
- 診断群分類の決定方法について
 - DPC診療報酬明細書の提出に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。
 - 院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディングにつながるような体制を確保する。

第2 DPC対象病院のあり方について

- 急性期の考え方
急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする。
- DPC対象病院の基準案について
 - 平成18年度の基準に関する考え方について

【論点1】

平成18年度の基準は20年度以降のDPC対象病院にも適用すべきである。

参考●平成18年度基準
ア 看護配置基準10:1以上であること
イ 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること
ウ 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
 - データの質に関する考え方について
DPC対象病院がデータの質を確保することが重要。DPC準備病院については「7月から12月までの退院患者調査」(本体調査)で適切にデータを提出できること、一定以上の(データ/病床)比があることをDPC対象病院となる要件とするべきである。
 - データの提出期間について

【論点2-1】

「一定期間」については、「1年間・(4ヶ月分のデータ)」又は「2年間(10ヶ月分のデータ)」のどちらのデータ提出期間とすべきか。

(1) 平成18年度の基準に関する考え方について

【論点1】
平成18年度の基準は20年度以降のDPC対象病院にも適用すべきである。

(2) データの質に関する考え方について
DPC対象病院がデータの質を確保することが重要。DPC準備病院については「7月から12月までの退院患者調査」(本体調査)で適切にデータを提出できること、一定以上の(データ/病床)比があることをDPC対象病院となる要件とするべきである。

(3) DPC対象病院の基準案について
DPC対象病院の基準は以下の2通りの案が考えられる。
【基準案1】
軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする案
【基準案2】
ある程度以上の重症の急性期入院医療をDPCの対象とする案

参考●本体調査は7月から12月まで6ヶ月のデータを収集している。提出期間を「1年間」とすると、DPC対象病院参加の判断を12月までに行うには、実際には10月までのデータしか利用できない。提出期間を「2年間」とすると、前年度の全6ヶ月分のデータと当該年度の4ヶ月分の合計10ヶ月分のデータを利用することができる。

○適切なデータの提出について
・「適切にデータを提出できる」とは、提出期限の厳守及びデータの正確性等(適切に診断群分類が決定されていることや入力ミスがないこと等)を求めることとする。
・適切なデータの提出は既存DPC対象病院にも求め、データの質に重大な疑問等があった場合には当分科会でその原因等について調査し、改善を求める。
○(データ/病床)比について
【論点2-2】
(1) (データ/病床)比は、平成16年度に要件としていた「3.5(4ヶ月の場合)相当」としてはどうか。
(2) (データ/病床)比を算出するに当たり、対象とする期間は「2年間」とすることが望ましい。(編集部注:11月12日の分科会は(2)について上記のごとく修正した)

(3) DPC対象病院の基準案について
DPC対象病院の基準は以下の2通りの案が考えられる。
【基準案1】
軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする案
【基準案2】
ある程度以上の重症の急性期入院医療をDPCの対象とする案

第3 調整係数の廃止及び新たな機能評価係数の設定について
調整係数は平成20年度改定時までは存続するが、それ以降は廃止し、それに変わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。
1. 「望ましい要件」は、要件としてではなく、係数とすることを検討すべきではないか。
2. 医療機関の機能を反映する係数等を、例えば以下を含めて検討すべきではないか。
・救急、産科、小児科などの不採算となりやすい診療分野を評価する係数
・救急医療体制など、高度な医療を提供できる体制を確保していることを評価できる係数
・高度な医療を備えることについて、地域における必要性を踏まえた評価を反映できる係数

2008年度改定審議から(基本小委)
2007年10月31日~11月9日 *1面記事を参照

老健施設・療養病床の医療用麻薬処方方は別算定

10月31日の論点

■地域医療について

- (1)脳卒中を地域連携バスの対象疾患として検討してはどうか。
- (2)地域で複数の病院等が共通のバスを使用している場合も評価の対象としてはどうか。
- (3)バス導入の費用負担や導入後のバス見直し等に係る負担は適正評価してはどうか。
- (4)退院基準の作成を連携医療機関にも求めてはどうか。
- (5)医療計画に記載のある病院・診療所を評価することとしてはどうか。

11月2日の論点

■勤務医の負担軽減策①—医療事務について

特に急性期医療を担う病院の、医師の事務を支援する事務職員配置を評価してはどうか。

●主な議論

西澤委員 提案には医師の業務見直しという観点もある。全病院を対象とすべきと考える。

原医療課長 今回は、とくに、救急を担う病院の勤務医の負担軽減化を考えた。

鈴木委員 相当なキャリアが必要。安易にできるのか。これは新たな財源を前提とすべきだ。

対馬委員 資格はどうするのか。

原課長 資格要件は現在ない。医療事務を勉強してもらい、病院でOJTしてもらう必要がある。

西澤委員 入院をイメージしているようだが、外来にも必要ではないか。

■勤務医の負担軽減策②—初再診等の外来医療について

- (1)夜間への延長など診療所の時間外診療に対する評価を重視してはどうか。診療所の初・再診料を見直し、一定の開業時間確保を前提として、診療所の時間外診療の評価体系を見直してはどうか。

■勤務医の負担軽減策③—入院時医学管理加算の見直し

- (1)十分な人員配置と設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的・専門的医療をいつでも提供できる入院機能について診療報酬上の評価を検討してはどうか。
- (2)このような機能を持つ病院は、救急の24時間対応、地域の他医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等、勤務医の負担軽減の対策実施を評価の要件としてはどうか。

●主な議論

原課長 この加算は元々外来を縮小して入院中心という方向で設けた。しかし、結果的には病床規模が小さく療養が多い病院が多く取っている。今回の提案は、まずは体制を評価したい。それと連携の仕組みを探りたい。

西澤委員 「地域の中核病院」とある。急性期病院全体を想定しているわけではないのか。

原課長 病床規模で決めるつもりはない。24時間救急対応とか、複合的疾患や複数科対応、難しい疾患への対応等考えると高度急性期の病院が考えられる。外来の縮小については、そういう計画を作ってほしいということ。

西澤委員 「産科、小児科、精神科等を含む」ともある。精神科を含めるとなると民間病院では難しい。外してほしい。病院外来については縮小という面だけでなく、専門外来や救急外来など、質の側面も考慮すべきではないか。

■外来管理加算について

患者にとって分かりやすい診療報酬体系とするためにも、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等に要する時間の目安を設けてはどうか。

●主な議論

西澤委員 技術料の評価に時間を用いる

というのはいかがか。ベースとなる点があって、その上に時間を加味して加算するというやり方であるべきではないか。ものと技術を明確に分けた上で、医師の技術料はもう少しきちんと評価されるべきではないか。

原課長 ここでは懇切丁寧さと計画管理を求めている。それには時間もかかる。質はともかくも量的に測ったらいかがかということ提案した。

■後期高齢者医療について(外来医療①)

▽後期高齢者の初・再診料

①後期高齢者は、既往歴、受診歴、服薬歴、利用している医療・福祉・介護サービス等を詳細に聴取することが必要なことから、初診に係る評価を引き上げてはどうか。

②再診は、経過観察や継続的な指導・管理が中心。再診料は引き下げ、継続的な医学管理を適正に評価してはどうか。

▽外来における継続的な医学管理

(1)主治医は年間の診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて全人的に患者の病状等を把握し、継続的に診療を行うことを評価してはどうか。

(2)患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を把握するため、ア 初診時に患者の病歴等を丁寧に問診し把握する

イ 再診時や他医療機関に紹介等を行った際には、他医療機関での診療内容等について毎回患者と情報の共有を行うこと等を求めている

(3)基本的な日常生活の能力や慢性疾患の病状等を把握するため、ア 年に1回程度、認知機能、意欲等について総合的な評価を実施する

イ 本来診療の範囲内であるが、通常行われていない診療行為の中で後期高齢者に特に有益なもの、後期高齢者に多い慢性疾患の継続的管理に必要な検査(血液

検査、尿検査、心電図検査、胸部単純撮影、眼底検査、直腸診、便潜血検査等)の実施等を求めている

(4)研修等を通じ、総合的な評価を実践できるように研鑽を積むことを求めている

(5)周囲に診療所が存在しない地域で中小病院の医師がかかりつけ医としての機能を担っている様な場合に、医療を提供する場合の要件等について検討してはどうか。

●主な議論

竹嶋委員 再診料はむしろ上げるべきと考える。主治医は在宅、外来、入院と複数いるべきだ。反対する。

西澤委員 再診料という以上、診療所と200床未満が対象ということか。

原課長 そうだ。

西澤委員 再診料の引き下げはかぶるが、主治医は200床未満には関係ないと。

原課長 再診料と後期高齢者医療とは別の話だ。

西澤委員 しかし、再診料を下げる代わりに継続的医学管理を設けるのではないか。その継続的医学管理から200床未満を外すとっている。

原課長 それは診療所も同様。すべての診療所が主治医の対象となるわけではない。病院も同様だ。(診療所のない地域では)中小病院も想定しているが、大きい病院しかなければそれを認めることもあり得る。

小島委員 検査は月定額とは別に評価するのか。

原課長 この検査は包括に入れる。他をどうするかは詳しく検討したい。

西澤委員 主治医に関しては、医療部会などでも「病院にも認めるべき」という声が多く、病院団体共通の意見となっている。考慮されたい。

11月7日の論点

■入院医療の評価のあり方について②

▽特殊疾患療養病棟入院料等について

- ①本来担うべき対象を明確にする等、現在の基準の見直しを行った上で、必要な医療機関には特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料の算定を継続してはどうか。

②療養病床における両算定病床に入院していた患者の経過措置(08年3月31日まで)は、対象疾患を明確にした上で、手厚い看護配置を行っている病棟に入院している患者については更に延長してはどうか。

●主な議論

西澤委員 経過措置の延長に期限はつくのか。

原課長 ①については期限は考えていない。②については医療区分2と3の患者は延長したい。期限は患者の状態をみながら毎年考えることになる。

西澤委員 同じ状態の患者が同じサービスを受けられるようにしてほしい。

それと、特殊疾患療養病棟が一般病床にあるのは分かりにくい。整理を検討してはどうか。

対馬委員 未来永劫という書きぶりは疑問。06年改定の考えが間違っていたということなのか。もっと議論が必要だ。

原課長 肢体不自由児(者)施設等には福祉の患者もいる。他の病床とは考え方をあえてもよいのでは。この点は前回改定で議論が不十分だった。必要があればもっと議論してもよい。

対馬委員 前改定後に、脳疾患による後遺症が増えてきたことから、もう一度再整理というのであれば転換との関係で考えるべきではないか。福祉との関係というのであれば、全体像を理解した上でもう一度よく考えたい。

原課長 老人病院という面と出来高算定が重なってきている。それをもう一度整理したいということ。

▽障害者施設等入院基本料について

障害の程度だけではなく、医療の内容から本来対象とすべき疾患を明確にする等、現在の基準の在り方を見直してはどうか。

11月9日の論点

■後発医薬品の使用促進のための環境整備について

▽処方せん様式について

①処方せんの様式を変更し、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更することに差し支えがある場合は、「後発医薬品への変更不可」欄に署名または記名・押捺を行う方式にしてはどうか。

②また、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品の一部について後発医薬品への変更差し支えがあると判断した場合は、当該先発医薬品の銘柄名の横に「変更不可」と記載してはどうか。

③薬局は、これらの処方せんについて、患者の選択に基づき、先発医薬品を後発医薬品に変更することができることにしてはどうか。

▽後発医薬品の銘柄処方に対する薬局での対応について

▽①「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品は、薬局薬剤師が銘柄の選択理由に関する説明責任を果たし、患者が同意することを前提に、処方医に疑義照会することなく別銘柄の後発医薬品を調剤できるようにしてはどうか。

▽②「変更不可」欄に署名等がない処方せんを受け付けた薬局は、剤形は異なっても同一の先発医薬品と同等であることが確認されている範囲で、上記①と同様条件下、別剤形の後発医薬品に変更して調剤できるようにしてはどうか。

⑥薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する場

合に、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように分割調剤することを評価してはどうか。

●主な議論

西澤委員 我々医療提供側は後発品の使用促進を進めるが、安全も大事な問題。剤形の変更だが、錠剤を顆粒とかに変えられるのは困る。推進上、同じ剤形での変更でも不都合ないのではないかと。剤形変更のみ見直ししてほしい。

薬剤企画官 「剤形変更不可」と記載して特定化する方も考えられる。

■訪問看護の充実について

後期高齢者医療の診療報酬においては訪問看護に関して、退院前後の支援、24時間体制での支援、患者の状態に応じた訪問、終末期の手厚い看護の評価について概ね合意が得られた。前項については、75歳未満においてもそのニーズがあると考えられることから、後期高齢者と同様に評価してはどうか。

●主な議論

西澤委員 提案はまったくそのとおり。ぜひそうした方向に進めてほしい。

対馬委員 西澤委員と同様である。

■在宅医療を支援する病院の評価について

(1)在宅医療を行う診療所がない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院の場合の診療報酬上の評価について検討することとしてはどうか。

(2)具体的には、周囲に在宅療養支援診療所等の在宅医療を提供する医療機関がなく、在宅医療の主たる担い手が病院である地域において、入院患者に対する医療提供体制の確保等の要件を満たした場合に評価することを検討してはどうか。在宅医療を支援する病院の例——「在宅医療を行なう診療所が半径5km以内ない地域にある病院」

●主な議論

西澤委員 周りに診療所がない例として「半径5km以内」とある。北海道でも島

ぐらいしか該当しない。距離は外してほしい。診療所があっても在宅療養支援診療所でなければ意味がない。都会のような密集地もそうした機能を担っていない地域は、こうした病院の役割を評価してほしい。

対馬委員 物理的な距離のみで測るのはどうか。

原課長 今回の提案は、在宅を診療所中心に行なうという06年改定の上で診療所のない地域にどう対応するかということ。在宅に病院も参加するということになると非常に大きな問題になる。それをどう考えるのか。

西澤委員 我々は外来も機能分化すべきと考えている。外来は診療所のみでできるものではない。例えば、病院にも主治医を認めるのであれば、夜間の診療所支援、地域からの入院の受け入れ、治療後に地域に戻すといった、連携と地域の面から考えることができる。

■疼痛緩和の推進について

(1)介護老健施設や療養病床においても、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できるようにしてはどうか。

(2)保険医療機関医師の処方せんに基づき、注射薬と特定保険医療材料に必要な注射薬及びバルーン式ディスポーザブル連続注入器をそれぞれ追加してはどうか。

●主な議論

西澤委員 老健で包括されていた薬剤を表に出すことは評価できる。療養病床には医療と介護があるが、それぞれに(麻薬は)どうなるのか。

原課長 医療療養は出来高でできる。介護療養についても、この案を広げたらと考えている。

西澤委員 介護療養の場合はどこから金が出るのか。

原課長 介護療養は保険指定を受けているので、施設の医師は医療保険に請求できる。

診療報酬改定は
医療現場のスタッフにも最大の関心事
各部門からの「物申す」を特集した

通信員特集 ● 2008年度診療報酬改定への期待と要望

現場に則した考え方が反映された改定を希望する!

■病院事務部門

メディカルクラークの本当の実現を!

医療法人勉仁会東小樽病院 事務長 渡部寿宣

11月2日に開催された中医協診療報酬基本問題小委員会、病院勤務医の過大な業務負担を軽減するための方策が議論された。その中で、医師の事務作業を支援する事務職を評価するという提案がなされた。

各種の勤務医の意識調査を見ると、勤務が過酷になった理由で最も多いのが、患者数や診療時間が増えたほど医師が増えていないということである。

診療の際に必要な文書も制度改定の度にその種類が増え、結果として作成時間も大きく増加している。とにかく現場は医師が足りないのであるが、医師を増やすということは時間もコストも膨大にかかる。

この事務クラークの導入は、医師の業務負担軽減策として短期実効性があり、医師ほどにはコストもかからないため期待できる。

もともと日本の病院にはこうしたメディカルクラークだけではなく、ハウスキーパーや患者搬送の専任職員も圧倒的に少ないため、医師や看護師は何でも屋にならざるを得ない現状である。医療専門職の間接業務を軽減することに対して、専任者を置くことを報酬で評価することは、大きく評価できる。

このことを国がどこまで本気で考えているのかは、今後、この要件や点数が明らかにならなければ何とも言えない。

結果的にクラークの件費の大部分を病院が負担しなければならぬこと

になれば、せっかくの実効性がある負担軽減策は実現されないことになりかねない。

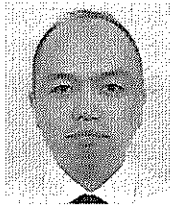
急性期や救急部門に限定して導入されるのか、クラークの資格はどうするのか、専任者としての監査認定をどのように行うのか等、運用に対して気になる点も多い。

しかし、いずれにせよ、一歩目を踏み出したこと自体は評価できるし、期待したい。二歩目にいけるかどうかは、本当に医師の負担軽減の実績を作り出すことが出来るのか、我々現場にかかっている。そのためにはクラークに対して継続した教育研修体制を築くことも必要である。

従来の医事業務とされていた請求事務や出納業務等は、IT化を進めることにより大幅に効率化され、それに伴い事務職員の数も少なくなっている。

今後も請求事務や出納事務はますますIT化が進み、定型業務として委託・非常勤化されていく。事務職も医療現場をサポートしてこそ存在意義がある。

一定以上の医療知識を持つメディカルクラークや、制度そのものとその変化・流れに精通した医事企画専門職が正規職員として求められ、それぞれの役割を果たしていくことになるであろう。



■病院薬剤業務

安全と質向上のために人員を十分配せる報酬が不可欠!

医療法人清和会長田病院 薬剤科長 大神修一

ここ数年、病院薬剤師には、調剤や医薬品管理、服薬指導など当然あるべき業務のほかに、患者に適切かつ安全な薬物療法が行えるように、チーム医療への参画や病棟における患者情報に基づく服薬指導、在宅療養への関与などが求められている。

また、病院の規模やその機能によって、求められている業務はそれぞれ異なってきた。

当院でも、病棟専任制、持参薬管理、治験への参画、在宅訪問指導、チーム医療への参画(褥瘡、感染、NST、包括的呼吸リハビリテーション、回診同行等)などの業務を新たに開始し、また今後、TPN、抗癌剤の混注、老健施設の薬剤管理などを予定している。

そこで、次期改定で病院薬剤師業務に係る報酬に期待する点は、責任をもって、薬物治療における安全確保と質の向上のための業務を行うに十分な人員を補うことのできる診療報酬の評価である。

業務が多様化、高度化する中で、従来のあるべき業務の他に、求められている業務を行うには、現行の人員配置基準ではそれに答えることは到底できない。

「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書」では、病院薬剤師の現行の人員配置基準を見直す考えは打ち出されなかったものの、病

院薬剤師業務の重要性は再確認され、各病院が薬剤関連業務を行うのに十分な薬剤師数を確保することが重要と結論づけられた。

また、病院薬剤師のあるべき業務と役割として、医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務、医療の安全確保のための情報に関する業務、その他取り組むべき業務14項目が盛り込まれている。

14項目の詳細をここで述べることは紙幅上できないが、これらの項目は医療の安全確保と薬物療法の質の向上に、病院薬剤師として取り組みその力を発揮すべき業務といえる。そして、医療の安全確保と薬物療法の質の向上が期待されるこれらの業務については診療報酬上での評価もなされるべきである。

最後に、病院薬剤師は期待されている業務と役割に積極的に取り組み、何をしているかわからないというイメージを払拭し「報告書」にあるように「顔の見える薬剤師」として活躍しなければならない。

そのためにも次期改定には、必要な業務を行うに十分な薬剤師数が確保できる報酬上の評価を望みたい。



■看護

「7対1」は機能別・部門別の算定とすべし!

医療法人社団平成醫塾苫小牧東病院 理事・看護部長 工藤れい子

*はじめに

当院は急性期、亜急性期、慢性期が共存する5病棟260床の内科・リハビリテーション病院で、平成元年に開設、来年20周年を迎えます。

この間、医療の質・サービス向上のため、平成16年病院機能評価認定、18年リハビリテーション付加機能評価の認定、また、18年8月には電子カルテ・オーダーリングシステム・看護支援システム等のIT化を行いました。

平成18年度改定は過去最大の引下げとなりました。とりわけ慢性期入院は特殊疾患療養病棟を廃止し、患者の状態像に応じた医療区分・ADL区分による個別評価に移行するなど、当院にはかつてない厳しい報酬改定となりました。

そのため、今般打ち出された療養病床削減の方向性、地域ニーズ、当院の強みであるリハビリの一層の充実などを勘案して療養3病棟の1つを回復期リハビリ病棟へ移行し、つごう2病棟に再編しました。

しかし、収入面の稼働計画を達成する上で極めて困難な年度でもありました。改定の度に存続も危ぶまれる中で安全・安心な医療・看護の提供に努め、その結果、医療機関と従事者に疲弊をきたしているのは当院だけでないことでしょう。

そのような中、平成20年度診療報酬

改定を迎えています。ぜひ、以下の点の見直しを願いたいと思います。

○看護配置基準

・7対1入院基本料算定の見直し一機能別・部門別の算定
・夜勤看護職員配置、72時間以内の緩和-民間医療機関の公的並運用を図るためにも育休・介護休暇等の制度活用を。地方では夜勤専従者等が確保できない状況の理解を求めます。

○療養病棟入院基本料

・医療区分3.2のあり方一経過措置患者(神経難病等)は期間限定をする患者群ではないと考えます。

○回復期リハビリ病棟

・成果主義導入の影響一地域連携との関連で急性期の回復期患者増加に見合う報酬の設定と日数制限の再検討も必要と考えます。

○安全対策実施加算

・安全対策コストに反映、基準の緩和-専従、専任要件の緩和
・臨床工学技士の評価

○地域連携診療計画管理料・退院時指導料

・大腿骨バスに脳血管疾患等追加を要望
・回復期リハビリ病棟での算定(現状包括)

○電子カルテ等のIT加算の評価引上げ

・現行ではシステム導入も運営コストに見合わず、普及が進まない。



■リハビリテーション

疾患別の見直し、とくに算定日数制限撤廃を訴える!

財団法人三友堂病院 リハビリテーション部 佐藤一彦

ここ数回の診療報酬改定は、リハビリテーション部門のみならず、すべての診療科において厳しい内容のものである。現場での混乱はもちろんのこと、診療報酬の解説書にQ&Aが載ったことが象徴的と思えるほど不可解かつ複雑な改定内容であり、急性期病院におけるリハビリテーションの方向性がより不透明になっていく印象である。

現行の疾患別リハビリテーションでは、診断名別にリハビリテーションの診療報酬に差がつけられ、特に運動器、呼吸器リハビリテーション等は心大血管、脳血管疾患等リハビリテーションよりも1単位あたりの診療報酬が低く設定されている。

これら現行の疾患別リハビリテーションは見直されて然るべきであると考えます。

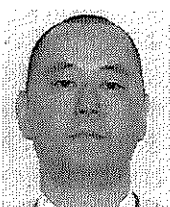
なぜなら、現行の算定方式は疾患名が報酬を決めるのであり、実施しているリハビリテーションの内容への評価を軽視しているという印象を拭えない

からである。また、算定日数制限や経過日数による運減制など、対象者の状態を一切度外視した考え方であると思わざるをえない。

経過が日数制限を超過対象者はどうするのか、例えば、運動器疾患の術後の定期的な機能評価等は対象者のフォローとして欠かせないものであるにも関わらず、術後5ヶ月を経過すると算定できないのである。

一部の疾患は日数制限の対象外とされているが、それ以外の疾患でも長期のフォローが必要な場合が多々あるのが実状である。それらを一律に経過日数のみで算定不可としてしまうのはいかがなものか、はなはだ疑問に思うのは私だけではないはずである。

2008年度の診療報酬改定には、現場に則した考え方が反映された改定を切に願いたい。



○一般病棟のあり方

・DPC算定病院の基準の見直し(ケアミックス型の参入を認めるべし)
・全日病提唱「地域一般病棟」の実現
○在宅分野の評価引上げ
・訪問看護、訪問リハ等在宅分野強化のために引上げが必要

*おわりに

個々の医療機関が自らの医療をどう

提供していくかが問われており、自院の医療展開の方向性を明確にし、診療・看護の質を高めて、地域・患者ニーズに応じた最適な医療形態を構築していくことが、ますます求められることになると考えます。

しかし、医療従事者が労働を通じて満足感と充実感を感じ、かつ受け止められる診療報酬改正を期待したいと考えます。

法は個別診療行為ごとに給付妥当性を判断する

法解釈の問題と混合診療のあり方は次元の異なる問題



東京地裁「健康保険受給権確認請求事件」判決文(概要) 11月7日 ※2面記事を参照

本件の争点

インターフェロン療法が、個別的にみれば保険診療の対象となり、活性化自己リンパ球移入療法が個別的にみれば保険診療の対象とならないことは、当事者間に争いが無い。そうすると、患者が、インターフェロン療法と活性化自己リンパ球移入療法を受けた場合には、インターフェロン療法は保険診療として保険給付を受け、活性化自己リンパ球移入療法は保険診療の対象外である自由診療として患者が自己負担をすべきことになると考えるのが自然な帰結といえよう。

しかし、この点について、被告は、インターフェロン療法を活性化自己リンパ球移入療法と併用して行う場合には、インターフェロン療法もまた「療養の給付」に該当しないと解すべきであると主張する。

その理由として、被告は、

当裁判所の判断

1. 争点1(「療養の給付」に当たる療養でも「療養の給付」に当たらない療養と併用された場合には、全体として「療養の給付」に該当しないと解すべきか)について

(2) 法63条1項は、「療養の給付」の内容について、診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術他の治療、居宅療養上の管理及びそれに伴う世話他の看護、入院及びそれに伴う世話他の看護を掲げ、同条2項で、食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養に係る給付は「療養の給付」に含まれないものと定めている。

しかし法は、このほかに「療養の給付」の具体的内容について何ら定めてなく、これらの規定を見る限りは、個別的にみれば「療養の給付」に該当する医療行為でも、保険診療に該当しない医療行為が併せて行われると、それらを一体とみて、前者も「療養の給付」が受けられないと解釈すべきであるという根拠はおよそ見出し難いと言わざるを得ない。

(3)「診療報酬の算定方法」及び「薬価基準」は個別の診察行為や個別の医薬品を単位として規定されており、たとえば同じ「傷病の治療等を目的とした」複数の診察行為や医薬品投与が行われたからといって、それを不可分一体の「一連の医療サービス」としてとらえて、それによって診療報酬の算定をしたり、利用できる医薬品に当たるかどうかを判断する仕組みとされていない。

仮に、被告が主張するように、特定の傷病の治療等を目的として医療行為Aと医療行為Bが行われた場合に不可分一体の医療行為Cが行われたと見るのであれば、医療行為A又はBが「診療報酬の算定方法」のリストに掲載されていても、不可分一体の医療行為であるCが「診療報酬の算定方法」に掲載されていない限り、「療養の給付」に要した費用として計上できないことになり、また、同様に医薬品A及びBが「薬価基準」に掲載されていても、不可分一体で考えるべき医薬品Cが「薬価基準」に掲載されていない限り、それをを用いることはできないことになる。しかし、「診療報酬の算定方法」及び「薬価基準」はそのような定め方をしていない。

このように、法は、個別の診療行為ごとに法63条1項の「療養の給付」に該当するかどうかを判断する仕組みを採用していると言すべきである。

(4)以上より、この点についての被告の主張は採用できない。

(1) 複数の医療行為が行われる場合には、それらの複数の医療行為を合わせて不可分一体の1つの医療行為であるとして法63条1項の「療養の給付」が予定したものに該当するかどうかを検討すべきであり、個別的には保険診療に該当するものであっても、これに保険診療に該当しないものが加わって一体として「療養の給付」に該当しないことになれば、前者についても保険給付は受けられないと解すべきである。

(2) 保険外併用療養費制度について定めた法86条は、混合診療のうち、健康保険により給付すべきものを限定的に掲げたものであるから、反対解釈により、混合診療のうちこの保険外併用療養費制度に該当しないものについては、すべて「療養の給付」に当たらないと解されるべきであると主張する。

2. 争点2(保険外併用療養費制度について定めた法86条の解釈によって、同制度に該当するもの以外の混合診療は、本来保険診療に該当するものも含めて、すべて法63条1項の「療養の給付」に当たらないと解釈することができるか)について

(1) 被告の主張は、特定療養費制度は、保険診療と自由診療の組み合わせ全体を網羅的に対象とした上で、特定療養費制度に該当するものと該当しないものに二分し、前者を保険給付の対象とし、後者はおよそ保険給付の対象としなかったのが法86条の趣旨であるという主張と解される。

(2) 旧法下における特定療養費制度に関する被告の主張の当否を検討する。

イ 旧法86条に基づく特定療養費制度は、「療養の給付」と截然と区別をされた制度の下で、高度先進医療告示に個別的、具体的に列記された高度先進医療等についてそれに要した費用を支給する制度であると解され、およそ、保険診療と自由診療の組み合わせを全体的、網羅的に対象として、その中から保険給付に値する組み合わせを拾い上げて保険給付の対象とした制度であることは窺えない。

すなわち、高度先進医療には、その医療行為の内容によっては、基礎的部分として保険診療に該当する診察や麻酔等の部分が存在することがあり得ると考えられるが、それだからといって、特定療養費制度が保険診療と自由診療とを組み合わせた場合を全体的、網羅的に検討して、その中で保険給付に適するものだけを拾い上げたものであるということではできず、かえって高度先進医療を見ても、いずれも当該具体的医療行為に着目して特定療養費制度の対象とする旨が明らかにされたにとどまり、これらの高度先進医療の中に、たとえば、個別的にみれば保険診療行為と自由診療行為であるが、ある特定の組み合わせであれば高度先進医療に該当するとか、あるいは逆に、個別的にみれば高度先進医療に該当する自由診療行為であるが、他の特定の保険診療行為と組み合わせると高度先進医療に該当しなくなるというように、保険診療と自由診療の組み合わせに着目して定めたものは何ら見受けられない。

被告は、特定療養費制度に関し、単に保険診療と自由診療の組み合わせが列記されているというにとどまらず、

これに該当しない場合は、保険診療としても給付をしない趣旨が、旧法86条から看取できるはずであると主張するが、特定療養費制度に関する定めを鳥瞰しても、特定の保険診療については、およそ全ての保険給付の対象から排除するという趣旨を窺い知ることができ規定はない。

すなわち、本件においては、個別的にみれば「療養の給付」に該当し、保険診療の対象となるとされるインターフェロン療法が、旧法86条あるいは関連する法規の条項によって、保険給付の対象から排除されることを示すものは一切見あたらないと言わざるを得ない。

ウ 旧法63条2項で明示的に「療養の給付」に含まれないとしていた食事療法をみると、同条項は、一定の要件を満たした食事療養は入院時食事療養費を支給する旨を定めているが、この規定は、保険診療とこれに該当しない食事療養が併用された混合診療の場合に、保険診療たる「療養の給付」についてはなお給付の対象となることを法が予定していることを暗黙裏に当然の前提として、食事療法についての費用の支給について規定されているものと解されるのであり、このような法の態度は、被告が主張する、混合診療の場合には旧法86条に該当しない限り保険診療部分を含めて給付の対象としないという主張とは相容れないものであるといわざるを得ない。

エ 被告はさらに、特定療養費制度は、混合診療の中で特定のものについて保険診療部分の給付をするものであると主張するが、そもそも、旧法86条1項は、高度先進医療等及び選定療養を掲げた上で、被保険者がこれらの療養を受けたときは「その療養に要した費用」について特定療養費を支給する旨を定めており、ここにいう「その療養に要した費用」とは、高度先進医療等又は選定療養に要した費用を指すと解されるところ、前示のとおり、高度先進医療等や選定療養が「療養の給付」とは全く別の概念として規定していることを考え合わせれば、この「その療養に要した費用」が保険診療に該当する費用を指すと解することは、困難であると言わざるを得ない。

特定療養費の額について定めた同条2項をみても、同項は同項1号の「当該療養」すなわち高度先進医療等及び選定療養を基礎として算出された額を支給する旨を定めているところ、これらが「療養の給付」とは異なるものであることは前示のとおりであるから、同項により特定療養費支給の対象となるものが高度先進医療等に係る療養又は選定療養に関する費用ではなく、これらと併用して行われた保険診療である「療養の給付」に関する費用であると解することは、明文に反する解釈であるとさえ言えよう。

オ 以上によれば、被告が旧法86条に関して主張する上記の解釈は、採用できない。

(3) また、被告は、前記(1)のとおり、平成18年の法改正で定められた保険外併用療養費制度(法86条)は旧法の特定療養費制度を継承したものであって、混合診療については、法86条1項が定める保険外併用療養費の対象となる場合を除き、これらに対する保険給付を認めておらず、個別的にみれば保険給付

の対象となり得る診療部分も含めて法63条1項の「療養の給付」に当たらないと解すべきである旨主張する。

保険外併用療養費制度をみると、旧法における特定療養費制度の支給対象となる療養のうち、選定療養はこれを維持し、高度先進医療等を「評価療養」と改め(法63条2項3号、4号)、被保険者がこの評価療養及び選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する旨を定めているのであって(法86条1項)、基本的に特定療養費制度と同じ構造を採用するものであり、法63条1項にいう「療養の給付」と保険外併用療養費制度により支給の対象となる療養の関係や費用の算定方法等について、特定療養費制度と同様の考え方に基づくものである。

そうすると、平成18年の法改正後の法86条1項による保険外併用療養費制度に関しても、上記(2)と同様の帰結が導かれるということが出来る。

(4) 被告は、昭和59年及び平成18年の法改正によって混合診療を一般的には認めないという法の立法者意思が明確にされたにもかかわらず、なお法の解釈として混合診療が許容されている旨解するのであれば、この解釈は上記立法者意思に反する旨主張する。

また、混合診療の原則的禁止という厚生労働省が採用する解釈、政策は、医療の平等を保障する必要性があること、解禁すれば患者の負担が不当に増大するおそれがあること、医療の安全性及び有効性を確保する必要があることに照らしても合理的である旨主張する。

しかしながら、一般的にいえば、保険診療と自由診療が併用された混合診療は、一方で、併用される自由診療の内、何をどのような方式で保険給付の対象とすべきか、また、それに伴う弊害にどのように対処すべきかという問題があり、他方で、自由診療が併用された場合にももとの保険診療相当部分についてどのような取扱いがされるかという問題があるところ、これらは別個の問題であって、両者が不即不離、論理必然の関係にあると解することはできない。

本件の問題の核心は、まさに後者の問題、すなわち、原告が、個別的にみれば、法及びその委任を受けた告示等によって、法63条1項の「療養の給付」を受けることができる権利を有すると解されるにもかかわらず、他の自由診療行為が併用されることにより、いかなる法律上の根拠によって当該「療養の給付」を受ける権利を有しないことになるかという点であるが、法律上、上記のような解釈を採ることができないことは、縷々述べてきたとおりである。

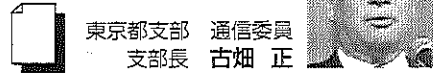
また、このような法解釈の問題と、差額徴収制度による弊害への対応や混合診療全体の在り方等の問題とは、次元の異なる問題であることは言うまでもない。

(5) 以上のとおりであって、特定療養費制度及び保険外併用療養費制度の内容、制定経緯等を考慮しても、個別的に見れば法63条1項の「療養の給付」に該当する診療行為に、法86条の対象とならない自由診療が併用された場合に、これらの診療行為の全体が保険給付の対象外となるというのが法の趣旨である旨の被告の主張は理由がないと言すべきである。

支部からの報告

東京は 歯をくいしばって経営 1点1円60銭で全国並み

第50回学会に乞う期待



東京都支部 通信委員 支部長 古畑 正

東京都支部は現在会員数210名と、西澤会長の地元北海道支部の205名に急迫されています。東京は人件費は2割高、物価は1割高、地価が5~8倍という状態で、安藤副会長の試算による1点1円60銭でやっと全国並みとなるようです。診療所への変更、病院の廃院が増加

しており、会員数も減り気味です。しかし、泣き言を言っているではありません。歯をくいしばってやせ我慢をし、自転車操業をしてでも医業を存続するという決意で頑張っています。平成20年2月3日には、「医療における格差」—公正な医療を目指して—という主題で、安藤高朗学会長のもと、東京都病院学会を開催します。基調講演には読売新聞東京本社編集委員 南砂氏を迎えます。第50回目という節目となる全日本病院学会は、平成20年11月22日、23日、東京の都市センターホールで開催されます。学会長は都病協の河北博文会長、テーマは「民主主義と医療」と決まりました。東京都副知事でもある作家の猪瀬正樹氏、日本尊厳協会理事長井形昭弘氏、国際日本文化研究センター教授猪木武徳氏の講演等を予定しています。多数のご参加をお待ちしています。

- 19日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会
20日 介護保険制度委員会、第7回常任理事会、病院のあり方委員会、経産省委託医療経営人材育成事業事業運営委員会、指導医講習会(21日)
21日 病院のあり方委員会
22日 自民党税制改正ヒアリング
23日 日病協/代表者会議
24日 四病協/メディカルスクール検討会、同/総合部会、日医・四病協懇談会
26日 医療保険・診療報酬委員会、看護部門長研修(28日)
29日 ハワイ研修(11月3日)、サービス産業生産性協議会公募事業推進委員会
30日 個人情報保護担当委員会
31日 長野県支部総会(長野市)

第7回常任理事会の詳細 10月20日

- 【主な協議事項】
●「終末期医療の指針(案)」
徳田常任理事(病院のあり方委員会委員長)は、病院のあり方委員会が検討を進めてきた「終末期医療の指針案」を諮った。今回はたたき台であるとして、役員等の意見を集約した上で、次回常任理事会に最終案を諮る考えを示した。
●入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の12名の入会が承認された。
北海道 北海道脳神経外科記念病院院長 会田敏光
北海道 中村記念南病院院長 武田利兵衛
埼玉県 岡病院院長 岡 治道
千葉県 四街道徳洲会病院院長 原野和芳
東京都 明和病院理事長 水山和之
岐阜県 大垣中央病院理事長 白井正明
京都府 京都東山老年サナトリウム理事長 赤木祥範
大阪府 萱島生野病院理事長 生野弘道
兵庫県 共立病院院長 荻野俊夫
和歌山県 中谷病院理事長 中谷 剛
愛媛県 新居浜協立病院院長 谷井 実
愛媛県 西岡病院理事長 西岡康弘
退会が3名あった結果、在籍会員数は2,239名となった。
●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)
以下のとおり申請が承認された。
◎日帰り人間ドック
埼玉県 若葉病院
富山県 横田病院
岐阜県 博愛健康クラブ
日帰り人間ドック実施施設は482施設。
【主な報告事項】
●病院機能評価の審査結果(順不同)
8月20日付で以下の8会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。
【Ver.4.0】
◎療養病院
京都府 京都南西病院 新規
【Ver.5.0】
◎一般病院
埼玉県 熊谷外科病院 新規
東京都 平成立石病院 新規
京都府 千春会病院 新規
大阪府 松原徳洲会病院 更新
◎療養病院
徳島県 博愛記念病院 更新
沖縄県 ちゅうざん病院 更新
◎複合病院
福岡県 小倉第一病院 更新
認定証が交付された会員は758病院。

会務日誌

*表記のないものはすべて東京都内開催

2007年10月

- 3日 四病協/医業経営・税制委員会、広報委員会
4日 四病協/治療費未払問題検討委員会&作業部会
5日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
6日 救急防災委員会、医療機関トップマネジメント研修(7日)、病院事務長研修コース(8日)
9日 特定健診第3者評価機関検討会
11日 四病協/提案書の厚労省提出・記者

- 会見
12日 会長・副会長会議、総務・財務合同委員会、サービス産業生産性協議会公募ヒアリング
13日 特定健診保健指導制度説明会(札幌市)、医療の質向上委員会、業務フロンティア研究会
15日 日病協/「病院経営現況調査」厚労省提出・記者発表、医師臨床研修指導医講習会WT
17日 日病協/診療報酬事務者会議
18日 特定保健指導育成研修(19日・神戸市)

中小病院管理者が主な対象。目的目標を特化

全日病 医法協共催の臨床研修指導医講習会

医政局長と主催者連名の修了証。次年度開催を期待する声が多数

臨床研修指導医講習会ワーキングチーム委員長 星総合病院 副理事長 星 北斗



去る10月19日、20日の2日間にわたり、東京蒲田のホテルを会場に臨床研修制度の指導医研修会が開催された。当協会と日本医療法人協会の全国の会員病院から約50名の参加があり、5つの小グループに分かれた上でグループ作業を中心としたワークショップ形式で進行され、熱心な討論や発表が行われて盛会裡に終了した。この講習会は、2004年度から始まった新医師臨床研修制度の研修指導を担う指導医の育成を目的に厚生労働省から出された通知に準拠するもので、修了者には厚生労働省医政局長と主催者の連名で修了証が発行されるものである。指導医はこの講習会の修了が望ましいとされている。昨年までは四病協共催で開催されていたが、今年度から各団体が開催することになったという経緯がある。講習会は医療制度税制委員会にワーキングチーム(WT)を設置開催し、WT

の委員長に星北斗(星総合病院)、チーフタスクフォースに江村正(佐賀大学医学部附属病院)を選んで5月から準備を進めてきた。講習会の目的を、①新たに研修病院となろうとする中小規模の病院の管理者クラスを主な対象とし、②病院経営における臨床研修の位置づけを理解することや、③研修指導體制の確立に必要な情報の収集及び継続的な教育・研修体制の向上の姿勢を身につけることを目標とした。第1日は10時に開会し、日本医療法人協会日野副会長の挨拶の後、ディレクターである小松寛治常任理事より挨拶があり、星委員長が主旨説明を行った。その後セッションに入り、参加者の自己紹介の後、各セッションが進められた。この日は夜9時半まで熱心な議論がなされた。第2日は朝8時半から開始され、午後4時過ぎの閉会式まで熱のこもったグ

ループワークが展開された。閉会式では修了証が手渡され、参加者は様々な感想を胸に翌日の診療のため足早に会場を後にしていた。当協会としては初めての試みであっ

たが、アンケートの結果では次年度以降の開催を望む声も大きく、目的目標を特化させた本講習会の意義は大きかったものと思われる。

医師臨床研修指導医講習会ワーキングチーム委員

Table with 2 columns: 委員長 (星 北斗) and 委員 (江村 正, 太田昌宏, 加納繁照, 北村 聖, 長谷川友紀)

臨床研修指導医講習会タスクフォース(研修指導者)

Table with 2 columns: ディレクター (小松寛治) and チーフタスクフォース (江村 正), and a list of other task force members.

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(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 1級・2級それぞれ受験資格があります。
試験会場 全都道府県の指定会場で実施します。
試験料 6,500円(1級・2級とも同一)
試験日(平成19年度)

試験科目と実施方法

- (1)1級医療事務技能審査試験
実技I 接客、院内コミュニケーション
筆記(記述式) 50分
筆記(択一式) 60分
明細書点検 70分
(2)2級医療事務技能審査試験
実技I 患者接客
筆記(記述式) 50分
筆記(択一式) 60分
明細書点検 70分

Table showing exam dates: 19年 12月15日(土) 2級, 1月26日(土) 2級, 20年 2月23日(土) 1級・2級, 3月22日(土) 2級

試験及び講座の詳しい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

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

募集要項

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること
受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
受講交付 随時
受講料 一般 78,000円
賛助員 75,000円(入学金3,000円が免除)

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

会員病院事例報告 全日病版DPC分析ソフトを導入して

本会が推進するDPC分析事業は、共同開発者であるニッセイ情報テクノロジー社の分析ソフト(Medi-Target)をASP方式で使用している。ASPとは、インターネットなどのネットワークを使ってアプリケーションソフトや付随するサービスをユーザーに提供する、アウトソーシングの1種ともいうもの。

本来なら高額購入となるソフト等が低価格で使えるだけでなく、全日病会員のみが活用できるデータ分析サービスが付加されており、DPC分析事業に参加した会員病院に好評を博している。

Medi-Targetを積極的に活用している参加病院の事例報告をお届けする。

全日病版DPC分析ソフトでDPC経営を可視化!

Medi-Target DPCは国へ報告するだけでなく、データを自院で活かすことにこそ意義

DPCは医療費支払いという側面に注目が集まりがちですが、本来は医療情報の標準化、透明化を促進し、医療の質や経営面を管理するマネジメントツールとして有用な手段です。

当院は、平成16年度より2年間の調査協力病院を経て、平成18年6月にDPC請求を開始しましたが、手作業での分析には限りがあり、残念ながら蓄積した膨大なデータを有効活用することができませんでした。

この状況を打破するため、この8月に、過去データの取り込みも含めて、ニッセイ情報テクノロジー(NIT)の「全日病版DPC分析ソフト(Medi-Target)」を導入しました。導入後間もないので、まだ試行錯誤を繰り返している状態ですが、具体的な取組みについて、簡単にご紹介します。

まず、定型分析画面において病院全体および各診療科の傾向を把握します。

病院全体としては、収入(出来高+包括差額、単価等)、在院日数、再入院率、入院経路、救急搬送件数の経時変化を、科毎としては、DPC毎の患者数、在院日数、単価、出来高との差額などを算出します。

この中で、在院日数、出来高と包括点数の開き、診療内容のばらつき、手術前後の診療内容・日数などの観点から、気になる診断群分類を見出し、その内容を詳細に見るようにしています。

これらの分析結果のうち病院全体と

しての傾向、全科の概要を、月1回の医局会で報告します。

各診療科に対しては各科のカンファレンスの時間を一部いただき、個別に検討会を行うことにしています。1~2週間に1科ずつ行いますので、各科には2~3ヶ月に一度ずつ回ることになります。

まだ始めたばかりなのですが、実際

のデータを示すことで、少しずつDPCへの理解が深まり、当事者意識を持ってデータを見ていただけるようになってきた気がします。

また、最初はデータを一方的に提供していましたが、早くも、クリニカルパス作成のための参考にしたいと、データを要求されることができたことは嬉しい誤算でした。

エンタープライズ版非定型分析で全データの分析が可能

DPC分析ツールを導入するにあたっていくつかのシステムを検討しましたが、Medi-Targetを採用した決め手は、①NITのArrowsと同じ機能を有するだけでなく、全日病独自の自由な分析ができること、②Arrowsユーザーとのベンチマークが可能なこと、さらには、③全日病会員特別価格で利用できる、④全日病で実施しているアウトカム評価事業との連携ができ、⑤近く義務化するオンライン請求にも対応すること、でした。

エンタープライズ版の非定型分析を使用すると、厚労省に提出したデータの全ての項目にプラスアルファ(薬剤コード、後発品情報、手術技術度など)の情報を活用し、自由に分析することができます。

それぞれの立場に必要なデータは異なるので多職種で検討するようにして

いますが、データ量が膨大なためにデータ処理に時間がかかり、多職種と一緒に画面を見ながら作業するのは難

内科DPC別患者数画面の一部

Table showing medical department DPC patient counts with columns for DPC code, name, and patient count.

練馬総合病院 質保証室 小谷野圭子

しいのが実情です。

ベンチマークに関しては、これまでも、研究グループや団体等が複数の病院のデータを収集して分析を行っていましたが、その結果を提供いただくことはありましたが、病院自らが主体となって、必要なときに必要な情報を分析できるというのは非常に意義のあることだと思います。

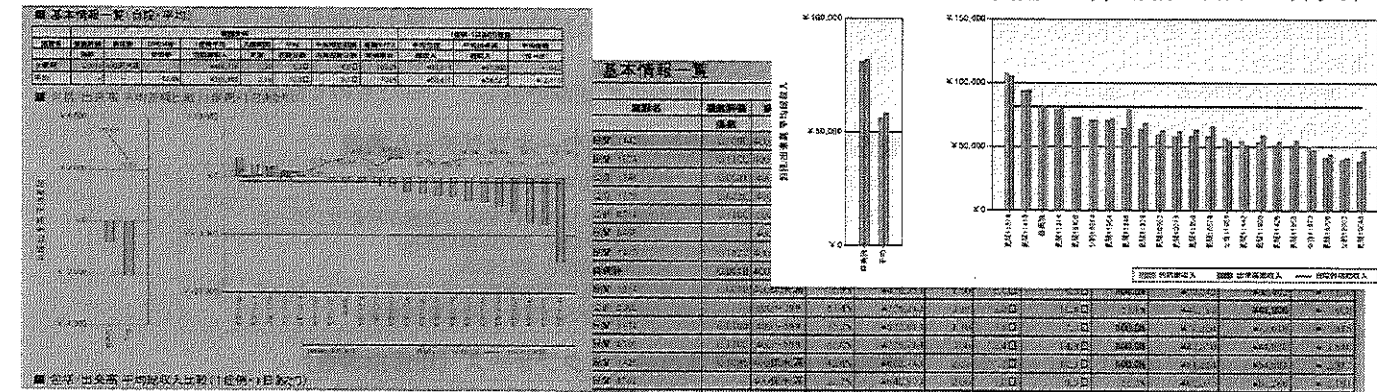
現在はまだ、参加病院がそれほど多くないため、疾患によっては比較対照となる病院が少ないこともありますが、今後、参加病院が増えることにより、より多くの病院との比較が可能となることを願ってやみません。

DPC対象(準備)

病院は、厚労省と調査班に各種データを提出することによって、病院の診療内容をはじめ、経営状態に至るまで全ての情報を国に握られていることになりました。実際、DPC評価分科会等では非常に詳細な分析、検討を行っているという報告もあります。それだけに、これだけのデータを

自院で活用しないのはもったいない限りです。これから、院内、院外で積極的に情報交換を行い、質向上、効率化、標準化に生かしていきたいと思っています。

060330xx02xxxx胆嚢疾患(胆嚢結石など)腹腔鏡下胆嚢摘出術等についてのベンチマーク画面の一部(実際の画面とは異なる)



全日病DPC分析事業のご案内
毎月のDPCデータを使って「自院分析」と「ベンチマーク」を低費用で行なうのが全日病の「DPC分析事業」です。データを提出できる全日病会員は、どの月からでも参加できます。詳しくは全日病ホームページをご覧ください。
事務局 03-3234-5165
http://www.ajha.or.jp

都市部では民間病院との競争よりも撤退を!

「公立病院改革ガイドライン」現実を直視し選択肢を提示

総務省内に設置された公立病院改革懇談会は、11月12日にまとめた「公立病院改革ガイドライン(案)」において、「民間医療機関が多く存在する都市部公立

病院は、果たしている機能を厳しく精査した上で、必要性が乏しくなっているものは廃止・統合を検討していくべきである」と、自ら撤退する決断の必要

性を提起した。また、「同一地域に複数の公立病院や国立病院、公的病院、社会保険病院等が競争している場合にも、その役割を改めて見直し、設置主体間で十分協議が行われることが望ましい」とも指摘、開設主体の違いを越えて統廃合の道を模索するよう各都道府県に求めた。

ガイドライン案は、病床利用率が3年連続で70%を下回った公立病院に、診療所への転換を含む抜本的見直しを求めると、病院経営効率化に向け、厳しい手立てをまとめた。総務省は、都道府県の意見を聞いた上で、正式なガイドラインを年内に通知する。

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
個人情報情報が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。
(株)全日病福祉センター TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588