



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 ニュース12/1

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 夏 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.676 2007/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

本体はプラス改定の可能性

08年度診療報酬改定 「病院に厚く配分」の方向で「基本方針」まとまる

2008年度の診療報酬改定は、本体部分については引き上げの方向が強まった。とくに、病院医療に重点的な配分を求めると意見が各方面から噴出しており、そうした方向の状況認識や課題意識が社保審の「改定の基本方針」(11月26日)と中医協の改定意見(11月28日)に織り込まれた。

小児科や産科に代表される医師不足や医療の質と安全確保など地域医療をめぐる危機的な状態に対する病院団体を初めとする病院関係者の地道なアナウンス活動が、今改定に向けた意見集約に大きな影響を及ぼしたといえる。

しかし、厚労省は財源確保に苦慮しており予断は許さない。病院へより配分することになったとしても、地域の一般病院にどこまで行き届く改定となるか、楽観できない情勢であることに変わりはない。(3面に「改定の基本方針」と中医協の改定意見を掲載)

中医協が改定意見 公益・支払側委員にプラス改定首肯も

中医協は11月28日の総会で、今改定は「本体部分は更なるマイナス改定を行う状況にはない」という基本認識で意見の一致を見た」とする厚生労働大臣に提出する意見をまとめた。プラス改定については意見が別れたが、「病院勤務医対策を重点課題とする」点で支払・診療各側の見解が一致した。

審議過程で、支払側は「診療報酬を引き上げる環境にはない」とする意見を提出したが、中にはプラス改定を首肯する委員も出現。公益委員からもプラス改定が妥当という認識が示された。

11月26日の社保審医療保険部会は、「病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることを今改定の緊急課題として位置付けるべき」とした08年度改定の基本方針案をまとめた。

この案を受けた11月29日の社保審医療部会は、「地域医療を巡る厳しい現状を十分に認識した上で(改定を)行う必要がある」という危機感を織り込んだ。両部会による改定基本方針をまとめた(基本方針は後日公表の予定)。

同日の医療部会で、全国市長会の委員は地域医療が危機にあるという認識をより明確に表現すべしとして文言の修正を提案、さらに、「病院に手厚くする」方向でまとめるよう求めた。

健保組合の委員も、「病院、産科・小

児科中心に手厚くすることは保険者も了解できる」と表明。その上で、「それには病院と診療所の分担・連携が必要。診療所全体の底上げは考えられない」と注文をつけた。

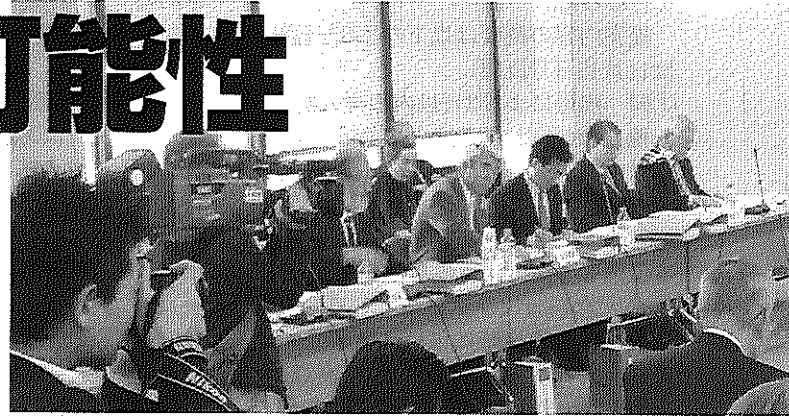
11月14日の経済財政諮問会議に財界系議員が提出した08年度改定に対する意見は、「病院と診療所の医療費の配分を見直すことにより、全体コストを抑える」と提起する一方で、「急性期の病院医療に対する報酬の充実」を課題に上げた。

こうした意見を受け、同日の諮問会議は診療報酬本体の引き下げ方針を明示することは控え、「勤務医対策や地域医療の確保等サービスの質の維持・向上を図りつつ、効率化によるトータルコストの削減努力を最大限行う観点から、診療報酬・薬価等の見直し」を行なうと、08年度予算編成の基本方針に書き込んだ。

薬価・材料を含むトータルコストの削減努力を期待するものの、診療報酬本体とくに病院報酬に対する重点的配分が必要とする各界の意見は、財務省の予算建議にも反映された。

11月19日の財政制度等審議会は、予算建議で「(この間の)本体改定率と賃金・物価動向とに大きな乖離(3.6%程度)があり、これを是正する方向で見直ししていく必要がある」と提起する一方、

マイナス改定を明示することは手控え、「診療所に手厚い配分を見直し、診療科間等でメリハリを付けつつ、全体として効率化を図る必要がある」と指摘するにとどめた。



▲改定審議で西澤会長(右から4人目)は地域医療崩壊の危機を訴えた

例えプラス改定でも一般病院は楽観できず

11月28日中医協総会で、厚労省は薬価の平均乖離率が約6.5%であると報告、調整幅(2%)を引いた引き下げ幅(4.5%)が医療費の1%前後にあたりと説明した。平均乖離率8.9%であった特定保険医療材料の医療費への影響は不明とされた。

前改定のように調整幅に食い込んだ薬価の引き下げを実施しても、20%に過ぎない薬剤比率からすると、捻出財源は1%台の前半にとどまる。市場拡大再算定や不採算品への対応などもあり、引き下げ分がすべて財源化されるわけではなく、しかも、薬価引き下げ分は自然増7,500億円を2,200億円減らすという医療費削減に利用される運命にある。

後発品への代替分も2,200億円の捻出に使われる。材料の引き下げ幅が不明だが、薬価に比べれば医療費への影響は小さい。難問は他にもある。財源探しで浮上した、政管健保への国庫補助を健保連からの支援に置き換える「被用者保険間の格差是正」案である。

健全財政に努め、独自の保険者事業に意欲的な健保組合は妥協する余地をみせておらず、11月26日の医療保険部会でも決着がつかず、政治マターとなった。この成り行きによっては2,200億円削減が行き詰まり、プラス改定は頓挫する可能性があるともいわれる。

保険局医療課は「財務当局の守りはきわめて堅い。プラスに振れたとしてもどこまで行くかは読めない」と慎重だ。国民世論への配慮からプラス改定が実現したとしても、その幅はきわめ

て小さくなる公算が否定できない。

ゼロ率あるいは低率のプラス改定となった場合、診療所への配分に厳しい目が向けられる中、病院と診療所間で綱引きが繰り返される深刻な事態も予想される。また、病院においても急性期(大)病院優先の配分が否定できない。

原徳壽医療課長は、08年改定が急性期しかも大規模病院に傾斜するものとなることを認めた上で、地域の中小病院について、「後期高齢者医療では診療所との連携による病院に対する加算がつく」と指摘。亜急性期入院管理料に関しても「対象病床1割規制の緩和を検討している」と、本紙に説明した。

転換老健や特定施設等に対する在宅医療における病院規制の緩和も実施される。しかし、07年度に手上げたDPC準備病院の08年度参入は見送られる見通しだ。後期高齢者医療かかりつけ医の初再診料によっては、200以下病院の再診料が引き下げられる可能性もある。

一方、療養病床については医療区分項目の算定要件変更などから減収含みの公算も否定できない。また、特殊疾患療養病床や一部患者経過措置の延長で、対象疾患や施設基準の見直しによっては大幅な減収が見込まれるなど、「病院に厚く配分する」改定で療養病床は取り残される可能性もある。

すべては改定率によって左右される面があり、12月20日とみられる来年度予算原案の閣議決定に向けて予断を許さない情勢が続く。

転換老健への緊急往診は併設病院も算定可

2008年度改定の論点 医療区分の評価要件見直し、後期高齢者の継続的管理の要件案を提示

11月28日の基本小委に事務局は、2008年度改定の論点として、療養病床から転換した老健に対する医療の外付けサービスとして、①緊急時の専門診療算定項目を増やす、②老健医師がオンコール対応できない状況で往診した場合は、併設医療機関の医師にも算定を認める考えを提示した。

また、療養病床入院基本料については、①患者病態の変化時に医療・ADL区分の評価・記録を行なう、②「酸素療法」「うつ症状」「他者に対する暴行」

「脱水」「嘔吐」の評価要件を変更する、③認知機能障害加算を廃止する、④各病棟における褥瘡発生割合やADL低下などの継続的な測定・評価・記録の義務づけ、⑤退院可能患者に対する退院支援計画作成と退院実績の評価等を、論点として示した。

11月30日には、「7対1」の基準案と「10対1」における看護補助者の評価、疾患別リハの過剰制廃止、集団コミュニケーション療法の新設、回復期リハ病棟ごとの質評価の骨子案等を提示した。

い、②療養計画書の記載が煩雑なことがあげられており、これらの見直しが必要。

・糖尿病ハイリスク患者のケアの充実
・リスクが高い糖尿病足病変に対する

フットケアの充実を図る必要がある(施術者は看護師)

・人工腎臓について

長時間の透析について、それに応じた診療報酬上の評価を検討してはどうか。

■11月16日

▽検査の評価について

・検査料等の評価体系

院内における迅速な検査体制や24時間実施できる体制等を重点評価してはどうか。また、微生物学的検査などコストに見合わない検査項目等を再評価してはどうか。

・病理学的検査診断・判断料

病理については、診療報酬点数表上の独立項目とすることを検討してはどうか。

■11月21日

▽DPCについて(別掲記事を参照)

■11月28日

▽療養病床から転換した老健施設における医療サービスの給付調整

①「転換した老健施設」について、緊急時に専門的な診断技術が必要となる処置等を医療機関の医師が行った場合に算定できる項目を見直す。

②現在は、併設保険医療機関の医師が往診しても算定できないが、「転換した老健施設」において夜間・休日にオンコール医師が対応できず、医療機関の医師が診療した場合には、併設医療機関の医師であっても、診療報酬上評価する。

▽療養病床入院基本料等について

①患者病態の変化時に、医療区分及びADL区分の評価・記録を行うことにしてはどうか。

②医療区分評価項目の検討

・「酸素療法」は毎月酸素療法を必要とする病態かどうか確認し、診療録等に記載する

・「うつ症状」「他者に対する暴行」は、治療方針に基づく必要なケアを実施し(2面に続く)

2008年度改定の論点(基本小委) 2007年11月14日～11月30日

■11月14日

▽糖尿病対策について

・生活習慣病管理料の評価

算定医療機関は11.3%と少ない理由として、①点数が高く患者の負担感が強

データ提出期間は2年。09年度の採用が「前提」

DPCの今後の制度設計 「軽症急性期」をめぐる議論等の続行を確認

診療報酬調査専門組織DPC評価分科会(西岡清分科会長)は、11月21日の基本小委に、今後のDPC運営に関する提案を行なった。

提案内容の概要は以下のとおり(詳細は11月15日号既報)。

- ①同一疾患による3日以内の再入院(再転棟も含む)は1入院として扱う。4~7日以内の再入院については引き続き調査・検討する。
- ②外来でできる治療を入院で行っている事例も今後、実態調査を進める。
- ③アップコーディング対策として、診療報酬明細書提出時に包括評価部分の診療行為内容が分かる情報(出来高点数)を加える。また、院内で適切なコーディングがなされる体制を確保する。
- ④DPCは急性期入院医療を実施している病院を対象とし、急性期を「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」と定義する。
- ⑤DPC対象病院の基準として06年度の3基準を08年度以降も採用する。
- ⑥準備病院によるDPCデータの提出は1年(4ヶ月)または2年(10ヶ月)とする(編

集部注:この箇所は両論併記)。

⑦提出データの質を確保するために、期限の厳守やデータの正確性等の遵守を求める。

⑧軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする、または、ある程度以上の重症の急性期を対象とする(編集部注:この箇所は両論併記)。

⑨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比を3.5以上(4ヶ月の場合。10ヶ月の場合は8.75以上)とする。

⑩08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。

DPCから外れるルール案を検討

今年度のDPC準備病院は約700に達したが、規模の小さな専門病院やケアミックス型病院も加わるなど機能、疾病・診療内容面の「多様化」が指摘されている。

提案には、データの質の確保などの面から対象病院となる基準をあらためて

整理、対象範囲の明確化を行なうとともにDPCの病院像を再構築するなど、中期的な視点から制度設計を見直す狙いがある。

その結果、これまでは、改定時に対象病院として認められてきたために、準備病院の期間に1年と2年の2ケースが生じたが、今後は、提出データの安定性を期するとして「2年間」とする案が盛り込まれた。

この案でいくと、今年度に準備病院になった病院は08年改定に移行することができず、慣例からいくと10年改定までの3年間を、点数なしにデータ提出することになる。

これについて、事務局(厚労省保険局医療課)の担当官は「基本小委で決めれば09年度の採用があり得る。ただし、準備病院のすべてではない。基準にクリアしたところだけであり、これはこれまでと同様だ」と説明した。

基本小委の西澤委員(本会会長)は、「09年度採用を前提に2年間の案でよい」と条件を明らかにして賛同、小委として「2年かけてデータを出す」ことを

了承した。

一方、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は「DPCから抜け出るルール」について訊ね、「現時点ではない」とする回答に、土田委員長は早急にルール案を提示するよう事務局に求めた。

DPCの対象について、西澤委員は「軽症を含めた急性期」の案に賛成した。

これに対して、鈴木委員は、軽症急性期が主となる中小病院は現行の調整係数等の算定ルールの下では不利な立場におかれるとして、「軽症を含めた急性期」の案に反対を表明。「どちらかと言えば重症急性期であるべきだ」と主張した。支払側は全員が「軽症を含めた急性期」の案に賛成した。

西澤委員は「鈴木委員の意見も理解できる。しかし、調整係数の廃止によって解消できるのではないかと」反問したが、鈴木委員は反対する旨の主張を重ねたため、「その懸念を考慮した上で、この提案内容をよく検討してほしい」と、議論の継続を求めた。

土田委員長は再度検討することを宣し、基本小委を閉会した。

DPC拡大に4病院団体は賛成を表明

08年度改定基本方針 四病協・日医懇談会で議論、「DPCのあり方と拡大を検討」で一致

「2008年度診療報酬改定の基本方針」について議論した11月22日の医療部会で、中川委員(日医常任理事)は、事務局(医療課)案に「DPCの支払い対象病院の拡大等について、引き続き、検討すべきである」とあることを取り上げ、「DPCの評価が定まっていな中、その拡大をいうのはおかしい。『DPCのあり方を検討する』とすべきではないか」と、修正を求めた。

これを受けて、医療部会に立ち会った原医療課長は、DPCの拡大に関する病院系委員の見解をたずねた。

西澤委員(本会会長)は、「DPCに対する誤解もあるようだ。なぜ、拡大する方向に向っているか、国はDPCに関する詳しい説明をもっとすべきである。

我々は、DPCを介してデータを集め、それによって医療の質を高めるものと理解している。単なる支払方法とみているわけではない。そういう意味で推進してきたはずだ。しかし、現状は、多くのデータが収集されているにもかかわらず、それが必ずしも分かりやすく示されているとはいえない。国だけでなく病院団体にも公開されることによって情報共有ができ、その中で我々としてもDPCはどうあるべきかという議論が可能となる」と指摘。DPCに関する正確な説明やデータ公開の不足がいたずらな疑心と呼んでいるとして、日医の指摘に理解を示す一方で、推進する立場を明らかにした。

また、村上委員(日医常任理事)も

「DPCはデータに基づいて医療の質を高めるもの。病院団体として、その推進に賛成する」と同調した。

これに対して中川委員は、「私は拡大しないということではなく、拡大を前提とした文言を修正すべきだと申し上げている」と、急速な拡大に慎重な姿勢で臨む考えをあらためて明らかにした。

06年度に参加したDPC準備病院は370ほどあり、07年度参加の700を加えると1,000病院に達する。

08年度改定の基本方針でDPCの拡大が否定されると、慣例的には次の採用は10年度ということになるため、当該病院は3~4年間待たされることになり、院内体制と支払方式の分立に悩まされることになる。

本会西澤会長は、11月28日の四病協総合部会で「DPC拡大をめぐる見解の違いを解消するために日医と話し合いを行なう」ことを提案、各団体の賛同を得た。

同日開催された四病協と日医の定期懇談会の席上、西澤会長自らその問題を提起したところ、「今後のDPCのあり方と拡大について引き続き検討する」という主旨で臨むことで、四病協と日医は見解の一致をみた。

11月29日の医療部会には、事務局の修正による「DPCの支払い対象病院の在り方や拡大等について、引き続き、検討する」と書き込まれた基本方針案が示されたため、委員全員の合意で基本方針がまとめられたもの。

(1面から続く)

た内容を診療録等に記載することを要件とする

・「脱水」「嘔吐」は「発熱を伴う脱水」「発熱を伴う嘔吐」とする

③認知機能障害加算は廃止の方向で検討する。

④褥瘡の発生割合やADLの低下などを各病棟で継続的に測定・評価し、記録することを義務づける。

⑤条件が整えば退院可能な患者に対する退院支援計画の作成や計画どおり退院した場合の評価を検討する。

▽後期高齢者医療について(外来医療②)

■後期高齢者の外来における継続的な医学管理(要件のイメージ)

(1)慢性疾患を対象とする

(2)年間診療計画(書)等のイメージ
ア 年間診療計画書には患者の基本情報(氏名、病名等)、計画的に実施する検査等を記載。

イ 月の初めの受診時に、当該月の診療内容の概要及び次回の受診予定日、実施予定の検査等が記載された書面を交付する。

・当該月の受診時の診療内容の概要(血圧、脈拍等の値や行った指導等の概要)

・次回の受診予定日

・次回に実施を予定している検査、処置等

(3)総合的に診る取組に包括される診療項目

ア 医学管理等、検査、処置、画像診断を包括する。

イ 患者の病状の急性増悪時に必要な検査等のうち○○○点以上の項目は、別途算定できる。

(4) 毎回の診療時に服薬状況等の確認を義務づけ、また、院内処方薬を直接患者に交付する場合には「お薬手帳」への記載を求める。

(5) 総合的に診る医師の研修について
研修の受講を要件とする。

■11月30日

▽リハビリテーションについて

1. 疾患別リハ
早期加算をより充実し、通減制を廃止する。リハ医学管理料は点数を疾患別に統一し、1月の実施単位数を定める。

2. 回復期リハ病棟
◎病棟毎の質に応じた評価を行なう。(評価基準) ①当該病棟から居室等へ退院する患者が一定以上いること、②重症な患者を受け入れていること、③重症患者は退院時に一定程度改善されていること

◎回復期リハ病棟の医師専従要件を見直す。

3. 集団コミュニケーション療法の新設
言語障害は集団コミュニケーション療法について評価する。

4. 障害児(者)リハビリテーションの評価を連携先を含めて充実する。

▽感染症対策について
二類感染症患者の個室療養の評価を検討する。血友病を伴うHIV感染者、後天性免疫不全症候群の患者等の薬剤を包括外とする。

▽7対1入院基本料基準の見直しについて②

1. 手厚い看護を要する患者の判定指標(評価票の項目案)

◎A項目(専門的な治療・処置)
創傷処置、血圧測定、時間尿測定、

呼吸ケア、点滴ライン同時3本以上、心電図モニター、シリンジポンプの使用、輸血や血液製剤の使用、専門な治療・処置(1項目)

◎B項目(療養上の世話)
寝返り、起き上がり、座位保持、移乗、口腔清潔、食事摂取、衣服の着脱

2. 急性期入院医療の評価について

「評価票案」の採用に加え、医師の診療体制を要件に含める。別途、10対1入院基本料算定病院における看護補助者等の体制評価を検討する。

市街化調整区域の病院は新築・改築に開発許可が必要

11月30日に一部施行された都市計画法等一部改正法にともなう「(国土交通省)開発許可制度運用指針」の改正によって、都市計画、準都市計画、市街化調整の各区域とも、医療施設の新築・改築に原則として都道府県等の開発許可が必要となった。

改正前は医療施設に関しては開発許可が不要とされていたため、国交省と厚労省は、該当する医療機関への周知に努めている。

都市計画法の狙いは、拡散する大規模集客施設等を中心市街地に集積することによって市街地の活性化を図ることにある。そのために、ショッピング

や各種娯楽施設などの立地を制限し、都市計画手続きを経る過程で自治体の街づくりを踏まえた立地を誘導する必要があると、この施策に医療施設が巻き込まれた恰好だ。

対象は都市計画区域が1ヘクタール以上、準都市計画区域が3,000㎡以上、市街化区域は1,000㎡以上だが、市街化調整区域はすべての開発行為が規制対象となる。

市街化調整区域で開発許可がおりるケースは、①公共公益施設であること、②市町村が定める地区計画に適合していること、③市街化を促進する可能性が(4面に続く)

地域医療の厳しい現状を認識して改定を行なう必要がある

改定の基本方針 病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることが改定の緊急課題

【平成20年度診療報酬改定の基本方針(概要)】 11月29日 社会保障審議会医療保険部会、同医療部会

*「基本方針」は最終修正を経て後日正式に公表されるため、以下に、個別課題にかかわる概要を紹介する。1面記事を参照

1. 平成20年度診療報酬改定に係る基本的考え方

(編集部注：改定に係る状況認識など事務局案に対する修正意見が錯綜したため要旨の把握は控える。本稿の見出しは原案の「基本的考え方」から引用した)

2. 今回改定の基本方針(緊急課題と4つの視点)

【緊急課題】

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を図るためには、産科や小児科への重点評価を行いつつ、病院内での取組及び病院が所在する地域での取組を推進することが必要となる。

(産科・小児科への重点評価)

ア 産科や小児科の診療科における病院勤務医の負担軽減を図る観点から、産科医療については、ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応が充実するよう、小児医療については、特に手厚い体制の専門的医療を提供する医療機関に対する評価の在り方を検討すべきである。

(診療所・病院の役割分担等)

イ 病院勤務医の負担軽減や診療所と病院の機能分担と連携を進める観点から、診療所における夜間開業の評価の在り方や、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する評価の在り方を検討すべきである。

(病院勤務医の事務負担の軽減)

ウ 病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師の書類作成等の業務を医師以外に担わせる体制を促進するための評価の在り方を検討すべきである。

(1) 患者に分かりやすく、患者の生活の質を高める医療を実現する視点

患者本位の医療を実現するために、まず患者にわかりやすい医療としていくことが前提。患者に対して積極的な情報提供を推進していく必要があるとともに、患者の生活の質(QOL)を高める医療を提供していくことが必要。

(医療費の内容の情報提供)

ア 平成18年度改定で医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みの在り方を検討すべきである。

(分かりやすい診療報酬体系等)

イ 平成18年度改定では、診療報酬体系を患者に分かりやすとする取り組みを行

ったが、さらに、診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件について必要な見直しを行うべきである。

(生活・を重視した医療)

ウ 患者の生活を重視する視点から、がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価の在り方を検討すべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患した勤労者、自営業者等が無理なく継続して受診できるよう、夕刻以降の診療所の開業の評価の在り方も検討すべきである。

(保険薬局の機能強化)

エ 患者が必要な医薬品の提供を受けられるように、地域単位で、薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価の在り方を検討すべきである。

(2) 医療機能の適切な分化・連携を推進する視点

質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が安心・納得して早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質(QOL)を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつ、トータルな治療期間が短くなる仕組みを充実していくことが必要。

(質が高い効率的な入院医療の推進)

ア 医療計画見直し等を踏まえ、病院等の医療機能の分化・連携を図るとともに、医療資源を効果的・効率的な投入により、必要かつ十分な医療を確保しつつ、引き続き平均在院日数の短縮に取り組んでいくことが必要。このため、入院医療の評価の在り方や、診断群分類別包括評価(DPC)の支払い対象病院の在り方や拡大等について、引き続き検討すべきである。

(質の評価手法の検討)

イ 医療の質については、医療の結果から評価する手法も検討していくべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかを検討し、適切な評価の在り方を検討すべきである。



(在宅医療の推進)

エ 在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした医療関係者間の連携や、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価の在り方を検討すべきである。

(歯科医療の充実)

オ 口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価の在り方を検討すべきである。

(3) 今後重点的に対応していくべき領域の評価の在り方を検討する視点

我が国の医療で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、その評価の在り方を検討していくことが必要である。

(がん医療の推進)

ア 「がん対策推進基本計画」に基づいてがん医療の推進が求められているが、放射線療法や化学療法普及、がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価の在り方を検討すべきである。

(脳卒中対策)

イ 高齢化の進展とともに脳卒中の患者数が急増しており、後遺症が発生する頻度が高いことから、医療計画に沿って、発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等が進むよう、評価の在り方を検討すべきである。

(自殺対策・子どもの心の対策)

ウ 自殺者の増加に対応するため、内科等で身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に精神科医療と連携する取組や、救急外来に搬送された自殺企図者に精神科医を含めた総合的な診療が進むよう、評価の在り方を検討すべきである。

子どもの心の問題については、長時間や長期間にわたることが多い外来診療や心の問題を専門に取り扱う医療機関の評価の在り方を検討すべきである。

(医療安全の推進と新しい技術等の評価)

エ 医療安全の更なる向上の観点から、このための新しい取組等に対する評価の在り方を検討すべきである。また、新しい技術等を療養給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方を検討すべきである。

(イノベーション等の評価)

オ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよ

う薬価制度等を見直す一方、後発医薬品の更なる使用促進の仕組みや環境整備の方策について検討すべきである。

(オンライン化・IT化の促進)

カ レセプトのオンライン化を含めたIT化は、患者、医療機関、保険者、審査支払機関等それぞれにメリットがある。オンライン化が義務付けられる時期が到来していない保険医療機関において、オンライン化への対応を含めたIT化が積極的に推進されるような評価の在り方を検討すべきである。

(4) 効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方を検討する視点

今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくために、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方を検討していくことが必要。

(新しい技術への置換え)

ア 新しい技術等について療養給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方を検討すべきである。

(後発品の使用促進等)

イ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策を検討すべきである。

(市場実勢価格の反映)

ウ 医薬品、医療材料、検査等の「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうか、適切な評価の在り方について検討すべきである。

(その他効率化や適正化すべき項目)

オ 平成18年度診療報酬改定においてコンタクトレンズに係る診療等の適正化を行ったが、実態を踏まえ、さらに効率化・適正化すべきと認められる項目について適正な評価を行うよう検討すべきである。

3. 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」の趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

4. 終わりに (略)

本体部分についてはマイナス改定を行なう状況にはない!

【平成20年度診療報酬改定について】 11月28日 中央社会保険医療協議会 *前文は省略。1面記事を参照

1. 医療経済実態調査の結果について (略)

2. 平成18年度診療報酬改定以降の賃金・物価の動向について

平成18年度診療報酬改定以降の2年間における賃金・物価の動向を見ると、人事院勧告による賃金の動向は+0.7%、消費者物価指数による物価の動向は、本年度分について、政府経済見通し(平成19年1月25日閣議決定)を用いた場合+0.7%、本年9月までの消費者物価指数の実績を用いた場合+0.1%であった。

3. 薬価調査及び材料価格の結果について

薬価調査の速報値として、薬価の平均乖離率は約6.5%であったことが、材料価格調査の速報値として、特定保険医療材料価格の平均乖離率は約8.9%であったことが、それぞれ報告された。

4. 平成20年度診療報酬改定について

○我が国が厳しい財政状況にある中で、国民が安心できる生活環境を整えるためには、地域医療の確保を含め質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と将来にわたる国民皆保険制度の堅持が不可欠であること、勤務医の過酷な業務実態、とりわけ産科・小児科や救急医療等の実情等に照らし

て、次期診療報酬改定においては勤務医対策を重点課題として診療報酬の評価を行うべきであり、また、本休部分については更なるマイナス改定を行う状況にはないこと、後発医薬品の使用促進を着実に推進すること、という基本的認識について意見の一致を見た。

○しかし、このような基本認識の下で、どのように平成20年度診療報酬改定に臨むべきであるか、については、次のような意見の食い違いがあった。すなわち、上述の課題について、支払側は、医療における資源配分の歪みやムダの是正

による範囲内で行うべきとの意見であったのに対して、診療側は、地域医療を守るために診療報酬の大幅な引上げの実現を行うべきとの意見であった。

○本協議会としては、厚生労働省が、平成20年度予算編成に当たって、財源の確保に努めつつ、平成20年度診療報酬改定に係る改定率の設定について、本意見の趣旨を十分に踏まえて対応することを求めるものである。あわせて、本意見の趣旨に照らして、診療報酬のみならず、幅広い医療施策を講ずることを望むものである。

全日病「終末期医療の指針」を策定

検討会を提案。本会指針を基に国民的合意をめざす

11月17日に開かれた第8回常任理事会は、病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)がまとめた「終末期医療の指針案」を承認した。10月の第7回常任理事会に原案を提示して各役員に検討を求めた結果、一部修正を加えた最終案を提案、機関決定となったもの。

「指針案」は、終末期を「治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間」と定義。積極的安楽死の考え方を否定した上で、消極的安楽死については「医師が医療現場で対応するもの」であることから「法制化に

なじまない」として、医療「各職能団体と学会等が協力し、国民の意見も取り入れて消極的安楽死に関する判断基準を作るべきである」と提唱している。

消極的安楽死に関する判断基準として、「指針案」は以下の5点を打ち出した。
 ①本人のリビング・ウィルがあれば「積極的安楽死や社会秩序を乱す方法でない限り」それに従う②リビング・ウィルや意思が明確でないときは、家族の希望にもとづき、家族と医療提供者が話し合っ

て対応を決める
 ③日本脳神経外科学会の基準で脳死判

定された患者は、家族に説明して治療を中止することができる
 ④終末期あるいは予後が不良と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と

家族を交えて話し合い、治療を行わない、あるいは治療を徐々に中止または時期を決めて中止することができる

⑤以上のすべての事項に関しては別に定める様式にしたがって記録する

さらに、「指針案」は、「終末期の判断」「リビング・ウィル」「終末期医療における希望事項」「脳死判定後の治療中止承諾書」「脳死判定記録」「終末期の治療方針についてのカンファレンス記録」の各記録様式を添付した。

医療界、メディア、患者代表等で検討会。年内にも開催

徳田常任理事は、本会の呼びかけで「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」を開催する構想を常任理事会に提示、併せて承認を求めた。

検討会は、終末期医療のあり方に関する国民的合意の形成を企図するもの

で、参加者として、日本医師会、日精協、医法協、看護協会、救急医学会のほか、メディア(全国紙)、弁護士、患者代表、学識経験者が予定されている。医療界の主要団体とメディア、患者代表等が同席する異色の円卓が実現する。

全日本病院協会 「終末期医療の指針」(全文) 11月17日 *本会ホームページから指針と記録様式をダウンロードできます。

終末期医療について現在まで我が国では、患者あるいは家族との合意の基に行われてきた。しかし、近年、終末期における治療の開始あるいは中止に関して、様々な法的問題が発生しており、患者および家族と医療従事者の両者とも、対応に苦慮している。

平成19年5月に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表し、その他の関係機関においてもガイドラインが作成されているが、具体的な内容には触れておらず、医療現場の問題の解決には役立っていない。

決定プロセスが厚生労働省のガイドラインに適合しているにもかかわらず、病院内の倫理委員会の決定に従うことが刑事訴追を受ける可能性があるとして、院長がその決定に従うことを許可しなかった事例がある。決定プロセスではなく、具体的な内容に関する指針が必要である。

個人が自らの終末期にどのような対応を求めるかの意思表示を予め明記しておく、リビング・ウィルについての国民の意識も医療機関の対応も十分とはいえない。

その結果、明らかに予後が良くないと判断される患者や、高齢の患者に対しても本人や家族の意思や希望に関わらず、人工呼吸器管理、高カロリー輸液、経管栄養などを続ける事が稀ではない。逆に「予後が良くない」、「高齢である」という理由で本人・家族の意思・希望が充分取り入れられずに治療が行われず、回復の機会を逃す場合も考えられる。

更に、患者や家族の苦悩を見続け、家族から懇願された医師が、個人の判断で積極的安楽死を行ってしまい、裁かれる結果となった例もある。

医療現場は混乱しており、終末期医療に関する具体的な指針が必要と考える。

1. 終末期医療に関する全日病の考え方は以下のとおりである。

- (1) 終末期とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいう。
- (2) 積極的安楽死は緩和治療が発達した現在はその必要に乏しく、自殺補助のおそれがあり、認められない。

(3) 消極的安楽死に関しては専門資格者としての医師が医療現場で対応するものであり、法制化にはなじまない。

(4) 病院団体、医師をはじめとする各職能団体、学会等が協力し、国民の意見も取り入れて消極的安楽死に関する判断基準を作るべきである。

(5) 国民にリビング・ウィルに関する啓蒙活動を進める必要がある。特に、今後治療の継続あるいは中止の判断が困難になる可能性がある患者、すなわち、高齢者、神経疾患、呼吸器疾患、心臓疾患、悪性疾患などの患者は、予め自らの意思を明確にしておくことが望ましい。

(6) 指針に沿って終末期医療が行われあるいは中止された場合、医療者が訴追されるおそれがないように社会的合意形成が必要である。

2. 終末期医療の指針を作成し医療界のみならず、広く国民に周知することにより、以下が期待される。

- (1) 終末期医療について国民の間に関心が高まり、本人の希望をリビング・ウィルにより明確にする人が増える。
- (2) 本人の希望に沿い、尊厳を保ち、

納得した終末期を迎える人が増える。
 (3) 患者が、終末期のみでなく、医療に関心を持ち医療者との連携が強化される機会が増える。

3. 消極的安楽死に関する判断基準は以下のとおりである。

(1) 本人のリビング・ウィルが明確であれば、積極的安楽死や社会秩序を乱す方法でない限りそれに従う。

(2) 本人のリビング・ウィルや意思が明確でないときは、家族の希望に基づき、家族と医療提供者が話し合っ

て対応を決める。
 ①日本脳神経外科学会による脳死判定基準によって脳死判定された患者は、家族に説明し治療を中止することが出来る。

②終末期あるいは予後が不良と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を行わない、あるいは治療を徐々に中止、または時期を決めて中止することが出来る。
 (3) 以上のすべての事項に関しては別に定める様式にしたがって、記録する必要がある。

(2面から続く)

なく、市街化区域内での開発は困難・不適当と認められる場合とされる。

前出指針では、「公共公益施設」として診療所、助産所、通所系の社会福祉施設が例示されているが、医療施設関係は、①救急医療充実の必要がある地域における搬送確保に供する場合、②入院患者等に周辺の自然環境が療養上必要と認められる場合、③病床過剰地域

の病院・診療所が不足地域に移転する場合の3点がいずれも該当する場合と、厳しい条件が課せられた。

都市計画法にもとづく開発許可は都道府県、中核市、特例市の裁量によるところが大きい。

当該医療機関は、長期経営計画に際して地元自治体の関係部局と密接な相談・連絡調整を図る必要に迫られている。

等に対する費用の肩代わりになるものは「不当な取引誘引行為」とみなされる。

また、立会いの回数や期間が、目的別に定めた基準を超えて無償で行なわ

れた場合も「不当な取引誘引行為」とみなされる。

厚生省医政局経済課では、来年4月実施までに医療機関に対する周知徹底を図りたいとしている。

「立会い基準」が4月1日実施

医療機器業公正取引協議会が2006年9月に作成した「医療機関等における医療機器の立会いに関する基準」が来年4月1日に実施される。

「基準」は、公正競争規約4条2号に規定される、販売業者が医療機関等に提供できる便益労務を具体的に定義したもの。通常の立会い行為は関連法規に触れない限り問題ないが、①医療機器の販売を目的としたもの、②医療機関

東京開催の保健指導実施者研修に400名

本会「特定保健指導実施者育成研修コース(技術編・計画評価編)」が11月16、17日に東京都内で開催され、首都圏を初めとする会員病院から393名が



受講した。受講者の内訳は医師103名・保健師32名・管理栄養士133名・看護師125名と、医師の参加が目立った。

10月18、19日に神戸市で開催した同研修には、関西、中国地方などから438名が参加している。主催している人間ドック委員会(西昂委員長)は、来年2月28・29日に札幌市内で開催することを決めている。

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。 ■受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全都道府県の指定会場で開催します。 ■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 接遇、院内コミュニケーション
- ・筆記(記述式) 50分
- ・学科 医療事務専門知識
- ・筆記(択一式) 60分
- ・実技Ⅱ 診療報酬請求事務
- ・明細書点検 70分

(2)2級医療事務技能審査試験

- ・実技Ⅰ 患者接遇
- ・筆記(記述式) 50分
- ・学科 医療事務一般知識
- ・筆記(択一式) 60分
- ・実技Ⅱ 診療報酬請求事務
- ・明細書点検 70分

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

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

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
 ※①②のいずれかに該当する方
- 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
- 受講受付 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)

*分納(2回)もできます。