



全日病 NEWS 4/1

21世紀の医療を考える全日病 2008

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 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.683 2008/4/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「医療費増額を求める要望活動に取り組む」

第90回定期代議員会 医療費削減下の改定に代議員から疑問。執行部検証を提起

全日本病院協会は3月29日に第90回定期代議員会・第79回定期総会を開催、2008年度事業計画案および予算案を満場一致で承認した。
西澤寛俊会長は冒頭挨拶で、2008年度について、①診療報酬以外の財源確保と政策を求める要望活動に取り組む、②08年度改定結果の検証に取り組む、③08年度に始まる医療計画等重要計画の施行に支部・都道府県病院団体と連携して対応するという所信を表明。さらに、国民と医療人の「信頼の創造」を理念に掲げて活動に臨むという姿勢を打ち出した。(3面に2008年度事業計画、4面に質疑応答を掲載)

出も、旺盛な事業活動を反映して約8,700万円多い5億300万円を計上、収支額6億2,000万円という積極的な予算となった。



「病院は今後も後期高齢者を診る。患者の誤解を解く必要も」

代議員からは、08年度改定、後期高齢者医療、特定健診・特定保健指導の集合契約を中心に質問と要望が続いた。

中協協議員を務める西澤会長は、08年度改定結果に対する疑問を示した代議員に、プラス0.42%とされた医科は1,000億円増に過ぎない中での配点作業であったことを指摘、限られた財源の下で行なわれたことに理解を求めた。

再診料をめぐる議論経緯について「日医の立場に理解し過ぎでは」とした質問に対しては、勤務医負担の軽減として予定された1,500億円を確保するために不足する400億円強を捻出する厚労省案を詳しく紹介。「(診療所)再診料の引き下げか病院の増点か」という選択ではなく、「400億円強を再診料で確保するか、外来管理加算など他項目で調達するか」という主に診療所をめぐる選択を求められ、日医が判断した結果、再診料引き下げが回避されたという事実関係をつまびらかにした。

その上で、「病院か診療所かが問題ではない。今や、病院も診療所も一体となって医療費増加に向けて取り組んでいかなければ医療崩壊が避けられない状況にある」と訴え、流布されている情報にとらわれることを戒めた。

後期高齢者医療については、「外来における“主治医”の包括点数こそ外さ

れたが、病院は依然として後期高齢者医療を担っており、従前の診療を継続していく必要がある。その実績があればこそ次期改定で再びテーマとして浮上する」という認識を表わした。

また、後期高齢者にかかわる診療報酬に病院が算定できる項目が多々あることを指摘し、着実な算定を訴えた。さらに、後期高齢者は診察できないという誤解が患者に生じているとして、誤解を解く説明努力を惜しまないよう会員病院に求めた。

集合契約に関しては、都道府県ごとに流動的状況にある病院健診機関の締結に関する確認を求める質問と多様な健診価格に対する困惑を訴える声が目立った。

執行部は、全日病と保険者の全国規模の8団体と集合契約の協議がほぼ終わっている事実を明らかにするとともに、その料金単価も、各地区医師会が主導する集合契約の単価に比べて不利とは言えないことなどを詳しく説明。本会の集合契約を信頼するよう呼びかける一方で、各地域の状況を勘案して集合契約の参加を検討することを示唆するとともに、集合契約は年契約であることから、来年度の契約に向けて、全国の情報を整理した上で十分な検討を約束するとした。

DPC、介護報酬改定、公益医療等で提言—08年度事業

2008年度事業計画は、①DPCに関するデータ収集とそのあり方の提言、②09年度介護報酬改定に向けた提言、③オンラインレセに対応する会員病院支援、④公益医療のあり方についての提言、

などを新たな事業課題に盛り込んだ。また、本会の将来とともにわが国医療の未来を支える「次世代の若手経営者育成」を新たな課題にあげた。

収支6億2,000万円の積極的予算を組む

平成20年度予算は、会員数が2,250名として前年度当初額より約8,800万円多

い4億7,800万円を見込む一方、当期支

「病院のあり方報告書」国民版を作成。全会員に配布

定期代議員会で、徳田常任理事は、「病院のあり方報告書2007年版」の国民版を作成したと報告した。

国民版は、「病院のあり方報告書2007年版」の内容を国民・医療従事者向けに書き改めたもので、「日本の医療・介護を考える」と題してまとめられた。

わが国医療の歴史から始まって、医

療制度と医療・介護保険各制度の概要、医療改革の歩み、診療報酬のしくみ、医療計画の内容、病院の機能など、日本の医療の現状を理解する上で基礎となる点を分かりやすく解説している。

同書は全会員に1冊配布されるが、活用を希望する会員病院には実費で頒布する。

国民と医療人の“信頼の創造”を目標に、活動を進める

■西澤寛俊会長の冒頭挨拶(要旨)

医療崩壊が叫ばれる中で迎えた今回の改定であったが、本体プラス0.38%という改定率は、それなりに評価できる。しかし、医療崩壊の流れを止めるためには一桁違うのではないかと考えている。

医療崩壊を止めるためには、診療報酬以外にも国をあげた政策や別財源の確保が必要ではないかとも考える。この点は、今後、全日病として申し上げていきたい。

社保審で決められた改定基本方針の中に「誰もが安心・納得して地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていけるよう、万全を期す必要がある」とある。

このくだりは全日病が日頃から申し上げている内容にほかならない。今改定には、こうしたメッセージが含まれている。同時に、改定には「地域」「機能分化」「連携」「医療の質」というメッセージが随所に盛り込まれていることを理解していただきたい。

当協会としても改定結果をしっかりと検証していきたいと考えている。一方、医療計画、地域ケア整備構想、健康増進計画、医療費適正化計画等が進められようとしている。これらに対しては、全日病の各支部並びに都道府県の病院団体と連携をとりながら、全国組織である全日病の機能を果たしていきたい。

全日病は「医療は国民・患者と医療人が協力して構築すべき公共財である」という認識にもとづいて活動してきた。

この一助として、我々は「病院のあり方報告書2007年版」の国民向けを、この3月に作成した。医療崩壊を食い止めるには国民の医療に対する理解が必要であり、そのためには国民との対話が欠かせないと考えている。本書を活用し、医療に対する正確な理解を得る中から医療崩壊を食い止め、再生に向っていききたいと考える。

当協会は「信頼の創造」を掲げて活動してきたが、現状はそうっていない。今あらためて、国民と我々医療人の「信頼の創造」を再度目標に掲げ、その下で活動を進めてまいりたい。



新医療計画、医療費適正化計画等が一齐に施行

都道府県医療連携の表記は様々。療養病床目標数も実態と大幅乖離か

新医療計画、医療費適正化計画、地域ケア整備構想、新健康増進計画がそれぞれ4月1日に施行された。また、後期高齢者医療制度と特定健康診査・特定保健指導制度がスタートした。

いずれも2006年6月に成立した医療制度改革関連法にもとづくもので、このうち、医療費適正化計画、後期高齢者医療制度、特定健康診査・特定保健指導制度に関する規定法は、4月1日をもって老人保健法から「高齢者の医療の確保に関する法律」と名称が改められた。

医療計画については、病床規制に係わ

る部分は従前どおりだが、4疾病・5事業の指標にもとづいた数値目標と疾病ごとの医療連携体制を表わす医療機関名を書き込んだ、医療提供体制の整備計画が新たに各都道府県で策定された。

朝日新聞が2月末に行なった調査によると、4疾病・5事業のすべてに何らかのかたちで医療機関名を書き込むとしているのは37都道府県にとどまり、10府県は一部分野に限られるか検討中という。

後期高齢者医療制度に関しては、正確な広報がいきわたらず、患者の中に

は「病院は75歳以上を診ないようだ」といった誤解が広まっているという指摘もある。

本会執行部も誤解の広がりを懸念、会員病院に、待合室に掲示するなど説明努力を求めている。

特定健康診査・特定保健指導については、健診機関と保険者との契約が遅れている。全国の保険者団体で組織する保険者協議会中央連絡会は3月13日、健診機関と交わす「集合契約」の期限を、当初目標の3月末までから、健診は4月末まで、保健指導については9月末ま

でとそれぞれ延長することを決めた。

健保連は基本契約を先行し、個別事項はそれぞれ合意後に5月初旬までに差し替えるという柔軟な姿勢で集合契約に対応している。それでも、受診券の発行は6月頃とみられ、本格利用は7月以降にずれこむ見通しだ。

医療費適正化計画の主題は療養病床の目標数。各都道府県は、しかし、療養病床の転換意向を把握できない中、目標数の設定に苦慮。厚労省も全国集計が大幅にずれこむとみている。

医療費適正化計画策定を終えた39都道府県について共同通信が3月15日までに集計した数字によると12年度末の目標数は20万床。したがって、厚労省が過去唱えた15万床を大きく上回るのは確実とみられる。

将来的に、病棟単位で臨床指標の測定を義務づけていく

「後期高齢者」という表記ある診療報酬項目は後期高齢者のみの算定項目



厚生労働省保険局医療課 課長補佐 中野滋文

今回の改定で、急性期医療を担う病院を対象に医師事務作業補助体制加算が新設された。医師事務作業補助者は派遣社員等の非常勤職員でも良いが、請負は認められない。

あくまでも、医師でなくても可能な事務作業を行なう専従職員である点をご留意いただきたい。

点数は、届出一般病床数に対する医師事務作業補助員の配置割合によって、25対1、50対1、75対1、100対1と4つのランクに分かれる。高度な救急医療を

担う病院はすべてのランク、地域の急性期医療を担う病院は「25対1」以外のランクが算定可能である。

地域の急性期医療を担う病院とは災害医療拠点病院、へき地医療支援病院、地域医療支援病院、緊急入院患者を受け入れている病院である。

なお、緊急入院患者については、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者を除いた緊急入院患者数が年間200件以上であることが条件となる。

DPC対象病院も薬剤等の内訳公表が望ましい

次に、レセプトオンライン化が義務化される医療機関については、患者の求めがあった場合に明細書を発行することが義務づけられた。

さらに、詳細な明細書の交付を選択要件として電子化加算を算定している医療機関には、詳細な明細書を交付する旨を院内掲示するという義務づけがなされた。この電子化加算は許可病床数400床以上の病院は算定対象外とされた。

なお、DPC対象病院についても患者に交付する明細書として、使用薬剤や検査等の名称を付記することが望ましく、10月以降にその実施を予定している。

続いて、病院における再診料の評価が見直され、57点から60点へと引き上げられた。診療所は引続き71点のままとなったが、中医協においては、将来

的に病診格差は是正されるべきという立場から、今後も議論を継続することになっている。

外来管理加算であるが、その意義を見直し、外来で継続的管理を要する患者に対して、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等の説明を懇切丁寧に行なうなど療養継続に向けた医師の取り組みを評価するものとした。

具体的には、問診と詳細な身体診察による診察結果を踏まえて、患者に症状の再確認を行ないつつ、病状や療養上の注意点を患者に説明し、その要点と診察に要した時間を診療録内に記載していただく。そして、これらの診察及び説明等に要する時間の目安として、診察時間が概ね5分を超えた場合に算定していただく。

険医療機関の医師が処方した薬剤のうち薬剤料を算定できる対象にがん患者疼痛緩和目的の医療用麻薬を追加

退院時共同指導料2は在宅療養支援診療所と点数を統一

後期高齢者医療であるが、診療報酬で「後期高齢者」という表現があるものは基本的に後期高齢者のみにかかわる算定項目である。

その入院医療であるが、病状の安定後早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行なうことを評価するものとして後期高齢者総合評価加算(入院中1回)が設けられた。

また、退院調整の専門部門を有する医療機関で、退院困難な要因があるとされた患者に退院後の生活を見越した退院調整を行なうことを評価するのが後期高齢者退院調整加算(入院中1回)である。

続いて、退院に際して、入院医療機関の医師、薬局薬剤師、看護師等と退院後の在宅療養を担う医療関連職種等が共同して療養指導を行なった場合を評価する退院時共同指導料2については、在宅療養支援診療所とそれ以外の点数を統一した。

これについては、4職種以上の関係者が一堂に会して共同して指導した場合に加算(2,000点)が算定できる。

また、入院中に投与した主な薬剤の

た。さらに、保険医の処方せんに基づいて保険薬局で交付できる注射薬と特定保険医療材料を追加した。

名称や発現した副作用にかかわる情報等を「お薬手帳」に記載等した場合に算定する後期高齢者退院時薬剤情報提供料を、栄養管理計画に基づいて栄養管理が実施されている低栄養状態の患者に、退院後の在宅における栄養・食事管理に関する指導や情報提供を行なった場合に算定する後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料を、それぞれ新設した。

次に、後期高齢者外来患者緊急入院加算であるが、後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等により担当医師の求めに応じて入院させた場合に算定できる。後期高齢者診療料で作成する診療計画で、緊急時の入院先としてあらかじめ決められている医療機関が対象であるが、担当医師の求めに応じた場合でなくとも、入院後24時間以内に当該医師と入院中の担当医が診療情報を交換した場合も算定できる。

他方、在宅患者緊急入院診療加算は、在宅療養支援診療所等の医師の求めに応じて、患者を、あらかじめ患者・家族に提供された文書で緊急時の入院先として定められた医療機関に入院させた場合に1,300点が算定できる。連携医療機関でない場合には650点を算定する。

回復期リハ病棟もリハ総合計画評価料を算定

疾患別リハビリテーション料についてはADL加算と通減制を廃止して簡素化、1日あたり6単位までとれるようにした。その上で早期加算を新設、30日間に限り算定できるようにした。

さらに、算定日数上限後のリハビリテーション医学管理料も廃止し、標準的算定日数を超えたものには月13単位を上限に算定可能とした。それ以上は選定療養として実施していただく。

また、脳血管疾患等リハ(I)(II)の中間となる区分を新設した。新たな(II)は常勤医師1名かつPT・OT・ST合計4名以上(PT・OTは各1名以上)。新たな(III)の施設基準は従来の(II)と同様である。

なお、リハビリテーション総合計画評価料については算定回数間隔を緩和し、評価を引下げるとともに、回復期リハ病棟でも算定できるようにした。

回復期リハ病棟の要件に、居宅等への復帰率や重症患者の受入割合に着目

した質の評価を試行的に導入し、回復期リハ病棟入院料1とした。

新規入院患者の1割5分以上が重症患者であること、退院患者のうち転院患者等を除く患者の割合が6割以上であること等が施設基準で、これらの基準を満たさない場合は回復期リハ病棟入院料2を算定することになる。

重症患者の判定基準として日常機能評価表を導入した。10点以上が重症患者とみなされる。ただし、この3月31日時点で回復期リハ病棟入院料を算定している病棟に限り、今年9月30日までは現行の入院料を算定できる。

また、回復期リハ病棟入院料1には重症患者回復病棟加算を新設した。重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が一定以上改善していることが要件となる。新規届出の病棟は実績がないことから回復期リハ病棟2を算定することになるために、その間は当該加算は算定できないことになる。

保険医に患者の服薬状況・薬剤服用歴確認義務

一方、居住系施設の入居者等に対する医療サービスとして、医療関連職種による訪問を評価する新たな枠組みを創設した。医師の場合は在宅患者訪問診療料2ということになるが、ここで居住系施設とは、高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、外部サービス利用型を含む特定施設、特別養護老人ホームを指す。

また、特定施設、特別養護老人ホームの入居者等である後期高齢者に対する月2回以上の定期的な訪問診療につ

いては特定施設入居時等医学総合管理料を新設、在宅療養支援診療所以外にも在宅時医学総合管理料の算定を認めることにした。

最後に、終末期の診療方針等について、患者と十分に話し合い、その内容を文書等にまとめて患者に提供した場合を評価する後期高齢者終末期相談支援料が新設された。

入院中の患者については、連続して1時間以上話し合いを行った場合に算定できる。

特殊疾患療養病棟の経過措置は転棟患者にも適用

【会場質問】

Q 医師事務作業補助体制加算でいわれる緊急入院の患者とは、救急医療管理加算算定の対象患者と同じ内容と考えてよいのか。

A 基本的にはそうなるが、特別な関係のある施設以外から緊急搬送で入院した患者を含めてよい。

Q 集団コミュニケーション療法はST1名につき何名までが許容範囲か。

A ST1名について1日延54単位までであるが、人数制限は基本的にない。

Q 検体検査管理加算であるが、(III)の届出を常勤の病理医で行ない、その病理医が病理診断を行なった場合に病理診断料の算定は可能か。

A 当該病理医が病理診断を行なう場合は、検体検査管理加算(III)の専従医要件を満たさないことになるので、検体検査管理加算(III)ではなく、検体検査管理加算(II)を届け出た上で、病理診断料を算定していただく必要がある。

Q つまり、検体検査管理加算(III)の届出によって専従医となった場合には、当該病理医は病理診断料を算定できないか。

A そういうことである。

Q 特殊疾患療養病棟であるが、医療療養病棟に転換した場合に、重度障害

者等については2年間医療区分2あるいは3が算定できるという経過措置があるが、これは病棟の転換にともなうものであって、当該患者の転棟は対象外ということか。

A 転棟した場合も2008年3月31日時点で入院している患者は経過措置が適用される。

Q つまり、経過措置は患者単位で適用されるということか。

A そういうことになる。

Q 7対1の医師要件で、外来に配置されている医師は医師数の計算に入ると考えてよいのか。

A 基本的にはそう考えてよい。

Q 回復期リハ病棟の重症患者判定は4月から開始される。したがって、まずは回復期リハ病棟入院料の2からスタートし、基準がクリアされた時点で1を届け出るということになるのか。

A そうなる。

Q 在宅患者訪問診療料2が新設され、この算定対象患者の入居施設に特養が入ったが、特養に対する取り扱いは今後変わるのか。

A 特養については末期の悪性腫瘍である入所者のみが算定対象で、従前と変わりはない。

退院時診療状況添付加算は退院日の翌月紹介でも算定可

医療療養病棟については、ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載することを要件として褥瘡評価実施加算を新設した。

将来的に、医療の質による評価を行うことを目的に、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項を継続的に測定・評価することを義務づけていくということである。

医療療養病棟等には退院調整加算を新設した。患者の同意の下に、退院支援に係る計画を立案した場合(退院支援計画作成加算)及びその計画に基づいて退院できた場合(退院加算)を評価するものである。

次に、地域連携の視点から、退院時に検査結果や画像等を添付した際の加

算の要件を緩和した。診療情報提供料(I)において、退院時だけでなく、退院日の属する月の翌月までに紹介された場合にも、退院時診療状況添付加算を算定できるようにした。

緩和ケアであるが、がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に、WHO方式のがん性疼痛治療法に従って計画的な治療管理と療養上必要な指導を継続的行なうことに対する評価としてがん性疼痛緩和管理指導料を新設した。

また、緩和ケア診療加算1については、専任の薬剤師の配置を要件に加えて点数を引き上げるとともに、専従医師が外来診療に当たることができるよう要件を緩和した。

同時に、老健施設や療養病床で、保

DPCのあり方・公益医療のあり方について提言

08年度の事業計画 09年度介護報酬改定に向けても提言。次世代の若手経営者育成も視野に

全日本病院協会 2008年度事業計画 *下線は前年にない項目(編集部挿入)

今、保健・医療・介護・福祉において、急速なスピードで改革が進められている。その背景には、急速に進む少子高齢社会、人口減少時代への突入による財政の圧迫、国民の意識の変化などがある。しかし、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保という目指すべき方向とは関係なく、患者(国民)、医療提供側に負担を強いる経済・財政優先の改革が進行している。

現在、2006年6月に成立した、いわゆる「医療制度改革関連法」に基づき、都道府県を実施主体として、医療計画、健康推進計画、地域ケア整備、医療費適正化計画等が進められている。

全日病は、これらの改革に対し、適切な評価のもと、国民に安全で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全日病の基本的考え方を実現するために、積極的に取り組み、明確なビジョンと戦略のもと活動を行う。

07年3月に今までの活動の成果、今後の望ましい医療推進、及び病院のあり方を内外に示し、その理解と実践を求め「病院のあり方に関する報告書(07年版)」を発売し、その提言の具現化に務めてきた。

更に、医療は国民(患者)と医療人が協力して構築すべき公共財であるとの認識のもと、この報告書を広く国民に普及する事を目的に「日本の医療・介護を考える—全日本病院協会の取り組み—」を発行したところである。

本年度は、この報告書を基に国民との議論を行い、相互理解のもと、信頼の創造を目指したい。

また、本年度は診療報酬改定が行われる。会員病院に対し進むべき方向性を選択し得る、情報提供、質の向上、医療安全、経営判断の支援を行う。

そのために各委員会の活動の活発化、支部活動の活性化、全日病学会、各研修会の充実を図る。

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

- 1) 医療提供体制についての検討と提言
 - ・医療施設体系のあり方に関する提言
 - ・「地域一般病棟」の具現化
- 2) 医療保険制度改革への対応
- 3) 適切な診療報酬体系に向けての調査・提言
 - ・平成20年度診療報酬改定への対応
 - ・DPCに関するデータ収集、DPCのあり方に関する提言
 - ・医療原価に係る調査の実施
 - ・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
- 4) 介護保険制度についての提言
 - ・平成21年度介護報酬改定に向けての検討・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
 - ・介護療養型医療施設の老人保健施設等への転換についての調査
- 5) 終末期医療に関するガイドラインの検討・作成
- 6) 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のためのシンクタンク設置に関する検討

3. 医療安全に関する取り組み

- 1) 医療安全管理者の養成
- 2) 医療安全に関するセミナーの実施
- 3) 会員病院における医療安全推進に関する啓発
- 4) 医療事故調査・防止に関する第三者機関の設置のための支援
- 5) 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

- 1) TQM(Total Quality Management)の医療への展開
- 2) 診断・治療の標準化に関する会員病院への支援
 - ・コーディング研修会の実施
 - ・診療アウトカム評価事業の実施
- 3) 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
 - ・標準的電子カルテの普及促進のための検討
 - ・レセプトオンライン化への対応に関する会員病院への支援
- 4) 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

- 1) 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

- 2) 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」の実施

- 3) 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

- 1) 病院経営調査の実施
- 2) 「DPC分析事業」の実施
- 3) 平成21年度税制改正に対する要望
 - ・消費税に関する要望
 - ・医療法人への課税に関する要望
- 4) 資金調達方法についての検討・提言
- 5) 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
- 6) 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

- 1) 第50回 全日本病院学会(東京都支部担当)
- 2) ブロック研修会(年4回開催)
- 3) 夏期研修会
- 4) 協会雑誌の発行

8. 病院機能評価の普及・推進

- 1) (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勉強会(セミナー)の実施
- 2) 会員病院に対する病院機能評価受審相談事業の実施
- 3) 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

- 1) 「病院事務長研修コース」、「看護部門長研修コース」の実施
- 2) 賃金実態調査の実施、及び人事考課制度などの検討
- 3) 医師・看護師の需給、医療従事者の適正配置に関する検討
- 4) 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

- 1) 支部研修会開催のための支援(講師派遣等)
- 2) 支部通信員活動の推進

11. 組織の拡充強化

- 1) 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
- 2) 賛助会員の増強
- 3) 支部体制の強化

12. 広報活動の推進

- 1) 全日病ニュースの内容の充実と配布の拡充
- 2) インターネットを利用した情報提供の推進
 - ・インターネットによる会員情報の集積及び会員相互間会議の実現に向けての検討
- 3) 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
 - ・支部との情報交流の促進
- 4) マスコミ対応の充実強化
 - ・マスコミ懇談会の開催
- 5) ヤングフォーラムの拡大

13. 救急医療・災害時医療・感染症への対応

- 1) 救急医療
 - ・救急医療体制に関する検討
 - ・会員施設内医師の救急医療の質の向上
- 2) 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
- 3) 感染症対策(新型インフルエンザ・SARS対策等)

14. 保健・健診事業

- 1) 日帰り人間ドック実施指定施設の指定
- 2) 一泊人間ドック実施指定施設の指定
- 3) 日本人間ドック学会との連携
- 4) 人間ドック研修会の開催
- 5) 人間ドック実施状況の調査
- 6) 「特定健診・特定保健指導実施者育成研修コース」の実施
- 7) 「食生活改善指導者研修コース」の実施
- 8) 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

- 1) 厚生労働科学研究事業の実施
- 2) 経済産業省委託事業の実施
 - ・医療経営人材育成事業
- 3) その他、本会として必要な調査・研究活動

16. 研修・教育事業

- 1) 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」
 - ・「病院事務長研修コース」(再掲)
 - ・「看護部門長研修コース」(再掲)
- 2) 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講習会」(再掲)
 - ・「個人情報管理・担当責任者養成研修」(再掲)
 - ・「特定健診・特定保健指導実施者育成研修コース」(再掲)
 - ・「食生活改善指導者研修コース」(再掲)
- 3) 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)
- 4) 医療事務技能審査事業の実施
- 5) 次世代の若手経営者育成

17. 医療関連団体との連携

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

18. 国際交流事業

- 1) 諸外国の医療施設、医療制度の調査・研修
 - ・第32回ハワイ研修旅行の実施
- 2) 発展途上国及び被災国への医療援助

19. 福祉事業の拡充・推進

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

20. 無料職業紹介事業の充実・強化

21. 50周年記念行事等への対応・準備

22. 公益法人制度改革への対応

23. その他

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

24. 事務局の機能強化

25. その他、本会の運営に必要な事業

国際医療福祉大学大学院公開講座 2008年前期乃木坂スクール授業のご案内

<p>テーマ「2025年の在宅医療・福祉の在り方を考える」</p> <p>授業期間●4月14日～7月14日開講(全13回) 授業時間●毎週月曜日 18時30分～20時30分 授業料●3万6,000円(2名以上申し込みには割引を適用) 全日病会員病院の従事者は3万円</p> <p>主会場●国際医療福祉大学 東京キャンパス (半蔵門線・銀座線・都営大江戸線 青山一丁目駅 徒歩1分)</p> <p>申込方法●乃木坂スクールHPの申し込みフォームを利用。もしくは添付ファイルの申込用紙を03-6406-8622までファックスでお送りください。</p> <p>問合せ先 乃木坂スクール事務局 Tel.03-6406-8621 Fax.03-6406-8622 メール nogizaka@iuhw.ac.jp http://www.iuhw.ac.jp/daigakuin/nogizaka</p>	<p>【授業内容(抜粋)】</p> <p>4/14 日本の社会保障の将来像 元厚生事務次官 辻 哲夫 4/21 往診の原点 総合人間研究所所長 早川一光 4/28 日本社会の医療・福祉のグランドデザイン 国際医療福祉大学教授 高橋 泰</p> <p>5/12 看取り80%を支える在宅医療 医療法人いばらき会理事長 照沼秀也</p> <p>5/26 在宅ケア提供企業のトップランナーの視点から セントケア・ホールディングス 岡本茂雄</p> <p>6/2 アメリカの先端事例からグランドデザインを考える 岡村世里奈</p> <p>6/9 都市部の在宅医療 板橋区役所前診療所院長 島田 潔</p>
---	---

後期高齢者医療の病院外来「主治医」は今後も求める

特定健診単価5,000円「不利とはいえない」。各種集合契約への参加を提起

第90回定期代議員会における質疑応答から(要旨) 3月29日



白山代議員(大阪府) 事業計画案に後期高齢者医療に関する取り組みが見当たらないが。

西澤会長 診療報酬上の取り組みについてのお尋ねと思うが、「平成20年度改定への対応」の中含まれているとご理解いただきたい。後期高齢者診療料については病院も算定できるよう、今後も働きかけたい。高齢者の外来は中小病院が重要な役割を果たしている。入院を含め、これまで通りの対応が求められる。その上で、後期高齢者の診療報酬には他医療機関や多職種との連携ともなう各種加算が多々設けられている。これらにはきちんと対応するようお願いしたい。

患者の間には「病院の外来は後期高齢者を診なくなる」という誤解もあるようだ。待合室に貼り紙を出すなど説明に努めていただきたい。今まで通り主治医として実績を残す中で、次の改定でもテーマとなり得る。

白山代議員 療養病床は厚労省計画では少なすぎるという声もある。目標数の妥当性について検討はしているのか。

木下常任理事 療養病床再編を巡る計画は、第4期介護保険事業(支援)計画、地域ケア整備構想、医療費適正化計画とある。これらは計画であって、(医療機関に対する)拘束力はないという見解を3月25日の介護給付費分科会で厚労省から得ている。また、諸計画は見直されもする。病床転換数は医療機関の判断で自由に設定することができる。

関代議員(長野県) 集合契約は各都道府県でフレームがつけられる。集合契約に全日病が関与するメリットはあるのか。

西常任理事 現在、全日病に8つの保険者中央団体が集合契約の締結を求めている。各県の保険者協議会は国保連と政管健保が中心となって集合契約を進めているが、全日病、人間ドック学会、結核予防会、全衛連は保険者中央団体との集合契約に臨んでいる。

関代議員 長野県で医師会がまとめている集合契約は健診単価が7,500円ほどだ。病院団体が早くに対応した結果単

価が抑えられたのではない。来年度はよりよく対応願いたい。

西常任理事 兵庫では国保連と神戸市医師会が7,770円で契約した。政管健保に関しては、契約相手は医師会ではなく、社会保険健康事業財団である。

全日病と健保連との集合契約は、集合契約A契約であり、医師会を介して国保連との集合契約Bに参加することはできる。

東京都の一部医師会では、検査とデータ作成料として3,000円程徴収されるという情報もあり、そうなると5,000円の全日病の集合契約の方が割りがよい。

このように、今回の集合契約は地域差が激しいので、個々の判断で契約を行う必要がある。しかしながら、来年度の契約に向けてよりよい方策を会員の皆様にご提示するためにも、各地域の情報を執行部にご教示いただきたい。

鬼塚代議員(福岡県) 厚労省は病院は入院、診療所は外来と画一的な機能分化を進めようとしている。執行部としてどう考えるのか。

西澤会長 国の方向としてそう向っていることは間違いない。入院医療に色々な機能があるように、外来も一括りにはできない。厚労省も入院は200床で区別しているが、中小病院の外来については迷っているようだ。こうした役割分担がどうあるべきか、我々も検討を進めている。旧総合病院や特定機能病院は専門外来に特化すべきと考えるが、民間中小病院は必ずしもそうとはいえない。

金澤代議員(熊本県) 被用者保険と県医師会の交渉が始まったが、県医師会と全日病との価格の差が浮上しており、各所で指摘される。今後、医師会との連携に努めていただきたい。

西澤会長 日医とは話し合いを持ったが、公取委の関係で郡市が当事者になるということだった。5,000円については健保連が「これ以外は応じない」と強硬な態度に終始した。

健保連が各県の集合契約に参加しない場合には、(全日病が健保連との契約

にに応じない)傘下組合健保について欠落が生じるため、やむなく応じた。健保連が5,000円以外に徴収することはないと思うが、仮に2価を示せば、その段階で対応する。

いずれにしても、各病院は色々なところで沢山契約してほしい。

関代議員 健保連は企業健診がベースで、これは政管健保も同様。問題は地域健診で、長野県は800強の健診機関が集合契約に参加する見通しだ。価格面では、自分のラボで検査すれば5,000円でも可能だが、開業医はアウトソーシングする関係上7,500円見当となっているのだから。しかし、来年度以降はそこらの調整をお願いしたい。

西常任理事 被用者保険の本人については安全衛生法で職場健診が実施される。したがって、組合健保が必要としているのは被扶養者の健診だ。価格は全日病の試算では8,500円、合計3万6,000円となったが、健保連からは5,000円と2万円が提示された。これを会員病院にアンケートし、受託するとしたところをリスト化した。

価格の決定権は保険者側にあるので、適正な価格を7,000円以上と判断した医師会の集合契約に乗るのか、全日病の集合契約に乗るのかは、各医療機関の判断におまかせするしかない。

検査を医師会の検査センターを通すと費用を取られるので、かえって5,000円の方が有利ではないかという考えもある。各地区の集合契約によって違うため、どちらを選ぶかは個々に判断していただく事になる。来年度の契約に向けて全国の情勢を整理したいので、情報をぜひ、本部にご教示いただきたい。

額井代議員(沖縄県) 最大の問題は医師不足である。医師免許の2割は診療していないとみられる。全国の医師数を計算する際に、実際に働く医師のみ

を数えるべきではないか。

西澤会長 お説のとおりである。厚労省もこうした視点に立ちつつあり、不足を自覚しているようだ。大学の定員増をはかったが時間がかかる。その間をどうするか。厚労省とともに考えていきたい。

鬼塚代議員 会長は不満としつつも改定結果を評価している。しかし、報道や健保連などは再診料引き下げができなかったことを批判している。日医の再診料を守ることに理解を示すことはどうか。

西澤会長 病院に手当てするためには1,500億円必要であったが、改定率からは1,000億円しか確保できなかった。そのために、財源シフトの組み替えから400億円強を捻出する必要があった。検査等で200億円と、再診料を2点下げで200億円を確保するというのが当初の厚労省案であった。

一方、外来管理加算とデジタル管理加算とで200億円を確保するという案も浮上した。これをどうするかという点で日医に判断させた結果が改定のとおりとなったわけだ。我々が日医を守ったということではないし、日医が200億円の捻出を渋ったという経緯も事実ではない。

鬼塚代議員 外来管理加算については中小病院に痛手となるという説もある。

西澤会長 それは算定要件に「5分」が入ったために取りづらくなったということ。5分の対案として、厚労省は患者とのやりとりに関する書類作成という案も持っていた。

その負担を考えて5分を呑んだ。考え方として、病院の外来には40名に1人の医師がいる。しかし、多くの診療所は1人の医師で診療している。診療所は影響が大きい、病院はそれほど大きくはないものと考えられる。

中医協総会 「高度医療評価制度」を創設

3月26日の中医協総会に、厚労省医政局は、薬事法上で未承認や適応外となっている医薬品・医療機器を伴う医療技術について先進医療の一類型として保険診療との併用を認める、新たな枠組みとして「高度医療評価制度」を設ける考えを提示、高度医療およびその実施医療機関の各要件ともども了承を得た。4月に施行される。

対象となる医療技術ごとに実施医療機関の要件を設け、当該要件に適合する医療機関で実施される医療技術を高度医療として認めるというもので、高

度医療要件の設定と評価は医政局長が招集する高度医療評価会議が行なう。

実施を希望する医療機関の長が、医政局研究開発振興課との事前相談を経て、厚生労働大臣に申請書を提出する。

高度医療評価会議は承認した高度医療から保険導入の検討対象とする医療技術を選び、既存の先進医療専門家会議に諮る。

その結果、薬事法上の承認や適応を得た医薬品等を用いた技術について、あらためて保険との併用可否が判断され、保険導入予備書の扱いを受けるこ

とになる。

いずれも、一定要件の下で評価療養として保険併用が認められる制度であるが、未承認や適応外のものが対象となることで、管理型混合診療が限りなく広がる制度設計が完成したことになる。

薬剤師も特定保健指導が可能に

厚労省は3月10日付で、特定保健指導を行なう人材に薬剤師や准看護師等を追加する通知を都道府県に発出した。

1月の大臣告示で、看護師・栄養士等が一定内容の研修を受講することによって継続的な保健指導を行うことが可能とされた。

通知は、その「看護師・栄養士等」の詳

細を示したもので、食生活に関しては、看護師、栄養士のほかに歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士が、運動指導に関しては、看護師、栄養士のほかに歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士が該当するとしている。

「特例病床」に正常分娩の病床を追加

厚労省は、病床過剰地域で特例的に増床を許可できる「特例病床」で、産科病床について、これまで新生児集中治療室(NICU)もしくは母体・胎児集中治療室(MFICU)としていた制限を撤廃、正常分娩を扱う病床まで拡大することを決め、医療法施行規則改正省令を3月26日付で公布、各都道府県へ通知した。

「特定の職種から導入。定着後他職種に広げるとよい」 「短時間正職員制度」でセミナー。医師も同制度の対象に入る

本会主催の「短時間正職員制度セミナー」が3月27日、東京都内で開催された。

短時間正職員制度とは、フルタイム職員とは異なる短時間勤務の雇用を促進することで、就業機会を拡大するとともに人手不足に対応しようというもの。

同制度を医師を含む全職種に適用できる。セミナーでは、モデル事業として取り組んだ会員病院からの事例報告に次いで、厚労省担当官から制度の詳しい仕組みが紹介された。

さらに講師からは、「まずは看護師など特定職種について院内上げて取り組み、実績を残してから他職種に広げるとよい」など運用上のアドバイスが示された。

災害緊急医療で報告と検証

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15日に東京都内で開催され、130名が参加した。

テーマは「人為災害と自然災害への対応」。「渋谷スバ爆発事故(07年6月)」、

「那覇空港における航空機爆発事故(07年8月)」を取り上げ、救助活動に参加した医師から緊急時医療体制にかかわる教訓が詳しく説明された。

また、能登半島地震(07年3月)と新潟中越沖地震(同7月)におけるDMATの活動が紹介され、検証が加えられた。

食生活改善指導担当者研修会を開催

本会が主催する「食生活改善指導担当者研修会」が3月19日～21日に東京都内で開催された。

4月1日施行の特定健診・特定保健指導制度の保健指導において、積極的支

援(継続的支援)の食生活改善指導者を養成するもので、この研修を修了すると、看護師および栄養士も単独で食生活改善指導を担当することができる。

研修会は2月の神戸開催に次ぐ2回目、看護師を中心に230名が受講した。

四病協、社会保障費で勉強会を設置

四病院団体協議会は3月26日の総会部会で、社会保障費に関する勉強会を設置することを決めた。財源問題に焦点を合わせ、医療費を含む社会保障費の実態と構造、そのあるべき姿を、専門家を招いて勉強する。