



全日病 NEWS 2/15

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.703 2009/2/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

必修3科は概ね合意。選択科で紛糾。次回修正案

臨床研修制度見直しで骨子案 「研修2年」は合意。「病床数で研修病院を切るべきではない」が多数意見

2月2日に開催された臨床研修制度等のあり方に関する検討会(座長・高久史磨自治医科大学学長)に事務局(厚労省医政局臨床研修指導室)は医師臨床研修制度の見直し骨子案を提示したが、現行制度を原則支持する委員および必修・選択の診療科や研修期間をめぐって別案を主張する委員から意見が続出、次回2月18日に再度修正案を検討することになった。

見直し骨子案の概要は、①研修開始時に一定期間将来選択する診療科を研修できるようにする、②必修とする科は1年目の内科、救急、2年目の地域医療に絞る、③現在必修の外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択とする、④研修病院の判断で現行スーパーローテ方式を実施できる、⑤都道府県別に募集定員の上限を設ける、⑥研修医の処遇に一定の抑制措置を講じるなど、専門診療科の研修を優先した上で各病院の判断でカリキュラムを自由に組めるようにプログラムを大幅に弾力化するというもの(別掲)。

骨子案にもとづいて、高久座長は、研修期間の制約から選択枠を5診療科から1ないしは2科に絞るという考え方を示し、この線で議論をまとめたいと提起した。

議論の結果、研修期間については現行とおおむね2年間を維持することが合意された。しかし、プログラムの弾力化をめぐる、内科、救急、地域医療を必修とする点は委員の多数から賛同を得たが、外科を必修に加えるべきとする声が出たほか、必修および選択各科の研修期間等をめぐって様々な意見が交錯し、合意形成にいたらなかった。

到達目標の議論を置いて進むプログラム変更

議論において、西澤寛俊委員(西岡病院理事長・全日病会長)および福井次矢委員(聖路加国際病院院長)など、現行制度の枠内で部分的な改善に努めるべきとする立場の委員は、プログラムは研修到達目標との整合性が確保されるべきであり、プログラム変更に対応した到達目標が議論されていないと問題提起した。

現行制度が策定している到達目標を擁護する立場からなされた提起である

が、見直し骨子案には「研修の到達目標を見直す」と記されているが、その議論もなくプログラムの変更が論じられている矛盾を指摘するものとなった。この指摘に、「今、それを議論している時間はない」と、結論を急ぐ各委員は一様にとまどいを露わにした。

一方、2年目の選択科目を1または2科に絞るという案に対しては、研修効果との関係から適正な研修期間をめぐって様々な疑問が相次ぎ、議論は膠着

四病協 オンライン請求義務化 医療機関の負担軽減を求める

四病院団体協議会は2月5日に共同声明を発表し、「レセプトオンライン請求義務化に四病協は協力する」立場を表明した上で、医療機関の負担を最小限にとどめるために、以下3項目の措置を図るよう厚労省保険局長に求めた。
①オンライン請求を義務化するのであれば請求から支払いまでを約1ヶ月に短縮するとともに本来保険者が負担すべき事務手数料の減額分を医療機関に支払う仕組みを導入すること。

②オンライン請求義務化期限公表後にオンライン非対応のレセコンおよびソフトを更新した医療機関には、再更新時にあわせて計画書提出をもって義務化は達成されたとみなすこと。

③オンライン請求義務化と同時進行の医療IT化計画があれば、義務化期限から3年以内に当該計画書を提出すればオンライン請求義務化は達成されたとみなすこと。

事業所評価と外付け導入の検討が今後の課題

全日病は2月2日に「2009年度介護報酬改定説明会」を東京都内で開催、厚労省老健局鈴木康裕老人保健課長は、新設されたサービス提供体制強化加算について、「キャリアアップ支援の加算はほとんどの施設に該当する」と指摘。「(今改定で)従事者の処遇が改善されないと次回の改定に大きく悪影響

を与える」とし、処遇改善の取り組みを求めた。

また、今後の制度見直し課題として、事業所評価加算の本格導入に向けた質評価への取り組みや、特養における看護を例に医療外付けの検討をあげた。

全日病の介護報酬改定説明会は2月23日に大阪でも開催される。

清話抄

すでにどなたもご存知の通り、アメリカの大統領選挙では、民主党オバマ候補が共和党マケイン候補を大差で破って当選し、1月20日に第44代大統領に就任した。

アメリカ大統領選挙への関心は日本でも非常に強い。アメリカの世論調査会社が昨年3~4月に世界24カ国の国民

を対象にアメリカ大統領選挙に対する関心について調査した結果によると、日本人のなんと83%が「関心ある」と回答、第2位アメリカの80%を上回っていた(10月4日の中日新聞)。

今回の選挙では医療政策についても大きな論戦が行なわれたが、オバマ新大統領は、経済を除く内政問題をしばらく棚上げしそうである。それらの政策を見ていくと、日本にも当てはまる場所がある。

しかけていた。

この状況に、一部委員は「病棟を受け持たせるから短い期間では効果が上がらないという懸念が生じる。それは、現行の到達目標にそうした規定があるからである」と指摘。到達目標で研修医が入院患者を受け持つべきとされている疾患の適用を弾力化することによって、到達目標を手直しすることなく各科の期間短縮が可能となるという提案を行った。

これが調停案となり、高久座長はその方向でプログラム変更案をまとめる意向を表明、次回に再度提示するとして議論を引き取った。

同日は受け入れ病院のあり方に関する議論はできなかったが、研修病院の



指定基準見直しについては、「病床数で足切りとすることは避けるべきである」という意見が複数の委員から出され、検討会の多数意見となった。

事務局は同日の議論を踏まえて意見調整を試み、次回2月18日の会合に修正案をあらためて提示して骨子案をまとめるとともに、変更案の細部は事務局一任を取りつけて年度内に決着を図り、2010年度施行を果たしたいとしている。議論で合意に至らなかったテーマについては引き続き議論に委ね、10年度以降の施行とする考えだ。

臨床研修制度等のあり方検討会「まとめの骨子(たたき台)」の要旨

以下の方向で臨床研修制度等を見直しはどうか。

●プログラムの弾力化

- ・必修の診療科は、1年目の内科(6ヶ月以上)、救急(3ヶ月以上)とする。
- ・従来必修の外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は、選択して研修することを誘導する措置を検討する。
- ・研修開始時に将来のキャリアに応じた研修を一定期間行なうことを可能とする。
- ・研修2年目に地域医療研修(1ヶ月以上)を必修とする。
- ・現在の多科巡回式研修も各病院の判断で引き続き実施できるようにする。
- ・一定規模以上の病院は、医師不足診療科の専門医を希望する研修医を対象にしたプログラムを用意する。
- ・研修医の到達度を評価する仕組みを工夫するとともに、研修の到達目標も見直す。

●受入病院の募集定員や基準の見直し

- ・都道府県別の募集定員上限を新設する。
- ・各病院の募集定員は、大学等が医師派遣を担っている実績等を勘案した上で当該都道府県の定員上限と必要な調整を行って設定する。
- ・プログラム管理病院の基準を強化するとともに、大学病院などの地域中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。
- ・研修医の処遇(給与等)には一定の抑制措置を講ずる。

●関連する制度等の見直し

- ・医学教育のカリキュラムの見直しを行う。
- ・臨床研修修了後の専門性を高める研修及び生涯教育のあり方を見直す。
- ・医学生の医行為の取り扱いや国家試験の内容を見直す。
- ・大学病院による医師派遣機能を地域の意向が十分反映されるシステムとして再構築する。

都道府県に容態別受入医療機関名簿作成を義務づける

総務省消防庁に設置されている消防審議会は2月9日、救急患者の容態に応じた受入医療機関のリストを作成、それにもとづいて搬送先を選ぶルールを作成および救急搬送・受け入れの円滑化について協議する組織の設置などを提

言した「消防機関と医療機関の連携のあり方に関する答申」をとりまとめた。

消防庁は、答申を踏まえて、都道府県にリスト作成等を義務づける消防法一部改正法案を今国会に提出するとしている。(2面に関連記事)

例えば、高齢者の医療費が激増している点は両国とも類似している。医療保険については、日本も保険料滞納世帯が2割に達しているが、アメリカでは人口の約15%(4,700万人)が無保険者である。

企業の保険負担は増加の一途をたどっており、中小企業の中には負担に耐えかねて保険の提供を止める会社も多く、カリフォルニア州では社員50人以下の企業で働く人口の55%が保険に入

っていない。

オバマ政権は、日本よりさらに深刻な医療危機・荒廃に悩むアメリカの医療をどのようにCHANGEするのか、医療保険制度をどのように抜本的に改革するのか、日本の医療界はもちろん日本国民も関心が高い。

医療の質・国民生活の質の向上を目指した、バランスのとれた医療改革を推し進めてくれることを切に願う次第である。(康)

主張

医療費抑制で民間病院は瀕死の重症にある。地域医療の砦である民間病院救済のために、国は、今こそ処方箋を出すべきではないか！

昨年始まった、米国を震源地とする100年に1度の世界経済危機は円高、輸出不振等となって日本を襲い、わが国は不景気一色になった。派遣労働者の解約、正規職員のリストラが頻発しているが、無保険者の増加に伴い、医療費未払い者の増加が懸念される。全日病会員病院の未収金は3年間で400億円を超えた。宮崎県で2006年度の未収金を調査したが、民間59病院、地方自治体病院12病院で合計2億を越えており、しかも右肩上がりという有様であった。四病院団体協議会は今年3月に「未収金発生防止・回収マニュアル」の冊

子を発表するが、この問題は今始まったものではない。今まで真剣に議論されてこなかったことが解決を遅らせた感否めない。患者のモラル低下は、給食費未払いなど医療に限ったものではなく、未収を医療機関だけの責任にするには問題がある。実際、医師法19条の応召義務がある中での回収には限界があり、病院にその機能は似合わない。国民皆保険のもと、公共性、公益性を担保した医療を提供していることを考えれば、行政の何らかの対策が必要である。これは1民間病院の問題ではなく、社会全体の問題である

ことを強調したい。低所得者、とくに年収100万から200万円未満の人々は生活するのに必死で、保険料を納める余裕がない。この無保険者の対策が急がれる。未収は救急医療に多く発生している。公的救急病院には補助金が出されるが、私的病院にはそれが無い。救急医療の質に公的も私的もない。ある一定の基準、例えば社会医療法人の基準を満たしている私的病院にも補助金を出すべきであろう。それは、地方自治体には救急医療を守る義務があるからである。08年の会員病院の病院収支率は平

均すると99.6%と、まさに赤字であった。地域医療の崩壊が叫ばれている中、未収金の増加が民間病院の赤字経営に拍車をかけ、さらに崩壊へと導くことを怖れる。公的病院だけでは地域医療を守れない。民間との相互連携が重要である。医療費削減政策の下で民間病院は長く経営不振に陥っており、今や瀕死の重症である。国はそれに対して処方箋を出す義務がある。それは、医療が国民の命を守る砦であるからであり、社会保障というよりも安全保障とでもいうべき性格を有しているからである。(H)

周産期と救急の一体整備を提起。医療計画への位置づけも

周産期医療と救急医療の確保・連携懇談報告書

ドクターフィー、過重勤務手当、救急等医師定員策定、後方病床・空室の確保等の検討を提起

妊産婦等の救急搬送をめぐる医療連携のあり方について議論してきた「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」は2月3日、周産期医療と救急医療を一体化させた体制整備を提起するとともに、それにかかわる医療機関、都道府県、国、地域住民の役割と対応課題を整理した報告書を大筋でまとめた。報告書案に対して各委員から相次いで修正意見が出たため、最終文は座長(岡井崇昭和大医学部産婦人科学教室主任教授)と事務局(厚生労働省医政局指導課)に一任、後日公表される。厚生労働省は、また、懇談会に、1月1日付で雇用均等・児童家庭局母子保健課が所掌していた周産期医療業務を医政局に移管し、指導課に「救急・周産期医療等対策室」を設置したことを報告、「これにより、救急医療、周産期医療、小児医療、災害医療、へき地医療の確保に係る業務を一体的かつ効率的に進めることができる」と説明した。(1面に関連記事)【報告書の骨子】●厚生労働省の救急医療担当と周産期医療担当の連携を強化し、縦割りを解

消する。●周産期医療対策事業を見直すとともに、周産期母子医療センターの指定基準を見直すとともに、現行周産期母子医療センターの診療機能を明示する。●救急医療・周産期医療に対する財政支援として、①周産期医療に関する診療実績を評価する仕組みの検討、②ドクターフィーのあり方の検討、③救命救急センター及び2次救急に対する支援策の検討、④出産育児一時金の引き上げ等の措置を行なう。●初期・2次の産科医療機関は、軽症及び中等症の患者への救急対応に関する相応の役割を分担し、総合周産期母子医療センターの重症救急患者の受入能力の確保に協力する。●総合周産期母子医療センターが受け入れた妊産婦及び新生児を、状態が改善した時に搬送元医療機関等に搬送する体制(戻り搬送)を促進する。●都道府県は出生1万人対25~30床を当面の目標としてNICUを整備する。●GCUや一般小児病床等への手厚い看護職員配置など対応能力の強化や地域の実情に応じて重症心身障害児施設等の後方病床の整備の支援を進める必要

がある。●退院した重症児が安心して在宅療養できるよう、一時預かりサービスや訪問看護ステーションの整備への支援を進める。併せて、緊急入院やレスパイトケアに対応できる病床の確保も重要であり、短期入所病床の整備の支援が求められる。●産婦人科医に限らず、新生児医療担当医、麻酔科医、救急医などの実際に診療を行う医師を含め、時間外勤務、時間外の救急呼び出し対応(オンコール対応)等について実態把握調査を行い、適切に処遇するための医師の手当等に対する支援策を検討する。●医師確保のためには当直翌日の勤務緩和、短時間正規雇用や交代勤務制等による勤務環境の改善を積極的に推進することが極めて重要。そのためには、各医療機関が設定する定員数の増加が不可欠で、例えば、24時間集中治療を提供しているNICUでは、新生児医療担当医を7名以上確保することが理想。麻酔科医についても機能に応じて各医療機関に必要な人員を定員化する必要がある。●新たに産科医や新生児担当医を目指す若手医師に対する支援、新生児科の

目標や専門医の広告を認めること等が必要。●診療所に勤務する助産師の確保や地域で妊産婦の保健指導を行う要員等としての助産師の確保が必要。病院においては助産師による妊婦健康診査(助産師外来)や、チーム医療としての院内助産所を推進する必要がある。●特に母体救命救急には、①救急患者の病態に応じた搬送基準の作成、②周産期母子医療センターにおける病態に応じた受入基準の作成等が求められる。都道府県は、救急患者の搬送及び受入基準の運用にあたり、重症患者に対応する医療機関を定める等地域の実情に応じた受入の迅速化、円滑化の方策を実施するとともに、そのために必要な医療機関に対する支援策を行う。●地域の必要性に応じて、県境を越えた広域搬送のネットワークを構築する。●搬送コーディネーターを地域の中核医療機関等に配置する。●都道府県は地域ごとの搬送先決定までの時間等の実績を定期的に公表する。●医療計画に関する基本方針を改正、周産期救急医療を一般救急医療対策に位置づける。

入院基本料の費用構成と原価実態を中期的に追求

日病協・診療報酬実務者会議

看護基準も検討課題に。次期改定の要望作業は4月以降に着手

日本病院団体協議会は、12月に厚生労働省に提出した提言(医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について)をさらに具体化し、2010年度診療報酬改定に対する要望のベースに位置づけるとともに、入院基本料の報酬水準については中期的に病院経営の再生産を保障する原価の構成と実態を反映させたコストデータの収集・研究に取り組む方針だ。方針は1月21日の診療報酬実務者会議(委員長・全日病猪口雄二副会長)で確認され、1月23日の代表者会議で承認された。1月21日の実務者会議は、前出提言

の今後の取り扱いについて協議した。その中で、猪口委員長は、12月3日の診療報酬基本問題小委員会で厚生労働省がDPC算定方法の概要について説明した中に「ホスピタルフィー的要素(主に医療機関の運営コストで固定費用部分を反映)および「ドクターフィー的要素(医師等の技術費用部分を反映)」とある点を取り上げ、「これは診療所の医師が病院に出向いて手術などを行なう米国の概念にもとづく考え方であって、我が国の実情とは合わない」と指摘した。そして、「我々は、人件費的要素とか運営費的要素という概念で捉えるべ

きであり、それは現行診療報酬体系では基本診療料に該当している」という認識を示した上で、基本診療料の根幹をなす入院基本料が原価調査にもとづかず決められてきたことをあらためて指摘し、病院界が独力で入院基本料の費用構成と原価データを追求しなければならぬと提起した。猪口委員長は、入院基本料の研究の

ためには外部研究者の力を得る必要があるとして、次回までにメンバー構成を踏まえて研究の方法論を整理すると説明、実務者会議の了承を得た。次期改定については、要望事項の具体的な集約は4月以降に作業を開始するとして一方で、改定に向けた課題の1つとして、入院基本料届け出の要件となっている看護基準の妥当性を検討する必要性を提起、了承された。また、提言で提起した、医師、看護師等の管掌業務見直しについても、今後も問題提起を続けていく方針を確認した。

「医療安全調査委」説明会で西澤会長が意見

厚生労働省は1月31日に茨城県筑波大学内で、「第3次試案及び医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」の地域説明会を開催、本会西澤会長がシンポジストとして参加。「原因究明・再発防止と責任追及は別組織とすべきである」という全日病の主張を具体化した原因究明・再発防止の仕組みについて私案を提起した。登壇した4名のシンポジストのうち、

西澤会長を含む3名が、事故調査と刑事司法を関係させる厚生省案に反対を表明した。



一冊の本 book review

日本看護協会編 定価●3,000円(税別) 発行●日本看護協会出版会

『平成20年版看護白書 多様な勤務形態導入へのチャレンジ-看護職定着に向けて』

「看護職が働き続けられる職場づくり」は、病院の運営・活性化に関わる課題となっている。日本看護協会では「看護職確保推進事業」を実施し、多様な勤務形態について、先行施設にヒアリングを行い、導入モデルの作成を進めています。本書は、こうした変革にチャレンジする施設の参考となるよう、多様な勤務形態導入の理念・哲学と、導入を成功させている14施設の事例を取り上げている。導入に際した処遇・待遇、意識変革の働きかけ、導入の効果などが具体的に紹介されており、看護管理者はもとより、院長、事務長など管理者にも大いに参考になる。(A)

2009年度介護報酬改定を総括する

地域差見直して1.21%増加。それでも介護療養型はマイナス

介護療養型老健の赤字幅は縮小。今後の対応について議論する余裕が生じる

医療法人社団永生会 永生病院事務長 田野倉浩治

12月26日の第63回「社会保障審議会介護給付費分科会」は、2009年度介護報酬改定について「諮問のとおり了承する」ことを答申しました。その後、改定の概要を含め、介護報酬の新旧対照表が厚生労働省のホームページに掲載されました。

これまで、改定では、介護療養型医療施設には2012年の廃止を待たずに大幅な減額がなされるとか、リハビリテーションは基本サービス費に包括されてしまうのではないかと等々、様々な噂が飛び交っていました。

結果としては、施設サービス費は要介護度別に一律12単位が増額され、職員配置等を評価したものとサービス提供体制強化加算(6単位から12単位)が新設され、栄養管理体制加算(管理栄養士12単位、栄養士10単位)が廃止されました。

また、特定診療費項目については、リハビリテーションのうち理学療法や作業療法の包括はされなかったものの大幅に減額され、体制加算については、当初は新旧対照表において、理学療法に係るものが廃止とされましたが、作業療法における体制加算は存続していました。

一方、言語聴覚療法や摂食嚥下療法は増額され、新たに集団コミュニケーション療法や口腔機能維持管理加算が設けられました。しかし、重度療養管理やリハビリマネジメント加算は廃止されました。

他方で、介護報酬1単位あたりの単価にかかわる地域差が見直されました。その後、厚生労働省ホームページにおける第63回資料の中で「資料の訂正について」が公表され、理学療法における体制加算も従来通り残ることが明らかとなりました(審議会ではこの修正は示されませんでした)。

ホームページに掲載する時点で追加されたのですが、今後出される「留意事項」等についても注意していく必要があると思います。

特定診療費は16.44%もの減額

さて、「2009年度介護報酬」をもとに当院介護療養型医療施設(212床)の試算結果をご紹介します(表1)。

これは、昨年10月単月分を置き換え比較したものです。結果としては-1.43%で、当初の3%増とは大きく異なった結果でした。

マイナス改定となった大きな要因は、特定診療費項目の減額であり、そ

の中でも重度療養管理の廃止とリハビリテーションの大幅な減額が大きく響いています。

施設サービス費においては、「口腔機能維持管理加算」や「サービス提供体制強化加算」の新設と、当院の所在地域が特甲地に当たることから1単位あたり10.40円が10.45円に見直されたことから1.21%の増加となったのですが、特定診療費項目に関しては16.44%もの減額となり、全体ではマイナス改定となったものです。

1人1日あたりの比較では216円(月額6,480円)の減収となります。今後は、さらに取り組むものを具体化して院内での活動に結びつけ、減収分の補填を図っていかねばなりません。我々も十分に検討し、4月からの対応に遺漏がないようにしていきたいものです。

介護療養型老健は現在よりも7.6%増収

ところで、介護療養型老健の状況はどうでしょうか。こちらも現状での転換と改定後での転換を試算してみました(表2)。現時点で転換すると15.8%の減収となります。

医師等の配置が緩和される結果、人件費を5.6%減らすことができますが、その分を加味しても10%以上の減収となります。金額にすると月額1,000万円以上の減収です。ところが、4月以降改定後の転換では収入ベースで9%の減収となり、人件費を加味すると約5%450万円の減収になります。

我々の試算では、今回の改定で介護療養型老健は現在よりも7.6%の増収となりました。

今回の改定では、転換が遅々として進まない中、介護療養型医療施設の報酬を大きく引き下げて一気に老健への転換を推し進めるのではないかとの意見も聞かれていましたが、その限りでは緩やかな改定といっても良いのかもしれない。

この結果、介護療養型医療施設においては、今後の対応について議論する時間が持てたと言えるのではないのでしょうか。

その中で大きな課題の一つは、やはり24時間、特に夜間における医師・看護師の迅速な対応ができる環境を維持していくことです。そして維持するための報酬も確保しなければなりません。

まだ介護療養型老健に移行した施設数はごく僅かのようにですが、介護療養型老健における看取りや緊急時の対応等、現在の体制での状況を分析・評価することが重要であると考えます。

その他の介護サービス事業における状況は表3のとおりです。それぞれに改善がみられ、特に老人保健施設ではユニットを採用している施設で大きく改善されています。また、居宅介護支援も通減制などの見直しが行われたために、大きく改善できる見込みです。そして、今後も居宅と施設との迅速な連携体制の構築が重要だと思います。

居宅と施設の迅速な連携体制が重要

リハビリ体制の維持、短期集中リハビリ、口腔機能維持管理、摂食機能療法等々を考え合わせると、日頃から居宅サービス提供機関との連携・情報交換を密に行い、状態が悪くなった場合には早期に施設で受け入れ、多職種による迅速な状態の評価と必要なサービスを十分に提供して再び居宅へと繋げていくこと、この繰り返しをもっと大切なことではないでしょうか。

そこには、医療・介護者間の連携・協力と家族の理解と参加・協力が不可欠であると思います。これらの環境をどう構築していくのか、しっかり考えていかねばならないと思います。

2月2日の介護報酬改定説明会(全日病)で、厚生労働省老健局老人保健課の鈴木課長は今後の課題として次の3点を示しました。

第1に「従事者の確保」については、今後さらに、介護従事者の必要数は増加

していく。若者が減少していく中で離職率の低い事業者も多くあり、これらの事業所の取り組みや工夫等を学び、離職防止や新たな人員の確保につながる取り組み。

第2には、「制度改正リスク」への対応として今後のサービスの改廃等に対応できるよう、単種サービスではなく多種サービスに対応するような取り組み。

第3に、今回の改定幅3%増に伴う処遇改善への取り組みです。

今回の改定においては、4月以降に「調査実施委員会(仮称)」を設置し、今回の改定結果の検証を行い今後の介護報酬改定への議論へつなげるとしています。

我々は、全日病が会員への情報提供と実態の把握を進め、歪みのない制度設計に向けたさらなる提言を行なえるよう、会員病院として一致協力していくではありませんか。

表1 ■介護療養型医療施設の収入(新旧比較)

項目	率
介護保健施設サービス費 (i) 従来型個室	1.06%
介護保健施設サービス費 (ii) 多床室	0.98%
小計	0.99%
管理栄養士配置加算(廃止)	-100.00%
栄養マネジメント加算	16.67%
口腔機能維持管理加算(新設) 対象200人/算定200人	-
サービス提供体制強化加算(II)(新設) 対象208人/算定6254人	-
小計(A)	1.21%
特定診療費	
重度療養管理(廃止)	-100.00%
理学療法(I)	-31.67%
作業療法	-31.67%
言語聴覚療法	12.78%
摂食機能療法	12.43%
リハビリマネジメント(廃止)	-100.00%
短期集中リハビリ 対象30人/算定585人	300.00%
集団コミュニケーション(新設) 対象30人/算定30人	-
小計(B)	-16.44%
収入合計(A+B)	-1.43%

*08年10月単月分を置き換え比較(212床)
*増減の生じる項目のみを抜粋

表2 ■老健に転換した場合の収入の増減試算 円/月

	収入	人件費を加味した収支
08年新設時の介護療養型老健施設	-14,903,113	-15.77%
09年度改定の介護療養型老健施設	-8,814,133	-9%
	-4,428,466	-4.7%

*現在の介護療養型医療施設(08年10月実績)と比較した収支の増減
*新旧介護療養型老健の収入比較は09年改定の方が+7.6%であった。

表3 ■09年度改定試算にもとづく収入比較(介護保険サービス別) 円/月

	病院		老人保健施設		訪問看護ステーション	居宅支援	訪問介護	通所リハ	計
	介護療養	八王子	23区内						
改定前	94,523,996	46,227,386	33,380,520	18,343,104	1,646,000	10,394,687	3,546,847	208,062,540	
改定後の試算	93,171,487	48,061,376	35,498,208	18,363,904	2,107,900	10,591,867	3,542,932	211,337,674	
新旧差	-1,352,509	1,833,990	2,117,688	20,800	461,900	197,180	-3,915	3,275,134	
介護保険収入の増減	-1.43%	3.97%	6.34%	0.11%	28.06%	1.90%	-0.11%	1.57%	

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(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 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1) 1級 年3回(6月・10月・2月) (2) 2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技I> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催：社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳細な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

座談会●若手経営者は語る一わが病院の未来と私の夢

現場スタッフと話し合いながら病院と医療のあり方を模索！

カリスマ、ワンマンの父親が残した実績に、新経営者なりの医療観・経営観で立ち向かう

【出席者】 順不同

全日病副会長・広報委員会委員長

// 広報委員会外部委員・国際医療福祉大学教授

医療法人社団アルペン会 アルペンリハビリテーション病院院長(富山県富山市) 室谷ゆかり(39歳)

医療法人社団東山会 調布東山病院(東京都調布市) 小川 聡子(41歳)

医療法人緑泉会米盛病院(鹿児島県鹿児島市) 米盛 公治(43歳)

特別医療法人恵仁会くろさわ病院理事長・院長(長野県佐久市) 黒澤 一也(38歳)

安藤 高朗

高橋 泰



安藤 今、多くの民間病院が世代交代を迎えています。そこで、大変頑張っている若年経営者に集まっていただきました。今、次代の担い手が何を考えているのか、さらに、将来どんなことがしたいのかを語っていただきます。

黒澤 私は長野県佐久市で83床のケアミックス病院を中心に、保健・医療・福祉の複合体として医療・介護を提供しています。主に亜急性期以降を担っています。在宅部門については、病院の周りにケアつき住宅を展開しています。

室谷 私は富山県で、全室個室の療養病床60床で、回復期リハ1病棟のみの、昨年6月にオープンしたばかりの病院です。デイケアと社会福祉法人も手がけています。

医療と福祉をできるだけ連携させるということで、関連施設はすべて病院の周りに建てました。障害をもった高齢者が生活をもっと楽しく、生き生きとすごすには、リハビリを含めてどうしたらよいか、ということコンセプトにしています。



小川 私の病院は83床で東京の調布にあります。急性期の病院として、父が25年前に創立しました。25年の歴史で確立されたのは、透析医療と糖尿病を核とした、総合医的な地

域医療ですが、ここ数年、内視鏡も含む消化器部門も整えてきました。

病院が手狭になってきましたので、病院の方向性を見極めながら新病院をどう造っていくか、そのプロジェクトに着手しています。当院は今世代交代が始まったばかりです。私の最初の仕事は、今後の病院の進む道を明確にし、それに向けて組織を一つにまとめることで父から引き継ぐということだと思っています。

これからは高齢化社会ですから小さな病院としてやるべき医療は、柱となるいくつかの急性期と、家庭医的な意味合いの亜急性期や地域の在宅医療等にどう貢献できるかだろうと考えています。父は大きな病院で救急をやる夢をもっていました。今はそういう時代じゃないと説得しているところで

です。**米盛** 鹿児島市の米盛です。核として一般病床を94床持っています。志向は急性期医療、手術加療をメインにした整形外科単科の病院です。術後なかなか自宅に帰れないという人も出てきますので老人保健施設を持っています。

以前はケアミックスだったのですが、それを外に出したいということもあって、昨年、M&Aで回復期病院を手に入れました。さらに、リハビリ主体のクリニックを分離独立させ、居宅などの介護サービスをやっています。

親子でも性格の違い。ただ、その2人がいていいものができる…

安藤 お父上がやってこられたことで共感できること、逆に変えていきたいという点がありますか。

米盛 整形外科病院を築いた父は先見性に優れ、センスがある人だと思います。しかし、年とともに守りの意識が強くなり、今や「防御が最大の攻撃だ」というのが持論です。「攻撃は最大の防御だ」というのが僕の持論でして、親子でも性格の違いがあるのかなと。ただ、その2人がいることでいい具合にものができ上がってきている、とも感じています。

小川 私の父は東大紛争のときに医学教育、医局制度、医療のあり方に疑問を感じ、医局を飛び出して今の病院を始めたと聞いています。私も急性期志向ですが、地域で、患者の目線でやる病院を民間が担っていく使命には共感しています。大病院と診療所だけでは日本人の健康や生活は守れないし、それらの機能が生きるためにも小さな病院の役割があると。そして、その使命には急性期と亜急性期が混在していると思います。

ただ、今はこれだけ専門性が確立され、患者の目も厳しくなって、質を確保しなければならぬということ考えると、民間の一小医療機関で行なう医療は選択と集中が必要と考えます。柱となる専門領域を急性期で担いつつ、

総合医的な質の高いジェネラルを亜急性期で担う必要があると考えます。

そこをどうバランスをとるかということが難しく、何でも高いレベルで、大学病院に負けない医療を行なうべしという父と、時々、ぶつかることもあります。理解してもらうのは難しいかと思いますが、父の代から支えてくれている人も含めて皆で考えていく組織であれば、いい方向に向かっていくのではないかと思います。



室谷 私のところは、祖父の代に外科として始まり、父は整形を専門としていましたが、結局、地域のニーズに応じて外来や高齢者内科とかもするうちに療養病床に落ち着いたということで、慢性期中心の町医者というかたちでやってきました。

ところが、スタッフが頑張っている割には入院患者がなかなか家に帰れない状況が続くうちに、たまたまある患者が家に帰ったところ、ご家族が「へえ、あの病院から帰れたんだ」と言ったという話をケアマネから聞かされて、すごくショックを受けたことがあります。患者に良かれと思ってしていたことが、逆に受け止められている…。果たして「よいこと」って何だろうと考えさせられたのです。

スタッフ皆で解決。マネジメントもチームで取り組む必要がある

室谷 では、今の私たちには何ができるのかということ色々と勉強するうちに、患者を元気にしていくためには

リハビリと食事や栄養など慢性期医療に必要なものをしっかりやっていくしかない、という結論になりました。



この過程で、1つ1つの問題をスタッフ皆で解決していくということが非常に大切であると、医療だけでなくマネジメントもチームで取り組んでいかないとだめなんだという結論にたどりつきました。

私たちの病院は、地域で慢性期医療をされている方々には学校みたいなものです。回復期という、病気になってから元気になる最初の突破口ですから。そこで、スタッフがどう関われば患者は元気になるかということ覚えてもらって、そして地域に出て行ってくれるのが大切ではないかというわけです。

安藤 お父上からのバトンタッチは終わっているのですか。

室谷 父は元々ある病院の外来を引き受け、入院機能は全部新しい病院に移し、そちらを私に任せてくれました。

安藤 お父上は65歳でした。まだ若いじゃないですか。

室谷 父には外来と訪問診療をまかせ、私がやりたかったマネジメント部分を任せてもらいました。「分離してお互いやれるところで協力して行こう」ということです。

安藤 では、経営のことも全く口をお出しにならない。

室谷 赤字になれば心配して「必死に何とかしろ」と言いますが、そのくらいです。(笑)

高橋 富山県は公立病院が強く平均在院日数も最も長い、保守的なことで

す。そういう地域で、これから期待できる病院が出てきたというのは非常に興味深いものがあります。



黒澤 うちの父はカリスマというか、まさにワンマンです。理念も、ビジョンも、お金の管理も、

全部親父の頭の中になかったという感じです。新らし物好きで、老健も全国のモデルができた次の年に造り、訪問看護やデイサービスも介護保険ができる10年も前に始めていました。

ただ、私が引き継いでみると、やはり、トップがいなくなると動かなくなる組織でもありました。父が亡くなったときは存続できるのかと周りも心配したほどで、不安で辞めた職員もいました。そこから何とか持ち直して今日に至ったわけです。今後は、僕のカラーを出していければと思っています。

でも、父がやってきたことは本当に先見の明があって、法人の柱としての方向性を変えるつもりはありません。ただ、どうしても医療・介護・保健サービスに頼りがちになるのですが、それ以外の部分で、予防ではなく元気な高齢者が利用できるサービス、年齢に関係なくできるサービス、さらには障害者の方もやるとか、あるいは介護が必要であったり、自宅に戻れない人に生活できる場とか仕事ができるような場を提供するといったものが、父が作った柱を元に展開できればと思っています。

カリスマ的存在の父を受け継ぐことのプレッシャーに悩む…

高橋 ところで将来の夢をうかがいましょうか。

室谷 私は、初台の石川誠先生のところで3年間研修を受けました。その後、私の病院のリハビリやケアのスタッフが3ヶ月ずつ、10人ちょっと勉強させてもらいました。石川先生の病院はオールフォーワン、ワンフォーオールという全員医療の考えが徹底されています。また、本物の病院をつくるというのが石川先生の口癖で、そのためには患者のために汗をかかなきゃいけないと。そこで、私たちがやりたい医療は何かというのが共有できたのではないのでしょうか。

その後、患者のためにどんな場所を作れば居心地がよく、かつ、次に向かう気持ちを持ってもらえるのかということで、設計と運営のソフトを3年近く議論しました。一番難しかったのは、

リハビリに込める思いをどうハードの中に実現させるかという点でした。

実際に作ったんですが、患者に喜んでいただける仕掛けは、まだ十分ソフトに落とし込めてません。雪国なのでアメニティは明るくと光を採り入れたところ、「北陸にしては明るい病院だ」と喜んでいただいたのが唯一の救いでしょうか。ただ、患者から「ありがとう」と言われることが増えました。平均年齢が30にいくかどうかの若いスタッフですが、頑張ろうという雰囲気でも何とかやれています。

小川 私の病院は理事長である父と前院長がカリスマ的存在で、皆をぐいぐい引っ張って収益をあげてきました。世代交代が始まり、私は、その形を落としてはいけないというプレッシャーで悩んでいました。しかし、同じ人間ではないので、それを守ることはやめ、

全日病に対する期待はいっぱい。同世代の参加を期待する！

「地方では知られていない。その存在を伝えるべきです。私も知らせていきたい」



一から始める気持ちでできることから取り組むようにしています。

父の体力的な問題から私が新病院の設計を引き受けたのですが、どうしても設計図に夢が持てなかった。そこで、新病院のイメージをたたき台に、新しい病院で何をやりたいかをスタッフと議論して、設計のやり直しを求めました。

急性期と在宅をつなぐ架け橋となる機能を病院につくりたい！

小川 その過程で、病院スタッフと、何をしたいかという話し合いができました。私の夢は、透析、糖尿病、消化器の3本柱とともに予防医学ができる病院です。もう1つは、高齢社会なのに、急性期病院と最終的な受け皿の在宅をつなぐ架け橋がない。そこで、地域の人がボランティア活動できる、あるいは医療と福祉を一緒に考えてもらう場を病院の中につくりたいということです。

それから、緩和病棟というかたちではなく、入院患者が緩和ケアを受けられる、あるいは、死を迎えるもしくは在宅に帰った方が気軽に戻ってこられる環境を整えた病院にしたいという思いです。この夢を、皆で知恵を絞りながらやっているところです。

最近、スタッフから「こういう部屋を造ってほしい」という提案が寄せられるようになりました。それまではトップにカリスマがいたので、スタッフは自ら考えることをあまりしませんでした。しかし、ようやく、夢を表現してもいいんじゃないかという空気が出てきたかなと感じています。

私の中では、明らかなビジョンはまだ模索の段階ですが、新病院を造ってい

海外からもくる急性期病院をつくりたい！医療と介護で街を活性化したい！

米盛 僕自身の夢は、これからの日本には、海外から患者に来てもらえる医療環境を作らないとならない。シンガポールとか世界のハブ空港には、ジョン・ホプキンスとか色々な病院がありますが、便利な地の利を確保すれば、日本にも世界をリードできる病院が作れるはず。つまり、単科専門病院も含めて、本物の急性期病院を作るのが最終的な夢というわけです。宮崎シーガイアならできるんじゃないでしょうか。

高橋 小倉記念病院の延吉正清先生が、小倉駅前に新病院を造っています。

しかし、書き直された設計図にも満足できなかったために新たな設計事務所を探し、もう一度自分たちの夢をお話して、図面を書いてもらっているところです。私は、夢が持てない病院で20年行くよりは、ここは無理してでも、納得した病院を造ったほうがいいと考えたのです。

く中でスタッフと作り上げていく、カリスマがドンと示すのではなく、皆で作しながら、その中で組織づくりを一からしてみたいというふうに思っています。

米盛 私の夢は、3人の先生方とはやや異なっているようです。病院は持って歩けるものではありませんから、病院と地域の関係をどう考えるかということが大切です。つまり、地域を受け皿として捉えるという考え方に対して、地域外からどれだけ患者さんを集めるかという考え方に立つと、診療圏の考え方も自ずと違ってきます。そして、単科の専門病院というのは、診療圏を拡大することが生き残る術であると思います。

僕は常々、1病棟が50床というのはおかしいと思ってました。本当に高度専門単科医療をやるとするなら、1病棟に絶対100床いると思うんです。したがって、1,000床以上でなければ総合病院とは言えない。200床から400床というのは、総合診療科ではあっても、総合病院ではないんです。そして、僕は、優れた単科専門が寄り集まって1つの総合病院をつくれれば最高の病院ができると考えています。

新幹線で福岡と八代が繋がると「うちの診療圏には鹿児島から大阪までが入る」と言われているけど、本音は福岡から患者を呼び込むというところかな。

米盛 整形外科は各県に1つくらいいい病院があります。だから、新幹線が繋がると、お互い吸われなくなってしまう。整形外科も、慢性疾患だと、患者はよりいい病院に移ってしまいます。うちには、今、宮崎とか熊本からも患者が沢山きていますし、遠くは神奈川からもきています。

交通の発達で、ローカルということ

はデメリットではなくなっています。東京の先生には申し訳ないけど、地方は土地が安いし、人件費も安い。行くんだったら今しかないかなと気持ちを高めて、事業拡大の夢を練ったりしています。

黒澤 私の病院は、今、IT化を進めています。病院だけでなく老健と在宅にも導入して、情報を共有するという構想です。父の代からやっているテレビ朝礼を、今は拠点の施設しか見れないんですが、各施設で見れるようにしよう。5年くらいの間で確立できるかなと思っています。

実は、これをベースに、5年10年の間に病院の建替えができればと思っています。その過程で街づくりをしよう

病院のリーダーは全日病！パワーがあり、すごいプラスになっている

安藤 ところで、全日病に望むことはありますか。

米盛 沢山あります。(笑)今、色々な団体がありますが、その中で病院のリーダーになれるのは全日病しかないと思うんです。分野分野で色々な意見がありますが、すべての意見をうまく組み入れてもらえる病院団体になっていただきたいと思っています。

安藤 全日病は、最近、医療の質、医療安全、研修など、色々な事業に幅広く取り組んでいます。同時に、四病院団体協議会や日本病院団体協議会との関係も強化するなど、病院全体に目配りのきく立場にいます。厚生労働省の検討会等にも沢山のポジションを得ていますし。それでも、まだ十分ではないことでしょうか。そうした点は、皆さん方に変えていただきたいと思うのです。どんどん委員会に出て発言されたらよいと思います。

黒澤 父が亡くなってしばらくして、大阪の全日病学会でヤングフォーラムを初めて聞きました。そこで機能評価のことも知って受審準備を始めたわけで、本当にすごいプラスになっています。

全日病の具体的な活動も、例えば、「地域一般病棟」というのはまさにうちのやっていることです。とにかく、すごいパワーのある会だと思っで、僕の周りにも同世代が経営者になる病院が増えつつありますが、そういった人達が全日病の輪に加わってほしいと思いますね。

医師不足にしても、診療所の先生達が病院に行って一緒に当直や外来してもらえれば、地域の医療はもっとよくなると思います。病院経営だけでなく、日本の医療システムをレベルアップしていく意味からも、全日病には頑張ってもらいたいと思っています。

高橋 前次官の辻さんは、「これから先は、開業医の先生達をいかにチーム化して、それで在宅をみていくに限る」ということを熱っぽく語ってました。だから、今、黒澤先生が言ったようなことは、1つの向う道かもしれませんね。

室谷 私は、在宅にそこまで期待できるかというのは疑問です。やはり、核家族が多いし、仮に主婦がいたとしても、例えば認知症の高齢者を面倒みれるのかと。でも、在宅というオプションはありますね。箱だけ作って何だかわかんない運動をさせるようなところ

とも考えています。要は、シャッター街になった商店街を何とかしたいということなのです。本当は昨年、そこで宅老所を始める予定だったんですが、ちょっと頓挫しました。しかし、高齢者が街中で生活したり、あるいは通ったり、そこに子供や障害者も加わるとい感じで、街が活性化できればと考えているわけです。

私自身は地域から出る気はまったくなくて、病院も亜急性期一般病棟としてやっていますが、最近、東京に住んでいた方が住み移るパターンが増えているので、住む機能の近場に医療と介護がある、地域全体で安心して住める街づくりを進める、そういう構想と自院の方針をリンクさせていきたいと考えています。

ではなく、高齢者を人として見ていける施設があってもいいし、在宅あるいは病院で亡くなる方それぞれがいていいと思います。

そこで必要なことは、病院、診療所、介護事業所や福祉の方々連携を取る上でIT化が欠かせないということです。よく、同世代の診療所の先生方とお話すると、異口同音に、相手が何ができないかを知ることが大事だと言います。これができなかったら、今までは摩擦が生じてました。これからは、在宅も含めて、それぞれが何ができて、何ができないかを明らかにする。そのための連絡ツールとしてITを使えるといいですね。

小川 私は昨年の全日病学会東京大会に初めて参加した口で、実は、全日病の性格もよく知らないんです。でも、色々な講習会に出させていただいて、こういう会があるんだなということは分かりました。地域の医師会・開業医の先生方には、本当に真摯に医療・福祉のことを考えている方が多くいます。そういう意味からは病院団体として発言するだけでなく、病診連携にはこんな形もあるとかが発言できればいいなと思います。

室谷 私も昨年の東京学会に初めて参加させていただいた1人です。(笑)でも、富山では多分、全日病を知らない人の方が多いと思いますよ。(笑)ですから、もうちょっと、こういう団体があるって知らせた方がいいと思います。(笑)

皆さん、日々追われて苦しんでいるのに何がとっかかりになるかわからないでいますから。東京学会では、本当に色々な話を聞かせていただいて、私も、今の時代はタッグを組んで乗り切っていくかないと、皆元氣になれないと考えさせられました。そのためには、少しでも次の世代を取り込んでいかないとならないので、私も、全日病の存在を知らせていきたいと思いました。

安藤 全日病は、西澤会長の下、若い世代の登用に大変熱心です。委員会だけでなく、ヤングフォーラムもあります。もっと多くの若手経営者を発掘して、全日病を強化しようではありませんか。それが支部の活性化につながり、ひいては地域医療を守る道になります。これからの地域医療は、皆さんのような民間病院の双肩にかかっているのですから。

全日病/2009年度介護報酬改定説明会(東京会場)/2月2日開催

都内の介護療養や老健は1単位10.68円、2%増

介護療養型老健は118単位増えて1,164単位(多床室・要介護5)。本体のみで月額35.4万円

「2009年度介護報酬改定について」 厚生労働省老健局老人保健課 課長 鈴木康裕



2009年度介護報酬改定の最大の課題は介護従事者の人材確保と処遇改善であった。それは、(1)負担の大きな業務を評価する、(2)介護従事者の専門性を評価し定着を促進する、(3)人件費の地域差に対応する、という3つの柱からなる。

このうち、(2)にかかわる評価として、

地域差への対応 都内通所リハは1単位が10.83円、3.5%増

地域差への対応としては、1つには、サービスの種類に応じた地域区分ごとの1単位あたり上乗せ率を見直した。見直しに当たっては、人件費だけでなく物件費も含めて考えるべきではないかというご意見をいただいた。しかし、土地代を除くと物件費には農村部の方が高いものがあり、人件費のような傾向は見いだせなかったので除外した。

人件費の対象範囲は、これまでの「直接処遇職員」から「人員配置基準において具体的に配置を規定されている職種の職員」へ拡大した。その上で、すべての地域、すべての介護サービスに関する人件費を調査し、そのエビデンスにもとづいて見直した。

その結果、これまでは各サービスを人件費割合40%と60%の2類型に区分していたが、今回は、45%、55%、70%の3

介護保険3施設については、①介護福祉士が50%以上配置されている、②常勤職員が75%以上配置されている、③勤続3年以上の者が30%以上配置されている、のいずれかに該当するときに、①の場合は12単位、②③の場合は6単位算定できる。

このように、キャリアアップを支援する(2)の評価(サービス提供体制強化加算)は、1つの基準でされるのではなく、「介護福祉士」「常勤職員」「勤続3年以上」のいずれかに該当すればよい。介護保険施設では常勤職員の割合が8~9割に達しており、したがって、ほとんどの施設が該当するであろう。

区分とし、地域区分ごとの上乗せ割合も特別地と乙地について引き上げた。

例えば、東京都内の通所リハでは、これまでは1単位10.48円であったのが、今回の改定で10.83円となった。つまり、東京都内の通所リハは、各種加算を一切除いても3.5%の引き上げとなる。

介護療養型や老健施設についても、人件費割合を40%から45%へ変えられたことから、東京都内であれば、1単位が10.48円から10.68円に上がる。加算がなくても2%の引き上げとなるわけである。

もちろん、これにキャリアアップ他の厚い加算がつくわけである。事業主においては、各施設ごとの増収となるかを事前に把握していただいで、昇給時に還元できるものは還元していただきたい。

介護療養型 夜間勤務等看護(Ⅲ)は大きな増収源

続いて、介護療養型医療施設に関する主な改定内容をご説明する。

まず、リハビリテーション(特定診療費)についていくつか見直しをした。その1つが、5.1%と取得率が非常に低かった短期集中リハで、60単位から240単位へと4倍に引き上げ、要件も大幅に変更した。

その一方で、理学療法の人員配置基準が医療と比べて整合性が欠ける部分があったため、その部分は揃えさせていただいた。また、リハビリテーションマネジメントも理学療法(Ⅰ)等に包括させていただいた。

2点目は、STが集団に対して実施する集団コミュニケーション療法(50単位)である。すでに個別療法が評価されているが、集団で実施すると、とくに社会への適応の改善などで個別療法よりも良い結果が出ていることから、今回、きちんと評価することにした。

3つ目として、手厚い職員配置に対する評価として、夜間等で基準を上回る配置をしている施設を評価するものとして、新たに夜間勤務等看護(Ⅲ)を設けた。

夜間勤務等看護(Ⅲ)は14単位であり、一見ささやかにみえる。しかし、実はそうではない。加算には、実施ごとに算定される加算と、その体制を評価する体制加算とがある。前者の実施加算は、実施したときに実施した対象者に対して算定するものであり、それなりの単位数であっても、必ずしも算定の頻度は多くない。これに対して、夜間勤務等看護(Ⅲ)などの体制加算は、当該対象者全員に毎日つくことになるので、報酬の合計額としては大きなものとなる。

4つ目として、他科受診および外泊時の費用は、医療との整合性を確保する必要から適正化させていただいた。

老健施設 夜勤体制加算を新設。9割以上で基準超の夜勤体制

次に介護老人保健施設の主な改定点であるが、やはり、手厚い配置に対する評価ということで、基準を上回って夜勤職員を配置している施設を評価する夜勤体制加算(24単位)を新設した。

基準の上で夜間の配置は「2人以上」としか書かれていない。しかし、配置が2人である施設は9%しかなく、ほとんどは3人以上配置しているのが実態である。そうした、基準を上回って配置している施設を評価しようというのが夜勤体制加算である。

ターミナルケアの評価は、介護療養

型老健にはあるが、既存の老健にはこれまでなかった。しかし、既存老健には死亡退所が1割を超える施設が14%あることから、今回、ターミナルケア加算を設けた。死亡日以前14日までは1日315単位、15日から30日までは200単位ということで、介護療養型老健と同一である。

在宅復帰支援機能加算は現在もあるが、「在宅復帰率50%以上」で10単位でしかなかったところを、「50%以上」については15単位、「30%以上」については5単位と2段階にし、成果に応じて報酬

が増える階段式にした。短期集中リハビリテーションの引き上

げおよび外泊時費用の適正化については、いずれも介護療養型と同様である。

介護療養型老健 本体報酬で35.4万円(多床室・要介護5)

続いては、療養病床から転換した介護療養型老健施設であるが、今回は、データに基づいて評価を引き上げた。その結果、例えば、多床室の要介護5であれば、1,046単位から1,164単位へと118単位増えた。1ヶ月にすると約35万4,000円になる。これは報酬本体であるから、当然、これに各種の加算がつくわけである。

もう1つ、転換にかかわる要件の見直しがある。「医療機関」から入所した者と「家庭」から入所した者のそれぞれの割合の差が「35%以上」であることを標準とするとされていたが、実状調査を踏まえ、周り4km以内に医療機関がない、あるいは当該医療機関が小規模の場合は適用しないという特例を設けた。

それと、病棟単位の転換では問題がないのだが、1つの病棟の一部を介護療養型老健施設に転換するケースでは、併設となる老健と医療機関にそれぞれの夜間配置基準が適用されるために転換前よりも増員せざるを得ないという矛盾が生じる。これについては特例を設け、増員しなくてもよいようにした。

介護療養型老健の配置基準は、昨年の5月1日から、看取りや夜間の処置さらには急性増悪に対応できるように、医師数も「1+α」とした上で、看護・介護については最高6対1・4対1まで評価、さらに、夜間にも必ず看護職員が配置されるように改正した。

しかし、今回、介護療養型老健に転換した施設を調査したところ、事前の予測とは異なり、どうしても医療区分3の方が入所継続となってしまうことが判明した。また、要介護度も5の方が6割ほどと非常に多いという結果になった。

さらに、1人1日あたりの医療材料費と医薬品費は、既存の老健が800円以下であるのに、介護療養型老健は1,337円と1,344円の介護療養型医療施設とほとんど変わらない額であった。あるいは、転換予定の医療機関による医師ケア時間の「転換後の想定」は、すでに転換した施設よりも増加することが見込まれている。

こうしたデータにもとづいて、介護療養型老健施設に関しては、今回、より厚みが増した評価を行なった。

ショートステイ 短期入所の日帰りは時間評価で大幅アップ OT・PT等訪問の5割規制は廃止

次に、短期入所療養介護(ショートステイ)であるが、今回、日帰り型に関しては、1日単位からサービス提供時間に応じた評価へと見直すとともに、大幅に引き上げた。「6時間以上8時間未満」では1,250単位であり、療養通所介護と比べても遜色ない。

また、ショートステイにおけるリハビリテーションの効果を表わすデータが出てきたことから、新たに、リハビリを重視している老健施設の性質にかんがみ、老健施設における短期入所の集中的なりハビリを評価する個別リハビリテーション実施加算(240単位)を設けた。なお、リハビリへのニーズに対しては、介護療養型医療施設においても、現在でも「特定診療費」として算定可能な加算がある。

なお、急性増悪への対応(緊急短期入所ネットワーク加算)については、「連携施設の利用定員等の合計が100以上」という要件が厳しすぎるというご意見が多かったため、「30以上」と緩和した。

訪問看護については、色々な事業所から「経営が苦しいので引き上げをお願いしたい」という要望をいただいていた。収支が厳しいのは確かである。しかし、単純に単位数を引き上げることが、本当に訪問看護ステーションのためになるかという、正直、疑問である。それは、ケアマネや利用者には「訪問看護は高い」という声が多いからであり、ベースを引き上げて、果た

して利用がついてくるかというところである。

そこで、今回、とくに重視したのは、特別管理加算のように、利用者が非常に重症であるとか、訪問に時間がかかるとか、1人の利用者に複数の職員が訪問するといった負担がかかるケースであり、これらについてはきちんとお金をいただくというように見直した。

具体的には、特別管理加算の対象に重度の褥瘡を追加するとともに、1時間30分以上の訪問看護を評価する長時間訪問看護加算(300単位)を新設した。さらに、30分未満(254単位)と30分以上(402単位)からなる複数名訪問加算を設けた。

また、ターミナルケア加算の要件を緩和して「死亡前24時間以内」という要件を廃止するとともに、1,200単位から2,000単位に引き上げた。2万円というのは医療保険と同等の額である。

なお、前改定のときに、訪問看護ステーションからのOT・PT等の訪問は原則5割以内に抑えるという制限を加えたが、訪問リハを提供している施設はまだ少ないことから、これを撤廃した。また、主としてOT・PT等による訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者については、原則看護師ではあるものの、やむを得ない場合には一時的にOT・PT等がなくても構わないというように現在になっているが、その点をあらためて明確にするかたちで管理者要件を整理させていただいた。

訪問リハ 通所リハ 訪問リハビリは20分単位。通所リハ後も対象 理学療法士等体制強化加算を新設

訪問リハビリテーションであるが、これは、1日単位ではなく、サービス提供時間に応じた評価に変えた。20分

間を1回として305単位を算定する。さらに、現在、老健施設退所者のみを対象としていたが、今回、老健施設で通

全日病／2009年度介護報酬改定説明会(東京会場)／2月2日開催

通所リハに短時間・個別リハを新設。“大規模減算”も改善

キャリアアップ支援の加算はほとんどの施設に該当。「処遇改善」を強く期待

所リハを受けている利用者についても、通所リハ終了後1月に限って訪問リハが提供できるようにした。また、短期集中リハビリテーション実施加算は、1回40分以上とした上で、330単位を340単位とした。

通所リハについては、まず、いわゆる“大規模減算”を見直した。これは、通所介護ともども、平均利用延人数が900人を超えるとすべての利用者について100分の90で算定するというものであるが、「規模拡大を追求するインセンティブとならない」「かえって利用者を断る破目になる」という意見もあり、その方法を見直した。

ある人数から利用者の負担を変えようという事はできない。そこで、基本単位を、①通常規模、②751人以上900人以下、③901人以上の事業所という3段階で設定、751人以上の事業所は基本単位数を見直すことによって、以前と比べれば収支率がなだらかに上昇するようにした。この方式で臨むと、一定人数を超過した部分のみに通減を適用した場合と総収入が変わらなくなり、かつ、事業所規模によって収支差

率が逆転することもなくなる。

次に、短時間・個別のリハを新設した。08年改定の際は、維持期のリハはすべて介護保険で実施するとされた。この考え方をもう少し厳密にするとともに受け皿を整えるということで、新たに短時間・個別のリハを評価することにした。

医療保険のリハ評価は4つの分野からなる。そのうち、心大血管疾患と呼吸器のリハは介護保険では無理である。しかし、脳血管疾患と運動器の維持期リハについては介護保険がちゃんと受け止めるということで、それに見合った体制を整えるべきと考える。

通所リハでは、これまでリハビリテーションとお預かりの機能が不可分であった。もちろん、そのサービスは残してあるが、今回は、それ以外に、きちんとリハに特化した短時間・個別のサービスを提供するというわけである。1時間以上2時間未満で要介護5であれば390単位となる。さらに、理学療法士等体制強化加算(30単位)を新設、手厚く配置している事業所を評価するようにした。

新設した。施設に関しては、一定の経験をもち、専門研修を修了した者による介護サービスに対して認知症専門ケア加算を新たに設けた。

さらに、老健施設については、入所者を、確定診断する認知症疾患医療センター等に紹介した場合に評価する認知症情報提供加算(350単位)を設けた。

厚生労働省 増収分をぜひ処遇改善に活かしてほしい

今回は診療報酬との同時改定ではなく、また、制度改正を伴うこともなかった。しかし、次回もしくは6年後の次々回には、いくつかの制度見直しをしないと、介護保険制度の安定した持続が得られない。

その1つが介護保険が担うサービスのあり方と範囲である。2つ目は介護サービスの質担保と質の評価である。今、入所者の状態が良くなる評価する事業所評価加算が試行的に導入されているが、これを全般的に実施するためには質の評価が重要になる。

また、効果的・効率的な提供のあり方としては、例えば、特養の夜間の医療ニーズに対応するために看護師等を毎日当直させることが望ましいが、それでは老健施設や療養病床と変わらなくなってしまう。それよりは、現在の制度では難しいが、夜間も開いている訪問看護ステーションから一定の人が定期的に来るというサービスも考えられる。そういうことも考えるべきではないか。

3つ目が、介護現場の実態をどう介護報酬に反映させるべきかということであり、処遇改善の結果や処遇をめぐる情報公開の検証、さらには経営実態調査手法の検討も課題の1つである。4点目が質の高い介護従事者の確保である。ここで、今後のことを考えて、先生方に認識しておいていただきたいことが3点ほどある。その1点目は介護従事者の確保である。

介護従事者は現在120万人いるが、平成30年には190万人が必要になると

予測される。しかし、少子化や3Kの忌避などが進む中、長期的に介護従事者の確保をどうするかを考えなければならない。

2点目は、今後も制度改正が避けられないということである。これに対応していくためには、サービスの多様性を確保しなければならない。つまり、色々なサービスを併せもつということである。1つの分野に特化していると、制度上なにかあったときに大変なことになる。制度改正リスクに対応する多様性を確保していく必要がある。

3点目は、次回や次々回の改定はそう簡単にプラス改定は望めないということである。

コムスン事件によって、介護の世界はイメージ面でも大きなダメージを受けた。加えて、若い世代には介護の世界は3Kというイメージが植え付けられつつある。

今回介護報酬が3.0%上がったものの、それによっても従事者の処遇が改善されなかったとしたら、次回の改定に大きく悪影響を与えるだけでなく、今後就職を考える世代の視野から、まず介護は消えてしまうことになるだろう。

どちらにしろんでも、介護事業にはマイナスとなる。経営が苦しいことは重々理解するが、できるだけ、報酬、労働環境、福利厚生、研修など処遇の全体を改善することが介護業界全体の地位を高め、より優秀な従事者の確保につながることであろう。

認知症 施設系と通所リハへ算定施設が拡大

もうひとつとして、脳血管疾患と運動器のリハを実施している医療機関については通所リハのみなし指定を行なう。これによって、医療機関で医療保険のリハを終えた高齢者は、同じ場所で介護保険によるリハを継続して受けることができるようになる。

短期集中リハ実施加算は「3月以内」とし、「3月超」については新たに個別リハ加算を設けた。

居宅療養管理指導であるが、これまでは看護職員が行なう場合の評価がなかったが、1回を限度として算定することができるようにした。

最後に、認知症関連の改定内容である。今まで、軽度者を対象に老健施設で算定できた認知症短期集中リハビリテーション実施加算を、中等度・重度者も対象に加えるとともに、介護療養型と通所リハも算定できるように広げた。

また、PTSDの短期入所として、認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日を上限・200単位)を新設した。若年性認知症については、短期入所を含む介護保険3施設、通所リハなどに若年性認知症利用者(入所者/患者)受入加算(宿泊120単位、通所60単位)を

会場質問に対する回答 サービス提供体制強化加算 「3年勤続」は同一法人内で通算してよい

Q 訪問リハビリテーション費(305単位)は「20分間リハビリテーションを行なった場合に1回として算定」とあるが、40分間実施した場合は305単位×2を算定してよいか。また、その場合に1日の限度はあるのか。

A 算定についてはその通りである。なお、1日の算定制限はないが、1週に6回を限度として算定可能とすることを検討中である。サービスの実施はケアプランにもとづいて提供されるものであり、ケアプランの段階で全体的に判断されるものと思料する。

Q 通所リハの理学療法士等の配置基準は、これまでは「常勤換算で0.2人以上」であったが、「100人又はその端数を増すごとに1人以上」とされた。これは毎日1人配置するという事か。

A 理学療法士の配置については、リハビリを実施している時間についてのみ「1人配置」で足りるものである。

Q 通所リハのリハビリマネジメント加算はこれまでは毎回算定できたが、今回は「月に8回以上」実施している場合に算定とされ、週1回の利用ではとれなくなった。一方、短期集中リハについては、今までリハビリマネジメント加算をとっていないと算定できなかった。週1回の短期集中リハの場合は基本単位数のみとなるのか。

A その点はいくつか質問が出ているところ。現在の短期集中リハは週2回以

上の実施となっているが、利用者の急病等やむを得ない場合であれば週2回の実施でなくても算定できるとなっており、このような経緯も踏まえて、現在取り扱いについて検討中である。

Q 通所リハに関しては脳血管等疾患リハまたは運動器疾患リハを算定している医療機関はみなし指定される。当該医療機関は介護サービス情報公表制度の対象となるのか。

A みなし指定は辞退することも可能であるが、当該医療機関に対する情報公表制度の取り扱いについては、年末の答申を受け、現時点において検討中であり、後刻あらためて都道府県等を通じてお知らせする予定である。

Q サービス提供体制強化加算の要件として、訪問リハについては「3年以上の勤続年数のある者が配置されていること」とあるが、これは1名以上ということでのよいのか。

A その通りである。なお、常勤換算での算定を考えている。

Q 居宅介護支援における入院時(医療連携加算)と退院時(退院・退所加算)の各連携にかかわる情報提供は、同一法人内の医師等との間の情報提供でもよいのか。

A 法人は問わない。

Q 居宅介護支援に認知症加算と独居高齢者加算が新設されたが、認知症かつ独居である要介護者のケアマネジ

メントについてはどう評価されるのか。

A 両方の算定が可能である。

Q 老健施設にかかわるサービス提供体制強化加算に「介護福祉士が50%以上配置」とあるが、介護職員は非常勤もカウントしてよいのか。

A 非常勤職員は常勤換算していただく。

Q それは夜間勤務等看護(Ⅲ)の場合も同様か。

A 当該加算は、夜勤時間帯における延夜勤時間数を当該月の日数に16を乗じて得た数で割った結果で判断するものであり、非常勤職員が否かは問わない。

Q サービス提供体制強化加算の要件に「3年以上の勤続年数が30%以上配置」とあるが、職員は法人内の各事業所を異動する。法人全体として「3年以上」でよいのか。

A 原則的には当該サービスにおいて「3年以上」ということであるが、同一法人内の異動については勤続年数を通算できるものとして取り扱いたい。

Q 開設3年未満の通所リハや訪問看護ステーションの場合は「3年以上」という要件はどうなるのか。

A 3年以上の勤続年数の算定については、同一法人間の異動は引き続き勤続年数に計算可能とするとしているため、開設して3年未満の施設であっても必ずしも要件に全く該当しないとは限らないと考える。なお、ほとんどの施設は常勤職員の割合等のそれ以外の要件

のいずれかには該当するものとする。

Q 管理栄養士または栄養士の配置で2通りの評価があった栄養管理体制加算が施設サービス費に包括されて12単位引き上げられた。仮に、管理栄養士がおらず、栄養士が配置されている施設はどのような扱いとなるのか。

A 施設の人員配置基準を満たすことで足りるものであるが、サービスの質の低下が起こることは適当ではなく、ほとんどの施設で管理栄養士は配置されているものと考えており、現状の配置で引き続きサービスを行なっていたことが望ましいものと考えており、引き続き管理栄養士の配置が望ましいと考えている。

Q サービス提供体制強化加算の訪問看護の要件は正看・准看、常勤・非常勤を問わないか。

A 問わない。非常勤については常勤換算となる。

Q 短期集中リハ加算は、状態が変化するなど、どのくらい間隔があくと再度の実施が可能となるのか。

A 同じ状態の者が施設を変えて連続して算定することは適切ではないと考えている。現在、介護老人保健施設または介護療養型医療施設における短期集中リハについては、過去3ヶ月の間に当該施設に入所したことがない場合に算定できるとなっており、これを踏まえて検討しているところである。

個人情報保護に関するアンケート調査の結果(経年変化と調査回答別の施設群比較)

施設・患者とも個人情報保護への対応は順調

苦情、相談の件数が減少。対応慣れか、一部施設に規定整備を緩める傾向も

個人情報保護担当委員会外部委員 森山 洋

個人情報保護法が完全施行されてから3年以上が経過した。当協会では個人情報保護法施行前より専門委員会を立ち上げ、積極的に会員施設への同法への準備を支援してきた。また、医療関連では初の認定個人情報保護団体としての活動も行ってきた。

その一環として、施行直後から今年まで、毎年、会員施設の取組みについてアンケート調査を実施してきた。2008年の回答率は49.7%と07年の49.1%を上回った。会員病院が同法への対応を真摯に行っていること、また、日常的に関心が高いことの表れと言えるだろう。

08年7月に実施した調査結果の一部として、3年にわたる調査結果の経年比較で特徴的な変化と、もう一つの視点として、今回回答した1,117施設の回答と3年連続して回答した先進的に取

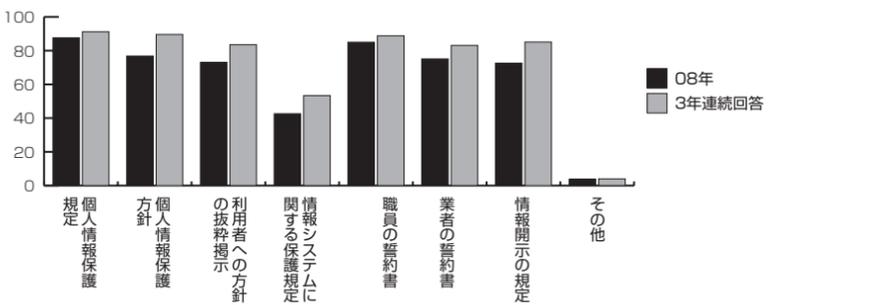
り組んでこられたと思われる249施設の回答とを比較してみた。

経年比較では、施設基本情報、組織整備の設問への回答から、個人情報保護管理責任者が院長や医師から事務や診療情報管理担当やシステム担当へと移行する傾向が見える。

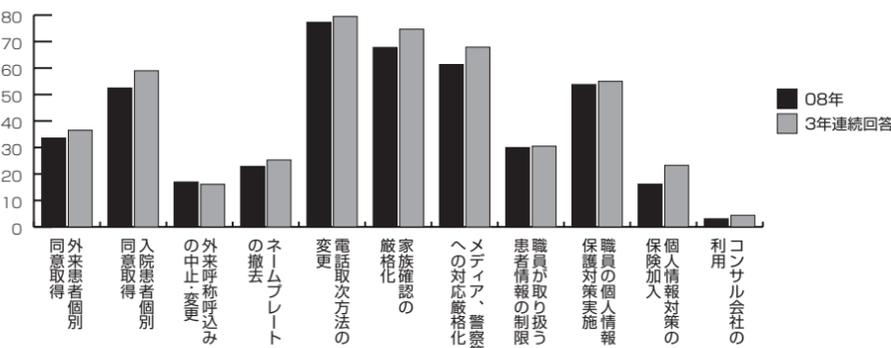
規定整備状況の経年変化では「利用者の方針の抜粋掲示」や「業社への誓約書の整備」が減少している(グラフ1)。これから、同法に対する利用者側の理解が進んだと判断して対応を緩めた施設が、また、取引先との関係でもあらためて誓約書を取るということはしなくなっている施設がそれぞれ増えていることがうかがえる。

その他は大きな変化は見られないが、3年経過しても保護規定や保護方針を整備していない施設が1割程度あるのは少々気になるところである。

グラフ3. 規定の整備状況①(08年回答施設と3年連続回答施設との比較) 単位%



グラフ4. 規定の整備状況②(08年回答施設と3年連続回答施設との比較) 単位%



調に進み、現場レベルにおいても同法が定着してきていることがうかがえた。

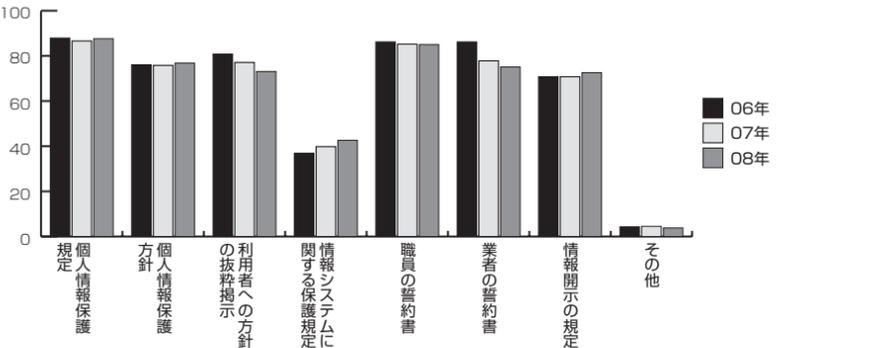
特に施策の変更などは、とすれば「念のため」と過剰になりがちな同法への対処が、08年になると、各施設が利用者の苦情や要望に合わせて対応を修正する傾向が見られた。

しかしながら、「慣れからくる緩み」という部分も垣間見られ、システム関係からの情報漏洩などがあって、システム規定を再整備したり、職員の扱う情報制限を再度見直したような動きもある。また、「開示」については「当

たり前」という文化が浸透しつつあり、対応も安定してきていることが読み取れた。

アンケート結果から、認定個人情報保護団体としての活動の一環として「個人情報保護担当者育成研修」の実施や学会でのセミナー開催、また会員施設や患者からの相談業務等の周知等委員会活動の継続が必要であることも確認された。会員施設担当者の協力に感謝申し上げるとともに、後日、報告書をまとめるので、現場では是非参考にしていきたい。

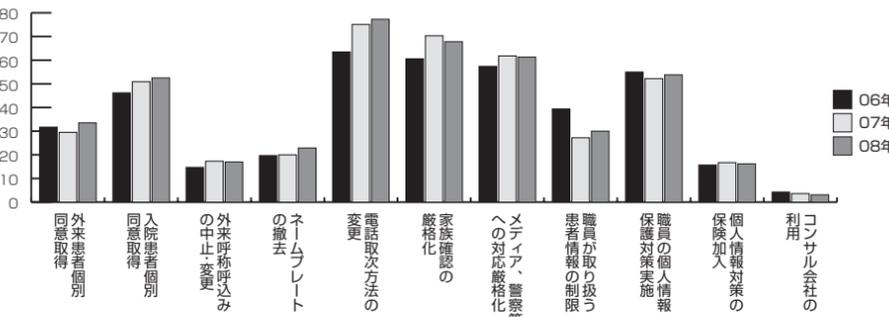
グラフ1. 個人情報保護法対応の規定整備状況(経年変化) 単位%



次に、保護法への対応で変更・整備した施策(グラフ2)は、概ね各施設とも、時間経過とともにほとんどの項目が増加傾向にあり、着実に現場に則した施策整備、変更がなされていることが伺える。

一方、「職員が取り扱う患者情報の制限」や「自施設職員個人情報保護対策」は07年には減ったが、08年は増えている。職員への対応は、未だに各施設悩みながら対応しているように見受けられる。

グラフ2. 保護法への対応で変更・整備した施設(経年変化) 単位%



また、08年の回答について、08年回答施設と3年連続回答施設間の、規定整備・実施施策各項目に関する回答率の差を検証した(グラフ3・4)。

グラフ3では8項目全部が、グラフ4では11項目中10項目で3年連続回答施設の方が高く、5%以上もの差が出た項目が、グラフ3では8項目中6項目、グラフ4では11項目中4項目もあった。他に

は研修への取組みなどでも5%以上の差がある。このように、本アンケートに連続回答している施設の方が同法への取組み方を整備している傾向が見える。

紙面の都合で紹介できないが、アンケート全体の印象では苦情、相談の件数が減少していることから、施行後3年以上が経過して、各施設、患者共に個人情報保護法への理解が進み、対応が順

九州ブロック研修会に220名が参加

全日病の九州ブロック研修会が佐賀県支部(古賀義行支部長)の担当で1月31日に佐賀県佐賀市で開催され、会員外27病院を含む101病院220名が参加した。

国際医療福祉大学の高橋泰教授は「DPC病院と非DPC病院の将来展望」と題して、急性期病院の将来展望を解き明かした。

厚生労働省保険局医療課の宇都宮啓企画官が2008年度診療報酬改定について説明するとともに、2010年度改定に向う諸課題とその検討状況について講演。また、



全日病主催 第12回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム テーマ「災害時の医療連携」

日時●3月14日(土) 16時~20時
会場●東医健保会館 東京都新宿区南元町4番地(JR総武線信濃町駅徒歩5分)
参加費●無料 *終了後に情報交流懇親会(自由参加)を開催します(会費3,000円)
【プログラム】
第1部/自然災害
講演I「中国四川省地震について」講演II「宮城岩手内陸地震について」
第2部/人為災害
講演III「殺傷事件について」講演IV「殺傷事件について」
*演題等は変更される場合があります。詳しくは全日病HP掲載の案内資料をご覧ください。

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