



# 全日病 NEWS 5/1

## 21世紀の医療を考える全日病 2009

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.708 2009/5/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 対病院優遇融資が実現。全日病等3団体の要望が実現！

福祉医療機構 経営安定化資金 融資額1施設7.2億円、10年返済、年1.7%、保証人1名。診療報酬担保を認める

独立行政機構福祉医療機構は医療施設を対象とした運転資金融資制度(経営安定化資金)の大幅な見直しに踏み切り、4月21日に、その内容を公表した。融資額の上限はこれまでの1施設あたり1億円から7億2千万円へと大きく拡大、利率も年1.7%(4月21日現在)と財投金利を適用した。融資期間を最長10年まで延ばした上、保証人も従前の「2名以上」から「1名以上」と緩めた。「原則不動産」という担保条件も「診療報酬債権のみの担保でも可能」とし、銀行債務のしほりをもつ医療機関に対する融資の間口を大きく広げた。銀行の貸し渋りや貸し剥がしに苦慮する病院、とくに、不動産の抵当権既設や担保割れに直面する都市部病院には大きな朗報であり、長きにわたる医療費抑制で赤字経営を強いられてきた全国の民間病院に運転資金を低リスクで提供する、まさに、優遇融資が実現した。(3面に詳細記事掲載)

画期的に条件を緩めた医療貸し付け制度の実現は、政府が4月10日に決めた「経済危機対策」を反映したものの、直接には、全日本病院協会と東京都病院協会による働きかけが契機となった。本会の猪口副会長、安藤副会長は、都病協の河北会長とともに、福祉医療機構役員との談話で民間病院の資金繰りが限界に近づいていることを訴えたところ、「実状を示すデータがほしい」という返事を得るなど、昨年末に打ち出された中小企業保護施策から外されていた医療機関に対する優遇融資の検

討に前向きな感触を得た(1月半ば)。そこで、日本病院会(山本修三会長)を加えた3病院団体に実態調査を行なうことを企図し、執行部方針として確認した上で、他2団体の了解を得て調査を実施(1月末)。その結果をプレスに発表するとともに、調査結果を添付した要望書にまとめた(2月末)。要望は、舛添厚生労働大臣と厚労省幹部を始め、与謝野財務大臣、さらには少なからぬ自民党国会議員に対しても行なわれた(3月)。医療崩壊に対する政府の危機感は強

く、要望活動の結果、本来その役割を担う福祉医療機構の経営安定化資金を大幅に見直す形で、優遇融資を求める関係者の要望は4月に実を結んだ。

## 急性期の介護業務確立と看護基準運用緩和を求める 日病協が改定要望第1報。月平均夜勤時間の算定方法見直しも

日本病院団体協議会は2010年度診療報酬改定の要望書(第1報)をまとめ、4月16日に、猪口雄二実務者会議委員長(全日病副会長)と邊見公雄中医協委員(全国自治体病院協議会会長)が厚労省水田邦雄保険局長宛に提出するとともに、佐藤敏信医療課長に申し入れを行なった。

要望書は、次期改定の最重要課題として、(1)入院基本料の大幅な引き上げと根拠に基づく算定、(2)介護(看護補助)業務の確立と看護基準の柔軟な運用、の各実現を求めている。(2)として、具体的には、①7対1、10対1における看護補助加算の算定、②病院・病棟ごとの患者状態や病床数等にもとづいた看護基準の柔軟な運用、③月平均夜勤時間の実人員数に月当たり夜勤16時間以下の者も含めるとともに夜勤も含め週40時間労働を基本とする、ことをあげている。(2面に詳細記事掲載)



▲佐藤医療課長(右)に要望する猪口副会長(中)と邊見中医協委員(左)

## 当直の時間外手当請求訴訟で病院が敗訴

医師当直の時間外手当請求裁判 「当直時間の1/4が通常業務」と割増賃金対象に認定。現場への影響は必至

奈良県立奈良病院の勤務医2人が、2004～05年の2年間にわたる当直とオンコール待機に対する時間外手当(割増賃金未払い分)の支給を求めた裁判で、奈良地方裁判所は4月22日、当直は「待機中を含めすべてが時間外労働に当たる」と認定、奈良県に計約1,540万円の支払いを命じる判決を下した。宅直(オンコール待機)に関しては割増賃金が請求できる時間外労働に当たらないとして、原告側の請求を退けた。原告の2人はともに産婦人科医。県立奈良病院産婦人科は5人勤務の下1人体制で当直を行っていたが、同科の医師は宅直当番制を敷いて異常分娩や救急搬送に備えてきた。これに対して、同病院と奈良県は、当直勤務は「割増賃金の適用外である断続的労働に該当する」という判断から1回2万円の手当てを支給、オンコール待機は対象外としてきた(同病院は、現在、当直中の診療時には割増賃金を、それ以外の時間には時間数に応じた2タイプの手当てを支給している)。しかし、原告側は「当直勤務は相当の

割合で通常と変わらない業務をこなしており、時間外労働に当たる」と主張、さらに、「宅直と当直は一体のものである上、宅直時の待機時間は労働からの解放が保障されていないため、当然、時間外労働の対象となる」として、オンコール待機も含めた割増賃金約9,230万円の支給を求め、06年12月に提訴した。判決は、①当直時間の約4分の1は通常業務に従事していたと推認でき、原告の当直は県が主張する「ほとんど労働する必要がない断続的労働」には当たらないことから労基法に違反している、②労基法がいう労働時間は使用者の指揮命令下に置かれている時間を意味しており、仮眠を含めた待機中も労働から離れることが保障されていない場合には指揮命令下にあることから当直時間のすべてが時間外労働に当たる、と認定した。ただし、③宅直については医師間の自主的な取り決めで実施されたもので病院が命じていた証拠がない上、使用者の指揮命令下にあったとは認められないため時間外労働には当たらないと

判断。その結果、原告側請求のうちの当直分について、一部手当と労働債権時効に当たる分を除いた額を割増賃金未払い分として認めた。背景には、勤務医2人が裁判に訴える過程で、奈良県が労働環境の改善を求める同科医師たちの要望や割増賃金支払いの申し入れに対応できなかったという事情がある。夜間・休日の当直勤務は原則的には労基法の規定が適用され、それを超える勤務には、労基法36条にもとづく時間外・休日労働協定を労基監督署に届け出た上で、法定を超えた労働時間には法定の割増賃金を支払う必要がある。しかし、常態としてほとんど労働する必要のない当直勤務には、労働基準法41条、同施行規則23条にもとづいた「宿日直勤務の許可」を受けることによって、法定を超えた労働であっても前出協定の締結・届出や割増賃金支払いの適用を除外することができる。こうしたことを背景に、全国の病院、とくに救急医療を担う病院の多くは、所轄労基監督署長による「宿日直勤務

の許可」を得た上で個々の病院事情に応じた対応をとっているが、近年、労基監督署による割増賃金支払いや交代勤務制の導入を勧める指導が強まっており、医師増員や人件費増に対応できない病院には深刻な問題となっている。今回は民事訴訟であったが、判決が「原告の医師2人は相当の割合で通常と変わらない業務を当直時に行っており、こうした労働実態は労基法の規定する適用除外の範囲を超えている」と断定したことの影響は大きい。4月21日の参議院厚生労働委員会で、民主党足立信也参議院議員は、04年に労基署から病院に対する監督指導が激増し、是正改善に努めた都市部急性期病院の動きが医師を大病院に集める契機になったと指摘。「(政府は)実際に必要な医師や看護師の数とコストを正確に推計して対応できたはずだ」と追及した。これに対して、舛添厚生労働大臣は「労働基準法違反の下で働いている状況は尋常ではない。本格的に検討したい」と答弁したにとどまった。判決は、当直定義に02年3月19日付の労働基準局長通達(基発第0319007号)を引用している。これを機に、全国の労基監督署による是正勧告が強化される可能性もあり、厚労省労働基準局の対応が注目される。このところだ。

## 社会保障カード基本計画報告書がまとまる

4月16日の「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」は基本計画の報告書案を大筋で了承した。4月中に最終報告書としてまとめる。報告書とは別にまとめた「社会保障カード活用のシナリオ」では、「制度共通の統一的な番号」となる社会保障番号は使用せず、新たに保健医療番号を設けて、訪問看護・往診等の場合や停電、カード破損等でオンライン資格確認が困難な場合に現行被保険者証と同等の運用を担保することを検討するとして、生涯番号として付けられる保健医療

番号は、年金とは切り離れた医療・介護の共通番号とし、カードに印字される。保健医療番号をつけない場合は、カードと並行して現行被保険者証と同等内容を記した別紙の交付を検討する。「カード活用のシナリオ」は、オンライン資格確認にもなる医療機関と従事者の資格認証にも言及している。厚生労働省は、今年度中に社会保障カードの導入に向けた実証実験を行ない、その結果を踏まえ、検討会で引き続き社会保障カードの成立に向けた具体化作業を進める予定だ。

財政制度等審議会会長

## 「2,200億円抑制の是非を議論する必要がある」

財政制度等審議会の西室会長は、4月21日の財政制度分科会財政構造改革部会後の会見で社会保障費の2,200億円抑制に言及、「2,200億円削減だけを金科玉条にすることが正しいか、議論せざるを得ない」と述べ、財政審で見直しを含めた議論を行なう考えを表明した。21日の部会は、政府が打ち出した経済危機対策を踏まえ、財務省が用意した「医療提供体制の再構築」と題する資料にもとづいて、もっぱら医師偏在の是正対策と「地域医療再生計画」など

について議論した。医療費抑制が医療崩壊を招いているという批判が強まる中、財務省主導の財政審としてはきわめて踏み込んだ議論が交わされた模様で、西室会長の発言は、政府と自民党の認識を踏まえ、社会保障に対する国民の信頼を維持するためには現実を踏まえた議論が必要という認識を披露した。財政審は5月中旬に2010年度政府予算に対する建議の素案を固め、6月第1週にとりまとめる予定だ。

日病協「平成22年度診療報酬改定に係る要望書(第1報)」について ※1面記事を参照

# 「入院基本料大幅増額と根拠ある算定」「看護基準の柔軟運用」を求める!

## 次期改定への要望にあたって、まずは、病院運営の根幹をなす2つの項目を取り上げた

日本病院団体協議会・診療報酬実務者会議委員長 猪口雄二

日本病院団体協議会は、平成18年度診療報酬改定の前年に、中医協改革の指針を受けて、病院の代表者を中医協委員として選出するわが国11の病院団体が集結して誕生した組織である。

この協議会では、その主たる活動として、診療報酬改定に係る要望書を作成してきた。その作成を行うのが実務者会議であり、平成20年3月までは社会保険中央病院の齋藤院長が委員長を務められ、多くの実績を残されてきた。



▲日病協代表者会議で要望書を説明する猪口副会長(右)

平成20年4月より、全日病を代表して出席していた猪口が委員長となった。大学病院、国立病院機構、療養病床から精神科病院まで、多岐にわたり、しかも官民格差がある11もの病院団体の意見を、弱小民間病院の長である私がまとめることなどできるものかと、現在も頭を悩ませながらの毎日である。

実務者会議では、第1段として平成20年12月末に「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」をまとめて発表した。ここには、医療・介護提供体制、医療専門職の職掌など多項目についてそのあり方が述べられており、今後の体制整備の基礎として利用できるものと考えている。

さて、今回の「診療報酬改定に係る要望書」(第1報)では、

平成22年度診療報酬改定において、どのような病院も要望するであろう病院運営の根幹にかかわる2つの項目を選んだ。

1つ目は「入院基本料の大幅な増額と根拠に基づく算定方式の創設」である。入院基本料は、過去何十年にわたり、様々なかたちで診療報酬改定で操作されてきたものであるが、その数値の根拠は皆無に等しい。コストに関する事実を積み上げたものではなく、結果としてつけつけられる数値に病院が合わせているというのが実状である。

その結果、多くの病院が赤字経営に陥ってしまった。今こそ、大幅な増額と根拠ある算定方式が求められている。

2つ目が看護基準の柔軟な運用である。超高齢社会となった日本の病院は、慢性期のみではなく、急性期にも高齢者が

多く入院している。そして、夜勤看護作業の多くは介護業務になっている。

看護師不足が叫ばれている現在、急性期においても介護業務を確立することは、看護業務の質を向上させるためにも役立つはずである。さらに、現行の画一的な看護基準ではなく、子育てや妊娠中の看護師も安心して働ける職場とするため、柔軟な看護基準の算定方式を要望したものである。

日病協は、今後、さらに多項目の要望書を作成していく予定だが、すべての要望事項は、中医協委員である本会西澤会長の援護射撃になるものである。

次期改定にかかわる要望書の作成については、本会の医療保険・診療報酬委員会をはじめ、多くの会員の意見をいただきたいと考えており、よろしくご助言・支援をお願いする次第である。

日本病院団体協議会「平成22年度診療報酬改定に係る要望書(第1報)」(編集部注・前文を割愛) 4月16日

### 1. 入院基本料の大幅な増額と根拠に基づく算定方式の創設

入院基本料は、病院医療の崩壊を食い止めるべく、大幅に増額することを要望する。また、その算定にあたっては、根拠に基づく算定方式が創設されることを要望する。

前文に述べたとおり、現状の病院医療の崩壊における根本原因として上げられるのは、病院運営の赤字基調である。また、病院における医業費用は、その収益に比し大幅に増加しており、特に給与費、減価償却費および経費の増加が著しい。

これは、病院医療に高度な専門性、安全性が強く求められ、当然の結果として医業費用の増大を招いているためである。しかし、医業収益はとも医業費用増には追従できず、病院運営は赤字基調となってしまったことを示している。

したがって、病院医療の崩壊を食い止めるためには、是非とも入院基本料を大幅に増額することが不可欠である。

また、入院基本料の算定にあたっては、公平性・透明性が高く、根拠に基づく算定方式が創設されるべきである。

### 2. 介護(看護補助)業務の確立と看護基準の柔軟な運用

(1) 7:1、10:1入院基本料においても看護補助加算を算定可能とし、介護(看護補助)業務を確立することを要望する。

近年の超高齢社会にあっては、急性期病棟においても入院前から要介護状態であった人が、さらに急性疾患を合併したために入院となることは、ごく日常的な診療実態である。このため、看護業務に占める介護業務の役割は増え、特に夜間の看護業務には欠かせないものとなっている。

このような実勢において、介護(看護補助)業務の確立は、本来の看護業務の質を向上させるとともに、雇用の創出という社会的要求の実現に寄与するものである。

(2) 看護基準については、病院・病棟における患者の状態や当該病棟の病床数等により、柔軟な対応を可能とすることを要望する。

現行の看護基準における算定方式は、看護師配置を画一的なものとしている。そのため、現状では下記のような問題が生じている。(編集部注:参考資料を参照)

●中規模(概ね40床)以上の病棟では、看護基準の算定を満たすため、3名夜勤

体制を2名夜勤体制に変更する等、より少ない看護職員の配置による対策を採らざるを得ない。その結果、夜勤時間帯の十分な看護や患者実態に見合った人員の配置に負の影響を及ぼし、医療安全や看護の質向上の阻害因子となる。

●小規模(概ね30床)以下の病棟では、入院基本料の必要人員を満たしていても看護基準の算定を満たすことが不可能となっている。

このような現状を鑑み、前述の介護(看護補助)者の夜勤について十分な評価を与える制度とし、その上で看護配置基準の運用に当たっても、画一的なものではなく柔軟な対応を可能とすることを要望する。

(3) 日勤のみ勤務者の雇用を促進するため、月平均夜勤時間の実人員数に、月あたり夜勤時間数16時間以下の者も含めるものとするを要望する。また、夜勤も含め週40時間労働を基本とすることを要望する。

現実に妊娠、育児等により夜勤ができない看護職員も多く存在している。各医療機関は夜勤ができない看護職員であっても採用を強く望んでいるにもかかわらず、看護基準を満たすためにこれらの看護職員の雇用制限が起きている。その結果、慢性的な看護師不足が続く中、人員資源の有効活用が困難となっている。

また、看護職員の労働時間を、夜勤専従者も含め、他職業と同様に週40時間とすることが法的にも妥当である。

このような看護基準の運用により、個々の看護師の生活様式に適した柔軟な雇用が可能となる。

### (参考資料) 各入院基本料算定病棟ごとにみた現行夜間看護配置と病床数の関係

#### 【データ作成前提条件】

2交代制夜勤(16時間勤務)・31日/月、全看護職員が常勤者で等しく夜勤を行った場合(日勤のみの非常勤者等は存在しないものとする)

#### 【表の見方】

①平均夜勤時間における太字部分は月平均夜勤時間72時間をオーバーしていることを示す。

②1人当たり受持人数における太字部分は、急性期病棟における夜間1人当たりの受持ちの適正人数を15名以内と仮定し、それを超えていることを示す。

③太枠で囲っている部分は上記①②に当てはまらないもの。

#### 7対1入院基本料算定病棟

2名夜勤体制では「31床以上」で看護職員1人あたりの患者数が多くなる。3名夜勤では1病棟「28床以下」では月平均72時間をクリアできず、「46床以上」で看護職員1人あたりの患者数が多くなる。4名夜勤では1病棟が「38床以上」である必要がある。(表は省略)

#### 表②

病床数	夜勤人員	2名夜勤体制の場合			3名夜勤体制の場合		
		一人当たり夜勤回数	平均夜勤時間	一人当たり受持人数	一人当たり夜勤回数	平均夜勤時間	一人当たり受持人数
30床	12.00人	5.17回	82.7時間	15.0人	7.75回	124.0時間	10.0人
31~33床	12.00~13.00人	5.17~4.77回	82.7~76.3時間	15.5~16.5人	7.75~7.15回	124.0~114.5時間	10.3~11.0人
34~45床	14.00~18.00人	4.43~3.44回	70.9~55.1時間	17.0~22.5人	6.64~5.17回	106.3~82.7時間	11.3~15.0人
46~52床	18.00~20.00人	3.44~3.10回	55.1~49.6時間	23.0~26.0人	5.17~4.65回	82.7~74.4時間	15.3~17.3人
53~55床	21.00~22.00人	2.95~2.82回	47.2~45.1時間	26.5~27.5人	4.43~4.23回	70.9~67.6時間	17.7~18.3人

#### 表①

病床数	夜勤人員	2名夜勤体制の場合			3名夜勤体制の場合			4名夜勤体制の場合		
		一人当たり夜勤回数	平均夜勤時間	一人当たり受持人数	一人当たり夜勤回数	平均夜勤時間	一人当たり受持人数	一人当たり夜勤回数	平均夜勤時間	一人当たり受持人数
25床	13.00人	4.77回	76.3時間	12.5人	7.15回	114.5時間	8.3人	9.54回	152.6時間	6.3人
26床	13.00人	4.77回	76.3時間	13.0人	7.15回	114.5時間	8.7人	9.54回	152.6時間	6.5人
27~30床	14.00~15.00人	4.43~4.13回	70.9~66.1時間	13.5~15.0人	6.64~6.20回	106.3~99.2時間	9.0~10.0人	8.86~8.27回	141.7~132.3時間	6.8~7.5人
31床	16.00人	3.88回	62.0時間	15.5人	5.81回	93.0時間	10.3人	7.75回	124.0時間	7.8人
32床	16.00人	3.88回	62.0時間	16.0人	5.81回	93.0時間	10.7人	7.75回	124.0時間	8.0人
39床	20.00人	3.10回	49.6時間	19.5人	4.65回	74.4時間	13.0人	6.20回	99.2時間	9.8人
40床	20.00人	3.10回	49.6時間	20.0人	4.65回	74.4時間	13.3人	6.20回	99.2時間	10.0人
41~45床	21.00~23.00人	2.95~2.70回	47.2~43.1時間	20.5~22.5人	4.43~4.04回	70.9~64.7時間	13.7~15.0人	5.90~5.39回	94.5~86.3時間	10.3~11.3人
46床	23.00人	2.70回	43.1時間	23.0人	4.04回	64.7時間	15.3人	5.39回	86.3時間	11.5人
47床	24.00人	2.58回	41.3時間	23.5人	3.88回	62.0時間	15.7人	5.17回	82.7時間	11.8人
53床	27.00人	2.30回	36.7時間	26.5人	3.44回	55.1時間	17.7人	4.59回	73.5時間	13.3人
54床	27.00人	2.30回	36.7時間	27.0人	3.44回	55.1時間	18.0人	4.59回	73.5時間	13.5人
55~60床	28.00~30.00人	2.21~2.07回	35.4~33.1時間	27.5~30.0人	3.32~3.10回	53.1~49.6時間	18.3~20.0人	4.43~4.13回	70.9~66.1時間	13.8~15.0人

報告／福祉医療機構「経営安定化資金制度」の改変について ※1面記事を参照

# 異例の早さで対病院融資の画期的な優遇措置が実現！

財務大臣にも要望。多数関係者の協力に恵まれる。会員病院の活用を期待

副会長 猪口雄二

4月21日に、独立行政法人福祉医療機構は、「経営環境変化に伴う経営安定化資金」の制度改変を発表した。別掲資料にあるように、経営情勢の悪化、金融機関との取引状況の変化に応じて、貸付条件を最大限緩和したものである。

まず、貸付限度額は1病院あたり1億円から7.2億円に増額された。不動産担保が必要とされているが、今回の改変によって、診療報酬債権等のみでも可能とされた。金利は財投金利と同等の1.7%が適用され、保証人は1人でよいとされた。さらに償還期間は10年と、かつては借入条件が厳しかった福祉医療機構としては最大限の優遇措置となっている。

実は、この制度改変の始まりは、全日病が主催した新年の集い(本年1月15日)であった。

世界的な金融恐慌に対応して、政府は中小企業保護のための融資制度や補助制度を立案し、今回の国会に提出しようとしていた。しかし、医療機関はその対象に入っていない。何故ならば、

医療機関に対する貸付機関として「福祉医療機構」が存在するからである。

実は、この新年の集いに、当の福祉医療機構の理事長や理事が来客としていらしていたのである。そこで、その場にいた東京都病院協会の河北会長、本会の安藤副会長そして私の3人は、現状の病院の経営がいかに厳しく、中でも東京の病院は銀行対応に苦慮しているという窮状を訴えたのである。

福祉医療機構の方々の答えは、「ぜひ、その窮状をデータで詳しく拝見したい」というものであった。その後、急ピッチで作業が始まったのは当然である。

東京都病院協会と全日本病院協会は日本病院会にも声をかけることにした。そして、3団体の関係者が集まって、すぐに実態調査アンケートを作成。1月22日にはアンケートを3団体計670の会員病院に発送し、1月30日締切ということで回答を寄せていただいた。

その後集計に入り、2月27日には「民間病院の経営状況の実態および資金繰

りの状況に関する調査」中間報告の発表ができた。

調査結果は『全日病ニュース』3月1日号に紹介されているとおり、54.0%の病院が運転資金の不足を訴えるだけでなく、銀行からの新規借入れが「難しくなっている」とした病院は47.7%にも達していた。また、23.3%と1/4近い病院が、「貸し剥がし」ともいべき銀行による即時返済または返済期限短縮の要求を体験していた。

この傾向は東京の病院になるとさらに高く、運転資金の不足は62.1%、即時返済または返済期限短縮要求の体験は43.1%、新規借入れ困難は76.0%と、いずれも回答病院の平均を大きく上回るなど、東京の病院ほど青息吐息であることが判明した。

この結果は、医療の専門紙だけでなく、一般紙にも取り上げられた。

そして、この調査結果を基にまとめたものが別掲の要望書である。この要望書を持って、我々は厚生労働省医政

局に説明と要望を行うとともに、日本医師会推薦の西島議員を初めとした多くの議員、さらには財務大臣にも陳情を行った。

このように多くの方々に応援していただいた結果、異例の速さで「経営安定化資金制度」改変が実施された。今回の制度改変には国会決議が不要とのことであり、それだけに、他の緊急対策に先駆けて決定されたということがいえよう。

世界的な金融恐慌によって、医療機関に対する銀行の対応が一段と悪化している。さらに、相次ぐ医療費削減政策や人員不足の中、医療機関、特に病院の経営は悪化をたどっている。基本的には診療報酬の大幅改定が必要であるが、まずは、病院の経営を安定させるために資金が必要である。

今回、多くの方々のご協力をいただいて実現したこの制度を、多くの会員病院が有効活用されることを願います。次第である。

全日本病院協会、日本病院会、東京都病院協会「経済不況下における緊急融資制度の改変について(舛添厚生労働大臣宛の要望書)」 3月11日

近年の診療報酬改定における医療費抑制、医療安全の確保や看護サービスの向上に向けた看護職員等の配置増による人件費の増加などにより、病院の収益性の悪化が明らかになっている。その結果、病院の資金繰り悪化による新規借入れの必要性が高まっている。ここに金融危機発生が重なったため金融機関の資金疎通性は硬化しており、

借入れ利率上昇や新規借入れ困難など銀行融資は縮減してきている。

このような現状において、地域医療、特に病院医療を存続させるためには、政策的融資が必要である。

ここに、病院経営の状況を示す種々のデータとともに、「民間病院の経営状況の実態および資金繰りの状況に関する緊急調査」の集計結果報告書を添付

し、下記の「経済不況下における緊急融資制度の改変」を要望する。

福祉医療機構「経営安定化資金融資制度」の改変

1. 経営規模に見合った融資額の設定: 現行の上限1億円から診療報酬収入額の2ヶ月分に変更
2. 担保: 診療報酬債権などを可能とする
3. 保証人: 2名から1名へ変更

4. 融資期間: 最大7年から10年へ変更
5. 利率: 1.5%程度

以上を要望するとともに、根拠となるデータ、「民間病院の経営状況の実態および資金繰りの状況に関する緊急調査」結果の要約を次に示す。(編集部注・以下略)

独立行政法人福祉医療機構 「経済危機対策に伴う経営安定化資金について—運転資金融資のご案内」から 4月21日

今般、政府においては経済危機克服のための「経済危機対策」(平成21年4月10日)を策定し、日本経済が直面する短期的な危機及び構造的な危機に対応することとし、特に医療分野では地域医療の強化を図る内容となっています。

当機構におきましても、世界的な金

融危機による民間金融機関の融資姿勢が厳しくなる中で、病院の一時的な資金不足に対応するための長期運転資金をご融資することにより、病院の安定的な経営をご支援します。

■融資の条件(審査あり)

融資額 7億2千万円以内(1施設ごとの上限額)  
 融資利率 年1.7%(4月21日現在)  
 融資期間 10年以内(据置期間1年以内)  
 償還方法 毎月償還(元金均等)  
 担保 原則不動産担保の提供が必要(不動産担保が無い場合は

診療報酬債権のみの担保でも可能) 1,000万円までは無担保融資が可能(審査あり)  
 保証人 1名以上(開設者が個人の場合は本人及び同一生計者等のみの保証人は不可)  
 ※経営診断を受けていただきます。

## 基本小委 新機能評価係数 次期改定で導入の指標案を絞り込む

4月15日の診療報酬基本問題小委員会は、DPC評価分科会が整理した新たな機能評価係数の項目案を、「A. DPC対象病院として評価する項目」「B. 急性期入院医療全体として評価する項目」「C. 次期改定では評価しない項目」に分けて検討した結果、「C」を除く21項目(下出)に絞り込むことで合意した。

2010年度改定で機能評価係数に織り込まれる評価軸としては「A」の9項目

が最優先に位置づけられ、「B」については、現行診療報酬(一般病棟)の各種加算に新たに盛り込むべき項目であるか否か、今後、基本小委で検討される。

また、同日の基本小委は、DPC対象病院を自主的に辞退するルールを確定することで合意、具体案の検討をDPC分科会に委ねた。DPC対象病院からの離脱は、現在は、入院基本料に係わる条件を満たせない場合に限られている。

### 09年度DPC準備病院の募集を確認

4月15日の基本小委は、2009年度のDPC準備病院を募集することを確認した。厚労省は例年と同様、6月に募集を行なう予定だ。

事務局(厚労省保険局医療課)は、①DPC対象病院が09年度に1,200を超える、②09年度準備病院が最短で対象病院となる11年度は前年に10年度改定を挟むために、改定前後で異なるデータを用いた計算が必要となることなどをあげ、改定時以外のDPC参加に難色を示した。

診療側の西澤委員(全日病会長)は、「DPC対象病院への参加は要件に合致すれば認められることになっており、すでに、今年からの参加を見込んで準備している病院がかなりある。特に、自治体病院では、人員配置や予算の議会承認など、今年の参加に向けて準備をしているところが多い。今回は従来どおりの基準で募集し、準備期間も2年間というルールで臨むべきである」として、09年度の募集は当然であると主張した。

これに対して、基本小委の遠藤委員長は「今回は募集するが、DPCへの参加は改定年に合わせるために3年後とする」という選択肢を提起したが、支払

側の対馬委員(健保連専務理事)が「募集を開始する時期の直前に募集中止を決めたり、2年を3年に延期したりはすることはおかしい」と反対した。

この結果、従来の基準で募集し、2年後の11年度にDPC対象病院へ参加できるようにすることを改めて確認した。

### 基本小委 基本診療料に関する議論を再開

基本小委は4月15日の会合から基本診療料に関する議論を再開。事務局(厚労省保険局医療課)は入院医療に関する診療報酬として入院基本料と特定入院料の体系を整理した資料を提示したが、同日は資料の説明に終始した。

事務局が提示した資料は、入院基本料について、「入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種類別、看護配置、平均在院日数等により区分されている」と説明している。

これについて、西澤委員(全日病会長)は、「一連の費用」に関するより詳細な説明と資料の提示を求めた。

4月22日の基本小委は引き続き基本診療料を取り上げたが、初・再診料における外来管理加算の「5分間要件」をめぐる診療側日医委員と事務局および支払側間の質疑応答や応酬に終始したため、診療報酬体系のあり方にかかわる議論は先送りされた。

■新たな「機能評価係数」—これまでに提案された項目の整理 4月15日の基本小委

#### A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目

- DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
- 効率化に対する評価
- 複雑性指数による評価
- 診断群分類のカバー率による評価
- 高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)
- 患者の年齢構成による評価
- 医療の質に係るデータを公開していることの評価
- 副傷病による評価
- がん診療連携拠点病院の評価

#### B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

- 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
- 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
- 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価
- 産科医療の実施状況の評価
- 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
- 特定機能病院又は大学病院の評価
- 地域医療支援病院の評価
- 臨床研修に対する評価
- 医療安全の評価
- 退院支援の評価
- 地域連携(支援)に対する評価
- 後発医薬品の使用状況による評価

# 医師臨床研修見直しの一部修正案を強引にまとめる

## 医師臨床研修部会 意見募集に異例の1,241件。多数の疑問・批判に厚労省は一部手直しで対応

医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会が4月23日に開かれ、事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は、医師臨床研修の見直しにかかわる省令・通知の一部改正案について実施した意見募集の結果を報告するとともに、意見募集の結果を踏まえた見直し案の修正案を提示した。

現行臨床研修制度の見直し案に対しては、研修医募集数について都道府県ごとに上限を設定したことなどを中心に、全国自治体病院協議会が傘下病院に反対意見の提出を呼びかけたほか、愛知県知事、国立大医学部長会議、全国保険医団体連合会などから再考や改善を求める意見表明と要望が出されている上、現役医学部生が組織した「医師のキャリアパスを考える医学生の会」が都道府県ごとの募集定員制に反対する2,654人の署名を厚労省に提出するなど批判が広がっている。

それを反映して、意見募集の手続きに寄せられた意見は1,241件と異例の数に達した。

そのうち、現行制度の理念保持に対する懸念を表明した意見が214件、必

修科目数を減らしたことに対する批判が81件に達するなど、見直し案に強い懸念を表わした意見が多い。

医療界のこうした反応を踏まえて、厚労省は見直し案の修正を検討、同日の検討会に提示した。修正案は別掲のとおり、部分的な手直しにとどまっている。

修正案の中で、厚労省は、現行制度の単独型研修病院と管理型臨床研修病院を併せて基幹型臨床研修病院として新たに類型化し、臨床研修の質を高める見地からその基準を強化するとともに、大学病院および地域の中核病院を軸に、協力型研修病院を含むコンソーシアム(臨床研修病院群)形成を推進する考え方を打ち出した。

検討会では、委員から、とくに都道府県の定員上限枠を中心に様々な疑問修正を求める意見が示された。しかし、委員の間で思惑や主張の違いも大きく、新たな修正提案として意見集約にいたるまでにならなかったことから、新たに部会長に就いた慶大相川名誉教授は強引に部会長一任を取り付け、概ね合意を得たとして部会を終えた。

その中で、西澤寛俊委員(全日病会長)

は、現行候制度の成果実績を詳しく検証することなく、最初から見直しを前提として、データを無視した議論が展

開されてきたことに、あらためて強い疑問を表明した。

### 【意見募集を踏まえた見直し案の修正(最終決定)】

- ①大学病院以外の研修病院を「基幹型臨床研修病院」と定義する。したがって、「指定基準の見直し」「経過措置」「新規指定の取り扱い」について、それぞれ「臨床研修病院(現行の単独型および管理型臨床研修病院)の指定基準」とあるところを「基幹型臨床研修病院の指定基準」に修正する。(編集部注:指定基準の見直し内容は修正がない)
- ②文中に「例えば」として例示した数をそれぞれ確定数として取り扱う。
- ③各病院の募集定員希望数が当該都道府県の募集定員を大きく上回った際には「一定の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する」とされていたところに、さらに、「特に平成22年度から研修を受ける研修医の募集にあたっては21年度から研修を受ける研修希望者の数(20年度研修医マッチングによるマッチング者数)を考慮する」旨を書き加える。
- ④各都道府県における募集定員の上限を求める計算式(D+E+F)における「E=D×α」「F=D×離島人口×β/当該都道府県の人口」において、調整係数のα=10%~20%、β=5と確定する。

### 【今後のスケジュール】

4月下旬	●関係省令・通知の改正等	●各病院における研修医面接
5月	●関係機関への説明会	
6月末	●病院からのプログラム変更締切	9月24日 ●医師臨床研修マッチング、希望順位登録受付開始
7~9月	●プログラムの審査、内容確	

# 医学部教育見直しの方向性をまとめる

## 文科省医学教育カリキュラム検討会 臨床研修制度の理念と「連携」。厚労省と合同で医学部改革を検証

卒前教育について検討してきた文科省の「医学教育カリキュラム検討会」は4月13日、卒前・卒後の一体的な医師養成プログラム構築に向けた考え方を整理した提言(意見の取りまとめ)を概ねまとめた。

提言は、厚労省とまとめた医師臨床制度見直しの内容を踏まえ、「医学生の医行為」には踏み込まなかったものの、「患者に接し診断・治療の判断ができる基本的能力」や「全人的な総合

的な診療能力の育成」などに重点を置いた医学部教育改革の方向性をまとめた。

医学部教育の質向上という視点からは、修了時到達目標を明確化するとともに、連携が求められる救急、周産期、精神医療などの体系的教育を重視する立場から「モデル・コア・カリキュラム」を改訂、さらに、大学ごとにばらつきのある臨床実習時間を標準化し、臨床実習を1,500時間以上とする方向で

臨床経験の充実化に努めるべきとしている。

一方、医師不足へ対応する見地から、卒前と卒後教育を一貫して担う大学が地域の医療機関や医師会等と連携しつつ、「地域全体で医師を養成・確保するシステムの構築」や「地域枠や医師不足診療科などの医師養成のための重点コースの設定」などを推進することも提起している。

その上で、文科省の中央教育審議会

や「モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する連絡調整委員会」における具体的な検討に委ねるとともに、医学教育改革の進捗状況を厚労省と合同で検証する場を設置するよう求めている。

提言にもとづいて、文科省は「モデル・コア・カリキュラム」を3年ぶりに改定し、カリキュラムの改正を10年度入学生から実施するよう大学に求める考えだ。

提言とりまとめを受け、文科省担当官は「(文科省から)厚労省や大学にボールを投げられた」と述べ、文科省における改革作業は終了したという認識を示した。

### 追加経済対策案

## 介護職員処遇改善交付金(4,000億円)の詳細が判明

2009年度介護報酬改定の影響結果を調査・検証するために社会保障審議会・介護給付費分科会に設置された調査実施委員会の初会合が4月20日に開かれ、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、政府が決定した追加経済対策案に盛り込まれた「介護職員処遇改善交付金(4,000億円)」の交付方法を同委員会でも明らかにした。

交付金の概要は以下のとおり。

### 介護職員処遇改善交付金の概要

#### ●補助の概要

介護職員処遇改善交付金(仮称)を、介護事業者からの申請に基づいて、介護報酬とは別に交付する。交付は各サービス毎の介護職員人件費比率に応じた交付率(補助額の介護報酬総額に対する率)による。介護職員のないサービスは助成対象としない。

#### ●交付方法

- ①都道府県が基金を設置して実施する。
- ②財源は国費10/10
- ③交付対象は以下の要件を全て満たす事業者
  - ・各事業所における介護職員1人当たりの本交付金の交付見込額を上回る賃金改善を行うことを含む処遇改善計画を、職員に周知の上、提出すること。
  - ・2010年度以降についてはキャリア・パスに関する要件を加えることとし、この要件を満たさない事業所は交付率を減額する。

④助成額は「介護報酬総額×介護職員人件費比率」を勘案してサービス毎に定める率。※介護報酬総額には利用者負担を含み、補足給付を含まない。

#### ●事業規模

合計約4,000億円(常勤換算の介護職員1人当たり月額1.5万円の賃金引上げに相当する額) ※09年度は準備等を勘案し、09年10月サービス分から実施を予定し、25年分を予算計上した。

#### 【主なサービスの交付率】

- 介護福祉施設 2.3% (介護予防) 短期入所療養介護(老健)、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 2.0%
- 介護保健施設サービス 1.8% (介護予防) 通所リハ、(介護予防) 短期入所療養介護(病院等)、介護療養施設 1.5%

#### 介護事業者 業務管理体制整備義務化が5月1日施行

一部介護サービス事業者による不祥事を受けて事業者に対する規制を強化した「介護保険法及び老人福祉法の一部改正法」が昨年の通常国会で成立、関連した一部改正省令とともに5月1日に施行される。

厚生労働省老健局総務課介護保険指導室は4月22日、新たに義務づけられた「介護サービス事業者における業務管理体制(法令等遵守態勢)整備」体制とその関係機関への届出および監督に関する詳細を公表し、地方公共団体に対して、「介護サービス事業者業務管

理体制確認検査指針」を踏まえて立ち入り検査等の監督に努めるとともに、介護事業者への周知徹底を求めた。

### 09年度介護報酬改定 Q&AのVol. 2でVol. 1の一部を修正

厚生労働省老健局の計画・振興・老人保健各課は4月17日付の「介護保険最新情報Vol. 79」で「平成21年4月改定関

## 4月義務化オンライン請求の延期で意見募集

厚生労働省は4月21日、レセプトのオンライン請求にかかわる省令の一部改正案を意見募集にかけた。

内容は、2009年4月診療分の請求からオンライン請求の義務化の期限が到来する400床未満の病院とレセプト作成業務を電算化している薬局のうち、最初の請求期限である5月10日までにオンライン請求を行なう体制が整わない施設

係Q&A(Vol. 2)」を表わし、訪問介護から訪問看護、訪問リハ、通所リハ、居宅介護支援、特養、短期入所生活介護、老健施設、介護療養型医療施設、認知症関係にいたる各分野の質問に回答した。

同時に、今年3月23日に発表したQ&A(Vol. 1)に示した回答の修正箇所を添付して明らかにした。

は、10年3月31日まで間の厚生労働大臣が定める日までは、書面による請求または光ディスク等を用いた請求を行うことができるというもの。省令改正は5月8日施行を予定している。

厚労省は4月22日の中医学協で、4月から義務化の対象となった病院・薬局のうち、2,600弱の薬局と220程の病院が対応不可能な状態にあると報告している。

## 医療短信 BRIEF

### ●09年度立入検査で厚労省が通知

厚労省は4月9日付で通知を発出、医療法にもとづく09年度の立入検査実施に関する留意事項を示した。

通知において、安全管理体制の確保等に関して、院内で発生した事故事例を収集・分析して改善策を立てているかを確認し、必要に応じて指導を行なうよう求めている。さらに、事故等事例報告義務の対象となっている医療機関については、日本医療機能評価機構)に事故等事例が適切に報告されているかどうかを確認し、指導を行なうよう求めている。

### ●社会医療法人は55施設

厚生労働省医政局指導課の公表によると、4月1日に19施設が新たに社会医療法人として12都府県知事に認定され、全国の社会医療法人は55施設となった。認定要件の1つである「5事業」に関しては救急医療が最も多いが、中には、へき地医療を除く4事業(災害・小児・周産期・救急)の担い手として認可された医療法人もある。

4月1日付の中には、2県以上にまたがって病院を有する場合に厚生労働大臣が認定する広域医療法人の初の認定が含まれている。