



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2011 8/15

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.761 2011/8/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

### 中医協委員 被災医療機関の声を「改定議論に反映させたい」

#### 3県を視察。診療報酬から提供体制まで幅広い要望を受ける

中医協は8月1日から3日にわたって、東日本大震災の主たる被災地である岩手、宮城、福島3県を視察訪問。当該地域の自治体、医療団体、医療機関の、被災実態、復興への取り組み状況、医療復興に向けた支援にかかわる意見・要望等に耳を傾けた。

併せて、避難所と仮設住宅を各1カ所視察、被災住民の保健衛生状況と医療提供の実態に触れた。

意見聴取で、被災医療機関は、「人」「物」「金」と、医療提供を維持するすべての面にわたる支援を必要としていることを訴えた。

診療報酬に関しては、被災医療機関に対する特別加算、被災地を対象とした地域加算あるいは地域単価の特別適用、さらには、各種算定要件の適用猶予や緩和などの特例適用を希望する意見が相次いだ。また、医療法上の基準特例や特区の適用など、医療提供体制にかかわる要望も多く示された。

意見聴取を終えた8月3日午後には福島市で応じた記者会見で、森田朗中医協会長(東大大学院教授)は、「次回の中医協に今回の視察内容を報告、災害時の対応や被災地の医療の復興に中医協や診療報酬がどのような役割をはたすことができるか、しっかり議論していきたい」と述べ、被災医療機関や住民の負託に応えるべく、真剣な議論に反映させる意向を表明した。

被災地視察には公益、支払、診療各側から計10名の委員が参加。3県1町、3県医師会、2地区医師会、2県歯科医師会、2県薬剤師会のほか、2大学病院、7被災病院(民間病院4、公的病院3)、3仮設診療所からヒアリングした。

記者会見で、診療側西澤委員(全日病

会長)は、「今回の視察で色々な要望をいただいた。それらは改定に向けた中医協の議論に生かしていきたい」との所感を表わした。

さらに、「診療報酬だけではすまない課題も沢山あった。被災地の病院関係者からは、今後の街づくりで医療をど



▲記者会見に応じる中医協委員(左から2人目が西澤委員、同5人目が森田中医協会長)

う復興していくかという話が多く語られ、そのことでいかに悩んでいるかよく分かった。しっかりした地域医療計画の策定を進めていく必要があるが、その中で診療報酬がはたす役割は何なのかをよく考え、その両方をバランスよく確保していくことが重要ではないかと考えている」と述べ、診療報酬と医療提供体制の両面から議論していく必要があるとの見解を示した。

森田中医協会長は、「人的流失で要件を満たせないところに対する特例、それも、面積要件とか在院日数などについてもなんとかしてほしいといった要望を受けた。あるいは、仮設の建物で対

応しているため、入院を要する患者のために離れた場所の医療機関を借りていることへの別々の基準適用といった要望もあった」など、切迫している被災医療機関のニーズの一端を披露した。

その上で、「中医協の議論から外れるものもあるが、医療のあり方を考える上で、そうしたことについても情報を発信していきたい」と、多岐にわたる課題に総合的に対応していく意向を表明。

最後に、「事情を考慮せざるをえない特別な状況にあるということは、今回参加した皆さんの共通した認識であると思う」と、視察に参加した中医協委員の思いを代弁した。

### 避難等地域医療機関の営業損害を認める

#### 福島原発事故の賠償問題 抽象的な賠償基準。細部は東電と話し合い。審査会が和解を仲介

文部科学省に設置されている「原子力損害賠償紛争審査会」は8月5日の会合で、福島原発事故で被害を受けている住民・企業等に東京電力が賠償すべき対象と範囲等の考え方を整理した「中間指針」をまとめた。

「中間指針」を受け、東京電力は「9月中旬に請求を受付、10月中旬に支払いの開始を目指す。詳細は8月下旬に発表する」というコメントを出した。

「中間指針」は原子力損害による賠償を定めた原子力損害賠償法にもとづくもので、同審査会がすでに決定している「第1次指針」(4月28日)、「第2次指針」(5月31日)、第2次指針追補(6月20日)を踏まえて、賠償対象となる範囲の損害類型をまとめている。

前出3指針の内容は「中間指針」に取り込まれているため、東京電力と福島原発事故の被害者は「中間指針」を踏まえて損害額を請求、両者の話し合いが始まることになる。

賠償対象には対象地域の医療機関も含まれ、その賠償範囲は避難に伴う各種損害と避難等によって生じた営業損害が主とされている。また、個人の精神的損害や風評被害による営業損害を認めただけ、事業所の休業等にもなる従業員の収入減額分も賠償対象と認めている。

ただし、風評被害の従事者雇用への影響や、対象地域外における自主避難さらには風評被害による患者減少という営業損害をどう判定するかなど、不明な点は多い。一方、被災病院等に支援を出した医療機関等については「間接被害」が認められた。

法的枠組みの下とはいえ、指針にもとづく東電と被害者の話し合いは基本的には民事マターであり、法的強制力はない。したがって、損害内容の査定や賠償額で合意に達しない場合は裁判に頼らざるを得ないが、それは費用と時間の負担を増すばかりとなる。

8月5日の審査会は、そうしたケース

を避けるために、仲介申し立てを受けた場合に和解案の提示ができるよう、仲介委員を定めるなど、審査会組織の改正を承認した。ただし、裁判所の仲裁と異なり、仲介に法的効力はない。

「中間指針」は、政府と南相馬市が避難・屋内退避等の指示を出した地域の住民と事業者を対象に、避難しなかった「域内滞在者」も含め、避難費用、一時立入費用、帰宅費用、精神的損害等とともに営業損害を認めた。

営業損害とはいわゆる「逸失利益」のことで、対象事業の1つとして「医療業」が明記された。原発事故発生日を営業損害の始期とするが、その終期は「改めて検討する」とされた。

「倒産・廃業した場合」や「(一時的を含め)事業拠点を移転又は転業した場合」の営業損害の考え方も書き込まれた。

「従業員に係る追加的な経費」や「営業資産の廃棄費用」あるいは「事業への支障を避けるために生じた事業拠点の移転等の追加的費用」も損害と認められた。

また、避難指示等の解除後も当該指示等に伴う減収があった場合には、その減収分も、さらに、事業再開のために生じた設備復旧等の追加的費用も損害と認められた。

このように、一見、営業損害のベースとなる考え方は示されているが、基本的には概念的なレベルにとどまっており、個別事情にもとづく実際損害の証明はかなり難しいことが予想される。

「原子力損害賠償紛争審査会」は中間

指針策定に向けて6月に専門委員を起用、分野ごとに営業等損害実態の調査を実施した。

こうした個別分野の事例は、しかし、審査会の議論ではまったく顧みられることがなく、事務局(文科省研究開発局原子力損害賠償対策室)のペースで中間指針がまとめられた。そうした経緯に加え、観光業等の風評



#### 福島県病院協会・福島原発事故被災病院協議会 原発被災17病院で足並み揃えた請求活動を開始

福島県病院協会(前原和平会長=福島厚生連白河厚生総合病院院長)によると、福島第1原発もしくは第2原発から半径30km圏内に13病院が所在しており、原則立入禁止の20km圏内にある7病院(県立1、市立1、公的1、私立4)は診療不能状態にある。

20~30km圏内の計画的避難区域、緊急時避難準備区域には6病院があり、現在、自力で診療再開に踏み切っているが、患者の減少や職員の離職などで経営は風前の灯火だ。これ以外にも、30km圏外ながら「ボーダーライン」の地域に4病院が立地しており、自主避難による住

#### 前原和平福島県病院協会会長の談話

医療法人に対する仮払い実施に続き、損害賠償の指針が出てホッとしているが、現状は相当に厳しい。

これまでの損害をどう回収するかということだけでなく、今後、休業に伴う雇用保険の特例給付を受けている病院職員は給付切れに直面する者が増えるため、それが離職につながるのではという懸念がある。

原子力損害賠償紛争審査会による説明会が8月10日にあった。そこで、

被害が認められたことから損害賠償の請求件数・金額はきわめて高水準に達するとみられ、政府支援の枠組みができたとはいえ、損害賠償の話し合いは楽観できるものではない。

民減少に風評被害が加わった患者の落ち込みで、経営はまさに困窮している。

福島県病院協会は、これら17病院で「福島原発事故被災病院協議会」を5月に立ち上げ、賠償問題等を話し合ってきた。医療機関に対する仮払いの開始が決ったが、250万円ということもあり、これまで具体的に請求活動は開始していない。

しかし、今回の「中間指針」を受け、被災病院協議会として足並みを揃えるべく、統一した基準で請求を起す方針を決め、弁護士などの専門家との相談を開始した。

被災による従事者の給与減額分は、医療機関と従事者のどちらが請求したらよいか訊ねたところ、審査会の人にも答えられなかった。

請求に関する細部は未だ不明な点が多いが、対応処理の時間展望が不明な点も不安の1つだ。

難題ばかりであるが、病院団体等の支援をいただきながら、被災病院協議会と県病院協会一体となって乗り切りたい。

# 介護報酬 単価上乘せの地域割りを7区分とする案を了承

8月10日の介護給付費分科会 現行特甲地を3つに区分。上乘せ率も改訂。「財政中立で総枠は変えない」

8月10日に開催された社保審・介護給付費分科会は、地域差を調整するために、介護報酬の単価を加算補正する際に用いている「地域区分」の見直しを決め、地域割りを、現行の5区分から準じた7区分に増やすという事務局(厚労省老健局老人保健課)提案を了承した。

介護報酬における地域差の調整は、介護保険制度創設時から国家公務員調整手当ての地域区分を導入していたが、06年に手当てが7つの地域区分にもとづく地域手当へと見直され、2010年4月より本格導入されたことから、「地域区分の見直し」は前改定(2009年4月)からの宿題となっていた。

介護報酬の単価は、現在、5つの地域割りと、直接処遇職員(人員配置基準が定められている職種)の人員費割合で分けられた3つのサービス群からなる

マトリクス15枠のうち、「その他(上乘せ率0%)」の地域割りにかかる3枠を除く12枠を対象に単価の割り増しが行なわれている(別表)。

この地域割を、特甲地については3つに分けることで7区分に変えるというのが、今回了承された「地域区分見直しの基本方針」である。

地域差の見直しは、今回の地域割り変更だけでなく、人件費割合や上乘せ率のあり方などの検討点も抱えているが、事務局は、「具体的な見直し案は、介護事業経営実態調査や介護報酬改定率の見直しを踏まえて検討したい」と説明した。

今回の地域区分見直しについて、宇都宮老人保健課長は、「同時改定を機に、すでに診療報酬に導入されている地域加算の区分と適用地域も含めて同じにす

る」と整合性の確保を理由に上げる一方、地域差勘案の見直しは「財政中立が原則である」と説明。

宮島老健局長も「上乘せ率が下がる地域も上がる地域もある。総枠には影響しない」と強調した。

こうした視点から、事務局のペーパーには、「(12年度の)改定においては、全体の水準を引き下げた上で、国家公務員の地域手当を基本とした上乘せ割

合を検討すべきではないか」と記されたため、少なからぬ委員から、疑問の声があがった。

「総枠を変えない」限り、地域割り見直しによって単価が下がる地域が出現する。それは、とくに地方の介護事業者に大きな影響を与えかねない。介護職員処遇改善交付金の動向を含め、介護報酬改定議論は、のっけから財源の問題を突きつけるものとなった。

## 「特養に入所が急がれる人の割合は待機者中の1割」

8月10日の介護給付費分科会で、栃本一三郎上智大学総合人間科学部長は、特養の入所申込者の実態について調査した研究結果(2010年度老人保健健康増進等事業=医療経済研究機構)について報告した。同研究は、入所申込者調査については570施設から回答を得たが、その結果、申込者に占める「(一人暮らし、虐待、重症等)優先して入所すべき人」の割合は10.8%、また、入所を待てる時間的ゆとりからみた「(生活が困難などから)すぐに入所が必要と考えられる人」の割合も11.3%と、早期入所を必要としている割合は申込者の1割前後であることが判明した。

一方、新たな入所申込について、施設側が医療処置が必要な人の入所を断わるケースを調べたところ、断る率が高い順から、①人工呼吸器92.9%、②注射・点滴83.1%、③がん末期80.7%、④精神疾患59.5%、⑤吸入・吸引58.4%、⑥酸素療法管理57.6%、⑦慢性疼痛管理57.4%、⑧経鼻経腸栄養等56.4%、などであった。

以上の結果等を踏まえ、栃本教授は、機能特性の違いはあるものの、介護保険各施設と在宅のそれぞれに医療提供能力を付与していかなければ医療を必要とする高齢者への対応は進まず、医療の谷間が生まれると警告した。

### □現行の地域区分

(参考) 国家公務員の地域手当	1給地	2給地	3給地	4給地	5給地	6給地	その他
介護報酬	特別区		特甲地	甲地	乙地	その他	
上乘せ割合	15%		10%	6%	5%	0%	
人件費割合	70%	11.05円	10.70円	10.42円	10.35円	10円	
	55%	10.83円	10.55円	10.33円	10.28円	10円	
	45%	10.68円	10.45円	10.27円	10.23円	10円	

人件費割合70%のサービス/訪問介護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援、55%のサービス/訪問看護、訪問リハ、通所リハ、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、45%のサービス/前出以外の各サービス

# リハビリテーションについてヒアリング

介護給付費分科会 特養の居室定員を「1人」に改正。厚労省、他定員との報酬格差を提案

7月28日の介護給付費分科会はリハビリテーションについて取り上げ、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会を招いてヒアリングを行なった。

日本リハビリテーション病院・施設協会の浜村明徳会長は、生活期(維持期)リハを充実させるためには、「リハ前置」の考え方に立つとともに、リハにおける医療・介護の連携とチームアプローチを推進することが重要と説いた。

具体的には、①訪問リハビリステーションの新設(病院、診療所、訪問看護ステーション、老健施設に併設)、②訪問看護と訪問リハが一体となった訪問の新設、③医療・介護のリハサービスの評価と報酬を同等にする、④通所リハについて、リハに特化した機能強化を図る、ことなどを提案。

さらに、地域包括ケアに「在宅リハセンター」の機能を位置づけ、外来、通所、訪問の各種リハを提供するだけでなく、かかりつけ医、ケアマネ、住民や関係者に対するリハ関連支援を担わせるべきであると主張した。

一方、日本理学療法士協会の半田一登会長は、すべてのリハビリ専門職を配置した「共同利用型訪問リハリスト

ーション」の新設を提案、これによってリハビリ提供量を増やすとともに提供量の地域格差を解消すべきであると提起した。

同日の介護給付費分科会には、特養と小規模特養の居室定員基準を現行の「4人以下」から「1人」に変更する省令改正案が諮問され、事務局案どおり承認された。

国による自治体施策に対する義務付けの見直しなどを柱とする地方分権改革推進計画(2009年12月15日閣議決定)とそれにもとづく地域主権関連3法(一括法)の公布(10年5月2日)に伴う措置で、特養と小規模特養の居室定員は、今後、自治体が省令に明記されている基準を参酌して条例で定めることができる。

したがって、「特養の個室ユニット化推進」の姿勢を堅持する見地から、厚労省として個室化という原則を明記することにした。改正省令施行時にある特養については経過措置として「4人以下」が認められるため、個室義務化は、一括法が施行される来年4月以降の新増築が対象となる。

これに関連して、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、来年4月以降、「標準」

または「参酌すべき基準」とされた事項は都道府県または市町村の条例で独自

## 「介護保険サービスに関する関係団体懇談会」を開催

厚生労働省は8月8日、2012年度介護報酬改定に向けて介護関係団体から意見・要望を聴く「介護保険サービスに関する関係団体懇談会」を開いた。

介護保険は提供サービスの裾野が広いことから、多種多様な事業者団体や利用者組織が関与している。これに対して、介護報酬を議論する介護給付費分科会の委員数には限りがあることから、介護関係団体からは「介護報酬改定に意見を述べる機会を設けてほしい」といった声が上がっていた。

「関係団体懇談会」は、こうした意見をさくために、老健局長の下に設置されたもの。懇談会で出された意見や要望は介護給付費分科会に報告される仕組みとなる。

関係団体としては日本リハビリテーション病院・施設協会、日本慢性期医療協会、全国老人保健施設協会を含む15団体が名を連ねたが、老健局は、これ以外の団体にも必要に応じて参加を求めるとしている。

に基準を設けることが可能となることから、例えばユニット型特養についても、①「1人」「4人以下」「5人以上」のそれぞれで報酬を分ける、②「5人以上」については減算措置を取ることを提案した。一括法施行後の介護報酬の考え方については、今後、検討される。

初の懇談会とあって、大塚耕平厚生労働副大臣、岡本充厚生労働大臣政務官が立ち会ったほか、宮島老健局長、金谷審議官、4課長、2室長に大臣官房企画官(老健局併任)と、介護給付費分科会と同等以上の幹部高官が出席、出席団体の意見に耳を傾けた。

意見陳述において、全国個室ユニット型施設推進協議会は、特養入居者に対する医療提供を、①現行どおり配置医師による、②入居者の希望により外部の医師から受けることができる、③現行の医師配置制度は廃止して外付けとする、の3方法から施設が選択できるようにすべきと提案した。

また、現行の医師配置制度を堅持する場合でも、在宅療養支援診療所に限って医師、看護師による訪問を認める制度とするよう求めた。

その他、各団体から、介護現場における医療提供のあり方や人員基準と介護報酬の見直しなどの意見・要望が示された。

### 災害医療等のあり方検討会

## 中長期医療への移行が論点に。DMATの「亜急性期戦略」提起も

厚生労働省の「災害医療等のあり方に関する検討会」は7月27日の第2回会合で、(1)被災地域内外における医療活動、(2)中長期の医療提供体制、(3)ドクターヘリについて議論した。

事務局が用意した資料には「今震災の患者像はDMATが対象として想定していたものと違いがあった」との指摘が書き込まれたが、(1)に関する議論は、ほぼDMATに関する報告と検証課題の抽出に費やされた。

その中で、事務局は、DMATに関して、「重傷者にこだわることなく、中等症や軽症の患者にも対応できるようにする

べき。災害急性期に、(対象患者像など)臨機応変に活動できるよう、DMATの研修内容や活動要領を見直すべきではないか」あるいは「活動時間を越えた災害医療の提供に関する(DMATの)仕組みが不十分であった」と、根本的な課題を提起した。

一方、(2)については、都道府県レベルでは「医療団体から派遣される医療チーム等の調整を行う組織の立ち上げに時間がかかった」こと、市町村レベルでは「地域における病院や避難所へ医療チームを派遣調整する体制が不十分であった」こと、さらに、「慢性期患

者等の受入機関の調整が困難であった」ことを課題に取り上げた。

そして、「中長期の医療提供体制」に関する論点として、①急性期から中長期の医療提供体制への移行(DMATを引き継ぐため、医療チームを中長期的に派遣調整する組織が都道府県に必要)、②中長期における医療提供体制の構築(地域ニーズに応じた医療チーム派遣のため、保健所もしくは地域災害拠点病院がカバーする地域単位で、災害医療コーディネーター等調整機能を持った組織が必要)、③平時からの準備が必要、の3点をあげた。

同日の検討会では、日本医師会の石井委員が東日本大震災におけるJMAT活動について報告した。しかし、議論の多くは、通信手段、指揮系統、ロジスティクス(後方支援)など、今回のDMAT活動に関する報告と反省に終始、医療救護活動の全体像を踏まえた総体的な検証には至っていない。

その中で、小井土DMAT事務局長は、今後の課題に「亜急性期の病院支援(補給、退避)戦略の構築」をあげ、亜急性期活動戦略を確立する必要性を提起した。

また、事務局は、「急性期から中長期にわたる医療提供体制(今後のあり方案)」と題した、災害発生からの時程に沿った医療支援・復興体制を支える組織チャートを示した。

# 外来診療料廃止、2次救急評価、外来リハ管理料創設を要望

看護基準の柔軟運用、病棟配置の評価、訪問看護・リハ等の適応拡大も

日本病院団体協議会 厚生労働省保険局長宛要望書(要旨) 7月29日 \*8月1日号既報。別掲「基本診療料の定義・コスト調査でプロジェクトチーム」の記事を参照。

平成24年度診療報酬改定に関して次の事項を要望する。

記

## 1. 根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設(再要望)

平成22年6月に上記の要望を行った後、中医協で基本診療料について議論され、そのコスト算定の可能性が「医療機関のコスト調査分科会」に付託された。

その結果は23年5月18日の中医協総会に報告されたが、基本診療料のうち入院基本料が想定するサービス内容が不明確なため、コストを調べるのは「きわめて難しい」というものであった。

これからも判るように、現状の診療報酬特に入院基本料は点数の内容が定義されてなく、コストは考慮されていない。

そこで医療の安定的な提供を可能とするために、人件費・施設設備費等の横断的調査・検証、医師の技術料の客観的評価、等による「入院基本料の再構築」、さらに、「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」を改めて要望する。

この制度の創設には複数年を要すると考えられるので、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」等による、継続的な調査・研究が早急に開始されることを要望する。

## 2. 病院における診療報酬算定規則の変更

### a) 同一日の同一医療機関複数科受診について

医療は、医師の診察に基づく極めて専門性の高い診療が基盤であることは論を俟たない。しかし、現在の診療報酬は、複数科受診について医師の技術料を無視した体系となっている。

各科協調によるより高度な医療の提供は当然評価されるべきであり、また、診療科の専門性に優劣はないことから、「同一医療機関で同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。

### b) 入院患者の他医療機関への受診の取

り扱いについて

入院患者の他医療機関受診の取り扱い、従来より包括病棟では入院料の70%減、22年度改定では、出来高病棟も30%減というルールが明確化された。

しかし、複数疾患を持つ入院患者は極めて多い。また、病院の運営上欠かせない入院基本料や特定入院料の減算は「懲罰的な減算」であり、現実的に他医療機関の受診を抑制もしくは不可能にしている。

入院中の患者が医学的必要性に応じて他医療機関を受療する場合、入院料の減算を行わないこと、及び、受診側の算定制限を設けないことを要望する。

### c) 支払方式における出来高算定規則の整理

特定入院料などの包括支払病棟における「包括外の出来高算定規則」には様々な算定規則があり、統一性に欠けている。患者の不利益にならない、整理された規則に変更することを要望する。

### d) 外来診療料について

外来診療料は、70点の中に尿検査・血液検査・創傷処置・介達牽引等、多くの診療項目が包括されている。これは、大病院への外来集中抑制を目的としたものと考えられるが、現実的には、外来診療料が廉価ゆえに患者集中をもたらしている。

このような現実を是正するためには、診療所・病院の外来機能分化を図りつつ、一方では医療行為に対する正当な評価を行う必要がある。外来診療料を他の再診料と同一とし、検査・処置などの包括化をやめ、出来高算定できるようにすることを要望する。

## 3. 手術・検査等に対する適正なコストに基づいた評価＝外保連方式準拠＝

手術・処置・検査等に関しては、外保連により緻密なコスト計算がなされている。前回改定でも多くの手術点数改定に用いられた。今後も、他の手術・処置・検査等に外保連方式が導入されることを要望する。

## 4. 二次救急医療機関に対する評価

現状、二次救急医療機関は医師不足や不採算性のため全国的に病院数が減少している。このため、夜間・休日に救急医療機関への受診が困難になっていることや、三次救急への患者集中などが喚起された。そのような事態を解決するため、救急車を受け入れた際の「救急車応需加算」の創設、および「救急医療管理加算」の点数・算定期間増などを要望する。

## 5. 看護基準制度の変更

### a) 夜勤平均72時間について

看護基準において、夜勤平均72時間は加算に変更し、現場の状況に応じた柔軟な対応を可能とすることを要望する。また、日勤のみ勤務者や短時間労働者の雇用を促進するために、月平均夜勤時間の算定は夜勤専従を除く全看護職員の平均とすること、夜勤専従者の労働時間は最大160時間/4週とすることを要望する。

### b) 急性期看護補助体制加算の拡大による24時間配置

急性期看護補助体制加算は入院14日目以降は算定できず、また、基準とする入院患者数に見合う体制が常時必要とされている。そこで、24時間配置が可能となる点数とするとともに、入院全期間で算定できることを要望する。

## 6. 医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大

上記加算は平成22年度改定において対象医療機関が拡大されたが、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟にも多くの医師事務作業があるため、対象病棟の拡大を要望する。

## 7. チーム医療の評価(医療各職種の病棟配置)

各病棟で様々なチーム医療が行われている。そのため、薬剤師・リハスタッフ・管理栄養士・社会福祉士・臨床工学技士・精神保健福祉士、等の病棟配置に対する加算評価を要望する。その場

合、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟に対しても適切な評価を行うとともに、専従ではなくチームの一員としての専任配置とすることを要望する。

## 8. 外来リハビリテーション管理料の創設

回復期の通院リハでは、病状の急激な変化がないと判断される場合、受診毎の診察よりも、定期的(月1回程度)な診察時の評価および指導、リハスタッフへの指示が重要である。このような診療を制度化し、「外来リハビリテーション管理料」を創設することを要望する。

## 9. 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大

在宅医療を推進させるためには訪問看護・訪問リハ等の充実が不可欠であるが、一部を除いて介護保険の適応となるため、ケアプランに位置づけられる必要がある。一方、医療保険での訪問看護は、点数設定等が介護保険と比較すると充実されていない。

今後、重度在宅療養患者の増加は確実であり、医療保険における訪問看護・訪問リハ等の充実を要望する。また、医療保険の適応においては、短期的には医療療養病床の医療区分2,3にある疾患・状態を引用することも一案と考える。

一方、医療保険と介護保険の境界は長期的視点での体系の簡素化・明確化が必要であり、平成24年度改定のみならず十分な検討が行われることを求める。

## 10. 医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価について

今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、保健医療情報標準化会議の提言に基づいて定められた厚生労働省標準規格に適合したレセプト・オーダーリングシステム、電子カルテなどの医療情報システムを使用する場合、診療報酬上十分な評価が行われることを要望する。(猪口診療報酬実務者会議委員長による日病協の改定要望に関する原稿を9月1日号に掲載予定)

# 基本診療料の定義・コスト調査でプロジェクトチーム

中医協に設置。長年のテーマに厚労省取り組む方針を固める

日本病院団体協議会は7月29日、2012年度診療報酬改定に対する厚生労働省保険局長宛の要望書を提出した。(8月1日号既報。要望書の要旨は3面に掲載)

改定要望書を提出した日病協の猪口雄二診療報酬実務者会議委員長(全日病副会長)に対応した鈴木康裕医療課長は、要望項目のトップに記された「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」について、近々、中医協に、基本診療料の内

容とコスト調査を検討するプロジェクトチームを設置する意向を表明した。

入院基本料等基本診療料のコスト明確化は、全日病を筆頭に、四病協および日病協がかねてから要求してきた。その結果、昨年、12年度改定に向けて検討課題を整理する中医協の議論でも診療側西澤委員(全日病会長)が強く求めた結果、「コスト根拠の明確化」として取り上げられた(2010年9月29

日の中医協総会)。

これに対して、医療課は、「(急性期の入院基本料に限って)コスト構造の把握が可能かどうか」の意見を診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」に求めるかたちで対応。

同分科会は、今年5月18日の中医協に、「入院基本料が想定するサービスの対象が不明確な現状では、コストを明らかにすることはできない」と報告

したが、同時に、「サービス内容の定義づけ等を明らかにした上で、原価計算方法論を確立すれば、5年程度を要するものの原価調査にもとづく原価の把握は可能」という見解を示した。

この報告に、西澤委員は、「入院基本料の定義をはっきりさせ、今後議論する道立てをつくってほしい」と発言、医療課に、原価把握の作業を早期に開始するよう求めた。

前出プロジェクトチーム設置の方針は、こうした経緯を踏まえたもの。医療課は、近々の中医協にプロジェクトチーム設置の方針を表明する予定だ。

## 厚生労働省が人事異動

厚生労働省は7月29日付で人事異動を発令した。主な異動は次のとおり(括弧内は前職)。

△医政局総務課長 池永敏康(医政局国立病院課長) △医政局指導課長 井上誠一(日本年金機構本部事業企画部長) △医政局医事課長 田原克志(医政局医事課医師臨床研修推進室長) △医政局経済課長 鎌田光明(大臣官房付=内閣官房内閣参事官) △医政局研究開発振興課長 佐原康之(保険局総務課保険システム高度化推進室長) △

医政局国立病院課長 片岡佳和(日本年金機構本部経営企画部長) △健康局結核感染症課長 正林督章(環境省総合環境政策局環境保健部企画課石綿健康被害対策室長) △医薬食品局総務課長 宮本真司(社会・援護局地域福祉課長) △老健局総務課長 福本浩樹(医政局経済課長) △老健局介護保険計画課長 度山 徹(内閣府参事官=社会システム担当) △保険局国民健康保険課長 濱谷浩樹(文科省初等中等教育局幼児教育課長) △保険局高齢者医療課長 横幕章人(大臣官房総務課企画官) △医政局総務課医療政策企画官 徳田郁生(大臣官房総務課企画官) △医政局総

務課医療安全推進官・医政局総務課医療安全推進室長兼任 宮本哲也(医政局総務課長補佐・医政局指導課救急・周

産期医療対策室長兼任) △医政局医事課医師臨床研修推進室長 植木 誠(文科省高等教育局視学官)

## 全日病・医協共催 2011年度臨床研修指導医講習会 開催のご案内

1泊2日の宿泊研修形式、実講習時間16時間以上。  
厚生労働省の開催指針にのっとった指導医養成講習会です。

日 時 ● 11月12日(土) 10:00~22:00 11月13日(日) 8:15~16:30  
会 場 ● 東京都大田区 三井ガーデンホテル蒲田  
対 象 ● ①臨床研修病院又は研修協力施設、②臨床研修病院又は研修協力施設の申請を検討中の施設。①・②において7年以上の臨床経験を有する医師  
定 員 ● 48名  
参 加 費 ● 8万円(宿泊費・食事代・資料代を含む)  
申込締切 ● 8月31日(定員に達し次第締切) 申込方法は全日病HP掲載の案内PDFをご参照ください。  
\*本研修の修了者に向協会会長と厚生労働省医政局長連名の「修了証書」を交付します。

(社)全日本病院協会事務局(臨床研修指導医講習会担当) Tel. 03-3234-5165 Fax. 03-3237-9366

# 同時改定は「基盤整備一括法」制定と裏表

## 「社会保障・税一体改革」当面の作業工程決る

厚生労働省は8月12日、「社会保障・税一体改革」の「当面の作業スケジュール」が関係5大臣によって確認された旨を発表した。

関係5大臣とは、厚生労働、総務、財務、社会保障・税一体改革担当の4大臣と官房長官。

それによると、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定の進行と並行して、「医療・介護の基盤整備の法整備」および保険制度改正の法案を年内に作成、まず、次期通常国会で「基盤整備一括法(仮称)」の成立を期す。

消費税引き上げを含む税制抜本改革については来年3月までに法案提出を図

り、引き続き、年内に改革案をまとめる医療保険・介護保険制度改正(国保財政の基盤強化、都道府県単位化、高額療養費見直し、受診時定額負担、総報酬割等)の関係法案を提出、成立後は「財源確保とともに順次実施する」としている。

政府は、同時改定の実施と「基盤整備一括法」の制定を一体に位置づけている。

したがって、両報酬体系の項目と点数見直しは、医療・介護分野の特定領域に人員など資源の傾斜配分を見込む「医療・介護改革案」にそって行なわれる可能性が高い。

### □社会保障・税一体改革の当面の作業スケジュール(厚労省資料から)

改革分野	2011年8～11月	12月	2012年1～3月	2012年度以降
診療報酬・介護報酬改定	社保審の医療部会・医療保険部会・介護給付費分科会、中医協における議論	各改定基本方針の取りまとめ	諮問・答申	4月実施
医療・介護の基盤整備の法整備	社保審の医療部会・医療保険部会・介護保険部会における議論	11月後半～12月/改革案取りまとめ	一体的に医療・介護提供体制の機能強化	
保険制度改正			「基盤整備一括法(仮称)」2012年目途に法案提出 医療保険・介護保険関連改正法案/税制抜本改革とともに2012年以降関係法案を提出(財源確保とともに順次実施)	
共通番号関係	8月/パブリックコメントを実施、意見の検討 9月～10月/番号法案(仮称)作成等 秋以降/番号法案(仮称)を提出		番号法提出後に個別法の提出(税務分野・医療分野等)	
税制関係	与野党協議の状況を踏まえつつ、税制調査会における議論	税制改革案の取りまとめ	2011年度中に税制改正法案を提出	2010年代半ばまでに消費税を段階的に10%まで引上げ

## 政府「計画停電時にも電気がくる医療機関」を選定!?

### 大学、自治体、公的を優先。23区、茨城、千葉(一部)は「計画停電」実施せず

政府は8月5日に「万が一の計画停電時に通電される医療機関」のリストを公表した。

東日本大震災と福島原発事故に端を発した電力供給の危機に対して、政府は、東京電力、東北電力管内の今夏の電力需要を作夏ピークより15%抑える目標を設定、企業等の大口需要家に計画的な電力使用抑制を課した。

この電力使用抑制の対象から、あらかじめ届け出た医療機関は適用外とされている。

しかし、東北電力の一部水力発電所が豪雨の影響で供給停止に追い込まれて東電から電力融通を受ける事態が出

現するなど、両管内の電力需給は依然予断を許さない。

このため、政府は、内閣官房、厚労省、文科省、資源エネルギー庁の協議を踏まえ、万が一計画停電を実施するに至った場合に、公共性の高い機関・施設のうち医療機関については一部を計画停電の対象外とすることを決めた。

それによると、計画停電を実施する場合にも通電となるのは、①救命救急センター(東京電力管内、東北電力管内)、②周産期母子医療センター(東京電力、東北電力)、③災害拠点病院(東京電力、東北電力)、④自治体立病院(東京電力)、⑤地域医療支援病院(東京

電力)、⑥国立ハンセン病療養所、国立高度専門医療研究センター、国立病院機構、労災病院、社会保険病院、厚生年金病院(東京電力、東北電力)、⑦大学病院(東京電力、東北電力)の各医療機関。

ただし、万が一計画停電を実施する場合でも、東電管内の茨城県、東京23区、千葉県の一部地域は対象外となる(別

掲)。その結果、不実施地域を除く、計画停電の対象外該当医療機関は、東電管内で261、東北電力管内で112の医療機関となる。両管内で地域医療を守る民間病院は、地域医療支援病院を除くと、救急実施の有無にかかわらず計画停電の対象とされた。

今回の決定に対して、西澤執行部は「医療機関に重要・優先の格差はない。原則としてすべての医療機関を計画停電の対象外とすべきである」と異議を唱えている。全日病として、早急に要望書を関係先に提出する考えだ。

### □計画停電の不実施地域

(注釈がない地域は当該全域が対象)  
茨城県、東京23区、千葉県/浦安市(一部地域)、習志野市(一部地域)、我孫子市、千葉市美浜区、旭市、香取市、山武市、山武郡九十九里町

## 地域医療計画の弾力的運用を検討へ

### 規制・制度改革 自治体病院が対象 病床数削減の下、過剰圏の増床を可能とする方向

7月21日の行政刷新会議は「規制・制度改革に関する分科会第2次報告書」を了承、これを受けて政府は、7月22日に「規制・制度改革に係る追加方針」を閣議決定した。

「追加方針」は、行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」が今年1月26日にまとめた「中間取りまとめ案」のうち、「規制・制度改革に係る方針」(4月8日閣議決定)から外れた項目について引き続いて各省と協議を重ねた結果合意にいたった規制・制度改革項目からなる。

医療・介護等のライフインノベーション分野については「基準病床等の見直し」「訪問看護ステーション開業要件の見直し」など13項目が盛り込まれた。

「基準病床等の見直し」については、現在も、必要病床数を算定する全国一律の基準を廃止して、とくに一般病床に関しては各都道府県の裁量に委ねるべきとする意見が前出分科会には強いが、今回の閣議決定によって、事実上自治体病院に関しては、病床数の削減を条件に病床数過剰な2次医療圏の増床を可能とするなど、地域医療計画制度の弾力的な運用を検討する方針が打ち出された。

病院・診療所の譲渡についても、病床増加がない場合は都道府県知事による勧告の対象外とするなど、勧告の対象外となる範囲を明確化することが求められた。

## 全日病 公益社団への移行で対支部説明会

7月31日に本部会議室で開かれた「公益法人移行に関する説明会」に、全国47の支部・准支部から51人(36支部・准支部)が参加した。

説明会は公益法人制度改革に対応した全日病の移行作業の一環として開か

れ、支部関係者を対象に、①新法人のガバナンス設計、②移行にともなう現行支部体制の変更点の2点に関する執行部の考え方が説明された。(説明会の内容詳細は9月1日号に掲載)

## 災害復旧資金 融資条件をさらに拡充

### 福祉医療機構 二重債務には新規融資の償還期間延長、旧債務の条件変更を図る

独立行政法人福祉医療機構は、2011年度第2次補正予算が7月25日に成立したことを受けて、東日本大震災被災による二重債務への対応など、医療施設、社会福祉施設等に対する災害復旧資金の融資条件を追加的に優遇・拡充する措置を決め、8月10日に改定した。

二重債務者の旧債務については、1次補正予算成立にともなって「当面6ヵ月間の返済猶予、償還期間の延長」が図られたが、今回は「原則5年間以内の返済猶予、償還期間の延長」に加え、個別対応によって積極的な返済条件の変更を図るとしている。

追加的措置の概要は以下のとおり。

- 医療貸付事業(下線部が改定箇所)
- 1. 二重債務者\*となる施設限定の措置(償還期間の延長=病院、老健の場合)
  - ・建築資金/30年→39年

- ・機械購入資金/8年→15年(据置期間2年6月→5年)

\*二重債務者とは、旧債務(民間金融機関からの借入を含む)を有しつつ、東日本大震災から復旧するために新たに機構の融資を希望する医療機関等。

2. 長期運転資金の償還期間(据置期間)の延長  
10年(2年6月)→15年(5年)
3. 機械購入資金の貸付限度額を撤廃  
通常貸付の2倍→担保額を上限
4. 長期運転資金の無担保貸付限度額の拡大  
1,000万円→3,000万円

### □旧債務への対応

- ①原則として5年間以内の返済猶予、償還期間の延長。
- ②再生可能性がある医療・福祉施設の再建を支援するため、民間金融機関と協調し、積極的な条件変更(償還期間の延長、金利の見直し等)を行なう(個別対応)。



### 催し物のご案内 市民公開セミナー「医療と消費税」市民の皆さまも参加できます。入場無料です。

日 時 ● 8月21日(日) 14:00~17:00 (開場13:00)  
会 場 ● 日比谷公会堂(日比谷公園内。東京メトロ丸の内線・日比谷線・千代田線「霞ヶ関駅」下車)

#### 作家海堂尊氏が講演!

##### プログラム

##### 基調講演

- 海堂 尊(医師、作家)
- 堤 未果(ジャーナリスト)
- 今村 聡(日本医師会常任理事)

##### パネルディスカッション

- 海堂 尊(医師、作家)
- 堤 未果(ジャーナリスト)
- 今村 聡(日本医師会常任理事)
- 田辺 功(医療ジャーナリスト)
- 船本智陸(税理士)
- 伊藤伸一(四病協)

- 主催/日本医師会
- 四病院団体協議会
- 後援/日本歯科医師会
- 日本薬剤師会
- 日本看護協会
- 日本病院団体協議会
- 全国老人保健施設協会
- 東京都病院協会
- 東京都医師会
- 千葉県医師会
- 神奈川県医師会
- 埼玉県医師会