



全日病 NEWS 11/15

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.721 2009/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

入院基本料引き上げに支払側は拒否感示さず

一律引き上げには反対。一部引き上げは容認か。再診料は病診同点の方向

再開された中医協において、基本小委における2010年度改定の審議が急ピッチで進んでいる。議論がストップした社保審医療部会・医療保険部会をよそに、週2回、個別論点を取り上げて議論が展開されている。

これまでの中医協は、ややもすると事務局(厚労省保険局医療課)の進行管理にしたがって、概論から具体論へと議論を積み上げるスタイルだったが、一部委員交代を機に一変、主に診療側医科委員がリードする自由闊達な提起や提案が繰り返され、事務局の思惑を超えて支払診療各側がコンセンサスに近い認識を共有する場面も出現している。

これまでに、重要項目では、急性期

病棟における介護要員配置の評価(支払・診療側とも概ね合意)、医師事務作業補助体制加算の適用拡大と要件緩和(支払・診療側とも概ね合意)、ドクターフイーの要素の導入、入院基本料の一律引き上げ(支払側は一部引き上げに含みを残す)、再診料の病診同一点数(支払・診療側とも概ね合意)、外来管理加算の5分規定(支払側に別途要件の導入もしくは初再診料と一体議論という意見あり)、在宅療養支援病院の要件緩和(支払・診療側とも概ね合意)、在宅療養支援診療所の要件緩和(日医系委員が提案)が組上りのほり、多くの項目で方向性が生じている。

中医協は、12月18日をめどに主要改



▲11月6日の基本小委開催の前に意見交換する診療側医科委員(右から2人目が西澤会長)

定項目の議論を一巡させる考えで、その前に改定率に関する意見書をまとめ

る方針だ。(4・5面に改定審議の記事を掲載)

「診療所を優遇してきた配分を見直すべきである」

行政刷新会議「事業仕分け」 10年度改定で行政刷新会議が注文。病院を手厚くするための“条件”

2010年度政府予算編成に向けて各省から示された概算要求(約95兆円)を3兆円削減する作業を進める行政刷新会議は、11月11日から予算の無駄を洗い出す「事業仕分け」を開始。第1日目に検討対象として「診療報酬の配分(勤務医対策等)」を取り上げ、「診療所を優遇してきた診療報酬の配分を見直すべきである」という評価を下した。(3面に議論要旨を掲載)

「事業仕分け」は、民間有識者など56名、民主党議員7名、政務官2名(内閣府と財務省)の計65名が評価者となり、当該施策・事業について、所管官庁から直接実態や成果等をヒアリングしながら、その可否を判断するという行政チェックの方法をいう。

民間有識者を交え、公開で行なうことによって予算チェックに透明性を確保するとともに、報道の力を借りて国民の関心を高めるという目的もある。法的拘束力はないが、各WGの評価結果は行政刷新会議の全体会議で方針化された後、財務省が予算編成を行なう上で概算要求の査定方針に引き継がれる。

行政刷新会議は11月11日～17日と24日～27日の日程で仕分け作業に着手した。

厚労省関係予算の洗い出しは、21名の民間人で構成される「第2ワーキンググループ」が担当。診療報酬については枝野幸男衆議院議員がとりまとめ役とな

り、足立信也参議院議員(厚生労働大臣政務官)を含む16名のメンバーが参加して、予定1時間のところ80分にわたり行なわれた。厚労省からは外口崇保険局長、佐藤敏信医療課長ほかが出席した。

「診療報酬の配分」というテーマは、限られた財源の中で病院勤務医の負担軽減などに実効性のある改定を実施するためにはこれまでの医療費配分の仕方を大きく変える必要があるという視点から、2010年度診療報酬改定における配分見直しの可否を検討するために取り上げられた。

民主党はマニフェストに、急性期病院を中心に手厚い診療報酬を実現する、診療報酬も増額すると書き込んだ。それだけであれば、改定率で財源の大枠を保障して中医協の審議に委ねればよいのだが、鳩山政権には、これまでの硬直した医療費配分を変えなければ単なるばら撒きになりかねないという危

機感があることから、「事業仕分け」という政治主導によって改定作業に介入、その評価結果を突き付けることで厚労省に改定方針を飲ませるかたちとなった。

この辺りを、11日の仕分け作業で枝野議員は、「診療報酬改定という事業は継続か廃止かを問う性格ではない。

「特定の診療科に手厚くなっている」

冒頭、外口保険局長は、10年度改定に関する厚労省の考え方を説明した。その後、財務省の主計官が「国民負担を増やすことなく現下の医療崩壊に対処していくべきかと考える」として、①診療報酬総額の伸びに公務員人件費カットやデフレ傾向を反映させる、②収入が高い診療科の報酬を見直す、③開業医の報酬を勤務医と公平になるように見直す、という3点を配分見直しの切り口として提案、「これによって捻出される財源を病院勤務医対策に充てるべきである」と主張した。

これを皮切りに、WGのメンバーから次々と質問・意見がくりだされた。質問・疑問の多くは診療所しかも「特定の診療科に手厚くなっている」配分に向けられ、「こうした配分の構造を変えなければ目的は果たせない」と論じた。

病診格差については、初再診料を同一にするだけでなく「病院の方を高くすべきである」という意見も出た。そうした延長で、一物一価という考え方を否定する意見も示された。あるいは、中医協に対して、「委員は公益委員のみとすべきだ。病院経営者は専門委

したがって、典型的な仕分け作業とは異なる。診療報酬の詳細は中医協が決めること。しかし、医療費の総額を増やすかどうかという前に、外部の人々の前で、制度のあり方や決定プロセスにかかわる視点を含めて一つの方向性が出れば、今後の改定に生かしていただくという流れになろう」と説明した。

員でよい」という極端な見解を示すメンバーもいた。

全体として、これまでの配分が主に開業医の収入を安定させることに役立つ、病院勤務医が置き去りにされてきたという見地から、診療報酬の配分方法を大きく改める、ドラスティックな改定を求めるものであり、長年、そうした改革に手をつけられなかった厚労省を厳しく指弾する意見が大勢を占めた。

こうした議論の流れに、足立政務官が苛立ちを表わし、取りまとめ役の枝野議員に反論するという一幕もみられたほどだ。

ただし、厚労省との応酬において、病院勤務医への報酬支払(給与等)を開業医(診療報酬)と同列に扱ったり、「医師の能力に応じて診療報酬を決めるべきだ」と米国式の技術料評価を求めたり、診療報酬が及ぼす効果の限界をわきまえない診療報酬万能論がうかがえるなど、わか仕込みの知識で診療報酬を論じる場面も散見され、診療報酬のあり方を論じることの難しさがあらためて感じられた「事業仕分け」となった。

(6面下段に続く)



清話抄

「子育てと教育」

教育とは現世代から将来の世代へ当然払わなければならない責任 ピーボディ

民主党に政権が代わり、マニフェストにある子供手当や、公立高校の無償化などの問題がニュースなどでも盛んに

取り上げられている。

子育てと教育については、切り離すことができないと思う。子育てをどうするかということがわかれば、教育をどうすればいいかも分かるはずである。

その時に大切なのは、子供をどういう人間に育てたいのかということではないか。親、会社、国にとって都合のいい人間を創るのであれば、今のままの教育でいいのかもしれない。しかし、変化の激しい、今の時代に合った教育、

もっと人間の本質に根ざした教育とはどんなものだろうか、それを真剣に考え、実行することがもっと大切なのではないか。

少子高齢化社会に突入と言われているが、未来を背負う子供たちをどう教育していくかにより、国としての社会保障制度も変わってくるはずである。

世界の中で、「日本は、老人、子供、女性に一番冷たい国」だと言われている。安心であり、安全な国にしていくため

にも、国の財源をどこに使うかということも今一度考えてほしいと思う。選挙対策のための公約だけでなく、先を見据えた政治を求めたい。

今回の衆議院選挙では若い代議士がたくさん選出されたが、次の選挙では実社会での経験をふまえた人たちに立候補していただき、医療業界はもちろんであるが、子供たちへの明るい未来を感じられるような国作りを是非、実現していただきたいものだ。(澄)

主張

民主党に望むこと。それは現場の声を聞き、現場を見ること。その上で医療・介護の関係者と勉強会や意見交換を行なうこと。

民主党のマニフェストについては、「業務分担」に関わる部分は賛成である。医師でなくても良い仕事を看護師に、看護師でなくても良い仕事を他の職種へ移管し、医師・看護師のマンパワー不足の解消と効率的な運営を目指すべきである。「業務分担」については、全日病も病院のあり方委員会で検討中である。

「介護労働者の賃金の月額4万円引き上げ」は大いに評価するが、介護保険事業だけでなく、医療保険事業に従事する介護者にも同様にされるべきであろう。さらに、介護職員

のみでなく、様々な職種も処遇改善の対象とし、交付金を継続的・包括的に事業者へ交付することを望む。

懸念のひとつは官民格差である。民主党の医療政策のブレンが大病院の医師で、民間の中小病院や診療所の実態が反映されていない危惧を感じる。官が行う事業と民が行う事業では大きなハンデキャップがあり、イコールフットリングの環境を整えるべきである。

制度・政策については、目先のことだけではなく、本来あるべき医療・介護の姿を未来から現在へと投影し

て将来のシミュレーションをするべきであり、本件については、「あり方委員会」や「シンクタンク」に期待するところが大きい。

重要なのは、現場を重視した、国民のための良質な医療と介護を提供する仕組み作りである。そのために、良い医療制度、良い介護保険制度を目指して互いに力を合わせて、バージョンアップする必要があるが、医療・介護に関しては、一部の国会議員はよく勉強しているものの、大半の国会議員は勉強不足の感が否めない。

典型的な例を示すと、療養病床が

医療保険と介護保険の両方の制度の中で存在していることも理解していない国会議員が少なくない。こうした勉強不足、理解不足も医療崩壊を招いた大きな要因の一つであると感じる。官僚も政治家も、もっと現場の声を聞き、現場を見てほしい。その上で、医療・介護の関係者と活発的に勉強会や意見交換会を行ってほしい。

2,200億円削減、救急医療、後期高齢者医療制度、療養病床再編等、大変な医療崩壊の「がけっぷち」に直面しているが、民主党連立政権に期待したい。(A)

改定方針の議論が2カ月中断。医療保険部会は再開へ

社会保障審議会 改定の検討チームが発足。改定率や改定基本方針を策定？

2010年度診療報酬改定の基本方針を策定する社会保障審議会の医療部会、医療保険部会が7、8月に2回開催された後休会になり、2ヵ月半が過ぎた。新委員の任命を終えた医療保険部会はようやく11月16日に再開することが決まったが、医療部会は11月13日現在、開催のめどが立っていない。

医療部会の運営を担当する厚生労働省医政局総務課は、「医療部会を開催せよとも、開催するなども大臣の指示は出ていない。現在は、政権交代による新たな意思決定スタイルがどう確立されるか見守っているところだ」(担当官)と、苦衷を隠せないでいる。

改定基本方針議論がストップする中、中医協の基本小委は11月から急ピッチで各論の議論を進めている。

一方、行政刷新会議による「事業仕分け」作業は11月11日の会合で「診療報酬の配分」を取り上げ、医療費を病院勤務医や急性期病院等に重点的に配分する視点を打ち出した。

そうした中、10年度改定の基本方針

や改定率を策定するチームが11月6日に発足、14日に2回目の会合を開いた。メンバーには医療経済や経営系の大学教授と、臨床系からは医学部教授などが選ばれている。

メンバーは10名前後になるとみられるが、厚生労働大臣の直轄下、政務3役のアドバイザー的位置づけであり、法制上の根拠をもたない非公式なチームとされ、一切公表されていない。

こうした状況下で、医療保険部会は改定基本方針の議論を再開するわけだが、33兆円の医療費に直結する診療報酬の大枠を決めるプロセスが錯綜しているのも事実。

「政権交代による新たな意思決定スタイルがどう確立されるか」、厚労省の役人だけでなく、医療関係者は固唾を飲んで見守っているが、まさに、情勢は混沌としている。

再開となった10月30日の中医協総会に出席した足立信也政務官は、「私たちは党の方針を審議会で認めさせ、それを中医協に降ろすということは考えて

いない」と述べたが、その一方で、医療部会と医療保険部会の議論が担保さ

れないとしたら、何とも解せないところだ。

社保審医療保険部会の委員選出を発表

厚生労働省は10月30日、社会保障審議会医療保険部会の委員選出を発表した。任期満了を迎えた6人の委員のうち大学教授の2人が再任され、4人が新たに任命された。4人の内訳は、全国骨髄バンク推進連絡協議会会長、看護

系大学院教授、長崎県諫早医師会長、早大教授からなる。

全21人の委員のうち、医師会が2人、歯科医師会、薬剤師会、看護系有識者が各1人いるが、病院団体もしくは病院関係者は皆無だ。

厚労省が高齢者医療制度改革会議を設置

厚生労働省は11月6日、「三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行う」として、「高齢者医療制度改革会議」を設置することを発表、19名からなる委員名簿を公表した。

同時に、新たな制度のあり方の検討に当たって以下の6項目を基本とする考えを明らかにした。

①後期高齢者医療制度は廃止する

- ②マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥市町村国保の広域化につながる見直しを行う

「電子レセに傷病コード、診療行為日等の記載を求む」

支払基金が要望。国が収集するデータの分析業務委託も求める

社会保険診療報酬支払基金は11月6日、「電子レセにふさわしく、審査上必要な詳細事項をレセプトに記載してほしい」とする要望書を厚生労働省保険局長に提出。電子レセプトに記載する上で、傷病名マスターにもとづいた傷病コード、複数科受診時の診療科コード、診療行為を行なった日付、のそれぞれ記録を義務化するよう求めた。

また、同要望書で、レセプトにもとづく診療情報や特定健診等のデータを調査分析する委託先に支払基金を指定するよう訴えている。厚生労働省が法律に基づいて収集する情報は、現在、基本的には同省の直接管理の下で保存・

分析されている。

支払基金の要望事項は要旨以下のとおり。

■審査支払業務の改善に必要な制度等の見直しに関する要望(抜粋)

○電子レセプトに記載する傷病名は、すべて傷病名マスターに登録されている傷病名に対応したコードを用いること。(支払基金による参照データ/電子レセにおける、傷病名が9割以上コード化されているレセ電導入医療機関の割合は27.1%、傷病名が一切コード化されていないレセ電導入医療機関の割合は1.3% - 2008年10月請求分)

○複数診療科を有する病院の電子レセ

には受診した診療科コードを記録すること。

○医科・歯科の電子レセに記載する診療行為には、これを行なった日付を記録すること。

■レセプト情報の有効活用に必要な事項(要旨)

○ナショナルデータベース(NDB)を用い

レセ電算割合は63%、診療所も5割を超える

社会保険診療報酬支払基金の発表によると、レセプト電算処理システム(医科)の普及率(支払基金ベース)は、2008年度末に50.2%(病院82.3%、診療所38.9%)と過半数に達し、09年9月末現在で62.9%

た調査分析などの業務は、国とともに支払基金においても、これを行なうことができるよう必要な措置を講じていただきたい。

(理由) NDBの膨大なデータを利用した地域や全国レベルでの調査分析を体系的・継続的に実施していくためには、国が直接にすべてを行なうのではなく、外部委託が必要。

支払基金は高齢者医療確保法(編集部注:医療費適正化計画)でNDBを用いた調査分析業務の委託先の1つに規定されている。

と6割を超えた。

内訳は、病院が92.5%(400床以上98.0%、400床未満88.7%)、診療所が50.9%と、診療所も過半数を超えた。

民主党案は次期通常国会に上程される?

日病協・死因究明制度WG 民主党を招き、再度のヒアリングを企画

日本病院団体協議会の「診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ」は11月9日、医療事故調に関する民主党案の本格的な検討に着手した。

民主党案に対する意見を各団体から発表してもらった結果、議論すべき点が多岐にわたることが判明、次回会合に再度民主党関係者を招聘して詳しい説明を求めることを確認した。

「死因究明制度等に係るWG」は8月4日の会合に民主党の足立信也参議院議員(現厚生労働大臣政務官)を招いて、民主党がまとめた診療関連死の死因究明制度に関する考え方を聞いている。

同日のWGに、深尾座長は、WGにオブザーバー参加している厚労省「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」の堺秀人委員

が提出したペーパーを紹介した。

その中で、堺委員は、足立政務官は「厚労省がまとめた大綱案のよい点は取り入れるとしている」ことを明らかにする一方で、民主党に「来年1月からの通常国会に法案を提出する方針がうかがわれ、その場合に、“医療事故等に関する患者支援法案”をそのまま上程する可能性が大きい」という観測を示している。

各団体からは、民主党案に対する疑問と意見が示された。

飯田常任理事は、「安全調と事故調

を明確に分けるべきである」とする全日病の立場をあらためて確認。その上で、「民主党案は、安全だけではなく、医師法、薬事法改正と広範囲にわたる内容からなるので十分議論する必要がある。ただし、その内容の一部は全日病案の中の事故調に対する考えと近いものがある」と発言した。

民主党案には不明な点が多いこともあり、同日は、議論を深めるまでには至らなかった。そのため、WGは、次回会合に足立政務官の出席を要請することを確認した。

収支差額 一般病院は-4.5%。100床以下は軒並み赤字幅を拡大

2009年の実調結果 医療法人は+2.1%、公立は-15.5%。背景に人件費の“公私格差”

10月30日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は2009年医療経済実態調査の結果を報告した。今回の実調は今年6月単月の収支状況とともに、今年3月末までに終えた直近事業年の収支状況も初めて調査している。

それによると、今年6月単月の1施設当たりの収支差額(構成比)は、一般病院が-4.5%と、前回(07年6月)調査の-5.0%からは若干縮小したものの、いぜん赤字経営から脱却できないでいる。病床規模別で見ると、20~49床が+1.4%から-7.3%へと大幅な落ち込みを示したほか、50~99床も-1.5%から-3.0%へ、100~199床は-2.1%から-3.9%へとそれぞれ赤字幅を広げるなど、08年改定が中小病院の収支を一段と悪化させたことがあらためてうかがわれる結果となった。

これに対して、200~299床は-4.4%から-4.3%へ、300~499床は-5.9%から-5.7%へとわずかながらも好転。500床以上については-9.4%から-3.7%へ大きく改善している。ただしいずれも赤字であることには変わりがなく、「大病院に配慮した」前回改定をもってしても、病院経営の黒字転換はできないという厳しい現実をあきらかにした。

一般病院の収支差を開設者別に見ると、「公立」は-15.5%(前回は-18.0%。以下同様)と、引き続き困窮をきわめている。「公的」も-1.3%(-2.6%)と水面下の経営を余儀なくされている。

これに対して「医療法人」は+2.1%(+1.4%)とわずかながらも黒字を伸ばし、国立病院も+2.1%(+0.3%)と改善をはたした。「社会保険関係法人」も+0.8%(+1.6%)と辛うじて黒字を確保した。

一方、「個人」は+5.2%(+6.2%)と、前回と同様、最大の黒字となった。これについて、事務局は、「収益が(建物や設備への投資など)内部資金に充てられることが考えられる」と説明した。

一般病棟入院基本料について収支差をみると、「7対1」は-4.1%(-3.0%)と前回より赤字幅が拡大した。これに対して、前回改定で点数が引き上げられた「10対1」は、-9.0%から-7.4%へ改善をはたしたが、「13対1」は-6.1%、「15対1」は5.3%と対照的な結果となった。

病院の機能別に収支差をみると、特定機能病院が+1.4%とひとり黒字を記録、他はおしなべて赤字となっている。亜急性期入院医療管理料算定病院は-4.7%と厳しい状況にある。特定機能病院を除くDPC対象病院も-5.2%へ大きく落ち込んだほか、回復期リハ算定病院も-2.6%と低迷している。

6月単月の一般診療所院長の平均月給は208万円と前回調査からほぼ横ばいであったのに対して、病院勤務医は123万円と4.5%増え、勤務医の処遇改善を図った前回改定の効果が若干ながら表れている。

一般病院について人件費比率をみると、医療法人の53.7%に対して、公立病院は60.5%と7%近い差がついている。これを、通年の看護職員給与と比較すると、公立病院の看護職員給与は個人病院よりも36.7%、事務職員の給与は78.1%も多く、“公私格差”が如実にみとれる。

今回は、直近事業年度の通年による収支差も初めて集計した。それによると、一般病院が-3.5%の赤字となった。一般病院を開設主体別にみると、「公

立」の-14.7%に対して、「個人立」は+6.8%と一定の収益を確保している。

一方、直近事業年の一般診療所院長の年収は平均2,521万円。これに対して、病院院長の年収は平均2,639万円であっ

たが、勤務医は1450万円にとどまった。一般病院勤務医の年収は、医療法人では平均1,550万円だったが、公立病院では同1,326万円と100万円以上の差がついている。

第17回医療経済実態調査報告(2009年6月実施)

実調は病院(医科)については1,619施設(抽出率1/5)を対象に6月に実施、917施設(有効回答率56.6%)から有効回答を得た。別に、特定機能病院および子ども病施設(有効回答率56.6%)から有効回答を得た。別に、特定機能病院および子ども病施設は全施設を調査客体にした。

09年6月分の集計結果 単位は% (構成比率)

●一般病院開設者別の損益状況(介護収益が2%未満)

	国立	公立	公的	医療法人	個人	全体
損益差額(収支差額)	2.1	-15.5	-1.3	2.1	5.2	-4.5

●病院機能別の損益状況(介護収益が2%未満)

	特定機能病院	DPC病院	子ども病院	地域医療支援病院	回復期リハ算定病院	小児入院医療管理料算定病院	亜急性期入院医療管理料算定病院	ハイケアユニット入院医療管理料算定病院
損益差額(収支差額)	1.4	-5.2	-8.9	-1.4	-2.6	-4.5	-4.7	-1.5

●一般病棟入院基本料別の損益状況(介護収益が2%未満)

	7対1	10対1	13対1	15対1
損益差額(収支差額)	-4.1	-7.4	-6.1	5.3

●一般病院の損益状況(規模別・介護収益が2%未満)

	20~49床	50~99床	100~199床	200~299床	300~499床	500床以上
損益差額(収支差額)	-7.3	-3.0	-3.9	-4.3	-5.7	-3.7

●職種別常勤職員の1人平均給料月額等(開設者別・介護収益が2%未満) 単位:円

	国立	公立	公的	医療法人	個人
病院長	1,611,114	1,651,115	1,785,512	2,626,975	-
医師	1,252,627	1,312,404	1,143,606	1,287,815	1,353,910
看護職員	451,124	497,489	429,467	381,381	368,973

直近事業年の集計結果 単位は% (構成比率)

●一般病院開設者別の損益状況(介護収益が2%未満)

	国立	公立	公的	医療法人	個人	全体
損益差額(収支差額)	-0.2	-13.7	-1.5	1.4	6.8	-4.4

●職種別常勤職員の1人平均給料年(度)額等(開設者別) 単位:円

	国立	公立	公的	医療法人	個人
病院長	19,115,676	19,747,168	21,369,233	31,703,290	-
医師	13,724,165	14,964,504	13,264,693	15,503,555	15,353,669
看護職員	5,311,986	5,959,553	5,082,392	4,581,668	4,360,509

厚労省「事業仕分けで出た意見を中医協に反映させる」

行政刷新会議「事業仕分け」再診料格差の是正や診療科で配分を変えるなど、配点作業に“宿題”が

行政刷新会議による事業仕分け-第2WG「診療報酬の配分(勤務医対策等)」の議論要旨 11月11日 ※1面記事を参照

WG 中医協は今まで国民の信頼を受けていたか。過去に贈収賄の事件も起こしている。国民の本当の信頼が得られていないのであれば中医協はなくなってもよい。専門委員に製薬企業が入っている、診療側も基本は経営者だ。公益委員のみとし、診療側は専門委員となるべきだ。この数年間の悲惨な医療の下、中医協は何ら役割を果たしていない。

WG 病院診療所どちらでもクオリティの高い医療が受けられればよい。自由開業制と自由標榜の下、クオリティは保証されていない。この状況で高い報酬を支払うことに疑問がある。

厚労省 クオリティについては専門医制度などに取り組んでいる。

WG 診療所の収益は整形外科、眼科、皮膚科が際立って多い。これはクオリティを反映した上でのことか。

厚労省 結論的には医師の能力に従って払うという仕組みはないが、加算を増すなど色々と工夫はしている。

WG 物価が下がっても診療報酬は変わらない。医師の収入は物価が下落した分、購買力が上がっていると解釈してよいか。

厚労省 よい。

WG そうなると診療報酬の上げ下げは物価が重要なファクターと考えられないか。

WG 皮膚科や整形外科がここ10年で非常に増えている。配点が影響していないか。

厚労省 そういう部分はある。整形外科の場合は受診患者の増加もある。

WG 医学部の段階で診療科の定数は決めなくてよいのか。

厚労省 後期研修の中でそうした視点も議論されつつある。

WG どうすれば勤務医不足が解消すると考えているか。

厚労省 医師不足は、患者のニーズ変化、平均在院日数の短縮化、医師の人口や男女構成比の変化、地域格差など複合的な要因からなる。

WG 病院勤務医の疲弊や病診格差をなぜ放置してきたのか。

厚労省 本日のご意見を中医協に報告し、反映させたい。

WG 診療報酬で医師の能力を評価するべきではないか。

厚労省 学会等で決められた能力水準があれば、それにもとづいて一定評価することはあり得る。

WG 求められる診療科の報酬を上げて需給のバランスを回復させるという考えはあるのか。

厚労省 科ごとに差をつけることはこれまでは理解が得られなかった。その考えを中医協に反映させたい。

(WGから報酬=給与と診療報酬がオーバーラップした意見が続く)

厚労省 診療報酬はハコにつけるもの。直接個人に払うという仕組みにはなっていない。

WG 病院と診療所で再診料が違う背景を説明してほしい。

(厚労省が診療報酬改定の経緯を説明)

WG 受診行動の誘導というのが結果は逆だ。初再診料などは、むしろ、病院の方が高くてよい。

WG 税金や保険料が投入され、役所によってプライシングされているのに、特定の科や特定の医療機関の診療報酬が高止まりしている。これは役所によるプライシングの失敗ではないのか。

厚労省 この10年を別とすると、WHOが評価したように、うまく医療を運営してきたといえるのではないか。

WG 厚労省は開業医と勤務医の収入格差について実態を把握しているのか。

厚労省 実調の範囲で承知している。これは厚労省ではないが、2007年10月の中医協に、社保・税等控除後の収入として「開業医が1,270万円、勤務医が

970万円」というデータが出された。これによると実質大きな差はないようだ。

WG それほどのデータか。

厚労省 日本医師会だ。

WG あとどのくらい医療費を投入すれば医療崩壊は防げると考えるか。

WG 医師優遇税制による軽減額を明らかにしてほしい。また、事業税減免の延長申請をしている。

厚労省 担当部局ではないので分からない。

WG 資料請求したい。いったいに厚労省は医療崩壊を認

めているのか。

厚労省 担当官庁としてそれを認めるものではないが、そういうご指摘があることは自覚している。

WG 診療報酬が与える影響は実に大きい。例えば7対1看護の導入によって地方の中小病院はいかに厳しい立場に置かれたことか。

WG 医師についても厚労省は一貫して「足りている」としてきた。プライシングを含め、すべて行政は誤ってきたのではないか。

WG 総合診療科に対する評価が低いのではないか。

WG 病院と診療所に差をつけるべきだ。一物一価を改めるのは国民の当然の声だ。しかし、前改定もそうであったが、中医協は結論を出せないだろう。

厚労省関係予算の主な「事業仕分け」対象

- 8020運動特別推進事業
- 健康増進対策費(地域健康づくり推進対策費)
- 労災レセプト電算処理システム
- 介護予防事業(地域支援事業の一部)
- 介護サービス適正実施指導事業
- 介護支援専門員資質向上事業
- 診療報酬の配分(勤務医対策等)
- 柔道整復師の療養費に対する国庫負担
- 後発品のある先発品などの薬価の見直し
- 入院時の食費・居住費のあり方
- レセプト審査の適正化対策
- 国保中央会・国保連に対する補助金(国保連・支払基金の統合)
- レセプトオンライン導入のための機器の整備等の補助
- 社会保障カード
- 国立保健医療科学院の養成訓練及び試験研究に必要な経費
- 医師確保、救急・周産期対策の補助金等(一部モデル事業)
- 健康増進対策費(女性の健康支援対策事業委託費)
- (独)福祉医療機構

再診料の同一点数化へ、支払・診療側とも同意

医師事務作業補助体制加算の適用拡大・要件緩和はほぼ同意

2010年度診療報酬改定の議論 10/30～11/11 診療報酬基本問題小委員会

■10月30日

2010年度改定 今後の主な検討項目例について (中医協会長メモ)

○前回改定の実施状況や検証部会における検証結果、これまでの中医協や社会保障審議会における議論の状況等を踏まえ、今後検討を進めていくこととなる主な項目としては、例えば、以下のようなものが考えられる。

【今後の主な検討項目例】

救急医療、周産期医療、小児医療、勤務医の負担軽減、初・再診料、入院料、DPC、チーム医療、リハビリテーショ

ン、在宅医療、訪問看護、がん医療、認知症対策、精神医療、感染症対策、医療安全、歯科診療報酬、調剤報酬、医療技術の適正評価(手術料等)、後発医薬品の使用促進、後期高齢者医療制度に係る診療報酬、明細書等

○上記の項目は網羅的なものではなく、今後の議論等を踏まえ、適宜追加していくことを前提としている。

2010年度改定 小児医療等の評価

【論点】

1. 小児入院管理料を算定する医療機関について、小児救急医療等の病院の果たしている役割に応じてきめ細かく診療報酬上で評価することをどう考えるか。
2. 小児の初期救急について、地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取組の診療報酬上の措置についてどう考えるか。
3. 時間外の軽症受診患者に対する診療報酬上の措置についてどう考えるか。また、多数の受診者から緊急度の

高い受診者を優先して治療する体制に関する診療報酬上の評価についてどう考えるか。

4. 重篤な小児患者の受け入れ体制を確保する観点から、超急性期の小児の救命医療やそれに引き続き急性期の小児専門の集中治療が行える専門医療機関の診療報酬上の評価についてどう考えるか。また、患者搬送等も含めた医療機関間の連携体制に関する診療報酬上の評価についてどう考えるか。

5. 小児に対する手術等の診療報酬上の加算についてどう考えるか。

2010年度改定 病院勤務医負担軽減策①

【論点】

1. 診療報酬による対応に一定の限界がある中で、医師や従事者の待遇の向上について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。(勤務状況や報酬)
2. 病院勤務医負担軽減のための実効性のある計画を策定周知するための方

策について、診療報酬上どのように考えるか。

3. 臨床現場の状況に応じた医師事務作業補助者の配置についてどのように考えるか。

(10月30日の議論については11月1月号を参照)

■11月4日

●DPCについて

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会の西岡分科会長が「新たな機能評価係数に係る特別調査」の結果について報告した。(特別調査結果にかかわるDPC分科会の議論は11月1日号を参照)

調査で取り上げた、「救急医療」「ガイドライン」「チーム医療」など6項目の係数案について、「まだ、6項目に関

する結論は出ていないが、病院間の差が明らかになる指標は候補として採用したい」と説明、「救急とチーム医療は係数に採用できる可能性がある」という見方を示した。

佐藤医療課長は「この調査結果から新たな係数候補を導いて、早期に基本小委に諮りたい」と、絞り込みを急ぐ考えを明らかにした。

2010年度改定 有効な病院勤務医負担軽減策② 病院内における役割分担について

【課題】

1. 病院勤務医の負担軽減を図るためには、医師が行っている業務のうち、医師でなくても対応可能な業務について、他職種と役割分担を図ることが重要だと考えられる。具体的には以下の業務について、看護師等の医療関係職が担うことが可能とされているにも関わらず、医師が担っている実態があると考えられる。

職が分担できる業務量が増加することが想定される。

例)

- ・ベッドメイキング
- ・院内の物品の搬送・補充、患者の検査室等への移送
- ・画像診断フィルム等の整理
- ・入院時の案内(オリエンテーション)
- ・入院患者に対する食事の配膳

【論点】

1. 病院内における医師以外の医療関係職が担う役割について、診療報酬上の評価をどう考えるか。

2. 医療関係職と事務職員等の役割分担について、診療報酬上の評価をどう考えるか。

【議論】

前回改定で導入された医師事務作業補助体制加算が取り上げられ、安達委員(京都府医師会副会長)は「事務クラークの配置で医師は確かに楽になった。しかし、今の点では必要な数だけクラークを置けず、まだ十分ではない。また、現在対象の病院以外にも適用を広げるべきではないか」と提起した。

西澤委員(全日病会長)も「同加算の適

用拡大と要件緩和」を提案するとともに、論点について、「この2点に関する具体案を次回に示してほしい」と求めた。

診療側委員からドクターフィーの導入を求める声が上がる中、邊見委員(公私病院連盟副会長)は、医療崩壊を阻止する上でそれに代わる重要施策として、入院基本料の引き上げを提起した。西澤委員は、ドクターフィーについて、「病院経営者は全体のバランスを図りながら病院を運営している。手術1つとって

も、各職種のスタッフがおり、医療機器、材料費、備品代がある。医師一人で成り立っているわけではない。各病院で事情が違う中、医師の給与が決まられてしまうと混乱が生じる。問題は全体に底上げが必要なことである」と主張、入院基本料の引き上げこそ医療崩壊からの脱却を可能とすると訴えた。

診療側から出たドクターフィーは、その後「ドクターフィー的要素」に変更された。

2010年度改定 精神医療について

【論点】

1. 長期入院患者等が円滑に地域移行するための更なる支援について
2. 地域における精神障害者の支援や

障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神科デイ・ケア等の診療報酬上の評価についてどう考えるか。(議論の内容は省略)

■11月6日

●小児・産科・救急に対するヒアリング

産科医療、新生児医療、救急医療、小児救急医療の各専門家がヒアリングに応じ、それぞれの分野について現状と課題について述べ、診療報酬に対する要望内容を説明した。

【議論】

産科救急の専門家は「診療科を問わずきちんと働いている勤務医を評価してほしい」と述べ、評価の対象は全科に及ぶという認識を示した。これと関連して、ドクターフィーの導入を求める意見が多く出された。

救急医療に関しては、3次だけでなく、2次救急を支援することも急務であるという声が各専門家からあがった。

救急医療における提案には、救急医

療管理加算の対象を拡大し、重症患者だけでなく、「救急車により救急患者を受け入れた場合に軽症であっても算定可能とし、重症を受け入れた場合にはさらに増点する。また、病院群輪番制の当番日でなくても算定できるようにする」というものが含まれている。

DPCにおける救急の評価も取り上げられ、「搬送から一定時間は出来高にするべきである」という指摘が、救急医療専門家と診療側の双方からなされた。

満床傾向のNICUについては、在宅移行を促す施策として、レスパイトを支援する在宅支援管理料、人工呼吸器装着患者を引き受ける在宅医への評価が提案された。

2010年度改定 初・再診料について

【論点】

1. 病院と診療所の役割分担と初・再診料における評価
2. 各診療科が担う役割と初・再診料における評価
3. 外来管理加算の診療報酬上の評価

【議論】

病診格差が残る再診料について、診療側の安達委員と鈴木委員(茨城県医師会理事)は診療所の点数を引き下げることには難色を示したが、病院の点数を診療所の点数まで引き上げる方向で統一すべきという見解を表わした。

支払い側からも点数の同一化を求める意見が出た。病院の60点を診療所の71点まで引き上げるには50億円かか

ると医療課は見込んでおり、改定率との関係もあり、決着まで時間がかかりそうだ。

外来管理加算の5分規定については、発言した診療側委員はすべて撤廃を主張した。これに対して、支払い側は「時間で規制するのはどうか」としつつも、「加算の分かりやすい条件は必要。さらに、診療科によって初再診料と加算のウエイトが異なる。科別で考える必要もある」と、別途の加算要件に含みを残した。

診療側の病院系委員は、複数科受診時の2科目以降にも初再診料の算定を認めるべきではないかと主張、検討を提起した。

■11月11日

2010年度改定 認知症対策について

【論点】

1. 認知症に係る入院では条件が整えば退院可能な患者が多くいる。適切に介護保険と連携し、認知症のネットワーク(相談・支援体制)整備を進めていくために、診療報酬上どのような対応が考えられるか。
2. 療養病棟では医療やADL区分に応じた評価が行なわれているが、精神療養病棟では、患者の病態によらず一定の評価となっている。認知症入院患者にはADLへの濃厚な支援が必要との指摘もあるが、診療報酬上どのような対応が考えられるか。
3. 認知症の外来医療について、専門医療機関と地域のかかりつけ医が連携して医療を提供していくため、診療報酬上、どのような対応が考えられるか。

【議論】

主に認知症疾患に対する入院医療について議論。認知症のネットワーク整備を進める上で、厚労省は、鑑別診断から始まってBPSDや急性期の身体合併症治療等が可能な「認知症疾患医療センター」に管制塔的な機能を持たせた医療連携をイメージしている。

しかし、全国500カ所の目標に現在は50カ所しかない。診療側鈴木委員は「センターは偏在しており、患者を遠くに連れて行くことはできない」と指摘。「地域で精神病棟等に紹介していく仕組みにしていくべきではないか」という疑問が出た。

論点にある「ADLへの濃厚な支援」について、医療課長は「妄想や暴言暴力など手間のかかる周辺症状への対応

在宅療養支援病院は要件緩和の方向

急性期病棟における介護要員配置の評価も概ね一致!!



▲再開された中協協で挨拶する足立政務官(10月30日)

を評価していく必要がある。通常のADLよりは広い概念でみていく必要があるのではないか」と説明、介護におけるADLと異なる基準を導入する考えを示した。

支払側からは区分評価は難しいのではという疑問が示されたが、診療側嘉山委員は「医学的に区分評価は問題ない」と反論。「問題は、診断後に、精神病棟に入る以外に2次圏に受皿がないことだ。精神病棟の前段階の受皿が必要」と提起、「2次圏で受皿となる地域の病院を手厚く評価すべきだ」と、認知症病棟、精神療養病棟以外に療養病棟にも受皿機能を期待する事務局の

考え方を支持した。

さらに、「精神科病院は満杯であり、認知症患者は地域の中小病院でみるしかない。そうした点を評価するよう」提案した。

認知症患者の身体合併症について、鈴木委員は、「身体合併症は精神科病院でも診れること、逆に、一般病院も認知症を診れるようにすることが必要。急性期病院は認知症を不得手としているだけに、地域の一般病院にも精神科病院と同様に手厚い評価をしてほしい」と、診療報酬に裏づけされた連携を求めた。

2010年度改定 入院料について

【課題】

1. 今後の我が国の医療提供体制において、急性期、亜急性期、慢性期の区分のそれぞれについて、現行診療報酬上想定する入院患者の病態と入院患者の実態が一致しているか検証が行われている分野もある。
2. 平均在院日数の短縮化が進む中、急性期の入院医療を提供する体制として、現状の平均在院日数、病床数、職員の配置状況が妥当であるか、議論が続けられている。
3. 急性期の入院医療を経過した患者に対し、病状の安定化を図り、在宅復帰支援を行う亜急性期の機能の充実が求められている。
4. それぞれの病院が担う医療機能に応じた専門分化と、患者が適切な場所で療養を受けられるための連携が求められている。

【論点】

1. 医療機能の分化の観点から、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期を評価するための診療報酬上の入院料の設定について、どう考えるか。
2. 各病棟における患者像に合致しない患者の評価、特に、医療の必要度が低い長期入院患者への評価をどう考えるか。

【議論】

事務局が提示した資料には、先進諸国と比較して相対的に多いベッド数と相対的に少ない医療スタッフ数のデータが示され、議論は、この解釈をめぐる診療側嘉山委員の見解表明から始まった。この議論の流れを、診療側病院系は入院基本料に関する提起を行なうことで、本来のテーマに戻した。

診療側委員は、「15対1以外の入院基本料はすべて赤字経営だ。これは、そもそも(病院経営の基礎である)入

院基本料が手術や救急と同様に置き去りにされてきたからではないか。病院医療は沢山の有資格スタッフからなる。それだけでなく、医療安全、個人情報対策、防犯、アメニティとの取り組みがまったく評価されてこなかった。政権交代のマニフェストには診療報酬を1.1倍にすると書かれているが、個々のスタッフをみるのではなく、(病院のなりたち)全体としてみる、つまり、入院基本料そのものをアップするということが大切ではないか」と、正面から入院基本料の引き上げを提案するかたちでなされた。

西澤委員は、この発言を引き取り、「平成12年度の改定で、それまでの入院時医学管理料や看護料、室料・入院環境料が統合されて現在の入院基本料となった。このうち、入院時医学管理料は一種、医師の技術料ともいえる。現在、入院基本料は看護師の数によってランクされると理解されている」と入院料の変遷を整理。

「やはり、入院基本料には何が含まれているかという点を明らかにした上で議論を進めるべきではないか」と述べ、診療報酬の根幹をなす入院料に議論が上滑りとなることを戒めるとともに、正確なデータとその分析を踏まえた議論となるよう事務局に根付けの根拠を開示するよう迫った。

さらに、鈴木委員も、「日本では、民間病院が公的病院とともにがんばって今日の医療を築いた。その入院医療を今後どう設計するか、それがしっかりしないと在宅もうまくいけなくなる。日本型医療のよさを、どう継承発展させていくかである。単に(ベッドを)減らせば医療費が減るという問題ではない」と、中長期的な視点に立脚する必要性を提起した。

支払側は「全体を引き上げると患者の負担も上がる。慎重にやるべきだ」と反論した。

これに西澤委員は、「患者の負担が引き合いに出されたが、国民の視点はもう1つある。それは、安心して安全な質の高い医療を受けるというものである」と指摘。「医療費を長く抑制してきた結果何が生じたか。まさに、安心して安全な質の高い医療を受ける機会が損なわれたのではないか。そうした点をよく考えていただきたい」と支払側を論じた。

これに対して、支払側委員の1人は、「確かに病院には医師以外にもスタッフが大量にいる。薬剤師も病棟に張り付いてもらうことが大切だ。(入院料の議論には)そうした点を踏まえた何か新しい視点があるのかも知れない」と理解を示した。

こうした議論の中、公益委員は固定費用と流動費用の関係を持ち出し、「現在の入院基本料には固定費用と流動費用の両方が含まれているのか。それは加算にも振り分けられているのか」とたずねた。「ともに含まれている」という医療課長の回答に、公益委員は「その振り分け方に何か方針はあるのか」と質問を重ねた。

医療課長は「過去と比較して積み上げてきている」としつつも、「ただし、その都度コストと比較検証しているわけではない」と釈明。原価計算にもとづいた積算方式が確立されていない中、物価や賃金等を参照しながらも、最終的には政治的判断で決まる改定率の財源枠内で診療行為ごとの政策的配慮を踏まえて積み上げてきた改定作業を、「コストと比較検証しているわけではない」という表現で総括した。

この「積み上げ」方式について、意見委員は、「これまでは主に加算方式(点数を)増やしてきた。しかし、地方の中小病院は、(要件が厳しいために)それがとれていない。どんどん疲弊し、もう追いつけない状態になっている。だから全体の底上げが必要と言っている」と、厚労省の「積み上げ」方式が、特定分野を対象に政策的に行われるがゆえに格差拡大につながっていることを根拠の1つとして、現局面では、全体を底上げするために病院全体が恩恵を

2010年度改定 在宅医療について

【論点】

1. 在宅療養支援診療所の24時間体制や、緊急入院体制の確保や退院時の在宅移行支援等を行なって在宅移行を推進する取り組みに対する診療報酬上の評価。
2. 必要に応じて専門施設と連携する取り組みや高度な在宅医療の取り組みがより推進されるための診療報酬上の評価。
3. NICU等から在宅に移行した患者を地域で支えるための診療報酬上の評価
4. 同一の場所で複数の患者を診察する場合の診療報酬上の取り扱いについて。

【議論】

在宅医療の議論で、診療側は、在宅療養支援病院が「半径4km以内に診療所がない」地域の病院に限定している要件を外し、地域の中小病院を対象にすることを提案した。

08年度改定で認められた在宅療養支援病院、その要件の厳しさから全国で7病院しか届け出していない。西澤委員は「やる気のある病院の参入を認め

ようむる入院基本料の引き上げが必要であると訴えた。

支払側の委員は、「7対1や10対1を上げるとかのメリハリがあってもよいのではないかと反論した。

西澤委員は、「固定費用と流動費用がともに入っているというが、今やそれが見えなくなってきている。公的保険制度の下では民間病院も1つの公的な資源だ。であれば、こうした資源に対しては固定費を保障し、診療行為の上乗せコストを個々に払うという考え方があってもよいのではないかと。今、すべての医療機関が疲弊している。それだけに、固定費のようなものをすべての医療機関に認めてほしい」と、あらためて入院基本料引き上げの必要性を説明。

さらに、「入院基本料を一律に100点引き上げた場合の医療費への影響は、個人の試算では、3~4,000億円で、診療報酬総額の1.5%前後かと予想する」と影響額を予測してみせた。

こうした主張に、大学系委員と地方医師会の委員も賛同。診療側医科委員の考えは足並みが揃った。現時点で、診療側主張の前に、支払側は有効な反論を示せないでいる。

こうした議論を踏まえ、事務局が投げかけた論点に関して、西澤委員は「論点の1に示された入院医療の類型化については、概ねこれでよいのではないかと。論点の2についてはデータにもとづいて議論したい。長期入院患者の分布は地域によっても差がある。それも含めてデータを示してほしい」と評価かつ注文をつけた。

したがって、現在ある一般病棟と療養病棟の入院基本料は、さらに、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期の4類型に細分化される公算が強まった。

論点2について、基本小委後のレクチャーで医療課の担当官は、慢性期分科会で議論された「13対1・15対1病棟の実態調査結果を踏まえている」とした。ICUなどのユニットも理論的には対象となり得るが、事実上、検討対象は一般病床の90日超入院患者である。慢性期分科会では10年度改定のマターではないとしたが、厚労省は「データがある」ことを根拠に、検討対象に組み込んだものと思われる。

るべきである」と主張した。

支払側からは白川委員が「診療所が多い地域は配慮するという方法もある」と、条件付きで賛成する考えを表明した。

診療側安達委員は、在宅療養支援病院の要件撤廃もしくは大幅な緩和については言及することなく、在宅療養支援診療所の要件、とくに24時間体制について緩和を求めた。

また、坂本専門委員(日看協副会長)は、訪問看護における医師の指示について、包括的指示の全面適用を提案したほか、2人訪問の要件緩和など、訪問看護の円滑な業務につながる診療報酬の見直しを求めた。

一方、西澤委員は、包括的指示の全面適用は法制上の問題であり、診療報酬のマターではないとして、法改正の議論に委ねるべきであると否定。他方で、訪問看護における医療保険と介護保険の関係が分かりにくいとも指摘、医療課に老健局との調整を行なうよう要請した。

「回復期リハの復帰率要件で患者選別は認められず」

08年度改定の検証調査 7対1患者の重症度・看護必要度は10対1を下回る?

中医協・診療報酬改定結果検証部会は11月10日、前回改定の結果を検証する調査のうち、今年7月～8月に実施した5テーマに関する調査結果を速報値としてまとめた。

5テーマの内訳は「明細書発行一部義務化」「機能分化・連携の状況」「回復期リハ病棟に導入された質の評価」「ニコチン依存症管理料」「先発医薬品の使用状況」。いずれも、前改定の影響度を把握しようとするもの。

このうち、「機能分化・連携の状況」の調査では、7対1入院基本料、亜急性期入院医療管理料、回復期リハ病棟入院料の各算定病院が対象となっている。

7対1算定病棟については「看護基準を満たす病棟にふさわしい患者が入院しているか」が、亜急性期入院医療管理料と回復期リハ病棟入院料の算定病院に関しては、①患者の総治療期間と入院元・退院先、②入院時、退院時の患者の状態、③患者の退院までの経緯について、それぞれ実態をつかむことが主な狙いだ。

「機能分化・連携の状況」については、地域連携パスの算定患者数や連携医療機関数も調査された。また、「回復期リハ病棟に導入された質の評価」にお

いては、居宅等への復帰率、重症患者の受け入れ割合等を調べ、前回改定で導入された復帰率要件の影響具合を調べている。

この復帰率要件について、医療課担当は部会終了後のレクチャーで、「それによって症状が軽い患者を意識的に多く受け入れるという患者選別は認められなかった」という認識を示している。

速報値は、今後、同部会での分析検討を経て報告書にまとめられるが、中医協遠藤会長は11月11日の基本小委で、報告書を待たずに、2010年度改定議論の資料に速報値のデータを活用することを諮り、承認を得た。

速報値から、7対1入院基本料と亜急性期入院医療管理料各算定病院に関する主な特徴を紹介する。

■7対1入院基本料算定病院

413病院が回答、当該病棟の平均在院日数は16.7日であった。

承認状況を見ると、2次救急病院が69.2%と7割を占め、DPC病院(64.6%)を上回った。7対1に占める医療法人の割合は27.4%と公的病院(39.7%)に次いで多いことから、7対1算定病院の主流はDPCをとる民間急性期病院と自治体病院であることが分かる。

診療報酬の届出状況を見ると、褥瘡患者管理加算(88.4%)が最多で、診療録管理体制加算(87.4%)を上回った。後期高齢者退院調整加算も60.3%あるなど、高齢者患者が増加・長期入院化をたどる急性期病院の現状を浮き彫りにしている。

43.3%が医師事務作業補助体制加算をとっているが、入院時医学管理加算は15.0%にとどまり、要件の厳しさを裏付けている。78.2%が退院調整部門を設置し、平均2.5人のソーシャルワーカー(非常勤を含む)を置いている。

今後の医療機能に関しては43.8%が「特化する予定はない」と回答しているが、「特化する予定である」(41.4%)とした病院の9割が急性期医療機能と答えた。また、15.8%が「今後、亜急性期医療機能を導入・拡充する予定がある」としている。

連携先として増やしたい医療機能は、療養機能(42.7%)、回復期リハ機能(41.0%)、亜急性期医療機能(27.4%)、急性期医療機能(24.8%)の順。

重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合は平均で17.6%と、10対1算定の回答病院における平均19.0%を下回った。「重症度に係る評価票」における

モニタリング及び処置等のA得点の平均値は1.87点、患者の状況等に係るB得点の平均値は5.00点と、それぞれ10対1算定病院の1.95点、5.15点を下回っている。

■亜急性期入院医療管理料(1・2)算定病院

413病院が回答。退院調整に関する部門は77.7%～84.8%が設置している。在宅復帰支援担当者数は平均1.7～1.3人で、職種はソーシャルワーカーが7割前後を占めている。平均在院日数は「1」が34.5日(「2」は27.5日)。

急性期治療を経過した患者の割合は「1」が97.3%、「2」も94.2%に達し、「在宅・介護施設等からの急性増悪患者は1.4%～2.0%と少ない。在宅へ退院する割合は74.2%～76.1%であった。

今後の医療機能については28.4%(48.5%)が「特化する予定」と答え、そのうち57.8%(68.8%)が「急性期医療機能」を選択した。亜急性期医療機能の今後については、34.9%(37.5%)が「導入・拡充する予定がある」としたが、42.2%(56.3%)は「導入・拡充する予定はない」とした(数字は亜急性期入院医療管理料の1算定病院。括弧内は同2の算定病院)。

連携先として増やしたい医療機能は、「1」では療養機能が46.3%(37.5%)、回復期リハ機能が32.6%(25.0%)、急性期医療機能が35.3%(29.2%)の順であった。

療養病床におけるチーム医療を取り上げる

チーム医療の推進に関する検討会 日慢協が病棟専従配置のコメディカルへの評価を求める

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」は11月2日の会合に日本慢性期医療協会の武久洋三会長と青梅慶友病院の老人看護専門看護師桑田美代子氏を招き、療養病床で行われているチーム医療についてヒアリングを行なった。同検討会は過去3回、急性期病院を主体に医師と看護師等の役割分担と連携のあり方について議論を行ってきたが、今回、初めて慢性期医療における医療職種の連携のあり方を取り上げた。

日慢協の武久会長は、病棟では薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、SW、OT、PTなど各職の有資格者が一体となって医療と介護に当たっているが、

「診療報酬の入院基本料は主に医師と看護師の数によって決められている」ことから、「チーム医療を推進させるには、病棟に配置したコメディカルを

評価しなければならない」と主張。療養病床におけるチーム医療の取り組みを紹介して、「急性期・慢性期病床にかかわらず、専従に配置した場合の評価が必要である」と、診療報酬面の支援策を求めた。武久会長は、日慢協が今年4月に実施した「チーム医療に関するアンケート調査」の結果を紹介しながら、「どの病床種別においても、それぞれ50%以上の病棟にコメディカル職員が配置

されている」と説明、療養病床でもチーム医療の体制が急速に整いつつあることを明らかにした。

さらに、直接的ケアだけでなく、「さまざまな会議が開催されるなど間接的ケアの時間も多し」と指摘。こうした面のコストを保障することがチーム医療の定着と普及に欠かせないとして、各種国家資格者の病棟専従配置や特定のケアカンファレンスあるいは「5種以上で構成される会議」実施に対する加算を提案した。

また、一般病床に限られている医師事務作業補助体制加算を医療療養病床にも認めるよう訴えた。

行政刷新会議 「事業仕分け」は財務省の強い味方?

(1面から続く) 議論を終え、全員が評価したシートをまとめた枝野議員は「16名全員が配分を見直すべきとしている」と説明。具体的な課題を、①「収入の高い診療科の見直し」(14名が賛成)、②「開業医と勤務医の平準化」(13名が賛成)、③「公務員人件費とデフレの反映」(半数が賛成)と整理した。その上で、枝野議員は、「開業医の報酬がフェアであるのかないのか、病院勤務医が低すぎるのかについては厚労省にも客観的なデータがない。基本的にはデータにもとづくべきである。来

年以降の議論に厚労省は責任をもってデータを集めるべきである」と締め括った。第2WGの評価に対して、厚労省は、「本日のご意見は厳に中医協の議論に反映させたい」(外口局長)と応じた。「公務員人件費とデフレの反映」が半数から支持されたことは財務省の思惑どおりともいえる。財務省は診療報酬の増額要求に「事業仕分け」という強い味方を得る一方、厚労省は、財務省を納得させるに足る改定方針を中医協に呑ませるといふ公約をさせられたことになる。

電子レセ導入の機器整備補助を否定

同日行なわれた「後発品のある先発品などの薬価の見直し」に関して、第2WGは、長期取載品の薬価引き下げなどによって「薬剤費を大幅に削減すべきである」という方向性を示した。ただし、その下げ幅を明示するまでには至らなかった。「レセプトオンライン導入のための機器の整備などの補助」(概算要求計上額約215億円)には来年度の「予算計上を見送るべきである」という評価を下したが、「今後の導入状況を見守りながら、補助の必要性について検証することが必要」とした。

さらに、「レセプト審査の適正化対策」も「事業の継続理由に説得力が乏しい」として、整理・削減という評価を下した。行政刷新会議が「事業仕分け」の検討対象に取り上げた447の施策・事業のうち、厚生労働省関係は50項目にのぼっている。その中には「入院時の食費・居住費のあり方」や「福祉医療機構」も取り上げられている。食費・居住費に関しては、現在、療養病床に入院している高齢者が対象となっているが、一般病床への導入さらには年齢制限の廃止が狙上へのぼる可能性がある。

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

「病院における地球温暖化対策推進協議会」の報告

自主的な温暖化対策推進へ、4団体と日医で連絡推進組織を設立

08年8月に「病院の自主行動計画」を策定。フォローアップ調査を踏まえた対応策を検討



常任理事 加納繁照

2005年4月に閣議決定された京都議定書目標計画において、業種ごとに地球温暖化防止のための目標を設定した自主行動計画の策定と、その着実な実施が求められるようになりました。

このため、日本医師会は2007年度に「私立病院における地球温暖化対策自主行動計画策定プロジェクト委員会」を設け、私立病院を中心とする「病院における地球温暖化対策自主行動計画」を策定し、翌2008年8月には、この自主行動計画が、日本医師会及び4病院団体（日本病院会・全日本病院協会・日本精神科病院協会・日本医療法人協会）においても、自らの計画として正式に機関決定されました。

病院における地球温暖化対策自主行動計画の数値目標指標は、エネルギー起源のCO2排出原単位（延床面積当りのCO2排出量、kg-CO2/m2）とし、基準年とする2006年度より2012年度まで、年率1.0%削減することを目指しています。

病院施設は、24時間医療サービスを

安全かつ安定的に提供することが大きく求められており、また医療機能の一部とも言える患者さんのための療養環境も、病床当り面積を中心に一貫してその充実が求められてきています。そこで本計画は、病院固有の医療安全機能の確保及び療養環境の充実を踏まえつつ策定したものになっています。

さらに、この自主行動計画は、毎年度その達成状況をフォローアップすることが求められていることから、日本医師会は2008年度に「病院・介護保険施設における地球温暖化対策プロジェクト委員会」を設け、この委員会で病院における自主行動計画のフォローアップのための分析・検討を行いました。

このように、これまでは日本医師会に4病院団体と学識者等の第三者も含めたプロジェクト委員会を設け、地球温暖化対策の計画づくりやフォローアップのための分析・検討を行ってききましたが、今後は、各病院及び各団体が自主的に、より一層具体的な地球温暖化対策を推進することが重要となります。

そのために、各団体の地球温暖化対策を担当する理事等からなる連絡推進組織を設立し、地球温暖化対策への意識をより一層深め、各団体における自主的な地球温暖化対策を推進することになりました。

そこで、2009年度からは、これまでのプロジェクト委員会に代わって「病院における地球温暖化対策推進協議会」を設け、日本医師会や4病院団体間で情報の共有や連絡等を図るとともに、各団体が具体的な地球温暖化対策をより一層推進することになりました。

個々の病院でも、省エネ法改正により、エネルギー使用量は2009年4月から1年間測定・記録することが義務づけられ、年間1,500kWh以上であれば「エネルギー使用状況届出書」を管轄の経済産業局に届出ることが必要です。概ね500～600床規模以上の病院が該当すると思われます。

「病院における地球温暖化対策推進協議会」は8月31日に1回目の会合が開かれました。協議内容としては、まず

日本医師会より、「病院における地球温暖化対策自主行動計画フォローアップのための調査」を、50床以上の病院4,760施設を対象として本年9月4日に調査票発送、10月2日に調査票回収締め切りのスケジュールで実施することが説明されました。

続いて厚労省より地球温暖化対策施設整備事業についての説明、環境省より地球温暖化対策の中期目標についての説明、がそれぞれ行われました。

会議は総選挙翌日に行われたため、政権交代の話題も出ましたが、出席された担当官僚は民主党の出方を窺っている様子でした。

民間病院としてはこれまでの医療費抑制政策の下で経営が限界まで圧迫されており、削減した分が売れるような仕組みでも導入しない限りコスト削減以外の協力は難しいという意見も出されました。対策推進協議会は今年度に関催が2回予定されており、アンケート等の結果報告またそれに応じた対応を検討していく予定です。

シリーズ／個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～ 第8回

編集●個人情報保護担当委員会 *毎月15日号に掲載します。

交通事故患者の転院先を加害者に教えた！

個人情報保護担当委員会では会員病院から種々の相談を受ける。そこで、各施設が実際に体験した事例から他の参考になるような対応事例を場面別に整理し、「全日病ニュース」に連載することで要望に応えることにした。

8回目は患者の転院先を見舞い客に教えた事例を紹介する。(個人情報保護担当委員会特別委員 坂本憲枝)

個人情報保護にかかわる対応事例 その8

Q 交通事故で入院していた患者の転院先を見舞いに来た加害者に教えたため苦情を言われました。

●事例

交通事故で入院した患者の転院先を病院受付が事故の加害者に教えてしまったため、転院先まで加害者が訪ねてきた。これは個人情報保護違反ではないかと、患者から苦情の電話があった。

●病院の対応

病院受付窓口の担当が、交通事故加害者がお見舞いに行きたいと申し出たのを受けて、転院先を教えた。現在でもこの対応をしたことについて、判断に迷っている。

A 個人情報保護担当委員会の見解

病院受付窓口は、おそらく、お見舞いに行きたいという加害者の善意を汲み取って、患者の転院先を教えたしまったと思われる。

しかし、加害者は交通事故の当事者ではありませんが、個人情報保護の観点からは第三者に当たります。

患者の了解なく、第三者である交通事故加害者に情報提供することは、病院として個人情報の守秘義務違反になります。お見舞いに行きたい、謝罪に行きたい、今後の相談をしたい等の理由は問いません。

受付窓口担当者を含めた全職員に、個人情報保護法の趣旨と病院としての

対応を周知徹底する必要があります。

対応に疑問を感じた場合には、自分で判断せず、上司などに相談してから対応すべきです。

また、病院内でこういう場合の具体的な対応を検討する必要があるでしょう。

交通事故の被害を受けた患者にとっては、突然、加害者に訪ねてこられることは、心外であり、驚いてしまうことでしょう。

交通事故では、保険会社との対応もあります。個々の微妙な関係や立場もあるので、情報提供する場合には十分に注意した方がよいでしょう。

2009年度 第7回常任理事会の詳細 10月17日

【主な協議事項】

●賛助会員による製品等の紹介の取り扱い(案)

本会の賛助会員に限り、本会を介した会員病院に対する商品やサービスの紹介活動を認める方針が決まり、執行部は許諾判断に供する基準案を諮り、承認された。

●50周年記念事業プロジェクトの進捗状況

本会の50周年を記念する事業について、本会の50年史を本格的に編纂するとともに、50周年にふさわしい記念誌を発行するべく、50周年記念事業プロジェクトにおいて2つのワーキンググループで作業が進められているという報告があった。

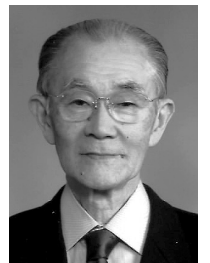
●入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の2名の入会が承認された。
青森県 弘前中央病院 院長 福嶋松郎
岡山県 渡辺病院 理事長 渡辺俊介

この結果、在籍会員数は2,275名となった。

平山登志夫常任理事が旭日双光章を受章

11月3日付で発令された2009年秋の叙勲で保健衛生における功労が認められ、本会の平山登志夫常任理事・千葉県支部長が旭日双光章を受章した。

平山登志夫氏は医療法人社団晴山会平山病院(千葉県千葉市)理事長。1981年4月に全日病理事に選出された後、1983年4月から常任理事就任、2000年2月から千葉県支部長と長年にわたって役員を務め、現在に至っている。



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

鹿児島学会開催間近か。事前参加登録は1,417名

第51回全日病学会 鹿児島大会 薩摩の地から10年度改定の大幅増額へ情報発信を行なおう!

第51回全日本病院学会は11月21日、22日に、鹿児島県支部(上村俊朗支部長)の担当で鹿児島市で開催される。

メインテーマに「地域医療維新」、サブテーマに「崩壊から新生へ 薩摩からの提言」を掲げる鹿児島学会は、演題登録が334題、事前参加登録者数が

1,417名(11月11日現在)と、いずれも学会史上最高を記録する、かつてない盛り上がりを見せている。

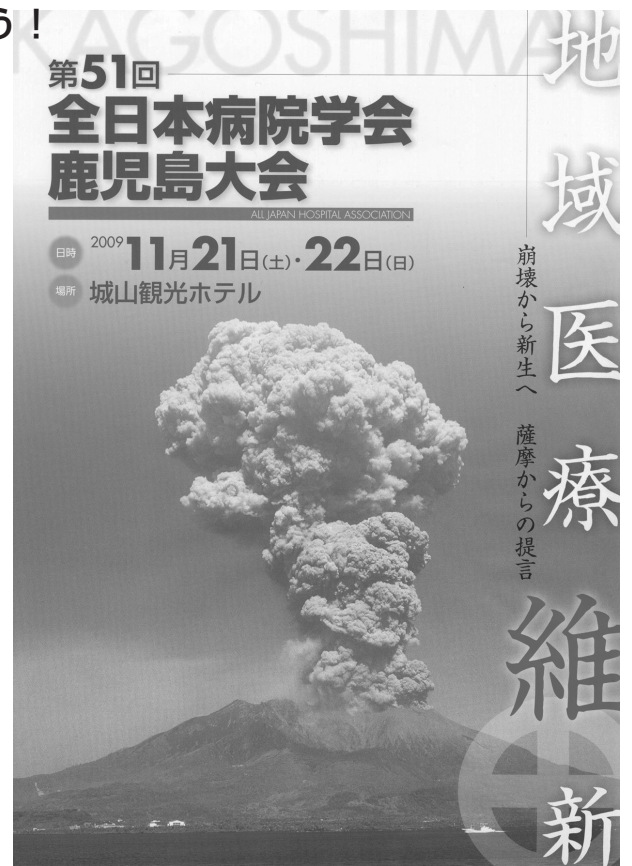
病院のあり方委員会はこの10月に全会員病院を対象に調査した「病院における各職種のあり方と役割分担に関するアンケート」の結果をシンポジウムで

発表する(1日目=11月21日)。

医療従事者委員会も、今年5月に全会員病院を対象に実施した「職員に選ばれる病院づくり」に関するアンケート調査の結果を発表する(1日目=11月21日)。

鹿児島学会の特徴はランチョンセミナーの充実だ。医療関係企業の協力を得て13テーマ・会場を確保した。

プログラムの概要は以下のとおり。会員病院は薩摩の地に集まり、2010年度診療報酬改定の大幅増額に向けた民間病院の情報発信をおこなおうではないか!



第51回全日本病院学会鹿児島大会

メインテーマ 「地域医療維新」
 サブテーマ 「崩壊から新生へ 薩摩からの提言」

担当支部 ●鹿児島県支部(上村俊朗支部長)
 会期 ●11月21日(土)~22日(日)
 会場 ●鹿児島市 城山観光ホテル
 学会長 ●上村俊朗 医療法人恵愛会上村病院 理事長
 参加費(当日登録) ●理事長・院長 35,000円 上記以外の方 12,000円

第51回全日本病院学会 鹿児島大会の主なプログラム

■1日目(11月21日)

シンポジウムI	「医療崩壊」基調講演/尾辻秀久参議院議員
人間ドック委員会企画	I部「人間ドックのオプション検査について」 II部「特定保健指導のあり方について」
医療従事者委員会企画	「職員に選ばれる病院づくりワークライフバランス」
病院機能評価委員会企画	「いかにして機能評価を獲得するか」
病院のあり方委員会企画	「病院における各職種のあり方と役割分担」
ランチョンセミナー1	個人情報保護法—その意味と対応
2	慢性腎臓病(CKD)と心血管疾患(CVD)
3	最近の癌研究で分かったこと
4	心臓手術後の薬剤相互作用における重篤合併症に対する警告
5	認知症とうつ病は鑑別できるか?
6	DPC 環境下での病院の活性化—我々の挑戦—
7	高血圧診療のNew Wave—体内リズムの意義—

■2日目(11月22日)

シンポジウムII	「医療従事者不足」
ヤングフォーラム	「病院の持続性について」
医療の質向上委員会企画	「臨床指標を用いた医療の質向上」「事例を用いたRCAの実際」
ランチョンセミナー 8	がん化学療法のMucositis対策
9	DPCデータを活用した診療パス標準化への取り組み
10	IT利用による地域医療連携ネットワーク構築の実際
11	炎症性腸疾患診断・治療の最前線
12	乳がん診療における地域連携パスの取り組み
13	保存期CKD治療における貧血・血圧管理の重要性

12月までに申請すれば10月分から遡って交付

介護職員処遇改善交付金 長妻大臣「12年度以降も継続」。48%の申請率引上に厚労省が協力を要請

厚生労働省老健局は、介護職員処遇改善交付金が補正予算見直しによる執行停止の対象外となったことから、その周知と申請率引き上げに向けた協力を要請する事務連絡(「介護職員処遇改善交付金の申請に係る協力依頼について」)を、10月15日に各介護保険関係団体に送付した。

介護職員処遇改善交付金は、介護職員の処遇改善を目的とした09年度介護報酬の引き上げを踏まえ、前麻生政権が経済特別対策の1つとして09年度補正に組み込まれた。

常勤換算の介護職員1人当たり月額15万円の賃金引上げに相当する額として、09年度後半から11年度までの18ヵ月を対象に総額3,975億円が計上されている。

各都道府県が基金を設置して交付するかたちを取るが、全額が国の負担であることから、当初は介護保険サービス事業者が軒並み申請するものとみられた。

しかし、早い県は7月から説明会を実施しているにもかかわらず、処遇改善計画を職員に周知の上提出することや就業規則を添付するなど申請上のわずらわしさに加え、訪問看護など人員配置基準上介護職員のないサービスは対象外とされていること、あるいは医療機関においては介護職員のみでの待遇改善は事実上困難であること、さらには、一時金や賞与ではなく賃金引上げとした場合は12年度以降の賃金引上げを確保できるかという不安もあり、対象開始月である10月に入っても申請

率は48%と半数を下回っていた。

そのため、長妻厚生労働大臣は、補正予算見直しが落ち着いた10月14日の記者会見で「(民主党政権として)12年度以降介護職員の処遇改善に取り組むので、100%の事業所に申請していただきたい」と明言。山井政務官も「ぜひ100%の介護職員の賃金を引き上げていただきたい。(申請率は)都道府県によってかなり格差があり、近い将来、どの自治体が高くどこが低いのかを公表したい」と、申請率の引き上げに取り組む決意を表明している。

介護職員の待遇改善は、もともと民主党のマニフェストにのっているが、鳩山内閣の緊急雇用対策本部が10月23日に示した緊急雇用対策でも、「緊急雇用創出プログラム」の一貫として介護雇用

創出が取り上げられるなど、医療とともに介護分野は、雇用創出の面からも期待されている。

これもあってか、10月14日の会見で長妻大臣は、「私自身は12年度以降については(介護職員処遇改善交付金を)これまでのベース以上で実行したいと考えている」と述べ、「4万円に近い金額になるのか」という記者の質問に答えて「その金額を目指したい」と、強い決意で取り組む考えを強調した。

これを踏まえ、老健局は、原則として申請月のサービス提供分が対象で、申請月から遡っての支給は認められないとされていた交付金を「09年12月中に申請のあった事業者に限り、特例的に10月サービス提供分に遡及して交付金を支払う」と、処遇改善交付金に関するQ&Aを10月16日付で改正するとともに、「12年度以降も継続する」という大臣表明の会見要旨を付して前出事務連絡を関係方面に送付し、申請率引き上げに向けた協力を要請するにいたったもの。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588