



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2012 2/1

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.771 2012/2/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

地域区分見直しに1.2%の半分。残り0.6%で処遇改善?!

老人保健施設に在宅復帰型の報酬。介護療養型老健に医療対応型の報酬を創設

介護給付費分科会は1月25日に2012年度介護報酬改定の諮問を受けて即日答申。介護職員処遇改善加算の創設、地域別単価率の7区分化、在宅復帰の促進、24時間体制の訪問看護、医療と介護の連携強化、認知症への対応など地域包括ケアの構築を柱とする、「2025年一体改革」に向う最初の工程となる介護報酬と各種基準が決まった。

改定率は1.2%、そのうち施設分は0.2%と辛うじてプラスを確保した改定であった。それを反映して、介護老人保健施設には、OT、PTまたはSTの配置と在宅復帰、ベッド回転率、重度者の各要件をともなう在宅復帰型のタイプ、介護療養型老人保健施設には、より高い医療ニーズに対応して喀痰吸引・経管栄養の実施割合と認知症高齢者の日常生活自立度を算定要件とするタイプと、高い評価の報酬が創設される。

在宅移行を支える訪問看護に関しては単位の引き上げと各種加算の創設が図られた。しかし、転換が求められる介護療養型医療施設については各基本報酬が11~25単位も引き下げられた。介護老人保健施設も従来型の(I)が大きく下げられたほか、特別養護老人ホームはユニット型個室とユニット型準個室の要介護5を除くと軒並み下がるなど、介護保険施設にはきわめて厳しいものとなった。

医療機関や老健施設などの委員からは「プラス改定というが、介護保険施設はみなマイナスではないか」と嘆じる声があがった。

同日、事務局(厚労省老健局)は、中医協と同様、改定結果を検証する場を介護給付費分科会の下に付設する方針を明らかにした。(6・7面に改定の概要)

2012年度介護報酬改定は、①定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスなど2011年介護保険法改正への対応、②医療・介護同時改定への対応、③「社会保障・税一体改革」への対応の3点がテーマであった。

この3月末で終わる介護職員処遇改善交付金を介護報酬に置き換えるために創設された介護職員処遇改善加算は「例外的かつ経過的な取り扱い」とされ、次期改定(15年4月)以降は「基本サービス費で評価する」ことが決まった。

全額国庫負担から国庫負担率25%の介護保険財政に移し変えられた処遇改善資金は、今回、交付金と同じ要件を伴う加算となって3年間継続される。その枠は報酬総額の2%にあたる。

しかし、算定要件というかたちで賃金に「国が介入するのはおかしい」というのが多くの委員の意見。今回も、事

務職員や医療系スタッフは対象外という不合理さが継承された。

そのため、次回改定で基本サービス費に組み込むことが確認されたわけだが、それを、基本サービス費の底上げとするか、あるいは、再び加算とするかまでの議論はなされていない。したがって、基本サービス費に組み入れた場合に、今回と同レベルの要件がつかまとうことになるのかは定かではない。

加算は月々の総単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定されるが、マイナスとなった報酬項目が多いサービス分野や地域区分見直しで上乗せ率が減らされた事業者によっては、改定前より収入が減る可能性がある。

その場合も加算相当額を全額賃金に回さなければならないとかという点で、同日の分科会では切実な質疑応答が繰り返された。



これに対する事務局(厚労省老健局)の回答は、「下ぶれもあれば上ぶれもある」とはなほだ心もとないものであった。

事務局のこうした姿勢に、三上委員(日医常任理事)は、「加算の使われ方、処遇改善の実態、それらが経営に及ぼす影響等について詳しい調査を行なって、検証かつ改善提案を行なう委員会」の設置を求め、事務局は検討を約した。

今回改定で評価が分かれるもう1つは地域割り区分の変更である。

現行5区分を、国家公務員地域手当に準じて7区分に増やすとともに、その適用地域と上乗せ割合を見直した。その結果、上乗せ割合に関しては1級地(東京特別区)は18%(「特別区」比+3%)、2級地(大阪市等)は15%(「特甲地」比+5%)、3級地(横浜市、名古屋市等)は12%(同+2%)、4級地(さいたま、千葉、京都、神戸市等)が10%で現行と同率になるなど、大都市部の底上げが図られた。

これによって、例えば、特甲地から2級地へと適用が変わる老健施設は、単価が10.45円から10.68円へ2.2%上がることになる。しかし、都市部には「これでも経営は苦しい」という声もある。その一方で、札幌市を除く北海道はすべて単価10円のままに据え置かれるな

ど、逆格差も拡大する。

この見直し案には、市町村合併の関係で適用地域が上位級地になる市町村から不満が強く出るなど、厚労省は調整に手間どった。そのため、2ランク変わる地域は次期改定まで1ランク変更にとどめるなどの経過措置を設けることになったが、市町村側には介護保険料への跳ね返りを嫌う意識が強く働いたようだ。

地域区分の変更は、「財政中立」という方針で、それに要する財源(介護報酬の0.6%に相当)は単価水準切り下げ等によって調達される。このため、改定率1.2%の半分は地域区分の見直しで消えることになる。

厚労省は、全体の単価引き下げだけでなく項目の見直しによっても0.6%を捻出したというが、国庫の全額負担を減らすために2%もの下駄を履かせられた介護報酬は、物価下落を理由に1.2%に減らされた上、実質0.6%の増額で処遇改善を担保する破目となった。

宇都宮老人保健課長は「改定率における在宅と施設の格差は、施設介護から在宅介護への移行を意識した結果である」と説明する。しかし、介護保険施設には、その言葉以上に厳しい配分がなされたというのが実感であろう。

亜急性期と回復期リハの統合は見送り。支払側、2科目再診料に難色

2012年度診療報酬改定「個別改定項目案」が提示。90日超特定除外の廃止は10月1日実施

2012年度診療報酬改定の全容が明らかとなった。事務局(厚労省保険局医療課)は1月27日と30日の中医協総会に「個別改定項目案」を示し、2月10日答申に向けた議論を促した。点数は答申を待つことになるが、今改定の骨格をなす項目の概要が示された。

支払・診療側で意見が対立している項目は「再診料の引き上げ」と「同一日2科目の再診料」に絞られており、大方は「個別改定項目案」の内容で決着がつくとみられる。(4・5面に「個別改定項目案」の概要)

■入院医療

一般病棟7対1は平均在院日数が短縮され、看護必要度を満たす患者割合が引き上げられるが、経過措置期間が設けられる。10対1も、現在加算の看護必要度評価が要件化された上、基準を満たす患者が一定以上の場合加算評価となる。7月1日から実施される。

病院勤務医の負担軽減に関しては、その体制を要件とした加算が14項目に増える。増えた6項目のうち5つが新設だ。体制要件には「予定手術前の当直に対する配慮」(選択項目)が追加されたが、加算によってはこれまで選択項目の

「外来縮小の取り組み」と「交代勤務制の導入」が必須となる。

医師事務作業補助体制加算には30対1、40対1が新設される。当初見込まれた75対1、100対1の廃止は回避された。また、50対1の年間緊急入院患者数は200から100へ緩和された。一般病棟以外への拡大は急性期の精神科病棟にのみ認められる。

看護職員の負担軽減策として急性期看護補助体制加算に25対1が新設される。看護補助者夜間配置加算(50対1以上・100対1以上)と看護職員夜間配置加算(配置数は示されず)の各新設も同様の目的である。

奇異な改定項目として、金曜入院・月曜退院の割合が一定率を越える一般病棟等の「土・日各入院基本料の減額」と午前中退院が一定率を越える一般病棟等の「退院日入院基本料の減額」とがある。後者は30日超入院患者が対象。ともに10月1日からの実施となる。

病棟薬剤師を評価する病棟薬剤業務実施加算も新設される。薬剤師は専任でよいが、「1病棟・1週20時間」という規定が予定されているほか、勤務医負担軽減等の体制整備が求められる。

13対1と15対1には救急・在宅等支援病床初期加算の新設や重症児(者)受入連携加算や栄養サポートチーム加算の算定が可能となる。とくに13対1には、10対1で廃止された一般病棟看護必要度評価加算が設けられるほか、看護必要度基準を満たす患者が一定率以上であれば看護補助加算1(30対1)が算定できる。

一方で90日超患者の特定除外が廃止され、「療養病棟と同等の報酬体系」あるいは「出来高算定(平均在院日数の対象)」を病棟単位で選択することになる。実施は10月1日。

長期入院患者について、支払側は「7対1と10対1にも長期入院がある。次回改定までに実態を調査、見直しを検討すべきである」と主張した(1月27日)。

亜急性期入院医療管理料と回復期リハ病棟の報酬統合は、別建てのままとし、回復期リハを実施する患者のみ同等の報酬体系とすることに落ち着いた。

療養病棟は、救急搬送患者地域連携受入加算、栄養サポートチーム加算、総合評価加算等の算定が可能になるなど、

急性期病床や在宅等からの受け入れがより評価される。

このほか退院調整加算の充実化や退院時共同指導料の新設も大きい。

■外来・在宅医療

2次救急の評価として夜間休日救急搬送医学管理料(初診時)が新設される。ただし、救急車または救急ヘリの搬送患者が対象。同一日2科目の再診について、医療課は減算の上認める意向だが、支払側は難色を示している。

紹介率が低い特定機能病院と地域医療支援病院(500床以上)は、初再診で選定療養費の対象となる患者の初診料(外来診療料)が減算され、別途、選定療養費でカバーすることになる。2013年4月1日からの実施となる。

外来リハに毎回医師の診察を要さない外来リハ診療料が設けられる。

在宅医療では「機能を強化した在宅診療・在宅病」を新設、関連報酬を引き上げる。また、特定施設入居者の在宅患者訪問診療料を引き上げ、在宅診療・在宅病と協力医療機関による看取り(特養)を新たに評価する。在宅ターミナルケアの報酬も再構成して取りやすくする。

■その他

規制緩和が実現する「医療の提供が困難な地域」は対象が19医療圏と縮小された。

紙面の都合により「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

安心、安全な、そして信頼される医療政策の実現を願う。

2012年度の診療報酬と介護報酬のダブル改定は、診療報酬全体で0.004%、介護報酬は1.2%増で決着した。閣議決定された予算案は、医療費国庫負担が初めて10兆円を突破した。厳しい財政の中、厚生労働省、関係団体も一応ある程度の評価をしているが、これで本当の意味で「安心できる医療体制づくり」ができるかという疑問である。

診療報酬は医療現場の労働への報酬であり、健全な医療を維持していくため適正に判断されなければなら

ない。診療報酬は「失われた10年」を経て前回の微増で息を吹き返し、今回の辛うじてのプラス改定を迎えた。この間、我々は効率的な運営(創意と工夫)で何とか乗り切ってきた。ところが、相変わらず赤字の医療機関も多く、極端に経営が好転した話はない。目指す「安心な社会の実現、安全な医療の提供」は遠のくばかりである。

膨張する社会保障費は国の財政を圧迫しているかもしれない。これまで、社会保障全体を見直すといいな

がら、国民・医療機関に負担を強いる政策が行われてきた。「社会保障と税の一体改革」が素案として発表された。しっかりした議論の果ての結論がきちんとした道標となるのか、それとも絵に描いた餅に終わるのか。はてまた「政争の具」となるのか、ゴールは見えない。その判断は国民がすることになるが、その国民は、いつの時代も、将来が安全で明るく輝いていなければならない。

2025年には90兆円超と推測される莫大な社会保障費ではあるものの、

抑制するという視点ばかりが目立つ。しかし、経済が疲弊しているなか、雇用の創出を図っているのは医療、福祉の分野であることも事実である。医療全体として産業の視点を持つべき時が来ているのではないだろうか。

経営が安定し、医療サービスの質が改善・向上すれば、海外の見る「目」も変わるはず。

安心で、安全な、そして信頼される医療政策の実現することを願うばかりである。(A)

四病協初の賀詞交歓会(新年の集い)に800人

結成13年目で初の共同開催。政界からも80人が出席



▲挨拶する小宮山大臣

四病院団体協議会(四病協)の2012年賀詞交歓会(新年の集い)が1月12日、東京都内のホテルオークラ東京で開催され、約800人が参加した。昨年、4団体の会長会等で共同開催することで意見が一致、2000年に結成

された四病協として初の賀詞交歓会を開いたもの。

厚生労働省からは、小宮山洋子厚生労働大臣、大谷泰夫医政局長など20人が参加。政界からも、鳩山由紀夫元首相、仙谷由人民主党政調会長代行、桜井充政調会長代理、自見金融担当大臣ほか約80人が出席。各団体の役員・会員や原中勝征日本医師会長など、医療界からも大勢の参加をみた。

西澤寛俊全日病会長が開会を宣言、四病協当番団体の日野頌三医法協会長

が開会挨拶を行い、各界からの祝辞を受けた後、堺常雄日病会長が乾杯の音頭をとり、閉会の辞は山崎學日精協会長が担当するなど4団体の各会長は進行の節目を分担して担い、初の賀詞交歓会は盛會裡に終わった。

挨拶で、小宮山大臣は「(四病協から)要望をいただいている消費税について



▲四病協の賀詞交歓会で開会を宣言する西澤会長

は、これからしっかり検証・検討をしていかななくてはならないと思っている」と述べ、医療費非課税によって医療機関に損税が発生している問題の解決に前向きに取り組む意向を表明した。

全日病ほか5病院団体が経営安定化資金継続を要望

6病院団体は1月11日、福祉医療機構による経営安定化資金融資制度の継続を求める要望書を、厚生労働大臣と福祉医療機構理事長宛に提出した。要望書には、全日病、日病、医法協、日

精協、日本慢性期医療協会、東京都病院協会が名を連ねた。

「経営安定化資金融資制度」は、医療機関の一時的な資金不足に対応するために、融資枠の拡大、低金利、償還

期間長期化などの条件を大幅に緩和した特例措置として創設された。しかし、財政見直しの中、2011年度申し込み件数の激減などもあり、厚労省の12年度財政投融资計画案から外されたため、

病院団体として12年度以降の特例措置継続を求めたもの。

経営安定化資金について、全日病猪口副会長は、「この3月末までの融資申し込みは実施される。また、今後、申し込み件数が回復すれば12年度の補正予算で措置される可能性もある」と展望している。

2011年度病院経営調査結果

医業収支が-1.2ポイント。改定翌年ながら収支が悪化

全日病の2011年度病院経営調査結果によると、11年5月の収支は前年同月より悪化したことが分かった。改定直後に収支は悪化をたどるが、翌年は改善されるのが例年の傾向。今回調査は、そうした「常識」に反する結果を示した。調査対象は600病院、回答数は360病院(回答率60.0%)であった。

全体の医業収支は105.5%と1.2ポイン

ト、総収支は105.4%と1.1ポイント、それぞれ前年より悪化した。医業収支が赤字の病院は21%(20%)。キャッシュフロー率は22.6%(19.2%)がマイナスであり、とくに、東京は34.3%がマイナスであった。

病床種別にみた医業収支率は、一般病床のみが104.4%(前年は105.1%)、一般・療養併設が107.1%(109.2%)、療養病

床のみが108.4%(112.7%)と、いずれも前年より悪化。DPC対象病院も104.9%(105.0%)と、やはり昨年より落ち込んだ。

10年、11年の両年に回答した病院(279病院)の医業収支率も106.2%から105.6%へ悪化した。入院・外来とも単価は上昇しているが、従業員数も増えており、結果として収支率は悪化している。

●地域別の収支率

	医業収支率 (%)		総収支率 (%)	
	平成23年	平成22年	平成23年	平成22年
総数	105.5	106.7	105.4	106.5
東京	104.7	103.9	104.8	103.8
指定都市	106.6	109.0	106.7	109.6
その他	105.3	106.5	105.1	106.1

●赤字・黒字病院の割合(医業収支率・地域別)

医業収支率	総数		東京		指定都市		その他	
	平成23年	平成22年	平成23年	平成22年	平成23年	平成22年	平成23年	平成22年
総数	100	100	100	100	100	100	100	100
100%未満	21	20	28	35	16	16	21	19
100%以上	79	80	72	65	84	84	79	81

2011年度第3回理事会・第9回常任理事会の抄録 1月12日

【主な協議事項】

●平成24年度事業計画案

2012年度事業計画・予算各案が承認された。2012年度事業計画案は、2013年11月末までに迫った公益法人移行を踏まえ、事業項目が新法人定款案にもとづく事業体系にしたがって並べ替えられた。

●評価項目案の検討結果

評価機構で検討が進む病院機能評価項目改訂案に対する検討結果が承認された。日本医療機能評価機構に提出される。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

東京都 社会保険中央総合病院 院長 万代 恭嗣

神奈川県 横浜労災病院 院長 西川哲男

兵庫県 東神戸病院 理事長 藤末 衛

2人が退会、在籍会員数は2,342人となった。

以下の賛助会員入会が承認された。

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ(東京都、代表理事・佐々木直隆) 賛助会員数は合計103となった。

●人間ドック実施指定施設の承認

以下の施設が承認された。

□日帰り人間ドック

大阪府 今里胃腸病院

日帰り人間ドック実施指定は483施設となった。

□1泊人間ドック

鹿児島県 今村病院分院

1泊人間ドック実施指定は28施設となった。

【主な報告事項】

●委員会委員の追加

委員会委員に以下の追加がなされた旨の報告があった(敬称略)。

医療保険・診療報酬委員会

津留英智(宗像水光会総合病院 理事長) 学術委員会 美原 盤(美原記念病院 院長)

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

12月2日付で以下の6会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎一般病院

山形県 三友堂病院 更新

長野県 丸の内病院 更新

兵庫県 恒生病院 更新

福岡県 新小文字病院 更新

◎精神科病院

北海道 大谷地病院 更新

青森県 芙蓉会病院 更新

12月2日現在の認定病院は合計2,466病院。そのうち本会会員は903病院と、会員病院の38.57%、全認定病院の36.62%を占めている。

清話抄

「医師に国家試験など必要ない。誰でも自由に医者として開業すればよい。なまじ免許制があるから提供される医療の量が減り、質も低下し、粗末な医療に高い診療費を払わせる結果となっている。自由に参入させることで、医療サービスは効率的にできるだろう」

と「資本主義と自由」の中でミルトン・フリードマンは述べている。

さすがにこれは極論としても、すでに余命幾ばくもない人たちや老人に治療を行っても、再び生産活動に戻るわけでもなく、経済的な便益はない。ムダなこととして排せようとする主旨の効率化を唱える人もまだ多い。

厚生経済学的に効率性がどう定義さ

れているのかよく知らないが、同じ医療資源を使うのであれば、所得の低い患者より所得の高い患者を対象とする方が経済的にはよいだろう。医師にとっても収入が多くなるので市場的基準では効率的といえる。

しかし、本当にそれでいいのだろうか。現役を引退したあと、地域で老いながら病を得て、かなりの歳月をかけ

て死を迎える時代である。患者にとっては病態に応じて生活圏の中にある身近な中小民間病院で医療を受けることが効率的である。

医療費抑制を目的として集約化が過度になればこの機能は喪失し、却って社会的コストは増大するだろう。そうならぬよう民間病院が頑張らなければならない。(陣)

厚労省 特定行為の検討を提起。法的枠組の当否と一体

看護師特定能力認証制度「看護師特定能力養成試行(8ヵ月)」は病院や看護学校も参加可能

医師の包括的指示の下で看護師が一定の医行為(特定行為)を実施できるという枠組みの「看護師特定能力認証制度」について検討を重ねる「チーム医療推進のための看護業務検討WG」が1月24日に開かれた。

事務局(厚労省医政局看護課)は「特定行為の考え方(たたき台)」を提示、一定条件の下で看護師が行なえる特定の医行為について、具体的な検討に入るように求めた。

事務局は、同時に、(1)特定行為を法的に位置づけるか否かによる違いは何か、(2)特定行為を法的に位置づけた場合、看護師の能力を厚生労働大臣が認証するか否かによる違いは何か、とい

う論点を提示した。

これは、特定行為の検討を、公的認証を含む法的枠組の当否判断と一体に行なうという提起である。

事務局がこうした提案を行なうのは、「看護師特定能力認証制度」に触れた社保審医療部会の「医療提供体制の改革に関する意見」に、「公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要がある」と明記されたことを踏まえたもの。

つまり、医療部会は、「看護師特定能力認証制度」の法制化(したがって公的認証制度)を選択肢の1つに認めたもの

の、必ずしも容認していないことから、看護業務検討WGとしては引き続いて法制化の是非を議論する必要があるからだ。

しかし、枠組法制化の当否と特定行為の範囲を一体に議論するという事務局の意図は、法制化をめぐる激しい応酬を招いたに過ぎなかった。

大谷泰夫局長は「問答無用に法改正するというわけではない。我々はそれを目指していると言っているに過ぎない」としつつ、「決まるものならスピード感をもって当たってほしい。国会情勢が読めないが、我々としては法案提出をあきらめる考えはない」と、法改正ありきの意向をのぞかせた。

これに対して、神野委員(社会医療法

人財団董仙会理事長・全日病副会長)は「医療部会の意見に“医療現場の実態を踏まえたものとする”とある。一つ慎重な議論をお願いしたい」と、特定行為をじっくり検討する立場から注文をつけた。

かくて、事務局が提示した「特定行為の考え方」は十分な議論に踏み込むまでには至らなかった。

その中で、星委員(星総合病院理事長)は、「看護師特定能力養成調査試行事業(8ヵ月課程)」の2012年度募集要項について、「大きな病院や看護師養成校の法人にも手上げの機会を与えるべきだ。そうした機関も参加できる旨、要項に明記してほしい」と要望、事務局は善処を約した。

厚労省「療養病床の第1期目標は凍結。機械的な削減はしない」

医療費適正化計画の第2期計画策定で、都道府県にあらためて説明

1月19日に開かれた全国厚生労働関係部局長会議で、厚労省保険局総務課の鈴木建一医療費適正化対策推進室長は、2013年度から始まる第2期医療費適正化計画の説明の中で、「療養病床に関する第1期の目標は凍結し、機械的な削減はしない」と、都道府県保険担当者に厚労省の考えを明らかにした。

医療費適正化計画は08年を初年度とする5年計画として、特定健診・特定保健指導の実施率と平均在院日数の短縮を目標に第1期がスタートした。13年度から2期の計画期間が始まるため、12年度が第2期計画の作成期間となる。

第2期計画は第1期計画の中間評価(10年)を反映して策定される。療養病床に関して、都道府県は、介護療養病床を11年度末に廃止するとして06年の法改正を踏まえ、35万床(06年)が12年度に21万床になるという目標を設けた。それに対して、中間評価時点の療養病床は33万床。したがって、本来なら、療養病床の削減をどう進めていくかが第2期計画の大きな課題になるところであった。

しかし、民主党政権の下で介護療養

病床の廃止期限を17年度末まで延長することが決まったため、第2期計画における療養病床の取り扱いには自主的転換に対する支援にとどめ、政策誘導は行なわない方針を、12年度施策について説明する場であらためて表明した。

第2期計画でも医療費適正化の柱となる平均在院日数の短縮化について、同室長は、一体改革素案の試算に言及、「医療機関の分化と連携を進めていくことで可能だ」と強調した。

同日の関係部局長会議で、都道府県の出席者から「後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案」の行方について質問が出た。

後期高齢者医療制度については、民主党のマニフェストにそって、10年12月の高齢者医療制度改革会議のとりまとめで、現行制度を廃止した上で、13年に、国民健保の財政を全年齢で都道府県単位にするなど新制度に移行する方向が打ち出されている。

しかし、この新制度に野党は強く反対。運営主体が都道府県となることへの反発から地方側との調整も進まないなど、新制度移行をめざす政府与党の



動きは座礁にのりかかっていた。このため、厚労省も法案提出には難色を示していた。

ところが、1月6日に閣議報告された社会保障・税一体改革素案に「関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する」と書き込まれたことから、厚労省はその対応に追われるようになった。

質問者は「廃止に向けた見直しのための法案とは何か。今国会で成立する

のか」と質問をあげせる一方で、「(75歳からの)広域連合への移行がなくなると保険料に影響する。各県とも混乱が避けられない」と懸念を表明した。

1月20日の全国厚生労働関係部局長会議で、大谷泰夫医政局長は「薬剤流通から総価取り引きをなくさなければならない」と訴えた。「とくに公的病院で改善が進んでいない」と指摘した同局長は、「各県は公的病院に総価取り引きを止めるよう強く働きかけてほしい」と要請した。

「急性期の定義、疾患別データ、マンパワー予測等々」データがない

急性期医療に関する作業グループ ハコから入る議論に強い疑問。平行線をたどる「急性期病床群」議論

「急性期病床群」を医療法に位置づける問題を検討している「急性期医療に関する作業グループ」は1月6日、26日と会合を開いたが、座長を除く8人の構成員は賛否が半ばしており、議論は平行線をたどっている。

「急性期病床群」という案は、政府の一致改革成案が提起している病院病床の機能分化推進を踏まえ、漠とした一般病床の中で急性期医療を担う病床を特定化するという意図から、予備的議論もなく突如提案された。

療養型病床群や療養病床再編など政治的意図が先行して実施された病床機能の再編は過去にもあるが、医療現場に徒労感と多大な経営資源のロス、と

「急性期病床群の数と地域の医療ニーズをどう一致させるのか」

「急性期病床群」の認定基準として、事務局(厚労省医政局総務課)は、(1)体制要件(人員配置基準、構造設備基準、平均在院日数)、(2)実施要件(入院経路、処置内容、疾病・病態)などを構想している。

いわば、報酬類型に過ぎない回復期

きには患者から受療機会を奪うなど、不幸な結果をもたらしてきた。

それだけに、医療側には、医療ニーズの変化に時間経過とともに自律対応していく医療現場の実態を捕捉することもなく、理念先行で、ハコの看板書き換えを求める「急性期病床群」に対する警戒感が根強い。

医療系の委員には、「急性期の定義がない」「疾患別のデータがない」「急性期に必要なマンパワーが読めない」「高齢者の疾病と人口動態にどう対応するかという視点がない」「地域格差への対応という視点がない」(両日の発言から)など、ないないづくしの中で議論が進んでいくことへの戸惑いと反発が大きい。

リハ病棟や介護療養型老健あるいは専門病院など、きわめて機能が限られるハコを医療法で定義し、“細かく・厳しく”管理しようというものだ。要件に合致しない患者は入院を断られ、退院を求められることにもなりかねない。

1月26日の会合では、「急性期病床群」



に肯定的な永井委員(東京大学大学院教授)から、「分化ということはステージで患者が動くことになる。患者をどう納得させるか、しっかりした設計が必要だ」と問題点が示された。

この指摘を、他の委員は「急性期病床群は病院単位ではない、病棟・病床単位の話だ」と否定したが、病棟数の少ない病院によってはあり得る話だ。

一方、西澤委員(全日病会長)は、「認定が外れても病院として医療ができなくなるわけではない」という事務局説明に首をかしげ、「急性期病床群の看板がなくなっても本当に急性期医療をやっているのか」と懸念を示した。

「急性期病床群」は医療計画でも整備目標が打ち出され、医療連携の主軸とされる可能性がある。診療報酬面の支援も予想される。何よりも、医療従事

者のモチベーションや地域住民の病院観に大きな影響を与えるからだ。

西澤委員は、また、「ハコというかたちで導入しても、急性期病床群の数が地域の患者数と本当に一致するのか」と疑問を投げかけ、精緻な疾病別データにもとづく議論を求めた。

そして、北海道の2次圏を例に、「似たような医療圏でも、医師密度や医師数が異なる。例えば、一方には脳外科や循環器系の医師が揃っているが、他方にはいない。そのため、救急などで2つの圏は対照的な医療資源をかたちづくる。急性期医療のニーズと施設との対応には、診療科や医師の分布といった細かな点までも踏まえた考察が欠かせないのではないか」と論じ、「急性期病床群」論に内在する観念論を否定した。

医師事務作業補助体制加算

75対1と100対1は存続。50対1の緊急入院患者数を100へ緩和

2012年度診療報酬改定 病棟薬剤師は専任。同一日2科目再診は初診2科目と同様に評価か？

中医協総会「個別改定項目について」から 1月27日・30日 *1面記事を参照

■救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進

1. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに対象とする患者を入院5日以内から7日以内に拡大する。
2. 同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出を可能とする。
3. 受入加算は療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

■急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

1. 一般病棟13対1、15対1が急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設入所者を受け入れた場合の評価を新設する(14日以内に限り算定)。
- (新) 救急・在宅等支援病床初期加算 ○点(1日につき)
2. 一定の条件の下、療養病棟入院基本料1算定病棟については救急・在宅等支援療養病床初期加算を引き上げる。

■NICU入院患者等の後方病床の充実

3. 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料における重症児(者)受入連携加算を引き上げるとともに、一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る)、療養病棟と有床診療所に拡大する。
4. 超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算を療養病棟と有床診療所に拡大する。

■病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

1. 以下項目の要件に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を加える。

現行／①総合入院体制加算、②医師事務作業補助体制加算、③ハイリスク分娩管理加算、④急性期看護補助体制加算、⑤栄養サポートチーム加算、⑥呼吸ケアチーム加算、⑦小児入院医療管理料1及び2、⑧救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合新たに要件を加える項目／⑨総合周産期特定集中治療室管理料、⑩(新設)小児特定集中治療室管理料、⑪(新設)精神科リエゾンチーム加算、⑫(新設)病棟薬剤業務実施加算、⑬(新設)院内トリアージ実施料、⑭(新設)移植後患者指導管理料

2. 要件は勤務医負担軽減及び処遇改善のより効果の期待できるものとする。
- 施設要件／勤務医の負担軽減・処遇改善の計画を策定、職員に周知徹底していること。

●病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資する計画の具体例(改定案) *下線部分が改定案

選択項目／医師事務作業補助者の配置、短時間正規雇用医師の活用、地域の他の医療機関との連携体制、外来縮小の取り組み(一部必須)、交代勤務制の導入(一部必須)、予定手術前の当直に対する配慮

必須項目／
・ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等の役割分担は前出①～⑭の全てで必ず実施する。
・ 外来縮小の取り組みは新たに追加する⑨～⑭の6項目で必ず実施する。

・ 交代勤務制の導入は、前出の③、⑦(小児入院医療管理料1)、⑧救命救急入院料(注3加算)、⑨、⑩では実施に向けた状況を定期的に報告する。

・ 勤務医負担軽減策は第三者の評価を受けているかどうかを報告する。

■病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価

1. 配置に応じた適切な評価の新設
- 医師事務作業補助体制加算に30対1、40対1を新設する。50対1は年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院も算定可能とする。

■看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価

1. 急性期医療を担う医療機関における看護補助者の配置の評価

25対1の看護補助者を雇用・配置している場合及び夜勤帯に看護職員や看護補助者を手厚く配置している場合の評価を新設する。

- (新) 急性期看護補助体制加算 1 25対1 (1日につき、14日を限度)
- イ 看護補助者が5割以上の場合 ○点
 - ロ 看護補助者が5割未満の場合 ○点

算定要件／
②看護必要度の基準を満たす患者を、7対1病棟は1割5分以上、10対1病棟は1割以上入院させる病棟であること。ただし、2012年3月31日まで7対1を算定し、4月1日以降は新7対1の要件を満たさないものの経過措置

として新7対1の点数を算定する病棟は算定できない。
③病院勤務医及び看護職員の負担軽減体制が整備されていること。

- (新) 看護補助者夜間配置加算 (1日につき、14日を限度)
- イ 入院患者数※に対して常時 50対1以上 ○点
 - ロ 入院患者数※に対して常時100対1以上 ○点
- ※同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数算定要件／新たな急性期看護補助体制加算1、2、3を算定している病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 (1日につき、14日を限度) ○点

施設基準／急性期看護補助体制加算1を算定している病棟であること。

2. 13対1入院基本料算定病棟も看護補助加算1(30対1)を算定できるよう見直す。

■救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

1. 院内トリアージを実施している場合の評価の新設 (新) 院内トリアージ実施料 ○点
- * 地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算は廃止する。

2. 2次救急医療機関等における救急外来受診の評価 (1) 2次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を設ける。

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料(初診時) ○点

算定要件／救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者

施設基準／2次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している医療機関

(2) 地域連携小児夜間・休日診療料および地域連携夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

■初・再診料及び関連する加算の評価

1. 同一日の2科目の再診について評価を行う。
- (新) 再診料(同一日2科目の場合) ○点
- (新) 外来診療料(同一日2科目の場合) ○点
- * 要件は同一日2科目の初診と概ね同様

2. 精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の患者が透析や共同利用をすすめている検査のため他の医療機関を受診する場合の減算率を緩和する。

■特定機能病院等における初・再診料等の見直し

1. 特定機能病院および地域医療支援病院(500床以上)における初診料について、紹介なしに受診した場合の評価を見直す。

(新) 初診料(紹介のない場合) ○点

算定要件／要件に該当する医療機関でも、逆紹介率が○%以上の場合当該初診料は算定しない。

経過措置／当該評価の導入は2013年4月1日とする。

2. 前出病院の外来診療料について、他院(一般病床200床未満に限る)又は診療所へ文書紹介を行う旨の申し出たにもかかわらず、当該患者が受診した場合の評価を見直す。

(新) 外来診療料 (他院へ紹介したにもかかわらず受診した場合) ○点

算定要件／要件に該当する医療機関でも、逆紹介率が○%以上の場合、当該再診料又は外来診療料は算定しない。

経過措置／当該評価の導入は2013年4月1日とする。

■多職種が連携した、より質の高い医療(チーム医療)の推進

2. 栄養サポートチームの推進
- 栄養サポートチーム加算を、一般病棟の13対1・15対1、専門病院(13対1)及び療養病棟でも算定可能とする。療養病棟は入院の日から6月以内のみ算定可能とする。
4. 外来緩和ケアチームの評価の新設

(新) 外来緩和ケア管理料 ○点

施設基準／
①当該医療機関に以下の4名から構成される専従の緩和ケアチームが設置されている。ただし、緩和ケア診療加算における緩和ケアチームと兼任であっても差し支えない。

ア) 身体症状の緩和を担当する常勤医師、イ) 精神症状の緩和を担当する常勤医師、ウ) 緩和ケアの経験を有する常勤看護師、エ) 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- ②①のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師

師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

5. 薬剤師の病棟における業務に対する評価の新設 (新) 病棟薬剤業務実施加算 ○点(週1回) 算定要件／

①すべての病棟の入院患者が対象。療養病棟又は精神病棟については、入院した日又は処方変更が行われた日から起算して4週を限度する。

②薬剤師が病棟で医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に算定する。(別途病棟薬剤業務について規定する)

施設基準／

- ①薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減と薬物療法の質向上に資する薬剤関連業務を実施する十分な時間を確保できる体制を有していること。(十分な時間として1病棟・1週当たり20時間を規定する予定)
 - ②病棟ごとに専任の薬剤師を配置していること。(略)
- ※薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

■在宅医療の促進について

1. 機能を強化した在宅診療・在宅病等への評価を新設する。

往診料の緊急加算・夜間加算・深夜加算、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、在宅患者緊急入院診療加算の引き上げを行う。

機能を強化した在宅診療・在宅病の施設基準／

- ①従前の在宅診療・在宅病の要件に以下を追加する。イ) 常勤医3名以上、ロ) 過去1年の緊急往診5件以上、ハ) 過去1年の看取り2件以上

②以下の要件を満たす場合は複数医療機関の連携で①の要件を満たすこともできる。

- イ) 緊急時連絡先の一元化を行う、ロ) 連携医療機関間で月1回以上の定期的カンファレンスを実施、ハ) 連携医療機関数は10未満、ニ) 連携する病院は200床未満に限る

2. 特定施設入居者については在宅患者訪問診療料を引き上げる。(地域密着型を含む特定施設または特別養護老人ホームの入所者が対象)

■在宅緩和ケア等の促進について

1. 複数医療機関による同一在宅療養指導管理料の算定
- 在宅療養指導管理料は、同一の患者に複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することはできないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療機関の医師と緩和ケア病棟等の専門の医師とが同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とする。

2. がん専門訪問看護の評価
- 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の悪性腫瘍患者に、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価する。

(新) 訪問看護療養費 がん専門訪問看護料 ○円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料 がん専門訪問看護料 ○点

算定要件／5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者への緩和ケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

3. 在宅末期医療総合診療料を在宅がん医療総合診療料に名称変更するとともに、機能を強化した在宅診療・在宅病の評価を新設、現行点数を引き上げる。

■看取りに至るまでの医療の充実について

1. 在宅ターミナルケア加算の評価の見直し
- ターミナルケアのプロセスの評価(ターミナルケア加算)と看取りの評価(看取り加算)に分けた上で、機能を強化した在宅診療・在宅病が実施した場合の評価を新設する。

【在宅ターミナルケア加算】

機能を強化した在宅診療・在宅病(病床を有する場合と病床を有しない場合)、在宅診療・在宅病、在宅診療・在宅病以外の4通りについてそれぞれ下記点数を設ける。

(新) ターミナルケア加算 ○点

(新) 看取り加算 ○点

算定要件／
◇在宅診療・在宅病(機能強化型を含む)

- ターミナルケア加算
- 死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合

- 看取り加算

事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合

◇在支診・在支病以外

●ターミナルケア加算

死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合

●看取り加算

事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合

2. 訪問看護におけるターミナルケア加算の評価の見直し

死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示する。

4. 介護老人福祉施設(特養)における看取りの充実

特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。

算定項目/在宅患者訪問診療料(ターミナルケア加算含む)、特定施設入居時等医学総合管理料
特養における算定要件/*下線は変更箇所

末期の悪性腫瘍患者に加え、以下の場合について算定可能とする。

①介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、

②在支診・在支病または特養の協力医療機関医師が当該特養において看取った場合、

③疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

■効果的な入院診療計画の策定 略

■効果的な退院調整の評価

1. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと、抽出患者以外の退院困難者についても調整を行うことを明確化する。(入院料ごとに退院加算を手厚く評価する)

(新) 退院調整加算1

(14日以内、30日以内、31日以上) 各○点

(新) 退院調整加算2(30日以内、31日～90日、91日～120日、121日以上) 各○点

算定要件/

●退院調整加算1

一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院等の入院基本料算定患者が対象。

●退院調整加算2

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料の算定患者が対象。
施設基準/ 略

2. 在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

(新) 地域連携計画加算 ○点

3. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟に、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を追加する。

■医療機関と訪問看護ステーションの連携について

1. 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時カンファレンス等を行った場合に、医療機関が退院時共同指導料2を算定できるようにする。

3. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1) 連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

(2) 退院当日の訪問看護について、①退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする、②算定可能な退院支援指導加算の対象を拡大するとともに算定要件を緩和する、③退院前訪問指導料の点数を見直すとともに退院当日の訪問指導も算定可能とする。

4. 退院直後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

■医療ニーズの高い患者への対応について 略

■介護保険の訪問看護との整合

1. 訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

介護保険と同様に医療保険にも早朝・夜間加算と深夜加算を新設する。

3. 医師の指示書の交付範囲の拡大

(新) たん吸引に係る指示料 ○点

(新) 介護保険新サービスに対する訪問看護指示料 ○点

■効率的かつ質の高い訪問看護の推進

1. 訪問看護における看護補助者の評価

複数名訪問看護加算に看護補助者と同行した場合の評価を追加する。(訪問看護療養費および在宅患者訪問看護・指導料)

2. 専門性の高い看護師による訪問の評価

(2) 真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養患者について、専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

■維持期リハビリテーションの評価

要介護被保険者等に対する標準的算定日数を越えた脳血管疾患リハ及び運動器リハの点数を引き下げる。次回改定時に実態を調査、廃止を検討する。

■リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

1. 介護保険のリハ移行後の医療保険の疾患別リハ算定期間を2月間に延長する。

2. 当該移行期間の2月日は疾患別リハを算定できる単位数を7単位までとする。

■病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

1. 一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟、特定機能病院一般病棟、専門病院の各7対1について、それぞれ、平均在院日数の短縮と看護必要度基準を満たす患者割合の引き上げを行う。経過措置期間を設ける。

2. 一般病棟10対1入院基本料の算定要件の見直し

(1) 一般病棟10対1における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度に係る評価を要件として新設する。実施は2012年7月1日とする。

(2) 10対1に看護必要度基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算(1)と(2)を設ける。

3. 入院基本料13対1の算定要件の見直し

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1に、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用い継続的に測定・評価を行っている場合の加算を新設する。

(新) 一般病棟看護必要度評価加算(1日につき)

○点

■効率化の余地のある入院についての適正な評価

1. 金曜日入院、月曜日退院の割合が高い医療機関の土・日の入院基本料の適正化

金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が○%を超える医療機関は、手術や高度の処置等を伴わない土曜日、日曜日に算定された入院基本料を○%減額する。対象医療機関/入院のうちの金曜日入院割合と、退院のうちの月曜日退院割合の合計が○%を超える一般病棟、特定機能病院及び専門病院。

対象とする入院基本料/一般病棟、特定機能病院及び専門病院各入院基本料のうち、①土・日に算定、②算定日に手術・1000点以上の処置を伴わない、に該当する入院基本料。

経過措置/2012年10月1日から施行する。

2. 午前中の退院がほとんどを占める医療機関の退院日入院基本料の適正化

午前中退院の割合が○%を超える医療機関について、30日以上入院で退院日に手術や高度な処置等の伴わない患者は退院日の入院基本料を○%減額する。対象医療機関/一般病棟、特定機能病院及び専門病院各入院基本料を算定する、退院全体のうち午前中に退院するものの割合が○%を超える医療機関。

対象とする入院基本料/一般病棟、特定機能病院及び専門病院各入院基本料のうち、①退院日に算定、②退院調整加算が未算定、③算定日に手術・1000点以上の処置を伴わない、のいずれもみだす入院基本料。

経過措置/2012年10月1日から施行する。

■亜急性期入院医療管理料の見直し

回復期リハを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハ病棟入院料と同等の評価体系に改める。【亜急性期入院医療管理料】(1日につき) *下線部は改定案における変更箇所

(改) 1 亜急性期入院医療管理料1 ○点

(新) 2 亜急性期入院医療管理料2 ○点

算定要件/

1. 亜急性期入院医療管理料1

①○日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

②脳血管疾患等リハ料又は運動器リハ料を算定したことがない患者について算定する。

2. 亜急性期入院医療管理料2

①○日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

②脳血管疾患等リハ料又は運動器リハ料を算定したことがある患者について算定する。

施設基準/

1. 亜急性期入院医療管理料1(変更部分のみ)

①届出可能病床は亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の○割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大○床まで、100床以下

の病院は病床数にかかわらず最大○床まで届出可能。

2. 亜急性期入院医療管理料2(変更部分のみ)

①届出可能病床は亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の○割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大○床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大○床まで届出可能。〔「200床未満」及び「治療開始3週間内に7対1・10対1から転床・転院してきた患者が2/3以上」は削除〕

■慢性期入院医療の適切な評価

1. 一般病棟13対1、15対1に限り、特定除外制度の見直しを行う。

(1) 90日超の患者は療養病棟と同等の報酬体系とする。

(2) 90日超の患者は出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

上記の2つについては病棟単位で医療機関が選択。2012年10月1日から施行する。

2. 療養病棟における褥瘡の治療に係る評価を行う。

入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後1ヶ月間は医療区分2を継続して算定できる。算定病院については褥瘡発生率等などの公表を要件化する。

3. 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置は2年間延長し、次回改定で現場の実態を踏まえた措置を検討する。

■回復期リハ病棟入院料の新たな評価

1. 回復期リハ病棟入院料について新たに高い評価を創設する。

2. 重症患者回復病棟加算は入院料に包括する。

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1

施設基準/ ①常時13対1以上の看護配置(看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)

②常時30対1以上の看護補助者の配置。

③専任のリハビリ科医師1名以上、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上の配置。

④在宅復帰率が7割以上であること。

⑤新規患者の30%以上が重症患者(日常生活機能評価で10点以上)であること。

⑥新規患者の15%以上が「一般病棟重症度・看護必要度」A項目が1点以上の患者であること。

⑦重症患者の30%以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料2 *下線部が変更部分

⑥重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

3. 回復期リハ病棟入院料の包括範囲について見直しを行う。(略)

■早期リハビリテーションの評価

早期リハ加算について14日以内の評価を引上げ、それ以降の評価を見直す。

■外来リハビリテーションの評価

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハの包括的指示に対する評価として外来リハ診療料を新設する。

■訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応(略)

■緩和ケア病棟の評価の見直し

1. 緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

【緩和ケア病棟入院料】(1日につき)

(改) 1 30日以内の場合 ○点

(改) 2 31日以上60日以内の場合 ○点

(改) 3 61日以上の場合 ○点

■感染防止対策への評価

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2(一般病床300床未満)を新設、同加算を算定する医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

2. 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算(感染防止対策地域連携加算)を新設する。

■入院基本料等加算の簡素化

1. 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1) 栄養管理実施加算について、要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。2012年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関は○年○月○日までの間、経過措置を設ける。

(2) 褥瘡患者管理加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

介護療養型医療施設に認知症対応加算を新設

訪問看護は引き上げ・各種加算。老人保健施設のターミナルケアを充実

「平成24年度介護報酬改定の概要」から 1月25日 *1面記事を参照

II. 各サービスの報酬・基準見直しの内容

□介護職員の処遇改善に関する見直し

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過措置的な取り扱いとして、2015年3月31日までの間、介護職員処遇改善加算を創設する。なお、15年4月1日以降は各サービスの基本サービス費で適切に評価を行うものとする。

(新) 介護職員処遇改善加算 (I)

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定

(新) 介護職員処遇改善加算 (II)

介護職員処遇改善加算 (I) の90/100

(新) 介護職員処遇改善加算 (III)

介護職員処遇改善加算 (I) の80/100

(注) 算定要件は介護職員処遇改善交付金の交付要件と同様の考え方による要件を設定。

□地域区分の見直し

●見直し後の地域区分・上乗せ割合と1単位あたりの単価

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他
上乗せ割合	18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	70%	11.26	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21
	55%	10.99	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17
	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14

●経過措置

2014年度末までの経過措置を設定した上で追加的な経過措置等を設定する。

□訪問看護

○短時間かつ頻回な訪問看護のニーズに対応、時間区分毎の報酬や基準の見直しを行う。

【訪問看護ステーションの場合】

20分未満	285単位/回 ⇒ 316単位/回
30分未満	425単位/回 ⇒ 472単位/回
30分以上60分未満	830単位/回 ⇒ 830単位/回
1時間以上1時間30分未満	1198単位/回 ⇒ 1138単位/回

【病院又は診療所の場合】

20分未満	230単位/回 ⇒ 255単位/回
30分未満	343単位/回 ⇒ 381単位/回
30分以上60分未満	550単位/回 ⇒ 550単位/回
1時間以上1時間30分未満	845単位/回 ⇒ 811単位/回

算定要件(20分未満) /

・利用者に対し、週に1回以上20分以上の訪問看護を実施していること。

・利用者からの連絡に応じて訪問看護を24時間行える体制であること。

○訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護について見直しを行う。

30分未満	425単位/回	⇒	1回あたり316単位/回
30分以上60分未満	830単位/回	⇒	(※1回あたり20分)

(注) 1日に2回を超えて訪問看護を行う場合、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。1週間に6回を限度に算定。

①ターミナルケア加算の見直し

算定要件(変更点)/死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上(死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険による訪問看護の提供を受けている場合、1日以上)ターミナルケアを行った場合。(注) 医療保険においてターミナルケア加算を算定する場合は算定できない。

ナルケアを行った場合。(注) 医療保険においてターミナルケア加算を算定する場合は算定できない。

②退院後の円滑な提供に着眼した評価

(新) 退院時共同指導加算 600単位/回
算定要件 /

・病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合。

・退院又は退所後の初回の訪問看護の際に、1回(特別な管理を要する者である場合、2回)に限り算定できること。

(注) 医療保険で算定する場合や初回加算を算定する場合は算定できない。

(新) 初回加算 300単位/月
算定要件 /

・新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して訪問看護を提供した場合。

・初回の訪問看護を行った月に算定する。

(注) 退院時共同指導加算を算定する場合は算定できない。

③特別管理加算

特別な管理を必要とする者についての対象範囲と評価を見直す。

特別管理加算 (I) 500単位/月
特別管理加算 250単位/月 ⇒ 特別管理加算 (II) 250単位/月

※算定要件 / 略

(注) 医療保険で算定する場合は算定できない。特別管理加算及び緊急時訪問看護加算は区分支給限度基準額の算定対象外とする。

④看護・介護職員連携強化加算

訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合。評価する。

(新) 看護・介護職員連携強化加算 250単位/月

⑤定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携に対する評価

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて訪問看護を提供した場合について評価。また、要介護度の高い利用者への対応を評価するとともに、医療保険の訪問看護の利用者に対する評価を適正化する。

(新) 定期巡回・随時対応サービス連携型訪問看護 2,920単位/月

(新) 要介護5の者に訪問看護を行う場合の加算 800単位/月

(新) 医療保険の訪問看護を利用している場合の減算 96単位/日

□訪問リハビリテーション

①リハビリ指示を出す医師の診察頻度を緩和。算定要件の「指示を行う医師の診察の日から1月以内」を「3月以内」とする。

②老健施設からの訪問リハを病院・診療所からの訪問リハと同様の要件に緩和、介護老人保健施設の医師の3月ごとの診察で継続的に訪問リハが実施できるようにする。

③PT、OT又はSTが訪問リハ実施時に訪問介護事業所のサービス提供責任者と利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、当該サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で必要な指導・助言を行った場合に評価を行う(3月に1回を限度に算定)。

(新) 訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算 300単位/回

□短期入所療養介護

<基本サービス費の見直し> 略

①重度療養管理加算の新設

要介護度4又は5で、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに、医学的管理のもと、短期入所療養介護を行った場合を評価する

(新) 重度療養管理加算 120単位/日

②緊急時の受入れに対する評価の見直し

緊急短期入所ネットワーク加算 ⇒ 廃止
(新) 緊急短期入所受入加算 ⇒ 90単位/日

算定要件 /

・居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行っていること。

・利用を開始した日から起算して、7日を算定の限度とすること。

□介護老人福祉施設

<介護福祉施設サービス費の見直し> 略

①認知症への対応強化

(新) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

200単位/日

算定要件 / 入所した日から起算して7日を限度として算定可能とする。

②日常生活継続支援加算

日常生活継続支援加算 22単位/日 ⇒ 23単位/日
算定要件 / a~cのいずれかの要件を満たすこと(下部は変更点)

a. 要介護4若しくは要介護5の者の占める割合が入所者の70%以上であること。

b. 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が入所者の65%以上であること。

c. たんの吸引等(*)が必要な利用者の占める割合が入所者の15%以上であること。

*口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

□介護老人保健施設

<介護保健施設サービス費(I)の見直し>

介護保健施設サービス費(I)は現行の報酬を見直すとともに、(ii)を(iii)とし、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした(ii)及び(iv)を創設する。

(新) 介護保健施設サービス費(ii) = 従来型個室

要介護1	739単位/日
要介護2	811単位/日
要介護3	873単位/日
要介護4	930単位/日
要介護5	985単位/日

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

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

あんしんとゆとりで仕事に専念

(新) 介護保健施設サービス費 (iv) = 多床室

要介護1	819単位/日
要介護2	893単位/日
要介護3	956単位/日
要介護4	1,012単位/日
要介護5	1,068単位/日

介護保健施設サービス費 I (ii若しくはiv) 算定要件/
【体制要件】

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適切に配置していること。

【在宅復帰要件】

・算定日が属する月の前6月間に当該施設の退所者総数(施設内死亡を除く)のうち、在宅で介護を受けることになったもの(入所期間1月以上に限る)が50%を超えている。

・入所者の退所後30日以内(要介護4又は5の場合は14日以内)に、当該施設の従業者が居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅生活が1月以上(4又は5の場合は14日以上)継続する見込みである。

【ベッド回転率要件】

・30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.1以上。

【重度者要件】(以下のいずれか)

・算定日が属する月の前3月間における入所者のうち要介護4又は5の割合が35%以上。

・算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の割合が10%以上又は経管栄養が実施された者の割合が10%以上。

①在宅復帰・在宅療養支援機能加算

(新) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 21単位/日
算定要件/

【在宅復帰要件】

・算定日が属する月の前6月間に当該施設の退所者総数(施設内死亡を除く)のうち、在宅で介護を受けることになったもの(入所期間1月以上に限る)が30%を超えている。

・入所者の退所後30日以内(要介護4又は5の場合は14日以内)に当該施設の従業者が居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅生活が1月以上(4又は5の場合は14日以上)継続する見込みであること。

【ベッド回転率要件】

・30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.05以上であること。

(注1) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算は、介護老人保健施設のうち、介護保健施設サービス費 I 又はユニット型介護保健施設サービス費 I の i または iii のみ算定可能とする。

(注2) 現行の在宅復帰支援機能加算は介護療養型老人保健施設においてのみ算定する。

②短期集中リハビリテーション実施加算

入所中に状態が悪化し、医療機関に短期間入院した後、再度入所した場合に必要な集中的なリハを評価、別の介護老人保健施設に転所した場合の取扱いを適正化する。(注) 介護療養型老人保健施設において同様の見直しを行う。

③ターミナルケア加算

死亡日以前15～30日	200単位/日
死亡日以前4～30日	160単位/日
死亡日以前14日まで	315単位/日
死亡日前日及び前々日	820単位/日
死亡日	1,650単位/日

④入所前からの計画的支援等に対する評価の新設

(新) 入所前後訪問指導加算 460単位/回

※算定要件/入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該入所者等が退所後生活する居宅を訪問し、施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合(1回を限度として算定)

(新) 地域連携診療計画情報提供加算 300単位/回
算定要件/診療報酬の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行い、入所者の同意を得た上で、退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合(1回を限度として算定)。(注) 介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

⑤医療ニーズへの対応強化

(新) 所定疾患施設療養費 300単位/日
算定要件/

・肺炎、尿路感染症又は带状疱疹について、投薬、検査、注射、処置等を行った場合。

・同一の利用者について1月に1回、1回につき連続する7日間を限度として算定。

(注) 介護療養型老人保健施設にも同様の加算を創設する。

⑥認知症への対応強化

(新) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日
算定要件/

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護保健施設サービスが必要であると判断した者に当該サービスを行った場合に、入所日から7日を限度に算定可能。(注) 介護療養型老人保健施設にも同様の加算を創設する。

□介護療養型老人保健施設

<介護保健施設サービス費(II)(III)の見直し>

介護保健施設サービス費(II)(III)については現行の単位数を据え置くとともに、介護保健施設サービス費(ii)を介護保健施設サービス費(iii)とし、より医療ニーズの高い利用者を受入れる介護保健施設サービス費(ii)及び(iv)を創設する。

(新) 介護保健施設サービス費(II)の(ii) = 従来型個室

要介護1	735単位/日
要介護2	818単位/日
要介護3	1,002単位/日
要介護4	1,078単位/日
要介護5	1,154単位/日

(新) 介護保健施設サービス費(II)の(iv) = 多床室

要介護1	814単位/日
要介護2	897単位/日
要介護3	1,081単位/日
要介護4	1,157単位/日
要介護5	1,233単位/日

介護保健施設サービス費 II 若しくは III (ii もしくは iv) の算定要件/

次のいずれにも該当する場合

a. 算定日が属する月の前12月間における新規入所者総数のうち、医療機関を退院して入所した者の割合から自宅等から入所した者の割合を減じて得た数が0.35以上であること。

b. 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引もしくは経管栄養実施者の割合が0.2以上であり、かつ、著しい精神症状、周辺症状もしくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が0.5以上であること。

①介護療養型医療施設から介護療養型老健施設への転換支援

有床診療所を併設した上で転換した場合に診療所の病床数の範囲内で増床が可能となるよう見直しを行う。併せて、現在実施している施設基準緩和等の転換支援策は2018年3月31日まで引き続き実施する。

②在宅復帰支援機能加算

在宅復帰支援機能加算 (I) ⇒ 廃止
在宅復帰支援機能加算 (II)

⇒ 在宅復帰支援機能加算 5単位/日
算定要件(変更点のみ)/

・介護療養型老健施設のみ算定可(介護老人保健施設は在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する)。

③ターミナルケア加算の見直し

死亡日以前15～30日	200単位/日
⇒ 死亡日以前4～30日	160単位/日
死亡日以前14日まで	315単位/日
⇒ 死亡日前日及び前々日	850単位/日
死亡日	1,700単位/日

算定要件(変更点のみ)/

以下を削除。「入所している施設又は当該入所者の居宅で死亡した場合であること。」

□介護療養型医療施設

介護療養型医療施設については適切に評価を行う。(例) 介護療養施設サービス(病院)のうち看護6対1、介護4対1

【療養型介護療養施設サービス費(I) = 看護6対1・介護4対1】

●療養型介護療養施設サービス費(i) = 従来型個室

要介護1	683単位/日	要介護1	670単位/日
要介護2	793単位/日	⇒ 要介護2	778単位/日
要介護3	1,031単位/日	要介護3	1,011単位/日
要介護4	1,132単位/日	⇒ 要介護4	1,111単位/日
要介護5	1,223単位/日	要介護5	1,200単位/日

●療養型介護療養施設サービス費(ii) = 多床室

要介護1	794単位/日	要介護1	779単位/日
要介護2	904単位/日	⇒ 要介護2	887単位/日
要介護3	1,142単位/日	要介護3	1,120単位/日
要介護4	1,243単位/日	⇒ 要介護4	1,219単位/日
要介護5	1,334単位/日	要介護5	1,309単位/日

①認知症への対応強化

(新) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日
算定要件/入所した日から起算して7日を限度として算定。

□経口移行・維持の取組

- ①経口維持加算(I)(II)の算定要件を見直す 略
- ②経口移行加算の算定要件を見直す 略

□口腔機能向上の取組

口腔機能維持管理加算 ⇒ 口腔機能維持管理体制加算 30単位/月(名称変更)

(新) 口腔機能維持管理加算 110単位/月
算定要件/

<口腔機能維持管理体制加算>

・介護保険施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。

・歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

<口腔機能維持管理加算>

・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月4回以上行った場合。

・口腔機能維持管理体制加算を算定している場合。

高血圧 年 有・無

糖尿病 年 有・無

高脂血症 年 有・無

神経痛 年 有・無

脳卒中 年 有・無

循環器疾患 年 有・無

呼吸器疾患 年 有・無

消化器疾患 年 有・無

泌尿器疾患 年 有・無

婦人科疾患 年 有・無

骨格疾患 年 有・無

骨粗鬆症 年 有・無

内分泌疾患 年 有・無

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

患者基礎情報
入院年月日
発症日
現病歴

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。

●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

真の解決策は医療に対する消費税を「原則課税」とすること!

四病協「一体改革素案」に対する意見を表明

1月6日の「社会保障・税一体改革素案」に社会保障診療にかかわる消費税の問題が取り上げられ、①当面非課税のままとする、②高額投資の消費税負担は診療報酬など医療保険制度で手当てする、③厚労省に医療機関等の消費税負担について検証する場を設ける、④医療にかかる消費税のあり方は引き続き検討する、という政府方針が明記された。

これを受けて四病院団体協議会(四病協)は「医療にかかる消費税は原則課税とすべきである」とする従来からの立場を意見書にまとめて1月31日に公表した。

四病協は、仕入れにかかる消費税が控除されることなく医療機関の負担となっている現行制度をやめることを求め、控除可能とするためには「原則課税」にあらためるべきであると、機会があるごとに主張してきた。

四病協の主張に対して、厚労省や財務省は「診療報酬で補填されている」と抗弁するのみで、これまで、話し合

いのテーブルにも着かなかつた。

消費税率の引き上げを表明した「一体改革素案」は「消費税率の引上げを踏まえ検討すべき事項」という項を設けて医療非課税の現状を取り上げた。しかし、その内容は非課税を継続するというもので、病院団体の要望は受け入れられなかった。

ただし、「検証する場を設ける」こ



▲四病協総会では「素案」の医療消費税方針に対する意見をまとめた(1月18日)

とが明記されたことは、これまで、公式の場での議論が一切なされなかったことを考えると意義が大きい。

また、「(医療機関等の)高額投資に係る消費税負担に関し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して手当てを行うことを検討する」とも書かれ、ごくわずかの診療報酬項目に消費税分を上乗せしたきたこれまでとは異なる対応が示唆されている。

しかし、四病協の「意見」は、そうした方針が「医療機関の消費税問題は診療報酬で解決すべき問題であり、

税の制度改正で対応することではない」というのであれば「医療団体の主張と真っ向から対立する」と指摘。

その上で、「我々病院団体の主張は医療における消費税は原則課税への制度変更である」と、これまで政府・厚労省等に貫して要望してきた立場をあらためて鮮明にした。

一方、厚労省に検証等の場を設置するという方針を評価しつつも、「医療に係る消費税の課税のあり方を検討する場」を内閣府に設置するよう求めている。

四病院団体協議会「社会保障・税一体改革素案に対する意見」(要旨) 1月31日

四病院団体協議会は医療に関する消費税は原則課税とするよう要望してきた。にもかかわらず、医療側との十分な議論がされないまま医療非課税が決まったことは大変遺憾である。

我々は医療機関の消費税問題は「税制」の問題であり、「診療報酬」で解決する事ではないと主張してきた。し

かし、今回の方針にはそれが反映されていない。

また、医療の消費税に関する素案の内容は曖昧である。例えば、「今回の改正にあたっては」とあるが、それは8%を指しているのか、あるいは、10%への引上げも視野に入れたものが不明である。

仮に、「今回」が10%への引上げを指すとすれば、医療機関の消費税問題は診療報酬で解決すべき問題であり、税の制度改正で対応することではないという判断を示したことになり、医療団体の主張と真っ向から対立する。我々は、医療における消費税は「原則課税」へと制度変更すべきであると主張して

いる。

素案に医療機関の負担検証の場を設け、課税のあり方を検討すると記載されたことの意義は大きい。中央社会保険医療協議会等で検証を開始すると同時に、内閣府に医療に係る消費税の課税のあり方を検討する場を設置することを強く要請する。

消費税 14年4月に8%、15年10月に10%へ

「一体改革素案」が決まる。政府は3月に法案提出の構え

政府・与党社会保障改革本部は1月6日に、消費税率の段階的引き上げを含む「社会保障・税一体改革素案」を決定、同日、閣議に報告された。政府は関係法案を3月中に国会に提出したいとしている。

一体改革素案は、社会保障改革とその安定財源を確保する税制抜本改革を一体的に実施するとして、関連した制度改革と諸施策をまとめている。

税制抜本改革の柱は消費税率の引上げである。素案には、2014年4月1日に8%へ、さらに、15年10月1日に10%へ引き上げると明記。消費税収は福祉目的税化とした。

具体的には、消費税収の使いみちを、現在の高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)から社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大するというもの。

もっとも、現行消費税率のうちの1%は地方消費税として最終消費地である都道府県の税収となり(その額の1/2は県内の市町村に交付される)、自治体が自由に使える一般財源になっている。この枠は維持されるため、例えば10%になった場合も、1%は地方の一般財源に組み込まれ続ける。すなわち、福祉

目的税化といっても全額が社会保障に投入されるわけではない。

素案は、また、①15年度段階で財政を健全化、②20年度までに基礎的財政収支を黒字化、③21年度以降に公債等残高の対GDP比を安定的に低下させるという目標を打ち出している。

財政健全化とは「15年度の財政赤字を10年度(対GDP比6.4%)の半分に減らす」(10年6月22日「財政運営戦略」という方針。基礎的財政収支の黒字化とは、国と地方合わせて、政策的経費を税収などの歳入の範囲内でまかうことを意味する。

しかし、内閣府がまとめた「経済財政の中長期試算」によると、消費税率を10%に引き上げても15年度は対GDP比3.3%の赤字となり、目標(3.2%)達成はできない。

赤字は20年度でも3%に達すると見込まれ、これを黒字化するためには16.6兆円の歳入が必要としている。消費税に換算すると6~7%にあたる。10%に引き上げても財政赤字の改善は進まないのかという不安を与える試算となった。

消費税 医療非課税が継続。厚労省に検証の場を設置

1月6日に閣議報告された「社会保障・税一体改革素案」は消費税率引き上げに伴う検討事項をあげているが、その中で、現在非課税となっている社会保障診療の問題が取り上げられた。

その要旨は、①社会保険診療は非課税のままとする、②ただし、一定基準の

高額投資の消費税負担に対しては診療報酬など医療保険制度で手当てする、③医療機関等の消費税負担について厚労省に検証する場を設ける、④医療にかかる消費税のあり方は引き続き検討する、というもの。

一体改革素案に書き込まれた内容を

1月13日の中医協総会に報告した唐澤剛審議官は、「検証する場」について、「医療機関における消費税の実態把握、診療報酬におけるこれまでの措置の検証、高額なものの手当てのあり方について議論する。2012年度の早期に設置したい」と説明した。

■「社会保障・税一体改革素案」における社会保険診療への言及

第3章 各分野の基本的な方向性

1. 消費課税

(2) 消費税率の引上げを踏まえ検討すべき事項

今回の改正に当たっては、社会保険診療は、諸外国においても非課税であることや課税化した場合の患者の自己負担の問題等を踏まえ、非課税の取扱いとする。その際、医療機関等の行う高額な投資に係る消費税負担に関

し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して手当てを行うことを検討する。これにより、医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬など医療保険制度において手当てすることとする。また、医療機関等の消費税負担について、厚生労働省において定期的に検証する場を設けることとする。なお、医療に係る消費税の課税のあり方については、引き続き検討をする。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

〈称号〉 **メディカル クラーク**

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- 〈実技I〉 患者接遇
- 〈学 科〉 医療事務知識
- 〈実技II〉 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

〈称号〉 **医事業務管理士**

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- 〈実技I〉 患者接遇・院内コミュニケーション
- 〈学 科〉 医事業務管理知識
- 〈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

〈称号〉 **ドクターズクラーク** 【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科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- 〈学 科〉 医師事務作業補助基礎知識
- 〈実 技〉 医療文書作成

●試験の詳しい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 東京都千代田区猿楽町 2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp