



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2012

NEWS 4/15

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.776 2012/4/15

http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

消費税「10%まで医療非課税が続く」?!

中医協総会

医療機関負担に対する手当ての議論で厚労省が明言。医療団体の認識と乖離

きたるべき税率引き上げに対する医療機関の消費税負担については、従来どおり診療報酬で手当てするとともに、新たに「高額設備投資」部分も区分して手当てするという方針が「社会保障・税一体改革大綱」に書き込まれ、2月27日に閣議決定された。

この枠組の具体的検討に入った4月11日の中医協総会で、唐澤剛審議官は「消費税率が10%になるまでは高額な投資と診療報酬制度で対応する。これは政府の決定である」と明言した。

換言すれば「医療非課税は10%まで継続する」ということであり、「大綱」に先立つ「社会保障・税一体改革素案」(1月6日閣議報告)の解釈をめぐり、「8%まで医療非課税はやむを得ないが、それ以降は引き続き検討となる」と受け止めている病院団体と厚労省の間に大きな乖離があることが露呈した。

唐澤審議官の発言に、診療側西澤委員(全日病会長)は「説明を聞いて驚いている。この問題は持ち帰って検討したい」と述べ、病院団体間の協議にはかかる意向を表わした。同じく堀委員(日歯常務理事)も「持ち帰って検討したい」と西澤委員に同調した。

この問題に対して、四病協は、直ちに対応策の協議に入った。

四病協、対応策の協議に入る

2012年度診療報酬改定を終えた中医協は、次期改定に向けた検討課題の確認と議論手順の整理を進めつつある。

前回総会(3月28日)は、答申附帯意見に取り上げられた全18項目のうち、(1)医療技術(薬剤、材料を含む)評価における費用対効果導入の検討、(2)長期取組品の薬価のあり方の検討、(3)基本診療料のあり方の検討、(4)診療報酬における消費税の取扱いの検討という4テーマに関しては中医協総会とは別に検討の場を設けることで一致、4月11日の総会では、議論手順の具体案について検討を行なった。

具体案とは、(1)については総会の下に、基本小委、薬価専門部会、保険医療材料専門部会の委員からなる部会を新たに設置して検討を進める、(2)は薬価専門部会で検討を進める、(3)は基本問題小委(構成委員は総会と同様)をベースに診療報酬調査専門組織と調査実施小委を活用しつつ検討を進める、というもの。

そして、(4)に関して、事務局(厚労省保険局医療課)は次の手順を提案した。
①総会の下に、支払側・診療側各委員、公益委員、税制・会計専門家、医薬品・材料関係団体からなる分科会(診療報酬調査専門組織)を新たに設置して検討を進める。

- ②過去の対応について検証を行なう(2012年度前半)。
- ③消費税課税の実態調査を行なう(12年内に集計)。
- ④消費税率引き上げに対する診療報酬制度等の対応について検討する(12年内に中間整理)。
- ⑤「区分して手当てを行なう高額な投資部分」の基本的考え方をとりまとめ、その方向性について社保審医療保険部会で一定の結論を得る(12年内)。
- ⑥消費税率8%時の対応の概要を整理する(13年度前半)。



る(13年度前半)。

事務局資料は10%への引き上げに対する対応にはまったく触れていない。

こうした事務局提案に対して、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は「10%への対応をいつ議論するのか。10%超に対してはどう対応するのか」などと質した。

これに対して、唐澤審議官は「消費税が10%になるまでは高額な投資と診療報酬制度で対応するということが政府の決定である」と説明。再確認を求める西澤委員の質問に対しても「8%、10%は高額な設備投資と診療報酬で対応する」と断言した。

「社会保障・税一体改革大綱」には、「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、非課税の取扱とする」と明記されている。

この表記は「大綱」の基となる「社会保障・税一体改革素案」と同じであるが、四病協は「社会保障・税一体改革素案に対する意見」(1月31日)で「医療の消費税に関する素案の内容は曖昧である。『今回の改正』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」と指摘した。

その一方で、「一体改革素案」への医療非課税問題の書き込みについては、事前に、政府筋から四病協に「8%の段階で非課税は覆しようがないが、10%については、その後の議論になるのではないか」との展望が示されていたこともあり、四病協は、「(政府の姿勢は)8%は非課税止む無しだが、10%にいたる過程で非課税問題を検討するというもの」という認識で一致していた。

厚労省の中医協における発言を受け、四病協は対応策の協議に着手した。

「慢性期分科会で医療提供体制全般を検討する」案に異議

中医協総会

医科委員「急性期分科会の新設あるいは慢性期分科会の組織変更で対応すべき」

4月11日の中医協総会では、2012年度改定答申書の附帯意見に取り上げられた今後の検討課題の検討方法についても意見を交わした。その中で、診療側医科委員から、2つの検討項目に関して、事務局(厚労省保険局医療課)案の見直しを求める意見が示された。

「医療提供体制が困難な地域に配慮した評価」と「7対1算定要件見直しの経過措置」の各検証である。

いずれの項目も、事務局案は、既存の診療報酬調査専門組織の「入院医療の包括評価分科会」で検討するとしていた。

前者について、鈴木委員は、「当該地域は慢性期や包括評価ばかりではなく、もっと幅の広い医療がなされている。なぜ慢性期分科会なのか」と質した。

この質問に、担当官は「慢性期分科会には慢性期に限らず、従来よりも幅広い内容で検討していくという総覧的な提案である」と答えた。

これに対して鈴木委員は、「分科会の委員構成は慢性期に偏っている。(提案主旨に従えば)委員構成を変えないと対応できないことになる」と提起した。

一方、7対1算定要件の経過措置につ

いては、西澤委員(全日病会長)が、「医療提供が困難な地域の検討もそうだが、同時に、7対1算定要件の経過措置に関する検討も慢性期分科会とされている。しかし、これは慢性期分科会の検討テーマにそぐわない」と疑問を呈した。

その上で「これを検討するならば、新たに急性期の分科会を設置するか、慢性期分科会の組織を変えて、医療提供体制すべての検討ができるようにしないと無理ではないか」と提起。事務局に、再度、提案し直すよう求めた。

「医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言」を承認

医療事故調査の制度設計

医療界が事故調を設置。届出例を限定的に明示。医学的に不適切な事故に「懲罰」

医療事故調査のあり方について検討してきた病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)はこのほど「懲罰委員会に関する提言」をまとめ、3月10日の第4回理事会・第12回常任理事会で承認された。(提言は2面に掲載)

機関決定された提言は3月29日の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」において、飯田常任理事によって報告された。

提言は、医療事故調をめぐる厚労省の大綱案に反対する全日病が対案として

て構想してきた医療事故調査制度の完成型となるもので、原因究明・再発防止の過程と刑事司法による責任追及の過程を明確に分けた上で、「明示的・限定的に定義される」重大事例は医療界が自律的に設置する院外事故調査委員会の医学的調査に委ねるべきとして、「明示的・限定的」ケースを例示した。

その上で、院外事故調による調

査・分析の結果、医学的適切性を欠く事例には「懲罰」を科すべきとして医療界による自律的な懲罰委員会を設置、当該病院管理者と医療団体の協力を得た「資格制限」と「教育研修」の実施を提案している。

院外事故調による調査結果は関係者と遺族には報告するが、警察に対する届出は行なわない。院外事故調による調査が精緻に行なわれるよう、警察捜査に対しても「時間的優先」を求めるとしている。

日医新会長に横倉義武氏が就任

4月1日に開催された日本医師会の第126回定例代議員会は役員選挙の結果、横倉義武氏を第19代会長に選出した。副会長には羽生田俊(再選)、中川俊男(再選)、今村聡(新選出)の3氏が選ばれた。

横倉新会長(67歳)は福岡県医師会出

身。前回選挙で副会長に選ばれて執行部入りするとともに、社会保障審議会医療部会等の委員を務めてきた。また、1999年5月から02年4月まで中医協委員を歴任している。



▲提言を機関決定した第4回理事会・第12回常任理事会

医療界設置の事故調が「明示的に定義された重大事故」を調査

医療事故調査の制度設計 調査結果は警察に報告しない。飯田常任理事が検討部会に提言を報告

3月29日の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」で、構成員の飯田修平常任理事は、全日病が機関決定した「医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言」を説明、医療事故調査の枠組設計に向けて具体的な提案を行なった。(1面記事を参照)



▲検討部会で全日病の提言を説明する飯田常任理事(写真中央)

院外事故調は法的検討はしない。医学的な適切性について調査分析する

□検討部会における飯田常任理事の説明(要旨)

原因究明・再発防止は医療界が取り組まなければならないことは当然であるが、社会、国民、患者さんにも理解していただくことが大切であると思っている。併せて、医療団体、医療界の資源をどう有効に使っていくかという視点が重要であると思う。

したがって、本日のヒアリングは、主に、各団体内部の取り組みや考え方の報告であったが、私は、医療界としてどうすべきであるかという点から、全日病の見解をお話したい。

「医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言」の基にあるのは、基本的

に、原因究明・再発防止と責任追及は別の枠組みで行なわれるべきであり、同じ組織で扱われるべきではないという考え方である。

私は、産科医療補償制度の運営組織準備委員会や制度発足後の運営委員会でも、このことを再三申し上げてきた。しかし、残念ながら、この制度にかなりの問題が生じている。こうした考えは、無過失補償制度等あり方検討会でも主張させていただいている。

提言にある図(別掲=下段記事)は、医療事故調査は個人の処罰を前提とするものではないが、限定的な責任追及があり得るということを前提とした枠組である。

医療事故の対象は、これまで、もっぱら死亡例に限って議論されてきたが、この枠組では「重篤な後遺症」も対象としている。

その上で、「故意または悪質」の事例は当然警察に届け出るが、大部分のそうでないケースは院内に事故調査委員会を立ち上げ、事故分析・原因究明と再発防止の取り組みを進めてもらう。仮に単独でできない施設が外部の応援を求めることは構わないと考える。

ただし、「明示的に定義された重大事故」に関しては院外事故調査委員会に委ねるという枠組を図の左に設けた。

院外事故調査委員会は医療界の自律的な取り組みとして、医療関係団体の手で設置され、医学的事項に限定した調査を行なう。したがって、委員会の構成は、臨床医、必要に応じて病理医、他の医療関連職種からなる。必要に応じて事故分析の専門家も加わる。調査に際しては基本的人権に配慮する。

ここでは法的問題の検討は行なわない。つまり、医学的適切性があるかないかという点から調査分析を行なうわけである。

その結果、仮に医学的適切性がないと判断されれば、医療界の自律的な取り組みという枠組の中で、懲罰委員会によって「懲罰」が科せられる。「懲罰」とは「資格制限」と「教育研修(再教育)」であり、これは各職能団体の協力を得て実施される。

再教育を受けるまでは、医療機関の管理者には一定期間、臨床を制限する措置をとっていただく。最悪の場合、

行政に専門資格の制限を勧告することもある。もちろん、懲罰を受けた者は異議申し立てを行えば、再調査を受けられる。

これは医療界の取り組みであるため、法的強制力はない。しかし、医療機関管理者の協力を得て実施すべきと考える。また、調査の結果が関係者(患者・遺族、医療機関、厚生労働省)に通知されることは当然である。懲罰の内容も患者・遺族等に報告される。

この枠組に関しては警察の介入は排除されている。刑事、民事について言えば、患者や遺族が訴追することはあり得よう。それを否定するものではない。しかし、それによって、証拠の確保など、医学的調査の成否に影響が出ることは避けなければならない。この枠組を尊重していただくために、この調査は警察の捜査に時間的に優先するという保障が必要と考える。

我々は、こうした枠組において院外事故調査委員会に委ねられる「明示的に定義された重大事故の事例」をも整理、示した。

なお、医療事故調査委員会の業務は院内および院外とも公益性が大きいことから、その財源は、医療関係団体とともに、国にも拠出をお願いすることになる。

この枠組の構築と実施は全日病の手だけでできるものではない。また、個々の医療団体が単独でやろうとしてもできない。それこそ、日病協、四病協など、医療界あげて取り組まなければできないだろう。

重大事故の定義事例を示す。「懲罰」は医療界の協力で実施

全日本病院協会「医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言」(概要)

1. はじめに

全日本病院協会では、医療安全及び医療事故の原因究明・再発防止・責任追及に関して、機会がある毎に意見を表明してきた。

この中で、①各施設にはより積極的な医療安全の取り組みが必要である、②医療事故が発生した場合は院内医療事故調査委員会原因究明と再発防止に努めるべきであり、そのための手法の開発、病院団体など院外組織による支援体制の確立が図られるべきである、③医療事故調査委員会など院外組織による原因究明・再発防止と責任追及は同一の組織で実施してはならず、責任追及は限定的であるべきである、④医療機関に報告義務を課すことは責任追及、懲罰に繋がらない場合に限定すべきである、ことを一貫して主張している。

第3次試案や大綱案に全日病が反対意見を述べた主な理由は、原因究明・再発防止と責任追及が同一の組織で行われること、個人の処罰を前提とした

内容だからである。

その上で、原因究明・再発防止・責任追及の組織のあり方の概要を示してきたが、事故届出の具体的な内容や処罰に関する組織作りの提言を行うことが課題として残っていた。

この度、「医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言」を取り纏めたので提言する。

2. 医療事故調査委員会・懲罰委員会の設置の目的

医療事故調査委員会は基本的に院内に設置されるべきものであるが、ここで示す院外事故調査委員会(図の点線枠内)と懲罰委員会は第三者によって院外に設置されるもので、明示的に定義された重大事故(後出)に関して医学的適切性を検討し、不適切と判断された場合には懲罰を科し、あるいは行政へ勧告することを目的としており、訴訟等、法律で規定された被害者側の権利を妨げるものではない。

3. 医療事故調査委員会の概要

医療事故調査委員会の概要は下記の通りである。
・調査委員会は医療関係団体が設置する。
・調査委員会の構成は、臨床医、必要に応じて病理医、他の医療関連職種とする。必要に応じて、事故分析の専門家を加える。
・調査委員会では、医学的事項に限定して検討を行う。
・調査にあたっては

基本的人権に配慮する。

- ・調査の概要と結果を関係者(患者または遺族・医療機関・行政)へ報告する。
- ・調査期間中は、警察捜査に対して時間的に優先する
- ・調査委員会の質担保のため、一定期間は1、2カ所に集約、その後、地域に設置する。
- ・調査委員会は医学的適切性に問題があると判断した事例を懲罰委員会に送致する。

4. 懲罰委員会の概要

- 責任追及に関する懲罰委員会の概要は下記の通りである。
- ・医療団体の自律的な行動として、医療機関の管理者はこの決定に従うこととする。
- ・再教育に関しては、各職能団体の協力を得る。
- ・再教育を受けるまでは、医療機関の管理者は、一定期間、臨床の制限(資格制限)を設ける。
- ・専門資格制限に関しては、行政に勧告する。
- ・行政は本委員会の決定に基づいた勧告を勘案して、処分を行う。
- ・懲罰の内容は、患者又は遺族等へ報告する。

5. 医療事故調査委員会・懲罰委員会に関するその他の事項

- ・懲罰を受けた者は委員会の決定に異議申し立てを行い、再調査を受けることが出来る。
- ・両委員会の業務は公益性が大であり、その財源は国及び医療関係団体が拠出する。

6. 明示的に定義された重大事故の事例

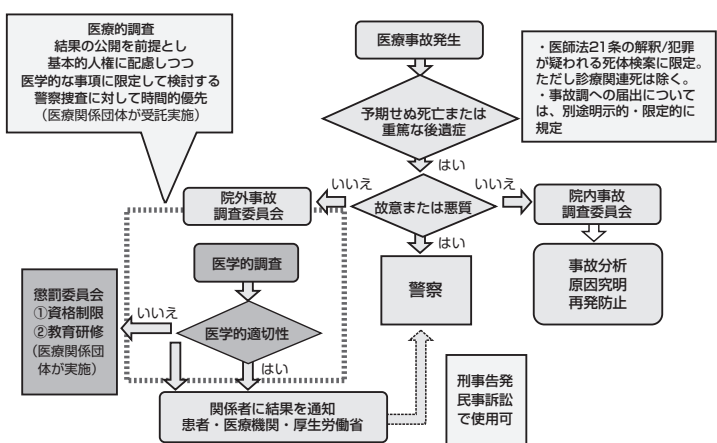
明示的に定義した診療項目別重大事

故の事例は以下の通りである。

- ①手術関連項目
 - ・異なった部位への手術
 - ・異なった患者への手術
 - ・誤った外科手術(注1)
 - ・外科手術後の遺物
 - ・ASA身体状態1*の術中・術直後の死亡(注2)
- ②医療機器関連項目
 - ・汚染された薬剤・機器・生体材料使用にともなう死亡・重篤な後遺障害
 - ・機器の不適切な使用による死亡・重篤な後遺障害
 - ・医療用ガスラインの誤りに伴う死亡・重篤な後遺障害(有毒ガスの混入を含む)
 - ・血管内の空気塞栓による死亡・重篤な後遺障害
- ③処置関連項目
 - ・薬剤事故による死亡・重篤な後遺障害
 - ・異型輸血による死亡・重篤な後遺障害
 - ・低リスク出産時の母体死亡・重篤な後遺障害

注1. 誤った外科手術とは一術前の患者への説明と異なった全ての外科手術
 2. ASA身体状態とは—アメリカ麻酔科学会(ASA)が手術前の患者の身体状態を6段階に分類している。
 ASA身体状態1: 一般的に良好な患者
 ASA身体状態2: 軽度の全身疾患を有する患者
 ASA身体状態3: 重度の全身疾患を有する患者
 ASA身体状態4: 継続的に生命を脅かす重度の全身疾患を有する患者
 ASA身体状態5: 手術をしなくても助かる見込みの低い瀕死の患者
 ASA身体状態6: ドナーへの移植が目的で臓器を摘出される脳死状態を宣言された患者

医療事故調査委員会 原因究明と個人の懲罰(有責判断)



感染防止対策加算1は300床未満も届出可能

12年度改定の疑義解釈 感染防止対策加算1と2の連携は医療圏や都道府県を越える場合も可能

厚労省保険局医療課は3月30日、2012年度診療報酬改定に関する疑義解釈の第1報を都道府県等に送付した。

その中で、(1)7対1入院基本料(経過

措置)を届け出た後も、(人員要件とともに)平均在院日数と看護必要度基準を満たせば新7対1を再度届け出ることが可能、(2)看護要員の勤務時間数には褥瘡

対策委員会も含まれる、(3)看護必要度加算は特定患者も算定対象となる、(4)感染防止対策加算1は300床未満でも届出可能かつ、加算2は300床以上でも届出可

能である、(5)感染防止対策加算1と2各届出医療機関の連携は医療圏や都道府県を越える場合も可能、などの解釈を明らかにした。

3月30日付事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」別添1から

□再診料・外来診療料

Q4 同一日の同時に2科目の再診料(外来診療料)を算定する場合で、緊急で時間外に異なる科を受診した場合にも時間外加算は算定できないのか。

A 算定できない。

□入院基本料

Q21 夜勤専従者の月の所定労働時間(夜勤時間数)について、概ね72時間の2倍以内という要件が削除されたことにより、どのような勤務体系が可能となるか。

A 夜勤専従者の所定労働時間を日勤及び夜勤の両方を行う看護職員と同等の週当たり40時間が可能となる。ただし、本人の希望や夜勤による身体への負担等を考慮し、柔軟な運用と配慮を行うことが望ましい。

Q22 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数に、褥瘡対策に関する委員会を行う時間は含んでよいのか。

A 当該病棟で勤務する実働時間数に、平成19年4月20日の事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その7)」で示している「院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修」以外に、褥瘡対策委員会に参加する時間も含んで差し支えない。

Q23 新7対1の要件(平均在院日数、看護必要度)を満たさなかった場合、新10

対1を届出ることになるのか。

A 新7対1の要件を満たさない場合には、新10対1、又は、7対1入院基本料(経過措置)を届出ることができる。なお、一時的に7対1入院基本料(経過措置)を届出したとしても、平均在院日数(直近3か月の実績)、看護必要度基準(直近1か月の実績)を満たせば、再度、新7対1を届出ることが可能である。

Q24 新7対1の要件(人員)を満たさない場合、新10対1を届出ることになるのか。

A 新7対1の基準(人員*)を満たさず、本来であれば新10対1を届出る医療機関については、平成26年3月31日までに新10対1を届出ることを前提に、7対1(経過措置)を届出ることができる。この経過措置は、現在7対1届出医療機関が、将来的に10対1届出医療機関となるため、計画的段階的に人員削減できるように設けられたものである。そのため、7対1(経過措置)を届出る場合、①平成26年3月31日までに新10対1として届出ること、②新10対1を届出た後、再び新7対1を届出するためには、3か月間の新7対1としての実績要件**2を満たすことが必要となる。もちろん、新7対1の要件(人員)を満たさない場合、新10対1を届出することも可能である。この場合、新10対1から新7対1となるためには、通常どおり、要件を満たしてから新7対1の届出**3をしてもよい。

域連携紹介加算及び受入加算は算定できるか。

A 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算を再度算定することはできない。

Q56 病棟薬剤業務実施加算の要件である病棟ごとの専任薬剤師配置として、薬剤管理指導料の施設基準である医薬品情報管理室に配置する常勤薬剤師で重複することは可能か。

A 不可ではないが、それぞれの業務について適切に行われる必要がある。

Q57 栄養サポートチーム加算に係る薬剤師に病棟薬剤業務を実施させることは可能か。

A 不可ではないが、栄養サポートチーム加算の業務に要した時間を病棟における実施時間に計上することはできない。

Q58 非常勤の薬剤師が病棟の専任薬剤師となることは可能か。

A 非常勤薬剤師を病棟専任薬剤師として配置すること及び当該薬剤師の業務時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることは不可ではない。

Q59 複数の薬剤師(指導薬剤師及び研修薬剤師)が研修目的で病棟薬剤業務を実施した場合、その全員分について病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

A 指導薬剤師分のみを病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

Q61 病棟薬剤業務実施加算について、①複数の薬剤師が一の病棟で、または、②一の薬剤師が複数の病棟で、病棟薬剤業務を実施することができるか。

A できる。

Q63 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製のほか、診療録の記録に係る時間なども病棟薬剤業務の実施時間に含めることは可能か。

A 可能である。

Q67 特定入院料を算定する患者のみが入院している病棟には薬剤師を配置する必要がない、また、保険診療対象外となる患者のみが入院している病棟(産婦人科病棟等)には配置の必要がない、という理解で良いか。

A 当該病棟には当該病棟に専任の薬剤師を配置する必要はない。ただし、当該病棟に入院基本料(障害者施設等入院基本料を除く)算定患者が含まれている場合は薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施する必要がある。

Q69 「実施上の留意事項」に示されている病棟薬剤業務以外の業務に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

A 基本的には当該通知で示された業務と解される範囲を含めるものとする。なお、病棟カンファレンスの参加及び病棟回診の同行は、当該業務が薬物療法の有効性、安全性の向上に資する場合に限り、病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

【特定入院料】

Q75 回復期リハ病棟入院料の施設基準にある日常生活自立度を測定するための院内研修を行う看護師は、看護必要度の研修を受けた者でもよいのか。

A 差し支えない。

Q76 入院した患者が回復期病棟入院料の算定要件に該当しない場合は、当該病棟が療養病棟の場合は療養病棟入院基本料1又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iにより算定することとあ

るが、いずれを算定するのか。

A 回復期リハ病棟入院料1及び2は療養病棟入院基本料1、回復期リハ病棟入院料3については療養病棟入院基本料2により算定する。

Q77 同一保険医療機関内で回復期リハ病棟入院料1、2及び3の届出を行うことは可能か。

A 同一保険医療機関が回復期リハ病棟入院料1と2の届出を行うことは可能。1と3又は2と3を届け出ることにはできない。

Q80 緩和ケア病棟入院料について、入院期間はどのように考えるか。

A 緩和ケア病棟から在宅へ退院した後、当該病棟に再入院した場合には、退院から再入院までが7日以上の場合に限り、再入院した日を入院起算日として差し支えない。また、他の病棟から緩和ケア病棟に転棟した場合は、一連の入院で初めて緩和ケア病棟入院料を算定する場合に限り、緩和ケア病棟入院料の初回算定日を入院起算日として差し支えない。

【医学管理等】

Q90 同一の医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料1と2を別々の患者に算定することは可能か。

A 医師の要件に応じて算定可能である。

Q93 糖尿病透析予防指導管理料は、当該点数を算定する日に、透析予防診療チームである医師、看護師又は保健師及び管理栄養士それぞれによる指導の実施が必要か。

A そのとおり。必ずしも医師、看護師又は保健師及び管理栄養士が同席して指導を行う必要はないが、それぞれが同日に指導を行う必要があることに留意されたい。

Q98 糖尿病透析予防指導管理料の医師、看護師、管理栄養士は栄養サポートチーム加算の専任の医師、看護師、管理栄養士と兼任は可能か。

A 栄養サポートチームの専任ではない医師、看護師、管理栄養士は兼任が可能である。

Q99 糖尿病透析予防指導管理料は糖尿病合併症管理料と併算定は可能か。

A 可能である。

Q102 外来リハ診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定日数の間で、疾患別リハ又は放射線治療を行う日に2科目の診療を行った場合、2科目の初診料又は再診料(外来診療料)は算定できるのか。

A 初診料の注3ただし書きに規定する点数又は再診料の注2(外来診療料の注3)に規定する点数を算定する。

Q105 外来リハ診療料を算定した日から規定日数の間で、リハを実施した日に処置等を行った場合、当該診療に係る費用は算定できるか。

A 初診料、再診料、外来診療料以外の費用は算定可能である。

Q115 地域連携診療計画管理料を算定する計画策定病院と地域連携診療計画退院時指導料(I)又は地域連携診療計画退院時指導料(II)を算定する連携医療機関との間で年3回開催するとされている会合は、連携する全医療機関が参加して開催する必要があるのか。

A 必ずしも連携する全医療機関が参加した会合を開催する必要はなく、地域の連携の実態に応じて適切に開催すること。

【入院基本料の算定方法】

※1 新7対1の基準(人員)

(看護) 常時、入院患者数7又はその端数を増すごとに1以上であること等(従前通り)。

(医師) 入院患者の100分の10を乗じた数以上(従前通り)

※2 新7対1の実績要件(さらに※1の人員要件)

- ・平均在院日数 18日以内
- ・看護必要度基準を満たす患者の割合 1割5分以上

※3 届出前直近1か月(平均在院日数は3月)の実績をもって届け出ること。

Q32 特定患者は看護必要度加算を算定できるのか。

A 特定患者は施設基準を満たしていれば算定できる。なお、特別入院基本料を算定している患者は、一般病棟入院基本料を算定する病棟の患者ではないため、算定できない。

Q36 急性期看護補助体制加算で、請負方式の非常勤看護補助者を届出対象に含めることは可能か。

A 当該加算に関わらず、保険医療機関の看護補助者は非常勤でも構わないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などは含めない(派遣職員は含んでもよい)。

Q38 看護職員配置夜間加算を算定している保険医療機関において、配置基準の12対1を満たさない月が出た場合、直ちに届出の変更を行う必要があるのか。

A 当該病棟における看護職員と入院患者割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要。1割を超えた場合には翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな点数を算定する。

Q40 感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関が複数ある場合、各医療機関と個別にカンファレンスを開催しなければならないのか。

A 感染防止対策加算2を算定する複数の医療機関との合同でよい。

Q41 感染防止対策加算は特別の関係

にある医療機関が連携した場合も届出可能か。

A 可能である。

Q42 感染防止対策加算1と2の各届出医療機関による連携は、医療圏や都道府県を越えて連携している場合でも届出可能か。

A 医療圏や都道府県を越えていても適切に連携することが可能であれば届出可能。

Q43 感染防止対策加算2は「一般病床300床以下を標準とする」とあるが、300床以下とは、医療法の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。

A 許可病床数をいう。なお、300床以上であっても、感染防止対策加算2の基準を満たしている場合、加算2の届出を行うことができる。

Q44 300床未満の医療機関であっても感染防止対策加算1を届け出ることができるのか。

A 届出可能。

Q45 感染防止対策加算1の届出医療機関と2の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、感染制御チームのメンバー全員が参加する必要があるか。

A 原則、感染制御チームを構成する各々の職種(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)が少なくともそれぞれ1名ずつ参加すること。

Q51 救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者について、さらに転院を行った場合、改めて救急搬送患者地

看護師に絞った改善で医療機関の「雇用の質」を向上？！

看護師等の「雇用の質」向上で通知 厚労省「12年度は全国的に対策を強化する」。だが、医療現場は強い疑問

厚労省は4月2日付労働条件政策課長通知で看護師等の勤務環境改善取り組みの2012年度方針を示し、労働条件政策課に労働条件改善の施策立案を行なう「医療労働企画官」を設ける、都道府県労働局に「医療労働専門相談員」を配置することを明らかにした。

「雇用の質の向上」は、昨年度は東京、大阪、愛知の3都府県を重点に、企画委員会の設置・開催、20数名に及ぶコンサルタントの配置、一部医療機関に対する事例収集などが行なわれた。そして、全国47都道府県で企画委員会の設

労務対策のみで問題は解決するのか？

看護師等の「勤務環境改善」に特化した労働基準局の攻勢は、医療現場に混乱を与える可能性がある。

「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」の設置以来、全日病は一貫して、医療現場の勤務環境改善は看護師のみの課題ではなく、医療従事者全体の問題であるという立場から、総合的な施策の展開を求めるとともに、労働基準局が前面に出た、しかも看護師に限った勤務環境改善の取り組みに疑問を呈してきた。

置を完了させた。

これを踏まえ、12年度は、(1)各県で研修会を開催する、(2)労働環境改善専門家を「医療労働専門相談員」として11の都道府県に14人配置する、(3)専門相談員と各県労働局による全国会議を開催するなど、取り組み体制を全国的に強化する方針で臨むとしている。

とくに、専門相談員が病院の労働時間管理者に行なうヒアリングに力が注がれる。その中で「勤務医の勤務実態の情報・事例も収集していきたい」(労働条件政策課)としている。

今回の通知は、そうした疑問をますます強めるものである。

各医療機関は医療法の配置標準を踏まえて医療従事者を雇用、労基法にのっとりた上で、各現場の状況に応じて勤務体制等を組んでいる。「法違反に対する監督指導とは異なる」(通知)というが、労働基準局をしたがえた各県労働局の動きは、行政による経営介入と批判されてもしかたがない。

なによりも、大勢の職種が混在する医療現場で看護師等のみを取り上げ、し

かも、助成策や増員策を伴うこともなく労務面の改善を求めるのは、他職種とバランスをとったチーム医療を推進していく上でマイナスに働く恐れがある。

これは、処遇改善交付金で介護職員のみ賃上げが行なわれた体験を通して、多くの病院管理者が痛切に感じた教訓である。

通知は、今後、病院医師の勤務環境

通知の要旨

●本省に「医療労働企画官」を新設、都道府県労働局に「医療労働専門相談員」を配置するなど、取り組みの強化を図る。
□企画委員会について

●前年度の研修会等の評価、医療機関の取組事例等を踏まえた勤務環境の改善等に向けた議論、研修会の開催等に関する協議等を行う。

●研修会は第3から第4四半期にかけて実施する。医療機関等の労働時間管理者を主たる対象者とする。この取組は法違反に対する監督指導とは異なる。

□医療労働専門相談員による情報収集と相談支援について

●医療労働専門相談員は、医療従事者の労務管理等の改善取り組みに関する

改善も対象としていく方針を明らかにしている。

病院医師については、2001年から2002年にかけて「当直適正化」がうたわれ、各県の労基監督署から強い指導が行なわれた。しかし、医師不足が放置される中、事態は改善していない。

看護師等の「雇用の質」向上に対する病院関係者の疑問は強まる一方である。

情報収集と相談支援を行う。

●医療機関等からの情報収集

・医療機関等における労務管理等の改善に向けた課題や好事例等について、ヒアリングによる現状把握を行う。

・医師の勤務環境について情報提供を受けた場合は、その内容も記録する。

・ヒアリングは労務管理責任者(院長、事務長、看護部長、看護部長等)から行う。

●医療労働専門相談員を配置していない局も、医療機関等からの希望がある場合等は、医療機関等への相談支援等を積極的に行うことが望ましい。

□全国会議の開催について

●第3四半期に専門相談員と都道府県労働局職員による全国会議を開催する。

専門医のあり方 13年3月までに報告書を取りまとめる

厚生労働省はこのほど、省および局の2012年度組織目標を公表した。その中で、労働基準局は、あまたある産業・

職種の中からとくに「看護師等」を取り上げ、勤務環境の改善に取り組む方針を明確にした。

厚労省 2012年度各局の組織目標から

□医政局

●医療提供体制の見直し等制度改正の検討(期限/13年3月)

・社会保障・税一体改革で示された医療提供体制の方向性に沿って、法制化も視野に入れた検討を進める。

・無過失補償制度等(医療事故調査の仕組み等のあり方を含む)の検討を進める。

●東日本大震災の被災地における医療の確保及び復興支援(期限/13年3月)

・医療機関の復旧や医療従事者の確保を支援するとともに、今後、あるべき医療提供体制の構築も視野に入れた復興支援を行う。

・医療を確保するとともに、地域医療再生基金等により医療機能の復興を支援する。

・看護職員確保及び看護職員呼び戻しに関して、県や関係団体の取組みの支援を行う。

●地域医療対策の推進(期限/13年3月)

・13年度からの次期医療計画策定に向け、都道府県に、計画策定のための助言を行う。

・13年度を「在宅医療・介護あんしん

2012」と位置づけて、住み慣れた場で必要な医療が受けられる環境の整備を図る。

・都道府県が設置する地域医療支援センターの設置を促進、円滑運営のための助言を行う。

・「専門医の在り方に関する検討会」において、総合的診療能力を有する医師の養成方法を含め、引き続き議論を行い、13年3月までに報告書の取りまとめを行う。

●チーム医療の推進(期限/13年3月)

・看護師の能力を認証する仕組みや「チーム医療普及推進事業」(12年度予算)などを通じて、チーム医療を推進する。

・12年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、チーム医療推進会議等において引き続き検討。看護師一般の業務範囲と安全体制等について具体的な検討を行う。

□健康局

●健康づくり、がん・生活習慣病対策、地域保健など

・次期がん対策推進基本計画を6月を目途に閣議決定し、基本計画に定めたそれぞれの取組を順次実施する。

・次期国民健康づくり運動について、6

月までに「基本的な方針」の見直しを行う。

・「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の見直し(7月)等を行う。

・特定健診・保健指導の「標準的なプログラム」について、年度内に必要な見直しを行う。

□労働基準局

●働き方・休み方の見直し、看護師等の「雇用の質」の向上(期限/13年3月)

・過重労働による健康障害防止に向けた事業主等の意識を高め、働き方・休み方の見直しを進める。また、医療現場での勤務環境の改善に向けた取組を推進する。

備考/「新成長戦略」で、2020年までの目標とし「年次有給休暇取得率70%、週労働時間60時間以上の雇用者割合5割減」を設定。

□老健局

●改正介護保険法・介護報酬改定の円滑施行(期限/13年3月)

・改正介護保険法・12年度介護報酬改定の政策効果について検証する。

・日常生活圏域ごとのニーズ把握を通じた地域診断やサービス目標設定の状況、医療・介護の連携など地域包括ケアシステム推進に向けた各市町村の実態を把握する。

・地域包括ケアシステム構築に向けて、各自治体における介護基盤の整備や地域ケア会議の開催の普及を推進する。

●社会保障・税一体改革大綱等を踏まえ

た次期制度改正に向けた検討(期限/13年3月)

・「地域包括ケアシステム」を実現できる介護保険制度体系の在り方について検討するとともに、介護予防の効率化・重度化予防への給付重点化、ケアマネジメント機能強化など第6期介護保険事業計画に向けた制度見直しの内容の検討を実施。

□保険局

●高齢者医療制度の見直し

・高齢者医療制度の見直しについて、できる限り早く法案を提出できるよう、更なる検討・調整を進める。(期限/出来る限り速やかに)

●高額療養費制度の見直し

・社会保障・税一体改革大綱に基づき、必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す。(期限/出来る限り速やかに)

●診療報酬

・12年度診療報酬の影響検証を行うとともに、医療機関における消費税負担、医療技術における費用対効果の導入、後発医薬品の更なる使用促進、長期取組品の薬価のあり方等について検討を開始する。

●特定健診・保健指導の見直し

・「特定健診・特定保健指導の実施方法」「特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容」等について検討会の議論を進め、12年度早期にとりまとめを行う。

医政局長通知を4件発出

□特別医療法人の廃止

3月30日付「特別医療法人に係る経過措置の終了について」(医政発0330第26号)は、特別医療法人に関する既往通知の改正と廃止を各都道府県知事と各地方厚生(支)局長に了知させた。

□医療法人附帯業務の拡大

介護保険法一部改正の施行(4月1日)に伴い、厚労省は、介護保険事業に導入された定期巡回・随時対応型サービスと複合サービスを加えるなど医療法人附帯業務の改正を実施、通知「医療法人の附帯業務の拡大について」を3月30日付で一部改正した(医政発0330第

24号)。

□医療法施行規則等の一部改正省令の施行

2012年省令改正の4月1日施行に伴い、厚労省は3月29日付で通知(医政発0329第11号)を発出、「都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準」に該当する項目の制定にかかわる助言を行なうとともに、医療機関等への周知等を要請した。

【改正の概要】

●医療計画における「4疾病5事業」の疾病対象に精神疾患を追加する。

●精神病床または療養病床を介護老人保健施設等に転換するとして都道

府県知事に届け出た「転換病床」に講じていた廊下幅並びに人員配置にかかる経過措置を18年3月31日まで延長する。

●一定の要件を満たす病院・診療所であることを12年6月30日までに届け出たものに限り、療養病床における看護師等人員配置に係る経過措置(看護6対1・看護補助6対1)と同等の措置を18年3月31日まで延長するべく、「従うべき基準」として都道府県条例で規定し直すこと。

□臨床研修に関する省令施行通知の一部改正

3月29日の医道審議会医師臨床研修

部会は「2013年度以降の臨床研修における対応」をまとめ、(1)09年度の制度改正で基幹型臨床研修病院とされた単独型臨床研修病院・管理型臨床研修病院のうち、指定基準を満たさない病院に適用してきた激変緩和措置を3月31日で廃止する、(2)ただし、年間入院患者3,000人の基準を満たさない病院に訪問調査を行ない、適切な研修体制がある場合は基幹型臨床研修病院の指定を継続、その後も訪問調査で確認する、方針を定めた。

厚労省は前出方針に沿って、3月29日付で省令の施行通知(医政発0329第22号)を一部改正した。