

〔一般報告〕

I. 私立学校関係平成 23 年度第一次補正予算について

- (1) 平成 23 年 5 月 2 日、文部科学省は私立学校関係平成 23 年度第一次補正予算案を公表したこと。総額は、1,098 億円で、私立学校施設災害復旧費補助（1/2 補助）626 億円、そのうち大学・短期大学分として 338 億円が計上されたこと。
- (2) 私立学校教育研究活動復旧費補助 212 億円、そのうち私立大学等経常費補助として 128 億円が計上されたこと。
- (3) 日本私立学校振興・共済事業団への出資として、226 億円が計上されたこと。なお、融資率は「災害復旧分」並びに「経営資金分」について、1～5 年無利子となったこと。
- (4) 私立学校施設災害復旧事業に関しては、私学から提出された問い合わせに対する回答として「私立学校施設災害復旧事業 Q&A」が公表され、主に以下のとおりとなっていること。
 - ① 被災した教育研究用装置・設備、図書、附属病院の建物、附属病院の土地や工作物、書棚やベッド、大型医療機器等の復旧に対しても補助対象となること。
 - ② ただし、附属病院の土地や工作物であっても、利用者から継続的に当該建物等の使用料を徴収している施設については、対象とならないこと。関連して、利用者から使用料を徴収しない駐車場であって、教職員や学生が利用可能なものは対象となること。
 - ③ 立地地域にかかわらず災害復旧事業の補助対象とすることが可能であること。
 - ④ 既に復旧したものであっても、それを証明できる書類（見積書、領収書等）があれば認められること。
 - ⑤ 補助対象の最低金額は、300 万円以上となっていること。
 - ⑥ 当面、提出期限は定めずに随時受付を行うことから、復旧事業計画書を提出していただきたいこと。また、平成 23 年 6 月 3 日付にて、文部科学省高等教

育局私学部私学助成課長通知「東日本大震災により被害を受けた私立学校施設の復旧に係る事業計画書の提出について（依頼）」が発出されていること。

II. 本協会の公益法人移行に関する対応について

- (1) 第 248 回理事会・第 86 回総会（臨時）（平成 23 年 3 月 10 日開催）において、一般社団法人への移行申請に伴う定款に関する了承をいただいたが、内閣府への申請後、内閣府から一部変更することが望ましいとの意見があったこと。
- (2) 平成 23 年 5 月 19 日開催の第 250 回理事会において、一般社団法人日本私立医科大学協会定款（案）を修正し、平成 23 年 9 月 1 日の承認を得るべく対応していくことの説明・提案があり、同理事会は一般社団法人日本私立医科大学協会定款（案）を修正することに同意し、改めて当該定款（案）を了承した。また、同日の第 87 回総会（春季）においても、全会一致で承認されたこと。
- (3) 平成 23 年 7 月 1 日、内閣府公益認定等委員会から菅 直人内閣総理大臣に対して、本協会が一般社団法人及び一般財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第 117 条に規定する認可の基準に適合すると認めるのが相当である旨、答申がなされたこと。
- (4) これに伴い、平成 23 年 8 月 22 日に「一般社団法人」認可書を交付する旨の連絡があり、内閣府ホームページにて公示されたこと。これを受け、9 月 1 日付にて本協会の現法人（特例民法法人）解散と新法人設立（一般社団法人）に向けて、一連の手続きを開始するものであること。
- (5) 登記変更後の手続きとしては、3 ヶ月以内（平成 23 年 11 月末日まで）に文部科学大臣に平成 23 年 4 月 1 日から 8 月 31 日までの決算期間における決算書を提出しなければならないことから、第 88 回総会（秋季）（平成 23 年 11 月 17 日開催）において、決算書の承認をいただいた後、提出する予定であること。また、平成 23 年 9 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの残りの年度に関する予算を改めて内閣府に提出する予定であること。
- (6) 本協会は、平成 23 年 8 月 22 日、内閣府より「一般社団法人」認可書が交付さ

れ、9月1日、特例民法法人から一般社団法人に移行した。

Ⅲ. 東日本大震災における本協会の対応について

<1>医療チームの派遣状況について

- (1) 大震災の直後（平成23年3月11日）から、被災地の病院、診療所、医療救護所、避難所等における医療救護、心のケア、ドクターヘリ等による患者搬送、災害時死体検案支援活動等を目的とした医療チームの派遣については、第249回理事会（平成23年4月14日開催）において、平成23年4月12日現在の状況を報告したこと。
- (2) 当該調査においては、今後も加盟各大学の支援内容を把握していくことが必要と考えられるため、継続して取りまとめを行っていく予定であり、派遣状況に追加・修正等がある場合は、事務局にお知らせいただくこととしたこと。
- (3) また、加盟各大学附属病院（分院）が果たす役割が重要であることを社会的に認識してもらうためにも、分院の派遣状況を再確認いただくこととしたこと。
- (4) 平成23年5月31日現在、加盟大学における医師等の派遣状況を取りまとめた結果、524チーム（派遣人数2,072名、延べ人数9,200名）を派遣していること。
- (5) 平成23年6月30日現在、加盟大学における医師等の派遣状況を取りまとめた結果、29大学64病院（本院29病院、分院35病院）、624チーム、派遣人数2,329名、派遣延べ人数は、10,242名となったこと。
- (6) 国公立大学別の派遣については、国立大学が747チーム、派遣人数2,665名、公立大学は145チーム、派遣人数446名となり、1大学あたりの医師等派遣人数は、国立大学65.0名、公立大学63.7名、私立大学80.3名となっていること。
- (7) 平成23年8月10日現在、加盟大学における医師等の派遣状況を取りまとめた結果、29大学64病院（本院29病院、分院35病院）、753チーム、派遣人数2,623名、派遣延べ人数は、11,192名となったこと。（22～26ページ参照）
- (8) 国公立大学別の派遣については、国立大学が954チーム、派遣人数3,201名、公立大学は175チーム、派遣人数525名となり、1大学あたりの医師等派遣人数

は、国立大学 78.1 名、公立大学 75.0 名、私立大学 90.4 名となっていること。(22 ページ参照)

< 2 > 物的支援状況について

- (1) 物的支援状況については、平成 23 年 5 月 12 日現在、被災地には 25 病院が 72 回に亘り、医薬品や医療材料の他、飲料水、食料品、毛布等の支援を行っていること。また、物的支援の調査についても、継続して取りまとめを行っていく予定であり、支援状況に追加・修正等がある場合は、事務局にお知らせいただくこととしたこと。

< 3 > 大学病院における夏期の電力需給・節電対策について

- (1) 大学病院における夏期の電力需給・節電対策については、平成 23 年 4 月 8 日、政府「電力需給対策本部」において、東日本大震災に伴う今夏の電力不足に関する東京電力・東北電力管内の電力需給の見通しが示され、政府は契約電力 500kW 以上の大口需要家に対して、ピーク時間帯の電力の使用制限を求め、ピーク時の最大電力を前年比 25% 減とする方針を打ち出したこと。
- (2) これに伴い、平成 23 年 4 月 21 日、民主党「電力需給問題対策プロジェクトチーム」(座長：直嶋正行民主党衆議院議員) は、全国医学部長病院長会議をはじめとする各団体に対するヒアリングを行ったこと。
- (3) 当該ヒアリングには、全国医学部長病院長会議から、黒岩義之会長(横浜市立大学医学部長)、森山 寛副会長(東京慈恵会医科大学附属病院長)等が出席し、また、本協会の立場として、赫 彰郎病院部会担当副会長と寺井 勝先生(東京女子医科大学八千代医療センター病院長)が出席したこと。
- (4) 黒岩先生は、大学病院における節電対策について、a) 大学病院は、患者の生命・安全に影響を及ぼすことのないよう、限界まで節電対策を実施し、今後も一層の努力を重ねること、b) 大学病院は、災害医療や救急医療を担うため、いかなる時も機能・安全性を確保し続ける必要があることを主張し、大学病院においては使用制限からの除外を求めたこと。

- (5) また、寺井先生より、東京女子医科大学八千代医療センターにおける7回に及んだ計画停電の実態報告があり、結果として救急医療の制限や医療機器の故障を体験したこと、及び地域医療が崩壊する可能性があることを報告したこと。
- (6) 夏期の電力需給に関して、大学病院は使用電力抑制の対象から除外していただくべく、全国医学部長病院長会議・国立大学医学部長会議・国立大学附属病院長会議・日本私立医科大学協会の4団体の連名にて、4月20日に要望書を作成し、随時提出を行ったこと。
- (7) 文部科学省の要請により、陳情にあたっては国公立大学が分担することとなり、平成23年4月28日、枝野幸男内閣官房長官、松崎哲久議員（民主党電力需給問題プロジェクトチーム副座長）、医療系議員である石森久嗣衆議院議員と面談、要望を行ったこと。
- (8) 陳情の日程と同じくして、民主党電力需給問題対策プロジェクトチームは、今後の電力需給調整対策に関する中間報告を公表したこと。
- (9) 同中間報告では、「産業・業務部門と家庭部門ともに15%カットを目途に節減策を講じる。ただし、病院や公共輸送機関等ライフラインに関わる部門については、最大限配慮するものとする」との提言がなされたこと。
- (10) 平成23年5月2日、資源エネルギー庁より各省庁担当者宛に各省庁から提出されていた需要設備に対する意見への回答があり、文部科学省の意見に対して、大学病院については削減率0%（昨夏並みの電力使用まで認める）とする旨の回答があったこと。
- (11) 文部科学省は、政府「電力需給緊急対策本部」が5月13日付で「夏期の電力需給対策について」を決定したことを受けて、所管する関係各方面に対して5月16日付で通知を発出したこと。
- (12) 政府「電力需給緊急対策本部」は、夏期の電力需給に関して電力の需要面における対策を具体化し、その結果を取りまとめた旨を公表したこと。電力使用制限の適用除外範囲や削減率（15%）に関する軽減等の具体的内容については、更に検討を進めるとしたこと。
- (13) なお、検討にあたっては、適用除外や制限緩和の対象は、実態を踏まえ最小限

度のものとするとともに、その対象であっても、自らできる限りの使用抑制に努め、また、企業・事業体等として削減率（15%）を達成するよう努めることとしたこと。

(14) 大学病院は、上記(10)において削減率0%（昨夏並みの電力使用まで認める）の回答を得ており、この部分に読み替えていただくことができること。

(15) 「大学病院における電力需給・節電対策委員会（平成23年5月31日開催）」において、文部科学省から夏期の電力制限に関して、以下の通り説明があったこと。

① 使用制限の対象は、東京電力・東北電力管内の契約電力が500kW以上の大口需要家であり、契約単位（需要設備）で判断されること。

② 使用制限の期間・時間帯は、東京電力管内が平成23年7月1日～9月22日（平日）の9時から20時、東北電力管内が平成23年7月1日～9月9日（平日）の9時から20時となること。

③ 制限緩和措置として、「病院」が対象の一つであり、7月1日から適用を受ける場合は、6月17日までに所定の申請書に基づき、関東もしくは東北経済産業局に提出することとなり、制限緩和の適用にあたっては、「病院」が自動的に制限緩和されるわけではないこと。

④ また、申請の際に、「医療法の許可書の写し」を添付する予定であり、病院の他、同じキャンパスに医学部等がある場合、それを証明するためのキャンパスマップも提出すること。

(16) 制限緩和の対象となっている場合においても、できる限り使用抑制に努めることとされており、各病院の節電行動計画を6月中に文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室に提出する予定となったこと。なお、盛り込む内容等については、後日、同省から各大学に連絡が行われたこと。

(17) 黒岩義之全国医学部長病院長会議会長から大学病院支援室に対して、国公立大学病院の実務担当者を対象に夏期の電力使用制限に関する「説明会」を開催してほしいとの要請があり、同支援室は説明会を6月13日に開催したこと。

< 4 > 文部科学省の医療支援の要請について

- (1) 第 249 回理事会（平成 23 年 4 月 14 日開催）において、文部科学省高等教育局 新木一弘医学教育課長より、災害地域への持続的な医師等の派遣を可能とするため、私立医科大学間で医療チームを編成し、医療支援活動を継続できる仕組みを構築していただきたい旨の要請があり、私立医科大学におけるシステム構築に関して、国立大学附属病院の事例を参考にしつつ、文部科学省と協議を行ったこと。
- (2) 平成 23 年 4 月 25 日、文部科学省医学教育課長から本協会宛に被災地に対する中長期的な医療支援の実施およびそのために必要な医療支援の枠組み作りについて取り組んでいただきたい旨の事務連絡があったため、医師等派遣の医療支援体制を検討したこと。
- (3) 検討の結果、5 施設（国立大学、私立医科大学、民間病院）が連携したりレー方式による被災地医療支援のモデル事業が構築されたこと。（国立大学は浜松医科大学、私立医科大学は順天堂大学、日本医科大学、聖マリアンナ医科大学、民間病院は聖隷浜松病院）
- (4) 派遣地は福島県と指定され、公立相馬総合病院、磐城共立病院に対して、当面は平成 23 年 5 月 23 日より平成 23 年 7 月末までの予定が組まれたこと。
- (5) 経費に係る諸問題に関しては、国もしくは県が負担しない限りは、旅費・宿泊費等の経費は参加施設が負担することとし、福島県の当該病院からは負担いただかないこととしたこと。
- (6) 本モデル事業の進み具合によっては、他大学からの派遣も考えられること。
- (7) 当該医療支援については、磐城共立病院から神経内科医 1 名、公立相馬総合病院からは糖尿病専門医 1 名を派遣してほしい旨の要請があり、平成 23 年 5 月から 7 月末までの予定を組み、スケジュールに則って進めたこと。
- (8) 実際に医療支援を行っていく中で、磐城共立病院については、引き続き 7 月末までの支援をお願いされたものの、公立相馬総合病院では、東日本大震災発生直後からニーズが高かった糖尿病専門医を 7 月 31 日まで派遣する予定であったが、平成 23 年 4 月以降、専門医が充足していることから、参加施設 5 施設（浜松医

科大学、聖隷浜松病院、日本医科大学、順天堂大学、聖マリアンナ医科大学) が 1 回ずつ派遣することになる平成 23 年 6 月 24 日をもって、一旦派遣を中断し、改めて協議を行うこととしたこと。

(9) 公立相馬総合病院への派遣は、一旦中断するが、現場から救急医や総合診療医の派遣要請があった旨の報告を受けていることから、正式な要請が届いた後に検討することとしたこと。

(10) 平成 23 年 7 月 7 日、玉上 晃文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室長と、5 施設連携医療支援に参加する大学（聖マリアンナ医科大学、日本医科大学、順天堂大学、浜松医科大学、聖隷浜松病院）の事務担当者等による合同打ち合わせ会を開催したこと。

(11) 当該打ち合わせ会において、公立相馬総合病院への派遣については、平成 23 年 4 月以降、専門医が充足していることから、平成 23 年 6 月 24 日をもって一旦中断すること、磐城共立病院への派遣については、当面の目的を達したことから、予定通りの平成 23 年 7 月 31 日に終了することを報告したこと。

(12) 医療支援を実際に経験し、現地・現場から届く情報に時間的な遅れがあったこと、派遣したチームの仕事が曖昧であったこと、派遣先の病院のシステム・仕組みに慣れる前に派遣期間が終了してしまうといった問題点が挙げられたこと。

(13) 5 施設連携による被災地医療支援への対応と並行して、平成 23 年 6 月 21 日、新木一弘文部科学省医学教育課長より、明石勝也担当理事に対して、本協会宛に岩手県からの医師派遣に関する要請があったこと。岩手県は、岩手医科大学を基幹災害拠点病院として、派遣の一元化を図っているが、医師が疲弊している現状にあることから、文部科学省に被災地沿岸拠点病院への医師派遣の要望を提出し、本協会に要請がなされたこと。

(14) これに対応すべく、本協会は平成 23 年 6 月 23 日付にて、加盟各大学代表理事宛に、同要請に対して応じることができるか否かのアンケート調査を実施したこと。アンケート結果の概要として、①応じる：5 大学、②条件次第で応じる：20 大学、③応じられない：9 大学、となったこと。

(15) 「条件次第で応じる」における条件として、2 週間程度であれば、可能な限り

派遣すること、雇用契約（身分、人件費）、費用負担（交通費、食費、宿泊費、医薬品、医療材料）の区分等を明確にすること、等が挙げられたこと。

(16) 「応じられない」の理由として、既に被災地には医師を派遣しており、今後も近隣大学等と連携して継続して派遣する予定であること、長期の派遣は自施設の診療体制自体維持できなくなること、が挙げられたこと。

(17) 以上の加盟各大学の対応を取りまとめた結果、以下を方針としていくこと。

- ① 岩手県知事から私立医科大学協会宛に、派遣要請状を派出していただくこと。
- ② これを受けて、本協会は、アンケート結果を踏まえ、改めて加盟各大学に可否を問い合わせること。
- ③ 岩手県知事は、「応じる可能性あり」と回答した各大学の理事長宛に岩手県被災地沿岸拠点病院への派遣要請状を送付すること。
- ④ 派遣の条件として、給与補てん、諸経費補てんを行っていただくこと。
- ⑤ その他の条件は、岩手県と各大学との間での個別の対応とすること。
- ⑥ 同派遣に関しては、文部科学省が了知することが望ましいこと。

< 5 > 政府の「被災者健康支援連絡協議会」の設置について

(1) 日本医師会や全国医学部長病院長会議等の医療関係団体は、政府「被災者生活支援特別対策本部」の協力要請を受け、同本部のもとに「被災者健康支援連絡協議会」を設置したこと。

(2) 設立時の参加団体は、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、全国医学部長病院長会議、日本病院会、全日本病院協会の7団体となっており、事務局の庶務は厚生労働省が関係省庁の協力を得て実質的に行うこと。

(3) 取組として、a) 医療チームの中長期的な派遣、b) 避難所をはじめとする被災現地の感染症等被災者の健康確保を担うこと。

(4) 当該協議会が被災地の医療ニーズを一括して管理することで、これまで各団体・個人が実施してきた医療支援の調整役として機能することになったこと。また、政府への政策提言も行う方針であるとともに、当該協議会が、支援に関する

財政的な要望を行っていく予定であること。

IV. 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会における DPC 制度（DPC/PDPS）に係る検討状況について

- (1) 平成 23 年度第 1 回 DPC 評価分科会（平成 23 年 4 月 14 日開催）において、西岡 清前分科会長（横浜みなと赤十字病院名誉院長）の任期満了に伴い、新分科会長として、小山信彌病院部会担当理事が選任されたこと。
- (2) DPC 対象病院・準備病院の現況について、DPC 対象病院は平成 23 年度に 59 病院が参加し、平成 23 年 4 月 1 日現在で 1,449 病院と（469,329 床）になったこと。
- (3) 同分科会では、調整係数の見直しに伴う基礎係数を設定するにあたり、基礎係数を「医療機関群」別に分類して設定すべく議論を行っており、基礎係数は参加病院をいくつかの医療機関群に分類して設定することにより、病院の診療機能を反映し、医療機関群に共通する機能、特性等から検討することとしたこと。

これに伴い、平成 22 年度診療報酬改定時の基礎データを分析したところ、大学病院本院は、DPC 算定病床数、平均在院日数、1 入院当たりの平均点、1 日当たりの平均点が高いとの特徴があったこと。

これを踏まえて、厚生労働省は、大学病院本院を 1 つの医療機関群として設定することを提示し、次回以降の会合において、診療機能や合併症の有無、重症度の違い等のデータを収集し、平成 23 年 7 月以降、結果の検証・分析を行う予定としたこと。

- (4) 大学病院本院以外の病院をどのように医療機関群として検証するかについて議論され、協議の結果、今後優先的に検討すべき医療機関群の設定に係る機能類型として、①医師研修機能、②小児医療提供機能、③他病棟との連携機能（ケアミックス病院）の 3 つに整理し、具体的に検討することとしたこと。

具体的な評価指標の候補として、①医師研修機能は、臨床研修指定病院の指定の有無、医師数と病床数の比、②小児医療提供機能は、小児入院医療管理料算定病床の DPC/PDPS 算定病床に占める割合、全患者に対する 15 歳未満患者の割

合、③他病棟との連携機能（ケアミックス病院）は、併設病棟種類による分類、DPC/PDPS 算定病床数とそれ以外の病床数の比を指標とすること。今後、まず、医師研修機能について検討するため、各医療機関における経験年数別（医師免許取得後年数別）医師数の追加調査を実施し、その結果を含めた分析・検討を行うこととしたこと。

- (5) 同分科会は、抗がん剤を含む高額薬剤等の DPC/PDPS における取扱いの在り方を検討するため、第 3 回分科会（平成 23 年 6 月 13 日開催）において、対象者を大学病院 2 施設、がん専門病院 2 施設、地域中核病院 2 施設の臨床医、社会保険診療報酬支払基金の医科専門役の全 7 名としてヒアリングを行ったこと。

各参考人は、1) DPC 制度で問題となる高額薬剤の実例、2) 同一 DPC におけるバラつきの実情、3) 現行制度に関する指標・提言等について、プレゼンテーションを行ったこと。同ヒアリングにおいて私立医科大学附属病院からは大阪医科大学附属病院が対象となり、同病院は「10 年ぶりの胃がん治療薬の登場で生存期間の中央値が大幅に伸びたにもかかわらず、出来高算定の対象になっていないため、院内で採算割れが指摘され、適正使用ができないことから、抗がん剤は出来高算定にすべき」との意見を述べたこと。

V. 平成 22 年度診断群分類別コスト調査の集計結果について

- (1) 加盟大学附属病院（本院 29 病院）における平成 22 年度診断群分類別コスト調査の集計結果（平成 22 年 7 月～12 月）がまとまったこと。
- (2) 本院 29 病院全体の 1 日あたりのコストデータ比較について、コストデータの算出にあたって、DPC 対象となっている平成 22 年 7 月入院、12 月退院の患者の 1 日あたりのコストを算出したこと。
- (3) 算出にあたって、①医師・職員数は平成 22 年 7 月 1 日現在とし、②経費は平成 21 年度決算をもとに算出し、また、③コスト計算にあたっては、医師人件費等は国家公務員給与とし、医薬品費は薬価に、診療材料費は定価に割り戻して算出したこと。

- (4) 平成 22 年 7 月に入院し、12 月に退院した患者について、1 日当たりの病院別コストデータを集計したところ、「包括+出来高」に対するコストは、29 大学病院（本院）の平均で、1.13 倍（平成 21 年度は 1.25 倍）となったこと。
- (5) 診断群分類別コストデータについて、1 日当たりのコストデータを診断群分類別にコストの高い順上位 20 番目まで並べたところ、コストが一番高かったのは、「甲状腺の悪性腫瘍 手術なし 手術処置等 2 2 あり」で「包括+出来高」に対するコストは 2.77 倍であったこと。
- (6) また、コストの低い順上位 20 番目まで並べたところ、コストが一番低かったのは「前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 3 あり」で「包括+出来高」に対するコストは 0.54 倍であったこと。
- (7) 主要診断群〔MDC（Major Diagnostic Category）18 分類〕別コストデータについて、1 日当たりのコストデータを主要診断群別で見ると、「包括+出来高」に対するコストが一番高かったのは「MDC17 精神疾患」で 1.34 倍であったこと。逆にコストが一番低かったのは、「MDC14 新生児疾患、先天性奇形」で 0.98 倍であったこと。

VI. 一般社団法人診断群分類研究支援機構（代表理事：松田晋哉産業医科大学公衆衛生学教授・医療情報部長）からの「DPC 調査データ提供のお願い」について

- (1) 厚生労働省が実施している「DPC の影響評価に係る調査」について、本協会は、平成 15 年度より「包括支払い方式が医療経済および医療提供体制に及ぼす影響に関する研究班」（研究代表者：松田晋哉産業医科大学教授）、平成 22 年度は厚生労働科学研究「診断群分類の精緻化とそれを用いた医療評価の方法論開発に関する研究班」（研究代表者：伏見清秀東京医科歯科大学教授）（以下、伏見研究班）にデータを提供していること。
- (2) 上記研究班は、「病院の機能評価」ならびに「医療の質評価」に関する方法論の開発、臨床研究への応用等に関して、厚生労働省中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会ならびに DPC 評価分科会に対して集計結果を報告してい

ること。

- (3) 平成 23 年 5 月、一般社団法人診断群分類研究支援機構が設立されたことに伴い、伏見研究班の任期が終了し一定の役割を果たした後も、引き続き、関係病院団体や学会に対して DPC 制度の適正運用やデータ活用の促進に還元できる枠組みを作ること。また、これまで研究班が行ってきた研修などの教育事業を将来にわたって継続していくこと。
- (4) これを受け、平成 23 年 6 月 9 日付にて、同機構が DPC 対象病院・DPC 準備病院宛に平成 23 年度「DPC 調査データ提供のお願い」を発出したことを受け、本協会「特定機能病院等における包括評価制度に関する調査研究分析ワーキンググループ」（委員長：小山信彌病院部会担当理事）において検討した結果、加盟大学附属病院〔DPC 対象病院 69 病院〕において、データの提供を可能な限りご協力いただくこととしたこと。
- (5) 本調査の取りまとめについては、これまでの伏見研究班と同様に各大学附属病院のデータを本協会にて一括して収集し、同機構に提出するものであること。

VII. 本協会平成 23 年度 DPC ベンチマーキングプログラム事業分析項目の追加・変更について

- (1) DPC ベンチマーキングプログラム事業については、本協会加盟大学附属病院（本院 29 病院）の「診断群分類別コストデータ調査」、厚生労働省が実施している「DPC の影響評価に係る調査」・「外来調査」結果に基づき、本院 29 大学病院における人件費や医薬品費、委託費等のコストに関する比較分析（「自院」と「29 病院全体の平均値」の比較）を行うことにより、本協会加盟大学附属病院の経営管理指標とし、患者満足度の向上、職員の意識改革を図ることを目的として、平成 19 年 10 月からの試行運用を経て、平成 20 年 4 月より正式運用を開始していること。
- (2) 第 243 回理事会（平成 23 年 7 月 8 日開催）において、平成 22 年度から新たに、厚生労働省が実施している「DPC の影響評価に係る調査」（平成 22 年

4月～平成23年3月)のデータを利用し、これまで「自院」と「29病院の平均値」の比較のみであった項目を、本院29病院の病院間(自院と他病院)との比較、自院と地域間(東日本ブロック間、西日本ブロック間等)との比較を行うことが了承されたこと。

(3) 上記に伴い、本協会「特定機能病院等における包括評価制度に関する調査研究分析ワーキンググループ」において、分析方法の検討および操作上の問題点の整理等について議論を行った結果、ベンチマーキングシステムの機能ならびに比較分析項目の追加・変更を行うこととしたこと。

(4) 主な機能の変更点については、以下のとおり。

① 平成22年度データを使用した収入分析について、各病院名を記号化した上で、病院間の比較や地域間比較が可能となったこと。

② これまで診療区分のみの分析項目であったが、より詳細な診療行為が分析可能となり、疾患別に診療内容の詳細を他院と比較することにより、自院の診療特性の把握が可能となること。

③ 例えば、注射の場合、「抗生剤」、「抗がん剤」等に分け、その中でも詳細分類として「ガンマグロブリン」、「エダラボン」等の薬剤等に分類して、その薬剤の投与日や投与日数の比較、入院期間ⅠやⅡの症例数を比較することが可能となったこと。

④ 収入分析のための病院間の比較等については、本院29病院がデータを提出した後、2ヶ月後にデータを更新するシステムとしたこと。

VIII. 日本病院団体協議会について

(1) 日本病院団体協議会(以下、日病協)は、平成23年度議長の選出に際し、第77回代表者会議(平成23年3月18日開催)において、日病協運営要綱により、平成22年度議長である邊見公雄全国自治体病院協議会会長が平成22年度副議長である西澤寛俊全日本病院協会会長を推薦し、全会一致で承認したこと。

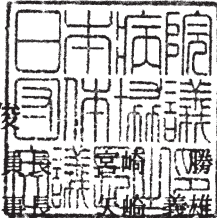
(2) 副議長については、西澤寛俊新議長が検討した結果、第78回代表者会議(平

成 23 年 4 月 22 日開催)において深尾 立労働者健康福祉機構・千葉労災病院長を推薦し、全会一致で承認を得たこと。

- (3) 本協会における平成 23 年度診療報酬実務者会議（委員長：猪口雄二全日本病院協会副会長）の新委員として、野尻一之医療事務研究会平成 23 年度代表世話校運営委員・杏林大学医学部付属病院事務部副部長が就任したこと。
- (4) 日病協は、平成 23 年 7 月 29 日、厚生労働省外口 崇保険局長宛に平成 24 年度診療報酬改定に係る要望書を提出したこと。(16 ページ参照)
- (5) 内容は、平成 24 年度診療報酬改定に向けて、これまで日病協として提出した「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」(平成 22 年 6 月 22 日)、「医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価」「同一日の同一医療機関複数科受診における初・再診料を算定可能とする」「入院患者の他医療機関への受診における制限の撤廃」「外来リハビリテーション管理料の新設」(平成 23 年 2 月 4 日)を含む形での要望事項となっており、新たに「外来診療料について」、「二次救急医療機関に対する評価」、「チーム医療の評価」を要望したこと。

平成 23 年 7 月 29 日

厚生労働省保険局長
外口 崇 殿

日本病院団体協議会	議長	西澤 寛俊	
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長	喜崎 小勝	
独立行政法人国立病院機構		理事長	大輪 義雄
全国公私病院連盟	会長	竹内 正也	
社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄	
社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊	
社団法人日本医療法人協会	会長	日野 頌三	
社団法人日本私立医科大学協会	病院部会担当理事	小山 信彌	
社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學	
社団法人日本病院会	会長	堺 常雄	
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三	
独立行政法人労働者健康福祉機構	理事長	名川 弘一	

要 望 書

日本病院団体協議会は、平成 24 年度診療報酬改定に向けて、平成 22 年 6 月に、

「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」

平成 23 年 2 月に、

「医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価」

「同一日の同一医療機関複数科受診における初・再診料を算定可能とする」

「入院患者の他医療機関への受診における制限の撤廃」

「外来リハビリテーション管理料の新設」

の要望を行ってきた。

この度、これまでに提出した要望も含め、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、中医協において基本診療料について議論され、基本診療料のコスト算定の可能性について、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」に付託された。その後、平成 23 年 5 月 18 日の中医協総会において、同分科会の報告がなされた。内容は基本診療料のうち入院基本料が想定するサービスの内容が不明確なため、この中に含まれるコストを適切かつ有効に調査することは「きわめて難しい」というものであった。

この結果からも判るように、現状の診療報酬制度、特に入院基本料は、点数の内容そのものの定義づけがなされておらず、コストについて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。ただし、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

同一医療機関における同一日の複数科受診については、2つ目の診療科の初診に限り、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定することが診療報酬上認められている。しかし、その他の初診料・再診料は算定不可能である。

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について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、「同一医療機関において、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への受診の取扱いは、従来、包括支払い病棟では入院料の70%減、平成22年度改定において、出来高支払い病棟でも30%減というルールが明確化された。しかし、現実には複数の疾患を持つ入院患者が極めて多く、専門的治療の継続を必要とすることは日常的に存在する。

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、他医療機関受診に対する「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。

必要な医療を受療することは国民の権利である。入院中の患者が医学的必要性に応じて他医療機関の専門的医療を受療する場合、入院料の減算を行わないこと、および、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方式病棟における「包括外での出来高算定規則」は、個々の点数設定において様々な算定規則があり統一性に欠けている。先に挙げた「入院患者の他医療機関受診時における制限」と同様に、患者の不利益にならず、かつ理論的に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、一般病床200床以上の病院外来に適応されており、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。この設定は、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、現実的には逆作用しており、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計りつつ、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。一般病床200床以上の病院の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。前回改定においても「根拠に基づく算定」として多くの手術点数改定に用いられた。今後もさらに広く、他の手術・処置・検査等において、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（救命救急センター）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

平成 22 年度改定において、急性期看護補助体制加算が新設された。現実に則った項目の新設であったが、本加算は入院 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、急性期看護補助体制加算を拡大し、24 時間配置が可能となる点数とするとともに、入院全期間において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 20 年度改定で新設され、平成 22 年度改定において対象医

療機関が拡大されているが、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟において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）

チーム医療の重要性が論じられているが、各病棟においては既に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、効率的な病院運営の観点から、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

回復期の通院リハビリテーションにおいては、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。現在、一部の疾患や状態を除いて原則的に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、医療を必要とする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であると考えられる。

一方、医療保険と介護保険の境界については、平成 24 年度改定のみならず、長期的な視点での体系の簡素化、明確化が必要であり、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

医療機関から提出された情報は、日本全体の医療政策、保険者機能の強化、さらに医療の質評価・公表などにおいて有益な情報となるものである。各医療機関はオンラインレセプトへの対応をはじめ、オーダリングシステム、電子カルテ、画像電子化、などの導入に巨額の投資を必要としており、一定の維持費用も発生している。しかし、医療機関はその投資に見合う収入が全く得られていない。

医療情報の標準化によるデータ活性の推進は、日本の医療の質向上に貢献するとともに、標準化により情報機器の導入や更新時に選択の自由度が増え、その結果として価格低下も期待できる。

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き定められた、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。

以上