

# 東京都病院協会 会報

東京都病院協会  
医療共済制度 引受保険会社

メットライフアリコ 全国法人開発部

東京都墨田区錦糸1-2-1  
アルカセントラル 4階  
TEL: 03-5637-5250

2012年(平成24年)2月27日

第178号

毎月1回 定価 200円(会員購読料は会費含む)

発行所: 一般社団法人東京都病院協会 / 発行人: 河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館内306号  
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: http://www.tmha.net / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

## 平成二十四年度 介護・診療報酬同時改定の概要

医療法人社団永生会 法人部  
副本部長 田野倉 浩治

今回の介護報酬改定率は、プラス一・二%(在宅プラス一・〇%、施設プラス〇・二%)です。

東日本大震災などもあり、プラス改定は厳しいといわれる中、なんとがプラス改定となり、胸をなでおろした方々も多かったのではないのでしょうか。また、介護療養型医療施設は、平成二十四年三月三十一日の廃止から六年間の廃止延長措置がとられたことは既にご承知のことと思います。しかし、介護職員の処遇改善を目的に平成二十一年十月からスタートした「介護職員処遇改善交付金」も、補正予算等の財政措置から今回の改定に伴い介護報酬に含まれることとなりました。多くの医療機関が「介護職員処遇改善交付金」の申請を行っていると思いますが、申請していないところは「介護職員処遇改善加算」として新設されていることから、ここに関しては、増収と考えられます。しかし、すでに申請しているところでは、新旧比較を行う場合には、介護職員処遇改善交付金も含めて検証する必要があります。

また、地域区分の見直しもされています。従来の五区分から七区分に細分化されており、表記も特別区、乙地から一級地、六級地と変更されています。

今回の改定議論が始まったところ、介護療養病床の廃止について延長を求めめる一方で、介護療養病床で受け入れる対象者を要介護度三以上としてはどうかなど検討されたようです。確かに、介護療養病床で受け入れられている対象者の要介護度は、徐々に上がっています。増えることが予想される患者の多くが該当すると思われる区分の減額幅が大きいのことは、今後の施設運営にもポディローのように徐々に影響するものと考えます。

介護療養型医療施設の施設サービス費は、従来型個室で一・八九%減額され、多床室でも一・九%減額されています。また、その中でも、多床室の要介護度三、四は、マイナス一・九三%と大きく減額されています。入院中の対象者もこの区分の該当者が多いのではないのでしょうか。それだけに減収幅が大きくなるのが危惧されます。今回の改定議論が始まったところ、介護療養病床の廃止について延長を求めめる一方で、介護療養病床で受け入れる対象者を要介護度三以上としてはどうかなど検討されたようです。確かに、介護療養病床で受け入れられている対象者の要介護度は、徐々に上がっています。増えることが予想される患者の多くが該当すると思われる区分の減額幅が大きいのことは、今後の施設運営にもポディローのように徐々に影響するものと考えます。

一方、加算項目では三項目が追加され、現行項目でも二項目を除き変更されています。変更された項目の一つは、「退院時等指導加算」の中の、「退院前後訪問指導加算」です。「退院前訪問指導加算」と「退院後訪問指導加算」に分離し、明確に区分されました。報酬単位は、変わりません。また、「経口維持加算」の算定要件として、「医師の指示」に基づいて、「医師の指示を受けた管理栄養士等」が実施することでしたが、医師のほかに「歯科医師」が加わっています。

### 第1回学会開始以来、 最高の640名にも及ぶ参加者が参集 2月19日 第7回東京都病院学会を開催

詳細な報告は、後日本紙に掲載することとしますが、当協会最大の催しである第7回東京都病院学会(学会長小泉和雄いずみ記念病院理事長)は、平成24年2月19日(日)午前9時より、来賓に桜山豊夫氏(東京都福祉保健局技監)と野中博氏(東京都医師会会長)を、基調講演に小口勝司氏(昭和大学理事長)をお迎えして開催されました。

特筆すべきことは、640名に及ぶ参加者数です。これは第1回学会開始以来、最高の参加者数となり、いずれの会場も定員一杯の盛況となりました。加えて、今回の学会は、東日本大震災を契機とした防災意識の高まりの中で「病院における危機管理」を学会主題にしたこともあって、いずれの会場も真剣で有意義な発表が繰り広げられました。特にメイン会場で行われた3つのシンポジウム(「病院の組織に関する危機管理」「病院の情報に関する危機管理」「病院の財務に関する危機管理」)は、病院における危機管理の難しさ、厳しさ、重要性が率直に報告されて、感慨深いものとなりました。ランチセミナー、ポスター発表も含めて一般演題として東日本大震災に関連する発表が19題あったことが今回の学会の特徴と言えます。



第7回東京都病院学会  
学会長 小泉 和雄

【表一】級地区分と各単価

【現行】		特別区	特甲区	甲地	乙地	その他
上乗せ割合		15%	10%	6%	5%	0%
人件費割合	70%	11.05	10.70	10.42	10.35	10
	55%	10.83	10.55	10.33	10.28	10
	45%	10.68	10.45	10.27	10.23	10

【改定後】		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	10
	55%	10.99	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10
	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10

に対して口腔ケアを月四回以上行った場合に所定単位数を加算できるとしてあります。また、「口腔機能維持管理体制加算」を算定していることも要件となつています。前々回二〇〇六年の改定では、「指定介護療養型医療施設」の運営基準に「あらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならぬ」と努力目標が定められました。それが、前回では、歯科医師との連携や歯科衛生士との協働を報酬上で評価しています。そして、今回は、これらの体制を基本とし、さらに踏み込んでいます。歯科衛生士が直接行った口腔ケアを報酬上で評価したこと。誤嚥性肺炎などを防止することが期待されているのでしよう。また、歯周病菌

が内臓に悪い影響を及ぼすことも考えられています。診療報酬でも周術期の口腔ケアについて改定がなされていますが、口腔ケアの必要性と、ますます「歯科」との関わりが重要視されています。

二つめが「認知症行動・心理症状緊急対応加算二百単位」です。認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難となり、緊急入院が必要と判断し入院した場合に七日間加算できるものです。

そして三つめが、「介護職員処遇改善加算」です。すべての要件を満たせば単位数は千分の十一(1.1%)となり、算定要件も介護職員処遇改善交付金の申請要件に準じています。しかし、冒頭にもふれましたが、介護報酬が下がっているため介護職員処遇改善交付金と比較しても下がってしまう結果となっています。「特定診療費」については、未だ示されていません。こちらの確認も忘れないようにしなければなりません。

さて、介護療養型老人保健施設(転換老健)は、どうでしょうか。唯一、施設サービス費は、減額されませんでした。これにより、当院での粗い試算では、前回介護療養型医療施設との比較で六%以上の減収幅であったものが四・二%と減収幅が小さくなっています。それにしても五%近い開きがある以上、転換を積極的に考えることは難しい状況ではないでしょうか。ただし、医療療養病棟での医療区分二、三の八割以上という要件を考えると、転換老健を整備することは一つの有効な手段

となるのではないのでしょうか。

次に介護老人保健施設ですが、もとも医療機関と在宅との「中間施設」として制度化された施設でしたが、介護保険が導入され、その多くは長期入所者が増え終の棲家となっています。今回の改定では、在宅復帰率やベッド回転率等を体制要件とした在宅復帰型(筆者仮称)老健が創設されました。その報酬は、従来型老健より高く設定されていますが、体制要件をクリアすることはかなり厳しいと感じます。ただし、より地域密着型を目指すためには、取り組むべきだとも思います。在宅との連携や転換老健との機能分化など、より地域での取り組みが必要であると感じます。入所では、ターミナル加算の見直しがされ、施設内での看取りを評価するものとなっています。状況に応じて医療機関等への転院は必要ですが、無用な転院は、本人やその家族にとっても負担が大きいものであることも事実です。ここは、入所前から入院中に本人等の意向を十分に確認しておくことが重要だと思えます。

また、ショート(短期入所)も下がりましたが、その下げ幅は、比較的小さいものでした。家族のレスパイトを支援し在宅で過ごすことを前提としているものと考えます。

訪問看護ステーションでの評価は大きく変わりました。【表二】看護師による訪問は、時間数の短いものが評価されています。また、訪問看護ステーションから出ていたりハビリテーションが大きく見直されています。保険者によっては、リハビリテーションでの訪問回数は事業所内での平均訪問看護

数の半数を超えないことと指導しているところもあつたようです。各事業所で行われているリハビリテーションの整合性を図つたものと考えます。これにより当法人内では訪問看護ステーションの減収幅が大きくなっています。訪問介護が短時間・複数回に移行していくことで一カ月の給付額も上がることも予想され、その他のサービスも含めると看護師の訪問をどう効果的にケアプランに入れていくのが課題となるのではないのでしょうか。

今回の改定で唯一プラスとなっているのが、居宅介護支援事業と通所リハビリテーションでした。居宅支援事業においては、ケアマネージャーとの連携がますます重要となります。入院時の情報共有や在宅復帰など特別な関係であっても報酬算定は認められることから、積極的な関わりが求められます。また、グループホームについては、ユニットの場合、要介護一、二で減額されるが三以上では減額されていません。しかし、ユニットでは、すべての区分において減額されており、その影響は、大きくなっています。

最後に通所リハビリテーションですが、算定要件が大きく見直されました。その一つが「リハビリテーションマネジメント加算」です。一カ月の通所している回数が「八回以上」から「四回以上」へと大きく緩和されました。そのことにより従来対象ではなかった利用者も算定の対象になります。また通所の所要時間一時間以上二時

間未満の利用者については、その間に複数回の個別リハビリテーション実施加算(八十単位/回)の算定が認められました。一回のリハビリテーションは、二十分以上となっています。数字の上では、三回(六十分以上)実施すれば二百四十単位となり、今回の改定に盛り込まれた医療保険でのリハビリテーション診療料とリハビリテーションを含めた診療報酬よりも単価が上がることとなります。

さて、診療報酬は、〇・〇〇四ですが、なんとがプラス改定となっています。入院基本料は、それぞれ十一点上がっています。しかし、栄養管理実施加算(十二点)と褥瘡患者管理加算

【表二】訪問看護(訪問看護ステーション)

項目	現状 (単位/回)	新 (単位/回)	差 (単位/回)	率
	2,738	2,756	18	0.66%
①20分未満	285	316	31	10.88%
②30分未満	425	472	47	11.06%
③30分以上60分未満	830	830	0	0.00%
④1時間以上1時間30分未満	1,198	1,138	-60	-5.01%

※理学療法士等による訪問(1回あたり20分)

②30分未満	425	316	-109	-25.65%
③60分以上60分未満	830	569	-261	-31.45%

※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

(二十点)が入院基本料の算定要件となつたことから実質マイナスイポイントということになります。また、栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、次回改定(平成二十六年三月末)までは栄養管理体制の整備についての計画書を作成、提出することで要件を満たすものとする予定です。施設基準の要件となるものから、積極的な取り組みが必要だと考えます。また、一般病棟入院基本料七対一の看護必要度の基準が割以上から割五分以上に引き上げられます。これは、急性期病院での看るべき患者をより明確にしたものだと考えます。看護職員のみを集めた七対一医療機関の取り組み課題を示したものでしょう。しかし、基準が満たせず十対一看護に下げたとしても、これも次回改定までの間は、改定後の七対一入院基本料を算定できるものとしていきます。様々な思惑で対応されるので、診療報酬という社会資源を有効かつ合理的に活用することも我々に課せられた使命であると考えます。

金曜日入院で土曜、日曜に積極的な治療を行っていない医療機関や午前中退院の多い医療機関等に対して当該入院日の入院基本料を八%減額するというものも示されています。しっかりと入院退院を管理している医療機関では「午前退院・午後入院」とシステムティックに運用しているところもあるのでしょうか、その運用に警鐘を鳴らすものです。救急患者の受け入れについては、小児をさらに乳幼児と分けて、細かく評価しています。また、救急車等の受け入れも二次救急病院での受け入れを評価しています。積極的な取り組みが望まれます。

十三対一、十五対一の九十日超え患者の評価については、当該患者を平均在院日数の計算対象とすることで、出来高算定とし、医療区分での包括評価とする場合には、平均在院日数の対象から外すこととし、この選択は、各医療機関での判断となります。十分な検証が必要です。

次に、医療法上の六対一(診療報酬標記三十対一)の経過措置が延長されたことから療養病床については、二十五対一も残ることが出来ましたが、療養病床初期加算等で二十対一との差別化が進んでいます。また、療養病棟療養環境加算三、四と名称を変え各十点減額されています。

亜急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟との整合性が図られました。回復期リハビリテーションに配置十三対一で夜勤体制も看護職員二名以上と厳しいものとなっています。看護職員の確保が依然として課題となります。そしてリハビリテーションについても大きな変更はありませんが、介護保険とのつながりを意識させるものとなっています。

今回の医療・介護の同時改定では、様々な点で医療・介護の連携、移行等が示されています。介護保険での「特定診療費」項目や新設された項目の算定、留意点を確認しつつ、医療保険診療報酬も含めて今後出される関係資料をしっかりと読み込んでいかなければなりません。

# 東京三弁護士会の医療ADR

宮澤潤弁護士事務所  
 弁護士 宮澤 潤氏



宮澤 潤氏

## 一、医療ADRとは？

所謂ADRと言われているものは、平成十九年四月一日に施行された「裁判外紛争解決手続きの利用の促進に関する法律」に基づくもので、東京においては、平成十九年六月に東京の三弁護士会が協力して作った医療ADRがその代表的なものである。

医療紛争は、裁判となるもの、話し合いで解決を図るもの、とその解決方法は様々であるが、裁判になってしまいう前に中立的な第三者を交え、紛争の解決を図ってゆこうとするものが、医療ADRであると言える。

## 二、医療裁判の状況

医療訴訟は、年間の新しく起こった裁判の数が平成十六年の千百十件をピークとして、年々減少傾向を示し、平成二十二年では、七百九十三件となっている。しかし、紛争が裁判に持ち込まれる

と平均二十四・四カ月の審理期間を要し、病院にとつては、精神的にも経済的にも負担となる。

その為、裁判になる前に話し合いで解決ができることが最良の方法であるものの、当事者同士が顔を合わせることにより感情的な対立が激化してしまつこともあり、当事者同士での話し合いでの解決が困難な場合もある。

そこで、裁判の前に中立的で、しかも医療を理解している弁護士が関与して、紛争解決を促進してゆこうとしたものが、東京三弁護士会が設立した医療ADRである。

## 三、東京三弁護士会の医療ADRの内容

東京の三弁護士会が創設した医療ADR専門の組織は、新しく作つたものではなく、従来から存在する紛争解決センター(東京弁護士会)、仲裁センター(第一東京弁護士会・第二東京弁護士会)の中に新たに作られたものである。

三名の仲裁・和解あつせん人により構成さ

れ、その三名の弁護士が当事者双方の話を聞き、適切な紛争解決の方法を探つてゆくものである。

三人の弁護士の構成は、一人は医療機関側で事件を多く扱う弁護士、一人は患者側で事件を多く扱う弁護士、最後の一人は医療事件を特に扱う弁護士ではない、いわば一般の弁護士が当たります。

三名の仲裁・和解あつせん人の弁護士は、各々医療機関側、患者側と色分けされてはいるが、各々が医療側・患者側の肩を持つというのではなく、双方の当事者に紛争の要点を分かり易く整理するという意味での仲裁人としての立場であり、中立である。現実の話し合いの場では、むしろ医療機関側の経験の豊富な弁護士は、医療機関側の当事者の説得に当たり、患者側の弁護士は、患者側の説得に当たるとい形になることも多い。

各々の実状をよく知っているだけに、その説得には耳を傾けて頂けることが多いようである。

医療関係訴訟事件の処理状況および平均審理期間(平成12年~平成22年)

年	新受(件)	既済(件)	平均審理期間(月)
平成12年	795	691	35.6
13年	824	722	32.6
14年	906	869	30.9
15年	1,003	1,035	27.7
16年	1,110	1,004	27.3
17年	999	1,062	26.9
18年	913	1,139	25.1
19年	944	1,027	23.6
20年	876	986	24.0
21年	732	952	25.2
22年	793	921	24.4

(注) 1. 医療関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる。  
 2. 平均審理期間は、各年度の既済事件のものである。  
 3. 本表の数値のうち、平成16年までの各数値は、各行からの報告に基づくものであり、概数である。

### 成立手数料早見表(一部抜粋)

解決額	標準額
100万円	84,000(税込)
300万円	252,000(税込)
1500万円	630,000(税込)
3000万円	945,000(税込)

※仲裁人の意見により、この標準額の70%の金額まで減額できることになっています。

四、これまでのADRの申立件数等

平成十九年六月の創設から平成二十三年五月末現在まで、東京弁護士会で七十件、第一東京弁護士会で二十一件、第二東京弁護士会で五十七件が申し立てられている。患者からの申立がほとんどであるものの、病院側からの申立も三件存在している。

和解は四十八件成立しており(当時結論が未定のものもある)、結果的には更に和解が成立している案件もある可能性がある)、医療ADRで紛争が解決している実情が見てとれる。

又、和解に至るまでの平均的な話し合いの回数は、三・三回であり、期間が百六十七・九日、即ち五カ月強で和解成立に至っている。

裁判の期日が二十四ヶ月であることと比較するとADRの特徴とされる迅速性が明確に出ていると考えられる。

### 五、申立・成立にかかる費用

申立には一万五百円、話し合いの各回の手数料が一万五百円(これは当事者双方で五千二百五十円ずつ出合うことになる)、成立手数料が例えば、三百万円を和解が成立したとして二十五万二千円を弁護士会に支払うこととなります。

この費用により東京の三弁護士会に所属する医療事件の経験豊かなベテラン弁護士二名に仲裁に入って貰えるのであり、メリットは大きいと言える。患者側にしても病院の代理人としての弁護士に言うことは素直に聞けないという場合もあるが、中立的な医療事件に詳しい弁護士からの説得には耳を傾け易いと言える。

### 六、東京の三弁護士会の医療ADRの特徴

東京の三弁護士会の医療ADRには医療関係者の関与がない。これは、医療従事者が関与しないことにより、患者側には医療機関よりの解決になるのではないかとの懸念を払拭できるとのメリットを重視した結果である。

一方、中立的な医師に説明してもらったことにより相手方となっている医療機関の説明に間違いがなかったと確認し、終了するという形で解決が望みにくいというデメリットもある。

第三者の医療機関に關与して貰うのが良いかとの点については、賛否があり、今後も課題となつて

### 七、どの様な紛争がADRに向いているか?

医療行為そのものの評価に争いがある場合、即ち過失の存否に争いがあり、鑑定が必要と考えられる様な争いは、弁護士しか関与しない東京の弁護士会の医療ADRでは限界があり、向いていないとは言えない。

どの様な紛争が向いているかと言えば、過失に争いがなく、損害賠償の額について争いのある場合がその典型といえる。

損害賠償に関しては、弁護士は、各々の業務の中で適切な金額が想定できるもの、一般の人々にとっては、慰謝料がいくらかというような内容は考えたこともないのが通常であり、いきなり極めて高額な請求をされることもある。

### その様な場合に、医療機関側がいく

ら説明しても理解を得るのは難しい。そこで弁護士会の医療ADRに行き、通常は、どの程度の賠償額となるのか説明してもらい、解決をするという形が最も医療ADRに適した紛争といえる。

医療機関側からの申立は、行なってはならないと言うことは全く無く、寧ろ冷静に、あるべき紛争の解決の姿に持つてゆくために医療機関側でも、ADRを利用することは検討して良い紛争解決方法であると言える。

医療事件に精通する弁護士が多数存在するのは、東京のみと言っても良い位であり(特に医療機関側に立つ弁護士は全国的にも数が少ない)、その様な特徴を生かして、他の地方では作り難い東京の医療ADRの利用は、検討してみる価値のある紛争解決方法と言える。

### 平成24年度介護報酬改定説明会

日時：平成24年3月8日(木)午後2時~午後4時30分  
会場：東医健保会館(JR信濃町駅 徒歩5分)  
講師：厚生労働省老健局老人保健課 担当官  
定員：先着250名(定員を超えた場合はご連絡します)  
参加費：会員3,000円 非会員6,000円(当日会場で申し受けます)

### 平成24年度診療報酬改定説明会

日時：平成24年3月23日(金) 午後1時30分~午後4時30分  
会場：日本教育会館(地下鉄神保町駅 徒歩9分)  
講師：厚生労働省保険局医療課 担当官  
定員：先着600名(定員を超えた場合はご連絡します)  
参加費：会員7,000円 非会員10,000円  
(資料代含む：当日会場で申し受けます)

### 平成24年度診療報酬改定に伴う届出事項説明会

日時：平成24年4月3日(火)午後2時~午後4時  
会場：全電通ホール(JR・地下鉄各線御茶ノ水駅 聖橋口徒歩5分)  
講師：関東信越厚生局 東京事務所 担当官  
定員：先着450名(定員を超えた場合はご連絡します)  
参加費：会員3,000円 非会員6,000円(当日会場で申し受けます)  
説明会当日は「診療報酬点数表」を各自ご持参下さい。

【連絡先】東京都病院協会事務局 TEL: 03-5217-0896

**PROUD**  
ブラウド九段南



外観完成・予想図※計画段階の図面を基に描き起こした完成予想図と東郷元帥記念公園の敷地内の概水をCG合成したもので、実際とは異なります。各種機材・配管・素材等および周辺建物・電柱・架線・橋脚等は一部省略または簡略化しております。

■「ブラウド九段南」予告物件概要 ●所在地/東京都千代田区九段南四丁目13番24(地番) ●交通/東京メトロ有楽町線・南北線・都営新宿線「市ヶ谷」駅徒歩2分(※サブエントランスから)・JR中央・総武線「市ヶ谷」駅徒歩5分、東京メトロ半蔵門線「半蔵門」駅徒歩7分 ●用途地域/商業地域 ●敷地面積/1,339.41㎡(他に私道部分106.18㎡があります ※共有持分1/2。建築確認対象面積) ●構造・規模/RC造一部鉄骨地上15階地下1階建 ●建築確認番号/BCJ11本建確068変1(平成23年11月18日付) ●総戸数/95戸(他に管理事務室1戸) ●販売戸数/未定 ●予定販売価格/未定 ●間取り/1LDK~3LDK ●専有面積/43.06㎡~80.01㎡ ●バルコニー面積/6.14㎡~15.91㎡ ●管理形態/区分所有者全員に管理組合を結成していただき、運営・管理業務は野村リビングサポート株式会社に委託予定 ●管理費等/未定 ●入居予定時期/平成25年3月下旬 ※入居時期につきましては電力需給・資材調達等により、変更になる場合があります。 ●売主/野村不動産株式会社 国土交通大臣(12)第1370号(社)不動産協会会員、(公社)首都圏不動産公正取引協議会加盟、本社 東京都新宿区西新宿1-26-2新宿野村ビル ●施工/前田建設工業株式会社 ●販売予定時期/平成24年3月上旬 ※販売戸数につきましては本広告発表時点で表示させていただきます。

モデルルーム事前案内会  
開催中(予約制)

予告  
広告

本広告を行うまでは、契約又は予約の申込みは一切応じられません。また申込みの順位の確保に関する措置は講じられません。あらかじめご了承ください。(販売予定時期/平成24年3月上旬) [売主]

お問い合わせは「ブラウド九段南」マンションギャラリー ●営業時間/1000~1800(火・水曜定休)  
0120-053-334 www.p-9dan.jp  野村不動産