



# 全日病 NEWS 8/1

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.714 2009/8/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 「救急搬送受け入れ加算」の創設を要望

日病協 10年度改定要望第2報 “医師事務補助加算”の適用拡大、入院時医学管理加算の見直しも

日本病院団体協議会は2010年度診療報酬改定の要望書(第2報)をまとめ、7月31日に、小山信彌日病協議長と診療報酬実務者会議の猪口雄二委員長(全日病副会長)が厚生労働省外口保険局長宛に提出、日比谷倶楽部で記者発表を行なった。

日病協の10年度改定に対する要望書は4月16日付に続くもの。

「第1報」では、入院基本料にしぼって、その引き上げと根拠にもとづいた算定、さらに、看護基準における72時間規定の運用緩和と10対1以上看護の病棟における介護業務の確立(看護補助加算の算定)などを求めた。

今回の「第2報」は「第1報」の要望事項を再掲するとともに、新たに、①医師事務作業補助体制加算の適用拡大、②必要な費用を評価した電子化加算の算定、③入院時医学管理加算の要件見直し、④「救急搬送受け入れ加算」の創設と「緊急手術加算」の増額、⑤DPC救急入院時の出来高評価、⑥医療療養病床における「緊急対応入院加算」と「医療対応初期加算30日間」の各創設、⑦精神科救急・合併症入院料算定要件の緩和と児童精神科医療の充実、⑧人員配置基準にもとづいた急性期リハの評価、⑨リハ起算日のリハ開始日への変更と維持期リハの適用拡大、⑩外来における病



▲佐藤医療課長(右)に要望する(左から)日病協小山議長と猪口診療報酬実務者会議委員長

診問と病院間の同一診療報酬と多科受診時にかかわる算定制限の見直し、を取り上げている。

要望書を受け取った佐藤敏信医療課長は、とくに、急性期病棟における介護業務の確立という課題に関心を示し、「病棟業務のどのような領域が介護スタ

ッフにふさわしいか具体的な案があれば拝見したい」と要請するとともに、入院時医学管理加算についても「算定できていない病院の実態が知りたい」と、データの有無をたずねた。(3面に要望書を掲載)

## 13対1・15対1病棟患者の2割前後が90日超

慢性期分科会 一般病棟長期患者で初の調査。医療区分は医療療養よりも重度

7月29日に開かれた診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価分科会に、厚生労働省は「13対1」および「15対1」の各入院基本料を算定する一般病棟に関する実態調査(2008年度一般病棟で提供される医療の実態調査)の集計結果(一部)を提示した。

一般病棟における長期入院患者の実態調査は初めてのこと。集計結果から、一般病棟(13対1・15対1)に90日を超えて入院する患者像の一端が浮かび上がった。(4面に調査結果の概要を掲載)

それによると、90日を超える入院患者の割合は「13対1」が17.9%、「15対1」が22.4%と2割前後を占めており、「13対1」と「15対1」を併せると、90日超患者の66.7%が75歳以上で、65歳~74歳も18.7%と、85%を老人世代が占めている。

90日超患者の医療区分をみると、「13対1」と「15対1」併せて、「1」が26.8%、「2」が40.9%、「3」が32.3%となっており、「2」が48.2%、「3」が19.7%という医療療養病棟よりも高い重度を示している。

調査結果は、また、医療区分採用項目ごとの患者割合を集計している。

一般病棟に90日を超えて入院する75歳以上の高齢者は、いわゆる特定患者として検査、投薬・注射、

画像診断などを包括した後期高齢者特定入院基本料(1日928点)を算定するが、別途定められた状態に該当する高齢者は後期高齢者特定入院基本料の算定を免れ、基本料算定患者として、当該入院基本料・各種加算と必要な診療行為の出来高算定が認められている。

今回報告された調査結果からは、この適用除外に該当する患者数は明らかにされなかったが、レセプト調査によって事務局(厚生労働省保険局医療課)は実数を捕捉しているものと思われる。

同日の慢性期分科会では、一部の委員は、「一般病棟の90日超規定除外患者は医療療養病棟に入院すべきものであり、一般病棟にとどまって高い報酬を算定しているのは不公平である」と指摘、次期改定の見直し課題として取り上げべきという問題意識を披露した。

これに対して、別の委員からは、「一般病棟と同様の矛盾は医療療養病床にもある。(受け皿の確保もなく)急いで手をつけると現場は混乱するばかりだ。一般、療養、介護と横断的な慢性期患者調査をじっくりした上で制度設計に着手すべきである」という意見が示された。

08年度改定で、一般病棟90日超患者に対する減算規定(後期高齢者特定入院基本料の算定)の除外項目から脳卒中後遺症と認知症を外し、08年10月に施行すると決まったが、直前に「退院努力をしている患者は施行を見送る」として経過措置をとった際に、医療課は「当該患者に関する実態調査を行なった上で、除外規定変更の施行・見直しを判断する」としていた。

「今回の調査結果が、そうした判断に供されるのか」という本紙の質問に、担当官は「除外規定の実態を正確に捕捉するには7対1、10対1を含めた精緻な調査が必要。今回の調査結果は除外規定変更の判断に資するものではない」と回答した。

## 医療崩壊阻止に9,000億円を投入

衆議院解散・総選挙 民主党がマニフェスト。「従事者増員に努める医療機関は入院報酬を増額」

麻生太郎首相は7月21日に衆議院解散を断行し、8月30日に総選挙を実施すると宣言した。

小泉内閣が郵政民営化を問うた前回総選挙以来ほぼ4年ぶりとなるが、規制緩和と市場化の行き過ぎによって表面化し、さらに、世界同時不況によって加速化した生活不安に立ち向かう総選挙は、年金・医療等社会保障の再構築が最重要課題に浮上する一方で政権交代の可能性が高まるなど、国民の関心はかつてなく高い。

今回の選挙は、医療費抑制の下で呻吟してきたわが国医療と医療機関に与える影響もきわめて大きなものがある。

養成数の1.5倍化と先進国並みの医師数確保、⑤特に救急・産科・小児・外科等医療提供体制再建に向けた地域医療計画の抜本的見直しと支援、⑥医療従事者増員に努める医療機関診療報酬(入院)の増額、⑦無過失補償制度の全分野への導入と公的制度化、などをあげた。

介護に関しては、「介護労働者賃金の月額4万円引き上げ」と「療養病床削減計画の凍結と必要病床数の確保」をあげ、10年度から13年度までの4年間で、

医療・介護の再生等に総額2兆8,000億円を投入すると工程表に書き込んだ。

7月23日に公表した「民主党政策集2009」に書き込まれた、「医療機関の(医療事故)調査委員会設置義務」「事故情報の指定分析機関への届出義務」「総医療費対GDP(国内総生産)比をOECD加盟



国平均まで引き上げる」「中医協の構成・運営等の改革」「外来管理加算5分要件の撤廃」などは盛り込まれなかった。(民主党マニフェスト抜粋を2面に掲載)

(編集部から) 自民党は7月31日にマニフェストを公表しましたが、締め切りの関係から次号8月15日号で紹介します。

## 日本の「医療費」は対GDP比8.1%

OECDヘルスデータ2009 1人当たり支出・2000年以降増加率ともどもOECD平均を下回る

30カ国が加盟するOECDは7月1日に「保健医療統計の国際比較(OECDヘルスデータ2009)」を公表した。

それによると、2006年から07年にかけて日本のGDPに対する総保健医療支出(公的・民間支出)の比率は8.1%と、08年版(05年)の8.2%を下回った。OECD

平均の8.9%をも下回っている。

1人当たりの保健医療支出でも2,581USドル(06~07年)と、07年のOECD平均(2,964USドル=購買力平価)を下回った。

「ヘルスデータ2009」は、2000年から06年に実質ベースで2.2%増加した日本の保健医療支出が同年から07年にかけて

増加したOECD平均の3.7%を下回っていると指摘している。

また、「日本は他のほとんどのOECD諸国より人口当たり医師数が少ない」として、「06年の日本の人口千人当たり医師数2.1人はOECD平均の3.1人をはるかに下回る」とも指摘している。

# 「病診の配分を変えるべき」という意見が主流

医療保険部会の改定議論 政府の「選択と集中にもとづいて配分を見直す」考え方が浸透

社会保障審議会の医療保険部会が7月15日に7ヵ月ぶりに開催され、2010年度診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を開始した。

事務局(厚労省保険局総務課)は、10年度改定の方針を検討する上での参考として、(1)堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度の構築(「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」)、(2)社会保障機能強化の工程表における10年度改定の課題(08年の社会保障国民会議中間報告・最終報告)、(3)生活安心保障の再構築に向けた道筋で安心再構築局面として位置づけられる10年度(経済財政改革の基本方針2009)について説明した。

その中で、「中期プログラム」の工程表で示された諸課題のうち、11年度までに実施する重要事項の1つに「2010年度に見込まれる診療報酬改定において、選択と集中の考え方にに基づき、診療報酬

の配分の見直しを行うとともに、救急、産科等の体制強化などの方策を検討する」と書き込まれていることを強調した。

続いて、医政局の三浦指導課長(7月15日現在)は、08年6月と9月にまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」に書き込まれた課題が09年度予算等でどう実行に移されているかを明らかにしつつ、「救急医療等の医療体制に係る現状と課題」を説明した。

また、保険局調査課は、08年度診療報酬改定に関する検証調査の結果を報告した。

議論において、少なからぬ委員から、病院と診療所への配分を変えるべきという意見が出た。また、「中期プログラム」などで示されている「選択と集中」にもとづいて配分を見直すという考え方が多くの委員に浸透していることが判明した。

いるというが、診療所の損益分岐は危機的状況にある。配分の見直しではなく、医療費全体の底上げが必要だ。

●救急や産科・小児科を初めとする勤務医の負担軽減に重点をおくべきだ。地域の救急医療は崩壊に直面しており、深刻だ。診療報酬だけでなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期に集中投入するという考え方が基本だ。

●安心で質の高い医療を確保するためには、「選択と集中」に基づいた、ダイナミックな配分の見直しが必要。

●単に「選択と集中」ではなく、しっかりと診療報酬体系を考えていただきたい。

●診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。診療報酬を重点と効率化で区分けし、配分を大きく変える必要がある。

●病院と診療所の再診料の格差は正が積み残されている。「選択と集中」にもとづいて、病院と診療所の格差を見直し、その上で救急・産科・小児科に重点化していくことを考える必要があ

る。 ●診療報酬引き上げは、厳しい経済情勢や健保組合の財政状況を考慮する必要がある。

●診療報酬の引き上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべきだ。

●保険料負担の増大につながる診療報酬全体の引き上げをする状況にない。

●後期高齢者医療でかかりつけ医が台頭するかと思っただが、そうでもない。利用が少ないからと廃止するのではなく、促進する方向で検討してほしい。

●かかりつけ医は医療費の削減につながるのではないのか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。

●富山県では救急搬送の9割が高齢者だ。恐らく、老健や特養で対応ができずに救急車の要請をしているケースが多いのではないのか。

●救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止めるために、看護師や薬剤師のチームで対応するという方向で診療報酬も対応しなければならない。

●救急などは予算面でも措置されている。診療報酬と重複がないように役割分担を明確にする必要がある。

●後期高齢者の制度は、何故75歳でつけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。

## 医療保険部会における主な意見 7月15日

●病院の外来は赤字だ。ここに診療報酬をつぎ込むのはいかなものか。病

院外来にはもっと効率化と連携が必要。予算建議は配分が診療所に偏って

# 特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建する

民主党のマニフェスト 後期高齢者医療制度を廃止。医療保険を統合、地域保険として一元的運用

「民主党の政権政策Manifesto2009」から 2009年7月27日 ※1面記事を参照

### 2 子育て・教育

#### 【具体策】

○現在の出産一時金(2009年10月から42万円)を見直し、国からの助成を加え、出産時に55万円までの助成をおこなう。

【所要額】2,000億円程度

### 3 年金・医療

#### 21. 後期高齢者医療制度を廃止し、国民皆保険を守る

##### 【政策目的】

○年齢で差別する制度を廃止して、医療制度に対する国民の信頼を高める。

○医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険制度を守る。

##### 【具体策】

○後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。

○被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。

【所要額】8,500億円程度

#### 22. 医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する

##### 【政策目的】

○医療従事者等を増員し、質を高めるこ

とで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。

○特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。

##### 【具体策】

○自公政権が続けてきた社会保障費2,200億円の削減方針は撤回する。医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬(入院)を増額する。

○OECD平均の人口当たり医師数を目指し、医師養成数を1.5倍にする。

○国立大学付属病院などを再建するため、病院運営交付金を従来水準へ回復する。

○救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行う。

○妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に臨めるように、無過失補償制度を全分野に広げ、公的制度として設立する。

【所要額】9,000億円程度

#### 23. 新型インフルエンザ等への万全の対応、がん・肝炎対策の拡充

##### 【政策目的】

○新型インフルエンザによる被害を最小限にとどめる。

○がん、肝炎など特に患者の負担が重い疾病等について、支援策を拡充する。

##### 【具体策】

○新型インフルエンザに関し、危機管理・情報共有体制を再構築する。ガイドライン・関連法制を全面的に見直すとともに、診療・相談・治療体制の拡充を図る。ワクチン接種体制を整備する。

○乳がんや子宮頸がんの予防・検診を受けやすい体制の整備などにより、がん検診受診率を引き上げる。子宮頸がんに関するワクチンの任意接種を促進する。化学療法専門医・放射線治療専門医・病理医などを養成する。

○高額療養費制度に関し、治療が長期にわたる患者の負担軽減を図る。

○肝炎患者が受けるインターフェロン治療の自己負担額の上限を月額1万円にする。治療のために休業・休職する患者の生活の安定や、インターフェロン以外の治療に対する支援に取り組む。

【所要額】3,000億円程度

#### 25. 介護労働者の賃金を月額4万円引き

上げる

##### 【政策目的】

○全国どこでも、介護の必要な高齢者に良質な介護サービスを提供する。

○療養病床、グループホーム等の確保により、介護サービスの量の不足を軽減する。

##### 【具体策】

○認定事業者に対する介護報酬を加算し、介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる。

○当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する。

【所要額】8,000億円程度

### 4 地域主権

#### 27. 霞が関を解体・再編し、地域主権を確立する

##### 【具体策】

○国から地方への「ひもつき補助金」を廃止し、基本的に地方が自由に使える「一括交付金」として交付する。義務教育・社会保障の必要額は確保する。

○「一括交付金」化により、効率的に財源を活用できるようになるとともに補助金申請が不要になるため、補助金に関わる経費と人件費を削減する。

# 今までどおり「大学」で保・助・看の教育が可能

看護師教育に関する各検討会の議論 改正保助看法 6ヵ月以上履修済学生は保健師・助産師受験資格が永続

7月23日に開かれた厚労省の「看護教育の内容と方法に関する検討会」は、看護師教育とともに保健師教育、助産師教育についても取り上げ、教育内容見直しの議論を展開した。

看護師教育については、「国家試験受験資格要件の3年課程で学ぶべき内容」と「教育年限にとらわれない看護師教育で学ぶべき内容」がテーマとして採用され、教育方法の開発、効果的な臨地実習のあり方とともに検討される。

事務局(厚労省医政局看護課)は、国会で成立した保健師助産師看護師法一部改正法の影響を織り込む必要があるとともに、検討内容が多岐にわたるこ

とから、職種ごとにワーキンググループを設置することを提案、合意を得た。

WGは9月に設置され、12月をめどに具体案をまとめ、年末に検討会を再開して報告の取りまとめに入る予定だ。

検討会の冒頭に、事務局は改正保助看法の内容について説明した。

改正法には、保健師と助産師の国家試験受験資格となる修業年限を「6ヵ月以上」から「1年以上に」延長、看護師の国家試験受験資格に「4年制大学を卒業した者」が追記された。また、新人看護職の臨床研修や離職後職場復帰のための研修が新たに医療機関の努力義務となった。

改正法は来年4月1日に施行されるが、保健師と助産師の国家試験受験資格に関しては、経過措置が設けられている。

「改正法に追記された受験資格は4年制の看護大学を意味するのか、それとも選択学科でもよいのか」「保健師、助産師国家試験の経過措置はいつまでか」という委員からの質問に、文科省の麻木医学教育課長は、「法定の単位数を大学4年の修業年限の中で取得すれば、国家試験受験要件は満たされる。今までどおり、大学で「保助看」の教育ができる」と、実態として変化はないとする見解を示した。

経過措置について、厚労省の野村看

護課長は、「改正法施行前に現行法で認められている6ヵ月以上の教育を受けた者は、今後も保健師と助産師の受験資格が認められる。ある意味で未来永劫の措置だ」と説明した。

看護師教育に関しては、文科省が主宰する「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」が6月25日に、看護系大学では保健師教育の履修科目を卒業要件とせず、選択制を導入するなどの報告案をまとめている。早ければ2011年度にも選択制が始まる。

また、厚労省の「新人看護職員研修に関する検討会」は7月7日の会合で、到達目標や評価・研修方法などについて検討。議論では、研修期間は1年間が妥当とする意見が大半を占めた。また、到達目標として病棟でのルーティン業務を1人でこなすことを掲げるべきだとする意見も多く出された。

# 調査方法の簡素化と配賦等の精緻化が課題

基本小委 部門別収支調査 今回は調査手法の確立が目的

診療報酬調査専門組織・コスト調査分科会の田中滋分科会長(慶應大学教授)は、7月29日の診療報酬基本問題小委員会に「2008年度医療機関の部門別収支に関する調査結果」を報告した(調査結果の内容は7月15日号に掲載)。

田中分科会長は、「分科会としては、かなり精度が高まったと評価している。この結果は、入院・外来を比較するのではなく、診療科別の収支をみることに意義がある」という認識を示すとともに、「中小病院や慢性期病院の収支がないという点を指摘する声も分科会にはある」と、部門別収支調査の到達点と限界を明らかにした。

その上で、田中分科会長は、「今後

は調査対象病院を拡大できるように、調査手法の簡素化を研究したい。簡素化によっても精度が失われないようにしたい」と、今後の課題を示した。

基本小委の遠藤久夫委員長(学習院大学教授)は「調査方法の研究が主眼であり、現時点で、調査結果は必ずしも代表性を獲得していない。それは今後の課題である」と、医療機関の収支実態を明らかにするツールとして、部門別収支調査は緒についたところであるという認識を示した。

診療側西澤委員(全日病会長)は、「今まで、我々は診療報酬を要求するときに根拠となるデータを持っていなかった。根拠のあるデータが欲しいという要求

にこたえるかたちで、こうした調査が行われてきた。現時点では、理論構築の基礎となるデータというよりも、調査手法を確立させることに目的

があると理解する。今後、配賦の仕方もより改善されるなど精度も増し、簡素化によってすべての病院が参加できるようになれば、診療報酬改定の議論をする上で納得のいくデータとなることだろう。調査手法が確立したという点では大いに評価したい」と、部門別収支調査の今後の展開に対する期待を表明した。



▲基本小委で報告するコスト調査分科会の田中会長(右側)

精緻なデータが求められることから、調査対象がDPC対象・準備病院に限られ、なおかつ、回答病院が少なくなった点について、事務局(厚労省保険局医療課)は、部門別収支調査の負担度を測るために、今回調査に協力した病院と辞退した病院を対象に、負担内容などの実態を探る調査を09年度に実施する意向だ。

## 1日あたり点数設定方法の見直し案で合意

DPC分科会 ヒアリングに向けて特別調査。機能評価係数用の特別調査は調査票が固まる

7月24日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、DPCデータにもとづいたヒアリングを行なうための特別調査の実施要領を確認。さらに、調整係数廃止にともなう対応として、診断群分類1日あたり点数の設定方法の見直し案で合意した。

特別調査は「再入院・再転棟の実態」と「診療内容等」がテーマ。「診療内容等」については、①特定診断群分類の診療内容が他とくらべて大きく異なる、②後発医薬品等薬剤の使用状況が大きく異なる、③DPC導入前後で診療内容が大きく変化した、④データの質に関し

て確認が求められるなど、データ面で特異な特徴を持つ病院を絞り込む予定だ。

いずれも、2008年度調査結果から、各項目に該当する病院に調査票を配布し、その結果も踏まえてヒアリングの対象となる病院を選出する。

診断群分類1日あたり点数の設定方法の見直し案は、6月29日の分科会で一度議論されている(7月15日号既報)。事務局(厚労省保険局医療課)は、そこに提示した2案のうち、前回概ね合意された「案2」に絞って再度提案し、あらためて合意を得た。

入院初期のコストが点数を大きく上

回る場合、入院期間ⅠではⅠの期間の1日当たり出来高平均点数を算定するが、入院期間Ⅱについては引き下げ、入院期間Ⅲの点数はⅡよりさらに15%減じる。逆に、入院初期のコストが点数よりも小さい場合は、入院期間ⅠからⅡ・Ⅲへと減じていく点数の通減率を現行の15%から10%へと小さくするというもの。見直し案は基本小委に諮られる。

E・Fファイルに関しても、前回事務局が提案したとおり統合することで一致した。

同日の分科会に、事務局は、7月6日の分科会で了承を得た「2009年度新たな

機能評価係数に係る特別調査」の調査票案を示し、了解を得た。

救急医療の提供内容については、診療科ごとに平日準夜、平日深夜、休日日中別の医師体制(専従、兼任、オンコール)をたずねるなど、詳しい内容になっている。

診療ガイドラインとパスに関しては「医療機関全体の方針と体制」について問うとしている。人員配置とチーム医療については、医師、看護師、他専門職の3職層それぞれの組み合わせごとにカンファレンス(病院全体、診療科単位、病棟単位)の回数をたずねるなど詳しいが、さらに、医師(各診療科責任者)にもガイドラインを踏まえた診療体制の実態について記入してもらう。

機能評価係数の特別調査は7月末から8月初にかけて実施される。

## 急性期入院は介護業務を確立、看護基準も柔軟な運用を!

日病協 10年度改定要望第2報 「救急搬送受け入れ加算」の創設と「緊急手術加算」の増額も要望

日病協 「平成22年度診療報酬改定に係る要望書(第2報)」(全文) 7月31日 ※1面記事を参照

日本病院団体協議会は、崩壊しつつある病院医療の再生のために、2009年4月16日付で「平成22年度診療報酬改定に係る要望書(第1報)」を提出した。第1報では、医師不足に起因した日本の病院医療崩壊の現状、看護師不足に起因した病院閉鎖の現状を述べるとともに、下記の2項目を要望した。

1. 入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額
  2. 介護(看護補助)業務の確立と看護基準の柔軟な運用
- この度、09年度診療報酬改定において、上記2項目とともに病院医療全般に関して次の事項を要望する。

### 1. 入院医療全般について

#### ●入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額

病院医療の再生に向け、根拠に基づく算定方式の創設と入院基本料の増額を要望する。10年改定においては、医療経済実態調査、各病院団体の経営調査等の結果を反映し、実態に即した入院基本料の増額を要望する。

短中期的課題として、根拠に基づく入院基本料の算定方式の創設が必須である。このためには、診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会等、専門的な議論が可能な組織での立案、検証が行われるべきである。

また、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハ職員、MSW、PSW等の多専門職によるチーム医療を評価し、入院基本料に加算することを要望する。

#### ●介護(看護補助)業務の確立と看護基準の柔軟な運用

医療の安全と質を向上させるととも

に、慢性的に不足している看護職員にとって働きやすい職場を創造するため、以下を要望する。

7:1、10:1入院基本料の病棟においても、現実には介護(看護補助)業務も多く、介護(看護補助)職を配置せざるを得ない。上記病棟において、看護補助加算を算定可能とするとともに、介護(看護補助)職の夜勤に対する評価を要望する。

病棟における患者の状態によっては、医療安全のために3名以上の夜勤看護師が必要となる。さらに、小規模な病棟では月平均夜勤72時間の基準を満たすことは不可能である。看護基準において、72時間の制限を緩和するとともに、2人夜勤体制は看護職員不足等の現実を考慮し、その一部を介護(看護補助)職の適応を認めるなど、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。

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において、月夜勤時間数16時間以下の者も含めることを要望する。1週あたり40時間労働は日本における全産業の労働時間の基本である。夜勤専従看護師においても例外ではなく、このように診療報酬によって労働時間の制限を規定することは避けるべきである。

●医師事務作業補助体制加算の適用拡大  
入院医療全般にわたり医師事務作業は増加しており、その補助体制加算の点数を引き上げるとともに、すべての病院に対する加算に適用拡大することを要望する。

●診療情報の電子化加算の正当な評価  
電子カルテやオンラインレセプトな

ど診療情報のIT化を推進するため、必要な費用を診療報酬上正當に評価した電子化加算を要望する。

### 2. 急性期入院医療について

#### ●「入院時医学管理加算」の見直し

平成20年度改定での見直しは現実には即したのではない。現状を勘案した運用に変更すべきである。

#### ●「救急搬送受け入れ加算」の創設と「緊急手術加算」の増額

円滑な救急医療体制の構築においては、三次救急(救急救命センター)への患者一極集中を緩和する必要がある。しかしながら、二次救急医療体制の維持や緊急手術に備えるためには、多くの人件費等の固定支出が必要である。「救急搬送受け入れ加算」の創設と「緊急手術加算」の増額を要望する。

#### ●DPC救急入院時の評価

DPC対象病院への救急入院時、診断確定までの診療報酬を出来高方式とすることを要望する。

### 3. 慢性期入院医療について

#### (1) 医療療養病床における緊急対応の評価

在宅や介護保険施設などで療養中の慢性期患者が急変した場合の入院について、「緊急対応入院加算」の創設を要望する。

#### (2) 急性期病床からの積極的受け入れの評価

急性期病棟から、医療区分2、3に相当する患者を受け入れる場合、30日間の「医療対応初期加算」の創設を要望する。

### 4. 精神科医療について

#### (1) 精神病棟入院基本料の増額

精神科の入院料は他科に比べ著しく低く、精神科入院基本料の大幅な増額を要望する。

#### (2) 精神科救急・合併症入院料の算定要件の緩和

精神科疾患患者の身体合併症への対応を図るため、算定要件の大幅な緩和を要望する。

#### (3) 児童精神科医療の充実

児童精神科医療の充実を要望する。

### 5. リハビリテーションについて

#### ●急性期病院におけるリハビリテーションの評価

ベッドサイド・リハが中心となる急性期病院については、「施設基準」ではなく、「人員配置基準」として評価することを要望する。

#### ●リハビリテーション起算日の変更

各疾患において、リハビリテーションの開始はその個々の病態において大きく異なる。リハビリテーション起算日は、リハビリテーション開始日とすることを要望する。

●維持期リハビリテーションの適用拡大  
医学的に長期にわたるリハビリテーションを要する疾患・病態について、根拠に基づく適用の拡大を要望する。

### 6. 外来診療について

外来の診療報酬については、病院・診療所の一物多価を改めるとともに、現行の同日多科受診時における第2科以降の診療報酬の算定不可を改める必要がある。再診料等の同一診療行為は同一診療報酬とすることを要望する。同日多科受診時、第2科以降もすべて同様の算定を可能とすることを要望する。

# 90日超患者 2/3が75歳以上。65歳未満も14%

## 13対1・15対1病棟の医療提供実態調査 調査結果は基本小委で検討。本格調査へ重要なデータを提供

7月29日の慢性期入院医療の包括評価分科会に厚労省が提示した、「13対1」および「15対1」の入院基本料を算定する一般病棟に関する実態調査の集計結果(一部)は、90日を超えて入院している患者像の一端を明らかにしている(1面記事を参照)。

調査は、2010年度改定に向けた資料を得る目的で、事務局(厚労省保険局医療課)が独自に実施した。一般病棟入院基本料13対1算定病院250施設、同15対1算定病院500施設に調査票を配布し

た。2008年度慢性期入院医療実態調査と同じ調査票を使用し、レセプト、施設特性、患者特性、コストの各調査から構成されている。

当該病院の多くにとっては初めての詳細調査ということもあり、回答数は「13対1」が33施設(13.2%)、「15対1」が47施設(9.4%)にとどまった。

回答施設の多くはケアミックス型であるが、当該病棟のみという病院が1/3前後を占めている。

在院期間が91日以上の患者が占める割合は「13対1」が17.9%、「15対1」が22.4%と、90日超が入院患者の2割前後を占めている。

90日超患者の年代をみると、「13対1」と「15対1」を併せて、65歳～74歳が18.7%、75歳以上が66.7%を占めている。65歳未満で90日を超える患者も14%強いる。

90日超患者の医療区分の分布は、「13対1」と「15対1」を併せて、「1」が26.8%、「2」が40.9%、「3」が32.3%となっており、医療療養病棟よりも重症度が高いとい

う結果となった。患者の状態像については、「24時間点滴」「中心静脈栄養」「透析」「肺炎治療」「創傷・皮膚潰瘍等に対する治療」で、医療療養病棟よりも5ポイント高い該当率を示した。逆に、「脳梗塞」については5ポイント低かったが、全体としては状態像は医療療養病棟と概ね一致している。

集計結果は基本小委に報告し、今後の対応を検討してもらう。

池上直己分科会会長(慶大教授)は「初めて明らかになった調査であることは間違いがない。ただし、現状で把握できる限界である旨を付して報告したい」と述べ、より本格的な調査が欠かせないという認識を示した。

### 2008年度「一般病棟で提供される医療の実態調査」集計結果から 慢性期入院医療の包括評価分科会 7月29日

#### ●回答数

一般病棟13対1入院基本料算定病棟/33施設(平均総病床数120、一般病棟平均病床数56)、同15対1入院基本料算定病棟/47施設(平均総病床数127、一般病棟平均病床数67)

#### ●調査内容

レセプト調査(09年1月診療分)、施設特性調査(09年3月1日時点の救急体制、職員配置、入退院患者の状況、入退院経路など)、患者特性調査(同時点の患者の基本属性、提供医療の内容など)、コスト調査(08年10月の人件費、減価償却費、医薬品費、材料費等)

#### ■検査の実施状況

	13対1および15対1病棟 かつ在院期間90日以内 (n=3,860)	13対1および15対1病棟 かつ在院期間91日以上 (n=1,028)	参考/医療療養 病棟 (n=7,926)
検体検査(尿検査・血液検査等)	84.8%	84.5%	62.1%
エックス線単純撮影	73.9%	62.9%	32.6%
CT	34.5%	22.5%	12.7%

#### ■主な状態像の比較(該当率10%以上の項目)

		13対1および15対1病棟 かつ在院期間91日以上 (n=1,028)	参考/医療療養 病棟 (n=7,926)
医療区分採用項目	24時間持続点滴	18.0%	8.1%
	中心静脈栄養	18.4%	5.0%
	酸素療法	10.5%	10.4%
	透析	10.2%	2.9%
	肺炎治療	18.1%	9.7%
	1日8回以上の喀痰吸引	22.2%	23.2%
その他の状態像	気管切開・気管内挿管(発熱を伴う場合を除く)	10.5%	9.2%
	創傷、皮膚潰瘍、下腿、足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療	19.8%	12.7%
	糖尿病	21.0%	20.6%
	慢性心不全	13.9%	13.6%
	高血圧症	23.4%	24.5%
	虚血性心疾患	10.4%	8.8%
	アルツハイマー病以外の認知症	11.4%	16.2%
	脳梗塞	30.9%	37.7%
	片側不全麻痺	11.5%	14.2%
	四肢麻痺	10.4%	8.4%
がん(悪性腫瘍)	12.3%	7.7%	
腎不全	12.6%	6.8%	

#### ■在院期間の状況

	13対1病棟 (n=1,861)	15対1病棟 (n=3,623)	参考/医療療養病棟 (n=7,926)
30日以下	55.8%	47.1%	8.3%
31日～90日以下	26.3%	30.5%	13.4%
91日以上1年未満	13.1%	14.3%	27.0%
1年以上	4.8%	8.1%	51.3%

#### ■年齢構成の状況

	13対1および15対1病棟 かつ在院期間90日以内 (n=3,860)	13対1および15対1病棟 かつ在院期間91日以上 (n=1,028)	参考/医療療養 病棟 (n=7,926)
39歳以下	3.5%	2.0%	1.3%
40歳～64歳	14.1%	12.2%	9.9%
65歳～74歳	16.5%	18.7%	15.1%
75歳以上	65.5%	66.7%	73.3%

#### ■医療区分の状況

	13対1および15対1病棟 かつ在院期間90日以内 (n=3,860)	13対1および15対1病棟 かつ在院期間91日以上 (n=1,028)	参考/医療療養 病棟 (n=7,926)
医療区分1	43.9%	26.8%	32.1%
医療区分2	35.4%	40.9%	48.2%
医療区分3	20.7%	32.3%	19.7%

#### 7月の研修会(結果報告)

※研修プログラムを構成する個別日程の講習会開催記録は除く

#### ■個人情報管理・担当責任者養成研修会 Basic Course

「個人情報管理・担当責任者養成研修会 Basic Course」が7月3日に全日病本部で開催され、55名が参加した。

#### ●特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)

「特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)・神戸会場」が7月11、12日に神戸市内で開かれ、「基礎編+技術編」55名、「基礎編」11名、計66名が参加した。

#### ●第6回機能評価受審支援セミナー

第6回機能評価受審支援セミナーが7月

19日に東京都内で開かれ、診療部門64名、看護部門115名、事務部門83名、計262名が参加した。

#### ●MEDI-TARGET講習会

MEDI-TARGET講習会が7月29、30日に全日病本部で行なわれ、9病院15名が参加した。

#### 8月以降の研修会(開催案内)

※詳細案内は全日病ホームページに掲載

#### ■個人情報管理・担当責任者養成研修会 Basic Course

「個人情報管理・担当責任者養成研修会 Basic Course」が8月4日に全日病本部で追加開催される。

#### ■夏期研修会

2009年度の夏期研修会が8月30日に

和倉温泉で開催される。

#### ■特定保健指導アドバンスト研修

特定保健指導アドバンスト研修が、8月1日に東京会場で、9月26日に神戸会場で開

催される。


#### ■医師事務作業補助者研修

医師事務作業補助者研修が8月5日、6日、7日に東京都内で開催される。

#### 厚生労働省の主な人事異動(7月24日付) \*氏名後の括弧内は旧職を表わす

▼大臣官房審議官(医療保険、医政、医療・介護連携担当)=唐澤剛(大臣官房人事課長) ▼大臣官房付大臣官房審議官(がん対策、国際保健、医政担当)併任=麦谷真里(東海北陸厚生局長) ▼東海北陸厚生局長=関山昌人(医政局政策医療課長) ▼近畿厚生局長=安達一彦(国立がんセンター運営局長、大臣官房審議官併任) ▼大臣官房厚生科学課長=三浦公嗣(医政局指導課長)

▼医政局総務課長=岩淵豊(全国健康保険協会総務部長) ▼医政局政策医療課長=武田俊彦(保険局国民健康保険課長) ▼医政局指導課長=新村和哉(医薬食品局血液対策課長) ▼老健局介護保険計画課長=大島一博(内閣府参事官) ▼保険局保険課長=吉田学(国立病院機構本部企画経営部長) ▼保険局国民健康保険課長=伊藤善典(内閣官房内閣参事官)



あんしんとゆとりで仕事に専念

## 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