



# 全日病

# 21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2011 9/15

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.763 2011/9/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 大震災から半年。医師・看護師離職が続く福島県 復興から取り残される民間中小病院。問われる政治・行政の対応

東日本大震災が3月11日に発生してから半年たった。物的被害は約17兆円と推定(内閣府)され、死者・行方不明が約2万人にもものぼった東日本大震災だが、「検視した遺体の92.5%が水死であった」(警察庁)といわれるように、津波災害の様相が濃い。

津波は太平洋沿岸の561km<sup>2</sup>を海水に浸した上、福島第1原発のメルトダウンを誘発し、近在住民だけでなく国民を放射能汚染の不安におとし入れ、電力危機をもたらした。未曾有の災害ながら、被災地では復興にむけた動きが本格化し、国民も、放射能汚染の不安に耐え、計画停電・節電にも冷静に対応した。

被災医療機関も診療継続・再開へ献身的な努力を続けている。医療界には、中長期にわたる支援継続にどう取り組むか、その対応が問われる中、厚労省の検討会や各種学会など、震災直後の医療対応をめぐる検証作業が始まっている。

全日病は、10月の沖縄学会で、東日本大震災について検証する企画を準備している。

東日本大震災に対して、政府は2011年度予算の第1次補正(総額4兆円)と第2次補正(総額2兆円)を成立させる一方、復興基本法を成立させて復興庁と復興担当大臣を設けるとともに復興構想会議を設置、同会議は6月に復興への提言をまとめた。

被災地では瓦礫の処理も進み、仮設住宅の建設もほぼ終わった。しかし、最高時46.7万人に達した避難所生活者は7月半ばで5万9,000人もおり、半年たった今も、仮設住宅に入れない被災者が少なくない。

福島県では、8月末現在も5万6,000人近くが県外に避難している。そのうち、原発による避難は自主避難を含めて5万2,000人近くにのぼっている。

被災者と被災医療機関等に対して、厚生労働省は「一部負担金等の免除」や届出・手続きの免除など、多くの救済・特例措置を打ち出した。

医療界も、国が組織したDMATとともに民間医療機関によるJMATも必死の救護活動を展開。各地の病院からも大勢のチームが派遣された。医師等の派遣は、被災者健康支援連絡協議会を軸に、現在も行なわれている。

被災3県の医療施設に対する被害は、

病院が全壊10、一部損壊290、医科診療所は全壊が82、一部損壊が402であった。

岩手県は調剤薬局を含めた医療提供施設の建物損害を約300億円と推定。福島県は、病院・診療所だけで115億円にのぼると見積もった。被害状況が不明の施設もあるため「実際の被害額はさらに増える」(福島県)としている。津波被害が大きい宮城県は両県を上回る被害額になるとみられる。

こうした結果、被災直後には160病院が外来を制限、45病院が外来を中止、107病院が入院を制限、84病院が入院を中止した。

宮城県の集計によると、9月8日現在、県内医療機関の診療実施率は96.2%と一見高いが、石巻医療圏は79.9%、気仙沼医療圏になると69.5%と低く、依然、診療再開にいたらない医療機関が少なくないことが分かる。

宮城県では、9月11日時点で、病院・医科診療所の廃止届が36、休止届16、休止状態12と、計64の医療機関が休廃止に追い込まれている。これは、昨年10月1日現在の1,769医療機関に対して3.6%にあたる。これ以外にも18医療機関が移転・仮設している。

それでも、外来は、福島原発20km圏

内など一部地域を除くと概ね再開されつつある。しかし、入院については受け入れ開始のめどがたない病院が少なくない。

その1つが宮城県の石巻市立病院(206床)だ。病院建物はほぼ廃墟と化し、現在、市役所の近くに仮診療所を設置、内科、外科、眼科、皮膚科に限って外来を行なっている。

今後は石巻市の方針待ちだが、「夜間急患センター」を年内に完成させる以上の再建計画は、移転先確保の問題もあり、まだ打ち出されていない。

自治体病院に比べると、民間病院の現状は、さらに暗澹としたものがある。1つには、移転先の確保、復旧資金を得るための二重債務をどうするかという問題がある。例えば、福島県では、被害内容がつかめた111病院のうち、19病院が国庫補助の対象外となっている。輪番制から外れた、すべて中小民間病院である。

民間病院では、資金繰り難から給与が満額払えないことによる病院職員の離職という深刻な問題にも直面している。

病院職員の離職問題は、原発事故が収束しない福島県で、より深刻化している。

緊急時避難準備区域に位置する南相馬市の4病院では、7月末現在、震災前に比べると、常勤医が約2/3、看護師が半分に減少した。県内病院を対象に行なった調査(123病院が回答)によると、震災等が原因で医師が減った病院が26もあった。医療圏ベースでも、常



▲津波を受けた石巻市立病院。現在も再建のメドがたっていない

勤医は相双地域で44人、郡山市で15人、震災前よりも減少している。

福島県病院協会が7月に実施した調査(回答54病院)では、相双など福島原発に近い4つの2次圏にある病院の医師計1,168人のうち、震災直後に67人、7月までに57人、さらに、希望が11人と、135人(11.6%)もが自主退職を選んだ。

これは看護師も同様で、前出2次圏の病院看護師計6,254人のうち、希望(77人)を含む464人(7.4%)が自主退職に走っている。そのため、10病院が「現状で入院基本料が維持できていない」と、9病院が「希望者が辞めたら維持できない」と回答している。

こうした現状に、被災3県とも地域医療再生基金の投入を検討しているが、公的病院中心に配分されるのは明らかであり、補助金にも恵まれない中小病院は自力で再建をめざすしかない。

放射能への不安から離職を選ぶ医療人に、また、給与未払いや雇用保険特別給付が切れる医療人に思いとどまるよう説得するのは難しい。しかし、病院は存続されなければならない。

被災医療機関への補償、民間病院にも行き渡る補助金、病院の移転といった困難な問題を解決できるのは政治と行政である。

## 被災医療機関への診療報酬緩和措置を追加

中医協総会 「DPC」と「慢性期」の各報告を了承。基礎係数病院群の案が示される

9月7日に開催された中医協総会は東日本大震災の被災医療機関に対する診療報酬上の緩和措置について議論した結果、前回(8月24日)の合意にもとづいて事務局(厚生労働省保険局医療課)が決めた追加措置を了承した(4面に緩和措置の要旨を掲載)。

医療課は、すでに9月6日付の課長通知で総会に示した措置を地方厚生局および各都道府県宛に発出していた。

診療報酬算定にかかわる緩和措置は、①平均入院患者数は震災後の平均値とする、②看護職員配置にかかわる諸規定は2割以内の変動を認める、③月平均在院日数は2割以内の変動を認める、④他医療機関で入院を継続する場合は外来閉鎖を認める、⑤在宅療養に特化する場合の外来閉鎖を認める、⑥在宅訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費の各週3回を超えた算定を認める、⑦新薬の14日を超えた処方料を認める、というもの。

いずれも被災3県を対象とし、期限は、当面2011年度末までとなっている。

中医協総会は、また、診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会と慢性期入院医療の包括評価調査分科会からそれぞれ報告を受け、その内容を了承した。

慢性期分科会の報告は、2012年度改定を前に、主に医療療養病床の現況を整理分析したもの(3面に要旨を掲載)。

具体的には、(1)10年度改定影響の検証として、昨年6月の慢性期横断調査の結果と08年度の慢性期入院実態調査結果とを比較、(2)慢性期入院医療の実態と検証として、①横断調査の再集計・再分析、②11年に実施したレセプト調査の分析をそれぞれ実施、(3)認知症患者の実態と検証、(4)中医協総会への提言、からなる。

ただし、慢性期横断調査にはレセプトデータや経営実態データが欠如している上、慢性期分科会が設計した実態調査が08年度以降実施されていない中、11年度はレセプトと経営実態に関する小規模、かつ、経年性に欠けた調査しか実施されなかったこともあり、改定影響の検証と慢性期入院の実態と

検証とも、十分な成果をあげたとは言えないものがある。

そのため、報告は、各所に分科会における指摘や意見をちりばめた総体的なものとなった。

その結果、報告は、「慢性期入院医療の実態を把握するためには、対象を

医療療養病床に留めず、他の医療や介護の場における実態と比較できる施設横断的な調査を、一定期間の後に再度実施すべきである」と、さらなる本格的調査を中医協に提言するにとどまった。

それでも、この提言は、今後の慢性期をめぐる議論には不可欠であり、診療側西澤委員(全日病会長)は、「この提言をぜひとも実行に移してほしい」と事務局に要求した。(DPC分科会の中間報告は2面に掲載)

## 新厚生労働大臣に小宮山洋子氏

8月30日の衆参両院本会議で首相に指名された民主党の野田佳彦代表は9月2日に組閣を終え、厚生労働大臣に小宮山洋子衆議院議員(昭和23年生、東京6区選出)を任命した。女性では、1960年の中山マサ厚生大臣に次ぐ2人目。

厚生労働副大臣には牧義夫衆議院議員と辻泰弘参議院議員が、厚生労働大臣政務官には津田弥太郎参議院議員と藤田一枝衆議院議員が就任した。

医療・介護分野は辻副大臣と藤田政務官が担当する。

野田新首相は、8月25日の党内会合で、2012年改定について「基本的にマ



イナスはないだろう」と言明している。9月6日の閣議後記者会見で、小宮山大臣は、改定について「従来の方針通りやりたい」と述べた。

# 基礎係数は「大学病院本院」「高診療密度病院」「その他」の3群？

DPC分科会が中間報告 準備・対象病院への移行時期を変更。DPC・亜急性期の病棟転換を規制

9月7日の中医協総会で了承されたDPC評価分科会の中間報告は、2012年改定に向けたDPC制度の設計変更に関する検討結果と今後の対応方針案をとりまとめたもので、その要旨は次のとおり。

- (1) 調整係数見直し後の医療機関別係数は「基礎係数+機能評価係数Ⅰ+機能評価係数Ⅱ」とする。
- (2) 新たに導入する基礎係数は、直近の診療実績(改定前2年間分の出来高実績データ)に基づき、医療機関群毎に1件あたり平均償還額により算出する。
- (3) 基礎係数はDPC対象病院の群ごとに設け、当面、医療機関群1(大学病院本院群)、医療機関群2(大学病院本院以外の高診療密度病院群=名称は別途検討)、医療機関群3(上記以外)からなるものとする。
- (4) 最終的に医療機関群1と2を別々の群とするか、合わせて1つの群とするかも含めて、引き続き検討する。

基礎係数とは、機能特性や実績が多岐に分布するDPC病院を「基本的な診療機能に対する評価」に応じてグループ化し、もって病院間のバラつきを吸収するとともに、同質の病院群に同じ係数の下駄をはかせようというもの。

そうした考え方から、まずは、大学病院本院とそれ以外では包括範囲の1日当たり出来高点数(診療密度)が明らかに異なるとして、大学病院本院は独立した医療機関群1に括られた。

医療機関群2の「高診療密度病院群」は、当初DPC分科会で、診療密度と病床当たりの医師配置密度が関連しているとして、医療機関群2に括られた。この考え方に対しては、分科会でも、一部の委員から「研修医等が多ければ、検査などの診療行為はおのずと数を重ねる。その結果を診療密度が高いと評価するのはいかがか」との疑問がつけられた。

しかし、その後のデータ解析によって、事務局は、①研修機能、診療密度、医師密度との間には一定の相関性がある、②実施手術の難易度、診療密度、医師密度との間に強い相関関係がある、③同一DPCでも、患者の重症度、診療密度、医師密度との間に一定の関係がある場合がある、と強引に踏み込んだ結果、独自の医療機関群としての地位を獲得した。

そして、それら2つの病院群以外が“その他の医療機関群”とされ、低い係数に甘んじることになる。

ただし、医療機関群1と2は同一の群とされる可能性もある。この点は、「一体改革案」のシミュレーションで、「高度急性期病院」と「一般急性期病院」への分化が想定されていることもあり、今後、厚労省が議論をどう誘導するか関心のもたれるところだ。

DPC分科会における医療機関群の検討において、事務局は、ケアミックス型病院におけるDPC病床から亜急性期病床への転床を取り上げ、「患者像として変わらないのに、算定上有利な時期に転床している。算定ルールの見直しによる対応を検討する必要がある」と、規制を検討する意向を表明した。この問題は改定に向けて検討される。

中間報告は、また、新規高額薬剤を暫定的出来高とする判定基準を、これまでの「平均+1SD(標準偏差)」から84パーセントイルとする案を提示、了承された。事務局は「これによって事実上基準緩和となる」と説明している。

12年度改定に向けたDPCの対応の1つとして、事務局は、今後、①準備病院の募集は10月1日から10月31日までとする、②対象病院への移行は改定年の4月1日のみとする、③対象病院の基

準を満たす期限は参加申請時点(申請期限は10月31日)とすることを提案、了承された。

2012年度改定に向けたDPCに関する検討作業は、今後、以下の諸点について進められる。

- ①医療機関群の具体化と機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化(見直しや追加を含む)について検討、11月初めに案をまとめる
- ②調整係数見直しにかかわる経過措置の具体案を定め、かつ、改定率を見据えて各係数項目の具体的な算定式を設定する(1月をめどに案をまとめる)
- ③新たな技術・レジメンに対応した見直し、副傷病の見直しなど、診断群分類の見直しを検討する
- ④小児入院医療管理料・亜急性期入院医療管理料等の取扱い(評価のあり方)、在院時期に応じた薬剤料等包括項目の適切な評価のあり方、高額薬剤等に係る対応など、算定ルール等の見直しを検討する
- ⑤退院患者調査(DPC導入の影響調査)に関する報告、2012年度以降に導入を検討する新規調査(外来診療に関する調査、医療の質に関連する調査)の具体化を進める

## 中医協総会 「DPC制度に係るこれまでの検討状況について(中間報告)」(要旨) 9月7日

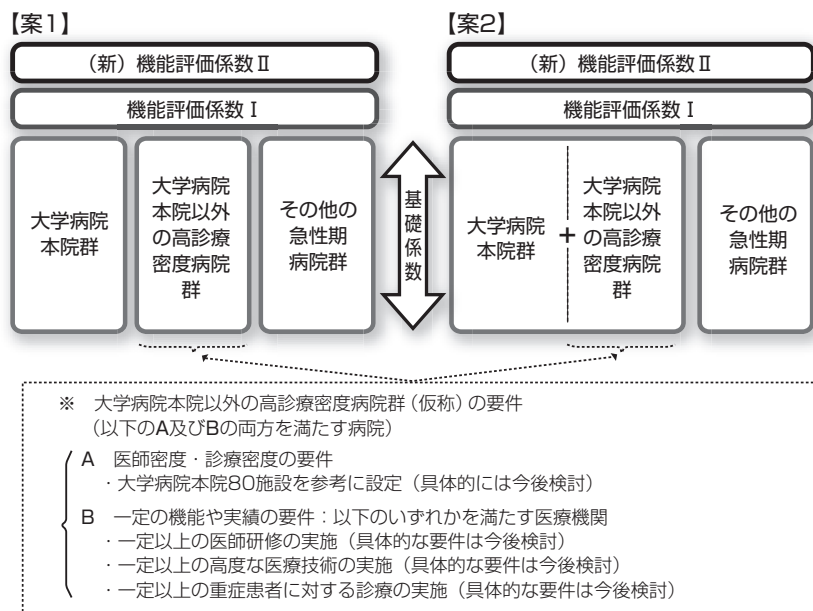
### 2. 調整係数見直し後の医療機関別係数に係る医療機関群の設定について

【基礎係数に係る医療機関群の設定方針】  
DPC/PDPS調整係数の見直し・基礎係数の導入に伴い設定する医療機関群は、当面、次の3つとする方向で検討を進めてはどうか(この場合、最終的に医

療機関群1と2を別々の群とするか、合わせて1つの群とするかも含めて、今後検討)。

- 医療機関群1/大学病院本院群
- 医療機関群2/大学病院本院以外の高診療密度病院群(名称は別途検討)
- 医療機関群3/上記以外

### □調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数のあり方(イメージ)



(考え方)  
○様々な病院種別や地域特性等に着眼して分析・検討を行ったところ、大学病院本院とそれ以外の病院で、包括範囲の1日当たり出来高点数が明らかに異なることから、大学病院本院については独立した医療機関群として設定するとともに、更に、大学病院本院以外の病院について、医療機関群設定の在り方を検討した。  
○大学病院本院以外については、種々の機能や指標に着目して検討した結果、

診療密度(包括範囲の1日当たり出来高点数)と病床当たりの医師配置密度が関連していることが示された。  
○一方で、単に医師密度の程度だけに着目するのではなく、当該医療機関が果たしている機能や役割についても整理した上で医療機関群を設定する必要がある、との指摘もあり、特に高い医師密度が必要と考えられるような機能や役割と医師密度との関係について分析・整理した。  
○その結果、医療機関が担っている医

師に対する研修、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療、といった役割・機能と医師密度には一定の相関があり、これらを包含する背景因子が診療密度に影響していると考えられた。

・医師に対する研修機能、診療密度、医師密度との間には相互に一定の関係がある。  
・外保連手術指数に基づく実施手術の難易度、診療密度、医師密度との間に強い相関関係がある。

・同一DPCの患者について、患者の重症度、診療密度、医師密度との間に一定の関係がある場合がある(診断群分類は全ての患者を完全に重症度に応じて分類していない)。  
○以上から、医師密度・診療密度が一定以上の医療機関について、同時にこれらの医師密度や診療密度が必要とされると考えられる、医師に対する研修、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療といった役割や機能が実績として認められるものを1つの医療機関群として設定することが適切と考えられた。

### 3. 高額薬剤に係る具体的な対応について

高額薬剤等の取扱いについては、今後次の様に対応してはどうか。

- ① 新規高額薬剤等への対応  
新規の高額薬剤については、一定条件(平均+1SDルール)を満たす薬剤を使用した患者について出来高算定としているが、この運用を試行的に見直し、一定期間後、再度評価する。
- イ 判定基準を標準偏差からパーセントイルへ変更  
●現行方式/対象DPC包括範囲薬剤費の「平均+1SD(標準偏差)」を基準。  
●変更(案)/対象DPC包括範囲薬剤費の84パーセントイルを基準として判定。

包括範囲薬剤費の分布については、正規分布として近似することが必ずしも適切ではないと考えられる場合も多いことから、判定の基準を「平均+1SD(標準偏差)」からパーセントイルに変更する。正規分布の場合には「平均+1SD」が84.13パーセントイルに相当することから、具体的には84パーセントイルを基準とする。

### ②DPC設定のあり方への対応

これまでの検討を踏まえ、特に高額薬の使用に係るDPCの見直し(統合/分離)については、当面次のような考え方で対応する。  
A 次の条件を共に満たすものについてはDPCの分離を検討する。

- ・ガイドライン等で認められている標準レジメンであって、臨床上の効果が明らかに異なるもの
- ・診療報酬上のデータから明らかに医療資源投入量が異なるもの
- B 次の条件のいずれかを満たすものについてはDPCの統合を検討する。
- ・臨床効果が同等とされる(医学的に選択の余地のある)レジメン
- ・診療報酬上のデータからあまり医療資源投入量が異ならないもの

### ③在院日数遷延への対応

高額薬剤を使用するDPCについて、平均在院日数遷延を回避するための点数設定手法の導入を検討することとし、その具体化(対象となるDPCの選定や具体的方法等)に向けて今後引き続き検討する。

### ④その他

- 以下も改定に向けたDPC/PDPS算定ルールの検討作業の中で対応する。
- ・高額な検査等への対応について
- ・特定入院期間と薬剤投与時期の関係について

## 中医協総会 「2012年改定に向けたDPC制度に係る対応等の今後の対応について」 9月7日

### 1. 改定の対応について検討を要する事項

改定でのDPC制度に係る対応等について必要とされる検討事項は次の通り。

#### (1) 調整係数の見直しに係る対応

- ① 係数・評価項目の確定
  - ・基礎係数設定のための医療機関群の具体化
  - ・機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化(見直しや追加を含む)
- ② 改定に対応した具体的な報酬設定

- ・経過措置の具体化
- ・2012年改定における各係数項目の具体的な算定式の設定(機能評価係数Ⅱ各項目の重み付けを含む)
- (2) 診断群分類の見直し

- ① 新たな技術・レジメンに対応した見直し
- ② 副傷病の見直し 等
- (3) 算定ルール等の見直し
- ① 小児入院医療管理料・亜急性期入院医療管理料等の取扱い(評価のあり方)

- ② 在院時期に応じた薬剤料等包括項目の適切な評価のあり方
- ③ 高額薬剤等に係る対応
- (4) その他

- ① 次回改定に基づく2012年度以降の退院患者調査の必要な見直し
  - ・改定に対応した調査項目の見直し
- ② 2012年度以降に導入を検討する新規調査の具体化
  - ・外来診療に関する調査

- ・医療の質に関連する調査

### 2. 今後の対応

- (1) 1. (1) ②を除く事項については、引き続きDPC評価分科会において具体的な整理・検討を進め、その結果を踏まえて中医協総会で議論してはどうか。
- (2) 1. (1) ②については、診療報酬改定全体の影響を考慮する必要があることから、改定の全体方針が定まってから中医協総会で議論してはどうか。

# 在宅看取り強化の一方、特養・老健の医療提供は拡大の方向

介護給付費分科会 地域密着型サービスに対する看護師配置も課題に

9月5日に開催された社会保障審議会の介護給付費分科会は、「介護サービス利用者に対する医療提供のあり方」をテーマに取り上げて議論した。

事務局(厚労省老健局老人保健課)は、医療を必要とする要介護高齢者が増加傾向にある中、比較的軽度で救急搬送される高齢者が多く、かつ、主たる死亡場所が病院であることなどが指摘されているとして、「各サービスごとの医療提供のあり方とともに看取りの対応の強化についてなどの検討が必要ではないか」として、別掲の論点を提起した。

論点は、在宅看取り体制の一層の強化を図る一方で、特養と老健における医療提供の拡充と地域密着型サービスへの看護師配置を検討課題にあげている。

山田委員(全国老人保健施設協会会長)は「老健施設の医師は医療行為が少ないのではないかと誤解があるようだ」と述べ、在宅復帰を目指す老健施設の医師が、包括払いの下でどのように

入所者に対する医療提供に務めているかを、関連業務を含めて具体的に説明。

「1週間ほどで治るような肺炎等の呼吸器疾患、消化管感染症、腎盂腎炎等の尿路感染症、带状疱疹などは老健でも治療できる。こうした、一部の疾患を老健で対応できる報酬になれば入所者を(急性期病院に)移す必要はない」と述べた。

有床診を例にあげ、「それ相当の医療が可能だ。老健の一部を有床診とみなすと考えてもよいのではないか」と要望した。同委員は、また、「高額薬剤についても、外出しでよいから、使えるようにしてほしい」と訴えた。

一方、日看協の委員は、特養に「訪問診療や訪問看護を入れることが必要ではないか」と提起、医療保険と同様の取り扱いを求めた。さらに、「急性期病院の平均在院日数短縮化にともなって介護施設に移る高齢者が急性増悪で逆戻りになるケースが多い。こうした状況では訪問看護の存在がますます重要になる」と指摘。「医療保険の範囲を拡大する、もしくは介護保険の日数制限を見直す必要がある」と論じた。

## □介護サービス利用者に対する医療提供のあり方—主な論点

### 1. 各サービスごとの医療提供のあり方について

(1) 特養等における医療提供のあり方についてどのように考えるか。

—特養における日常の健康管理、一定の専門性が必要となる医療や緊急時対応を含めた医療提供及び配置医の果たす役割などについて、どのように考えるか。

—介護老人保健施設において提供される医療の範囲をどのように考えるか。

(2) 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護における看護職員の配置など看護の提供のあり方についてどのように考えるか。

### 2. 看取りの対応の強化について

医療機関以外での看取りの強化について、どのような対応が考えられるか。

## □要介護高齢者等に対するサービス別の医師の診療に係る保険給付の状況

生活の場	施設等の類型	医師の配置基準	医療保険				介護保険	
			診察		在宅患者訪問診療料	在宅時医学総合管理料	医学的指導管理(診察・健康管理等)	居宅療養管理指導
			初・再診料	往診料				
自宅	○ 算定可能 △ 患者の状態像または診療を行う医師の所属に応じて算定可能 × 算定不可 ● 基本施設サービス費に包括	—	○	○	○	—	○	
特定施設入居者生活介護以外の高齢者住宅	—	○	○	○	○	—	○	
特定施設入居者生活介護以外の福祉施設	—	○	○	○	○ <sup>1</sup>	—	○	
小規模多機能型居宅介護	—	○ <sup>2</sup>	○ <sup>2</sup>	○ <sup>2</sup>	○ <sup>2</sup>	—	○ <sup>3</sup>	
認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	—	○	○	○	○	—	○	
特定施設入居者生活介護	外部サービス利用型	—	○	○	○	—	○	
	外部サービス利用型以外	—	○	○	○ <sup>4</sup>	—	○	
介護保険施設	介護老人福祉施設	配置医以外	○	○	△ <sup>5</sup>	△ <sup>4,5</sup>	—	—
		配置医	×	×	△ <sup>5</sup>	△ <sup>4,5</sup>	●	—
	介護老人保健施設	従来型	△ <sup>6</sup>	△ <sup>6</sup>	×	×	●	—
		介護療養型	△ <sup>6</sup>	△ <sup>6,7</sup>	×	×	● <sup>8</sup>	—
	介護療養型医療施設	3以上 48:1以上	△ <sup>9</sup>	×	×	×	● <sup>8</sup>	—

1. 養護老人ホーム、軽費老人ホームA型の入所者については「特定施設入居時等医学総合管理料」を算定。2. 宿泊サービスの場合。3. 居宅に訪問した場合に限る(小規模多機能型居宅介護事業所に訪問した場合は算定不可)。4. 「特定施設入居時等医学総合管理料」を算定。5. 末期の悪性腫瘍の患者に限る。6. 併設保険医療機関以外の保険医療機関については算定可能。7. 併設医療機関の保険医が緊急時に往診した場合にあっては「緊急時施設治療管理料」を算定可。8. 感染対策指導管理、褥瘡対策指導管理等の指導管理を評価した介護報酬については算定可。9. 他科受診時費用を算定した日(外泊中)の場合は算定可能。

# 介護職員処遇改善交付金の継続を求める声が多数

介護保険サービスに関する関係団体懇談会 維持期リハや施設の内外含む医療提供の強化を求める意見も相次ぐ

厚生労働省は9月12日に、介護保険の事業者団体から介護報酬改定に対する意見・要望を聞く「介護保険サービスに関する関係団体懇談会」の2回目の会合を開いた。前回(8月8日)の初会合では9団体が意見陳述を行なったため、同日は、出席15団体の残り6団体が意見表明を行なった。

全国老人福祉施設協議会は、まず、地域区分の見直しを取り上げ、事務局(厚労省老健局老人保健課)が介護給付費分科会に言明した「地域差による上乗せ率の見直しは財源中立で臨む」、したがって総枠を変えずに按分を変えるという方針に異論を唱え、「本来は現行の上乗せ率をベースとして、そこに、さらに上乗せするというで財源をどうするかの議論をすべきではないか」と論じた。

また、今年度いっぱい終わる介護職員処遇改善交付金についても、「事業者にとっては給与を引き上げる財源が喪失されることを意味する」と述べ、その継続を求めた。

処遇改善交付金について、全国老人保健施設協会(山田和彦会長)は「介護職員以外にも適用すべきである」と、継続を前提に、その改善を求めた。他の出席者からは「民主党はマニフェストどおりに恒久化すべきだ」との声も上がった。

全国老人保健施設協会は、また、在宅復帰支援加算が取りにくいとして、要介護3~5の入所者にかかわる算定要件を緩和するよう訴えた。

さらに、(1)維持期リハの質を高めるためには現行のリハ専従100対1のところ「100対3配置を創設する」、(2)退所

後3ヵ月までとされている短期集中リハ実施加算を「必要な者には入所中から算定を認める」、(3)退所後1ヵ月までとされている訪問リハの「長期間提供を認める」、(4)訪問リハと通所リハの「併算を認める」など、リハビリテーションに関する見直し課題を具体的にあげた。

その上で、介護老健施設における医療提供に関して、①1週間程度で治療可能な感染症等は老健施設内の治療を認める、②抗悪性腫瘍薬、神経難病治療薬は包括範囲外とし、他科受診(出来高算定)できるようにする、ことを提案した。

一方、ショートステイに関しては、「一定部分のオーバーベッドを容認すべきである」と提起した。

全国社会福祉施設経営者協議会は、「特養の医療提供が一挙に外付けに交

わるのは問題がある」として、経過的に、地方事情に応じて、①外付け、②医師の常勤、③医師の非常勤から選択できるようにするという案を提案。そのうちの「常勤体制」については、閣議決定(今年7月22日)どおりに診療所として認めるべきであるとした。

一方、日本慢性期医療協会(武久洋三会長)は介護報酬の具体的な要望は控える一方で、政府の「社会保障と税の一体改革案」における医療・介護の2025年にいたるシミュレーションを取り上げた。

そして、現在の一般病床には慢性期・超慢性期の機能が、同様に、療養病床には急性期と慢性期の機能がそれぞれ混在しているという認識に立って、「2025年の医療・介護受療者757万人のうち90%は慢性期医療が受け持つと想定されているが、その試算には、一般慢性期病床と長期急性期病床という概念が欠如しており、シミュレーションの実現は難しいだろう」とする、独自の見解を表明した。

## 中医協総会 「2011年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」(概要) 9月7日 ※1面記事を参照

### ○2010年度改定の影響の検証

(1) 医療療養病棟の患者の状態像の変化について

今回の横断調査と20年度調査を比較したところ、20対1病棟は「医療区分2と3」の患者割合が増加していた。25対1病棟は大きな変化は無かった。

(2) 医療療養病棟と介護療養病棟との比較について

介護療養病棟と比べ、医療療養病棟の方が「医療区分2と3」の割合が高く、両者の機能分化が進んでいた。

(3) レセプト調査の結果について

医療療養病棟における患者1人当たりのレセプト請求額を08年度調査と比較したところ、20対1病棟は増加しており、25対1病棟は減少していた。

(4) コスト調査による病院収支の動向について

医療療養病床を有する病院の09年度と10年度の1月当たりの収支状況を確

認したところ、20対1病棟を有する病院、25対1病棟を有する病院ともに1病床当たりの収支差額は増加していた。

○医療区分1の患者の実態と検証

(1) 医療区分1の患者の実態について

医療療養病棟における「医療区分1」の割合は低下しているものの、患者は重症化しているという意見があった。また、「医療区分1」でも認知症の患者については評価すべきではないかという意見があった。

(2) 今後の検証について

「医療区分1」の患者が重症化しているという実態を検証するためには、今後タイムスタディ調査の実施が必要ではないかという意見があった。

○慢性期入院医療の実態と検証

(1) 横断調査の分析について

入院患者の在院日数を比較したところ、一般病棟の「在院90日超え患者」の割合は低く、医療療養病棟では高かつ

た。病棟ごとに「90日超え患者」の割合を比較したところ、一般病棟は「90日超え患者」の割合が高い病棟は少なく、医療療養病棟は割合の高い病棟が多かった。このように在院日数等から患者の状態を比較したところ、一般病棟と医療療養病棟には、状態の類似した患者が一定程度存在するという結果が得られた。検査の実施状況を比較したところ、状態が類似した患者に対する検査の実施状況には病棟間で一定の差が認められた。看護配置13対1、15対1の一般病棟を有する病院の急性期機能について分析を行ったところ、一定の救急対応が行われていた。

(2) レセプト調査の分析について

「特定除外患者」の状況を分析したところ、「90日超え患者」のほとんどが「特定除外患者」に該当していた。また、除外理由についての分析を試みたところ、今回収集したレセプトには該当理由が

記載されていないものが多かった。患者1人1月当たりのレセプト請求額を算出したところ、一般病棟の「特定除外患者」と医療療養病棟の「90日超え患者」との間には一定の差が認められた。

○認知症患者の実態と検証

(1) 認知症患者の実態・BPSDへの対応について

認知症、特に「BPSD」を有する患者については評価すべきという意見があった。

(2) 今後の対応について

医療療養病棟における「BPSD」を含む認知症患者の実態把握の方法及び評価のあり方については、今後も引き続き検討すべきではないかという意見があった。

○中医協総会への提言

今後も慢性期入院医療の実態を把握するためには、対象を医療療養病床に留めず、他の医療や介護の場における実態と比較できる施設横断的な調査を、一定期間の後に再度実施すべきである。

四病協の2012年度税制改正要望

# 被災医療機関に対する税制特例を盛り込む

四病協は、「2012年度税制改正要望の重点事項」に「東日本大震災で被災した医療機関の復興に配慮した税制上の措置」を盛り込み、8月31日の総合部会できりまとめた。

「重点事項」には、被災医療機関に対する税制上の特例措置以外に、2011年

度税制改正要望と同じく、①社会保険診療報酬にかかる消費税の原則課税、②医療機関に対する事業税特例措置の存続、③社会医療法人に対する寄附金税制の整備と非課税範囲の拡大等、④持分のある医療法人が相続発生後5年以内に持分のない医療法人に移行する

場合の相続税猶予制度の創設、⑤「非上場株式等についての相続税・贈与税の納税猶予制度」の持分ある医療法人への適用、⑥病院・診療所用の建物・附属設備耐用年数の短縮、⑦社団医療法人の出資評価の見直し、⑧公益社団等および一般社団等に対する固定資産税等

の減免措置、の各項目が盛り込まれた。

四病協は、8月31日の日医との懇談会で、2012年度の税制改正要望を日医の連名で提出することで合意、要望項目のすり合わせを行なう方針を確認した。

## 四病協 「万一の計画停電でも医療機関は全て対象外とすべき」

政府は8月5日に「万が一の計画停電時に通電される医療機関」を公表、計画停電を実施するに至った場合に大学病院等は対象外とすることを明らかにした。

四病協は、この方針に対して、「万が一の計画停電実施に際してはすべての医療機関を通電対象とすべきである」とした要望書を作成、8月24日に内閣総理大臣ほかに提出した。

## 被災医療施設等への長期貸付に無担保枠1億円を要望

四病院団体協議会と全国老人保健施設協会(山田和彦会長)は9月8日、連名で要望書を厚生労働大臣に提出、東日本大震災の被災医療施設等に対する福祉医療機構の災害復旧融資について、長期運転資金の無担保貸付限度額を拡

大する(現行3,000万円を1億円に引き上げる)など、貸付条件のさらなる緩和を図るよう求めた。

併せて、6月27日に提出した「被災医療施設等に対する災害復旧補助金にかかわる要望書」についても、いまだ措

置されていない項目があることから、その実現に向けて引き続き尽力するよう要請した。

6月に提出した要望書には、①公的医療機関や救急指定病院等となっている災害復旧補助金の対象をすべての医療機関とする、②医療施設と老健施設に対する同補助金の国庫補助率を2/3に引き上げる、などが盛り込まれている。

## 被災中小病院等の借入100%保証を11年度末まで延長

東日本大震災で被災した企業のうち、市町村長等から罹災証明を受けた中小企業者に適用されてきた保証特例の適用期間(9月11日まで)を、2012年3月31日

まで延長する政令改正がこのほど閣議決定された。

保証特例は被災中小企業者対策の環境として震災直後に措置されたもの。

一般保証および東日本大震災復興緊急保証とは別枠で、各都道府県の信用保証協会が、借入債務額の100%を保証する(保証限度額は無担保保証8,000万円、普通保証2億円)。

中小企業信用保険法は、「医業を主たる事業とする法人で常時使用する従業員の数が三百人以下」は「中小企業者」

に該当すると定義しているが、「出資総額が3億円以下の医療法人も中小企業に該当する」(中小企業庁経営安定対策室)ため、被災した中小病院は、個人経営を含めて、新たな借り入れに伴う債務保証に今回措置を活用することができる。

## 石綿被害者・遺族への救済給付で請求期限を延長

石綿による健康被害を受けた労働者等とその遺族に、民事責任とは別に、事業者や国・地方公共団体の負担で医療費ほかの各種救済給付を支給する「石綿による健康被害の救済法」の一部改

正法が先の国会で成立、8月30日に施行された。

具体的には、特別遺族弔慰金等(環境省関係)に関しては遺族の請求期限が、①施行前に死亡した者は施行日から16

年経過したとき(現行法は施行日から6年)まで、②施行日(平成18年3月27日)以後に死亡した未申請者は死亡の時から15年経過したとき(現行法は5年後)まで、それぞれ延長される。

また、特別遺族給付金(厚労省関係)に関しても、給付の対象を広げた上で、

特別遺族給付金の請求期限を、施行日から16年経過したとき(現行法は「施行日から6年」)へと延長した。

「石綿による健康被害の救済法」一部改正について、環境省は、医療機関への周知を求めている。詳細は(独)環境再生保全機構で確認できる。

### 中医協総会「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について」(要旨) 9月7日

(編集部注) 本内容は9月6日付の医療課長通知(保医発0906第6号)と符合するため、中医協提出資料を一部、通知に合わせて変えた。 \*下線が変更箇所。1面記事を参照

#### 1. 入院診療関連

##### (1) 看護職員の不足に対する措置

被災等による看護職員の不足に対応するため、入院基本料の算定における看護配置基準について以下のような要件緩和を行う。

##### ●月平均入院患者数について

直近1年間の平均値または震災後、患者数が減少した後の平均値(直近1ヶ月における1日平均入院患者数を用いる)とする

●必要な看護職員数、看護職員と入院患者の比率、看護師と准看護師の比率について

2割以内の変動は可能(従前の入院基本料を算定)とする

##### ●看護職員の月平均夜勤時間数について

2割以内の変動は可能(従前の入院基本料を算定)とする

##### (2) 退院の受け皿となる後方病床の不足に対する措置

後方病床が機能しておらず、入院期間が長引くことにより、震災前の入院基本料の平均在院日数要件を満たすことができなくなるため、以下の要件緩和を行う。

##### ●月平均在院日数について

2割以内の変動は可能(従前の入院基本料を算定)とする

##### (3) 保険医療機関の全壊等に伴う入院機能の移転に対する措置

保険医療機関が全壊し、従来の入院患者等を移動させて他の医療機関を利用して入院診療を行う場合には、外来を開設しなければならず、被災地で医師が不足している現状では大変困難となっている。この場合には、届出をもって、当該医療機関が外来を開いていない場合でも保険医療機関として認めることとする。

#### 2. 外来診療関連

##### ●医療機関の不足やアクセスの困難さ

##### に対する措置

現行は、新医薬品の処方日数は、薬価収載後1年間は1回の処方につき14日分を限度としている。被災地において、やむを得ない事情がある場合には、当該患者に対する14日間の処方制限を緩和する。(適用は9月12日から)

#### 3. 在宅医療関連

##### ●入院機能を有する医療機関の減少による入院を要する患者に係る病床不足に対する措置

##### ①在宅訪問診療料における算定回数の緩和措置

被災地においては、入院診療を行う医療機関が不足していることにより、通院困難な患者に対してやむをえず在宅により診療を行う場合には、その旨を診療報酬明細書に付記することにより、週3回を超えて算定できることとする。

##### ②在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費の算定回数の緩和措置

被災地において、通院困難な患者にやむをえず訪問看護を行う場合には、その旨を診療報酬明細書に付記することにより、週3回を超えて算定できることとする。

##### ③在宅医療のみを行う保険医療機関の指定

周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、やむを得ず外来を閉鎖し、在宅療養に特化する場合であっても、届出を行うことにより保険医療機関として保険診療を行って差し支えないものとする。

※以上の対象地域は被災3県とし、緩和措置の期限は、当面、2011年度末までとする。なお、診療報酬改定時には、補助金や補償との役割分担をふまえ、財源の状況も含めて、震災対策に係る診療報酬の在り方について検討を行うこととする。

高血圧 年 有・無 有・無  
糖尿病 年 有・無 有・無  
高脂血症 年 有・無 有・無  
神経疾患 年 有・無 有・無  
脳卒中 年 有・無 有・無  
循環器疾患 年 有・無 有・無  
呼吸器疾患 年 有・無 有・無  
消化器疾患 年 有・無 有・無  
泌尿器疾患 年 有・無 有・無  
婦人科疾患 年 有・無 有・無  
骨格疾患 年 有・無 有・無  
骨格疾患 年 有・無 有・無  
内分泌疾患 年 有・無 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

個人情報漏えい  
患者の氏名、生年月日、住所、電話番号、メールアドレス、診療内容、検査結果、処方箋内容、入院記録、退院記録、転院記録、死亡記録、遺族情報、その他個人情報

損害賠償金  
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

団体契約者 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●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