



# 全日病 NEWS 11/15

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 清話会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.767 2011/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 厚労省「地域連携拠点機能の評価」を提案

2012年度診療報酬改定 退院直後の患者への提供など、訪問看護(医療保険)を各面から充実

厚生労働省は、11月9日と11日の中医協総会に、2012年度改定における在宅医療の論点を提示。その中で、「医療と介護の連携構築に当たって、地域全体のコーディネートを行う拠点機能が求められている」と、連携拠点機能に対する評価の必要性を提起した。

在宅医療拠点施設を医療法に位置づける方向で議論が進んでいる。今回の提案はそれとリンクしたものだが、「拠点機能に対する評価」の詳細は現時点で不明だ。

在宅医療そのものについては、集合住宅を除く「在宅患者訪問診療料2」を引き上げるほか、ネットワーク型在宅療養支援診療所の評価、ターミナルケア加算の算定要件緩和、在宅緩和ケアにおける専門医連携の評価など、連携強化に重点をおいた考え方を示した。

一方、看護職員以外との同行や外泊・退院日の訪問看護を評価するなど、早期かつ円滑な在宅移行と在宅看取りを進める上で、訪問看護をより充実させる方針を図る点に重点が置かれている。

医療・介護の連携では、要介護者を含め、退院直後の訪問看護提供を認めるとした。

こうした提案に対して、診療側は在宅医療に関する考えをまとめて提示したいと表明、同時改定を踏まえた本格的な在宅医療のあり方を対峙させる考えを明らかにした。(2面に議論の内容を掲載)

小宮山厚生労働大臣は10月28日、中医協の診療側委員として任期満了(3期6年)となった邊見公雄委員の後任として万代恭嗣氏(日病常任理事)を任命したと発表した。2期(4年)を終えた西澤寛俊委員(全日病会長)は再任、安達、嘉山、鈴木(以上医科)、堀(歯科)、三浦(薬剤)の各委員も再任となった。

11月9日の総会で事務局(厚労省保険局医療課)が取り上げた「地域連携拠点機能の評価」は既存施設の連携機能が

対象で、中医協と介護給付費分科会の打ち合わせ会で診療側がシステムとして構築を提案した「地域連携拠点(ハブ組織)」とは視点が異なる。

医療法への書き込みが見込まれている在宅医療拠点施設は「県知事の承認」が想定されている。この点についても、診療側は、ハブ運営の責任所在は「自治体」と示唆した事務局に、「ハブを担うのは在宅療養支援診療所・病院。自治体は枠組づくりを支援する立場であ



る」と反論、認識の違いを鮮明にした。

在宅医療に関する提案の中で、事務局は、在宅療養支援診療所(在支診)の施設基準を変更し、複数の診療所や病院と連携したネットワークを新たに位置づけることを提起した。

24時間の往診や在宅看取りを推進するために、医師が手薄な診療所はネットワークで体制を確保するべく施設基準は見直される方向であり、中小病院の役割がますます重要となる。施設基準は、連携が十分組めない地域を配慮したものとなる見込みだ。

事務局は、また、同一日に同一居住系施設の患者を2人以上訪問した場合の「在宅患者訪問診療料2」を集合住宅を除いて引き上げるなど、在宅医療の底上げを図る方針を示した。

さらに、11月11日には訪問看護等に

関する論点を提示。外泊日や退院日の訪問看護に加え、退院直後(2週間)の訪問看護を要介護者を含めて認める、看護職員以外との同行を認める、専門看護師等については異なる事業所からの同一日訪問も認めるなど、医療保険による訪問看護の提供範囲を大きく拡大する考えを示した。

事務局の提案に支払側はおおむね賛同した。一方、診療側の一部委員は、退院直後の訪問看護提供に、「医療保険と介護保険の併行支給にならないか」などの疑問を示した。

これに対して、西澤委員(全日病会長)は「状態の安定しない患者については退院直後からリハを含む医療処置が必要。この考え方は妥当だ」と述べ、事務局提案を首肯した。

## 賛否半ばの中、WGの議論を「とりまとめ」

特定看護師制度 厚労省が法的枠組を明示。「特定行為」規定を盛り込み保助看法を改正

厚生労働省は11月7日の「チーム医療推進のための看護業務検討WG」に、特定看護師制度の法的枠組を提示した。

法的枠組の概要は、(1)「特定行為」に関する規定を保健師助産師看護師法に位置づける、(2)厚生労働大臣は要件を

満たす看護師に特定能力認証を交付する、(3)認証を受けた看護師は、「認証範囲に応じた」特定行為を医師の包括的指示のもとづいて実施できる、(4)認証を受けていない看護師は、一定の業務実施体制の下で、医師の具体的な指示を受けて実施することができる、

(4)特定行為の具体的内容(診療補助の範囲内)は下位法令(省令告示等)で規定する、(5)大臣は特定能力認証の試験事務を実施する第三者機関を指定できる、(6)施行に際して一定の準備期間と経過措置を設ける、などからなる。

特定能力認証が交付された看護師が、包括的指示の下、特定行為を「認証範囲に応じて」実施できるとされているのは、大臣指定のカリキュラムと試験が8ヶ月と2年の2コースに分かれ、それぞれ異なる範囲の特定行為が対象とされるため。

事務局(医政局看護課)は、名称独占と業務独占が否定されていることから、誤解を避けるために、法的枠組を示す資料では特定看護師という呼称を控え、「看護師特定能力認証制度」と折

衷的に表現した。

大谷医政局長は「法的枠組として合意できるものを決め、具体的なことは省令告示までに決めればよい」と述べ、来春の通常国会へ改正法案を提出するために、同日中にまとめるよう求めた。

議論では少なからぬ委員から、現時点での取りまとめに反対もしくは懸念を表わす意見が続いた。

特定看護師制度に対して賛否相半ばという状態は看護業務検討WGではほぼ固定している。

しかし、反対意見の中には、「どの職種にも当てはめられるよう(特定能力認証制度を)医療法に規定すればチーム医療の突破口になる」と、看護師のみに特化した制度への反発があるなど、その内容は必ずしも一様ではない。

議論が紛糾する中、有賀座長(昭和大学医学部教授)は「本日の議論を踏まえ、私の理解を含めてチーム医療推進会議に報告したい」と引き取った。



老健施設の12年度介護報酬改定

## 介護療養型老健に「強化型」、従来型老健に「在宅復帰・在宅療養強化型」を新設

11月10日の介護給付費分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、2012年度介護報酬改定における介護療養型医療施設と老人保健施設の基準・報酬見直し案を示した。(3面に詳細)

見直し案は、①介護療養型医療施設の評価を適正化する、②介護療養型医療施設が有床併設の介護療養型老健施設に転換する場合に一定範囲で介護療養型老健の増床を認める、③介護療養型老健を「現行型」と、より医療の必要性が高い利用者を受け入れる「強化型」とに分ける、④従来型老健に在宅

復帰・在宅療養支援機能を評価した「在宅復帰・在宅療養強化型老健」を新設、それ以外の従来型は評価を適正化する、などからなる。

見直し案は、「療養病床再編成を一層進めるため」より高い医療機能を評価する一方、ターミナルケアや在宅復帰

の機能を強める見地からまとめられた。

そのため、例えば、老健施設におけるターミナルケア加算は死亡日直前が手厚い評価となるよう傾斜をつけた報酬にするとともに、従来型よりも介護療養型の方が高水準になる方向で、あるいは、「在宅復帰・在宅療養強化型老健」

の新設によって従来型の現行老健は単価を下げる方向で検討が進められる。

一方、従来型老健については、肺炎と尿路感染症に限って、1月に7日を限度にした施設内の診療を認める方向だ。

## 病院団体と日病薬が「薬剤師病棟配置の評価」を要望

全日病を初めとする10病院団体と日本病院薬剤師会は、2012年度診療報酬改定で「薬剤師の病棟配置に係る入院基本料等加算の新設」を求めることで

合意、要望書にまとめた。

要望書はチーム医療をさらに進める視点から作られたが、同時に、6年制創設後初の薬剤師が来春誕生すること

を視野にとりまとめられた。

要望書は、11月10日、全日病猪口雄二副会長と日病薬堀内龍也会長の手で、厚労省保険局の鈴木医療課長に手渡された。

# 集合住宅を除く「訪問診療料2」は引き上げる方向

## 2012年度診療報酬改定 看護職以外と同行の訪問看護を評価。「在宅ターミナルケア加算」要件緩和も検討

2012年度診療報酬改定に向けた各論の検討を進める中医協総会は11月2日、9日、11日と、以下の改定項目に関する議論を展開した。(1面記事を参照)

### 11月2日 精神科医療について

入院60日以内と61日以上との2段階で評価されている認知症治療病棟入院料について、事務局(厚労省保険局医療課)は、「BPSDへの対応」が入院理由の95%を占める上、BPSDは1ヵ月でほぼ改善することから、「入院30日以内」で区切るとともに、6ヵ月超入院患者が対象の退院調整加算を、より短い期間を対象とするなどの見直し案を示した。

支払側は事務局提案に基本的に賛成したが、診療側からは、「30日超の報酬は下げるべきではない」など、一部に異論も出た。引き続き検討される。

#### ●認知症について

##### [論点]

・(算定回数が著しく少ない)認知症専門医療機関連携加算をどのように見直すのが適切か。

・BPSD対応として、入院早期(30日以内)と退院調整加算等の評価をどう考えるか。

・重度認知症患者デイ・ケアにおける長時間ケアの評価についてどのように考えるか。(編集部注)事務局は「6時間を超える」ものを評価している重度認知症患者デイ・ケア料に「8時間にいたる」長時間ケアのニーズがあることを指摘、加算の新設を示唆した。

#### ●身体疾患を有する精神疾患患者等の救急医療について

##### [論点]

・救急搬送困難の原因ともなる、精神疾患を有する救急患者について、積極的な受け入れを行なっている救命救急センター等一般病院の評価についてどのように考えるか。

・一般病棟における精神科取組み(精神科リエゾン)の評価をどのように考えるか。

・精神病棟における身体合併症患者の

受入について、手術等で一時的に一般病棟に転院した後再転棟する精神科救急病棟の評価や、一般救急や精神科救急と連携して後方病床として救急搬送患者の受入を行っている精神病棟についてどのように評価するか。

#### ●精神療養病棟について

##### [論点]

・GAF40以下の患者について評価する重症者加算の算定率が95%に達している中、GAF30以下の重症者が急増している。重症者加算についてどのように考えるか。

・退院支援部署の有無で平均在院日数に差が出ることをどのように評価するか。

#### ●地域移行について

##### [論点]

・(疾患別プログラム等)状態像に応じたデイケアの評価をどう考えるか。

・訪問看護における他職種との役割分担や時間設定等を見直してはどうか。

・訪問看護にかかわる精神科医療機関と訪問看護ステーションの条件相違を見直してはどうか。

・地域の患者に時間外対応をとる外来精神科(通院・在宅)にどのような評価が適切か。

#### ●向精神薬の取扱い及び認知行動療法について

##### [論点]

・3以上の抗不安薬、睡眠薬を処方する医療機関と調剤薬局をどう評価することが適切か。(編集部注)事務局は「多剤処方何らかのディスインセンティブをつける」ことを示唆した。

・認知行動療法について、医師以外の実施やうつ病以外への適応拡大を評価してはどうか。

る」と回答した。

##### [論点]

(1)「在宅患者訪問診療料」は移動時間を加味した評価を考えるとともに、同一日に同一居住系施設の患者を2人以上訪問した場合の「訪問診療料2」について、マンションを除く、有料老人ホームなどの高齢者施設は点数(200点)の引き上げを検討してはどうか。

(2)在宅療養支援診療所(在支診)の施設基準を変更し、複数の診療所や病院と連携したネットワークを新たに位置づけることを検討する。具体的には、①複数医師が配置された自院で対応可能な有床診、②緊急時の入院のみ在宅療養支援病院(在支病)と連携する無床診、③在支病を含む他医療機関と連携・補完し合う無床診、の3パターンを想定する。

(3)在宅看取りを促すために、在支診・在支病の要件に、他機関とのカンファ

### 11月11日 在宅医療について(2)

前回に引き続き在宅医療について議論、事務局は訪問看護等について論点を提示した。

事務局提案のうち、同行訪問看護に関して、診療側西澤委員(全日病会長)は「BPSDなどへの対応として事務職員が同行するケースも少なくない」と、同行者を、病院における看護補助者の範疇から広げるよう提案した。

中医協総会は、在宅医療について継続審議とした。

##### [論点1]

#### ■効率的な訪問看護—看護補助者との同行

訪問看護のケア内容の中で必ずしも看護職員が行わなければならない業務ではないものに関しては、看護補助者への役割分担を促進してはどうか。(編集部注)鈴木医療課長は「看護補助者」の定義は明確ではないとし、その範囲を広く考える可能性を示唆した。

##### [論点2]

#### ■医療ニーズが高い等多様な患者に対する訪問看護の充実

##### ●在宅がん患者

在宅がん緩和ケアに関しては、専門

レンス開催、地域医療連携担当職員の配置を加味してはどうか。

(4)在支診・在支病の「在宅ターミナルケア加算」の「24時間以内往診」という要件を「48時間」とするなどの緩和を検討してはどうか。

(5)在宅での緩和ケアについては、同一日の複数医療機関による訪問診療(在宅末期医療総合診療料等)の評価など専門医療機関との連携した取り組みを促進すべきではないか。

(6)在宅療養支援診療所は人口密集地に多いという地域偏在がある。地方でネットワークも組めない医療機関については要件緩和を検討する必要がある。(編集部注)事務局は病院の場合も検討の対象とする意向。

(7)医療と介護の連携構築に当たって、地域全体のコーディネートを担う拠点機能の評価をどう行なうか。

性のある看護師(認定看護師、専門看護師)と訪問看護師による同一日同一患者の訪問看護を評価してはどうか。

##### ●在宅小児患者

人工呼吸器使用の小児患者と同様に、準・超重症児等にも2時間を超える訪問看護を認めてはどうか。週1回の算定を増やす方向で見直してはどうか。

##### ●緊急時訪問看護の時間外加算

深夜等の時間帯に緊急時の訪問看護を実施した場合、介護保険は加算を認めているが、医療保険では全額患者負担である。加算を設けてはどうか。

##### [論点3] 医療から介護への円滑な移行

●在宅療養に移行するための訪問看護は外泊中や退院日も評価してはどうか。

●退院直後に、要介護者も含めて、一定期間の訪問看護を認めてはどうか。(編集部注)鈴木医療課長は「一定期間」について「2週間」を想定していることを示唆した。

●在宅医療の医療機関と同様に、訪問看護ステーションが患者の入院医療機関で退院後の指導を行なった場合にも、入院中医療機関に「退院時共同指導料2」の算定を認めてはどうか。

# 10年度改定をはさんで一般病院は収支が改善

## 2011年実調 公立病院のみ赤字基調。震災地区も国立以外は損益を改善

厚生労働省は11月2日の中医協総会に、今年6月に実施した第18回医療経済実態調査(実調)の集計結果を報告した。

調査は、今年6月単月と2009年度・10年度の2事業年(度)の両方を対象に行なわれ、病院の有効回答は1,401病院で、①回答全体の集計、②震災地区以外回答の集計、③震災地区に分けて集計された。

一般病院の損益率は、-2.5%(09年)から-0.1%(10年)へと、10年ぶりのプラスとなった10年度改定をはさんで収支を大きく好転させた(数字は介護収益が2%未満の病院)。10年の数字がマイナスとなったのは公立病院の損益率が特段に悪いため、病院全体がマイナスからプラスへと収支が改善する中、経営再建に取り組む公立病院だけは10年度改定によっても損益率がマイナスから脱することはなかった。

ただし、精神科病院については2.7%から1.7%へと収支が悪化している。また、一般診療所も、12.5%(09年)から

10.8%(10年)へと高水準の損益率を下方修正させた。

震災地区の病院を開設別で見ると、国立以外は損益率を上げている。ただし、個人病院だけは回答が1つもなく、震災の影響を推し量ることができなかった。

#### ●開設主体別

	震災地区以外		震災地区	
	2009年(度)	2010年(度)	2009年(度)	2010年(度)
医療法人	3.4%	5.1%	1.8%	3.5%
国立	1.7	5.4	6.1	2.8
公立	-12.6	-9.4	-20.6	-18.5
公的	0.4	2.7	-1.1	1.1
社会保険関係法人	-1.8	0.1	—	—
その他	-0.1	2.2	-3.2	-2.3
個人	11.9	12.3	—	—

#### DPC分科会

### 医療機関群は3群で合意。「高診療密度病院群」から医師密度を外す

11月7日のDPC評価分科会は、2012年度診療報酬改定におけるDPC制度見直しに関する現時点の検討状況をまとめた。近々の中医協総会に中間報告として提出する。

中間報告は、基礎係数設定に際した医療機関群の案と機能評価係数Ⅱの見直し案からなる。

同日の分科会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、医療機関群の「高診療密度病院群」に該当する病院の要件について当初案の修正案を提示、分科会は

これを了承した。

修正案は、(1)診療密度・医師密度に関する要件のうち、医師密度(DPC病床当たりの医師数)は除外し、診療密度(1日当たり包括範囲出来高平均点数)のみとする、(2)実績に関する、①医師研修機能、②高度な医療技術の実施、③重症者診療機能という3要件については、「いずれかを満たす」としていたところを「すべてを満たす」とする、というもの。

実績3要件についても、医師研修の

対象を初期臨床研修医とするなど、それぞれに修正が加えられた。

分科会は、修正点を踏まえた上で、医療機関群は、①大学病院本院、②高診療密度病院群、③その他のDPC対象病院の3群から構成される案を採用することで合意した。

既存データにもとづく53病院が「高診療密度病院群」に該当すると事務局は言明したが、この要件は直近データにもとづいて選定されるため、12年度改定では病院数の変動がありえる。

#### ●病床規模別(震災地区を含む全体)

	2009年(度)	2010年(度)
20～49床	-0.6%	1.7%
50～99床	-0.4	0.9
100～199床	-1.5	0.3
200～299床	-1.9	0.1
300～499床	-3.1	-0.4
500床以上	-3.	-0.6

#### ●病院機能別(震災地区を含む全体)

	2009年(度)	2010年(度)
特定機能病院 *1	-9.7%	-5.8%
DPC対象病院 *2	-3.2	-0.4
こども病院(小児総合医療施設)	-9.3	-6.2

\*1国立を除く損益率は-6.3%(09年)、-2.0%(10年)

\*2国立を除く損益率は0.7%(09年)、3.0%(10年)

## 2012年度介護報酬改定

## 厚労省「有床診併設の介護療養型老健への転換に一定の増床を認める」

「介護療養型医療施設・介護老健施設等の基準・報酬案」から 介護給付費分科会11月10日 \*1面記事を参照

## □介護療養型医療施設・介護療養型老人保健施設の基準・報酬案

## ●論点1

より医療の必要性の高い利用者を受け入れる介護療養型老人保健施設を高く評価し、介護療養型医療施設は適正化を図ってはどうか。

(対応)

より医療の必要性の高い利用者を受け入れることを要件に、介護療養型老人保健施設(強化型)の基本施設サービス費を新設する(下表)。

## ■介護療養型老人保健施設(強化型=新設)の案

	要件1	要件2
介護療養型老人保健施設(強化型=新設)	現行と同様 (算定日が属する月の前12月間の新規入所者のうち、「医療機関」からの入所者割合と「自宅等」からの入所者割合の差が35%以上とする)	算定日が属する月の前3月間に、全入所者(短期入所を含む)のうち以下の両方を満たすこと ①喀痰吸引又は経管栄養が 20%以上 ②認知症高齢者の日常生活自立度が IVまたはM 50%以上
介護療養型老人保健施設(現行型)		(※現行と同様) 算定日が属する月の前3月間に、全入所者(短期入所を含む)のうち以下のいずれかを満たすこと ①喀痰吸引又は経管栄養が 15%以上 ②認知症高齢者の日常生活自立度が M 20%以上

## ●論点2

介護療養型医療施設が、有床診療所を併設した介護療養型老人保健施設に転換する場合に、一定の範囲内で介護療養型老人保健施設の増床を認めてはどうか。

(対応)

2病床以下(120床以下)の介護療養型医療施設(病院・有床診)が、有床診を併設した介護療養型老健施設に転換する場合に、併設有床診の病床数を上限に、増床分にも介護療養型老健施設の基本施設サービス費算定を認める。\*現在は、療養病床等からの転換分のベッドに限り介護療養型老健施設の報酬を算定できる。

## ●論点3

介護療養型老人保健施設における看取りがより円滑に行われるよう、ターミナルケア加算の見直しを行ってはどうか。また、看取りを積極的に行う施設であることから、従来型の介護老人保健施設とは区別してはどうか。

(対応)

ターミナルケア加算について、死亡日直前が手厚い評価となるよう報酬に傾斜をつけるとともに、現在同じ報酬となっている従来型老健よりも高い評価とし、かつ、現行の入所者の死亡場所に対する算定要件は廃止する。

## ●論点4

現在設定している施設基準の緩和等の転換支援策については、円滑な転換を推進するため、転換期限の延長に併せて延長してはどうか。

(対応)

例えば、療養病床が老人保健施設に転換する場合の床面積等の施設基準の緩和について、期限を6年間延長する。

## ●論点5

2012年3月31までに老健施設等に転換することを前提に、人員配置基準を緩和している経過型介護療養型医療施設の転換期限を18年まで延長することが医療部会で検討されているが、新規の指定は認めないことにしてはどうか。

## ●論点6

個室ユニットの推進方策として介護老人福祉施設と同様の対応をとってはどうか。具体的には、多床室(減価償却費分のうち共用スペースを除外した居

室部分)の室料負担を求める、②併せてユニット型個室の利用者負担の軽減を行なう(その財源は新たに多床室の室料負担を求めることによって賄う)、としてはどうか。

## □介護老人保健施設の基準・報酬案

## ●論点1

在宅復帰・在宅療養支援機能の充実した施設(在宅復帰・在宅療養強化型介護老人保健施設=仮称)を新設し、その要件を満たさない施設の基本サービス費は適正化してはどうか。

(対応)

在宅復帰・在宅療養強化型老健の要件を、①退所者に占める自宅等への復帰者の割合が高いこと、②ベッド回転率が高い、とする

## ●論点2

在宅復帰支援機能加算の要件にベッド回転率を加味してはどうか。

(対応)

従来の基本施設サービス費を算定する場合は、在宅復帰割合は30%以上に一本化した上でベッド回転率を追加した在宅復帰支援機能加算による評価を継続する。ただし、「在宅復帰・在宅療養強化型」を算定する場合は当該加算は算定しない。

## ●論点3

入所前に、入所者の自宅等を訪問して退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行なった場合を加算で評価してはどうか。

(対応)

現行「退所前後訪問指導加算」では、退所に先立って、自宅等を訪問して退所後の療養上の指導を行なった場合に算定しているが、当該施設サービス計

画の策定に当たっては、入所前1月までの間に自宅等を訪問する。

## ●論点4

軽い疾病を発症した者に施設内で対応した場合を加算で評価してはどうか。

(対応)

以下の要件で1月に7日を限度に加算評価する。①対象疾患は肺炎と尿路感染症に限定する、②請求に際して診断、検査、治療内容等を記載する、③介護サービス情報公表制度で算定実績を報告する。

## ●論点5

施設内で最後まで看取りを行った場合を高く評価してはどうか。

(対応)

現行ターミナルケア加算について、死亡日直前が手厚い評価となるよう、報酬に傾斜をつける。(編集部注/見直しの考え方は介護療養型老健=論点3と同様。ただし、報酬水準は介護療養型老健の方を高くする)

## ●論点6

大腿骨頸部骨折・脳卒中中の「地域連携診療計画」にもとづき、老健施設が患者を受け入れ、計画管理病院に文書で診療情報を提供した場合に、介護報酬で加算評価してはどうか。

## ●論点7

個室ユニットの推進方策について、介護療養型老健施設(論点6)と同様に見直してはどうか。

## リハと介護の同行訪問による指導・相談等評価を新設

「リハビリテーションに関する基準・報酬案」から 介護給付費分科会 10月31日

## □通所リハの基準・報酬(抜粋)

## ●論点1

月8回以上利用した場合に算定できるリハマネジメント加算の算定要件を「月4回以上」としてはどうか。所要時間1時間以上2時間未満の通所リハにおいて、個別リハ実施加算を1日に複数回算定可能としてはどうか。

## ●論点2

通所リハを利用する要介護4、5のうち、一定の状態(8つの状態案を提示)にある者に医学的管理、療養上必要な処置を行った場合を加算で評価してはどうか。

## □訪問リハの基準・報酬(抜粋)

## ●論点1

リハの指示を出す医師の診察頻度を、利用者の状態像に合わせて、現行の1

月毎から3月に1度以上に見直してはどうか。

## ●論点2

介護老健施設から提供される訪問リハは、病院・診療所ともども、論点1と同様(3月に1度以上)にしてはどうか。

## ●論点3

リハ専門職と訪問介護のサービス提供責任者が同一時間帯に利用者宅を訪

問し、リハビリ専門職からサービス提供責任者へ指導等を行うことを評価(訪問リハ・訪問介護の連携による指導・相談等に対する評価の新設)してはどうか。

## ●論点4

サテライト型訪問リハ事業所の整備を検討してはどうか。

## 給付の重点化・効率化

## 厚労省 入院時の食費・居住費負担の検討を求める

一体改革案を受け、厚生労働省は、社会保障審議会の医療保険部会と介護保険部会に「給付の重点化と制度運営の効率化」に関係した課題を提示、議論を促している。

厚労省は、10月31日の介護保険部会に、①多床室入所者にも一定の室料負

担を求める、②一定以上所得の者は利用者負担割合を引き上げる、③ケアマネジメントに利用者負担を求めるなど、給付見直しにかかわる論点を提起した。

このほかにも、利用割合の比率に比べて、給付費では居宅・地域密着サー

ビスに対する施設サービスの割合が高すぎるなど、「介護施設の重点化」の観点から「要介護が1・2の利用を再考」する課題が提起されている。

11月9日の医療保険部会には、入院時の食費・居住費の負担問題を提起した。入院時の食費・居住費負担は、

2006年10月に、療養病床に入院する65歳以上を対象に導入された。その後、事業仕分けにおける指摘もあり、2010年に医療保険部会で取り上げられたことがあるが、本格的な議論にはいたっていない。

同日の部会では、慎重な議論を求めるなど反対意見が出る一方、「一般病床でも長期入院の患者は療養病床と同じ扱いにしてもいいのでは」と、条件付で賛成する声もあがった。

## 厚労省

## 在宅医療の圏域として保健所単位を提案

「医療計画の見直し等に関する検討会」は10月31日、在宅医療の医療計画について議論した。

事務局(厚労省医政局指導課)は、在

宅医療は急変時や看取りへの対応などきめ細かい取り組みが求められることから、「地域の実情に合わせて2次医療圏ないしはそれ以下の(保健所)単位で計画を立案する」必要を提起。さらに、「少なくとも2次圏単位の(県と市町村の)協議会を設置」して計画策定と評価にあたることを提案した。

神野委員(全日病副会長)は、在宅医療とその地域計画作成を全国一律の視点でまとめようとする厚労省の考え方に、「在宅に関しては全部を全国一律

というわけにはいかない」と疑問を投げかけた。

同委員は、訪問診療や訪問看護で移動に時間を要する過疎地の例をあげながら、「かえって老健や特養の方が人

員効率性が高くなる。それでも進めるのであれば“駆け込み寺”のような施設が必要となる」と提起、施設例として、在宅支援機能を有する地域一般病床やショートステイをあげた。

## 訃報

田代祐基理事(医療法人祐基会 帯山中央病院 理事長・院長)が10月12日に逝去した。享年75歳。田代理事は1995年4月から99年3月まで代議員に選出、99年4月から2003年3月までの間、さらに、07年4月から現在にいたるまで理事に就くとともに、

07年4月以降熊本県支部長を務めた。

辻村拓夫代議員(医療法人拓誠会グループ 会長)が10月26日に逝去した。享年65歳。辻村代議員は、2007年4月から現在にいたるまで代議員に選出、さらに同期間、奈良県支部長を務めた。



▲検討会に臨む神野副会長(左から2人目)

# 医療・介護を担う労働力をどう確保するかで議論

## 2025年の提供体制 70歳まで就労、女性の就労率向上、介護職の地位向上などの案

病院のあり方委員会／「未来(2025年)の医療提供体制」—2025年における医療のあり方



### □シンポジストの議論から

**徳田禎久** 座長 (病院のあり方委員会委員長)

前半の、2025年の医療・介護を展望した先生方のお話の中に、「高齢者の定義を65歳から70歳に変える」という提案があったが。

**飯田修平** (病院のあり方委員会委員)

ただ定義を変えるのではなく、その中身も変えなくてはならない。情報と科学技術の進歩でよりサポートが得られ、ユビキタスの中で能力をより生かせるようになり、今の70歳よりも将来の70歳の方が元気よく働ける可能性がある。そういう意味では賛成だ。

**美原 盤** (病院のあり方委員会委員)

自分が70になっても今と同じように働けるかという疑問はあるが、60歳で終わりというのはいらない。そういう形は必要かもしれない。

**座長** 65歳以上に医療の現場で仕事を

してもらおうと。会場の意見はいろいろか。

**フロア発言 (男性)** 自院は定年を撤廃している。できるだけ働ける職場にしていきたいと思っている。

**座長** 外国人の医療労働者をどうするかという問題もある。

**飯田** 医療は文化であり風土でもあるので、なかなか難しいのではないかと。労働人口が足りなくなるから入れるというのは適切ではない。外国人労働者は小集団として行ったり来たりはあり得るが、マスでみたら影響はほとんどないし、期待してもいけないのだろうと思う。

むしろ、アジア諸国の急速な高齢化で、日本に来るところか、日本人が出て行くことになるかもしれない。そういう意味で賛成も反対もしない。

**長谷川友紀** (東邦大学医学部社会医学講座教授)

高齢者の定義を変える根底には、労働力の流動化、例えばパートや夜勤専門というように、事情に応じた働き方を可能にするという点がある。これによって現場での採用が進む。(2025年に向けた労働力の)大きな課題は高齢者の問題と女性の社会進出である。女性の就業率が低い。それは子育て負担が大きいからで、それを軽減する仕組みが最大の少子化対策となる。それを解決するために家事負担のあり方を提言していかなければならない。

**座長** 2025年を展望する中で一番悩ん

だところが労働力の減少、とくに、医療・介護の従事者が足りなくなるという問題だ。これをクリアしないと医療提供にも影響してくる。

**木下 毅** (病院のあり方委員会委員)

今と同じ介護の質を担保するのは難しい。個室ユニットケアとかも不可能に近く、そうした政策は変えていかないといけないと思う。保険でどこまでカバーできるのかというのを一度議論したほうがいいかと思う。

**フロア発言 (女性)** 看護職は60歳を過ぎると定年になるが、介護的なことを教えられる。パワーのある看護師は大事に使ってほしいと思う。

**座長** その考えは、「病院のあり方報告書2011年版」の追加版に書かせていただく。

**フロア発言 (女性)** 介護福祉士の学校に年配者が入ってくるようになったが、仕事が見つからない。子育てを終えた主婦や定年後の男性にどう仕事についてもらうかが1つの課題ではないか。

**フロア発言 (女性)** 私は74歳の医師だがほとんど毎日仕事にしている。60歳過ぎの人も能力があれば指導的な仕事をしてほしい。60歳過ぎても仕事が続けられ、能力に応じたペイが出る世の中になってほしいと思う。

**フロア発言 (男性)** 医師に比べると看護師や介護職の評価が低いと思う。外国

人労働者という話もあるが、育児、教育、医療・介護は日本人が担っていくべきだ。しかし、介護職はお手伝いさんという感じでみられている。介護職の地位と評価を高め、高い報酬を与えられる社会に変えていかなければならない。

**木下** 介護職の給与は全産業の平均よりも安い。もう少し上げないと人が集まらない。それによって他産業から労働力を集め、単純労働は外国人労働者が担うなど、産業全体で考える必要がある。

**座長** そこには財源の問題もあるかもしれない。

**木下** 国民がどれだけ負担するかというのは国民レベルの議論になるが、(社会保障)全体のボリュームを増やすことによって、輸出に頼っている日本の産業構造を内需中心に支える可能性もある。医療・介護は経済成長にも何らかの貢献をできるのではないかと。

**フロア発言 (男性)** 介護は消費で生産がないという見方もあるが、私たち自身がそうした意識を変えなければならない。大卒が現場につこうとしない、介護や看護の学校を卒業しても現場につかないという状況があるが、それは、今の我々の考え方、国民の考え方によるところがあるのではないかと。

**座長** 今のお話は我々の中でも議論を進めていきたい問題である。

# 依然課題として残る「現地指揮システムのあり方」

## 東日本大震災の検証 2次救急等の準拠点化、拠点病院以外の災害時連携を構築すべき

特別企画／東日本大震災について 第1部

### □シンポジストの議論から

**川島 周** (医療法人川島会理事長・全日病常任理事)

徳島県方式による医療救護活動について報告する。今回の震災には、徳島県保健福祉部の主導で国公立、大学、公的、民間の各病院、さらには看護協会や理学療法士会などの医療団体が一体となって支援活動に当たった。

ここには、文科省の要請で出動した徳島大学病院なども合流、徳島県として救護チームを一体化することができた。現地にはさまざまな医療チームが混在していて指揮命令系統がない。しかし、県主導の徳島チームは被災地との密接な連携が確保された。物資の補給も現地連絡事務所が後方支援をしてくれた。

**安藤高朗** (医療法人社団永生会理事長・全日病副会長)

以前は、いざ行こうと思っても被災地の県から東京都に依頼がないと行けなかった。まずはボランティアで行って、後から追認をしてもらっていた。それに比べると、行政も、医療従事者も動きが速く、組織的に活動できるようになった。

**猪口正孝** (医療法人社団直和会理事長・全日病常任理事)

全日病も気仙沼市に医療救護班を派遣したが、そこは東京都のDMATが入り込んでいた。東京には日本DMATとは違う、行政と東京消防庁が一体に動く組織がある。3月11日の深夜、現地向う東京消防庁に東京DMATが加わり、その中に全日病のチームも入り、そこで気仙沼を拠点としてやっていくことになった。東京都職員がまとめ係をやってくれたので、派遣がうまくいった。これを、我々は「東京方式」と言っていた(笑)。これは、医療救護派遣

として考えなくてはいけない方法だ。

**加納繁照** 座長 (社会医療法人協和会理事長・全日病常任理事)

今回は、いろいろな意味で災害拠点病院にスポットライトがあたり、評価をされた。しかし、我々の仲間が置いてけぼりになっていたような面もあったかもしれない。

**猪口** 全日病として会員病院に物資援助を行ない、被害調査の視察にも回ったが、その中で、当地の災害医療計画に我々の仲間の病院が組み込まれていないことが分かった。建物は何とか残っている、人的被害もない、しかし、ライフラインが絶えて物資援助もないため、被災者のために活動できない病院が幾つかあった。

災害拠点病院のように、ライフライン復旧を優先するなど行政側の視野に入っていれば、特に電気は回復できたと思う。そうなれば、そうした病院は災害拠点病院並みに活躍できた可能性がある。あるいは、災害拠点病院にあふれた患者を中小病院が引き受けることができ、患者さんの広域搬送も減り、地元で生活を送れたかもしれない。

そういう意味から、これからは災害の連携協力病院といったものを考え、大災害のときには病院全体の総力戦ができる仕組みを考えていく必要がある。

**安藤** そうした連携システムを平時からつくっていくこと、その上で情報を共有できるようにしておくことが大事だ。例えば、勤務先の病院にスタッフが集まれないときは、医師やスタッフが自宅近くの医療機関に集まって、そこを助けるというようなことができればいい。



**座長** 精神科の病院だが、震災後5日間も放置された病院がある。職員が3日間、飲まず食わずで200何名の患者を護った。それが気仙沼市民病院の目と鼻の先の病院で起きたのだ。ライフラインが遮断されると拠点病院といえども対応は難しい。2次救急病院等にしっかりと情報システムを構築していくのも1つの方法ではないか。

**猪口** 東京都病院協会は、特に2次救急病院を中心に、災害に強い病院にするということで5つの条件をまとめた。まずは耐震構造、水の確保、72時間の自家発電設備、通信設備、そして2週間分の食料を含む医療材料等の備蓄である。この条件で、拠点病院に準じるような基準がつけられればと考えている。

**安藤** 耐震の補助金は昭和56年以降の建物にも適用すべきだ。重急性期や慢性期の病院にも出してもらいたい。

**フロア発言** 講演で、阪神・淡路大震災のときに、50から100床ぐらいの病院がとても活躍したと聞いた。東京都も小さな民間病院を活用したらいいと思う。

**猪口** 指揮システムの件だが、気仙沼の体験から、全国からあらゆるチームが集まってくる中で、そこをまとめ上げる存在というのは(被災地の)医師会以外にないと思う。しかし、被災地の医師会にそこまでの力はない。そこで、地域の行政と一体にインシデント・コマンド・システム(ICS)のリーダーとなり、それを補佐するものとして被災地外か

らチームが来る。ICSとしては、医師会と行政がタッグを組んでコントロールするというかたちがいいのではないかと。川島 私は、警察、消防、自衛隊、さらに、被災地と密接な連携をとれる、派遣元の県が指揮者としてふさわしいのではないかと考える。

**安藤** 被災者健康支援連絡協議会というものがある。その情報によると、今回は、県と医師会と大学病院の3つがスムーズに連携できた県がうまく対応できたという。

**座長** 我々全日病としても、被災した病院には被災していない病院が支援をしていくという方向性を持っている。それが、ICSという形できちんとしたコマンドを得てやるシステムに、今後、少しずつ向っていきかなと思っています。

**猪口** 全日病としては、広域な災害には会員同士で相互に援助できるペアの関係、もしくはブロックの関係を築いていくことを考えている。また、各県に災害の指定病院を設けて、情報をいち早く本部に上げてもらう仕組みも考えている。もう1つ、支援を受ける側として「受援システム」を整えたい。被災をしたことを想定した、自力の対応システムは各病院とも用意していると思うが、色々なチームが入ってくることを想定したICSを、行政と話し合っておくというのを進めていきたいと思っている。