



全日病 NEWS 10/1

21世紀の医療を考える全日病 2009

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.718 2009/10/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「流行期」の患者は平均入院患者の算定から除外

新型インフルエンザ対策 診療報酬上の対応措置。看護配置の施設基準も運用を緩和



▼厚労省は9月18日の基本小委に新型インフルエンザに対応する診療報酬上の措置を報告した

感染拡大を続ける新型インフルエンザに対応して、厚生労働省は、入院と時間外診療に関する診療報酬の取り扱いに臨時的な措置をとることを決め、9月14日付の医療課長通知(2点)で全国の地方厚生(支)局および都道府県担当部局に伝えた。

臨時的な措置は、①インフルエンザ「流行期」に入院した新型インフルエンザの患者は平均入院患者の算定から除外する、②「流行期」に新型インフルエンザ患者が入院した場合は、「流行期」における月平均夜勤時間数の変動が2割以内であれば変更届出は不要とする、③同様に、1日当たりの看護要員数、看護要員と入院患者の比率、看護師・准看護師数に対する看護師比率についても、「流行期」における変動が2割以内であれば変更届出は不要とする、というもの。

また、新型インフルエンザ患者に時間外の外来診療を行っている保険医療機関についても、現行では診療時間内と同様の態勢をとっていることから加算が算定できないところ、都道府県等から依頼を受けている場合には時間外加算を認めるとしている。

通知発出者である佐藤医療課長は、9月18日の中医師・診療報酬基本問題小委員会でも、通知の内容を説明した。(2面に関連記事・資料を掲載)

厚労省は、8月28日付事務連絡「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」の別添3「新型インフルエンザに係る医療提供体制の確保対策及び情報提供について」において、新型インフルエンザ患者が増加した場合に、感染症病室への定員を超えた入院や他病床への入院は「臨時応急」(医療法施行規則10条ただし書)に該当するという特例対応を図ることを明らかにするとともに、新型インフルエンザ患者が入院した場合の診療報酬上の取り扱いについて検討する旨を明らかにしていた。

今回の措置は、これに加え、四病協が8月31日に提出した要望書および9月7日の日病協との意見交換会で出た意見にあった看護職員配置基準の一時的な運用緩和を求める要望に応えるもの

となった。

平均入院患者からの除外について、医療課長通知は、「流行期」を「国立感染症研究所感染症情報センターの警報・注意報発生システムにより、インフルエンザの注意報が発せられている日の属する月」の実績算出に限るとし、「当該都道府県管内保健所の1箇所でも注意報が発せられている場合には、当該都道府県は流行期にあるものとする」としている。

看護配置にかかわる施設基準については、現在、1日あたりの看護職員数は「1ヵ月を超えない期間」、月平均夜勤時間は「3ヵ月を超えない期間」のそれぞれ「1割以内の一時的な変動」については、変更の届け出は不要とされている。

今回の措置は、これら特例の適用範囲を、「流行期」に限り、それぞれ2割まで引き上げるといったもの。看護配置基準の特例対応は「別途課長通知で定めるまでの間」とされた。

また、両通知でいう「新型インフルエンザ患者」とは、「A/H1N1と診断された患者だけでなく、新型インフルエンザとの確定診断には至らないがインフルエンザと診断された患者のことをいう」としている。

日病協と2回目の「意見交換会」

「基礎疾患を有する患者への証明書交付に協力してほしい」

9月25日の日病協代表者会議に、厚労省から麦谷審議官、新村医政局指導課長、新型インフルエンザ対策推進本部事務局の担当官が出席、9月7日に続き、日病協との2回目の「インフルエンザ対策に関する意見交換会」を行なった。

厚労省は、ワクチン接種実施案とともに「優先接種対象証明書(案)」につ

いて説明。接種しない医療機関であっても、基礎疾患をもつ患者に求められた場合には、証明書にその旨を記載して交付するよう要請した。

厚労省は、前回の意見交換会で、日病協側から出た質問に口頭で回答するとともに、日病協側と意見交換を行なった。

も絡めて詳細な規程を考えている。

日病協 接種は2回するのか。

厚労省 海外では1回でよいという情報もあるが、現段階では2回を前提に考えている。

日病協 季節性ワクチンはどの位あるのか。希望が多いので、いつもよりも多くほしい。

厚労省 季節性と新型とで効果は異なるため、2つ打つ必要がある。国内産は同時接種も可能と思われるが、海外産は免疫補助剤が入っているので、副



▲挨拶する厚労省麦谷審議官

作用の問題もあり、同時接種は避けたほうがよいと専門家は指摘している。季節性のワクチンは例年5,000万人ぐらいたが、今年は今のところ4,000万人分ほど用意している。

日病協 動線確保が難しいことを考えると、予防のために、接種場所は医療機関以外にすべきではないか。

厚労省 そうした場所も念頭においている。

前回日病協から出た質問に対する厚労省の回答(要旨)

- 「保健衛生施設等施設・設備整備費」(8月27日付事務連絡「保健衛生施設等施設・設備整備費補助金の改正(予定)」)は感染症指定医療機関、新型インフルエンザ患者入院医療機関、感染症外来協力医療機関が対象であり、これらに該当する一般診療所も対象に入る。「建て直しを予定している」病院を除外する規定はとくにないが、個別の事情については

当該都道府県と相談してほしい。

●有資格ではない医療スタッフをワクチン接種の優先対象とするかどうかは、現在、検討中である。

●精神疾患患者とその医療従事者を優先対象とするかどうか、現在検討中である。なお、WHOやCDCのハイリスク定義に精神疾患患者は入っていないことに留意いただきたい。

厚労省と日病協の意見交換(要旨)

日病協 ワクチン接種で優先される医療従事者には受付事務のスタッフは入るのか。医療機関が希望する人数分のワクチンが支給されるのか。

厚労省 現段階で回答できないが、接種優先の原則にそって検討したい。

日病協 できれば病院の従事者全員を対象に加えてほしい。介護従事者はどうするのか。

厚労省 必ずしも医療機関の全員が優先されるべきとは考えない。

日病協 医療機関が診療能力を維持できるように図るべきではないか。

厚労省 インフルエンザの診療に直接あたる従事者にプライオリティがあると考

える。

日病協 医療機関は医師のみが担っているわけではない。医師には接触しない者もいる。

厚労省 医師であっても、そういう人は対象に入れない方向で考えている。

日病協 ワクチンをまとめて支給し、各病院に接種対象を判断させる方法もある。国産と輸入分でかなり確保できるのではないかと。厚労省 国内産は10月中下旬に出荷の見込みだが、1ロット100~200万人分ほどだ。しかも1週間おきの出荷だ。行きわたるには時間がかかるので順位を考えているわけであり、優先順位は、出荷時期と

病床と人工呼吸器は“余裕”。問題は地域分布と連携

厚生労働省の新型インフルエンザ対策推進本部は、9月初めの新型インフルエンザ患者を受け入れる病床状況について集計を終え、9月25日付の事務連絡で、その結果を都道府県等に報告した。

それによると、鹿児島を除く46都道府県の9月頭の稼働病床率は、感染症が13.7%、結核が55.4%、一般病床が80.6%と、それぞれ余裕のあることが判明した。

厚労省が予想する流行ピーク時の入院患者は4万6,400人。これに対して、感染症、結核、一般各病床合計で14万2,000床以上の余裕がある上、人工呼吸器も46都道府県で1万6,000台以上が未稼働にある。

したがって、シナリオ通りであれば、入院診療にパニックは起こらないものと思われるが、問題は、地域ごとの分布と

医療機関間の連携である。

新型インフルエンザ患者の入院診療を行う病床状況

	感染症病床	結核病床	一般病床	ICU床*
診療報酬の届出を行っている稼働病床数(9月1日現在)	1,602	5,618	714,871	10,813
稼働実績(9月1日~7日の病床利用の平均数)	219	3,115	576,422	8,336
稼働実績の割合	13.7%	55.4%	80.6%	77.1%

*「ICU」とは、診療報酬区分上の救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料(1・2)の届出病床を指す。
*鹿児島を除く46都道府県の集計結果

新型インフルエンザ患者の入院診療を行う医療機関の人工呼吸器状況調査結果

	医療機関数	全体(新生児用)
保有台数	4,410	32,179 (3,859)
稼働台数*		16,100 (1,523)

*9月1日~4日までの任意の一時点で実際に呼吸管理に用いていた人工呼吸器の台数
*鹿児島を除く46都道府県の集計結果

厚生労働省は、新型インフルエンザに対する外来および入院診療にかかわる診療報酬の算定要件を一時的に緩和する措置を決めた（1面記事を参照）。

それに先立って、厚労省は、8月28日付事務連絡「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」（別添3-1）で、新型インフルエンザの重症患者の入院等は「医療法の臨時応急に該当する」として、定員超過を容認す

る解釈を明らかにしている。

さらに、厚労省は、9月18日付で「新型インフルエンザに関連して労働者を休業させる場合の労働基準法上の問題に関するQ&A」を公表、罹患もしくは予防対象の労働者を休ませる場合の賃金保障等に関する見解を整理して示している。

以上に関する通知等資料を掲載する。

医師・保健所の指導・協力要請にもとづく休業は手当不要

新型インフルエンザによる労働者の休業 新型インフルの休業手当で厚労省が見解。自主的判断による休業は休業手当の対象

厚生労働省「新型インフルエンザに関連して労働者を休業させる場合の労働基準法上の問題に関するQ&A」 9月18日

新型インフルエンザに関連して労働者を休業させる場合、法律上、賃金の支払の必要性の有無等については、一般的には以下のように考えられる。（以下は平成21年9月現在の状況を基にしており、今後の新型インフルエンザの流行状況等に応じて保健所の要請等が変更される可能性がある。

Q1. 労働者が新型インフルエンザに感染したため休業させる場合は、会社は労働基準法第26条に定める休業手当を支払う必要があるか。

A. 新型インフルエンザに感染し、医師等による指導により労働者が休業する場合は、一般的には「使用者の責に帰すべき事由による休業」に該当しないと考えられ、休業手当を支払う必要はない。医師や保健所による指導や協力要請の範囲を超えて（外出自粛期間経過

後など）休業させる場合には、一般的に休業手当を支払う必要がある。

Q2. 発熱などの症状で休業させる場合は、休業手当を支払う必要があるか。

A. 新型インフルエンザかどうか分からない時点で、発熱などの症状があるため労働者が自主的に休む場合は、通常の病欠と同様に取扱いえば足り、病気休暇制度を活用すること等が考えられる。一方、一定の症状があることのみをもって一律に労働者を休ませるなど、使用者の自主的な判断で休業させる場合は休業手当を支払う必要がある。

Q3. 感染者の近くで仕事をしていたため休業させる場合は、休業手当を支払う必要があるか。

A. 濃厚接触者であることなどにより保健所による協力要請等により労働者を休業させる場合は、一般的には「使

用者の責に帰すべき事由による休業」に該当しないと考えられる。協力要請の範囲を超えて休業させる場合や、使用者の自主的判断で休業させる場合には、一般的に「使用者の責に帰すべき事由による休業」に当てはまる。

Q4. 家族が感染したためその労働者を休業させる場合は、休業手当を支払う必要があるか。

A. 濃厚接触者であることなどにより保健所による協力要請等により労働者を休業させる場合は、一般的には「使用者の責に帰すべき事由による休業」に該当しないと考えられる。協力要請等の範囲を超えて休業させる場合や、使用者の自主的判断で休業させる場合には、一般的に「使用者の責に帰すべき事由による休業」に当てはまる。

なお、Q1～Q4で休業手当を支払う必

要がないとされる場合でも、自宅勤務などの方法が可能な場合に、これを十分検討する等休業の回避について通常使用者として行うべき最善の努力を尽くしていないと認められた場合には、「使用者の責に帰すべき事由による休業」に該当する場合がある。

Q5. 新型インフルエンザに感染疑いのある労働者について、一律に年次有給休暇を取得したこととする取扱いは、労働基準法上問題はないか。病気休暇を取得したこととする場合はどうか。

A. 年次有給休暇は原則として使用者が一方的に取得させることはできない。事業場で任意に設けられた病気休暇により対応する場合は、事業場の就業規則等の規定に照らし適切に取り扱われたし。詳細は近くの労働基準監督署に問い合わせられたし。

新型インフル患者の超過入院は「臨時応急」に該当

病室外収容は入院基本料の算定外。しかし処置等は算定できる

「新型インフルエンザの重症患者を感染症病床の定員を超過して入院させる場合等の取扱いについて」（8月28日付事務連絡 別添3-1） ※別掲医療課長通知を参照

■医療法について

1. 医療機関が新型インフルエンザの重症患者を感染症病床の定員を超過して入院させる場合等の医療法上の取扱いは如何。

(答) 新型インフルエンザの患者を、緊急時の対応として、①感染症病床の病室に定員を超過して入院させる場合、②一般病床、療養病床、精神病床、結核病床の病室に入院させる場合、③廊下や処置室等病室以外の場所に入院させる場合は、医療法施行規則第10条ただし書の臨時応急の場合に該当する。

ただし、その場合においても、個室隔離や動線の分離など、感染拡大防止

等安全性の確保に十分に注意する必要がある。

なお、定員超過入院等は緊急時の一時的なものに限られ、常態化する場合には、医療法の感染症病床の増床手続を行う必要がある（新型インフルエンザ患者を入院させるための病床については、医療法施行規則第30条の32の2第1項第11号の病床に該当するため、医療法第30条の4第7項により、都道府県は、厚生労働省に協議し同意を得た病床数を基準病床数に加えて、増床手続を行うことができる。緊急に増床を行う必要がある場合は、厚生労働省医政局指導課に相談していただきたい）。

■診療報酬について

2. 新型インフルエンザの患者が多数入院したため、病室に所定病床数を上回る患者を入院させた場合、入院基本料の減額措置の対象となるのか。

(答) 災害等やむを得ない事情の場合には当該減額規定は適用しないため、今回の新型インフルエンザが原因で定数超過となった場合は減算とはならない。

3. 新型インフルエンザの患者を廊下や処置室等の病室以外の場所に収容した場合は、入院基本料は算定できるか。

(答) 患者を廊下や処置室等の病室以外の場所に収容した場合は、入院基本料は算定できない。ただし、当該患者に

対して行う処置等の診療報酬については、算定要件を満たせば算定できる。

4. 新型インフルエンザの患者を入院させる病床を臨時的に確保した場合、看護要員の配置数や病床数が、届出を要しない一時的な変動の範囲内であれば、既存病床に入院する患者について7対1入院基本料を算定することができるか。

(答) 届出を要しない一時的な変動の範囲内である場合(※)には、算定できる。※入院基本料算定病棟における看護要員と入院患者の比率については、歴月で1ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は認められている。

保医発0914第1号 医療課長通知「新型インフルエンザの流行に伴う診療報酬上の臨時的な取扱いについて」 9月14日 ※1面記事を参照

新型インフルエンザ患者を受け入れる保険医療機関においては、入院患者の一時的な急増や看護職員の一時的な欠員などにより、入院基本料の施設基準を満たせなくなるおそれがある。

今般、当該保険医療機関の入院基本料に係る施設基準について、臨時的な対応として下記のとおり取り扱う。

なお、下記における「新型インフルエンザ患者」とは、新型インフルエンザ(A/H1N1)と診断された患者及び新型インフルエンザとの確定診断には至らないがインフルエンザと診断された患者のことをいうものとし、「流行期」とは、国立感染症研究所感染症情報センターの「警報・注意報発生システム」により、インフ

ルエンザの注意報が発せられている日の属する月のことをいうものであり、都道府県単位で判断するものとするが、当該都道府県管内保健所の1箇所でも注意報が発せられている場合には、当該都道府県は流行期にあるものとする。

記

1. 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305002号）別添2の第2の4(1)の規定にかかわらず、臨時的な対応として別途通知するまでの間、流行期において新型インフルエンザ患者の入院診療を行った保険医療機関においては、入院していた新型インフルエンザ患者は入院患者の数から除

くことができるものとする。

ただし、入院患者数から除くことのできる新型インフルエンザ患者の数は、当該保険医療機関の平均入院患者数（基準月（新型インフルエンザ患者を入院患者数から除いて計算しようとする月の前月をいう）から起算して過去1年間の平均入院患者数とする）を超えて入院した新型インフルエンザ患者の数に限るものとする。

2. 基本診療料の施設基準等通知の第3の1(1)の規定にかかわらず、臨時的な対応として別途通知するまでの間、流行期において新型インフルエンザ患者の入院診療を行った保険医療機関においては、月平均夜勤時間数については、

流行期の間の2割以内の一時的な変動の場合には、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

3. 基本診療料の施設基準等通知の第3の1(3)および(4)の規定にかかわらず、臨時的な対応として別途通知するまでの間、流行期において新型インフルエンザ患者の入院診療を行った保険医療機関においては、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、流行期の間の2割以内の一時的な変動の場合には、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

保医発0915第2号 医療課長通知「新型インフルエンザに係る保険医療機関の時間外診療等について」 9月15日 ※1面記事を参照

新型インフルエンザに係る夜間の外来診療体制の確保については、別添の事務連絡(8月28日付「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」)において、「夜間の外来診療体制については、救急外来を設置する医療機関だけでなく、例えば、インフルエンザ患者の診療を行っている診療所に対して診療時間の延長や、夜間の外来を輪番制で行うことを求めるなど、地域の診療所等との連携を図る」

旨の依頼がなされている。

今般、このような取り組みを行っている保険医療機関の初診料及び再診料の時間外加算等について、臨時的な対応として別途通知するまでの間、下記のとおり取り扱う。

記

1. 都道府県、保健所設置市、特別区からの依頼を受けインフルエンザ患者に係る時間外の外来診療を行っている保険医療機関については、「診療報酬の算

定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001号）別添1第1章第1部第1節A000初診料の(11)のイの規定を適用しないものとし、同アにより時間外とされる場合であれば、時間外加算を算定できるものとする。

2. 上記1の取扱いは、再診料についても同様とする。

3. 都道府県、保健所設置市、特別区からの依頼を受けインフルエンザ患者に係

る時間外の調剤を行っている保険薬局については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001号）別添3区分01調剤料の(10)のウの(ロ)の規定を適用しないものとし、同(イ)により時間外とされる場合であれば、時間外加算を算定できるものとする。

DICや敗血症の分類見直しを求める意見が多数

DPC評価分科会 高齢患者が多いポスト・アキュートとDPCの関係も俎上に

診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、9月24・25の両日、DPCの運営上特徴的な傾向を持つ17病院を招いてヒアリングを行なった。

ヒアリングは、2008年度DPC影響調査結果から得られたデータを基に13点にわたる調査項目を設定、各項目に該当した病院に実施したアンケート調査から、内容を詳細に把握する必要があると認められた病院を対象に行なわれた。

その結果、播種性血管内凝固症候群(DIC)や敗血症については、重症化予防の必要から早期投入している病院が少なくないことがあらためて分かり、緩い診断基準をつくるなど分類の見直しを検討する方向で議論が進んだ。

とくに、高齢者が多い疾患については、現行診断群分類でコーディングすることに無理があるのではないかという意見が一部の委員から出され、高齢患者の割合が高いケアミックス型病院を対象に、ポスト・アキュートに位置づ

けられる入院医療に現行DPCがどう対応すべきか、両者の関係性を問うという課題が浮上した。

分類の見直しについては、10年度改定に向けてMDC研究班で検討作業に入るものと思われるが、ポスト・アキュートに位置づけられる入院医療とDPCの関係性について、西岡清分科会長(横浜市立みなと赤十字病院院長)は診療報酬基本問題小委員会に提起する意向を示した。

ヒアリング実施項目は新たな機能評価係数の案と概ね対応しており、すでに基本小委で議論済み10年度改定で導入される新係数の優先評価項目案に加え、別途、実態調査が行なわれている評価項目案のデータが抽出された段階で、今回のアンケート調査結果を加味した最終検討に入るものと思われる。

なお、9月24日付で、美原盤美原記念病院院長と金田道弘金田病院院長の2人がDPC分科会委員に就任した。DPC分科会初の民間病院出身委員となった。

■アンケートの調査項目と調査病院数 (回答率は各項目とも100%)

調査項目	調査対象医療機関
化学療法または放射線療法を行っていない同一傷病で、退院から3日以内に再入院となった患者割合が、前年度から非常に減少している	10
化学療法または放射線療法を行っていない同一傷病で、退院から4～7日以内に再入院となった患者割合が、前年度から非常に増加している	10
化学療法または放射線療法を行っていない同一傷病で、退院から4～7日以内に再入院となった患者割合が非常に大きい	10
DPC病棟から他病棟へ転棟後、DPC病棟に再転棟した患者の割合が非常に多い	20
他の病院と比べて播種性血管内凝固症候群(DIC)の割合が非常に多い	10
他の病院と比べて敗血症の割合が非常に多い	20
2008年度の後発品の使用割合が07年度に比して大きく上昇している	20
後発医薬品の使用割合が全国平均に比して非常に多い	10
後発医薬品の使用割合が全国平均に比して非常に少ない	20
08年度調査のデータが提出期限を守れなかった	21
現在の出来高実績点数が、現在の支払い点数に比べて非常に小さい(DPCの導入後に効率化が進んだ)	10
現在の出来高実績点数が、現在の支払い点数に比べて大きい(DPCの導入後にむしろ効率が悪くなった理由)	5
抗生物質を投与した患者のうち、カルバペネム系または第4世代セフェム系を投与した患者の割合が他病院と比較して非常に多い理由	10
合計	186

9月24日のヒアリング 主な質疑応答 ●は委員の発言

■再転棟について

A病院 一般病棟を経過しないで回復期リハ病棟に入院するケースが多く、高齢者の患者が多いため、入院後、肺炎や転倒による骨折などの併発で一般病棟に移るケースが多い。一時は、CTやMRIなど検査のたびに一般病棟に移っていた。

●直に回復期リハに入院させ、そこで検査等をするという点に、医療資源の使い方をどう考えているか。

A病院 ベースに人手不足がある。回復期はDPCより人員が少ない。したがって、必要と思うと一般に移して検査してきた。

●どういうケースに直にDPCに入院させるのか。

A病院 副病があったり、発症間もないときは一般に入れるが、病床数が少ないので、直に回復期に入れたりしている。一般を増やしたいが看護師不足などでできない。

●ケアミックス型病院の病棟間移動がDPC病棟にも広がると、制度的に混乱しないか。

●自院では回復期から急性期に移るのは1%以下だろう。骨折となれば整形に送るが、回復期でも一定の治療はできる。私は直ぐに急性期病棟に送ることはしたくない。

●自院も回復期で一定の治療はする。しかし、一般病棟で急性期の治療が必要なケースはある。

■DICについて

C病院 半年で65例のDICが出ている。産科、婦人科、消火器外科で80%を占める。ほかに周産期母子センターがな

いので、合併症をもった人が多く集まることがある。

●DICは、かつてもコーディングが問題となり、レセへの記載事項が増えた。

●DICは、審査に際してわかりやすい検査データを出すよう改善を図るべきだ。

●DICは施設基準でスコアが7点以上とされている。貴院で6点は何例あるか。

C病院 4件あり、それを外すと24%減る。●5～6点でDICにしたがる病院が少なくない。

●DICでも急性感染症に伴うものが増えている。日本参加婦人科学会で、急性のDICの診断基準を作っているが、そこでは、急性については判定を甘くして早めに治療するよう提起している。そうすると6でDIC疑いというときに、審査で否定されると困る。スコアを2分してもらえないか。

●7点以上のDICと、それ以下のDICとが同じ点というのはいかが。分類と点を見直してはどうか。

●場合によっては基準を分ける必要があるが、複雑になりすぎてどうか。また、一部の病院の例だけで判断するのはどうか。

●施設の性格を考えると、DIC疑いに早く投入するのは当然ではないか。その役割が必要な病院もある。そうした視点も必要ではないか。

■敗血症について

D病院 敗血症が半年で69例あるが、26例は不適切かと検討している。全身状態が悪いのでそう診断したが、尿路感染などに診断を変更すべきものもあると反省している。

敗血症は70%が3歳までだ。0歳児が

35%を占めている。新生児を含む小児患者には早期の投入が必要だ。

E病院 自院は高齢者が多く、多くの紹介を受け入れている。近隣の施設からも敗血症の予備軍を受け入れている。家族が生を望むので、急死しないように全身を調べることにしている。病状が安定すれば老健施設や療養型に移すが、症状が激しく重症化しやすい患者は急性期で対応している。

●血液培養の結果による比率はどうか。E病院 早めに多剤耐性抗生物質を使わないと危険なことが多いが、1回は血液培養をするよう努力はしている。

●厳密には血液培養で菌の比率が基準を満たさない敗血症とはいえないが。

E病院 診断の上で勇み足はあるかもしれない。

D病院 我々のところは80%は血液培養をしている。

●軽症の感染者も敗血症と診断されていないか。高齢者が多いところが高率になるのはしかたがないが、より詳しい基準を設けるべきだろう。

●高齢患者への対応は一概には言えない。明らかに治療を要する人もおり、一律に急性期病院を否定することはできない。そこには、脳卒中の寝たきりや認知症という、急性期病院で受け入れが困難な患者はどこまでみたらよいかという問題がある。彼らをどこまで治療すべきか、慢性期でみるべきか、急性期でみるべきかという点は悩むことが多い。ここにはポストアキュートの問題がある。

●DICや敗血症は重篤な疾患であり、治療が遅れて訴訟となるケースもある。とくに子供はそうだ。緩い適用もあってよいのではないか。

●敗血症は小児とそれ以外は分けて考えた方がよく、小児患者の敗血症疑いは分類を分けるべきではないか。高齢者の敗血症とDICも、施設の区分と医療との区別がごちゃになっている。ポストアキュートの議論もあるが、どういう病態からそうなるのかを分析しつつ、分類の見直しも検討すべきではないか。今日出たケースは、片や小児、片や高齢者

中心と両極端だ。あらためて施設体系を分けつつ、分類の見直しを考えたい。

●新生児の敗血症は成人と分けた方がよい。

分科会会長 この辺りは、ポストアキュートをDPCにすべて含んで扱ってよいのかというテーマが課題となる。

●DPCに参加しない一般病院がどうであるのか、全日病がいつている「地域一般病棟」をデータ上よく分析する中で診療報酬のあり方がみえてくる。そこから、診断群分類の妥当性もみえるかもしれない。回復期とともに亜急性期の概念を整理して、そこでやっていく医療のあり方を見ていかないと敗血症などの位置づけもみえてこない。

●敗血症はDPC病院全体の平均出現率が0.47%だが、重大な基礎疾患をもってるともっと率は高いのではないか。

●DICと診断した根拠データを様式1に入れるのは負担が大きいのか。

●個人的にはそう負担ではないと思う。TPAに比べればDICの検査データをカルテに書く方が楽だ。

●大きい病院には大変だ。今日来ている病院はアウトブレンジだ。それに併せてルールを考えるというのはどうか。症状を詳記してもらってはどうか。

●現場の負担を少なくしつつ、どこかに入れることを考えるべきではないか。

●急性期の大病院と中小病院とでは役割が違う。中小病院がDPCでどういう役割を果たすのかを考えるべきではないか。両者を同一に扱って、敗血症のデータが違うと論じているのはいかがか。

会長 今日はポストアキュートの問題が提起されたが、分科会だけでなく、その上のクラスでも検討されるべきと考える。



▲DPC分科会委員に就任した美原盤氏(全日病病院のあり方委員会委員=右から2人目)

9月25日のヒアリング 主な質疑応答 ●は委員の発言

■出来高実績点数が非常に小さい

L病院 長い間包括評価の下で質を担保した効率化に取り組んできた。効率化の背景には高い調整係数以外に、後発品の比重アップ、クリニカルパスの導入がある。画像検査は入院前に外来でやっている。したがって入院中の画像検査は少ない。フィルムレス化もできている。

M病院 後発品が10%から23%に上昇した。検査の外来化と入院日数の短縮化を進めた。画像は20%が外来に移った。画像外の検査も10%が移行した。こうした結果、評価係数を5年で0.1440上昇させることができ、これで出来高算定との差が広がった。自院は安易に検査に頼らないようにしている。また、抗生物質の使い方厳格にした。

●両病院からは、効率化を考える上で大変納得できる説明と資料をいただいた。

M病院 救急をDPCで対応するというのはいかが。初日の検査も入院とされてしまう。

●画像診断の外出しは各医師にはプレッシャーとなる。入院の粗診疎療につながらないか。

M病院 そうした心配はない。動いたのは10%ほどに過ぎない。

●効率化は調整係数に表われる。これがアップした最大の要因はなにか。

L病院 後発品だろう。

M病院 検査と投薬(注射)の分野で(出来高との)差が大きい。

■抗生物質(カルバペネム系または第4世代セフェム系)の使用状況

N病院 予防的観点から早めに投入している

O病院 高齢者が多いので薬を積極的に使っている。徐々に改善したい。

P病院 抗生物質における割合が66.5%というのは我々にも衝撃だった。高齢者が多く、とくに重症肺炎が多い。第4世代は90%以上が高齢者だ。この4月から特定の抗生物質については届け出制とし、カルテに自動記入されるようにした。効果は出ている。

Q病院 今後とも改善に努めてまいりたい。

●この4病院に感染症専門医はいるのか(4病院とも不在と回答)
●療担規則には病名のない予防投与はしてはならないとある。それだけ投与していて査定をうけることはないのか。

「将来的にナショナルミニマムを決めたい」

厚生労働大臣に長妻昭氏。副大臣と政務官の5名でチーム

9月16日に召集された第172特別国会は民主党鳩山由紀夫代表を首相に選出、同日夜に組閣を終え、鳩山政権が誕生した。厚生労働大臣(年金改革担当)に



▲就任会見を行なう長妻厚生労働大臣(9月17日)

は長妻昭衆議院議員が起用された。

長妻厚生労働大臣は9月17日に厚生労働省内で就任会見を行ない、「将来的に、国家が保障するナショナルミニマムを具体的に決めることを目指す」と抱負を述べた。

長妻大臣は、厚生労働省が抱える問題をすべて洗い出して100日以内に明らかにするとともに、民主党のマニフェストを実現する方策や具体的手順を示すプランを早急に提示するよう、さらに、天下りは内閣の方針が確

定するまで凍結するよう、各担当に指示したことを明らかにした。

施策の各論については、長妻大臣は、9月25日までの会見で、①第1次補正予算は各省とも執行見直しの案を10月2日締め切りで提出、内閣として一体に判断する、②新型インフルエンザ対策は政府の対策本部長に鳩山首相が就任、基本的対策は前政権から引き継いだ上で新たな対応を早急に検討する、③後期高齢者医療制度は基本的に廃止するが、新しい制度への移行過程を十分検討した上で方針を決める、④4,000億円の介護職員処遇改善交付金は廃止はしないが、より目的に沿って執行できるように、事業の振り替えも含めた精査を行なうなどの意向を表明した。

長妻大臣は、9月18日までに、副大臣

に細川律夫氏(衆院)、長浜博行氏(参院)、政務官に山井和則氏(衆院)、足立信也氏(参院)の就任を決めた。

細川氏は主に労働関係を、長浜氏は社会保障全般を担当。さらに、足立氏は医療を、山井氏は主に介護を中心にチームを組むとみられる。医師である足立氏は8月4日の日病協ワーキンググループに出席し、民主党の死因究明制度案を詳しく説明するなど、民主党医療政策の中心人物の1人として知られている。

長妻昭(ながつまあきら)厚生労働大臣
昭和35年6月14日生。衆議院議員(東京7区・当選4回)。慶応義塾大学法学部卒業後、日本電気株式会社、日経ビジネス誌記者を経て、2000年6月衆議院議員に初当選。

長妻厚労大臣、中医協委員変更の検討を指示!

長妻厚生労働大臣は9月28日の「政務三役会議」で、足立政務官に対して、中医協の委員を変更する案を作るとともに、その場合の2010年度改定に与える影響を考察するよう指示を出した。三役会議後に会見した足立政務官が明らかにした。

足立政務官は、「現在の委員の評価と、変更した場合の影響などを調査してほしい」と指示された。当然、委員の再任・交代も視野に入ることになる

と私見を交えて語った。

さらに、「支払、診療、公益各側と専門委員の構成割合や法的立場が、今日の会議で最大の論点になった」と述べ、大幅な更迭があり得ることを示唆した。

人事変更の時期については、「次回の中医協総会が10月7日という線が出ているが、それであれば、それに(変更の決定を)間に合わせる必要がある」と述べ、短期間に結論を出す考えであること明らかにした。

医療短信 BRIEF

■経産省が「医療産業研究会」を発足
経済産業省は「医療産業研究会」を発足させ、9月8日に初会合を開いた。

医療に関連する新たな市場の開発や新技術の導入・IT化による医療のイノベーション等を通じて、医療サービスと関連産業の活性化を図ることが狙い。これによる、医療機関の収入拡大、雇用の増大、医療の質の向上など医療体制の強化とともに、地域振興につながる波及効果も視野に収める。

具体的には、外国からのツアーを受け入れて健診や治療を行う「医療ツーリズム」や、医療機関とフィットネスクラブ等周辺産業との連携を検討する。

電子カルテの高度化、医療情報のデータベース化、遠隔医療による診療支援、先進的な創薬・医療機器開発環境など医療サービスの技術革新も取り上げる。

9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

■特定保健指導アドバンス研修(神戸)

「2009年度特定保健指導アドバンス研修」が9月26日に神戸市内で開催され、55名が参加した。

来春に報告書を取りまとめる予定だ。

■10年度研修病院は1,059病院

厚労省は9月24日付で臨床研修病院を指定、そのリストを発表した。2010年度の研修医を募集する研修病院は1,059病院と前年度から55病院減り、制度創設後初めて減少に転じた。

1,059病院の内訳は臨床研修病院が947、大学病院が112。大学病院は微増したが、臨床研修病院が大きく減った。このうち基幹型は60病院となった。全体の募集定員は1万699名で、これも前年度から749名(6.5%)減少した。

■地域医療支援病院の逆紹介を拡大

厚生労働省は9月15日付で医政局長通知を发出し、地域医療支援病院の承認要件となっている逆紹介率について、地域連携診療計画管理料を算定した患者のうち診療情報提供料算定要件を満たす場合も「逆紹介患者」に含めることができると、要件の対象を拡大した。

10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

■「特定保健指導アドバンス研修」(福岡)

「2009年度特定保健指導アドバンス研修」が10月31日に福岡市内で開催される(東京会場、神戸会場は開催済み)。

出産育児一時金の直接払いに半年間の猶予

長妻厚生労働大臣は9月29日の閣議後会見で、出産育児一時金の「直接支払制度」について、制度が始まる10月からの対応が難しい医療機関には半年の猶予を認める考えを表明した。

出産育児一時金については、今年1月から、産科医療補償制度に対応して35万円から3万円増額され、さらに、この10月から2011年3月末までは4万円を上乗せして42万円とすることが決まっている。

この支払方法に関して、厚労省は、

原則として、各医療保険者から直接産科機関に出産育児一時金を支払う仕組みに改めるとして健康保険法施行令等の一部を改正、当該政令が5月22日に公布・施行されている。

しかし、この制度が実施されると支払いまで2カ月ほどかかるため、「医療機関が一時的に資金不足に陥る可能性がある」と、日本産婦人科医学会などから懸念が示されていたことから、新政権として医療現場に配慮、猶予期間を認めたもの。

「混合診療禁止は適法」東京高裁が逆転判決

がん患者の男性が、政府の混合診療禁止によって保険診療相当分の支給が妨げられたとして、受給権の確認を求めた訴訟の控訴審で、東京高裁(大谷禎男裁判長)は9月29日、混合診療を禁止する法的根拠はないとした一審判決を取り消し、原告の請求を棄却する判決を言い渡した。

原告側は、腎臓がんの治療においてインターフェロン療法(保険適用)と活性化自己リンパ球移入療法(LAK療法=当時高度先進医療として承認)の併用を

2001年9月から始めた。

しかし、LAK療法が高度先進医療の承認を取り消された結果、06年4月から併用ができなくなったため、保険外診療を併用しても保険適用部分については受給できることの確認を求めて提訴したもの。

一審の東京地裁は07年11月に、「混合診療禁止は法的根拠が明示されていない」として原告の訴えを認める判決を下し、国が控訴していた。

二審判決は「保険外併用療養費制度

が例外的に混合診療を許容している」という国の主張を認め、保険診療と保険外診療を併用した場合は保険診療も

「保険給付を受けられないと解すべき」という判断を下した。原告側は上告する考えだ。

全日病・医法協共催 2009年度「臨床研修指導医講習会」開催のご案内

本講習会は厚生労働省の開催指針ののっとり指導医養成講習会となっています。

日程 ● (1泊2日、実講習時間16時間以上) 12月5日(土)・6日(日) ※11月開催分は満席となりました	内容 ● ワークショップ形式のセミナー テーマ ① 新医師臨床研修制度の概要 ② 病院運営における臨床研修の位置づけ ③ カリキュラム作成 ④ 研修医指導を行う院内体制の立ち上げ
会場 ● 東京都内 三井ガーデンホテル蒲田	
定員 ● 48名	
参加費 ● 8万円(宿泊費・食費・資料代を含む)	
申込方法 所定申込書にご使用の上、Fax (03-3237-9366)にてお申し込み下さい。 詳細は全日病HP掲載の案内を参照	



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