

2012.5.29

週刊WEB

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

# 医療経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

慢性心不全患者へのサウナによる和温療法に「適」  
高度医療評価会議、3つの新たな申請技術を評価

厚生労働省

難病に高度医療提供 新・難病医療拠点病院を設置  
難病研究・医療 WG、データベース構築構想

厚生労働省 難病研究・医療ワーキンググループ

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成 24 年 1 月分)

## 3 経営情報レポート

2025 年へのロードマップ  
医療業界の最新動向と今後の展望

## 4 経営データベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 労災保険

労災にあたるかどうかの認定判断のポイント

上司に無断で業務を行っていて発生した災害は業務災害か

## 慢性心不全患者へのサウナによる和温療法に「適」 高度医療評価会議、3つの新たな申請技術を評価

厚生労働省は5月21日、高度医療評価会議を開き、新規申請技術の評価や、協力医療機関の追加などが議題となった。

新たに申請された高度医療技術は、(1) コレステロール塞栓症に対する血液浄化療法、(2) 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療、(3) 慢性心不全に対する和温療法、の3つが挙げられた。

(1) の血液浄化療法は、コレステロール塞栓症患者のうち血管内操作等によって腎機能障害を誘発した患者に対して、「リポソームLA-15（吸着型血漿浄化器）を用いた血液浄化療法と、薬物治療を併用して、腎機能改善が可能かどうかを検証する」というもの。総評では「適」とされている。

(2) の多血小板血漿を用いた皮膚潰瘍治療は、「患者の血液を遠心分離して自己多血小板血漿を作成し、難治性の皮膚潰瘍部に塗布する」という医療技術で、臨床試験の実施体制に不明確な部分があることから、総評では「継続審議」とされている。

(3) の慢性心不全に対する和温療法は、「遠赤外線均等乾式サウナ治療器（和温療法器）を用いて、摂氏60度の乾式サウナ浴を15分間施行した後、出浴後30分間の安静保温を行う」というものである。薬物療法に治療抵抗性の難治性心不全患者に対しても有効で、心不全を包括的に治療する日本発の革新的治療法と考えられている。総評では「適」とされた。

### ■広がる先進医療特約 高額治療など保険対象外カバー

生命保険各社が医療保険の「先進医療特約」を拡充している。高度な医療技術を使い、健康保険の対象外の治療を受けたときの費用を賄うもので、放射線の一種の粒子線を照射するがん治療では300万円前後掛かるといい、先進医療費は年々増加し万一に備えたい人たちのニーズは高い。

先進医療は厚生労働省が認めた高度医療技術の治療で、99種類（4月1日時点）が対象とされており、健康保険はきかず、内容によって実施医療機関も定められている。

厚労省は将来、健康保険の対象にするかを検討するため、例外的に保険診療との併用を認めている。診察や検査などは健康保険が適用されるが、先進医療に関わる費用は全額自己負担。この自己負担分を保障するのが先進医療特約である。

アメリカンファミリー生命保険（アフラック）は、「もっと頼れる医療保険 新EVER」を1月にリニューアルし、先進医療特約を見直した。それまでは医療内容で支払限度額が異なり、通算限度額は700万円であり、改定で1回当たりでも、通算でも限度額を2千万円に拡大した。期間は10年で、特約で本契約に上乗せする保険料は年齢にかかわらず月99円と定められている。

## 難病に高度医療提供 新・難病医療拠点病院を設置 難病研究・医療 WG、データベース構築構想

厚生労働省は5月18日、難病研究・医療ワーキンググループ（WG）を開き、(1) 難病の定義や範囲、(2) 医療費助成、(3) 医療提供体制、(4) 研究、について議論を行った。WGの目的は、厚労省の難病への医療提供を充実する方策を模索し提案する内容を検討し、高度な医療を提供する拠点病院を中心に、地域連携を進めながら、データベース（例・ガン登録）を構築しようという構想だ。

難病では、がん比べて患者数が圧倒的に少なく、当局としては、それだけに全国的なデータベース構築が必要となるものと見込んでいる。

まず(1)の難病の定義・範囲については、難病対策要綱（昭和47年）において「原因不明・治療法未確立、かつ負担が大きい」などとされているが、一方で特定疾患（平成14年）については「症例が少なく、原因不明・治療法未確立、かつ長期療養が必要」とされており、「症例が少ない（希少疾患）」との要件を加味するか否かがポイントとなっている。

もっとも、どのような定義を採用するにしろ、難病では長期療養が必要なため医療費負担が大きくなる。また、難病は症例数こそ少ないが、誰もが発症する可能性がある（原因

不明）ことから、患者の受療を促進し、全国規模で症例を集積・研究する必要がある。

こうした観点から(2)の医療費助成が重要であるが、厚労省は(I)対象疾患すべてに医療費助成を行うべきか、(II)がんなどの他の慢性疾患と比べた場合、助成をどう考えるか、(III)治療の標準化についてどう考えるか、などの検討課題を示している。

また、患者・家族の最大の関心事である(3)の医療提供体制に関しては、(a)すべての難病に対し総合的に高度な医療を提供できる「新・難病医療拠点病院」の設置、(b) aの拠点病院と連携して在宅療養サービス提供医療従事者への人材養成等を担う「難病医療地域基幹病院（仮称）」の整備、(c) bの基幹病院を中心とした2次医療圏ごとの「地域難病医療連絡協議会（仮称）」の設置、(d)極めて稀な疾患に高度専門的な対応を行う「難病治療研究センター（仮称）」の設置、(e)がん登録に倣った「難病患者登録」の実施、などが打ち出されている。

さらに(4)の研究に関しては、「Orphanet（EU）やCDC（米国）などの国際的疾患研究センターとの連携・共同」なども提案されている。

# 病院報告

## 平成 24 年 1 月分概数

### 1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成24年1月	平成23年12月	平成23年11月	平成24年1月	平成23年12月
病院					
在院患者数					
総数	1 295 318	1 285 346	1 292 825	9 972	△7 479
精神病床	303 950	303 914	305 270	36	△1 356
結核病床	2 616	2 740	2 892	△124	△152
療養病床	300 839	300 325	299 441	514	884
一般病床	687 865	678 324	685 181	9 541	△6 857
(再掲)介護療養病床	69 380	69 861	69 884	△481	△23
外来患者数	1 303 969	1 392 105	1 446 429	△88 136	△54 324
診療所					
在院患者数					
療養病床	9 460	9 487	9 622	△27	△135
(再掲)介護療養病床	3 562	3 595	3 632	△33	△37

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。  
 2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

### 2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成24年1月	平成23年12月	平成23年11月	平成24年1月	平成23年12月
病院					
総数	83.3	73.4	82.1	9.9	△8.7
精神病床	88.3	88.0	88.2	0.3	△0.2
結核病床	34.4	34.4	37.1	△0.0	△2.7
療養病床	91.3	90.3	90.3	1.0	0.0
一般病床	79.1	62.0	77.3	17.1	△15.3
介護療養病床	93.5	94.1	94.2	△0.6	△0.1
診療所					
療養病床	67.5	65.2	67.1	2.3	△1.9
介護療養病床	76.2	76.5	77.0	△0.3	△0.5

- 注1) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$   
 2) 病院の総数には感染症病床を含む。

### 3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成24年1月	平成23年12月	平成23年11月	平成24年1月	平成23年12月
病院					
総数	33.5	31.0	31.4	2.5	△0.4
精神病床	321.0	304.5	303.5	16.5	1.0
結核病床	71.4	71.1	73.0	0.3	△1.9
療養病床	181.4	168.7	175.0	12.7	△6.3
一般病床	18.8	17.4	17.6	1.4	△0.2
介護療養病床	326.6	314.3	313.8	12.3	0.5
診療所					
療養病床	107.4	100.1	104.9	7.3	△4.8
介護療養病床	111.2	98.8	100.9	12.4	△2.1

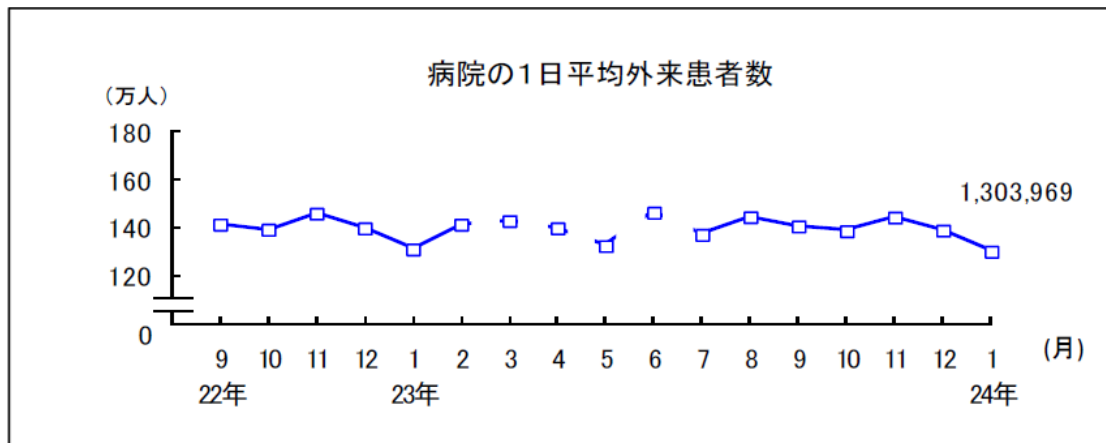
注1) 平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

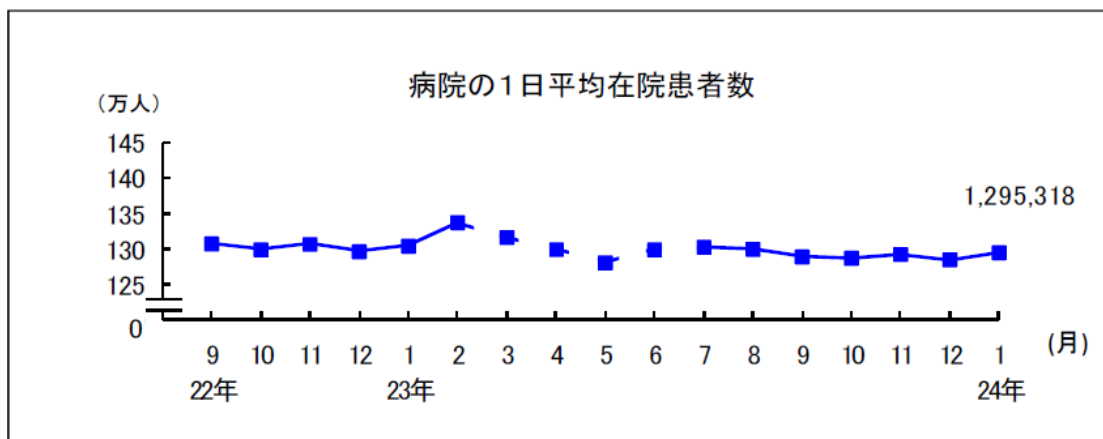
2) 病院の総数には感染症病床を含む。

#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移

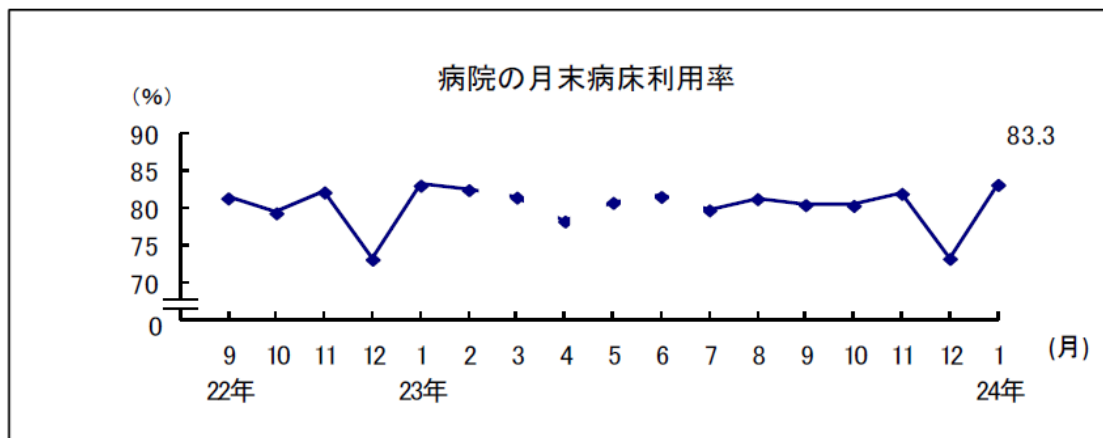
注: 東日本大震災の影響により、平成23年3月分から6月分まで岩手県、宮城県、福島県の一部病院等から報告がなかったことから、前月比較を行っていない。



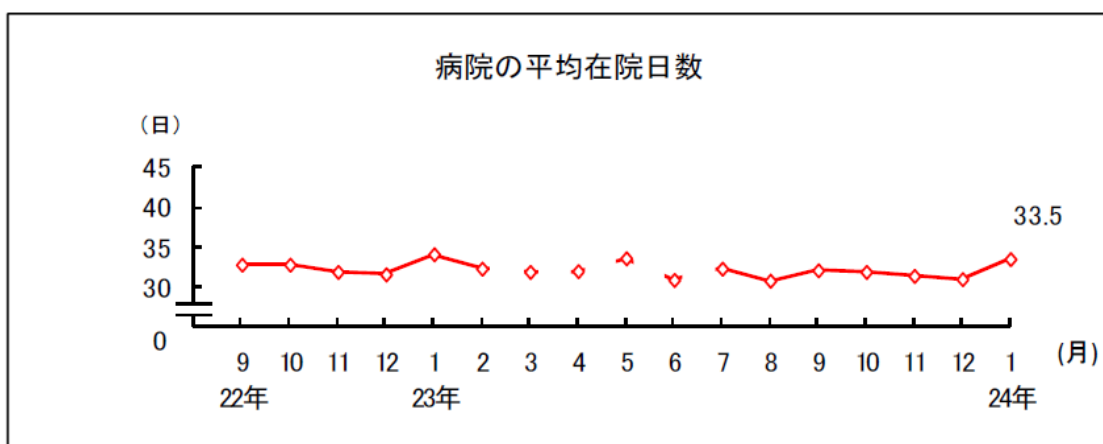
◆ 病院:1日の平均外来患者数の推移



◆ 病院:月末病床利用率の推移



◆ 病院:平均在院日数の推移

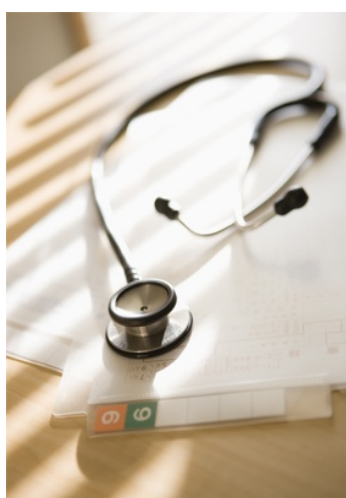


「病院報告(平成24年1月分概数)」の全文は、  
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

# 2025 年へのロードマップ 医療業界の最新動向と今後の展望

## ポイント

- 1 医療・介護保険の現状と今後
- 2 2012 年診療・介護報酬同時改定の視点
- 3 医療と介護の接点～高齢者医療・介護のあり方



<参考>

■盛宮喜氏講演内容を再構成



# 1 医療・介護保険の現状と今後

## ■ 2012 年診療報酬・介護報酬同時改定の位置づけ

### (1) 医療・介護関連制度改定の経緯と背景

1973 年に導入された老人医療費公費負担制度を端緒として、増加し続ける高齢者の医療費財源負担をめぐっては、老人保健制度（1983 年）、介護保険制度（2000 年）の各導入という社会保障制度の大きな改革を経て、2012 年度の診療報酬・介護報酬同時改定を迎えました。

今次の同時改定については、厚生労働省側も「12 年度改定は 2025 年度の社会保障改革に向けた第一歩として検討してきた」と明示したうえで、医療現場においても 25 年度改革を意識した取り組みを要請しています（今次診療報酬改定説明会において同省保険局医療課・迫井正深企画官）。

一方で、介護保険料は上昇の一途にあり、2010 年度介護給付費は総額 7 兆 9308 億円（前年比 4.9%増）、受給者数は 411 万人（月平均）に上っています。

#### ◆ 介護保険料の推移

【第 1 期】	：	2, 9 1 1 円	
【第 2 期】	：	3, 2 9 3 円	< 1 3 % 増 >
【第 3 期】	：	4, 0 9 0 円	< 2 4 % 増 >
【第 4 期】	：	4, 3 3 0 円	< 5. 9 % 増 >
【第 5 期】	：	4, 9 0 0 円	< 1 9 % 増 >

制度開始以降  
保険料は増加  
し続けている

負担は限界に  
近づいている

### (3) 新たな高齢者医療制度の構築へ

社会の高齢化によって、急増する死亡者をどこで看取るか、すなわち国民にとっては「亡くなる場所をどう考えるのか」という問題でもあります。

終末期医療に関する報告（\*）によれば、2000 年現在、病院で亡くなる要介護高齢者は 81% に達している一方で、自宅で亡くなる方は全体の 13.9% に過ぎず、自宅や居住施設など住み慣れた場所で終末期を迎えたいという高齢者の希望に相應していないという現状があります。

（\*）医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」より  
死亡場所を、①病院、②ナースホーム・ケア付き住宅、③自宅、④その他、の 4 つに分類。  
死亡数等は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計・2000 年」を用い、②には介護老人保健施設を含んでいる。

今後は、医療と介護の現場が在宅中心となる傾向が一層強まるため、後期高齢者に係る医療制度の見直しは、2025 年に向けた医療関連政策の重要な柱の一つでもあります。



## 2 2012年診療・介護報酬同時改定の視点

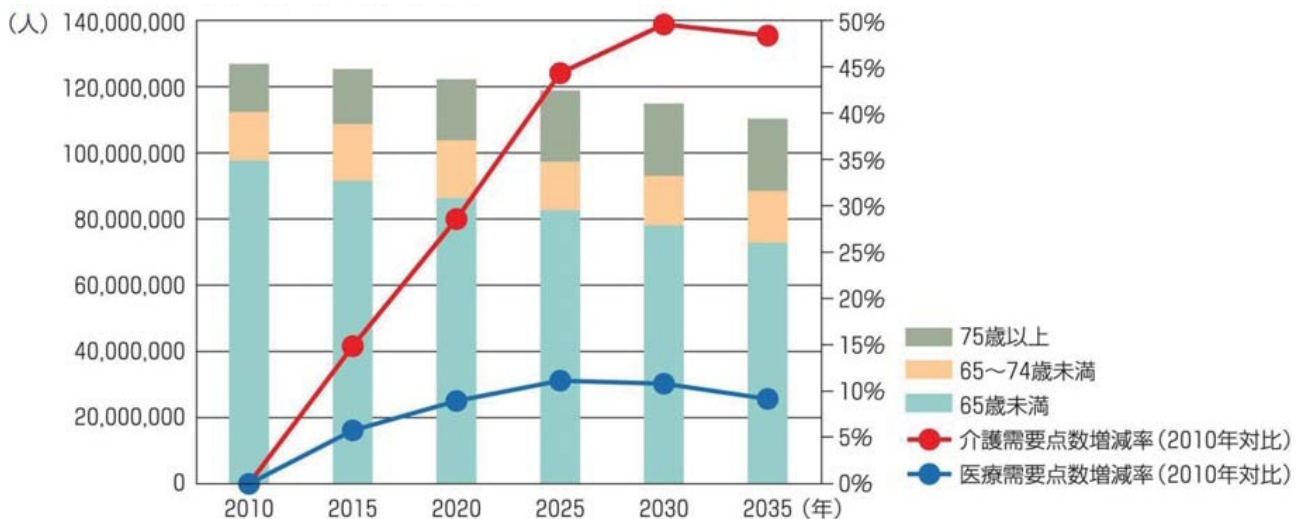
### ■ 2012年同時改定の焦点

2012年診療・介護報酬同時改定は、医療と介護の機能分化と連携強化を目的とし、介護と重なる部分で評価の新設と見直しが行われました。特に在宅医療の重視は、近年の診療報酬改定の柱となっていますが、在宅医療は介護を行う場でもあるにもかかわらず、制度的な手当てが遅れていたという問題があります。よって、今後は介護に比重を移した事業の再編が必要になるといえます。

### (1) 急性期医療の絞り込み

急性期病院であることを目指し、事業の拡大に取り組んできた病院も少なくありませんが、今後は機能や専門性の高さが一層求められるようになります。自院で完結しようとする急性期医療の推進は、今や困難であるといえます。2010年以降の医療・介護需要予測をみると、2015年を機に、医療需要に比べて介護需要が極めて高くなるという推計があります。在宅医療と介護が重なり合う以上、介護との「相乗り」は、診療報酬において今後も増えてくるかもしれません。

### ◆ 全国の医療・介護需要予測 ～2010年からの20年間



出典：国際医療福祉大学大学院 高橋泰 教授 作成資料

### (2) 地域包括医療の強化

「超高齢多死社会」到来という環境変化に対応するためには、医療と介護のネットワークを構築し、急増する高齢者を地域で支える仕組みづくりが必要です。また、「医療は身近な生活圏で行う」という考え方から、地域包括医療の強化を目指しています。このような背景から、医療・介護の提供体制においては、機能を分化し、重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築を目指すという方向性が示されています。

### 3 医療と介護の接点 ～高齢者医療・介護のあり方

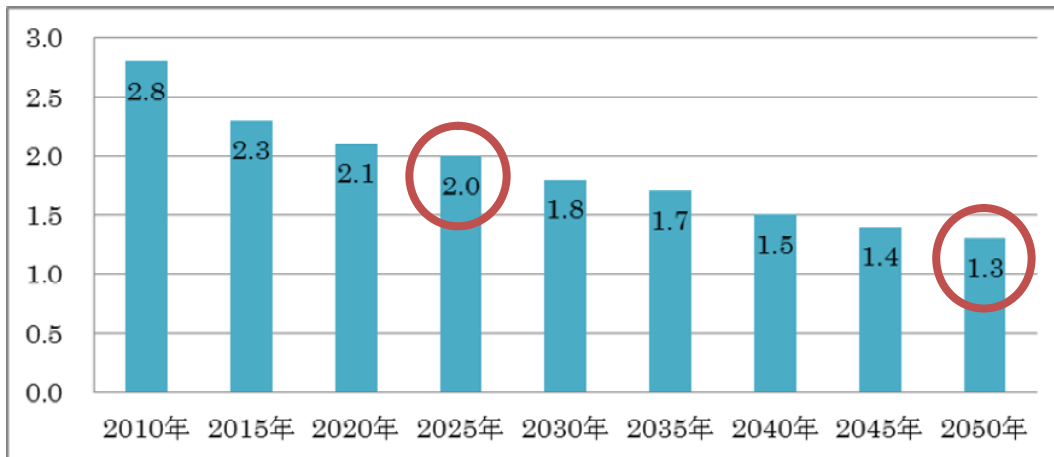
#### ■ 超高齢社会の長期ビジョンが早急に求められている

##### (1) 高齢者社会を支える人口

2015年以降の日本においては、人口・世帯数、および高齢者数ともに減少傾向が強まります。現在は高齢者1人を若年層2.8人で支え、2025年には2.0人で高齢者1人を支える「騎馬戦型」の社会保障制度は、2050年には1.3人で1人の高齢者を支える状況となる推計です。

そのため、高齢者医療制度の見直しのみならず、目先の課題に翻弄されることなく、将来を見据えた長期ビジョンの早急な提示が求められています。

##### ◆ 高齢者1人を支える若年層の推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」  
算出式 = 65歳以上人口 ÷ 生産年齢（15～64歳）人口

##### (2) 政策立案の時間軸 ～2025年までの改革

- 2012年 診療・介護報酬同時改定
- 2013年 第2次医療費適正化計画（60歳 ⇒ 61歳）  
年金支給開始年齢繰り上げ（65歳以上）
- 2015年 団塊の世代が高齢者に
- 2017年 第3次医療費適正化計画
- 2018年 診療・介護報酬同時改定
- 2024年 診療・介護報酬同時改定
- 2025年 年金支給開始年齢 全員65歳以上に到達

2025年に向けた  
対策の最後のチャンス

## ■ 医療提供体制の再整備

### (1) 医療提供体制を考える視点

- 高齢者患者の増加
- 急性疾患 ⇒ 慢性疾患
- 医療から介護へ～施設介護から在宅介護へ
- 国際標準に照らして

### (2) 人材開発

医療提供体制整備に向けて、人材開発は最も重要な要素です。

これに関連し、専門医制度については見直しが進められており、専門医の定義を明確化すべく、厚生労働省検討会が2012年度末に最終報告を行う予定ですが、現状の人材不足を直ちに補うには間に合いません。そのため、プライマリ・ケアの担い手として、次の3つの職種が期待されています。これら職種が増えることで、層が厚くなるからです。

#### ◆ プライマリ・ケアの担い手

① プライマリ・ケア医（総合診療医）	GP（一般診療医）
② 臨床研修医（前期）	2年間
③ 特定看護師（NP）	医師の包括的指示で医療行為の一部を行う

### (3) 介護の充実と高齢者住宅の問題

超高齢化社会の到来と切り離せない問題として、高齢者にふさわしい医療と介護のあり方を考え、当事者である高齢者のニーズに対応できる体制が求められます。

同時に、病院ではなく地域で療養し、生活する高齢者のために備えるべき機能が不可欠です。そのため、地域包括ケアシステムの推進やサービス付高齢者住宅の整備等が進められてきましたが、前者は未だ観念的部分がありマネジメント機能に課題を残していること、また後者はビジネス的視点で事業に進出するケースも多く、しばらくはトラブルが潜在化した状況が続くと考えられます。いずれも、早期に制度が成熟することが望まれます。

さらに、在宅ケアをめぐるのは、比較的健康的に生活できる高齢者のための医療費の使い方についても、検討の余地があります。複合型サービスや看取り機能の強化など、高齢者医療・介護の接点における事業展開は、今後の政策動向を見極めて取り組むことが重要です。

レポート全文は、当事務所のホームページの「[医療経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

# 経営データベース 1

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険

## 労災にあたるかどうかの認定判断のポイント



ある事務職員がパソコン入力作業で腱鞘炎になってしまい、肘を曲げることができないと申し出ました。しかし、パソコンは私生活でも使用しており、これだけで直ちに労災扱いになるとは思えません。労災に該当するかどうかはどのように決められるのでしょうか。



労災認定の判断は、貴院ではなく行政官庁（労働基準監督署）が行うものです。

膨大な量のデータ入力等をパソコンで操作している事務職員の中には、これによって肘に強い痛みなどの症状が出て、腱鞘炎という診断を受けるケースもあります。

医療機関の事務作業場においては、労災として認定される傷病が発生するのは想像しにくいかもしれませんが、職員が労災申請を希望する場合には、貴院としては、傷病に至るまでの経過と事実関係を可能な限り証明してあげることが望ましいでしょう。

### ■労災認定のポイント～業務災害に該当するケース

労災保険では、業務災害及び通勤災害を保護の対象としており、このうち業務災害とは、労働関係から生じた災害、すなわち労働者が労働契約に基づいて使用者の支配下において労働を提供する過程で、業務に起因して発生した災害をいいます。

「業務遂行性」とは、労働者が使用者の支配下にある状態をいい、業務に起因することを「業務起因性」といいます。業務遂行性がなければ業務起因性も成立しない一方で、業務遂行性があれば必ず業務起因性があるとは限りません。

(1) 業務遂行性	事業主の支配下で被災した傷病であるかどうか（＝ 院長・上司指示業務か否か）
(2) 業務起因性	業務に起因して災害が発生し、これが原因となって傷病等が発生したという相当因果関係があるかどうか（＝ 自院で定められた業務が原因になっているか否か） ①労働の場（＝院内・関連施設等）に有害因子が存在していること ②健康障害を起こしうるほどの有害因子にばく露していたこと ③発症の経過および病態

なお、労災の申請が却下された場合には不服申立て（審査請求）を行うことができます。また、審査（一審）の決定に不服があるときには、不服申立て（再審査請求）を行うことができます。さらに、再審査（二審）の裁決に不服があるときには、裁判所に対して不服申立て（訴訟）を行うことができます。いずれも申立期間が限られていますから、期限に対する注意が必要です。

## 経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険



### 上司に無断で行った業務により発生した災害は業務災害か

自分のミスで消去してしまったコンピュータのデータ復旧作業を上司に無断で業務時間外に行っていた職員が、この作業中に院内で誤って階段から転落し足を骨折してしまいました。この場合は業務災害として認められるのでしょうか？



業務遂行中に発生した災害については、被災者の私的行為や天災といった業務起因性を否定するような事実がない限りは、原則的には業務災害として認められます。

しかし、例えば上司の許可を得ずに、所定時間外に行った業務で被災したケースなど、職員が無断で行った業務においては、これが労災として認定されるかどうか問題となります。

本件のような事例では、業務遂行性の判断に関し、「事業主の支配・管理下にあるかどうか＝指示・命令に従ったものか」「業務に従事しているかどうか」の2点において、上司の指揮命令下でない業務を行っていた職員についても、これが認められるのかという点が問題になります。

この点につき、所定時間外に事業主（院長・上司）の命令なく行った業務であっても、事業の円滑な運営のために必要な場合（＝データを復旧しなければ業務が滞る可能性が高いケース）には、事業主の指揮命令下にあるものとして、通常の業務と同様に扱うとされています。

したがって、事業の円滑運営に要する業務であれば、被災したとしても、業務上災害として認定されます。本件のケースでは、業務災害として認められる余地があります。

### ■業務遂行性の判断～無断残業のケース

