

医療と福祉の連携強化による在宅介護サービスの充実

090217 五十嵐

- 在宅介護の現場においては、病状は落ち着いているが、日常的に痰の吸引や経管栄養のような医療的な処置を必要とする要介護高齢者や障がい者への対応が大きな課題となっている。
- 本来的には、専門的な対応を行う看護職（訪問看護や通所療養介護）の活用が望ましいが、慢性状態にあって、在宅での生活をする対象者に対して、全て看護職で対応することは、特に医療職の少ない過疎においては現実的には困難な状況にある。
- 老老介護や働く母親の介護が増えつつあるなか、24時間見守りが必要な状況が続き、サービス利用時以外の負担は小さくない。そのため、訪問看護を受けられない家族からは、介護職が訓練をつむことで慢性状態にある要介護者や障がい者への医療的な処置を実施できるようになることを望んでいる。
- このうち、痰の吸引については、平成17年3月24日の厚生労働省医政局長通知により、当面のやむを得ない措置として、家族と文書で同意するなど一定の条件下に家族以外の者が行うことが認められているが、これは緊急避難措置であり、問題が抜本的に解決されているわけではない。また、経管栄養についてはこの通知では触れられていない。
- 平成16年10月20日の医政局長通知では、盲・聾・養護学校では、看護師が配置されていることを前提に、所要の研修を受けた教員が痰の吸引と並んで経管栄養も行うことが認められており、少なくとも難易度において経管栄養は痰の吸引と区別されるものではないと考えられる。
- このため、医師や看護師との適切な連携のもと、一定の研修を受ける等の条件下に、過疎地において介護職が業として痰の吸引や経管栄養を行うことができるよう、制度的に位置づける。（道州制特区によりモデル的に実施し、その実績を踏まえて全国展開を検討する。）

(改正のポイント)

- ・ 単に「家族以外の者」とするのではなく、「北海道知事が指定する機関が行う研修を修了した介護福祉士」に限定する。（医師会の協力のもとに看護協会が実施する研修を想定。研修費用は受講者負担）
- ・ 研修を修了した介護福祉士は、かかりつけ医の指示書に基づく意看護師の管理のもと、在宅の要介護者等の痰の吸引及び経管栄養を実施する。
- ・ 当該介護福祉士は、かかりつけ医又はその指示を受けた訪問看護職員に対して日報により状況報告を行う。
- ・ かかりつけ医又はその指示を受けた訪問看護職員は、当該介護福祉士が痰の吸引及び経管栄養を適切に処置していることを定期的に実地確認し、必要に応じて介護福祉士を指導する。
- ・ また、かかりつけ医又はその指示を受けた訪問看護職員は、緊急時の連絡・支援体制を確保しなければならない。
- ・ かかりつけ医の指示書、かかりつけ医又はその指示を受けた訪問看護職員が行う実地確認並びに介護福祉士が行う痰の吸引及び経管栄養の処置は、介護保険法における訪問介護（身体介護）、および自立支援法における居宅介護（身体介護）の一部とする。（報酬の増減はない。）

在宅療養患者や障害者に対するたんの吸引の取扱いについて

1 現 状

これまで「たんの吸引」については、医行為とされ、原則、医師や看護職員以外は家族が担ってきたが、患者にとっては、頻繁に「たんの吸引」が必要であることから、家族の負担の軽減を図るために、たんの吸引行為等について、厚労省から通知が出され、家族以外の者による実施について、一定の条件の下で当面やむを得ない措置として許容されている。

- H15.7.17 医政発第 0717001 号厚生労働省医政局通知
「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅医療の支援について」
考え方～家族以外の者による実施は、一定の条件の下では、当面やむを得ない措置として許容
- H16.10.20 医政発第 1020008 号厚生労働省医政局通知
「盲・聾・養護学校における教員によるたんの吸引などの取扱い」
考え方～たんの吸引、経管栄養、導尿については、医師看護師と連携のもと、一部を教員が行うことは、医療安全の確保が確実になるよう一定の要件のもとではやむを得ないもの。
- H17.3.24 医政発第 0324006 号厚生労働省医政局通知
「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」
考え方～ ALS 患者の場合と同様に家族以外の者による実施は、一定の条件下では、当面やむを得ない措置として許容

2 「一定の条件の下」とは（抜粋）

(1) 家族以外の者に対する教育

- 患者・障害者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、家族以外の者に対して、疾患、障害やたんの吸引に関する必要な知識を習得させるとともに、当該患者・障害者についてのたんの吸引方法についての指導を行う。

(2) 患者・障害者との関係

- 患者・障害者は、必要な知識及びたんの吸引の方法を習得した家族以外の者に対してたんの吸引について依頼するとともに、当該家族以外の者が自己のたんの吸引を実施することについて、文書により同意する。

(3) 緊急時の連絡・支援体制の確保

- 家族、在宅患者のかかりつけ医、訪問看護職員、保健所の保健婦等及び家族以外の者等の間で、緊急時の連絡・支援体制を確保する。

○盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(協力依頼)
(抜粋)

(平成16年10月20日)

(医政発第1020008号)

(各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)

医師又は看護職員の資格を有しない教員によるたんの吸引等の実施を許容するための条件

I たんの吸引、経管栄養及び導尿の標準的手順と、教員が行うことが許容される行為の標準的な範囲

たんの吸引、経管栄養及び導尿について、文部科学省のモデル事業等における実績と現在の医学的知見を踏まえると、看護師¹⁾が当該盲・聾・養護学校に配置されていることを前提に、所要の研修を受けた教員が行うことが許容される行為の標準的な範囲は、それぞれ以下の通りである。

1 たんの吸引

(1) 標準的な手順

- ① 深く入りすぎないようにあらかじめチューブを挿入する長さを決めておく。
- ② 適切な吸引圧で、吸引チューブを不潔にしないように、吸引する。
- ③ 咽頭にある痰を取り除くには、鼻腔から吸引チューブを挿入して吸引した方が痰を取り除きやすい場合もある。
- ④ その場合、鼻腔粘膜などを刺激して出血しないようにチューブを入れる方向等に注意しながら挿入する。

(2) 教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割

- ① 咽頭より手前の範囲で吸引チューブを口から入れて、口腔の中まで上がってきた痰や、たまっている唾液を吸引することについては、研修を受けた教員が手順を守って行えば危険性は低く、教員が行っても差し支えないものと考えられる。
- ② 鼻からの吸引には、鼻腔粘膜やアデノイドを刺激しての出血が、まれではあるが生じうる。また、鼻や口からの、咽頭の奥までの吸引を行えば、敏感なケースでは嘔吐・咳込み等の危険性もある。(略) 以上の点を勘案すると、教員は、咽頭の手前までの吸引を行うに留めることが適当であり、咽頭より奥の気道のたんの吸引は、看護師が担当することが適当である。

2 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)

(1) 標準的な手順

- ① 鼻からの経管栄養の場合には、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているか注射器で空気を入れ、胃に空気が入る音を確認する。
- ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合には、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことの確認を行う。
- ③ 胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量を確認、胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断する。
- ④ あらかじめ決められた注入速度を設定する。

- ⑤ 楽な体位を保持できるように姿勢の介助や見守りを行う。
 - ⑥ 注入終了後、微温湯を注入し、チューブ内の栄養を流し込む。
- (2) 教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割
- ① 鼻からの経管栄養の場合、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があり、看護師が行うことが適当である。
 - ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養は、鼻からの経管栄養に比べて相対的に安全性が高いと考えられるが、胃ろう・腸ろうの状態に問題のないことの確認は看護師が行うことが必要である。
 - ③ 経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、看護師が行うことが望ましいが、開始後の対応は多くの場合は教員によっても可能であり、看護師の指示の下で教員が行うことは許容されるものと考えられる。

3 導尿

(略)

II 非医療関係者の教員が医行為を実施する上で必要であると考えられる条件

- 1 保護者及び主治医の同意
 - (略)
 - 2 医療関係者による的確な医学管理
 - (略)
 - 3 医行為の水準の確保
 - ⑦ 看護師及び実施に当たる教員が必要な知識・技術に関する研修を受けていること
 - ⑧ 特定の児童生徒等の特定の医行為についての研修を受け、主治医 2) が承認した特定の教員が実施担当者となり、個別具体的に承認された範囲で行うこと
 - (略)
 - 4 学校における体制整備
 - ⑩ 学校長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、学校長の統括の下で、関係者からなる校内委員会が設置されていること
 - ⑪ 看護師が適正に配置され、児童生徒等に対する個別の医療環境に関与するだけでなく、上記校内委員会への参加など学校内の体制整備に看護師が関与することが確保されていること
 - (略) (略)
 - 5 地域における体制整備
 - ⑯ 医療機関、保健所、消防署等地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること
 - (略)
- 1) 盲・聾・養護学校における業務にかんがみ、重度障害児の看護に経験を有する看護師が配置されていることが望ましい(重度障害児の看護に十分な知識・経験のある保健師、助産師及び准看護師を含む。)。
- 2) 学校が依頼し、主治医の了承の下に指導を行う「指導医」がいる場合は「指導医」を含む。

○在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて

(平成 17 年 3 月 24 日 医政発第 0324006 号)

(各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)

我が国では、疾病構造の変化や医療技術の進歩を背景に、医療機関内だけでなく、家庭、教育、福祉の場においても医療・看護を必要とする人々が急速に増加しており、特に、在宅で人工呼吸器を使用する者等の増加により、在宅でたんの吸引を必要とする者が増加している。

このような中で、在宅の ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者のたんの吸引については、すでに「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」(以下「ALS 分科会」という。)の報告書を踏まえた「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」(平成 15 年 7 月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知)により、ALS 患者の在宅療養の現状にかんがみれば、在宅 ALS 患者に対する家族以外の者によるたんの吸引の実施については、一定の条件の下では、当面のやむを得ない措置として許容されるとの考えを示したところである。

ALS 分科会では在宅の ALS 患者について検討されたが、この度、「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究(平成 16 年度厚生労働科学研究費補助事業)」(座長:樋口範雄東京大学教授、主任研究者:島崎謙治国立社会保障・人口問題研究所副所長)において、ALS 以外の在宅の療養患者・障害者(以下「患者・障害者」という。)に対するたんの吸引について医学的・法律学的な観点からの検討が行われ、このほど報告書「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いに関する取りまとめ」(平成 17 年 3 月 10 日)(概要は別添を参照)が取りまとめられた。

同報告書では、たんの吸引は医行為であるとの前提に立ち、専門的排たん法を実施できる訪問看護を積極的に活用すべきであるが、ALS 患者の場合と同様に、たんの吸引を行っている家族の負担を緊急に軽減する必要等があること、また、ALS 患者に対して認められている措置が、同様の状態にある者に合理的な根拠もなく認められないとすれば、法の下の平等に反することから、ALS 患者に対するたんの吸引を容認する場合と同様の条件の下で、家族以外の者がたんの吸引を実施することは、当面のやむを得ない措置として容認されるものと整理されている。

同報告書で取りまとめられたとおり、患者・障害者のたんを効果的に吸引でき、患者の苦痛を最小限にし、吸引回数を減らすことができる専門的排たん法を実施できる訪問看護を積極的に活用すべきであるが、頻繁に行う必要のあるたんの吸引のすべてを訪問看護で対応していくことは現状では困難であり、24 時間休みのない家族の負担を軽減することが緊急に求められていることから、ALS 患者に対するたんの吸引を容認するのと同様の下記の条件の下で、家族以外の者がたんの吸引を実施することは、当面のやむを得ない措置として許容されるものと考える。

貴職におかれでは、同報告書の趣旨を御了知の上、関係部局間の連携を密にし、管内の市町村(特別区を含む。)、関係機関、関係団体等に周知するとともに、たんの吸引を必要とする者に対する療養環境の整備や相談支援等について御協力願いたい。

なお、今回の措置の取扱いについては、ALS 患者に対する措置の見直しと同時に、その実施状況や療養環境の整備状況等について把握した上で見直される必要があることを申し添える。

記

1 療養環境の管理

- 入院先の医師は、患者・障害者の病状等を把握し、退院が可能かどうかについて総合的に判断を行う。
- 入院先の医師及び看護職員は、患者・障害者が入院から在宅に移行する前に、当該患者・障害者について、家族や患者・障害者のかかりつけ医、看護職員、保健所の保健師等、家族以外の者等患者・障害者の在宅療養に関わる者の役割や連携体制などの状況を把握・確認する。
- 入院先の医師は、患者や家族に対して、在宅に移行することについて、事前に説明を適切に行い、患者・障害者の理解を得る。
- 入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び看護職員は、患者・障害者の在宅への移行に備え、医療機器・衛生材料等必要な準備を関係者の連携の下に行う。医療機器・衛生材料等については、患者・障害者の状態に合わせ、必要かつ十分に患者に提供されることが必要である。
- 家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、看護職員、保健所の保健師等、家族以外の者等患者の在宅療養に関わる者は、患者・障害者が在宅に移行した後も、相互に密接な連携を確保する。

2 患者・障害者の適切な医学的管理

- 入院先の医師や患者・障害者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、当該患者について、定期的な診療や訪問看護を行い、適切な医学的管理を行う。

3 家族以外の者に対する教育

- 入院先の医師や患者・障害者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、家族以外の者に対して、疾患、障害やたんの吸引に関する必要な知識を習得させるとともに、当該患者・障害者についてのたんの吸引方法についての指導を行う。

4 患者・障害者との関係

- 患者・障害者は、必要な知識及びたんの吸引の方法を習得した家族以外の者に対してたんの吸引について依頼するとともに、当該家族以外の者が自己のたんの吸引を実施することについて、文書により同意する。なお、この際、患者・障害者の自由意思に基づいて同意がなされるよう配慮が必要である。

5 医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施(別添の別紙2参照)

- 適切な医学的管理の下で、当該患者・障害者に対して適切な診療や訪問看護体制がとられていることを原則とし、当該家族以外の者は、入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員の指導の下で、家族、入院先の医師、患者・障害者のかかりつけ医及び訪問看護職員との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を密にして、適正なたんの吸引を実施する。
- この場合において、気管カニューレ下端より肺側の気管内吸引については、迷走神経を刺激することにより、呼吸停止や心停止を引き起こす可能性があるなど、危険性が高いことから、家族以外の者が行うたんの吸引の範囲は、口鼻腔内吸引及び気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度とする。特に、人工呼吸器を装着している場合には、気管カニューレ内部までの気管内吸引を行う間、人工呼吸器を外す必要があるため、安全かつ適切な取扱いが必要である。

- 入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、定期的に、当該家族以外の者がたんの吸引を適正に行うことができていることを確認する。

6 緊急時の連絡・支援体制の確保

- 家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、訪問看護職員、保健所の保健師等及び家族以外の者等の間で、緊急時の連絡・支援体制を確保する。

安心と希望の介護ビジョン（概要）

平成20年11月20日

超高齢社会を迎える中で、見る見る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を見据えて取り組むべき施策を提言する。

① 高齢者自らが安心と希望まで生き方を選択肢を持ち、人とつながりを持つ生きていける社会を創るために

- ① コミュニティ・ワーク・コーディネーター（仮称）の輩出
- ② 地域の高齢者が「求めていいること」「叶いたいこと」「なりたいこと」「やがてやめたいこと」を地域から集め、先進的事例や様々なノウハウを修習できる機会を提供
- ③ 地域包括支援センターのコミュニケーション機能の強化

② 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために

- ① 在宅生活を支援するサービスの基盤整備
- ② 在宅生活支援リハビリテーションの強化
- ③ 医療と介護の連携強化
- ④ 認知症対応の充実した高齢者住宅等の整備
- ⑤ 地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備

③ 介護従事者にとどまらず、介護の土俵にとどまらないかいを持つ取り組み続けていくために

- ① 各事業所における介護従事者の待遇に関する情報の積極的な公表の推進
- ② 介護従事者が誇りとやりがいをもつて働くことができる環境の整備
- ③ 介護従事者の処遇改善に貢献する介護報酬の設定、フードライフルシステムへの取組、資格や経験等による報酬の差別化の推進等
- ④ 介護従事者の育成・育成従事者の確保・育成

第2回

介護労働者の確保・定着に関する研究会

ヒアリング提出資料

日時:平成 20 年 4 月 25 日

社団法人 全国老人福祉施設協議会

入所者の重度化

要介護度は H14:3.52 → H18:3.78
職員配置は H14:2.21:1 ⇒ H18:2.15:1と増加

☆重度化に伴い、医療処置の必要な利用者も増加

経管栄養・胃ろう処置	: 12.0%
喀痰の吸引処置	: 10.2%
褥瘡・創傷の処置	: 23.1%

全老施協「特養の医療機能に関する調査研究」報告書より

施設における介護職の実態

福祉施設における医療ニーズの環境の変化

- ・ 入所者の重度化に伴い、医療ニーズをもつた入所者の増加。
- ・ 今後、療養病床再編の影響により、医療の必要性を持つた要介護高齢者が急増する可能性がある。
- ・ 日中、夜間を通じて、人員配置のほとんどを占める介護職は、医療関連行為が現行法令上行うことが出ない。
- ・ しかし、入所者の重度化が進む中で、「痰の吸引」「胃ろう等の経管処置」「褥瘡や創傷等の皮膚疾患など」日常的に医療管理を必要とする入所者の割合が増加している。
- ・ 結果、介護職の不安要因を増大させている。

■社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）

（定義）

- 第二条 この法律において「社会福祉士」とは、第二十八条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。）を業とする者をいう。
- 2 この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

（登録）

- 第四十二条 介護福祉士となる資格を有する者が介護福祉士となるには、介護福祉士登録簿に、氏名、生年月日その他厚生労働省令で定める事項の登録を受けなければならない。

■医師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百一号）

- 第十七条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

■保健師助産師看護師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百三号）

- 第五条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

- 第三十一条 看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

- 2 保健師及び助産師は、前項の規定にかかわらず、第五条に規定する業を行うことができる。

■介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）

第八条 この法律において「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売をいい、「居宅サービス事業」とは、居宅サービスを行う事業をいう。

2 この法律において「訪問介護」とは、要介護者であって、居宅（老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の六に規定する軽費老人ホーム、同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム（第十一項及び第十九項において「有料老人ホーム」という。）その他の厚生労働省令で定める施設における居室を含む。以下同じ。）において介護を受けるもの（以下「居宅要介護者」という。）について、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの（夜間対応型訪問介護に該当するものを除く。）をいう。

（略）

4 この法律において「訪問看護」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要な程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

■介護保険法施行令（平成十年十二月二十四日政令第四百十二号）

（法第八条第二項及び第八条の二第二項の政令で定める者）

第三条 法第八条第二項及び第八条の二第二項の政令で定める者は、次の各号に掲げる研修の課程を修了し、それぞれ当該各号に定める者から当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者（以下この条において「養成研修修了者」という。）とする。

- 一 都道府県知事の行う介護員の養成に関する研修 当該都道府県知事
- 二 都道府県知事が指定する者（以下この条において「介護員養成研修事業者」という。）の行う研修であって厚生労働省令で定める基準に適合するものとして都道府県知事の指定を受けたもの（以下この条において「介護員養成研修」という。） 当該介護員養成研修事業者

■介護保険法施行規則（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十六号）

（法第八条第二項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話）

第五条 法第八条第二項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話は、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（居宅要介護者（同項に規定する居宅要介護者をいう。以下同じ。）が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。第十七条の五において同じ。）、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする。

（法第八条第四項の厚生労働省令で定める基準）

第六条 法第八条第四項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、居宅において看護師又は次条に規定する者が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を要することとする。

(法第八条第四項 の厚生労働省令で定める者)

第七条 法第八条第四項の厚生労働省令で定める者は、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士とする。

(法第八条第五項の厚生労働省令で定める基準)

第八条 法第八条第五項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、居宅において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要することとする。

病診連携について

「病診連携」とは、具体的な定義はないが、病院と診療所とが機能分担・相互連携しながら、患者に対して効率的・合理的な医療サービスを提供するものであり、次のような取組が行われている。

1 患者の紹介、逆紹介

- 診療所の医師（かかりつけ医）が、特別な検査や診療が必要と判断した場合、先進的機器を備えた病院を紹介すること。
病院は、紹介された患者の検査や診察を優先的に行うほか、その結果をかかりつけ医にフィードバックする。
- 逆紹介とは、治療等により症状が安定し、退院等をする患者に対し、かかりつけ医や住まいの近くの診療所を、病院が紹介すること。

2 開放病床

- かかりつけ医が紹介した患者が入院した際に、病院の医師と共同でその病院に勤務しない当該かかりつけ医が診療等にあたることができる病床のこと。

3 病院の医療機器等の開放

- M R I や C T など高度医療機器及び高度な検査機器をその病院に勤務しない医師等の検査等に使わせること。

4 診療支援

- 診療所の開業医が、診療所の診療時間外に病院で診療にあたること。

「公立病院のオープン化に係る医師標準数に特例」に係る論点整理

【提案の趣旨】

- 病院における医師の現員数が、医療法 § 21 の規定により有しなければならない医師の配置標準数を下回る（以下、「標欠」という。）と、診療報酬の入院基本料が削減される場合がある。
- 医師の配置標準数を算定する際には、「入院患者数」には開放病床の入院患者数がカウントされるが、医師の現員数を算定する際には、開放病床で病院の医師と共同で診療にあたるかかりつけ医の人数はカウントされない。
- このため、実際に開放病床で診療にあたっているかかりつけ医も現員数にカウントできるようにする。

1 現 状

- 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数並びに入院基本料の算定方法について」（平成 20 年保医発第 0328001 号）に基づき、医療法標準による医師等の員数の基準と入院基本料の算定方法については、次のように規定されている。

	医師又は歯科医師の員数の基準	
	70／100	50／100
離島等所在保険医療機関以外	90／100	85／100
離島等所在保険医療機関	98／100	97／100

※ 1 医師の基準の分母は、医療法 § 21 ① Ⅰ の規定により有しなければならない厚生労働省令に定める医師の員数。

【算定式】（医療法 § 21 ① Ⅰ、同法施行規則 § 19）

$$\text{（精神病床及び療養病床の入院患者数）} \times 1/3$$

$$+ \text{（精神病床及び療養病床以外の入院患者数）}$$

$$+ \text{（外来患者数）} \times 1/2.5 = A$$

① A が 52 までは 医師：3 人

② A が 52 を超える 医師：((A - 52) \times 1/16) + 3 人

△
＜上記の算式には、開放病床の入院患者数が含まれる。＞

※ 2 分子となる医師の現員の計算方法は医療法の例による、とされており、「医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査要綱」（平成 13 年 6 月厚生労働省）において、病院の医師の実員数に算入する医師は、その病院に勤務する常勤医師及び非常勤医師とされている。

△
＜上記には、開放病床で診療等を行うかかりつけ医は含まれない。＞

2 論 点

- (1) かかりつけ医は、病院との雇用契約がなく、開放病床では自己の患者の診療しか行わないこと、また、その診療に対し、かかりつけ医が所属する診療所に診療報酬（1人1日につき350点）が支払われている中で、その医師を病院の現員数に算入することの妥当性

↓

病院の医師配置標準数の算定と開放病床の取組は別個のものであるとの意見

- (2) 医師の遍在など地域医療を取り巻く環境が厳しさを増す中で、病院と診療所が連携し、それぞれが機能分担を図りながら、地域における患者の安全や医療の確保に向けて取り組んでいる、という地域の実情を勘案し、算定方法の分母においては開放病床の入院患者が含まれていることから、分子においても開放病床で実際に診療を行っているかかりつけ医を病院の現員数（非常勤医師扱い）に含まれるようにすることの妥当性

↓

病院と診療所が連携し、患者が安心して医療を受けられるシステムとして開放病床に取り組んでいるものであり、地域が開放病床に熱心に取り組むことにより、入院基本料のカットなど不利益につながることとならないようにすべきとの意見

3 対応方向案

- 論点（2）の方が、地域医療を確保する取組を支援するという観点から、望ましいものと思われるが、開放病床の入院患者1名に対し、病院の医師1名とかかりつけ医1名がダブルカウントされることとなるほか、診療所の医師であるかかりつけ医を病院の医師数にカウントすることにより、診療所における医師の配置との問題が生じる可能性もある。
- このため、開放病床は病院と診療所が共同で患者の診察等を行うものであることから、開放病床に係る入院患者数については、医師の配置標準数の算定式における「精神病床及び療養病床以外の入院患者数」から切り離し、「開放病床の入院患者数×1/2」として算入することが考えられるのではないか。

【新たな算定式】

$$\begin{aligned} & (\text{精神病床及び療養病床の入院患者数}) \times 1/3 \\ & + (\text{精神病床、療養病床及び開放病床以外の入院患者数}) \\ & + (\text{開放病床の入院患者数}) \times 1/2 \\ & + (\text{外来患者数}) \times 1/2.5 = A \\ & \text{① } A \text{ が } 52 \text{ までは } \text{ 医師: } 3 \text{ 人} \\ & \text{② } A \text{ が } 52 \text{ を超える } \text{ 医師: } \{ (A - 52) \times 1/16 \} + 3 \text{ 人} \end{aligned}$$

医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱
(平成13年6月 厚生労働省医薬局、医政局)

II 第1表(施設表)作成要領

(8) 許可病床数及び1日平均入院患者数

- 許可病床数の欄には、医療法第7条の規定に基づいて許可を受けた病床数を記入する。

(14) 従業者数

- 「医師」、「歯科医師」欄については、医師(歯科医師)の免許を有し、診療に従事する者(研修医も含む。ただし、特定機能病院については、免許取得後2年以上経過していない医師を除く。)の数を、別紙「常勤医師等の取扱いについて」の3に基づき、それぞれ常勤又は非常勤の欄に計上し、「薬剤師」欄以降の各欄についても同様に、常勤、非常勤別に計上する。

別紙

常勤医師等の取扱いについて

3 常勤医師の定義と長期休暇者の扱い

(1) 常勤医師とは、原則として病院で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する者をいう。

ア 病院で定めた医師の勤務時間は、就業規則などで確認すること。

イ 通常の休暇、出張、外勤などがあっても、全てを勤務する医師に該当するのは当然である。

(2) 病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。

(3) 検査日現在、当該病院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者(3ヶ月を超える者。予定者を含む。)については、理由の如何を問わず医師数の算定には加えない。

ただし、労働基準法で取得が認められている産前・産後休暇(産前6週間・産後8週間・計14週間)を取得している者については、長期にわたって勤務していない者には該当しない取扱いとする。

(略)

保医発第0328001号
平成20年3月28日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」
及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」等の一部改正について

標記については、「診療報酬の算定方法を定める件」（平成20年厚生労働省告示第59号）等が公布され、平成20年4月1日より適用されること、及び後期高齢者医療制度の創設等を内容とする健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）の一部が平成20年4月1日より施行されることに伴い、下記の通知の一部を別添1から別添4のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添1 「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」」（平成18年3月13日保医発第0313003号）の一部改正について

別添2 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」（平成18年3月23日保医発第0323003号）の一部改正について

「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」（平成18年3月23日保医発第0323003号）の一部改正について

第2 医師又は歯科医師の員数の基準及び入院基本料の算定方法

1 離島等所在保険医療機関以外の場合

2に該当する保険医療機関以外の保険医療機関であって、別紙2に規定する基準に該当するものについては、医科点数表又は歯科点数表に規定する入院基本料の所定点数に、別紙2の各欄に規定する数を乗じて得た点数とする。

2 離島等所在保険医療機関の場合

次に掲げる地域を含む市町村に所在する保険医療機関（以下「離島等所在保険医療機関」という。）であって、別紙2に規定する基準に該当するものについては、医科点数表又は歯科点数表に規定する入院基本料の所定点数に、別紙2の各欄に規定する数を乗じて得た点数とする。

- ア 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項に基づいて指定された離島振興対策実施地域
- イ 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第88号）第2条第1項に規定する辺地
- ウ 山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項に基づいて指定された振興山村
- エ 過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第2条第1項に基づいて公示された過疎地域

別紙2

1 医療法標準による医師等の員数の基準と入院基本料（第3の3により届出された入院基本料及び特別入院基本料を含む。）の算定方法

	医師又は歯科医師の員数の基準	
	70／100以下	50／100以下
離島等所在保険医療機関以外の場合	90/100	85/100
離島等所在保険医療機関の場合	98/100	97/100

2 1に関する計算方法

- (1) 医師の基準の分母は、医療法第21条第1項第1号又は第22条の2第1号の規定により有しなければならない厚生労働省令に定める医師の員数とする。
- (2) 歯科医師の基準の分母は、医療法第21条第1項第1号又は第22条の2第1号の規定により有しなければならない厚生労働省令に定める歯科医師の員数とする。
- (3) 第1の2の措置を受けている保険医療機関にあっては、医療法による(1)及び(2)の員数の計算の基礎となる通常の平均入院患者数に代えて、当該数に80/100を乗じて得た数をもって医師等の員数を計算して得られた数とする。
- (4) (1)から(3)について分子となる医師又は歯科医師の現員の計算方法は、医療法の例による。

■診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）

B002 開放型病院共同指導料(Ⅰ) 350点

- 注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。

B003 開放型病院共同指導料(Ⅱ) 220点

- 注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

■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 厚生労働省保険局医療課長）

B002 開放型病院共同指導料(Ⅰ)、B003 開放型病院共同指導料(Ⅱ)

- (1) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に1人の患者に1日につき1回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。
- (2) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「C000」往診料及び区分番号「C001」在宅患者訪問診療料等は算定できない。
- (3) 診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定できる。
- (4) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。
- (5) 開放型病院共同指導料(Ⅱ)は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合に、開放型病院において算定する。

■特掲診療料の施設基準等(平成二十年厚生労働省告示第六十三号)

第二 施設基準の通則

- 一 地方社会保険事務局長に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行つたことがないこと。

(略)

第三 医学管理等

四の二 開放型病院共同指導料(I)の施設基準

- (1) 病院であること。
- (2) 当該病院が当該病院の存する地域のすべての医師又は歯科医師の利用のために開放されていること。
- (3) (2)の目的のための専用の病床が適切に備えられていること。

■特掲診療料の施設基準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0305003号 厚生労働省保険局医療課長)

別添1

第8 開放型病院共同指導料

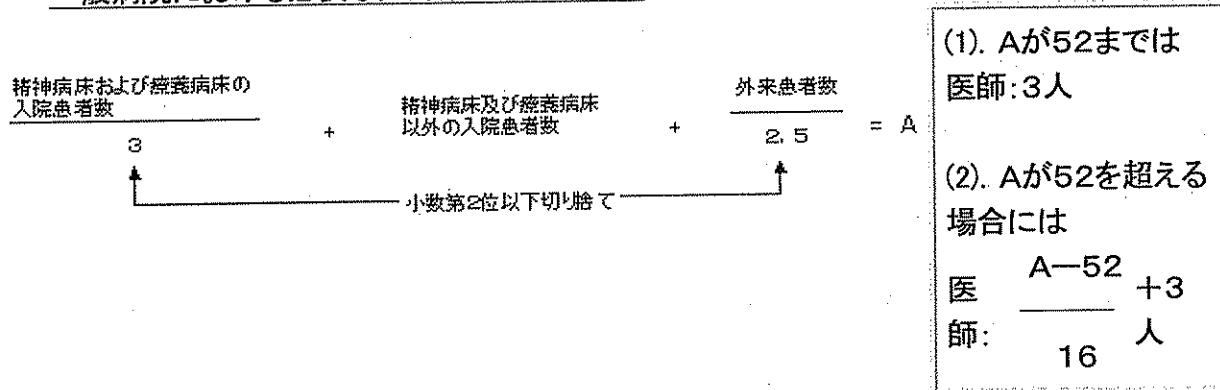
1 開放型病院共同指導料に関する施設基準

- (1) 当該病院の施設・設備の開放について、開放利用に関わる地域の医師会等との合意(契約等)があり、かつ、病院の運営規定等にこれが明示されていること。
- (2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。
 - ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係はない)20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録しているか、又は当該地域の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。
 - イ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること、又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)
- (3) 開放病床は概ね5床以上あること。
- (4) 次の項目に関する届出前30日間の実績を有すること。
 - ア 実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が、開放病床を利用した実績がある。
 - イ これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。
 - ウ 次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が2割以上である。ただし、地域医療支援病院においてはこの限りではない。
$$\text{開放病床利用率} = \frac{\text{(30日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数)}}{\text{(開放病床} \times 30\text{日間})}$$
- (5) 地域医療支援病院にあっては、上記(2)から(5)までを満たしているものとして取り扱う。

医師の配置標準について

○ 医療法施行規則第19条に基づく必要な医師数の算定方法について

一般病院における必要な医師数に係る算定式



○ 医師配置標準に係る特例措置について

(1) 医師配置標準の特例措置に係る都道府県知事の許可

都道府県知事は、次の要件の全てに該当する病院からの申請により、都道府県医療審議会の意見を聞いて、当該病院に係る医師定員の暫定的変更を許可できるものとする。

- (1) へき地等(注1)を有する市町村又はこれに準ずる市町村(注2)の区域内に所在すること
- (2) 地域医療に不可欠な医療機関であること
- (3) 医師確保の努力をしているが、医師の確保が相当程度困難と認められること(医師配置標準に対する充足率が60%を下回っている等)
- (4) 医師確保、病院機能の見直し等の計画が策定されていること

(注1)ここでいう「へき地等」とは次に掲げる地域とする。

- イ、 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- ロ、 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地
- ハ、 山村振興法の規定により振興山村として指定された山村
- ニ、 過疎地域自立促進特別法に規定する過疎地域

(注2)人口当たりの医師数が全国平均を下回っている市町村

(2) 医師配置標準の特例措置

(1)の許可を受けた病院については、許可時から3年間、特例的に、当該病院の医師配置標準を現行の算定式の90%相當に緩和する。

(注)ただし、医師3人(療養病床数が全病床数の50%を超える病院については2人)という病院に置くべき最低の員数については、緩和しない。

■医療法（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）

第二十一条 病院は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。

- 一 当該病院の有する病床の種別に応じ、厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、看護師その他の従業者

（略）

第二十三条の二 都道府県知事は、病院又は療養病床を有する診療所について、その人員の配置が、第二十一条第一項（第一号に係る部分に限る。）又は第二項（第一号に係る部分に限る。）の規定に基づく厚生労働省令で定める基準に照らして著しく不十分であり、かつ、適正な医療の提供に著しい支障が生ずる場合として厚生労働省令で定める場合に該当するときは、その開設者に対し、期限を定めて、その人員の増員を命じ、又は期間を定めて、その業務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。

■医療法施行規則（昭和二十三年十一月五日厚生省令第五十号）

第十九条 法第二十一条第一項第一号の規定による病院に置くべき医師、歯科医師、看護師その他の従業者の員数の標準は、次のとおりとする。

- 一 医師 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を二・五（耳鼻いんこう科又は眼科については、五）をもつて除した数との和（以下この号において「特定数」という。）が五十二までは三とし、特定数が五十二を超える場合には当該特定数から五十二を減じた数を十六で除した数に三を加えた数二～三 （略）

四 看護師及び准看護師 療養病床、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を四をもつて除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を三をもつて除した数とを加えた数（その数が一に満たないときは一とし、その数に一に満たない端数が生じたときは、その端数は一として計算する。）に、外来患者の数が三十又はその端数を増すごとに一を加えた数。ただし、産婦人科又は産科においてはそのうちの適当数を助産師とするものとし、また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができます。

（略）

第二十二条の四の二 法第二十三条の二に規定する適正な医療の提供に著しい支障が生ずる場合として厚生労働省令で定める場合は、医師、歯科医師、看護師その他の従業者の員数が第十九条又は第二十一条の二に規定する員数の標準の二分の一以下である状態が二年を超えて継続している場合であつて、都道府県医療審議会が法第二十三条の二の規定により都道府県知事が措置を探ることが適當であると認める場合とする。

第五十条 都道府県知事は、当分の間、次に掲げる要件のすべてに該当する病院から法第七条第二項の許可の申請（第一条の十四第一項第八号に掲げる事項のうち医師の定員を三年間に限つて減じようとするものに限る。）があつたときは、第十九条第一項第一号の規定にかかわらず、都道府県医療審議会の意見を聴いて、

法第七条第二項の許可をすることができる。

- 一 次に掲げる地域をその区域内に有する市町村又はこれに準ずる市町村の区域に所在する病院であること。
 - イ 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
 - ロ 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和三十七年法律第八十八号）第二条第一項に規定する辺地
 - ハ 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村
 - 二 過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域
 - 二 その所在する地域における医療提供施設の整備の状況等からみて、当該地域の医療を確保する上で当該病院が不可欠であると認められる病院であること。
 - 三 必要な医師を確保するための取組を行つているにもかかわらず、なお医師の確保が著しく困難な状況にあると認められる病院であること。
- 2 前項の規定による申請をするには、申請書に医師の確保に向けた取組、病院の機能の見直し等当該病院における医師の充足率（当該病院が現に有する医師の員数の第十九条第一項第一号の規定により当該病院が有すべき医師の員数の標準に対する割合をいう。）の改善に向けた取組を記載した計画書を添付しなければならない。
- 3 第一項の規定により法第七条第二項の許可を受けた病院については、当該許可を受けた日から起算して三年を経過する日までの間は、第十九条第一項第一号中「三を加えた数」とあるのは、「三を加えた数に十分の九を乗じた数（その数が三に満たないときは三とする。）」とする。
- 4 第一項の規定により法第七条第二項の許可を受けた病院であつて、前条の規定の適用を受けるものについては、前項中「第十九条第一項第一号」とあるのは「第四十九条」と、「三を加えた数」とあるのは「二を加えた数」と、「三を加えた数に十分の九を乗じた数（その数が三に満たないときは三とする。）」とあるのは「二を加えた数に十分の九を乗じた数（その数が二に満たないときは二とする。）」とする。
- 5 第一項の規定により法第七条第二項の許可を受けた病院であつて、平成十三年改正省令附則第十五条、第十六条第二項又は第十七条の規定の適用を受けるものについては、第一項及び第三項中「第十九条第一項第一号」とあるのは、「平成十三年改正省令附則第十五条第一号、第十六条第二項第一号又は第十七条第一号」とする。

