



全日病 NEWS 4/1

21世紀の医療を考える全日病 2006

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/佐々英達
〒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.637 2006/4/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「夜勤看護体制」届出手続きを弾力運用

72時間規定 4月は計画書提出で受理。7月に4～6月実績報告で可

第86回定期代議員会と第75回定期総会が3月25日、東京都内で開催され、両会とも、2006年度事業計画案および予算案をともに満場一致で承認した。

代議員会において、今改定で実施された、夜間勤務等看護加算の廃止および同算定要件の入院基本料要件への組み入れに関する詳細を明らかにした3月6日付医療課長通知(「基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」)に、1人月平均夜勤時間を72時間以内とすることなど、看護職員配置にゆとりのない中小病院を大幅減収と減床に追い込みかねない施策が書き込まれた件で、全日病として、その運用緩和を求める要望活動に取り組んだ結果、一定の見直しが実現されたことが報告された。

緩和の内容は、①4月14日届出においては4月末までに基準を満たす内容の病棟運営計画書を提出することによって受理が可能、②4月実績が未達成の場合はあらかじめ6月までの病棟運営計画書を提出し、3ヵ月間の平均で実績を確保する、というもの。

厚労省は3月23日付で入院基本料届出に関する疑義解釈資料を地方保険事務局等に送付。前出ほかの対応策を示して夜勤体制届出の手続きを弾力的に運用する方針を説明、一般病棟の24%(病床数)を占める夜勤看護加算未届出病院の4月届出に道を開いた。

夜勤看護体制にかかわる要件の入院基本料施設基準への組み入れは、「72時間規定」だけでなく、従前の3対1看護以下の「正看比率40%要件」なども組み、看護師確保に悩む中小病院を特別入院基本料算定という4～5割減算に追い込む施策となり得る。

代議員会で、執行部は、4月届出の対策を文書にまとめ、全会員に送付したことを報告。さらに、4月届出状況等を調査し、直近の現場データを踏まえて、必要であれば厚労省にさらなる運用緩和を求める意向を表明した。

「このままでは中小病院は1年もたない」(3月22日の四病協総合部会における佐々会長発言)という強い危機意識の下、激変緩和に向けた要望活動を続ける考えを明確にした。(4面に代議員会猪口委員長発言と4月届出の対策を掲載。事業計画は次号に掲載)

4月届出後に実態を調査。再度、厚労省と交渉も

代議員会の冒頭挨拶で、佐々英達会長は、1人あたり月平均夜勤「72時間以内規定」が、夜勤看護加算未届出病院だけでなく、3～4人夜勤体制を組まざるを得ない中小病院に与える

深刻な影響を指摘。厚労省との折衝を通じて、その弾力的運用を可能とさせる解釈を3月23日付疑義解釈で示した事実に触れるとともに、全日病として、同解釈を踏まえて夜勤看護体制をめぐる「入院基本料等の届出に関するポイントと対策」をまとめ、全会員に3月24日に発送したことを明らかにした。

佐々会長は、さらに、四病協も意見を早急にまとめる作業に着手しており、全日病としても、独自に4月届出状況の調査を行ない、現場のデータにもとづいて、必要に応じて、今後も要望を行なうと表明した。

医療保険・診療報酬委員会の猪口雄二委員長は仁科代議員(山形県支部)の質問に答え、夜勤看護体制の入院基本料要件化をめぐる問題点を指摘、3月実績の4月14日届出など実態を無視した方針を、数度にわたる申し入れと協議によって手直しさせた経緯をつまびらかにした。

それによると、「72時間規定」と3月実績の4月14日届出という手続き詳細が明らかとなった3月13日の全日病改定説明会で、眞鍋医療課長補佐に見直しを求める一方、翌3月14日に全日病の意見をまとめ、3月15日には、佐々会長が直々に麦谷医療課長と会って要望書を手渡した。

その後の数次にわたる折衝で、夜間看護加算未届出病院が一定程度対応可能

となる弾力的運用の余地が確保できた。

具体的には、①4月14日届出においては4月末までの病棟運営計画書を提出して基準を満たす実績確保に努める、②4月実績が未達成の場合はあらかじめ6月までの病棟運営計画書を提出し、3ヵ月間の平均で実績確保に努める、③その場合に、3ヶ月内で1割を超えない範囲の超過については許容されること、平均夜勤時間は直近の1月または連続した28日間の実績であるとともに、一般・療養各病床ごとの全病棟を対象であり、午後10時から翌朝5時までを含む連続した16時間を満たす各現場実情に応じた夜間勤務帯設定にもとづいて計算すること、などが留意点としてあげられた。

その上で、猪口委員長は、4月届出の状況を調査し、さらに現場が回らない状況が把握できれば、あらかじめ厚労省と交渉を再開する意向を明らかにした。

代議員会で佐々会長は、また、療養病床再編問題を取り上げ、「全日病会員の半数以上が療養病床を有している。これは大問題である。当協会は、今後の慢性期医療のあり方についてさらに検討を進め、必要な要望・提言を行なっていく」と、引き続き追求する考えを明確にした。

四病協、夜勤体制問題で検討開始へ

3月22日の四病協総合部会で、介護療養型廃止および今改定結果に病院団体がどう対応すべきかが議論された。

席上佐々会長は、入院基本料類型の要件に導入された「看護師比率40%以上」や夜勤体制にかかわる「72時間以内規定」を取り上げ、「これでは中小病院は1年もたない」と指摘、委員会で対応を議論するよう提起した。

各団体とも賛同し、医療保険・診療報酬委員会(委員長・全日病猪口常任理事)に検討を委ねたが、その中で、当協会西澤副会長は、夜間看護加算要件の入院基本料要件組み入れをめぐる深刻な問題点を説明し、緊急性があることから、全日病として独自に厚労省との折衝を開始している事実を報告した。

四病協総合部会は今年に入り、四病協の活動のあり方、とりわけ日病協との関係をめぐり、激変時代に向けた新たな活動形態の模索を開始している。他方、日病協は3月14日の会合でひととおり今改定の「総括」をしたものの、一部団体から示された改定結果に対する否定的評価を踏まえた実質的な総括議論には至っておらず、さらには、今後の取り組みをめぐる議論にも着手していない。

四病協は3月14日の会合でひととおり今改定の「総括」をしたものの、一部団体から示された改定結果に対する否定的評価を踏まえた実質的な総括議論には至っておらず、さらには、今後の取り組みをめぐる議論にも着手していない。

四病協と日病協の関係性に疑問を表明

3月25日の代議員会で、仁科代議員の質問に答えた猪口委員長は、日病協が主導した改定要求活動に、地域医療に密着する民間病院の立場から率直な疑問を投げかけた。

疑問を呈した問題点は、中小病院を病棟閉鎖に追い込みかねない「72時間規定」を見逃した中医協議論のあり方。そして、もうひとつは、四病協と日病協の関係性。

前者について、同委員長は「出席していた日病協推薦委員に直接うかがったところ、中医協の改定審議というのは、沢山の資料がドサーッと出て、パッと説明がなされ、何か問題が生じるとそれで紛糾するものの、それ以外は「これ

れでよいですか」ということで終わると、その日の案件は了承とされる世界ということのようだ。この、72時間に関しては議論されていないという。これが実態のようだ」と説明。中医協の審議スタイルに問題があるという認識を披露した。

疑問を投げかけた、もうひとつは、中医協に対する四病協の働きかけが日病協の陰に隠れざるを得なかった点。四病協の医療保険・診療報酬委員会で、日病協先行を意識した日病委員との間でコミュニケーションが円滑に行かなかったことを認め、猪口委員長は「残念だった」と、率直な気持ちを吐露した。(4面に猪口委員長の発言を掲載)

療養病棟入院基本料も一般病棟並びか

3月25日の代議員会で、木下毅介護保険制度委員長は、「72時間規定」について、慢性期病床の問題として独自に要望活動を行なった結果、厚労省の姿勢がかたくなであることを報告した。

同委員長は、労基法に依拠する厚労

省の考えに「割増賃金の問題」という認識から疑問を表明。加算から義務へと変わった影響の深刻さを憂慮した。

医療課は療養病棟新入院基本料の7月1日施行に併せて、一般病棟と足並みを揃えた夜勤体制の要件化を予定している。



■佐々英達会長の冒頭挨拶

当協会は、各委員会を中心に、医療現場の実態を正確に反映したデータの収集に努め、客観的な現状分析を行ない、医療、病院、全日病のあり方、医療提供体制の今後の進むべき方向について長期的視野に立って議論を重ね、その成果を内外に示してきました。

特に昨年公表した「病院のあり方に関する報告書」は厚生労働省等にかんがりの関心を示していただき、医療提供体制改革の決定に少なからず影響を与えてきたと考えております。

しかし、現実には、診療報酬抑制や健保法改正による、患者負担増など、医療提供者、国民・患者に負担を強いる財政最優先の改革が行なわれています。

2006年度は医療制度大改革の年となります。診療報酬改定は-3.16%という過去最大の引き下げが行なわれました。改定率自体、中小民間病院にとって大変に厳しいものですが、通知(案)をみて愕然といたしました。

例えば、一般病棟入院基本料の算定要件が、夜間勤務に従事する看護職員の月当たり夜勤時間の平均が72時間以下であることなど、大変厳しいものとなっています。多くの中小病院で、入院基本料の算定ができなくなることを危惧するものであります。

例えば、3人夜勤のところを2人夜勤にすれば要件をクリアできるところ

もあるかもしれませんが、看護度の高い患者の病棟では患者サービスの質も低下しますし、看護師にとっては精神的・肉体的負担の増加に耐えられなくなることでしょう。

ただし、3月23日付の疑義解釈において、厚労省は72時間規定をめぐる取扱いを変更する旨の見解を打ち出したため、当協会は、それを踏まえた「入院基本料等の届出に関するポイントと対策」をまとめ、全会員に3月24日に発送したので、ご活用いただきたい。

その他にも多くの問題点があり、我々は、これまでも厚生労働省と折衝を重ねてまいりました。また、四病協としても意見を早急にまとめる作業に入っており、さらに、調査を至急行ない、医療現場のデータにもとづいて、必要に応じて、今後も要望を行なう考えであります。

また、健保法等一部改正法案では療養病床の再編成が打ち出されており、2011年度末で介護療養型医療施設が廃止されることが明記されています。

全日病会員の半数以上が療養病床を有していることから、これは大問題です。当協会は、今後の慢性期医療のあり方についてさらに検討を進め、必要な要望提言を行なってまいります。



一般病棟全体で平均夜勤時間を計算

夜勤看護体制 療養病棟は6月末迄現行どおり。新報酬と同時に要件化か

診療報酬改定説明会 (講演要旨) 3月13日 厚生労働省保険局医療課 課長補佐 眞鍋 馨

急性期入院医療については、実態に即した看護配置の適切な評価を行なった。区分のAからFまでであるが、まずは、I群・II群の別をなくして区分を簡素化した。次に、従来の2対1以上の上に1.4対1以上を創設するなど、夜間も含め、急性期入院医療により特化した入院料の体系へ再構成した。

夜間勤務等看護加算を廃止し、夜勤の評価は、看護職員配置にかかわる評価全体の見直しの中で、併せて評価することにした。ただし、7月1日に新しい区分が施行される療養病棟入院基本料については、6月30日までの間、夜間勤務等看護加算が残る。

通知に「月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護要員の延夜勤時間数を夜間勤務時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること」とあるが、ここで「各病棟ごと」とあるのは各病床の種類ごと、つまり、一般病床であれば一般病床全体ということである。後ほど「疑義解釈」を出す。

患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価であるが、医療療養と介護療養とは入院している患者が変わらないという指摘がある。

医療療養の方は看護配置5対1がベースであるが、介護の方は看護配置6対1がベースである。

こういうことから、医療必要度の高い患者は、医療療養の方に入院することが適当であると考え、必ずしも現実はそのようになっていない。

そこで、診療報酬調査専門組織の慢

性期入院医療の包括評価に関する分科会が慢性期病床に関する患者特性やタイムスタディ調査を実施し、その結果から、医療区分とADL区分からなる患者分類表を作成した。それにもとづいて今回の療養病棟入院基本料が導かれた。

ただし、本日現在、算定の留意事項通知、施設基準に関する通知あるいは患者分類の詳細を示す告示や通知が出ていない。中医協からは難病患者に十分な配慮を加えるよう指示が出ており、現在、調整を行なっているところである。4月上旬には詳しい取り扱いを示したい。

新しい報酬は7月1日からの施行であり、それまでの間は、若干適正化を図った、現行の入院基本料等を算定していただく。

新たな点数においては、医療区分3から1へと傾斜をつけた上で、介護報酬の水準も考慮し、そこからさらに引き下げて医療区分1の点数を設定した。

医療区分3に該当する方は介護保険にも10%未満だがいる。医療区分2に該当する方も30%ほどいる。そこで、医療と介護の分担を明確にする見地から、介護療養に入っている医療必要度の高い人は医療療養でみてもらった方が点数は高くなるという配点を行なった。

要介護度5の単位数は1,300点ちょっとだが、そこには療養環境加算が入っているし、おむつ代も包括されている。医療療養は、これプラス、入院基本料等加算や療養環境加算が算定できる。

したがって、医療区分2に該当する方は医療療養の方が報酬は高くなる。こういうメッセージを込めて、今回、医療療養の点数を設定した。

特殊疾患療養病棟等も新たな療養病棟入院基本料を算定していただく。し

たがって、療養病床をベースとする特殊疾患療養病棟入院料等は7月1日で廃止される。一般病床と精神病棟で特殊疾患療養病棟入院料等を算定しているところには2年間の経過措置が認められ、08年3月31日まで存続できる。

その場合、難病患者と障害者に関しては激変が生じないように、それぞれ、激変緩和のための経過措置を設けたいと考えている。なお、特殊疾患療養病

心臓を除く3疾患と障害者リハは施設・スタッフ兼ねてよい

【会場質問から】 *医療保険・診療報酬委員会猪口委員長が質問案を代読

Q 疾患別リハの施設基準は重ね合わせができるのか。

A 心臓を除く3つについては施設の共有が可能であり、OT・PT・STも兼任ができる。なおかつ、障害児・者に対するリハも兼務できる。

Q 救急医療管理加算は7日間の算定が認められた。従来の要件は救急車でなければいけないとか色々あった。今回、そうした要件はなくなったように読めるがいかがか。

A そのとおりだ。入院初日に緊急手術をしたとしても、残りの6日間も算定できる。

Q 廃止された夜勤看護等加算の要件が入院基本料を算定する要件にそのまま入った。しかし、3対1看護の場合に72時間の夜勤で取めるのはかなり難しい。72時間を達成できない場合には、一般病棟入院基本料の1~4から外れて特別入院基本料になってしまうのか。

A 原則として要件は満たしていただく必要がある。通知にあるように、「月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに72時



▲囲み写真は眞鍋課長補佐

棟入院料の算定に当たっては、1床あたり16㎡という面積要件がある。これに関しては、新しい療養環境加算を設けた。

間以下」というのを、今すぐ要件にするのは大変厳しいと考える。病院がもつ一般病床の類型全体でこれを満たしていただくということ。外科のように、夜間の看護師配置を手厚くしなければならぬ科もあるだろうし、逆に、日中の看護を重点とする部署もあることだろう。そうしたものを平均して、基準を満たしていただければよい。この取り扱いに関しては、追って詳細を示したい。

Q 全日病の会員病院は一般病床が1病棟、2病棟というところが多い。したがって、通算するといってもうまく回らない。高齢の患者が多く入院していると、夜の体制を厚くする必要はますます増しているが、それを行なうほど、72時間以内の遵守はまったく不可能となる。この要件については、ぜひもう1回考えていただくよう全日病としてお願いしたい。

A 持ち帰って検討させていただきたい。(編集部注：講演要旨およびQAにおける夜勤看護等加算の取り扱いに関しては1面の記事、3面のQAおよび4面の猪口委員長の説明を参照)

疾患別リハ、3月31日以前発症は4月1日起算

院内掲示要件手術は実績無でも届出ないと算定は不可

2006年度改定 告示・通知等にかかわるQA (3月28日付事務連絡-抜粋)

1. 初再診料

Q1 同一日に1つ目の診療科を再診で受診し、その後2つ目を初診で受診した場合は算定可能か。また、1つ目を初診で、その後、2つ目を再診で受診した場合は算定可能か。

A いずれの場合も算定可。初診の診療科と再診の診療科の順番は問わない。

Q3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合とあるが、「他の傷病」「別の診療科」とは。

A 他の傷病とは、同一疾病又は互いに関連のある疾病でないこと。例えば、糖尿病で継続管理中の患者が糖尿病性網膜症の疑いで眼科を受診する場合は算定できない。診療科は、医療法上の標榜診療科が異なる場合に算定できる。

Q4 1つ目と2つ目の診療科の医師が同一の場合、2つ目の診療科で初診料を算定できるか。

A 同一医師の場合には算定できない。

Q6 2つ目ので初診料を算定した場合、1月以内の特定疾患療養管理料は算定できるか。

A 通知のとおり算定できない。

Q7 200床以上病院の紹介状を持たない患者の初診に関する特定療養費の取扱いに変更はあるのか。

A 変更はない。

Q8 同一医療機関の同一日における

複数診療科受診について、2つ目の診療科を初診で受診する場合、200床以上病院の初診に関する特定療養費を適用することは可能か。

A 特定療養費の対象とはならない。

4. 在宅医療(在宅療養支援診療所)

Q1 連携先の保険医療機関、訪問看護ステーション等は複数でも可能か。

A 複数でもよい。

Q2 連携先の保険医療機関、訪問看護ステーション等は、特別の関係にある場合も認められるのか。

A 特別の関係でもよい。

8. リハビリテーション

Q1 疾患別リハの施設基準に従事者配置要件で、「専従」とされている従事者は、他の疾患別リハの専従従事者と兼任できるのか。

A 機能訓練室で行なうリハに「専従」という趣旨であり、心大血管疾患リハを除く疾患別リハ、障害児(者)リハに限り、兼任できる(回復期リハ病棟の専従常勤職員とは兼任はできない)。

Q3 疾患別リハの施設基準における専用の機能訓練室とは、他の疾患別リハ施設基準の専用機能訓練室と兼用できるのか。

A 疾患別リハに「専用」との趣旨であるので、同じ時間帯でも兼用できる。ただし、心大血管疾患リハの実施時間帯は兼用できない。言語聴覚療法につ

いては、遮蔽に配慮した言語聴覚療法のための専用室が必要であり、当該機能訓練室とは異なるものとして、これとは別に確保が必要。

Q4 障害児(者)リハの施設基準における専用の機能訓練室と、疾患別リハの機能訓練室とは兼用できるのか。

A 心大血管疾患リハを除き、兼用できる。

Q5 今回、算定日数上限が設けられたが、発症後1年以上を経過した患者は4月1日以降、リハビリテーション料は算定できなくなるのか。

A 疾患別リハは今改定で新設された項目であることから、2006年3月31日以前に発症等した患者については06年4月1日を起算日とする。

Q6 現在、回復期リハ病棟入院料の算定は当該病棟入院の日から起算するとされているが、これについても06年4月1日を起算日とするのか。

A 従前とおり、回復期リハ病棟に入院した日を起算日とする。

Q7 回復期リハ病棟入院料の算定は従前180日となっていたが、4月以降150日となる疾患の場合、例えば1月1日に入院した患者は概ね6月29日まで算定可能なのか、それとも5月30日まで算定可能なのか。

A 3月31日以前に入院した患者も算定日数上限は150日となるので、5月30日までの算定となる。

Q8 心大血管疾患リハに、従事者1人当たり1日当たりの単位数上限は適用さ

れるのか。

A 医師の直接監視下に行われる心大血管疾患リハには適用されない。

Q9 脳性麻痺に関するリハビリテーション料の算定はどうなるのか。

A 脳性麻痺は脳血管疾患等リハ及び障害者リハの対象疾患である。脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の施設基準を算定する場合、脳性麻痺は算定日数上限の除外対象となっている。

Q10 広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等に対する言語療法を行った場合、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定できるか。

A 脳血管疾患等リハ対象疾患である「言語障害を伴う発達障害等」に該当するため算定できる。

10. 手術

Q1 院内掲示を要件とする手術については届出が必要か。また、その際は、実施予定の手術のみ届出を行なうことで構わないか。

A 院内掲示するとともに実績の届出が必要。様式59に掲げる手術は、すべてその実績を記載することとし、実績がゼロの場合は該当欄に「0」と記載する。なお、実績がゼロでも届け出ていれば手術実施時には所定点数を算定可能である。

Q2 手術を受けるすべての患者に手術内容等を文書を用いて説明するとあるが、手術の部の通則5及び6に掲げる手術以外であっても説明が必要か。

A 文書による説明はすべての手術について実施する。

Q3 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術は、2つ届出が必要か。

A そのとおり。(本QAは全日病HPに掲載済みです)

4月実績未達も6月迄の3月平均実績で評価

夜勤看護体制 夜勤帯は22時から翌5時まで含む16時間。各病院が自由に設定

2006年度改定「入院料等に関するQA」(3月23日付事務連絡=抜粋) *1面・4面記事を参照。本QAは全日病HPに掲載済み。

Q1 入院患者数50人の一般病棟で、10対1入院基本料の場合、3交代制、2交代制でそれぞれ何人の看護職員を配置するのか。

A 入院患者数50人で10対1入院基本料を届出する場合、1勤務帯8時間1日3勤務帯を標準とすると、5人+5人+5人で看護職員は1日に15人勤務(15人×8時間=120人時間)することが必要(さらに、例えば日勤帯11名、準夜帯2名、深夜帯2名配置する等の傾斜配置が可能)。また、1勤務12時間2交代制であれば、5人+5人で1日10人(10人×12時間=120人時間)勤務する。

Q2 特定入院料等も新たな届出が必要となるのか。

A 看護配置基準等従前の施設基準と異なるもの(特殊疾患入院医療管理料など)は、新たな届出が必要である。

Q3 一般病棟が2以上ある場合、それぞれに入院基本料の届出が必要か。

A 届出を行なう病棟種別ごとに、その全病棟について包括的に届出を行なうもので、それぞれについて届出する必要はない。

Q4 4月14日までに行なう届出について、3ヶ月間の実績が必要か。

A 入院基本料に関する届出は原則として届出前1ヶ月の実績があればよい。ただし、月平均夜勤時間数については届出前4週間の実績でも良い。

Q6 3月の実績では月平均夜勤時間数の基準を満たせないが、当該届出保険医療機関から4月末までに所定時間以内とする病棟運営計画書が提出された場合、届出を受理してよいのか。

A 月平均夜勤時間数について、4月14日までの実績では基準を満たさない場合でも、勤務体制の見直し等による適切な配置計画が具体的に定められている病院については、4月届出分に限り受理できる。ただし、5月に、4月の実績報告が必要となる。

Q7 4月末までに月平均夜勤時間数を所定時間以内とすることができなかった場合は、どのような取扱いとなるのか。

A この場合、6月末までに所定時間以内とすることができる病棟運営計画書を提出した上で、7月に4月から6月までの3ヶ月の平均で基準を満たした実績を報告すること。

Q8 休憩、食事時間は勤務時間から除外しなければならないか。

A 通常の休憩時間は勤務時間に含まれるので、除外する必要はない。

Q9 届出の際に用いる勤務計画表に残業時間は含めてよいのか。

A 残業時間は含まない。当該保険医療機関の定める所定の勤務時間数で作成すること。

Q10 申し送りで、2つの勤務帯が重複する場合はどのように考えるのか。

A 申し送りについては、2つの勤務帯が重複する時間帯(たとえば、夜勤者から日勤者への引継ぎ時間帯)が生じることとなるため、申し送りを受ける側の勤務時間帯における勤務時間数のみを計上すること。

Q11 月平均夜勤時間数を計算する場合、残業時間も含めるのか。

A 残業時間は含まない。

Q12 月平均夜勤時間数は、月単位の計算となるのか。

A 届出前1か月又は4週間(任意の連

続する28日間)のいずれかで計算すること。

Q13 夜勤時間帯とはどう定義されるのか。

A 午後10時から翌朝5時までの時間帯を含む連続した16時間をいい、それぞれの保険医療機関において適切な時間帯を設定可能である。

Q14 15時から翌朝7時までを夜勤時間帯とする病棟で、16時から20時までの短時間夜勤に月5回従事する看護職員は、夜勤従事者と考えるか。

A 当該病棟の定める夜勤時間帯が16時からの場合、16時間以上勤務している(4時間×5回=20時間)ため、夜勤従事者と考えるか。

Q15 15時から翌朝7時までを夜勤時間帯とする病棟で、運出の看護職員(例午前10時から午後6時まで勤務)については、夜勤時間数は何時間になるか。

A 当該勤務日については3時間の夜勤を行ったこととなる。

Q16 病棟種別ごとに夜勤時間帯が異なってもよいのか。

A よい。

Q17 1人当たり夜勤時間数の計算は個々の病棟ごとで行なうのか、病棟の種別ごとの平均で行なうのか。

A 病棟の種別ごとの平均で行なう。例えば、一般病棟入院基本料の10対1入院基本料の届出を行なう病棟を3病棟持つ保険医療機関の場合、3病棟全体で月平均夜勤時間数72時間以内であればよい。

Q18 1人あたり夜勤時間数の計算にあたって、夜勤専従者の夜勤時間数は除外して計算してもよいのか。

A 専ら夜勤に従事する者(夜勤専従者)の実人員数及び延夜勤時間数は、除外して計算する。

例) 入院患者60人で看護職員20人(うち夜勤専従職員2人、月夜勤16時間以下の看護職員1人)の病棟が、1勤務帯8時間1日3勤務帯の交代制で準夜に3人、深夜に3人をそれぞれ配置する場合。

・月に必要となる夜勤時間数は、1,488時間=(3人+3人)×8時間×31日

・夜勤専従職員2名がそれぞれ月18回夜勤すると、288時間=8時間×18回×2人

・上記の場合、夜勤従事者1人当たりの月平均夜勤時間数は、71時間=(1,488-288)÷(20人-2人-1人)

Q19 療養病棟以外の一般病棟等で、夜勤の看護要員2名のうち、1名を看護補助者とすることは可能か。

A 一般病棟等においては、夜勤に看護職員2名以上を配置することが必要。ただし、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定しようとするが、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関で、夜勤帯に看護職員を原則2名以上配置しているが4月からすべての夜勤帯に看護職員を2名以上配置することができないものについては、看護職員確保の具体的な計画が定められている場合には、緊急やむを得ないとして、2006年9月30日まで看護職員1名に代えて看護補助者をあてることができる。

Q20 届出後に1日でも配置数が少ない日が生じると直ちに特別入院基本料となるのか。

A 月平均で1日あたりの配置数が満たされていればよい。また、暦月で1ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動については、届出の変更を行なう必要はない。

Q21 土日祝祭日にも常に届出区分を満たす看護職員を勤務させなければならないのか。

A 月平均で1日当たりの配置数が満たされていれば、一定の範囲内で傾斜配置ができる。

Q22 月平均夜勤時間数が72時間を超えた場合、実績期間の翌月の第1日に特別入院基本料の届出を行なうこととなるのか。

A 暦月で3ヶ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は、届出の変更を行なう必要はない。

Q23 兼務者等、これまでの看護要員数の算定の考え方は、看護師比率の考え方にも適用されるのか。

A 現行どおり、病棟勤務を兼任している者は、実際の病棟勤務時間を比例計算の上、計算する。

Q24 看護師比率は、どのように計算するのか。

A その届出区分において、施設基準上で月平均1日当たり勤務することとなる必要看護職員数に対する看護師の数の割合である。実際に勤務している看護職員に対する看護師の比率ではない点に留意されたい。

Q25 看護師比率40%を満たさない場合の経過措置はあるのか。

A 2006年9月30日までの経過措置を設ける。

Q26 平均在院日数の要件は満たしていないものの看護職員の数及びその他の要件をすべて満たしている場合、保険医療機関の開設者から届出直後の3か月間に所定の日数以内に行なうことができる病棟運営計画書が提出されれば届出を受理してよいのか。

A 現行どおり、受理してよい。

Q27 例えば、5つの一般病棟があり、看護職員を病棟間で傾斜配置している病院の場合、各病棟に実際に勤務している看護職員数の揭示は、5病棟全体の平均的な状況を揭示するのか。あるいは、各病棟の配置状況を揭示するのか。

A それぞれの病棟の看護職員の配置状況を各病棟に揭示すること。

Q28 療養病床の7月1日施行分に係る告示・通知はいつ発出されるのか。

A 4月上旬までに案をお示しする予定。

Q29 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の算定要件を満たす保険医療機関であれば、あらかじめ定められた当番日以外でも算定可能か。

A 所定の要件が満たされていれば当番日以外でも算定可能。

Q30 栄養管理実施加算は、食事を供与しておらず食事療養費を算定していない患者にも算定できるのか。

A 栄養管理計画等を策定し適切な栄養管理が行われていれば、中心静脈栄養等の治療を行っている場合でも算定可。

Q31 救急や休日等、入院日に栄養管理計画が策定できない場合、何日程度なら遡及して算定できるのか。

A 入院後7日以内に計画が策定されていれば、入院初日に遡って算定可。

Q32 栄養管理計画の記載は、管理栄養士がすべて行わなければならないのか。

A 栄養管理実施加算は多職種協働を評価した点数であり、管理栄養士のみですべてを記載する必要はない。

Q33 栄養管理計画の様式や項目を医療機関独自のものに変更してもよいのか。

A 患者の栄養状態の評価、栄養管理計画の策定、定期的な評価等の一連のプロセスが明確にされていればよく、様式については各医療機関で変更して差し支えない。

Q34 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者は救急救命入院料及び特定集中治療室管理料が算定できないのか。

A 従前どおり算定可能。

Q35 救急救命入院料及び特定集中治療室管理料に引き続いて、併せて14日以内であれば算定できるのか。

A 発症後14日以内であれば算定できる。

Q36 他の疾患で救急救命入院料を算定した患者が、一般病棟に転棟後、脳出血を発症した場合、脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定できるのか。

A 算定できる。

Q37 脳神経外科又は脳神経内科の病棟の一面に脳卒中ケアユニットが存在し、そこに規定数の専従の看護師がいるということでしょうか。

A 病棟の一面を脳卒中ケアユニットとして利用してもよい。ただし看護師については、当該治療室に常時、入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置され、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないこと等の施設基準を満たす必要がある。

Q38 「脳血管疾患等リハの経験を有する専任の常勤理学療法士又は作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること」とあるが、理学療法士又は作業療法士は他の病棟の勤務ができないのか。

A 脳卒中ケアユニット担当の理学療法士又は作業療法士は、専従の配置要件に係る従事者との兼任はできない。

Q39 「基本施設基準通知」(3月6日付保医発第0306002号)別添4「特定入院料の施設基準等」第19の1の(3)のキに規定する「西端にデイルーム等の共有空間がある等老人の行動しやすい廊下を有していること」とは「デイルーム等の共有空間があり老人の行動しやすい廊下に接していれば必ずしも両端でなくてもよい」と解してよいのか。

A よい。

Q40 精神科急性期治療病棟入院料1の看護補助配置の基準見直しについては、新たな届出が必要か。

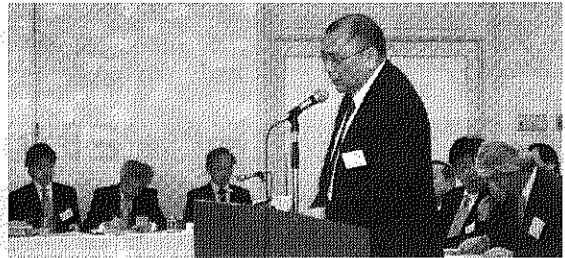
A 届出が必要。

Q41 看護補助配置の要件を3月の実績では基準を満たせないが、当該届出保険医療機関から4月末までに基準を満たす病棟運営計画書が提出された場合、届出を受理してよいのか。

A 看護補助配置について、4月14日時点までの実績では基準を満たさない場合であっても、勤務体制の見直し等による適切な配置計画が具体的に定められている病院については、4月届出分に限り受理できる。ただしこの場合は、5月に4月分の実績報告が必要。

病棟運営計画書で6月までに実績確保を期待

夜勤看護体制 猪口委員長、代議員会で「ポイントと対策」を披露



夜間看護体制をめぐる猪口雄二医療保険・診療報酬委員長の説明
3月25日 第86回定期代議員会 *1面記事、3面「入院料等に関するQA」を参照

3月13日の改定説明会で解釈通知に目を通したが、その内容に愕然とした。それは、今改定で加算が廃止され、新たに入院基本料の施設基準に書き込まれた夜勤看護体制として、①常時2人以上とすること、②月の平均夜勤時間数は72時間以下とすること、③3月の実績にもとづいて4月14日までに届け出ることなどが記されていたからだ。

そこで3月14日に全日病の意見をまとめ、3月15日には、佐々会長が直々に医療課長と会って要望書を手渡した。

要望書で我々は、看護師不足の折、夜勤の要件を満たすにも看護師の雇用が大変困難であること、3名や4名という夜勤体制をとっている病院では72時間以下はきわめて難しいことなどを指摘し、早急の見直しを求めた。

その後の折衝を経てかなりの修正が実現したが、72時間要件そのものを撤回させるには至らなかった。何故かという、夜勤は72時間以内とする方針は中医協了承事項だからだという。

では、これをどこまで緩和できるのかということで交渉を続けた結果が、3月23日付の事務連絡(「入院料等に関するQA」=3面)に反映されている。

そのポイントだが、まず、夜勤加算をとっていない病院は3月実績がない。なんとかすべきと申し出たところ、①4月分の病棟運営計画書で夜勤要件が満たされていれば4月届出分に限り受理はする(前出QA「問6」)ということになった。

だが、いきなり1月目から達成というのも無理ではないかということで、さらに交渉を重ねた結果、②6月末までの病棟運営計画書を提出した上で、3ヶ月間の平均で基準を満たせば認められる(同「問7」)ということになった。

このように、4月の届出は4月末までの病棟運営計画に代えることができる上、さらに、6月までの3ヶ月間で基準を満たしていればよいという弾力的運用を引き出すことができた。

なお、夜勤時間の定義には微妙なものがある。例えば、

③休憩時間は勤務時間に含まれるが残業は含まない(「問8・9・11」)

つまり、夜勤時間帯に行なわれた残業は夜勤時間の計算から除外してよいわけである。さらに、

④夜勤時間帯に行なわれた(日勤者への)申し送りも夜勤時間には含まれない(「問10」)

また、⑤月平均夜勤時間数は届出前の1ヶ月もしくは任意の連続する28日間(4週間)で計算する(「問12」)

という点は、よく理解しておいていただきたい。

今回改まった重要な要件としては、⑥1人あたりの夜勤時間数の計算は、これまでの病棟ごとではなく、病棟の種類ごと、つまり一般病棟入院基本料

を届け出る病棟全体の平均で行なう(「問17」)

という点がある。

さらに、72時間を超えた場合には特別入院基本料を算定するという点であるが、「QA」には、

⑦暦月で3月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は届出の変更を行なう必要はない(「問22」)

と書いてあるように、3ヶ月間は1割以内であれば72時間を超えてもかまわないことになった。また、

⑧夜勤専従者と夜勤が月16時間以内の日勤中心の者は72時間の計算から除外することになる(同「問18」)

そこで、全日病として、入院基本料等届出にかかわる夜勤看護体制の取り扱いに関する重要点を整理した「ポイントと対策」を作成し、「入院料等に関するQA」とともに、3月24日に全日病に発送した次第である。

このように、4月以後に改善に努めれば、なんとか基準を満たすことができるところまでは概ね我々の要望が通った。ところで、

⑨夜勤の時間帯とは午後10時から翌朝5時までを含む連続した16時間を行い、病院の事情に応じて設定することができる(問13)

したがって、9時～5時の時間帯中心に勤める看護師が多い病棟がある場合に、8時～4時を日勤帯と決めると当該看護師は毎日1時間夜勤をすることになるので、月の夜勤時間は16時間を超え、夜勤をしている看護師として計上することができる。夜勤該当者の数が増えた方が平均夜勤時間の算定にプラスとなる場合には、こうした対応もあり得る。

夜勤専従については72時間の概ね2倍、144時間までということになっているが、これは4週間、任意の28日間144時間ということであるから、前後する1ヶ月というスパンの中でもう1回、夜勤もしくは日勤を行なうことができるため、実質、月160時間の勤務が可能となる。

それと、一番のポイントであるが、6月までの病棟運営計画書については7月に実績報告を出さなければならないが、前出のように3ヶ月までは一時的な変動が認められるため、4、5、6月で1割までの超過が、少なくとも今回は認められることになる。

この「QA」にもとづいて具体的に判断するのは地方社会保険事務局である。したがって、4月の届出にどう対応するか、正確には地方社会保険事務局に確認を取った上で決めるようにしていただきたい。

今改定に関しては、今後も、通知の追加やQAが出るが、全日病としては、ホームページ等だけでなく、全日病病院に確実に行き渡るためにファックスで資料を送るようしたい。

我々としてはここまで緩和させたが、

それでも届出ができないところが出ることだろう。その実態、その数をできるだけ早くに把握して、あらためて再度の交渉に入る必要がある。その数が多いれば社会問題となりかねない。

医療課は「できるかどうかはやって

みないと分からない。できないというデータが明らかになったら、それを示してほしい」という姿勢だ、エビデンスにもとづいた交渉が求められる。支部の協力を得つつ、4月14日の直後に、その実態把握に努めたい。

2006年度改定入院基本料等の届出に関するポイントと対策(全会員に送付済)

- 夜勤看護体制のポイント
 - ・病棟毎ではなく、病棟種別毎に計算する。
 - ・夜勤勤務を行う看護職員の平均夜勤時間は72時間以内。但し、夜勤専従者と夜勤16時間以内の者は除く。
 - ・夜勤時間帯は、各施設で22時から5時を含めた16時間で設定する。
 - ・月平均夜勤時間数は、直近1ヶ月もしくは4週間のどちらかで行う。
 - ・届出受理後、3ヶ月以内は72時間+10%まで一時的変動は可。
 - ・申し送り時間、残業時間は夜勤時間に計算しない。
 - ・4月の届出においては、4月末までの病棟運営計画書に変えることができる。もしくは、6月までの3ヶ月の平均で基準を満たしていればよい。
- 夜勤看護体制の対策
 - ・日勤のみの勤務者が多い場合、夜勤時間帯に1時間でも勤務するよう勤務時間をスライド設定すれば、月あたり16時間を越えて夜勤を行う看護職員としてカウントできる。
 - ・夜勤専従の勤務時間は144時間(72時間×2)以内とされているが、4週間の計算期間を用いれば、連続した28日間の前後の2～3日間においては他の勤務が行える。
 - ・4月届出において、6月までの3ヶ月間の病棟運営計画書が受理された場合、実績報告においては72時間+10%までは可能と考えられるが、7月は72時間以内にする必要がある。(上記対策については、社会保険事務局に確認することが望ましい。)

病院団体として悔やまれる「72時間要件」

代議員会 日病協主導の改定要求。猪口委員長が率直な疑問

【質疑応答】

仁科(山形県代議員) 報告によると、72時間要件は中医協で1号・2号ともに合意したという。せっかく今改定から病院団体代表が中医協に参加したというのに、合意したというのはどういうことか。

猪口委員長 日病協推薦委員にうかがったところ、この72時間に関しては議論されていないという。

今回、看護師配置に関する表記の方法が変わったが、それが提起されたときに、同時に提案されたということだ。しかし、その資料には、わずか数行で触れているに過ぎない。

これで夜勤看護加算がなくなって、入院基本料に、その要件が72時間規定ぐらゐり盛り込まれるとは誰も思わないだろう。しかし、その場面で見逃した結果、こういう大騒ぎが生じることになる。

これは、現在中医協委員が良い悪いという話ではなく、恐らく、全日病から委員が出ていても見逃したかもしれない。

仁科 今改定では、急性期病院に関しても、紹介率の廃止によって、これまでの努力が水の泡となった。まったく納得が行かない。四病協の診療報酬委員会では議論が起きなかったのか。72時間だけでない。紹介率がなくなった急性期病院の問題、さらには介護療養型医療施設廃止という問題もある。

猪口 救急医療管理加算の600点が入院初日から7日間算定できるようになった。急性期入院加算がなくなった病院にとっては結構大きなものがある。

四病協に関しては私が診療報酬の委員長をしている。この診療報酬委員会に出ている日病の先生は日病協の方に力を入れていて、四病協の中で発言することはほとんどなかった。

しかも、(我々も)要望書を作ろうとしたのだが、日病協の方で作るからということで(作業が)日病協に回ってしまったため、前改定までのように(委員会)意見集約する場ではなくなってしまった。

(改定に対する取り組みが)ほとんど日病協の作業に回ってしまったというのが実態であり、私としては、とても残念であった。日病協には公的など大型の病院が多い。したがって、今改定の内容が大型病院向けの内容になったというのは否めないところだ。

木下介護保険制度委員長 72時間の問題については、慢性期病床の問題として要望活動を行なったところ、労基法の問題であるとして取り上げられなかった。しかし、労基法においては、確か割増賃金を払えばよいように思う。単なる加算から基準になったということは、すべての病院に義務として課せられるわけで、その影響は非常に大きいように思う。

一般3対1看護「正看比40%要件」に経過措置

厚生省は3月23日付医療課長通知で、3月6日付通知「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」の追加修正を行ない、地方社会保険事務局長ほかに送付した。

追加事項は、一般病棟等、精神病棟等の入院基本料にかかわる「看護師比

率40%以上」という施設基準について、看護師確保が特に困難であると認められ、かつ看護師確保の具体的な計画が立てられている保険医療機関当該病棟は、9月30日までの間「看護師比率20%以上」と取り扱い、それぞれ849点、643点を算定するというもの。

一般病棟入院基本料は2004年度改定で、3対1看護で「看護師比率20%以上40%未満」は90点の減算対象とされていたが、2006年度改定で、15対1入院基本料(従前の3対1看護)は「看護師比

率40%以上」とハードルが上げられた。その施行に伴ない、激変緩和措置として6ヶ月の猶予を決め、その間、105点(一般病棟入院基本料)の減算を適用するよう修正を行なったことになる。

日本医療機能評価機構は2006年度のサーベイヤーを募集をしています。

領域 ①診療管理(院長・副院長経験5年以上)
②看護管理(看護部長経験5年以上)
③事務管理(事務長経験5年以上)

詳しくは機構のホームページをご覧ください。
問い合わせ Tel.03-5217-2336(研修部)