



全日病 ニュース 6/1

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 東京都千代田区三軒町
3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX(03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO 641 2006/6/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「特定施設等への医療給付規制を緩和せよ」

全日病 療養病床再編に向け要望。中医協審議テーマに反映

当協会は、特定施設利用者に対する医療給付の拡大を求めた要望書をつくり、5月22日に厚生労働省水田邦雄保険局長宛に提出した。

要望内容は、今改定で在宅療養支援診療所(在宅支援診)に算定が認められた、特定施設に入居する末期がん患者に対する在宅患者訪問診療料とターミナルケア加算について、対象の幅を広げるとともに在宅支援診以外も算定できるようにすべしという2点。

同時に、今改定で、特定施設以外に入居者を対象とする在宅時医学総合管理料(在医総管)と在宅末期医療総合診療料(在医総)は「特別な関係にある医療機関」では算定できないとされたが、これについても算定を認めるよう求めた。

療養病床再編の結果、少なからぬ病床が特定施設等に転換していく可能性があること、また、病院機能として在宅医療へのシフトを強めていく上で、いたずらな制約が長期的な経営展望を損なうことを懸念し、算定制限の緩和・廃止を訴えたもの。

基本小委で居住系への給付緩和を議論。全日病要望が契機!

5月24日の中医協・診療報酬基本問題小委員会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、特定施設等に対する医療給付に関して、①特定施設入居者にかかわる在医総管算定範囲の拡大、②「外部サービス利用型」特定施設入居者に在医総管や在宅患者訪問診療料を認めるなど在宅の取り扱いに近づける、③「特別な関係にある医療機関」制限の緩和という3点を、「早急に検討すべき事項」として提起した。

事務局は、さらに、④在宅支援診の届出を病院にも認める、⑤特定施設にかかわる算定制限、⑥在医総の算定を在宅支援診以外にも認めるという3点について適否を審議することを、「中長期的に検討すべき事項」にあげた。

事務局は①～③については早期に結論を出し、運用面の見直しとして、通知改正で対応を図る考えだ。当協会の要望が契機となり、改定直後にもかかわらず、運用見直しの検討が提起されたわけだが、中期的に、療養病床再編を円滑に進める上で重要な措置が中医協の俎上にのぼったことになる。

特定施設等に対する医療給付のあり方をめぐる議論は、今後の、介護保険施設のあり方議論に影響を及ぼすことが考えられる。それは、病院・診療所の関係性を含め、在宅療養、地域医療のあり方にかかわる議論に一石を投じるテーマでもある。

要望を出すにあたって、当協会は日本医師会の賛同と協力を得た。5月24日の基本小委で、石井委員(日病協)を含む医科各委員は見直しに賛成する意見を述べた。(2面に全日病要望書と基本小委資料、4面に関連記事を掲載)



中医協に諮った医療課。議論深化の可能性

介護保険において特定施設入居者生活介護を提供する特定施設は、これまで、有料老人ホームと軽費老人ホーム(ケアハウス)であったが、05年度制度改正(06年4月施行)で、施設・人員基準を満たした高齢者専用賃貸住宅がその対象に加えられるとともに、新たな類型として「外部サービス利用型特定施設」が創設され、各類型ごとに介護専用型と混在型の分化を図った結果、「外部サービス利用型」として養護老人ホームにまで枠を広げるにいたった。

また、小規模施設として地域密着型を創設、市長村に指定・管理を委ねるなど、特定施設は給付コストが低い居住系サービスを拡張する武器となっており、介護専用型に関しては、参酌標準に織り込まれて介護保険施設と枠を争う関係になっている。

これら新たな類型はすべて、06年度の介護報酬改定で算定が認められた。

一方、増加をたどる「自宅以外の多様な居住の場」に対する医療給付として、06年度の診療報酬改定は、特養入所者とともに特定施設の末期がん患者を新たな対象に加えた。

ただし、それは規制の枠内であり、4月28日付の「医療保険と介護保険の

給付調整に関する留意事項」通知は、「訪問診療」の事項で、特定施設に入居する患者に対する在宅患者訪問診療料とターミナルケア加算の算定を、末期がんであり、かつ在宅支援診の場合に限った。

さらに、特定施設入居者生活介護以外の有料老人ホームやグループホームなど、「自以外の多様な居住の場」に入居する者については、当該施設と「特別な関係にある保険医療機関」は在医総管や在医総を算定できないことも書き込まれた。

この算定制限によって、特定施設の指定を受けていない有料老人ホームやケアハウスあるいはグループホームなど、人員配置をとまわらない居住系施設に入居する要介護認定者に対する医療給付から、当該施設と開設主体を同じくする医療機関は排除されることになる。

当協会要望書は、これら規制について、「在宅医療推進のためには、上記の算定制限が妨げになる」と指摘し、その撤廃を求めた。

運用緩和は課長通知で可能だが、医療課は中医協に諮った。その結果、議論の深化が見込まれるところとなった。

四病協と日医が実務者会議を設置

療養病床再編、新看護基準等に対応。共同活動を具現化



冒頭挨拶する
唐澤日本医師会長

四病協と日本医師会は5月24日、「療養病床の再編等に係る作業部会」を設置することを決めた。初会合を6月2日に開き、具体的な活動方針を協議する。

療養病床再編に関する法改正後の施策、看護基準改正を含む今改定問題点の見直しなど、焦眉の問題に対する提言・要望等を協同してつくるのが目的。テーマによっては、自民党と国会議員等に対する働きかけも取り上げる予定だ。

同日に開かれた四病協総合部会で当協会西澤副会長が共同行動を提案。その後の四病協・日医懇談会で、日医の唐澤新会長自ら所望したことからも設置が決まったもの。

日医と主要病院団体との間で具体的な共同行動を目的とした初の協議機関となるが、設置に至る一連の経緯から地域医療に対する唐澤会長の理念がうかがわれ、病院界には、日医新執行部が示す連携意欲に注目と関心が広まりつつある。

日医唐澤会長が連携に意欲。データと意見の交換を提唱

療養病床再編や2006年度診療報酬改定にみられる詳細な議論を省いた政策・措置決定など行政の性急な動きに対して、医療界とくに病院界の不安と不満は極度に高まっている。

四病協と日医による作業部会の設置の背景には、「医療費原理主義」を貫く政府の改革に対する地域医療提供者の強い不信感と、性急な改革を進める行政に対応できていない医療団体の活動、とくに連携した取り組みが乏しいことに対する不満がある。

こうした中、日医執行部は発足直後から当協会関係者に非公式なメッセージを伝えるなど、四病協との間に連携を構築する強い意欲を表明。同日の懇談会には唐澤会長自ら出席し、意向を示す予定であることが伝わっていた。

全日病と日医執行部間の連携模索には、すでに、5月16日に唐澤会長が自ら

臨んだ緊急記者会見という実績がある。

会見で、日医執行部は国会審議中の医療制度改革関連法案に対する疑念を表明。「不備な部分は政・省令等で適切に対応するよう要望する」方針を表明、療養病床再編に関しては「早急に見直しを提言する必要がある」と述べた。

同時改定についても「具体的な解決策を早急に検討する必要がある」と指摘。①医療区分1の点数設定、②夜勤看護の新基準、③リハ集団療法の廃止等を、緊急に対応が必要な課題としてあげた。さらに、告示から届出までが非常に短いことを指摘し、改定実施までの準備期間が十分に取れるような対応を求める意向を明らかにした。

会見では、民間病院がもっとも苦悩している療養病床再編、看護新基準、リハ報酬再編に関して、相互に共有が可能な見解が示された。病院に対する

強い連帯感の表明ともなった日医執行部の緊急会見を提案した関係者には、病院関係者も含まれている。

こうした経緯などから、四病協関係者には、日医との間に平等な連携が可能とする期待感が育まれつつある。

主要病院団体としては、全日病、医法協、日精協の3団体が1993年5月に日本民間病院連絡協議会(民病協)を結成、正副会長で構成する総合部会に日医幹部の出席を受け入れ、情勢分析を中心に意見交換を重ねてきた。しかし、情勢報告に終始した感がある。

意見交換は、日病を交えて2000年7月に発足した四病協にも受け継がれたが、病院団体が期待した診療報酬改定に向けた病院側要望の集約・反映や意見調整が深まらず、半ば、形式化した。

日医の提案を受けて04年7月から始まった四病協との隔月の懇談会においても、こうした状況は変わらなかった。

しかし、この5月24日の懇談会で、唐澤日医会長は「我々は、全方位的に医療関係団体との交流をもちたい」と基本姿勢を明確にした上で、焦眉の問題に対応するために両者の連携を求める声に、「(連携の)結果を求めるのであれば、隔月の会合でよいのだろうか。懇談会であってよいのだろうか」と疑問を投げかけ、具体的にデータ交換と行動計画を立案する実務者会議を提唱した。

そして、両者がつくるのは「5者協議である」と比喩し、「我々の間に意見の違いがあっても構わない。しかし、意見、情報、データの地道な交換が信頼関係を生む」と述べ、一方通行に留まってきた情報交換スタイルを否定してみせた。

その結果、四病協関係者からは、四病協収集データを日医総研で分析するという共同活動案も出るなど、かつてない積極的なアイデアも示された。

四病協の窓口として懇談会を運営してきた当協会西澤副会長は、両者が合意した共同作業のための協議機関を実現するために、設置までの間、引き続いて窓口になることを提案、了承を得た。

西澤副会長は日医窓口を務める鈴木常任理事と調整を重ねた結果、各病院団体2名の委員からなる「療養病床の再編等に係る検討・対策を講じるための作業部会」を設置することで合意、6月2日に第1回目の会合を開くことが決まったもの。

作業部会は、当面、療養病床再編、入院基本料新看護基準等を主要テーマとし、中医協、社保審の医療部会・医療保険部会、介護給付費分科会などの議論に対する意見表明、要望・提言の作成を急ぐが、今後は必要なデータを得るための共同調査の実施を含め、共同歩調の幅を広げていくものとみられる。

在宅療養支援診療の病院への適用も検討課題

外部サービス利用型特定施設入居者への給付を在宅に近づけることも

全日病要望書「医療保険と介護保険の給付調整における留意事項について」 5月22日 *1面・4面記事を参照

平成18年4月28日付厚生労働省老健局老人保健課長・保険局医療課長通知「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」中、第4の3「訪問診療に関する留意事項」において、在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算の算定に関して、特定施設入居者においては、末期の悪性腫瘍である患者に対する在宅療養支援診療所の診療に限り認められ、有料ホーム・グループホームにおいては、特別な関係の医療機関では算定できないこととなっております。

また、在宅時医学総合管理料・在宅末期医療総合診療料の算定に関して、特定施設入居者においては、末期の悪性腫瘍である患者に対する在宅療養支援診療所の診療に限り認められ、有料ホーム・グループホームにおいては、特別な関係の医療機関では算定できないこととなっております。

今後の療養病床再編等が実行されると、医療療養病床の特定施設・有料ホーム等居住系サービスへの転換が促進さ

れると推察されますが、在宅医療(居住系サービスを含む)の推進のためには、上記の算定制限が妨げとなります。ついては、下記のとおり変更するよう要望いたします。

記

・在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算の算定について

特定施設入居者においては、末期の悪性腫瘍である患者以外でも算定可能

とすること。また、在宅療養支援診療所以外でも算定可能とすること。

・在宅時医学総合管理料・在宅末期医療総合診療料の算定について

特定施設入居者においては、末期の悪性腫瘍である患者以外でも算定可能とすること。また、在宅療養支援診療所以外でも算定可能とすること。有料ホーム・グループホーム入居者においては、特別な関係の医療機関でも算定可能とすること。

「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療の推進について(抜粋) 中医協・基本小委 5月24日 *1面・4面記事を参照

1. 「自宅以外の多様な居住の場」について

○「自宅以外の多様な居住の場」としては、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)、認知症高齢者グループホーム等が挙げられる。

○このうち、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(ケアハウス)については、看護職員及び介護職員を合わせて3:1以上配置(うち、看護職員は総利用者数に応じて一定数以上配置)するなどして、施設が介護サービスを提供する場合に、介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けて、介護報酬の適用を受けることが可能であったところ。

○この特定施設入居者生活介護については、介護保険法の一部改正及び平成18年度介護報酬改定により、一定の居住水準等を満たす高齢者専用賃貸住宅においても算定できるようになったほか、

・特定施設入居者生活介護を算定する施設(以下「特定施設」という。)の職員により介護サービスを提供する形態だけでなく、外部の介護サービス事業者

との提携によりサービスを提供する類型が創設され、これについては養護老人ホームにおいても算定できるようになったなど、その拡充が図られている。

2. 平成18年度診療報酬改定における対応

○平成18年度診療報酬改定においては、「自宅以外の多様な居住の場」におけるターミナルケアを推進する観点から、特定施設の入居者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問を行う場合には、在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料(「在医総管」)を算定できるよう、

・また、特別養護老人ホームの入所者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護等を行う場合には、在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料(「在医総管」)並びに在宅患者訪問看護・指導料等又は訪問看護療養費を算定できるよう、それぞれ算定範囲を拡大したところ。

ス利用型の特定施設については、必要に応じて外部の介護サービスを利用するという意味では、従来の特定施設よりむしろ自宅に近いものと考えられることを踏まえ、当該特定施設に入居している患者に対する在宅医療の評価の在り方を検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

例えば、外部サービス利用型の特定施設の入居者については、在宅時医学総合管理料(「在医総管」)及び在宅患者訪問診療料が算定できる取扱いとすることについて、どのように考えるか。

③在宅時医学総合管理料(「在医総管」)及び在宅末期医療総合診療料(「在医総」)については、平成18年4月以降、算定対象とする患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては算定できないこととされたが、今後、療養病床の再編成の過程において、医療の必要性の低い患者を受け止める形態の一つとして、同一の主体が医療機関と有料老人ホーム等を開設することも考えられることから、必要以上に訪問診療が行われることのないよう留意しつつ、この算定制限の緩和について検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

*在宅時医学総合管理料(「在医総管」)又は在宅末期医療総合診療料(「在医総」)を算定する医療機関の開設者が、算定対象とする患者が入所する有料老人ホーム又は認知症対応型グループホームの開設者が同一の場合等には、「特

別の関係」があるとされる。

【様々な問題提起を踏まえ、中長期的に検討すべき事項として考えられるもの】

④平成18年度診療報酬改定において新設された在宅療養支援診療所については、地域医療の実情によっては病院が在宅医療の中心的な役割を担うことも考えられることから、病院においても届出を行えるようにすることを検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

⑤在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料(「在医総管」)については、「医師又は看護師等が配置されている施設に入所している患者については算定の対象としない」とこととされているが、施設の医師が常時の対応を行うことができなかったり、また、そもそも施設に医師が配置されていなかったりする場合に、入所したままで看護師等のみにより必要な医療を確保することが困難な例もあることから、このような基本的考え方そのものの在り方について検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

⑥在宅末期医療総合診療料(「在医総」)については、平成18年4月以降、在宅療養支援診療所においてのみ算定できることとされたが、在宅時医学総合管理料(「在医総管」)が在宅療養支援診療所以外でも算定可能であることを踏まえ、在宅療養支援診療所以外でも算定可能とすることを検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

■介護保険各施設入所者にかかわる算定制限(06年度改定)

	医師の配置標準	看護師等の配置標準	病院・診療所からの訪問看護	訪問看護ステーションからの訪問看護	訪問診療
自宅	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護以外)	×	×	△	△	○
グループホーム(認知症対応型共同生活介護)	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)	×	○	△	△	▲
特別養護老人ホーム	○	○	▲	▲	▲
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

△ 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合(14日間を限度)は医療保険の適用となる。
▲ 末期の悪性腫瘍の患者で、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合又はその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

3. 療養病床の再編成の動向等を踏まえ、今後検討すべき論点について

○今国会に提出されている健康保険法等の一部を改正する法律案においては、平成24年度に介護療養型医療施設を廃止することが盛り込まれており、療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い患者については、病院ではなく、自宅のほか、「自宅以外の多様な居住の場」又は介護老人保健施設等で受け止めることで対応する方向性が示されているところ。

○今後、療養病床の再編成の過程において、医療の必要性の低い患者への対応として、「自宅以外の多様な居住の場」の整備がさらに進む中で、そこで居住する方々に対して必要な在宅医療を確保することが求められていくこととなる。

→平成18年度診療報酬改定施行後の様々な問題提起を踏まえつつ、「自宅以

外の多様な居住の場」における在宅医療の推進のための更なる措置の在り方について、検討することとしてはどうか。

【様々な問題提起を踏まえ、早急に検討すべき事項として考えられるもの】

①在宅時医学総合管理料(「在医総管」)については、特定施設に入居している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問を行う場合に算定できるよう、算定範囲を拡大したところであるが、特定施設における在宅医療を推進する観点を踏まえ、更なる算定範囲の拡大について検討すべきとの指摘もある。これをどう考えるか。

例えば、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問を行う場合には、末期の悪性腫瘍の患者以外の患者であっても、在宅時医学総合管理料(「在医総管」)を算定できる取扱いとすることについて、どのように考えるか。
②平成18年4月に新設された外部サービ

(参考)

	在宅時医学総合管理料(「在医総管」)	在宅末期医療総合診療料(「在医総」)	在宅患者訪問診療料
対象	居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なもの	居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院困難なもの	居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なもの
点数	○在宅療養支援診療所の場合 処方せんあり 4,200点(月1回) 処方せんなし 4,500点(月1回) ○在宅療養支援診療所以外 処方せんあり 2,200点(月1回) 処方せんなし 2,500点(月1回)	処方せんあり 1,495点(1日) 処方せんなし 1,685点(1日) (※1週間を単位として算定)	830点(1日) (※別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除き、週3回を限度として算定)
算定医療機関	診療所または許可病床数が200床未満の病院	診療所(在宅療養支援診療所に限る)	診療所または病院
算定要件	患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に算定	患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に算定	患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定

四病協 医療安全管理者「専任」容認を求め要望書

四病協は5月24日の総合部会で、今改定で新設された医療安全対策加算の要件である医療安全管理者の「専任」規定を「専任」とするなど、運用の緩和を求める要望書を作成することを決めた。

医療安全管理者の資格要件は「専門の教育を受けた看護師、薬剤師等」とされているが、当職に専念する「専任」

規定は、看護師などの不足に悩む病院にとって人員確保負担をより増すものとなっている。

さらに、対象職種の制約が算定を困難にしているという声も少なくない。

こうした意見を踏まえ、医療保険・診療報酬委員会(委員長・全日病猪口常任理事)が要望書案を作成、6月の早い時期に厚労省に提出する。

脳血管等リハⅡ届出が続出。収入減が深刻

精神の12.8%が夜勤2名困難。3.8%が72時間不可能と回答

四病院団体協議会が実施した「2006年4月診療報酬改定緊急アンケート調査」結果によると、一般病棟の新たな看護基準によって、約1割の病院が経営危機に直面していることが明らかとなった。(5月15日号既報、概要は別掲)

調査結果は、06年度改定において入院基本料にかかわる看護師比率40%以上、月平均夜勤72時間以内、夜勤看護職員2名が通則に書き込まれた精神病床は、6ヶ月間の経過措置にも拘らず、とくに中小病院で病棟運営の先行きを難かしいものとしていることも明らかにした。

枠組みが大きく変わったリハビリテーションは脳血管疾患等リハに激変が生じ、(Ⅰ)の要件が旧総合リハ施設並みとされたために、多くの病院が著しく点数の低い(Ⅱ)の届出に甘んじざるを得ず、大幅な収入源を余儀なくさせられていることも判明した。

四病協の医療保険・診療報酬委員会猪口雄二委員長(全日病常任理事)は5月19日、「2006年4月診療報酬改定緊急アンケート調査」結果を厚生労働省保険局医療課に報告するとともに、厚生労働省の2つの記者クラブでも発表、今改定が、地域医療を支える中小民間病院の経営に深刻な影響を与えている事実を明らかにした。

に大きな打撃をあたえている。このような制度改定には現状把握を十分に行い、準備期間に時間をかける必要があった。また、診療報酬による医療提供体制の政策誘導が行なわれており、診療報酬のあり方として問題が残る。入院医療が過疎かつ看護師不足の地域では地域医療の崩壊に繋がりがねない。看護師不足も深刻である。看護配置の規制を強めるのではなく、看護師比率の廃止や各々の病院での責任ある独自配置の工夫などにより、地域や患者の

状態に即した、より効率的な病院運営が可能になるのではないかと。

●リハビリテーションについて

リハビリテーションは、臓器別ではなく障害を取り扱うものであり、今回の疾患別分類はリハビリテーションの基本を覆している。また、脳血管疾患等(Ⅰ)と運動器(Ⅰ)との施設基準格差が大きすぎる。もう一度施設基準を見直すとともに、国家資格と認定資格のあり方を議論する必要がある。

調査結果を厚労省に報告 要望。2クラブで記者会見

四病協の猪口雄二医療保険・診療報酬委員長(全日病常任理事)は5月19日、「2006年4月診療報酬改定緊急アンケート調査」結果を厚生労働省保険局医療課に提出するとともに詳しく説明。看護職員とリハ療法士の確保が思うにまかせない結果、深刻な経営難に陥りかねない中小民間病院の窮状を訴えた。

をかけて行なわれるべきであるとした上で、調査報告末尾にまとめられた要望事項(前出)を受け入れるよう求めた。

対応した医療課佐原筆頭課長補佐は、「改定内容に多くの病院が対応していることも事実。対応できずに経過措置や届出手続き緩和の対象となった病院に関しては、それぞれ6月末、9月末までにどう対応できるのか見守りたい」と述べ、大勢は新基準に適應できているという認識を表明した。

医療課に対する要望活動を終えた猪口委員長は、省内に設けられている「厚生労働省記者クラブ」(全国紙等)と「日比谷クラブ」(専門紙)の2つの記者クラブをおとすれ、調査結果について記者発表を行なった。



また、改定答申が2月15日であったにもかかわらず、新看護基準の詳細が明らかになったのは3月10日過ぎに公表された医療課長通知(3月6日付)であり、その影響が深刻なことから、当協会や日精協による激変緩和を求める要望活動の結果、急速経過措置が図られた経緯を指摘し、中医協において、医療現場の実態を踏まえた慎重な審議が時間



■「06年4月改定緊急調査」一般病床の結果概要 (5月15日号既報)

【一般病棟 (1,463病院)】
●70%強の病院が3月までの実績で届け出たが、238病院(16.9%)が4月の病棟運営計画書、46病院(3.3%)が4月～6月平均の病棟運営計画書による届出となった。また、採算不可能な特別入院基本料が37病院、その他(病棟閉鎖等)が6病院あった。
●7対1(1.4対1)は92病院(6.5%)が届け出た。病床規模が明らか62病院のうち、100床未満が25、200床未満が11病院を占めた。開設主体が明らか91病院のうち、大学を除く民間が68病院を占めた。届出方法が明らか89病院のうち23病院が実績ではなく、4月から6月の病棟運営計画書によっている。
●調査病院を国公立・公的・大学病院(計339病院)、民間(公益法人・医療法人・個人・その他計1,068病院)に分けると、公的は10対1(2対1)を中心に集約されたが、民間は10対1(2対1)、13対1(2.6対1)、15対1(3対1)に分散し、特別入院基本料、その他(病棟閉鎖等)はほとんどが民間であった。
●100床未満は15対1(3対1)が多く、100から299床では10対1(2対1)が多い。300床以上では7対1(1.4対1)が増加する。特別入院基本料やその他(病棟閉鎖等)は100床未満が中心である。
●病棟運営計画書で届け出たが継続不可能というのが95病院、特別入院基本料が37病院、その他(病棟閉鎖等)が6病院であり、実質的に運営が困難な病院は138病院にのぼった。
●表記改正を含む一般病棟入院基本料改定に対して58.7%の病院が肯定的な意見を寄せる一方、否定的な側面をあげた病院は89.4%にのぼった複数回答。866病院(59.2%)が「看護師不足に拍車がかかる」と指摘、543病院(37.1%)が「日勤専門看護師の就業条件が悪化する」と心配、347病院(23.7%)が「夜間の安全が低下する」と懸念している。
●実績に代えて4月の病棟運営計画書で届け出た238病院のうち206病院、4月から6月平均の計画書で届け出た46病院のすべてを民間が、同じく238病院のうち154病院、46病院のうち31病院を100床未満がそれぞれ占めるなど、一般病棟の新看護基準の影響は、とりわけ中小民間病院を直撃した。(※)

(お詫びと訂正) 本紙5月15日号1面に掲載した「06年4月改定緊急調査・一般病床の結果概要」の最後尾段落に誤りがありました。正しくは本号掲載(※)の通りです。訂正いたします。

36.0%がPT・OT・ST等の不足を訴える

調査は、四病協傘下の約5,570病院を対象に、4月14日から20日の間に実施され、国公立、公的、大学、医療法人など2,321病院(41.7%)から回答を得た。

精神病床入院基本料に関しては、新たな看護師比率を満たせずに減算(経過措置)となったのは回答855病院中66病院(8.7%)にとどまったが、看護基準が下がるほどその割合は増え、20対1(4対1)では42病院(当該届出の36.2%)に上った。

9月までの経過措置が認められた看護職員2名夜勤については、回答病院のうち、9月までに配置は困難としたのが101病院(当該回答の12.8%)、72時間以内は3ヶ月平均によっても対応困難としたのが30病院(同3.8%)、夜勤看護職員が不足していると回答したのが131病院(16.5%)にのぼるなど、一般病床と似た傾向にあることが明らかとなった。

同じく経過措置となった看護師比率40%については、76病院(11.1%)が看護師確保不可能と回答、87病院(12.7%)が現行点数では人件費捻出不可能と答えた。

臓器別の区分が導入されたリハビリテーションに関しては、脳血管疾患等(Ⅰ)の施設要件が特段に厳しく、旧総合リハ施設以外は認定を受けることが難しいという実態が浮き彫りにされた。

回答1,216病院の31.5%(385病院)が脳血管疾患等(Ⅰ)を届け出たが、そのうち292病院(75.8%)を旧理学療法(Ⅰ)届出病院が占め、同(Ⅱ)から移行したのは88病院(22.9%)にとどまった。(移行については5病院が未回答のため合計数は一致しない)

旧理学療法(Ⅱ)届出828病院の89.4%(740病院)は、1単位100点で早期加算

もつかない脳血管疾患等(Ⅱ)を届け出た結果となり、最高算定可能であった280点の35.7%という低水準の配点でリハ継続が困難とみられる事態に陥っていることが明らかとなった。

こうした傾向は、旧作業療法(Ⅱ)と言語聴覚療法(Ⅱ)の各届出病院もほぼ同様。

■06年3月と4月のリハ施設認定の推移

		06年4月	
		(Ⅰ)	(Ⅱ)
理学療法	(Ⅰ)	292	35
	(Ⅱ)	88	740
	(Ⅲ)	0	45
	(Ⅳ)	0	8
作業療法	(Ⅰ)	294	24
	(Ⅱ)	83	296
言語聴覚療法	(Ⅰ)	170	16
	(Ⅱ)	190	240
	(Ⅲ)	3	22

運動器リハと呼吸器リハの各(Ⅰ)については、旧の各療法(Ⅰ)以外届出の病院も高い割合で届け出ができています。

こうした結果、リハの改定に対して、「整理され分かりやすくなった」と歓迎する意見はわずか112病院(当該回答の8.46%)に過ぎず、「日数制限のために維持のリハができない」963病院(同72.8%)、「方針が変わりすぎて対応が困難」709病院(53.6%)、「脳血管等はⅡになってしまうため施設の維持が困難」470病院(35.5%)ときわめて不満が高い。

また、476病院(36.0%)が「PT・OT・ST等はまだまだ不足している」と訴えている。以上の結果を踏まえ、今改定に関する緊急調査報告書は以下の見解を書き込み、要望とした。

●入院基本料における新看護基準について

今回の看護基準変更は、一般病床は中小民間病院に、精神病床は民間病院

■06年3月と4月の入院基本料推移 (一般病床)

		06年4月					合計	
		7:1(1.4:1)	10:1(2:1)	13:1(2.6:1)	15:1(3:1)	特別入院基本料		
06年3月	Ⅰ群	1(2:1)	84	451	7	1	0	544
	2(2.5:1)	6	151	334	38	2	1	532
	3(3:1)	1	2	8	101	11	2	125
	その他	0	0	0	2	1	0	3
	Ⅱ群	3(3:1)	0	3	9	163	9	1
その他	0	0	1	7	10	2	20	
合計		91	607	359	315	35	6	1413

■06年4月からの入院基本料の届出方法 (一般病床：公私別)

【届出方法】①06年3月までの実績で勤務等の変更は行わずに届出
②06年4月14日までの実績として勤務等の変更を行なって届出
③06年4月の病棟運営計画書で届出
④06年4月～6月の平均による病棟運営計画書で届出

【公的：国公立、公的、大学病院】

届出方法	届出方法			
	①	②	③	④
7:1(1.4:1)	17	0	6	0
10:1(2:1)	227	5	7	0
13:1(2.6:1)	48	3	8	0
15:1(3:1)	12	1	1	0
特別入院基本料	1	0	0	0
その他(病棟閉鎖等)	1	0	0	0
合計	306	9	22	0

【民間】

届出方法	届出方法			
	①	②	③	④
7:1(1.4:1)	45	4	17	0
10:1(2:1)	285	29	40	8
13:1(2.6:1)	206	18	60	12
15:1(3:1)	156	28	95	24
特別入院基本料	28	1	3	2
その他(病棟閉鎖等)	3	0	1	0
合計	723	80	216	46

【99床未満】

届出方法	届出方法			
	①	②	③	④
7:1(1.4:1)	25	1	9	0
10:1(2:1)	101	13	19	5
13:1(2.6:1)	123	13	42	5
15:1(3:1)	128	22	80	20
特別入院基本料	27	1	3	1
その他(病棟閉鎖等)	3	0	1	0
合計	407	50	154	31

■入院基本料改定に対する対応状況 (一般病床:回答数1,401)

選択肢	%
特に看護師配置等を変えずに対応できた。	61.4
夜勤看護師数を減らして72時間以下にした。	11.5
看護師を募集して対応した。	19.7
看護師を募集したが、就職者が足らなかった(いなかった)。	16.2
看護師を引き抜かれた。	4.5
病棟運営計画書で届出したものの、実態としては継続不可能である。	6.8
看護職員数は足りているが、看護師比率を満たせず、15:1となった。	3.9
特別入院基本料となったため、病院の維持が困難になった。	2.2
その他	10.5

介護保険3施設のあり方議論に及ぶ可能性

特定施設等をめぐる算定制限の見直し 問われる療養病床再編後の医療・介護各給付再設計

当協会の要望を契機として5月24日の中医協基本小委に提起された、特定施設等入居者にかかわる診療報酬の現行算定制限を見直すというテーマは、居住系施設を含む「介護保険施設」に対する医療給付のあり方をめぐる議論の端緒となる可能性がある。(1面に関連記事)

要介護認定者に対する訪問診療・訪問看護の給付については、介護保険優先という原則の下、これまでは自宅、特定施設入居者生活介護の指定を受けていないケアハウス・有料老人ホーム、グループホーム(認知症対応型共同生活介護)について訪問診療のみ医療保険が適用され、訪問看護に関しては、要介護認定者が所在する場所によって、末期がん・難病・急性増悪等(14日間)もしくは急性増悪等(14日間)の患者のみというように医療保険適用のケースが限られてきた。

ケアハウス、有料老人ホームという特定施設入居者生活介護事業所は、「医師または看護師等が配置されている」ということで、訪問診療の算定対象外とされてきた。

介護保険3施設については、もちろん医療の外部提供は認められず、辛うじて、保険医が配置されていない特養において、緊急もしくは専門外の場合に限って訪問診療の算定ができた。

しかし、在宅や居住系サービスと医療・介護資源の傾斜配分がとくに意識された2005年度法改正と06年度のダブル改定を経て、こうした規制は大きく緩和の方向へと向かった。

その結果、自宅、特定施設指定外のケアハウス・有料老人ホーム、グループホーム、特定施設に対する訪問診療、各所に居する末期がん・難病・急性増悪等の各患者に対する訪問看護が認められた。ただし、特定施設についてのみ、看護職員等の配置があることを理由に、訪問診療とその指示下の訪問看護は、

末期がん患者に対する在宅療養支援診療所(在宅支援診)に限定された。

一方、特養に関しても特定施設と同じく、末期がん患者に対する訪問診療と訪問看護の算定を、在宅支援診に限って認めた。

今改定は、これまでより緩和ではあるものの、末期がん患者と届出数がどのくらいになるか定かではない在宅支援診のみに解禁するという、いわば試行的な措置というおもむきがうかがえる。

在宅医療規制緩和に対する厚労省医療課の方針は昨年秋には固まっており、05年10月12日の基本小委に示した06年度改定の検討課題には、医療費適正化計画と連動した方向性(医療計画見直しによる地域連携体制および終末期医療の在宅化)を見据え、主治医機能を踏まえた在宅医療提供システムの再構築を提起している。

しかし、その後政治マターとして急展開した療養病床再編に対応する視点は、在宅医療再編に十分織り込まれることがなく、06年度改定を終えた。その結果、主治医機能＝診療所という枠内に狭めた居宅等施設に対する医療給付の措置は、改定2ヶ月を待たずに、大きく規制緩和を図る方向で見直しを迫られることになった。

医療課に変化を迫った大きな要因は、療養病床再編に対する、とくに、医療療養病床現場の不安の高まりである。全日病として単独で要望を起す契機となった「医療と介護給付調整」通知は、現場の危機感を一段とつものとなった。

医療課は、特定施設に対する医療給付あり方見直しの検討を基本小委に提起した書面に、「療養病床の再編の過程において、医療の必要性の低い患者への対応として、『自宅以外の多様な居住の場』の整備がさらに進み中で、そこで居住する方々に対して必要な在宅医療を確保することが求められていくこ

ととなる」と書き込み、病院界と問題意識を共有する姿勢を示してみせた。

唐澤新執行部を迎えた日本医師会も療養病床現場の声に前向きに対応する必要性を認め、全日病に呼応して、中医協における検討を医療課に求めた。療

基本小委各委員は見直し議論に前向き

5月24日の基本小委で、特定施設に対する医療給付のあり方を見直す提起に、支払側の小島委員(連合)は「早急に検討すべき事項①②の見直しはやむを得ない」と発言、容認した(①②は2面の基本小委資料を参照)。

「特別な関係」にある医療機関の算定制限緩和についても「取り上げるのはよいが、法改正後に向けた検討課題である」と述べ、議論の必要を首肯した。

小島委員は、中長期的検討事項とされた3項目についても、「在宅医療における診療所と病院の役割をどう考えるかという問題だ」という所感を表明。病診格差に疑問をもつ支払側の意識になぞらえ、前向きな関心を持っていることを示唆した。

同じく支払側の対馬委員(健保連)は、「本来は今改定の過程で議論されるべきであった」と、この時期の提起に疑問を呈し、中長期的検討事項とされた3項目の検討には消極的なニュアンスを表わした。

しかし、「在宅、ターミナルケアは多様な仕方に対応すべきとして末期がん患者の適用が認められた。看護師配置との関係もあり、ドンドンというわけにはいかないが、一定のしぼりの中で考えることは否定しない」と述べ、算定制限緩和を求める声に理解を示した。

一方、診療側の鈴木委員(日医)は、「元々末期がんというケースはそう多くない。むしろ摂食障害や胃瘻など高齢者特有の症例が多い。こうした患者への対応を考えるべきではないか」と、

養病床再編の課程で地域医療の崩壊を防ぐ必要があるだけでなく、「特別な関係」にある医療機関の算定制限は、有床診等にとっても、中長期の経営計画を展望する上で支障となるからだ。

算定要件の緩和に賛成した。

鈴木委員は、さらに、「医療必要度の低い患者を抱える療養病床は移行せざるを得ない。特定施設に現在入っている人よりも、より医療を求める患者が動くことになる。そうした事態に対応できるように努めるべきだ」と述べ、療養病床再編の面からも見直しは必要という認識を表明した。

診療側石井委員(日病協)は、「原点に戻って本質的な点を議論すべきだ」と前置きした上で、「算定制限は基本的に撤廃すべきだ。どこにいても医療の対象となる人は医療が受けられるべきではないか」と言明した。

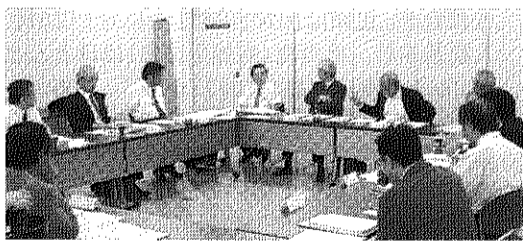
さらに、「これは特定施設だけではない。特養や老健をどうするのかを含めて議論していただきたい」と提起。「療養病床の組み換えによって、医療度の低い人は移行する方向にある。その人達に対する医療は100%保障されなければならない。今回の提案では不十分であり、普通に在宅医療を行っている医療機関を含め、施設入所者への給付ができるように考えるべきである」と、「2階建て」の考えを表明した。

中医協に提起された、居宅系等施設に対する医療給付あり方の検討は、今後、介護保険の分野で議論される介護保険施設あり方の議論と重なるものがある。病院団体と医師会の取り組みによっては、給付費削減を原理とする制度改正の陥穽によって医療給付と介護給付の狭間に残り残されかねない要介護認定患者を救済する道が開かれる。

「医療区分各項目・算定方法等の見直しを求める」

四病協 療養病棟入院基本料で要望。参酌標準見直し前救済措置も

四病院団体協議会と日本療養病床協会(木下毅会長)は7月1日に実施される療養病棟入院基本料新報酬の見直しを求める要望書を作成、5月16日、四病協・医療保険診療報酬委員会の猪口委員長(全日病常任理事)が川崎厚生労働大臣宛に提出した。



▲要望書をまとめた四病協・医療保険診療報酬委員会

四病協・日療協 「医療療養病床における診療報酬改定に対する緊急要望」 5月16日

医療療養病床は、療養病床の再編、医療・介護報酬同時改定のもと、平成18年7月より新たな診療報酬体系となる。

この新体系は、中医協の診療報酬調査専門組織である慢性期分科会が出されたタイムスタディ・諸費用に基づく分類とは異なるものであり、医療区分1は医療療養病床からの撤退を促す報酬設定に他ならない。

転換支援措置として創設されようとしている「介護保険移行準備病棟」でもこの報酬では運営できず、さらに4月13日の「療養病床に関する説明会」資料における算定方式では、日割りで区分が変更となるため、一層運用を困難なものとしている。

一方、現行の介護保険事業計画にお

ける参酌標準においては、今回の療養病床の再編は全く考慮されていない。

このため、医療療養病床のうち介護保険施設(介護療養型医療施設、転換型老人保健施設など)へ移行できるのは、参酌標準に空きのある地域だけであり、多くの地域では介護保険施設への移行が不可能となっている。

このまま新報酬体系制度が施行されると、数ヶ月後には日本中の各地域で療養病床の閉鎖が起り、行き場の無い高齢者が多数発生することが想定される。そのような事態を避けるため、下記の事項を要望する。

記

1. 早急に医療区分における各区分の項目について検証を行い、項目の見直し

を行う。

2. 医療区分の算定方式を見直し、日割りではなく月単位での報酬とする。

3. 早急に療養病床の再編を考慮した参酌標準の見直しを行う。

「医療機関トップマネジメント研修コース」を開催

経産省採用プランを活用。7月開講、1月までの土日14日間

経済産業省・医療経営人材育成事業の委託で「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」を完成させた事業運営委員会(徳田委員長)は、同事業のカリキュラムとケーススタディ(6事例)を活用し、当協会独自に「医療機関トップマネジメント研修コース」を開講する計画をまとめ、5月20日の第1回理事会・第2回常任理事会で承認を得た。

同研修は、会員病院の理事長・院長

および次代候補が対象。講義は、土日を利用した日程を今年7月から来年1月までの各月に1回ずつ組み、全14日間(計84時間)を確保する。

講師陣には、伊藤一小樽商大教授、池上直己慶大医学部教授、長谷川友紀東邦大医学部教授、飯田修平練馬総合病院院長を予定している。

受講定員は40名、受講料は宿泊・食事代込みで1人50万円。会場は東京都内の芝パークホテル(港区芝公園)と決

■医療機関トップマネジメント研修コースのプログラム

単位	開催日(すべて土日)	内容(案)
第1単位	2006年7月15日・16日	オリエンテーション、医療概論、経営概論
第2単位	8月19日・20日	総合的質経営(TQM)
第3単位	9月16日・17日	安全管理・リスク管理
第4単位	10月14日・15日	人事管理
第5単位	11月11日・12日	地域連携
第6単位	12月16日・17日	資金調達
第7単位	2007年1月13日・14日	DPC、研修のまとめ、終了証授与

まった。7月開講に向け、6月初旬には全会員に案内を送付する。詳細は全日病ホームページに掲載予定。