



全日病 NEWS 9/1

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/佐々美達
〒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.647 2006/9/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

日病協から中医協に審議提案

入院基本料
看護基準

72時間規定の弾力運用、経過措置延長等を要望

看護師をめぐる病院間と地域間の格差がますます進行している。2006年度改定における入院基本料看護基準の改正は、とくに中小病院に看護師の増員を余儀なくさせた。しかし、7対1看護配置をめざす大病院は好条件を武器に募集活動にまい進、中小病院看護師の転職志向を助長している。

この困り込みによって、看護師の需給は各地で一段と逼迫している。草刈場と化した中小病院の多くは、増員どころか補充採用すらおぼつかないと焦燥感を露わにしている。看護基準の改正と7対1の新設はタイトで推移してきた雇用情勢を一気に悪化させ、火に油を注ぐ結果となった。

看護師格差は深刻化。経過措置終了前に対応の必要

大学病院を先頭にした看護師大量募集の情報が病院界をとびかっている。その一方で、看護基準改正に対応できない中小病院の病床削減、病棟閉鎖、売却、閉院の噂が各地でささやかれている。経過措置が切れる10月以後に事態は一層深刻になるとみられ、地域医療に対する深刻な影響が懸念される。

こうした状況に、四病院団体協議会(四病協)と日本病院団体協議会(日病協)は新看護基準に何らかの救済措置を求めることで一致、日病協として、9月の中医協審議に取り上

げるようはたらきかけることを決めた。この取り組みに日本医師会は全面協力を約した。

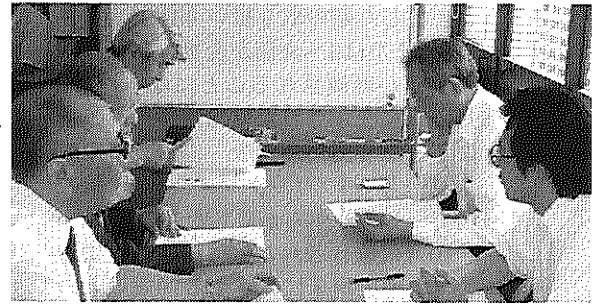
日病協は、①夜勤看護にかかわる平均72時間以内規定の弾力的運用、②看護師比率7割以上要件の暫定的な減算措置化、③看護師比率4割未満に関する経過措置の延長、④看護補助者夜勤に関する経過措置の延長をそれぞれ求める緊急要望書を作成、8月21日に保険局長に提出した。

四病協は8月30日の総合部会で、8月21日付緊急要望書に盛り込まれた項目を中医協の審議事項に取り上げるよう強くはたらきかけることを日病協に要請することを決めた。

日病協は8月30日、四病協の要請を踏まえ、9月6日の中医協総会で議論が可能となるよう、8月21日付緊急要望書を、あらためて中医協土田会長に提出することを決めた。

四病協・日医懇談会に新たに付設された作業部会の初会合(9月1日)で、四病協は日病協の8月21日付緊急要望書について報告するとともに日医に協力を要請、了承を得た。

こうした結果、9月6日の中医協総会で、日病協推薦委員が口火を切るかたちで改正看護基準実施をめぐる中小病院の困窮と地域医療への深刻な影響が語られ、その運用緩和をめぐる議論を提案する可能性が強まった。



▲原医療課長(右側奥)に要望する西澤副会長(左側奥)、日病協竹内議長(同中)、猪口常任理事(同手前)

四病協、日病協に行動を要請。日医は協力を約す



▲記者会見する日病協竹内議長と猪口常任理事

日病協の緊急要望は主に全日病の手で作成され、8月21日に、竹内議長(公私病院連盟会長)とともに西澤副会長と猪口常任理事が厚労省保険局に提出した。要望書には、根拠データとして、北海道病院協会がまとめた道内一般病棟の入院基本料届出実態調査報告と日精協が集計した、精神病床を有する民間病院に関する入院基本料実態報告が添付された。

対応した原医療課長は、①医療費中立の下で入院基本料ランク引き下げ病院の救済措置を取るためにはランク引き上げ病院の点数見直しが不可避、②72時間規定や看護師比率は長年のテーマであり、対応が困難な病院には経営努力が足りないという評価も可能、③対応困難な公立病院は(診療報酬だけでなく)各都道府県による再編統合過

程においても存否が判断される、④療養病床再編が始まった現在、病院・病床数の維持を理由とする救済は疑問、などを論拠に要望内容に難色を示した。

これに対して西澤副会長は「改定前と改定後で看護職員数は同数であるにもかかわらず、評価方法が変わったためにランクダウンが生じて経営が困難になっている」と指摘、経営努力不足という認識に異論を唱えた。

また、猪口常任理事は、小数点を切り上げる計算式によって配置看護師数はより多めに算出される不合理さを例示し、運用細部の修正で改善が図られる余地があることを訴えた。

原課長は、運用細部に見直しの余地があることを否定はしなかった。ただし、医療課として要望書をどう取り扱うかについては明確な判断を控えた。そこには、今年度に入って医療課長通知に制約を加えた中医協の“できごと”が影響している。

“できごと”とは4月19日の中医協総会で、支払側が06年度改定の看護基準改正に経過措置を認めた医療課長通知を取り上げ、「中医協の審議を経ていな

い。越権である」と論難したことである。したがって、今回の要望事項も、基本的には中医協の了承を取り付ける必要がある。

こうした経緯を踏まえ、西澤副会長は、中医協で当該案件を取り上げるようあらためて日病協がはたらきかける必要があると判断、8月30日の四病協総合部会で、日病協を介して中医協で取り上げるよう行動すべきであると提案した。その結果、四病協として、日病協に中医協へのはたらきかけを要請することが決まった。

一方、日病協は、元々8月21日付要望書を中医協にも出す方針であったことから、予定どおり、8月末に土田会長宛に提出した。その上で、9月6日の中医協総会で発言を試みるという方針を確認した。四病協と日病協が有機的な連携を実現した初のケースとなった。

一方、猪口常任理事は、四病協・日医懇談会に新設された作業部会の9月1日の初会合で、一連の経緯と状況の深刻さを説明。日医に全面協力を訴え、快諾を取りつけた。四病協、日病協、日医のトリプル連携が事実上成立した。

■日病協の緊急要望書(8月21日付;抜粋)

1. 一般病床・精神病床・療養病床の入院基本料に関する施設基準における看護要員の「月平均夜勤時間数72時間以下」の規定については、地域における一般病床・精神病床・療養病床の看護師需給状況を鑑み、当分の間、弾力的に運用する。
2. 一般病床における10対1及び13対1の入院基本料を算定する病棟のうち、看護師比率7割以上を満たすことができない病棟において、看護師比率が4割以上の病棟であれば、当分の間、入院基本料を減算することで、10対1および13対1の入院基本料を届出できるようにする。
3. 平成18年3月23日付厚生労働省保険局医療課長通知「『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』の一部改正について」における一般病床・精神病床入院基本料の看護師比率4割未満に関する経過措置および「緊急時やむを得ないときは看護補助者が夜勤を行うことができる」の経過措置を当分の間、存続させる。

地域医療体制の再編・ネットワーク化でガイドライン

新医師確保総合対策 医師不足県の養成枠を暫定増。年内に全都道府県が集約化計画

医師確保に関して、厚生労働、財務、総務、文部科学の関係4大臣は8月31日、医師・歯科医師の大学定員枠を一部拡大することで合意に達した。これを受け、同日に開催された地域医療に関する関係省庁連絡会議は「新医師確保総合対策」をまとめた。(2面に「総合対策」)

大臣合意は、①医師数が特に少ない10県に、2008年度からの最大10年間、将来の枠を前倒しするかたちで現行養成枠を最大10人増やすことを認める、②医師不足都道府県の自治医科大学に、08年度から最大10年間、現行定員を最大10人増やすことを認める、③前出以外の医学部定員は引き続き削減等に取り組む、というもの。

それぞれの暫定的な調整には前提条件と実施にともなう措置が定められ、

当該措置の実施状況が適正でないと判断された場合は定員増の必要性がなくなったものとみなされ、期限内であっても打ち切られる。

逆に、①において医師定着数が増加したと認められた場合には、暫定調整終了後の養成枠削減を免れるというように、“信賞必罰”の方針が打ち出された。

「新医師確保総合対策」には、前出定員枠の暫定調整以外に、①全都道府県は06年末までに小児科医・産科集約・重点化計画を立案する、②地方厚生局による実地指導など、各都道府県地域医療対策協議会にテコ入れを図る、③官民分担を含む地域医療提供体制のあり方に関するガイドラインおよび公立病院等の再編・ネットワーク化の方向性を提示する、④地域医療支援中央会

を設置し、都道府県における医師派遣(紹介)・キャリア形成システム構築の支援等を検討する、などの緊急対策が盛り込まれた。

中期的検討課題として、①06年度内に医療事故死原因究明のあり方に関する試案を示し、07年度に措置を講じる、②分娩事故患者に対する無過失補償制

度を検討する、③開業医の役割明確化とともにかかりつけ医のあり方と総合診療の専門性を検討する、④大病院外来と専門医育成の各あり方について検討する、⑤医療関係職種役割分担のあり方を検討する、などを打ち出した。

とくに、大病院の外来、かかりつけ医、専門医育成の各あり方については診療報酬上の評価も組上りのほらせる。また、医療関係職種の役割分担においては、病院勤務医の負担軽減を図るために、看護師とともに事務職もスキルミックスの対象に加えられた。

医療法人付帯業務に「認定子ども園」を追加

厚生労働省は、医療法人付帯業務に「認定子ども園」の運営を追加することを決め、8月28日にパブリックコメントに付した。

「認定子ども園」は06年の通常国会で成立した“幼保一元化法”(就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的

な提供の推進に関する法律)で制度化された。10月に施行される。

付帯業務である児童法上の保育所内に開設することが認められるが、保育所経営(医療法第42条1項第7号)とは異なり、「保健衛生に関する業務」(医療法第42条1項第6号)に位置づけられる。

「1」から「2・3」へ悪化した日から負担を軽減

入院時生活療養 厚労省、標準負担軽減取り扱いで修正に応じる。異例の事例

10月1日から導入される入院時生活療養の給付において、医療区分1から生活療養標準負担額が軽減される2・3へと悪化した際の取り扱い方針が変更され、2または3へ評価が変更された日から負担が軽減されることになった。8月25日に公示された健保法等一部改正にともなう関係政省令・告示改正案の意見公募(パブリックコメント)結果の中で厚労省が明らかにしたもの。

10月に施行される健保法等改正において、療養病床に入院する70歳以上の患者を対象に、入院に要する食住コストを療養の給付から切り分けた入院時生活療養が新たに導入され、現行入院時食事療養の食材費負担に居住費を上乗せした標準負担額が設けられた。

その場合に、回復期リハビリ入院料算定患者、医療区分2・3患者などは標準負担額が軽減され、現行どおり食材

費の負担にとどまることになる。

これら改正に関して厚労省は7月7日に政省令・告示改正案をパブリックコメントにかけ、8月6日を受付期限として意見公募を行なった。

この改正において、医療区分評価が1から2・3へ変わった場合の取り扱いについて、厚労省は7月10日の都道府県説明会資料で「1から2または3へ悪化した場合は、状態悪化前の当月における一の医療機関での入院日数を基準に、それよりも長い日数の間、その状態が継続する場合は、状態悪化前の入院日数を超えた日から軽減する」という複雑な考え方を提示してみせ、医療現場からは「軽減適用の幅を狭める」と不満の声があがっていた。

こうした疑問を受け、全日病や日本療養病床協会などの療養病床関係者は医療課に再考を求める一方、パブリック

コメントに積極的に反対意見を送った。その結果、66通130件と、昨今の厚労省パブリックコメントとしては異例に多い数の意見が寄せられたが、その半数が前出方針の撤回を求めるものであった。

これを踏まえ、厚労省は軽減適用取り扱い案の撤回を決め、意見募集の結果公示で「ご意見を踏まえ、省令及び告示において、医療区分1の状態から悪化して医療区分2又は3になった場合はその日から軽減対象とすることとしたい」と、方針変更を認めたもの。

同様に、入院時生活療養の標準負担額についても当初、基準額が異なっているにもかかわらず(I)と(II)が同額とされていたが、意見を受けて修正、(II)算定保険医療機関に入院している患者(現役並・一般所得)については(I)より低い標準負担額を設けた。

さらに、標準負担軽減対象に、入院14日以内の診療所老人医療管理料と短期滞手術基本料2各算定患者が追加された。

修正された案件、とくに医療区分評価変更にともなう負担軽減の取り扱いは、基本的に医療課長通知レベルのものであり、中医協で生活療養基準額や改正にともなう療養病床入院基本料の見直しが諮問された審議過程でも、具体的な取り扱い方針は示されず、前出パブリックコメントにも表記されていない。

今回のケースは、行政の裁量に属するとされている通知レベルの方針案もパブリックコメントの手続きを経て修正が可能という実績を残すものとなった。

関係政令は8月30日、同省令・告示は9月8日に公布される。

医師数が少ない県に交付金等を重点配分

地域医療支援中央会議で医師派遣・キャリア形成システムを検討

「新医師確保総合対策」(骨子) 8月31日 地域医療に関する関係省庁連絡会議

【緊急に取り組む対策】

1. 都道府県による取組の一層の支援

●小児科医・産科医の広く薄い配置を改善する等のために、集約化・重点化を一層推進し、急性期医療をチームで担う拠点病院づくりを推進する。

・2006年末までに全都道府県が集約化・重点化計画を立案するようフォローアップ

●以下の取組により集約化・重点化を支援する。

・病棟の転換(他科への病棟転換や病棟閉鎖を含む)に対する補助金・融資・集約化・重点化による病床削減に伴う医療機能転換に係る経過的な支援

・医師派遣を行った臨床研修病院等に対する支援

・小児科・産科医療体制整備事業の推進

●小児救急電話相談事業の普及

●地域医療対策協議会の活性化

●国からのアドバイザー派遣とあいまあった地方厚生局による実地指導等

●地域医療提供体制の再編・ネットワーク化等

・国として、都道府県が官と民の役割分担を含めた地域の医療提供体制のあり方を検討するためのガイドラインを整備。公立病院のあり方や民間医療機関等との連携を念頭に置いた地域の公立病院等の再編・ネットワーク化についても検討方向を示す

・小児救急医療や周産期医療など、医療資源の集約化・重点化に資する措置

(3面下より続く)

●小児科・産科医療体制整備事業の推進

●小児救急電話相談事業の普及

●地域医療対策協議会の活性化

●国からのアドバイザー派遣とあいまあった地方厚生局による実地指導等

●地域医療提供体制の再編・ネットワーク化等

・国として、都道府県が官と民の役割分担を含めた地域の医療提供体制のあり方を検討するためのガイドラインを整備。公立病院のあり方や民間医療機関等との連携を念頭に置いた地域の公立病院等の再編・ネットワーク化についても検討方向を示す

・小児救急医療や周産期医療など、医療資源の集約化・重点化に資する措置

について検討

2. 都道府県のみでは対応困難な地域に対する緊急対策

●医師派遣(紹介)・キャリア形成システムの再構築

・厚労省に地域医療支援中央会議(仮称)を設置する。

全自病協、自治医大、全国医学部長病院長会議、国立病院機構、日本赤十字社、済生会、日医等の参画を得て、緊急避難的医師派遣等を含め、医師派遣(紹介)・キャリア形成システム構築の支援等を検討

・キャリア形成システムの再構築として、都道府県、上記会議参画主体、公立病院の共同等による医師研修プログラムに係る取組を推進

●地域医療を担う医師の養成の推進

●医学部における地域枠の拡充

●医師不足県における医師養成数の暫定的調整

将来の医師養成を前倒しするとの趣旨の下、医師不足が特に深刻な県について、一定期間、当該県内の現行医師養成数に上乗せする暫定的な調整の計画を容認する。(後出)

●自治医科大学における定員の暫定的な調整

全国知事会及び自治医科大学による地域定着率の向上策など更なる地域医療貢献策の実施を条件として、08年度から最大10年間に限り、医師不足が認

められる都道府県による、現定員(100人)に最大10人上乗せする暫定的調整の申請を容認する。

●交付金等の重点配分

医療提供体制施設整備交付金及び医療提供体制推進事業費補助金(統合補助金)を、医師数が特に少ない都道府県に重点配分する支援を検討。

3. 人材の有効活用、救急及びへき地・離島医療の推進

●出産、育児等に対応した女性医師の多様な就業の支援

●助産師の活用

●小児救急病院の夜間配置の充実

●出産前小児保健指導事業の推進

●ヘリコプターによる救急搬送の充実

●臨床研修における地域医療や小児科・産婦人科での研修への支援

●へき地・離島医療の支援充実

【制度創設等についての中期的検討】

●医療事故に係る死因究明制度

医療事故に係る死因究明のあり方について06年度内を目途に試案を提示、07年度の検討会議論を踏まえ必要な措置を講ずる。

●分娩事故の患者に対する救済制度(無過失補償制度)の検討

●地域医療確保の観点に立った臨床研修プログラムの改善

●開業医の役割の明確化

小児救急医療について診療時間外でも連絡が取れるとともに病院との連携体制構築などの適切な対応等、小児科医をはじめとする開業医の地域における役割を明確化する。

●医療施設体系のあり方の検討
大病院における外来のあり方、病院

との連携を含めたかかりつけ医のあり方、専門医育成のあり方等について検討。これらの診療報酬上の評価も検討。

●プライマリケア(総合診療)に係る専門性の検討

●医師の専門性・資質の向上

●医療関係職種(歯科医師、看護職員、事務職)との役割分担の在り方を検討する。

・医師が本来業務に専念できるような体制構築や、チーム医療を推進する観点から関係職種(歯科医師、看護職員、事務職)との役割分担の在り方を検討する。

・特に看護職員については医療の高度化・専門化等にあって資質向上を図る必要があり、看護職員養成の在り方の検討を着実に進めるとともに、07年度には新人看護職員に対する研修の在り方を検討する。

【医師不足県における医師養成数の暫定的な増加】

●対象・期間等

将来の医師養成を前倒しする趣旨の下、青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重10県(ただし04年現在の100km²当たり医師数60以上の県は除外)で、08年度から最大10年間に限り、当該県内の現行医師養成数に最大10人上乗せする暫定的調整の計画を容認する。

●対象県が講ずべき措置

医師確保調整も含めた医療計画と医療費適正化計画の国への事前協議等

●前倒しの趣旨にかかわらず、養成増に見合って医師定着数増加が図られたと認められる場合に限り、当該暫定措置の終了後も当該県は現行養成数を維持できる。

07年度税制改正要望

「社会医療法人」 なお、税の姿見えず

8月25日に公表された、2007年度の厚生労働省税制改正要望項目において、社会医療法人に関しては、財務省との交渉難航を反映し、「税制上の所要の措置を講じる」と書き込まれた。

厚労省、9月1日付で異動

厚労省は9月1日付辞令で異動を行なった。主な役職者は次のとおり。
▷辻哲夫厚生労働事務次官▷白石順一大臣官房審議官(医政、医療保険担当)
▷佐藤敏信医政局指導課長▷栗山雅秀同医事課長▷外口崇健康局長▷阿曾沼慎司老健局長▷石塚栄同総務課長▷鈴木康裕同老人保健課長▷唐澤剛保険局総務課長▷岩淵豊同保険課長

●小児科・産科医療体制整備事業の推進

●小児救急電話相談事業の普及

●地域医療対策協議会の活性化

●国からのアドバイザー派遣とあいまあった地方厚生局による実地指導等

●地域医療提供体制の再編・ネットワーク化等

・国として、都道府県が官と民の役割分担を含めた地域の医療提供体制のあり方を検討するためのガイドラインを整備。公立病院のあり方や民間医療機関等との連携を念頭に置いた地域の公立病院等の再編・ネットワーク化についても検討方向を示す

・小児救急医療や周産期医療など、医療資源の集約化・重点化に資する措置

②同期間の介護又は医療療養病床の特養への転換についても、特養(地域密着型の特養を除く)の必要利用定員総数のみでは空きがない場合でも、特養と介護療養病床の必要利用定員数の合計内に収まるときは転換は可能である。

Q 介護療養病床の転換について支援措置は如何。

A 介護療養病床を老健施設等に転換する際には、市町村が必要と判断した場合には、地域介護・福祉空間整備等交付金の「市町村交付金」を活用できるようにしている。

なお、「市町村交付金」の財源は全額国債で行なわれるが、06年度に一般財源化された「都道府県交付金」に相当する助成を都道府県等が行う場合は地方財政措置が講じられるため、都道府県等の判断で老健施設等の整備に助成を行うことも可能である。

Q 病床転換助成事業の概要は如何。

A 病床転換助成事業は都道府県が実施主体で、医療療養病床等の長期入院病床を老人保健施設等に転換するための費用の一部を助成するもの。

助成対象範囲は、法律上、①病床種別のうち省令で定める病床数を減少させるとともに、②介護保険施設その他省令で定める施設の新設又は増設により病床減少数に相当する数の範囲内で入所定員を増加させることとしており、第1期医療費適正化計画期間(08~12年)は転換元病床として医療療養病床を定め、転換先施設としては老健施設のほかに有料老人ホーム、ケアハウス、認知症高齢者グループホームを助成対象に加える考えだが、転換先の大半は老健施設を想定している。なお、改修による転換のほかに新規建て替えによる整備も対象とする考えである。

療養全施設と1/3の患者に都道府県が実状調査

地域ケア体制整備で 都道府県意見交換会 市町村交付金、改修で転換1床50万円。助成事業の対象は医療療養病床

厚生労働省老健局は8月8日から11日にかけて「療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備に関するブロック別意見交換会」を開催、都道府県の担当者に「地域ケア整備構想(仮称)」作成に向けた説明を行なうとともに、質問に答えた。

その中で厚労省は、病床転換を支援する市町村交付金の具体案を提示した(別掲)。金額は、改修で転換1床あたり50万円、改築で同120万円というもの。都道府県による病床転換助成事業についても概要を示した(別掲QAを参照)。

また、7月10日の都道府県説明会で表明した、第3期介護保険事業計画期間(06~08年度)内は、介護療養病床と転換先施設との合計必要利用定員総数の範囲内であれば転換可能とする考え方は、転換元が医療療養病床であっても同様とする見解を表明。さらに、この考え方は転換先が特定施設や特養(いずれも地域密着型は除く)であっても変わらないとした(別掲QAを参照)。

●療養病床転換に関して全国調査を実施

地域ケア整備構想策定の基礎資料となる「療養病床に関するアンケート調査」は、各都道府県によって調査票が9月に配られる。11月には回収され、医療経済研究機構の手で2月にまとめられて各都道府県に報告される。厚労省は8月7日付事務連絡で各都道府県に伝達した。

調査は療養病床を有する全医療機関を対象にした施設票と、10月1日現在の入院患者のうち3、8、9、12各月を誕生月とする全患者を対象にした患者調査票からなる。

施設票では転換の意向、さらには併設施設や病棟建物の構造と築年数もたずねられる。一方、患者調査には世帯や住居の状況、介護者の有無、所得状況、他介護保険施設への入所申し込みの有無に関する設問が含まれている。

地域ケア整備構想(仮称)のイメージ案(概要)

「地域ケア体制の整備に関するブロック別意見交換会」資料から

II. 地域ケア整備構想の作成

1. 中長期的な地域ケア体制の動向

各地域における、2035年頃までの①人口・高齢者数、②要介護・要支援認定者数・施設・居住系介護サービス(主に中重度者向け)、③高齢者の「住まい」、④医療のニーズ等の推計を行う。

前出推計に基づいて、地域における高齢者世帯の将来像を示しつつ、地域における医療・介護各サービスと高齢者向け「住まい」の提供を総合した地域ケアの将来像を提示する。併せて、将来に向けたサービス基盤の整備の対応方針を盛り込む。

2. 療養病床の転換が行われる期間の地域ケア体制の動向

(1) 2011年度末までのサービスニーズの推計

各地域における11年度末までの、①人口・高齢者数、②要介護・要支援認定者数・施設・居住系介護サービス(主に中重度者向け)、③高齢者の「住まい」、④医療のニーズ等の推計を行う。

厚労省は2011年度末に終える療養病床の再編によって、2012年度の医療給付費は約4,000億円減少し、同年度に増加が見込まれる介護給付費約1,000億円を差し引いても約3,000億円の給付費が抑制できると試算している。

試算は38万床から15万床へ療養病床が約6割廃止されるという粗い見通しに拠っている。

しかし、病院関係者の間には医療療養は15万床まで減らないという観測が根強い。それは基本的には医療ニーズを踏まえた推測にもとづいている。

厚労省がとりまとめる療養病床調査や今後の都道府県による転換意向調査によっては、医療療養にとどまる病床数予測が上方修正されることも考えられ、その場合に、医療区分の政策的な見直しやコストを無視した点数設定といった強引な手法が繰り返され、地域医療の荒廃が一層進むのではないかと懸念する声が、地方の行政担当者からも聞かれる。

推計に当たっては中長期のサービスニーズの推計を踏まえる。06~08年度分は第3期介護保険事業支援計画のサービス量見込みによる。09~11年度の推計に当たっては、第3期計画策定時に行った将来推計値や療養病床実態調査のデータを活用する。

(2) 2011年度末までの施策の方向

サービスニーズ等の推計を踏まえた11年度末までの基盤整備の方針を提示する。

3. 療養病床の転換の推進

(1) 療養病床の転換について医療機関の意向を調査・把握する。医療機関の転換意向を踏まえつつ、療養病床の転換計画を年度別、圏域別に定める。

(2) 療養病床の円滑な転換に向けた転換支援方策を定める(相談体制の整備、都道府県としての財政支援措置など)。地域介護・福祉空間整備等交付金等の活用に向け、市町村との連携の確保を図る。

(3) 療養病床の転換が医療保険及び介

療養病床の転換に関するQ&A(抜粋)

Q 医療区分が1であっても一定程度の医療行為は必要。こうした者を介護保険施設等で受け入れられるのか。

A これまでも、①老健施設では常勤の医師により緊急時対応も含めた一定の医療が提供されている他、②老健施設や特養等では入所者の急変等に備えるため、あらかじめ協力医療機関を定めて緊急対応を行っているところであり、再編成にあたっては、今後とも医療の確保が前提であると考えている。

また、①06年度介護報酬改定で、特養における入所者の重度化やターミナルケアへの取組評価を新設、②06年度診療報酬改定では新たに在宅療養支援診療所を位置づけ、特養等に入院して

いる末期の悪性腫瘍の患者を訪問して診療を行った場合に診療報酬を算定できる等の新たな措置を講じた。

健保法等一部改正法附則に老健施設等のあり方や入所者に対する医療のあり方等について検討を行う規定が盛り込まれており、今後、検討を進める。

Q 療養病床に入院していた高齢者に特に重要なターミナルケアや重度を含めた認知症患者に対するケアは、受け皿となる介護サービス基盤の中でどう確保していくのか。

A 当該患者については療養病床の再編後も医療療養病床で対応していく。医療の必要性の低い患者については、できるだけ住み慣れた場所でターミナ

ルケアや認知症ケアが行われるよう、介護サービスの充実を図ることが重要と考える。このため、介護保険に地域密着型サービスを創設するとともに、介護報酬改定において、特養における入所者の重度化対応やターミナルケアの評価、認知症高齢者グループホームにおける医療連携体制に対する評価を新設する等の取り組みを行っている。

4. その他

地域介護・福祉空間等整備交付金の見直し

【2006年度】

・都道府県交付金を廃止し一般財源化する。(390億円)

・市町村交付金は対象範囲を拡充(用途を3つに再編成)する。(476億円)

●市町村交付金の内訳

①地域介護・福祉空間整備交付金(ハード交付金)

・地域密着型サービス拠点等の整備

②地域介護・福祉空間推進交付金(ソフト交付金)

作成に当たっては、関係市町村・関係団体と十分に連携を図る。

・地域密着型サービス等の導入に必要な設備やシステムの整備

・高齢者と障害者・子どもとの共生型サービスの推進等

③先進的事業支援特例交付金(ハード交付金)

・介護療養型医療施設から老健等への施設転換

・既存特養の個室・ユニット化改修

・緊急ショートステイ居室の整備等

介護療養型医療施設転換に係る市町村交付金(案)

市町村(特別区を含む)は、①市区町村全域を単位として、②毎年度、③市町村が関与して実施する既存の介護療養型医療施設の老健施設やケアハウス等への転換を内容とする「介護療養型医療施設転換整備計画」を策定することができる(2011年度までの6年間の支援)。

●介護療養型医療施設転換整備事業

既存の介護療養型医療施設を老健施設やケアハウス等に転換することを支援するために交付金を交付。

【交付対象】

次に掲げる施設に転換を行うための整備に要する経費(他の整備計画に基づき交付金が交付されるものは重複して交付しない)

介護療養型医療施設、療養病床を有する病院、老人性認知症疾患療養病棟を有する病院、療養病床を有する診療所

【転換先】

老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホーム(居室は原則個室、1人当たり床面積が概ね13㎡以上)、特別養護老人ホーム及び併設ショートステイ用居室(社会福祉法人を設立等する場合)、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、生活支援ハウス ※①②④は定員規模を問わない。②は特定施設入居者生活介護の指定有無を問わない。③は利用者負担第3段階以

下の人も入居できる部屋を確保することが条件。

●介護療養型医療施設転換に係る市町村交付金の流れ

【市町村】

①市区町村全域を単位として、既存の介護療養型医療施設転換整備計画を策定。

②計画を国に提出(都道府県を経由)。

【国】

③交付金全体(地域密着型サービスの整備等に係る交付金)に係る市町村のニーズを踏まえながら、予算の範囲内で採択。

④交付額を算定し、交付金を交付。

【算定方法】(下表)

「介護療養型医療施設転換整備計画」記載事業によって減少する療養病床数に、表の整備区分ごとの交付基礎単価を乗じた額を交付する(転換により減少する療養病床数を上限とする)。

【整備計画の提出期限と提出先】

市町村は、先進的事業支援特例交付金で介護療養型医療施設転換整備計画の事業を実施するときは計画書を作成し、計画年度の前年度1月末日(2006年度の場合は、06年9月末日)までに都道府県知事を経由して当該地方厚生(支)局長に提出する。

整備区分	単位	配分基礎単価
創設○既存の施設を取り壊さずに新たに施設を整備	転換床数	1,000千円
改築○既存の施設を取り壊して新たに施設を整備	転換床数	1,200千円
改修○躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等)	転換床数	500千円

地域ケア整備構想検討組織へ積極的参加を!

各都道府県は、来年夏までに地域ケア整備構想を作成するために、有識者を交えた検討組織の設置を進めている。整備構想は、医療提供の後方体制となる、在宅を含むケアの体制をビジョン化するもので、その作成には、介護、福祉関係者だけでなく医療関係者の見識が不可欠である。

佐々執行部は、各支部に対して、早急に各都道府県の医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画など担当部局と連絡を取り、あるいは県医師会と連絡を密にし、地域ケア整備構想の検討組織へ積極的に参加し得よう行動を提起している。

ルケアや認知症ケアが行われるよう、介護サービスの充実を図ることが重要と考える。このため、介護保険に地域密着型サービスを創設するとともに、介護報酬改定において、特養における入所者の重度化対応やターミナルケアの評価、認知症高齢者グループホームにおける医療連携体制に対する評価を新設する等の取り組みを行っている。

Q 在宅、グループホーム、ケアハウス等における在宅介護サービスや訪問看護等の在宅医療関連サービスの充実について、どのように考えているのか。

A 在宅介護サービスや在宅医療はこれまでも充実を図っており、(1)昨年の法改正で小規模多機能型居宅介護や夜

間対応型訪問介護等の地域密着型サービスを創設、(2)06年度介護報酬改定では、①訪問看護における24時間対応体制や在宅ターミナルケアへの取り組みへの評価を行い、②早めの住み替えに対応した居住系サービスの多様化を進め、③06年度診療報酬改定でも新たに在宅療養支援診療所を位置付け、介護保険給付対象のケアハウスや有料老人ホーム等に入院している末期悪性腫瘍患者を訪問診療した場合に診療報酬を算定できるなどの対応を図った。

Q 第3期介護保険事業(支援)計画期間における療養病床から老人保健施設等への転換に伴う取り扱い(2面下段に続く)

患者分類検証調査案を検討。06年度内に結果報告

慢性期分科会 改定結果に強い不満。医療課と委員間の意識落差が浮き彫り

調査専門組織の慢性期入院医療包括評価調査分科会が8月24日、8ヶ月ぶりに開かれ、事務局(厚労省保険局医療課)は、患者分類にもとづく包括評価の06年度調査実施案を提示した。

06年度改定後初の会合とあって、療養病床をもつ病院関係委員からは、9区分を設定した意図が改定に反映されていない点や点数設定がコスト調査結果と乖離していることなどに批判が続出した。医療区分1の項目については十分な議論がされていないという指摘も行なわれた。

事務局が05年度調査の原データを“秘

匿”していることにも不満が示され、医療課はその開示を認めさせられた。

06年度調査は、前年度調査を踏まえ、新たにレセプト(10月以降の国保全患者分)、職員配置変動、患者構成変動が加わる。06年度内に報告をまとめる。

分科会委員には、患者分類が換骨奪胎されたと感じている向きが少なくない。

議論では、次期改定に向けて比較対照のデータを得たいとする事務局の意思とは異なり、患者分類を、地域ケアを含む医療提供の流れ再設計に資するべきという思いを強調する意見が強く示され、意識の違いが浮き彫りとなった。

書を用いて、療養病床入院料A～Eの算定状況、医療区分の該当状況、各医療区分の主な算定根拠、ADL得点、認知機能障害加算の算定状況等について調査。

(2)「職員配置の変動に関する調査」

・療養病床を有する医療機関のうちの一定数(過去との比較可能な前回調査医療機関を含む)

・患者分類の導入に伴い、どの程度医師や看護職員等の増減を行ったかなど、医療機関における対応状況を調査。

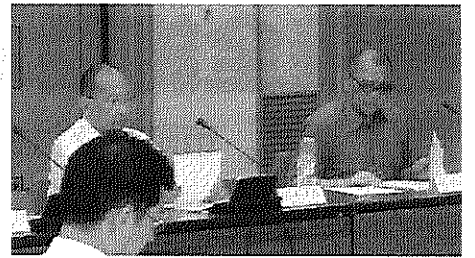
(3)「患者構成の変動に関する調査」

・調査対象は(2)と同じ

・06年4月以降に入退院(転院・転棟を含む)した患者の状況等について調査。(4～6月に入退院した患者の分類と入院元及び退院先並びに退院理由、7～10月に入退院した患者の評価票記載情報、入院元及び退院先並びに退院理由)

(4)「患者特性調査」

・調査対象は(2)と同じ



▲右から猪口常任理事、日医天本常任理事

・調査日における横断調査及び調査期間中に入院した患者の縦断調査を次の項目で調査。

①年齢、入院期間、病名、要介護認定の有無、問題行動の状況、日常生活動作能力(ADL)、認知症の有無等の患者特性に関する項目

②治療、処置、リハビリテーション等の実施状況、薬剤の使用状況等の医療提供に関する項目等

(5)「タイムスタディ調査」

・調査対象は(2)と同じ

・入院患者に対する医師、看護師、看護補助者等によるサービス提供の状況等について、(4)の横断調査に併せて調査する。

(6)「コスト調査」

・調査対象は(2)と同じ

2006年度慢性期入院医療包括評価に関する調査実施案

1. 患者分類手法を以下の観点から検証する。

①患者分類導入に伴う職員配置、患者構成、コストの変動

②医療区分、ADL区分、認知症加算の妥当性

③患者分類導入前後の医療の質の変化

2. 調査の内容

(1)「レセプト調査」

・療養病床入院基本料を算定する国保入院患者のすべて

・06年10月診療分以降の診療報酬明細

1年で1施設716万円。全病院600億円と推計

四病協 未収金報告書 厚労省は静観。委員会は引き続いて対策を検討

8月25日に東京都内で開催された四病協主催「医療における未収金問題を考えるフォーラムディスカッション」で、治療費未払問題検討委員会(委員長・山崎學日精協副会長)は、昨年8月に実施した未収金実態調査の結果を報告するとともに、委員会報告書を公表した。

2004年度の1年間に未収金が発生した施設は回答病院の93.5%、1施設あたり715万9,624円であった。四病協傘下の全病院(5,570)に換算すると1年間で373億円もの未収金が生じていると同委員会は推計している。全国9,000病院におきかえると、04年度に、8,415の病院で約600億円ものぼる未収金が生じた計算になる。

検討委員会は保険者に代替払いの義務があると推論している。しかし、4月14

日の衆院厚生労働委員会で厚労省水田保険局長は回収は保険医療機関の責任とし、保険者に支払い義務はないと言明した。

フォーラムで厚労省保険局の唐澤国保課長(9月1日付で異動)は「未収金問題は所得の低い人の医療をどう考えるかという問題」でもあり、「放置しておいてよい問題ではない」という見識を示したが、それ以上には踏み込まず、「国民的合意が得られる解決策を考えて行く必要がある」とかわした。静観をきめこむというのが厚労省の姿勢だ。

8月30日の四病協総合部会で山崎委員長は、「善管義務にもとづいて各病院がきちんと請求を起こすようにしたらどうか」と提起した。

健保法等に「保険医療機関が善良な管

理者と同一の注意をもってその支払いを受けることに努めた」とある。この“善管義務”を履行したにもかかわらず回収できないときは、保険者への請求が認められるという解釈である。

ただし、直接契約関係の当事者間における支払い不履行とは違い、患者一部負担の法的位置づけをめぐる解釈には難しい一面があるのも事実。最終的には司法判断を仰ぐことが必要だが、各病院とも訴訟には慎重な姿勢だ。

調査結果で民間病院は未収金が少ないが、件数・金額ともに公的病院が多いという事実が判明した。経営努力という要因も絡んでいることがうかがえる。

現時点で未収金解消の決め手は見当たらない。山崎委員長は「具体的な対



▲満席となった会場。立ち見の参加者は入口外まで溢れた。

策は委員会で検討したい」と述べ、今後も委員会を存続させる考えを表明した。

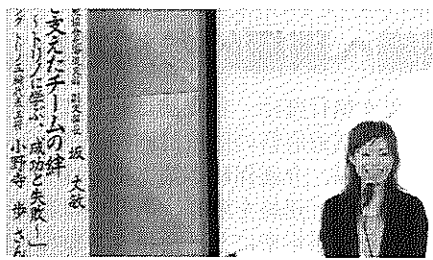
なお、フォーラムは200席のところ600名近い聴講希望者が殺到。100名ほどの立ち見を含めて会場は超満員となったが、300名近くが入場できず、資料を受け取っただけで帰った。

会員病院の関心の高さを裏づけた格好だが、あらかじめ申し込みを受け付けなかったやり方に来場者からは不満の声が洩れるなど、今後の四病協主催集会の運営に問題を残した。(未収金問題の四病協報告書は全会員病院に送付予定。全日病HPにも掲載予定)

夏期研修会 小野寺主将が体験談。アウトカムと新医療計画の講演も

全日病の夏期研修会が北海道支部の主催で8月27日に札幌市内で開催され、約150名が参加した。

病院のあり方委員会ほか当協会主要



委員会で外部委員を務めるほか、厚生労働省の重要検討会等にも委員参加している東邦大学医学部の長谷川友紀教授が、「アウトカム評価と新地域医療計画」と題して講演。さらに、トリノ冬季五輪で主将としてカーリング人気を一躍高めた小野寺歩さん(写真)が登場、「トリノに学ぶ成功と失敗」について体験を率直に披露した。

長谷川教授は、医療の質の確保という視点から医療制度改革の現段階を検証、その到達点に新地域医療計画制度

があると評価。その軸となる「情報の整備と公開」というテーマを掘り下げるとともに、制度改革と社会ニーズに

会員増加が続く。3県で新支部長を選出

8月26日に開かれた第2回理事会(第5回常任理事会)・第1回支部長会は17名の入会を承認した。別途3名の退会が報告され、在籍会員は2,187名となった。

また、青森、岩手、山梨各県で新たに支部長が選出されたことが報告された。

新支部長は、青森県支部が村上秀一氏(医療法人三良会村上新町病院・理事長)、岩手県支部が岩淵國人氏(特定医療法人社団清和会岩手クリニック水沢・理事長)、山梨県支部が熊澤光生氏(医療法人康麗会笛吹中央病院・院長)。

安心・安全・安定

病院厚生年金基金が力強くサポートします。

厚生年金基金は、税制上最もすぐれた企業年金制度であり、基金加入により従業員の将来への不安解消に役立ちます。



基金加入のメリット

- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の実現が図れます。
- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-837-0311
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-843-3737
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		