



全日病 NEWS 3/1

21世紀の医療を考える全日病 2008

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒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.681 2008/3/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

小規模の老健・特定施設の複数設置が可能

転換型老健施設 看護6対1・介護4対1を評価。2012年度後の扱いは改めて検討

独立した施設サービス費が設けられる療養病床から転換した介護老人保健施設の人員配置は看護6対1とし、介護職員については、「当分の間、6対1に加えて4対1を評価することが、2月20日の社保審介護給付費分科会で決まった。4対1介護は2011年度まで存続した上で、その後の対応が検討される。

これにともなって、経過型介護療養型医療施設の看護配置も、現行8対1に6対1の評価を新設することになった。

看護については「夜勤時間帯の看護職員の配置基準」を設け、夜間の看護職員配置を求める。ただし、定員40人以下小規模施設に関しては、看護職員の常時オンコール体制の確保と必要に応じて健康上の管理を行なう体制の確保について評価することで代える。

このほか、転換に伴う療養室面積の経過措置として、2006年6月21日以前着工の建物は、本格改修までの間6.4㎡を認める(ただし12年度からは減算となる)ことに加え、老健施設に適用されている耐火構造や直通階段・エレベーター設置の構造設備基準については、転換前の基準と同様でよいという経過措置を図る。

さらに、複数設置などサテライト型施設の枠を広げるとともに、人員の兼務規制を大幅に緩和、医療機関による小規模老健の設置に加え、特定施設のサテライト化を新たに認めた上で、医療機関と老健施設それぞれの設置対象に加えた。

同日の分科会は、療養病床から転換した老健施設を「介護療養型老人保健施設」と呼ぶことを決めた。もっとも、介護保険法上は介護老人保健施設であることに変わりはない。次回3月3日には介護療養型老健の単位案が示された上で諮問、同日答申となる見込みだ。(分科会における決定内容の資料を2・3面に掲載)

療養室面積の経過措置は概ね建て替えまで適用

療養病床から転換した介護療養型老健の施設要件は、昨年11月12日の介護給付費分科会に事務局が提示した考え方を踏襲した。

すなわち、医療機関からの入所が家庭からの入所に対して一定倍数に達していること、経管栄養と喀痰吸引を実施する入所者の割合が一定以上に達しているという2要件を施設基準とするというもの。

前者については、算定月の前1年間の新規入所者のうち、「医療機関」から

の入所割合と「家庭」からの入所割合の差が35%以上を標準とする。後者は、算定月の前3ヶ月に、「経管栄養」または「喀痰吸引」を実施している者の割合が15%以上であること、とされた。

今回の決定では、後者の処置実施割合に、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMの割合が25%以上という指標が追加され、「35%以上」に加えて、「15%以上」もしくは「25%以上」のいずれかがクリアされれば要件を満たすとされた。

介護報酬については、当初案のとおり、介護療養型医療施設で算定されている特定診療費を導入することが決まった。ただし、重度療養管理のうちの医療区分3に相当する項目は除外される。リハに関する項目も除外されるが、常勤専従のリハ専門職配置は別途評価するとされた。

看取の体制についても、当初案のとおり、一定要件の下で加算評価することになった。また、報酬類型にはユニット型も設けられた。

かくて、介護療養型老健の介護報酬は、現行の老健報酬に、①夜間等を含む看護職員配置、医薬品費・医療材料費などからなる新たな施設サービス費、②看取り、個別の医学的管理への対応、4対1介護の評価、リハ常勤専従職員の評価からなる加算という新設の報酬が加わり、一方、医療保険の側からは、急性増悪時の外部医師対応と一定範囲の投薬・注射をまかなう支援を得るという構造になる。

介護療養型老健の基準等は介護療養型医療施設に、また、限りなく経過型介護療養型医療施設に近づくものとなった。医師の配置が異なるが、出来高算定項目が増えたことから、事務局は、医師配置を「1+α名」と表わしている。

ただし、現在の介護老人保健施設は介護療養型老健に転換できない。それは、療養病床の再編を終える12年3月までという期間が限られた4対1介護の



評価や設備構造上の経過措置からうかがえるように経過措置施設であるという認識があるからであり、本来の介護老人保健施設とは厳に峻別されているからである。

12年4月以降にどうなるかは、介護保険施設一元化を含む大きな枠組みの議論によっても変わると思われるが、療養病床を有する病院は、いずれは決断を迫られることになる。

この点を、鈴木老健課長は「枠を超えて移行できるのは第4期介護保険事業支援計画の期間だけである」と指摘、決断の時期が近づいていることを示唆した。

今回の決定には、医療機関が小規模の老健や特定施設を設置できる改正が、人員兼務規制の緩和とともに含まれている。これは転換型を含む老健施設も同様だ。療養病床からの転換を促すために選択肢の間口を広めようというものだ。

その一方で、木下委員(日療協会会長・全日病常任理事)が投げかけた「医療法人による特養経営は今からでも法改正が間に合うのではないか」という問いに、阿曾沼老健局長は「根の深い話であり、特養のあり方を議論しつつ、慎重に検討したい」と、老健施設への対応とはまったく異なる対応をあらわにした。

3月末までに定款・寄附行為の変更申請を!

医療法人制度改革 3月末決算以降、各医療法人は事業報告書等の届出が必要

2月25日に開催された全国医政関係主管課長会議で、厚労省医政局指導課の担当官は、医療法人制度改革に伴い、各医療法人とも、①2007年度内に定款・寄附行為の変更申請が必要、②3月末以降決算を迎える医療法人に関しては新しい事業報告書等の作成・届出が必要

であると指摘、都道府県に医療法人指導を強めるよう求めた。

昨年4月に施行された医療法人制度改革で事業報告書等の作成・閲覧に関する規定が整備されたため、従前の財産目録、損益計算書、貸借対照表に加え、新たに「事業報告書」と「監事の監査報

告書」を作成し、都道府県に提出する必要がある。

ただし、適用は、もっとも早いケースでも、この3月末が決算期となる医療法人。しかも、3ヶ月以内の6月に提出すればよいことになる。

これに対して、定款・寄附行為の変

更は、医療法改正前と改正後でモデル定款に変更が生じていることから、モデル定款ごとの定款は変更する必要があり、その申請を3月末までにしなければならない。ただし、認可は4月以降でかまわない。

両件とも手続きを怠ると、都道府県から報告徴収または立入検査等の指導が実施されるので、各医療法人は注意する必要がある。(定款等変更については、07年3月30日付の医政局長通知=医政発第0330049号等を参照)

医療費適正化の基本方針案を公表

厚生労働省は「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針案」を2月8日に公表、3月10日締め切りで意見募集を開始した。2008年4月にスタートする第1期都道府県医療費適正化計画に対して国が示す基本方針となるもので、計画策定の考え方・手順・留意

点とともに、既に公示されている目標値にかかわる参照標準等が盛り込まれている。

さらに、標準的な都道府県医療費の推計方法が添付され、高齢化の影響を織り込んだ医療費推計の方法が明示されている。

パブリックコメントを開始した厚労省施策案の概要

- 医療法第42条の2第1項第5号に規定する厚生労働大臣告示案(2月15日)
(内容) 社会医療法人が行う救急・災害・へき地・周産期・小児各医療にかかわる基準について明示。
- 医療法施行規則の一部改正する省令案(2月15日)
(内容) 社会医療法人に係る公的な運営要件、基準病床数制度における特定病床の追加、医療機能情報提供制度に

- おける専門資格対象の拡大など。
- 介護保険法施行規則の一部改正案(2月22日)
(内容) 介護サービス情報公表制度の対象に、短期入所療養介護、介護予防通所リハ、介護予防短期入所療養介護等18サービスを追加する。
- 指定施設サービス等の費用の額算定基準の一部改正告示案(2月22日)
(内容) 指定介護療養型医療施設に経

過的に認めてきた療養環境減算をIのみとし、08年4月1日以降は、廊下幅が基準を満たさない施設のみ介護報酬の対象とする。

●医師臨床研修に関する省令の一部を改正する省令案(2月22日)

(内容) 臨床研修病院の指定基準の見直しや諸手続の簡素化等を行なう。医師員数にかかわる経過措置を09年3月末まで2年間延長する。

●前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令に基づき厚生労働大臣が定める

施設案(2月22日)

(内容) 病床転換助成事業について転換先施設を以下のとおり定める。軽費老人ホーム(厚生労働大臣が定めるもの)、介護老人保健施設、有料老人ホーム(一定条件に該当したもの)、特別養護老人ホーム、(特別養護老人ホーム併設)ショートステイ用居室、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(離島振興法等に基づくもの)、高齢者専用賃貸住宅のうち一定の要件を満たすもの。

定期代議員・定期総会開催のご案内

第90回定期代議員会および第79回定期総会を下記のとおり開催いたします。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

日時	平成20年3月29日(土) 定期代議員会 午後1時開会 代議員会終了後定期総会を開催(午後2時半前後を予定)	議案	定期代議員会・定期総会とも (1)平成20年度事業計画(案)について (2)平成20年度予算(案)について (3)その他
会場	ホテル グランドパレス 3F「白樺」 東京都千代田区飯田橋1-1-1 Tel.03-3264-1111		

療養病床から転換した介護老人保健施設の人員基準・施設要件・介護報酬の考え方(議論の整理=概要) 介護給付費分科会(2月20日)の資料から *1面記事を参照(転換型老健施設は2月20日の分科会で「介護療養型老人保健施設」と呼称することが決まりました。以下、文中では「介護療養型老健施設」という呼称を使用しています)

(1)介護療養型老健施設の介護報酬上の評価

【基本的な考え方】

介護療養型老健施設の介護報酬は、①看護職員による夜間の日常的な医療処置等入所者全員がほぼ等しく受けるサービスは、新たな施設サービス費で評価する

②医学的管理、看取りの評価といった、入所者の状態により個別のニーズが大きく異なるサービスは個別の加算により出来高で評価することとしてはどうか。

【入所者の医療ニーズ等への対応】

介護療養型老健施設の入所者の医療ニーズに対応するため、既存の介護老人保健施設に付加する機能とその評価は以下のとおり。

①看護職員による夜間の日常的な医療処置

○夜間の日常的な医療処置の提供に必要な看護職員の確保等は施設サービス費で評価する。

○必要な看護職員の配置は概ね6:1となる。

なお、夜間の看護職員の配置を確保するため、「夜勤時間帯の看護職員の配置基準」を設定することとしてはどうか。○夜間の看護職員の配置が困難な入所者数 40人以下の小規模施設は、常時、看護職員によるオンコール、かつ、必

要に応じて健康上の管理を行う体制を確保している場合も評価することとしてはどうか。

②医師による医学的管理や看取りへの対応

○医師の業務に対する評価については、医師1名分の配置が評価されている施設サービス費に加え、個別ニーズが大きく異なる医学的管理への対応は、介護療養型医療施設の特定診療費のうち、①リハビリテーション、②重度療養管理のうち医療区分3に該当する項目、を除いて加算により評価する。

○理学療法と作業療法については、必要に応じて、常勤専従の配置を別途評価する。

○看取りへの対応については、次の要件を満たした場合に、加算により評価する。・医師が回復の見込みがないと診断した入所者に対するものであること

・ターミナルケアに関する計画が作成されていること

・職員が共同して、同意を得ながらターミナルケアが行われていること

・入所者が入所施設又は当該入所者の居宅において死亡した場合

③急性増悪時の対応 急性増悪時に、施設の医師では対応することが困難な処置等を外部の医師が行った場合の評価を医療保険で行う。

④介護職員の配置

○介護報酬上6:1の介護職員配置を評価することとしてはどうか。

○4:1を適用している療養病床は、当分の間、4:1の介護職員配置も評価してはどうか。

○今後については、転換が終了する平成24年4月以降の対応を検討してはどうか。

【介護療養型老健施設の施設要件】

○施設要件は下記の①及び②としてはどうか。

①算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が35%以上を標準とする。*本要件は平成20年4月以降の入所者から適用。ショートステイの入所者は含まない。「35%以上」の具体的な適用方法は平成21年4月までに検討する。

②医療ニーズに関しては、i.「身体的ニーズ」については、算定日が属する月の前3月間に、全入所者のうち「経管栄養」又は「喀痰吸引」を実施している者の割合が15%以上

ii.「精神的ニーズ」については、算定日が属する月の前3月間に、全入所者のうち「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクMの者の割合が25%以上とし、上記iとiiのいずれかを満たすこととしてはどうか。

○上記の施設要件は、必要に応じて適宜見直しを行うこととしてはどうか。

(2)介護療養型老健施設における基準の緩和

①療養室の面積基準に係る経過措置

平成18年6月21日に着工された施設については、大規模の修繕又は大規模の模様替を行うまでの間、

・療養室の面積を算定する際、談話室の面積を含めて算定することを可能とする。

・平成24年4月以降も経過措置(6.4m²)を認める。なお、平成24年4月以降は、8.0m²に対応している施設との均衡に配慮した評価を行う。

②構造設備基準に係る経過措置

・建物の耐火構造に係る構造設備基準

・建物内の直通階段及びエレベーターの設置に係る構造設備基準

については、転換前の病院又は診療所の基準と同様でよいこととしてはどうか。

(3)経過型介護療養型医療施設の見直し

平成23年度末まで認められている経過型介護療養型医療施設について、看護職員「6:1」の配置も評価することとしてはどうか。

(4)ユニット型の施設類型の創設

ユニット型の経過型介護療養型医療施設の施設サービス費を創設するとともに、療養病床から転換した介護老人保健施設について、ユニット型の施設

療養病床の転換を支援するための人員基準等の特例

療養病床の転換を支援するため、「本体施設から支援を受ける小規模施設」(サテライト型施設=定員29人以下)が効率的経営が可能となるよう、人員基準等を見直しはどうか。

1.本体施設と支援を受ける小規模施設の見直し

○医療機関から支援を受ける小規模施設

■本体施設と支援を受ける小規模施設

Table with 2 columns: 本体施設, 小規模施設. Rows include 医療機関(病院・診療所) and 介護老人保健施設.

*本体施設の設置主体が地方公共団体等の場合は特別養護老人ホームも可

【人員の兼務】

(1)本体施設である医療機関との兼務を認める職種

・管理者(介護老人保健施設・特定施設)

・医師(介護老人保健施設)

・栄養士(介護老人保健施設)

・介護支援専門員(介護老人保健施設・特定施設)

※括弧内は支援を受ける小規模施設

(2)本体施設である老健施設との兼務を認める職種

・管理者(介護老人保健施設・特定施設)

・医師(介護老人保健施設)

設を認めてはどうか。

○新たに「支援を受ける小規模特定施設」を認めてはどうか。

○1つの本体施設に小規模施設を複数設置することを認めてはどうか。

療養病床の転換の具体的なニーズを考慮すると、以下の組み合わせが適切ではないか。

・理学療法士又は作業療法士(介護老人保健施設・特定施設)

・栄養士(介護老人保健施設)

・介護支援専門員(介護老人保健施設・特定施設)

・支援相談員(介護老人保健施設・特定施設)

※支援を受ける施設が介護老人保健施設の場合は従来から可能

【設備の共用】

介護療養型老健施設に限り、本体施設である医療機関又は老健施設の機能訓練室の、小規模施設との共用を認めることが適切ではないか。

○支援を受ける小規模施設の複数設置

支援を受ける小規模老健施設の設置は複数設置を認めてもよいのではないか。

■介護療養型老健施設における医学的管理等に関する評価の考え方

Table with 3 columns: 介護療養型医療施設における特定診療費, 介護療養型老健施設における評価, 備考. Lists various medical management items and their evaluation status.

基金加入で『ゆとり』をプラス

全国に広がる『病院基金』に、ぜひご加入を。

病院厚生年金基金は、税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



- 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、福利厚生の充実が図れます。

- 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

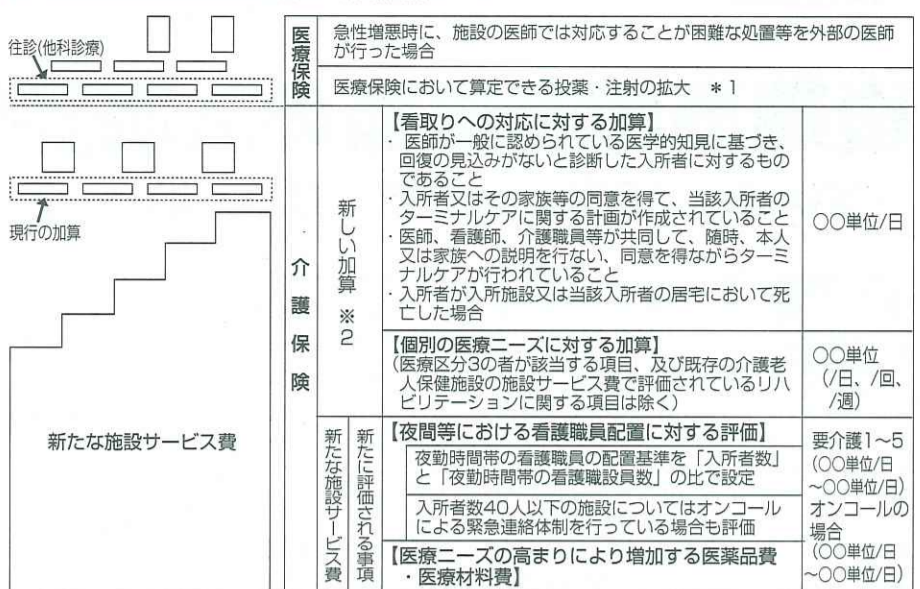
- 北海道 ☎011-261-3172
秋田県 ☎018-824-5761
山形県 ☎023-634-8550
福島県 ☎024-522-1062
茨城県 ☎029-227-8010
栃木県 ☎028-610-7878
群馬県 ☎027-232-7730
埼玉県 ☎048-833-5573
千葉県 ☎043-242-7492
東京都 ☎03-3833-7451
神奈川県 ☎045-222-0450
新潟県 ☎025-222-3327
富山県 ☎076-429-7796
石川県 ☎076-262-5261
長野県 ☎0263-36-4834
静岡県 ☎054-253-2831
滋賀県 ☎077-527-4900
京都府 ☎075-255-1312
大阪府 ☎06-6776-1600
兵庫県 ☎078-230-3838
奈良県 ☎0742-35-6777
和歌山県 ☎073-433-5730
鳥取県 ☎0857-29-6266
島根県 ☎0852-21-6003
岡山県 ☎086-223-5945
広島県 ☎082-211-0575
山口県 ☎083-972-3656
徳島県 ☎088-622-1602
香川県 ☎087-823-0788
愛媛県 ☎089-921-1088
福岡県 ☎092-524-9160
長崎県 ☎095-801-5081
熊本県 ☎096-381-3111
大分県 ☎097-532-5692
宮崎県 ☎0985-26-6880
鹿児島県 ☎099-227-2288
沖縄県 ☎098-869-3521

療養病床・介護老人保健施設・介護療養型老健施設の報酬類型 (表中の各囲み部分)

Table with columns for '療養病床' and '介護老人保健施設', and rows for '医療保険適用' and '介護保険適用'. It details staffing ratios (e.g., 医師3名, 看護師4:1) and unit types (e.g., ユニット型, 経過型ユニット).

*1 今後、介護療養型老健施設の入所者の介護ニーズの実態を把握し、平成24年4月以降の対応を検討。
*2 ユニット型施設については、①日中はユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること、ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること、②2のユニットごとに夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上、とされており、看護職員・介護職員については、概ね2:1の配置が評価されている。

介護療養型老健施設に係る介護報酬のイメージ



*1 「医療保険において算定できる投薬・注射の拡大」は、既存の介護老人保健施設も対象となる。
*2 現在、介護職員4:1の報酬上の施設基準を適用している療養病床については、当分の間、介護職員の4:1の配置を介護報酬上評価する。

司法判断待たずに行政処分?!

死因究明検討会 事務局案一システム改善命令を医療法に盛り込む

2月20日の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」は、医療事故にかかわる行政処分と医療安全調査委員会(仮称)への届出範囲について議論した。

事務局(厚労省医政局総務課)案は、行政処分は、司法判断を待たずに、公表された委員会報告書もしくは委員会通知にもとづいて実施。その上で、処分はシステムエラーの改善に重点を置いたものとし、システム改善の業務命令ができる法的根拠を医療法に盛り込むというもの。

ただし、個人のミスが明確なものは、医道審議会の意見を聴いた上で再教育を重視した方向で実施する、とした。

処分対象事例の範囲としては、①故意や重大な過失、②過失を繰り返しているケース、③診療録等の改ざん・隠匿など非常に悪質なケース、をあげている。医療機関による委員会への届出範囲に関しては、新たに、届出範囲に該当するか否かを判断する手順と事例イメージを具体的に列挙した。

これによると、届出範囲に該当しないと判断したケースは届け出る必要がないことになる。事務局案は、届出範囲に該当するか否かの判断は、医師でなく医療機関の管理者が行なうとした。

検討会では、委員から、調査報告書が訴訟に使われることへの強い懸念が示

医療事故にかかわる行政処分と届け出範囲の考え方(厚労省案:要旨)

行政処分に関する基本方針案

- 1) 医療事故に対する行政処分は委員会とは別の組織で行う。
2) 医療事故に対する行政処分は、システムエラーの改善に重点を置いたものとする。
3) 行政処分の実施に当たっては以下のとおりとはどうか。

(ア) システムエラーの改善を目的とした医療機関に対する処分類型を医療法に創設する。

*医療機関に、医療の安全を確保する体制整備に関する計画書を作成して再発防止策を講ずるよう業務改善命令を行う。

(イ) システムエラーだけでなく個人の注意義務違反等も原因として発生している事例については、医師法等に基づく医療従事者個人に対する処分を医道審議会の意見を聴いて実施する。その際、再教育を重視した方向で実施する。

(a) 処分の対象となる事例の判断方法 [案1] どの事例を審議するかは、公表された委員会報告書の内容から判断する。

[案2] どの事例を審議するかは、委

された。医師法21条の削除等改正を求める意見が示された。また、厚労省と法務・警察当局との間で、委員会が通知した以外の事故は捜査対象としない方向で協議が重ねられている旨の報告が行なわれた。

医療安全調査委員会(仮称)については、とくに、刑事および行政処分との関係をめぐって、医療現場には疑問と不安が広がっている。

議論はなお途上であり、事態は流動的でもある。

員会からの通知の有無により判断する。(b) 処分の対象となる事例の範囲 [案1] 以下のような事例(捜査機関への通知の範囲と同様)を対象とする。
・故意や重大な過失があった場合
・過失による医療事故を繰り返しているなどの悪質な場合(いわゆるリピーター)
・医療事故が起きた後に診療録等を改ざん、隠匿するなど、非常に悪質な場合

[案2] 対象事例は、捜査機関に通知される事例に限らず、医療従事者の注意義務違反の程度のほか、医療機関の管理体制、医療体制、他の医療従事者における注意義務の程度等を踏まえて判断する。

届出について

I. これまでの議論

1) 届出範囲は以下のようにしてはどうか。

医療安全調査委員会(仮称)へ届け出るべき事例は、以下のいずれかに該当すると医療機関が判断した場合としてはどうか(以下に該当しないと判断した場合には届出は要しないと

- ① 誤った医療を行ったことが明らかであり、その行った医療に起因して、患者が死亡した事案(その行った医療に起因すると疑われるものを含む)。
② 誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して、患者が死亡した事案(行った医療に起因すると疑われるものを含む、死亡を予期しなかったものに限る)。

2) 上記の判断は当該医療機関の管理者が行うこととしてはどうか。

3) 遺族からの調査依頼についても、委員会は原則として解剖を前提とした調査を行うこととしてはどうか。

4) 医療機関は、届出範囲に該当するとは判断していないが遺族が調査を望む場合には、医療機関からの届出ができることとしてはどうか。

5) 届出範囲に該当すると医療機関が判断したにもかかわらず、故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合は、何らかのペナルティを科すことができることとしてはどうか。

II. 届出義務の範囲に該当するか否かを医療機関において判断する際の考え方(省略)

標榜部会 高齢者医療の立場から総合医導入を訴える

医道審議会医道分科会診療科名標榜部会は2月13日にヒアリングを実施、大内尉義日本老年医学会理事長、草場鉄周北海道家庭医学センター所長、森洋一京都府医師会会長が、それぞれ総合科・総合医に関する意見を陳述した。

東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座教授でもある大内氏は、「小児科は小児を対象とした総合科である」と指摘。「総合医がいて初めて臓器別専門医が安心して臓器だけの診療に専念できる」と述べた。そして、とくに高齢者医

療は総合医が不可欠であるとして、総合医(老年病専門医)が担う「高齢者総合診療科」を診療所から中規模クラスの病院に設けるべきであると提案した。

家庭医療を実践する草場氏は日本プライマリケア学会の専門医資格をもっているものの、標榜科は内科・小児科である上、現在に至るも専門医として

広告表記できないという矛盾を指摘。家庭医療専門医の養成プログラムを早急に確立して患者の認知度を高めるとともに、その実践環境を整えなければ、現在、家庭医療に取り組んでいる若手医師たちもやがては離脱することになると警鐘を鳴らした。そして、環境整備のイニシアチブを行政に求めた。



全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
医療施設機械補償保険
居室介護事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
●従業員向け団体保険制度
勤務医師賠償責任保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327
http://welfare-ajha.jp/

緊急対談 2008年度改定を振り返る—今改定の“総括”と今後の展望を語る

全日本病院協会会長・中医協委員 西澤寛俊 副会長・医療保険診療報酬委員長 猪口雄二

後期高齢者医療の入院評価に地域一般病棟の機能

一般病床は「10対1」が最低となっていく—入院基本料引き上げの意味



猪口 まずは、初めての改定作業、お疲れ様でした。(笑)今回は医科こそ+0.42%ですが、全体は-0.82%ですから、決して楽ではなかったでしょう。

西澤 改定率は内閣の専管事項です。さらに、改定の基本方針も社会保障審議会で決められました。基本方針には、産科・小児科を中心とした勤務医の負担を軽減するとありましたが、この改定率では難しいだろうというのが私の実感でした。しかし、地域医療は深刻な状況にあるわけで、正直、かなりのプレッシャーを感じていました。(笑)

猪口 先行した議論では、診療所の支援を得て、基幹病院の救急等により多く配分するということができたのですが、結果的に、診療所はあまり下がらなかったのでは。

西澤 0.42%は医療費にして約1,000億円です。今回は、これをすべて病院に回すと。その上で、まだ、500億円足りない。これを診療所に依拠しようというのが当初の考えで、その主な方策

病院入院に1,500億円、一般病床あたり17万円

西澤 今回、病院の外来に大きな変更はなかったと思います。したがって、医療費の半分を占める病院の入院に1,500億円、一般病床あたり17万円が投入されたこととなります。1,500億円は医療費ベースで0.6%ですから、病院の入院は1.2%引き上げられたこととなります。

猪口 中小病院は、当初はゼロベースかという感じでしたが、再診料の問題に巻き込まれて、一時は危ういところでした。しかし、最後は、若干でもプラスの方に戻すことができたのではないのでしょうか。

西澤 そうですね。辛うじて、中小病院に対する配慮がはたらいたと思っています。公益委員からも、地域医療を担っている中小病院を評価する声が聞かれましたから。

猪口 入院基本料を、なぜ、10対1しか上げなかったかという疑問も残りますが。

西澤 私自身は、今後、一般病床は10対1以上としていくというメッセージ

が再診料の引き下げでした。しかし、外来管理加算の引き下げとデジタル映像処理加算の廃止によって確保するということが決着した。この結果、200床未満の病院も影響をこうむったということです。

猪口 つまり、診療所と中小病院から財源を捻出する破目になった。これは、全国の中小病院にとっては予想外だったのではないのでしょうか。



西澤 重点的につける対象は急性期の大病院ですから、配分がそちらに傾くのは止むを得ない。その上で、いかに、中小病院へ回る分を確保すべきかと思案していたのです。勤務医の疲弊は中小病院も同様だからです。

しかし、2点アップで引き下げ分の補填は可能とみていた再診料が3点上がった。それと、10対1入院基本料が31点上がりました。一般病床のみの200床未満病院はプラスとなったのではないのでしょうか。

ではないかと受け止めています。問題は医療療養が下げられたことです。例えば、ケアミックス型ですと、10対1をとっていても、一般・療養の病床数の違いで影響が異なることとなります。

猪口 本会の病院経営調査でも回答病院の半数近くが10対1ですからね。やはり、そこが1つの線引きとなっていくのでしょうか。ところで、外来管理加

算の「5分」という点を、多くの病院が気にしていますが。

者訪問診療料2」が設けられました。1日200点と低いのですが、高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、グループホーム、特定施設が対象です。さらに、特定施設の後期高齢者に対する訪問診療に在宅時医学総合管理料の算定を認めるという特定施設入居時等医学総合管理料も新設されました。

西澤 前者は、2人目からは算定が制限されている現行の在宅患者訪問診療料に「2」を設け、何人みても同じ点かとれるようにするというものです。その分点数は低くなりましたが。

特定施設入居時等医学総合管理料については、問題は「特別の関係」にある医療機関が算定できるかどうかです。

猪口 連携パスに脳卒中が加わりましたが、医療計画の記載された医療機関であることが要件とされました。都道府県の医療計画はばらばらで、すべてが4月1日に間に合うかという疑問があります。

西澤 これは当然、柔軟に対応せざるを得ないのではないのでしょうか。

医療クラークは一般病院で1人年間200万円！

猪口 7対1に看護必要度を測定する基準が導入されたわけですが、この影響はどのくらいとみていますか。

西澤 医療課は2割が外れるとみています。ただし、病床数では15%といえますから、中小規模の病院が該当するということでしょうか。

実は、この基準の対象外となった特定機能病院にも“ランク落ち”に該当する病院があります。この事実、特定機能病院の機能をどう考えるかという点で、今後、重要な論点になると思います。看護必要度に関しては、7対1が病院単位でよいのかという点も議論になることでしょうか。

猪口 10対1の看護補助加算は、結局、7対1から移ってきた病院に限られましたね。

西澤 10対1に看護補助加算を認めるという考えは、中小病院に対する配慮から出た案ではないのでしょうか。しかし、財源上の制約に加え、支払側が難色を示したこともあって実現しなかった。もっとも、結果的には10対1の引き上げに落ち着いたのですが。

猪口 医療クラークの配置を評価する加算ですが、中小病院としては、「年間緊急入院患者が200名以上」以外にどういう要件がつかうかが気になります。

西澤 この問題は、療養病床を含む全病院、少なくとも一般病床すべてに認めるべきであると、かなり主張しました。最初は急性期総合病院が対象とされていましたが、やがて2次救急医療

機関へ拡大され、最後は、中小病院にまで広がったわけですね。

一般の病院であれば1人につき年間200万円ほどの収入になります。人件費としては回りますが、工夫すればやりくりがつかうのではないのでしょうか。

猪口 新設された亜急性期入院医療管理料2は、一般急性期の病院の中に、基幹病院からの受け皿を増やしていきたいということですね。

西澤 そうですね。急性期の受け皿とともに連携促進という側面があります。200床未満の病院が対象ですが、3割まで認めるということは最大60床と病棟単位の運営が可能であり、大変使いやすくなりました。

猪口 療養病棟ですが、せつかく医療区分1・ADL3の点数が現状維持となったものの、それ以外が平均1.8%ぐらいた下がってしまいました。

西澤 マイナスが全体の平均で1%台であるのは事実でしょう。ただ、ADL3相当の患者には、1日15点の褥瘡評価実施加算が算定できます。

猪口 疾患別のリハについては、(Ⅲ)の新設にともなって(Ⅰ)の要件がだいぶ厳しくなるのではないかとみられます。

前改定では大幅に見直されて、各病院ともようやく(Ⅰ)に手が届いたと思ったところ、また、今度の改定で水準が上がってしまった。2年ごとにこれをやられるのは勘弁してくれというのが正直なところではないかな。(笑)



算の「5分」という点を、多くの病院が気にしていますが。

次は療養病棟にアウトカム評価を導入か

猪口 ところで、回復期リハにアウトカム評価が導入されました。これは、今後の流れを見る上で、かなり重要な変化ではないのでしょうか。

西澤 アウトカム評価については、次に出てくるのが療養病棟でしょうか。今は、褥瘡の測定・記録をすれば点がつくということですが、その結果、褥瘡に関するデータから指標が導き出され、次回あたりに導入される可能性があります。

猪口 最後に、後期高齢者診察料600点が設けられました。これまでの特定疾患療養管理料と比べると高い点数ですが、結局、病院は算定できないことになりました。

西澤 現在も、後期高齢者を主に診ているのは中小病院ですから、本当は病院にも算定できるようにしてほしいというのが偽らざるところです。

猪口 これについては、今後も、提言し続けていく必要があるのではないのでしょうか。

西澤 そう思います。それと、我々が主張してきた地域一般病棟ですが、今

回はpost-acuteという機能が実現したわけですが、在宅患者の急性疾患や慢性疾患の急変を受け入れて再び在宅に戻すというsub-acuteの機能が残されています。

この在宅支援に関しては、後期高齢者医療における入院医療の評価に、我々が主張してきた機能が取り入れられています。これとpost-acuteを組み合わせることによって、地域一般病棟の具体的な姿が、かなり鮮明になるものと思います。

猪口 つまり、在宅支援という場合に診療所との連携を図る。その診療所が在宅療養と後期高齢者医療を担当するという構図ですね。

西澤 地域一般病棟は、外来を担いつつ、地域の診療所がそうした役割をきちんと担っていくように支援を行なうことが重要な機能となります。

我々が在宅支援というのは、診療所と競合することではなく、診療所の在宅支援を応援し、補っていくという意味に考えればよいのではないのでしょうか。

外来管理加算の「5分」は概ね。柔軟に対応か

西澤 「5分」というのは「目安として」ということです。中医協では平均して5分を目安にするというかたちで議論されています。通知をみないと分かりませんが、柔軟に判断されるものと私は理解しています。

「主要改定項目」には、外来管理加算の「診療内容」として、「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか」と患者にたずねるとあります。そういう姿勢が重要だということではないのでしょうか。

猪口 1日の外来時間÷外来患者数が5分であればよい、ということでしょうか。(笑)

西澤 事務局の説明によると、例えば、1日6時間としたときに、72人ぐらいの患者数であれば問題はないのではないかと。仮に、監査の際にも、外来の平均患者数が診療時間に比して、概ね5分程度であればよいのではないかと話した。

猪口 在宅医療では、新たに「在宅患