

2010年2月4日

個別の診療報酬項目に対する日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

日本医師会は、定例記者会見において、診療報酬改定に対する見解を随時述べてきた。以下、最近の中医協の議論に関し、これまでの見解に追加すべき点を述べる。

目次

1. 15対1入院基本料について.....	2
2. 月平均夜勤時間72時間要件について.....	3
3. 医療関係職種の役割分担と連携の評価.....	5
4. ケアマネージャーとの連携の評価.....	6

中医協総会に提出された資料名は次のように省略している。

「骨子における重点課題関連項目（入院）」中医協 総 - 5 22.1.27

（略）1月27日 中医協 総 - 5

「四つの視点」関連項目（入院を中心に）中医協 総 - 3 22.2.3

（略）2月3日 中医協 総 - 3

1. 15 対 1 入院基本料について

1月27日 中医協 総 - 5 p19 (抜粋)

医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化することを検討する。

日本医師会の見解

適正化とは引き下げを意味しているが、日本医師会はこれに反対である。

医療経済実態調査では、入院基本料 15 対 1 の収支差額は黒字である。しかし、医療経済実態調査は、データの信頼性に問題があることは、これまで指摘してきたとおりである。また、医療経済実態調査で見ても、国公立病院同士で入院基本料別に比較すると、15 対 1 の赤字幅がもっとも大きい。

さらに、前回の医療経済実態調査でも、10対1に次いで15対1の赤字幅が大きかった。前回の診療報酬改定で15対1にプラスの改定は一切ない。したがって、今回の医療経済実態調査では、偶然、経営状態の良い15対1病院が抽出された可能性を否定できない。

地方では急性期を担っていても、看護職員不足から15対1を算定せざるを得ない病院もある。このような現実があるにもかかわらず、15対1を引き下げることには、厚生労働省が、地方の中小病院を淘汰し、都市部あるいは大規模な急性期病院にさらに資源を集中投入する政策を打ち出しているにひとしい。

総務省の「地方公営企業年鑑」では、すべての国公立病院の収支が公表される。最低限、この直近データの公開を待って判断すべきと考える。

2. 月平均夜勤時間 72 時間要件について

1月27日 中医協 総 - 5 p18 (抜粋)

一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

日本医師会の見解

中医協資料では、夜勤72時間要件を満たせない場合、1カ月を限度として、やや低い点数を算定することが提案されている。しかし、夜勤72時間要件については、抜本的な見直しが必要であると考えます。

日本医師会が病院長を対象に行った調査¹では、病院長の61.0%が1年前と比べて看護職員の採用が困難になったと回答している(図2.1)。

また、1月29日には、四病院団体協議会が行った「看護基準に関する緊急アンケート」²が報告された。本アンケートの回答者は、看護部長・師長もしくは看護職員配置責任者であり、「毎月行う夜勤72時間の勤務調整」については71.1%が、極めて困難もしくは困難と回答していた(図2.2)。また、「看護師の充足状況」が不足(大いに不足、不足)との回答も71.8%あった。

四病院団体協議会のアンケートの回答者は、看護職員配置責任者であり、現在、看護職員の配置について傾斜配分できる運用ルール³があることは熟知していると推察される。それでも、なお、現場の看護職員不足は切実である。

日本医師会は、看護職員の確保、さらに医療および看護の質の確保のために、夜勤72時間ルールについては継続して議論し、全面的に緩和されることを要望する。

¹ 日医総研「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」2009年10月、日医総研ワーキングペーパーNo.201

² 四病院団体協議会「『看護基準に関する緊急アンケート』報告」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-5p.pdf>

³ 「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り扱いについて」(通知第0306002号)別添2 入院基本料等の施設基準等 第2-4(2)イ

図 2.1 看護職員の採用

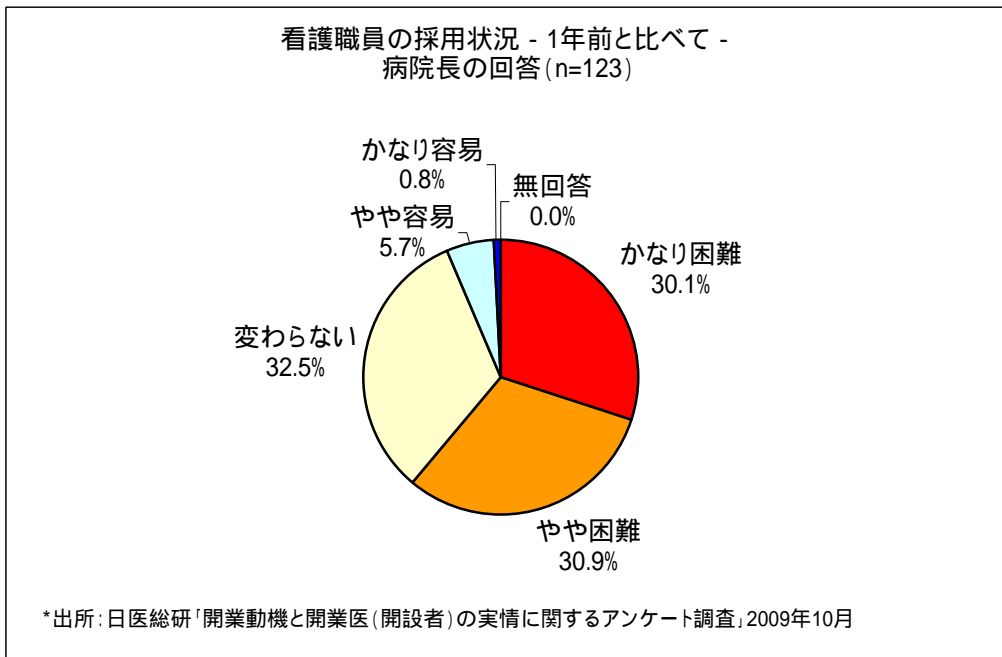
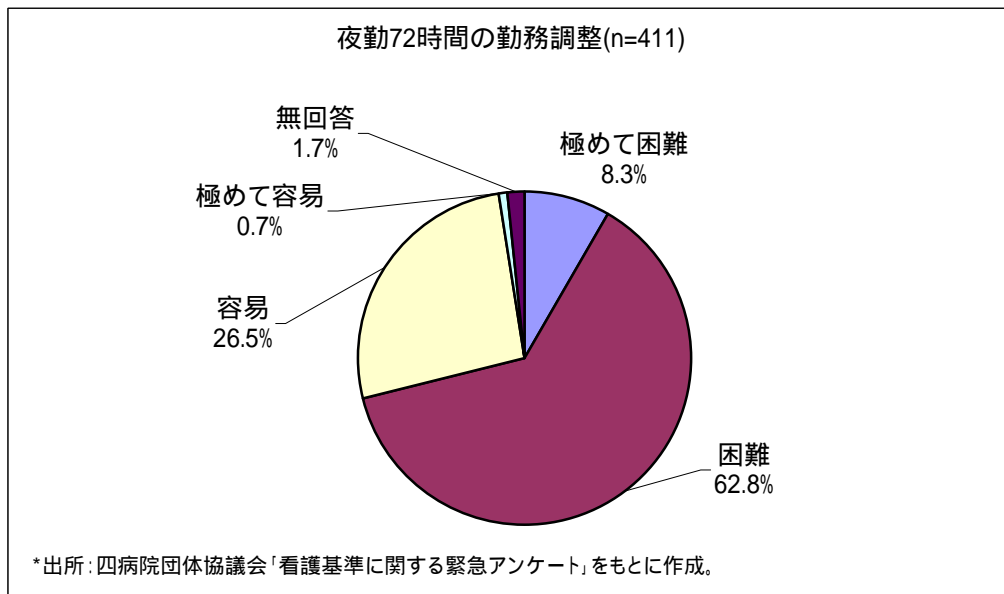


図 2.2 夜勤72時間の調整



3. 医療関係職種の役割分担と連携の評価

1月27日 中医協 総 - 5 p20~22 (抜粋)

急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

(例)呼吸ケアチーム

医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

[施設基準(看護師の例)]

イ) 人工呼吸器管理等について6カ月以上の専門の研修を受けた看護師

日本医師会の見解

チーム医療の必要性についてはまったく異論はなく、賛成である。そうであればこそ、特定の職種を評価するのではなく、チーム医療全体での評価を行うべきである。

現在提示されている施設基準では、専門の研修が条件になっている。しかし、経済的、地理的条件、あるいは職場を離れられないなどの理由から、専門研修を受講できないものの、高い技能を持つ看護師等が多い。肩書きにとらわれず、提供されている医療そのものを評価するよう工夫されたい。

また、専門研修を受けた看護師の評価をすることで、今後、不十分な議論のまま、なし崩し的に専門看護師(NP, ナースプラクティショナー⁴)が導入され、専門看護師による初期診療や初期治療が行われるようになるのではないかと危惧される。

中医協資料にも示されているように、今回はあくまでも試行と位置づけ、しっかりと検証を行って、医療の安全と質の確保を徹底するよう要望する。

⁴ 規制改革会議の「更なる規制改革の推進に向けて～今後の課題～」(2009年12月4日)では、「診療看護師(仮称)」とされている。

4. ケアマネージャーとの連携の評価

2月3日 中医協 総 - 3 p31 (抜粋)

介護支援連携指導料の新設

退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネージャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

日本医師会の見解

これまでの会見でも述べてきたように、今回改定での新設に反対である。

(詳細は、日本医師会 2010 年 1 月 27 日定例記者会見資料「『平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)』等に対する日医の見解(第 2 報)」参照)

第一に、2008(平成 20)年度の診療報酬改定で、「退院時共同指導料 2」が新設されており、この状況を検証すべきである。

第二に、要介護認定後ではじめてケアマネージャーが認定される介護保険との整合性がとれていない。ケアマネージャー等が「指導」を行うという考え方に違和感がある。

第三に、医療現場の実態にそぐわない。今回は、入院中の病院医師とケアマネージャーの連携を評価しようとしているが、現場の実態としては、退院後におけるかかりつけの医師とケアマネージャーを含む多職種との共同指導等のほうが、はるかに重要である。

介護関係職種の評価は、ひいては介護事業所の評価を行うものである。介護事業所には多くの営利法人が参入しているが、問題がある事業所もあることを指摘しておく。2007年度に改善勧告・命令、指定の停止・取消を受けた事業所の8割以上は会社立であった(図 4.1)。

逆に、このような中、あえて介護関係職種の評価を進める背景には、市場開放圧力があり、将来的には公的保険範囲の縮小につながるのではないかと危惧される。

図 4.1 改善勧告・命令、指定の停止・取消を受けた介護サービス事業所

