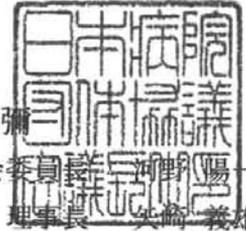


平成21年12月4日

厚生労働省保険局長
外口 崇 殿



日本病院団体協議会	議長	小山 信彌
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長	河野 陽一
独立行政法人国立病院機構	理事長	矢崎 義雄
全国公私病院連盟	会長	竹内 正也
社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄
社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊
社団法人日本医療法人協会	会長	日野 頌三
社団法人日本私立医科大学協会	病院部会担当理事	小山 信彌
社団法人日本精神科病院協会	会長	鮫島 健
社団法人日本病院会	会長	山本 修三
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三
独立行政法人労働者健康福祉機構	理事長	伊藤 庄平

平成22年度 診療報酬改定に係る要望書（第3報）

日本病院団体協議会は、「平成22年度診療報酬改定に係る要望書」の第1報を平成21年3月に、同第2報を平成21年7月に提出した。本第3報における要望事項は、これまでの要望項目とともに、崩壊しつつある病院医療を建て直し、国民の医療を守るためには必要欠くべからざる項目である。

近年の病院経営は、医療の高度化、医療の質・安全の向上に対応するため、より多くの職員を配置してきた。それゆえ人件費率が高騰している（資料1）。

結果として、病院経営は赤字基調となり、適正な人件費の支払いが困難なものとなっている。この悪循環を断ち切るため、下記について要望する。

記

1. 入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額
2. 7:1、10:1入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設と看護基準の運用変更
3. 効率的な人材活用（専従要件の廃止、等）
4. 診療情報のIT化における正当な点数設定

各要望項目の詳細については以下のとおりである。

1. 入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額

病院医療の再生に向け、根拠に基づく算定方式の創設と入院基本料の増額を要望する。

- 平成 22 年度改定においては、医療経済実態調査、各病院団体の経営調査等の結果を反映し、10%を超える入院基本料の増額を要望する。
- 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハ職員、MSW、PSW等の多専門職によるチーム医療を評価し、入院基本料に加算することを要望する。
チーム医療については資料2に示す。
- 短中期的課題として、根拠に基づく入院基本料の算定方式の創設が必須である。このためには、診療報酬調査専門組織 医療機関のコスト調査分科会等、専門的な議論が可能な組織での立案、検証が行われるべきである。

2-1. 7:1、10:1 入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設

現在、7:1、10:1 入院基本料では、看護補助加算が算定できない。しかし、病棟看護業務における総看護提供時間に占める、療養上の世話に関する提供時間は、おおよそ 8 割弱である。これらをすべて看護職員の業務とすることは負担が大きすぎる。現実には、多くの病棟で看護補助者を配置している。(資料 3)

入院基本料の区分に係らず、看護補助加算の算定を可能とすることを要望する。

2-2. 看護基準の運用変更（夜勤平均 72 時間、二人夜勤について）

医療の安全と質を向上させるとともに、慢性的に不足している看護職員にとって働きやすい職場を創造するために、以下を要望する。

- 病棟における患者の状態によっては、医療安全のために 3 名以上の夜勤看護師が必要となる。さらに、小規模な病棟では月平均夜勤 72 時間の基準を満たすことは不可能である。看護基準において、72 時間 2 人夜勤体制は加算に変更し、2 人夜勤体制は看護師不足等の現実を考慮し、その一部に看護補助職の適応を認めるなど、現場の状況に応じた柔軟な対応を可能とすることを要望する。
- 日勤のみ勤務者や短時間労働者の雇用を促進するために、月平均夜勤時間の算定は、夜勤専従を除く全看護職員の平均とすることを要望する。
- 夜勤専従者の労働時間は、最大 160 時間/4 週とすることを要望する。40 時間/週労働は日本における全産業の労働時間の基本であり、診療報酬の算定要件において労働条件を規定すべきではない。
- 昨今の看護師不足の中、看護師比率を 70% に統一することは現実にそぐわない。7:1、10:1、13:1 における看護師比率 40%~70% の基準の創設を要望する。

3. 効率的な人材活用

現行の診療報酬点数の規定には、効率的な人材活用を否定する項目が多数存在する。これらの規定を変更することで、病院人件費の高騰を少しでも和らげることができ、効率的な運営に結び付くと考えられる。

- 有資格者や優秀な職員の幅広い活躍の場を創造するとともに、効率的な病院運営を可能とするため、下記の専従要件の廃止を要望する。
 - 医療安全管理加算における研修を修了した医療有資格者
 - 退院調整加算、後期高齢者退院調整加算における社会福祉士
 - 回復期リハビリテーション病棟における理学・作業療法士
 - 各リハビリテーション施設基準における理学・作業療法士、言語聴覚士
 - 認知症病棟入院料における作業療法士
 - 精神科ショート・ケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアにおける専従者

- 医師事務作業補助体制加算の適用拡大
入院医療全般にわたり医師事務作業は増加している。その補助体制加算の点数を引き上げるとともに、病床区分にかかわらず全ての病院に対する加算に適用拡大することを要望する。

- 医療ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神保健福祉士、等）は、病院運営において極めて重要な役割を担っている。しかし、その評価はほとんどなされていない。作業に応じた報酬設定を要望する。

4. 診療情報のIT化における正当な点数設定

現在、病院医療は診療情報のIT化が求められている。診療データの活用により医療の質が向上することは明らかであり、IT化が推進されることに対しては大いに賛同する。しかし、そのためには多くの費用が必要であることも事実である。また、IT化に必要な診療データのコードの標準化は進んでいない。

平成18年度に厚生労働省保険局から公表された「医療のIT化に係るコスト報告書」によれば、ITシステム導入保守費用は年間1床あたり平均62万円必要となっている。この費用を1床1日当たりに換算すると約1,700円である。

上記より、以下について要望する。

- オーダリング、電子カルテ、オンラインレセプトが整備された場合、入院診療報酬において入院1日につき100点加算することを要望する。
- 診療情報のIT化を推進するため、国の主導により診療データのコード標準化を行うことを要望する。また、IT化に則った療養担当規則の早急な改変を要望する。

以上

病院人件費率と職員数の推移

- 中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」

	平成17年	平成19年
人件費率	51.9%	55.1%
100床当り職員数	104.8人	105.9人

- 全国公私病院連盟、(社)日本病院会「病院運営実態分析調査」

	平成17年	平成20年
人件費率	54.4%	57.3%
100床当り職員数	120.2人	128.2人

- 全日本病院協会「病院経営調査」

	平成5年	平成10年	平成15年	平成20年
人件費率	48.8%	52.5%	52.8%	54.3%
100床当り職員数	—	108.1人	118.9人	129.7人

- 日本精神科病院協会「総合調査」

	平成2年	平成7年	平成11年	平成15年	平成19年
人件費率	50.0%	58.1%	59.9%	60.6%	61.4%
100床当り職員数	—	48.0人	55.1人	58.9人	61.6人

チーム医療について

現在の病院医療の運営は、多くの専門職によるチーム医療により成り立っている。代表的なチーム医療について、下記に示す。

- 全病棟に必要なチーム医療
医療安全推進 感染制御 褥瘡予防 など
- 救急・災害医療に必要なチーム医療
災害医療 救急医療 など
- 急性期医療に必要なチーム医療
救急医療 集中医療 栄養管理 皮膚排泄ケア 糖尿病療養
在宅療養支援 転院調整 など
- 亜急性期・回復期医療に必要なチーム医療
栄養管理 皮膚排泄ケア 糖尿病療養 リハビリテーション
退院調整 転院調整 在宅療養支援 など
- 慢性期医療に必要なチーム医療
栄養管理 皮膚排泄ケア 緩和ケア リハビリテーション
退院調整 認知症ケア ターミナルケア 在宅療養支援 など
- 精神科医療に必要なチーム医療
栄養管理 認知症ケア リハビリテーション 在宅療養支援
地域支援 など

7:1、10:1の病棟における看護補助者の具体的な業務内容、
実際の診療現場における看護補助者の活用について

日本病院団体協議会

入院基本料7対1および10対1の届出を受理されている多くの病院では、看護師業務の負担軽減、医療安全管理の推進、医療の質の向上を目的として看護補助者を配置している。

看護補助者の業務は医療機関により多少の差異はあるが、おおよそ下記のとおりである。

1) 生活環境にかかわる業務

(1) 病床および病床周辺の清潔・整頓、(2) 病室環境の調整(温度、湿度、採光、換気など)、(3) リネン類の管理

2) 日常生活にかかわる業務

(1) 身体の清潔に関する世話、(2) 排泄に関する世話、(3) 食事に関する世話、(4) 安全・安楽に関する世話、(5) 運動・移動に関する世話

3) 診療にかかわる周辺業務

(1) 検査・処置等に必要な依頼箋・伝票類の準備と結果報告の整備、(2) 診療に必要な書類(台帳、カルテ、その他)の整備・補充、(3) 検査・処置に必要な機械・器具等の準備と後片づけ、(4) 診療材料等の補充・整理、(5) 入退院・転出入に関する世話

※ 1)～3)は「看護補助者の業務範囲とその教育等に関する検討報告書」:社団法人日本看護協会業務委員会(1996年9月)4.看護補助者の業務範囲より引用。

看護補助者は上記「1)～3)」の業務を看護師の指導の下、または看護師と協働して行い病棟業務を支えている。

加齢的高齢化に伴い、特に上記「2)日常生活にかかわる業務」を中心とした「療養上の世話に関する業務」が増大している。

また、入院基本料7対1および10対1の病棟における総看護提供時間に占める療養上の世話に関する提供時間は下記のように報告されている。

総看護提供時間と大分類別看護提供時間（平均値：分）

	総看護提供時間	療養上の世話	治療・処置に伴う看護	機能訓練	看護管理
7 対 1(N=419)	265.11	208.01	48.63	4.05	4.42
10 対 1(N=147)	204.45	160.62	35.91	4.38	3.54

注：大分類に該当する中分類の項目

療養上の世話： 清潔・清容、更衣、排泄、食事・栄養・補液、起居と体位交換、移乗、移動（施設内）、運動（身体）機能の維持促進、問題行動、巡視・観察・測定、コミュニケーション、教育、入退院・外出、寝具・リネン、環境、入院・入所者の物品管理、洗濯

治療・処置に伴う看護： 薬物療法、呼吸器系、循環器系、腎・泌尿器系、運動系、皮膚系、感覚器系、生殖系、手術関連、新生児関連、放射線関連、検査・採取・治療等、診療補助、感染予防

機能訓練： 運動器系機能の評価、運動器系機能の訓練、生活基本動作の拡大、物理療法、運動療法、高次機能などの評価、言語療法、作業療法、その他リハ関連

看護管理： 連絡・報告、情報収集、ケア関連会議・記録

※ 2007年11月30日 中医協「急性期医療に係る評価について② -7対1入院基本料の基準の見直しについて -（参考資料）」4.業務時間分析の調査結果より引用。

※ 看護補助者に特化したタイムスタディではないため、看護補助者以外の職種も調査時間に含まれる。

上の表に示されているとおり、総看護提供時間に占める療養上の世話に関する提供時間は、おおよそ8割弱である。

入院基本料7対1および10対1の病棟においても療養上の世話に関する業務比率が高く、その業務を看護師だけに負わせるのは負担が大きすぎる。

7対1、10対1の病棟においても加速する高齢化により、今後も増え続ける日常生活にかかわる業務（身体の清潔に関する世話、排泄に関する世話、食事に関する世話、安全・安楽に関する世話、運動・移動に関する世話）については、看護補助者を中心とした業務体制の確立が必須である。

また、高度化する医療安全や患者のニーズに対応するため、これら看護補助業務については、より専門性の高い職種の協力も、今後は必要不可欠となる。

看護補助者の配置実態について緊急に全日本病院協会ですンプル調査を行った。

区分	病棟数	入院患者数	正・准看護師数	補助者人数	補助者／正・准看護師	100床あたり補助者人数
7対1	14	482人	348.2人	78.6人	22.5%	16.3人
10対1	2	53人	34.5人	10.0人	28.9%	18.8人

※平成21年8月実施 東京、神奈川、徳島、宮崎より6医療機関を抽出

上記のように、ほぼ看護補助加算1に相当する配置実態が認められた。

また、サンプル調査対象の医療機関では中医協調査項目中の「療養上の世話」について、看護師の監視下、ほぼ半数程度の業務を看護補助者が単独で行っている調査結果も得られた。

実態として7対1、および10対1の病棟においても多数の看護補助者の配置は必須であり、看護補助者が単独で行う業務も多数認められた。

もはや7対1、および10対1の病棟においても看護師のみの病棟運営は不可能な状況であり、入院基本料の区分の別にかかわらず看護補助加算を認めるべきである。

以上