

「介護報酬の地域差加算を引き上げるべき」

東京都が検証・試算にもとづいて提言。診療報酬にも言及

「介護報酬に人件費や物件費の地域差を反映させるべきである」—東京都は介護報酬の地域差加算の引き上げを求める提言書をまとめ、5月30日に厚生労働省に提出した。

平成21年度の介護報酬改定において、物件費を新たに指数に加えることや人件費の地域差を一定の基準にしたがって反映するよう提案している。診療報酬についても、コストの地域差が深刻な状況にあるものと推定している。

介護報酬の地域差加算は、基準単位に、人件費割合や人件費の地域差指数を乗じて設定される。

提言は、民間経営特養(東京)の人件費比率実態(70%)

や、同じ職員配置の特定施設入居者生活介護の比率(60%)などから、東京における介護保険施設の人件費比率(40%)を引き上げるべきと提起した。地域差指数に用いられてい

る国家公務員調整手当の支給率も実態と乖離しているとして、新たな仕組みを検討するよう提案している。さらに、介護報酬単価には反映されていない物件費相当コストも地域差を導入すべきと主張している。

その上で、提言は、人件費比率、人件費の地域差指数、物件費の地域差指数の3要素を用いて報酬単価を設定する新たな方法を提案した。

その試算によると、人件費比率を60%に引き上げ、人件

費地域差指数を+20%、物件費地域差指数+10%として、3要素をすべて反映した報酬単価は11.60円となる。

東京都は関係者の議論に供するとともに、提言の実現を目指して強く働きかける考えだ。

地域差については、従来から当会が行政に強く要望していた事である。当会としても今回の提言を評価・賛同し、今後も他の団体と連携をとり、その実現を目指し行政等に強力に働きかけていきたい。

介護保険施設に係る介護報酬の地域差等に関する提言(要旨) 東京都福祉保健局 19年5月

■介護報酬の地域差の仕組みと問題点

●人件費の地域差

人件費の地域差は、当該地域の国家公務員調整手当支給率に人件費比率を乗じて得た割合を基準単価に乘じる方法で反映されている。介護保険施設は人件費比率40%とされ、東京特別区は10.48円の単価となる。

しかし、都内の民間特養の実質人件費比率は70.6%(平成15年度)。介護保険施設と同じ職員配置の特定施設入居者生活介護は60%とされ、東京特別区では10.72円となっている。認知症対応型共同生活介護も同額である。

●調整手当の支給率

国家公務員には勤務地に応じた調整手当が支給されるが、住居費は別途措置が講じられている。しかも、調整手当の支給率は物価水準を反映したにすぎず、地域で異なる人材調達コストを反映していない。

東京都の介護保険施設の賃金は全国平均を20%以上上回っているが、東京特別区の国家公務員調整手当支給率は12%、八王子市などは10%、東久留米市は3%と、著しく実態と乖離している。

介護保険施設の人件費比率を適正な水準に引き上げる必要があり、人件費の地域差調整は、地域の賃金水準を適正に反映する新たな仕組みを検討し実施すべきである。

●物件費の地域差

介護保険制度の施行にあたって、介護報酬に物件費の地域差は反映されなかった。しかし、東京特別区の平均消費者物価は全国平均を10.4%上回っている(平成16年)。東京都内地価は全国平均の5.5倍(住宅地)~8.8倍(商業地)に上っている(18年)。

物件費に係る地域差についても介護報酬単価への適正な反映を図る必要がある。

■報酬改定の試算

「人件費比率」「人件費の地域差指数」「物件費の地域差指数」の3要素を、東京における施設経営の実態、賃金、物価水準に即した適正值に置き換えて試算した結果を示す。(略)

人件費比率を見直すだけでも約2.3%の増収となり、人件費比率、人件費地域差指数及び物件費地域差指数をいずれも見直すことで最大約10.7%の増収となる。

■診療報酬における地域加算の考察

診療報酬においては、入院基本料への地域加算として、東京特別区の場合、1日18点が加算される。療養病棟入院基本料を基礎に計算すると約1.34%の加算に相当する。

介護報酬との比較の観点からは、東京における診療報酬の地域差についても、介護報酬のそれと同様か、またはより深刻な現状にある可能性が高いものと考えられる。

診療報酬に「地域支援型医療療養病床(仮称)」創設を提言

日本療養病床協会、地域ケアを支える医療拠点に療養病床を位置づける

日本療養病床協会(木下毅会長)は6月22日、在宅支援を医療療養病床の機能に位置づけるとして、診療報酬に「地域支援型医療療養病床(仮称)」を創設する提言を公表した。在宅支援に関する検討委員会(池端幸彦委員長)がまとめた。

「地域支援型医療療養病床」は、在宅療養支援診療所と連携し、複数医師による24時間体制が組めるようにバックアップする。これによって診療所は大きな不安が取り除かれ、在

宅療養支援診療所の増加につながるものとみている。

同時に、地域の介護サービス事業所と密な連携を図り、在宅に加え、特養や老健施設等の支援拠点ともなるの。

こうして、医療療養病床の役割を、①急性期病院や回復期リハビリテーション病院等からの患者の受け入れ、②在宅療養支援診療所のバックアップ、③介護サービス事業所や介護施設等の支援拠点として整理。在宅医療・在宅介護お

よび施設介護の後方拠点として地域特性に応じたフレキシビリティを発揮しつつ、慢性

期救急を含め、地域ケア体制を支える医療拠点として機能するというもの。

東京都療養型病院研究会会長

安藤高朗



医療療養病床を「地域支援型医療療養病床(仮称)」として機能の明確化を図るという提案は大変意義深いものがある。

ただし、地域において、在宅療養、とくに高齢者を支援する機能としては、「地域一般病棟」という提言がある。

今後、在宅支援として、「地域

一般病棟」と医療療養病床を別建てと考えるのか、あるいは、それを統合した類型として新たな慢性期病院を検討するのか、さらに検討を深めるべき重要なテーマであると考えられる。(談)

東京都
療養型病院
研究会の
報告

都療研レポート

発行所
東京都療養型病院研究会
発行人
安藤高朗
〒193-0942 東京都八王子市
桐田町583-15 永生病院内
Tel. 0426-61-4108
Fax. 0426-61-1331

No.4 平成19年7月23日 都病協・都療研連名の「緊急提言」を今再び訴える! e-mail kikaku@eisei.or.jp

新類型の老健を創設。「医療機能強化型」

療養病床からの転換に限定。来年4月に施行

療養病床再編に伴う介護保険施設等のあり方の検討を進める厚生労働省「介護施設等の在り方に関する委員会」は、6月20日の会合で、療養病床から転換した老健施設として、「医療機能強化型老人保健施設(仮称)」という新たな類型を創設する事務局(老健局老人保健課)案を了承した。

療養病床転換支援追加措置と併せて社会保障審議会・介護給付費分科会に提出する「報告」にまとめ、今後の議論を委ねた。

介護給付費分科会は9月に再開され、人員配置等施設基準と介護報酬の具体的な案を審議する。諮問・答申を経て、来年4月に当該介護報酬改定と省令等改正を実施することになる。(3面に報告の要旨を掲載)

第4期介護保険事業計画で転換枠を撤廃

新型老健は、夜間の看護体制や看取りの体制等を強化することによって「医療区分1と医療区分2の一部」の入所者に適切な医療を提供できる環境を整えるというもので、療養病床からの転換を促すため

に、平成21年の介護報酬改定を1年繰り上げて創設される。

転換元は療養病床に限られ、また、従来型老人保健施設からの移行は想定していない。

新型老健の構想は、すでに、5月18日の会合で概要が示さ

れている。

医療関係者の間では「介護療養型医療施設とどう違うのか。単に、金と人を細くしただけではないか」と疑問が噴出している。従来型老健施設からも、「なぜ、我々の選択肢には入らないのか」と不満が出るなど、異論は根づよい。



同日の委員会では、全国老健施設協会の委員から強い不満が示されたため、事務局は、「医療機能強化型老人保健施設」という「名称」の再考を約束させられた。

医療法人の特養経営で来春法改正

同日の「介護施設等の在り方に関する委員会」で了承された「療養病床転換促進のための追加的な支援措置」で、医療法人等による特養設置を認める老人福祉法改正を平成

20年の通常国会で実現することが明らかになった。

二重の借り入れを迫られる転換病床に対する借り換え融資制度についても、その概要が示された。

地域ケア体制整備の基本指針決まる

19年度から5カ年の「転換推進計画」。制限枠はなし

厚生労働省は「地域ケア体制の整備に関する基本指針」を策定し、6月29日付の通知で各都道府県に送付した。都道府県は、基本指針にもとづいて、遅くとも年末までに「地域ケア体制整備構想」をまとめる。

減の対象とされていない一般病床と精神病床からの転換分は「転換推進計画」には盛り込まない。

計画に書き込まれた年次別の転換数は、今後2回実施される転換意向調査の結果によっては見直されるとしている。

今年8月と来年3月に転換意向と医療区分を調査

医療療養病床の削減に関しては、平成19年度から23年度までの「転換推進計画」を年次別に作成する。

そのために、昨年に続いてこの8月、さらに、21年に始まる第4期介護保険事業計画の参酌標準を作成する前年の20年3月と、3回にわたる医療療

養病床の転換意向と入院患者の医療区分分布を調査する方針を明らかにした。

医療療養病床については、24年度末の療養病床数数値目標を達成するために、19年度から23年度までの「転換推進計画」を老人保健福祉圏域ごとに作成するが、「サー

ビス種別ごとの必要入所定員総数は設定しない」ことを明確にした。

医療費適正化計画で病床割

第4期計画で医療療養・介護療養からの転換は自由

厚生労働省は、また、6月29日付で老健局計画課長通知「第4期介護保険事業(支援)計画における療養病床等の取扱いに関する基本的考え方について」を发出した。

通知は、平成21度から始まる第4期計画では医療療養病床からの転換に制限枠を設けないという方針を打ち出し、「医療療養病床から転換するサービスに、必要入所・利用定員総数の超過を理由とする指定等の拒否は行わない」方針で臨む。

されない」とした。

施設・サービス種別ごと、年度ごとの必要入所・利用定員総数は、介護療養型からの転換分を含めて定められるが、介護保険施設の総枠は変わらない。

したがって、介護療養型からの転換についても、「同じ介護保険財源の中での種別変更であり、必要入所・利用定員総数の超過を理由とする指定等の拒否は行わない」方針で臨む。

東京都療養型病院研究会の総会・特別講演会を開催します。

- 7月23日(月) 14時~17時 会場/新宿住友ホール
- 特別講演 日本医師会 天本宏常任理事、東京都医師会 玉木一弘理事
東京都福祉保健局 高木真一計画課長
同医療政策部 大井洋医療安全課長

「大都市は療養病床の必要が増していく」

医療制度改革の進め方に疑問。東京都が国に改善を求める

東京都は6月11日、福祉保健局長名の「医療制度改革に関する提案」を厚生労働省に提出した。

「提案」は、各都道府県が策定・改定を迫られている「地域ケア体制整備構想」「医療費適正化計画」「健康増進計画」「医療計画」等について、目標設定やその実現方法を検討する上で必要な環境整備や施策方針等が不十分・不透明で、「策定

作業に支障をきたしている」と指摘。多項目にわたる改善要求と検討要請を列挙した。

前文で、「様々な改革の制度設計は、国民的な議論を尽くし、十分な検討の下に構築されるべきと考えます」と記すなど、東京都の「提案」は、制度改革を短期間で実行しようとして、細部に多くの不整合、齟齬を残したまま、具体的な実行計画を都道府県に求

めている国の姿勢を、強い口調で批判している。

東京都が、とくに疑問の対象にあげたのは療養病床再編施策だ。

「転換促進の視点が重視されるあまり、介護保険施設における適切な医療の確保に関するあり方も定まらないまま、転換に要する施設整備の助成策などが示されるなど、その進め方に不透明な部分が

あり、入院患者や医療機関の不安が惹起されたことは否めません」と、医療現場の声を代弁するかのような政府批判が弁じられている。

さらに、「東京を始めとした大都市は、近い将来に急激な高齢化が進展することが予想されており、療養病床の必要性が今後さらに増していく」と東京の特性を指摘。「介護施設等における医療提供のあり方、在宅療養における医療・介護の具体的な提供の仕組みについて、早期に明らかにする」ことなど、4点にわたる要求を突きつけた。

患者家族の95%が「自宅介護は不可能」

療養病床削減の認識が行きわたっていない可能性も

札幌市療養病床協会(中川翼会長)が、療養病床に入院している患者家族を対象に今年1月に実施したアンケート調査で、95%が「自宅での療養は不可能」と回答した。

同協会が入院患者4,140世帯を調査、2,743世帯(回答率66.3%)から回答を得た。調査結果は4月21日に開催された市民公開シンポジウムで発表された。

それによると、約7割の家族が療養病床の削減・再編方針を知っていた。

入院が続けられなくなった場合に「現在の病状、状態で自宅介護が可能か」という質問に、「可能」と答えたのはわずか0.6%しかなく、「不可能」が94.5%にも達した。

「不可能」とした理由は、「容体が変化した時に対応できない」22.0%、「自宅の設備

に不安がある」15.4%、「自分も高齢」12.9%、「自分も病弱」9.8%など(複数回答)。

退院した後に療養先として希望するのは、老健施設が31.5%、特養が25.4%、一般病院が13.1%なのに、「自宅に帰る」は1.5%でしかなかった。

こうした結果、療養病床削減には94.33%が「反対」と答えた。

都療研が昨年10月に実施した調査(1,198世帯が回答)では、55.4%が介護療養型の廃止を知っていたが、廃止に「賛成」としたのは3世帯(0.3%)に過ぎず、93.7%が「反対」と答えた。

また、廃止後の対応として、「自宅で世話することが可能」としたのは0.9%に過ぎず、95.7%が「難しい」と回答している(本紙第3号既報)。

都療研と都病協が新型老健で提言 特養・既設老健と機能を明確に分ける

東京都療養型病院研究会と東京都病院協会慢性期医療委員会(桑名斉委員長)は、「療養病床から老健施設に転換する場合の要望事項」をまとめた。

要望重要事項の要点

1. 『高齢者の医学総合管理施設』に位置づけ、重度要介護者の医療・看護・リハ等に必要な人員配置と報酬を確保する。

- 2. 基本サービスは介護保険で給付し、医療関連サービスは高齢者医療保険等で給付する。
- 3. 療養病床から転換する新型老健の施設設備基準は、入所者の70%以上が要介護4・5を条件に、現行基準を準用する。
- 4. 同一敷地医療保険病棟等との設備共用、管理者兼務、医師、看護師等の人員計算上の兼務、医療保険病棟当直医が

- 夜間・休日に新型老健の医療対応を行なうことを認める。
- 5. 医療療養病床と新型老健を同一敷地に併設する病院の外来は在宅療養支援診療所の点数が算定できる。

- 6. 転換ですべて新型老健となる病院は、その施設内に診療所を開設できる。
- 7. 介護保険と医療保険(高齢者医療保険)が同時に給付できる 等

都社協、都老施協、都療研が経営調査で連携!

東京都社会福祉協議会、東京都介護老人保健施設協会、東京都療養型病院研究会の3団体は、施設の経営実態調査を実施することを決めた。

東京都における特養、老健、介護療養病床の詳細な経営実態の厳しさを捕捉し、引き続いて地域差の必要性を行政等に訴えることが目的だ。

東京都療養型病院研究会 活動抄録

●平成19年4月

- 9日 日本病院団体協議会(日病協)第2回「高齢者医療のあり方に関するWG」
- 18日 日病協第22回診療報酬実務者会議、第5回国民医療推進協議会総会
- 20日 医療経済研究機構「介護療養型医療施設の再編に関する調査研究」第2回委員会
- 27日 高齢者の慢性期医療を考える議員の会

●平成19年5月

- 10日 日本医師会常任理事(本会幹事)天本氏、同常任理事鈴木氏との打ち合わせ
- 11日 日本医師会、全国老人保健施設協会と老人保健施設の在り方に関する打ち合わせ
- 16日 日病協第23回診療報酬実務者会議
- 18日 国民医療推進協議会 国民医療を守る全国大会

- 25日 日病協第33回代表者会議
- 30日 日本療養病床協会幹部会議

●平成19年9月

- 13日 厚生労働省老人保健課(打ち合わせ・幹部会議)
- 20日 厚生労働省老人保健課(打ち合わせ)
- 25日 医療・介護・福祉の崩壊を防ぐ緊急行動(共催:東京都老健協、東京都病院協会、東京精神科病院協会、全国老健協東京都支部、都療研)

「高齢者の慢性期医療を考える議員の会」が発足

自民党国会議員が30名ほど参加。津島雄二氏を会長に選出

自由民主党の国会議員有志による「高齢者の慢性期医療を考える議員の会」が4月27日に発足、会長に社会保障制度調査会の津島雄二顧問を選出した。

初会合には武見敬三氏を始め、西島英利氏、鴨下一郎氏、大村秀章氏など13名が参加したが、「議員の会」に参加を表明している国会議員は30名ほどにのぼっている。

会合には、東京都療養型病院研究会の安藤高朗会長や日本療養病床協会木下毅会長などの医療関係者も出席し、療養病床再編施策の問題点について説明した。

とくに、医療療養病床の役

割や、「転換老健」を含む介護保険施設のあり方など、医療現場が直面する課題を具体的に指摘するとともに、「再編後の療養病床は15万床とされているがそれでは少ない」ことなどを提起。転換支援策についても一層の充実化を要望した。

この説明に、出席議員からは、「療養病床の再編についてはもう一度、原点に戻って考えるべきだ」「慎重に転換しなければ医療難民、介護難民が出現する」「厚労省は療養病床の機能を勘案することなく、もっぱら医療費適正化の視点から考えている」といった意見が表明された。

会長に選ばれた津島雄二氏は「厚労省が曖昧に何万床で手を打ちたいとでもいってきたら、我々が間に入らなければならないだろう」という認識を表明。厚生労働副大臣の武見敬三氏も「厚労省の論理に真っ向から立ち向かう議論

を組み立てる上で、患者の視点にたった説得力のある説明を現場からしてもらうことが重要だ」と述べるなど、医療現場の声を国政にフィードバックしながら、明確で分かりやすい理論を時間をかけて構築する必要を認めた。

高齢者の慢性期医療を考える議員の会（敬称略・順不同）

山本 拓(衆)、石崎 岳(衆)、田村 憲久(衆)、上野賢一郎(衆)、片山さつき(衆)、高木 毅(衆)、鴨下一郎(衆)、西村 康稔(衆)、後藤田正純(衆)、井上信治(衆)、大村秀章(衆)、高村正彦(衆)、加藤勝信(衆)、津島雄二(衆)、萩生田光一、

塩谷 立(衆)、木原誠二(衆)、飯島夕雁(衆)、木村義雄(衆)、清水鴻一郎(衆)、稲田知美(衆)、河村健夫(衆)、阿部俊子(衆)、林 芳正(参)、西島英利(参)、武見敬三(参)、小池正勝(参)、松村龍二(参)、岸 信夫(参)

「療養病床転換支援貸付金制度」を創設

銀行借入を福祉医療機構に借換。機構の既存融資は償還期間を延長

「療養病床転換促進のための追加的な支援措置」（要旨）平成19年6月20日の「介護施設等の在り方に関する委員会」《1面記事を参照》

①「医療機能強化型老人保健施設（仮称）」の創設

(1) 夜間・休日・日勤帯以外に必要となる医療

老健施設の医師のオンコールや他の保険医療機関医師の往診、看護職員の夜間等配置によって対応。

(2) 看取りに際して必要となる医療

緊急的かつ高度な医療処置も含めた必要な医療サービスが提供できるよう看取りの体制を整える。

(3) リハビリテーション

入所者に対する適切なリハが提供可能な体制整備が必要。

②医療法人などによる特養の設置

平成20年通常国会に老人福祉法改正法案を提出、成立後速やかに施行予定。

③サテライト型施設の多様化

本体施設とサテライト型施設の多様な組合せを可能とし、人員・設備基準等の更なる規制緩和を行う。(20年4月施行)

④小規模老健施設の人員基準等の緩和

小規模老健について、介護報酬の算定上限日数撤廃や介護支援専門員等人員基準の緩和を行う。(20年4月施行)

⑤在宅医療と「住まい」の場を組み合わせたサービス提供体制の構築

診療所併設有料老人ホームや高齢者専用賃貸の居住者に対する在宅医療の診療報酬。

(20年度改定に向けて中医協で検討)

⑥新たな借換融資制度の創設

過去に療養病床整備に要した借入金の長期安定融資への借り換えを行う「療養病床転換支援貸付金制度（仮称）」(①民間金融機関からの借入金を福祉医療機構が借換、②福祉医療機構の既存融資案件に係る償還期間を延長)を創設す

る。(20年4月施行)

⑦第4期介護保険事業計画における療養病床転換受入れの円滑化

療養病床の転換が本格化する第4期介護保険事業(支援)計画(21～23年度)では、医療療養病床から介護施設への転換はすべて受け入れる。*(21年4月施行。基本的考え方は本年6月に通知)



平成19年3月12日の介護施設等の在り方に関する委員会。第2老健は、同日の議論から具体化した。