

2006年度診療報酬改定後の人工呼吸器装着者 受け入れ医療機関の変化—茨城県における調査から—

新保祐光 本橋宏一¹⁾ 山本敬子²⁾ 中村優子³⁾

IRYO Vol. 62 No. 2 (93-97) 2008

要旨 本調査は、2006年度診療報酬改定後の茨城県における人工呼吸器装着者受け入れ医療機関の調査である。今回の改定において人工呼吸器装着が療養病床の医療区分3に明記されたため、この制度の変更による受け入れ医療機関への影響を明らかにすることを目的として行った。方法は、改定内容公表後の2006年3月下旬にFAXによる質問紙調査を行い、受け入れの可否と受け入れの際の条件について調査した。その結果を改定前調査（2004年）と比較した。また、回答機関の変化と病床種別の受け入れ条件についても検討した。

結果、受け入れを行う医療機関の割合に大きな変化はみられなかったが、受け入れ可能と回答した医療機関は半数以上が入れ替わり、ほとんどが療養病床で受け入れを行う医療機関であった。受け入れ条件も一般病床と療養病床で傾向が大きく異なった。これらから療養病床の影響が強く示唆され、診療報酬改定の影響は大きかったといえる。

キーワード 人工呼吸器, 装着者受け入れ医療機関, 変化, 診療報酬, 2006年度改定

はじめに

人工呼吸器装着者に関しては、装着を判断する時点から、死生観、装着理由、装着時の身体状況、社会的サポート体制、今後予測されるリスクなど、さまざまな判断に迷う要素が絡み合い、そのような状況での当事者たちの選択過程における苦悩は計り知れない¹⁾⁻³⁾。患者がその人なりの生き様を選択可能にするためには十分な情報とその説明が不可欠である。

加えて、現在厚生労働省では、延命治療中止指針案も検討され始めている。具体化した場合には、選択可能性はより高まるが、そのための情報もより重要となる。本調査は、このような状況において、人工呼吸

器装着者を取り囲む環境をアセスメントし、その情報を説明可能にすることで、人工呼吸器に関わる人々の選択に貢献することを意図している。

本調査の目的

筆者らは、日頃の実践のなかで人工呼吸器装着者の長期受け入れ医療機関が少ないと感じ、また、当事者組織や専門職から同様の指摘もあり⁴⁾、茨城県における実態調査を2004年に行った⁵⁾。その際、受け入れ可能な医療機関はある程度あるが、受け入れのための条件を医療機関側で設定しており、とくに利用を阻害する因子として、入院期間の限定と差額ベッド

国立病院機構水戸医療センター 医療相談室 1) 元国立病院機構水戸医療センター 医療相談室

2) 水戸市医師会 訪問看護ステーション 3) 日立製作所水戸総合病院 医療相談室

別刷請求先：新保祐光 国立病院機構 水戸医療センター 医療相談室 〒311-3193 茨城県東茨城郡茨城町桜の郷280
(平成19年1月19日受付, 平成19年3月16日受理)

Changes in Hospitals Accepting Patients with Respirator After Revision of Medical Payment System in 2006: Investigation in Ibaraki Prefecture

Hiromitsu Shimpo, Koichi Motohashi¹⁾, Keiko Yamamoto²⁾ and Yuko Nakamura³⁾

Key Words: Respirator, changes in Hospital, Medical Payment System

代の支払いのいずれか、または双方が条件となっていることが挙げられた。この2つの条件なしで受け入れる医療機関はわずかであった。

しかし、2006年度診療報酬改定において人工呼吸器装着者が療養病床の医療区分3に明記された。従来は、一般病床または特殊疾患病床での受け入れが主であったが、療養病床での受け入れが可能となった。この制度の変更が受け入れ医療機関にどのような変化をもたらしたのかを評価するため、調査を行い前回調査時（2004年）と比較検討した。

また、上記の変更に加え特殊疾患病床が廃止になる予定もあり、受け入れ機関、回答機関の変化が想定された。そのため、単純な結果比較ではなく、回答機関の変化と、受け入れの際の病床の種類についても調査した。さらに一般病床の受け入れ条件と療養病床の条件を比較し、この制度の変更の影響をより具体的に検討し、現在の人工呼吸器装着者の受け入れ可能な医療機関という環境を具体的に明らかにする。

対象と方法

1) 対象：

茨城県保健福祉部厚生総務課「茨城県病院一覧」平成18年1月（茨城保健福祉ねっと//www.ibaraki-welfare.or.jp：平成18年3月1日参照）より抽出（産婦人科、精神科、小児科等の専門病院、休業中の医療機関等を除く）した。有床157施設。

2) 方法：

平成18年度の診療報酬の改定内容が明らかになった平成18年3月下旬から4月上旬にかけて、FAX

による質問紙調査。

3) 回答率：

全施設157施設中61施設から回答。回答率38.9%

結果と考察

1. 全体的な傾向

前回と今回で回答率に大きな差異はなかった。受け入れの可否についての設問に対する回答も前回と大きな差異はないといえる（図1）。

受け入れ条件（図2）については、前回利用者が入院を選択するにあたっての阻害因子であった入院期間の限定と差額ベット代の支払いを条件とする割合は減少した。

しかし、その他の条件を挙げる機関は増加している。とくに顕著なのは、家族の協力、近隣地域である。家族の協力については、協力の具体的な内容についての設問に、吸引、付き添い、治療材料の準備、専門機関の受診を挙げたが、それら具体的な協力を求めるというよりは、医療機関と家族との共通理解の形成を意図した協力を挙げるところがほとんどであった。そのためには近隣地域のほうがコミュニケーションをとりやすく、この2つの条件の増加は、医療機関が家族とのパートナーシップをより重視するようになったことのあらわれといえよう。具体的な条件内容については大きな変化はなかった（表1）。

2. 前回と今回の回答機関の変化

前回、今回ともに回答があった医療機関は、27機関であり、回答機関は半数以上が入れ替わった（総回答数：前回65、今回61）。今回調査で受け入れ可

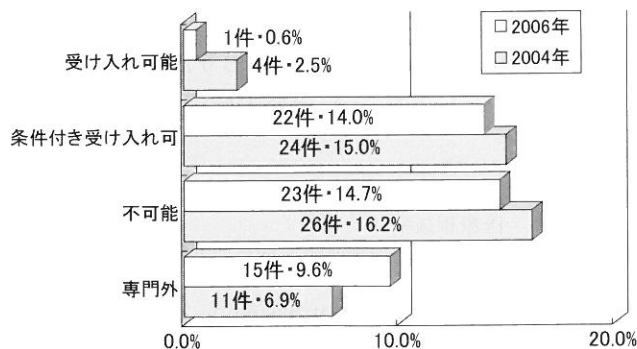


図1 受け入れの状況比較

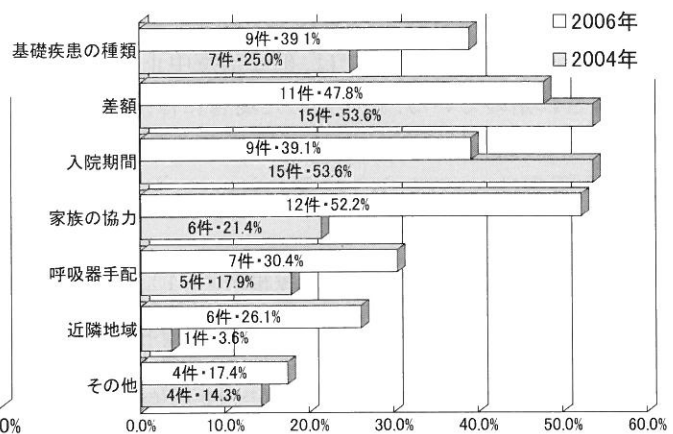


図2 受け入れ条件の比較

能と回答した医療機関も継続で受け入れ可能と回答したのは半数以下（10件：43.5%）であった。入れ替わった医療機関は、前回調査時受け入れ不可だった医療機関からの変更はわずかで（3件：13.0%）、残りは回答なしから受け入れ可能となった医療機関であった（10件：43.5%）。前回から回答が変わり受け入れ可能とした医療機関の受け入れ病床は、半数以上が療養病床での受け入れであり（8件：57.1%）、今回の制度の変更は医療機関の受け入れ状況に大きく影響したといえる（表2）。

反対に受け入れ可能から不可能となった医療機関は4件で、特殊疾患病床を持っていた医療機関はなかった。従来特殊疾患病床で受け入れていた医療機関は他の病床での受け入れを可能としたところが多く、特殊疾患病床の廃止による影響はある程度補完されていると考える。不可能と回答を変更した医療機関の理由にはスタッフ不足が挙げられていた。

前回と今回ともに受け入れると回答した病院の条件を比較したものが図3である。全体的な変化（図2）と比較すると、全体で条件とする割合が増加していた基礎疾患の種類とその他の条件は、継続受け入れ病院群は反対に減少している。従来受け入れを行ってきた病院では、具体的な条件より家族との協働をより重視する傾向となっている。具体的な条件内容については、全体的な傾向と同様、差額ベッド代の支払いや入院期間の限定といった条件は緩和されている（表3）。

3. 病床種別受け入れ病院の条件

一般病床と療養病床での条件を比較すると、大きく異なるのは入院期間の限定と家族の協力である（図4）。これは病院機能の違いをそのまま反映している。療養病床は慢性期の長期入院を対象として

表1 受け入れの具体的条件の比較

1日あたりの差額ベッド代

	2004年		2006年	
	回答	割合%	回答	割合%
なし	13件	46.4%	12件	52.2%
1-2, 999円	1件	3.6%	1件	4.3%
3, 000-5, 999円	8件	28.6%	6件	26.1%
6, 000-8, 999円	5件	17.9%	4件	17.4%
9, 000-11, 999円	1件	3.6%	0件	0.0%

入院期間

	2004年		2006年	
	回答	割合%	回答	割合%
なし	13件	46.4%	14件	60.9%
1-14日	2件	7.1%	2件	8.7%
15日-1カ月未満	4件	14.3%	2件	8.7%
1カ月-2カ月未満	3件	10.7%	2件	8.7%
2カ月-3カ月未満	4件	14.3%	1件	4.3%
3カ月以上	2件	7.1%	2件	8.7%

表2 今回受け入れ可能とした期間の病床種別件数

	2004年 受け入れ可	2004年 受け入れ不可	2004年 回答なし
一般病床	9件	0件	3件
療養病床	0件	2件	6件
両方病床	1件	1件	1件

表3 継続で受け入れ可能と回答した機関の具体的条件の比較

1日あたりの差額ベッド代

	2004年		2006年	
	回答	件数	回答	件数
なし	3件	30.0%	5件	50.0%
1-2, 999円	2件	20.0%	1件	10.0%
3, 000-5, 999円	3件	30.0%	3件	30.0%
6, 000-8, 999円	2件	20.0%	1件	10.0%
9, 000-11, 999円	0件	0.0%	0件	0.0%

入院期間

	2004年		2006年	
	回答	件数	回答	件数
なし	5件	50.0%	6件	60.0%
1-14日	1件	10.0%	1件	10.0%
15日-1カ月未満	1件	10.0%	2件	20.0%
1カ月-2カ月未満	1件	10.0%	0件	0.0%
2カ月-3カ月未満	0件	0.0%	0件	0.0%
3カ月以上	2件	20.0%	1件	10.0%

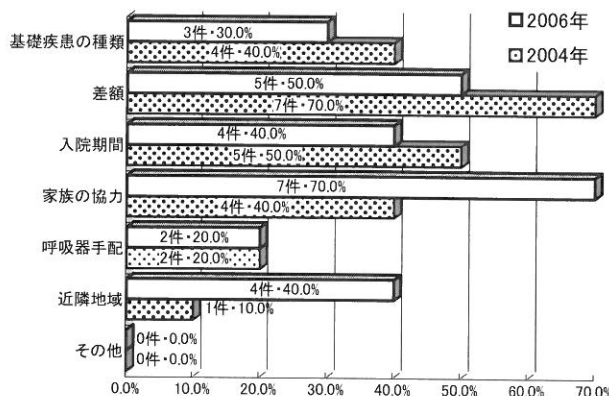


図3 継続で受け入れ可能と回答した機関の条件の比較

いるため、入院期間の限定がないところが多い。また、家族との共通理解も入院前に診療報酬が定額制であることや病院機能の説明を行い、同意を得たうえで入院となるので、入院中の協働決定というよりは事前の了解となる。そのためこれらの条件は一般病床より顕著に少なくなっていると考えられる。

一般病床では、入院期間の限定や家族の協力を条件とする割合が多く、基礎疾患の種類については療養病床より条件とされる割合が少ない。これは、急性期にも対応できるスタッフの存在や出来高による算定基準を背景とする、病態に応じた柔軟な対応が可能なためと思われる。柔軟であるがために、基礎疾患による対象の限定は少なく、病態の変化に応じて家族と対応の協議を必要とし、病態が安定した場合には病院機能を維持するため慢性期の長期入院が困難となる。なお、病床ごとの具体的な条件は表4に示したとおりであった。

このように、受け入れ病床により条件の傾向が大きく異なる。病院機能が異なるので当然ではあるが、

受け入れ医療機関の検討を行うにあたって機能の説明とそれにとまなう条件の違いについて、十分な情報提供が必要となる。

本調査の意義と限界

本調査の結果に基づき支援を行い、調査後8カ月で5例の転院が可能となった。本調査の内在的妥当性はある程度実証されると考える。ただし、本調査は利用者を取り巻く多様な環境の一部でしかなく、本調査により明らかとなった結果に利用者が適応するよう強いるものでない。本調査結果を個々の利用者システムに落とし込み、利用者の生活世界における環境理解を促進し、その人なりの選択を支えるための指針のひとつである。

さらに、本調査を個別支援に落とし込んだ際の課題について、その環境に影響を与えているよりマクロなシステムに対して働きかける根拠となろう。たとえば、医療機関の施設基準や診療報酬などの制度

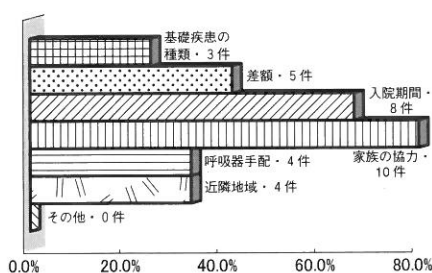


図4-1 一般病床 (総数12件)

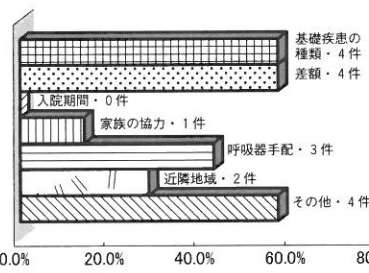


図4-2 療養病床 (総数7件)

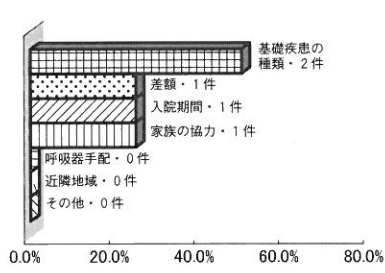


図4-3 両方の病床で受け入れる病院 (総数4件)

図4 病床種別受け入れ可能と回答した機関の条件の比較 (2006)

表4 病床種別受け入れ可能と回答した機関の具体的条件の比較 (2006)

表4-1 一般病床

1日あたりの差額ベッド代

差額	回答	割合%
なし	7件	58.3%
1-2,999円	0件	0.0%
3,000-5,999円	2件	16.7%
6,000-8,999円	3件	25.0%
9,000-11,999円	0件	0.0%

入院期間

期間	回答	割合%
なし	4件	33.3%
1-14日	2件	16.7%
15日-1カ月未満	2件	16.7%
1カ月-2カ月未満	2件	16.7%
2カ月-3カ月未満	1件	8.3%
3カ月以上	1件	8.3%

表4-2 療養病床

1日あたりの差額ベッド代

差額	回答	割合%
なし	3件	42.9%
1-2,999円	1件	14.3%
3,000-5,999円	2件	28.6%
6,000-8,999円	1件	14.3%
9,000-11,999円	0件	0.0%

入院期間

期間	回答	割合%
なし	7件	100.0%
1-14日	0件	0.0%
15日-1カ月未満	0件	0.0%
1カ月-2カ月未満	0件	0.0%
2カ月-3カ月未満	0件	0.0%
3カ月以上	0件	0.0%

表4-3 両方の病床で受け入れる病院

1日あたりの差額ベッド代

差額	回答	割合%
なし	3件	75.0%
1-2,999円	0件	0.0%
3,000-5,999円	1件	25.0%
6,000-8,999円	0件	0.0%
9,000-11,999円	0件	0.0%

入院期間

期間	回答	割合%
なし	3件	75.0%
1-14日	0件	0.0%
15日-1カ月未満	0件	0.0%
1カ月-2カ月未満	0件	0.0%
2カ月-3カ月未満	0件	0.0%
3カ月以上	1件	25.0%

的環境への働きかけや、地域の医療ネットワーク等の開発、増進などを挙げることができる。

また、利用者の個別支援の際には受け入れ機関との十分な情報交換が必要となる。とくに療養病床については従来対象としてなかった利用者であり、その他の条件で事前の準備をあげた医療機関も複数あった。受け入れ側の準備性の確認も不可欠である。

結 語

受け入れを行う医療機関の割合に変化はみられなかったが、受け入れ可能と回答した医療機関は半数以上が入替わり、そのほとんどが療養病床での受け入れを行う医療機関であった。受け入れ条件についても、一般病床と療養病床での傾向が大きく異なり、病院機能の影響が強く考えられた。これらの結果は、受け入れ医療機関における療養病床の影響を強く示しており、今回の診療報酬改定の影響は大きかったといえる。

〈謝辞〉

ご多忙中にもかかわらず、また、改定直後で情報も不足していた時期に、アンケートに協力していただいた茨城県内の医療機関の関係者の皆様に感謝致します。

〔文献〕

- 1) 新保祐光. 「利用者本位」の援助とソーシャルワークの機能. ソーシャルワーク研究 2004; 119: 17-24.
- 2) 立岩真也. 不動の身体と息する機械. 東京: 医学書院; 2004.
- 3) 植竹日奈, 伊藤道哉, 北村弥生ほか: 人工呼吸器をつけますか?. 大阪: メディカ出版; 2004
- 4) 小林明美, 笠井秀子, 岡戸有子ほか. 在宅人工呼吸器装着療養者のレスパイトケアについて. 日難病看会誌 1999; 4: 28.
- 5) 新保祐光, 中村優子. 長期療養中の人工呼吸器装着者に対するソーシャルワーク実践の一考察. 医療と福祉 2004; 76: 16-20.