



全日病 NEWS 2/1

21世紀の医療を考える全日病 2006

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/佐々英彦
〒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.633 2006/2/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

療養病床は医療保険15万床のみ?

療養病床の再編 方針固まる。2011年度迄に完了。今国会で法改正

厚労省の医療構造改革推進本部は、介護療養型廃止を含む療養病床の再編を2011年度までに終える方針をまとめた。(4面に関連資料を掲載)

厚労省は、この方針を自民党に諮るとともに、関係団体に提示し意見調整を急ピッチで進めている。この方針に対して病院団体を初め各方面から強い反対意見が出ているが、政府自民党の判断で2月3日過ぎにも決定される可能性が高い。

療養病床再編の方針は1月20日に開会した第164回通常国会に医療制度改革関連法案に盛り込まれる一方、06年度の診療報酬・介護報酬各改定で必要な措置が図られる。

診療報酬に「介護保険移行準備病棟」 医療「1」中心病棟には一段と厳しい方針

方針は、療養病床を「医療必要度が高い患者の長期療養病床」と定義、それに見合った体制として「看護4対1・看護補助4対1」以上を想定し、存続すべき病床をその人員体制に限定していくとともに、適合しない医療療養病床は介護保険に移行させつつ、介護保険施設としても、介護療養型を老健さらには特定施設に転換させるという手順で人員・施設基準と報酬体系の連係した改正を進め、2012年度以降は医療と介護の完全分離を実現するというもの。

その一環として、介護報酬に、経過型の介護療養型医療施設として、医師を含む人員配置を老健に近づけた類型を新たに認める一方、診療報酬の今改定で、医療必要度が高い患者の入院が一定割合に達せず、かつ、現行「5対1・5対1」以上を満たしていない病棟は「介護保険移行準備病棟(仮称)」と位置づけて医師を含む配置要件の特例を認めるという経過措置を設けるというように、06年度に転換に向けた最初の「選

別”を行なう。

これによって38万床ある療養病床を医療保険の15万床に減床すると厚労省は判断している。

療養病床の再編方針は、①療養病床の人員配置標準を「看護4対1・看護補助4対1」に引き上げる、②診療報酬に患者分類表を導入し、医療必要度の高い患者が一定以上入院する病棟は「4対1以上・4対1以上」を要件に高い配点を實現。12年度以降は「4対1以上・4対1以上」を基準とする、③転換を促すために、介護報酬に「介護療養型医療施設の経過的類型」(2011年3月末まで)を設ける、④診療報酬に、経過型介護療養型と同じ配置の「介護保険移行準備病棟」を設ける(08年3月末まで)、⑤診療報酬・介護報酬の経過措置に対応して、療養病床の人員配置標準に特例を認める、⑥現行の配置標準や診療報酬上の人員配置は11年度末で廃止する、⑦以上の改正を06年度に成立させ、原則として10月に施行するというもの。

その結果、介護療養型は11年度末までの存在とされ、医療必要度の高い患者に対応する医療療養病床以外は、6年の間に老健、特定施設に転換するか、最悪の場合は公的保険市場から撤退させられることになる。

病床転換に際して、厚労省は参酌標準の見直しを約している。その場合に、現在の参酌標準が見直される第4期介護保険事業計画(2009~11年度)に対応するために、「介護保険移行準備病棟」という経過措置を設けている。つまり、3年間は医療保険に留まれるというわけだ。

四病協と全日病 病床転換の強行反対を訴える!

四病院団体協議会は医療保険・診療報酬委員会(委員長・全日病猪口常任理事)が、議論が深まらないままに強行することに反対する意見をまとめ、4会長の承認を得た上で1月19日、当協会猪口常任理事が川崎二郎厚生労働大臣宛に提出。さらに、自民党厚生労働関係の幹部と衆参議員45名にもれなく提出した。

当協会は1月27日、西澤副会長が民主党に出向いて「療養病床再編」に対する病院団体の見解を説明。2月1日には公明党のヒアリングに猪口常任理事が出席、同様の意見表明を行なった。

さらに、1月20日の医療部会で、当協会佐々会長は四病協と日療協を代表して意見書を読み上げるとともに、全委員に配布した。

そのためには、各段階にどのような疾患があり、どのようなサービスを受けているのか、ケースミックス調査が地域ごとになされなければならない。

今回の方針には、こうしたデータが欠けている。「社会的入院」が問われているからこそ、入院患者の状態が社会的背景を含めて把握され、地域で提供されている医療の質と量が検証されなければ、実態に即した改革案は作れない。

それを無視した結果、中小医療機関にはとくに影響が大きい、地域医療が混乱する恐れのある、必要な医療サービスが受けられない患者が出現する恐れのある方針が作られる。

全日病は、「病院のあり方報告書」などで、医療療養と介護療養の機能分化がなされていないと指摘してきた。しかし、機能分化の議論は、正確なケースミックス調査にもとづいてなされるべきである。新たな医療計画で提起されている、地域単位での疾病調査を実施し、様々な指標にもとづいた調査を介護保険施設も含めて行なった上で、あらためて医療と介護の機能分担が検討されなければならない。

調査は1年かければできる。それから議論を開始してからでも遅くはない。

療養病床再編の結論を やり直すべし

性急な決定に四病協、全日病が反対を表明

療養病床再編の強行に反対 —西澤副会長が見解— データと議論に欠ける。やり直すべきである

介護療養型の廃止を含む療養病床の再編は、患者だけでなく、高齢化社会を迎える中で地域医療のあり方を検討する上からも国民的なテーマである。しかし、それが、ほとんど議論もなく、決められようとしている。

この問題は、介護保険制度改正を論じるべき医療保険部会ではなく、介護報酬を決める介護給付費分科会で、実質2、3回議論されたのみである。診療報酬の問題としては他テーマと一緒に1、2回取り上げられた程度。医療提供体制の面から

は、1月20日の医療部会に唐突に療養病床人員配置標準の改正が提案されたに過ぎない。あまりにも議論が乏しい。

この手法が成立すると、患者や現場の声を無視した強権発動が行なわれる既成事実とならねない。これが全日病として反対する第1の理由である。

次に、医療・介護の質の問題がある。質は急性期医療だけのテーマではない。慢性期医療、したがって療養病床がどう質を担保するかは、医療提供体制を整える上できわめて大きな問題である。

重度療養管理加算は3年後に廃止

06年度介護報酬改定 リハを大幅縮減。病床転換事項を外して即日答申

1月26日の介護給付費分科会は2006年度介護報酬改定を、諮問とおり即日答申した。(2面に改正の要旨を掲載)

諮問に際して、老健局は、介護療養型の病床転換に係わる事項を削除し、現行項目と単位の見直しに終始した改定案を提示した。しかし、添付資料には、病床転換の方向性、介護療養型の廃止さらには経過型類型の詳細案も紹介されている上、病床転換事項を諮問から外した事情にはほとんど言及しないという、最後まで違和感のぬぐえない答申となった。

介護療養型医療施設の報酬改定としては、10月改定の積み残しであった、多床室3タイプの各20単位引き下げとユニット型個室・同準個室の各95単位引き上げが決まった。

また、①経口維持加算(28単位・5単位/日)の新設、②在宅復帰支援機能加算(10単位/日)の新設、③身体拘束廃止未実施減算(-5単位/日)の導入、④療養環境加算の減算率拡大と「(08年3月末)」「(07年3月末)」の各廃止、⑤重度療養管理加算の09年3月末廃止が決定した。

さらに、リハビリテーションが大幅

に改編され、①計画加算と日常動作訓

診療報酬改定の方針まとまる

注目は療養病棟入院基本料。相当厳しい配点を予想

中協総会は1月18日、今改定の方針を「2006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)」にまとめ、了承した。(3面に「検討状況」を掲載)

「検討状況」には一定の考え方が打ち出されているが、具体的には点数や算定要件が示されないと判断できない。

もっとも関心を集めているのが療養病棟入院基本料。患者分類上は11区分だ

が、点数上は4タイプほどに集約され、しかも、いずれも相当に厳しい配点が予想されているため、該当病院は軒並み大幅減収を予想している。

加えて、介護保険への移行を想定した、3年間の経過型人員配置が設けられる。この経過措置は明らかに中小病院には不利とみられ、現場には悲壮感もただっている。

重度療養管理加算は09年3月末で廃止

06年度介護報酬改定 理学療法・作業療法・言語聴覚療法とも(I)を廃止

「平成18年度介護報酬等の改定について一概要」(抜粋) 1月26日 介護給付費分科会答申 *以下は06年度の報酬改定・基準改正部分(1面記事を参照)

II.各サービスの報酬・基準の見直しの内容

4.訪問系サービス

(3) 訪問看護

ア 基本単位

●早朝・夜間、深夜における短時間訪問(20分未満)の評価を創設
(指定訪問看護ステーションの場合)

285単位/回

(病院又は診療所の場合)

230単位/回

●理学療法士、作業療法士とともに言語聴覚士による訪問も算定対象とする

30分未満

425単位/回

30分以上1時間未満

830単位/回

イ 緊急時訪問看護加算(算定要件の見直し)

ウ ターミナルケア加算(算定要件の見直し)

(4) 訪問リハビリテーション

ア 基本単位

訪問リハビリテーション費 500単位/日

*言語聴覚士が訪問した場合も算定可とする。

イ 加算等

①リハビリテーションマネジメント加算(新規) 20単位/日

②短期集中リハビリテーション実施加算(新設)

退院・退所日又は認定日から起算して1月以内の場合 330単位/日

退院・退所日又は認定日から起算して1月超3月以内の場合 200単位/日

*現行の日常生活活動訓練加算は、リハマネジメント加算及び短期集中リハ実施加算の創設に伴い廃止する。

5. 通所系サービス

(1) 基本単位

ア 通所介護 略

イ 通所リハビリテーション

(6時間以上8時間未満の場合)

経過的要介護 591単位 要介護3 995単位

要介護1 688単位 要介護4 1,149単位

要介護2 842単位 要介護5 1,303単位

*送迎を基本単位に包括。

*前年度の1月当たり平均利用延人員が900人超の場合は、上記の単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。

(2) 加算(通所介護・通所リハ共通)

ア 栄養マネジメント加算の創設

(月2回まで。原則3ヶ月) 100単位/回

イ 口腔機能向上加算の創設

(月2回まで。原則3ヶ月) 100単位/回

ウ 若年性認知症ケア加算

(新規) 60単位/日

エ 入浴介助加算

(特別入浴介助加算の廃止) 50単位/回

(通所リハ)

カ リハマネジメント加算の創設 20単位/日

キ 短期集中リハ実施加算の創設 180単位/日

退院・退所後又は認定日1月超3月以内 130単位/日

退院・退所後又は認定日3月超 80単位/日

*現行の個別リハビリテーション加算は廃止

(3) 療養通所介護費

(新規:難病やがん末期要介護者の通所利用)

3時間以上6時間未満 1,000単位/日

6時間以上8時間未満 1,500単位/日

6. 短期入所系サービス

(1) 短期入所系サービス共通

ア 緊急短期入所ネットワーク加算(新設)

50単位/日

イ 虐待等のケースへの対応 略

(2) 短期入所療養介護

特定短期入所療養介護費(日帰り利用)の創設

760単位/日

(3) 短期入所生活介護 略

9. 介護保険施設

(1) 各施設共通事項

ア 基本単位の見直し

【介護老人福祉施設】 略

イ ユニット型施設に関する基準等の見直し

ユニット型施設の人員配置等基準を明確化、満たしていない場合は97/100で算定する。

ウ 経口維持加算の創設(経口移行加算の見直し)

経口移行加算(経管栄養の者を対象)

28単位/日

経口維持加算(算定は原則180日まで)

I 著しい誤嚥が認められる者を対象

28単位/日

II 誤嚥が認められる者を対象(新設)

5単位/日

エ 在宅復帰支援機能加算(新設)

10単位/日

オ サービスの質の確保

① 感染症管理体制の強化

② 介護事故に対する安全管理体制の強化

介護老人福祉施設及び介護老人保健施設について、介護事故に対する安全管理体制の確保を基準上明確化する。

③ 身体拘束廃止未実施減算(新設) ▲5単位/日

(2) 介護老人福祉施設 略

(3) 介護老人保健施設

ア 試行的退所サービス費(新設) 800単位/日

*1月につき6日を限度。

イ サテライト型老人保健施設サービス費の創設

小規模(29人以下)の老人保健施設について、基準の緩和等を図りつつ、報酬上評価する。

*単位数は介護老人保健施設と同じ。算定は180日を限度とする。

ウ リハビリテーション機能加算の見直し

現行のリハビリテーション機能強化加算を見直し、個別リハ計画の策定等一連のリハプロセスを実施するとともに、多職種協働による短期・集中的なりハ評価する。

【見直し後】

リハビリテーションマネジメント加算 25単位/日

短期集中リハビリテーション実施加算(入所後3ヶ月以内) 60単位/日

エ 認知症ケアの見直し

① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(新設) 60単位/日

*入所後3か月以内

② 認知症専門棟加算(算定要件の追加)

認知症専門棟加算 76単位/日

(4) 介護療養型医療施設

ア リハビリテーションの見直し(特定診療費)

① リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算の創設

現行の「リハビリテーション計画加算」、「日常動作訓練指導加算」を見直し、個別のリハビリテーション実施計画の策定等、一連のリハビリテーションプロセスの実施や、多職種協働による短期・集中的なりハ評価等を行う。

【見直し後】

リハビリテーションマネジメント加算 25単位/日

短期集中リハビリテーション実施加算

(入所後3ヶ月以内) 60単位/日

リハビリテーション体制強化加算(新設)

35単位/回

② 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の見直し

現行の理学療法(I)、作業療法(I)、言語聴覚療法(I)をそれぞれ廃止し、II以後の報酬区分を見直す。

【見直し後】

理学療法(I) 180単位/1回 作業療法

180単位/1回

(II) 100単位/1回 言語聴覚療法

180単位/1回

(III) 50単位/1回

イ 療養環境の改善

療養環境減算については減算率を拡大するとともに、Iを除いて経過措置を廃止する。

【見直し後】

療養病床療養環境減算 I ▲25単位

療養病床療養環境減算 II ▲85単位

(平成20年4月廃止)

療養病床療養環境減算 III ▲115単位

(平成19年4月廃止)

診療所療養病床療養環境減算 I ▲60単位

(平成20年4月廃止)

ウ 医療保険との機能分担、医療法改正に伴う見直し

① 重度療養管理加算の見直し

重度療養管理加算(120単位/日)は平成21年3月31日をもって廃止する。

② 老人性認知症疾患療養病床の見直し

医療法改正による精神病床の看護配置の見直しに係る経過措置が終了することに伴い、看護配置の評価の見直しを行う。

■ 指定基準に係るその他の主な見直しの内容(介護保険施設:抜粋)

介護保険施設

(1) 三施設共通

感染症対策体制の徹底、介護事故発生の防止、褥瘡の防止等、施設サービスの質を向上させるため、運営基準に所要の規定を追加する。

(2) 介護老人福祉施設 略

(3) 介護老人保健施設

病床転換による介護老人保健施設に係る経過措置の延長を行う。

(4) 介護療養型医療施設

介護報酬上の療養環境減算の廃止に対応して、設備基準に関する経過措置を改正する。

【介護保健施設(老人保健施設)】

① ユニット型介護保健施設サービス費 (ユニット型個室・ユニット型準個室)	② 介護保健施設サービス費 (多床室)
要介護1 784単位/日	要介護1 781単位/日
要介護2 833単位/日	要介護2 830単位/日
要介護3 886単位/日	要介護3 883単位/日
要介護4 940単位/日	要介護4 937単位/日
要介護5 993単位/日	要介護5 990単位/日

【介護療養型医療施設(病院・診療所)】

① ユニット型療養型介護療養施設サービス費 (ユニット型個室・ユニット型準個室)	② 療養型介護療養施設サービス費 (I)(多床室)
要介護1 785単位/日	要介護1 782単位/日
要介護2 895単位/日	要介護2 892単位/日
要介護3 1133単位/日	要介護3 1130単位/日
要介護4 1234単位/日	要介護4 1231単位/日
要介護5 1325単位/日	要介護5 1322単位/日

第9回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム

テーマ 災害時の医療連携

主催 全日本病院協会 共催 東京都病院協会、日本医師会ほか

日時 ●3月11日(土) 16:00~20:00

会場 ●全水道会館(JR水道橋駅東口徒歩3分)

参加費 ●無料

【プログラム】 ビデオ上映 新潟中越地震(東京都の医療支援活動)

特別講演 新潟中越地震を経験して

小千谷総合病院 横森忠雄理事長

シンポジウム 大災害時の医療支援体制

・シンポジストによる体験事例報告

・ディスカッション

事務局 (社)全日本病院協会 03-3234-5165 E-mail: info@ajha.or.jp

*詳しくは全日病ホームページを御覧ください(申込書のダウンロードができます)。

リハが全面改編、集団リハを廃止。回復期は対象を拡大

06年度診療報酬改定の骨子 紹介率にもとづく入院基本料等加算を廃止。紹介患者加算も

「平成18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)」(要旨)

1月18日 中央社会保険医療協議会総会(1面記事を参照)

I. 分かりやすく、かつQOLを高める医療を実現する視点

I-1 診療報酬体系の簡素化

●老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表等を一本化する方向で検討する。

I-2 内容の分かる領収書の発行

●一定の経過措置を設け、医療費内容の分かる領収書発行を義務付ける方向で検討する。

I-3 患者の視点の重視

●診療情報提供料は大幅に簡素化し、全体として評価を引き下げる方向で検討する。

●セカンド・オピニオンにともなう診療情報提供を新たに評価する方向で検討する。

●初再診時に当該検体検査結果に基づいて同日中に診療を行う場合、一定条件で加算を新たに設ける方向で検討する。

●看護職員等の配置は、勤務帯ごとに入院患者数に対する実働の割合で表わす方向で検討。併せて当該情報を病棟内に掲示することを算定要件とする方向で検討する。

I-4 生活習慣病等重症化予防の評価

●生活習慣病指導管理料について、①院内処方の場合以上に院外処方の場合の評価を引き下げる、②療養計画書の様式を患者に分かりやすく変更する、方向で検討する。

●ニコチン依存症患者に対する一定期間の禁煙指導を新たに評価する方向で検討する。

●がん診療連携拠点病院における、紹介による悪性腫瘍患者に加算を設ける方向で検討する。

I-5 手術に係る評価

●手術に係る施設基準について、症例数による加算はいったん廃止し、今後、再び評価を行うことを視野に入れて速やかに調査・検証を行う方向で検討する。

●現在の加算対象の手術は、①年間手術症例数の院内掲示を算定要件とする、②症例数以外情報の院内掲示のあり方について、上記調査・検証の中で検討する方向で検討する。

●そのほか、手術の点数について、①難易度等を考慮した評価の見直しを行う、②新規技術の保険適用または既存技術の診療報酬廃止を行うなどの方向で検討する。

II. 医療機能の分化・連携を推進する視点

II-1 在宅医療に係る評価

●必要に応じて他医療機関等と連携しながら24時間往診・訪問看護を提供できる体制を構築している「在宅療養支援診療所」制度を新設し、在宅患者の点数を高く評価する方向で検討する。

II-2 初再診に係る評価

●病院と診療所の初再診料点数格差について、①初診料は病院と診療所の点数を統一する、②再診料は病院以上に診療所を引き下げて、病院と診療所の点数格差を是正する、③外来診療料を引き下げ、包括範囲からヘモグロビンA1C測定を除外する方向で検討する。

●紹介率を基準とした紹介患者加算は廃止する方向で検討し、医療法上で紹介率に着目して承認要件が定められている特定機能病院と地域医療支援病院は別途評価を行う方向で検討する。

●同一医療機関で同一日に複数診療料を受診した場合には、2つ目の診療料の初診に限り、所定点数の一定割合相当点数を算定できる方向で検討する。

II-3 DPCに係る評価

●DPC導入病院を拡大する方向で検討する。

●DPCについては、①診断群分類を見直す、②入院初期の点数を高くする措置を脳梗塞、外傷等にも拡大する、③手術前医学管理料と手術後医学管理料を包括対象に加えるなど包括評価の範囲を見直す。

●医療機関別調整係数はDPC導入後5年間の改定までは維持するが、今改定においては調整係数を引き下げる方向で検討する。

II-4 リハビリテーションに係る評価

●理学、作業、言語聴覚各療法について、①施設基準で区分された現行体系を改め、新たに脳血管疾患等リハ、運動器リハ、呼吸器リハ及び心大血管疾患リハの4つの疾患別評価体系とする、②集団療法は廃止し、個別療法のみを評価とする方向で検討する。

●一部疾患を除いて新たに算定日数上限を設けるとともに、1月に一定単位数以上行った場合の点数の通

減制は廃止する方向で検討する。

●発症後早期は患者1人・1日当たりの算定単位数上限を緩和し、現行の早期リハ加算は廃止する方向で検討する。

●リハ従事者1人・1日当たり実施単位数の上限を緩和する方向で検討する。

●機能訓練室の面積要件を緩和する方向で検討する。

●回復期リハ病棟入院料は、①算定対象を拡大する、②一律の180日算定上限を改め、状態ごとに算定上限を設定する中で当該上限を短縮する方向で検討する。

●在宅訪問リハ指導管理料は退院後早期の患者に対する評価を引き上げる方向で検討する。

II-5 精神医療に係る評価

●精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟入院料は、入院後早期の評価を引き上げ、長期入院の場合の評価を引き下げる方向で検討する。

●精神科病棟入院基本料の在院日数加算は入院後早期を引き上げ、長期入院の場合の評価を引き下げるとともに、精神療養病棟入院料2は廃止する方向で検討する。

II-6 その他

●特定の疾患に限り、地域連携クリティカルパスを活用するなど医療機関間で診療情報が共有されている体制について診療報酬上の評価を新たに設ける方向で検討する。

●介護老人保健施設における他科受診で、特に専門的な診断技術や医療機器を必要とする診療行為は算定可能とする方向で検討する。

●臨床研修病院の評価を引き上げる方向で検討する。

●国家公務員給与調整手当支給地域及び支給割合の改正を受け、地域加算を見直す方向で検討する。

III. 今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方を検討する視点

III-1 小児医療及び小児救急医療に係る評価

●乳幼児加算と時間外加算、休日加算、深夜加算との併算定は新たに乳幼児時間外加算(仮称)、乳幼児休日加算(仮称)、乳幼児深夜加算(仮称)を算定することとし、乳幼児加算は時間外、休日、深夜以外に算定する方向で検討する。

●小児入院医療管理料の評価を引き上げるとともに、その算定要件において、複数の小児科医師が協同して常勤の場合と同等の時間数を勤務できている場合には常勤として取り扱うこととする方向で検討する。

●地域連携小児夜間・休日診療料について、地域の小児医療で中核的役割を担う病院の評価を引き上げる方向で検討する。

●小児科を標榜する保険医療機関は乳幼児深夜加算(仮称)の評価を引き上げる方向で検討する。

●個々の手術特性に応じて加算を設ける取扱いとする中で新生児及び乳幼児に対する手術の評価を見直すとともに、低出生体重児に対する手術の加算を新たに設ける方向で検討する。

●新生児と乳幼児に対する検査、処置等に係る評価を引き上げる方向で検討する。

III-2 産科医療に係る評価について

●ハイリスク分娩の妊婦に対する分娩管理について、診療報酬上の評価を新たに設ける方向で検討する。

●ハイリスク分娩の妊婦が入院した場合、入院先の医師と紹介元の医師が共同で診療を行った場合の評価を新たに設ける方向で検討する。

III-3 麻酔に係る評価について

①麻酔管理料の評価を引き上げる、②マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔について、重症患者に麻酔を行う場合の加算を新たに設けるとともに、加算対象手術の範囲を拡大する方向で検討する。

III-5 急性期入院医療に係る評価について

●一般病棟入院基本料等の体系は、①区分A(看護配置1.4:1)、区分B(2:1)、区分C(2.5:1)及び区分D(3:1)の4区分で評価することを基本とする、②平均在院日数要件を短縮する、③夜間勤務等看護加算は廃止し、夜勤の看護配置も看護職員配置に係る評価全体の中で併せて評価する、④看護補助加算は現行5区分を3区分に簡素化するなどの見直しを行う方向で検討する。

●紹介率を基準とした入院基本料等加算は廃止する方向で検討する。その際、特定機能病院及び地域医療支援病院は別途評価を行う方向で検討する。

また、一定の急性期医療についても、紹介率とは異なる観点から別途評価を行う方向で検討する。

III-6 医療のIT化に係る評価について

●診療報酬明細書のIT化と医療費内容の分かる領収書発行を必要に具備すべき要件とし、バーコードタグ等による医療安全対策、遠隔医療支援システム等医療のIT化に係る事項を選択的に具備すべき要件として、時限的に診療報酬上の評価を新たに設ける方向で検討する。

III-7 医療安全対策等に係る評価について

●入院診療計画の策定、院内感染防止対策の実施、医療安全管理体制の整備及び褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みは入院基本料の算定要件とする方向で検討する。

●急性期入院医療に医療安全対策専門教育を受けた看護師、薬剤師等を専従で配置している場合の加算を新たに設ける方向で検討する。

●急性期入院医療に医師又は褥瘡対策専門教育を受けた看護師等を専従で配置し、褥瘡予防治療計画に基づき総合的な褥瘡ケアを実施する場合の加算を新たに設ける方向で検討する。

III-8 医療技術に係る評価について 略

IV. 効率化の余地があると思われる領域の評価のあり方を検討する視点

IV-1 慢性期入院医療に係る評価について

●慢性期入院医療は、①療養病棟入院基本料、有床療養病床入院基本料及び特殊疾患入院施設管理加算について新たに患者分類を用いた包括評価を行う。その際、医療必要性の高い患者に係る医療は評価を引き上げる一方、医療の必要性の低い患者に係る医療は評価を引き下げる、②療養病棟入院基本料は「看護5:1・看護補助5:1」を算定要件とするが、医療必要性の高い患者を一定程度以上受け入れている病棟は「4:1・4:1」を算定要件とする、③急性増悪等により一般病棟への転棟又は転院が必要な場合に転棟・転院前に療養病棟で提供される医療は、一定日数に限り出来高で評価する、方向の見直しを検討する。

●特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料は、①療養病床については特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料を廃止し、療養病棟入院基本料を算定する。その際、一定以上の病棟床面積を有する場合は療養環境に係る加算を新たに設けて評価する、②一般病床と精神病床については、一定の経過期間を設けた上で、特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料の評価を廃止する、③上記の見直しに当たっては、当該病棟に入院している難病患者及び障害者の医療の必要性に配慮する、方向の見直しを検討する。

●上記の評価見直しは、施行時期について一定の配慮をする方向で検討する。

●上記の評価見直しに併せ、180日超特定療養費制度の対象から療養病棟入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料を除外する方向で検討する。

IV-2 入院時の食事に係る評価について

●入院時の食事は現行の取扱いを改め、新たに入院時食事療養費として1食当たりの費用を設定して、3食を限度として実際に提供された食数に応じて評価を行う方向で検討する。

●糖尿食等の特別食加算は、経管栄養のための濃厚流動食を対象から外すと同時に、評価を引き下げる方向で検討する。

●適時・適温の食事提供を入院時食事療養費の算定要件とする一方、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理を実際に行った場合の加算を新たに設ける方向で検討、特別管理加算は廃止する方向で検討する。

●選択メニュー加算は廃止する一方、患者から特別料金の支払いを受けることができる特別メニュー食の取扱いを弾力化する方向で検討する。

IV-7 その他

●先発医薬品の銘柄名を処方した医師が後発医薬品への変更を認める意思表示をしやすくするため、処方せんの様式を変更する方向で検討する。

●医療法上の人員配置標準を一定比率以上欠く場合に入院基本料の減額を行う現行の取扱いを改め、再構成する方向で検討する。

●100床未満病院の特例とされてきた複合病棟は、実情調査の上、廃止の方向で検討する。

●人工腎臓の夜間、休日加算を引き下げ、人工腎臓の包括範囲を拡大する方向で検討する。

健保連と「1泊人間ドック」を契約。06年度開始

人間ドック実施施設 機能評価が指定条件、3年ごとに更新。2月申請受付

当協会と健康保険組合連合会(福岡道生会長、傘下健保組合1,562、加入者数約3,000万人)との間で「1泊人間ドック」に関する契約を締結することが決まった。実施施設の指定を4月から開始することで合意しており、3月半ばまでには契約締結を終える予定だ。

これに伴い人間ドック委員会(西野委員長)は実施施設指定内規の作成を終え、12月17日の第9回常任理事会に諮り、承認を得た。

これによって、全日病会員1登録につき「日帰り人間ドック」1施設と「1泊人間ドック」1施設の二重指定が可能になる。ただし、「1泊」の指定条件に、新たに日本医療機能評価機構の認定施設であることが加わる。また、指定は3年ごとに更新される。

人間ドック委員会は、健保連との契約を前提に、2月にも申請書の受付を開始する。

当協会は1989年(平成元年)8月に健保連と契約を交わして以来、17年間にわたって「日帰り人間ドック」実施施設の指定を続けており、その数は458病院(2005年12月現在)、利用者数は1万9,188名(04年度調査回答施設の実績)にのぼり、年々増加の一途をたどっている。

一方、健保連が契約する「1泊人間ドック」は今日まで日本病院会との契約に

もとづいて実施されており、その指定数は617病院(05年1月現在)、健保連組合員の利用は約8万9,000人となっている(04年度調査回答病院)。指定病院のうち民間病院は半数強を占めている。

他方で健保連は日病との間に「1日人間ドック」の契約も交わしており、指定施設は291病院(05年1月現在。そのうち民間病院は半数弱を占める)、組合員の利用は約83万8,000人(04年度調査回答病院)にも達している。

このため、当協会の「日帰り人間ドック」指定施設の間には、日病と同様に「1泊人間ドック」の健保連契約を希望する声が多く、人間ドック委員会としても積年の課題となっていた。

今回、健保連が当協会の要請に応じた背景には、生活習慣病などの予防が医療給付費の伸びを抑制する上で戦略的課題となる中、保険者として健診事業の質の向上を図る必要に迫られていることがある。

したがって、当協会に対する「1泊人間ドック」契約にあたって、健保連は病院機能評価の認定を指定条件の1つに加えるよう求め、契約に盛り込まれた。

日病と日本人間ドック学会が始めた健診施設の機能評価に関して、数年前から、当協会および日本総合健診医学

会を交えて第三者評価の体制をとる方向で協議を重ねてきたが、今後、こうした面についても、健保連は共同歩調を期待している。

当協会の「1泊人間ドック」指定料は、

メリーランド病院協会とジョイント

診療アウトカム 5病院が参加。当面2年をめどに4月から開始

医療の質向上委員会(飯田修平委員長)は、メリーランド病院協会(MHA)の診療アウトカム評価事業(QIP=Quality Indicator Project)と共同研究を行なうことを決定した。

東京都病院協会と全日病が合同で実施している診療アウトカム評価事業の参加病院に呼びかけた結果、5病院が参加を希望。すでに1月に各病院担当者等計8名をMHAに派遣、QIPに関する研修を3日間にわたって受けた。

当協会が2004年7月に合流した都病協の診療アウトカム評価は、メリーランド病院協会のアウトカム評価手法を参考としている。対象は主要25疾患、参加病院も40強にとどまるなど、規模の違いはあるが、病院単位の診療データを処理しているメリーランド病院協会に比べると、全日病・都病協のそれ

「日帰り人間ドック」とは別に5万円(認定プレート含む)、年会費も同様に3万円。すでに「日帰り人間ドック」実施指定を得ている施設は申請書の書類にもとづいて審査されるが、新たな申請施設は当協会が任命する委員による実情調査を必要とする。

健保連「1泊人間ドック」の指定内規は、申請書とともに当協会ホームページからダウンロードできる。

は患者の個別データを扱っていることから診療アウトカムと患者属性の関係が把握できるという特長がある。

そうした意味で、メリーランド病院協会事業への参加によって、同一データから得られる評価結果を通して両者の比較が可能となり、その結果を全日病・都病協の事業に還元することができる。

当面は2006年度の1年間を目標に4月からデータ提出を開始する。その後の継続は、データ提出の成否やQIの妥当性検証等によって判断するものの、最低2年は続けたいとしている。

臨床指標の選定など実務的な打ち合わせは、5病院を交えて2月22日に東京都内で行なう。医療の質向上委員会の飯田委員長は「今からでも参加する病院があれば2月22日の検討会への参加を勧めたい」としている。

療養病床の再編・削減に向けた手順と施策

〈各種資料にもとづいて編集部が整理〉(1面記事を参照)

(1) 医療法の体系で、2012年度以降は「療養病床は長期療養が必要な医療必要度が高い患者の病床」と位置づける。

(2) それに向けて医療法施行規則で、療養病床配置標準を、①「看護4対1以上・看護補助4対1以上」に引き上げ、②現行の「6対1・6対1」は11年度末までの経過措置とする。

(3) 診療報酬において、①2012年度以降は「看護4対1以上・看護補助4対1以上」に限るものとし、②現行の「5対1・5対1」評価は11年度末に廃止する。

(4) 06年度診療報酬改定で、①医療保険療養病床に患者分類を導入し患者特性を病棟ごとに均質化させた上で、②医療度の高い患者が多い病棟は「4対1・4対1」を要件として高配点を実現する一方、③そうでない病棟は「5対1・5対1」を認めるが低い配点とし、④「介護保険移行準備病棟」を設ける。

(5) 介護保険法上、①介護療養型医療施設という類型を2012年度で廃止することを明確化するとともに、②11年度末までに老健や特定施設への転換を終える方針を確定し、③国の参酌標準を見直し、必要な受入が可能となるよう所要の措置を講じる。

(6) 06年度の介護報酬改定では、①重度療養管理加算の将来的な廃止など報酬水準を漸次引き下げる方向を明確にする、②医師・看護職員等の配置を緩和した「経過型類型」の評価を創設する、③転換老健の経過措置を延長するなど、転換先施設基準の経過措置を設ける。

(7) 「経過型類型」に即した療養病床人員配置標準の経過措置を医療法施行規則に書き込む。

(8) 以上の転換を円滑に進めるために医療保険と介護保険の各財源から補助助成を検討する。

補助「3対1(1/3以上は看護職員)」という内容で、11年度末までの経過的な措置として医療法施行規則に書き込まれる。

1月26日の介護給付費分科会に示した老健局資料によると、「経過型介護療養型医療施設」の基準案は、以下のとおり。**【人員基準】** 医師2名、看護職員8:1、介護職員4:1 **【設備基準】** 廊下幅 内法1.2m以上、「両側居室」内法1.6m以上

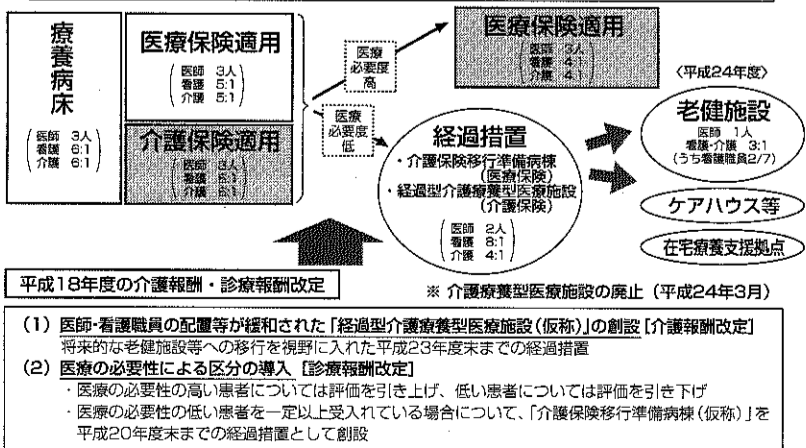
介護療養型に「経過型類型」を創設

1月20日の医療部に厚労省医政局総務課は、療養病床の人員配置標準を「看護4対1・看護補助4対1」に引き上げる一方、「経過型介護療養型医療施設」に対応した、緩い人員配置標準を11年度末まで設ける提案を行なった。

医師最低2人(「96対1」)、看護・看護

医療の必要性に応じた療養病床の再編成

- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応する。



- 平成18年度の介護報酬・診療報酬改定
- (1) 医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設(仮称)」の創設【介護報酬改定】
将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置
 - (2) 医療の必要性による区分の導入【診療報酬改定】
・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ
・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟(仮称)」を平成20年度末までの経過措置として創設

診療報酬「介護保険移行準備病棟(仮称)」の考え方(1面記事を参照)

※2月1日現在の情報から整理。厚労省と自民党等との意見調整の結果では変更があり得る。

○2006年度診療報酬新点数の施行時点で療養病棟入院基本料等を算定している病棟は、医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合には、現行の診療報酬上の評価に係る医療従事者の配置要件を満たさない病棟であっても、09年3月31日までの間に限り、「介護保険移行準備病棟(仮称)」として医療従事者の配置要件の特例を設け、診療報酬上の評価を行なう。

※09年度以降に「介護保険移行準備病棟(仮称)」が介護保険に移行する分は、第4期介護保険事業計画の中で見込むものとし、これを踏まえた参酌標準を設定する。

【改正案】

○病棟単位で「看護職員配置5対1、看護

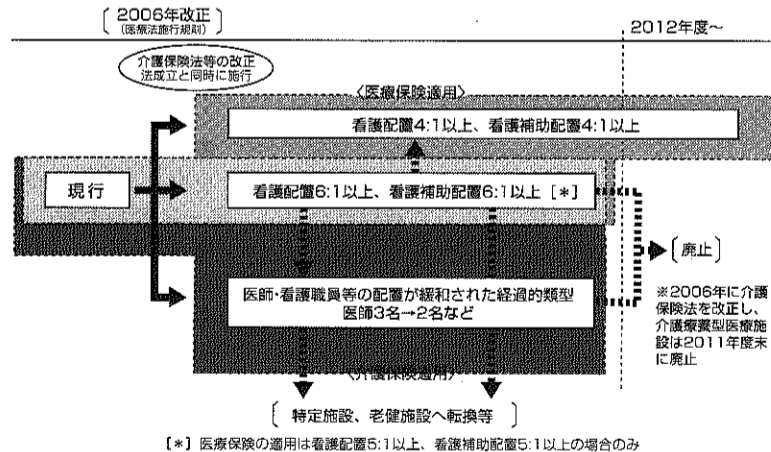
補助職員配置5対1」以上の場合に、患者の状態像に応じて評価する。

○医療の必要性の高い患者が一定程度以上入院している病棟は、「看護職員配置4対1、看護補助者配置4対1」でないと、高い点数は算定できないものとする。

○医療の必要性の低い患者が一定程度以上入院している病棟を有し、かつ、医療の必要性の高い患者が一定程度以上入院している病棟を有しない病院については、当該病院の有すべき医師の数については、最低数を2人とする算定式を満たし、かつ、当該病棟が「看護職員配置8対1、看護補助者配置4対1」を満たしている場合には、2009年3月31日までの間に限り、点数を算定できる(ただし、医療法施行規則の改正が前提となる)。

医療法の配置標準等の見直しと保険の適用関係(案)

1月20日医療部会資料「療養病床の将来像について(案)」から



療養病床が転換するときの支援措置

1月26日 介護給付費分科会資料「療養病床の将来像について(案)」から

