



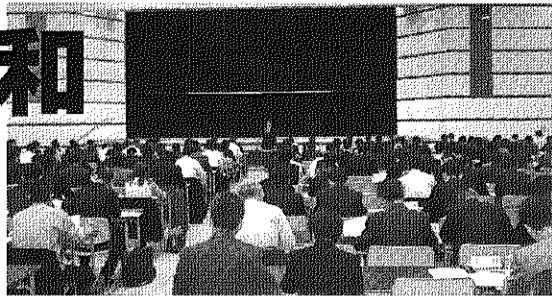
全日病 NEWS 4/15

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.638 2006/4/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

同一病棟病室単位指定の条件を緩和

療養病床に関する説明会 4対1は区分2・3患者が8割超、人員緩和は1が6割超の病棟



厚生労働省の医政・保険・老健3局は4月13日、都道府県局、社会保険事務局等を集めて「療養病床に関する説明会」を開催、病床転換策に関する意思統一を図った。

同省は7月1日に施行する療養病床新入院基本料の告示案、算定留意事項および施設基準等の各通知案を公表するとともに、人員体制の経過措置、参酌標準の見直し、転換助成事業と補助金の運用方針など、病床転換を進める施策の全体像を明らかにした。

その結果、①4対1看護が要件となる病棟の患者構成は医療区分2・3が8割以上とする、②2008年3月31日までの間、特殊疾患療養病棟入院料1または2算定の神経難病等患者は区分3または2(1相当患者)にそれぞれみなすことなどが明らかとなった。

さらに、③人員体制を緩めた病棟(介護保険移行準備病棟)の患者構成は区分1が6割以上とする、④同一病棟内での病室単位による指定を可能とする、などの経過措置案も提示された。介護保険移行準備病棟は区分1の各点数をそのまま算定できる。

転換支援については、医療療養対象の医療保険財源活用助成事業が08年度から、介護療養型を対象とする市町村交付金の投入が09年度から始まることと明。医療保険から介護保険への転換は、第4期参酌標準が施行される09年度から始まると展望した。

介護療養型医療施設の転換については、現行の老健転換特例を適用する考えとともに、一般財源化した都道府県の施設整備事業費を活用すればいつでも可能と説明した。

その上で、患者の追い出しなど混乱が起きないように、都道府県、地方厚生局、社会保険事務局、福祉医療機構の各機関がきめの細かな連絡・相談を保つよう要請した。

また、転換が医療費適正化計画の一環であることを確認。開設許可、指定だけでなく介護保険事業支援計画と医療計画の策定、一般財源化された施設整備事業などで当事者となる都道府県が前面に出る問題であるとして、介護療養型と医療療養の分布に地域差が顕著なことから、地域事情に応じたきめの細かな対応を図るよう求めた。

超規定は療養病棟入院期間を算定しない方向で考えている。

●転換老健

老健施設に転換する際は現行の転換型介護老人保健施設の基準を適用する予定だ。また、質問に対して、老健と病院の同一施設内併設についても、同一階のケースは容認済みと答えた。

●医療施設近代化整備資金

近代化整備資金を受けた施設の老健転換について、医政局担当官は目的外使用とはならないという判断を示した。ただし、都道府県交付金に組み込まれている近代化整備資金を転換に使うことはできないという認識。

●助成事業と補助金

病床転換に対する補助は、医療保険財源を活用した助成事業(医療療養病

床対象)と都道府県一般財源および市町村交付金(ともに介護療養型医療施設対象)からなる。

保険者からの支援金を含む医療保険財源の投入は08年度から実施される。他方、介護療養型医療施設に対しては、地域密着型サービスの整備に使われる市町村交付金(地域介護・福祉空間整備等交付金)の一部を投入することが決まった。ただし、開始は09年度から。

厚生省は、介護保険施設の参酌標準は第3期計画(06年度施行)で廃止されていることから、現時点でも移行は自由であることを認めた上で、市町村交付金が09年度から始まることから、本格的な動きは09年度からと推測した。

各年度当該病院から聞き取り、転換数を把握

説明会で厚生省は第4期参酌標準の方針提示を手控えた。第3期では、介護保険3施設、認知症高齢者GH、介護専

用型特定施設の枠を、04年度実績の41%から14年度に37%以下に下げる目標が打ち出されている。(2面に続く)

7月施行内容とともに転換政策の全体像を提示

3~5面に説明会の資料を掲載。全資料は当協会ホームページに掲載。

●施設基準と経過措置

医療区分2・3患者の割合が8割以上の病棟の看護体制は4対1・4対1以外は、看護職員比率、夜勤ともに他入院基本料と同等とされた。

特殊疾患療養病棟入院料1・2患者の経過措置とともに、現行の重度心身障害児(者)施設等で入院料や特殊疾患入院施設管理加算を算定する病棟に入院する重度肢体不自由児(者)等で区分1に該当する者は恒久的に2に該当するという措置も発表された。

算定に際して、1日に2つ以上の区分に該当する場合は高い点数の区分が認められる。質問に対する回答で厚生省は、急性増悪による転棟・転院時4日間の算定について、日ごとに出来高と包括の選択が可能という判断を示した。

また、医療区分等の算定に際しては原則月1回の状態像評価と入院療養計

画の見直し、区分2・3の算定にあたっては、定期的に、患者・家族に区分該当状況などを書面で交付することが留意事項に盛り込まれる。

算定に関する評価票、手引き案あるいは8割という患者構成の計算方法案も明らかにされた。

転換にともなう措置として、移行準備病棟とともに、同一の療養病棟の中で、経過的に、医療保険と介護保険の双方から給付を受けることができる例外規定を挙げ、「患者の状態に合わせてより適切な方から給付を受ける」という医療・介護混在病棟を認める方針が打ち出された。移行準備病棟については病棟単位の届出を認める方向。

●診療報酬

質問に対して厚生省は、医療保険と介護保険のリハ専従者兼任について検討する意向を表明した。また、180日

今改定の人員配置基準で緩和を要望!

全日病、医法協、日精協の3団体。日病と見解分かれる

全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の3団体は4月7日、今改定で看護師とリハビリテーションスタッフなどに関する評価の厳しい見直しが行われた結果、基準を満たせない病院が多く出現する可能性があるとして、基準の緩和を求める緊急要望書を川崎二郎厚生労働大臣に提出した。

四病協に所属する日本病院会は、見解の違いから提出を見送った。(8面に要望書を掲載)

要望書は、夜勤看護加算要件の一般病棟入院基本料要件化に対して、①需給状況が改善するまでの間、看護師比率基準70%を40%に緩和する、②精神病床入院基本料の看護師比率40%の基準を除外する、③障害日常生活自立度ランクB以上および認知症日常生活自立度Ⅱ以上の患者比率が50%を超え、1夜勤あたり3名以上の勤務体制を行なう場合は「夜勤72時間」規定を除外することを、また、各疾患別リハビリテーション料(I)の人員基準については、需給状況が改善するまでの間、理学療法士3名、作業療法士2名、言語聴覚士1名に緩和する、ことを求めている。

緊急要望は3月22日の四病協総合部会で提起され、各団体の賛同を得たことから、当番団体である日病山本会長

の提案で医療保険・診療報酬委員会(委員長・全日病猪口常任理事)に文案作成が付託された。

委員会担当団体である当協会が各団体に意見を募ったところ日精協から意見が寄せられ、それを反映した文案を、全日病の医療保険・診療報酬委員会の議論を経て猪口委員長が作成、各団体に確認を要請したところ、日病から「今回の緊急提言は行なわずに改定の検証結果を踏まえて対応すべき」という意見が届いた。

その後、医法協より「総合部会の決定に従い、文案とおりで提出すべき」と、また、日精協からも概ね同様の意見が表明された。再度、医法協、日精協に、日病の見解を伝えて対応策をたずねたところ、両団体から「例外的に3団体による提出も止むを得ない」という回答を得た。

一方、日病からは、「早急に調査し、その結果を踏まえて態度を明確にすべき」という意見が表明された。

4月14日の届出を控え、人員配置をめぐる深刻かつ一時を争う問題である上、四病協はこれまでも、緊急声明等は総合部会を待たずに各会長の合意で発表してきた経緯も踏まえ、3団体は一致して4月7日の提出に踏み切った。

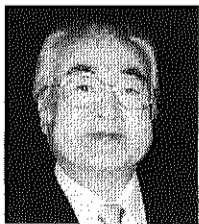
日医、新会長に唐澤祥人氏を選出

日本医師会は4月1日の第114回定例代議員会で役員等改選を行ない、新会長に東京都医師会長の唐澤祥人(からさわよしひと)氏(63)を選出したほか、副会長3名、常任理事10人を選んだ。

常任理事以上14名のうち7名を病院経営者が占める新執行部となったが、2001年3月から2年当協会副会長を務め

た天本宏氏(天本病院理事長)が常任理事に選ばれた。

唐澤新会長(写真)は、医療行政に対する提言を進める上で、四病協と緊密な連繋を確保したいとしている。



清話抄

2000年8月9日午前7時30分、お盆の帰省ラッシュに加え、直前のハイジャックの影響で警備が急に厳しくなり、羽田は人で溢れていた。私は飛行機出発予定時刻の1時間以上前に到着したにも関わらず、セキュリティーゲートを通過する長蛇の列が遅々として進まず、飛行機にたどり着いたのは出発予定時間35分遅れの9時20分であった。

飛行機の座席に座ると私は、無然と

した表情でフライトアテンダントに「意見書!」と言った。意見書には、まず、「7時30分羽田空港に到着、すでにロビーは人でごったがえし…」というように羽田の混乱の様子を時間の経緯とともに記述し、最後に対策を提案した。

「ゲートの数を増やすのが本筋であるが、建物の構造上、ゲート数を増やすのは難しいだろう。次善の策は、現在1つのゲートに6人のスタッフが働いているが、これを7人にするのであろう。増員した1名は、旅客がゲートにたどり着く前にあらかじめ荷物を受け取り、

旅客がレントゲン装置の前で荷物はずす時間を節減する。この措置を採ることにより、おそらくゲートの稼働率は20~30%上がり、本日のような混乱もかなり緩和されると予想される。

意見書を提出したあとの経過が面白かった。1週間後に航空会社から電話がかかってきた。「今回いただきました意見はまことにとてもなご意見ですので、その通り実験を行います」。

その2週間後、「先日実験を行いましたところ、1時間に450人しか通れなかったゲートで540人が通れるようになり

ました。お客様の予想通り20%の稼働率アップが得られました。年末の混雑期は、7人体制で臨ませていただきます」。

さらに1ヵ月後、「お蔭様で上層部に意見が通り、ゲートを増設することになりました」。私の一通の意見書がきっかけで、本当に羽田のゲートが3つから6つに増えた。

最近、療養病床の対策を考える機会が増えてきた。多くの人が納得する予測値を示し、ゲートが3つから6つに増えるというような、成果が目に見える提言を行ないたいと思う。(泰)

主張

国民の期待に応え、救急・防災医療にさらに取り組みたい

昨年は宮城県沖地震、台風14号といった自然災害が相次いだだけでなく、JR福知山脱線事故のような人的な災害も起こり、年々救急災害医療の重要性が増している状況にある。現在、全国の3次救急、救命救急センターは国の施策として整備され、より高度な医療を提供している。

国民の救急医療に対する期待も年々高まってきているが、都道府県に移管された2次救急医療現場は当直医師不足、ここ最近の診療報酬改定の影響による不採算と様々な問題

により、民間救急は疲弊している状況にある。地域によっては民間による2次救急機能がほぼ壊滅しているところもある。

現在、救急・防災委員会ではこの問題を最も重要な問題として位置づけ、2次救急の現状・今後のあり方について議論を重ねているところである。

地域ごとの2次救急の現状調査を行い、会員の皆様には有益な情報を提供していく所存である。また、現在の救急搬送において、緊急を要する傷

病者への対応が遅れている問題についても取り組んでおり、今後の救急搬送体制作りの検討も行っていく。

一方、防災に関しては「医療連携の強化」をテーマに今後も取り組んでいく。

1 昨年の中越地震の支援活動の際に経験した、民間の支援活動、東京消防庁、自衛隊との医療支援連携体制から得た経験を周知するため、先月の防災フォーラムは「災害の医療連携」をテーマにシンポジウムを行った。

一昨年の開催を大きく上回る150名の参加があった。さらに、医療従事者だけではなく、マスコミも多く参加し、ここ数年の防災に対する関心も高くなっている。

国民の期待に応えるためにも、自らの地域は自らで守っていかなければならない。そのためには日頃から防災訓練等の活動によって、各医療機関、国民と連携して信頼関係を生むことが重要であり、引き続き活動を行う所存で、会員諸氏の更なる協力をお願いしたい。(I)

「あり方報告06年版」、「療養病床の将来像」提言

コーディング研修を再開、支部体制強化、人間ドック学会参加も

全日本病院協会2006年度事業計画 3月25日 第86回定期代議員会・第75回定期総会採択

国民の医療への期待がますます高度化、かつ多様化し、一方で急速な高齢化による医療財政の圧迫等を背景に、医療制度改革は急速に進行している。

医療は患者(国民)と医療人が協力して構築すべき公共財であり、国民の健康生活と直接関係する点で極めて重要である。これらを考慮すると、改革の議論は広く国民、関係諸団体、医療人が参加し、議論の過程について透明性が確保された上でかつ長期的な視野に立って行われる必要がある。

しかし、最近の動きをみると、目指すべき方向とは関係なく、患者(国民)・医療提供側に負担を強いる経済・財政の視点のみの改革が進行しており、その議論の過程は拙速であり、透明性の確保もされていない。

全日病はこのような改革には反対すると共に、国民に安全で質の高い医療を医療人が誇りと達成感を持って提供できるような環境整備を行うという全日病の基本的な考え方を実現するために、今まで以上に真の医療制度改革に主体的に行動しなければならない。

これらの認識のもと、全日病は真の医療改革を推進することに寄与するデータを医療現場の実態を基に積み重ね、明確なビジョンと戦略を持ち、政策提言、活動を行う。

本年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われ、また、医療法、健康保険法、介護保険法等、医療制度改革法案が国会に提出される。

会員病院に対し、進むべき方向性を自ら選択できる情報の提供を行い、質の向上、医療安全、経営判断のための支援を行う。また、各委員会の活動の活発化、支部活動の活性化、全日病学会、各研修会の充実を図る。

そのため、2006年度には次の事業を行う。

1. 全日病の理念に基づいた各種活動及び会員病院における理念・行動基準制定のための支援
2. 国民のための医療に関わる制度の構築と提言
 - 1) 病院のあり方に関する報告書2006年版の作成
 - 2) 第5次医療法改正への対応
 - 3) 医療提供体制のあり方の検討と提言
 - ・医療機関の機能分化と地域連携の促進への検討
 - ・医療計画の見直しに関する提言
 - ・療養病床の将来像についての提言
 - 4) 医療保険制度改革への対応
 - 5) 適切な診療報酬体系に向けての調査・提言

- ・医療原価、コストに係る調査の実施
 - ・医療の質向上、医療安全対策に係るコストの適正な評価に関する提言
 - 6) 介護保険制度改革についての提言
 - ・介護療養型医療施設のあり方についての提言
 - 7) 医療法人制度のあり方の検討と提言
 - 8) 各種提言の実現に向けての国民への広報と、国会、行政への要望と対応
3. 医療の質向上および医療安全対策に関する検討と取組

- 1) 医療安全への取組と対策
 - ・医療安全に関するセミナーの実施
 - ・会員病院における医療安全推進に関する啓発
 - ・医療事故調査・防止に関する第三者機関の設置のための支援
 - ・医療ADRの検討及び法的整備に向けての提言
- 2) TQM (Total Quality Management) の医療への推進
- 3) 診断・治療の標準化に関する会員病院への支援
 - ・コーディング研修会の実施
 - ・診療アウトカム評価事業の試行的実施
- 4) IT技術を利用した医療の質向上への取組
 - ・病院情報システムの調査・研究
 - ・標準的電子カルテの普及促進のための検討
 - ・病院内における情報システム導入指導者の育成

4. 個人情報の保護に関する取組
- 1) 認定個人情報保護団体としての活動の実施
 - ・苦情等処理業務の実施
 - ・対象事業者(会員病院)への情報提供・相談・研修
 - ・全日病指針の公表
 - ・個人情報保護の動向に関する調査研究
 - 2) 個人情報保護に係る普及・啓発の推進
 - ・会員病院における指針の策定と各種取組への啓発
 - 3) 診療情報の積極的な提供・開示のための支援

5. 病院経営支援活動
- 1) 平成18年度診療報酬・介護報酬改定への対応に関する情報提供
 - 2) 病院経営調査の実施
 - 3) 病院経営効率化に関する調査・提言
 - 4) 税制に対する調査・提言
 - 5) 資金調達方法についての検討・提言
 - 6) 公私格差(税制・資金調達・補助金)の是正に関する検討・提言

6. 学術研修の推進
- 1) 第48回全日本病院学会(徳島県支部担当)
 - 2) ブロック研修会
 - 3) 夏期研修会
 - 4) 協会雑誌の発行

7. 病院機能評価の普及・推進
- 1) (財)日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
 - ・病院機能評価に関する勉強会(セミナー)の実施
 - 2) 会員病院に対する病院機能評価受審相談事業の実施
 - 3) 病院機能評価体系ならびにその運用方法についての検討

8. 医療従事者対策の推進
- 1) 全日病事務長研修セミナー、看護部門長研修セミナーの実施
 - 2) 賃金実態調査の実施、及び人事考課制度などの検討
 - 3) 医師・看護師の需給、医療従事者の適正配置に関する検討
 - 4) 医師を含めた医療従事者の労働条件に関する問題の検討

9. 支部活動の活性化
- 1) 支部研修会開催のための支援
 - 2) 支部通信員活動の推進

10. 組織の拡充強化
- 1) 会員増強
 - ・会員数の少ない都道府県における加入促進
 - 2) 賛助会員の増強
 - 3) 支部体制の強化
 - ・支部未設置の都道府県における支部設置

11. 広報活動の推進
- 1) 全日病ニュースの内容の充実と配布の拡充
 - 2) インターネットを利用した情報提供の推進
 - 3) 協会ホームページの充実と会員病院のホームページ作成のための支援
 - 4) マスコミ対応の充実強化

12. 保健・医療・福祉活動の支援
- 1) 救急医療
 - ・救急医療体制に関する検討
 - 2) 災害時医療(災害ボランティアとの連携・地域防災ネットワークの構築)

- (1面より続く)
- 市町村がつくる事業計画をまとめる立場の都道府県には、自県で転換する療養病床を老健や特定施設等にどう誘導すべきか、現時点でビジョンがないことから、09年度見直しに向けた作業の進め方で戸惑いが強い。
- これに対して、厚労省は、今年度移行、各都道府県が療養病床を有する病院に対する聞き取りを実施し、移行希

- 望と時期をつかむとともに相談に応じ、09年度に向けたデータとする手順をとるよう説明した。
- これに関連して老健局は、介護保険法に老健施設と居住サービスの指定拒否を可能とさせる条項があることを指摘。療養病床再編を進める上で「今後解決されるべき課題」と提起、規制を発動する立場の都道府県を牽制した。

13. 調査・研究活動の推進
- 1) 厚生労働科学研究への協力
 - 2) 経済産業省委託事業の実施
 - ・マルチベンダー型病院統合情報システム導入指導者育成事業
 - ・医療経営人材育成事業
 - 3) その他、本会として必要な調査・研究活動

14. 研修・教育
- 1) 開設者・管理者・幹部職員研修会
 - 2) 会員病院の勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の研修
 - 3) 医療事務職員の資質向上のための研修
 - 4) 四病院団体協議会による研修・教育・認定事業の推進
 - ・医療安全管理者養成研修
 - ・感染管理者養成研修
 - ・医師臨床研修指導者養成研修
 - ・診療情報管理士認定

15. 国際交流事業
- 1) 諸外国の医療施設、医療制度の調査・研修
 - ・第30回ハワイ研修旅行の実施
 - 2) 発展途上国及び被災国への医療援助

16. 福祉事業の拡充・推進
- 1) 全日病厚生会
 - 2) 全日本病院退職金共済会
 - 3) 全日病生命保険共済
 - 4) 全日病福祉センター事業

17. その他
- 1) 医療関連サービスの検討
 - 2) 相談事業(経営、税、法律、制度、人事)
 - 3) 調査研究員の派遣(国内、国外)

18. 事務局の機能強化
19. その他、本会の運営に必要な事業

「療養病床に関する説明会」の資料等 4月13日開催 都道府県および地方社会保険事務局等に対する説明・資料を編集部が再構成した。*1面記事を参照

2・3割合は直近3ヶ月で計算

2・3算定に、月1回、患者・家族へ書面交付を義務づけ

I 療養病棟新入院基本料にともなう告示・通知案

■厚生労働省告示第 号(案)
 診療報酬の算定方法(平成十八年厚生労働省告示第九十二号)に基づき、基本診療料の施設基準等(平成十八年厚生労働省告示第九十三号)の一部を次のように改正し、平成十八年七月一日から適用する。

平成 年 月 日
 厚生労働大臣 川崎二郎
 第五第三号に次のように加える。

(2) 療養病棟入院基本料2の施設基準等

イ 療養病棟入院基本料2の施設基準

①当該病棟の入院患者のうち、入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cを算定する患者が8割以上であるとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、前段の規定にかかわらず、一以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
 3 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。

② ①以外の病棟

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、前段の規定にかかわらず、一以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
 3 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。

ロ 療養病棟入院基本料2の注1に規定する区分

①入院基本料A

別表第五の二に掲げる患者

②入院基本料B

1 別表第五の三に掲げる患者(別表第五の二に掲げる患者を除く。)

2 ADLの判定基準による判定スコアが十一点以上である患者

③入院基本料C

1 ②の1に該当する患者

2 ②の2に該当しない患者

④入院基本料D

1 ①及び②の1のいずれにも該当しない患者

2 ADLの判定基準による判定スコアが二十三点以上である患者

⑤入院基本料E

1 ①及び②の1のいずれにも該当しない患者

2 ④の2に該当しない患者

ハ 療養病棟入院基本料2に含まれる費用並びに含まれない投薬及び注射薬の費用、療養病棟入院基本料2(特別入院基本料を含む。)を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含む。)は、当該入院基本料に含まれるものとし、同

表に掲げる投薬及び注射薬は、当該入院基本料に含まれないものとする。
 ニ 認知機能障害加算の対象となる状態認知機能障害の状態であって、日常生活を送る上で介助が必要な状態

第十一に次の一号を加える

四 平成十八年六月三十日において特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者(別表第十二に掲げる疾患のものに限る。)については、平成二十年三月三十一日までの間に限り、第五第三号の(2)のロの規定にかかわらず、それぞれ別表第五の二又は別表第五の三に掲げる患者とみなす。

別表第五第二号中「関節喉頭鏡下喉頭処置」を「間接喉頭鏡下喉頭処置」に改め、別表第五の次に、次のように加える。

別表第五の二 療養病棟入院基本料2及び有床診療所療養病床入院基本料2の入院基本料Aの対象患者 (別掲=資料Ⅱ)

別表第五の三 療養病棟入院基本料2及び有床診療所療養病床入院基本料2の入院基本料B及び入院基本料Cの対象患者 (別掲=資料Ⅱ)

別表第十二 (別掲=資料Ⅲ)

■療養病棟入院基本料2に係る算定上の留意事項の主な内容(案)

(1) 療養病棟入院基本料2は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める区分(1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分)に従い、当該患者ごとに入院基本料A等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た療養病棟に入院している患者について算定する。

(2) ただし、「注1」の入院基本料を算定している場合においても、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転床又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの間は入院基本料Eを算定することができる。

(3) 当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟以外の病棟については、「注1」の入院基本料又は「注2」の特別入院基本料のいずれか一方を算定するものとする。

(4) 「注1」の入院基本料のうち、入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的(原則として月に1回)に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙1又はこれに準ずる様式により作成した書面を交付すること。なお、交付した書面の写を診療録に貼付しておくこと

(5) 療養病棟入院基本料2に含まれる画像診断及び処置に伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用についても療養病棟入院基本料2に含まれる。ただし、(2)の急性増悪による転床又は転院の際に入院基本料Eを算定する場合については、この限りではない。

(6) 療養病棟入院基本料2を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、患者の急性増悪による医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動

は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注1」のただし書の規定により入院基本料Eを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

(7) 入院基本料2及び「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、別に厚生労働大臣の定める基準を満たすとともに、次の要件を満たすことが必要である。

・定期的(原則として月に1回)に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、評価日と併せて診療録に記載する。

・患者の状態に著しい変化が見られた場合には、その都度、評価及び対策の要点を見直し、評価日と併せて診療録に記載する。

(8) 「注5」に掲げる入院基本料等加算については、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

*有床診療所療養病床入院基本料2についても(1)~(8)に準じた取り扱いとする。

■療養病棟入院基本料2に係る施設基準等の主な内容(案)

(1) 医療区分2・3に該当する者の割合の計算方法

①を②で除して算出した割合

①：各病棟(診療所の場合には当該保険医療機関)における直近3か月の入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cの延算定日数の和。

②：各病棟(診療所の場合には当該保険医療機関)における直近3か月の療養病棟入院基本料2の各区分の延算定日数の和。

*当該病棟の入院患者のうち、入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cを算定する患者の割合が8割を超えた場合は、翌月速やかに人員配置に係る変更の届出を行うこと。

*なお、その際、「基本診療料の施設基準等」の第五の三「療養病棟入院基本料の施設基準等」の(2)のイの①に規定する施設基準の要件を満たさない保険医療機関においては、特別入院基本料の届出を行うものとする。

*この場合、同月1日にさかのぼって受理したものとして処理すること。

(2) 医療区分、ADL区分及び認知機能障害の判定基準

別紙2のとおり。

(3) 診療報酬明細書 別紙3のとおり。

II 療養病棟新報酬に用いた患者分類

●患者分類における医療区分

医療区分3 (告示案 別表第五の二)	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師による24時間体制で監視・管理を要する状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養(消化管以上、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合) ・24時間持続点滴 ・レスピレーター使用 ・ドレーン法・胸腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ・酸素療法(安静時、睡眠時、運動負荷いずれかでSaO₂90%以下) ・感染隔離室におけるケア
医療区分2 (告示案 別表第五の三)	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患(パーキンソン病についてはヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上) ・その他神経難病(スモンを除く) ・神経難病以外の難病 ・脊髄損傷(四肢麻痺がみられる状態) ・肺気腫・慢性閉塞性肺病(COPD)(Hugh Jones V度の状態) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症(「発熱」「細菌尿」「白血球尿(>10/HPF)」のすべてに該当する場合) ・劇感染 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水(舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの) ・体内出血(持続するもの 例、「黒色便」「コーヒー残渣様嘔吐」「咯血」「痔瘻を除く持続性の便潜血陽性」) ・頻回の嘔吐(1日1回以上を7日間のうち3日以上) ・褥瘡(2度以上又は2箇所以上) ・うつ血性潰瘍(末梢循環障害による下肢末端の開放創：2度以上) ・せん妄の兆候 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養(経鼻・胃瘻等) ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック(1日3回以上の血糖チェックを7日間のうち2日以上実施) ・皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア ・劇傷処置 ・足のケア(開放創、蜂刺炎、腫等の感染症)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

*上記「疾患・状態」及び「医療処置」にはそれぞれ詳細な定義があり、これに該当する場合に限り、医療区分2又は3に該当する。

●ADL区分

ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
ADL得点0~10点	ADL得点11~22点	ADL得点23~24点

*ADL得点は、「ベッド上の可動性」「移乗」「食事」「トイレの使用」の4項目について、それぞれ自立(0点)から全面依存(6点)までの得点を合計して算出。

●ADL得点の算出方法(単純合計方式)

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範な援助	最大の援助	全面依存	本動作なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6

●認知機能障害

CPS(Cognitive Performance Scale) の7段階に分類し、CPS3以上を「認知機能障害」ありとした。

を使って「0(障害なし)~6(最重度)」

「療養病床に関する説明会」の資料等 4月13日開催 都道府県および地方社会保険事務局等に対する説明・資料を編集部が再構成した。*1面記事を参照

状態像から病棟再編、算定類型モデルを提示

転換は08年度後。2年間は準備病棟と位置づけ

Ⅲ 新たな報酬体系の導入に伴う措置

●医療従事者の配置要件

2006年7月から、療養病床入院基本料については、看護職員5対1・看護補助5対1の配置が算定要件となる。ただし、

医療区分2・3の患者を8割以上受け入れている病棟は、看護職員4対1・看護補助4対1の配置がないと医療区分2・3の点数を算定できない。

医療療養病床の人員配置例 (60床の場合)

	医師	看護職員	看護補助者
通常の医療療養病床	1.25人 (48対1) *病院単位の最低数3人	12人 (5対1の場合)	12人 (5対1の場合)
2・3の患者が8割以上	1.25人 (48対1) *病院単位の最低数3人	15人 (4対1の場合)	15人 (4対1の場合)

●介護保険移行準備病棟 (仮称) の創設 (選択肢1)

06年6月30日時点で療養病床入院基本料等を算定している病棟で、医療区分1の患者を6割以上入院させている場合には、2012年3月31日までの間は、

介護老人保健施設等への移行準備計画の提出を要件として、医師、看護職員等の配置が緩和された人員配置の類型 (介護保険移行準備病棟=仮称) を選択でき、引き続き療養病床入院基本料の算定を認めることを検討。

医療療養病床の人員配置 (60床の場合)

	医師	看護職員	看護補助者
通常の医療療養病床	1.25人 (48対1) *病院単位の最低数3人	12人 (5対1の場合)	12人 (5対1の場合)
介護保険移行準備病棟 (仮称・検討中)	0.625人 (96対1) *病院単位で最低数2人	8人 (8対1の場合)	15人 (4対1の場合)

参考) 医療法施行規則の人員配置基準改正案 (2012年3月31日までの経過措置)
医師/最低2人、入院患者96人に1人配置
看護職員/入院患者3人に対して1人。うち、3分の1が看護職員

●同一病棟内での病室単位による指定を可能とする措置 (選択肢2)

同一の療養病床の中であっても、病室単位の届出等により、医療保険と介護保険の双方から給付を受けることができる (限定的な) 取り扱いを緩和する。

【現状】

・療養病床を2病棟以下しか有しない病院について、病室単位で介護療養型医療施設の指定を受けることができる。
・介護療養病床が1病棟である病院・診療所は、2室8病床に限り、医療保険からの給付を受けることができる。

【緩和措置】

09年3月31日までは、①医療療養病床の一部病室について、都道府県介護保険事業支援計画におけるサービス見込量の範囲内で介護保険の指定を受けて、介護保険から給付を受けること、②介護療養型医療施設の病棟の一部病室について介護保険の指定を外し、医療保険から給付を受けることを一定の要件の下に可能とすることを検討。

●特殊疾患療養病床療養病床入院料等の見直しに伴う措置

○06年6月30日時点で特殊疾患療養病床入院料1を算定する病棟について、同日に入院している患者で神経難病等に該当する者は、08年3月31日までの間は、本来、医療区分1又は2に該当するところ、医療区分3に該当するものとみなすことを予定。

○また、同様に特殊疾患療養病床入院料2を算定する病棟について、神経難病等に該当する入院患者は、08年3月31日までの間、本来、医療区分1に該当するものを医療区分2に該当するものとみなす予定。
○現行の重度心身障害児(者)施設及び

指定医療機関、肢体不自由児(者)施設及び指定医療機関並びに進行性筋萎縮症者に係る指定医療機関 (06年10月以降は障害者自立支援法に定める療養介護事業を実施する指定事業者を含む) の有する療養病床で、06年6月30日時点で特殊疾患療養病床入院料1・2又は特殊疾患入院施設管理加算を算定する病棟については、当該病棟に入院する重度の肢体不自由児(者)又は知的障害者で医療区分1に該当する者は医療区分2に該当するものとみなすことを検討。 *恒久的措置とする予定

【「神経難病等」に含まれるもの】

*厚生労働省告示案別表第十二 脊髄損傷、筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患 ((1) 進行性核上性麻痺、(2) 大脳皮質基底核変性症、(3) パーキンソン病 (ホーエンヤール分類ステージⅢ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のもの))、ハンチントン病、多系統萎縮症 ((1) 線条体黒質変性症、(2) オリブ橋小脳萎縮症、(3) シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病 ((1) クロイツフェルト・ヤコブ病、(2) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、(3) 致死性家族性不眠症)、亜急性硬化性全脳炎、仮性球麻痺、脳性麻痺

●基本食費療養費における措置

06年6月30日に特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患療養病床入院料1・2を算定していた病棟については、08年3月31日までの間に限り、基本食費療養費 (I) の適時適温要件を満たさない場合にも基本食費療養費 (I) を算定できることを予定。

Ⅳ 介護療養型医療施設にかかわる措置

●経過型の介護療養型医療施設

2012年3月31日までの間は、介護老人保健施設等への転換を念頭において、在宅復帰・在宅支援機能の充実を

要件として、医師・看護職員等の配置が緩和された類型を創設し、これに係る介護報酬を別途設定することを検討。

経過型介護療養型医療施設の人員配置 (案) (60床の場合)

	医師	看護職員	看護補助者
通常の医療療養病床	1.25人 (48対1) *病院単位の最低数3人	12人 (5対1の場合)	10人 (6対1の場合)
経過型の介護療養型医療施設 (検討中)	0.625人 (96対1) *病院単位で最低数2人	8人 (8対1の場合)	15人 (4対1の場合)
(参考) 介護老人保健施設	1人	6人 (介護職員と合わせて3対1の2/7程度)	14人 (看護職員と合わせて3対1の5/7程度)

(参考) 医療法施行規則の人員配置基準改正案 (前出)

Ⅴ 療養病床運営と転換の選択肢

●同時改定の目的

今回の診療報酬・介護報酬同時改定は、医療保険と介護保険の役割分担明確化を目指すもの。

そのために、患者の状態像に応じた病棟間の適切な移動を行なうなど、病棟の性格を明確にしていくことが考えられる。

・医療の必要性が高い患者 → 医療療養病床へ
・医療の必要性は低く、介護の必要度が高い患者 → 介護老人保健施設等へ

●選択肢

1. 介護保険移行準備病棟 (仮称) = 前出

患者の状態に合わせて、医師、看護職員等の配置を薄くしても入院基本料の算定が可能とする経過措置。医師、

看護職員等の配置緩和に伴い、療養病床入院基本料の新点数を低くするものではない。

2. 同一病棟内での医療保険と介護保険との混合 = 前出

同一の療養病床の中で、経過的に、医療保険と介護保険との双方から給付を受けることができる取扱いを拡大し、「患者の状態に合わせて、より適切な方から給付を受ける」という選択を可能とする。

現在の医療療養病床の、医療の必要性は低いが介護の必要度は高い患者は介護保険から給付を受けることが可能となり、現在の介護療養型医療施設の病棟の、医療の必要性が高い患者は医療保険から給付を受けることが可能となる。

【参考】患者1人1月あたり報酬額の比較 (60床病棟の場合: 万円)

医療療養	医療療養 (改定後)							介護療養 (改定前)	介護療養 (改定前)
	2:8	3:7	4:6	5:5	6:4	7:3	8:2		
49	51	49	47	46	44	42	40	43	34

* [2:8] は医療区分1が2割、2:3の合計が8割を意味している (以下同し)。
* [2:8] の病棟は [4対1・4対1] が算定要件。[6:4] ~ [8:2] は介護保険移行準備病棟の人員体制がとれる。(担当官の説明)

Ⅵ 病床転換助成事業等と融資

●医療保険財源を活用した整備費助成

医療保険財源を用いた病床転換助成事業は医療療養病床からの転換が対象。実施主体は各都道府県で、財源は国と都道府県と被用者・国保保険者支援金が10:5:12の割合で負担する。

改修、新築とも可。新築の場合、同じ保健福祉圏域内であれば別の場所でも可。長期入院となっている一般病床や精神病床からの転換も対象とする方向。

医療保険財源転換支援措置の創設は2008年度であり、助成事業の開始も08年度となる。

07年度以降、各都道府県は毎年度、県内当該医療機関から病床転換の意向聴取を行い、翌年度における予定転換数を把握。それを厚労省が集計して病床転換助成事業に要する費用の額を定める。費用額は支払基金に伝えられ、基金が保険者からの徴収と都道府県への交付を行う。

病床転換助成事業は、医療費適正化計画期間1期 (5年間) 終了ごとに継続可否を含めた内容の見直しを行う。

●地域介護・福祉空間整備等交付金

特養、老健施設、ケアハウスなど広域型の大規模施設を対象とした「社会福祉施設等整備費補助金」を05年度に都道府県交付金とする一方、同年、地域密着型サービス拠点等の整備を対象とした市町村に対する交付金を新たに

設けた。06年度には都道府県交付金を廃止して一般財源化 (税源移譲) することによって、その活用を全面的に都道府県に委ねた。

これら都道府県一般財源と市長村交付金のそれぞれ一部を投入して、介護療養型医療施設の転換補助金とする予定。

とくに、都道府県一般財源に回された施設整備事業費のうち、従来の補助金相当部分は「特別の地方債」を起債して充当。その元利償還金は、後年度に100%を普通交付税の基準財政需要額に算入することにした。

したがって、転換支援は、一義的には、この、起債の元利償還が担保されるという地方財政措置が設けられた一般財源を使って、都道府県の責任で施設整備や転換支援を行なってもらう予定。

加えて、市町村交付金を投入する方法を検討する。介護保険の (市町村) 交付金は09年度からとなる。

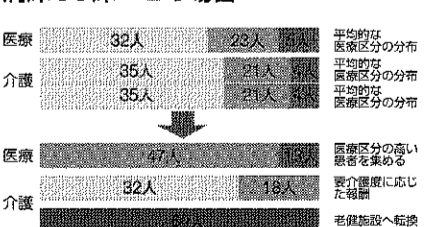
●福祉医療機構からの融資 (運転資金)

償還期間は5年以内、特に必要と認められる場合は7年以内 (据置期間1年以内)。融資限度額は病院が1億円、診療所4,000万円。機構の経営診断・指導を受けることが条件。また、原則として担保を提供。建物・敷地以外に、診療報酬債権等月額2倍以内を担保とすることも可能。(連帯保証人も必要)

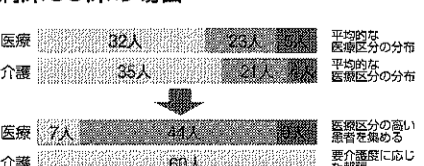
Ⅶ 療養病床のいくつかの転換イメージ

(2) 医療療養病床と介護療養病床を有する病院

【例1】医療療養病床60床、介護療養病床60床×2の場合

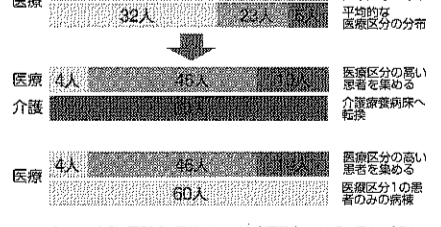


【例2】医療療養病床60床、介護療養病床60床の場合

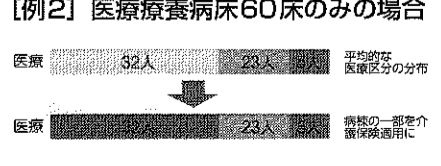


(3) 医療療養病床のみを有する病院

【例1】医療療養病床60床×2の場合



【例2】医療療養病床60床のみの場合



*さらに、介護保険移行準備病棟 (仮称) への移行も検討

「療養病床に関する説明会」の資料等 4月13日開催 都道府県および地方社会保険事務局等に対する説明 資料を編集部が再構成した。*1面記事を参照

転換支援は医療08年度、介護09年度に開始

都道府県に有料老人ホームへの誘導を示唆

療養病床再編に関する全体のスケジュール

	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
医療費適正化計画					第1期			第2期	
病床転換助成事業									
介護保険移行準備病床									
診療報酬	改定		改定		改定		改定		改定(原則特例)
介護保険事業支援計画		第3期		第4期		第5期			
地域介護・福祉空間整備等交付金									
経過型介護療養型医療施設									
介護報酬	改定		改定		改定		改定		

参酌標準の推移

- 第1期(2000~04の各年度) 介護保険3施設の必要定員総数は65歳以上人口の3.4%(特養1.36%、老健1.19%、介護療養0.85%=8:7:5)とする。
- 第2期(03~07の各年度) 介護保険3施設・認知症高齢者GH・特定施設の必要定員総数は65歳以上人口の3.5%(特養1.5%、老健1.1%、介護療養0.6%、他0.3%)とする。
- 第3期(2014年度達成目標) 介護保険3施設(地域密着型特養を含む)、居住系サービスである認知症高齢者GHと介護専用型特定施設(介護専用型の有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム等)という5施設類型の定員枠を、04年度実績の41%から要介護2以上認定者の37%以下に引き下げる。

厚労省担当官の説明から

●老健局老人保健課

療養病床再編に関するメッセージをお伝えする。①療養病床を全廃するものではない。②高齢者が医療を受ける機会を再編成するものである。③医療の必要性が低い方のために療養環境の改善を図るものである。④6年かけて着実に慎重に進める。

医療機関の側は非常に混乱しているようだ。県の相談体制、関係機関との連携、厚労省との相談など、患者の追い出しが生じないよう、都道府県には丁寧な対応をお願いしたい。このメッセージを担当部内と病院に伝えてほしい。

介護療養型医療施設の分布と給付額は地域格差が大きい。地域ごとに様々な対応が考えられ、都道府県には細かな対応が求められる。

介護療養型医療施設は廃止するが、介護保険の中で医療を必要とする人に対する医療の提供は行なわれる。介護療養型医療施設の老健転換には、現行転換型老健の基準を適用したい。

●老健局計画課

療養病床の転換に際して、どう参酌標準を見直すかという問題がある。参酌標準とともに、介護保険法上に定める、必要利用定員数を超過している場合には、指定居宅サービスや介護老人保健施設を「指定できないことができる」という点との関係をどうするかというテーマが残る。

●保険局総務課

医療保険から老健等への転換は、枠のない地域は09年度の参酌標準見直し以後になる。したがって、09年~11年度が転換の実施時期だ。

医療保険財源を活用した、医療療養

に対する助成事業も08年度から始まる。それまでは医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)のメニュー項目の活用で対応する。

一方、都道府県の一般財源は既に実施されているが、介護保険の市町村交付金は09年からだ。したがって、06年度、07年度は医療療養として移行準備病床になって転換の準備をしてもらう時期と位置づけるが、介護保険枠内の転換は6年間を通して可能だ。

これらについては改めて、08年度に始まる医療費適正化計画の進め方として、ガイドラインのようなものを作りたい。

●医政局指導課

(社会医療法人の説明の中で)、県立、市立病院に対する多額の繰り入れをいつまでもしてよいのか。民間の公益性の高い開設主体に災害、救急医療等を担ってもらい、県として支援するスキームを考えてほしい。県の中で公立病院の管理・助成、医療機関の管理指導とが分離している。今後は、そうしたずれをなくしていきたい。

医療法人の付帯事業として、これからは、医療サービスを担いつつ、生活面を支えるものも必要。この分野は今まで規制をかけてきた。有料老人ホームやケアハウスといった高齢者の生活を支えるサービスも、今後は、医療法人を活用していただきたい。

医療法人は有料老人ホームで高い利益を確保するかもしれない。しかし、それは医療に還元される。配当すると罰せられる。その点を県の側できちんとみてほしい。有料老人ホームは株式会社分野だという見方はしないように、くれぐれもお願いしたい。

Ⅹ 質疑応答から (質問者は都道府県と地方社会保険事務局)

*現場での即答につき、回答が変更されることがあり得る。

Q 老健施設を病院建物内に併設することは可能か。

A 病棟がそのまま老健施設に転換するというケースについてのお訊ねと思う。施設として分かれていれば可能だ。

Q その場合に、入り口の兼用や同一階同居についてはどうか。

A 同一建物で異なる階の併設は現在も認められている。同じ階の併設に関しても既に可能だ。この場合の留意点も示してある。

Q 交付金の中の医療施設近代化整備資金は老健への転換に使えないのか。

A 近代化整備資金は医療施設の近代化が目的であり、老健転換に対する助成には使えない。例えば100床を療養環境をよくするために50床にするのであれば問題ない。しかし、残りの50床を老健に

するという部分に対しては使えない。

Q 医療保険財源転換支援措置の創設(08年度)までは医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)のメニュー項目の活用で対応するとのあるが、近代化施設整備資金は該当しないのか。

A 例えば、転換で老健となり、その一部を診療所とするようなケースであれば近代化の対象となりえるが、丸ごとの転換については対象とならない。

Q 近代化整備資金は、かつて補助を受けた施設を老健に変えたとすると目的外使用となって返還対象となる。その点いかがか。

A 自らの責に帰す理由で目的外に使われた場合には返還を求めたい。しかし、今回は、それに当たらないと考えられ、そういう方向で検討していく。

Q リハの施設基準が変り、OT、PTが専従とある。介護保険でもOT、PTが配

置されている。病院は介護と医療を兼任させようとするが、専従をどう考えるか。

A 同一の病院の中で医療と介護を同じOT、PTで算定できるかというご質問か。算定できると見るが、確認の上回答したい。

Q 「8割以上」の考え方が、5対1・5対1のところ70~75%が2・3を算定し、たまたま8割を超えると2・3は算定できないのか。

A 2・3の割合は直近の3ヶ月実績で計算することになる。

Q ①移行準備病床はいつから始まるのか、②医療区分とADLの判断は病院の側とするのか。

A ①経過型の介護療養型医療施設は、法改正が決まった上で、介護給付費分科会で報酬を決めてからになる。国会の改正審議を見守りたい。②医療区分とADLの判断は医療機関の側で行なう。

Q 支援措置は医療保険、介護保険とそれぞれあるが、基準は同一と考えてよいのか。

A 両方の交付金については基準を合わせたい。介護保険の場合は(都道府県の)一般財源なので県の裁量となるが、なんとか考え方を揃えたい。

Q 療養病床入院基本料で、急性増悪への対応として「転院・転棟から3日前に限り…できる」というのは、医療機関の判断で丸めも出来高も自由に選べるということか。例えば、1日目は丸めで2日目は出来高ということが可能か。

A その通り。

Q 認知障害加算だが、なぜ「2」のADL1のみなのか。他のBoxはだめなのか。

A CPS3以上で障害ありという判断だ。「2」のADL1とは、慢性期分科会では当初「1」かつADL1の案であったものが、中医協の議論過程でランクアップされた経緯がある。

Q 移行準備病床を考えると、医療保険のうちのどれを残し、どれをどの介護保険に移行させるのか考えないと判断しにくい。(市町村の)介護保険事業計画が整わない中、そうした判断がつきにくい。新しい参酌標準はいつ頃できるのか。県としては、2009年の見直しまでに、前倒しの作業を行なわなければならない。

A 具体的な転換が行なわれるのは2009年からだ。その前に各病院から移行計画書を出してもらい、経過型などに移ってもらう。そうした移行希望が(県の)介護保険事業支援計画に反映されるという手順となる。

Q 経過型類型はすべての介護療養型医療施設がとることになるのか。医療機関の選択で分かれるのか。後者とする、あらためて届出が必要となるのか。

A 2つの類型ができるものと想定している。

Q 療養病床の夜勤看護加算は7月からなくなるのか。

A なくなる。

Q ①告示案の療養病床入院基本料施設基準20対1・20対1のところ(2)-イ-①-1)の但し書きは、看護職員は夜間も20対1と読めるが、②届出の問題だが、20対1あるいは経過型にしても、病棟ごとの届出となるのか。③7月1日から180日超規定がなくなるが、6月20日までに180日を超えた患者が7月1日に特定療養費から外れ、しかし、7月15日に一般病棟に転棟したとしたらどういう扱いとなるのか。

A ①告示案の(2)-イ-①-1)但し書きのところは1日の全体の必要数を満たしていれば夜勤は1人(看護職員)でよい、傾斜配置ができるということだ。一般病棟では常時2人以上だが、通知で示したように、療養病床については看護師1名、看護補助1名の計2名であってもよい。②届出は病棟種別ごとであり、病棟単位ではない。ただし、移行準備病床については病棟単位の届

出を認める方向で検討中。③180日超については通知を出すことを考えているが、療養病床に入院中は日数に算定しない方向で考えている。

Q 移行準備計画書は地方社会保険事務局宛に出すのか。提出後に開設法人が代わった場合には、どこまで拘束できるのか。

A 計画の提出先は地方社会保険事務局となる。届出の詳細はもう少し考えたい。経営者交代のようなケースは個別に対応したい。

Q ①医療計画の基準病床数で4月から新しい算定式となったが、老健施設の定員数を差し引くこととなっている。現在は介護保険の第3期計画で、療養病床の再編が反映されるのは第4期(の参酌標準)である。これが見直される09年度までに医療計画を策定しなければならない。老健施設をどう考えたらよいか。②同一病棟内における医療保険と介護保険の混合で「一定の要件」とはどういうものを想定しているのか。

A ①医療計画は少なくとも5年以内に見直すことになっている。いつ見直すかは各県の判断だ。老健施設をカウントするのに介護保険事業計画が明確であることが必要であれば、必ずしも5年にこだわる必要はないと考える。②手続きを含めて、どうすれば適正であるか、どう内容が担保されるか、方法を考えたい。

Q 療養病床による一般病床への移行は今の段階で認められるものではないが、介護に向かう中から一般へ戻るのがかなり出てくると予想される。どのように対応したらよいか。

A 基準病床数は、一般と療養それぞれに算定した合計数である。一般と療養の行き来は基準病床数の枠内であり、移行は自由である。

Q 60床を増床中の病院で、40床を一般病床に転換したいという修正の申し出があった。これを断る根拠が見当たらない。医療費削減の流れの中ではないか。

A 例え過剰地域であっても、今は行き来ができる。だめとは言えない。

Q 今後とも行き来は自由なのか。

A 移行の上で基準病床数が制約となることはない。

Q 経過型類型の廃止までに老健施設に行けないときは一般に戻るという選択は残るのか。

A 例えば、療養環境減算のⅡとⅢは経過措置がなくなる。ここが経過型類型に移ったときに回収の見込みが出るかどうか。期限が切れたときの対応は病院の考え次第ではあるが…。

Q 介護から医療への移行も可能ということか。

A 制度的に制約はない。2・3が多いところはよいが、1のみであれば実際は難しいだろう。

Q 特殊疾患療養病床入院料を療養でとっている、脳梗塞や意識障害などの患者が多いところが、点が下がることから一般に戻りたいといっている。実績をどの段階でとったらよいか。療養病床時点か移行後か。新入院患者のみを実績対象としたらよいか。

A 持ち帰って検討したい。

Q 医療保険の転換は09年度からというが、介護保険においては、老健にすぐ転換したいというところもある。どうしたら許可しないことができるか。

A 保険料の計算から推すと老健に行っていた方が助かるのでは…。

Q 転換によって老健の枠を超えてしまった場合はどうなるのか。

A 超えても構わない。

Q 県としてだめだといった場合は国の(考え)と食い違いが生じるということか。

A 先ほどお答えしたとおりである。

摂食機能療法「3月以内」はリセット認める

厚労省が第3弾のQA。運動器リハ(Ⅱ)は柔復師可、はり師・きゅう師は不可

疑義照会資料 (3) 3月31日

1. 初再診料

【初診料】

Q1 同日再診(一度帰宅後受診)の場合も、2科目が初診であれば135点は算定できるか。

A 算定できる。

Q2 別診療科を初診で受診したときに135点を算定とあるが、その際、外来診療料に包括される処置検査等が別に算定できるのか。

A 算定できない。

Q3 同一医療機関の同一日複数科受診は麻酔科も対象となるのか。

A 別の疾病であれば対象となる。

2. 入院料等

【栄養管理実施加算】

Q11 3月31日以前に入院した患者は栄養管理実施加算は算定できないのか。

A 個別の栄養管理計画を作成すれば4月1日以降は算定できる。

【回復期リハ病棟入院料】

Q20 回復期リハの算定対象患者に下腿や足部の骨折は含まれるのか。

A 含まれない。

Q21 回復期リハ算定要件で発症後2月以内となったが、この変更で非該当となる患者は4月1日以降は算定できなくなるのか。

A 算定対象の患者要件は4月1日以降新たに算定する患者から適用となる。

7. リハビリテーション

【総則】

Q90 疾患別リハの専任医師は、他の疾患別リハと兼任できるか。

A 各疾患別リハの施設基準に規定する医師要件をそれぞれ満たす場合には兼任できる。

Q91 疾患別リハの専従常勤従事者について、複数の非常勤従事者を常勤換算できるか。

A 否。常勤の従事者とは医療機関の定める所定労働時間を全て勤務する者である。したがって非常勤の者は含まれない。なお、ここでの専従とは当該療法を実施する日、時間に専従していることであり、例えば、水曜と金曜がリハの実施日である医療機関は、水曜と金曜以外は他の業務を行うことも差し支えない。

Q92 所定労働時間とは週40時間か。

A 医療機関の定める所定労働時間で、必ずしも週40時間でなくてよい。

Q93 各疾患別リハの専従PT、OT、STは、各疾患別リハを実施しない日に訪問リハを行っている場合に専従として届け出てよいのか。

A よい。

Q95 機能訓練室の面積要件で、階が離れていても合算して基準を確保することでもよいのか。

A 適切に従事者を配置し、適切にリハを実施できる場合は、合算により確保してもよい。なお、心大血管疾患リハは医師の直接監視下で行うことが原則となっているので、複数の訓練室で実施する場合は複数の医師が担当する必要がある。

【算定単位数制限】

Q96 1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。

A 特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる各疾患別リハの対象疾患のうち、急性発症し

たものをいう。

【算定日数制限】

Q97 リハ算定日数制限の除外対象となる患者の診断基準等はそれぞれあるのか。

A 高次脳機能障害は「高次脳機能障害診断基準」によること。その他は関係学会等の診断基準に基づく医学的判断による。

Q98 除外対象疾患として「重度の頸髄損傷」の「重度」の基準があるのか。身体障害者手帳の等級であれば何級程度か。

A 医師が、算定日数上限を超え、継続的にリハを行うことで症状の改善が見込まれると診断したもの。特段の規定はないが、定期的に評価を行い、症状改善が認められている必要がある。

Q99 算定日数上限の適用除外疾患のうち「頭部外傷及び多部位外傷」とは、頭部外傷がある場合のみ該当するのか。また、多部位外傷とはどの程度のものが該当するのか。

A 頭部外傷がなくても多部位外傷に該当し、治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は算定日数上限の適用除外となる。多部位外傷とは、体幹・四肢における2部位以上の骨・関節・神経・腱・靭帯の損傷であって回復に長期間を要するものが該当する。

Q100 「回復期リハ病棟入院料を算定する患者」とあるが、回復期リハ病棟入院料算定対象の患者で回復期リハ病棟にいる者であれば当該入院料を算定してなくても除外されるのか。

A 現に回復期リハ病棟入院料を算定中の患者であることが必要。

Q101 「障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者」とあるが、聴覚障害や言語障害を伴う発達障害を有する小児で脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定する場合は算定日数上限の適用除外対象となるか。

A 障害児(者)リハビリテーション料に規定する「言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害」に含まれるため適用除外に該当し、算定日数の上限を超えて脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる。

【心大血管疾患リハビリテーション料】

Q102 患者1人につき1単位(Ⅰ)250点、(Ⅱ)100点の算定が可能と考えてよいのか。

A 要件を満たしていればよい。医師の直接の監視下に行う場合には、例えば患者20人を相手にする場合、医師2人及び理学療法士と看護士併せて4人が必要。

Q103 心大血管疾患リハビリテーション料の専従看護師は外来と兼任してよいのか。

A 心大血管疾患リハ実施日以外に勤務することも可能である。ただし、心大血管疾患リハ実施日と外来勤務日とが異なることが確認できる添付書類を添えて届け出ること。

Q104 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準で「専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯は他と兼用できない」とあるが、時間帯を分けて実施する場合は呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の専用施設と兼用してかまわないか。

A 可能。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

Q105 失語症の診断があれば、STのみならず、PT、OTも算定日数を超え

て算定できるか。

A 失語症の治療に係る言語聴覚療法のみ、算定日数の上限を超えて算定できる。

Q106 言語聴覚療法の基準を満たすとして脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている施設で理学療法を行った場合、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できるか。

A 言語聴覚療法のみを実施する場合に適用される施設基準により、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている医療機関では、理学療法、作業療法を行っても、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)250点は算定できない。

【運動器リハビリテーション料】

Q108 「研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等」とあるが、「等」には看護師、准看護師、柔道整復師、はり師、きゅう師は含まれるのか。

A はり師、きゅう師は含まれない。看護師、准看護師、柔道整復師は含まれる。

Q110 あん摩マッサージ指圧師等が勤務しているが、PTが勤務しているとして運動器リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている施設で非常勤のPT、OTがリハを行う場合、180点を算定できるか。また、専従の常勤従事者として届け出たものを含め、あん摩マッサージ指圧師等が算定できるのは運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の点数(80点)になるのか。

A PT、OTが行う場合は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の点数(180点)を算定できる。あん摩マッサージ指圧師等が行う場合は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の点数(80点)を算定する。

Q111 「あん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合に所定点数の80点を算定できる」とあるが、毎回の訓練で指示が必要なのか。事後報告には実施記録への理学療法士のサイン等が必要なのか。

A 毎回の訓練でリハ実施計画及び患者の状態等に基づく指示が必要である。ただし、症状が安定しており、同じ療法を一定期間継続する場合などは数日分まとめて指示をすることも可能。事後報告に関し実施記録を利用する場合は、報告を受ける者による確認後のサインが必要。

Q112 適切な運動器リハ研修を修了し、PTが勤務しているものとして運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出が行われているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行う場合にも、毎回の訓練に医師又は理学療法士の事前の指示かつ事後の報告が必要なのか。

A その通り。

Q113 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に規定されているあん摩マッサージ指圧師等を専従の常勤従事者として届け出ている場合は、他の疾患別リハの施設基準に規定されている専従の常勤理学療法士も同様に届出ができるか。

A 特例的に、適切な研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等を専従常勤

従事者として届け出できるのは運動器リハビリテーション料(Ⅰ)だけである。

【摂食機能療法】

Q114 摂食機能療法は「治療開始日」から3月以内は毎日算定できることとなったが、治療開始とはどのような場合か。ある疾患で摂食機能療法を実施した後に退院し、1月後、同じ疾患が悪化したために摂食・嚥下機能が低下し、再び摂食機能療法を開始した場合にはどうか。

A ある疾患により摂食・嚥下機能に障害を来して、摂食機能療法を新たに開始した日を治療開始日とする。また、摂食機能療法により、経口摂取が可能となり摂食機能療法を終了した後、病状の悪化等により再び摂食機能療法を開始した場合は、その開始日を「治療開始日」として再び算定できる。その際、摘要欄に治療開始日等を記載すること。

11. 入院時食事療養

【算定単位の1食化】

Q133 医学上の必要があり、4食以上食事が提供されている場合は、1日の最初の食事から3食目までについて算定するののか。

A その通り。

Q134 経管栄養を1日に4回に分けて提供した場合も算定は3回目までとしてよいのか。

A その通り。

Q135 10時や3時に提供されたおやつは1食に含まれるのか。

A 含まれない。

【入院時食事療養(Ⅰ)】

Q136 適時適温が入院時食事療養(Ⅰ)の要件となったが、管理栄養士がいても、適時適温がなされていない場合は入院時食事療養(Ⅱ)を算定するののか。

A 入院時食事療養(Ⅰ)の要件を満たさない場合は入院時食事療養(Ⅱ)を算定する。

Q137 適温要件は病棟で盛り付けを行っている場合は該当しないのか。

A 通知の要件を満たせば該当する。

Q138 適時適温の要件は、すでに届出を行っている病院も改めて届出が必要か。

A 改正後要件に該当する場合は不要。該当しなくなる場合は届出の辞退を要する。

【特別食加算】

Q139 濃厚流動食であっても、単なる経管栄養のためではなく特別食加算の対象となる食事であれば加算できるか。

A 従前通り加算できる。

【複数メニューの選択】

Q141 今までどおりの選択メニュー(患者が2種類の主菜メニューから選ぶ)を実施した際に、例えば1食あたり17円の負担を求めることができるのか。

A 否。基本メニューと選択メニューを区分して予め患者に提示している場合で、患者が後者を選択した場合に限って、1食17円を標準に1日3回まで徴収できる。なお、基本メニューが肉であれば選択メニューは魚であるなど、患者の選択に資する内容のものであることが必要。

求職案内 以下の求職情報をご案内します。

No.10 放射線技師 / 女、26歳、経験なし、希望勤務地兵庫県近辺 (備考) 医療事務

●求職・求人案内および当欄に関するお問い合わせは下記までお寄せください。
全日病医療従事者無料職業紹介所 03-3234-5165 (土・日曜日を除く)

【報告】 経産省・医療経営人材育成事業—全日病プロジェクトの内容と成果

医療経営人材育成事業の開発を進める経済産業省は、2005年度事業として個別教育プログラムのプロジェクトを公募、昨年10月28日、採択5件の1つに全日病の提案が選ばれた。採択を受け、当協会は「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」を立ち上げて事業運営委員会と教材作成委員会を設置、06年度末を期限とする教材開発に取り組んだ。

当協会のプランは、民間病院の日常的な経営課題を踏まえたカリキュラムとケーススタディ(6事例)が特色。とくに、病院経営の個別領域を取り上げたケーススタディはわが国でも例が少なく、会員病院の実績を詳細に調査し教材化した実績は病院団体の事業に新たな領域を拓いた。

当協会は3月31日に経産省が開催した「医療経営人材育成シンポジウム」に出席、前出プロジェクト事業運営委員長を務める徳田禎久理事が、ケース教育と実践的演習を重視した研修プランの概要を報告した。

その中で徳田理事は、今後の取り組みとして、①06年度に研修会を試験的に実施し、カリキュラムと教材の評価およびケーススタディに習熟した講師育成を試みる、②その後、eラーニング等による受講後の継続研修方法と追加ケース教材の開発を進める、③全日病による医療経営人材育成研修の開始に向けた作業に取り組む、という展望を披露した。

医療経営人材育成事業教材開発等の現段階について、徳田委員長に報告をお願いした。

病院経営の実態と環境変化を踏まえた教材

病院のあり方論がベース。全日病独自の研修も開発へ

2005年9月に、経産省商務情報政策局「医療経営人材育成事業に係わる教育プログラム」に関する公募が行われた。

その趣旨は、「医療事業の活性化のためには、医療実務と経営技術の双方に通じた医療経営人材育成が不可欠である。現在、医療経営人材の具体的なイメージとなるスキル要件の策定や経営技術等を体系化した標準的なテキスト開発を行っているが、実際の教育に向けて特定の受講層や育成対象に絞った教育プログラムとして、カリキュラムやケース等の補助教材が必要である」というものであった。

05年度にスタートした医療経営人材育成事業の「事業運営委員会」には当協会からも委員が出席しているため要請を受けたが、教材作成のみならず研修会の試行的実施まで行う内容であったため、応募した。

「トップマネジメント」としての理事長・院長・事務長・看護部長向け、「ミドルマネジメント」としての診療部長等向けといった経営階層など、受講対象者の属性やニーズを踏まえた教育プログラムの開発を目的とした公募には、8団体が応じたが、当協会を含め別表のごとく5件のプロジェクトが採択された。

■「2005年度医療経営人材育成事業(個別教育プログラム)」採択プロジェクト

コンソーシアム名	参加事業者 ◎は申請団体	主たる対象者
医療経営人材育成における標準的教育プログラム開発コンソーシアム	◎全日本病院協会 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室、東邦大学医学部社会医学講座 等	次世代の理事長、院長候補(現職理事長、院長も対象)
次代病院経営人材育成コンソーシアム	◎東京大学 東京大学医学部附属病院、JR東日本東横線東横病院、医療法人鉄斎会、明治安田生活福祉研究所 等	診療科の医長、部長等総合病院の医師
高度医療教育コンソーシアム	◎大阪大学 岐阜大学、日本医師会、日本看護協会、日本病院会 等	医療専門職のリーダー層
医療経営・人材育成戦略機構	◎京都大学 トーマツ、NTTコミュニケーションズ、全国自治体病院協議会 等	トップマネジメントの補佐・ブレイン
病院経営管理ケースモデル開発コンソーシアム	◎株式会社ヘルスケア・アソシエイツ 九州大学大学院医学研究院、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科、医療法人白十字会、株式会社麻生 飯塚病院 等	(各教育機関で使用する教材開発)

現職・次代理理事長・院長が対象 日々直面する課題を教材に実践的演習を多用

全日病の事業プロジェクトは、民間の医療機関経営者の視点からトップマネジメントの教育カリキュラムの策定と補助教材の開発を行うというもので、その特徴は、現職ならびに次世代の理事長・院長候補を対象とした実践的カリキュラムを企画し、研修では具体的な事例を教材とした実践的演習を想定して作成したところにある。

補助教材としてのケースの選択は、トップマネジメント人材育成に関して基本的に必要な事項で、全日病会員病院を中心に民間病院で日常的に実施されている内容や医療情勢に関連する事項とし、テーマ数は研修実施回数から逆算し表2のような6テーマとした。

今回作成したケースは表2に示したとおりだが、重要テーマの選択理由は以下の通りである。

1. 医療経営の総合的質経営 (TQM)
改めて病院の基本的あり方と、質

- 重視の経営の考え方を学習する必要がある
2. 安全管理
医療の質に関して最も基本的な安全・リスク管理を再学習すべきである
3. 人事管理
専門職が多いという特徴を持つ医療機関の課題を系統的に学習する場がほとんどない
4. 地域連携
民間病院の存続に不可欠の課題を数少ない実践例から学習しよう
5. 資金調達的手法
近年、資金調達方法が拡がっており先進的事例を学習しよう
6. DPCによる支払い方式
急性期医療を目指す施設のDPC対象病院認定は絶対条件であり、その導入手順、導入後の対応を学習が必須である

質経営・安全・人事・連携・資金・DPC 今後の医療経営の最重要課題をケース教材化

ケースの作成にあたっては、ビジネススクールの指導者等からノウハウについて講義を受けた後、ケース作成経験を持つ作成能力があり、かつ、継続的教育の担い手となりうる大学関係者を中心に選択し依頼した。

作業は、対象民間病院へ2~3回訪問し、理事長・院長をはじめ担当幹部職員に個別インタビューをした後、1テーマにつき1ないしは数編(3~4,000字の報告および関連資料)のケースを作成するものであり、最終的に対象病院による添削・承諾のちにプロジェクト委員会で承認する手順とした。

以下に、教材(概要)の1例を示す。

教材の紹介「人事管理」

目次

1. A総合病院の特徴
沿革・人事制度・職員の採用と定着への試み
2. 人事管理の変遷
新人事賃金制度導入前の状況・検討プロジェクト、新人事賃金制度の概要
3. 新人事賃金制度の運用状況
新人事賃金制度の導入過程・制度の概要・職種別、運用状況
4. 新人事制度の課題
5. おわりに

コンサルタント活用時の留意点・今後の方向性

ディスカッションのポイント「人事管理」

- ・医療機関において、人事管理の必要性が高まっている背景としてどのような事柄があるか?
- ・医療機関では、一般企業に比較してなぜ人事制度が遅れているのか?
- ・医師をはじめとした専門職種を、組織の一員として理念・戦略の方向性に

動機付けるにはどのような点に留意すべきか?

- ・医療機関の各職種に対する望ましい人事制度をどのように考えるか?
- ・A総合病院では、どのような経営理念にもとづきどのような人事制度の検討を行ったか?
- ・人事制度の再構築、導入をどのようなプロセスで行ったか?
- ・人事制度構築に当たって、外部コンサルティング・サービスをなぜ活用したか?

月1回の土日を利用。全7回84時間 ケーススタディに基づくビジネススクール式経営教育

研修カリキュラムについては、理事長・院長(現職および次世代候補)を対象としたもので、1ヶ月2日間(12時間=土日を利用)を7回(全84時間)の時間枠で、表1の項目に従って行うものとした。

研修は、経産省医療経営人材育成プロジェクトWTが作成した基本教材を参考書としてテーマに関連する総論の講義を受け、重要テーマに関するショートケースの検討・討議を通じて理事長・院長には不慣れなケースの解答を引き出す訓練を行ったのち、教材のポイント整理・発表・論議をグループワークで行い、最後に、全体討論をした上で講師による総括を受ける内容である。

研修では、第1回目にケーススタディに関するオリエンテーションを受け、医療概論、経営概論についての講義を受けたあと、先に挙げた6つのテーマ順に、決められた研修指導要領に沿って行なわれる。

今回のような、ケーススタディを行うつつ経営に関する学習を行う研修会は、ビジネススクール等以外では、医

療界はもとより他の業界でも比較的馴染みのない研修方法である。

従って、教材内容やケーススタディの進め方についての評価も行う予定であるが、個人的には病院経営者がロジカルな考え方を身に付けられる画期的な取り組みと高く評価している。しかし、病院運営と医療情勢に詳しく、かつ、こうした研修形式に精通した関係者は少ないため、今後の全日病の継続研修に必要な講師陣の育成も重要である。

06年度はとりあえず研修会を試験的にを行い、同時に受講後の継続研修のためにe-learning等による取り組みを検討し、また、他の重要なテーマに関する教材作りも行う予定であり、当協会における独自の研修制度の確立を目指したいと考えている。

このためには、多くの会員病院によるトップマネジメント人材育成の必要性の理解と研修への積極的参加が必要である。本事業取りまとめ役の1人として、会員病院の皆様の協力を切にお願いするものである。

表1 研修方法(案)

研修対象	●理事長・院長および次代理理事長・院長候補
研修時間	●月2日間(12時間) 全7回(計84時間)
研修内容	●テーマの基本学習とケーススタディによる研修 第1回 オリエンテーション・医療概論・経営概論 第2回 総合的質経営(TQM) 第3回 安全管理・リスク管理 第4回 人事管理 第5回 地域連携 第6回 資金調達 第7回 DPCのまとめ、修了証授与、参加者による教材、ケーススタディの評価

表2 研修内容の詳細(案)

第1回	オリエンテーション 医療概論・経営概論 ●オリエンテーション 研修の目的、グループワークのやり方 ●医療概論 医療とは、病院とは、変化する医療環境、医療制度、医療保険制度、介護保険制度、医療関連法制 ●経営概論 組織論、経営理論(手法)概要、人事管理、財務管理、事業戦略、マーケティング、質管理、安全管理、リスク管理、情報管理、情報システム構築と活用 ●マネジメントと医療機関 医療の総合的質経営(TQM)
第2回	総合的質経営(TQM) 理念・方針、理念経営・方針管理、質管理総論、質管理手法、QC7つ道具・新QC7つ道具、医療における質管理、改善活動、医療の質奨励賞
第3回	安全管理・リスク管理 安全、信頼性、リスク、安全管理の組織体制、信頼性手法の活用(RCA,FMEA)、事故報告制度
第4回	人事管理 専門職制度の特徴、人材の採用・定着、教育・研修事業、人事考課制度、法令の順守、委託外注の管理、退職金制度・年金制度
第5回	地域連携 医療圏と診療圏、機能分化と地域連携、ネットワーク：開放型・閉鎖型、広報・広告、垂直統合と水平統合、保健医療介護の統合、マーケティング戦略(SWOT分析)
第6回	資金調達 資金調達的手法、金融機関、債券、SPC、流動化、補助金制度の活用
第7回	DPC 医療保険制度、包括化、疾病分類等、標準化、診断群分類、DRG・DPC等、DPCによる支払い方式、コスト管理、物品管理・物流管理

表3 研修プログラム(案)

土	午前	基本教材による総論の学習	WG作成基本教材を参考に、テーマにつながる総論の講義形式による学習
	午後	重要テーマに関する基本教材による講義	ショートケースの検討討論を通じてケースの解き方・解答を導き出す訓練
	夜間	ケース事前配布とグループワーク	課題の提示・解答のポイント整理を各自に分担
日	午前	ケース研究(グループワーク)	4~8グループによる発表と論議(40×4~20×8=160分)
	午後	全体討論	グループプレゼンテーションと講師による総括



医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト事業運営委員会委員長(病院のあり方委員長) 徳田禎久

療養病床再編にどう対応するか(会員病院の検討事例)

緊急連載 2.

わがグループにおける06年度改定の影響を昨年11月分で試算すると、療養病床のある病院の減収率は10%を超え、療養病床のみでは30%のダウンとなった。そこで療養病床については、①一般病床に転換する、②回復期リハ病床に転換する、③医療療養病床として存続させるという基本方針の下、地域ニーズ、連携状況、医師・看護職員の配置と確保見通しを踏まえ、グループの各病院がとるべき方向性を決めた。その1つ、327床のケアミックス型については医療必要度の高い患者の受け入れを推進することを決定。医療療養の135床すべてを一般病床に転換した上で、障害者施設等入院基本料を算定することにした。さらに、同じフロアにある40床と37床の2看護単位を60床1単位とする。17床の減床だが、7月1日からの療養病床入院基本料2で算定したマイナス2,900万円は1,200万円に縮減され、1,700万円をカバーすることができる。

グループで3つの選択肢。介護保険を回避

4対1療養病棟・回復期リハ・一般病床へ再編

上尾中央総合病院 院長 中村康彦



今回の診療報酬改定で劇的な見直しが行われた1つは、療養病床が患者の状態に応じた点数設定へ転換されたことであろう。「自分たちの病院は生き残っていいのか」、「医療区分2・3の患者をどのように集めればいいのか」と迷路に入り込んだごとく先の見えない不安を抱いている医療関係者が沢山いることと思う。

政府は、療養病床について介護保険療養病床を廃止して医療保険療養病床のみとし、医療必要度の高い患者のみ受け入れると決めた。

受け入れ患者のほとんどが医療区分1という病院も多い中、現在の療養病床のまま生き残っていくためには、新たな療養病棟入院基本料算定が開始さ

判断基準はニーズ、連携、職員確保の状況

私ども上尾中央医科グループは現在24病院あり、一般病床のみは上尾中央総合病院をはじめとして7病院、療養病床のみは2病院、療養病床のあるケアミックスは17病院である。

病床数は5,698床であり、そのうちの約2割にあたる1,223床が療養病床であり、97~98%の稼働となっている。

療養病床1,223床の内訳は、医療保険療養病床が1,153床、介護保険療養病床が70床である。医療保険療養病床に入院している患者は、医療区分1が62%、医療区分2が33%、医療区分3が5%である。

診療報酬改定について、24病院全体での影響を2005年11月の診療分で試算すると、入院で8.4%の減、外来で3.4%

れる7月1日までに医療区分2以上の患者を一定数確保しなければならない。

しかも、今後療養病床として存続する限り、そうした患者を一定数確保し続けなければならない。さらに、医療区分2・3の患者が8割を超える状況であれば、5対1や6対1という看護配置を4対1としなければならない、看護職員の確保も大きな課題となる。

一般病棟入院基本料に1.4対1に相当する7対1入院基本料が新設されるとともに、入院基本料算定要件として夜間の看護職員の配置について、2人以上の看護職員の夜間勤務体制と看護職員1人あたりの月夜勤時間72時間以内というハードルもでき、看護職員の確保は以前にも増して困難を極めている。

の減、合計で7.0%の診療収入ダウンとなる。その中でも療養病床のある病院の減収率は全体の10%を超え、特に療養病床のみでは実に30%の診療収入ダウンと試算された。

このような中で療養病床をどのように運営していくか、またどのような機能の病床に転換するかを検討した。その結果、当グループの対応として、①療養病床を一般病床に転換する(障害者施設等入院基本料を含む)、②回復期リハビリテーション病棟に転換する、③医療療養病床として存続させるという基本方針を決め、各病院に通達した。

そして、その基本方針と各病院の地域ニーズ、その他施設との連携状況、

医師・看護職員の配置・採用状況を踏まえ、グループの各病院がとるべき方

向性を決定した。ここで、その対応の1事例を報告する。

障害者施設等入院基本料というケースも

人口約8万人の首都圏周辺の市において、公的病院がなく、市立病院の役割も担っている327床のケアミックス病院である。

診療科19科、一般病床192床、医療保険療養病床135床であり、一般病床は現在、入院基本料2(2.5対1)の3単位、病床稼働率83%である。療養病床は、療養病棟入院基本料1(5対1)の3単位、病床稼働率は98%である。

また、市内近隣には当グループで開設する介護老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーション、さらに、他の法人が運営している特別養護老人ホーム、グループホーム等がある。

現在、療養病床に入院している患者は医療区分1が66%、医療区分2が25%、医療区分3が9%である。このような環境の中でグループの基本方針と地域のニーズ、他施設との連携を考慮して、医療必要度の高い患者の受け入れを推進することと決定した。

中小民間病院生き残りの分岐点

今回の療養病床見直しの問題は、療養病床のみならず、中小民間病院自体の生き残りを賭けた重大な意思決定である。急性期病院、在宅、また他の施設との連携を取ることができるかがより重要であり、また、それに対応すべき法

まずは、135床すべて一般病床に転換した上で、15対1(看護補助6対1)の障害者施設等入院基本料を算定することとした。

さらに、具体的には、現在の療養病棟は58床、40床、37床の3単位で運営しているが、看護職員の配置について5対1から3対1(15対1)と看護職員の配置を手厚くしなければならないこと、また、夜勤勤務体制を考慮し、同じフロアにある40床と37床の看護単位の2単位を60床1単位とすることとした。17床のダウンサイジングによって生じたスペースは、患者の療養環境向上のために有効活用する。

このケースについて、診療報酬改定の影響を新旧点数の置き換えで試算する。7月1日からの療養病棟入院基本料2で算定すると新旧の差は2,900万円、障害者施設等入院基本料で算定すると新旧の差は1,200万円となり、1,700万円をカバーできると予想された。

定人員の医師や看護師たちの確保や医療の質の向上教育の徹底など様々な諸問題を解決し、今までの方策や体質から脱却し病院自体の体質改善を図る勇気とそれに続く職員間の団結が、これからの存続の分かれ道となるであろう。

「平成18年度診療報酬改定における緊急要望」(概要) 4月7日※1面記事を参照

今改定で有資格者の人員基準が変更されたが、有資格者不足から、人員基準に満たない病院が多数出る可能性が高い。これは、急性期、精神科各入院医療の崩壊を引き起こすことを意味する。このような人員基準を変更する場合、●需給状況の実態を調査・把握した上、変更可能であることを確認する、●時間をかけて周知徹底を行うとともに、十分な準備期間を設けたうえで診療報酬改定を行うこと、が必要である。今後、届出状況の実態調査を行い、さらなる要望を行う予定であるが、現時点では次のことを要望する。

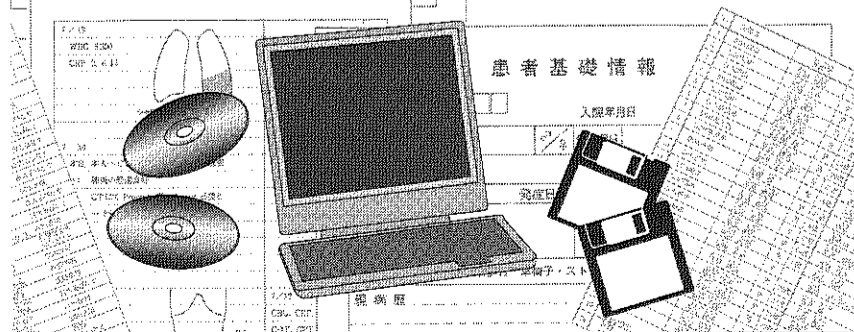
1. 入院基本料の算定において、従来の夜勤看護加算にあたる月平均夜勤時間72時間以内等、新たな要件が通則に入れられ、また看護師比率も厳しいものとなった。しかし、看護師不足から要件を満たすことのできない病院が続出している。子育て、妊娠等から夜勤の出来ない看護師は日勤・パート等で勤めている場合が多く、今回の夜勤規定等はこうした労働条件を悪化させるものである。また、一般(急性期)病床においても、

高齢者の増加に伴い排泄・食事摂取等に介助を要する患者もしくは認知症を有するため常時見守りを要する患者が増えている。このような状況で事故を防ぎ、医療安全を向上させるためには、3人もしくは4人の夜勤者が必要となる。以上のような医療現場の実態に適用するため次のとおり要望する。
(1) 看護師需給状況が改善するまでの間、一般病床入院基本料の看護師比率70%の基準を40%に緩和する。
(2) 看護師需給状況が改善するまでの間、精神病床入院基本料の看護師比率40%の基準を除外する。
(3) 障害日常生活自立度ランクB以上、および認知症日常生活自立度Ⅱ以上の

入院患者比率が50%を超え、1夜勤あたり3名以上の勤務体制を行う場合、夜勤72時間以内の規定を除外する。
2. リハの施設基準が見直され、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の人員基準は、これまでの総合リハ施設Aに相当するものとなった。理学療法士、作業療法士は全国的に不足しており、人員基準を満たせない病院が多い。
効率的なリハビリテーション医療提供のため、以下要件の見直しを要望する。
(1) 理学療法士・作業療法士の需給状況が改善するまでの間、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の人員基準を、理学療法士3名、作業療法士2名、言語聴覚士1名に緩和する。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは...

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588