

## 療養病床の転換イメージ



## 療養病床のいくつかの転換イメージ

### 1 療養病床に係る診療報酬設定について

#### ○ 医療療養と介護療養の役割分担の明確化に資する報酬設定

患者分類を用いた療養病棟入院基本料に係る点数については、患者一人一日当たりの算定実績を算出した結果を基本としつつ、医師、看護師等の職種別ケア時間と職種別人件費等により、評価に傾斜を付けながら設定したものであり、設定に当たっては、介護療養病床における介護保険からの給付水準等も参考とした。

#### [具体的な設定に係る考え方]

医療区分3	出来高を加えて、改訂前の特殊疾患療養病棟入院料1の給付水準（1,980点）とほぼ同等になるように、1,740点に設定
医療区分2	療養病棟入院基本料の患者一人一日当たりの算定実績を基本として、ADL区分1で1,220点、ADL区分2・3で1,344点に設定
医療区分1	介護療養病床における要介護度1・2の給付水準（*）とほぼ同等になるように、ADL区分1・2で764点、ADL区分3で885点に設定 * 多床室の場合、要介護度1で782単位、要介護度2で892単位

#### [診療報酬と介護報酬との比較]

ADL3	885	1,344	1,740	要介護5	1,322
ADL2	764	1,344	1,740	要介護4	1,231
ADL1	764	1,220	1,740	要介護3	1,130
平均	約790	約1,320	約1,740	要介護2	892
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	要介護1	782

\* ただし医療療養においては、人員配置基準が介護療養より高く設定されている一方、介護療養にかかる報酬には医療療養にて加算として評価されている療養環境に係る費用（115点）が含まれている等の違いがある。

## 2 診療報酬改定・介護報酬改定を踏まえた医療機関の対応について

### (1) 病棟の役割の明確化

改定前に医療療養病床、介護療養病床に混在している医療の必要性の高い患者については医療療養病床に入院し、医療の必要性が低く要介護度が高い患者については老人保健施設等へ入所等した場合に効率的な運営ができることとなる。

### (2) 人員配置基準の低い類型の活用

病棟の役割の明確化を行った結果、医療の必要性の低い患者が高い割合を占めるようになった病棟については、医師、看護職員の配置が薄い「介護保険移行準備病棟（仮称）」に係る制度を活用できることとなる。

### (3) 同一病棟内での医療保険と介護保険との混合

同一の病棟内であっても医療保険と介護保険の双方から給付を受けられる取扱いを拡大する措置を活用することにより、受け入れている入院患者の実態に合わせて、きめ細かく効率的な運用を行うことができることとなる（介護保険の病床の指定は都道府県介護保険事業支援計画におけるサービス量の見込みの範囲内となる。）。

## 3 具体例

### (1) 前提

療養病棟入院基本料の患者一人当たり報酬月額

(改定前) 平均約 4 9 万円	→	医療区分 1	約 3 6 万円
		医療区分 2	約 5 2 万円
		医療区分 3	約 6 5 万円

療養型介護療養施設サービス費の患者一人当たり報酬月額

(17年10月改定前) 平均約 4 3 万円	→	(改定後) 平均約 3 9 万円 注：食費・居住費は原則 自己負担
---------------------------	---	--

(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

医療	32人	23人	5人	平均的な 医療区分の分布
介護	35人	21人	4人	平均的な 医療区分の分布
	35人	21人	4人	平均的な 医療区分の分布
↓				
医療	47人		13人	医療区分の高い 患者を集める
介護	42人		18人	要介護度に応じた 報酬
	60人			老健施設へ転換

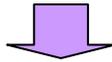
[例2] 医療療養病床60床、介護療養病床60床の場合

医療	32人	23人	5人	平均的な 医療区分の分布
介護	35人	21人	4人	平均的な 医療区分の分布
↓				
医療	7人	44人	9人	医療区分の高い 患者を集める
介護	60人			要介護度に応じた 報酬

(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

医療	32人	23人	5人	平均的な 医療区分の分布
	32人	23人	5人	



医療	4人	46人	10人	医療区分の高い 患者を集める 介護療養病床へ 転換
介護	60人			

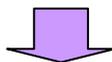
又は

医療	4人	46人	10人	医療区分の高い 患者を集める 医療区分1の患 者のみの病棟
	60人			

\*更に、介護保険移行準備病棟（仮称）への移行も検討。

[例2] 医療療養病床60床のみの場合

医療	32人	23人	5人	平均的な 医療区分の分布
----	-----	-----	----	-----------------



医療	32人	23人	5人	病棟の一部を介 護保険適用に
----	-----	-----	----	-------------------

# [平成18年度改定の概要] 在宅医療

## 「在宅療養支援診療所」の創設

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築



## 在宅医療に係る評価の充実

「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

- 入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- 在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- 在宅におけるターミナルケアに係る評価
- 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価



## 「在宅療養支援診療所」の要件」

地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けとるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要がある。

- 当該診療所において、24時間連絡を受けける医師又は看護職員（「連絡担当者」をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者及び連絡担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供し、診療録にその写しを添付すること。
- 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、患者の求めに応じて、24時間往診が可能となる体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供し診療録に添付すること。
- 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能となる体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供し、診療録にその写しを添付すること。
- 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居室において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方社会保険事務局長に届け出ていること。
- 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション（「連携保険医療機関等」）において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報の写しを当該患者の診療録に添付すること。
- 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- 年に1回、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること。

## 入院から在宅療養への円滑な移行

在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護職員等の多職種が共同して行う退院時指導について、評価を引上げ

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
地域連携退院時共同指導料1 (紹介元の医療機関が算定)	1,000点	600点
地域連携退院時共同指導料2 (入院先の病院が算定)	500点	300点

	在宅療養支援診療所と共同で指導した場合	それ以外の場合
訪問看護療養費における 地域連携退院時共同指導加算	6,000円	4,200円

## 在宅療養における24時間対応体制

在宅時医学管理料及び寝たきり老人在宅総合診療料を再編し、在宅時医学総合管理料を新設

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
在宅時医学総合管理料	イ 処方せんを交付する場合 4, 200点 ロ 処方せん交付しない場合 4, 500点	イ 処方せんを交付する場合 2, 200点 ロ 処方せん交付しない場合 2, 500点
(重症者加算)	1, 000点	

「在宅療養支援診療所」が関与する場合の緊急の往診又は訪問看護に関する評価を引上げ

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
緊急加算	650点	325点
夜間加算	1, 300点	650点
深夜加算	2, 300点	1, 300点
緊急訪問看護加算	265点 / 2, 650円	—

## 患者の重症度を反映した訪問看護の評価

気管カニューレを使用している者等の場合	その他の場合
在宅移行管理加算1 500点／月	在宅移行管理加算2 250点／月
重症者管理加算1 5,000円／月	重症者管理加算2 2,500円／月

## 在宅ターミナルケアの評価

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
訪問診療に係るターミナルケア加算	10,000点	1,200点
訪問看護に係るターミナルケア加算	1,500点 15,000円	1,200点 12,000円

[訪問診療に係るターミナルケア加算の取扱い]

- 死亡日前14日以内に2回以上往診又は訪問看護を行った患者が、在宅で死亡した場合に算定
- 在宅療養支援診療所の場合の点数は、これに加え、在宅療養支援診療所又は連携保険医療機関の保険医が、死亡日に往診又は訪問看護を行い、当該患者の死亡診断を行った場合に算定

[訪問看護に係るターミナルケア加算の取扱い]

- 死亡日前14日以内に2回以上往診又は訪問看護を行い、かつ、その死亡前おおむね24時間内にターミナルケアを行った場合に算定

## 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケア

- 特別養護老人ホームに入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護を行う場合についても、新たに評価
- 特定施設入居者生活介護（ケアハウス・有料老人ホーム）に入居している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合についても、新たに評価

	医師の 配置基準	看護師等の 配置基準	病院・診療所から の訪問看護	訪問看護ステーション からの訪問看護	訪問診療
自 宅	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	△	△	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	×	○	△	△	▲
特別養護老人ホーム	○	○	▲	▲	▲
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

△ 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

▲ 末期の悪性腫瘍の患者で、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合又はその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

