

療養病床に関する 診療報酬改定について

平成18年7月施行にあたって

1

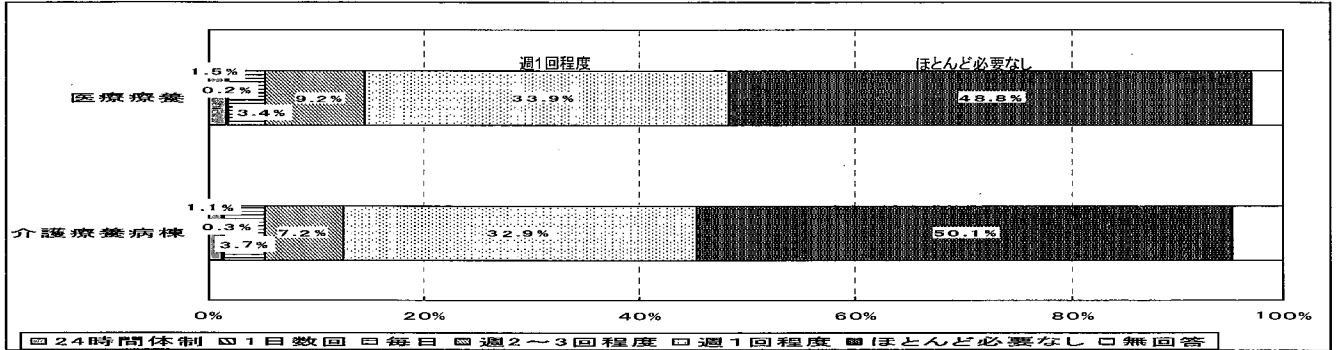
説明内容

- 療養病床再編の方向性
- 療養病床に関する診療報酬改定
- 改定に当たっての経過措置等
- 届出について

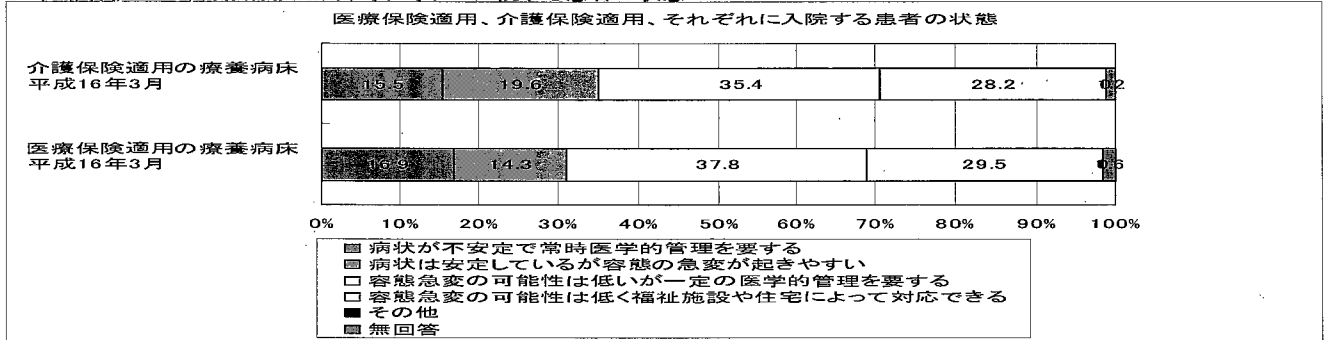
2

療養病床における医療提供状況

○ 医師による直接医療提供頻度 [中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)]

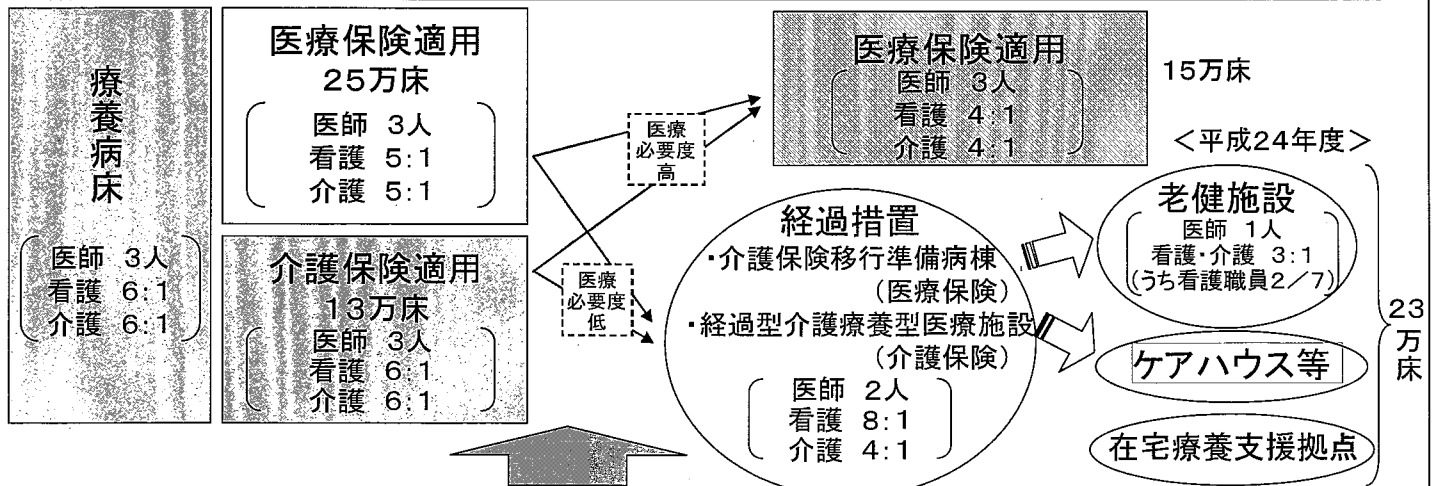


○ 医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態 [医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査」(平成16年3月)]



医療の必要性に応じた療養病床の再編成

- 療養病床については、医療の必要性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、
- 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

※ 介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

(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23年度末までの経過措置として創設

説明内容

- 療養病床再編の方向性
- 療養病床に関する診療報酬改定
- 改定に当たっての経過措置等
- 届出について

医療療養病床の診療報酬を巡る これまでの議論

- 閣議決定(平成15年3月)
「慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力(ADL)、看護の必要度等に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る。」
- 医療制度改革大綱(平成17年12月1日)
「慢性期入院医療等の効率化の余地があると思われる領域については、適正化を図る。」
- 中医協答申の際の附帯意見(平成18年2月15日)
「慢性期入院医療については、患者分類を用いた包括評価の実施状況について、診療報酬調査専門組織を通じて客観的なデータを収集して検証を行うこと。また、難病患者や障害者に対し、必要な医療が確保されるよう十分に配慮すること。」

改定のねらい

- 今回の診療報酬・介護報酬の同時改定は、医療保険と介護保険との役割分担の明確化を目的としている。
- 患者の状態に応じて病棟間で適切な移動を行うなどして、病棟間の性格を明確にすることが重要。
 - ・ 医療の必要性が高い患者 → 医療療養へ
 - ・ 医療の必要性が低く、介護の必要度が高い患者 → 老健施設等へ

7

平成18年度改定による見直し

	【平成18年3月末まで】	引き下げ	【平成18年4月～6月】
療養病棟入院基本料1	(若人) 1,209点 (老人) 1,151点		(若人) 1,187点 (老人) 1,130点
療養病棟入院基本料2	(若人) 1,138点 (老人) 1,080点		(若人) 1,117点 (老人) 1,060点

患者分類の導入

【平成18年7月以降】				(参考：介護療養病棟)	
ADL3	885点	1,344点	1,740点	要介護5	1,322単位
ADL2	764点	1,344点	1,740点	要介護4	1,231単位
ADL1	764点	1,220点	1,740点	要介護3	1,130単位
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	要介護2	892単位
	(低 ← 医療の必要性 → 高)			要介護1	782単位

入院基本料A:1740点、入院基本料B:1344点、入院基本料C:1220点、入院基本料D:885点、入院基本料E:764点

8

算定に当たっての留意事項(1)

□ 医療従事者の配置要件

- 平成18年7月から、療養病棟入院基本料については、看護職員25:1／看護補助者25:1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20:1／看護補助者20:1の配置を算定要件とする。(いずれかを満たせない場合は入院基本料E(764点)を算定する。) また、当該病棟の看護職員は月平均夜勤時間数72時間以下の要件を満たす必要はない。

□ 急性増悪時の対応

- 急性増悪により一般病棟へ転棟・転院する場合には、転棟・転院前3日間に関り、出来高算定が可能。この場合、入院基本料E(764点)を算定。

□ 180日超の特定療養費化対象から除外

- 180日超の入院患者で医療の必要性が低いものに係る特定療養費化の対象から除外。

算定に当たっての留意事項(2)

- 入院基本料A(1740点)、入院基本料B(1344点)又は入院基本料C(1220点)を算定する患者については、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、別紙様式21又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付の上、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておく。
- 1日に2つ以上の区分に該当する場合は、該当するもののうち最も高い点数の区分で算定。

算定に当たっての留意事項(3)

(別紙様式 2 1)

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成 年 月 日

氏名	1男 2女 1男 2女 3男 4平	生
----	-------------------	---

I 医療区分3

各項目について評価を行い、該当日にチェック印を入れる。但し、検査が定められていない項目については空欄にチェックする。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1 スモン	<input type="checkbox"/>																														
2 嚥下及び嚥下補助により、常時、医師及び看護を実施している状態																															
3 中心静脈栄養を実施している状態																															
4 24時間持続して点滴を実施している状態																															
5 人工呼吸器を使用している状態																															
6 フレーン法又は経管石しくは経管の洗浄を実施している状態																															
7 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態																															
8 酸素療法を実施している状態																															
9 感染症の処置の必要を認めらるる状態での管理を実施している状態																															
10 神経障害等の患者であって、平成18年6月30日において特殊医療要員確保入院料1を算定する病種に入病している患者	<input type="checkbox"/>																														
医療区分3の該当有無	<input type="checkbox"/>																														

算定に当たっての留意事項(4)

患者の状態評価

I~IVの評価結果に基づき、患者の状態評価を行い、該当日にチェック印を記入する。変化のない場合は空欄に記入する。

医療区分の評価	ADL区分の評価	認知機能障害評価		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A 医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3~1	ADL要点0~24																															
B		ADL区分3~2	ADL要点11~24																															
C 医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL要点9~10																															
			認知機能障害評価I(PS24以下)																															
D	医療区分3のうち、21以下の該当項目数0	ADL区分3	ADL要点23~24																															
E 医療区分1		ADL区分2~1	ADL要点0~22																															

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価、認知機能障害評価については、それぞれ、該当する全てのものについてチェックすること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記載することが困難である場合には、主となる疾患又は状態等のチェックでも差し支えないこと。

主治医

印

医療区分について(1)

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア
医療区分2	<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 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・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 ・体内出血 ・頻回の嘔吐 ・褥瘡 末梢循環障害による下肢末端開放創 ・うっ血性潰瘍 ・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腸栄養 ・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

医療区分について(2)

□ これらの医療区分については、それぞれ項目の定義、評価の単位、留意点などが別途定められている。

(例) 2. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

○項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

○評価の単位

1日毎

○留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

医療区分について(3)

□ 評価に当たっての留意点

○ 連続して該当すると判定できる日数の上限が設定されているもの

急性期の症状が、一般的には設定した日数以内で回復することを踏まえ、連続して該当する上限として設定したもの。いずれも回復後、増悪した場合には再度該当する。

<医療区分3>

- ・24時間持続点滴（連続する7日を超えた場合は8日目以降は該当しない）

<医療区分2>

- ・尿路感染症（連続する14日を超えた場合は15日目以降は該当しない）
- ・脱水（連続する7日を超えた場合は8日目以降は該当しない）
- ・せん妄（連続する7日を超えた場合は8日目以降は該当しない）
- ・経腸栄養を行われており且つ発熱又は嘔吐を伴う状態（連続する7日を超えた場合は8日目以降は該当しない）

○ 当該状態にあった日から連続して該当するものとした日数が設定されているもの

<医療区分2>

- ・体内出血（出血が見られた日から7日間該当）
- ・頻回の嘔吐（嘔吐のあった日から3日間該当）
- ・頻回の血糖検査（検査日から3日間該当）

診療報酬明細について

- 請求に当たっては、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びにADL区分を記載すること。
（ただし、平成18年9月診療分まではこれらの記載を要しない）
- なお、平成18年10月診療分以降でも、全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合は主なものの記載であってもよい。

(記載例)

7月 1日	1, 220 × 1日(入院基本料C)	
	15 その他難病(スモンを除く)	ADL10点
7月 2日~7月15日	1, 344 × 14日(入院基本料B)	
	15 その他難病(スモンを除く)	ADL23点
7月16日~7月31日	1, 740 × 16日(入院基本料A)	
	3 中心静脈栄養を実施している状態	ADL23点
	15 その他難病(スモンを除く)	

特殊疾患療養病棟入院料等の見直し

- 平成18年7月から、療養病棟については、特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院施設管理加算が廃止され、患者分類を用いた評価が適用される。
- なお、平成18年6月30日において一般病棟及び精神病棟の特殊疾患療養病棟入院料については、平成20年3月31日まで算定可能。

【平成18年3月までの特殊疾患療養病棟入院料等】

特殊疾患療養病棟入院料1	おおむね8割以上が脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等	1,980点
特殊疾患療養病棟入院料2	おおむね8割以上が重度の肢体不自由児(者)等の障害者(ただし、脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を除く)	1,600点
特殊疾患入院施設管理加算	おおむね7割以上が重度の肢体不自由児(者)等の障害者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等	350点

17

説明内容

- 療養病床再編の方向性
- 療養病床に関する診療報酬改定
- 改定に当たっての経過措置等
- 届出について

18

特殊疾患療養病棟入院料に関する措置(1)

- 平成18年6月30日時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟については、同時点で当該病棟に入院している患者であって、神経難病等(*)に該当する者については、平成20年3月31日までの間、医療区分3に該当するとみなす。
- 平成18年6月30日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟については、同時点で当該病棟に入院している患者であって、神経難病等(*)に該当する者については、平成20年3月31日までの間、医療区分1に該当する者を医療区分2に該当するとみなす。
- これらの措置は、同一施設内の他の療養病棟に転棟した場合及び一般病棟への転棟・転院後28日以内に、療養病棟に再度入院した場合も継続される。

「神経難病等(*)」に含まれるもの

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

特殊疾患療養病棟入院料に関する措置(2)

□ 夜勤の基準に関する経過措置

平成18年6月30日時点において特殊疾患療養病棟入院料を算定している療養病棟については、同年9月30日までの間は月平均夜勤時間数72時間以下の要件を満たさなくともよいこととする。

□ 基本食事療養費に関する経過措置

平成18年6月30日時点において特殊疾患療養病棟入院料を算定している療養病棟については、平成20年3月31日までの間は基本食事療養費(I)における適時の要件をみたさない場合にも基本食事療養費(I)を算定できる。

障害者施設への配慮

- 以下に示す医療機関の療養病棟であって、平成18年6月30日に現に特殊疾患療養病棟入院料又は特殊疾患入院施設管理加算を算定する療養病棟に入院している患者(重度の肢体不自由児(者)又は知的障害者に限る。)については、医療区分1の者を2と見なす。

○児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設

○児童福祉法及び身体障害者福祉法に規定する国立高度専門医療センター及び(独)国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの

介護保険移行準備病棟

- 経過的に、「患者の状態に合わせて、医師、看護職員等の配置を薄くする」選択肢を設定。
- 具体的には、平成18年6月30日時点において、療養病棟入院基本料等を算定している病棟について、医療区分1の患者を6割以上入院させている場合には、平成24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設定する。(入院基本料A～Eを算定可能)
- 月平均夜勤時間数72時間以下の要件を満たさなくともよい。

人員配置の例(60床満床の場合)

	医師	看護職員	看護補助者
通常の医療療養病棟	1. 25人(48:1) 病院の最低数3人	12人 (25:1の場合)	12人 (25:1の場合)
介護保険移行準備病棟	0. 625人(96:1) 病院の最低数2人	8人 (40:1の場合)	16人 (20:1の場合)

同一病棟内での病室単位での指定

- 同一の療養病棟の中で、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」という選択肢も設けることとする。
* これまでは、療養病棟が2病棟以下の場合にのみ病室単位の指定が可能であった。
- 具体的には、平成21年3月31日までの間については、療養病棟を3病棟以上有する病院の療養病棟についても次のようなことを可能とすることとする。

- ① 医療療養病棟の中の一部の病室について、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中の一部の病室について、介護保険の指定を外し、医療保険から給付を受けること

説明内容

- 療養病床再編の方向性
- 療養病床に関する診療報酬改定
- 改定に当たっての経過措置等
- 届出について

届出について(1)

- 療養病棟入院基本料2、有床診療所療養病床入院基本料2の届出を7月21日までに行った場合、1日に遡って算定できる。
- その際、療養病棟入院基本料2については、月平均夜勤時間72時間以下という要件を満たした実績を添付する必要がある。
- なお、平均夜勤時間72時間以下という要件については、次の療養病棟は満たさなくともよい。
 - 医療区分2・3の患者を8割以上入院させている病棟
(看護職員20:1、看護補助者20:1として届出た以降に限る)
 - 平成18年6月30日において、特殊疾患療養病棟入院料1・2を算定していた病棟(平成18年9月30日までに限る)
 - 介護保険移行準備病棟

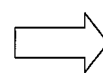
25

届出について(2)

□ 医療区分の割合の算出方法

(例1:医療区分2・3の割合の算出方法)

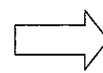
$$\frac{\text{直近3ヶ月間の医療区分2・3の患者の入院日数の和}}{\text{直近3ヶ月間の患者の入院日数の和}}$$



8割以上の場合、
看護職員20:1、
看護補助者20:1
配置が要件

(例2:医療区分1の割合の算出方法)

$$\frac{\text{直近3ヶ月間の医療区分1の患者の入院日数の和}}{\text{直近3ヶ月間の患者の入院日数の和}}$$



6割以上の場合、
介護保険移行準備
病棟となり得る

26

届出について(3)

□ 医療区分2・3の患者が8割以上の場合

割合の算出に3ヶ月を要することから、10月1日以降の適用となる。
また、届出前の(20:1)の配置実績は必要ない。

(20:1)を満たせない場合には、入院基本料Eを算定する病棟として届けてることとなる。

□ 介護保険移行準備病棟の場合

介護老人保健施設等への移行準備計画を届け出ることが必要。

また、届出前の、医療区分1の患者の割合に関する実績は不要であり、届出以降3ヶ月間において医療区分1の患者の割合が6割以上となると見込まれる場合には届出が可能。

届出について(4)

□ 病院が届出る入院基本料の類型

- ① 25:1病棟: 通常の療養病棟
- ② 20:1病棟: 医療区分2・3が8割以上の病棟
- ③ E病棟: 医療区分2・3が8割以上で人員(20:1)未満の病棟
- ④ 介護保険移行準備病棟: 医療区分1が6割以上の病棟
- ⑤ 特別入院基本料算定病棟: 25:1を満たさない病棟

* ⑤を算定する場合以外は、①～④について病棟毎の届出が可能。
ただし、同じ種類の病棟は包括的に届出ること。

説明内容

- 療養病床再編の方向性
- 療養病床に関する診療報酬改定
- 改定に当たっての経過措置等
- 届出について

