

---

---

## 『平成 18 年度診療報酬改定における療養病床への影響』

---

---

### ポイント

療養病床における平成 18 年度診療報酬改定のポイント

医療区分ごとの概要と A D L 区分の算出方法

新報酬体系における療養病床シミュレーション

コストカットの具体策と賃金体系見直し

2011 年度末までに推進される療養病床再編の方向性

## Q1 療養病床における平成18年度診療報酬改定のポイント

### >>>療養病床における診療報酬改定は、社会的入院解消の切り札

厚生労働省は、医療費抑制のネックとなっている社会的入院をいかに減らすかを当面の取り組みの柱においています。2011年度末の介護療養病床の廃止と医療療養病床における機能の明確化を図るためには、現在の診療報酬体系（特に慢性期入院）では、対応が困難になることから、2006年度診療報酬改定において、療養病床は、仕組み自体を見直す大きな改定がなされました。

「対応が困難になる」とは、現在の療養病棟入院基本料は、疾病特性について考慮されていないためです。そこで、どの患者にも一律で同じ入院基本料が算定できるようにすることが焦点となりました。

今回の改定では、この点を見直し、患者の状態に応じて、医療区分とADL区分の組み合わせで、5種類の点数設定がされました。この新方式による算定は、患者分類に関する猶予期間等を考慮して、18年7月からとなりますが、医療区分1に該当する（つまり社会的入院）点数が、大幅に引き下げられたため、社会的入院を是正する効果があるといわれています。

つまり、社会的入院患者を多く抱えると、経営が苦しくなるため、医療区分の高い患者へシフトできない医療機関は、介護（老健施設やケアハウス等）に移行せざるをえなくなるというシナリオを描いているのです。

結果として、厚生労働省が出した方針、2011年度末までに38万床ある医療・介護療養病床を、医療療養15万床に減らすという構想が実現する事になります。

#### < 厚生労働省の構想 >

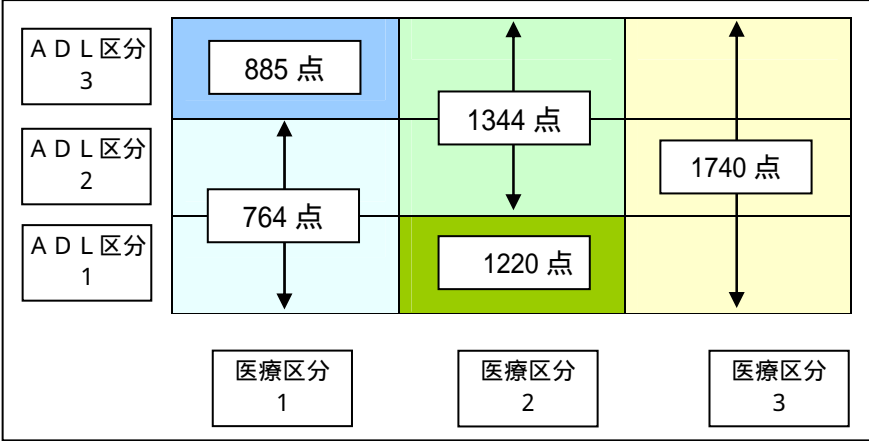
現 在	2011 年度末
医療・介護療養病床 38 万床	介護療養病床の廃止 療養病床の見直しによって 15 万床へ削減

### >>>社会的入院患者の該当点数が大幅に引き下げられる療養病棟入院基本料

改定前の療養病棟入院基本料は、看護職員等の数に応じて、療養病棟入院基本料1（看護職員5：1、看護補助者4：1）と同2（看護職員5：1、看護補助者5：1）の2種類となっていました。

今回の改定では、患者の状態に応じて、医療区分とADL区分の組み合わせで、5種類の点数設定がされたと既に解説しました。4月1日から6月30日までの、経過期間を経て、7月1日から適用となります。まず、旧点数について確認しますと、下記の点数となっていました。

< 入院基本料の旧点数と移行期間点数 >

<p>旧点数 (平成 18 年 3 月 31 日まで)</p>	<p>看護および看護補助者の配置により、2種類となっていました。</p> <p>療養病棟入院基本料 1 1,209 点 (老人 1,151 点) 療養病棟入院基本料 2 1,138 点 (老人 1,080 点)</p> <p>・その他加算 日常生活障害加算 40 点 認知症加算 20 点</p>
<p>移行期間の点数 (平成 18 年 6 月 30 日まで)</p>	<p>平成 18 年 7 月から新体系となりますが、それまでは、下記の点数で算定となります。両点数とも引き下げられました。</p> <p>療養病棟入院基本料 1 1,209 点 1,187 点 (老人 1,151 点 1,130 点) 療養病棟入院基本料 2 1,138 点 1,117 点 (老人 1,080 点 1,060 点)</p> <p>・その他加算 日常生活障害加算 40 点 (据え置き) 認知症加算 20 点 (据え置き)</p>
<p>新点数 (平成 18 年 7 月 1 日から)</p>	<p>下記のとおり、医療区分と A D L 区分により、5 種類の点数設定となっています。制度改革と連動した内容と、ご説明したとおり、社会的入院患者を是正するために、医療区分 1 の患者が多く入院していると、経営が苦しくなる点数設定となっています。</p>  <p>日常生活障害加算 40 点、認知症加算 20 点は廃止。その代わりに、医療区分 2、A D L 区分 1 に認知症加算 5 点を新設。</p>

上記の図の通り、新点数は、764 点から 1,740 点まで 2 倍以上の 976 点の格差が設定されています。現在の点数と比較しても、老人療養病棟入院基本料 1 の 1,151 点と新点数の医療区分 1 の 764 点では、実に 387 点の格差となっています。厚生労働省の狙い通り、社会的入院患者を多く収容している医療機関は、経営が苦しくなり、医療療養から介護への転換を迫られるシナリオが見えてきます。

>>>一定以上の病棟床面積に配慮した療養病棟療養環境加算

療養病棟療養環境加算については、特殊疾患療養病棟（ ）の療養病床での算定が、18年6月30日までの算定となることに配慮し、今までの点数よりも高い、132点の加算が追加されました。改定前3つの体系だったものが、改定後は4体系となります。

## &lt;療養病棟療養環境加算の比較&gt;

旧点数	新点数
療養病棟療養環境加算 1：105 点	(追加)療養病棟療養環境加算 1：132 点
療養病棟療養環境加算 2：90 点	療養病棟療養環境加算 2：115 点
療養病棟療養環境加算 3：30 点	療養病棟療養環境加算 3：90 点
	療養病棟療養環境加算 4：30 点

## 特殊疾患療養病棟とは

- ・ 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及び難病患者等を概ね8割以上入院させる一般病棟または療養病棟であって、病棟単位で行うものであること。
- ・ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者一人につき、内法による測定で、16㎡以上有ること。

## Q2

## 明らかになっている医療区分の概要とADL区分の算出方法

## &gt;&gt;&gt;常時監視・管理を要する状態かで決められる医療区分

医療区分は、下記の1～3区分となります。医療必要度の高い区分は3となり、点数設定も高くなっています。実際の、運用は7月からとなるため、診療報酬点数表には詳細が示させていませんが、現段階で、明らかになっている各区分については以下の通りです。

## &lt; 現段階で明らかになっている医療区分 &gt;

医療区分3	<p>【疾患及び状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養法</li> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・レスピレーター（人工呼吸器）使用</li> <li>・ドレーン法、胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア</li> <li>・酸素療法</li> <li>・感染隔離室におけるケア</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患および状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多発性硬化症</li> <li>・パーキンソン病関連疾患（ADL11以上）</li> <li>・その他神経難病</li> <li>・神経難病以外の難病</li> <li>・脊髄損傷</li> <li>・肺炎</li> <li>・創感染</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析医療</li> <li>・発熱または嘔吐を伴う場合の経管栄養（経鼻・胃ろうなど）</li> <li>・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア</li> <li>・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）</li> <li>・皮膚の潰瘍のケア</li> <li>・創傷処置</li> <li>・手術創のケア</li> </ul>
医療区分1	<p>医療区分2・3に該当しない者 平成18年10月から食費・居住費自己負担適用</p>

## >>>ADL 区分の算出方法

ADL 区分は、ADL 得点によって、区分されます。いわゆる、食事やトイレの使用等において自立ですとADL 得点は0となり、ADL 区分は1となります。一方、寝たきりの場合は、ADL 得点が高くなり、ADL 区分3となります。

### < ADL 区分 >

	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 無し
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



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

Q3

療養病床シミュレーションでみる新報酬体系に移行した場合の影響度

>>>療養病床シミュレーションの前提条件

本シミュレーションでは、療養病床100床を想定します。病床稼働率、算定している療養病棟入院基本料は、下記の設定としました。

<シミュレーションの前提条件>

病床数	100 床
病床稼働率	93% (年間入院患者数 33,945 人)
療養病棟入院基本料	1 算定

<入院患者の医療区分・ADL区分の設定>

18%	28%	7%
40%	7% (認知症 3%)	



患者数に置き換え

6,110人	9,505人	2,376人
13,578人	2,376人 (認知症 1,018人)	

この前提条件で以下の通り、シミュレーションを行います。

## &gt;&gt;&gt;療養病床シミュレーション

シミュレーション結果は、下記の通りで、パーセンテージにして 12.8%、金額にして年間66,193千円の減収となりました。

本対象医療機関は、医療区分1の患者割合が、約6割を占めているため、10%を超える減収となったようです。今後、医療区分2以上の患者への組み換えが進めば、影響度は、減少すると思われます。

## 入院基本料

## 改定前

項 目	単価(点)	延患者数	金額(千円)
老人療養病棟 入院基本料1	1,151	33,945	390,707
計		33,945	390,707

## 改定後

項 目	単価(点)	延患者数	金額(千円)
入院基本料	1,740	2,376	41,345
入院基本料	1,344	9,505	127,742
入院基本料	1,220	2,376	28,989
入院基本料	885	6,110	54,074
入院基本料	764	13,578	103,736
計		33,945	355,886

改定後減少額 34,821 千円

## その他加算

## 改定前

項 目	単価(点)	延患者数	金額(千円)
夜間勤務等看護加算 4 20:1	32	33,945	10,862
療養病棟療養環境加算 2	90	33,945	30,551
日常生活障害加算 60%	40	20,367	8,147
認知症加算 30%	20	10,184	2,037
計			51,596

## 改定後

項 目	単価(点)	延患者数	金額(千円)
夜間勤務等看護加算 廃止	0	0	0
療養病棟療養環境加算 3	90	33,945	30,551
認知症 機能障害加算	5	1,018	51
計			30,601

改定後減少額 20,995 千円



平成 18 年度診療報酬改定における療養病床への影響

食事関係

改定前

項 目	単価 (点)	延患者数	金額 (千円)
入院時食事療養費	1,920	33,945	65,174
特別管理加算	200	33,945	6,789
特別食加算 10%	350	3,395	1,188
選択メニュー加算 5%	50	1,697	85
計			73,236

改定後

項 目	単価 (点)	延患者数	金額 (千円)
入院時食事療養費 90%	640	91,652	58,657
特別食加算 5%	76	1,697	129
選択メニュー加算 廃止	0	0	0
栄養管理実施加算	12	33,945	4,073
計			62,859

改定後減少額 10,337 千円

< 集計結果 >

項 目	改定前 (千円)	改定後 (千円)	差 額 (千円)
入院基本料	390,707	355,886	34,821
その他加算	51,596	30,601	20,995
食事関係	73,236	62,859	10,377
計	515,539	449,346	66,193

## Q4

## 各項目におけるコストカットの具体的対策と賃金体系見直しによる退職防止策

## &gt;&gt;&gt;徹底したコストカットで必要収入を引き下げる

シミュレーションにより大きな減収となると予測されました。医療区分の低い患者を退院または他施設へ転床させ、医療区分の高い患者への組み換えが可能であれば、減収は最小限または増収となりますが、出来なければ、コストを引き下げるしかありません。コストカットの対象経費は、変動費、人件費、固定費が該当しますので、それぞれについて、削減のポイントを解説します。

## &lt; 変動費の削減ポイント &gt;

## 発注窓口の一本化

薬品発注窓口が、医師ごとになっている医療機関もあるが、高価な薬品を仕入れたり、デッドストックが発生したり、非常に効率が悪いので一本化する。

## 購入薬剤の院内検討会

効能が同じであれば、安価な方がよい。また、新薬の説明会を企画し、他のメーカーと比較を行う。(安くて、良いものを検討)

## デッドストックの最小限化

無駄な在庫を置かない。発注してから、納品までの仕入サイトを調査し、ぎりぎりまで発注を抑える。

## 定期的見積書依頼

薬価改定時だけでなく、年数回見積書提示し、価格をチェック。

## &lt; 人件費の削減 &gt;

## コメディカル職員のパート化

有資格者については、必要数が定められているため難しいと思われるが、間接部門における常勤職員とパート職員の割合見直し、パート化を図る。

## ワークシェアリングによる賃金削減

賃金よりも、勤務時間の少なさ、休暇の多さを優先する職員に対し、給与を引き下げる代わりに、勤務時間を調整する。(給与よりも子育てを重視したい主婦等優秀な職員を、出産後も囲い込む効果)

## 各種手当の見直し

長年続いている意味不明な手当の廃止。食事負担額、家賃に対する徴収額のアップ等を行う。その他、出張申請ルールと手当の実費弁償方式への変更等が考えられる。この際、十分な説明と、影響度つまり廃止対象となる職員数にも配慮する必要あり。

< 固定費の削減 >

<p>購入価格の見直し 事務用消耗品等購入単価の見直し。今の単価が本当に安いのか見直す。</p> <p>委託契約の見直し 清掃や廃棄物処理など業者との契約内容を見直し、無駄な契約を見直す。</p> <p>メーカー直接のメンテナンスサービスの見直し エレベーター保守などの契約を簡素化により逡減させる。</p> <p>公共料金基本契約形態の見直し 電気、水道等公共料金契約形態を見直す。</p> <p>I P 電話活用 分院とのやり取り等電話料金の引き下げを行う。</p>
---

>>>負債の整理及び資産の処分でキャッシュフローを改善

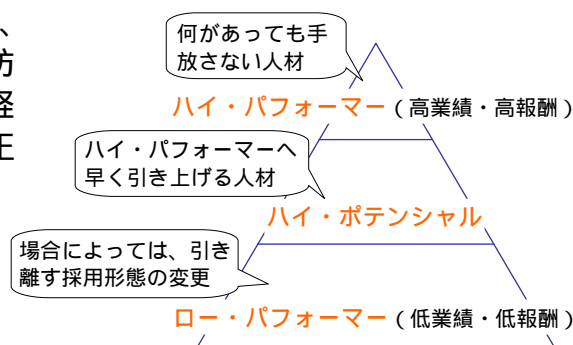
コスト削減と並行して検討しなければならない項目に、キャッシュフローの改善があります。借入金の返済額を、減額することと、遊休資産の処分により、資産の部の改善を図ることがポイントとなります。

< キャッシュフロー改善のポイント >

<p>借入金の長期化 借入金の長期化によりキャッシュフローを改善する。同時に、金利の見直しを行いより低い金利の金融機関に切り替える。</p> <p>遊休資産の処分 使用していない土地、老朽化し使用していない寮などの建物。有価証券、ゴルフ会員権等を処分する。</p>
--

>>>賃金体系見直しにより、ハイ・パフォーマーの退職防止策

賃金制度見直しの視点は、ハイ・パフォーマー、つまり病院にとって非常に必要な人材の退職を防止する事です。優秀な人材が、退職してしまうと経営に大きく影響しますので、優秀な人材に対し適正に人件費を配分することが重要になります。



< 賃金制度改定の流れ >

経験給表の設計

職員の生活保障部分に相当する経験給表を設計します。生計費を職員のライフサイクルに合わせて上下させる設計とします。

役割・職能給表の設計

個人評価（目標管理・人事考課の結果）業績を反映させ、将来の昇給に柔軟に対応できる賃金表を作成します。

賞与・退職金支給体系の設計

賞与を固定部分と業績連動部分（個人評価、業績）に分け、支給する体系を設計します。主に賞与にて人件費をコントロールできる仕組みにします。退職金は支給率の見直しや基本給との切り離し、職員の貢献度の反映等について検討、構築します。

新制度移行・シミュレーション実施

現行制度を新制度に移行する際の適合性を検証するとともに、移行後の昇給率、昇給に必要な原資の見積りをします。

このようにして作成した賃金表を人事考課制度と連動して運用していきます。

いずれにしても、「収入が減少したから給与もカットする」ということでは、職員の納得は得られません。また、このようなケースでは必ず優秀な人材から流出していくようです。給与を削減するにしても、職員の納得を得られるような仕組みを作ること、情報を開示することがポイントになります。

## Q5

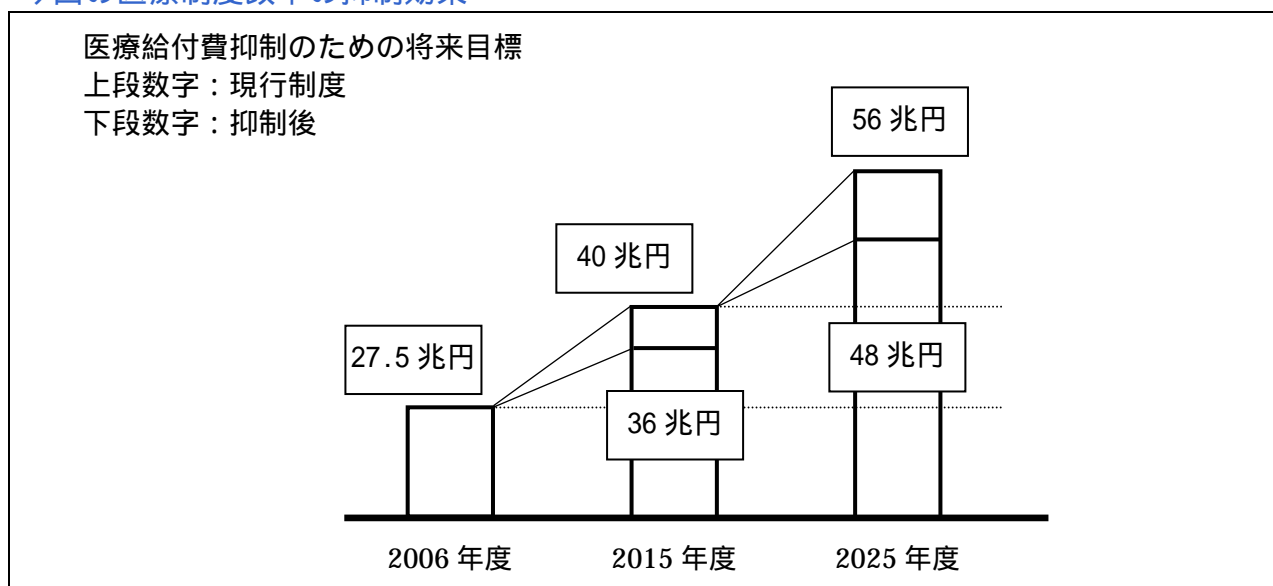
## 医療制度改革における医療給付費の抑制と療養病床削減のシナリオ

## &gt;&gt;&gt;医療制度改革関連法案国会提出

政府は2月10日、医療制度改革関連法案を閣議決定し、国会に提出しました。制度改革の最大の狙いは医療給付費の抑制で、法案には患者負担の見直しのほか、生活習慣病対策や平均在院日数の短縮策を盛り込みました。政府は今国会での法案成立を目指しています。

今回の医療制度改革は、高齢化の進展などの影響で、2025年度に現行の28.5兆円から56兆円へと倍増すると予測されている医療給付費を、48兆円に抑える目的で実行されます。具体的には、短期取り組みと中長期的取り組みに分けて、改革が実施されることとなりますが、その内容について、以下にご説明します。

## &lt; 今回の医療制度改革の抑制効果 &gt;



## &gt;&gt;&gt;自己負担の引き上げを中心とした短期的医療費抑制策

短期的取り組みは、患者負担の引き上げを中心とした抑制策で、特に高齢者の窓口負担及び入院での自己負担拡大が柱となっています。

患者負担の見直しでは、今年10月から70歳以上の現役並み所得者（夫婦二人世帯で年収620万円以上）の窓口負担を、現行の2割から3割へと上げ、2008年度からは70～74歳の一般所得者も1割から2割に引き上げられます。また、療養病床に入院している70歳以上高齢者の食費・居住費に関する自己負担を、今年10月から病状の程度や所得状況に応じて拡大する見込みです。さらに2008年度からは対象を65歳以上にまで広げられる見込みとなっています。高額療養費の自己負担限度額も、今年10月と2008年4月の2段階で引き上げられます。

## >>>介護療養型廃止をはじめとする中長期的医療費抑制策

前項の短期的医療費抑制策に加え、中長期的な対策として 2008 年度から医療費適正化計画が実施されます。医療費適正化計画は、各都道府県が作成します。この計画の最大の特徴は、平均在院日数の短縮や生活習慣病患者の減少率に関する全国目標をベースに、都道府県レベルで医療費の見通しに関する具体的な数値目標を掲げ、その実現に努めることにあります。計画の達成状況に応じて、都道府県独自の特例診療報酬も設定できるようにするため、達成状況によっては、診療報酬単価 1 点 10 円以下の設定も可能になるわけです。

目標数値達成のためには、生活習慣病対策と平均在院日数短縮策が推進されます。生活習慣病対策としては、健診・保健指導の充実をベースに、健診や保健指導の実施率及び糖尿病、高血圧症、高脂血症の患者・予備群に関する数値目標が設定され、その目標達成のための取り組みが強化されます。

一方、平均在院日数短縮対策については、特に療養病床において、大きな転換を迫る方針が出されました。2011 年度末までの介護療養病床の廃止方針を盛り込んだ療養病床再編の厚生労働省案が、原案通りに進む見通しです。

この狙いは、社会的入院を減少させることにあります。療養病床を現在の 38 万床（医療療養 25 万床、介護療養病床 13 万床）から 15 万床に削減するシナリオを描いています。

### < 中長期的医療費抑制策のシナリオ >

医療療養病床の一部を介護療養型病床へ移行させる 移行をスムーズに行うための経過措置的病棟を創設
・医療療養病床については、期限付きで「介護保険移行準備病棟」を創設
・介護療養病床については、期限付きで「経過型介護療養型医療施設」を創設
・この間に、方向性決定
2011 年度 介護療養病床廃止
・廃止に伴い、の経過措置廃止
2012 年度 医療療養型と介護老人保健施設・ケアハウスなどへ転換した病床にてスタート

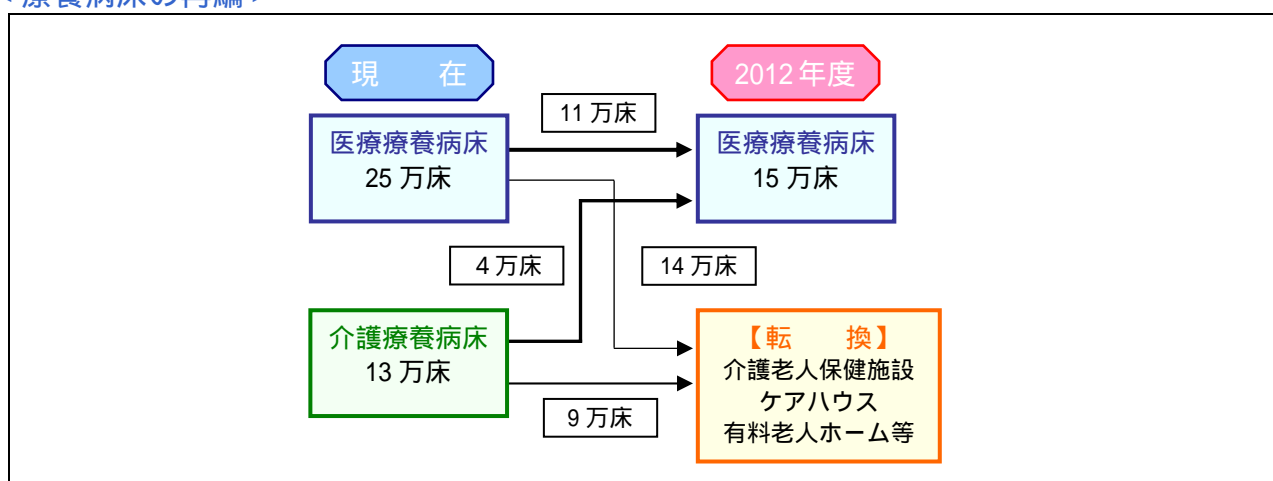
医療療養型、介護療養型ともに、現状の病棟を維持するのか、将来の周辺患者人口、競合施設の状況等総合的な判断を迫られます。療養病床を有する医療機関は、今後、5 年先までの、病棟再編計画を策定して、自院の方向性を決定する必要があります。

## Q 6 2011 年度末までに推進される療養病床再編の方向性

### >>>療養病床は 15 万床へ削減の方針

療養病床再編として、現在、38万床（医療型約25万床、介護型約13万床）ある病床を2011年度末の介護療養病床の廃止と医療療養病床における機能の明確化により、医療療養病床15万床のみが残ることとなります。流れとしては、医療保険から介護保険への移行で14万床が減少し、逆に介護保険からの転換で4万床増加するとみています。

#### < 療養病床の再編 >



### >>>緩和策として創設される経過措置

現在療養病床を有している医療機関にとっては、大幅な方向転換を迫られる方針が示されたため、混乱を避ける意味で、緩和措置が講じられる見込となっています。具体的には、介護療養病床が廃止される2011年度末までの限定で、医療保険適用の「介護保険移行準備病棟」と介護保険適用の「経過型介護療養型医療施設」が創設されます。

この経過措置創設には、現行の人配置および施設基準を緩和して、介護老人保健施設やケアハウスなどへの円滑な転換を促す目的があります。

現在提示されている要件は、いずれも下記の通りです。今後、中医協を中心として、施設基準や診療報酬単価についても検討が進められます。

#### < 経過措置にかかる要件 >

##### 施設基準

- ・1床当たり 6.4 m<sup>2</sup>（老健施設 1床当たり 8.0 m<sup>2</sup>より緩和）

##### 人員配置基準

- ・現行の老健施設をベースに検討（医師 100：1、看護または介護職員 3：1）
- ・医師「96：1」
- ・看護職員と看護補助者合わせて「3：1」