

3. 特定機能病院の看護配置基準の見直しに係る診療報酬について

1) 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の現状

- 特定機能病院は、医療法において看護職員配置2.5対1以上と定められており、診療報酬の特定機能病院入院基本料においては、看護職員配置2対1、2.5対1及び3対1以上の3区分の評価を設け、看護師比率についてはすべて70%以上を基準としているところ。（参考1）
- 特定機能病院の一般病棟の看護職員配置をみると、平成17年7月現在、すべての医療機関において2:1以上となっている。（参考2）
- なお、特定機能病院入院基本料のうち、一般病棟に係るものについては、平成15年4月よりDPCが導入され、診断群分類による包括評価がなされている。

2) 医療提供体制の改革の方向性について

- 社会保障審議会医療部会における「医療提供体制に関する意見」では、特定機能病院の看護配置の基準については、現行の2.5対1から引き上げることとする方向性が示されている。

- ・ 平成17年12月2日 社会保障審議会医療部会 「医療提供体制に関する意見」抜粋

【医療施設の類型、医療施設に係る諸基準の見直し】

<特定機能病院>

- 看護職員の人員配置標準について、医療安全の推進を図る観点から、特定機能病院に係る入院患者数に対する基準を引き上げる（現行2.5対1）。

3) 論点

- 特定機能病院における看護職員配置に係る評価の在り方についても、一般病棟入院基本料の評価の在り方と併せ、検討することとしてはどうか。

(参考1)

○特定機能病院入院基本料

	I 群(28日以内)			II 群(29日以上)				選択可能な 看護補助加 算
	基本点数		算定基準 看護職員 配置	基本点数		算定基準		
						看護職員 配置	平均 在院日数	
特定機能病院 入院基本料1	一般病棟 結核病棟 精神病棟	1,209点 1,101点 1,037点	2:1以上 (看護師比率 70%以上)	一般病棟 結核病棟 精神病棟	1,244点 1,101点 1,037点	2:1以上 (看護師比率 70%以上)	33日以内	
特定機能病院 入院基本料2	一般病棟 結核病棟 精神病棟	1,107点 1,002点 940点	2.5:1以上 (看護師比率 70%以上)	一般病棟 結核病棟 精神病棟	1,142点 1,002点 940点	2.5:1以上 (看護師比率 70%以上)	36日以内	10:1 15:1
特定機能病院 入院基本料3				一般病棟 結核病棟 精神病棟	983点 883点 811点	3:1以上 (看護師比率 70%以上)		6:1 10:1 15:1

○届出状況(一般病棟 全国集計)

(平成16年7月1日現在)

区分	一般病棟							
	合計	I 群			II 群			
		計	1	2	計	1	2	3
届出医療機関数	81	81 100.0%	81 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
病棟数	1,457	1,457 100.0%	1,457 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
許可病床数	65,847	65,847 100.0%	65,847 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
稼働病床数	64,494	64,494 100.0%	64,494 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
1日平均 入院患者数	53,896	53,896 100.0%	53,896 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
病棟 看護 師等 職員 数	計	33,784	33,784	33,784	0	0	0	0
	看護師	31,838	31,838	31,838	0	0	0	0
	准看護師	240	240	240	0	0	0	0
	看護職員配置注1)			1.68	0		0	0
	看護師の割合注2)			99.3%	0.0%		0.0%	0.0%
	看護補助者	1,706	1,706	1,706	0	0	0	0

※注1)集計結果に基づく看護職員配置(=1日平均入院患者数/准看護師を含む看護職員の数)を示したものの

※注2)集計結果に基づく看護職員数に占める看護指数の割合(%)を示したものの

(参考2)

○ 特定機能病院の一般病棟における看護職員配置の状況

(平成16年7月1日現在)

看護職員配置	医療機関数	累積数	累積割合	病床数 (稼動)	累積数	累積割合	患者数	累積数	累積割合
1.0未満	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%
1.0～1.1未満	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%
1.1～1.2未満	1	1	1.2%	876	876	1.4%	759	759	1.4%
1.2～1.3未満	0	1	1.2%	0	876	1.4%	0	759	1.4%
1.3～1.4未満	0	1	1.2%	0	876	1.4%	0	759	1.4%
1.4～1.5未満	8	9	11.1%	7,829	8705	13.5%	6,724	7483	13.9%
1.5～1.6未満	13	22	27.2%	10,657	19362	30.1%	8,965	16448	30.6%
1.6～1.7未満	7	29	35.8%	6,150	25512	39.7%	5,215	21663	40.3%
1.7～1.8未満	17	46	56.8%	13,897	39409	61.3%	11,701	33364	62.1%
1.8～1.9未満	24	70	86.4%	17,212	56621	88.0%	14,042	47406	88.2%
1.9～2.0未満	10	80	98.8%	7,067	63688	99.0%	5,802	53208	99.0%
2.0	1	81	100.0%	635	64323	100.0%	539	53747	100.0%
計	81			64,323			53,747		

4. 有床診療所の取扱いの見直しに係る診療報酬について

1) 現行の診療報酬上の評価の現状

- 現行の医療法において、有床診療所のうち、療養病床以外の病床（病院における一般病床に相当するもの。以下「その他病床」という。）については、診療上やむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間を超えて入院させることのないよう、努力義務規定が課されている。（参考1、2）

- しかし、有床診療所のその他病床における平均在院日数は、16.6日となっており（参考3）、有床診療所の入院医療については、48時間の入院期間制限規定に関わらず、診療報酬で評価されている。（参考4）

2) 医療提供体制の改革の方向性について

- 社会保障審議会医療部会における「医療提供体制に関する意見」では、有床診療所について、48時間の努力義務規定を廃止する方向性が示されている。

- ・ 平成17年12月2日 社会保障審議会医療部会 「医療提供体制に関する意見」抜粋

【医療施設の類型、医療施設に係る諸基準の見直し】

<有床診療所>

- 有床診療所における48時間を超える入院を禁止する医療法の規定については、有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日の提供している医療の状況等を踏まえ、これを廃止する。
- 有床診療所の療養病床以外の病床（以下「有床診療所の一般病床」という。）についても、48時間の入院期間制限規定の廃止に伴い、原則として医療計画の基準病床数制度の対象とする。

3) 論点

- 有床診療所のその他病床における入院医療については、48時間の入院期間制限規定に関わらず診療報酬で評価されているが、入院期間が比較的短期であるという現状を踏まえ、短期間の入院施設としての役割を明確化する方向で、その評価の在り方について検討してはどうか。
- また、地域における回復期リハビリテーションの提供や、在宅医療を支援する役割の一つとして、在宅における療養を補完する入院医療の提供等を推進する観点から、有床診療所の入院医療に対する上記の機能に応じた評価の在り方について検討してはどうか。

有床診療所に関する現行の規制等

- ◆ 医療法では、患者に医療を提供する施設として、病院と診療所について規定している。
病院は、患者を入院させ、十分な科学的医療を行うことを主たる目的としているのに対して、診療所は、主としてプライマリケアを担う機関として期待されている。

◎ 医療法第1条の5

第1条の5 この法律において、「病院」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。

2 この法律において、「診療所」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

- ◆ 有床診療所は、診療所のうち19人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいうが、診療所は本来患者を入院させて診療を行うものではないことから、医療法では、診療上やむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者について48時間を超えて入院させないよう、努力義務が課されている。

◎ 医療法第13条

第13条 診療所の管理者は、診療上やむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間を超えて入院させることのないように努めなければならない。ただし、療養病床に入院している患者については、この限りでない。

(参考) 平成16年2月19日 厚生労働省医政局総務課長通知(趣意)

「医師が、患者の病状等を十分に検討した結果、当該診療所において引き続き治療を受けることが適切であると判断した場合は、医療法第13条の『診療上やむを得ない事情がある場合』に該当すると考えられる。」

◆ 有床診療所は、入院のための設備を有するものの、本来入院をさせて医療を行うことを目的とする医療施設ではないため、人員配置や構造設備基準について病院に比べ緩くなっている。

※ 特に、医師の人員配置については、有床診療所に配置が義務付けられているのは、管理者たる医師1名のみであり、また、医師の宿直義務も課されていない。その他の医療従事者についても、療養病床を有しない有床診療所には、配置義務はない。

	有床診療所（療養病床でないもの）	病院（一般病床・新設）
基本理念	特に医療法上に規定はなし	病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。（医療法第1条の5第1項）
病室面積	4.3㎡以上／人	6.4㎡以上／人
廊下幅	10床未満：基準なし [10床以上：1.2m（両側居室1.6m）]	1.8m（両側居室2.1m）
設備	基準なし	・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 等
医師の宿直義務	なし（都道府県の立入検査時に適宜指導）	あり
人員配置 （対入院患者）	医師 1人	医師 16：1（最低3人） 看護職員 3：1 薬剤師 70：1
人員配置 （対外来者）	基準なし ※ 診療所1カ所平均 外来患者数 約48.3人／日 処方箋 約26.2枚／日	医師 40：1（耳鼻科・眼科以外） 看護職員 30：1 薬剤師 75（外来処方箋）：1
専属薬剤師	医師の勤務が常時3人未満の場合は基準なし	必置
医師開設の 場合の手続	都道府県知事等への届出	都道府県知事の許可
基準病床数制度	適用なし	適用あり
立入検査	都道府県等の判断により実施	原則年1回

- ◆ 有床診療所の平均在院日数は、「その他の病床」が16.6日、療養病床が56.8日。「その他の病床」の退院患者について在院期間の構成割合を見ると、「0～14日」が最も多く78.5%を占める。さらに細かく見ると、在院期間が「1日」(12.4%)、「5日」(12.0%)、「6日」(11.8%)の場合が多くなっている。また、在院期間が1月を超える患者も11.7%にのぼっている。

有床診療所の在院期間の状況

① 施設・病床種別毎の在院期間の構成割合（平成14年「患者調査」）

	平均在院日数	0～14日	15～30日	1～3月	3～6月	6月以上
有床診療所 (127.1千人)	19.0日	76.5	9.8	9.8	2.6	1.1
その他の病床 (119.4千人)	16.6日	<u>78.5</u>	9.6	8.7	2.2	0.8
療養病床 (7.8千人)	56.8日	45.4	13.7	25.9	8.6	5.7
病 院 (1064.0千人)	40.1日	59.8	18.4	15.6	3.6	2.2
一般病床 (993.0千人)	24.0日	62.7	18.9	14.7	2.5	0.9
療養病床 (37.3千人)	195.9日	18.8	9.7	28.3	20.2	22.6

② 有床診療所の「その他の病床」の在院期間（0～14日）の状況（平成14年「患者調査」）

0日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14日	合計
4.6	12.4	4.8	3.6	7.5	12.0	11.8	6.6	3.0	2.5	3.1	2.3	1.6	1.3	1.6	<u>78.5%</u>

〔参考：有床診療所に係る入院基本料について〕

(参考4)

【有床診療所入院基本料】(1日につき)

区 分		点数(A)	入院期間に応じた加算点数(B)		計(A+B)	他の加算
I 群	入院基本料1 ※ 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数が10以上	489点	～ 7日	223点	712点	40点 ※ 当該診療所における医師の数が2以上、夜間の看護職員の数が1以上
			8日～14日	188点	677点	
			15日～30日	85点	574点	
			31日～90日	47点	536点	
	入院基本料2 ※ 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数が5以上	456点	～ 7日	223点	679点	—
			8日～14日	188点	644点	
			15日～30日	85点	541点	
			31日～90日	47点	503点	
	入院基本料3 ※ 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数が1以上	415点	～ 7日	223点	638点	—
			8日～14日	188点	603点	
			15日～30日	85点	500点	
			31日～90日	47点	462点	
II 群 ※1 特別看護加算の算定が可能(14日を限度) ※2 特別看護補助加算の算定が可能(但し、経過措置規定あり)	入院基本料3 ※ 当該診療所(療養病床を除く。)の看護職員の数が1以上	380点	～ 7日	223点	603点	—
			8日～14日	188点	568点	
			15日～30日	85点	465点	
			31日～90日	47点	427点	
	入院基本料4	345点	～ 7日	223点	568点	—
			8日～14日	188点	533点	
			15日～30日	85点	430点	
			31日～90日	47点	392点	

5. その他の事項 ～地域における疾患ごとの医療機関の連携体制に係る診療報酬について～

1) 医療提供体制の改革の方向性について

- 社会保障審議会医療部会における「医療提供体制に関する意見」では、医療計画の見直しについて、地域における疾患ごとの医療機関の連携体制を構築し、具体的な数値目標とともに医療計画へ明示することとする方向性が示されている。

- ・ 平成17年12月2日 社会保障審議会医療部会 「医療提供体制に関する意見」抜粋

【医療機能の分化連携の推進】

<医療計画制度の見直し>

- 医療計画の記載事項に、主要な事業（がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策及びへき地医療対策をいう。）に係る医療連携体制を追加する。

医療連携体制の構築に当たっては、住民、直接診療に従事する者、医育機関等地域医療に関与する者が協議することから始めて、地域に適した体制を構築する（その際に調整が必要な事項等については、地域で「中心となって医療連携体制の構築に向けて調整する組織」が果たす役割が重要）ことが必要であることから、この協議への関係者の協力についての規定を新設する。

- 医療計画に、上記の主要な事業等に係る数値目標や指標を設定するとともに、医療計画制度に、作成、実施、評価及び見直しの政策循環の機能が働く仕組みを組み込む。

- なお、医療計画の見直しに関する具体的事項については、医療計画の見直し等に関する検討会において既に検討がなされており、平成17年7月に中間まとめが報告されている。

- ・ 平成17年7月27日 医療計画の見直し等に関する検討会
「平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性」
(中間まとめ) 抜粋

(医療連携体制の内容)

医療連携体制は、各医療提供者の医療機能を、医療計画に記載することを通じ、住民・患者に明らかにするものであることから、各医療提供者は医療機能に係る情報を積極的に都道府県に提出するものとする。

また、医療連携体制内では、各医療提供者は、患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有した上で、各医療提供者がそれぞれ担当する部分の治療計画（院内クリティカルパス）に沿った治療を行い、日常生活への復帰に向けた作業を患者と各医療提供者が共同して行うよう努めるものとする。

さらに、医療連携体制内では、日常生活の復帰に向けた各患者の治療経過について再検証できるようデータ整備に努めるものとする。

- 例えば、大腿骨頸部骨折について医療連携を構築している地域の例では、急性期病院と回復期リハビリテーション病院とが連携体制を構築し、平均在院日数が大幅に短縮するなどの効果が見られている。(参考1)
- この例では、複数の医療機関が共通の診療計画（地域連携クリティカルパス、参考2）を活用することによって、医療機関間で

の一貫した診療を可能にしている。

○ また、地域連携クリティカルパスが作成されることにより、診療計画が患者に対し文書により提供されるようになり、患者にとっては、

- ・ あらかじめ、転院後の診療内容も含めた診療予定に関する説明がなされることにより、より安心して医療を受けることができる
- ・ 複数の医療機関で連携体制が構築されることにより、急性期から退院後の療養までを含めた診療に対し、適切な評価が可能となり、結果として質の高い医療を受けることができる
- ・ 早期に自宅に退院できる

等の利点があるとされている。(参考3)

2) 現行の診療報酬上の評価の概要

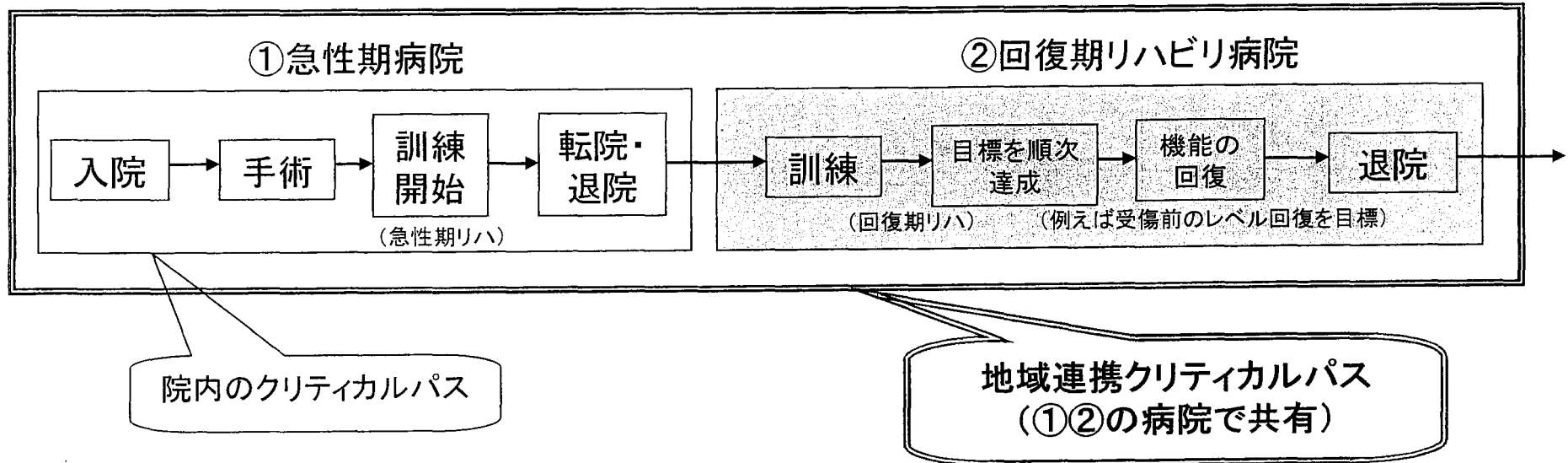
○ 医療機関の連携体制については、医療機関から医療機関等への診療情報の提供に対する評価(参考4)や、病院の担当医と主治医とが共同して療養上の指導を行うこと等に対する評価(参考5)が行われている。

しかし、地域における疾患ごとの医療機関の連携体制に着目した評価は行われていない。

3) 論点

- 医療計画の見直しについては、平成20年を目途として実施されていくこととされているが、平成18年度診療報酬改定においては、地域連携クリティカルパスを使用するなどして、地域における疾患ごとの医療機関の連携体制を構築している場合の評価の在り方について、試行的にいくつかの疾患について検討することとしてはどうか。

地域連携クリティカルパスのイメージ



熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	—
連携パス導入後 (H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減

②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携パス導入前(H15)	55例	90.8日 (B)	—
連携パス導入後(H16)	53例	67.0日	約26%減

地域連携クリティカルパスとは

● クリティカルパスとは

- クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。
- もともとは、1950年代に米国の工業界で導入されはじめ、1980年代に米国の医療界で使われ出した後、1990年代に日本の医療機関においても一部導入された考え方。
- 診療の標準化、根拠に基づく医療の実施(EBM)、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。

● 地域連携クリティカルパスとは

- 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。
- 診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。
- 内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示する。
- 回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずにすむなど、転院早々から効果的なりハビリを開始できる。
- これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する。

(参考4)

医療機関から医療機関等への診療情報の提供に係る評価について

類 型	評価の概要	点 数
診療情報提供料 (A)	<ul style="list-style-type: none">・ 診療所間、病院間の情報提供・ 保険医療機関から市町村、居宅介護支援事業所、保険薬局、精神障害者復帰施設（入所者）等への情報提供・ 診療所から介護老人保健施設への情報提供	220点 (紹介先毎に月1回)
診療情報提供料 (B)	<ul style="list-style-type: none">・ 診療所から病院、病院（地域医療支援病院、特定機能病院を除く）から診療所への情報提供・ 老人性認知症センター等への情報提供	290点 (紹介先毎に月1回)
逆紹介加算	<ul style="list-style-type: none">・ 200床以上の病院（地域医療支援病院、特定機能病院を除く）から診療所への情報提供	+230点
診療情報提供料 (C)	<ul style="list-style-type: none">・ 病院の退院時に診療所、精神障害者社会復帰施設、介護老人保健施設等への情報提供	500点 (1回限り)
逆紹介加算	<ul style="list-style-type: none">・ 200床以上の病院から診療所、精神障害者社会復帰施設、介護老人保健施設等への情報提供	+20点
診療情報提供料 (D)	<ul style="list-style-type: none">・ 地域医療支援病院・特定機能病院から診療所又は200床未満の病院への情報提供	520点 (紹介先毎に月1回)

* 特別の関係にある機関への情報提供については算定できない。

* (C)、(D)における退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果及び退院後の治療計画等を添付するものであること。

(参考5)

病院の担当医と主治医とが共同して指導を行うこと等に係る評価について

点 数	主 な 算 定 要 件
開放型病院共同指導料 (I) 350 点 退院時共同指導加算 330 点	病院・診療所からの紹介により開放型病院に入院している患者に対し、 <u>紹介元的主治医</u> が開放型病院の医師と共同して、療養上の指導を行った場合に算定する。退院に際して、退院後の療養に必要な指導を行った場合は、退院時共同指導加算を算定する。
開放型病院共同指導料 (II) 220 点 退院時共同指導加算 430 点	病院・診療所からの紹介により開放型病院に入院している患者に対し、 <u>開放型病院の医師</u> が紹介元的主治医と共同して、療養上の指導を行った場合に算定する。退院に際して、退院後の療養に必要な指導を行った場合は、退院時共同指導加算を算定する。
在宅患者入院共同指導料 (I) 310 点 退院時共同指導加算 290 点	診療所から在宅医療の提供を受けていた患者が、急変等により開放型病院以外の病院に入院した場合に、 <u>紹介元的主治医</u> が当該病院に赴き当該病院の医師と共同して、療養上の指導を行った場合に算定する。退院に際して、退院後の療養に必要な指導を行った場合は、退院時共同指導加算を算定する。
在宅患者入院共同指導料 (II) 140 点 退院時共同指導加算 360 点	診療所から在宅医療の提供を受けていた患者が、急変等により病院に入院した場合に、 <u>当該病院の医師</u> が紹介元的主治医と共同して、療養上の指導を行った場合に算定する。退院に際して、退院後の療養に必要な指導を行った場合は、退院時共同指導加算を算定する。