

## 2006年7月改定による医療保険療養病床の影響度調査

### 結果報告

日本療養病床協会副会長  
患者分類に関する検討委員会委員長  
武久洋三

#### はじめに

医療保険療養病床の診療報酬は7月から大幅に改定されました。私達会員病院は対応を検討する猶予もなく、いきなり嵐の真只中に放り出されたような衝撃を受けながらも何とか頑張ってきているというのが実態ではないでしょうか。

この様な大変な時に「2006年7月改定による医療保険療養病床の影響度調査」のご協力をお願いしましたところ非会員病院の38病院を含む325病院のご協力を得て大規模調査を行うことができました。この紙面をもってご協力に心より謝意を表します。ここに調査の統計結果が完了致しましたので、発表させていただきます。

#### 今回の結果の概略について

##### (1)病床数

2006年3月と8月を比較すると、医療保険療養病床数および介護保険療養病床数とともに減少しており、一般病床数が増加している。

##### (2)医療保険療養病床について

2006年3月に比べ8月は医療保険療養病床数は減少している。

収入については、1日1人当りの入院基本料と加算と食事費用を合算した合計を2006年3月と8月で比較すると、1770.7点と1533.1点であり、差は237.6点、減少率は約13%であった。

医療区分2、3が80%以上の病床は 23.9%

医療区分2、3が40～80%未満の病床は66.4%

医療区分1が60%以上の病床は 9.3%

であった。

夜間勤務等の72時間をクリアしている病棟は93.9%であった。

医療保険療養病床への入院元の平成2005年8月と2006年8月の推移としては急性期病院や院内一般病床からの入院が少し減少傾向を示しており、介護療養型医療施設や老健からの入院が少し増加している。自宅からの入院は変化がない。

退院先については、医療保険療養病床と自宅が減少し、院内一般病床、回復期リハ病棟、介護療養型医療施設が少し増加し、死亡退院が増加している。

入院日と退院日の医療区分の変化として療養病棟入院基本料2のAは退院日に増加しているが、これは死亡退院が含まれていると考えられる。またBやCは減少している。一方DやEは増加しており、特にEについては10%も増加しており、軽快退院によるものと考えられる。

医療区分1の患者状態像としては、重度の片麻痺、胃ろう、全失語症、低栄養、経管栄養、高度の失認・失行、喀痰吸引、不眠、強度の多発性関節拘縮、四肢麻痺、心不全、仮性球麻痺、意識障害、その他の感染症、常時徘徊、腎不全、肝不全、などが医療区分2に該当すべきではないかと考えさせられる結果であった。

8月月内の医療区分の変更については重度化と軽度化はほぼ同率の変化を示した。

8月1日現在、医療区分1で月内に医療区分2、3に変更した患者の状態像としては肺炎、尿路感染症、褥瘡、脱水、せん妄、経鼻胃管、胃ろうと発熱、嘔吐、8回以上の喀痰吸引、頻度の血糖検査、24時間栄養、酸素療法などであった。

リハビリに関する診療報酬について2006年3月と8月とで加算等を除外して合計すると3月は608.5点/人、8月は616点/人となりほとんど差は出ていない。しかし、9月27日以降にリハの算定制限となった為、10月以降は大幅に減少すると思われる。11月分か12月分の診療報酬で影響をみるための調査をしなければならぬ。

### (3) 回復期リハビリテーション病棟について

診療報酬は変化なし

入院元としては急性期病院からが少し増加し、院内一般病床からは減少している。

退院先については、院内一般病床と自宅が少し減少し、老健への移行が増加している。

回復期リハビリテーション病棟の診療報酬については加算を除外して合計すると2006年3月は811.6点、2006年8月は662.4点となっており、リハについては大幅な減収となっている。

### (4) リハビリテーションに関する施設基準について

施設基準

2006年3月に理学療法、作業療法の認可を受けていた病院は脳血管リハビリテーションと運動器リハビリテーションのに移行しているようである。

人員配置について

PT、OT、STとも2006年3月より8月の方が少しずつ増加している。

回復期リハ病棟を有する病院の方が人員はより多く増加している。

### (5) 未収金の状態

2005年8月より2006年8月の方が増加傾向にある。