

# 医療提供体制について (その1)

# 医療提供体制 検討項目とスケジュール

## 第1回 入院医療(11月25日)

高度急性期・一般急性期、亜急性期等、長期療養、  
有床診療所、地域特性

## 第2回 外来医療

特定機能病院等での専門特化外来等

## 第3回 医療連携

退院調整、後方病床連携、在宅-入院連携等

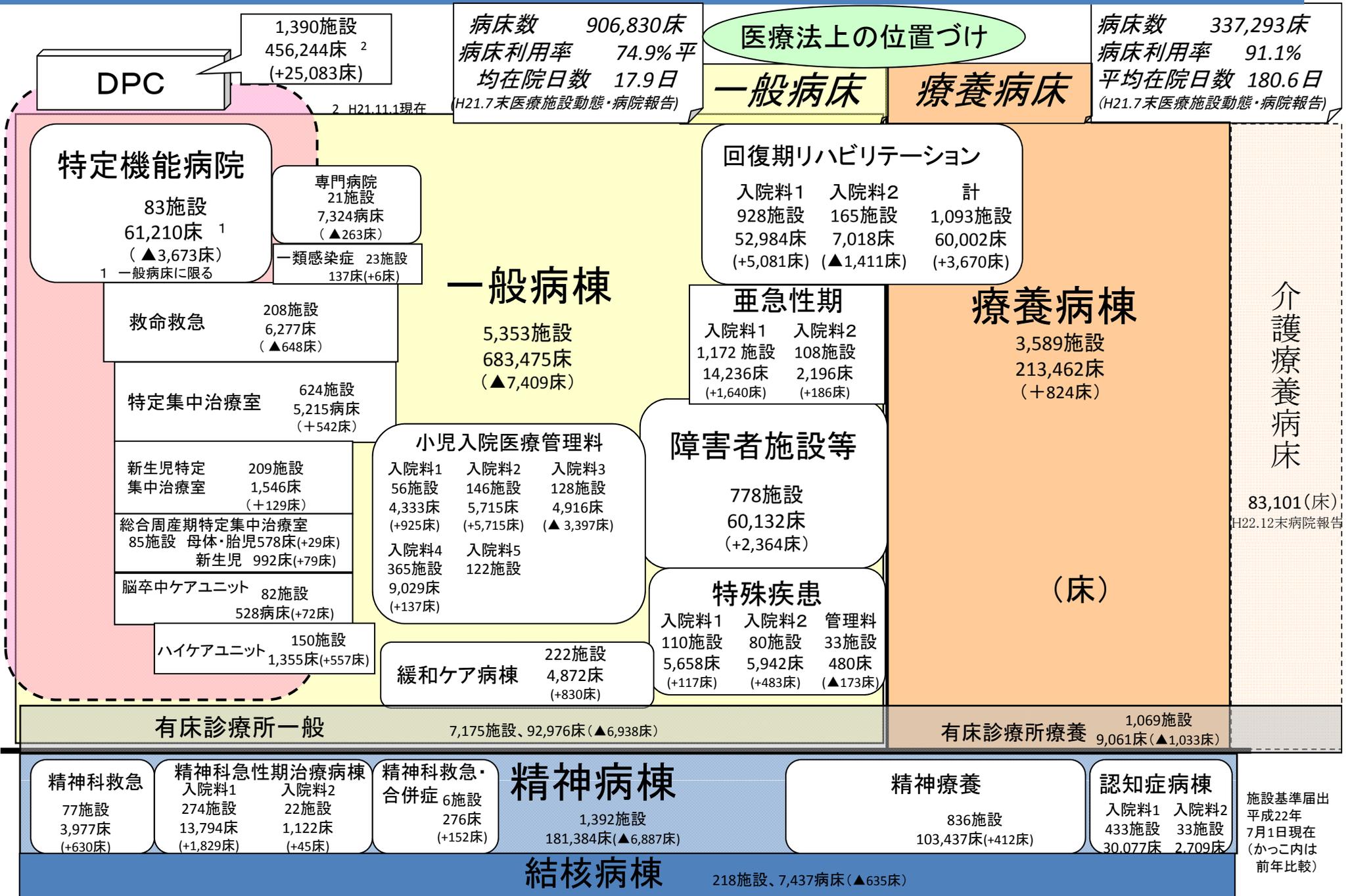
## 第4回 院内体制

勤務医負担軽減、チーム医療、院内感染対策、  
リハビリテーション等

医療提供体制について(その1)

# 入院医療について

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)



施設基準届出  
平成22年  
7月1日現在  
(かっこ内は  
前年比較)

病院の機能分化について(現在の入院料を基準としたイメージ)  
 <一般病床の例>

高度急性期

亜急性期等

出来高

特定機能病院入院基本料(専門病院入院基本料を含む)

7:1 約5.9万床(特28日, 専30日)

10:1 約0.8万床(特28日, 専33日)

(特):特定機能病院入院基本料 (専):専門病院入院基本料

一般病棟入院基本料

7:1 約31.6万床(19日)

10:1 約23.4万床(21日)

13:1 約3.3万床(24日)

15:1 約6.5万床(60日)

看護配置に応じた評価の例

( ):平均在院日数要件

DPC/PDPSを選択可能

(注)一部、出来高の評価が加わる

包括(特定入院料)

約4.1万床

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料(19日)
- 新生児特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料
- 一類感染症患者入院医療管理料
- 小児入院医療管理料(21日-28日)

病棟の機能に応じた評価の例

約1.7万床

- 特殊疾患病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 緩和ケア病棟入院料

約7.6万床

- 亜急性期入院医療管理料
- 回復期リハビリテーション病棟入院料

現行の病床数

計約42万床

計約24万床

計約2万床

計約17万床

○入院基本料においては、看護配置に応じた評価のベースに加えて出来高評価により医療提供に応じた評価を行い、特定入院料においては、病棟の機能に応じた包括評価を行っているが、必ずしも高度急性期から亜急性期等の患者の状態に応じた評価体系にはなっていない。

○社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として、高度急性期 18万床、一般急性期 35万床、亜急性期等 26万床、地域一般病床 24万床としているが、診療報酬上の評価として、それぞれどの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。

## 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン 1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度	
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

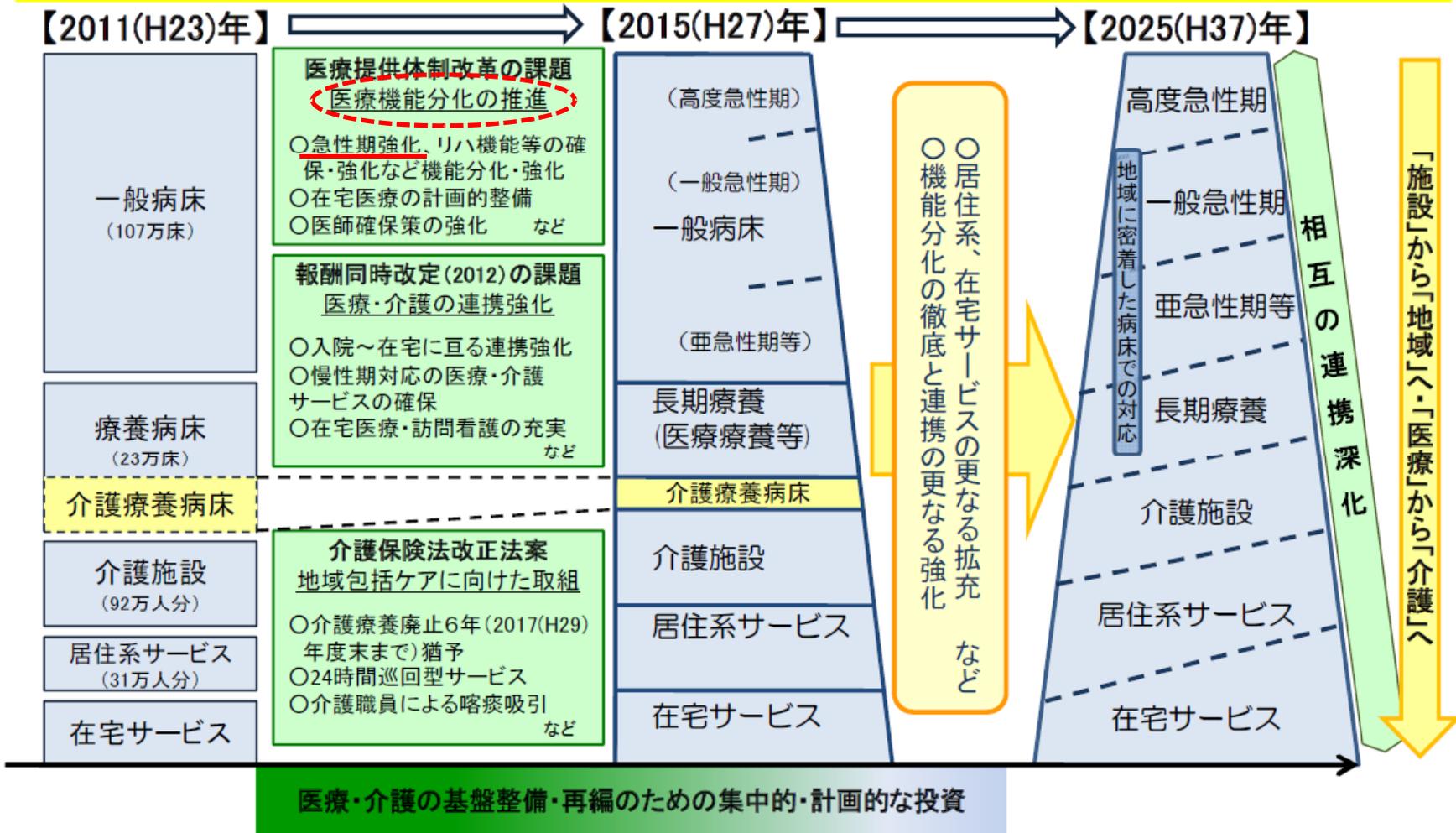
（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者(今後250～300万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

## 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の实情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

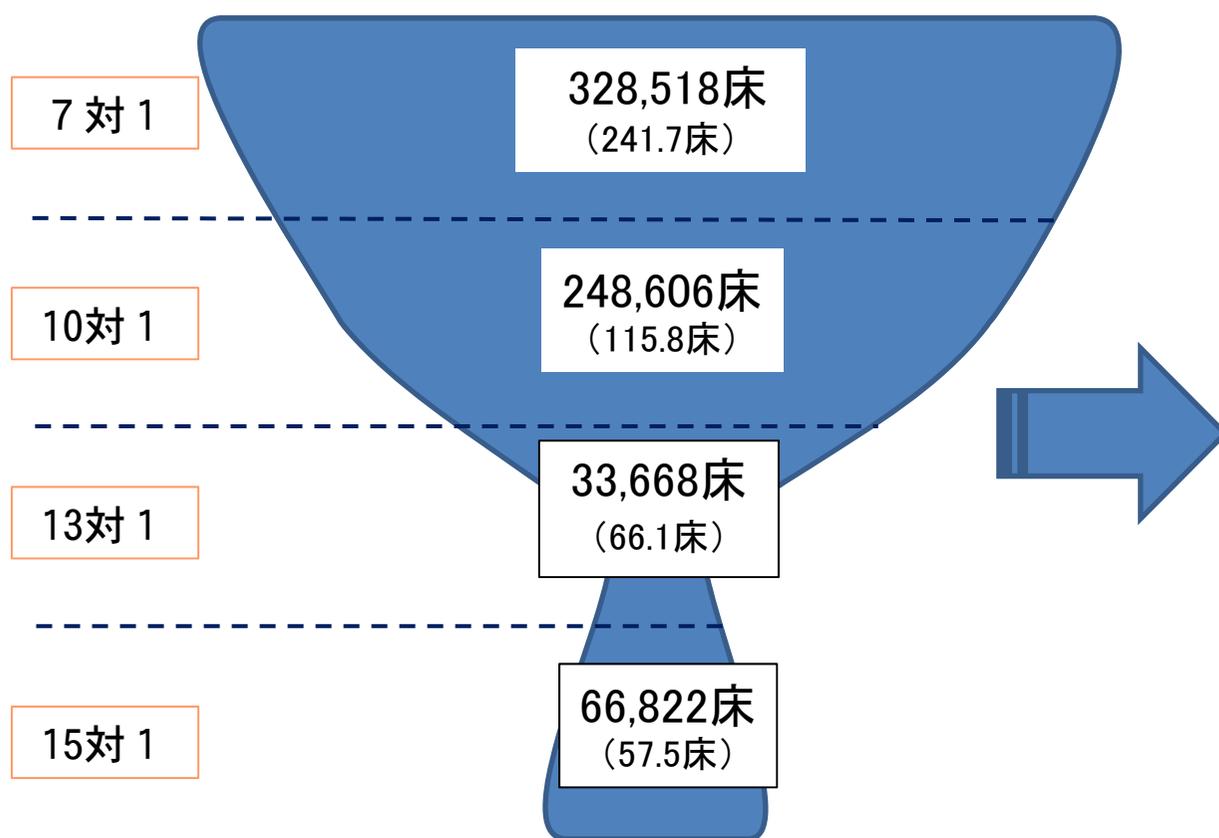


# ・高度急性期・一般急性期について

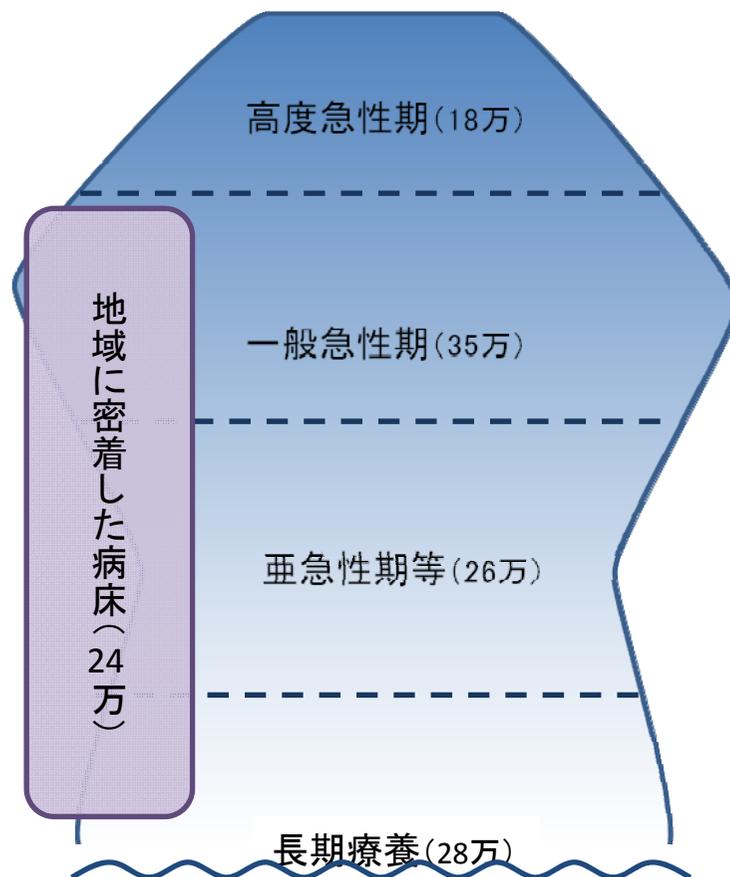
# 現在の一般病棟入院基本料の病床数

## 【一般病棟入院基本料】

＜2010(H22)年の病床数＞



＜2025(H37)年のイメージ＞



保険局医療課調べ  
(括弧内は1医療機関あたり平均病床数)

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

# 医療機能に対する診療報酬の評価について

- 病院や病棟、病室ごとの医療機能に対する診療報酬上の評価の方法としては、大きく(1)人員配置や設備等のストラクチャーの評価、(2)ガイドラインに基づく診療等のプロセス評価、(3)在宅復帰率等のアウトカム評価の3つが考えられる。
- そのうち、現在の診療報酬ではストラクチャー評価に重点が置かれている。

## 【評価の例】

### ストラクチャー評価

- 「A100 一般病棟入院基本料」(医師配置、看護配置、病床あたり平米数等)
- 「A205-2 超急性期脳卒中加算」(脳卒中専門医師、薬剤師等)
- 「C002 在宅時医学総合管理料」(在宅医療の調整担当者の配置等)

### プロセス評価

- 「B001-3-2 ニコチン依存症管理料」(「禁煙治療のための標準手順書」に従った禁煙治療)
- 「K697-5 生体部分肝移植」(「生体肝移植ガイドライン」等の遵守)

### アウトカム評価

- 「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」(在宅復帰率6割以上)
- 「A308-2 亜急性期入院医療管理料」(在宅復帰率6割以上)

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

### 一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

### 二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症(結核を除く。)、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第8項に規定する指定感染症(同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。)の患者(同法第8条(同法第7条において準用する場合を含む。))の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。)並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

### 三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

### 四 療養病床

病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

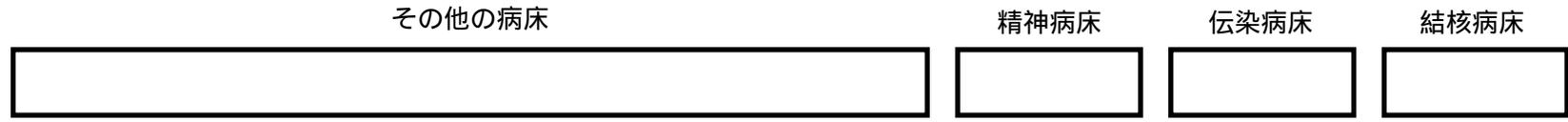
### 五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

# 病床区分に係る改正の経緯

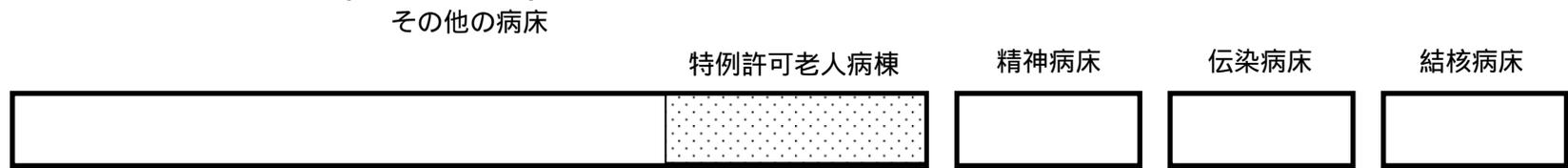
第23回  
 社会保障審議会医療部会資料  
 平成23年11月17日

## 【制度当初～】



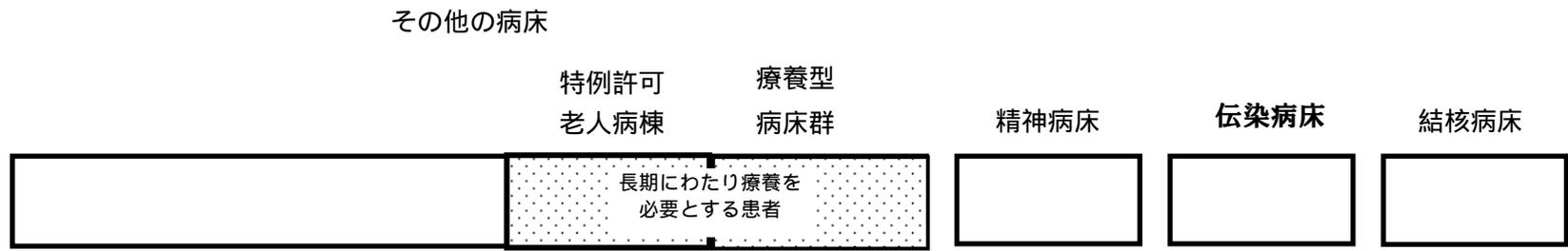
- ↓
- ・ 高齢化の進展
  - ・ 疾病構造の変化

## 【特例許可老人病棟の導入（昭和58年）】



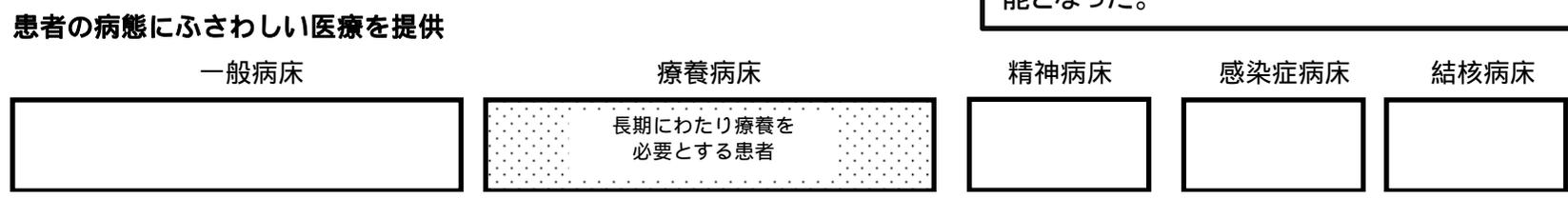
- ↓
- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

## 【療養型病床群制度の創設（平成4年）】



- ↓
- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

## 【一般病床、療養病床の創設（平成12年）】



平成9年改正により、診療所に療養型病床群の設置が可能となった。

# 病床の機能分化を巡る現状

第23回

社会保障審議会医療部会資料

平成23年11月17日

- 病床の機能分化について、医療法上での対応として、これまでは長期療養対応の体系化を図ってきたところ。一方、一般病床については、診療報酬上は、病院の機能に応じて、多様な病院・病床が位置づけられているが、医療法上は、その他病床としての区分しかなされておらず、同じ病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、機能分担が明確になっていない。
- 我が国は、国際的にみて人口当たりの病床数は多くなっている一方、病床当たりの医師、看護職員数やスタッフ数も少なく、急性期病床（日本では一般病床）間で比較した平均在院日数は長い。一方で、病床当たりの医療従事者と平均在院日数の間には、相関関係がある。
- 近年、平均在院日数の短縮は進んでいるものの、一方で、インフォームドコンセントの実施、医療安全の確保、医療技術・機器の高度化等により、医療機関・スタッフの業務は拡大している状況。
- さらに、急性期治療を経過した患者に対し、その受け皿となる病床や在宅療養を支える機能の不足がみられる。

# 「急性期病床群(仮称)」を制度化した場合のイメージ

第23回医療部会(H23.11.17)資料

## 現行(平成12年改正以降)の病床類型

一般病床(1,038,630床\*)

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者

療養病床  
(356,877床\*)

長期にわたり療養を  
必要とする患者

精神病床  
(349,321床\*)

精神疾患を  
有する患者

感染症病床  
(1,785床\*)

感染症  
の患者

結核病床  
(9,502床\*)

結核  
患者

同じ一般病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、  
医療提供体制における機能分担が不明確

\*平成20年医療施設調査より

## 目指す方向性

### 一般病床

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者  
(急性期患者を除く)

### 急性期病床群(仮称)

<法的位置付け>

- 一般病床のうち、都道府県知事による認定
- 認定要件を継続的に満たしているかを確認するために更新制を導入

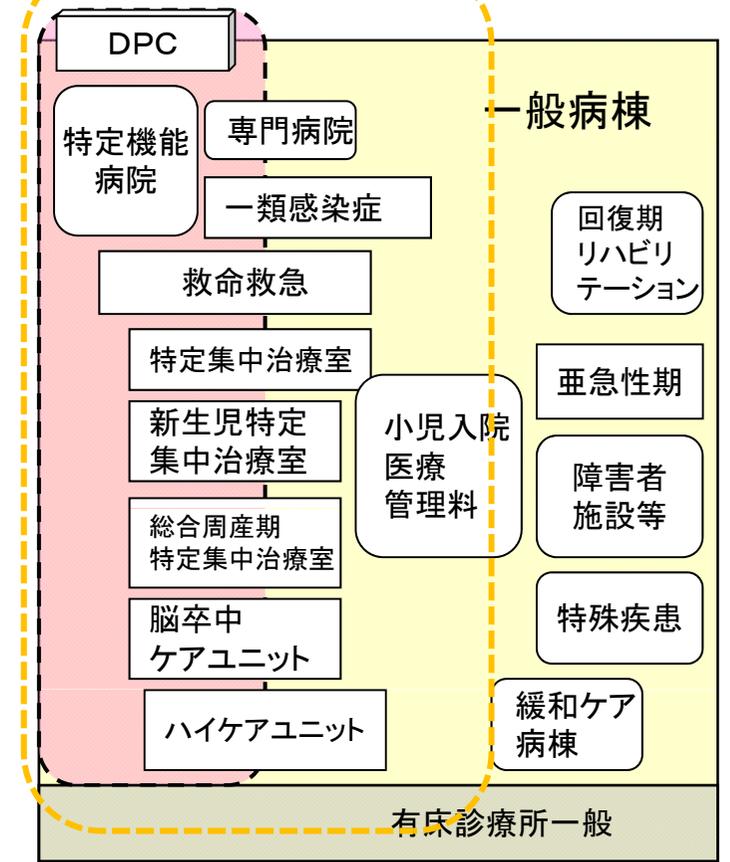
<想定される患者\*\*>

- 心筋梗塞によって入院した患者や手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要とする患者
- 例) 周術期の患者、救急室からの患者 等

\*\*急性期にある患者  
に対し、急性期に見  
合った適切な医療が  
効率的に行われているか  
ということを総合的に  
評価

- ① 診療行為等
  - ・ 疾病、病態
  - ・ 処置内容
  - ・ 入院時の状態
- ② 施設等
  - ・ 構造設備基準
  - ・ 人員配置
  - ・ 平均在院日数 等

## 診療報酬上の評価において想定される患者



# 特定機能病院制度の概要

第23回  
社会保障審議会医療部会資料

平成23年11月17日

## 趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

## 役 割

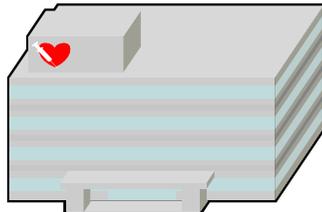
- 高度の医療の提供
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度の医療に関する研修

## 承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること(紹介率30%以上の維持)
- 病床数……400床以上の病床を有することが必要。
- 人員配置
  - ・医 師……通常の病院の2倍程度の配置が最低基準。
  - ・薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。(一般は入院患者数÷70)
  - ・看護師等…入院患者数÷2が最低基準。(一般は入院患者数÷3)[外来については、患者数÷30で一般病院と同じ]
- ・管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要。 等

承認を受けている病院(平成23年11月1日現在) ... 84病院

## 高度の医療（特定機能病院）



### 総合診療能力

<要件>

- 400床以上 ○診療科10以上
- 手厚い人員配置(医師8:1など)
- 医療安全管理体制 等

<要件>

- 特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療を提供
  - ・先進医療への取組
  - ・特定疾患への取組
- 臨床検査・病理診断の実施体制
- 集中治療室等の設備

### 高度の医療の提供

<要件>

- 高度の医療に関する臨床研修
  - ・初期臨床研修終了後の医師等
  - ・研修医が年間平均30人以上

### 高度の医療に関する研修

<要件>

- 特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療に係る技術の評価及び開発
  - ・国等からの補助等による研究
  - ・年間論文発表数が100例以上
- 医療技術の有効性及び安全性を適切に評価
- 研究室等の設備

### 高度の医療技術の開発・評価



## 機能分化

安定後、地域医療へ逆紹介  
(要件なし)

医療技術の進歩・人材の育成等により、広く国民の健康に貢献

地域医療の枠を超えるような高度な医療等の必要時に紹介  
(要件:紹介率30%以上)

## 地域医療・救急医療



- かかりつけ医機能
- 救急医療など4疾病5事業 等

↓  
地域の医療機関の連携による「地域完結型」の医療提供体制の確立

# 医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項 ～「これまでの議論を踏まえた整理」(平成19年7月)から～

第23回医療部会(H23.11.17)資料

## 特定機能病院関係

### (求められる機能、機能分化と連携の中での位置付け)

- 機能分化と連携を進めていく中で、求められる役割をより明確にする必要。特に、特定機能病院が提供する高度医療の内容についてより明確化を図る必要があるとの指摘あり。
- 外来機能を含め一般的な医療への対応について、特定機能病院を受診する外来患者の実情に留意しつつ、特定機能病院の役割を踏まえた検討が必要。

### (大学病院との関係)

- 特定機能病院という制度・名称は国民にとってわかりにくく見直しが必要との指摘、また、大学病院が必ず特定機能病院である必要はないのではないかと指摘があることを踏まえ、検討が必要。

### (承認要件のあり方)

- 高度医療の提供を行う医療機関としては、特定の疾患に対して最新の治療を提供する等の機能があれば、規模にかかわらず承認して構わないのではないかと指摘がある一方で、合併症併発や複合的な疾患への対応能力等の総合性が欠かせないとの指摘があり、引き続き検討が必要。
- 診療科別に評価を行い、病院の一部での承認を可能としてはどうかとの指摘がある一方で、総合的な対応能力を発揮するためには病院総体として高度である必要との指摘があり、引き続き検討が必要。
- 以下の項目について、急性期の病院に一般的に求められる事項との関係に留意しつつ、承認要件への位置付けや取組の一層の強化を求めてはどうかとの指摘があり、引き続き検討が必要。
  - ①難治性疾患への対応    ②標榜診療科目の充実    ③医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
  - ④医療安全体制の構築    ⑤高度な治験の実施    ⑥後期研修のプログラム    ⑦診療記録の整備状況

### (評価)

- 承認を受けた特定機能病院が求められる機能・役割を十分果たしているかどうかにつき、その評価のための指標を含め、検討が必要。

### (施設類型の必要性)

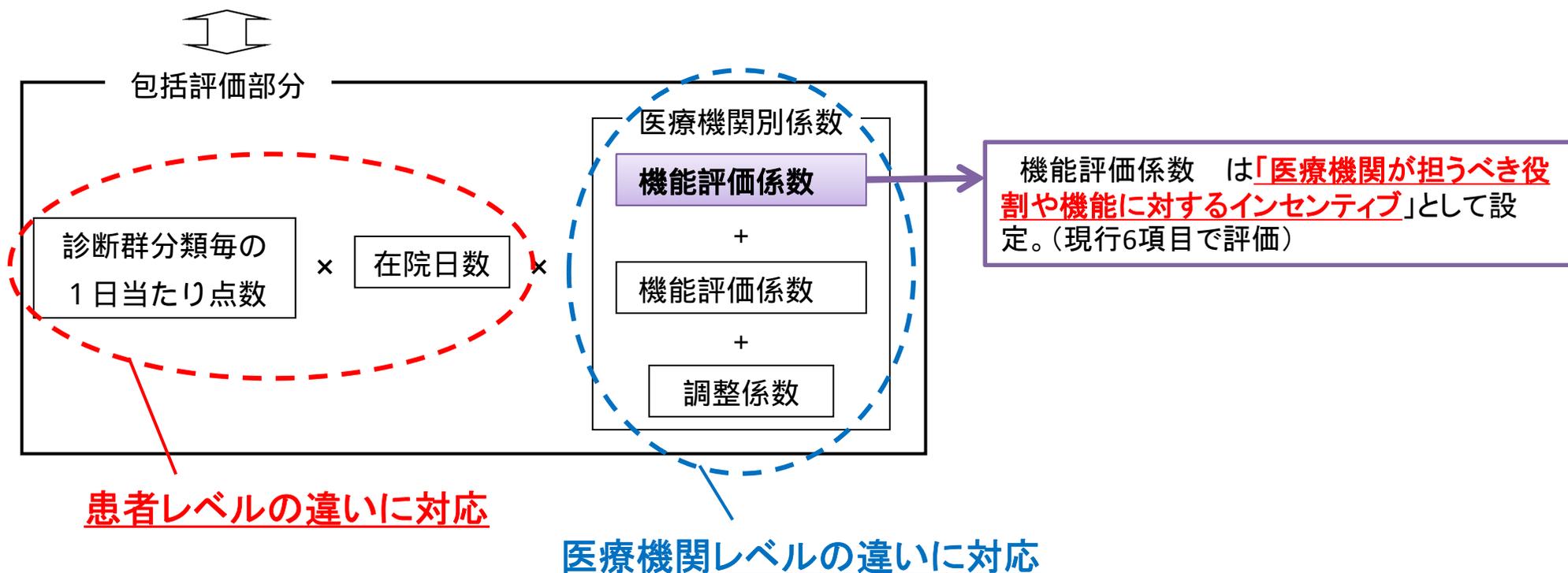
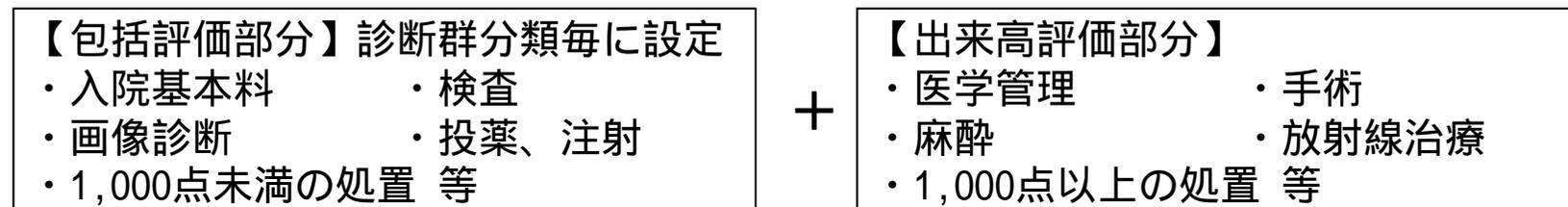
- 地域の特性・実情に応じて個別の機能・役割を評価していく方向で考えるべきであり、特定機能病院という施設類型としての位置付けは必要ないのではないかと意見あり。

### ■論点

- 特定機能病院に期待される役割自体は、現在の医療提供体制においても必要とされるものであり、こうした役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容について、見直すこととしてはどうか。
- 特定機能病院の承認要件を継続的に満たしているかを確認するために、承認について、現在は業務報告の提出を求めているが、更に、特定機能病院としての質を引き続き確保していることを定期的に点検する仕組み(更新制)を導入してはどうか。

# DPC/PDPSの機能評価係数 と機能分化の推進(1)

## <DPC/PDPSにおける診療報酬の概要>



# DPC/PDPSの機能評価係数 と機能分化の推進(2)

## 機能評価係数

1. **全DPC対象病院が目指すべき**望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化
- 医療の効率化
- 医療の質的向上
- 医療の標準化

データ提出指数

効率性指数

全医療機関共通での評価を検討

2. **社会や地域の実情に応じて求められている機能**の実現(地域における医療資源配分の最適化)

<主な視点>

- 高度・先進性
- 重症者診療機能
- 地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)
- 総合性

複雑性指数

カバー率指数

地域医療指数

救急医療係数

医療機関群毎の設定を検討

医療機関群毎の評価を設定による、機能分化の推進

大学病院  
本院群

大学病院  
本院以外の  
高診療密度  
病院群

その他の  
急性期  
病院群

(イメージ)

○ 地域医療指数・救急医療体制の評価

高度救命救急  
(三次救急)

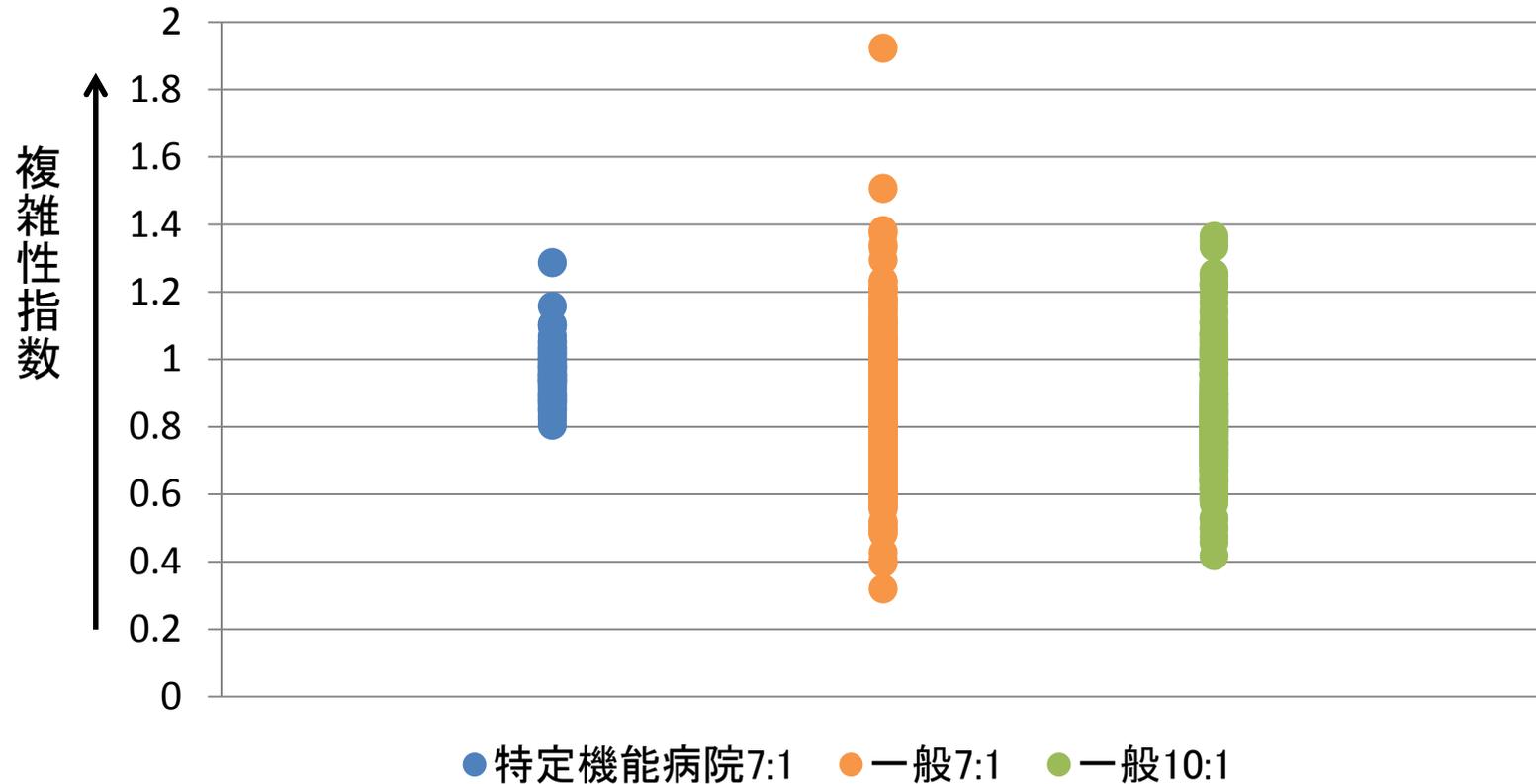
一次救急

○ カバー率指数

高い

低い

## 複雑性指数\*の分布



\*「複雑性指数」は、各医療機関の患者構成の違いを表す指標。

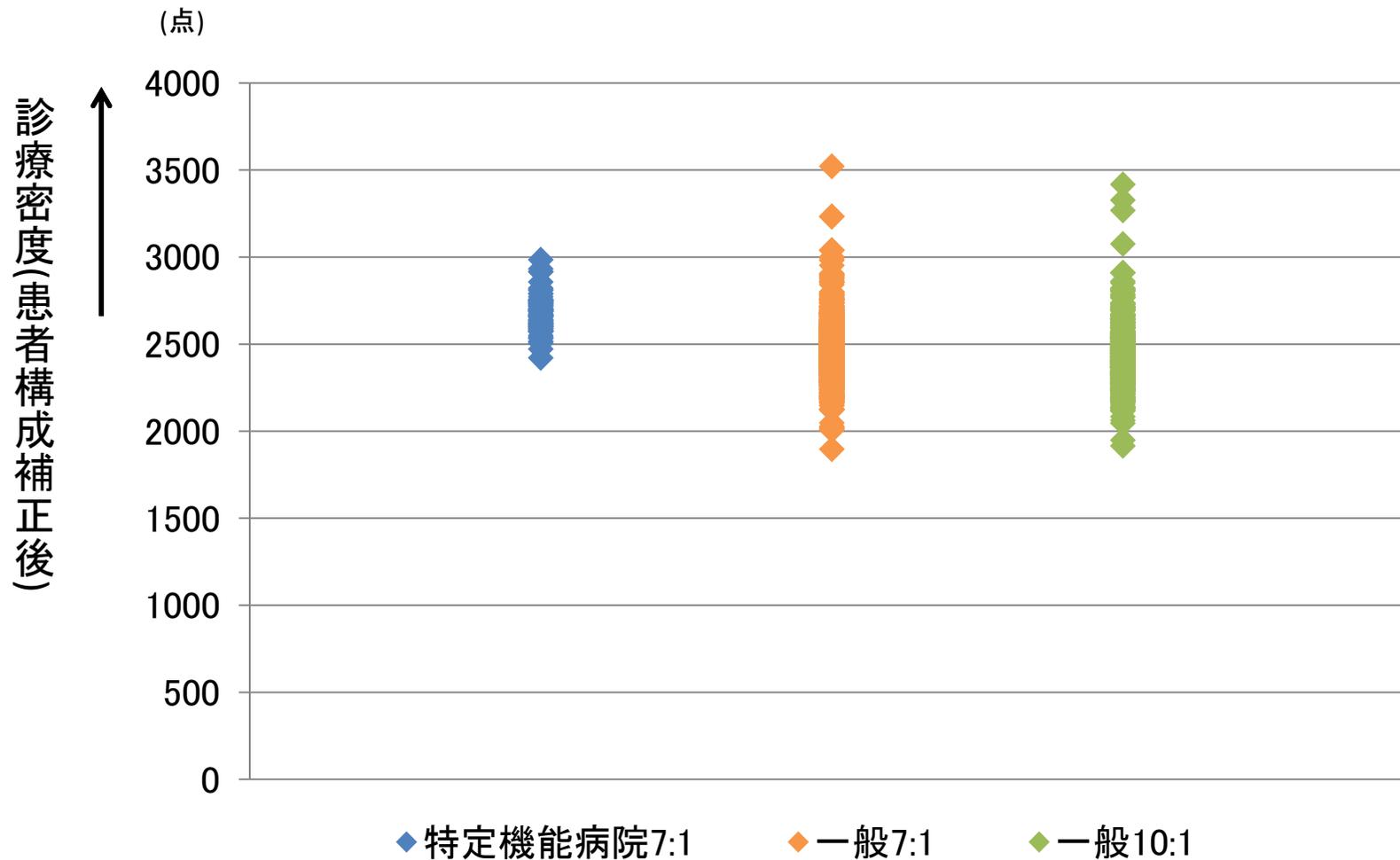
各患者を、DPC(診断群分類)毎の1入院あたりの包括範囲出来高点数(全国平均)で重み付けし、相対化。

数字が大きい医療機関ほど、1入院あたりの包括範囲出来高点数の高いDPC(診断群分類)に属する患者を診療している。

<計算式>

〔複雑性指数〕 = 〔当該医療機関の包括点数(一入院当たり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数(一入院当たり)に置換えた点数の総和〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕

## 診療密度(患者構成補正後)\*の分布



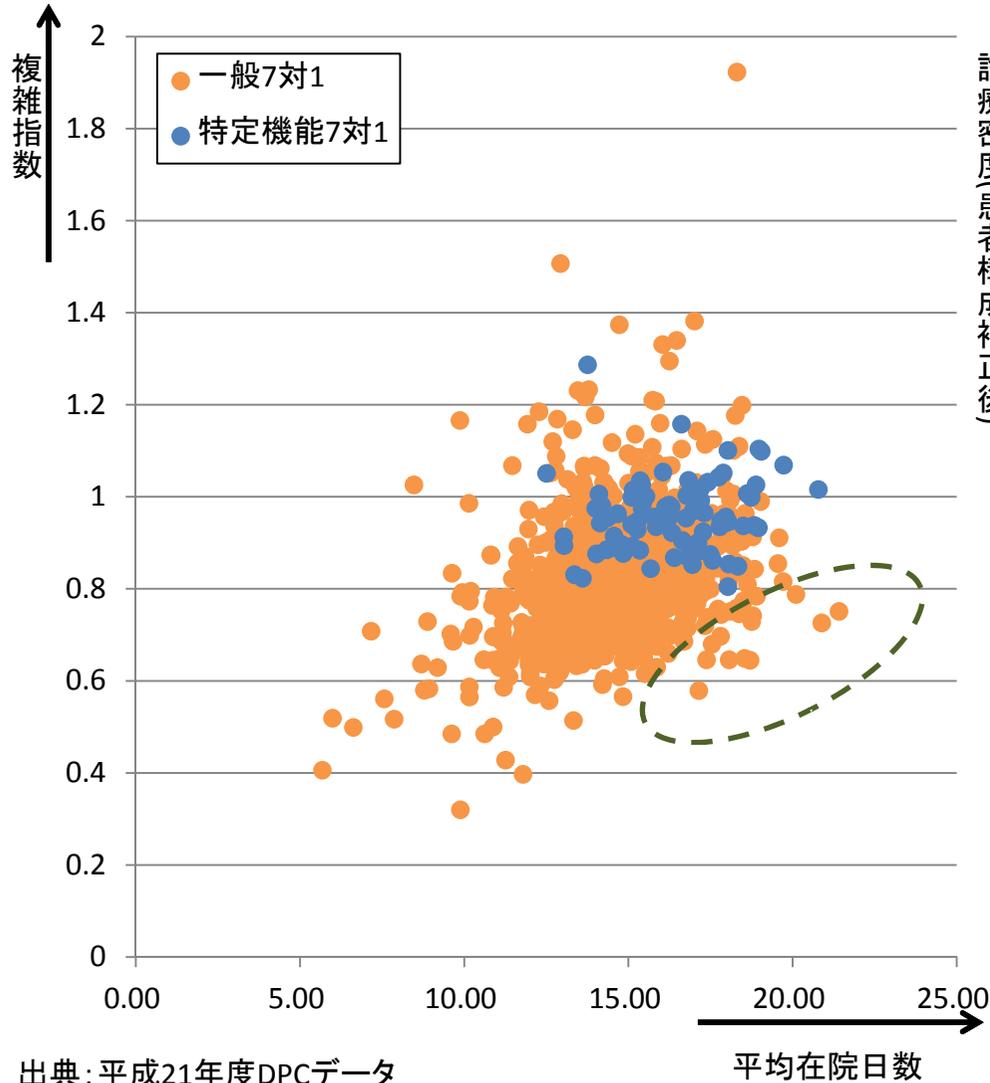
\*診療密度: DPC/PDPSにおける包括範囲について、仮想的に出来高病院であったとして計算した場合の1日あたり平均点数

\*患者構成補正: DPC(診断群分類)毎の患者数が各医療機関で異なる為、当該医療機関が仮想的に全DPC対象病院の患者構成を診療した場合の平均点に補正(集計)。

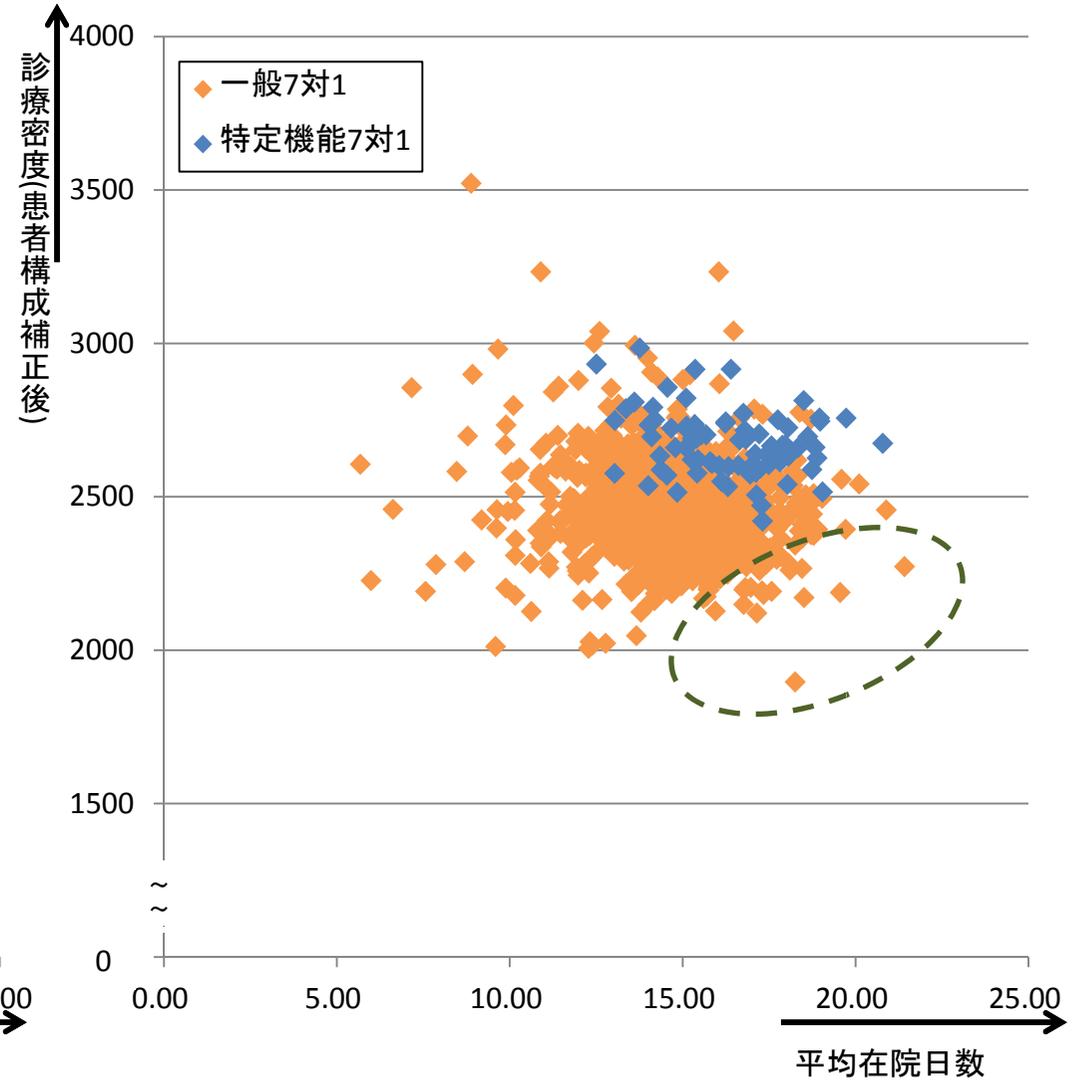
出典: 平成21年度DPCデータ

# 7対1病院における複雑性指数・診療密度と平均在院日数の散布図

複雑性指数と平均在院日数



診療密度と平均在院日数



出典:平成21年度DPCデータ

高度急性期、急性期医療について

# ① 入院基本料について

# 7対1入院基本料導入の経緯

平成17年 医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年 7対1入院基本料創設

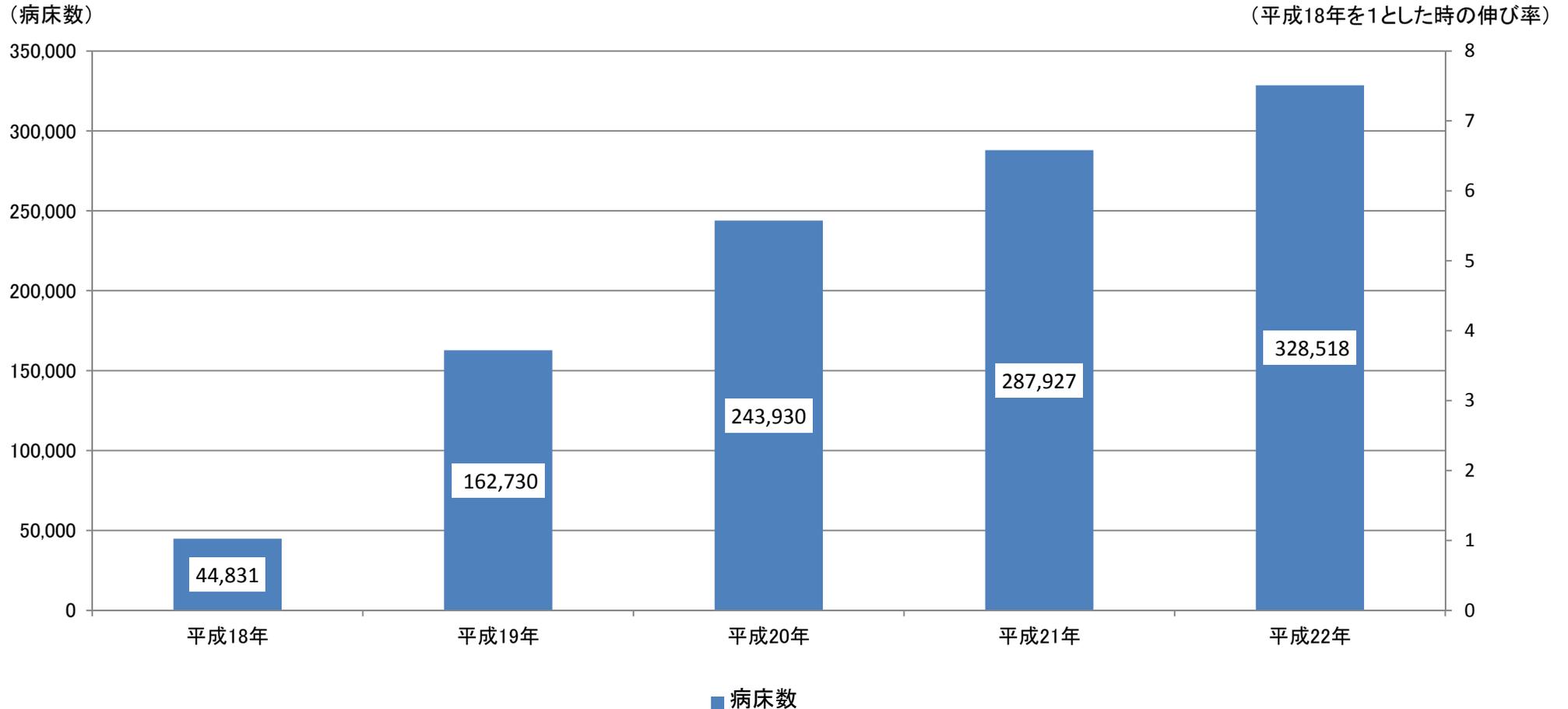
平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 7対1入院基本料の基準の見直し

看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移



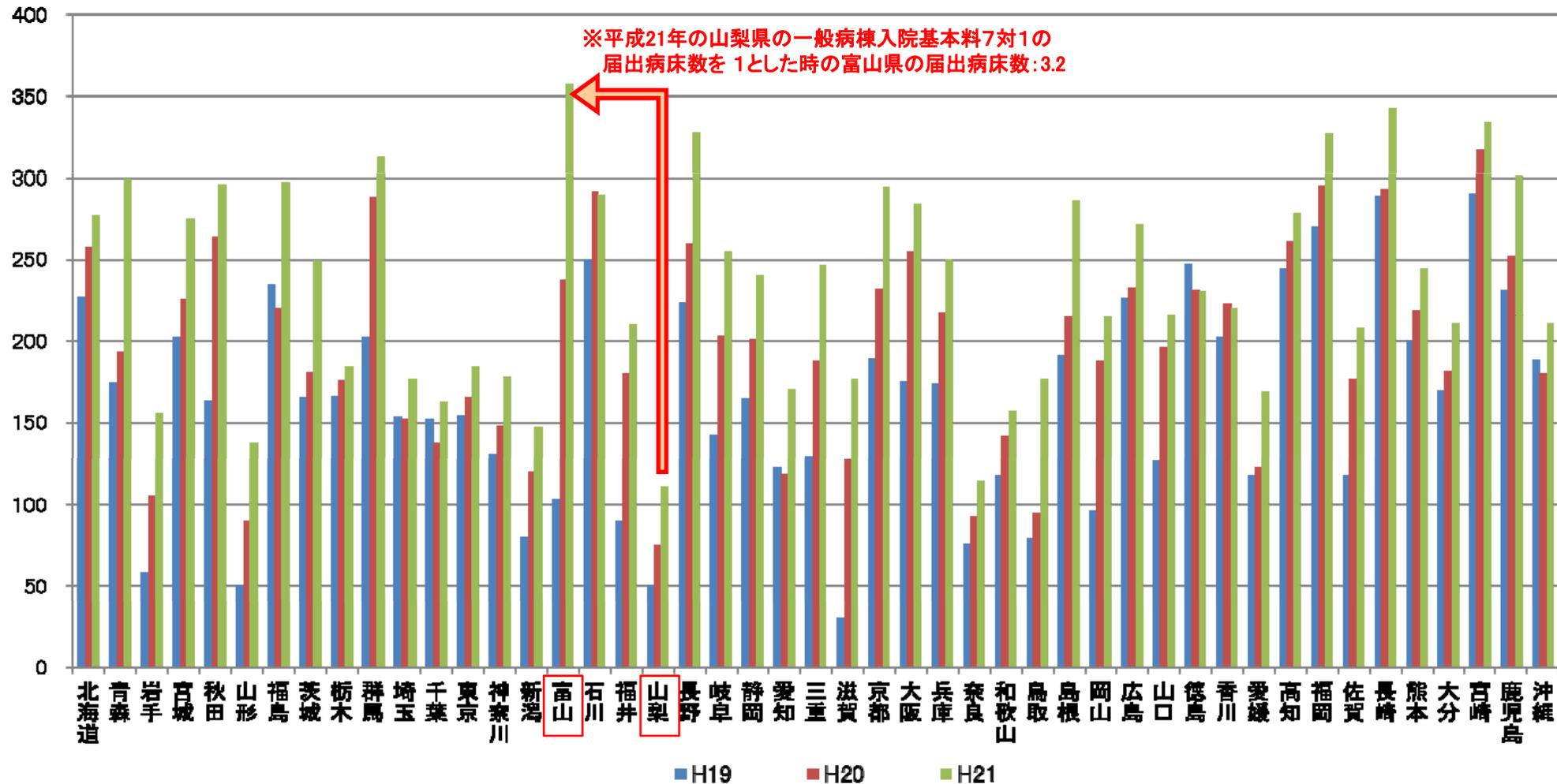
※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。

保険局医療課調べ

# 都道府県別人口10万人あたりの一般病棟入院 基本料7対1届出病床数の推移(対)

(床/人口10万)



保険局医療課調べ

# 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし		あり

測定・評価が  
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	10%以上
一般病棟看護必要度評価加算	要件なし
急性期看護補助体制加算	10%又は15%以上

A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

## 入院基本料等における一般病棟用の重症度・看護必要度の評価について

### 7対1入院基本料の施設基準(平成20年度診療報酬改定)

看護必要度基準の導入→**基準を満たさないと7対1入院基本料を算定できない。**

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」

基準: A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)  
3点以上の患者が1割以上

\* 特定機能病院には適用しない

(7対1入院基本料を算定する病棟は、当該病棟に入院している患者の重症度・看護必要度等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること)

### 10対1入院基本料における看護必要度の評価(平成22年度診療報酬改定)

**→看護必要度の評価をしている医療機関は一般病棟看護必要度評価加算を算定できる。**

- \* 一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院の10対1を算定する病棟
- \* 看護必要度の測定が行われた患者について算定
- \* 「一般病棟用の重症度・看護必要度評価票」 による評価でA得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者の割合を基に評価が必要

院内研修の要件等は7対1入院基本料の要件と同様

## 入院基本料等における一般病棟用の重症度・看護必要度の評価について

急性期看護補助体制加算の施設基準(平成22年度診療報酬改定)

一般病棟入院基本料7対1、10対1の届出医療機関において、看護必要度基準等の基準を満たした患者の割合が一定以上の医療機関が算定することができる。

急性期看護補助体制加算 1 ( 50対 1 )

急性期看護補助体制加算 2 ( 75対 1 )

看護必要度の基準：

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合

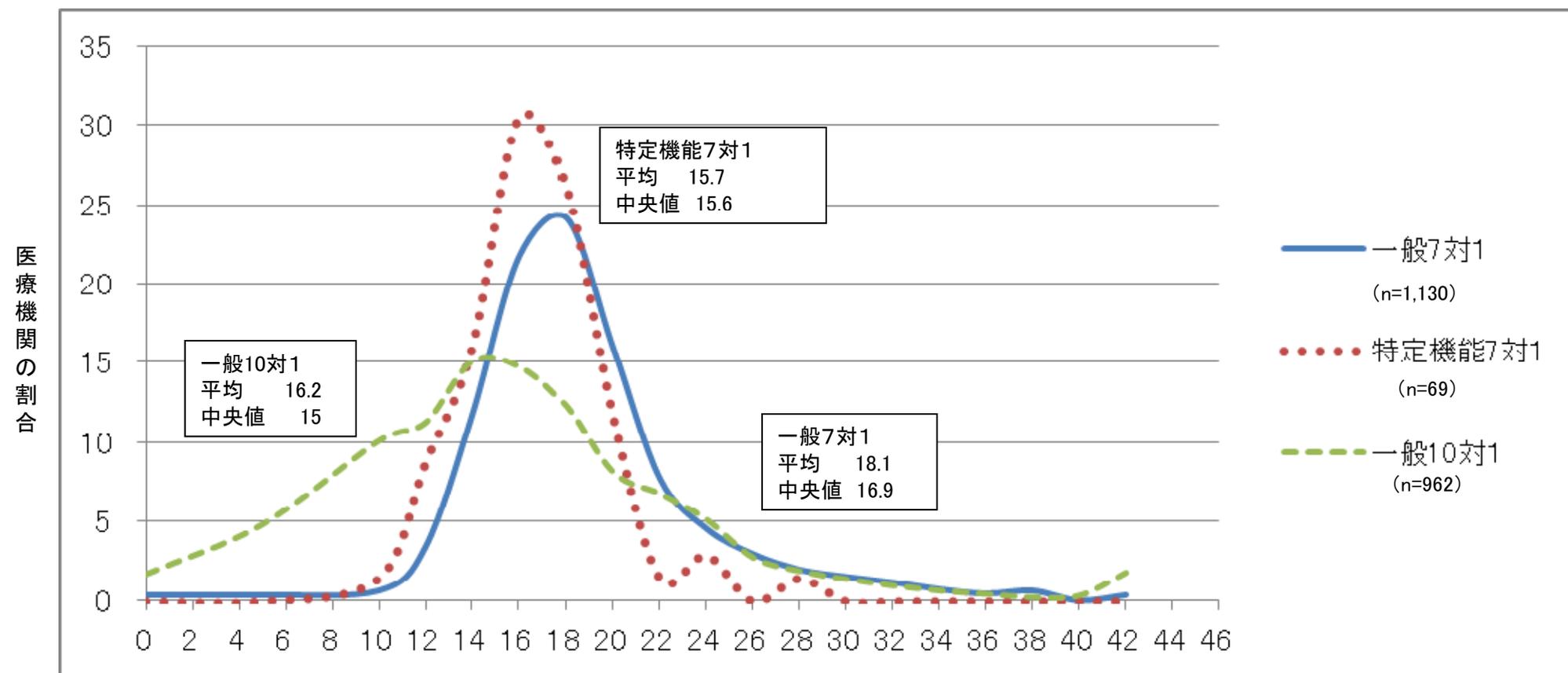
- ・ 7対1入院基本料 15%以上
- ・ 10対1入院基本料 10%以上

他に総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院、看護補助者に対する院内研修会の開催などの要件あり

# 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合の比較

- 特定機能病院入院基本料と一般病棟入院基本料の7対1を比較すると、わずかに特定機能病院入院基本料の方が割合のピークが16%と低い。
- 一般病棟入院基本料7対1の方が10対1よりも、重症度・看護必要度の高い患者の割合が多い。また、一般病棟入院基本料10対1の患者の方が、7対1入院基本料の患者に比べ重症度・看護必要度の幅が広い。

(%) 【一般病棟入院基本料(7対1及び10対1)と特定機能病院入院基本料(7対1)の比較】



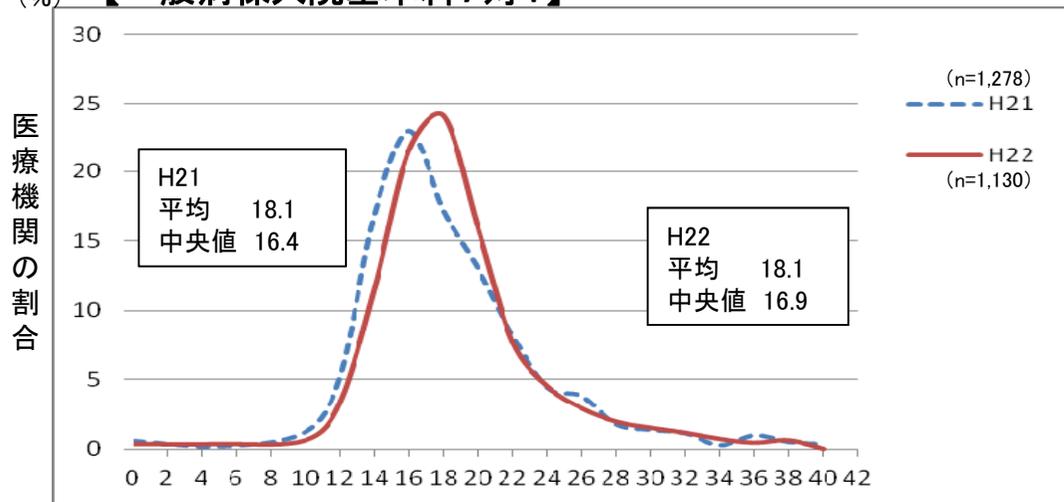
一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合(%)

H22保険局医療課調べ

# 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合の比較

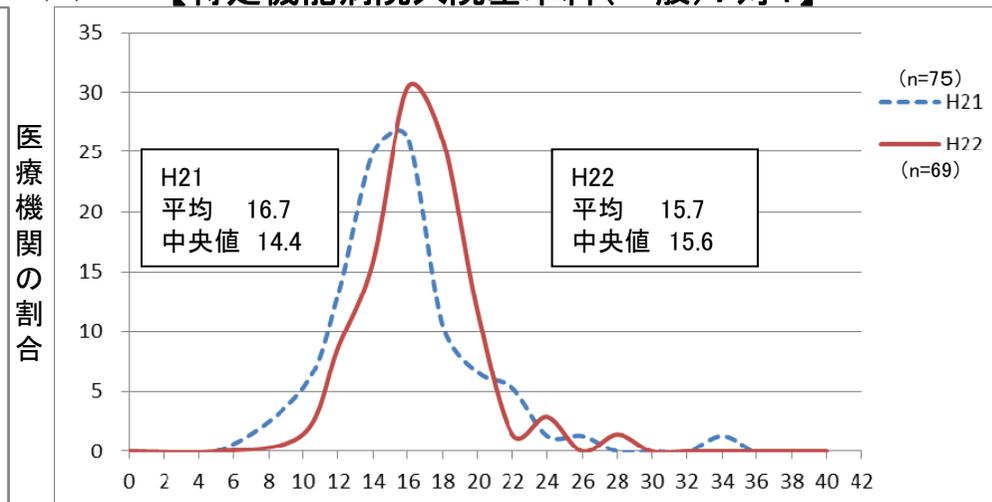
○一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の7対1においては、重症度・看護必要度の高い患者の割合が平成22年の方が平成21年に比べて高くなっている。

【一般病棟入院基本料7対1】



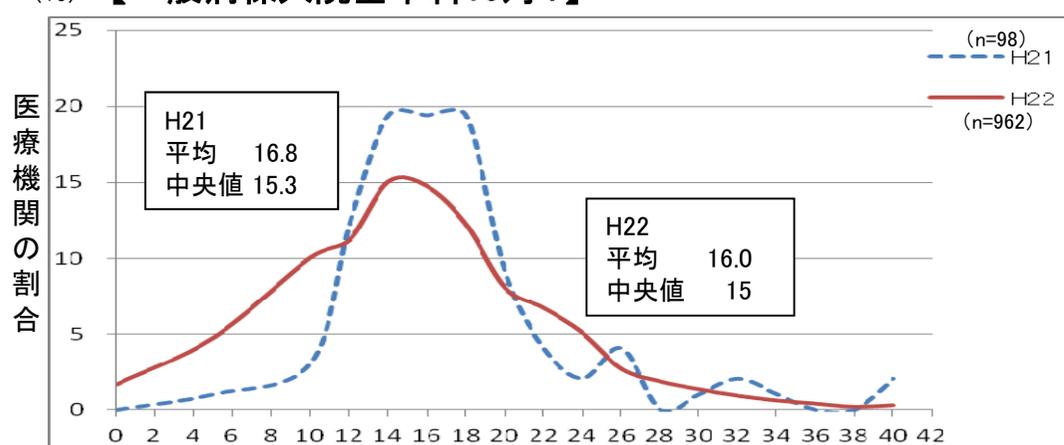
一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合(%)

【特定機能病院入院基本料(一般)7対1】



一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合(%)

【一般病棟入院基本料10対1】



一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合(%)

注)一般病棟入院基本料10対1は、H21は一般病棟用の重症度・看護必要度を測定している医療機関のうち任意で回答のあった98、H22は一般病棟看護必要度評価加算を算定している医療機関962の回答より作成

保険局医療課調べ

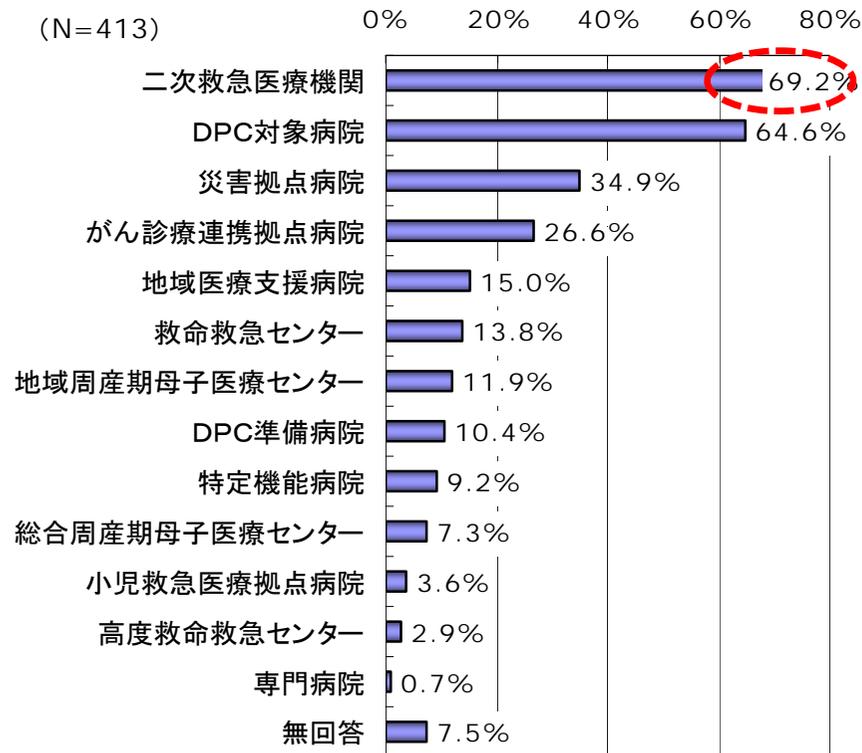
# 検証部会調査(7対1入院基本料)

平成21年11月10日の第26回検証部会の報告にもとづく

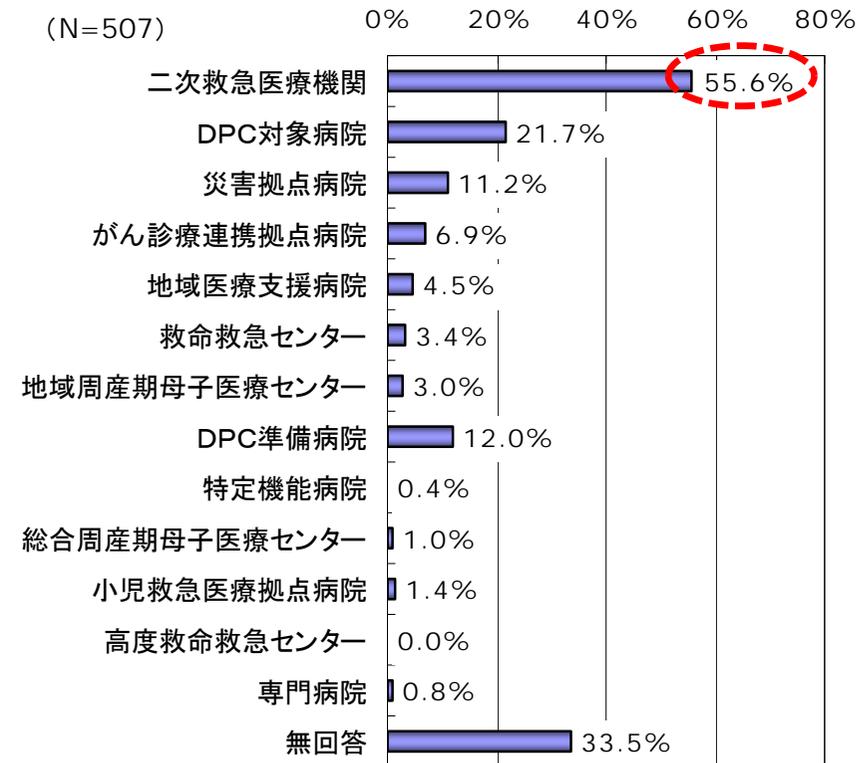
## 承認等の状況について

回収率：7対1入院基本料算定病院 38.9%(n=413)  
 10対1入院基本料算定病院 26.8%(n=507)  
 平成21年の平均在院日数：15.0日(7対1)、18.8日(10対1)

### 7対1入院基本料算定病院(図表2-3)



### (参考)10対1入院基本料算定病院(図表2-4)

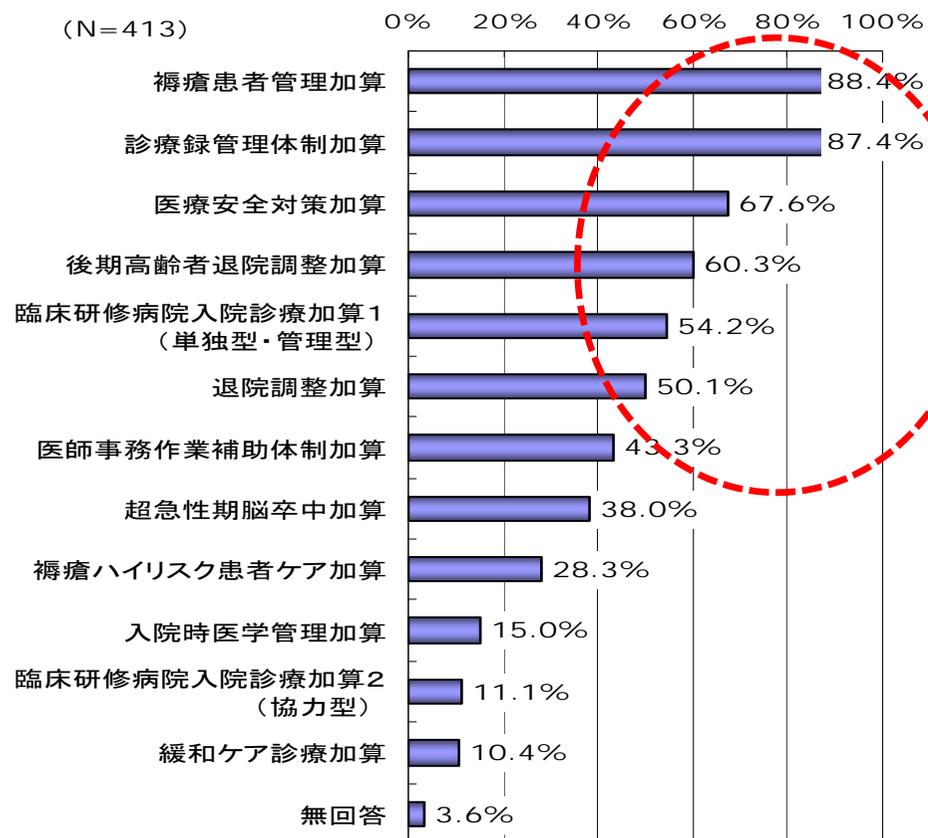


○ 7対1入院基本料算定病院は地域における周産期医療や救急医療等を担っている割合が高い。

# 検証部会調査(7対1入院基本料)

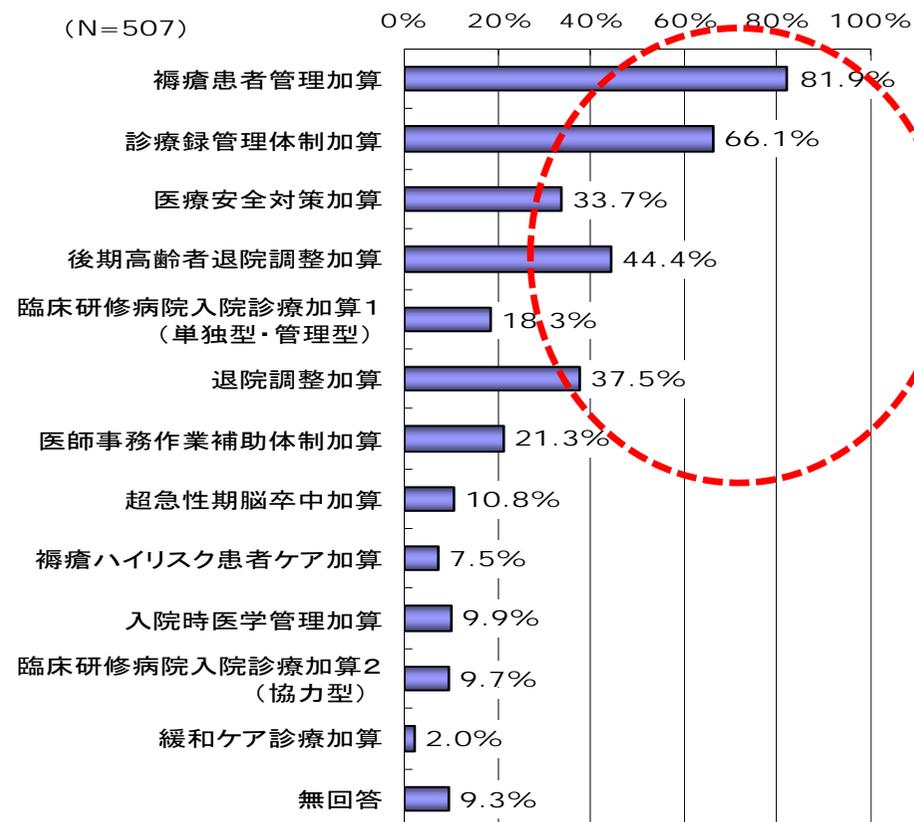
## 診療報酬に係る届出状況(入院基本料等加算等)

### 7対1入院基本料算定病院(図表2-5)



### (参考)10対1入院基本料算定病院

(図表2-6)

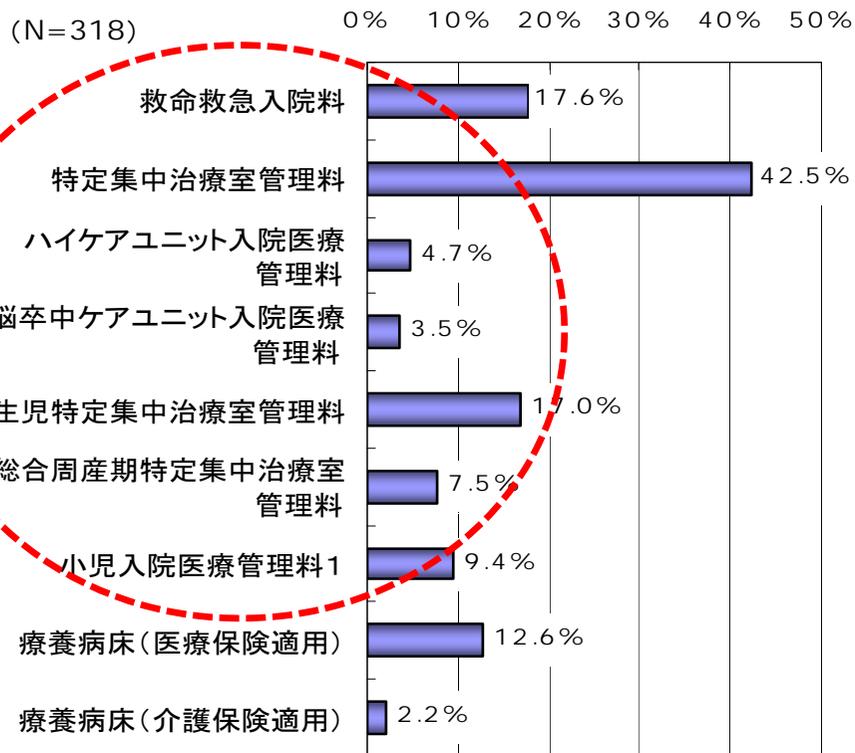


○ 7対1入院基本料算定病院は様々な加算の届出を行っている割合が高い。

# 検証部会調査(7対1入院基本料)

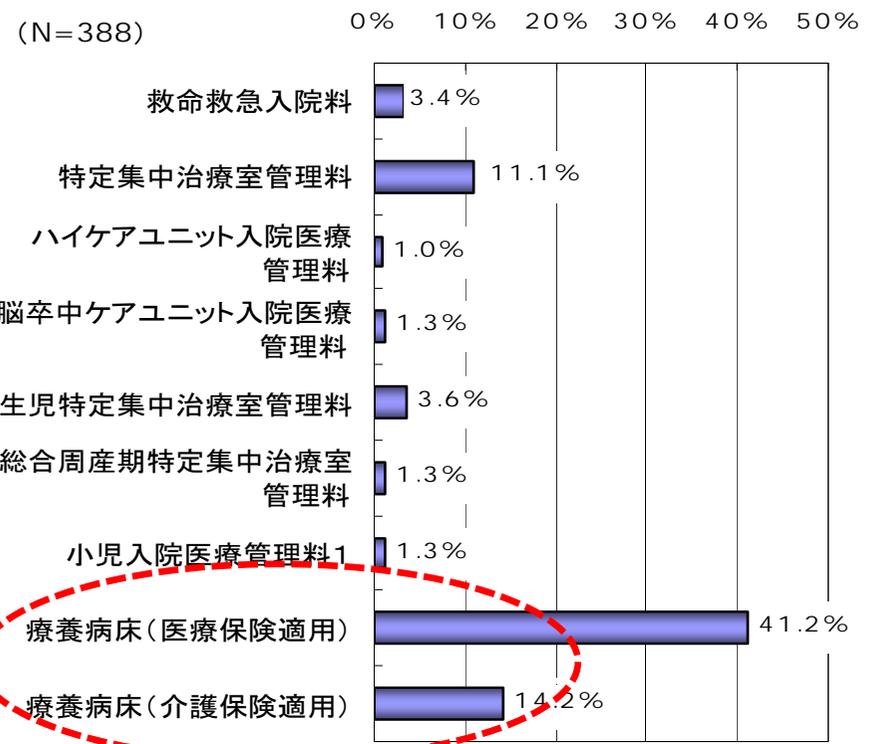
診療報酬に係る届出状況(特定入院料等)

7対1入院基本料算定病院(図表2-5)



(参考)10対1入院基本料算定病院

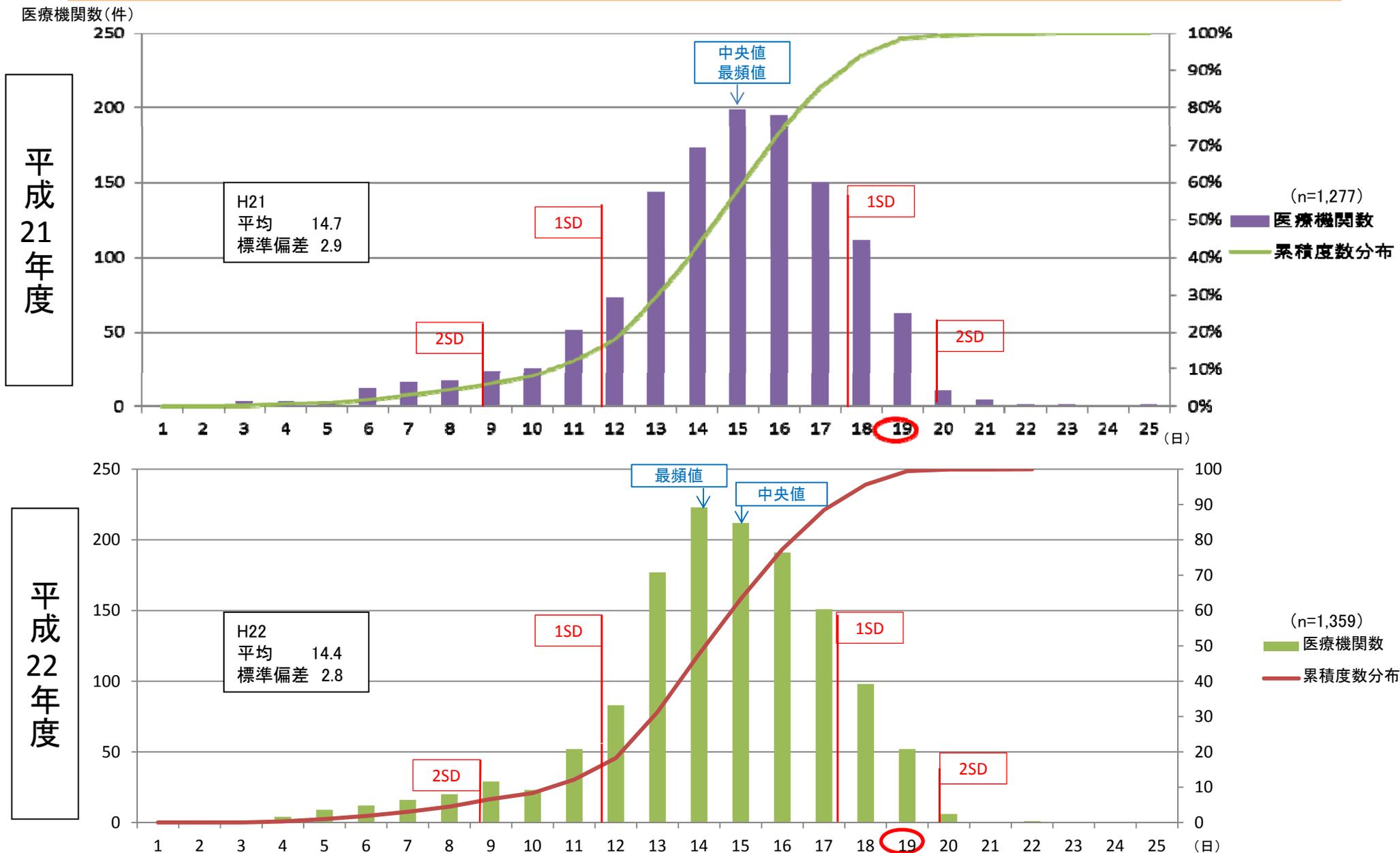
(図表2-6)



○ 7対1入院基本料算定病院は、急性期の医療に関する様々な特定入院料の届出を行っている割合が高い。

○ 一方、10対1入院基本料算定病院は、療養病床の届出を行っている割合が高い。

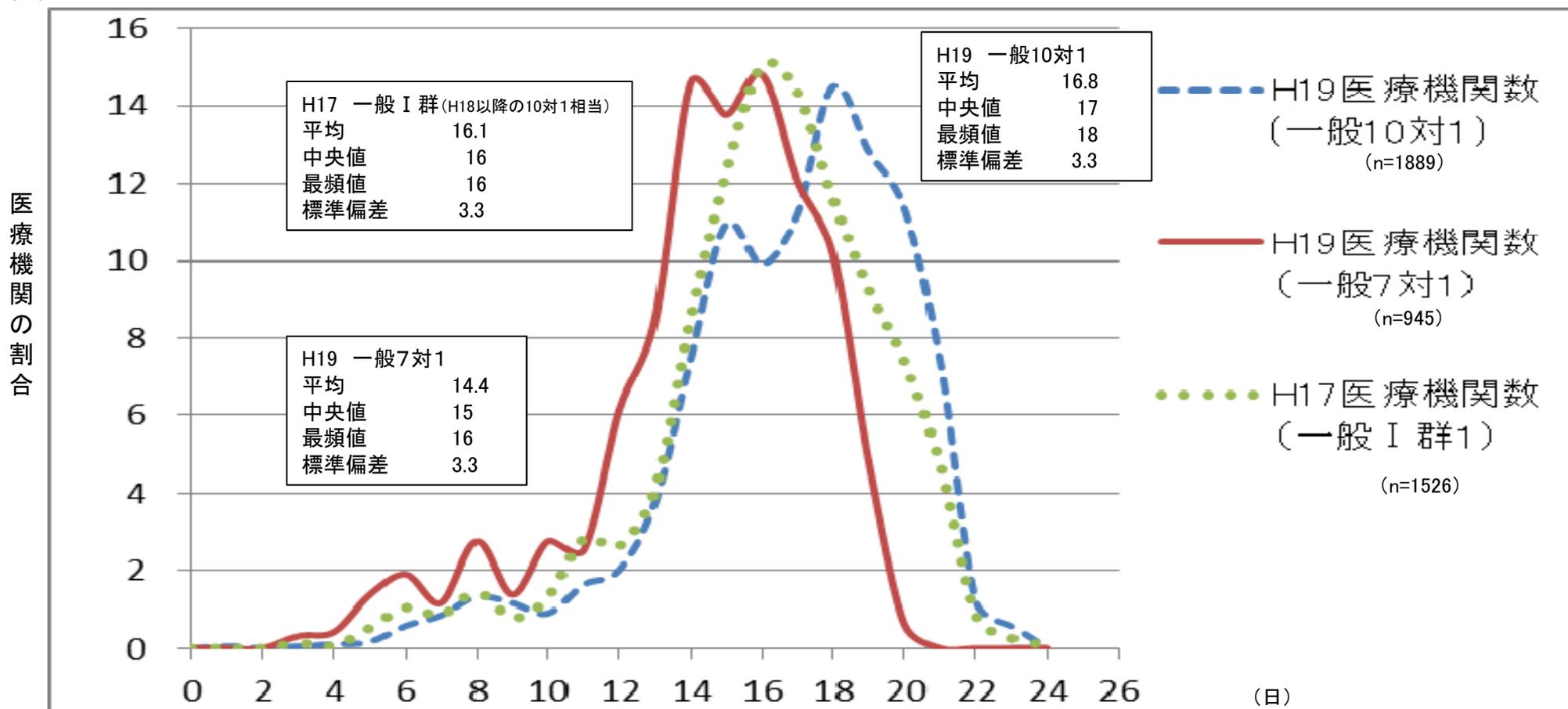
# 一般病棟7対1入院基本料届出医療機関 平成21年と平成22年の平均在院日数の比較



# 一般病棟10対1入院基本料届出医療機関 平成17年と平成19年の平均在院日数の比較

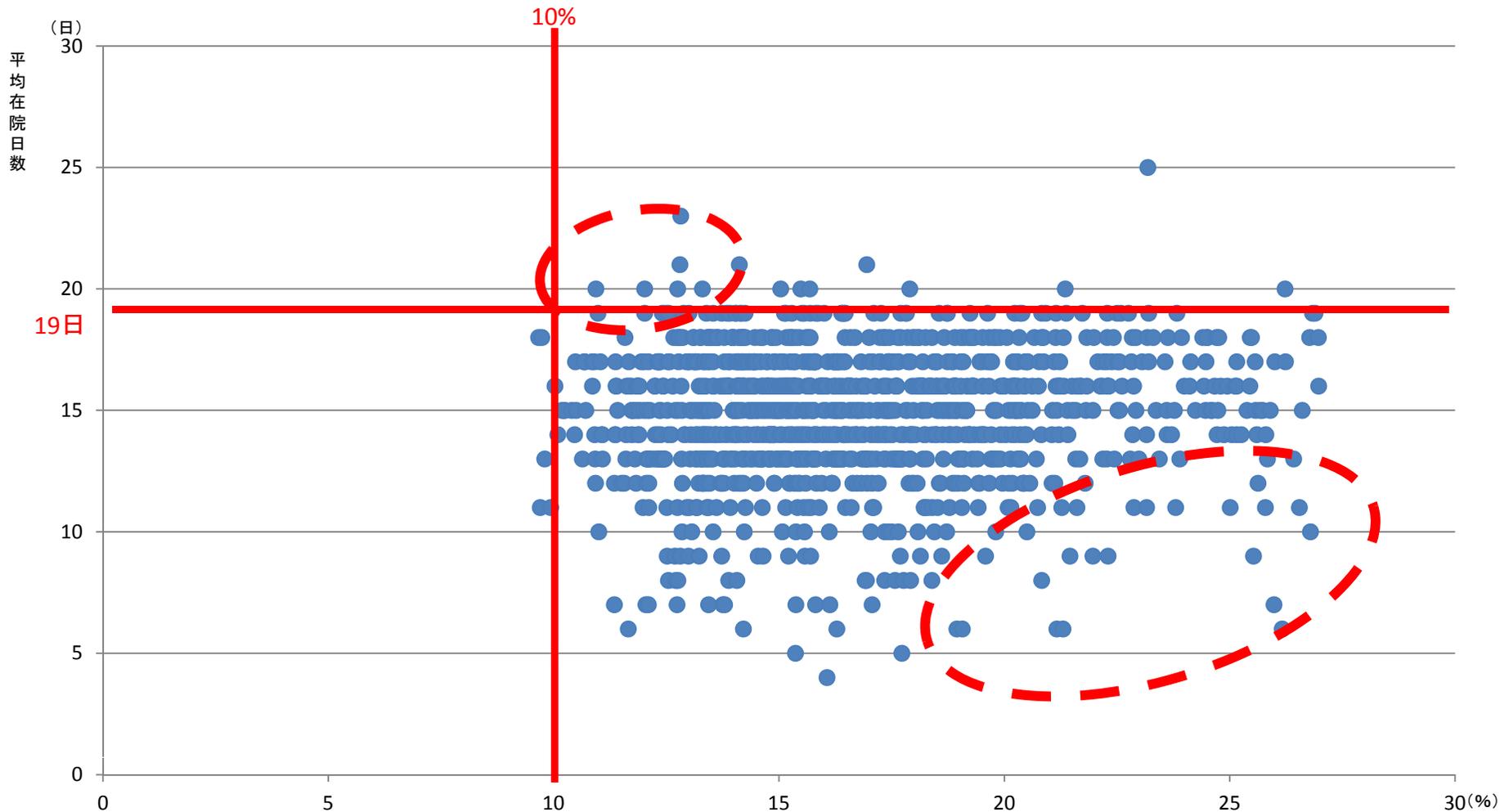
○平成18年度の診療報酬改定で一般病棟7対1入院基本料が創設されたことにより、一般病棟入院基本料 I 群1届出医療機関は、一般病棟7対1や10対1入院基本料届出医療機関等に移行し、平成19年の一般病棟10対1入院基本料平均在院日数が延長した。

(%)



# 7対1入院基本料届出病院の平均在院日数と一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の占める割合

- 看護必要度基準を満たす患者が、少ない医療機関であっても平均在院日数は長い医療機関もあり、多い医療機関であっても、平均在院日数が短い患者がいるなど、傾向は一定ではない。

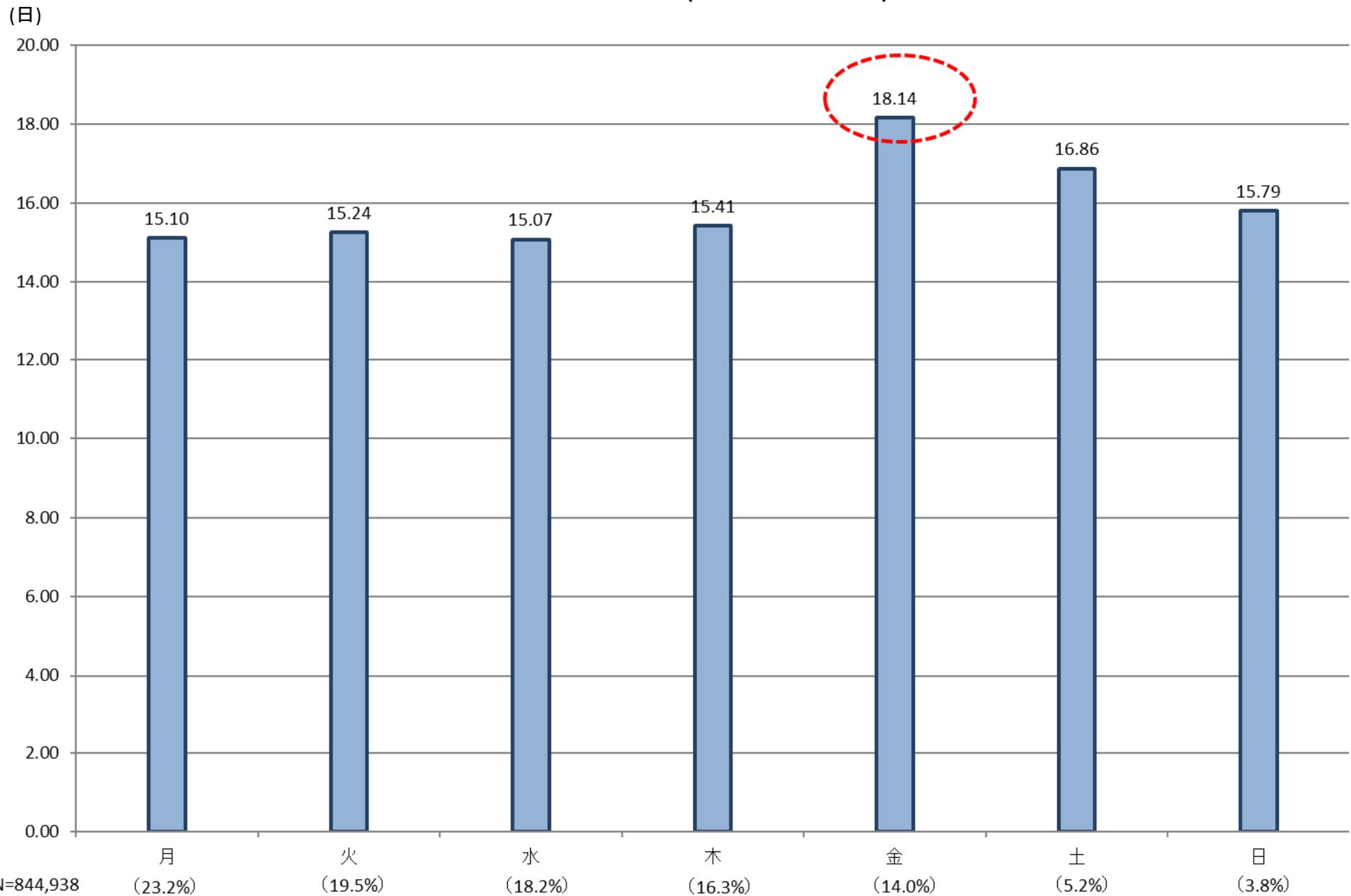


一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合(%)

高度急性期、急性期医療について

## ② 入院日及び退院日の曜日について

# 平均在院日数 (入院曜日別)



N=844,938

出典:平成21年度DPCデータ

# 平均在院日数(退院曜日別)



出典:平成21年度DPCデータ

# 入院曜日、退院曜日と平均在院日数

→退院曜日 ↓入院曜日	土	日	月	火	水	木	金	入院日計
土	19.45	12.29	16.26	15.53	16.90	18.45	18.64	16.86
日	17.26	18.17	14.39	13.23	15.01	17.12	17.78	15.79
月	17.16	17.05	18.88	13.65	11.89	14.87	15.79	15.10
火	16.66	17.26	18.05	19.35	12.99	11.78	15.11	15.24
水	14.76	15.74	17.32	18.28	19.43	12.46	11.92	15.07
木	11.56	13.89	16.59	18.61	19.01	19.81	13.05	15.41
金	13.37	15.84	19.52	18.92	19.68	20.65	21.04	18.14
退院日計	14.89	15.77	17.79	16.91	15.42	15.07	15.03	15.72

□:入院曜日、退院曜日でも平均在院日数が長い曜日(入院:金、退院:月)

■:長い平均在院日数(上位5位)

出典:平成21年度DPCデータ

# 入院曜日、退院曜日毎割合

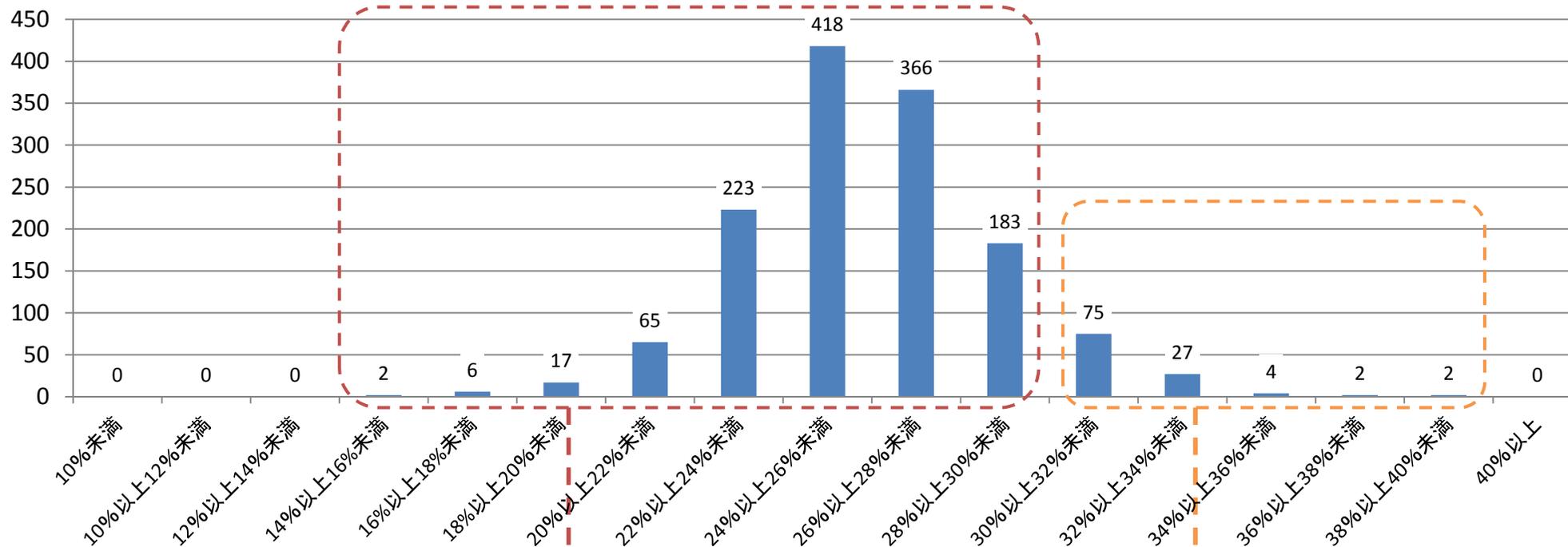
→退院曜日 ↓入院曜日	土	日	月	火	水	木	金	入院日計
土	0.8%	0.6%	0.7%	0.9%	0.8%	0.7%	0.7%	5.2%
日	0.5%	0.3%	0.6%	0.8%	0.6%	0.5%	0.5%	3.8%
月	3.3%	1.7%	2.4%	3.9%	4.8%	3.5%	3.5%	23.2%
火	2.9%	1.4%	2.0%	2.4%	3.5%	4.0%	3.3%	19.5%
水	3.0%	1.4%	2.0%	2.3%	2.2%	3.3%	4.0%	18.2%
木	3.8%	1.5%	1.9%	2.0%	2.0%	1.9%	3.2%	16.3%
金	3.0%	1.3%	1.7%	2.1%	2.0%	1.8%	2.0%	14.0%
退院日計	17.4%	8.2%	11.3%	14.3%	15.9%	15.7%	17.2%	100.0%

■ : 入退院全体の9.4%

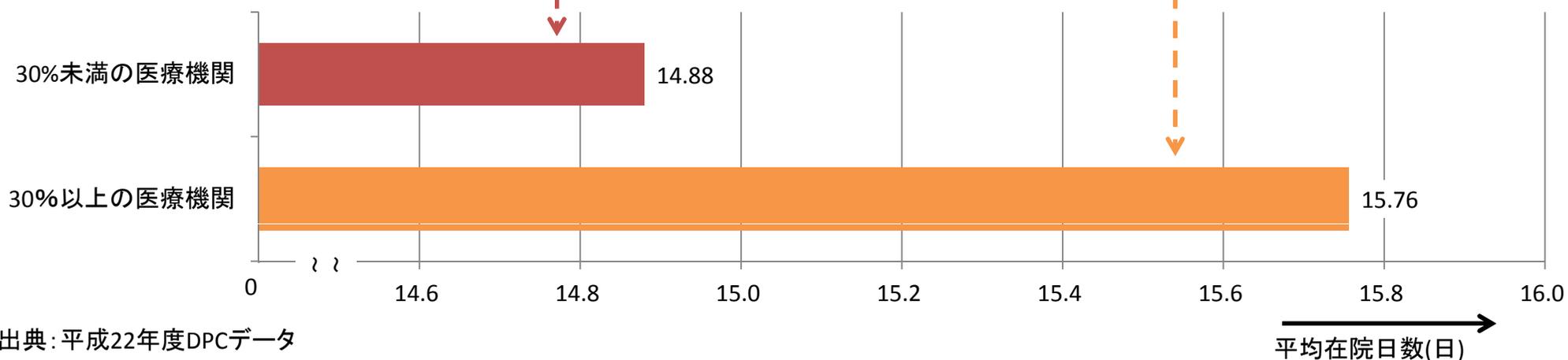
出典: 平成21年度DPCデータ

# 金曜入院または月曜退院症例割合ごとの平均在院日数

全症例に対する金曜入院または月曜退院の症例割合別の医療機関数



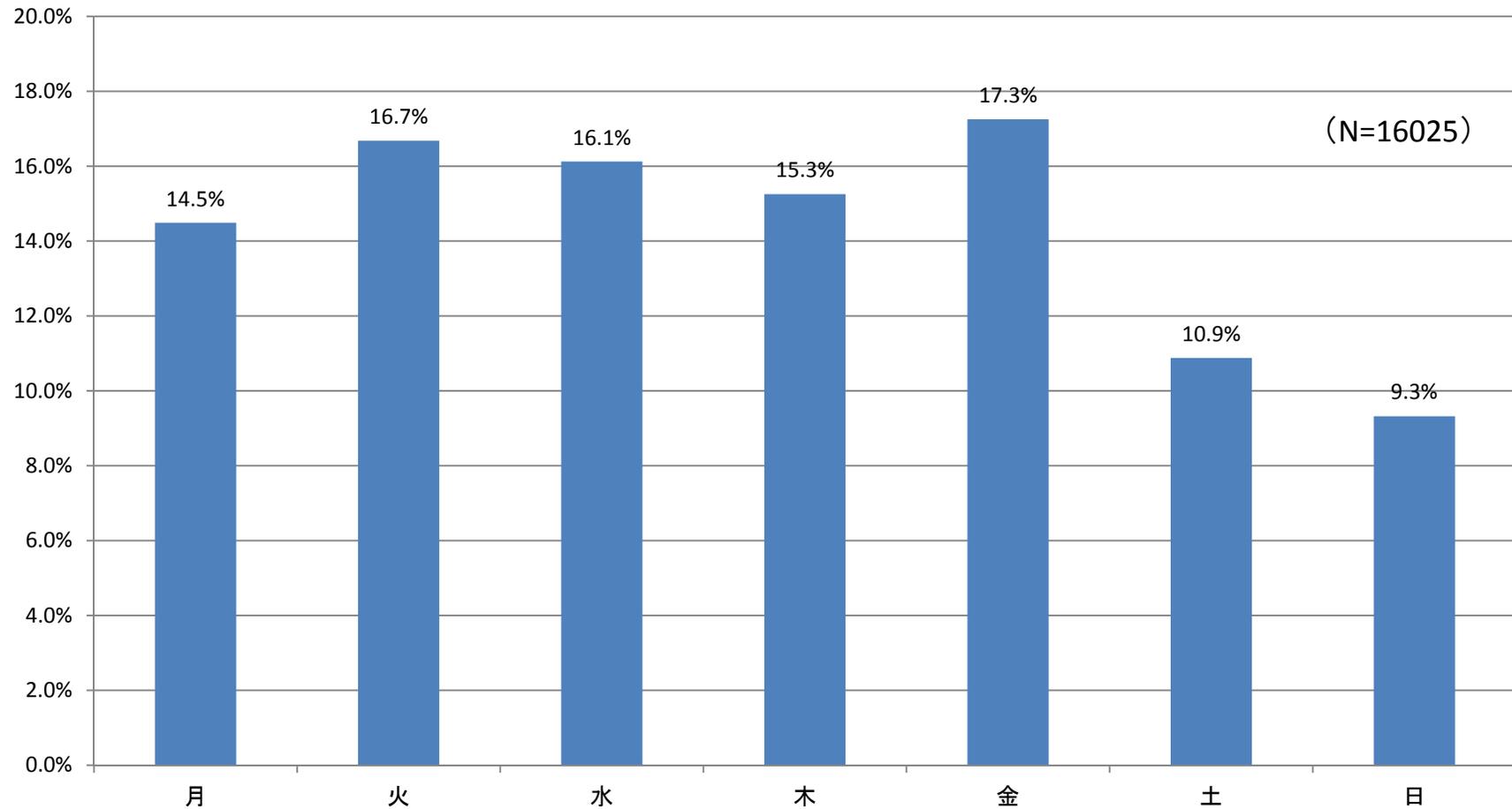
金曜入院または月曜退院症例割合ごとの平均在院日数



出典: 平成22年度DPCデータ

# 主な手術の曜日別実施割合

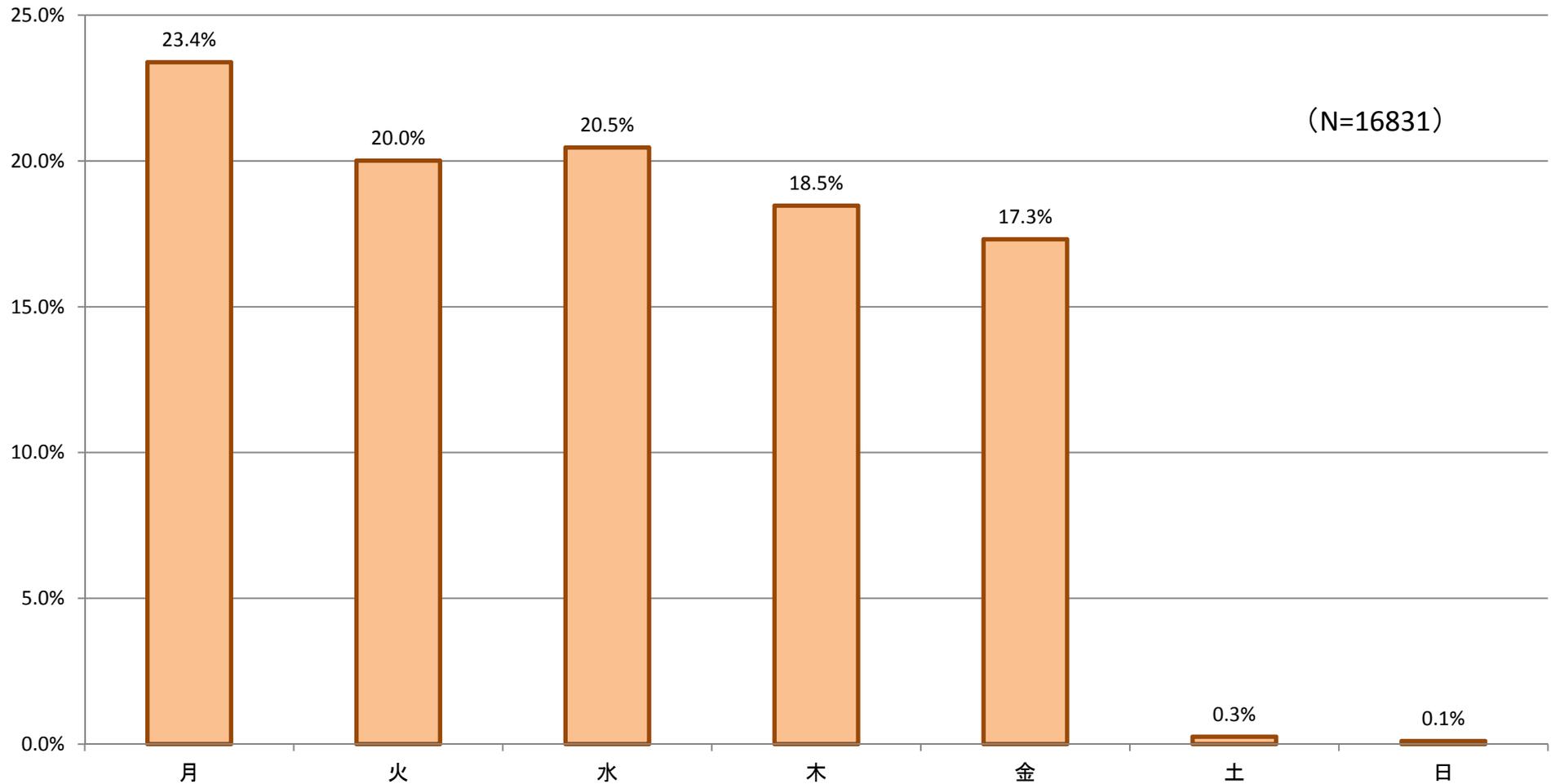
## 緊急帝王切開術



出典:平成21年度DPCデータ

# 主な手術の曜日別実施割合

胃切除術 悪性腫瘍手術



出典:平成21年度DPCデータ

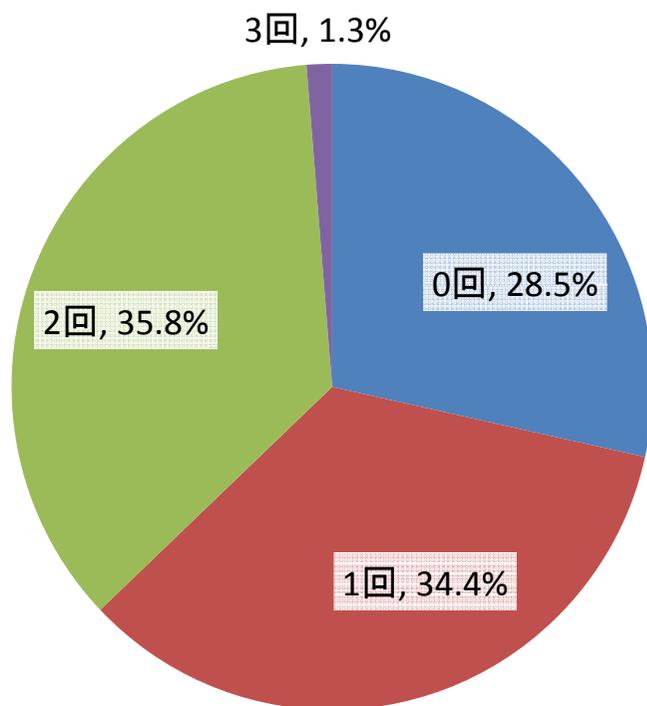
高度急性期、急性期医療について

## ③ 入院日、退院日の評価について

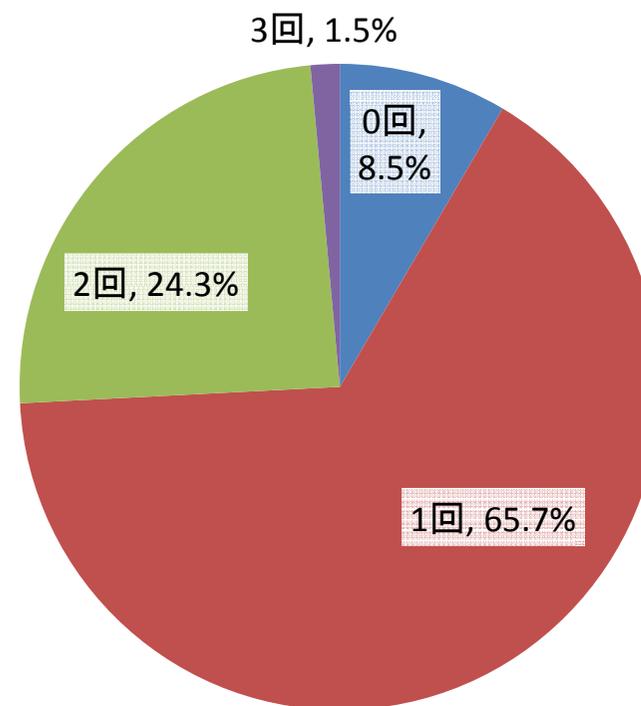
## 入院日、退院日の食事回数

- ・ 入院日の食事回数については、0～2回がほぼ等しく分布している。
- ・ 他方、退院日の食事回数については0～1回(昼食前退院)が3/4を占める。

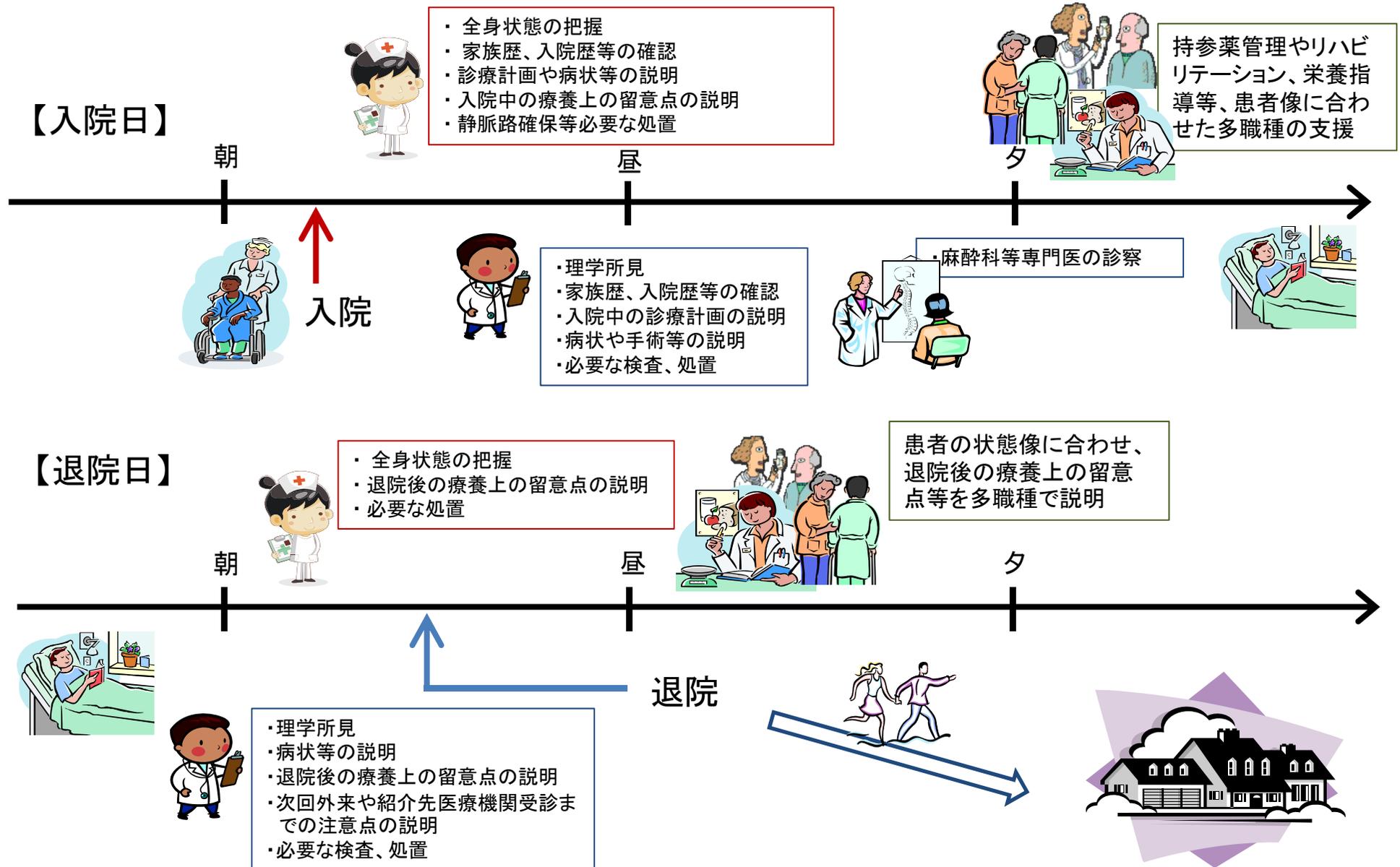
入院日



退院日

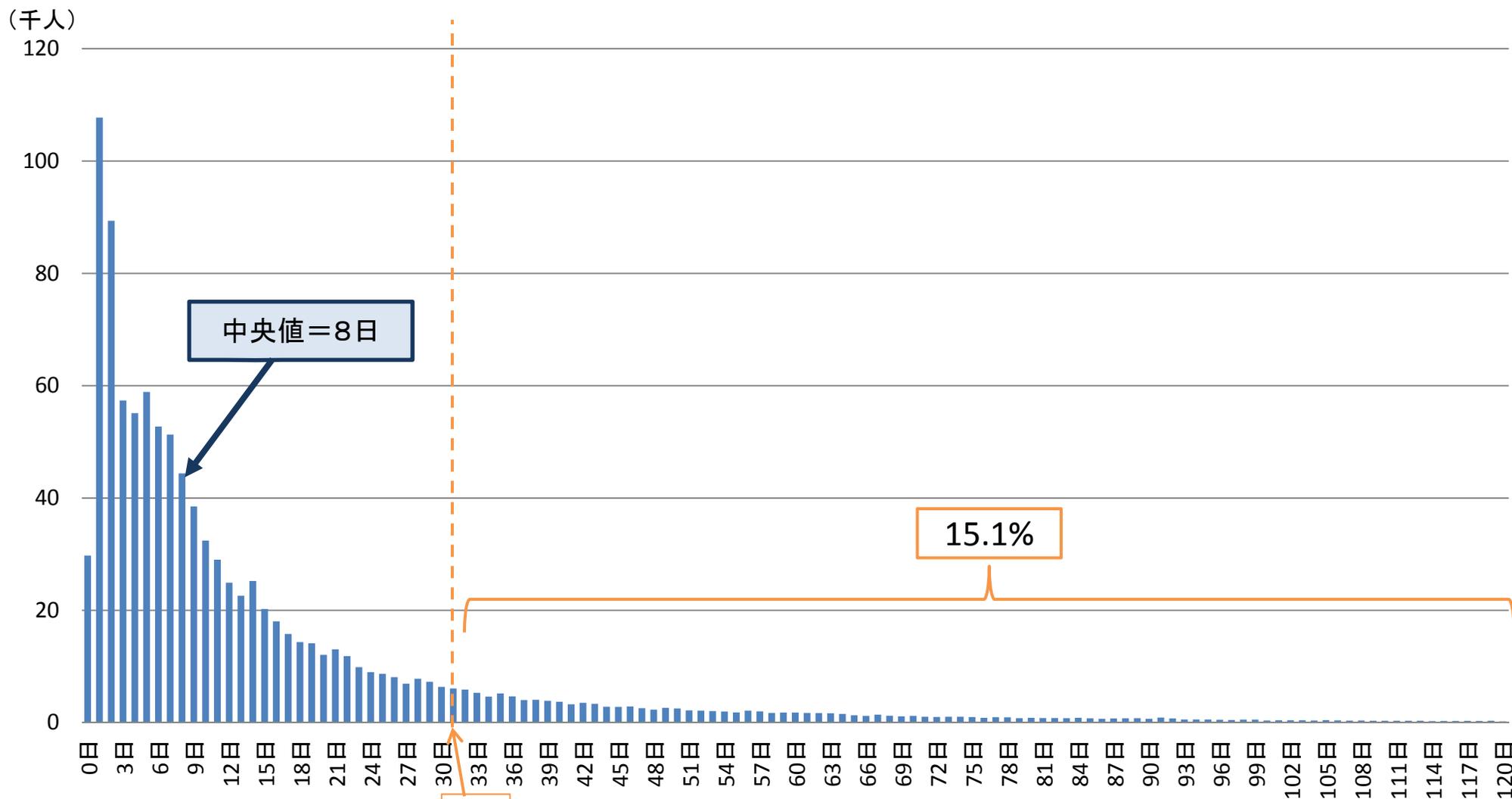


# 入院日、退院日の医療行為について (予定入院のイメージ)



# 日数ごとにみた推計退院患者数(病院・一般病床)の推移(0~120日)

- 病院・一般病床の月間推計退院患者(平成20年9月。106.4万人)について、退院までの在院日数ごとの退院患者数(特別集計)をみると、以下のとおり。
- 121日以上の患者も含めた平均値は21.1日、同中央値は8日。
- 在院日数31日以上退院患者は全体の15.1%



注) 120日以上は略

出典) 厚生労働省 平成20年「患者調査」より作成

## 課題と今後の方向性

- 現在、医療部会等で患者像や医療機能(診療密度)に着目した機能分化について議論されているが、診療報酬上の評価は、医師配置や看護配置等ストラクチャーに基づくものが中心となっている。
- 一般病棟の多くを占める7対1一般病棟入院基本料においても、看護必要度や平均在院日数、複雑性指数等の指標で評価した場合、そのばらつきは大きい。
- 金曜に入院した者、月曜に退院した者の在院日数は長い。また、金曜入院、月曜退院の多い医療機関の平均在院日数は少ない医療機関より長い。
- 緊急手術を除くと土日には手術はあまり実施されていない。
- 入院日の食事回数については、0~2回がほぼ等しく分布しているが、他方、退院日の食事回数については0~1回(昼食前退院)が3/4を占める。

### 【今後の方向性】



- 一般病棟の5割を占める、7対1一般病棟入院基本料について、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、どのような評価が適切か。また、患者像に即した適切な評価は7対1一般病棟入院基本料以外の病床(10対1一般病棟入院基本料や特定機能病院入院基本料)でも必要ではないか。
- 土日の診療密度は一般的に平日とは異なると考えられるが、金曜日入院する患者や月曜日退院する患者の平均在院日数が長くなっていることに対してどのような対応が必要か。
- 入院日、退院日の入院医療の評価についてどのように考えるか。特に退院日について、昼食前までの短い時間の入院に対する評価として、どのような考え方が適切か。

高度急性期、急性期医療について

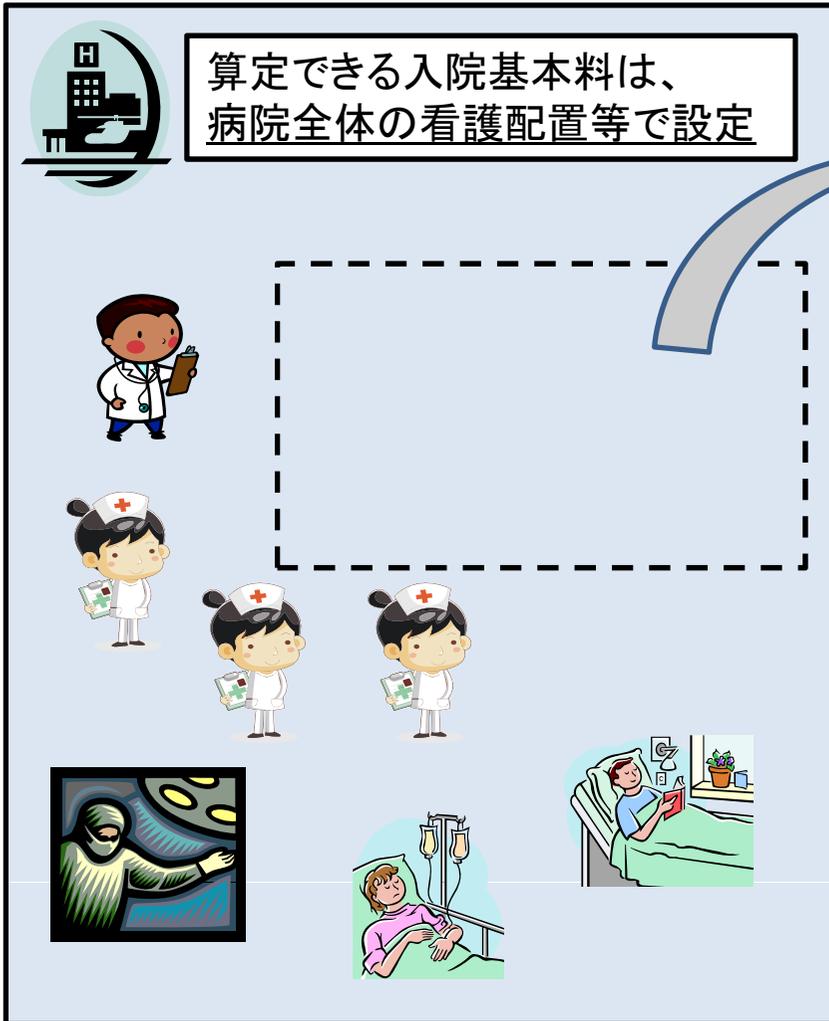
## ④ その他

(高度急性期、急性期医療に係る特定入院料)

# 特定入院料について(イメージ)

## 入院基本料

算定できる入院基本料は、  
病院全体の看護配置等で設定



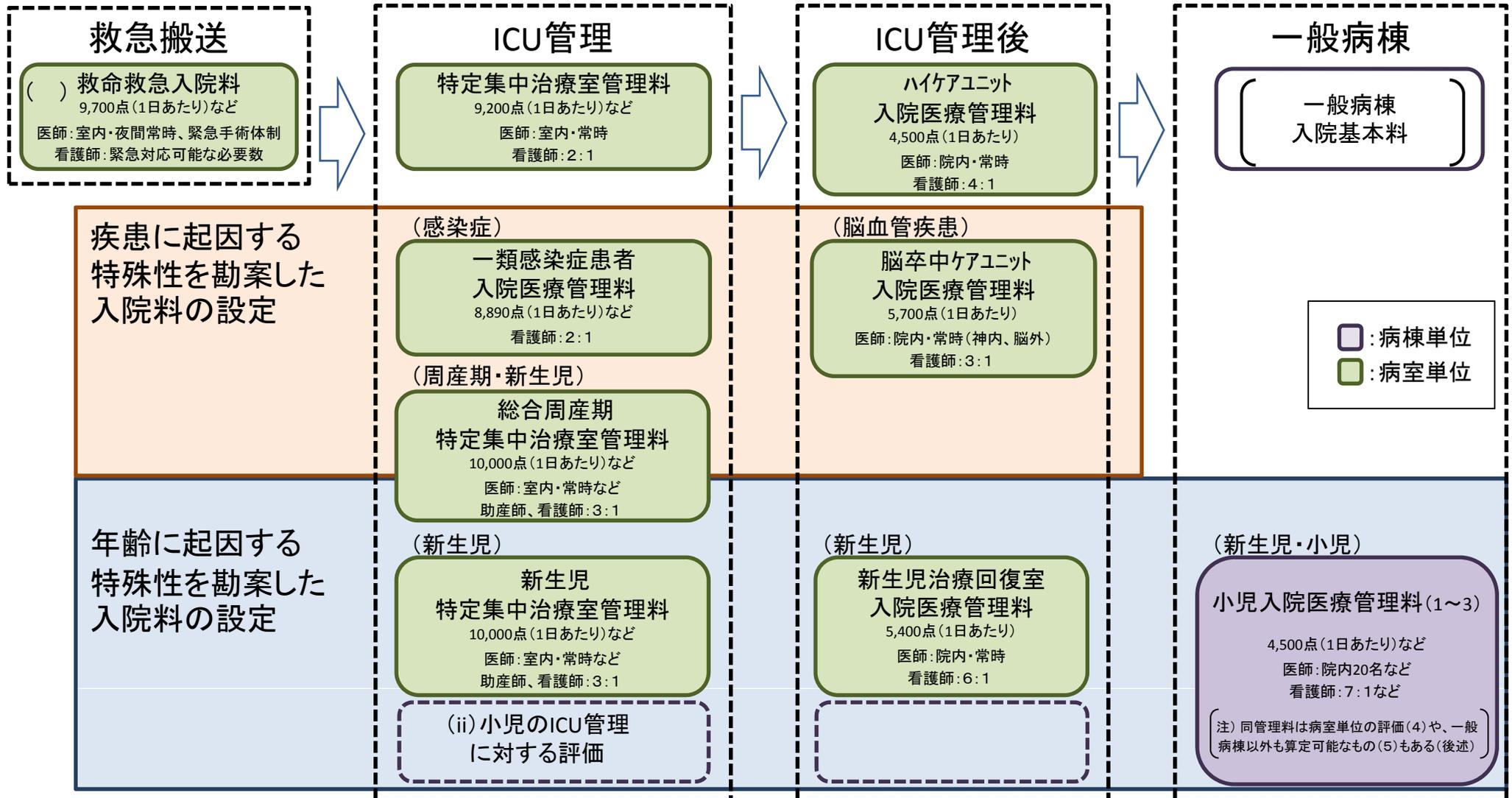
## 特定入院料

- ・急性期の集中的な治療や濃厚なケアなどの特定の機能又は患者特性に着目して、病棟単位、病室単位、病室単位ごとに特定入院料を設定
- ・入院基本料を含む入院サービスの費用および入院時に行われる診療行為の費用を幅広く包括評価



# 高度急性期、一般急性期に係る特定入院料について(模式図)

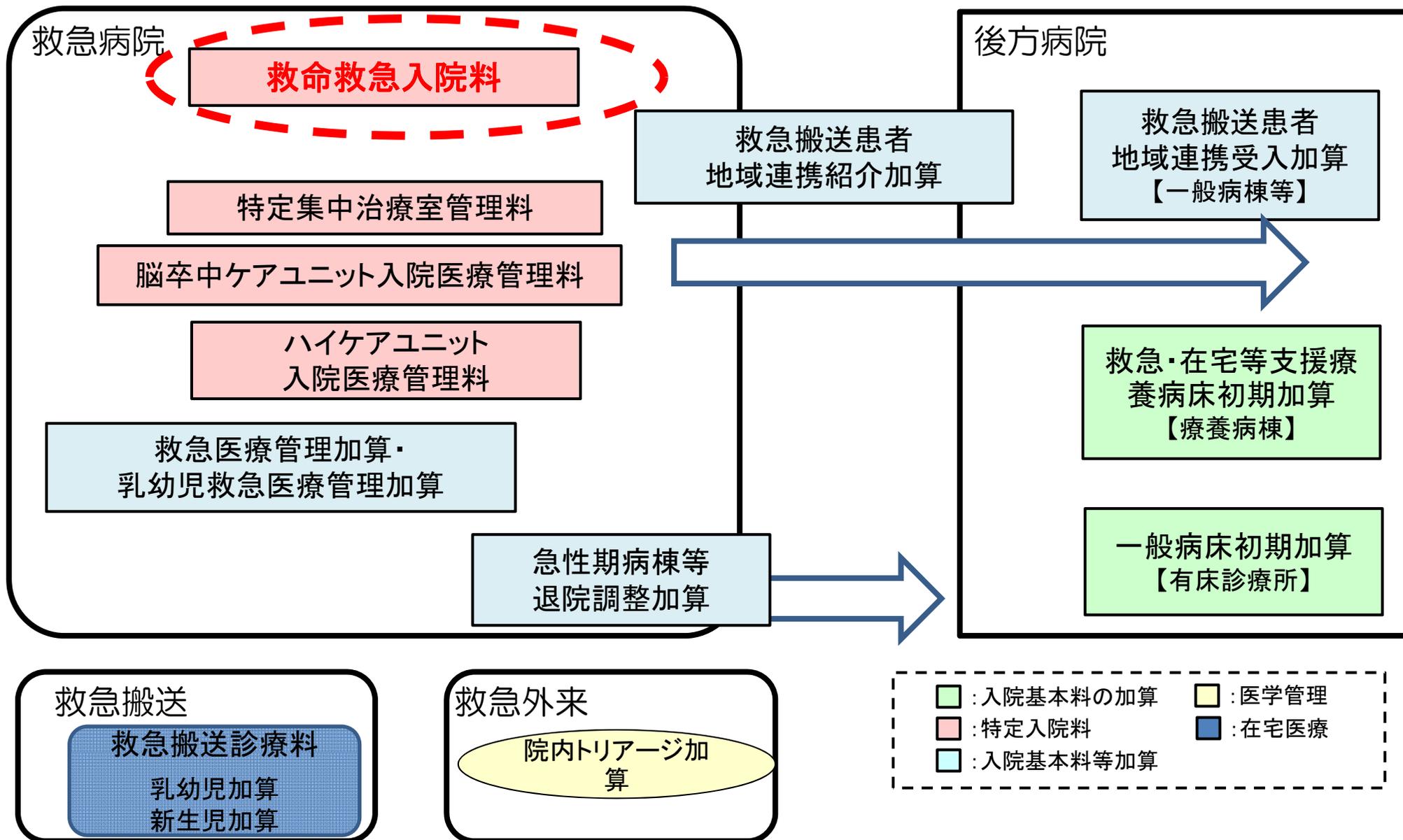
- ・ 一般病棟、感染症病棟における、高度急性期、一般急性期に係る特定入院料は9あり、大きく救急搬送、ICU管理、ICU管理後、一般病棟といった患者の状態像ごとにおおむね設定されている。
- ・ そのうえで、疾患や年齢により、診療内容が異なるものについては、必要に応じ、病棟や病室単位で個別の特定入院料を設定してきたところ。



注) 医師、看護師等については、基本的な要件を記載した。また、他職種の配置要件や施設基準等が別にある。

(i) 救命救急入院料

# 救急医療に係る主な診療報酬について (模式図、現状)





# 救命救急入院料1及び3の届出状況等



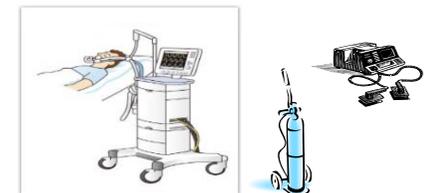
	救命救急入院料1	救命救急入院料3	救命救急入院料2	救命救急入院料4
看護師の配置要件	必要な看護師を常時配置		常時2対1 (ICU並み)	
届出件数	141	70	65	81
許可病床数	3,205	1,634	503	809
点数 (3日以内)	9,700点	9,700点	11,200点	11,200点

保険局医療課調べ(平成22年7月1日現在)

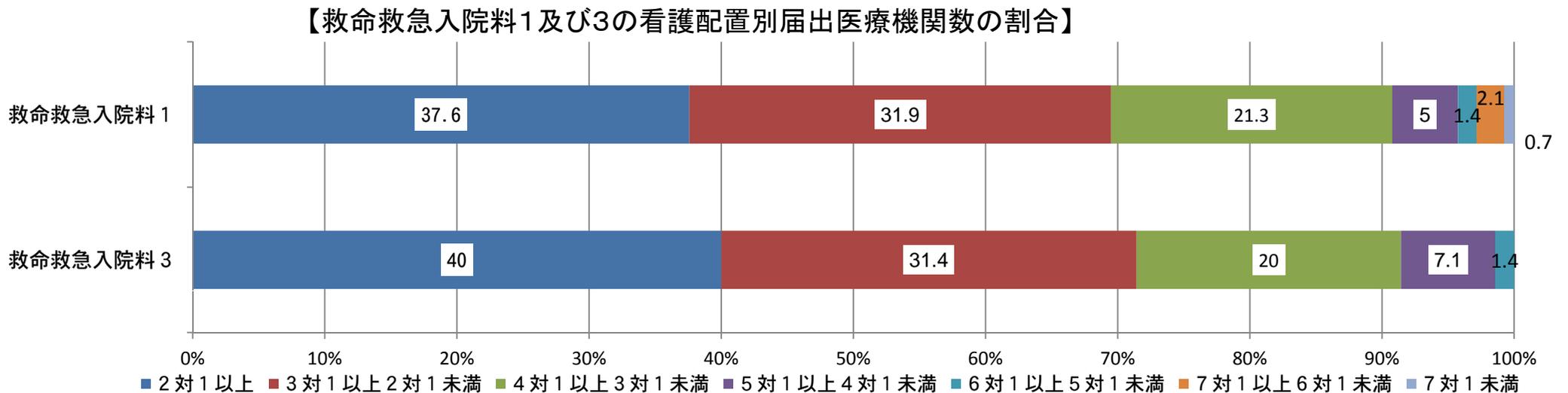
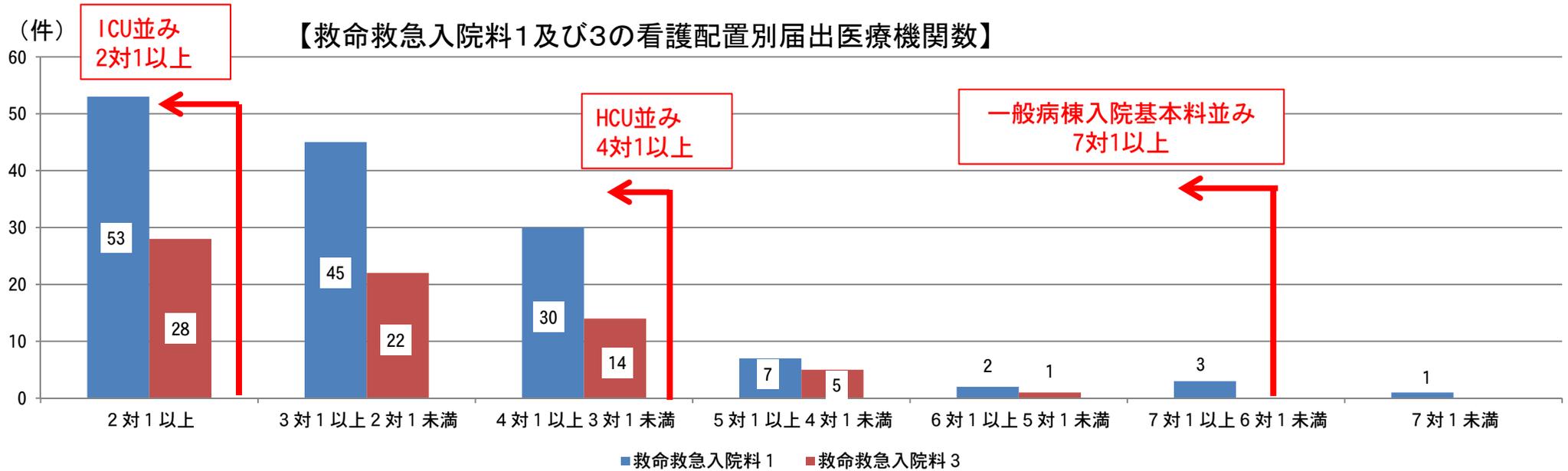
明確な看護配置基準がないため、現行上はその医療機関が届け出ている一般病棟入院基本料の届出区分と同じ看護配置であっても算定は可能

## 【算定対象患者＝重篤な救急患者】

意識障害又は昏睡 ・ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・ 急性薬物中毒 ・ ショック  
 急性心不全 (心筋梗塞を含む) ・ 重篤な代謝障害 (肝不全、腎不全、重症糖尿病等)  
 広範囲熱傷 ・ 大手術を必要とする状態 ・ 救急蘇生後 ・ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

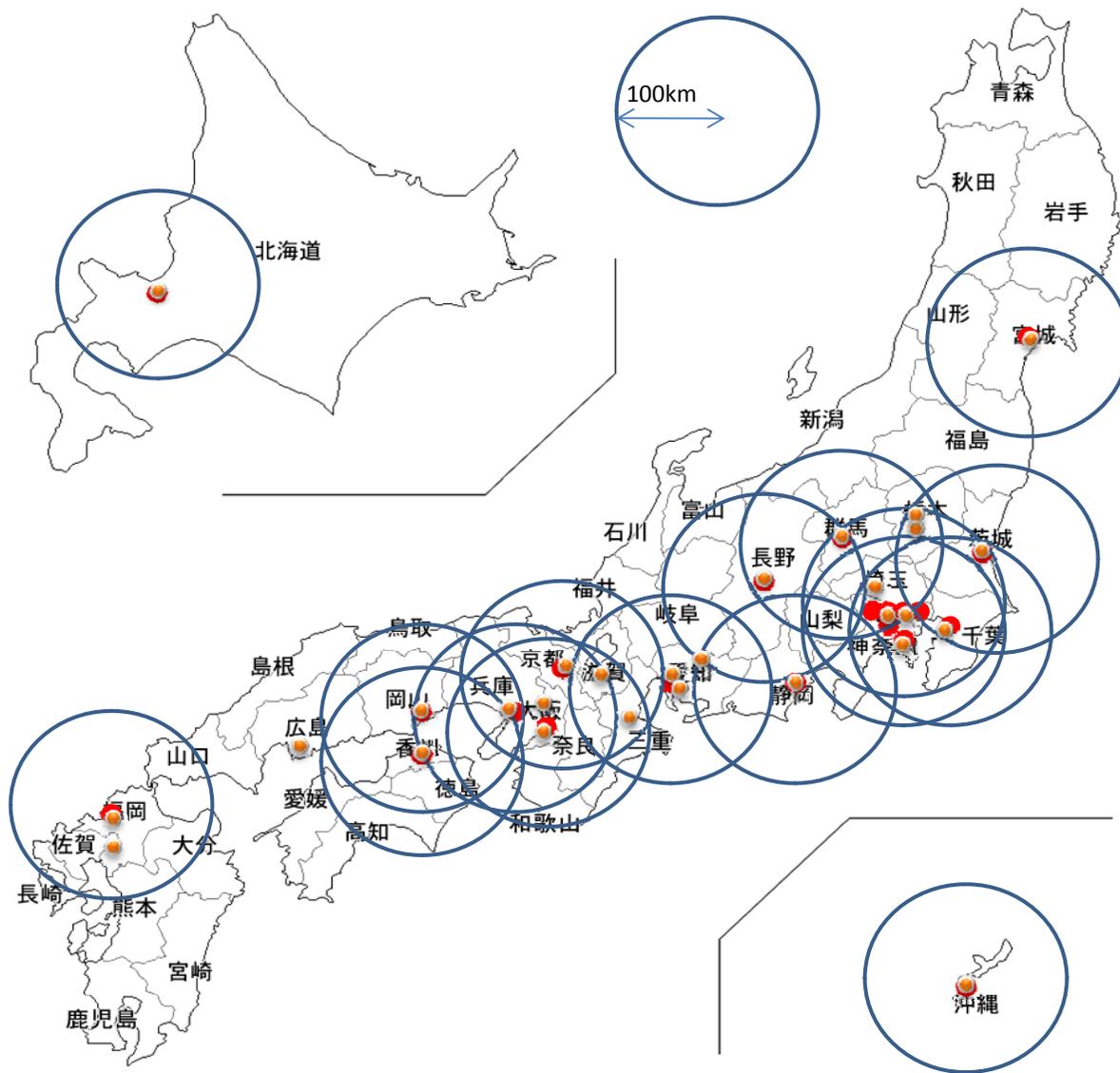


# 救命救急入院料1及び3の看護配置別 届出医療機関数とその割合



## (ii) 小児の集中治療について

# 小児専門のICU設置医療機関



## ● 小児専門のICU設置医療機関

(H15) 16施設97床( )

(H23) 20施設200床

## ● 日本小児総合医療施設協議会加盟病院

<参考>

全国の小児総合病院で構成される日本小児総合医療施設協議会加盟病院の中で、独立したPICUを設置している医療機関は53.6%で、うち救急患者用病床を有する医療機関は80% (病床数では67.5%)

( )平成18年に「小児集中治療部設置のための指針」が関係学会により作成されており、平成15年当時は施設間のばらつきが大きい。

# PICUとICUにおける患者像

	小児集中治療室（PICU）	特定集中治療室（ICU）
患者像	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他院からの転院、手術後、院内急変など様々な状態の患者を受け入れる*1</li> <li>・ 心筋炎、脳炎などの重篤な感染症や、脳神経系、循環器系疾患の中でも先天奇形に由来する疾患が多い</li> <li>・ 体外補助循環療法、血液浄化療法など成人と同様の高度な治療が行われる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術後の患者が多く、一部院内の急変患者等も受け入れる*2</li> <li>・ 脳卒中、心筋梗塞などの加齢に伴って増加する疾患が多い</li> <li>・ 特定集中治療室入院料算定患者の97.7%は成人</li> </ul>
必要な対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児に特化した集中治療を専門とする医師が必要</li> <li>・ 年齢に応じて体格が様々であり、年齢に応じた機材の確保が必要</li> <li>・ 1歳未満等、特殊な患者の体外補助循環療法、血液浄化療法等に対応するコメディカルスタッフが必要*3</li> <li>・ 両親をはじめとした家族への手厚い対応が成人以上に必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集中治療を専門とする医師が必要</li> <li>・ 小児に対応した機材の確保は必ずしも必要ない</li> <li>・ インファントウォーマーなど小児特有の医療機器の確保も必ずしも必要ではない。</li> </ul>

\*1 広域搬送を受け入れるPICUでは入院患者のうち、より高度な治療を必要として他院から転院搬送された患者が17.7%を占める  
(国立成育医療研究センター、東京都立小児総合医療センターの実績)

\*2 ICUでは入院患者のうち他院から転院搬送された患者は9.4%を占める  
(日本集中治療医学会ICU機能評価委員会(平成20年厚生労働科学研究))

\*3 特定集中治療室入院料算定患者のうち、小児患者は2.3%であるが、「K601 人工心肺」を算定した患者の7.6%は15歳未満であり、小児で体外補助循環療法等を行う頻度は成人と比較して高いと考えられる。(平成22年社会医療診療行為別調査より)

# 小児集中治療室における医療資源投入量

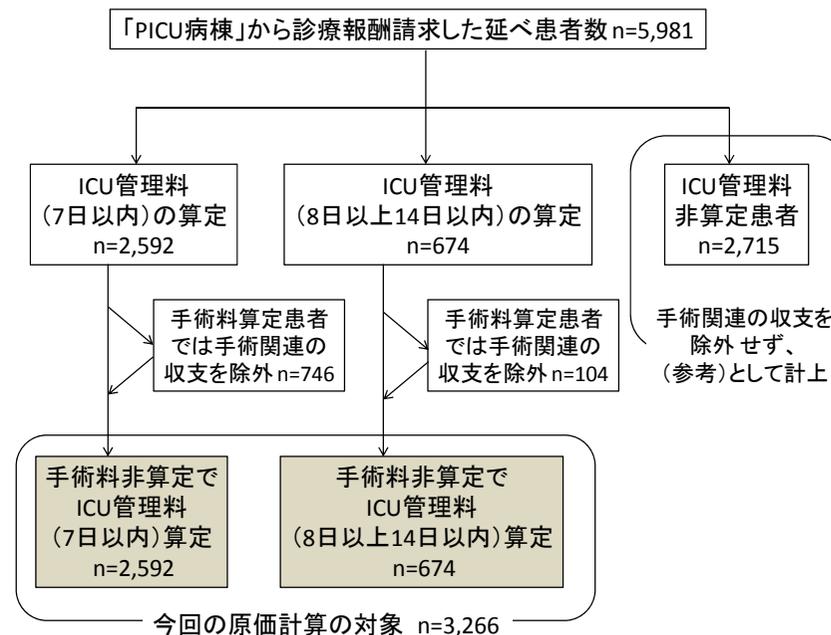
## 国立成育医療研究センターの例

	延べ患者数	患者1人1日当たり (単位円)
7日以内*	2,592	207,433
8日以上14日以内*	674	186,754
合計*	3,266	-

### <特定集中治療室管理料1>

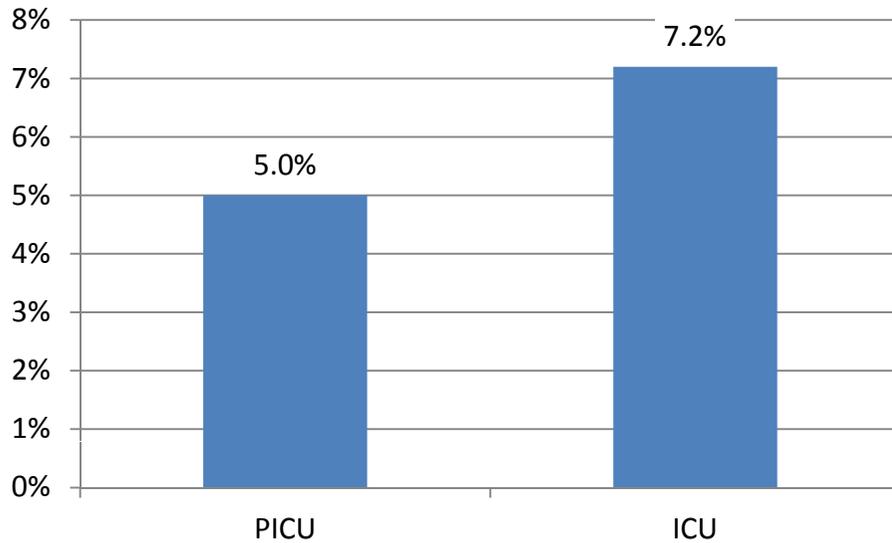
イ 7日以内の場合	9,200点
ロ 8日以上14日以内の場合	7,700点
○小児加算	
イ 7日以内の場合	1,500点
ロ 8日以上14日以内の場合	1,000点

\* 手術療法が行われた患者では、手術に直接にかかわる経費(外科医等の人件費、手術・麻酔材料など)を除外

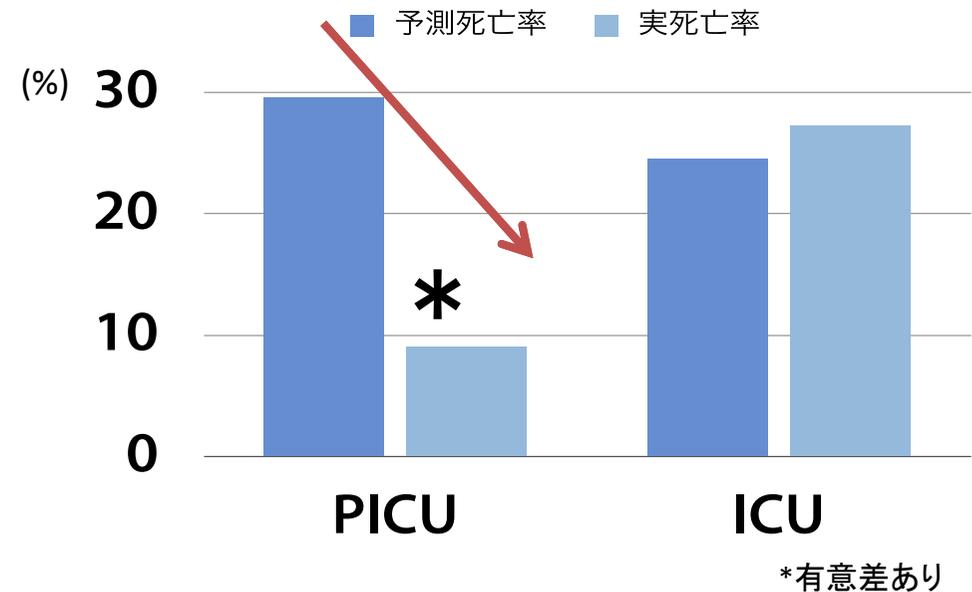


# 重症救急小児患者の予後

<死亡率(海外)>



<PICUへ移送した場合の死亡率(国内)>



- 成人患者と小児患者が混在したICUより小児専用のPICUで管理する方が死亡率が低い。
- 救急施設での初期診療→PICU(成育研究医療センター)へ搬送した場合、一般的なICUで管理した場合に比べ生命予後の改善が認められた。

## 課題と今後の方向性

- 救命救急入院料について、特定集中治療室(ICU)と併設の場合は1日あたり11,200点、併設でない場合は1日あたり9700点の評価となっているが、ICUと併設の場合はICUと同様の施設基準(看護師が2ベッドに1名配置)となるが、併設がない場合は明確な看護配置基準がない(必要な看護師を常時配置)こともあり、医療機関によってばらつきが大きい。
- 小児の集中治療について、わが国でも小児専門のICU(PICU: Pediatric Intensive Care Unit)の設置がすすんでいるが、PICUとICUでは救急搬送患者の状態像や必要な対応が異なり、また、PICUで管理する方が一般的なICUで管理する場合より生命予後が改善するとの報告もある。

### 【今後の方向性】

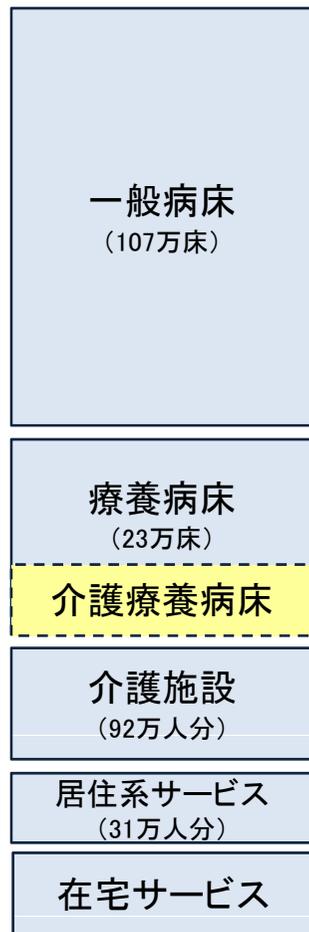


- ICUと併設でない救命救急入院料について、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院を除けば、救命救急医療を提供するために必要な看護基準を設けるべきではないか。
- 小児の集中治療について、小児専門のICUに特化し、救命救急を受け入れている場合に、その特性に応じた評価を設けることについてどのように考えるか。

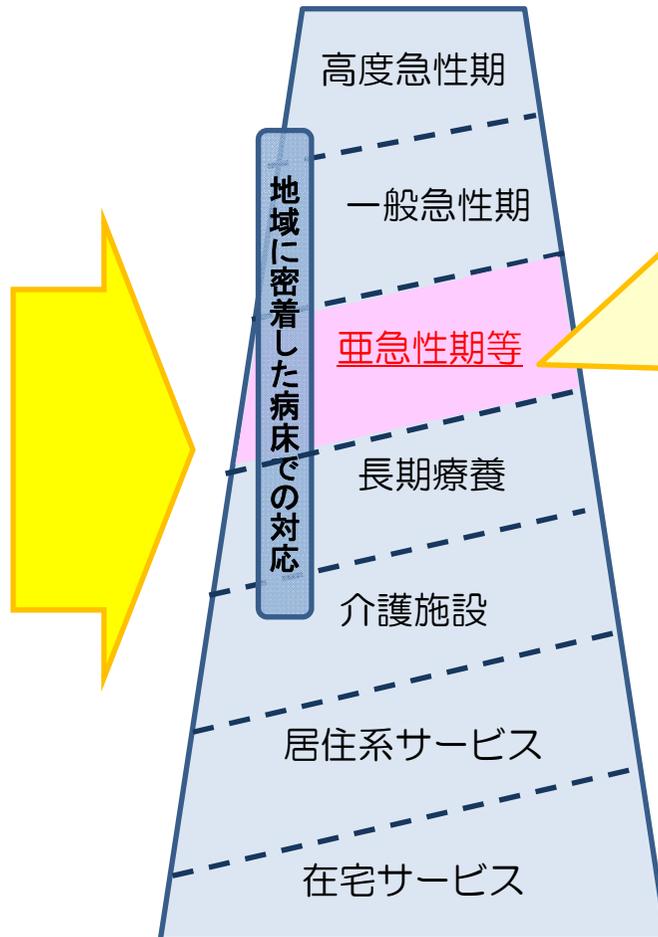
# ・ 亜急性期等医療について

# 亜急性期等の病棟に期待される役割について

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



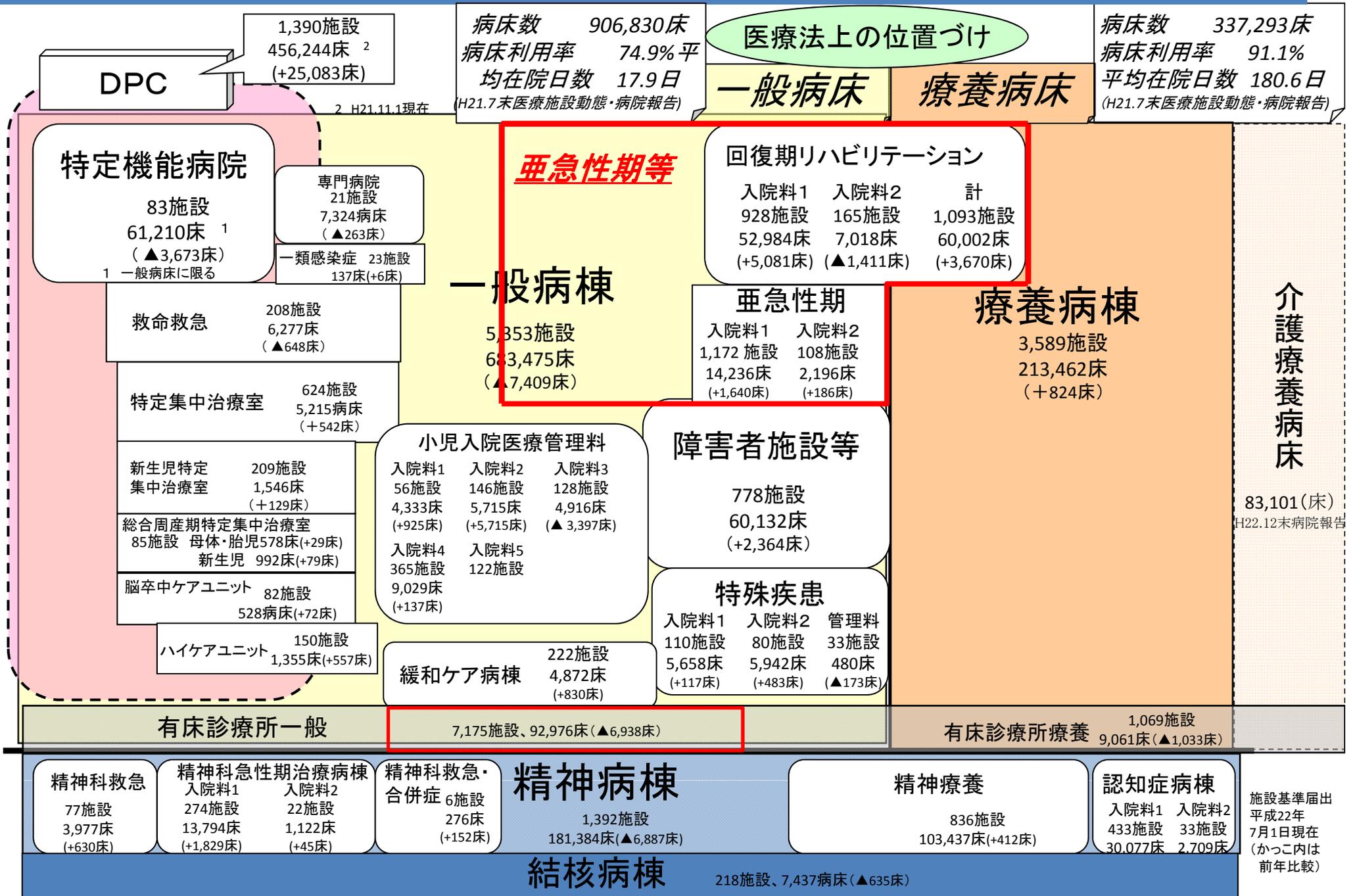
- 急性期病院からの医療必要度の高い者の受け皿
- リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制
- 退院支援等在宅復帰機能
- 在宅療養患者の急性増悪時の対応機能

(社会保障改革に関する集中検討会議資料より亜急性期等に関する記載を保険局医療課で抜粋)

・ 亜急性期等医療について

# 亜急性期入院医療管理料と 回復期リハビリテーション病棟入院料

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)



# 亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料

## 亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料1 2,050点 (90日算定可能)  
**一般病棟の病室単位で算定** 14,236床 (平成22年7月1日現在)

一般病床数の1割以下\*1

一般病棟入院基本料

亜急性期  
入院医療  
管理料1

亜急性期入院医療管理料2 2,050点 (60日算定可能)  
**一般病棟の病室単位で算定** 2,196床 (平成22年7月1日現在)

一般病床数の3割以下\*2

一般病棟入院基本料  
(200床未満の病院に限る)

亜急性期入院医療  
管理料2

### <共通の要件>

- ・看護職員配置 13:1以上(看護師比率7割以上)
- ・在宅復帰率6割以上
- ・診療管理体制加算を算定していること
- ・専任の在宅復帰支援担当者が勤務していること など

\*1 合併症を有する患者の割合が回復期のリハビリテーションを必要とする患者の1割以上である場合については3割以下

### <亜急性期入院医療管理料2のみの要件>

- ・治療開始日より3週間以内に7:1入院基本料等を算定している病床からの転床または転院してきた患者が2/3以上



\*2 他の保健医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合は5割以下

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点  
(疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)  
**病棟単位で算定** 52,984床 (平成22年7月1日現在)

回復期リハビリテーション病棟入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点  
(疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)  
**病棟単位で算定** 7,018床 (平成22年7月1日現在)

回復期リハビリテーション病棟入院料2

### <共通の要件>

- ・看護職員配置15:1以上(看護師比率4割以上)、看護補助者30:1以上、専任医師1名以上、専従理学療法士2名・作業療法士1名以上
- ・回復期リハビリテーションを要する状態の患者が8割以上入院していること
- ・1日あたり平均2単位以上リハビリテーションを提供している

### <回復期リハビリテーション病棟1のみの要件>

- ・直近6ヶ月以内に新たに入院した患者のうち2割以上が重症の患者であること
- ・在宅復帰率6割以上



# 亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

## 亜急性期入院医療管理料

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

(別に算定可(注))

(放射線治療)・すべて	
(麻酔)・すべて	
(手術)・すべて	
(処置)・1000点を超えるもの	
(精神科専門療法)・すべて	
(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬)	
・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可	
(医学管理等)・すべて	
(入院基本料等加算)	・医療安全対策加算
・臨床研修病院入院診療加算	・褥瘡患者管理加算
・医師事務作業補助体制加算	・救急搬送患者地域連携受入加算
・地域加算	・総合評価加算
・離島加算	・急性期病棟等退院調整加算
・栄養管理実施加算	

(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬)	
・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(医学管理等)・地域連携診療計画退院時指導料( )のみ	
(入院基本料等加算)	・医療安全対策加算
・臨床研修病院入院診療加算	・褥瘡患者管理加算
・医師事務作業補助体制加算	・救急搬送患者地域連携受入加算
・地域加算	・総合評価加算
・離島加算	
・栄養管理実施加算	



(包括範囲)

<b>亜急性期入院医療管理料</b> <b>(1、2)2050点</b>
<b>リハビリテーション提供体制加算 50点</b>

<b>回復期リハビリテーション病棟入院料</b> <b>(1)1720点、(2)1600点等</b>
<b>重症患者回復病棟加算50点</b>
<b>休日リハビリテーション提供体制加算60点</b>
<b>リハビリテーション充実加算40点</b>

(注)別に算定可能としている診療報酬項目を示したものであり、必ずしもすべての項目が算定されているわけではない

# 亜急性期入院医療管理料とDPC/PDPSの包括範囲

## 亜急性期入院医療管理料

(放射線治療)・すべて  
(手術、麻酔)・すべて  
(処置)・1000点を超えるもの  
(精神科専門療法)・すべて  
(リハビリテーション)・すべて

(薬剤・注射薬)  
・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等

(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可

(医学管理等)・すべて

(入院基本料等加算)  
 ・臨床研修病院入院診療加算  
 ・医師事務作業補助体制加算  
 ・地域加算  
 ・離島加算  
 ・栄養管理実施加算  
 ・医療安全対策加算  
 ・褥瘡患者管理加算  
 ・救急搬送患者地域連携受入加算  
 ・総合評価加算  
 ・急性期病棟等退院調整加算



亜急性期入院医療管理料  
(1、2)2050点

リハビリテーション提供体制加算 50点

## DPC/PDPS

(病理診断)・術中迅速病理組織標本作製 ・病理診断・判断料

(放射線治療)・すべて  
(手術、麻酔)・すべて  
(処置)・1000点を超えるもの ・連続携帯式腹膜灌流  
(精神科専門療法)・薬剤料、特定保険医療材料を除くすべて  
(リハビリテーション)・薬剤料、特定保険医療材料を除くすべて

(薬剤・注射薬)  
・抗ウイルス薬(HIV感染症)  
・血液凝固因子製剤(血友病等)

(検査)・心臓カテーテル検査 ・内視鏡検査  
・診断穿刺・検体採取料(血液採取を除く)  
(画像診断)・画像診断管理加算 ・選択的動脈カテーテル法  
(注射)・無菌製剤処理料のみ

(在宅医療)・退院時に算定可

(医学管理等)手術前医学管理料、手術後医学管理料を除きすべて

(入院基本料等加算) 以下のものを除き、すべて算定可能  
 ・総合入院体制加算  
 ・臨床研修病院入院診療加算  
 ・医師事務補助体制加算  
 ・看護補助加算  
 ・地域医療支援病院入院診療加算  
 ・診療録管理体制加算  
 ・急性期看護補助体制加算  
 ・医療安全対策加算



診断群分類ごとに  
1日あたり点数を規定

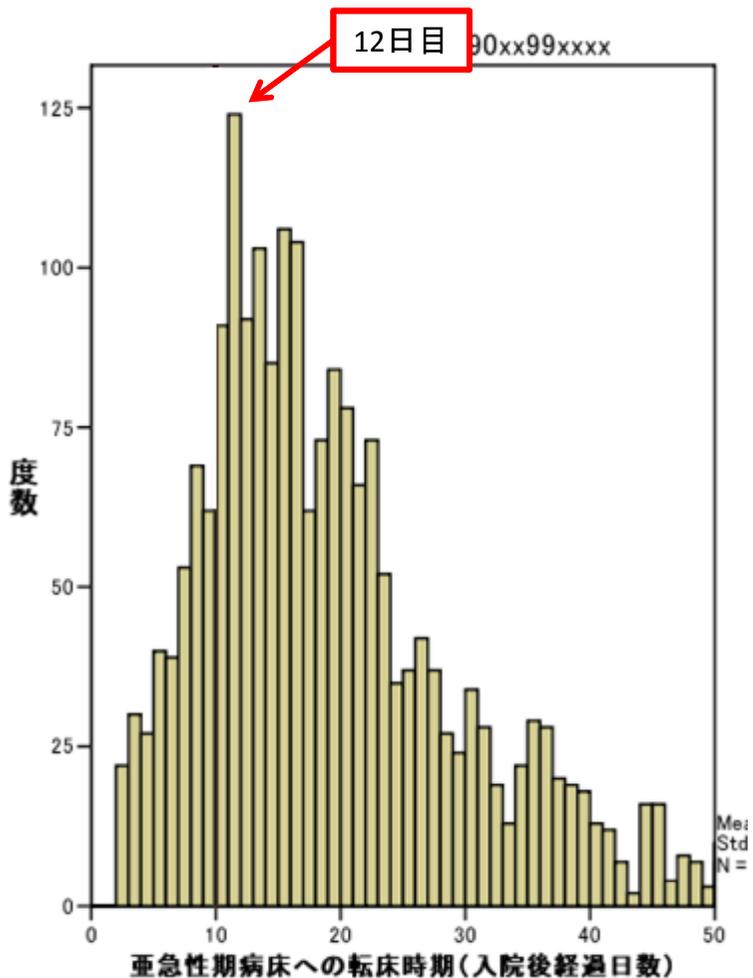
(別に算定可)

(包括範囲)

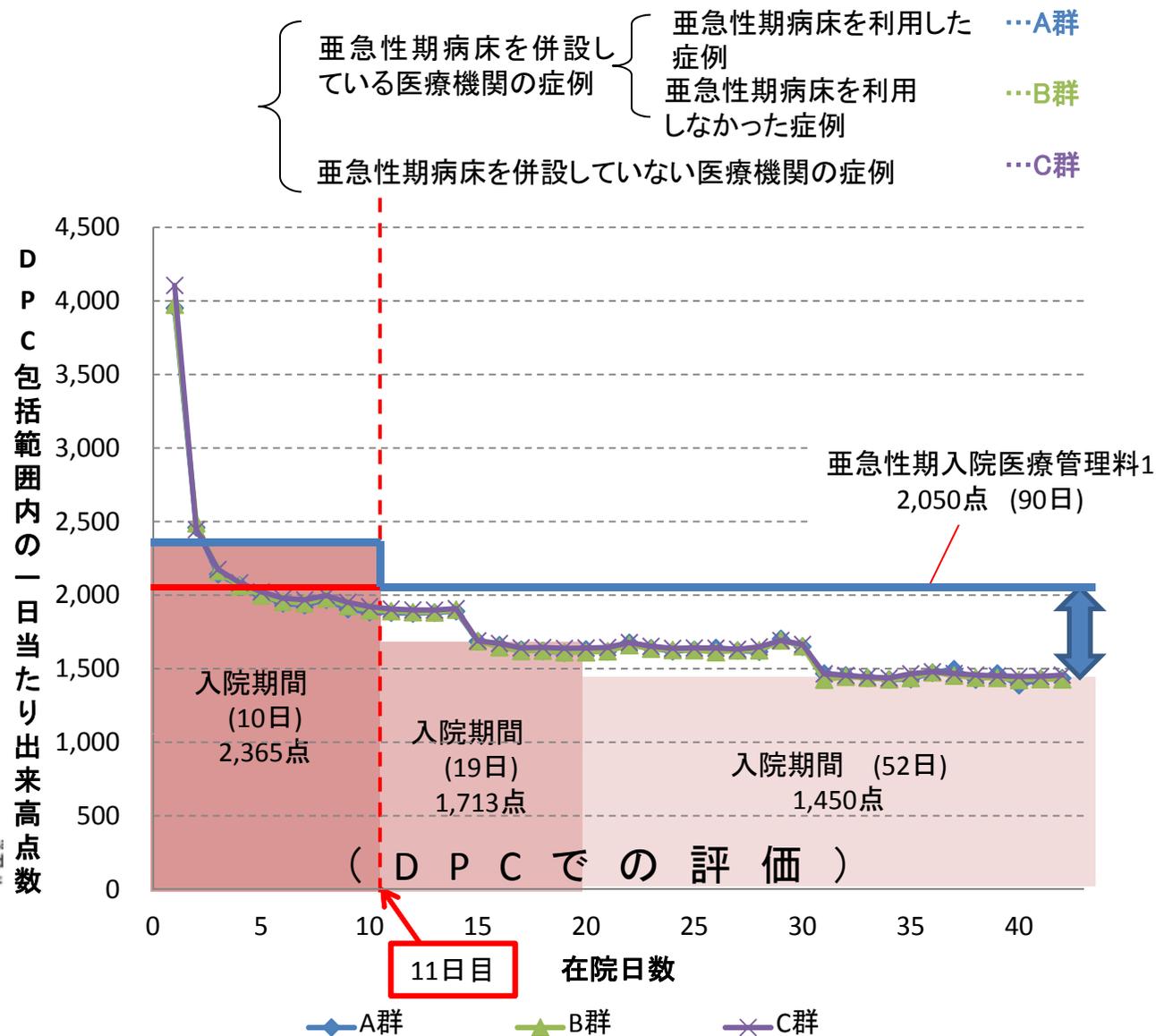
# DPC病院における亜急性期入院医療管理料算定病床

胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし

＜亜急性期病床への転床時期＞



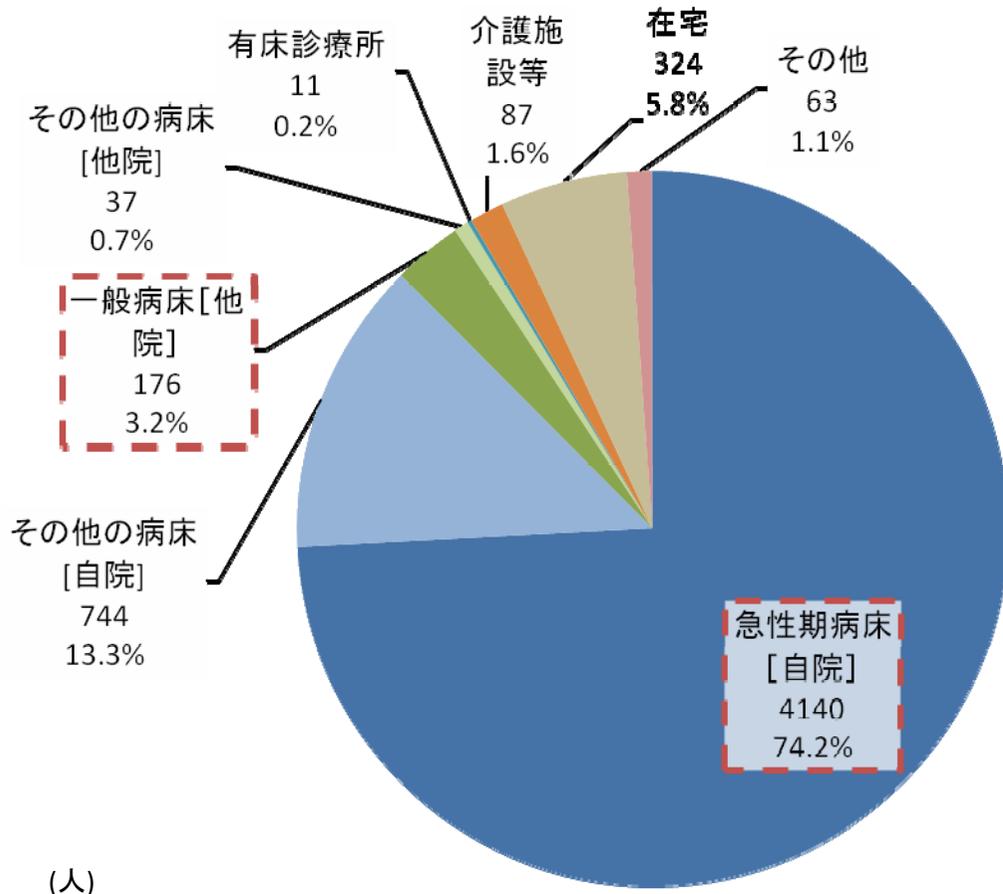
＜亜急性期病床の利用の有無による診療密度の違い＞



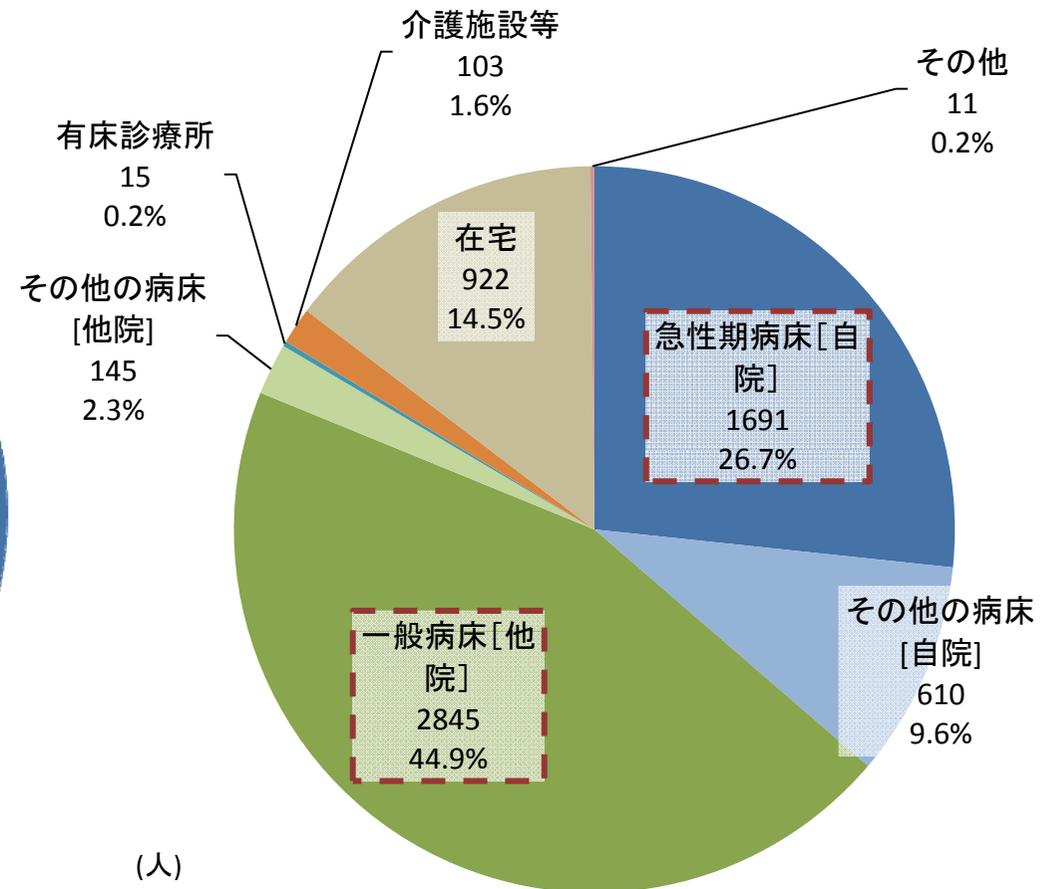
# 入室・入棟患者の状況 ① (平成23年度検証調査)

## 入室・入棟前の居場所

＜亜急性期入院医療管理料1＞ (N=5,582)



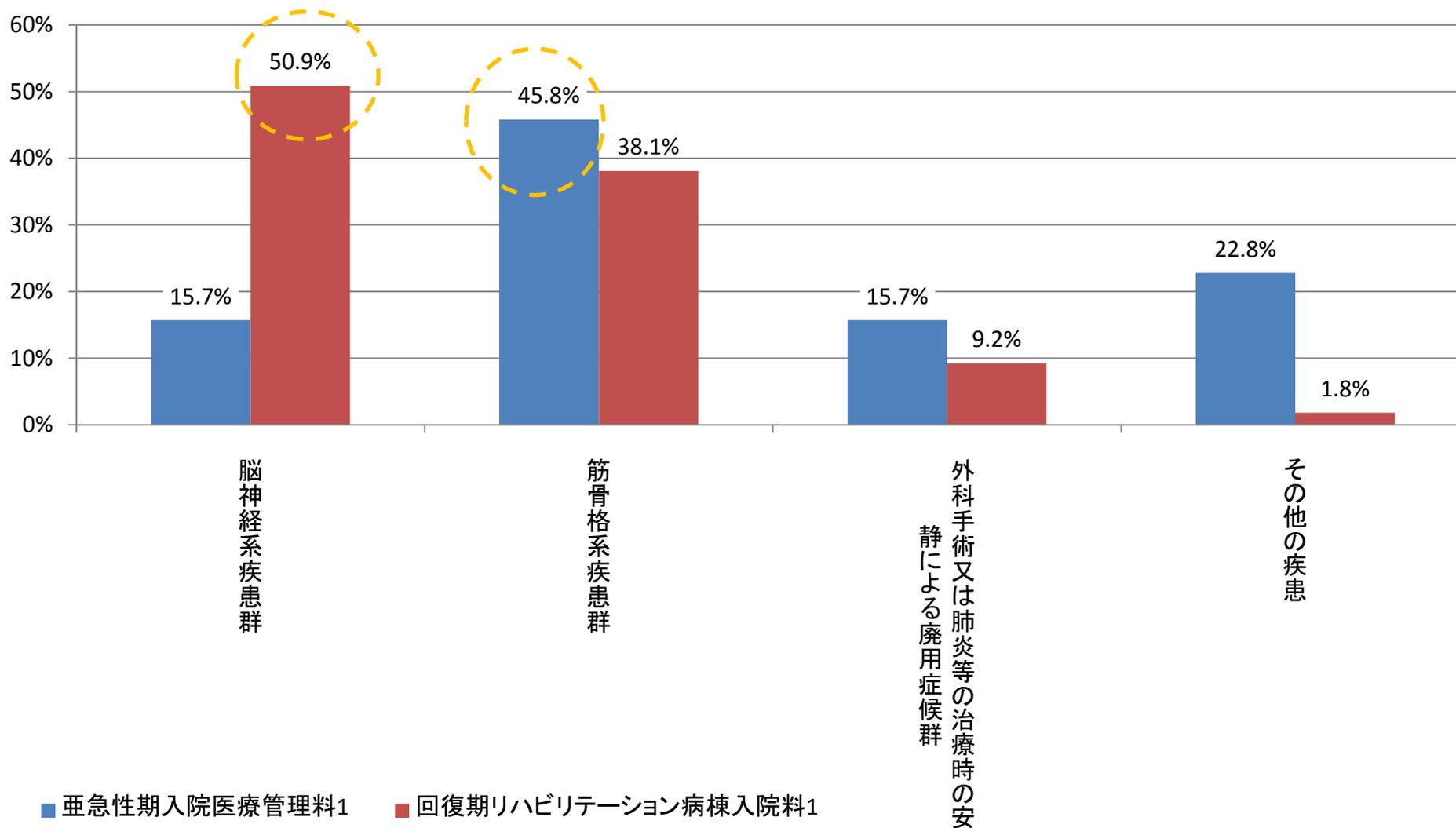
＜回復期リハビリテーション病棟入院料1＞ (N=6,342)



- 入室・入棟前の状況としては、亜急性期入院医療管理料1を算定している患者は**77.4%**、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者は**71.6%**が急性期病床から入室・入棟した患者であった。
- 亜急性期入院医療管理料1を算定している患者については、急性期病床から受け入れている患者のうち**97.5%**は自院からの受入れであった。

## 入室・入棟患者の状況 ② (平成23年度検証調査)

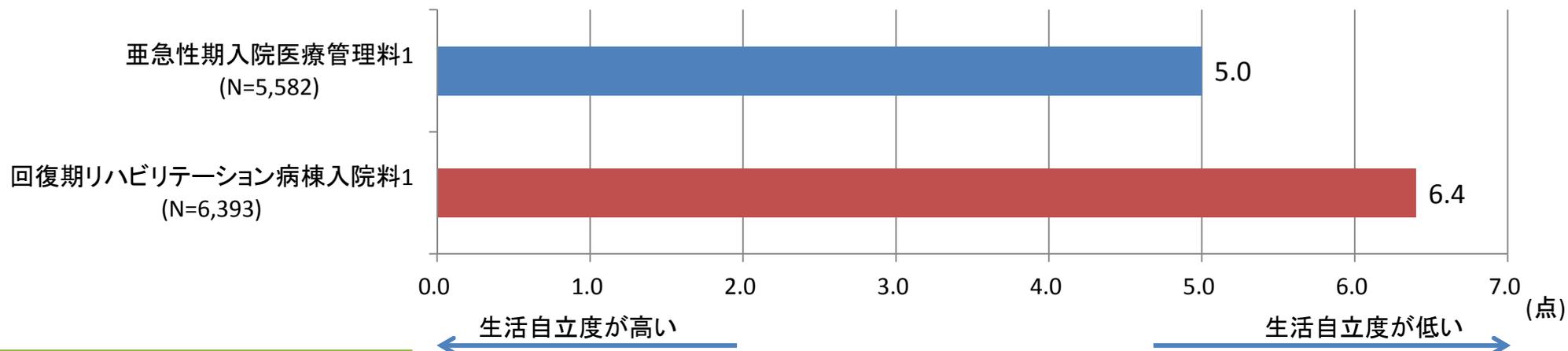
### 在室・在棟患者の主病名



# 入室・入棟患者の状況 ③ (平成23年度検証調査)

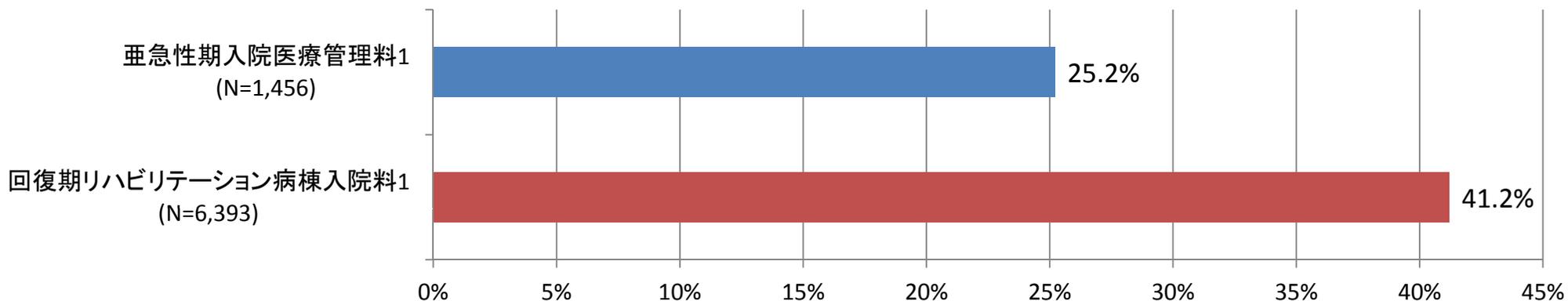
## 日常生活機能評価の平均

- ・ 亜急性期入院医療管理料1は施設基準上の規定なし。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、施設基準で新規入院患者の2割以上が日常生活機能評価で10点以上



## 合併症を有する患者の割合

- ・ 亜急性期入院医療管理料1は、合併症を有する患者が回復期リハビリテーションを要する患者の1割以上の場合に算定可能病床数が一般病棟の1割以下から3割以下へ増加
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は施設基準上の規定なし



出典:平成23年度検証部会調査

## ＜参考＞ 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清掃	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	全介助
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

\* 得点:0～19点

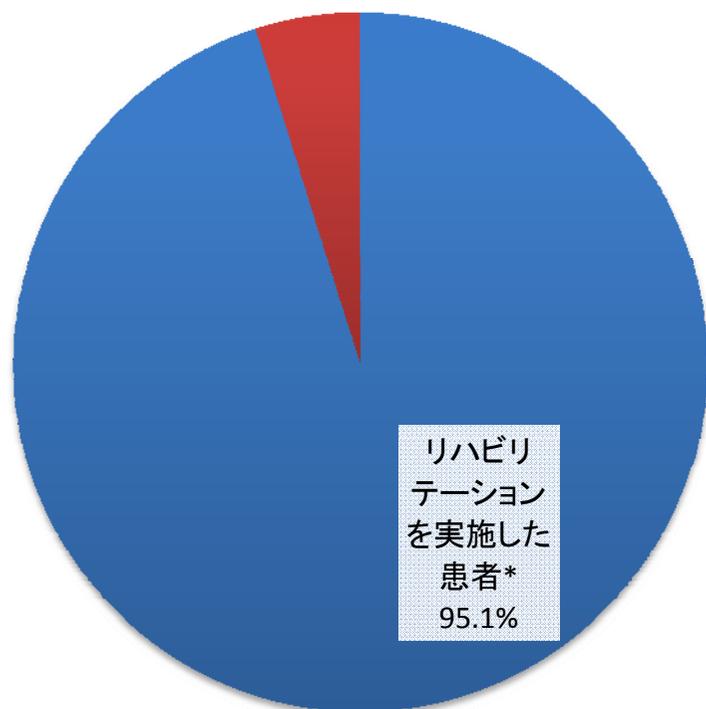
\* 得点が低いほど、生活自立度が高い。

## 入室・入棟患者の状況 ④ (平成23年度検証調査)

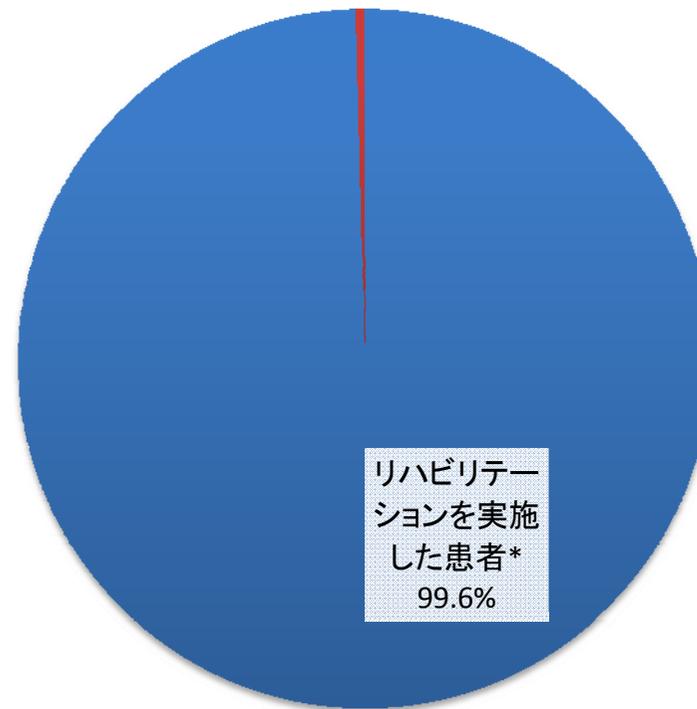
### リハビリテーションの実施状況

- ・ 亜急性期入院医療管理料1は施設基準上の規定なし。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は施設基準上、回復期リハビリテーションを要する患者が8割以上入院している。

＜亜急性期入院医療管理料1＞



＜回復期リハビリテーション病棟入院料1＞



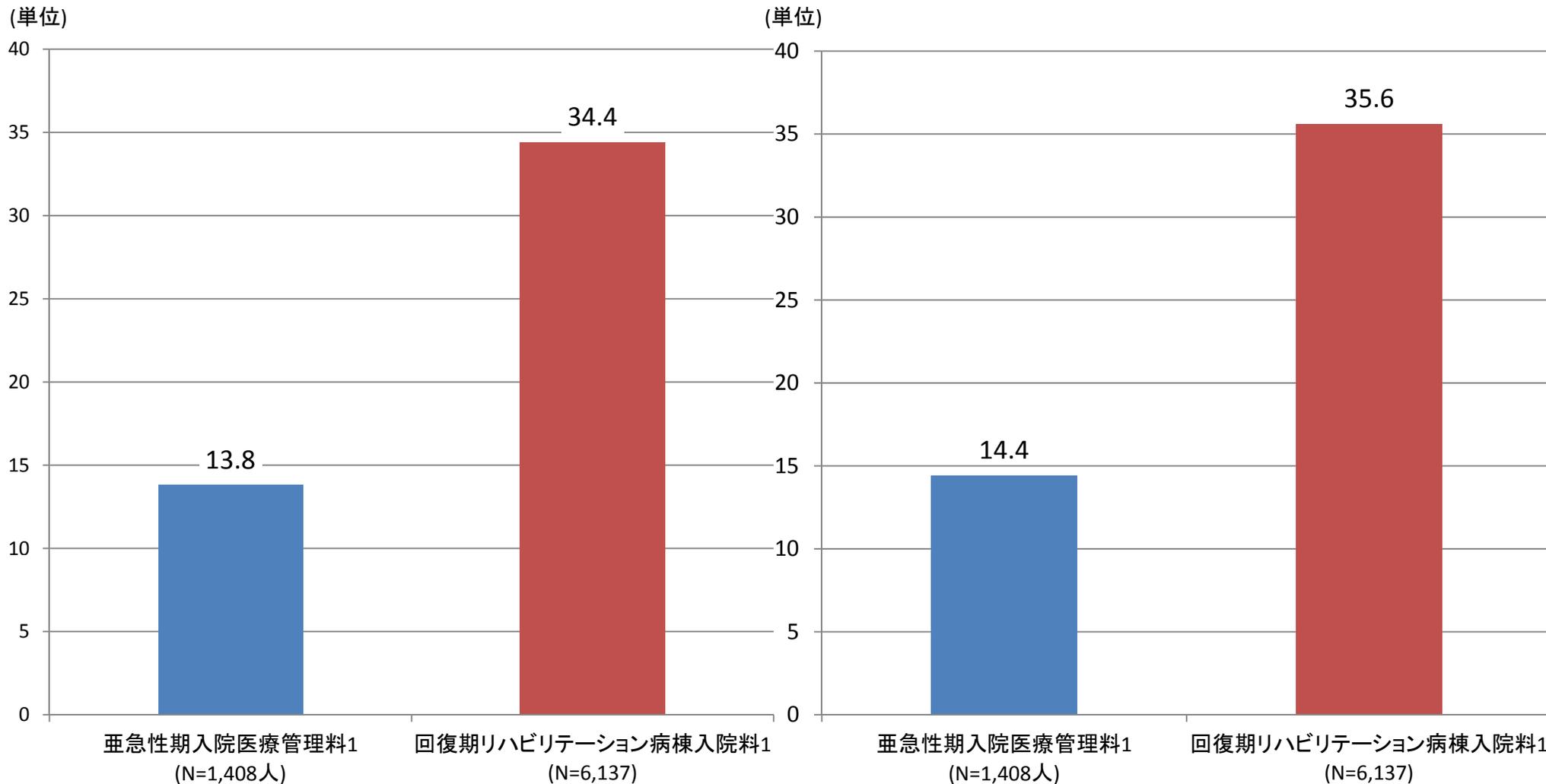
\*各入院料を算定した患者について、入室後1週間・退室前1週間のどちらかでリハビリテーションを1単位以上実施した患者の割合

# リハビリテーションの状況 ① (平成23年度検証調査)

入室・入棟翌週1週間に提供された単位数

退室・退棟前1週間に提供された単位数

- ・ 亜急性期入院医療管理料1は、週16単位以上リハビリテーションを行っている場合にリハビリテーション提供体制加算が算定可能。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は施設基準上、リハビリテーションを要する患者に対して1日あたり平均2単位以上のリハビリテーションを提供している。

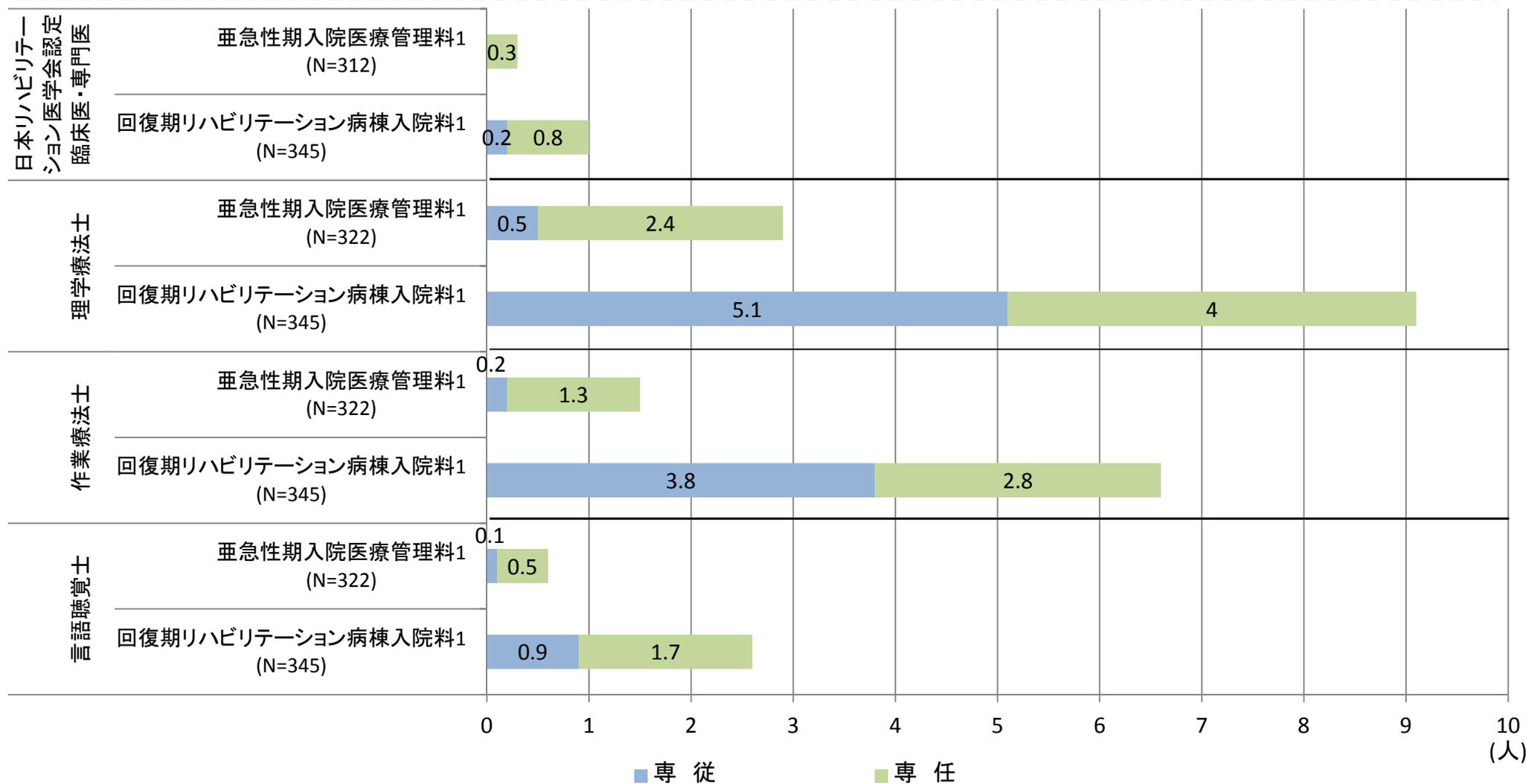


出典:平成23年度検証部会調査

# リハビリテーションの状況 ② (平成23年度検証調査)

## 人員配置 (40床あたり)

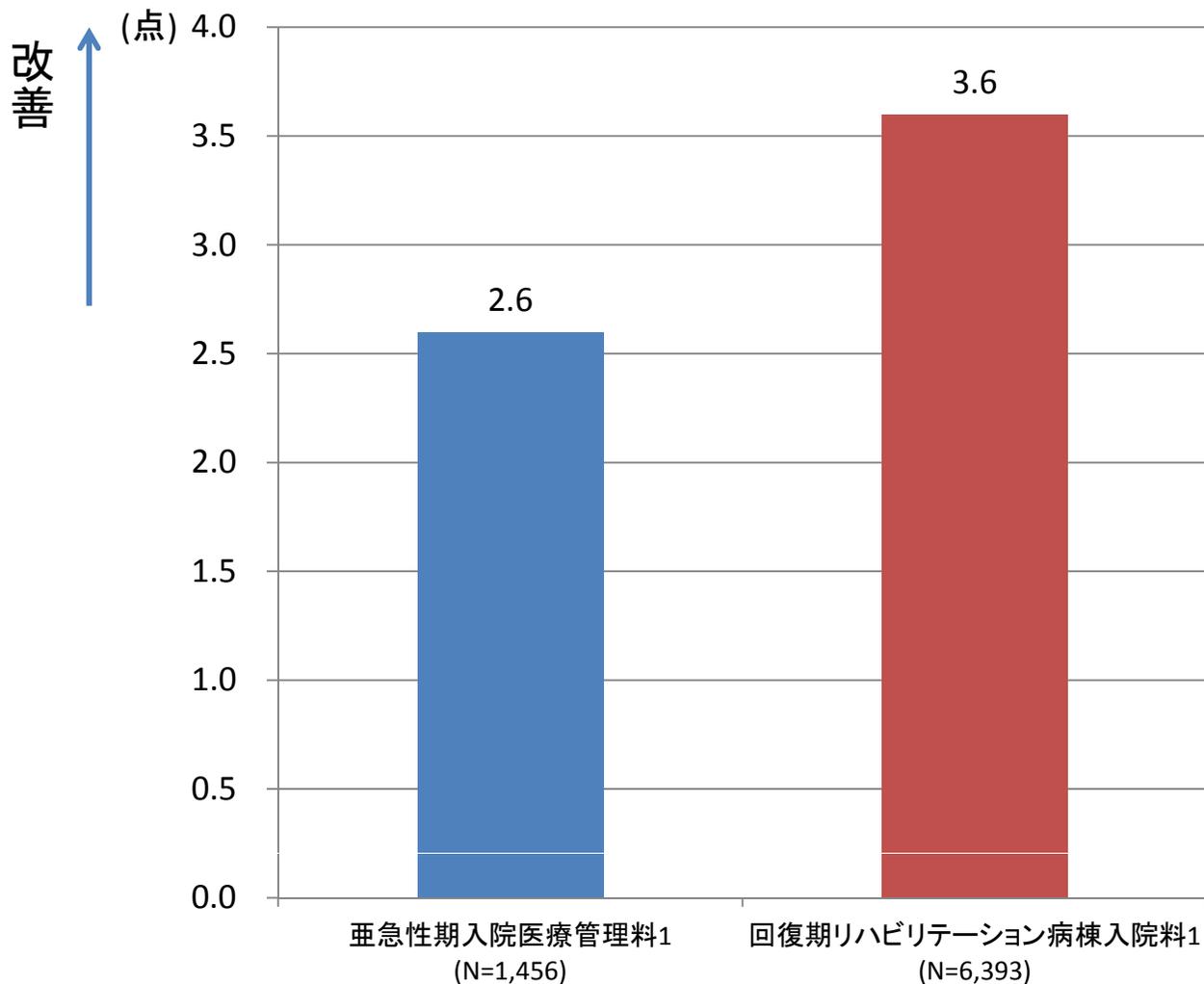
- ・ 亜急性期入院医療管理料1は施設基準上の規定なし。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は施設基準上、リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上が常勤配置されている。



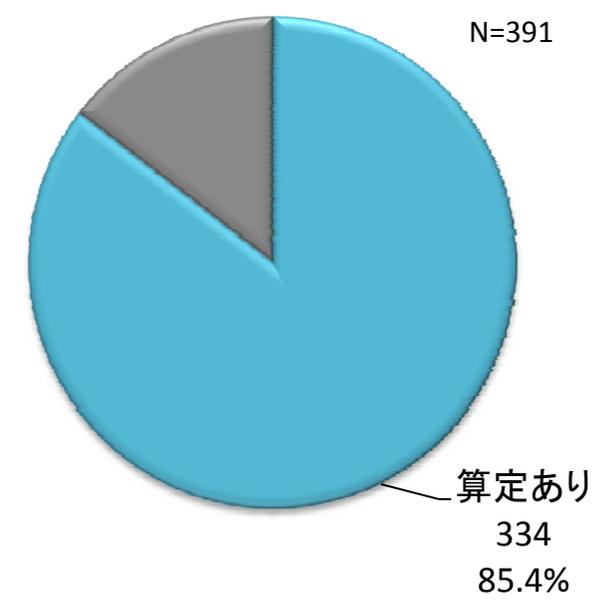
# リハビリテーションの状況 ③ (平成23年度検証調査)

## 日常生活機能評価の平均改善点数

- ・ 亜急性期入院医療管理料1は施設基準上の規定なし。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、入院時の判定で重症であった患者のうち、3割以上の患者が退院時に入院時と比較して日常生活機能評価で3点以上改善している場合に重症患者回復病棟加算が算定可能。



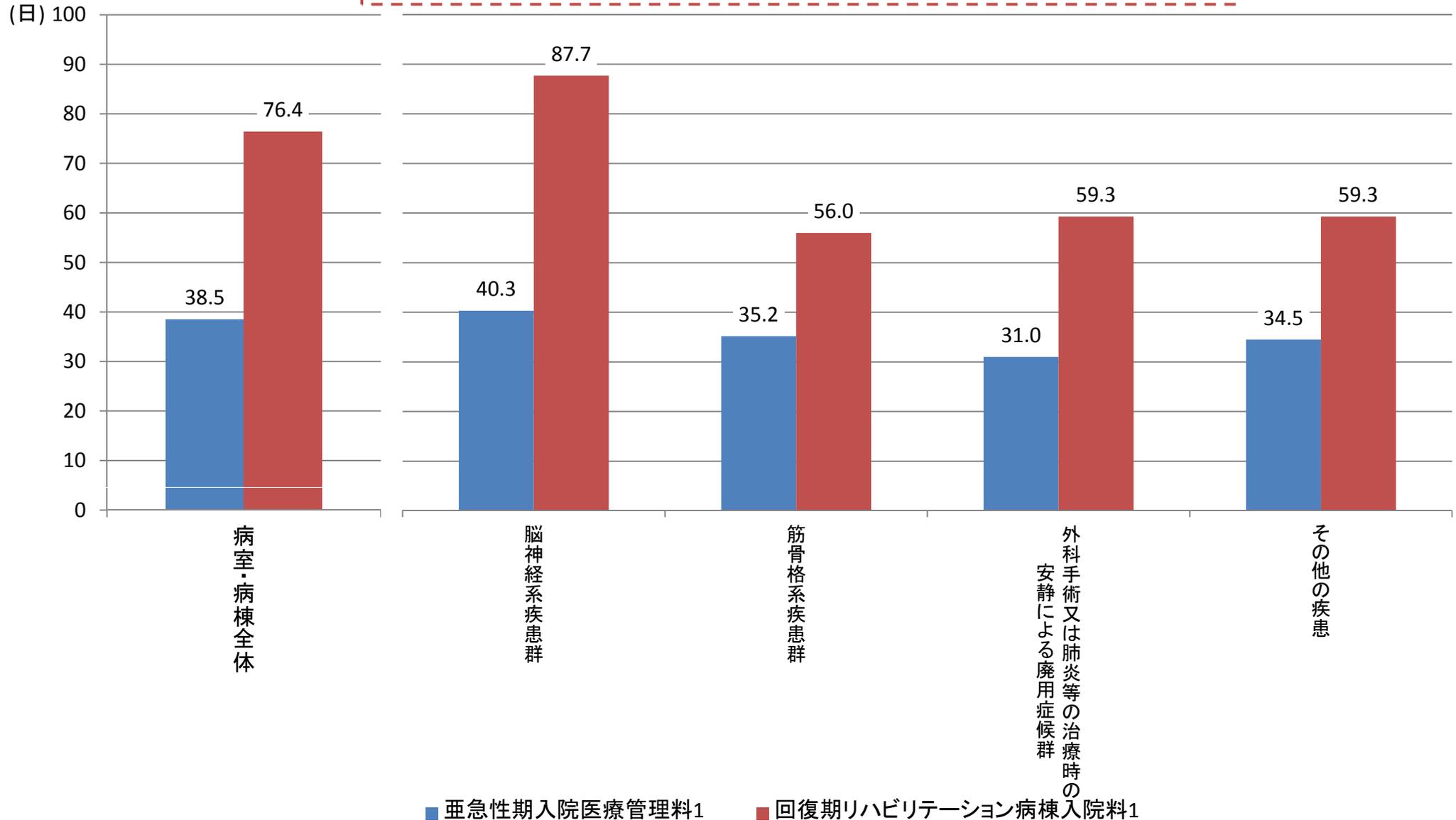
回復期リハビリテーション病棟入院料1における重症患者回復病棟加算の算定状況



# 退室・退棟時の状況 ① (平成23年度検証調査)

## 平均在室・在棟日数

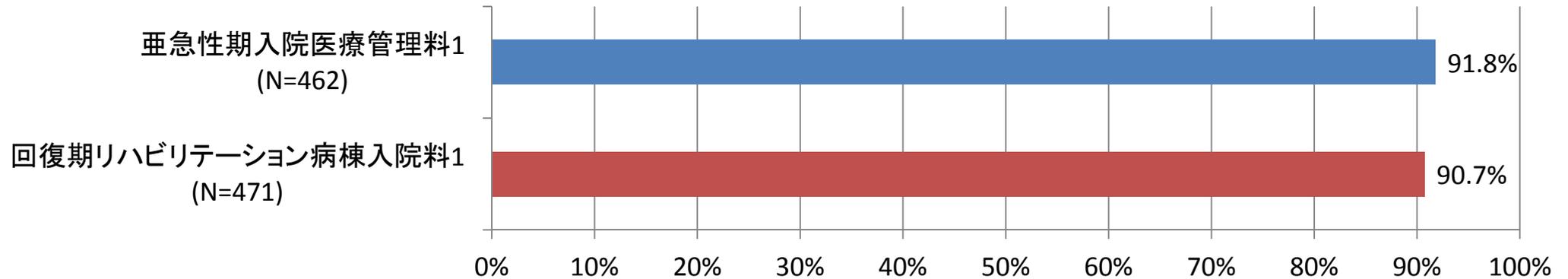
- ・ 亜急性期入院医療管理料1の算定可能日数は90日
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定可能日数は疾患により60日～180日



出典：平成23年度検証部会調査

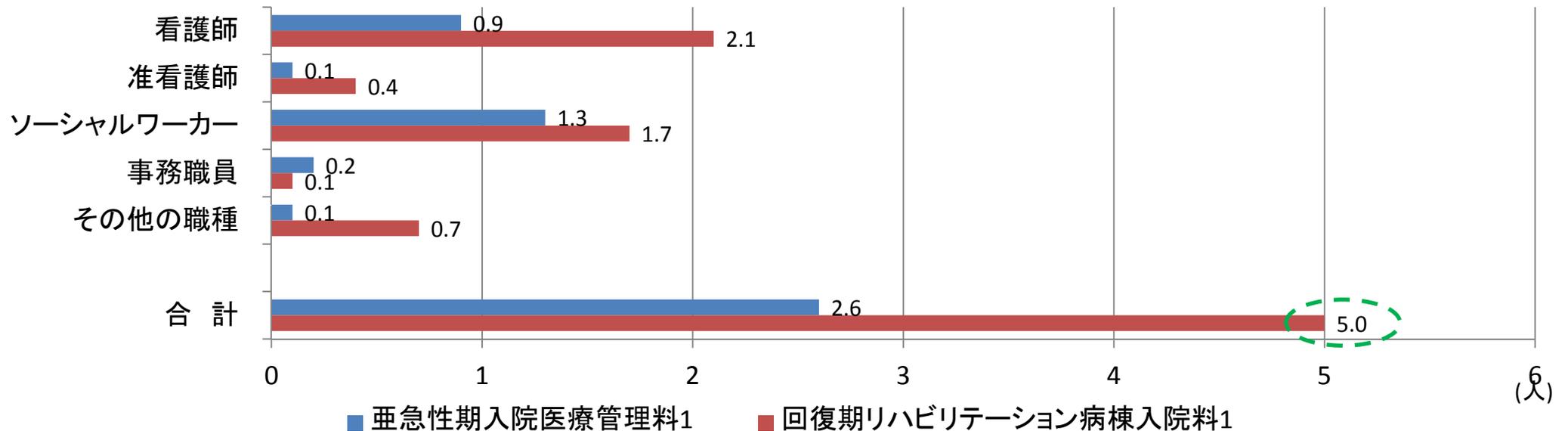
## 退室・退棟時の状況 ② (平成23年度検証調査)

### 退院支援の実施状況



### 退院支援に関わるの人員配置

- ・ 亜急性期入院医療管理料1は施設基準上、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は施設基準上の規定なし。



出典: 平成23年度検証部会調査 (N=298)

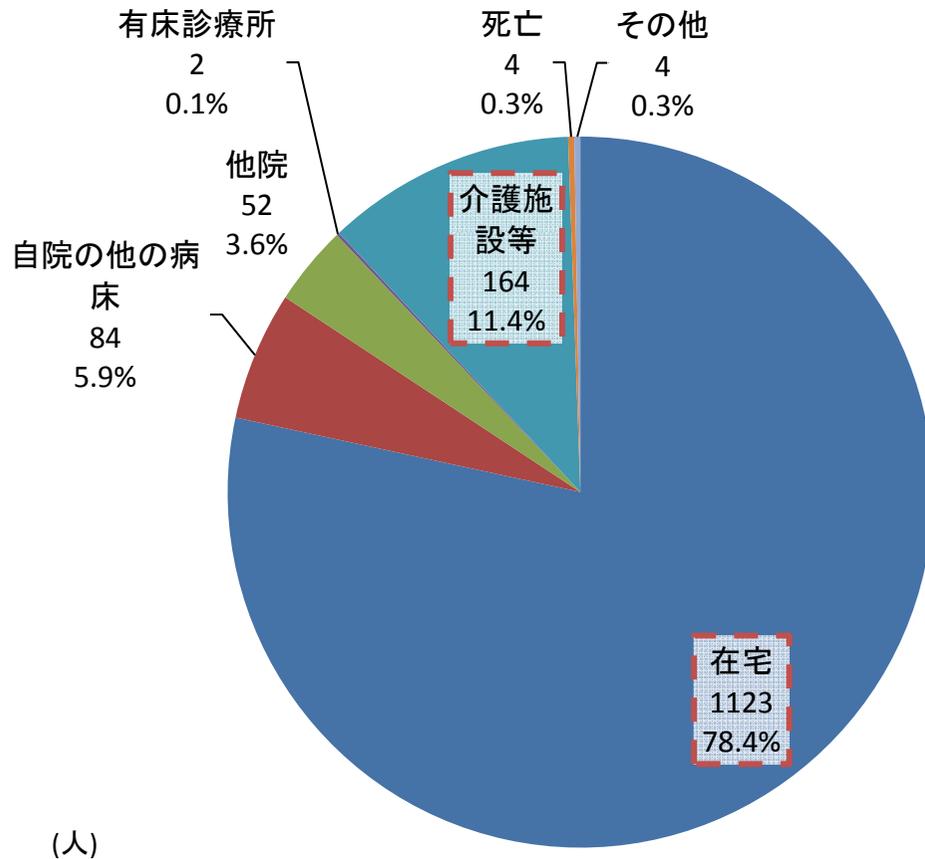
(N=315)

## 退室・退棟時の状況 ③ (平成23年度検証調査)

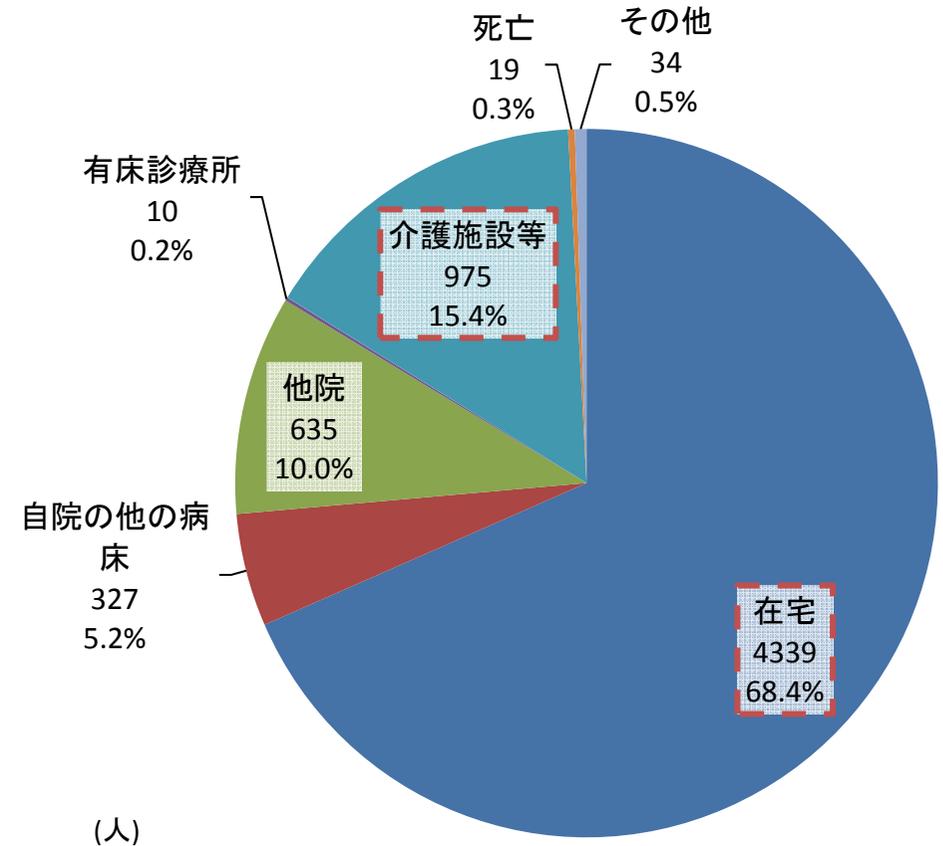
### 退室・退棟先

亜急性期入院医療管理料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1ともに施設基準上、在宅復帰率が6割以上。

＜亜急性期入院医療管理料1＞ (N=1,433)



＜回復期リハビリテーション病棟入院料1＞ (N=6,339)



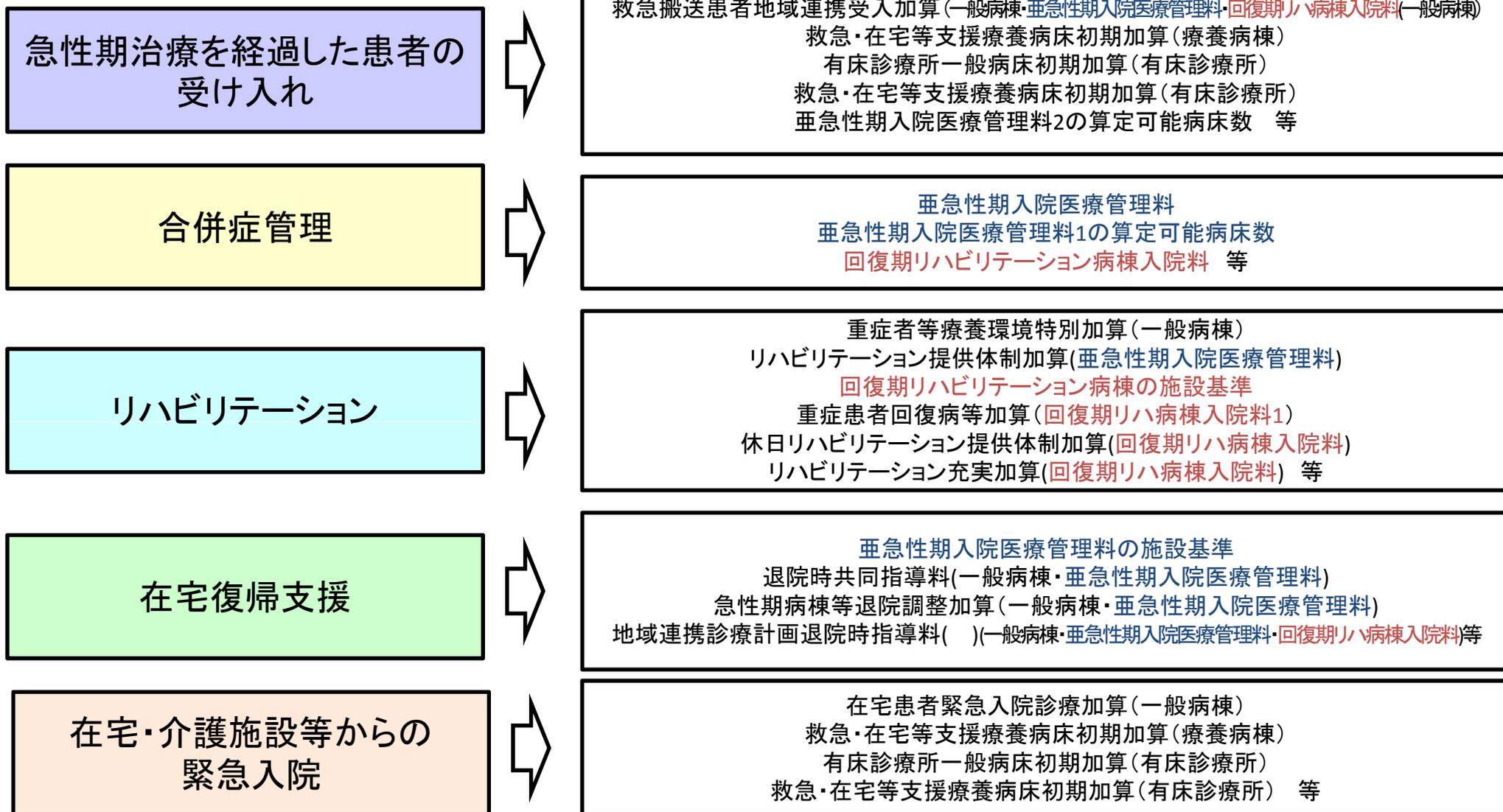
○ 退室・退棟時の状況について、亜急性期入院医療管理料1を算定された患者のうち**89.8%**、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定された患者のうち**83.8%**が在宅や介護施設等へ退室・退棟している。

## 亜急性期病床と回復期リハビリテーション病棟の相違点

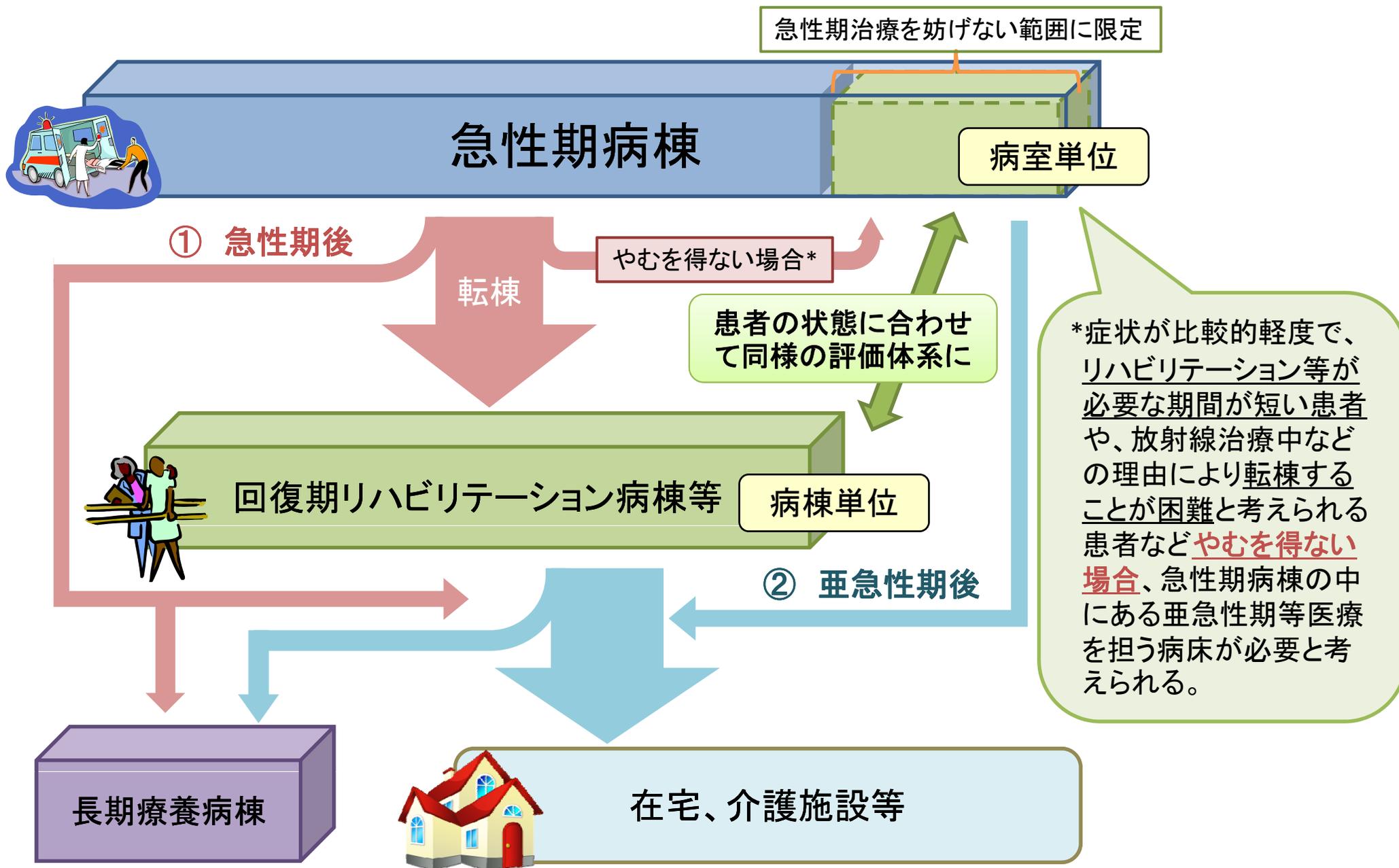
	亜急性期入院医療管理料 <sup>1</sup>	回復期リハビリテーション 病棟入院料 <sup>1</sup>
入室・入棟前の居場所	急性期からの受入が77.4% うち、自院からの入室は97.5%	急性期からの受入が71.6% うち、自院からの入棟は37.3%
主病名	筋骨格系疾患が最多	脳神経系疾患が最多で筋骨格系疾患が2位
入室・入棟時の平均日常生活機能評価	5.0点	6.4点
合併症患者の割合	25.2%	41.2%
リハビリテーション実施状況	入室後1週間 平均13.8単位 退室前1週間 平均14.4単位	入棟後1週間 平均34.4単位 退棟前1週間 平均35.6単位
日常生活機能評価の平均改善点数	2.6点	3.6点
平均在室・在棟日数	38.5日	76.4日
退院支援に関わる人員配置	2.6人	5.0人
在宅復帰率	89.8%	83.8%

# 亜急性期等医療に求められる機能の評価

亜急性期等病床に求められる機能は回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料等の入院料のほか、一般病棟や療養病棟、有床診療所の入院基本料等加算で評価されている。



# 急性期病棟の中にある亜急性期等病床の必要性について



# 患者の状態像に応じた亜急性期(回復期)医療の考え方について

- 急性期病棟内での亜急性期(回復期)医療と、独立した病棟での亜急性期(回復期)医療について、現在の亜急性期入院医療管理料算定病床と回復期リハビリテーション病棟算定病床との患者像の違いを踏まえ、以下の考え方としてはどうか。

## (原則)

### 患者の状態に合わせて同様の評価体系

#### (患者像の違い)

- 亜急性期病床は自院からの受入がほとんどに対し、回復期病棟は他院からの受入が多い
- 亜急性期病床は筋骨格系疾患が多く、回復期病棟は脳血管疾患が多い
- 亜急性期病床よりも回復期病棟の方が合併症が多い
- 亜急性期病床よりも回復期病棟の方がリハビリテーション提供量が多い
- 亜急性期病床よりも回復期病棟の方が在院日数が長く、退院支援に従事する者も多いが、在宅復帰率に差はない



#### (対応案)

- 独立した病棟と、急性期病棟内の病床の違いから生ずるものであり、評価には直結しない。
- 原則は包括評価としたうえで、認知症対策や高額・頻回な処置等の適切な評価を検討
- 現在の亜急性期病床、回復期病床の評価と同様、リハビリテーションは提供のたびに個別に評価
- 患者像に応じた在院日数の設定。退院支援については、在宅復帰率等のアウトカム評価の中で全体的に評価(患者の重症度に応じた支援のあり方はリハビリテーション全体で検討)

## 課題と今後の方向性

- 亜急性期(回復期)の入院医療の評価には、病床単位の評価として亜急性期入院医療管理料、病棟単位の評価として回復期リハビリテーション病棟入院料がある。
- それぞれの患者像について、入院(入室)前の場所や主病名、合併症の数、リハビリテーション提供量、在院日数、退院支援の状況等に差はみられたが、一定の包括評価を基本とする評価体系の中で、急性期病院からの医療必要度の高い者の受け皿、リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制、退院支援等在宅復帰機能、在宅療養患者の急性増悪時の対応機能等、亜急性期(回復期)医療に期待される機能をそれぞれが果たしていた。
- 一方で、亜急性期病床を有する病棟では、患者への実際の医療提供量と必ずしも一致しない、高い評価となっている可能性も示唆された。



- 亜急性期(回復期)の入院医療について、急性期病棟内の病室単位での評価と、独立した病棟での病棟全体での評価が必要であるが、その評価としては、適切な範囲で別に算定可能な項目を設定すれば、病棟と病室の違いを勘案したうえで、患者の状態に合わせた同等の包括範囲、点数を設定することが可能ではないか。

# ・ 長期療養について

・長期療養について

# ① 一般病棟の長期入院について

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)

## 医療法上の位置づけ

一般病床

病床利用率 74.9%  
 平均在院日数 17.9日  
 (H21.7末医療施設調査)

療養病床

病床利用率 91.1%  
 平均在院日数 180.6日  
 (H21.7末医療施設調査)

## 診療報酬上の位置づけ

DPC

456,244床

(再掲)  
 特定機能病院  
 61,210床

一般病棟

683,475床

(再掲)  
 13:1病棟  
 33,668床  
 15:1病棟  
 66,822床

医療療養病棟

213,462床

(再掲)  
 20:1病棟  
 99,413床  
 25:1病棟  
 110,760床

介護療養病棟

注) 医療法上の療養病床は、回復期リハビリテーション病棟入院料も算定可能。

## 医療法上の施設基準の比較

		病院	
		一般病床	療養病床
主な 人員 配置	医師	16:1	48:1
	看護	3:1	本則は4:1 ただし、平成24年3月まで は6:1でも可
	看護補助	—	同上
居室面積		6.4m <sup>2</sup> /床 以上※	6.4m <sup>2</sup> /床 以上

※ 平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、以下のとおり。

患者1人を入院させる病室:6.3m<sup>2</sup>/床 以上

患者2人以上を入院させる病室:4.3m<sup>2</sup>/床 以上

注) 医療法上、療養病床は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

# 一般病棟(13:1,15:1)と療養病棟における 入院患者の年齢構成と在院日数

## 年齢構成

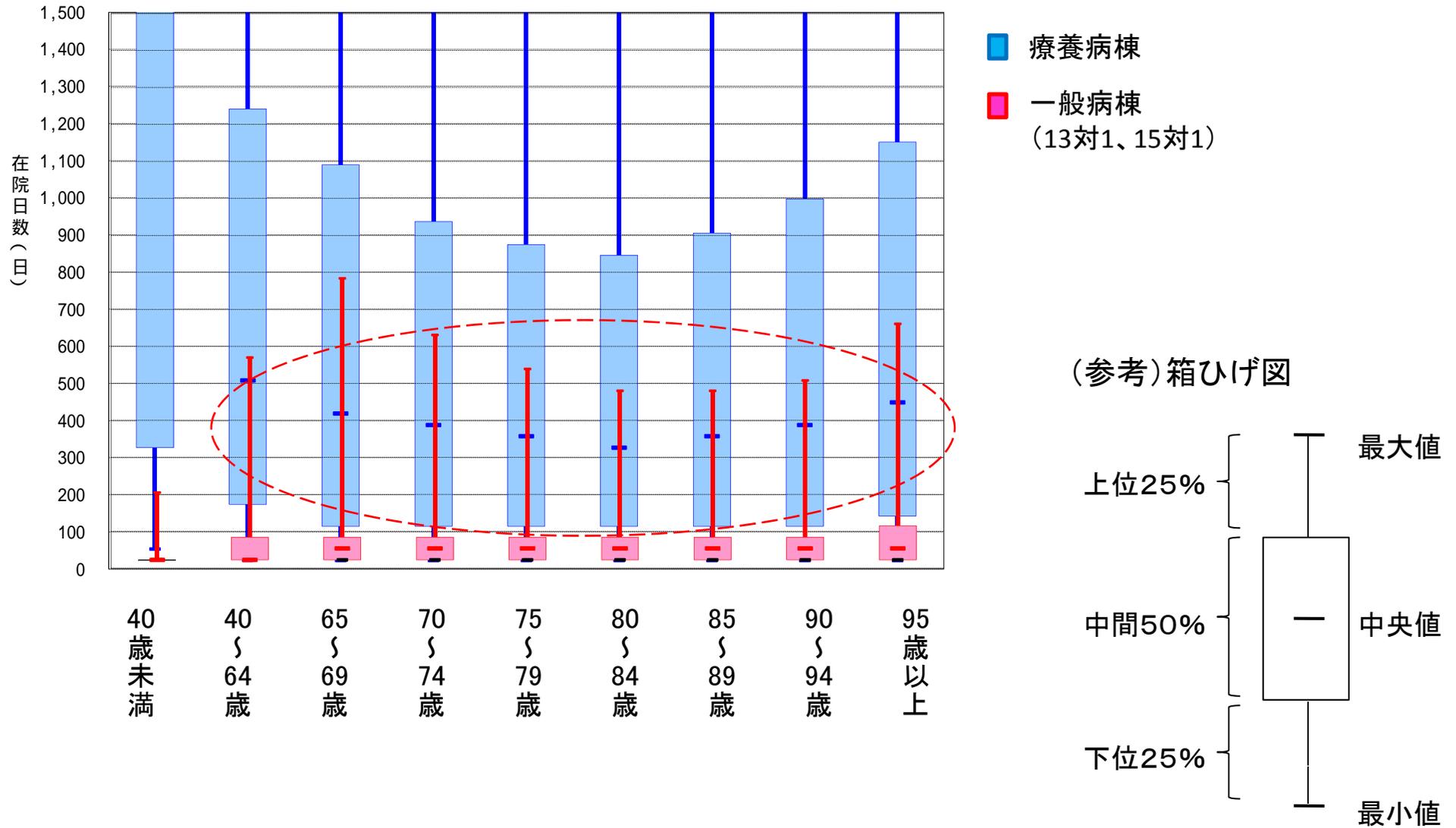


## 在院日数



「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

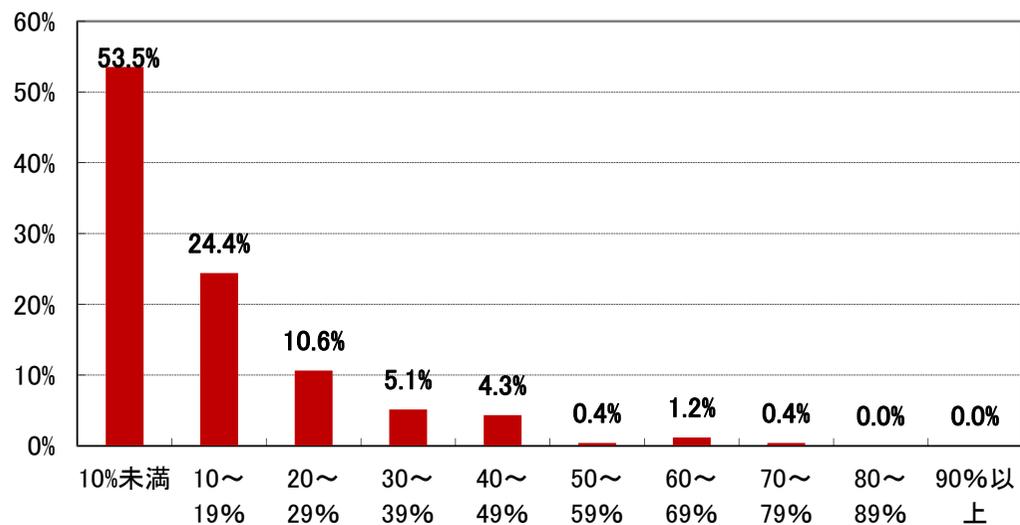
# 年齢と在院日数とのクロス集計(箱ひげ図)



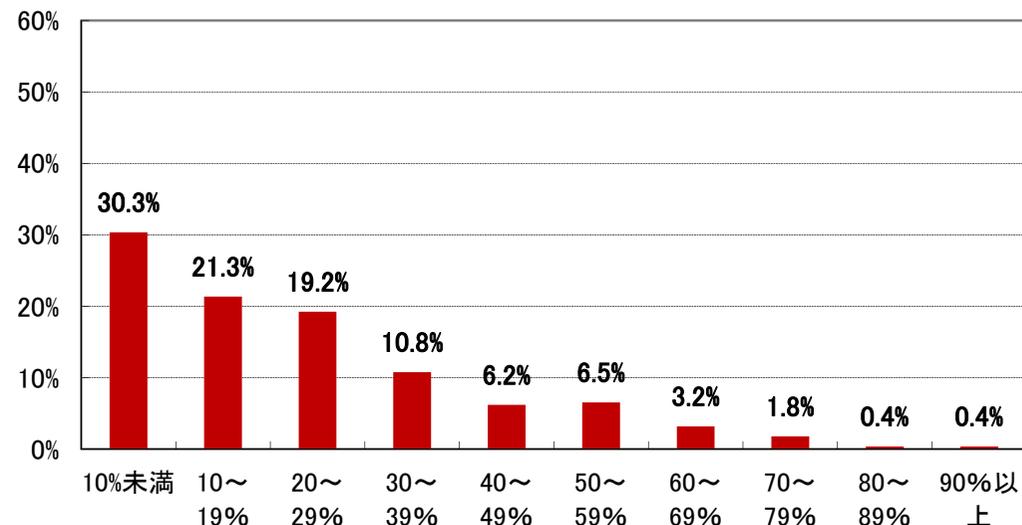
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

# 病棟ごとの在院日数90日超え患者の割合

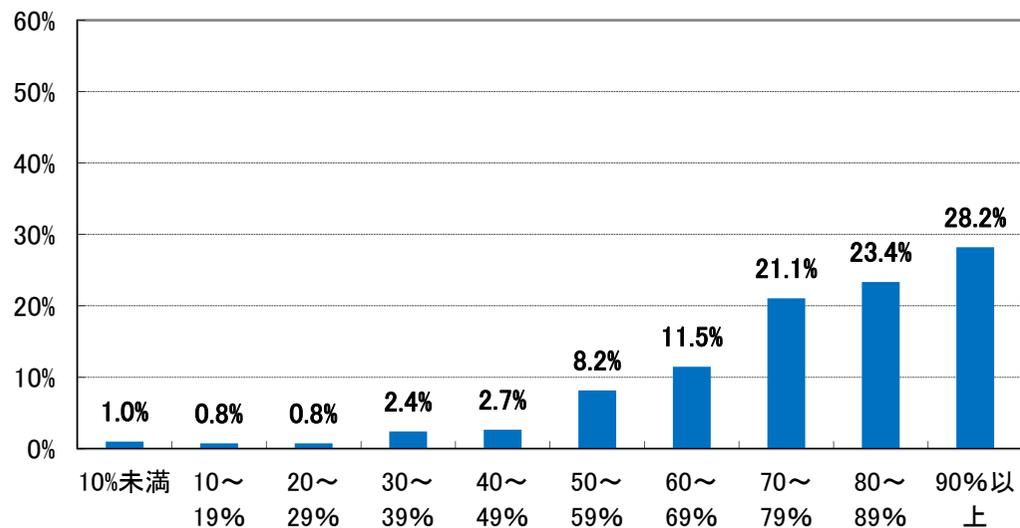
一般病棟(看護配置13:1) N=254施設



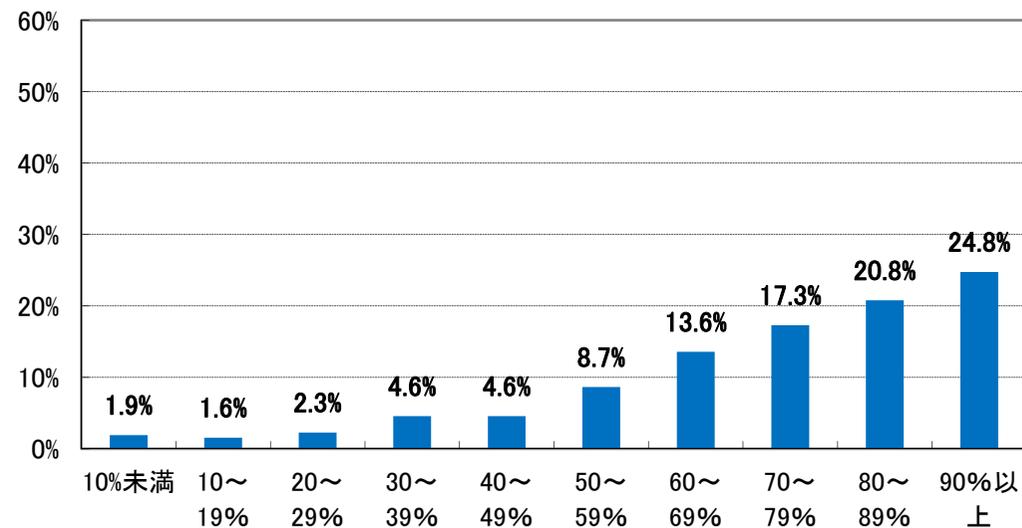
一般病棟(看護配置15:1) N=783施設



医療療養病棟(看護配置20:1) N=567施設



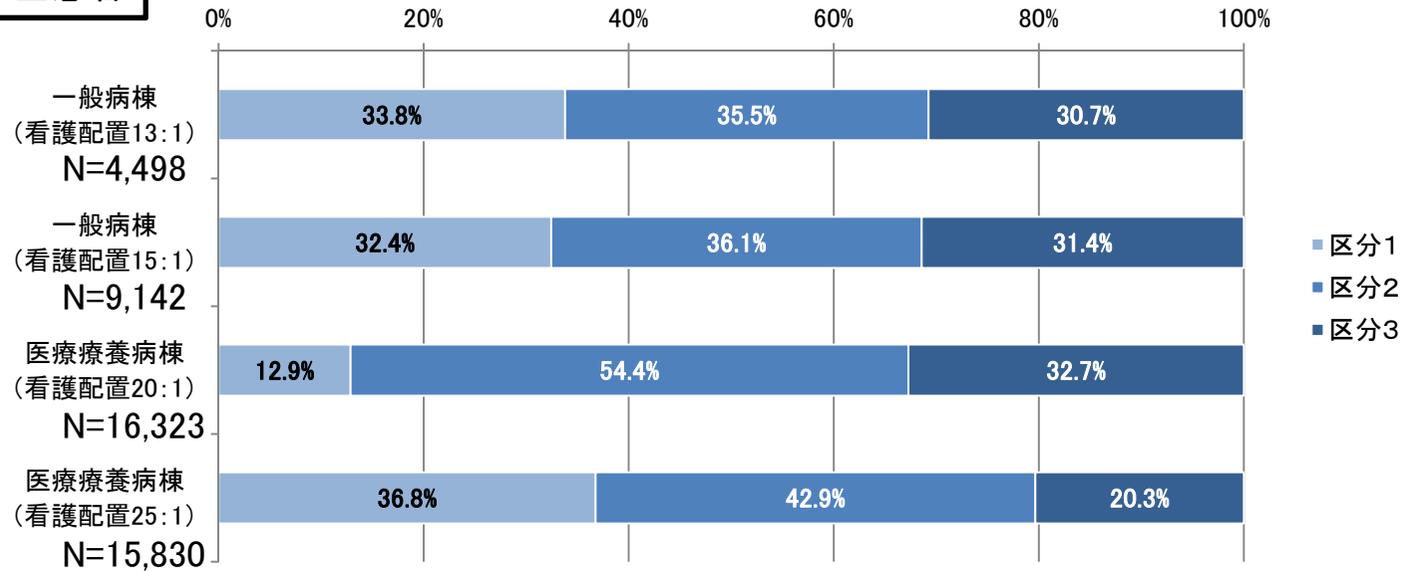
医療療養病棟(看護配置25:1) N=832施設



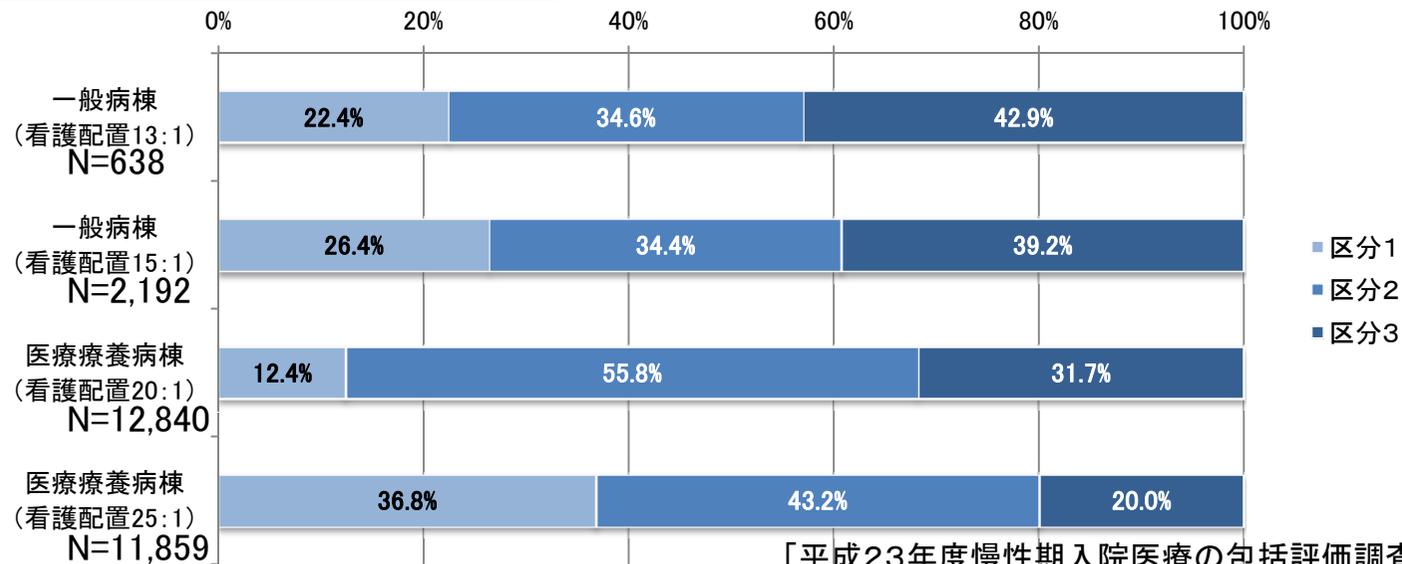
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

# 病棟ごとの医療区分の比較

## 全患者

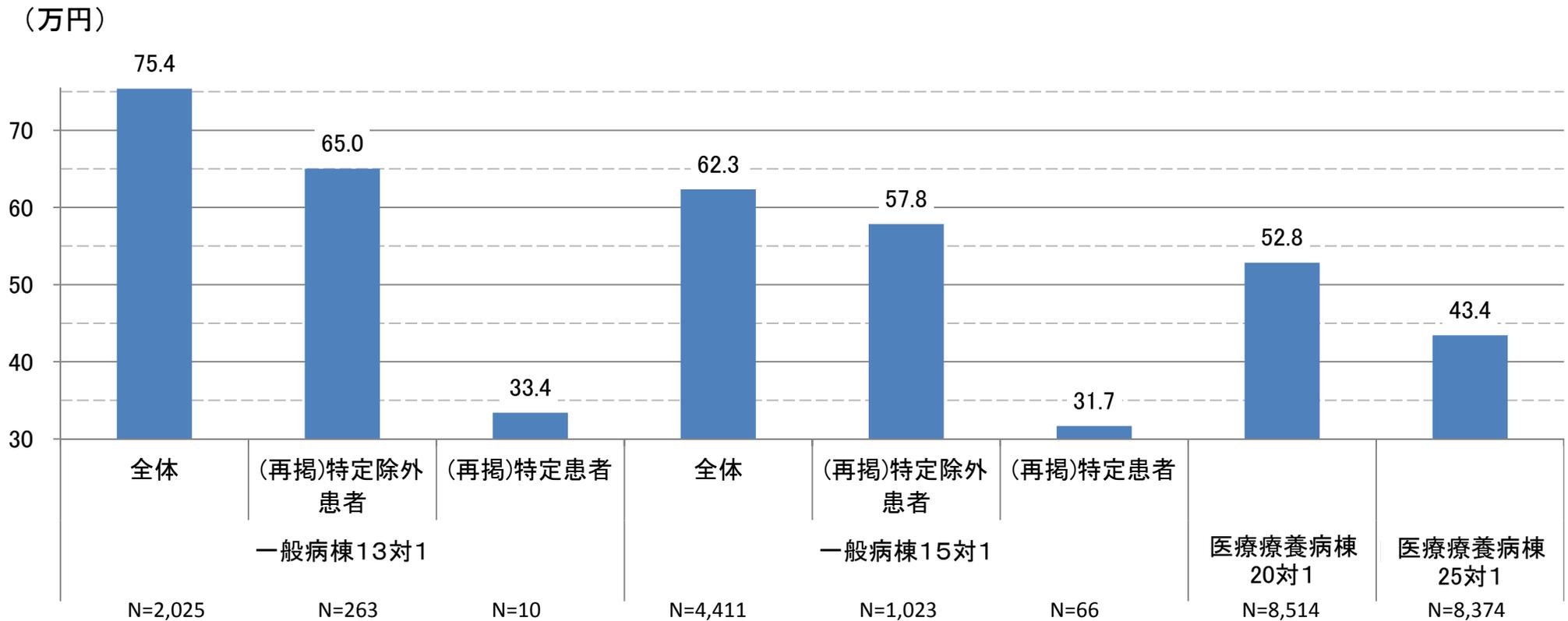


## (再掲) 在院90日超えの患者のみ



「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

# 病棟ごとのレセプト請求金額の比較

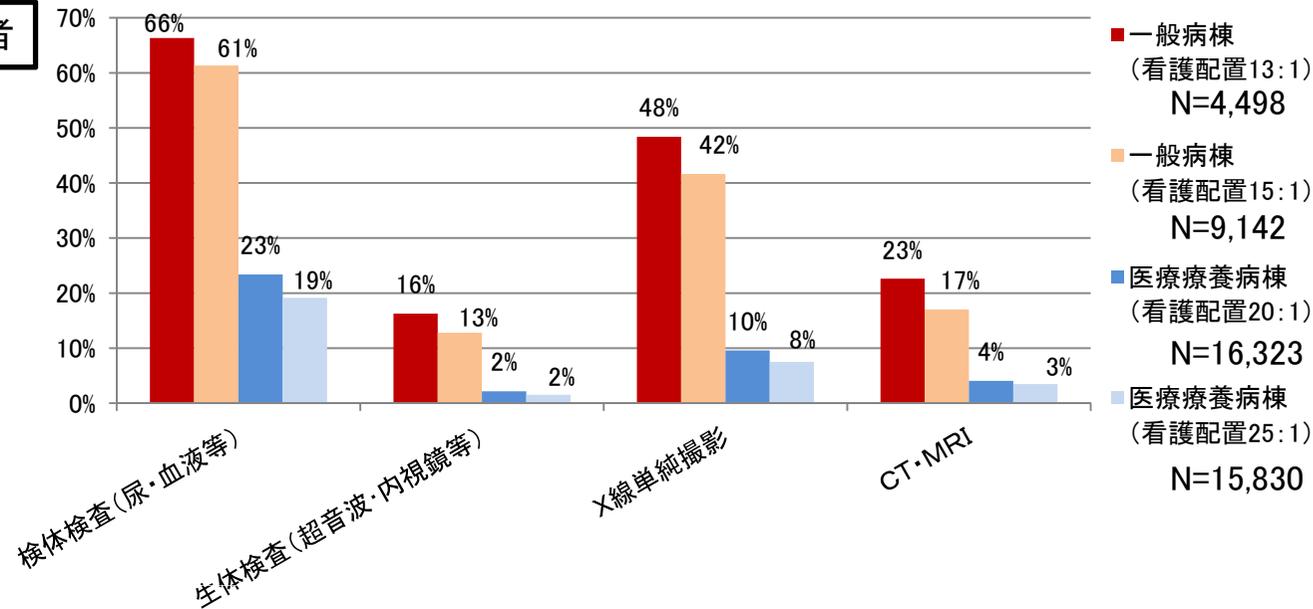


※患者1人1月当たりの請求額

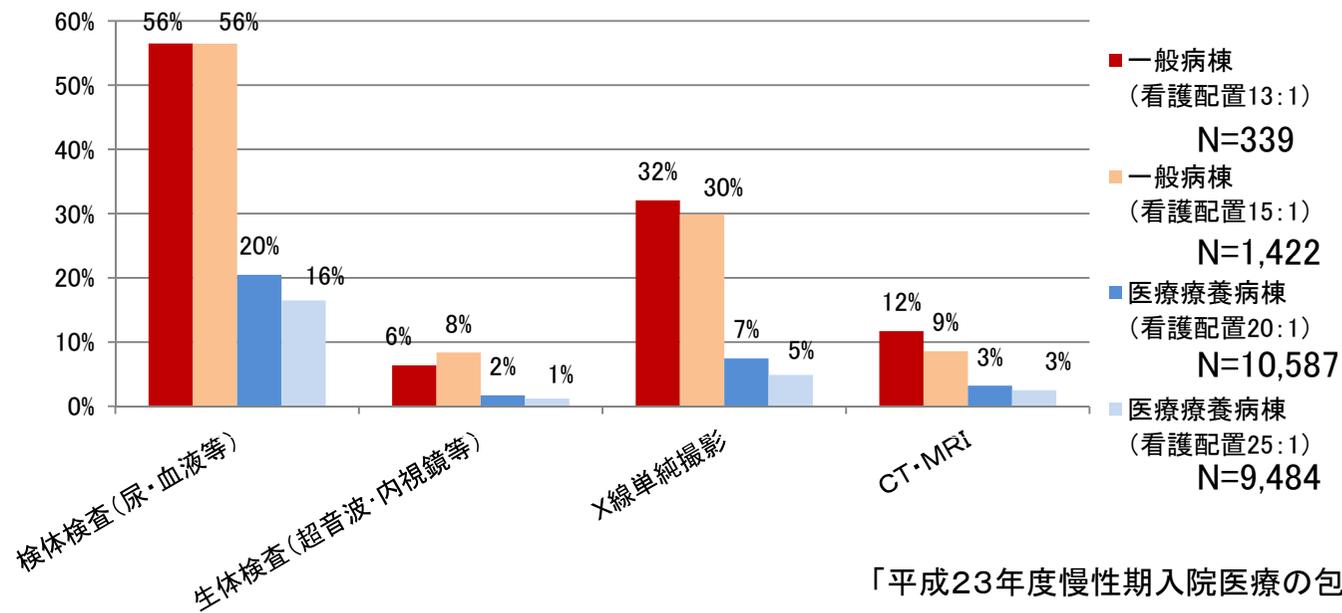
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

# 直近一週間の検査の実施状況

全患者

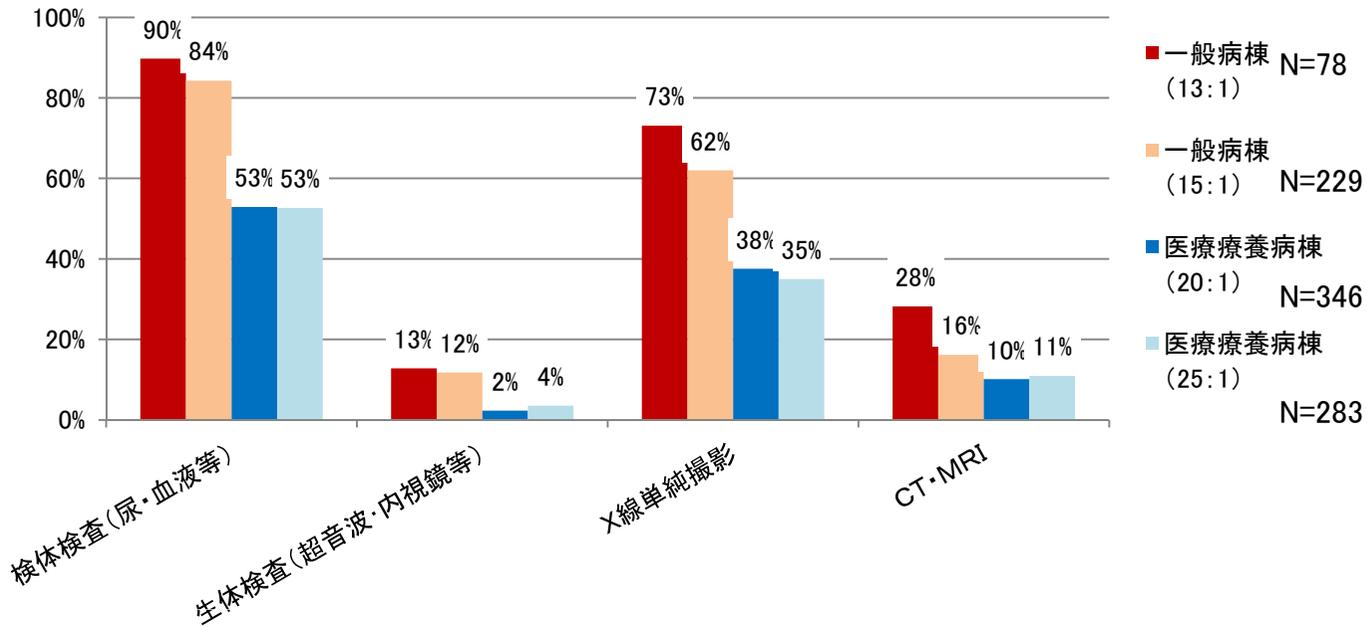


※「在院90日超え」かつ「30日後の病状の見通しが不変」の患者について集計

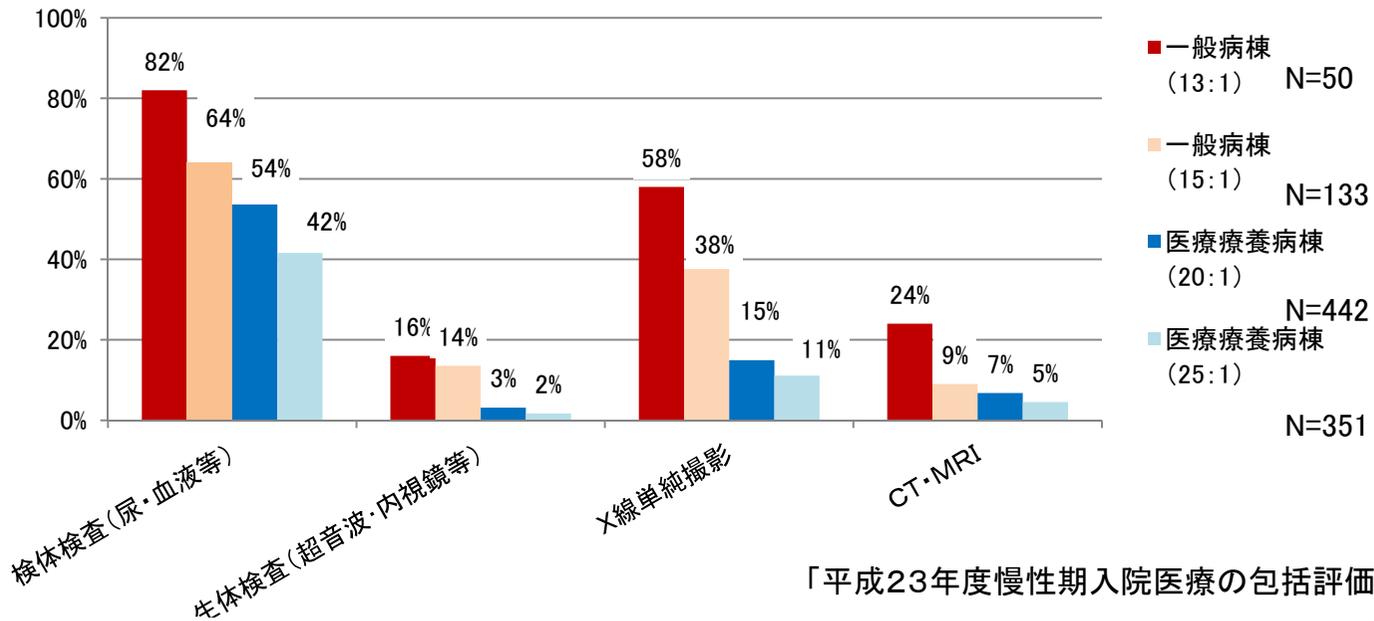


「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

### 在院日数90日超えの肺炎患者



### 在院日数90日超えの尿路感染症患者



# 特定入院基本料と療養病棟入院基本料の変遷

## 特定入院基本料

## 療養病棟入院基本料

H5 平成5年度診療報酬改定  
「療養病床群入院医療管理料」を創設  
※看護料、検査、処置、薬剤料を**包括化**

平成10年度診療報酬改定  
「老人特定入院基本料」を創設  
※一般病棟に**6月**を超えて入院する老人に対して、入院料が減額されて**包括**される仕組み  
この際に「**特定除外項目**」も創設

H10

H12 第4次医療法改正（一般病床・療養病床の区分導入）

平成12年度診療報酬改定  
対象を「6月を超えて入院する老人」から「**90日**を超えて入院する老人」に変更  
「**特定除外項目**」も一部追加・見直し

平成12年度診療報酬改定  
「**療養病棟入院基本料**」を創設

H18

平成18年度診療報酬改定  
「療養病棟入院基本料」に**医療区分・ADL区分**（5分類）を用いた包括評価を導入

平成20年度診療報酬改定  
名称を「**後期高齢者特定入院基本料**」に変更

H20

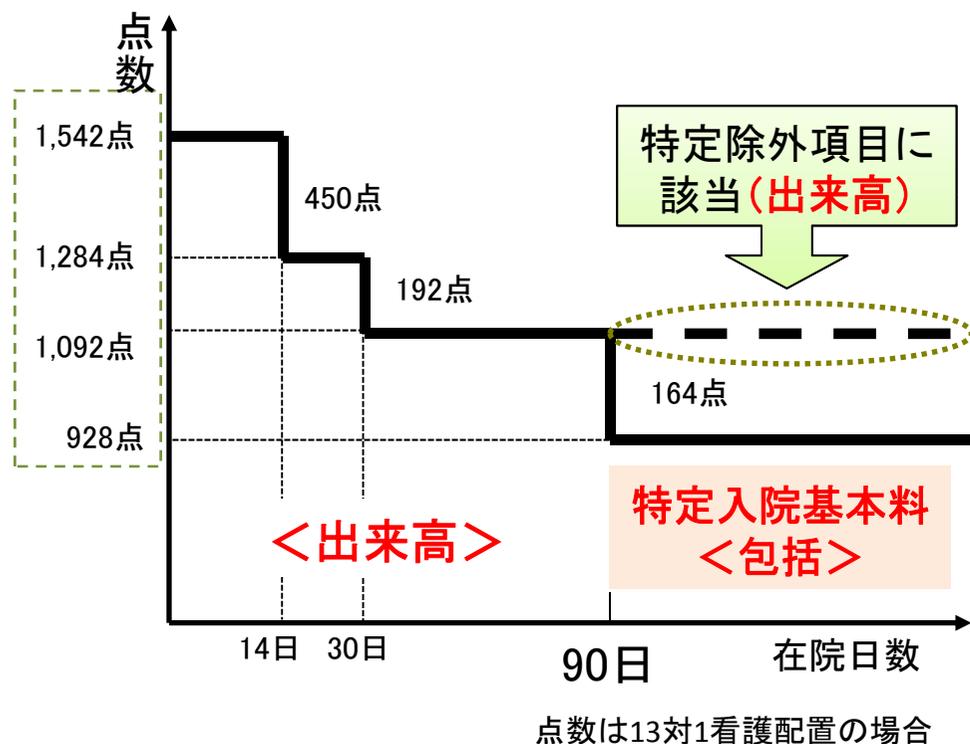
平成22年度診療報酬改定  
年齢区分を廃止し、名称を「**特定入院基本料**」に見直し

H22

平成22年度診療報酬改定  
患者分類を用いた包括評価を5分類から9分類に、人員配置要件を見直し（看護配置に応じ**20:1**と**25:1**に分離）

# 一般病棟入院基本料と療養病棟入院基本料

## 一般病棟入院基本料



### 【特定除外患者の割合】

	13対1病棟	15対1病棟
在院日数90日超え患者に占める特定除外患者の割合	96%	94%

## 療養病棟入院基本料 1

### 【算定要件】

20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934	1,369	1,758
ADL区分2	887	1,342	1,705
ADL区分1	785	1,191	1,424

## 療養病棟入院基本料 2

### 【算定要件】

25:1配置

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871	1,306	1,695
ADL区分2	824	1,279	1,642
ADL区分1	722	1,128	1,361

## 特定入院基本料における 特定除外項目

### 厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、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
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

# 医療区分

<p>医療区分3</p>	<p><b>【疾患・状態】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <p><b>【医療処置】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・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 ・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)</li> </ul>
<p>医療区分2</p>	<p><b>【疾患・状態】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・その他の難病(スモンを除く)</li> <li>・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・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 ・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)</li> </ul> <p><b>【医療処置】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)</li> </ul>
<p>医療区分1</p>	<p>医療区分2・3に該当しない者</p>

## 平均在院日数の計算対象としない患者

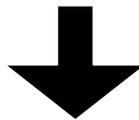
- ①精神科身体合併症管理加算を算定する患者
- ②児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者
- ③救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ④特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ⑤新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑥総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑦新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
- ⑧一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
- ⑨特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
- ⑩回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑪亜急性期入院医療管理料を算定する患者
- ⑫特殊疾患病棟入院料を算定する患者
- ⑬緩和ケア病棟入院料を算定する患者
- ⑭精神科救急入院料を算定する患者
- ⑮精神科救急・合併症入院料を算定する患者
- ⑯精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
- ⑰精神療養病棟入院料を算定する患者
- ⑱一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの(特定除外患者)
- ⑲認知症治療病棟入院料を算定している患者
- ⑳短期滞在手術基本料1を算定している患者

# 平均在院日数の実態と施設基準

## ○施設基準と平均在院日数

	13:1病棟	15:1病棟
施設基準	24日	60日
平均在院日数*	19.9日	33.6日

\* 医療課調べ(22年7月時点)



ただし、特定除外患者は平均在院日数の計算対象とならない。

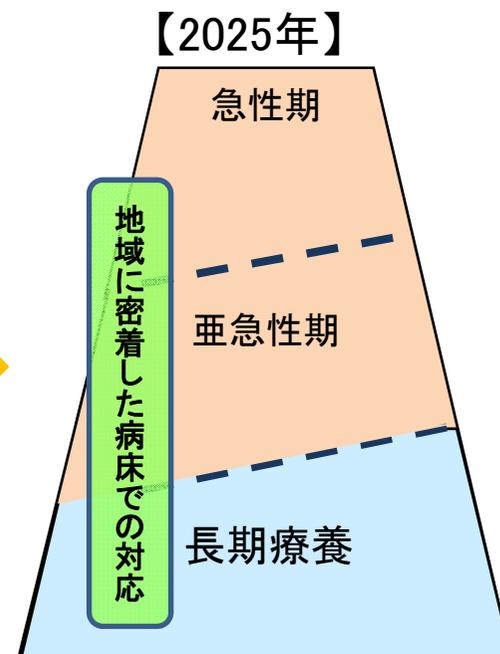


## ○実態

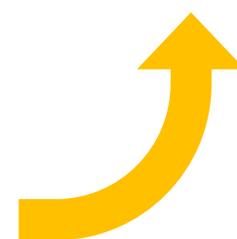
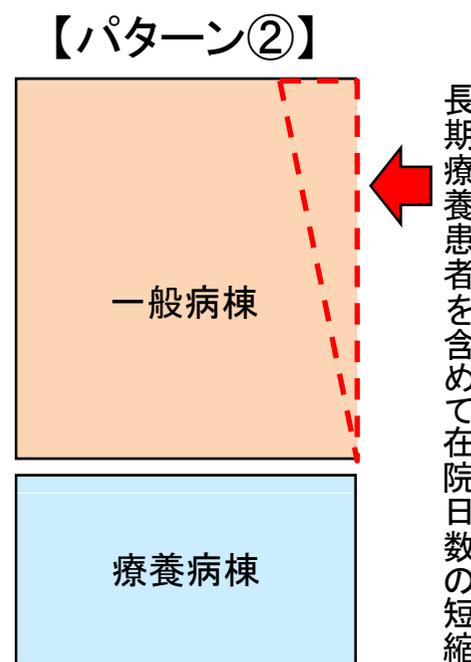
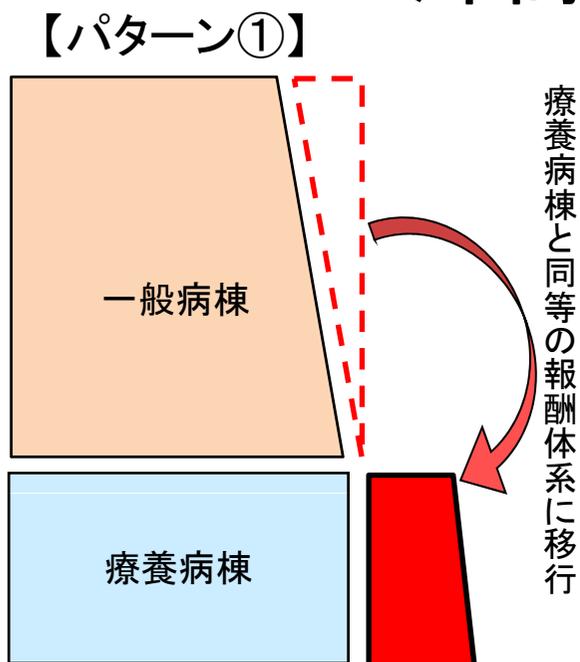
	13:1病棟 (N=4,498)	15:1病棟 (N=9,142)
31日未満	51.8%	38.5%
31日～91日未満	28.5%	33.8%
91日～6カ月未満	7.3%	10.5%
6カ月～9カ月未満	2.0%	3.2%
9カ月～12カ月未満	1.0%	1.9%
1年～2年未満	2.0%	4.0%
2年～3年未満	0.8%	1.8%
3年～4年未満	0.5%	0.9%
4年～5年未満	0.2%	0.5%
5年～10年未満	0.3%	0.9%
10年以上	0.1%	0.3%
無回答	5.4%	3.7%

出典: 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査(22年6月時点)

# 将来の目指すべきイメージ

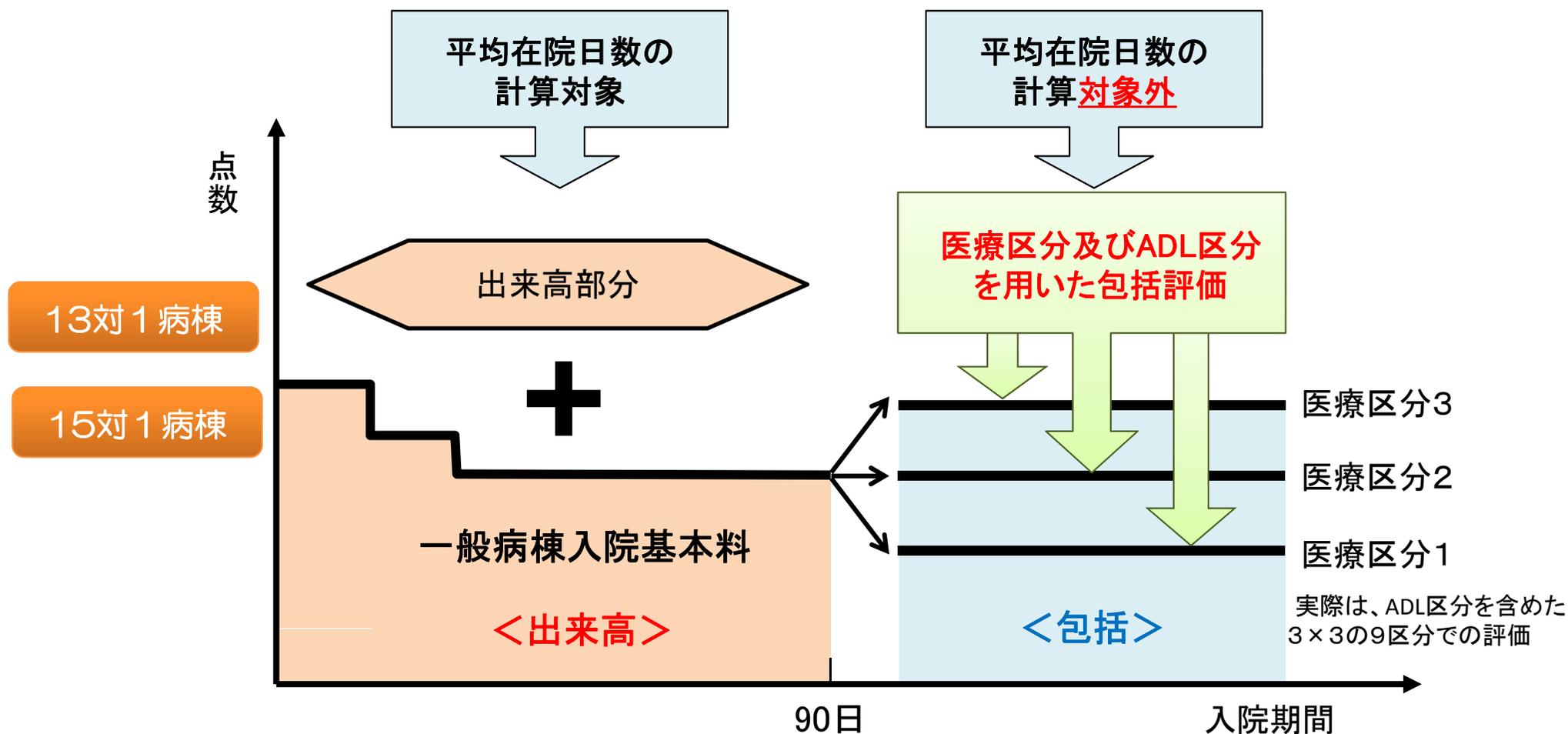


## < 中間像 >



# パターン①

- 長期療養患者が比較的多い一般病棟については、将来的には、長期療養病棟へ移行することが現実的ではないか。
- その観点からは、24年改定においては、13対1病棟と15対1病棟について、90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入することとしてはどうか。



## 療養病棟入院基本料の包括範囲について

### 包括に含まれるもの

- 検査
- 病理診断
- エックス線単純撮影と写真診断
- 処置  
(創傷処置、喀痰吸引、排便、酸素吸入、酸素 TENT、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、導尿、留置カテーテル設置、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔・咽頭・喉頭処置、ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置)
- 投薬及び注射(以下に定めるものは除く)

### 包括に含まれない薬剤及び注射薬

- 抗悪性腫瘍剤及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
- エリスロポエチン、ダルベポエチン
- インターフェロン製剤
- 抗ウイルス剤(B型及びC型肝炎、HIV感染症の治療に係るもの)
- 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤

# 特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係①

中医協 診-2-参考資料  
21. 12. 18 より抜粋

	特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分(参考)
1	難病等入院診療加算を算定する患者	多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋委縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 AIDS/HIV 多剤耐性結核(陰圧管理) 等	スモン	3
			多発性硬化症	2
			筋委縮性側索硬化症	2
			パーキンソン病関連疾患	2
			その他の難病(スモンを除く。)	2
			感染隔離室における管理	3
2	重症患者等療養環境特別加算を算定する患者	以下のいずれかに該当し、個室又は2人部屋で入院。 ア 病状が重篤であって絶対安静が必要 イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要する	脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺)	2
			筋ジストロフィー	2
3	重度の肢体不自由者※1、脊髄損傷等の重度障害者※1、重度の意識障害者※2、筋ジストロフィー患者及び難病患者等	※1 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。 ※2 JCSⅡ-3以上又はGCS8点以下、あるいは無動症	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
			24時間持続点滴	3
			経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養を実施、かつ発熱又は嘔吐を伴う	2
4	悪性新生物に対する治療※3(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態	※3 ・肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与える臓器障害を有する腫瘍用薬による治療 ・放射線治療 ・末期の悪性新生物に対する治療	悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要な場合)	2
			頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態	2
5	観血的動脈圧測定を実施している状態		うつ状態	2
			中心静脈栄養を実施	3

(注) 矢印の対応関係については、各特定除外項目に該当する患者に対して実施されることが比較的容易に想定される医療行為等を含めている。

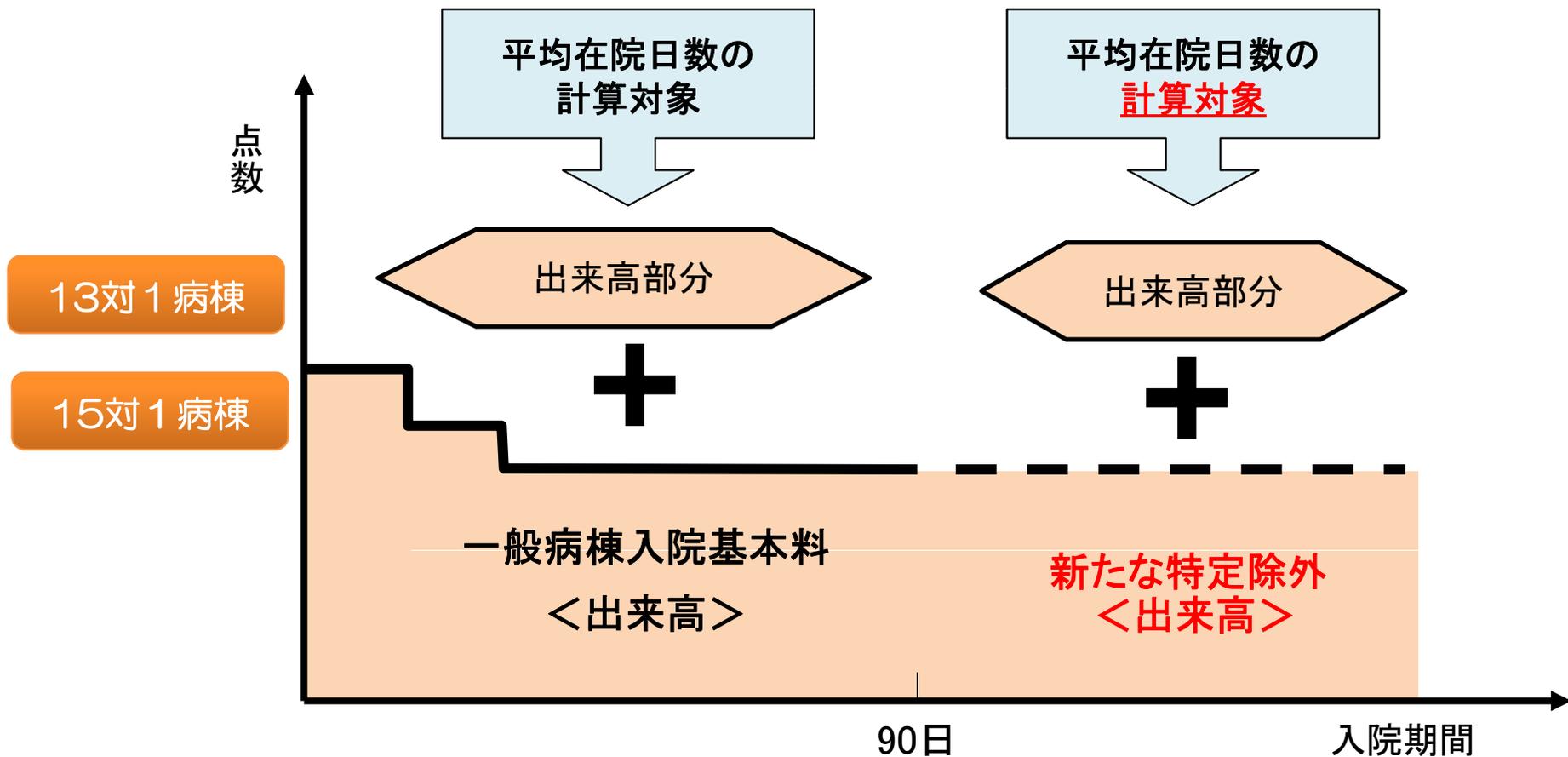
## 特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係②

特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分 (参考)
6	リハビリテーションを実施している患者	リハビリテーションが必要(原因傷病等の発症後30日以内)	2
7	ドレーン若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施	3
8	頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	1日8回以上の喀痰吸引 (夜間も含め3時間に1回程度)	2
9	人工呼吸器を使用している状態	人工呼吸器を使用	3
10	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	気管切開又は気管内挿管が行われている(かつ発熱を伴う)	2 (3)
11	麻酔を用いる手術を実施してから30日以内	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
12	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を実施	2
		24時間持続点滴	3
		創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍・蜂巣炎等の感染症に対する治療を実施	2

(注)特定除外項目は、急性期や急性増悪時に相当すると考えられる項目も含んでいると考えられ、すべての項目において医療区分採用項目に合致するかどうかには検討の余地がある。

## パターン②

- 長期療養患者が比較的少ない一般病棟については、将来的には、急性期・亜急性期病棟へ移行することが現実的ではないか。
- その観点から、24年改定においては、13対1病棟と15対1病棟について、90日を超えて入院する患者を対象として、平均在院日数の計算対象とすることとしてはどうか。



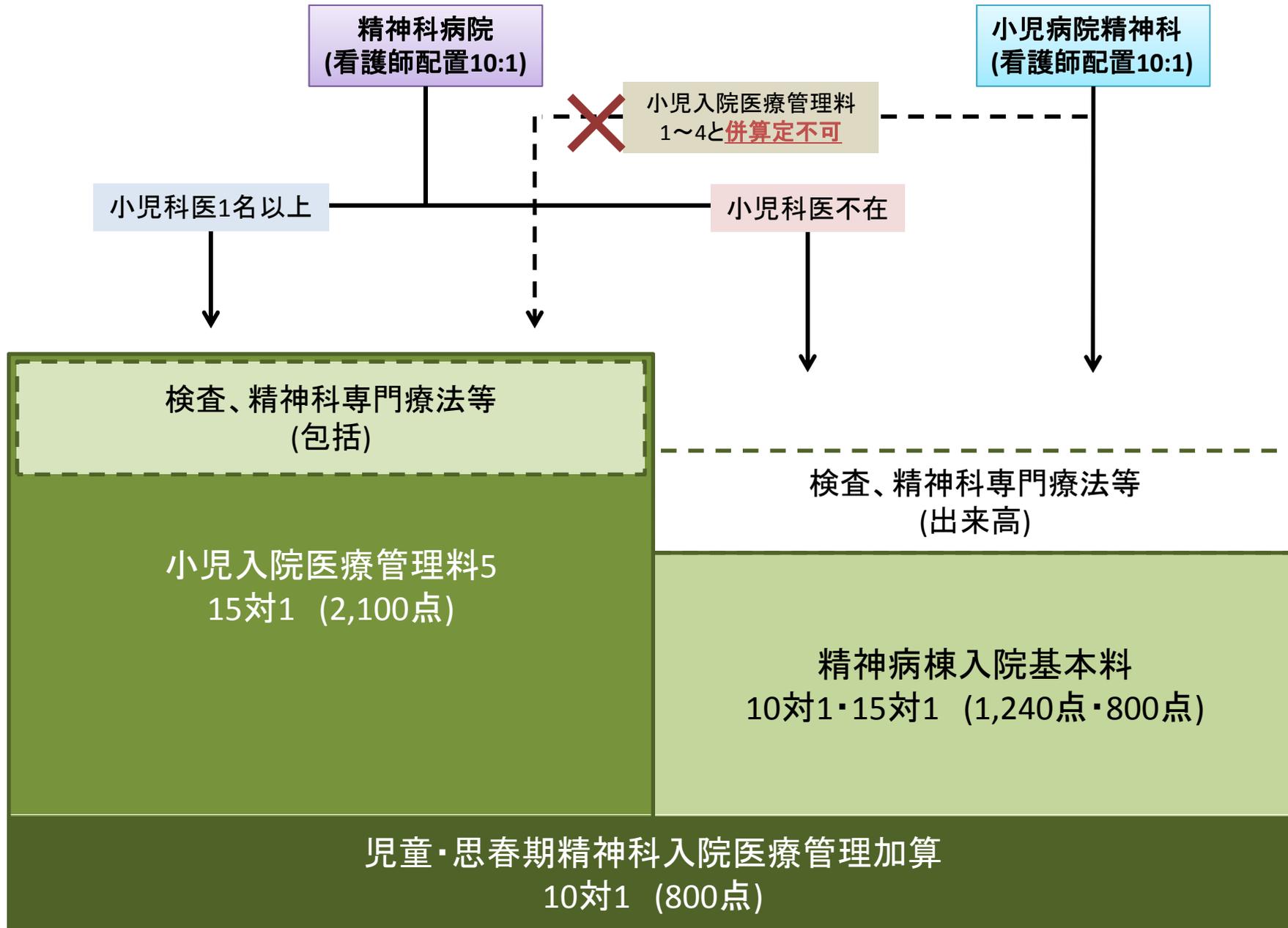
・長期療養について

## ② 小児精神医療における 小児入院医療管理料5の算定について

# 小児入院医療管理料について

	平均在院日数	病棟	看護配置等	常勤小児科医師数
(病棟単位の評価)				
小児入院医療管理料1	21日以内	一般病床 独立病棟	7対1以上 夜勤時間帯も含め9対1以上 看護師 (夜勤看護師2名以上)	20名以上
小児入院医療管理料2	21日以内	一般病床 独立病棟	7対1以上 看護師 (夜勤看護師2名以上)	9名以上
小児入院医療管理料3	21日以内	一般病床 独立病棟	7対1以上 看護師 (夜勤看護師2名以上)	5名以上
(病棟内小児専用病床の評価)				
小児入院医療管理料4	28日以内	一般病床 10床以上の 小児病床確保	10対1以上 看護師比率70% (夜勤看護師2名以上)	3名以上
(病床単位の評価)				
小児入院医療管理料5	基準なし	一般病床 に限定しない 病院全体	15対1以上 看護師比率40% (夜勤看護師2名以上)	1名以上

# 精神科病院と小児病院精神科の算定入院料



## 課題と今後の方向性

- 13対1、15対1一般病棟入院基本料算定病棟における90日以上入院している者は全体の13.5% (13対1)、24%(15対1)あるが、その割合は、病棟によって異なり、半数以上が90日以上入院している病棟はそれぞれ2%(13対1)、12.3%(15対1)ある。
- 一般病棟で90日以上入院している患者のほとんどは特定除外患者となっており、在院日数や医療区分、病状の見通し等から療養病棟入院中の患者像と重なる事例もあるが、両社の患者1人1月あたりの医療費には、一定の差が認められた。
- 小児入院医療管理料5は、その趣旨から他の小児入院医療管理料との併算定は不可となっているが、小児病院と精神科病院とで、小児精神医療の評価が制度上異なることとなっている。

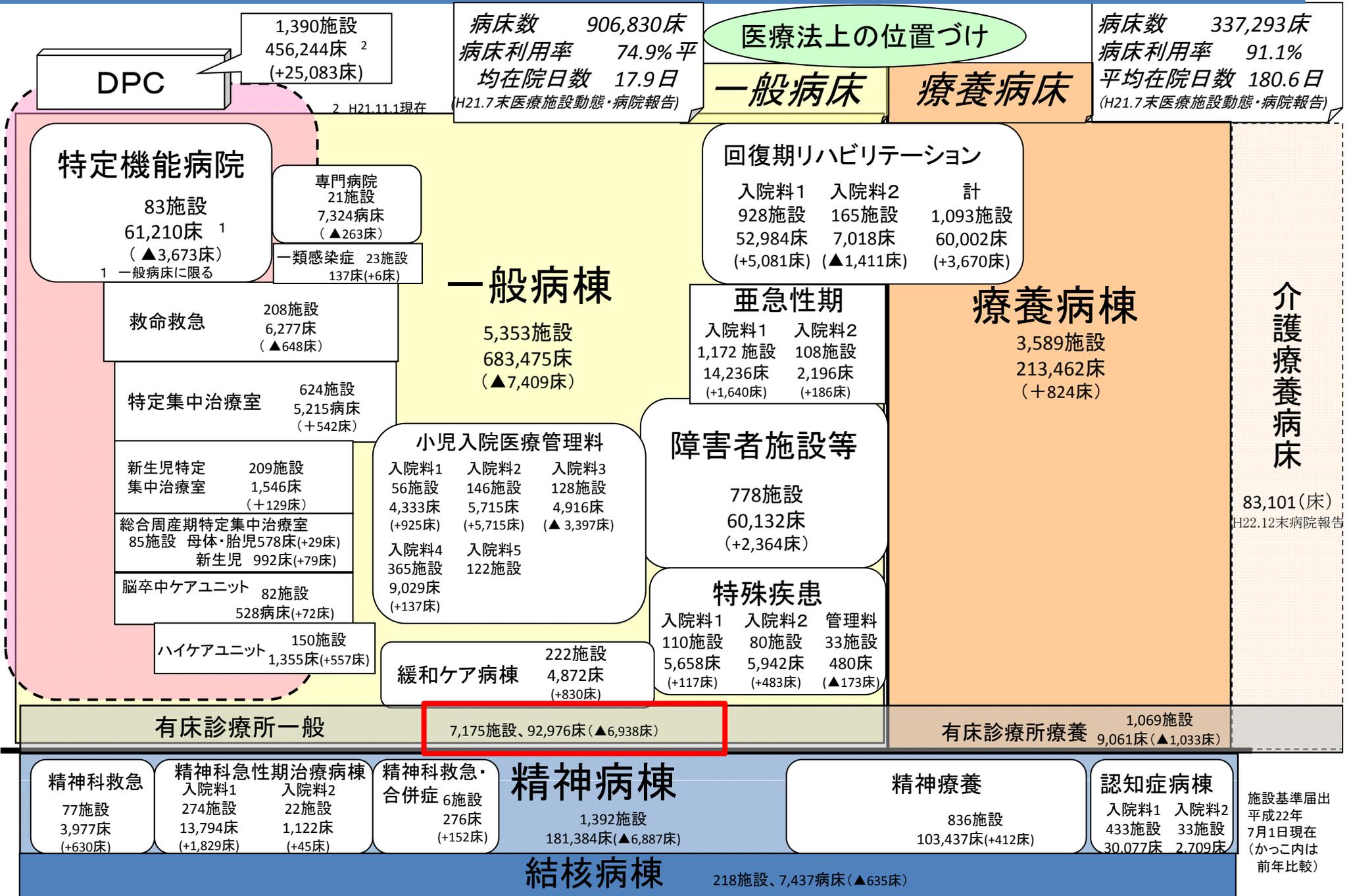
### 【今後の方向性】



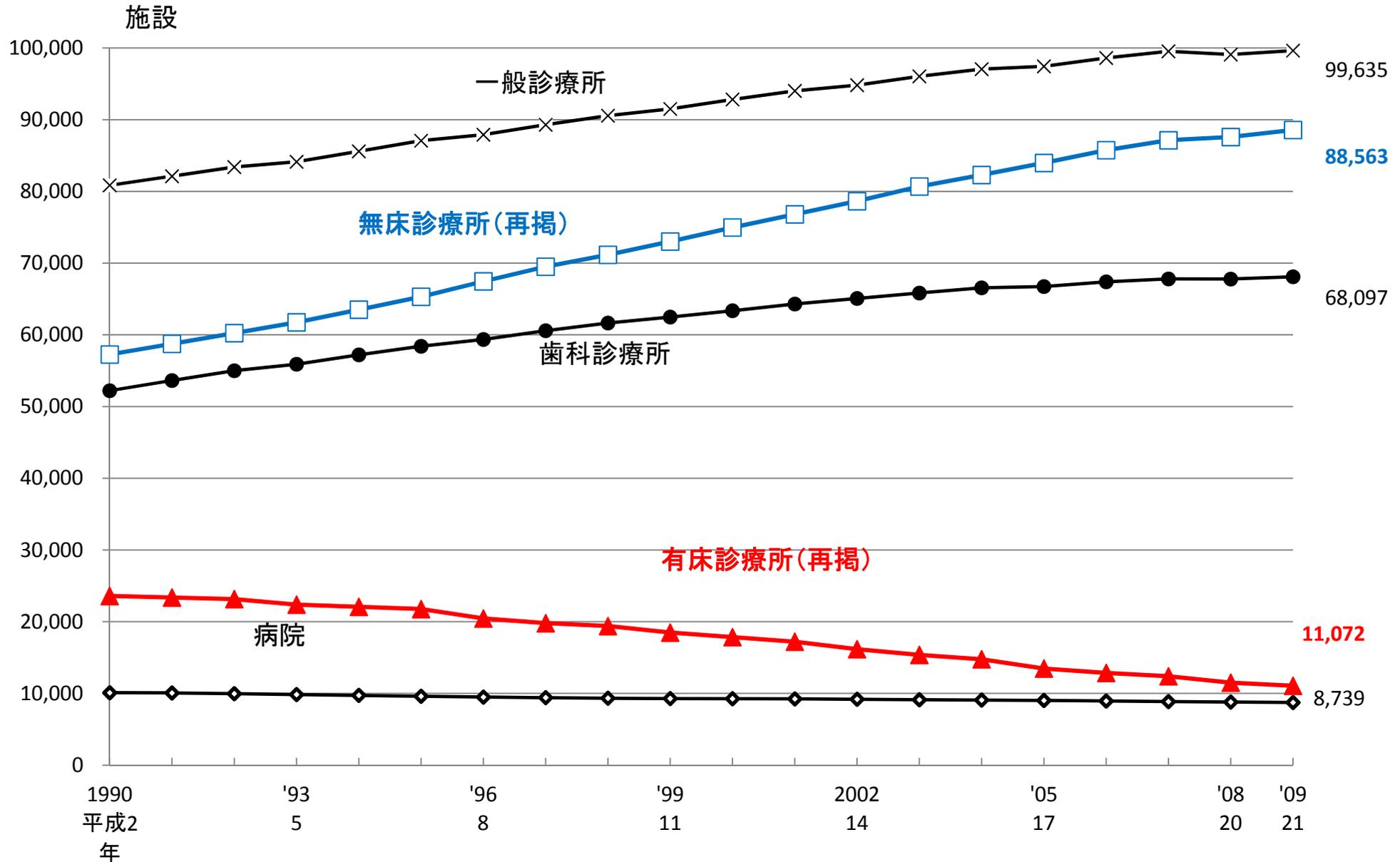
- 長期療養患者が比較的多い一般病棟については、将来的には、長期療養病棟へ移行することが現実的ではないか。その観点からは、24年改定においては、13対1病棟と15対1病棟に限り、90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)を導入することとしてはどうか。
- 長期療養患者が比較的少ない一般病棟については、将来的には、急性期・亜急性期病棟へ移行することが現実的ではないか。その観点から、24年改定においては、13対1病棟と15対1病棟に限り、90日を超えて入院する患者を対象として、平均在院日数の計算対象とすることとしてはどうか。
- 小児精神医療が小児病院、精神病院それぞれで適切な評価となるよう、精神病棟における小児患者の長期療養に即した小児入院医療管理料を検討してはどうか。

# ・ 有床診療所における 入院医療について

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)

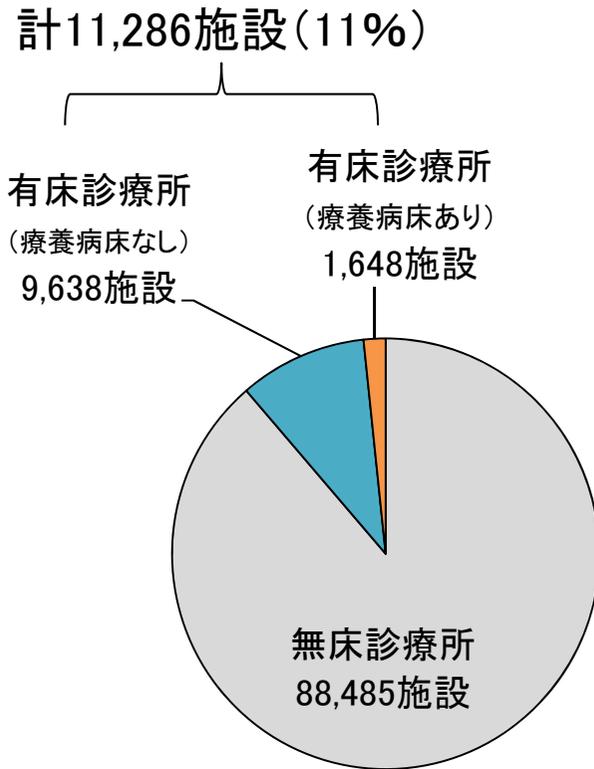


# 有床診療所数の年次推移

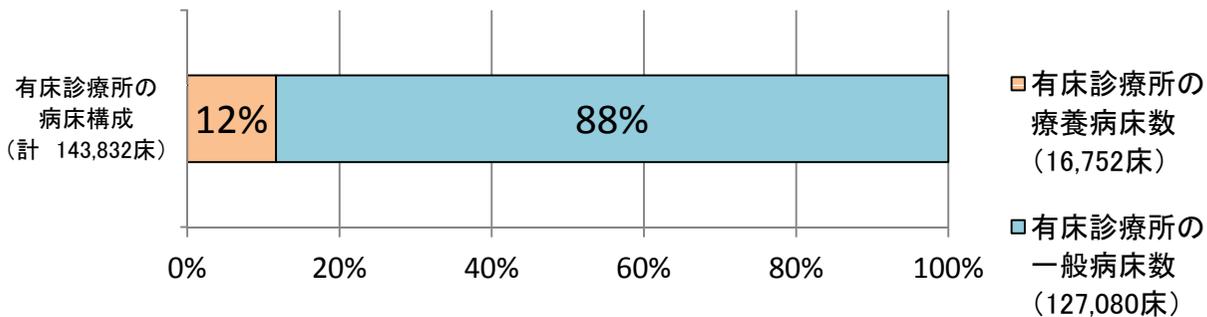
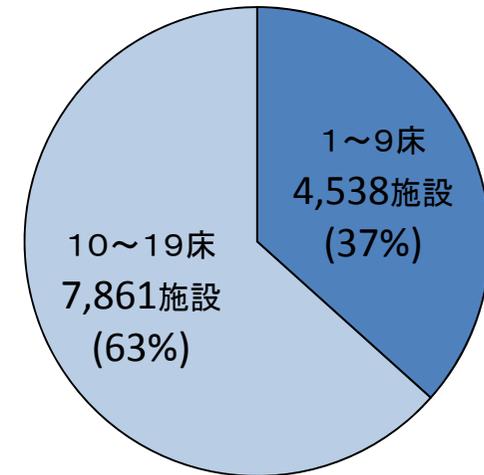


出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成21年度医療施設動態調査」

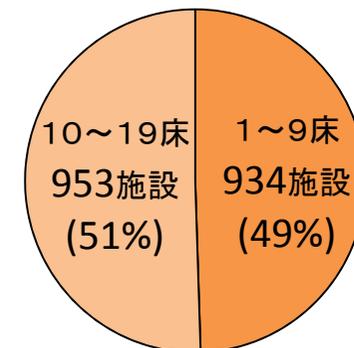
# 有床診療所の現況



有床診療所の一般病床の  
病床規模(計12,399施設)



有床診療所の療養病床の  
病床規模(計1,887施設)

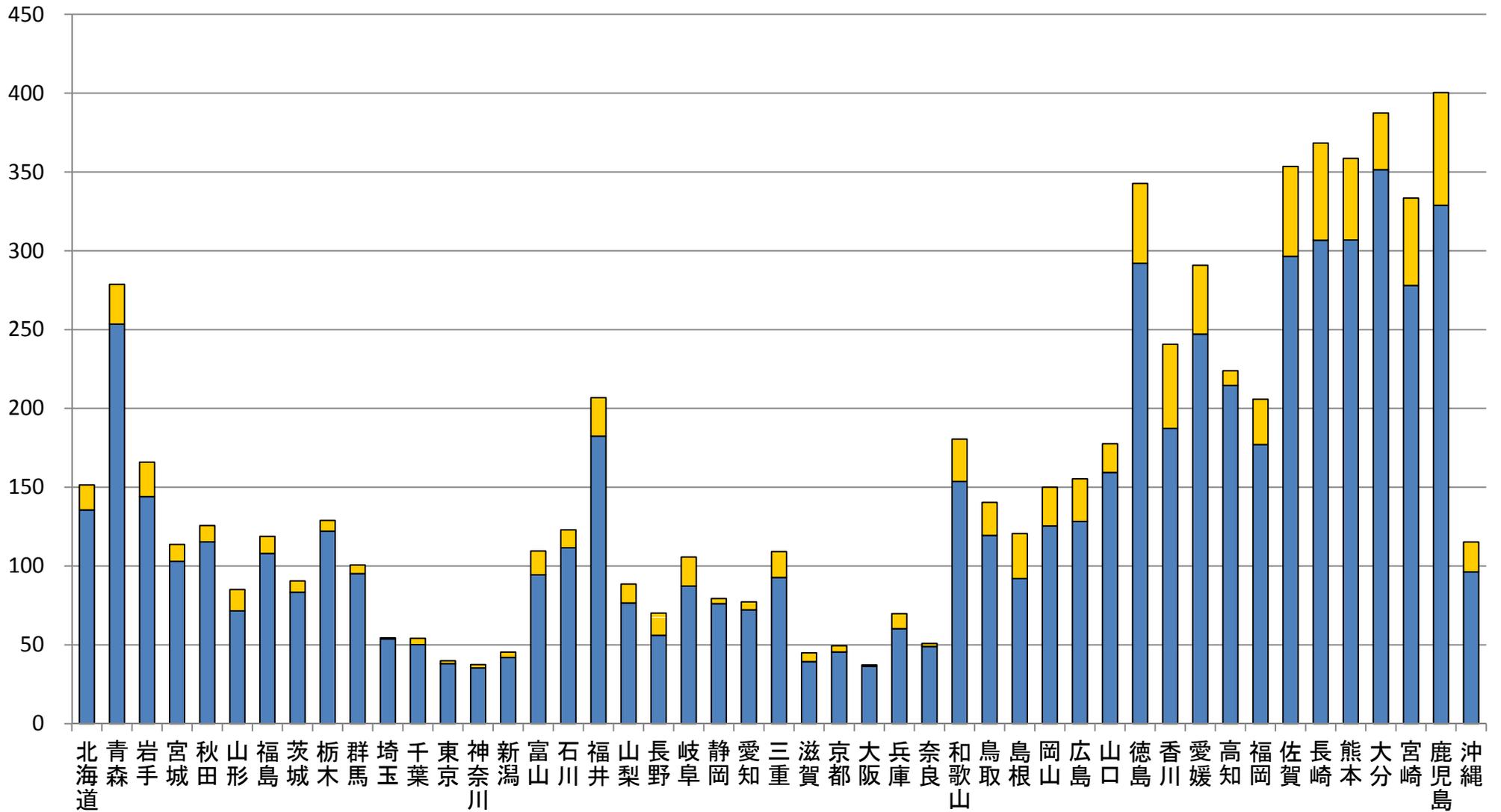


出典:医療施設動態調査(平成21年7月末概数)

# 都道府県別人口10万人あたり有床診療所の病床数

(床/10万人)

■ 診療所の一般病床数    ■ 診療所の療養病床数

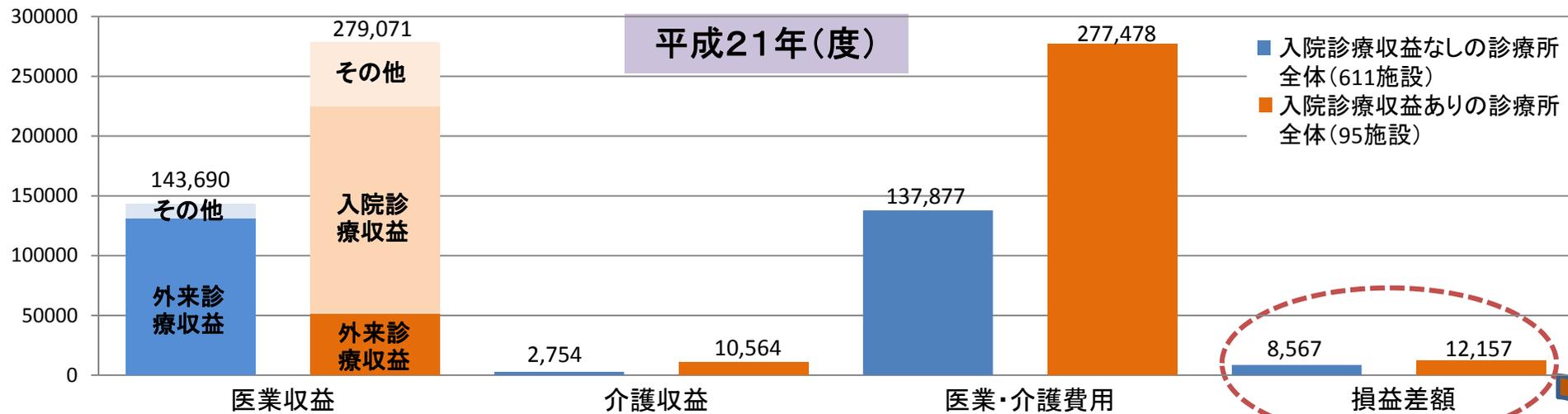


出典: 医療施設動態調査(平成21年10月1日現在)

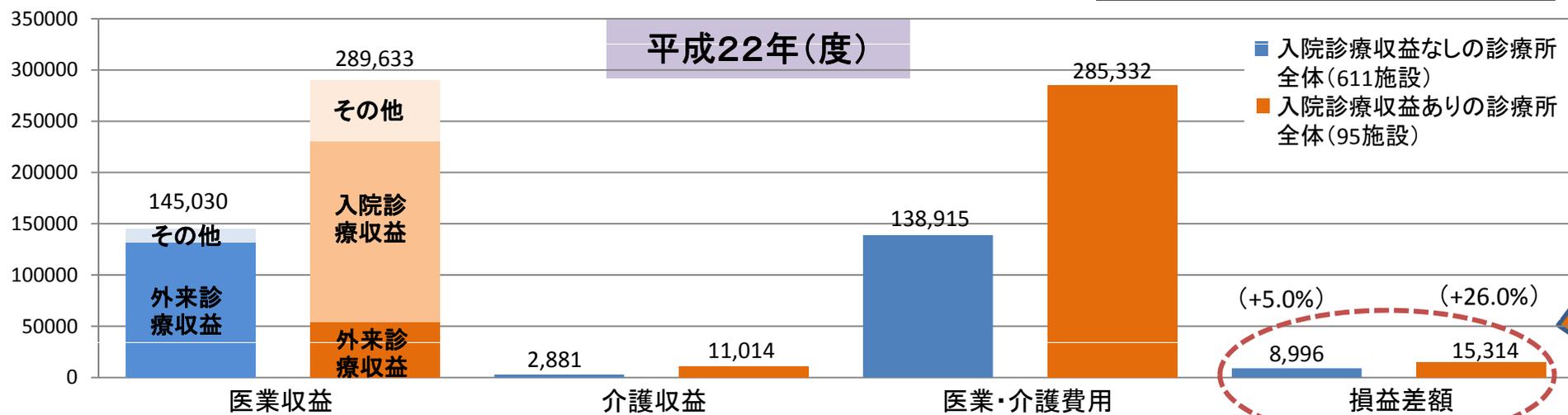
# 診療所(医療法人)の損益状況

(千円)

## 直近の2事業年(度)の集計結果



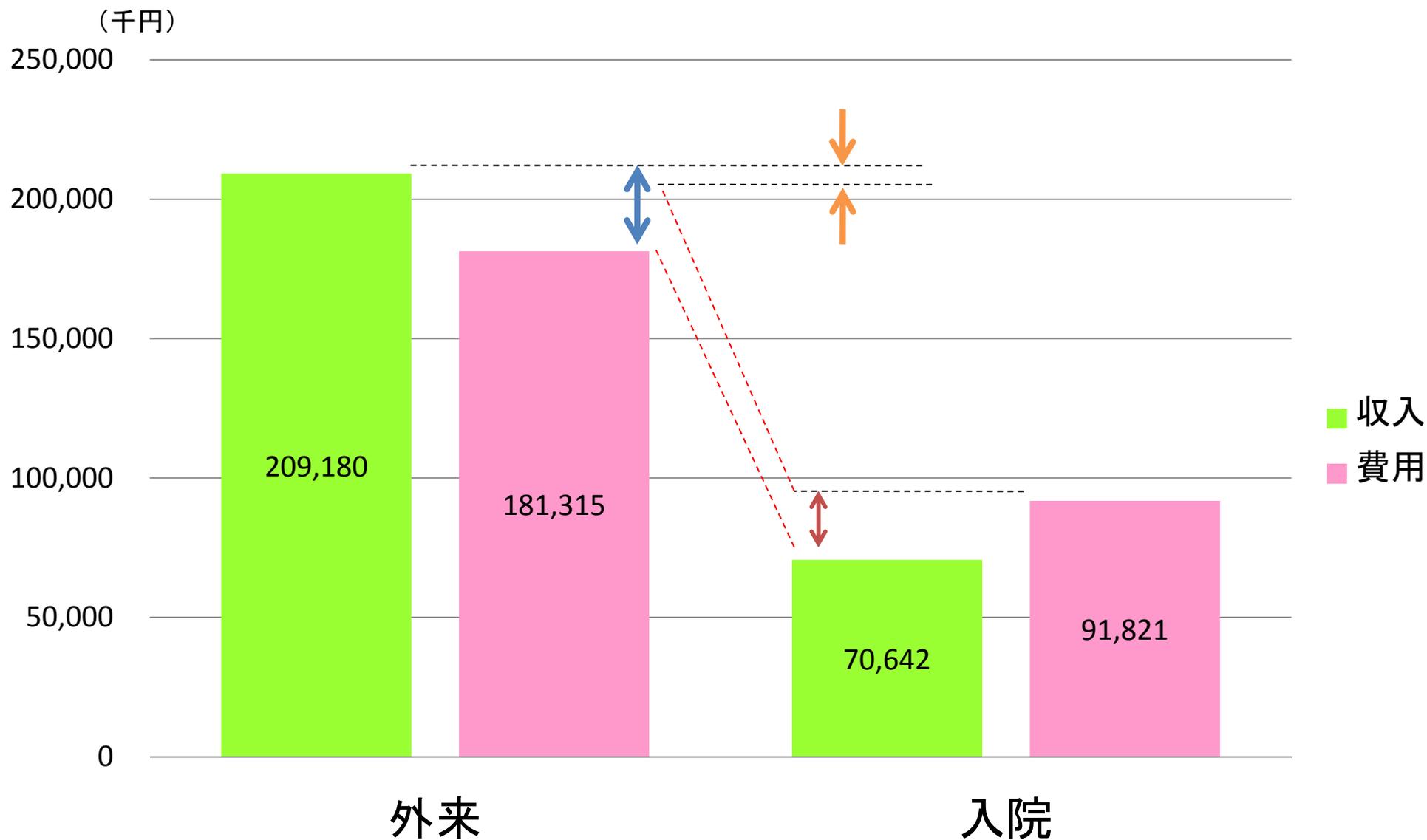
損益差額 ÷ 医療・介護収益	5.9%	4.2%
----------------	------	------



損益差額 ÷ 医療・介護収益	6.1%	5.1%
----------------	------	------

備考: 「集計2」…調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)

日医総研ワーキングペーパーNo.204 平成21年 有床診療所経営実態調査  
**有床診療所(44施設)の損益状況(平成20年)**

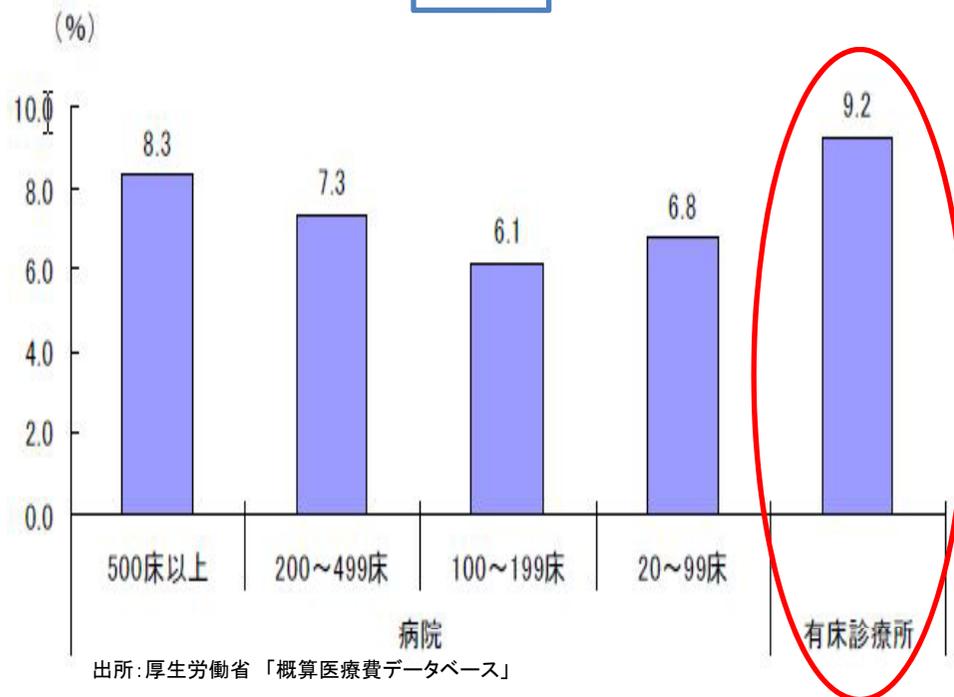


備考：表45「一般病床及び一般病床と医療療養の両方を有する施設」のデータを加工し推計

# 2010年度上期の医療保険医療費について

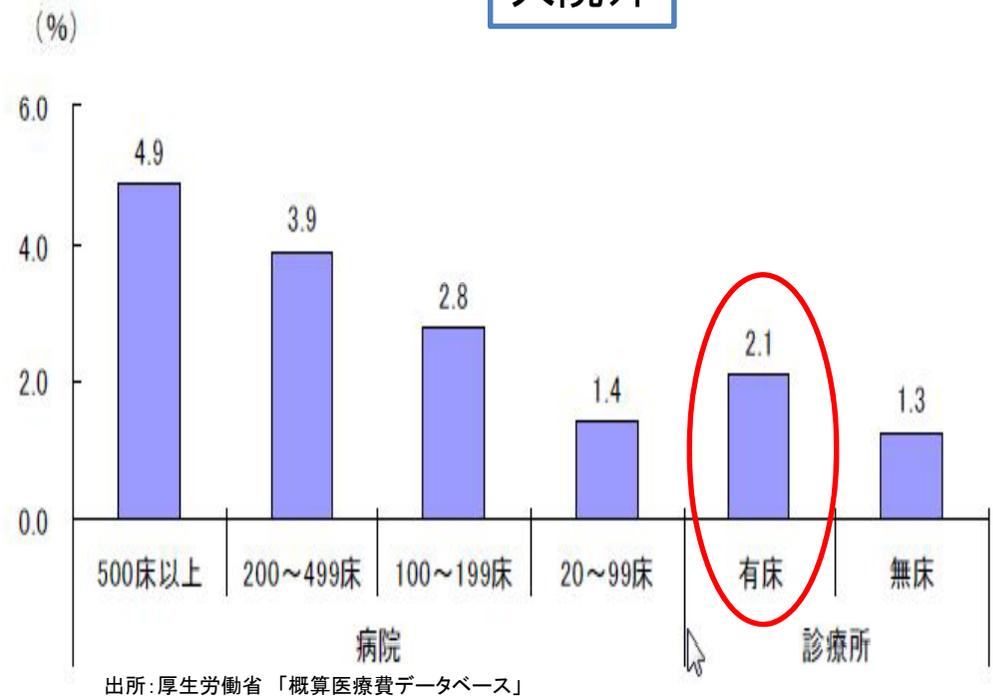
病床規模別の1施設当たり入院医療保険医療費の対前年同期比(2010年度上期)

入院



病床規模および有床・無床別の1施設当たり入院外医療保険医療費の対前年同期比(2010年度上期)

入院外



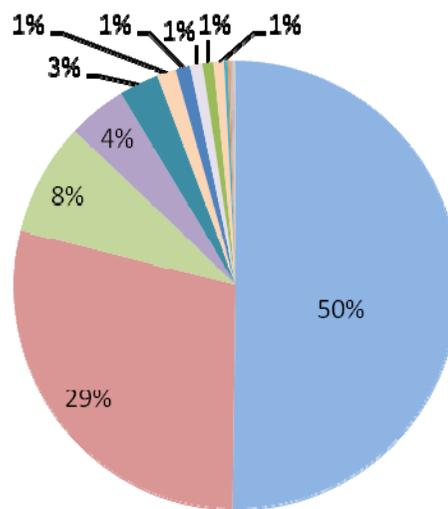
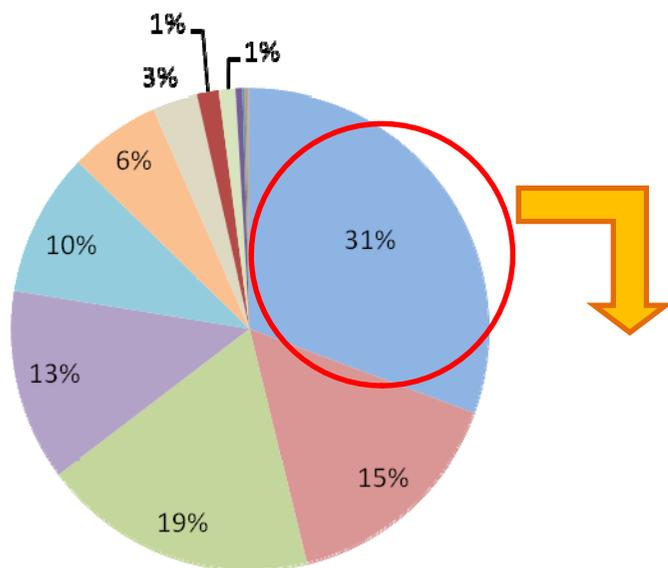
出典: 日医総研ワーキングペーパー 2010年度上期の医療保険医療費の分析 2011年2月15日

有床診療所は入院、入院外共に前年より医療保険医療費が増加している。

# 主たる診療科別の有床診療所数

標榜科 の数	医療機 関数
1	2207
2	1130
3	1351
4	939
5	708
6	449
7	224
8	107
9	82
10	34
11	12
12	11
13	7
14	2
15	0
20	1
25	1
30	1
計	7266

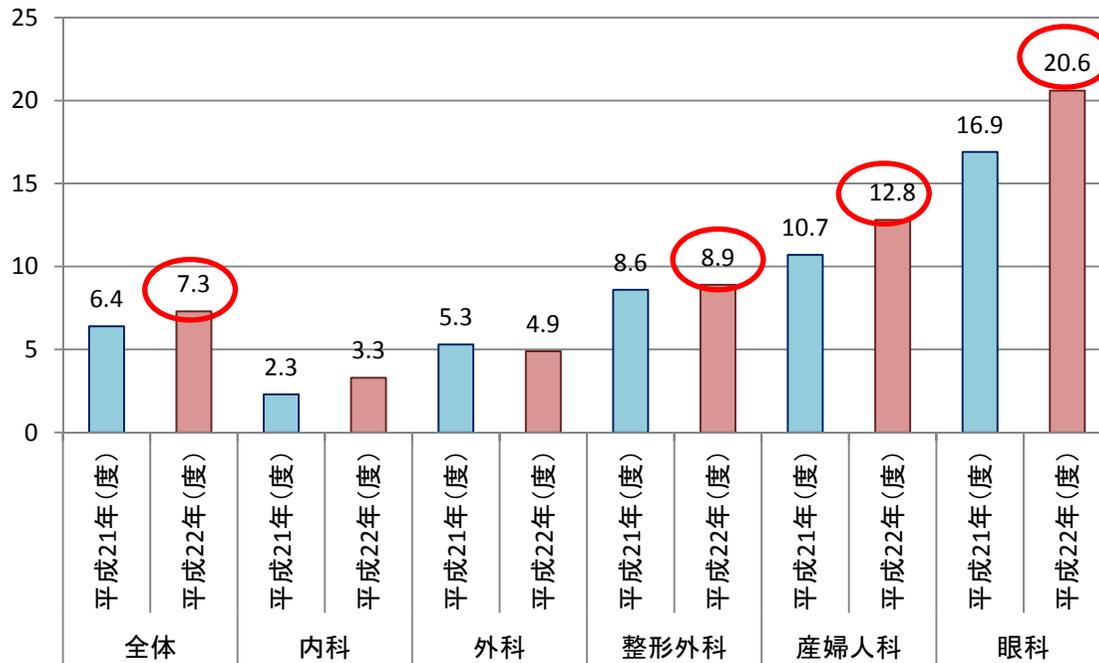
標榜科数別の医療機関数の割合



- 1124 産婦人科(又は産科、婦人科)
- 641 眼科
- 183 内科
- 96 皮膚泌尿器科(又は皮膚科、泌尿器科)
- 65 整形外科
- 31 耳鼻咽喉科
- 24 肛門科
- 20 脳神経外科
- 18 小児科
- 17 外科
- 6 循環器科
- 4 消化器科(又は胃腸科)
- 3 リハビリテーション科
- 3 歯科
- 1 精神科
- 1 呼吸器外科

平成22年度 厚生労働省保険局医療課調べ

# 主な診療科の損益差額の状況(有床診療所)



・有床診療所全体と比べて、眼科や産婦人科などを主な診療科とする有床診療所で損益差額が大きかった。

(参考)  
主な診療科別の経常利益率

内科系	5.1%
外科系	2.0%
整形外科	4.1%
産婦人科系	6.9%
眼科・皮膚科系	6.3%
泌尿器科	8.6%

〔日医総研ワーキングペーパーNo.242  
平成23年 有床診療所の現状調査〕

# 地域医療を支える有床診療所の評価①

## 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、入院日数の区分を見直す。

【平成22年改定後】

有床診療所 入院基本料1  (看護職員 <u>5人以上</u> )	~ 7日	8 1 0 点
	8 ~ 14日	6 6 0 点
	15日 ~ 30日	4 9 0 点
	31日 ~	4 5 0 点

有床診療所 入院基本料2  (看護職員 <u>1 ~ 4</u> 人)	~ 7日	6 4 0 点
	8 ~ 14日	4 8 0 点
	15日 ~ 30日	3 2 0 点
	31日 ~	2 8 0 点



有床診療所 入院基本料1 (看護職員 <u>7人以上</u> )	~ 14日	7 6 0 点
	15 ~ 30日	5 9 0 点
	31日 ~	5 0 0 点

有床診療所 入院基本料2 (看護職員 <u>4~6人</u> )	~ 14日	6 8 0 点
	15 ~ 30日	5 1 0 点
	31日 ~	4 6 0 点

有床診療所 入院基本料3 (看護職員 <u>1~3人</u> )	~ 14日	5 0 0 点
	15 ~ 30日	3 7 0 点
	31日 ~	3 4 0 点



## 地域医療を支える有床診療所の評価②

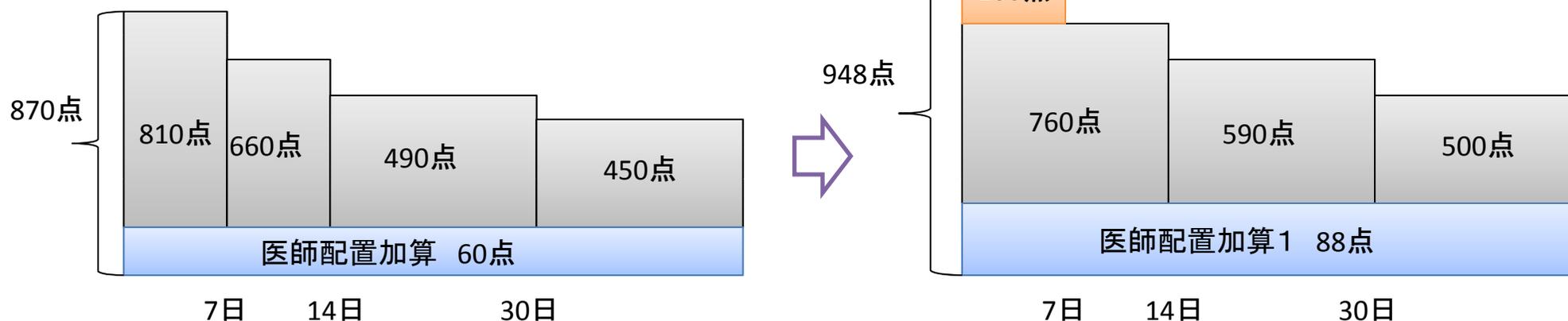
以下のいずれかを満たす、地域医療を支える有床診療所(一般病床)を評価する。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を伴う手術を年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

**新** 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日以内、1日につき)  
医師配置加算 60点 → 医師配置加算1 88点(1日につき)

併せて、診療所後期高齢者入院医療管理料は廃止する。

(例) 医師2名、看護職員8名の有床診療所一般病床で在宅患者の入院を受け入れた場合



## 地域医療を支える有床診療所に関する主な診療報酬の算定回数

### 有床診療所一般病床初期加算

- 急性期医療を担う他の医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算。

	平成22年
新 有床診療所一般病床初期加算 100点	137,749回/月

### 医師配置加算1

- 当該診療所における医師の数が2以上であり、在宅療養支援診療所であって訪問診療を実施している、あるいは急性期医療を担う診療所である、いずれかに該当する場合、有床診療所入院基本料1または2を算定している患者について加算。

	平成22年
医師配置加算1 88点	338,001回/月

## 後方病床(療養病棟、有床診療所)の受入状況

(平成22年改定の要点)  
 ・救急病院や介護保険施設、自宅からの入転院に対する評価を新設(1日150点、14日まで)

【療養病棟】

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		766人	802人 (△4.7%)
直前の居場所	自宅	360人	352人
	病院	274人	<b>317人</b> (△15.7%)
	特養等施設	132人	<del>133人</del>

(N=88(平均許可病床数59.7床、平均在院日数296.0日))

【有床診療所一般病床】

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		2579人	2594人(△0.6%)
直前の居場所	自宅	2222人	2237人
	病院	180人	<b>196人</b> (△8.9%)
	特養等施設	137人	<del>145人</del>

(N=231)

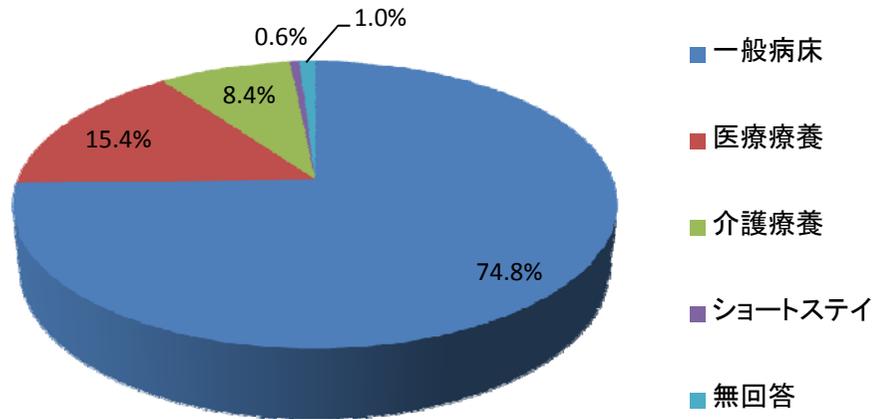
出典:平成22年度検証調査

・療養病棟、有床診療所の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は減少していた。

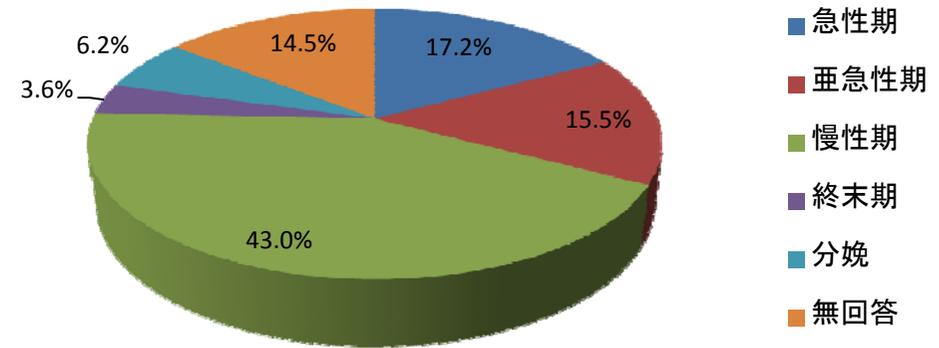
# 入院患者の状況(有床診療所全体)

【調査対象】 全国有床診療所連絡協議会会員 3,624施設  
【調査時期】 平成23年5月～6月  
【回収結果】 患者調査の回答施設 643施設(有床)、総患者数 7627人

## 病床の種類

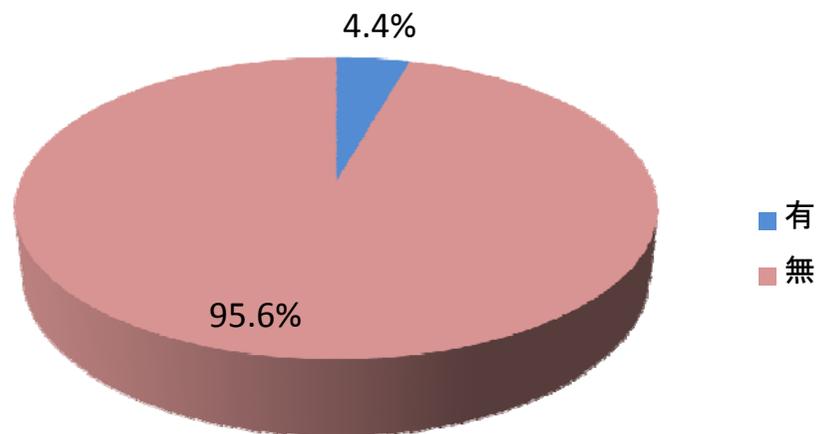


## 病態

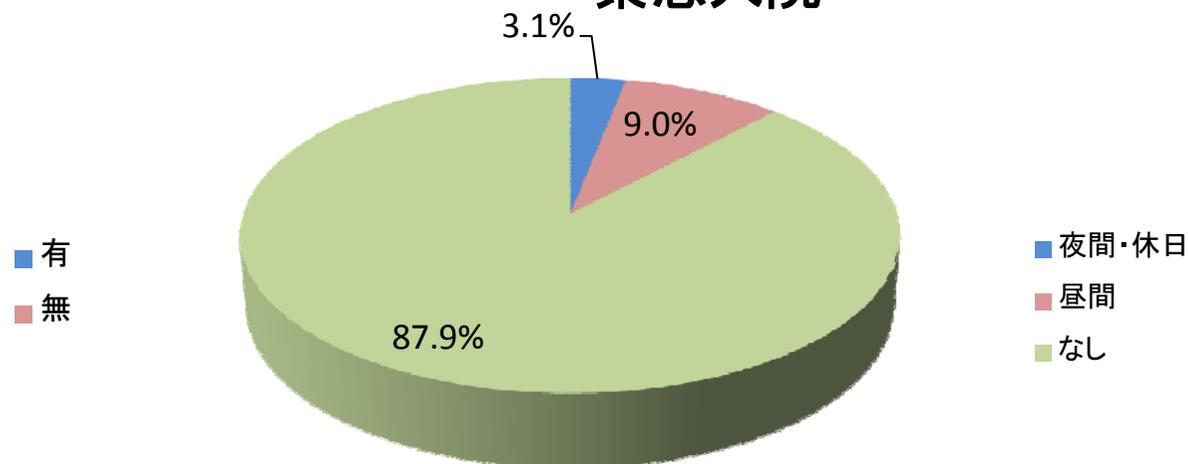


# 入院患者の状況(有床診療所全体)

## 緩和ケア

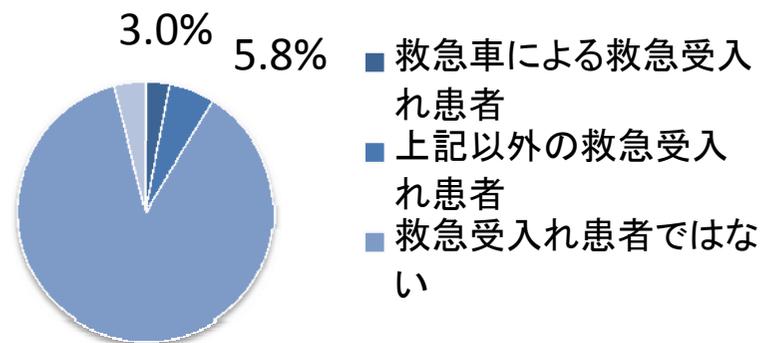


## 緊急入院

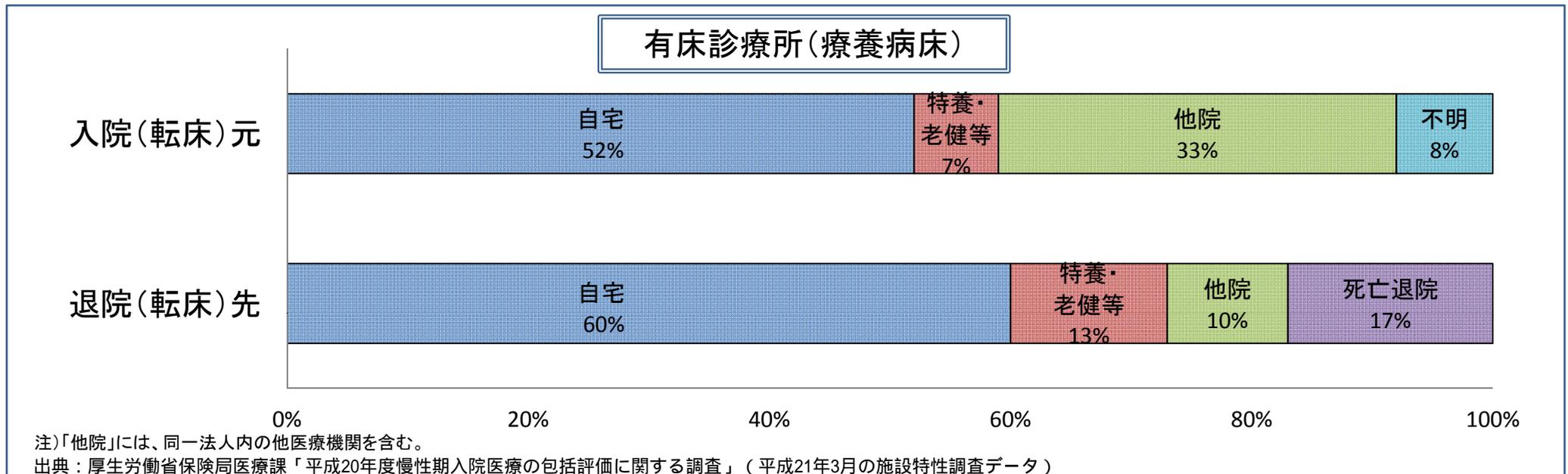
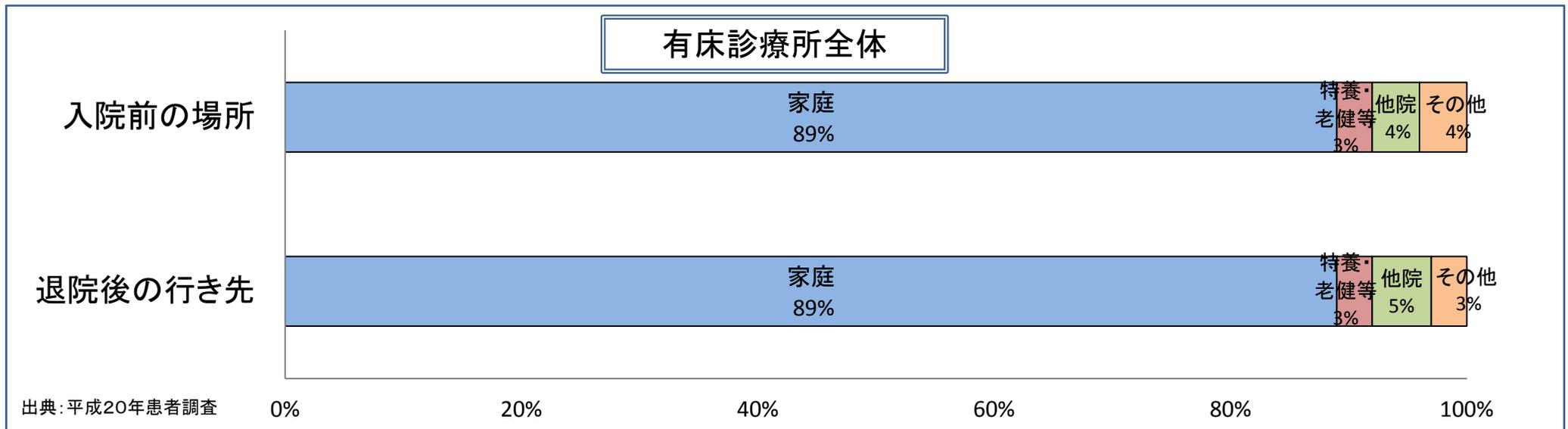


## 救急患者の受入状況(有床診療所療養病床)

### 診療所 (n=797)



# 入退院の状況について

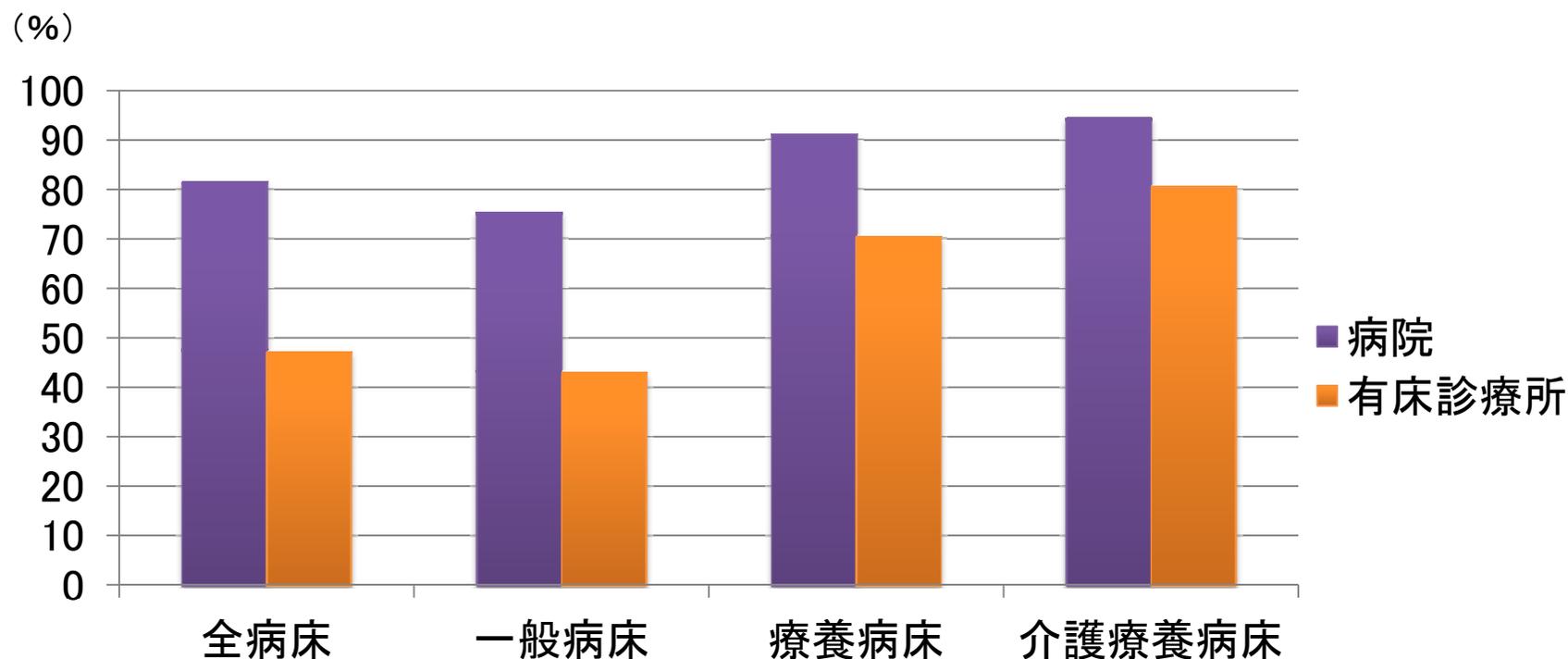


診療所の療養病床に入院する患者のうち約4割が自宅や特養・老健等の介護施設からの入院である等、患者や入居者の病状の急変の際、速やかに医療を提供できる、**地域に根ざした後方病床として機能**している。

# 病院と有床診療所における病床利用率

病床利用率の算出方法 =  $\frac{\text{年間在院患者延数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の1月} \sim \text{12月の合計}} \times 100$

## 病床利用率(平成21年)

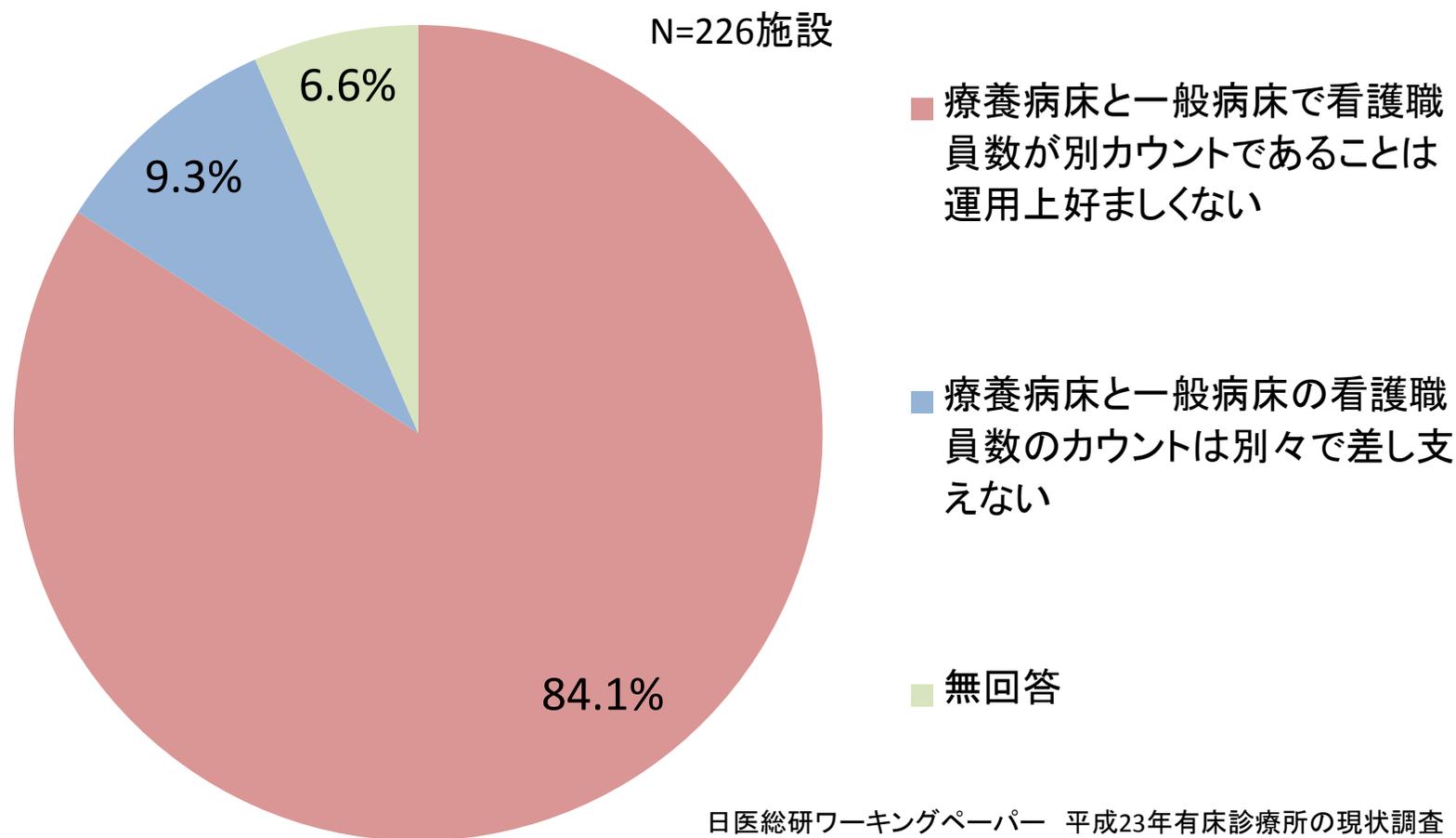


有床診療所における一般病床、全病床の病床利用率は平成20年9月30日の在院患者数と病床数から算出

出典:平成21年医療施設(動態)調査

# 療養病床と一般病床の運用について

【調査対象】 全国有床診療所連絡協議会会員 3,624施設  
【調査時期】 平成23年5月～6月  
【回収結果】 1,011施設が回答(回収率27.9%)。うち有床は784施設、休床・無床化施設は227施設。



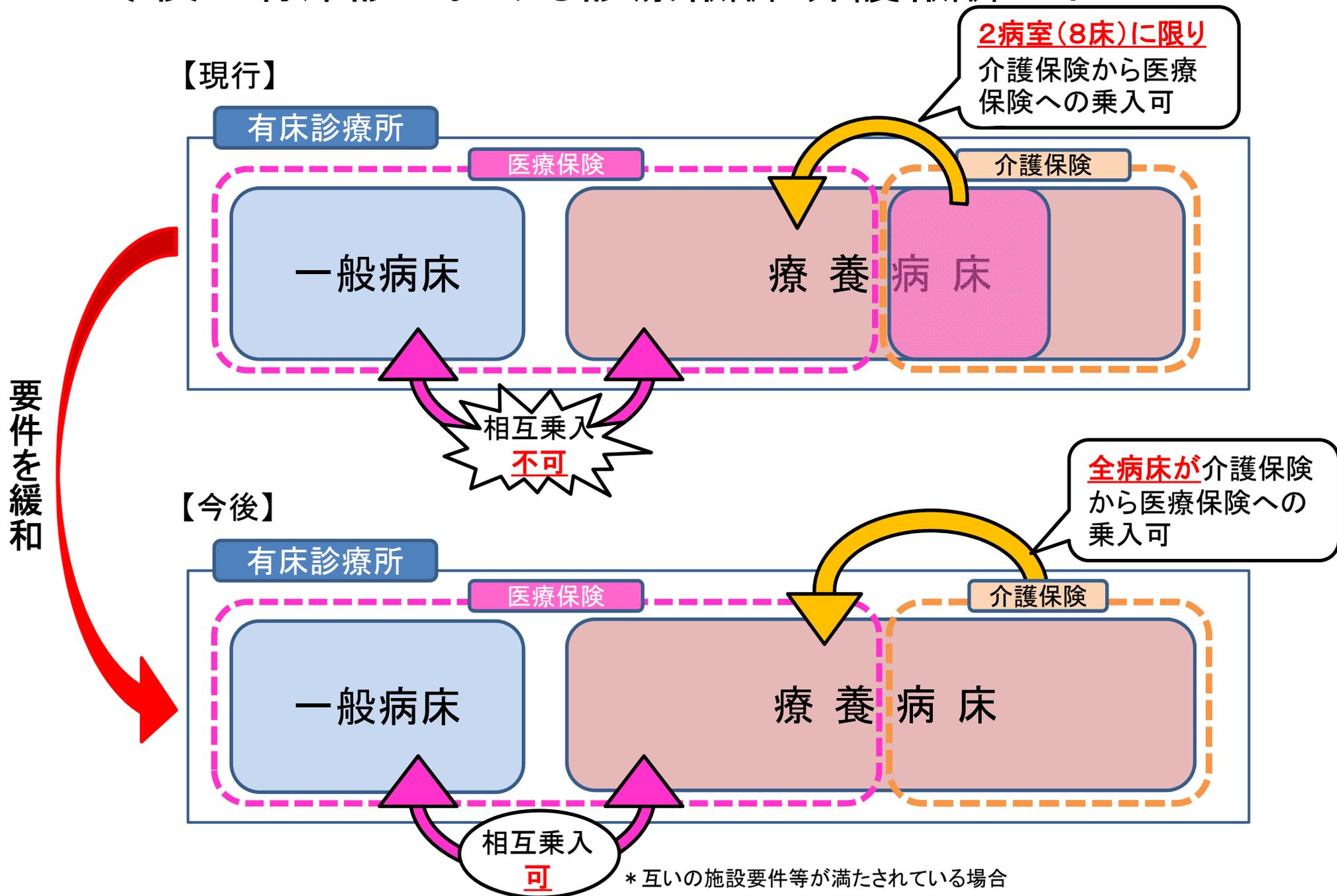
# 有床診療所に対する診療報酬上の評価

	有床診療所 入院基本料1	有床診療所 入院基本料2	有床診療所 入院基本料3	有床診療所 療養病床入院基本料
病床種別	一般			療養
点数	14日以内 760点 15日以上 30日以内 590点 31日以上 500点	14日以内 680点 15日以上 30日以内 510点 31日以上 460点	14日以内 500点 15日以上 30日以内 370点 31日以上 400点	<div style="border: 1px dashed blue; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">                     A 975点 B 871点 C 764点 D 602点 E 520点                 </div>
包括範囲	出来高			検査・投薬・注射・病理診断・一部の画像診断及び処置包括
看護職員	7以上	4以上7未満	1以上4未満	6対1※4
看護補助者	—			6対1※4
夜勤	看護職員1以上※3			—
届出施設数※1	7,175施設			1,069施設
届出病床数※1	92,976床			9,061床
算定回数※2	687,989回	256,389回	62,623回	163,541回
構造設備 (医療法上の最低基準)	●病床 一人部屋 6.3㎡/床以上 二人部屋～ 4.3㎡/床以上			●必置施設 ・機能訓練施設 ・談話室 ・食堂 ・浴室 ●病床 6.4㎡/床以上※5

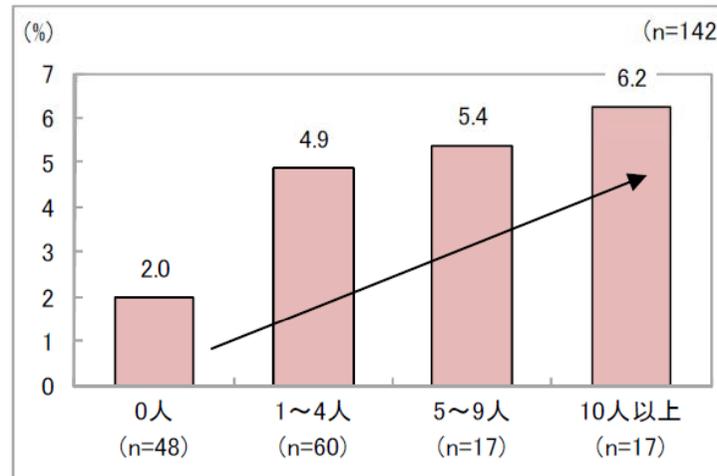
医療区分	1	2	3
ADL区分			
3	D	B	A
2	E	C	
1			

※1: 平成22年7月時点    ※2: 社会医療診療行為別調査(平成22年6月審査分)    ※3: 夜間看護配置加算2の場合  
 ※4: 実質配置30:1相当。医療区分2・3の患者が8割を超える病棟は、看護職員4:1、看護補助者4:1(実質配置20:1相当)。  
 ※5: 既設の場合、6.0㎡/床以上  
 ※5: 平成10年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた診療所内の病床を、平成12年3月31日までに転換して設けられた療養型病床群で転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床 以上

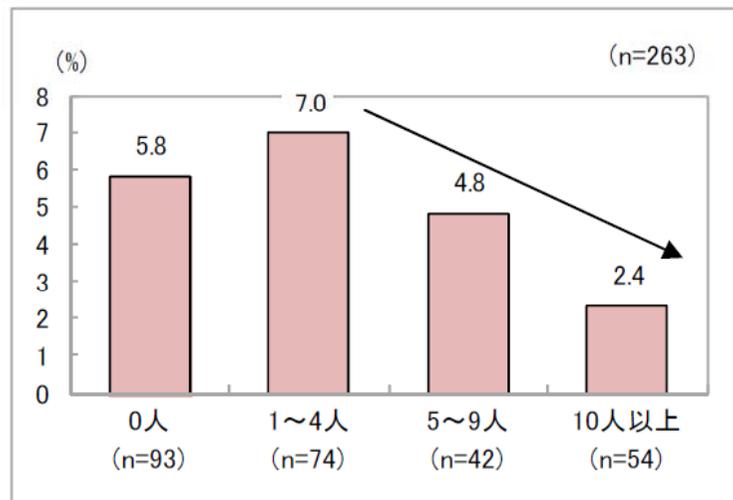
# 今後の有床診における診療報酬・介護報酬のイメージ



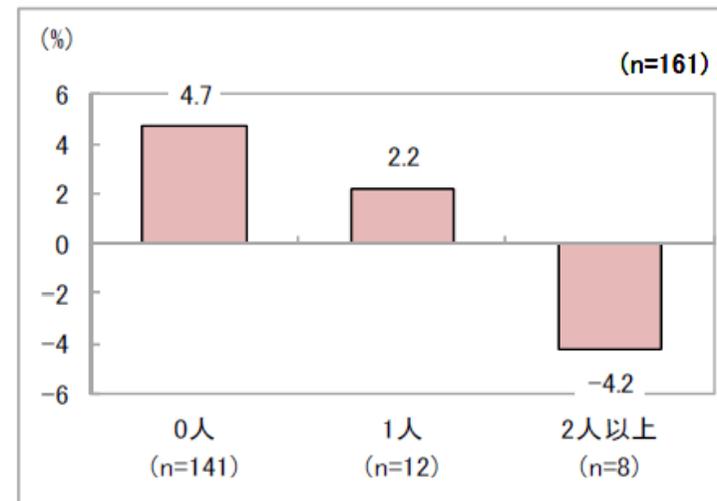
# 患者特性別に見た経営状況



年間在宅看取り数と経常利益率



年間院内看取り数と経常利益率



(内科または外科で終末期の緩和ケア患者)

緩和ケアの年間入院患者数と経常利益率

# 地域医療を支える有床診療所の主な機能

専門医療を担う機能  
(眼科、産婦人科、リハビリテーション等)



病院と診療所の基本的な人員配置の差を勘案したうえで、充実した体制(ハイリスク妊娠管理加算等)や、リハビリテーション、手術を病院と同様に評価

地域に根ざした後方病床としての機能

病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能



有床診療所としての特性を有床診療所一般病床初期加算等で評価したうえで、病院と同様の支援機能(急性期・慢性期病棟等退院調整加算など)は病院と同様に評価

緊急時に対応する医療機能



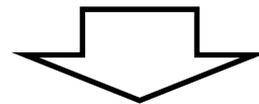
在宅患者緊急入院診療加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等病院と同様に評価

院内で終末期医療を担う機能

緩和ケアの提供機能

## 有床診療所に係る課題と論点

- 有床診療所の1施設当たり入院、入院外医療費は増加し、損益差額も特に眼科や産科などの専門医療機関で改善しているが、損益差額の収入に対する割合は無床診療所より低い。
- 有床診療所の一般病床の病床利用率は療養病床より低いが、慢性期医療や救急患者の受け入れ等は一般、療養の区別なくなされている。
- 有床診療所に期待される役割として、眼科や産科等の専門医療と、後方病床や在宅療養患者の急変時の入院、ターミナルケア、緩和ケア等の地域医療があるが、緩和ケアや院内のターミナルケアについては、有床診療所に特化した診療報酬上の評価はなく、経営上のディスインセンティブとなっている。



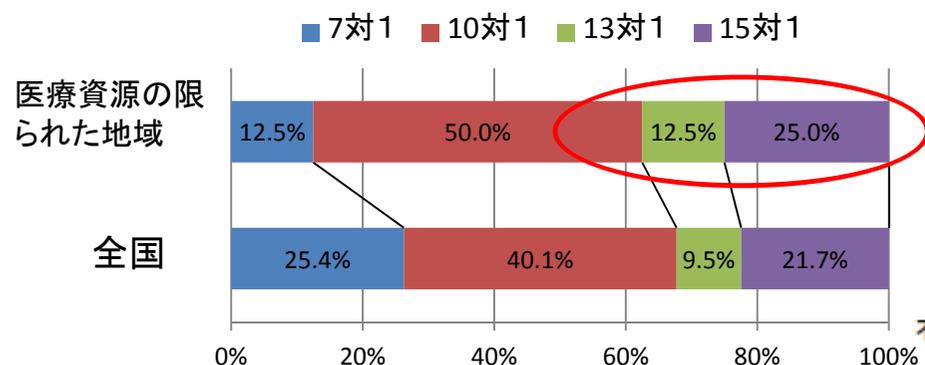
### 【論点】

- 有床診療所の入院医療の評価は一般、療養で区別されているが、双方の要件を満たしている場合は、患者像に応じ、柔軟な算定を可能としてはどうか。また、介護療養病床入院患者が急性増悪時医療保険より算定できるのは2室8床に限っているが、より柔軟な運用としてはどうか。
- 有床診療所における入院緩和ケアや院内のターミナルケアの推進についてどのように考えるか。

# . 地域特性について

# 地域の一般病院の看護基準と患者層について①

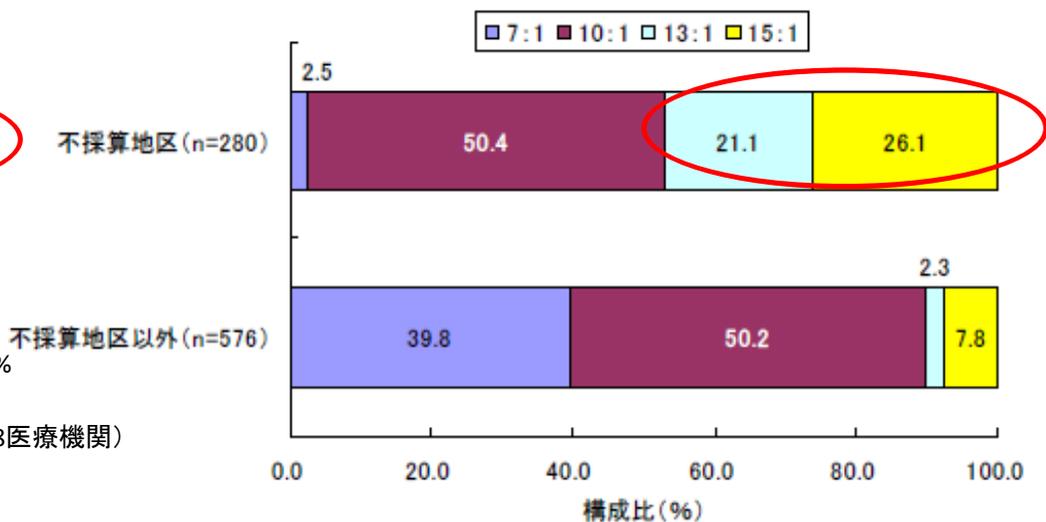
一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比<sup>1)</sup>  
(患者流出割合が低く病床数が少ない地域)



患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比<sup>2)</sup>  
(自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)

自治体病院の立地条件別看護基準別構成比  
(2009年・一般病院)



\*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」

(注)不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

- ・第1種不採算地区病院:直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
- ・第2種不採算地区病院:直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在すること

原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域



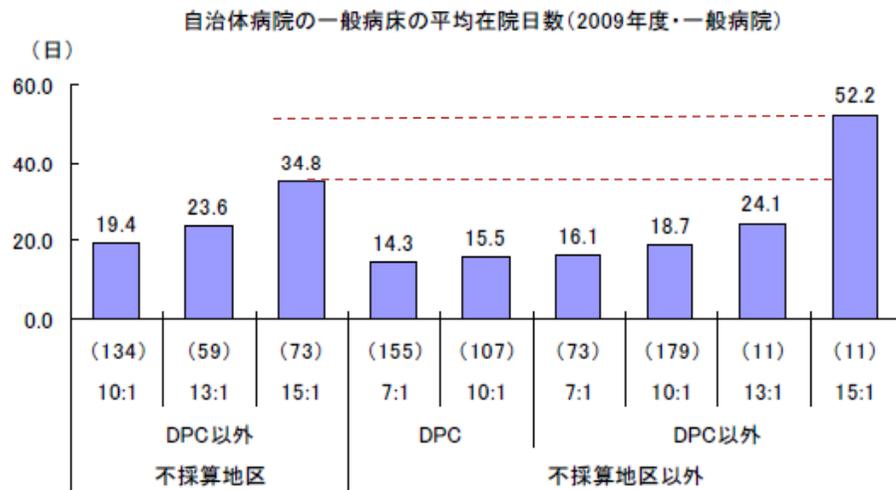
医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

出典: 1) 医療課調べ

2) 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について—入院基本料15:1に注目した分析—(自治体病院の例)

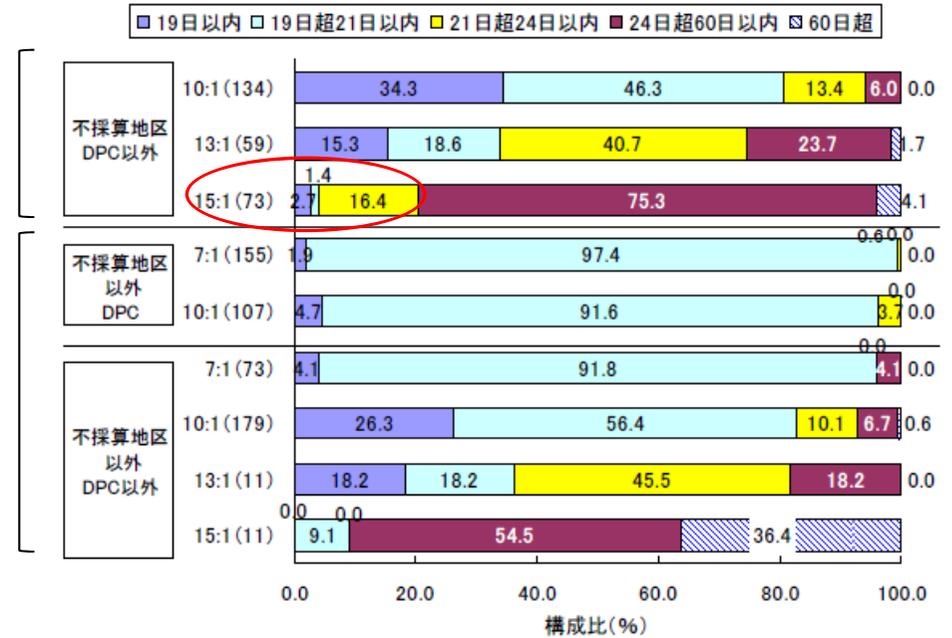
# 地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)



\*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」  
( )内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

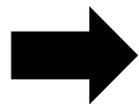
自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



\*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」  
( )内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

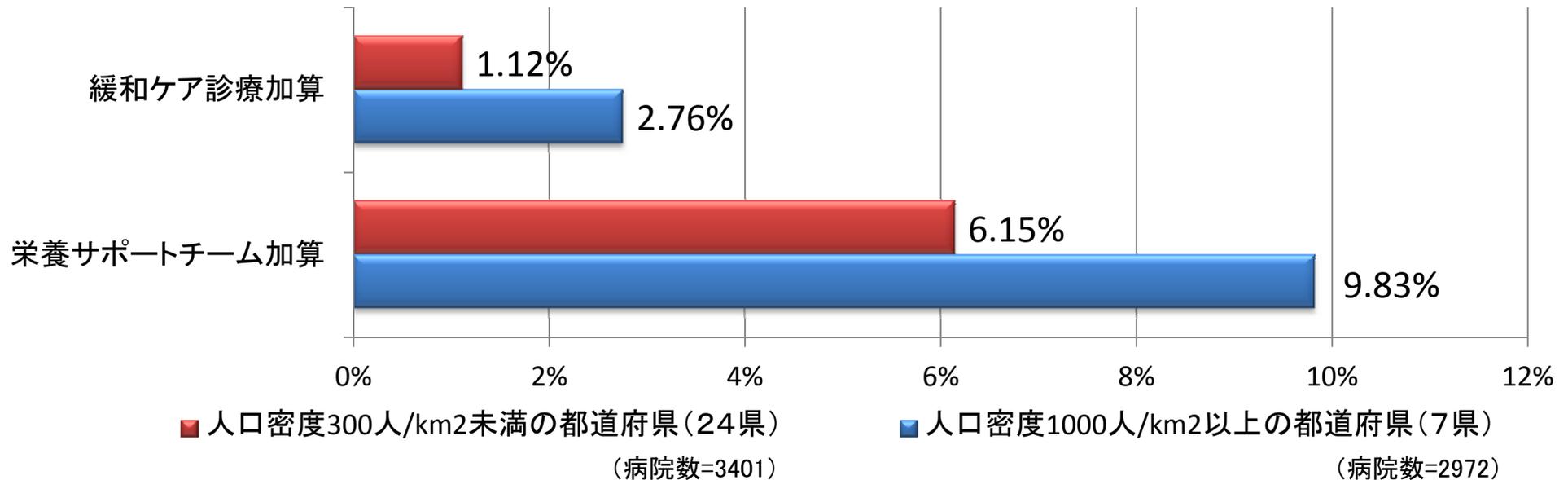
一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内



限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、**15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。**

# 加算の届出施設割合の地域差について

人口密度別届出施設数の割合(都道府県別)



## ● 緩和ケア診療加算の要件

以下の緩和ケアに係る専従のチームを設置

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 等

## ● 栄養サポートチーム加算の要件

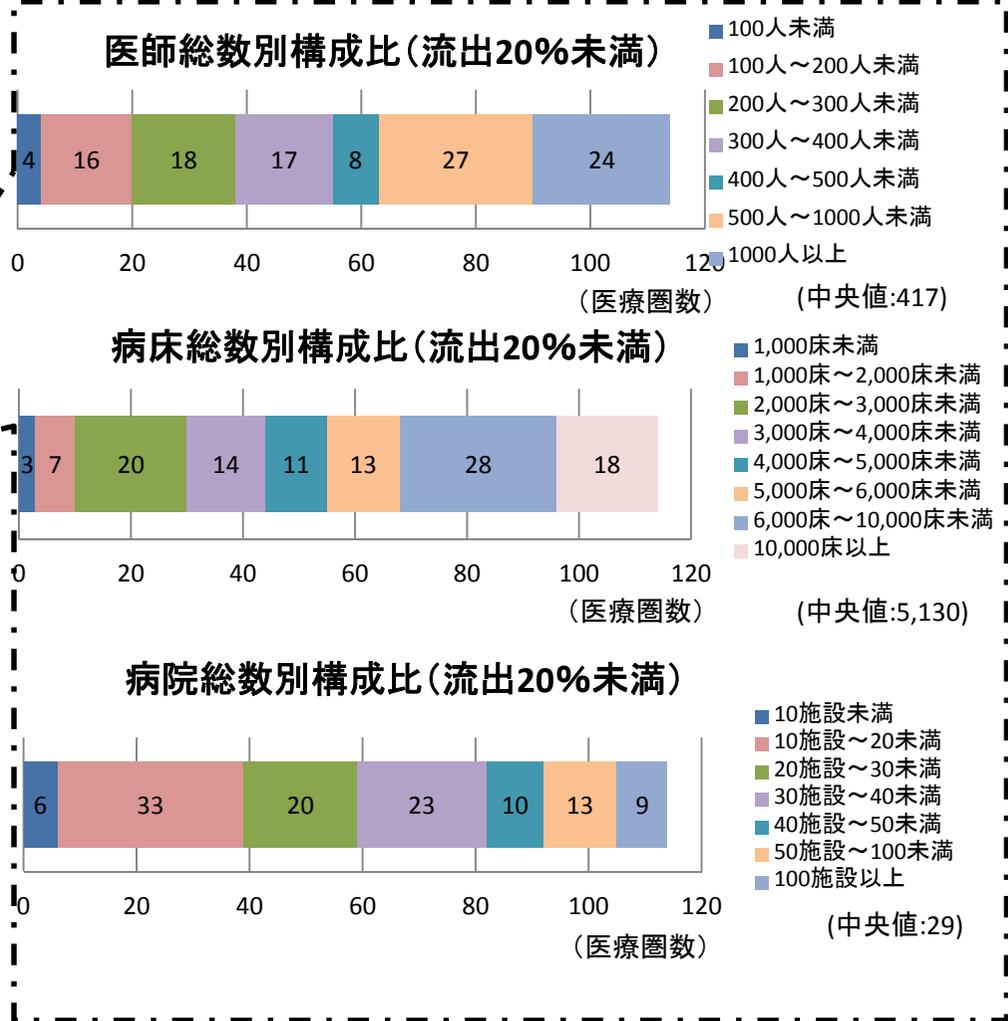
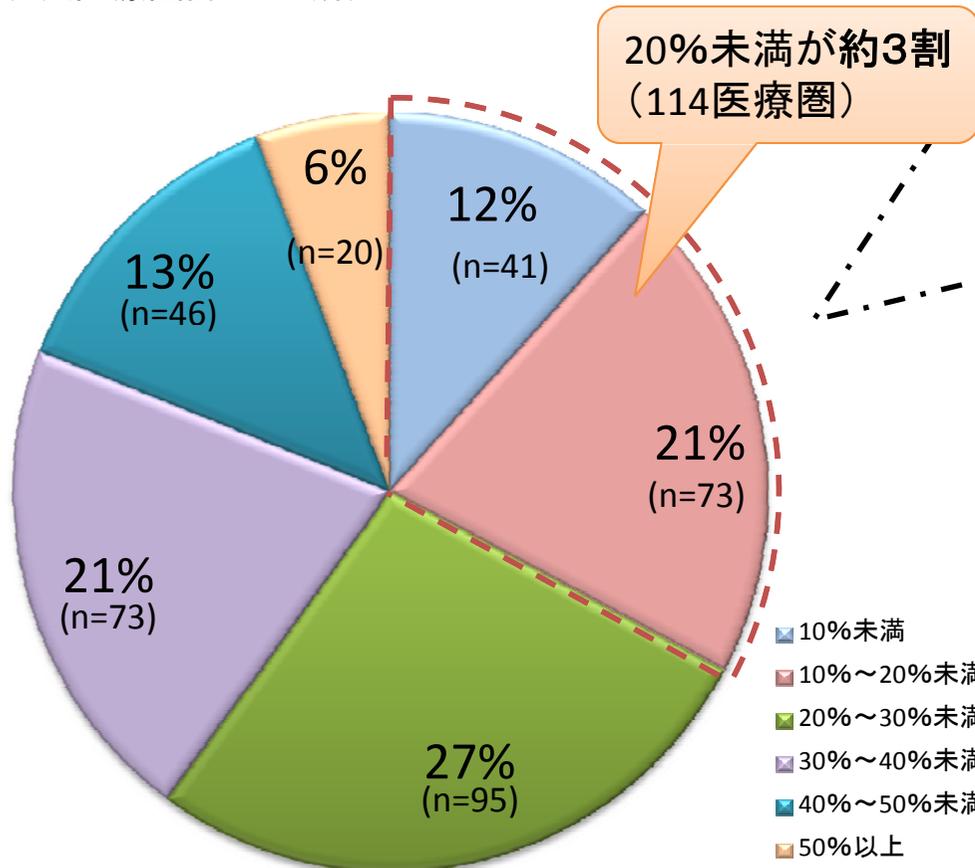
以下の栄養管理に係るチームが設置(アからエのいずれか一人は専従)

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
  - イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
  - ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
  - エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士
- なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい 等

専従・専任要件のある加算について、人口密度の高い地域と低い地域で届出施設数の割合に差がある。

# 地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比  
(2次医療圏計348力所)



患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

# 患者調査を用いた二次医療圏の現状分析について

二次医療圏の現状については、本検討会等において、二次医療圏間の格差があるとのこと指摘を受けていることから、患者の流入出割合、人口規模、面積規模に関して分析を行った。

## 患者調査の利用

各二次医療圏内で整備すべき病床は一般病床・療養病床であることから、「二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合」について、特別集計を行い分析した。

精神病床、結核病床、感染症病床は都道府県単位で整備するため、分析から除外した。

**推計流入患者割合**（当該地域内の医療施設で受療した推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合）

$$\text{推計流入患者割合 (流入率)} = \frac{\text{当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の医療施設で受療した推計患者数(住所不詳を除く)}} \times 100$$

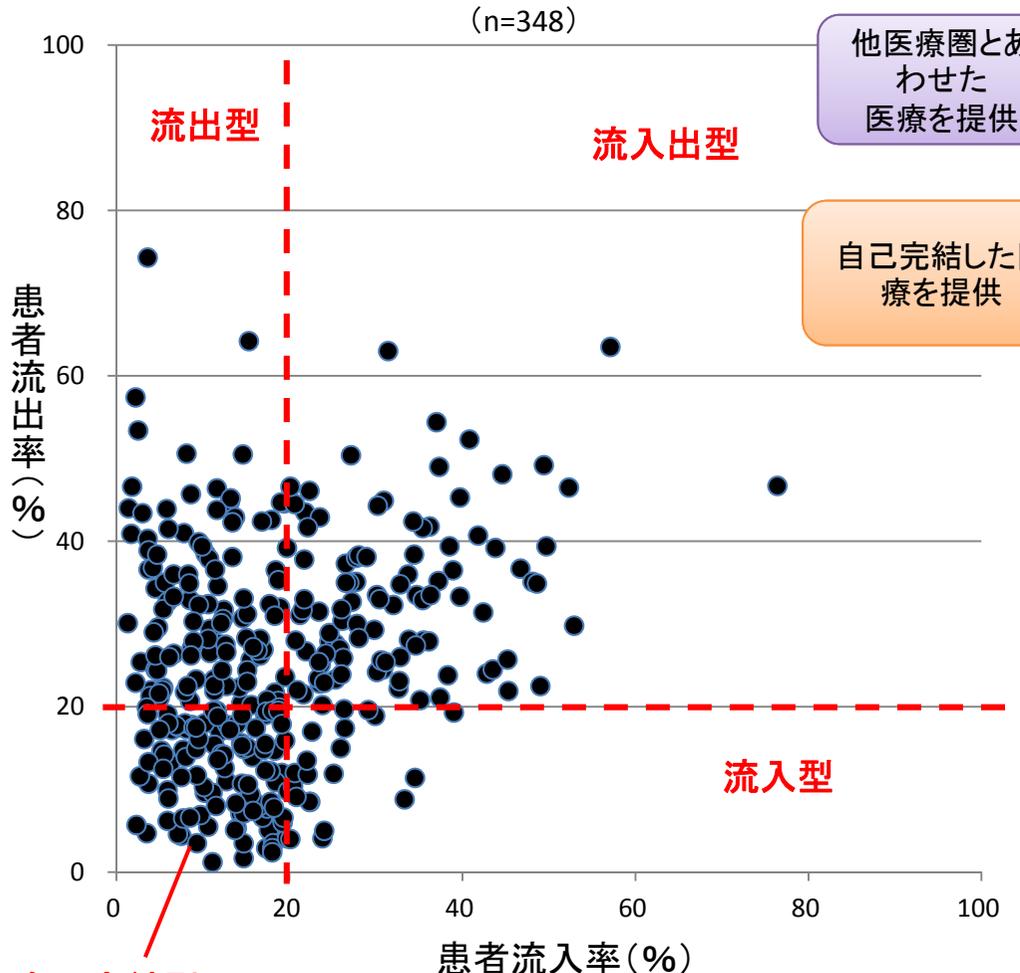
**推計流出患者割合**（当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療施設で受療した患者の割合）

$$\text{推計流出患者割合 (流出率)} = \frac{\text{当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の居住する推計患者数}} \times 100$$

# 二次医療圏の流入・流出割合

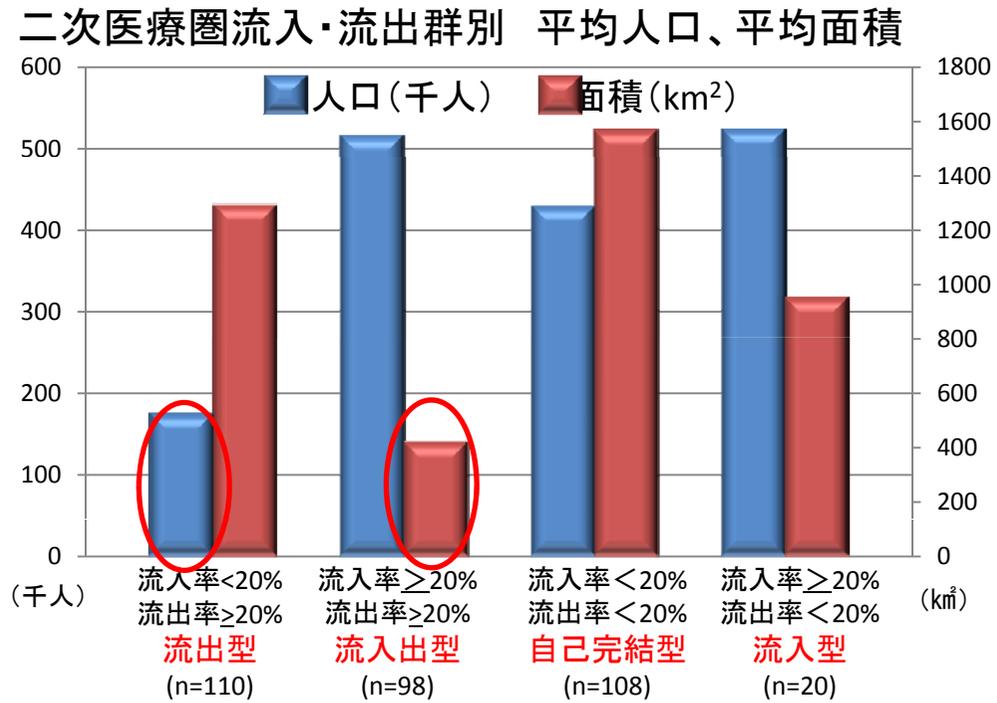
主に都市型の医療を提供

二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の  
圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合  
【20%をcut-offとした場合】  
(n=348)



患者流出率 (%)	110医療圏(離島9を除く)	98医療圏
20%以上	人口 17.6±26.1万人 面積 1290±1116km <sup>2</sup> 人口密度 306±826人/km <sup>2</sup>	人口 51.5±42.7万人 面積 424±353km <sup>2</sup> 人口密度 2922±3967人/km <sup>2</sup>
20%以下	108医療圏(離島3を除く) 人口 42.8±40.6万人 面積 1566±1384km <sup>2</sup> 人口密度 466±790人/km <sup>2</sup>	20医療圏 人口 52.3±57.3万人 面積 950±764km <sup>2</sup> 人口密度 120±2500人/km <sup>2</sup>
	流出型	流入外型
	自己完結型	流入型

患者流入率 (%) 20% 数値:平均±標準偏差



自己完結型

出典:平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計)

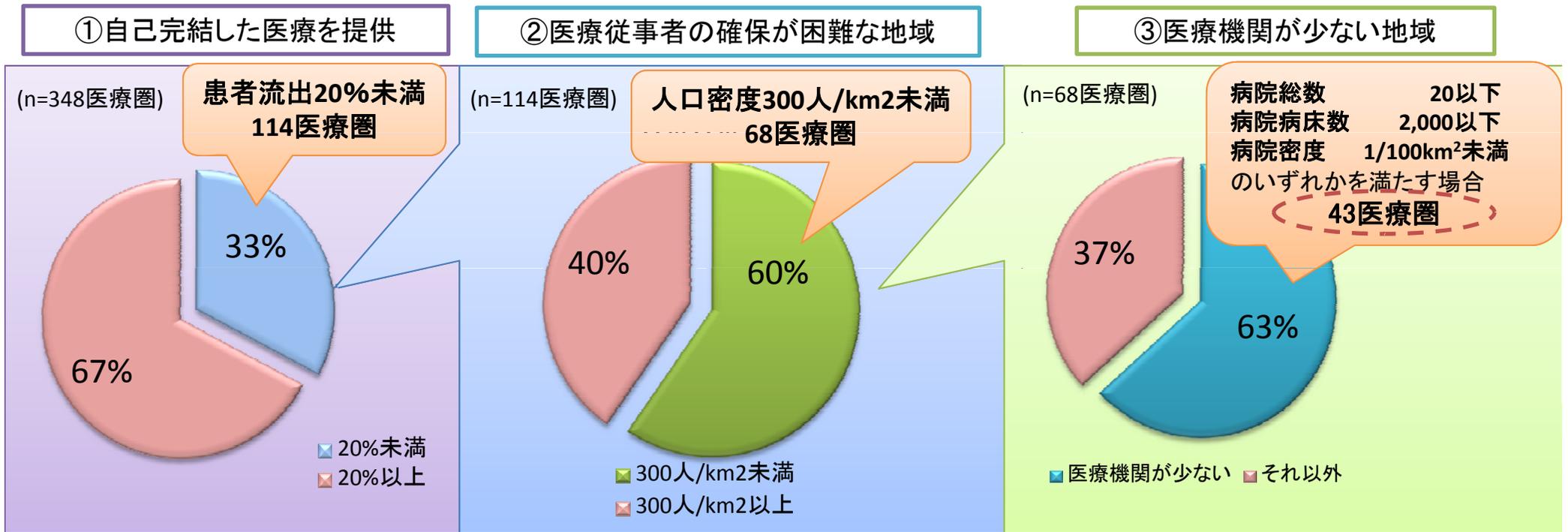
(厚生労働省医政局指導課 第6回医療計画の見直し等に関する検討会資料を基に保険局医療課で一部改変)

# 医療提供が困難な地域の考え方について(案)

地域に密着した医療提供を行う医療提供が困難な地域等において、下記の観点から地域の条件を検討してはどうか

- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

\*ただし特定機能病院等をのぞく



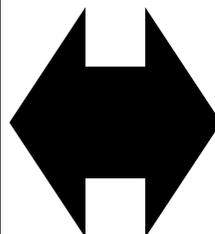
## ①②③を満たす43医療圏

全国の医療圏のうち	12%	全国の人口のうち	6%
全国の病院・病床のうち	7%	全国の面積のうち	21%

# 病院の入院基本料等に関する施設基準

## 看護の勤務体制

同一の入院基本料を算定する病棟全体で一日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟(看護単位)ごとに要件を満たす必要はないため、病棟(看護単位)ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態(看護必要度)について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。



医療資源が限られた地域では、病棟全体で看護要員の要件を満たすことは困難であるが、各病棟毎に急性期から慢性期まで様々な状態の診療をしている。

## 入院基本料

離島等を除き、地域によらず看護配置に応じて一定の点数となっている。

## 長崎県五島中央病院におけるチーム医療の取組みの例

### 病院概要 <2次医療圏:五島(人口密度 101人/km<sup>2</sup>)>

病床数:304床(一般 230床<10:1>、精神 60床<15:1>、結核 10床、感染症 4床)

職員:医師:33名、看護師:134名、准看護師32名、助産師9名(平成21年度)

患者数:1日平均入院患者数 245名、平均在院日数 20.2日(一般)、一日平均外来数 598名(一般)、75名(精神)(平成20年度実績)

・16診療科

・へき地医療拠点病院

・地域災害拠点病院

・二次救急輪番制病院

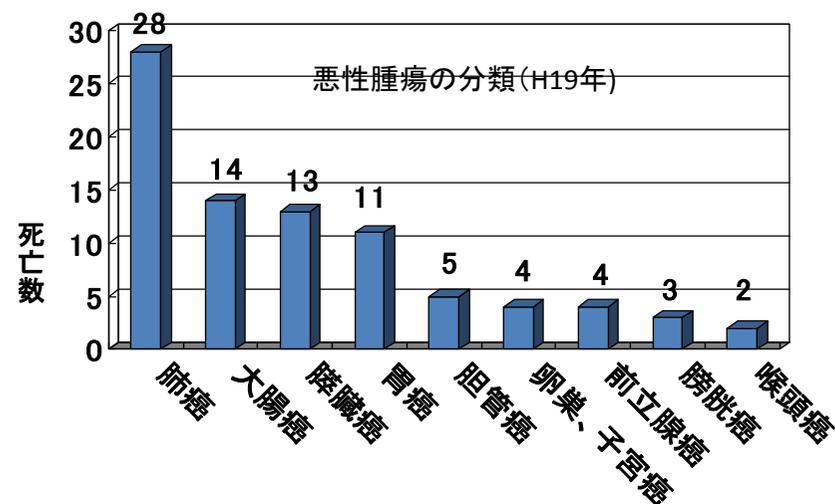
### 【チーム医療の主な取組】

- 平成20年8月より緩和ケアチームを立ち上げ
- 平成20年よりNSTを立ち上げ

### 【問題点】

- ・医師が1年から2年で交替し、定着できない
- ・島であるため、交通の便が悪く、研修への参加が困難
- ・看護師不足で募集しても集まらないため、病棟配置で精一杯
- ・摂食・嚥下障害看護認定看護師1名がいるが、専従ではない
- ・医療資源が乏しく、急性期、慢性期、終末期の全ての患者を診ているため、7対1看護は、在院日数がクリアできない

五島中央病院における悪性腫瘍患者の内訳

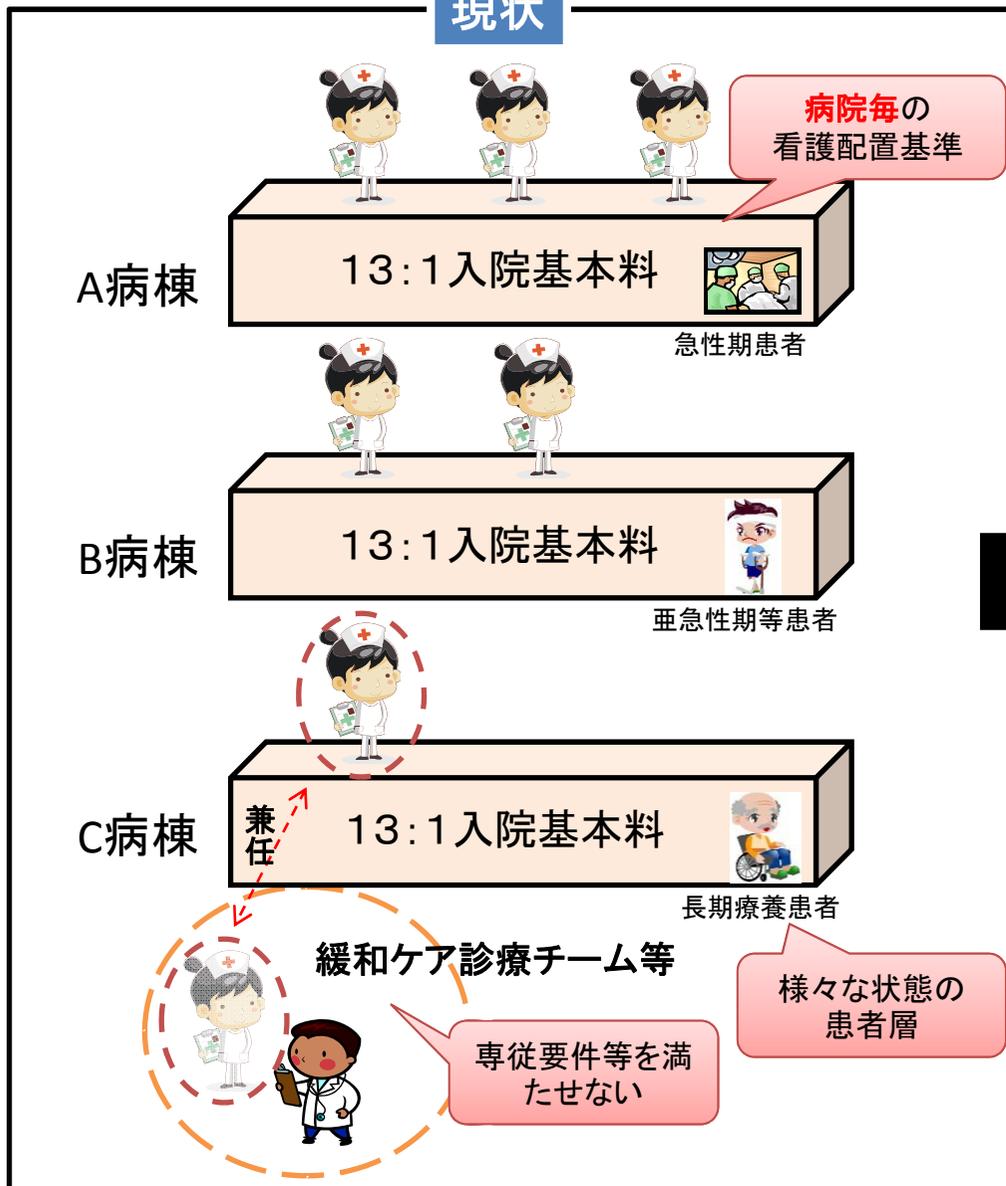


- ・専従要件等を満たせず、緩和ケア診療加算等が算定できない
- ・平均在院日数要件が満たせず、7対1入院基本料は算定できない

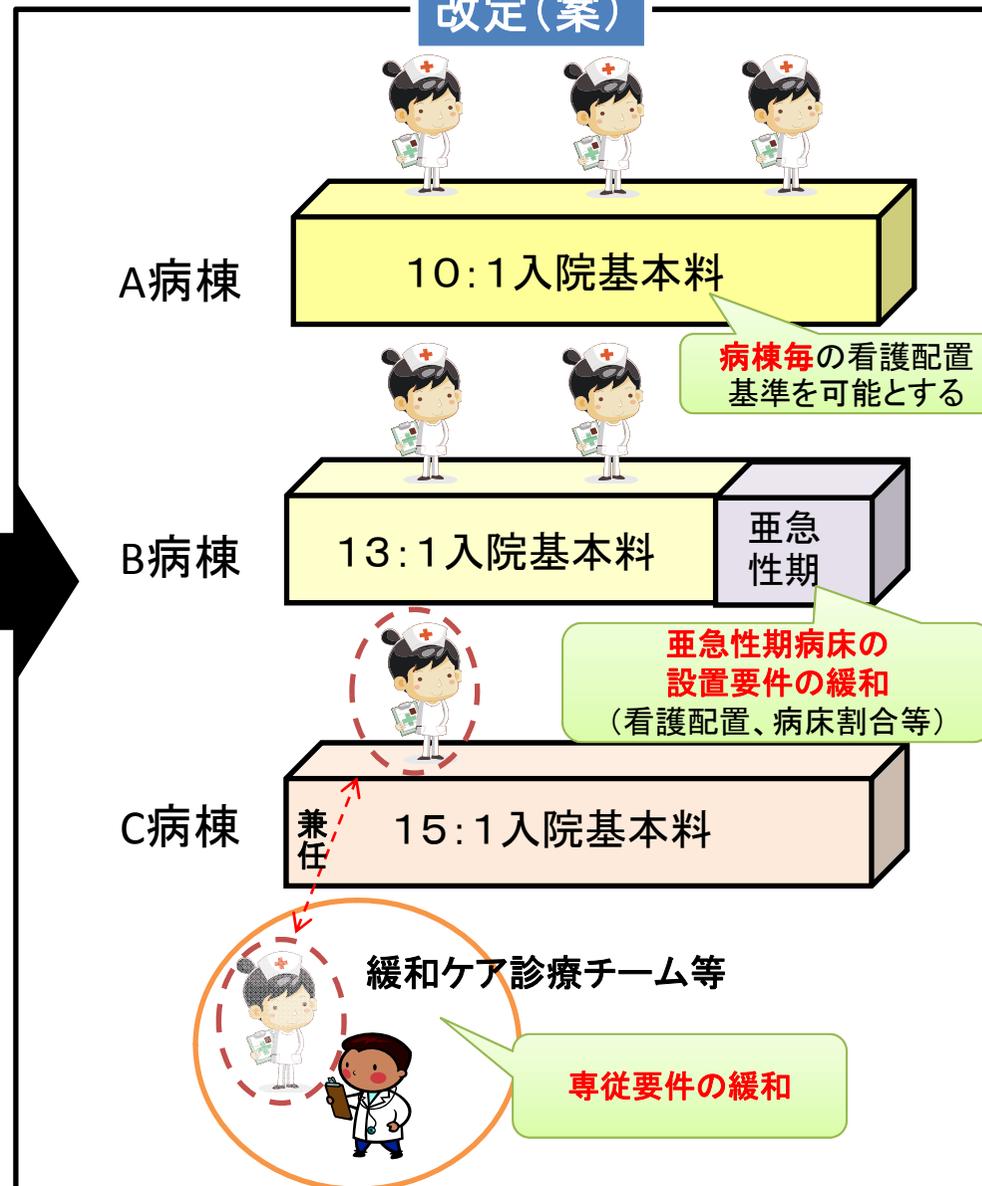
(五島中央病院ご提供資料を参考に保険局医療課で作成)

# 医療資源の限られた地域に対する診療報酬上の対応について(イメージ)

## 現状



## 改定(案)



医療資源の限られた地域においては、病院内での機能分化に応じた評価体系としてはどうか

## 医療提供が困難な地域等における病院の課題と論点

- 医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する場合がある。
- 患者流出率が低い2次医療圏では、自己完結型の医療を提供しているが、その中には医療提供体制が十分ではないために、医療機関の機能分化を進めることが困難な地域がある。
- また、医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる傾向があるが、これらの地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。
- 加えて、専従・専任要件のある加算について、人口密度の高い地域と低い地域で届出施設数の割合に差がある。

### 【論点】

- 自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院において、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供することについて、診療報酬上の評価を行うことをどう考えるか。
- その際、自己完結型の医療提供しており、医療従事者の確保等が困難、かつ医療機関が少ない地域を指定することについて、どう考えるか。
- 評価方法として、病棟全体で看護要員の要件を満たすことは困難なことを踏まえ、各病棟毎の看護要件とすること、亜急性期入院医療管理料の算定可能病床数を増やすこと等について、どう考えるか。
- また、医療資源の限られた地域では、必要な医療を提供していても専従要件を満たすことが困難なことから、専従要件のある一部の医療について、当該医療を実施していない時間帯において、他の医療に従事することを認めること等について、どのように考えるか。

平成23年11月25日

中央社会保険医療協議会  
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会  
1号側（支払側）委員

小	林	剛
白	川	修二
花	井	圭子
花	井	十伍
北	村	光一
田	中	伸一
伊	藤	文郎

#### 平成24年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）の基本的考え方

わが国の経済・社会情勢は、低成長が長期化する中で、急激な円高の進行により景気や雇用情勢が悪化し、賃金・物価も依然として低下傾向が続いている。さらに、今後は、高齢化に伴う社会保障負担の増大や東日本大震災の復興増税により、国民生活は一層厳しさを増すことが見込まれる。

こうした中で医療保険財政は、保険料収入を上回る医療費の伸びや高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増加により急速に悪化しており、安定的な運営をはかることが極めて重要な課題となっている。一方、第18回医療経済実態調査によると、医療機関の経営状況は急性期病院の収支が改善しているほか、慢性期病院や診療所、薬局も黒字が続いているなど、概ね安定的に推移している。

以上の状況を踏まえると、平成24年度に患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬全体の引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られない。

今回の改定では、医療機能の分化と強化、介護報酬との同時改定を踏まえた医療・介護の連携、高齢化に対応した在宅医療の充実などへの対応が求められている。また、前回改定で実施した救急・産科・小児や在宅医療、病院勤務医対策等、必要度の高い分野に対しては、引き続き重点的な評価を行うことにより、財源を効率的かつ効果的に配分すべきである。

一方、一般病床における長期入院の是正、療養病床から在宅医療への移行等による平均在院日数の縮減などの取組みのほか、後発医薬品のさらなる使用促進等の適正化対策を講じるべきである。

なお、東日本大震災における被災地へのインフラ整備策は、主に政府予算上の措置として実施し、診療報酬はこれを補完する算定要件の緩和措置等で対応することとし、救急などの不採算となる医療に対しては、引き続き補助金による支援を継続すべきである。

さらに、改定に当たっては、診療報酬改定結果検証部会や調査専門組織の報告書、医療経済実態調査等の結果を考慮するとともに、患者の視点、納得性の観点から、診療報酬体系の簡素・合理化、医療の透明化、ICTの利活用も推進すべきである。個別項目に対応する考え方については、今後の審議の進捗状況も踏まえ、改めて意見を提示することとしたい。

平成23年11月25日

中央社会保険医療協議会  
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会  
二号委員  
安達 秀樹  
嘉山 孝正  
鈴木 邦彦  
西澤 寛俊  
万代 恭嗣  
堀 憲郎  
三浦 洋嗣

### 平成24年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見

未曾有の超高齢社会を迎えつつある我が国において、国民の医療ニーズが更に増大していくことは確実であり、国民が質の高い医療を安心して受けられるセーフティネットを確保していくことは国家の責務である。本年3月11日に発生した東日本大震災は、日々の生活を支えている基盤の脆弱さを否応なく我々に突き付けたが、今回の大震災後の対応を通じて、災害時はもちろんのこと平常時においても、医療というものが国民の安心・安全の基盤として、人々の生命や生活を守るために果たしている社会的役割の重要性は広く再認識されたであろう。我々医療に携わる全ての者もまた、国民のために安心・安全で良質な医療を安定的かつ持続的に提供していかなければならない責任を改めて心に刻んでいる。我々は本年7月13日の中医協総会において「わが国の医療についての基本資料」を提出して説明を行ったが、本意見書は、そこで示した現在の医療制度の問題点に関する基本認識に基づき、平成24年度診療報酬改定に対する我々の見解を述べるものである。

我が国では、国民皆保険の下、低水準の医療費の中で世界一の医療レベルを達成してきた。しかし、長年にわたる医療費抑制政策、とりわけ今世紀に入ってから4度にわたる診療報酬の引き下げにより、医療提供に必要なコストは抑えられ続け、国民が求める医療の質の高さとの矛盾は一方向的に現場に押し付けられてきた。そして、心ある医療従事者の疲弊や医療機関の縮小・倒産等を招き、いわゆる「医療崩壊」と呼ばれる事態が引き起こされた。前回改定では実に10年振りのプラス改定となったが、その改定率はわずか+0.19%にとどまり、過去のマイナス改定分を回復するものではなかった。実際、先般の第

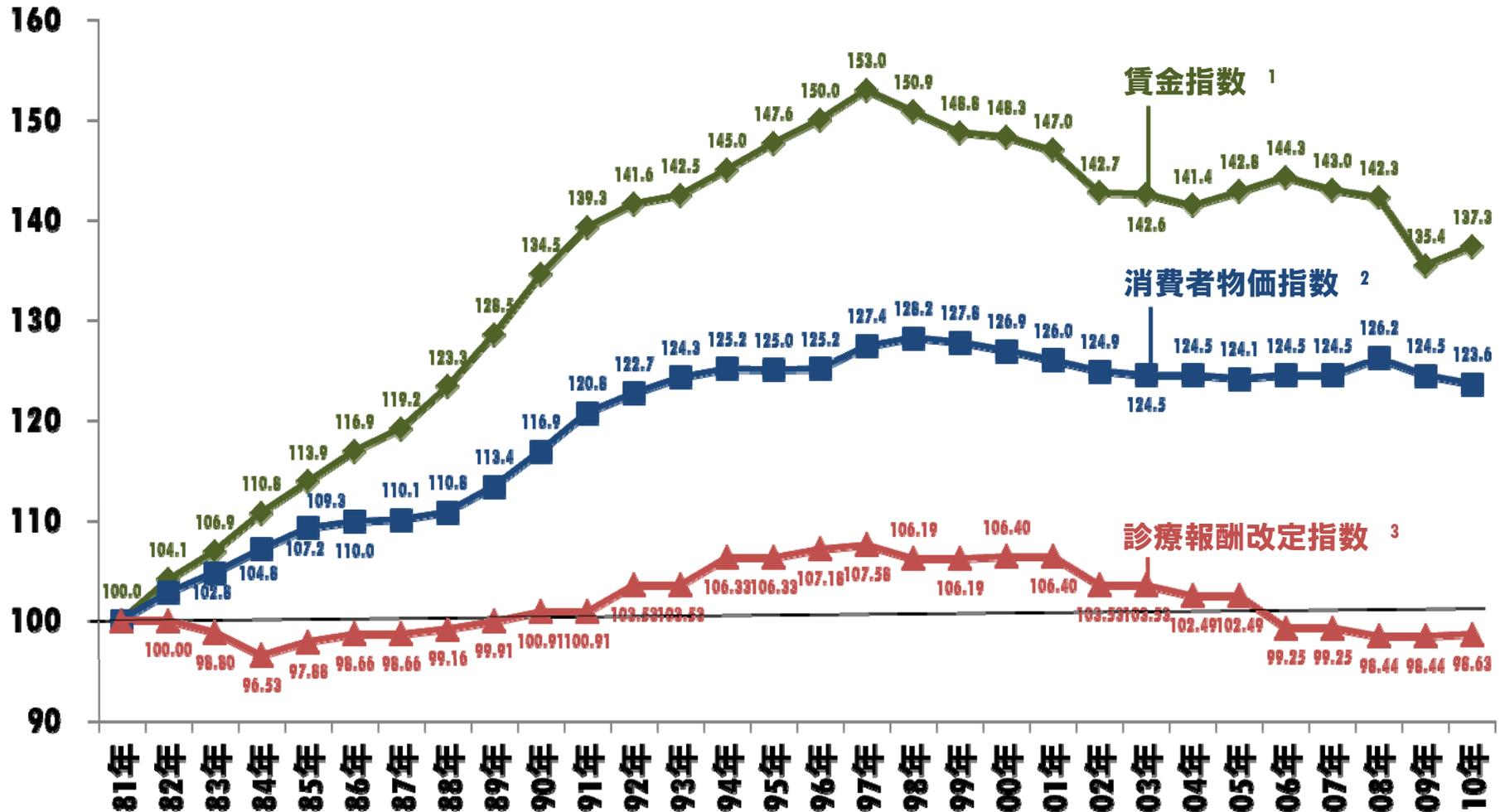
18回医療経済実態調査の結果においても、急性期医療を引き受ける大規模病院では、ある程度の収支の改善が見られたものの、依然として赤字が続いており、地域医療を支える中小病院や一般診療所も損益分岐点比率は90%を超える危険水準にあり、歯科診療所、保険薬局も含め、経営がなお不安定であることが示されている。つまり、これまでやっとの思いで生き残ってきた医療機関が、国民のための質の高い医療の提供にとって不可欠な設備投資を行い、更に勤務医等の負担軽減・処遇改善を進めるためには、前回のプラス改定のみでは不十分ということである。こうした厳しい状況において、今回の診療報酬改定は、財政中立の下での財源の付け替えで済ませられるようなものではない。

民主党は、診療報酬を増額し、医療崩壊を食い止めると政権公約に掲げて政権を獲得した。また、本年6月30日にまとめられた「社会保障・税一体改革成案」には幾つかの問題が含まれているものの、医療を含む社会保障の「機能強化」を実施するとし、相当の資源を投入する方向性を打ち出している。そのためには診療報酬の引き上げが不可欠であると考えるが、問題は、国家財政も保険者財政も厳しいと言われている中で、それに必要な財源を如何にして確保するかという点である。相応のコストの負担なくして、国民に対する良質な医療の提供は不可能である。しかし、我が国の場合、国際的に見て患者負担は重い、税と保険料の負担割合は低く、低所得者に配慮しながらも、税と保険料の負担を引き上げる余地はある。医療の機能維持・強化につながる負担増には国民からの理解も得られるであろう。さらに、医療費を単なる負担としてだけ捉えるべきではない。医療は人々の健康回復・保持・増進をもたらし、それが社会的にも経済的にも多くの価値の創出につながっている。しかも将来にわたって安定した雇用を地域に生み出すことで、デフレ経済下にあっても、医療は地域経済を下支えしている。診療報酬改定に当たっては、医療のこうした側面も総合的に評価する必要がある。

もちろん我々も専門家集団としての自律性を発揮し、自己改革に取り組んでいかなければならないが、医療機関の経営は依然として、医療従事者の過重労働をはじめとする現場の代償の上に辛うじて成り立っているというのが現実である。こうした状況にあって、医療従事者のみならず国民が広く抱いている将来不安を払拭するためには、根拠に基づいた適切な技術評価を反映した診療報酬改定を行い、医療再生を図ることが不可欠である。国民の生命および健康を守るために、平成24年度診療報酬改定に当たっては、診療報酬の引き上げによる医療費全体の底上げを強く求めるものである。

# 賃金・物価指数を大きく下回ってきた診療報酬改定率

1981年比(%)



1 厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数(現金給与総額、事業所規模30人以上)による。2011年2月16日公表分。

2 総務省統計局「消費者物価指数年報」による。2011年8月12日公表分。

3 厚生労働省発表全体改定率による。1981年を100とした指数で、当該年度の改定率を前年度の指数にかけること、およその診療報酬単価の推移を示したもの。