

# 入院医療(その1)

平成29年1月25日

## 1. 入院医療を取り巻く現状について

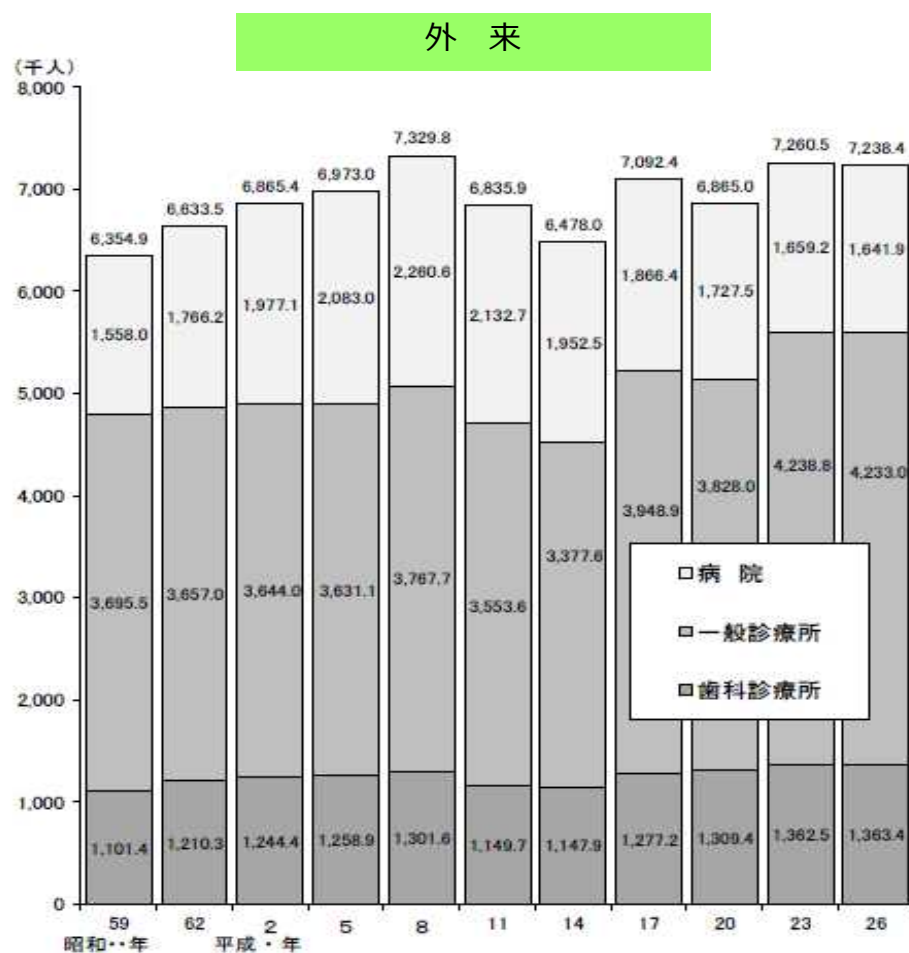
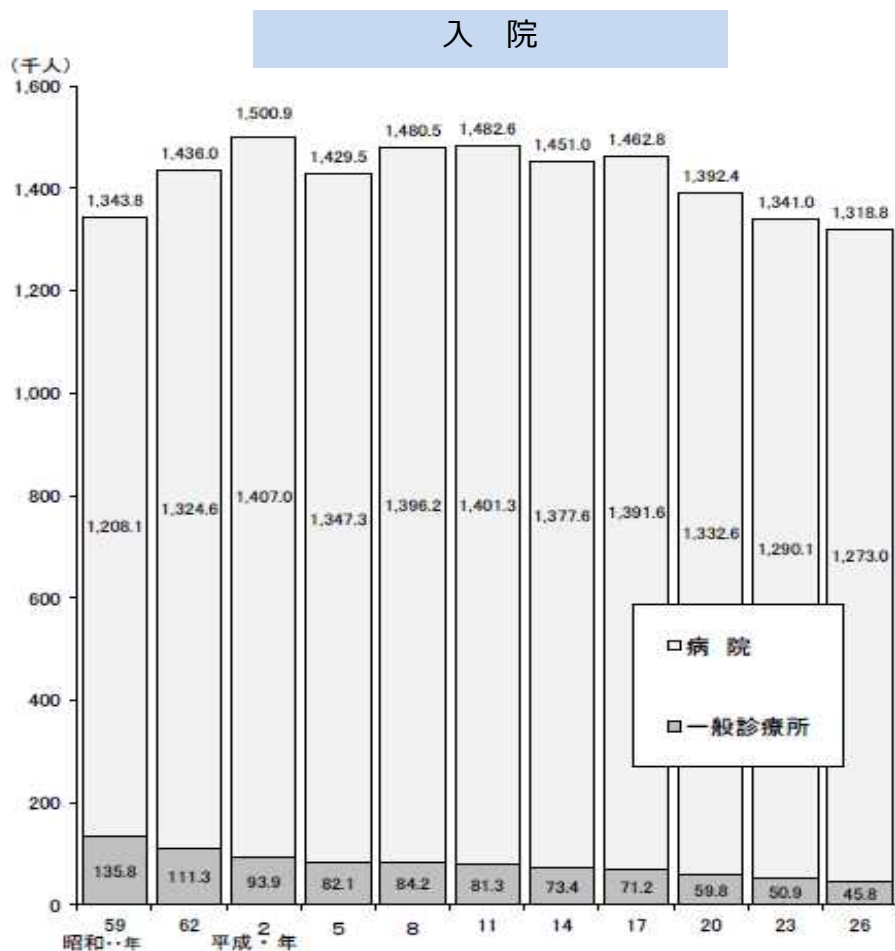
- ① 入院患者
- ② 医療提供体制
- ③ 入院医療費

## 2. 入院医療等について

- ① 急性期入院医療
- ② 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
- ③ 慢性期入院医療

# 入院／外来患者数の推移

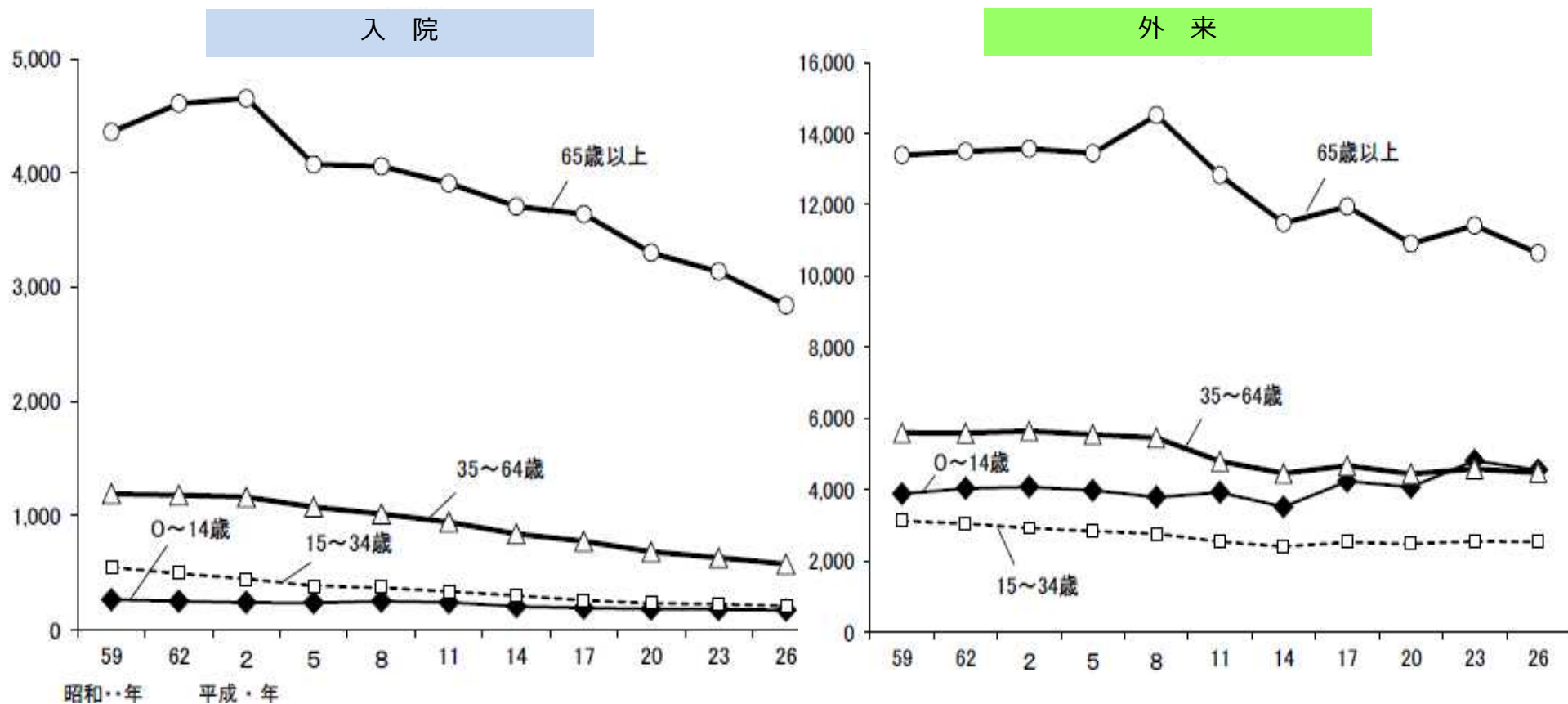
○ 入院患者数は減少傾向にある。一方外来患者数は横ばいからやや増加傾向である。



# 年齢階級別の入院／外来受療率の推移

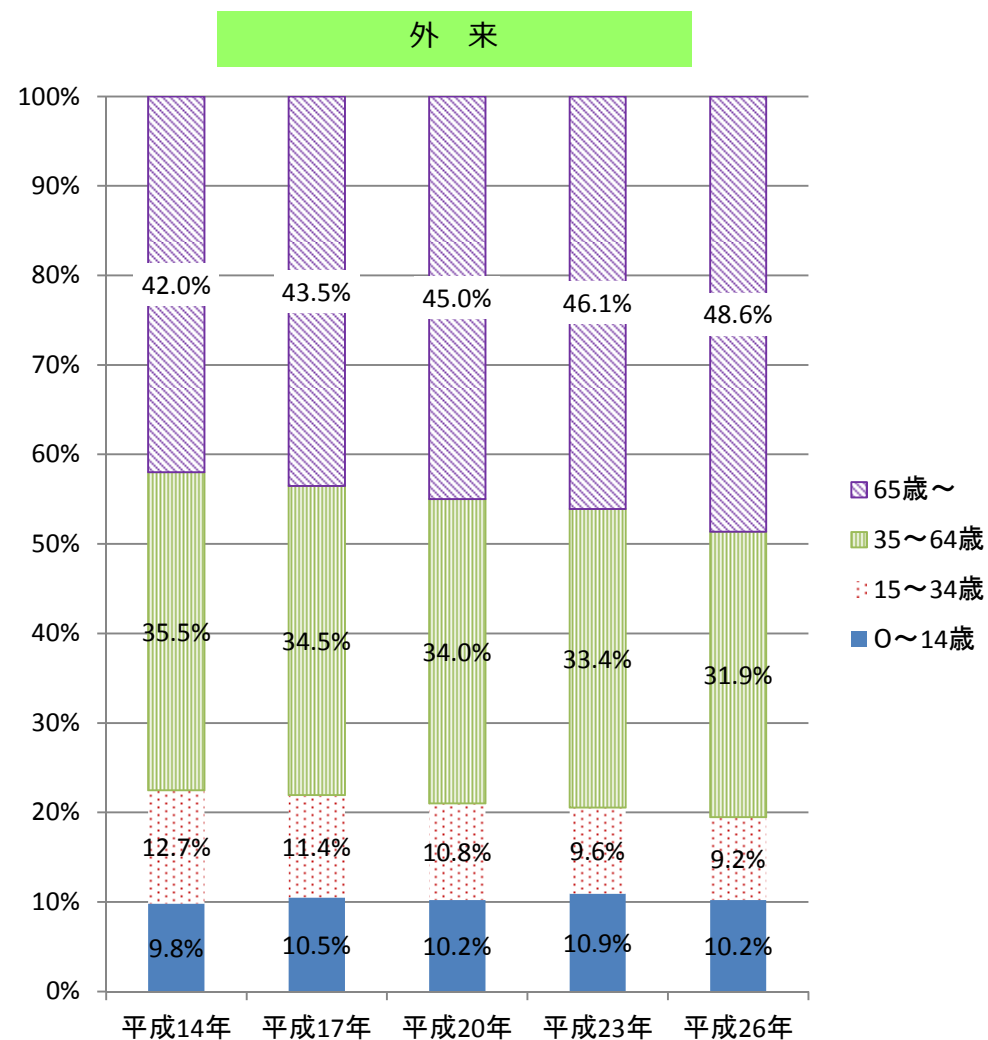
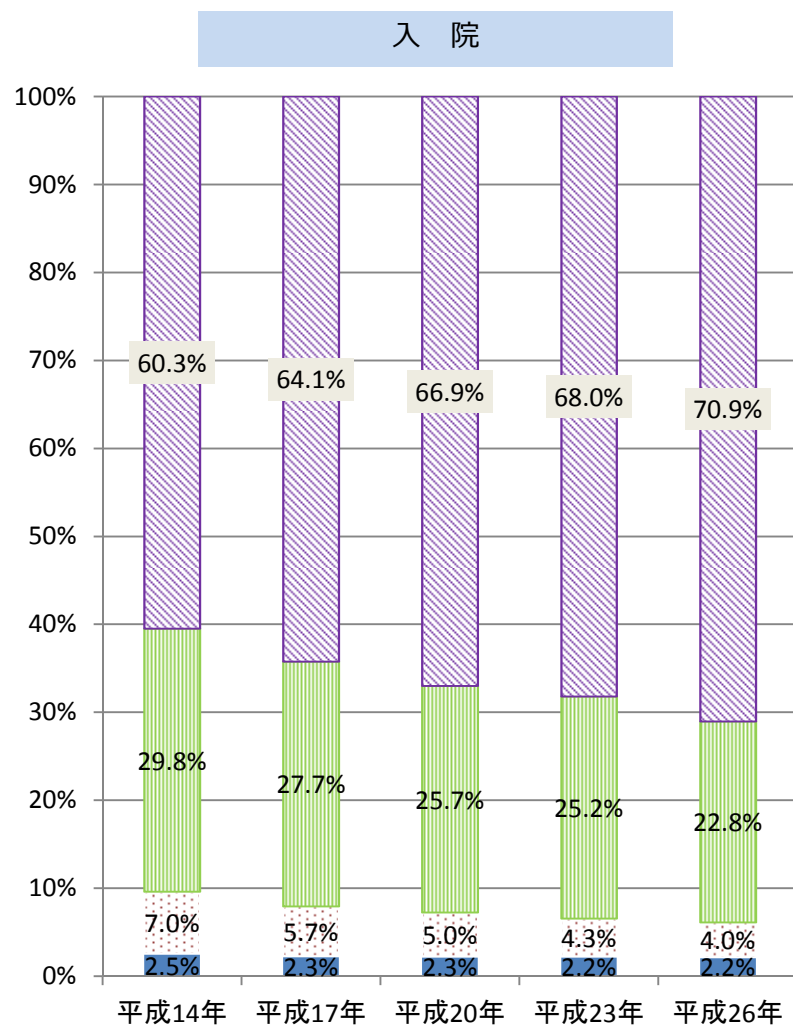
○ 入院、外来ともに受療率については全体として低下傾向であり、特に65歳以上で顕著である。

年齢階級別にみた受療率(人口10万対)の年次推移



# 入院／外来患者の年齢構成の推移

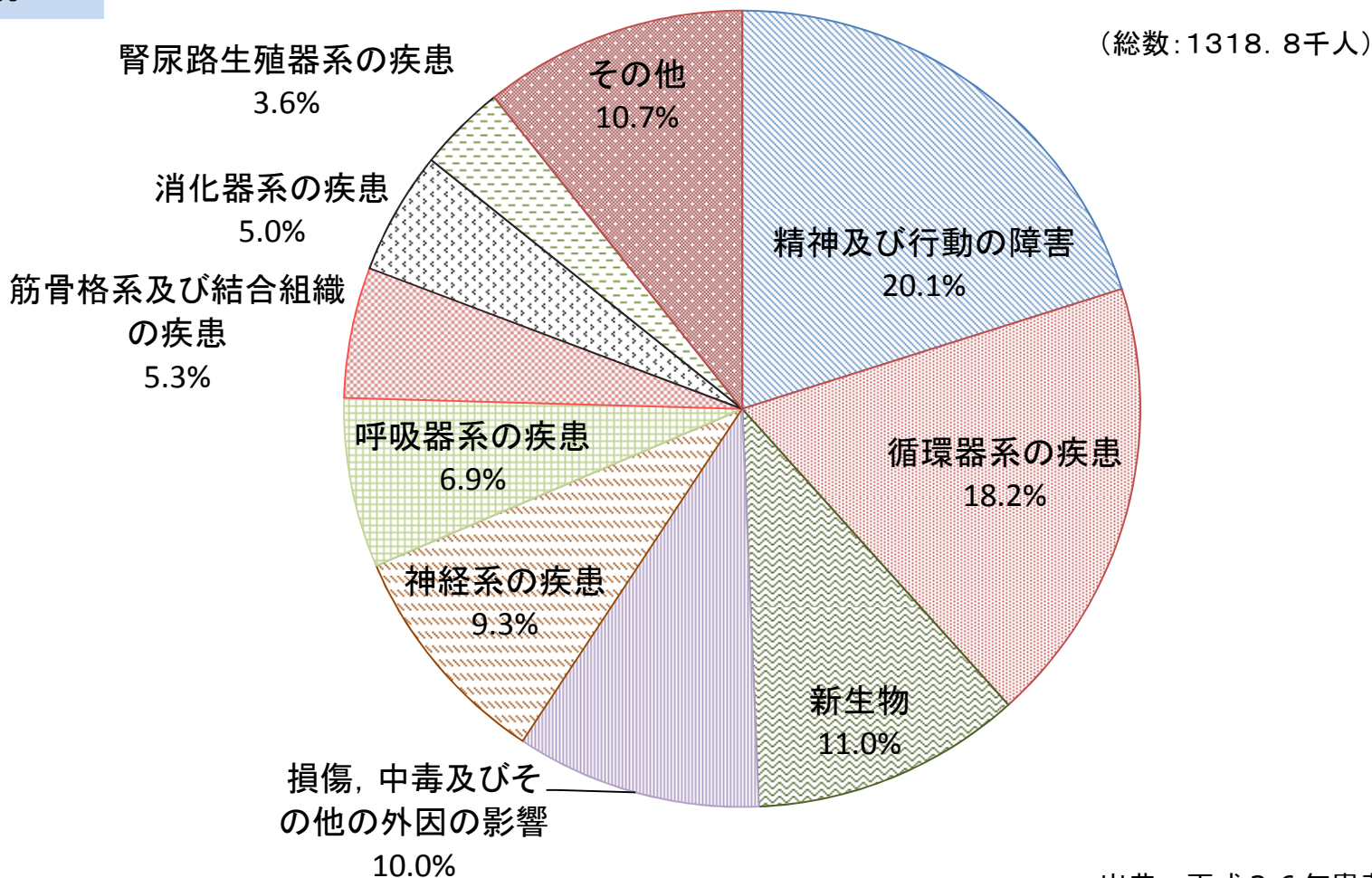
○ 入院、外来ともに、年齢構成については65歳以上の占める割合が増加傾向にある。



# 傷病分類別にみた推計入院患者数

- 入院患者を傷病分類別にみると、多い順に「精神及び行動の障害」、「循環器系の疾患」、「新生物」となっている。

入院

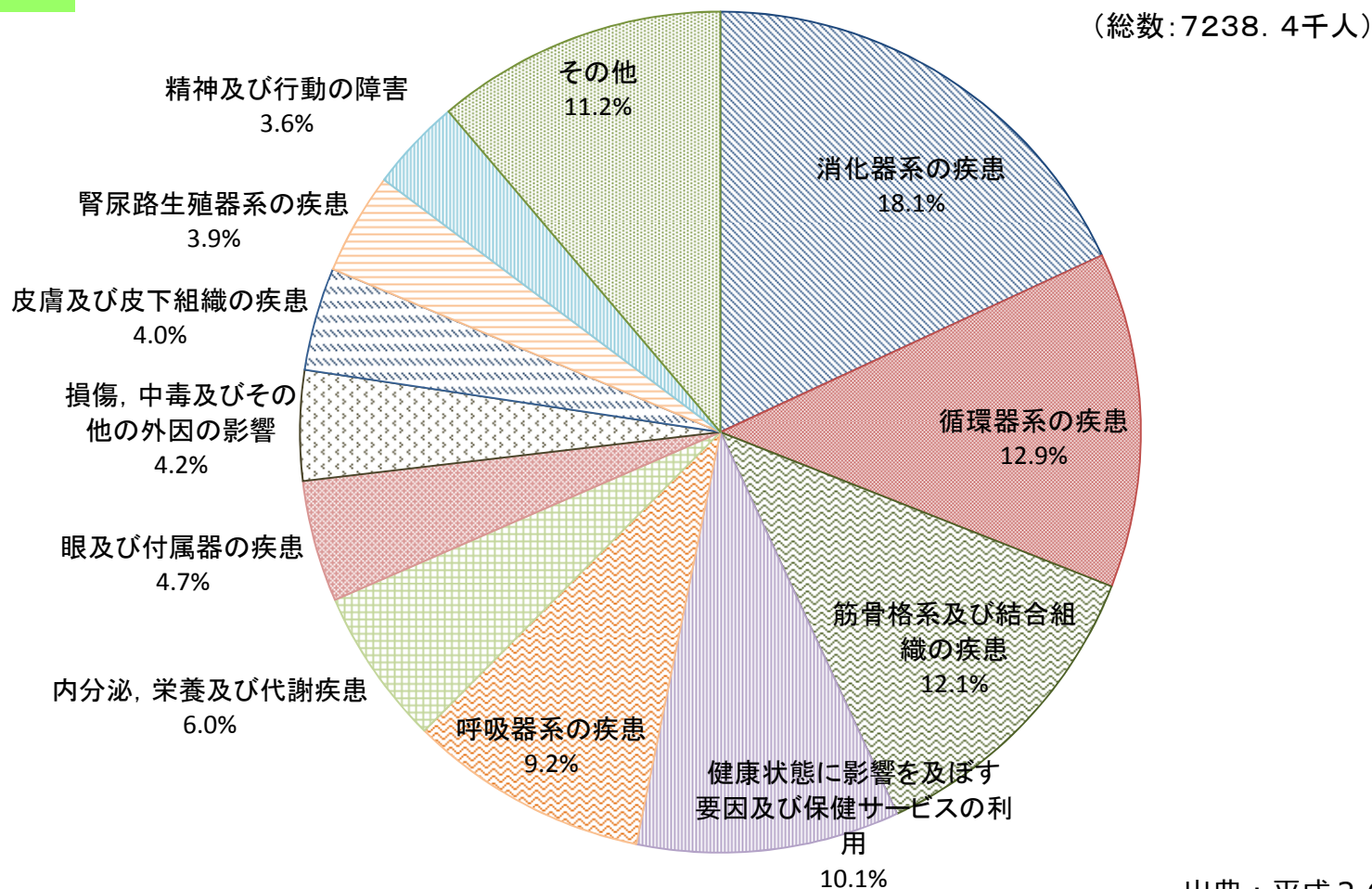


出典：平成26年患者調査

# 傷病分類別にみた推計外来患者数

- 外来患者を傷病分類別にみると、多い順に「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」となっている。

外 来



## 1. 入院医療を取り巻く現状について

- ① 入院患者
- ② 医療提供体制
- ③ 入院医療費

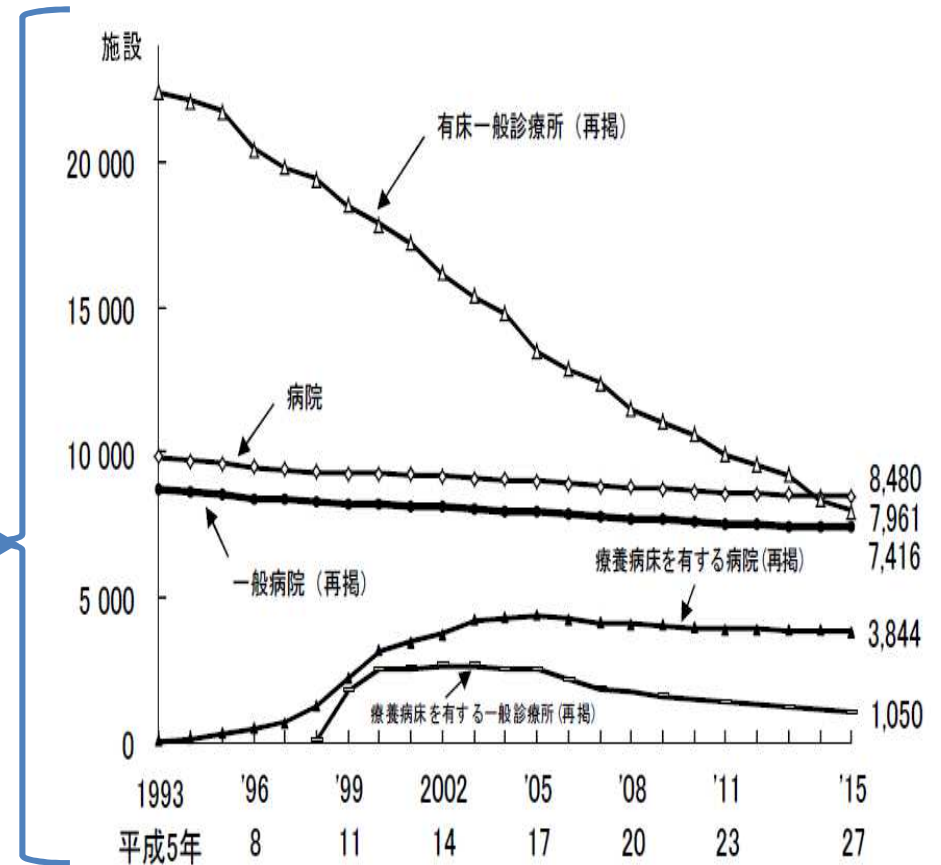
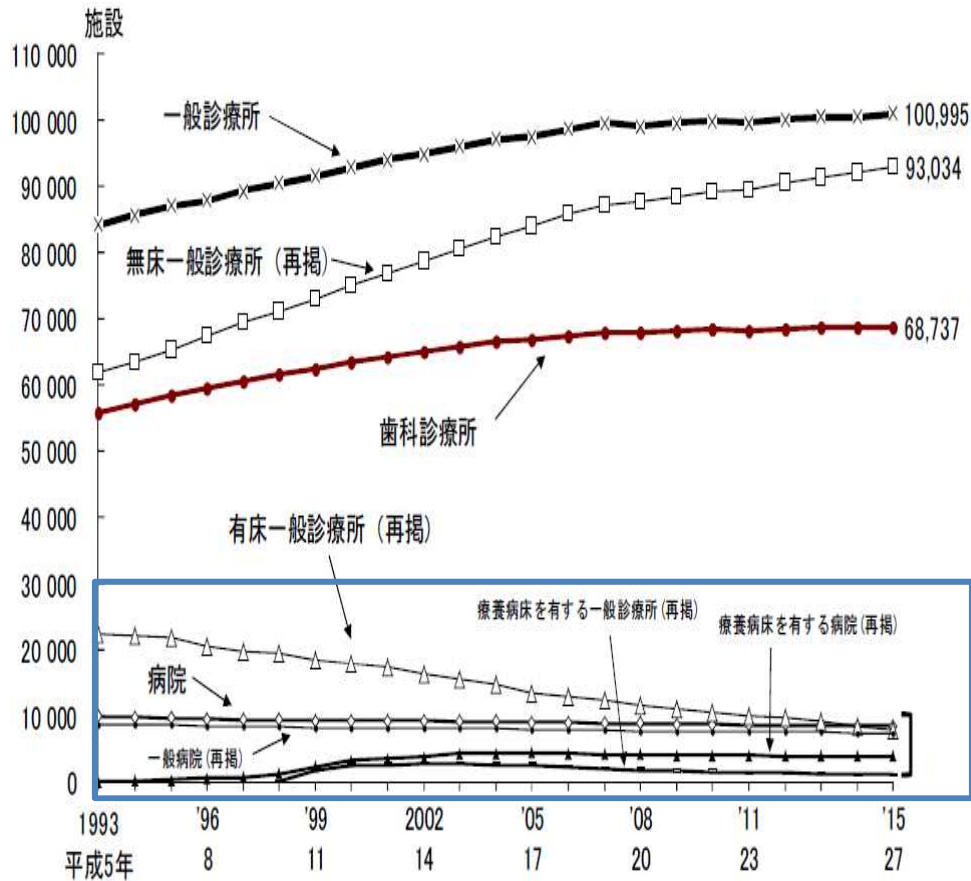
## 2. 入院医療等について

- ① 急性期入院医療
- ② 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
- ③ 慢性期入院医療



# 医療施設数の年次推移

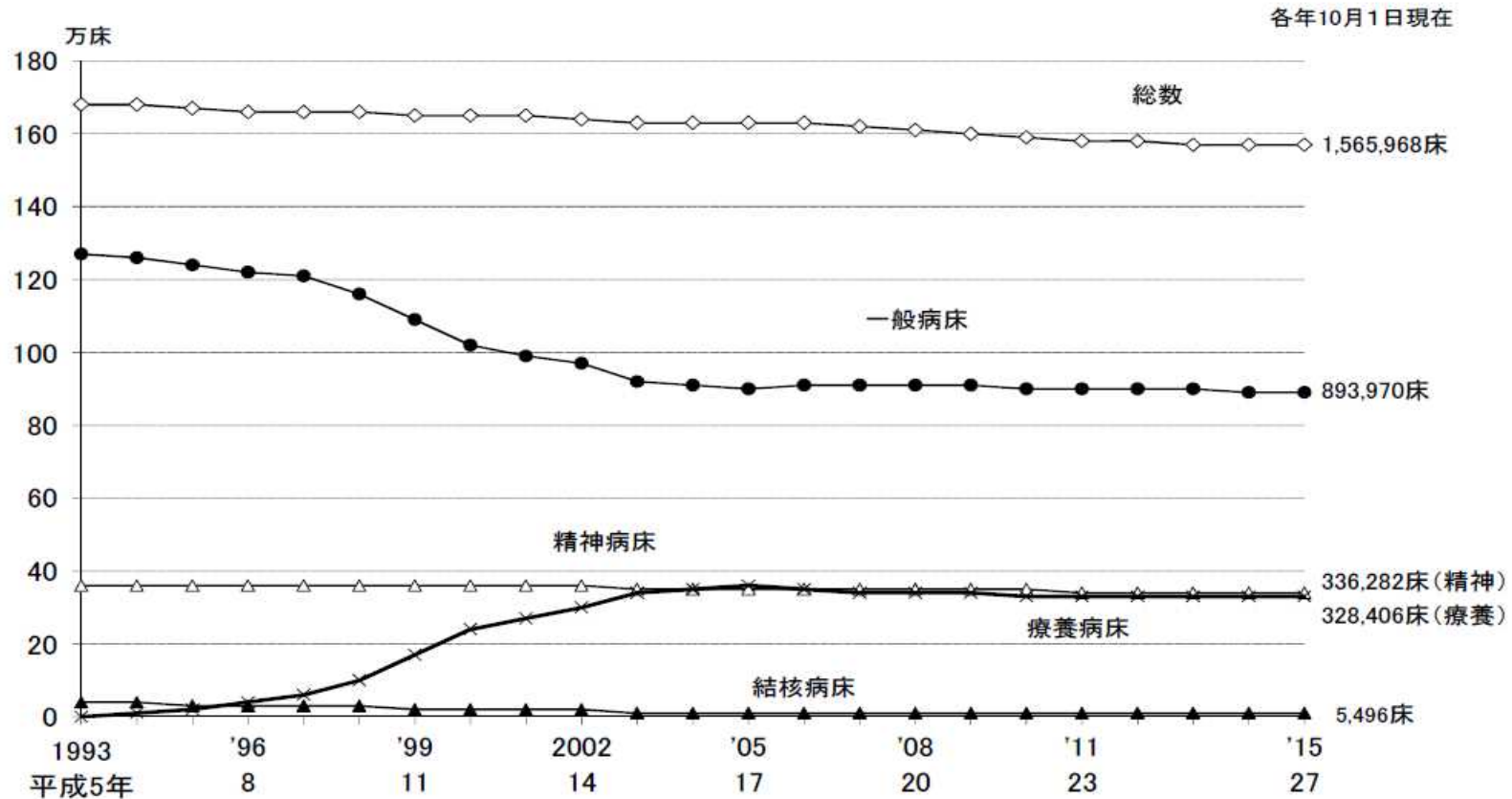
○ 病院数はゆるやかな減少傾向にある。



- 注: 1)「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。  
 2) 療養病床を有する病院については平成5年から、療養病床を有する一般診療所については平成10年から、それぞれ把握している。  
 3) 平成20年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

# 病床の種類別に見た病床数の年次推移

- 総病床数はゆるやかな減少傾向にある。また、一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向である。



注: 1) 「一般病床」は、平成12年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。

2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

# 開設者別にみた病床数

○ 開設者別の病床数は、病院、一般診療所ともに医療法人が最も多い。

## 病 院

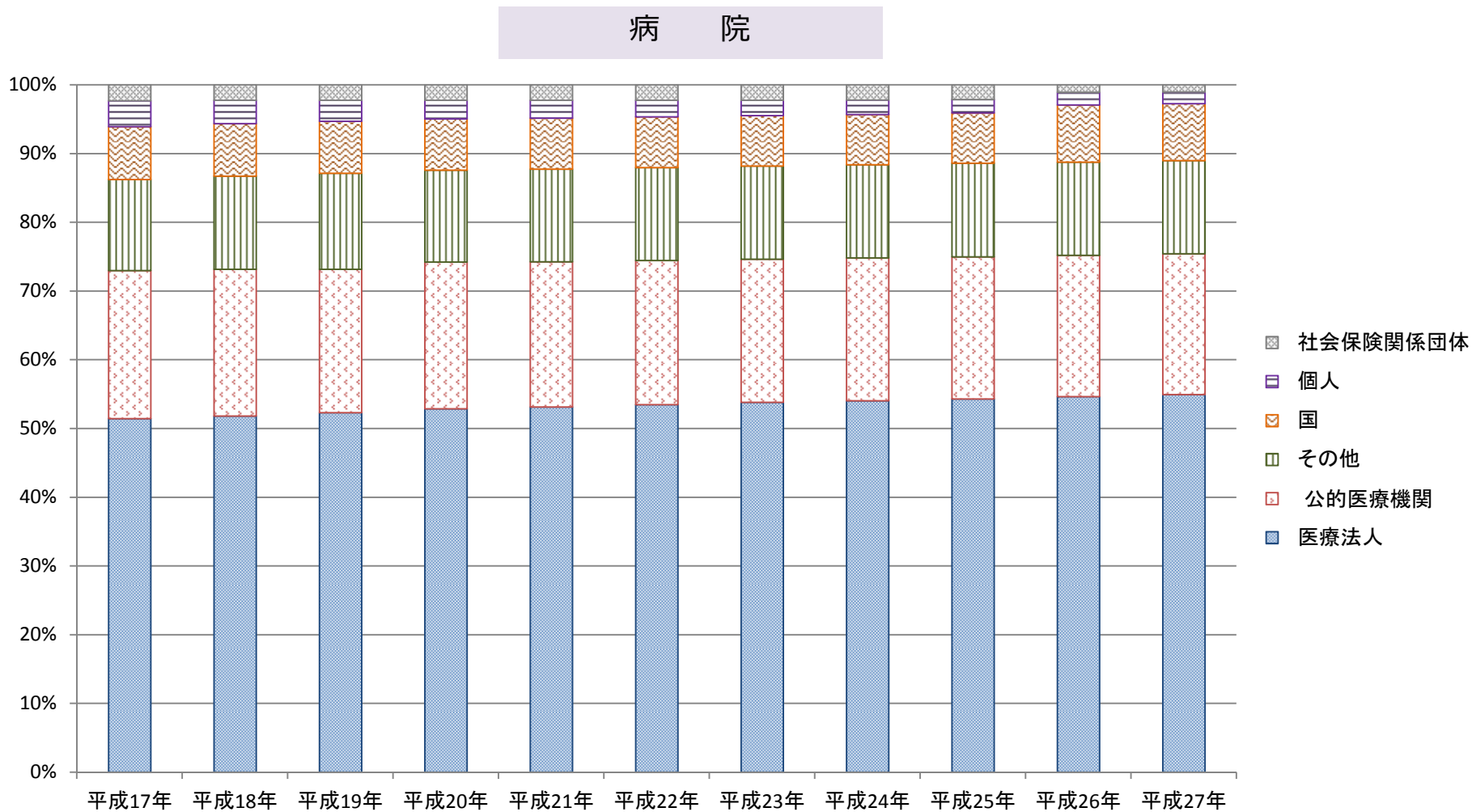
開設者	病床数	構成割合 (%)
国	129,981	8.3
公的医療機関	320,843	20.5
社会保険関係団体	16,503	1.1
医療法人	860,184	54.9
個人	26,075	1.7
その他	212,382	13.6

## 一 般 診 療 所

開設者	病床数	構成割合 (%)
国	2,232	2.1
公的医療機関	2,602	2.4
社会保険関係団体	9	0.0
医療法人	77,783	72.3
個人	23,735	22.1
その他	1,265	1.2

# 開設者別にみた病床数構成割合の推移

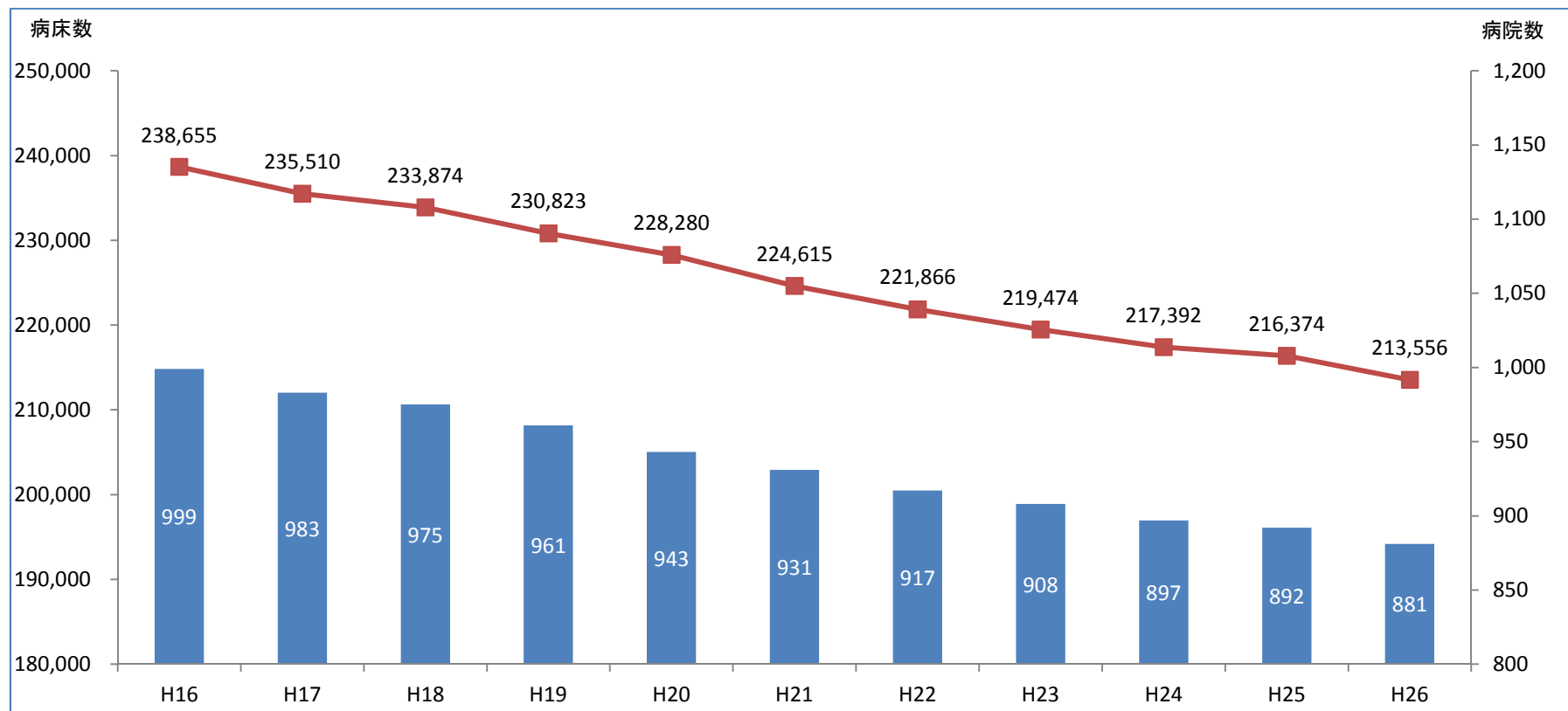
○ 病院の開設者別の病床数構成割合は、医療法人が最も高く、またやや増加傾向にある。



出典：医療施設調査（各年10月1日時点）

# 公立病院数と病床数の推移（地方独立行政法人を含む）

第1回地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会資料

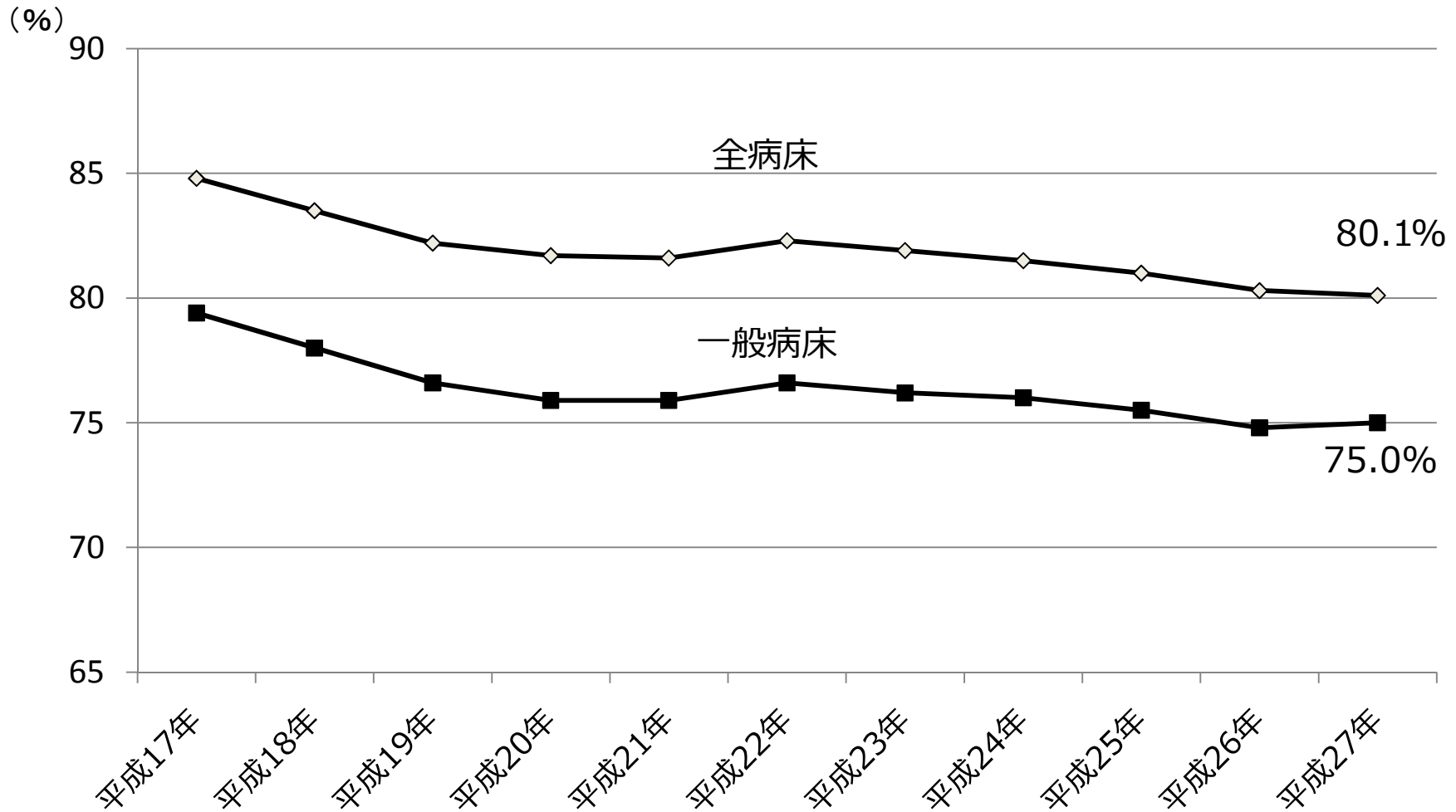


年度	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
病院数	999	983	975	961	943	931	917	908	897	892	881
増減率	△0.1	△1.6	△0.8	△1.4	△1.9	△1.3	△1.5	△1.0	△1.2	△0.6	△1.2
病床数	238,655	235,510	233,874	230,823	228,280	224,615	221,866	219,474	217,392	216,374	213,556
増減率	0.1	△1.3	△0.7	△1.3	△1.1	△1.6	△1.2	△1.1	△0.9	△0.5	△1.3

※出典：地方公営企業決算状況調査  
 地方独立行政法人（病院事業）に関する決算状況調査  
 ※病院数は、建設中のものを除いている。

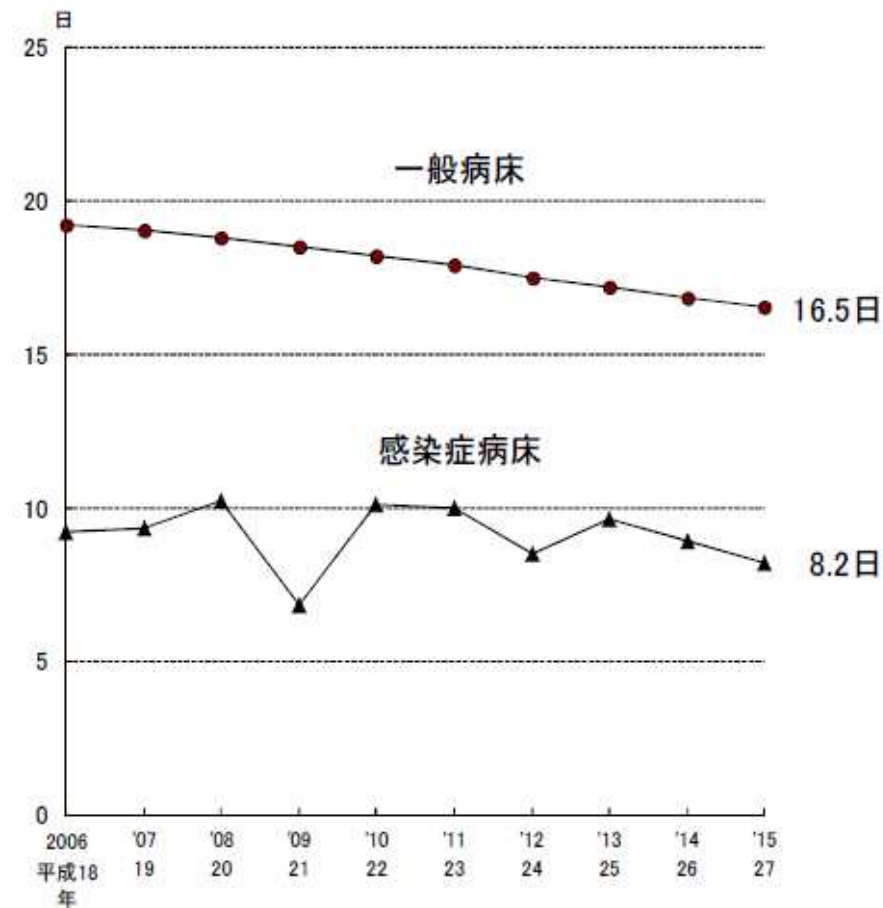
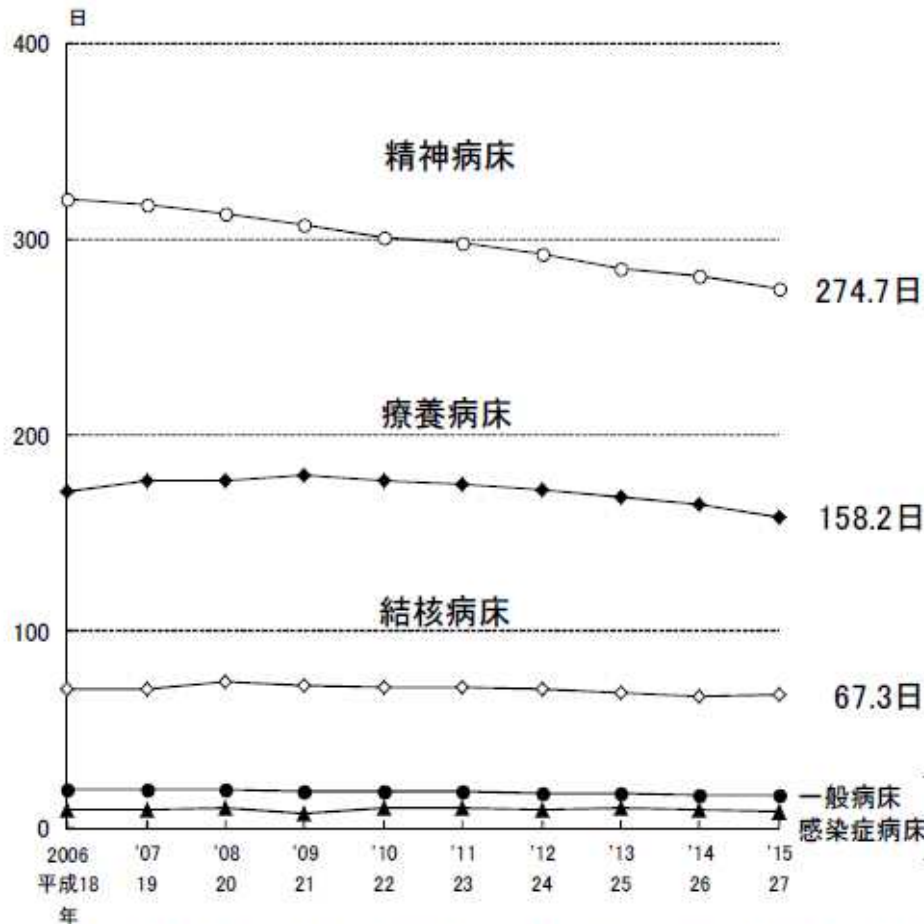
# 病床利用率の年次推移

○ 全病床、一般病床とも病床利用率は低下から横ばいである。



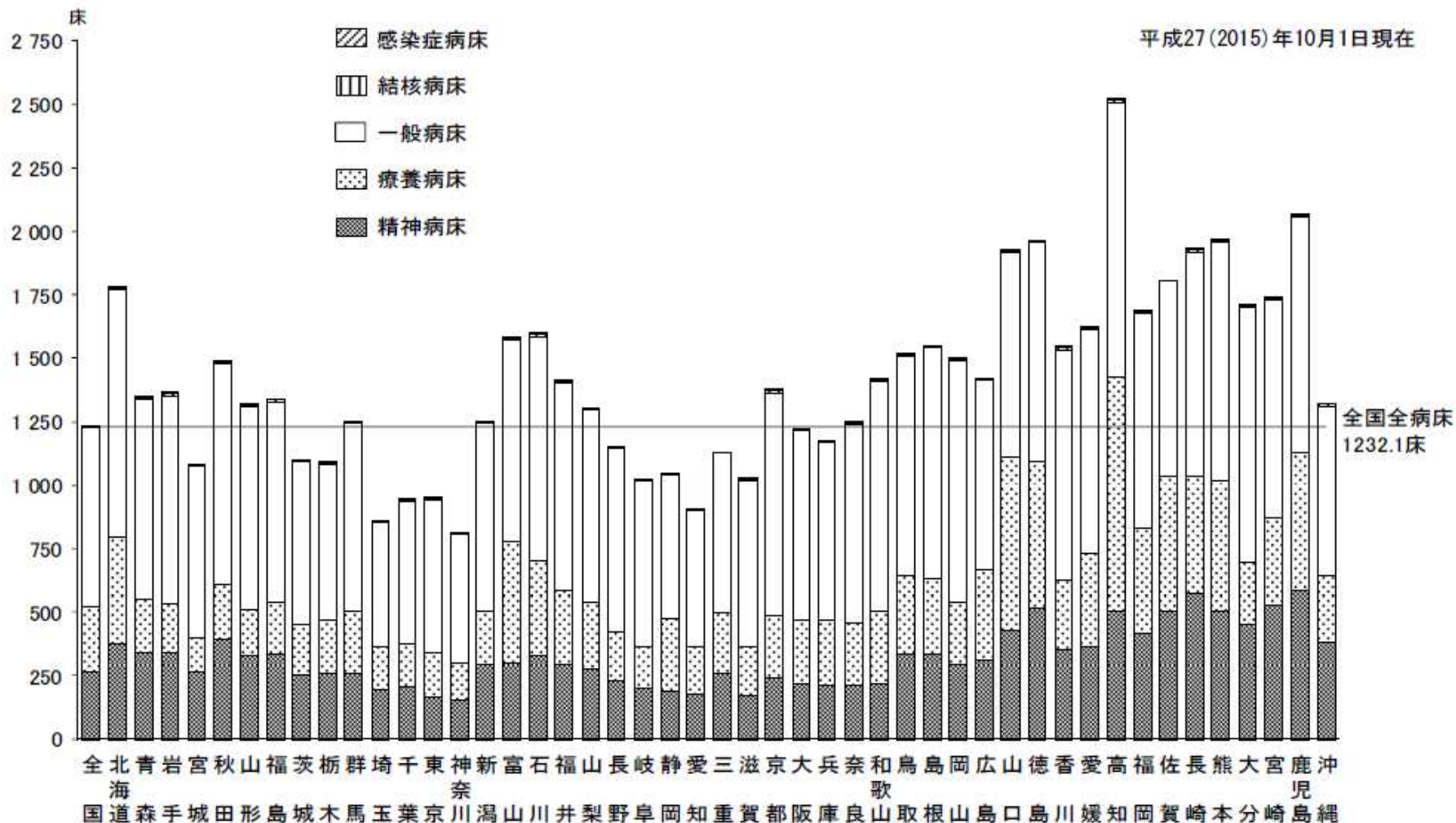
# 病床の種類別に見た平均在院日数の年次推移

○ 一般病床の平均在院日数は減少傾向である。



注：東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。

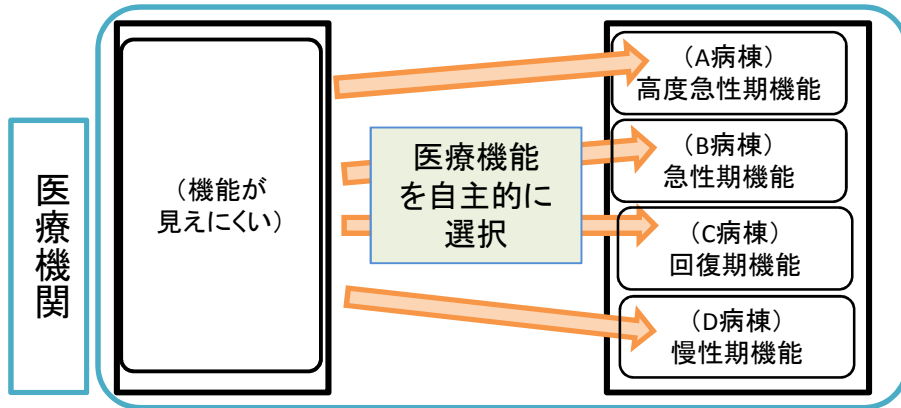
# 都道府県別にみた人口10万対病院病床数





# 地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。  
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

## 「地域医療構想」の内容

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

# 地域医療構想における在宅医療等の需要推計について

○ 地域医療構想では、慢性期機能の医療需要と在宅医療等(※)の患者数を一体的に推計。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

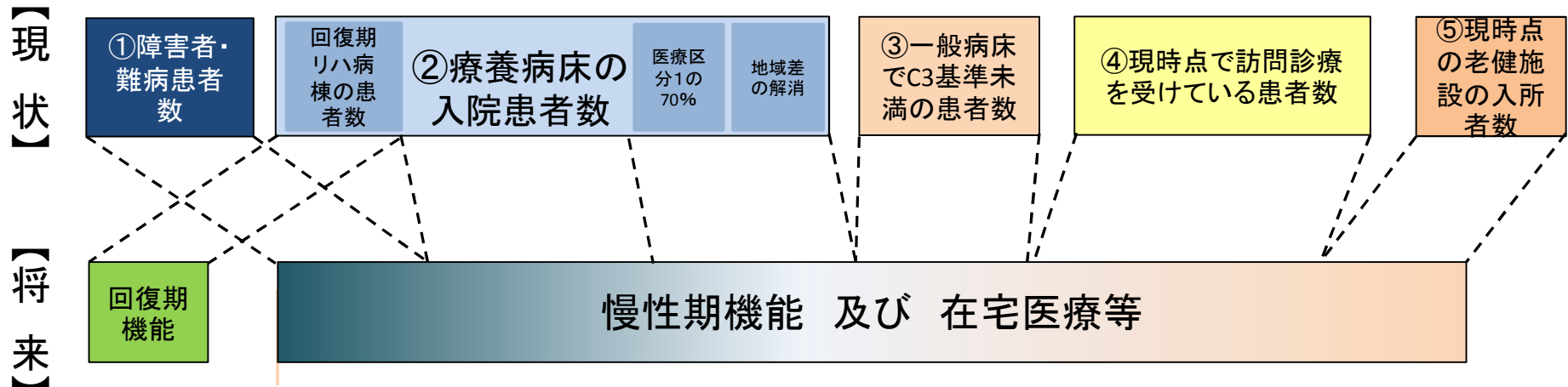
## 慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

○ 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
- ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
  - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する患者数として推計する。
  - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
- ③ 一般病床でC3基準未達の医療資源投入量の患者数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未達の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
- ④ 訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。

### 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

# 2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果 (全国ベースの積上げ)

## 【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に選択したものであり、右の推計における機能区分の考え方によるものではない。

## 【推計結果:2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

115~119万床程度※1

機能分化・連携

地域差の縮小

高度急性期  
13.0万床程度

急性期  
40.1万床程度

回復期  
37.5万床程度

慢性期  
24.2~28.5万床程度※2

NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

数値は、積み上げた全国値であり、実際の医療提供体制は、構想区域ごとの状況に応じて検討する必要がある

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2014年7月時点(\*)の病床機能報告によると、高度急性期19.1万床、急性期58.1万床、回復期11.0万床、慢性期35.2万床と報告されている。

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

# 病床機能報告制度

- 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。(平成26年10月より開始)

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択することに留意。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取扱う。

## 高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例  
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

## 急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

## 回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

## 慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイエアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児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
- 新生児治療回復室入院管理料

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

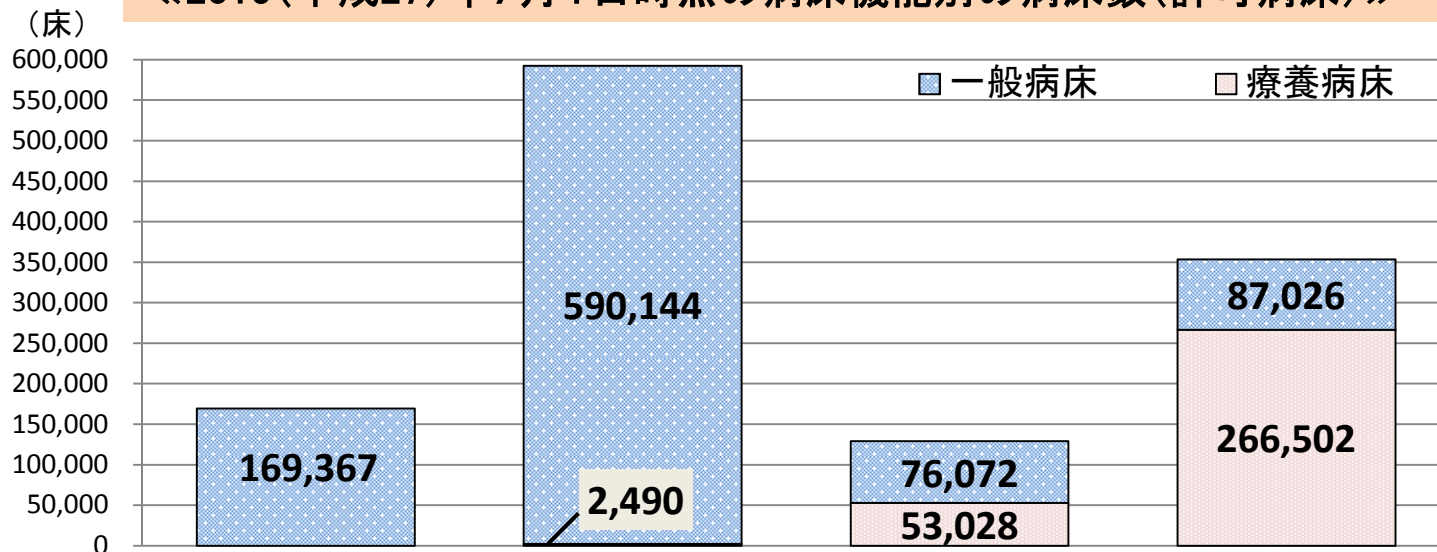
※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

# 病床機能別の病床数

《2015(平成27)年7月1日時点の病床機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	169,367	590,144	76,072	87,026	922,609
療養病床	0	2,490	53,028	266,502	322,020
合計	169,367	592,634	129,100	353,528	1,244,629
構成比(2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比(2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

(※)3月31日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを取りまとめた値である。

- ・報告対象となる病院7,370施設、有床診療所7,168施設のうち、3月31日までにデータクリーニングが完了した病院7,236施設(98.2%)、有床診療所6,627施設(92.5%)のデータを集計した。(2月16日時点の医療機関全体の報告率 95.6%)
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,270,683床

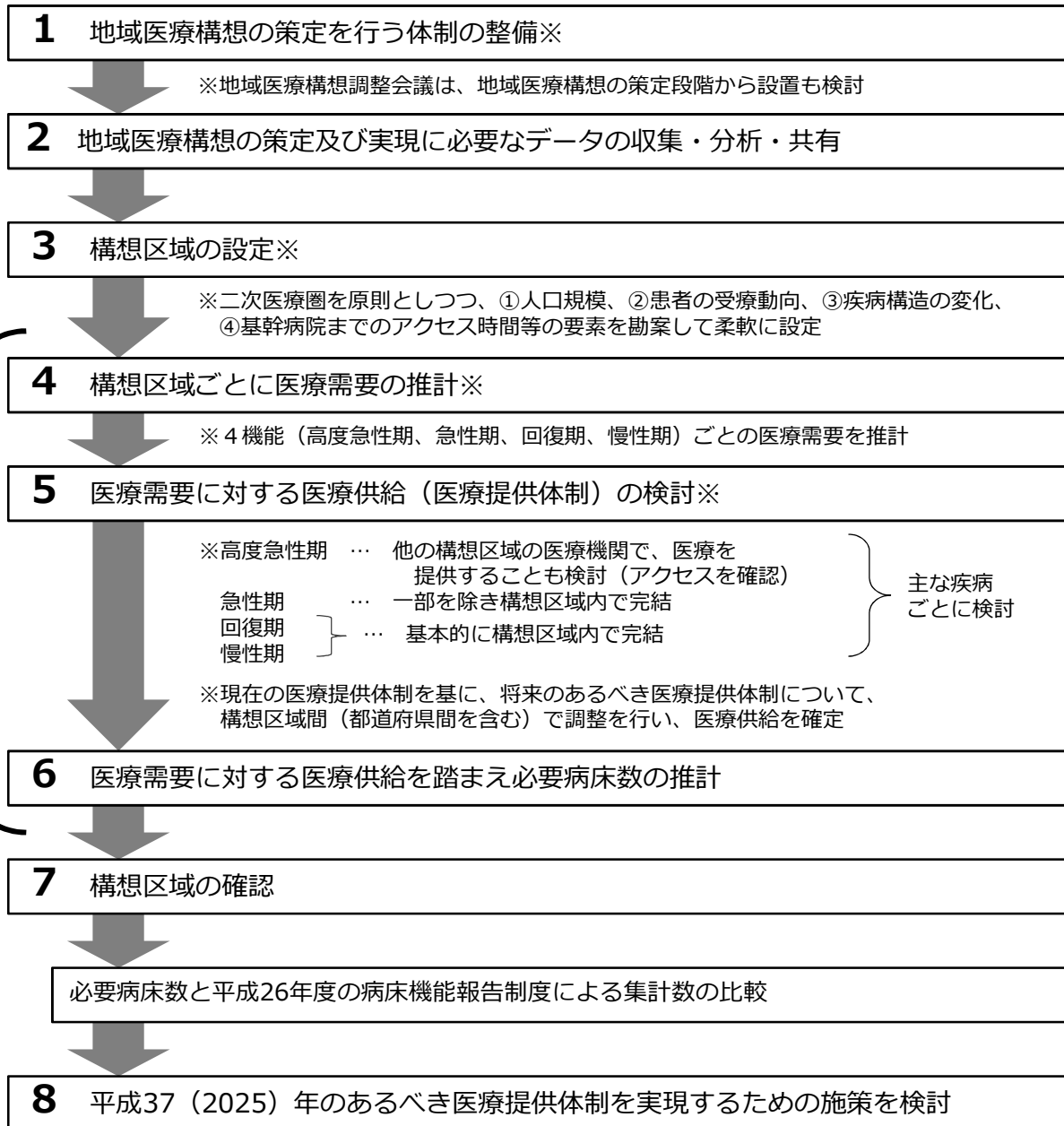
( cf. 医療施設調査(動態)における平成27年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,331,374床)

(注)集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が26,054床分あり、上表には含めていない。

# 地域医療構想の策定プロセス

(地域医療構想策定ガイドライン P.6より抜粋)

【策定プロセス】



➤ **4～6のプロセスを技術的に支援するため、都道府県に対し、今般の第一次報告における推計を基にした「医療構想策定支援ツール」を厚労省より配布。**

➤ **都道府県は、支援ツールの推計により、将来における構想区域毎の医療需要や必要病床数を確認できるようになる。**

# 青森県の地域医療構想の概要と津軽地域の記載について

## 概要

- 2025年の病床の必要量の推計を構想区域ごとに分析し、不足する医療機能を推計。
- 「地域で不足する医療機能」、「医療機能毎の区域完結率及び医療需要」、「患者の受療動向」等について分析の上、地域医療構想を実現するための施策として、「自治体病院等の機能再編成の推進」と「介護施設等も含めた在宅医療の提供体制の整備」等を記載

## 構想区域の設定 (6構想区域)



## 津軽地域の例

## 津軽地域における2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

- 津軽地域では、回復期機能が不足すると推計

区分	平成37(2025)年における必要量
高度急性期	318床
急性期	1,110床
回復期	1,244床
慢性期	467床
病床計	3,139床
在宅医療等の必要量	3,461人/日

## 津軽地域の地域医療構想達成に向けたポイント(津軽地域の記載の抜粋)

- 200～300床の中小規模の病院(国立病院機構弘前病院、弘前市立病院、黒石市国保黒石病院)が併存しており、また、一部自治体病院の病床利用率の低迷など、再編・ネットワーク化の検討が必要。
- 自治体病院等の機能分化・連携の方向性として、中核病院として、高度医療、専門医療、救急医療等を担う医療機関を整備し、その他の自治体病院の病床規模の縮小、回復期・慢性期への機能分化等を図るとともに、民間医療機関との役割分担と連携の明確化を行う。



# 岐阜県の地域医療構想の概要と岐阜地域の記載について

- 2025年の病床の必要量の推計を構想区域ごとに分析し、不足する医療機能を推計。
- 圏域ごとに具体的な医療機関名を挙げて、担うべき機能を明示しつつ、地域医療構想調整会議で議論する内容を整理している。

## 構想区域の設定 (5構想区域)



## 岐阜地域の 例

### 岐阜地域の2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

- 岐阜地域では、回復期機能が不足すると推計

区分	平成37(2025)年における必要量
高度急性期	896床
急性期	2,757床
回復期	2,201床
慢性期	1,247床
病床計	7,074床
在宅医療等の必要量	10,155人/日

### 岐阜地域の地域医療構想達成に向けたポイント(岐阜地域の記載の抜粋)

- 将来の医療提供体制の見直しに当たっては、「適正な役割分担」、「病床規模の適性化」、「経営基盤の効率化」の3つの視点から取り組む。
- 岐阜大学医学部附属病院(614床)が県全体の急性期医療の中心を担い、岐阜赤十字病院(300床)、長良医療センター(416床)等は、災害医療、周産期医療等の政策医療の役割分担を検討。
- 急性期を担う医療機関以外は、救急医療体制の確保に配慮した上で、回復期へ移行。
- 療養病床を有する医療機関については、病床稼働率や患者像を調査した上で、地域医療構想調整会議に分科会を設け、あり方について検討。

# 広島県の地域医療構想の概要と広島地域の記載について

- 2025年の病床の必要量の推計を構想区域ごとに分析し、不足する医療機能を推計。
- 「地域で不足する医療機能」、「機能毎や疾病別の区域完結率」、「5疾病5事業及び在宅医療に関する医療需要」等について分析した上、地域医療構想を実現するための施策として、「医療へのアクセスの改善策」、「在宅医療の推進」等を記載

## 構想区域の設定 (7構想区域)



## 広島地域の例

## 広島地域における2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

- 広島地域では、回復期機能が不足すると推計

区分	平成37(2025)年における必要量
高度急性期	1,585床
急性期	4,242床
回復期	4,506床
慢性期	2,730床
病床計	13,063床
在宅医療等の必要量	23,723人/日

## 広島地域の地域医療構想達成に向けたポイント(広島地域の記載の抜粋)

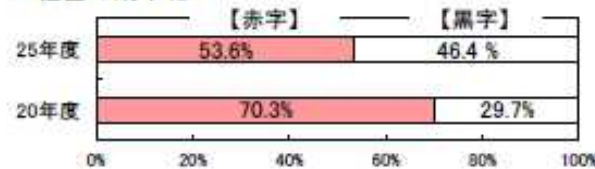
- 広島市においては高度な医療を提供する病院が近距離に立地し、4基幹病院(広島大学、広島市民、県立広島、広島赤十字・原爆病院)においては、重複した機能が少なくないなど、役割分担が不明確。
- 安芸高田市では、「要介護3になっても在宅生活が継続できるまちづくり」、「介護予防に取り組み、健やかに80歳を迎えることができる地域づくり」という目標と打ち出しており、これを実現するため安芸高田市地域包括ケア推進協議会において、引き続き、多職種による連携体制の構築及び地域包括ケアの推進・普及啓発等の取り組みを展開。

# 医療提供体制の改革と連携した更なる公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

## 公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

### 《経営の効率化》



### 《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院
- ・再編等の結果、公立病院数は減少  
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)

### 《経営形態の見直し》

- (予定含数)
- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
  - ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
  - ・民間譲渡・診療所化 50病院

## 新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

### 1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

#### 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

#### 経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

#### 再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

#### 経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

### 2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

### 3 地方財政措置の見直し

- (1) 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

- 通常の整備 …… 25%地方交付税措置
- 再編・ネットワーク化に伴う整備 …… 40%地方交付税措置

- (2) 特別交付税措置の重点化(H28年度～)

- 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
- 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

連携

## 医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

- 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)
  - 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・病床の必要量\*と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定(H27年度～)

※ イメージ [構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	病床の必要量
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

### 2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

# 新公立病院改革ガイドライン (平成27年3月31日付け総務省自治財政局長通知)

## 公立病院改革の目指すもの

- 公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保
- その中で、公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことができるようにする

## 主な項目

### ① 地方公共団体に対する新公立病院改革プラン策定の要請

- i) 策定時期 平成27年度又は平成28年度(地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定)  
※ プラン策定後、医療介護総合確保推進法に基づく協議の場の合意事項と齟齬が生じた場合は、速やかにプランを修正
- ii) プランの期間 策定年度～平成32年度を標準
- iii) プランの内容 以下の4項目を内容とする

### ④ 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・ 将来の機能別の医療需要・必要病床数が示される地域医療構想と整合性のとれた形での当該公立病院の具体的な将来像を明確化
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確化 等

### 再編・ネットワーク化

- ・ 病院間で機能の重複・競合が見られる病院、病床利用率が低水準の病院等、再編・ネットワーク化を引き続き推進(公的・民間病院との再編等を含む) 等

### 経営の効率化

- ・ 公立病院が担う役割を確保しつつ、黒字化を目指して、経常収支比率等の数値目標を設定し、経営を効率化
- ・ 医師等の人材確保・育成、経営人材の登用等に留意しつつ、経費削減・収入増加等の具体的な取組を明記 等

### 経営形態の見直し

- ・ 民間的経営手法導入等の観点から、地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法の全部適用、民間譲渡等経営形態の見直しを引き続き推進 等

### ② 都道府県の役割の強化

- ・ 都道府県は、医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療提供体制の確保について、これまで以上の責任を有することから、地域医療構想の実現に向けた取組とも連携しつつ、再編・ネットワーク化等に積極的に参画
- ・ 管内の公立病院施設の新設・建替等に当たっての都道府県のチェック機能を強化

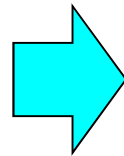
# 再編・ネットワーク化（自治体病院間）

第1回地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会資料

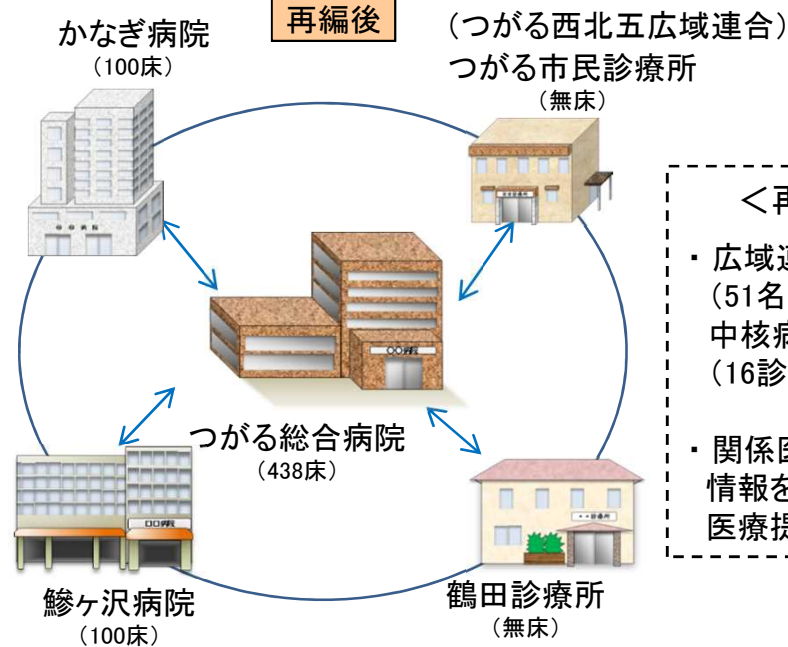
- 地域全体で必要な医療サービスを提供できるよう、医師派遣機能等を有する基幹病院と日常的な医療を提供する病院・診療所に再編し、これらをネットワーク化するなど、公立病院はじめ医療機関相互の機能分担と連携を推進。

## 基幹病院・サテライト型（青森県西北五医療圏の例）

再編前



再編後

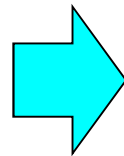
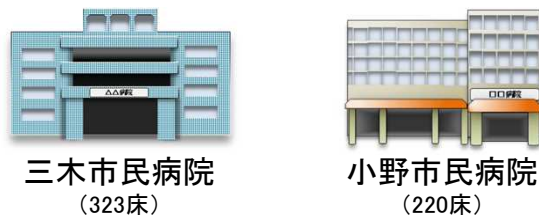


### ＜再編による主な効果＞

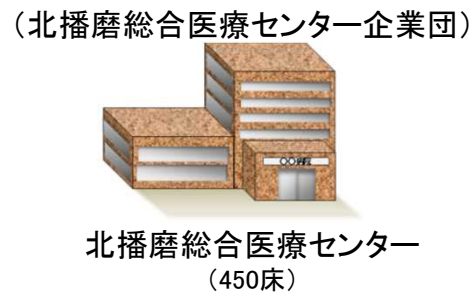
- ・ 広域連合内の医師数が増加 (51名→61名)するとともに、中核病院の診療科が充実。(16診療科→21診療科)
- ・ 関係医療機関において患者情報を共有し、切れ目ない医療提供を実現。

## 統合型（兵庫県三木市・小野市の例）

再編前



再編後



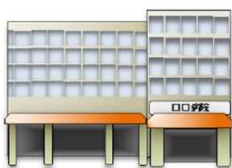
### ＜再編による主な効果＞

- ・ 医師数が増加 (60名→80名)し、診療科が充実。(21診療科→33診療科)
- ・ 休止・縮小していた分娩や小児救急を開始・拡充するなど、必要とされる地域医療を確保。

# 再編・ネットワーク化（他自治体・民間との統合例）

## 県・市統合型（日本海総合病院の例）

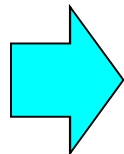
統合前



山形県立日本海総合病院  
(528床)

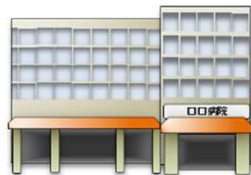


酒田市酒田病院  
(400床)



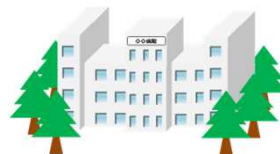
統合後（H20.4～）

（地方独立行政法人山形県・酒田市病院構）



日本海総合病院  
(648床)

（急性期）



日本海総合病院  
酒田医療センター  
(114床)

（回復期、慢性期）

役割分担



＜統合による主な効果＞

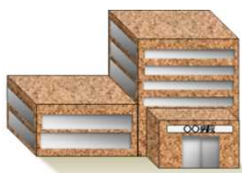
＜日本海総合病院＞  
酒田医療センターから診療科を移行して、急性期病院として集約を図り、手術件数の増加、平均在日数の短縮を実現。

＜酒田医療センター＞  
療養病床への移行（7科→2科）、回復期リハビリテーション機能の強化により、回復期・慢性期に対応

- ・ 2病院間の役割分担と、人員配置の弾力化により、医師数の増加（87名→94名）等を実現。

## 官・民統合型（兵庫県加古川市市民病院（仮称）の例）

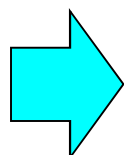
統合前



加古川市立  
加古川市民病院  
(411床)

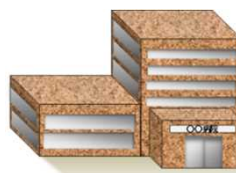


神鋼加古川病院  
(株式会社立)  
(198床)

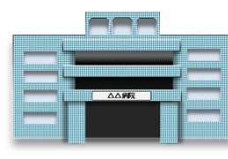


統合後（H23.4～）

（地方独立行政法人加古川市民病院機構）



加古川西  
市民病院  
(405床)



加古川東  
市民病院  
(198床)

（平成28年度に2病院を統合した新病院を開院予定）

＜統合による主な効果＞

- ・ 民間手法を取り入れた価格交渉、両病院の診療材料の統一等により、コストの削減を実現。

- ・ 実質的に1病院に見立てた運営をスタート。両病院間の人事異動を臨機に実施し、業務運営の一体化を促進。

- ・ 平成28年度に完全統合予定。

## 1. 入院医療を取り巻く現状について

- ① 入院患者
- ② 医療提供体制
- ③ 入院医療費

## 2. 入院医療等について

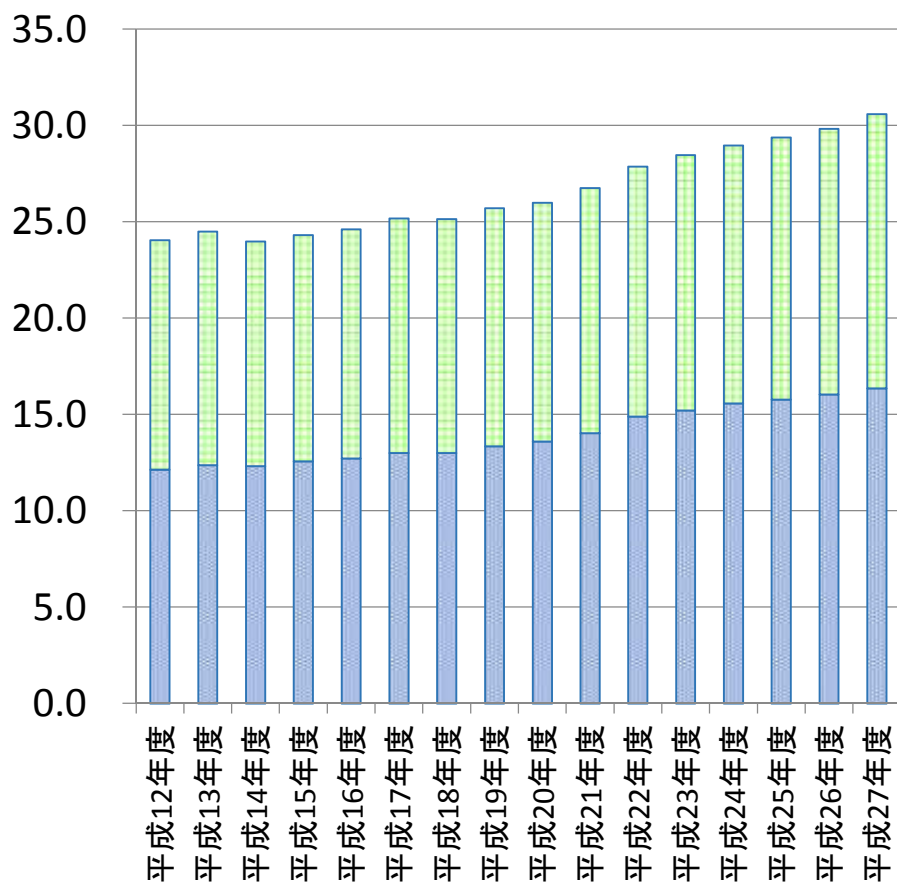
- ① 急性期入院医療
- ② 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
- ③ 慢性期入院医療

# 入院／入院外医療費の推移

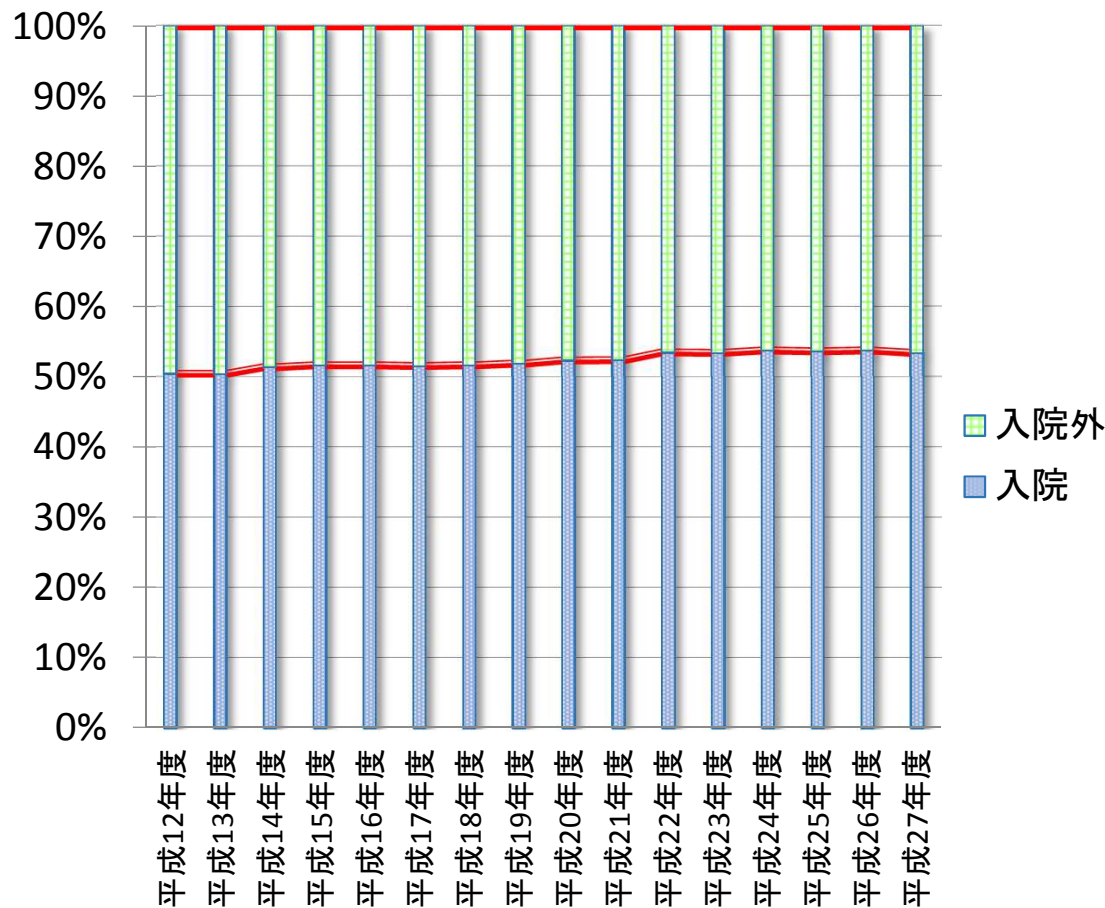
- 入院及び入院外の医療費は、ともに増加傾向である。  
入院と入院外の比率で見ると、入院の医療費が微増している。

(兆円)

医療費



入院／外来比率

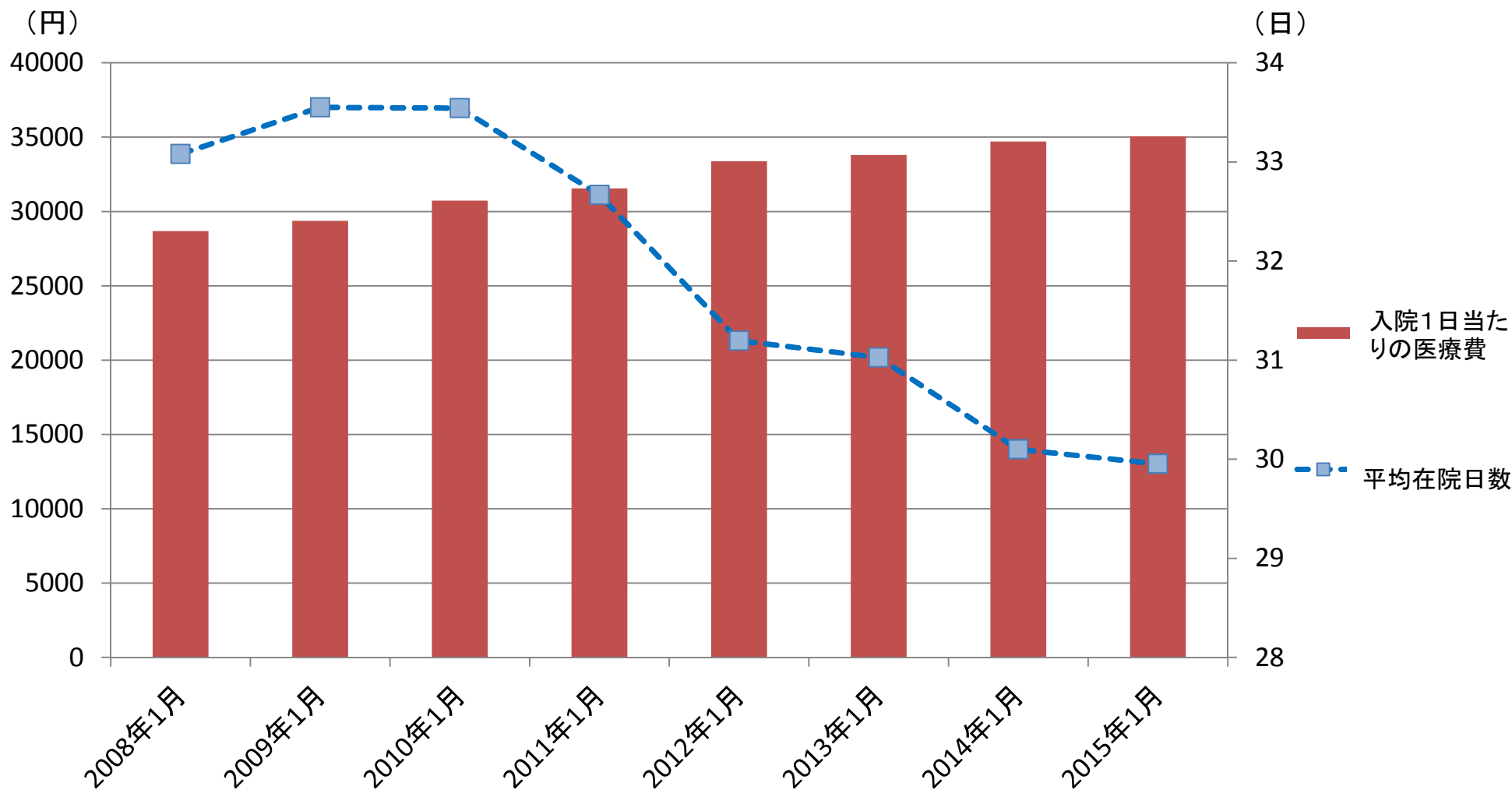


出典：医療費の動向調査

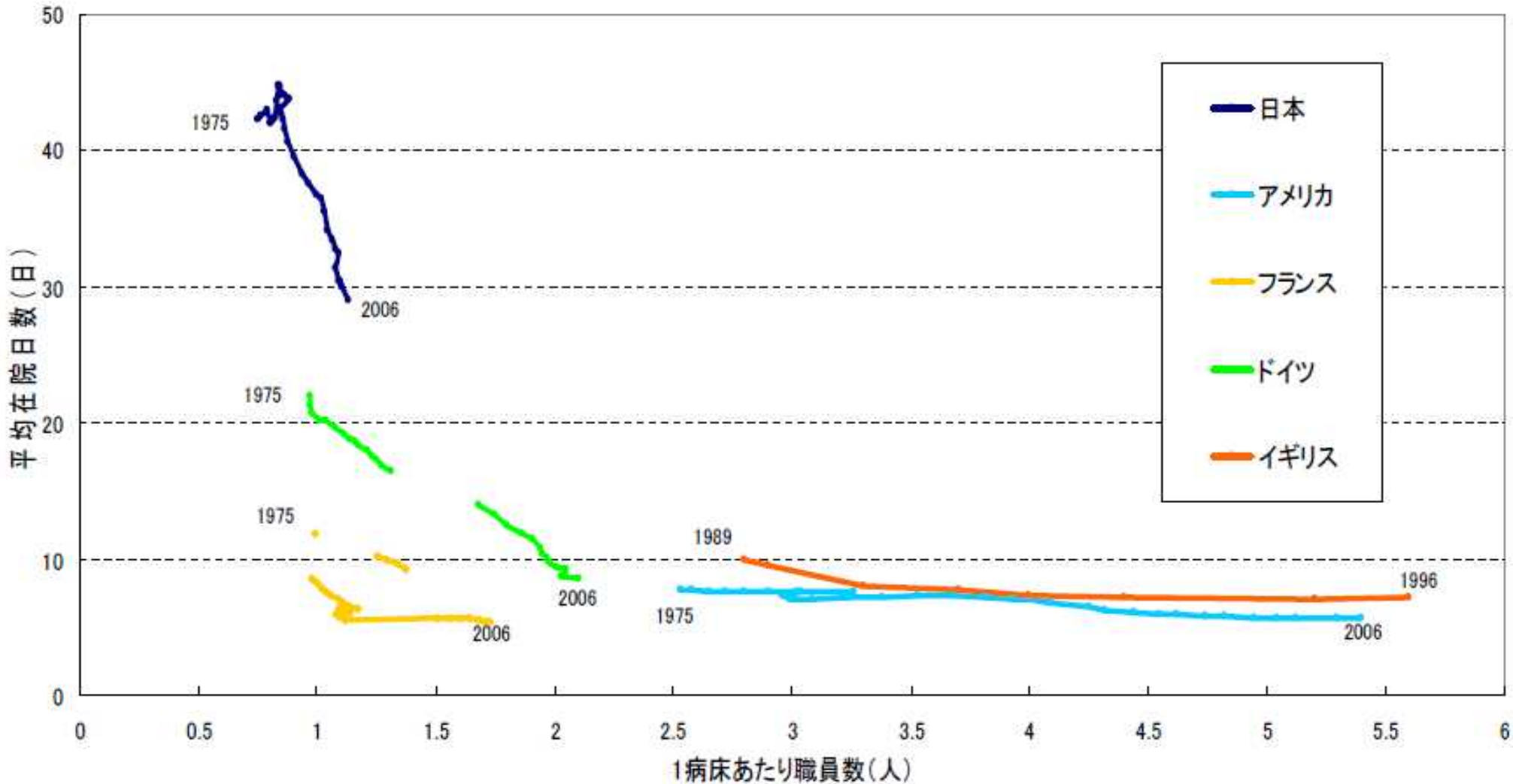


# 入院1日当たりの入院医療費の推移

○ 入院1日当たりの医療費は増加傾向である。



## 平均在院日数と1病床当たり職員数



(資料)日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

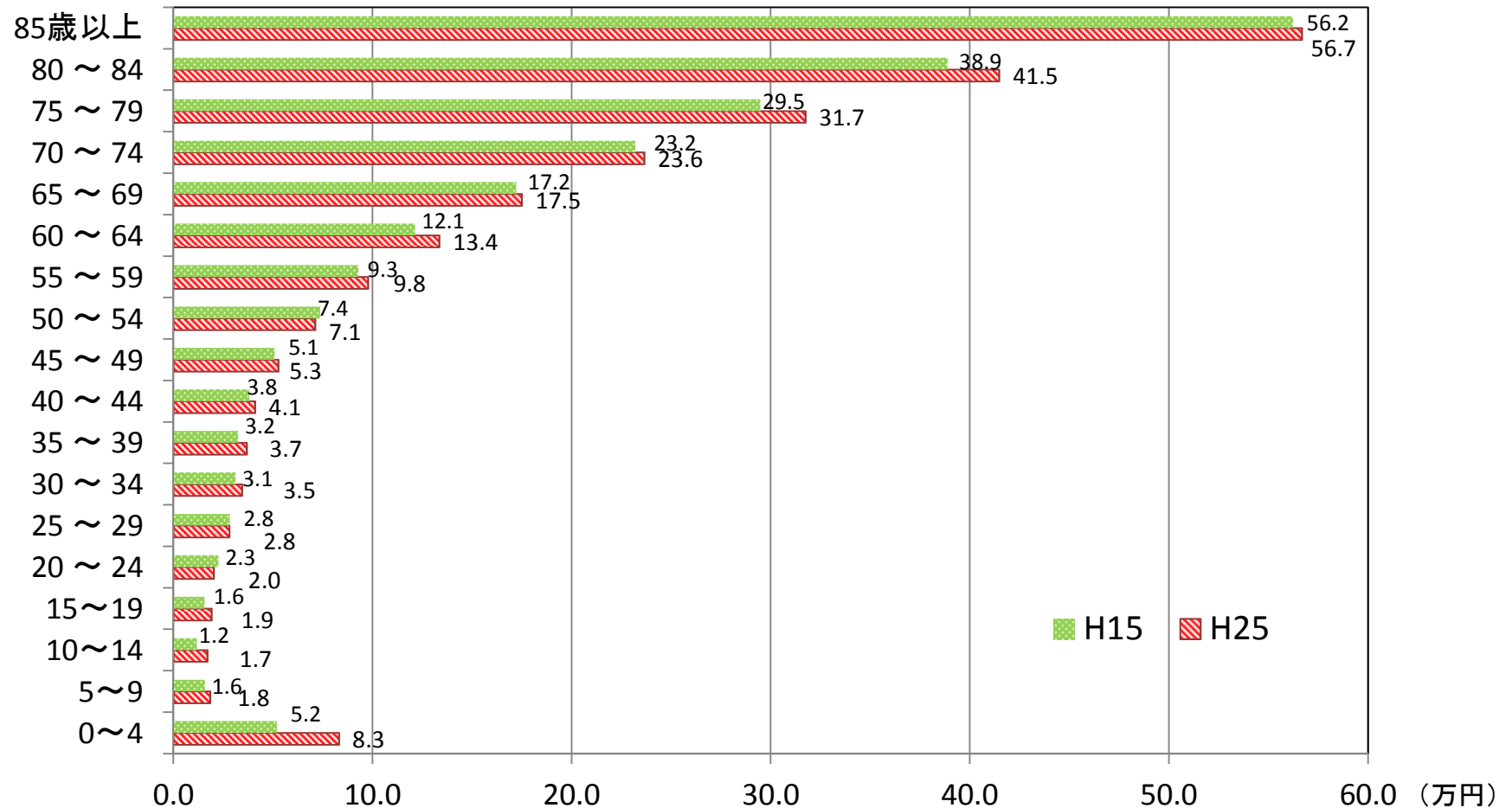
(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

# 【入院】年齢階級別 1人当たり医療費(平成15年度、平成25年度)

○ 年齢階級別に1人当たり医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、1人当たりの入院医療費は多くの年齢層で増加しているが、特に、0～4歳、75～84歳の伸び幅が大きい。

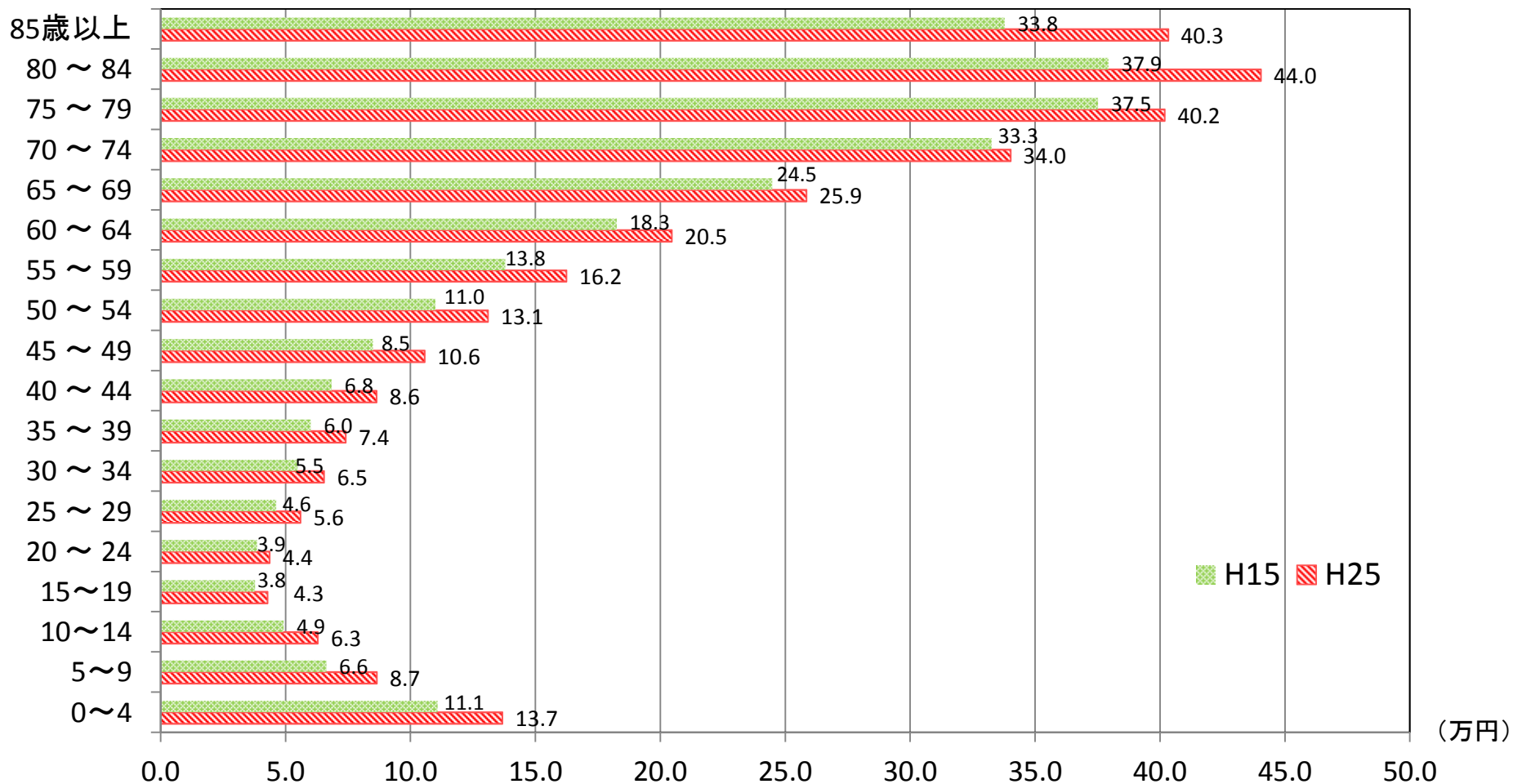
## 【入院】



# 【入院外】年齢階級別 1人当たり医療費(平成15年度、平成25年度)

○ 1人当たり入院外医療費の伸びを見ると、80歳以上の高齢者の1人当たり医療費の伸びが特に大きい。

【入院外】(調剤医療費を含む)



# 平成27年医療経済実態調査(概要) 医療機関の損益率(設置主体別)①

中医協 総-2 (平成27年  
11月4日) を基に作成

## ■一般病院

【全体】 (n=816、平均病床数=201)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	3,693,585	99.9%	3,750,362	99.9%	1.5%
II 介護収益	4,397	0.1%	4,383	0.1%	▲0.3%
III 医業・介護費用	3,759,894	101.7%	3,872,528	103.1%	3.0%
IV 損益差額(I+II-III)	▲61,912	▲1.7%	▲117,784	▲3.1%	—
V その他の医業・介護 関連収益	233,015	6.3%	259,242	6.9%	11.3%
VI その他の医業・介護 関連費用	124,650	3.4%	245,690	6.5%	97.1%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	46,454	1.3%	▲104,232	▲2.8%	—
1床当たり医業収益	18,376	—	18,659	—	—

【国立】 (n=32、平均病床数=362)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	5,873,231	100.0%	5,887,452	100.0%	0.2%
II 介護収益	0	0.0%	0	0.0%	—
III 医業・介護費用	5,677,496	96.7%	5,906,935	100.3%	4.0%
IV 損益差額(I+II-III)	195,736	3.3%	▲19,483	▲0.3%	—
V その他の医業・介護 関連収益	239,431	4.1%	270,405	4.6%	12.9%
VI その他の医業・介護 関連費用	337,771	5.8%	253,884	4.3%	▲24.8%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	97,396	1.7%	▲2,962	▲0.1%	—
1床当たり医業収益	16,224	—	16,264	—	—

【医療法人】 (n=419、平均病床数=135)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	1,902,370	99.8%	1,944,130	99.9%	2.2%
II 介護収益	3,156	0.2%	2,718	0.1%	▲13.9%
III 医業・介護費用	1,865,427	97.9%	1,908,862	98.0%	2.3%
IV 損益差額(I+II-III)	40,099	2.1%	37,987	2.0%	—
V その他の医業・介護 関連収益	48,894	2.6%	45,535	2.3%	▲6.9%
VI その他の医業・介護 関連費用	47,316	2.5%	44,789	2.3%	▲5.3%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	41,677	2.2%	38,733	2.0%	—
1床当たり医業収益	14,092	—	14,401	—	—

※合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。  
※「構成比率」は、「I 医業収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する割合である。

# 平成27年医療経済実態調査(概要) 医療機関の損益率(設置主体別)②

中医協 総-2 (平成27年  
11月4日) を基に作成

## ■一般病院

【公立】(n=155、平均病床数=262)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	5,071,744	100.0%	5,156,924	99.9%	1.7%
II 介護収益	2,125	0.0%	2,704	0.1%	27.2%
III 医業・介護費用	5,497,280	108.3%	5,741,042	111.3%	4.4%
IV 損益差額(I+II-III)	▲423,410	▲8.3%	▲581,414	▲11.3%	—
V その他の医業・介護 関連収益	799,252	15.8%	927,388	18.0%	※※
VI その他の医業・介護 関連費用	285,048	5.6%	951,921	18.4%	※※
VII 総損益差額(IV+V-VI)	90,794	1.8%	▲605,947	▲11.7%	—
1床当たり医業収益	19,358	—	19,683	—	—

【国公立を除く全体】(n=629、平均病床数=177)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	3,243,087	99.8%	3,295,029	99.8%	1.6%
II 介護収益	5,180	0.2%	5,020	0.2%	▲3.1%
III 医業・介護費用	3,234,205	99.6%	3,308,585	100.3%	2.3%
IV 損益差額(I+II-III)	14,062	0.4%	▲8,536	▲0.3%	—
V その他の医業・介護 関連収益	93,155	2.9%	94,028	2.8%	0.9%
VI その他の医業・介護 関連費用	74,282	2.3%	71,242	2.2%	▲4.1%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	32,935	1.0%	14,250	0.4%	—
1床当たり医業収益	18,323	—	18,616	—	—

※合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。  
※「構成比率」は、「I 医業収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する割合である。

※※公立病院は、平成26年度から新会計基準が適用されたため、平成25年度は旧会計基準、平成26年度は新会計基準という二つの異なる計算方式に基づく回答が提出されており、主に会計基準変更の影響により、その他の医業・介護関連費用が増加したものと考えられるため、伸び率は算出していない。

# 平成27年医療経済実態調査(概要) 医療機関の損益率(一般病棟入院基本料別)

中医協 総-2 (平成27年  
11月4日) を基に作成

## ■一般病棟入院基本料算定病院

【7対1】 (n=224、平均病床数=329)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	7,812,196	99.9%	7,935,975	99.9%	1.6%
II 介護収益	6,984	0.1%	7,341	0.1%	5.1%
III 医業・介護費用	7,958,140	101.8%	8,208,792	103.3%	3.1%
IV 損益差額(I+II-III)	▲138,960	▲1.8%	▲265,475	▲3.3%	—
V その他の医業・介護 関連収益	490,582	6.3%	511,668	6.4%	4.3%
VI その他の医業・介護 関連費用	256,544	3.3%	525,380	6.6%	104.8%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	95,079	1.2%	▲279,187	▲3.5%	—
1床当たり医業収益	23,745	—	24,122	—	—

【10対1】 (n=179、平均病床数=168)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	2,652,396	99.8%	2,673,287	99.8%	0.8%
II 介護収益	5,350	0.2%	4,674	0.2%	▲12.6%
III 医業・介護費用	2,745,908	103.3%	2,821,282	105.4%	2.7%
IV 損益差額(I+II-III)	▲88,162	▲3.3%	▲143,321	▲5.4%	—
V その他の医業・介護 関連収益	183,063	6.9%	224,545	8.4%	22.7%
VI その他の医業・介護 関連費用	85,848	3.2%	189,760	7.1%	121.0%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	9,053	0.3%	▲108,536	▲4.1%	—
1床当たり医業収益	15,788	—	15,912	—	—

【13対1】 (n=19、平均病床数=88)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	1,144,271	99.9%	1,154,568	99.8%	0.9%
II 介護収益	903	0.1%	1,848	0.2%	104.7%
III 医業・介護費用	1,181,356	103.2%	1,190,671	103.0%	0.8%
IV 損益差額(I+II-III)	▲36,182	▲3.2%	▲34,256	▲3.0%	—
V その他の医業・介護 関連収益	96,520	8.4%	97,073	8.4%	0.6%
VI その他の医業・介護 関連費用	24,691	2.2%	36,244	3.1%	46.8%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	35,647	3.1%	26,573	2.3%	—
1床当たり医業収益	13,003	—	13,120	—	—

【15対1】 (n=67、平均病床数=120)

	25年度		26年度		金額の 伸び率
	金額(千円)	構成比	金額(千円)	構成比	
I 医業収益	1,159,188	99.7%	1,162,753	99.7%	0.3%
II 介護収益	3,166	0.3%	3,384	0.3%	6.9%
III 医業・介護費用	1,161,204	99.9%	1,180,534	101.2%	1.7%
IV 損益差額(I+II-III)	1,150	0.1%	▲14,397	▲1.2%	—
V その他の医業・介護 関連収益	57,389	4.9%	107,825	9.2%	87.9%
VI その他の医業・介護 関連費用	38,275	3.3%	96,006	8.2%	150.8%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	20,264	1.7%	▲2,578	▲0.2%	—
1床当たり医業収益	9,660	—	9,690	—	—

※合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。

※「構成比率」は、「I 医業収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する割合である。39

# 規模別の公立病院の経営状況（一般病院）

第1回地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会資料

300床以上病院  
(H26:250病院)

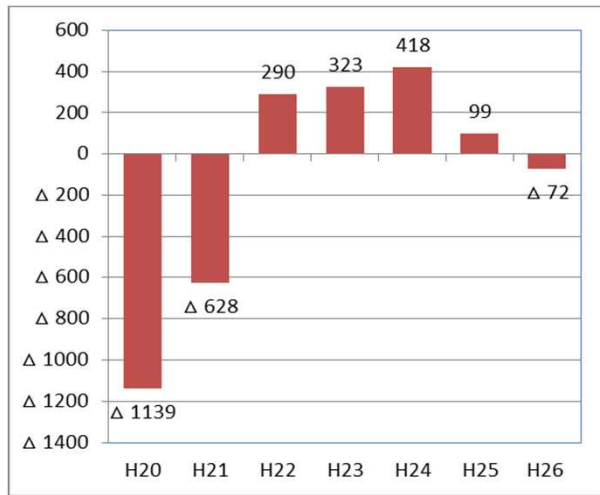
100床以上300床未満病院  
(H26:282病院)

100床未満病院  
(H26:240病院)

## 経常損益

経常利益

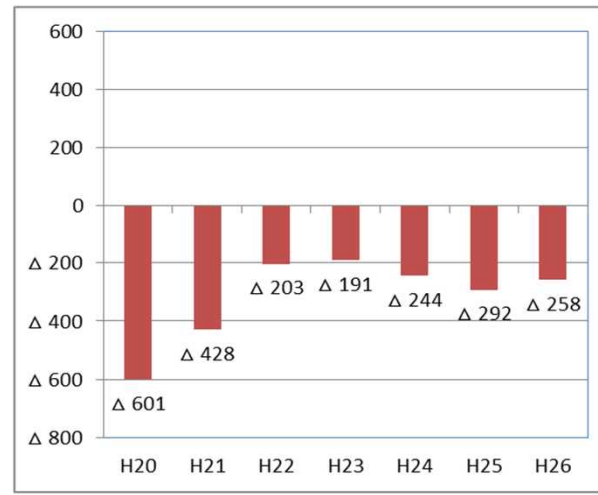
(単位:億円)



経常損失

経常利益

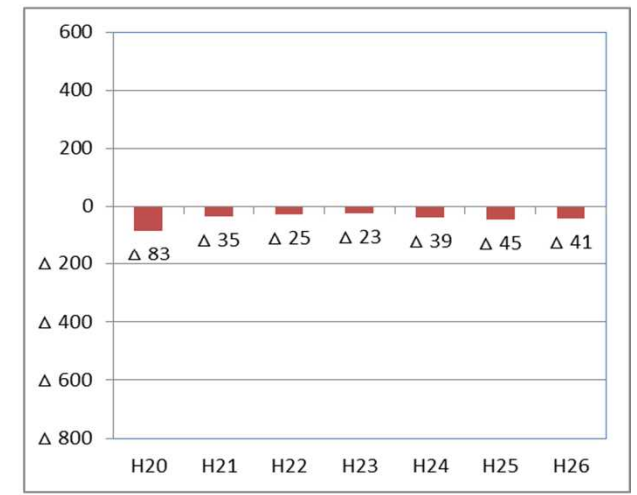
(単位:億円)



経常損失

経常利益

(単位:億円)



経常損失

## 経常収支比率

(単位:%)

H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
96.1	97.8	101.0	101.2	101.5	100.4	99.7

(単位:%)

H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
93.6	95.3	97.6	97.7	97.1	96.5	96.9

(単位:%)

H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
96.1	98.4	98.8	98.9	98.1	97.9	98.1

## 他会計繰入金比率

(単位:%)

H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
12.2	12.3	11.6	11.3	11.1	10.9	11.4

(単位:%)

H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
14.3	14.7	14.6	15.2	16.5	15.9	15.5

(単位:%)

H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
20.7	22.0	22.7	23.0	24.3	24.5	25.0

※経常収益に対する他会計繰入金の比率

※独法・建設中の病院を除く



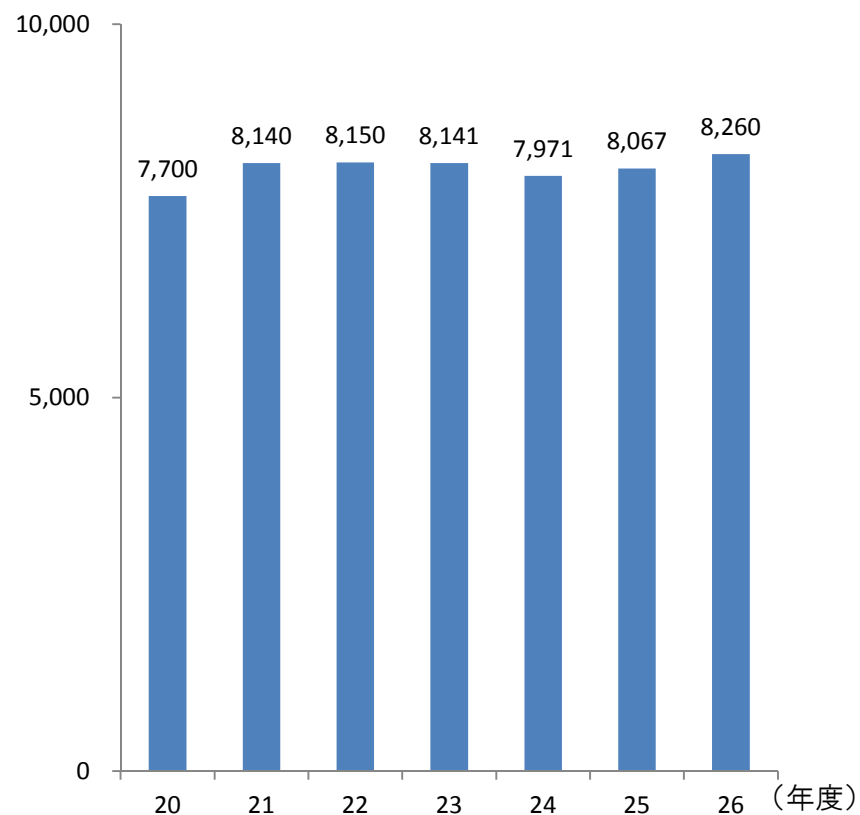
# 他会計繰入金等の状況

第1回地域医療の確保と公立病院改革の推進  
に関する調査研究会資料（一部改変）

公立病院（地方独立行政法人を含む）における他会計繰入金及び病院事業に係る企業債現在高の推移

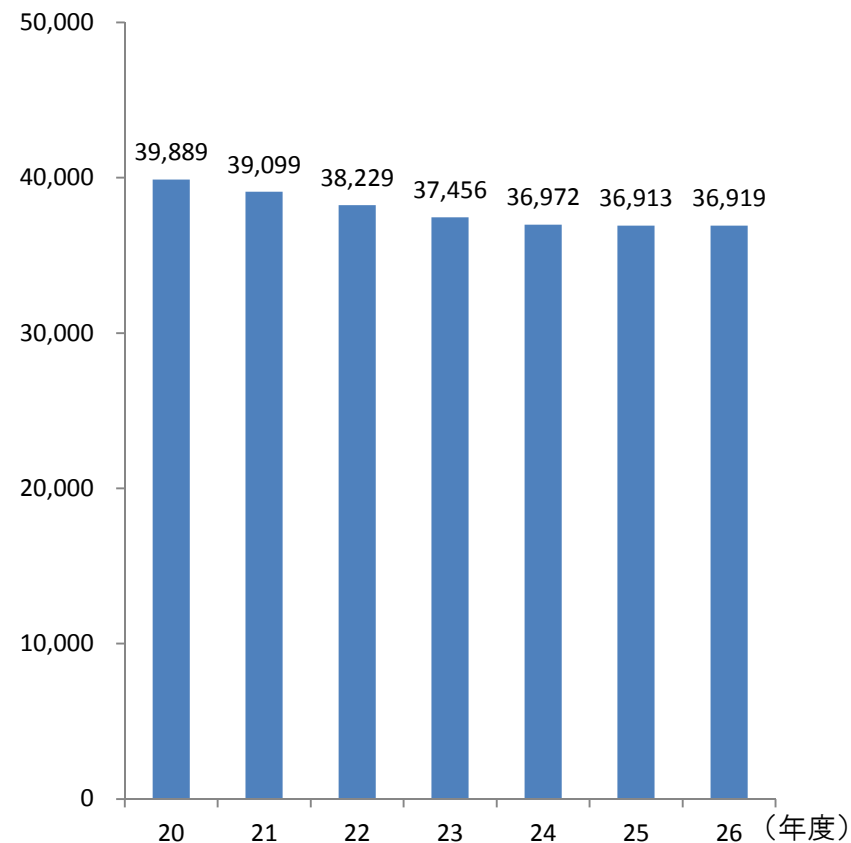
（単位：億円）

## 他会計繰入金（地方独立行政法人を含む）



（単位：億円）

## 企業債現在高



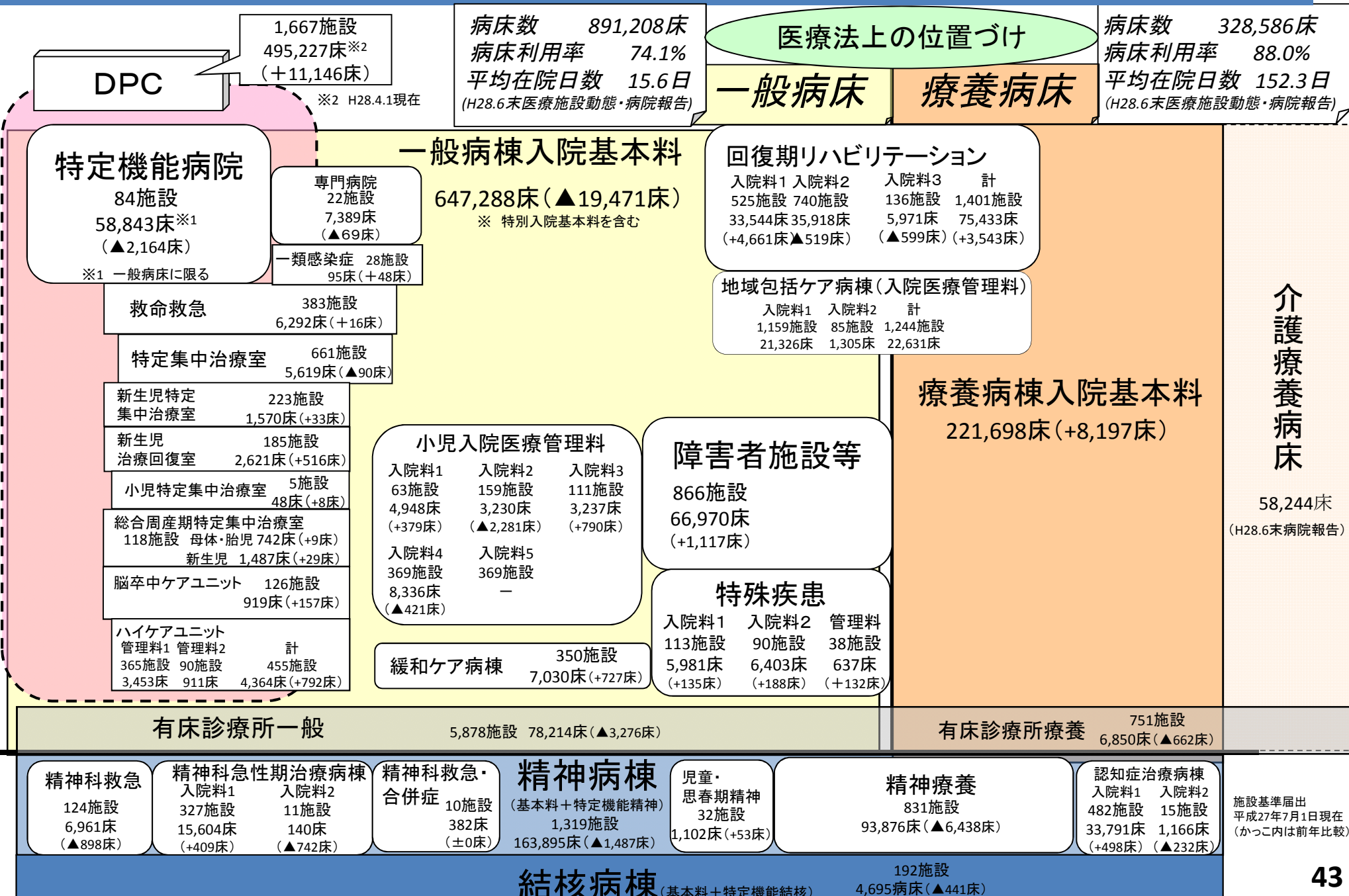
## 1. 入院医療を取り巻く現状について

- ① 入院患者
- ② 医療提供体制
- ③ 入院医療費

## 2. 入院医療等について

- ① 急性期入院医療
- ② 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
- ③ 慢性期入院医療

# 診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)



# 7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

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

一般病棟用の重症度・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」

平成24年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

「平均在院日数が19日→18日以下」

平成26年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」

データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入

平成28年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

「A項目の一部追加、B項目の項目変更、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」

「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上」

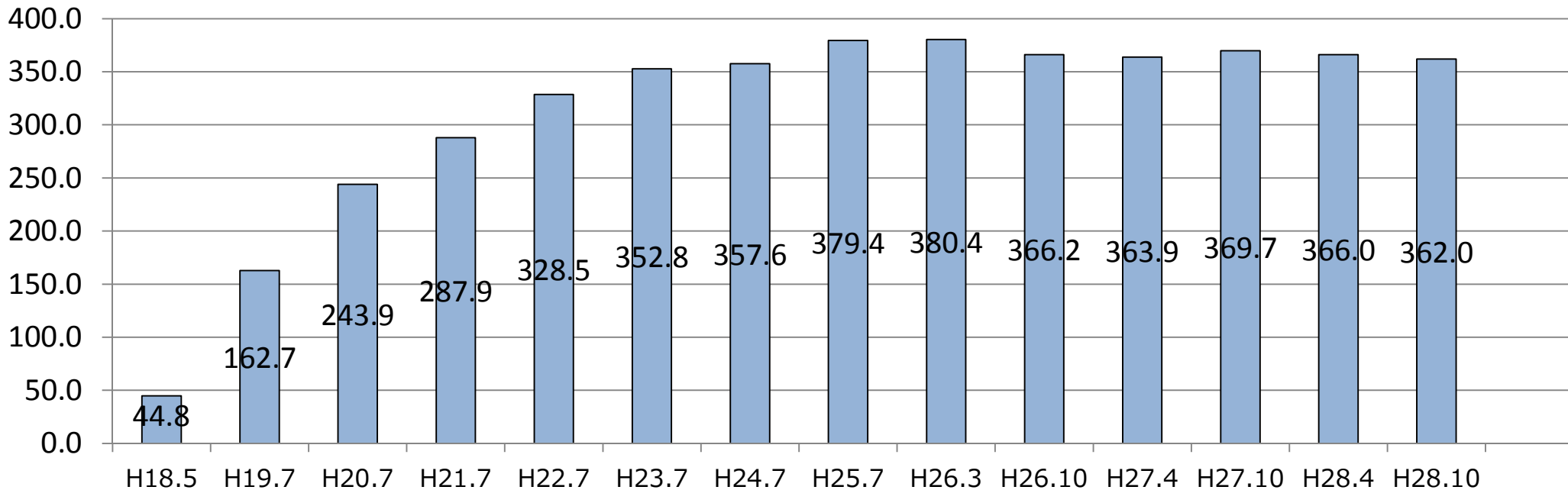
「該当患者割合を15%以上→25%以上」

在宅復帰率の見直し 「75%以上→80%以上」

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



[H18.4]  
7対1入院  
基本料創設

[H20.4]  
重症度・看護  
必要度の導入

[H24.4]  
重症度・看護必要度  
該当患者割合基準の見直し  
(10%→15%)  
平均在院日数要件の見直し  
(19日→18日)

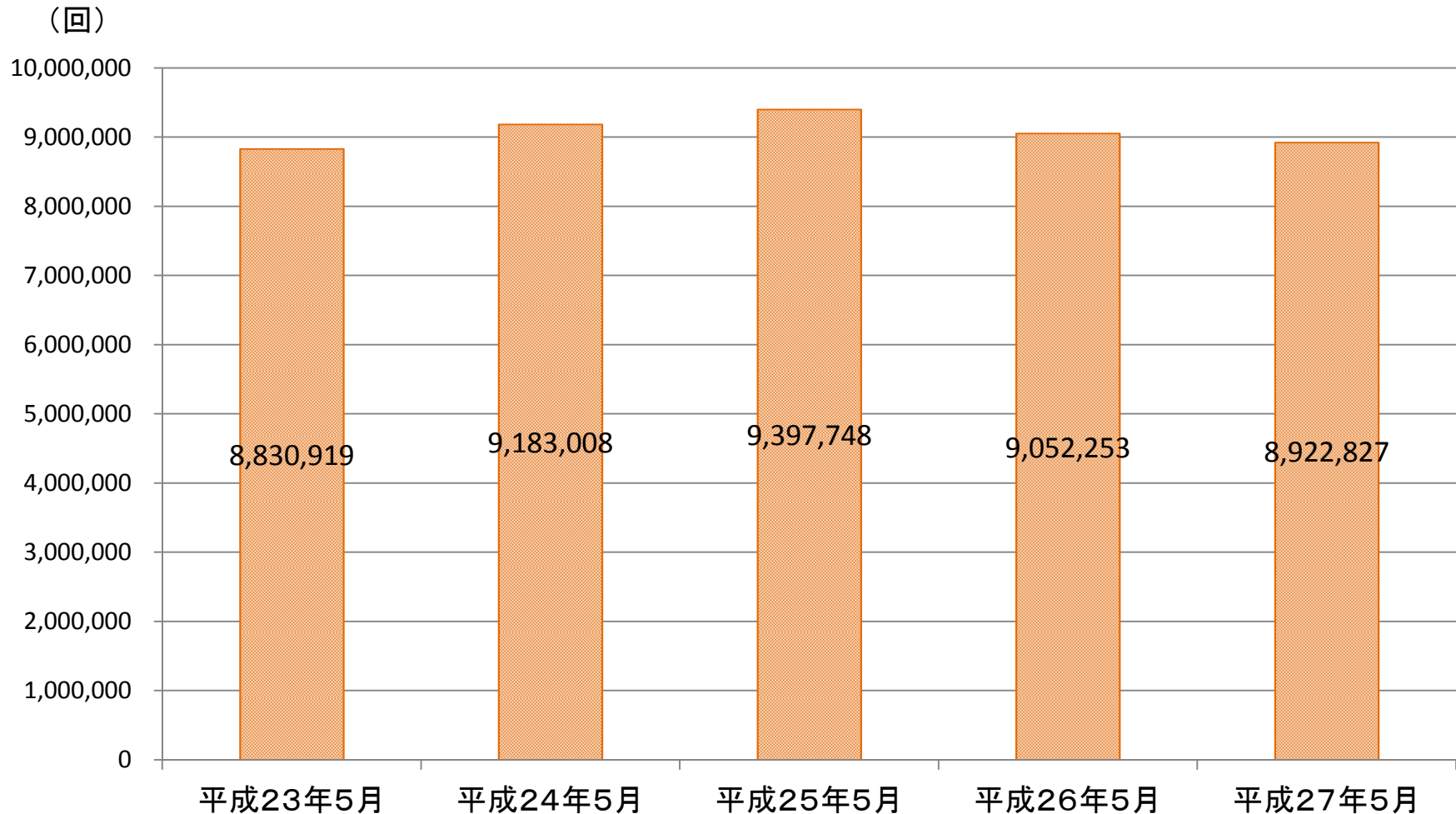
[H26.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A項目の見直し  
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A・B項目の見直し／C項目の追加  
該当患者割合基準の見直し  
(15%→25%)  
在宅復帰率の見直し  
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

# 一般病棟7対1入院基本料の算定回数推移

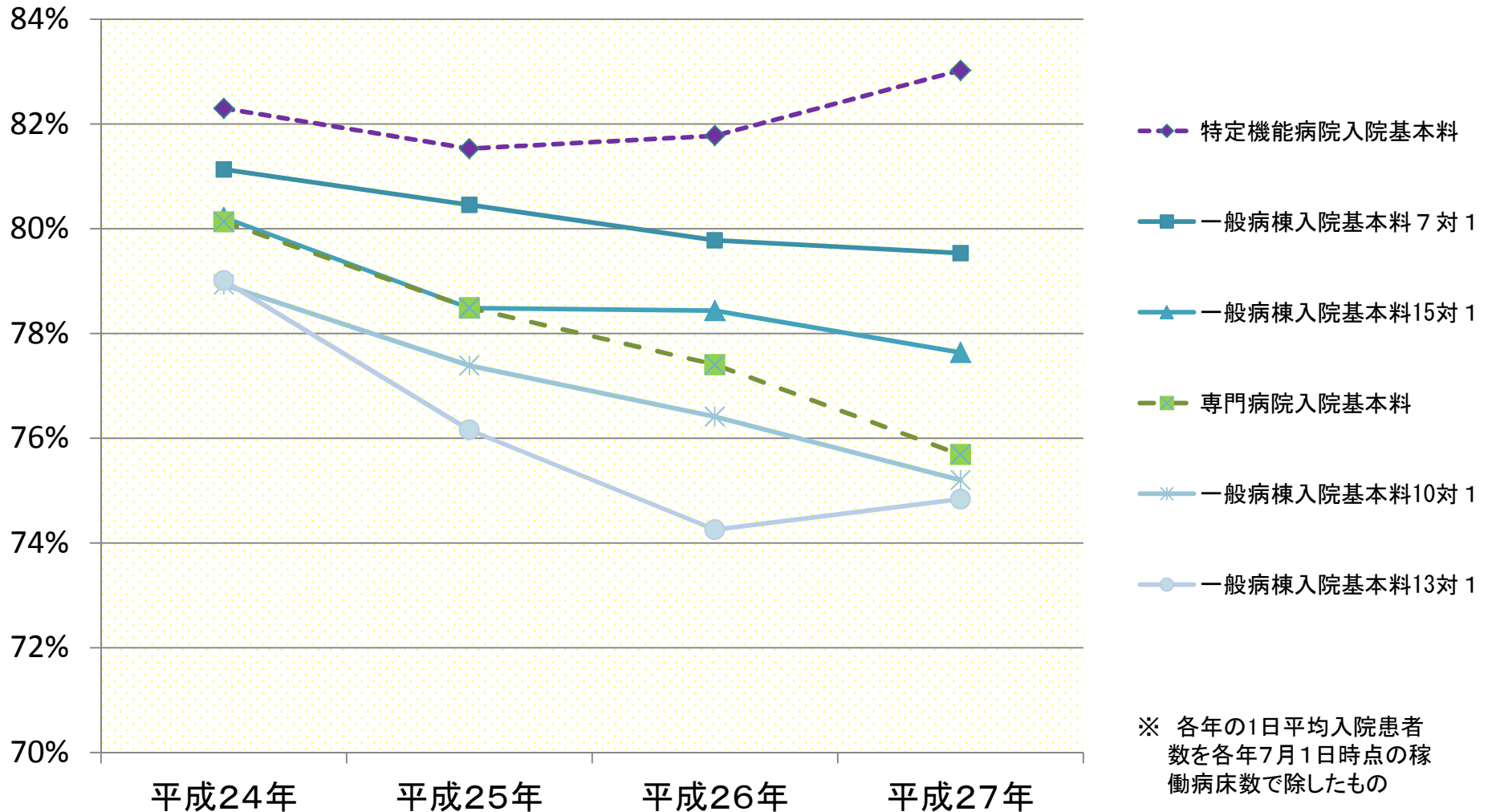
○ 一般病棟7対1入院基本料の算定回数は、平成25年をピークに減少傾向である。



※ 出来高の算定回数とDPCの算定回数をあわせたもの。  
DPCの算定回数は、平成26年時点のDPC算定病床数により推計した推計値

# 一般病棟入院基本料の稼働率の推移

○ 一般病棟入院基本料の稼働率※は概ね低下傾向である。



# 平成28年度改定における入院医療の機能分化・強化

## 一般病棟入院基本料の評価の見直しの概要

### 重症度、医療・看護必要度の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行う。

- ① 手術
- ② 救命等に係る内科的治療
  - ・経皮的血管内治療
  - ・経皮的心筋焼灼術
  - ・侵襲的な消化器治療 等
- ③ 救急搬送
- ④ 認知症・せん妄の症状

等についての評価を拡充

### 7対1入院基本料の基準の見直し

- 「重症度、医療・看護必要度」の基準の見直し
  - ・「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を15%⇒25%(※)に見直す
- 在宅復帰率の見直し
  - ・在宅復帰率の基準を75%⇒80%に見直す

※ 許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあつては、平成30年3月31日までに限り、基準を満たす患者が23%以上であることとする。

### 重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価

- 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の充実

### 病棟群単位による届出の評価

- 7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、平成28年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。



## 1. 入院医療を取り巻く現状について

- ① 入院患者
- ② 医療提供体制
- ③ 入院医療費

## 2. 入院医療等について

- ① 急性期入院医療
- ② 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
- ③ 慢性期入院医療

# 地域包括ケア病棟創設の経緯

## 【平成26年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟創設
- 平成26年度改定に向けた入院分科会の議論において、亜急性期病床の役割・機能を明確にするため、
  - ①急性期病床からの患者の受け入れ
  - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
  - ③在宅への復帰支援の3つの機能が重要であるとされ、施設基準として、①重症度、医療・看護必要度、②在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等であること、③在宅復帰率の実績の引き上げ等が設定された。

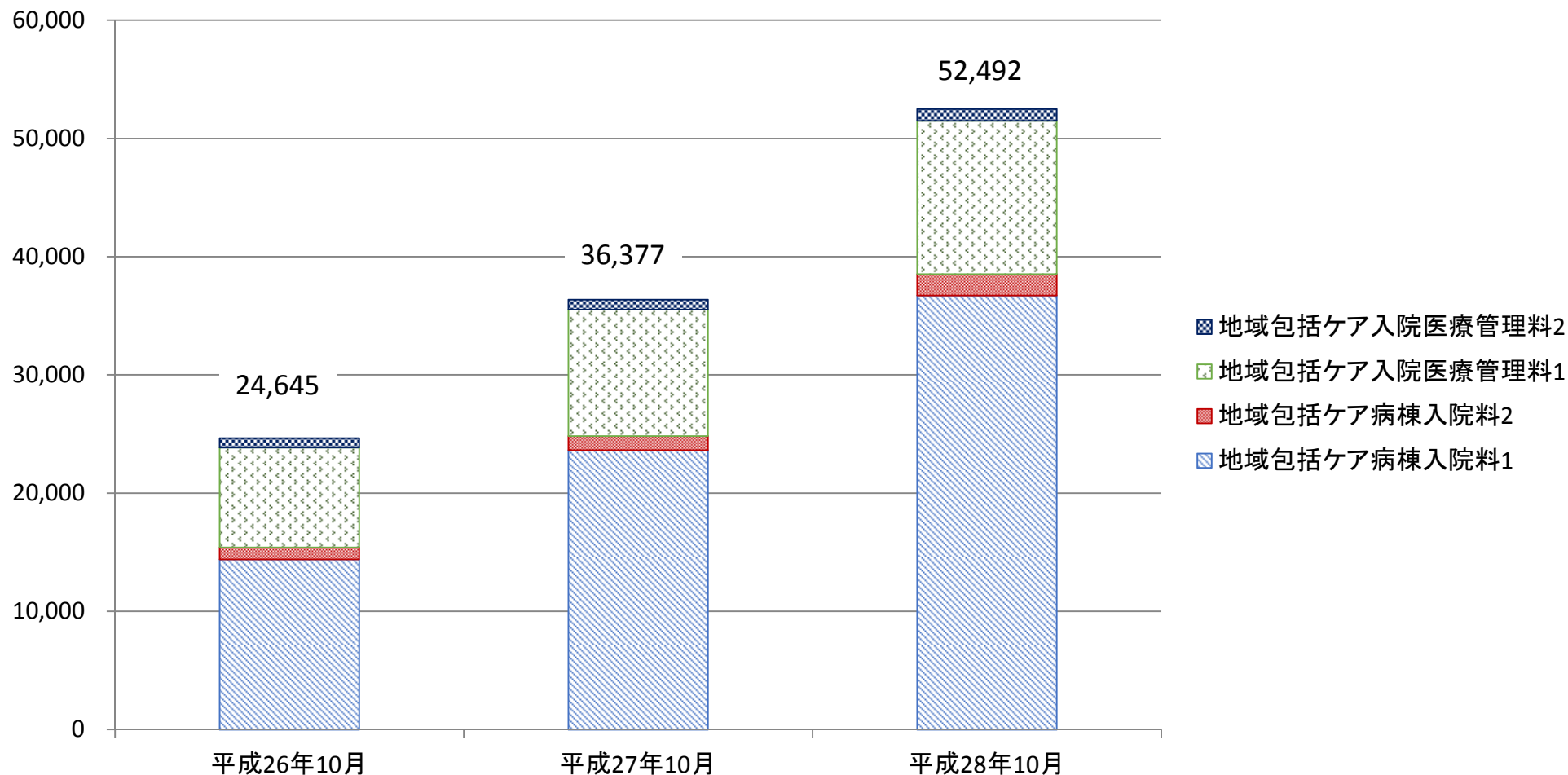
## 算定留意事項通知(抜粋)

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料(以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。)を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。

# 地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



## 医療機能に応じた入院医療の評価について

### 地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む。)の包括範囲から、手術、麻酔に係る費用を除外する。
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟まで(※)とする。

※平成28年1月1日現在で地域包括ケア病棟入院料を複数届け出ている保険医療機関は、当該時点で現に届け出ている病棟を維持できる。

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

## 回復期リハビリテーション病棟

- 脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟。
- 構造設備、医師及びリハビリテーション専門職の配置、リハビリテーションの実績等による施設基準をみたす病棟に、回復期リハビリテーションを要する状態(※)の患者を入院させた場合に、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する。

(※)脳血管疾患、骨折、廃用症候群、神経・筋・靭帯損傷、股関節又は膝関節の置換術後等。  
それぞれの状態により、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が規定されている。

区分	1日あたり点数 上段:生活療養なし 下段:生活療養あり	届出医療 機関数	病床数 上段:一般 下段:療養	月あたり算定回数
入院料1	2,025点 2,011点	525病院	12,962床 20,582床	855,817回
入院料2	1,811点 1,796点	740病院	14,434床 21,484床	873,160回
入院料3	1,657点 1,642点	136病院	2,809床 3,162床	126,135回

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の概要(前ページから続く)

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象(回復期リハビリテーションを要する状態)

1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準(抄)

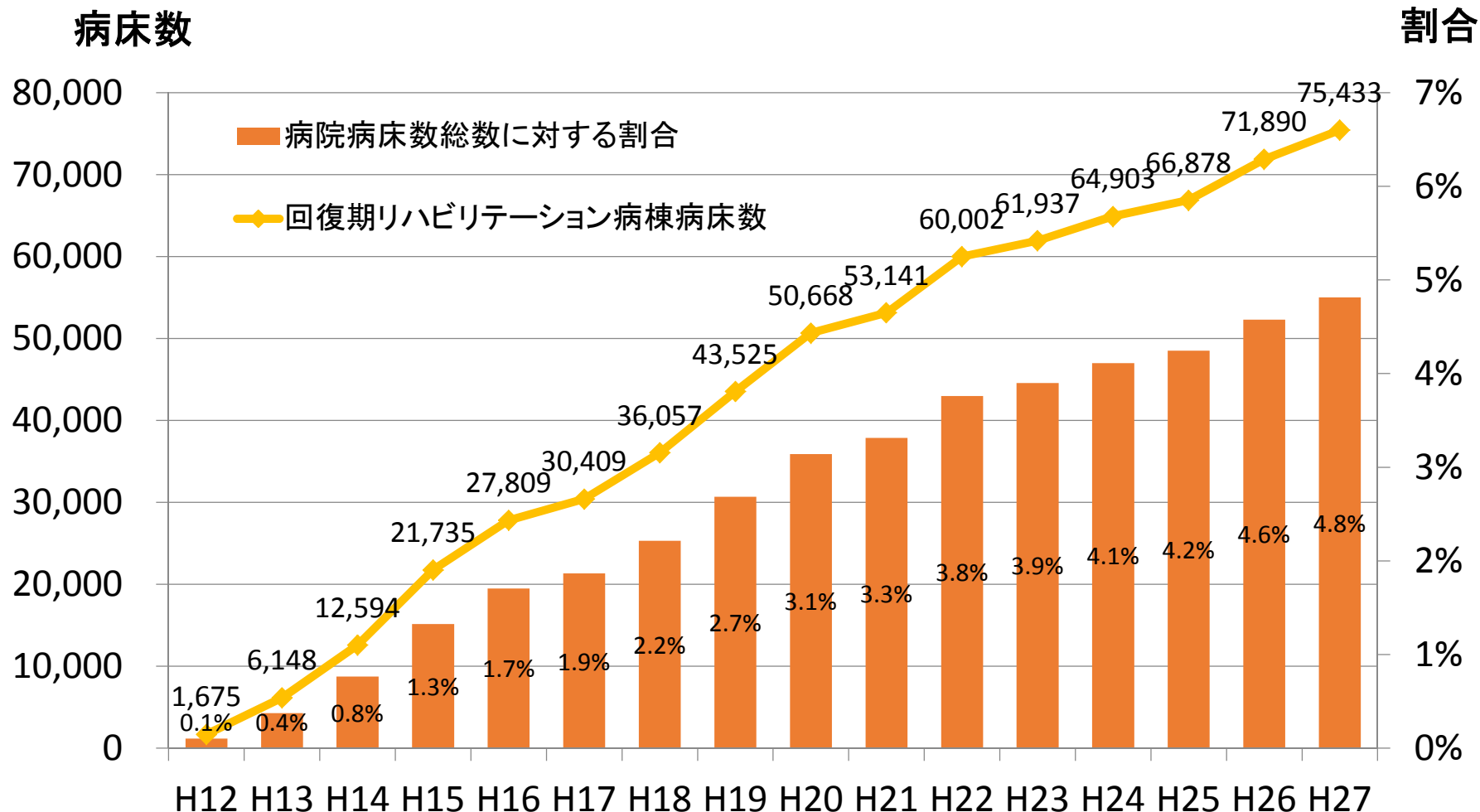
	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上		
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要(医療機関内にいればよい)	
新規入院患者のうち重症者(日常生活機能評価10点以上)の割合	3割以上	2割以上	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上		
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が1割以上	規定なし	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から3点以上改善	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要(体制を備えた場合には加算あり)	

# 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る最近の主な見直しについて

平成 18年	○算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大	○一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成 20年	○入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加	○入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○医師の病棟専従配置を緩和
平成 22年	○「提供すべき単位数」の設定 ○休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備	○リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成 24年	○回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	○重症患者回復病棟加算の包括化 ○包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し
平成 26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成 28年	○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入	○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)

# 回復期リハビリテーション病棟の届出病床数の推移

- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年でおよそ2.5倍に増加している。



出典：平成12-27年7月1日現在 施設基準届出状況  
平成12-27年医療施設(動態)調査・病院報告(毎年6月末 病院病床数)

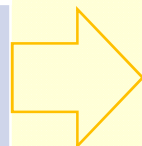


## 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- ▶ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

## 現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



## 改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（**6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括（※）**）

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

## 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

**①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。**

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

## 1. 入院医療を取り巻く現状について

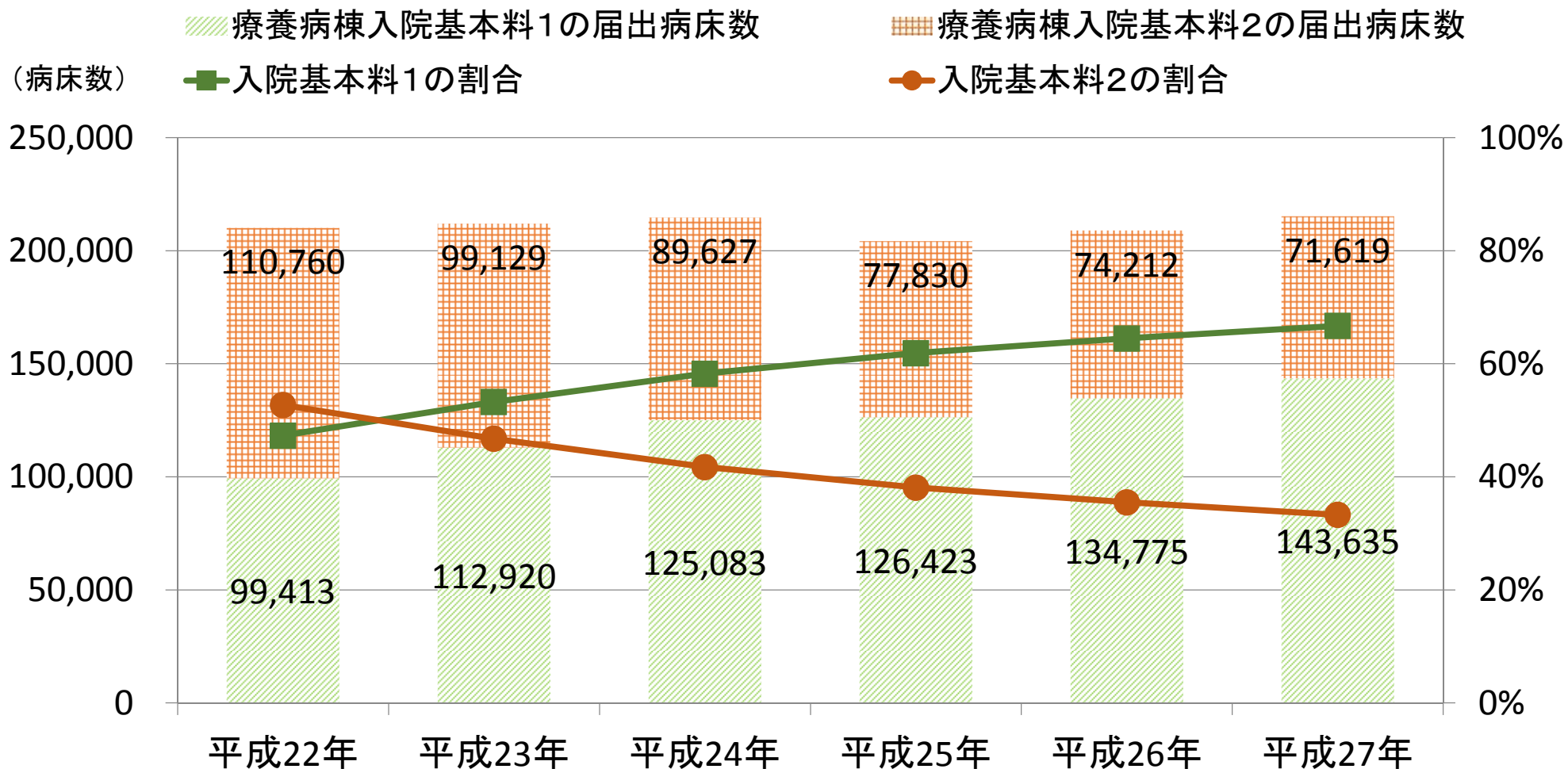
- ① 入院患者
- ② 医療提供体制
- ③ 入院医療費

## 2. 入院医療等について

- ① 急性期入院医療
- ② 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
- ③ 慢性期入院医療

# 療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

- 療養病棟入院基本料の届出病床数はほぼ横ばい。
- 入院基本料1(20対1)の病床数は増加傾向。



# 療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

## 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL 区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL 区分1	1,468点	1,230点	814点

## 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

### 医療区分

<b>医療 区分 3</b>	<p>【疾患・状態】</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>【医療処置】</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(密度の高い治療を要する状態)</li> </ul>
<b>医療 区分 2</b>	<p>【疾患・状態】</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>【医療処置】</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> <li>・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)</li> </ul>
<b>医療区分1</b>	医療区分2・3に該当しない者

### ADL区分

ADL区分3: 23点以上  
ADL区分2: 11点以上～23点未満  
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

( 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、  
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 )

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

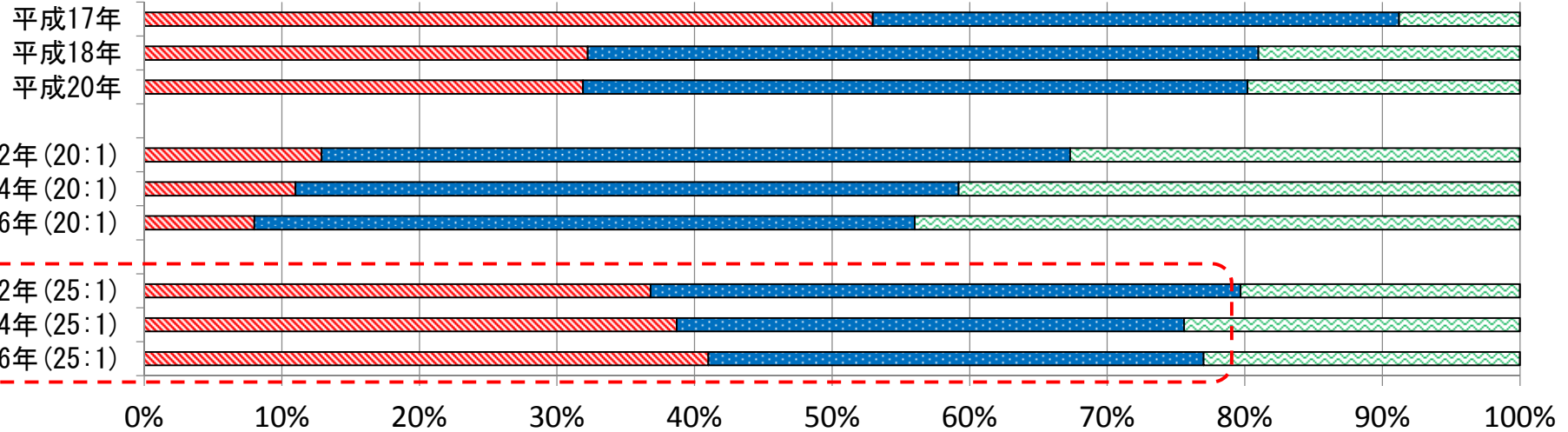
# 医療区分の年次推移

中医協 総 - 3  
27.10.28改

○ 療養病棟入院基本料2の届出病棟では、医療区分1の患者の割合が増加する傾向にあり、入院患者の約4割を占めている。

## 医療療養

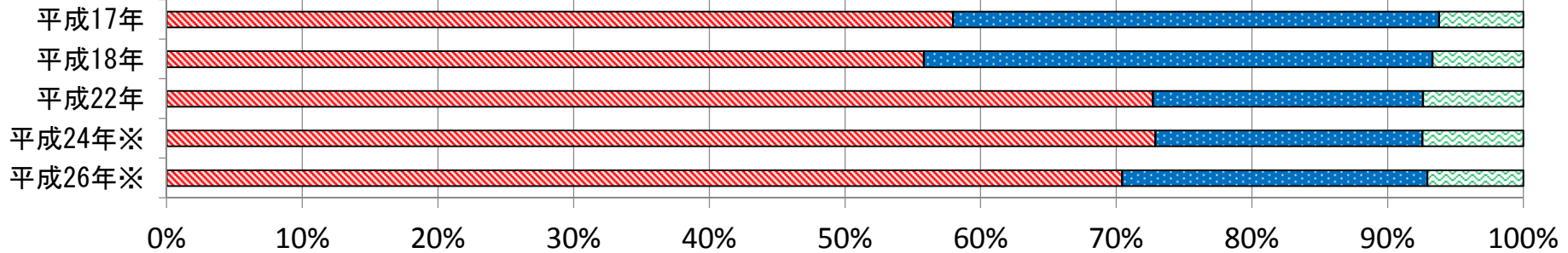
■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3



療養1

療養2

## (参考)介護療養



(出典) 平成17~20年:慢性期入院医療の包括評価に関する調査

※出典から不明・無回答・未実施の割合除外して再計算している。

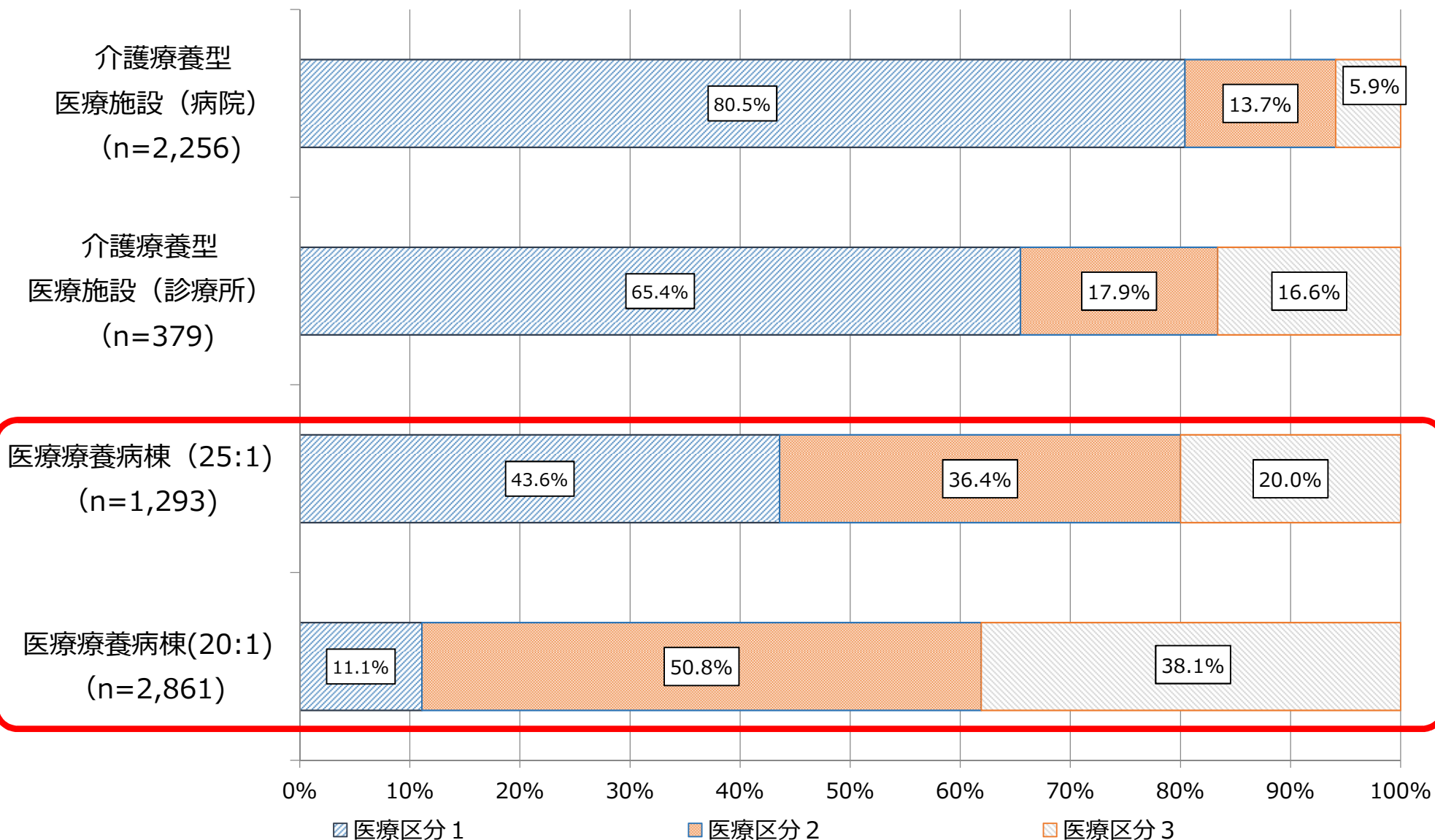
平成22年:医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

平成24年:医療療養;平成24年度入院医療等の調査、介護療養;療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業

平成26年:医療療養;平成26年度入院医療等の調査、介護療養;介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業

# 入院患者／入所者の医療区分

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



## 医療機能に応じた入院医療の評価について

### 療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

#### 現行(7対1入院基本料)

##### 【療養病棟入院基本料1】

当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上

##### 【療養病棟入院基本料2】

入院患者に関する要件なし



#### 改定後(7対1入院基本料)

##### 【療養病棟入院基本料1】

当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上

##### 【療養病棟入院基本料2】

**当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上**

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95/100を算定できる。

- ① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
- ② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。

# 医療機能に応じた入院医療の評価について

## 療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

### 現行

#### 医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

#### 医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・うつ症状に対する薬を投与している場合
  - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



### 改定後

#### 医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
  - ・常時流量3L/分以上を必要とする状態
  - ・心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度)
  - ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)

#### 医療区分2

- 酸素療法を実施している状態(上記以外)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合
  - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



# 療養病床の在り方等に関する検討会

## 目的

- 平成27年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、**慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う**ため、本検討会を開催する。

## 検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

## 構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

# 「療養病床の在り方等に関する検討会」新たな選択肢の整理案（概要）

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

## 議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）  
第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について  
平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会において議論。

## 新たな類型の整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

### 介護療養病床、医療療養病床（25対1）※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**  
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**  
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数  
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**  
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

### 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『**住まい**』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② **医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型**

（医療機能の集約化等により、医療療養病床（20対1）や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。）

# 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

## 医療機関 (医療療養病床 20対1)

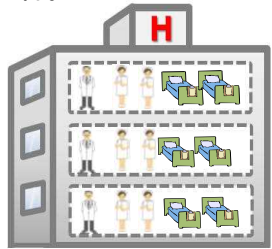
## 医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

## 医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

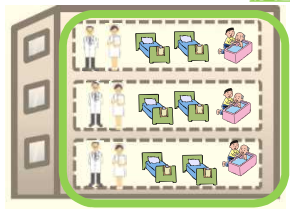
- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

### 新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者。



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



### 新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

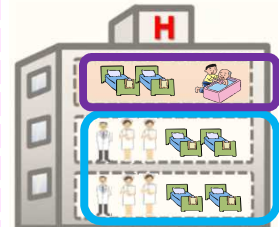
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



### 新(案2)

医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



居住スペース  
↑ 訪問診療

・医療療養病床(20対1)  
・診療所(有床又は無床)

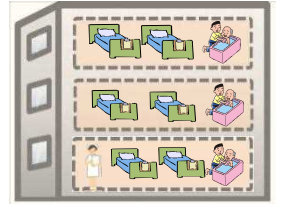
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の  
特定施設入居  
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



+

診療所等

○ 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

# 療養病床の在り方等に関する特別部会（社会保障審議会）

- 平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床等については、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。
- こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置。

## 委員

- |         |                          |         |                           |
|---------|--------------------------|---------|---------------------------|
| ・阿部 泰久  | （日本経済団体連合会参与）            | ・白川 修二  | （健康保険組合連合会副会長・専務理事）       |
| ・荒井 正吾  | （全国知事会／奈良県知事）            | ・鈴木 邦彦  | （日本医師会常任理事）               |
| ・市原 俊男  | （高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事）     | ・鈴木 森夫  | （認知症の人と家族の会常任理事）          |
| ・井上 由起子 | （日本社会事業大学専門職大学院教授）       | ・瀬戸 雅嗣  | （全国老人福祉施設協議会副会長）          |
| ・井上 由美子 | （高齢社会をよくする女性の会理事）        | ・武久 洋三  | （日本慢性期医療協会会長）             |
| ・岩田 利雄  | （全国町村会／東庄町長）             | ・田中 滋   | （慶應義塾大学名誉教授）              |
| ・岩村 正彦  | （東京大学大学院法学政治学研究科教授）      | ・土居 丈朗  | （慶應義塾大学経済学部教授）            |
| ◎ 遠藤 久夫 | （学習院大学経済学部教授）            | ○ 永井 良三 | （自治医科大学学長）                |
| ・遠藤 秀樹  | （日本歯科医師会常務理事）            | ・西澤 寛俊  | （全日本病院協会会長）               |
| ・岡崎 誠也  | （全国市長会／高知市長）             | ・東 憲太郎  | （全国老人保健施設協会会長）            |
| ・加納 繁照  | （日本医療法人協会会長）             | ・平川 則男  | （日本労働組合総連合会総合政策局長）        |
| ・亀井 利克  | （三重県国民健康保険団体連合会理事長／名張市長） | ・松本 隆利  | （日本病院会理事）                 |
| ・川上 純一  | （日本薬剤師会常務理事）             | ・見元 伊津子 | （日本精神科病院協会理事）             |
| ・小林 剛   | （全国健康保険協会理事長）            | ・横尾 俊彦  | （全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長） |
| ・齋藤 訓子  | （日本看護協会常任理事）             | ・吉岡 充   | （全国抑制廃止研究会理事長）            |
| ・柴口 里則  | （日本介護支援専門員協会副会長）         |         |                           |

（◎は部会長、○は部会長代理）

## 開催実績

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 第1回：平成28年6月1日 [検討会の整理案の報告]      | 第5回：平成28年11月17日 [議論のたたき台&意見交換②]  |
| 第2回：平成28年6月22日 [関係者ヒアリング]       | 第6回：平成28年11月30日 [議論の整理(案)&意見交換①] |
| 第3回：平成28年10月5日 [意見交換]           | 第7回：平成28年12月7日 [議論の整理(案)&意見交換②]  |
| 第4回：平成28年10月26日 [議論のたたき台&意見交換①] | ⇒平成28年12月20日 議論のとりまとめ            |

# 療養病床の在り方等に関する特別部会 「療養病床の在り方等に関する議論の整理」(抜粋)

平成28年12月20日

## 1. 基本的な方向性

- 平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床及び医療療養病床(医療法施行規則の人員配置標準の特例の対象となっているものに限る。)については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目しつつ、
  - ・ 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、
  - ・ 各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情に応じた柔軟性を確保した上で、必要な機能を維持・確保していくことが重要である。
- こうした基本的な方向性を実現していくためには、
  - ・ 介護療養病床の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や、「看取り・ターミナル」等の機能を維持しつつ、
  - ・ その入院生活が長期にわたり、実質的に生活の場になっている実態を踏まえて、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな施設類型を創設すべきである。

## 5. 療養病棟入院基本料について

- いわゆる25対1(療養病棟入院基本料2)の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討することが適当である。
- なお、現行の医療区分・ADL区分は、導入から10年が経過しており、その見直しを含めて、中央社会保険医療協議会で検討すべき、との意見もあった。

# 平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

- 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
  - 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響(一般病棟入院基本料の施設基準の見直しは平均在院日数に与える影響を含む)
  - 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
  - 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
  - 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
- DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
- 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
- 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
- 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。

# 入院医療の課題(案)

## 【課題】

- ・65歳以上の入院患者の割合は増加傾向にあり70%を超えている。今後も高齢化の進展に伴い、認知症などといった高齢者向けケアのニーズが高まることが予想される。一方で人口構造の変化による医療介護の支え手の減少も見込まれている。
- ・年齢階級別に一人あたり入院医療費をみると、入院医療費の伸びは10年前と比べ多くの年齢層で増加している。65歳以上の入院患者では65歳未満に比べて一人あたりの入院医療費が高い傾向にある。
- ・入院患者数、入院受療率及び平均在院日数は減少傾向にあるが、高齢化等に伴い、一日あたりの入院医療費は増加傾向にある。
- ・病院全体の許可病床数は緩やかな減少傾向が続いており、7対1入院基本料の届出病床数及び一月あたり算定回数も減少している。地域医療構想における医療機能別の病床の必要量をふまえ、今後予想される入院医療のニーズに対応できるよう、地域医療構想の取組みでは、地域の高齢化のスピードや必要とされる医療ニーズに応じた医療提供体制の構築を目指している。
- ・開設者別の病床数をみると医療法人が最も多い。また、開設者別にみると医療機関の運営実態には違いが認められる。新公立病院改革ガイドラインでは、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保することが求められている。
- ・平成28年度診療報酬改定では、入院医療に関しては地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携を図るため、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を実施した。

○ 支え手の減少など限られた医療資源の中で、効率性にも配慮しつつ、より質の高い入院医療を提供でき、かつ、医療ニーズの変化にも対応しうるようなサービス提供のあり方や、地域において求められる医療機能や患者の状態に応じた入院医療の提供体制の推進に資する評価のあり方について、どう考えるか。