

## 7対1入院基本料について

### 第 1 7対1入院基本料に係る診療報酬上の評価の変遷

#### 1 平成 18 年度診療報酬改定

- (1) 平均在院日数の短縮等の急性期入院医療の実態に対応して、手厚い看護職員の配置が必要になった。平成 16 年度の調査結果においても、当時の診療報酬上の配置基準の対象となっている水準(下表)を大きく上回る看護体制が整備されていることが明らかになっている。
- (2) 同調査によれば、下表の 群の入院基本料1では、基準上、看護職員配置2:1で、既に看護職員が1.65:1と厚く配置されていた。他の区分においても、ほぼ、同様の傾向であった。

区分	群 (平均在院日数 28 日以内)			群 (平均在院日数 29 日以上)
	一般病院入院基本料			
	1	2	3	3
現行の看護職員配置の基準	2:1	2.5:1	3:1	3:1
看護職員配置の実態(平均)	1.65:1	1.97:1	2.18:1	2.25:1

(中医協 診 1 - 1 17.10.26 抜粋改変)

- (3) 7対1入院基本料については、このように当時の診療報酬上の評価の水準を上回る看護職員の配置が必要になったことから設定されたものである。

その結果、全国的にも短期間に数多くの届出が行われ、看護師の需要が急速に逼迫した。一方で、7対1入院基本料導入の趣旨に合致していない病院が届け出をしているという指摘もなされた。こうした状況の中で、平成 19 年1月に中医協からその改善方策について建議が行われた(参考資料 P2 ~ 5)。

## 2 平成 20 年度診療報酬改定

- (1) 改定に先立つ平成 19 年には、この建議を踏まえ、「急性期入院医療における看護職員配置と看護必要度に関する実態調査」を行った。

実態調査の内容
1 「平成 18 年度 急性期入院医療における看護職員配置と看護必要度に関する実態調査（7 対 1 病院）」（調査期間：平成 19 年 2 ～ 3 月）
2 「平成 19 年度 急性期入院医療における看護職員配置と看護必要度に関する実態調査（10 対 1 ・ 13 対 1 病院）」（調査期間：平成 19 年 6 ～ 7 月）
3 「平成 19 年度 急性期入院医療における看護職員配置と看護必要度に関する実態調査（タイムスタディ）」（調査期間：平成 19 年 7 ～ 8 月）

- (2) この調査結果に基づき、急性期病院の一般病棟で実施されている治療・処置等を考慮した看護必要度の基準を作成し、20 年度改定においては、この基準に合致する患者 10%以上を入院させることを 7 対 1 病院の要件とした。また、必要な医師の診療体制に係る基準も導入した（参考資料 P9 ～ 11）。

## 第 2 現状と課題

- 1 平成 20 年度改定からは、前述のとおり、患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」で評価することとした。平成 20 年 7 月の届出状況では、7 対 1 入院基本料の届出医療機関数及び病床数はともに増加傾向にある（参考資料 P9 ～ 12）。
- 2 特に、東京、大阪等の都市部において、7 対 1 入院基本料の届出医療機関数や病床数が多い（参考資料 P13）。
- 3 平成 19 年度に 7 対 1 入院基本料の届出を行っていた医療機関（以下、7 対 1 病院）のうち、1 年後には約 10%が 10 対 1 入院基本料に届出の変更を行い、その一方で、平成 19 年度に 10 対 1 入院基本料の届出を行っていた医療機関（以下、10 対 1 病院）のうち、1 年後には約 10%が 7 対 1 入院基本料に届出の変更を行っていた（参考資料 P14 ～ 15）。

- 4 平成 21 年度の検証部会において、調査を実施し、施設特性については、2次救急医療機関等の承認の状況や、医療安全対策加算や救命救急入院料等の 7 対 1 病院の算定状況を明らかにした(資料 P16～19)。
- 5 また、患者特性については、看護必要度・重症度の基準を満たす患者の割合が 10%以上の医療機関の割合は7対1病院で高く、また、1入院期間中の看護必要度・重症度が最高時点でみても、重症度の高い患者がより多く入院している傾向がみられた(参考資料 P20～24)。
- 6 7 対 1 病院については、患者 2 人に対して看護要員 1 人の体制作りを目標としてきた経緯から、現行では看護補助加算を算定できないこととしている。しかし、入院患者の高齢化や認知症を併発した患者等が増加する中で、より手厚い看護配置であっても、実際には看護補助者が必要であるという指摘もでてきた。こうした状況や傾向については10対1病院についても同様である(参考資料 P7, 8, 25)。

### 第3 現行の診療報酬上の評価

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)	
改定前	平成 20 年改定後
1 7 対 1 入院基本料 1,555 点	1 7 対 1 入院基本料 1,555 点 準 7 対 1 入院基本料 1,495 点
<p>1. 7 対 1 入院基本料の基準について</p> <p>1 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。</p> <p>(1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。</p> <p>(2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。</p> <p>(3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。</p> <p>(4) 特定機能病院には適用しない(ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。)</p> <p>2 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。</p>	

新  
改

(1) 医師数が当該病棟の入院患者数に対して10分の1以上を満たせない病院については、7対1入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。

(2) 特定機能病院には適用しない。

準7対1入院基本料 1,495点(7対1入院基本料から60点減じた点数)

へき地等の場合は、1,525点(7対1入院基本料から30点減じた点数)

届出医療機関数(上段:医療機関数/下段:病床数)

	平成19年	平成20年
一般病棟入院基本料	5,534	5,437
	715,413	700,358

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
一般病棟入院基本料	7対1	209,477	2,208,330	247,850	2,794,321
	10対1	520,587	5,959,937	458,761	5,409,075
	13対1	135,355	1,612,763	74,292	1,049,234
	15対1	89,086	1,411,824	97,532	1,620,328
	特別入院基本料	9,179	139,916	7,597	81,925

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

改定前		平成20年改定後	
1	7対1入院基本料 1,555点	1	7対1入院基本料 1,555点
2	10対1入院基本料 1,269点		<u>準7対1入院基本料 1,495点</u>
3	13対1入院基本料 1,092点	2	10対1入院基本料 <u>1,300点</u>
4	15対1入院基本料 954点	3	13対1入院基本料 1,092点
	特別入院基本料 575点	4	15対1入院基本料 954点
			特別入院基本料 575点

A214 看護補助加算

区分	看護補助者の配置基準	点数(1日につき)	算定できる病棟
看護補助加算1	6対1	109点	15対1、18対1、20対1
看護補助加算2	10対1	84点	10対1 <sup>*注</sup> 、13対1、15対1、18対1、20対1
看護補助加算3	15対1	56点	10対1 <sup>*注</sup> 、13対1、15対1、18対1、20対1

注 10対1入院基本料(平成20年3月31日において現に7対1入院基本料を算定している病棟(特定機能病院に係るものを除く。)であって、同年4月1日以降において10対1入院基本料を算定する病棟について、平成22年3月31日までの間に限る。)

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
看護補助加算1	92,479	1,852,187	106,611	2,139,423
看護補助加算2	236,949	4,327,836	184,745	3,931,419
看護補助加算3	51,961	1,024,807	52,116	1,180,390

#### 第4 論点

- 1 平成 20 年度改定後の検証結果によれば、7 対 1 病院については 10 対 1 病院と比較して重症度・看護必要度における基準を満たす患者をより多く入院させているという傾向であった。このことを踏まえ、7 対 1 病院についての診療報酬上の評価をどう考えるか(参考資料 P20～24)。
- 2 平成 18 年度改定で、7 対 1 看護配置を評価したが、入院患者の高齢化が進み、認知症を併発した患者の割合が上昇する中で、体位変換や食事介助などの療養上の世話が増え、7 対 1 や 10 対 1 病院において看護要員が十分でないとの指摘があるが、これについてどう考えるか(参考資料 P7, 8, 25)。

# 13 対 1・15 対 1 入院基本料等

## 第1 入院基本料の種類とその内容について

- 1 一般病棟入院基本料については、看護職員の配置に応じて7対1から15対1までの4段階の評価を行っている。結核病棟入院基本料は7対1から20対1までの6段階、精神病棟入院基本料については10対1から20対1までの4段階の評価を行っている。(参考資料 P27)
- 2 入院基本料については、看護配置基準に加え、平均在院日数の要件も設けており、一般病棟入院基本料 13 対1入院基本料については24日以内、15対1入院基本料については60日以内としている。結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料については、10対1以上の入院基本料に平均在院日数 25 日以内の要件を設定しているが、それより看護配置の低い入院基本料には平均在院日数の要件を設けていない。(参考資料 P27)

## 第2 現状と課題

- 1 平成 21 年 3 月に保険局医療課が実施した調査によれば、13 対 1 入院基本料を算定する病院では、15 対 1 を算定する病院と比較して、二次救急を行っている割合が高かった。1 か月 100 床当たりの入院患者数、退院患者数についても、13 対 1 入院基本料算定医療機関で15対1入院基本料算定医療機関と比較して多かったが、7対1入院基本料と比較すると大幅に少なかった。15対1入院基本料算定医療機関においては、他医療機関からの患者の受け入れ割合が比較的多かった。(参考資料 P34～37)
- 2 また、13 対 1 病棟、15 対 1 病棟において、90 日を超えて入院している患者が約 2 割を占めていた。それぞれについて、医療区分の構成を見てみると、13 対 1 病棟においては医療区分 3 の割合が高かったが、15 対 1 においては医療区分 2 の割合が最も高く、医療療養病棟における構成とより近かった。(参考資料 P38～44)
- 3 精神病棟入院基本料においては、13 対1入院基本料が設定されて

おらず、15 対 1 を超えて手厚い看護を提供している総合病院の評価が十分に行われていないという意見がある。(参考資料 P27、30～33)

### 第3 現行の診療報酬上の評価

1 一般病棟入院基本料において、7 対 1 から 15 対 1 までの 4 段階の評価を行っている。

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)	
改定前	平成 20 年改定後
1 7 対 1 入院基本料 1,555 点	1 7 対 1 入院基本料 1,555 点 準 7 対 1 入院基本料 1,495 点 (新)
2 10 対 1 入院基本料 1,269 点	2 10 対 1 入院基本料 1,300 点
3 13 対 1 入院基本料 1,092 点	3 13 対 1 入院基本料 1,092 点
4 15 対 1 入院基本料 954 点	4 15 対 1 入院基本料 954 点

届出施設状況(上段：医療機関数/下段：病床数)

	平成 19 年	平成 20 年
一般病棟入院基本料	5,534 715,413	5,437 700,358

算定状況(平成 20 年社会医療診療行為別調査)

		平成 19 年		平成 20 年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
一般病棟入院基本料	7 対 1	209,477	2,208,330	247,850	2,794,321
	10 対 1	520,587	5,959,937	458,761	5,409,075
	13 対 1	135,355	1,612,763	74,292	1,049,234
	15 対 1	89,086	1,411,824	97,532	1,620,328

2 精神病棟入院基本料において、10 対 1 から 20 対 1 までの 4 段階の評価を行っている。

A103 精神病棟入院基本料(1日につき)	
改定前	平成 20 年改定後
1 10 対 1 入院基本料 1,209 点	1 10 対 1 入院基本料 1,240 点



2 15 対 1 入院基本料 800 点	2 15 対 1 入院基本料 800 点
3 18 対 1 入院基本料 712 点	3 18 対 1 入院基本料 712 点
4 20 対 1 入院基本料 658 点	4 20 対 1 入院基本料 658 点

届出施設状況(上段：医療機関数/下段：病床数)

	平成 19 年	平成 20 年
精神病棟入院基本料	1,381	1,355
	197,812	188,796

算定状況(平成 20 年社会医療診療行為別調査)

		平成 19 年		平成 20 年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
精神病棟入院基本料	10 対 1	602	7,390	270	3,008
	15 対 1	101,117	2,701,641	109,149	2,967,829
	18 対 1	20,578	580,138	28,109	811,241
	20 対 1	15,346	430,025	4,876	140,005

#### 第 4 論点

- 1 一般病棟入院基本料 13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料の役割に鑑み、診療報酬上の評価をどう考えるか。とくに、長期の入院を行っている患者について、その評価をどう考えるか。(参考資料 P27～29、34～44)
- 2 精神病棟入院基本料について、13 対 1 入院基本料の評価が行われていないが、精神病棟の評価として妥当な評価となっているか。(参考資料 P27、30～33)

# 亜急性期の入院医療の評価について

## 第1 急性期後の入院医療について

- 1 急性期治療を経過した患者や、在宅・介護施設からの急性増悪した患者を受け入れ、在宅復帰支援を行う病床を評価するため、平成16年度診療報酬改定において、亜急性期入院医療管理料を新設した。その後、届出医療機関数は増加している。亜急性期入院医療管理料を算定する病院における収支も改善している(参考資料 P46～51)。
- 2 急性期医療における平均在院日数の短縮を受け、急性期後の入院医療を担う病床の整備が求められ、平成20年度に許可病床数200床未満の病院を対象として、亜急性期入院医療管理料2を新設した(参考資料 P46～49)。

## 第2 現状と課題

- 1 亜急性期入院医療管理料2届出病院数は平成20年7月1日現在45医療機関と、亜急性期入院医療管理料1と比較して少ない(参考資料 P49)。
- 2 7対1入院基本料算定病院に対する調査では、連携先として増やしたい機能として、亜急性期を上げる医療機関が27.4%存在し、また、そのうち69%が地域に十分ないと回答している。亜急性期病室においても、入室患者の多くは自院からの受け入れとなっており、他医療機関との十分な連携は行われていない(参考資料 P52～58)。
- 3 亜急性期入院医療管理料を算定する病室に入室した背景は、「急性期治療を経過し状態が安定したため」「リハビリテーションを行うため」が多く、患者の86%にリハビリテーションが提供されている。また、主傷病では、骨折、関節症等の運動器疾患が多い。回復期リハビリテーション病棟においては、中心静脈栄養を行っている患者等については受け入れが難しい例もあり、合併症を有する患者に対するリハビリテーションの提供も求められている(参考資料 P59～63)。

### 第3 現行の診療報酬上の評価の概要

- 急性期治療を経過した患者や、在宅・介護施設からの急性増悪した患者を受け入れ、効率的かつ密度の高い医療を提供するとともに、在宅復帰支援機能を有する病棟について、評価を行っている。急性期後の入院医療を担う病床と明確化された亜急性期入院医療管理料2を新設した。

#### A308-2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点

(60日を限度。200床未満の病院に限る。)

- 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。  
7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟(一般病棟、特定機能病院、専門病院)、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病床等から転床(転院)してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者
- 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること

【届出医療機関数】(上段:医療機関数/下段:病床数)

		平成19年	平成20年
亜急性期入院医療管理料	1	981	1,017
		11,474	11,951
	2	/	45
			900

【社会医療診療行為別調査】(平成20年6月審査分、上段:実施件数/下段:回数)

		平成19年	平成20年
亜急性期入院医療管理料	1	15,212	16,901
			261,262
	2	223,822	986
			6,187

## 第5 論点

- 1 平均在院日数の短縮化、在宅医療の進展等に伴う後方病床としての亜急性期の病床について、診療報酬上の評価をどう考えるか(参考資料 P46 ~ 58)。
- 2 亜急性期病床におけるリハビリテーション提供機能について、診療報酬上の評価をどう考えるか(参考資料 P59 ~ 63)。

# 入院基本料を算定する病棟における看護師等の配置について

## 第1 入院基本料の施設基準について

### 1. 現状

- (1) 現在の入院基本料は、入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したものである。  
また、原則として病棟単位の看護体制を基準とし、看護要員の数、平均在院日数等により、算定する入院基本料の区分が定められる。
- (2) 7対1、10対1入院基本料等の届出区分については、従来より、同一種別の病棟単位（一般病床、結核病床等医療法上の病床区分）ごとに、包括的に届出を行うこととしている。すなわち、一つの入院基本料に対し、一つの届出区分としている。ただし、平均入院患者数が概ね30名程度の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟と結核病棟を一看護単位とすることができるが、届出はそれぞれの病棟ごとに行うこととなっている（参考資料 P65～67）。
- (3) 届出上は一つの区分であっても、実際には、同日及び同一種別の病棟間において一定の範囲で傾斜配置することを認めている。例えば、届出区分が「10対1入院基本料」であっても、看護職員を夜勤は薄く、日勤は厚く配置することや、重症度の高い病棟には7対1等手厚い配置を行い、重症度の低い病棟には相応の配置を行うといった傾斜配置である。（参考資料 P68～69）

### 2. 課題

- (1) このような運用としているにも関わらず、現場では必ずしも十分に対応できておらず、病棟毎に厳密に配置しているという実態があった。  
こうした中で、連携・機能分担する医療機関が多数ある都市部とは異なり、一医療機関で急性期から慢性期まで多くの機能を担わなければならないへき地等については、病棟単位の届出についても認

めて欲しいとの要望がある。(参考資料 P72)

- (2) 仮に、病棟単位の届出を可能とした場合、実際の看護配置にあった評価(収入)が得られる等のメリットがあるが、その一方で、従来の同一種別病棟全体での傾斜配置が制限されたり、届出が煩雑化するなどのデメリットもある。(参考資料 P70~71)

## 第2 夜間の看護サービスの評価について

### 1. 現状

- (1) 診療報酬上の看護職員の夜勤時間等に関する取り扱いは、昭和40年に人事院より「約8日を月平均夜勤日数とすることが一応の目標として適当である」等が示され、これに沿って平成4年度改定において夜間看護等加算を設けた。(参考資料 P73)
- (2) また、平成8年度には、多様な夜勤形態に合わせ、「夜勤回数」を「夜勤時間」に変更し、更に、夜勤人数と回数以外に夜勤で受け持つ患者数を評価した。(参考資料 P74)
- (例) 夜間勤務等看護加算 a : 夜勤で受け持つ患者数 15人以下  
月平均夜勤時間 72時間以下
- (3) 安全な看護サービスの提供には、看護職員の夜勤の負担の軽減が重要であり、平成18年度改定においては、従来は加算として評価していた月平均夜勤時間72時間以内という規定を、入院基本料の通則に位置づけた。(参考資料 P74)
- (4) 月平均夜勤時間は、月延べ夜勤時間数を夜勤従事者数で割って算出するが、その計算の対象には、月の夜勤時間の合計が16時間以下の者及び夜勤専従の者は含まないこととしている。月夜勤時間16時間以下の者を含むとした場合、実態よりは月平均夜勤時間が短く算出され、結果として夜勤を長時間しなければならない者が増える等のデメリットがある。(参考資料 P75~77)

夜勤専従者の夜勤時間数は、72時間の概ね2倍以内

## 【月平均夜勤時間数の算出式】

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$$

### 2. 課題

看護職員の確保にあたり、短時間正職員制度の普及や短時間の夜勤を行うなど多様な勤務形態の導入を進めることが重要とされているが、こうした中で月の夜勤時間 16 時間以下の看護職員も算出式に含めた方がよいのではないかという指摘がある。(参考資料 P78～82)

### 第3 その他(現行の診療報酬算定上の届出の緩和措置について)

第1及び第2で述べた施設基準等については、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、遅滞なく変更の届出を行うこととしているが、1日当たりに勤務する看護要員数や月平均夜勤時間数等については、一定の範囲内であれば一時的な変動として、変更の届出を行わなくてもよいという措置を設けている。(参考資料 P83～87)

### 第4 論点

1 一つの入院基本料に対し、一つの届出区分としているが、これについてどう考えるか。

(1) 届出上一つの区分であっても、傾斜配置ができるという運用についてどう考えるか。(参考資料 P68～69)

(2) 病棟単位の届出についてどう考えるか。(参考資料 P70～71)

病棟単位にするメリット

病棟単位にするデメリット

- ・ 傾斜配置の弾力性が失われる。
- ・ 届出が複雑になる

2 多様な勤務形態を推進するための、短時間夜間勤務等の夜勤従事者の取り扱いについてどう考えるか。(参考資料 P73～82)

3 現行の届出上の緩和措置についてどう考えるか。(参考資料 P83 ~ 85)