

診 調 組	入	－	4
2	7	.	4 . 3 0

中 医 協	総	－	3
2	7	.	3 . 4

入院医療（その1）

平成27年3月4日

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯

2. 入院医療を取り巻く現状について

3. 入院医療等について

- I. 急性期入院医療
- II. 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
- III. 慢性期入院医療

社会保障・税一体改革①

社会保障・税一体改革大綱（抜粋）

平成24年2月17日 閣議決定

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

（1）医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

社会保障・税一体改革②

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

- ☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24 年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24 時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・ 生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種ของทีมケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

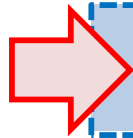
平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題



- **医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等**
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点**
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- **医療従事者の負担を軽減する視点**
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- **効率化余地がある分野を適正化する視点**
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、**引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。**

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

- ・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方の状況等を調査・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。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
 - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
 - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

入院医療等に関する調査の実施状況①

～平成26年度～

■ 調査内容

<附帯意見>

2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。

■ 調査スケジュール

平成26年		
11月 ┌ 2月	調査の 実施	⑤ 調査票に基づき、調査実施
平成27年		
3月 ┌ 4月	集計	⑥ 集計
4月 ┌	調査結果 報告	<入院医療等の調査・評価分科会> ⑦ 調査結果の報告・了承 <中医協 基本問題小委員会・総会> ⑧ 入院医療等の調査・評価分科会から調査結果の報告(速報)

入院医療等に関する調査の実施状況②

～平成27年度～

■ 調査内容

＜附帯意見＞

2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。

- (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
- (2) 特定集中治療室管理料の見直し

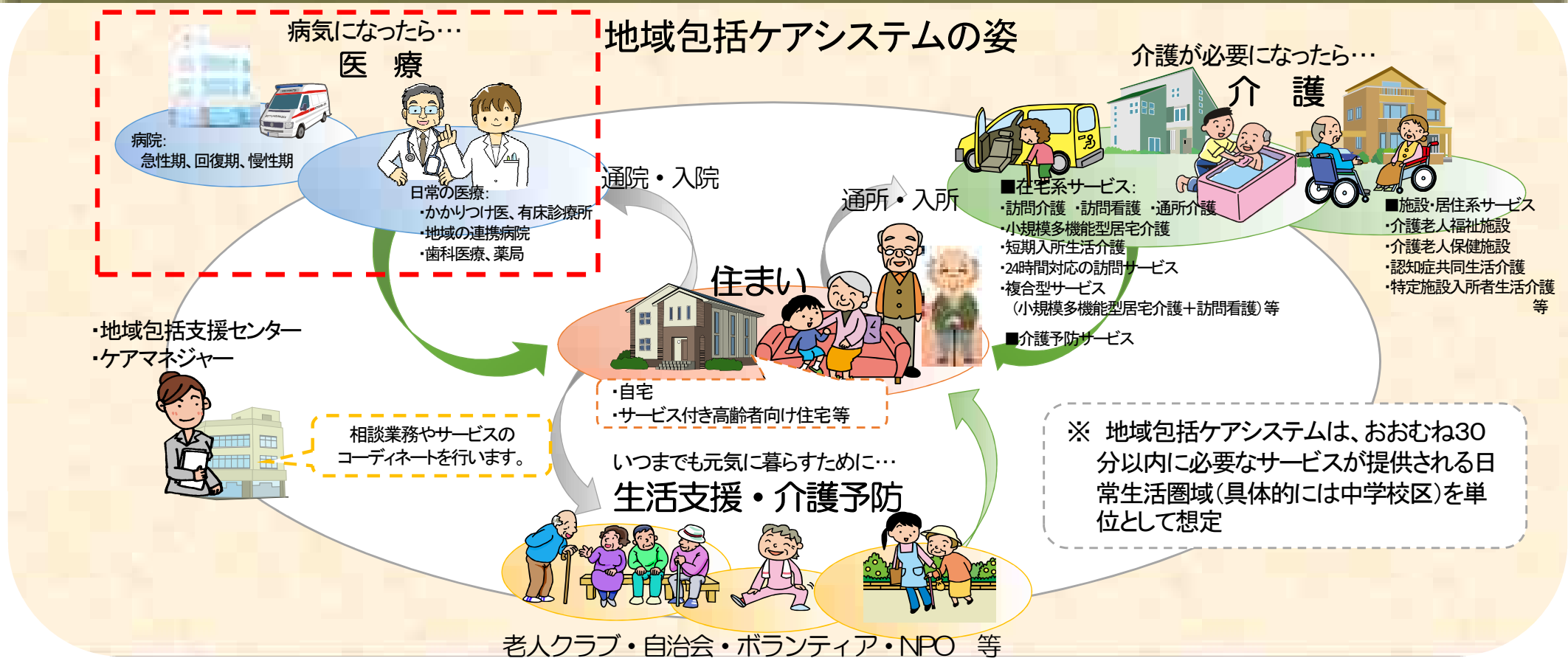
■ 調査スケジュール

平成27年

4月 ～ 5月	調査票の決定 ↓	＜入院医療等の調査・評価分科会＞ ① 調査内容をもとに、入院医療等の調査・評価分科会委員より意見を求め、必要な修正を行い、調査票原案を作成 ＜中医協 基本問題小委員会・総会＞ ② 調査票原案を報告・了承
6月 ～ 7月	調査の実施 ↓	③ 調査票に基づき、調査実施
8月	集計	④ 集計
9月 ～	調査結果報告 ↓	＜入院医療等の調査・評価分科会＞ ⑤ 調査結果の報告・了承 ＜中医協 基本問題小委員会・総会＞ ⑥ 入院医療等の調査・評価分科会から調査結果の報告（速報）

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯

2. 入院医療を取り巻く現状について

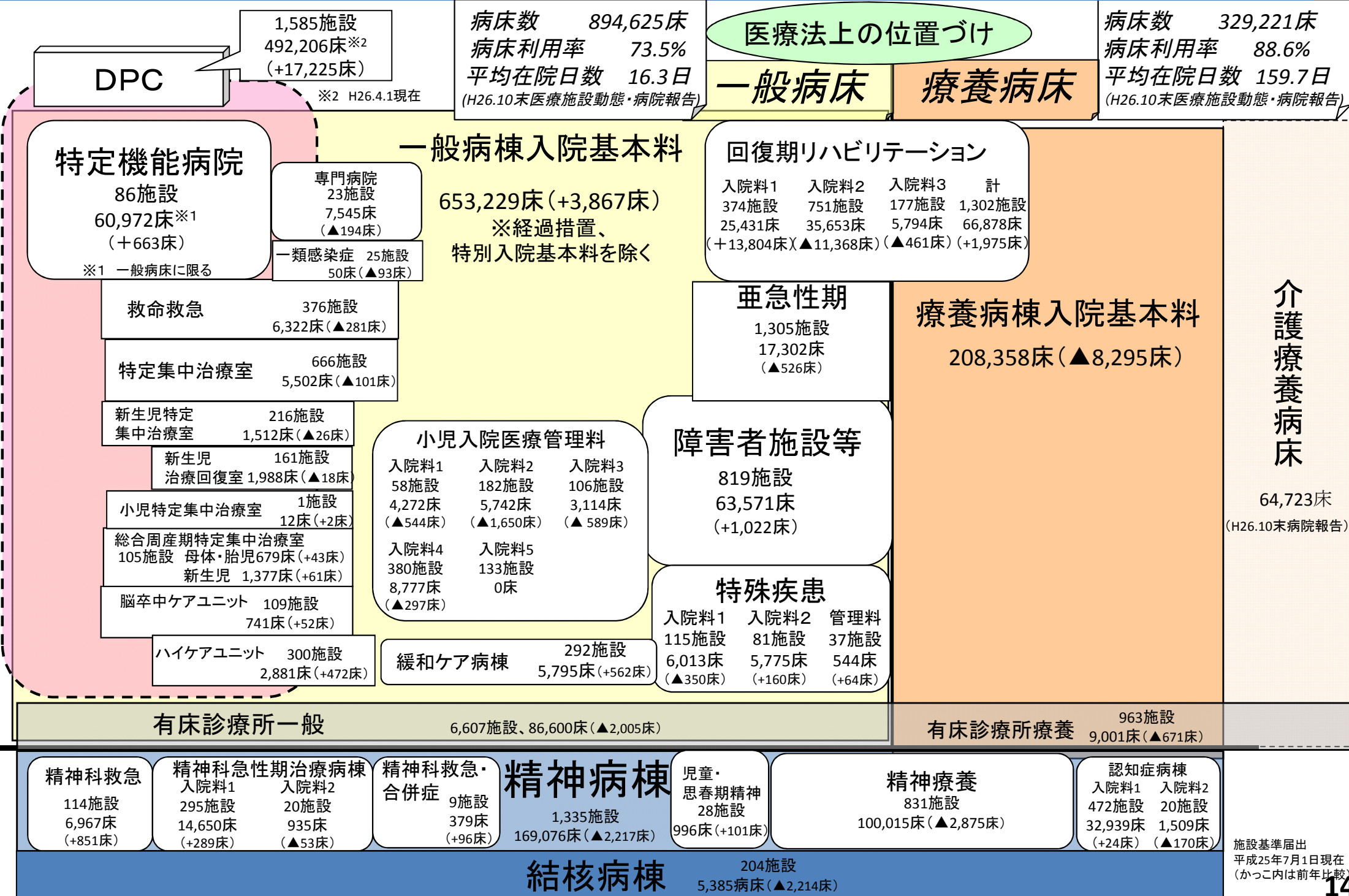
3. 入院医療等について

I. 急性期入院医療

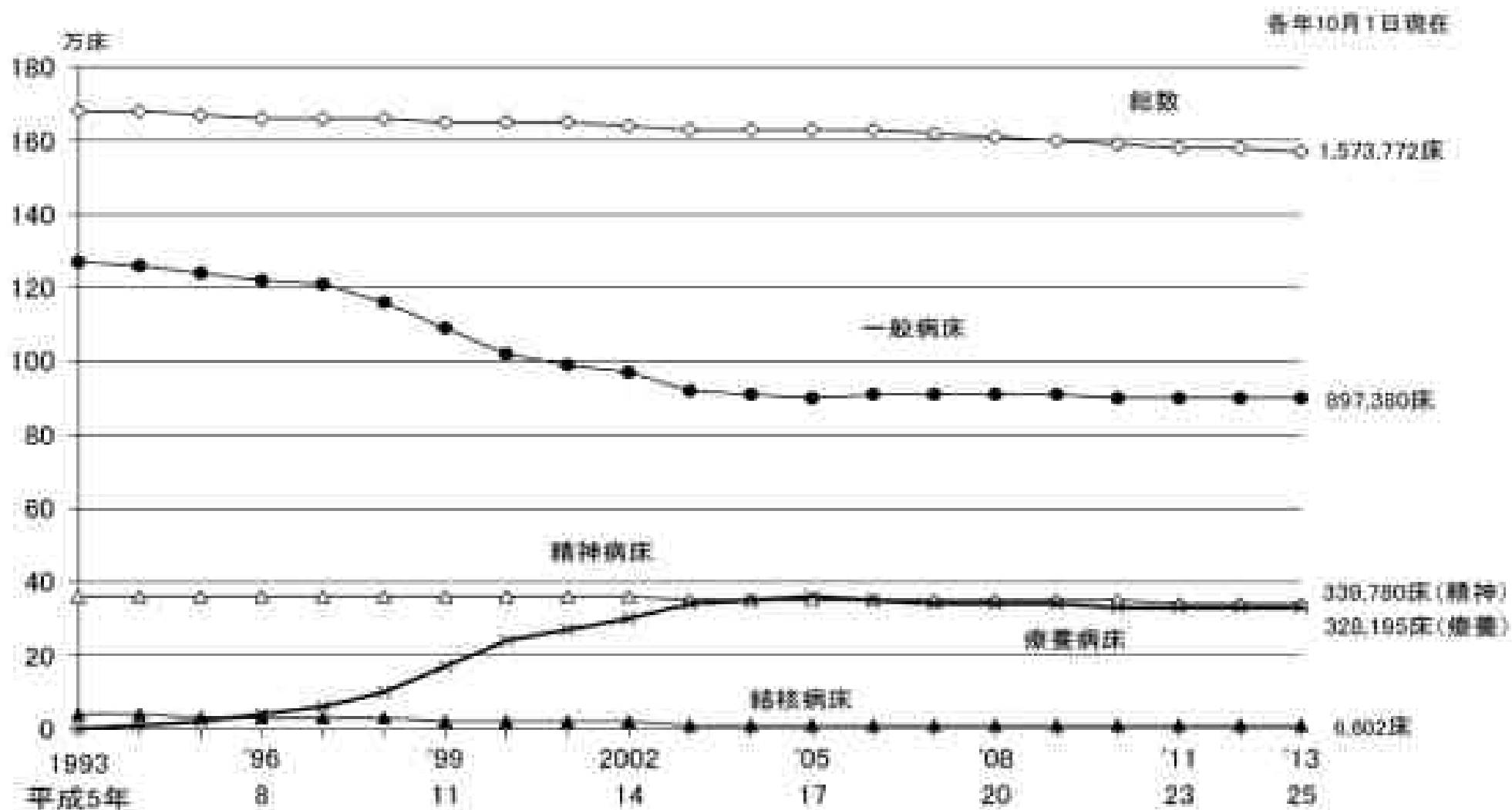
II. 地域包括ケア病棟・回復期入院医療

III. 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)



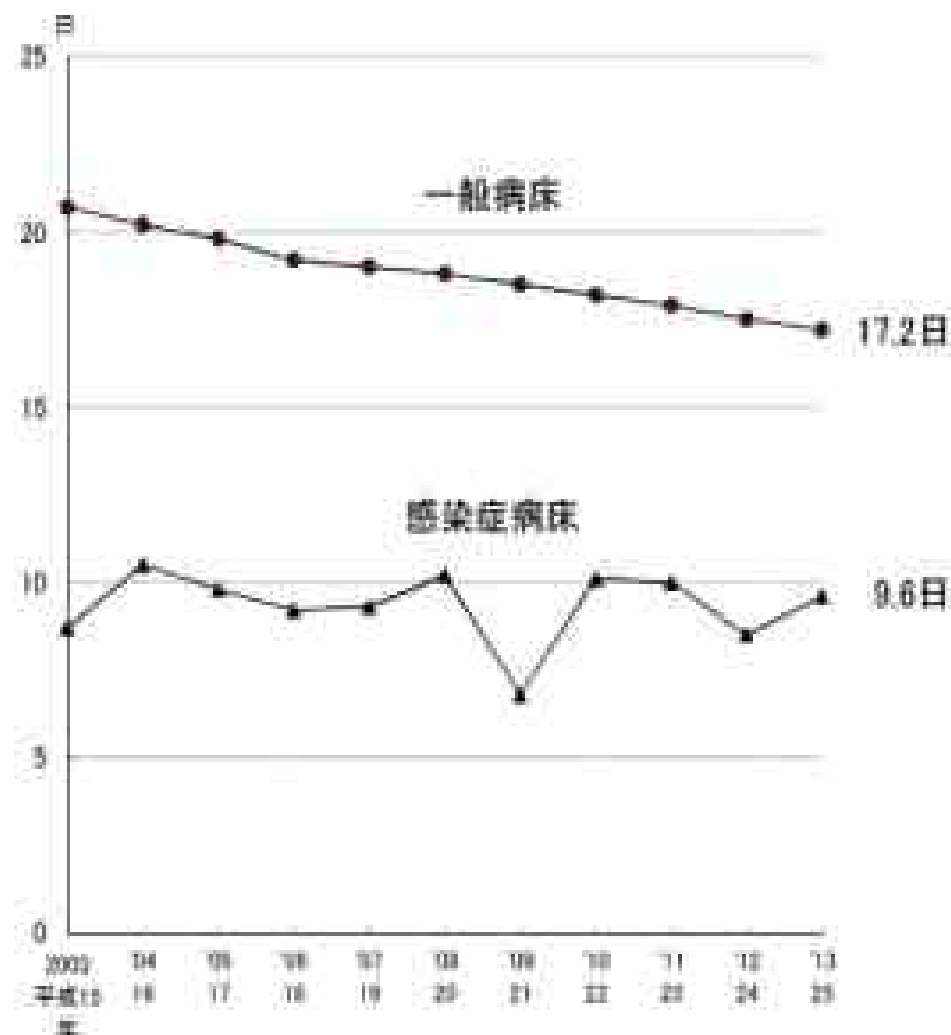
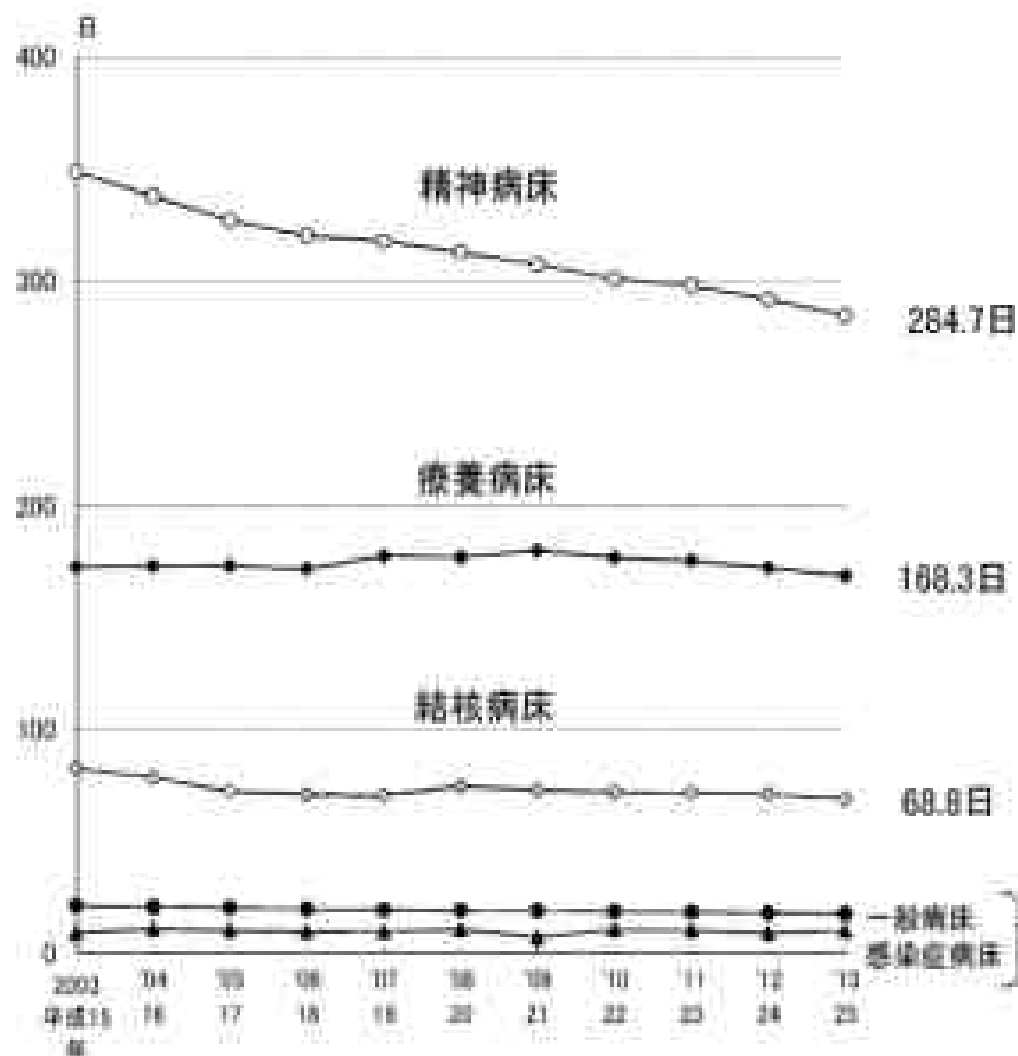
病床の種類別にみた病院病床数の年次推移



※「一般病床」は、平成5年～平成12年は「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「経済的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

※※「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「経過的旧療養病床群」である。

病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移



注: 1) 「一般病床」は、平成15年は「一般病床」及び「経過的病床その他の病床(経過的病療養型病床群を除く。)」である。

2) 「療養病床」は、平成15年は「療養病床」及び「経過的病療養型病床群」である。

3) 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(岩手県気仙沼医療圏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、福島県郡山医療圏5施設)は、報告のあった患者数のみ集計した。

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯

2. 入院医療を取り巻く現状について

3. 入院医療等について

I. 急性期入院医療

II. 地域包括ケア病棟・回復期入院医療

III. 慢性期入院医療

3. 入院医療等について

I. 急性期入院医療

① 急性期病床の評価に関する経緯

② 急性期病床における評価のあり方

7対1入院基本料の経緯（平均在院日数・看護必要度）

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再見直し**

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年度診療報酬改定（7対1入院基本料等の見直し）

➤ 7 対 1 入院基本料等について以下のような見直しを行った。

- ① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。
(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

平成26年度診療報酬改定①

一般病棟における長期療養の適正化

➤7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

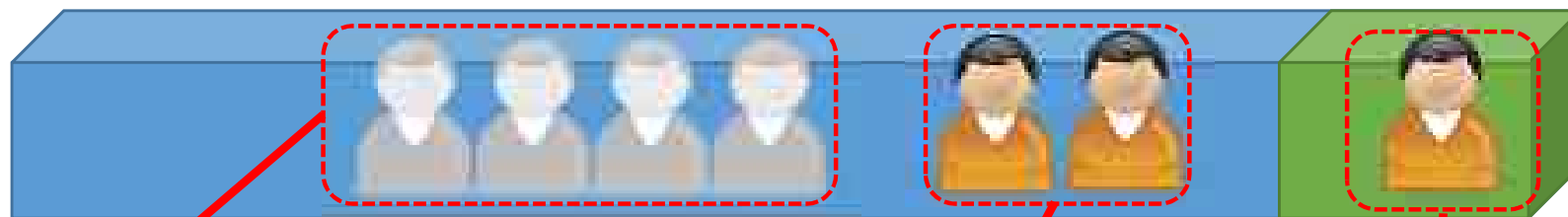
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

<上記の②を選択した場合の対応>

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

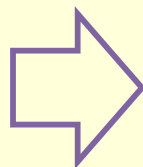
90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

平成26年度診療報酬改定②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➤急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について、**急性期患者の特性を評価する項目**とし、「**一般病棟用の重症度、医療・看護必要度**」に名称を変更する。

現行(A項目)
1 創傷処置
2 血圧測定
3 時間尿測定
4 呼吸ケア
5 点滴ライン同時3本以上
6 心電図モニター
7 シリンジポンプの使用
8 輸血や血液製剤の使用
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



改定後(A項目)
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) (削除) (削除)
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3 点滴ライン同時3本以上の管理
4 心電図モニターの管理
5 シリンジポンプの管理
6 輸血や血液製剤の管理
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

平成26年度診療報酬改定②

7対1入院基本料における自宅等に退院した患者の割合

- 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。

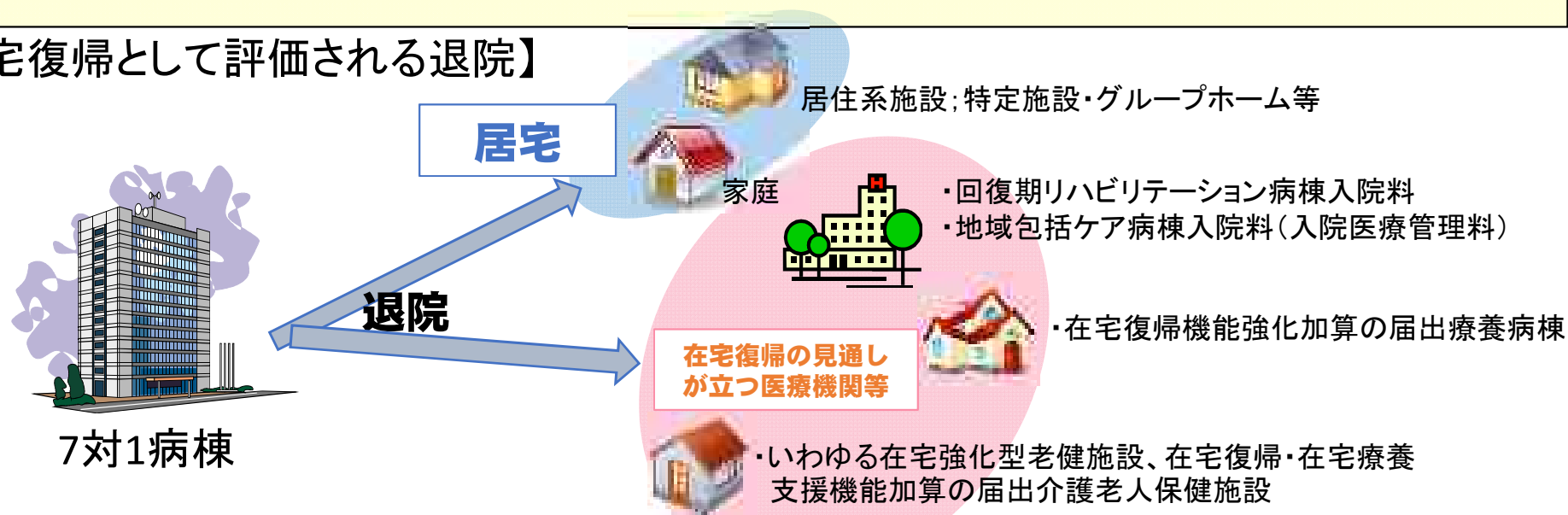
<計算式>

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

= 75%以上

【イメージ;在宅復帰として評価される退院】



平成26年度診療報酬改定④

短期滞在手術基本料の見直し

- 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。
また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

平成26年度診療報酬改定⑤

質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室（I C U）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間 **13,650点**

ロ 8日以上14日以内の期間 **12,126点**

(新) 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合）

（1） 7日以内の期間 **13,650点**

（2） 8日以上60日以内の期間 **12,319点**

[施設基準]

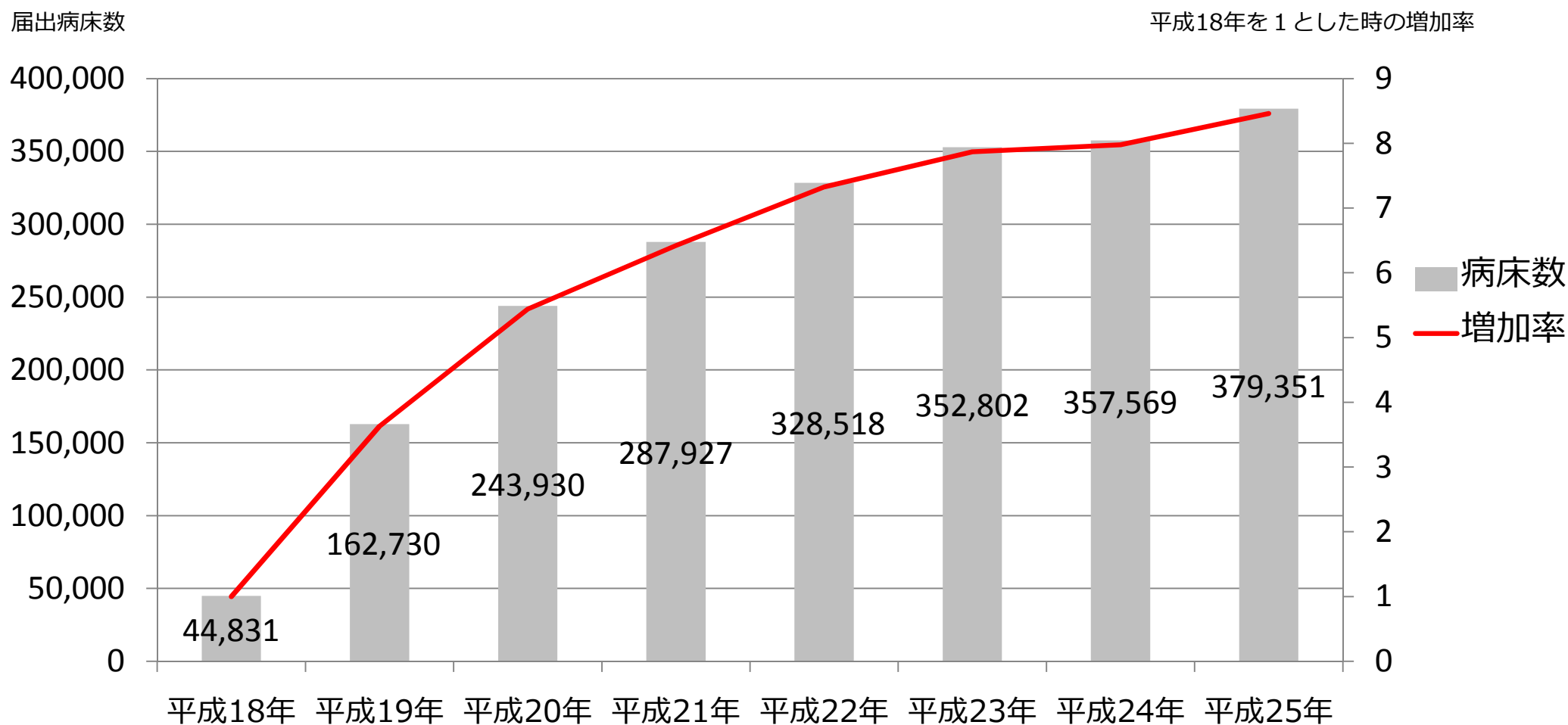
- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。
- ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。
- ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

※従前の特定集中治療室管理料1，2については、特定集中治療室管理料3，4とする。

（ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更）

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

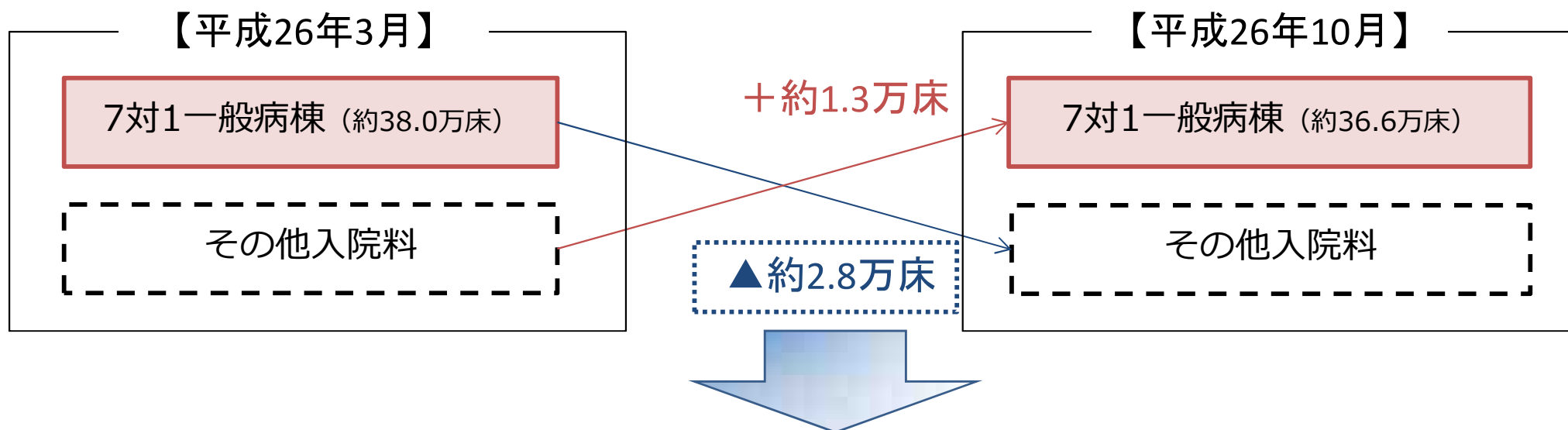
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。



※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1一般病棟入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年度診療報酬改定後、7対1一般病棟入院基本料から他の入院料へ移行した病床数は約2.8万床であった。
- 7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料の届出病床数の増加がみられた。



【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

	平成26年3月 (病床数 ; 千床)	平成26年10月 (病床数 ; 千床)	増加した 病床数 (千床)	増加した届出 医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16	16	約170か所
回復期リハビリテーション 病棟入院料1	2.2	3.5	1.3	約30か所
地域包括ケア病棟入院料1	—	6.5	6.5	約150か所

出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報を取りまとめて集計したもの（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）。

3. 入院医療等について

I. 急性期入院医療

- ① 急性期病床の評価に関する経緯
- ② 急性期病床における評価のあり方

急性期に係る診療報酬上の評価①

～一般病棟入院基本料の施設基準～

- 一般病棟入院基本料では、職員の配置、平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」等を施設基準として規定しており、急性期医療の提供及びその体制を評価している。

一般病棟入院基本料の主な施設基準

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
職員の配置	・看護職員の配置;7対1 ・看護職員の最小必要数の7割が看護師 ・常勤医師数の配置;100分の10以上	・看護職員の配置;10対1 ・看護職員の最小必要数の7割が看護師
平均在院日数	18日以内	21日以内
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者※が1割5分以上入院 (※A項目2点以上かつB項目3点以上)	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価(基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、看護必要度加算の算定が可能)
データの提出	・データ提出加算の届出	—

急性期に係る診療報酬上の評価②

～DPC対象病院における機能評価係数IIの評価～

- DPCでは、医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ及び各医療機関が担うべき役割や機能等を評価する指標として機能評価係数を設けている。
- 係数の設定に当たっては、
 - 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・質的向上・効率化・標準化）
 - 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（主な視点；高度・先進性、総合性、重症者対応、5疾病・5事業等）
 などの観点を考慮して評価を行っている。

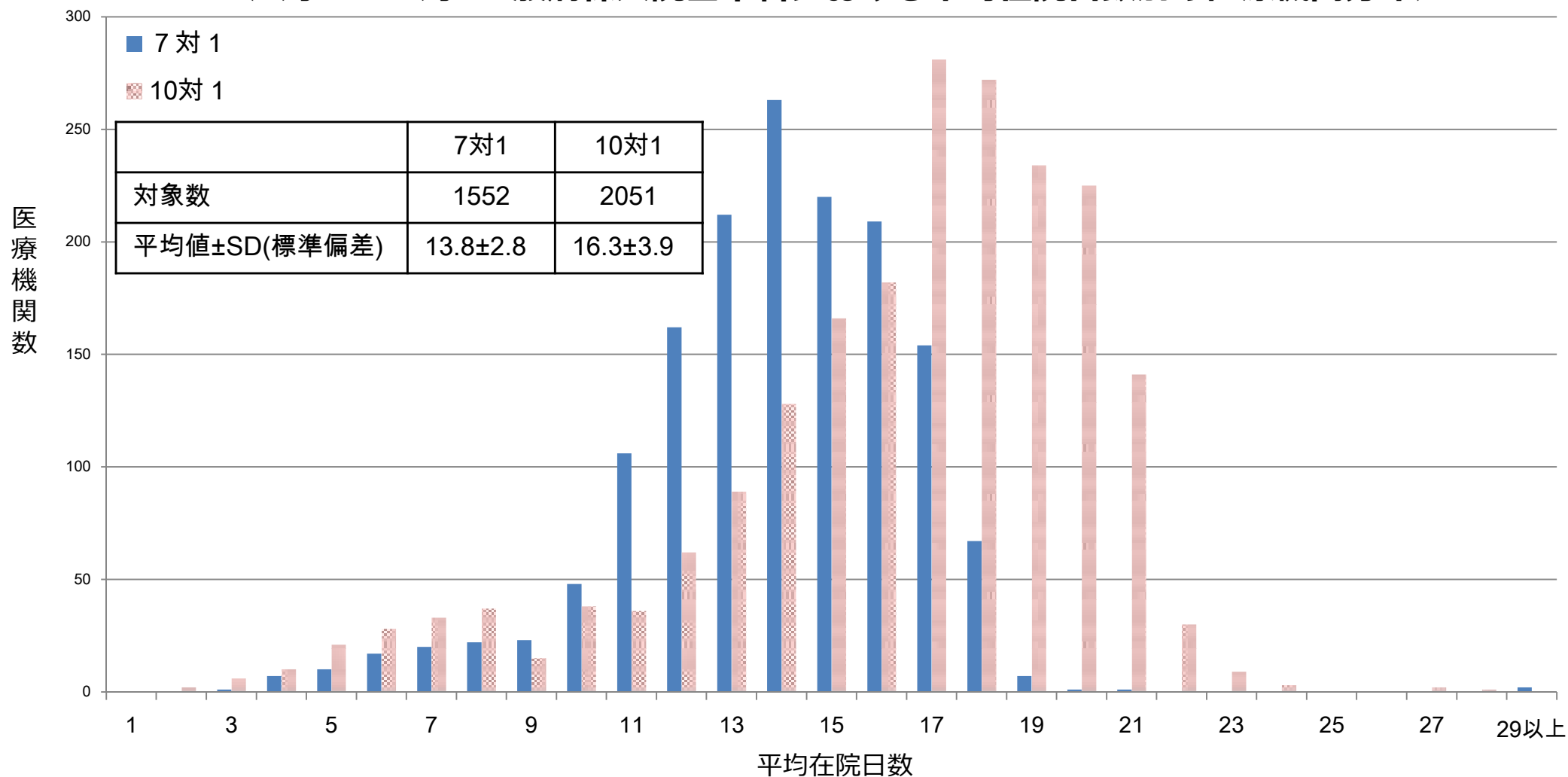
機能評価係数IIの具体的な評価

項目	評価の考え方
保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 [全DPC／PDPS対象病院の平均在院日数] / [当該医療機関の患者構成が、全DPC／PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数]
複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院当たり点数で評価 [当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数] / [全病院の平均一入院当たり包括点数]
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価 [当該医療機関で一定症例以上算定しているDPC数] / [全DPC数]
救急医療指数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療指数	地域医療への貢献を評価 ①体制評価指数 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価 例）救急医療；救急医療の前提となる体制及び救急車からの入院等の実績を評価 ②定量評価指数 [当該医療機関の所屬地域における担当患者数] / [当該医療機関の所屬地域における発生患者数]
後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価

一般病棟入院基本料届出医療機関における平均在院日数

- 7対1及び10対1一般病棟入院基本料の届出医療機関における平均在院日数は、それぞれ平均値が約14日及び約16日であり、標準偏差は2.8及び3.9日である。

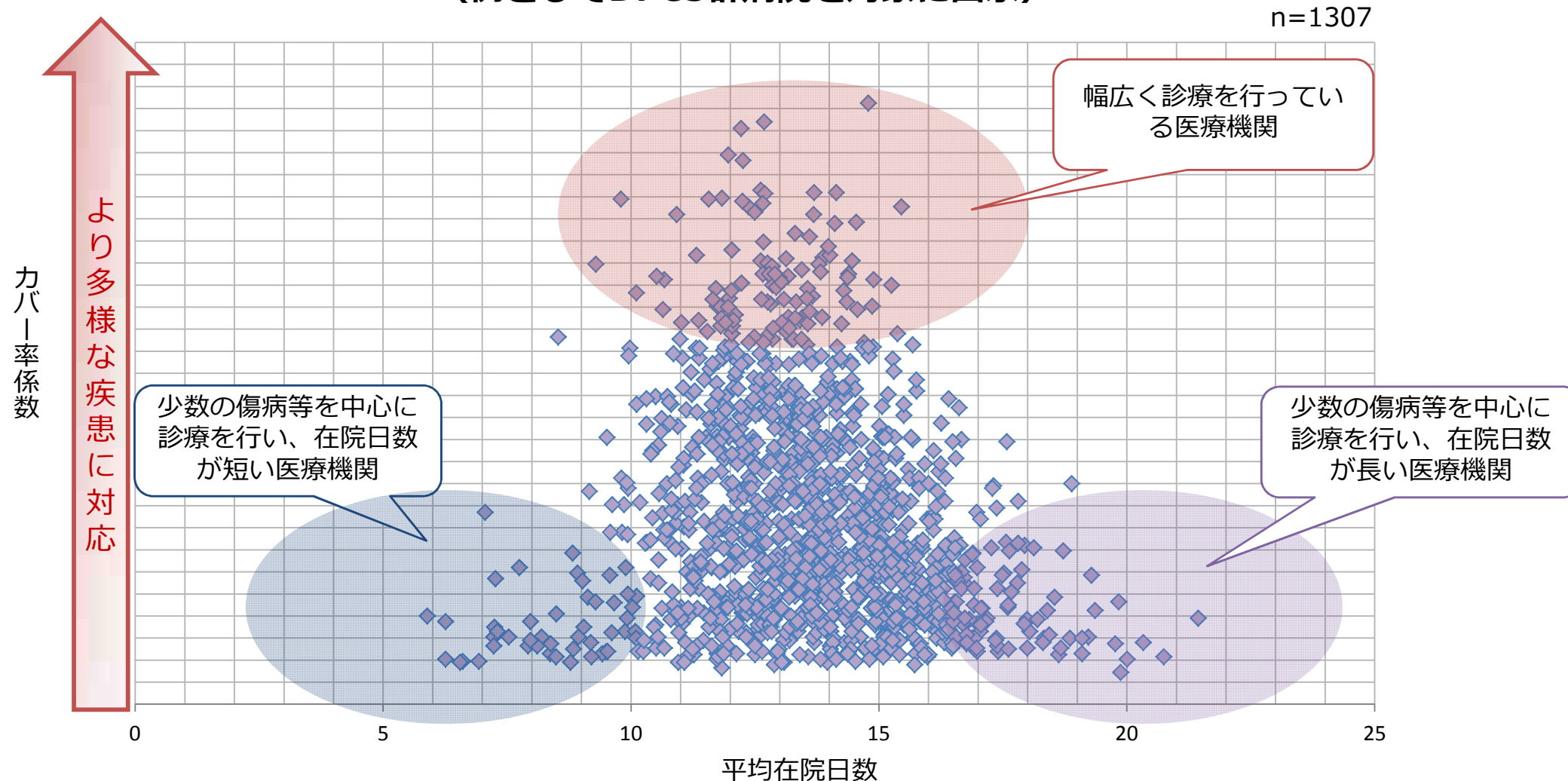
＜7対1・10対1一般病棟入院基本料における平均在院日数別の医療機関分布＞



平均在院日数と診療状況

- 医療機関ごとの平均在院日数とカバー率係数（入院患者の疾患の多様性）の関係をみたとき、幅広く診療を行っている医療機関や、少数の傷病を中心に診療を行い、平均在院日数が長い或いは短い医療機関が存在する。

＜医療機関ごとの平均在院日数とカバー率係数の関係＞ （例としてDPC3群病院を対象に図示）



一般病棟用の重症度、医療・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 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時 3 本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり

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

測定・評価が
要件となるもの

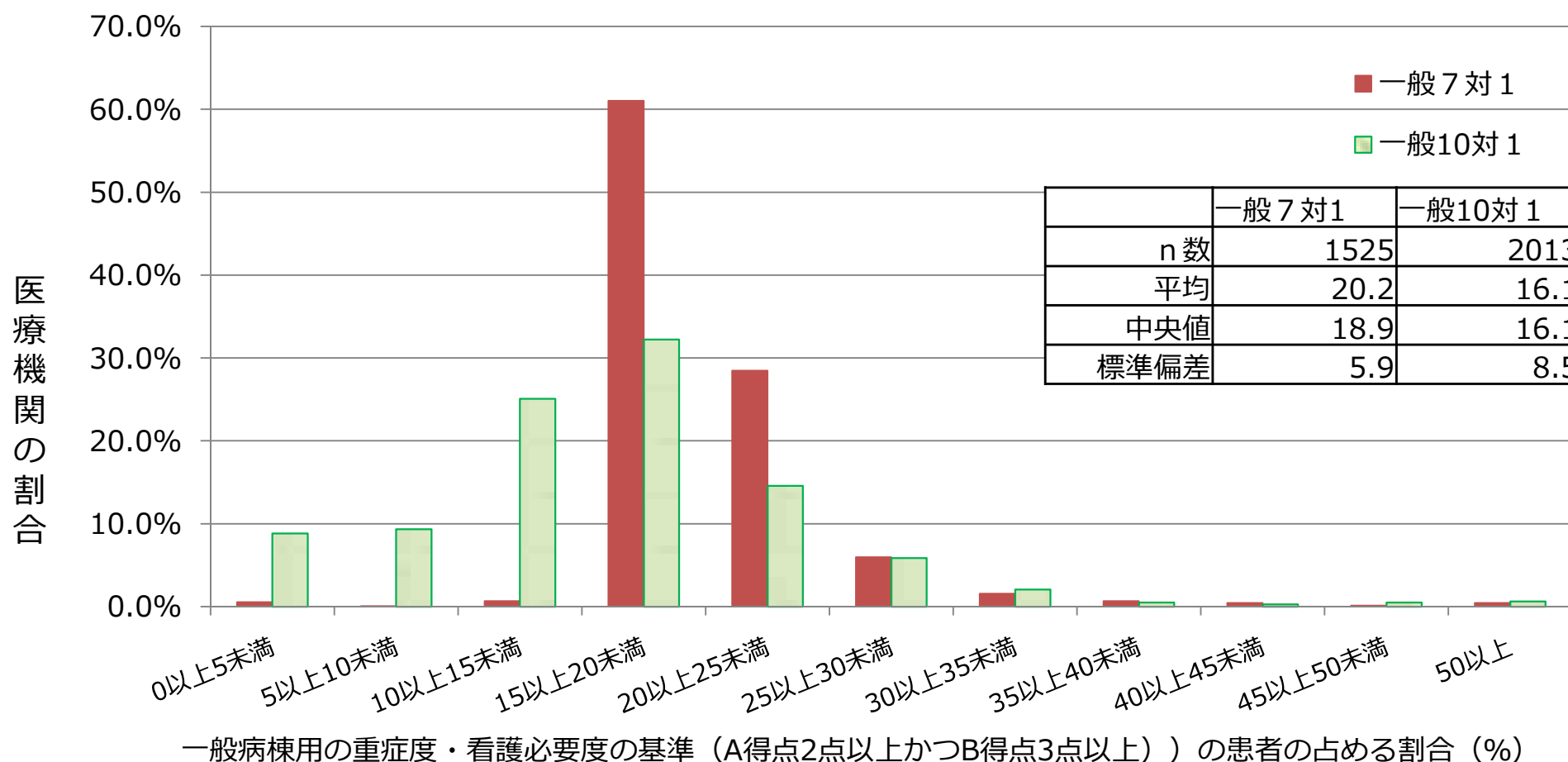
	重症者※の割合
7 対 1 入院基本料	<u>15%以上</u>
10 対 1 入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 一般病棟10対1入院基本料、 専門病院10対1入院基本料	<u>10%又は15%以上</u>
急性期看護補助体制加算 一般病棟7対1及び10対1 入院基本料	7対1の場合 <u>15%以上</u> 10対1の場合 <u>5%以上</u>
一般病棟看護必要度 評価加算 一般病棟13対1入院基本料、 専門病院13対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)

※ A 得点が 2 点以上、かつ B 得点が 3 点以上の患者

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準該当患者割合別の医療機関の分布

- 重症度・看護必要度の高い患者の割合について、医療機関において一定のばらつきがみられる。また、ばらつきの幅は10対1一般病棟入院基本料の方が7対1一般病棟入院基本料よりも大きい。

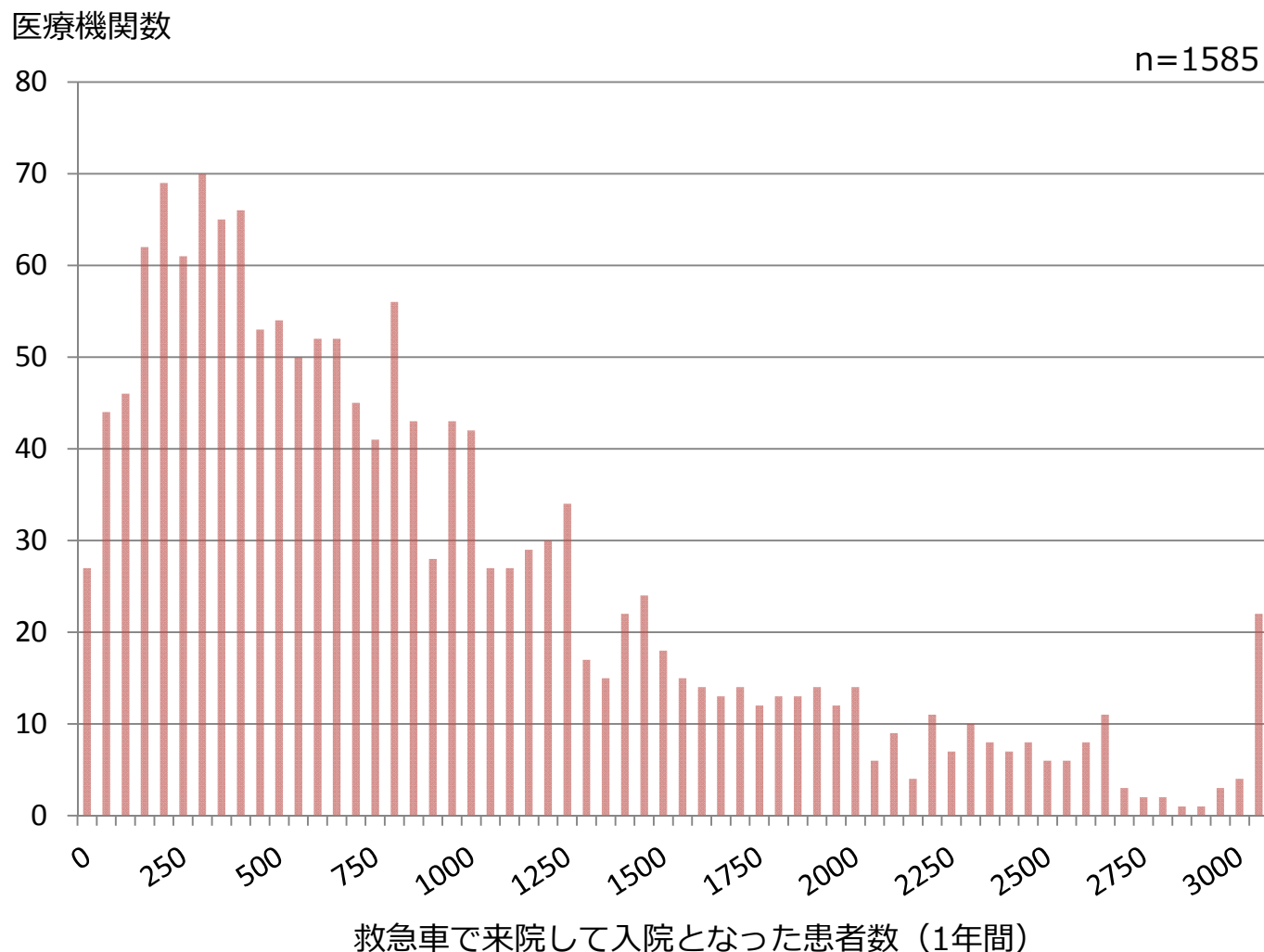
【一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合別の分布
(一般病棟入院基本料 7 対 1、10 対 1)】



医療機関における救急患者の受入状況

- 救急車で来院して入院となった患者数には医療機関により違いがみられ、年間300件程度受け入れている医療機関が多くみられる一方、3000件以上受け入れている医療機関も存在する。

＜医療機関における救急患者の受入状況＞



■ DPC制度における評価

【地域医療指数・体制評価指数】

- 地域医療計画等における一定の役割を12項目で評価

↓
12項目のうちの一つとして
救急医療を規定

- ④ **救急医療**：医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入

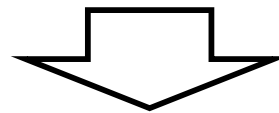
例) DPC病院III群

前提となる体制；二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価；救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P)

急性期医療についての課題と論点

- 経年的に見ると、我が国の病床数は、緩やかに減少する傾向にあり、一般病床等の平均在院日数も、短縮する傾向にある。
- 平成26年度診療報酬改定においては、特定除外制度の見直しや重症度・看護必要度の名称と項目内容の見直し、自宅等に退院した患者割合に関する基準の設定等が行われた。その後、7対1入院基本料を算定する病床はやや減少したが、依然として全ての種別の中で最も多い状態にある。
- 急性期医療が提供されていることを評価する指標としては、平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」などが用いられている。こうした指標からみたとき、医療機関の幅広い多様性がある。
- 貴重な医療資源を有効に活用して、質の高い医療を確保するためには、急性期病床がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

【論点】



- 急性期病床の機能分化を進めるため、緊急性の高い患者や、高度な医療を要する患者の受け入れを評価するとともに、入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進を図る方策について、平成26年度改定の答申附帯意見も踏まえ、更に検討すべきではないか。

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯
2. 入院医療を取り巻く現状について
3. 入院医療等について
 - I. 急性期入院医療
 - II. 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
 - III. 慢性期入院医療

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

- 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1</u>	<u>2,558点 (60日まで)</u>
	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2</u>	<u>2,058点 (60日まで)</u>
	<u>看護職員配置加算</u>	<u>150点</u>
	<u>看護補助者配置加算</u>	<u>150点</u>
	<u>救急・在宅等支援病床初期加算</u>	<u>150点(14日まで)</u>

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはいできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算: 看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算: 看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算: 他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

在宅復帰率の計算方法について

<在宅復帰率の計算式>

直近6月間に「自宅、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者＋療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)へ転棟した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)＋転棟した患者

= 70%以上

[留意事項]

平成26年3月31日に7対1、10対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成26年9月30日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

<参考（回復期リハビリテーション病棟）>

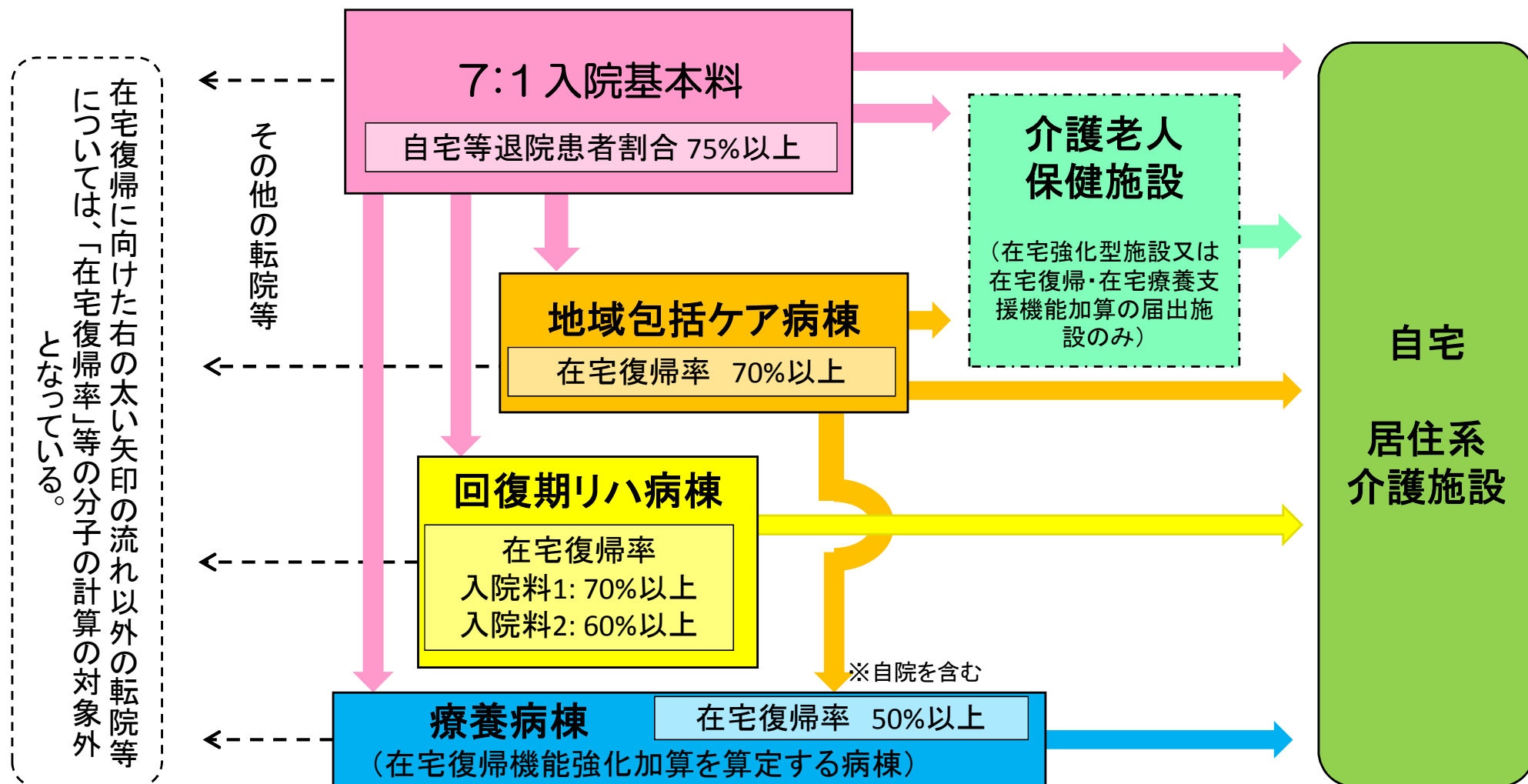
直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

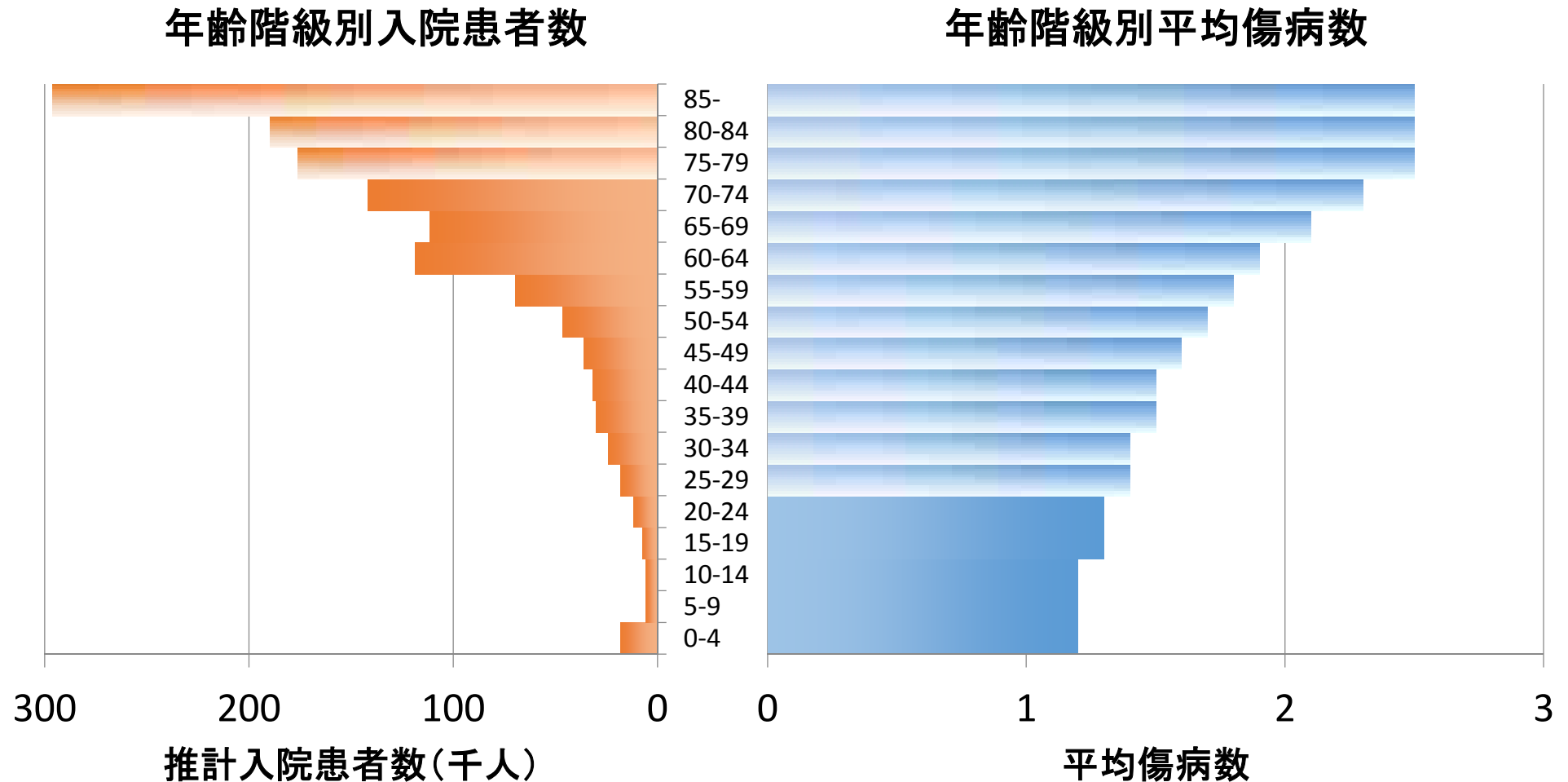
- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できていることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



年齢別傷病数と入院患者の年齢構成

- 高齢者は入院患者の多くを占め、多数の傷病を有する傾向にある。

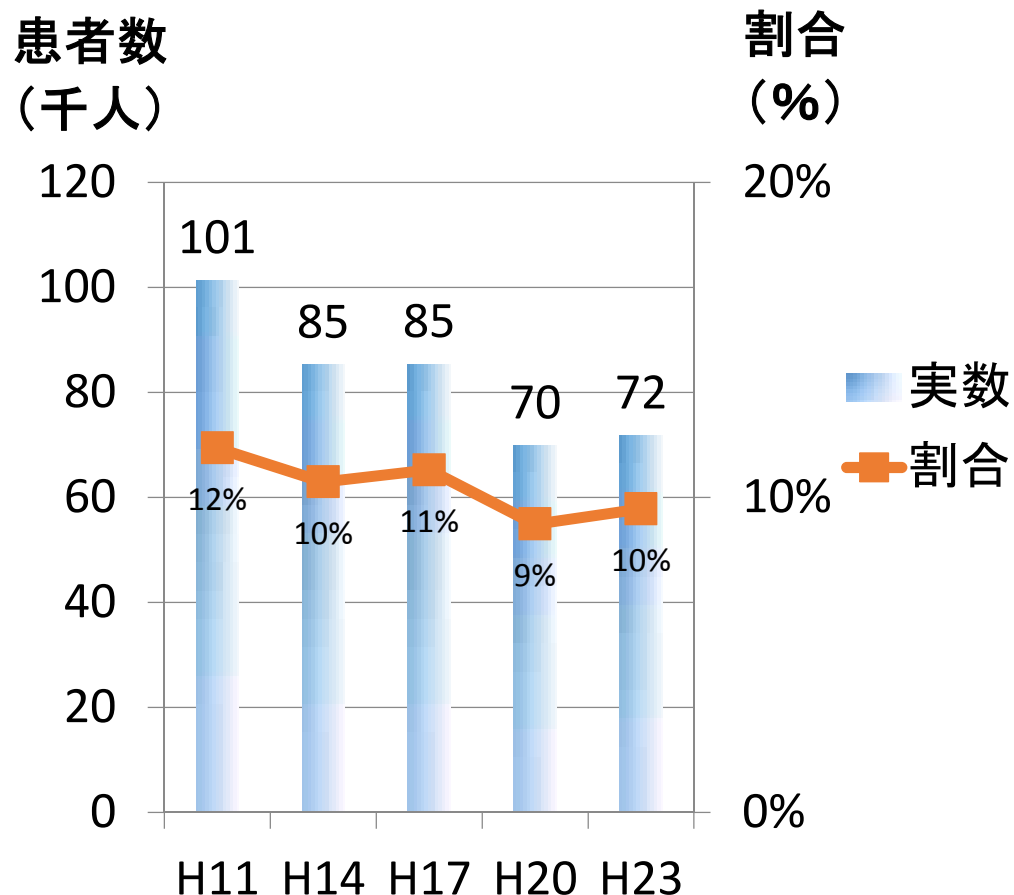


注：現在、傷病で病院や診療所等に通っていると答えた者(47,562千人)に対し、42の傷病(「その他」「不明」を含む)から当てはまるものをすべて答えてもらったもの。社会福祉施設の入所者、長期入院者(住民登録を病院に移している者)等は母集団に含まれていない。

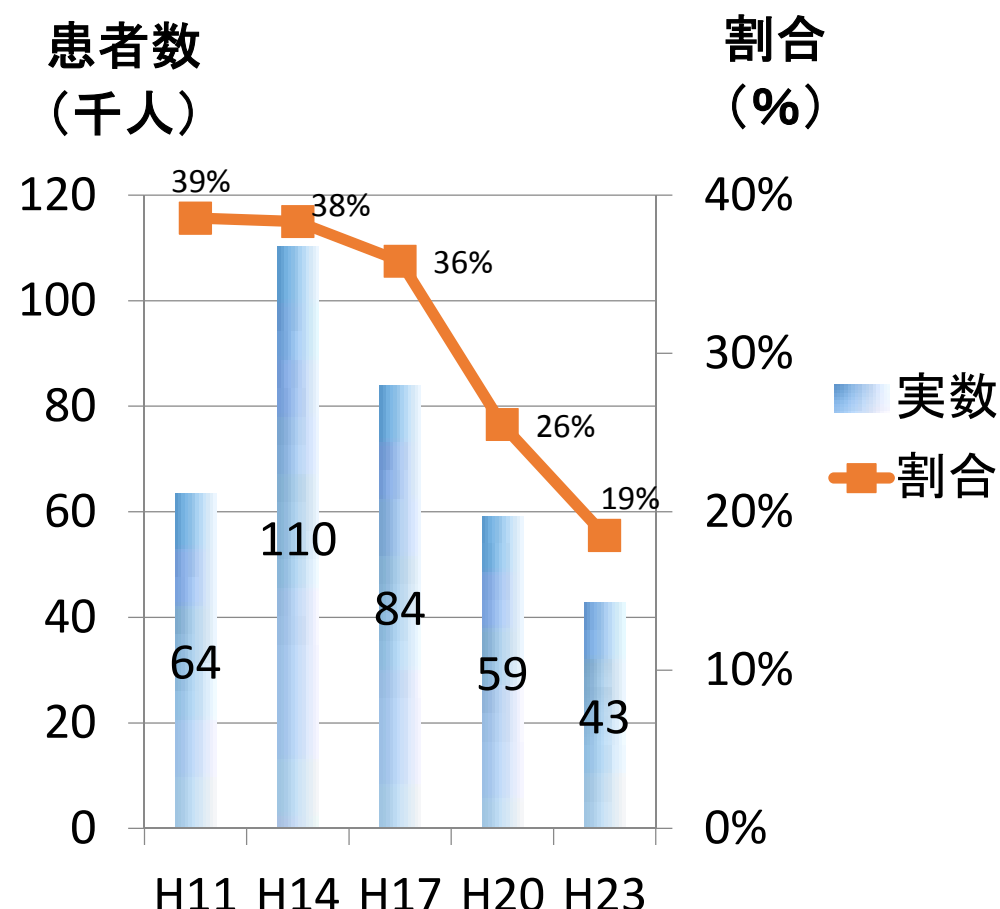
「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者

- 医療機関が「受け入れ条件が整えば退院可能」と判断している患者数は、減少傾向にあるが、今なお一般病床、療養病床を合わせると、11万5千人にのぼる。

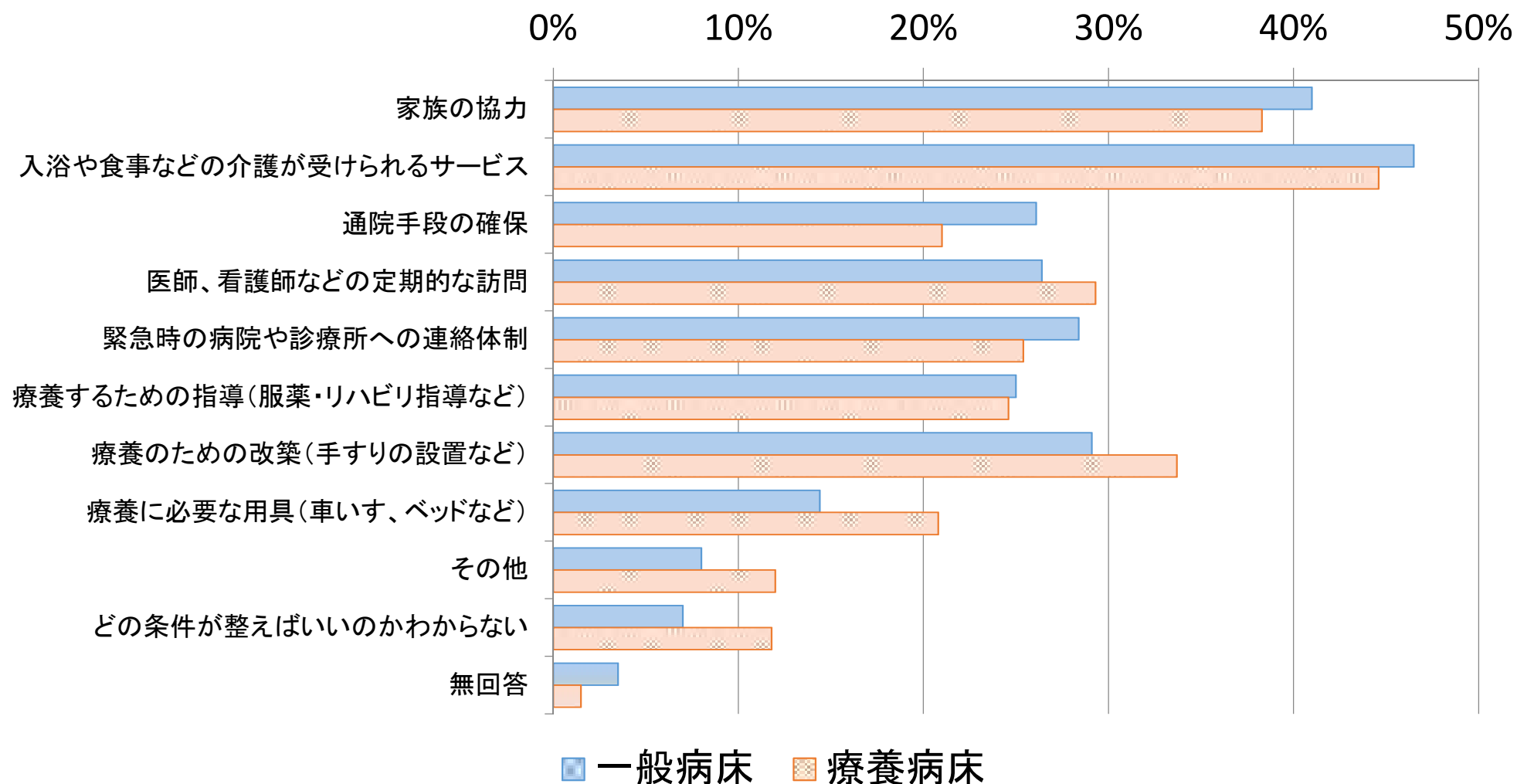
一般病床



療養病床



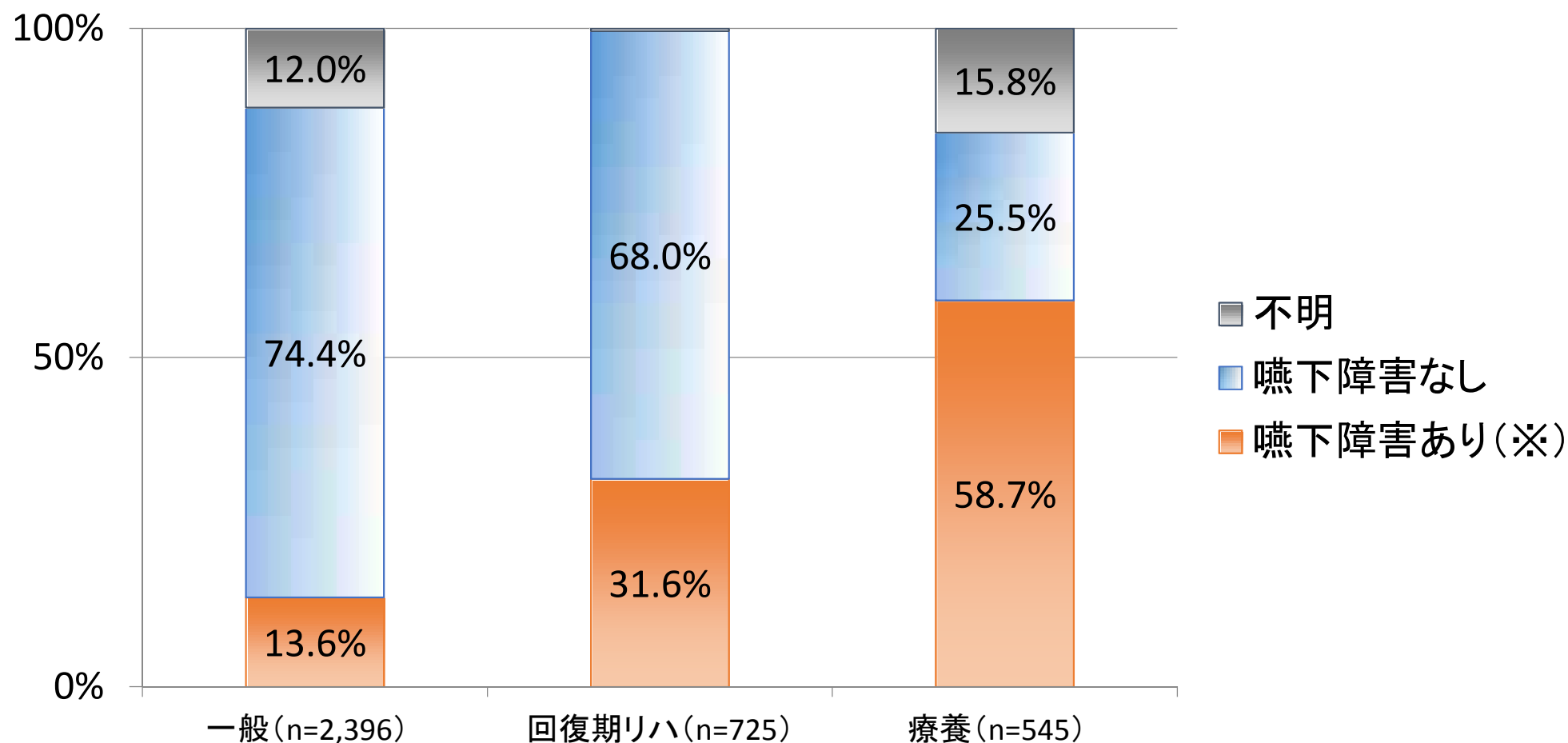
自宅療養を可能にする条件



※ 仮に退院の許可が出ても自宅療養できないと答えた者(30.4%)に、自宅療養を可能にする条件を複数回答で聞いたもの。

入院患者の嚥下機能

○ 入院患者における嚥下障害は、特に回復期リハビリテーション病棟、療養病床で多く見られる。



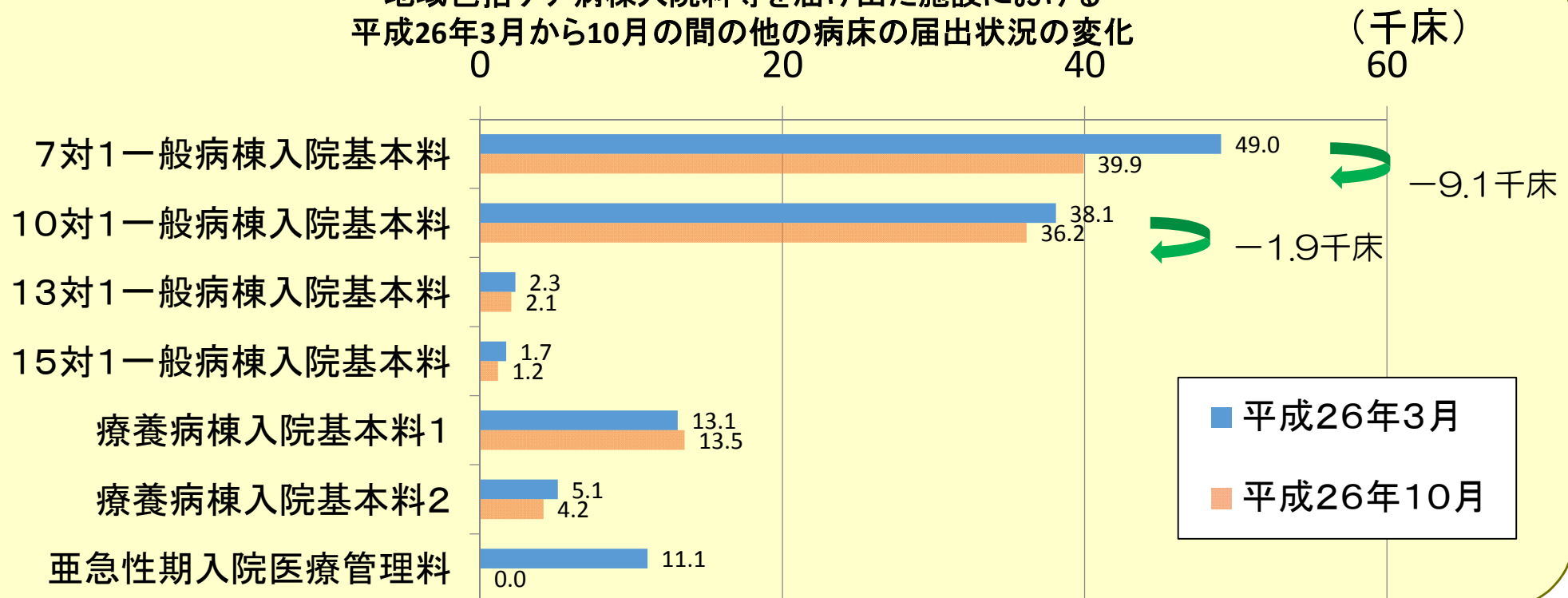
※摂食・嚥下障害の臨床的重症度(Dysphagia Severity Scale : DSS)で5以下の者

地域包括ケア病棟の届出状況①

地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



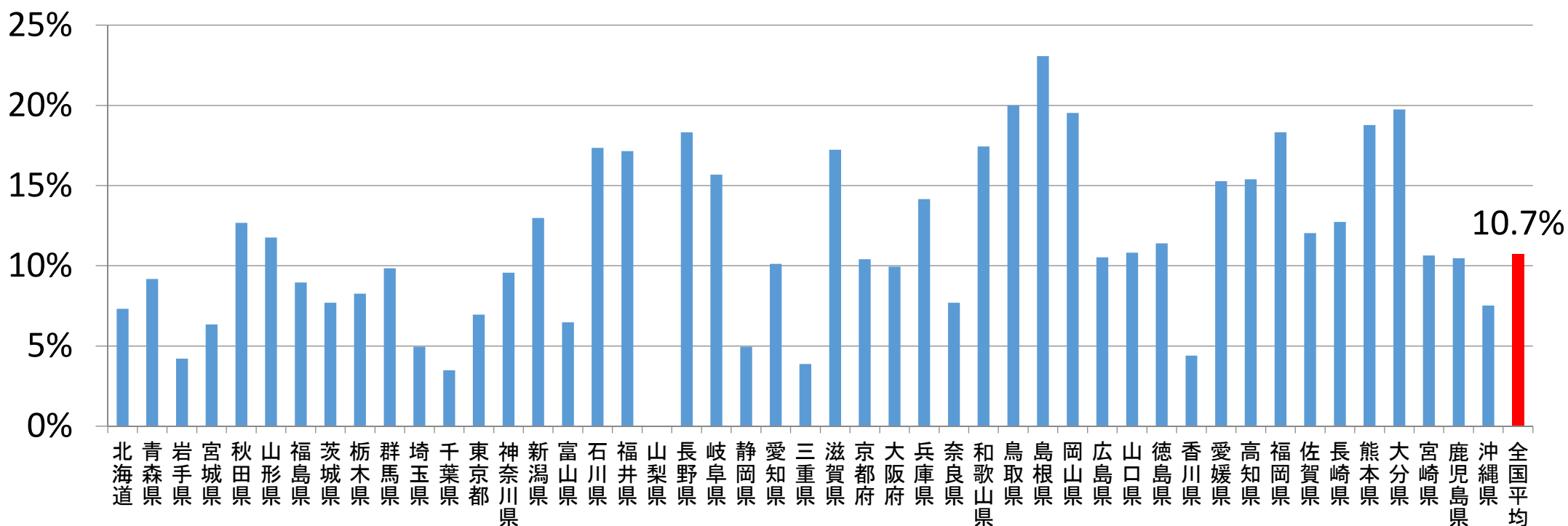
地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における 平成26年3月から10月の間の他の病床の届出状況の変化



出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報を取りまとめて集計したもの（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）。

地域包括ケア病棟入院料等の届出状況②

各都道府県の病院における
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た割合(※)

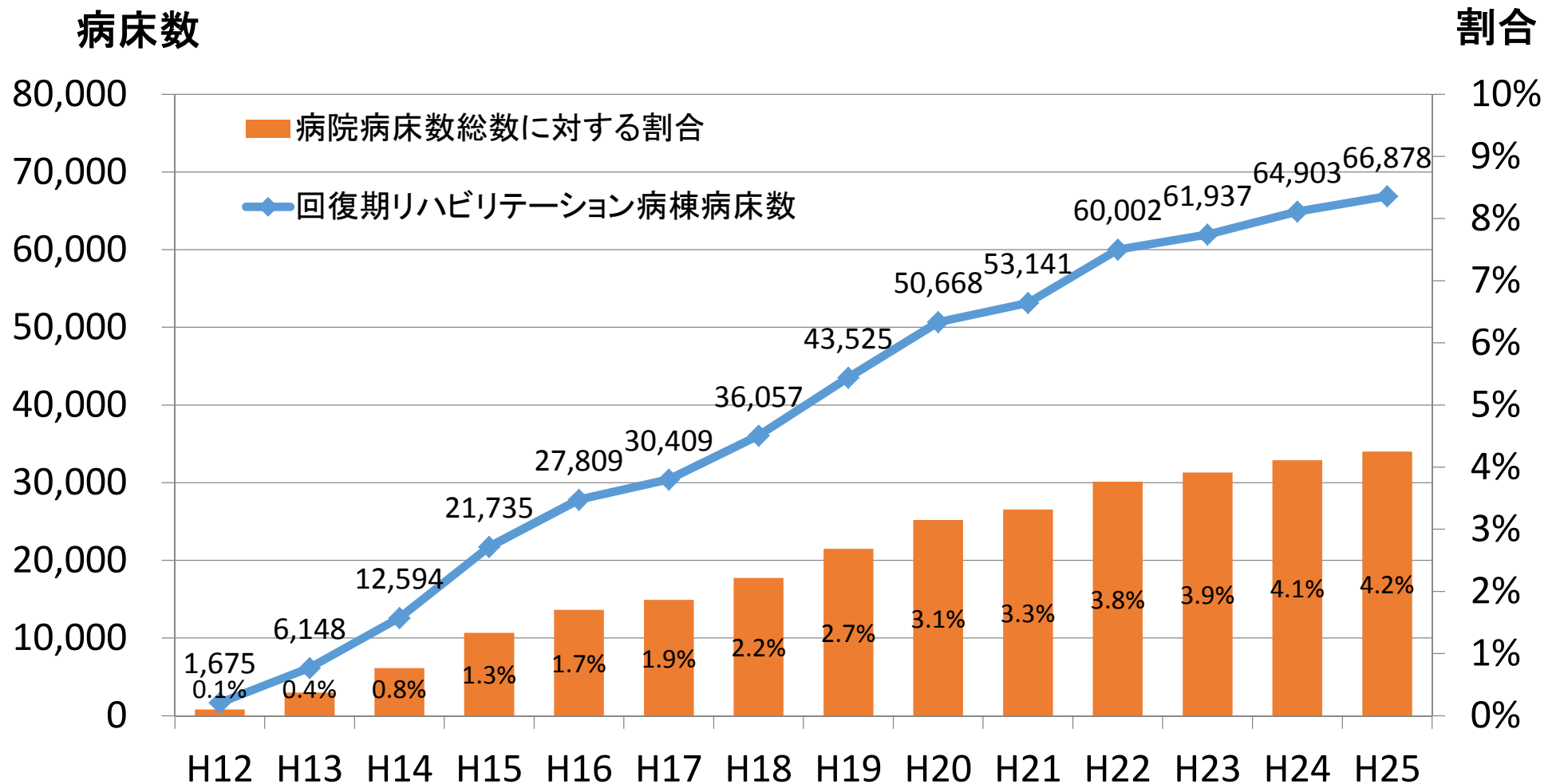


※各都道府県で地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た医療機関の数を、各都道府県の病院数(病床種別は問わない)で除したもの。

平成26年10月現在 医療課調べ

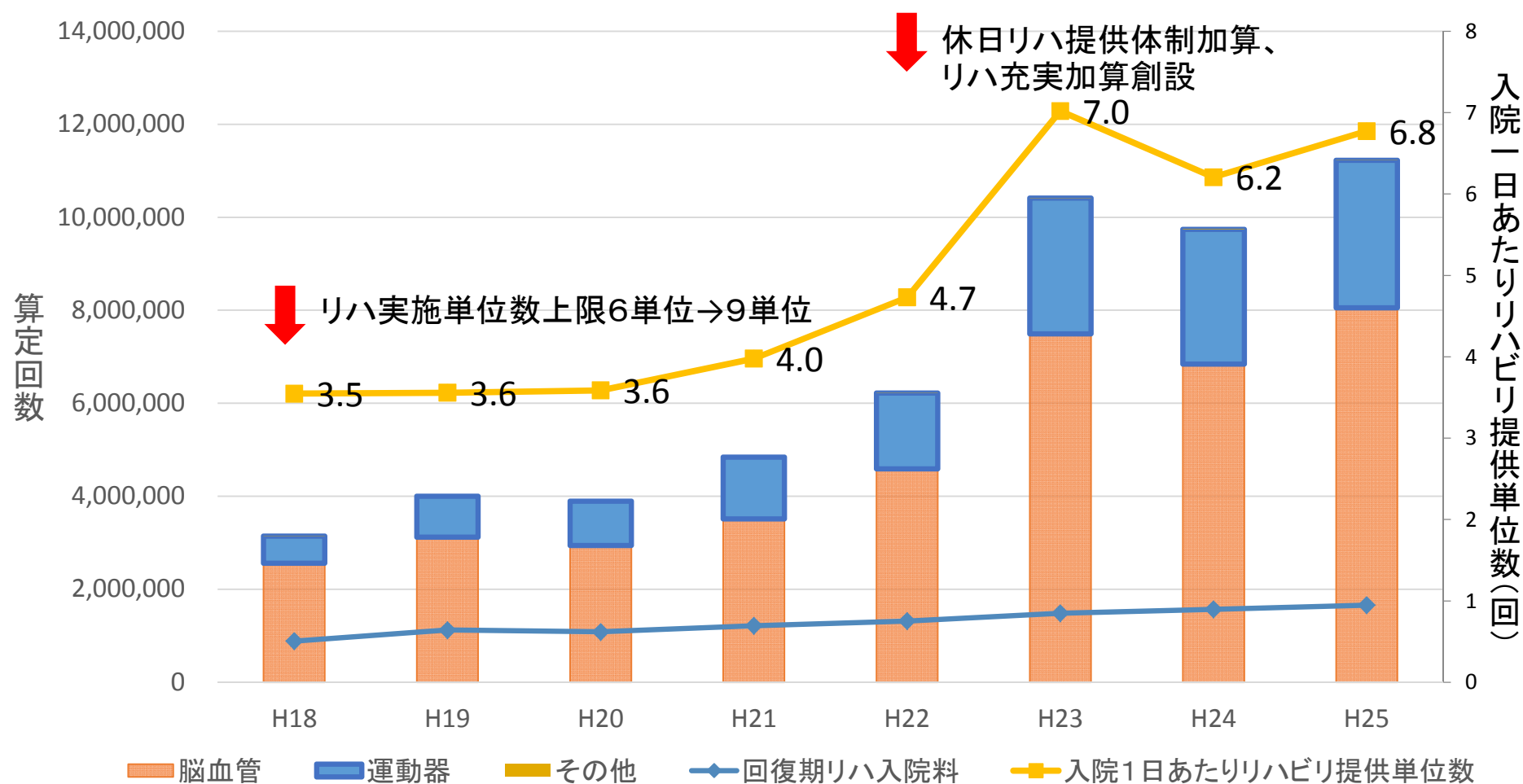
回復期リハビリテーション病棟の病床数

○ 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年で3倍以上に増加している。



回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの提供単位数

- 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は急激に増加している。

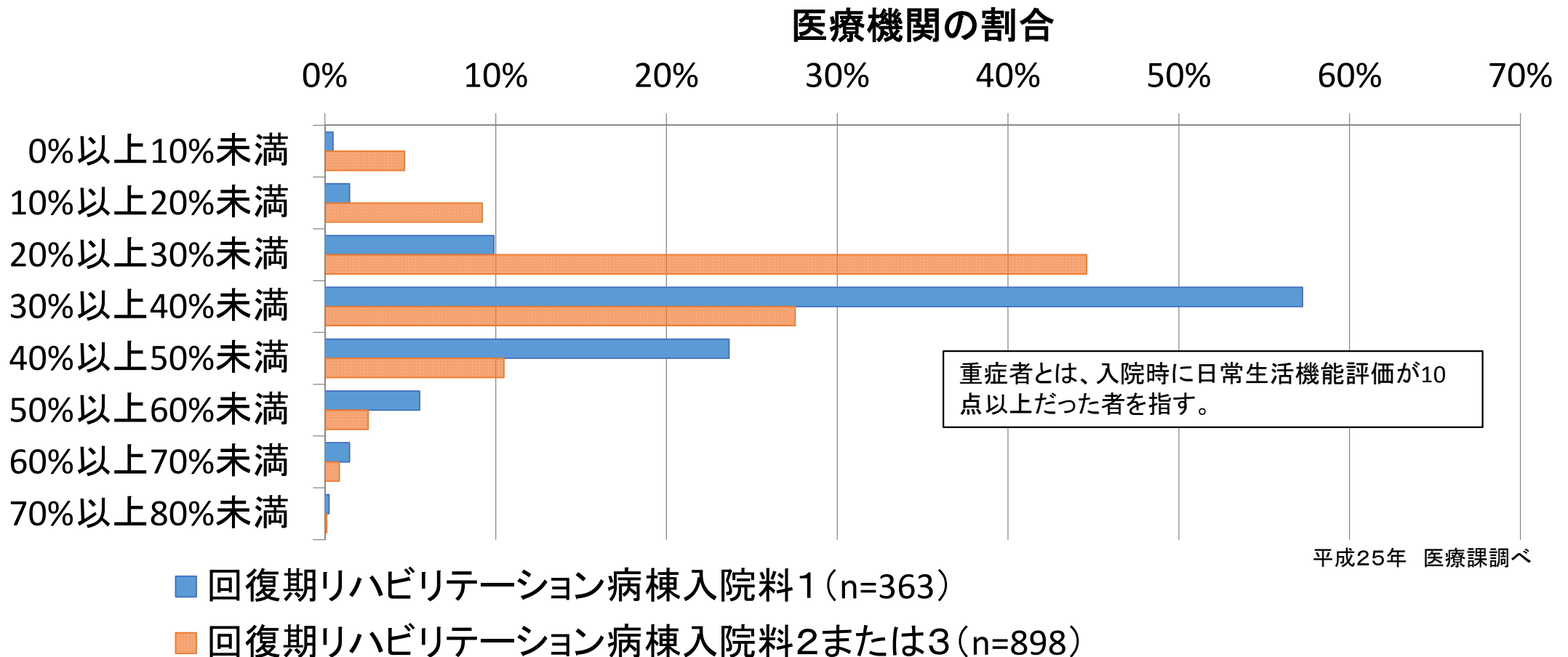


※便宜上、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している入院レセプトで算定されている疾患別リハビリテーションは、すべて回復期リハビリテーション病棟で実施されたものとして扱った。

回復期リハビリテーション病棟の患者像

- 回復期リハビリテーション病棟における入院患者の入院時のADLは、医療機関間で大きな多様性がある。

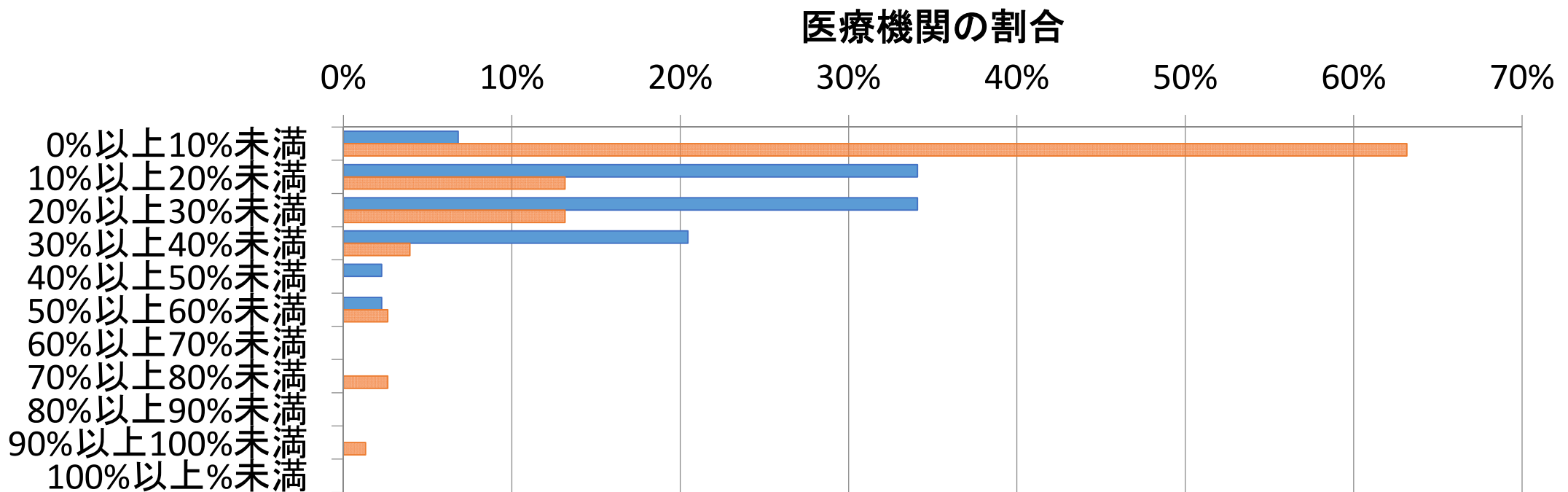
入院患者における重症者割合別医療機関分布



回復期リハビリテーション病棟の患者像

- 回復期リハビリテーション病棟における入院時に看護必要度A項目(改定前)が合計1点以上となる患者の割合には、医療機関間で多様性がある。

看護必要度A項目(改定前)合計が1点以上となる入院患者割合別医療機関分布



出典:平成25年診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

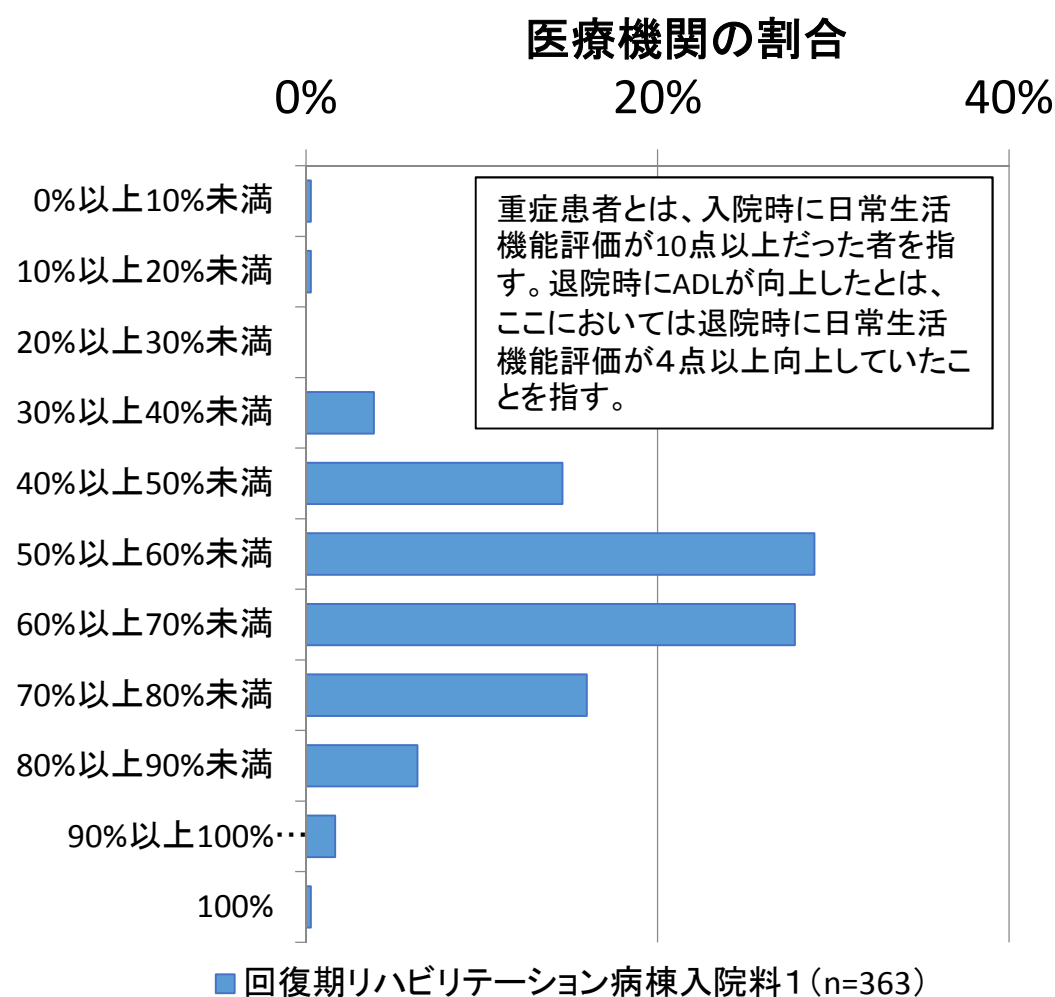
■ 回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=44)

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料2または3 (n=76)

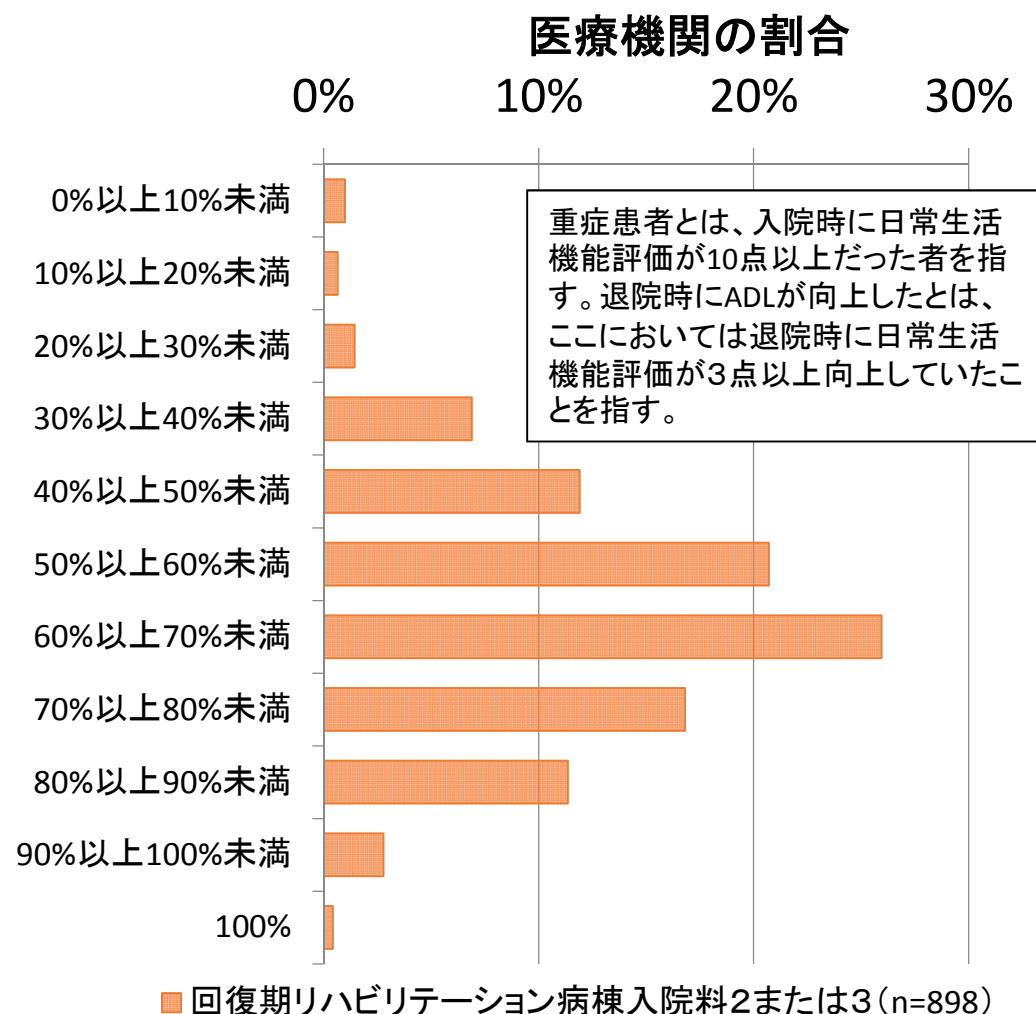
回復期リハビリテーション病棟におけるADLの向上

- 回復期リハビリテーション病棟における入院中のADLの向上の度合いには、医療機関間で多様性がある。

重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別医療機関分布(回リハ1)



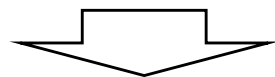
重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別医療機関分布(回リハ2、3)



地域包括ケア病棟・病床、回復期入院医療の課題

【課題】

- ・ 高齢化により、複数の傷病を有し、嚥下機能障害等を併発するなど、日常生活機能の低下した患者が多くなっており、在宅復帰を進めるためには、様々な心身機能への対応や、介護サービスなど社会資源の利用に関する調整が鍵を握っている。
- ・ 平成26年度診療報酬改定では、急性期治療を経過した患者や在宅療養を行う患者の受け入れ・患者の在宅復帰支援を行う機能を有する「地域包括ケア病棟」が創設され、その整備が進んでいる。また7:1入院基本料において自宅等退院患者割合、地域包括ケア病棟において在宅復帰率が定義され、急性期から回復期への移行の円滑化が図られている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟については、病床数やリハビリテーションの提供単位数が急激に伸びている一方、受け入れる患者像やリハビリテーションの効果については、医療機関の間で、大きな多様性も認められる。



- 平成26年度診療報酬改定の影響を分析しながら、地域包括ケア病棟をはじめとする地域包括ケア体制の強化のあり方や、円滑な医療連携を進めるための方策について、さらに検討を進めるべきではないか。
- 回復期リハビリテーション病棟の実情を踏まえつつ、その機能がいっそう適切に発揮されるための評価のあり方について、検討すべきではないか。

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯
2. 入院医療を取り巻く現状について
3. 入院医療等について
 - I. 急性期入院医療
 - II. 地域包括ケア病棟・回復期入院医療
 - III. 慢性期入院医療

3. 入院医療等について

III. 慢性期入院医療

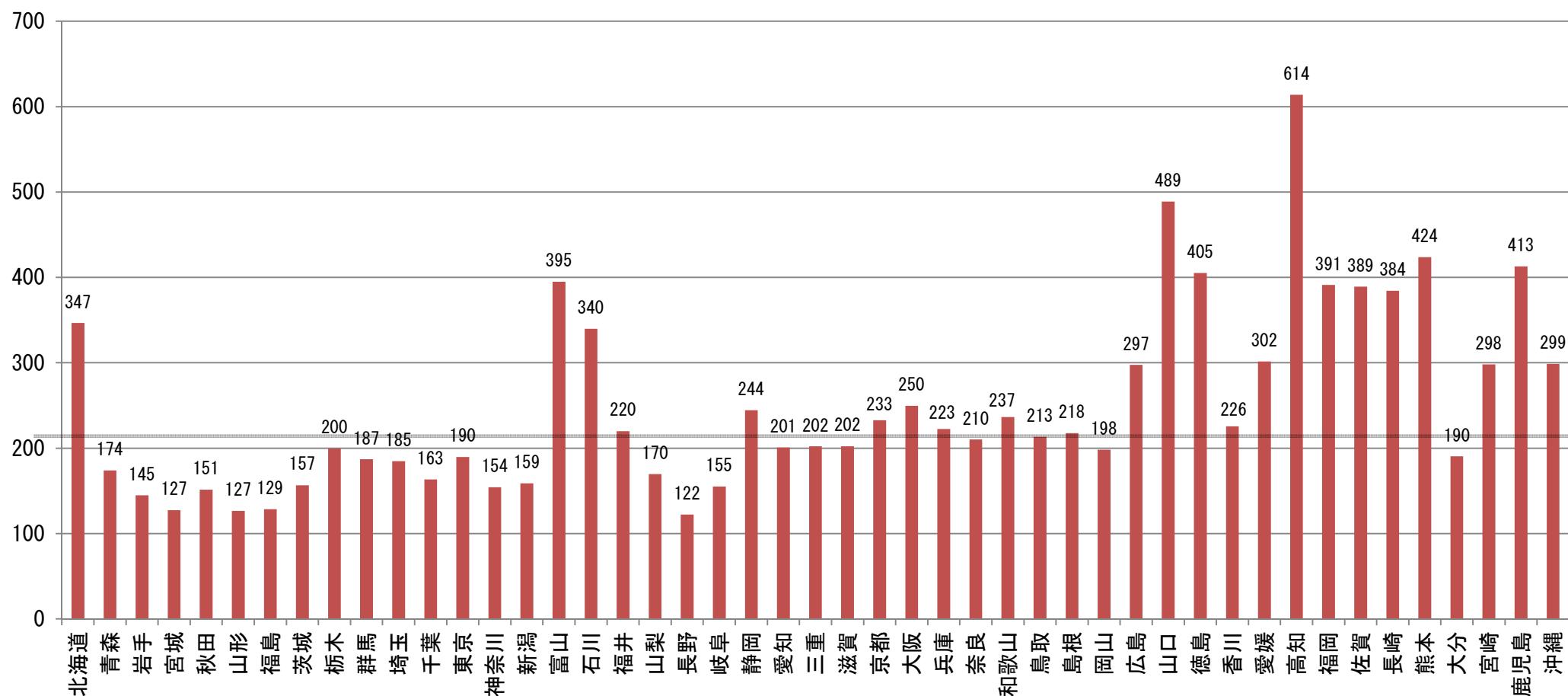
- ① 慢性期入院医療における在宅復帰のあり方
- ② 療養病棟における機能に応じた評価のあり方
- ③ 特殊疾患病棟等における機能に応じた評価のあり方

療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したものの。

【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（ $\sum$ 〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国入院受療率

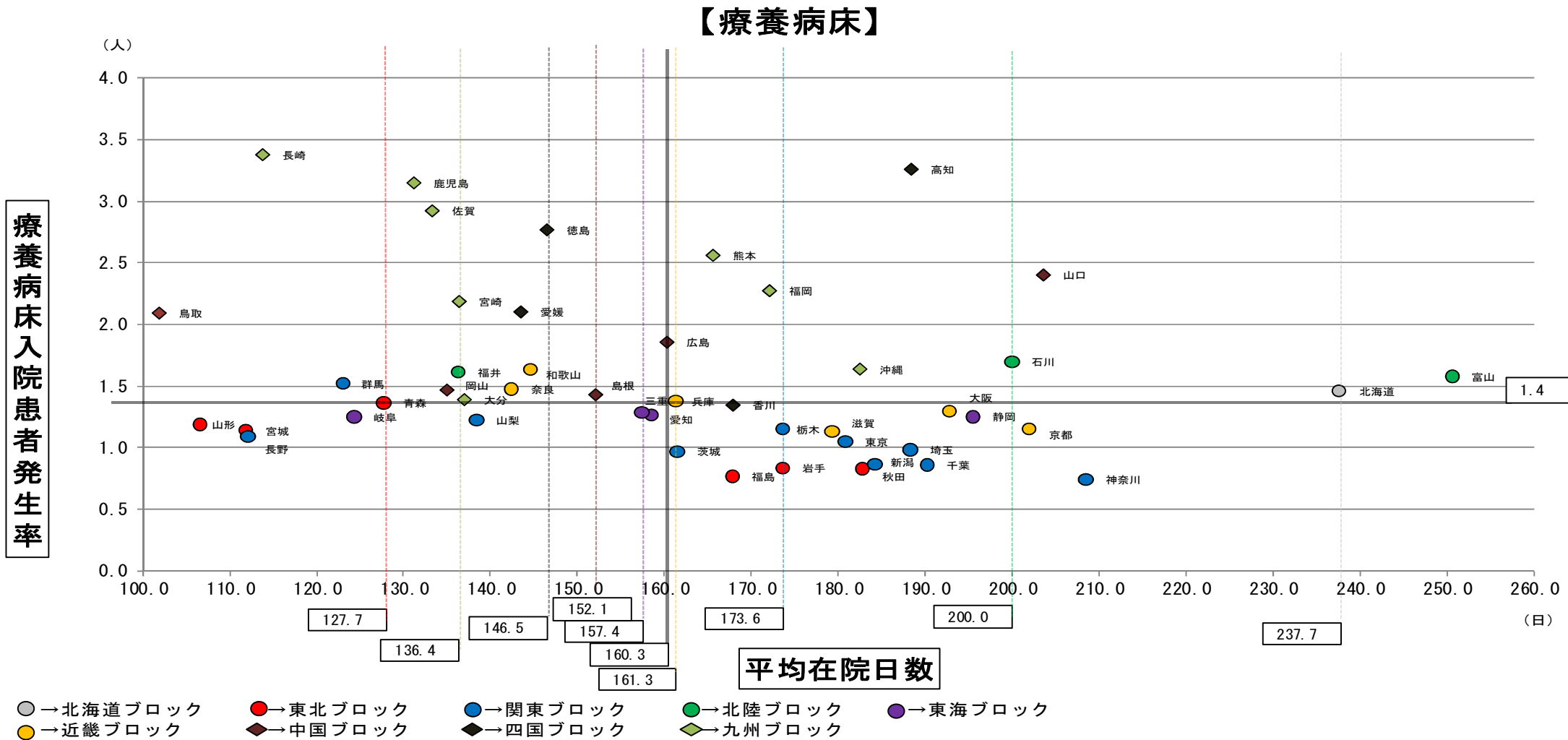


注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年に患者調査を実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。

3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

都道府県別 療養病床入院患者発生率（年齢調整後）・平均在院日数



【平均在院日数（中央値）】

(全国)	(北海道)	(東北)	(関東)	(北陸)	(東海)	(近畿)	(中国)	(四国)	(九州)
160.3	237.7	127.7	173.6	200.0	157.4	161.3	152.1	146.5	136.4

性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）：全国の入院受療率×（各都道府県の入院受療率×各都道府県の推計人口）÷Σ（全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口）【出典】平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査

平均在院日数：【出典】平成25年(2013)医療施設（動態）調査・病院報告の概況（厚生労働省大臣官房統計情報部）

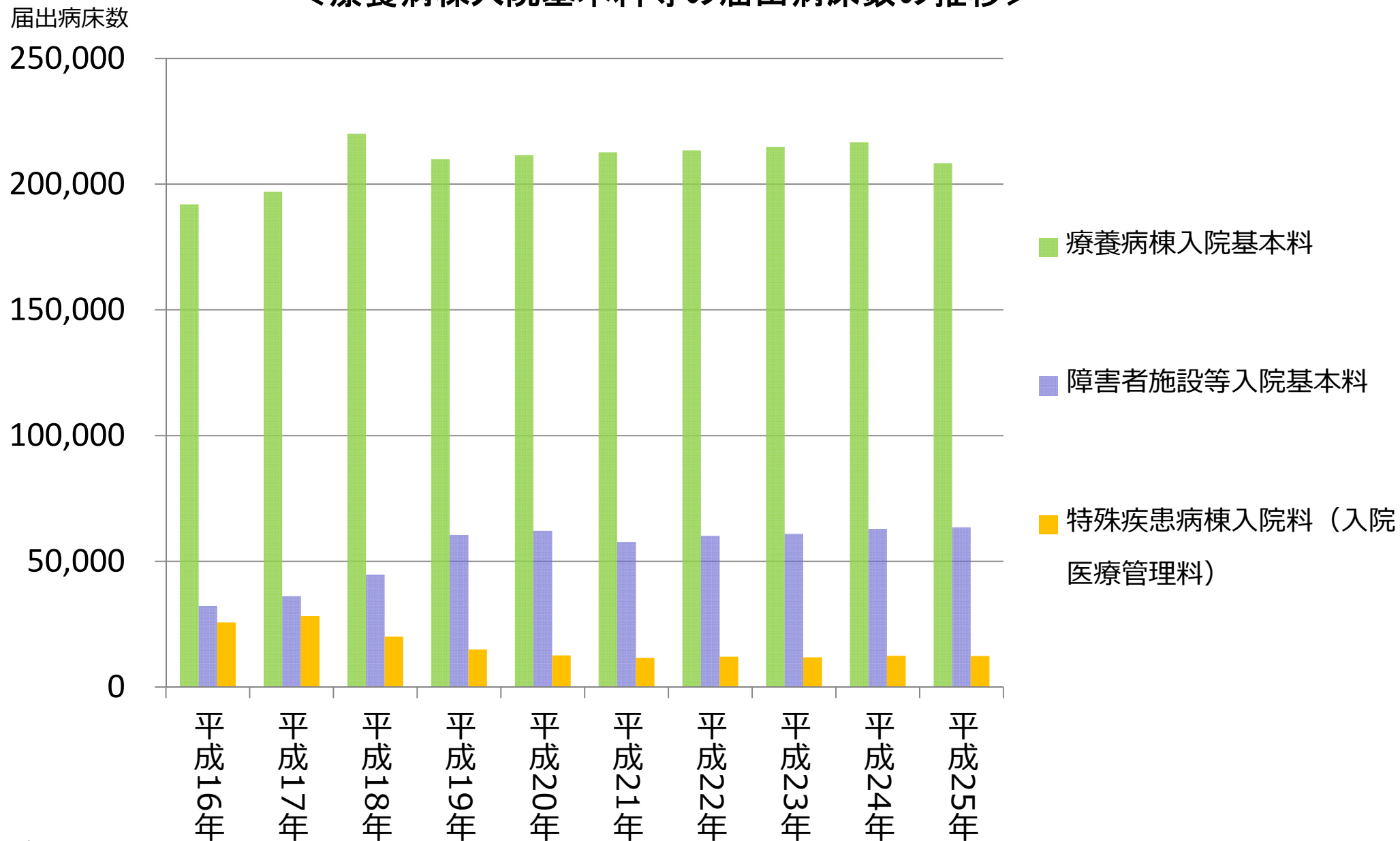
療養病床入院患者発生率：性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対） ÷ 平均在院日数

慢性期入院医療に係る診療報酬上の評価

			障害者施設等入院 基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病 棟入院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟入 院基本料1	療養病棟入院 基本料2
看護配置			7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	25対1以上
どちらか 一方を満 たす	施設		医療型障害児入所施設又は指定医療 機関(児童福祉法)		—	医療型障害 児入所施設 又は指定医 療機関(児童 福祉法)	—		
	両方を満 たす	患者像	—	重度の肢体不自由児(者)、脊髄 損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、 難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び 難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、 重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、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が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	—
		看護要員	—	10対1以上			10対1以上 (うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上
その他			一般病棟			一般又は 精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症 児(者)が3割以上	—				褥瘡の評価	
点数			1,566点	1,311点～ 965点	1,954点	1,581点	1,954点	1,769～782点	1,706～719点
包括範囲			出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	

慢性期入院医療に係る病床の届出数

＜療養病棟入院基本料等の届出病床数の推移＞



3. 入院医療等について

III. 慢性期入院医療

- ① 慢性期入院医療における在宅復帰のあり方
- ② 療養病棟における機能に応じた評価のあり方
- ③ 特殊疾患病棟等における機能に応じた評価のあり方

平成26年度診療報酬改定(長期療養患者の受け皿の確保等について)

療養病棟における在宅復帰機能の評価

➤ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

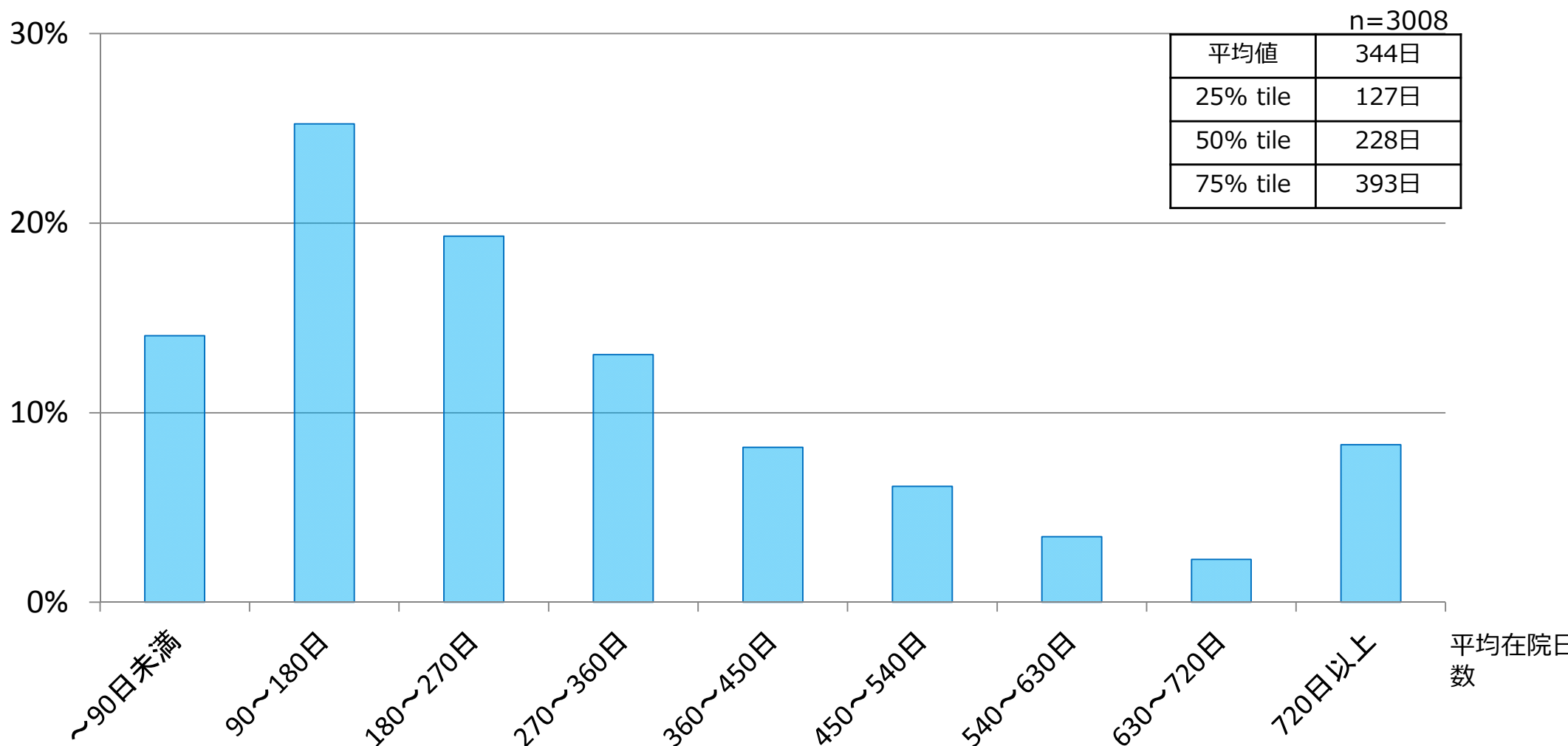
※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

療養病棟における平均在院日数について

- 療養病棟における平均在院日数は、中央値が228日であり、右に裾野の長い分布を示している。

＜平均在院日数別の医療機関分布＞

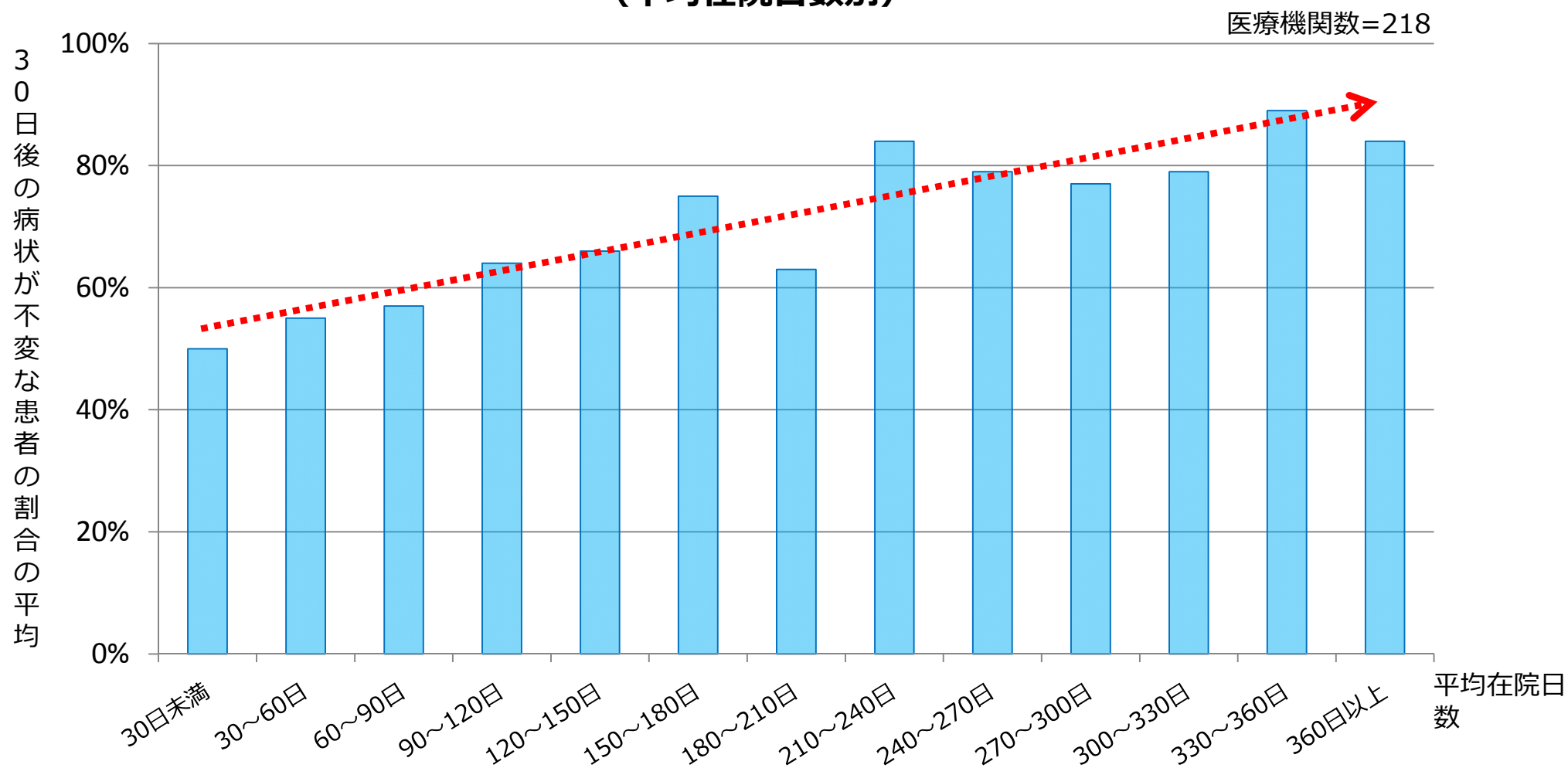
医療機関の割合



在院日数と病状の安定性について

- 平均在院日数が長い場合ほど、「30日後の病状の見通しが不変」な患者の割合が大きくなる傾向にある。

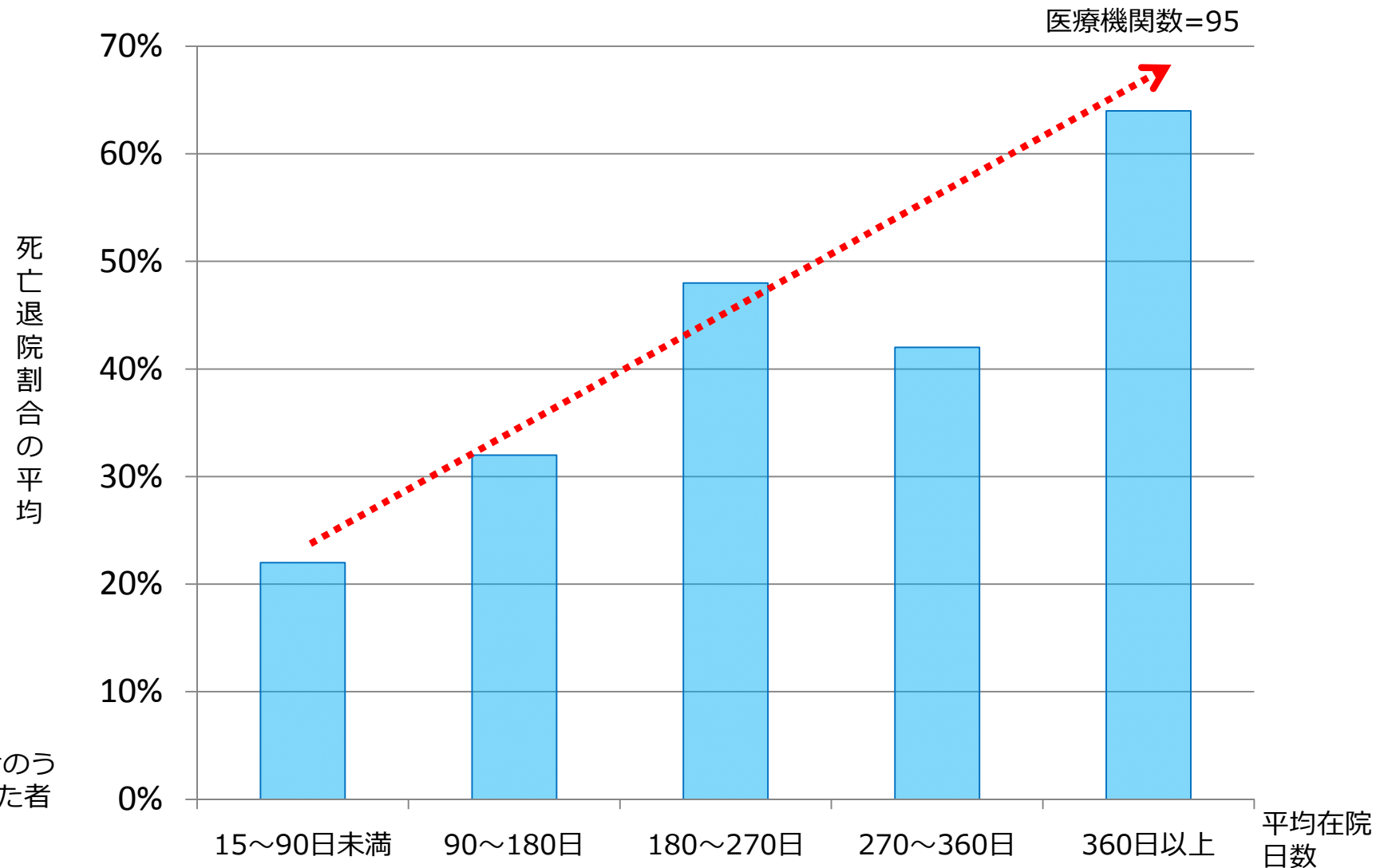
＜療養病棟における「30日後の病状の見通しが不変」な患者の割合（平均）＞
（平均在院日数別）



在院日数別の退棟先について

- 平均在院日数が長い場合ほど、退棟患者に占める死亡退院の割合が大きくなる傾向にある。

＜療養病棟における死亡退院割合*1（平均）＞
（平均在院日数別）



3. 入院医療等について

III. 慢性期入院医療

- ① 慢性期入院医療における在宅復帰のあり方
- ② 療養病棟における機能に応じた評価のあり方
- ③ 特殊疾患病棟等における機能に応じた評価のあり方

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

看護配置:20:1以上（医療区分2・3の患者が8割以上）

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

医療区分

医療 区 分 3	【疾患・状態】 ・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 【医療処置】 ・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 ・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 ・酸素療法（酸素を必要とする状態かを毎月確認）
医療 区 分 2	【疾患・状態】 ・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 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・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 ・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 ・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） 【医療処置】 ・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） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

看護配置25:1以上

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

ADL区分

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

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 ）

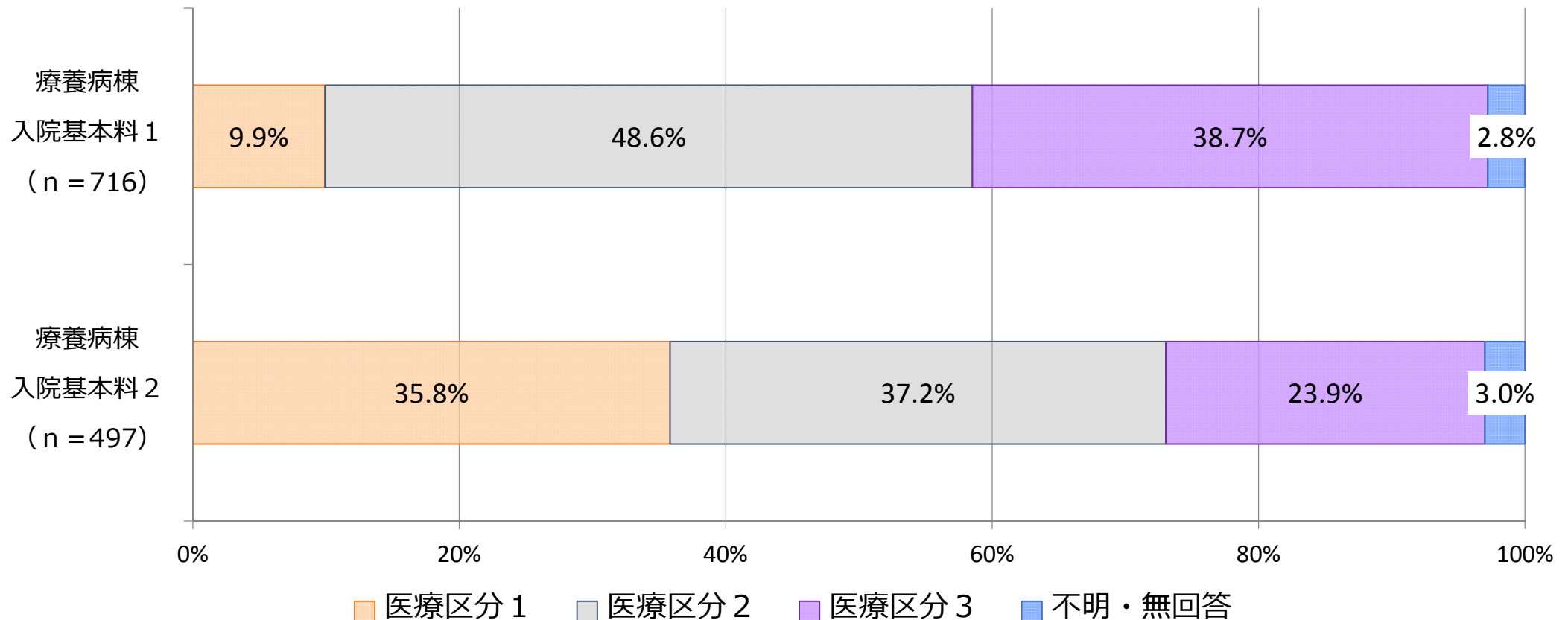
項目	支援 のレベル
a ベッド上の可動性	
b 移乗	
c 食事	
d トイレの使用	
（合計点）	

療養病棟に入院している患者について①

～医療区分別の患者の入院状況～

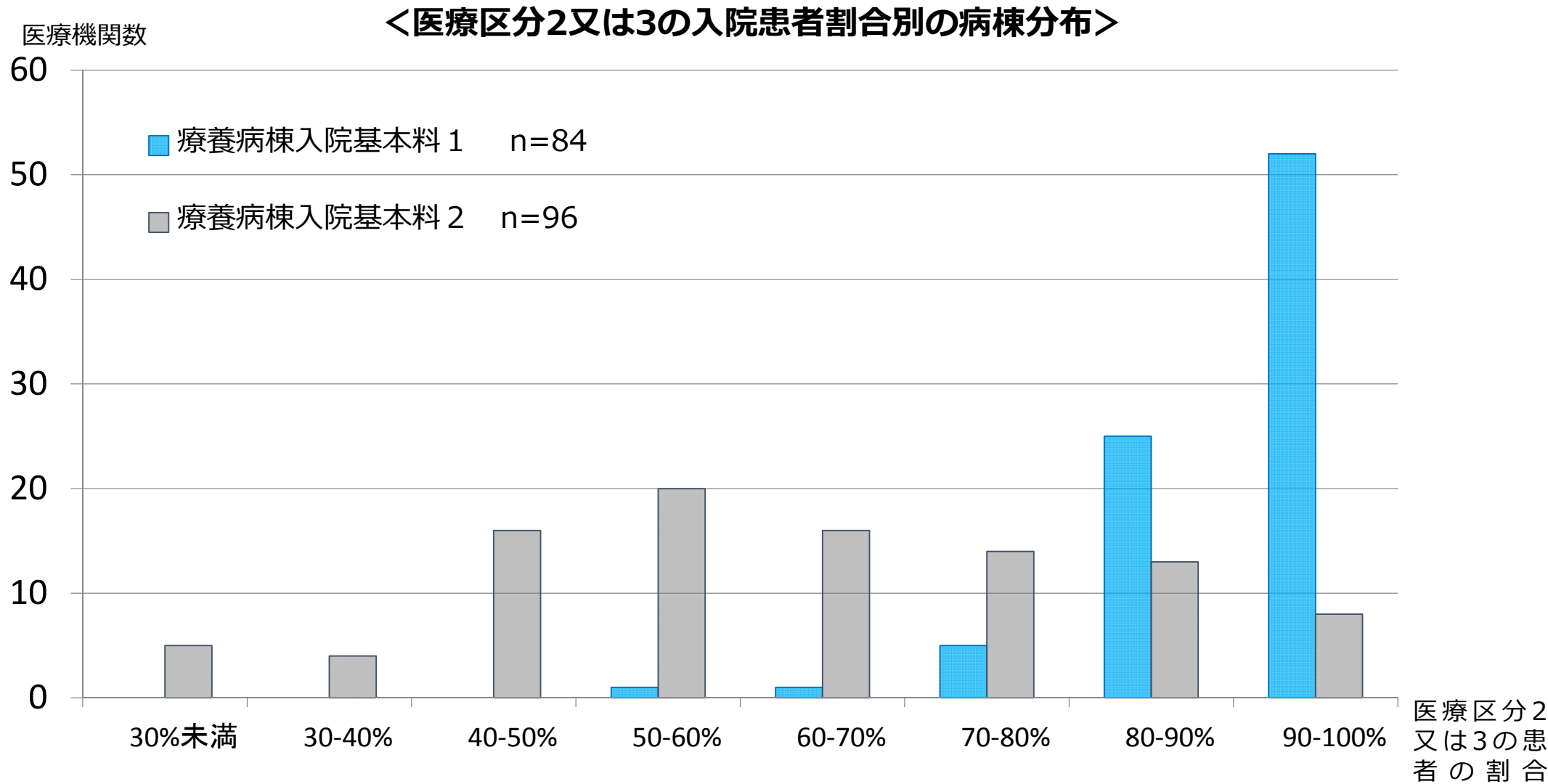
- 療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2ともに医療区分2の患者が最も多い。
- また、療養病棟入院基本料2では、療養病棟入院基本料1と比べて医療区分1の患者が多く、医療区分3の患者が少ない傾向にある。

<医療区分別の入院患者割合>



療養病棟に入院している患者について② ～病棟ごとの医療区分2又は3の入院状況～

- 療養病棟入院基本料1を算定している場合は医療区分2又は3の患者の割合が高い。一方、療養病棟入院基本料2を算定している場合は、当該患者の割合にばらつきがみられる。

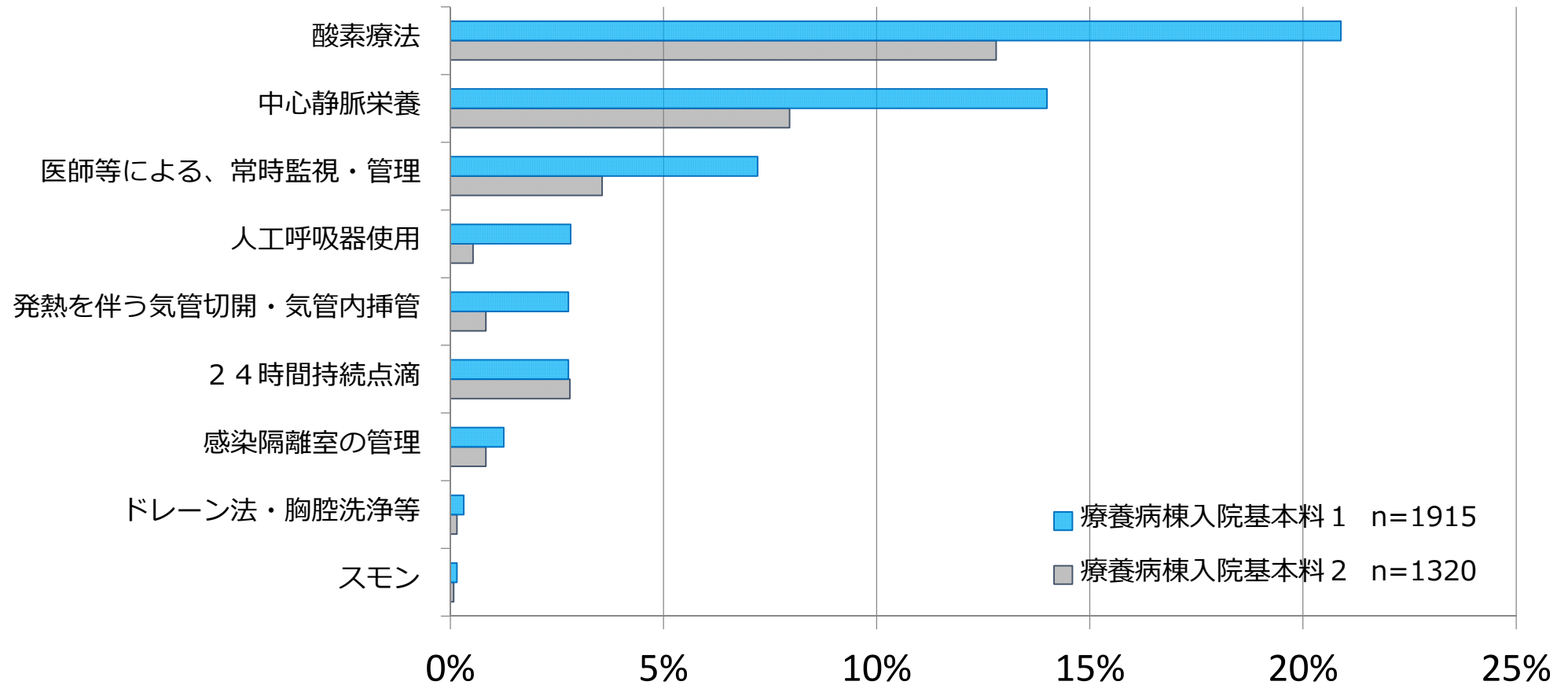


療養病棟に入院している患者について③

～医療区分3の項目別の入院状況～

- 医療区分3のほとんどの項目について、療養病棟入院基本料2よりも療養病棟入院基本料1の方が、該当患者の割合が大きい。

<医療区分3の項目別の該当患者割合>

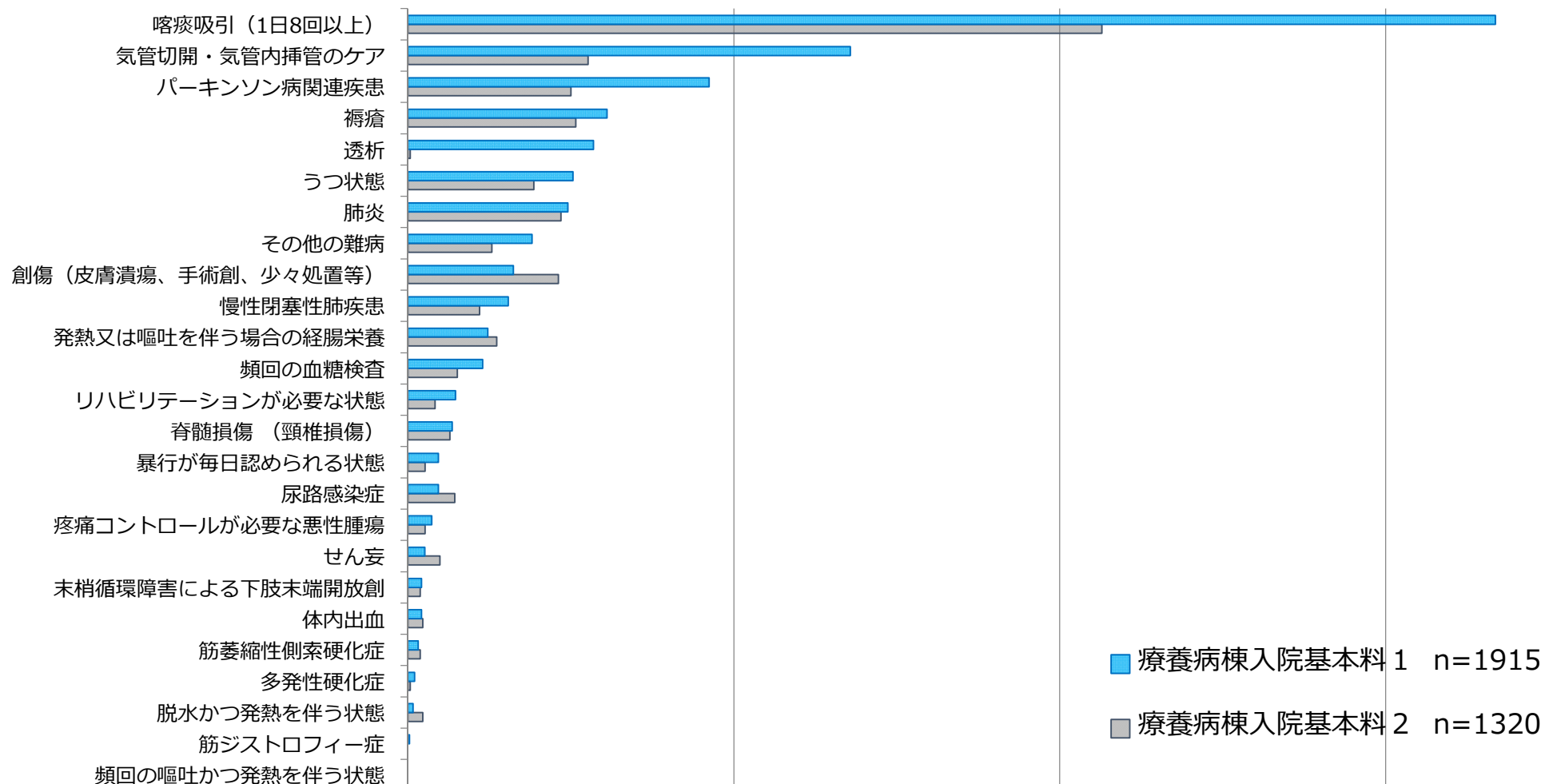


療養病棟に入院している患者について④

～医療区分2の項目別の入院状況～

- 医療区分2の項目については、療養病棟入院基本料 1 と2で概ね同等の割合で該当する項目がある一方、喀痰吸引・気管切開・パーキンソン病関連疾患・透析患者等入院基本料 1 の方が多い項目がある。

<医療区分2の項目別の該当患者割合>



(参考) 介護療養型医療施設に入院している患者の状況

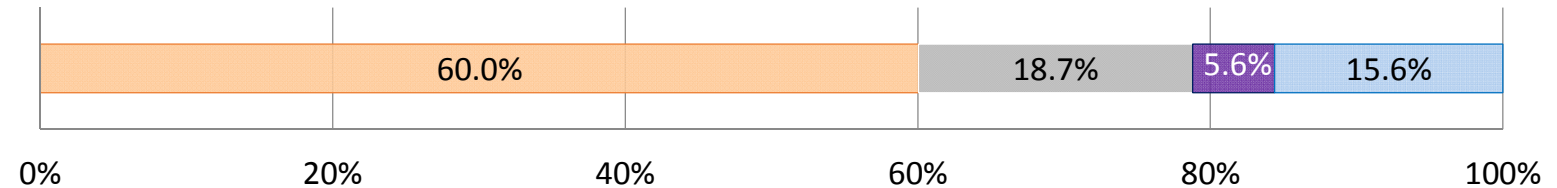
- 介護療養型医療施設においても、医療区分2又は3の患者や医療処置を実施する患者が一定程度存在する。

■ 医療区分別の入院患者割合

n=3506

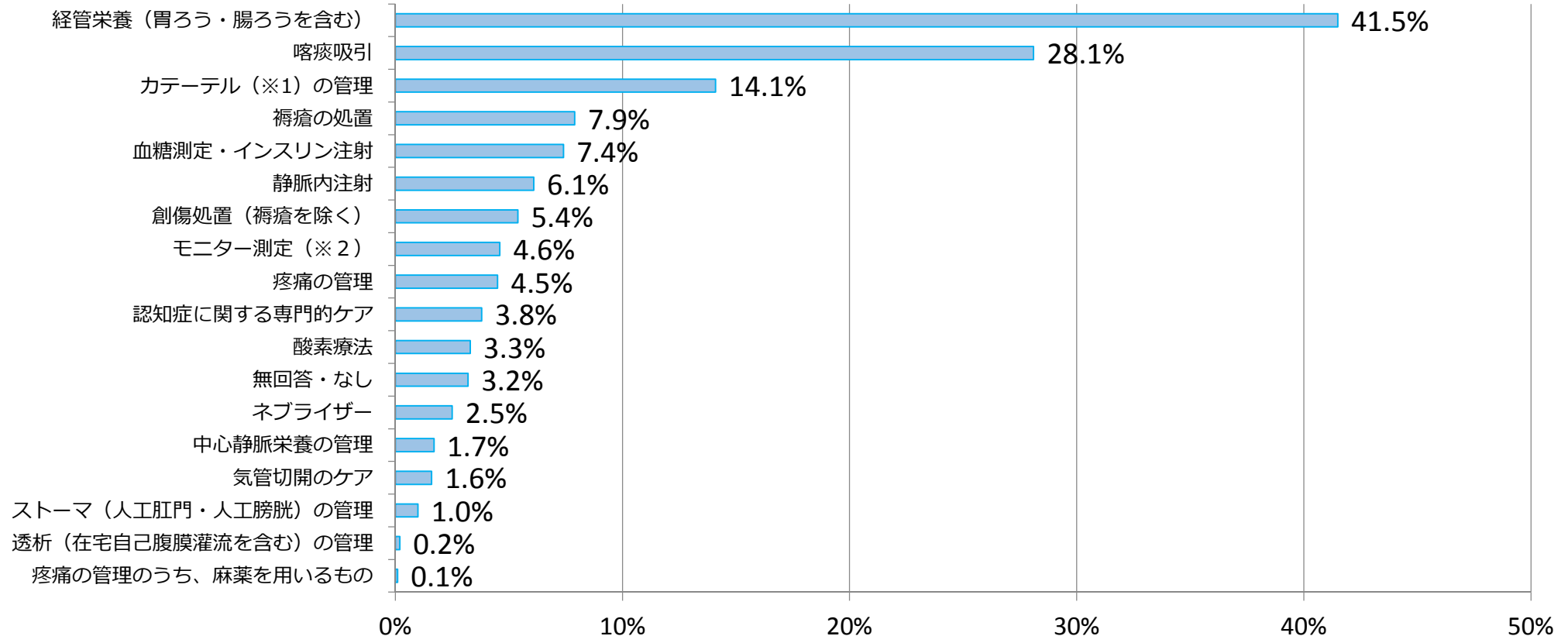
医療区分 1 医療区分 2 医療区分 3 不明・無回答

介護療養型医療施設



■ 実施処置別の患者割合

n=3506



※1 コンドームカテーテル、留置カテーテル等 ※2 血圧、心拍、酸素飽和度等

論点1

介護療養型医療施設が担っている機能を重点的に評価してはどうか。

対応案

以下の要件を満たす介護療養型医療施設を、医療ニーズや看取りへの対応が充実した施設として重点的に評価する。

【要件】

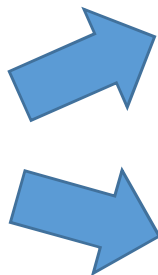
- (1) 入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者が一定割合以上であること。
- (2) 入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること。
- (3) 入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること。
- (4) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。
- (5) 地域に貢献する活動を行っていること。

【改定のイメージ】

(案)

(現行)

介護療養型医療施設



療養機能強化型
介護療養型医療施設(仮称)

※要件1～5をすべて満たす施設

その他の
介護療養型医療施設

※上記以外の施設

(参考) 平成27年度介護報酬改定の概要 (介護療養型医療施設)

- 機能に応じた評価の見直しと基本報酬の見直し
介護療養型医療施設が担っている機能を重点的に評価する。

【例】療養病床を有する病院における介護療養施設サービスのうち看護6:1, 介護4:1

＜療養機能強化型A(多床室)＞

	要介護度1	778 単位／日
	要介護度2	886 単位／日
(新設) ⇒	要介護度3	1,119 単位／日
	要介護度4	1,218 単位／日
	要介護度5	1,307 単位／日

＜療養機能強化型B(多床室)＞

	要介護度1	766 単位／日
	要介護度2	873 単位／日
(新設) ⇒	要介護度3	1,102 単位／日
	要介護度4	1,199 単位／日
	要介護度5	1,287 単位／日

＜療養機能強化型Aの算定要件等＞

- 次のいずれにも適合すること。
 - (1) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること。
 - (2) 算定日が属する月の前三月間における入院患者等のうち、喀痰(かくたん)吸引、経管栄養、又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50以上であること。
- 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10以上であること。
 - (1) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
 - (2) 入院患者又はその家族等の同意を得て、入院患者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
 - (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。
- 地域に貢献する活動を行っていること。
- (療養病床を有する病院)
 - 看護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
 - 介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (療養病床を有する診療所)
 - 看護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
 - 介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。

3. 入院医療等について

III. 慢性期入院医療

- ① 慢性期入院医療における在宅復帰のあり方
- ② 療養病棟における機能に応じた評価のあり方
- ③ 特殊疾患病棟等における機能に応じた評価のあり方

障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

H12 障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

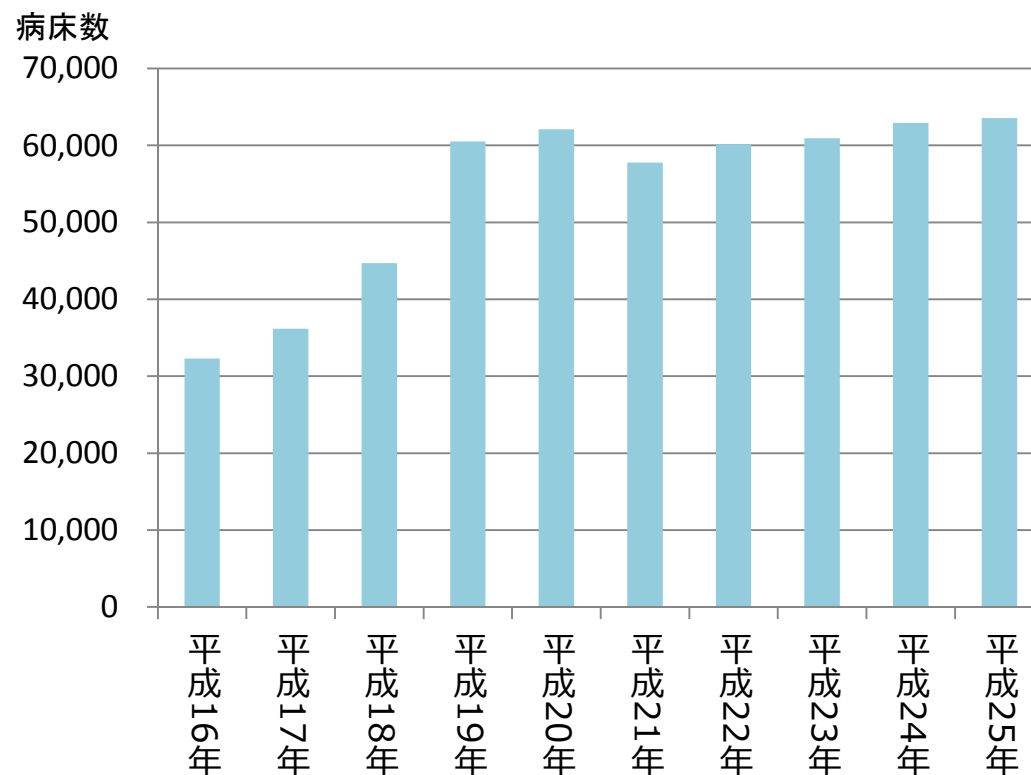
児童福祉法が規定する

- ・肢体不自由児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】

- 重度の肢体不自由児(者)
 - 脊髄損傷等の重度障害者
 - 重度の意識障害者
 - 筋ジストロフィー患者
 - 難病患者等
- これらの患者が概ね7割以上

障害者施設等入院基本料の届出病床数の推移



H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定 (特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H26

<障害者施設等入院基本料の特徴>

個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの係る経緯

H6

特殊疾患療養病棟を新設

H12

特殊疾患入院医療管理料を新設

(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

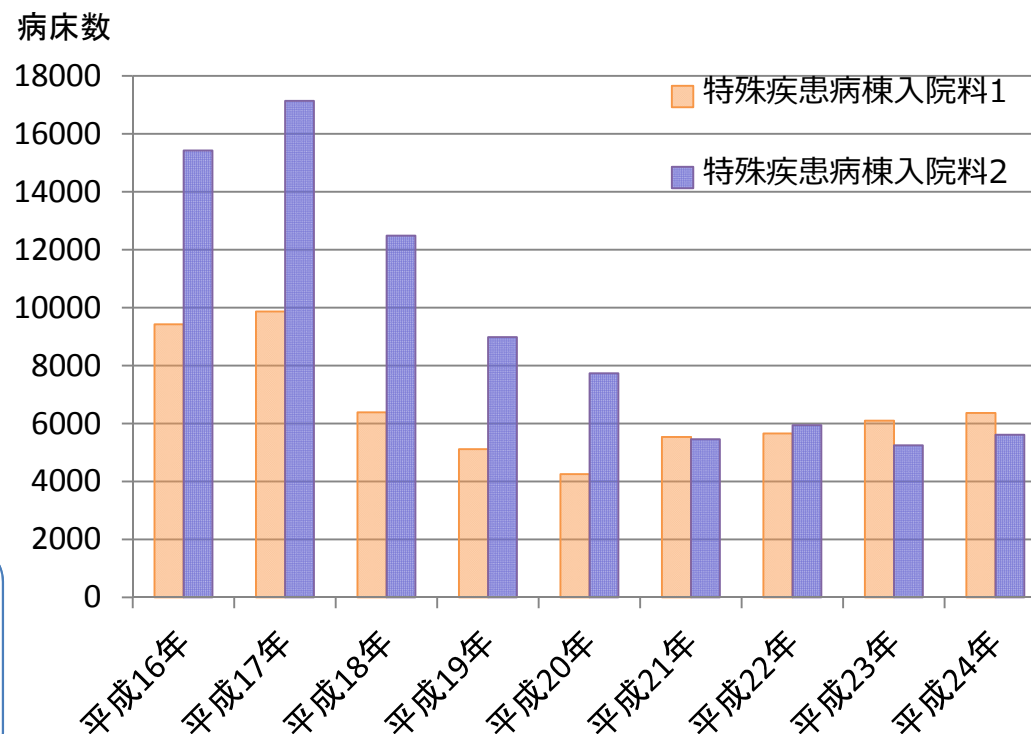
H20

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

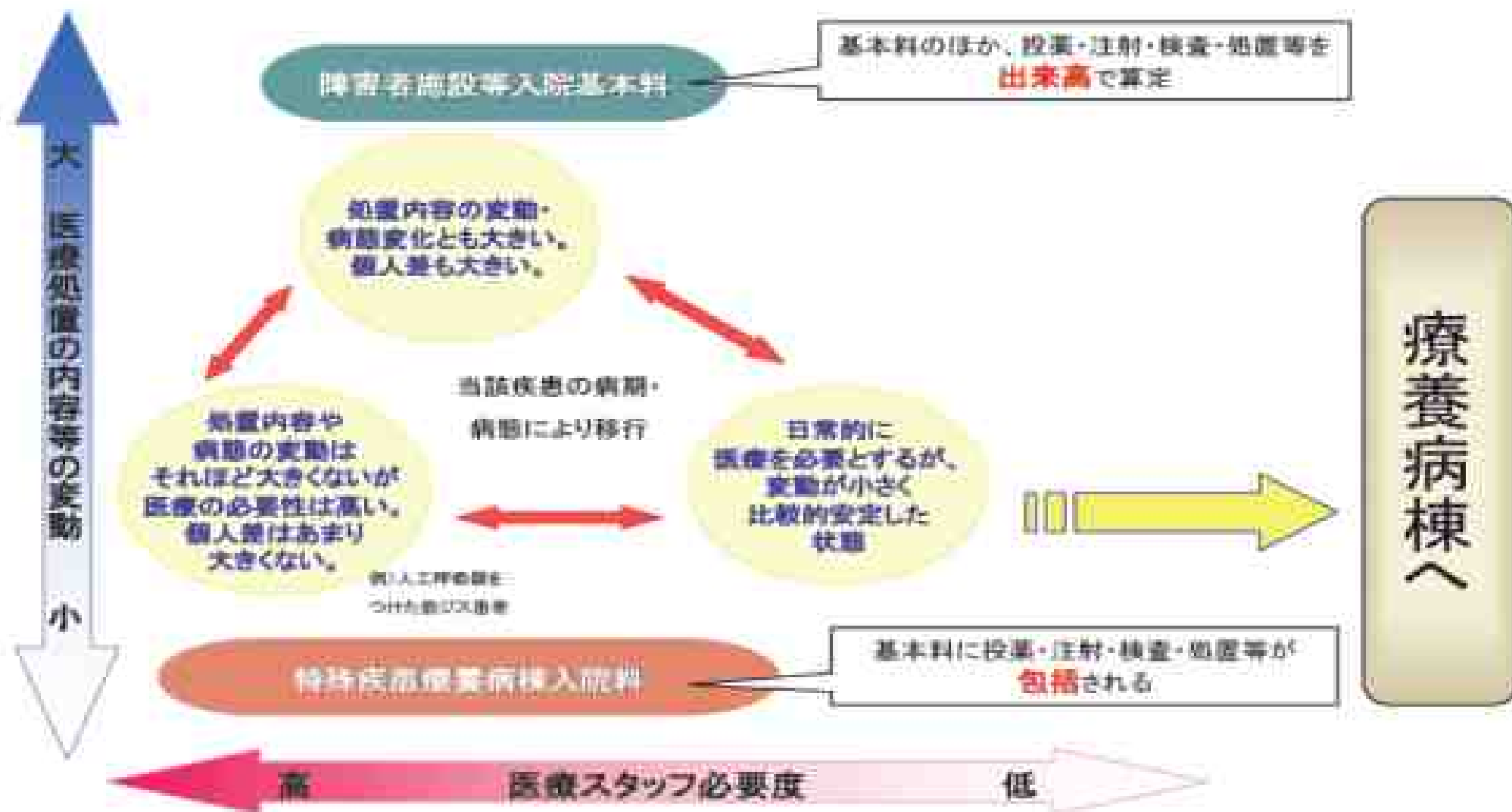
H26

特殊疾患病棟入院料の届出病床数の推移



＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
→投薬・注射・処置等が包括払い

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

障害者施設等入院基本料	特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料	特殊疾患病棟入院料2
○ 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 脊髄損傷等の重傷障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む) ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等) ○ 筋ジストロフィー患者 ○ 難病患者等	○ 脊髄損傷等の重傷障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く) ○ 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む) ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等) ○ 筋ジストロフィー患者 ○ 神経難病患者	○ 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者 ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く
上記患者が概ね7割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)	上記患者が概ね8割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)	上記患者が概ね8割以上 (児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

各病棟における患者の主病名①

- パーキンソン病やアルツハイマー病等の神経系の疾患及び脳血管疾患の患者については、特殊疾患病棟入院料2を除く全ての病棟に入院している。

	療養病棟 入院基本料1 (n=1915)	療養病棟 入院基本料2 (n=1320)	障害者施設等 入院基本料 (n=770)	特殊疾患病棟 入院料1 (n=111)	特殊疾患病棟 入院料2 (n=20)
神経系の疾患	14%	11%	43%	41%	40%
パーキンソン病	7%	4%	8%	10%	0%
アルツハイマー病	2%	3%	1%	3%	0%
てんかん	1%	1%	4%	0%	0%
脳性麻痺及びその他の麻痺 性症候群	1%	0%	14%	1%	40%
自律神経系の障害	0%	0%	0%	0%	0%
その他の神経系の疾患	4%	3%	17%	28%	0%
脳血管疾患	35%	37%	15%	28%	0%
くも膜下出血	3%	3%	2%	5%	0%
脳内出血	7%	9%	4%	11%	0%
脳梗塞	19%	21%	6%	12%	0%
脳動脈硬化(症)	0%	0%	0%	0%	0%
その他の脳血管疾患	6%	4%	3%	0%	0%

各病棟における患者の主病名②

	療養病棟 入院基本料1 (n=1915)	療養病棟 入院基本料2 (n=1320)	障害者施設等 入院基本料 (n=770)	特殊疾患病棟 入院料1 (n=111)	特殊疾患病棟 入院料2 (n=20)
感染症及び寄生虫症	1%	1%	0%	0%	10%
新生物	3%	4%	3%	0%	0%
血液及び造血器の疾患並びに免疫 機構の障害	1%	1%	1%	0%	5%
内分泌、栄養及び代謝疾患	4%	4%	2%	1%	0%
精神及び行動の障害	3%	6%	2%	2%	40%
眼及び付属器の疾患	0%	0%	0%	0%	0%
耳及び乳様突起の疾患	0%	0%	0%	0%	0%
循環器系の疾患 (脳血管以外)	8%	8%	6%	5%	0%
呼吸器系の疾患	10%	9%	8%	1%	0%
消化器系の疾患	2%	2%	2%	0%	0%
皮膚及び皮下組織の疾患	1%	1%	1%	0%	0%
筋骨格系及び結合組織の疾患	4%	6%	5%	5%	0%
腎尿路生殖器系の疾患	7%	1%	3%	1%	0%
先天奇形、変形及び染色体異常	0%	0%	1%	0%	5%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	7%	9%	8%	12%	0%

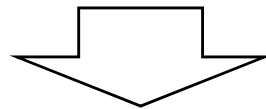
平成25年度入院医療等の調査・評価分科会とりまとめ

(中央社会保険医療協議会 平成25年11月1日資料より一部抜粋)

- 療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料1を算定する病棟の患者の主病名をみると、脳梗塞、脳内出血、その他の神経系の疾患が多い傾向がみられた。
- 特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者像が療養病棟の患者像と類似していたことから、障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、当該病棟等の対象とする患者像や病床の機能について見直すことが必要である。

慢性期入院医療についての課題と論点

- 療養病床では入院受療率や平均在院日数等に大きな地域差がみられることが示されている。
- 療養病棟では、在院日数が長い場合ほど病状の見通しが不変な患者や死亡退院する患者の割合が大きくなる傾向がみられる。また、療養病棟への診療報酬は医療区分に応じた評価とされており、医療区分ごとの受入患者数の割合等には療養病棟入院基本料1と2で違いがみられる。
- 平成26年度診療報酬改定では、在宅復帰機能強化加算を創設するなど在宅復帰を促すための見直しが行われた。また、平成27年度介護報酬改定では、介護療養型医療施設が担っている看取りやターミナルケアを中心とした長期療養及び喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する機能について、新たな要件を設定した上で、重点的な評価が行われた。
- 特殊疾患病棟入院料・障害者施設等入院基本料等においては、その特性に応じた患者が入院できるよう、入院対象患者が定められているが、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病棟の対象患者と重複している場合もある。



【論点】

- 密度の高い医療を要する患者を、病床の機能に応じて適切に受け入れるための、状態像に応じた評価のあり方についてどのように考えるか。また、長期療養を担う病床において、可能な限り在宅復帰を促すための評価のあり方についてどのように考えるか。