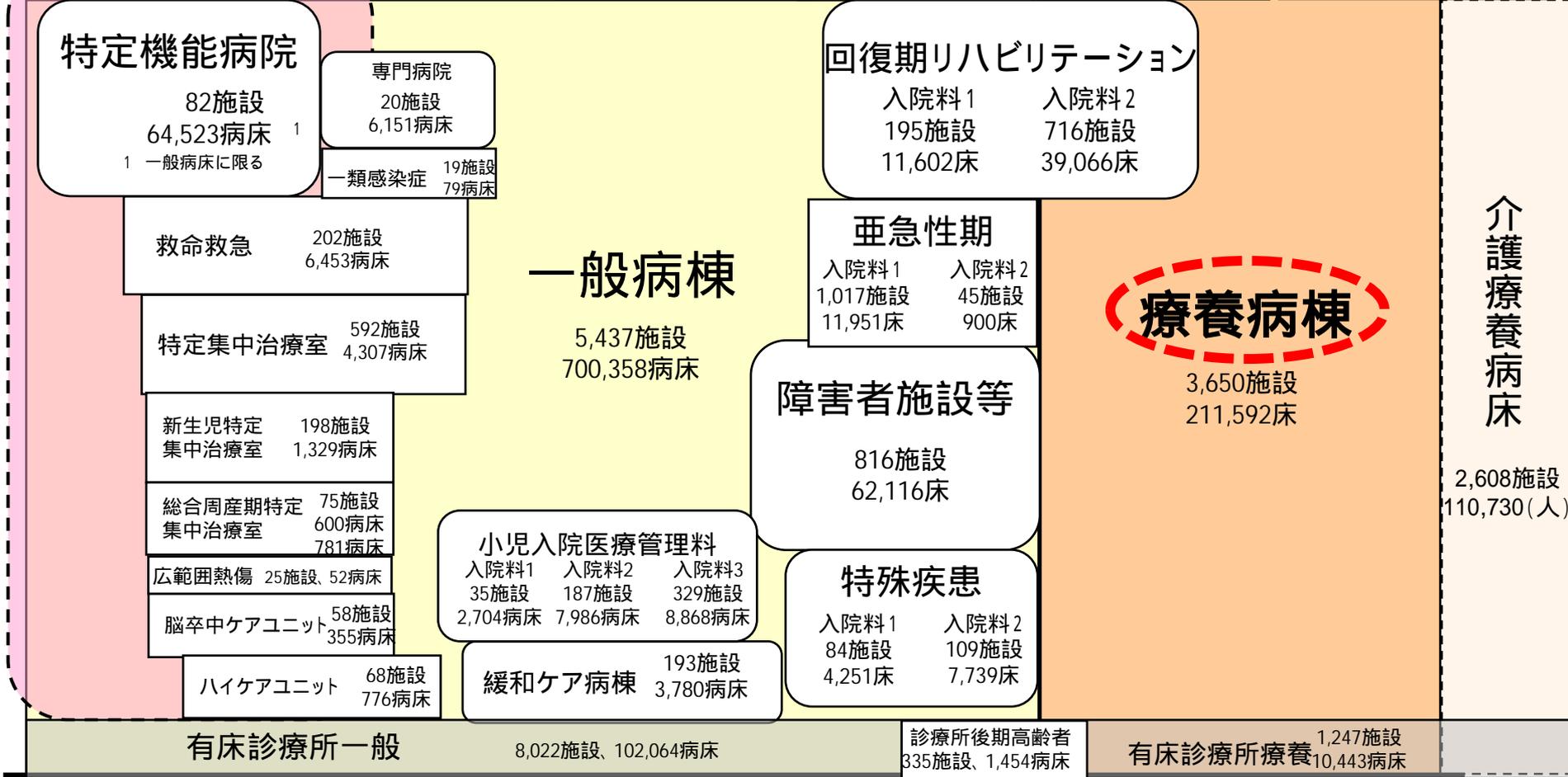
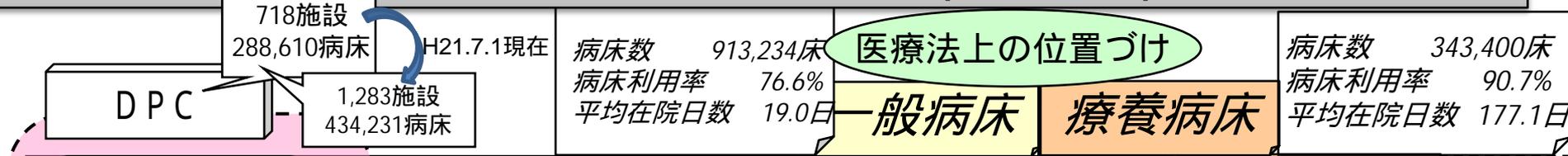


# 療養病棟について

(参考資料)

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)



## 療養病床を巡る経緯

- 1973年(昭和48年) 老人医療費無料化
- 1983年(昭和58年) 老人保健法の制定
- 1984年(昭和59年) 「特例許可老人病棟」の導入、看護補助者の配置
- 1990年(平成2年) ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略)の開始
- 1993年(平成5年) 「療養型病床群」の創設(第2次医療法改正)
- 2000年(平成12年) 介護保険制度の施行
- 2001年(平成13年) 「療養病床」の創設(第4次医療法改正)

## 医療療養病床の診療報酬を巡る議論

- **閣議決定(平成15年3月)**

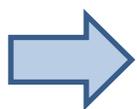
「慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力(ADL)、看護の必要度等に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る。」

- **平成18年度診療報酬改定の基本方針(平成17年11月25日)**

「医療費配分の中で効率化余地があると思われる領域」として「患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方」が例示。

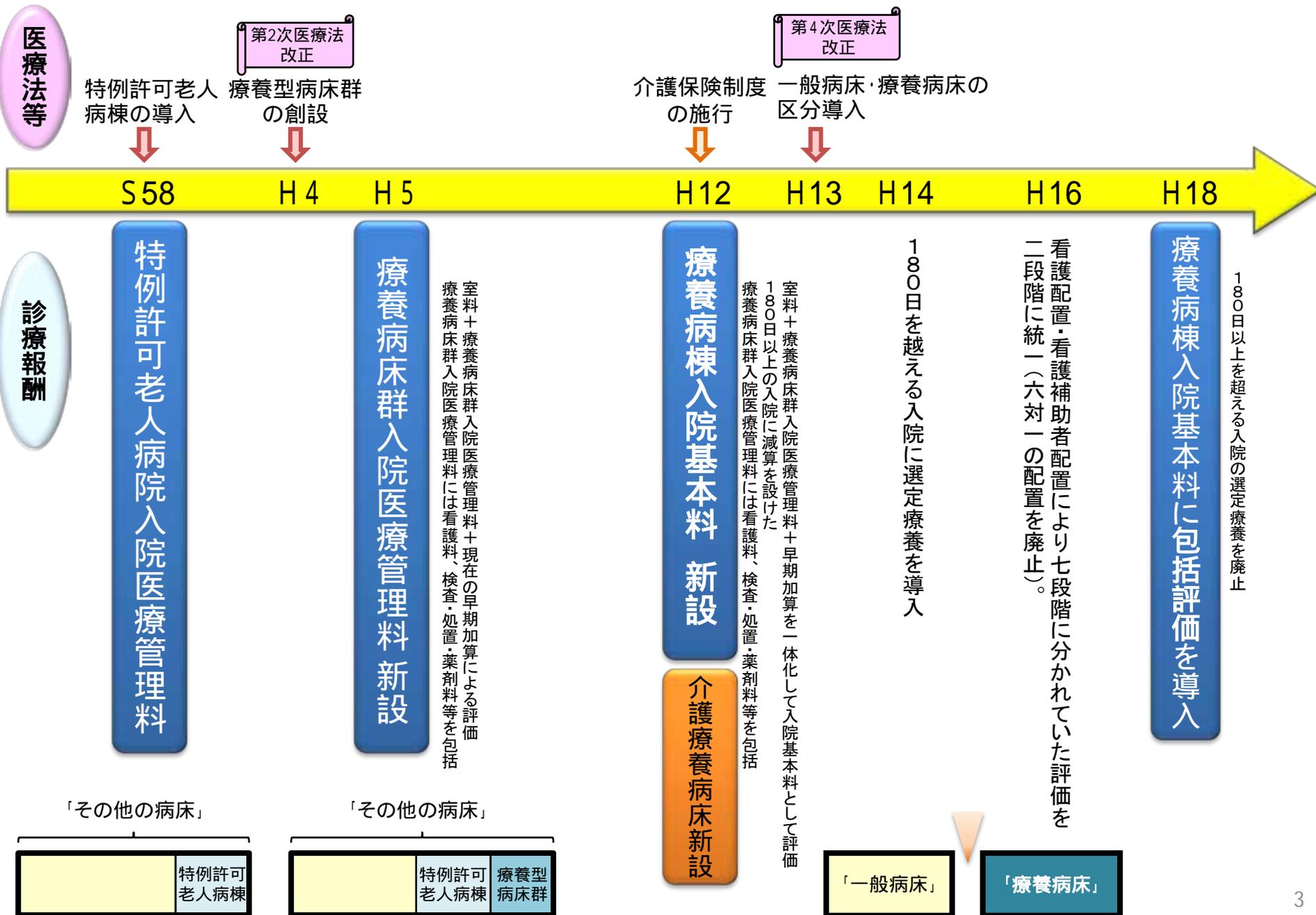
- **医療制度改革大綱(平成17年12月1日)**

「慢性期入院医療等の効率化の余地があると思われる領域については、適正化を図る。」



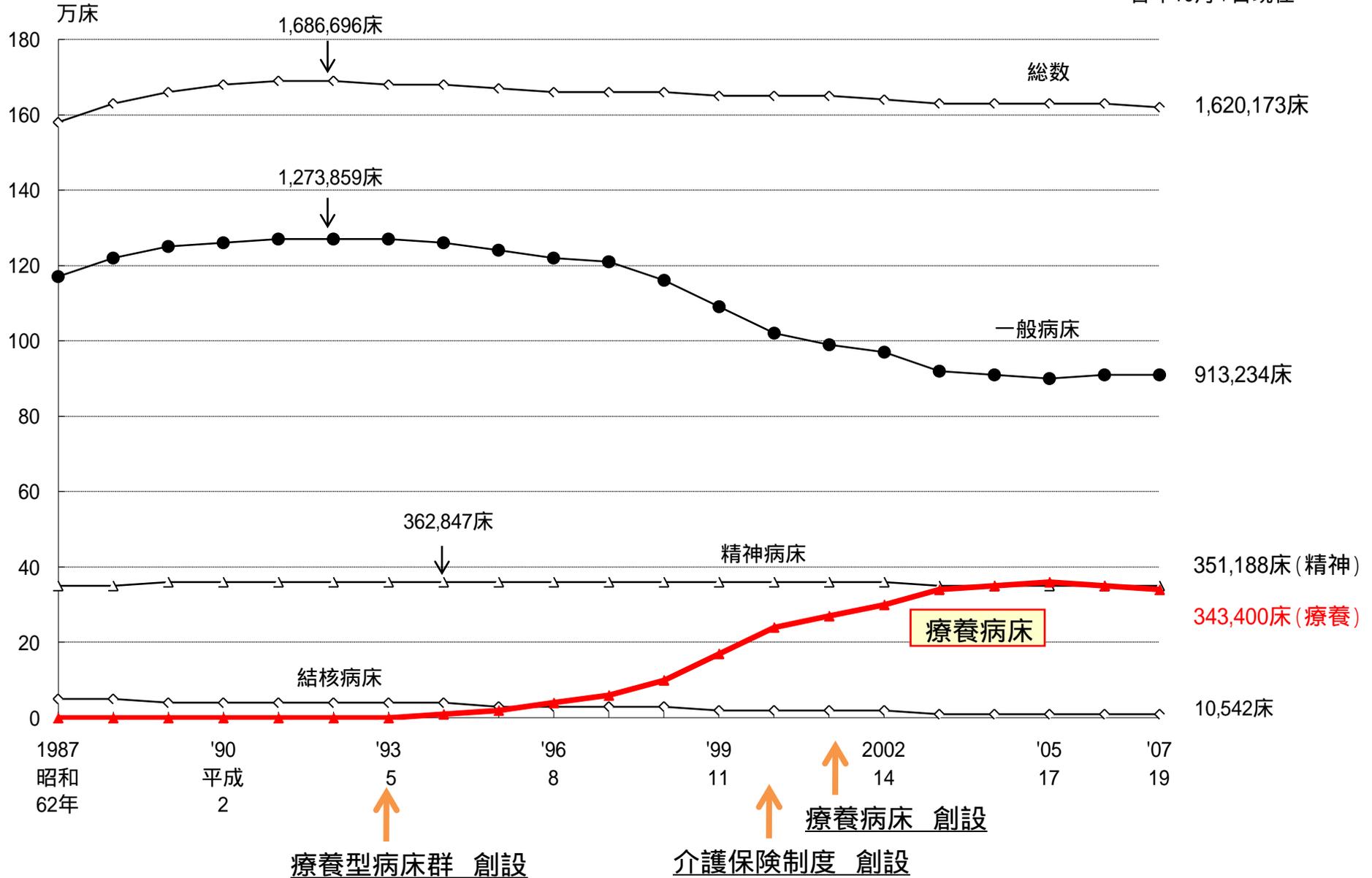
- ・ 医療の必要性が高い患者 → 医療療養病床へ
- ・ 医療の必要性よりもむしろ介護の必要度が高い患者 → 老健施設等へ

# 療養病床の評価の変遷



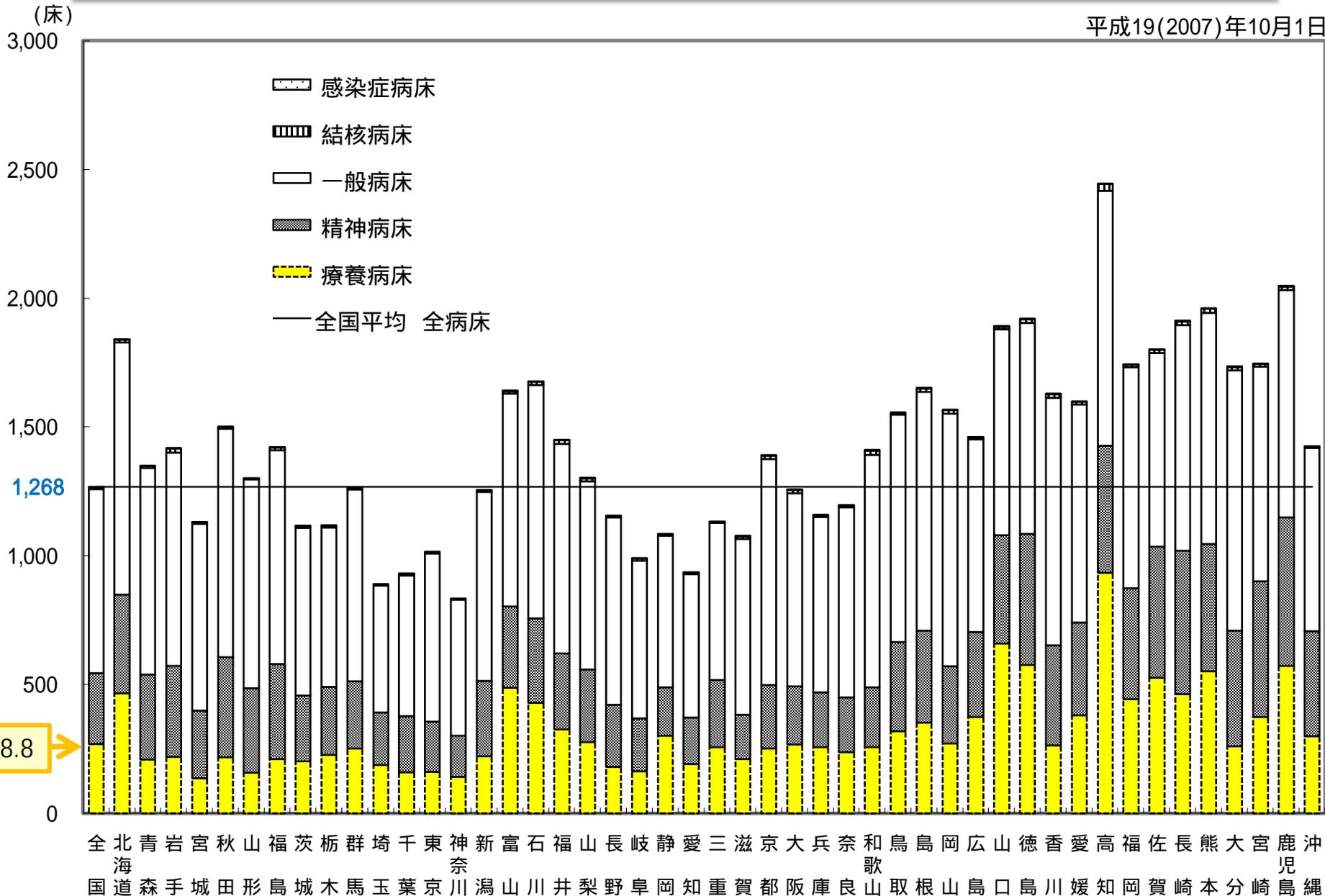
# 病院病床数の推移

各年10月1日現在



# 都道府県別人口10万対療養病床数(一般病床等との比較)

平成19(2007)年10月1日



# 医療療養病床の施設基準等 (介護保険施設との比較)

	医療療養 病床	介護療養 病床	経過型 介護療養型 医療施設	介護療養型 老人保健 施設	老人保健 施設
ベッド数	約25万床	約10万床	- (10施設)	約1300床 <sup>3</sup> (H20.5創設)	約31万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修まで は6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な 1人当たり 費用額 <sup>1</sup>	約49万円	約41.6万円	約38.6万円	約37.2万円 <sup>2</sup>	約31.9万円
人員配置 (60床当たり)	医師 3人 看護職員 12人 介護職員 12人	医師 3人 看護職員10人 介護職員10人 介護15人まで評 価した報酬あり。	医師 2人 看護職員10人 介護職員15人	医師 1人 + 看護職員10人 介護職員10人 介護15人まで評価 した報酬あり。	医師 1人 看護職員 6人 介護職員14人



1 多床室 甲地 の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

2 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

3 平成21年6月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

# 療養病棟入院基本料における患者分類について

## (1) 患者分類の妥当性について

患者分類は、医療区分及びADL区分を組合わせた9のケースミックス分類であり、慢性期入院医療の包括評価に採用されている。もともと、当分科会の提案により平成18年度診療報酬改定で導入され、平成20年度診療報酬改定に際して部分的な修正が行われたものである。

その妥当性について、当分科会は以前に、「18年度慢性期調査」の結果に基づいて「概ね妥当である」<sup>1</sup>と評価した。

「20年度慢性期調査」ではタイムスタディ調査を実施していないが、平成20年度診療報酬改定の際に医療区分採用項目にほとんど変更を加えていないことから、現在においても9分類の基本骨格の妥当性は維持されていると考えられる。

いずれにしても、高齢化の進展や医療技術の進歩等を勘案しながら、医療区分採用項目の該当状況、その経年変化や、多項目該当<sup>2</sup>の場合等に関する調査を今後も引き続き実施していく必要がある。

1 「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書」(平成19年8月8日)の「4.(2) 概括的評価」において、「医療区分及びADL区分については、診療報酬改定後もタイムスタディ調査による患者1人1日当たりの直接ケア時間の順序性が保持されていることが明らかとなったこと等から、概ね妥当であると考えられた。」と記載。

2 現行の診療報酬では、1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分で療養病棟入院基本料を算定することとされている。

(平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書 より抜粋)

# 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】

・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・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  
・せん妄の兆候 ・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  
・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック  
・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

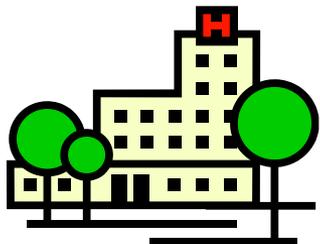
# ADL区分

0	<b>自立</b>	手助け、準備、観察は不要又は1～2回のみ
1	<b>準備のみ</b>	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2	<b>観察</b>	見守り、励まし、誘導が3回以上
3	<b>部分的な援助</b>	動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4	<b>広範な援助</b>	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(例えば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5	<b>最大の援助</b>	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6	<b>全面依存</b>	まる3日間すべての面で他者が全面援助した(及び本動作は一度もなかった場合)

6段階で評価し合計  
各項目について

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

ADL区分	ADL得点
1	0～10
2	11～22
3	23～24



# 療養病棟入院基本料

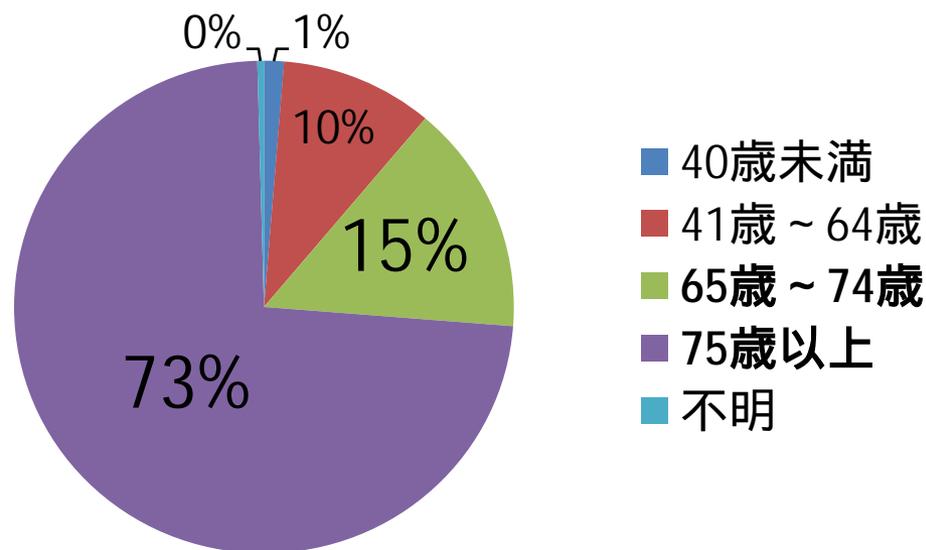
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885 (入院基本料D)	1,320 (入院基本料B)	1,709 (入院基本料A)
ADL区分2	750 (入院基本料E)		
ADL区分1		1,198 (入院基本料C)	

(単位:点)

# 療養病棟入院患者の年齢構成

	医療区分1 (n=2,543)		医療区分2 (n=3,820)		医療区分3 (n=1,563)		合計 (n=7,926)	
40歳未満	41	1.6%	45	1.2%	16	1.0%	102	1.3%
40歳～65歳未満	263	10.3%	390	10.2%	130	8.3%	783	9.9%
65歳～75歳未満	344	13.5%	633	16.6%	218	13.9%	1,195	15.1%
75歳以上	1,878	73.8%	2,742	71.8%	1,192	76.3%	5,812	73.3%
無回答	17	0.7%	10	0.3%	7	0.4%	34	0.4%

病院の医療療養病床では  
65歳以上の入院患者が  
約9割を占める。

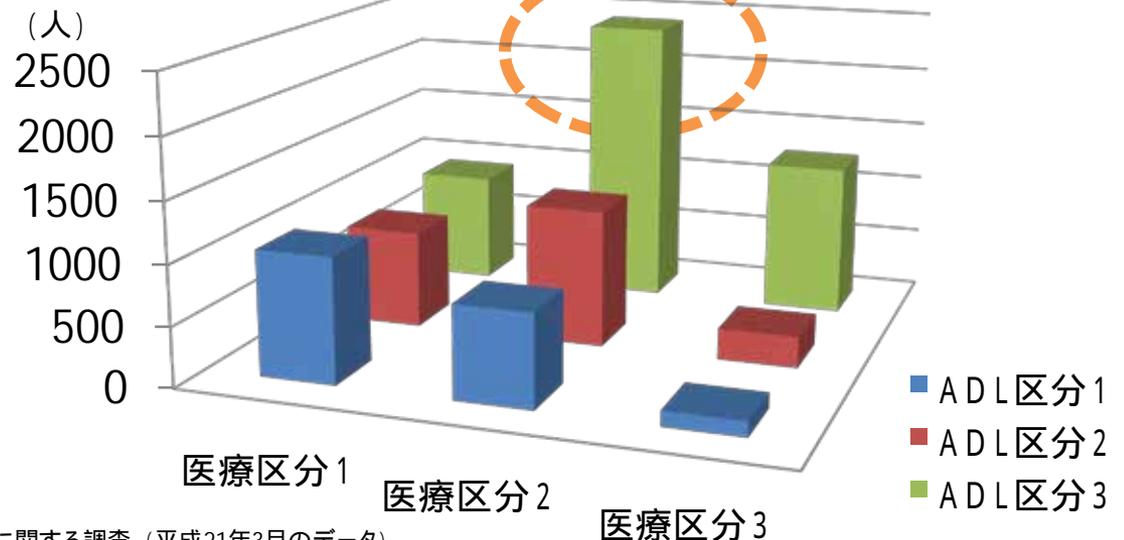


# 病院の療養病床における患者分類の状況 (136病院のデータ)

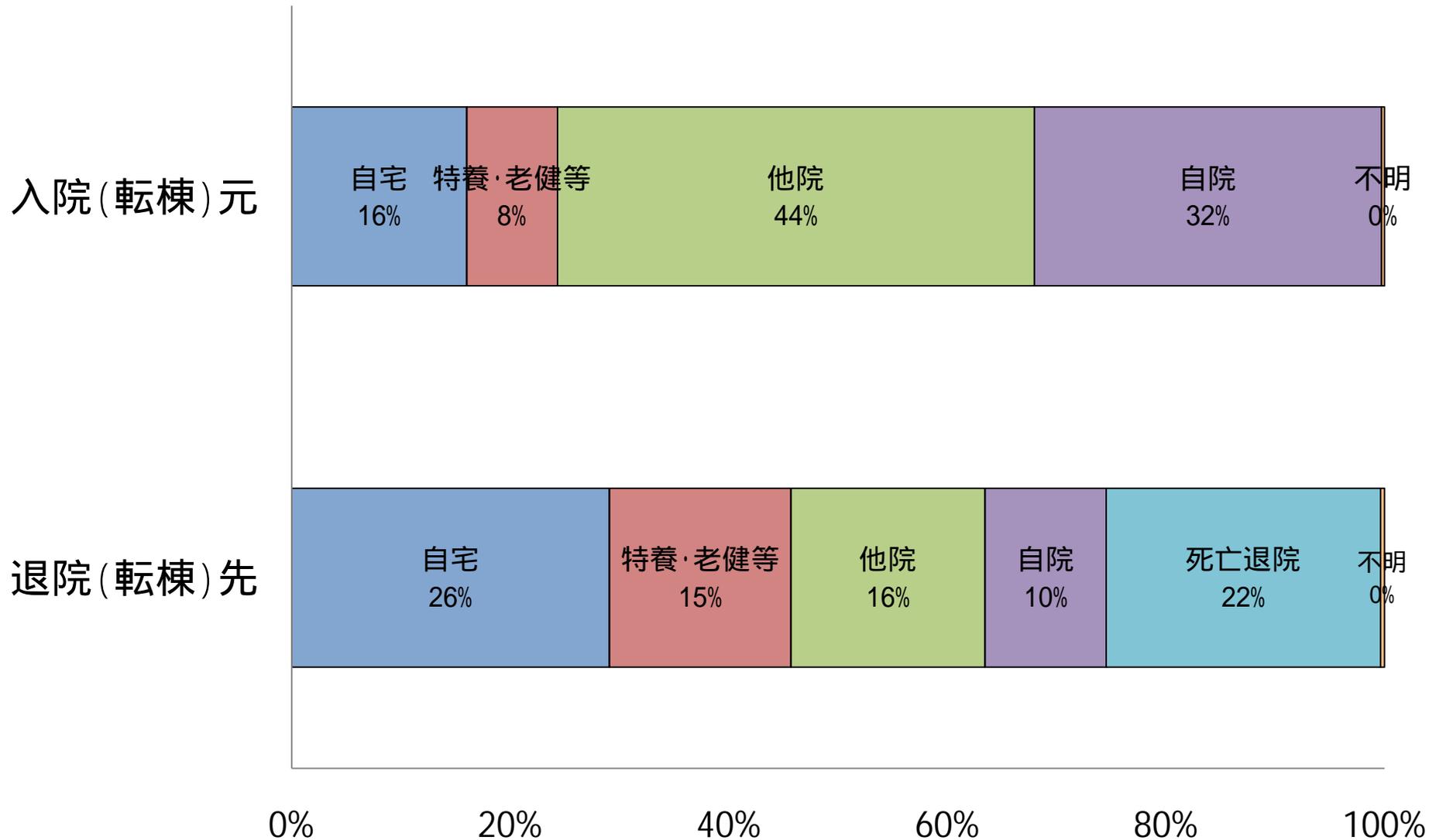
< 病院 >	医療区分1 (n=2,498)	医療区分2 (n=3,781)	医療区分3 (n=1,550)	全体 (n=7,829)
ADL区分3	10.4%	26.4%	15.0%	<b>51.8%</b>
ADL区分2	9.5%	13.0%	3.3%	<b>25.8%</b>
ADL区分1	11.9%	8.9%	1.5%	<b>22.4%</b>
全体	<b>31.9%</b>	<b>48.3%</b>	<b>19.8%</b>	100.0%
無回答(n)	(45)	(39)	(13)	(97)

医療区分1～3の構成比は  
概ね3:5:2

9分類のうち  
医療区分2・ADL区分3が  
最多(全体の約3割)



# 病院の医療療養病床の入退院の状況



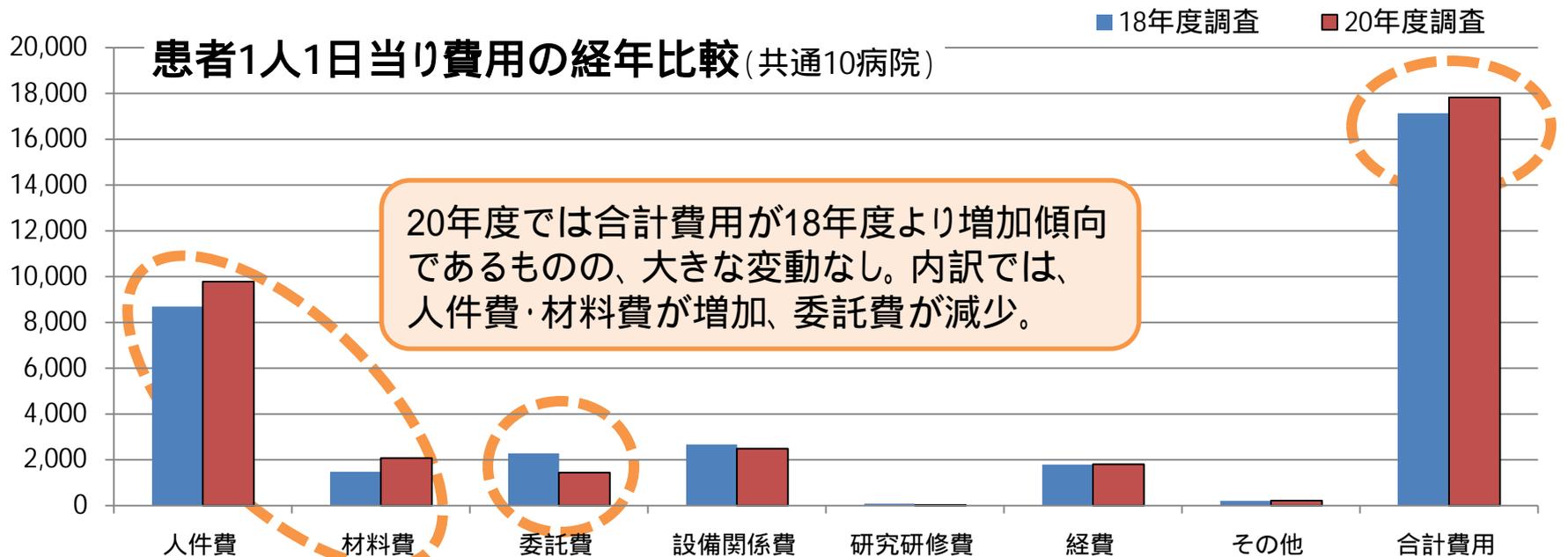
注)「他院」には、同一法人内の他医療機関を含む。

出典:厚生労働省保険局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(平成21年3月の施設特性調査データ)

# 医療療養病床における患者1人1日当り費用

	人件費	材料費	委託費	設備 関係費	研究 研修費	経費	その他	合計費用
20年度調査 (全44病院)	10,841	1,885	1,399	1,742	51	1,527	290	17,735
	61.1%	10.6%	7.9%	9.8%	0.3%	8.6%	1.6%	100.0%

	人件費	材料費	委託費	設備 関係費	研究 研修費	経費	その他	合計費用
20年度調査 (共通10病院)	9,780	2,068	1,451	2,492	32	1,803	214	17,840
	54.8%	11.6%	8.1%	14.0%	0.2%	10.1%	1.2%	100.0%
18年度調査 (共通10病院)	8,675	1,471	2,267	2,652	75	1,778	200	17,118
	50.7%	8.6%	13.2%	15.5%	0.4%	10.4%	1.2%	100.0%

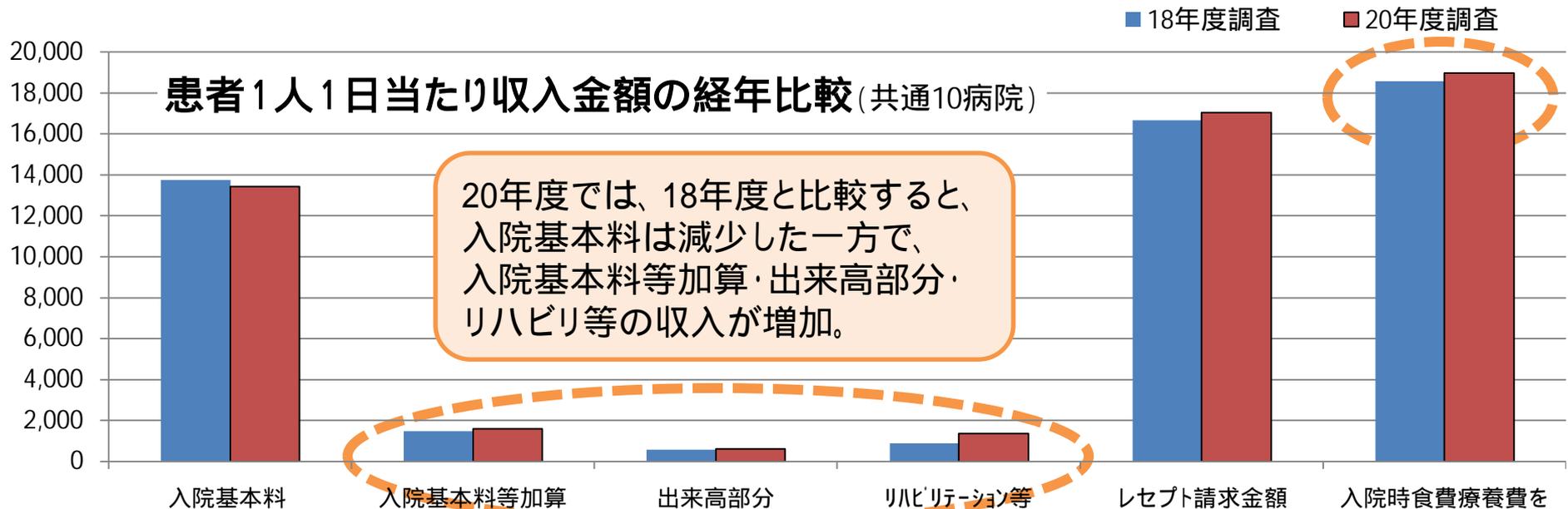


# 医療療養病床における患者1人1日当たり収入

	入院基本料	入院基本料等加算	出来高部分	リハビリテーション等	レセプト請求金額	入院時食事療養費を加えた場合の収入
20年度調査 (全66病院)	12,883	1,510	920	887	16,200	18,120

	入院基本料	入院基本料等加算	出来高部分	リハビリテーション等	レセプト請求金額	入院時食事療養費を加えた場合の収入
20年度調査 (共通10病院)	13,431	1,608	625	1,374	17,037	18,957
18年度調査 (共通10病院)	13,756	1,463	572	879	16,670	18,590

【備考】入院時食事療養費は、1食につき640円とし、1日当たり1,920円とした。なお、上記の収入には、差額ベッド代などの保険外収入は含まれていない。



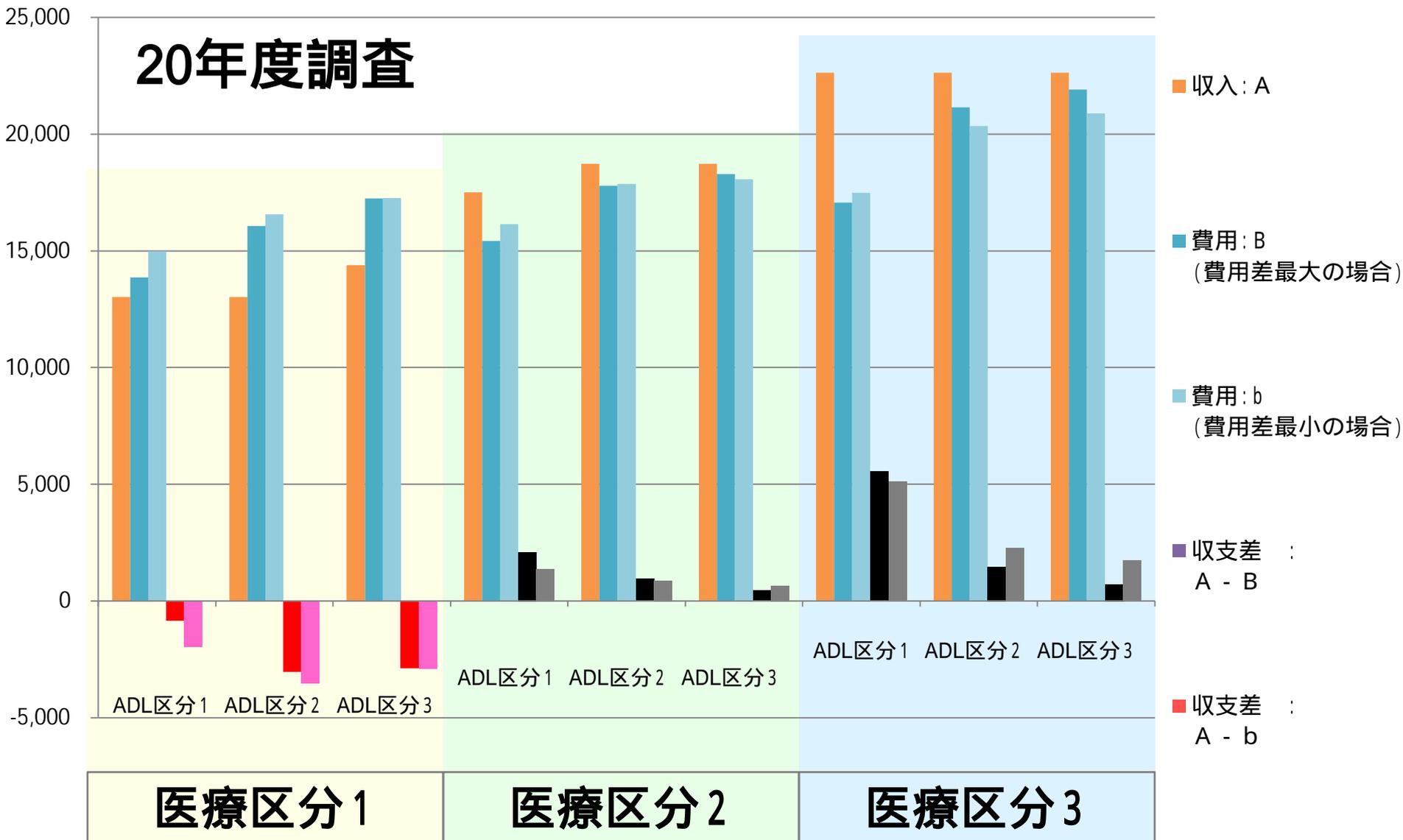
# 医療療養病床における患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差 (数値編)

<収支差>	20年度調査 (共通10病院)			18年度調査 (共通10病院)		
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	-2,872 ~ -2,887	451 ~ 661	710 ~ 1,745	-2,944 ~ -2,958	775 ~ 952	1,463 ~ 2,373
ADL区分2	-3,034 ~ -3,532	946 ~ 866	1,483 ~ 2,272	-3,049 ~ -3,478	1,255 ~ 1,194	2,118 ~ 2,823
ADL区分1	-829 ~ -1,952	2,095 ~ 1,369	5,563 ~ 5,127	-1,086 ~ -2,076	2,089 ~ 1,453	5,746 ~ 5,368

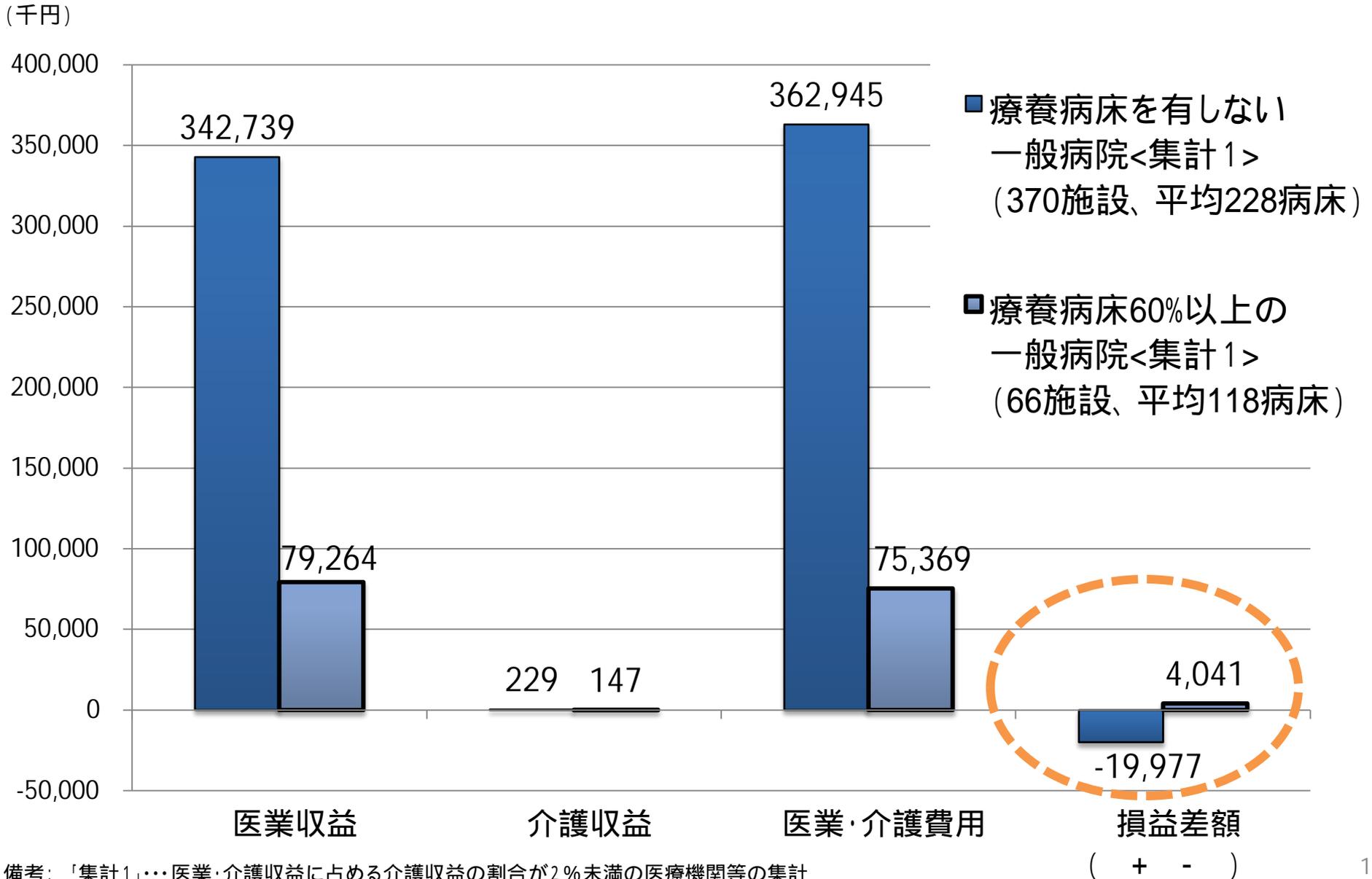
(単位:円)

(注)【上段】収支差 (費用差最大): 各区分の person fee の差が最大になると仮定した場合の収支差  
 【下段】収支差 (費用差最小): 各区分の person fee の差が最小になると仮定した場合の収支差

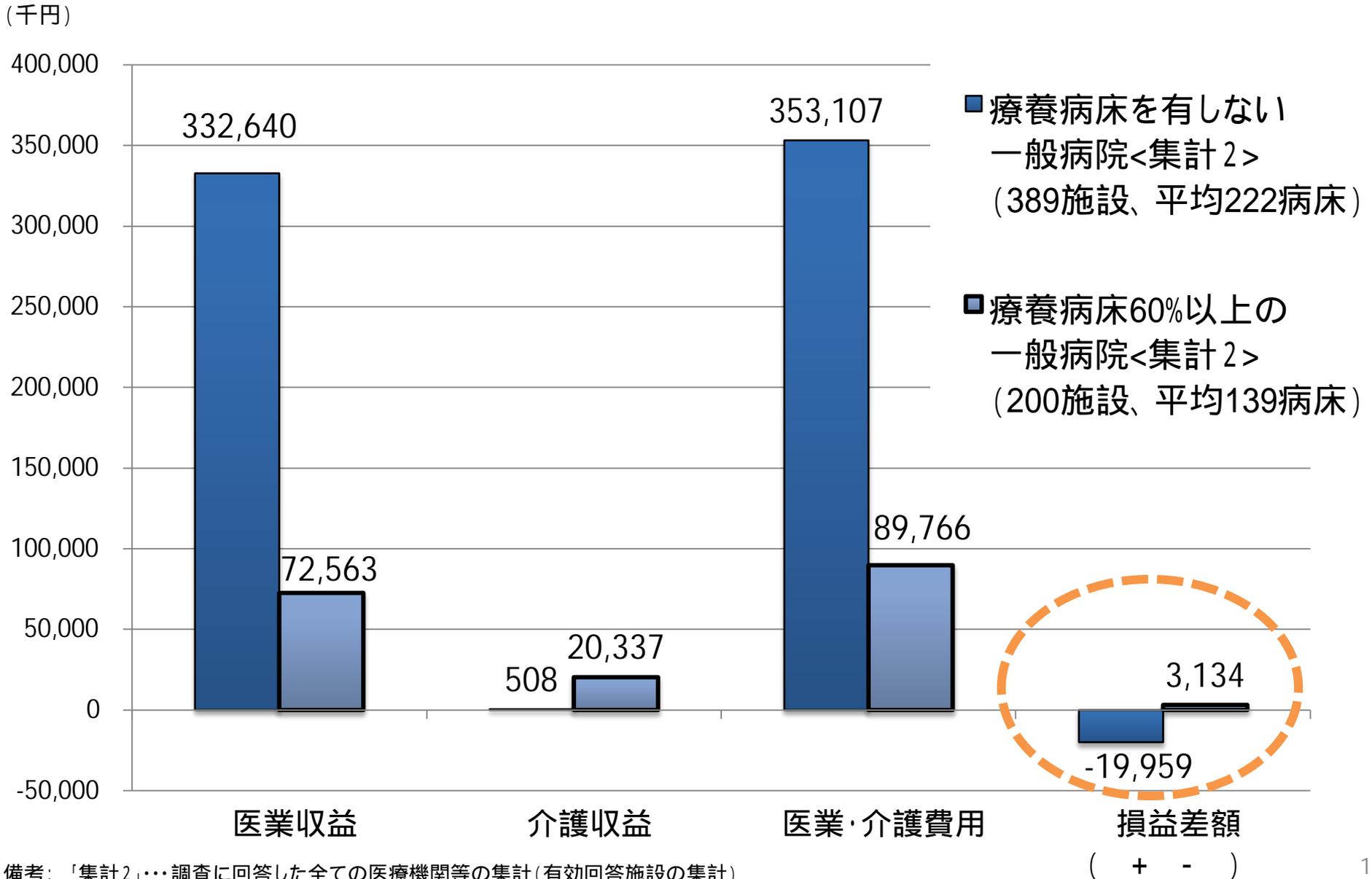
# 医療療養病床における患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差 (グラフ編)



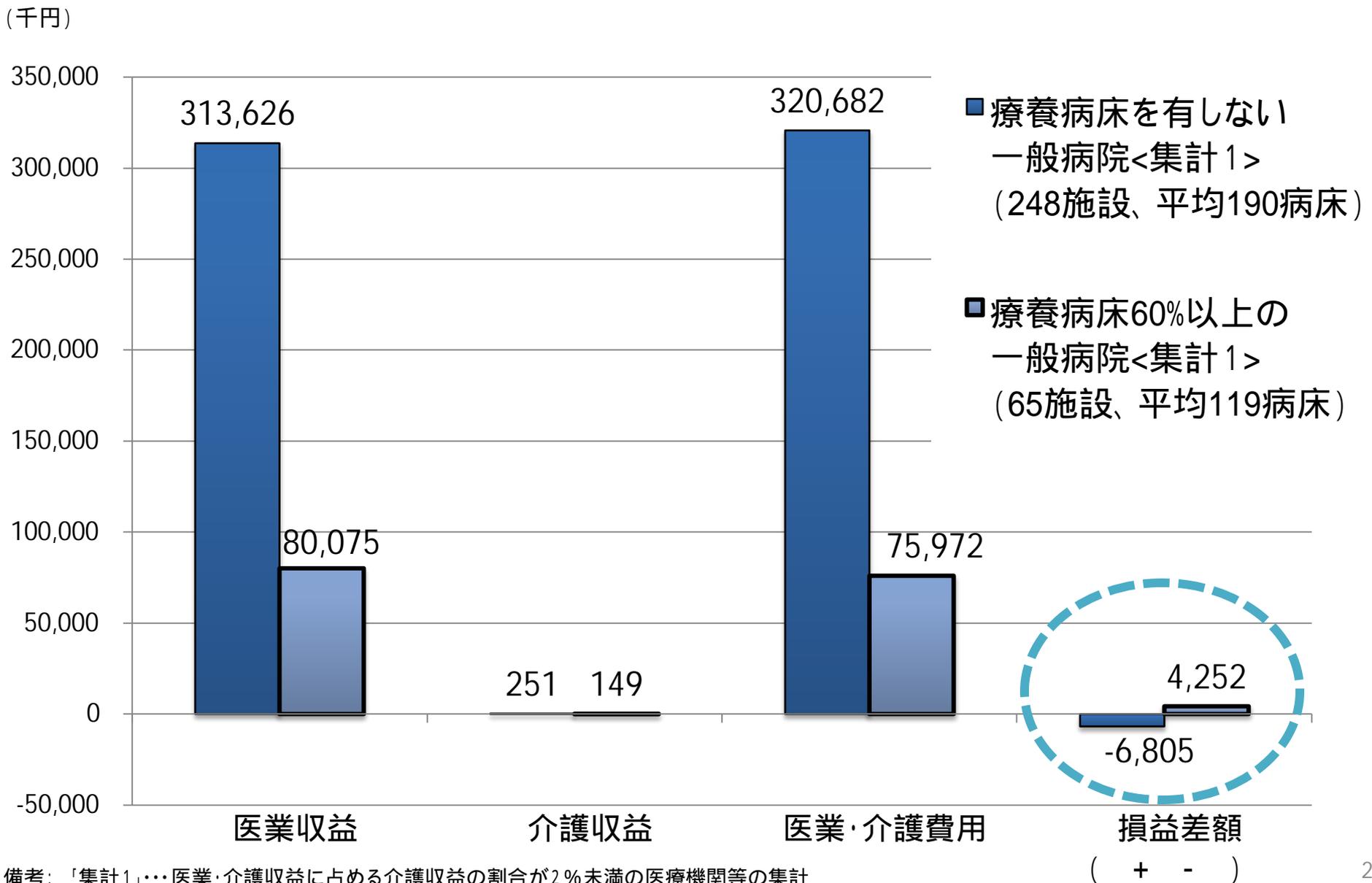
# 療養病床の有無と損益状況<集計1>



# 療養病床の有無と損益状況<集計2>

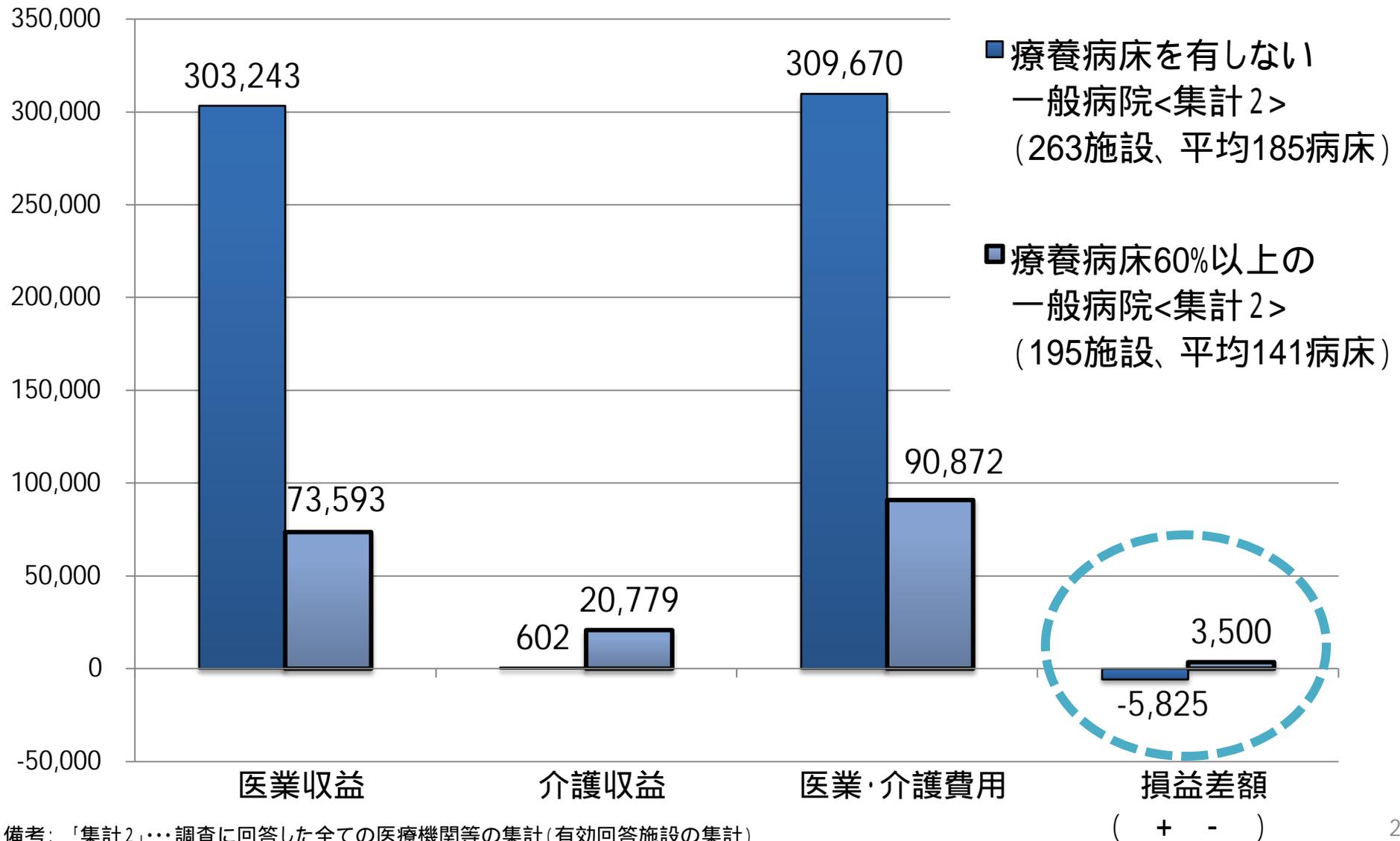


# 療養病床の有無と損益状況<集計1：国公立を除く>



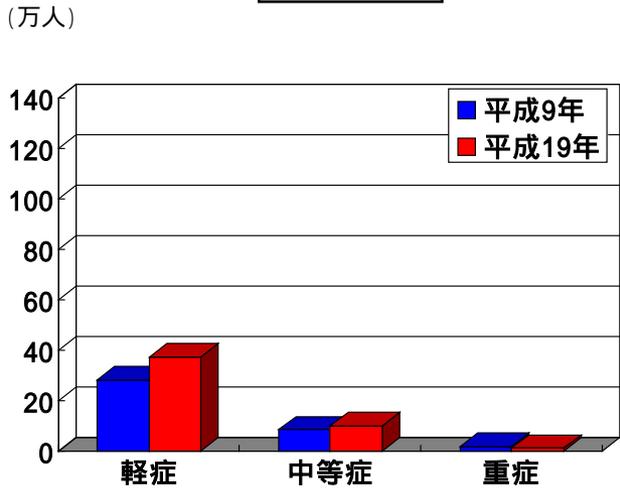
# 療養病床の有無と損益状況<集計2：国公立を除く>

(千円)

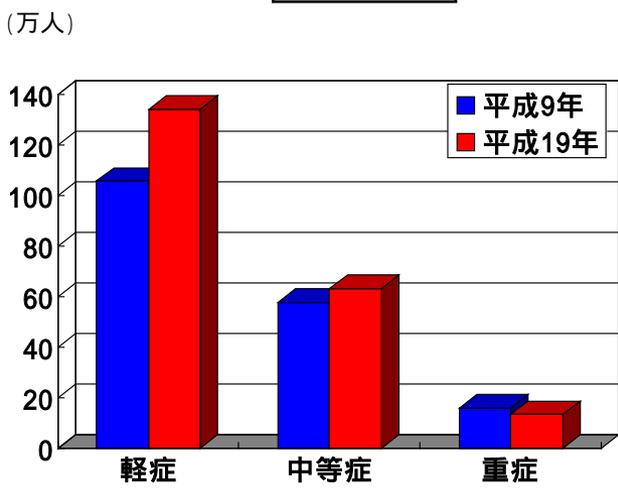


# 10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重傷度別)

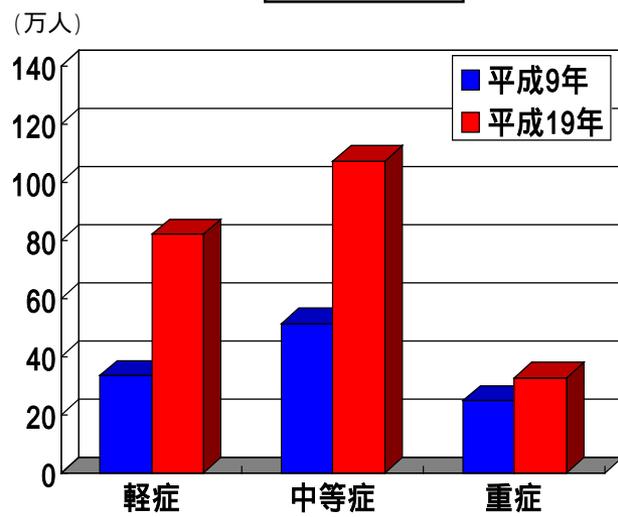
小児



成人



高齢者



平成9年中

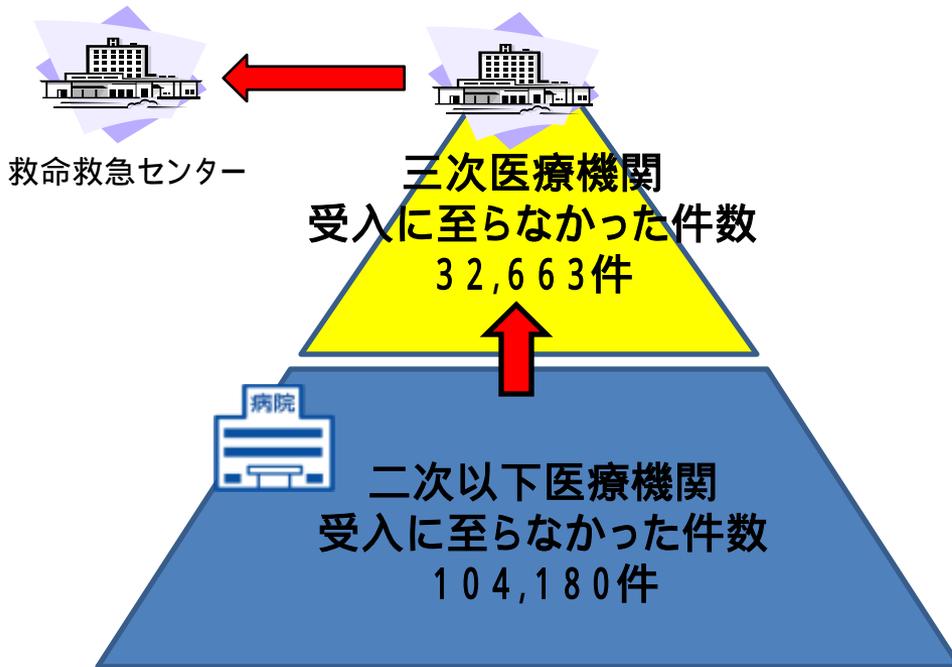
	小児	成人	高齢者
全体			
重症	1.9万人	16.1万人	24.9万人
中等症	8.5万人	57.7万人	51.4万人
軽症	28.2万人	105.7万人	33.4万人

平成19年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体			
重症	1.2万人 0.7万人減 - 37%	13.6万人 2.5万人減 - 16%	32.8万人 7.9万人増 + 31%
中等症	10万人 1.5万人増 + 17%	63.3万人 5.6万人増 + 9%	107.2万人 55.8万人増 + 108%
軽症	37.3万人 9.1万人増 + 32%	133.9万人 28.2万人増 + 26%	82.1万人 48.7万人 + 145%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

# 最終的に救命救急センター等で受け入れに至った事案について、 途中の照会で二次救急医療機関と三次医療機関で受け入れに至らなかった理由



- 三次医療機関における理由
- ・手術中・患者対応中 32.6%
  - ・ベッド満床 25.0%
  - ・処置困難 11.2%

- 二次以下医療機関における理由
- ・処置困難 23.6%
  - ・専門外 18.8%
  - ・手術中・患者対応中 14.5%
  - ・ベッド満床 12.7%

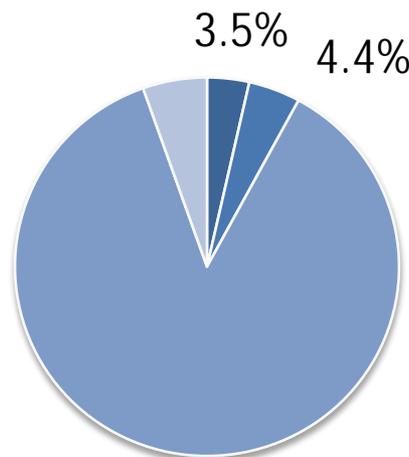


病院区分等		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	合計
二次以下	件数	15,105	13,268	24,554	19,636	5,962	265	25,390	104,180
	割合	14.5%	12.7%	23.6%	18.8%	5.7%	0.3%	24.4%	100%
三次	件数	10,647	8,177	3,660	1,763	609	19	7,788	32,663
	割合	32.6%	25.0%	11.2%	5.4%	1.9%	0.1%	23.8%	100%
合計	件数	25,752	21,445	28,214	21,399	6,571	284	33,178	136,843
	割合	18.8%	15.7%	20.6%	15.6%	4.8%	0.2%	24.2%	100%

# 療養病床における救急患者の受入状況

	医療区分1 (n=2,543)		医療区分2 (n=3,820)		医療区分3 (n=1,563)		合 計 (n=7,926)	
救急車による救急受入れ患者	89	3.5%	150	3.9%	42	2.7%	281	3.5%
上記以外の救急受入れ患者	98	3.9%	167	4.4%	81	5.2%	346	4.4%
救急受入れ患者ではない	2,197	86.4%	3,302	86.4%	1,372	87.8%	6,871	86.7%
無回答	159	6.3%	201	5.3%	68	4.4%	428	5.4%
全 体	2,543	100.0%	3,820	100.0%	1,563	100.0%	7,926	100.0%

病院の療養病床  
(n=7,926)



- 救急車による救急受入れ患者
- 上記以外の救急受入れ患者
- 救急受入れ患者ではない
- 無回答

# 救急医療機関と療養病棟の連携を目指した取組み例

## 東京都3次救急病院と療養型病院の連携

目的	3次救急に入院後、加療にて療養型病院で対応可能になった患者を、いち早く療養型病院に転院していただく体制を構築することで、3次救急病院が満床のために救急対応出来ない状況を改善し、救急難民を減少させる。
方法	急性期のMSWが8施設にコンタクトして入院を決める。
連携対象病院数	3次救急病院:1施設 療養型病院:8施設
モデル連携実績	20年12月～21年3月 申し込み23件中19件が転院

## 大阪府緊急連携ネットワーク

目的	3次救急にミスマッチな患者が搬送されたときに、速やかに治療可能な慢性期病床(主に医療療養病床)をもつ病院が受託することにより、3次救急の病床回転率を改善して救急難民を減少させる。
方法	3次救急の医師又は地域連携からコーディネーターに連絡し、ネットワークでマッチングできる病院を探して紹介入院をする。
連携対象病院数	3次救急病院:10施設 慢性期病院:33施設
モデル連携実績	20年12月～21年10月 連携紹介数 105例 うち75%が紹介転院

# 治療・ケアの内容の評価に係る経緯

15年度

H16  
改定

診療報酬調査専門組織として慢性期分科会 発足

慢性期入院医療の包括評価分科会  
(分科会長:池上直己)

16年度

平成16・17年度慢性期分科会

H18  
改定

← 患者分類を用いた包括評価(5分類)を療養病棟入院基本料等に導入される

18年度

平成18年度慢性期分科会  
QI(Quality Indicator)を用いた  
医療の質の評価を提唱

H20  
改定

← 一部の医療区分の要件が厳格化される  
← 「治療・ケアの内容の評価表」として医療の質の評価が採用される

20年度

21年度

H22  
改定

平成21年度慢性期分科会

QI(Quality Indicator)とは:  
ケアの内容として問題となる褥瘡患者の割合といったプロセスを評価したり、ケアの結果として生じるADLの低下といったアウトカムを評価したりするために提唱された指標。

算出方法:  
対象病院や病棟毎に、こうしたケアの質に問題のある可能性のある患者を分子に、その状態に至る可能性のある患者全体を分母として、病院全体や病棟全体としての割合を算出する。

QIの値の見方:  
QIの値は0%~100%に分布し、100%に近いほど、当該施設や病棟のケアの質に問題のある可能性がある。

