

（平成25年度第2回） 入院医療等の調査・評価分科会

平成25年5月30日

本日の検討項目

亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響

調査項目

【平成24年度】

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

- ① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響
- ② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し
- ③ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置の実態 等

(2) 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

(3) 診療報酬点数表における簡素化の検討

(4) 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響(その1)

【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

【関係する改定内容】

- ① 亜急性期入院医療管理料の評価体系の見直し
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

【調査内容案】

- ① 「亜急性期入院医療管理料2」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定患者像の比較調査
調査対象: 「亜急性期入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を届出している医療機関
- ② 幅広い患者を対象とする病棟(「亜急性期入院医療管理料」等)の患者像の調査
調査対象: 亜急性期入院医療管理料、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料を届出している医療機関

リハビリテーションの充実（平成24年診療報酬改定）

中医協 総－3
25.3.13

回復期リハビリテーション病棟の評価

- 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

【改定後】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点



(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

〔施設基準〕

	(新) 回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (旧1)
看護配置	13対1以上	15対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、 作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、 作業療法士1名以上
在宅復帰率	7割以上	6割以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上
重症患者の退院時日常生活機能評価 *	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上

* 重症患者回復病棟加算の包括化に伴う要件

亜急性期入院医療管理料(平成24年診療報酬改定)

中医協 総 - 3
25. 3. 13

亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

[算定要件]

亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。

(最大60日まで算定可能)

亜急性期入院医療管理料2

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。

(最大60日まで算定可能)

※当該入院(通則5に規定されているもの)において、リハビリテーションを算定した日(リハビリテーションを算定した日を含む。)以降は、亜急性期入院医療管理料2を算定する。

[施設基準] (亜急性期入院医療管理料1、2共通)

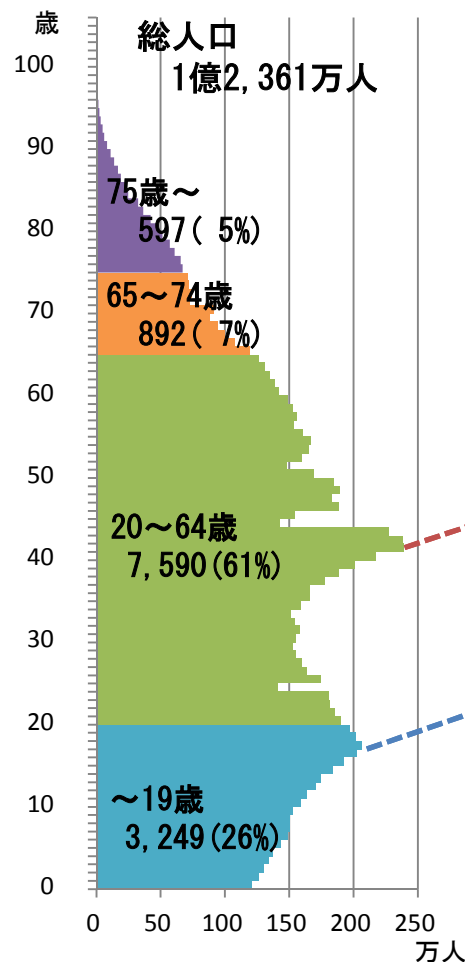
- ① 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床を超える病院は病床数にかかわらず最大40床まで。100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること。
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること。
- ④ 在宅復帰率6割以上であること。

我が国の抱える課題の現状

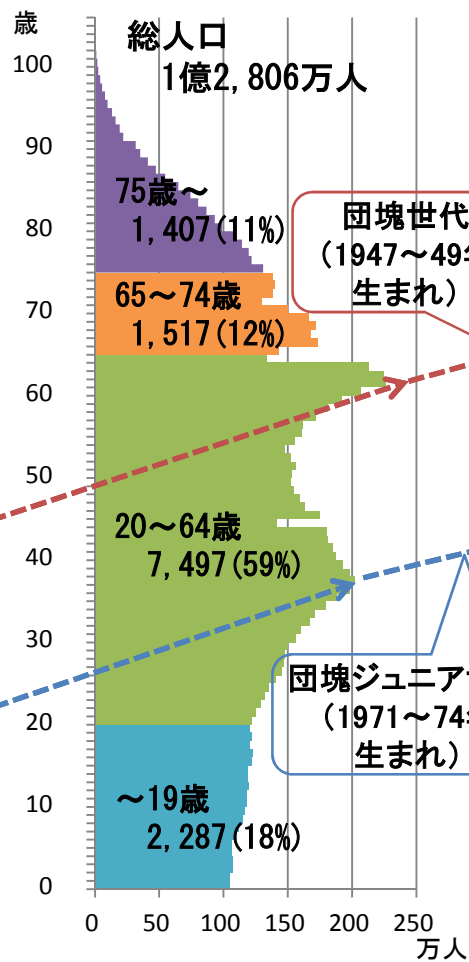
人口ピラミッドの変化(1990～2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

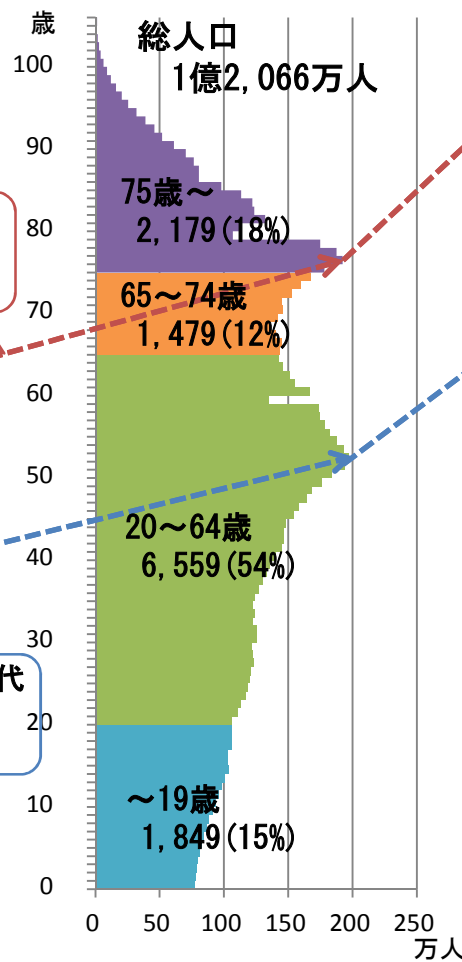
平成2年（1990年）（実績）



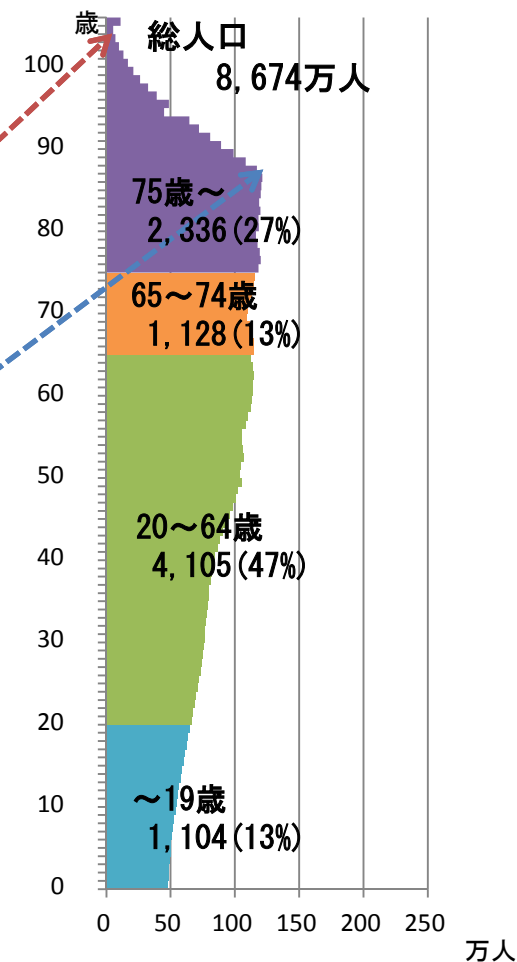
平成22年（2010年）（実績）



平成37年（2025年）



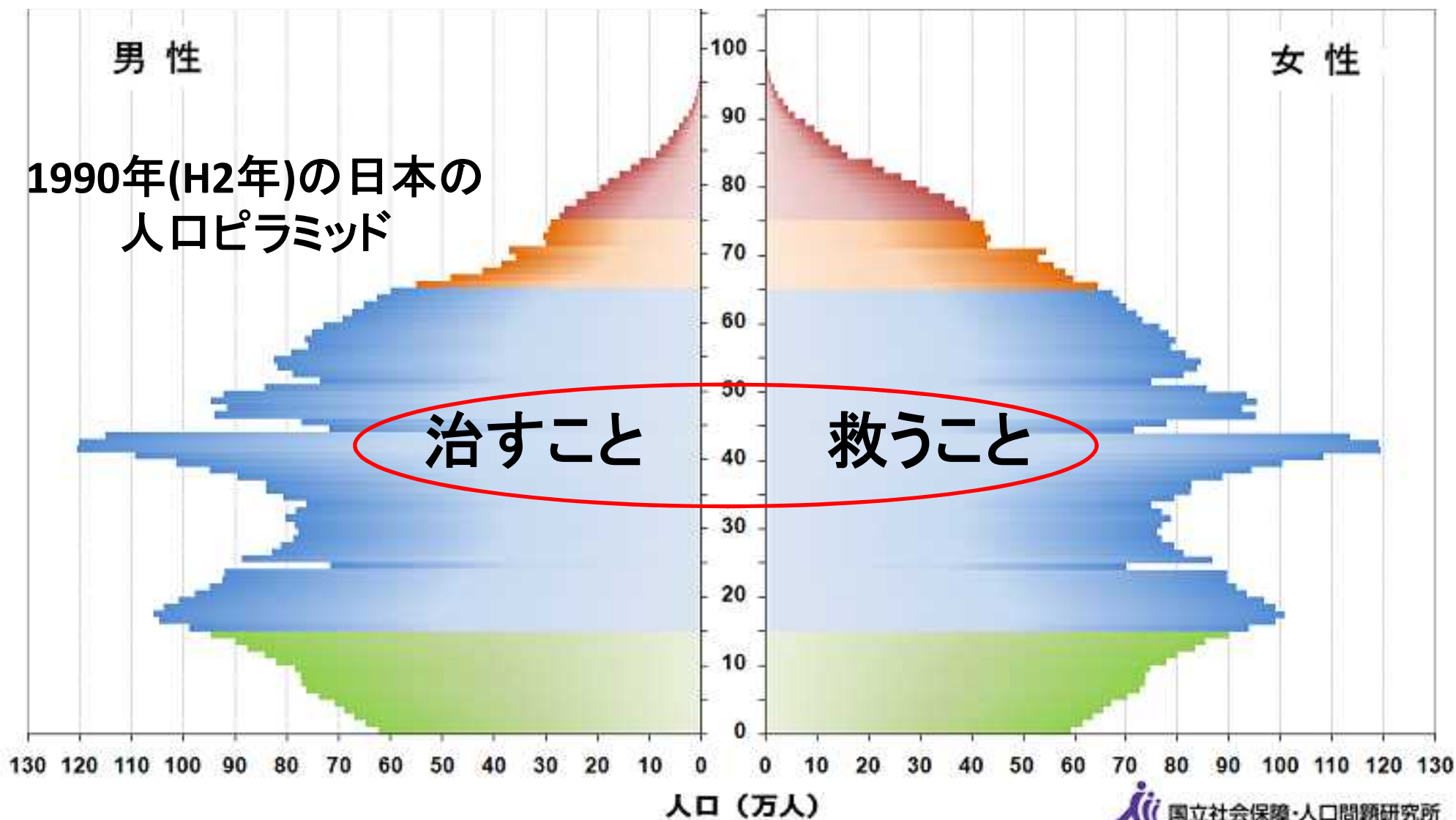
平成72年（2060年）



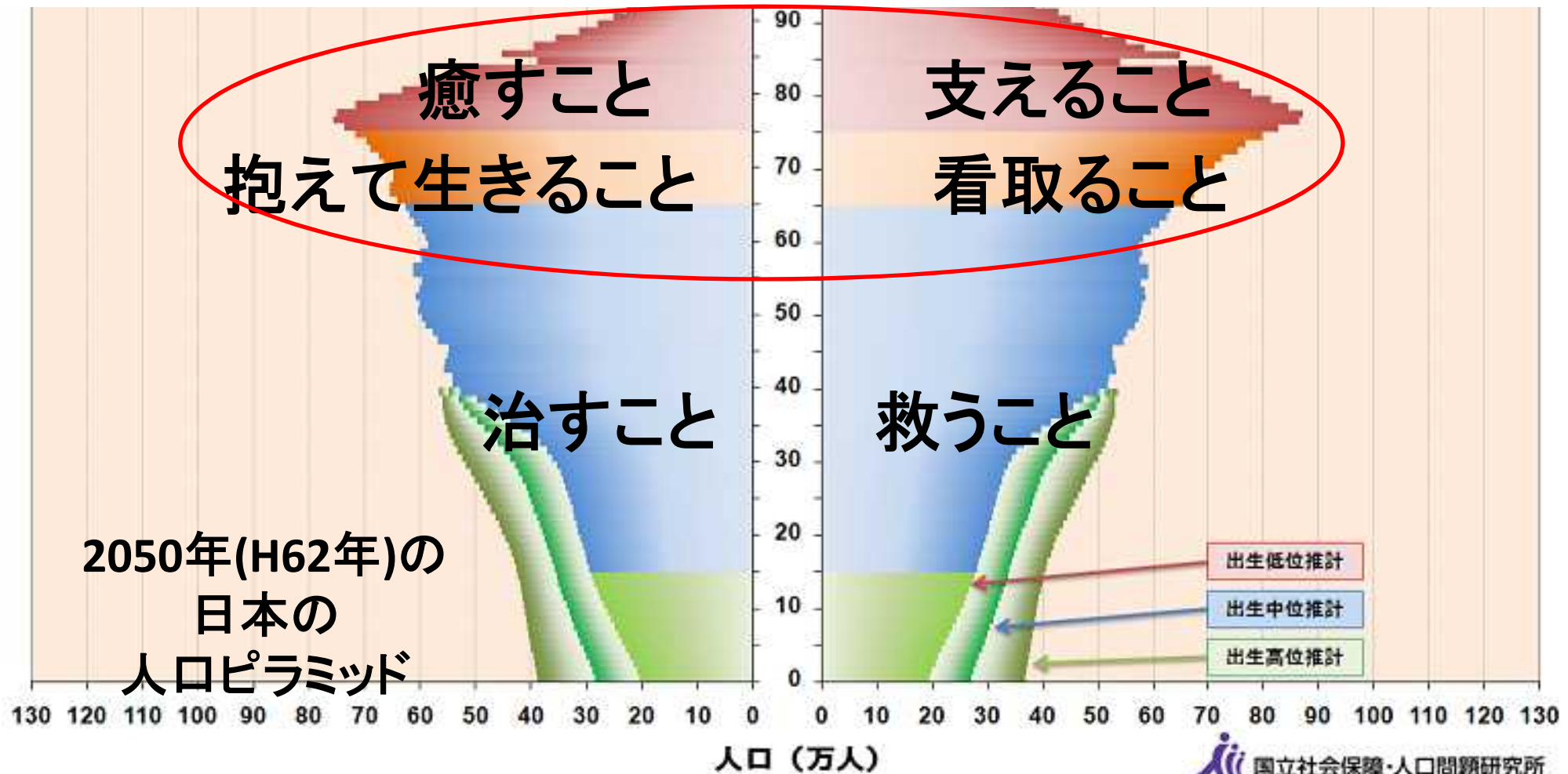
我が国の高齢化の課題

- 医療が変わる←高齢者の特性
 - 慢性疾患の増加（CureからCareへ）
 - 複数傷病を抱える
 - 代謝能力の低下

多くの病気が治せた頃



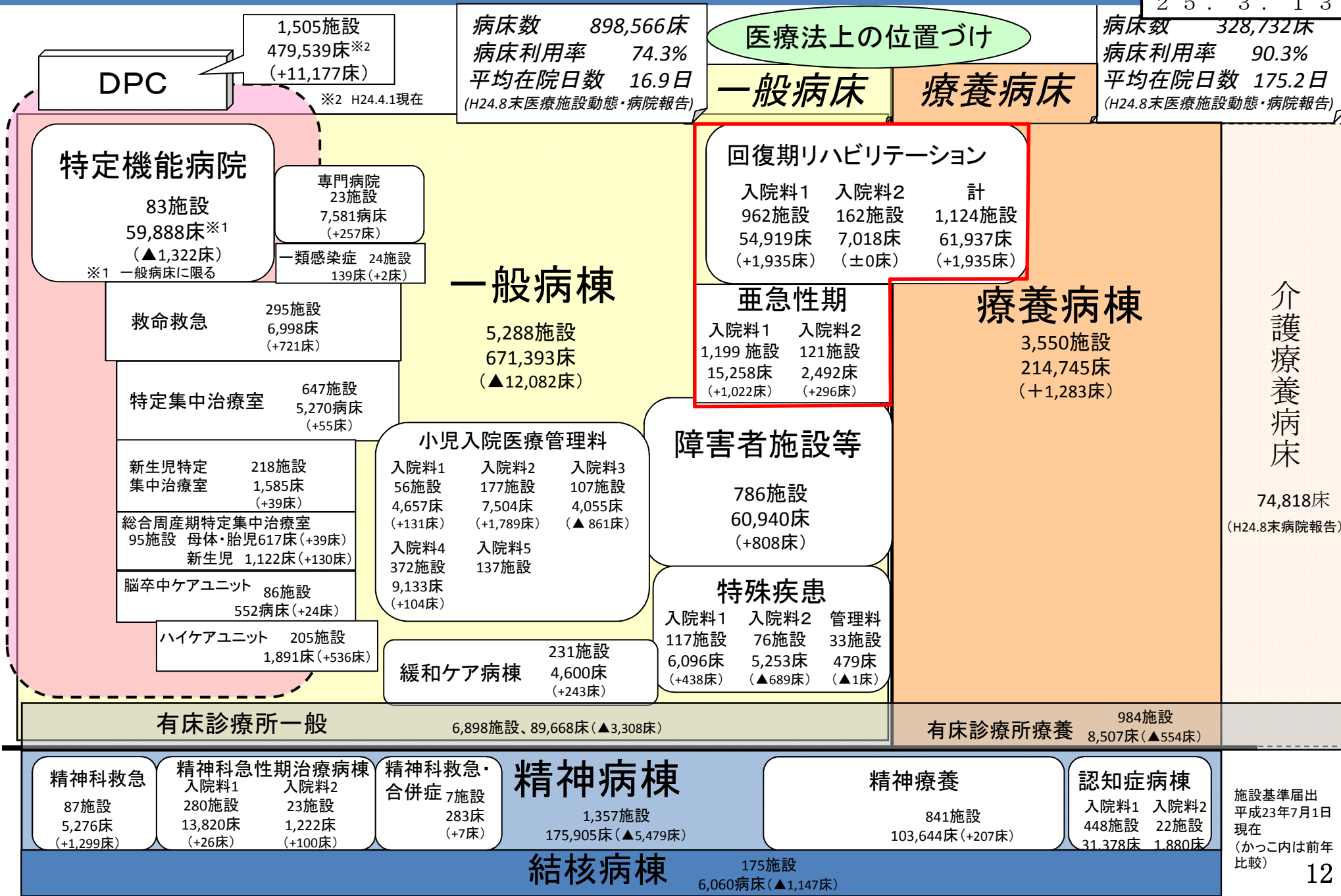
多くの病気を治せなくなる頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

病院の機能に応じた分類(イメージ)

中医協 総 - 3
25.3.13



回復期リハ病棟入院料・亜急性期入院医療管理料の主な施設基準等

	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	亜急性期入院医療管理料
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上	13対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上	—
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任の在宅復帰支援を担当する者1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上	—	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	—	6割以上*
重症患者の退院時日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—	—
その他	病棟単位で届出(回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出(回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出(新規以外、回りハ1・2と併存不可)	病室単位で届出、診療録管理体制加算を届け出ている、一般病床の3割以下(200床以上は40床)
点数	1,911点	1,761点	1,611点	2,061点(リハなし・60日まで) 1,911点(リハあり・60日まで)

*亜急性期入院医療管理料の在宅復帰率には老健施設を含む

亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料

(改) 中医協 総-2
2 3 . 1 0 . 5

亜急性期入院医療管理料(1) 亜急性期入院医療管理料(2) (病室単位)

(放射線治療)・すべて (麻酔)・すべて (手術)・すべて (処置)・1000点を超えるもの (精神科専門療法)・すべて	(処置)・人工腎臓
(リハビリテーション) 脳血管リハ・運動器リハを除く	(リハビリテーション)・すべて
(除外薬剤・注射薬) ・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可	
(医学管理等)・すべて	・地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)のみ
(入院基本料等加算) ・臨床研修病院入院診療加算 ・医師事務作業補助体制加算 ・地域加算 ・離島加算 ・精神科リエゾンチーム加算 ・総合評価加算	・医療安全対策加算 ・感染防止対策加算 ・患者サポート体制充実加算 ・救急搬送患者地域連携受入加算

+

+

亜急性期入院医療管理料
(1)2061点

(2)1911点

リハビリテーション提供体制加算 50点

回復期リハビリテーション病棟入院料 (病棟単位)

(処置)・人工腎臓	
(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬) ・ インターフェロン製剤 (HBV、HCV)、抗ウイルス薬 (AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可	
(医学管理等)・地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)のみ	
(入院基本料等加算) ・ 臨床研修病院入院診療加算 ・ 医師事務作業補助体制加算(※) ・ 地域加算 ・ 離島加算	・ 医療安全対策加算 ・ 感染防止対策加算 ・ 患者サポート体制充実加算 ・ 救急搬送患者地域連携受入加算(※)

+

(※) 一般病棟に限る

回復期リハビリテーション病棟入院料
(1)1911点、(2)1761点 (3)1611点

休日リハビリテーション提供体制加算60点

リハビリテーション充実加算40点

(別に算定可(注))

(基本診療料等)

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

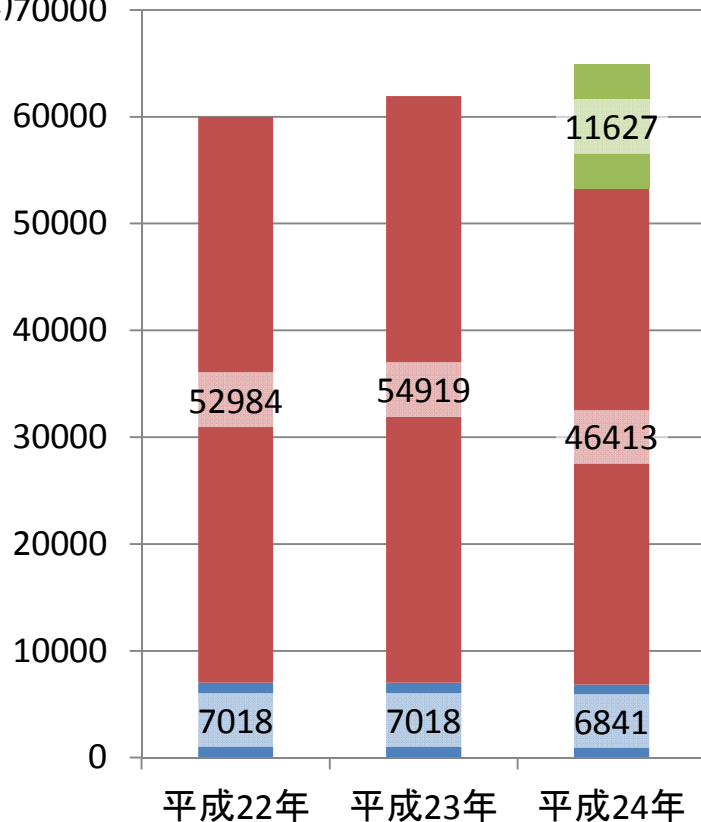
回復期リハ病棟入院料、亜急性期入院医療管理料の病床数

＜回復期リハ病棟入院料の病床数＞

(医療課調べ)

(床)70000

病床数



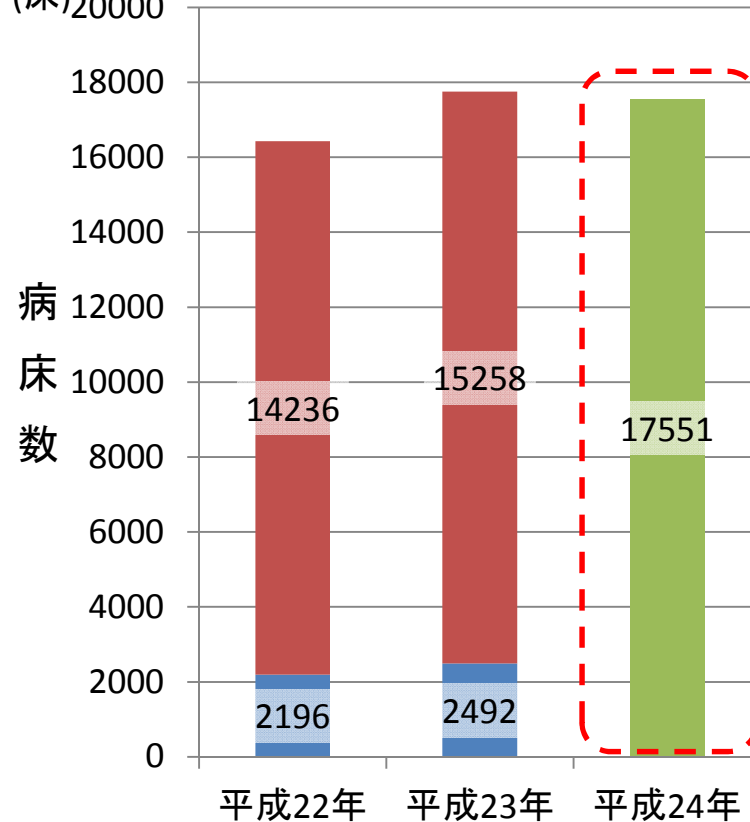
- 回復期リハ病棟1 (平成24年度以降)
- 回復期リハ病棟2 (H23年度以前は回リハ1)
- 回復期リハ病棟3 (H23年度以前は回リハ2)

＜亜急性期入院医療管理料の病床数＞

(医療課調べ)

(床)20000

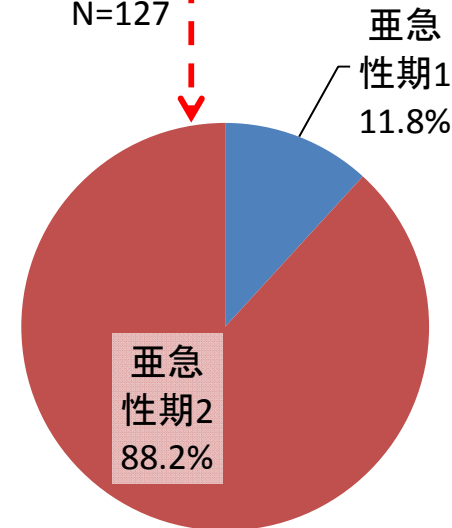
病床数



- 亜急性期入院医療管理料1 (平成23年度以前)
- 亜急性期入院医療管理料2 (平成23年度以前)
- 亜急性期入院医療管理料3 (平成24年度以降)

算定内訳
(平成24年度入院医療等の調査)

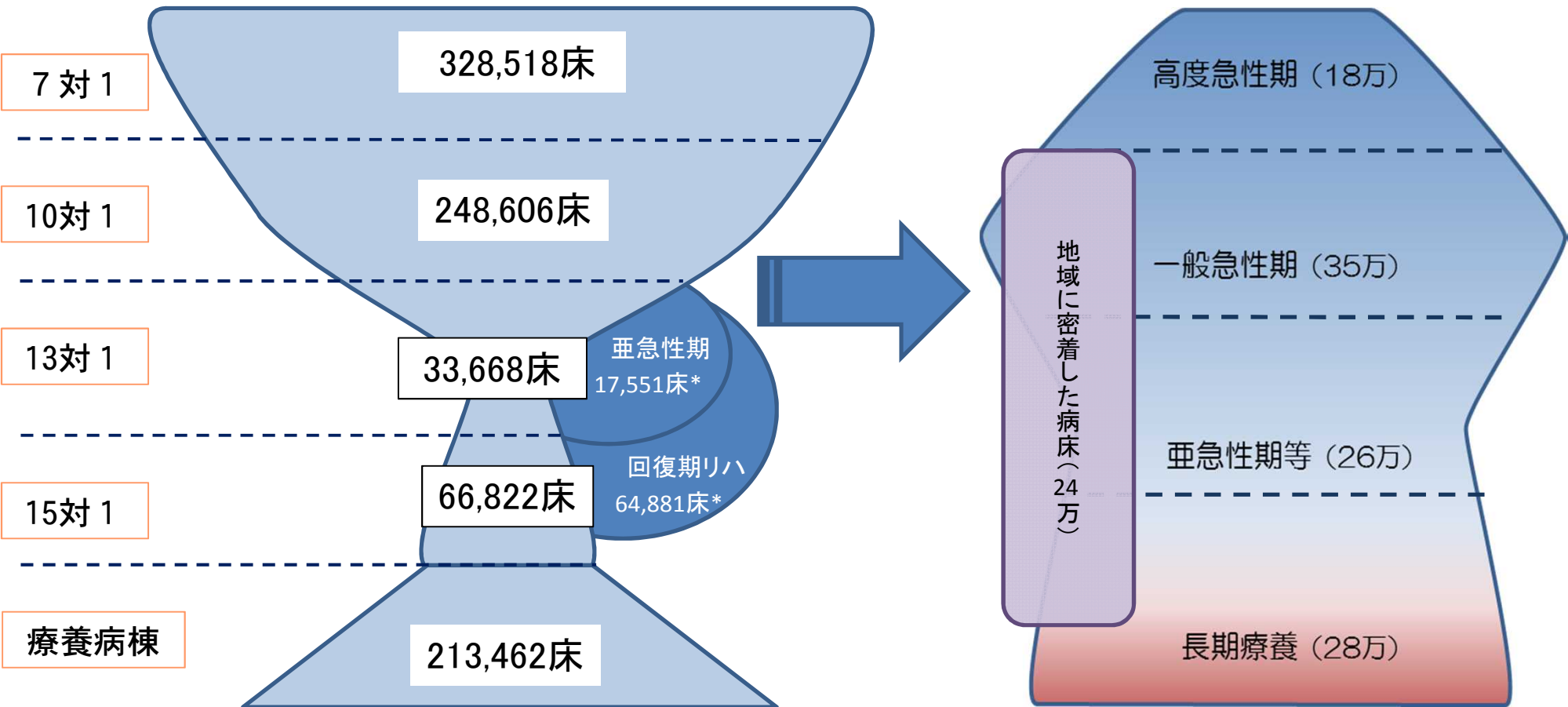
N=127



【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞

＜2025(H37)年のイメージ＞



現在、亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

病室単位での評価について

平均在院日数の計算対象としない患者

(改) 中医協 総－ 1

2 3 . 1 1 . 2 5

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

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について①

中 医 協 総 - 3
2 5 . 3 . 1 3

項目	点数	看護配置	算定期間
A300 救命救急入院料	(救命救急入院料1の場合) 9,711点(～3日) 8,786点(4日～7日) 7,501点(8日～14日)	4対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301 特定集中治療室管理料	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日) 7,901点(8日～60日)※ ※広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者	2対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	4,511点(～21日)	4対1	21日間
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711点(～14日)	3対1	14日間
A301-4 小児特定集中治療室管理料	15,550点(～7日) 13,500点(8日～14日)	2対1	14日間
A302 新生児特定集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料1の場合) 10,011点	3対1	21日間 出生児体重1,000g未満: 90日 出生児体重1,000g～1500g: 60日

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について②

中医協 総－3
25.3.13

項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(～14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g～1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(～7日) 7,701点(8日～14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
A307 小児入院医療管理料4	3,011点	10対1	平均在院日数28日以内 (当該病棟を含めた一般病棟全体の入院患者)
A308-2 亜急性期入院医療管理料	1:2,061点 2:1,911点	13対1	60日間



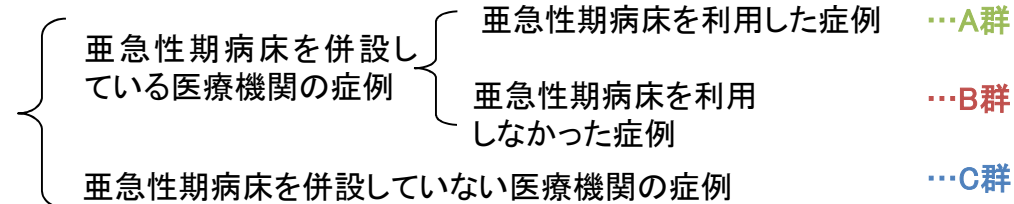
治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

DPC病院における亜急性期入院医療管理料算定病床

(改) 中医協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 2 5

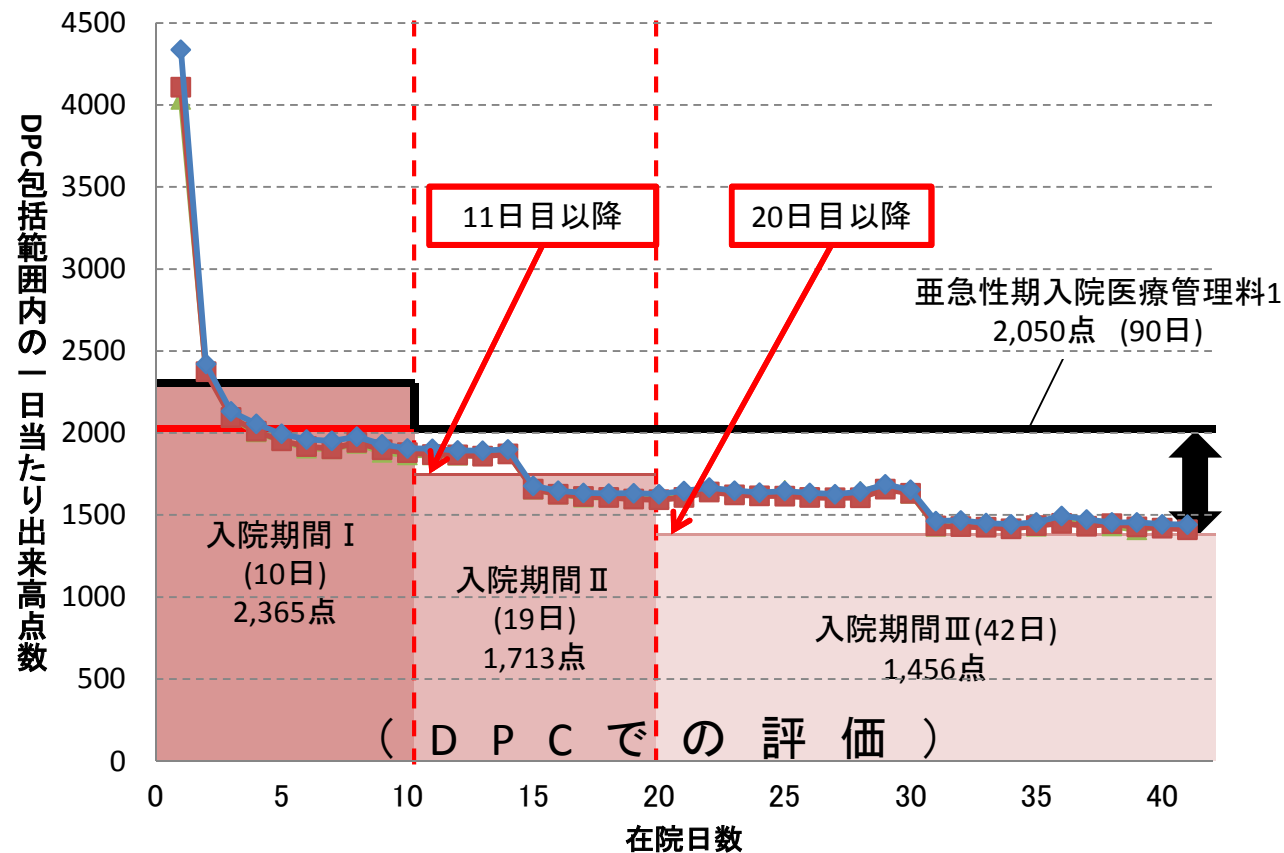
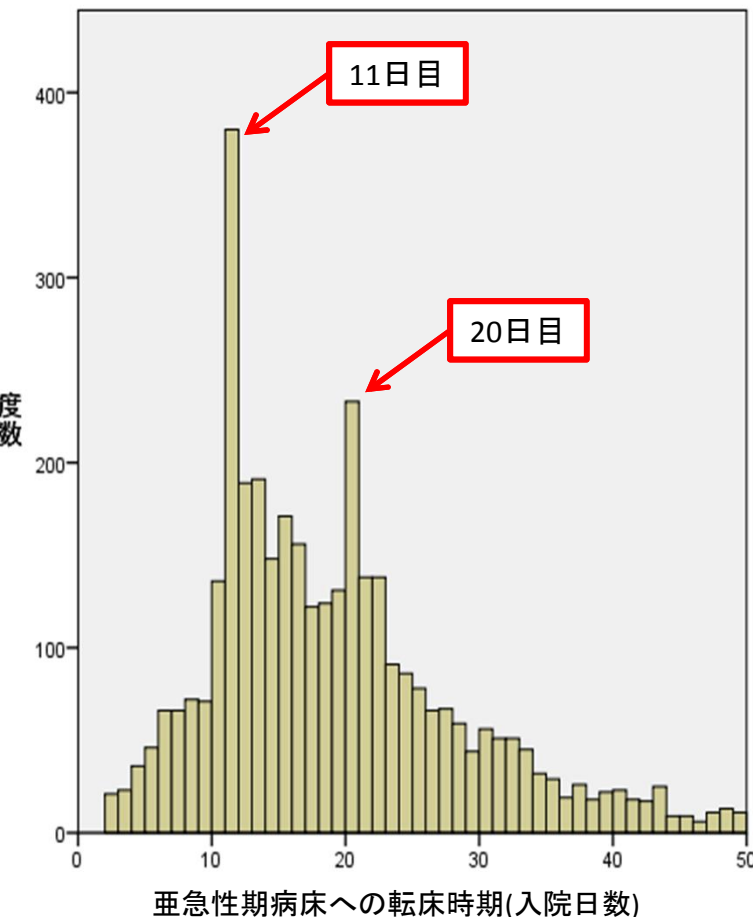
胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含む) 手術なし

<亜急性期病床の利用の有無による診療密度の違い>



<亜急性期病床への転床時期>

<160690xx99xxxx>



▲ A群

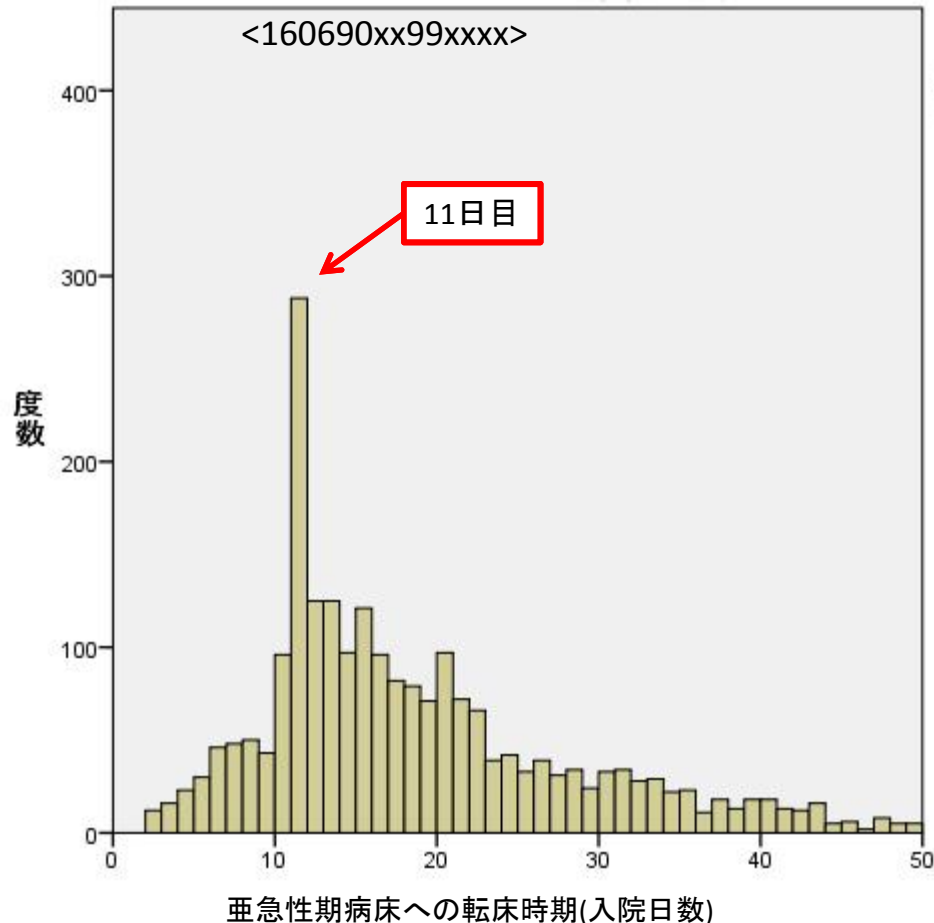
■ B群

◆ C群

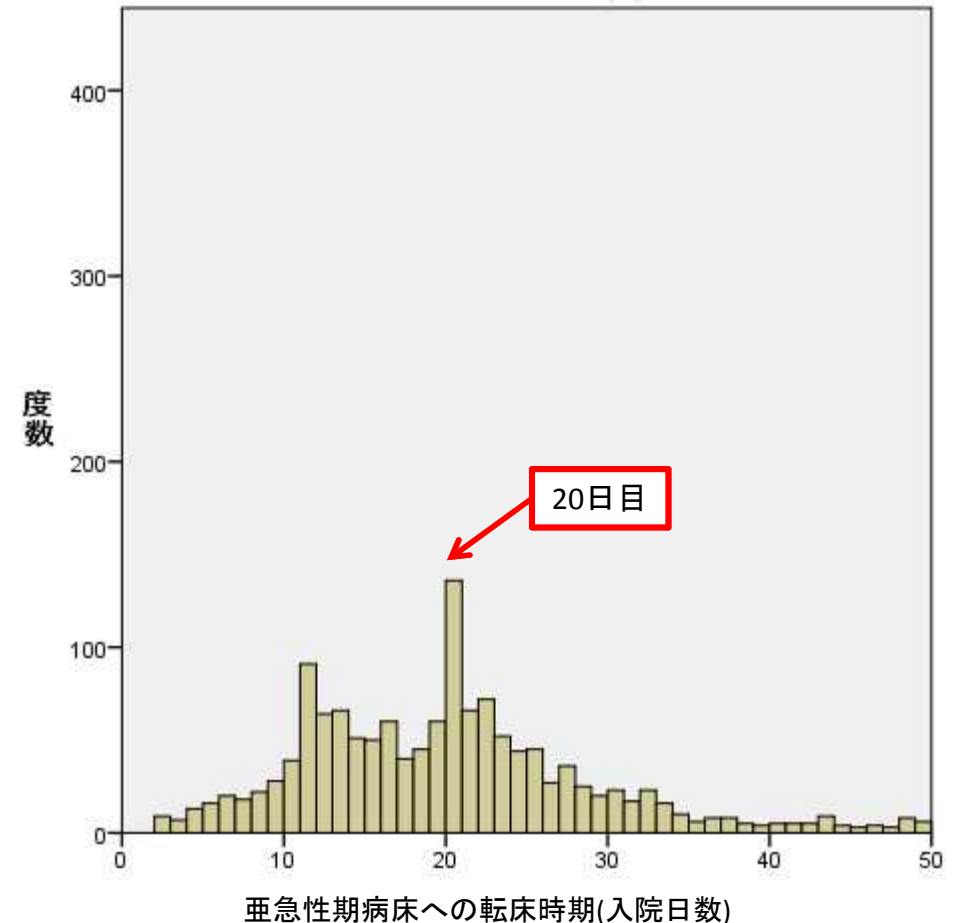
DPC病院における亜急性期入院医療管理料算定病床②

胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし

＜亜急性期病床への転床時期（医療機関別係数ごと）＞
入院11日目に亜急性期入院医療管理料の点数が
DPC点数より高くなる医療機関の場合



＜亜急性期病床への転床時期（医療機関別係数ごと）＞
入院20日目に亜急性期入院医療管理料の点数が
DPC点数より高くなる医療機関の場合



亜急性期入院医療管理料の患者の特徴①

亜急性期のない
13対1入院基本料

N=1,184

主病名	患者数
脳梗塞	347
骨折	180
脳内出血	141
肺炎	43
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	41
関節症	37
くも膜下出血	36
悪性新生物	31
その他	328

亜急性期入院医療管理料

N=123

主病名	患者数
骨折	39
脳梗塞	8
関節症	7
その他の損傷及びその他の外因の影響	7
悪性新生物	6
脊椎障害(脊椎症を含む)	6
その他	54

回復期リハビリテーション
病棟入院料1

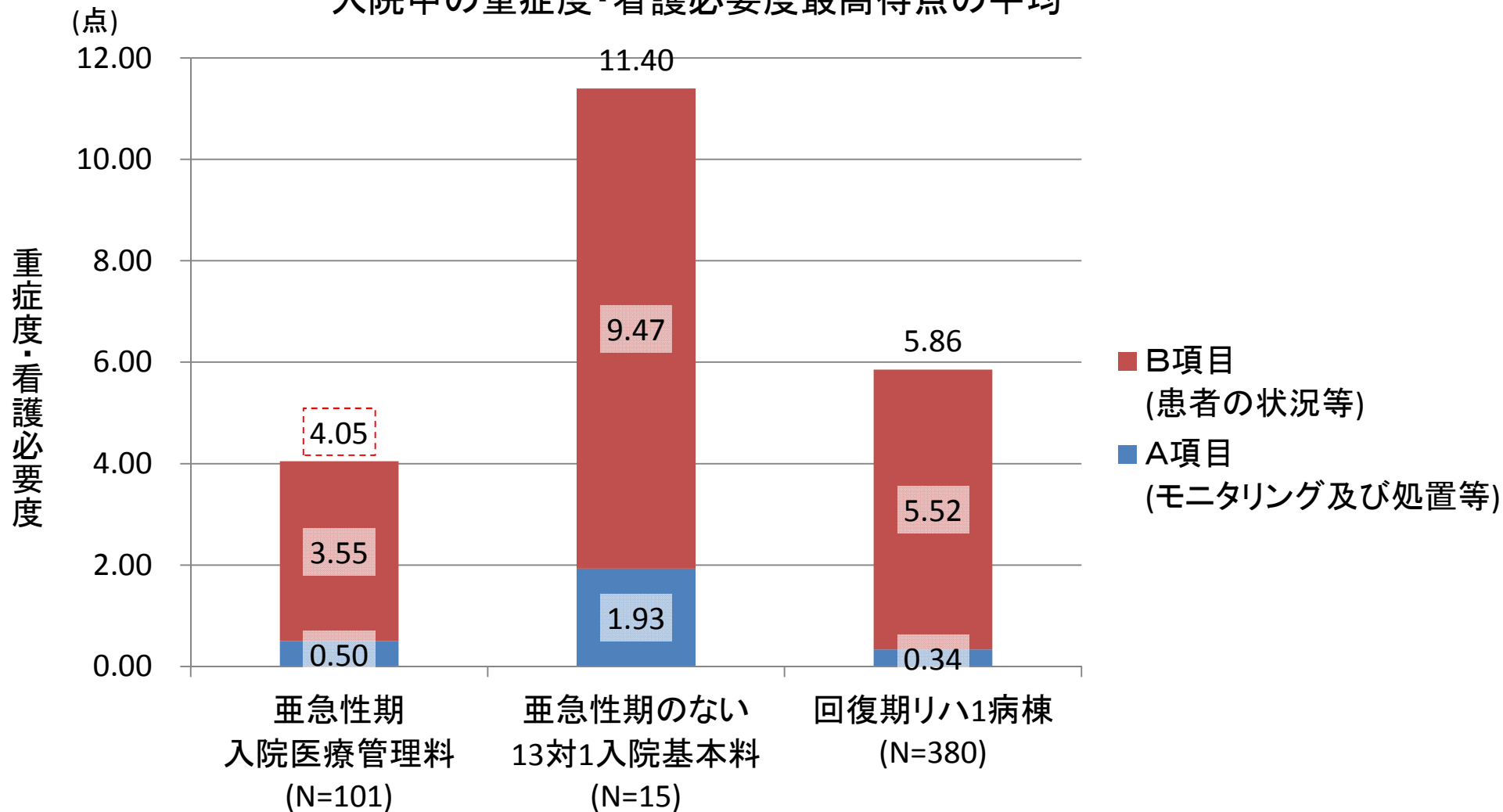
N=430

主病名	患者数
脳梗塞	158
脳内出血	67
骨折	60
くも膜下出血	22
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	17
関節症	16
脊椎障害(脊椎症を含む)	16
その他の損傷及びその他の外因の影響	12
その他	62

亜急性期入院医療管理料の患者は回復期リハビリテーション病棟入院料1の患者と亜急性期のない一般病棟13対1入院基本料の患者と病名はおおむね重複している。

亜急性期入院医療管理料の患者の特徴②

入院中の重症度・看護必要度最高得点の平均



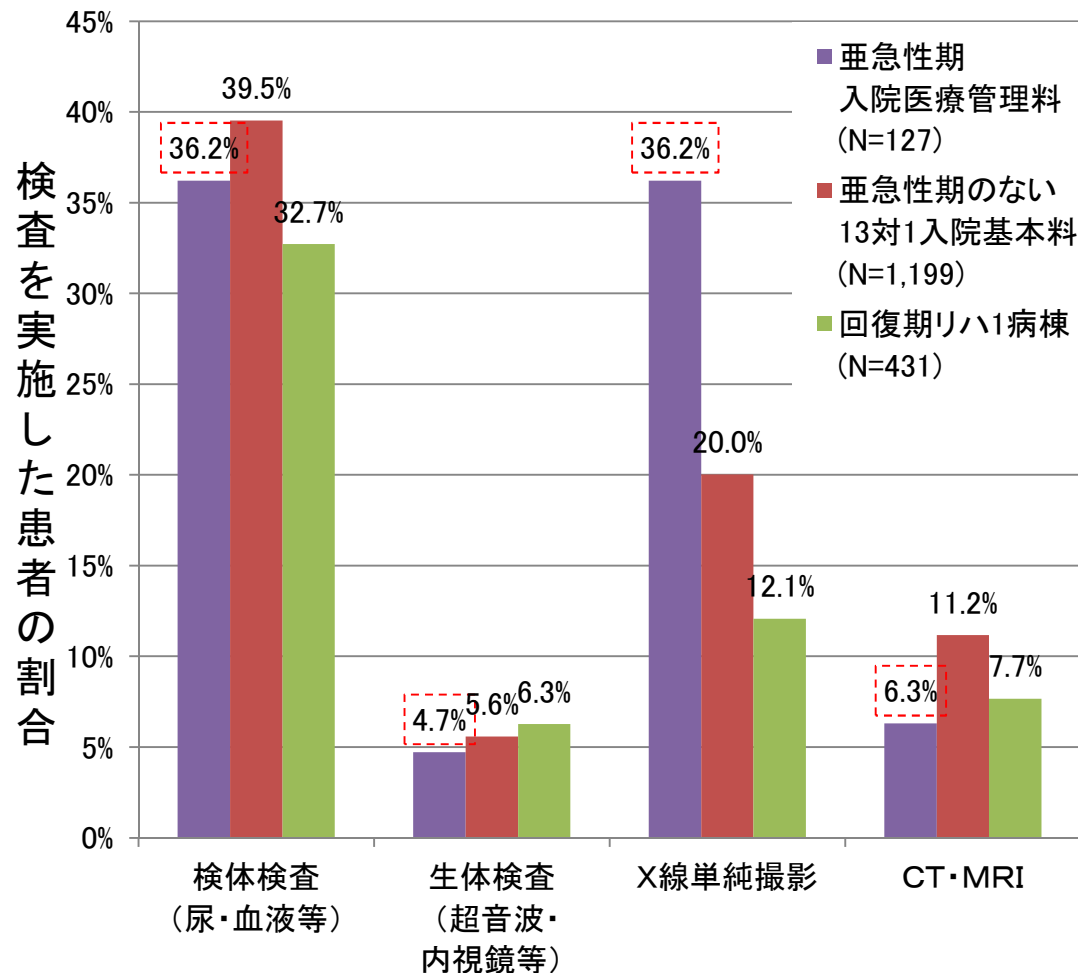
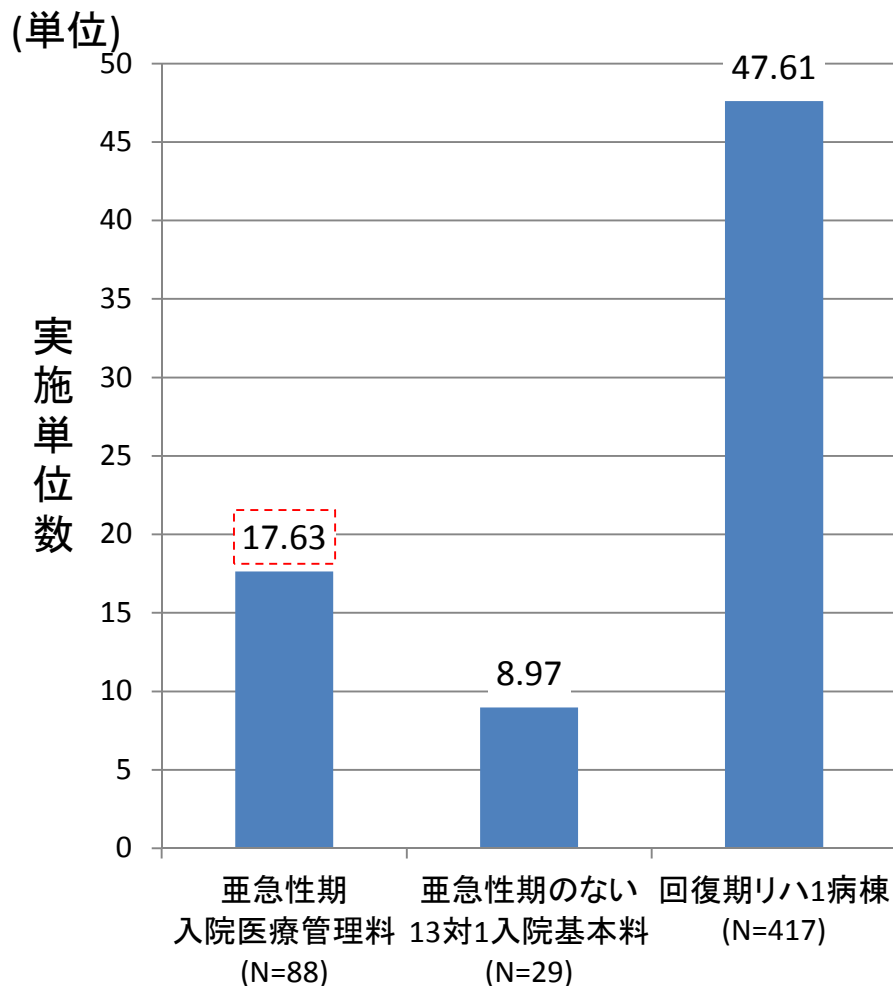
平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者は、回復期リハ病棟1の患者と亜急性期のない一般病棟13対1入院基本料の患者と比較して重症度・看護必要度の最高得点が低い。

亜急性期入院医療管理料の患者の特徴③

直近1週間のリハビリテーション実施単位数

直近1週間に実施された検査の割合

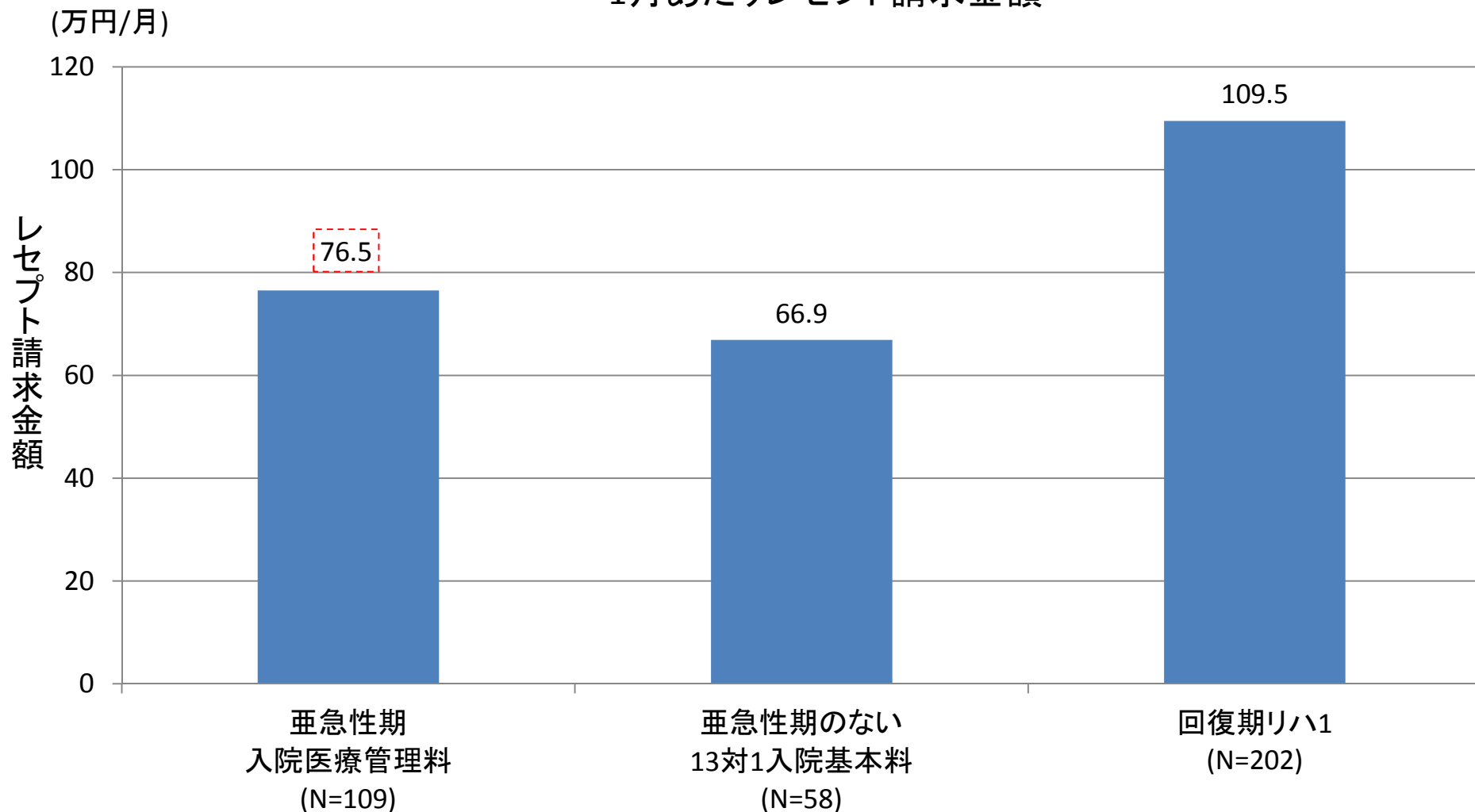


平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者は、回復期リハ1の患者と比較してリハビリの実施単位数が少なく、13対1入院基本料の患者より高い。検査については回復期リハ1、13対1入院基本料の患者と同程度の実施状況となっている。

亜急性期入院医療管理料の患者のレセプト請求額

1月あたりレセプト請求金額

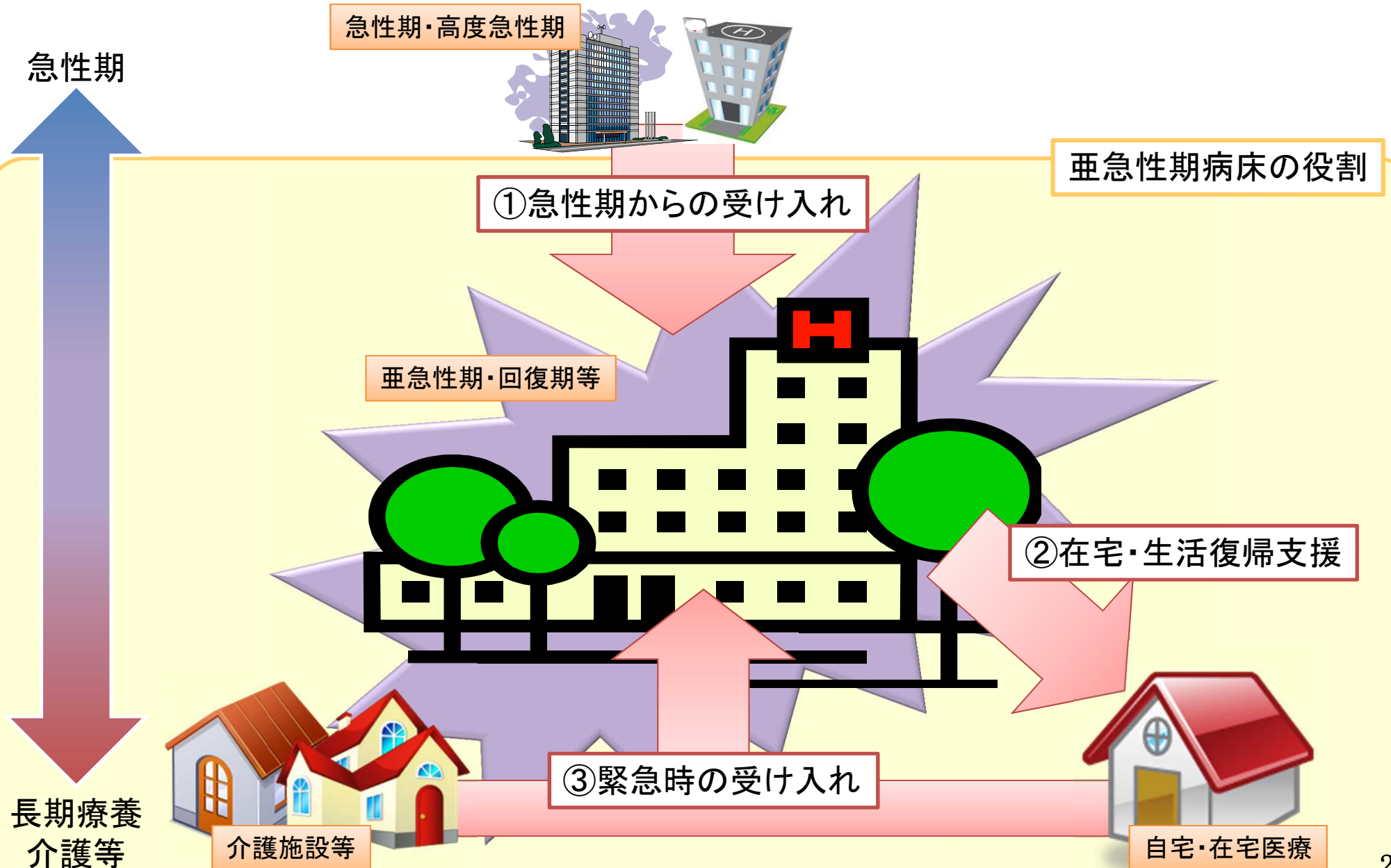


平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者は、回復期リハ1の患者と比較してレセプト請求金額が少なく、13対1入院基本料の患者と比較して高い。

亜急性期医療に求められる機能について

亜急性期病床の地域医療に果たす役割

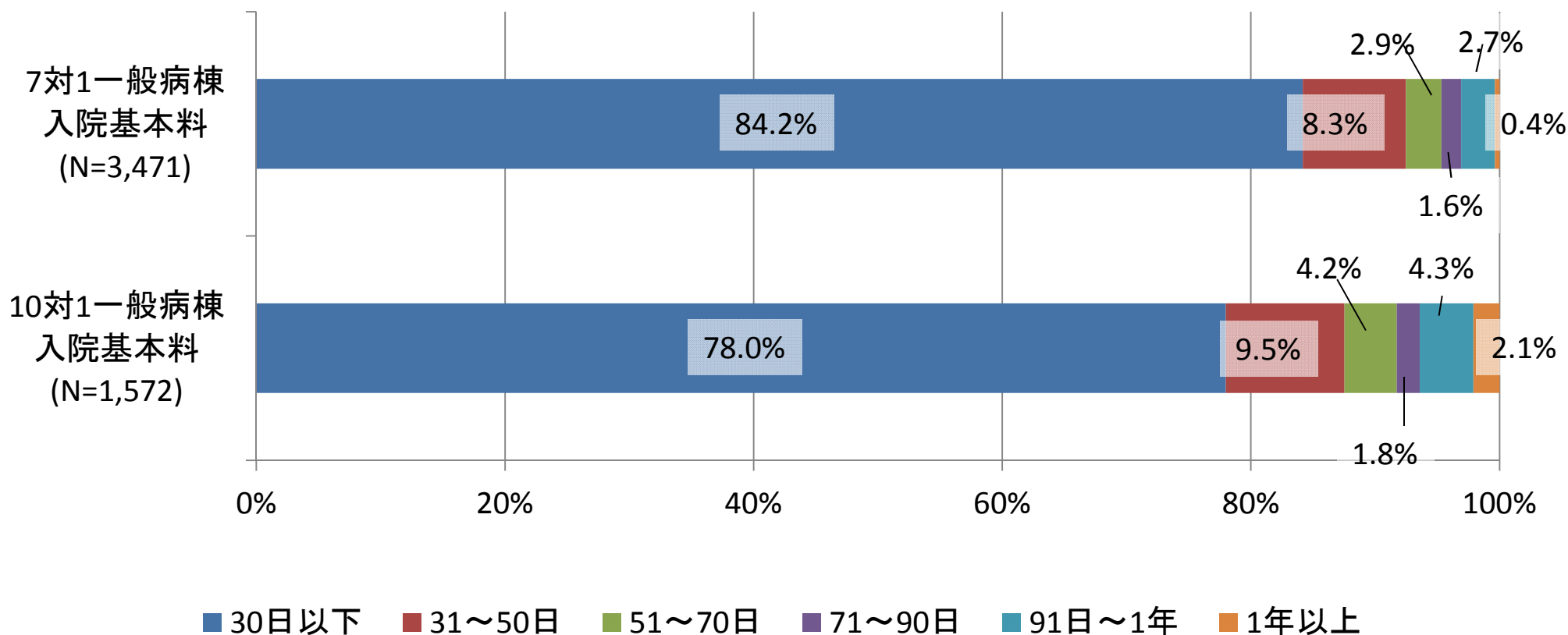


亜急性期医療に求められる機能について

① 急性期からの受け入れ機能

7対1、10対1病棟における入院患者の在院日数

在院日数



90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

(改) 診調組 入 - 1

2 5 . 5 . 1 6

		7対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合
全体		142	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—
	[03] 重度の肢体不自由者、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および難病患者等	7	4.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%
	[99] 未記入	2	1.4%

リハビリテーションの充実

平成24年度
改定説明資料

回復期リハビリテーション病棟の評価

- 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。
- 【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点



【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

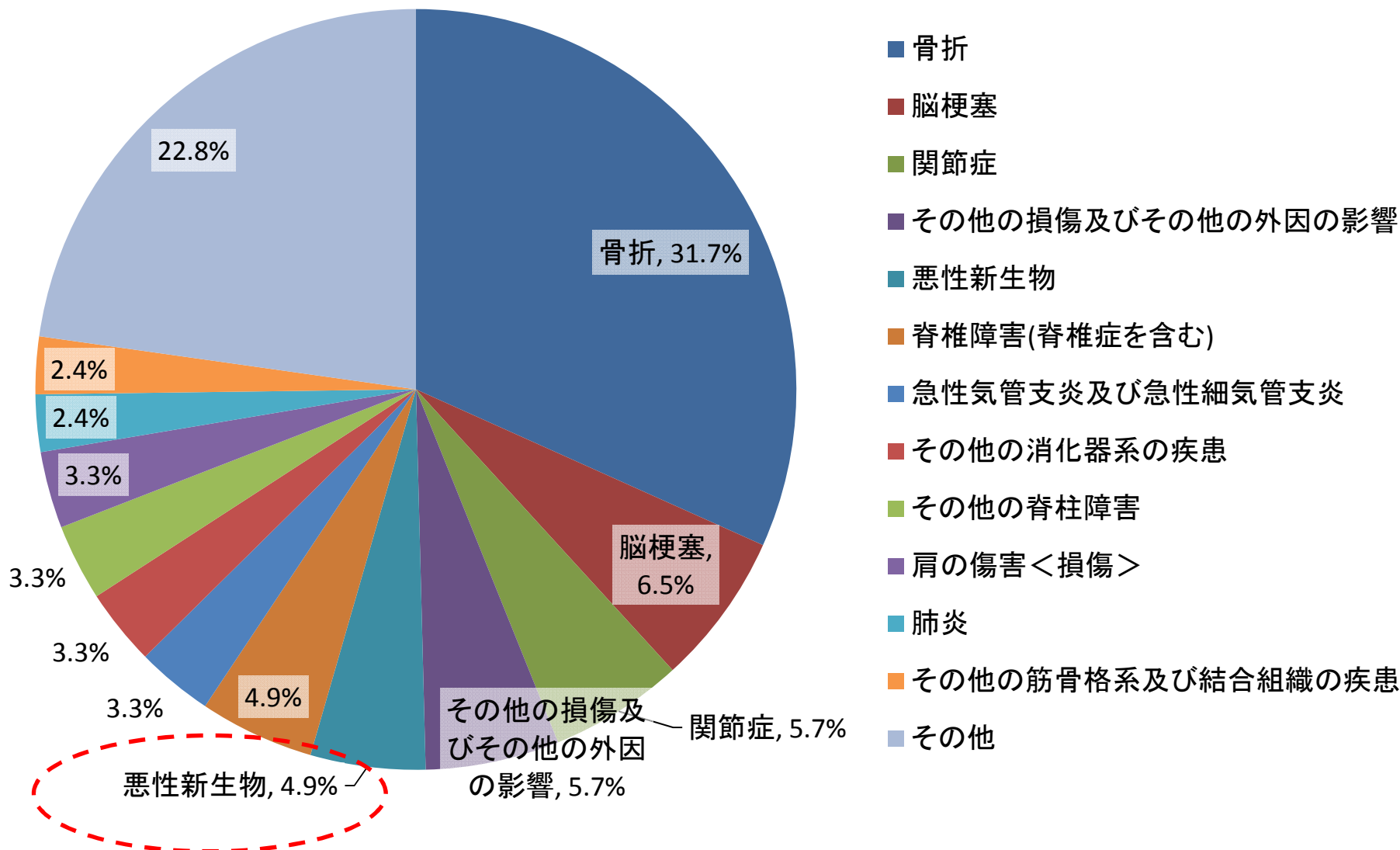
[施設基準]

	(新) 回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (旧1)
看護配置	13対1以上	15対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、 作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、 作業療法士1名以上
在宅復帰率	7割以上	6割以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上
重症患者の退院時日常生活機能評価 *	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上

* 重症患者回復病棟加算の包括化に伴う要件

亜急性期入院医療管理料算定患者の疾患

N=123



亜急性期入院医療管理料算定病室でも、一部悪性新生物の患者を受け入れている

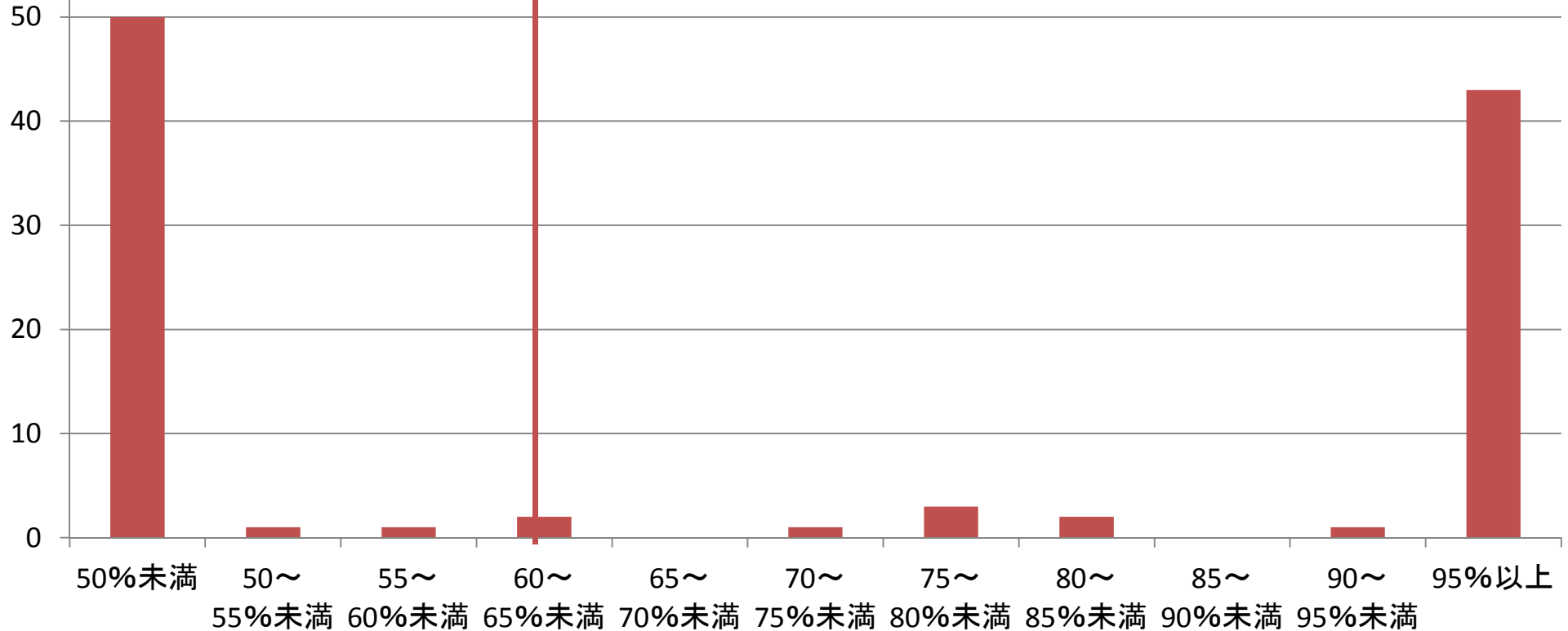
療養病棟(20対1)における特定除外項目に該当する 患者の受入状況(平成24年度調査結果)

N=104

(件)60

平均
(62.0%)

病
棟
数



平成24年度 入院医療等の調査より

特定除外患者に該当する患者の割合

療養病棟においても、特定除外に該当する患者を受け入れている病棟が一定程度存在する。

亜急性期医療に求められる機能について

② 在宅・生活復帰支援機能

高度急性期・急性期

在宅復帰の流れ(イメージ)

中医協 総 - 3

25. 3. 13

亜急性期・回復期等

在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上

回復期リハ病棟2: 6割以上

亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

特養

老健

診療所等

長期療養

外来・訪問サービス等

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割

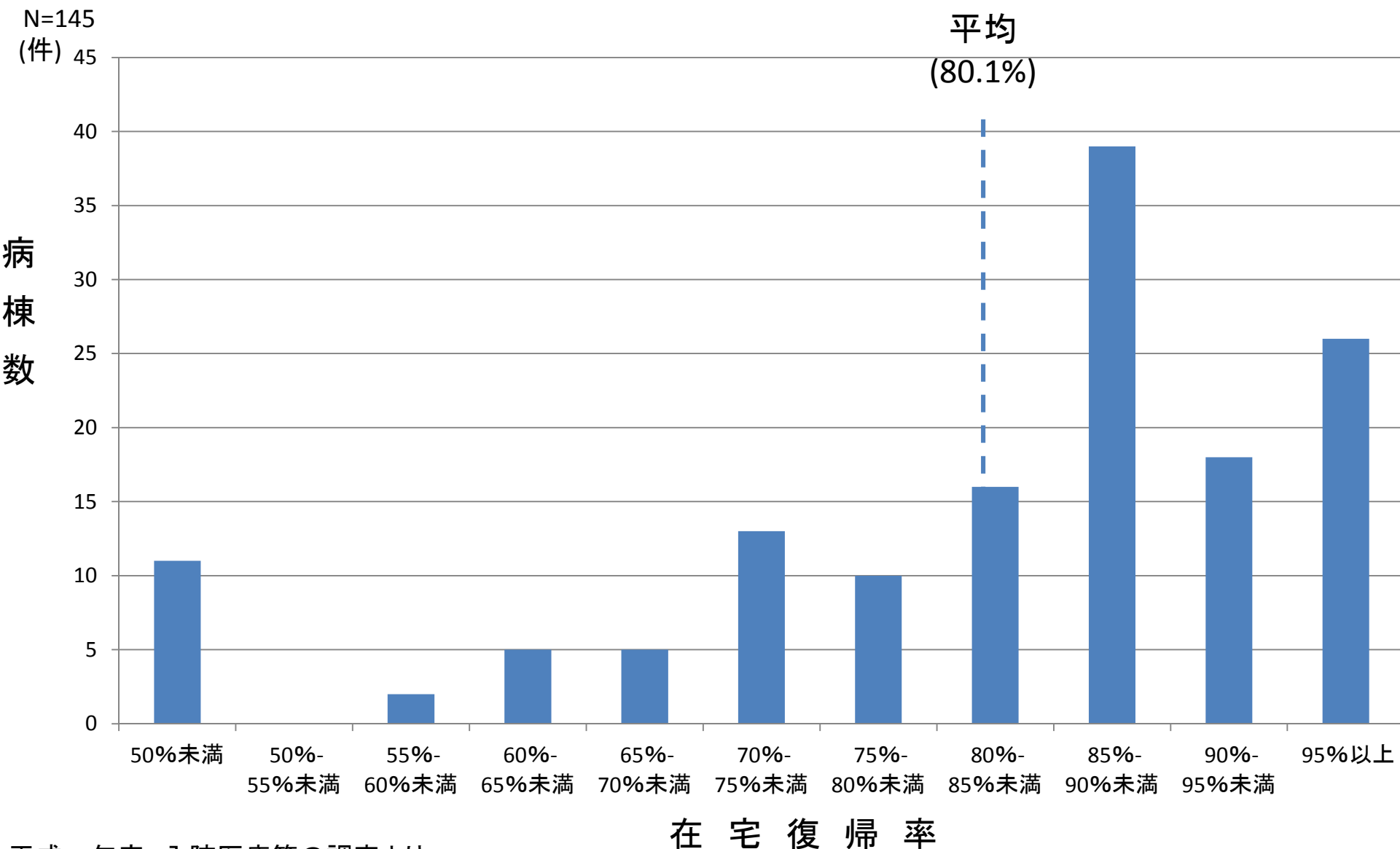
上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

7対1病棟における在宅復帰率*の状況(平成24年度調査結果)

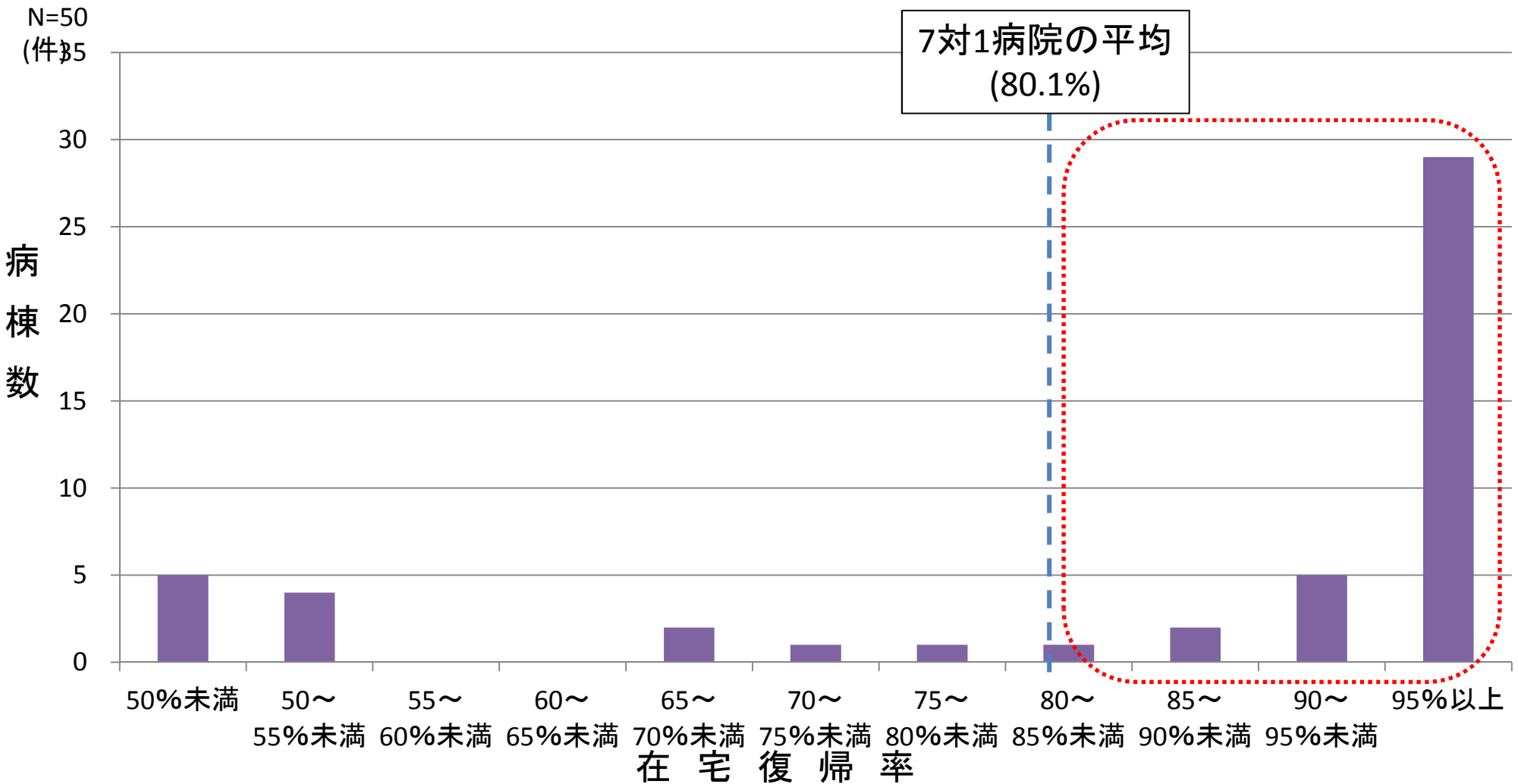
(改) 診調組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6

*この場合の在宅とは入院医療等の調査における自宅(在宅医療を除く)および在宅医療のみを指し、介護施設等を含まない。



亜急性期入院医療管理料における在宅復帰率*の状況(平成24年度調査結果)

*この場合の在宅とは入院医療等の調査における自宅(在宅医療を除く)および在宅医療のみを指し、介護施設等を含まない。



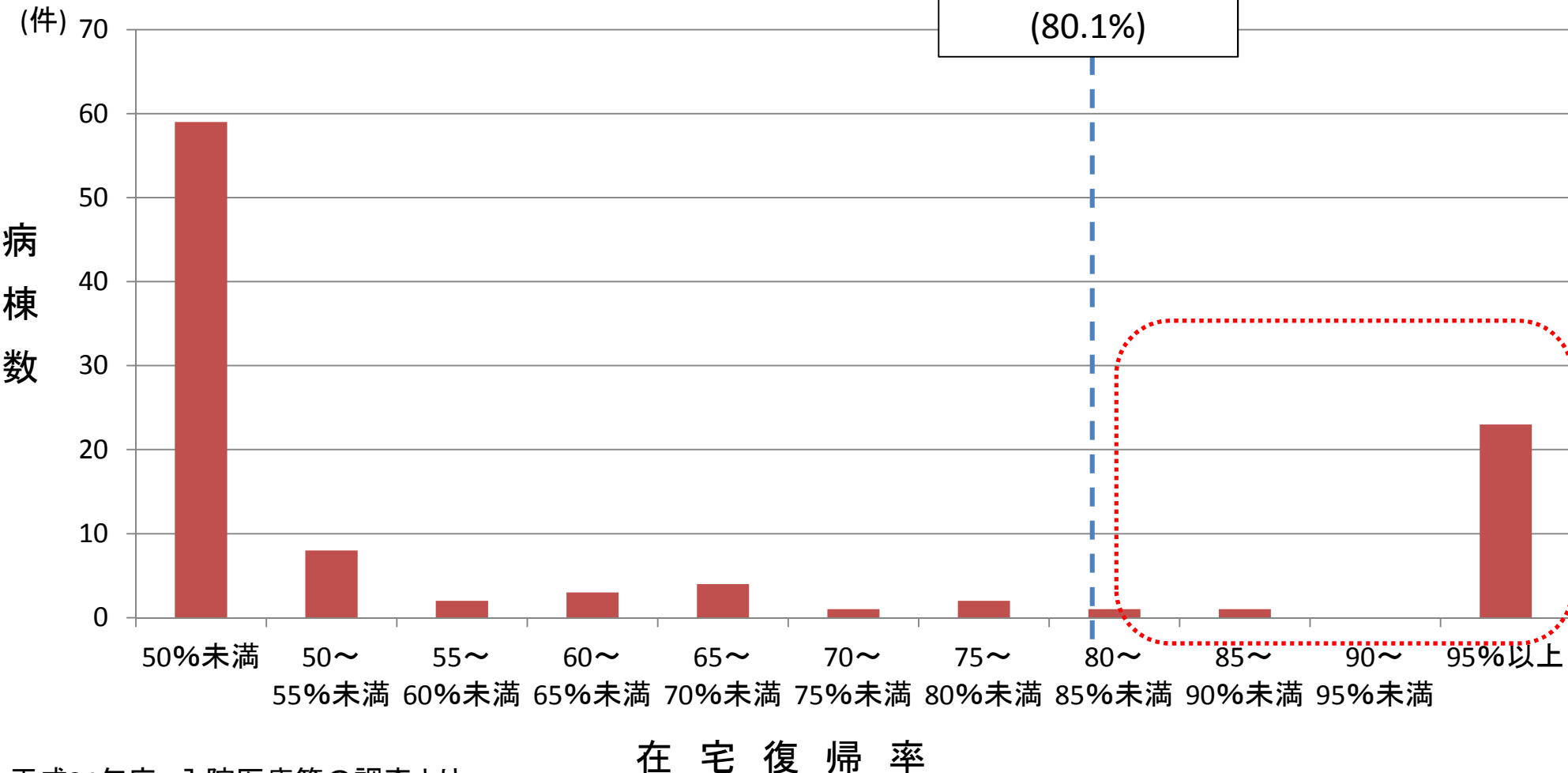
亜急性期入院医療管理料では、7対1入院基本料の病院棟より在宅復帰率が高い病室も多い。

療養病棟(20対1)における在宅復帰率*の状況(平成24年度調査結果)

*この場合の在宅とは入院医療等の調査における自宅(在宅医療を除く)および在宅医療のみを指し、介護施設等を含まない。

N=133

7対1病院の平均
(80.1%)



平成24年度 入院医療等の調査より

療養病棟においても、7対1入院基本料の病棟と同程度の在宅復帰率の病棟が存在する。

亜急性期医療に求められる機能について

③ 緊急時の受け入れ機能

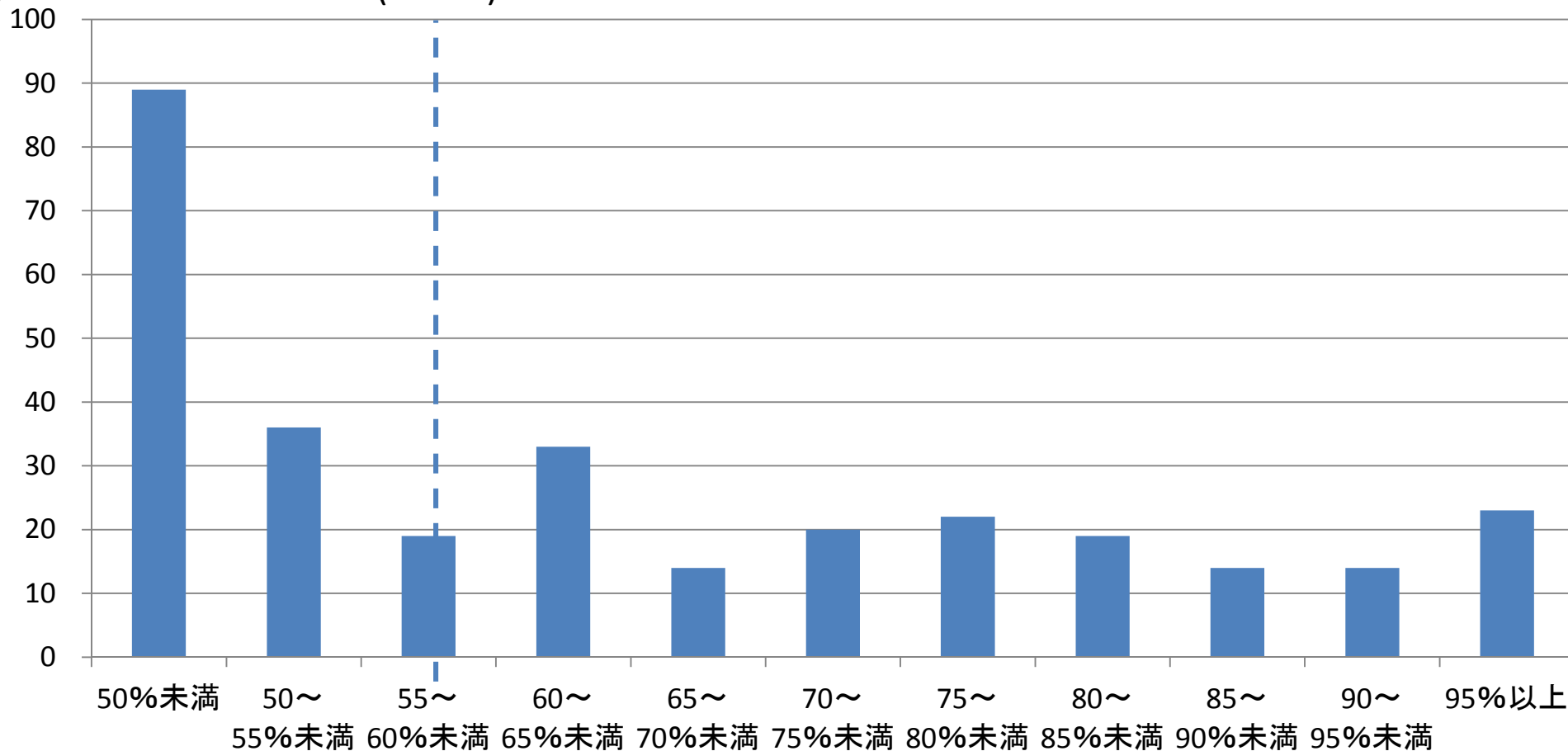
7対1病棟の緊急入院患者の割合（平成24年度調査結果）

N=303

(件)

平均
(59.1%)

病
棟
数



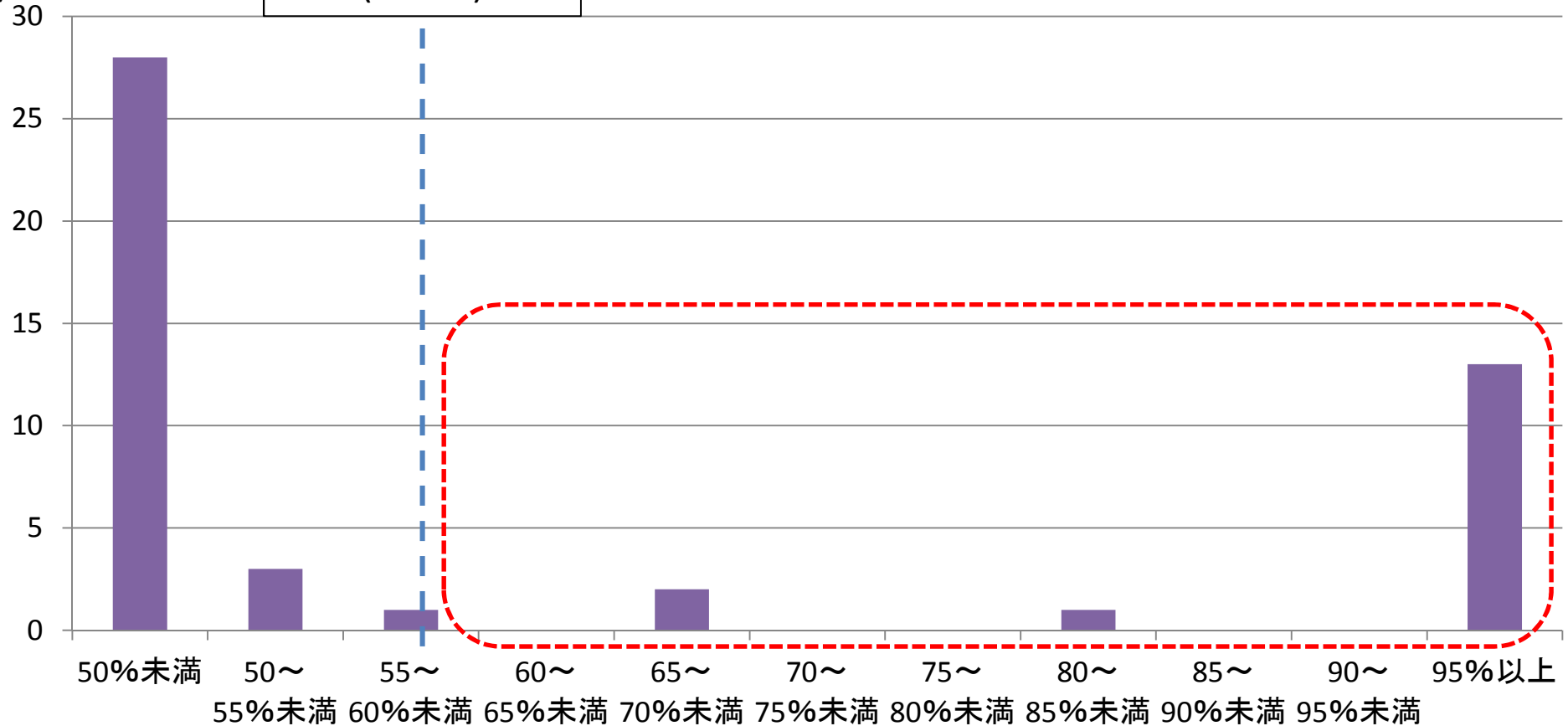
緊急入院患者の占める割合

亜急性期入院医療管理料における 緊急入院患者割合の状況(平成24年度調査結果)

N=48
(件)

7対1病棟の平均
(59.1%)

病
棟
数



平成24年度 入院医療等の調査より

緊急入院患者の割合

亜急性期入院医療管理料でも、7対1病棟と同程度に緊急入院患者を受け入れている病室が存在する。

療養病棟(20対1)における緊急入院の受入状況(平成24年度調査結果)

N=136

(件) 140

7対1病棟の平均
(59.1%)

120

100

80

60

40

20

0

50%未満

50～

55～

60～

65～

70～

75～

80～

85～

90～

95%以上

55%未満 60%未満 65%未満 70%未満 75%未満 80%未満 85%未満 90%未満 95%未満

病
棟
数

平成24年度 入院医療等の調査より

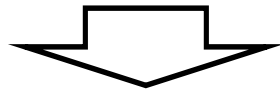
緊急入院の患者の割合

療養病棟においても、緊急入院の患者の割合が7対1病棟と同程度の病棟が一部に存在する。

亜急性期入院医療管理料等の 見直しについての影響について

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、地域の医療を支えるため、亜急性期医療の充実が一層重要となっている。
- 亜急性期入院医療管理料については、病室単位での評価となっており、患者の状態が13対1入院基本料の病棟、回復期リハビリテーション病棟より重症度・看護必要度が低くなっている。また、1月あたりのレセプト請求額が13対1入院基本料より高くなっている。
- 亜急性期入院医療管理料においても、悪性腫瘍等の特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入について7対1病棟と同程度の病室が一部存在している。また、在宅復帰率については7対1病棟よりも高い病室が多い。
- 療養病床であっても、特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入、在宅復帰率について7対1病棟と同程度の病棟が存在している。



【論点】

- 地域の医療を支えるため、亜急性期医療を充実することについてどのように考えるか。
- 亜急性期医療を病棟単位の評価に移行することについてどのように考えるか。
- 療養病床であっても、亜急性期機能を有している病棟が存在していることについてどのように考えるか。
- 亜急性期機能を充実させるため、対象となる患者像と機能を明確化し、さらなる 評価を充実させることについてどのように考えるか。