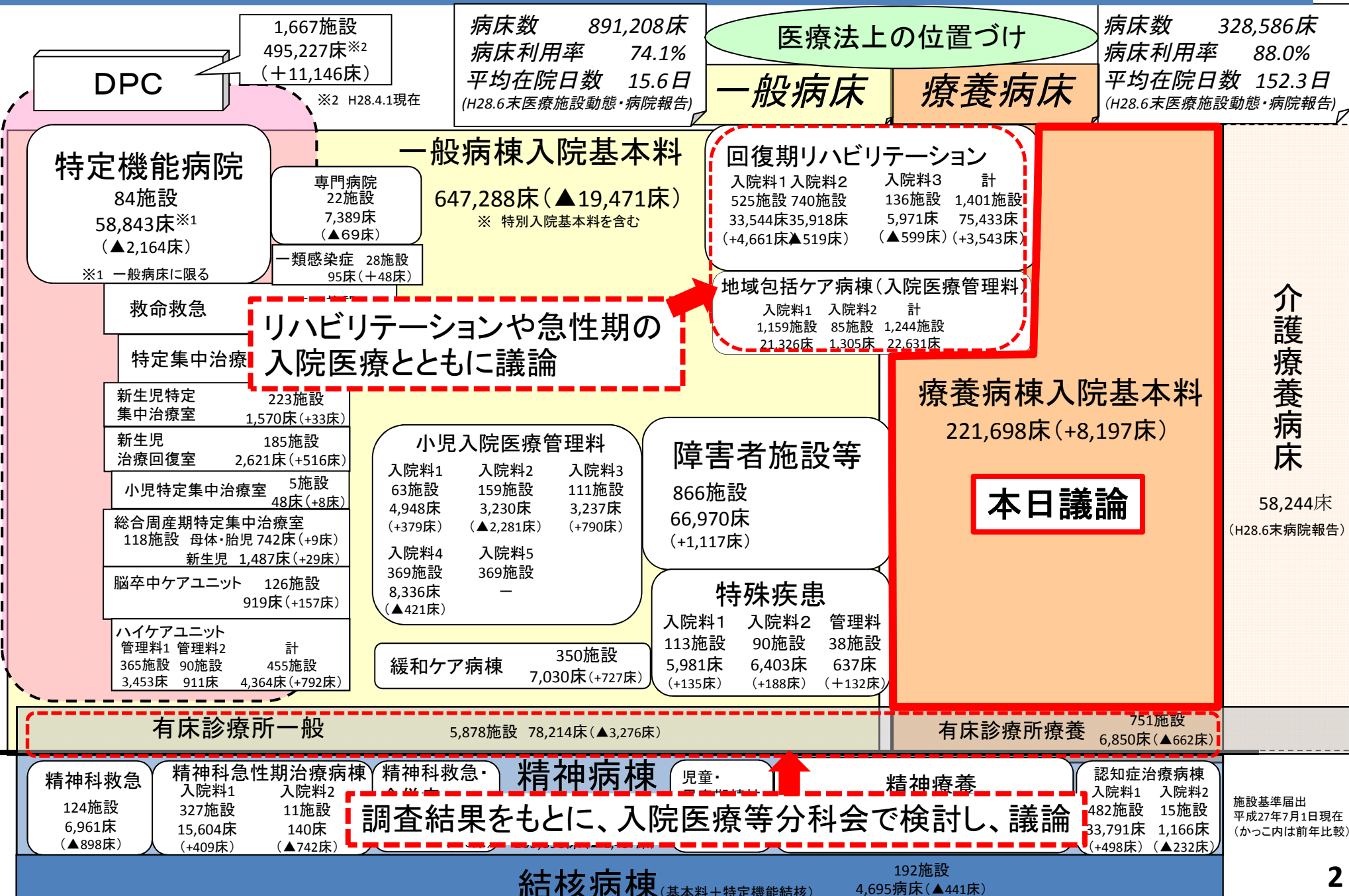


# 入院医療(その3)

平成29年4月26日

# 診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)



## (参考)療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院基本料 1 (療養1)	療養病棟入院基本料 2 (療養2)
入院料	医療区分1      814点～967点 医療区分2      1,230～1,412点 医療区分3      1,468～1,810点	医療区分1      750点～902点 医療区分2      1,165点～1,347点 医療区分3      1,403点～1,745点
看護職員※	20 : 1 (医療法で4 : 1相当)	25 : 1
看護補助者※	20 : 1 (医療法で4 : 1相当)	25 : 1
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療区分2と3の患者の合計が<u>8割以上</u></li> <li>・ 褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療区分2と3の患者の合計が<u>5割以上</u></li> <li>・ 褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価</li> </ul>

※ 療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護職員及び看護補助者の人員配置は、本則上4:1(診療報酬基準でいう20:1に相当)以上とされているが、同施行規則(附則)に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6:1(診療報酬基準でいう30:1に相当)以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

# (参考)療養病棟入院基本料の包括範囲について

検査、病理診断	すべて包括
入院基本料等加算	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算(50対1、75対1、100対1に限る)、乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、HIV感染者療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養サポートチーム加算、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、総合評価加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、退院支援加算(1の口及び2の口に限る)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算</p>
投薬 注射	<p>下記に限り算定可能。</p> <p>抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている腎性貧血状態の患者に限る)、インターフェロン製剤(B型・C型肝炎に係るものに限る)、抗ウイルス剤(B型・C型肝炎、後天性免疫不全症候群、HIV感染症に係るものに限る)、血友病の治療に係る血液凝固因子及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</p>
処置	<p>下記以外は算定可能。</p> <p>創傷処置(手術日から14日以外を除く)、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル処置、導尿、膣洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置</p>
画像診断	単純撮影に係る「写真診断」、「撮影」以外は算定可能
医学管理等、在宅医療、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療	すべて算定可能

※一般病棟へ転棟、転院前の3日間は上記にかかわらず、すべて出来高で算定可能。

## 本日の内容

### 療養病棟入院基本料について

- ①医療の提供体制
- ②患者の状態と医療内容
- ③医療費の分析
- ④療養病床に関する検討の状況

## 本日の内容

### 療養病棟入院基本料について

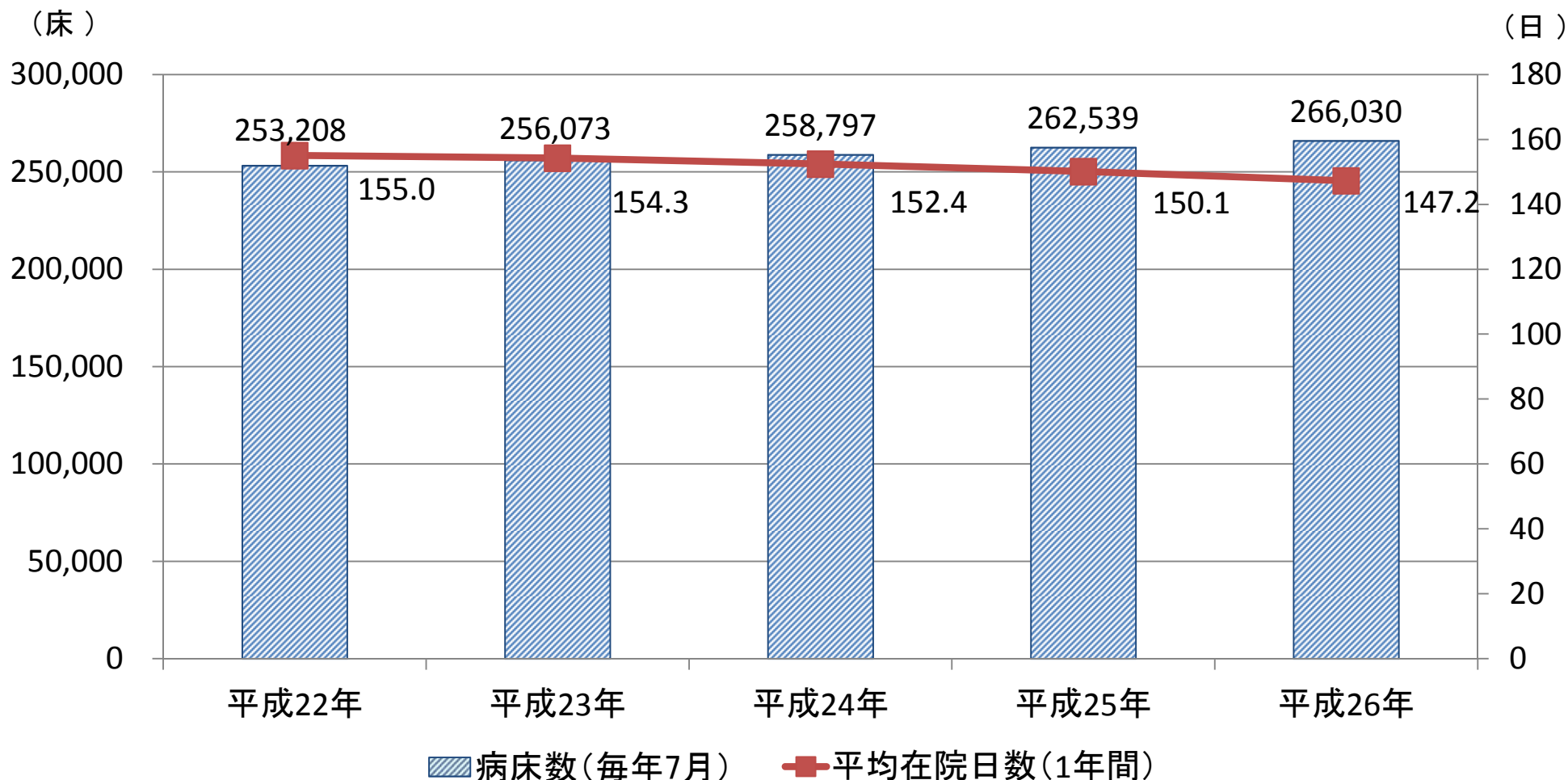
- ① 医療の提供体制
- ② 患者の状態と医療内容
- ③ 医療費の分析
- ④ 療養病床に関する検討の状況

#### 【概略】

- 病床数は微増傾向にあるが、平均在院日数と病床利用率は微減傾向。
- 入院料区分別にみると、療養1の病床の割合が増加傾向、平均在院日数は療養1の方が長いが近年短縮傾向にあり、療養1と療養2との差が小さくなっている。
- 開設者別にみると、届出医療機関数及び病床数とも民間が多く、病床数では、約9割を超える。
- 都道府県別に病床数、入院レセプトの1月あたり平均点数を見ると、病床数に比べ、1月あたり平均点数の都道府県による差は小さい。
- 病棟に配置されている職員数をみると、必要数より多くの職員を配置している病棟が多い。看護要員以外の職員を病棟配置している病棟は約2割。

# 医療療養病床（病院）の数と平均在院日数の推移

○病床数はやや増加傾向にある一方、平均在院日数はやや減少傾向にある。

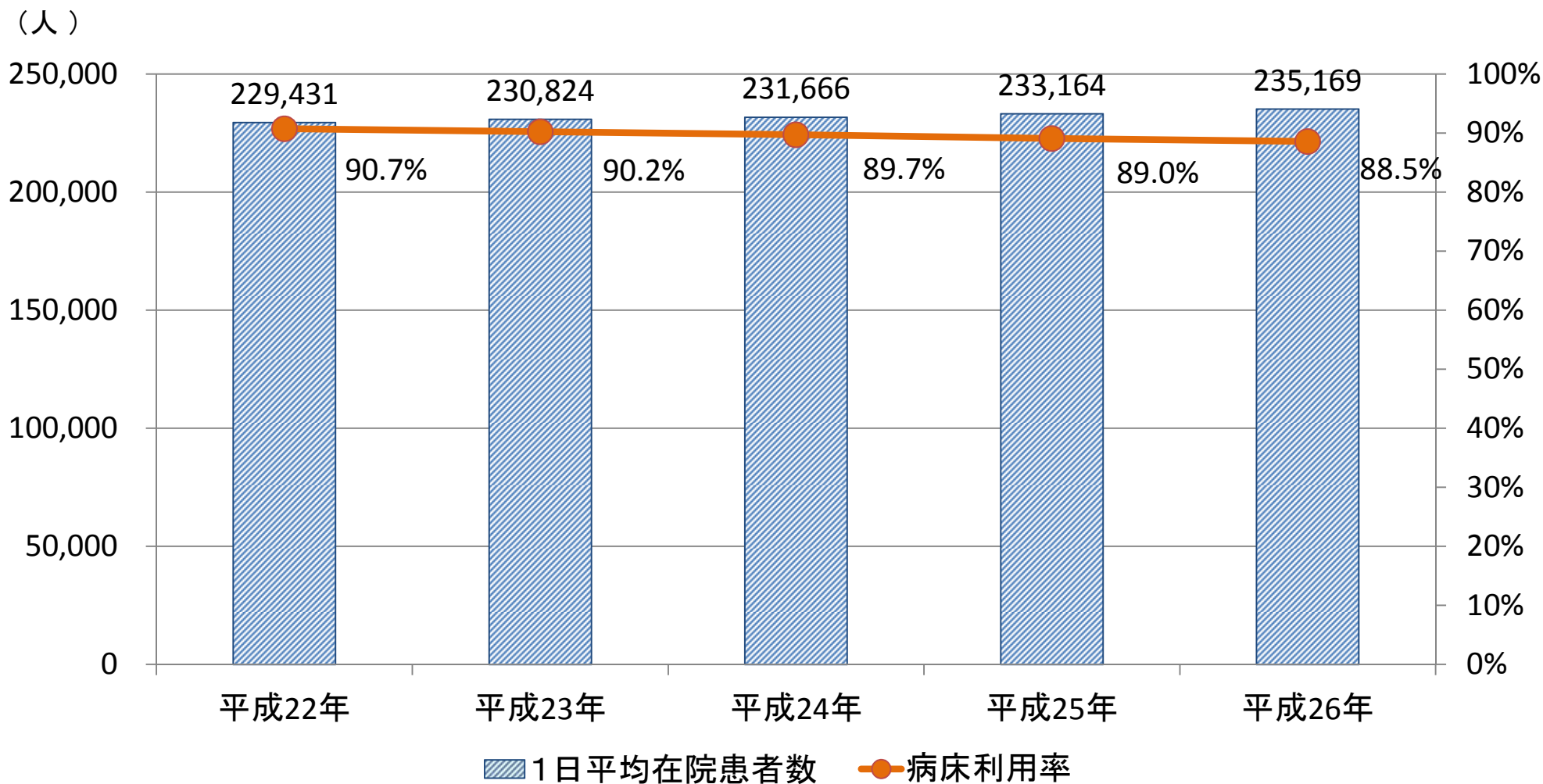


※医療施設調査における平均在院日数の算出方法は診療報酬と期間、計算方式が異なる



# 医療療養病床（病院）の1日平均患者数と病床利用率の推移

○1日平均在院患者数はやや増加傾向にある。病床利用率は高水準であるものの、やや減少傾向にある。

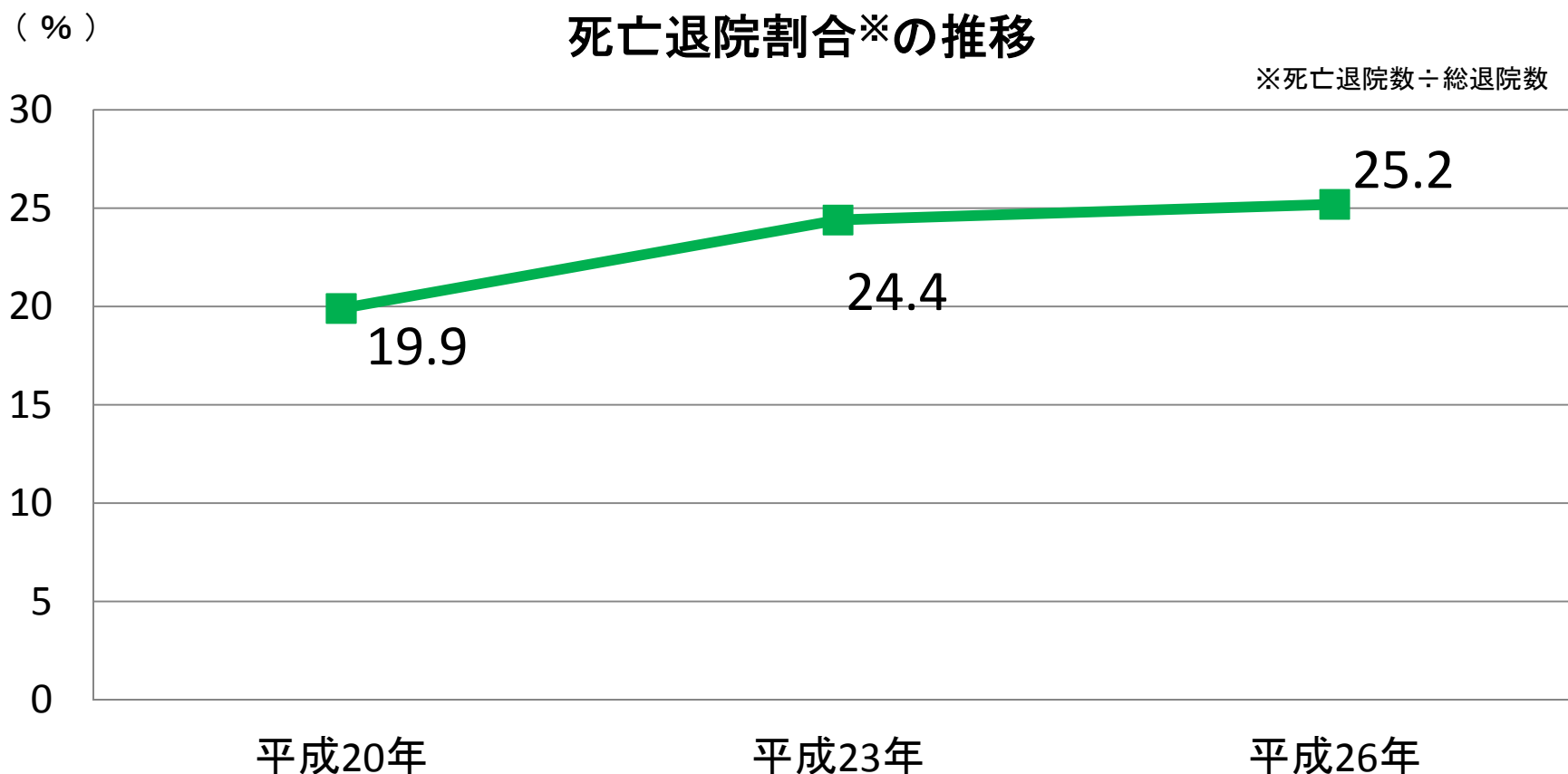


※ 病床利用率：年間在院患者延数を  
(月間日数×月末病床数)の1月～12月の合計で割ったもの



# 医療療養病床（病院）における死亡退院の割合の推移

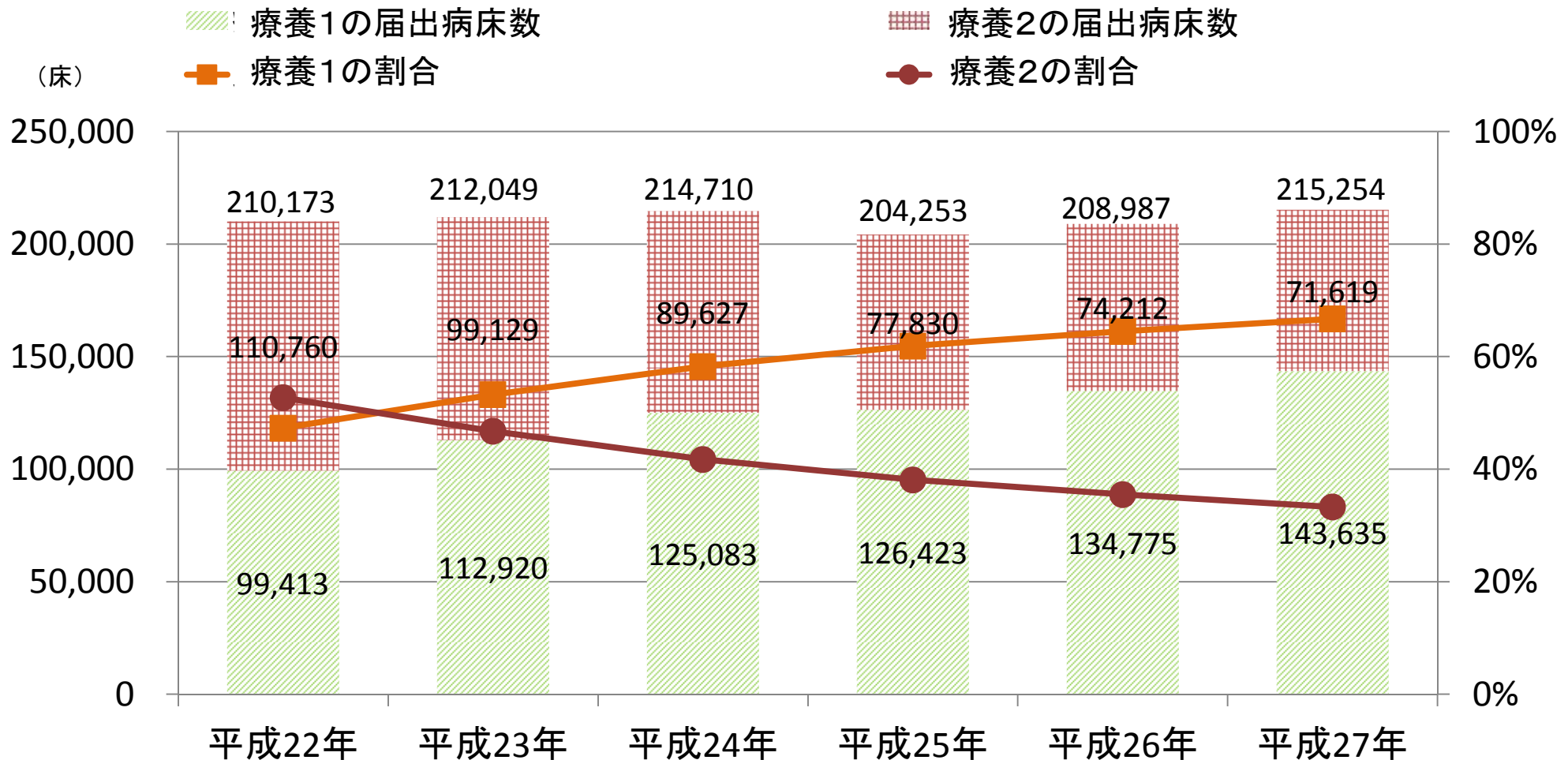
○医療療養病床での死亡退院の割合は増加傾向にある。



# 療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

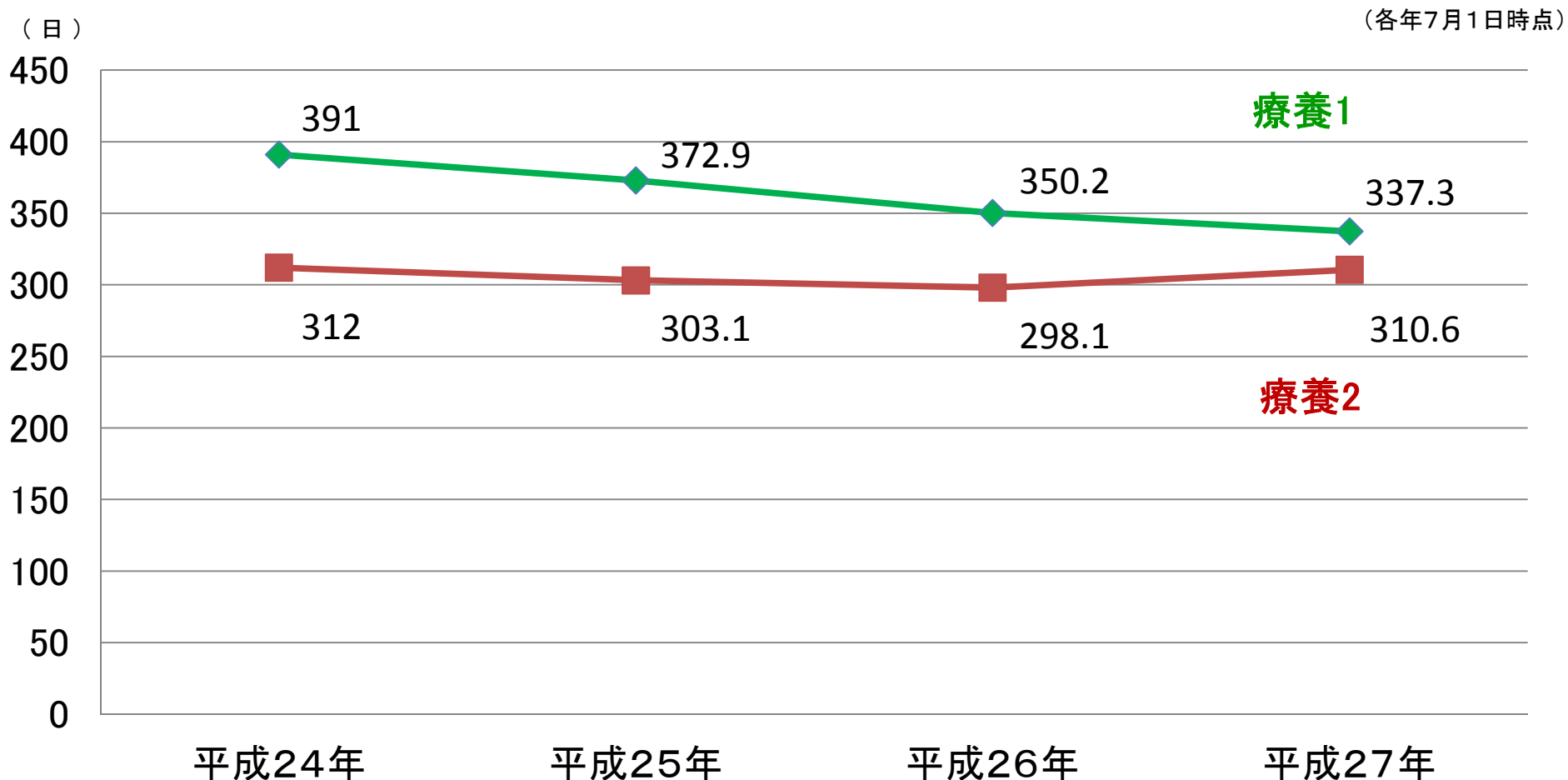
- 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
- 療養1の病床数は増加傾向。

(各年7月1日時点)



# 療養病棟入院基本料区分別 平均在院日数の推移

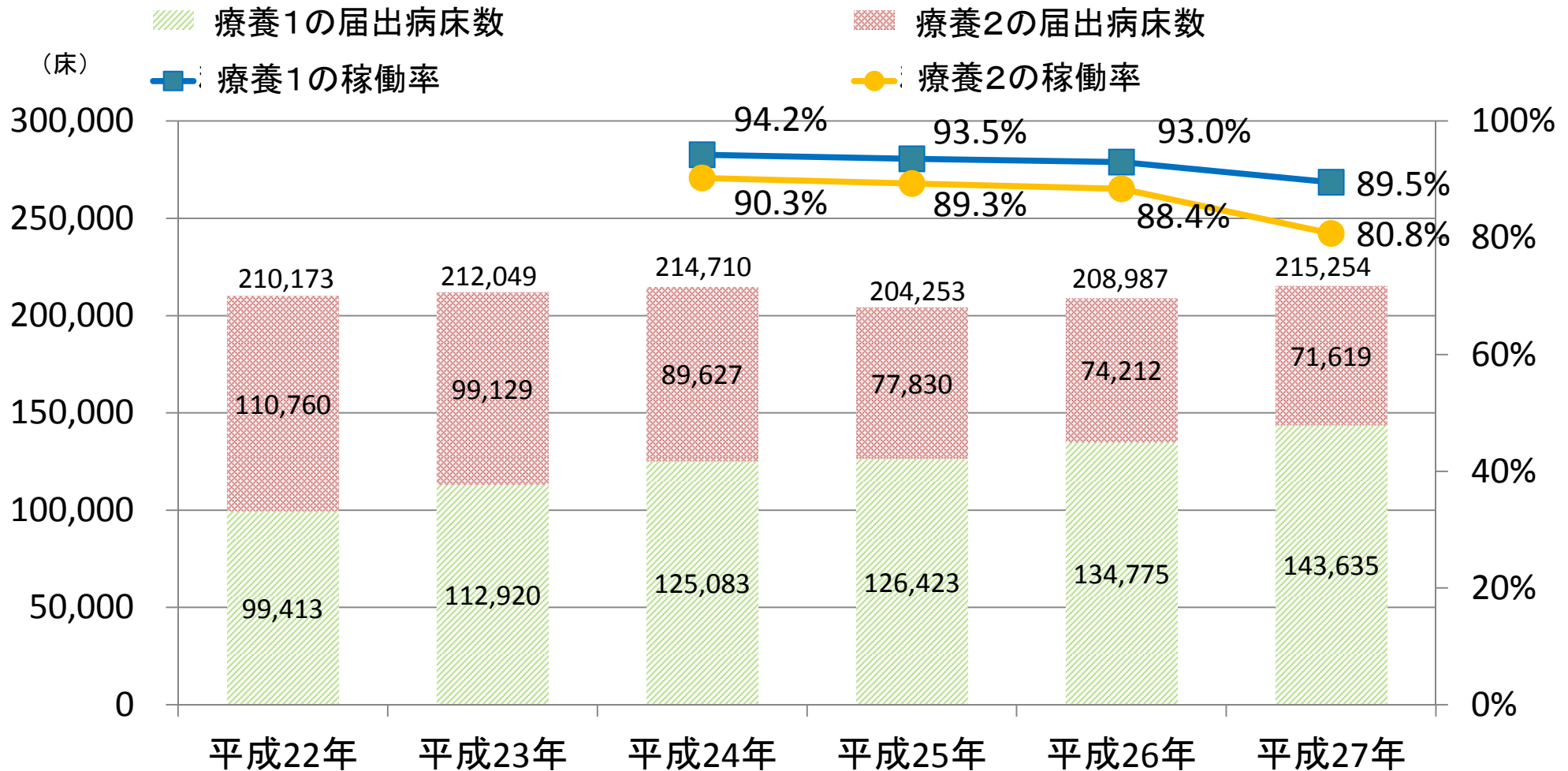
○療養1では平均在院日数が減少傾向にある。



# 療養病棟入院基本料区分別 届出病床数と稼働率

○病床数に大きな変化はなく、稼働率は高い

(各年7月1日時点)



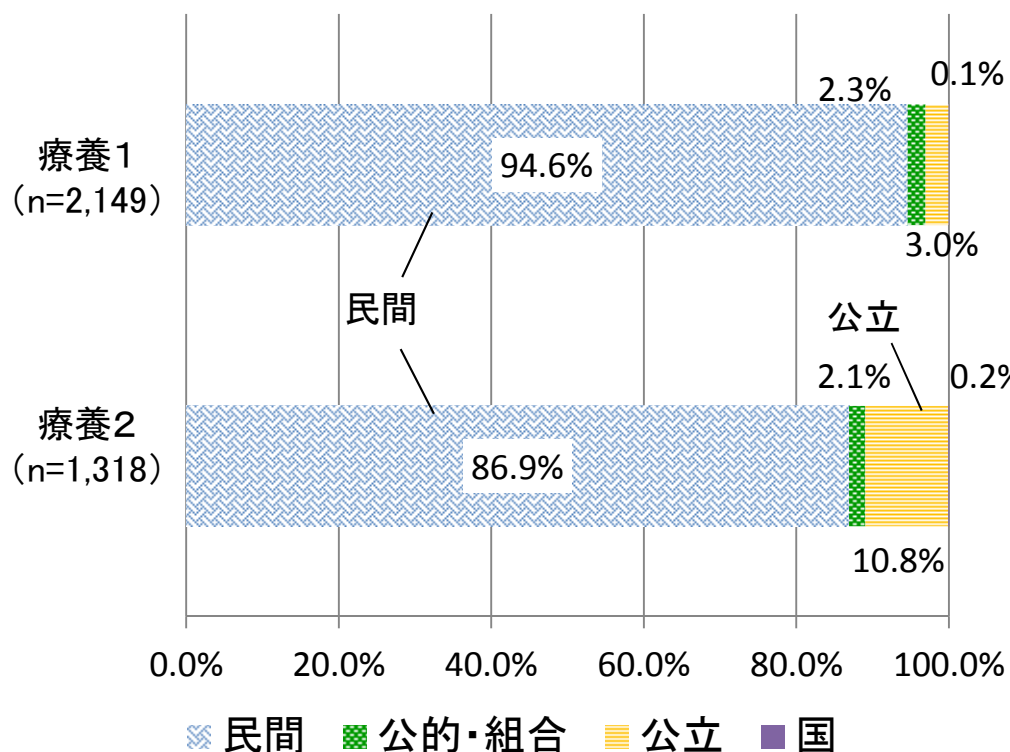
※ 稼働率: 各年1日平均入院患者数を  
各年7月1日時点の稼働病床数で除したもの

# 開設者別・届出入院料別の病院数・病床数

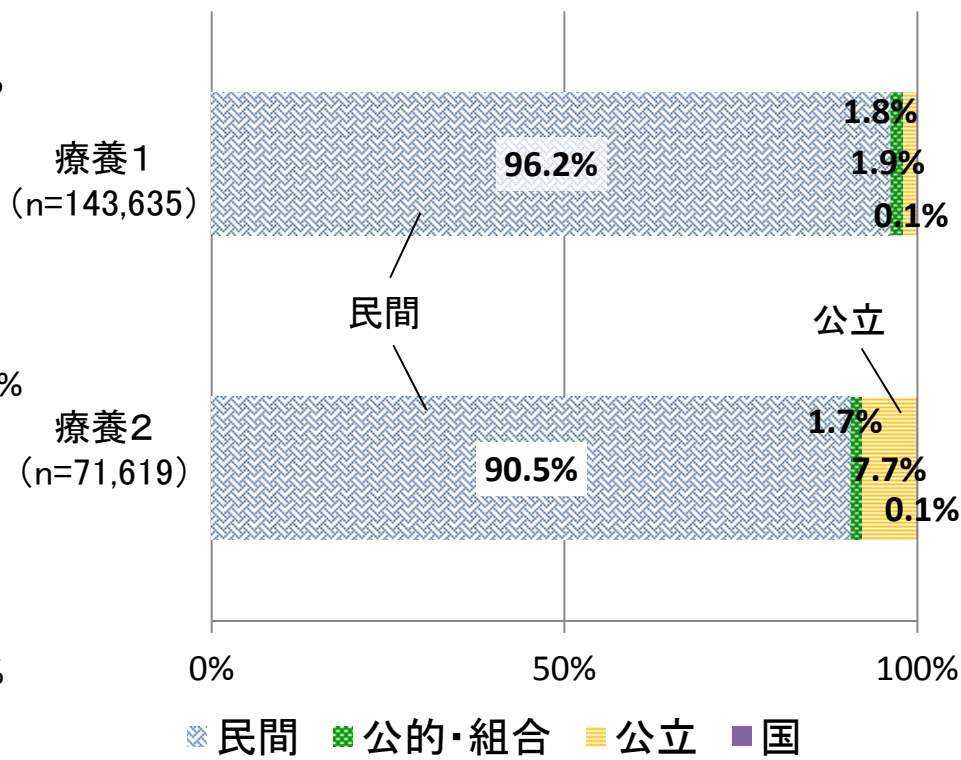
○開設者別、入院基本料区分別の届出状況をみると、医療機関数と病床数ともに、民間による開設が9割であり、次いで公立となっている。

(平成27年7月1日時点)

■ 療養病棟入院基本料届出医療機関数における開設者割合



■ 療養病棟入院基本料の病床数における開設者割合

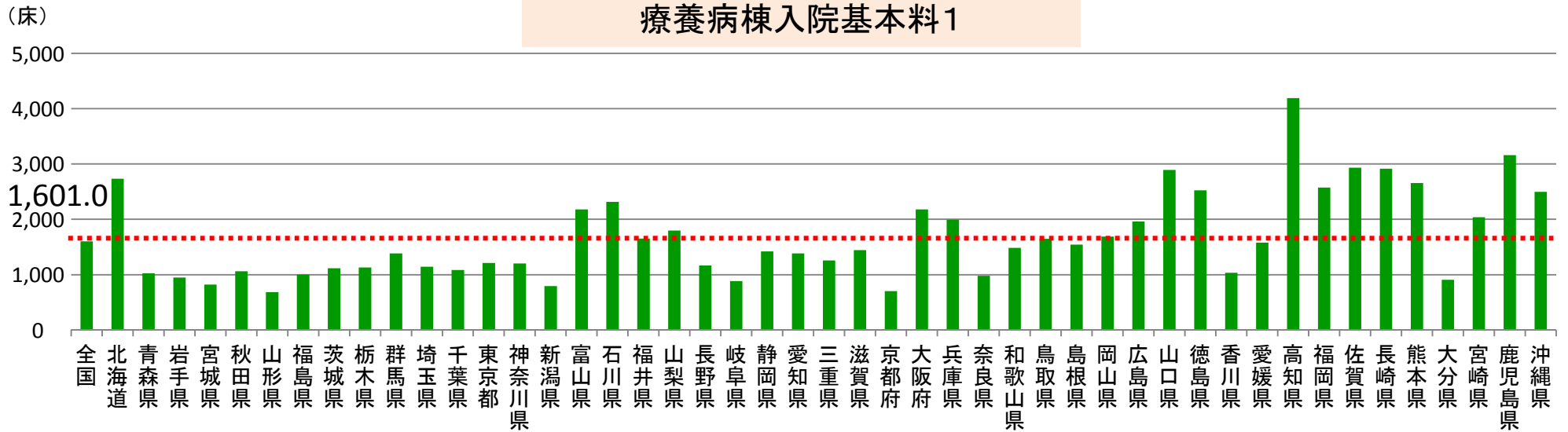


※集計手法等により、実際の数と一部異なることに留意が必要

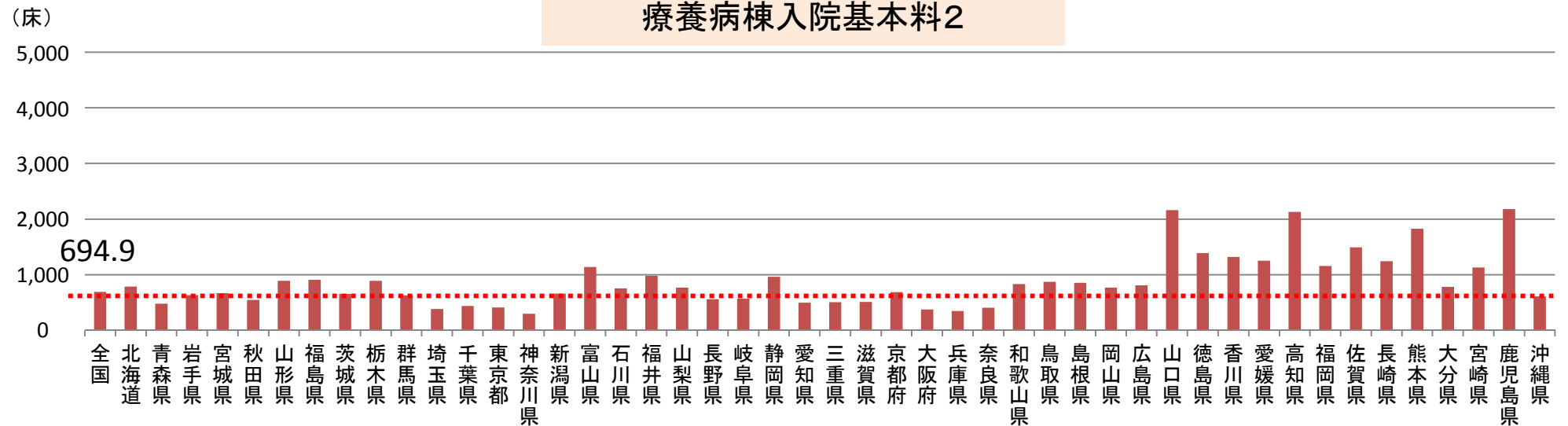
民間: 医療法人、学校法人、会社等  
公的・組合: 日赤、済生会、健保組合等  
公立: 都道府県、市町村、地方独立行政法人  
国: 国立大学法人、NHO、JCHO等

# 都道府県別 療養病棟入院基本料届出病床数①(65歳以上人口10万人あたり)

## 療養病棟入院基本料1



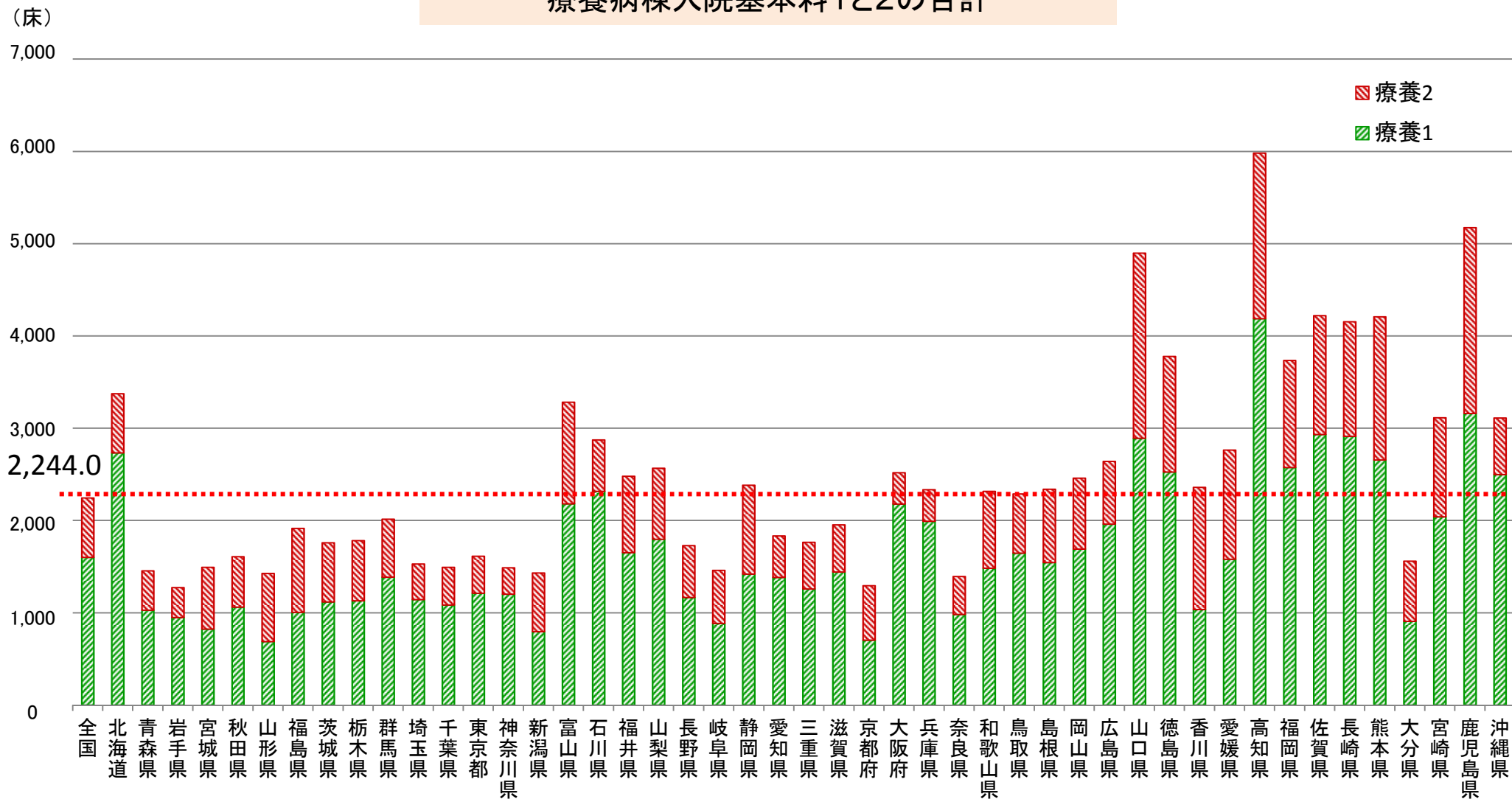
## 療養病棟入院基本料2





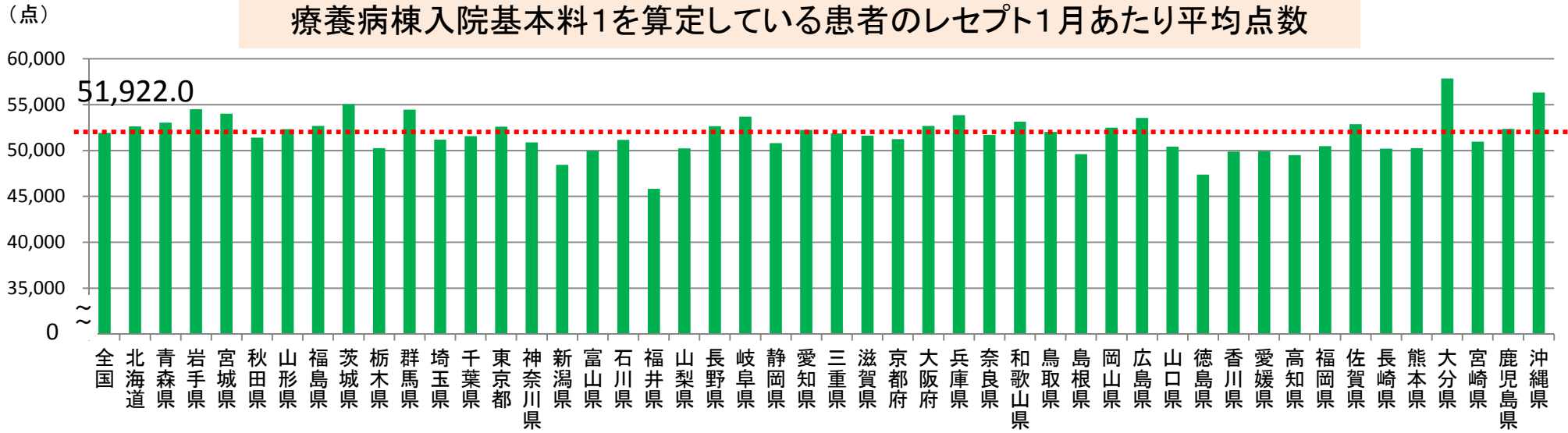
# 都道府県別 療養病棟入院基本料届出病床数②(65歳以上人口10万人あたり)

## 療養病棟入院基本料1と2の合計

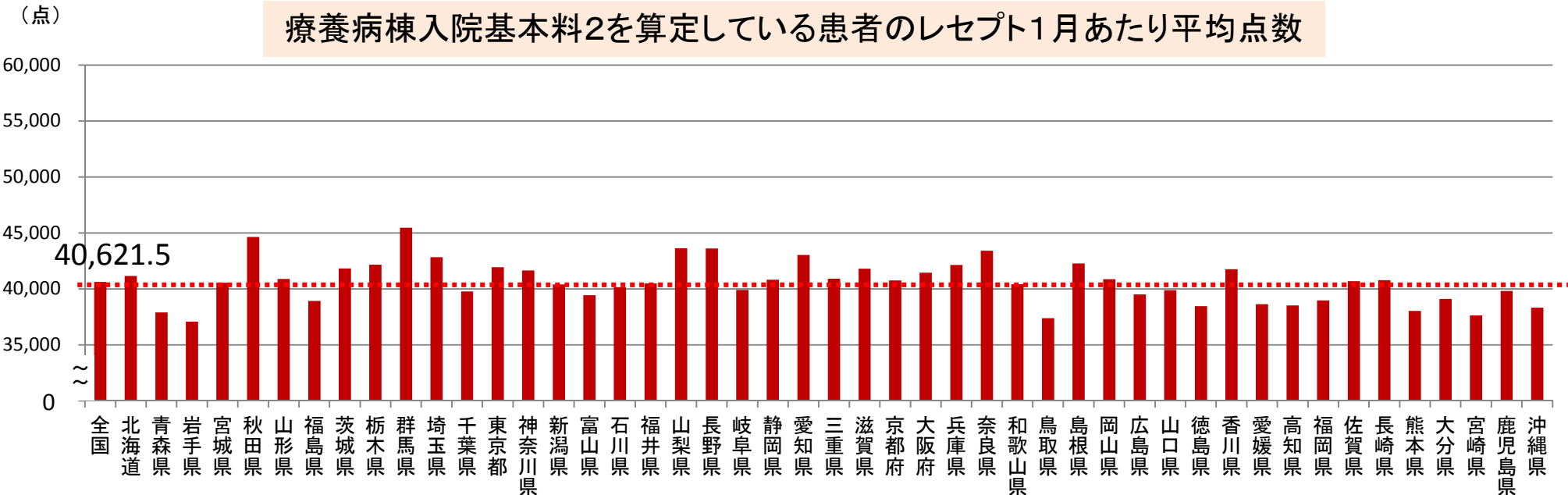


# 都道府県別 療養病棟入院基本料算定患者のレセプト1月あたり平均点数①

療養病棟入院基本料1を算定している患者のレセプト1月あたり平均点数



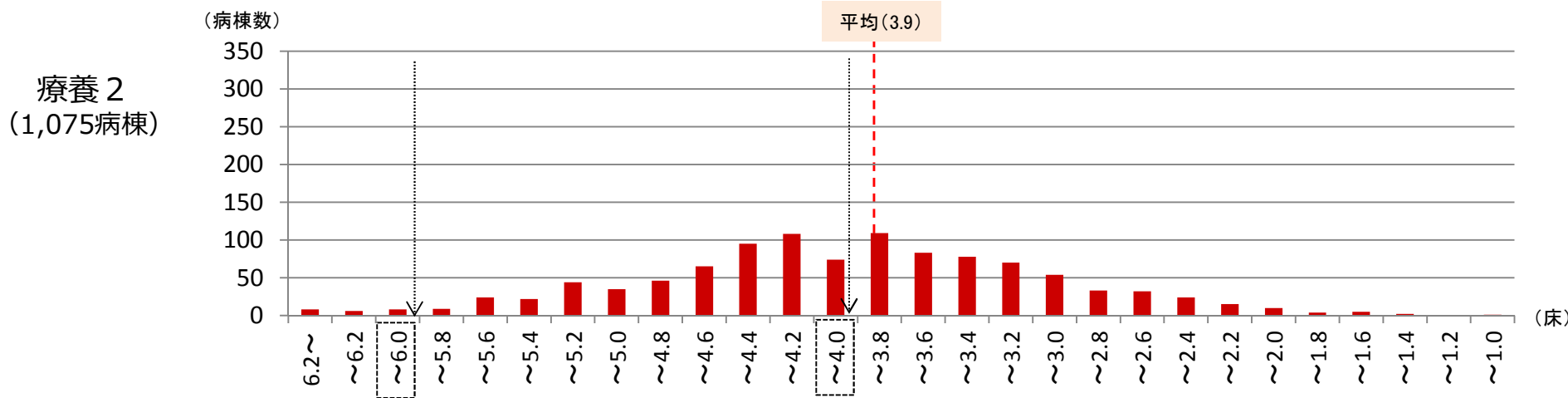
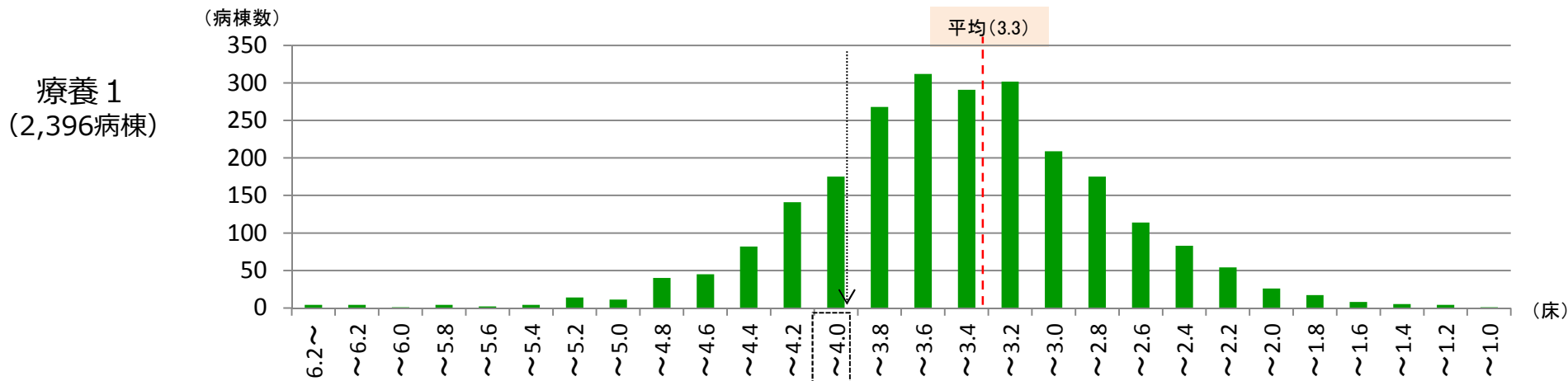
療養病棟入院基本料2を算定している患者のレセプト1月あたり平均点数



- 職員配置の状況

# 療養病棟入院基本料区分別 看護職員1人あたり稼働病床別の病棟分布

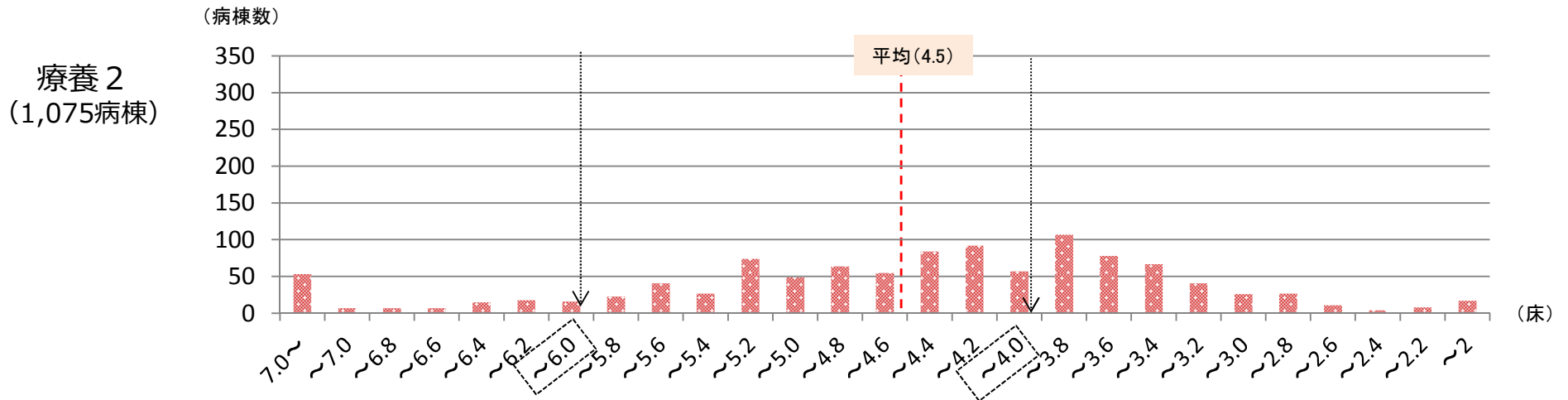
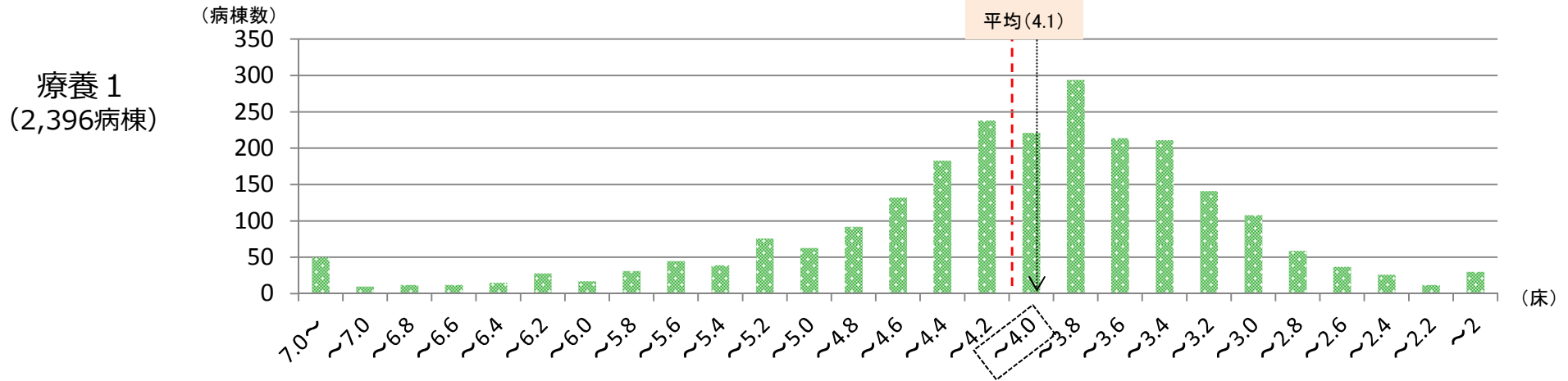
○ 区分別の看護職員1人あたりの稼働病床数をみると、いずれの区分においても基準より多めに配置されている病棟が多い。



※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

# 療養病棟入院基本料区分別 看護補助者1人あたり稼働病床別の病棟分布

○ 区分別の看護補助者1人あたりの稼働病床数をみると、基準より多めに配置されている病棟もあるが、少なく配置されている病棟もあり、多様である。

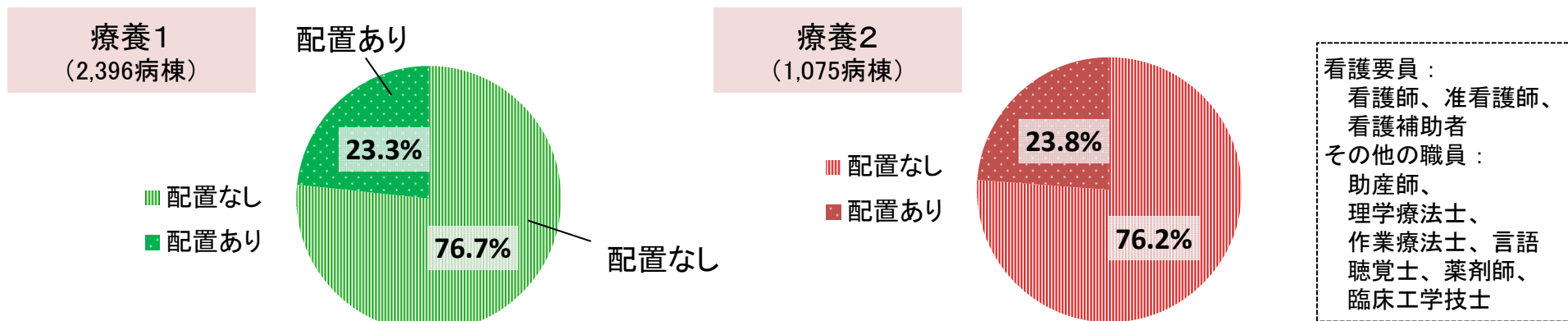


※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている

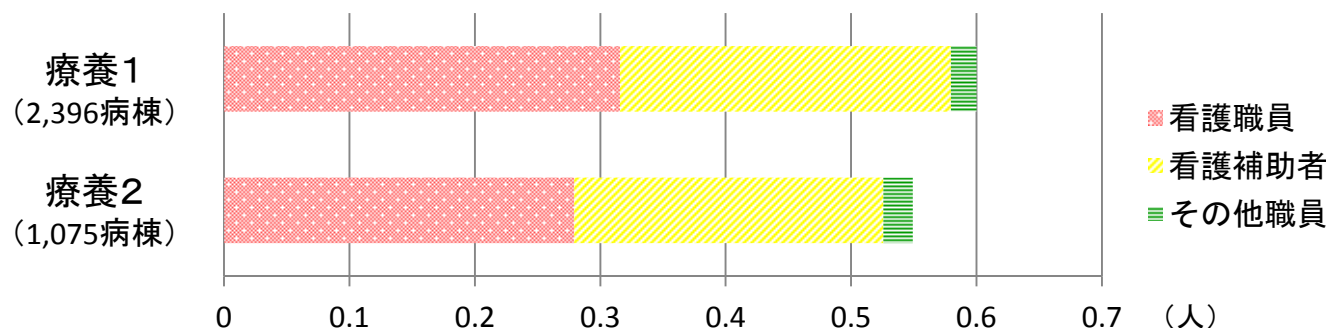
# 療養病棟入院基本料区分別 病棟の配置職員数

- 療養病棟入院基本料1及び2の病棟で、各病棟の「その他の職員」の配置をみると、約2割余の病棟で「その他の職員」を配置している。
- 1床あたりの職員数は、療養病棟入院基本料1と2でほぼ同じである。

## ■ 各病棟における「その他の職員」の配置



## ■ 区分別稼働病床1床あたりの職員数 (各病棟に配置された職員数を稼働病床数で割ったもの)



※ 報告データのうち病床数・職員数の記載に不備があるものについては集計の対象外としている



## 本日の内容

### 療養病棟入院基本料について

- ①医療の提供体制
- ②患者の状態と医療内容**
- ③医療費の分析
- ④療養病床に関する検討の状況

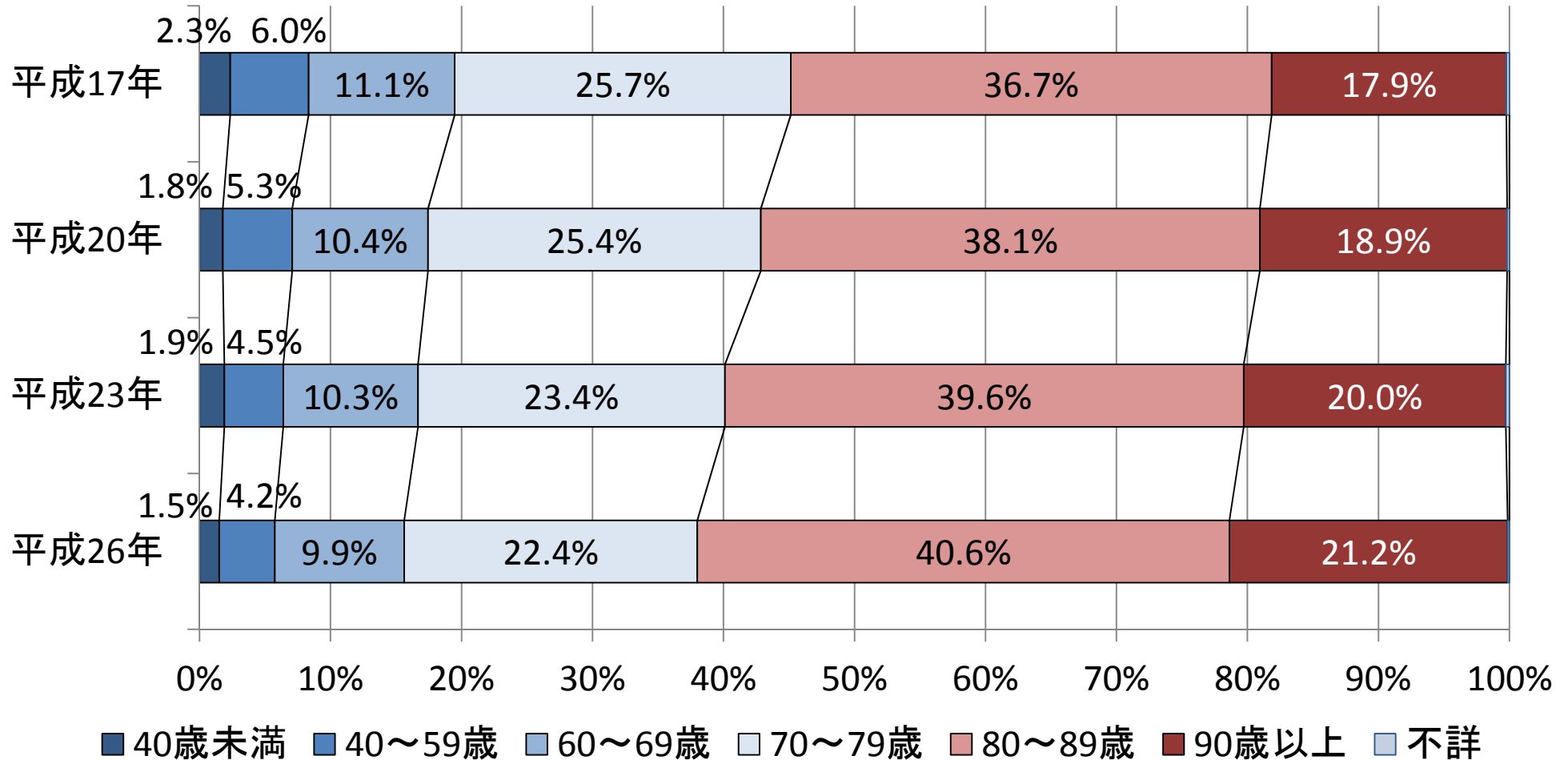
#### 【概略】

- 年齢階級別の患者割合では、80歳以上の割合が増加傾向で、6割を超える。
- 疾患別の患者割合では、認知症はほぼ横ばい、悪性腫瘍や呼吸器系疾患及び骨折は近年増加傾向。
- 入院料の区分別にみると、療養1の病棟では、ADL区分が高い患者や認知症がある患者の割合、死亡退院した患者の割合が、療養2に比べ、高い。
- 退院支援スタッフが配置されている病棟では、配置されていない病棟より在宅復帰率が高い。
- 病棟に理学療法士等の配置が1人以上の病棟では、配置が1人未満の病棟より、在宅復帰率が高い。
- 医療療養病床では、看取りやターミナルケアを行っているが、個別に看取り計画をたてて看取りを行っている医療機関は約35%。

# 入院患者の年齢階級別割合・年次推移

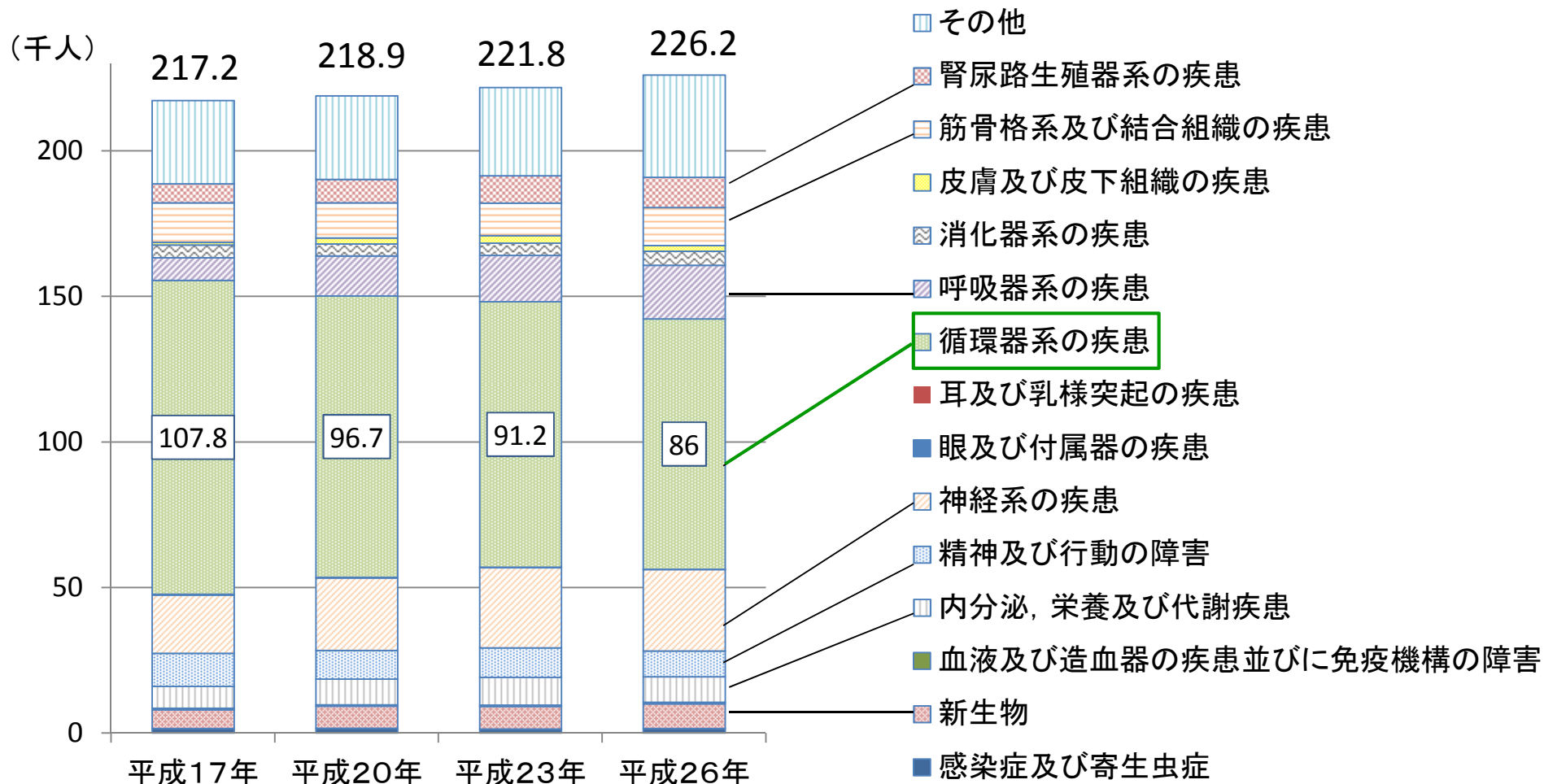
○ 年齢階級別の患者割合をみると、80歳以上の割合が増加しており、平成26年では6割を超える。

## 医療療養病床の年齢階級別入院患者割合の推移



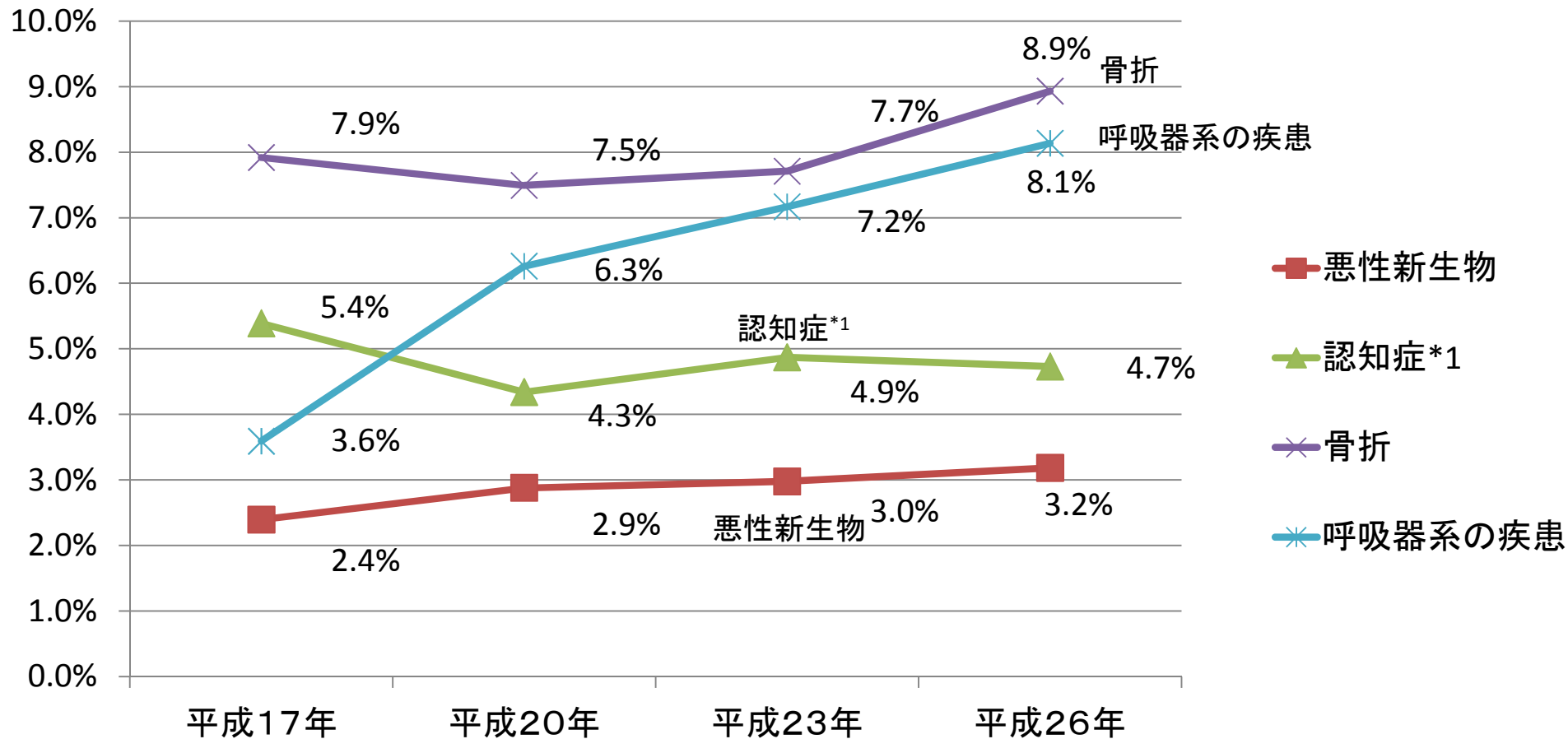
# 医療療養病床(病院)における傷病分類別に応じた推計入院患者数

○ 入院患者を傷病分類別に見ると、「循環器系の疾患」は徐々に減少。呼吸器系の疾患、神経系の疾患はやや増加傾向。



# 入院患者数と主な疾患の構成割合の推移

○ 主な疾患の構成割合の推移をみると、認知症は横ばいで、呼吸器系の疾患、骨折、悪性新生物の割合は微増傾向にある。

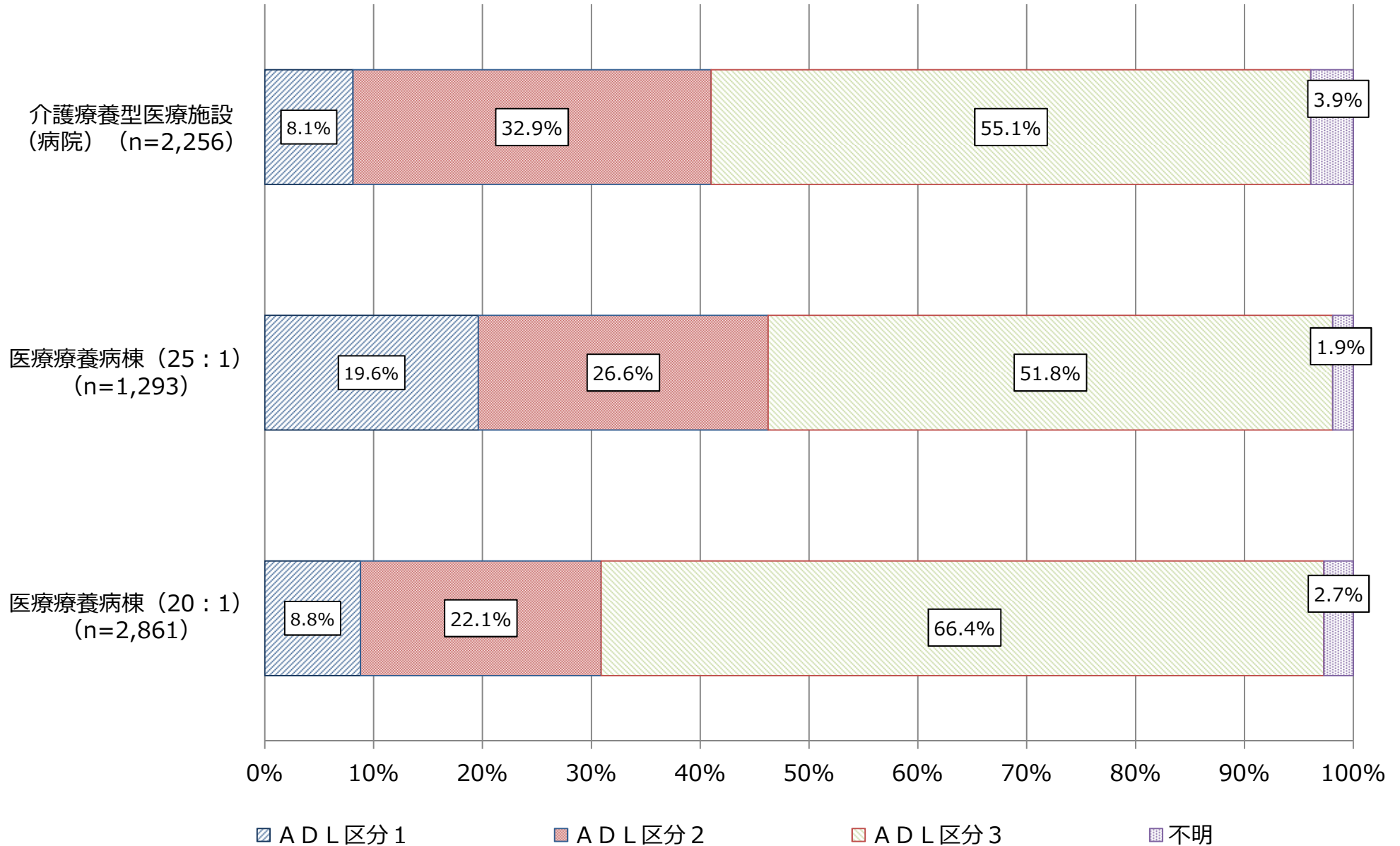


\*1 認知症は、「アルツハイマー病」と、「血管性及び詳細不明の認知症」の合計

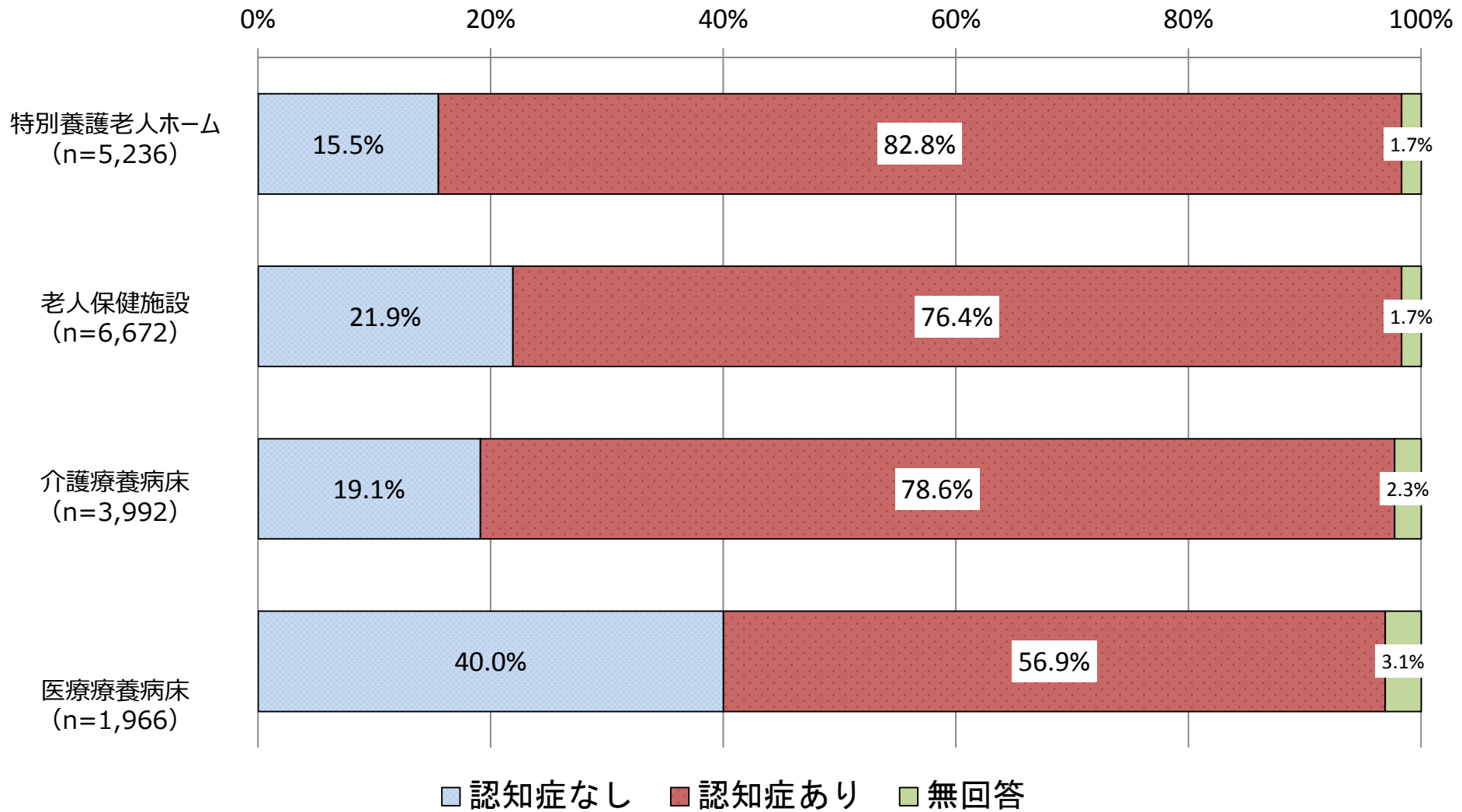
(出典)患者調査

# 入院患者／入所者のA D L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)



# 認知症の有無

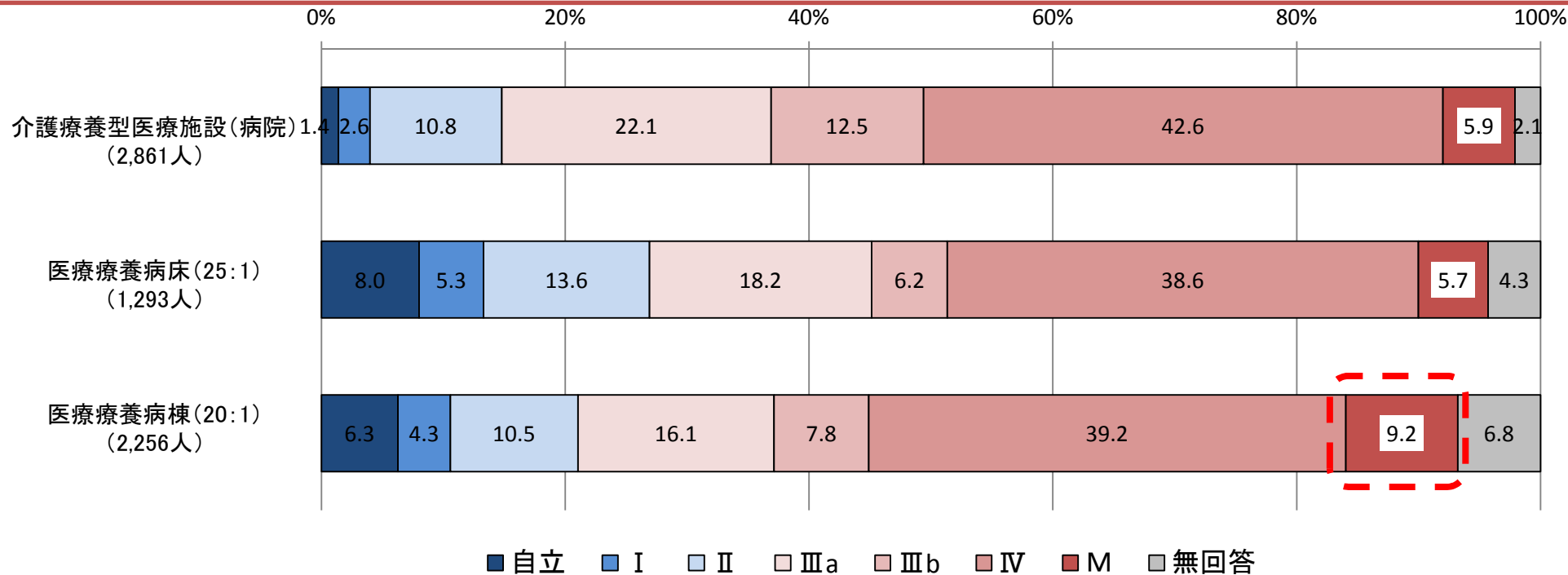


(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」



# 認知症高齢者の日常生活自立度

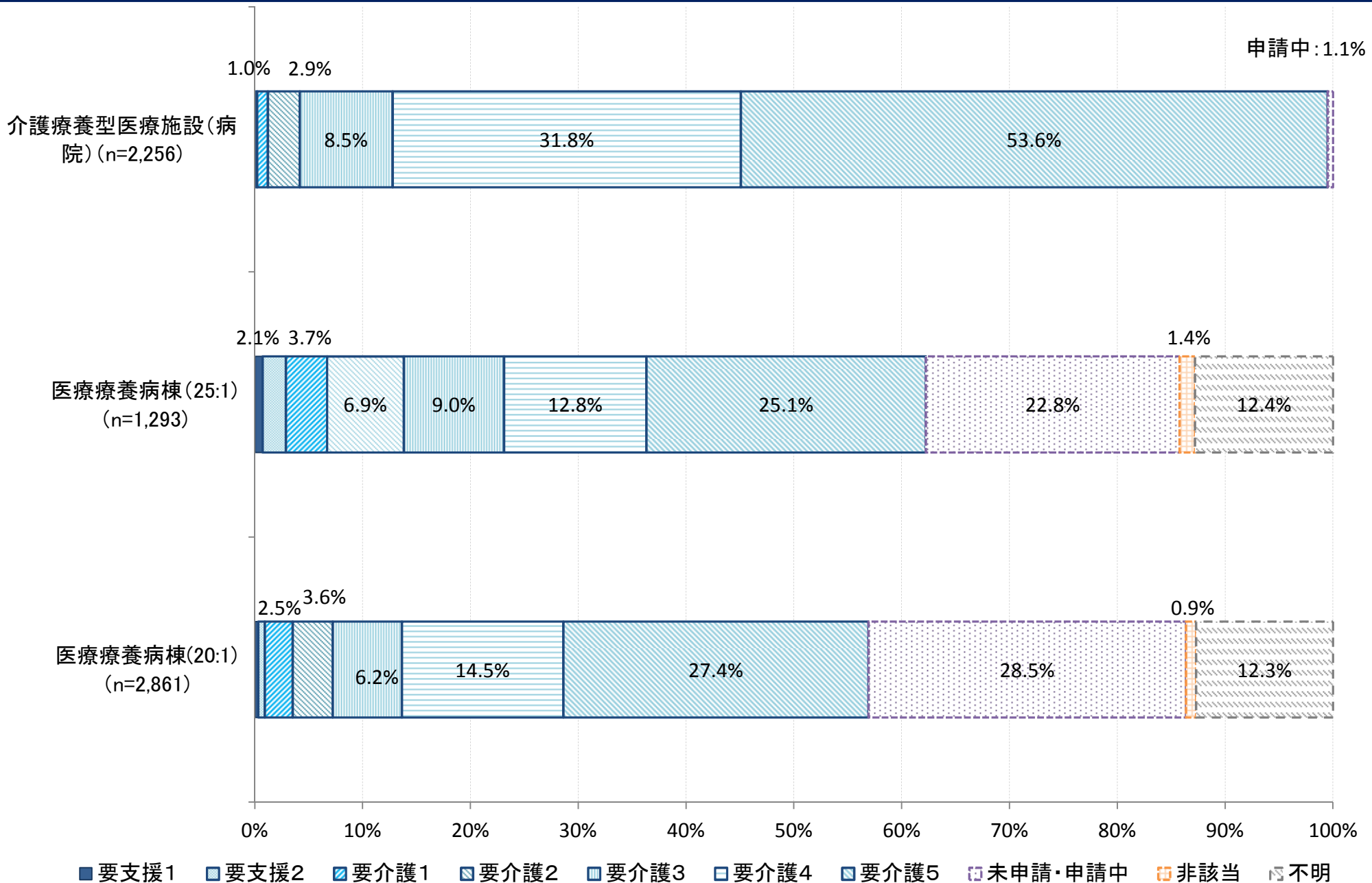
○ 療養病棟入院基本料1を届け出ている病棟では、患者の約1割が「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクMに該当している。



ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 (IIa : 家庭外で上記IIの状態がみられる。 / IIb : 家庭内でも上記IIの状態が見られる。)
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 (IIIa : 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 / IIIb : 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。)
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

# 入院患者／入所者の要介護度

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)



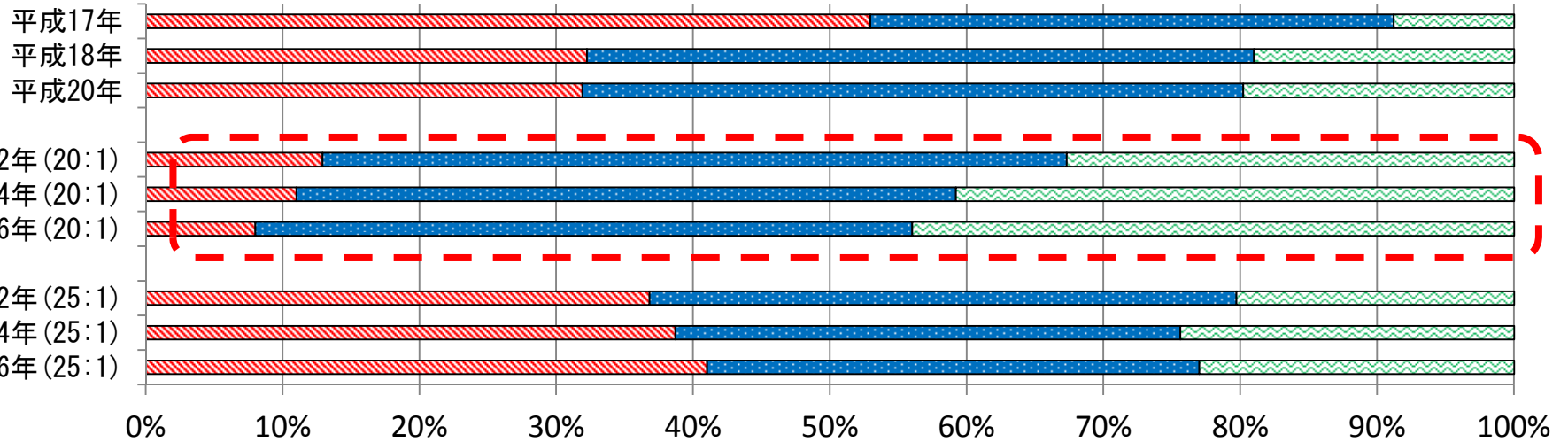
# 医療区分の年次推移

中医協 総 - 5  
29.1.25改

○ 療養病棟入院基本料1の届出病棟では、医療区分2、3の患者の割合が経年的に増加傾向にある。

## 医療療養

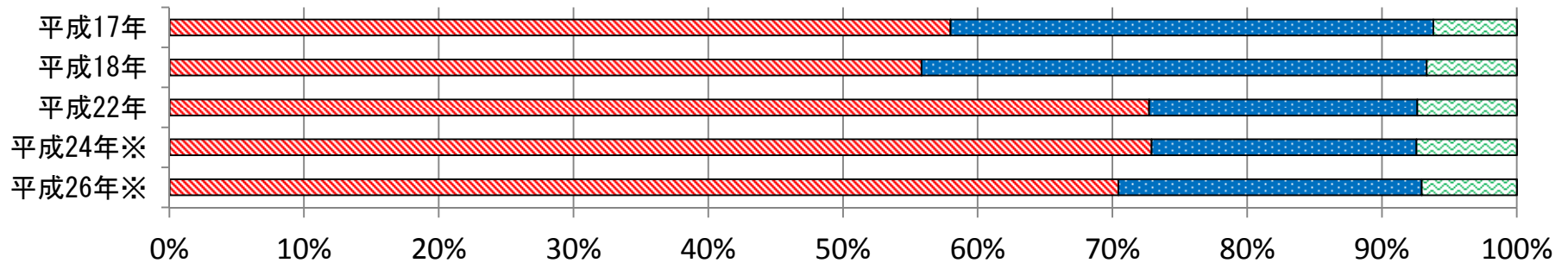
■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3



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

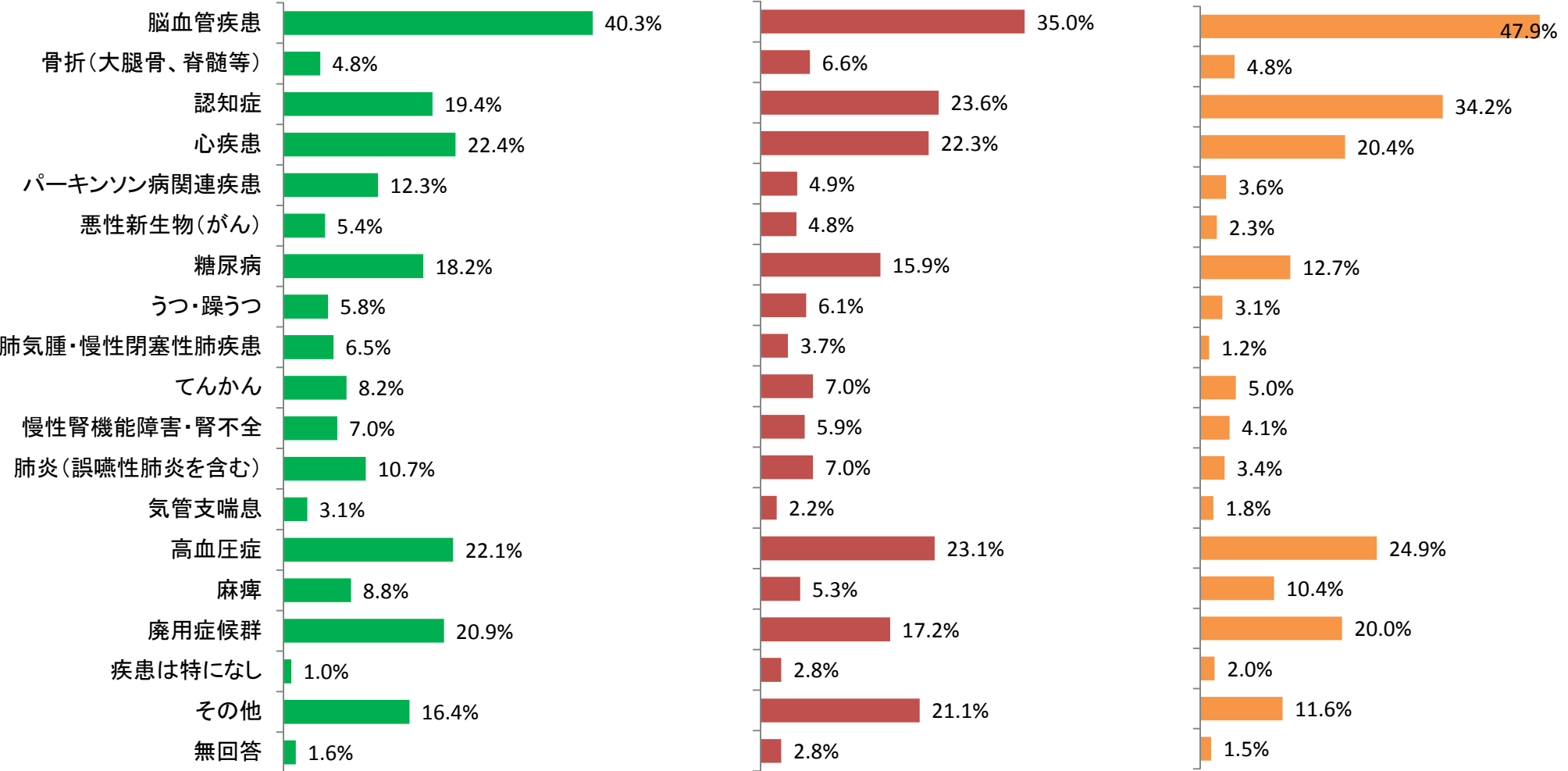
# 入院患者の傷病の状況

第3回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

医療療養病棟(20:1)  
(n=2,861)

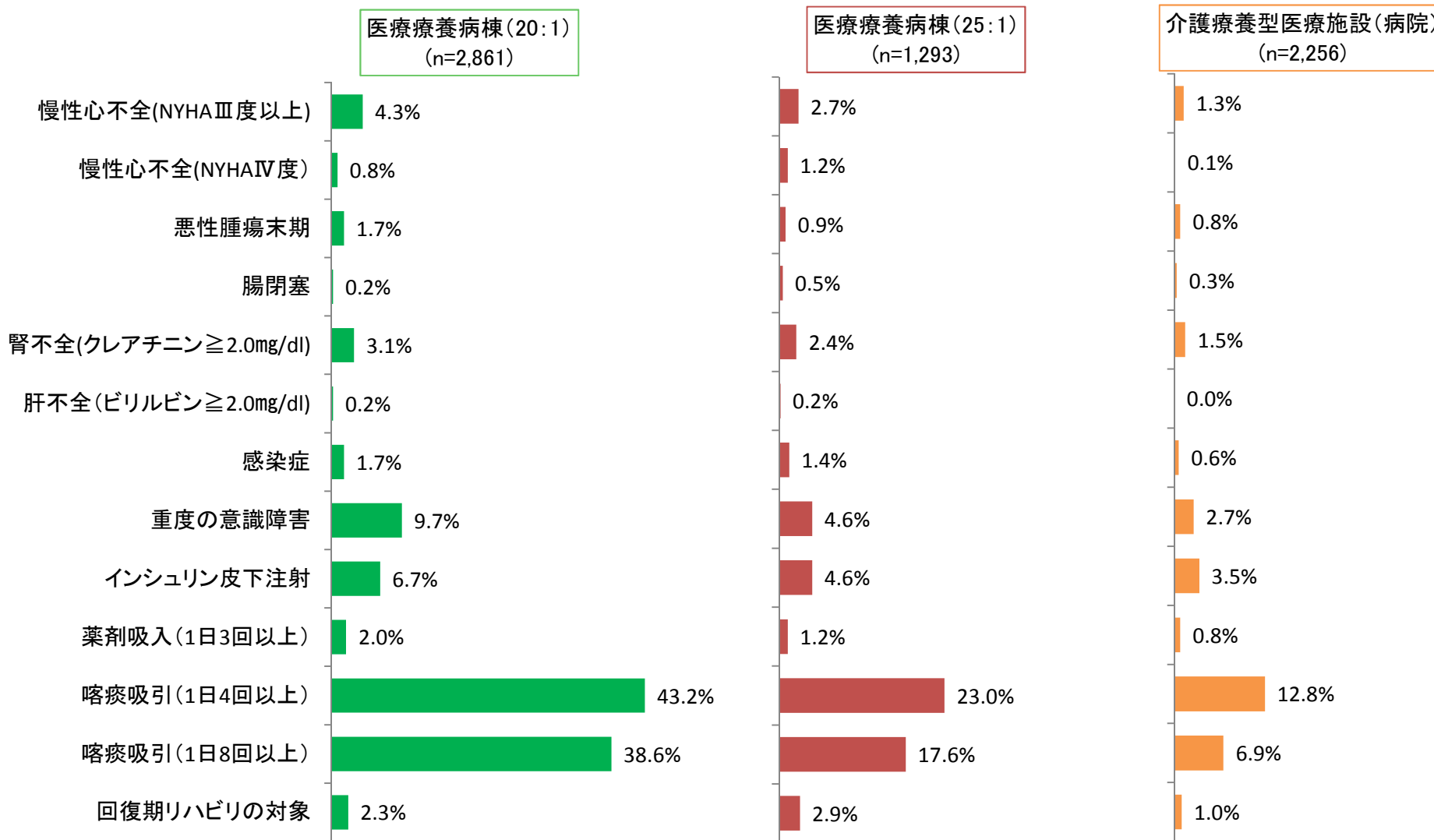
医療療養病棟(25:1)  
(n=1,293)

介護療養型医療施設(病院)  
(n=2,256)



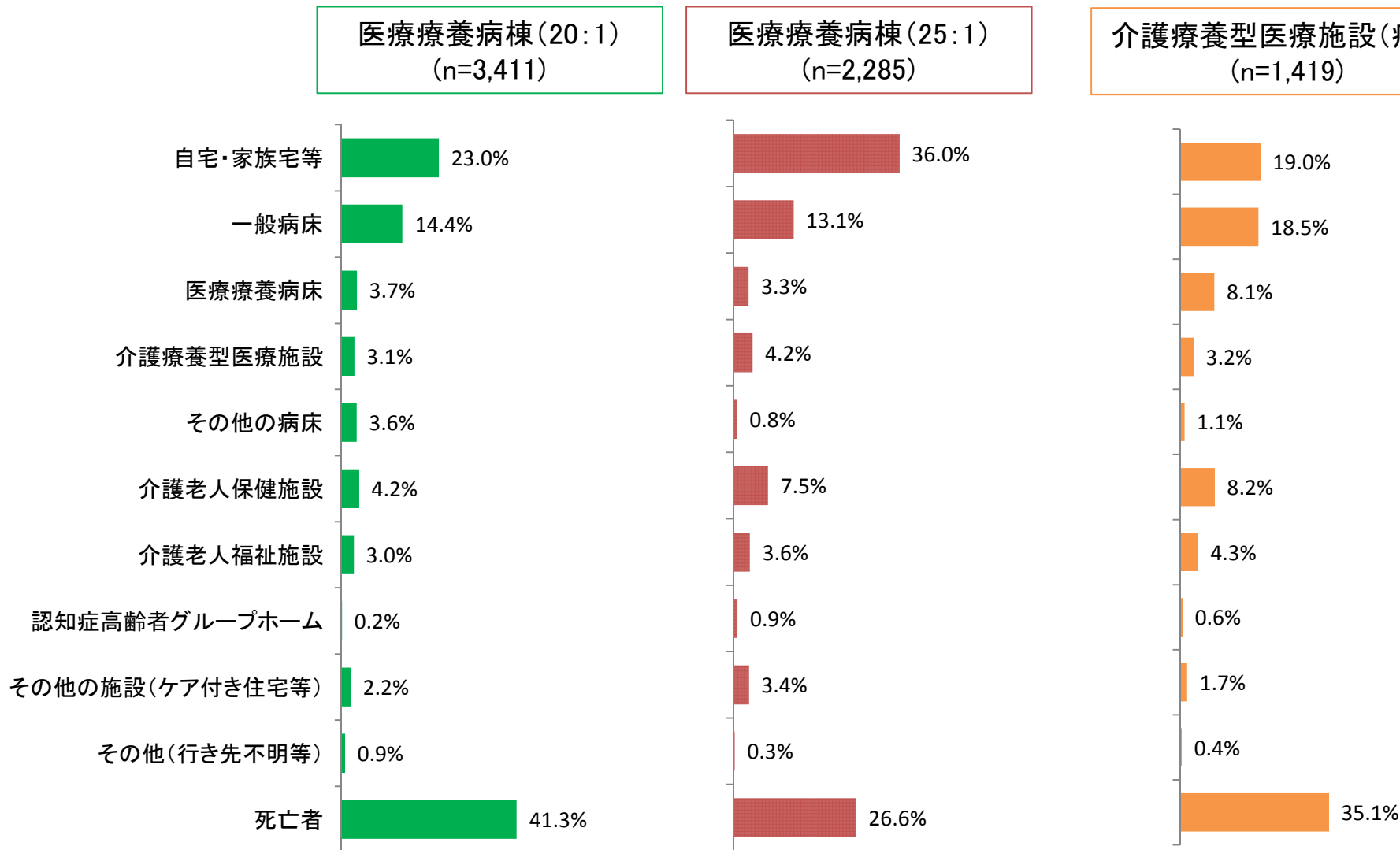
(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)

# 入院患者の状態



# 退院／退所後の行き先

○ 療養病棟入院基本料1を届け出ている病棟では、退院患者の約4割が死亡退院である。



(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)



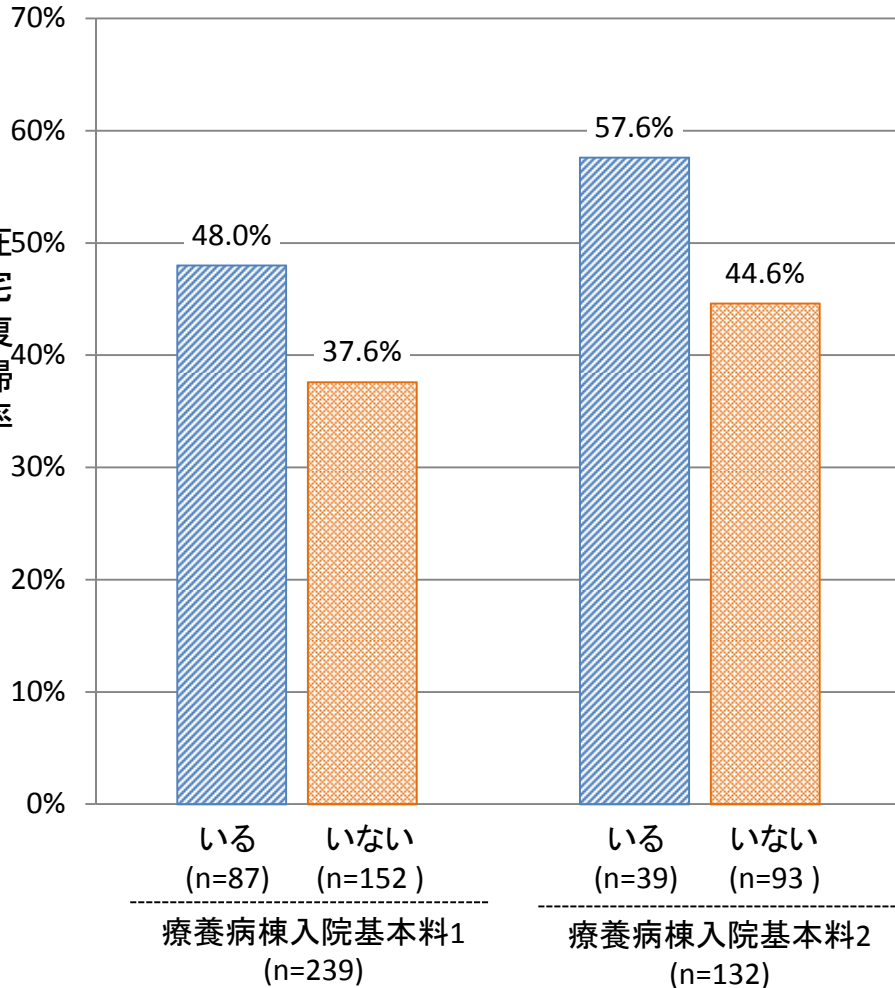
# 退院支援スタッフと在宅復帰率の関係

○ 退院支援の専従/専任スタッフがいる方が、いない場合と比較して在宅復帰率が高い傾向がある。

## 在宅復帰率

\*在宅復帰率、退院支援スタッフの有無の両方に回答あった病棟を集計

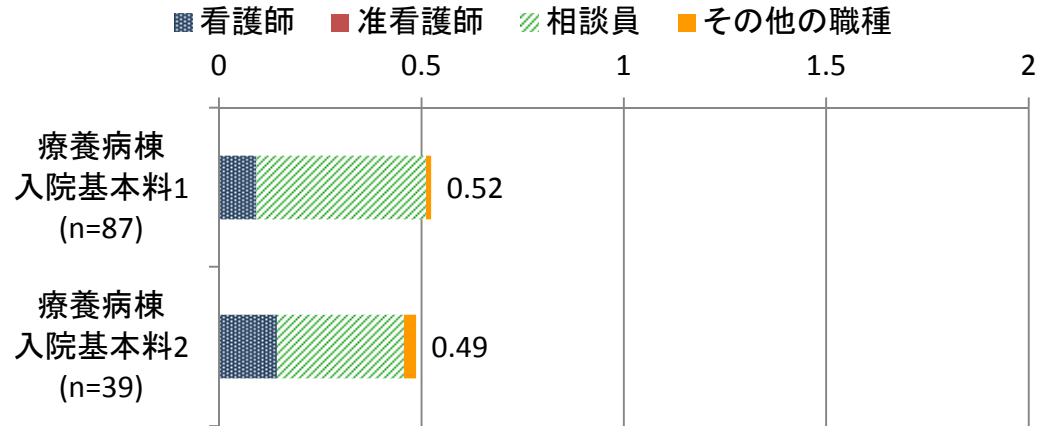
■ 退院支援の専従/専任スタッフがいる  
 ■ 退院支援の専従/専任スタッフがない



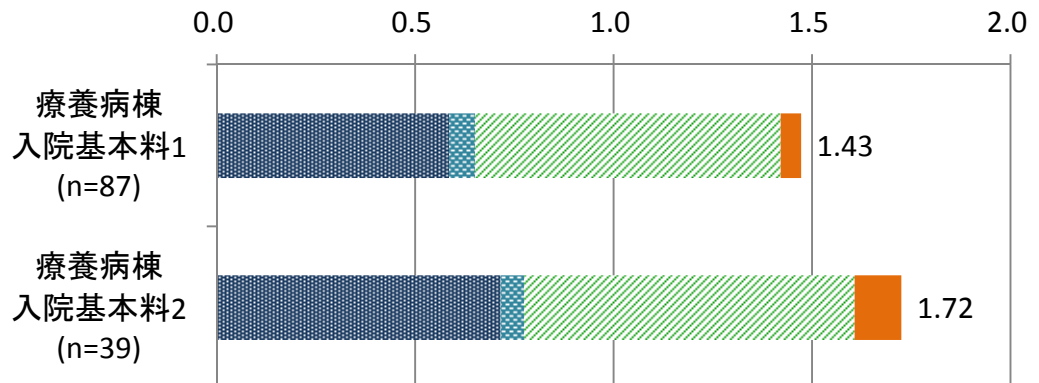
## 1病棟\*あたり平均職員数

\*1病棟あたりの平均病床数  
 療養病棟入院基本料1: 43.9床  
 療養病棟入院基本料2: 43.4床

### 専従職員



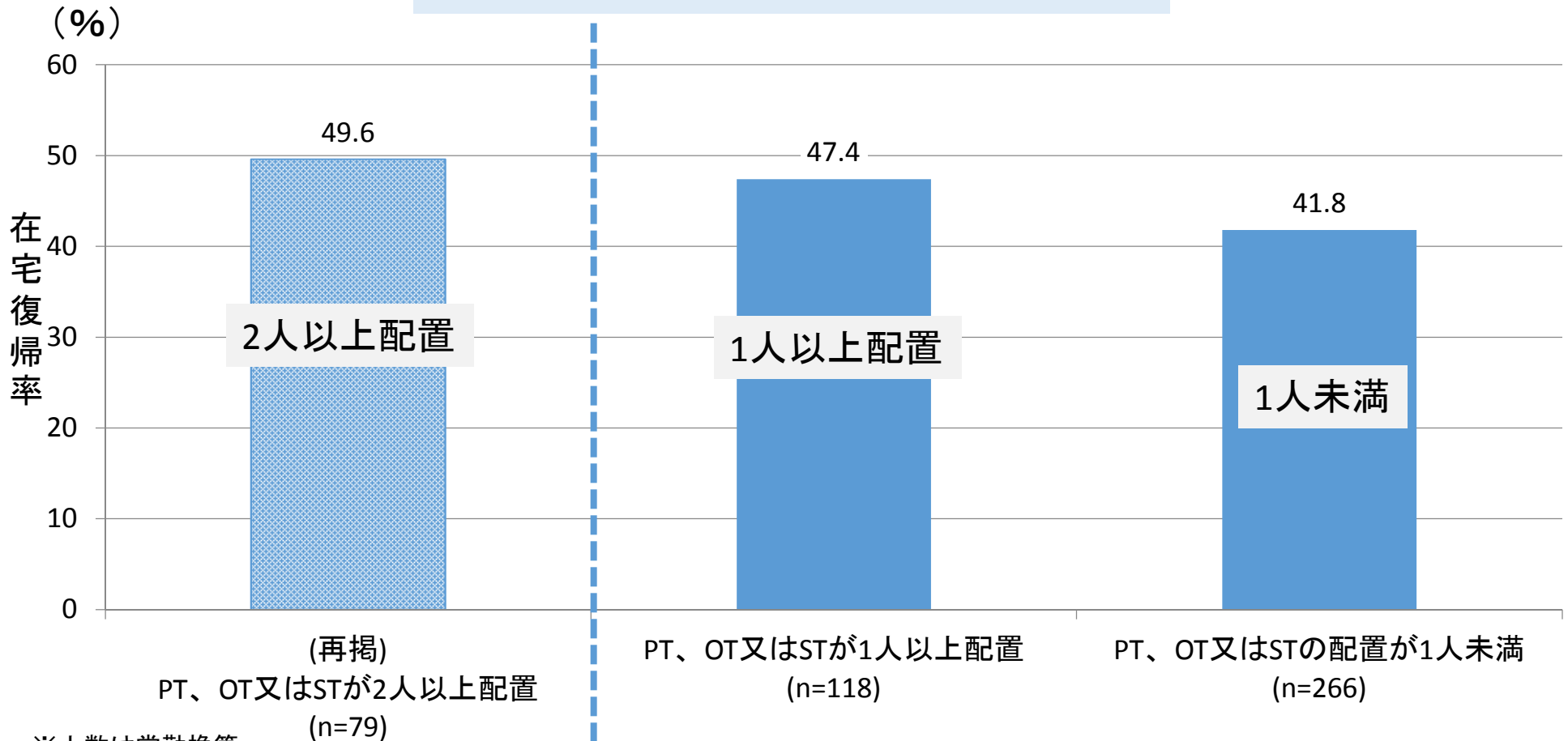
### 専任職員



# 理学療法士等の病棟配置と在宅復帰率

○ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が合計1名以上配置されている病棟の方が在宅復帰率が高い。

## 療養病棟における職員の配置と在宅復帰率

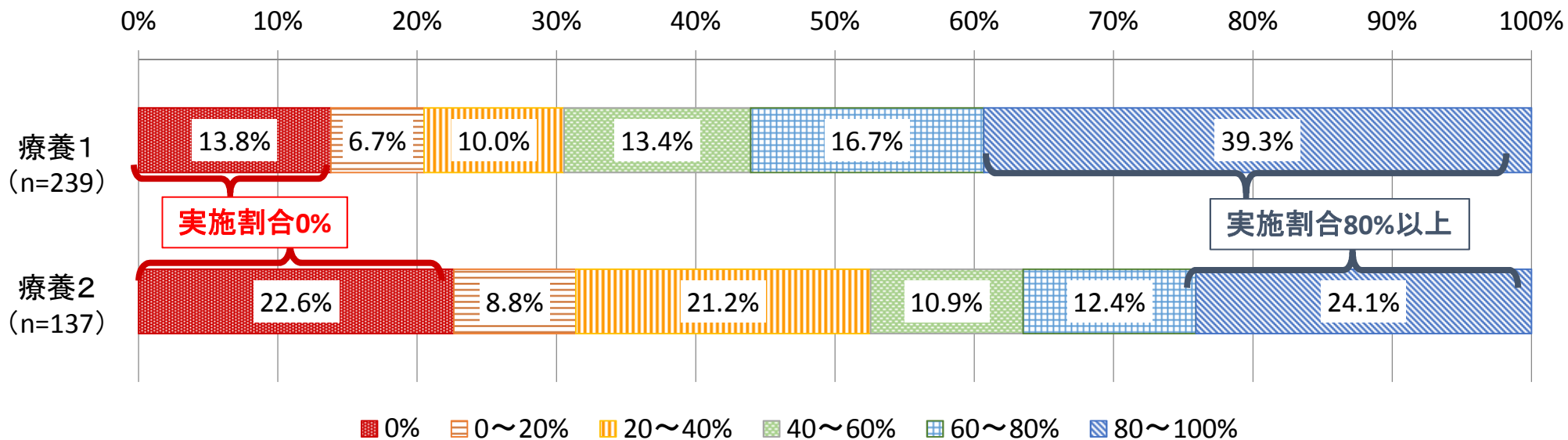


※人数は常勤換算

出典:平成26年度入院分科会調査調査(病棟票・患者票)

# 療養病棟におけるリハビリテーションの実施状況

## 各病棟におけるリハビリテーション実施患者の割合



## 1患者あたりのリハビリテーションの平均提供単位数(提供している患者のみ)

	療養1(n=1,837)	療養2(n=646)	合計(n=2,483)
提供回数 (日/週)	3.2日/週	3.9日/週	3.4日/週
提供単位数 (単位/日)	1.7単位/日	2.3単位/日	1.9単位/日
提供単位数 (単位/週)	6.8単位/週	9.9単位/週	7.6単位/週

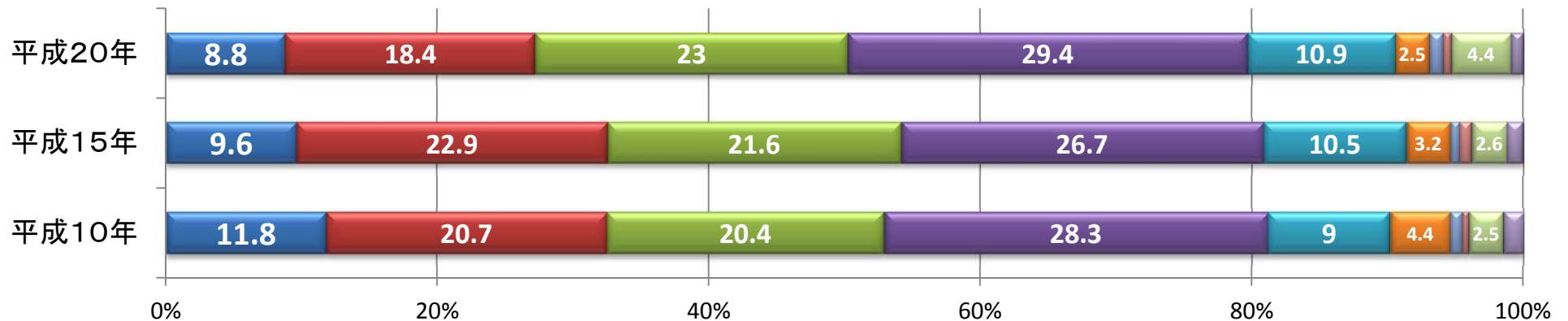
- 看取りの状況

# 国民の意識① 終末期の療養場所について

意見交換 資料-2 参考1  
29.3.22 改

- 終末期の療養場所について、「自宅で最期まで療養したい」との回答は約1割で、「自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」を加えた何らかの形で自宅での療養の希望は約6割。
- 一方で、医療機関等との組み合わせも含めて、希望は様々である。

## ■終末期の療養場所に関する希望



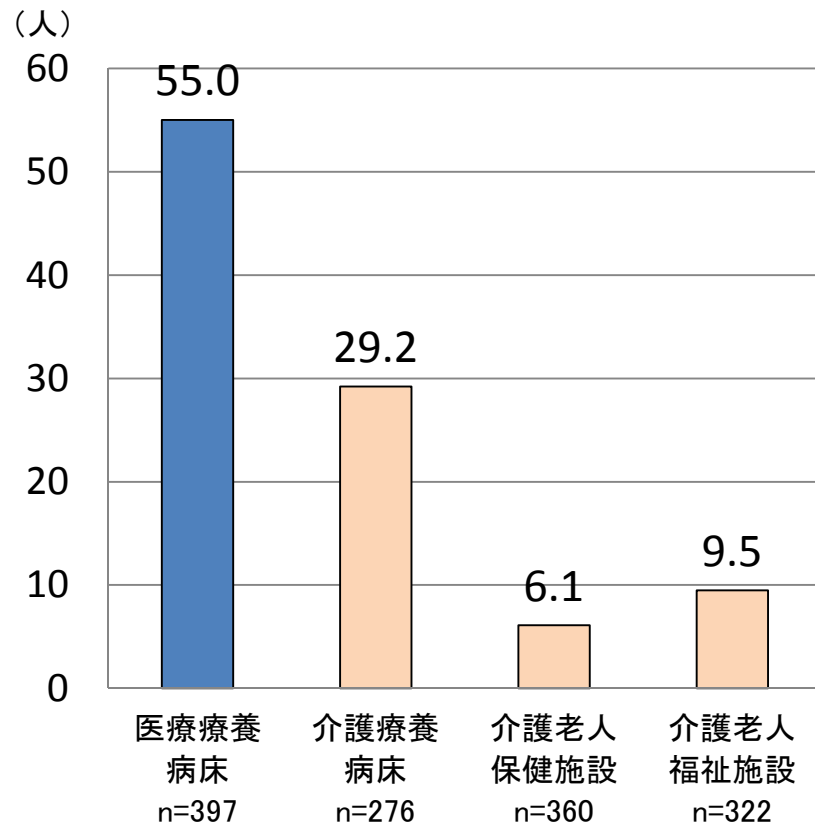
- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- 無回答
- 分からない

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

## 100床あたり年間看取り実施人数

(平成24年9月1日からの1年間で看取った人数/100床/年)

※「看取り」を定義せず、その実施件数を質問したもの

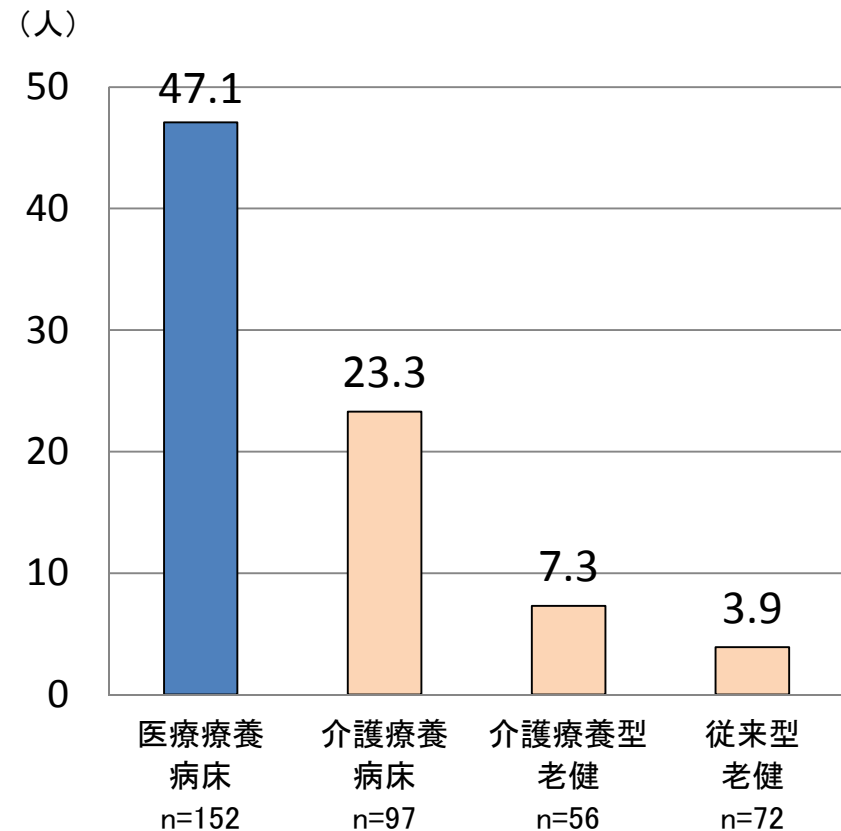


【出典】平成25年度老人保健健康増進等事業  
「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」  
(みずほ情報総研株式会社)

## 100床あたり年間ターミナルケア実施人数

(平成24年10～11月の調査基準日より遡って1年間に実施したケア)

※「ターミナルケア」を定義せず、その実施人数を質問したもの

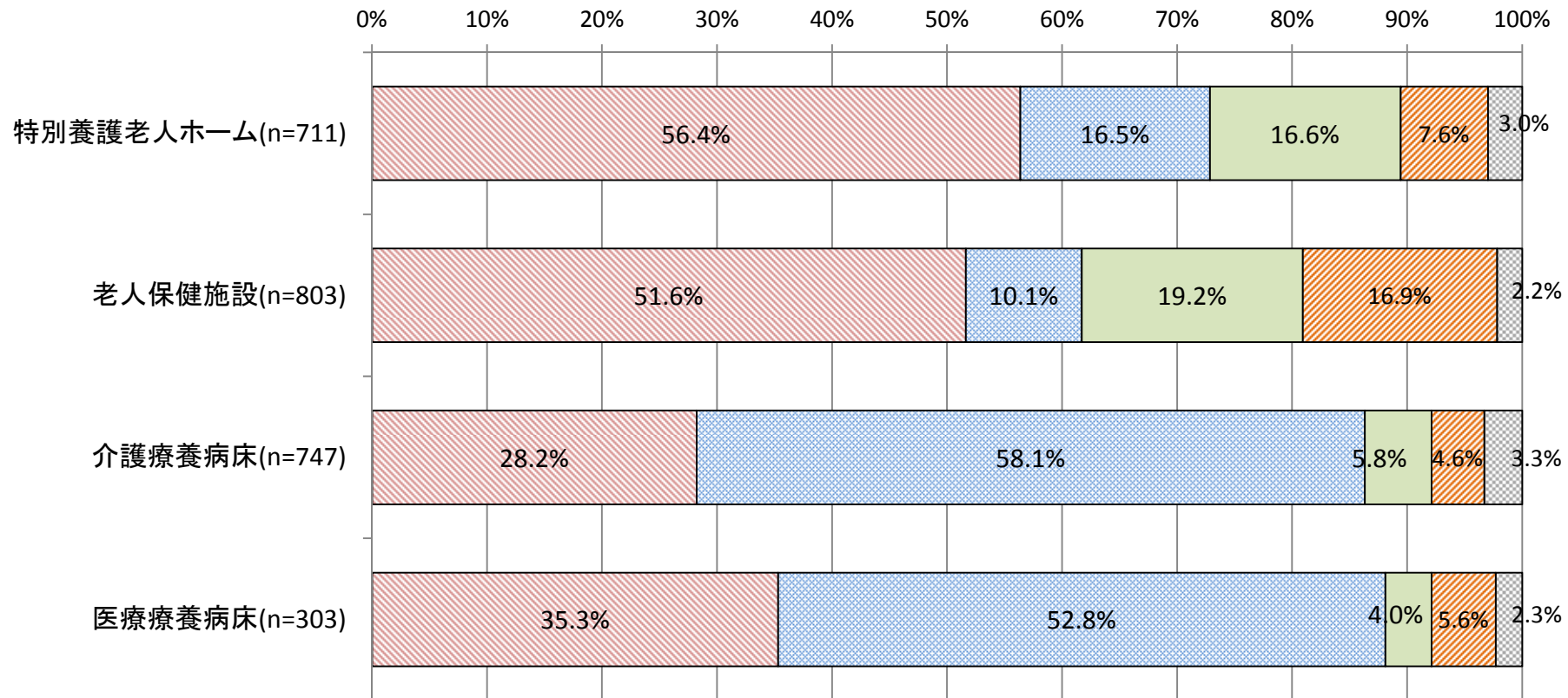


【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業  
「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般社団法人日本慢性期医療協会)



# 看取りに関する計画の策定状況

第1回療養病床の在り方等に関する検討会資料

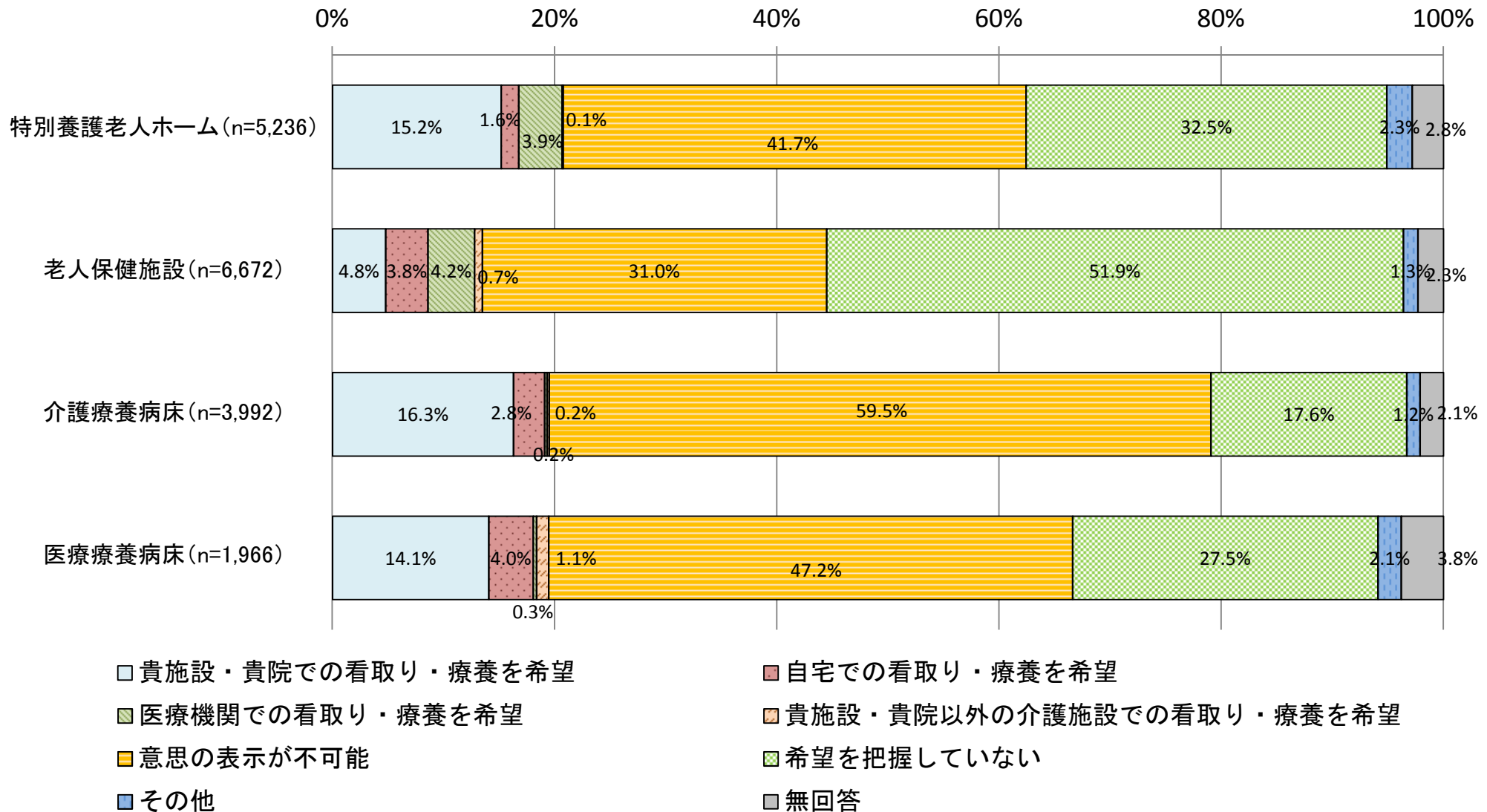


- 看取り期に入った利用者に対し、個別に看取り計画を立てて看取りを行っている
- 看取り期に入った利用者に対し看取りは行っているが、看取りの計画は立てていない
- 看取りは行っていないが、今後条件が整えば対応を考えたい
- 看取りは行っておらず、今後対応する予定はない(考えていない)
- 無回答

(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「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報告書」

# 看取りの場に関する本人の希望

第1回療養病床の在り方等に関する検討会資料

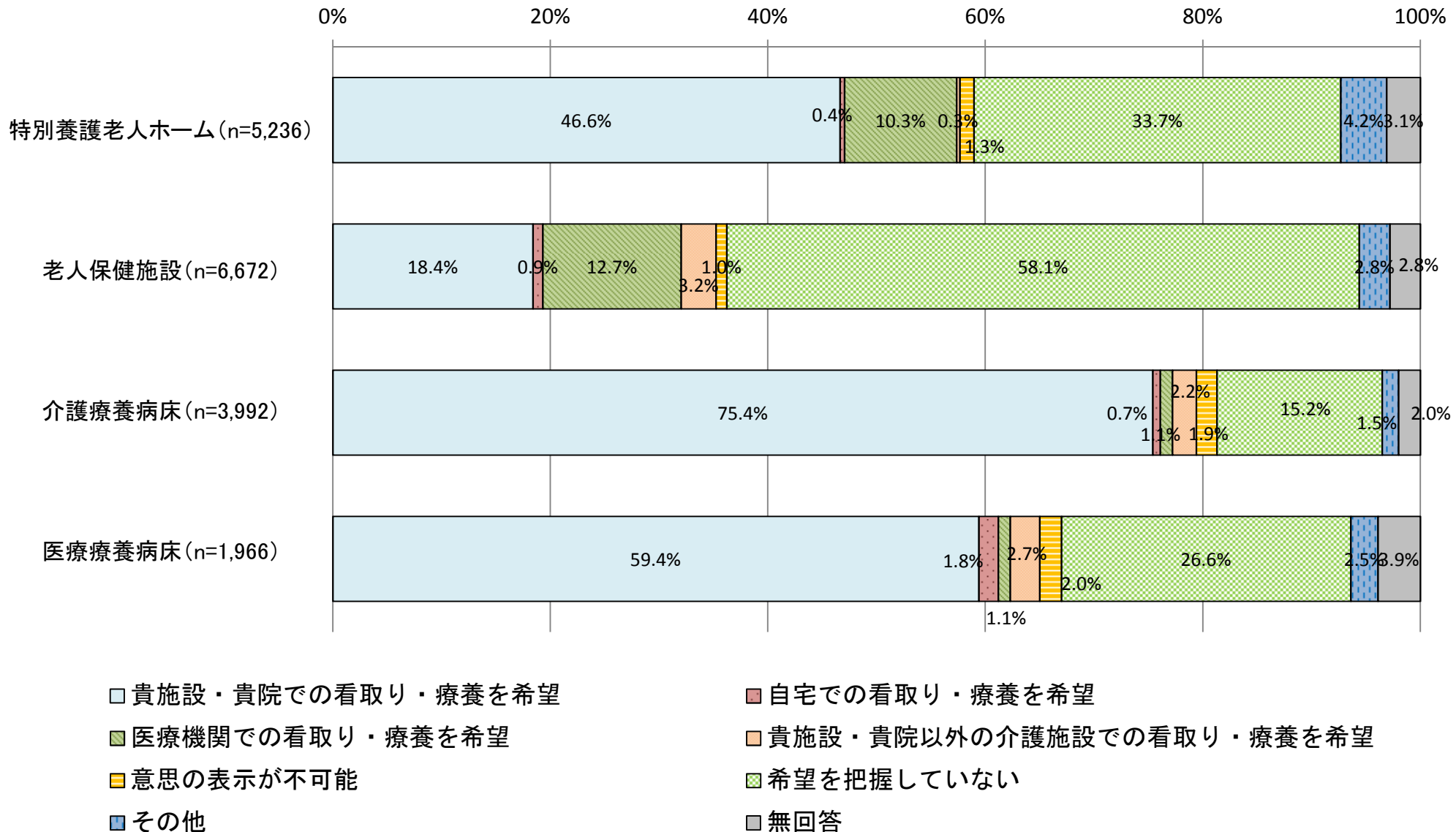


(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」



# 看取りの場に関する家族の希望

第1回療養病床の在り方等に関する検討会資料



(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「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報告書」

# 在宅療養を行う患者の急変時等の入院体制

中 医 協 総 - 3  
2 9 . 4 . 1 2 改

- 在宅療養を行う患者の急変時等に備え、在宅医療を行っている診療所等に対し、入院できる医療機関との連携等を求めている。
- 在宅患者の緊急入院を受け入れた場合は、一定の診療報酬上の評価を行っている。

		届出医療機関数
在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	緊急時に在宅療養を行う患者が入院できる病床を常に確保。	(平成27年7月) 在支診:14,562 在支病:1,074
在宅療養後方支援病院	あらかじめ届け出た入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病棟を常に確保。	(平成26年7月) 215 (平成27年7月) 298
在宅患者緊急入院診療加算 1,000点~2,500点 (入院初日)	連携型在支診の体制を組んでいる医療機関や在支病等において、急変時の入院受け入れを行った場合に算定。	—
地域包括ケア病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき)	軽微な発熱や下痢等の症状を来したために、入院医療を要する状態となった在宅療養中の患者を受け入れた場合に算定。	— (参考)(平成27年7月) 地域包括ケア病棟入院料1 1,159医療機関 地域包括ケア病棟入院料2 85医療機関

## 本日の内容

### 療養病棟入院基本料について

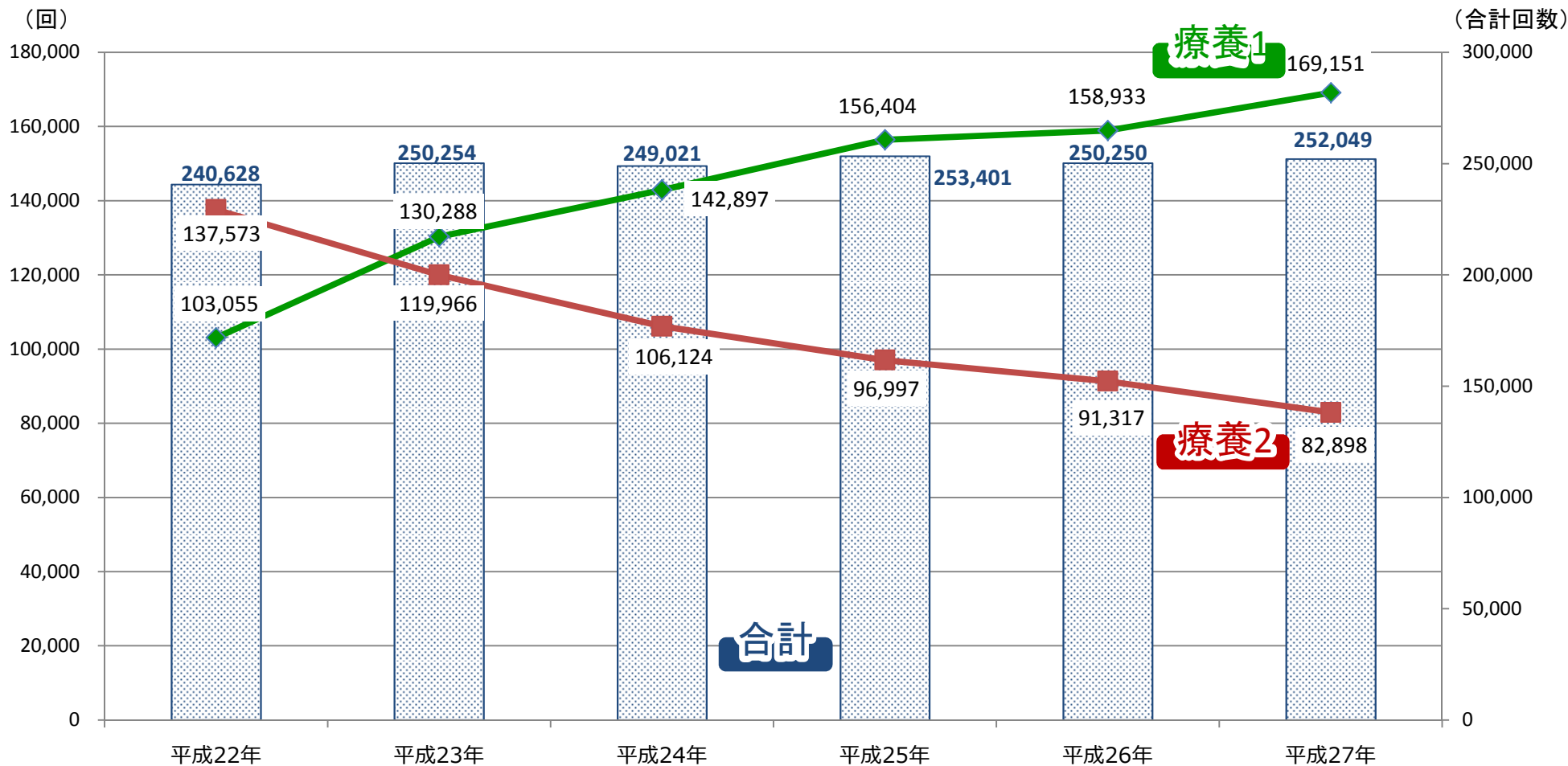
- ①医療の提供体制
- ②患者の状態とその医療内容
- ③医療費の分析**
- ④療養病床に関する検討の状況

#### 【概略】

- 療養病棟入院基本料全体の算定回数は概ね横ばいだが、療養1の算定回数は増加傾向、療養2の算定回数は減少傾向にある。
- 療養病床が50%以上を占める医療機関（療養型病院）は、一般病院（一般病床が50%以上を占める病院）と比べ、100床あたり経常利益は高い。

# 療養病棟入院基本料の算定回数

療養病棟入院基本料全体の算定回数は概ね横ばいだが、療養1の算定回数は増加傾向、療養2の算定回数は減少傾向にある。



# 一般病院と療養型病院の経営状況

○ 療養病床が過半数の病院は一般病床が過半数の病院より、医業収入は低いものの経常利益は高い。

	一般病院（一般病床50%以上）		療養型病院（療養病床50%以上）	
	平成26年 (n=811)	平成27年 (n=773)	平成26年 (n=566)	平成27年 (n=520)
平均病床数(床)	186.6	190.2	149.4	151
病床利用率(%)	80.2	80.7	91.3	90.8
入院外来比	1.85	1.84	0.53	0.52
新患率(%)	10.1	9.8	7.6	7.4
病床1床あたり 年間医業収入(千円)	19,418	20,046	9,659	9,930
患者1人1日あたり医業収益				
入院(円)	46,284	46,911	22,983	23,748
外来(円)	11,710	12,177	8,871	9,083
患者規模100人あたり従業者数				
医師・常勤(人)	9.7	9.9	3.2	3.3
医師・非常勤(人)	2.4	2.4	1.7	1.7
看護要員(人)	64.3	65.7	58.0	59.4
その他(人)	51.5	52.7	37.8	39.9
合計(人)	127.8	130.7	100.7	104.3
100床あたり 経常利益(千円)	28,916	30,265	64,761	64,015

出典：独立行政法人福祉医療機構「平成27年度病院の経営状況について」の抜粋。機構が融資している医療機関を対象に集計したもの。

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

中医協 総-2 (平成27年  
11月4日) を基に作成

## ■療養病棟入院基本料1(20対1)算定病院

【医療法人】(n=108、平均病床数=144)

	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	1,376,600	99.7%	1,417,155	99.7%	2.9%
II 介護収益	4,543	0.3%	4,148	0.3%	▲8.7%
III 医業・介護費用	1,308,937	94.8%	1,342,695	94.5%	2.6%
IV 損益差額(I+II-III)	72,206	5.2%	78,608	5.5%	—
V その他の医業・介護 関連収益	27,750	2.0%	28,121	2.0%	1.3%
VI その他の医業・介護 関連費用	18,667	1.4%	17,569	1.2%	▲5.9%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	81,290	5.9%	89,160	6.3%	—
1床当たり医業収益	9,560	—	9,841	—	—
1床あたり入院診療収益	7,465	—	7,736	—	—

## ■療養病棟入院基本料2(25対1)算定病院

【医療法人】(n=56、平均病床数=145)

	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	1,459,197	99.7%	1,447,025	99.9%	▲0.8%
II 介護収益	4,988	0.3%	1,538	0.1%	▲69.2%
III 医業・介護費用	1,464,403	100.0%	1,464,038	101.1%	0.0%
IV 損益差額(I+II-III)	▲218	0.0%	▲15,476	▲1.1%	—
V その他の医業・介護 関連収益	26,958	1.8%	28,737	2.0%	6.6%
VI その他の医業・介護 関連費用	26,752	1.8%	22,402	1.5%	▲16.3%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	▲12	0.0%	▲9,140	▲0.6%	—
1床当たり医業収益	10,063	—	9,979	—	—
1床あたり入院診療収益	7,698	—	7,605	—	—

※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。

【全体】(n=140、平均病床数=147)

	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	1,509,944	99.8	1,542,181	99.8	2.1%
II 介護収益	3,388	0.2	3,181	0.2	▲6.1%
III 医業・介護費用	1,477,337	97.6	1,510,435	97.7	2.2%
IV 損益差額(I+II-III)	35,994	2.4	34,928	2.3	—
V その他の医業・介護 関連収益	66,827	4.4	70,612	4.6	5.7%
VI その他の医業・介護 関連費用	40,810	2.7	50,388	3.3	23.5%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	62,012	4.1	55,152	3.6	—
1床当たり医業収益	10,272	—	10,491	—	—
1床あたり入院診療収益	7,798	—	7,998	—	—

【全体】(n=91、平均病床数=154)

	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	1,835,496	99.7	1,846,909	99.8	0.6%
II 介護収益	4,769	0.3	3,367	0.2	▲29.4%
III 医業・介護費用	1,904,826	103.5	1,917,172	103.6	0.6%
IV 損益差額(I+II-III)	▲64,561	▲3.5	▲66,896	▲3.6	—
V その他の医業・介護 関連収益	94,598	5.1	99,547	5.4	5.2%
VI その他の医業・介護 関連費用	46,730	2.5	82,379	4.5	76.3%
VII 総損益差額(IV+V-VI)	▲16,693	▲0.9	▲49,728	▲2.7	—
1床当たり医業収益	11,919	—	11,993	—	—
1床あたり入院診療収益	8,409	—	8,435	—	—



# 参考)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	—	6
2	9	.	3	.	15

## ■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床あたり医業収益	23,745	—	24,122	—	—
1床あたり入院診療収益	16,251	—	16,439	—	—

【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床あたり医業収益	13,003	—	13,120	—	—
1床あたり入院診療収益	7,894	—	8,050	—	—

【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床あたり医業収益	15,788	—	15,912	—	—
1床あたり入院診療収益	10,393	—	10,473	—	—

【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床あたり医業収益	9,660	—	9,690	—	—
1床あたり入院診療収益	6,653	—	6,684	—	—

※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。

## 本日の内容

### 療養病棟入院基本料について

- ①医療の提供体制
- ②患者の状態とその医療内容
- ③医療費の分析
- ④療養病床に関する検討状況



- 療養病棟入院基本料の主な改定の経緯

# 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯①

## 平成12年

- ・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。

療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点

療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点

## 平成14年

- ・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。

療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点

療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点

- ・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と

療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止となった。

## 平成16年

- ・大きな変更なし

療養病棟入院基本料1(看護配置25:1、看護補助配置20:1) 1,209点

療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,138点

## 平成18年

- ・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。

療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点

# 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

## 平成20年

- ・医療経済実態調査の結果等を踏まえ引き下げが行われた。

療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点

※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き

## 平成22年

- ・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。
- ・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。

療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上)

基本料A～I 1,758点～785点

療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1)

基本料A～I 1,695点～722点

## 平成24年

- ・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。

療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点

療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点

## 平成26年

- ・消費税の増税に伴う評価の見直し

療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点

療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点

## 平成28年

- ・療養病棟入院基本料2についても、医療区分に関する要件を追加

療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上)

基本料A～I 1,810点～814点

療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上)

基本料A～I 1,745点～750点

# 参考)平成18年度導入当時の医療区分

医療区分3	<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る24 時間体制での監視・管理を要する状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養(消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合)</li> <li>・24 時間持続点滴 ・レスピレーター使用 ・ドレーン法/胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア</li> <li>・酸素療法(安静時、睡眠時、運動負荷いずれかでSaO2 90%以下)</li> <li>・感染隔離室におけるケア</li> </ul>
医療区分2	<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</li> <li>・パーキンソン病関連疾患(パーキンソン病についてはヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上)</li> <li>・その他神経難病(スモンを除く) ・神経難病以外の難病 ・脊髄損傷(四肢麻痺がみられる状態)</li> <li>・肺気腫/慢性閉塞性肺疾患(COPD)(Hugh Jones V 度の状態) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍</li> <li>・肺炎 ・尿路感染症(「発熱」、「細菌尿」、「白血球尿(&gt;10/HPF)」の全てに該当する場合)</li> <li>・創感染 ・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</li> <li>・脱水(舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの)</li> <li>・体内出血(持続するもの(例)「黒色便」、「コーヒー残渣様嘔吐」、「喀血」、「痔核を除く持続性の便潜血陽性」)</li> <li>・頻回の嘔吐(1 日1 回以上を7 日間のうち3 日以上)</li> <li>・褥瘡(2度以上又は2箇所以上) ・うつ血性潰瘍(末梢循環障害による下肢末端の開放創:2 度以上)</li> <li>・せん妄の兆候 ・うつ状態注2 ・暴行が毎日みられる状態</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管栄養(経鼻・胃瘻等) ・喀痰吸引(1日8回以上)</li> <li>・気管切開/気管内挿管のケア ・血糖チェック(1日3回以上の血糖チェックを7 日間のうち2 日以上実施)</li> <li>・皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア ・創傷処置 ・足のケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

# 参考)平成18年度導入当時のADL区分

## 【区分の設定方法】

- ・医療区分」ごとに日常生活動作能力(ADL)による分類を設定した。
- ・具体的には、下記の表による合計点により3区分とした。
  - ADL 0～10点 → ADL区分1
  - ADL11～22点 → ADL区分2
  - ADL23～24点 → ADL区分3

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範な援助	最大の援助	全面依存	本動作無し
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6

# 参考)平成18年度の療養病床における患者分類試案の検討に係る調査概要

## 平成16年度調査

- ① 「患者特性調査」として、約7,000人の入院患者を対象に、年齢、入院期間、要介護認定の有無、問題行動の状況、日常生活動作能力(ADL)、認知症の有無等の患者特性に関する項目のほか、治療、処置、リハビリテーション等の実施状況、薬剤の使用状況等の医療提供に関する項目を実施
- ② 「タイムスタディ調査」として、医療療養病床を有する病院及び特殊疾患療養病棟入院料を算定する病院にあっては、約3,500人の入院患者を対象に(\*)、当該入院患者に対する医師、看護師、看護補助者等によるサービス提供の状況について調査を実施  
\* タイムスタディ調査自体は、介護療養病床を有する病院等の入院患者についても行っており、これを併せると、約5,500人
- ③ 「コスト調査」として、調査対象病院の人件費、減価償却費、医薬品、材料等の払出量等について調査を実施

## 平成17年度調査

- 平成16年度調査を元に作成された患者分類試案の妥当性を検証するため、平成17年7月には、「患者分類試案妥当性調査」として、平成16年度調査に参加した病院を対象に、患者分類試案そのものに係る妥当性について調査を行ったほか、平成16年度調査の対象患者のうちタイムスタディ調査を実施した約3,500人に患者分類試案を適用した結果を示し、個別の患者に適用した結果に係る妥当性についても調査を行った。

- 平成28年度の改定概要

# 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

医療 区 分 3	<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(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)</li> </ul>
医療 区 分 2	<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) ・慢性閉塞性肺疾患(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>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者 <b>56</b>

### 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

## 医療機能に応じた入院医療の評価について⑥

### 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

- 【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

- 【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。

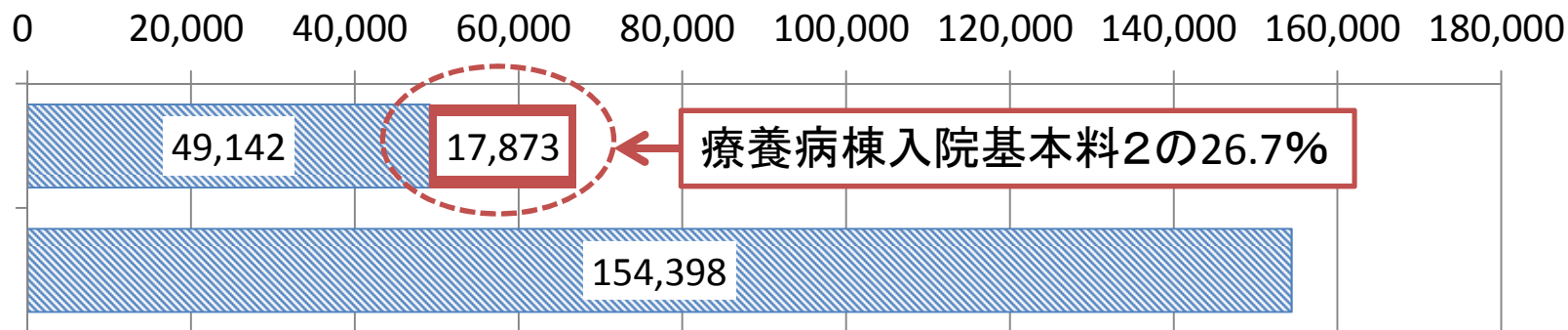
- ① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
- ② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出していた病棟であること。

## 参考)療養病棟入院基本料2の施設基準を一部満たさない医療機関

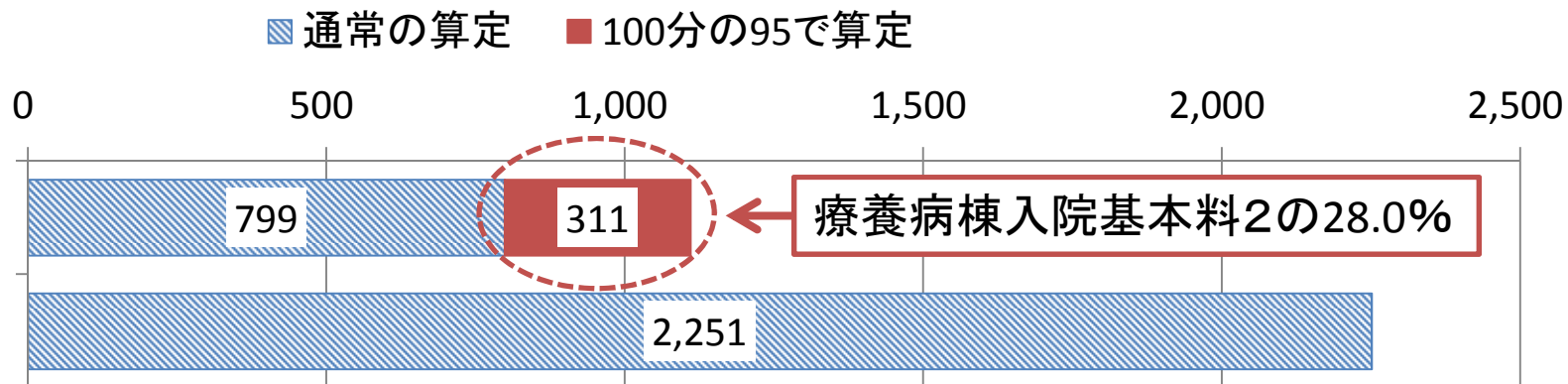
療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、下記のいずれか又は両方を満たさない場合、届出を行った上で、所定点数の100分の95を算定することとなっている。

- ①看護職員配置25:1 (この基準を満たさない場合、少なくとも看護職員配置30:1以上が必要)
- ②医療区分3と医療区分2の患者が5割以上

### 病床数



### 医療機関数



## 医療機能に応じた入院医療の評価について

### 療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

- 療養病棟において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰をより適切に評価するよう、在宅復帰機能強化加算の要件を見直す。

#### 現行

##### 対象患者

- 当該病棟に1ヶ月以上入院していた患者。

##### 計算方法

- 30.4を平均在院日数で除した数が100分の10以上

#### 改定後

##### 対象患者

- 当該病棟から退院した患者（当該医療機関の他の病棟から転棟した患者については1ヶ月以上入院していた患者に限る）

##### 計算方法

- 1年間の急性期等の病室から入院し、在宅に退院した患者数を1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の10以上

# 患者の流れ

平成28年度診療報酬改定前の状況

## ～在宅復帰機能強化加算の届出のある病棟～

- 在宅復帰機能強化加算の届出病棟において、退院患者の流れとしては、自宅からの入院及び自宅への退院が多くみられた。

入棟前の居場所 (n=38)

自宅		39%
＜自院＞	急性期病床	18%
	地域包括ケア・回復期病床	3%
	慢性期病床	0%
＜他の病院＞	急性期病床	21%
	地域包括ケア・回復期病床	0%
	慢性期病床	0%
＜介護施設＞	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	5%
	介護老人福祉施設（特養）	3%
	居住系介護施設	11%
	障害者支援施設	0%
その他		0%

在宅復帰機能強化加算の届出のある病棟

退院先 (n=40)

自宅		30%
＜自院＞	一般病床	5%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%
	療養病床	0%
	その他の病床	0%
＜他の病院＞	一般病床	5%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%
	療養病床	0%
	その他の病床	0%
有床診療所		0%
＜介護施設＞	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	3%
	介護老人福祉施設（特養）	10%
	居住系介護施設（グループホーム等）	10%
	障害者支援施設	0%
＜その他＞	死亡退院	38%
	その他	0%

# 患者の流れ

平成28年度診療報酬改定前の状況

## ～在宅復帰機能強化加算の届出の無い病棟～

- 在宅復帰機能強化加算の届出を行っていない病棟において、退院患者の流れとしては、自院・他院の急性期病床からの入院及び自宅への退院が多くみられた。

入棟前の居場所 (n=74)

自宅		16%
＜自院＞	急性期病床	31%
	地域包括ケア・回復期病床	1%
	慢性期病床	0%
＜他の病院＞	急性期病床	32%
	地域包括ケア・回復期病床	1%
	慢性期病床	1%
＜介護施設＞	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	3%
	介護老人福祉施設（特養）	3%
	居住系介護施設	5%
	障害者支援施設	0%
その他		5%

在宅復帰機能強化加算の届出の無い病棟

退院先 (n=74)

自宅		15%
＜自院＞	一般病床	7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%
	療養病床	1%
	その他の病床	3%
＜他の病院＞	一般病床	5%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	1%
	療養病床	0%
	その他の病床	1%
有床診療所		0%
＜介護施設＞	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	4%
	介護老人福祉施設（特養）	4%
	居住系介護施設（グループホーム等）	7%
	障害者支援施設	0%
＜その他＞	死亡退院	49%
	その他	3%



# 平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

1. 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が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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。



- 療養病床の創設に係る経緯

## S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



## S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



## H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



## H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

### 【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

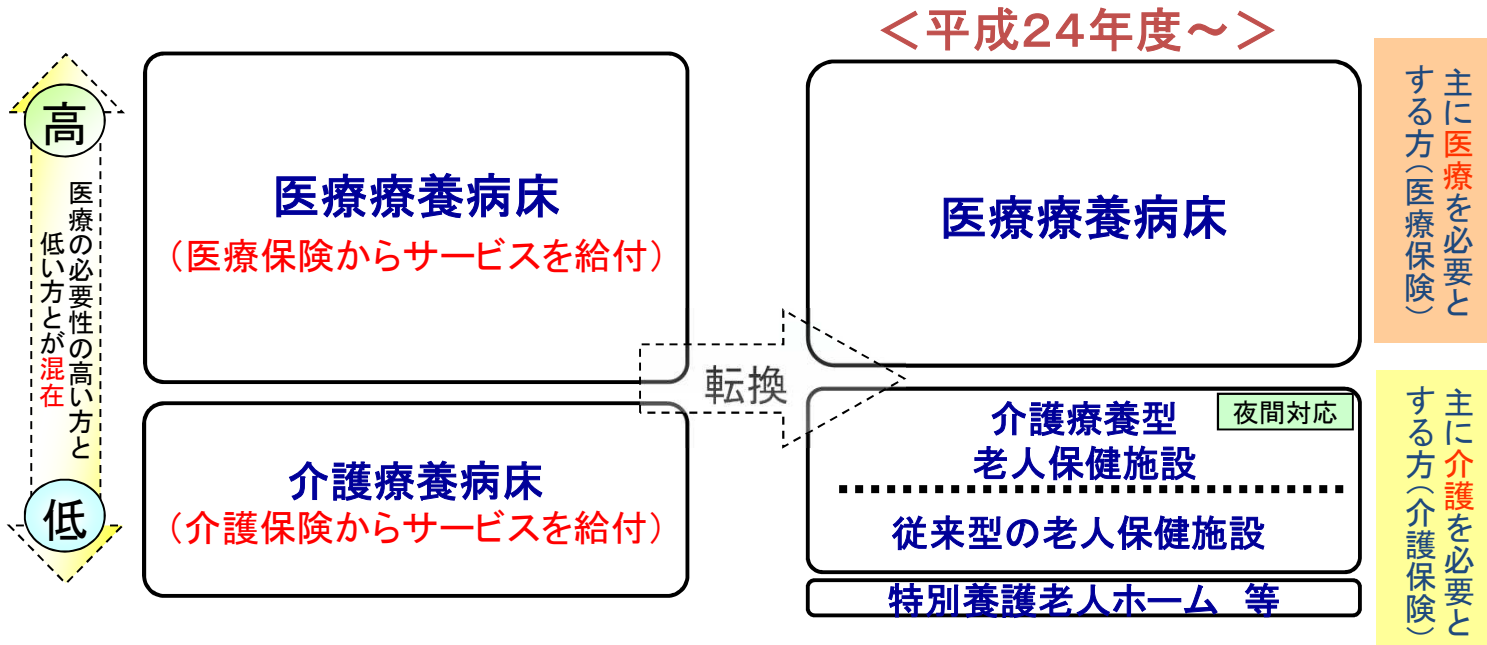
※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

### 【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

## H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



## H23(2011) 介護保険法改正 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

### 【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

### <療養病床数の推移>

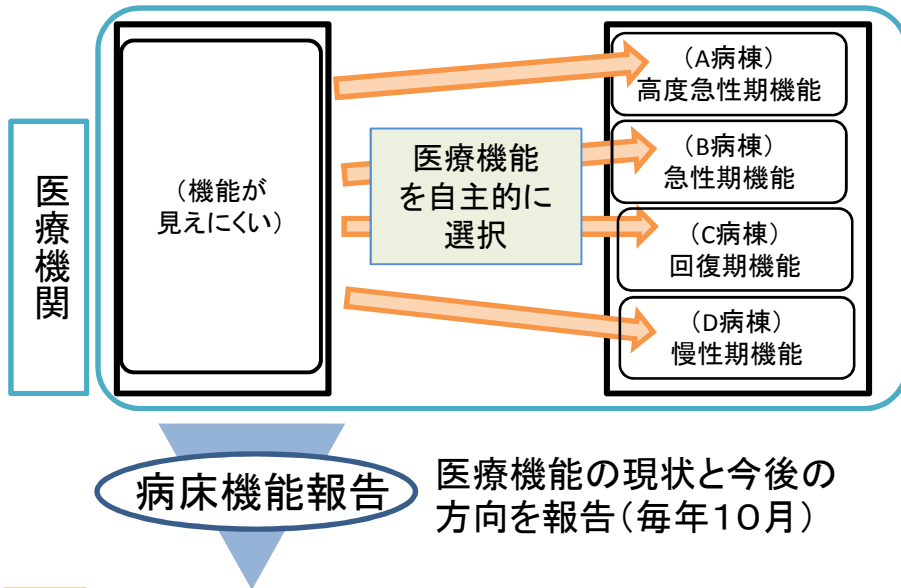
	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較  
 ※2 病床数については、病院報告から作成

- 療養病床に関する最近の検討状況

# 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。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「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。



## 「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病床の必要量を推計
- ・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

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

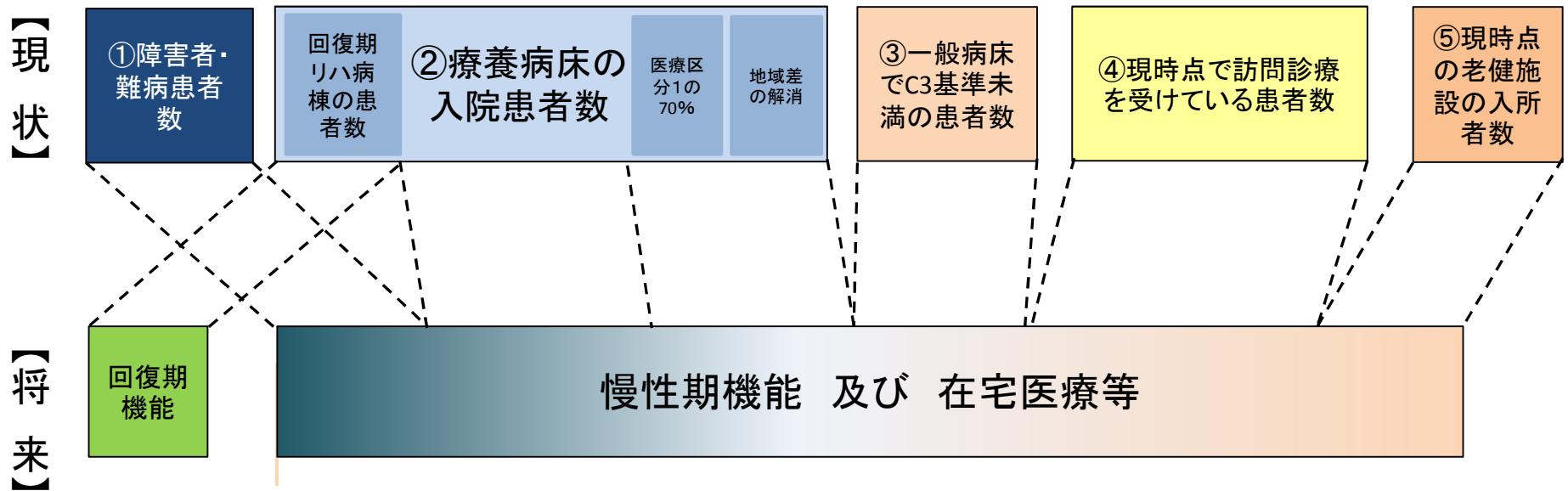
- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

# 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

中医協 総 - 2 参考  
平成28年12月14日

- 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し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- 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それぞれを推計する。（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基準未満の医療資源投入量の患者数については、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（在宅患者訪問診療料を算定している患者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
  - ⑤ 老健施設の入所者数（介護老人保健施設の施設サービス受給者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。

## 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。



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

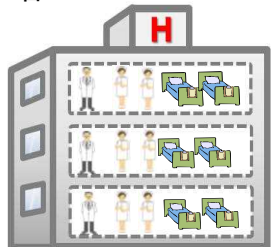
① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

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。）

## 医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者
- 医療の必要性が高い者



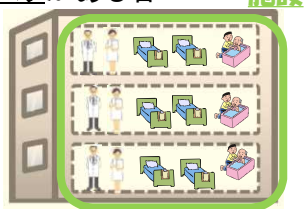
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

## 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〕

### 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



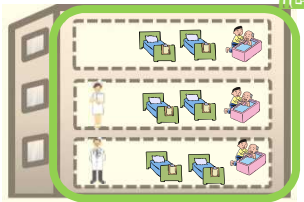
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶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

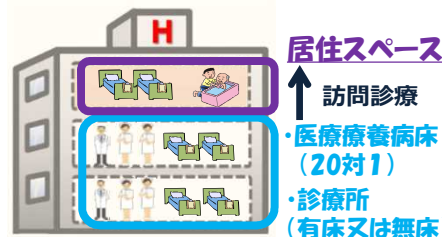


## 医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 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

### 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



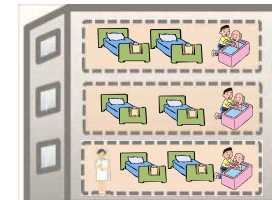
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 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) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、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

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

# 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。

## 4. 経過措置の設定等について

### (1) 転換に係る準備のための経過期間

- また、医療療養病床に係る医療法施行規則に基づく療養病床の人員配置標準の経過措置については、平成18年改正の際の方針に従い、原則として平成29年度末で終了するが、必要な準備期間に限り、延長を認めるべきである。  
なお、有床診療所については、過疎地域を含む、地域で果たす役割に鑑み、現行の医療法施行規則の人員配置標準の経過措置の延長を検討することが適当である。

## 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。

# 入院医療の課題(案)【療養病棟入院基本料】

## 1. 医療の提供体制

- ・病床数は微増、平均在院日数及び病床利用率は微減傾向。
- ・療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向、療養1は増加、療養2は減少。平均在院日数は療養1の方が長い。
- ・療養病棟の看護職員配置については、基準より多く配置されている病棟が多い。約2割の病棟で、看護要員以外の職員を配置している。
- ・退院支援スタッフ等を配置している病棟では、配置していない病棟と比べ、在宅復帰率が高い傾向。

## 2. 患者の状態と医療内容

- ・年齢階級別の患者割合をみると、80歳以上の割合が増加傾向で、平成26年では6割を超える。疾患別の構成割合の推移をみると、認知症は横ばい、悪性新生物、骨折、呼吸器系の疾患が微増傾向。療養1については、療養2に比べ、ADL区分の高い患者や、認知症がある患者、死亡退院した患者の割合が多い。
- ・医療区分別の患者割合をみると、療養1では医療区分2・3の該当患者割合が増加傾向、療養2では、減少傾向。
- ・入院料区分別にみると、疾患、医療処置は大きな差はないが、転帰をみると、療養1の方が死亡退院の割合が高く、40%を超えている。
- ・看取りの状況をみると、療養病棟においても、看取りやターミナルケアを行っているが、個別に看取り計画を立てている医療療養病床は約35%。

## 3. 医療費の分析

- ・療養病棟入院基本料の全体の算定回数は横ばいで推移。一般病床が過半数の病院より、療養病床が過半数の病院の方が、医業収益は低いが経常利益は高い。

## 4. 主な改定の経緯と検討状況

- ・療養病棟入院基本料は、平成12年に包括評価された入院料として創設され、平成18年に患者分類(医療区分)による報酬設定が導入された。
- ・「療養病床の在り方等に関する特別部会」にて、療養病棟入院基本料2については、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等から、中医協において検討することが適当とされている。

○ 療養病棟については、今後の患者の増加や医療ニーズの高度化が見込まれる中で、必要な医療が提供できる体制を確保できるよう、

- ・ 療養病棟における高齢者の機能維持に係るリハビリテーションや退院支援の推進
- ・ 在宅医療を担う診療所と連携し、患者や家族の意思を尊重した看取りを支援する機能の確保

に資する評価のあり方について、どのように考えるか。

○ 療養病棟入院基本料2を含め、療養病棟の入院患者の状態に応じた適切な入院医療の評価のあり方等については、今後まとまる調査結果やその分析を踏まえて、引き続き、議論することとしてはどうか。