診調組 入－１参考③	診 調 組 入 － ２	中 医 協 総 － ３
２５．５．１６	２５．３．２１	２５．３．１３

入院医療（その１）

平成25年3月13日

1．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

2．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

3．論点の整理

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)】

一般病床
（109万床）

療養病床
（24万床）

介護療養病床

介護施設
（98万人分）

居住系サービス
（33万人分）

在宅サービス
（320万人分）

【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携
- 急性期への医療資源集中投入
- 亜急性期、慢性期医療の機能強化　等

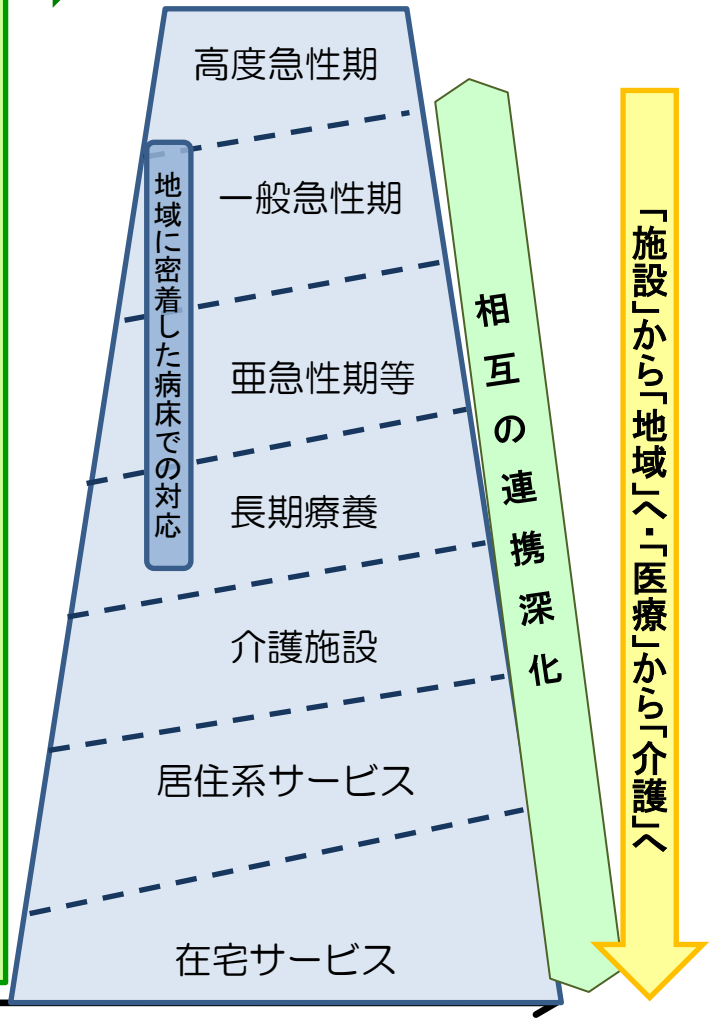
○地域包括ケア体制の整備
- 在宅医療の充実
  - 看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - 訪問看護等の計画的整備　等
- 在宅介護の充実
  - 在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強　等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】
- 病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- 医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

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
〇 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。

社会保障・税一体改革③

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、多職種のチームケアを推進する。
・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２４年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成23年12月1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

重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

○ **救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減**
チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進　等

○ **医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実**
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実　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**
  がん医療の充実、認知症対策の促進　等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**
  退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価　等
- **医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**
  急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価 、慢性期入院医療の適正な評価　等
- **効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**
  後発医薬品の使用促進策　等

将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、**2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携**、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

平成24年度診療報酬改定の基本方針

平成24年度診療報酬改定の基本方針（抜粋）

平成23年12月1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

Ⅲ 将来を見据えた課題

○ 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、**2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携**、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

○ すなわち**、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、**外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。

○ その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。

○ また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。

○ さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

答申書（平成24年度診療報酬改定について）

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山　洋子　殿

中央社会保険医療協議会

会　長　森田 朗

答　申　書

（平成24年度診療報酬改定について）

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

答申書附帯意見①

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見　（別添）

（急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等）

1　初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。

2　救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・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。

3　病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置（時間外対応加算を含む。）については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。

4　次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

・薬剤師の病棟業務（療養病棟又は精神病棟における業務を含む。）
・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
等

答申書附帯意見②

（医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実）

５　在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。

６　効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。

７　維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・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。

（質が高く効率的な医療提供体制）

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。**

９　以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

・一般病棟における7対１入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置

・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

答申書附帯意見③

10　DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11　**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見直しについて影響を調査・検証**するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12　**平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療**や外来診療**の機能分化の推進や適正化**について引き続き検討を行うこと。

13　診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

（患者の視点に配慮した医療の実現）
14　診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化（今回改定の医療現場への影響を含む。）、明細書の無料発行のさらなる促進（400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。）、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

（医薬品、医療材料等の適正な評価）
15　長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

答申書附帯意見④

16　手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17　革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

（その他の調査・検証事項）
18　上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。
(1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
(2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
(3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
(4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
(5)診療報酬における消費税の取扱い
(6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

入院医療等の調査・評価分科会における調査について（入院医療）

番号	答申書附帯意見（抜粋）	対応部会・分科会
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。	入院医療等の調査・評価分科会
9	以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。 **一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置**	入院医療等の調査・評価分科会
11	**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見直しについて影響を調査・検証**するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえその結果を今後の診療報酬改定に反映させること。	入院医療等の調査・評価分科会
12	**平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療**や外来診療**の機能分化の推進や適正化について引き続き検討**を行うこと。	入院医療等の調査・評価分科会

１．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

２．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

３．論点の整理

病院の機能に応じた分類（イメージ）

医療法上の位置づけ

一般病床

病床数　898,566床
病床利用率　74.3%
平均在院日数　16.9日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

療養病床

病床数　328,732床
病床利用率　90.3%
平均在院日数　175.2日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

DPC

1,505施設
479,539床※2
（+11,177床）
※2　H24.4.1現在

特定機能病院

83施設
59,888床※1
（▲1,322床）
※1　一般病床に限る

専門病院
23施設
7,581病床
（+257床）

一類感染症　24施設
139床（+2床）

救命救急　295施設
6,998床
（+721床）

特定集中治療室　647施設
5,270病床
（+55床）

新生児特定集中治療室　218施設
1,585床
（+39床）

総合周産期特定集中治療室
95施設　母体・胎児617床（+39床）
新生児　1,122床（+130床）

脳卒中ケアユニット　86施設
552病床（+24床）

ハイケアユニット　205施設
1,891床（+536床）

一般病棟

5,288施設
671,393床
（▲12,082床）

小児入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3
56施設	177施設	107施設
4,657床	7,504床	4,055床
（+131床）	（+1,789床）	（▲861床）

入院料4	入院料5
372施設	137施設
9,133床	
（+104床）	

緩和ケア病棟　231施設
4,600床
（+243床）

療養病棟

3,550施設
214,745床
（＋1,283床）

回復期リハビリテーション

入院料1	入院料2	計
962施設	162施設	1,124施設
54,919床	7,018床	61,937床
（+1,935床）	（±0床）	（+1,935床）

亜急性期

入院料1	入院料2
1,199 施設	121施設
15,258床	2,492床
（+1,022床）	（+296床）

障害者施設等
786施設
60,940床
（+808床）

特殊疾患

入院料1	入院料2	管理料
117施設	76施設	33施設
6,096床	5,253床	479床
（+438床）	（▲689床）	（▲1床）

介護療養病床

74,818床
（H24.8末病院報告）

有床診療所一般　6,898施設、89,668床（▲3,308床）

有床診療所療養　984施設
8,507床（▲554床）

精神病棟

1,357施設
175,905床（▲5,479床）

精神科救急
87施設
5,276床
（+1,299床）

精神科急性期治療病棟

入院料1	入院料2
280施設	23施設
13,820床	1,222床
（+26床）	（+100床）

精神科救急・合併症　7施設
283床
（+7床）

精神療養
841施設
103,644床（+207床）

認知症病棟

入院料1	入院料2
448施設	22施設
31,378床	1,880床

結核病棟

175施設
6,060病床（▲1,147床）

施設基準届出
平成23年7月1日
現在
（かっこ内は前年比較）

入院基本料の評価の変遷

入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

看護料

看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

入院基本料

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成11年度以前

平成12年度以降

再掲

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)】

一般病床
（109万床）

療養病床
（24万床）

介護療養病床

介護施設
（98万人分）

居住系サービス
（33万人分）

在宅サービス
（320万人分）

【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携
- 急性期への医療資源集中投入
- 亜急性期、慢性期医療の機能強化　等

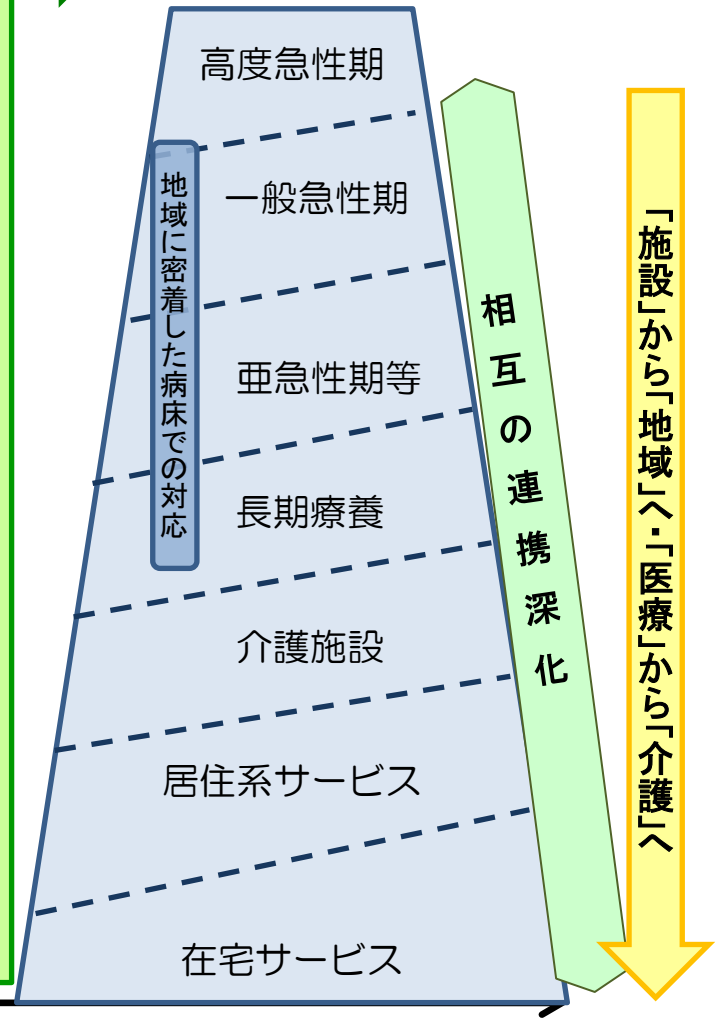
○地域包括ケア体制の整備
- 在宅医療の充実
  - 看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - 訪問看護等の計画的整備　等
- 在宅介護の充実
  - 在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強　等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】
- 病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- 医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

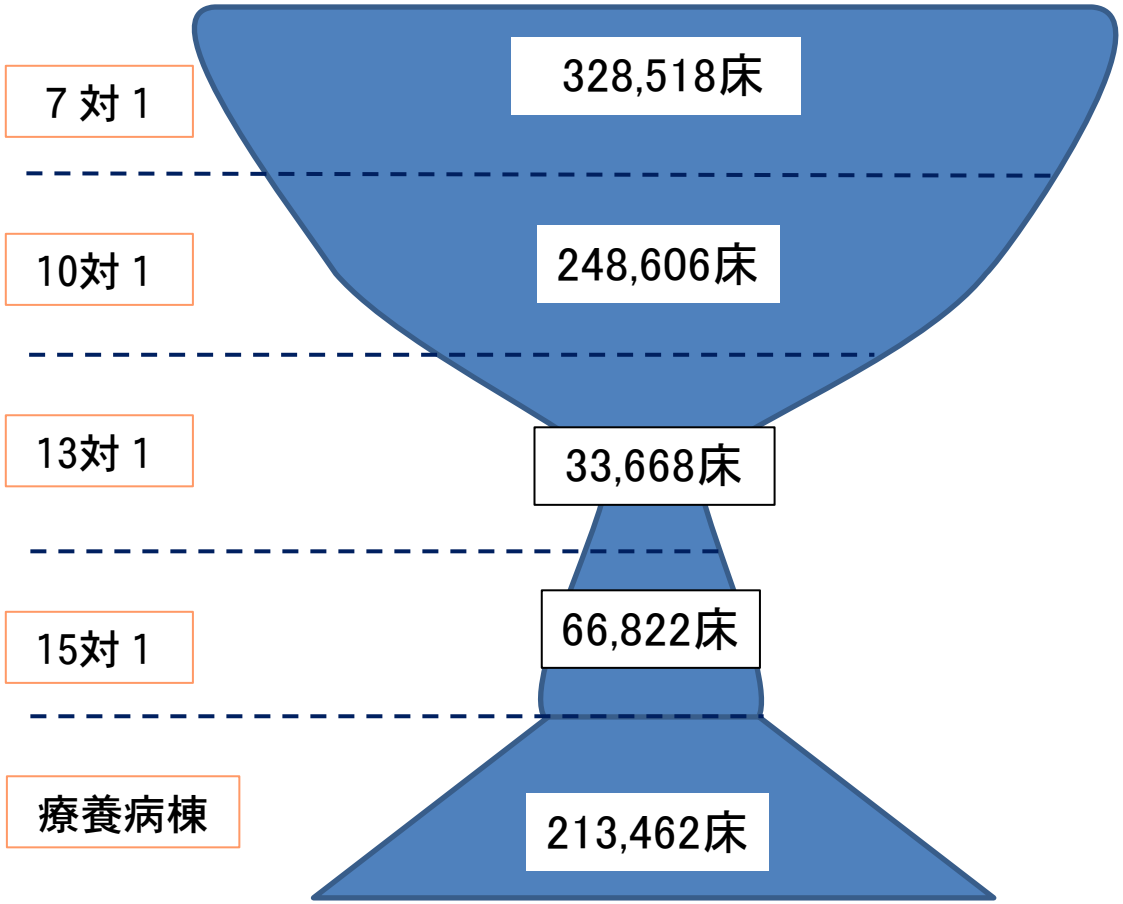
【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

【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＞



保険局医療課調べ

○　病床数は7対1入院基本料が最も多く、13対1入院基本料が最も少ない。

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

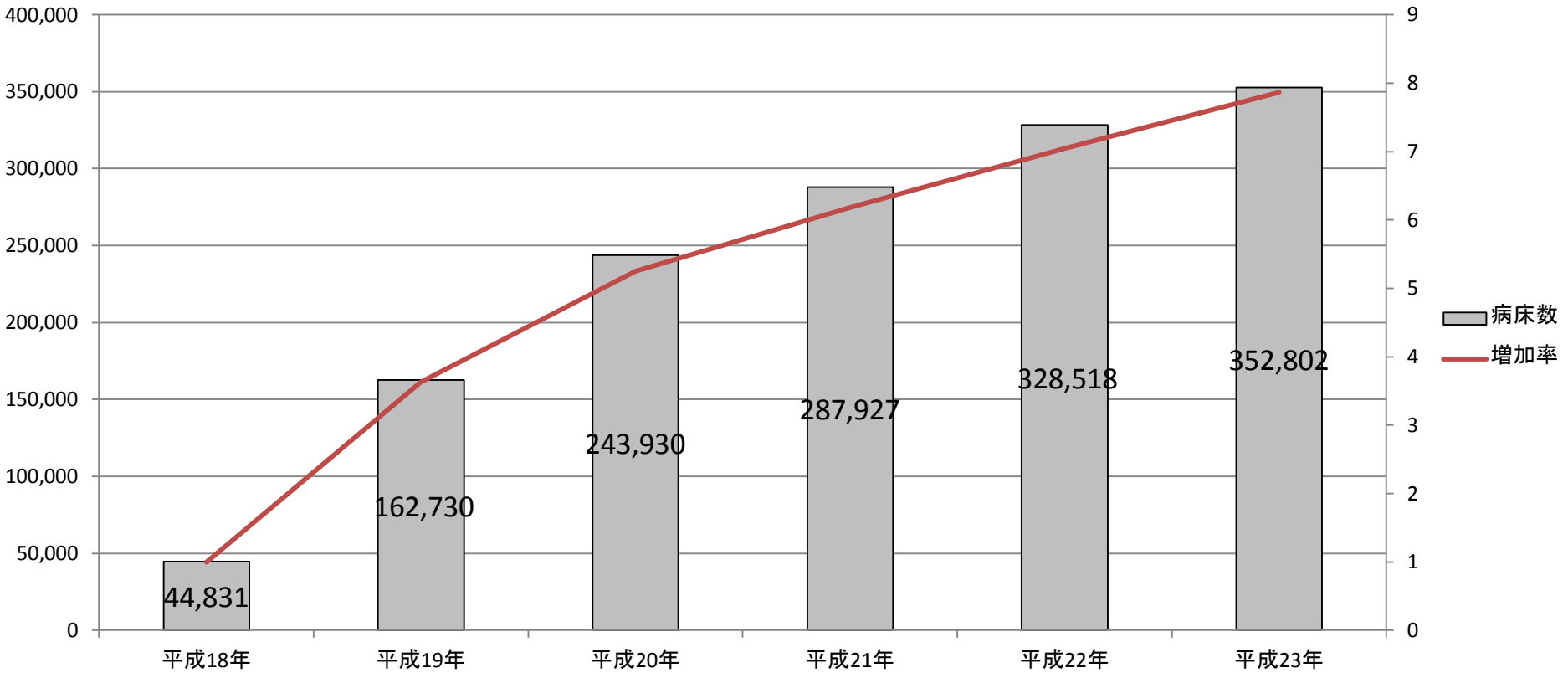
「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

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」

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

（平成18年を1とした時の伸び率）



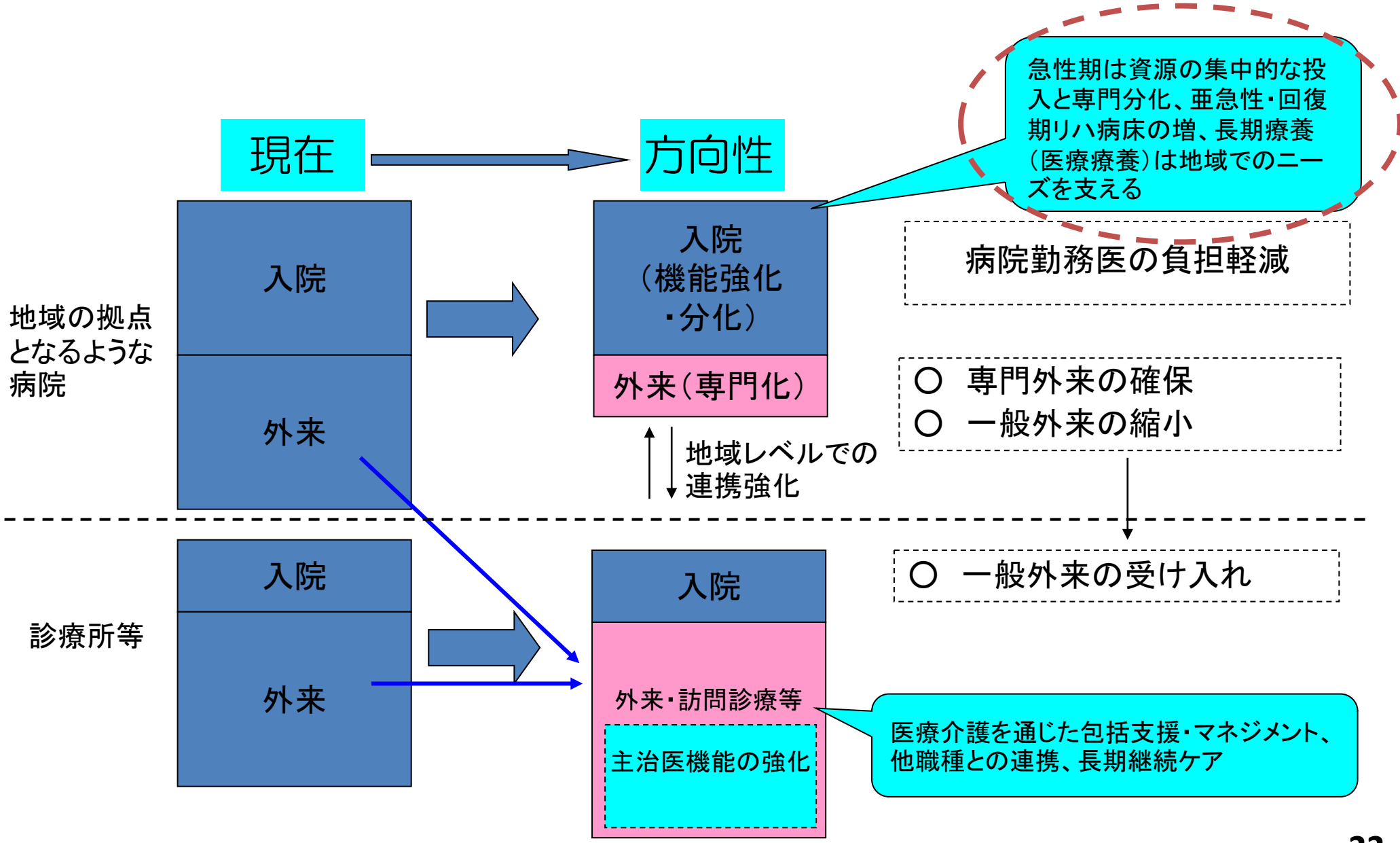
※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

〇7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。
〇平成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。

保険局医療課調べ

入院医療・外来医療の役割分担のイメージ

（改）中医協　総－２
２３．１０．５



出典：社会保障国民会議資料（平成20年）をもとに医療課で作成

医療機能に対する診療報酬の評価について

（改）中医協　総－１
２３．　１１．２５

- 病院や病棟、病室ごとの医療機能に対する診療報酬上の評価の方法としては、大きく（1）人員配置や設備等のストラクチャーの評価、（2）ガイドラインに基づく診療等のプロセス評価、（3）在宅復帰率等のアウトカム評価の3つが考えられる。
- そのうち、現在の診療報酬ではストラクチャー評価に重点が置かれている。

【評価の例】

ストラクチャー評価

・「A100 一般病棟入院基本料」（医師配置、看護配置、病床あたり平米数等）
・「A205-2 超急性期脳卒中加算」（脳卒中専門医師、薬剤師等）

プロセス評価

・「A102 結核病棟入院基本料」（「院内DOTSガイドライン」を踏まえた対応）

アウトカム評価

・「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料1」（在宅復帰率7割以上）
・「A308-2 亜急性期入院医療管理料」（在宅復帰率6割以上）

→ 一般病棟のほとんどがストラクチャー評価

参考

これまでの議論の整理

1. 医療機関が報告する医療機能

（1）一般病床

◎ 各医療機関（診療所を含む。）は病棟単位で（※）、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている（「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平成24年6月急性期医療に関する作業グループ）。

＜各医療機能の内容（病期や診療密度別に大きく分類）＞

・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能（「急性期（仮称）」機能）。

・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能（「亜急性期（仮称）」機能）。

・主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（「回復期リハビリテーション（仮称）」機能）。

◎ その他報告すべき医療機能として、

・一つの病棟で複数持っている医療機能を位置づける。

・「障害者・特殊疾患（仮称）」の医療機能を急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づける。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、患者にとっても医療提供者側にとっても明確でわかりやすいものとする。

（2）療養病床

◎ 療養病床も対象とする。

2. 医療機能と併せて報告を求める事項

◎ 医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、選択した医療機能毎に、地域のビジョンを策定する上で必要な情報と、提供する医療の具体的内容を患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を報告事項として求める。

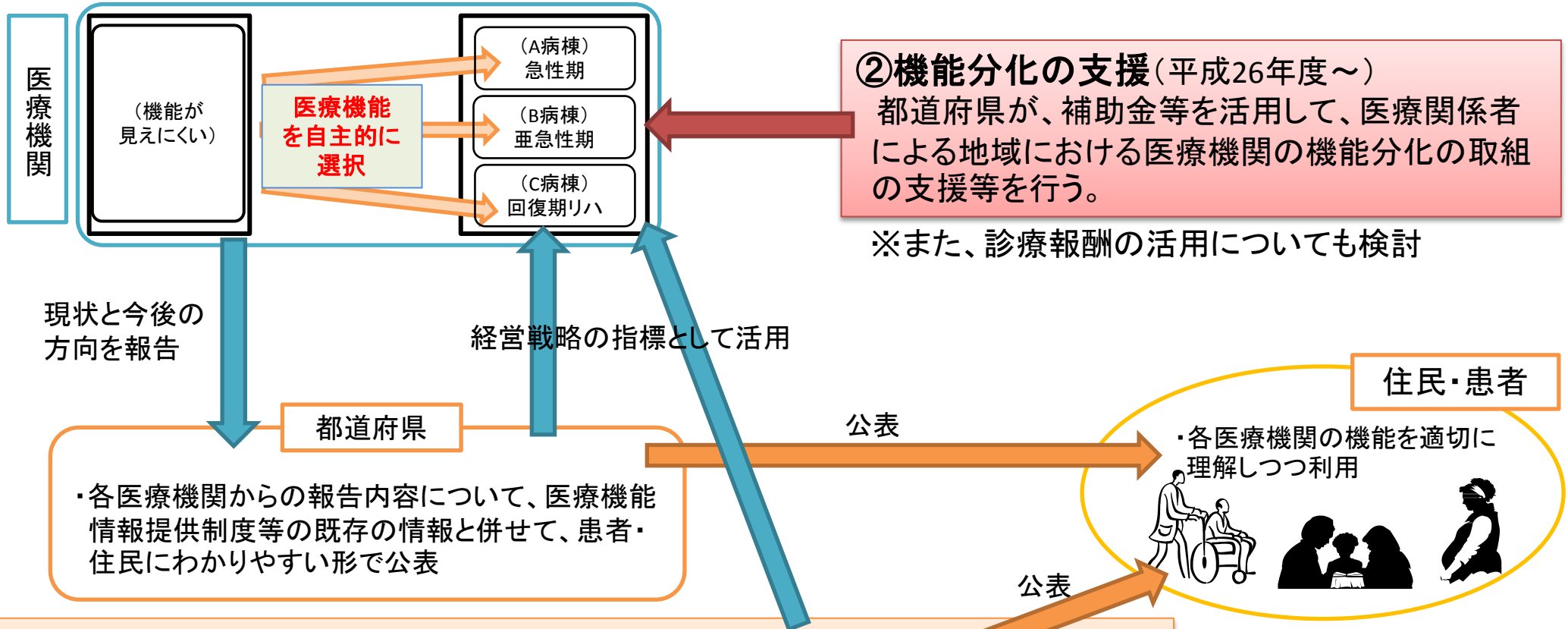
3. 病床機能情報の提供

◎ 都道府県は患者や住民に対し、医療機関から受けた情報をわかりやすく加工し、公表する。

参考

機能分化を推進するための仕組み

①医療機関による報告（平成26年度～）
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



②機能分化の支援（平成26年度～）
都道府県が、補助金等を活用して、医療関係者による地域における医療機関の機能分化の取組の支援等を行う。

※また、診療報酬の活用についても検討

③地域医療ビジョンの策定（平成30年度～）
都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

１．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

２．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

３．論点の整理

①平均在院日数の短縮

急性期医療提供体制の各国比較（2009年）

国名	急性期病棟平均在院日数	人口千人当たり急性期病床数	急性期病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	急性期病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	18.5	8.11	26.6	2.15（2008年）	117.9	9.54（2008年）
ドイツ	7.5	5.66	64.3	3.64	194.1	10.98
フランス	5.2	3.47	94.3#	3.27#	236.5#	8.21#
イギリス	6.8	2.68	101.0	2.71	361.3	9.68（予測値）
アメリカ	5.4	2.66（2006年）	93.6	2.44	413.8#	10.8#

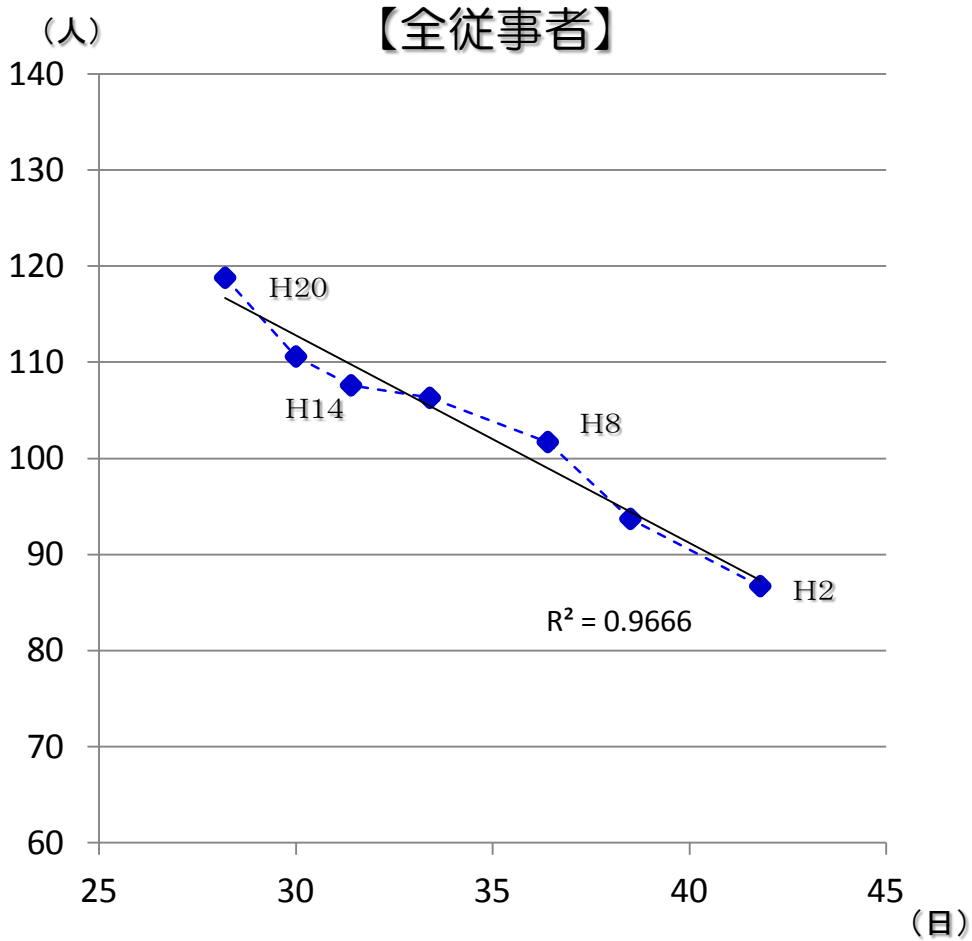
➡ 日本は、人口当たりの病床数が多く、人口当たりの医療従事者数が少ないため、病床当たりの医療従事者数が低い水準となっており、また平均在院日数が長い

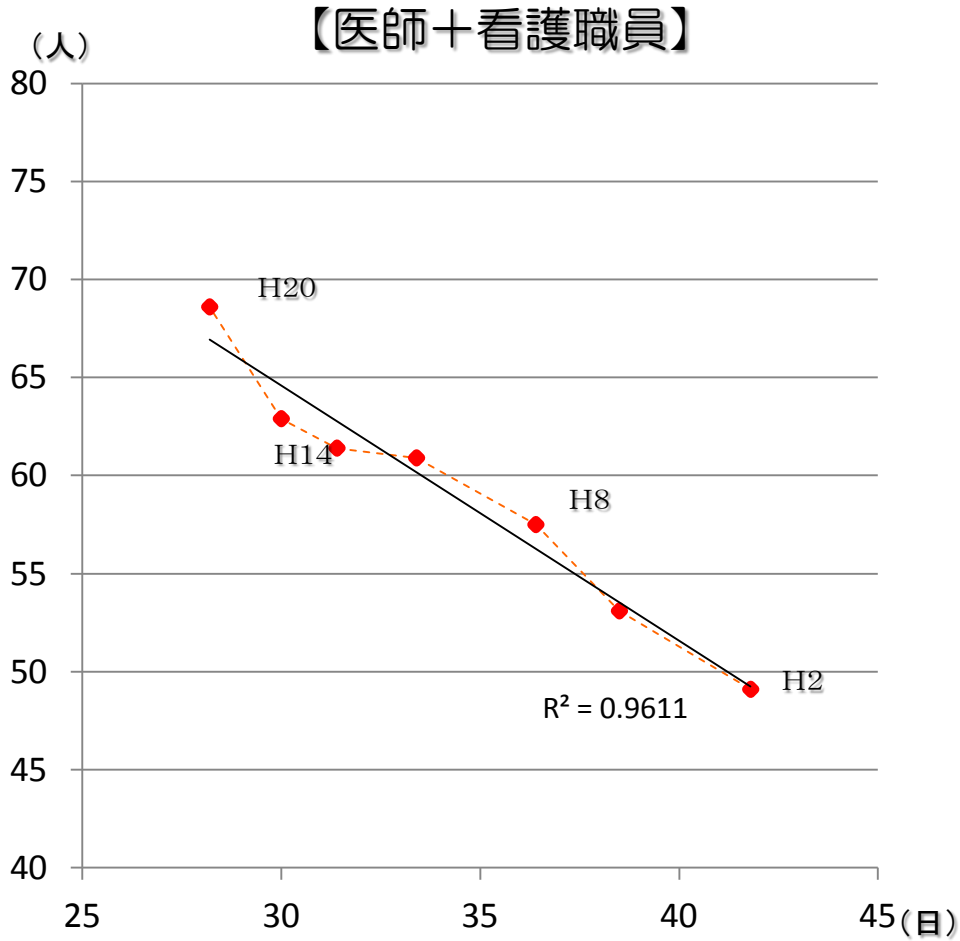
（出典）:「OECD Health Data 2011」
注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。
注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等および総臨床看護職員数を急性期病床数で単純に割って百をかけた数値である。
注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。
日本：病院・診療所の一般病床、感染症病床　ドイツ：急性期病床のみ　フランス：外科病床、産科病床、その他の急性期病床
イギリス：NHSの全病床（北部アイルランド以外は長期病床を含む）　アメリカ：AHA（American Hospital Association)に登録されている短期一般病床

100床当たり従事者数と平均在院日数（一般病院）

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	＜平成2年＞		＜平成8年＞		＜平成14年＞		＜平成20年＞
100床当たり従事者数	86．7人	→	101．7人	→	107．6人	→	118．8人
うち、医師＋看護職員	49．1人	→	57．5人	→	61．4人	→	68．6人
平均在院日数	41．8日	→	36．4日	→	31．4日	→	28．2日



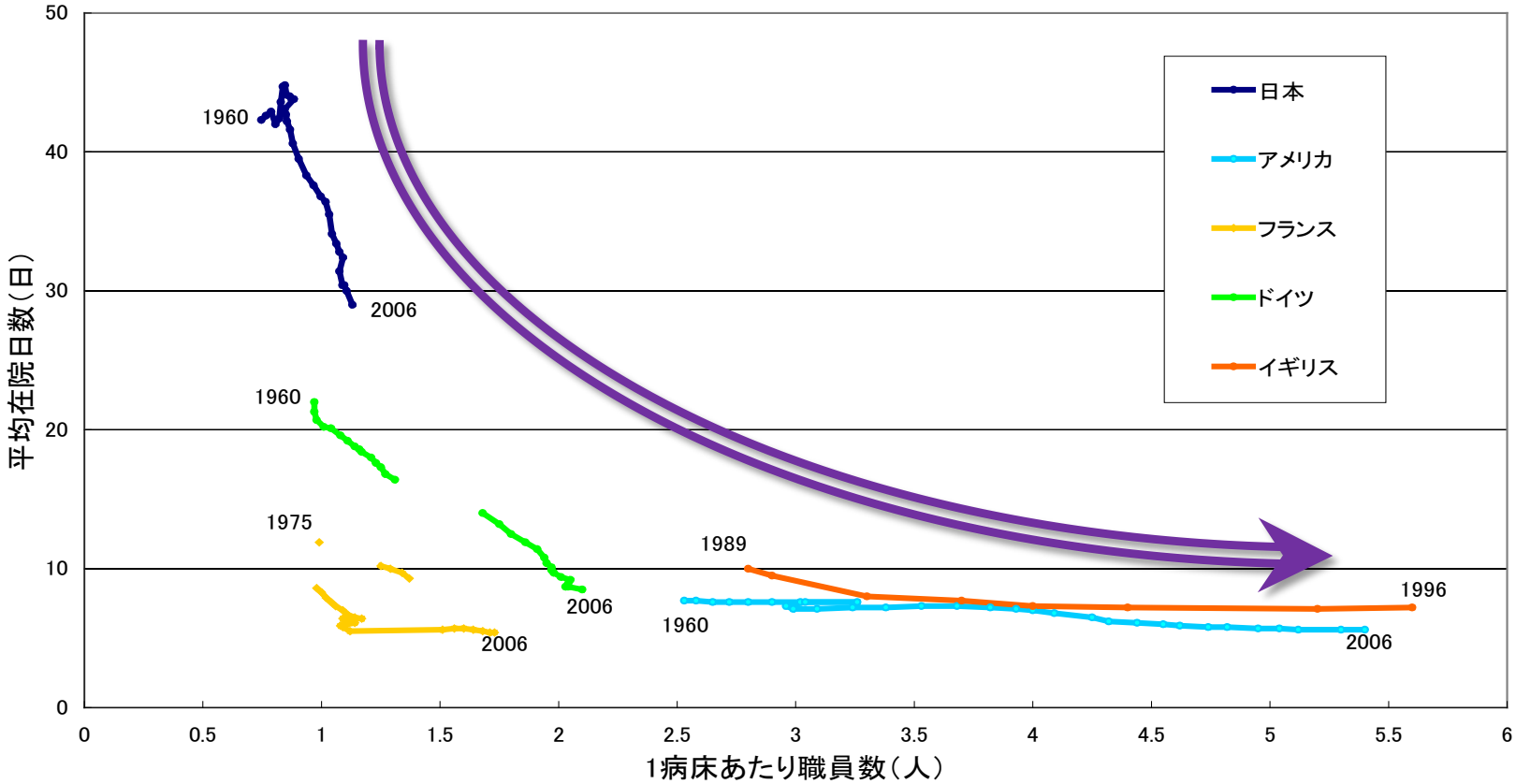


各年「病院報告」を基に作成

平均在院日数と1病床当たり職員数

（改）中医協　総－２
２３．　１０．５

海外においても、病床あたりの医療従事者数と平均在院日数の間には、相関関係がみられる

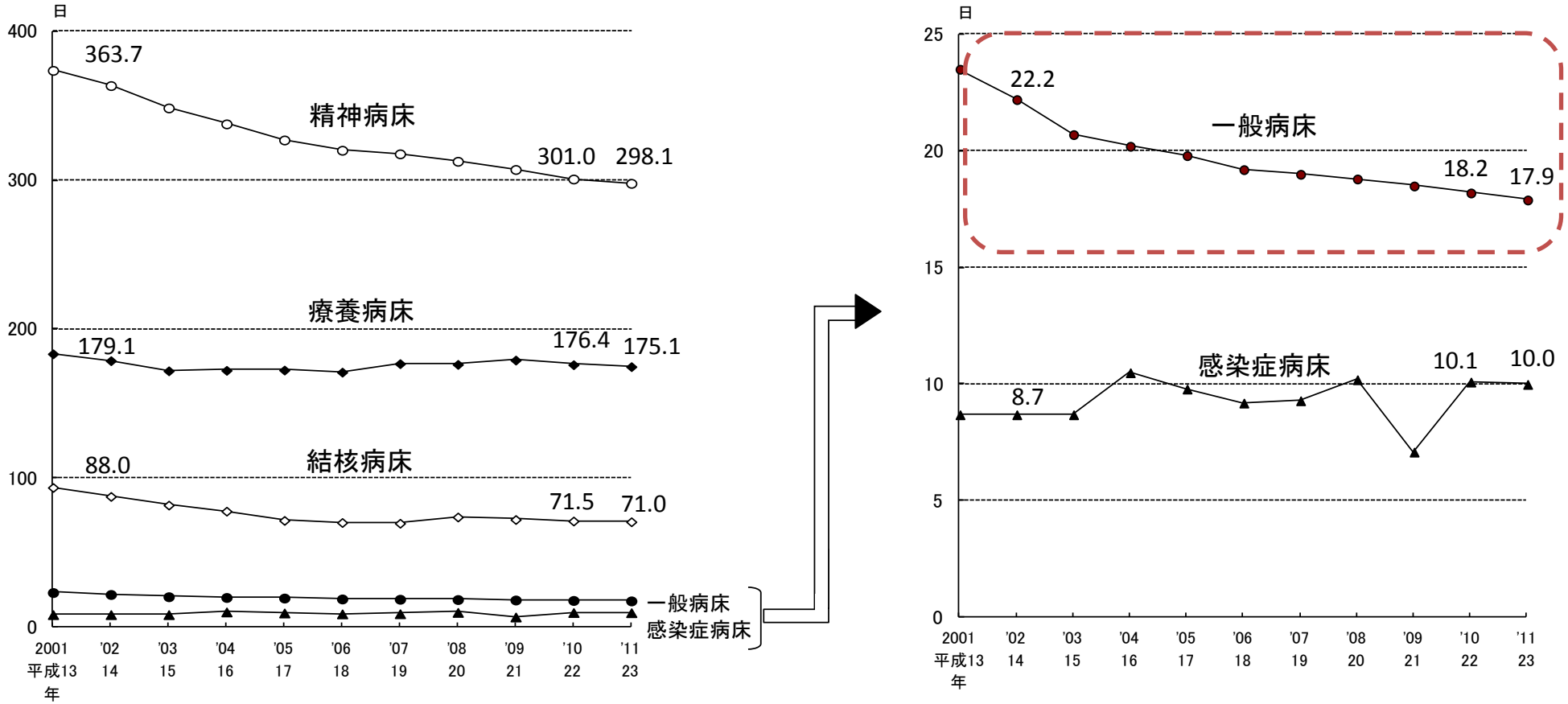


（資料）日本：「病院報告」（厚生労働省）　諸外国：「OECD Health Data 2008」
（注）1．日本は一般病院の数値である。
　　2．諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療（急性期病院）にかかる数値である。

出典：社会保障改革に関する集中検討会議：医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）＜平成23年６月＞を基に保険局医療課作成

➡ 病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある

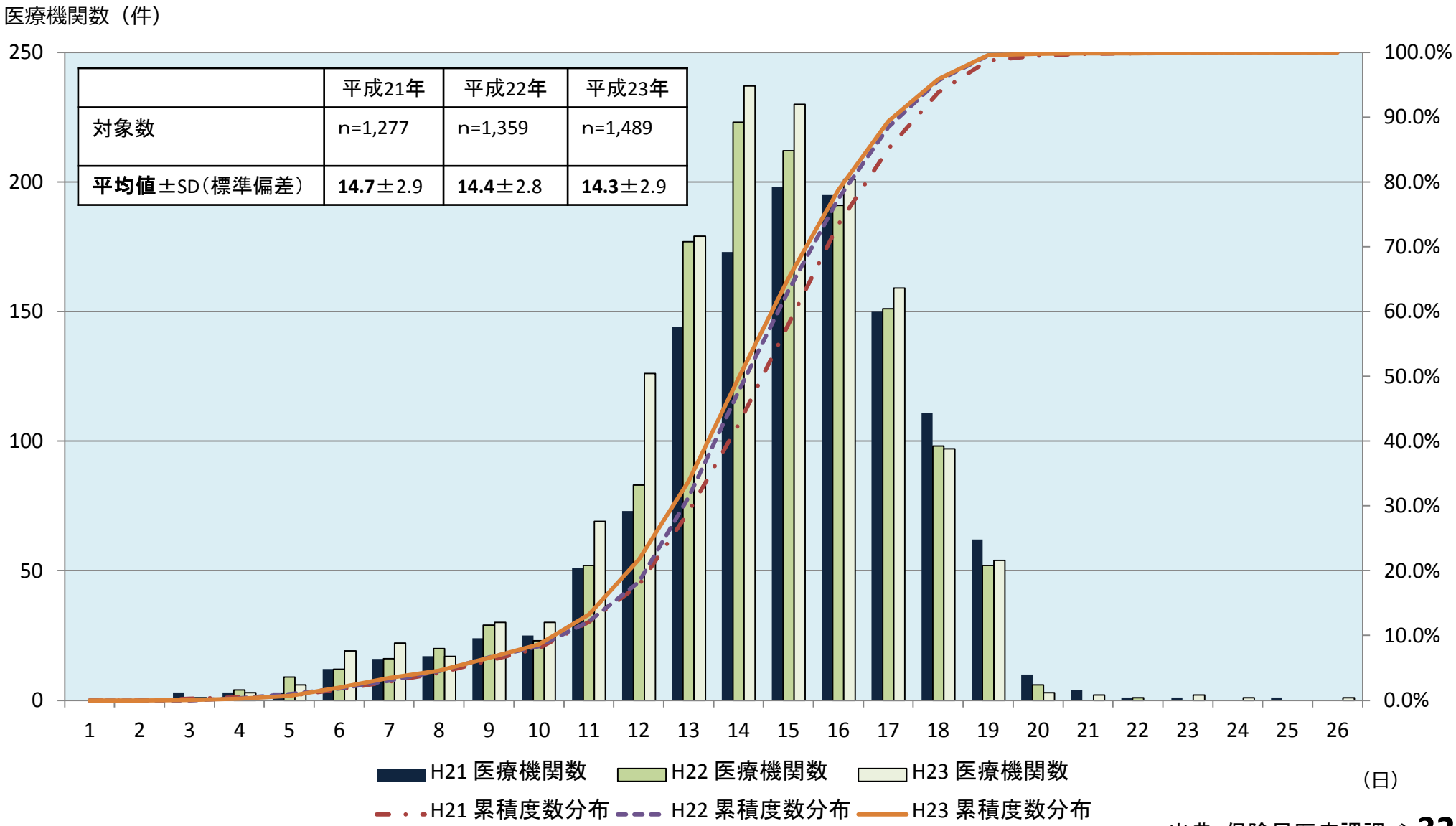
病院の病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移



注：1)「一般病床」は、平成13～15年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。
2)「療養病床」は、平成13～15年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」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、福島県相双医療圏５施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。

出典：平成23年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況

一般病棟7対1入院基本料届出医療機関
平成21年～平成23年の平均在院日数の比較



	平成21年	平成22年	平成23年
対象数	n=1,277	n=1,359	n=1,489
平均値±SD（標準偏差）	**14.7**±2.9	**14.4**±2.8	**14.3**±2.9

出典：保険局医療課調べ

7対1入院基本料の適正化等について （平成24年診療報酬改定）

算定要件の見直し

➢ 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

平均在院日数

【現行】		【改定後】	
一般病棟入院基本料	19日以内	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内	特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内	専門病院入院基本料	28日以内

看護必要度要件

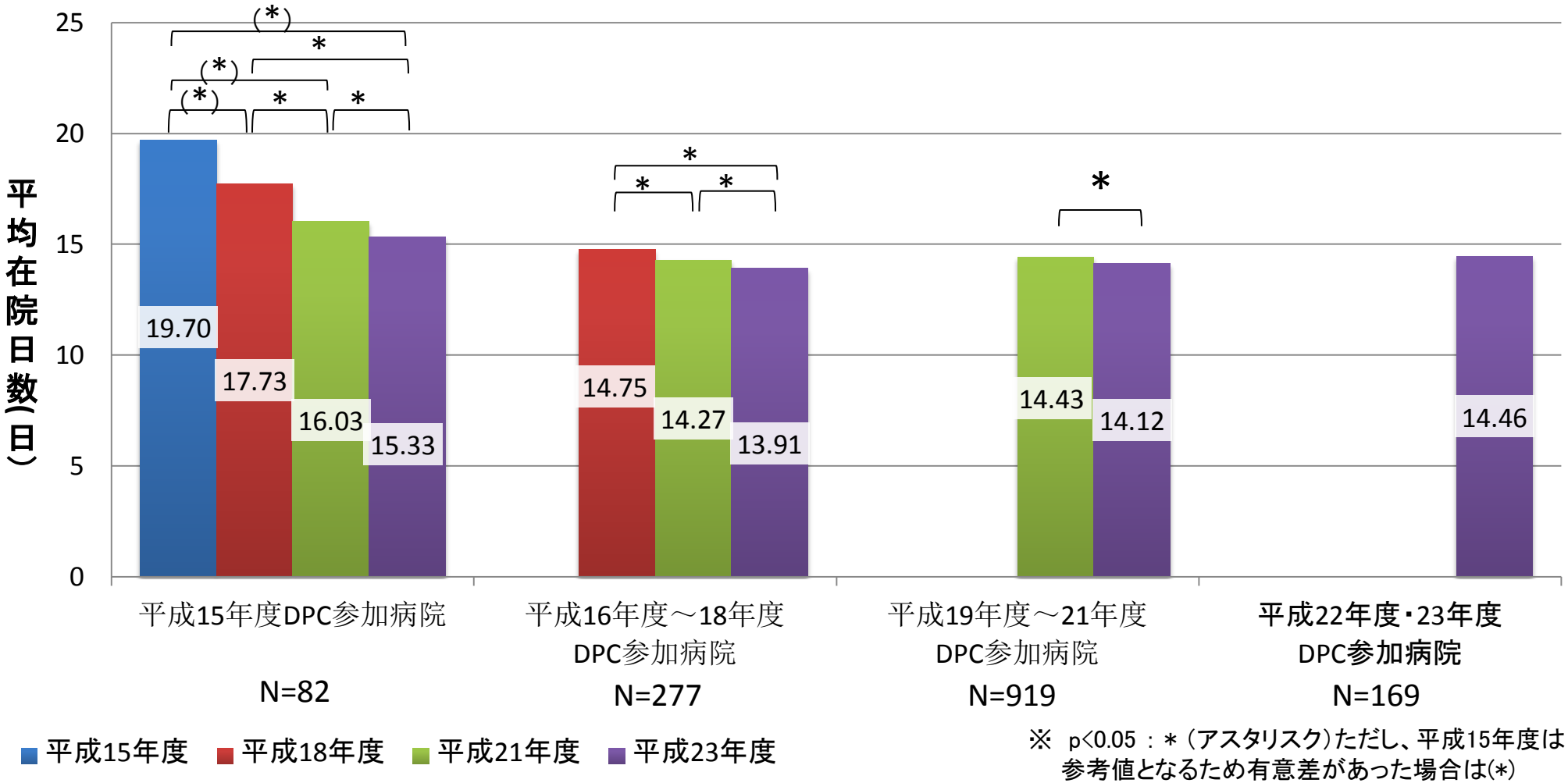
【現行】		【改定後】	
一般病棟入院基本料	1割以上	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ	特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上	専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上
※3 一般病棟に限る（結核病棟は測定・評価のみ）
※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[経過措置]
平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。（ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない）

DPC制度による平均在院日数の推移



※ p<0.05 ：＊（アスタリスク）ただし、平成15年度は参考値となるため有意差があった場合は(*)

平成15年度に導入されたDPC制度(対象は7対1、10対1入院基本料算定病床)では、参加病院の平均在院日数は年々短縮している。

出典：平成24年12月7日DPC評価分科会を基に作成

②入院患者の状況

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票（平成24年診療報酬改定後）

Aモニタリング及び処置等	０点	１点	２点
１　創傷処置	なし	あり	
２　血圧測定	０から４回	５回以上	
３　時間尿測定	なし	あり	
４　呼吸ケア	なし	あり	
５　点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
６　心電図モニター	なし	あり	
７　シリンジポンプの使用	なし	あり	
８　輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
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）	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

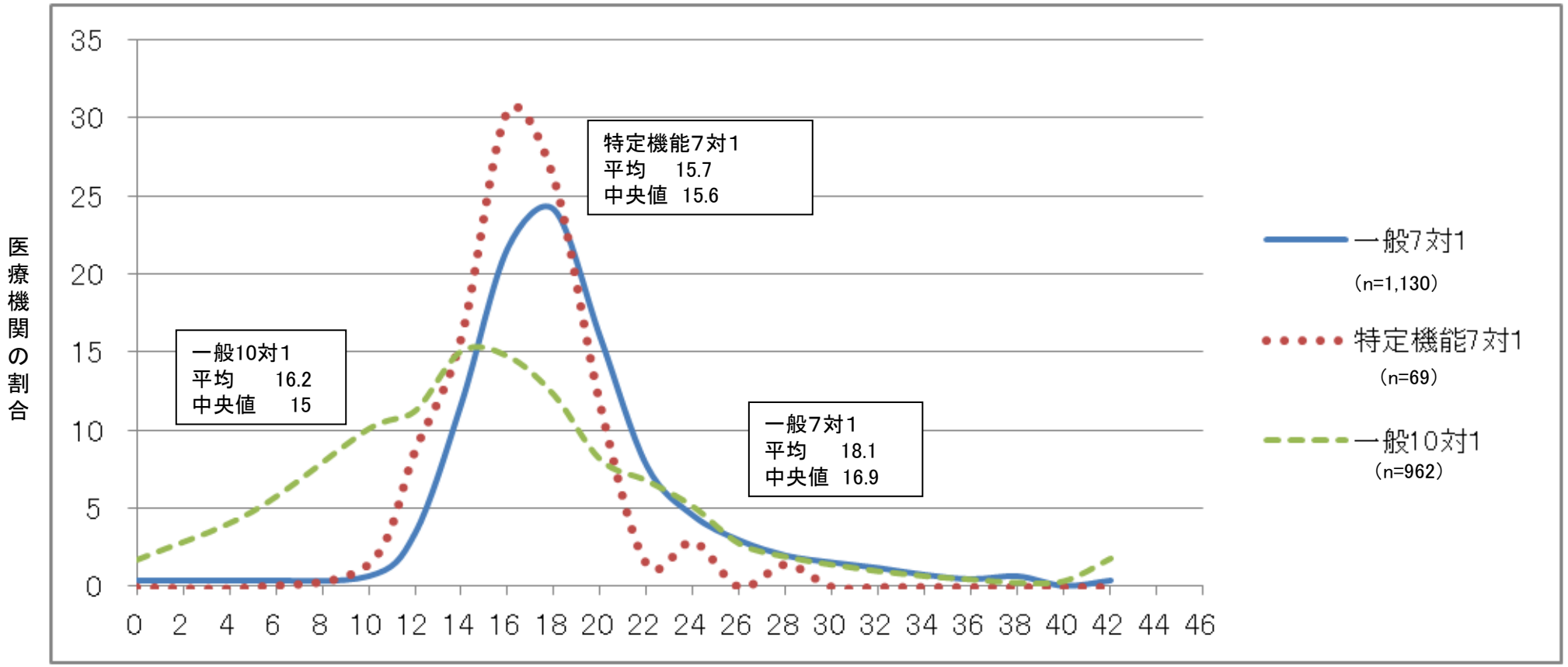
	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 （がん専門病院については10%）
10対1入院基本料	測定・評価のみ （要件なし）
看護必要度加算 （一般病棟10対1入院基本料届出病棟）	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 （一般病棟10対1 及び7対1入院基本料届出病棟）	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 （一般病棟13対1入院基本料届出病棟）	測定・評価のみ （要件なし）

※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（5点以上（A得点2点以上、B得点3点以上））の患者の占める割合の比較

○特定機能病院入院基本料と一般病棟入院基本料の7対1を比較すると、わずかに特定機能病院入院基本料の方が割合のピークが16%と低い。
○一般病棟入院基本料7対1の方が10対1よりも、重症度・看護必要度の高い患者の割合が多い。また、一般病棟入院基本料10対1の患者の方が、7対1入院基本料の患者に比べ重症度・看護必要度の幅が広い。

【一般病棟入院基本料（7対1及び10対1）と特定機能病院入院基本料（7対1）の比較】



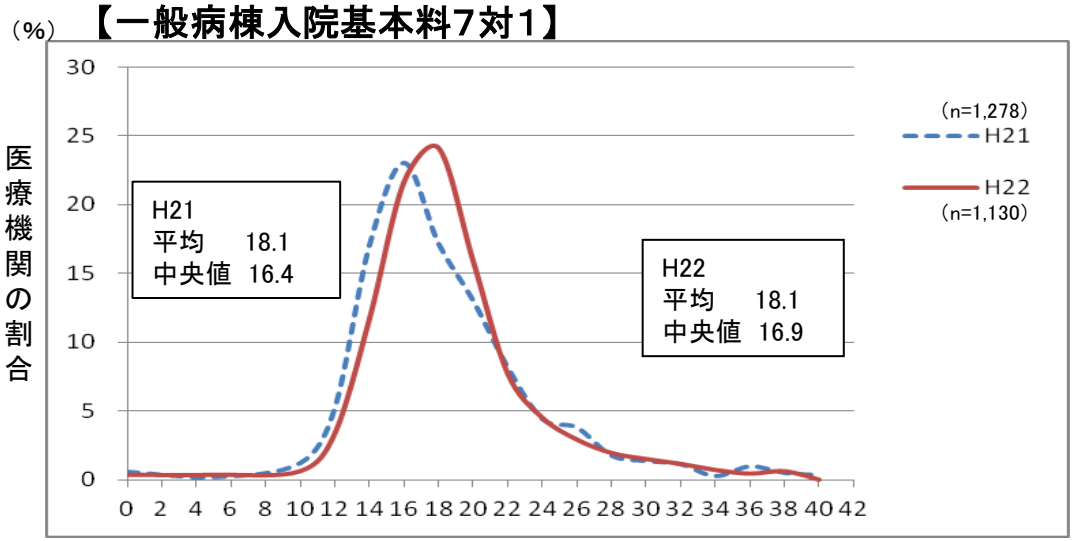
一般病棟用の重症度・看護必要度の基準（5点以上（A得点2点以上、B得点3点以上））の患者の占める割合（%）

出典；保険局医療課調べ（平成22年）

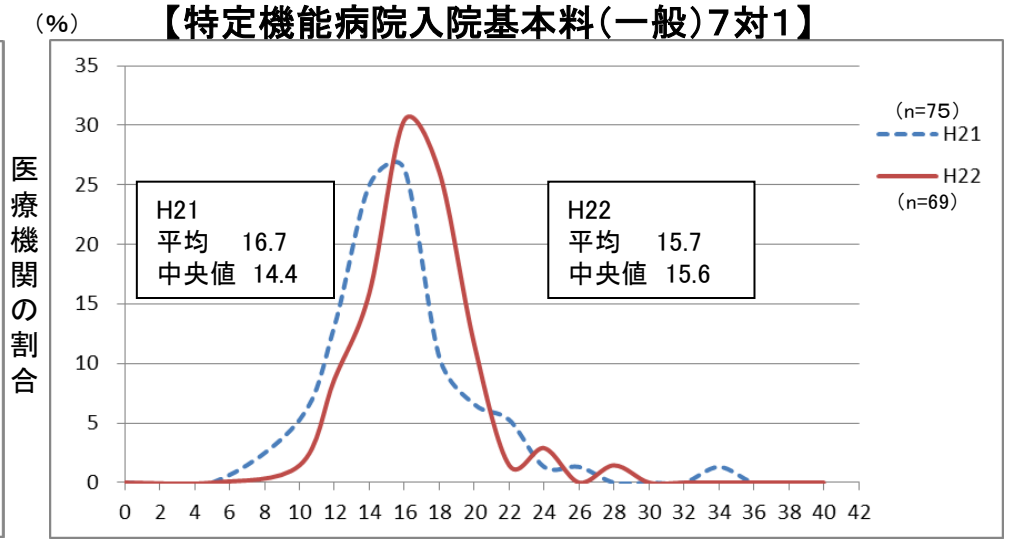
一般病棟用の重症度・看護必要度の基準（5点以上（A得点2点以上、B得点3点以上））の患者の占める割合の比較

○一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の7対1においては、重症度・看護必要度の高い患者の割合が平成22年の方が平成21年に比べて高くなっている。

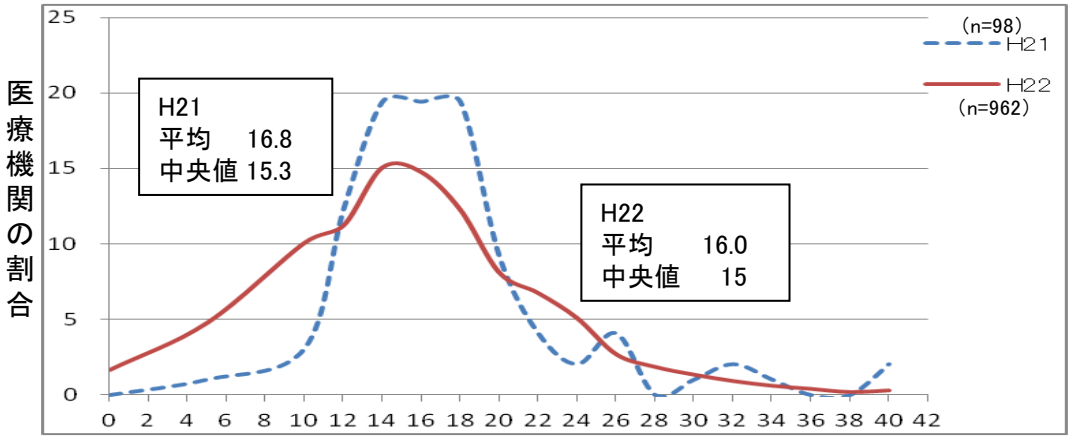
【一般病棟入院基本料7対1】



【特定機能病院入院基本料（一般）7対1】



【一般病棟入院基本料10対1】



注）一般病棟入院基本料10対1は、H21は一般病棟用の重症度・看護必要度を測定している医療機関のうち任意で回答のあった98、H22は一般病棟看護必要度評価加算を算定している医療機関962の回答より作成

出典；保険局医療課調べ

7対1入院基本料の適正化等について　（平成24年診療報酬改定）

算定要件の見直し

➢　患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

平均在院日数

【現行】		【改定後】	
一般病棟入院基本料	19日以内	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内	特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内	専門病院入院基本料	28日以内

看護必要度要件

【現行】		【改定後】	
一般病棟入院基本料	1割以上	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ	特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上	専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1　一般病棟及び結核病棟に限る

※2　結核病棟は従前と同様の1割以上
※3　一般病棟に限る（結核病棟は測定・評価のみ）
※4　悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[経過措置]
平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。（ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない）

③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進

救急医療の連携に係る主な診療報酬について（H24年診療報酬改定）

（模式図、改定前⇒改定後）

救急病院

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
- 小児特定集中治療室管理料

救急搬送患者
地域連携紹介加算
500点→1,000点

①入院日から5日以内に転院
⇒入院日から7日以内に転院

②算定不可
⇒算定可

後方病院

救急搬送患者
地域連携受入加算
1,000点→2,000点

- 一般病棟
- 障害者病棟
- 特殊疾患病棟
- 回復期リハ病棟
- 亜急性期病棟
- 緩和ケア病棟　等

- 療養病棟
- 精神科病棟

周産期医療の地域連携に係る改定後のイメージ（平成24年診療報酬改定）

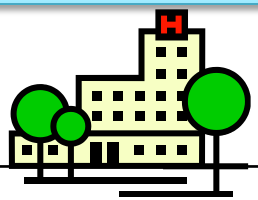
＜周産期医療センター等＞

退院調整の評価

新生児特定集中治療室退院調整加算
300点（退院時１回）
→600点（超低出生体重児等は2回）

後方受入の評価

重症児（者）受入連携加算
1,300点（入院時１回）**→2,000点**



＜後方病院＞

障害者施設、特殊疾患病棟だったものに
一般病棟（13対１、15対１）、療養病棟、有床診を追加

救急医療機関からの転院の場合にも算定可に

受け入れた場合の初期診療の評価

救急・在宅重症児（者）受入加算
200点（１日につき）
【入院から５日まで】

受け入れた場合の日々の診療の評価

（準）超重症児（者）入院診療加算
800点（１日につき）
※6歳未満の超重症児の場合

＜在宅＞

認知症対策の推進①（平成24年診療報酬改定）

認知症外来医療の評価

- 早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料の評価を引き上げる。
- 認知症の症状が増悪（BPSD）した患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。

認知症専門診断管理料
500点（1人につき1回）

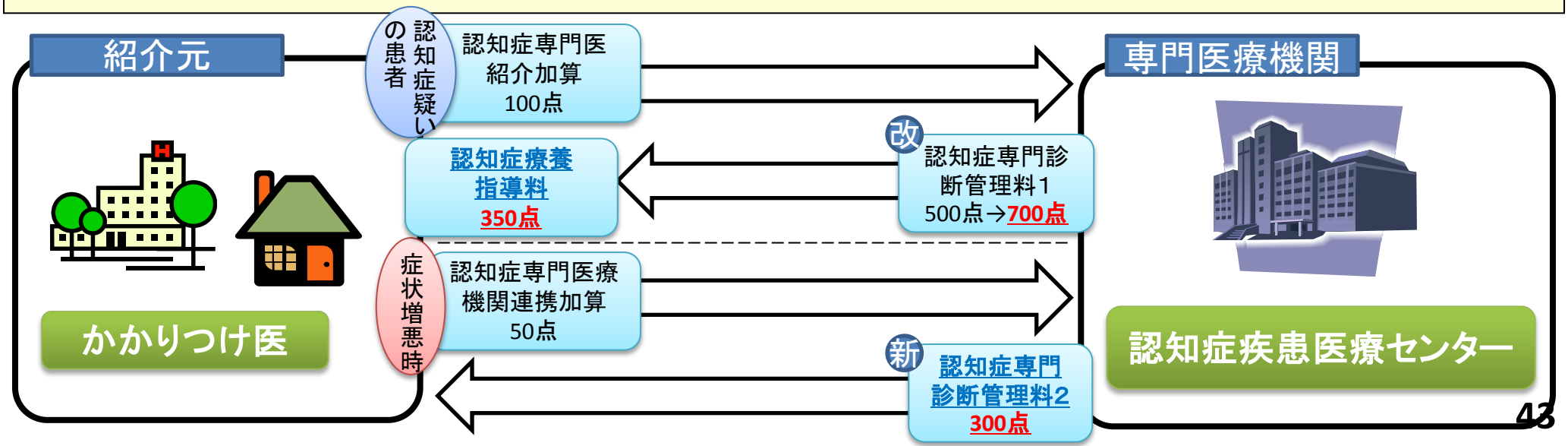
⇒

（改）認知症専門診断管理料1
700点（1人につき1回）

（新）認知症専門診断管理料2
300点（3月に1回）

- 専門医療機関において、認知症と診断された[illegible]その後の管理を行うことの評価を新設する。

（新） 認知症療養指導料　350点（月1回、6月まで）



認知症対策の推進②（平成24年診療報酬改定）

医療連携の評価

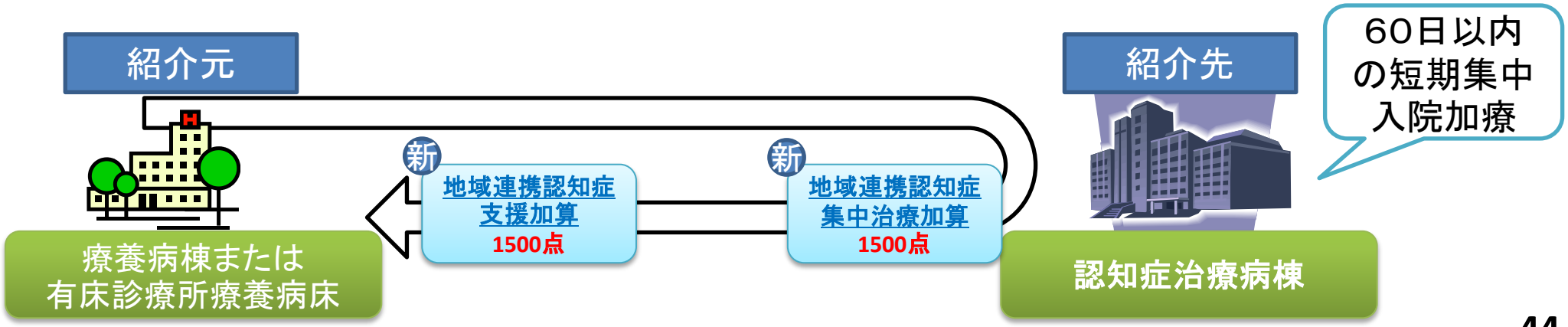
➢ 療養病床に入院中の患者が、BPSDの増悪等のため専門的な短期集中入院加療が必要となった際に、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行い、状態の落ち着いた後に、紹介元の医療機関が受け入れた場合の連携について評価を行う。

（新） 地域連携認知症集中治療加算　1,500点（退院時）

（新） 地域連携認知症支援加算　1,500点（再転院時）

［算定要件］

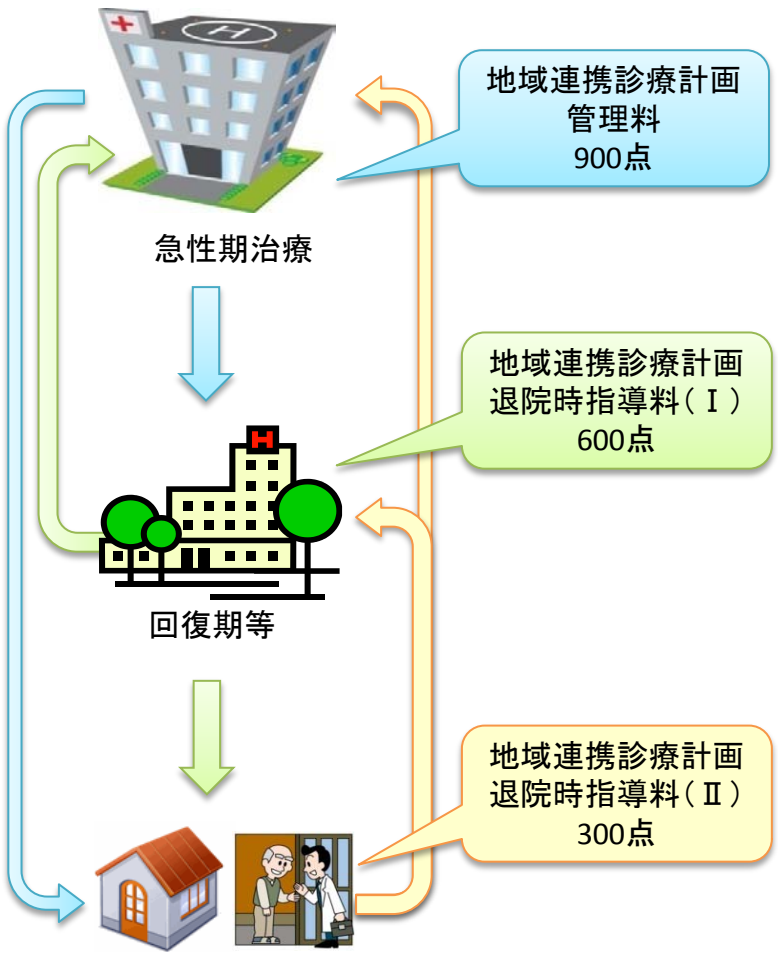
療養病床または有床診療所療養病床に入院中の患者であって、認知症症状の急性増悪等により、認知症治療病棟へ転院し、転院日から60日以内に紹介元の医療機関に再転院した場合に算定する。



現行の退院調整等に関する評価のイメージ

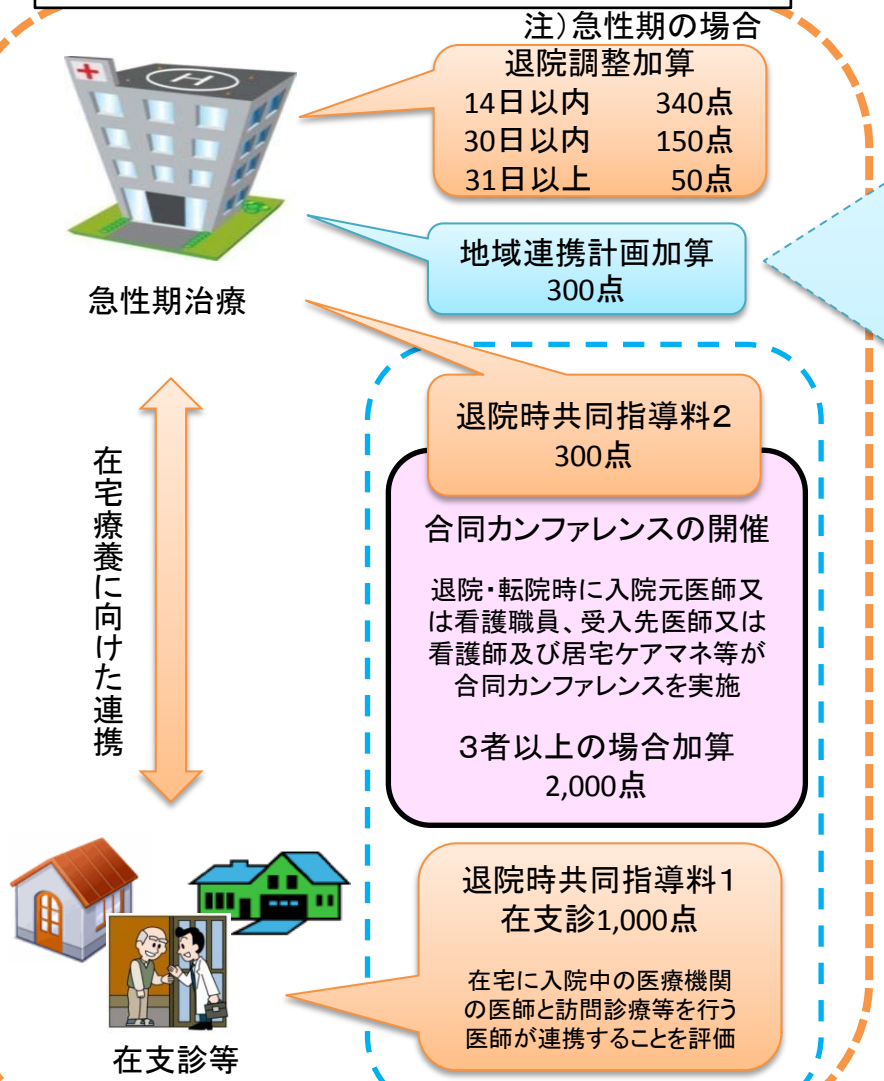
脳卒中または大腿骨頚部骨折の患者

地域連携パスで評価



左記以外の退院困難な患者

退院調整、共同指導で評価



一部の医療機関では、脳卒中・大腿骨頚部骨折以外の地域連携パスを活用して、退院調整を行っている。

早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進①（平成24年診療報酬改定）

効果的な退院調整の評価

- 退院支援計画を策定した患者について、退院後に必要とされる診療や訪問看護等の療養に必要な事項等を含む地域連携診療計画と同様の内容について、患者に説明し、文書により提供し、在宅を担う医療機関等と共有した場合の評価を行う。

（退院調整加算の注2の加算）

（新）　地域連携計画加算（入院中1回）　300点

総合評価加算の引き上げ

- 身体機能等に関する総合的な機能評価を評価した「総合評価加算」を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充し、退院後に介護保険への円滑な移行を図る。

（改）　総合評価加算（入院中1回）　50点 → 100点

［算定可能病棟（改定後、下線部を追加）］
一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、**療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料**

在宅復帰率（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）

亜急性期入院医療管理料（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
2,061点（60日まで）	1,911点（60日まで）	(1)1,911点(2)1,761点(3)1,611点（60日まで～180日まで）

在宅復帰率の要件

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		
概ね**6割**以上	（1）**7割**以上	（2）**6割**以上	（3）規定無し

在宅復帰率の定義

亜急性期入院医療管理料

（分子）**直近1か月間**の在宅復帰患者数
（算定開始後3月目以降は，**直近3か月間**）

（在宅復帰患者数の定義）
当室より退院した患者数のうち、下記を除く。
・同一の保険医療機関の当該管理料に係る**病室**以外へ転室した患者数
・他の保険医療機関へ転院した患者数

÷

（分母）当該病室における**直近1か月間**の退院患者
（当該管理料の算定開始後3月目以降は，**直近3か月間**）

回復期リハビリテーション病棟入院料

（分子） **直近6か月間**の在宅復帰患者数

（在宅復帰患者数の定義）
当室より退院した患者数のうち、下記を除く。
・同一の保険医療機関の当該入院料に係る**病棟**以外の病棟へ転棟した患者
・他の保険医療機関へ転院した患者
・**介護老人保健施設に入所する患者**
・**入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者**

÷

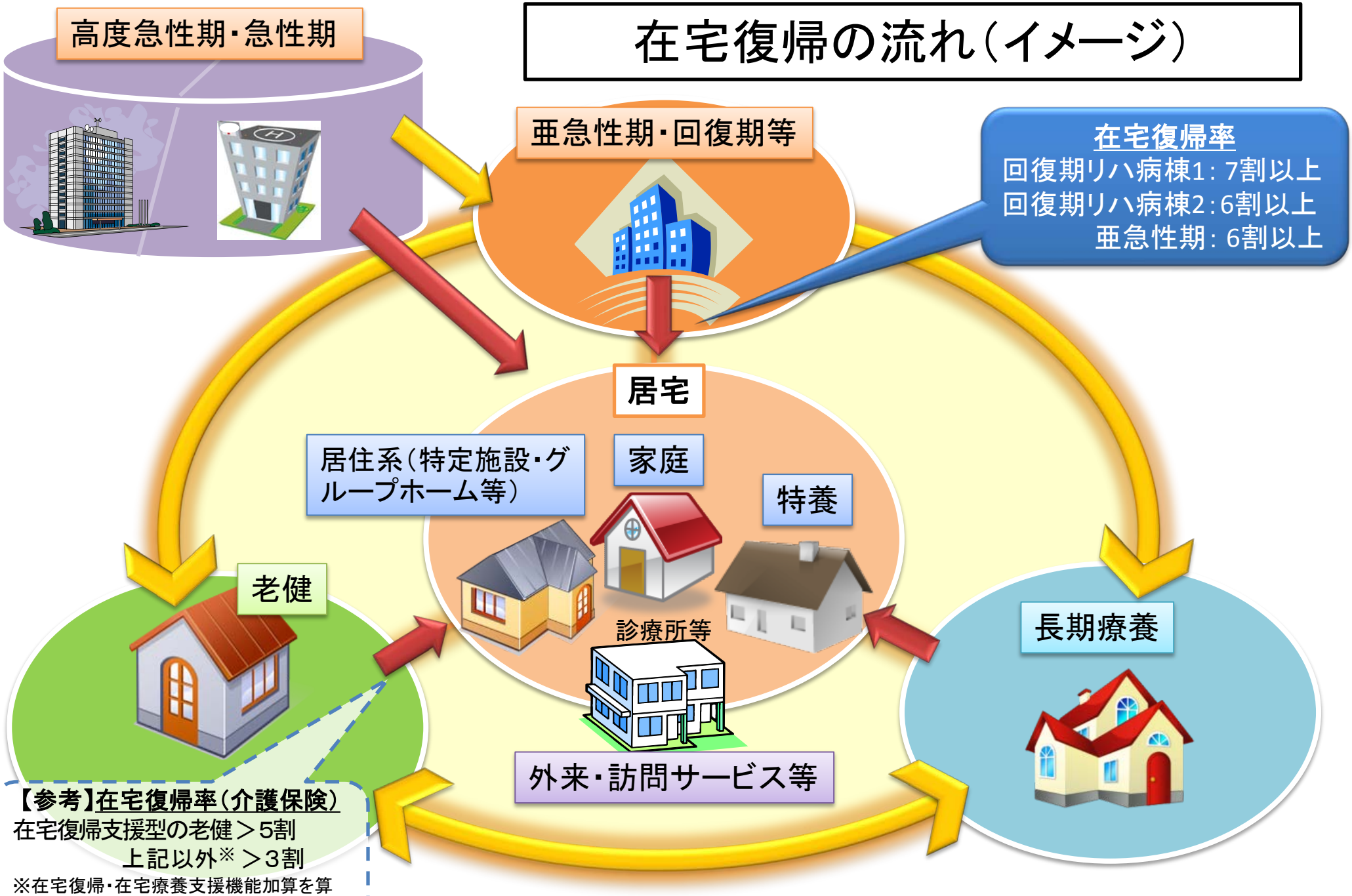
（分母） **直近6か月間**に退院した患者数※

※・**入院期間が通算される再入院患者を除く**
・**他の保険医療機関へ転院した者等を含む**
・**病状の急性増悪等により，他の保険医療機関（当該保険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及び死亡退院した患者を除く**

＜主な相違点＞

○ 亜急性入院管理料は在宅復帰患者数に介護老人保健施設を含む
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料は入院期間が通算させる再入院患者及び死亡退院した患者等を除く

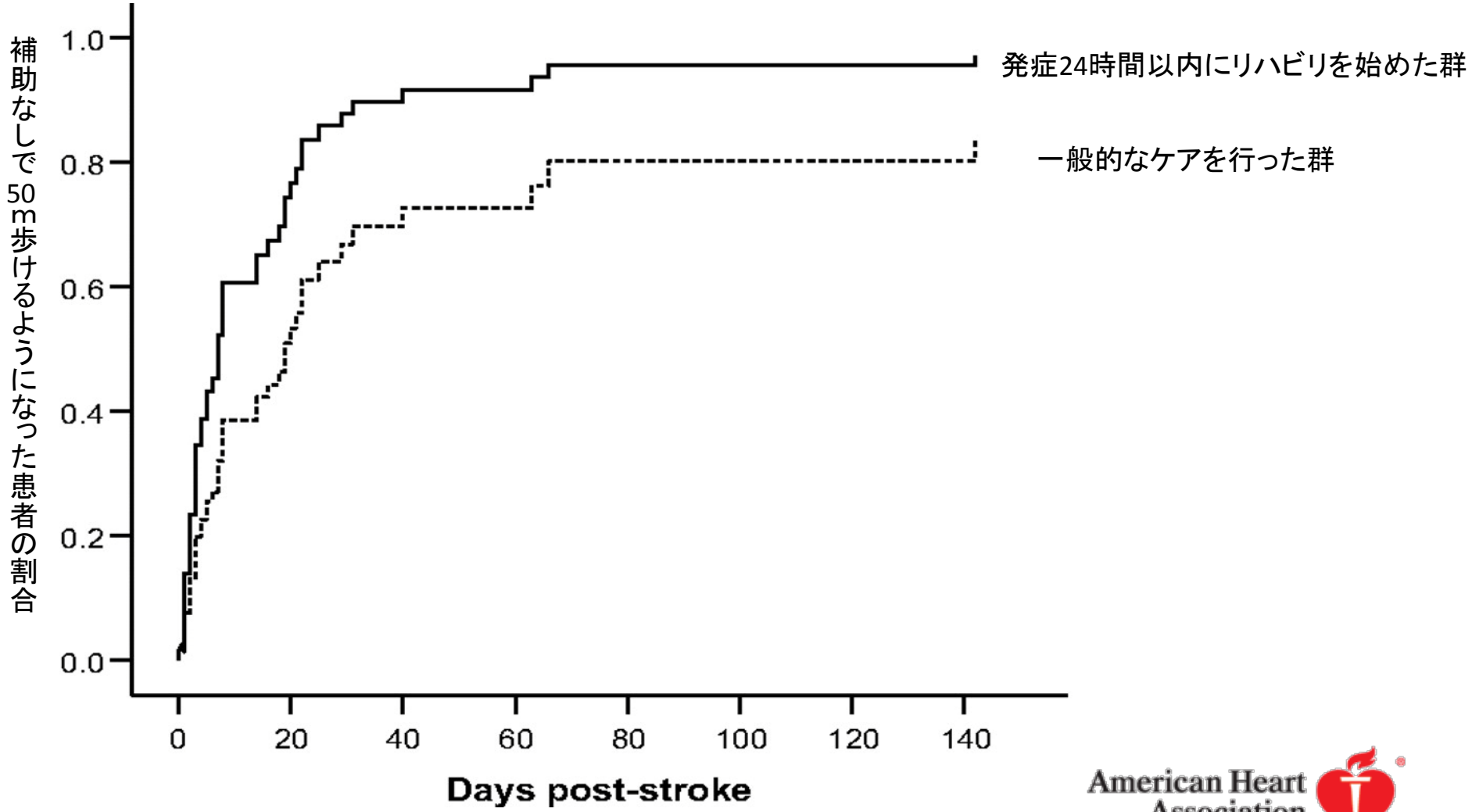
在宅復帰の流れ（イメージ）



④急性期病院における早期からのリハビリテーション

脳卒中発症早期に開始するリハビリテーションの有用性

Number of days to walking 50 m unassisted in VEM and SC groups, adjusted for age, sex, stroke severity (NIHSS), premorbid mRS, and diabetes (N=71).



Cumming T B et al. Stroke 2011;42:153-158

Copyright © American Heart Association

American Heart Association
Learn and Live

リハビリテーションの充実（平成24年診療報酬改定）

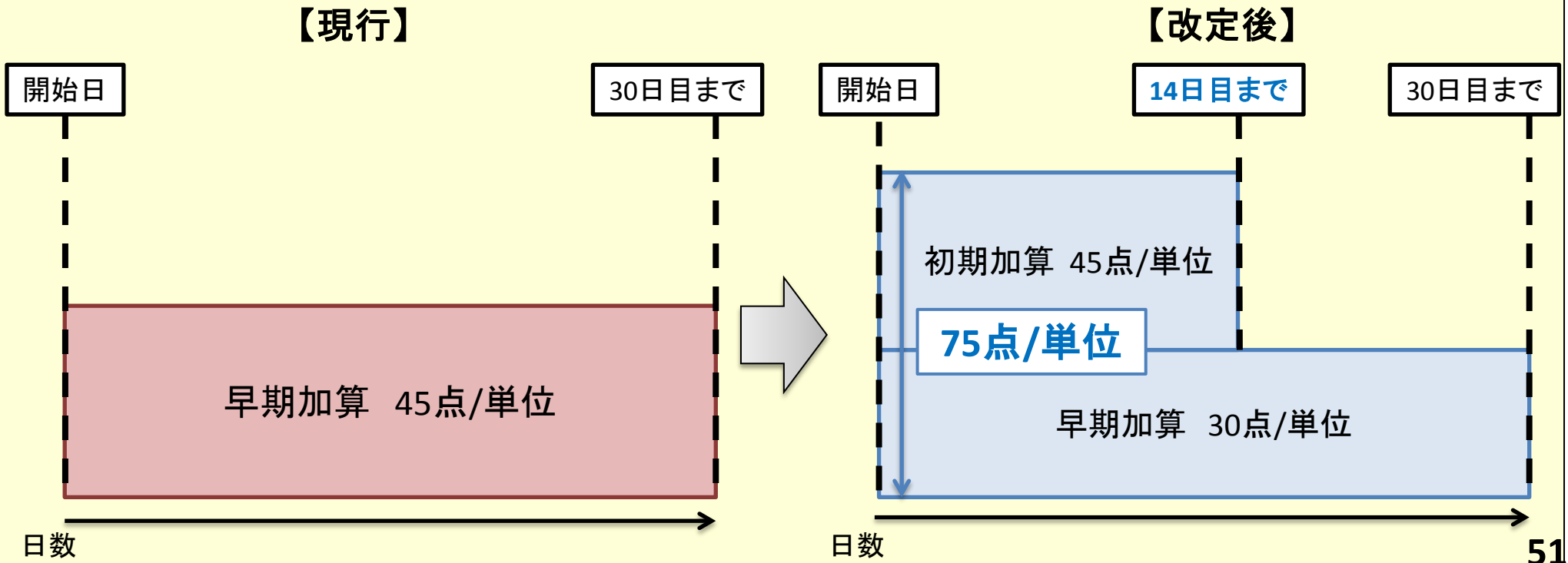
早期リハビリテーションの評価

➢ 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

（新） リハビリテーション初期加算 45点 （14日目まで）

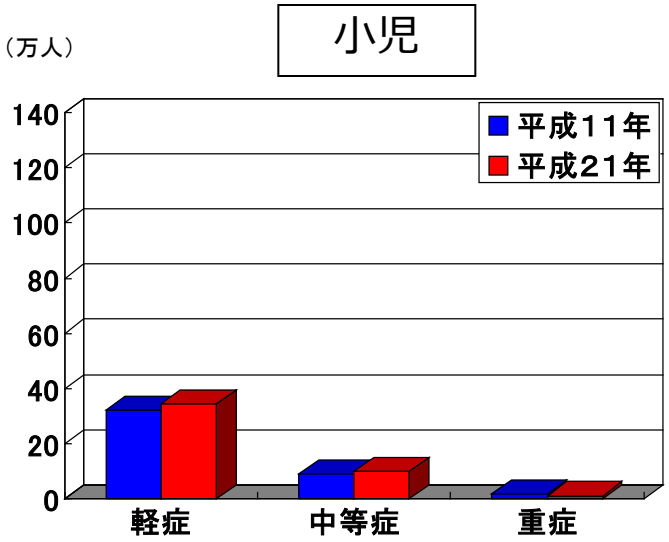
（改） 早期リハビリテーション加算 45点→ 30点 （30日目まで）

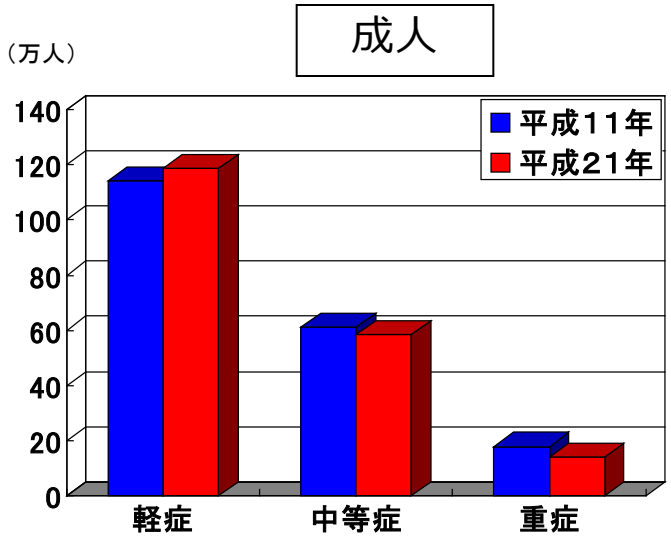
- リハビリテーション初期加算は**リハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合**に算定できる。
- リハビリテーション初期加算と早期リハビリテーション加算は**併算定可能**。

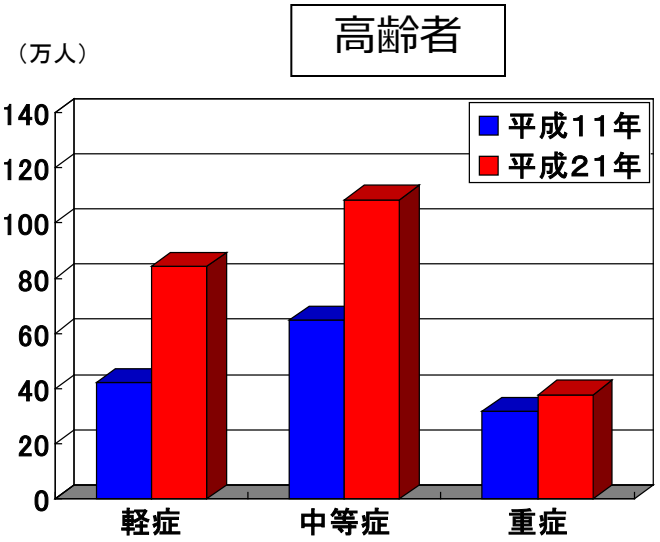


救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

○ 救急搬送人員の増加率は、年齢別では高齢者が高く、重症度別では軽症・中等症が高い。







平成１１年中

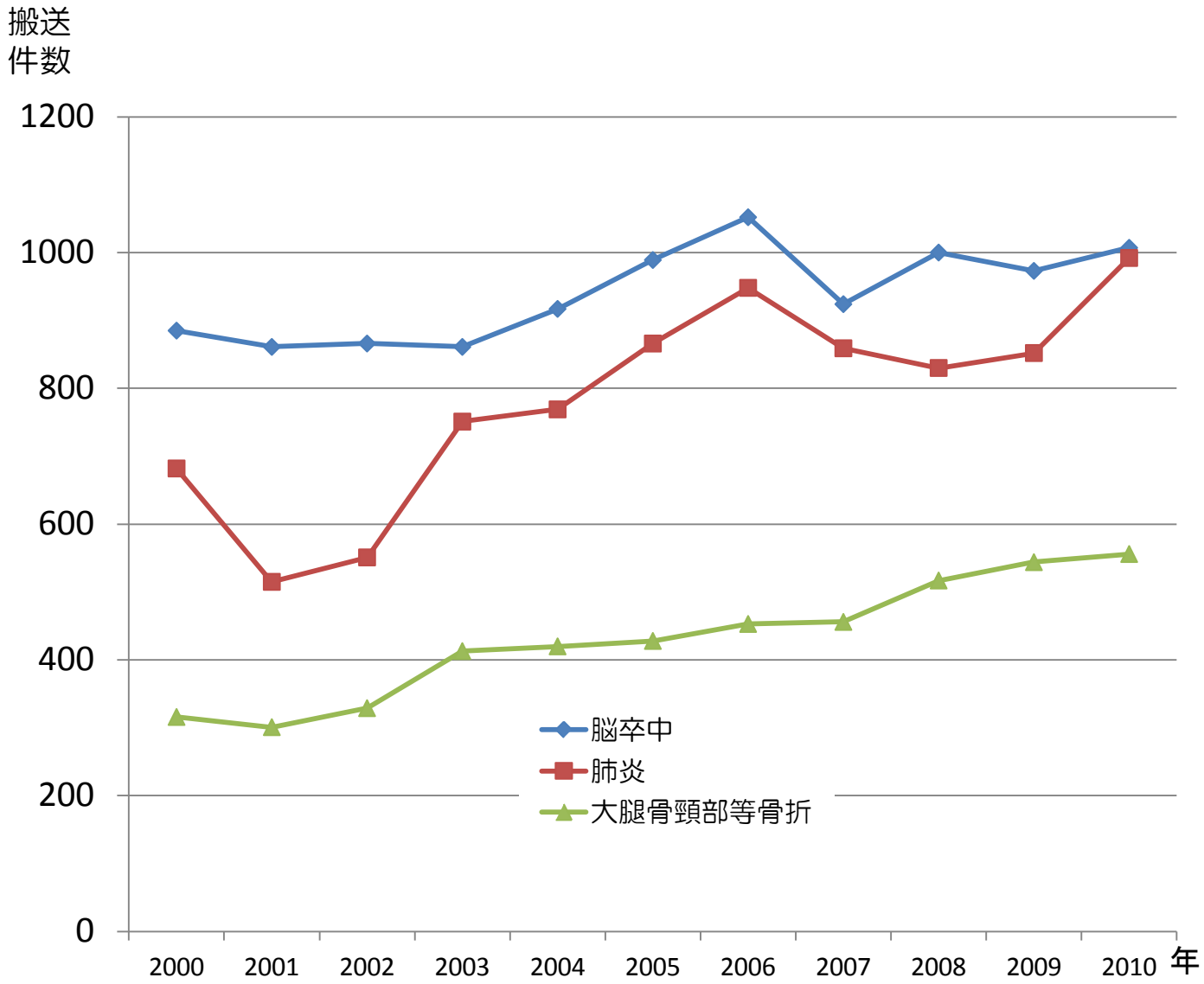
全体	小児	成人	高齢者
重症	1．9万人	18．0万人	31．7万人
中等症	9．3万人	61．2万人	64．8万人
軽症	32．2万人	114．2万人	42．2万人

平成２１年中

全体	小児 （18歳未満）	成人 （18歳～64歳）	高齢者 （65歳以上）
重症	**1．3万人** 0．6万人減 －32%	**14．1万人** 3．9万人減 －22%	**37．9万人** 6．2万人増 ＋20%
中等症	**10．2万人** 0．9万人増 ＋10%	**58．4万人** 2．8万人減 －5%	**108．4万人** 43．6万人増 ＋67%
軽症	**34．6万人** 2．4万人増 ＋8%	**118．7万人** 4．5万人増 ＋4%	**84．2万人** 42．0万人増 ＋100%

出典：「救急・救助の現況」（総務省消防庁）

主たる救急疾患搬送患者数の推移



出典：長崎救急医療白書（日本リハビリテーション病院・施設協会作成資料）

急性期からの継続的サポートの必要性について

急性期からの紹介患者の実情

2010年入院患者511人の評価結果

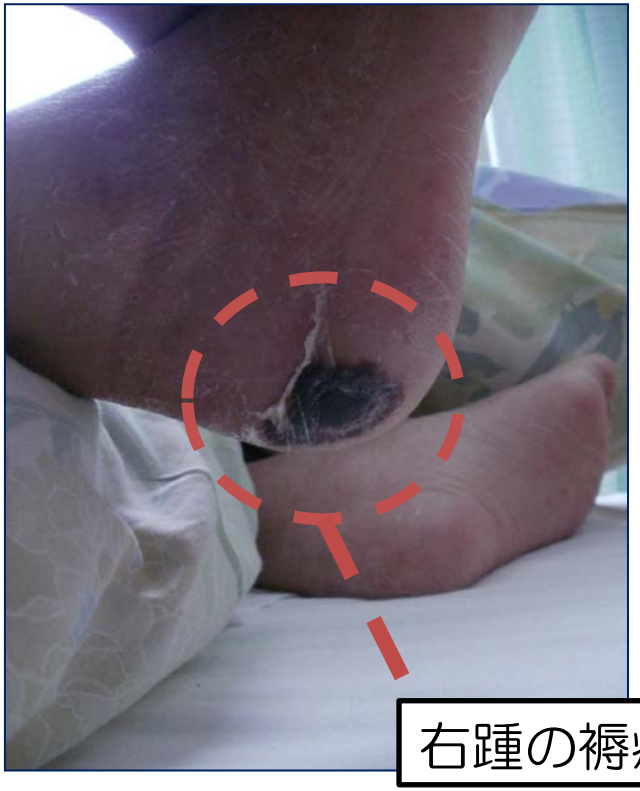
入院時栄養問題

入院時栄養管理	人数	%
血清Ａｌｂ≦3.2ｇ/ｄｌ	79	15
%標準体重≦80%	83	16
栄養サポート対象患者	187	37

①体重に明らかな異常あり
②食事摂取量が少ない
③下痢・嘔吐あり
④血清Ａｌｂ値3.2ｇ・ｄｌ以下
⑤Stage Ⅱ以上の褥瘡
６経腸栄養患者

・37%に栄養サポートが必要

急性期病院に転院後３週間
（転院後、誤嚥性肺炎を併発）



右踵の褥瘡

３週間点滴のみであったため
著明な低アルブミン血症

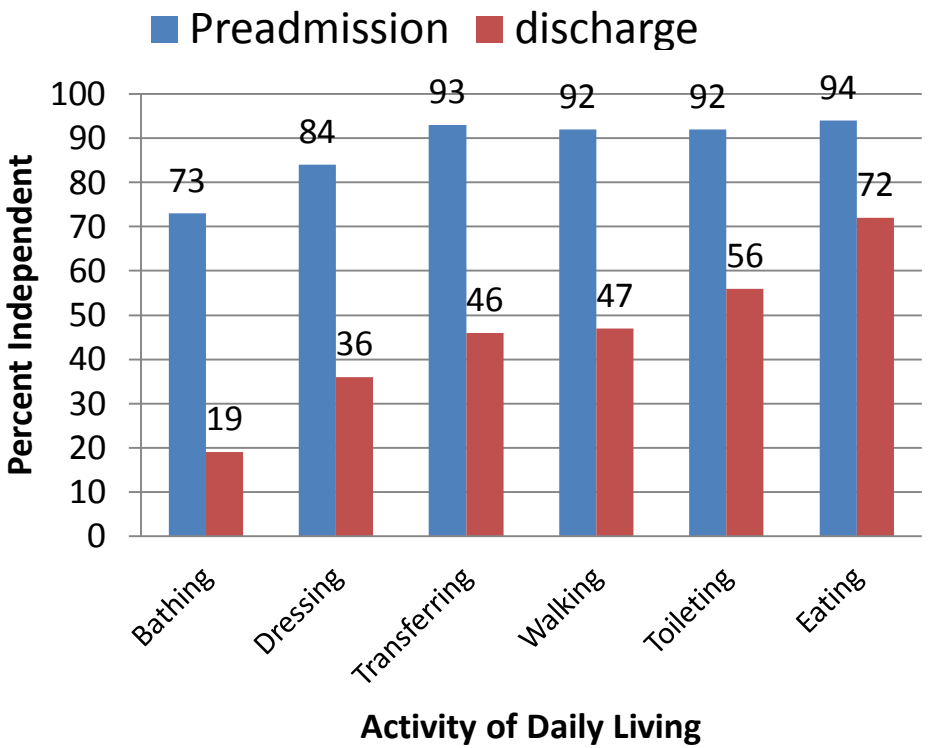
早期離床
リハビリが必要

出典：日本リハビリテーション病院・施設協会作成資料を基に保険局医療課作成

急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL（日常生活動作）の比較

Pre-admission and discharge Activity of Daily Living(ADL)function for patients(N=404)who declined in function during index hospitalization.

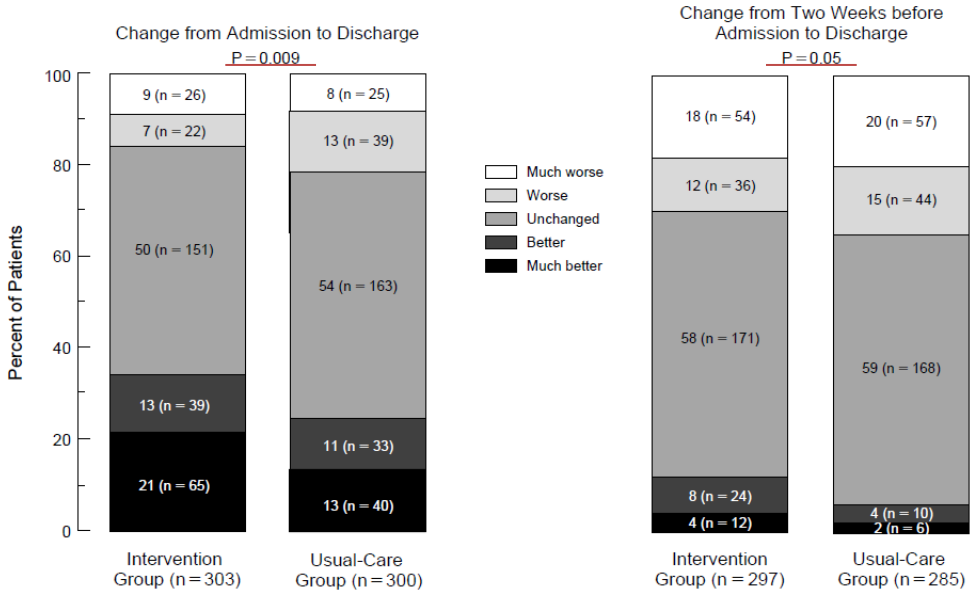


出典：Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998 Nov;14(4):669-79.

入院時と退院時の通常治療群と介入群※の比較

※リハビリテーション等を含むプロトコールの介入

Change in Patients' ability to Perform Basic Activities of Daily Living from Admission to Discharge and from Two Weeks before Admission to Discharge, According to Treatment Group



出典：Landefeld CS, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995 May 18;332(20):1338-44.

急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコールを介入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

高度急性期・一般急性期についての課題と論点

- 病床数をみると7対１入院基本料が最も多く、依然として増加傾向にある。
- 平均在院日数は年々短縮しているが、国際的に見て我が国の平均在院日数は依然として長い。
- 病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある。
- 一般病棟における重症度・看護必要度等について、平成２０年に看護必要度基準の導入を行い、平成２４年診療報酬改定においては、患者像に即した適切な評価や機能分化を一層推進する観点から、見直しを行った。
- 入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進について、平成２４年改定において、医療機関間の連携等の評価を行っており、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においては、在宅復帰率を要件としている。
- 急性期病棟における早期からのリハビリテーション等について、近年、主たる救急疾患搬送患者数として高齢者が増加しており、急性期病院での入院後の栄養障害や褥瘡を含め患者の状態を維持するために、早期からの介入が望まれる。

【論点】

○ 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病棟における早期からリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

１．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

２．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

３．論点の整理

（改）中医協　総－１
２３．　１１．２５

病院の機能に応じた分類（イメージ）

医療法上の位置づけ

一般病床

病床利用率　74.3%
平均在院日数　16.9日
（H24.8末医療施設調査）

療養病床

病床利用率　90.3%
平均在院日数　175.2日
（H24.8末医療施設調査）

診療報酬上の位置づけ

DPC

479,539床

（再掲）
特定機能病院

59,888床

一般病棟

671,393床

（再掲）
13：1病棟
30,911床

15：1病棟
58,318床

医療療養病棟

214,745床

（再掲）
20：1病棟
112,920床

25：1病棟
99,129床

介護療養病棟

注）医療法上の療養病床は、回復期リハビリテーション病棟入院料も算定可能。

平成23年度現在

（改）中医協　総－１
２３．　１１．２５

医療法上の施設基準の比較

		病院	
		一般病床	療養病床
主な人員配置	医師	16：1	48：1
	看護	3：1 （医療保険：15：1）	本則は4：1 （医療保険：20：1） ただし、平成30年3月までは 6：1（介護保険：30：1※）でも可
	看護補助	－	同上
居室面積		6.4㎡/床　以上※	6.4㎡/床　以上

※医療保険適用の療養病床は診療報酬上の施設基準により5：1（医療保険：25：1）

※　平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、以下のとおり。
患者1人を入院させる病室：6.3㎡/床　以上
患者2人以上を入院させる病室：4.3㎡/床　以上

注）医療法上、療養病床は、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ものをいう。

特定入院基本料と療養病棟入院基本料の変遷

（改）中医協　総－１
２３．　１１．２５

特定入院基本料		療養病棟入院基本料
	H5	**平成5年度診療報酬改定** 「療養病床群入院医療管理料 」を創設 ※看護料、検査、処置、薬剤料を**包括化**
平成10年度診療報酬改定 「老人特定入院基本料」を創設 ※一般病棟に**6月**を超えて入院する老人に対して、入院料が減額されて**包括**される仕組み ※この際に「**特定除外項目**」も創設	H10	
平成12年度診療報酬改定 対象を「6月を超えて入院する老人」から「**90日**を超えて入院する老人」に変更 「**特定除外項目**」も一部追加・見直し	H12	**第4次医療法改正**（一般病床・療養病床の区分導入） **平成12年度診療報酬改定** 「**療養病棟入院基本料**」を創設
	H18	**平成18年度診療報酬改定** 「療養病棟入院基本料」に**医療区分・ADL区分**（5分類）を用いた包括評価を導入
平成20年度診療報酬改定 名称を「**後期高齢者特定入院基本料**」に変更	H20	
平成22年度診療報酬改定 年齢区分を廃止し、名称を「**特定入院基本料**」に見直し	H22	**平成22年度診療報酬改定** 患者分類を用いた包括評価を5分類から9分類に、人員配置要件を見直し（看護配置に応じ**20：1と25：1に分離**）
平成24年度診療報酬改定 13：1、15：1の「**特定除外制度**」の見直しにあわせて13：1、15：1病棟の「**特定入院基本料**」の廃止	H24	

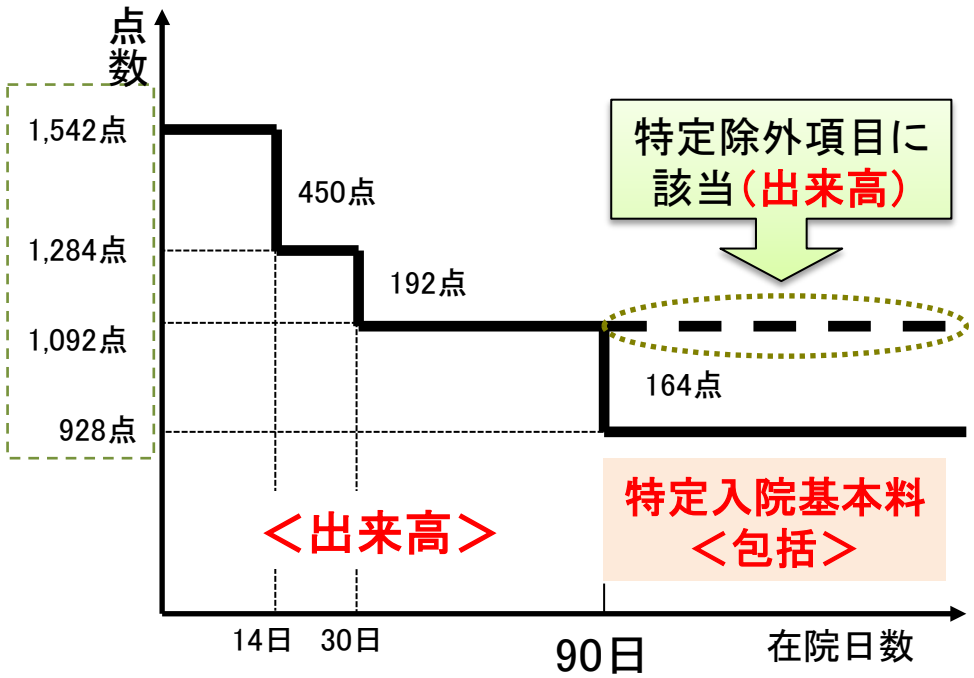
ⅰ．特定除外制度について

ⅱ．長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実

一般病棟入院基本料と療養病棟入院基本料（平成24年診療報酬改定前）

（改）中医協　総－２
２３．１０．５

一般病棟入院基本料



※点数は13対1看護配置の場合

【特定除外患者の割合】

	13対1病棟	15対1病棟
在院日数90日超え患者に占める特定除外患者の割合	96%	94%

療養病棟入院基本料１

【算定要件】
20：1配置（医療区分2・3が8割以上）

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934	1，369	1，758
ADL区分2	887	1，342	1，705
ADL区分1	785	1，191	1，424

療養病棟入院基本料２

【算定要件】
25：1配置

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871	1，306	1，695
ADL区分2	824	1，279	1，642
ADL区分1	722	1，128	1，361

特定入院基本料における
特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者
①難病患者等入院診療加算を算定する患者
②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
③重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、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
④悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態にある患者
⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
⑥心大血管疾患リハビリテーション料、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又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）
⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
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（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）にある患者
⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

平均在院日数の計算対象としない患者

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

慢性期入院医療の適切な評価（平成24年診療報酬改定）

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

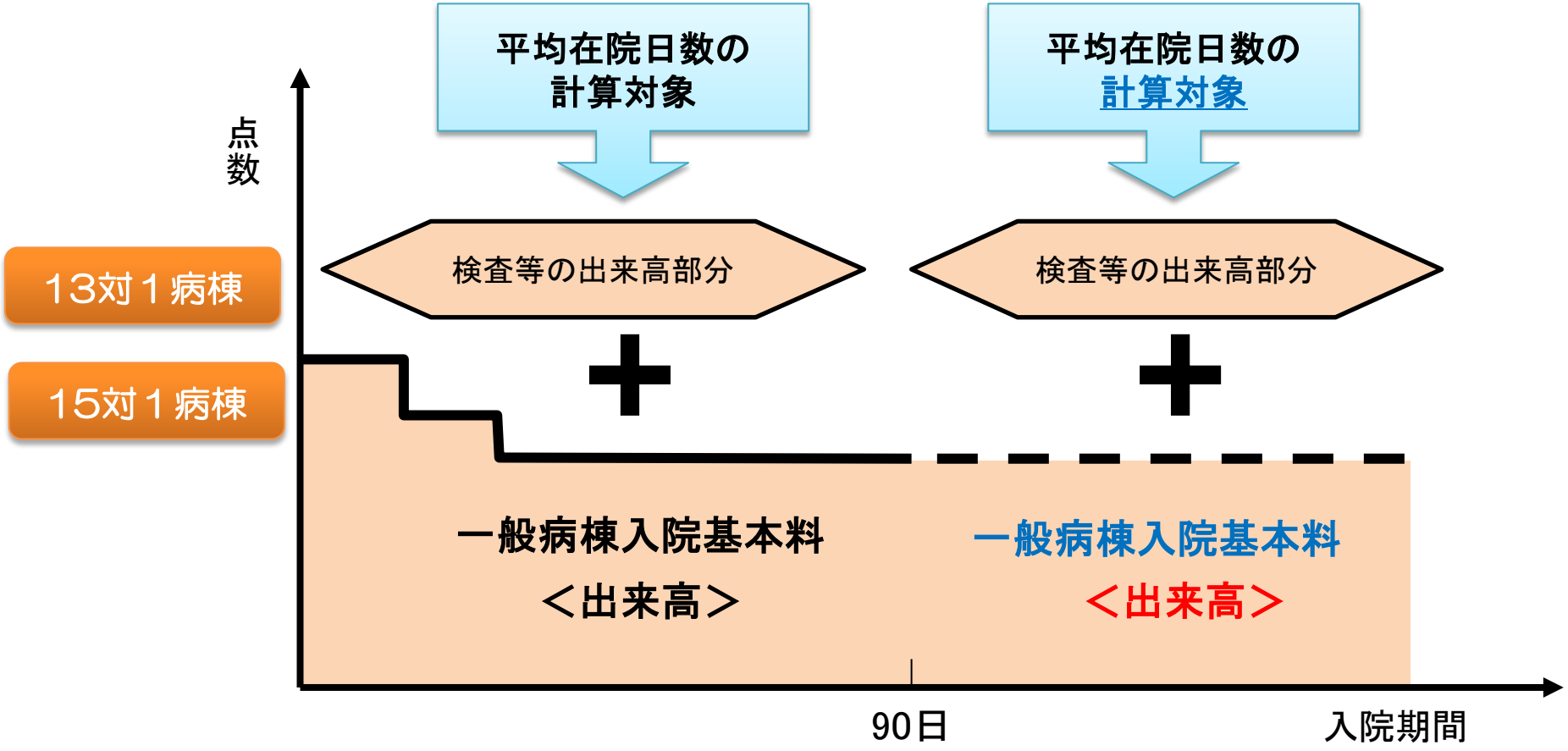
- 一般病棟（13対１、15対１病棟に限る）における長期療養患者の評価体系（特定除外制度）の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、
①引き続き一般病棟13対１または15対１入院基本料（出来高）の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
②療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分・ADL区分を用いた包括評価）とし、平均在院日数の計算対象外する。

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し、当該取り扱いは、平成24年10月１日からの施行とする。
なお、②の場合には、地方厚生（支）局に届出を行うこと。

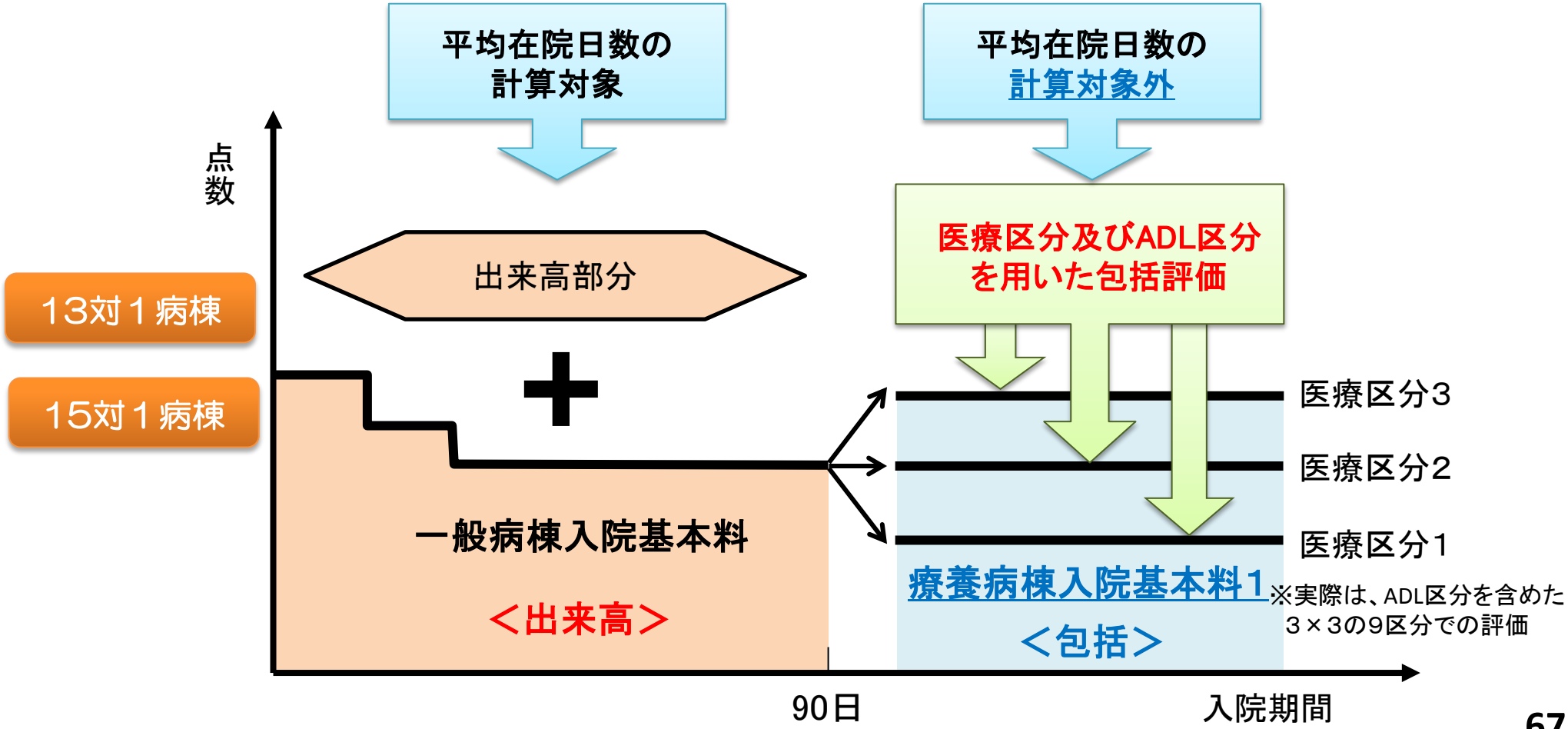
パターン①

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



パターン②

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



ⅰ．特定除外制度について

ⅱ．長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実

再掲

救急医療の連携に係る主な診療報酬について（H24年診療報酬改定）

（模式図、改定前⇒改定後）

救急病院

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
- 小児特定集中治療室管理料

救急搬送患者
地域連携紹介加算
500点→1,000点

①入院日から5日以内に転院
⇒入院日から7日以内に転院

②算定不可
⇒算定可

後方病院

救急搬送患者
地域連携受入加算
1,000点→2,000点

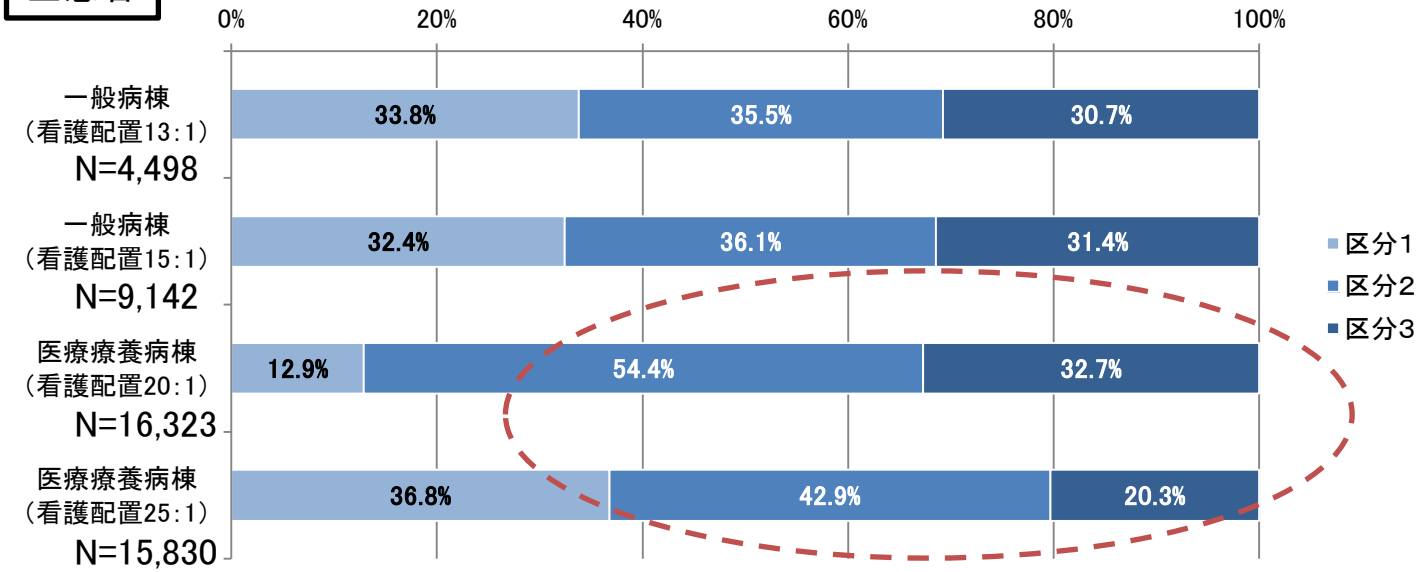
- 一般病棟
- 障害者病棟
- 特殊疾患病棟
- 回復期リハ病棟
- 亜急性期病棟
- 緩和ケア病棟　等

- 療養病棟
- 精神科病棟

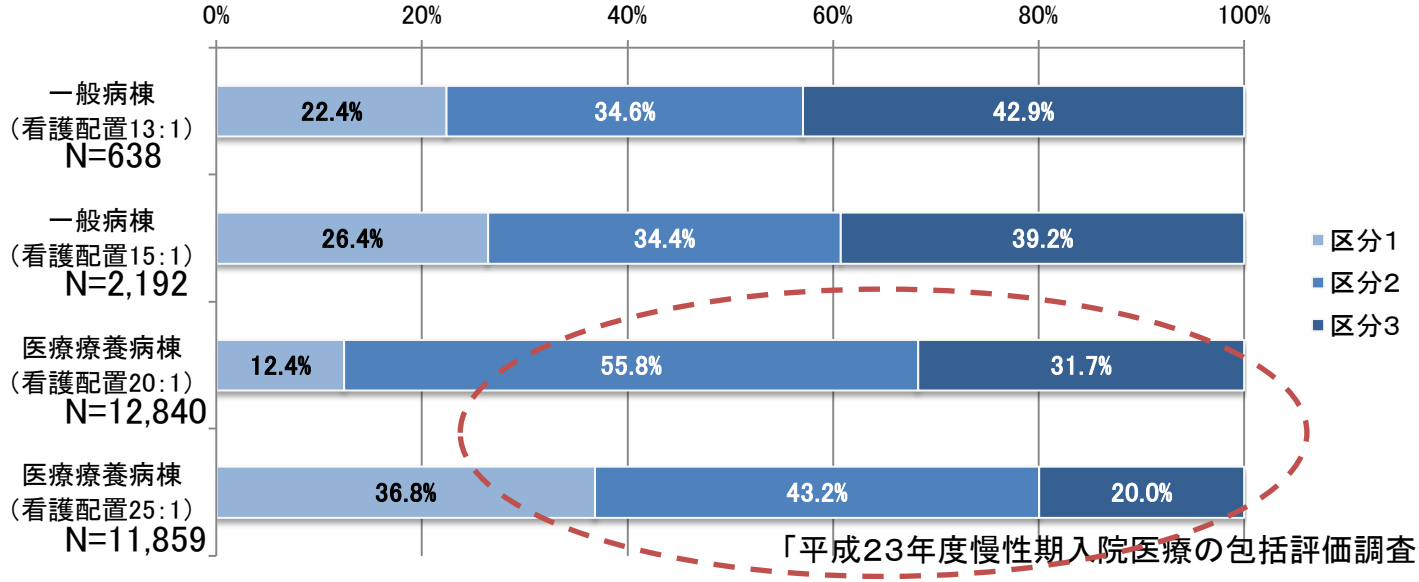
病棟ごとの医療区分の比較

（改）中医協　総－２
２３．１０．５

全患者



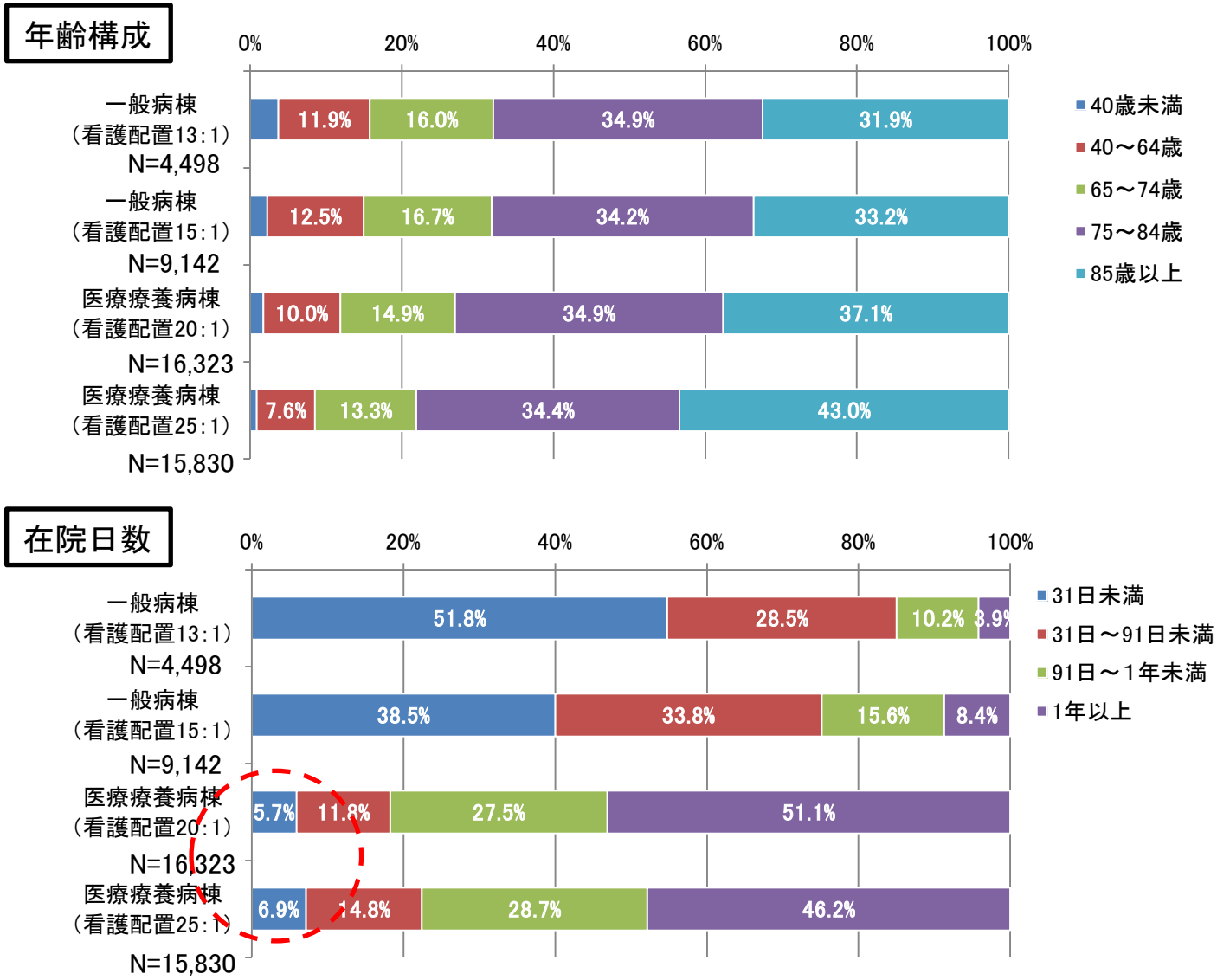
（再掲）在院90日超えの患者のみ



「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

（改）中医協　総－２
２３．１０．５

一般病棟（13:1,15:1）と療養病棟における入院患者の年齢構成と在院日数



「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

慢性期入院医療に係る課題と論点

- 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対１、15対１算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行った。
- また、平成24年診療報酬改定において、慢性期入院医療の適切な評価として、急性期の医療機関との連携推進等の評価を行った。
- 療養病棟においても、在院日数が短く、一定程度重症度の高いと考えられる患者を入院させている医療機関がある。

【論点】

○ 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。

○ また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実について、どう考えるか。

１．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

２．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

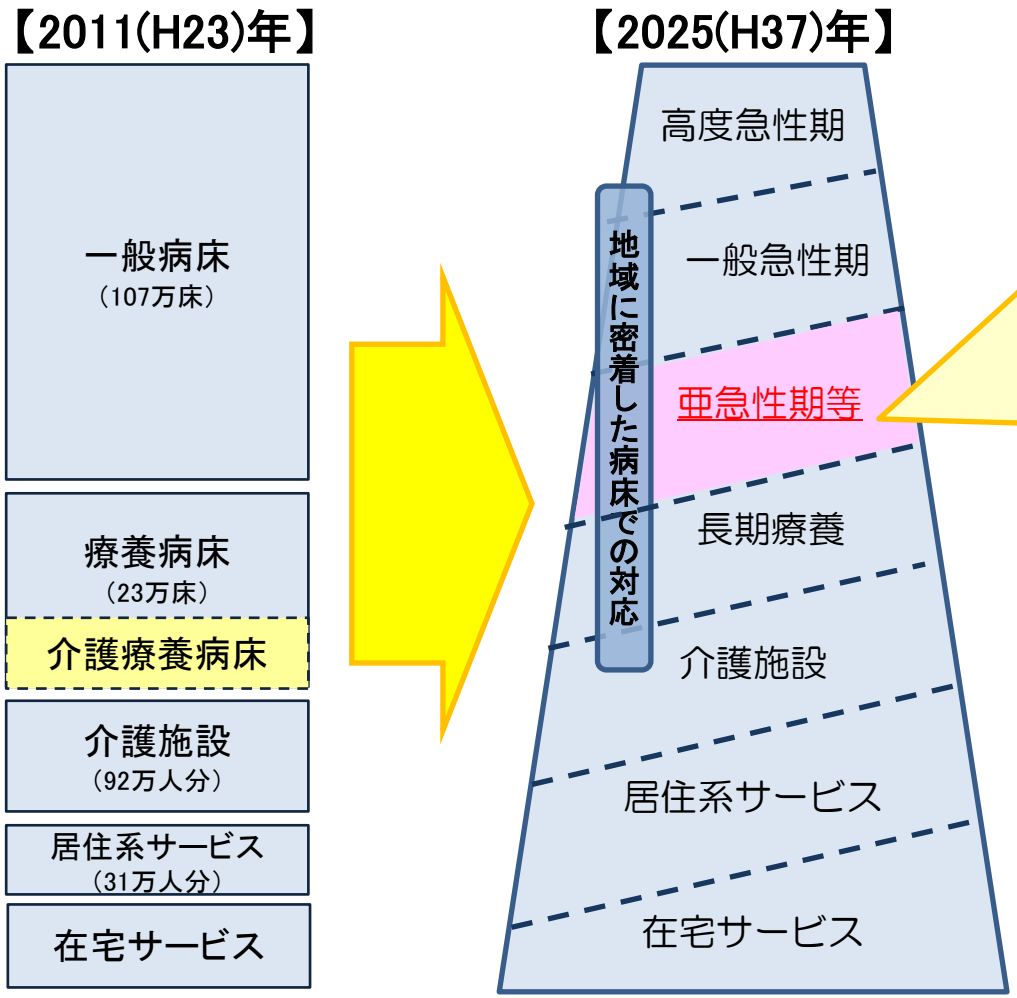
Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

３．論点の整理

亜急性期等の病棟に期待される役割について



- 急性期病院からの医療必要度の高い患者の受け皿
- リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制
- 退院支援等在宅復帰機能
- 在宅療養患者の急性増悪時の対応機能

（社会保障改革に関する集中検討会議資料より亜急性期等に関する記載を保険局医療課で抜粋）

病院の機能に応じた分類（イメージ）

（改）中医協　総－2
２３．１０．５

再掲

DPC
1,505施設
479,539床※2
（+11,177床）
※2　H24.4.1現在

病床数　898,566床
病床利用率　74.3%
平均在院日数　16.9日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

医療法上の位置づけ

一般病床

療養病床

病床数　328,732床
病床利用率　90.3%
平均在院日数　175.2日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

特定機能病院
83施設
59,888床※1
（▲1,322床）
※1　一般病床に限る

専門病院
23施設
7,581病床
（+257床）

一類感染症　24施設
139床（+2床）

救命救急　295施設
6,998床
（+721床）

特定集中治療室　647施設
5,270病床
（+55床）

新生児特定集中治療室　218施設
1,585床
（+39床）

総合周産期特定集中治療室
95施設　母体・胎児617床（+39床）
新生児　1,122床（+130床）

脳卒中ケアユニット　86施設
552病床（+24床）

ハイケアユニット　205施設
1,891床（+536床）

亜急性期等

一般病棟
5,288施設
671,393床
（▲12,082床）

回復期リハビリテーション

入院料1	入院料2	計
962施設	162施設	1,124施設
54,919床	7,018床	61,937床
（+1,935床）	（±0床）	（+1,935床）

亜急性期

入院料1	入院料2
1,199 施設	121施設
15,258床	2,492床
（+1,022床）	（+296床）

小児入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3
56施設	177施設	107施設
4,657床	7,504床	4,055床
（+131床）	（+1,789床）	（▲ 861床）

入院料4	入院料5
372施設	137施設
9,133床	
（+104床）	

障害者施設等
786施設
60,940床
（+808床）

特殊疾患

入院料1	入院料2	管理料
117施設	76施設	33施設
6,096床	5,253床	479床
（+438床）	（▲689床）	（▲1床）

緩和ケア病棟　231施設
4,600床
（+243床）

療養病棟
3,550施設
214,745床
（＋1,283床）

介護療養病床
74,818床
（H24.8末病院報告）

有床診療所一般　6,898施設、89,668床（▲3,308床）

有床診療所療養　984施設
8,507床（▲554床）

精神科救急
87施設
5,276床
（+1,299床）

精神科急性期治療病棟

入院料1	入院料2
280施設	23施設
13,820床	1,222床
（+26床）	（+100床）

精神科救急・合併症　7施設
283床
（+7床）

精神病棟
1,357施設
175,905床（▲5,479床）

精神療養
841施設
103,644床（+207床）

認知症病棟

入院料1	入院料2
448施設	22施設
31,378床	1,880床

結核病棟
175施設
6,060病床（▲1,147床）

施設基準届出
平成23年7月1日
現在
（かっこ内は前年比較）

リハビリテーションの充実（平成24年診療報酬改定）

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（平成24年診療報酬改定）

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。

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
２３．１０．５

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）

（別に算定可（注））

（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

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

（基本診療料等）

＋

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
（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

（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

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

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

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

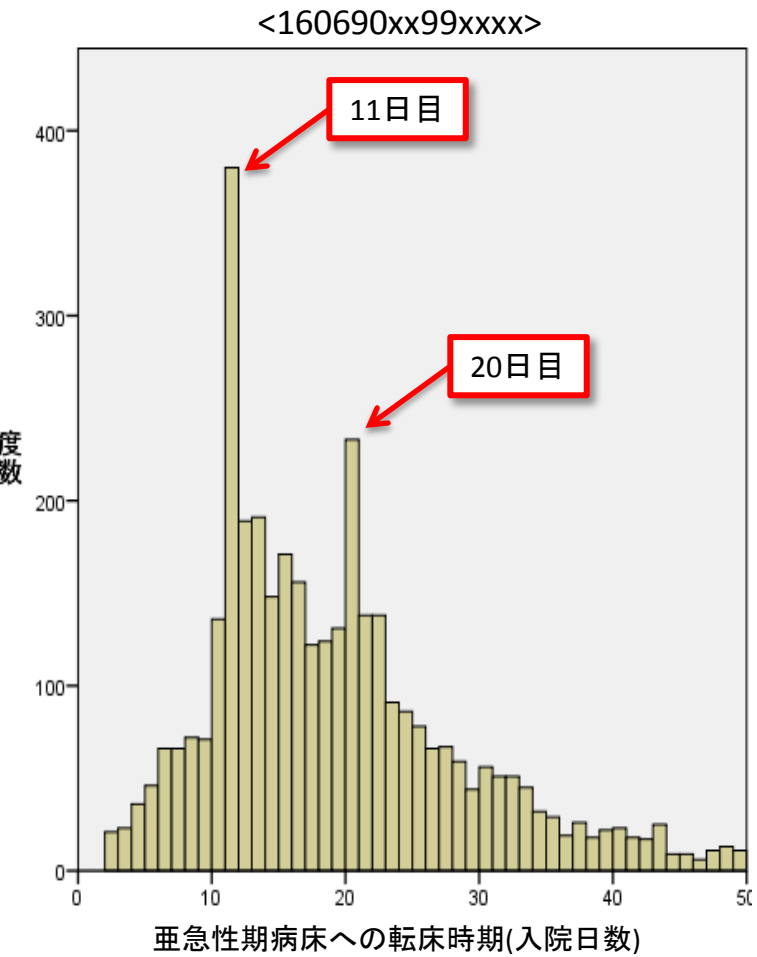
治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

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
２３．　１１．２５

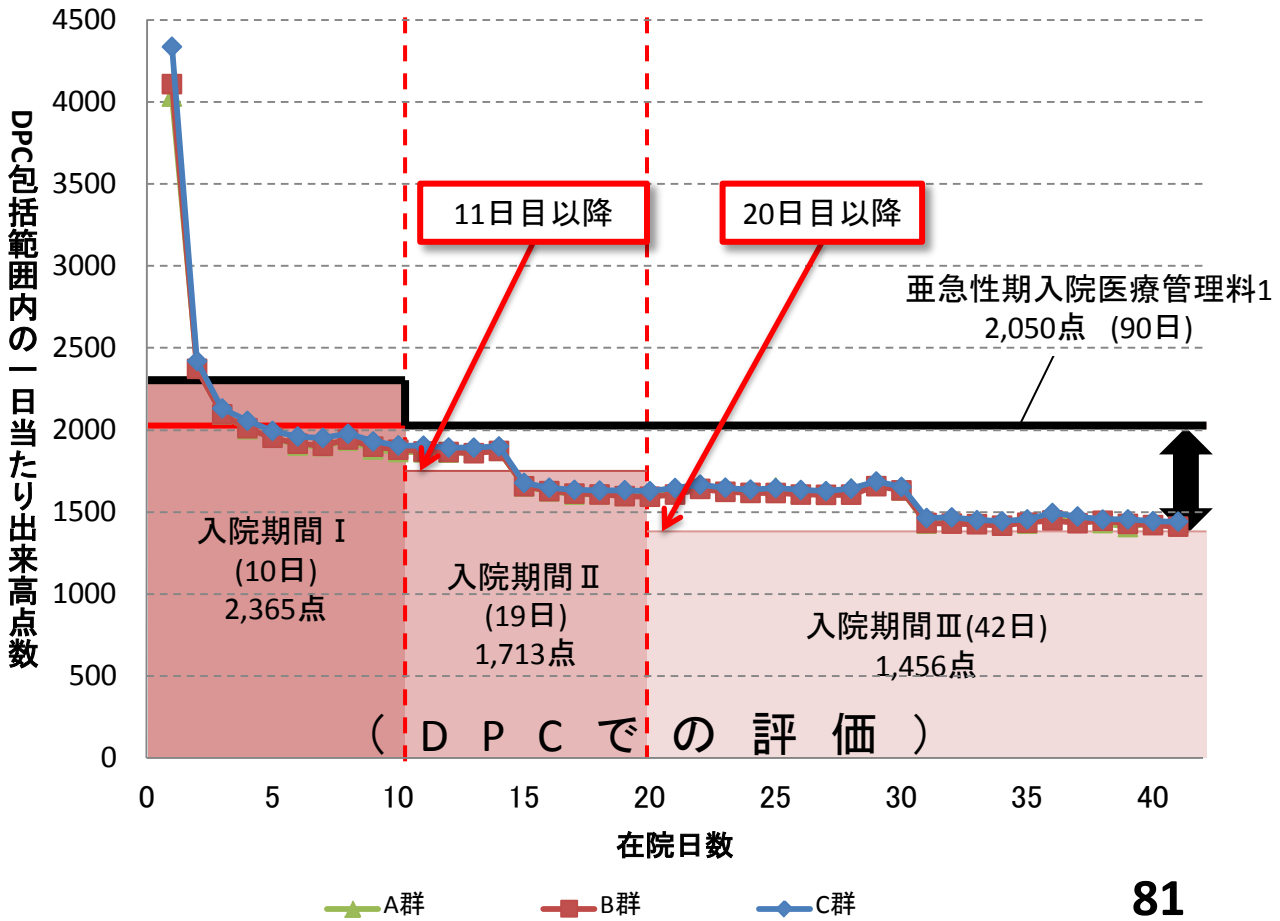
胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし

＜亜急性期病床への転床時期＞



＜亜急性期病床の利用の有無による診療密度の違い＞

- 亜急性期病床を併設している医療機関の症例
  - 亜急性期病床を利用した症例 …A群
  - 亜急性期病床を利用しなかった症例 …B群
- 亜急性期病床を併設していない医療機関の症例 …C群



出典：平成23年度DPCデータ

亜急性期（回復期）の入院医療の課題と論点

- 亜急性期（回復期）の入院医療の評価には、病室単位の評価として亜急性期入院医療管理料、病棟単位の評価として回復期リハビリテーション病棟入院料がある。
- 平成24年改定において、亜急性期入院医療管理料について、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、亜急性期入院医療管理料を算定している患者のうち、回復期リハビリテーションを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改めた。

【論点】

○　回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

１．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

２．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

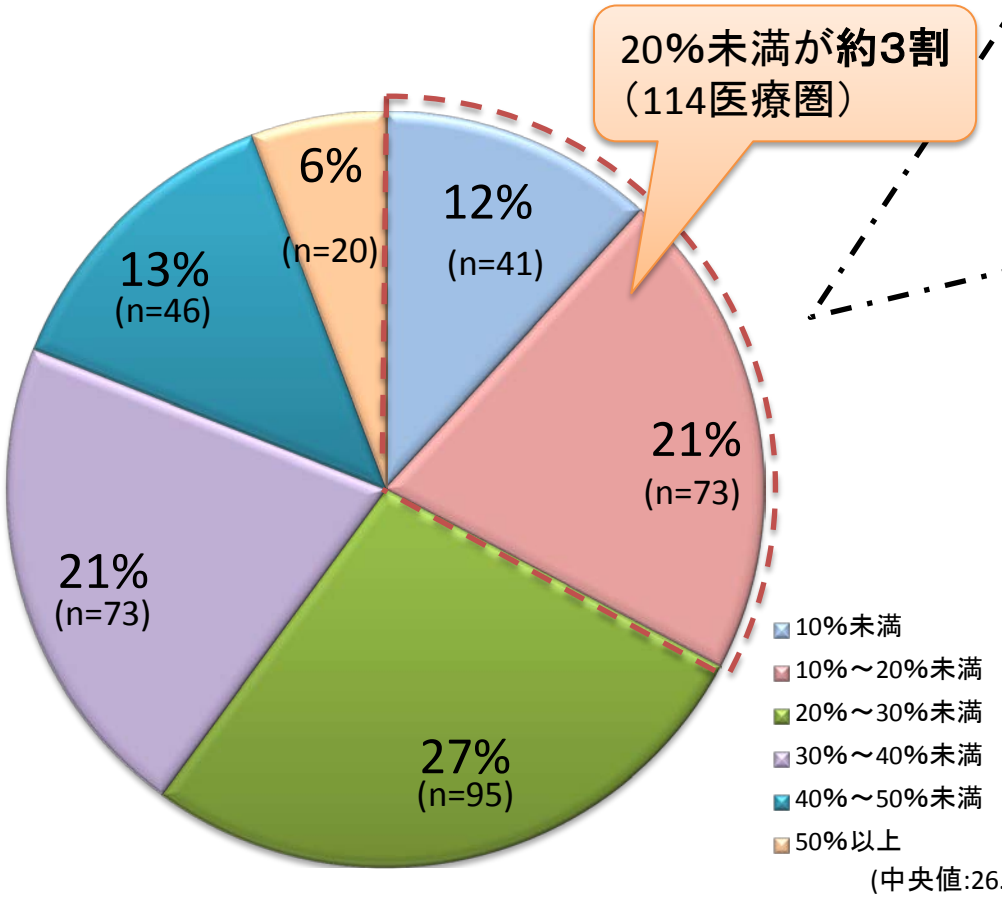
Ⅴ．有床診療所における入院医療について

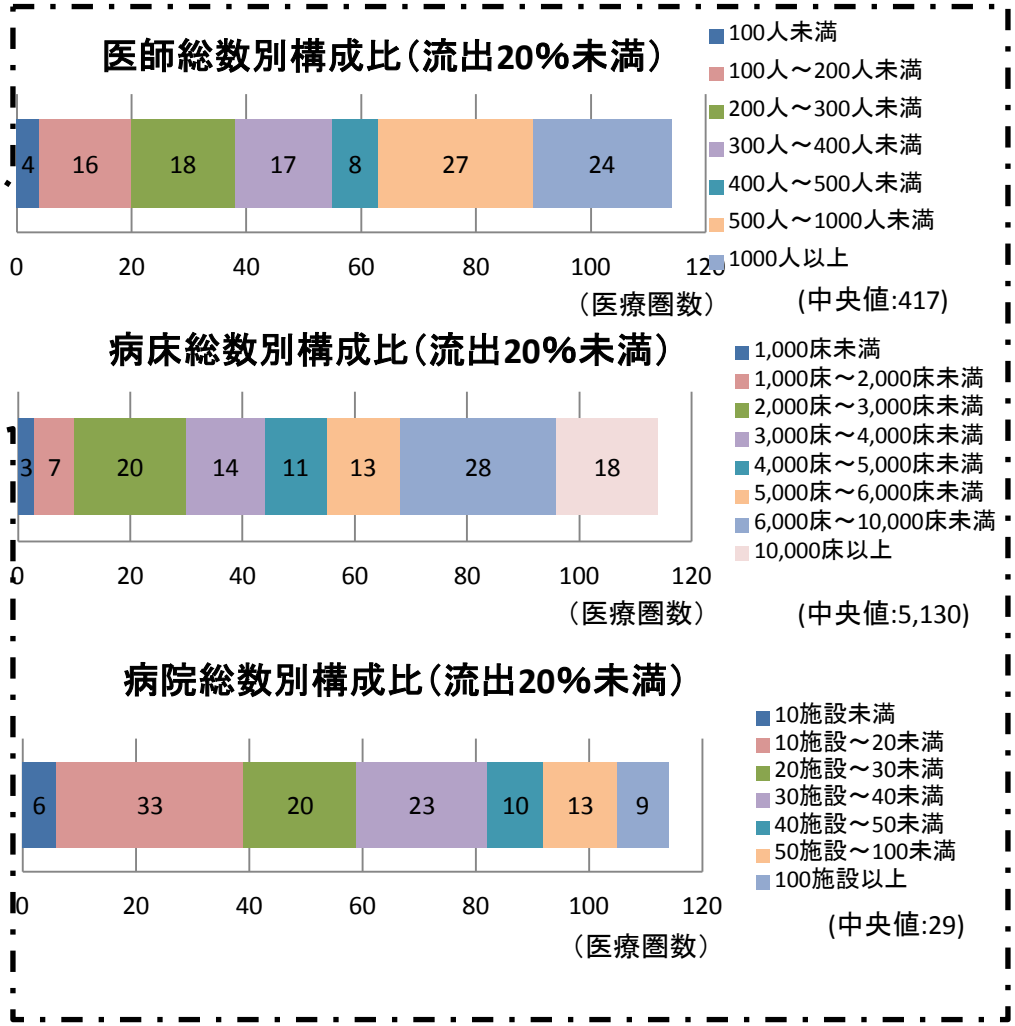
３．論点の整理

地域の医療体制について（2次医療圏毎の状況）

中医協　総－2
23.10.5

2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
（2次医療圏計348カ所）

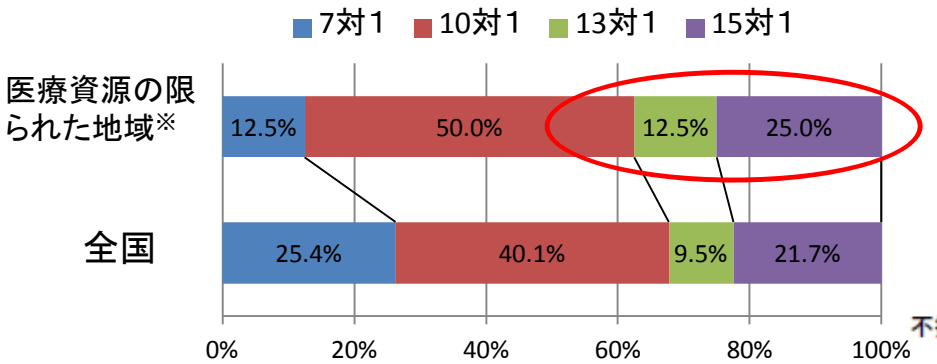




患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

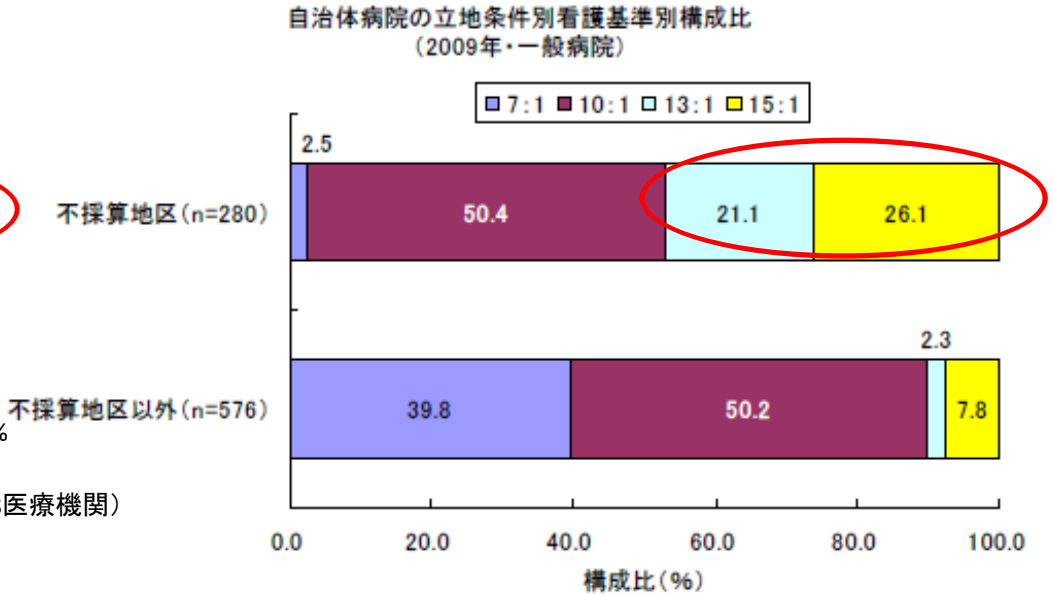
地域の一般病院の看護基準と患者層について①

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比[1)]
（患者流出割合が低く病床数が少ない地域）



※患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院（3医療圏, 8医療機関）

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比[2)]
（自治体病院の立地条件別）（2009年・一般病院）



*出所：総務省「地方公営企業年鑑（平成21年4月1日～平成22年3月31日）」

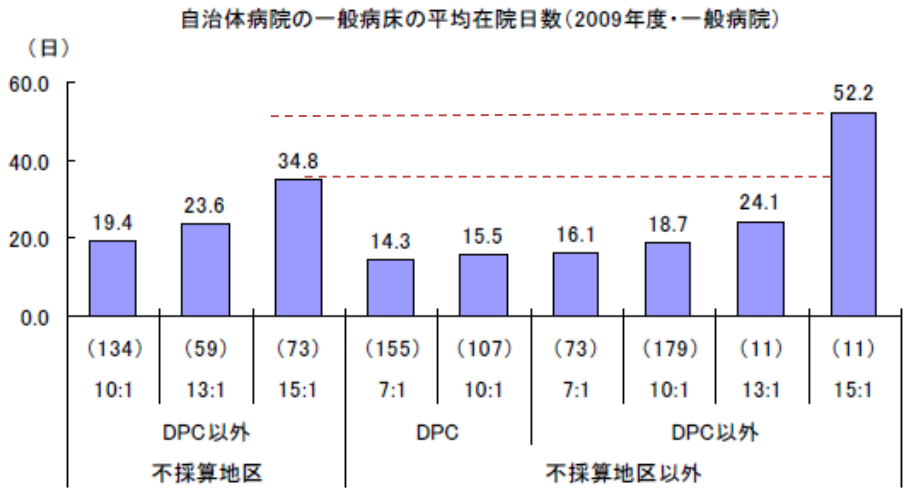
（注）不採算地区病院（病床規模要件150床未満）
・第1種不採算地区病院：直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
・第2種不採算地区病院：直近の国勢調査における「人口集中地区※」以外の区域に所在すること
※　原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

医療資源の限られた地域では、13：1から15：1の看護配置の病院の割合が高くなる

出典：1）保険局医療課調べ
2）日医総研　日医総研ワーキングペーパー　地方の中小病院の現状について一入院基本料15：1に注目した分析－（自治体病院の例）

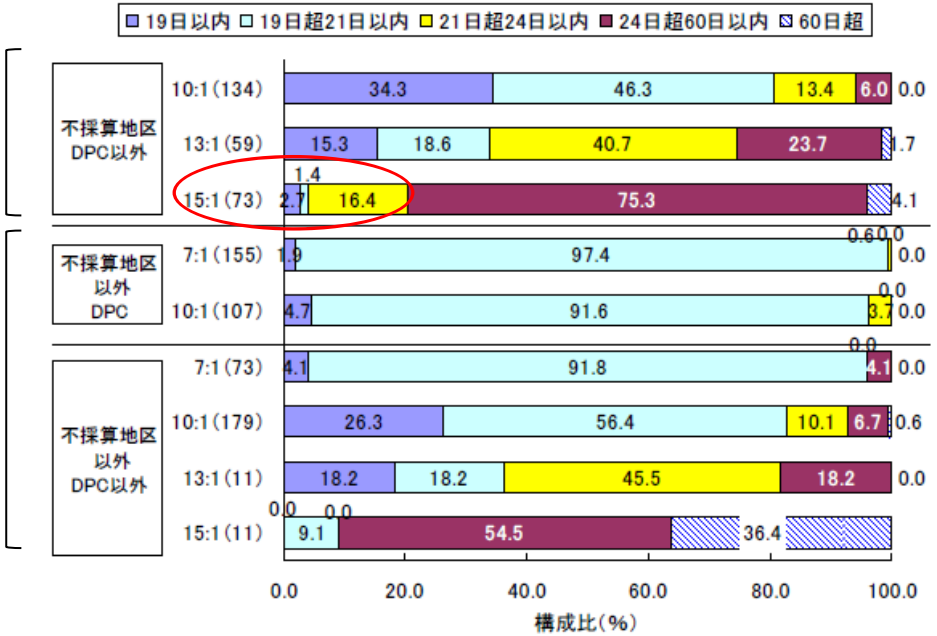
地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数（2009年度・一般病院）



*出所：総務省「地方公営企業年鑑（平成21年4月1日～平成22年3月31日）」
（ ）内はn数。 n<10のカテゴリは非表示。

自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比（2009年度・一般病院）



*出所：総務省「地方公営企業年鑑（平成21年4月1日～平成22年3月31日）」
（ ）内はn数。 n<10のカテゴリは非表示。

（参考）平均在院日数に係る基準

一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内

限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15：1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、**15：1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。**

出典：日医総研　日医総研ワーキングペーパー　地方の中小病院の現状について一入院基本料15：1に注目した分析－（自治体病院の例）

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価（平成24年診療報酬改定）

地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関※について、評価体系を見直し、地域医療の活性化を促す。

※特定機能病院、200 床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10 対1入院基本料を算定している病院を除く

- 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を可能とする**。

- 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

（新）　**亜急性期入院医療管理料1**　1,761点（1日につき）
（新）　**亜急性期入院医療管理料2**　1,661点（1日につき）

[施設基準]
看護職員配置が**常時15対1**

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

（新）　**栄養サポートチーム加算**　100点（週1回）
（新）　**緩和ケア診療加算**　200点（1日につき）

※１日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15 人以内とする

- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

（新）　**特定一般病棟入院料1（13 対１）**　1,103点
特定一般病棟入院料2（15 対１）　945点

地域一般病棟の概念

→ 生活圏もしくは、一次医療圏が前提

- **役割**
- 地域ケアを中軸としたトータル・ケアサービス
- 在宅ケアを中心に、利用者の状態を考慮した医療の提供
- 基軸は地域における医療機関・介護施設とのネットワーク
- **機能**
- リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能が必須
- 急性期病棟からの受け入れ
- 在宅医療の後方支援機能
- 24時間体制での対応
- **必要と考えられる人員基準**
- 医師、看護要員は現行の一般病棟基準以上
- PT、OT、ST等リハビリテーションスタッフを配置
- 医療ソーシャルワーカー（MSW）を配置
- **入院対応疾患**
- 軽～中等度の肺炎、脳梗塞等、内科疾患
- 一般的な骨折等、外科疾患
- 慢性疾患の急性増悪

地域一般病棟の誕生

2001年の「高齢者医療制度改革」の議論では、保険制度・財源論が主体となっていたことに対し、**四病院団体協議会の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会が提唱した概念**

出典：第4回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会　全日本病院協会会長　西澤委員提出資料より抜粋

地域一般病棟の医療連携

地域（二次医療圏）基幹病院・
急性期病院・救急救命センター等

- 高度な急性期医療・救急医療を要する患者を紹介

- 亜急性期患者（リハビリテーション、引き続き入院）の受け入れ
- 高度でないが、入院を要する救急患者の受け入れ

地域一般病棟

- 地域（一次医療圏・生活圏）における軽度～中等度の急性期医療、救急医療への24時間対応

地域住民 | 在宅患者 | 医療療養病床 | 介護保険施設

出典：第4回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会　全日本病院協会会長　西澤委員提出資料より抜粋

地域の特性に応じた入院医療の課題と論点

- 患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある。
- 平成24年度診療報酬改定において、自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関について、評価体系を見直した。

【論点】

○　地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

１．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

２．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

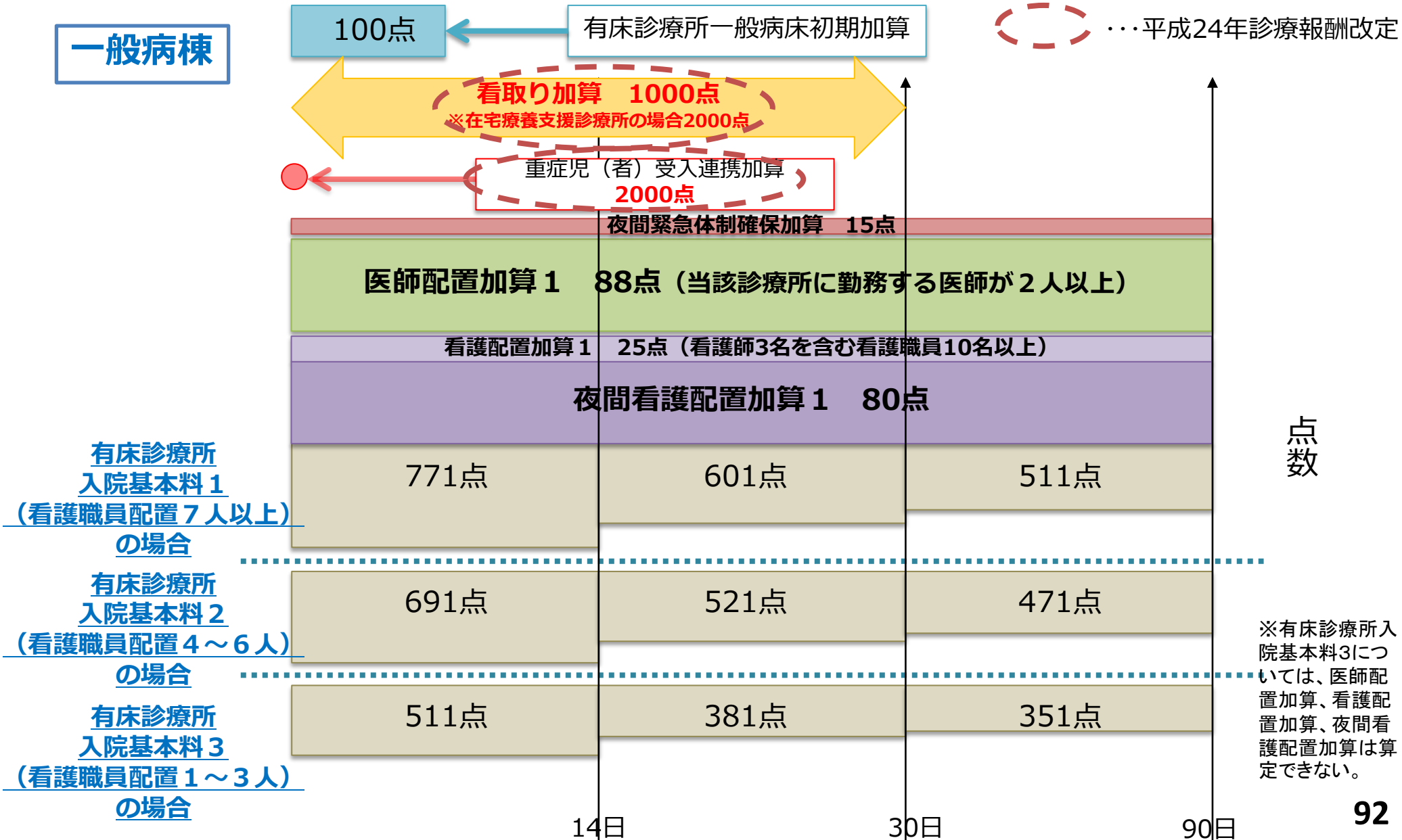
Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

３．論点の整理

有床診療所入院基本料（平成24年診療報酬改定後）



地域医療を支える有床診療所の主な機能（入院医療）

専門医療を担う機能
（眼科、産婦人科、リハビリテーション等）

⇨ 病院と診療所の基本的な人員配置の差を勘案したうえで、充実した体制（ハイリスク妊娠管理加算等）や、リハビリテーション、手術を病院と同様に評価

地域に根ざした後方病床としての機能

病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能 ⇨ 有床診療所としての特性を有床診療所一般病床初期加算等で評価したうえで、病院と同様の支援機能（急性期・慢性期病棟等退院調整加算など）は病院と同様に評価

緊急時に対応する医療機能 ⇨ 在宅患者緊急入院診療加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等病院と同様に評価

院内で終末期医療を担う機能 ⇨ 看取り加算を評価（平成24年診療報酬改定）

緩和ケアの提供機能 ⇨ 有床診療所における緩和ケア診療を評価（平成24年診療報酬改定）

診療所の機能に着目した評価（平成24年診療報酬改定）

有床診療所における緩和ケアの推進

➢ 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

（新）　有床診療所緩和ケア診療加算　150点（1日につき）

［施設基準］

① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。

② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師（医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者）が配置されていること。

有床診療所におけるターミナルケアの推進

➢ 有床診療所における、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

（新）　看取り加算

在宅療養支援診療所の場合　2,000点

その他の場合　1,000点

［施設基準］　夜間に看護職員を1名以上配置していること。

日本医師会　有床診療所に関する検討委員会
中間答申（平成23年6月）

諮問
「次期同時改定を見据え、有床診療所の安定経営と
安心医療のより一層の充実のために
― 次世代につなぐ有床診療所 ― 」

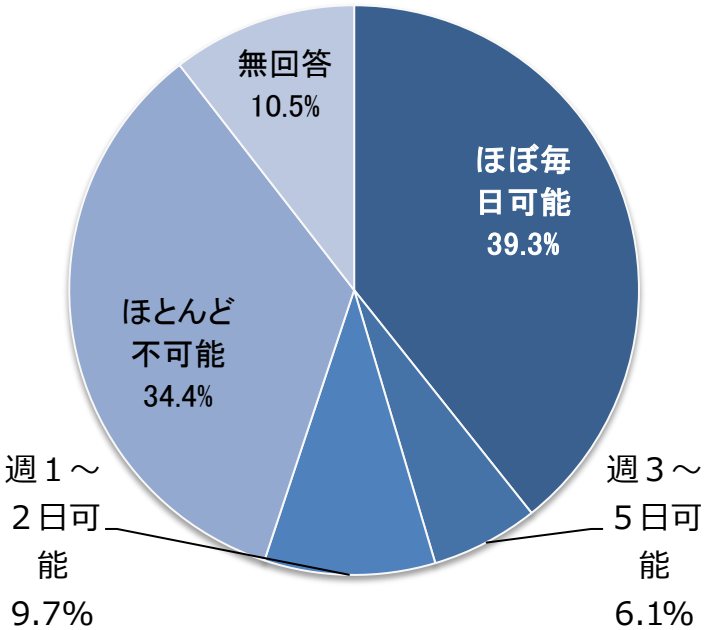
有床診療所の５つの機能

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する医療機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

出典：社会保障審議会医療部会　横倉委員提出資料1（平成23年7月20日）

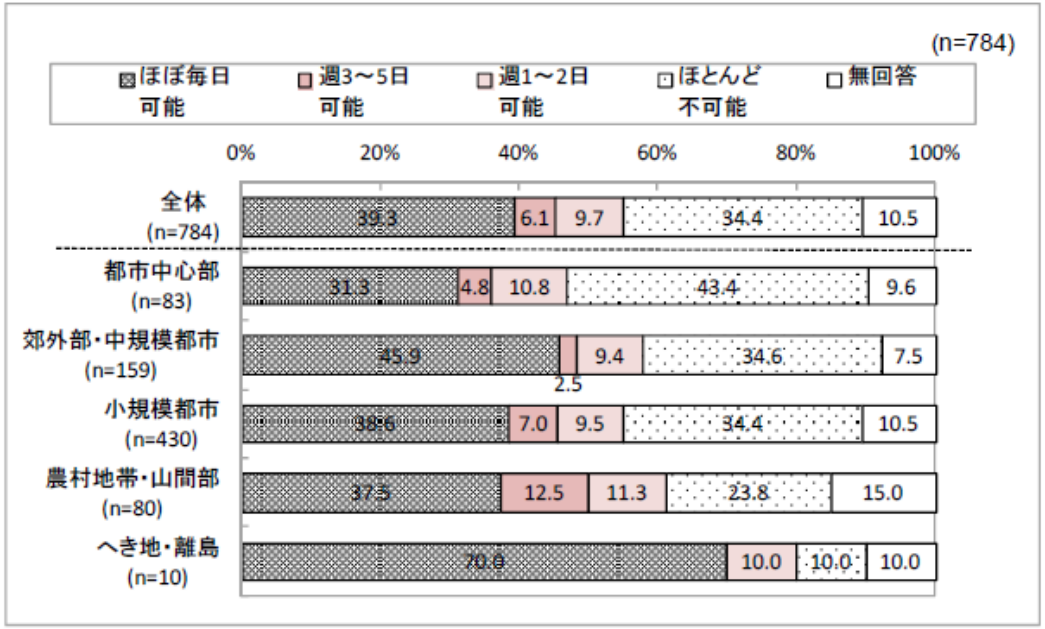
有床診療所の夜間救急の対応

【夜間救急対応の可否】N=784



【地域別】

図 13 夜間の救急対応の可否 - 地域別



※無回答を除く

【22年4月1ヶ月の緊急入院件数と医師・職員の配置状況】

	医師数（常勤換算）	看護職員（常勤換算）	看護補助者（常勤換算）
0件(n=317)	1.6	8.2	1.5
1～4件(n=181)	1.7	10.2	2.4
5件以上(n=125)	2.1	11.6	2.4

○都市中心部に比べて農村地帯やへき地では緊急入院に対するニーズに有床診療所がより多く対応していた。

○医師や看護職員の体制を整えることでより多くの緊急入院を受け入れていることが把握できた。

調査対象：全国有床診療所連絡協議会会員 3,624施設
回収率：27.9%（1,011施設）＜うち有床784施設、休床・無床化施設227施設＞
出典：日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査」

後方病床としての有床診療所の受入状況

（平成22年改定の要点）
救急病院や介護施設、自宅からの入転院に対する評価を新設
○一般病床：有床診療所一般病床初期加算　100点（7日まで）
○療養病床：救急・在宅等支援療養病床初期加算　150点（14日まで）

【入院または転院してきた患者の直前の居場所】

＜有床診療所療養病床＞　n＝188（施設数）

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		125人	140人（+12.0%）
直前の居場所	自宅	58人	67人
	病院	**48人**	**58人（+20.8%）**
	特養等施設	14人	8人

＜有床診療所一般病床＞　n＝231（施設数）

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		2579人	2594人（+0.6%）
直前の居場所	自宅	2222人	2237人
	病院	**190人**	**196人（+3.2%）**
	特養等施設	137人	145人

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査」

○　有床診療所の療養病床、一般病床の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は増加していた。

【入院元】　n＝6,867（患者数）　一般病床および医療療養病床

	自宅（在宅医療なし）	自宅（在宅医療あり）	病院	他の有床診療所	介護施設	無回答
全体（単位%）	62.6	6.1	17.9	1.0	6.4	6.0

出典：日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査 」

○　病診連携において、有床診療所が一定の後方支援機能を果たしている。

有床診療所に係る課題と論点

- 平成24年診療報酬改定において、有床診療所の機能に着目した評価として、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、緩和ケア診療やターミナルケアに関する評価の新設等を行った。
- 有床診療所について、（1）病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能、（2）専門医療を担って病院の役割を補完する機能、（3）緊急時に対応する医療機能、（4）在宅医療の拠点としての機能、（5）終末期医療を担う機能などを評価することが要望されている。

【論点】

○高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

１．社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯

２．入院医療等について

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

Ⅱ．長期療養について

Ⅲ．亜急性期等について

Ⅳ．地域特性について

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

<u>３．論点の整理</u>

入院医療の適切な推進に向けた課題と論点

Ⅰ．高度急性期・一般急性期について

○ 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病棟における早期からリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

Ⅱ．長期療養について

○ 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。

○ また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実について、どう考えるか。

Ⅲ．亜急性期等について

○ 回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

Ⅳ．地域特性について

○ 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

Ⅴ．有床診療所における入院医療について

○高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

外来医療の課題と論点について

- 我が国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には約32%、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が更に求められる。
- 外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。
- 外来診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強であった。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的な対応、アクセスの良さ等があげられる。
- 介護保険施設等の入所（居）者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所（居）者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。

【論点】

○ 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

在宅医療の適切な推進に向けた課題と論点

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、平成52年（2040年）までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。

【論点】

○　在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

今後の論点の整理

○ これまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきていたが、これらの議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら、以下の点等について今後具体的に議論を進めることとしてはどうか。

入院医療

① 急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
② 亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
③ 地域の実情に応じた病棟の評価のあり方　等

外来医療

① かかりつけ医機能の評価
② 大病院の紹介外来の推進　等

在宅医療

① 在宅療養支援診療所・病院の評価の検討
② 不適切と考えられる事例への対策も含めた地域の実情に応じた在宅医療の推進　等

また、上記以外の個別の重要課題については、必要に応じて議論を行うこととしてはどうか