



この著作物は著作権法、国際条約およびその他の知的財産権に関する法律や条約によって保護されています。版權者（独立行政法人福祉医療機構）ならびに著作権者の許可を得ない複製（コピー）、再配布を、固くお断わりいたします。

特集

急性期医療の再編・統合の今後

2018年度の診療報酬改定では、急性期の入院医療について、7対1からの移行がしやすいよう、従来あった7対1と10対1の大きな報酬差を和らげる「急性期一般病棟入院料」を導入し、7段階に再編・統合しました。しかし、その後の調査では、改定前の7対1から急性期2への移行は3・2%、急性期3への移行は0・2%にとどまり、93・5%が従来の7対1に相当する急性期1を届け出ていることが明らかになっています。急性期医療の再編・統合の今後について、考えます。

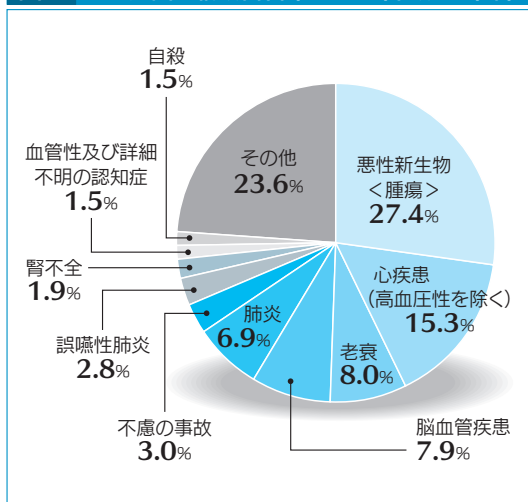
改定前の7対1から 転換しやすい仕組みに

わが国では高齢化と人口減少により、疾病構造が大きく変化してきている。2018（平成30）年の死亡数を死因順位別にみると、第1位は悪性新生物（腫瘍）37万3547人（死亡率（人口10万対）は300・7）、第2位は心疾患（高血圧性を除く）で20万8210人（同167・6）、第3位は老衰で10万9606人（同88・2）、第4位は脳血管疾患で10万

8165人（同87・1）となっている。

主な死因の年次推移をみると、悪性新生物（腫瘍）は一貫して増加しており、1981（昭和56）年以降、死因順位第1位となっている。2018（平成30）年の全死亡者に占める割合は27・4%であり、全死亡者のおよそ3・6人に1人は悪性新生物（腫瘍）で死亡している。心疾患（高血圧性を除く）は、1985（昭和60）年に脳血管疾患にかわり第2位となり、その後も死亡数・死亡率ともに増加傾向が続き、2018（平成30）年は全死亡者に占める割合は15・3%となっている。老衰は、1947（昭和22）年をピークに減少傾向が続いたが、2001（平成13）年以降死亡数・死亡率ともに増加し、2018（平成30）年の全死亡者に占める割合は8・0%となり、脳血管疾患にかわり第3位となっている。脳血管疾患は、1970（昭和45）年をピークに減少しはじめ、1985（昭和60）年には心疾患（高血圧性を除く）にかわって第3位となり、その後は死亡数・死亡率ともに減少と増加を繰り返しながら減少傾向が続き、2018（平成30）年の全死亡者に占める割合は7・9%となっている（図1、2）。

図1 主な死因の構成割合（2018（平成30）年）



核等）と脳血管疾患中心の時代から、生活習慣病とがん中心に移行し、また急性期を乗り越えた後の回復期・慢性期のニーズが増加してきたことがみとれる。急性期医療については、手厚い医療を行う7対1（入院患者7人に対して常勤看護師1人配置）が2006年度改定で創設され、看護職員を確保でき、設備も整っている大規模病院等が担うことが期待されていたが、報酬が高いことから7対1を届け出る病院が厚生労働省の想定より多く出た。その後、2014年度、2016年度の診療報酬改定で7対1の要件は厳格化（重症

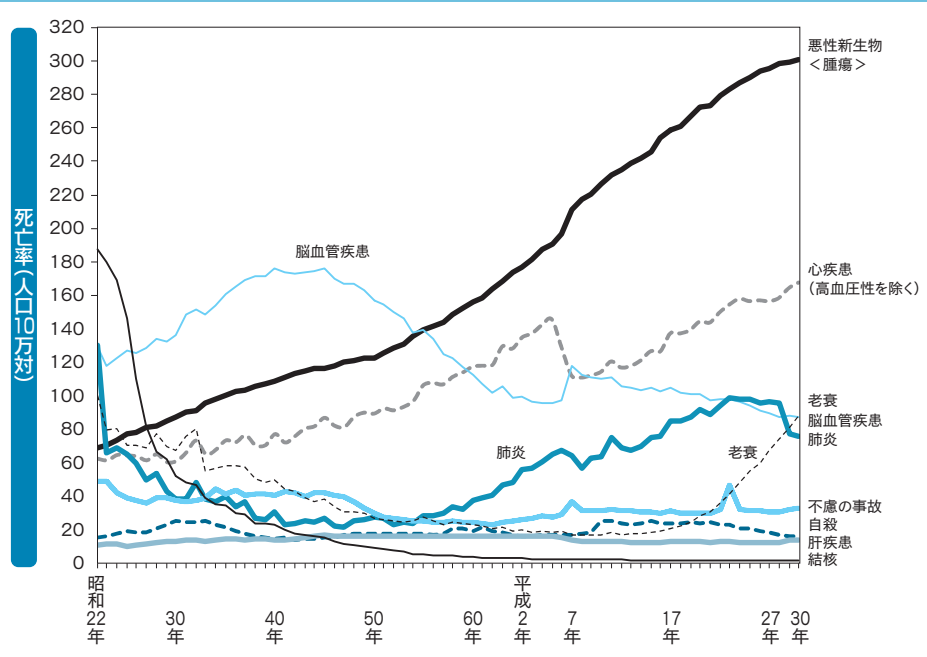
図1・2……平成30年（2018）人口動態統計月報年計（概数）の概況より

図3……平成30年度診療報酬改定の概要（平成30年5月16日版）より



この著作物は著作権法、国際条約およびその他の知的財産権に関する法律や条約によって保護されています。著作権者（独立行政法人福祉医療機構）ならびに著作権者の許可を得ない複製（コピー）、再配布を、固くお断わりいたします。

図2 主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移



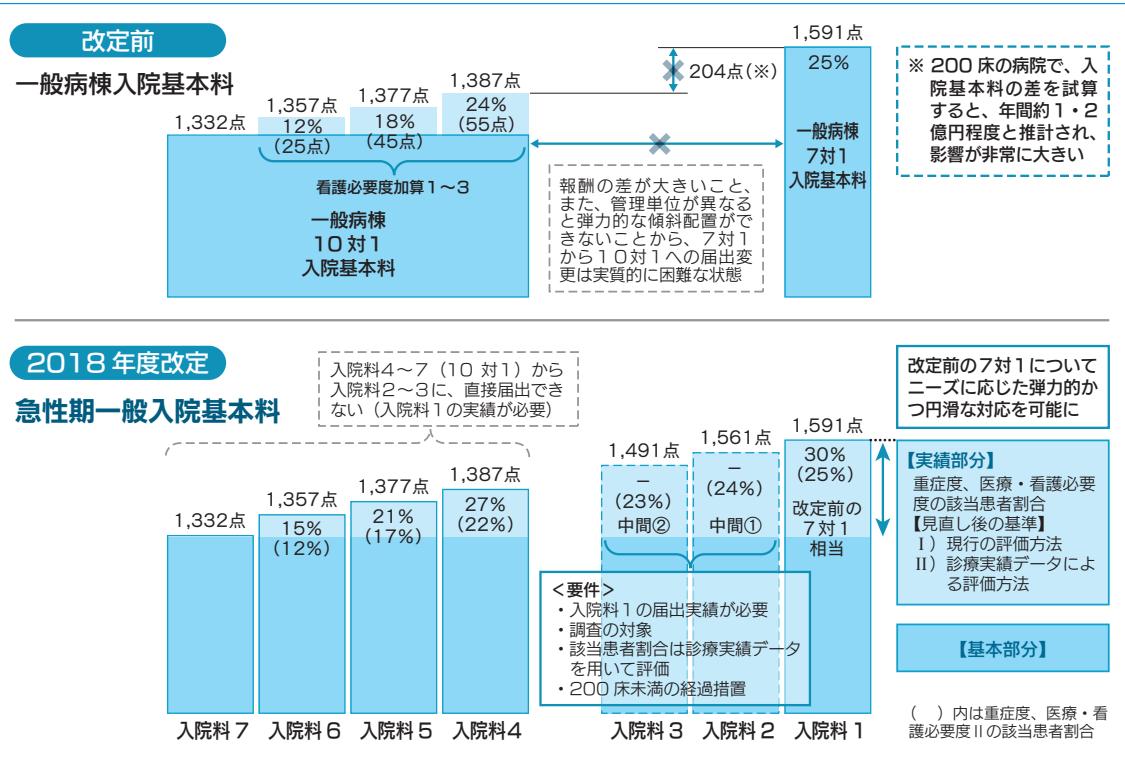
- 注: 1) 平成6年までの「心疾患(高血圧性を除く)」は、「心疾患」である。
 2) 平成6・7年の「心疾患(高血圧性を除く)」の低下は、死亡診断書(死体検案書)(平成7年1月施行)において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
 3) 平成7年の「脳血管疾患」の上昇の主な要因は、ICD-10(2003年版)(平成7年1月適用)による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。
 4) 平成29年の「肺炎」の低下の主な要因は、ICD-10(2013年版)(平成29年1月適用)による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。

度、医療・看護必要度を判定する項目の見直し、施設基準の見直し等)されたものの、10対1へ届出を変更しようとしても、例えば200床の病院で入院基本料の差を試算すると年間約1・2億円程度の減収が推計され、経営への影響が大きいこと、管理単位が異なることから、届出変更は実質的に困難な状態となっていた。

そこで、2018年度の診療報酬改定では、

一般病棟入院料(7対1、10対1)を再編・統合し、「急性期一般入院料」1〜7の7段階とした(図3)。さらに、診療実績に応じた段階的な評価も組みあわせ、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を図4(4頁)のとおりとした。従来の7対1と10対1の間に該当する入院料2と3は、診療実績データを用いて評価した場合(重症度、医療・

図3 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ



看護必要度II)、該当患者割合は入院料2が24%〔22%〕以上、入院料3が23%〔21%〕以上(〔 〕内は200床未満の経過措置*)とされている。このほか、入院料2と3の届出には、すでに入院料1の届出実績が必要で、

*…2018年3月31日時点で許可病床200床未満の病院で7対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟が、急性期一般入院料2または3を届ける場合は、2020年3月31日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度1を用いることが可能

続きは、

月刊誌  WAM

本誌にてご覧ください。

定期購読のごあんない

月刊誌「WAM」は1年間の定期購読誌です。

購読料／1年間・・・6,600円(税、送料込)

体裁／A4変型判 本文36ページ

編集／独立行政法人福祉医療機構

編集協力・発行／株式会社法研

[定期購読のお申し込みはこちら](#)

お問い合わせ

〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13ヒューリック神谷町ビル9階
独立行政法人福祉医療機構 総務部 広報課
TEL:03-3438-9240 fax:03-3438-9949