

療養病棟について

第1 慢性期入院医療の体制について

- 1 平成15年3月に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」において、慢性期入院医療については、「病態、日常生活動作能力（ADL）、看護の必要度等に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る」とされた（参考資料P2、6）。
- 2 これらの方針を踏まえ、平成18年度診療報酬改定より、療養病棟に医療区分及びADL区分を用いた患者分類による包括支払制度が導入された（参考資料P3、8～10）。

第2 現状と課題

- 1 療養病棟の現況
 - (1) 医療施設動態調査によると、療養病棟を有する病院は約4,000施設であり、病院の療養病床数は約34万床である。このうち、療養病棟入院基本料を算定している病床は約21万床である（参考資料P1、4～5）。
 - (2) 療養病棟入院患者の9割が65歳以上である。また、医療区分の構成比は、医療区分1：医療区分2：医療区分3＝3：5：2となっており、やや重症化する傾向にある（参考資料P11～12）。
 - (3) 療養病棟入院基本料等における患者分類については、基本問題小委員会が診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価分科会に検証を付託した。その結果、同分科会より、患者分類の基本骨格の妥当性は維持されているとの報告がなされた（平成20年度慢性期入院医療の包括評価に係る調査報告書（平成21年9月18日）（参考資料P7、14～17））。
 - (4) 平成21年度医療経済実態調査によると、療養病床が60%以上である病院の損益状況は、療養病床を有しない病院に比して高水準である（参考資料P18～21）。

2 療養病棟の後方病床機能について

在宅医療や介護施設においては、患者や入居者の病状の急変の際、速やかに医療を提供できる後方病床の確保が重要である。療養病棟入院患者については、3分の2が一般病床からの転院・転棟であり、4分の1が自宅や特別養護老人ホーム等からの入院である等、療養病棟は急性期医療や在宅医療・介護施設の後方病床として機能している（参考資料P13）。

3 療養病棟の救急支援機能について

- (1) わが国においては、円滑な救急医療体制の構築が喫緊の課題とされている。特に高齢者の軽症・中等症患者の救急搬送件数の増加が顕著であり、救急医療機関において重症救急患者を受け入れられなくなるケースが生じている（参考資料P22～23）。
- (2) 実際に、療養病棟において救急搬送患者を受け入れている実態がある。また、こうした地域のニーズを踏まえて、救急医療機関と連携して療養病棟で救急患者を受け入れる取組みが始まっている（参考資料P24～25）。

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

- 1 平成20年度診療報酬改定において、平成18年度慢性期入院医療の包括評価分科会における医療区分等の妥当性及び医療療養病棟の役割に係る検討結果を踏まえて、療養病棟入院基本料等の見直しを行った。
- 2 具体的には、入院基本料の引き下げ、医療区分・ADL区分の評価方法の簡素化、医療区分の評価項目の見直し、認知機能障害加算の廃止等を行った。

A101 療養病棟入院基本料

(改定前) 療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点		
ADL区分1		1,220点	



(平成20年度改定後) 療養病棟入院基本料

改定

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点		
ADL区分1		1,198点	

【算定基準】 看護職員 25 : 1、介護職員 25 : 1 (実質配置)

但し、医療区分2・3の患者が8割を超える病棟は、看護職員 20 : 1、看護補助者 20 : 1 (実質配置)

【届出医療機関数】

		平成19年	平成20年
療養病棟 入院基本料	医療機関数	3,708	3,650
	病棟数	5,749	4,992
	病床数	209,968	211,592

【算定状況】

平成19年社会医療診療行為別調査 (実施件数/算定回数)

	医療区分1		医療区分2		医療区分3	
ADL区分3	16,676	349,360	77,624	1,867,036	41,526	797,782
ADL区分2	53,500	1,095,370				
ADL区分1			18,732	351,412		



平成20年社会医療診療行為別調査 (実施件数/算定回数)

	医療区分1		医療区分2		医療区分3	
ADL区分3	25,872	569,786	92,564	2,265,017	49,962	1,095,736
ADL区分2	53,532	1,139,965				
ADL区分1			18,563	383,326		

3 また、ADLの低下や、それに伴う長期臥床等の状態にある患者については、褥瘡の発症リスクが非常に高いことから、ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行っていることを評価し、加算を創設した。

A101 療養病棟入院基本料

新

注4 褥瘡評価実施加算 15点 (1日につき)

【算定基準】 ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること。

【算定状況】

平成20年社会医療診療行為別調査

	実施件数	算定回数
褥瘡評価実施加算	71,376	1,957,571

新

4 さらに、将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務付けた。

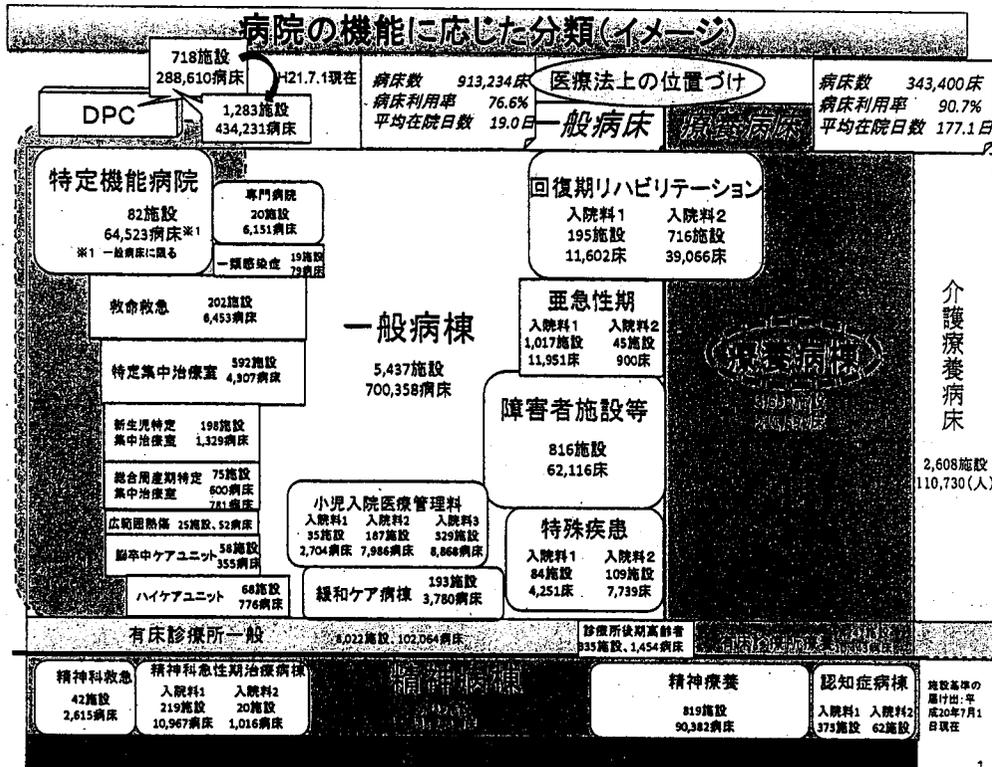
但し、現時点では要件の充足状況を示す書類等の提出義務はない(参考資料P26~27)。

第4 論点

- 急性期医療、在宅医療及び介護施設の後方病床としての療養病棟の機能に対する評価について、どう考えるか(参考資料P13、22~23、25)。
- 軽症・中等症の救急患者を受け入れている療養病棟に対する評価について、どう考えるか(参考資料P22~25)。
- 医療サービスの質的向上に取り組む療養病棟に対する評価について、どう考えるか(参考資料P26~27)。

療養病床について

(参考資料)



療養病床を巡る経緯

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

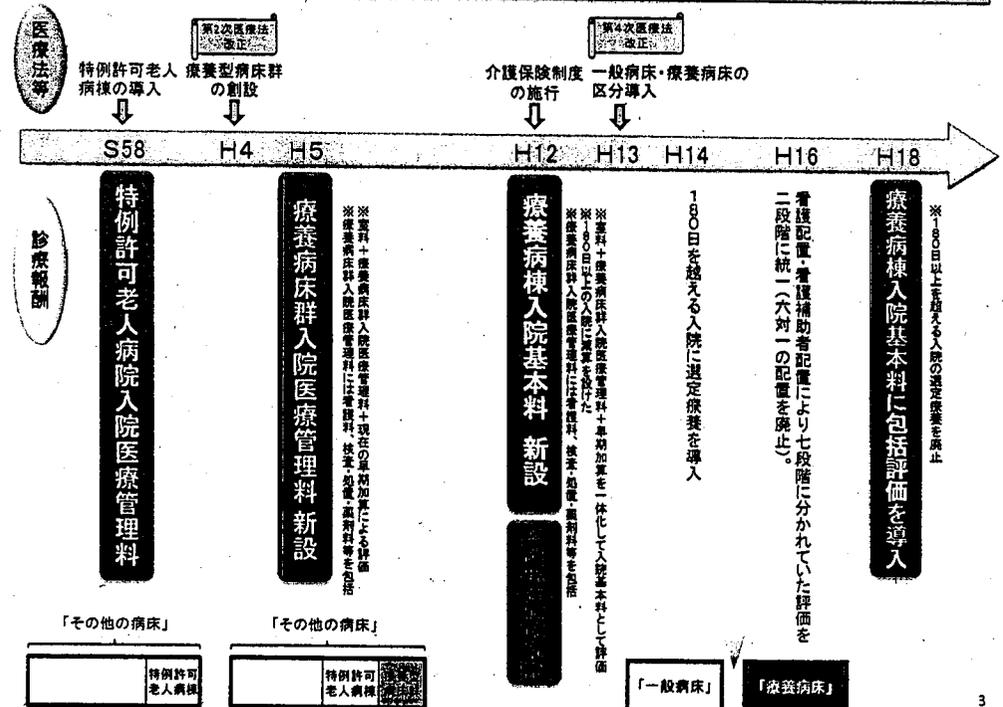
医療療養病床の診療報酬を巡る議論

- 閣議決定(平成15年3月)
 - 「慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力(ADL)、看護の必要度等に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る。」
- 平成18年度診療報酬改定の基本方針(平成17年11月25日)
 - 「医療費配分の中で効率化余地があると思われる領域」として「患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方」が例示。
- 医療制度改革大綱(平成17年12月1日)
 - 「慢性期入院医療等の効率化の余地があると思われる領域については、適正化を図る。」

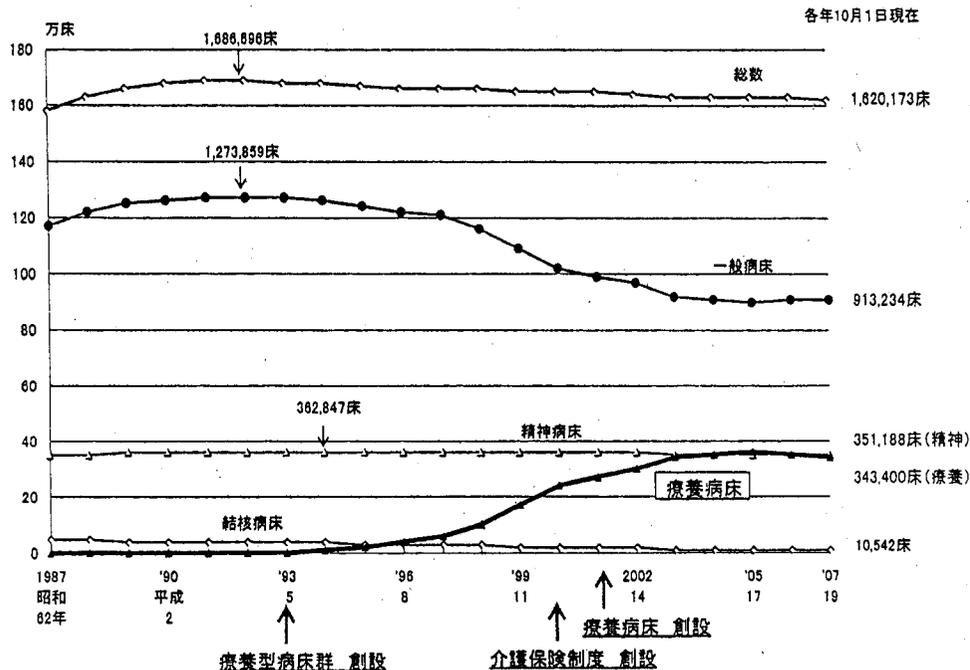


- 医療の必要性が高い患者 → 医療療養病床へ
- 医療の必要性よりもむしろ介護の必要度が高い患者 → 老健施設等へ

療養病床の評価の変遷

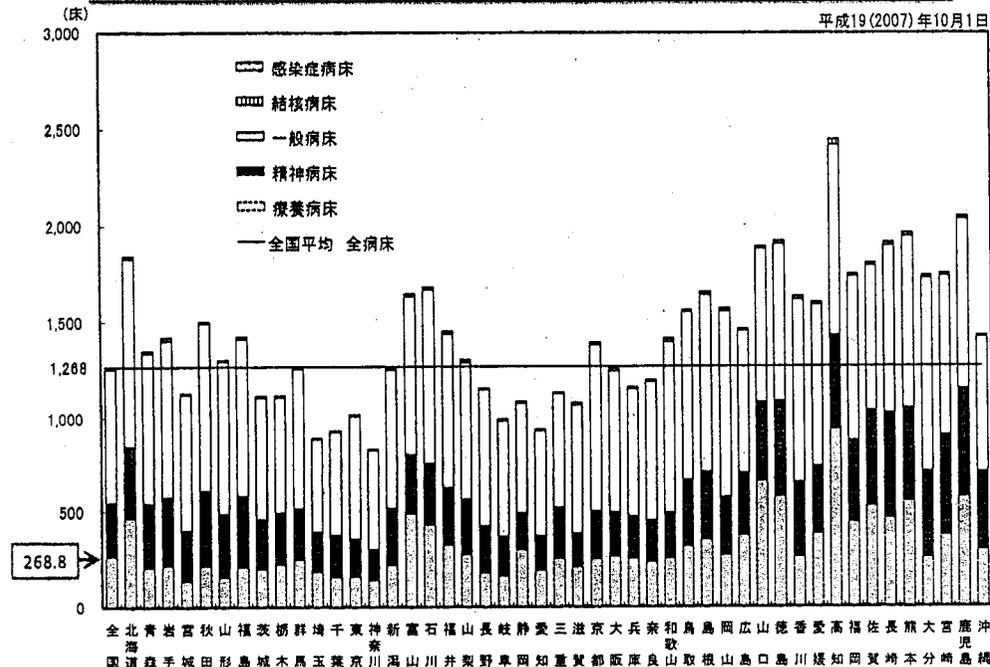


病院病床数の推移



出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成19年度医療施設動態調査」

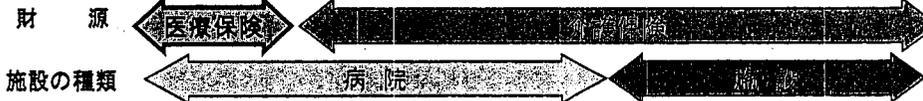
都道府県別人口10万対療養病床数(一般病床等との比較)



出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成19年度医療施設動態調査」

医療療養病床の施設基準等(介護療養施設との比較)

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



*1 多床室 甲地の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。
*2 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。
*3 平成21年6月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

療養病棟入院基本料における患者分類について

(1) 患者分類の妥当性について

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

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

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

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

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

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

(平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書 より抜粋)

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態
	【医療処置】 ・中心静脈栄養・24時間持続点滴・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頭髄損傷)・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄の兆候・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)
	【医療処置】 ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア・血糖チェック ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者



療養病棟入院基本料

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

(単位:点)

ADL区分

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

6段階で評価し合計

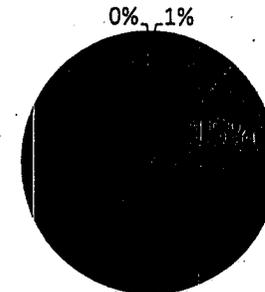
項目	支援のレベル
ベッド上の可動性	
移乗	
食事	
トイレの使用	
(合計点)	

ADL区分	ADL得点
1	0~10
2	11~22
3	23~24

療養病棟入院患者の年齢構成

年齢区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
40歳未満	41 1.6%	45 1.2%	16 1.0%	102 1.3%
41歳~64歳	263 10.3%	390 10.2%	130 8.3%	783 9.9%
65歳~74歳	344 13.5%	633 16.6%	218 13.9%	1,195 15.1%
75歳以上	1,878 73.8%	2,742 71.8%	1,192 76.3%	5,812 73.3%
無回答	17 0.7%	10 0.3%	7 0.4%	34 0.4%

病院の医療療養病床では65歳以上の入院患者が約9割を占める。



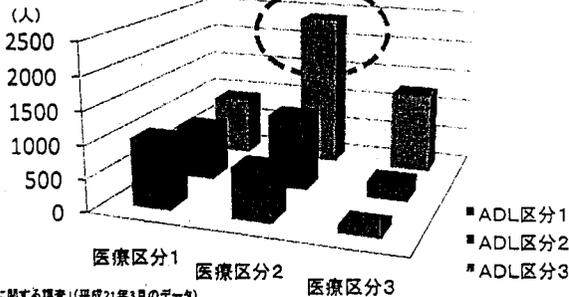
- 40歳未満
- 41歳~64歳
- 65歳~74歳
- 75歳以上
- 不明

病院の療養病床における患者分類の状況 (136病院のデータ)

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

医療区分1～3の構成比は概ね3:5:2

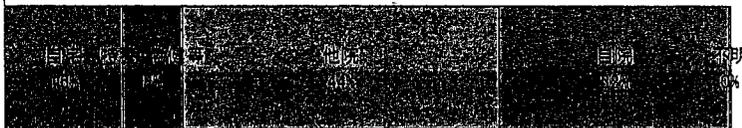
9分類のうち医療区分2・ADL区分3が最多(全体の約3割)



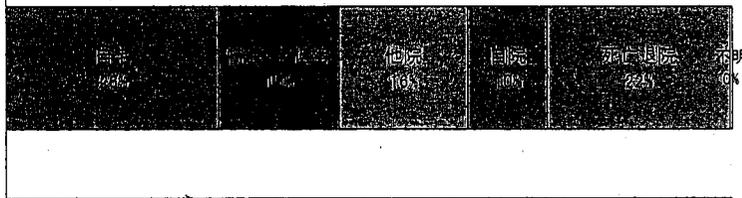
出典:厚生労働省保険局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(平成21年3月のデータ)

病院の医療療養病床の入退院の状況

入院(転棟)元



退院(転棟)先



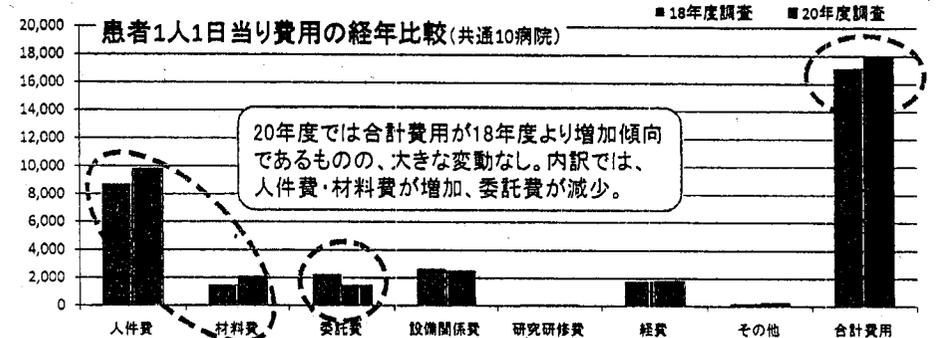
0% 20% 40% 60% 80% 100%

注)「他院」には、同一法人内の他医療機関を含む。

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

	人件費	材料費	委託費	設備関係費	研究研修費	経費	その他	合計費用
20年度調査 (全44病院)	10,841 81.1%	1,885 10.6%	1,399 7.9%	1,742 9.8%	51 0.3%	1,527 8.6%	290 1.8%	17,735 100.0%

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



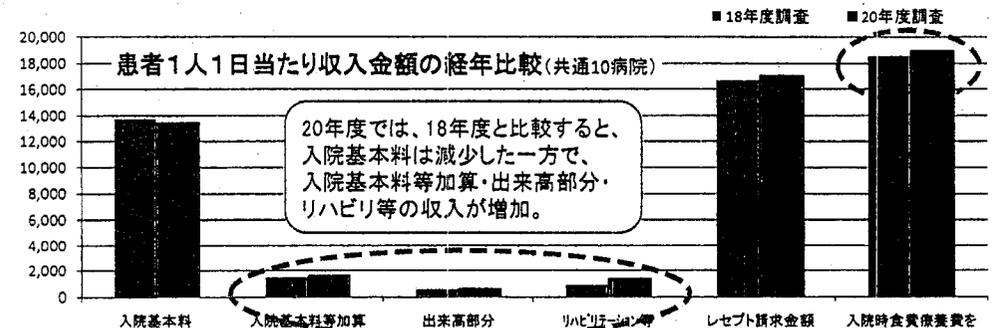
出典:厚生労働省保険局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(平成21年3月のデータ)

医療療養病床における患者1人1日当たり収入

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

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

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



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

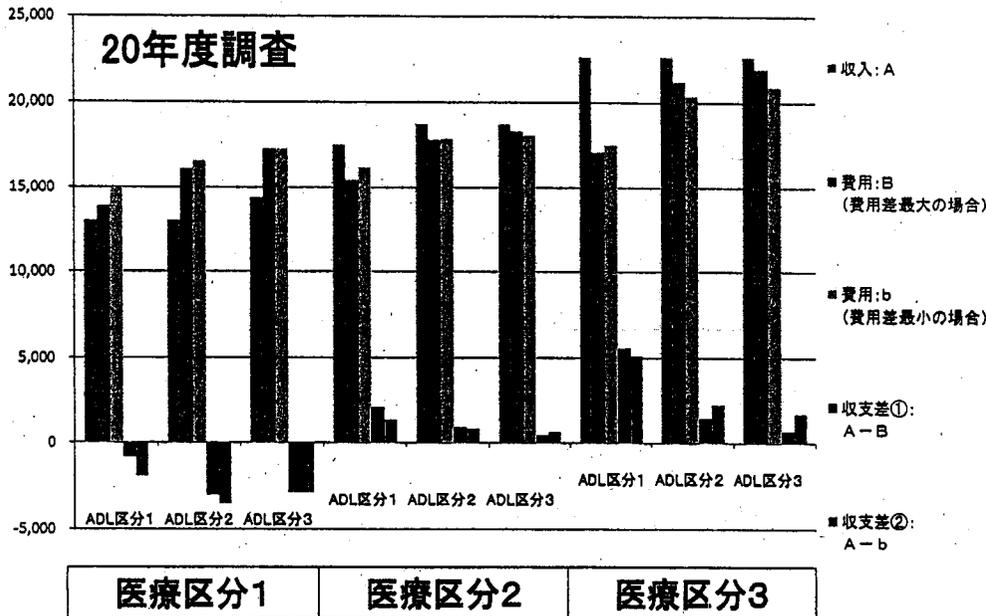
医療療養病床における患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差(数値編)

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

(注)【上段】収支差①(費用差最大): 各区分の件費の差が最大になると仮定した場合の収支差
 【下段】収支差②(費用差最小): 各区分の件費の差が最小になると仮定した場合の収支差
 (単位:円)

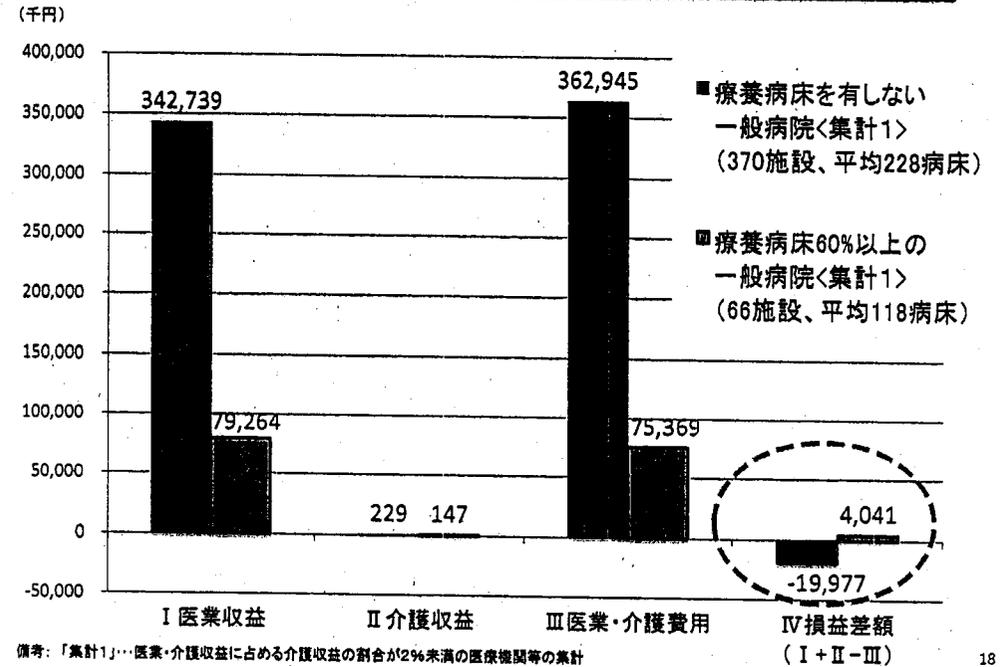
出典:厚生労働省医療局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査(平成21年3月のデータ)」

医療療養病床における患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差(グラフ編)

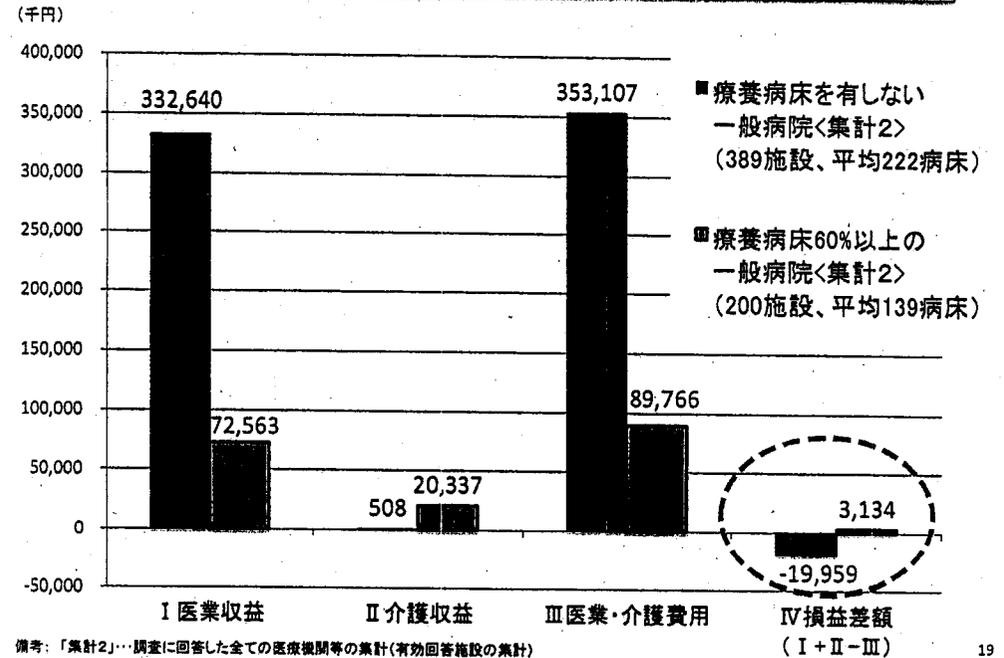


出典:厚生労働省医療局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査(平成21年4月のデータ)」

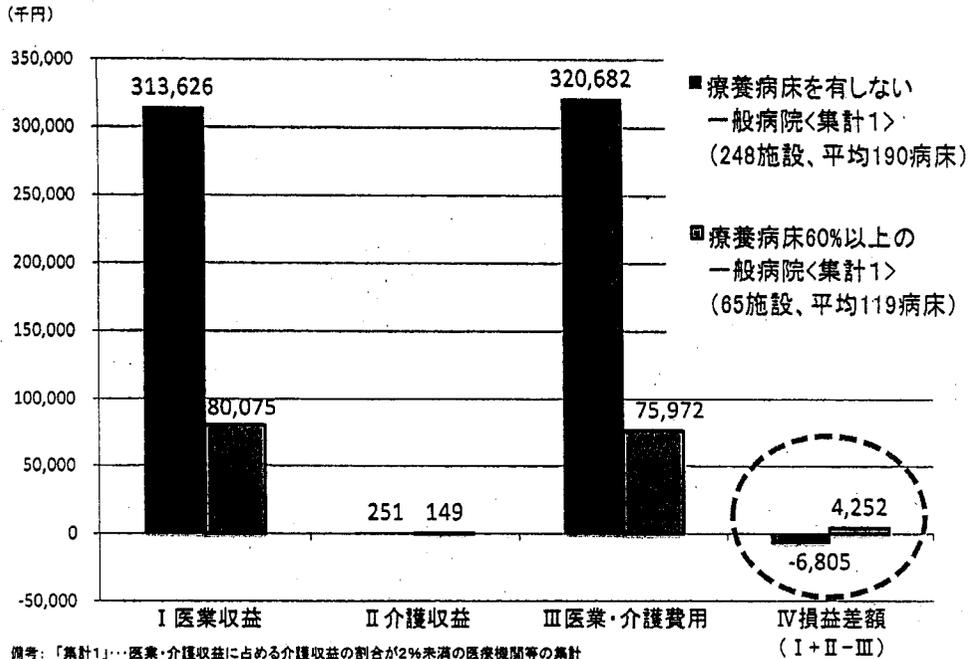
平成21年度医療経済実態調査
療養病床の有無と損益状況<集計1>



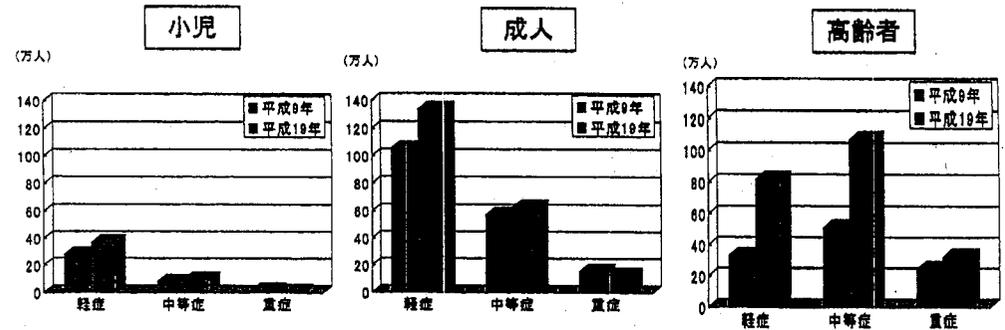
平成21年度医療経済実態調査
療養病床の有無と損益状況<集計2>



療養病床の有無と損益状況<集計1 国公立を除く>



10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重傷度別)



平成9年中

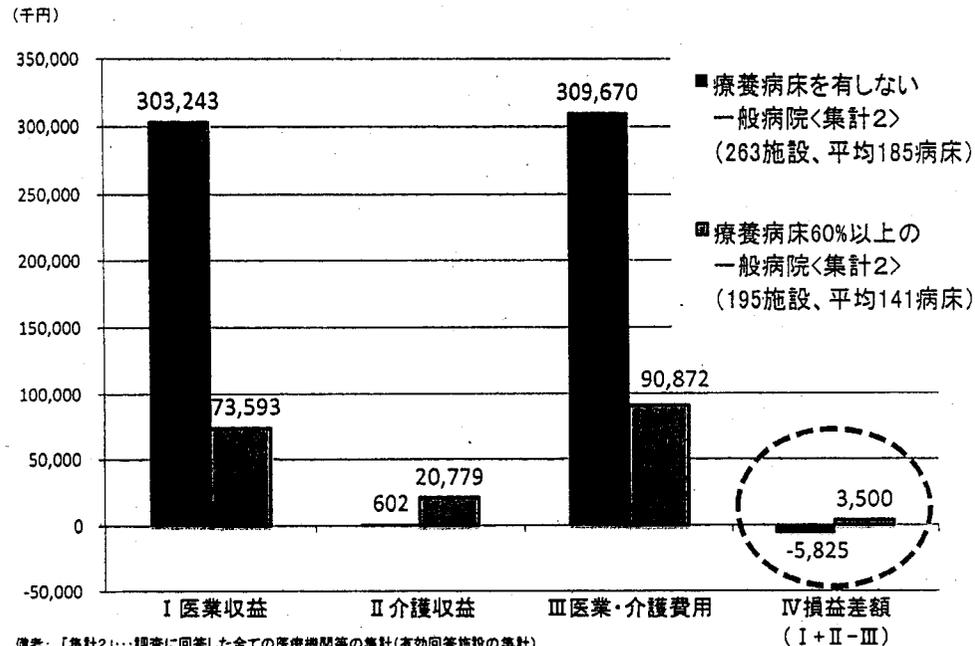
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.9万人	16.1万人	24.9万人
中等症	8.5万人	57.7万人	51.4万人
軽症	28.2万人	105.7万人	33.4万人

平成19年中

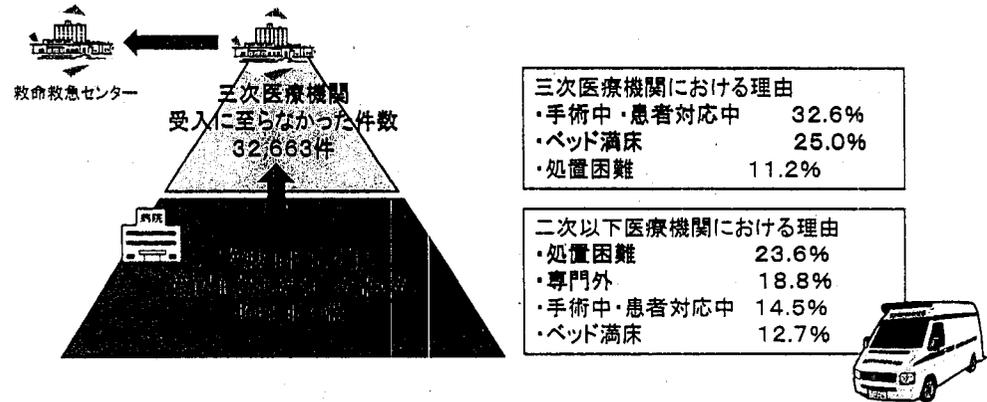
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	0.7万人減 -37%	2.5万人減 -16%	7.9万人増 +31%
中等症	10万人 1.5万人増 +17%	63.3万人 5.6万人増 +9%	50.7万人 5.6万人増 +12%
軽症	37.3万人 9.1万人増 +32%	133.9万人 28.2万人増 +26%	62.7万人 29.3万人増 +47%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したものの

平成21年度医療経済実態調査 療養病床の有無と損益状況<集計2 国公立を除く>



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



病院区分等	手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	合計
二次以下	件数 15,105 割合 14.5%	13,268 12.7%	24,554 23.6%	19,636 18.8%	5,982 5.7%	265 0.3%	25,390 24.4%	104,180 100%
三次	件数 10,847 割合 32.6%	8,177 25.0%	3,680 11.2%	1,763 5.4%	608 1.9%	19 0.1%	7,788 23.8%	32,663 100%
合計	件数 25,752 割合 18.8%	21,445 15.7%	28,214 20.6%	21,399 15.6%	6,571 4.8%	284 0.2%	33,178 24.2%	138,843 100%

「平成20年中の救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査」(平成21年3月 総務省消防庁・厚生労働省)

療養病床における救急患者の受入状況

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

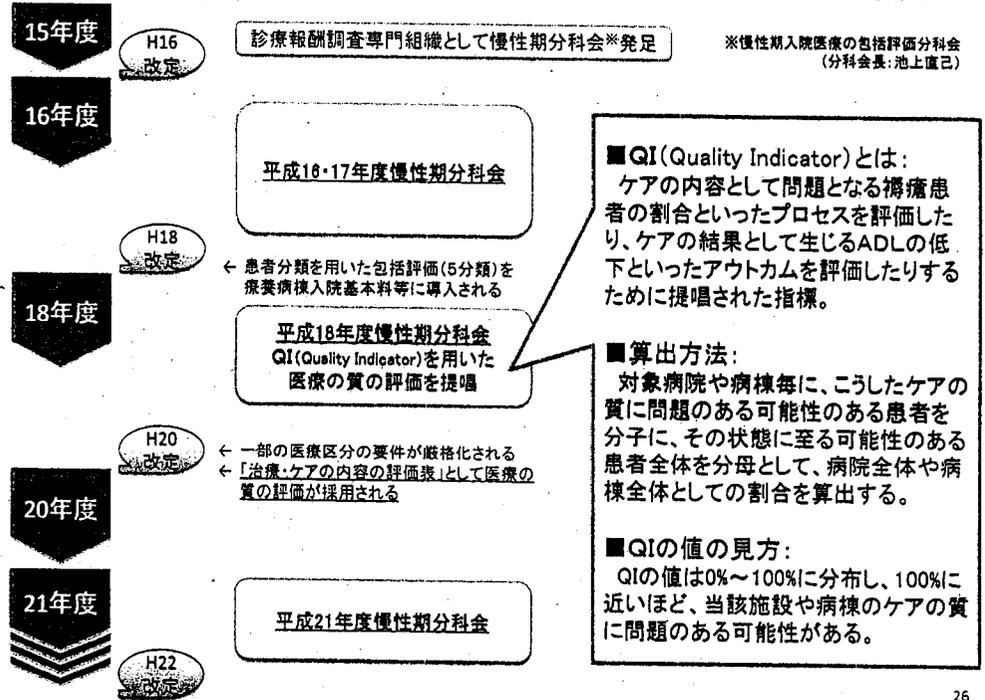
病院の療養病床
(n=7,926)



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

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

治療・ケアの内容の評価に係る経緯



救急医療機関と療養病棟の連携を目指した取り組み例

東京都3次救急病院と療養型病院の連携

目的

3次救急に入院後、加療にて療養型病院で対応可能になった患者を、いち早く療養型病院に転院していただく体制を構築することで、3次救急病院が満床のために救急対応出来ない状況を改善し、救急難民を減少させる。

方法

急性期のMSWが8施設にコンタクトして入院を決める。

連携対象病院数

3次救急病院: 1施設 療養型病院: 8施設

モデル連携実績

20年12月~21年3月 申し込み23件中19件が転院

大阪府緊急連携ネットワーク

目的

3次救急にミスマッチな患者が搬送されたときに、速やかに治療可能な慢性期病床(主に医療療養病床)をもつ病院が受託することにより、3次救急の病床回転率を改善して救急難民を減少させる。

方法

3次救急の医師又は地域連携からコーディネーターに連絡し、ネットワークでマッチングできる病院を探して紹介入院をする。

連携対象病院数

3次救急病院: 10施設 慢性期病院: 33施設

モデル連携実績

20年12月~21年10月 連携紹介数 105例 うち75%が紹介転院

提供: 日本慢性期医療協会

治療・ケアの内容の評価表

平成()年()月 第()病棟

記載者サイン (医師・看護師 サイン)

	①該当患者数		③継続入院患者数	
	●人	◎人	○人	①/③
ADL区分1・2の患者における褥瘡	●人	◎人	○人	①/③
ADL区分3の患者における褥瘡	△人	▽人	○人	①/③
ADLの低下 (「支援のレベル」の合計点が2点以上増加)	×人		○人	①/③
尿路感染症	◎人		○人	①/③
身体抑制	☆人		○人	①/③

継続入院患者全体(③)のうちの褥瘡を生じている患者(①)の割合

※当該病棟内(診療所)においては当該施設内)で新規(別な部位における新規も含む。)に発生した数(再掲)

- 平成20年度より、QIのうちの4分野が、一部修正のうえ導入された。
- 病棟単位の継続的な測定・評価が義務付けられている。
- 但し、現時点では本表の提出義務はない。