

# 日本慢性期医療協会 定例記者会見

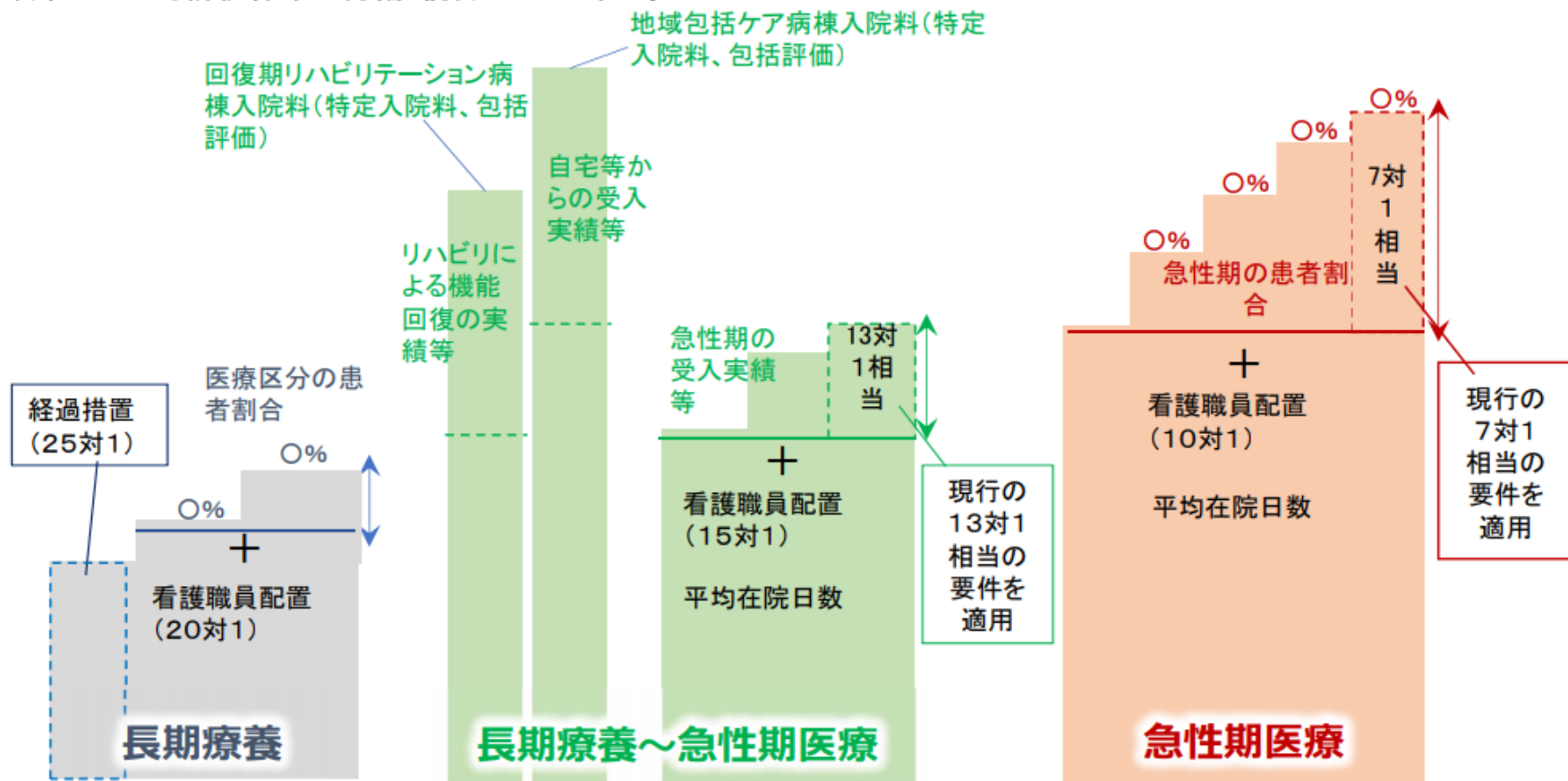
日時：平成29年12月14日14:30～

場所：東京研修センター

## 新しい病床機能別分類の提案

## 二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。10

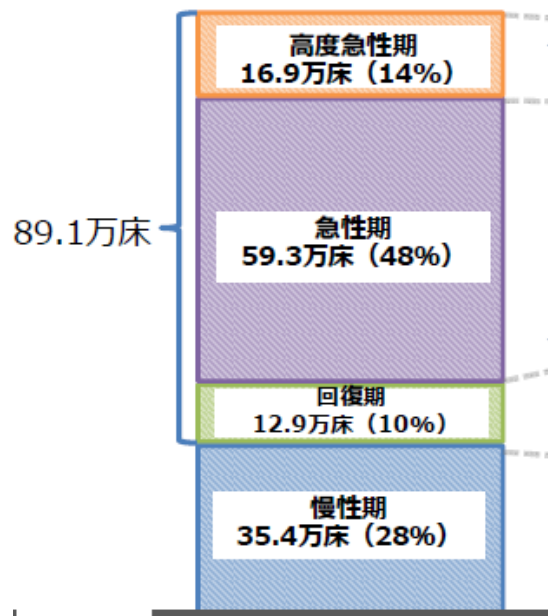
# 入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ②機能別の評価

## 【平成30年度改定での評価(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療		急性期医療
実績に応じた段階的な評価の要件	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆実績による評価部分</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分2・3に該当する患者割合〇%～〇%</li> </ul>	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆リハビリテーションの実績(回復期リハビリテーション病棟)</p> <p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆自宅等退院患者や在宅等入院患者の割合(地域包括ケア病棟)</p>	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆13対1相当の評価部分(現行13対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置13対1</li> <li>・看護比率7割</li> <li>・平均在院日数24日</li> </ul>	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆最も高い評価部分(現行7対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置7対1</li> <li>・看護比率7割</li> <li>・平均在院日数18日</li> <li>・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%</li> </ul> <p>◆中間的な評価部分</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%～〇%</li> </ul>
基本部分の評価の要件	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行20対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置20対1</li> <li>・医療区分2・3に該当する患者割合〇%</li> </ul>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の基準</li> </ul> <p>【地域包括ケア病棟入院料・管理料】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の基準</li> </ul>	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行15対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置15対1</li> <li>・看護比率4割</li> <li>・平均在院日数60日</li> </ul>	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行10対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置10対1</li> <li>・看護比率7割</li> <li>・平均在院日数21日</li> </ul>
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。</li> <li>・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるよう見直しを検討。</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等退院患者割合や在宅等入院患者等を踏まえた評価体系に再編・統合。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・実績による評価部分は、DPCデータを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。</li> <li>・中間的な評価部分(新たな評価)については、DPCデータによる判定を要件とする。</li> </ul>

【足元の病床機能報告】

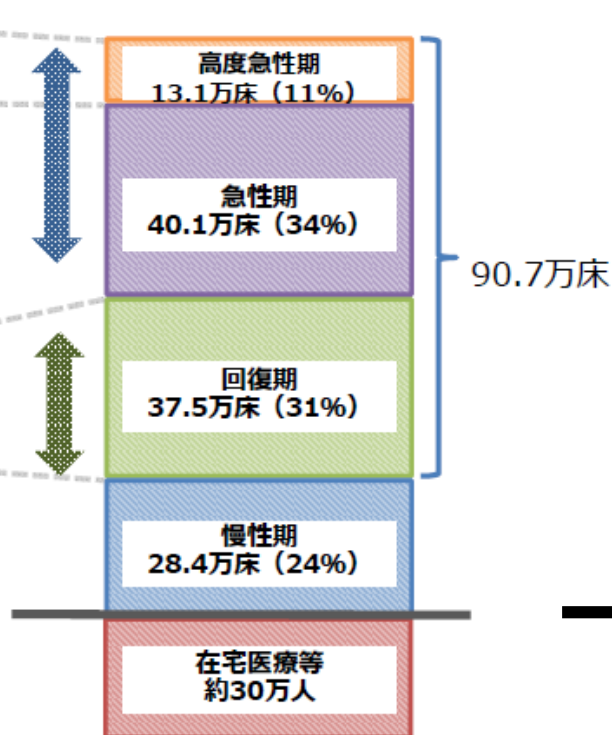
合計 124.5万床



※ 約2.6万床が未報告  
(平成27年度病床機能報告)

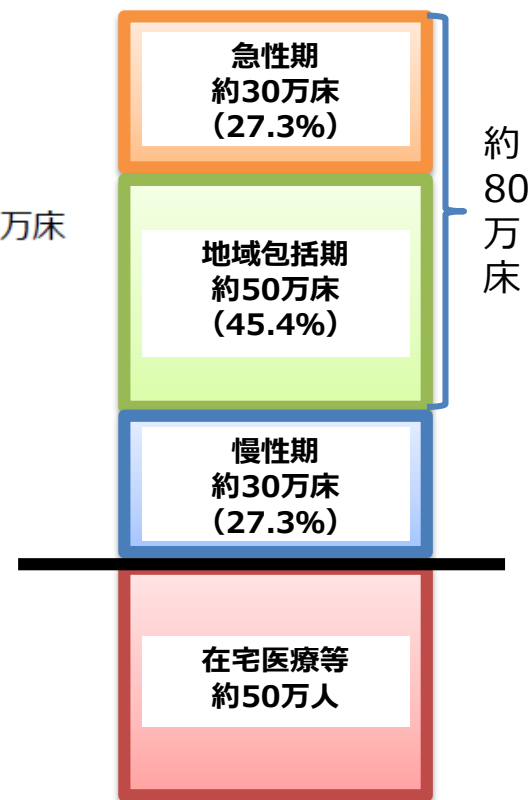
【2025年の病床の必要量】

合計 119.1万床



【考えられるべき病床機能】

合計 約110万床



# 考えられるべき病床機能

1. 急性期 (広域高度急性期病床)  
(医療センター的機能  
重度急性期)
2. 地域包括期 (地域急性期,在宅連携  
軽中度急性期)  
(地域包括ケア病棟)  
(リハビリテーション集中病棟)
3. 慢性期 (慢性期治療病棟,障害者病棟  
在宅支援機能,慢性期救急)

「回復期」という病期は、  
回復期リハビリテーションというイメージ  
が強く、急性期病床からの転換には  
慎重な病院が多い。

回復期という言葉を使わない方が  
良いのではありませんか。

リハビリの専門家の頑張りで、  
回復期とはリハビリのこと  
との認識が定着しています。



回復期という病床機能はすでに  
役目を終えたネーミングではないか。

回復期と地域包括期とは  
同じ機能なのか？

地域包括期とは、地域急性期を含み、  
かつ救急機能を有するもの  
ではなかったのか。

病床機能は明確であることが  
望ましい。その病床の機能が  
名は体を現すべきである。

リハビリテーションは、  
回復期のみに必要な技術ではない。

リハビリテーションとは、  
病前の日常生活に早く復帰するためには  
必須の技術である。

病院から日常生活に戻ってからの  
リハビリテーションのブランクや  
頻度の低下によりADLが低下することが  
明らかとなっている。

リハビリテーションは、  
急性期・地域包括期・慢性期・在宅期の  
いずれにも必須な医療による技術である。



リハビリテーションは発病直後から行えば、  
その効果が大きいことは常識である。  
回復期になるまで行わないなんてことは  
ナンセンスである。

リハビリテーションは発病直後から行われるべき治療であり、ADL等の低下の防止と日常生活に復帰してからも悪化防止のためにも提供される必須の技術である。

リハビリテーションは発病と共に提供されるべき技術であり、各病期における治療の治療のアウトカムの状況により評価されるべきものである。

リハビリテーションは多くの単位を行えば  
評価されるのではなく、治療によるアウトカム  
で評価されるべきものではないか。

医療とは本来、治療により病状の改善を  
目途として提供されるものであり、  
不可抗力による必然的悪化を除けば、  
治療によるアウトカムを評価することは  
当 然 で あ る 。

慢性期は、慢性期における急変患者も  
担当すべきであり、慢性期治療病棟機能  
が評価されるべきである。

慢性期病床は、迅速で的確な治療により、  
早期に入院前の状態に改善するよう、  
最大限の努力をするべきである。

慢性期治療病床は、現在約40%となっている死亡退院率を半減させるよう、すなわち入院治療により病状軽快し、退院する患者を増やすべきである。



病状等により、明らかに終末期とされる患者さんは、根本治療よりQOLを優先させた病状緩和治療を主として、介護医療院で看取るべきである。