

2025年01月23日開催 長野県「地域医療セミナー」

第2部 長野県における地区診断の概要

日本経営グループは各分野のプロフェッショナルファームの総称であり、主なメンバーファームはそれぞれ次の業務を展開しています。

コンサルティング業務

株式会社日本経営

経営戦略、組織・人事戦略等の立案、実行コンサルティング、人材育成支援、情報配信、ホームページ作成支援など

NKGRコンサルティング株式会社

病院・クリニック・企業などの経営・財務コンサルティング、業績改善の設計・モニタリングの支援など

株式会社ミライバ

企業・病院・介護福祉施設の組織開発・人材開発など

コンプライアンス業務

日本経営ウィル税理士法人

近畿税理士会・東京税理士会所属。企業・資産家・病院・クリニック・介護福祉施設等の税務顧問・税務財務コンサルティング・組織再編・事業承継・国際税務・信託・資産組み換えなど

社会保険労務士法人日本経営

労務顧問、労務戦略の立案推進、社会保険・労働保険に関する諸手続・相談、年金相談など

NIHON KEIEI (PHILIPPINES) INC.

フィリピンのアウトソーシングサービス（記帳代行、税務申告代行、給与計算代行）、会社設立業務、SEC, BIR, SSS, PH, HDMF 関連の申請手続き代行、顧問業務、翻訳業務 など

株式会社日本経営リスクマネジメント

リスクマネジメントコンサルティング、ファイナンシャルプランニング業務、生命保険の募集に関する業務、損害保険代理業、共済代理業など

株式会社ブルーライン・パートナーズ

病院・クリニック・介護事業者・ヘルスケア関連企業に対して、ファンドを活用した事業拡大、財務健全化のための金融支援など

御堂筋監査法人

監査・保証業務（医療法人監査、社会福祉法人監査、任意監査、その他の監査・保証業務）、アドバイザリーサービス（内部統制構築支援、内部監査支援、財務デュー・デリジェンスほか）など

行政書士法人 日本経営

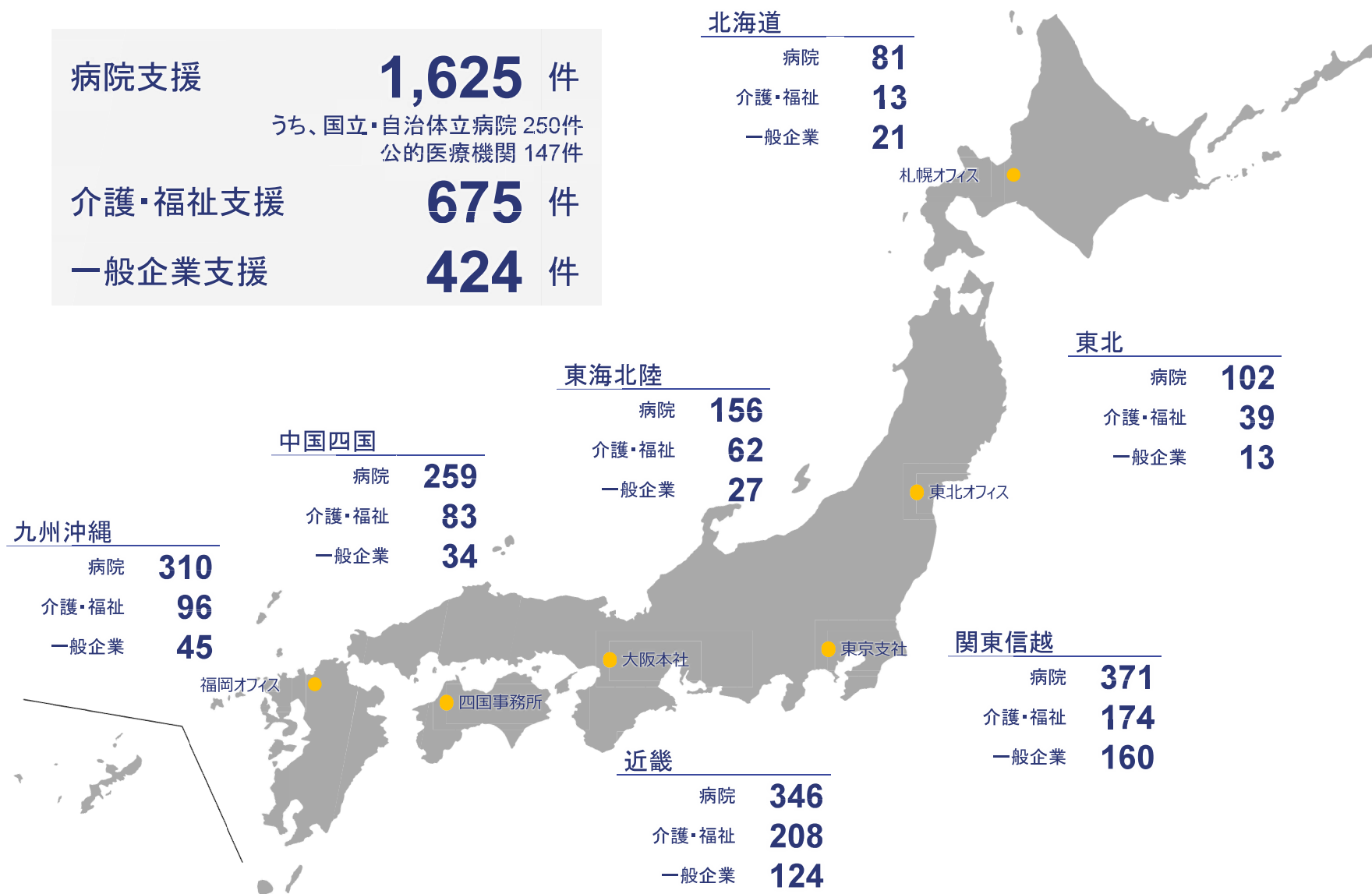
遺言書の作成および遺言執行、相続手続支援業務など

NIHON KEIEI (INDIA) PRIVATE LIMITED

インドのアウトソーシングサービス（記帳、給与計算、税務申告、決算作成）、アドバイザリーサービス、監査窓口対応、各種顧問業務、会社設立・清算、会計のモニタリング支援など

株式会社日本経営における支援実績と事業展開

病院支援	1,625 件
うち、国立・自治体立病院 250件 公的医療機関 147件	
介護・福祉支援	675 件
一般企業支援	424 件



1. 今後の長野県における医療需要推計
2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況
3. 救急搬送に関する現状について
4. 地域包括医療病棟について



1. 今後の長野県における医療需要推計

1. 今後の長野県における医療需要推計

年齢区分別人口推計：長野県全域

- 総人口は既にピークを迎えており、2050年に対2020年比で466千人（28%）減少する見込み。
- 生産年齢人口は2020年に既にピークを迎えているのに対して、後期高齢者を中心に増加することが予想されるため、将来的な医療供給体制の維持に懸念がある。

図1：年齢区分別の人口推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

図2：年齢区分別の人口の増減率



1. 今後の長野県における医療需要推計

医療需要入院・外来別推計患者数：長野県全域

- 入院医療需要は2035年まで増加し、以降は緩やかに減少することが予想される。
- 一方で外来医療需要は2020年に既にピークを迎えていることが予想される。

図1：入院患者数の将来推計

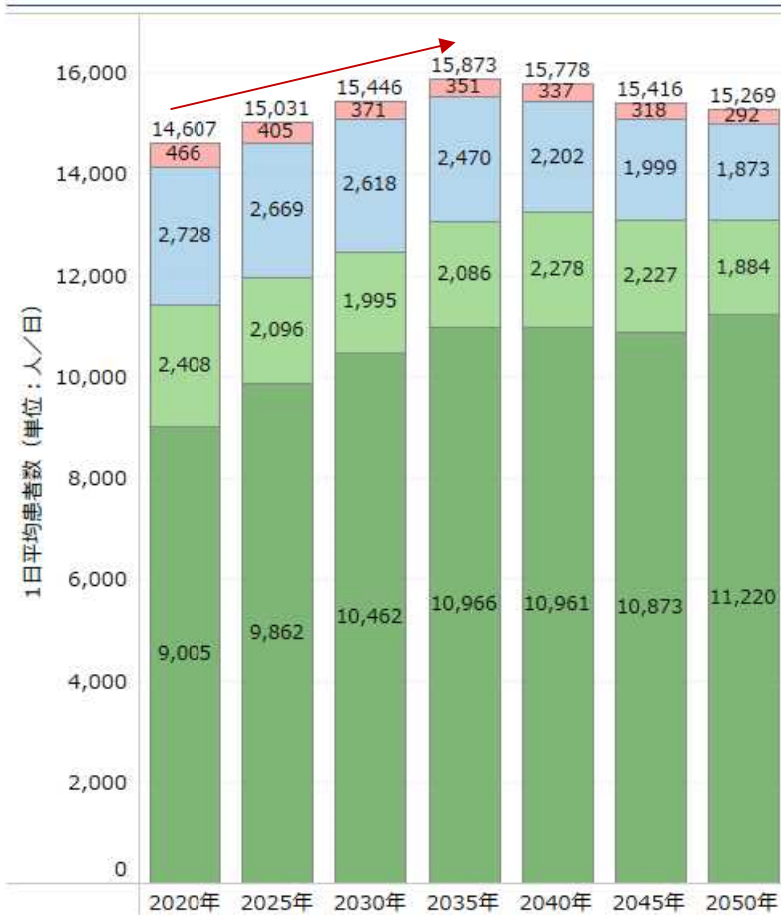


図2：外来患者数の将来推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）及び患者調査（厚生労働省）を用いて推計

1. 今後の長野県における医療需要推計

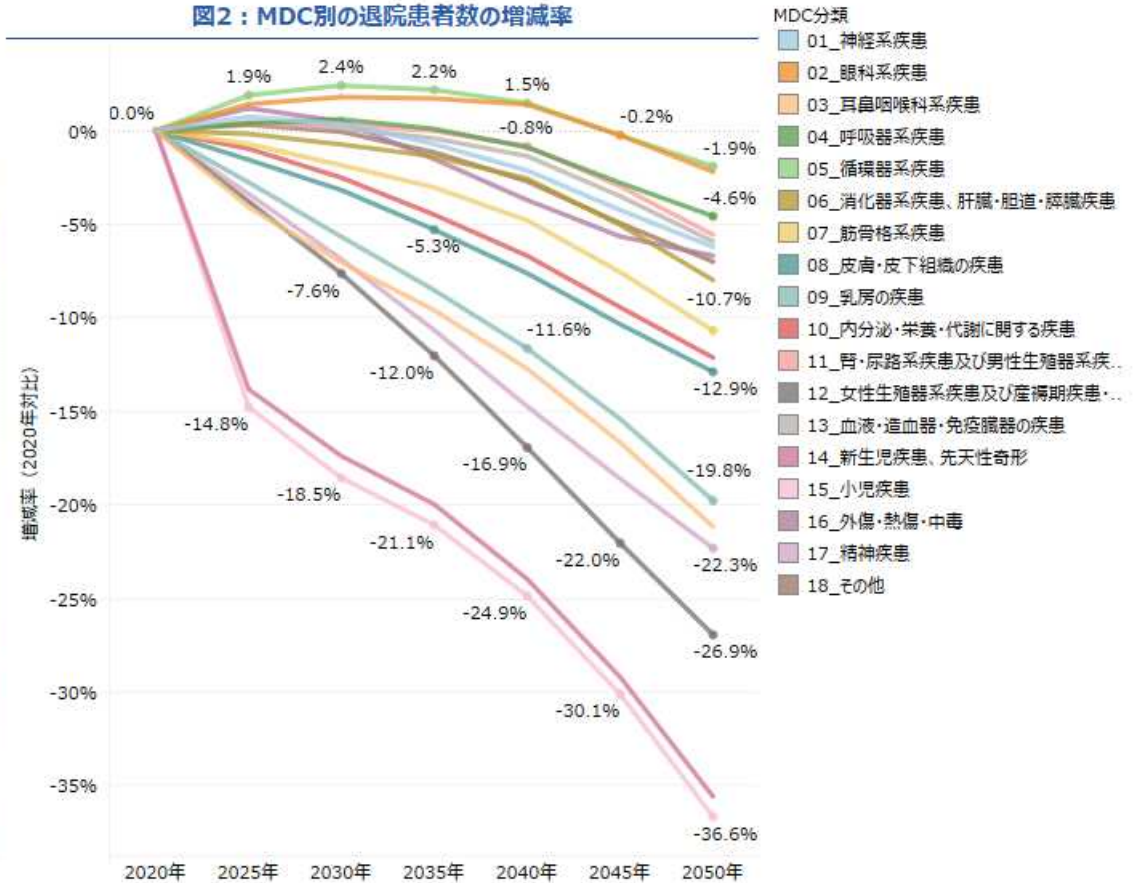
DPC請求を行う推計患者数：長野県全域（全国受療率で簡易推計）

- 急性期医療需要は2020年に既にピークを迎えている見込み。
- MDC別では小児・周産期系および女性生殖器系の疾患患者数が著しく減少する見込み。
- 循環器系、眼科系など、2040年まで同様の需要が見込まれる疾患も存在する。

図1：MDC別の退院患者数の将来推計



図2：MDC別の退院患者数の増減率

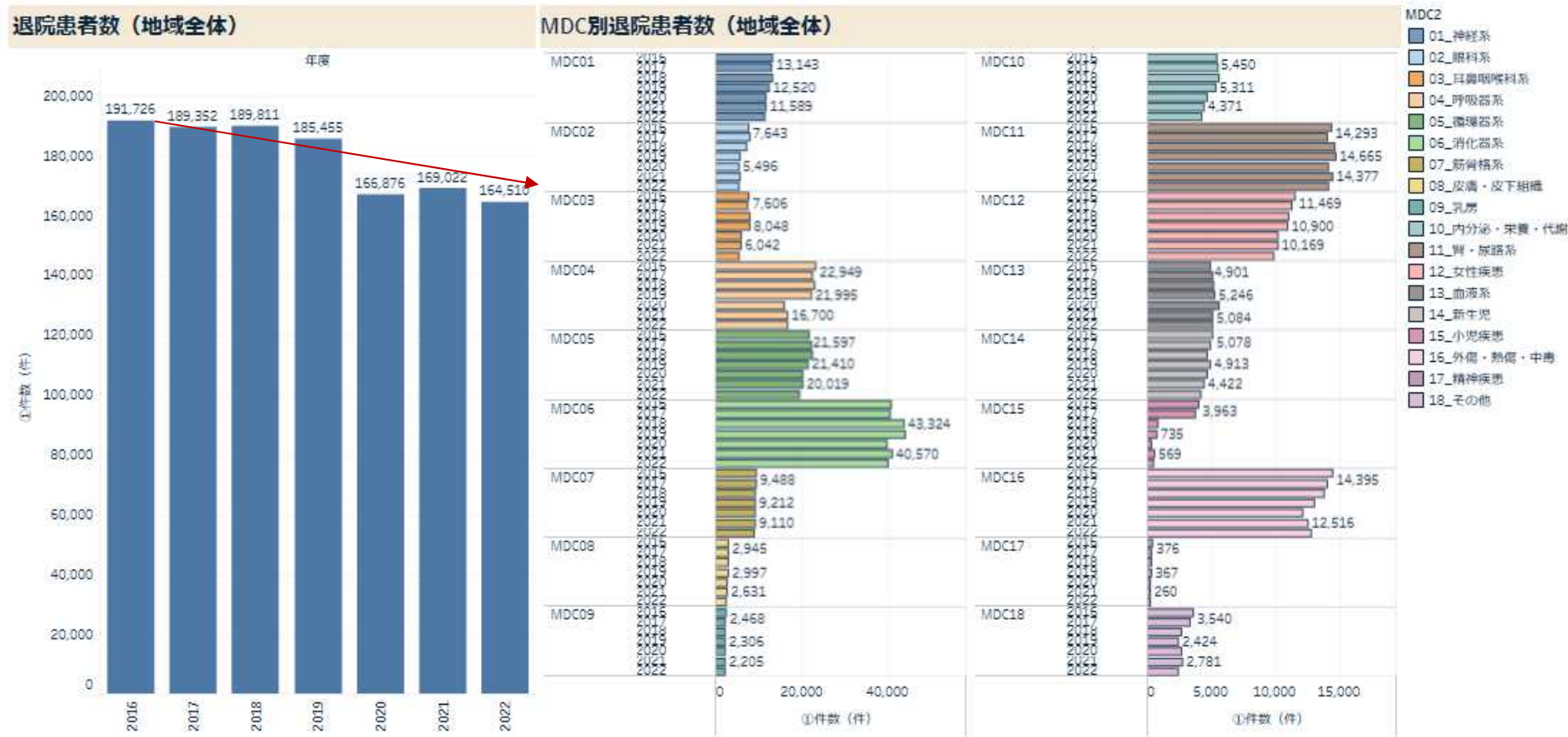


出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度DPC導入の影響評価に係る調査退院患者調査」（厚生労働省）を用いてDPCコード、年齢別の発生率を計算
 その発生率と日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計
 1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算

1. 今後の長野県における医療需要推計

DPC参加病院におけるDPC症例数の推移：長野県全域

- DPC症例数は2016年にすでにピークを迎えており、コロナ禍以前の2016年から2019年の間で3%程度症例数が減少していた。
- さらにコロナ禍により2020年に大幅に症例数が減少しているが、2021年には一時回復。2022年にはさらに減少に転じている。



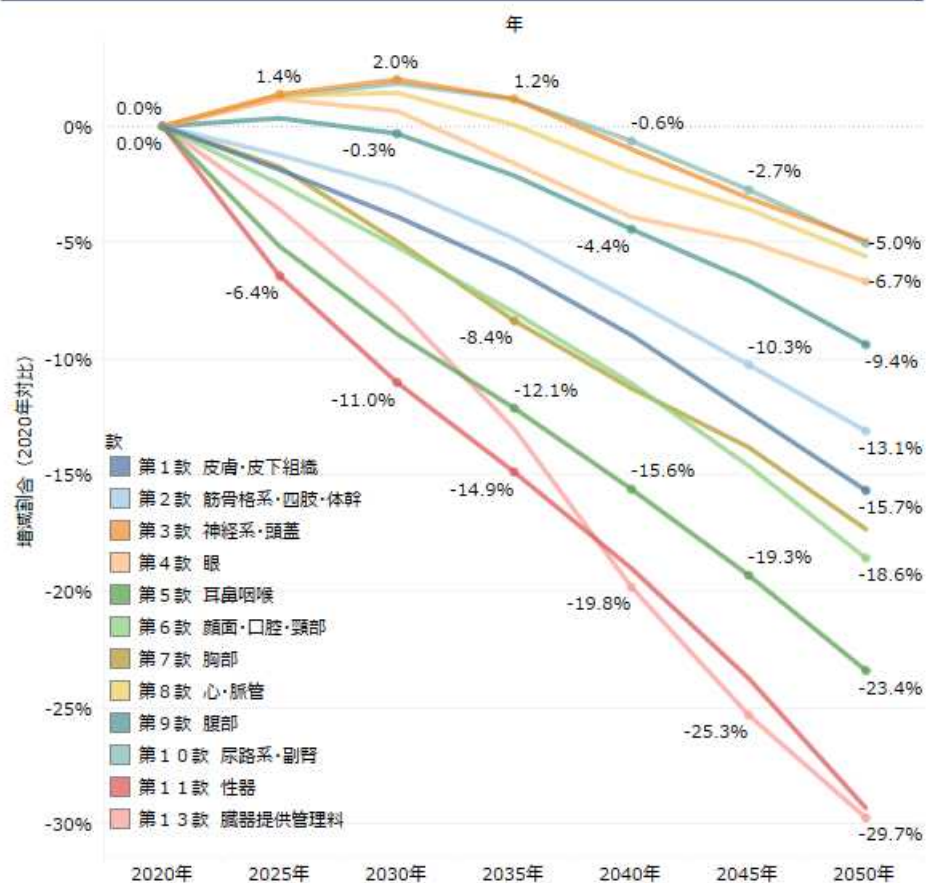
1. 今後の長野県における医療需要推計 推計手術件数：長野県全域

- 手術需要は2020年に既にピークを迎えている見込み。
- 手術分類別では臓器提供や性器の手術件数が特に減少割合が大きくなることが予想される。

図1：部位別の手術件数の推計



図2：部位別の手術件数の増減率



出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び第6回NDBオープンデータ（厚生労働省）：2019年4月～2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

1. 今後の長野県における医療需要推計

推計在宅患者数：長野県全域

- 後期高齢者の増加により在宅医療需要は2040年まで増加し、以降は減少傾向が見込まれる。

図1：年齢階級別の在宅医療患者数の推計

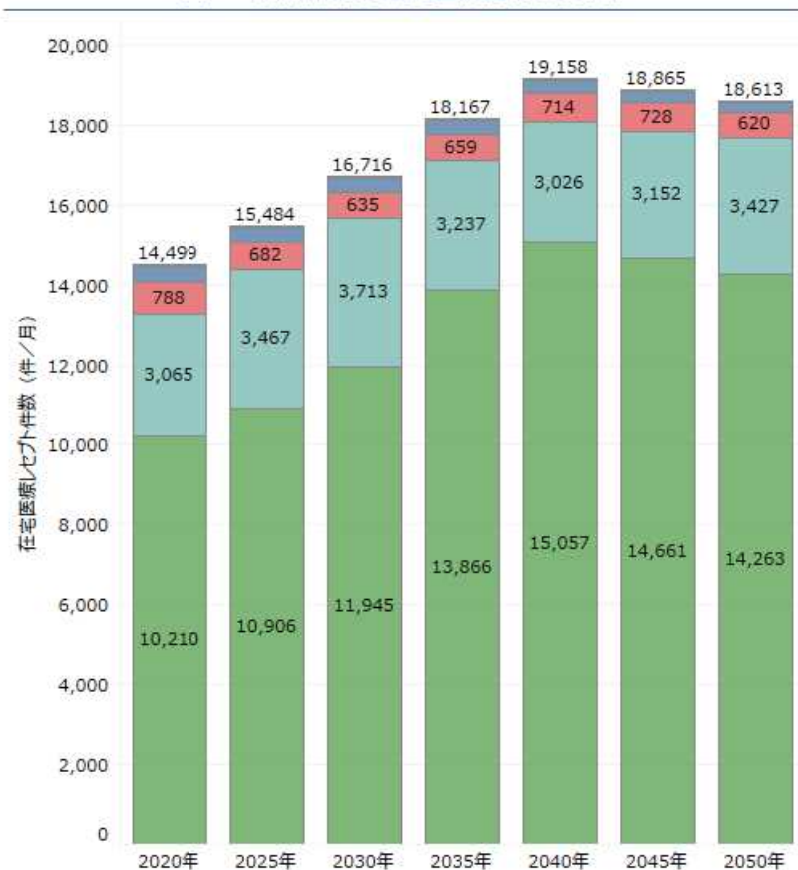


図2：居住場所別の在宅医療患者数の推計

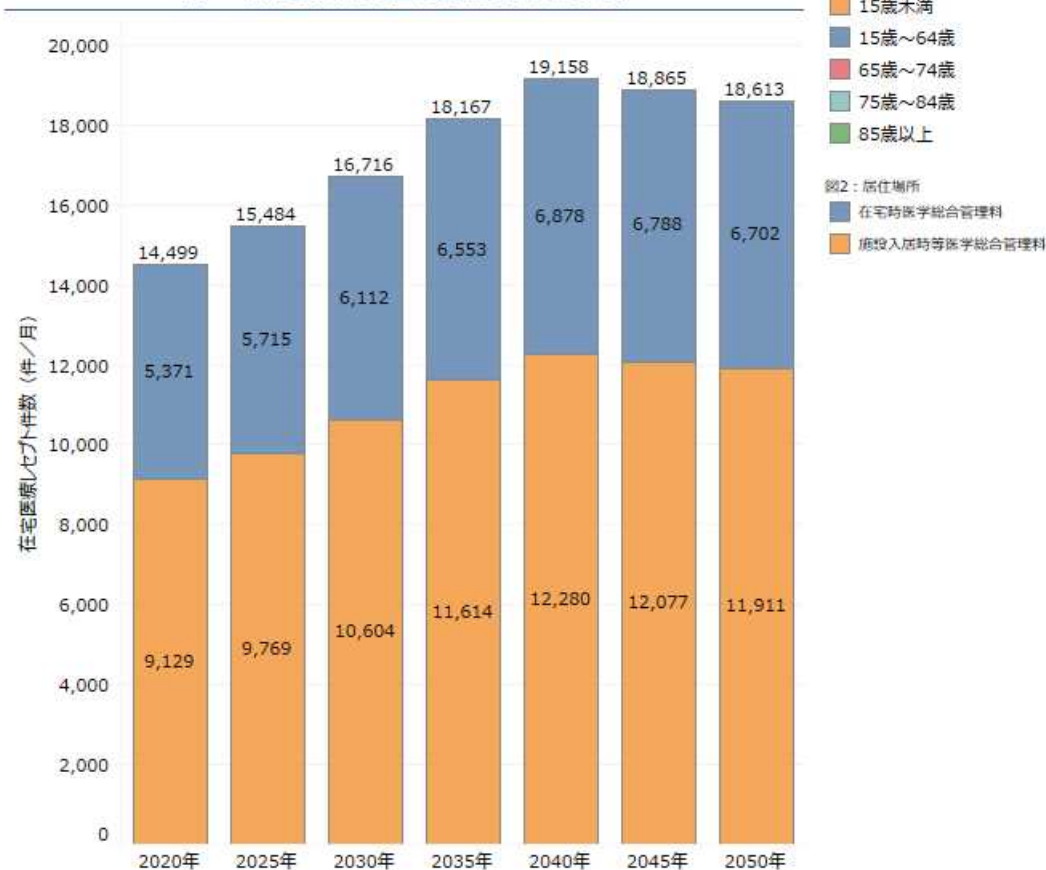


図1：年齢階級
 ■ 15歳未満
 ■ 15歳～64歳
 ■ 65歳～74歳
 ■ 75歳～84歳
 ■ 85歳以上

図2：居住場所
 ■ 在宅特医学総合管理料
 ■ 施設入居特等医学総合管理料

出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び第6回NDBオープンデータ（厚生労働省）：2019年4月～2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

1. 今後の長野県における医療需要推計

推計要介護者数：長野県全域

- 高齢者の増加により介護需要は2040年まで急増すると予想される。
- 要介護度の高い患者が増加する中で限られた働き手の中で対応できるのか懸念がある。

図1：年齢別の要介護者数の推計



図2：要介護度別の要介護者数の推計



図1：年齢区分
 ■ 65～69歳
 ■ 70～74歳
 ■ 75～79歳
 ■ 80～84歳
 ■ 85歳以上

図2：要介護度
 ■ 要支援1
 ■ 要支援2
 ■ 要介護1
 ■ 要介護2
 ■ 要介護3
 ■ 要介護4
 ■ 要介護5

出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度介護保険事業状況報告（年報）表04-1<都道府県別>要介護（要支援）認定者数」（厚労省）を用いて発生率を計算
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

1. 今後の長野県における医療需要推計 ここまでのポイント！

医療需要の観点では、

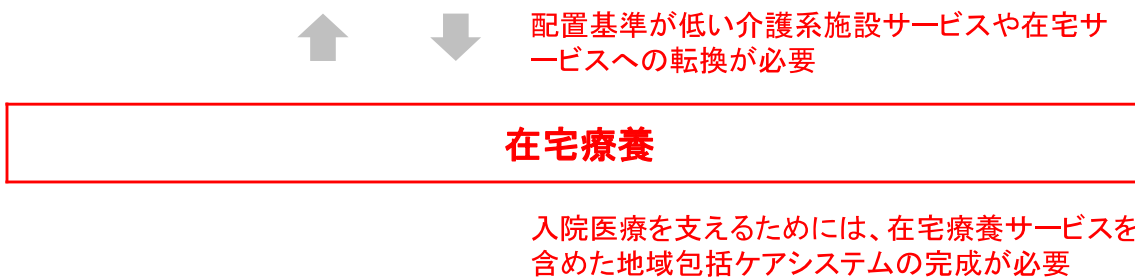
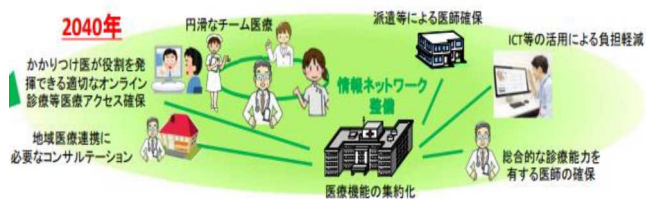
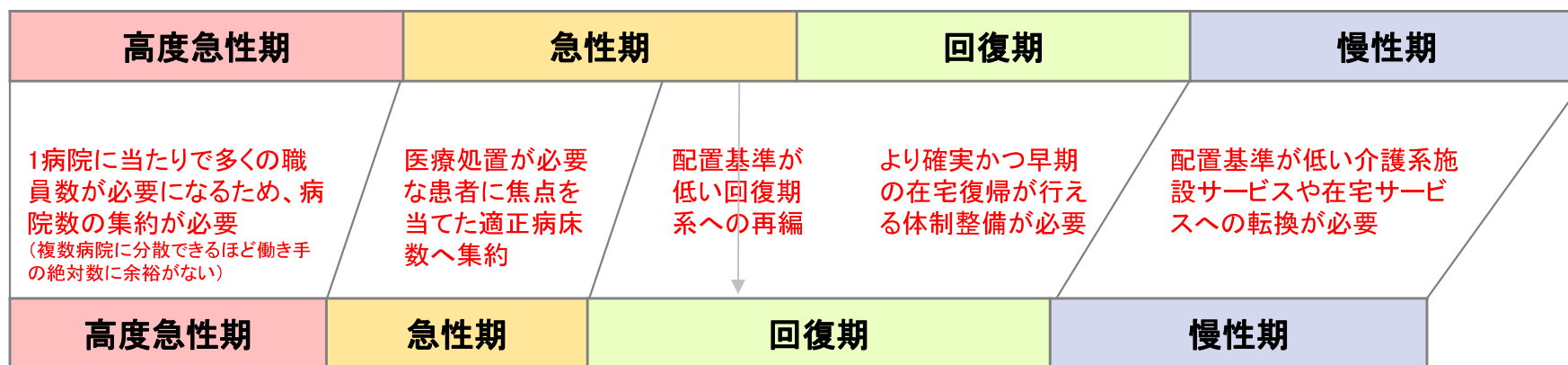
- 生産年齢人口は2020年から2030年で10%弱、2035年で15%程度減少する推計となる。
- 医療需要については2020年度の受療率をベースに将来推計を計算すると2035年にピークを迎える。
- 他方で、急性期需要（ここではD P C参加病院のD P C症例数）については、すでにピークを迎えており、コロナ禍以前より需要は減少していた。

- 全体の入院患者数は増加する中で、急性期の患者は減少傾向が進むことが予見されている。
- 加速度的に生産年齢人口が減少することが見通される中で、現状の病棟構成をベースとすると施設基準上、病棟に必要な看護師数が減らず、医療従事者の奪い合いが発生してしまう可能性がある。採用経費の増加による各病院の経営への悪影響を引き起こす可能性も。

1. 今後の長野県における医療需要推計

高度急性期・急性期機能の強化と回復期病床の整備の必要性

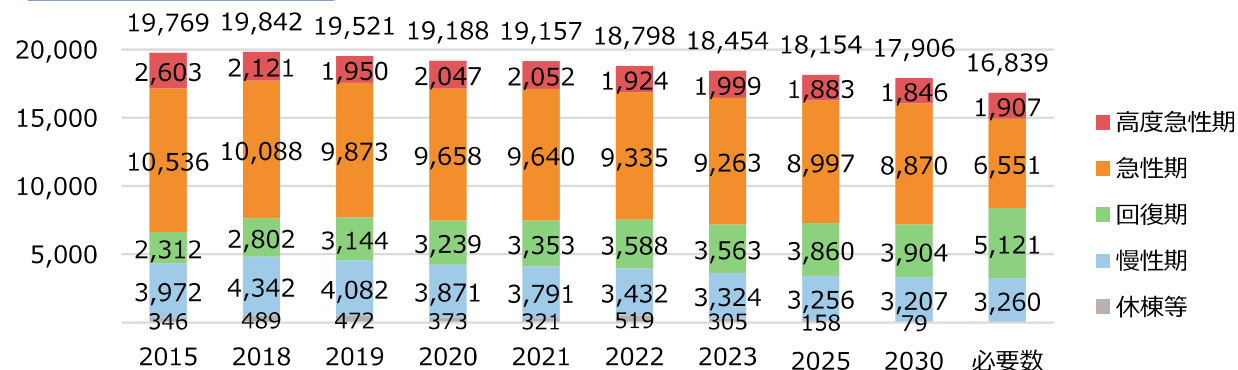
- 需要と供給力（経営資源）から見た集約の必要性について
 - ✓ 病院の機能からみた職種別職員の必要性（大まかな特徴）
 - 医師、看護師、技師等のコメディカル…医師・看護師については重症患者に対応する場合は手厚い配置が必要。救急体制（24時間体制）を行う場合や手術を行う場合は、外来や入院診療に加え、それらに対応する職員を確保する必要があり、急性期医療や救急医療に対応する医療機関ほど人員を必要とする。
 - リハビリセラピスト…在宅復帰の支援を行うにあたり、重要な役割を担う。濃密なリハビリを行うには、職員の集約が必要。
 - その他職員…各病院において必要な役割を担うが、事務員等の職員であっても既に採用難となっている病院がある。
 - 施設設備…設備投資について、需要にあわせた視点だけでなく、職員数にあわせた視点を持たなければ過剰投資となる



1. 今後の長野県における医療需要推計 地域医療構想の進捗状況

- 長野県全域は地域医療構想上の必要病床数に対して、2023年時点の病床数との差異は約1,600床の余剰となっている。
- 機能別では高度急性期・急性期・慢性期が余剰、回復期が不足している。

病床機能別病床数の推移



※2022年、2023年、2025年、2030年は対応方針の報告内容を使用 意向 意向

必要病床数との差異

病床機能	2023年 7月時点	2025 必要量	差分
高度急性期	1,999	1,907	+92
急性期	9,263	6,551	+2,712
回復期	3,563	5,121	▲1,558
慢性期	3,324	3,260	+64
休棟等	305		+305
合計	18,454	16,839	+1,615
合計 (休棟除く)	18,149	16,839	+1,310

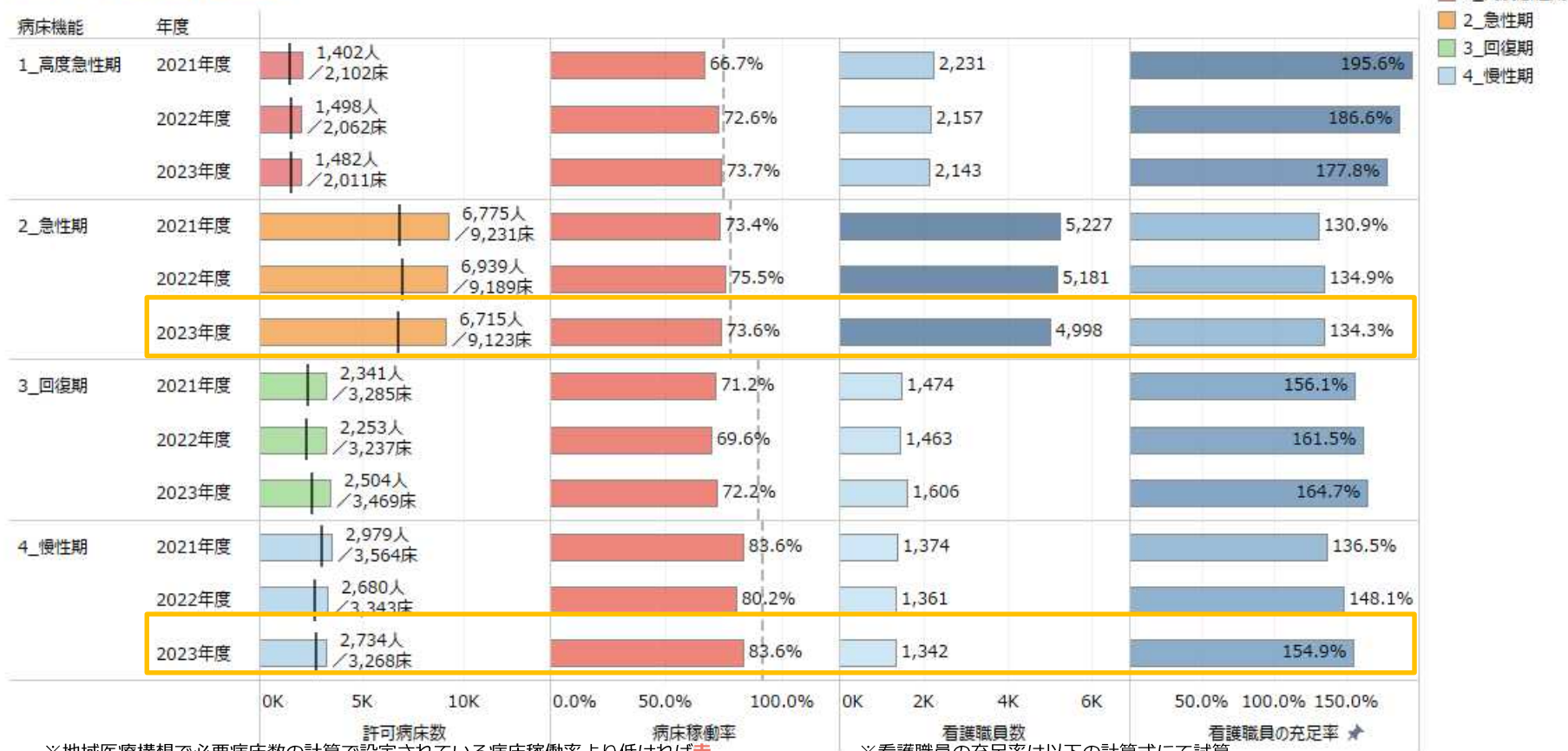
地域医療構想上の2025年推計医療需要と2022年度病床機能報告の結果の差

	2022年度 病床機能報告の結果	地域医療構想上の 2025年推計医療需要	差数
高度急性期	1,482人/日	1,430人/日	+52
急性期	6,715人/日	5,111人/日	+1,604
回復期	2,504人/日	4,608人/日	△2,104
慢性期	2,734人/日	2,999人/日	△265
合計	13,435人/日	14,148人/日	△713

1. 今後の長野県における医療需要推計 病床機能別の病床稼働率：長野県全域

- 急性期は患者数が横ばいである一方で看護職員が減少傾向。
- 回復期は患者数が増加しているものの稼働率が低く、看護師の充足率が高い傾向。

病床機能ごとの看護配置



※地域医療構想で必要病床数の計算で設定されている病床稼働率より低ければ赤
設定された病床稼働率：高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%
※病床稼働率が150%を超える医療機関は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算
①看護職員の勤務時間＝看護職員数（常勤換算）×150時間
②1日あたりの看護職員の配置数＝①÷8時間÷31日
③看護配置（実績）＝1日あたり延べ患者数÷②×3交代
④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
⑤看護職員の充足率＝④÷③

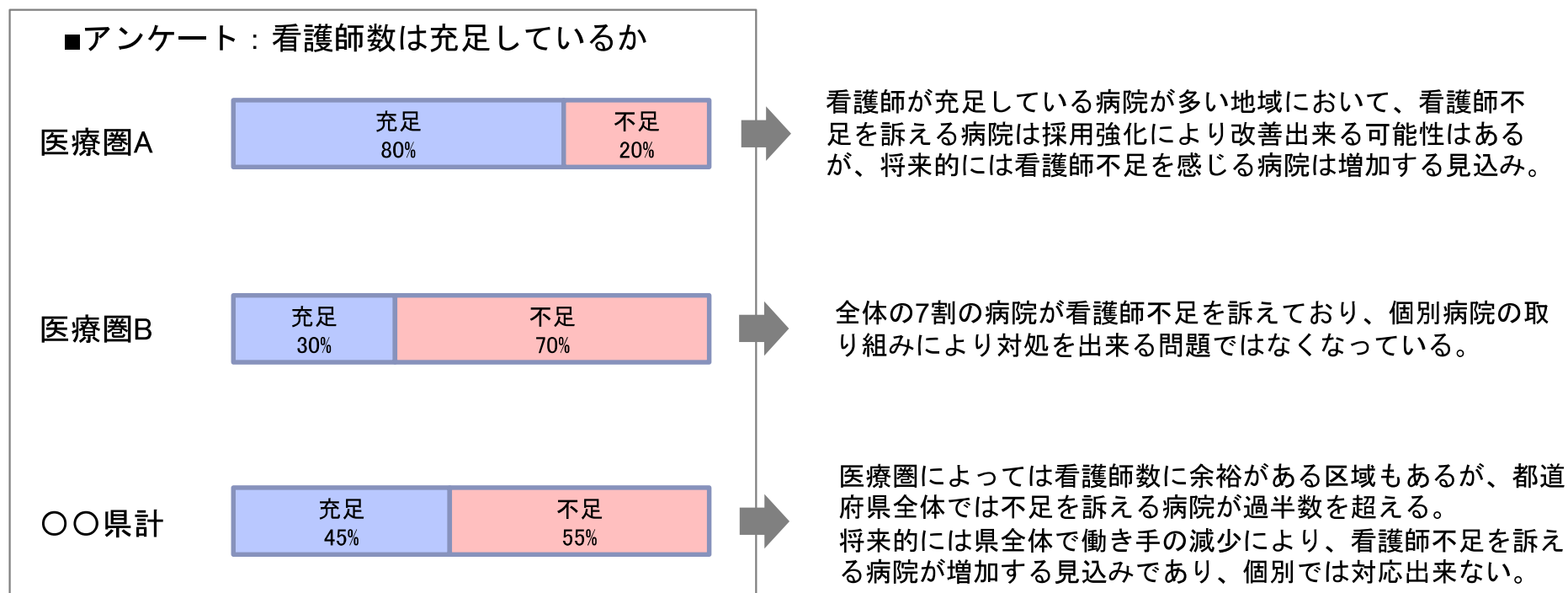


2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

構想区域単位での医療従事者（看護師）の偏在を考える（事例）

- 採用活動を通じて職員を確保することや、それに付帯して勤務環境の改善など魅力的な職場づくりは今後も必要。
- しかし、個別病院の取り組みだけでは職員不足を解消することは難しい時代になりつつある。
- 成行で考えて地域全体の需要に対する供給体制を維持出来ない場合は、供給体制について地域単位の抜本的な見直しと個別病院の生産性改善の双方が必要になる。
- 下記は他の都道府県による看護師充足に関するアンケート結果。
- その他、医師の充足に関するアンケートでは、救急や手術を行う病院は相対的に医師数が多くても医師不足を訴え、それらを担わない病院では相対的に医師数が少なくても医師は充足していると回答。
- それぞれの機能に応じた職員を確保できるように役割分担等を行うことが、今後の地域医療において重要な視点になる。



2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

構想区域単位での医療従事者（看護師）の偏在を考える

- 他の医療圏への患者流出に着目し、自医療圏の役割や自院の役割を再定義することが必要
- これまで、中心的な医療圏が周囲の医療圏からの流入に対応してきたが、これからは中心的な医療圏（長野医療圏や松本医療圏等）が相対的に人手不足に陥る可能性が高い。経営面では採用コストが増加することで損益に大きな影響を及ぼす可能性もある
- 広域による役割分担と連携を成立させるためにも、まずは自医療圏の機能強化が必要

現在起きている事象のイメージ

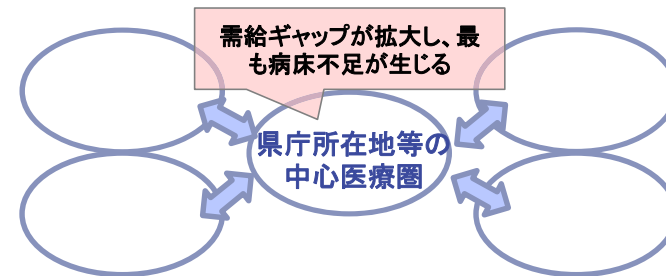
- 中心地域は人手が豊富。その他の地域は人手不足
- 中心地域の病院に頼った医療体制（流出過多）



- 高度な手術や重症患者の救急搬送だけでなく、一般的な病気であっても中心部の医療圏を頼りに患者が流出
- 流出した患者が回復期以降になっても、中心部の医療圏に入院し、自医療圏には戻ってこない
- 医療圏を跨いだ連携（連絡）体制がなく、急性期を脱した後の転院は積極的に行っていない

これからのイメージ

- 中心地域が相対的に最も人手不足になる
- 中心地域を頼ったままでは、全域が危機になる



- 一般的な病気は地域で対応できるように体制強化
- 中心部の医療圏に入院した患者が急性期を脱した後は、自医療圏に円滑に戻れるように広域連携の体制整備

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

救急医療：医療機関所在地別の受入れ状況（実数）

単位：件

	人口	1次救急※					救急搬送受入件数		
		件数	在宅当番医制	休日夜間 急患センター	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設	件数	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設
佐久	204,416	38,797	3,521	1,060	29,598	4,618	10,132	6,366	3,766
上小	193,898	13,670	0	1,134	12,536	0	6,730	6,730	0
諏訪	193,838	37,507	10,490	922	15,061	11,034	8,700	5,233	3,467
上伊那	179,892	13,696	0	4,909	3,771	5,016	4,802	2,387	2,415
飯伊	155,346	21,126	6,542	1,668	7,596	5,320	11,196	2,316	8,880
木曽	25,476	2,392	120	0	2,272	0	1,012	1,012	0
松本	423,668	83,795	16,583	2,780	35,923	28,509	16,856	8,238	8,618
大北	56,232	7,027	0	0	7,027	0	2,507	2,507	0
長野	532,702	74,446	13,953	12,144	40,847	7,502	22,902	16,107	6,795
北信	82,543	11,492	0	217	11,275	0	3,765	3,765	0
県合計	2,048,011	303,948	51,209	24,834	165,906	61,999	88,602	54,661	33,941

※2次救急医療施設および3次救急医療施設は「ウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の受入」の件数

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

救急医療：医療機関所在地別の受入れ状況（人口10万人当たり）

単位：件

	人口	1次救急※					救急搬送受入件数		
		件数	在宅当番医制	休日夜間 急患センター	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設	件数	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設
佐久	204,416	18,979	1,722	519	14,479	2,259	4,957	3,114	1,842
上小	193,898	<u>7,050</u>	0	585	6,465	0	3,471	3,471	0
諏訪	193,838	19,350	5,412	476	7,770	5,692	4,488	2,700	1,789
上伊那	179,892	<u>7,613</u>	0	2,729	2,096	2,788	2,669	1,327	1,342
飯伊	155,346	13,599	4,211	1,074	4,890	3,425	7,207	1,491	5,716
木曽	25,476	<u>9,389</u>	471	0	8,918	0	3,972	3,972	0
松本	423,668	19,778	3,914	656	8,479	6,729	3,979	1,944	2,034
大北	56,232	12,496	0	0	12,496	0	4,458	4,458	0
長野	532,702	13,975	2,619	2,280	7,668	1,408	4,299	3,024	1,276
北信	82,543	13,922	0	263	13,660	0	4,561	4,561	0
県合計	2,048,011	14,841	2,500	1,213	8,101	3,027	4,326	2,669	1,657

※2次救急医療施設および3次救急医療施設は「ウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の受入」の件数

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：長野県全域

- 病床機能報告の結果上では2023年度は2021年度と比べて患者数・看護職員が減少傾向にある。
- 看護師配置基準に対する平均的な充足率は大きな変化はない状況。

年度別の病床稼働率



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- ①看護職員の勤務時間 = 看護職員数 (常勤換算) × 150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数 = ① ÷ 8時間 ÷ 31日
- ③看護配置 (実績) = 1日あたり延べ患者数 ÷ ② × 3交代
- ④看護職員の配置基準 ※急性期一般入院料 1 なら 7対1
- ⑤看護職員の充足率 = ④ ÷ ③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：二次医療圏別

- 医療圏別も同様に、病床機能報告の結果上では2023年度は2021年度と比べて看護職員が減少傾向にある。

年度別の病床稼働率



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- ①看護職員の勤務時間 = 看護職員数 (常勤換算) × 150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数 = ① ÷ 8時間 ÷ 31日
- ③看護配置 (実績) = 1日あたり延べ患者数 ÷ ② × 3交代
- ④看護職員の配置基準 ※急性期一般入院料 1 なら 7 対 1
- ⑤看護職員の充足率 = ④ ÷ ③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

ここまでのポイント！年度別の病床稼働率からみれること

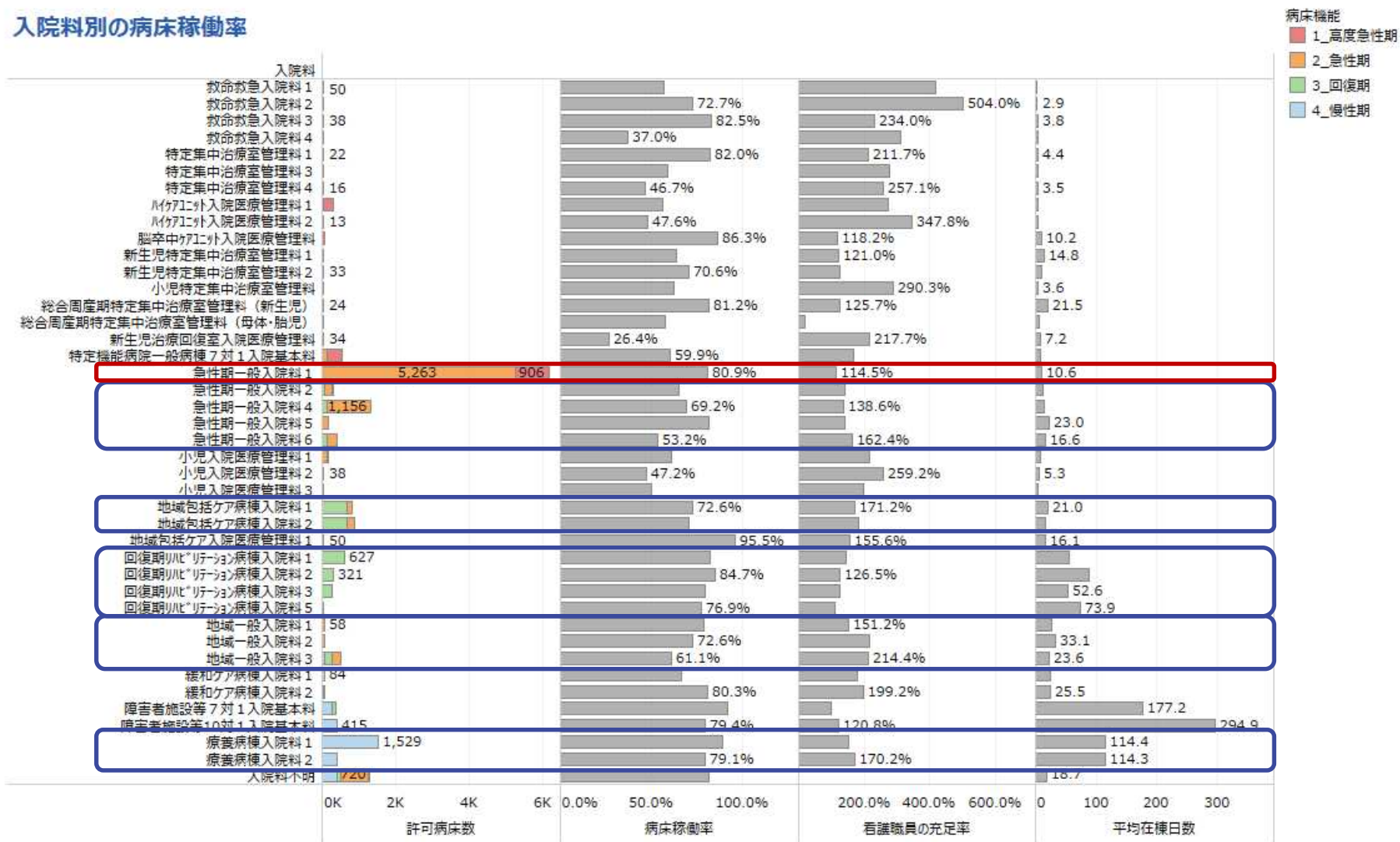
長野県内の医療機関における病棟勤務の看護職員数の観点では、

- 既存の都市部が属する医療圏は病棟看護師数は減少していないが、周辺医療圏が減少傾向がみられる。
- 都市部以外の医療圏においては、生産年齢人口の減少や働き方の変化・就業場所の変化等の影響によりすでに病棟看護師数の減少が顕在化している可能性もあり、医療需要の変化よりも早いスピードで減少している地域も存在する。
その中で地域内の役割分担の協議は、今まで以上により切実なものとして捉えらる。
- 他方で、地方部の医療提供体制が脆弱になる場合、都市部に患者が流入しやすい構造になるため、都市部が相対的に最も人手不足になる可能性も考えうるため、効率的な医療提供の必要があるのではないか。

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況 長野県全域の入院料別実績

- 施設基準の累計が低い基準を届け出ている入院料は稼働率が低く、看護職員の充足率が高い傾向がある。

入院料別の病床稼働率



2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

ここまでのポイント！入院料別実績からみれること①

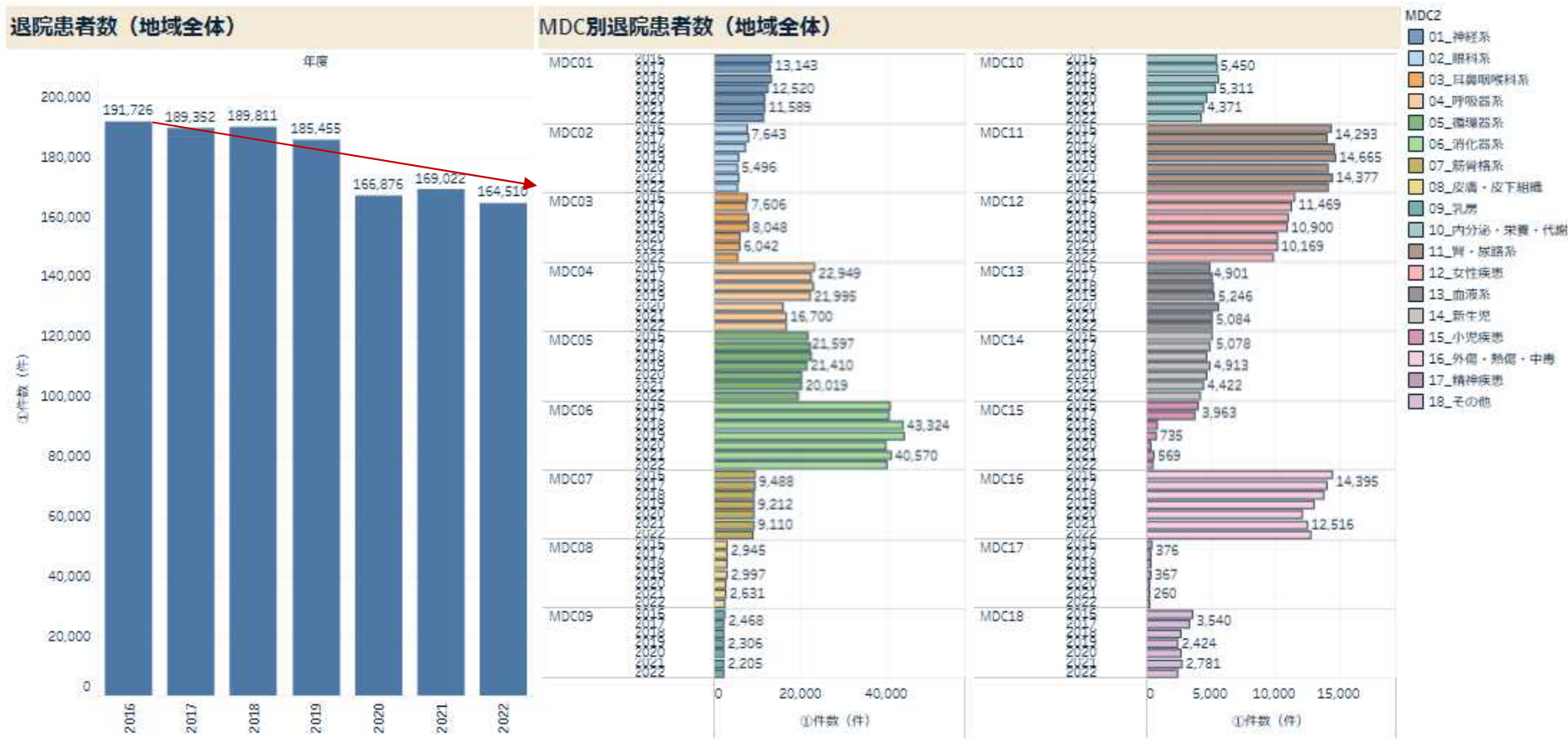
個別医療機関の届出入院料の観点では、

- 各入院料の本来的な施設基準で求められている基準が満たせない病棟の場合、稼働率が低い傾向がみられる。
- また、そのような病棟は看護師の配置基準に対する充足率が高い傾向がみられるため、地域全体の看護職員の効率的な配置という点に意識をしつつ、機能分化・連携について検討されることが望ましいと考えられる。

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

(再掲) DPC参加病院におけるDPC症例数の推移：長野県全域

- DPC症例数は2016年にすでにピークを迎えており、コロナ禍以前の2016年から2019年の間で3%程度症例数が減少していた。
- さらにコロナ禍により2020年に大幅に症例数が減少しているが、2021年には一時回復。2022年にはさらに減少に転じている。



2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

長野県内のDPC対象病院における平均在院日数

告示番号	名称	医療圏	医療機関群	一般病棟の入院料	DPC病床割合	件数	医療機関別在院日数の平均(日)	全国の疾患構成に補正した場合(日)
			標準病院群	急性期一般1	21.1%	782	8.76	8.32
			標準病院群	急性期一般1	56.8%	1,209	8.30	8.60
			標準病院群	急性期一般1	52.8%	4,130	8.81	8.62
			標準病院群	急性期一般1	100.0%	3,220	11.02	9.40
			標準病院群	急性期一般4	32.8%	657	10.39	9.97
			標準病院群	急性期一般1	51.8%	1,797	9.50	10.10
			標準病院群	急性期一般1	69.5%	3,359	11.02	10.29
			特定病院群	急性期一般1	100.0%	10,763	11.23	10.30
			標準病院群	急性期一般4	55.6%	1,040	10.29	10.56
			標準病院群	急性期一般1	70.4%	2,541	10.66	10.70
			標準病院群	急性期一般1	90.9%	9,846	11.95	10.71
			標準病院群	急性期一般1	61.0%	831	12.93	10.74
			大学病院本院群	特定機能7対1	95.0%	13,773	10.79	10.88
			特定病院群	急性期一般1	93.4%	12,515	12.44	11.14
			標準病院群	急性期一般1	33.9%	1,117	12.67	11.22
			標準病院群	急性期一般1	56.5%	754	9.14	11.24
			標準病院群	急性期一般1	88.3%	7,643	11.84	11.32
			標準病院群	急性期一般1	51.3%	2,840	10.43	11.55
			特定病院群	急性期一般1	93.4%	9,561	11.99	11.55
			特定病院群	急性期一般1	88.6%	8,512	11.55	11.58
			標準病院群	急性期一般1	46.5%	1,453	8.24	11.59
			標準病院群	急性期一般1	65.3%	2,155	10.70	11.78
			標準病院群	急性期一般1	51.7%	3,693	13.17	11.83
			標準病院群	急性期一般1	70.9%	4,735	11.92	11.85
			標準病院群	急性期一般1	90.9%	6,643	13.25	11.91
			標準病院群	急性期一般1	100.0%	9,529	12.05	11.93
			標準病院群	急性期一般1	67.4%	4,165	11.29	11.99
			標準病院群	急性期一般1	76.9%	2,897	11.56	12.05
			標準病院群	急性期一般1	72.0%	2,627	12.33	12.10
			標準病院群	急性期一般1	100.0%	814	11.29	12.12
			標準病院群	急性期一般1	49.7%	1,356	12.58	12.30
			標準病院群	急性期一般4	64.2%	1,454	13.60	12.41
			標準病院群	急性期一般1	100.0%	7,617	12.22	12.67
			標準病院群	急性期一般1	55.6%	2,199	12.46	12.69
			標準病院群	急性期一般2	75.7%	3,215	14.65	12.94
			標準病院群	急性期一般4	44.7%	1,451	15.16	13.03
			標準病院群	急性期一般5	18.1%	352	12.63	13.07
			標準病院群	急性期一般1	35.8%	2,486	15.03	13.55
			標準病院群	急性期一般4	42.4%	305	16.39	13.66
			標準病院群	急性期一般4	88.5%	4,661	14.32	14.01
			標準病院群	急性期一般1	68.0%	623	13.23	14.25
			標準病院群	急性期一般1	87.4%	3,190	14.37	14.34

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

ここまでのポイント！入院料別実績からみれること②

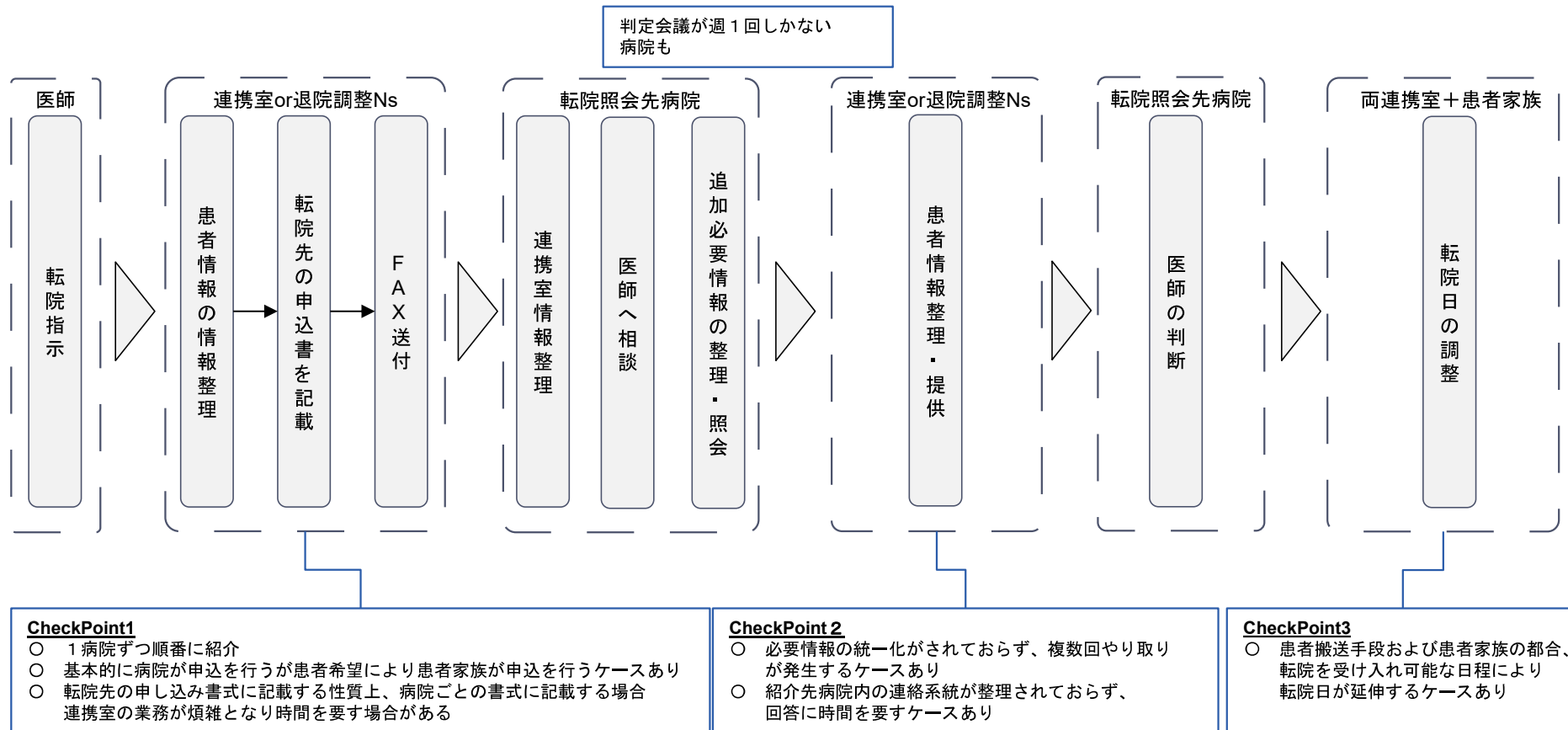
急性期一般入院料1の稼働率について

- 急性期一般入院料1の稼働率は比較的他の入院料よりも高くなっているが、DPC症例数という観点で確認すると、DPC参加病院の県内の症例数はコロナ禍以前より減少し続けている。
- また、医療機関ごとに見ると入院期間が長い医療機関も存在しているため、診療報酬改定による重症度、医療・看護必要度の見直しにより、患者数が継続して減少することが見通される。

地域包括ケア病棟入院料の稼働率について

- 他方で、地域包括ケア病棟については、稼働率が低い状況が続いている一方、上記の通り **急性期一般入院料の受け皿としての機能**が引き続き求められると考える。
- 特に令和6年度の診療報酬改定では院内転棟率の算出方法の見直しにより、厳しい対応が求められた病棟もあると思われるため、200床以上の病院においては、**地域包括ケア病棟について** **自院の中での位置づけだけでなく、地域の中での位置づけ**について確認する必要がある。

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況 (参考) 一般的な転院プロセスと生じる課題



2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：長野県全域（急性期一般入院料1）

年度別の病床稼働率（急性期一般入院料1）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

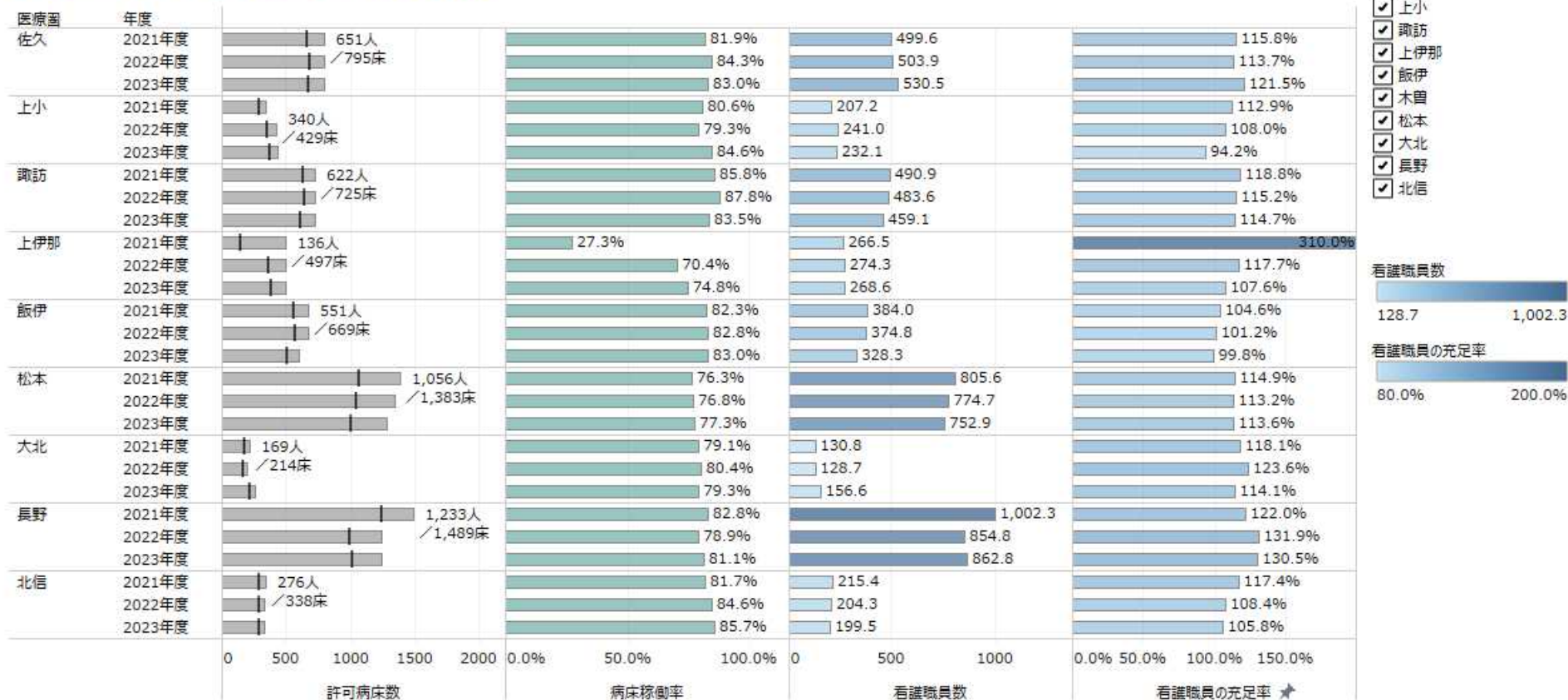
※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- ①看護職員の勤務時間＝看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数＝①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績）＝1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率＝④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：2次医療圏別（急性期一般入院料1）

年度別の病床稼働率（急性期一般入院料1）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

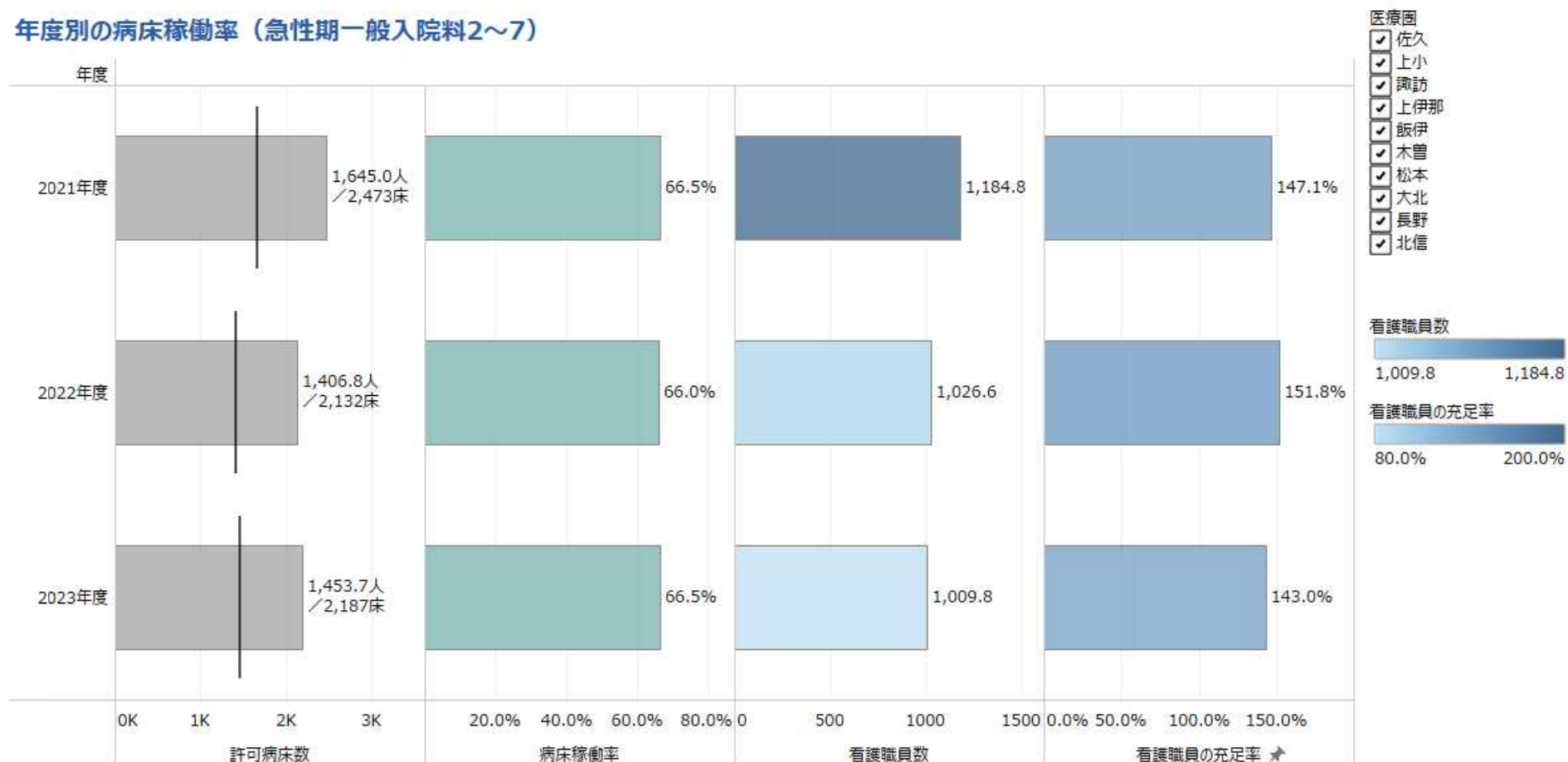
※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- ①看護職員の勤務時間＝看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数＝①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績）＝1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率＝④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：長野県全域（急性期一般入院料2～7）

年度別の病床稼働率（急性期一般入院料2～7）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

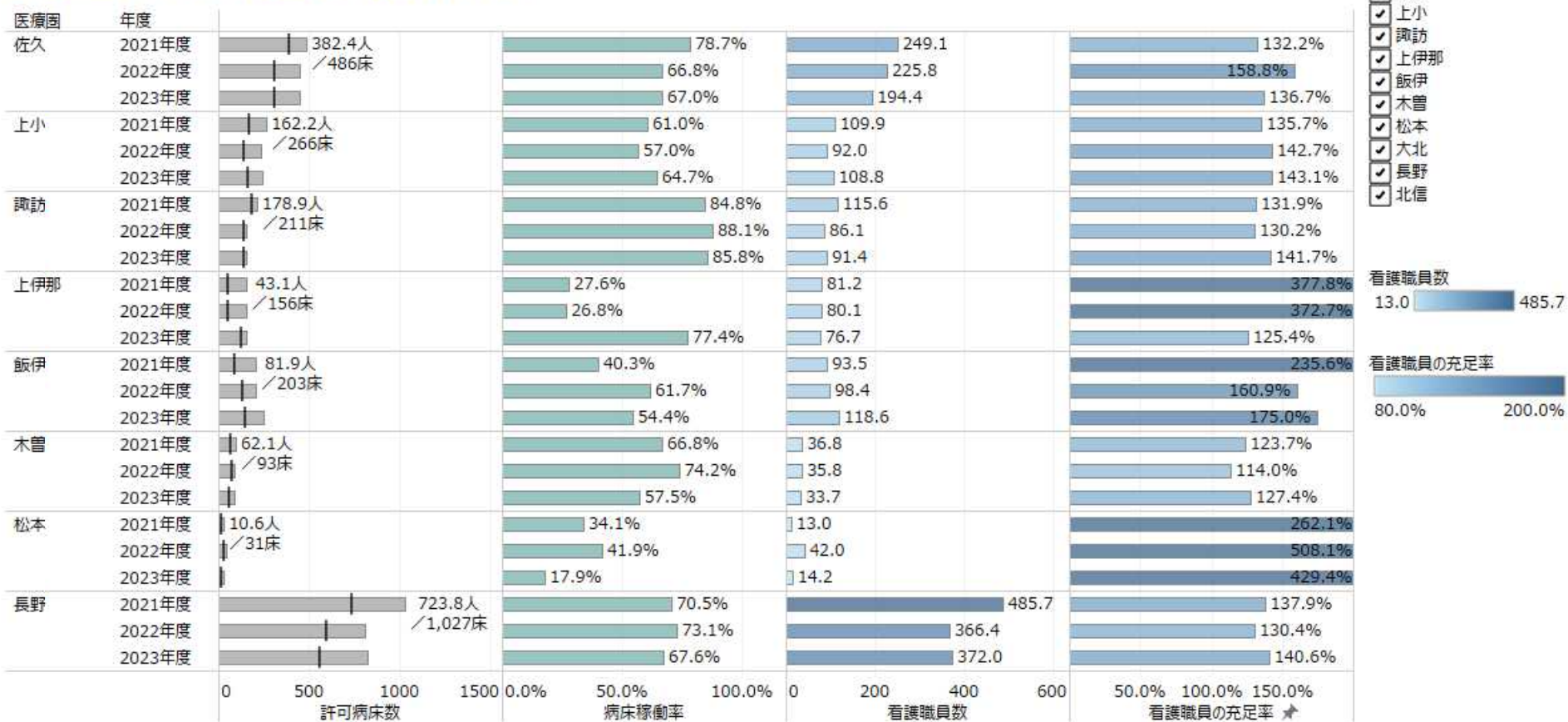
※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- ①看護職員の勤務時間＝看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数＝①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績）＝1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率＝④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：2次医療圏別（急性期一般入院料2～7）

年度別の病床稼働率（急性期一般入院料2～7）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

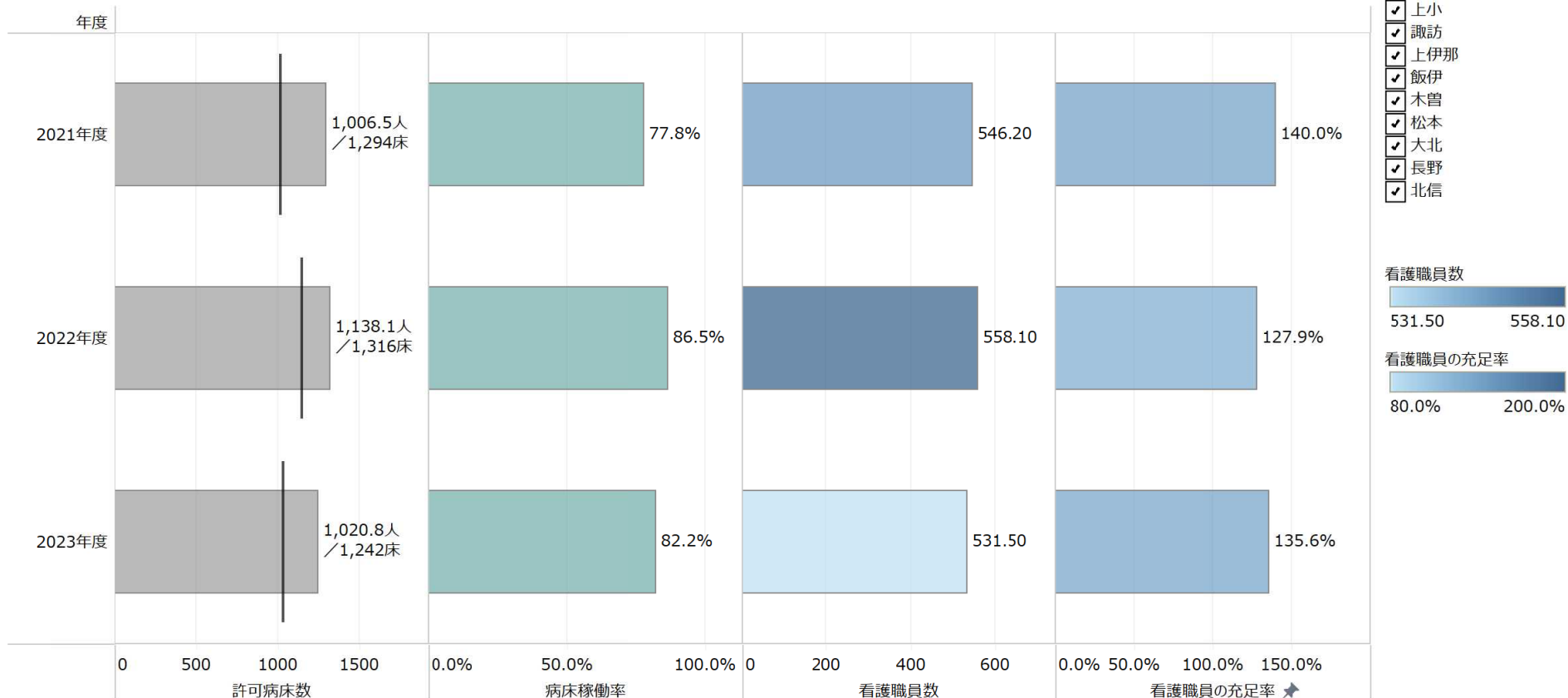
※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- ①看護職員の勤務時間＝看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数＝①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績）＝1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率＝④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：長野県全域（回復期リハビリテーション病棟入院料）

年度別の病床稼働率（回復期リハビリテーション病棟入院料1～6）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- ①看護職員の勤務時間 = 看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数 = ①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績） = 1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率 = ④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：2次医療圏別（回復期リハビリテーション病棟入院料）

年度別の病床稼働率（回復期リハビリテーション病棟入院料1～6）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

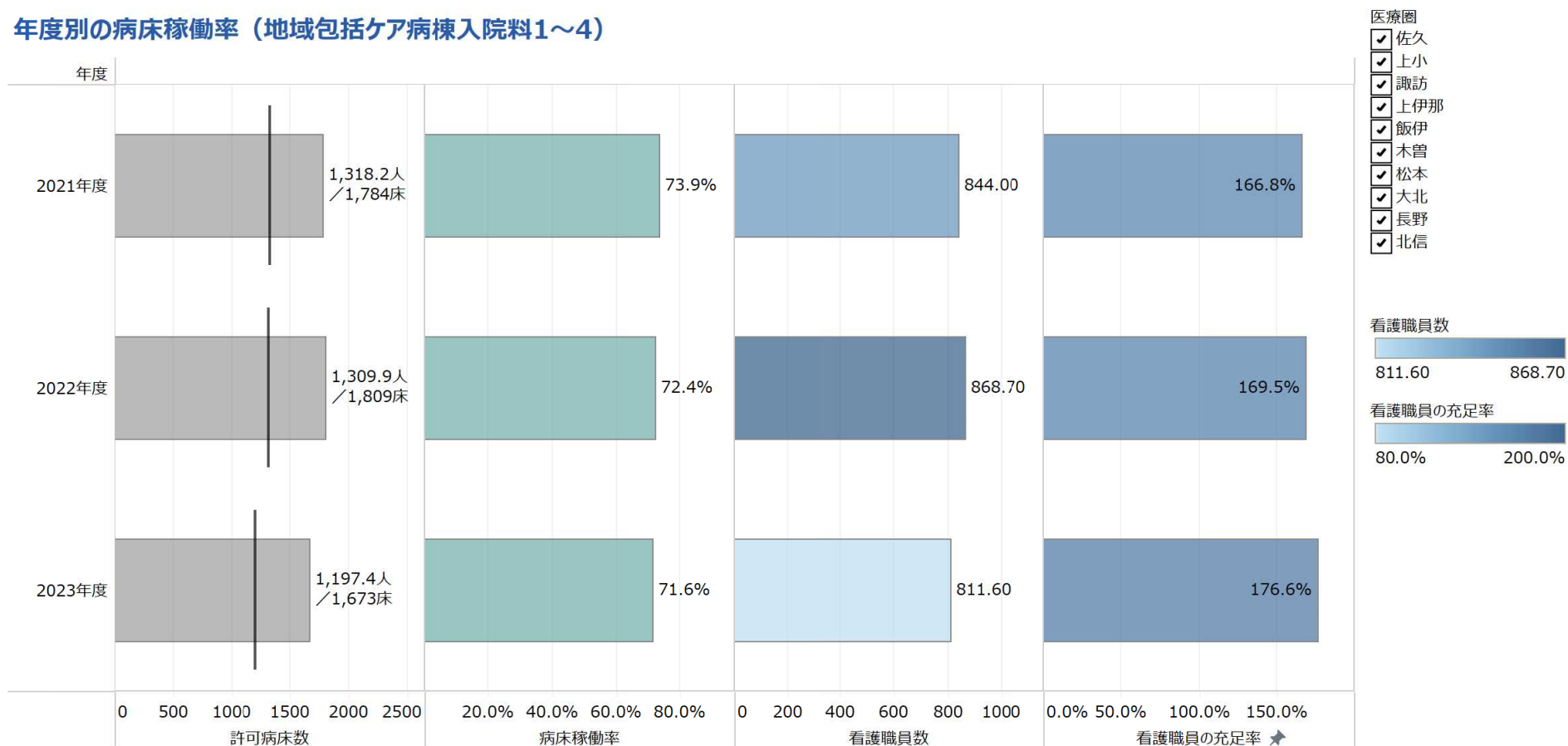
- ①看護職員の勤務時間 = 看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数 = ①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績） = 1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率 = ④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：長野県全域（地域包括ケア病棟入院料）

- （コメント未編集）長野県全域は急性期の患者数が増加傾向にあるが、看護職員が減少傾向にあり、充足率が低くなっている。
- 慢性期については病床稼働率が低く、看護職員の充足率が高い傾向にある。

年度別の病床稼働率（地域包括ケア病棟入院料1～4）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

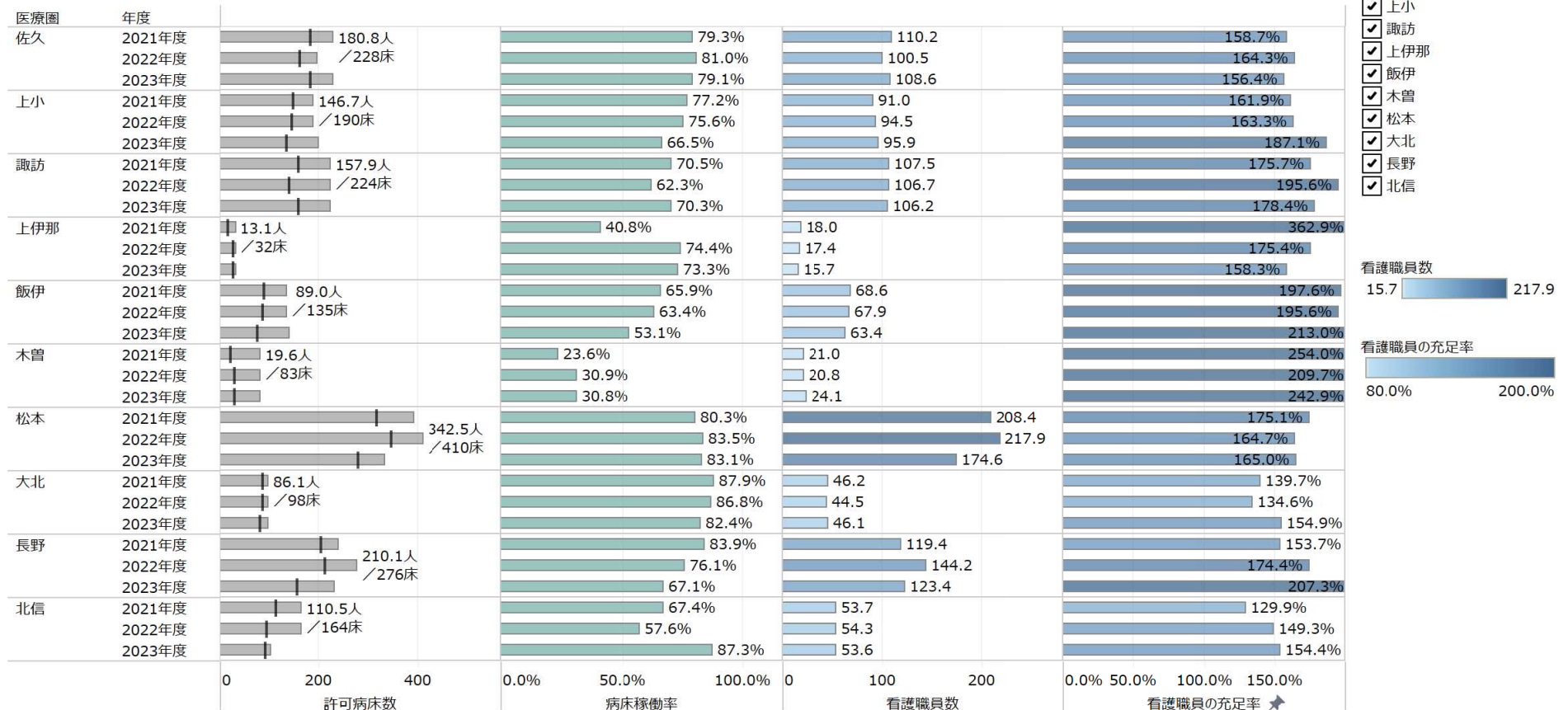
- ①看護職員の勤務時間 = 看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数 = ①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績） = 1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率 = ④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：2次医療圏別（地域包括ケア病棟入院料）

- （コメント未編集）長野県全域は急性期の患者数が増加傾向にあるが、看護職員が減少傾向にあり、充足率が低くなっている。
- 慢性期については病床稼働率が低く、看護職員の充足率が高い傾向にある。

年度別の病床稼働率（地域包括ケア病棟入院料1～4）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

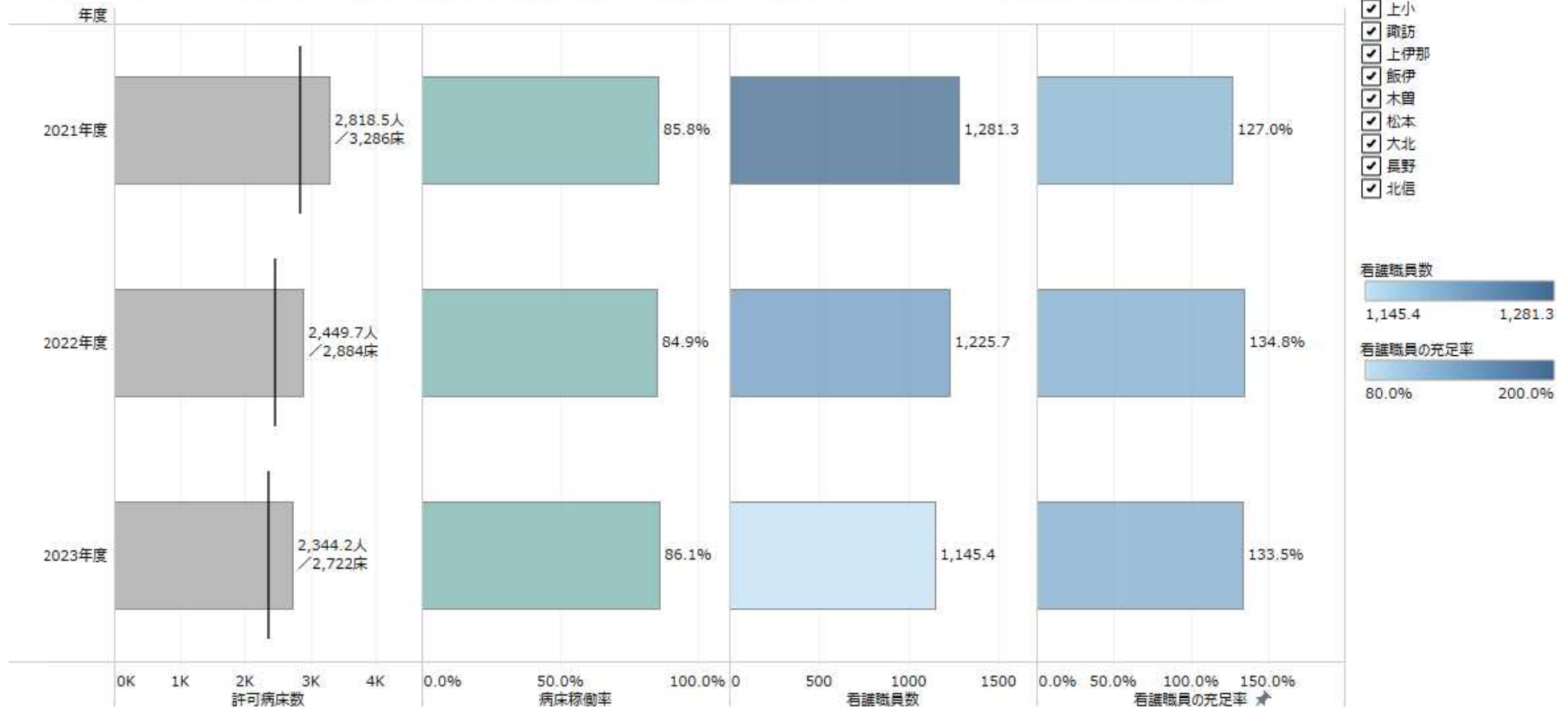
- ①看護職員の勤務時間 = 看護職員数（常勤換算）×150時間
- ②1日あたりの看護職員の配置数 = ①÷8時間÷31日
- ③看護配置（実績） = 1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- ⑤看護職員の充足率 = ④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：長野県全域（療養・障害者施設・特殊疾患）

- （コメント未編集）長野県全域は急性期の患者数が増加傾向にあるが、看護職員が減少傾向にあり、充足率が低くなっている。
- 慢性期については病床稼働率が低く、看護職員の充足率が高い傾向にある。

年度別の病床稼働率（療養病棟入院料1～2・療養特別、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1～2）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

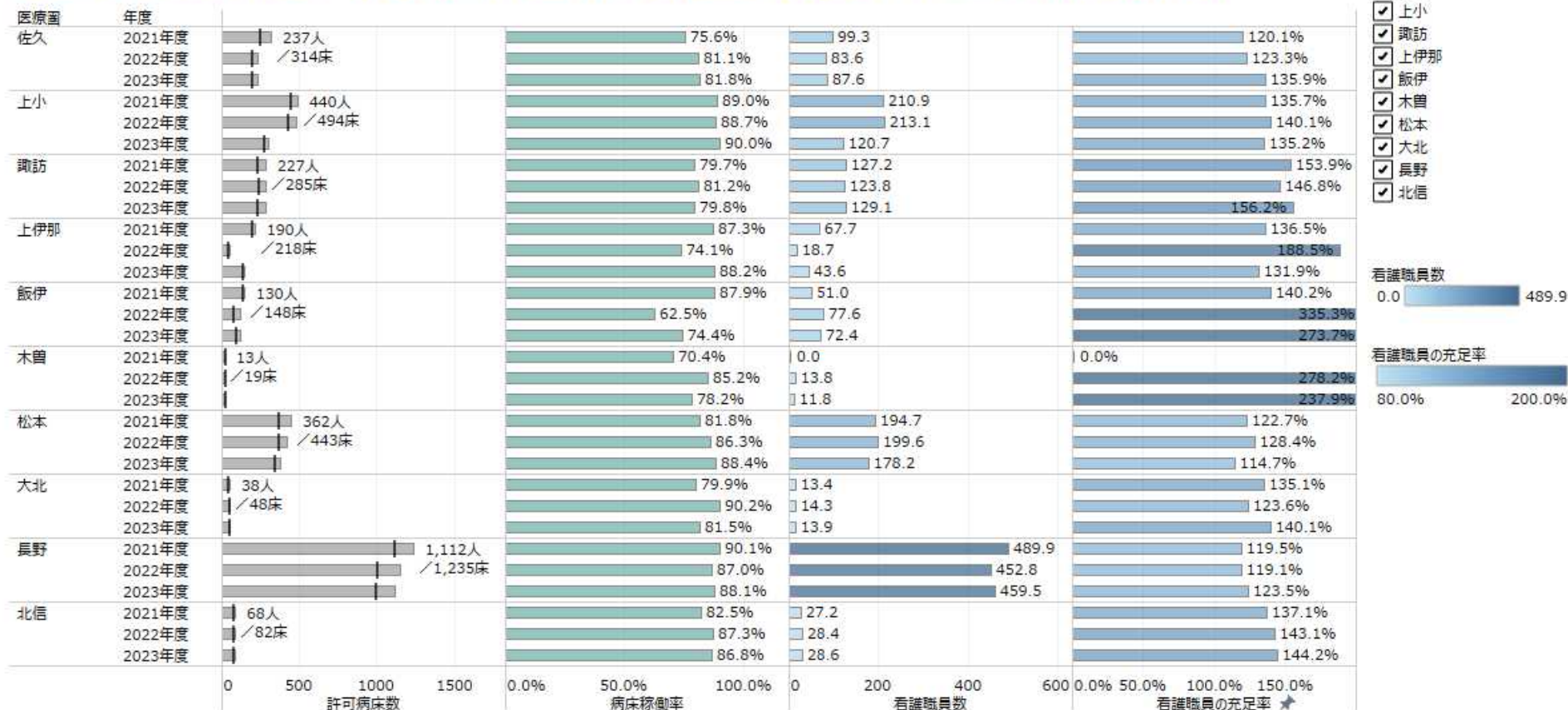
- 看護職員の勤務時間 = 看護職員数（常勤換算）×150時間
- 1日あたりの看護職員の配置数 = ①÷8時間÷31日
- 看護配置（実績） = 1日あたり延べ患者数÷②×3交代
- 看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- 看護職員の充足率 = ④÷③

2. 入院料別稼働率と病棟看護師数の状況

年度別の病床稼働率：2次医療圏別（療養・障害者施設・特殊疾患）

- （コメント未編集）長野県全域は急性期の患者数が増加傾向にあるが、看護職員が減少傾向にあり、充足率が低くなっている。
- 慢性期については病床稼働率が低く、看護職員の充足率が高い傾向にある。

年度別の病床稼働率（療養病棟入院料1～2・療養特別、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1～2）



※病棟ごとの病床稼働率が150%を超える場合は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算

- 看護職員の勤務時間 = 看護職員数（常勤換算）×150時間
- 1日あたりの看護職員の配置数 = ① ÷ 8時間 ÷ 31日
- 看護配置（実績） = 1日あたり延べ患者数 ÷ ② × 3交代
- 看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
- 看護職員の充足率 = ④ ÷ ③



3. 救急搬送に関する現状について

3. 救急搬送に関する現状について

救急搬送：長野県での年度別出場件数

- 2020年度に新型コロナウイルス感染症の影響で一時的に救急需要が落ち込んだものの、高齢化に伴う需要増により件数は年々上昇し、2022年度には過去最多を更新している。
- 医療圏別でも、県全体と同様のトレンドである。

図1：長野県全体での年度別出場件数

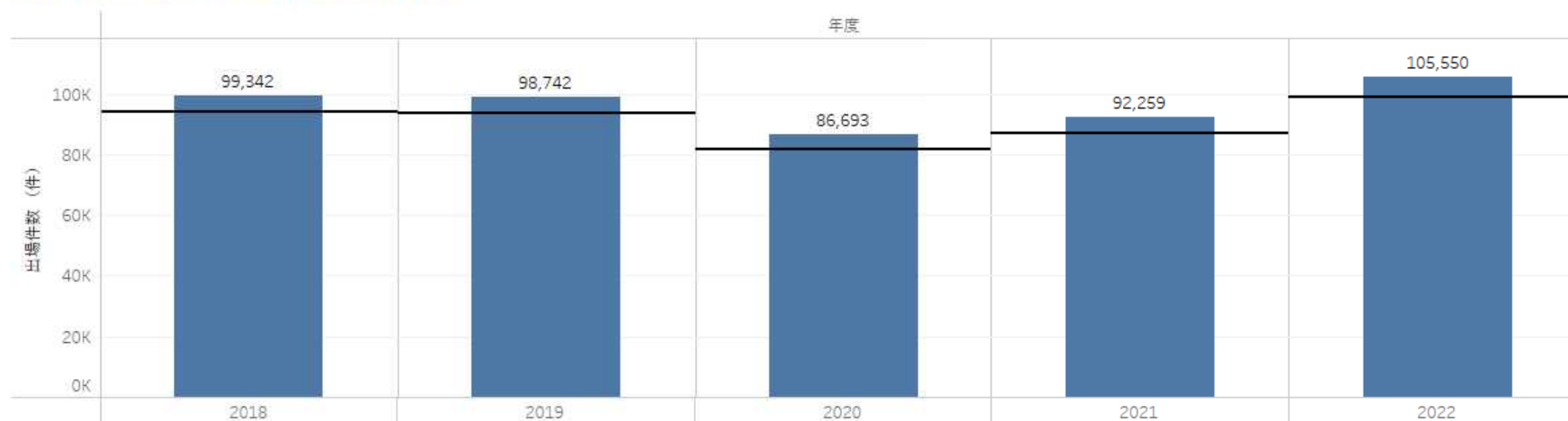
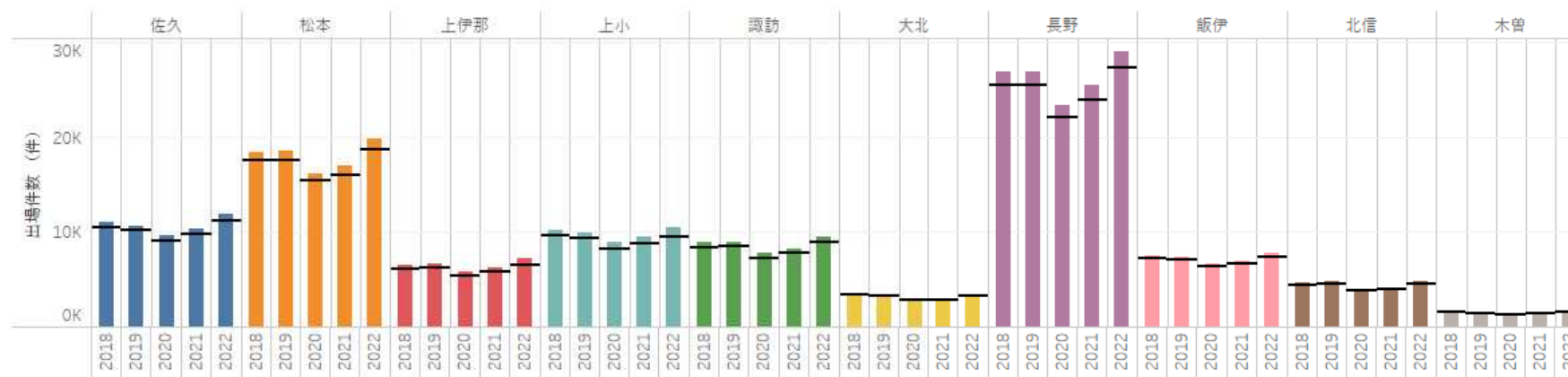


図2：医療圏別での年度別出場件数

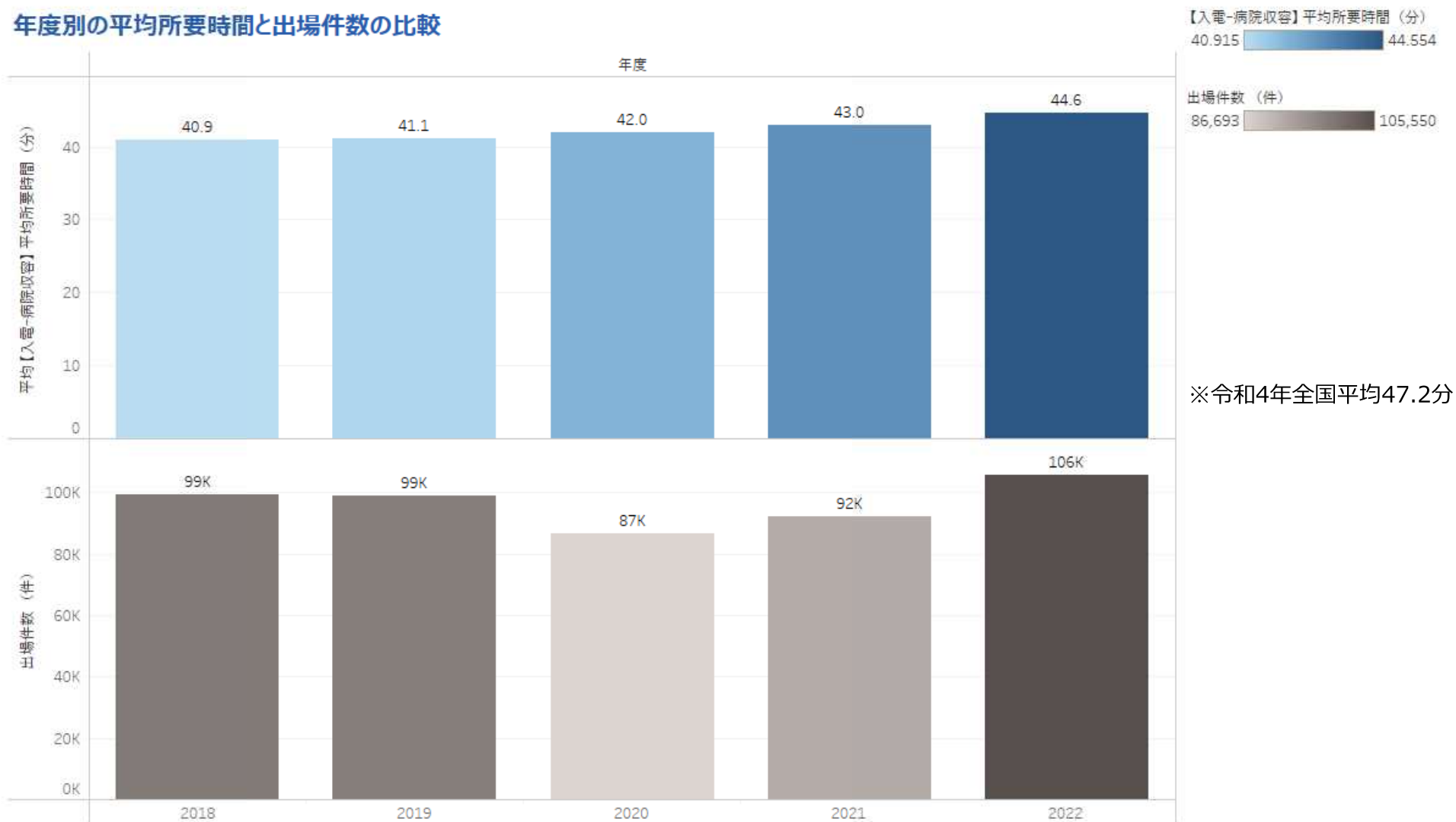


3. 救急搬送に関する現状について

救急搬送：長野県での年度別平均所要時間

- 病院収容までの平均所要時間は、出場件数にかかわらず年々延長している。

年度別の平均所要時間と出場件数の比較



3. 救急搬送に関する現状について

将来推計救急搬送件数：長野県全域

- 救急搬送件数は2035年にピークを迎え、以降減少が見込まれる。
- 2045年まで救急搬送される高齢者が増加し、搬送患者に占める高齢者の割合が増加することが予想される。

図1：年齢区分別の搬送人員数

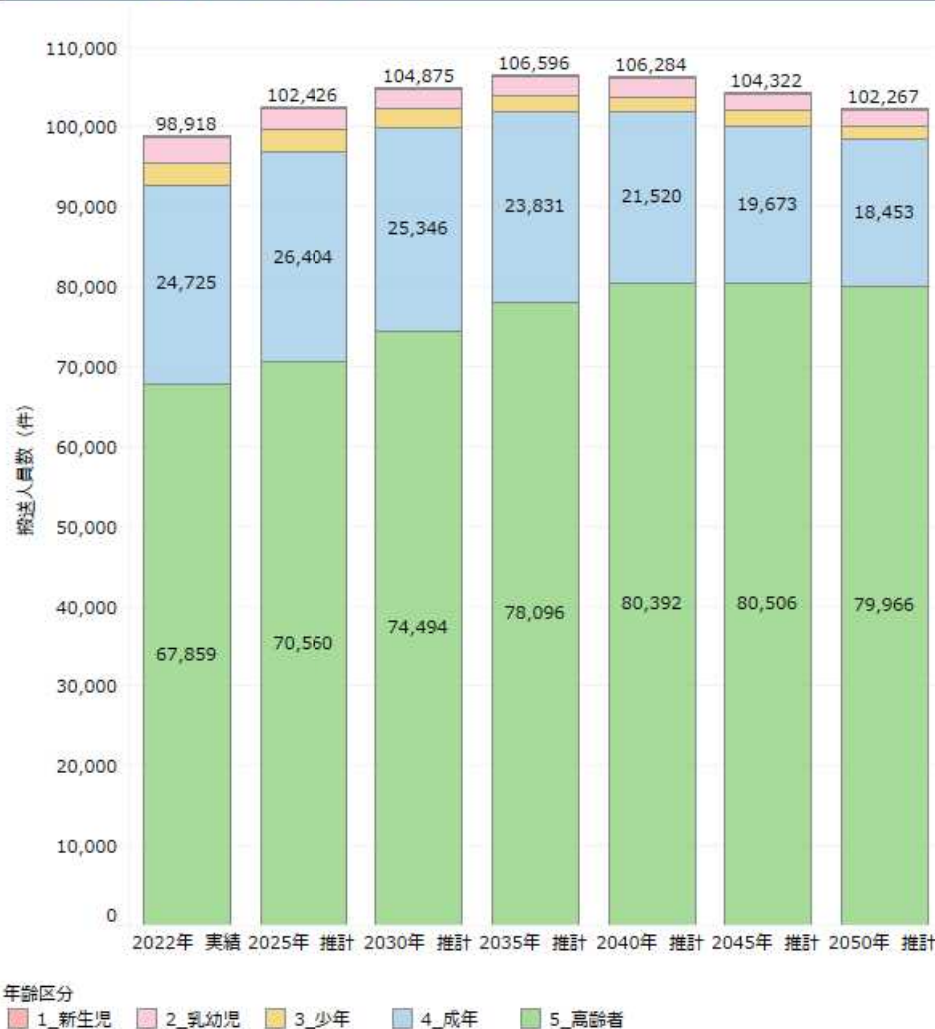
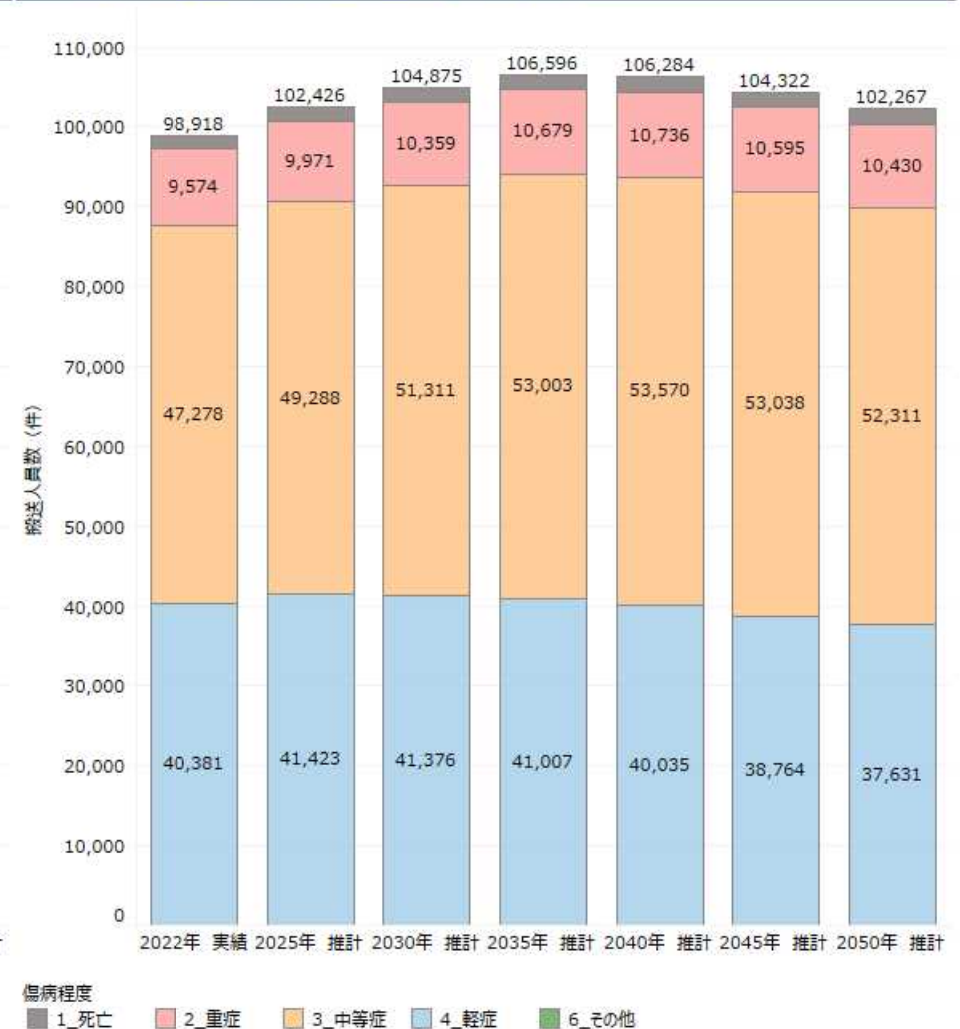


図2：傷病程度別の救急搬送人員数の推計



3. 救急搬送に関する現状について

(再掲) 医療機関所在地別の受入れ状況 (実数)

単位：件

	人口	1次救急※					救急搬送受入件数		
		件数	在宅当番医制	休日夜間 急患センター	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設	件数	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設
佐久	204,416	38,797	3,521	1,060	29,598	4,618	10,132	6,366	3,766
上小	193,898	13,670	0	1,134	12,536	0	6,730	6,730	0
諏訪	193,838	37,507	10,490	922	15,061	11,034	8,700	5,233	3,467
上伊那	179,892	13,696	0	4,909	3,771	5,016	4,802	2,387	2,415
飯伊	155,346	21,126	6,542	1,668	7,596	5,320	11,196	2,316	8,880
木曽	25,476	2,392	120	0	2,272	0	1,012	1,012	0
松本	423,668	83,795	16,583	2,780	35,923	28,509	16,856	8,238	8,618
大北	56,232	7,027	0	0	7,027	0	2,507	2,507	0
長野	532,702	74,446	13,953	12,144	40,847	7,502	22,902	16,107	6,795
北信	82,543	11,492	0	217	11,275	0	3,765	3,765	0
県合計	2,048,011	303,948	51,209	24,834	165,906	61,999	88,602	54,661	33,941

※2次救急医療施設および3次救急医療施設は「ウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の受入」の件数

3. 救急搬送に関する現状について

(再掲) 医療機関所在地別の受入れ状況 (人口10万人当たり)

単位：件

	人口	1次救急※					救急搬送受入件数		
		件数	在宅当番医制	休日夜間 急患センター	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設	件数	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設
佐久	204,416	18,979	1,722	519	14,479	2,259	4,957	3,114	1,842
上小	193,898	7,050	0	585	6,465	0	3,471	3,471	0
諏訪	193,838	19,350	5,412	476	7,770	5,692	4,488	2,700	1,789
上伊那	179,892	7,613	0	2,729	2,096	2,788	2,669	1,327	1,342
飯伊	155,346	13,599	4,211	1,074	4,890	3,425	7,207	1,491	5,716
木曾	25,476	9,389	471	0	8,918	0	3,972	3,972	0
松本	423,668	19,778	3,914	656	8,479	6,729	3,979	1,944	2,034
大北	56,232	12,496	0	0	12,496	0	4,458	4,458	0
長野	532,702	13,975	2,619	2,280	7,668	1,408	4,299	3,024	1,276
北信	82,543	13,922	0	263	13,660	0	4,561	4,561	0
県合計	2,048,011	14,841	2,500	1,213	8,101	3,027	4,326	2,669	1,657

※2次救急医療施設および3次救急医療施設は「ウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の受入」の件数

3. 救急搬送に関する現状について

ここまでのポイント

救急搬送に関する状況について

- D P C 症例数が減少する中で、救急搬送件数については2035年まで増加する傾向がみられる。
- 急性期患者の需要減に合わせて急性期病床のダウンサイズが進められることは経営の面からも必然であるものの、個々の急性期を担う医療機関のマンパワーは厳しくなる可能性がある。
- 他方で、救急患者の受療動向としては1次救急の患者が3次救急医療施設や2次救急医療施設に集中している医療圏が存在する状況であり、患者の重症度、緊急度にかかわらず基幹病院に救急患者が集中することにより、今後救急医療のひっ迫につながるリスクを含んでいる。
- 現に高齢者救急が増加する中で、平均搬送時間（入電から収容まで）は徐々に延伸しており、発熱外来等現場の負担が増加する中で、救急の役割分担などについても対応策については検討する余地があると考ええる。
- 例えば、比較的、稼働率の低い急性期一般入院料 2～6 を届け出る医療機関が地域包括医療病棟の届け出を検討しつつ、サブアキュートの高齢者救急対応の強化し地域型救急として役割・位置づけを見直す等することも考えうるか。

3. 救急搬送に関する現状について

長野県グランドデザインにおける医療機関分類

＜地域型病院・広域型病院が持つ機能として想定するもの＞

地域型病院



＞ 地域包括ケア体制の要となる機能(地域密着型)

【想定する診療機能】

- ・総合診療を提供する機能
- ・他の急性期病院で治療を受け、引き続き入院医療が必要な患者の受入機能
- ・在宅医療を提供する機能(訪問診療、往診、看取り等)
- ・在宅医療を担う診療所や介護施設等を支援する機能(診療所等の医師不在時における支援、レスパイト入院等)
- ・在宅や介護施設等で急変した患者の受入機能
- ・リハビリテーションを提供する機能
- ・長期療養が必要な患者の受入機能

＞ 平日の二次救急患者や休日・夜間の救急患者を受け入れる機能(地域救急型)

【想定する病院】

救急告示病院、病院群輪番制参加病院

＞ 一部の診療領域に特化した機能(地域専門型)

【想定する診療領域】

脳神経外科、精神科、産婦人科 等

広域型病院



＞ 高度・専門的な医療を提供する機能

【想定する診療機能】

- がん：都道府県がん診療拠点病院、がん診療連携拠点病院 等
- 脳卒中：脳血栓溶解療法(rt-PA)、脳外科手術、脳血管内手術が可能 等
- 心血管疾患：大動脈解離、心臓カテーテル治療が可能 等
- 精神疾患：依存症治療拠点機能、児童思春期精神科医療、災害時精神医療分野等における県の拠点機能 等
- 救急医療：救命救急センター 等
- 災害医療：災害拠点病院
- 周産期医療：総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター
- 小児医療：小児中核病院、小児地域医療センター
- 感染症：第一種、第二種感染症指定医療機関 等
- 医師派遣：医師が多数在籍し、医師派遣等により中小病院・診療所を支援する機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

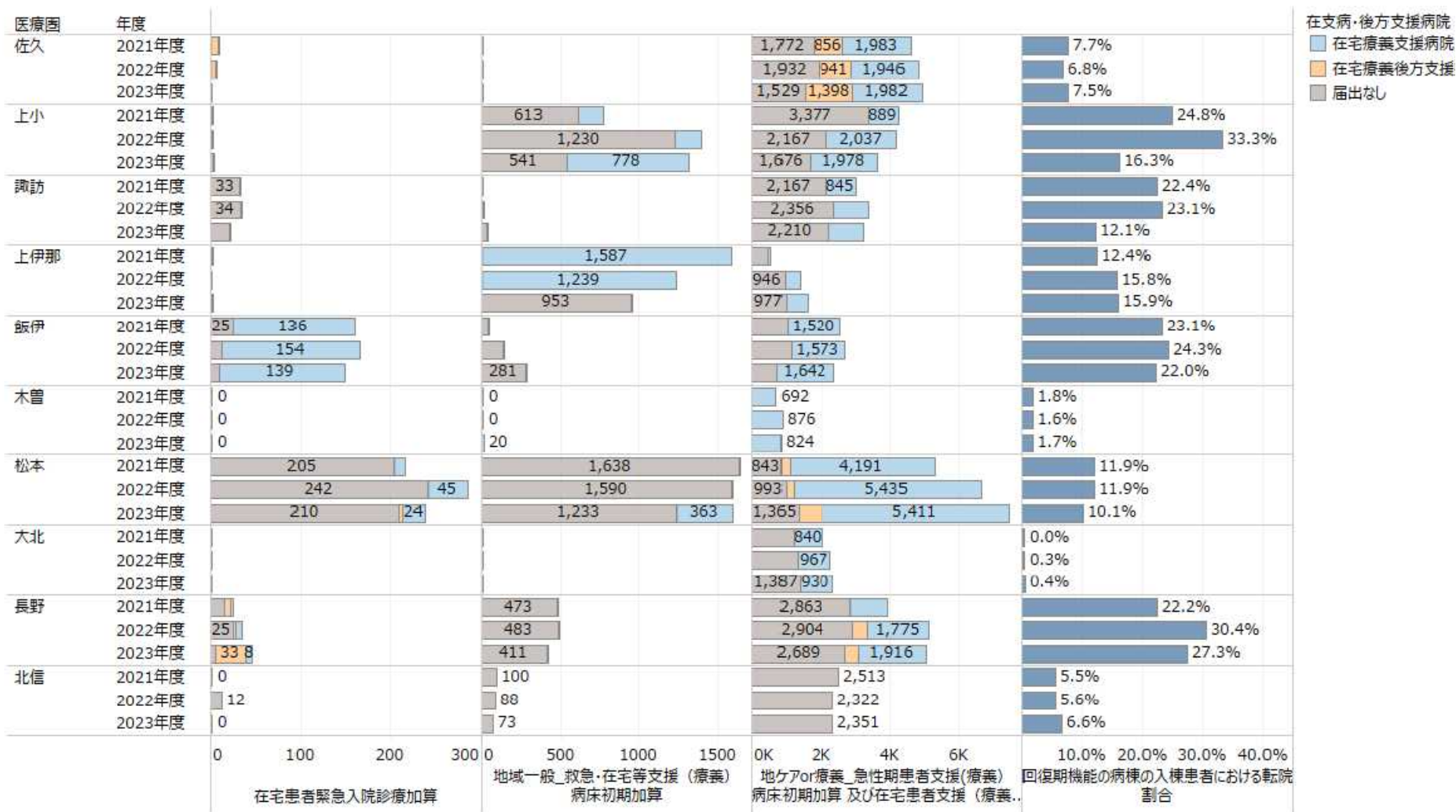
- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

3. 救急搬送に関する現状について

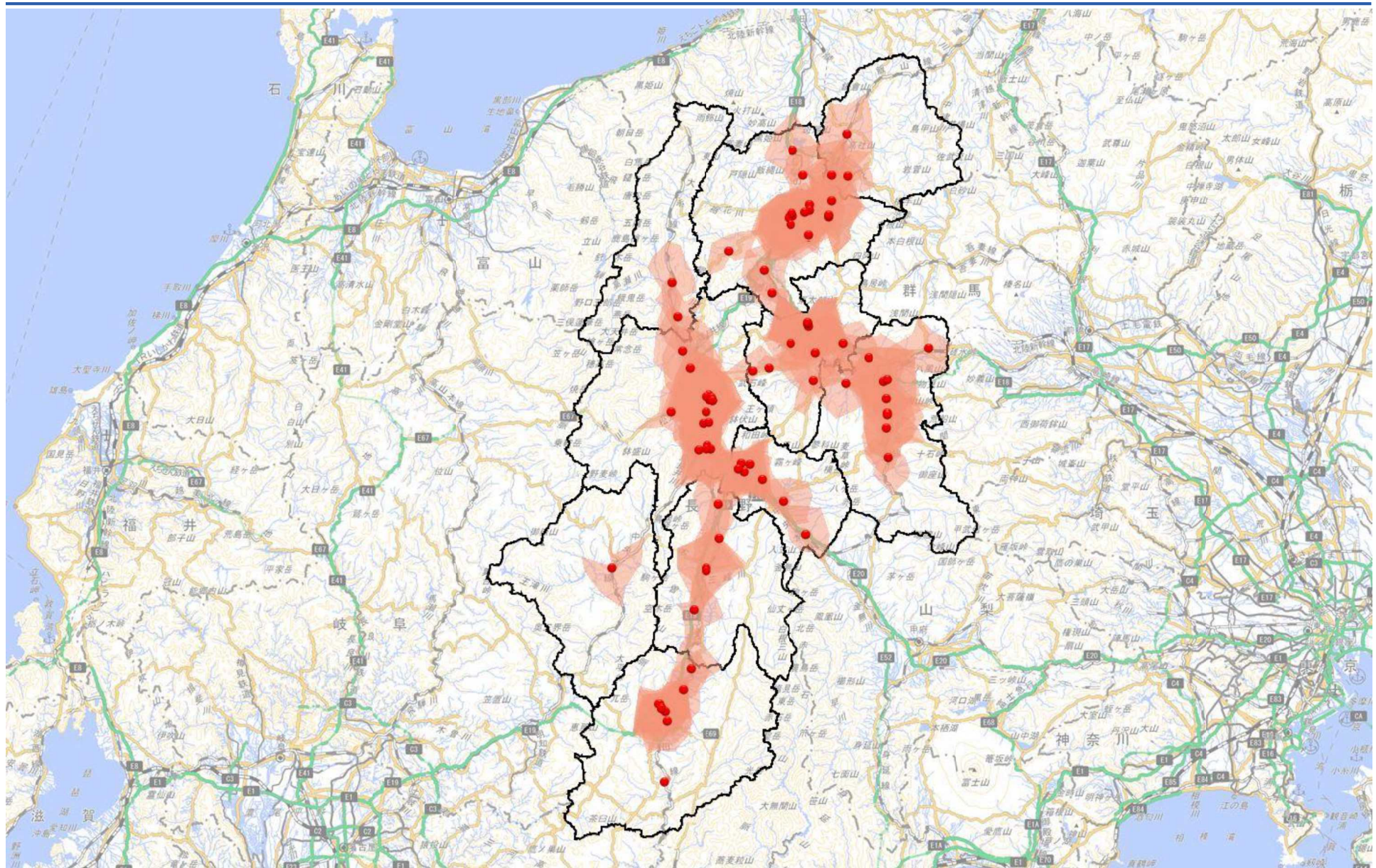
急変対応・急性期からの受け入れ_二次医療圏ごとの算定状況


急変対応・急性期からの受け入れ_概要



3. 救急搬送に関する現状について

急変対応・急性期からの受け入れ_マッピング





4. 地域包括医療病棟について

4. 地域包括医療病棟について

令和6年度診療報酬改定について～地域包括ケア病棟の見直し～

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-③

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○		○	-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○(2つ以上)				○(2つ以上)			
在宅復帰率※1※2	7割2分5厘以上				7割以上(満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型(超強化型を含む)の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

139

4. 地域包括医療病棟について

2024年度診療報酬改定を踏まえた病院群ごとの対応方針

➤ 地域包括医療病棟入院料は増収を期待して導入を検討、地域包括ケア病棟は急性期病棟の必要度を維持するために活用を検討。

病床規模	改定後の必要度	急性期一般入院料1 (回復期機能を持たない)	急性期一般入院料1 (地域包括ケア病棟を持つ)	急性期一般入院料2～6 (回復期機能を持っている想定)
200床以上	基準を満たせる	<p>○ 現状維持 or 在院日数の短縮と患者数減少を踏まえたダウンサイズ</p> <p>改定はプラスに働くが在院日数短縮の影響が直撃している病院群</p>	<p>○ 現状維持 or 必要度を満たすための地域包括ケア病棟の活かし方の検討 or 増収を期待した地域包括医療病棟導入</p>	<p>○ 現状維持 or 必要度を満たすための地域包括ケア病棟の活かし方の検討 or 増収を期待した地域包括医療病棟導入</p>
	基準を満たせない	<p>✕ 急性期2への引き下げ or 増収を期待した地域包括医療病棟導入 or ダウンサイズの検討と地域包括ケア病床導入による急性期病棟の必要度維持</p>	<p>✕ 急性期2への引き下げ or 増収を期待した地域包括医療病棟導入 or ダウンサイズの検討と地域包括ケア病床の院内転倒率の解消</p> <p>地ケアの院内転倒率の基準厳格化と必要度の見直しの影響が直撃している病院群</p>	<p>✕ 急性期入院料の更なる類下げ or 増収を期待した地域包括医療病棟導入 or ダウンサイズの検討と地域包括ケア病床の院内転倒率の解消</p>
200床未満	基準を満たせる	<p>○ 現状維持 or 増収を期待した地域包括医療病棟導入</p>	<p>○ 現状維持 or 増収を期待した地域包括医療病棟導入</p>	<p>○ 現状維持 or 増収を期待した地域包括医療病棟導入</p>
	基準を満たせない	<p>△ 急性期2への引き下げ or 増収を期待した地域包括医療病棟導入 or 地域包括ケア病床・病棟の導入</p>	<p>✕ 急性期2への引き下げ or 増収を期待した地域包括医療病棟導入</p> <p>回復期機能を持ちながらも必要度を満たすことができていない状況を踏まえて、急性期一般入院料、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料の使い分け、最終的な病院の方向性決定が求められる病院群</p>	<p>✕ 急性期入院料の更なる類下げ or 増収を期待した地域包括医療病棟導入</p>

4. 地域包括医療病棟について

地域包括医療病棟入院料の概要

- 当該入院料のコンセプトは、『**高齢者救急の受け入れと早期リハビリ介入によるADLの改善及び在宅復帰の強化**』。
- 平均在院日数と在宅復帰率の2要件の達成は、**リハビリの早期介入でクリアしていく考えを持つ**必要がある。

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

4. 地域包括医療病棟について

地域包括医療病棟入院料の施設基準

▶ 地域包括医療病棟入院料の各要件のクリアの仕方については以下の通り考えるべき。

- ①リハビリ配置：リハビリ技師の生産性向上余地の確認と1病棟ずつ365日リハの拡大。リハビリ技師の採用。
- ②必要度：急性期病棟との兼ね合いで調整。
- ③平均在院日数：リハビリの早期介入での達成を考える（当該入院料の趣旨での達成）
- ④在宅復帰率：リハビリの早期介入での達成を考える（当該入院料の趣旨での達成）

①・②は病院全体としての取り組み

③・④は当該病棟としての取り組み

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



[施設基準] (抜粋)

- (1) **看護職員が10:1以上配置**されていること。
- (2) 当該病棟に**常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (3) 入院**早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備**を有していること。（病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、**ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制**が整備されていること。
（**ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること**等）
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）**であるとするとともに、**入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、**在宅等に退院するものの割合が8割以上**であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、**当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満**であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上**であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な**入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制**を整備していること。
（2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること等）
- (11) **データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出**を行っている保険医療機関であること。
- (12) **特定機能病院以外**の病院であること。(13) **急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない**保険医療機関であること。
- (14) **脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出**を行っている保険医療機関であること。

4. 地域包括医療病棟について

地域包括医療病棟入院料の導入が実現可能性の高いケース

< 点数設計上の観点 >

- 基本的に10対1の病院であると大半は増収が期待できる。
- 7対1の病院（DPC病院と想定）は医療機関係数が低いと増収が期待できる。
- 整形外科症例は、DPC点数が低めに設定されているため増収しやすい。一方で、内科系疾患は入院期間Ⅰの期間は大きな増収は見込めない、入院期間Ⅱ以降に増収が見込める。

< 構造上の特徴 >

- 回復期リハビリテーション病棟があると導入しやすい（在宅復帰先の対象・リハビリ技師数・365日リハ）。
- 内科系疾患だけでの施設基準の達成が困難なケースが多いため、混合病棟での運用に慣れている（そのため小規模病院で既に混合病棟で運営している病院の方が導入しやすい傾向がある）。

前提として、地域包括医療病棟入院料の政策趣旨を理解したうえで、
『高齢者救急の受け入れと早期リハビリ介入によるADLの改善及び在宅復帰の強化ができる病棟』
として導入を検討することが望ましい

4. 地域包括医療病棟について

事例：200床未満の地域のケアミックス病院

< 当該事例のPoint >

- 改定後、急性期一般入院料1の必要度をギリギリ満たすことができたため7対1を維持することを決断。直近、患者数の減少による収支悪化が進行したため、急性期一般入院料2・3へ引き下げとなっても増収効果を求め地域包括医療病棟への転換を検討。

病院概要

- 民間医療法人、200床未満の地域のケアミックス病院。
- 病床数190床／病棟数4病棟。
- DPC標準病院群、機能評価係数1.32。
- 医療圏内に高度急性期病院が2病院、循環器の専門病院が1病院あり、地域の2番手病院として、それ以外の急性期医療を担う。

病棟構成(再編前後)

病棟・入院料	病床数・診療単価		病棟・入院料
急性期1 +リ栄口加算 (外科系)	50床 68,000円/日		地域包括医療病棟入院料 +リ栄口加算 (外科系)
急性期1 (内科系)	50床 42,000円/日		急性期2or3 (内科系+外科系・短期滞在 手術)
回りハ1	45床 38,000円/日		回りハ1
療養1	45床 22,000円/日		療養1

検討前の背景・検討フェーズで出た意見・検討結果

< 検討前の背景 >

- 2024年度改定で急性期一般入院料1の必要度の基準を下回ることを想定していたが、ギリギリの水準で満たすことができた。
- 急性期1の必要度が満たせなくなった場合は、内科系病棟に地域包括ケア病床を数床導入し、必要度が付かない患者を逃がす予定だった。

< 検討フェーズで出た意見 >

- 急性期一般入院料1を維持するだけの施策では収支改善が足りない。地域包括医療病棟入院料の導入効果程の効果を得られる施策はない。
- 多少の**病棟運営の変更(病棟ごとの診療科構成の変更、病棟看護師のチーム編成など)が必要。**
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を外科病棟で算定しているが、内科病棟でも算定を目指し、政策上求められる機能として目指していくことも検討。

< 検討結果 >

- 急性期一般入院料1の基準を満たすため、**内科系病棟に地域包括ケア病床を導入することの方がハードルが低く機能転換できたが、整形外科疾患だけでも年間5,000万円程度の増収が見込めるため、外科系病棟を地域包括医療病棟へ転換することを優先的に検討。**
- 内科系病棟の必要度をコントロールするため、回りハ病棟の対象とならない整形外科疾患、外科系疾患(短期滞在手術含む)は内科系病棟に入れ替えることを想定。

最後に～本日お話したこと①～

- 加速度的に生産年齢人口が減少することが見通される中で、**現状の病棟構成をベースとすると施設基準上、病棟に必要な看護師数が減らず、医療従事者の奪い合いが発生してしまう可能性がある。**
- 既存の**都市部が属する医療圏は病棟看護師数は減少していないが、周辺医療圏が減少傾向がみられる。**都市部以外の医療圏においては、**病棟看護師数の減少が医療需要の変化よりも早いスピードで減少している地域も存在**する。他方で、地方部の医療提供体制が脆弱になる場合、都市部に患者が流入しやすい構造になるため、**都市部が相対的に最も人手不足になる可能性**も考える。
- 各入院料の**本来的な施設基準で求められている基準が満たせない病棟**の場合、**稼働率が低い傾向がみられる。**また、**そのような病棟は看護師の配置基準に対する充足率が高い傾向がみられる**ため、地域全体の看護職員の効率的な配置という点に意識をしつつ、機能分化・連携について検討されることが望ましいと考えられる。
- **急性期一般入院料1については**、D P C参加病院の県内の症例数はコロナ禍以前より減少し続けており、診療報酬改定による重症度、医療・看護必要度の見直しにより、**患者数は継続して減少することが見通される。**
- 地域包括ケア病棟入院料については、稼働率は低い傾向があるものの**急性期一般入院料の受け皿としての機能**が引き続き求められると考えられ、特に200床以上の病院においては、**自院の中での位置づけだけでなく、地域の中での位置づけについて確認**する必要がある。

最後に～本日お話したこと②～

- 高齢者人口の増加にともない救急搬送件数が増大し、コロナ禍以降救急業務も複雑になる中、搬送時間は延伸している。他方で、地域によっては患者の重症度、緊急度にかかわらず基幹病院に救急患者が集中することにより、今後救急医療の逼迫につながるリスクを含んでいる。
- 他方で、急性期患者の需要減（DPC症例数の減少）に合わせて急性期病床のダウンサイズが進められることは経営の面からも必然であるものの、個々の急性期を担う医療機関のマンパワーは厳しくなる可能性がある。
- 例えば、比較的、稼働率の低い急性期一般入院料2～6を届け出る医療機関が地域包括医療病棟の届け出を検討しつつ、サブアキュートの高齢者救急対応の強化し地域型救急として役割・位置づけを見直す等することも考えうるか。
- 令和6年度診療報酬改定や新地域医療構想さらには長野県のグランドデザインにおいても地域に密着した高齢者救急の対応が期待されている。

ご清聴ありがとうございました