



2016年診療報酬改定のポイント 入院医療と在宅医療

日時

2015年 **12月14日** (月)

19:20~20:00

(講演30分+質疑応答10分)

演者

武藤 正樹 先生

国際医療福祉大学大学院
医療経営管理分野 教授

政府委員等

- ・中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会会長
- ・療養病床の在り方等に関する検討会委員

著書

『2025年へのロードマップ-医療計画と医療連携最前線-』医学通信社2013年

『2025年へのカウントダウン-地域医療構想・地域包括ケアはこうなる!-』医学通信社2015年 他多数

地域医療構想

2025年へ向けて変わる地域医療

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)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、都道府県に報告する。

※ 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)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸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機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

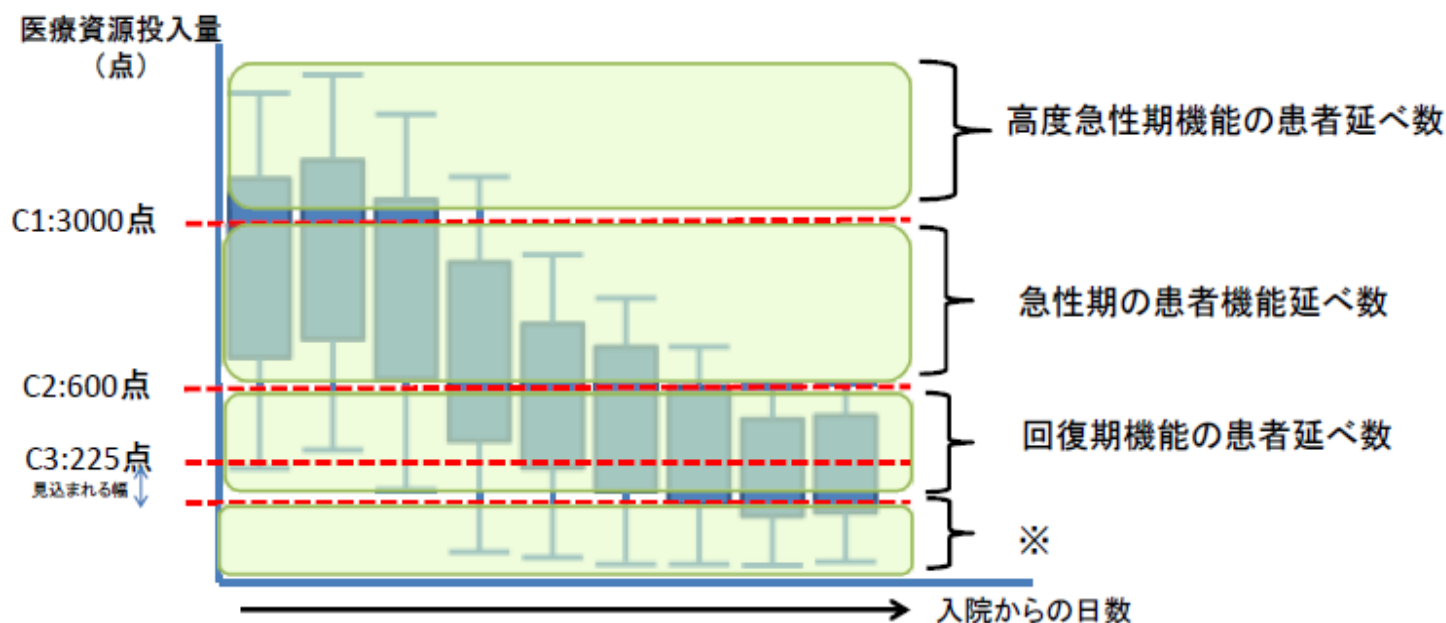
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇒ ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等を行ないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2016年診療報酬改定

1. 入院医療について
- 2 在宅医療について

1. 入院医療について

中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に
与えた影響等について審議
設置: H17
会長: 松原由美(明治安田生活福
祉研究所首席研究員)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度2回
平成26年度6回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルール
を審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学
法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益
=4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度14回
平成24年度8回
平成25年度13回
平成26年度3回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における
費用対効果評価導入の
在り方について審議
設置: H24
会長: 田辺国昭(東京大学大学
院法学政治学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人
=6:6:4:3
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度8回
平成25年度7回
平成26年度7回

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算
定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総
合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益=4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度8回
平成24年度1回
平成25年度10回
平成26年度4回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあら
かじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(国立社会保障・人口
問題研究所所長)
委員: 支払: 診療: 公益=5:5:6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度開催なし
平成24年度5回
平成25年度2回
平成26年度7回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査
についてあらかじめ
意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口靖子(早稲田大学政
治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益
=5:5:4
開催: 調査設計で開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度1回
平成26年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中進(慶應義塾大学大学院経営管理研究科名誉教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中進(慶應義塾大学大学院経営管理研究科名誉教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技
術的課題等について調査審議
する必要があるとき、有識者に
意見を聞くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等に
ついての調査審議
設置: H12
委員長: 清野精彦(日本医科
大学千葉北総病院病院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価
収載、緊急収載等に
応じて、月1回程度

保険医療材料 専門組織

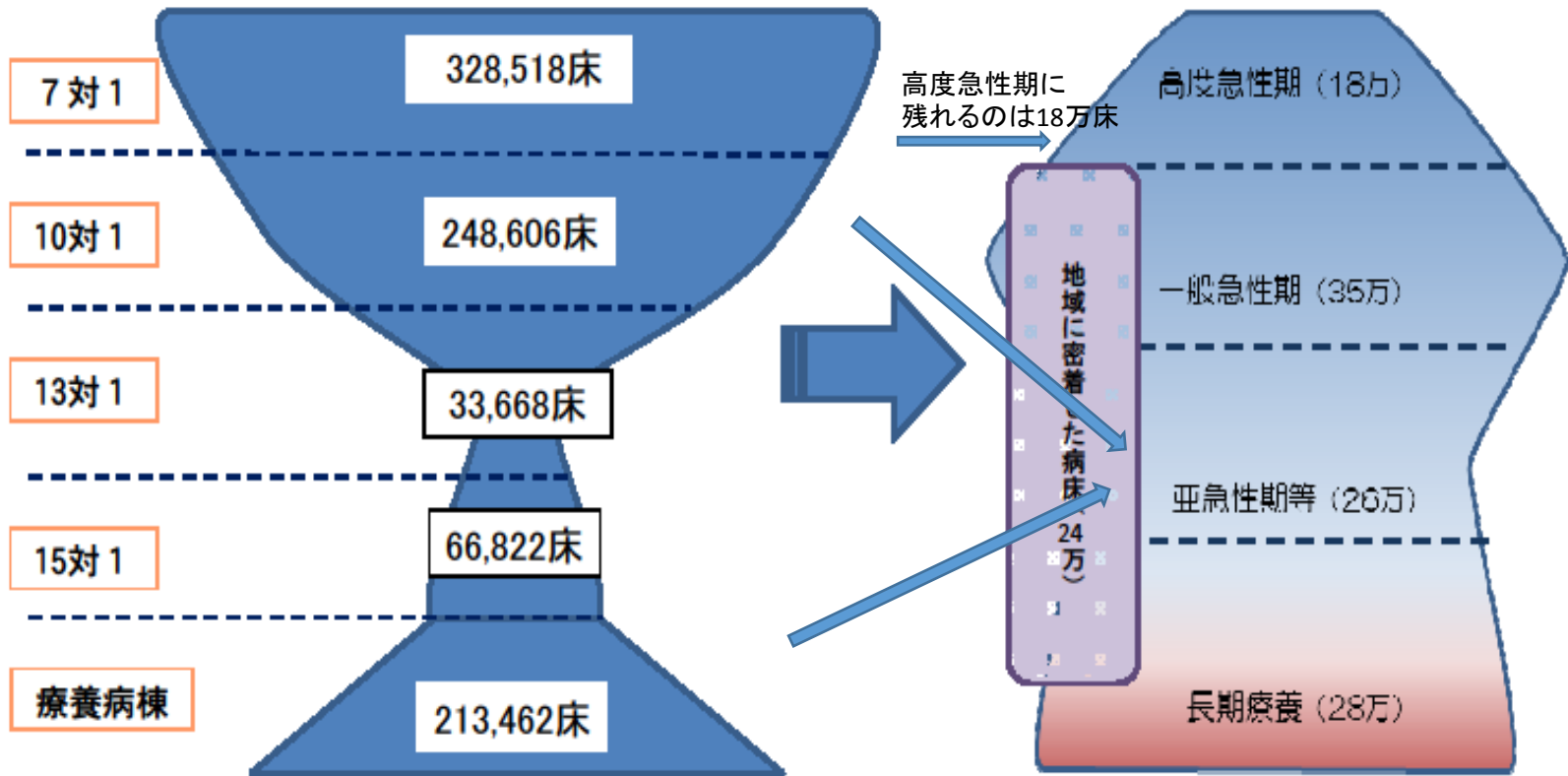
所掌: 特定保険医療材料の保
険適用についての調査
審議
設置: H12
委員長: 渡辺守
(東京医科歯科大学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険
収載等に応じて、3月
に3回程度

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会 委員名簿

氏名	所属
あんだう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会本部 相澤東病院開設準備室 室長
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
ほっさか こうじ 發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数 診療報酬による病床機能分化 ~ウィングラス型からヤクルト型へ~



保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

次期報酬改定へ向けての 入院医療3つのポイント

ポイント① 7対1病床の要件見直し

(ア)重症度、医療・看護必要度の見直し

(イ)在宅復帰率の見直し

ポイント② ICUの重症度、医療・看護必要度の見直し

ポイント③ 地域包括ケア病棟の要件見直し

ポイント①

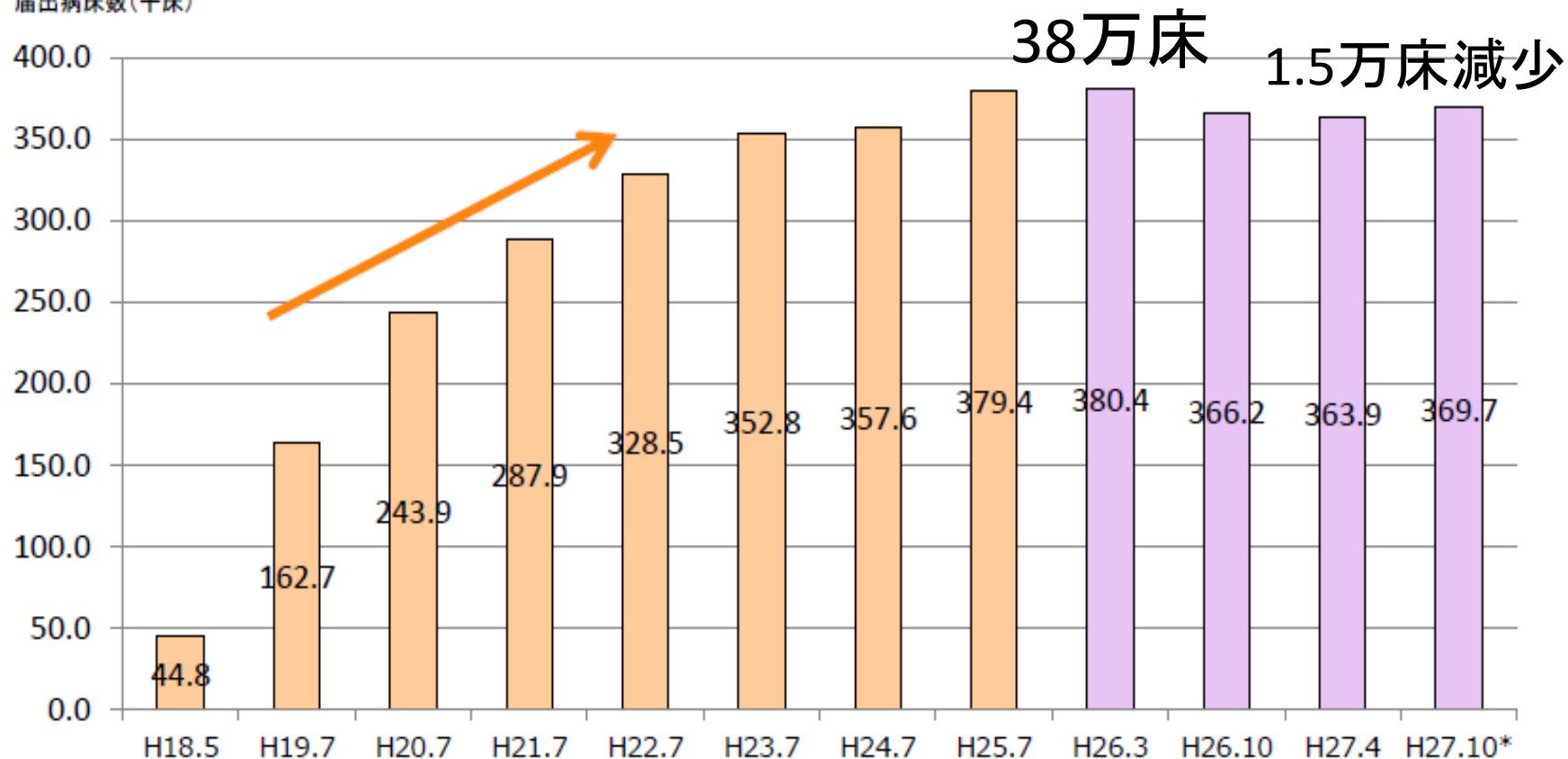
7対1病床の要件見直し

- (ア)重症度、医療・看護必要度の見直し
- (イ)在宅復帰率の見直し

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度には減少したが、直近の6か月では増加がみられた。

届出病床数(千床)



出典: 保険局医療課調べ

*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料(7対1)から一般病棟入院基本料(7対1)に変更した2医療機関(病床数計約1.8千床)を含む。

※平成26年10月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

(ア)重症度、医療・看護必要度の見直し

A項目、B項目の見直し

A項目(モニタリング及び処置等)

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
	追加④	②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
	追加④	④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
	追加④	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

B項目(患者の状態)

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

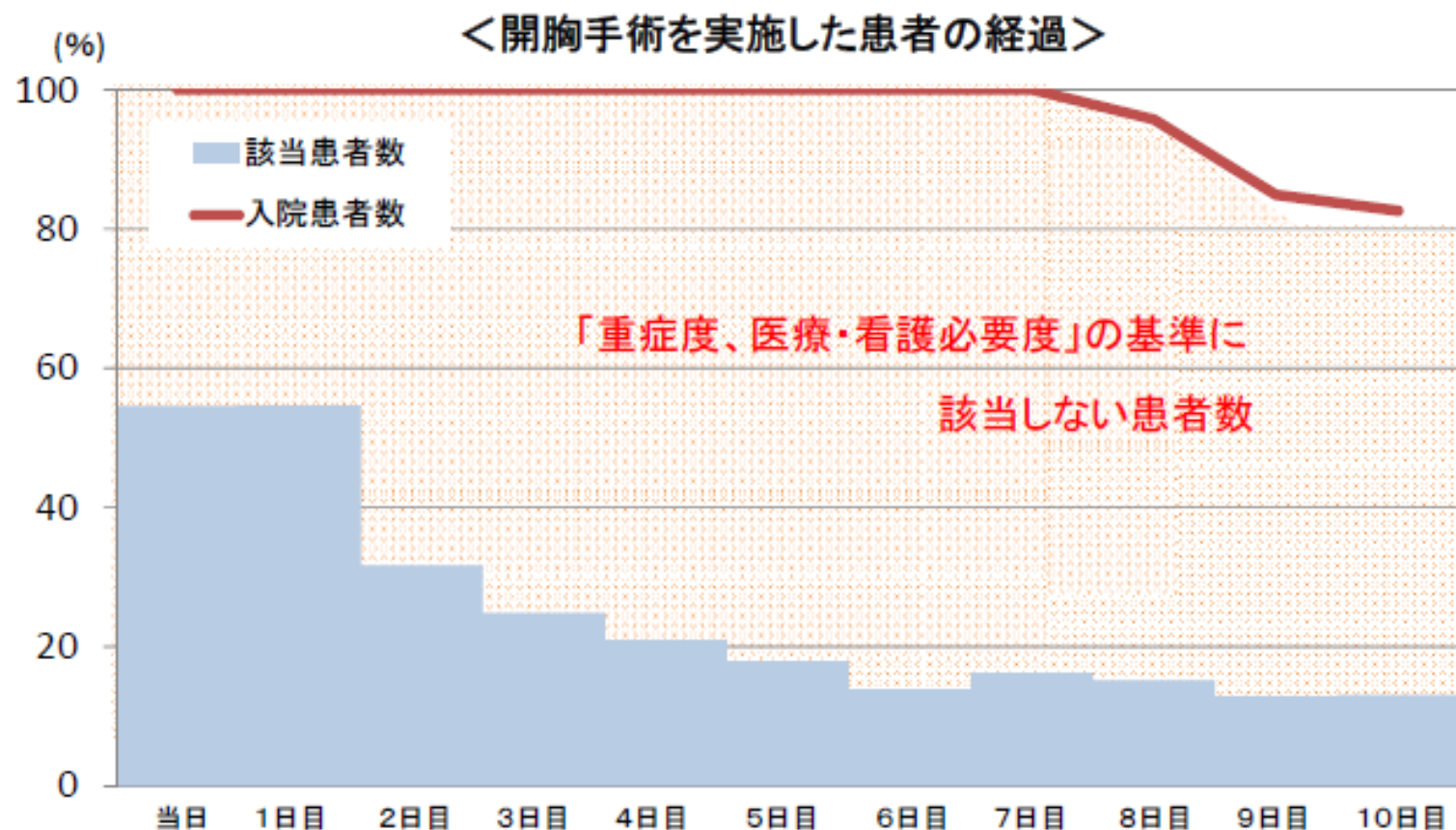
(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



早期離床、早期経口のERAS プログラムと重症度、医療・看 護必要度とは矛盾する

早期離床、早期経口摂取は
A項目、B項目の点数を下げる

A項目について

- A項目のみによる評価
 - 術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらずA項目のみで基準を満たすこととしてはどうか？
 - A項目かつB項目による基準と併用してはどうか？
- A項目の専門的な治療処置追加
 - A項目の専門的な治療処置の項目に「無菌治療室」の項目の追加

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	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 危険行動	ない		ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
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

M 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

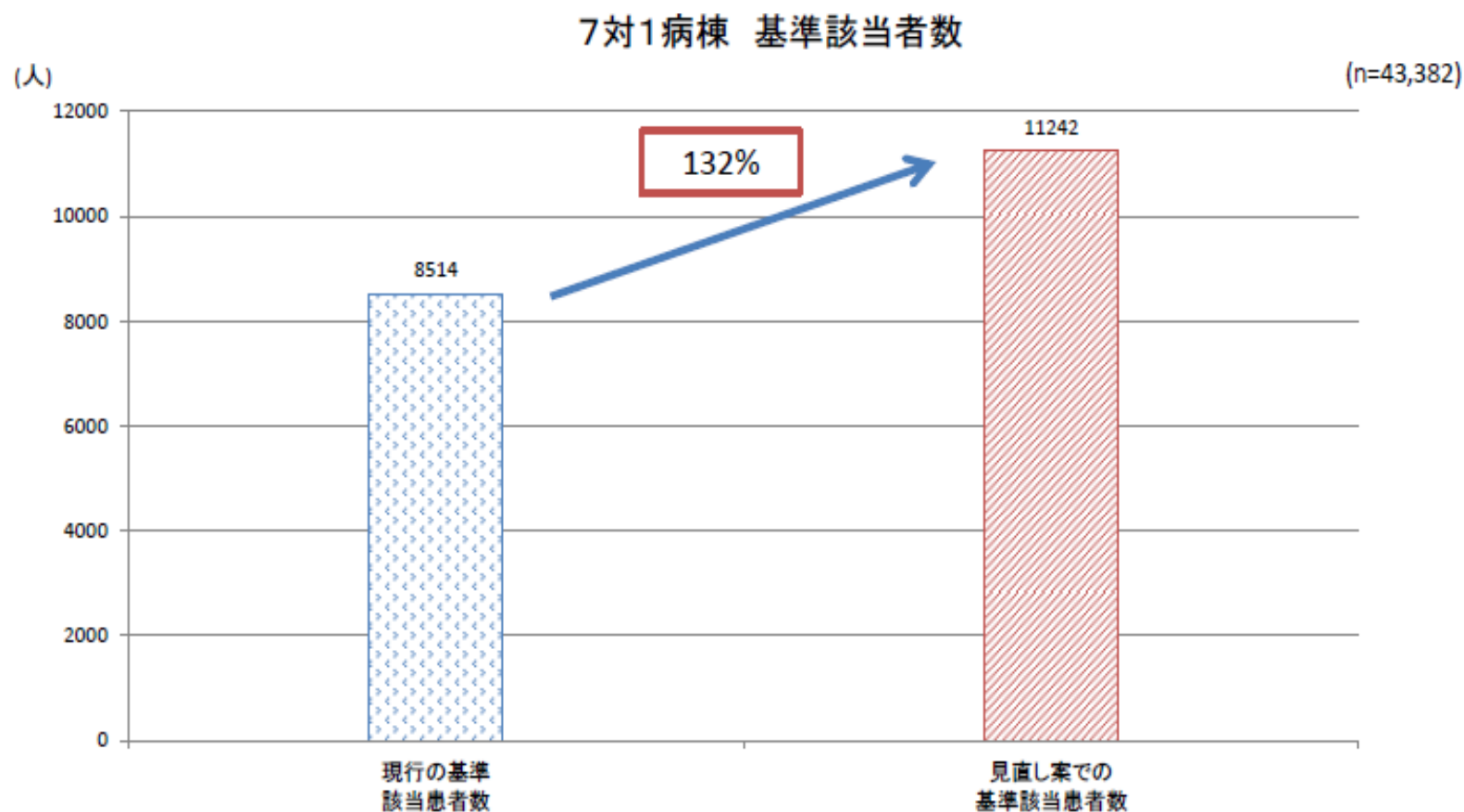
A得点が3点以上の患者

又は

M得点が1点以上の患者

重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者

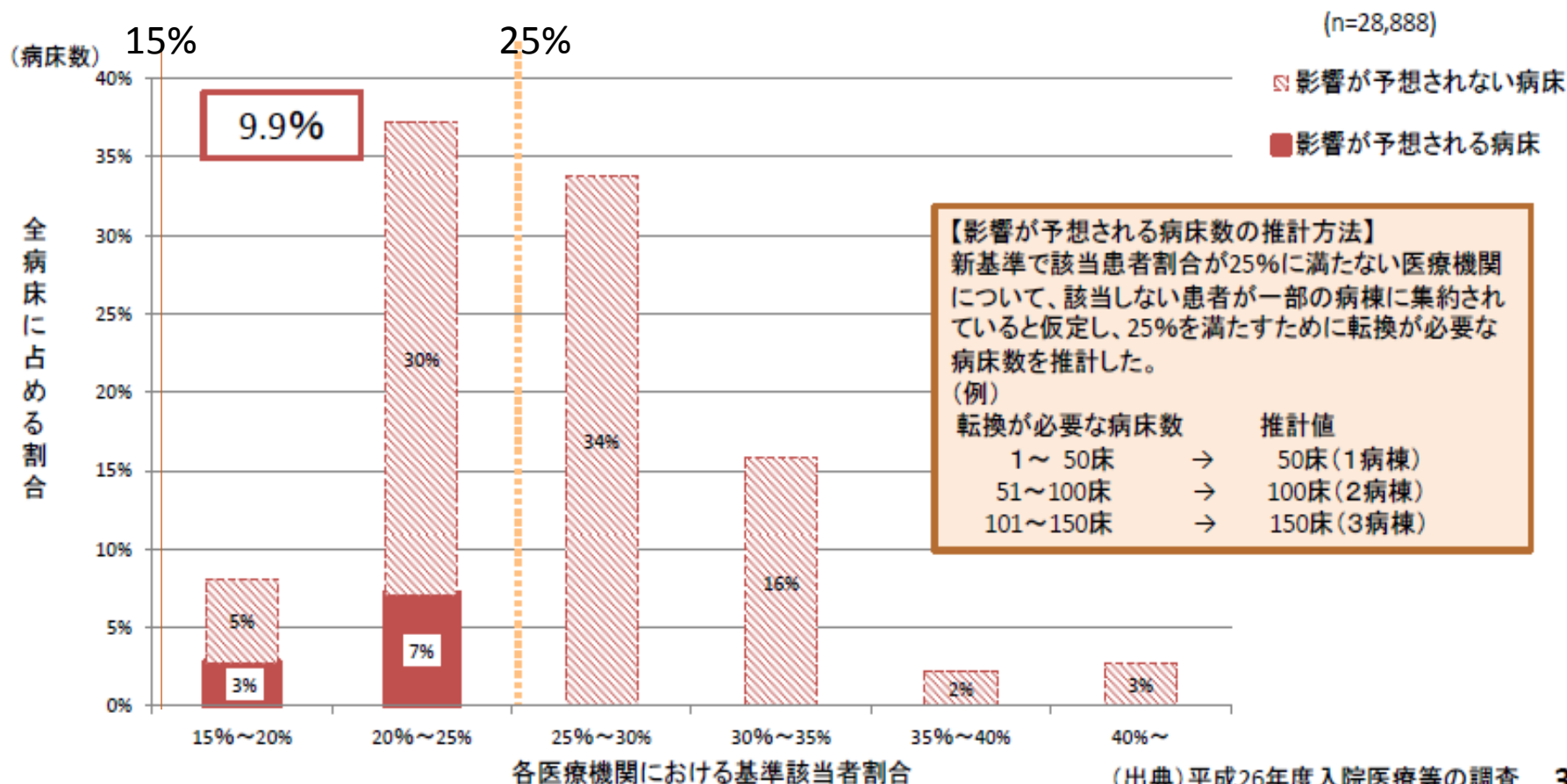
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。

7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)



病棟群別の 入院基本料導入

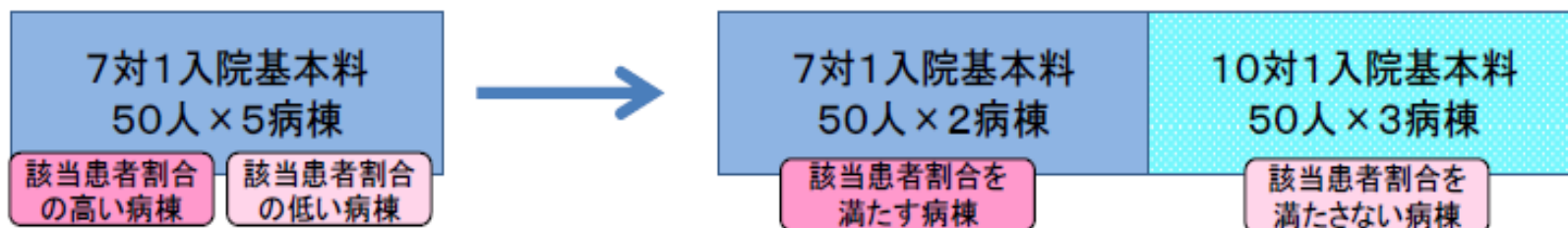
7対1から10対1などの入院基本料に移行するに当たって暫定的に導入してはどうか？

7対1から10対1入院基本料に変更する場合に 一時的に複数の入院基本料の届出を認めた場合のイメージ

○ 7対1から10対1入院基本料に変更する場合に、一時的に病棟群単位で複数の入院基本料の届出を認めた場合には、病棟ごとの重症度が異なる場合に重症度、医療・看護必要度の基準を満たしやすくなる、看護職員数の急激な変動が緩和される、といった影響が考えられる。

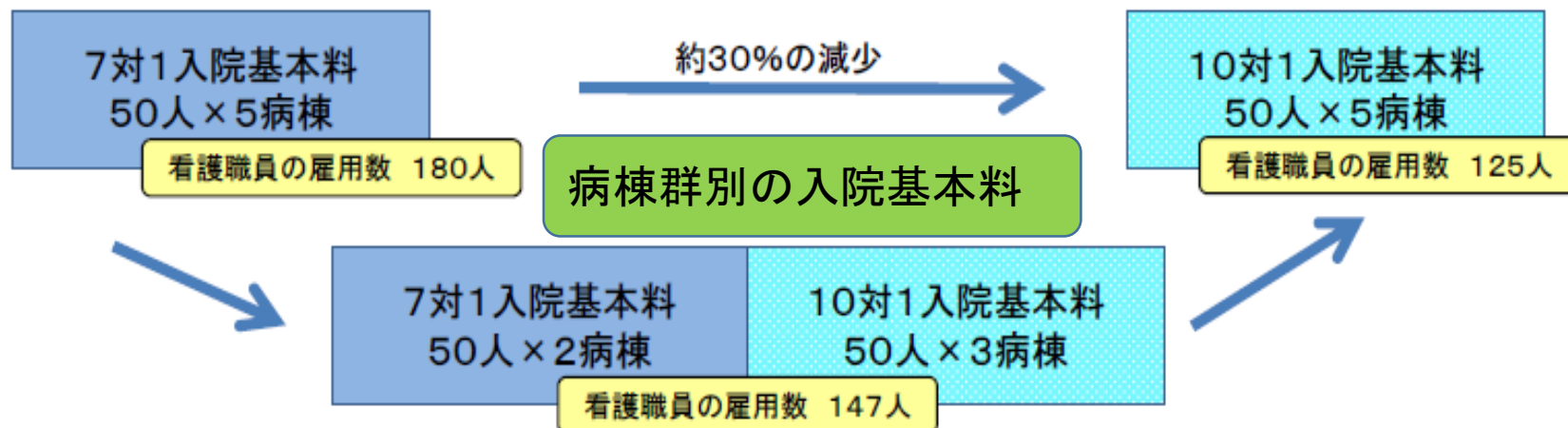
○ 一部の病棟に重症者がいる場合、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしやすい

(例)



○ 届出を変更する際の看護職員数の変動が緩和される

(例)



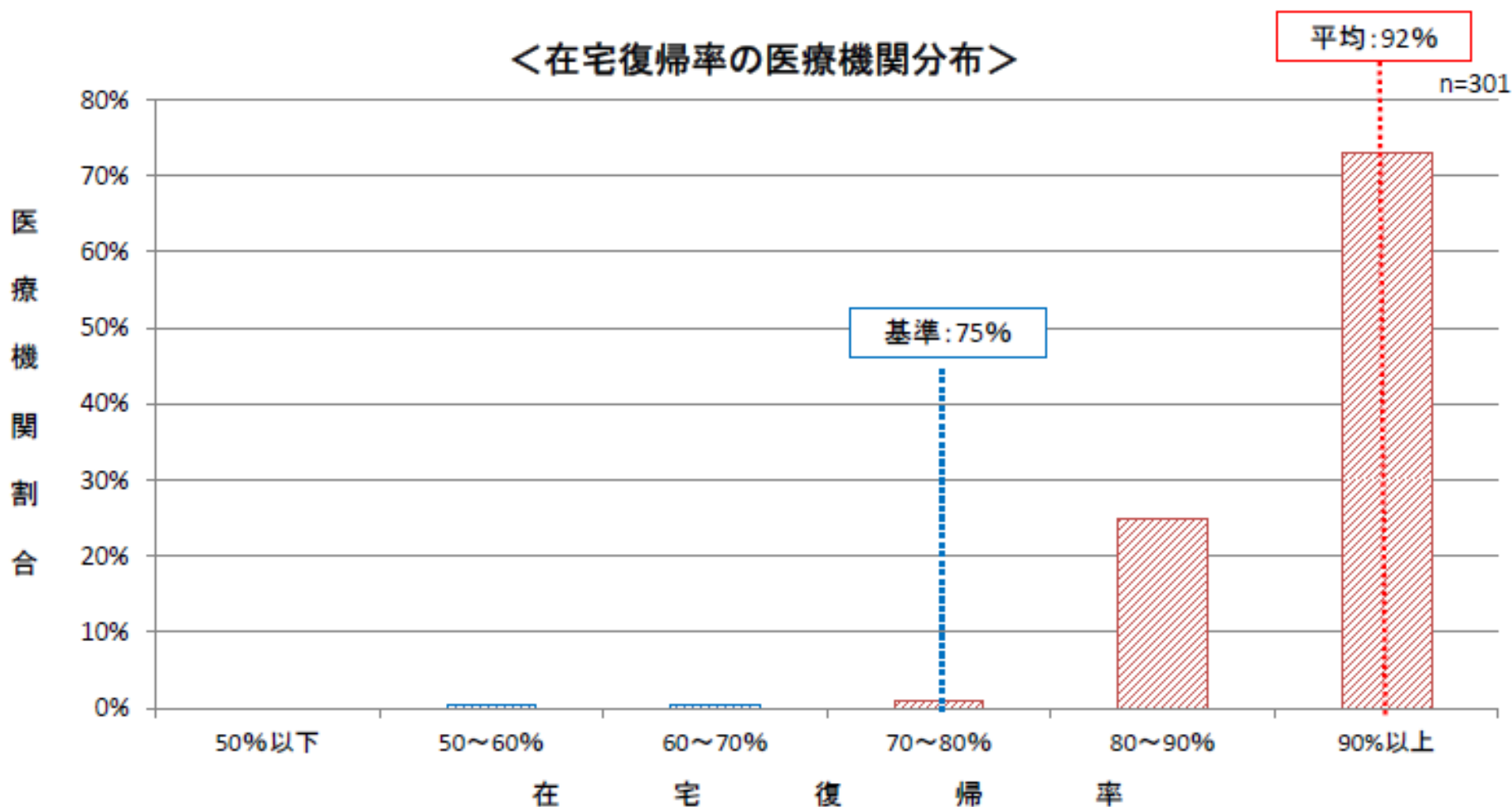
在宅復帰率の定義

- 在宅復帰率の算出に含まれない退棟先は各病棟により異なっており、転棟患者を含まない場合や1か月未満の入院患者を含まない場合等それぞれに複雑な計算式となっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院している訳ではないが、現在の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

	7対1病棟	地域包括ケア病棟	回りハ病棟	療養病棟
分子に含まれる退棟先	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回りハ病棟 ・療養病棟(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+)(退院・転棟含む) ・介護老人保健施設(加算+) 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <p>※退院後の生活が1か月以上継続する見込みのある者</p>
分母に含まれる退棟先	<ul style="list-style-type: none"> ・7対1病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回りハ病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1か月以上入院して退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>
計算式に含まれない退棟先	<ul style="list-style-type: none"> ・転棟患者 ・死亡退院 ・再入院患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退院 ・再入院患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退院 ・再入院患者 ・急性増悪患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退院 ・再入院患者 ・急性増悪患者 ・1か月未満の入院患者

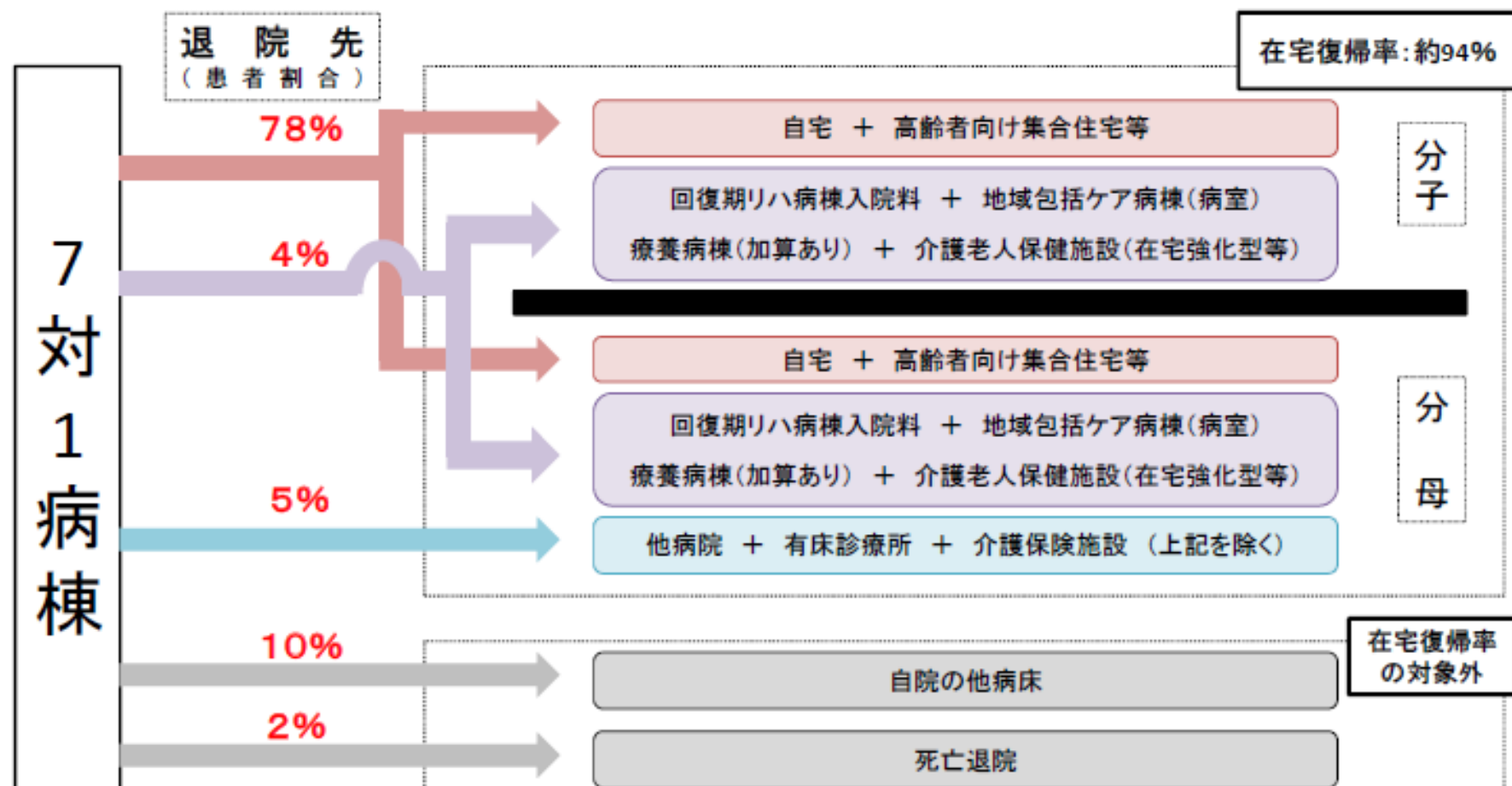
7対1病棟における在宅復帰率の状況（医療機関別）

- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。



7対1病棟における在宅復帰率

- 7対1病棟からの退院患者全体の在宅復帰率は約94%であるが、直接、自宅及び高齢者向け集合住宅等に退院した患者の割合は78%であった。



在宅復帰を推進するための評価のあり方

○ 自宅等への退院を更に促すための在宅復帰率のあり方として、例えば、以下の様な見直しの方法が考えられる。

➤ (例1): 在宅復帰率の計算方法の見直し

在宅復帰率から自宅復帰率へ

現行: 在宅復帰率 (82 ÷ 87 = 94.3%)

見直し案: 在宅復帰率 (78 ÷ 83 = 94.0%)

○ 自宅へ直接退院した場合と在宅復帰率が要件化された病棟へ退院した場合が同等に評価されていることから、在宅復帰率を、自宅等への退院をより評価できる計算方法に変更する。

最も評価されている退棟先
(分子に含まれる退棟先)

自宅
高齢者向け集合住宅等

回復期リハ病棟入院料
地域包括ケア病棟(病室)
療養病棟(加算あり)
在宅復帰支援型の老健等

2番目に評価されている退棟先
(計算に含まれない退棟先)

自院の他病床

死亡退院

最も評価されている退棟先
(分子に含まれる退棟先)

自宅
高齢者向け集合住宅等

2番目に評価されている退棟先
(計算に含まれない退棟先)

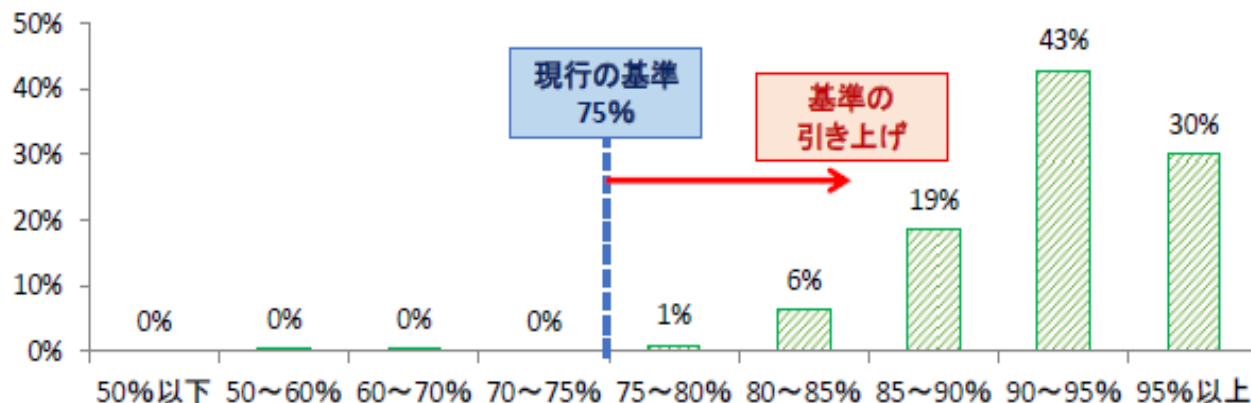
回復期リハ病棟入院料
地域包括ケア病棟(病室)
療養病棟(加算あり)
在宅復帰支援型の老健等

自院の他病床

死亡退院

➤ (例2): 在宅復帰率の基準の見直し

○ 医療機関における在宅復帰率の平均が施設基準の要件となっている基準を大幅に上回ることから、自宅等への退院を更に推進していくため、在宅復帰率の基準を引き上げる。



ポイント②
特定集中治療室(ICU)
管理料の要件見直し

平成26年度診療報酬改定の概要①

質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室（ICU）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間 **13,650点**

ロ 8日以上14日以内の期間 **12,126点**

(新) 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合）

(1) 7日以内の期間 **13,650点**

(2) 8日以上60日以内の期間 **12,319点**

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。
- ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。
- ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

※従前の特定集中治療室管理料1，2については、特定集中治療室管理料3，4とする。

（ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更）

重症度に係る評価票 【特定集中治療室(ICU)管理用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 心電図モニター	なし	あり	10 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 輸液ポンプの使用	なし	あり	11 起き上がり	できる	できない	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 シリンジポンプの使用	なし	あり	13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	14 口腔清潔	できる	できない	
6 人工呼吸器の装着	なし	あり	15 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	16 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり				
9 特殊な治療等(CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定)	なし	あり				

算定要件:A項目が3点以上、かつ、B項目が3点以上である患者8割以上

施設基準の届出後の取り扱い(重症度・看護必要度の該当患者割合について)

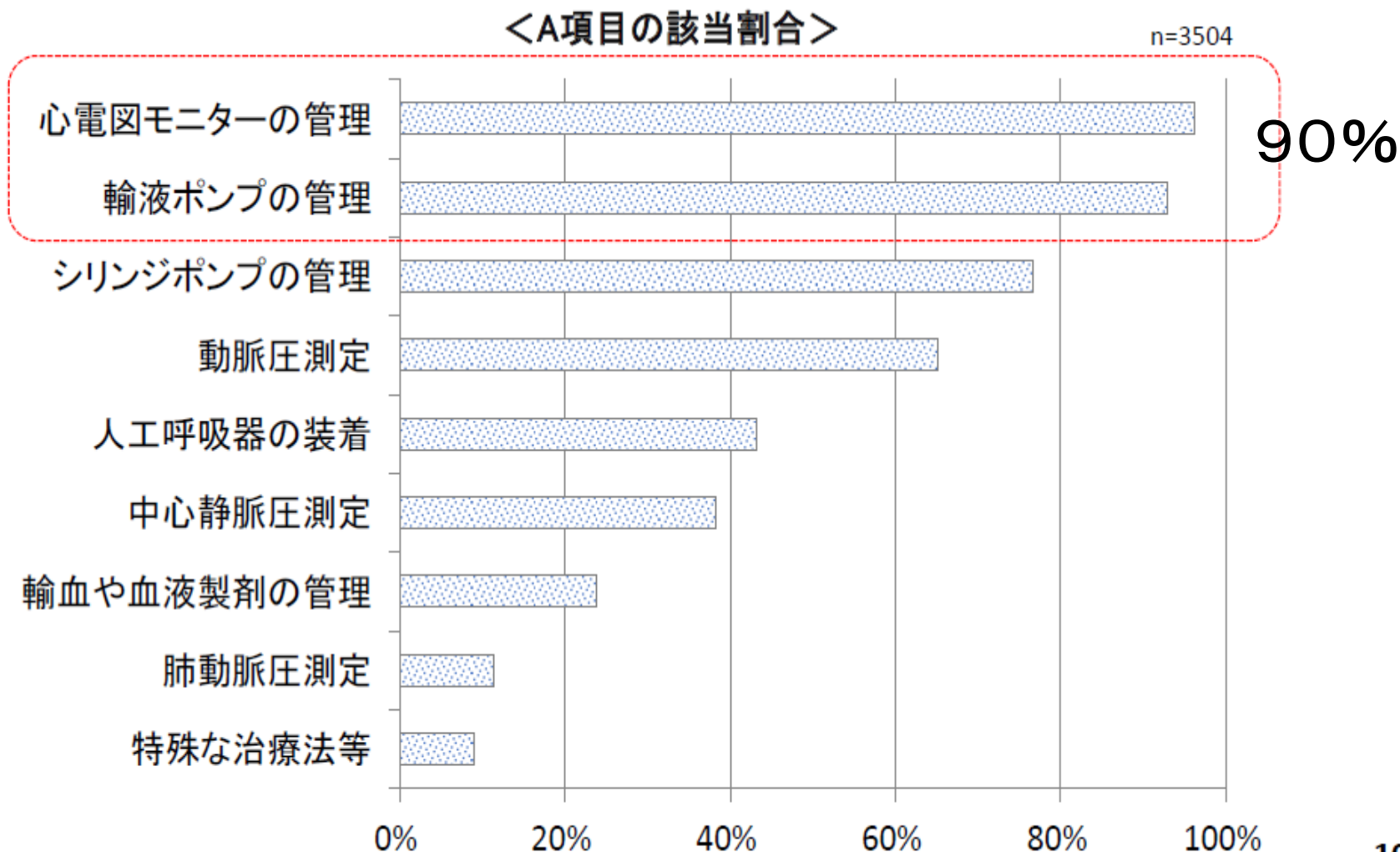
第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出を行うものであること。(略)ただし次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(5)算定要件中の該当患者の割合については、**暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動**

重症度、医療・看護必要度の項目別該当割合

○ ICUに入室している患者のうち、90%以上の患者が「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」に該当していた。



重症度、医療・看護必要度に該当する医療処置等の実施状況

○ ICUに入院している患者において、該当するA項目の組合せとして最も多くみられたものは、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の3項目の組合せであった。

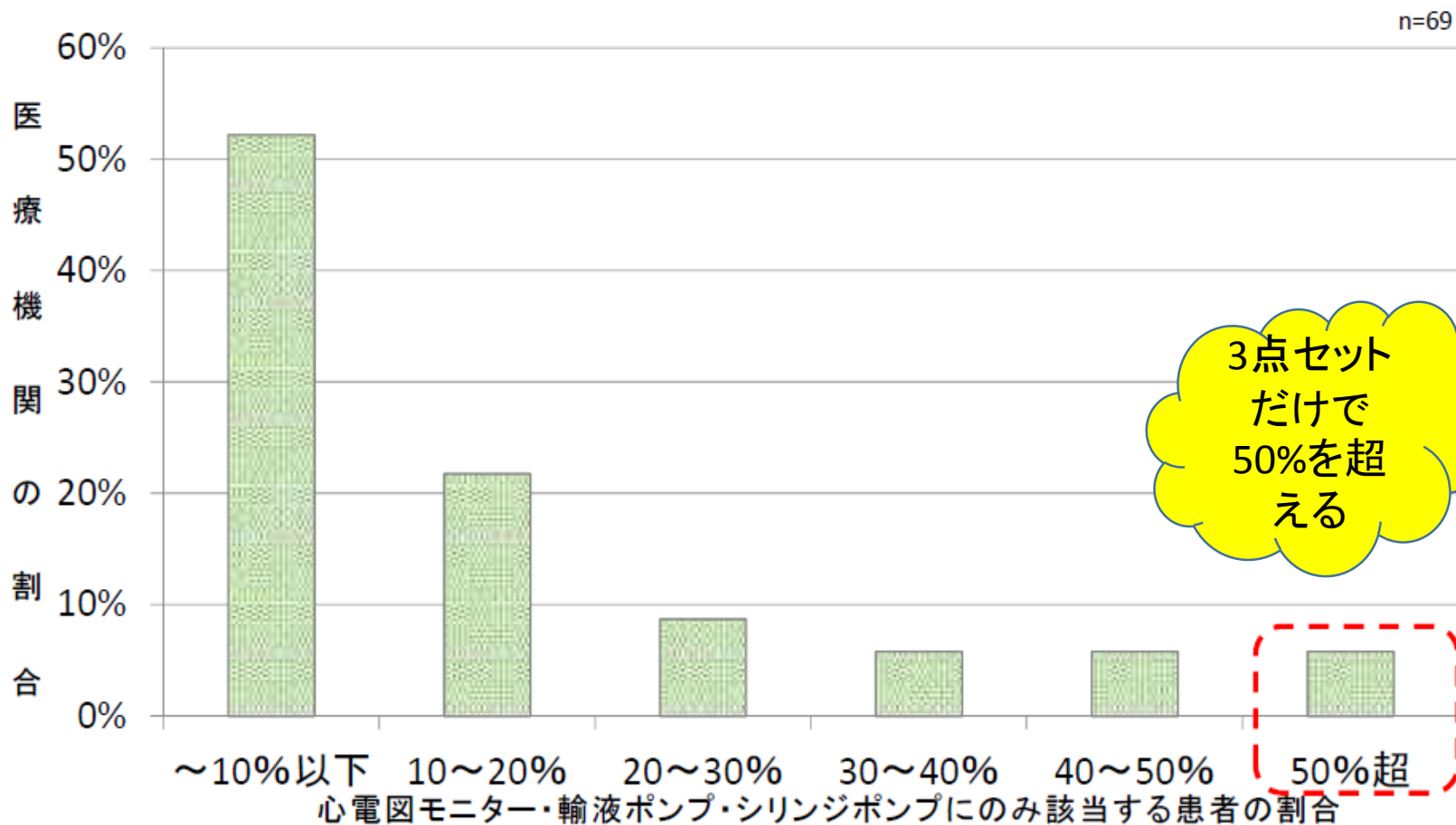
<該当するA項目の組合せ(上位15位)>

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	該当患者割合
	心電図モニター	輸液ポンプ	シリンジポンプ	動脈圧測定	中心静脈圧測定	人工呼吸器	輸血や血液製剤	肺動脈圧測定	特殊な治療法等	
1位	○	○	○							13.0%
2位	○	○	○	○						9.7%
3位	○	○	○	○	○	○				8.5%
4位	○	○	○	○		○				6.2%
5位	○	○								5.9%
6位	○	○		○						5.7%
7位	○	○	○	○	○	○	○	○		5.4%
8位	○	○	○	○	○	○	○			4.7%
9位	○	○	○	○	○					4.4%
10位										3.6%
11位	○	○	○			○				3.0%
12位	○	○	○	○			○			1.9%
13位	○	○	○	○		○	○			1.9%
14位	○	○	○	○	○	○		○		1.7%
15位	○	○	○	○	○	○	○		○	1.7%

心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプ にのみ該当する患者の割合

○ ICUにおいて、「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上入院していることが要件となっているが、一部に「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者が全体の50%以上を占める医療機関がみられた。

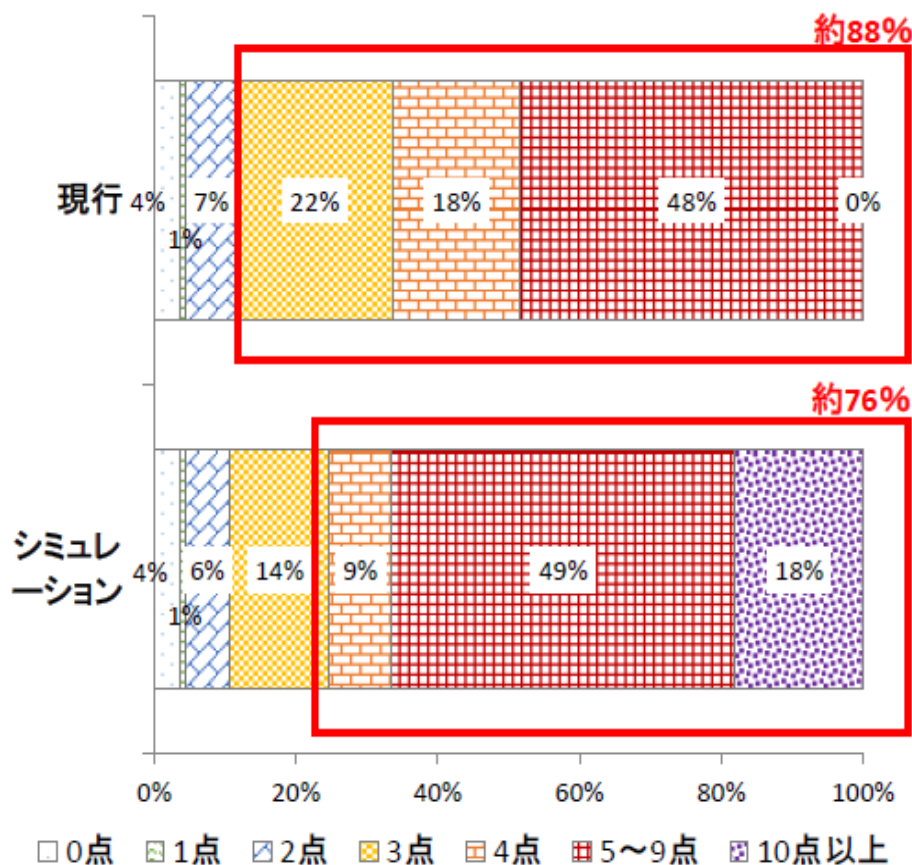
＜心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプにのみ該当する患者が占める割合＞



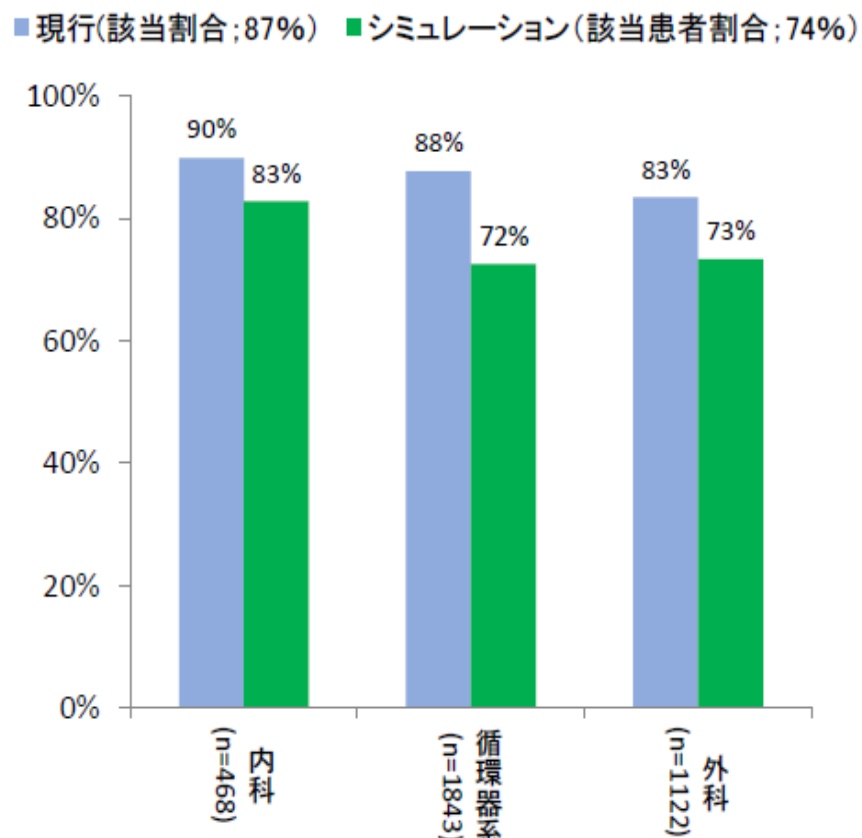
「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外のA項目の評価を重み付けした場合の影響

- A項目のうち「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外の項目を2点とし、A項目4点以上の患者を該当患者としたシミュレーションを実施したところ、A項目の該当患者割合は全体で12%程度低下した。また、診療科別にみた場合、A項目・B項目の両方に該当する患者の割合は概ね70~80%であった。

＜A項目の点数別患者分布＞



＜診療科別のA・B項目該当患者割合＞



※内科: 内科系の診療科(循環器科以外)、循環器系: 循環器科・心臓血管外科、外科: 外科系の診療科(心臓血管外科以外)

ポイント②
地域包括ケア病棟の
要件見直し

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

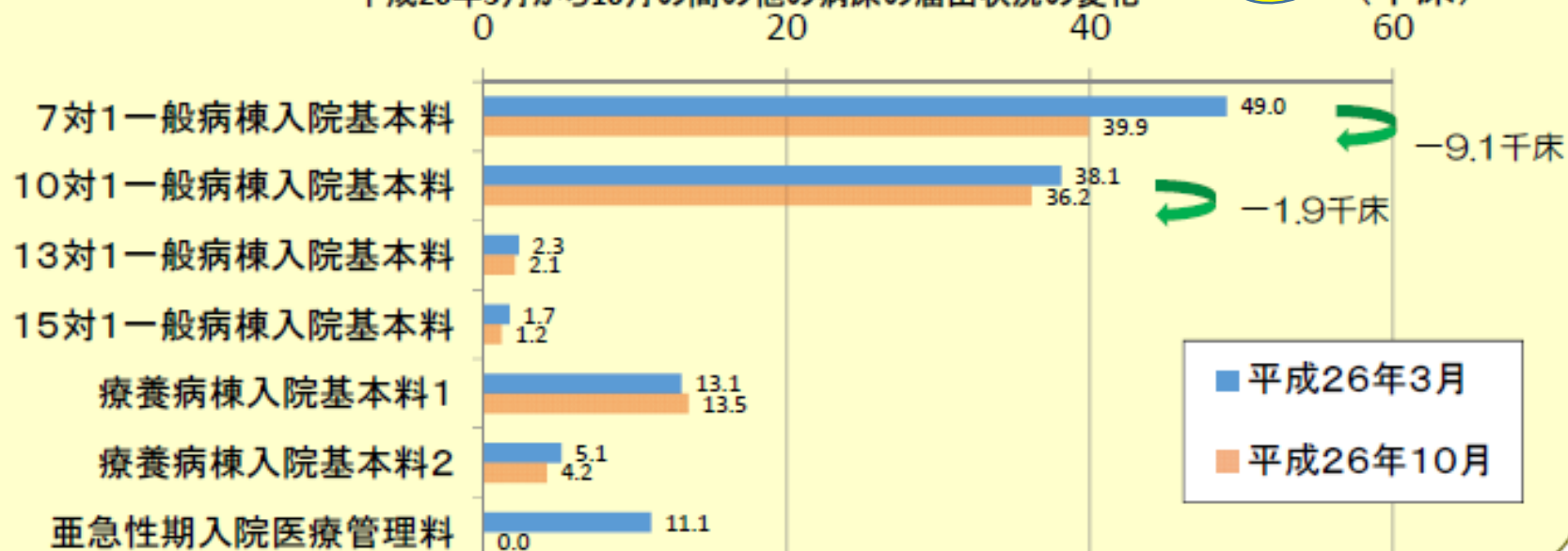
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

地域包括ケア病棟の届出状況①

地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における平成26年3月から10月の間の他の病床の届出状況の変化

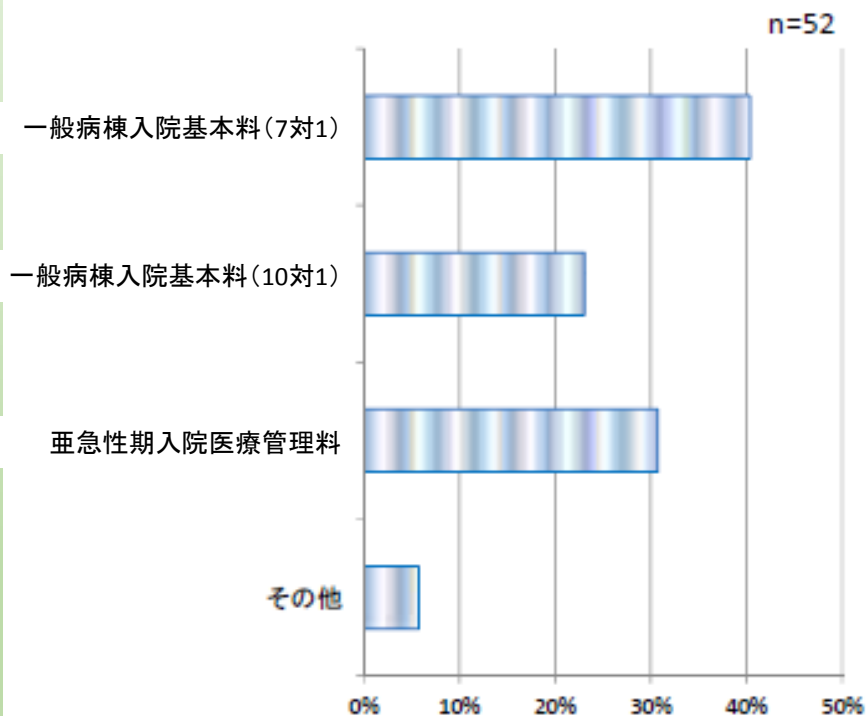


出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

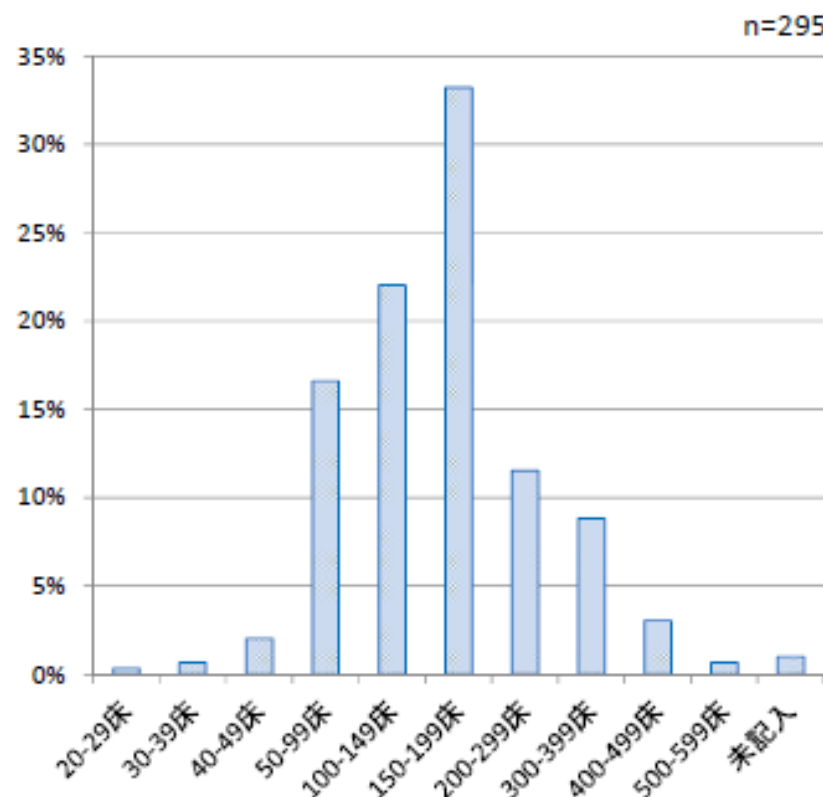
地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 地域包括ケア病棟について、7対1・10対1一般病棟入院基本料と亜急性期入院医療管理料からの転換が9割以上を占めている。
- 届出を行った医療機関の病床規模については、100～200床の医療機関が過半数を占める一方、200床以上の医療機関も一定程度存在している。

<地域包括ケア病棟(管理料)に転換する前の入院料>



<地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数>



地域包括ケア病棟における手術料の取り扱いについて

- 地域包括ケア病棟では手術料・麻酔料は包括となっている
- このため行われていた手術は創傷処置や皮膚切開、胃ろう造設術等の軽微な手術料が多く、その出来高実績点数は入院1日あたり平均2.9点であった。
- 手術料についてはこのまま包括とすべきという意見
- しかし一方、地域包括ケア病棟が、その役割の「在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ(サブアキュート)」を行うにあたり、手術料や麻酔料を包括外とすべきという意見もあった。

2 在宅医療について

- ①在宅療養支援診療所(在支診)
- ②在宅療養支援病院(在支病)
- ③機能強化型在支診・在支病

在宅療養支援診療所・病院の概要

① 在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

③

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関（診療所又は200床未満の病院）との合計でも可。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

②

在宅療養支援病院

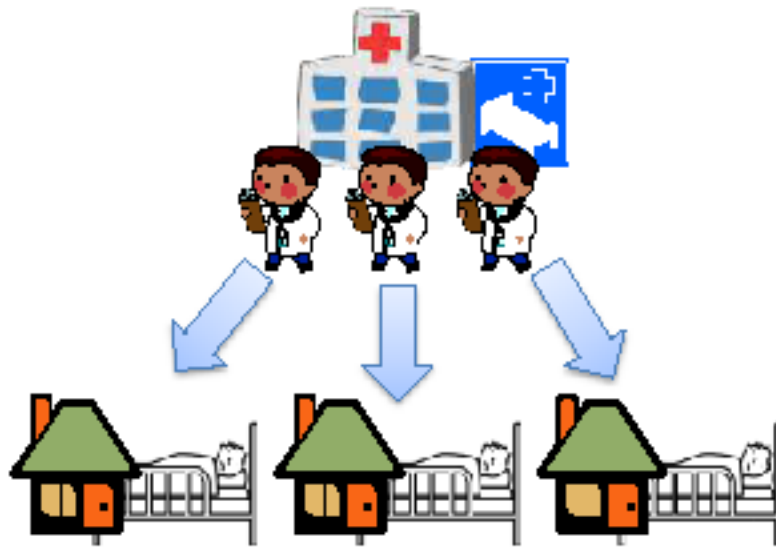
診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

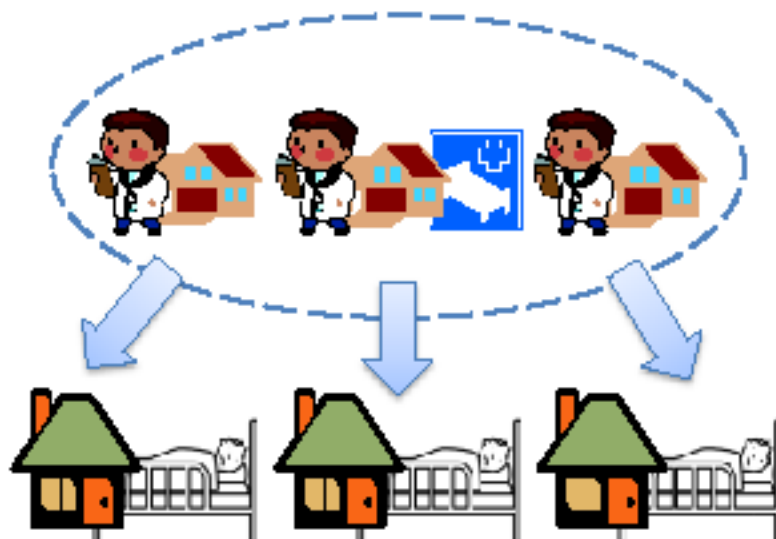
注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

単独強化型

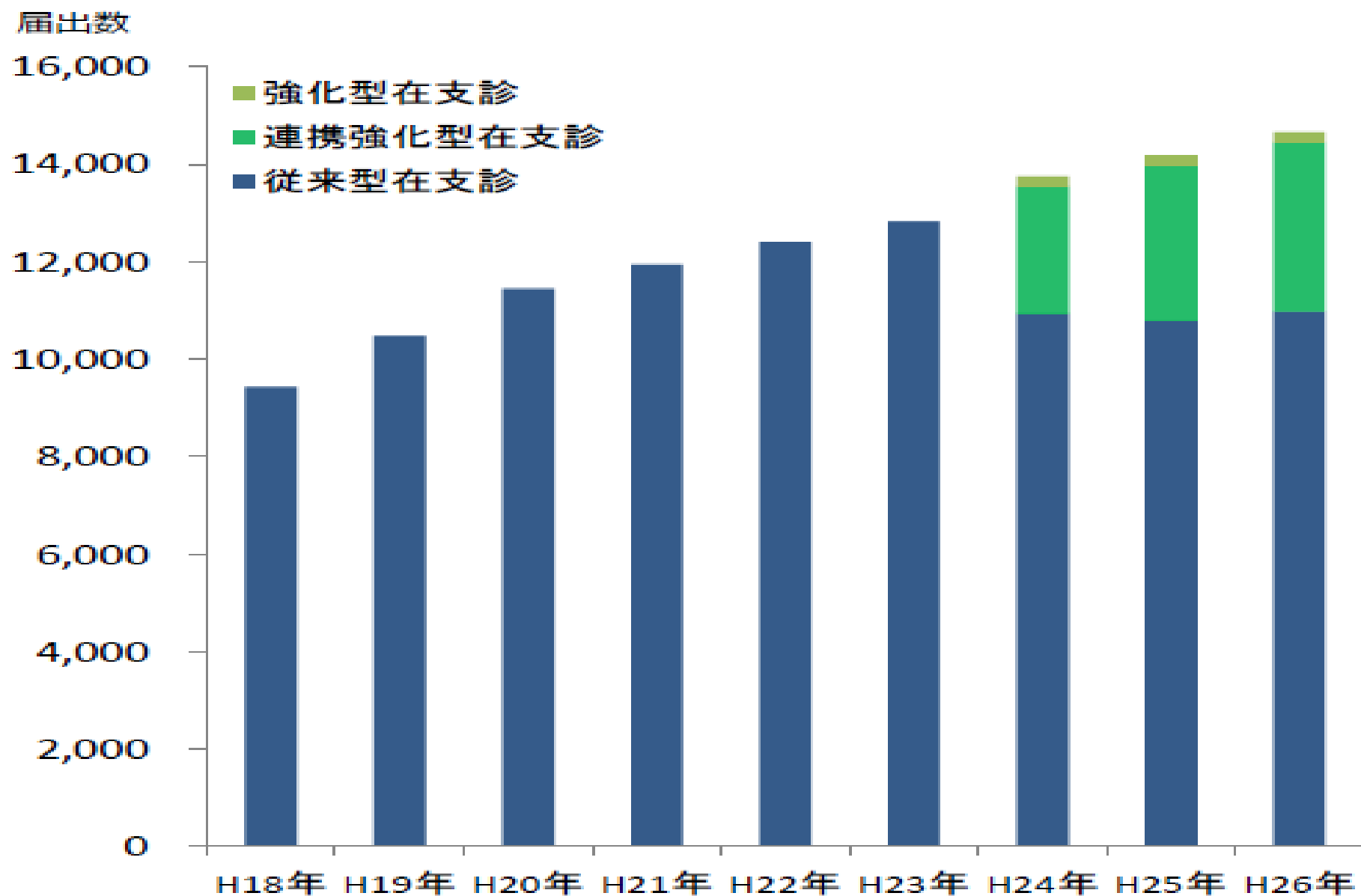


- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



<在宅療養支援診療所届出数>



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

数

25

20

15

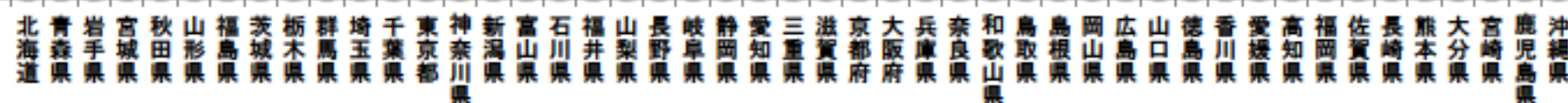
10

5

0

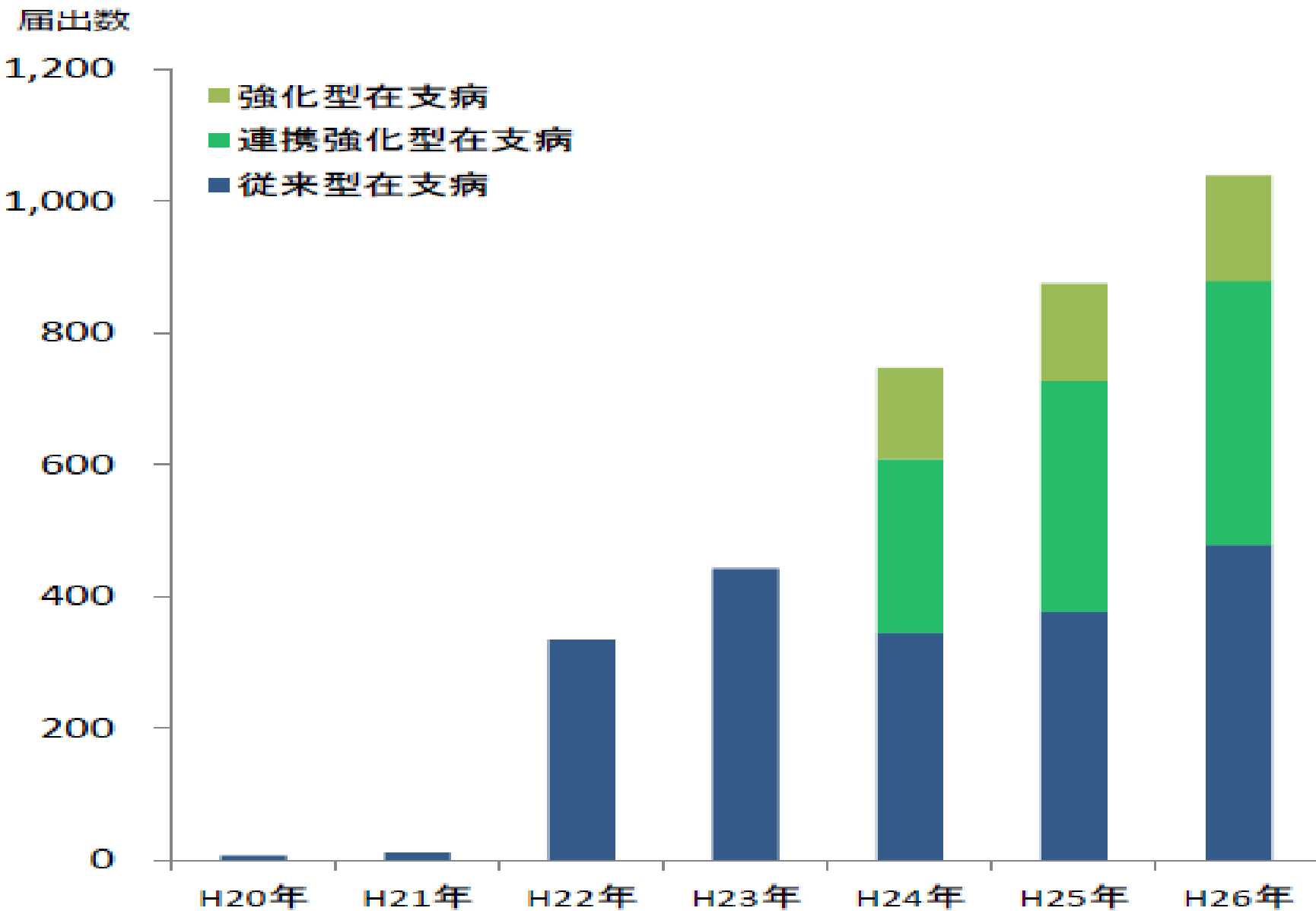
全国平均 10.1

東京



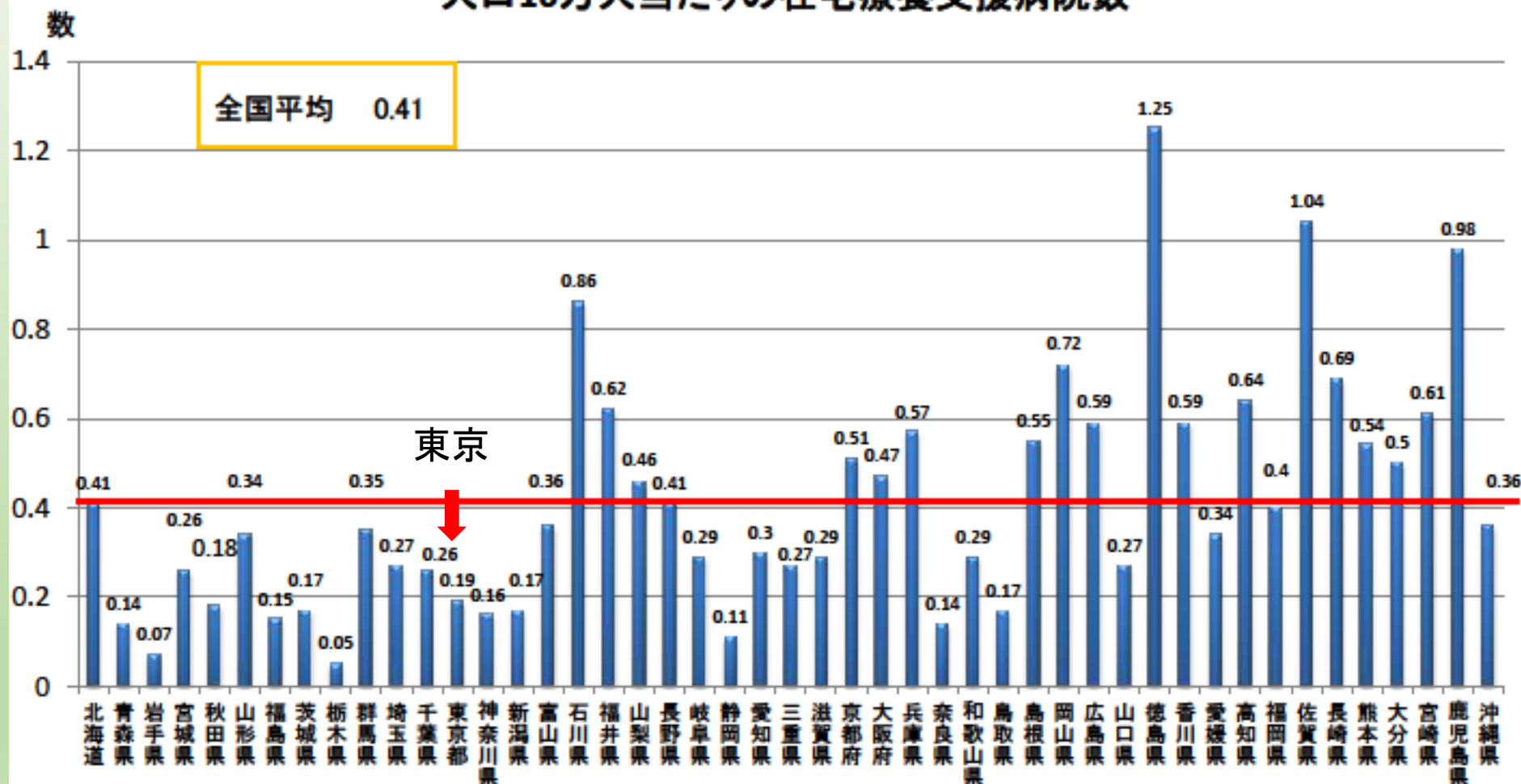
保険局医療課データ 平成23年7月

<在宅療養支援病院届出数>



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数



保険局医療課データ 平成23年7月

2016年診療報酬改定へ向けて

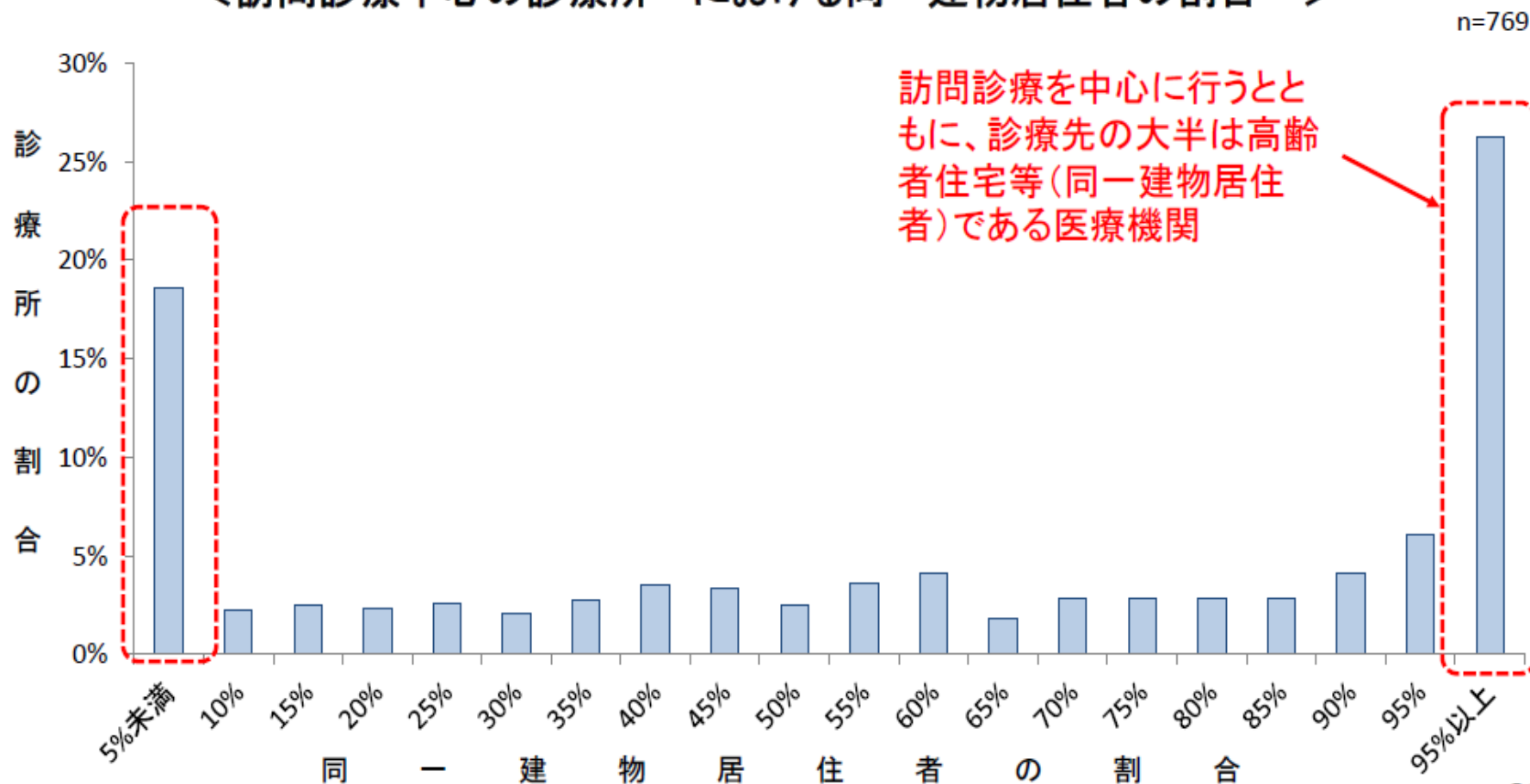
在宅医療を提供する医療機関とその評価 に関する論点②

- 往診・訪問診療を専門に行う場合における、在宅医療への報酬体系についてどう考えるか。
- 特に、保険医療機関が往診・訪問診療を専門に行うに当たって、患者への質の高い医療サービスを担保するため、どのような点に着目した評価を行うべきか。

訪問診療を中心に診療を行っている診療所の特性①

- 訪問診療を中心に診療を行っている医療機関は、居宅の患者を中心に診療している診療所と、同一建物居住者に特化して診療している診療所に二極化している傾向がみられた。

＜訪問診療中心の診療所※¹における同一建物居住者の割合※²＞



訪問診療を中心に行うとともに、診療先の大半は高齢者住宅等(同一建物居住者)である医療機関

同一建物減算(2014年改定)

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床	病床有		病床無		-		-	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外		
病床	病床有		病床無		-		-		
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

現行

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点

改定後

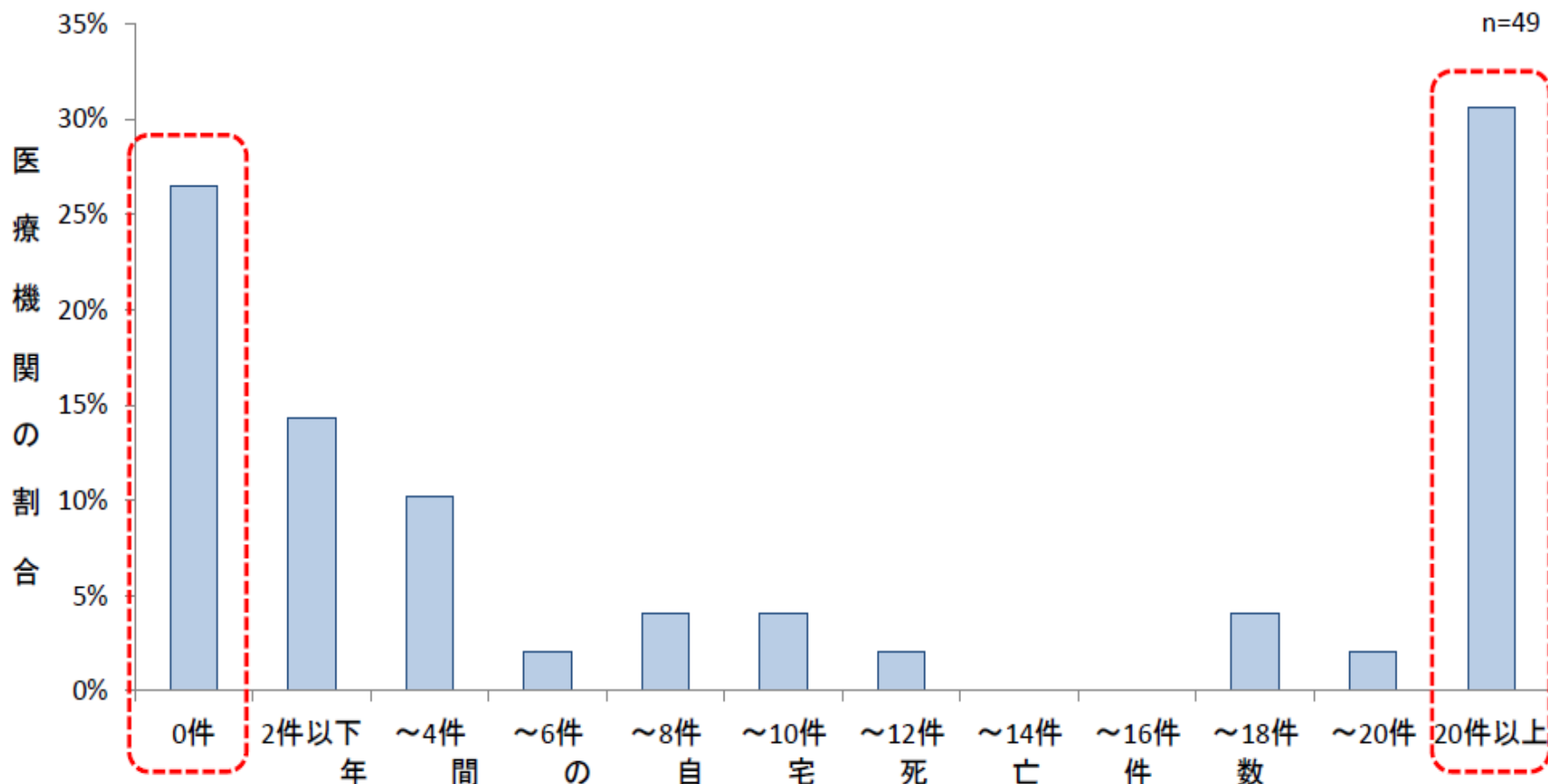
訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	203点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	103点

* 在総管:在宅医学時総合管理料

訪問診療を中心に診療を行っている診療所の特性②

- 訪問診療を中心に診療を行っている医療機関は、看取りを積極的に実施している医療機関と看取りを実施していない医療機関に二極化している傾向がみられた。

<訪問診療中心の診療所※における看取り実績(1年間)>

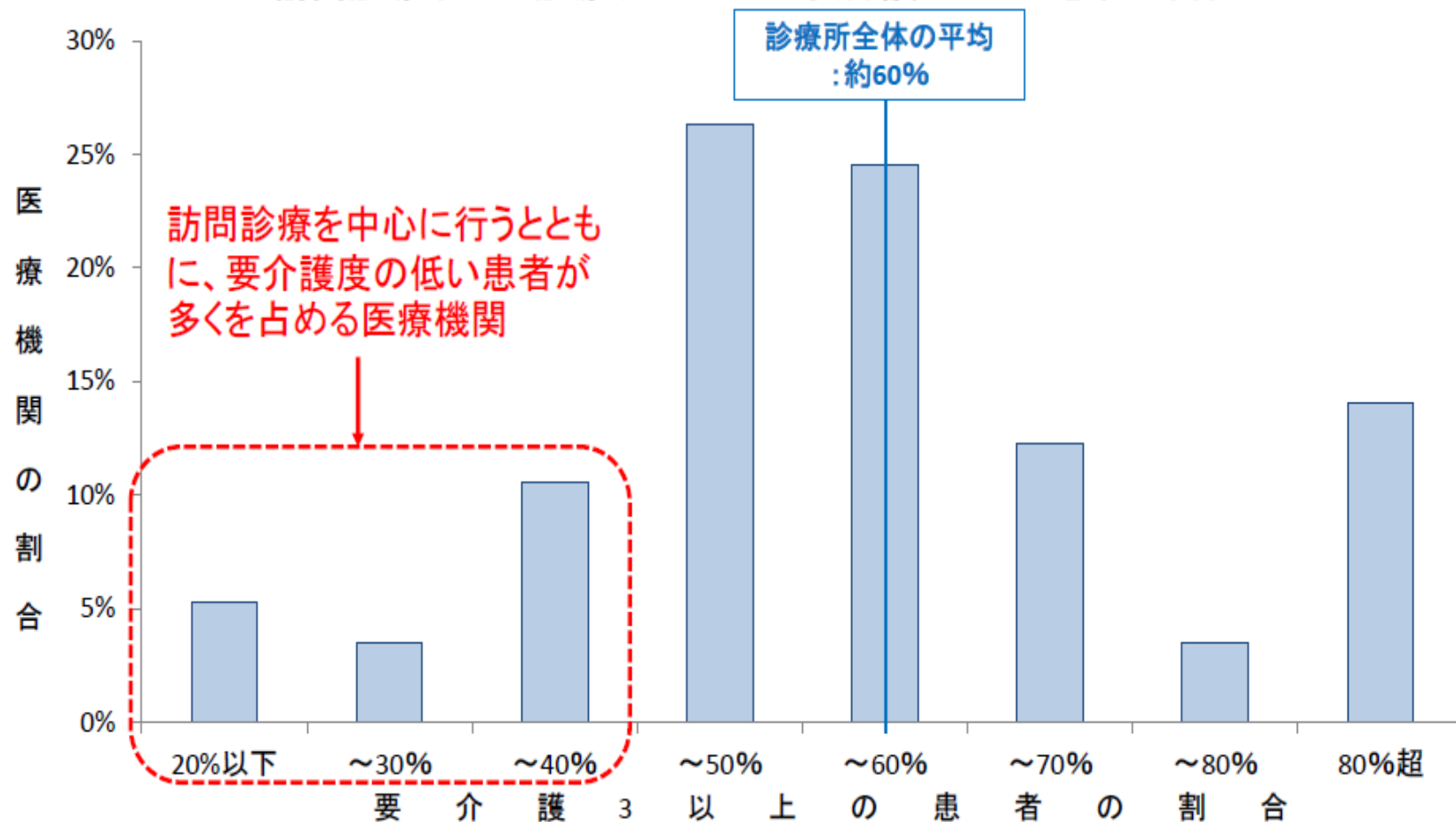


※「訪問診療・往診を中心に診療を行っている」と回答又は1か月の在宅患者数が在宅及び外来延患者数の50%を超える医療機関

訪問診療を中心に診療を行っている診療所の特性④

- 訪問診療を行っている医療機関全体において、要介護3以上の患者割合の平均は約60%であったが、訪問診療を中心にしている医療機関の中には、要介護度の低い患者が多くを占める医療機関がみられた。

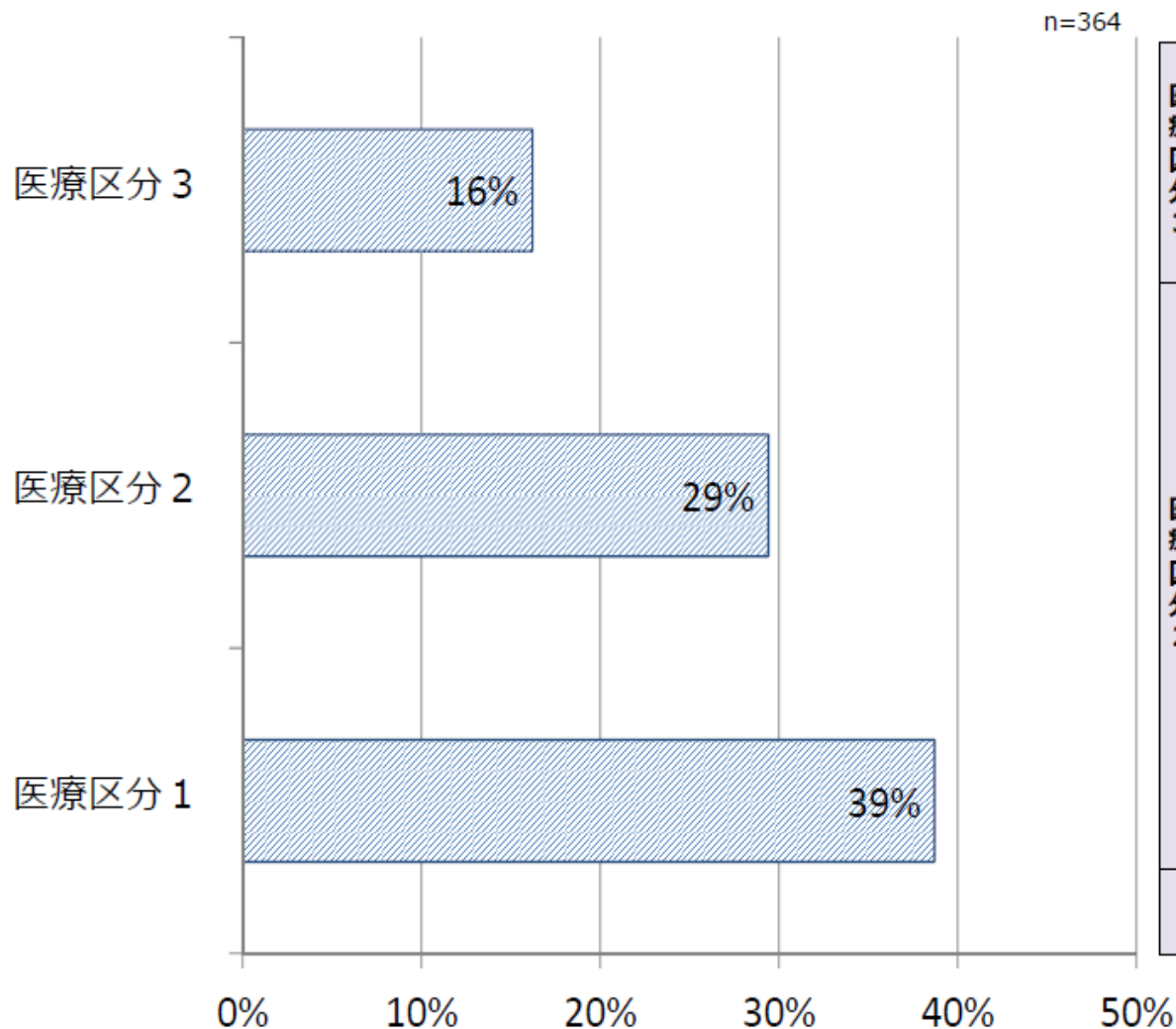
＜訪問診療中心の診療所※における要介護3以上の患者の割合＞



訪問診療の対象患者について

<医療区分>

<訪問診療対象患者の医療区分>



医療区分 3	【疾患・状態】 ・スモン ・常時監視、管理を実施 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・気管切開等（発熱+） ・感染隔離室 ・酸素療法
	【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 ・脊髄損傷等 ・慢性閉塞性肺疾 ・悪性腫瘍（疼痛コントロール） ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーション（30日以内） ・脱水かつ発熱 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱 ・褥瘡 ・下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行 【医療処置】 ・透析 ・経腸栄養（発熱等+） ・喀痰吸引 ・気管切開等 ・血糖検査 ・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

長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

		別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち 長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の使用 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 気管切開 持続陽圧呼吸療法 気管カニューレ/留置カテーテルの使用 自己腹膜灌流 経管栄養等 自己疼痛管理 人工呼吸 酸素療法 血液透析 自己導尿 人工肛門/人工膀胱 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 人工呼吸器 気管切開等 酸素療法 経腸栄養 透析
	長期に渡る療養が必要な疾病	<ul style="list-style-type: none"> スモン 多系統萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 多発性硬化症 進行性筋ジストロフィー症 副腎白質ジストロフィー 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 重症筋無力症 パーキンソン病関連疾患 亜急性硬化性全脳炎 脊髄性筋萎縮症 後天性免疫不全症候群 ハンチントン病 ライソゾーム病 頸髄損傷 プリオン病 脊髄小脳変性症 末期の悪性腫瘍 	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍 褥瘡(真皮を超える) 肺高血圧症 	<ul style="list-style-type: none"> スモン 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 悪性腫瘍 褥瘡 脊髄損傷等
	短期的に病態が増悪した状態等		<ul style="list-style-type: none"> 点滴注射 	

その他

別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態

長期にわたって医学管理の
必要性の高い疾病・処置等によって
医療区分を分けて訪問診療の
評価を行ってはどうか？

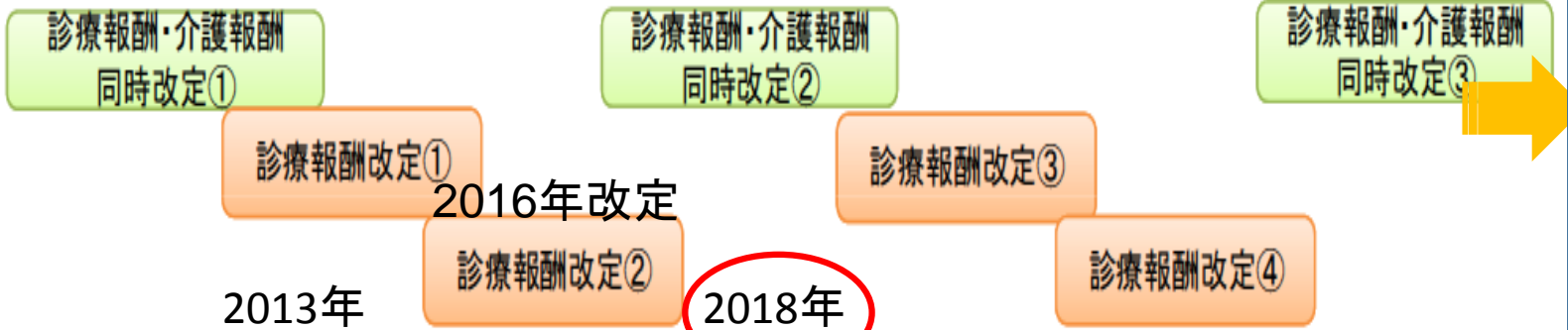
2025年へのカウントダウン

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

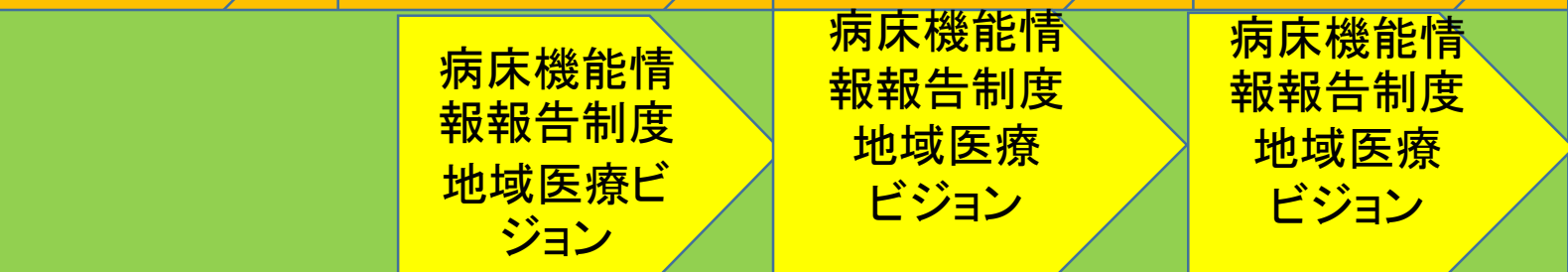
報酬改定



医療計画



病床機能情報報告制度



医療介護のあるべき姿

2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- 2015年9月発刊



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索  クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp