

2025年へのカウントダウン

～2016年診療報酬改定と地域連携～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

JCI合格しました！
2016年1月



国際医療福祉大学三田病院
地域連携室のメンバーで～す

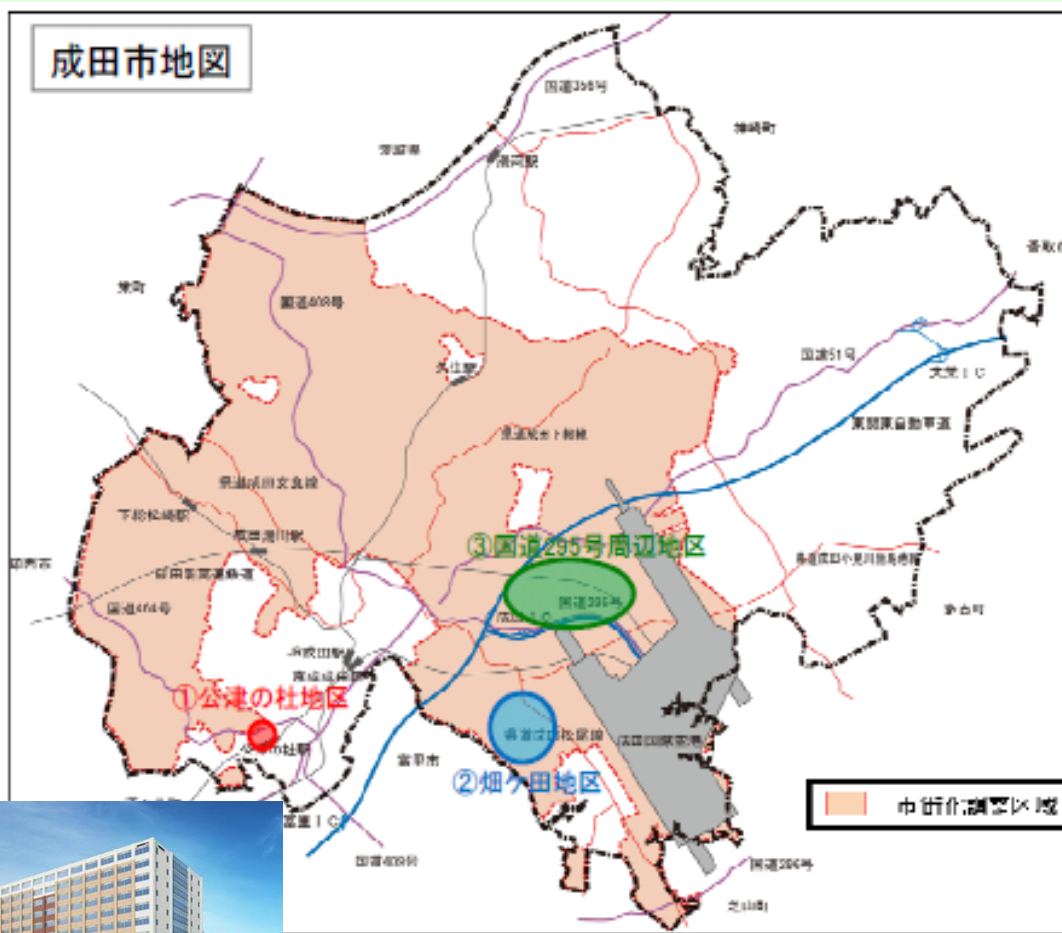


国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 地域医療構想で変わる病床
- パート2
 - 2016年診療報酬改定と
地域連携5つのポイント



パート1

地域医療構想で変わる病床



医療介護一括法 2014年6月18日可決成立

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

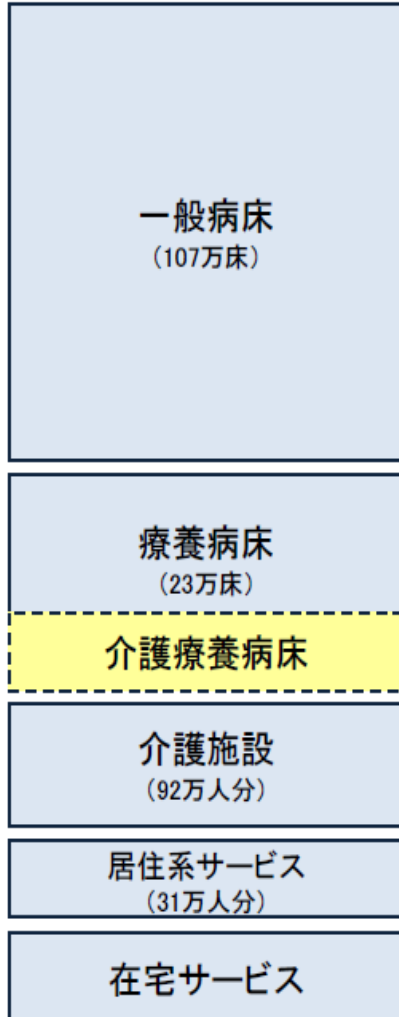
国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

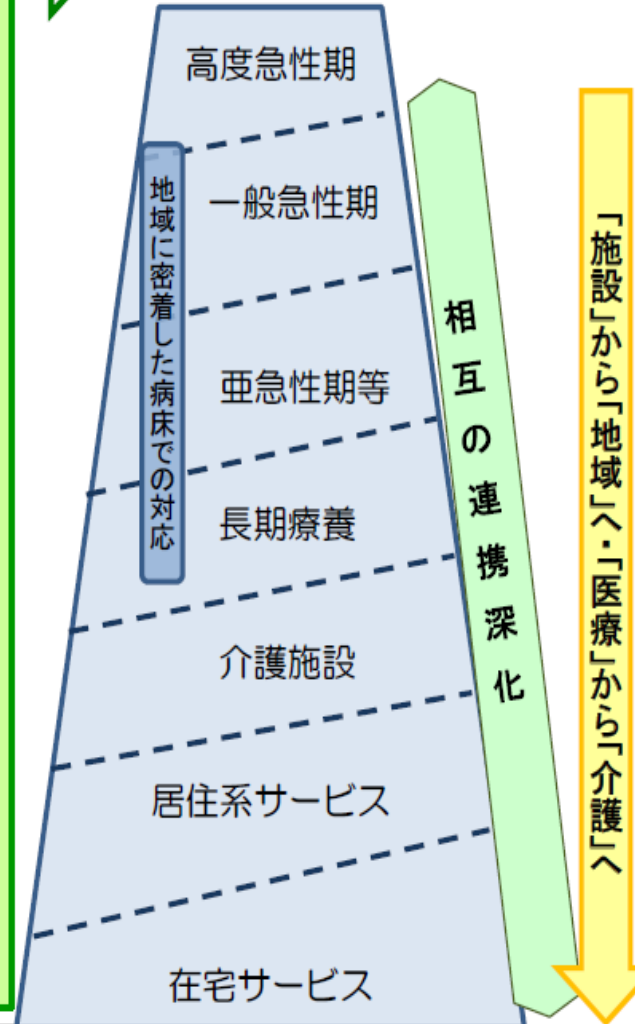
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

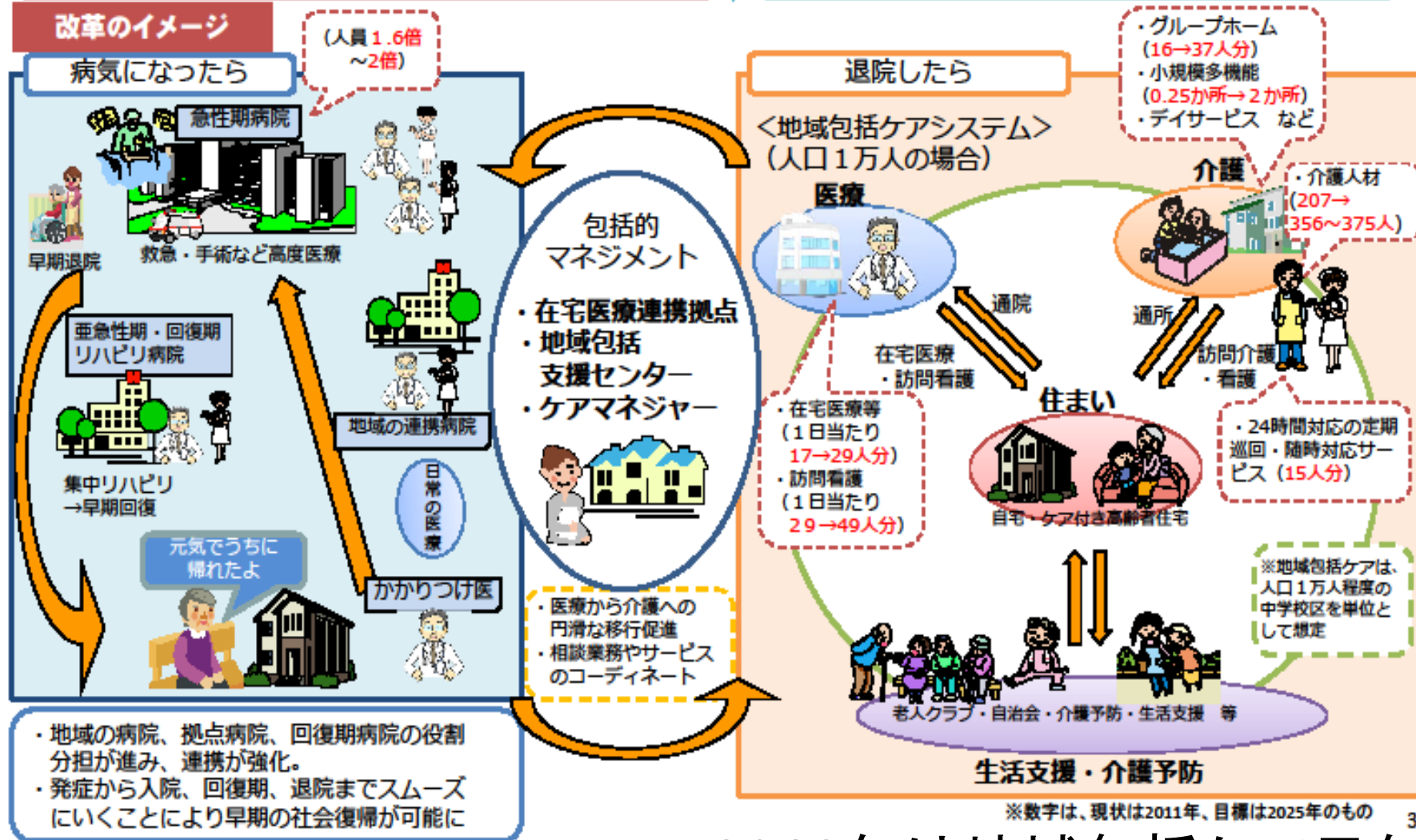
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設：医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度：医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想：都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げる(2015年)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助(2015年)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年)

2014年6月18日可決成立
臨床検査技師等に関する
法律の一部改正
「検体採取の業務拡大」

(は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

病床機能報告制度と 地域医療構想



病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

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。

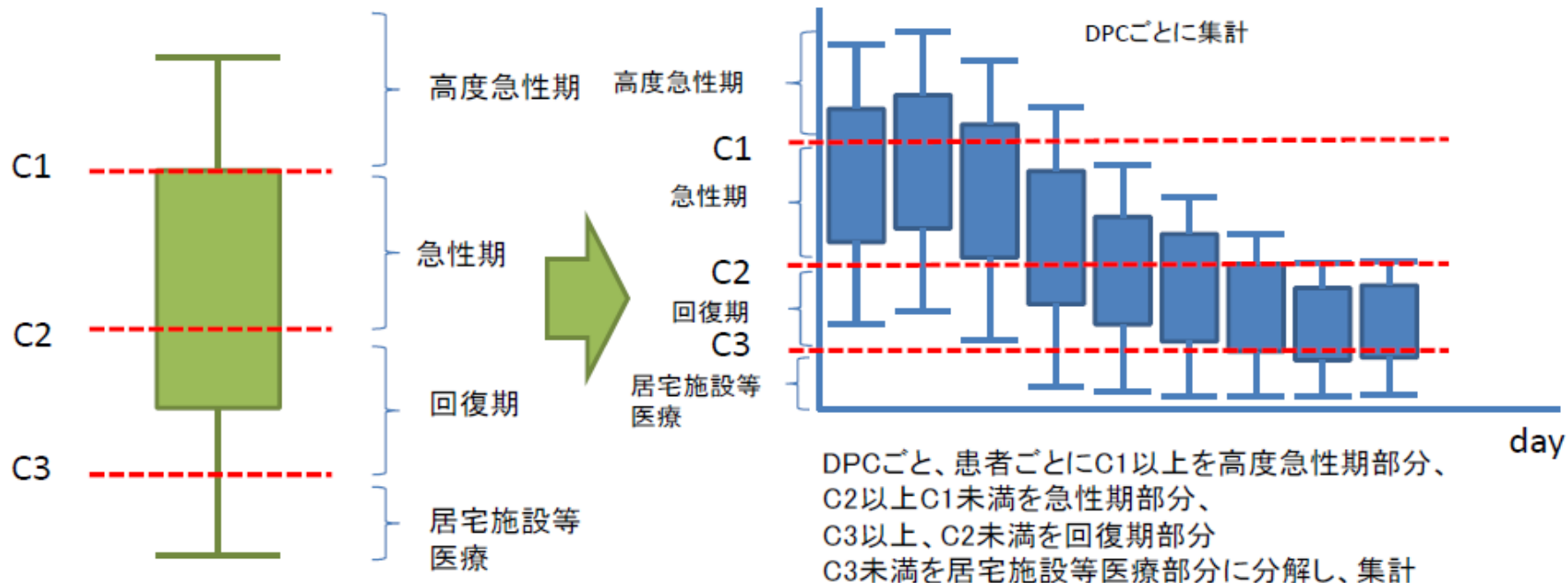
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

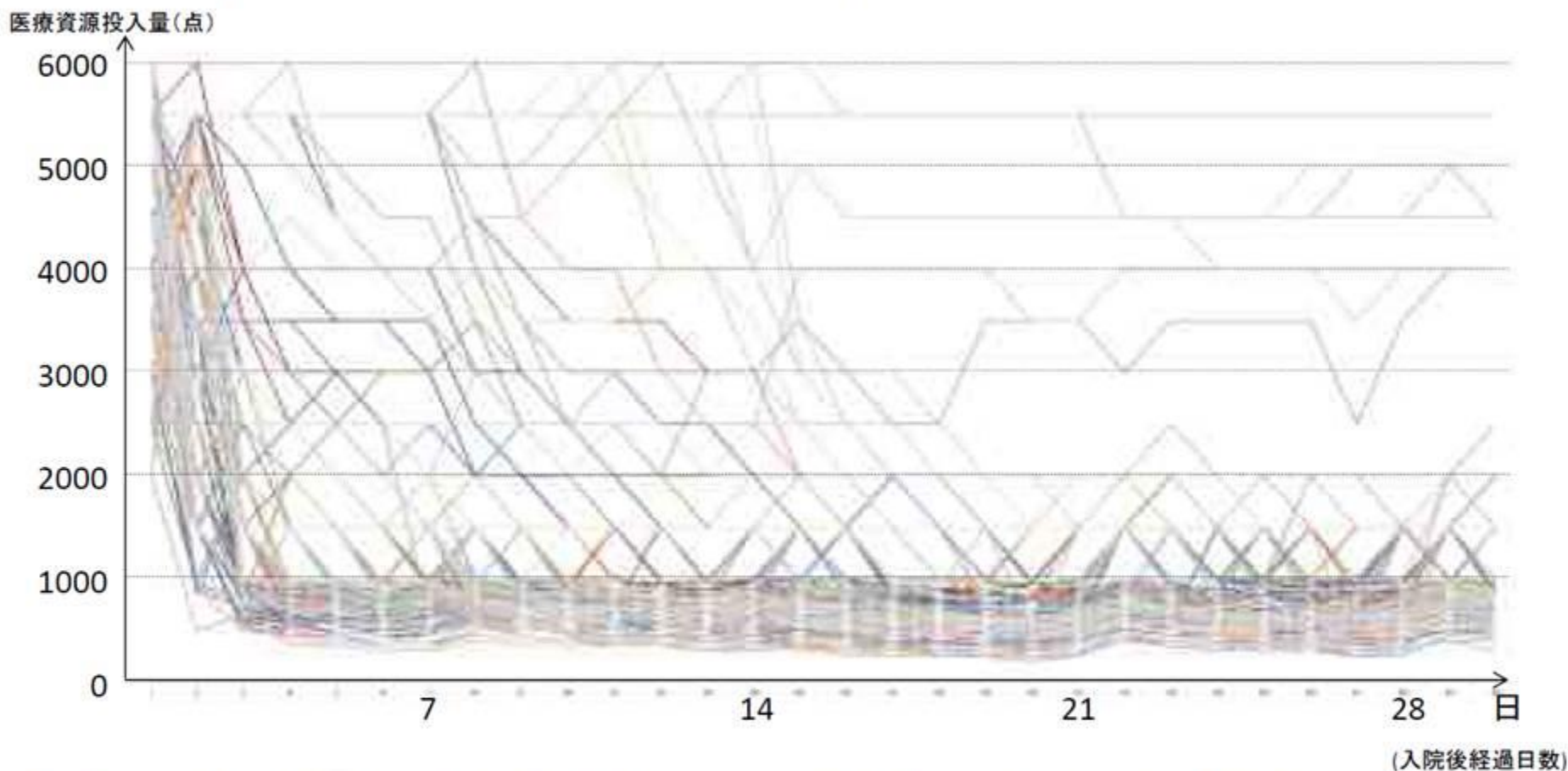
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療資源投入量(中央値)の推移

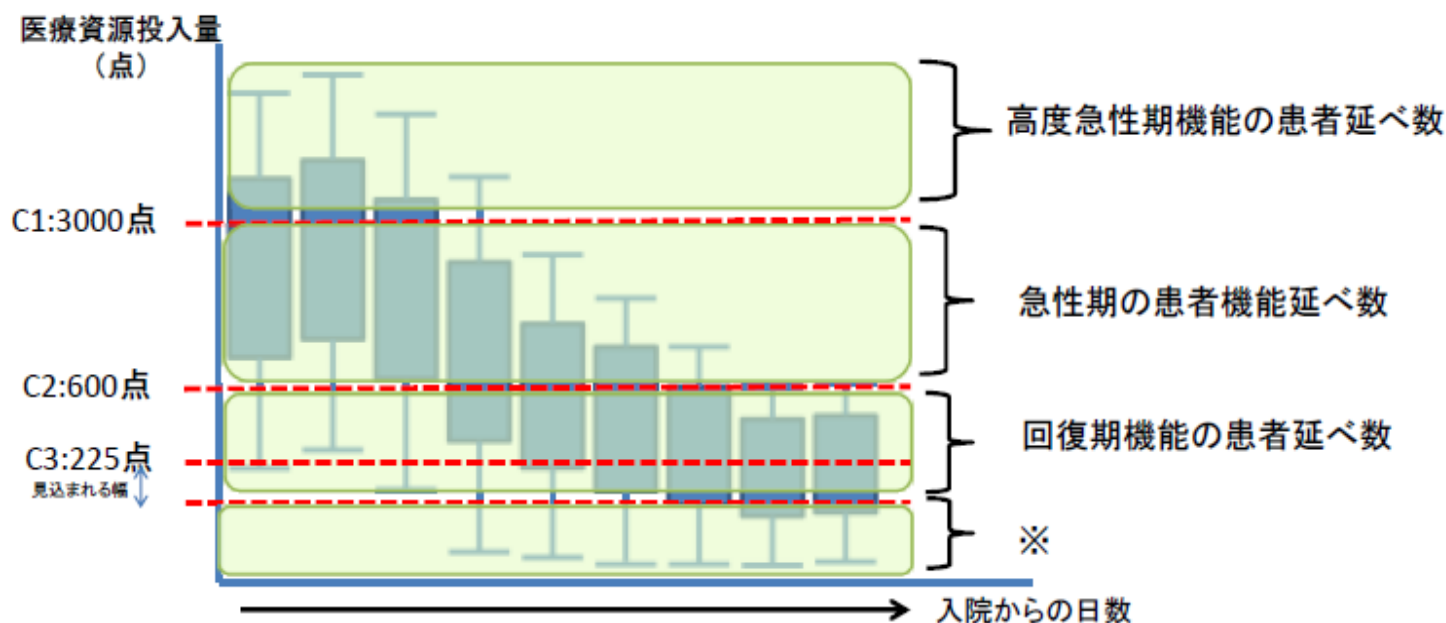
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

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。

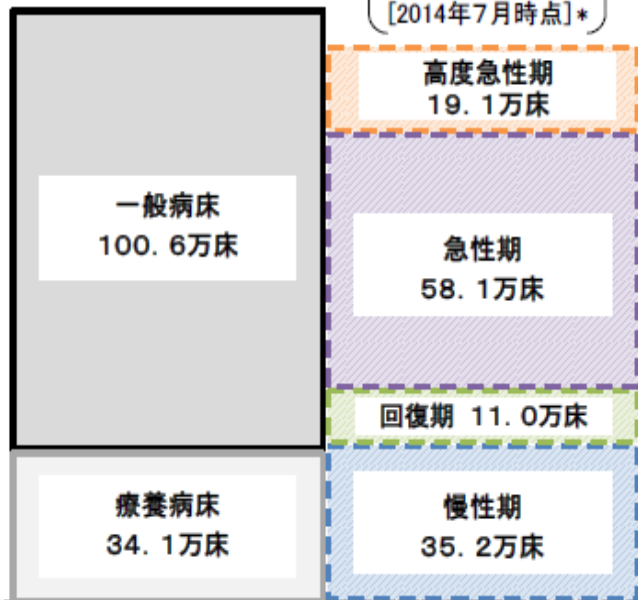
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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]*



【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

機能分化等をし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

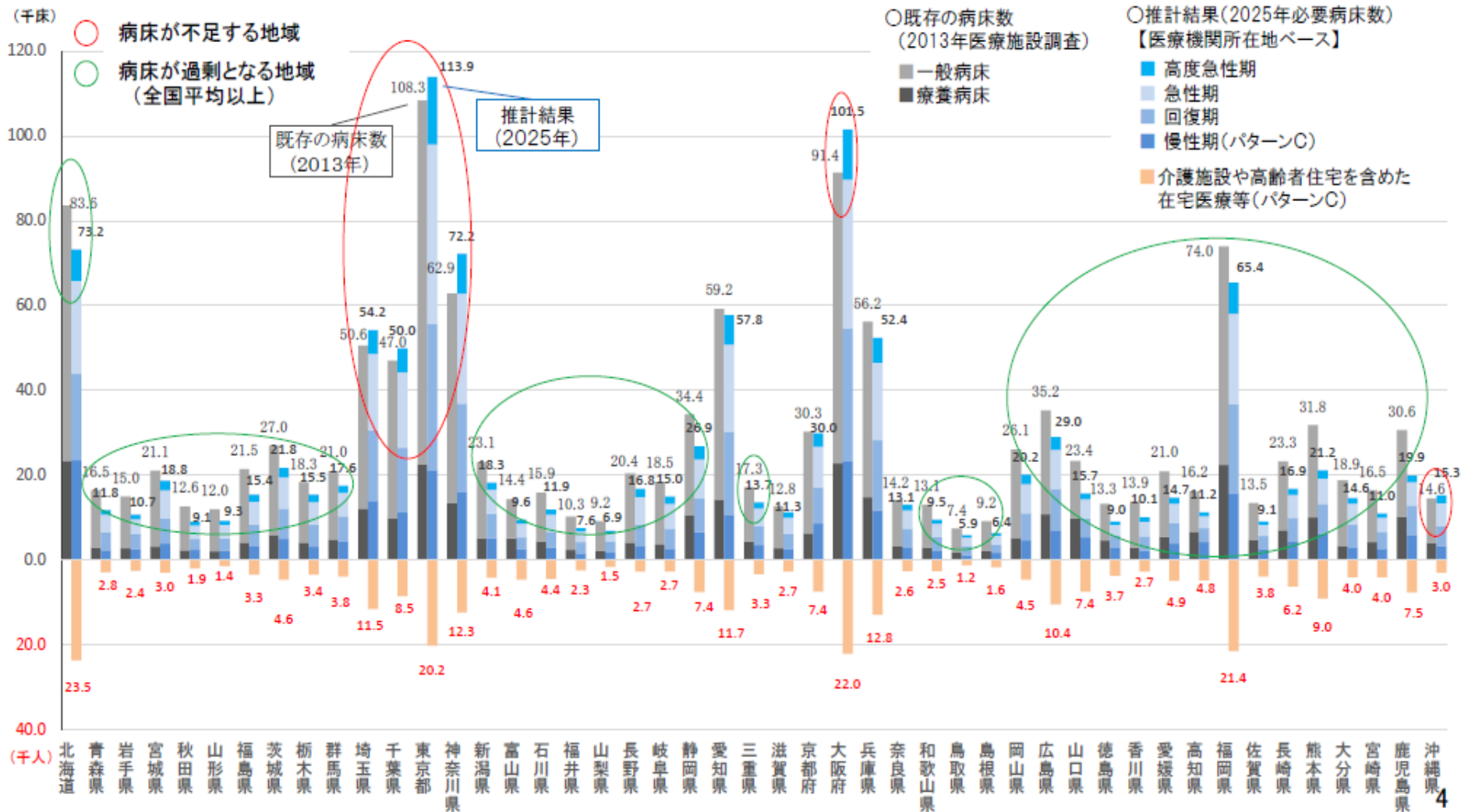


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 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も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

病床、最大20万削減

急性期と慢性期のベッド数を減らし
医療費を抑える(政府の目標)



内閣府の専門調査会
(会長・永井良三自治医

科大学長)が人口動態
診療報酬明細書から

25年、30万人を

2025年までに最大20万床削減
臨床検査の場が変わる...

2013年	2025年
13年の内	13年の内
年までに	年までに
るのは6	るのは6
削減府県	削減府県
ベッドの	ベッドの
削減数	削減数
10100	10100

療養病床の在り方等に関する検討会



2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床の在り方等に関する検討会 構成員

池端	幸彦	医療法人池慶会理事長・池端病院院長
井上	由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
猪熊	律子	読売新聞東京本社社会保障部部長
○ 遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
尾形	裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
折茂	賢一郎	中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長
嶋森	好子	慶応義塾大学元教授
鈴木	邦彦	日本医師会常任理事
瀬戸	雅嗣	社会福祉法人栄和会理事・総合施設長
田中	滋	慶応義塾大学名誉教授
土屋	繁之	医療法人慈繁会理事長
土居	丈朗	慶応義塾大学経済学部教授
東	秀樹	医療法人静光園理事長・白川病院院長
松田	晋哉	産業医科大学医学部教授
松本	隆利	社会医療法人財団新和会理事長
武藤	正樹	国際医療福祉大学大学院教授

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

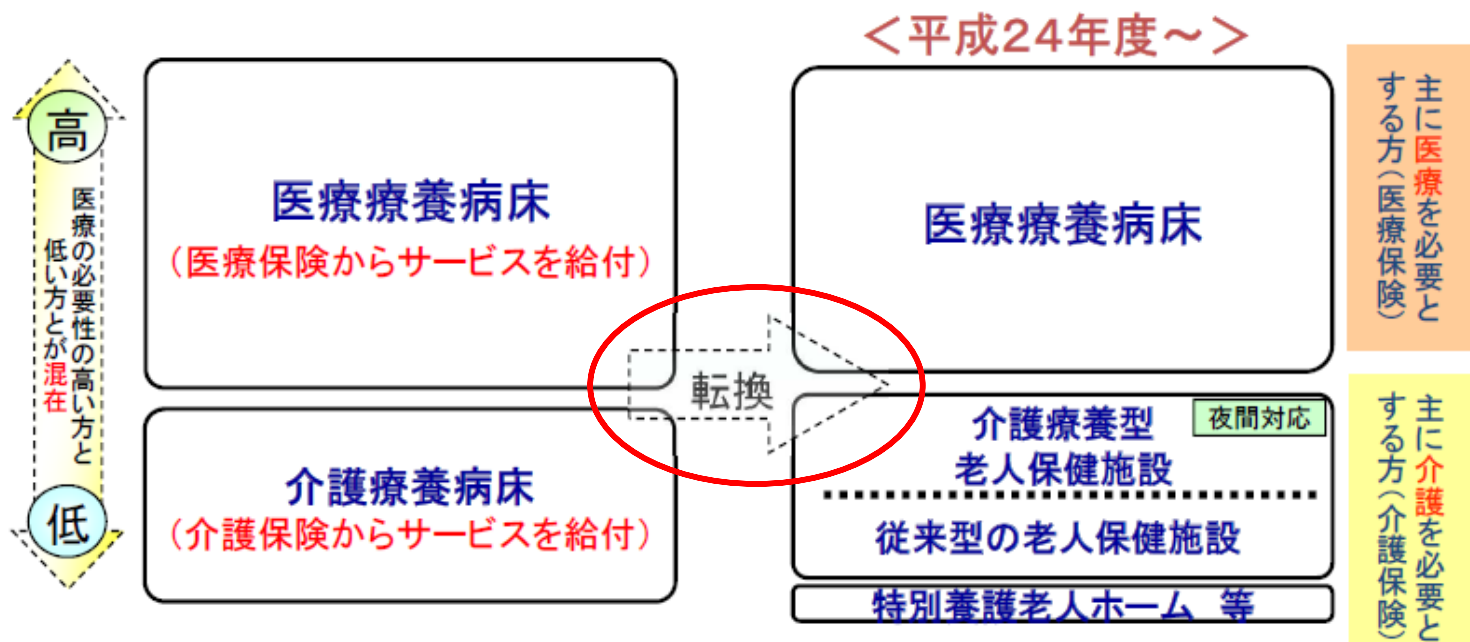
【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 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や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者（より軽度な者）

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末
介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病
床の老健転
換はむりすじ

介護療養病床
の住宅転換は
？



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス
(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示)

医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設
(●医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
●残りスペースを居住スペースに)


○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)
●介護ニーズは問わない


新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者




○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例




新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応


▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2)

医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



居住スペース
↑訪問診療
・医療療養病床(20対1)
・診療所(有床又は無床)

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



+

診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

新類型

医療法人による特養設置の規制緩和を！

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

パート2

2016年診療報酬改定と 地域連携5つのポイント

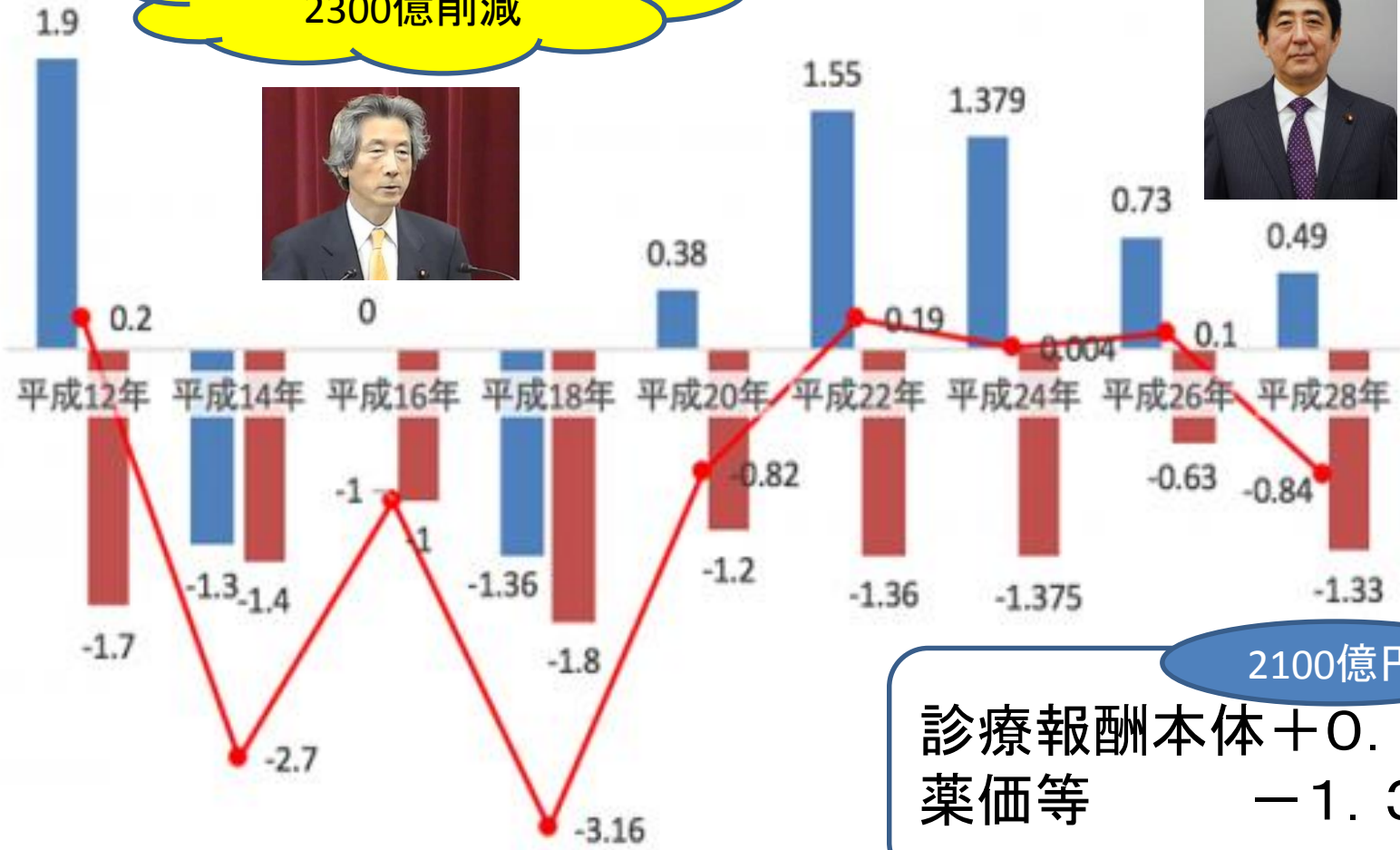
入院医療等調査評価分科会より

診療報酬改定率の推移

■ 本体部分 ■ 薬価など ● 全体改定率

8年ぶりの
マイナス改定

マイナス改定、毎年
2300億削減



2100億円
診療報酬本体 + 0.49
薬価等 - 1.33

診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

7対1の厳格化

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



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
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
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
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
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
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

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:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4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22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7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:
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

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22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1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(学習院大学法学部教授)
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22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5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: 野口晴子(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22年度3回
平成23年度1回
平成24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: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 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、有識者に意見を聴くことができる

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: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
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、月一回程度

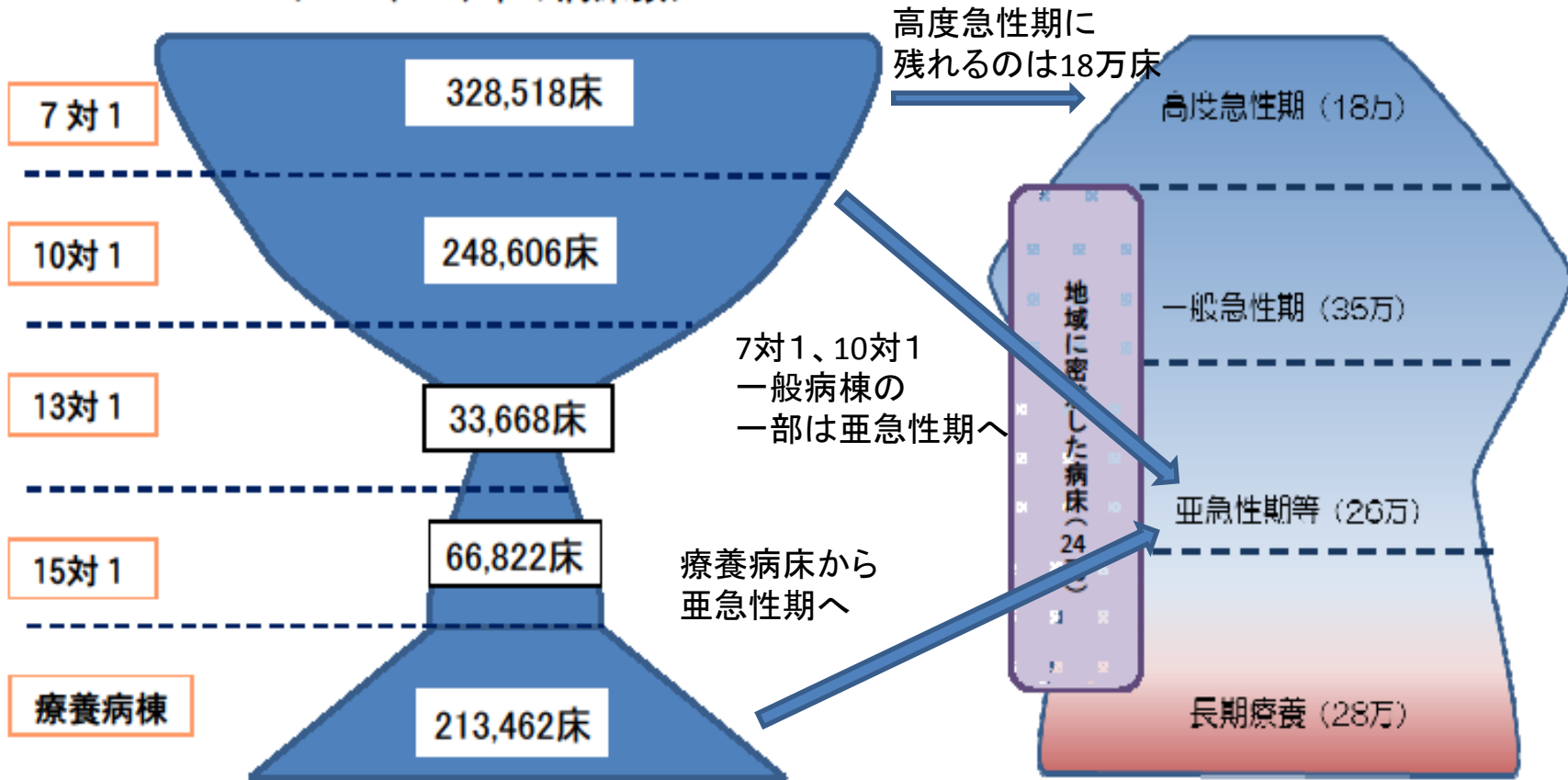
保険医療材料 専門組織

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: 松本純夫(東京医療センター院長)
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

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると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。

2016年4月報酬改定へ向けて 地域連携5つのポイント

ポイント① 特定除外制度の見直し

ポイント② 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③ 地域包括ケア病棟の要件見直し

ポイント④ 療養病棟入院基本料の要件見直し

(ア)療養病棟入院基本料2の医療区分の要件化

(イ)療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算見直し

ポイント⑤ 退院支援に関する評価の充実

ポイント① 特定除外制度の見直し

平成26年度診療報酬改定①

一般病棟における長期療養の適正化

➤7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

＜上記の②を選択した場合の対応＞

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

出典：平成24年度 入院医療等の調査より

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%	

90日を超えて入院している患者の変化

<7対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	2.04人/50人	➔	1.74人/50人

<10対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日		平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	4.63人/50人	➔	3.77人/50人

<90日を超えて入院している患者の増加／減少した医療機関>

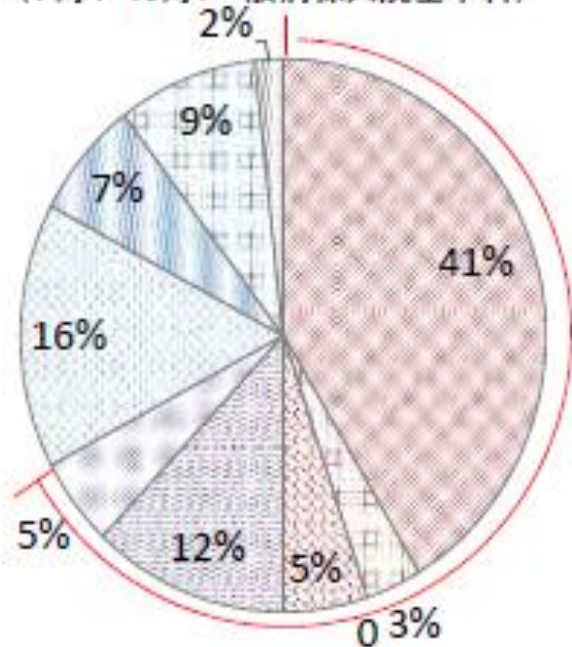


90日を超えて入院している患者の退棟状況について

○ 90日を超えて入院している患者の退棟先は、自宅が最も多い。また、自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が全体の7割弱であった。

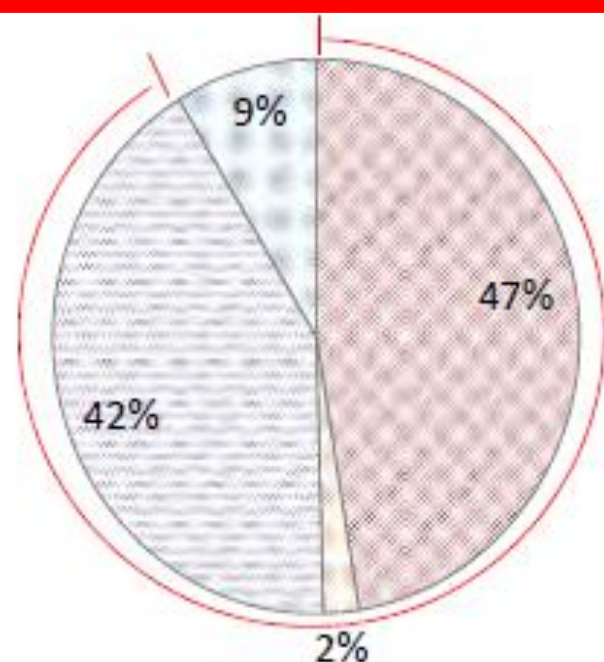
○ なお、90日を超えて入院している患者が減少した医療機関のうち、約90%に退院支援室又は地域連携室が設置されていた。

＜90日を超え患者の退棟先＞
(7対1・10対1一般病棟入院基本料)



- 自宅
- 自院の療養病棟
- 他院の療養病棟
- 自院の一般病床
- 他院の一般病床
- 自院の地域包括ケア・回りハ病床
- 他院の地域包括ケア・回りハ病床
- 介護施設等
- 自院のその他病床
- 他院のその他病床

＜90日超え患者が減少した医療機関の退院支援＞



- いずれも設置
- 退院支援室のみ設置
- 地域連携室のみ設置
- いずれも設置していない

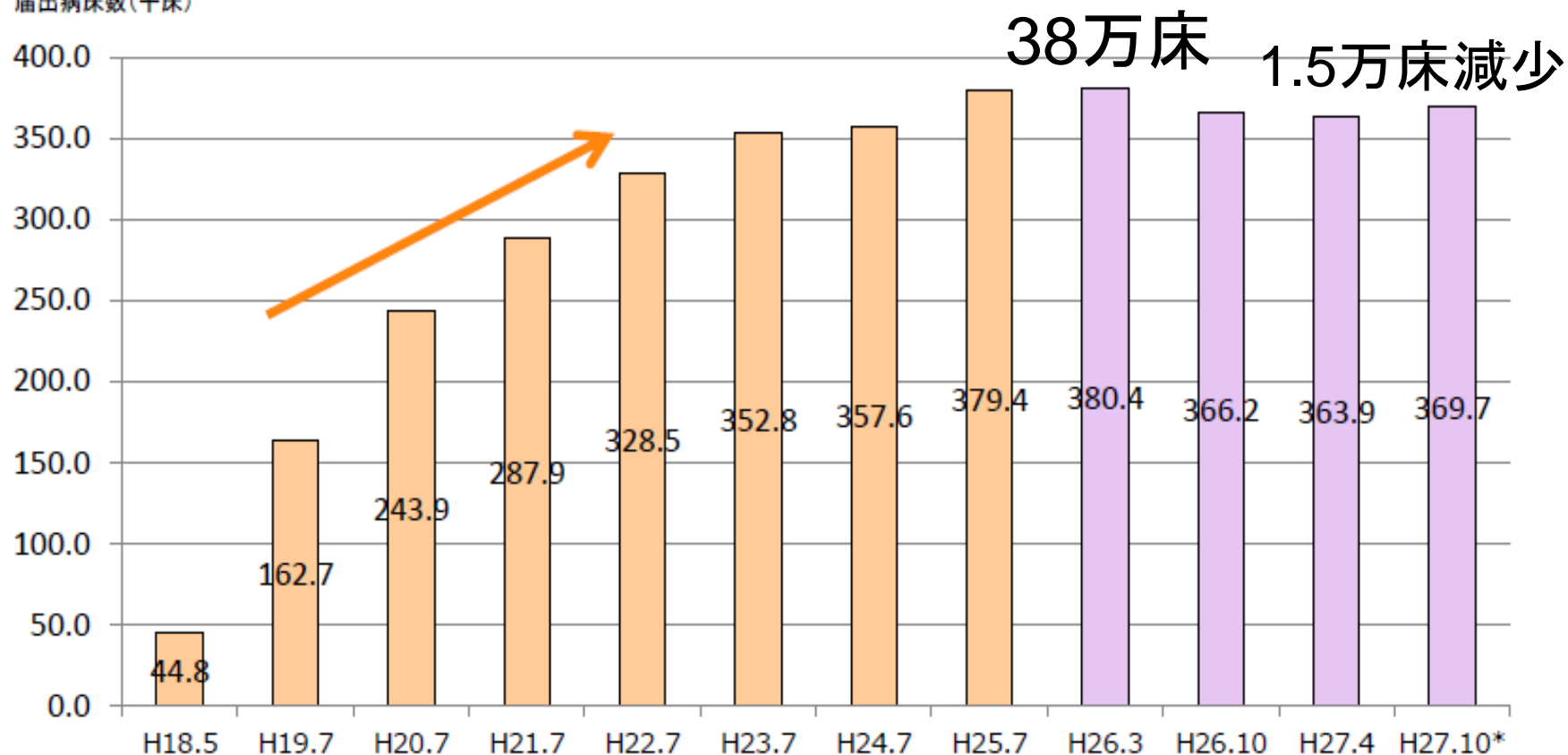
ポイント② 7対1病床の要件見直し

- (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

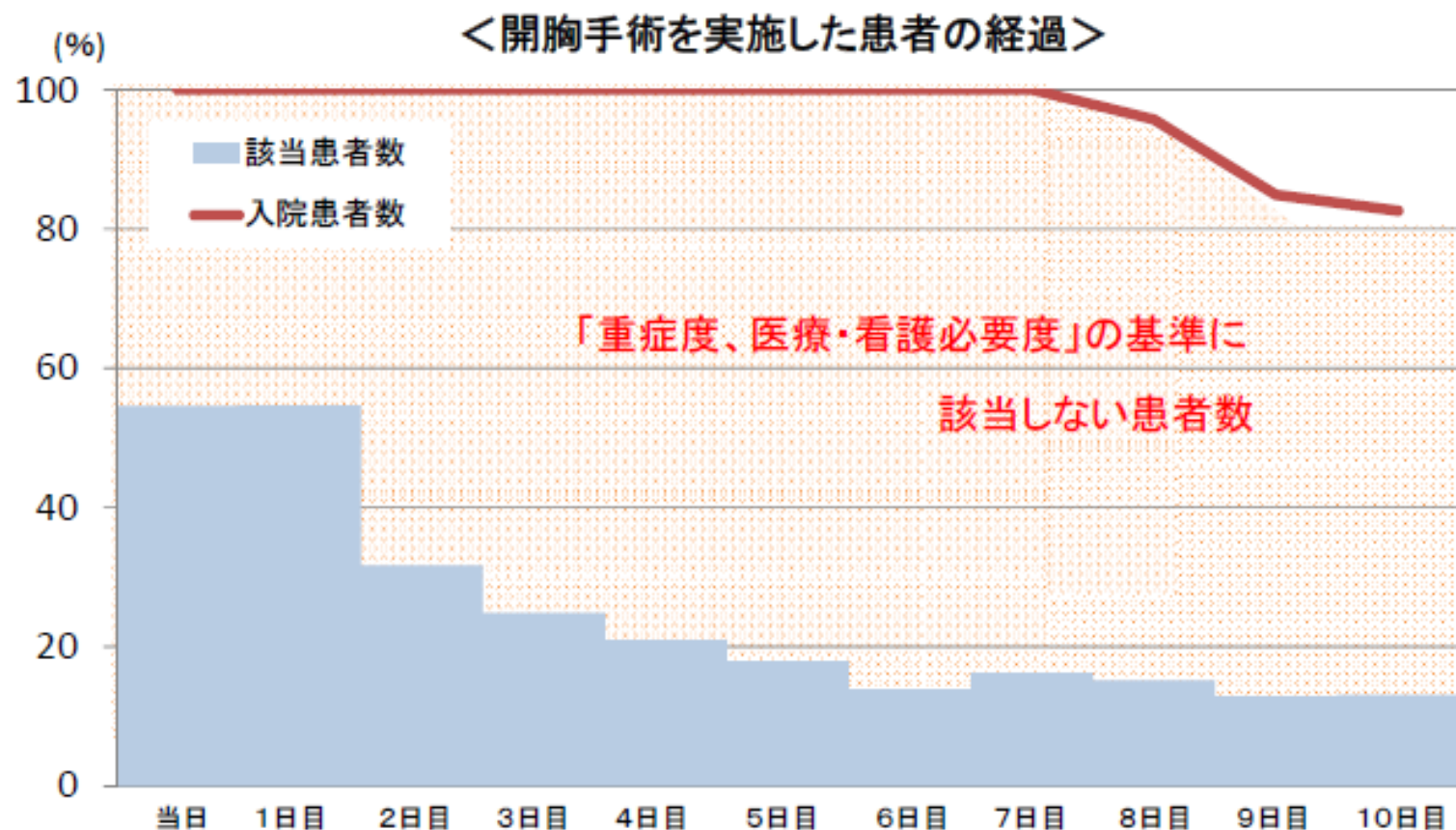
(前回改定)

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

ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム



周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

		プログラム	ERAS(イーラス)	従来(非ERAS)
術前	1	入院前カウンセリング	従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。	病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。
	2	腸管の前処置なし	下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというのには科学的な根拠はない。	手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。
	3	絶食見直し	絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。	前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増)
	4	前投薬なし	絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。	術前の患者の緊張を解くため、睡眠薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。
術中	5	胃管留置なし	ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。	腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。
	6	硬膜外鎮痛	痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。	全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する)
	7	短時間作用型麻酔薬	早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかに持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
	8	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
	9	小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
	10	体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 4

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

術後

11	離床促進バス	ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。	従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。
12	麻薬非使用の鎮痛薬	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。
13	悪心・嘔吐予防	術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。	麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。
14	腸管蠕動運動促進	積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。	積極的に腸を動かさなかった。
15	カテーテル早期抜去	手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。	カテーテル早期抜去を心がけなかった。
16	周術期経口栄養	術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。	術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。
17	予後・順守状態の調査	患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。	必ずしも行われていなかった。

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、
注目すべき成果を上げている

1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

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

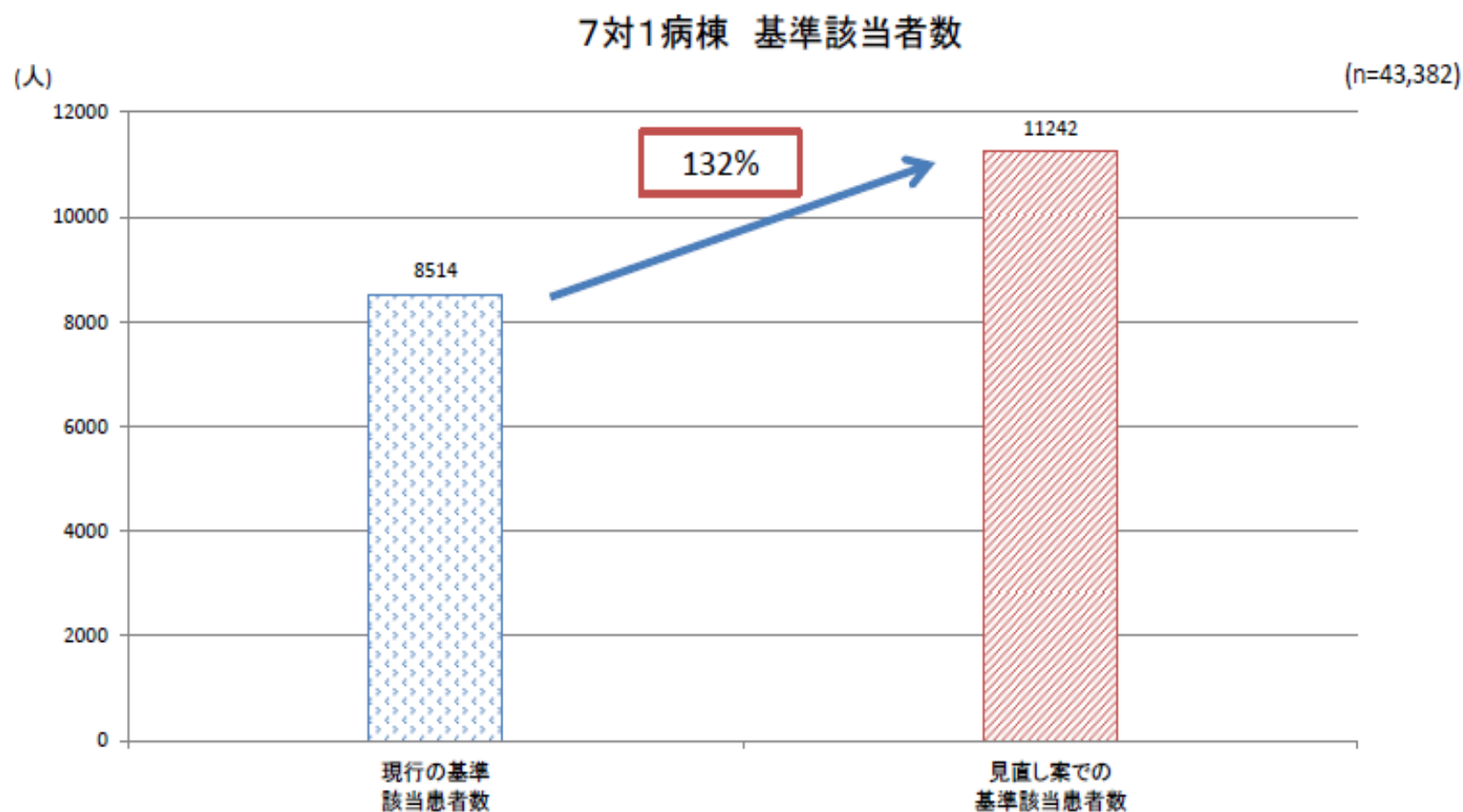
A得点が3点以上の患者

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

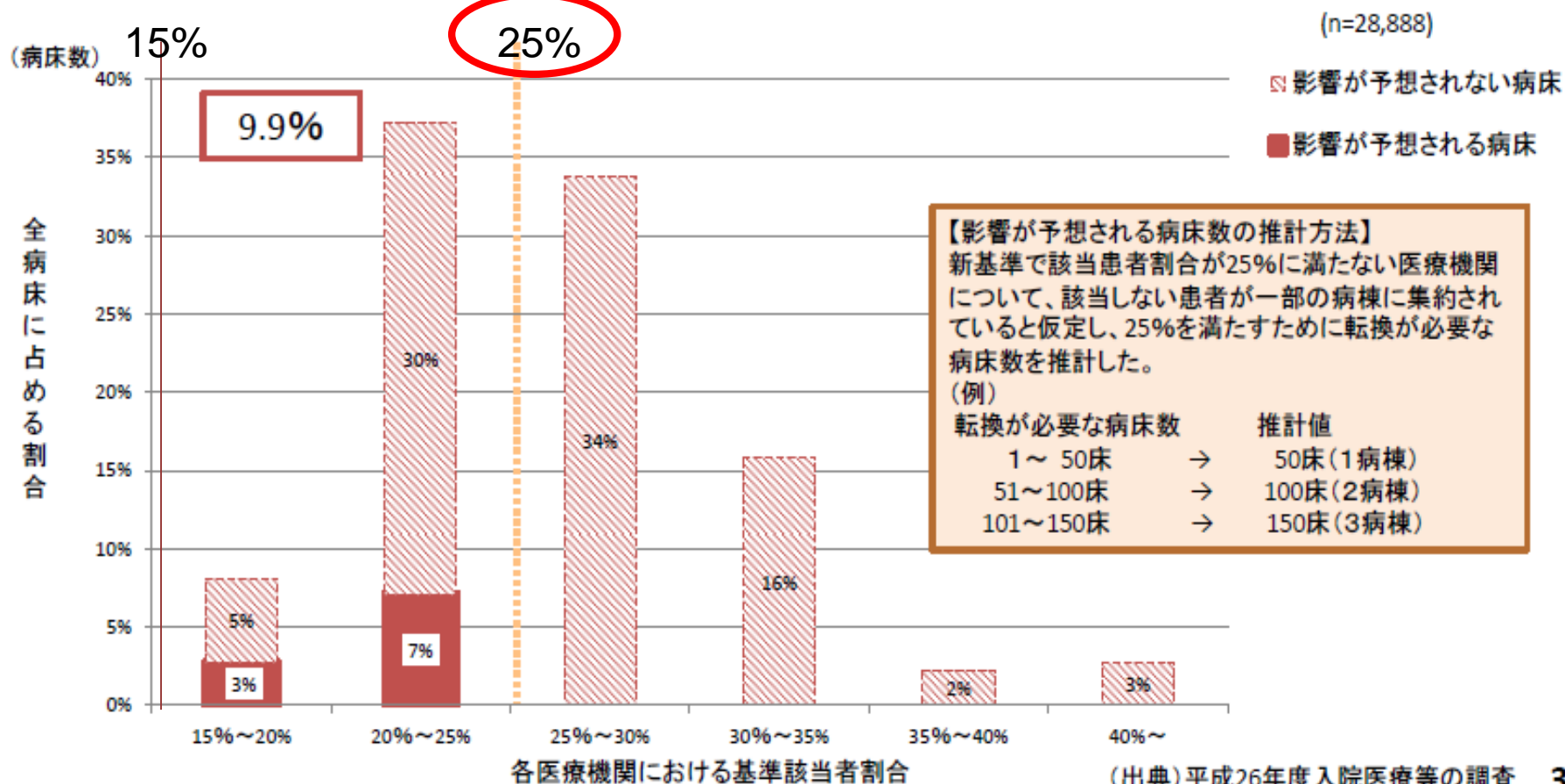
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



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)



(イ) 在宅復帰率の見直し

<計算式>

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

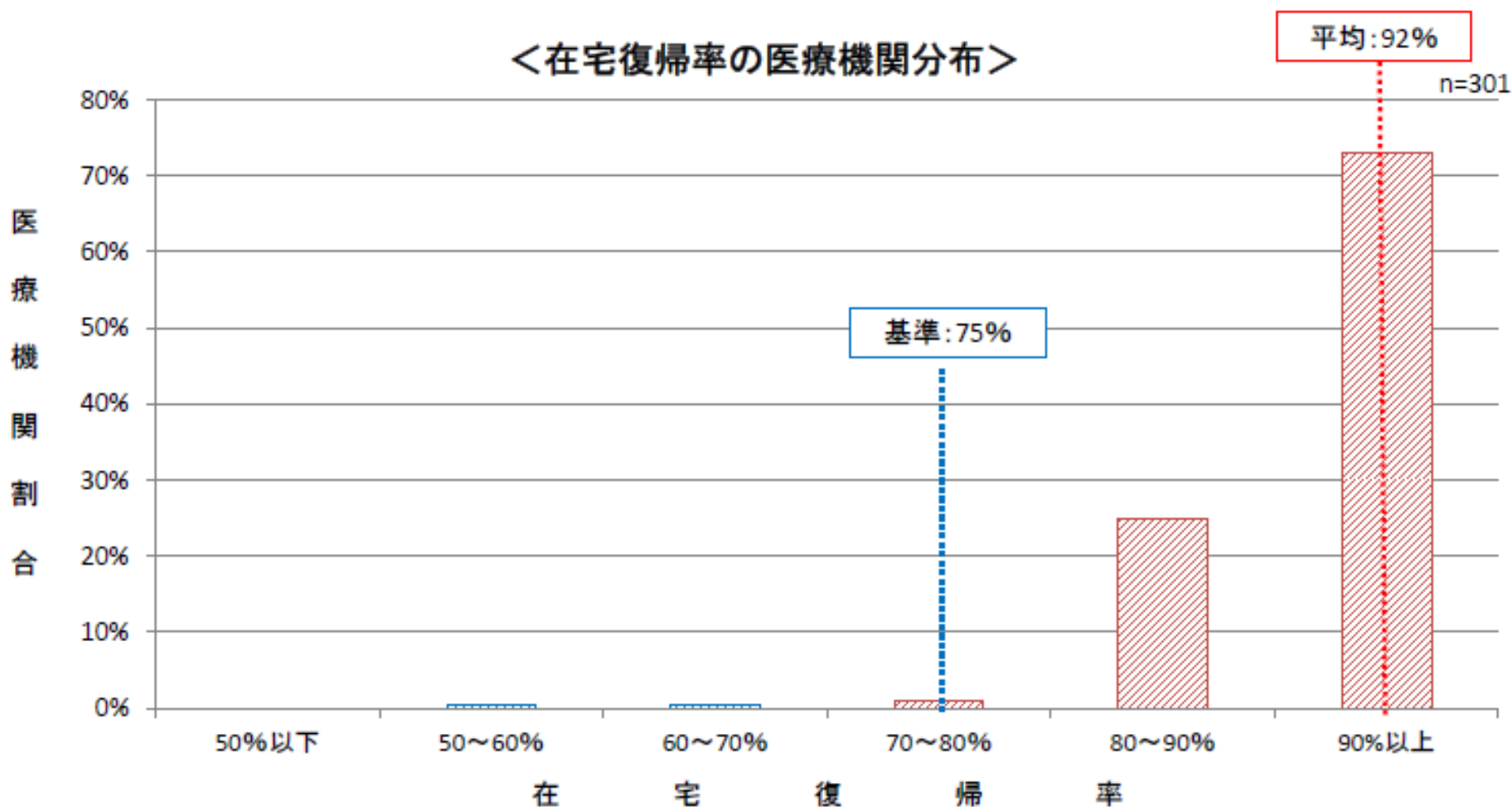
直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

=75%以上

2014年診療報酬改定

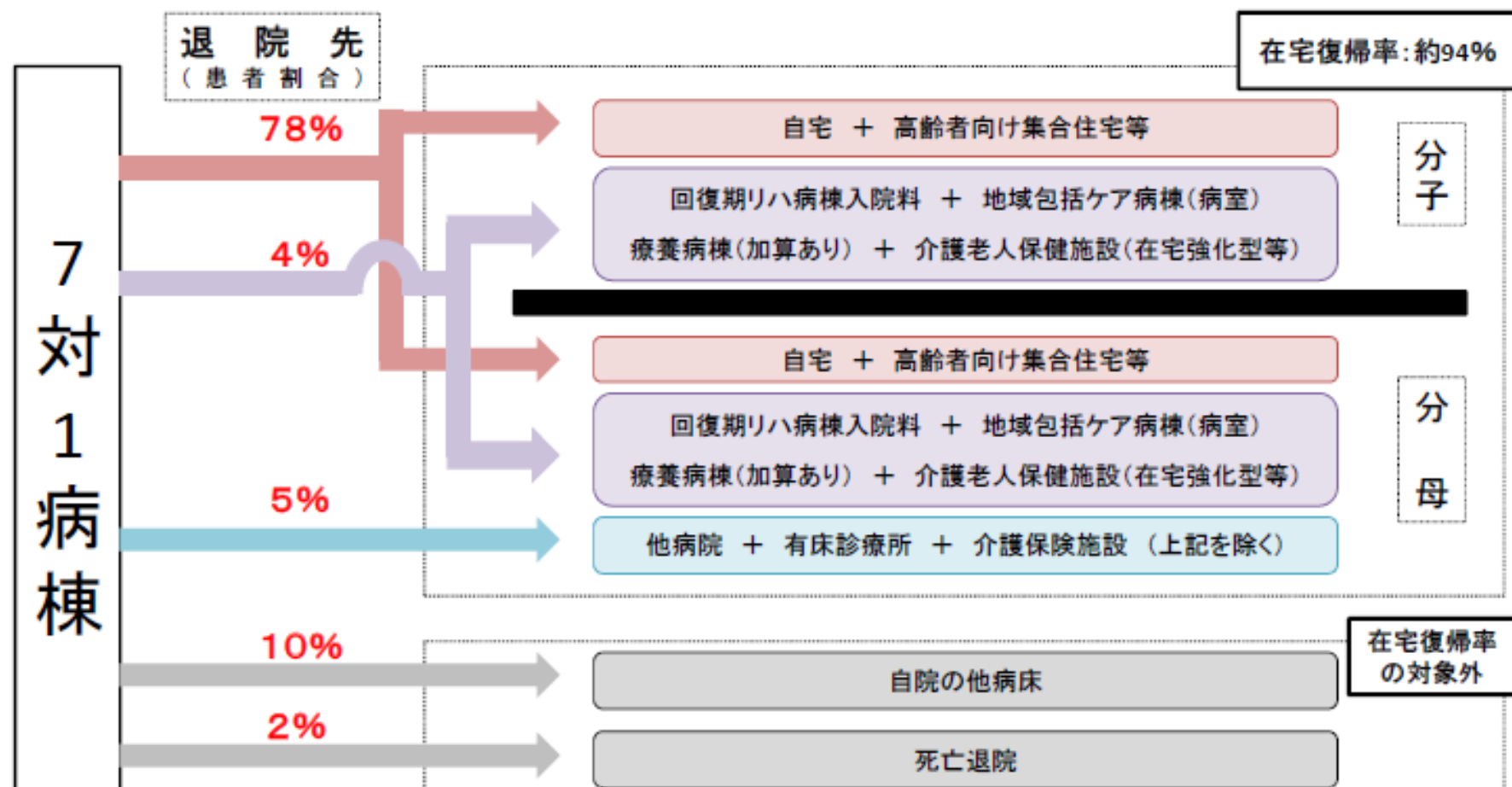
7対1病棟における在宅復帰率の状況（医療機関別）

- 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。

有床診療所(加算あり)が退棟先に追加

➤ (例1):在宅復帰率の計算方法の見直し

現行:在宅復帰率 $(82 \div 87 = 94.3\%)$

見直し案:在宅復帰率 $(78 \div 83 = 94.0\%)$

○ 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)

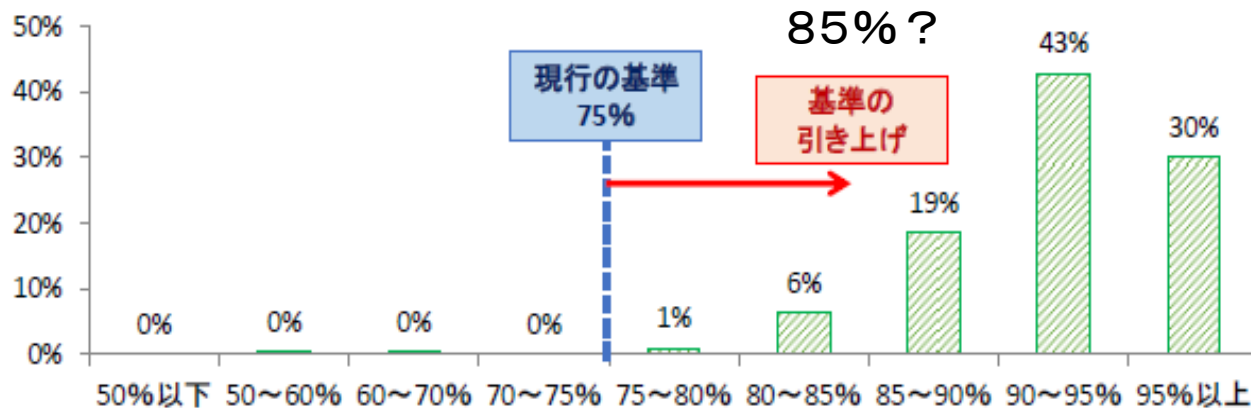
自宅
高齢者向け集合住宅等

従来の退棟先に加え
て、有床診療所(加算あり)が追加

回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟等を除く案はなくなった!

➤ (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。



有床診療所における 在宅復帰機能強化加算の新設

- 有床診療所入院基本料に在宅復帰機能強化加算を設ける
- 算定要件
 - 入院から15日以降であること
- 施設基準
 - 直近6ヶ月以内に他院した患者野在宅復帰率が〇割〇分以上であること
 - 在宅における生活が1ヶ月以上継続すること
 - 平均在院日数が〇日以下である

ポイント③
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)

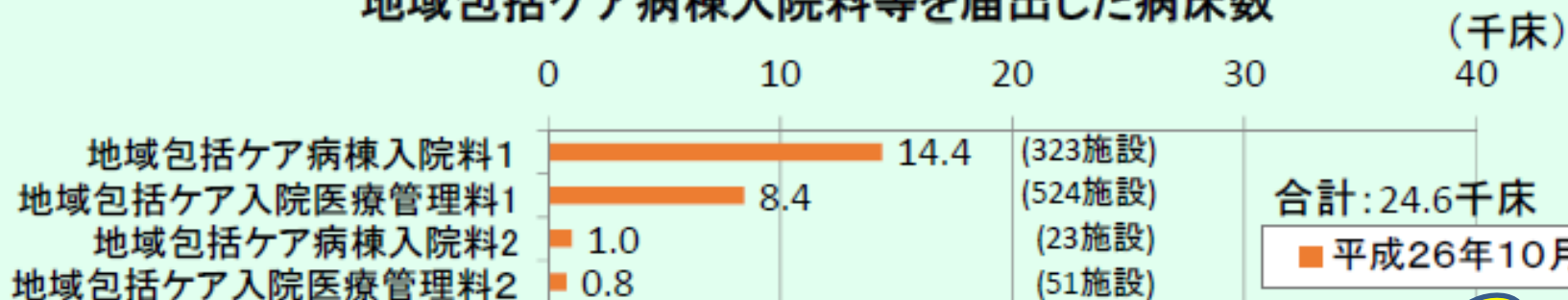
看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

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。)

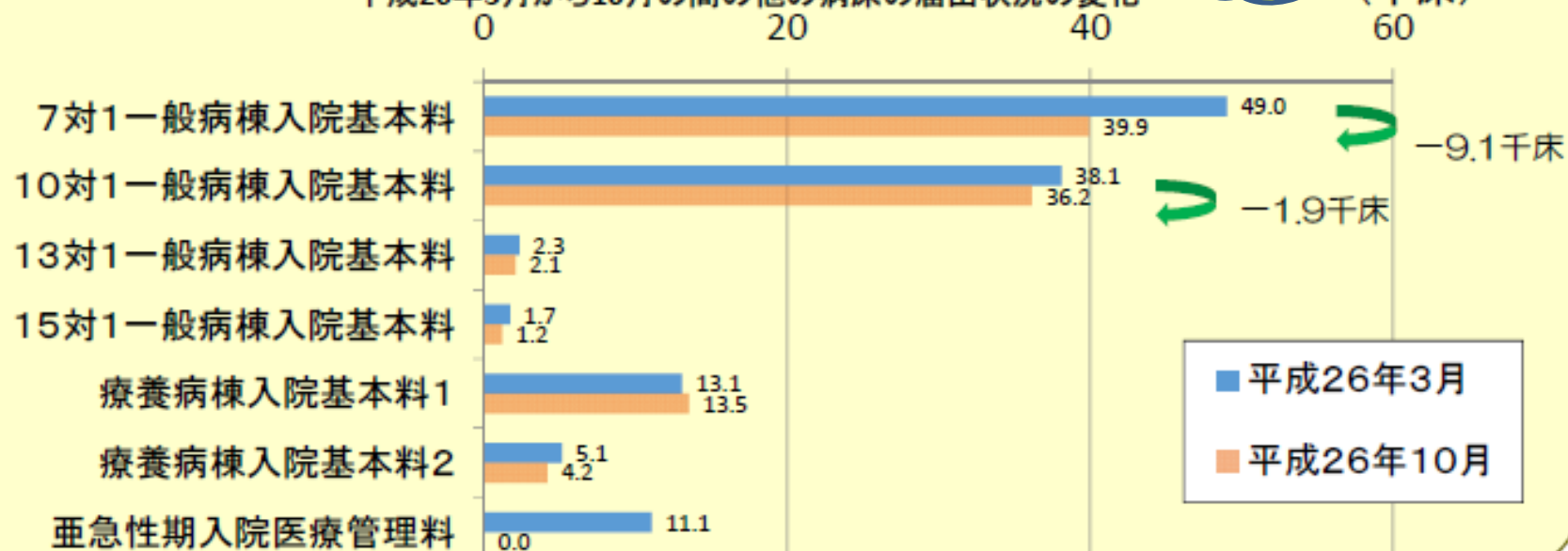
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

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

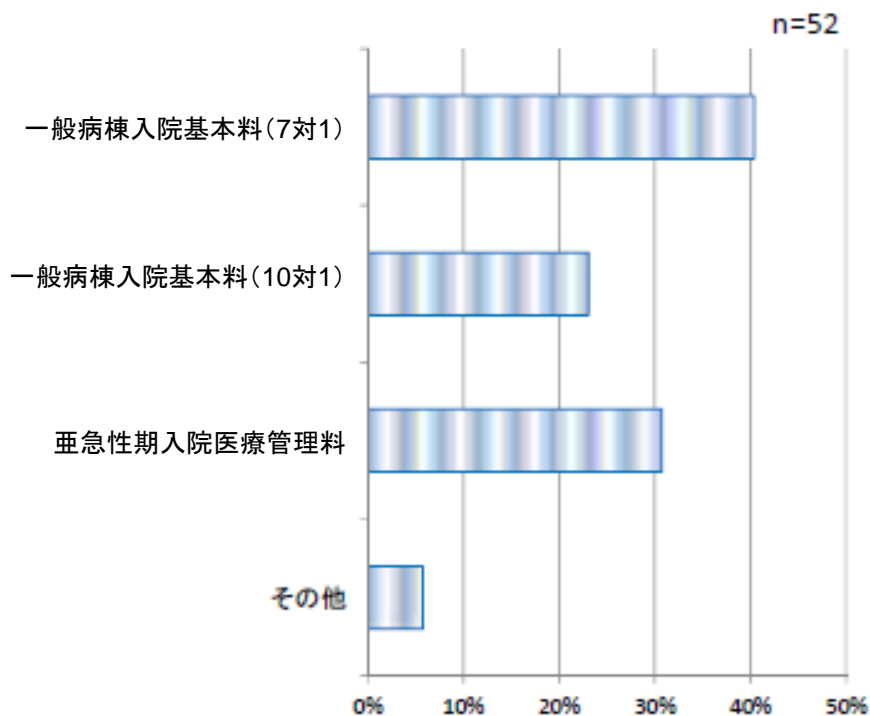


出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

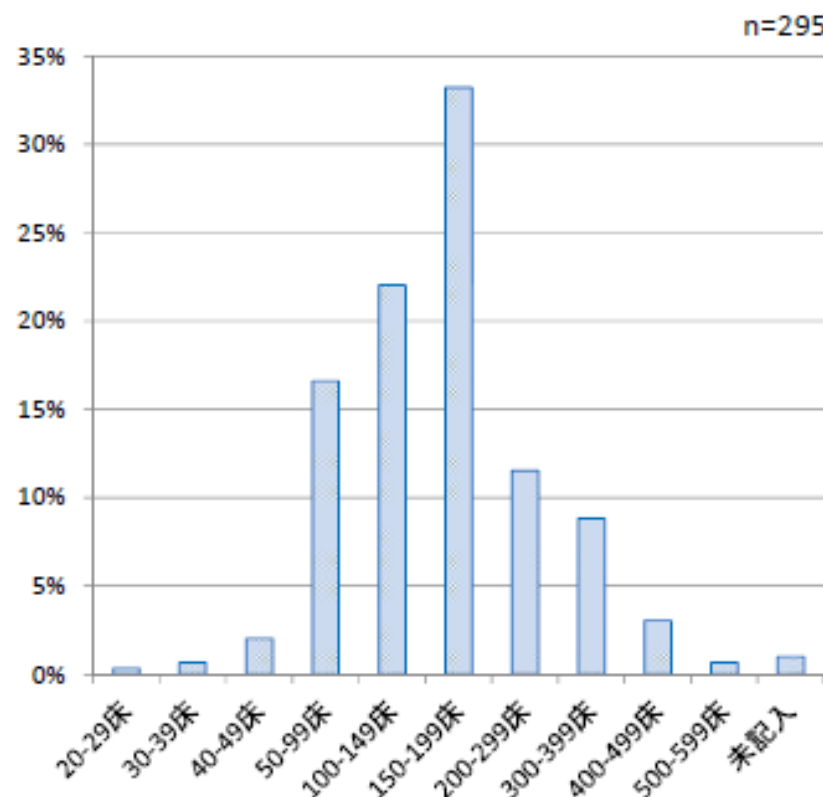
地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 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＞

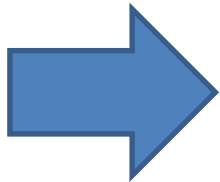


＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



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(入院医療分科会)。



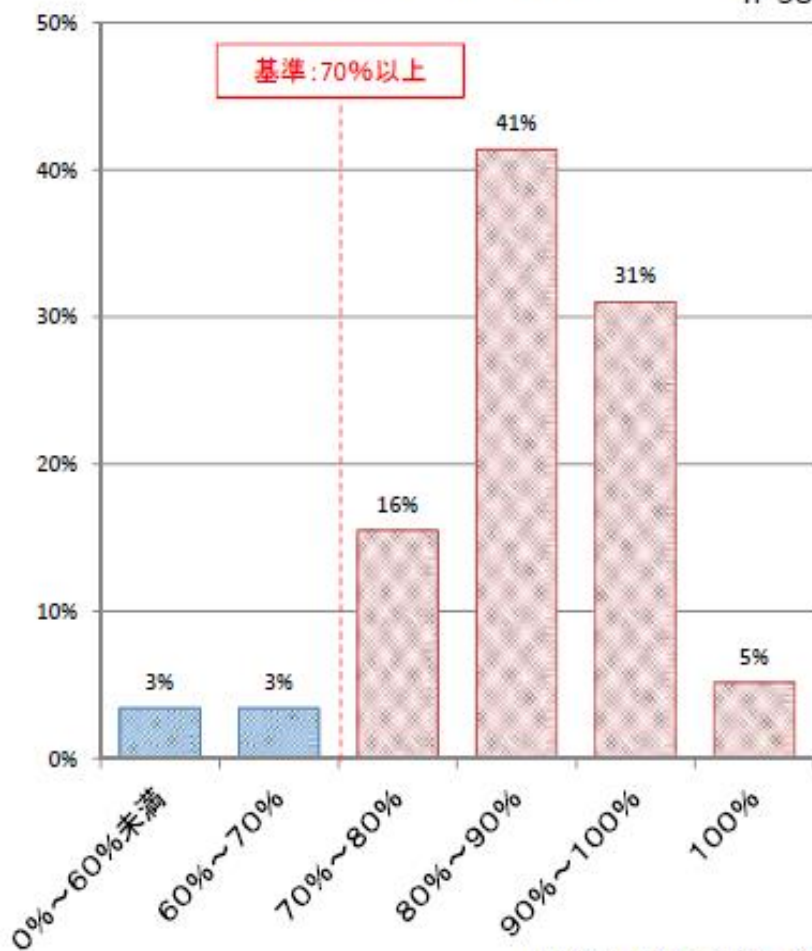
手術料、麻酔料は包括外とする

地域包括ケア病棟における在宅復帰率

- 地域包括ケア病棟の在宅復帰率は、施設基準の要件となっている70%を大きく上回る医療機関が多く、個別の退棟先は自宅や介護老人保健施設が多かった。

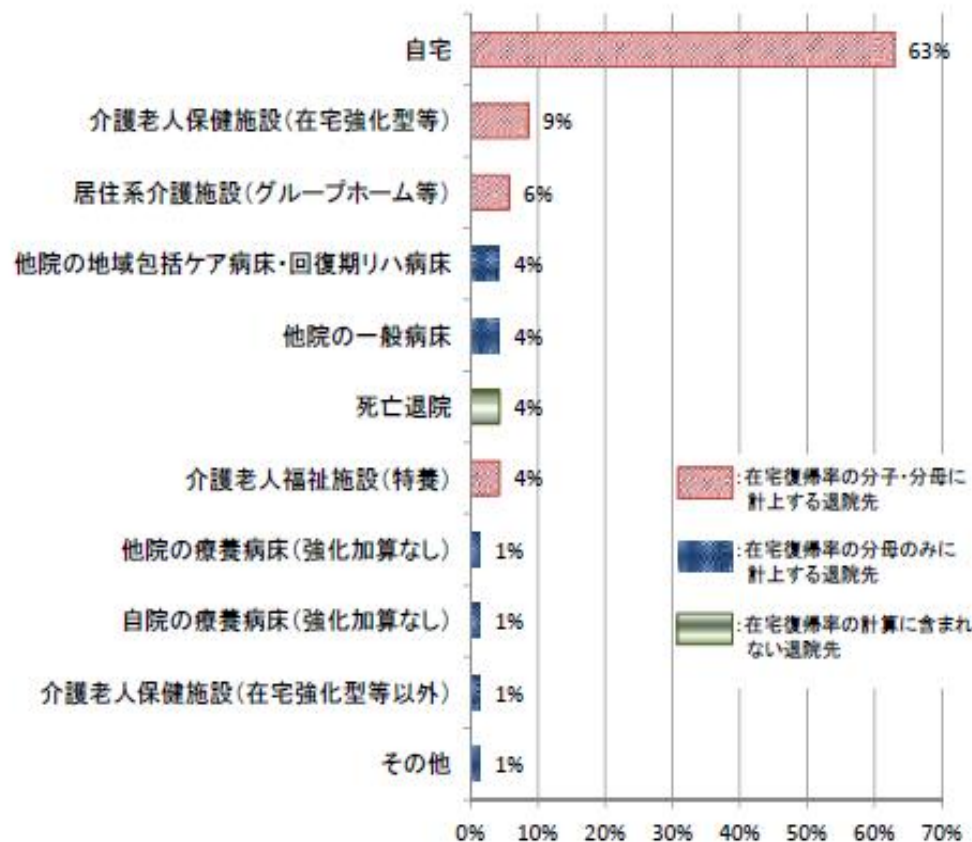
在宅復帰率と該当割合

n=58



退棟先別の患者割合

n=70

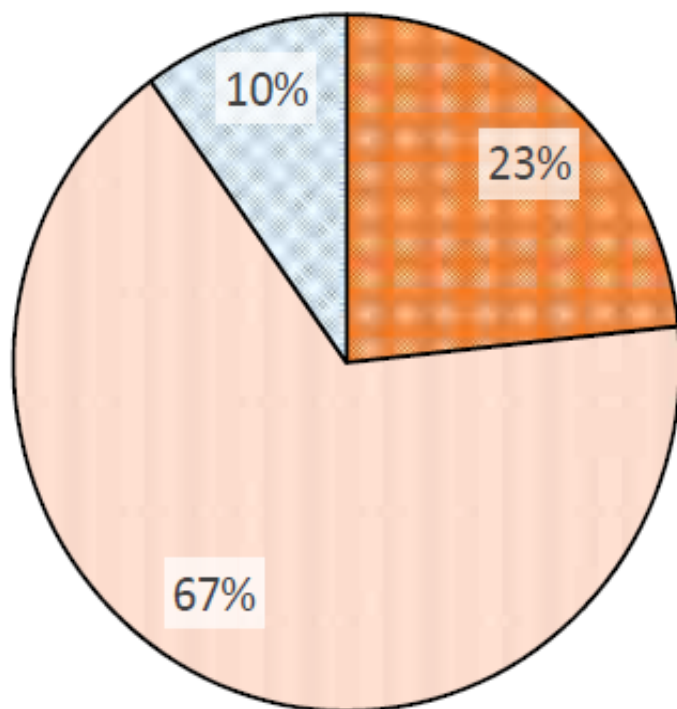


出典: 平成26年度入院医療等の調査(病棟票、患者票: H26年8月~10月の3月間の在宅復帰率を計上)

退院支援

- 地域包括ケア病棟の大部分で、専従又は専任の退院支援職員が配置されていた。

病棟への専従又は専任の退院支援職員の配置
(n=60)



- 専従の退院支援職員が病棟に配置されている
- 専任の退院支援職員が病棟に配置されている
- 専従／専任の退院支援職員は病棟に配置されていない

ポイント④

療養病棟入院基本料

(ア)療養病棟入院基本料2に

医療区分の要件化

(イ)在宅復帰機能強化加算の見直し

(ア)療養病棟入院基本料2に医療区分の要件化

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

看護配置:20:1以上 (医療区分2・3の患者が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	967点	1,412点	1,810点
ADL 区分2	919点	1,384点	1,755点
ADL 区分1	814点	1,230点	1,468点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

看護配置25:1以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	902点	1,347点	1,745点
ADL 区分2	854点	1,320点	1,691点
ADL 区分1	750点	1,165点	1,403点

医療区分

医療 区分 3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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(頸髄損傷) ・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 ・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) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・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

ADL区分

ADL区分1: 11点未満
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分3: 23点以上

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

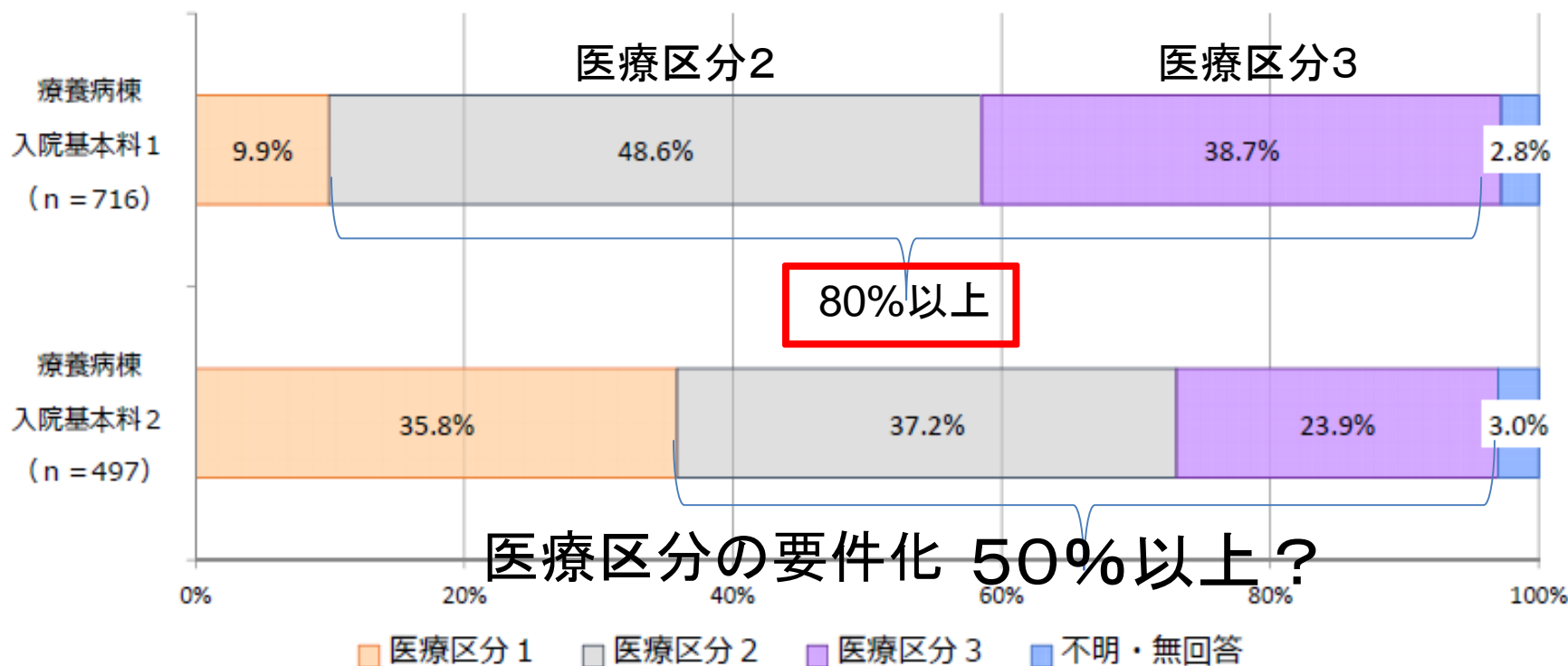
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

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

療養病棟に入院している患者について① ～医療区分別の患者の入院状況～

- 療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2ともに医療区分2の患者が最も多い。
- また、療養病棟入院基本料2では、療養病棟入院基本料1と比べて医療区分1の患者が多く、医療区分3の患者が少ない傾向にある。

<医療区分別の入院患者割合>



(イ) 在宅復帰機能強化加算の見直し

在宅復帰機能強化加算の算定要件

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

現在の算定要件では、
自宅からの入院と
他院からの転院とを
区別せずに
在宅復帰機能を
評価している。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

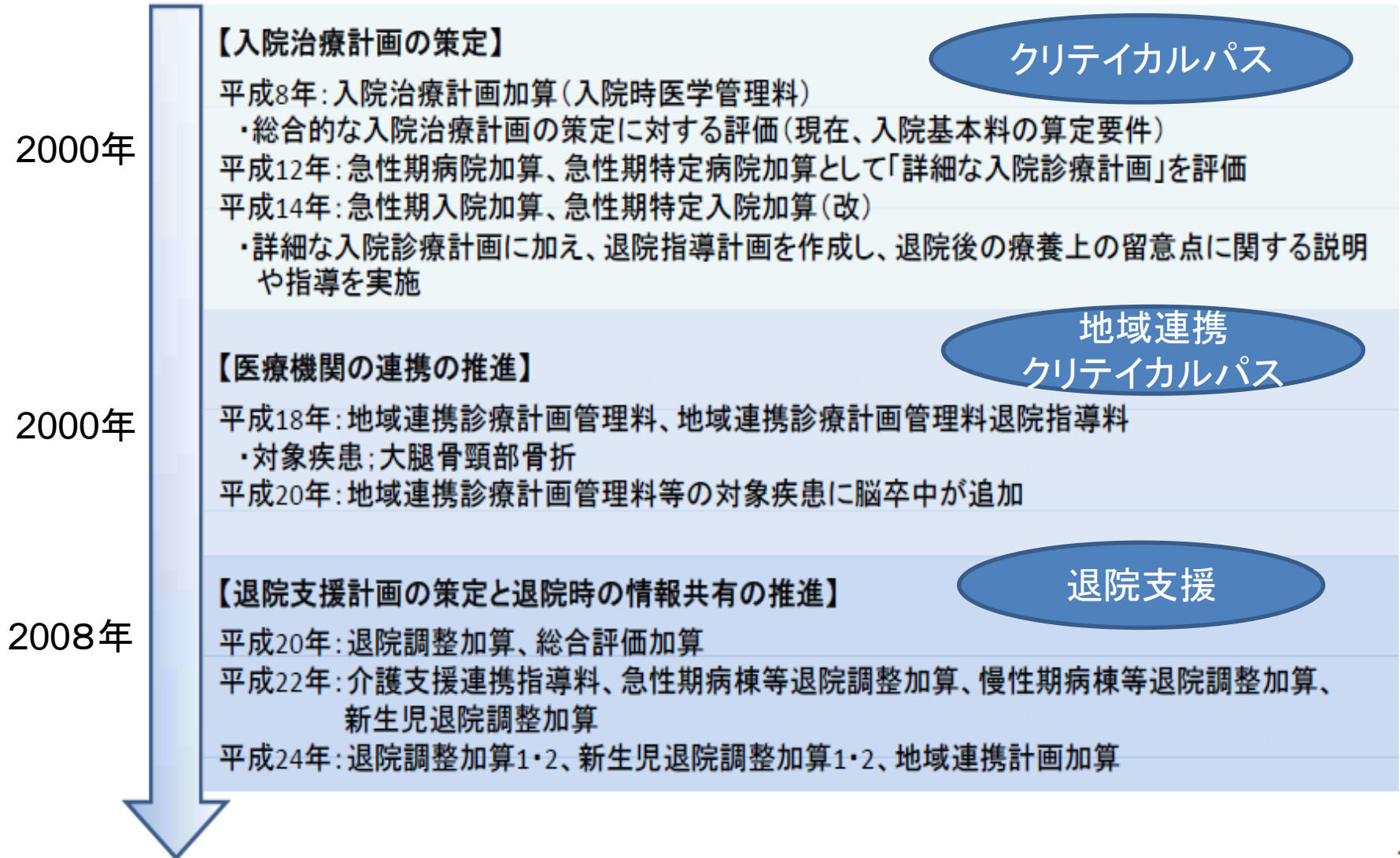
※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

1ヶ月ルール、回転率を 療養病棟における患者流れの パターンで重み付けをする

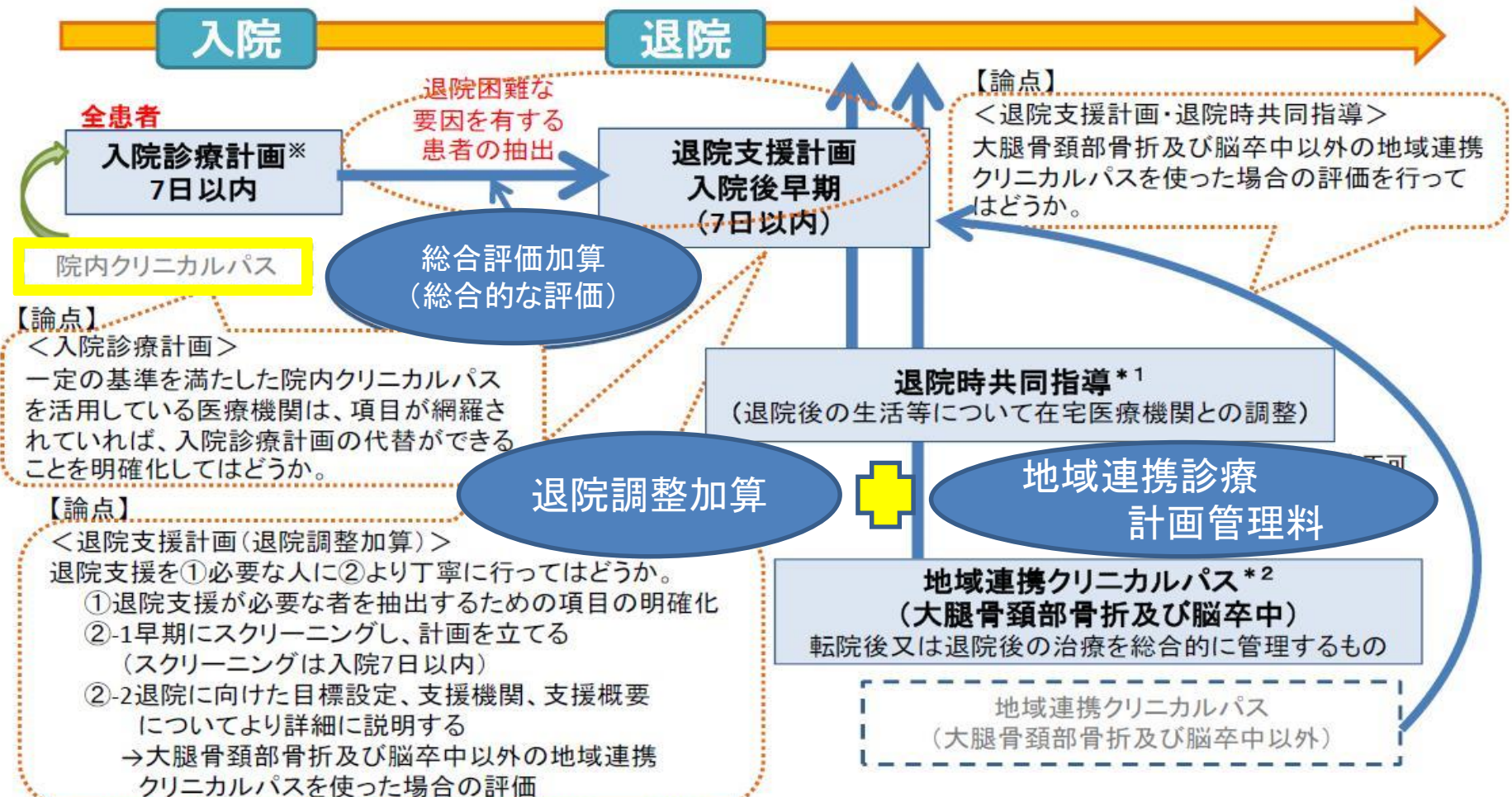
- パターン①
 - 他院の急性期病棟→自院の療養病棟→自宅
- パターン②
 - 自院の他病棟→自院の療養病棟→自宅
- パターン③
 - 自宅→自院の療養病棟→自宅
- 一ヶ月ルール該当はパターン②のみ
- 回転率はパターン①と②のみで算出し基準値
を変える

ポイント⑤退院支援に関する 評価の充実

退院支援に係る診療報酬の変遷



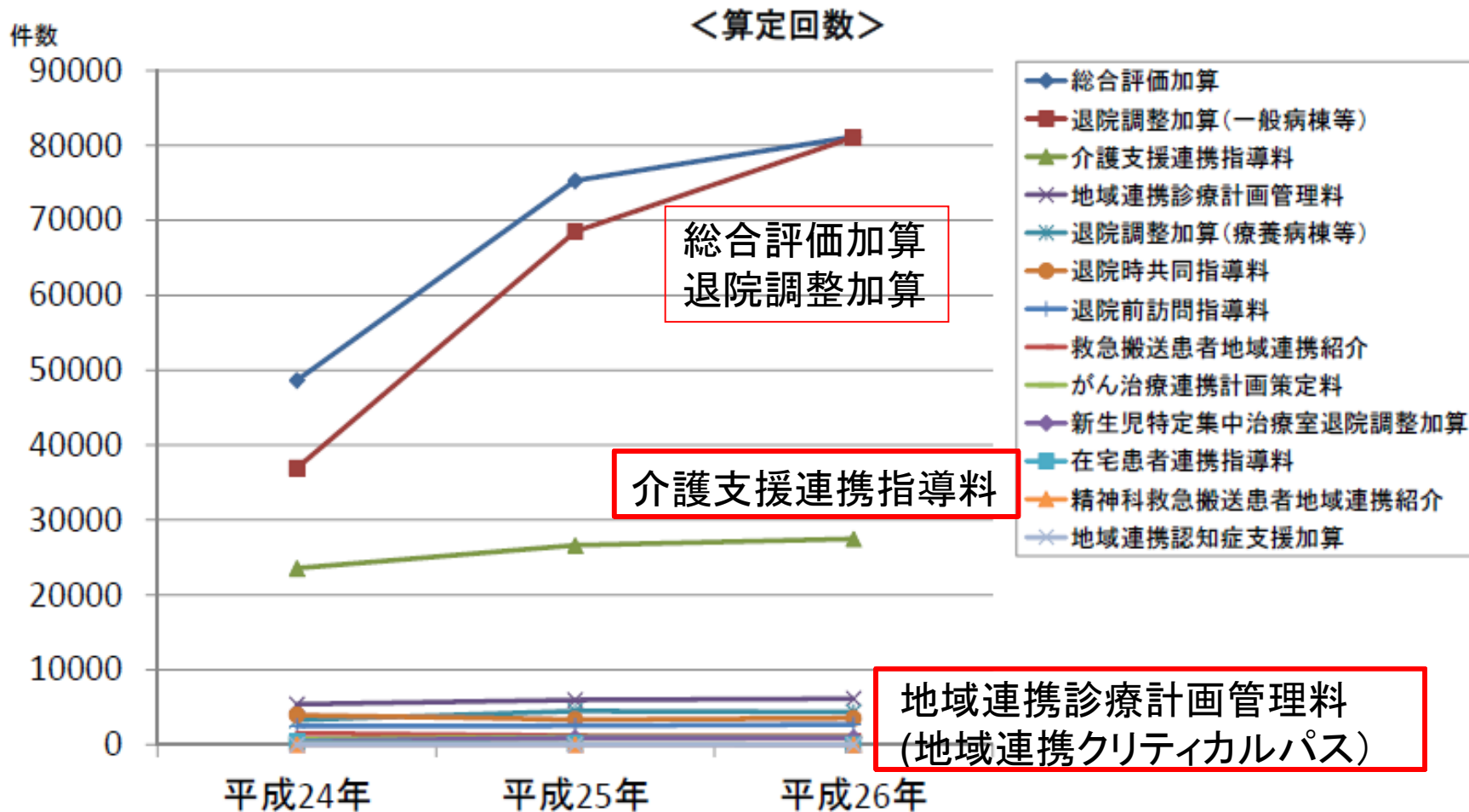
現行の退院支援の流れ



※ 診療報酬上、参考として示している様式であり、ここに示している項目が全て記載されていれば、当該様式と同じでなくても差し支えないが、そのことについて周知不足等により、患者用に院内クリニカルパス、保存用に当該様式を作成している医療機関がある。

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



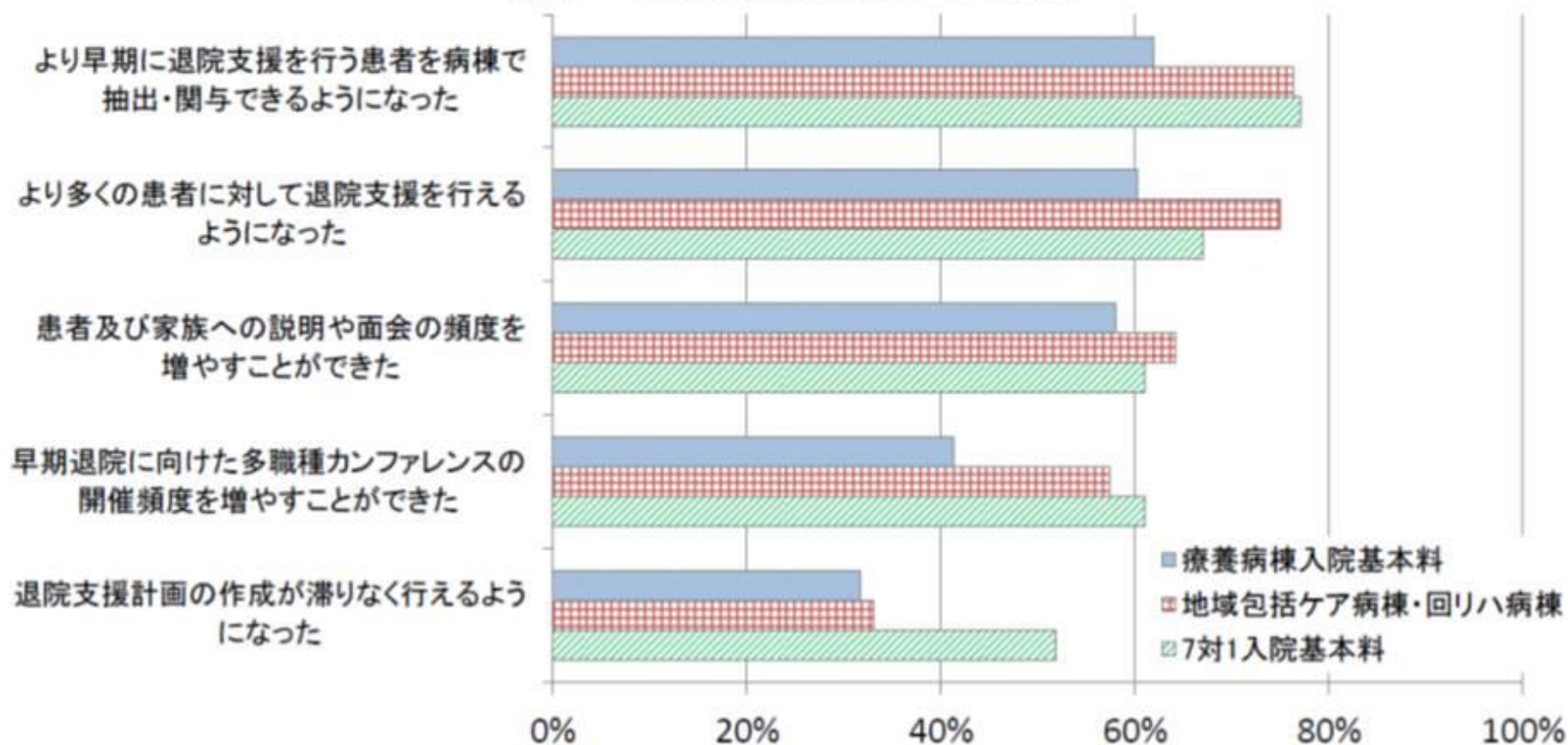
退院調整加算と 地域連携診療計画管理料

- 退院調整加算
 - 「病棟への退院支援の人員配置」、「協議などに基づく顔の見える医療機関間連携」といった施設基準は設けられていない
- 地域連携診療計画管理料
 - 地域連携クリティカルパスの「地域連携診療計画管理料」などでは「協議などによる顔の見える連携体制」が施設基準になっている
- 退院調整加算を強化してはどうか？
- 退院調整加算の要件に地域連携診療計画管理料を含めてはどうか？

病棟への退院支援職員の配置による効果

- 病棟に専任又は専従の退院支援の職員を配置した効果として、「より早く患者を抽出できるようになった」、「より多くの患者に対して退院支援を行えるようになった」等とする回答が多くみられた。

＜病棟への退院支援職員配置による効果＞



入院時の早期退院に向けた多職種のカンファレンスについて

- 病床規模に関わらず、多くの医療機関で入院時に早期退院に向けた多職種カンファレンスを実施しており、特に中規模以上の医療機関や療養病棟において、実施医療機関の方が平均在院日数が短い傾向がみられた。

<入院時の早期退院に向けた多職種カンファレンスの実施(病床規模別)>

		200床未満		200～500床		500床以上	
		実施あり	実施なし	実施あり	実施なし	実施あり	実施なし
7対1・10対1 入院基本料	実施施設数	184(89%)	22(11%)	148(94%)	9(6%)	65(97%)	2(3%)
	平均在院日数	15.2	15.0	13.4	14.9	13.0	13.3
地域包括ケア病棟 入院料 (入院医療管理料)	実施施設数	59(92%)	5(8%)	20(91%)	2(9%)	1	0
	平均在院日数	27.1	26.6	25.4	39.2	21.8	-
回復期リハビリ テーション病棟 入院料	実施施設数	103(95%)	5(5%)	43(96%)	2(4%)	0	0
	平均在院日数	70.0	65.7	75.6	100.1	-	-
療養病棟 入院基本料	実施施設数	174(76%)	54(24%)	55(86%)	9(14%)	0	0
	平均在院日数	214.1	332.7	303.0	378.1	-	-

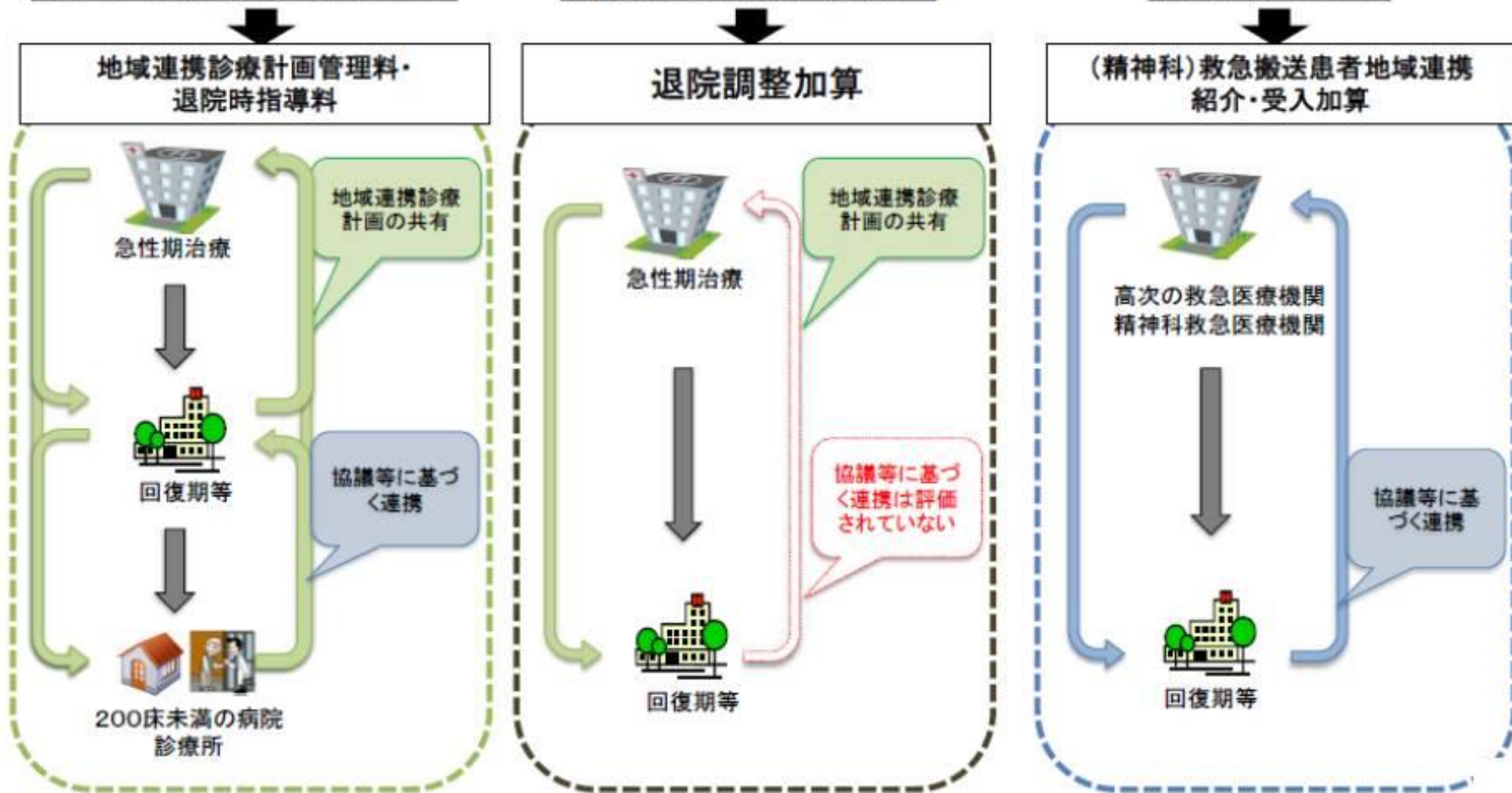
退院支援に向けた医療機関間の連携イメージ(現行)

- 地域連携診療計画管理料等においては、予め協議等に基づく連携を構築することが要件とされているが、退院調整加算においては、このような要件はない。

脳卒中・大腿骨頸部骨折の患者

左記以外の退院困難な患者

緊急入院した患者



退院支援に係る主な取組と評価

ストラクチャー評価

【人員の配置に関する評価】

- ・退院調整部門の設置及び専従の職員(1名以上)の配置(退院調整加算等)
- ・総合的な機能評価に係る研修を修了した医師等がいること(総合評価加算)

【医療機関間の恒常的な連携に関する評価】

- ・紹介元と受入先の医療機関があらかじめ協議を行って連携をとっていること(救急搬送患者地域連携紹介加算等)
- ・あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること(地域連携診療計画管理料等)

プロセス評価

【早期退院に向けた院内の取組に関する評価】

- ・入院早期の退院困難な患者の抽出(退院調整加算等)
- ・入院早期の家族等との面談(退院調整加算等)
- ・退院支援計画の作成(退院調整加算等)
- ・地域連携診療計画の作成(地域連携診療計画管理料等)
- ・日常生活、認知機能、意欲等に関する総合的な評価の実施(総合評価加算)
- ・病棟及び退院調整部門の関係職種による共同カンファレンスの実施(退院調整加算等)
- ・患家を訪問した上で、退院後に在宅で必要となる療養上の指導の実施(退院前訪問指導料)

【医療機関間の恒常的な連携に関する評価】

- ・3回/年以上の連携医療機関間の会合の実施(地域連携診療計画管理料)

【退院に向けた情報提供等に関する評価】

- ・退院・転院後の保険医療機関等との連絡や調整、情報提供(退院調整加算等)
- ・入院している保険医療機関及び退院後の在宅療養を担う保険医療機関職員による共同指導(退院時共同指導料)
- ・入院している保険医療機関の職員と介護支援専門員による共同指導(介護支援連携指導料)

アウトカム評価

- ・平均在院日数が17日以内(地域連携診療計画管理料)
- ・入院期間が5年を超える入院患者のうち、退院した患者の数が1年間で5%以上の実績(精神科地域移行実施加算)

ストラクチャーで
はなく、アウトカム
を評価すべき

退院調整加算に
整理しては？

退院支援の専従者
などの配置が
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

退院調整加算の強化

- 退院調整加算の見直し
 - (1) 施設基準を厳格化するとともに、点数を引き上げることで退院支援を充実させる
 - 退院支援に専従する職員が、複数の病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスを実施して、入院後早期に退院支援に着手する体制
 - 医療機関が他の医療機関などと恒常的に顔の見える連携体制の整備
 - (2) 「地域連携診療計画管理料(地域連携クリティカルパス)」などを、退院調整加算の加算とする

退院調整加算から退院支援加算へ

- 「退院調整加算」という名称が廃止され、「退院支援加算」となる
- 退院支援加算は以下の3種類が設定
- (1) 退院支援加算1: 新設
- (2) 退院支援加算2: 退院調整加算の組み替え
 - 退院調整加算は入院日数に応じた評価の廃止
- (3) 退院支援加算3: 新生児特定集中治療室退院調整加算の組み替え

(1) 退院調整加算1(新設)

- 退院支援に向けた体制を非常に手厚くしている医療機関を評価する
 - 現行の退院調整加算の施設基準を満たすこと
 - 退院支援・地域連携の専従看護師・社会福祉士が、各病棟に専任で配置されていること(退院支援業務について2病棟まで併任可能)
 - 一定数以上の医療機関・介護事業所などと転院・退院体制について事前に協議し、連携していること
 - 連携先の医療機関・介護事業所などの職員と、当該医療機関の退院支援・地域連携職員が、一定以上の頻度で面会し、転院・退院体制の情報共有などを行っていること
 - 介護支援連携指導料の100床当たり算定回数が、一定以上であること
 - 廊下などの見やすいところに、分かりやすく退院支援職員とその業務を掲示すること

廃止される項目

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料(I)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料(II)

退院直後の在宅療養支援の評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価する
- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価する。

病棟の看護師や 病院・診療所の訪問看護ステーションと連携



病院の訪問看護ステーション

病棟看護師と連携



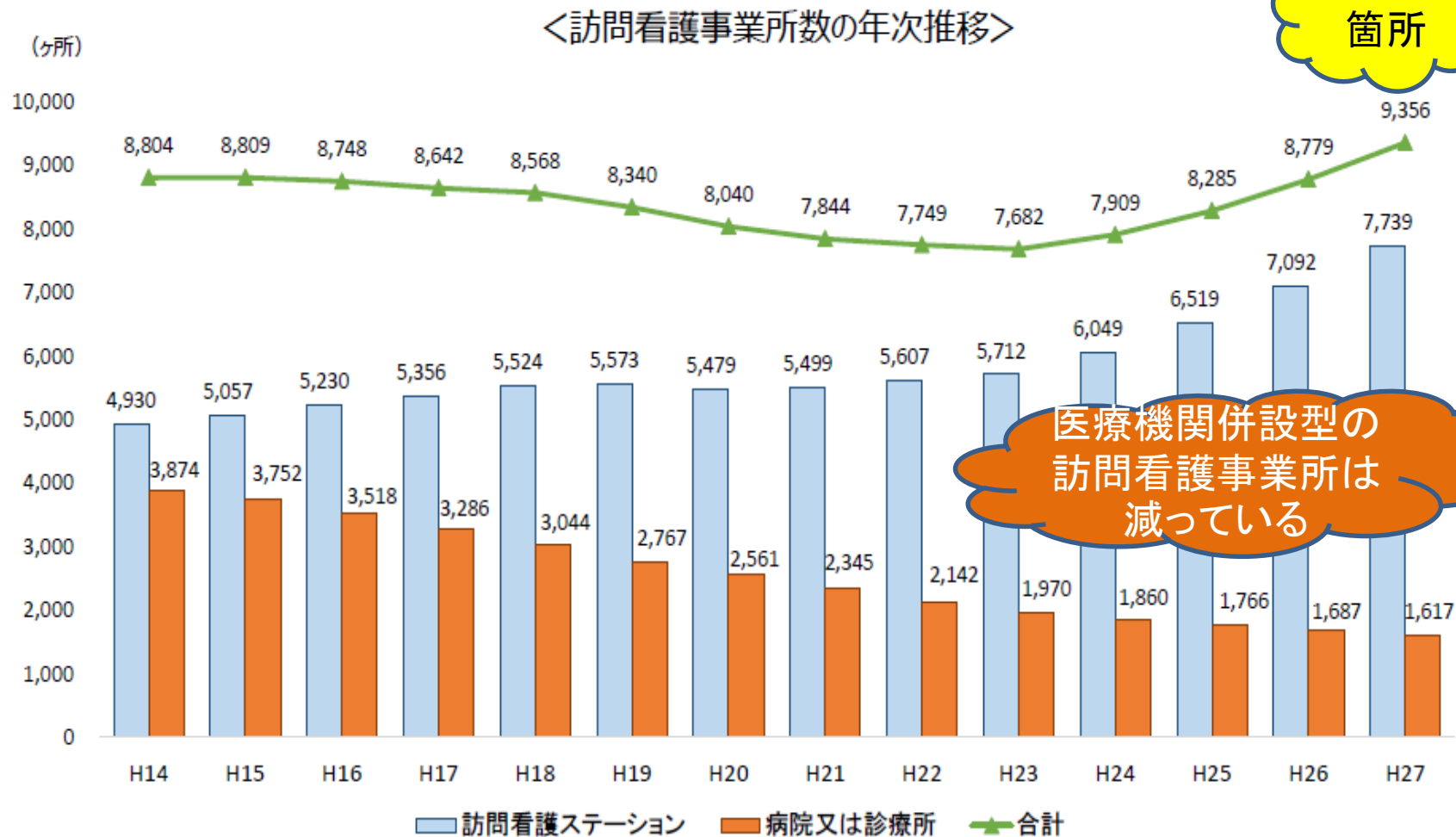
退院直後患者



地域の訪問看護ステーション

訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。



診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

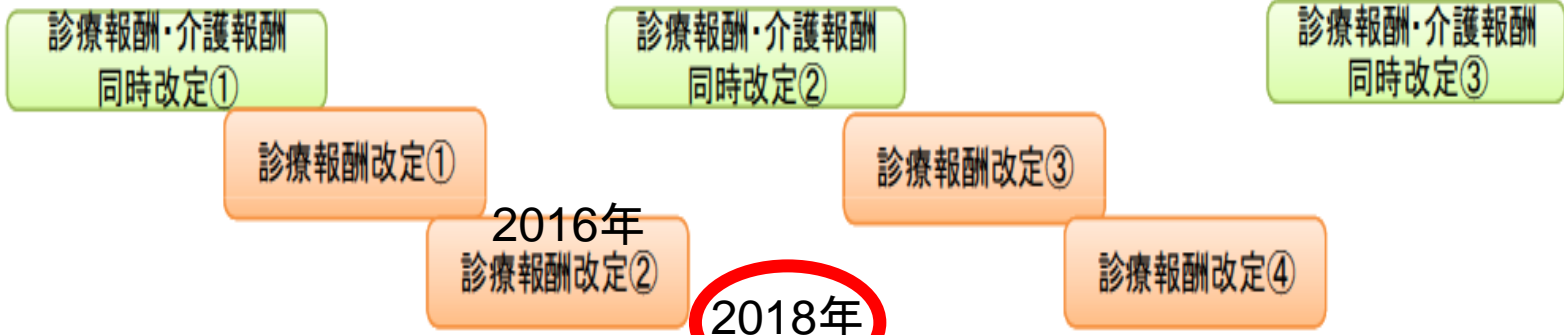
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

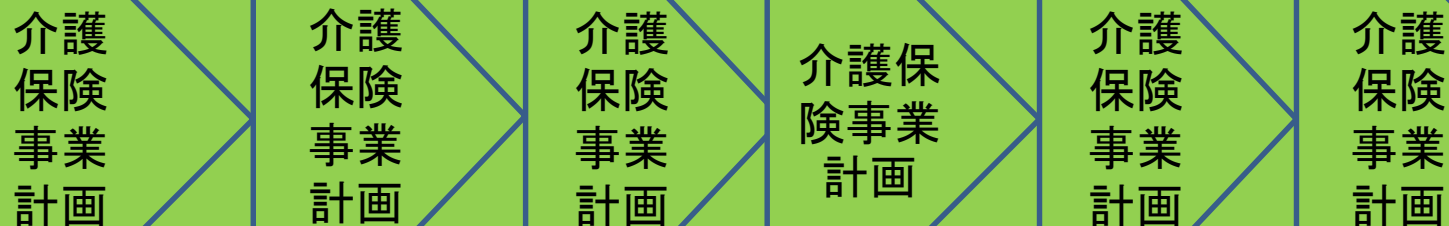
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

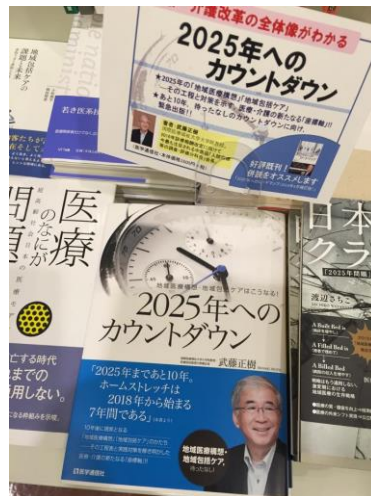
2025年へのカウントダウン

～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、2800円
- 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**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・2025年、病床の姿が大きく変わる。そして地域連携も大きく変わる。
- ・2016年診療報酬改定においては、7対1病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度が注目！
- ・2016年診療報酬改定で退院支援加算が変わる！

■

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。患者さんをご紹介ください

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