

2025年へのカウントダウン



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



2016年1月

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

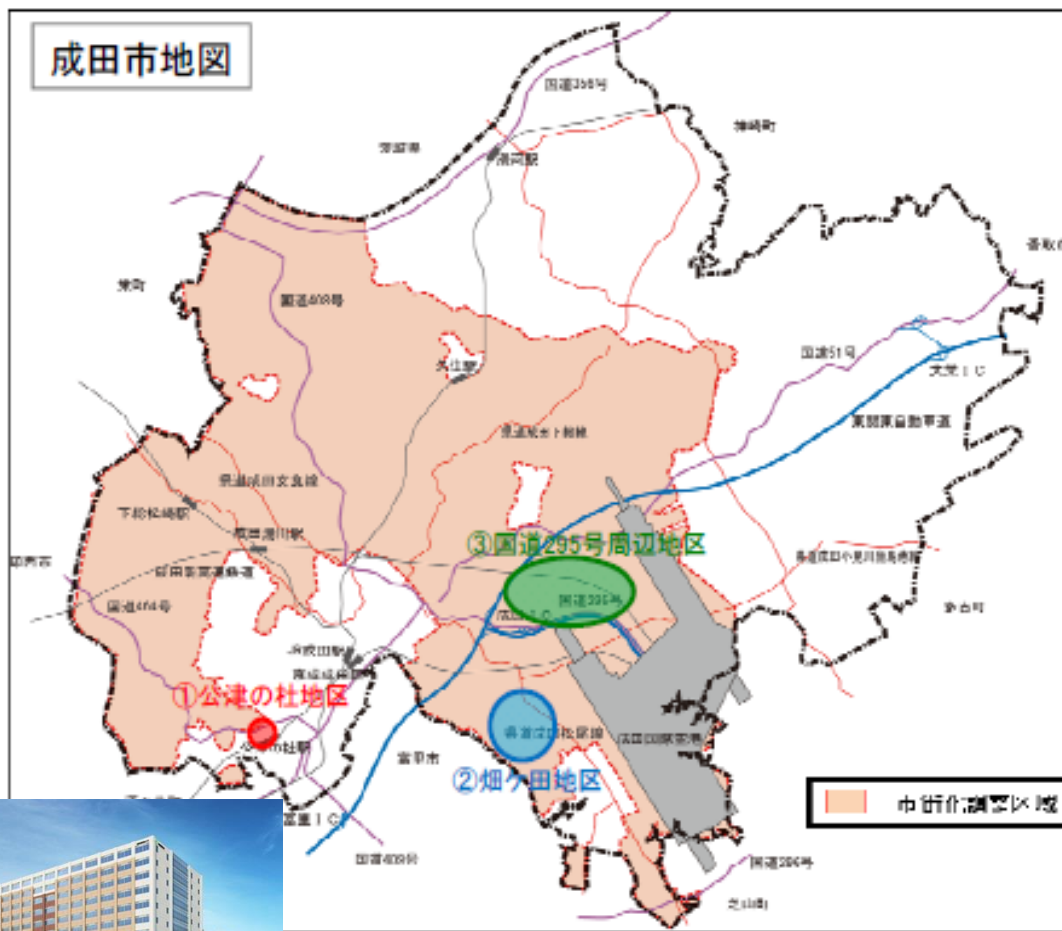


国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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
- グラウンド・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
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域包括ケアシステムと診療報酬改定
- パート3
 - 地域医療構想の3つのステップ
- パート4
 - 診療報酬改定と入院医療
- パート5
 - 診療報酬改定と地域連携
- パート6
 - 主治医機能



パート1

国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

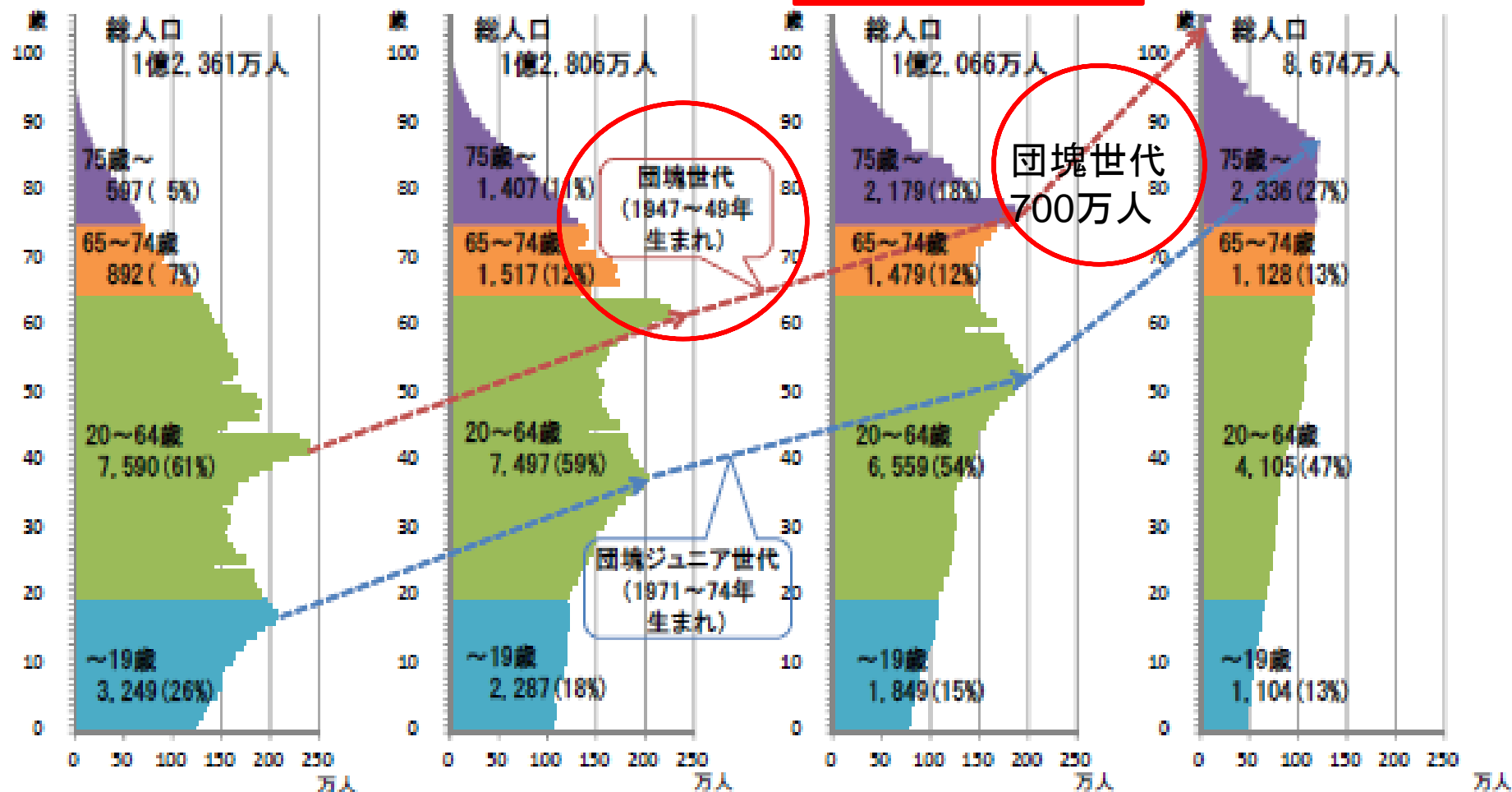
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

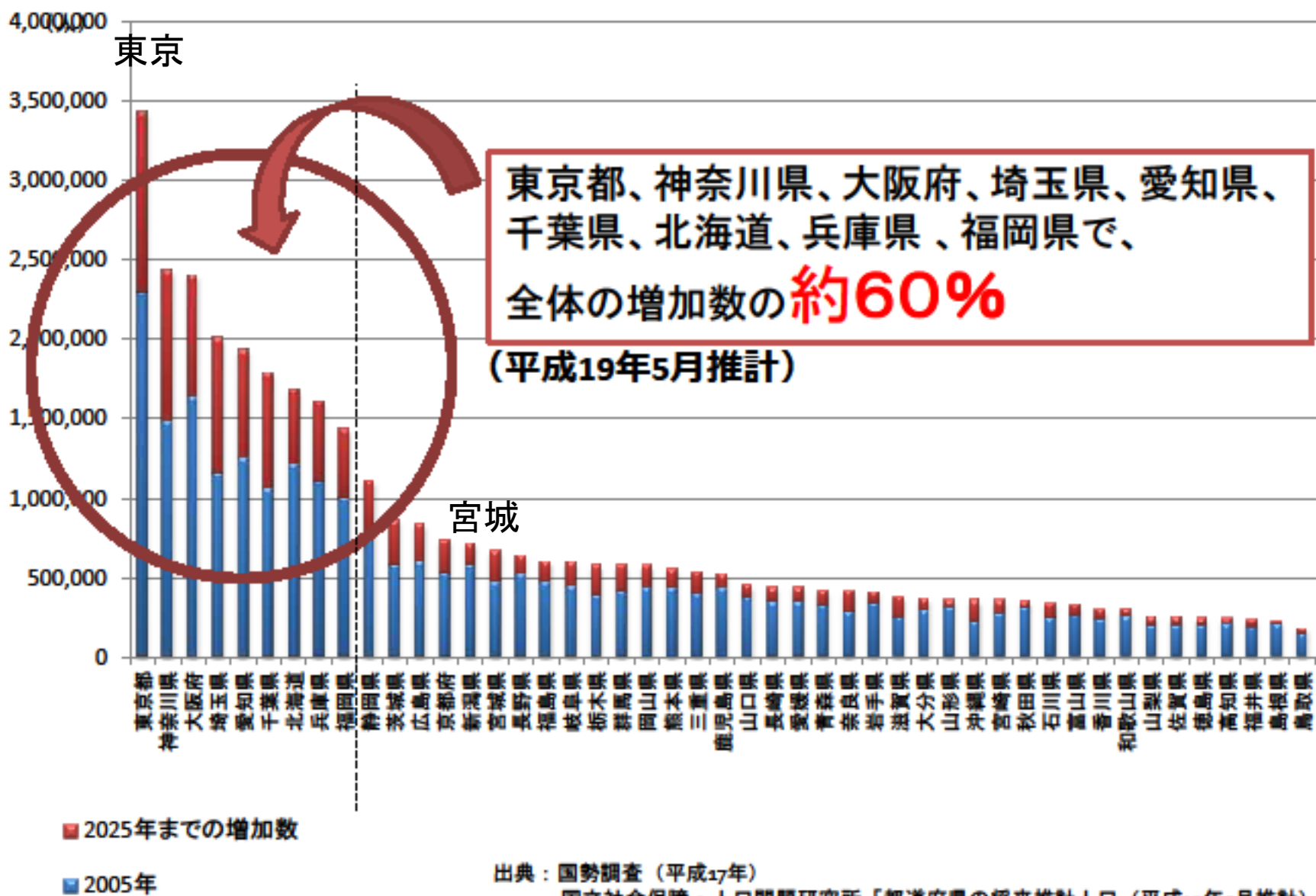
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

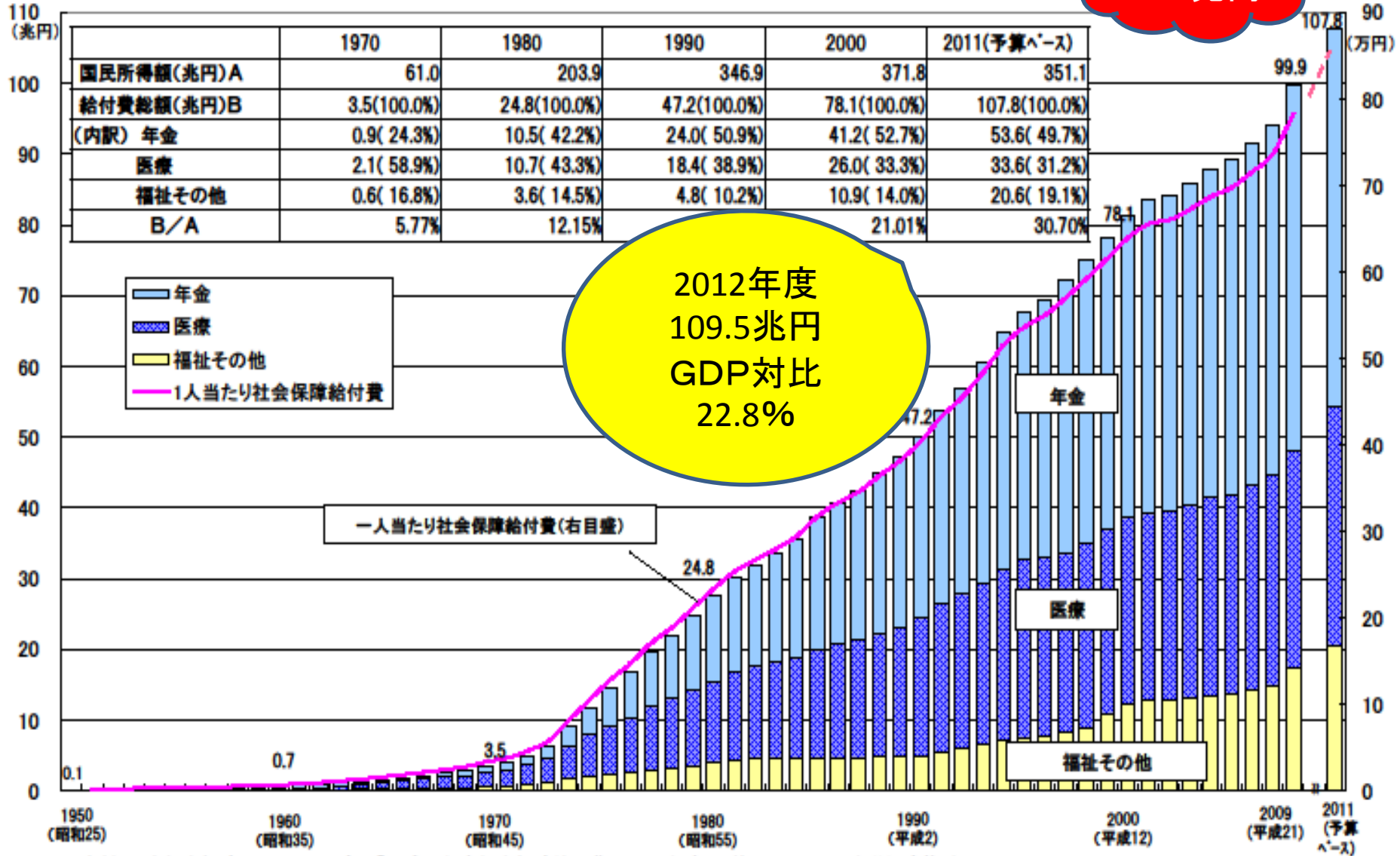


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障給付費の見通し

(兆円)

109.5兆円
(GDP対比22.8%)

148.9兆円
(GDP対比24.4%)

消費税増税は、
社会保障給付費
に充当するため

- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

介護
2.34倍

医療
1.54倍

年金
1.12倍

介護, 8.4

医療, 35.1

年金, 53.8

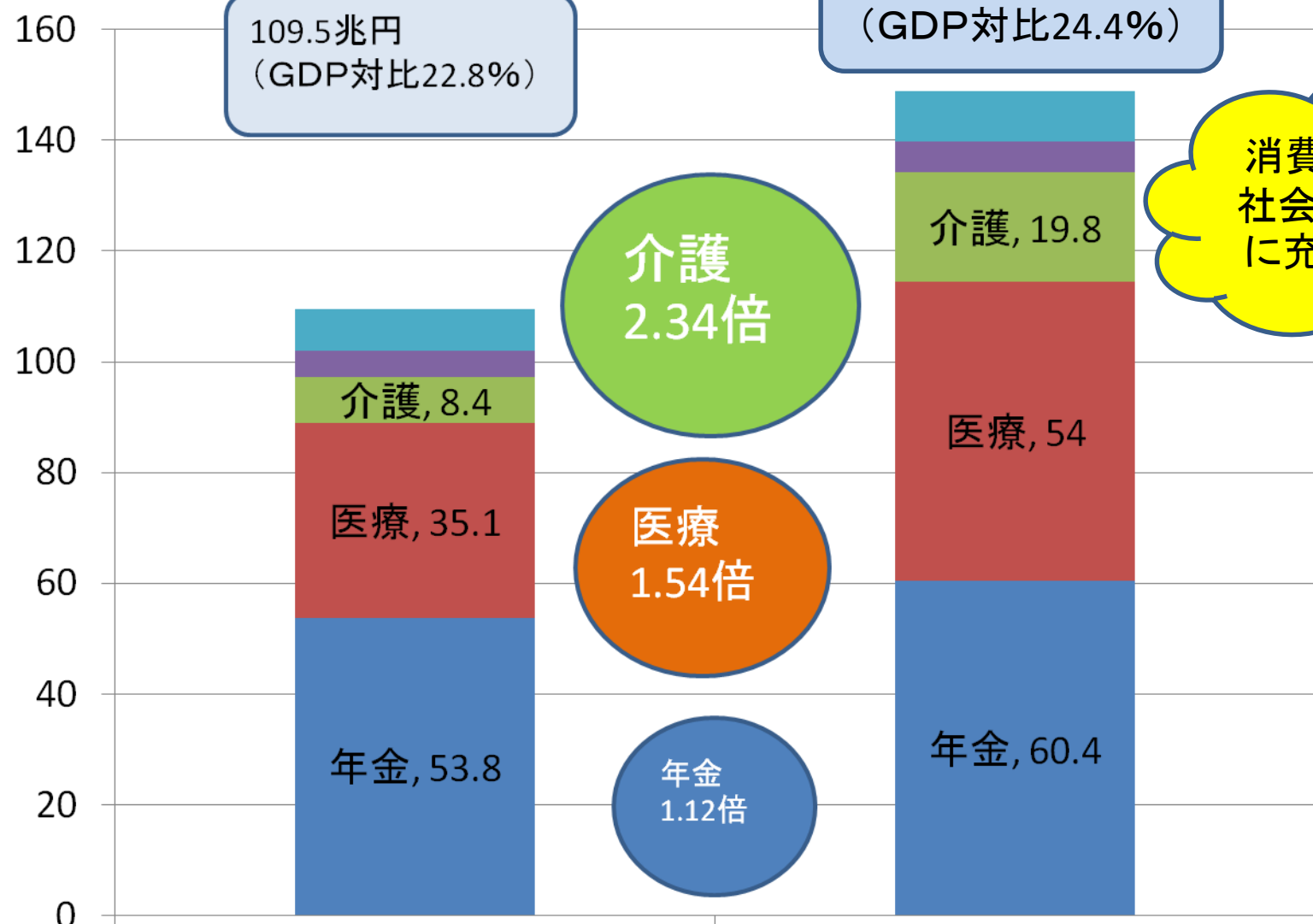
介護, 19.8

医療, 54

年金, 60.4

2012年度

2025年度



地域医療介護一括法



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

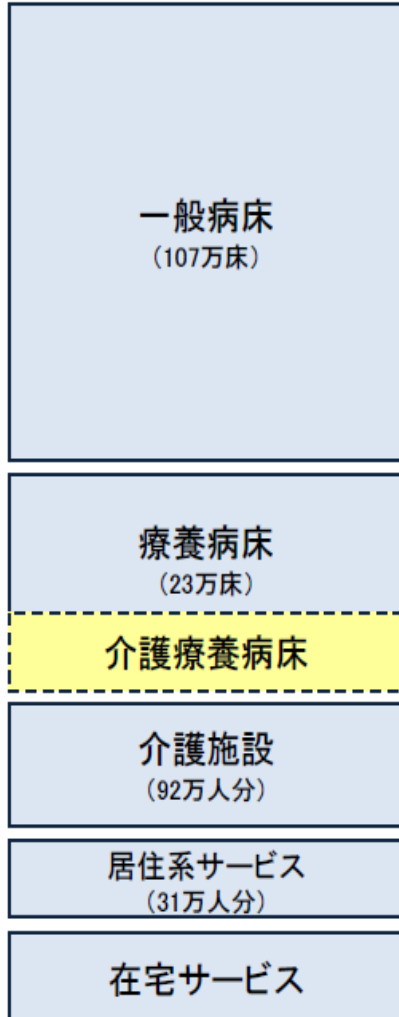
国民会議報告のポイント

- 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

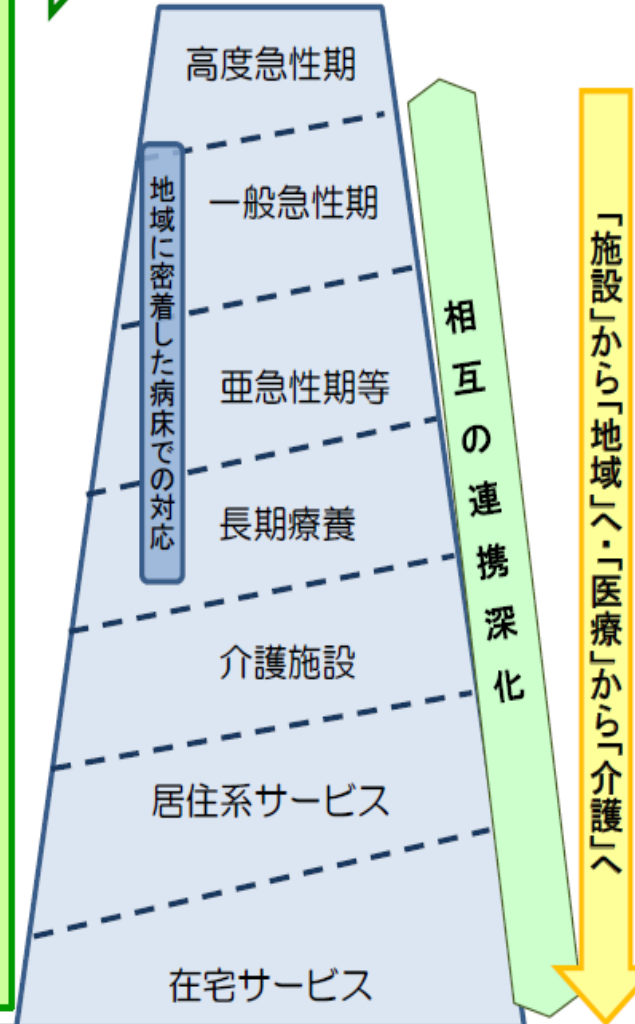
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

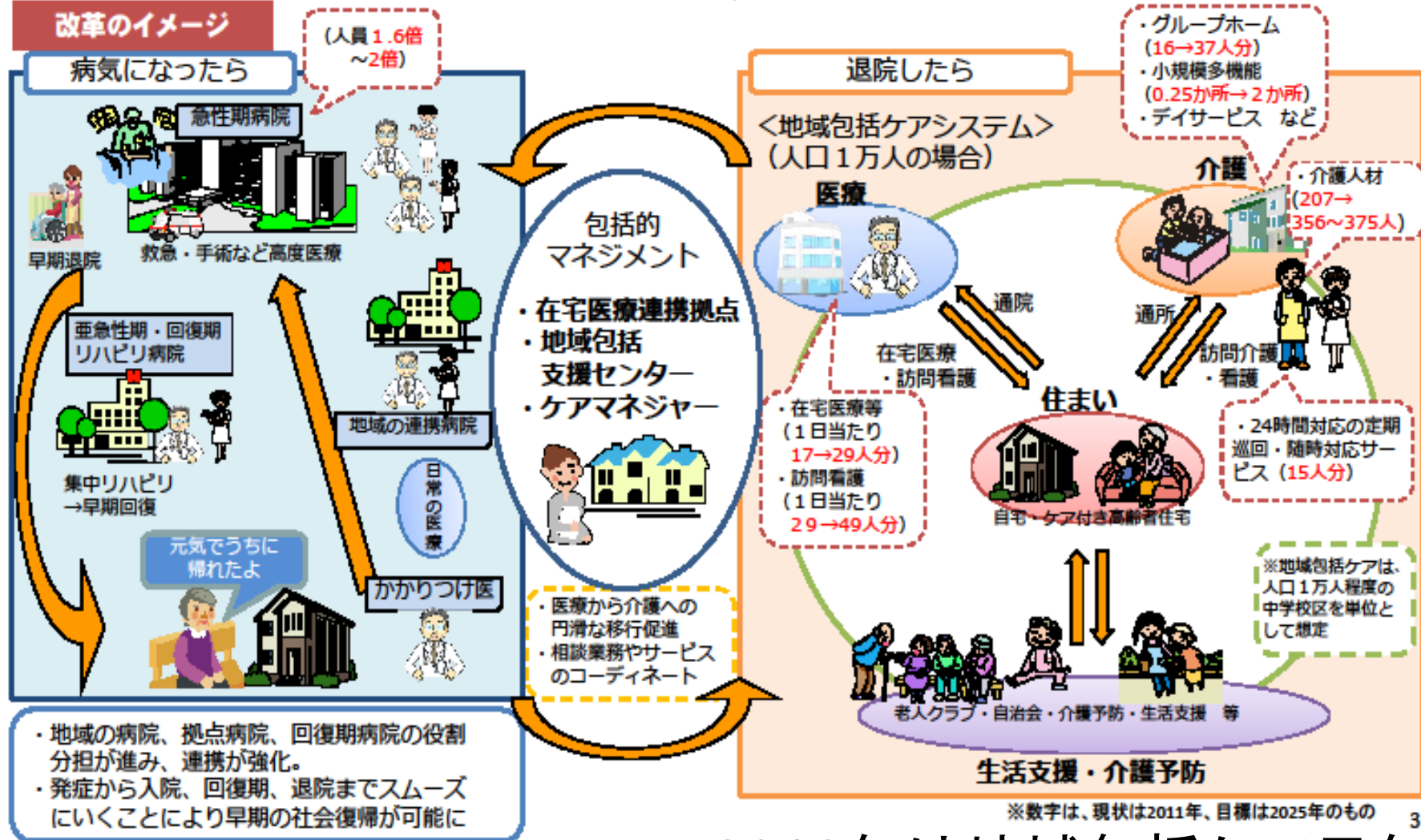
改革の方向性 ②

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(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

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」

パート2

地域包括ケアシステムと 診療報酬改定



地域包括ケアシステムとは

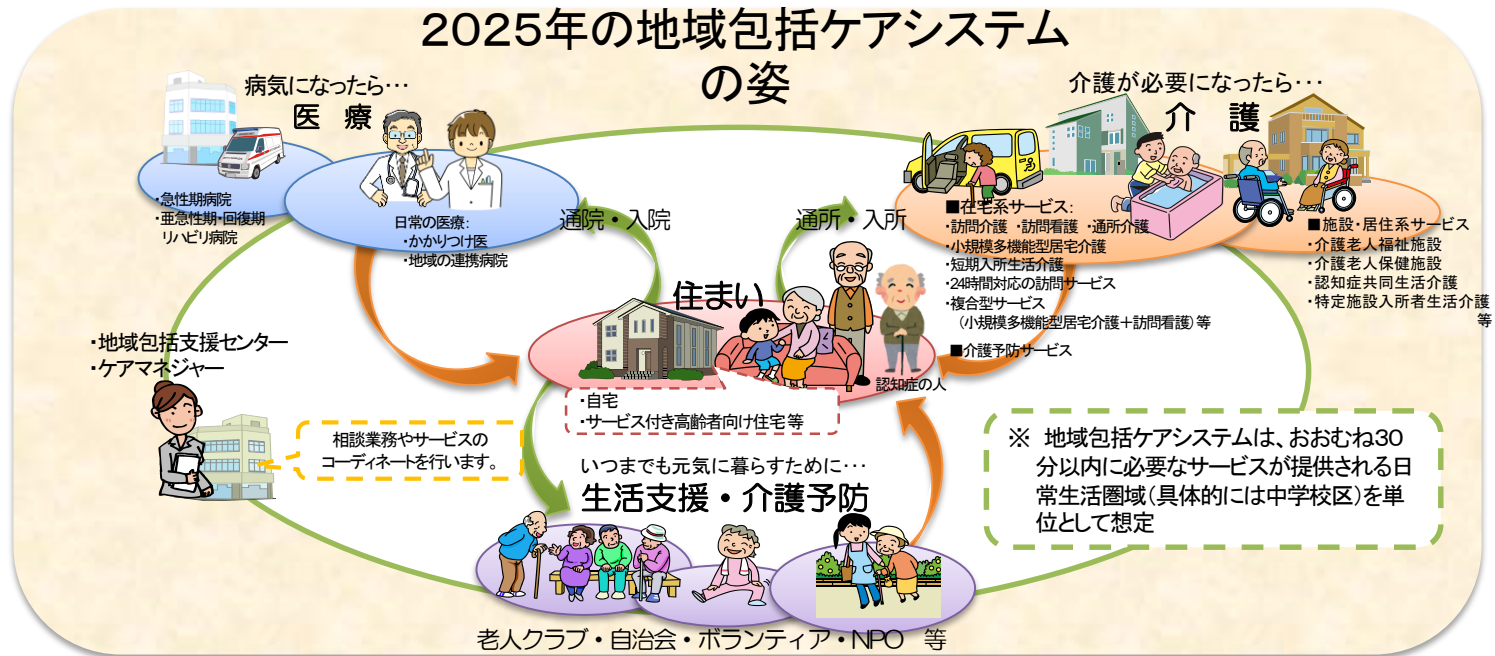
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in
Place

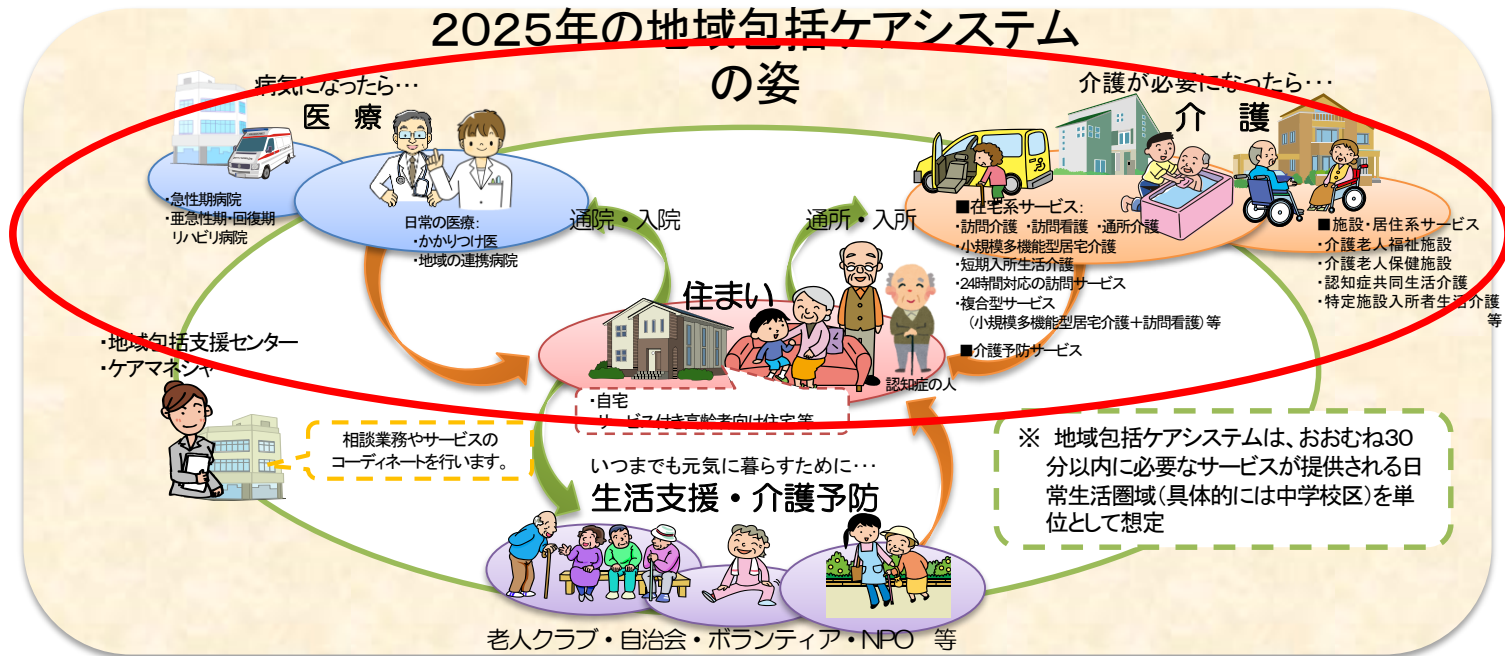
平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



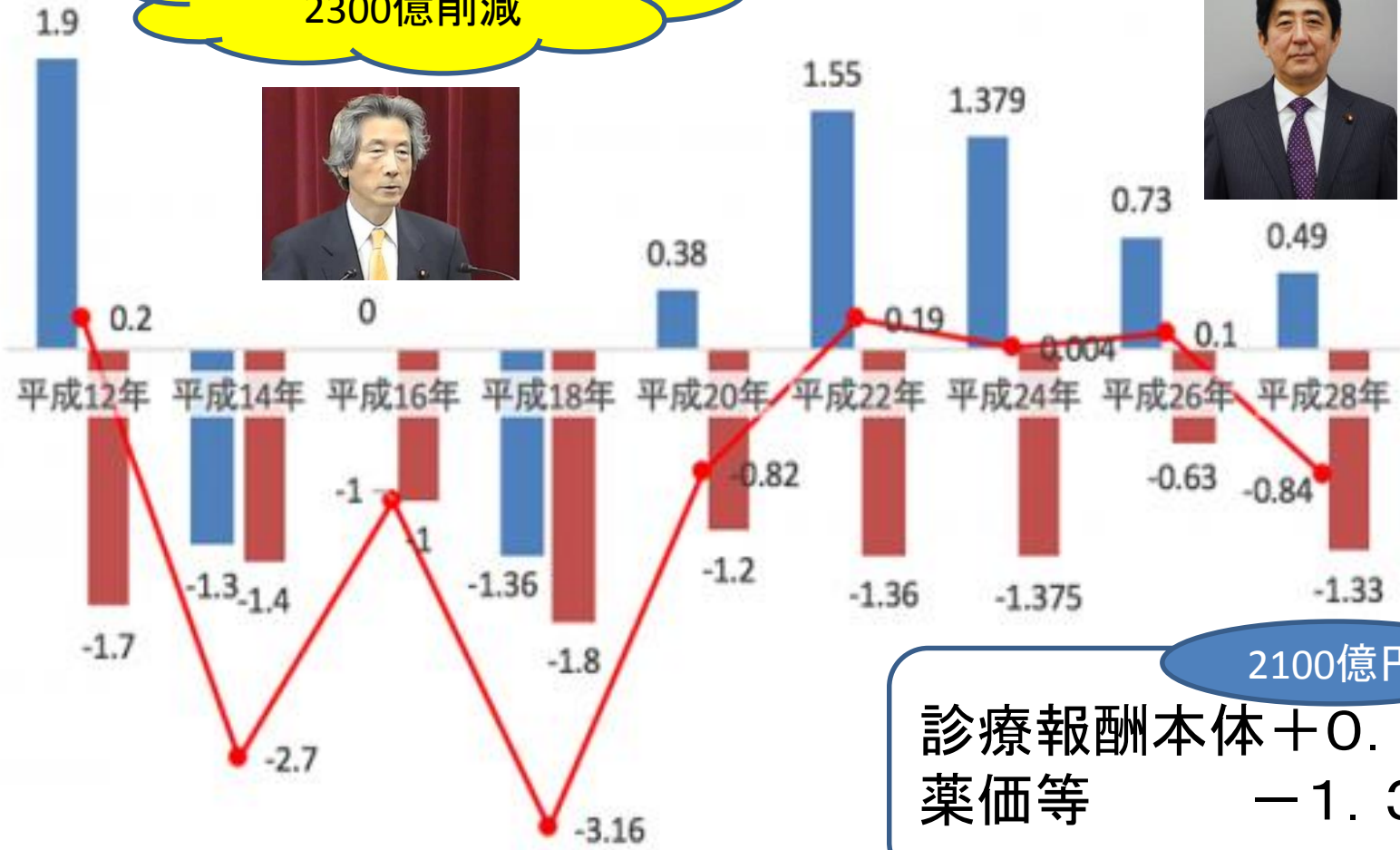
地域包括ケアシステムと在宅医療、訪問看護、薬局の役割

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

質の高い在宅医療

- ①在宅療養支援病院・診療所
- ②機能強化型訪問看護ステーション
- ③かかりつけ薬局・薬剤師

①在宅療養支援診療所・病院



在宅療養支援診療所・病院の概要

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

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。

在宅療養支援病院

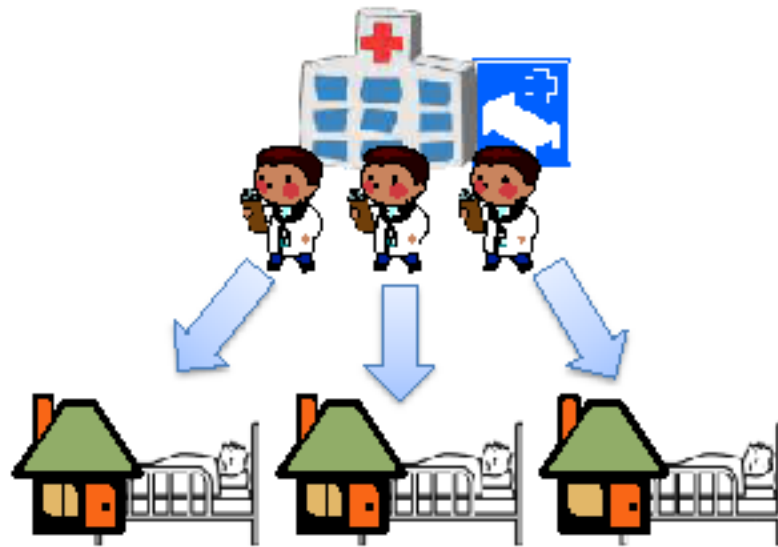
診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【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

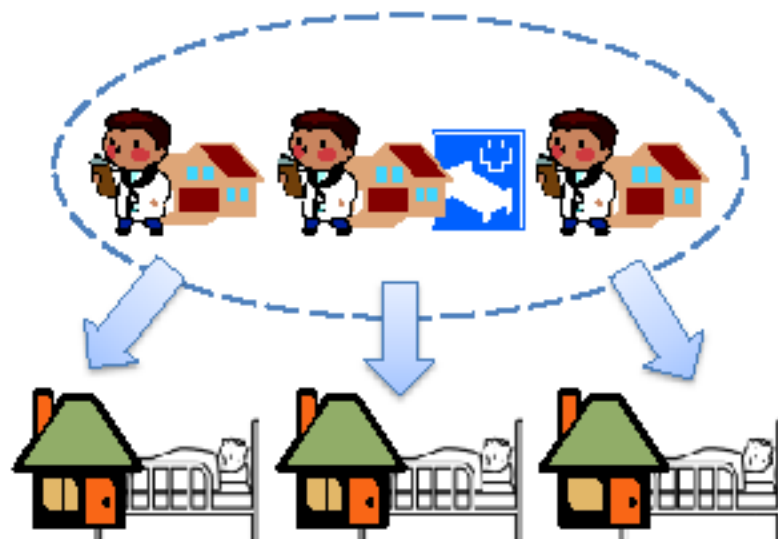
注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

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



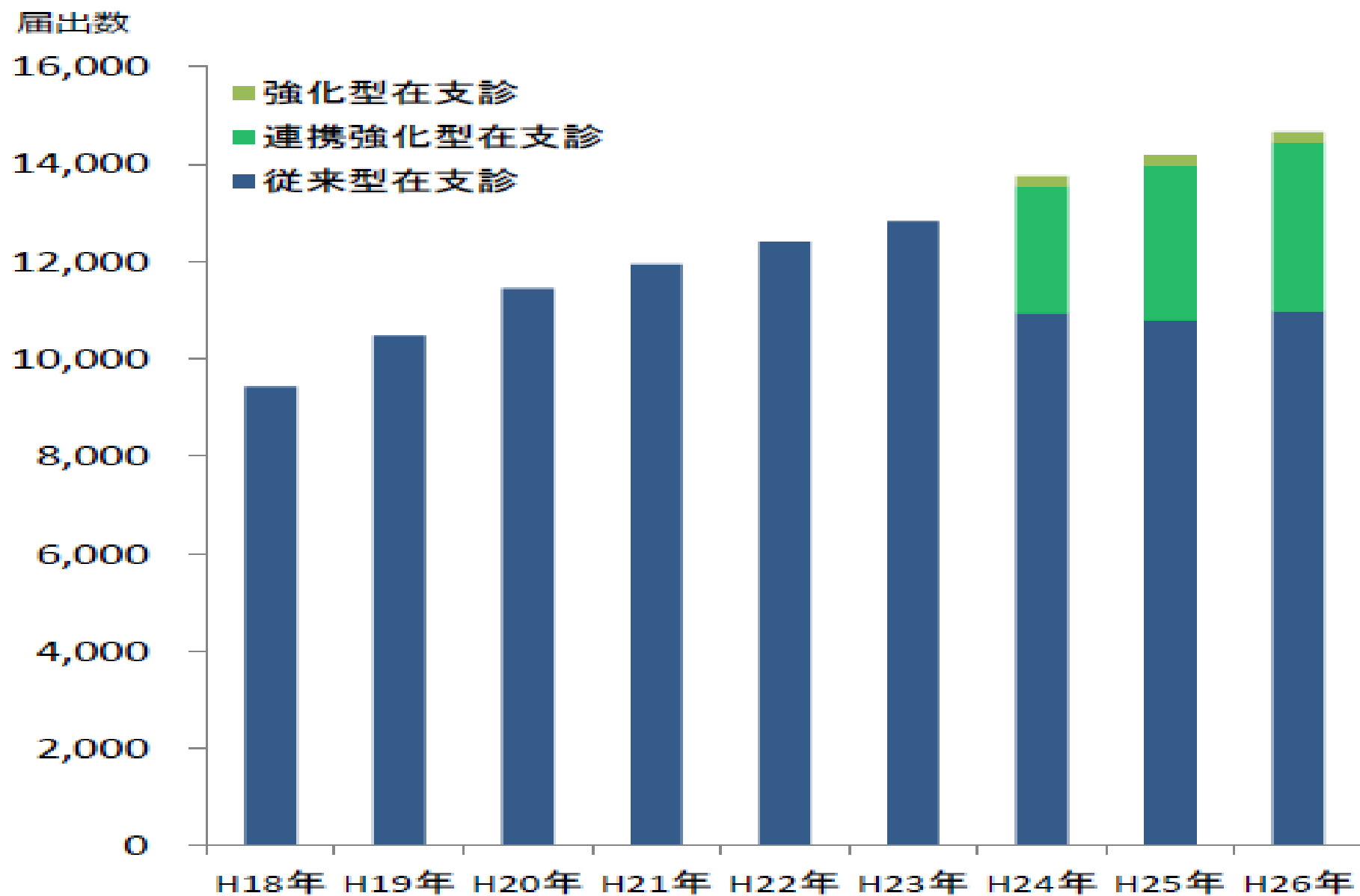
在宅療養支援診療所



湘南なぎさ診療所



<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

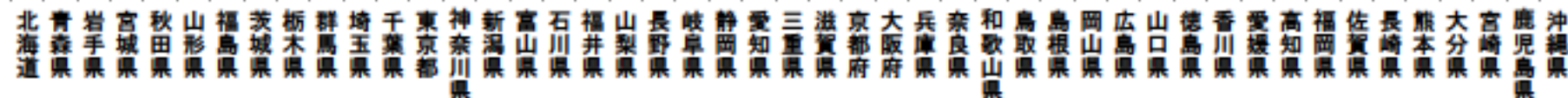
10

5

0

全国平均 10.1

宮城



保険局医療課データ 平成23年7月

東京都で第1号の在宅療養支援病院 医療法人財団厚生会古川橋病院

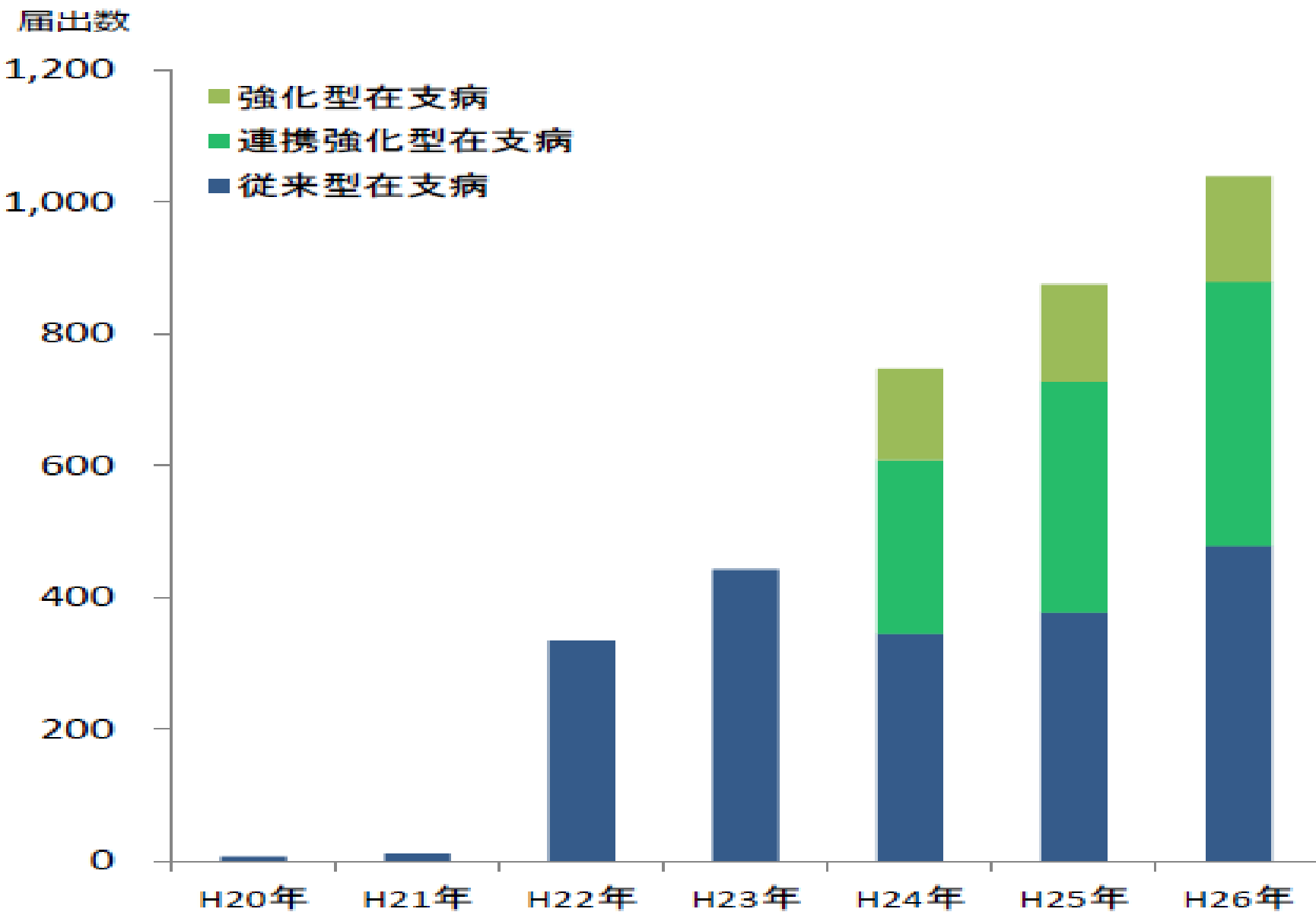
- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生

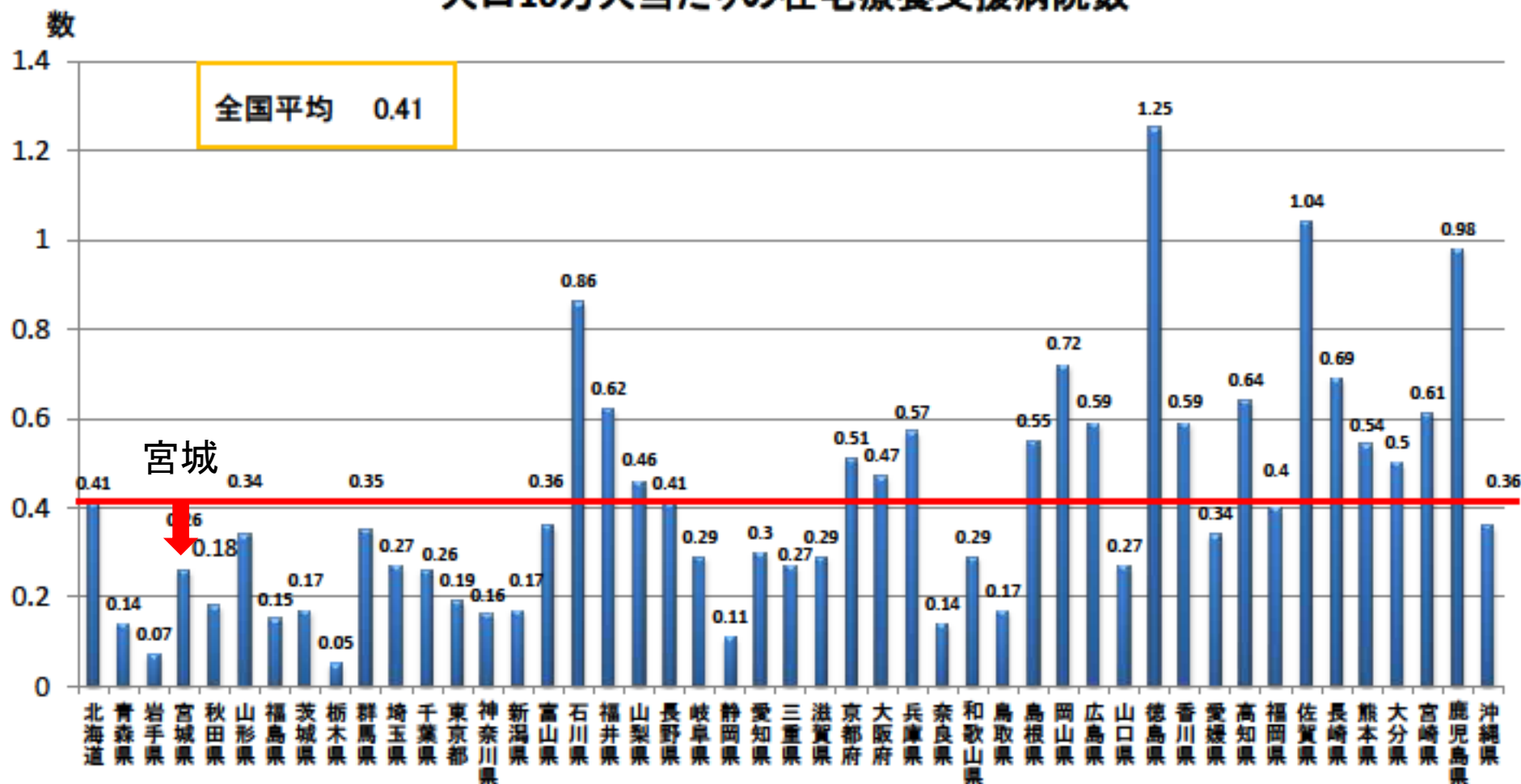


<在宅療養支援病院届出数>



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



2015年11月11日中医協総会

在宅医療を専門に行う 医療機関について

規制改革会議

「在宅診療を主として行う診療所の
開設要件の明確化」

1. 在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めていない趣旨

- 健康保険法第63条第3項において、療養の給付を受けようとする者は、保険医療機関等のうち、自己の選定するものから受けるものとする（いわゆるフリーアクセス）とされている。
- この前提として、被保険者が保険医療機関を選定して療養の給付を受けることができる環境にあることが重要であり、健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。（法令上、明確に規定された要件ではない）
- なお、在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めた場合は、当該地域の患者の受診の選択肢が少なくなるおそれ、当該保険医療機関の患者が急変時に適切な受診ができないおそれ等が考えられる。

2. 外来応需の体制確保の指導

- 厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに、必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう指導を行っており、**在宅医療を専門に行う保険医療機関は認めていない。**
- しかし、全国一律の運用基準や指針ではなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。

<参考>

○健康保険法

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一～五（略）

2（略）

3 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）

二・三（略）

○「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について」（平成23年9月7日 中医協 総-8）

・周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。〔現在は、福島県内のみ利用可能〕

第253回中央社会保険医療協議会（H25.10.30）における主なご意見

<在宅医療専門の医療機関には問題があるとの意見>

- 互いに顔が見えて気心の知れた、かかりつけ医の機能の延長としての在宅医療が望ましい。かかりつけ医が在宅医療を担うのが一番よく、在宅医療を主とした医療機関でも、外来のノウハウを持つべき。
- 在宅専門医療機関の一部は、いわゆるサクランボ摘みのなところがある。つまり軽症者をたくさん集めて、掛け合わせれば大きな利益が得られる。でも、重症者にはなかなか対応してくれないことがある。

<在宅医療の供給体制を確保することを優先すべきとの意見>

- 現実には、診療所の少数の医師が24時間在宅での対応をするのは医師の負担が大きすぎる。訪問診療の提供には、いろいろな形態があってよい。
- 在宅医に外来を求めることで、在宅医療全体のキャパシティーが減ってしまう。在宅医療のニーズは増えるが、供給体制が十分に賄えないので、当面は今のまま進んでよい。

<主治医・かかりつけ医の機能の充実を図るべきとの意見>

- 在宅医療、訪問医療を含めて、主治医、かかりつけ医機能をどうやって充実させていくかというほうに議論を集中させたほうが、得策ではないか。
- 在宅医療が、今のかかりつけ医・主治医の機能とどのように連携するべきかを考える必要がある。在宅医療専門機関とかかりつけ医・主治医機能を別々のものとして考える必要はない。

在宅専門の
診療所を解禁！

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -③】

在宅医療専門の医療機関に関する評価

骨子【1-4 (3)】

第1 基本的な考え方

在宅医療の提供体制を補完するため、外来応需体制を有しない、在宅医療を専門に実施する診療所に関する評価を新設するとともに、現行の在宅療養支援診療所との関係を整理する。

第2 具体的な内容

1. 健康保険法第63条第3項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

第2 具体的な内容

1. 健康保険法第 63 条第 3 項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

[開設要件]

在宅患者が95%

- (1) 無床診療所であること。
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあっては地域歯科医師会）から協力の同意を得ている又は(2)の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。
- (4) 規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。
- (5) 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- (6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。
- (7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

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。

在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

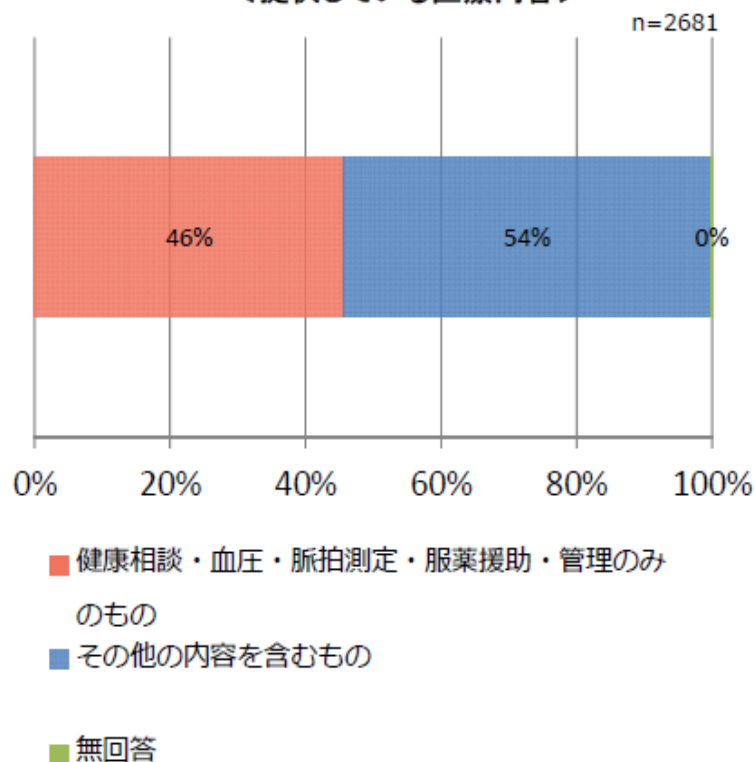
別表7、8を用いた患者重症度に応じた評価

患者の診療状況について①

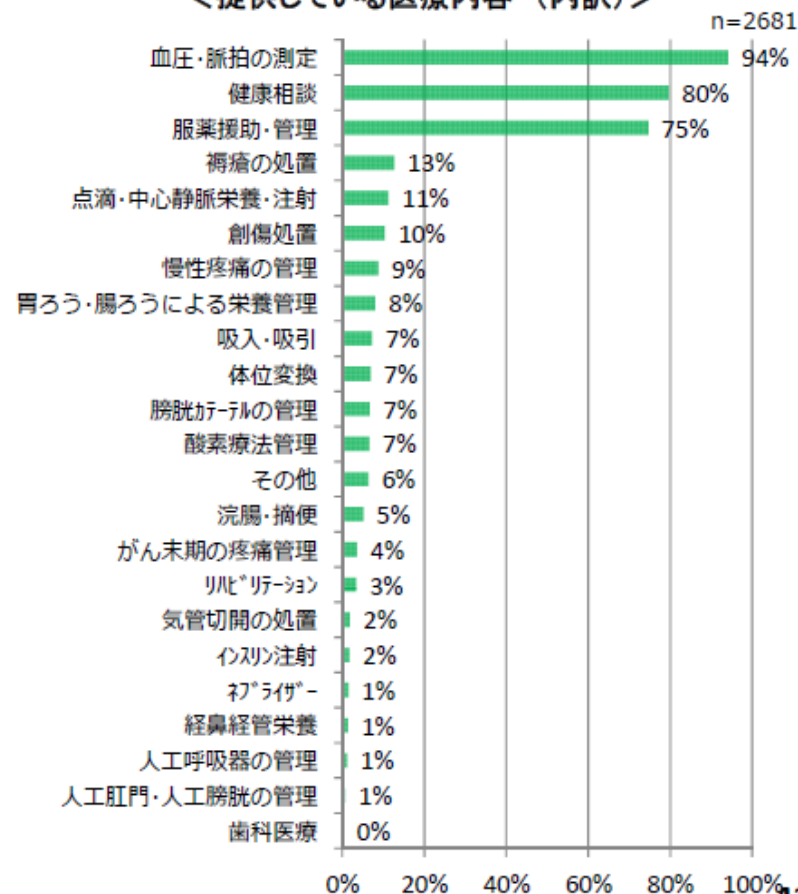
＜提供している医療内容＞

○ 在宅患者全体の45%程度は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみに該当する一方、残りの55%は「点滴・中心静脈栄養・注射（約11%）」等何らかの処置・管理等を実施されている。

＜提供している医療内容＞



＜提供している医療内容（内訳）＞



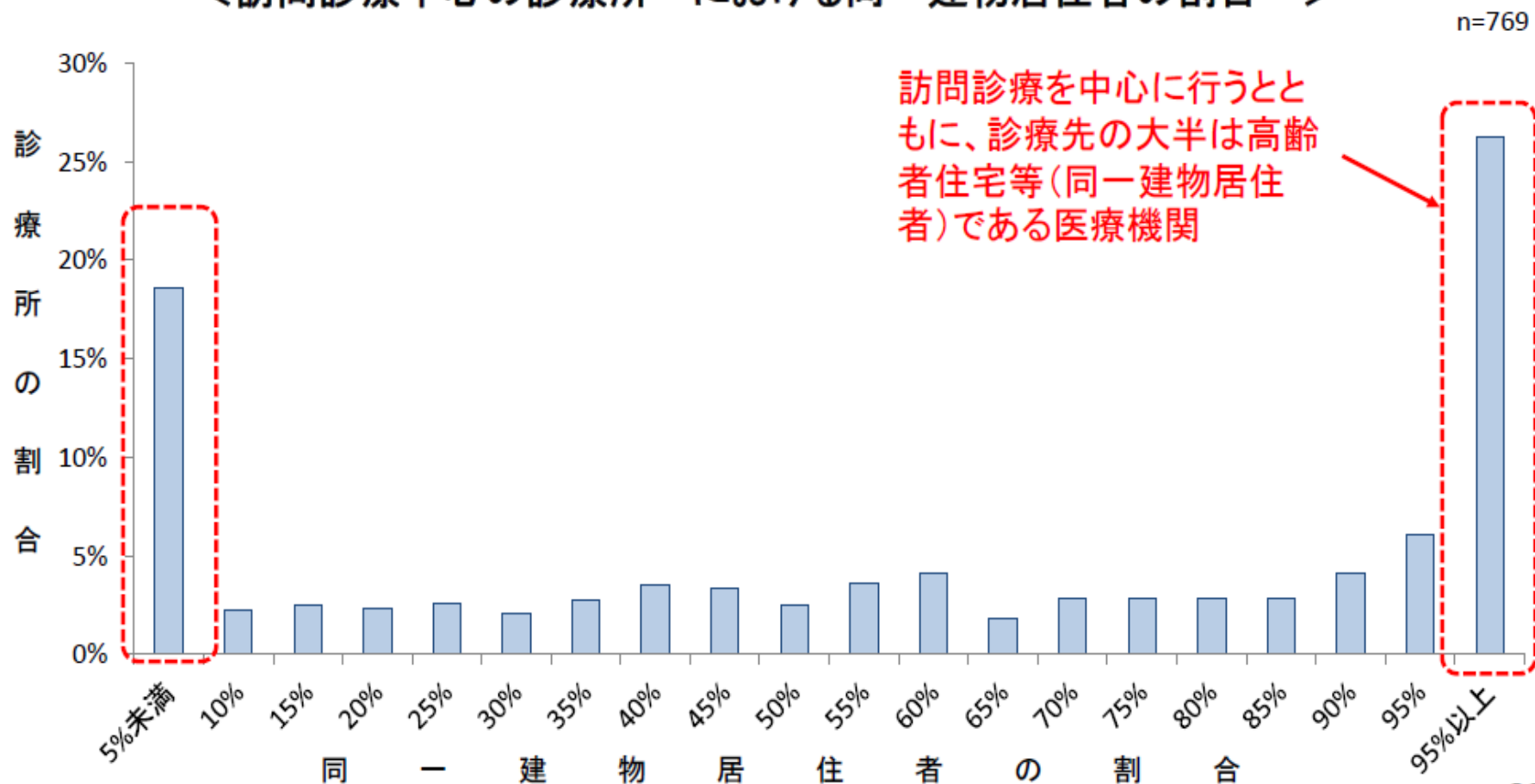
※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

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＞

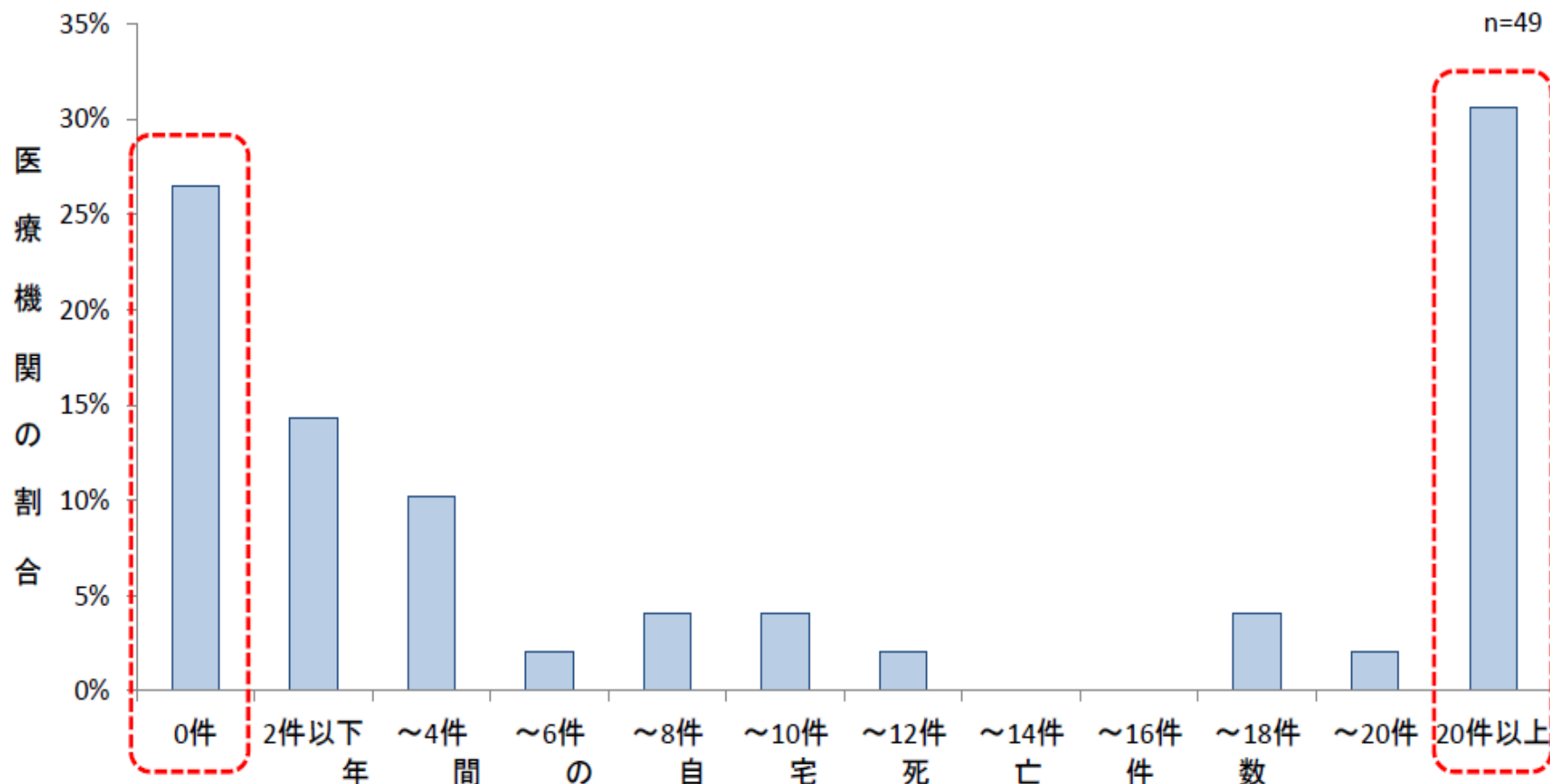


訪問診療を中心に行うとともに、診療先の大半は高齢者住宅等(同一建物居住者)である医療機関

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)>

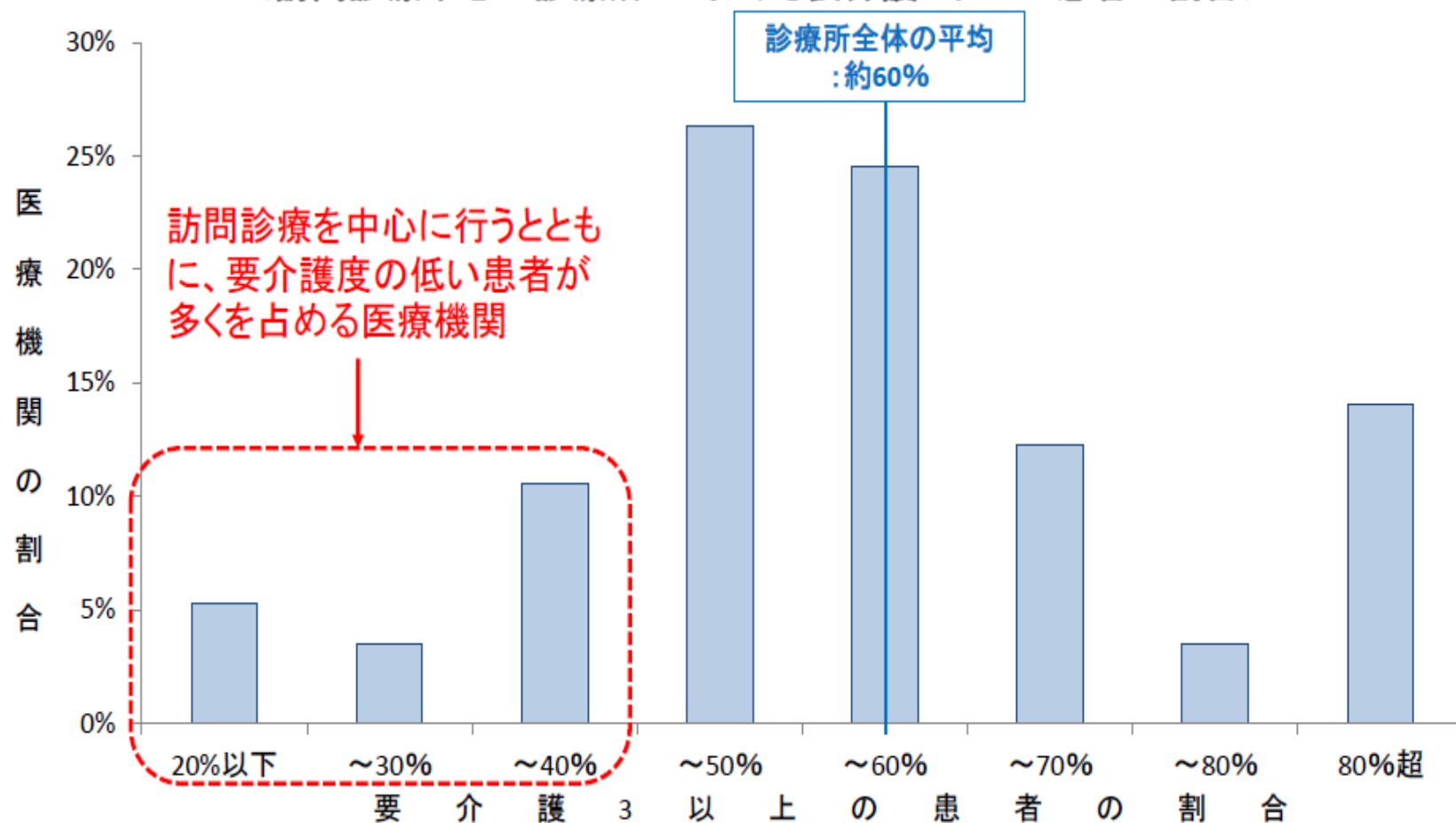


※「訪問診療・往診を中心に診療を行っている」と回答又は1か月の在宅患者数が在宅及び外来延患者数の50%を超える医療機関

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＞



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 透析 経腸栄養
	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 脊髄損傷等 褥瘡
	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

※別表7:在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能 ※※別表8:退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

同一建物減算

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
病床	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

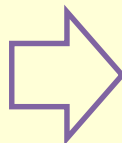
区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
		病床有		病床無		-		-	
病床		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

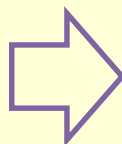
- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行 (在総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後 (在総管：在支診)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

②機能強化型訪問看護ステーション



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。

24時間対応
(24時間対応体制加算の届出)

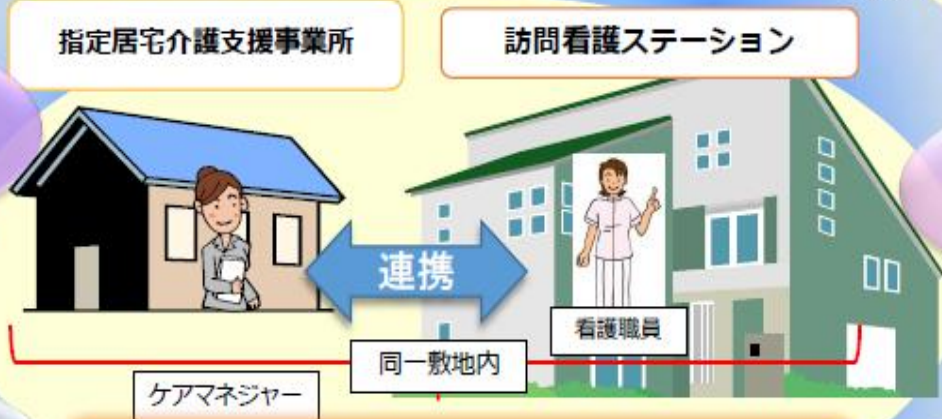
常勤看護職員
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上

ターミナルケア
(ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)

機能強化型訪問看護管理費1: 20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2: 15以上/年

重症度の高い患者の受け入れ
(別表7※の利用者数)

機能強化型訪問看護管理費1: 10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2: 7人以上/月



休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施

居宅介護支援事業所の設置 (同一敷地内)
(介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・人材育成
地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施

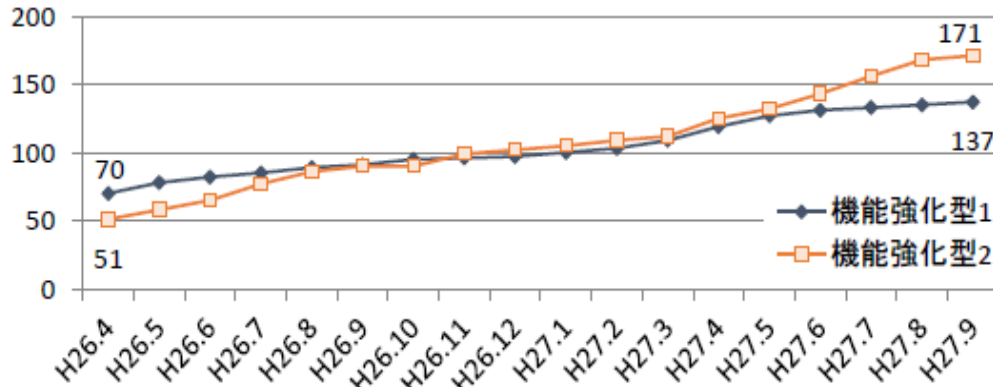
※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成27年9月時点で機能強化型1が137事業所、機能強化型2が170事業所であり、機能強化型1に比べ機能強化型2の届出数が多い。
- 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県も6県ある。

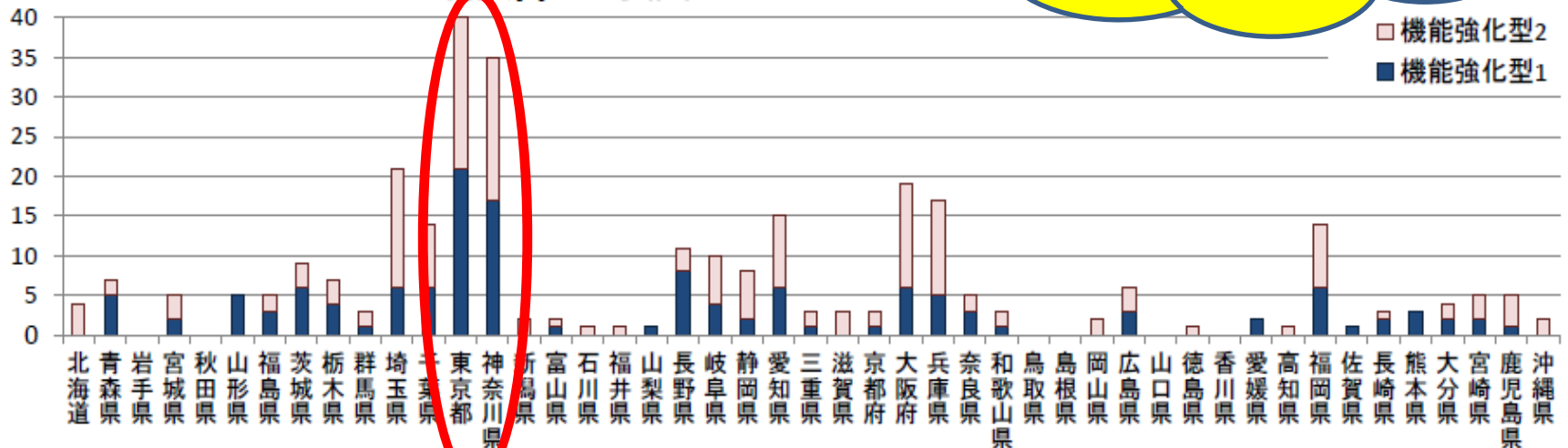
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
137	171	308

全国7739訪問看護ステーションの4%

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



機能強化型 訪問看護ステーションと次期改定

- ①看取り要件
- ②医療ニーズの高い小児の受け入れ

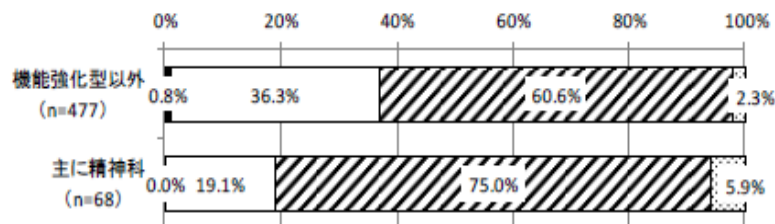
①看取り要件



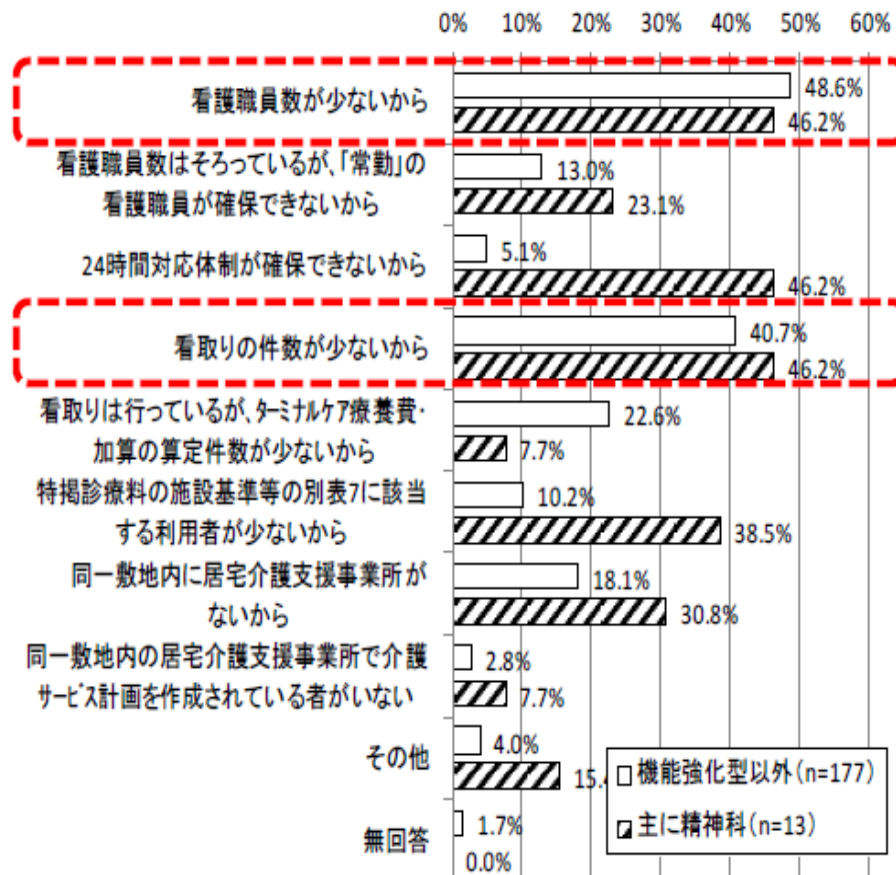
機能強化型を届け出ない理由①

○ 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない訪問看護ステーションのうち、約 1 / 3 のステーションは今後機能強化型として届け出ることを目指しているが、現時点で届け出していない理由は、「看護職員数が少ない」及び「看取りの件数が少ない」が多い。

■ 機能強化型の届出の検討状況



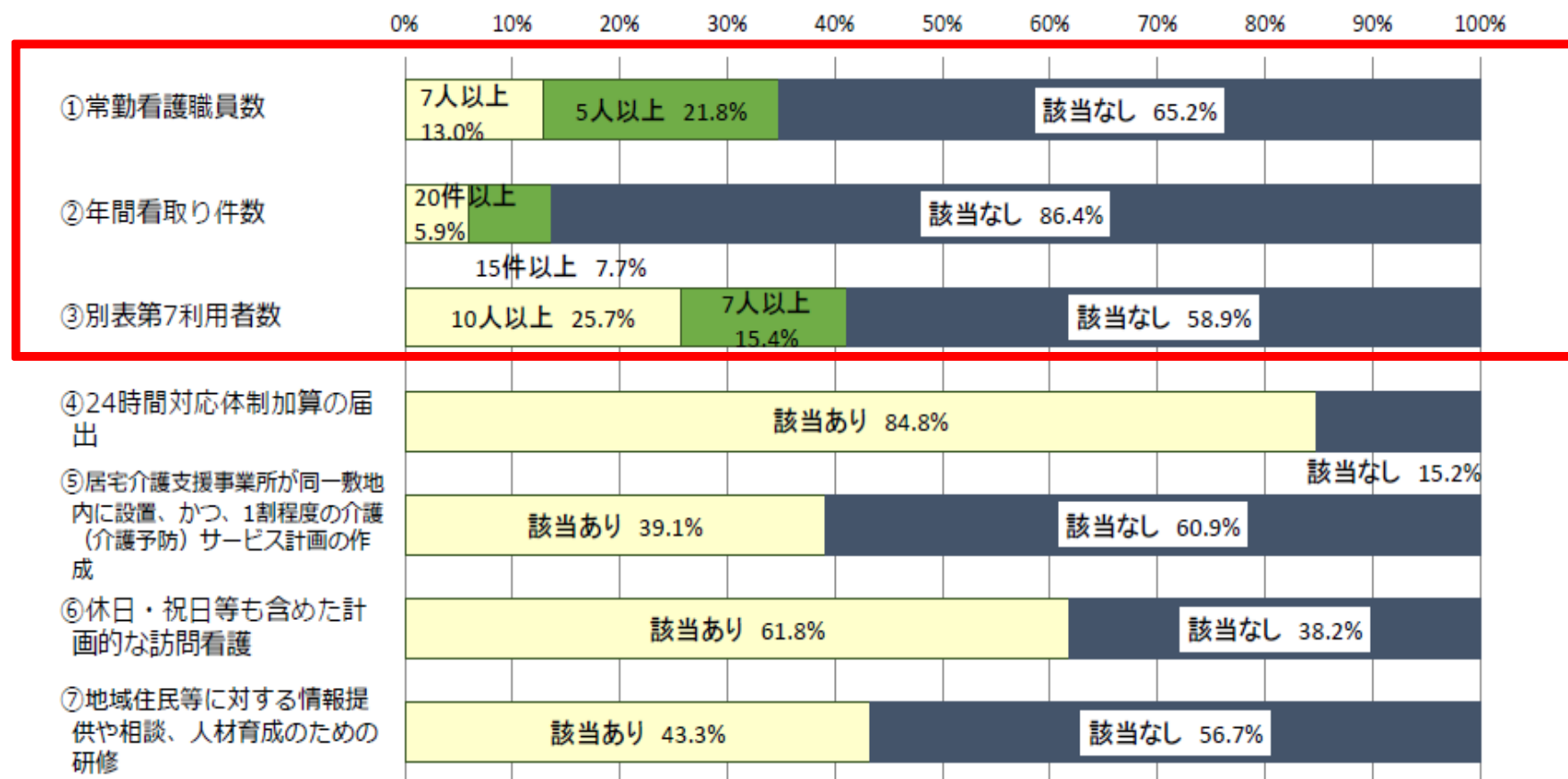
■ 機能強化型の届出なしの理由 (複数回答)



機能強化型を届け出ない理由②

- 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがない訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準で求められている項目のうち、年間看取り件数の要件を満たしていない事業所が最も多い。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがないステーションの要件別の算定状況 (n=1,366ステーション)



出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

※調査対象：全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション(4,436か所)
※調査期間：平成27年4月

訪問看護ステーションにおける看取り状況

- 訪問看護ステーション1か所当たりの年間合計看取り件数は、機能強化型1は平均約30件、機能強化型2は平均約20件、機能強化型以外は平均約5件である。
- ターミナルケアを実施しているも、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者は、現在は看取り件数に含まれていないが、含めた場合は看取り件数が増加する。

■ 1ステーション当たりの年間看取り件数

	看取り件数 ※	
	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
平均値	8.7	9.2
1)機能強化型1のみ	31.4	32.5
2)機能強化型2のみ	20.3	21.3
3) 1)、2)以外	5.1	5.5
中央値	4	4
標準偏差	11.7	12.1

	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
調査対象のうち、看取り件数が年間15件を上回るステーション数	137	148

※看取り件数：平成26年4月1日～9月30日の看取り実績から年間合計を推計したもの

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の状況調査」を保険局医療課にて再集計

在宅がん医療総合診療料

保険医療機関と訪問看護ステーションが共同で実施する場合には、保険医療機関において一括して算定する。

【概要】

- 末期の悪性腫瘍の患者に対し、計画的な医学管理の下に、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であり、かつ、訪問診療及び訪問看護の回数が週1回以上。

※ 訪問看護ステーションがターミナルケアを実施しているも、本項目の算定利用者は、訪問看護ステーション側では報酬を算定しない。

在宅がん医療総合診療料患者を含めて20人

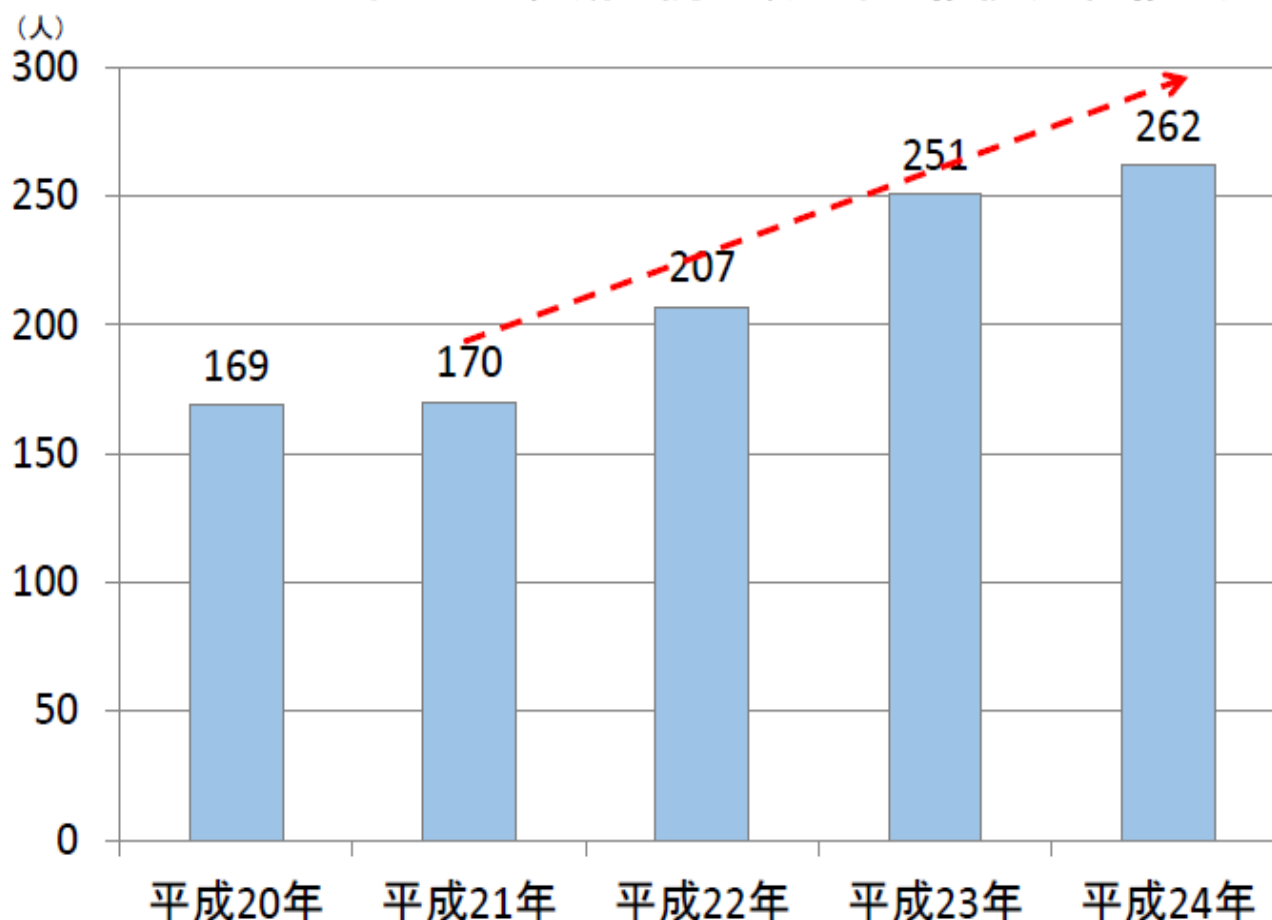
②医療ニーズの高い 小児の受け入れ



NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

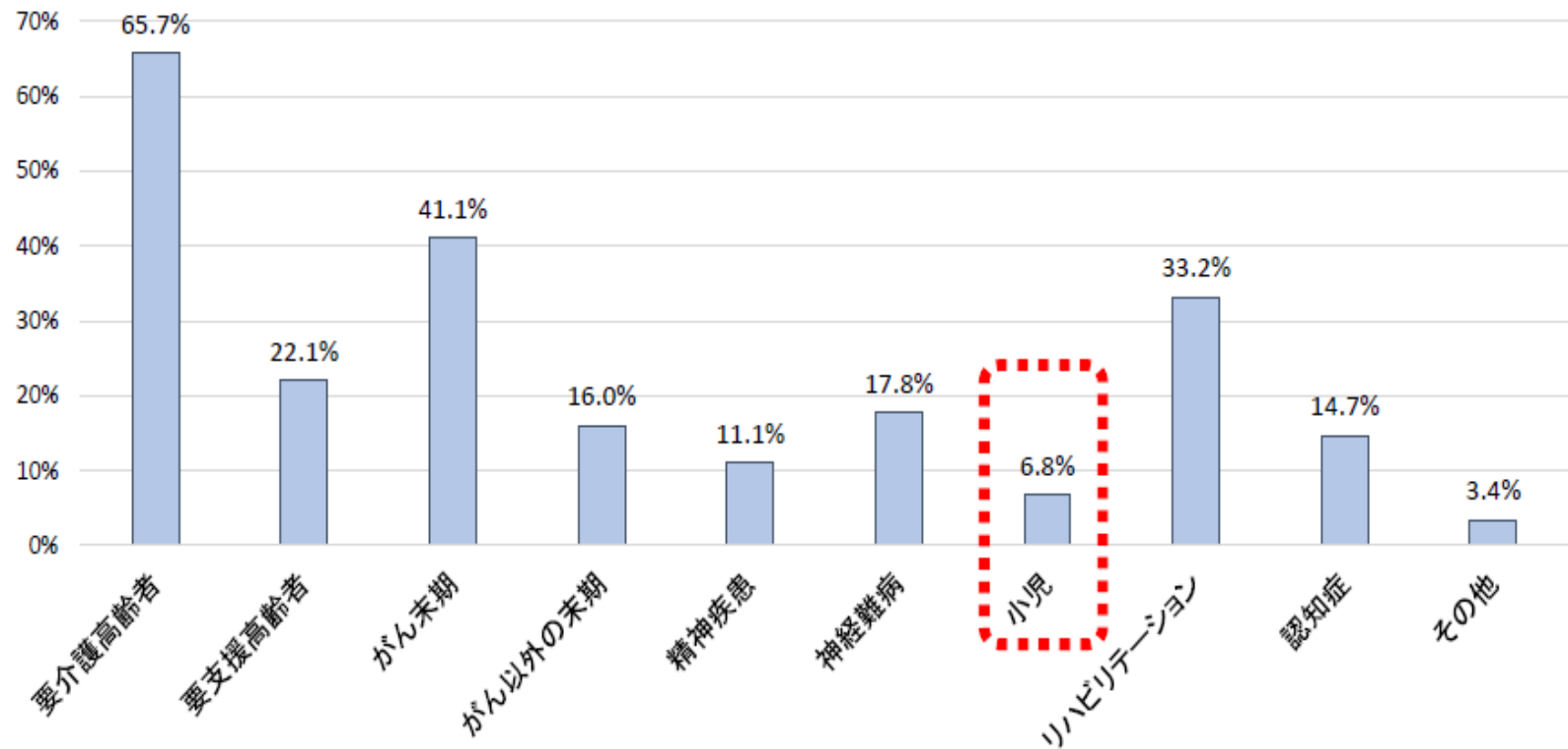
<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■ 訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性 (n=443) (複数回答)



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

機能強化型訪問看護ステーション

- ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- 超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

③薬局・薬剤師と在宅医療



葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理（薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明（服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援（患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育



在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な
薬物療法の提供

残薬について

期投薬の増加等により、飲み忘れ、飲み残しや症状の変化により生じたと思われる
の残薬(調剤されたものの服用・使用されなかった薬剤)が生じるケースが見られる。



残薬薬剤費
400億円

在宅での薬剤師業務 ～往診医師への同行～



「まさか、薬局に就職してドクターの回診につくととは・・・」

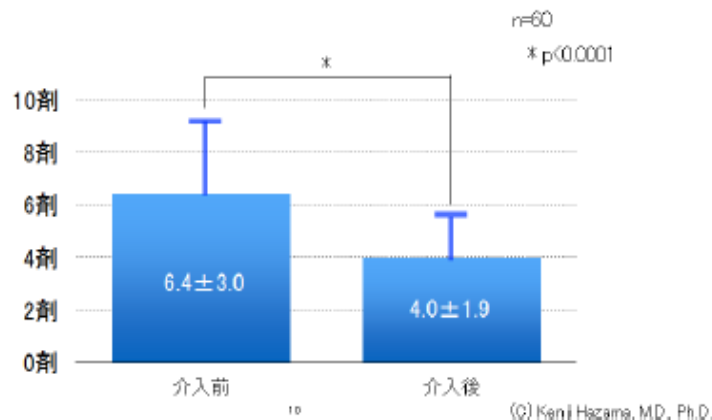


(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

在宅業務で医師と薬剤師の連携による評価

○医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少。

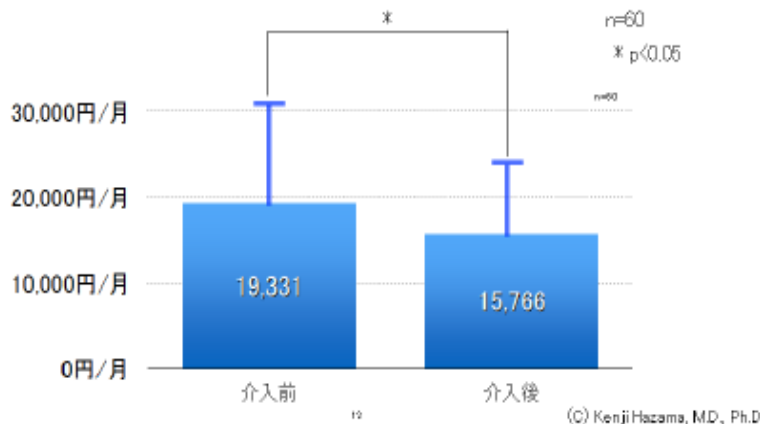
1人あたりの投薬数の変化



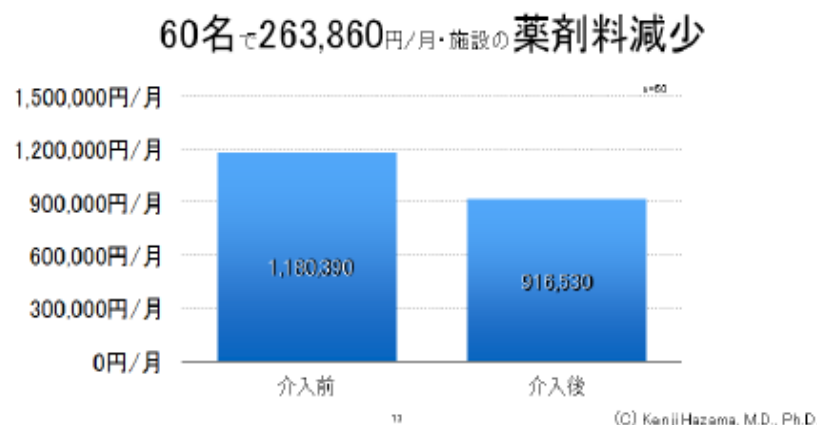
医師の訪問診療に薬剤師が同行した後、次回医師の訪問診療の前に薬剤師が単独で訪問して、薬学的に患者の状態を確認し、そこで得た情報を医師にフィードバックした結果

- 介護付き有料老人ホームの患者
対象 60名 (男性13名、女性47名)
平均年齢 87.1 ± 7.5歳

1人あたりの薬剤費の変化



施設全体の薬剤費の変化



※平成26年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」シンポジウムより「薬局薬剤師が取り組むチーム医療～介護施設における共同薬物治療管理～(ファルメディコ株式会社 狭間研至)」

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)



医師・看護師による 薬剤師の在宅医療講習会



知識：薬理学・製剤学・解剖生理・病理病態・
TDM・ターミナルケア
技能：バイタルサイン・フィジカルアセスメント
態度：対医療者・对患者コミュニケーション
グリーフケア



バイタルサイン採集の基本手技を看護師が教える

アイン薬局さんの在宅訪問(夕張)



夕張市立診療所の多職種カンファ



パート3

地域医療構想の3つのステップ

ステップ① 構想区域の設定

ステップ② 医療需要を推計する

ステップ③ 必要病床数を推計する

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

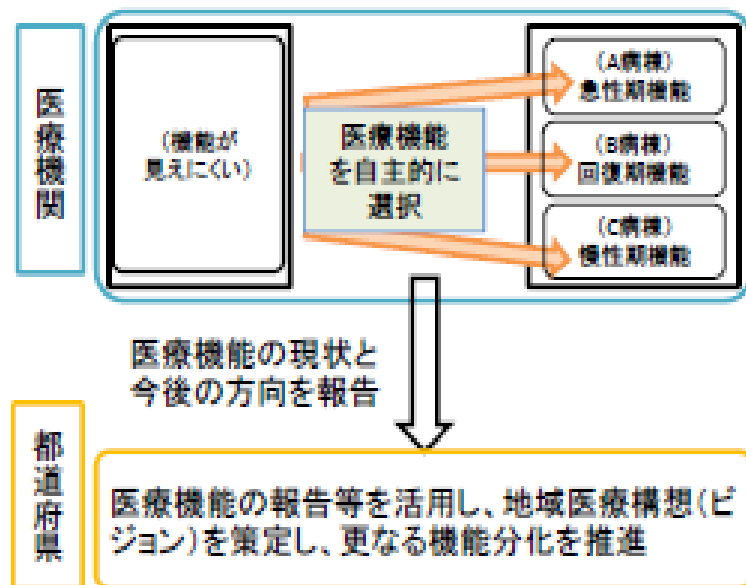
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

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。

病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

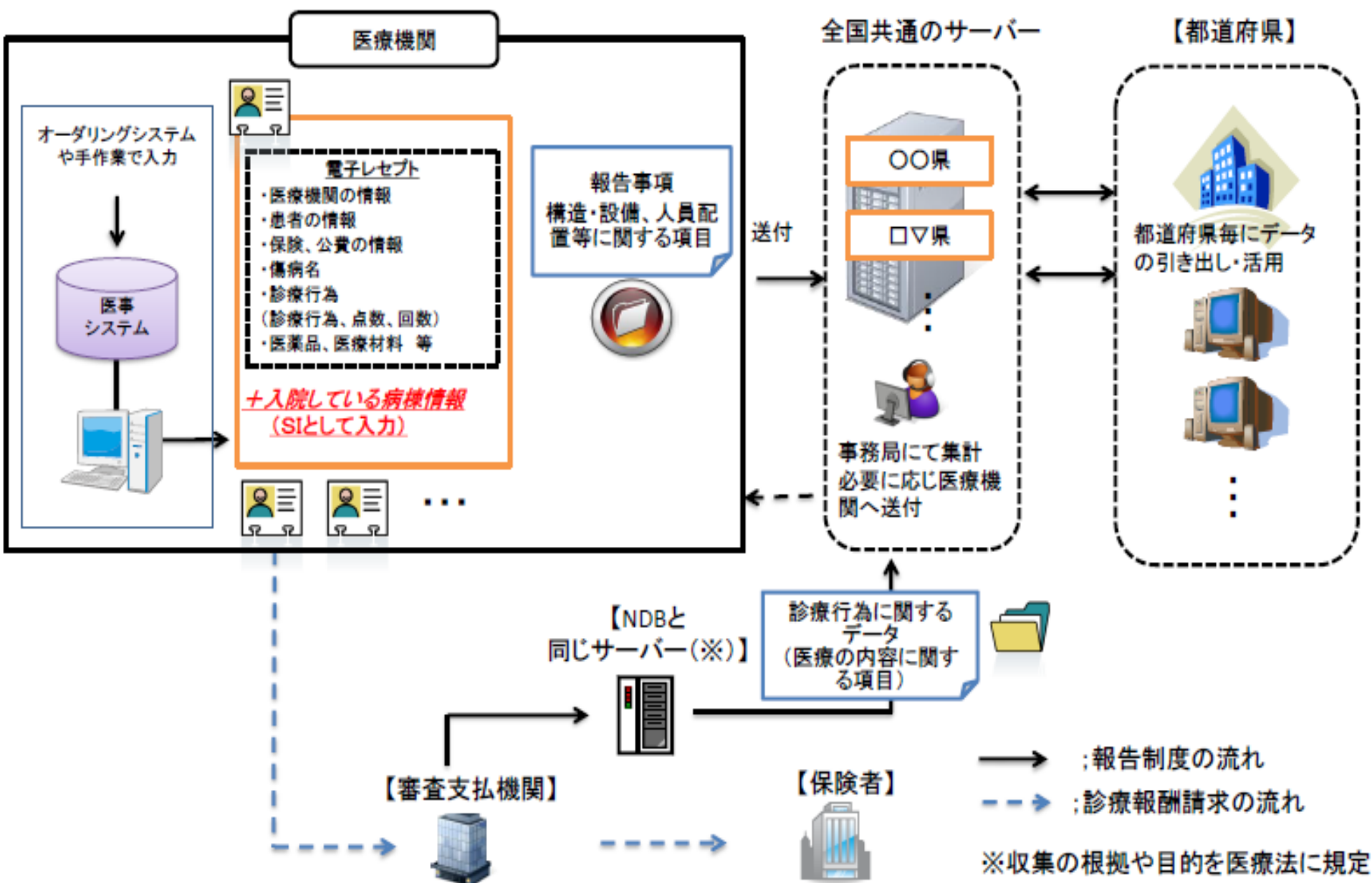
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

	相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
	安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
	石田 光広	稲城市役所福祉部長
◎	遠藤 久夫	学習院大学経済学部長
○	尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	榎本 章司	公益社団法人日本精神科病院協会政策委員会委員長
	清水 循行	東京都奥多摩町福祉保健課長
	武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
	土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
	中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
	遠見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
	本多 伸行	健康保険組合連合会理事
	松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
	山口 育子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
	渡辺 顕一郎	奈良県医療政策部長
	和田 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

※ ◎ 座長 ○ 座長代理

地域医療構想策定プロセス

構想区域の設定

```
graph TD; A[構想区域の設定] --> B[構想区域における  
医療需要の推計]; B --> C[地域医療構想調整会議で  
医療提供体制(必要病床数)  
を協議];
```

構想区域における
医療需要の推計

地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

ステップ①

構想区域の設定

東京都 二次保健医療圏



構想区域の設定

- 構想区域とは2025年を見据えて、「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」のこと
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長 2014年10月17日）
- 「現状の2次医療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
 - (1)人口規模
 - (2)患者の受療行動(流出率・流入率)
 - (3)疾病構造の変化
 - (4)基幹病院までのアクセス時間等の変化

構想区域に二次医療圏が適切か？

- 2次医療圏単位で「構想区域」の設定を想定
- **しかし現状の2次医療圏がそもそも妥当か？**
- 前回医療計画見直しの際、2次医療圏見直し（地方の小規模医療圏見直し）を行おうとしたが進まなかった経緯がある
- 2次医療圏見直し
 - 人口20万人未満で、流出率20%以上、流入率20%未満の医療圏を見直すことになった
 - 87医療圏が対象、しかし実際には3県の医療圏しか見直されなかった

医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

第6次医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典:平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計:二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

宮城県二次医療圏の再編

第5次医療計画
(2008年度～2012年度末まで)



第6次医療計画
(2013年度～2017年度末まで)



7医療圏から
4医療圏に統合

多くの都道府県は見直しをしなかった！ 見直しをしない理由は？

～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
 - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
 - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
 - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

地域医療構想調整会議

- 地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会（2014年11月21日）
- 地域医療構想調整会議
 - 地域医療構想(ビジョン)に関する「協議の場」
 - 議事、開催時期、設置区域、参加者の範囲・選定、参加の担保、合意の方法・履行の担保
 - ①病床機能と病床数、②病床機能報告制度の情報共有、③地域医療介護総合確保基金に関する都道府県計画、④地域包括ケアや人材の確保、診療科ごとの連携などビジョン達成の推進
 - 構想区域
 - 都道府県知事が適当と認める区域での設置、複数の調整会議を合同開催、議事に応じて地域・参加者を限定した開催、既存の会議対を活用した開催
- ビジョンは最終的には医療審議会が最終決定

地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県



地域医療構想
(医療計画の一部)

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者

地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

医療計画

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

- ・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

- ・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画

消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

ステップ②

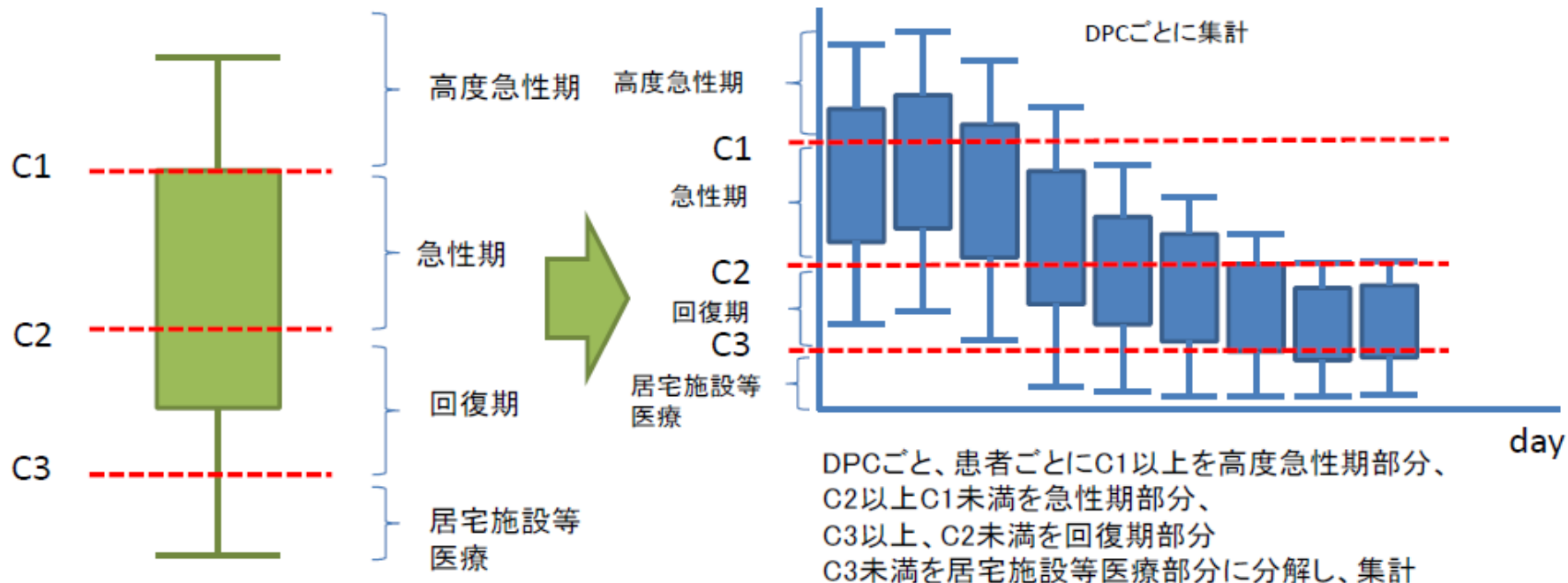
医療需要を推計する

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

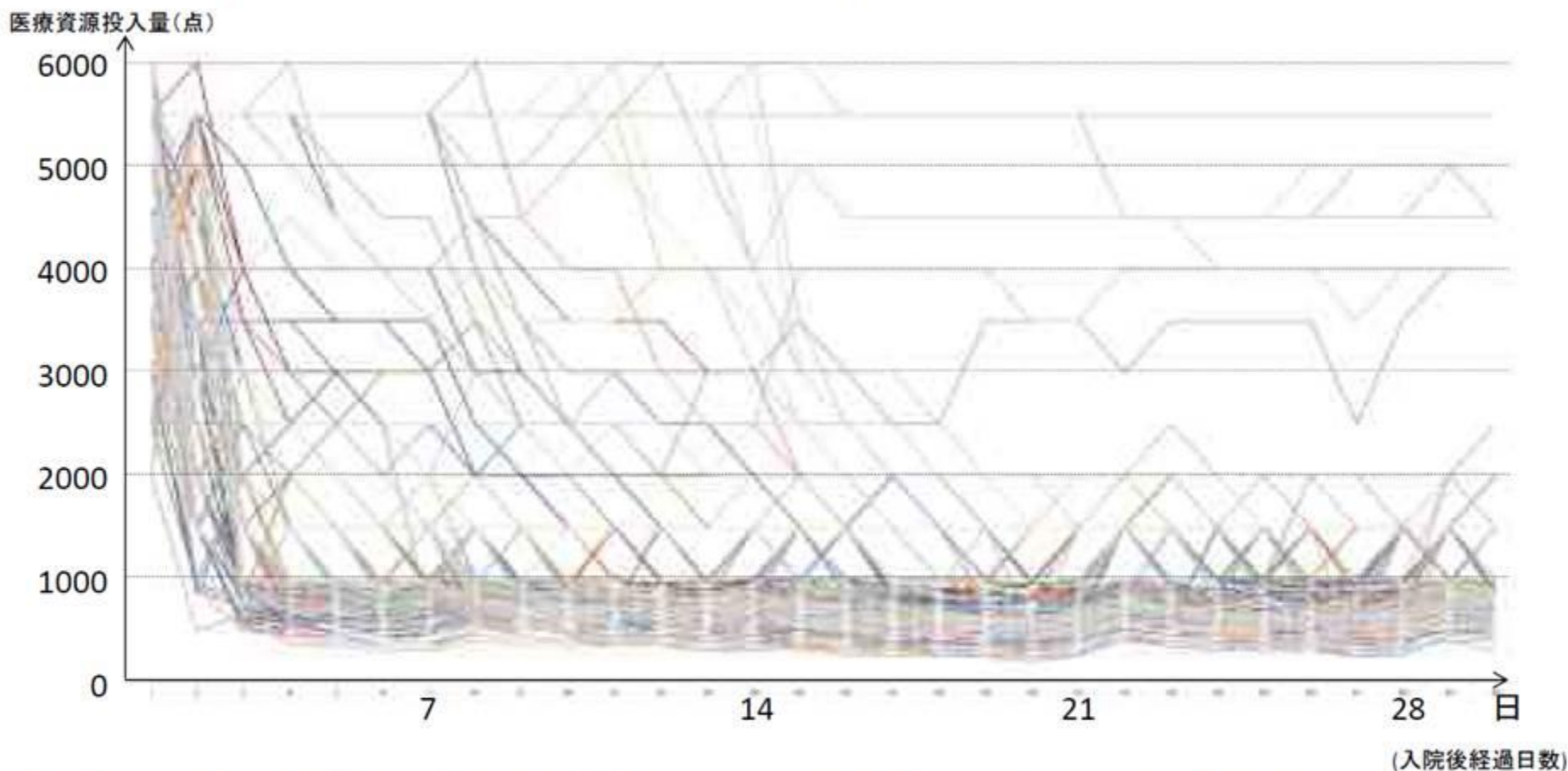
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- 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

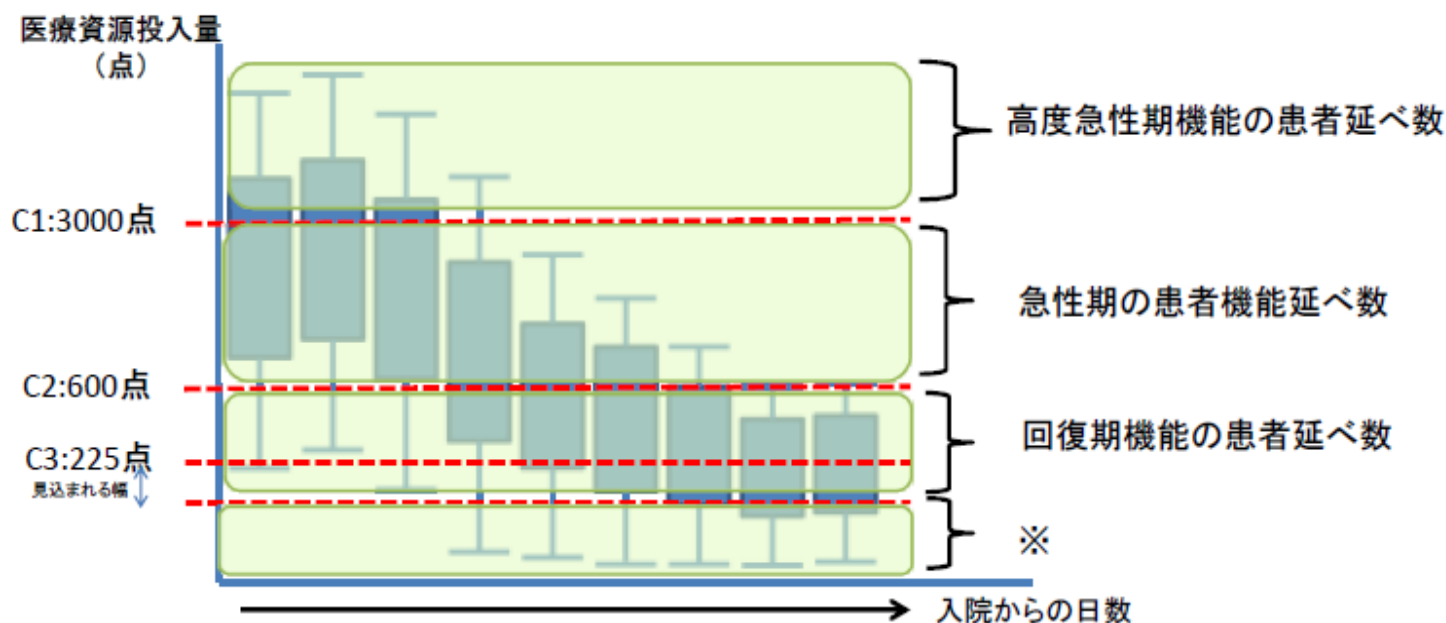
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 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。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

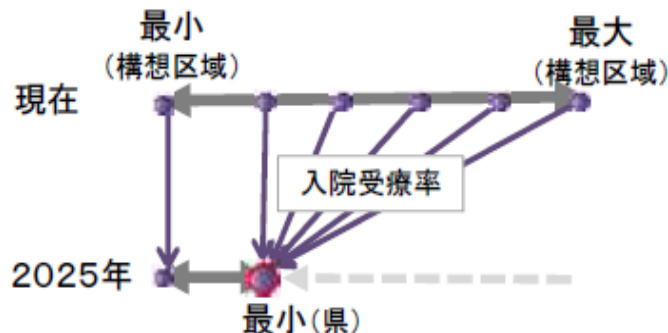
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

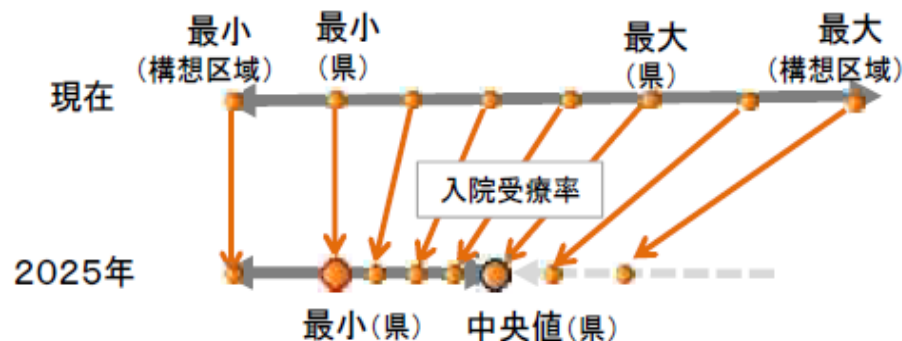
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

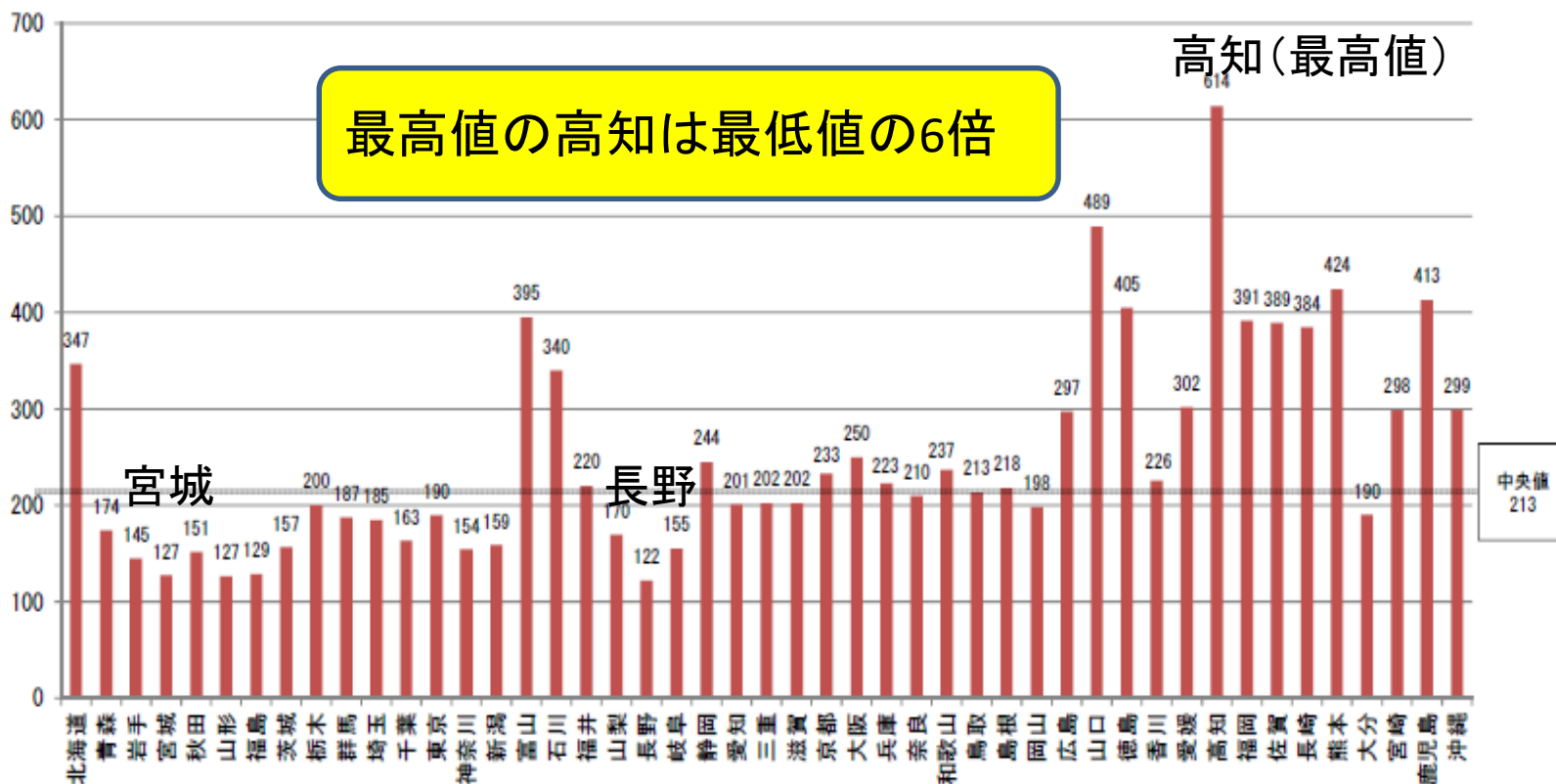


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率



注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 2) 福井県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福井県患者調査の数値を用いている。
 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

ステップ③

医療需要から病床の必要量(必要病床数)を推計する

6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量(必要病床数)の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数(③)を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年(2025年)の病床の必要量(必要病床数)(④)とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 構想区域ごとの医療機能別医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況(脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成)

推計年度

	2025年における	2025年における医療供給(医療提供体制)		
	医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)(①)	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(②)*	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(③)	病床の必要量(必要病床数) (③を基に病床利用率等により算出される病床数)(④)
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

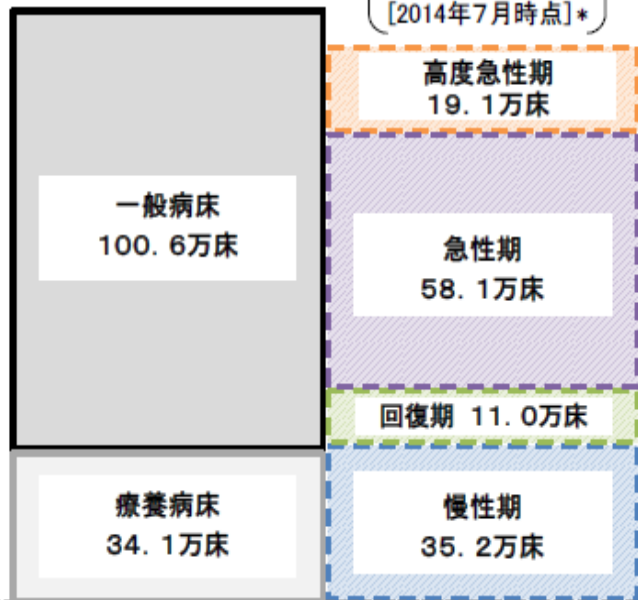
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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)

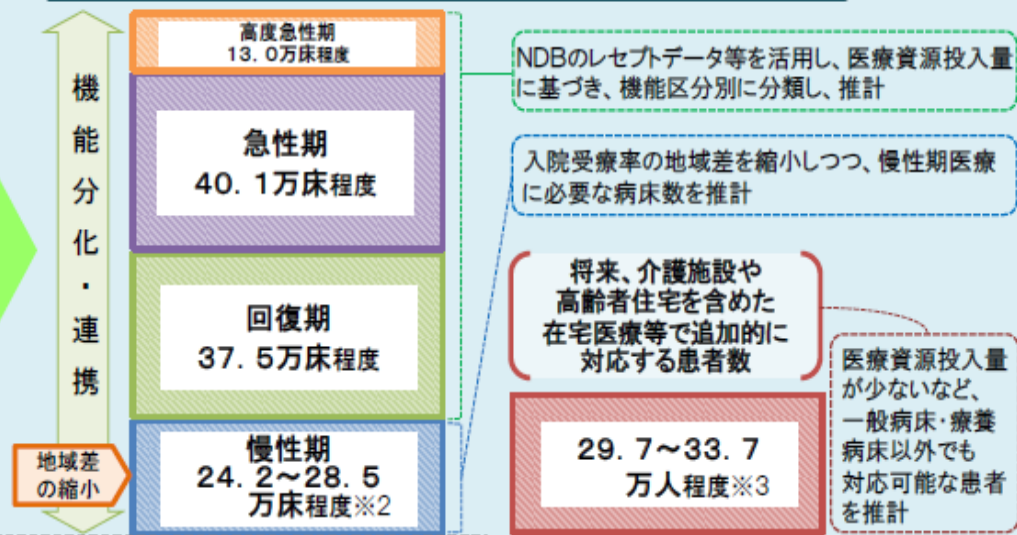
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【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

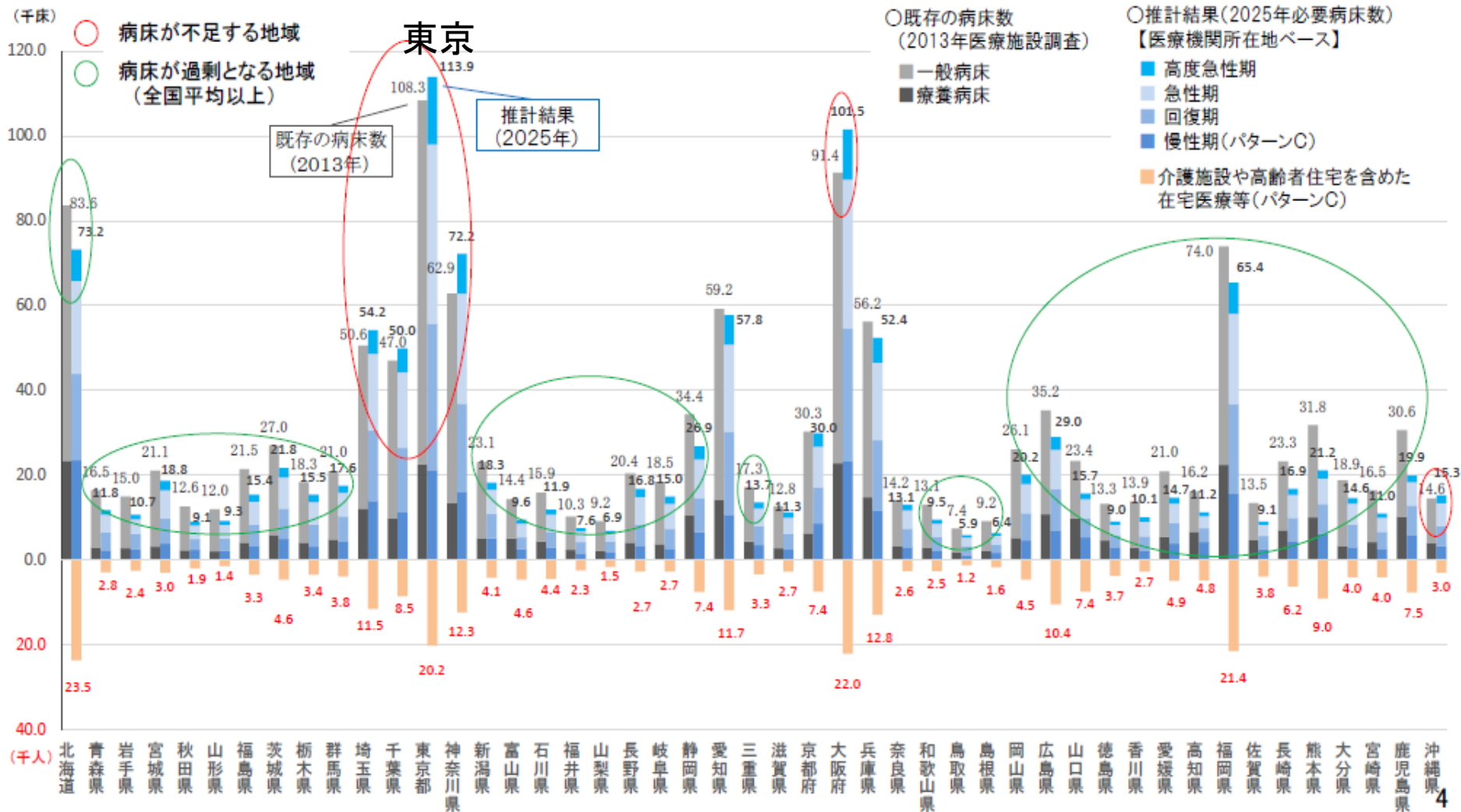


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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)



2013年
13年の内訳は14年の病床機能報告から推計

内閣府の専門調査会
(倉・永井島三自治医

科大学長)が人口推計や
診療報酬明細書から、将

25年、30万人を削減

2025年までに最大20万床削減

都道府県	ベッドの削減数
大阪府	10100

地域医療構想の5つの課題

- ①構想区域の設定問題
 - 二次医療圏の見直しと抱き合わせで考えるべき
- ②医療資源投入量のみによる評価の妥当性は？
 - 入院基本料の要素(平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、職員配置数等)を考慮していない
- ③療養病床の行方
- ④精神病床については考慮されていない。
 - 地域精神医療構想が必要！

療養病床の在り方等に関する検討会



2015年7月10月
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。

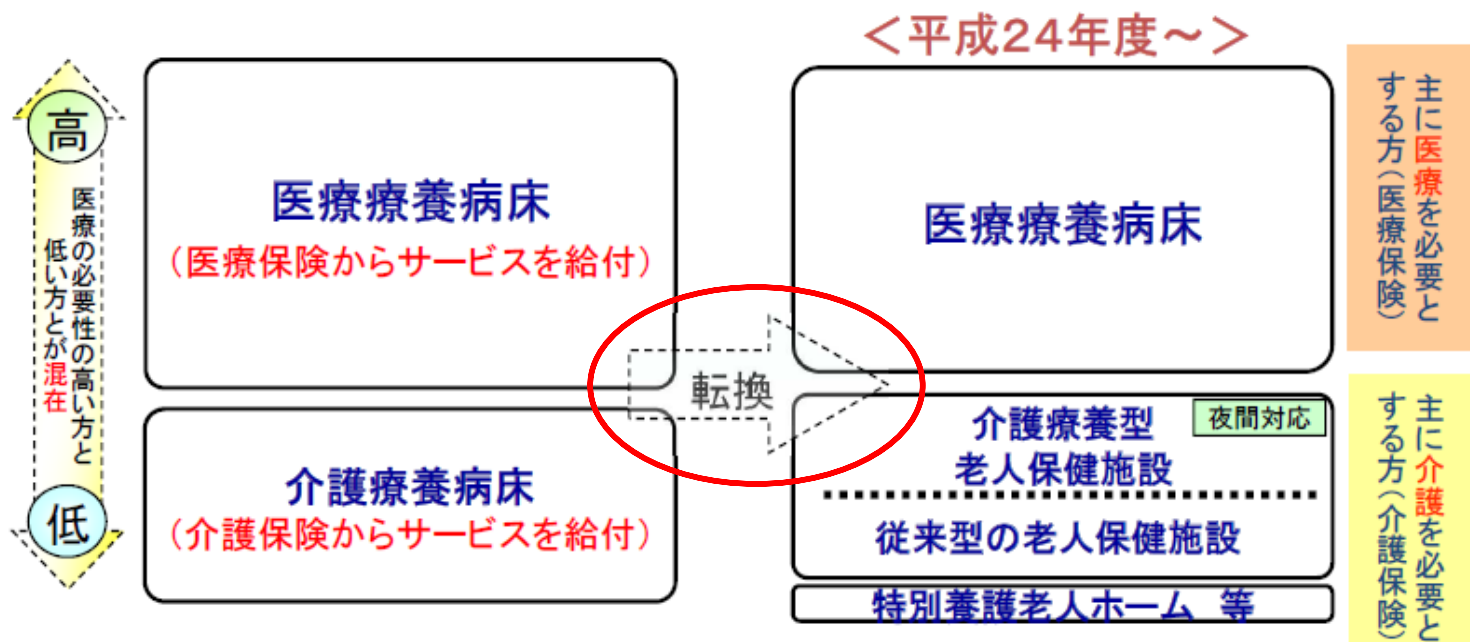
【医療法改正】

- 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



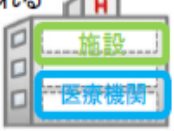
新(案1-2)

○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



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



○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！

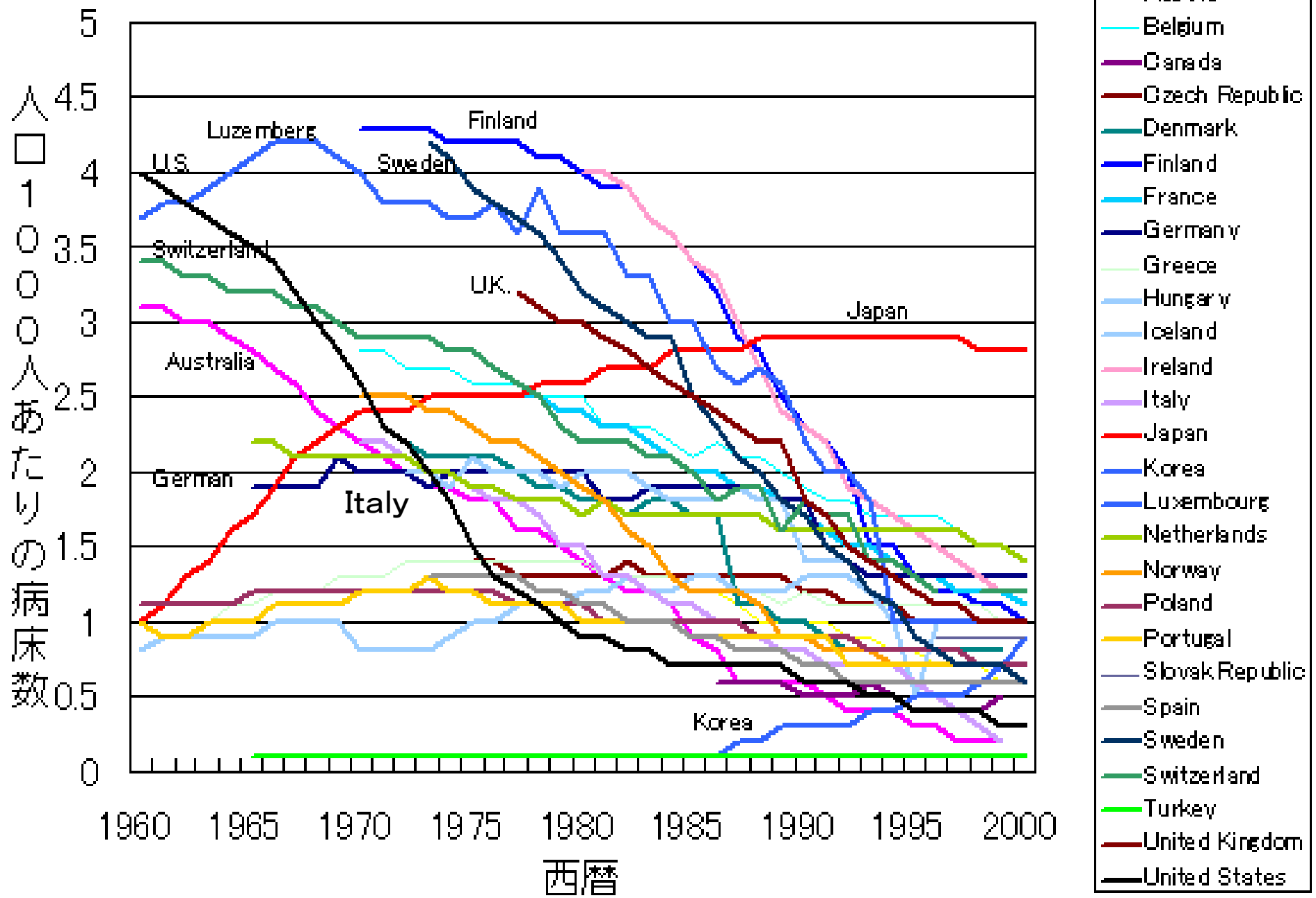
※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

わが国の精神病床の課題

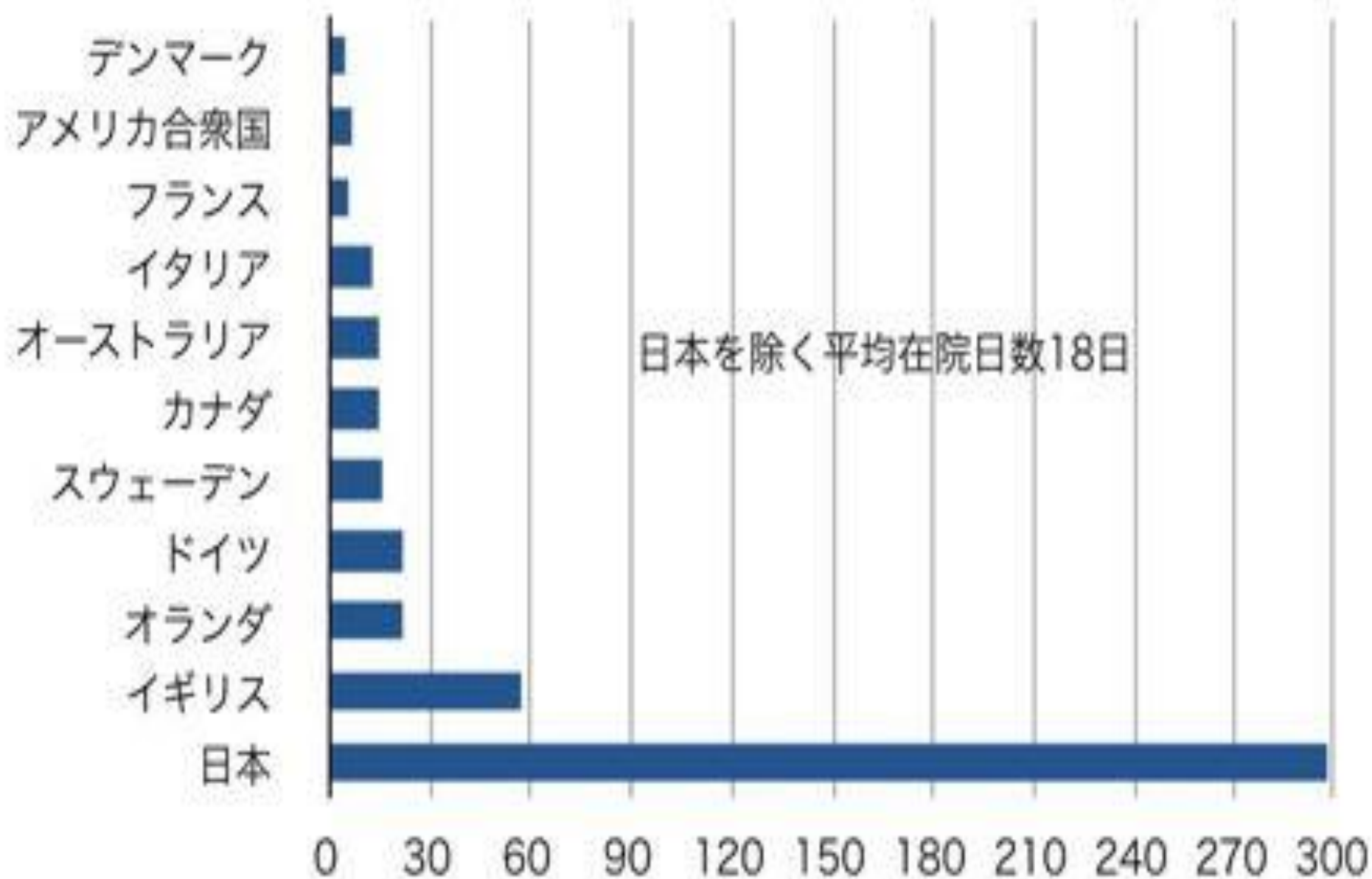
世界最多の病床数

世界最長の在院日数

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



2005年退院者平均在院日数



第6次医療計画

5疾患5事業プラス在宅医療

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

34万床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)
2.5:1
3:1

認知症治療病棟
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟
(836施設 103,437床) 6:1

小児入院医療管理料5
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

2:1 10:1 (34病棟、1,361床※)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1

15:1
(2,710病棟、145,959床※)

18:1 (303病棟 17,655床※)

20:1 (153病棟 9,265床※)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床※)

1.5:1 7:1
(7病棟 220床※)

2:1 10:1
(8病棟 261床※)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1 15:1
(84病棟 2,971床※)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)

※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数

※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

34万床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急
精神科救急
入院料1(2床)

統合失調症+気分障害
50±17歳
3カ月未満

認知症治療病床
入院
入院

認知症、77±14歳

精神療養病棟
(836施設 103,437床)

統合失調症
62±14歳
1年以上8割

20万床

10:1 (34病棟、1,361床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(710病棟、145,959床*)

統合失調症
58±16歳
1年以上6割

18:1 (303病棟 17,655床*)

20:1 (153病棟 9,265床*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

7:1
(7病棟 220床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(84病棟 2,971床*)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床※2)
特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

2016年診療報酬改定

【Ⅲ－3（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－①】

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

骨子【Ⅲ－3（1）】

第1 基本的な考え方

長期入院の精神疾患患者の地域移行をより一層進めるため、精神保健福祉士等の重点的な配置により集中的な退院支援を行うとともに、精神病床数の適正化に取り組む精神病棟に対する特定入院料の新設や、精神科地域移行実施加算の充実を行う。

第2 具体的な内容

1. 地域移行機能強化病棟入院料の新設

(1) 精神保健福祉士等、退院支援を行う職種を重点的に配置した上で、地域生活を念頭に置いた訓練や居住先の確保等の退院支援を重点的に実施する精神病棟の評価を設ける。なお、精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神病薬加算を設ける。

(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点(1日につき)

(新) 重症者加算1 60点(1日につき)

(新) 重症者加算2 30点(1日につき)

質の高い精神医療の評価 ①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

- 集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む精神病棟を評価
(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点

[施設基準]

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- (3) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- (4) 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (5) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (6) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (7) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

- 5年以上の長期入院患者の退院に係る評価を充実

現行

精神科地域移行実施加算 10点



改定後

精神科地域移行実施加算 **20点**



休憩

パート4

診療報酬改定と入院医療

入院医療等調査評価分科会より

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

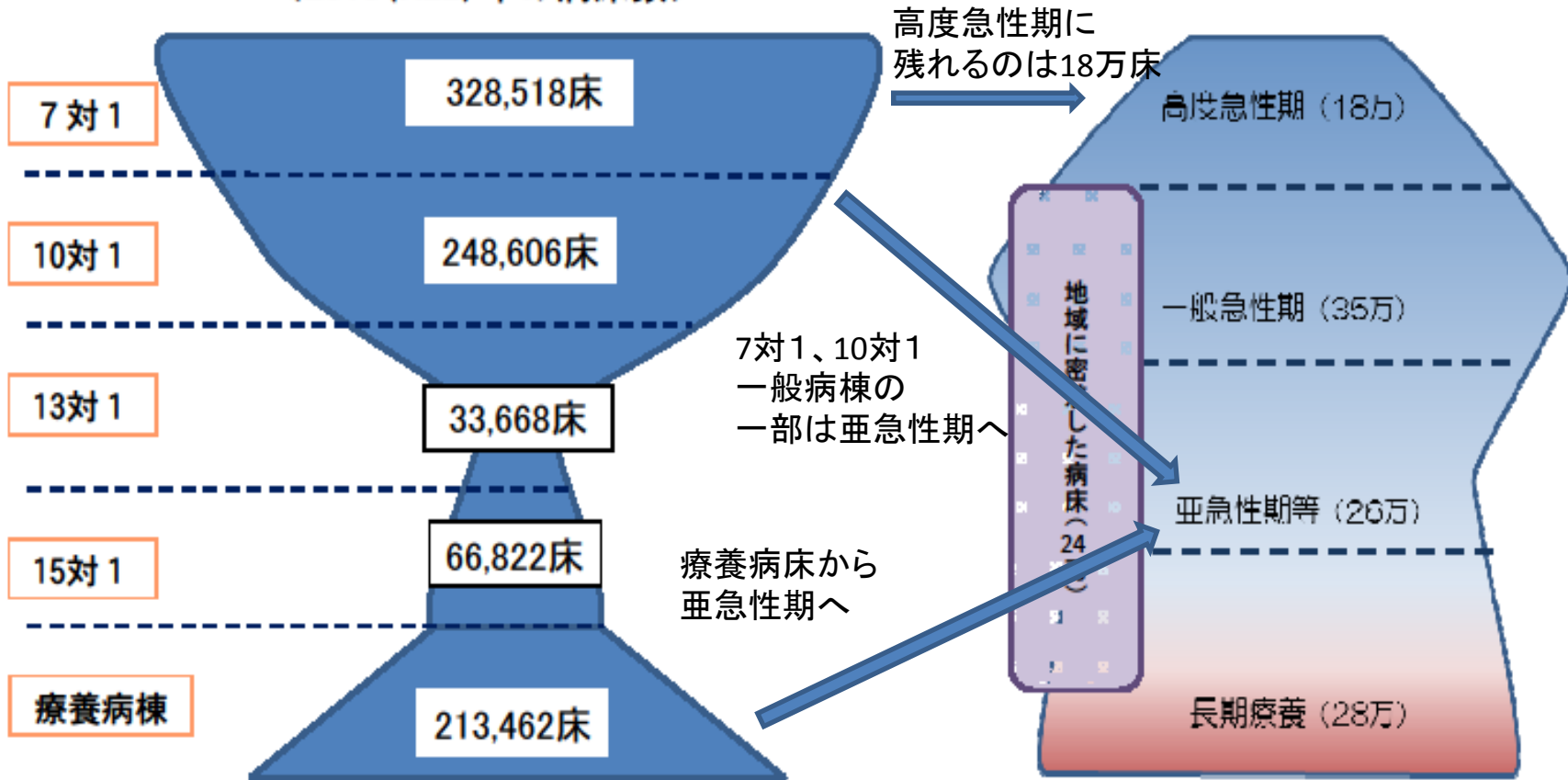
保険医療材料 専門組織

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。

次期報酬改定へ向けての 入院医療4つのポイントと 在宅医療

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④ 慢性期病床の要件見直し

ポイント⑤ 在宅医療

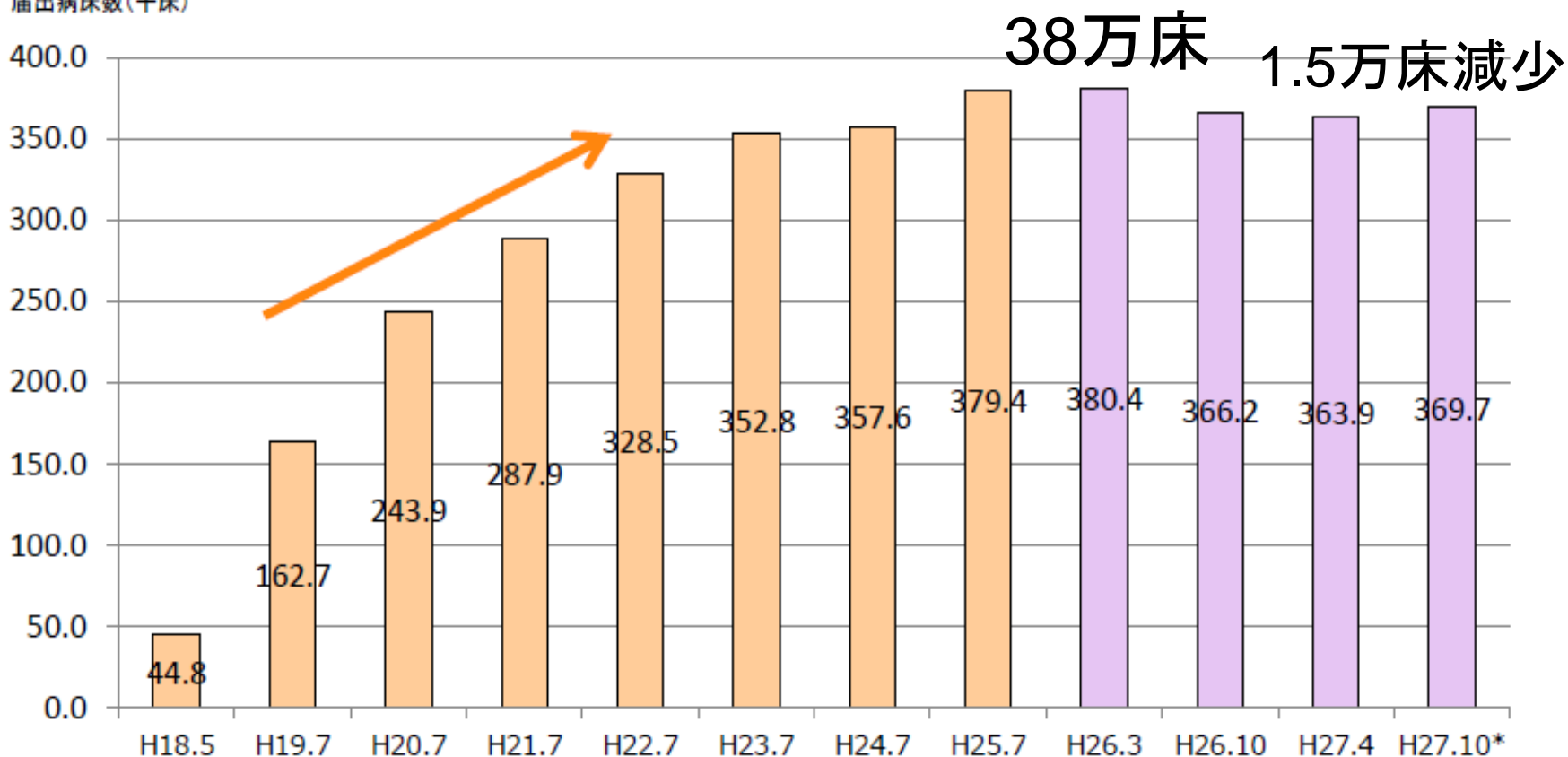
ポイント①
7対1病床の要件見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

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。

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

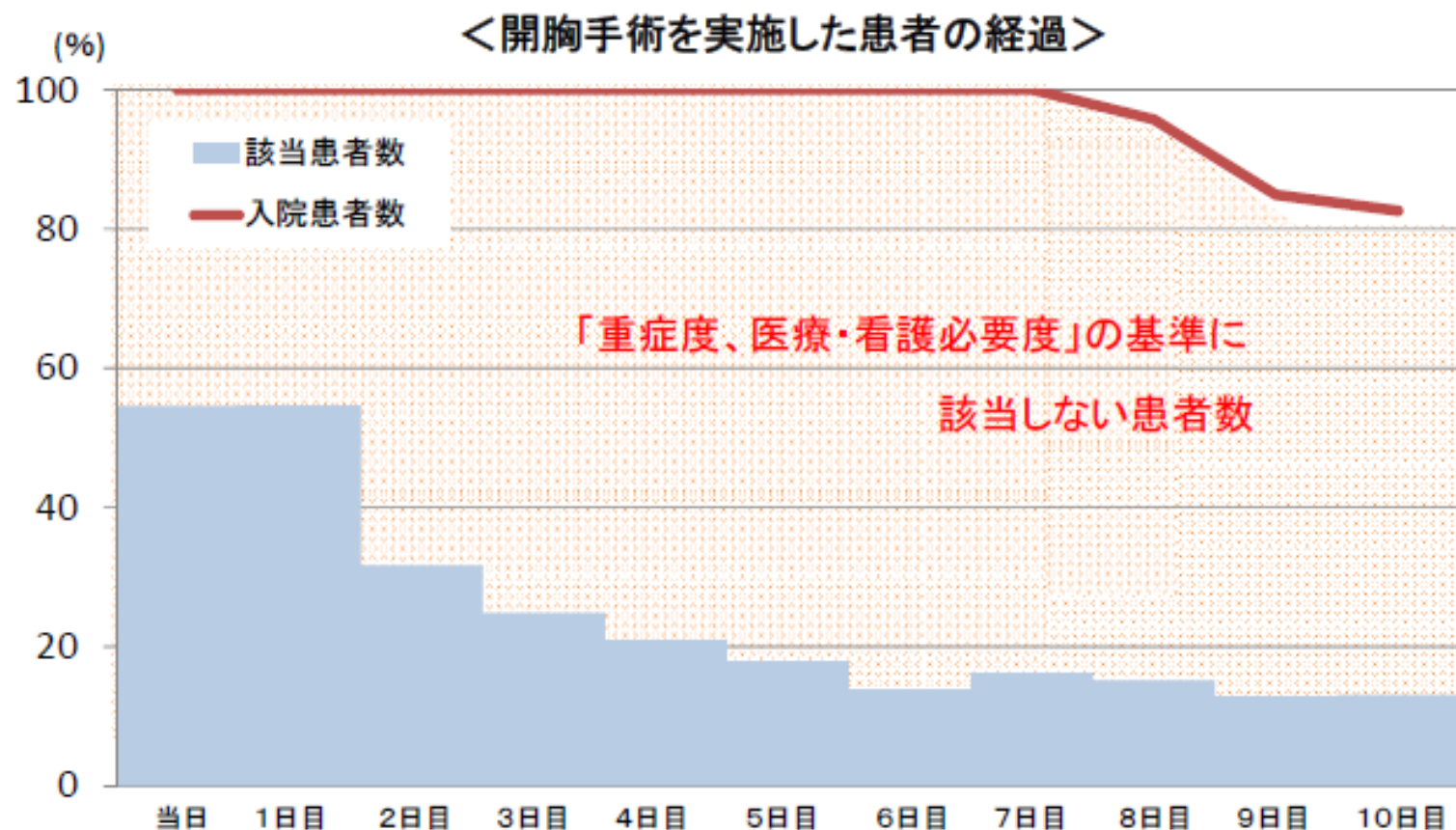
(前回改定)

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、早期経口摂取の 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

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞_2014年2月26日】

【文藝春秋_2014年5月10日】

産経 産経 産経 産経 平成26年(2014年)2月26日 水曜日 12頁 14画 4



国民皆保険制度の日本。ある程度大きな病院なら、どこに心かけても治療レベルは同等で、費用も変わらないと思っている人は多い。ところが病院の実力は千差万別で、同じ手術を受けても、ある病院なら1週間で退院できるところが、ある病院では数カ月かかる。それに伴ってかかる費用も当然大きく異なる。また、長期入院させざるを得ない手術も少なくない。周術期の入院期間短縮に取り組んでいる病院を取材した。

直前まで食事、早期離床…

術後の早期回復「ERAS」

「ERAS」は手術前後の管理（ERAS）を指し、術前、術中、術後の管理を最適化する。具体的には、術前禁食の短縮、術中保温、術後鎮痛の最適化、早期離床の促進、早期経口摂取の開始などを行う。これにより、患者の回復を早め、合併症を減らし、入院期間を短縮する。ERASは、手術の種類によって異なるが、一般的に術前禁食を2時間程度短縮し、術中保温を徹底し、術後鎮痛を非オピオイド薬で管理し、術後24時間以内に離床を促す。また、術後24時間以内に経口摂取を開始し、術後48時間以内に歩行を開始する。これにより、患者の回復を早め、合併症を減らし、入院期間を短縮する。



40歳以上の約半数に「認知症」が認められる。認知症は、脳の機能障害による記憶力、判断力、行動力などの低下を特徴とする。高齢化が進むにつれて、認知症の患者数は増加している。認知症の予防には、定期的な運動、健康的な食事、社会的交流などが効果的とされている。また、認知症の診断には、医師による問診、認知機能検査などが行われる。認知症の治療には、薬物療法と非薬物療法があり、患者の症状や生活環境に合わせて治療が行われる。

手術の苦痛を取り除く最新メソッド

これまで入院といえば、手術後に三つの苦痛が患者にあると言われてきました。それは、食べられないこと、痛み、空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の管（カテーテル類）の痛みで眠れない——そんな入院生活が変わろうとしている。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授（栄養学・専門は麻酔科学）が、その劇的な回復効果を解説する。



いこと、動けないことの三つです。痛み止めは、傷が痛いと訴えて初めて与えられ、病棟のベッドでは寝たきり。術後も術後も長時間食事制限され、水も清尿に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低下したという例は枚挙にいとまがありません。入院がむしろ病気を生んでいると指摘されることもあります。中でも癌治療を扱っていたのが、絶飲食です。麻酔をかける時に気道確保

のため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って誤嚥性の肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能が通ります。つまり、麻酔も、食事により常に刺激をしておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し、「サージカル・ディアベス（外科的糖尿病）」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安をとるために鎮痛剤を打ったり睡眠薬を使うことが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険がありました。手術前は、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安をとるために鎮痛剤を打ったり睡眠薬を使うことが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険がありました。

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 心電図モニター管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤管理	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管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤管理 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

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭手術(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

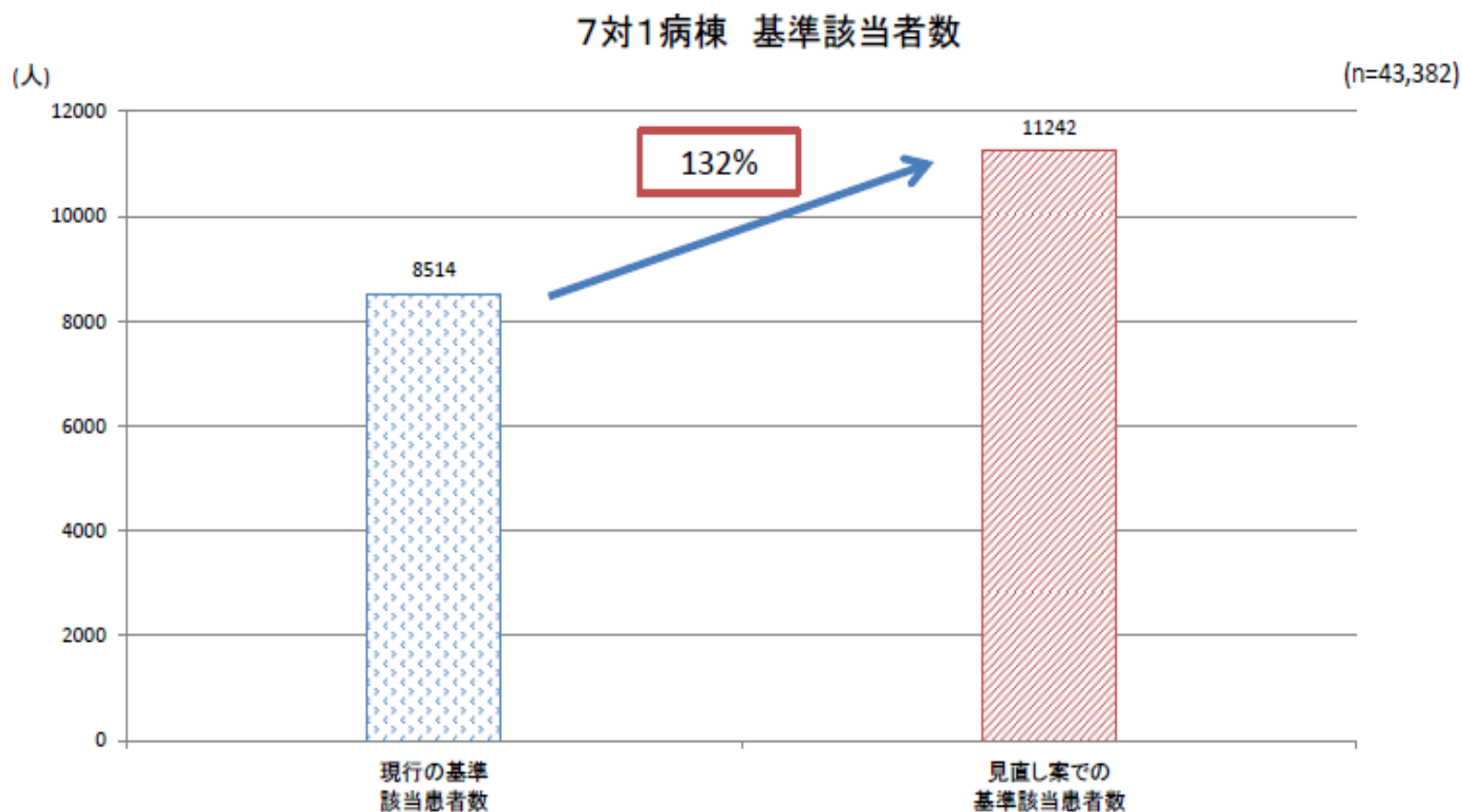
A得点が3点以上の患者

又は

C1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

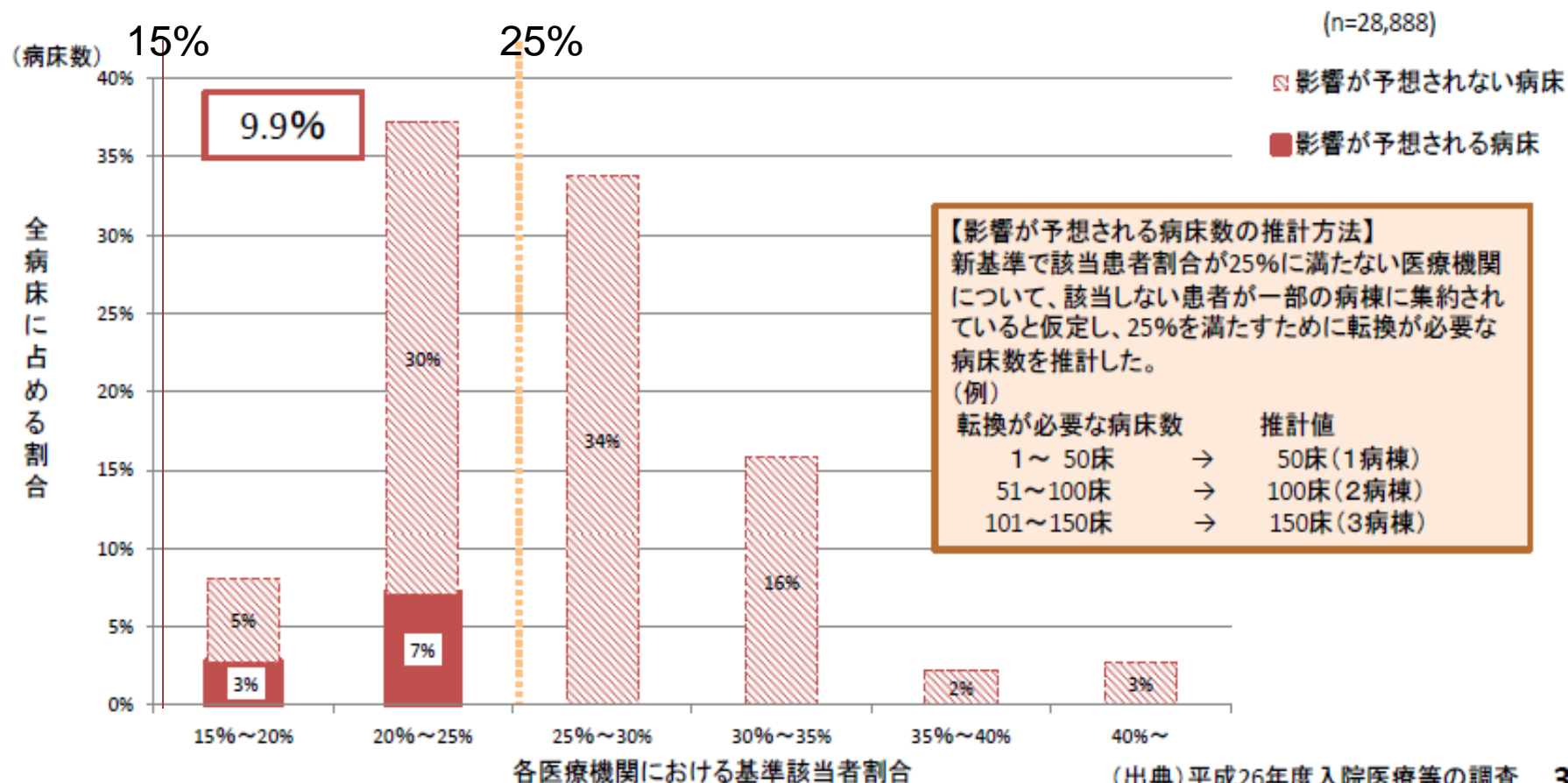
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



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)



7対1入院基本料の経過措置

半年間はみなし期間

2016年3月31日7対1を届けている病棟は2016年9月末までは基準を満たしていなくとも7対1としての算定をみなしで行う

病棟群単位の届出

7対1から10対1への転換の際の雇用等の激変緩和のため

病棟群単位の届出

○ 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)



2016年4月1日から2018年4月1日までの2年間

200床未満の7対1

- 病棟群単位の入院基本料の届出を出す場合
 - 届出期間は2016年4月から2017年3月31日
 - 2017年4月以降は7対1病棟の病床数を一般病棟全体の60%以下に縮小することが条件
- 病棟群単位の届出を出さない場合
 - 重症度、医療・看護必要度の患者該当率
 - 200床未満は23%
 - 2018年3月31日までの2年間に限る

7対1維持か転換か？

- (1) 7対1を全病棟維持する
 - 201床以上
 - 重症度、医療・看護必要度25%
 - 200床以下
 - 重症度、医療・看護必要度23%〈2018年3月まで〉
- (2) 7対1と10対1のミックスで7対1を維持
 - 病棟群別の選択する
 - 7対1病棟群と10対1病棟群とのミックス(2018年3月まで)
- (3) 7対1病棟と地域包括ケア、回復期リハとのミックス
 - 地域包括ケア病棟や回復期ケア病棟など
 - ただし500床以上やICU保有などの病院では、地域包括ケア病棟は1病棟のみとの制限あり
- (4) 10対1への転換
 - 収入減、看護師等の雇用
- (5) 病床削減
 - 介護老人保健施設などへの一部転換を含めた病床削減

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。)

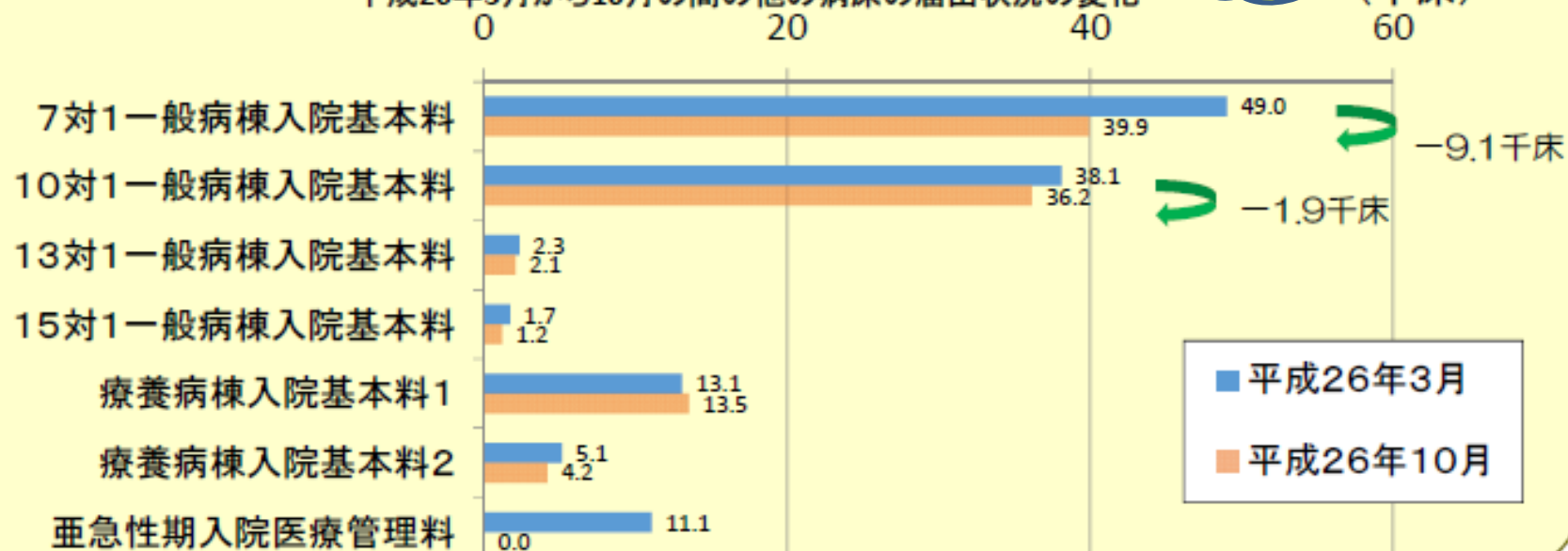
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

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



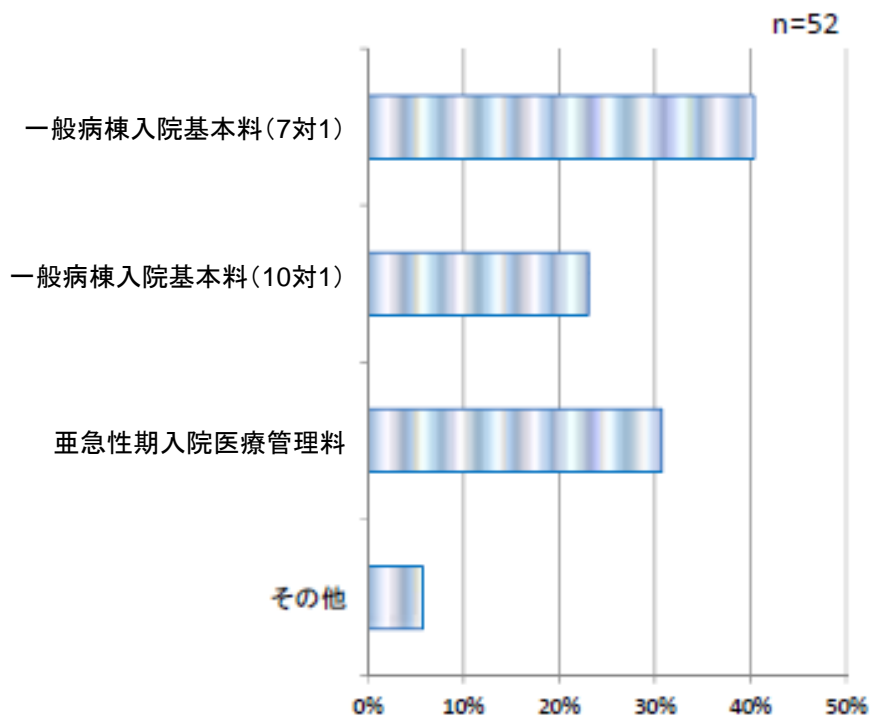
2.46
万床

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）。

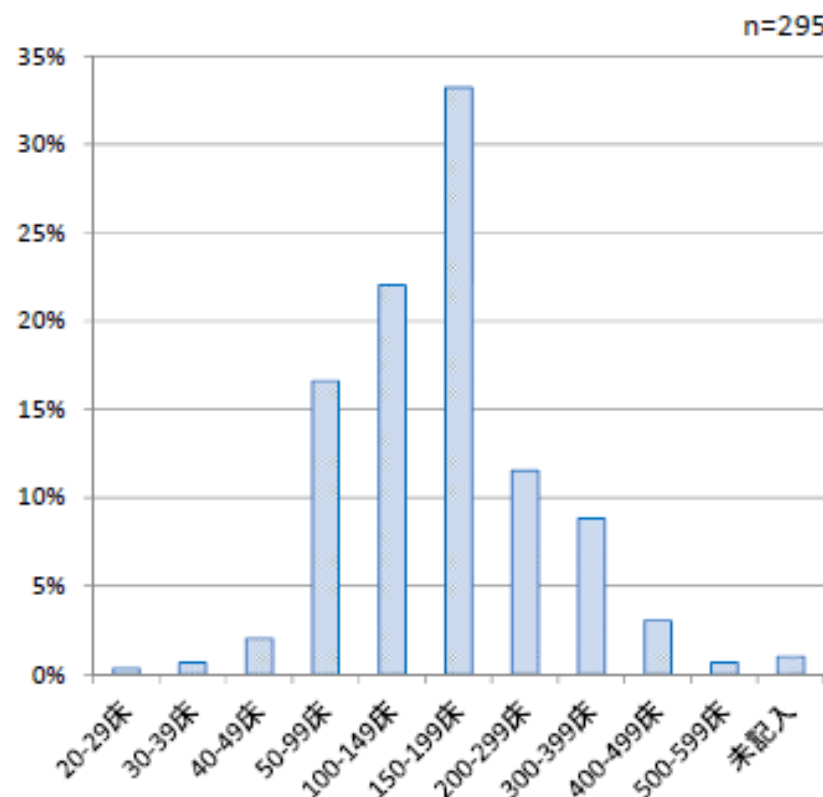
地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 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>

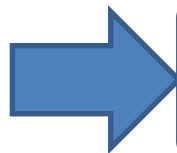


<地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数>



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。



地域包括ケア病棟の手術料・麻酔料は
包括外となった

チーム医療



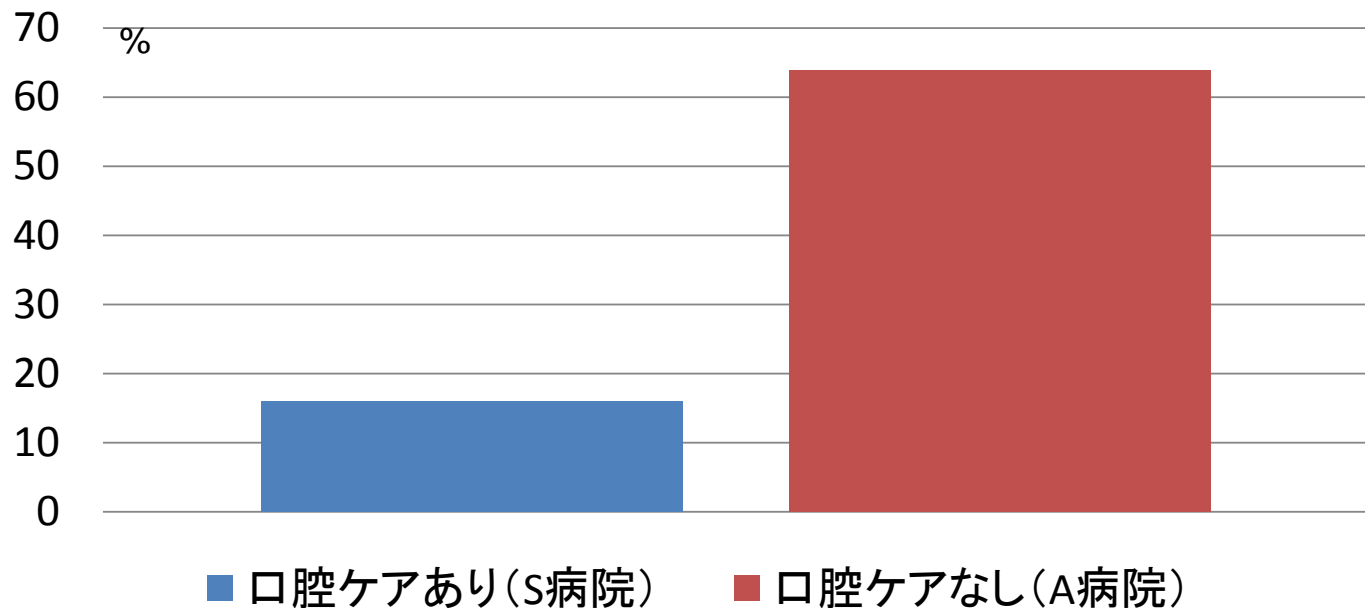
周術期口腔機能管理



周術期における口腔機能の管理等

口腔ケアの有無による 術後合併症発生率

グラフタイトル

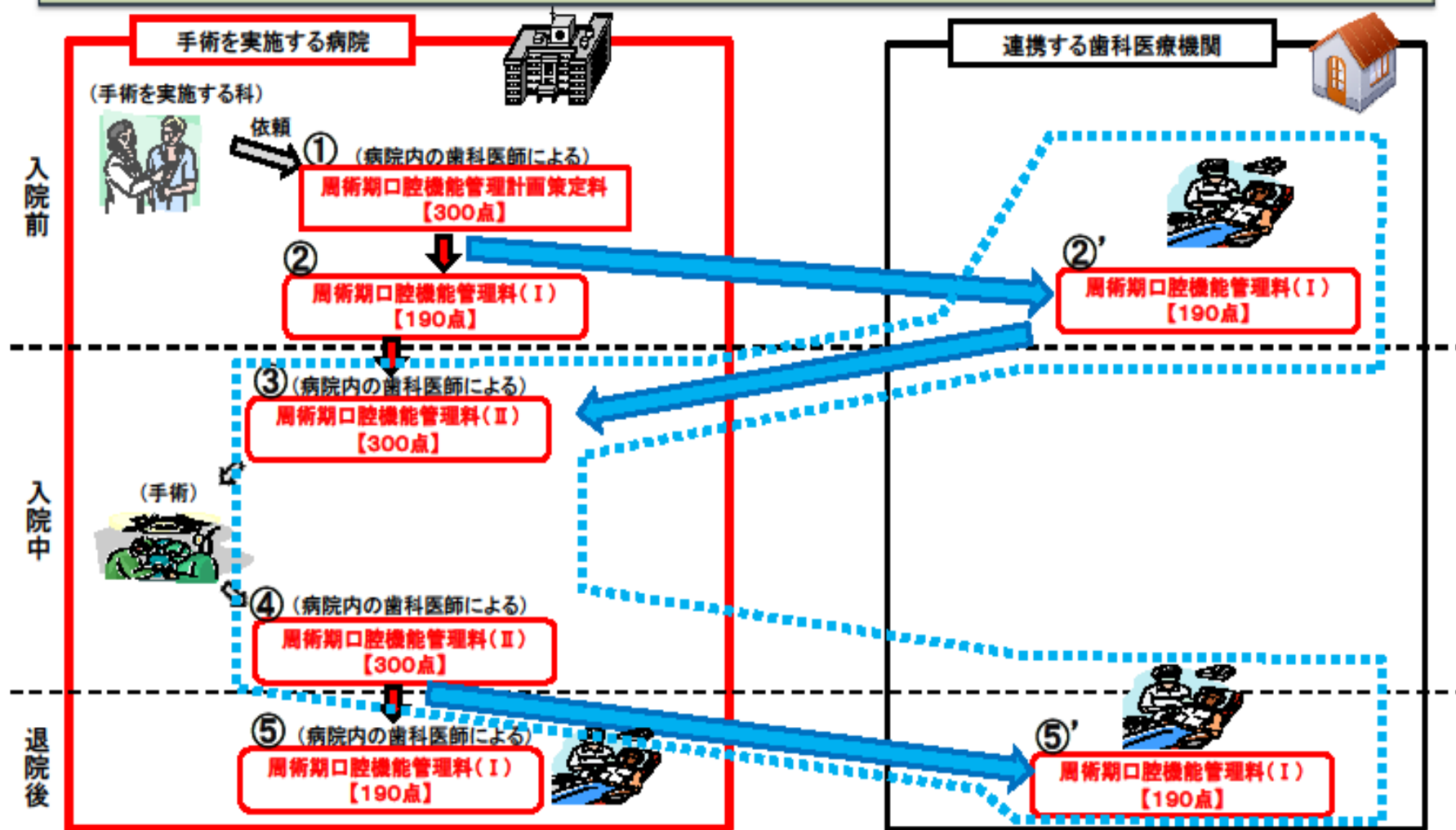


頭頸部がん患者の口腔ケアを術前・術後に行った群(56人)では、行わなかった群(35人)に対して、創部感染、ろう孔形成、肺炎などの術後合併症の発生率が有意に低かった
厚生労働省がん研究助成金による研究報告2004年

周術期口腔機能管理 医療機関相互の連携等の見直し

- ①周術期口腔機能管理後手術加算の評価拡充
・・・医科と歯科の連携を推進・評価
 - ⇒悪性腫瘍手術等、歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定等
- ②歯科を標榜している病院に係る歯科訪問診療料の要件を見直す
- ③周術期口腔機能管理料(Ⅲ)・・・対象患者及び対象期間を見直し
 - ⇒がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者
 - 当該患者に対する周術期専門的口腔衛生処置を評価

周術期における口腔機能の管理のイメージ



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

認知症ケア加算

- 「認知症患者を積極的に診療する医療機関の評価」
 - 身体疾患で入院した認知症患者(自立度Ⅲ以上)に対し、病棟でのケアや多職種チームが介入することを評価する「認知症ケア加算」が新設
 - 点数(1日当たり)は次のように設定されましたが、身体拘束を実施した場合、その日の点数は60%に減額されます(40%の減額)
- 認知症ケア加算1
 - (イ)14日以内は150点、(ロ)15日以上は30点
- 認知症ケア加算2
 - (イ)14日以内は30点、(ロ)15日以上は10点
- 「認知症ケア加算1」
 - **認知症ケアチーム**
 - 認知症治療の経験と知識が十分ある専任の常勤医師
 - 認知症看護経験があり一定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - 認知症患者の退院調整経験を持つ専任の常勤社会福祉士・精神保健福祉士
 - 適切な看護計画の作成・実施

看護補助体制加算



医師事務作業補助体制加算の施設基準について

- 医師事務作業補助体制加算の対象業務は、医師の指示の下に行う幅広い業務が含まれている。
- 平成26年度診療報酬改定で新設された医師事務作業補助体制加算1については、医師事務作業補助者の勤務する場所に着目し、勤務時間の8割以上が「病棟又は外来」とされている。

「医師事務作業補助体制加算」の対象業務

- 医師事務作業補助者が医師の指示の下に以下の業務を実施
 - ・ 診断書などの文書作成補助
 - ・ 診療記録への代行入力
 - ・ 医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）
 - ・ 行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）

医師事務作業補助者の 配置	点数(入院初日)	
	加算1	加算2
15対1	860点	810点
20対1	648点	610点
25対1	520点	490点
30対1	435点	410点
40対1	350点	330点
50対1	270点	255点
75対1	190点	180点
100対1	143点	138点

「医師事務作業補助体制加算1」の施設基準

医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。



- 医師の診療業務を直接的に支援する性格がより強い
- 業務の内容ではなく業務の場所に着目

看護補助体制加算の見直し

現 行	改定案
<p>【入院基本料】 [施設基準]</p> <p>看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【入院基本料】 [施設基準]</p> <p>1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、<u>病棟内において、看護用品・消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。</u></p> <p>2 <u>主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以下であること。</u></p>

夜勤72時間問題



月平均夜勤時間の算出方法

病院の入院基本料の施設基準の通則(抜粋)

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。 【施設基準告示】

当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数

月平均夜勤時間数＝

夜勤時間帯の実人員数

留意点

- 夜勤時間帯とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間のこと。
- 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するもの(病棟ごとではない)。
- 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、
 - ① 月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者
 - ② 専ら夜勤時間帯に従事する者(夜勤専従者)は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

月平均夜勤時間の算出方法

病院の入院基本料の施設基準の通則(抜粋)

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。 【施設基準告示】

そもそも夜勤時間数が短いので、分子の増加は小さい

当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数

月平均夜勤時間数＝

夜勤時間帯の実人員数

留意点

- 夜勤時間帯とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間のこと。
- 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するもの(病棟ごとではない)。
- 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、
 - ① 月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者
 - ② 専ら夜勤時間帯に従事する者(夜勤専従者)は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

分母については、計算対象に含めた人数分だけ増加する

現在、月平均夜勤時間数の計算から除外されている「月当たり夜勤16時間以下の看護師」を計算対象に含めるなどの見直しを厚労省が提案

現 行	改定案
<p>[入院基本料の施設基準]</p> <p>カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない。<u>ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。</u></p>	<p>[入院基本料の施設基準]</p> <p>カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数については、次の点に留意すること。</p> <p>① 専ら夜勤時間帯に従事する者は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まないこと。</p> <p>② <u>夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護要員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護要員の月当たりの延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。)で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。</u></p>

7対1・10対1
病棟では「16
時間未満」とし
て、わずかに現
行より16時間
のものを増やし
た

③ 7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。

④ 7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まないこと。

(削除)

キ 月平均夜勤時間数の計算における夜勤時間帯の従事者数に含まれる看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間により除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

7対1・10対1以外の病棟では8時間以上の短時間夜勤者も
計算に含めることに

10月から議論は中医協に移った！

- 7対1の要件見直しだけでなく「今後の方向性を」明確に
- 「次期改定で具体化できるかは別として、7対1、10対1を今後どうしていくのか、幅広い視点で検討することが必要」
- 「国が地域医療構想を進めていく上でも、われわれは7対1病床が今のままでいいとは思っていない」



健保連・白川副会長

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱（案）

平成26年度の病床機能報告の結果や、診療報酬における施設基準等を踏まえると、次の特定入院料を算定する病棟の機能については、それぞれの病床機能と親和性が高いと考えられることから、一般的に次のような取扱いとすることが適当と考えられる。

なお、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料は含まない。

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

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例

救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

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

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料
- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

2018年へ向けて

- 地域医療構想の4つの医療機能区分定義の精緻化、指標化
- 4つの医療機能区分のそれぞれにふさわしい入院基本料の在りかた
- 療養病床転換先の新たな新類型の創設
- 精神科病床問題

2025年へのカウントダウン

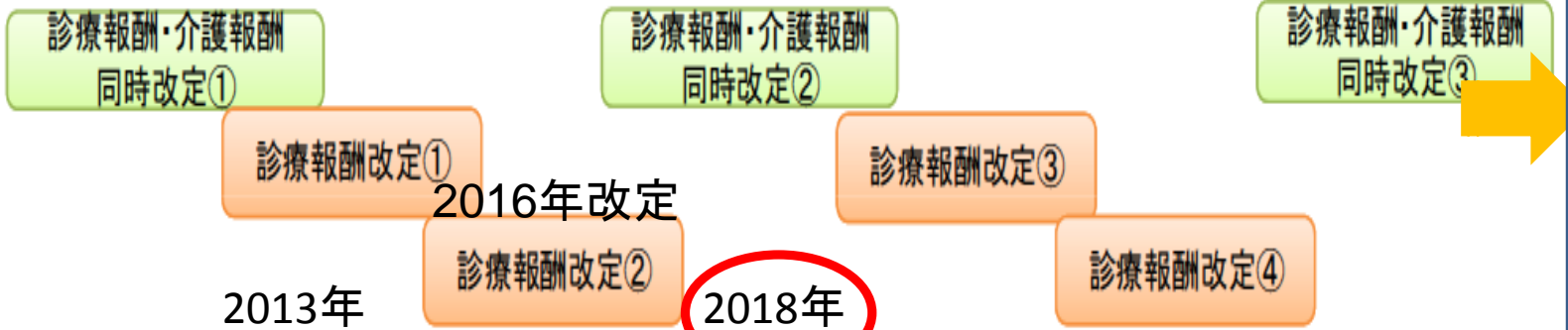
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

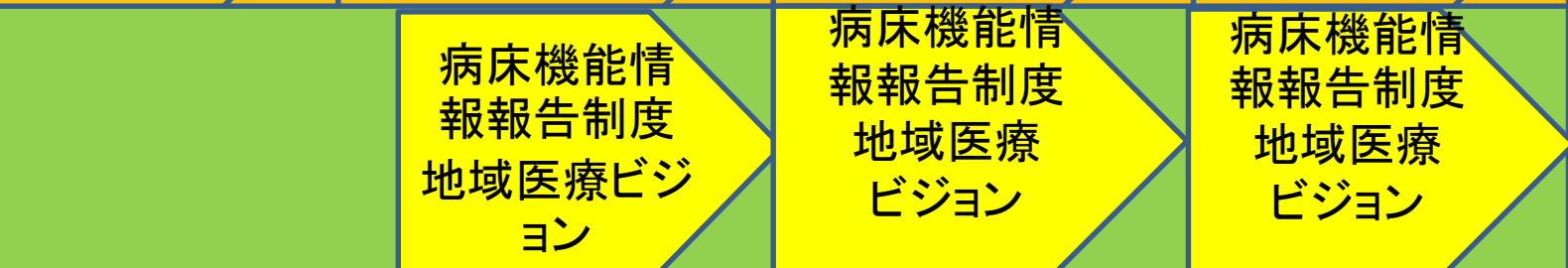
報酬改定



医療計画



病床機能情報報告制度



医療介護のあるべき姿

パート5

診療報酬改定と地域連携

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>

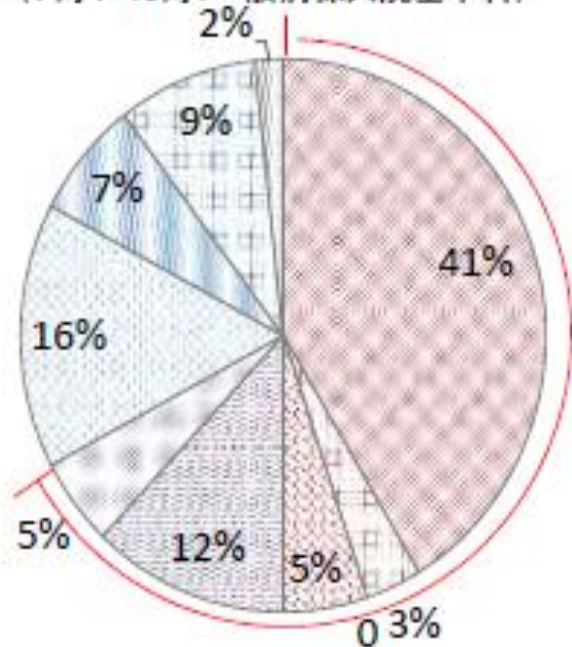


90日を超えて入院している患者の退棟状況について

○ 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。

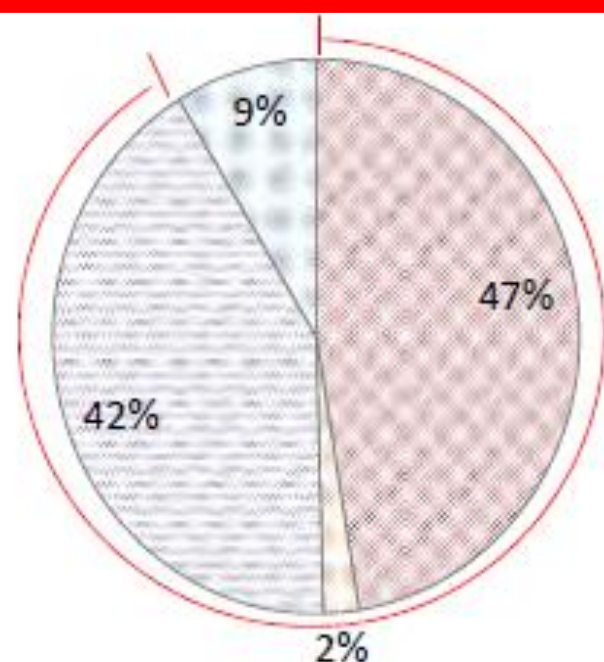
○ なお、90日を超えて入院している患者が減少した医療機関のうち、約90%に退院支援室又は地域連携室が設置されていた。

＜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

在宅復帰率の見直し

7対1入院基本料の 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)

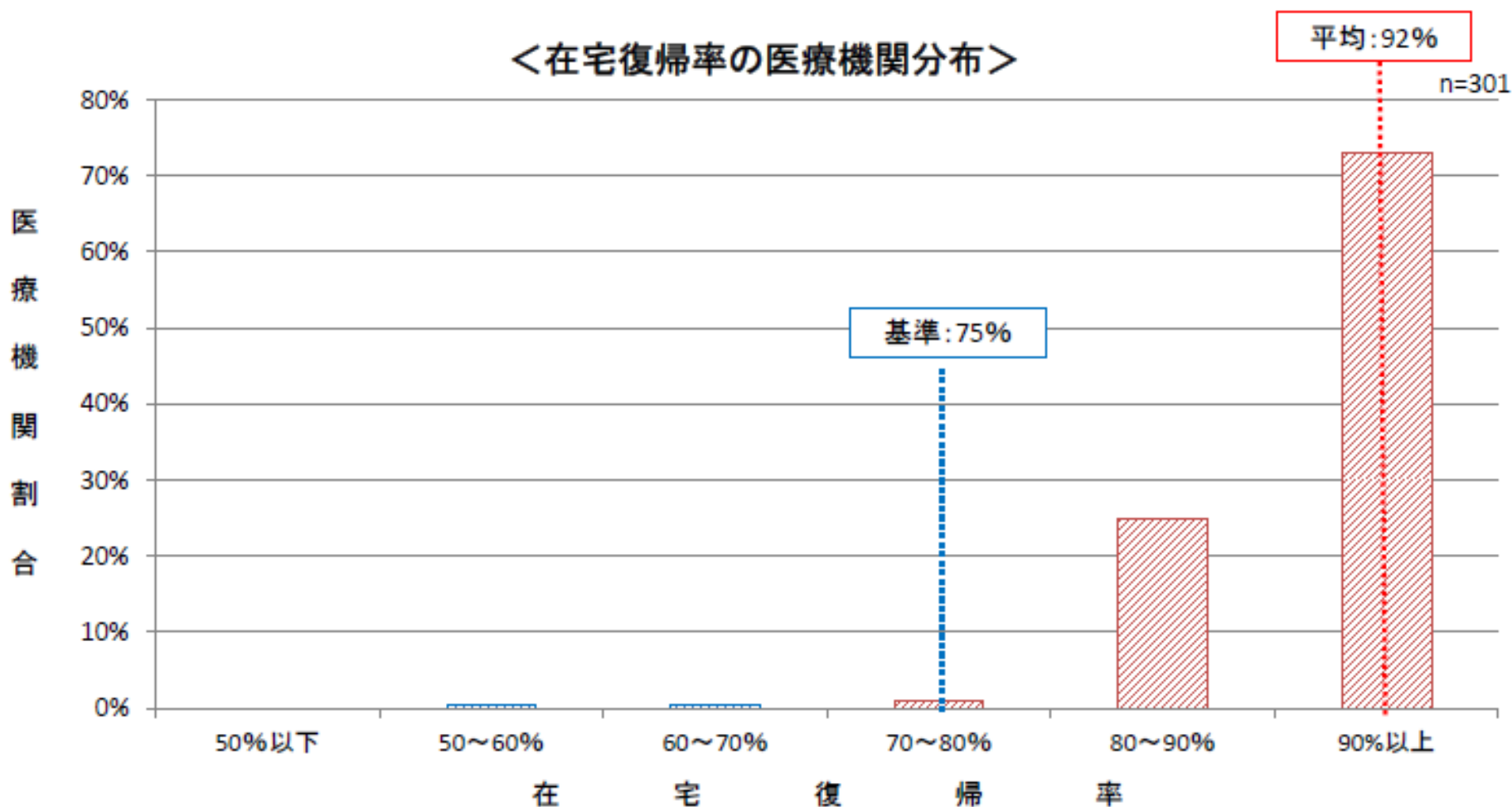
直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

=75%以上

2014年診療報酬改定

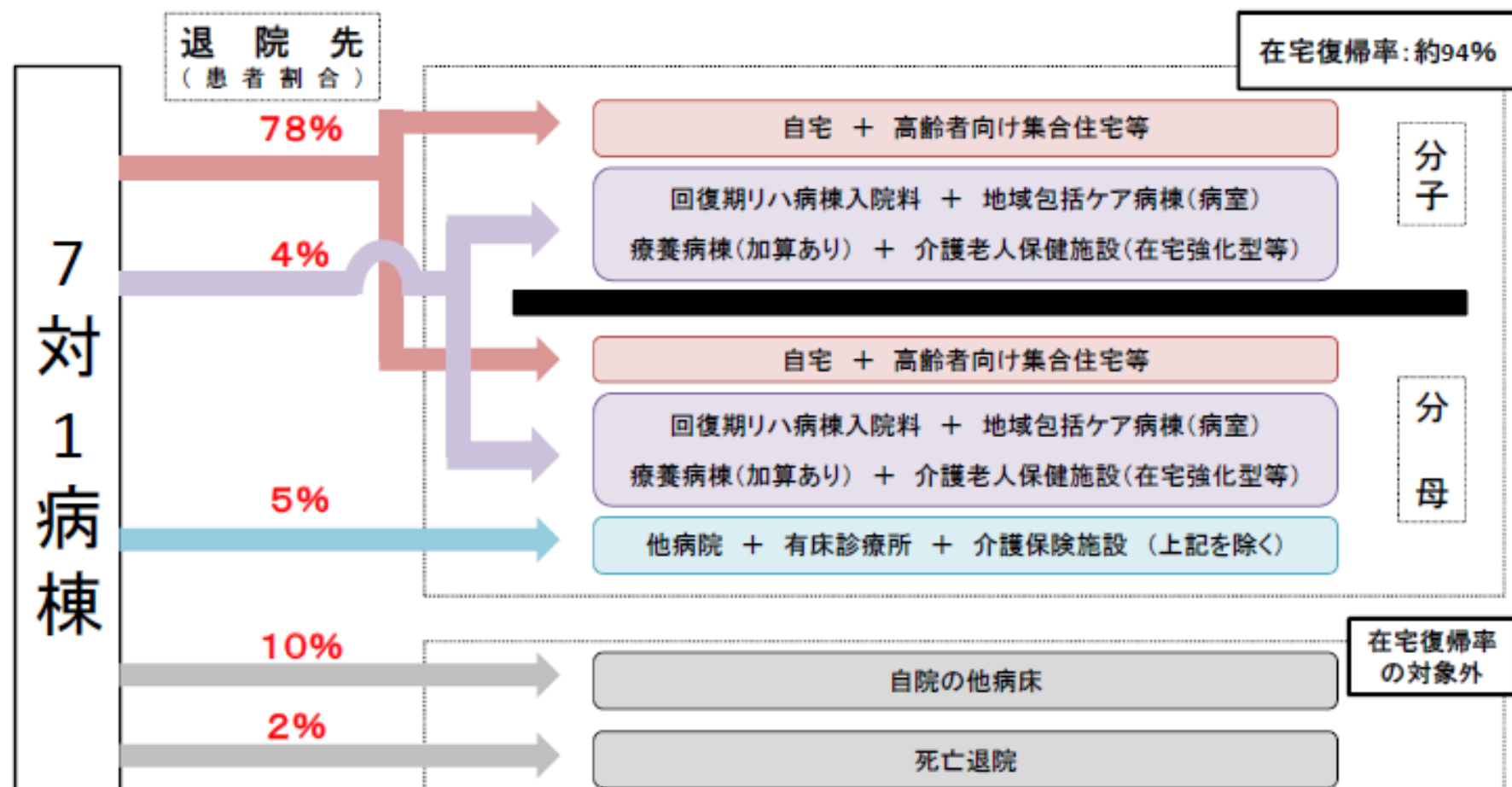
7対1病棟における在宅復帰率の状況（医療機関別）

- 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)

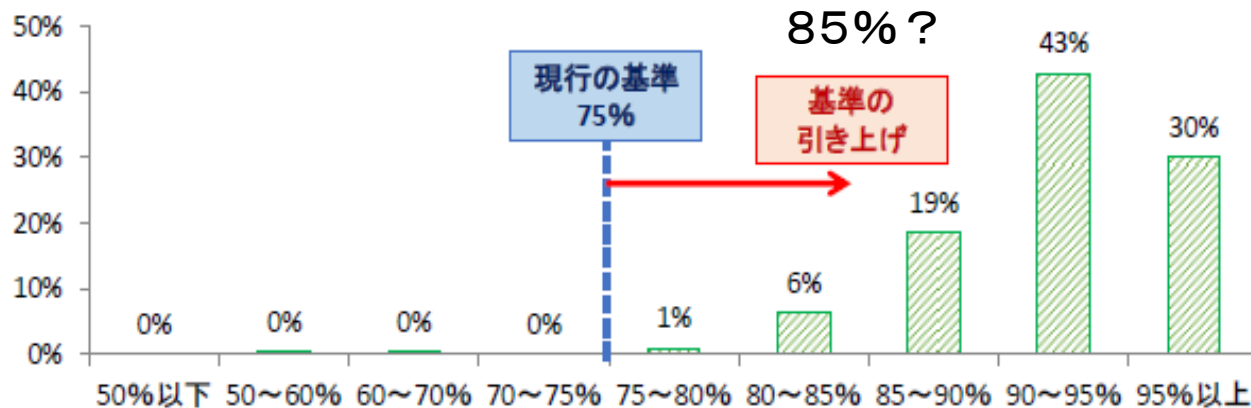
自宅
高齢者向け集合住宅等

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

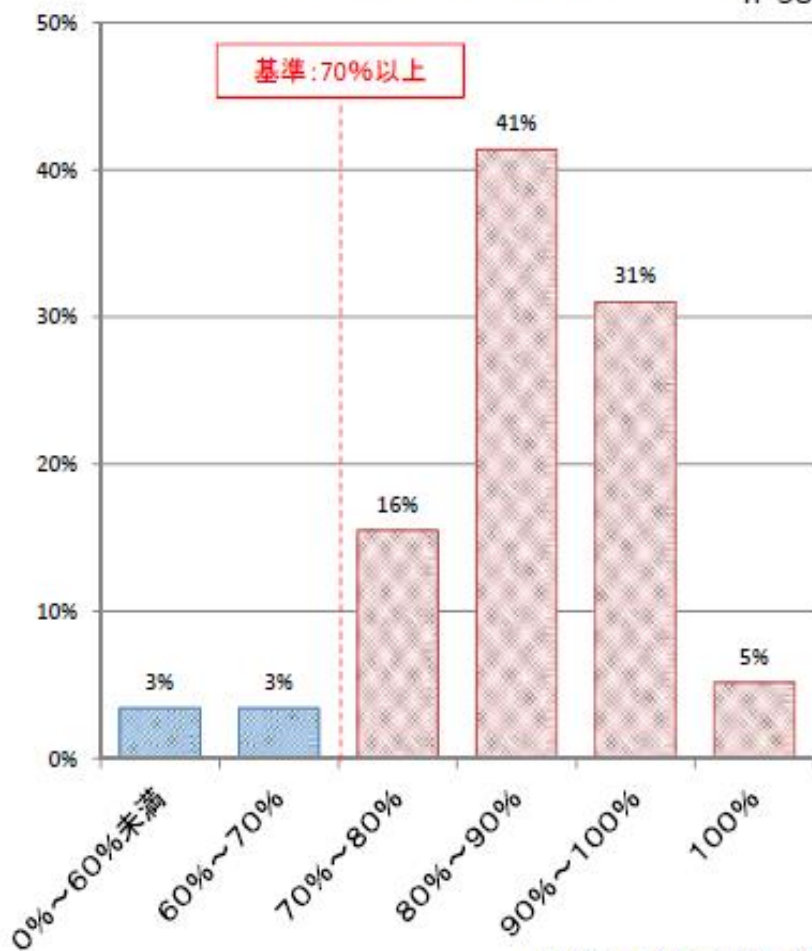
- 有床診療所入院基本料に在宅復帰機能強化加算を設ける
- 算定要件
 - 入院から15日以降であること
- 施設基準
 - 直近6ヶ月以内に他院した患者野在宅復帰率が〇割〇分以上であること
 - 在宅における生活が1ヶ月以上継続すること
 - 平均在院日数が〇日以下である

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。

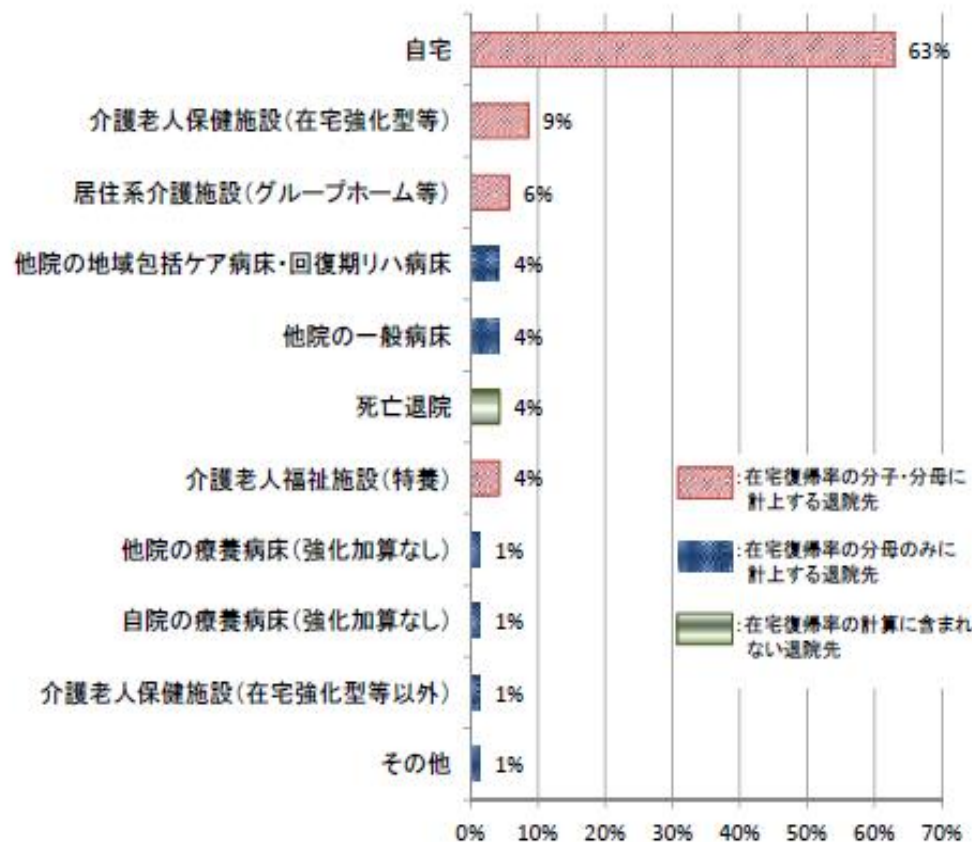
在宅復帰率と該当割合

n=58



退棟先別の患者割合

n=70

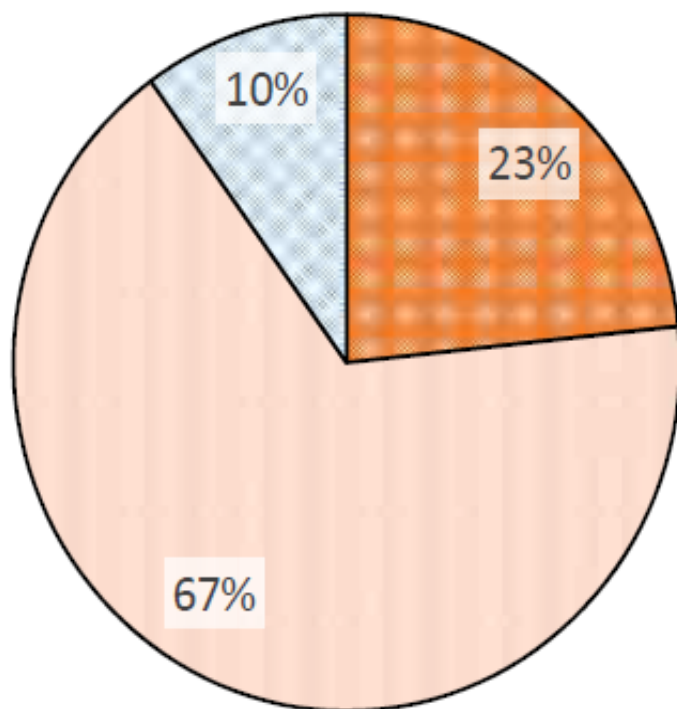


出典: 平成26年度入院医療等の調査(病棟票、患者票: H26年8月~10月の3月間の在宅復帰率を計上)

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

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)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。

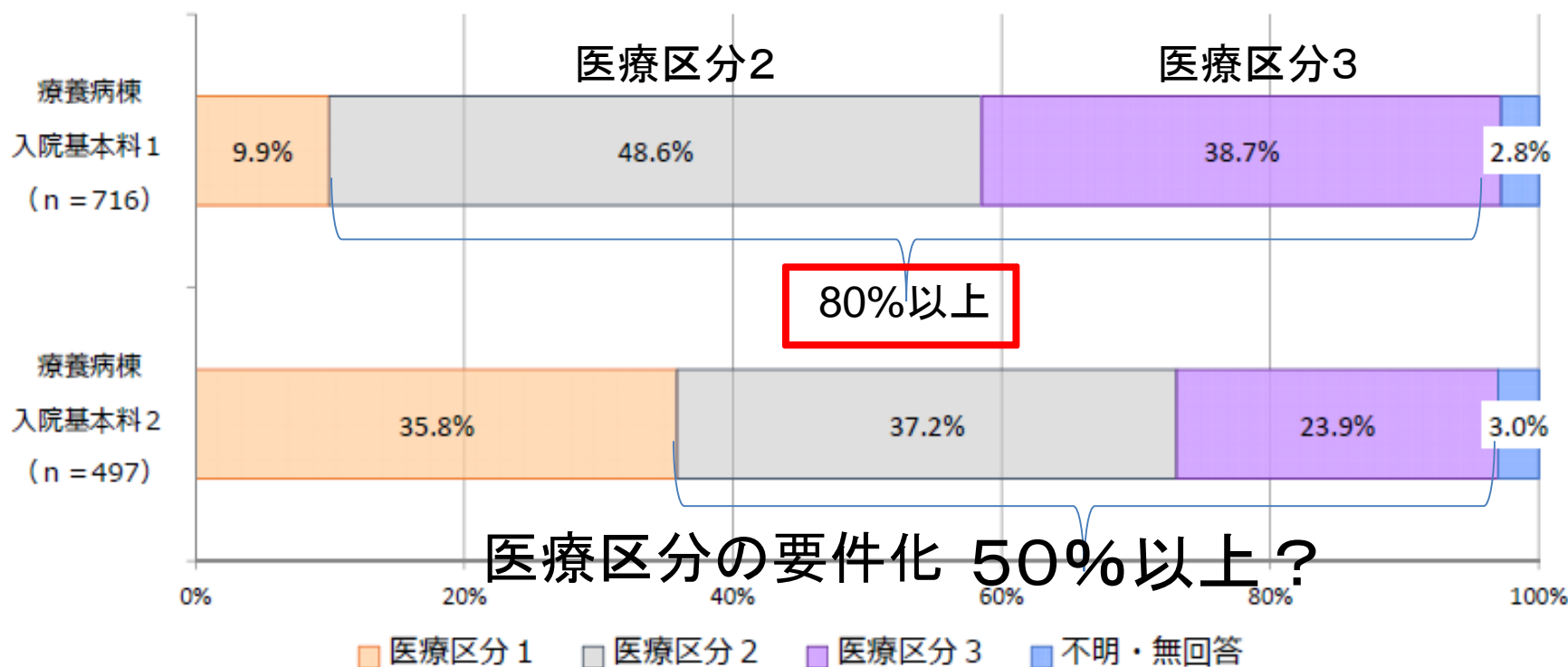
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

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

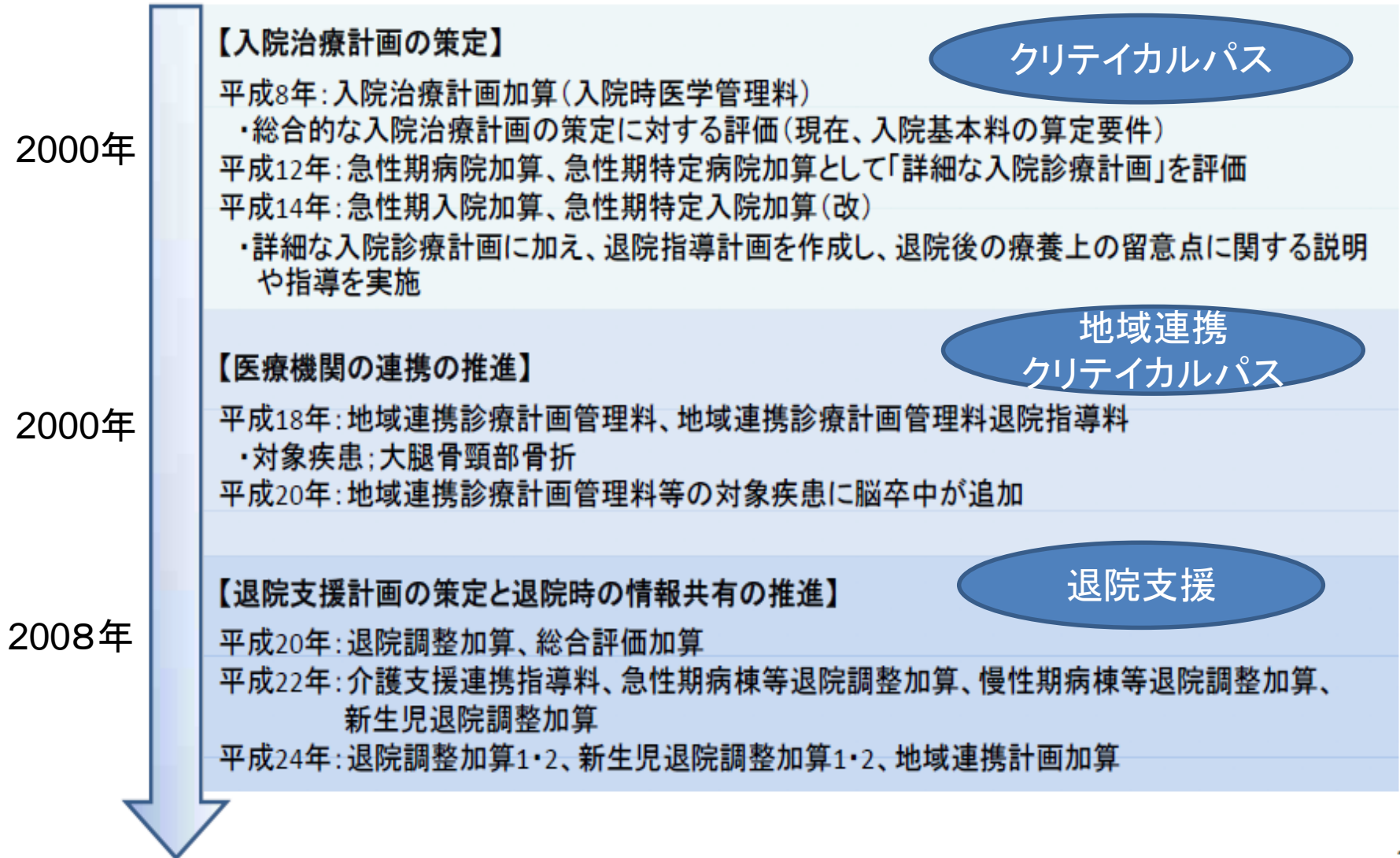
※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

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

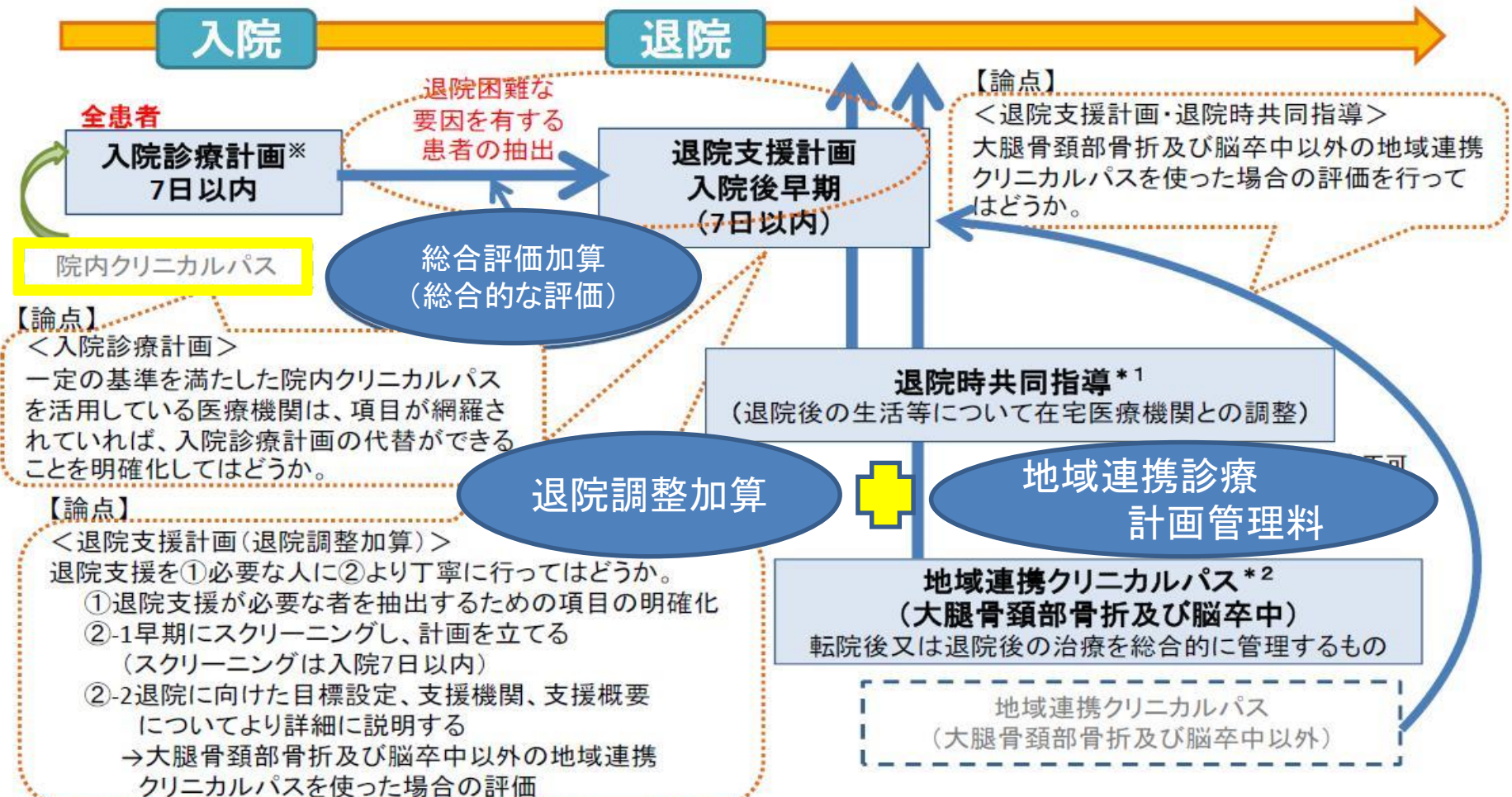
- パターン①
 - 他院の急性期病棟→自院の療養病棟→自宅
- パターン②
 - 自院の他病棟→自院の療養病棟→自宅
- パターン③
 - 自宅→自院の療養病棟→自宅
- 一ヶ月ルール該当はパターン②のみ
- 回転率はパターン①と②のみで算出し基準値
を変える

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



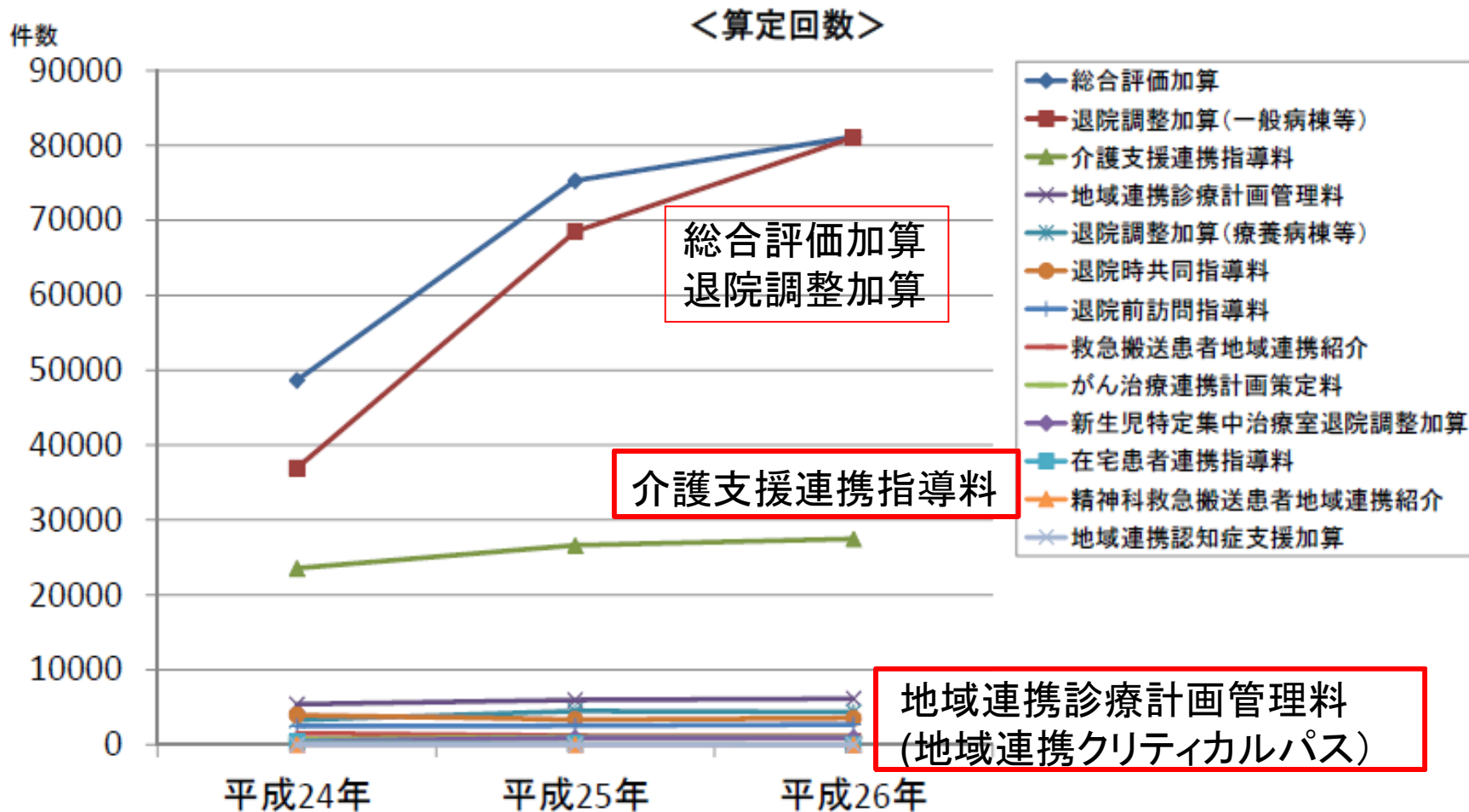
現行の退院支援の流れ



※ 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。



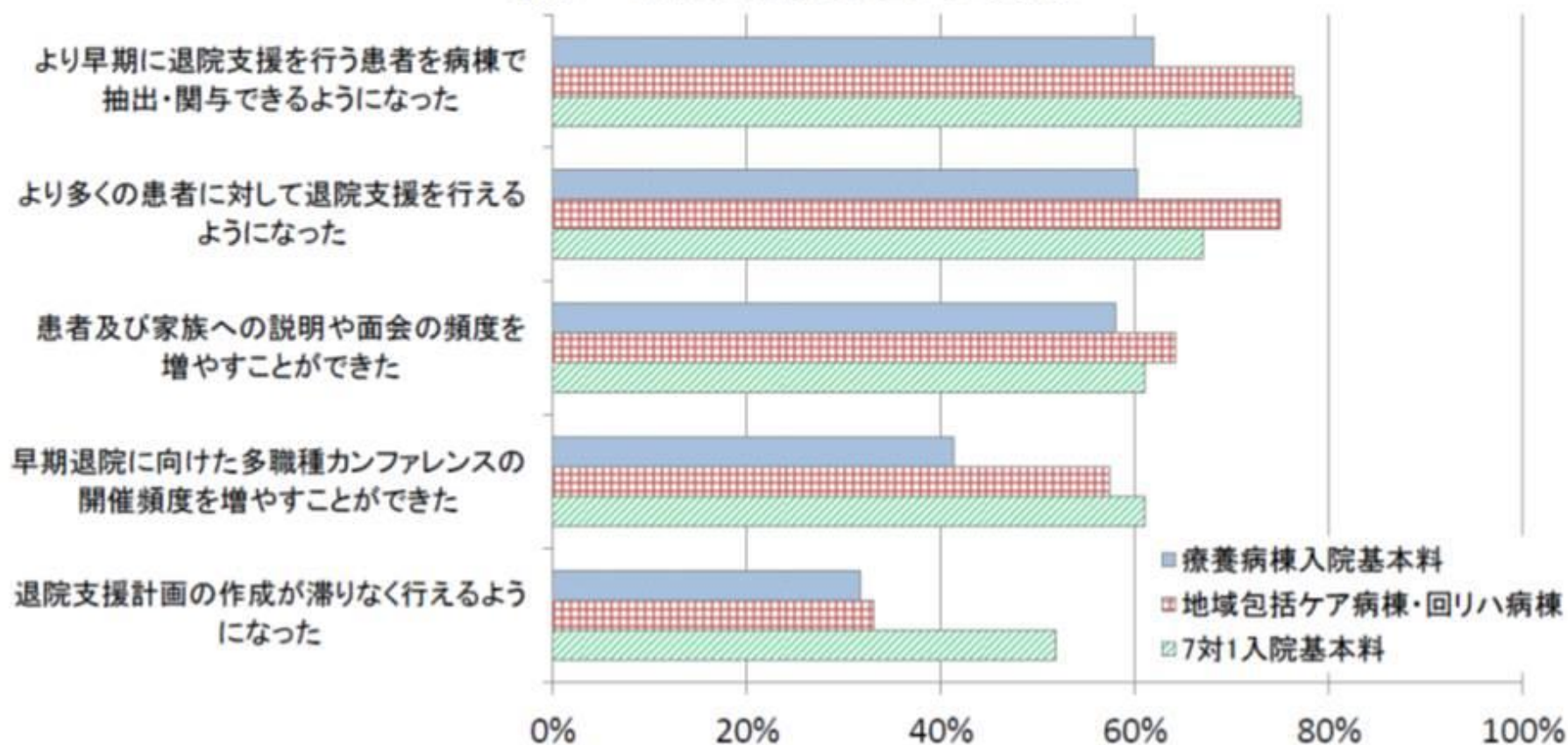
退院調整加算と 地域連携診療計画管理料

- 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	-	-

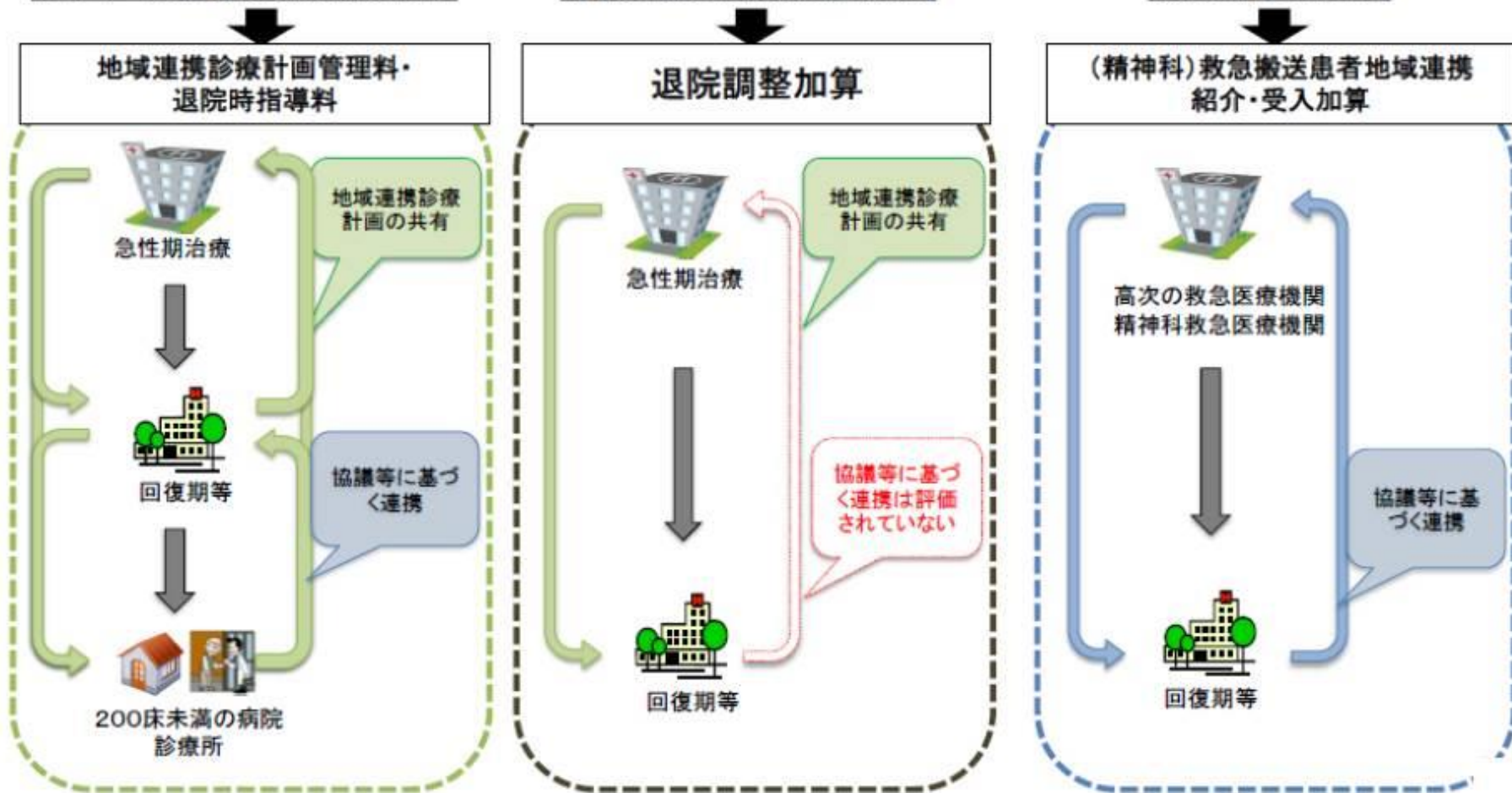
退院支援に向けた医療機関間の連携イメージ(現行)

- 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

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

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



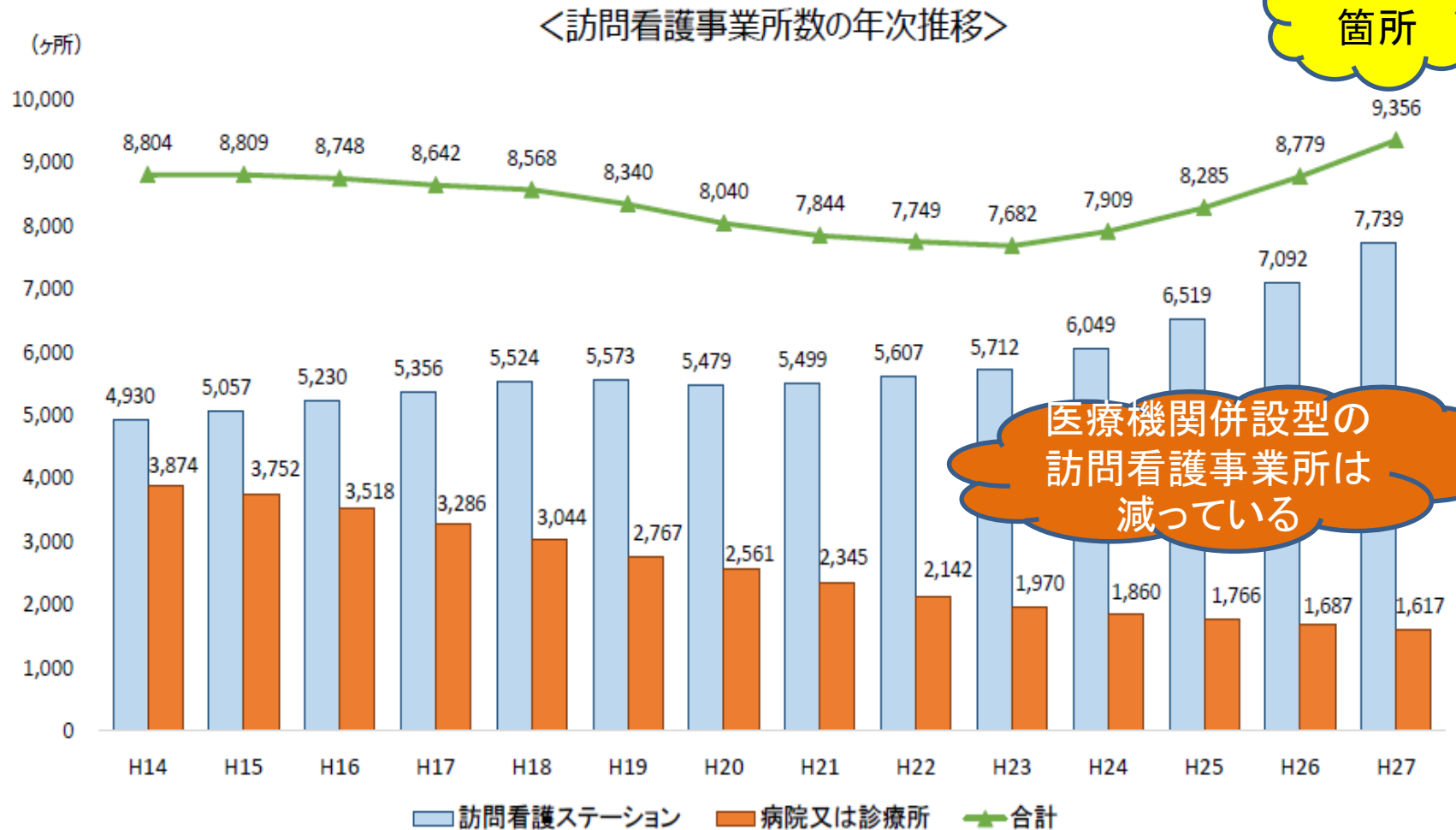
退院直後患者



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。



パート6

主治医機能



外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

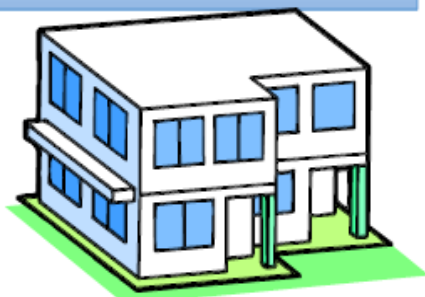
地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

紹介

逆紹介



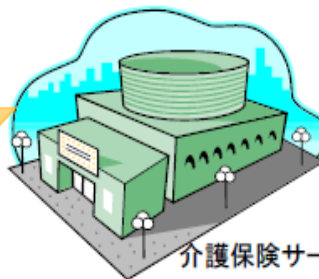
専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

介護が必要な時



介護保険サービス等

医療が必要な時

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- ※1 対象医療機関は、診療所又は許可病床が200床未満の病院
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちすべてを満たすこと
 - ・診療所の場合
 - ア) 時間外対応加算^イを算定していること
 - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること
 - ・病院の場合
 - ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
 - イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
 - ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

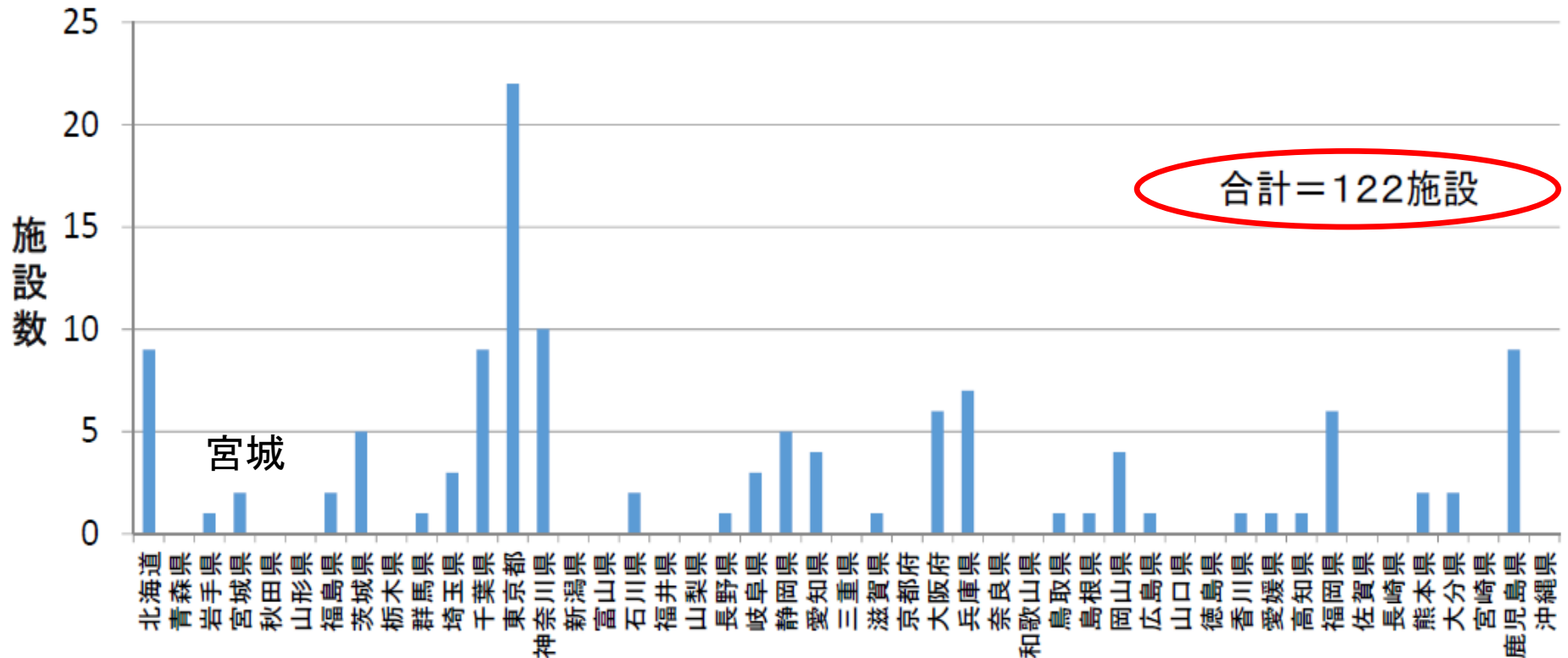
主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)									
	病院	診療所	診療所									
包括範囲	<p>下記以外は包括</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 <p>※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する</p>		出来高									
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)											
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所									
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)											
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。) 										
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 											
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 											
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供</td> <td style="width: 33%;">④介護保険の生活期リハの提供</td> <td style="width: 33%;">⑦所定の研修を受講</td> </tr> <tr> <td>②地域ケア会議に年1回以上出席</td> <td>⑤介護サービス事業所の併設</td> <td>⑧医師がケアマネージャーの資格を有している</td> </tr> <tr> <td>③居宅介護支援事業所の指定</td> <td>⑥介護認定審査会に参加</td> <td>⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定</td> </tr> </table> 			①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講	②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している	③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定
①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講										
②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している										
③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定										
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 </td> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 </td> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 						
<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 										

地域包括診療料の届出状況

- 地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設(病院13施設、診療所109施設)となっている。

地域包括診療料を届け出た施設数

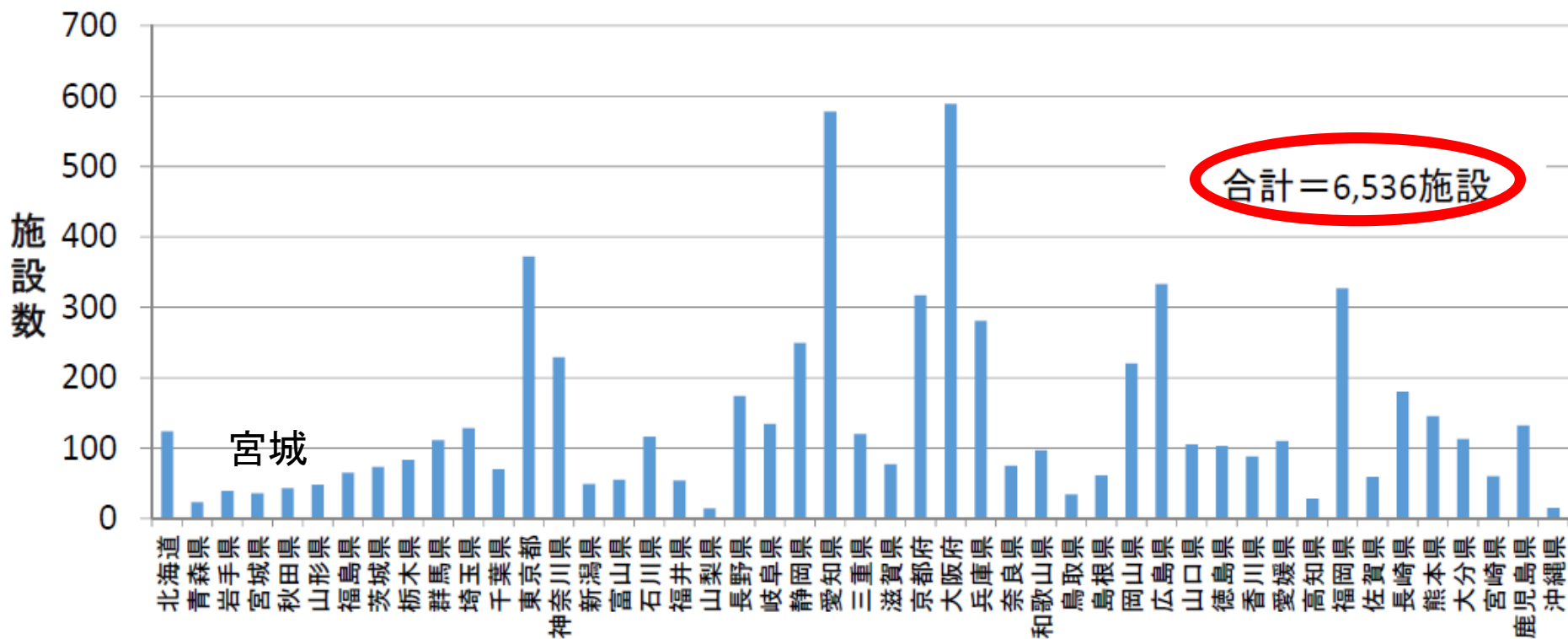


平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療加算の届出状況

- 地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。

地域包括診療加算を届け出た施設数



平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

かかりつけ医の評価

要件緩和！

地域包括診療料等の施設基準の緩和

➤ 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 2次救急指定病院または救急告示病院
- ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ③ 在宅療養支援病院

診療所の場合

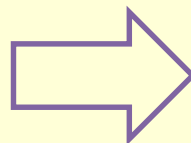
下記のすべてを満たすこと

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師が3人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ① 時間外対応加算1又は2の届出
- ② 常勤医師が3人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所



改定後

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

(削除)

- ① 地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ② 在宅療養支援病院

診療所の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ① 時間外対応加算1又は2の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

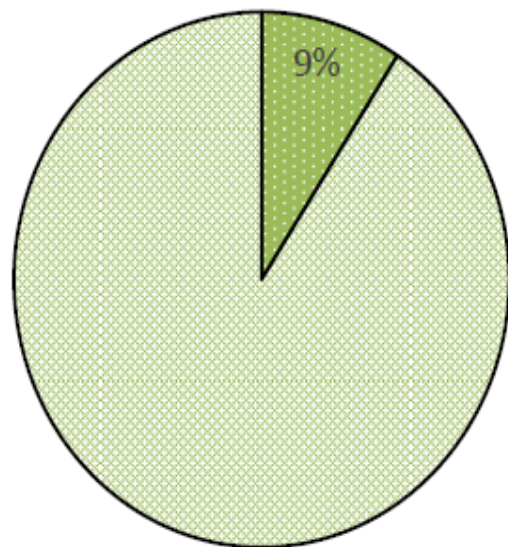
主治医機能の新たな評価について

認知症 + α

地域包括診療料等の算定状況

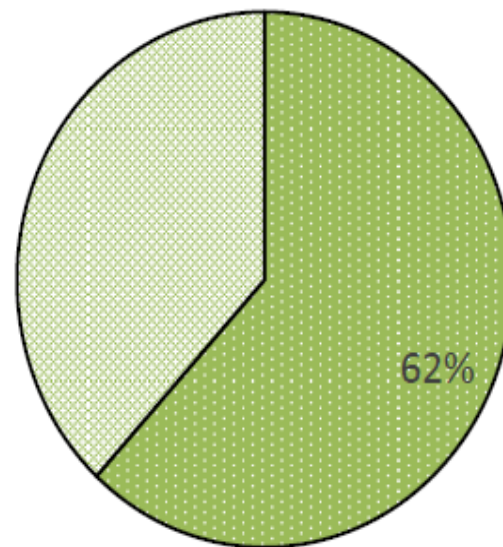
- 平成27年5月に地域包括診療料、地域包括診療加算を算定した医療機関において、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を有する患者で、実際に地域包括診療料、地域包括診療加算を算定された者の割合は、9%、62%であった。

地域包括診療料



■ 算定あり □ 算定なし(※)

地域包括診療加算



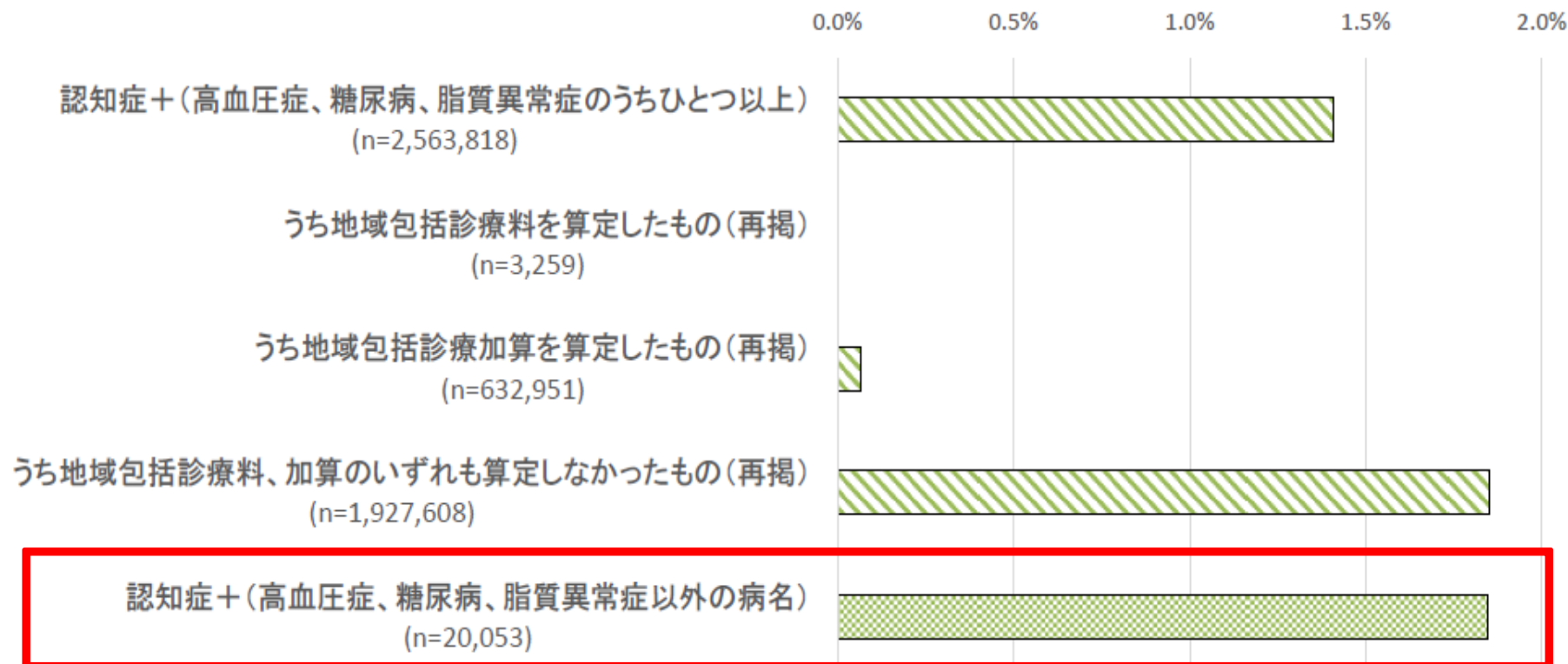
■ 算定あり □ 算定なし(※)

※高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を有する患者で、地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定されなかった者。

認知症患者の医療機関の受診状況等

- 認知症患者のうち、地域包括診療料や地域包括診療加算を算定していない者は、合併症の内容にかかわらず、2%弱が複数の医療機関を受診していた。

ひと月に複数の医療機関を受診した患者の割合



(※)平成27年5月診療分NDBデータを用いて、当該月間に地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定した医療機関の入院外レセプトで、病名に「認知症」がある2,583,871レセプトを対象として分析。分類はレセプトに記載されている病名によった。

平成27年5月診療分NDBデータより集計

かかりつけ医の評価 ①

認知症に対する主治医機能の評価

▶ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での 受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療 加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料の、2次救急指定病院等であるとの施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算の、常勤医師が3人以上との施設基準については、平成28年度改定において2人に緩和。

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)

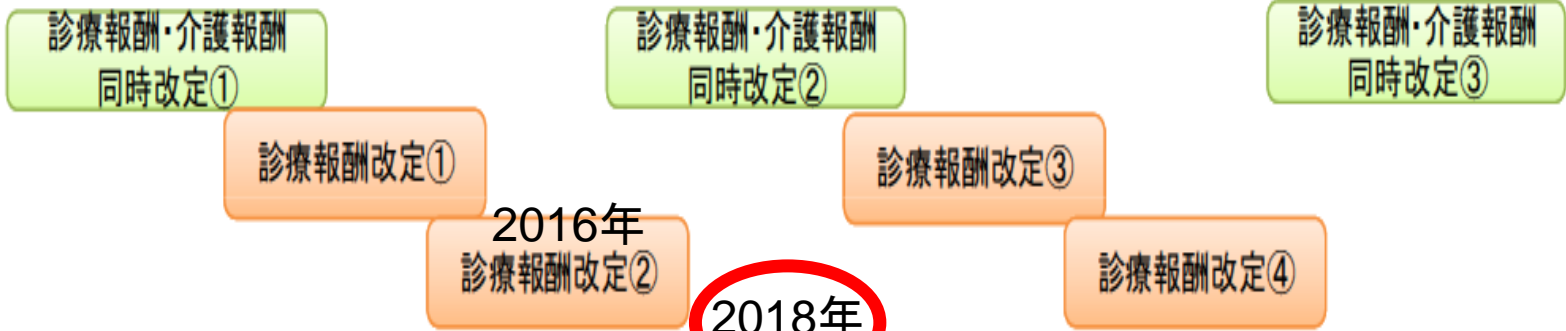
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

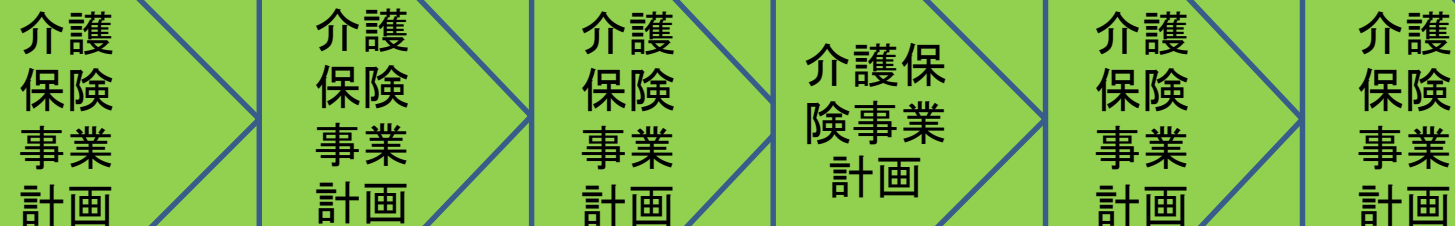
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

2018年同時改定の課題

- 地域医療構想が出揃っているので、地域医療構想を後押しする改定になるだろう
- 病床機能区分ごとの入院基本料の検討をそれまでにすべき
- 7対1病床の絞込みと回復期病床の増加策は続くだろう
- 療養病床の転換先の「新類型」に注目
- 精神科病床問題への取り組みは？

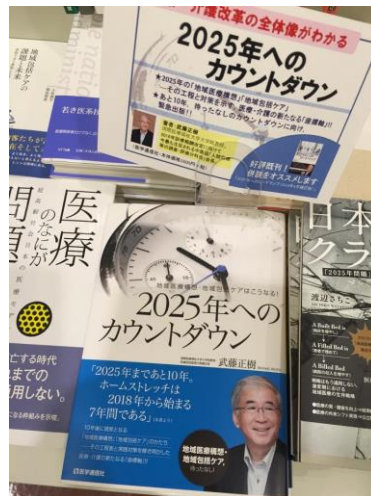
2025年へのカウントダウン

～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！
- ・中小病院にとっての最大課題は7対1の維持あるいは転換が最大問題

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