



# 2025年へのカウントダウン

## ～地域医療構想と診療報酬改定～

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！

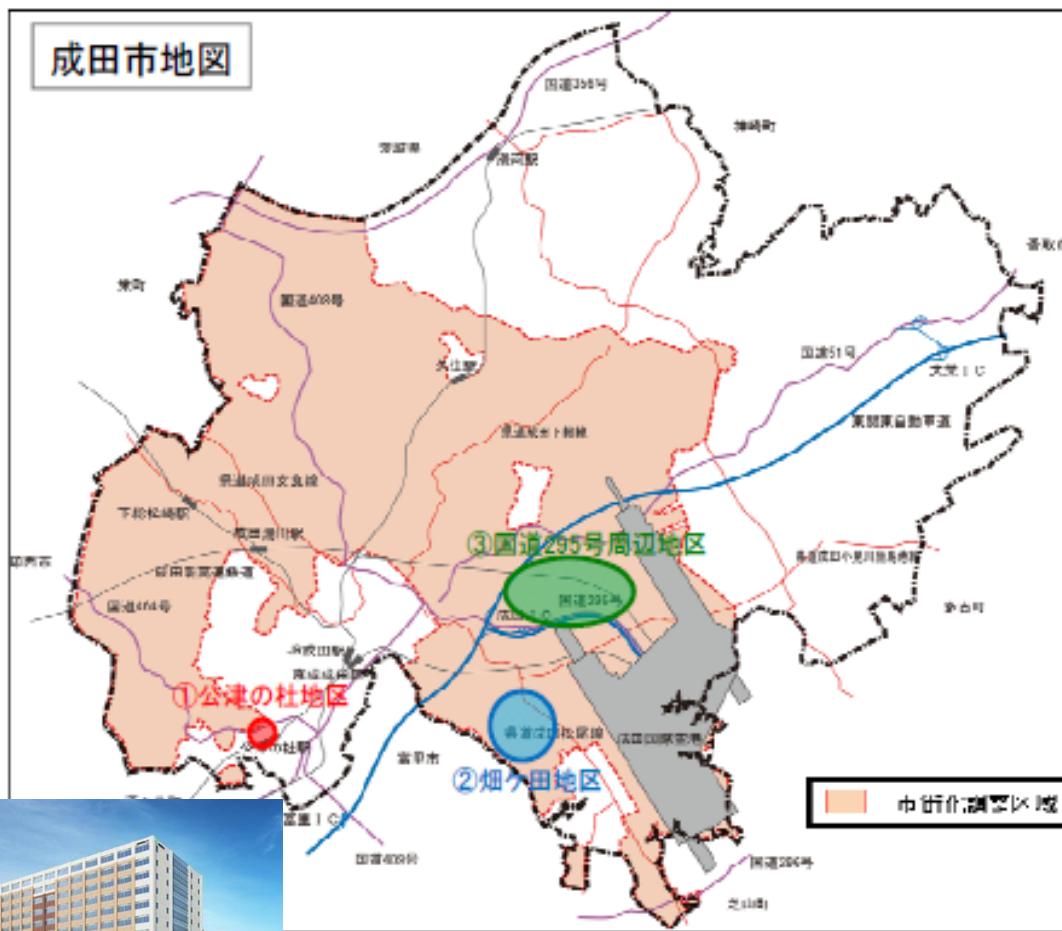


# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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



**INTERNATIONAL  
UNIVERSITY OF  
HEALTH AND WELFARE**

# **New School of Medicine will be established in Narita in April 2017** (Government approval of the establishment in process)



# 目次



- パート1
  - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
  - 地域医療構想の3つのステップと2つの課題
- パート3
  - 診療報酬改定の4つのポイントと3つの課題

# 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

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

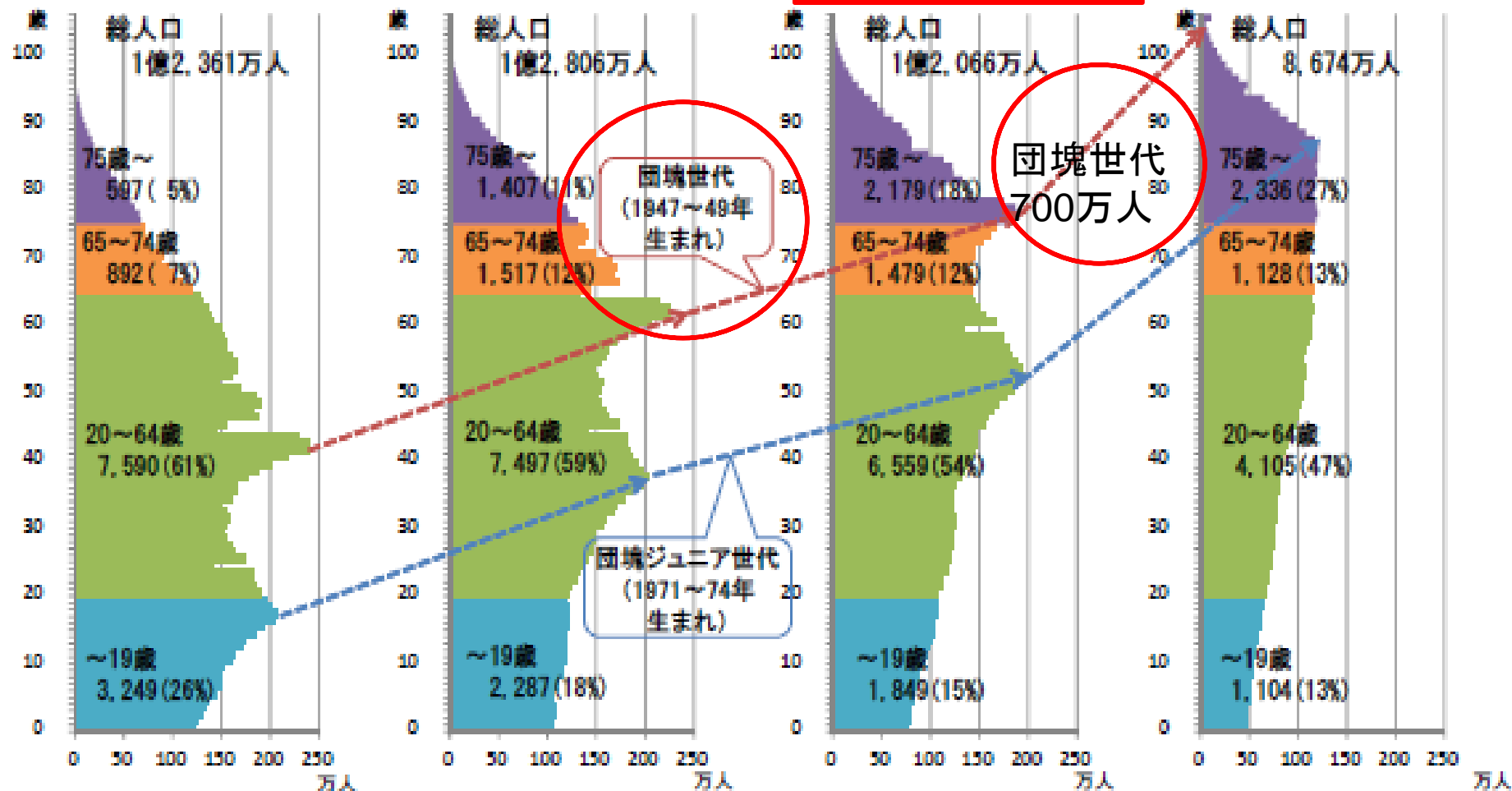
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

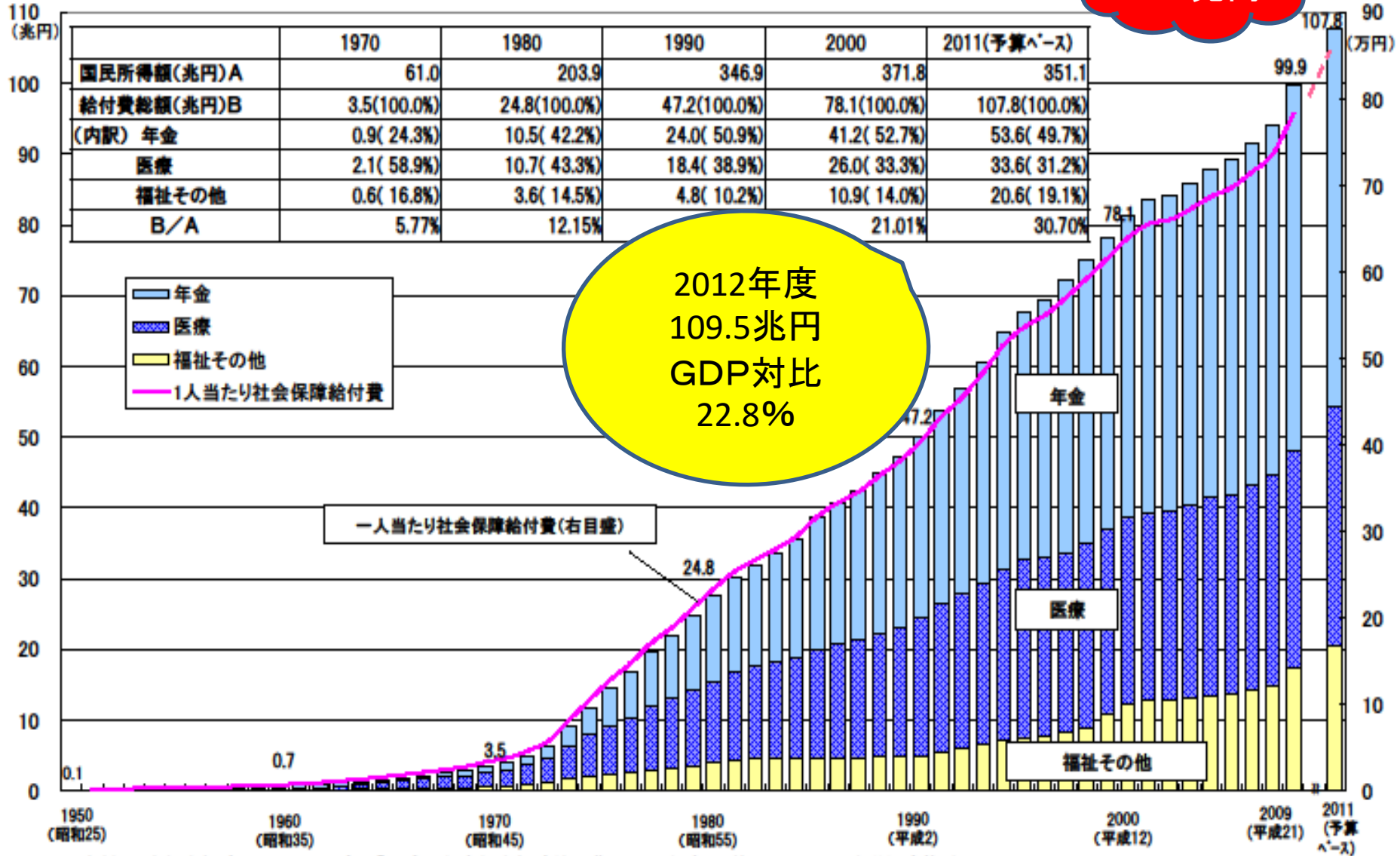
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



# 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・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

# 2017年4月消費増税 10%先送り



8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

# 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

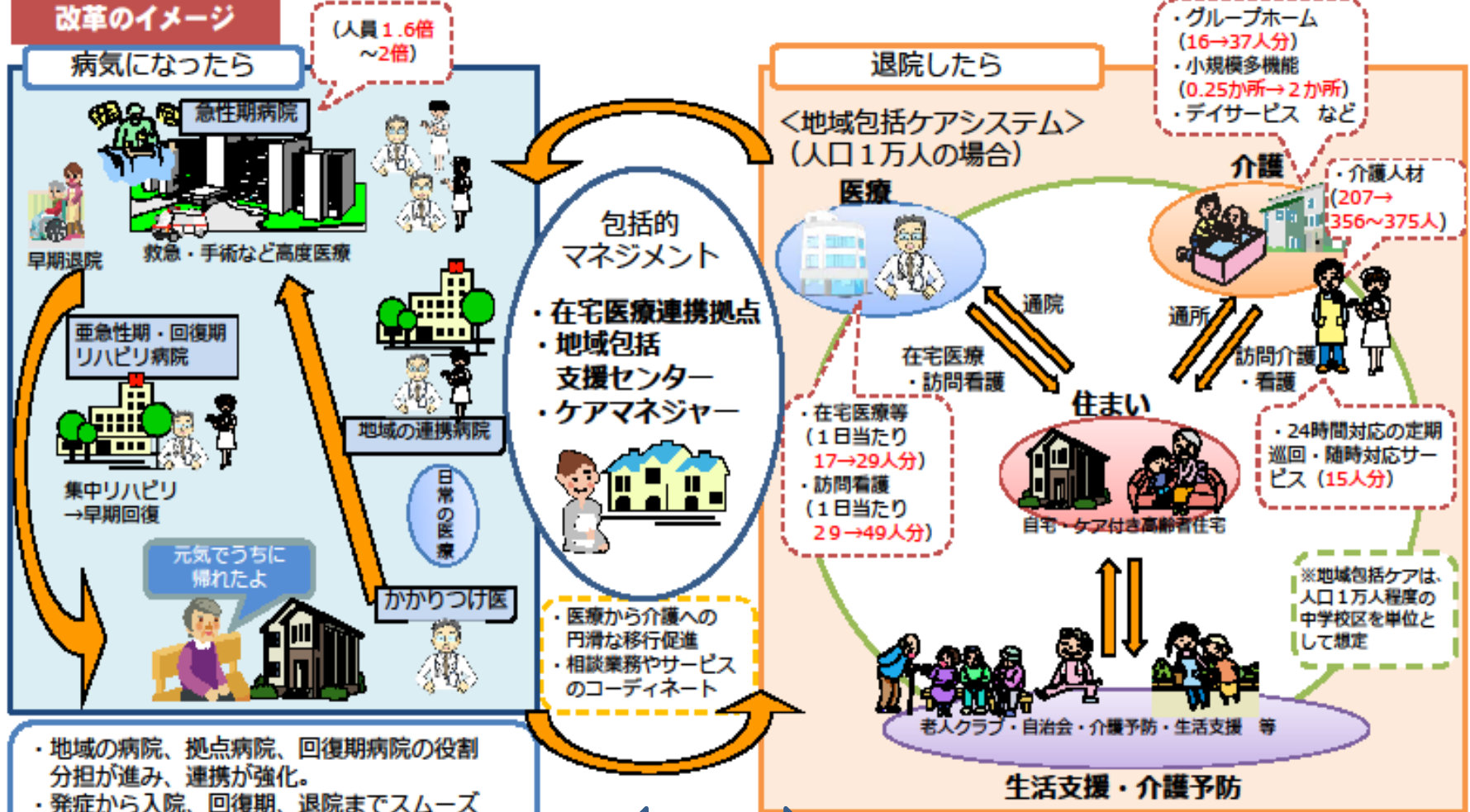
## 改革の方向性 ②

## 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



病床機能分化と連携

同時進行

地域包括ケアシステム

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

# 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

# 地域医療構想の3つのステップと 2つの課題

## 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

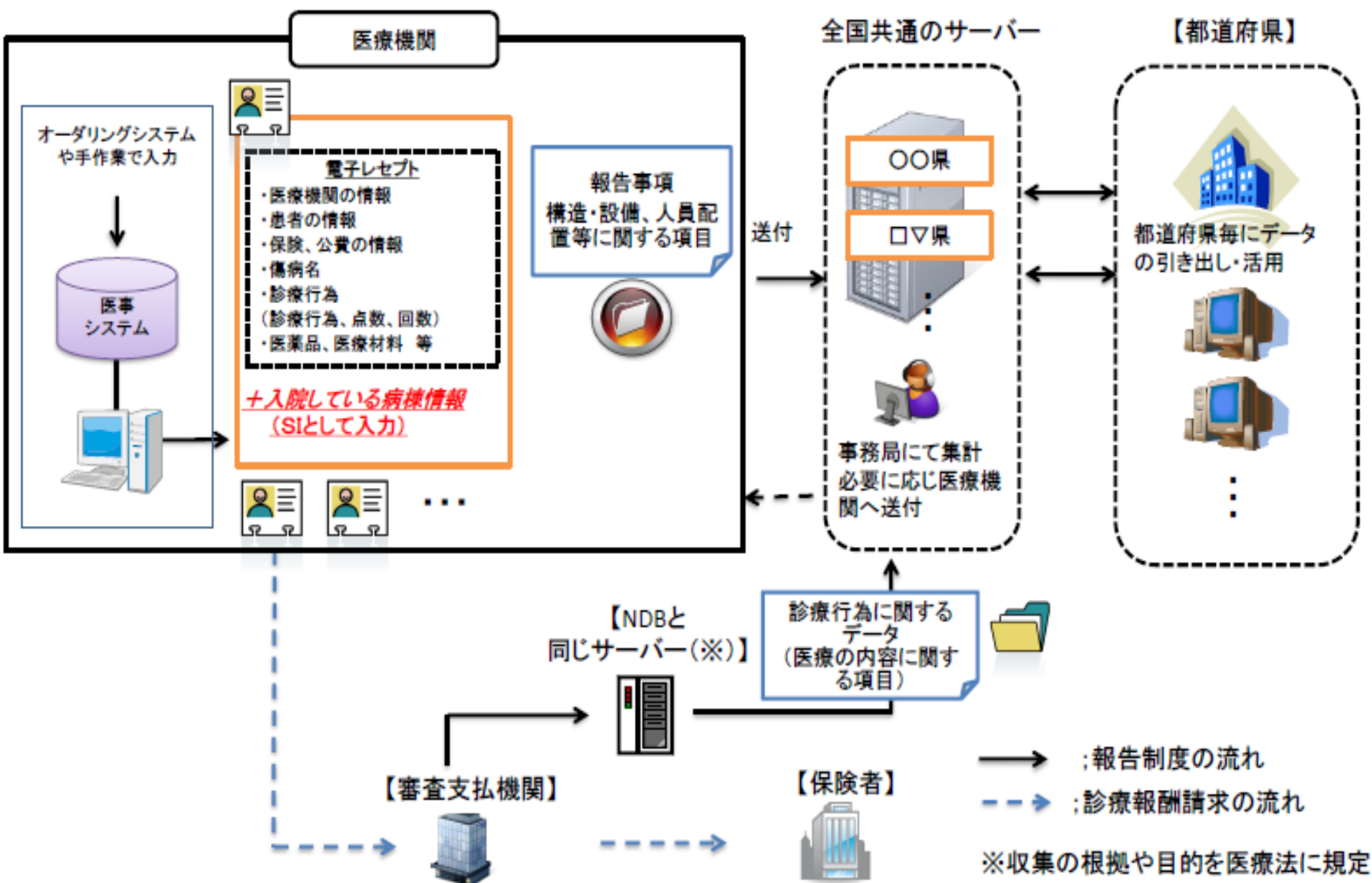
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 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



# 病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

## 【病床機能報告(毎年10月)】

○ 各医療機関が病床機能報告の際に、各医療機関の病棟と、電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、次の対応表を病床機能報告の際に報告。

### (対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

各医療機関が有する  
病棟名を記載

6月診療・7月請求分の  
電子レセプトに記録した  
病棟コードを記載

# 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

# 地域医療構想策定の3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における  
医療需要の推計



③ 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②

## 医療需要を推計する

## 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。

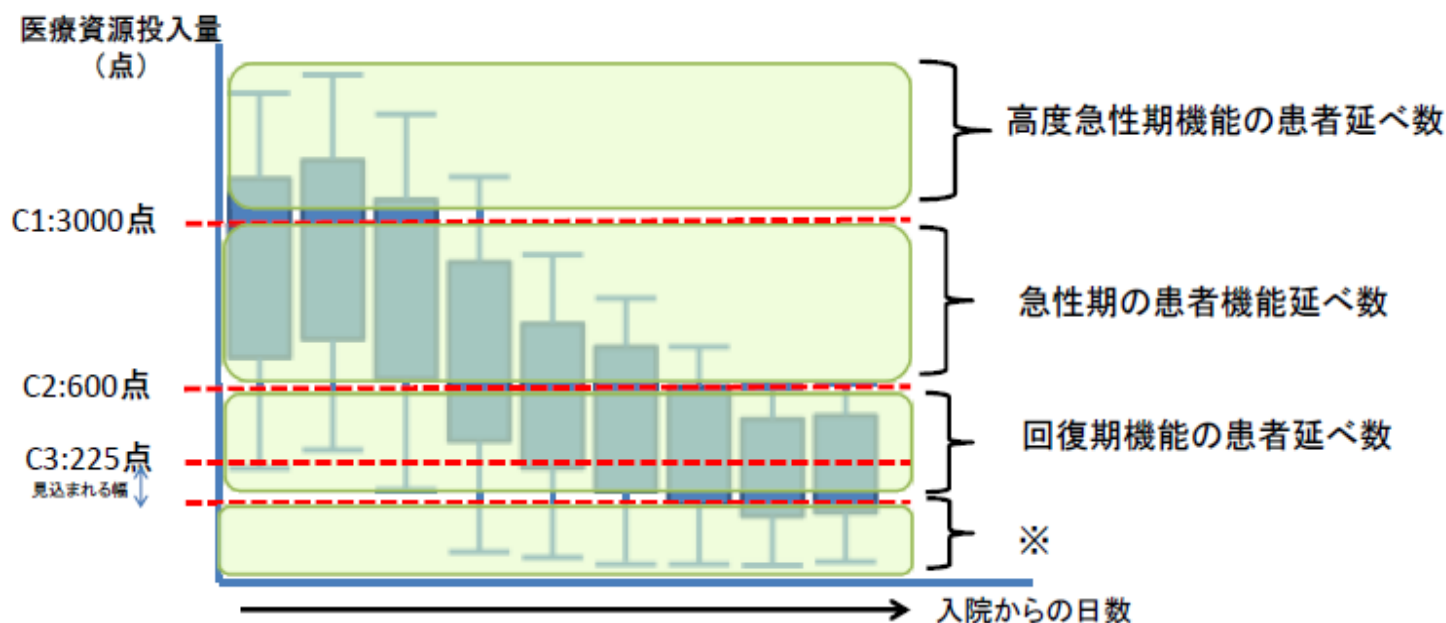
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

# 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

## 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。



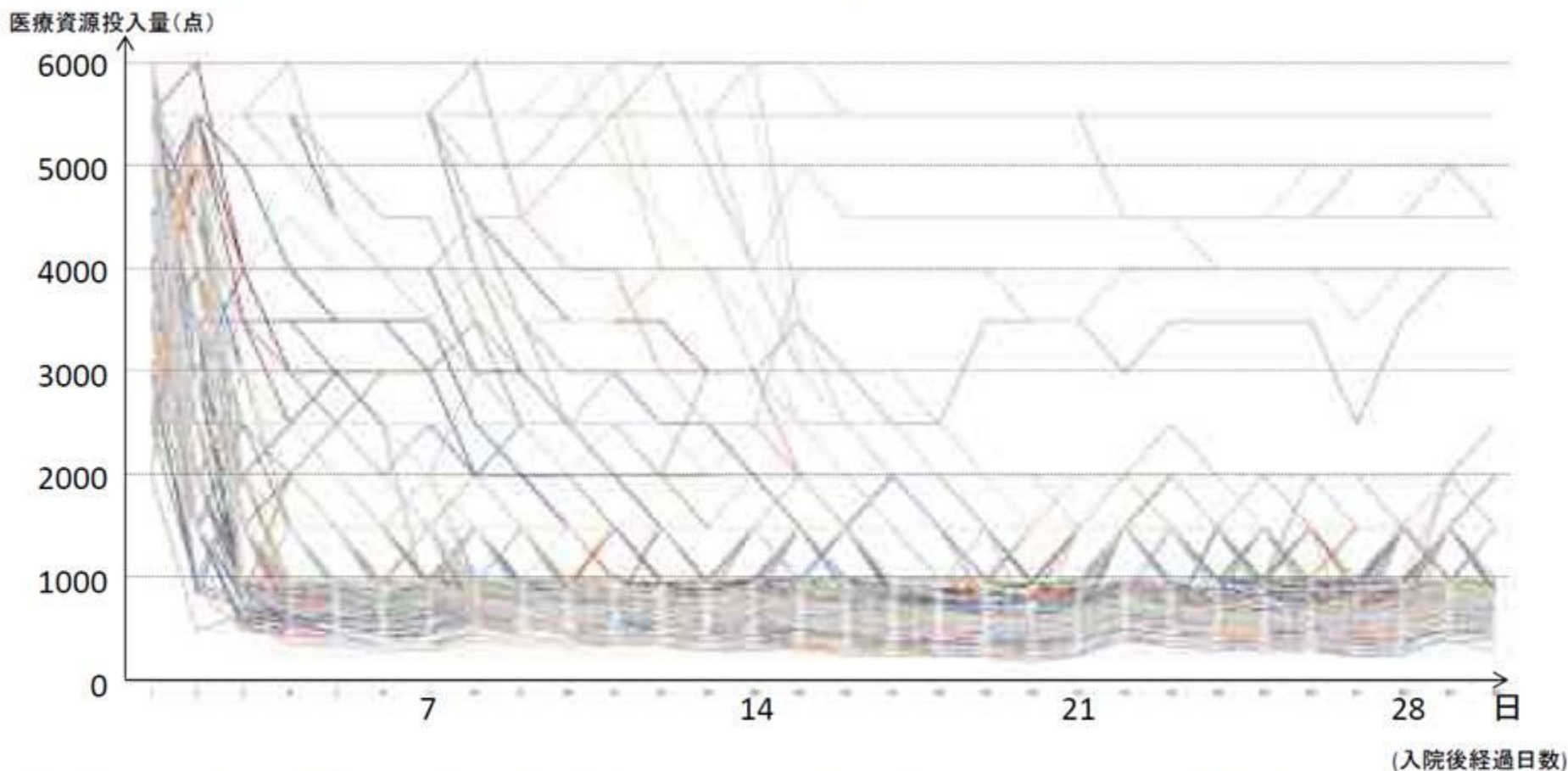
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

# 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

# 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

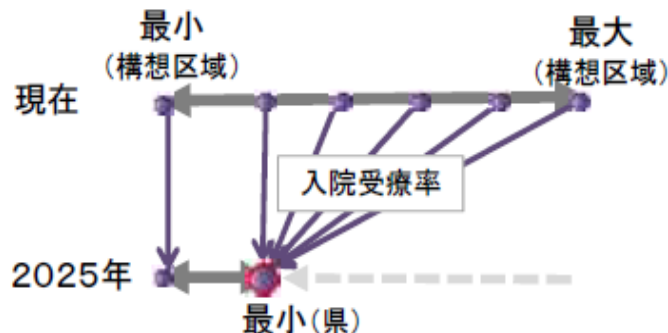
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
  - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、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。

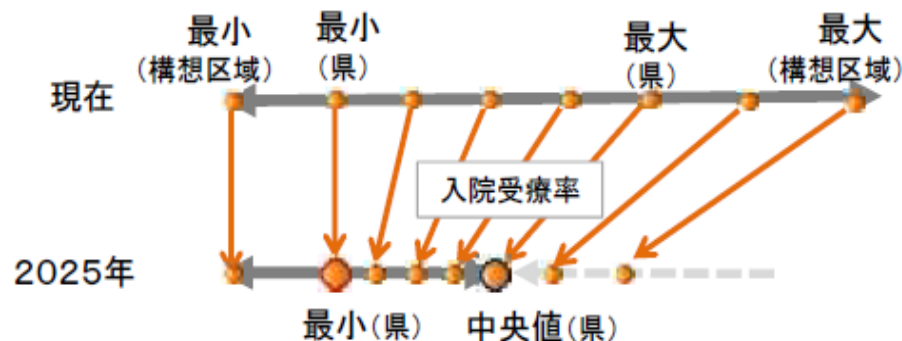
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



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。

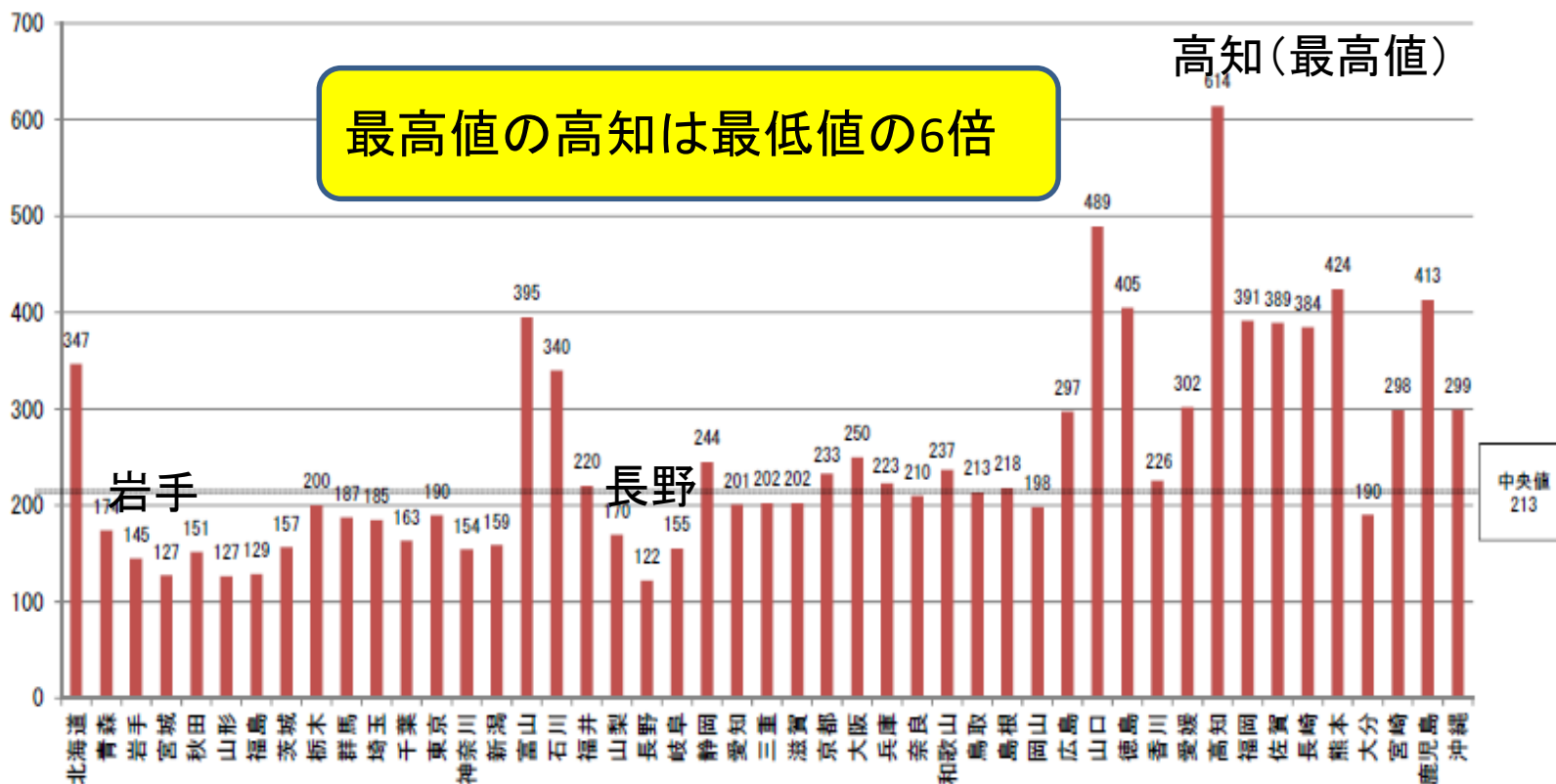


# 療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

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結果を用いている。

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。

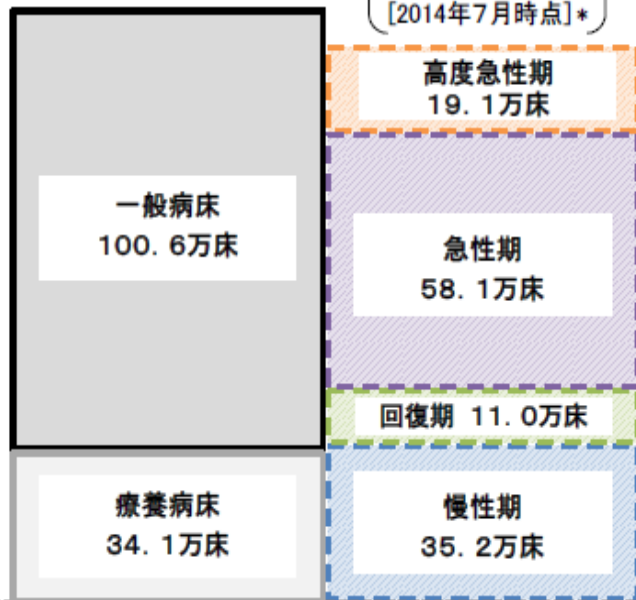
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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)

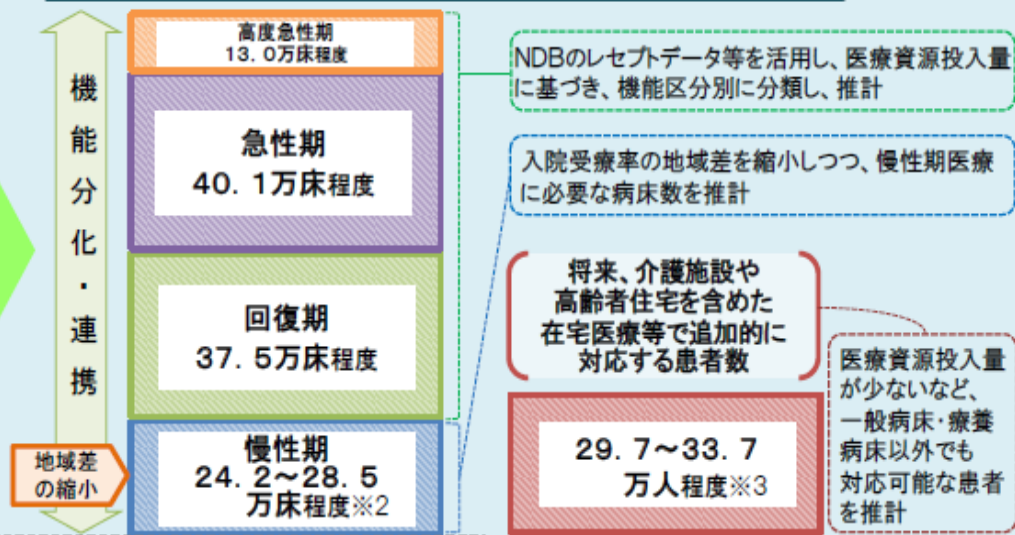
病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



### 【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



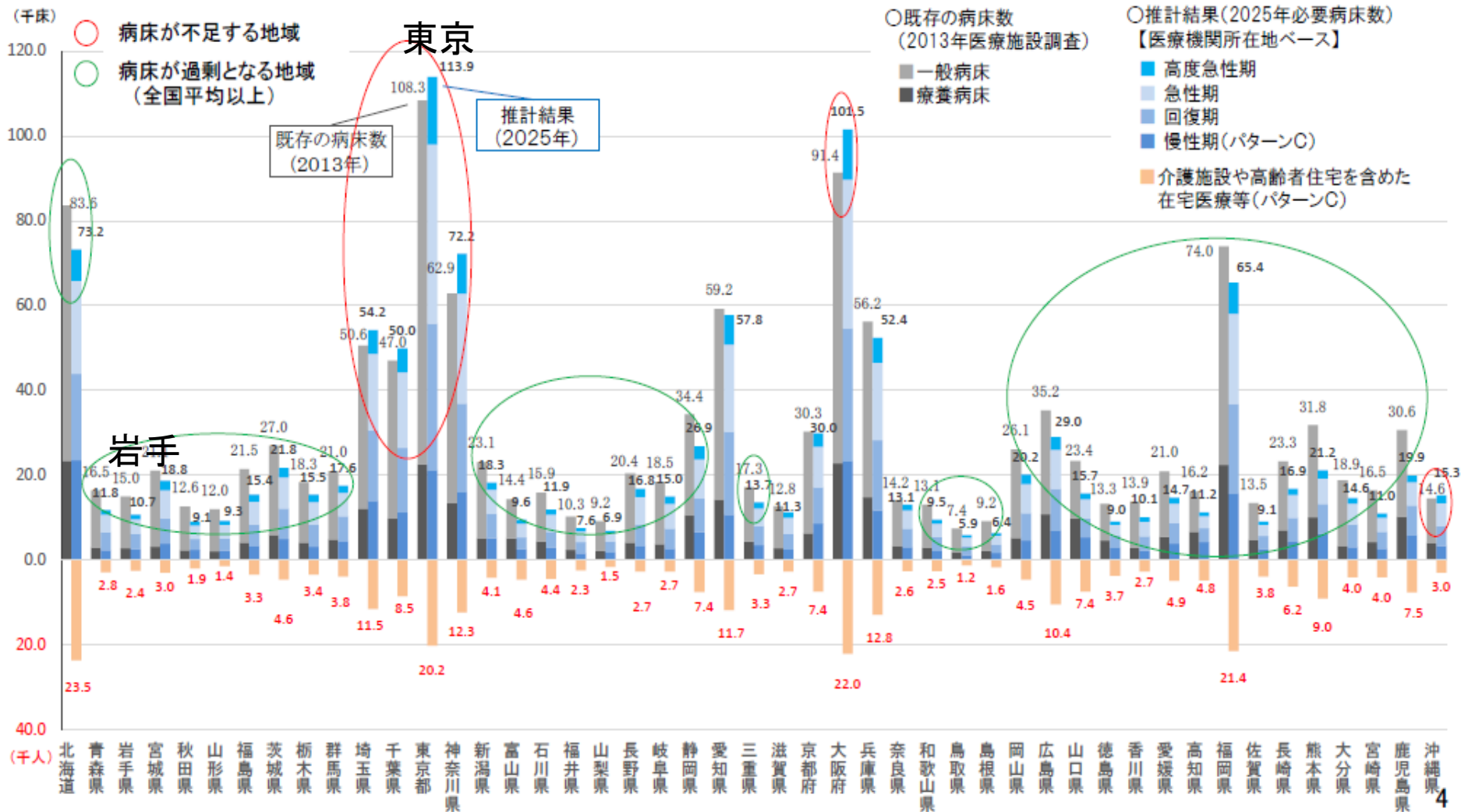
\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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)

- ①15% 神奈川
- ②11% 大阪
- ③7% 埼玉
- ④6% 千葉
- ⑤5% 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

# 医療が変わる、病床が変わる

	20世紀	21世紀
人口	増大・若者	減少・高齢化
疾患	単一疾患	複数疾患、退行性疾患
目標	治癒、救命	機能改善、生活支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
医療資源投入	多量	中等度

# 地域医療構想の2つの課題

課題①療養病床の行方

課題②精神病床の課題

# 課題①

## 療養病床の行方

2017年療養病床廃止期限が迫る

# 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】

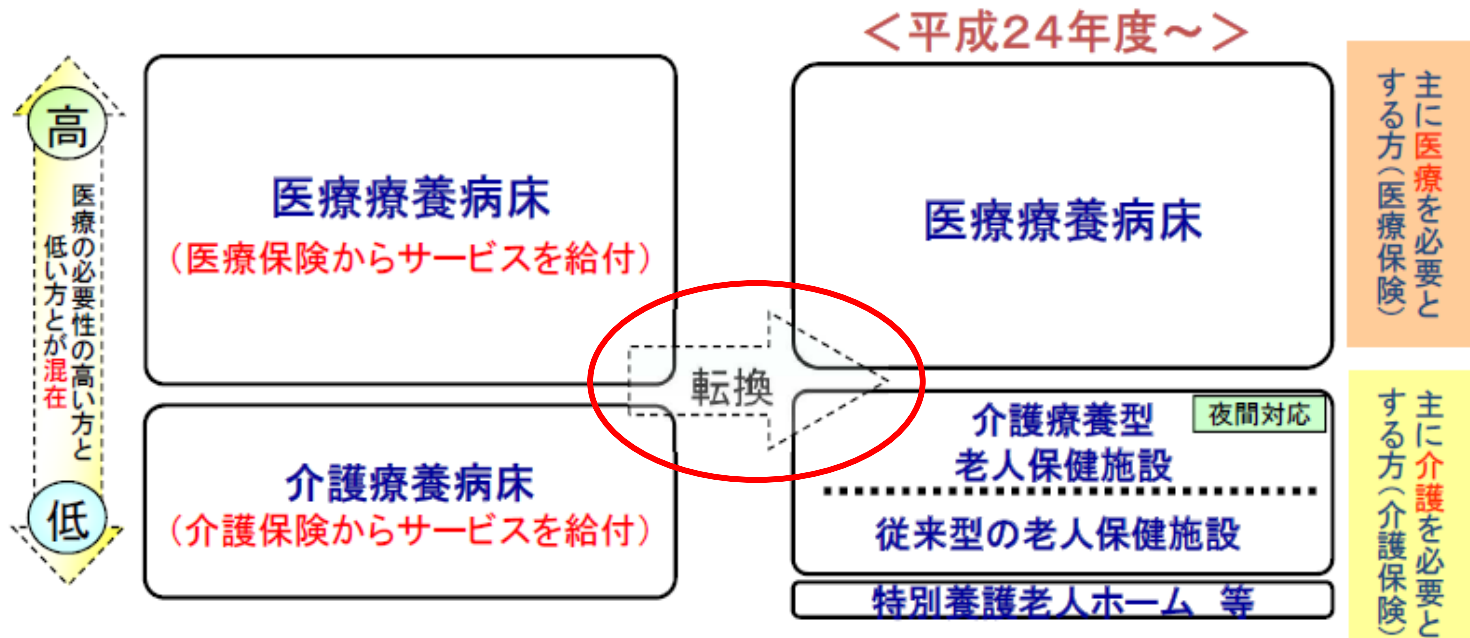
- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化



# 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



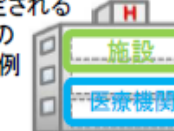
**新(案1-2)**

○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

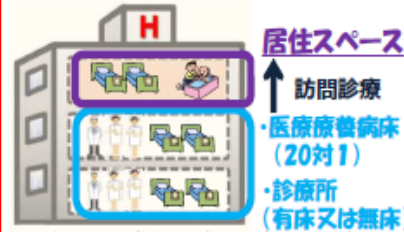
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



**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！

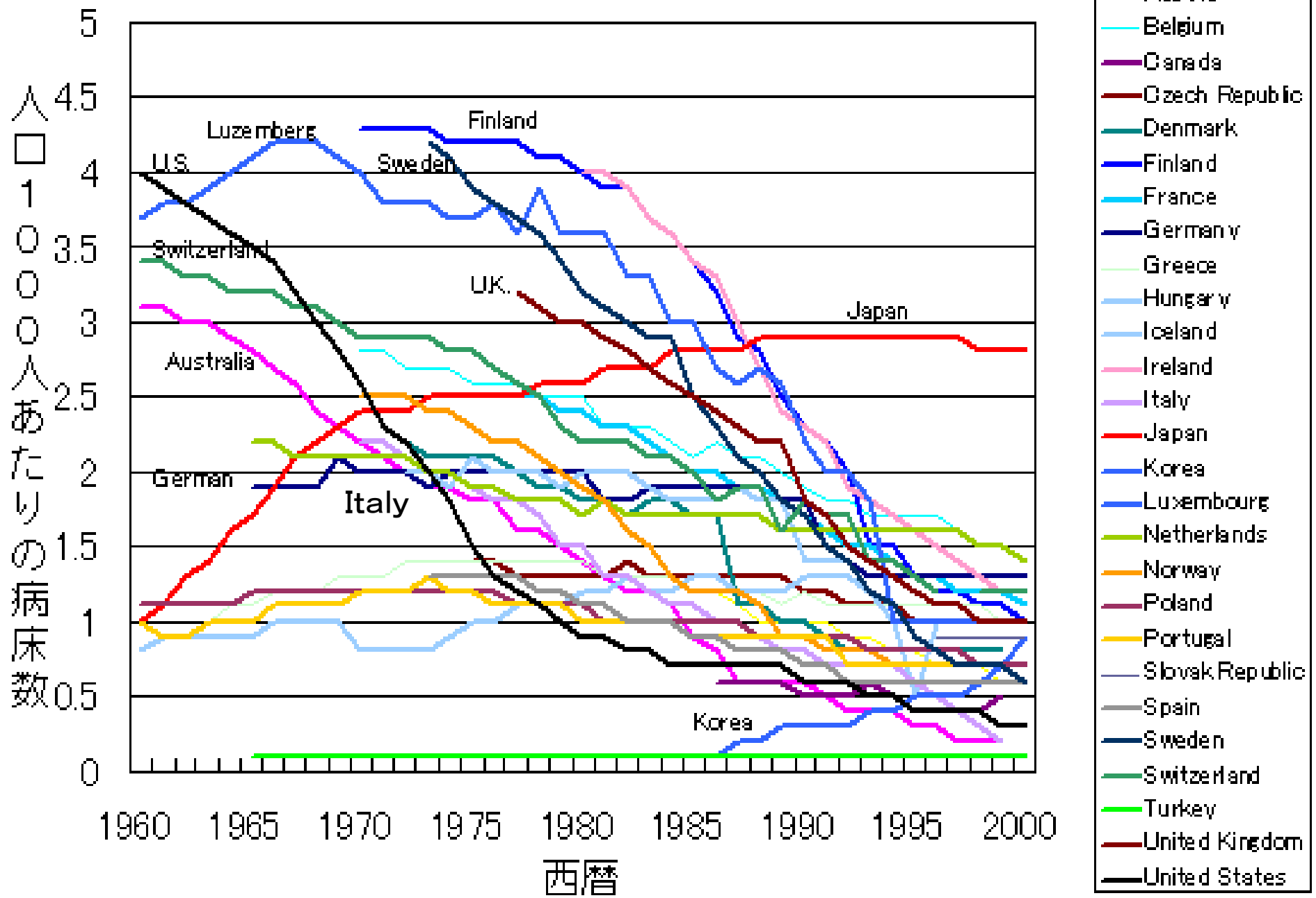
※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

# 課題②

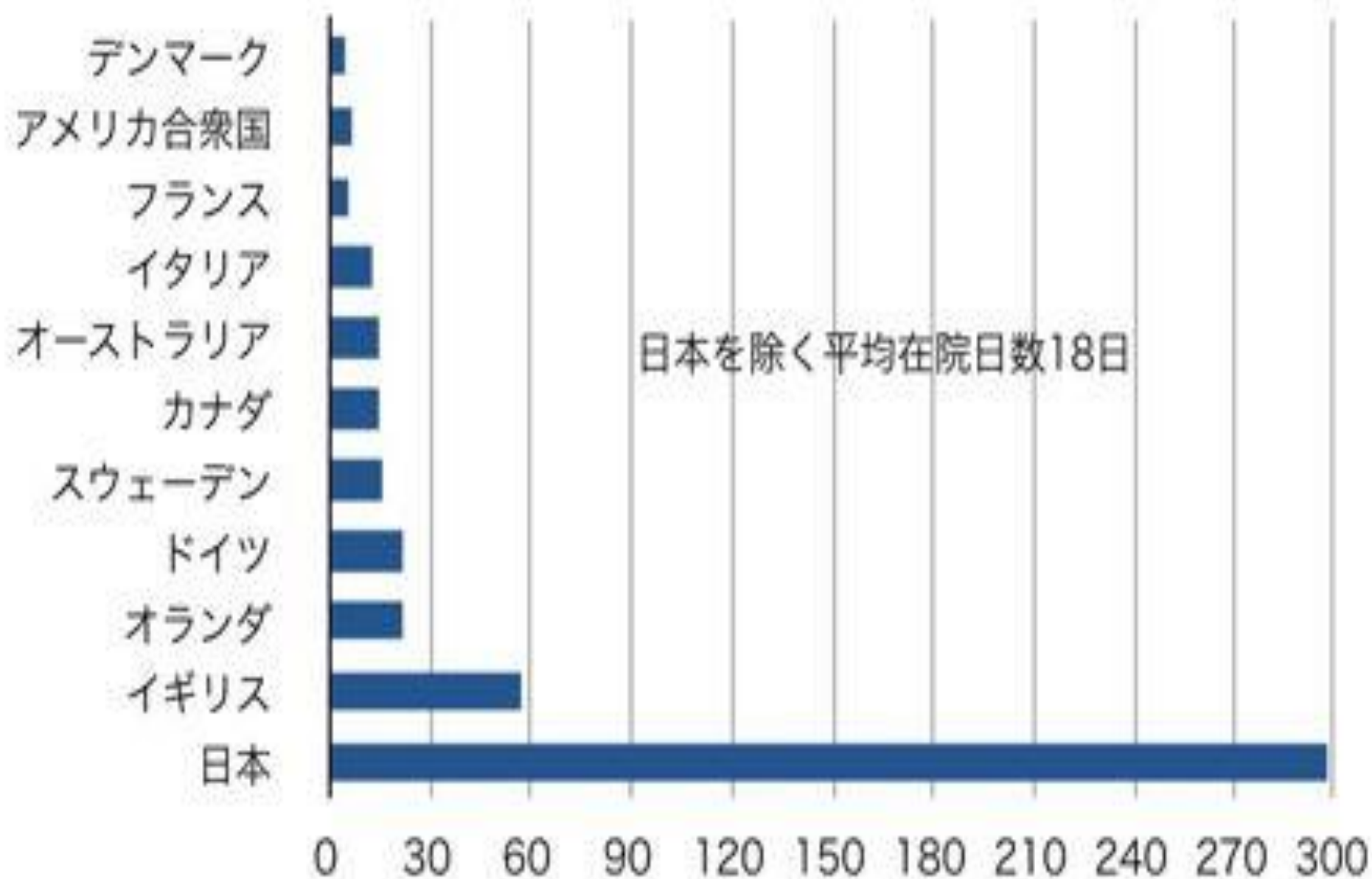
## 精神病床の課題

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)

看護配置3:1以上  
169,771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

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

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

# 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)

# 地域移行機能強化病棟入院基本料

- 施設基準

- 届出時に病院全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者の入院(下回る場合は許可病床数の変更届けを提出)
- 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、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
- 病院全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床の5分の1以上相当する数の精神病床を減らす
- 19年度までに新規の届出を行うこと

# 地域精神医療構想の策定を！

精神科疾患も地域医療計画の一環

# パート3

## 診療報酬改定の4つのポイントと 3つの課題

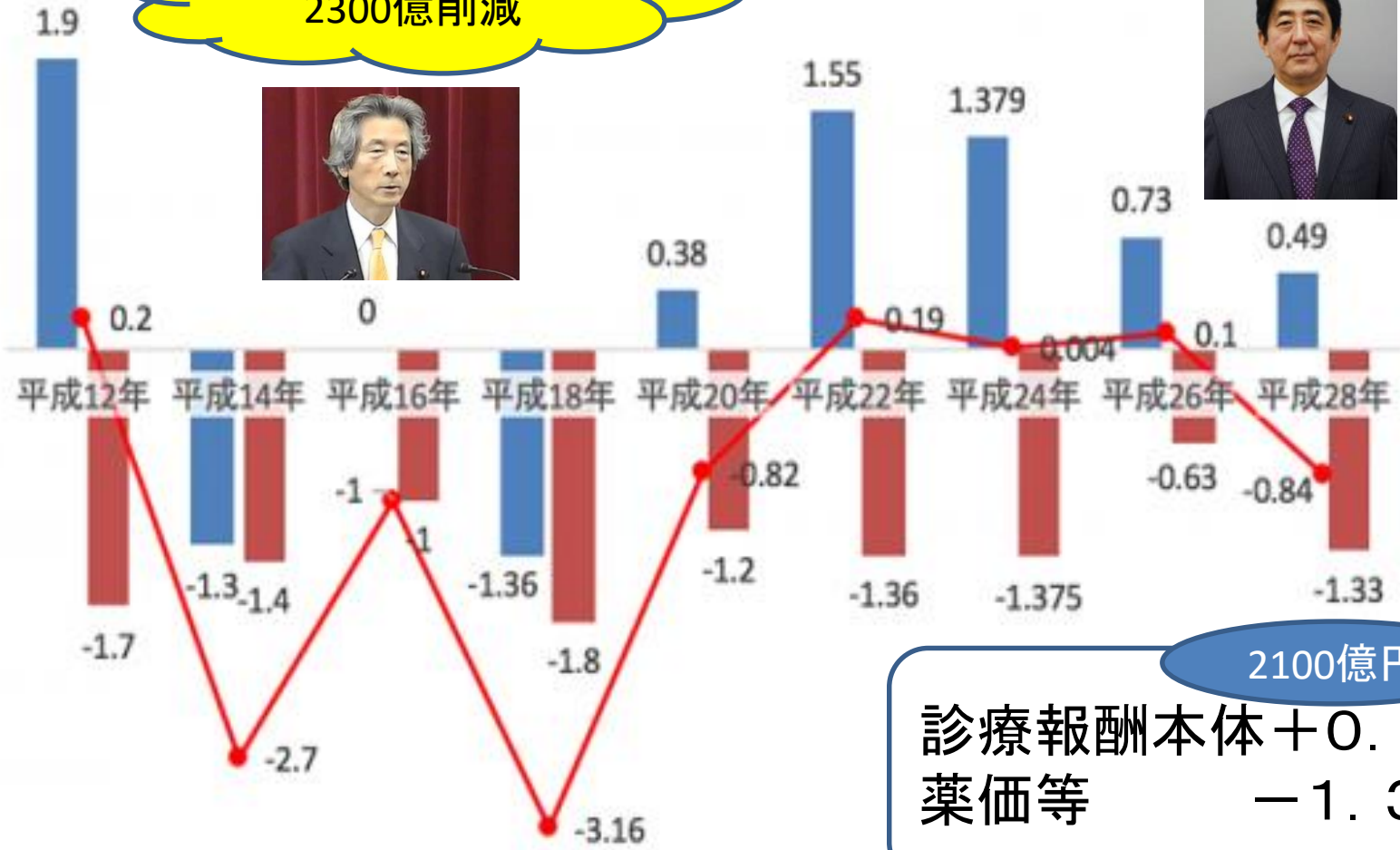
入院医療等調査評価分科会より

# 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



2016年6月17日  
2016年度第1回入院医療分科会

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

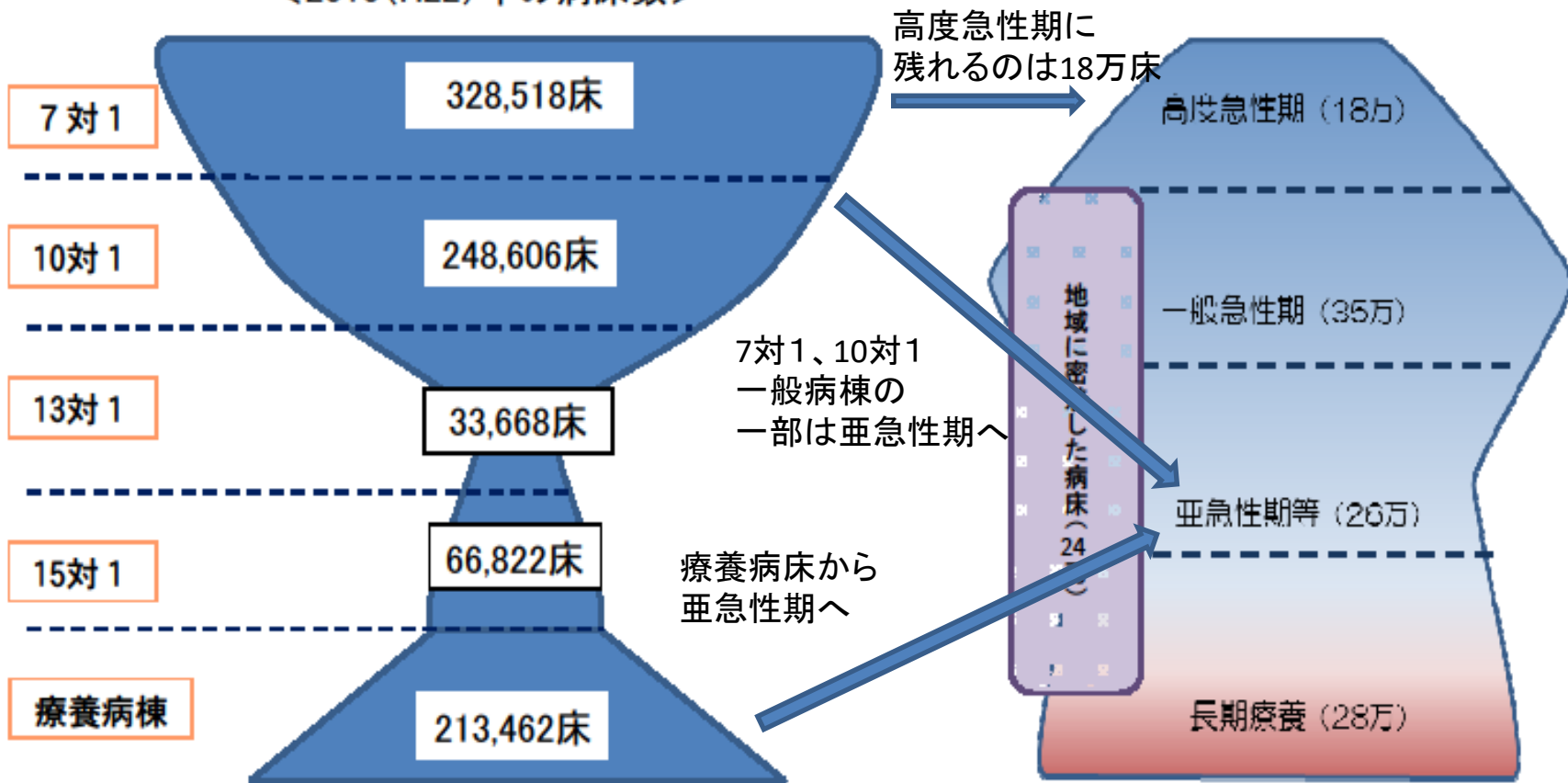
### 保険医療材料 専門組織

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 ～ワイ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年報酬改定の 入院医療4つのポイント

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

ポイント② 地域包括ケア病棟の要件見直し

ポイント③ 療養病床の要件見直し

ポイント④ 退院支援加算1

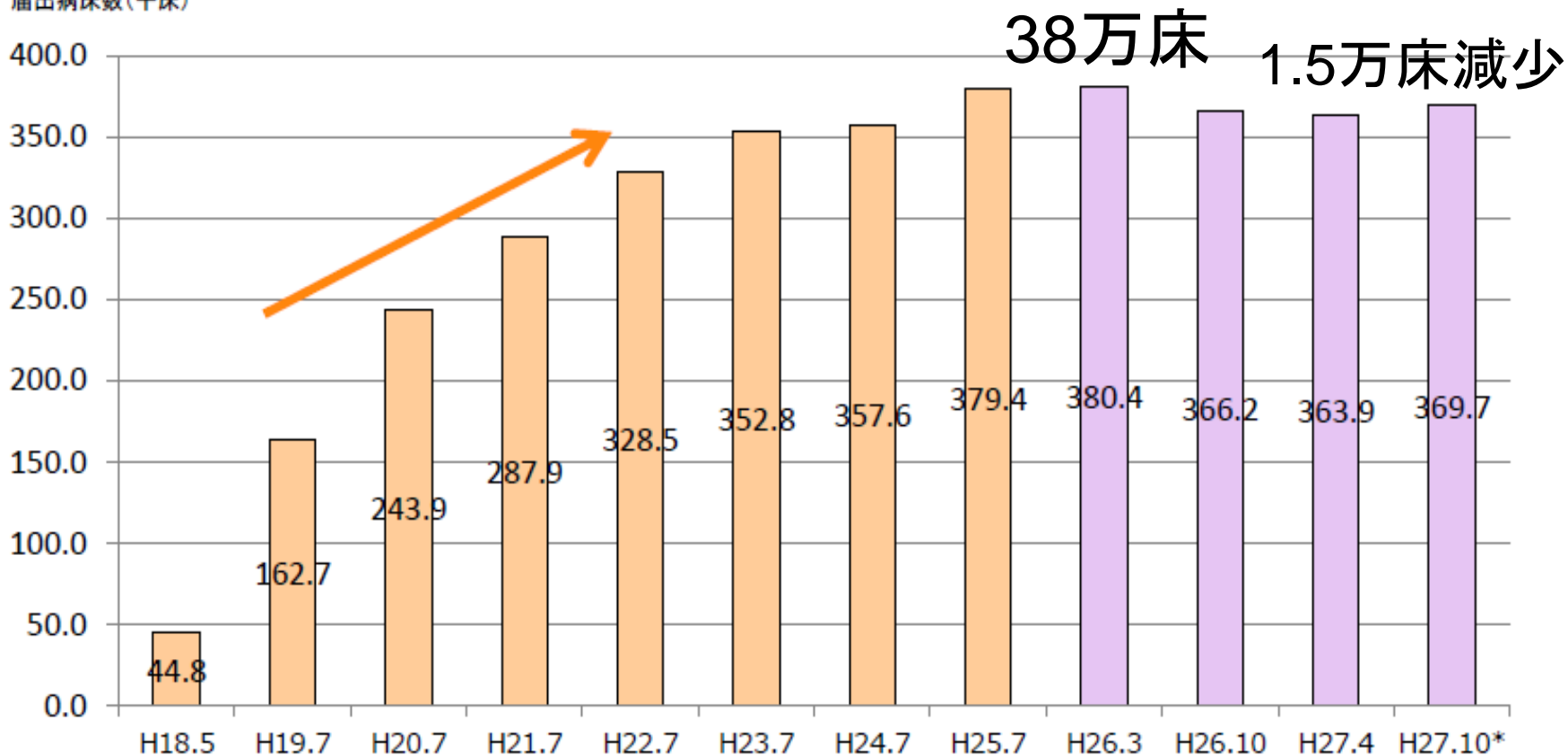
ポイント①  
7対1病床の要件見直し

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

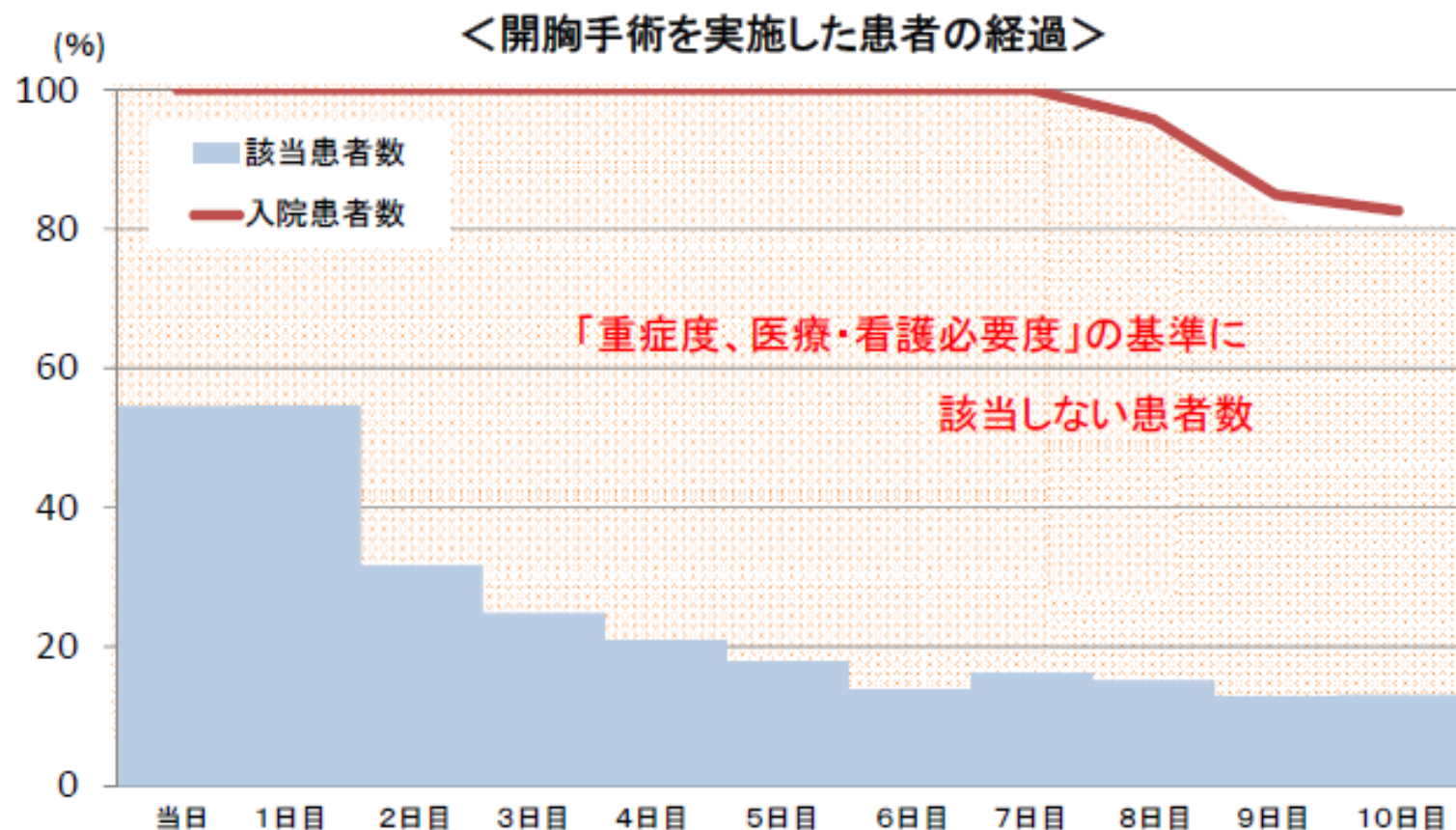
(前回改定)

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



Henrik Kehlet外科教授(コペンハーゲン大学)

# 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)
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。
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。

# 術前点滴のかわりに経口補水液



消費者庁許可  
個別評価型  
病者用食品

**経口補水液**  
Oral Rehydration Solution  
**オーエスワン®**

# 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。



# 術後早期経口摂取パス導入による経口補水療法の効果

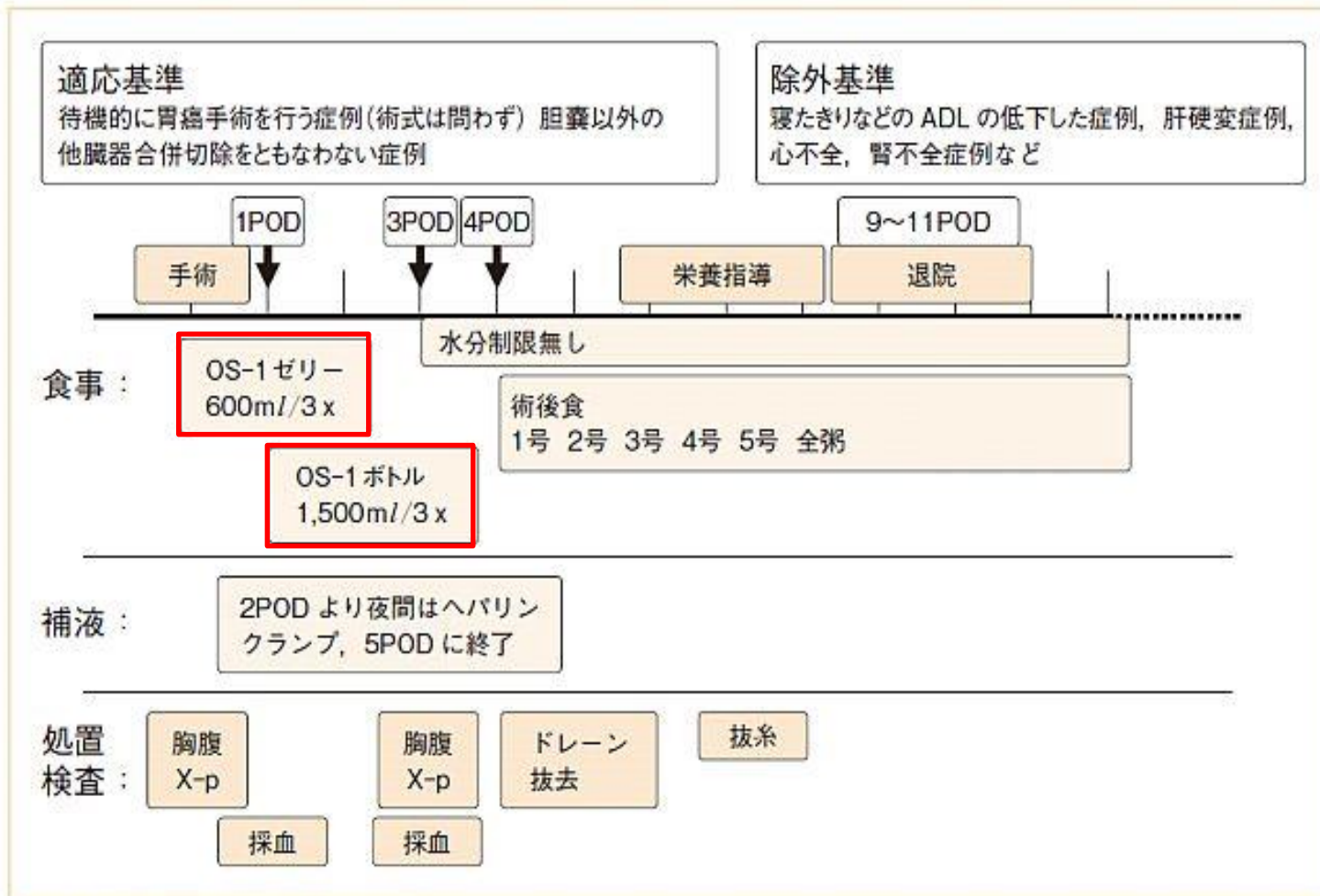


図1 胃癌術後クリニカルパスの概略

臨床栄養:120巻1号 p.42-48



オーエスワンゼリー  
内容量:200g



オーエスワンPETボトル  
内容量:280ml



オーエスワンPETボトル  
内容量:500ml

# 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 1冊 4

国民皆保険制度の日本。ある程度大きな病院なら、どこに心掛けても医療レベルは同等で、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週間でも経過できることが、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、長期入院を要する病院が必ずしも手術の管理を怠っているというわけではなく、実態としてはむしろその逆の場合が多い。同僚間の入院期間短縮に取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」

国際医療福祉大学病院の外科部長、鈴木裕先生は、ERAS（Enhanced Recovery After Surgery）の導入について、従来の手術後ケアとは異なるアプローチを説明している。手術前夜から手術当日の夜まで、患者は通常食を摂ることができ、手術後、早期に起床し、歩行を開始する。これにより、患者の身体的負担を軽減し、回復を早めることができる。鈴木先生は、ERASの導入により、患者の満足度も向上していることを強調している。

手術後の早期回復  
 手術前夜、1日以前から患者は通常食を摂ることができ、手術当日の夜も通常食を摂ることができる。  
 手術後、早期に起床し、歩行を開始する。  
 これにより、患者の身体的負担を軽減し、回復を早めることができる。

### 40歳以上の約半数に「腹形」が元凶

「腹形」が元凶の腹膨れは、40歳以上の約半数にみられる。これは、腹部脂肪の蓄積によるもので、健康に悪影響を及ぼす可能性がある。医師は、適切な食事と運動による生活習慣の改善を勧めている。

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は、術後の苦痛が患者にあるとした。それは、食べられない、空腹に耐えながら手術を待つ、涙山の管（カテーテル類）の痛みで眠れない、そんな入院生活が変わるという。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。

## 国際医療福祉大学病院 外科 鈴木裕先生

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。不安を解消するために鎮痛剤を打ったり鎮静剤を使ったりすることが多くありました。鎮痛剤に頼ることで呼吸停止や血圧低下の危険がありました。

しかし、絶食には、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を発揮しています。腸管も、食事により常分泌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セス（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。

## 手術の苦痛を取り除く 画期的メソッド

谷口英喜 神奈川立保健福祉大学教授

「食べられない、痛い、動けない」といこと、動けないことの三つです。痛み止めは、傷が癒いと承えて初めて与えられ、病院のベッドでは寝たきり。術前も術後も長時間椅子が制限され、水も清足に飲めない。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い。どうしてこんな状態になるのか？

「手術の苦痛を取り除く」といこと、動けないことの三つです。痛み止めは、傷が癒いと承えて初めて与えられ、病院のベッドでは寝たきり。術前も術後も長時間椅子が制限され、水も清足に飲めない。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い。どうしてこんな状態になるのか？

# 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

C 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

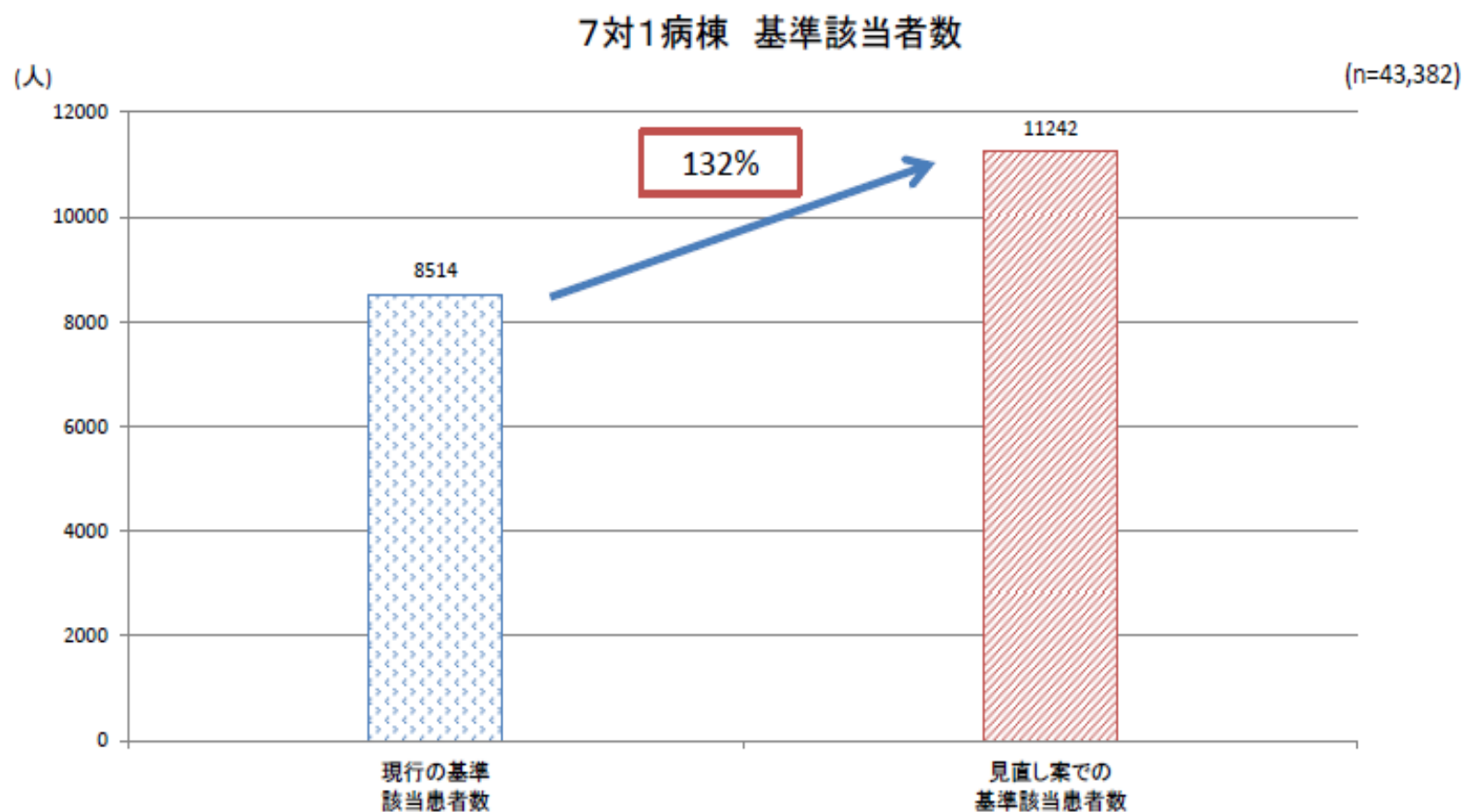
A得点が3点以上の患者

又は

C 1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

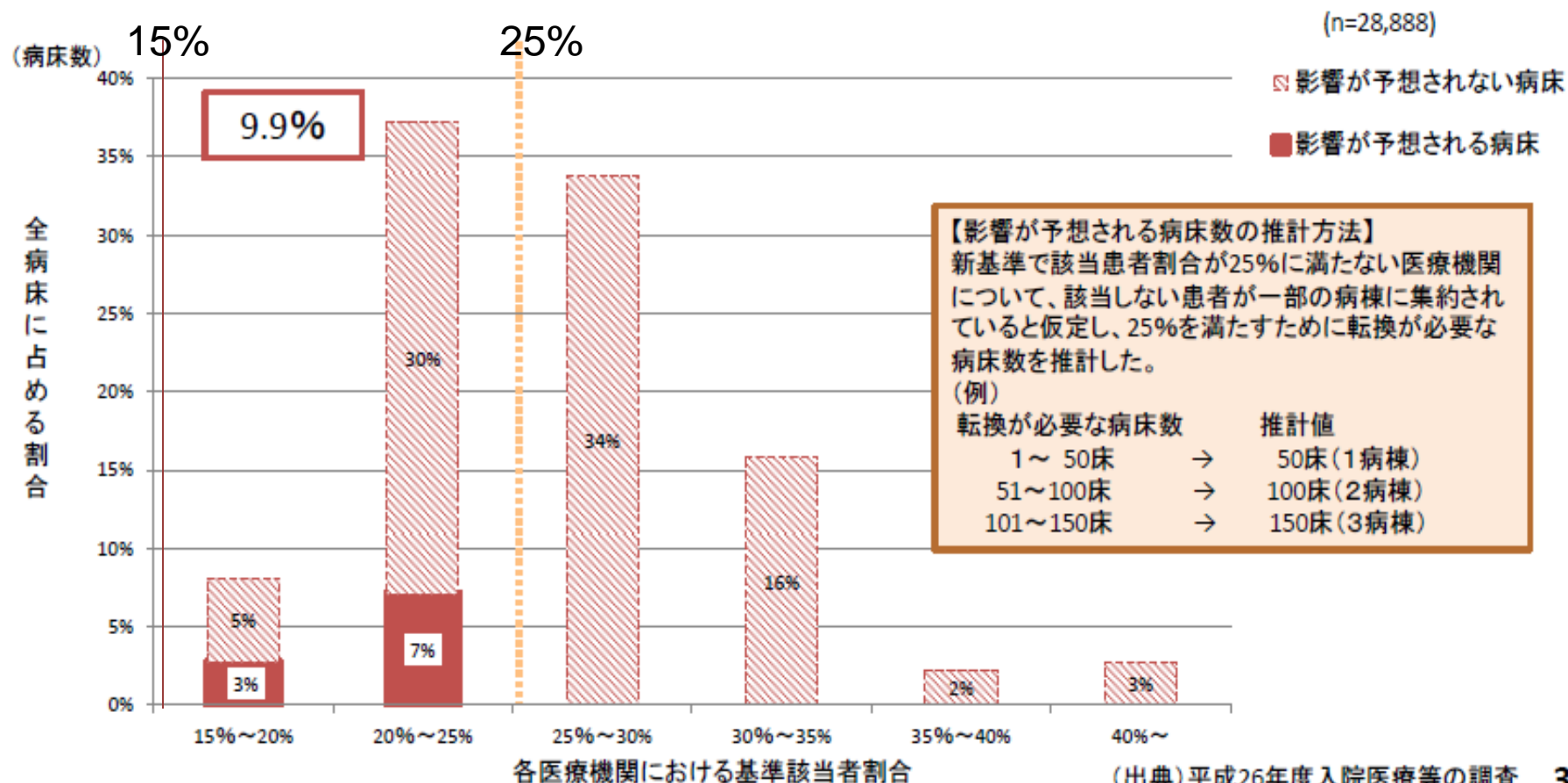
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



## 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の維持
  - 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)
  - 病棟群別を選択しない
    - 重症度、医療・看護必要度23%〈2018年3月まで〉
  - 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
- (2) 10対1への転換
  - 収入減、看護師等の雇用
- (3) 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②  
地域包括ケア病棟の  
要件見直し

# 地域包括ケア病棟

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

# 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

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

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

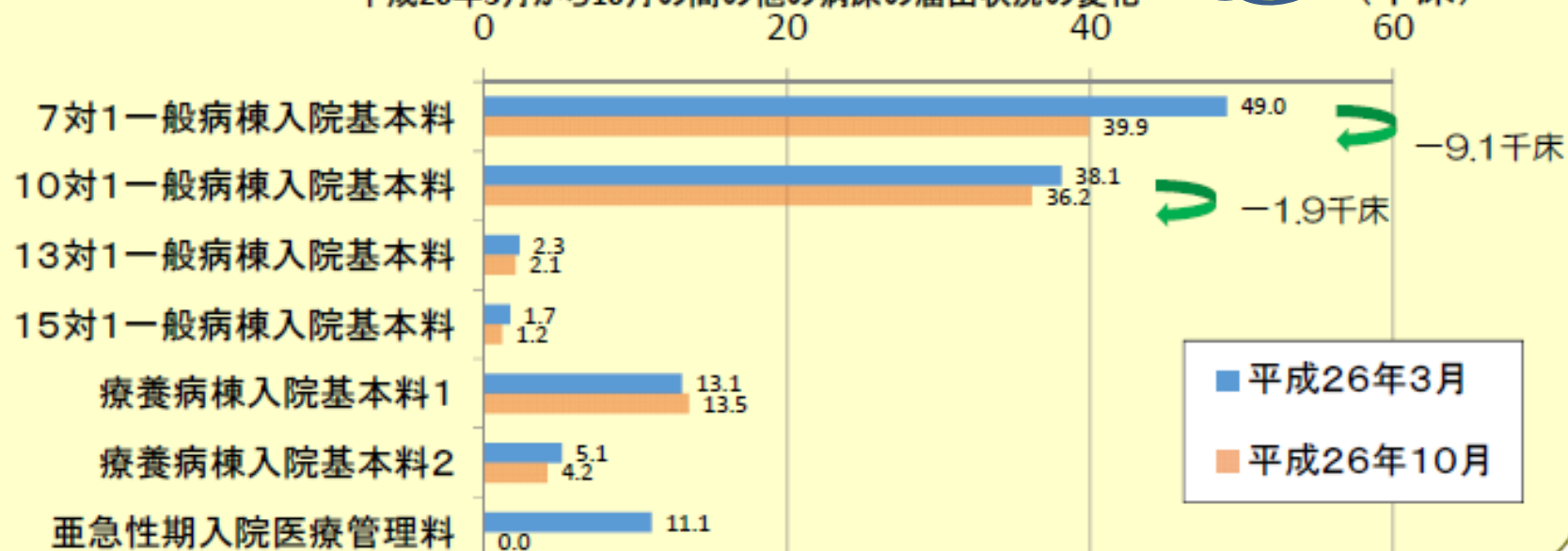
# 地域包括ケア病棟の届出状況①

## 地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



2.46  
万床

## 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

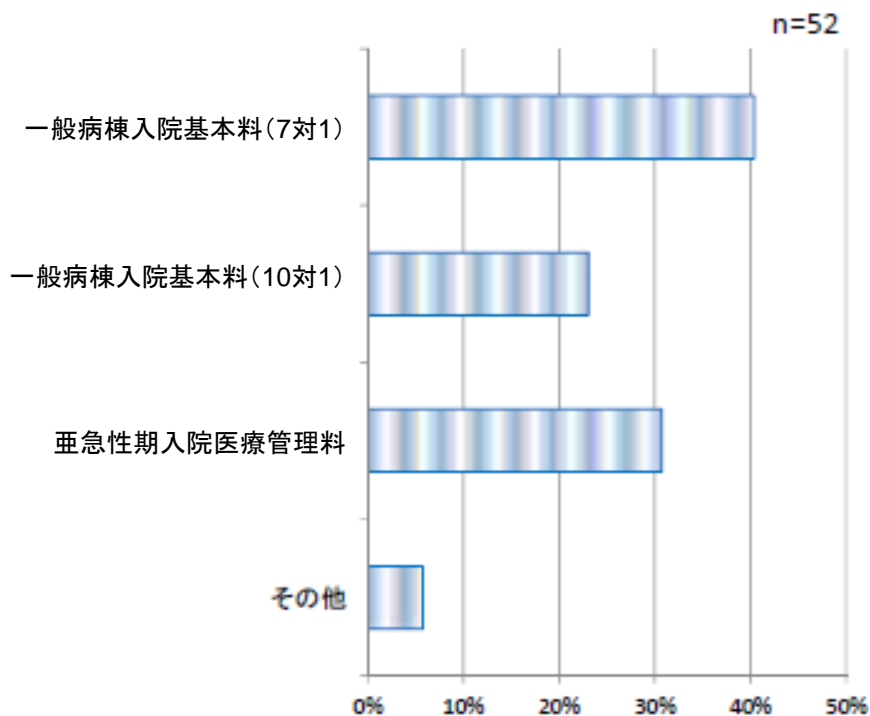


出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

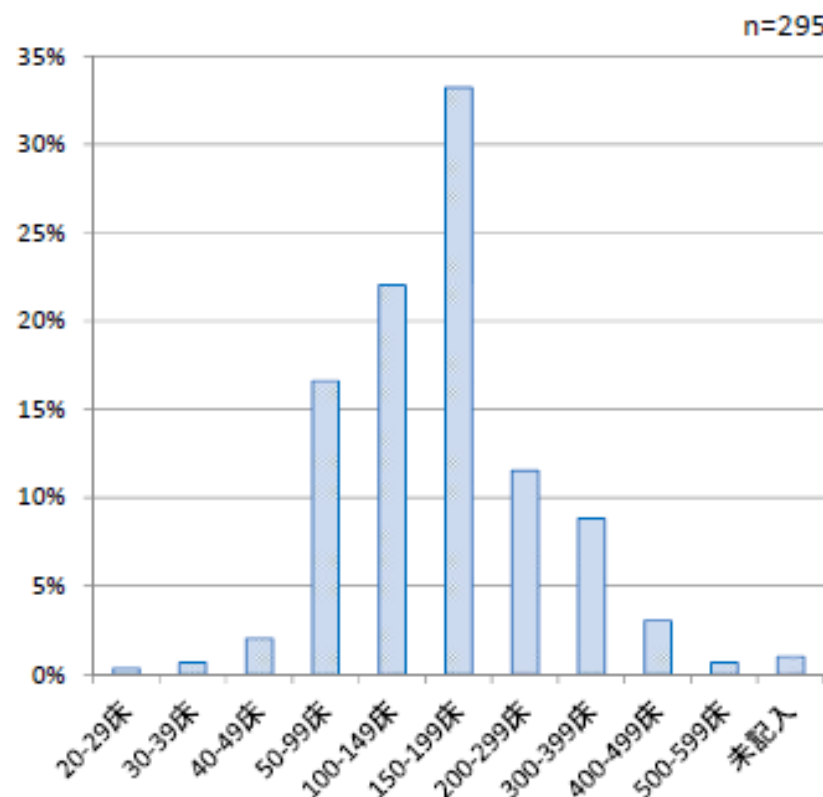
## 地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 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>



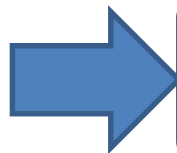
<地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数>





# 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。



地域包括ケア病棟の手術料・麻酔料は  
包括外となった

# ポイント③

## 療養病棟入院基本料

- (ア) 医療区分の評価の見直し
- (イ) 医療区分の要件化

# (ア) 医療区分の評価の見直し

## 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"> <li>・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</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・その他の難病(スモンを除く)</li> <li>・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)</li> </ul>
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

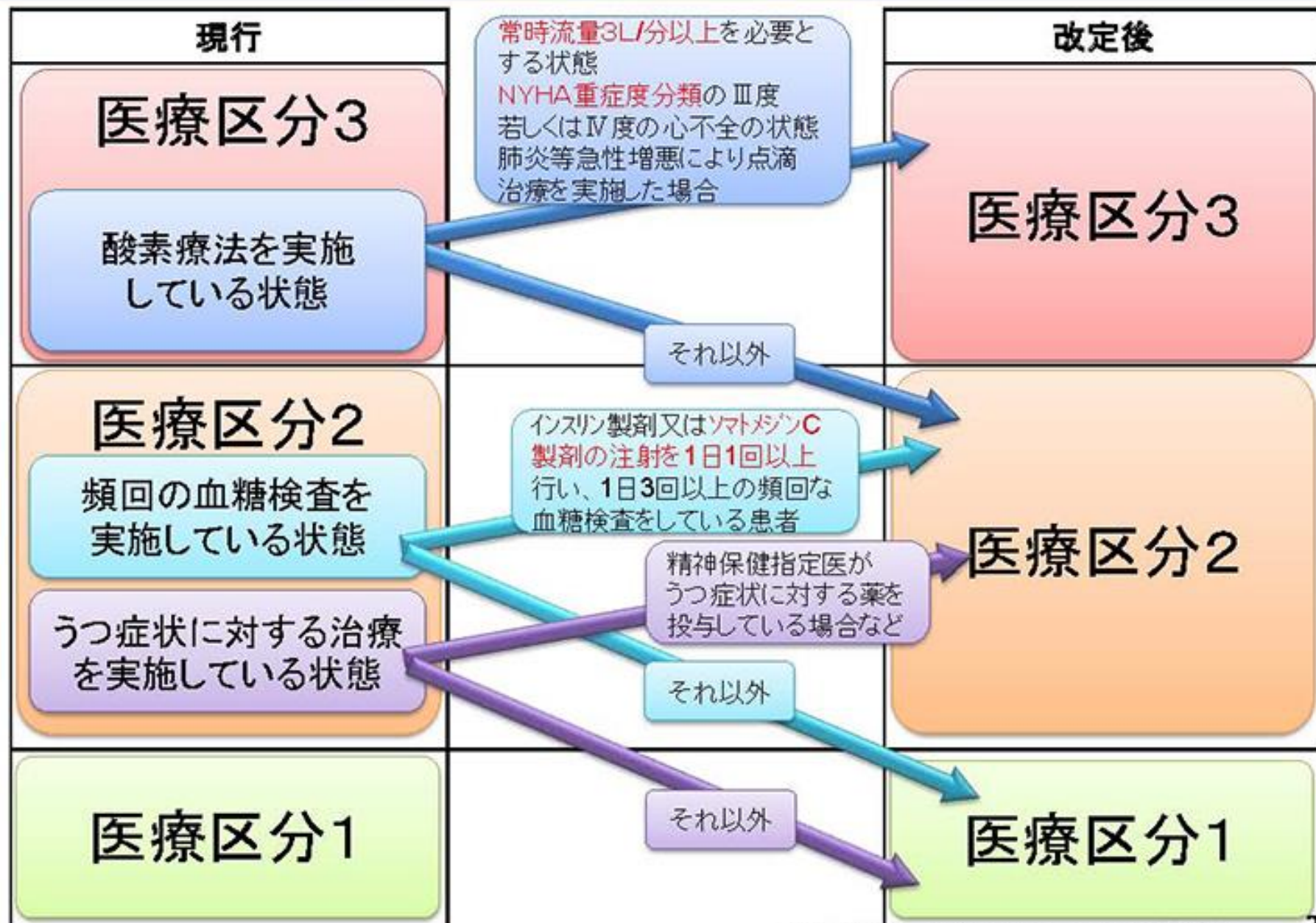
当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

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)	

# 療養病棟の医療区分のきめ細やかな評価

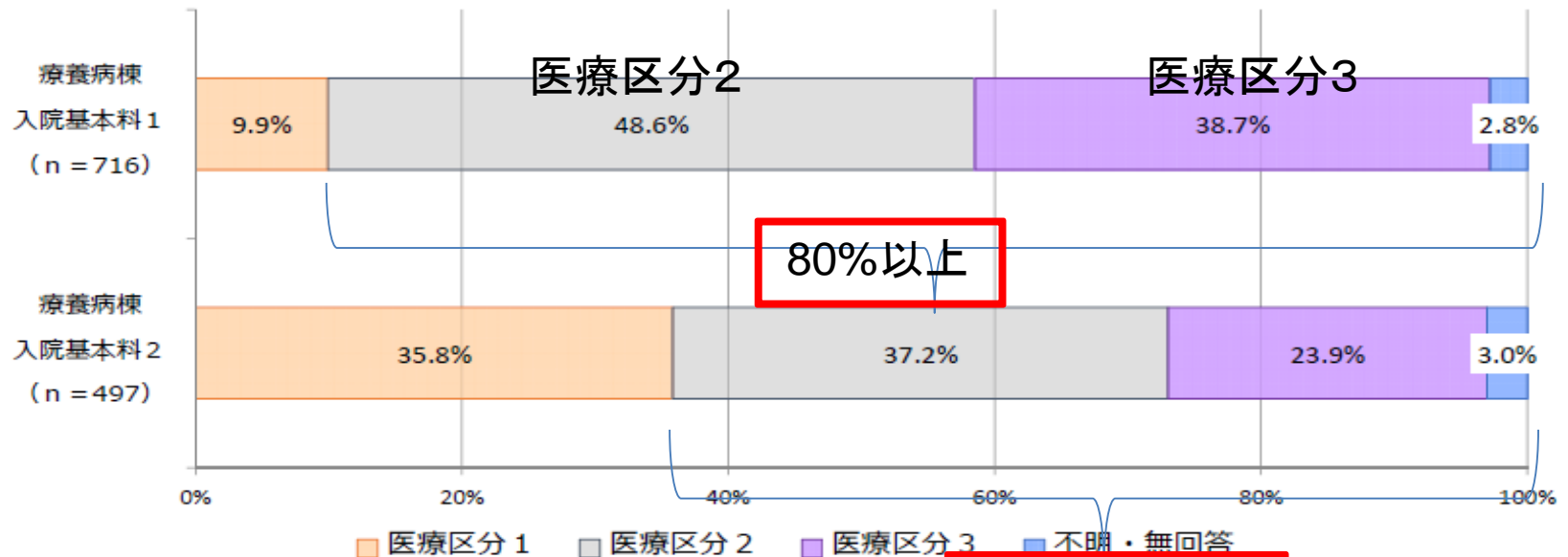


# (イ)療養病棟入院基本料2の

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>



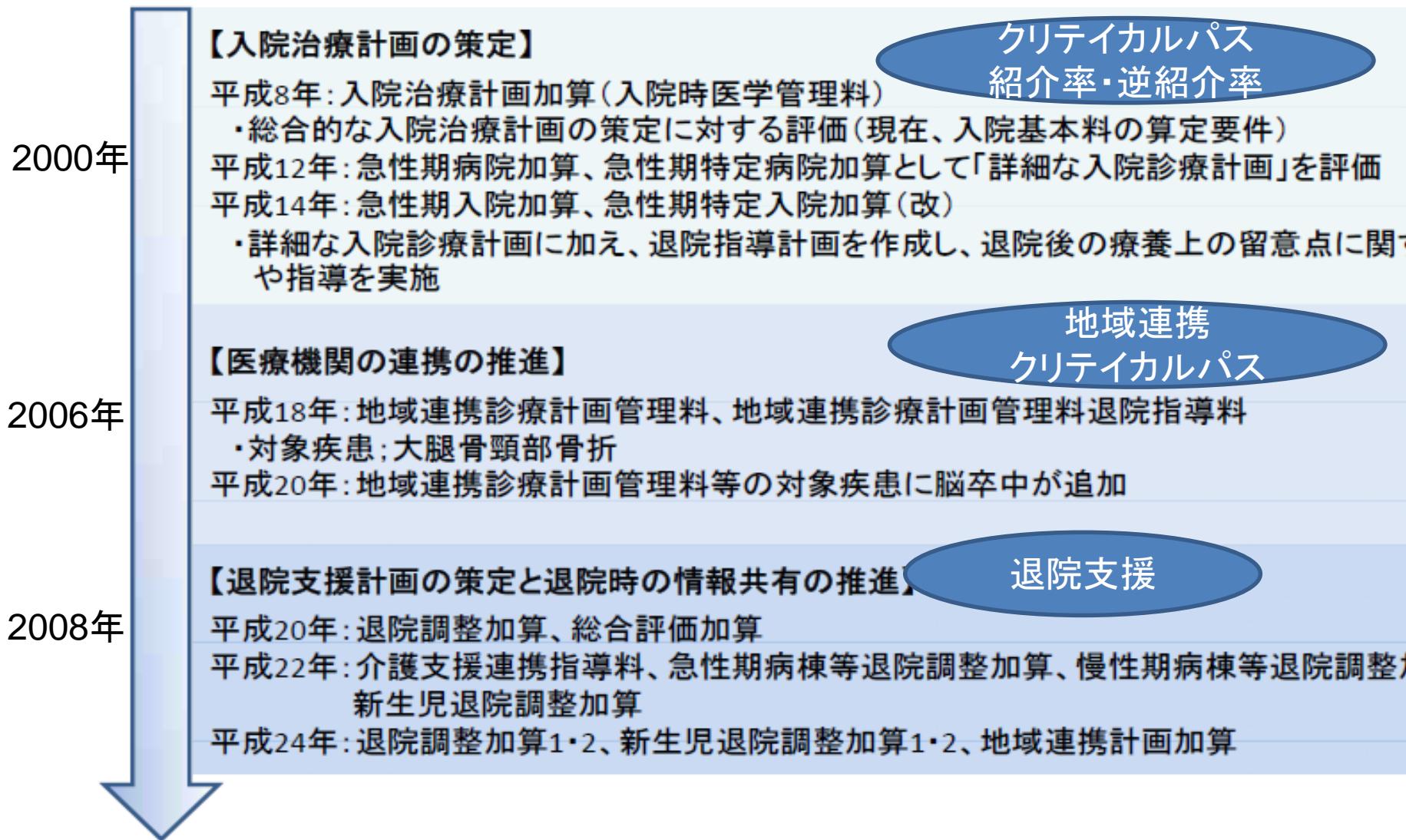
80%以上

医療区分の要件化 50%以上

出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査より保険局医療課作成

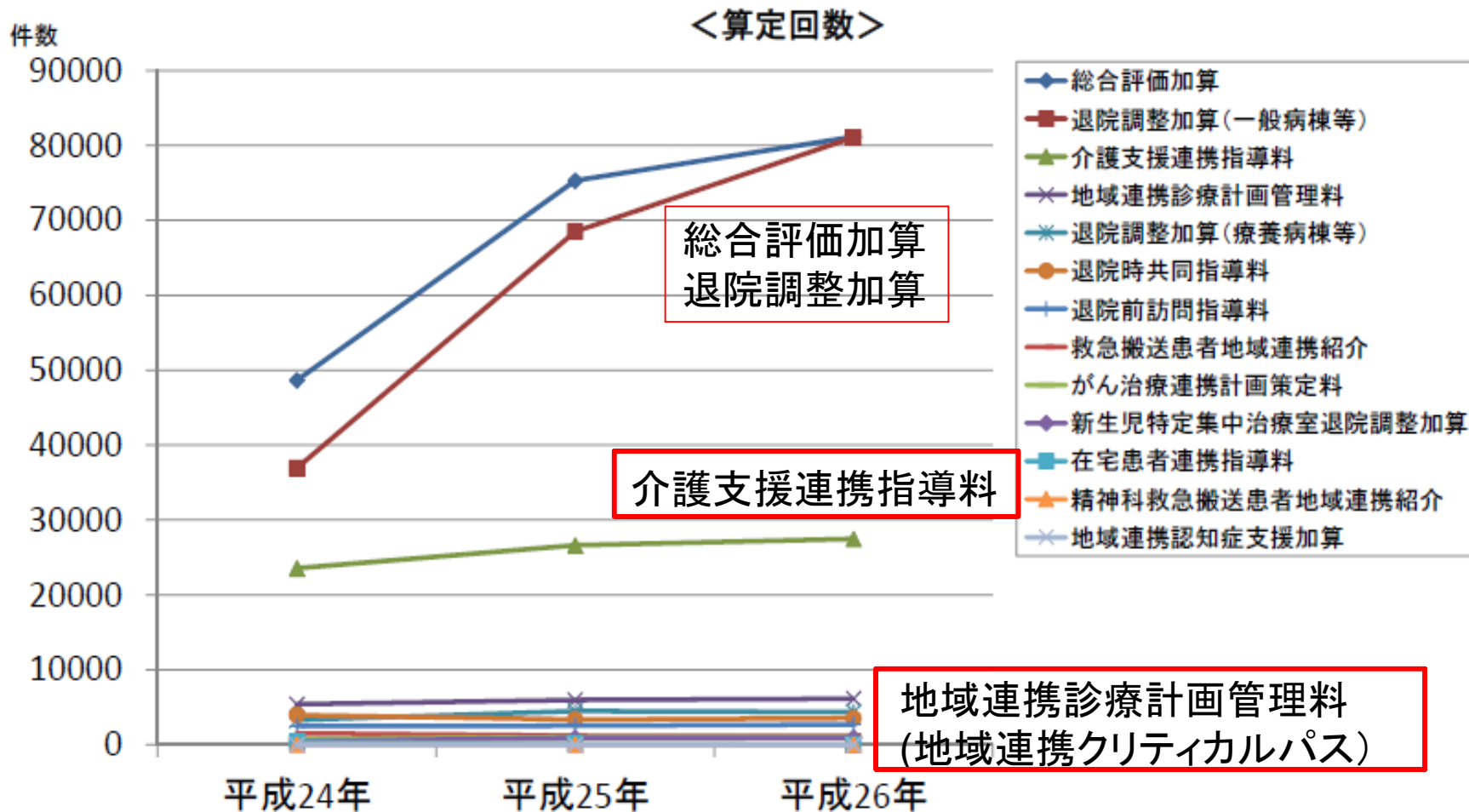
ポイント④  
退院支援加算1

# 退院支援に係る診療報酬の変遷



# 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。





ストラクチャーで  
はなく、アウトカム  
を評価すべき

地域連携パスは使われいな  
いので、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)

# 退院調整加算の見直し

- 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、退院支援の一環とする

# 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

「退院支援加算」が新設された



### [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>	—

# 廃止された項目

- (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(1)
- (8) 地域連携診療計画退院時

地域連携パスは  
退院支援加算に  
吸収された！

# 2018年同時改定へ 向けての3つの課題

課題①入院基本料の在り方

課題②療養病床の新類型の在り方

課題③地域医療構想と入院基本料の在り方

# 課題①入院基本料の在りかた

(ア)重症度、医療・看護必要度の在りかた

そろそろ抜本的に見直す時期では？

(イ)看護師のみの配置による7対1入院基本料の在りかたでよいのか？

多職種配置では？

## 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**

# 課題②療養病床転換と 新類型の在り方

2018年同時改定で間に合うのか？



# 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



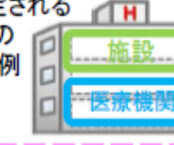
**新(案1-2)**

○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

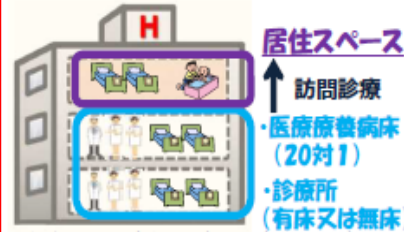
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



**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。

## 課題③

# 地域医療構想と 入院基本料の在り方

# 入院基本料の今後の考え方・・・

- 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考えていない」



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

# 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)

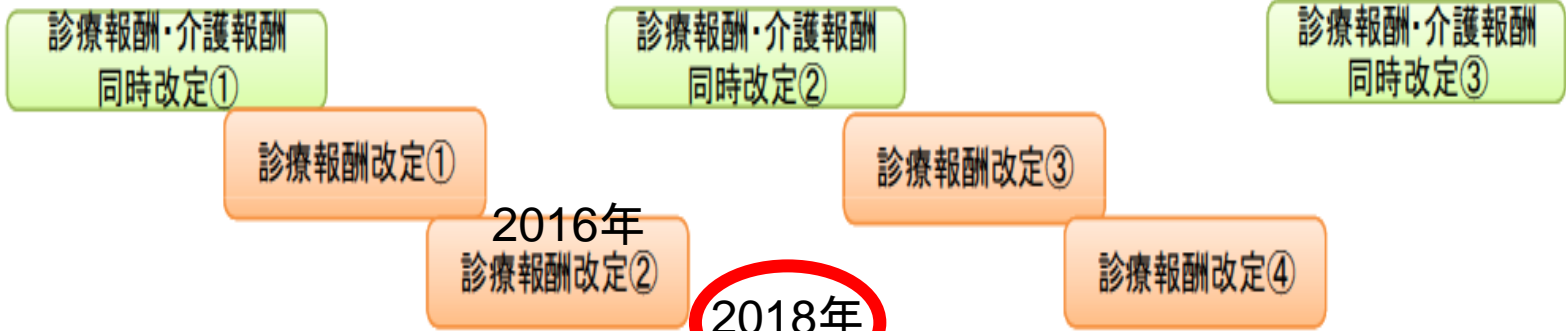
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

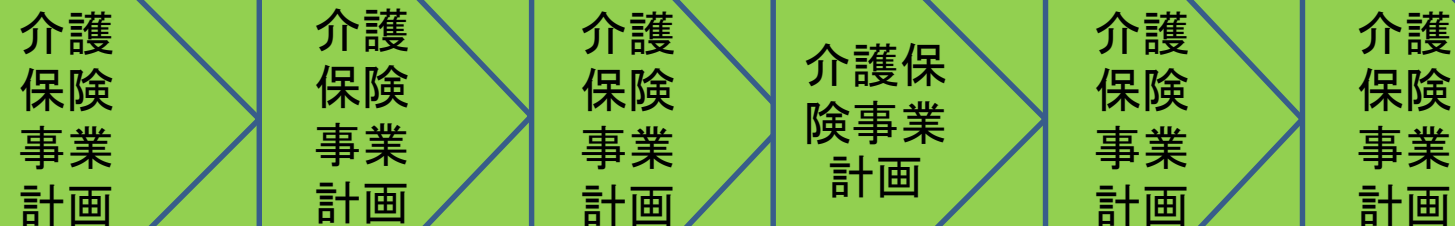
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

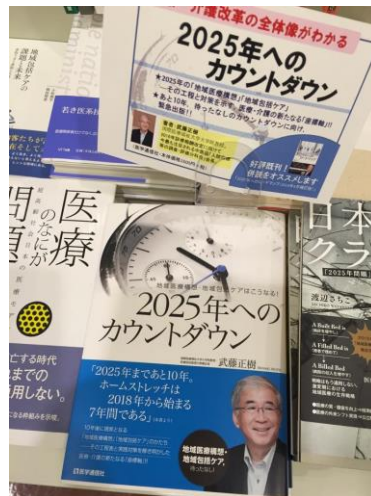
# 2025年へのカウントダウン

～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
- ・地域医療構想で病床の在り方が変わる
- ・2016年診療報酬改定が地域医療構想を後押しする
- ・地域医療構想の課題、診療報酬の政策課題にこれからも取り組もう

# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)