

2025年へのカウントダウン

～地域医療構想と2018年同時改定～



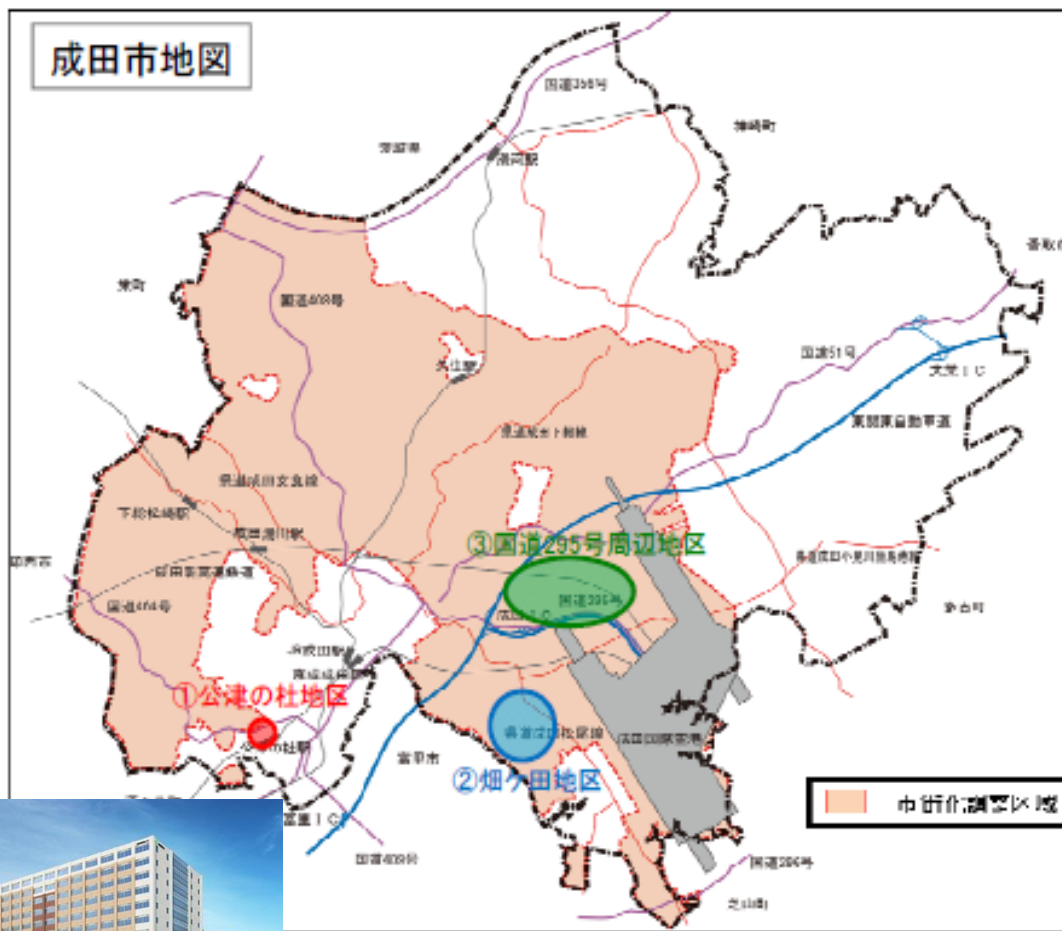
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

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



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

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

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

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

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

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




2017年4月医学部開講



**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)





2018年4月、国際医療福祉大学 大学院 赤坂キャンパス完成 ヘルスケアMBA 公衆衛生専攻コース (MPH)

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

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
- パート 3
 - 2018年診療報酬改定



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)

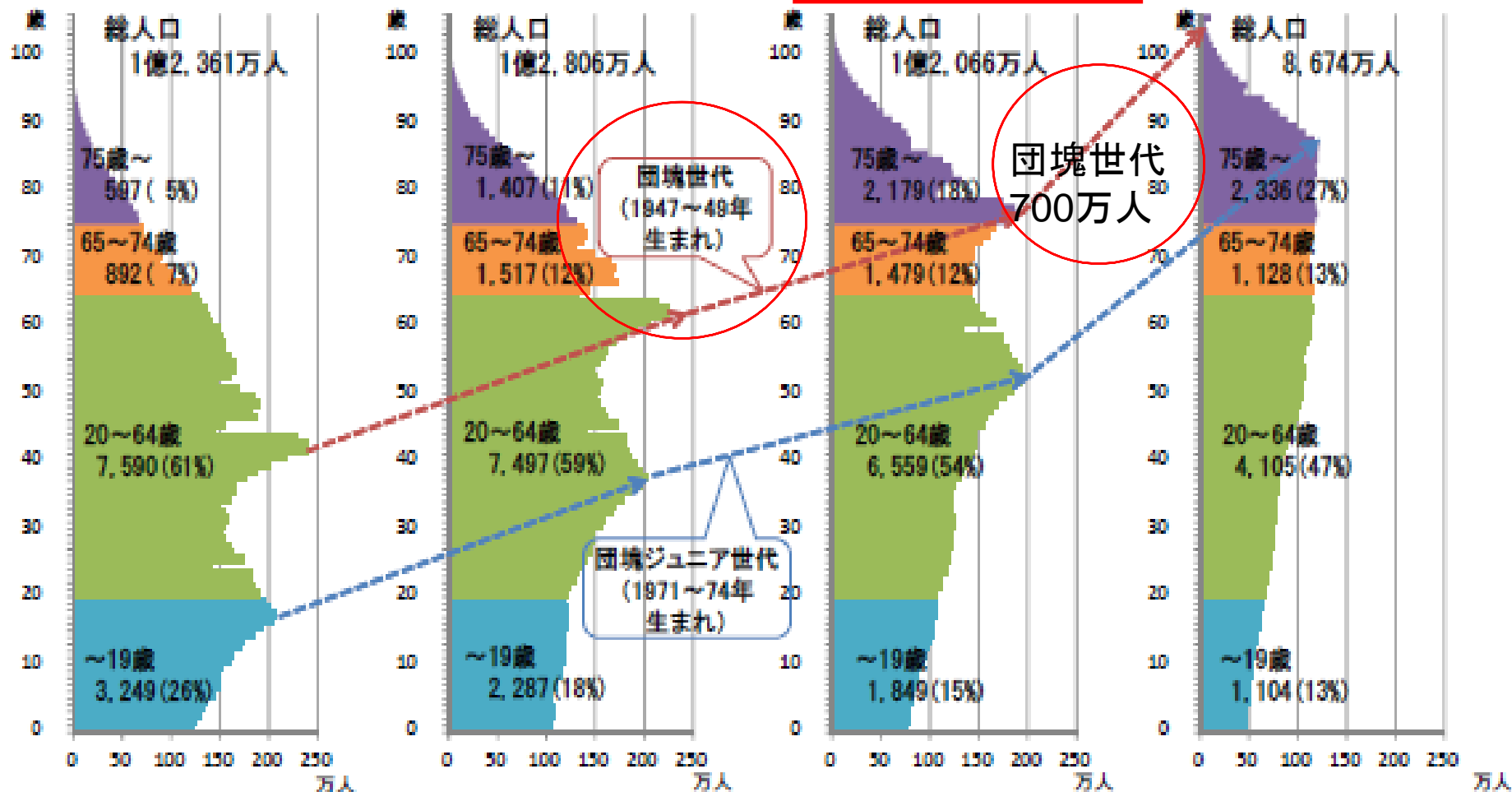
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

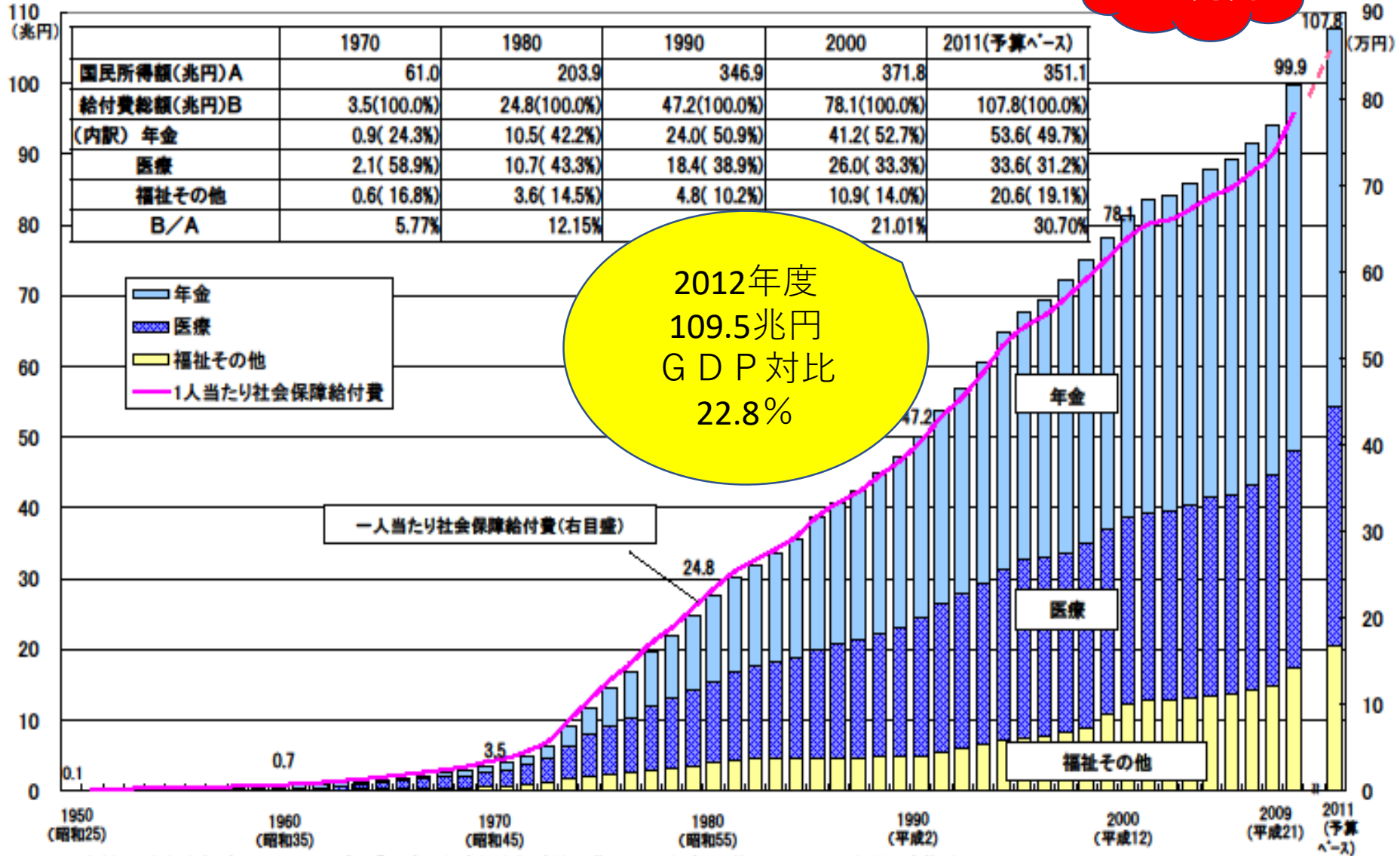
平成37年 (2025年)

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 (2014年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

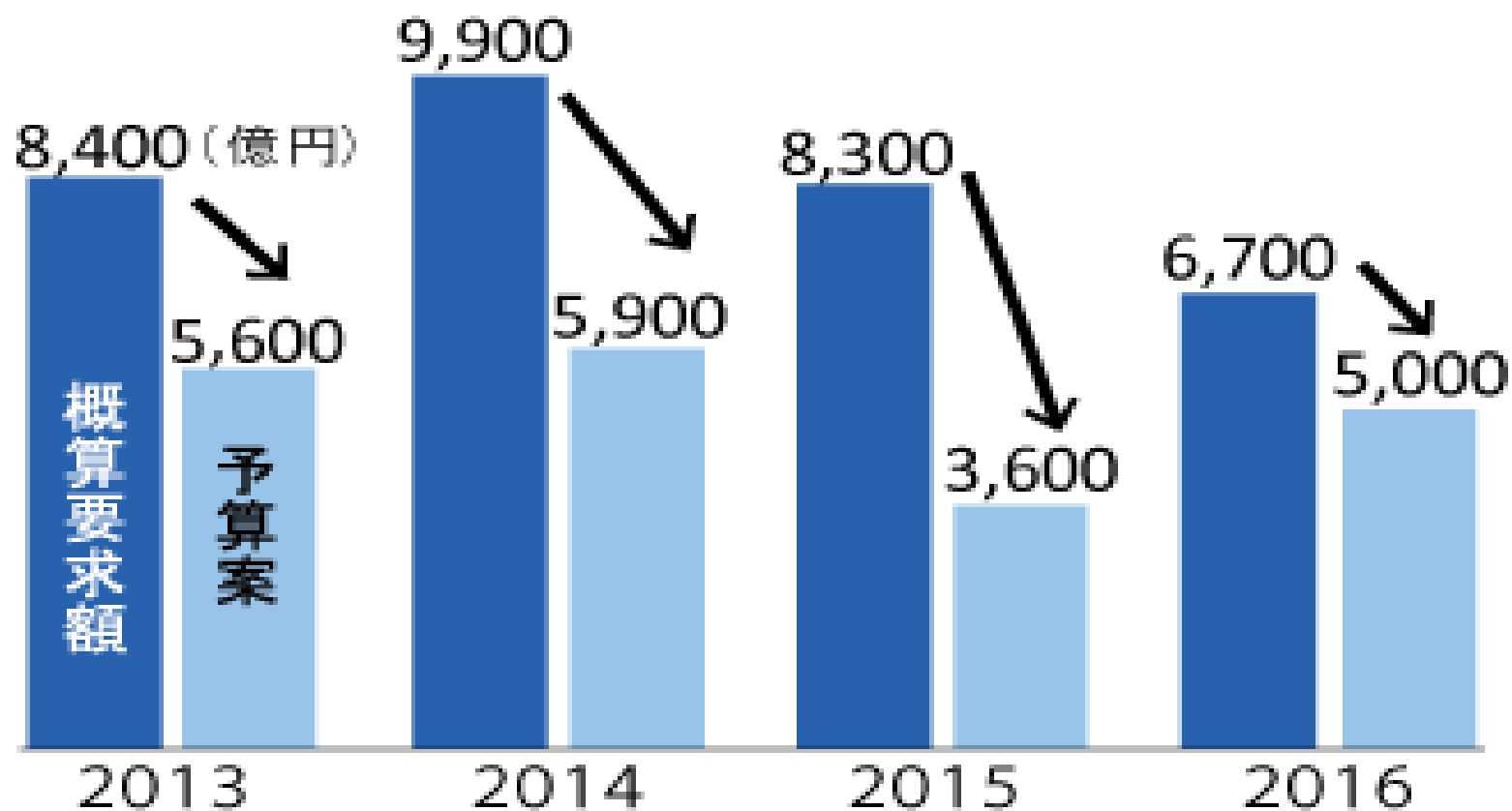


8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

社会保障費の自然増を削り続ける安倍内閣

※ 社会保障費の自然増

社会保障費のうち、高齢化の進展などで制度を変えなくても増えていく費用



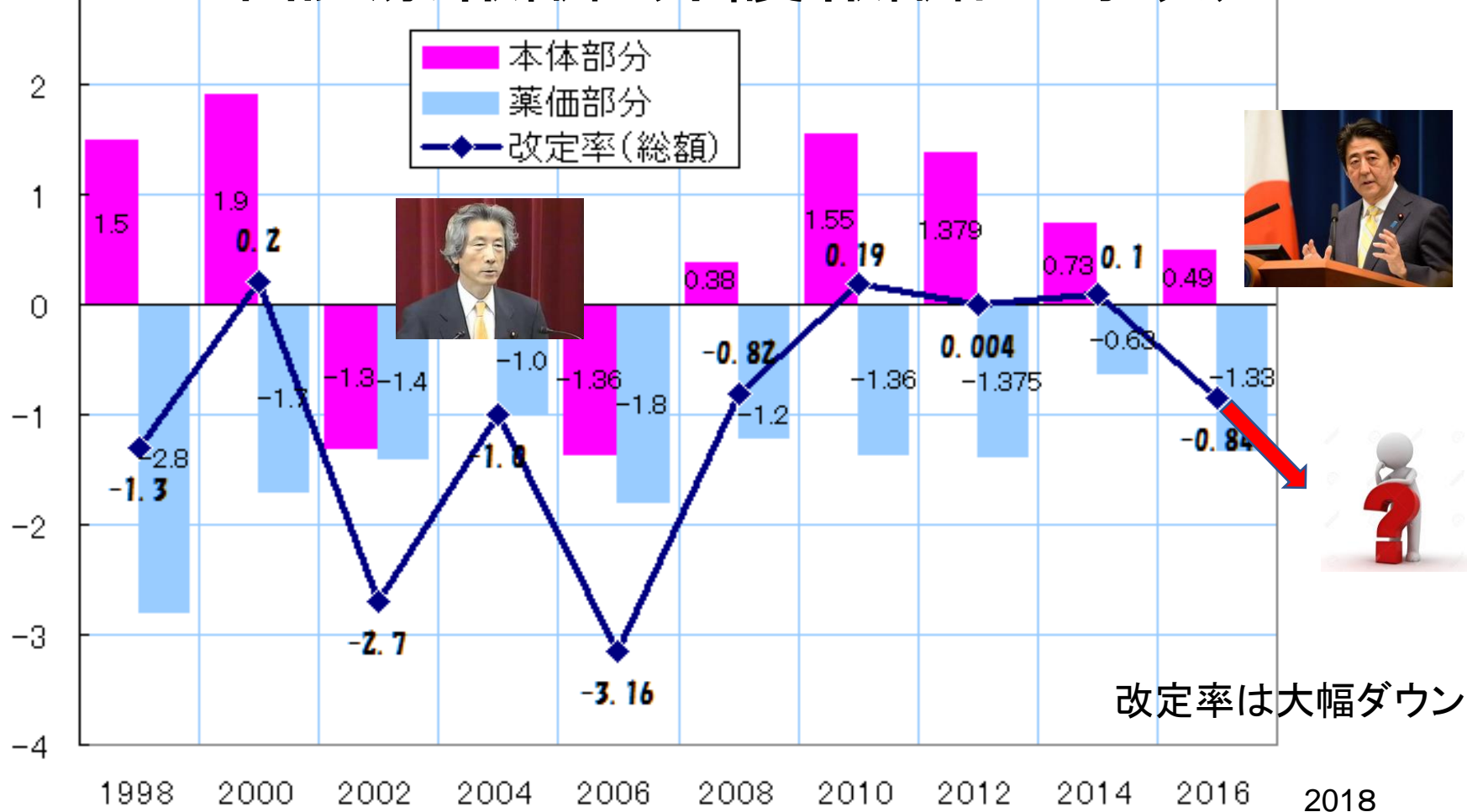
2017年度予算

自然増を1400億円圧縮、5000億円以内に

財務・厚労省が検討する社会保障費の伸び抑制策

医療	窓口負担	かかりつけ医以外の受診に定額負担
	高額療養費	後期高齢者の自己負担引き上げ
	高額薬	オプジーボの薬価引き下げと使用の指針策定
介護	自己負担	2割負担の対象者を拡大
	高額介護費	自己負担の月額上限を引き上げ
	サービス	要介護度の低い人向けサービスの保険外し
	保険料	大企業社員の保険料引き上げ

2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

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）



ポイントは地
域包括ケアと
地域医療構想

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

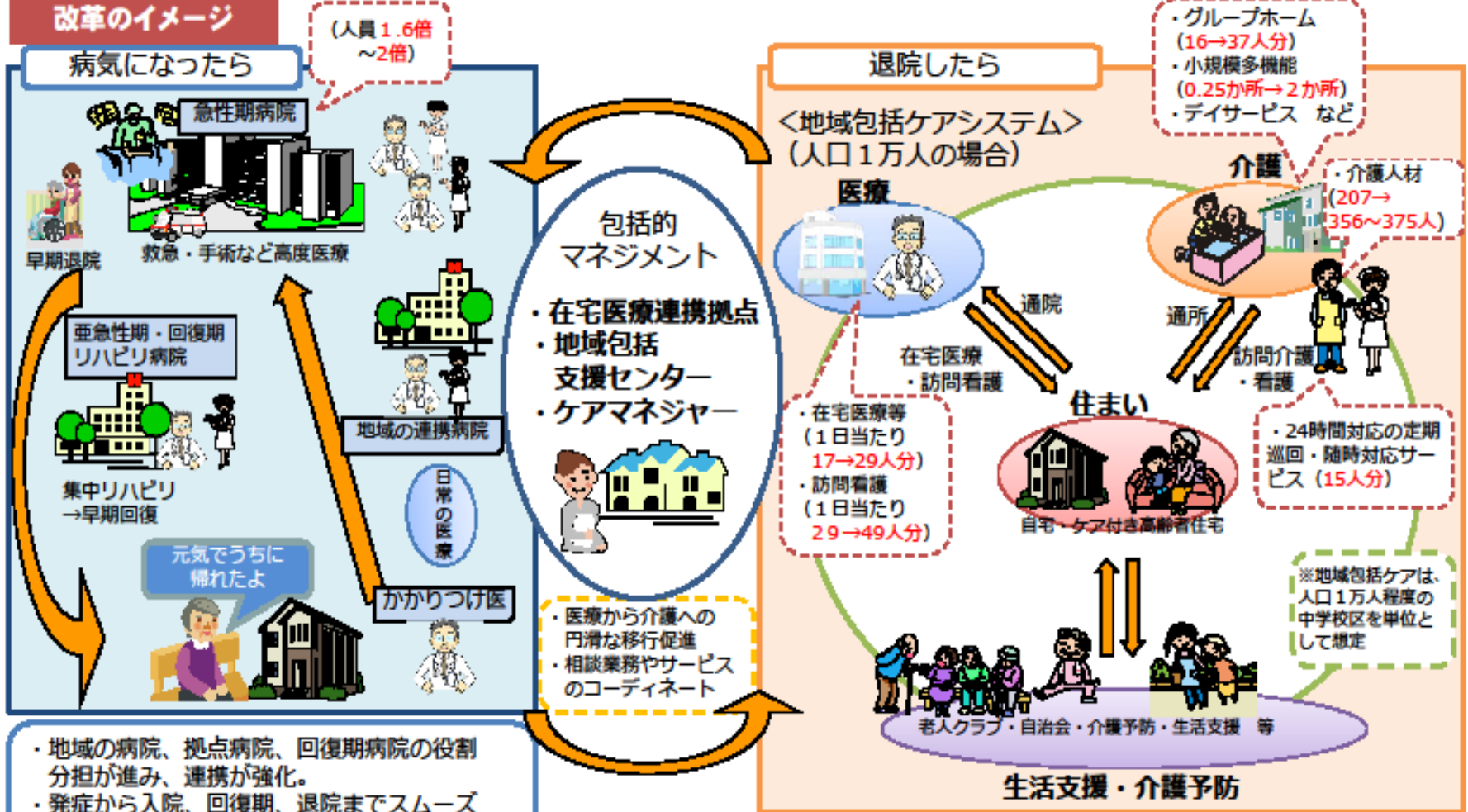
改革の方向性 ②

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

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)

2014年6月18日
可決成立

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)

(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

東京都 二次保健医療圏



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。

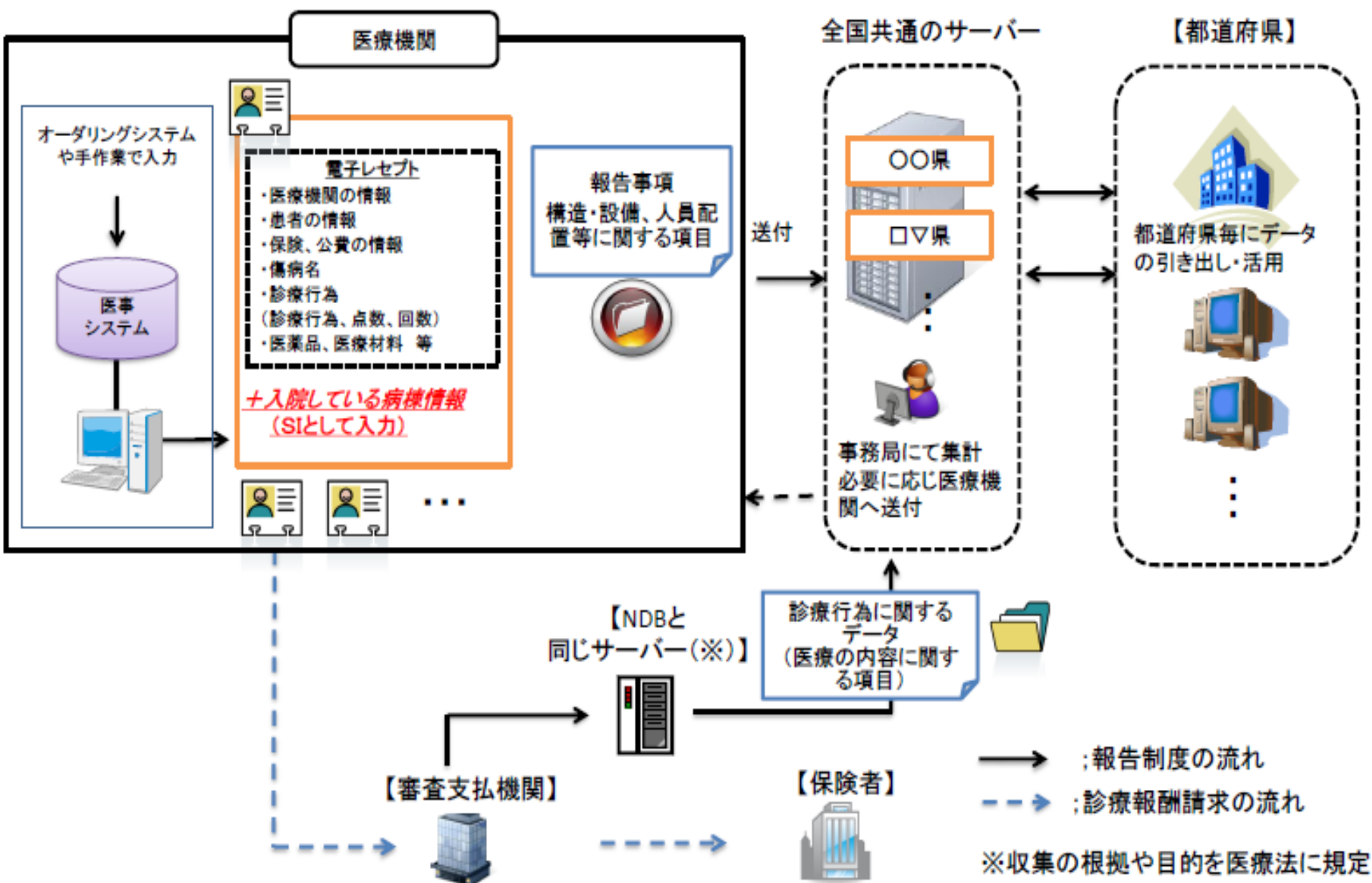
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

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

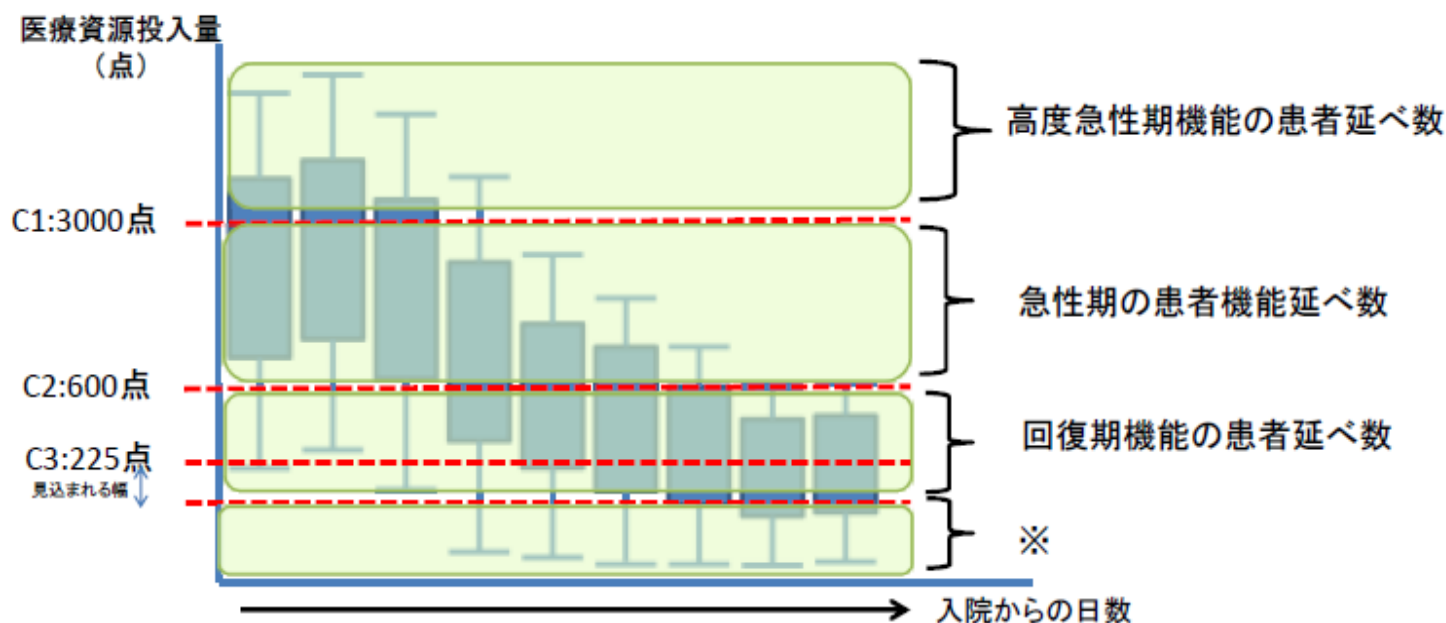
ステップ② 医療需要を推計する

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。

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

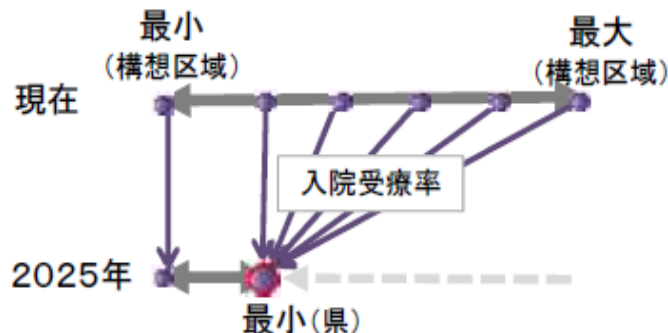
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、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

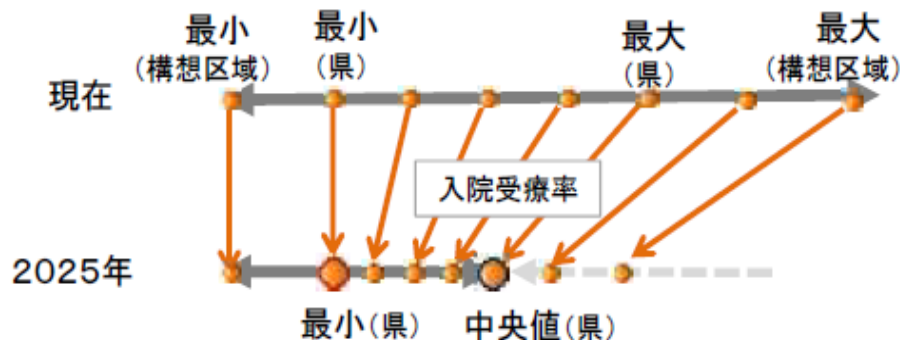
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

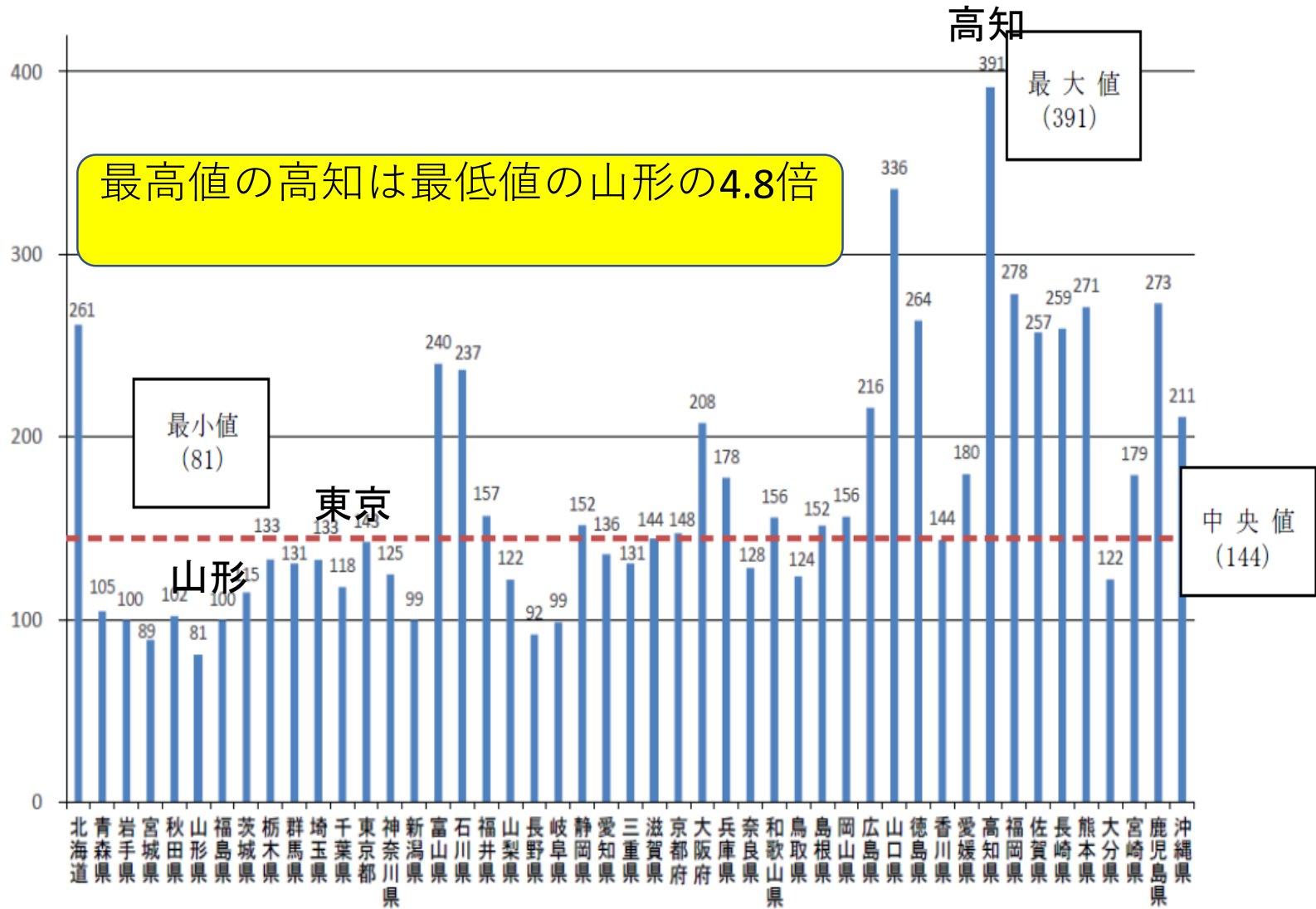
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※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入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※) (平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



出典：社会保障制度改革推進本部専門調査会「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」

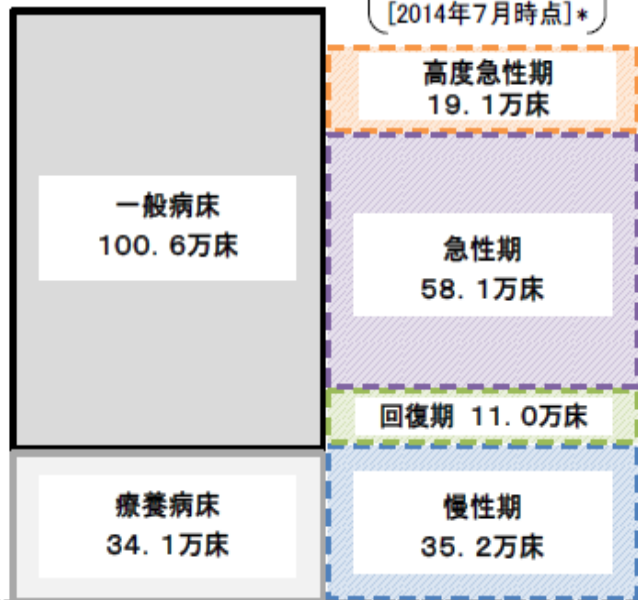
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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

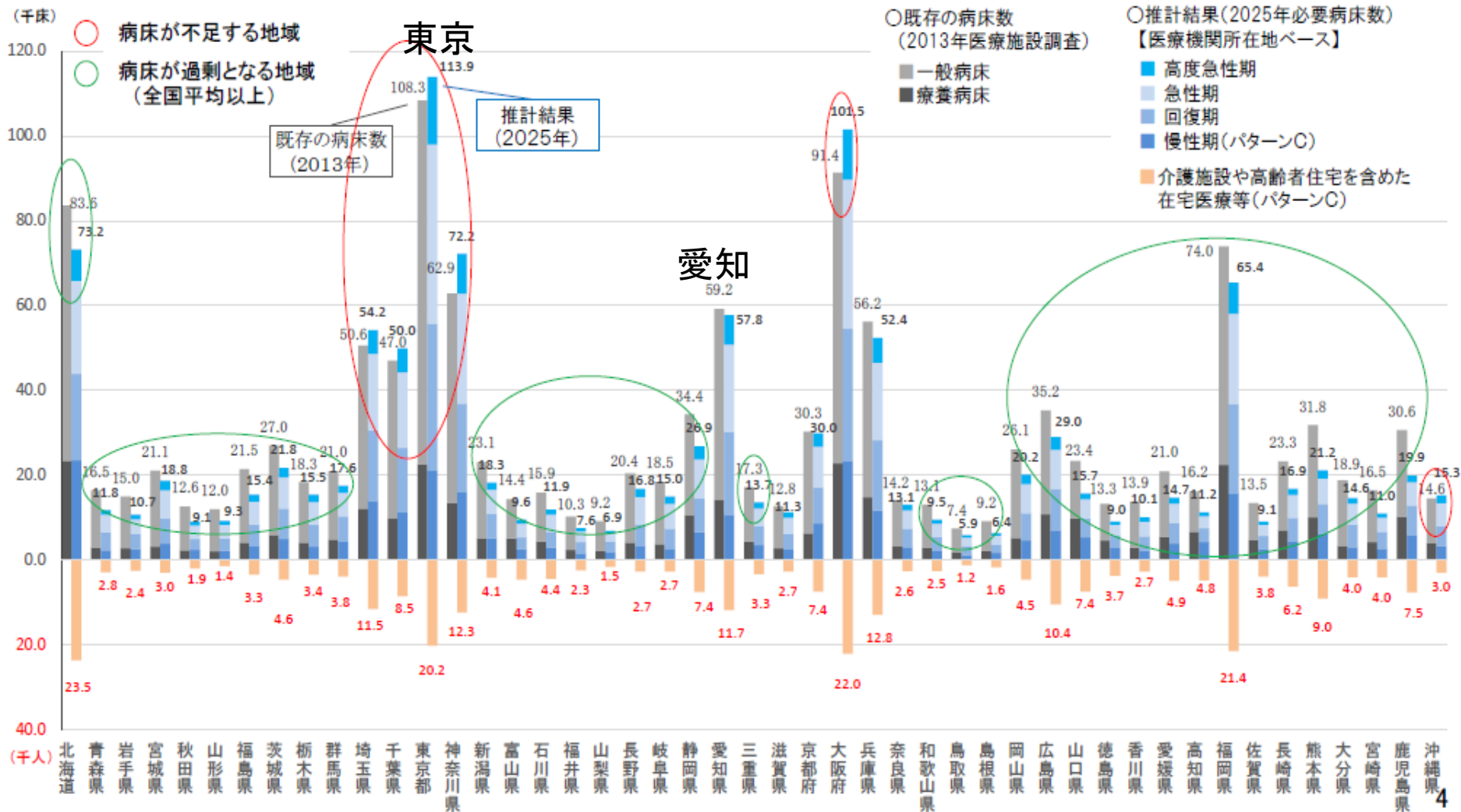


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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

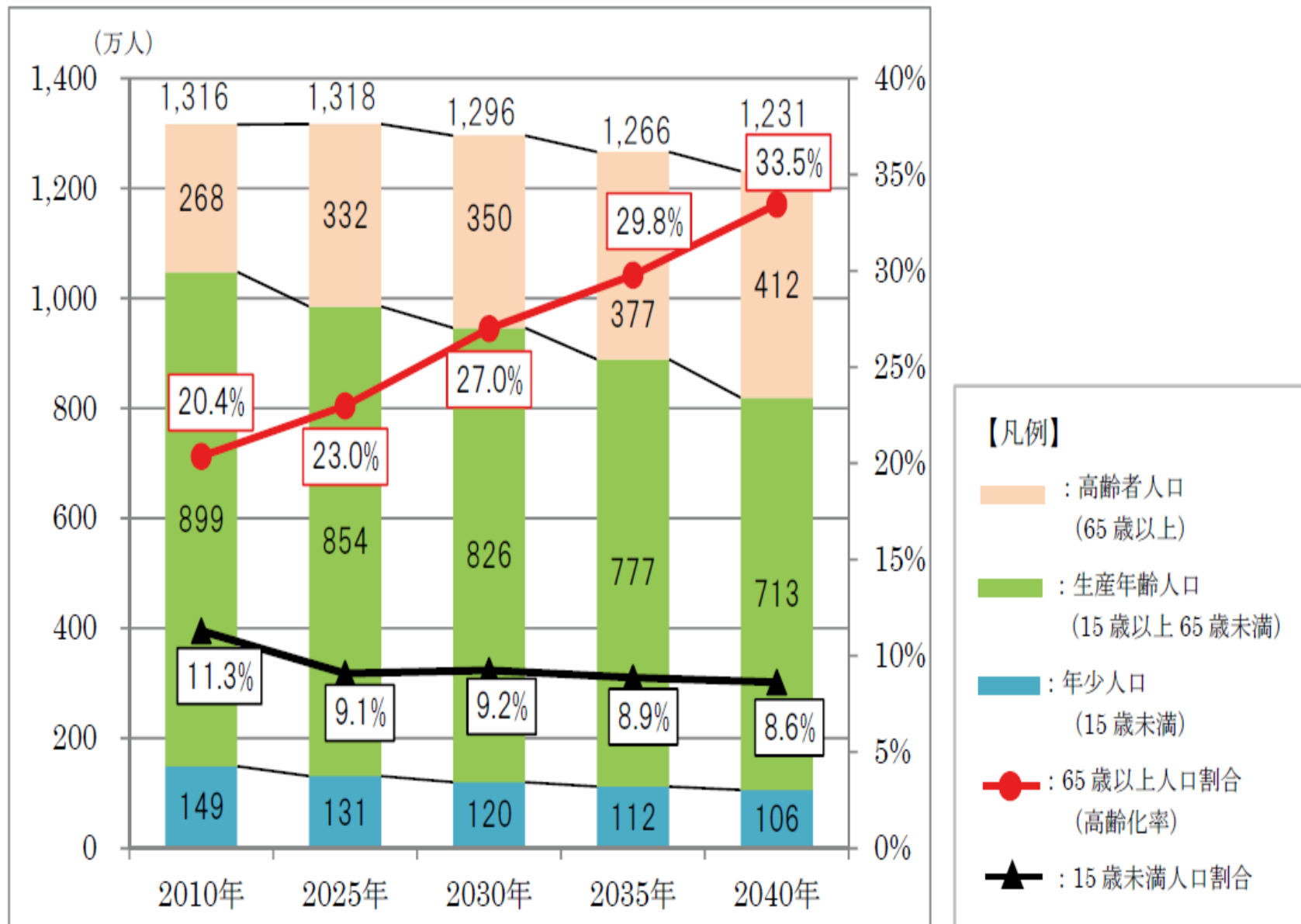
医療が変わる、病床が変わる

	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

東京都の地域医療構想

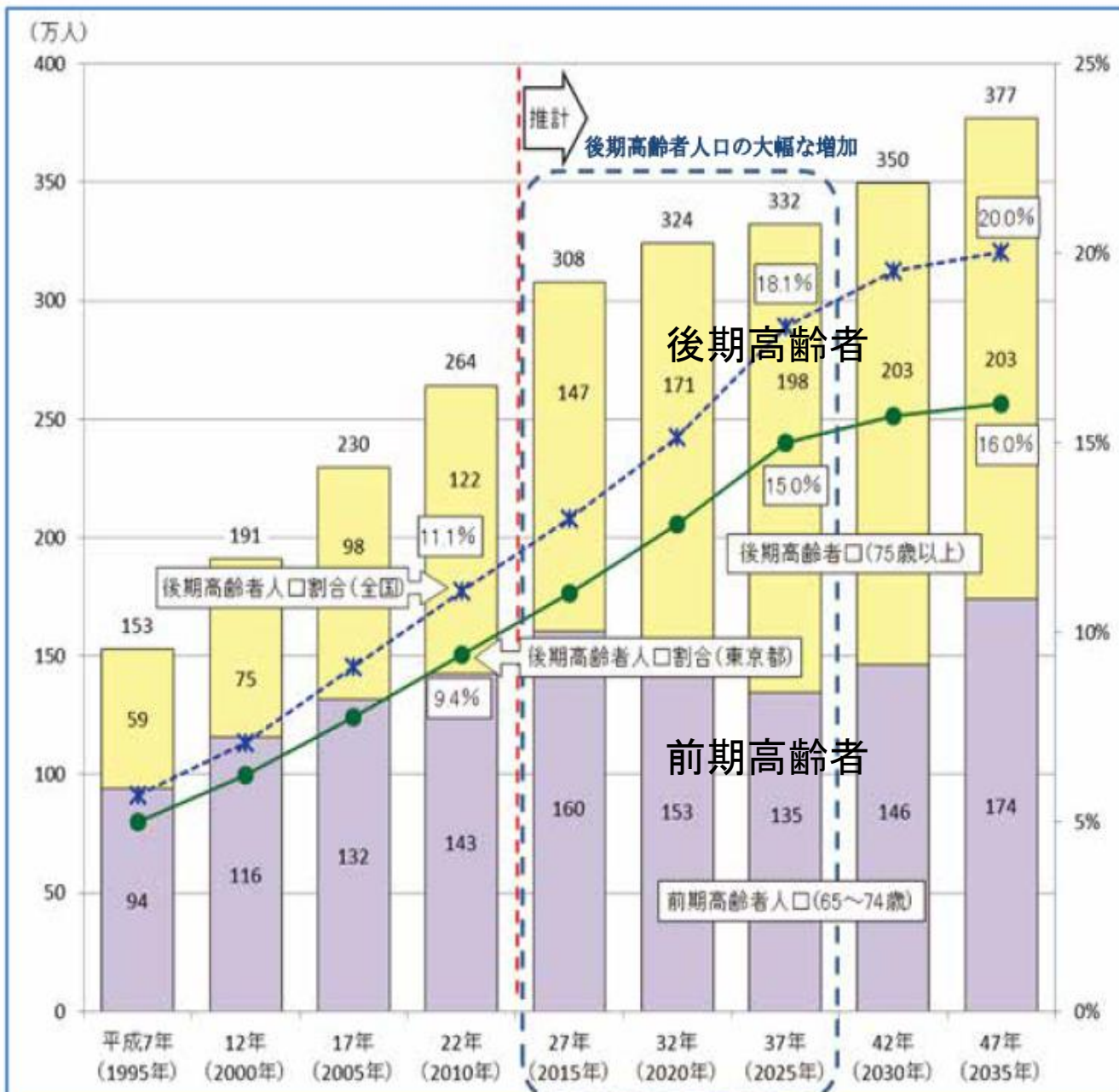


人口の推移



高齢者人口の推移

後期高齢者の爆発的な増加！
2025年、後期高齢者200万人、前期高齢者130万人



東京都の構想区域の設定の考え方

- 事業推進区域と病床整備区域とに分ける
- ①事業推進区域
 - 疾病事業ごとに柔軟に区域を設定
- ②病床整備区域 = 構想区域
 - 病院病床と有床診療所の病床を整備する地域単位
 - 将来の2次医療圏を目指す

三次保健医療圏（都全域）

○救命救急 ○周産期

二次保健医療圏

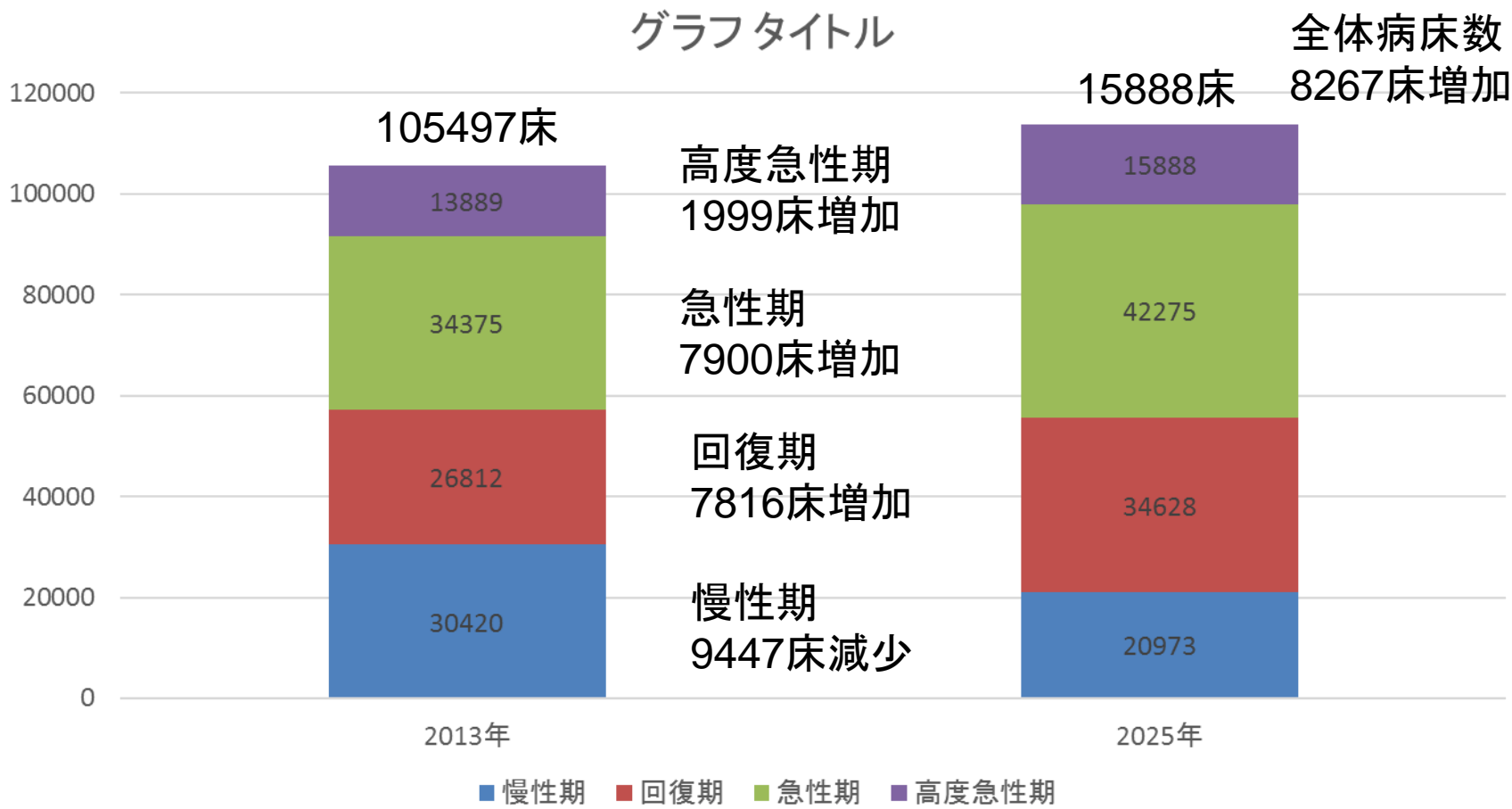
12医療圏＋島しょ医療圏

○がん ○脳卒中 ○急性心筋梗塞 ○糖尿病 ○認知症疾患医療センター
○災害医療 ○二次救急 ○小児二次救急



2025年の
東京都の必要病床数、
在宅必要量の推計は？

東京都の2025年の病床必要量 (医療機関所在地ベース)



東京都の在宅医療必要量

グラフタイトル

人/日

400000
350000
300000
250000
200000
150000
100000
50000
0

在宅医療等必要量は
3.5倍増！

2013年

2025年

■ 訪問診療 ■ 在宅医療等

90975

143428

197275

パート 3

2018年診療報酬改定



入院医療等調査評価分科会より

2018年診療報酬改定へ向けて


(中医協総会 2016年12月21日)

- (1) 医療機能の分化・連携の強化、
地域包括ケアシステムの構築の推進
 - ①入院医療
 - 医療機能、患者の状態に応じた評価
 - 7対1、地域包括ケア病棟、介護療養病床の転換（介護医療院）
 - DPC制度における調整係数、機能評価係数Ⅱの見直し等
 - 調整係数の廃止
 - 医療従事者の負担軽減やチーム医療の推進等に係る取組
 - ②外来医療
 - かかりつけ医機能とかかりつけ歯科医機能
 - かかりつけ医機能とかかりつけ薬剤師・薬局機能の連携
 - 生活習慣病治療薬等の処方
 - フォーミュラリー
 - 紹介状なしの大病院受診時の定額負担
 - ③在宅医療
 - 重症度や居住形態、患者の特性に応じた評価
 - 訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護、在宅薬剤管理指導等
 - 訪問リハビリテーション指導管理2

- ④医療と介護の連携
 - 療養病床・施設系サービスにおける医療
 - 居宅等における医療（訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等）
 - 維持期のリハビリテーション
- (2) 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現
 - アウトカムに基づく評価
 - 患者や家族等への情報提供や相談支援
 - 医療機能等に関する情報提供や公表
 - 患者の選択に基づくサービス提供
- (3) 重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進
 - 緩和ケアを含むがん患者への質の高い医療
 - 認知症患者への質の高い医療
 - 精神疾患患者への医療提供や地域移行・地域生活支援
 - 外来や入院でのリハビリテーション
 - 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療
 - 薬剤使用の適正化に係る薬剤管理業務

- (4) 持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応
 - ① 医薬品、医療機器等の適切な評価
 - 薬価制度の抜本改革（保険医療材料価格制度の見直しを含む）
 - 年4回の薬価見直し、毎年改定
 - 医療技術の費用対効果の観点を踏まえた評価
 - 新しい医療技術の保険適用
 - 後発医薬品の更なる使用促進
 - 後発品80%シェア、バイオシミラーの評価
 - ② 次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進
 - バイオテクノロジー、ICT、AI（人工知能）などの新たな技術への対応
 - ICTを活用した医療情報の共有の在り方
 - より効率的な共有・活用を推進するための医療の情報化等に資する取組の推進

2016年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

中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

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

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

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

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

専門組織

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

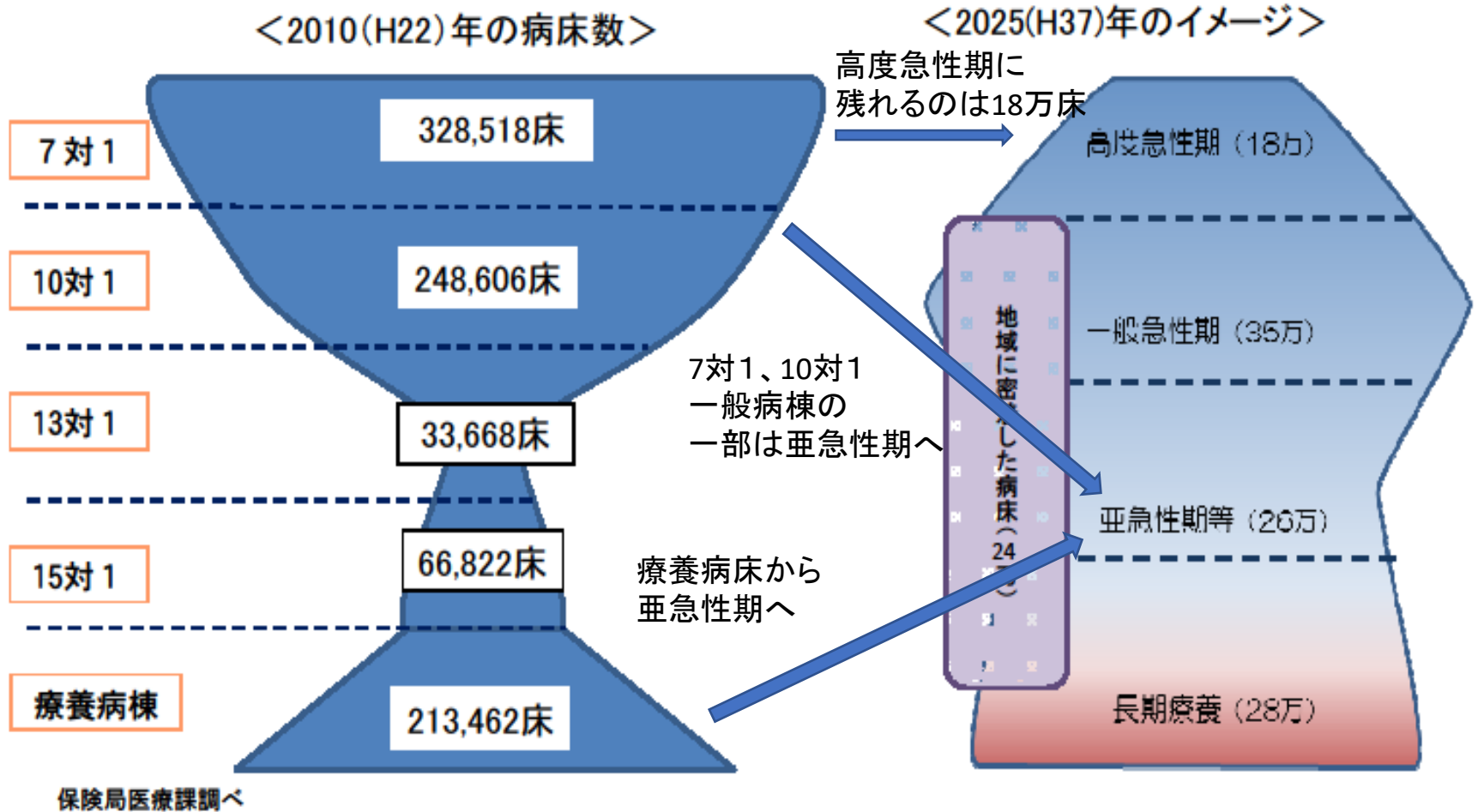
薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～



○ 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年診療報酬改定、 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
- ポイント② 地域包括ケア病棟
- ポイント③ 退院支援加算 1
- ポイント④ 療養病床の今後

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

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

(1) 重症度、医療・
看護必要度

A項目(モニタリング及び処置等)

B項目 (患者の状態)

2014年改定

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

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？

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 2016年改定

○ 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

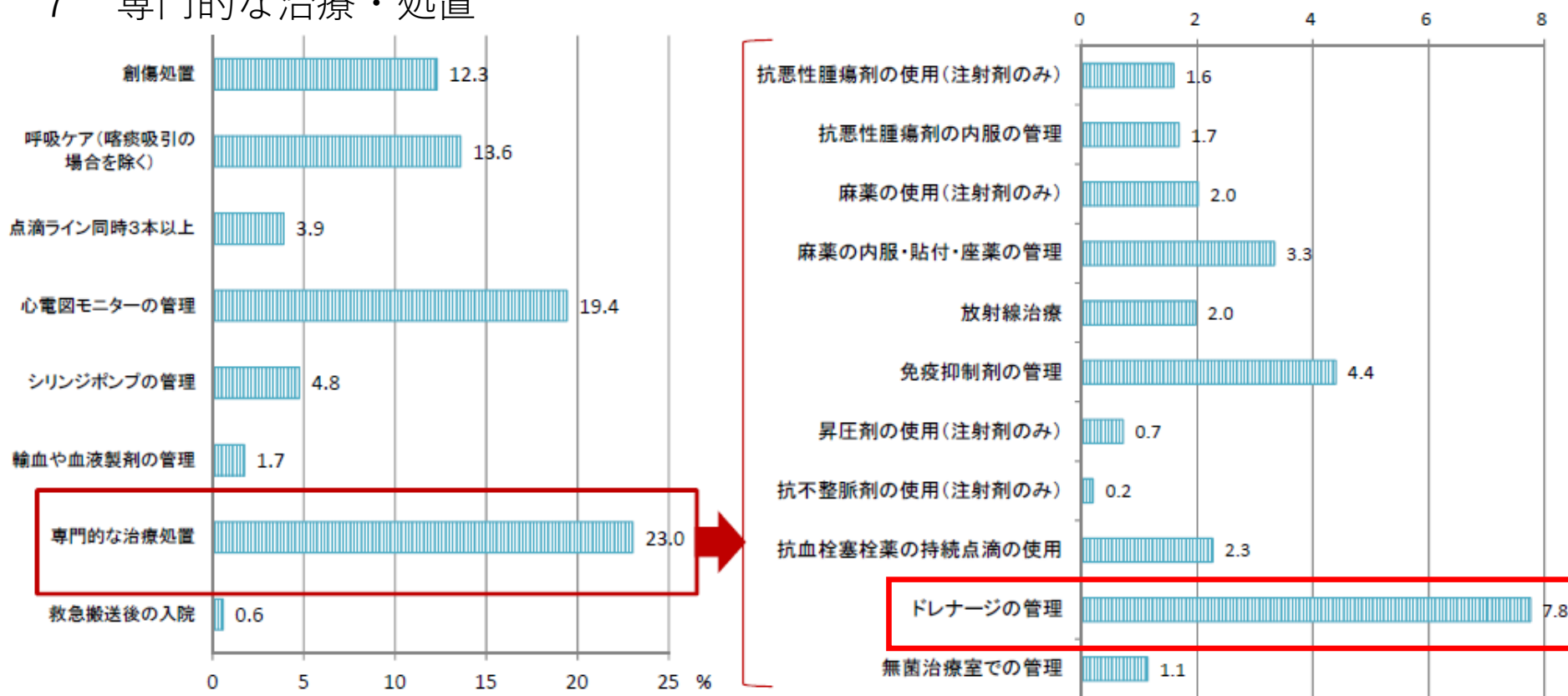
C 1得点が1点以上の患者

重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合①(A項目)

- 重症度、医療・看護必要度A項目の項目別の該当患者割合をみると、「専門的な治療・処置」の該当患者割合が最も多い。
- 「専門的な治療・処置」をさらに詳細にみると、「ドレナージの管理」の患者割合が最も多い。

＜重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)＞
(7対1一般病棟) (n=92,364) %

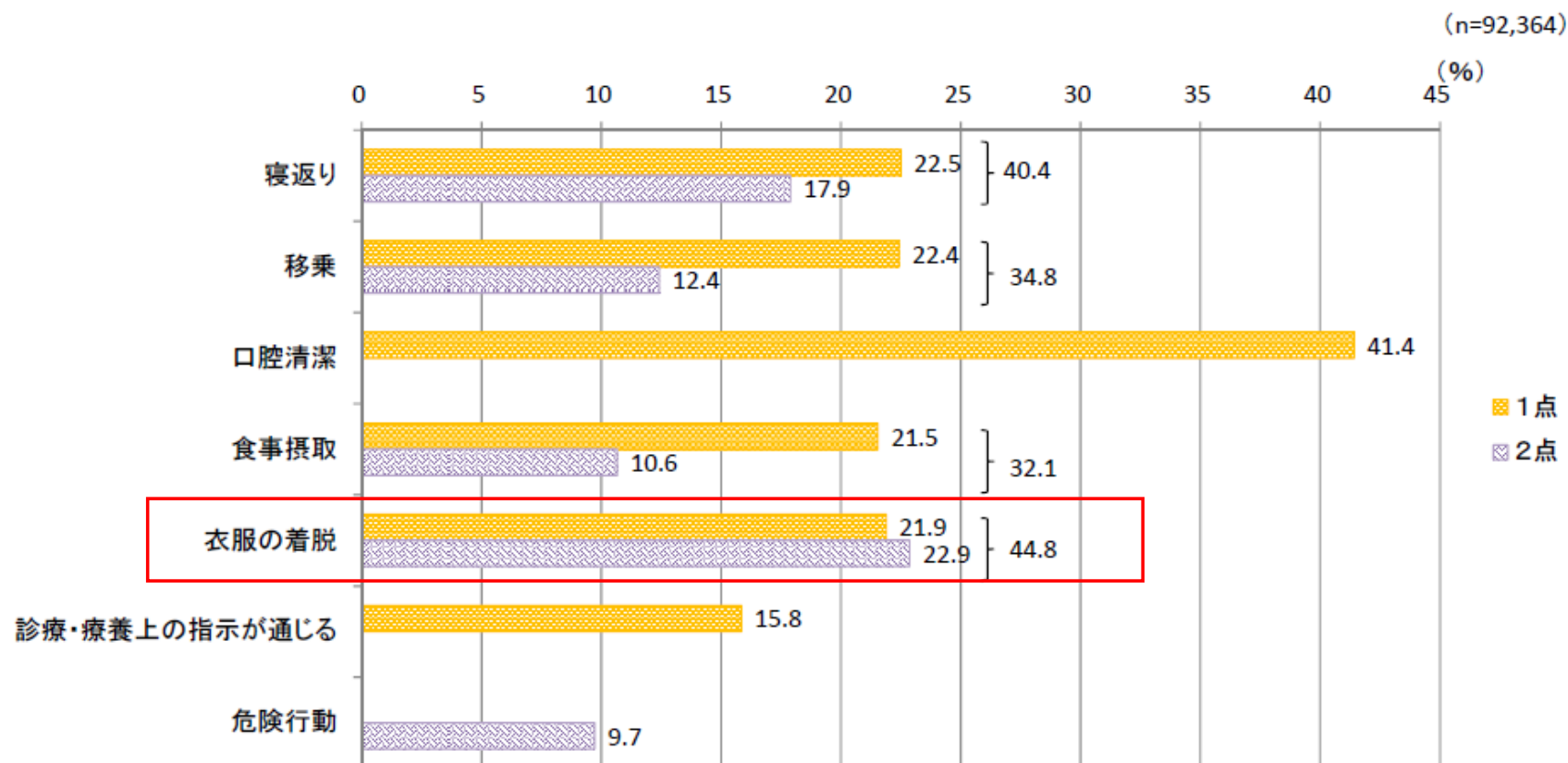
7 専門的な治療・処置



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合②(B項目)

○ 重症度、医療・看護必要度B項目の項目別の該当患者割合をみると、「衣類の着脱」の該当患者割合が最も多い。

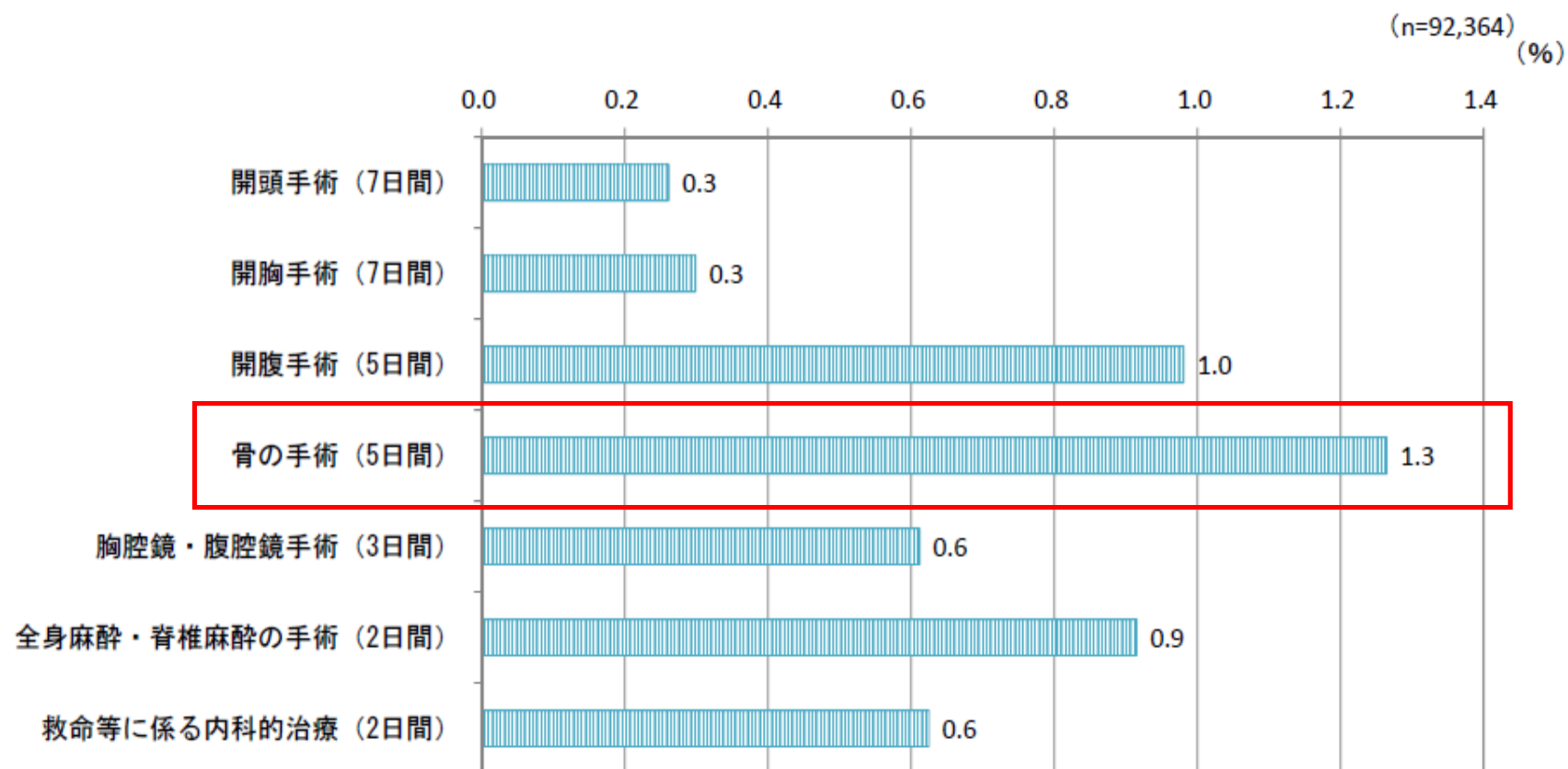
<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)>



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合③(C項目)

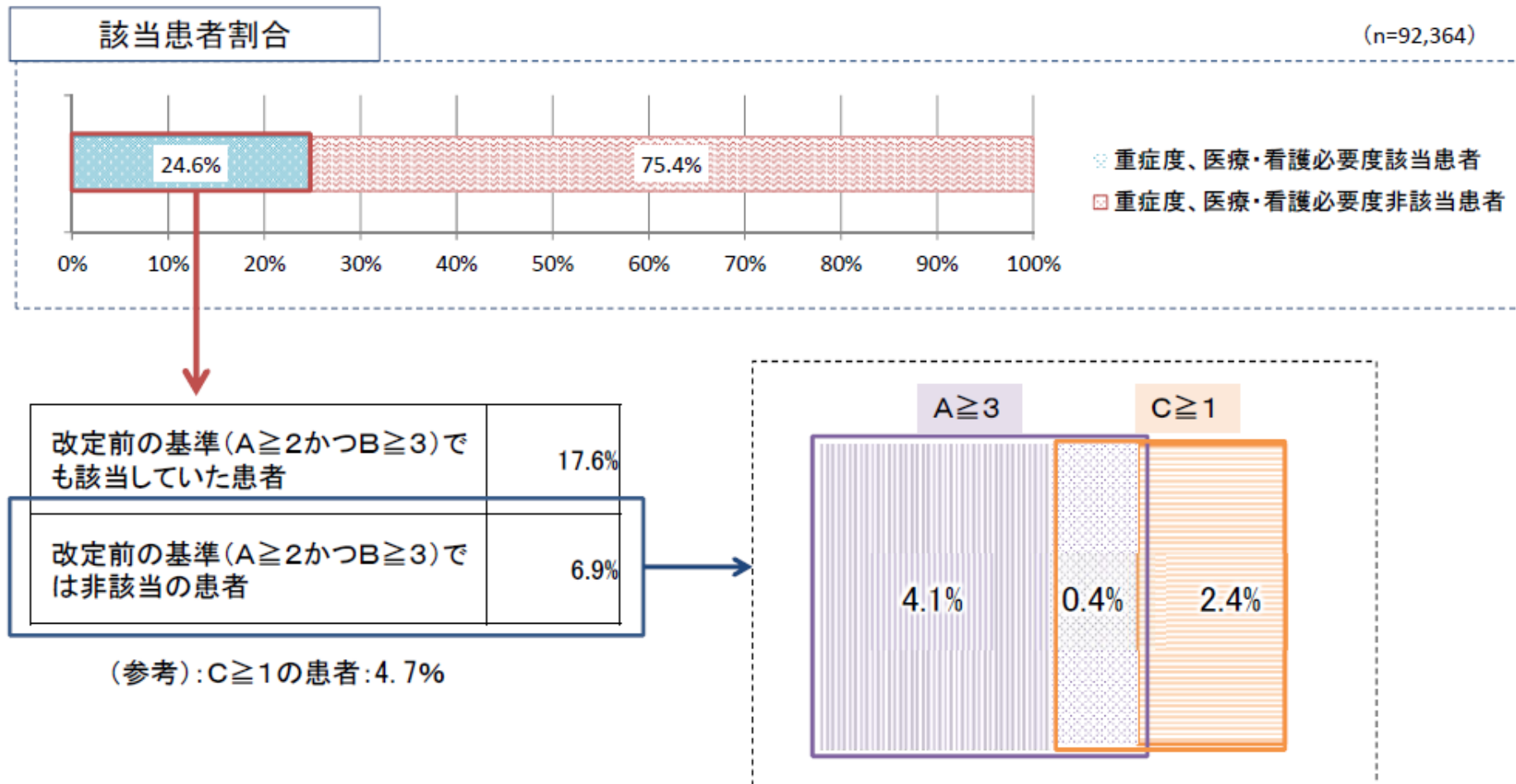
- 重症度、医療・看護必要度C項目の項目別の該当患者割合をみると、「骨の手術」の該当患者割合が最も多い。

<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(C項目)>



重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準の見直しの影響

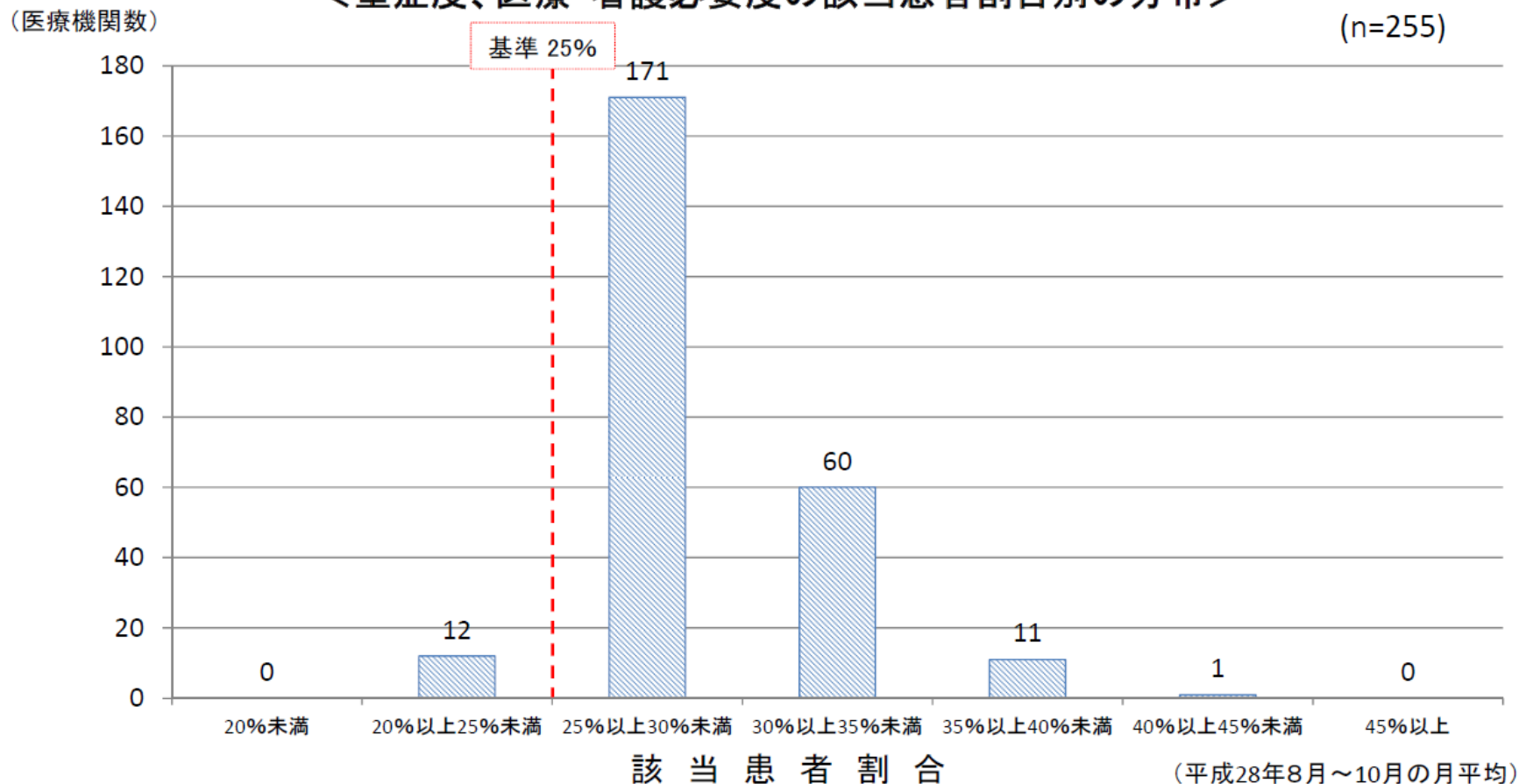
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者24.6%のうち、改定前の基準では非該当であった患者は、6.9%であった。また、C項目に該当した患者は、4.7%であった。



一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%～30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布>

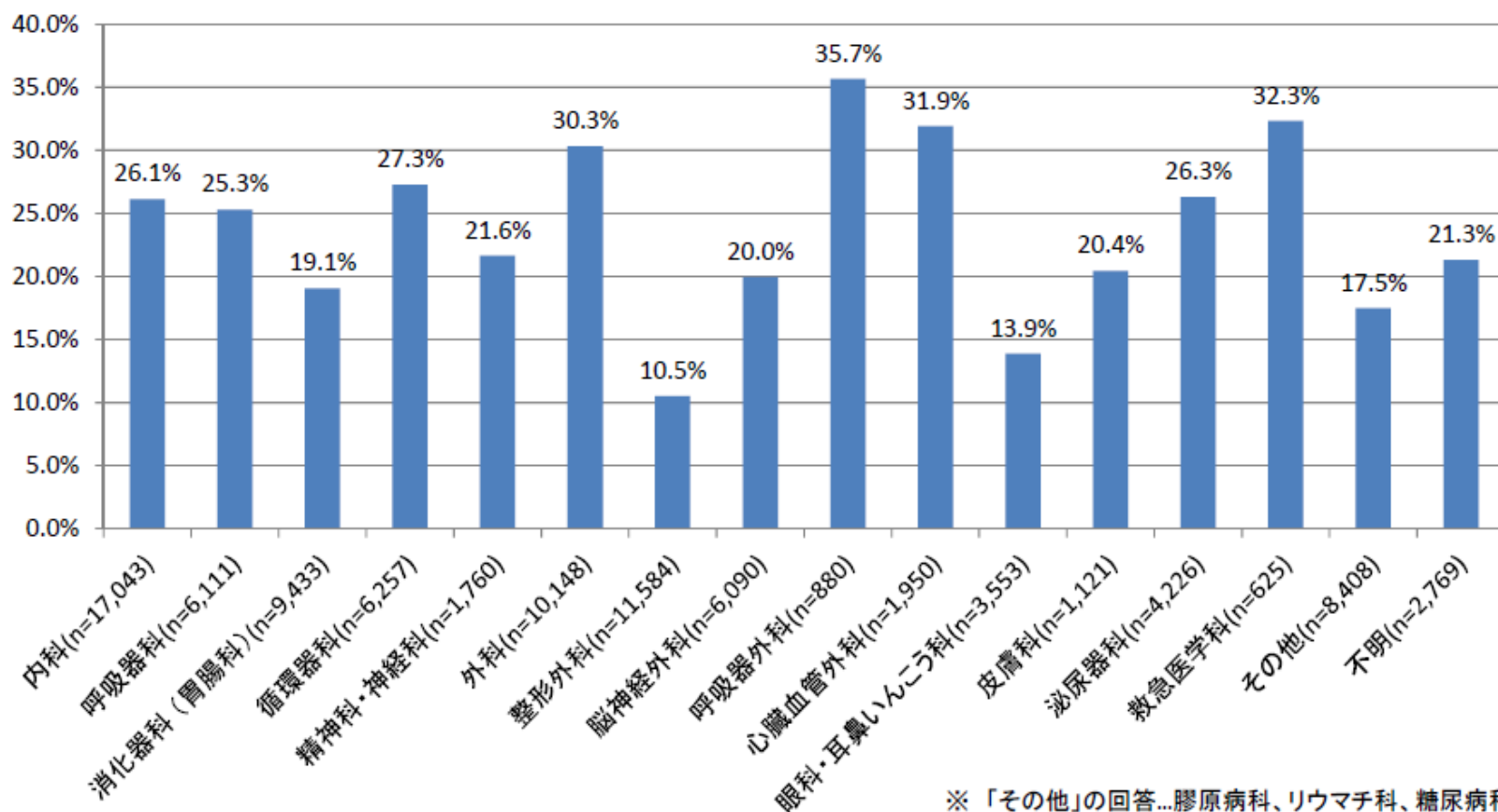


重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合

○ 重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合は、「呼吸器外科」が35.7%と高く、次いで「救急医学科」、「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合である。

<診療科別の該当患者割合>

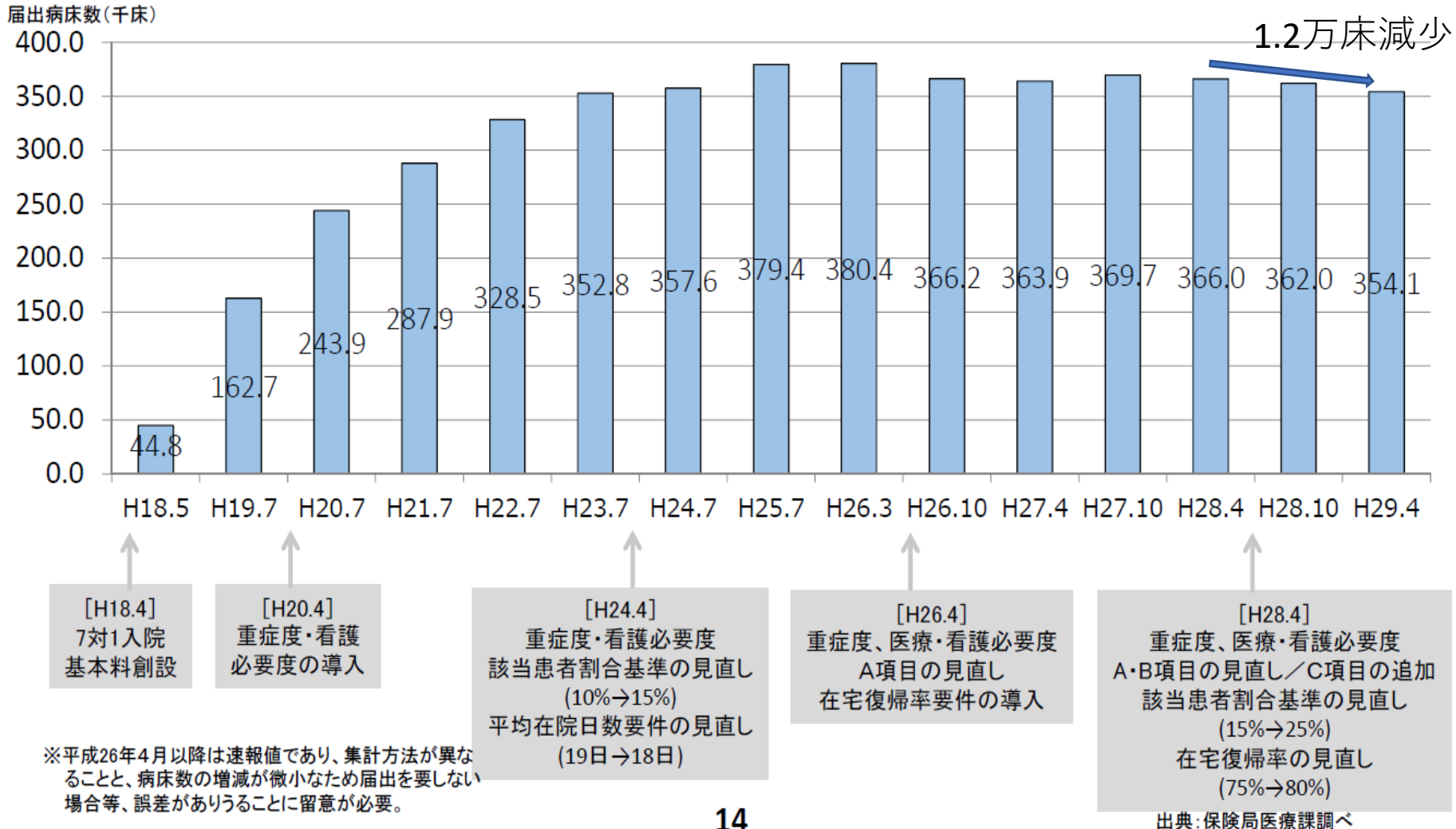
(n=92,364)



※ 「その他」の回答...膠原病科、リウマチ科、糖尿病科、内分泌内科、麻酔科、緩和ケア科等

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。
- 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年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

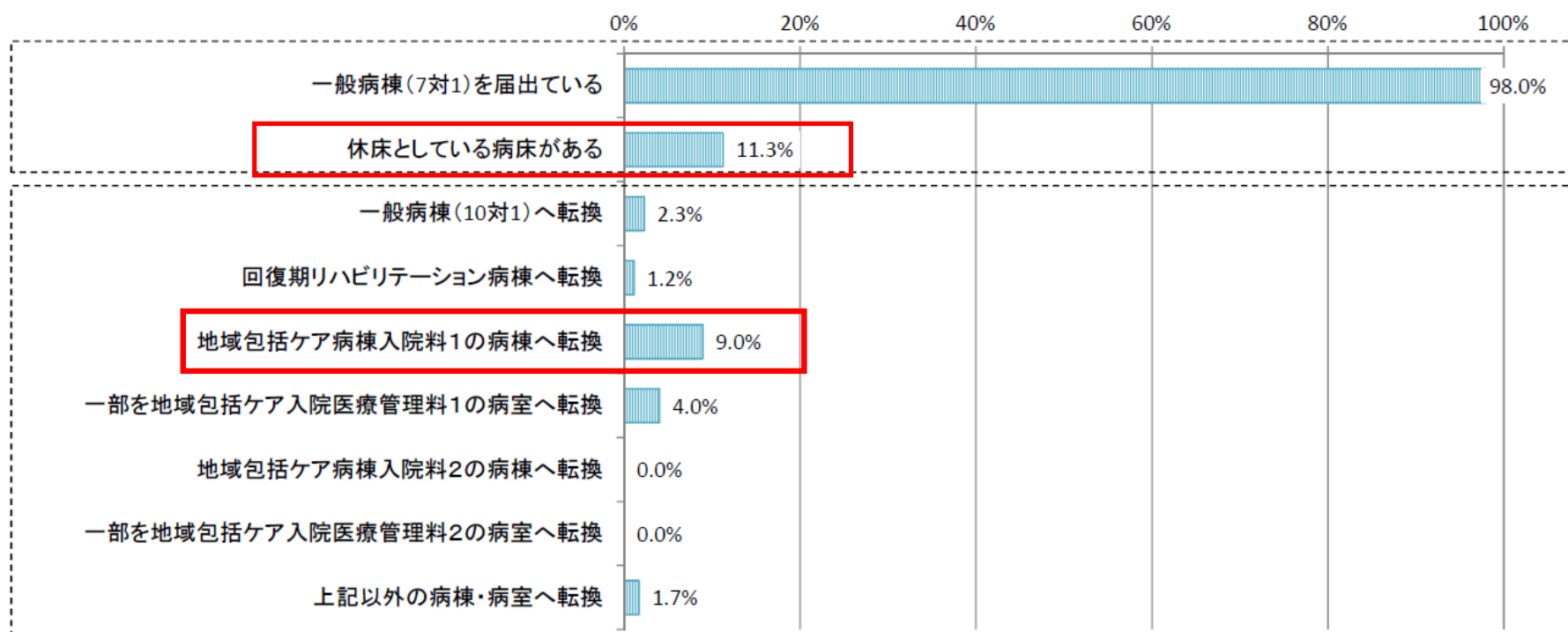


改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設で、平成28年11月1日時点で一般病棟（7対1）を届け出ている施設は、98.0%であった。
- また、7対1病棟以外の病棟として届け出たものの中では、地域包括ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関が最も多かった。

＜改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設の平成28年11月1日時点での当該病棟の状況＞

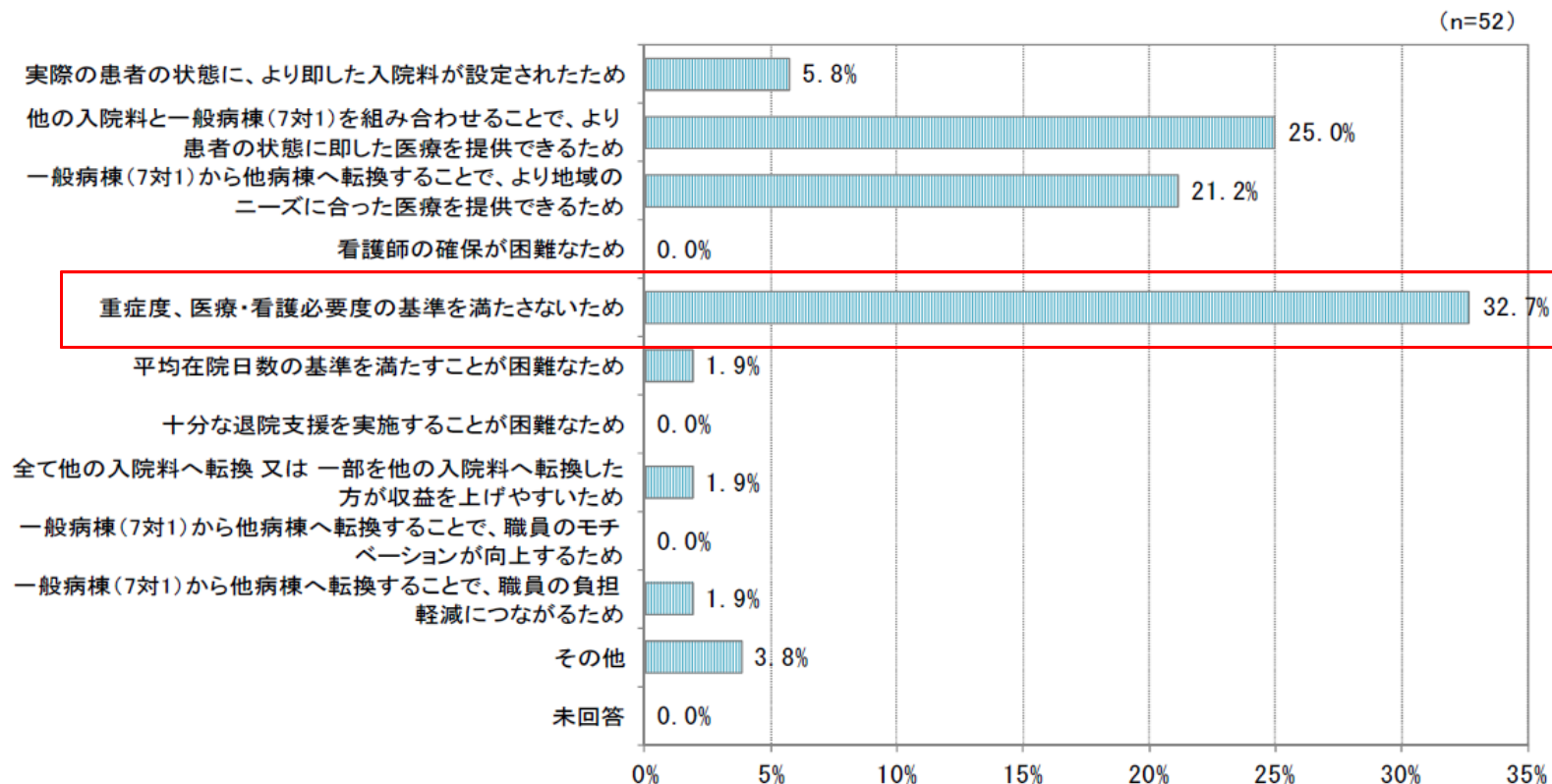
(n=346)



一般病棟（7対1）から転換した理由

- 一般病棟（7対1）から転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」が最も多く、次いで「他の入院料と一般病棟（7対1）を組み合わせることで、より患者の状態に即した医療が提供できるため」が多かった。

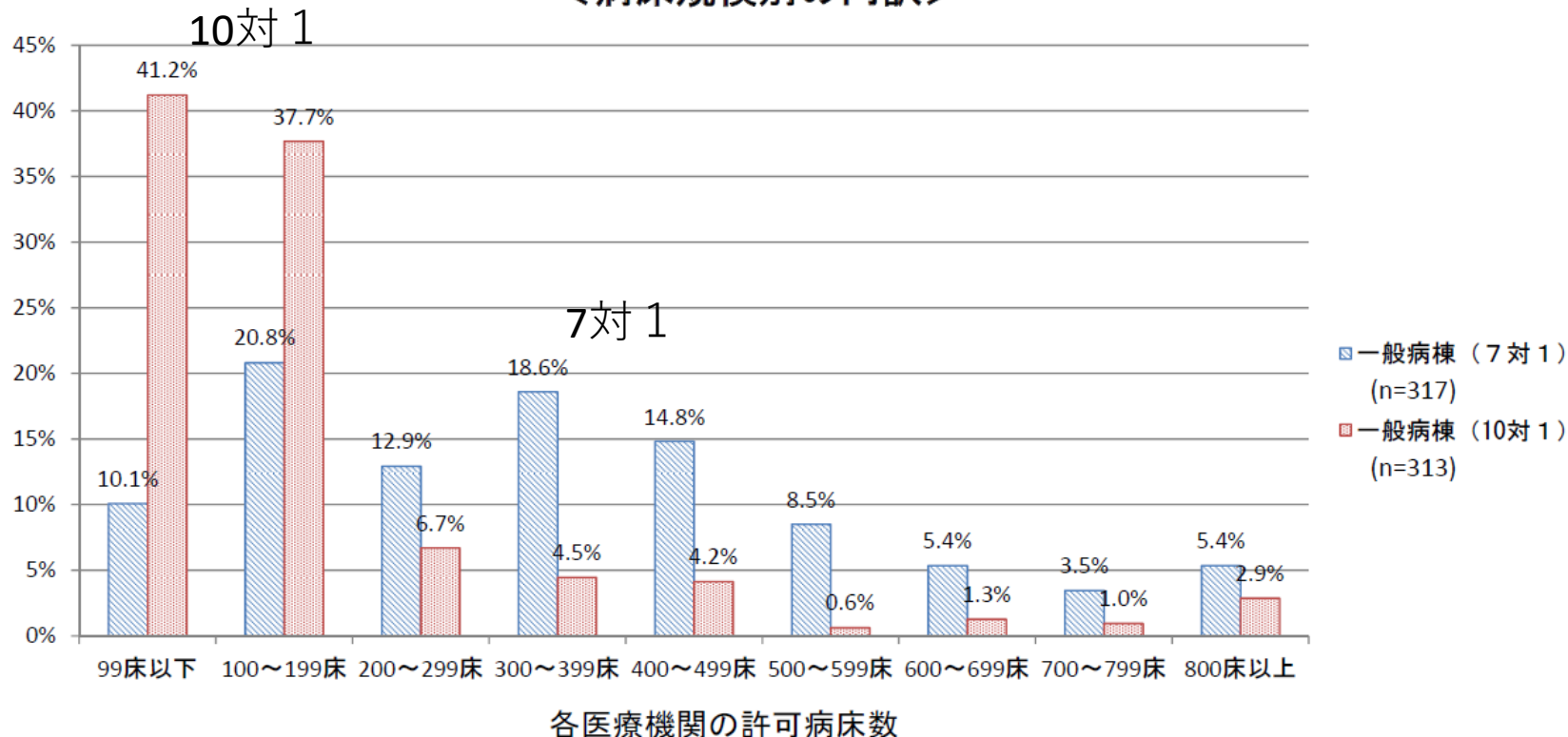
＜一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）＞



回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

<病床規模別の内訳>

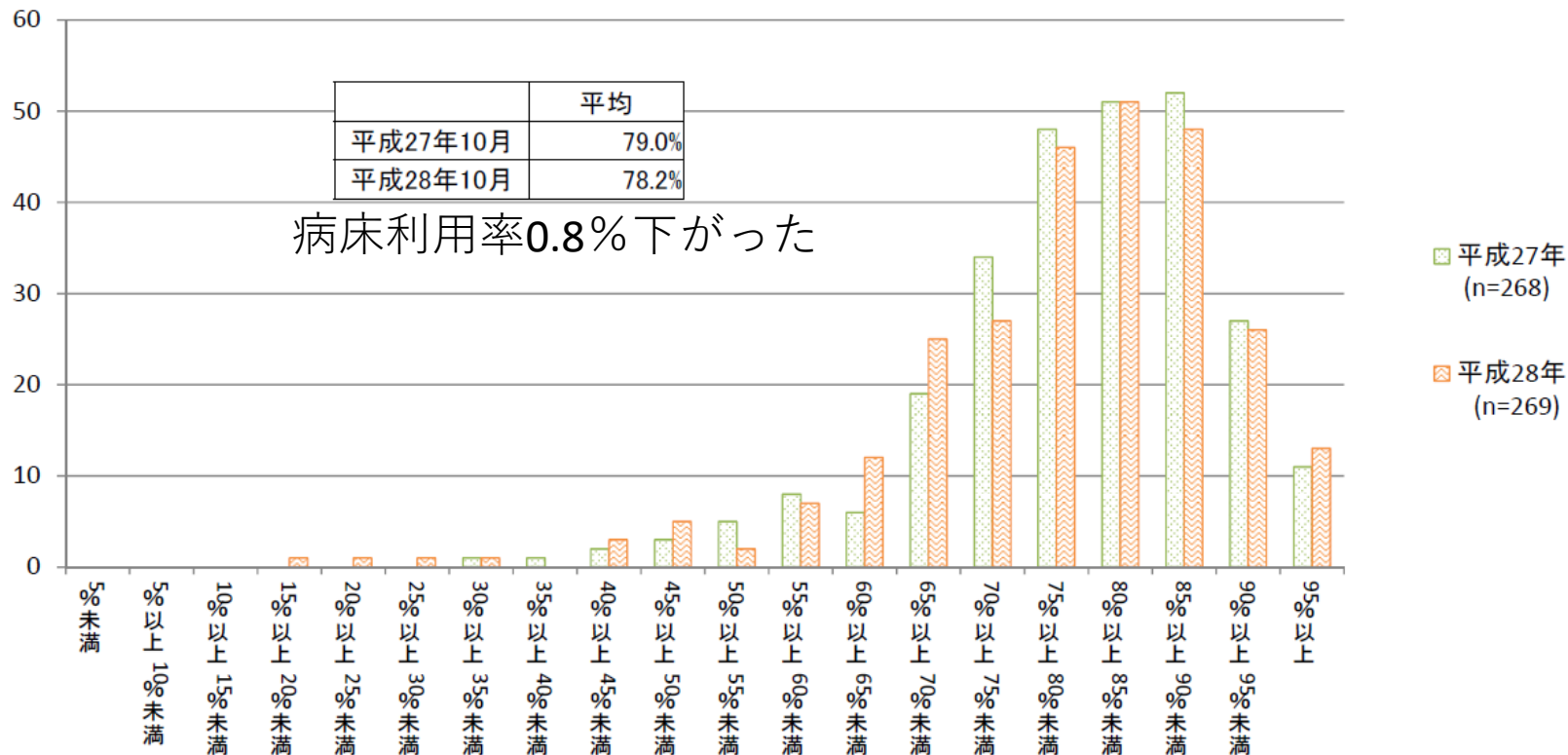


一般病棟（7対1）における病床利用率の状況

- 一般病棟（7対1）における病床利用率をみると、平成28年10月の平均は平成27年10月の平均と比較して0.8ポイント低い。
- 平成28年10月の医療機関ごとの分布をみると、80～85%の医療機関が最も多い。

（医療機関数）

＜病床利用率別の分布＞



(2) 平均在院日数

平均在院日数の要件の変遷

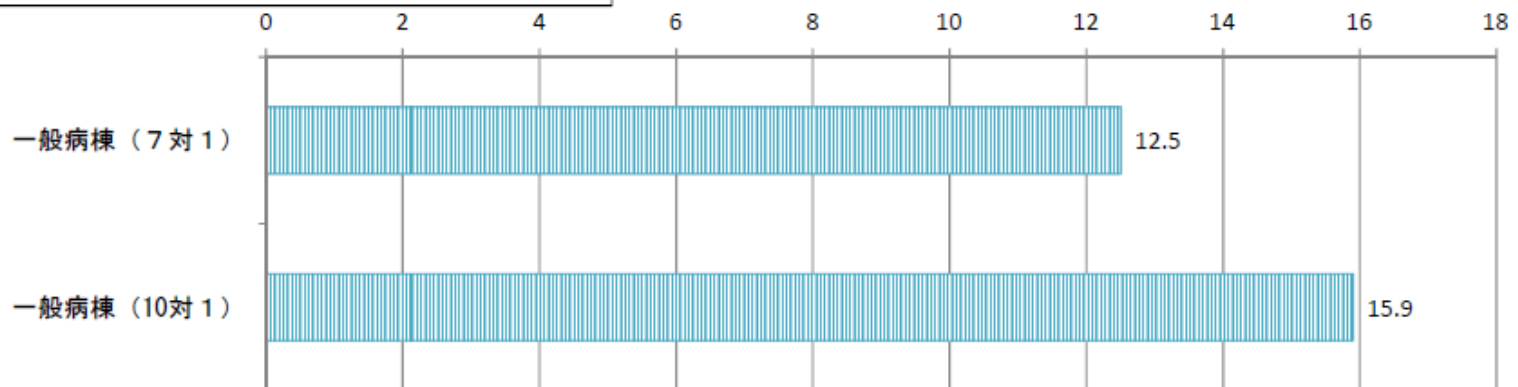
【平均在院日数要件】

入院から退院までの一連の治療のプロセスにおける、医療機関の早期退院の取り組み・能力を評価

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
平成12年度～	25日以内	
平成14年度～	21日以内	
平成18年度～	19日以内	21日以内
平成24年度～	18日以内	

※ 平成18年以前は、一般病棟入院基本料のI群入院基本料1の施設基準

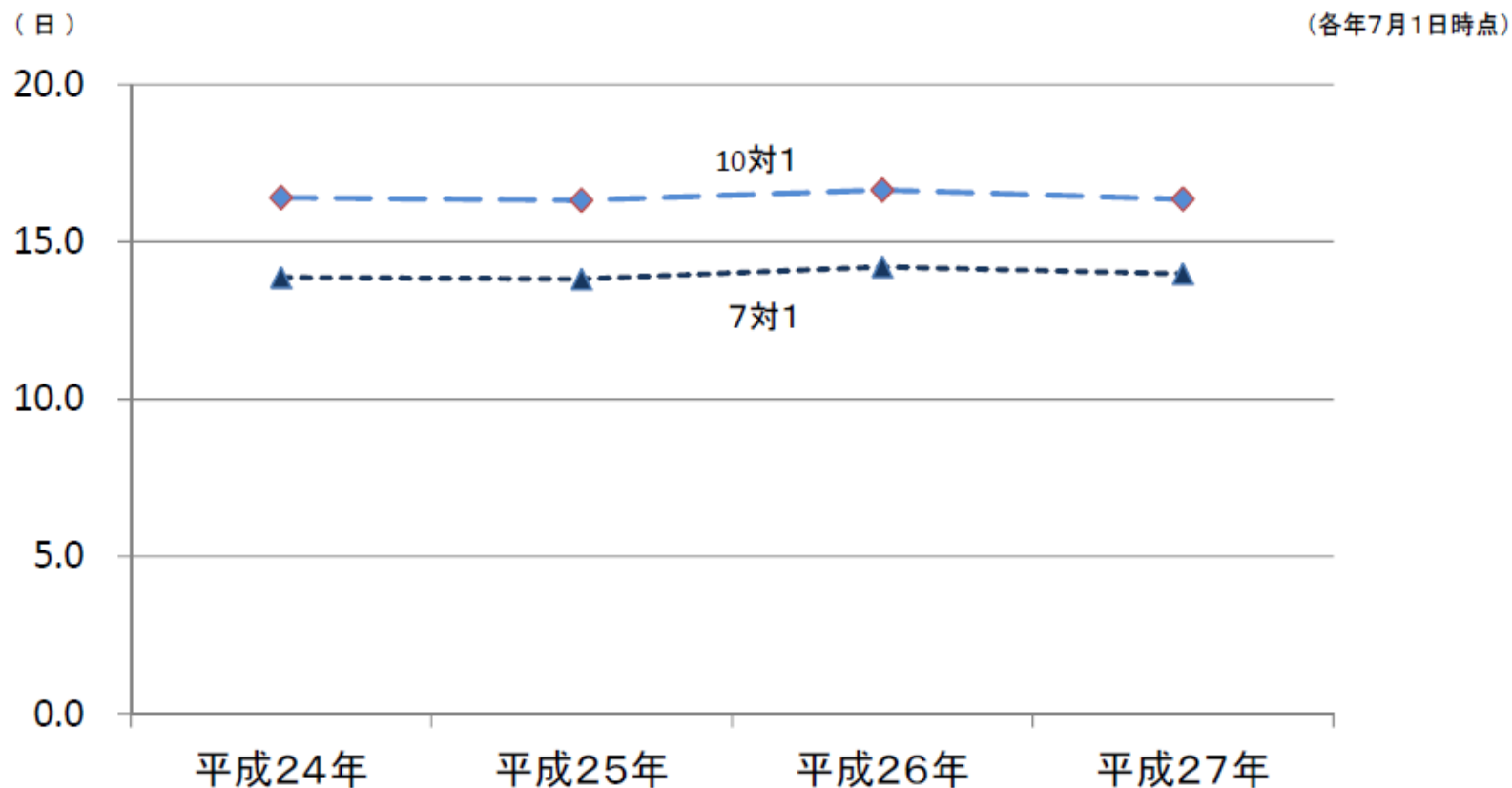
(参考)平成28年度入院医療等の調査結果



出典:平成28年度入院医療等の調査(施設票)

一般病棟入院基本料区分別 平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、10対1に比べ、7対1が短い。また、近年の推移はほぼ横ばい。



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

(3) 在宅復歸率

在宅復帰率要件の変遷

【在宅復帰率要件】

医療機関における、在宅復帰に向けた取り組みや連携を評価

【平成26年度診療報酬改定】

- 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について、「75%以上」の施設基準を新設。

[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)

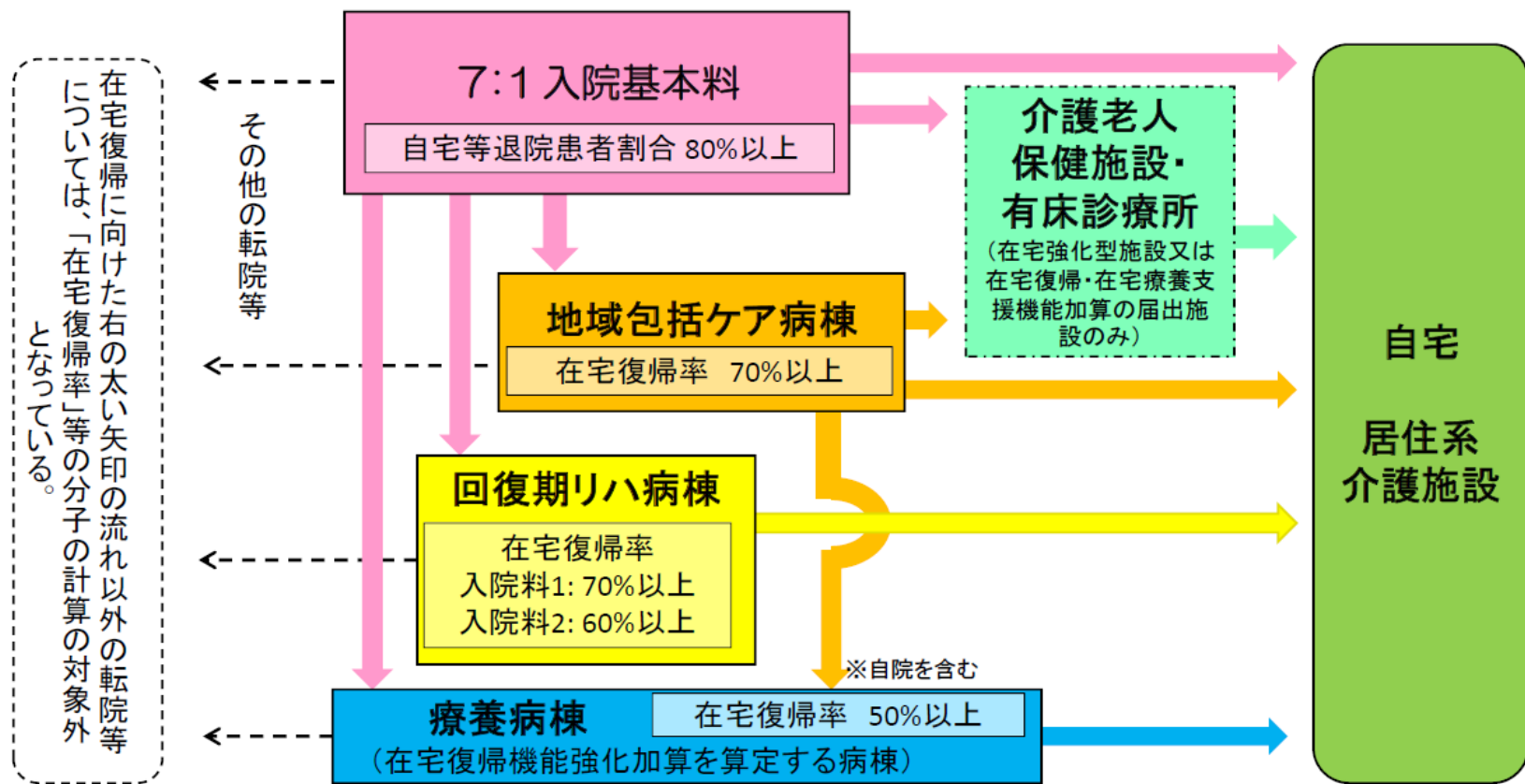
【平成28年度診療報酬改定】

- 施設基準の自宅等に退院する者の割合を、80%以上に引上げ。
- 評価の対象となる退院先に、「有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)」を追加。

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。

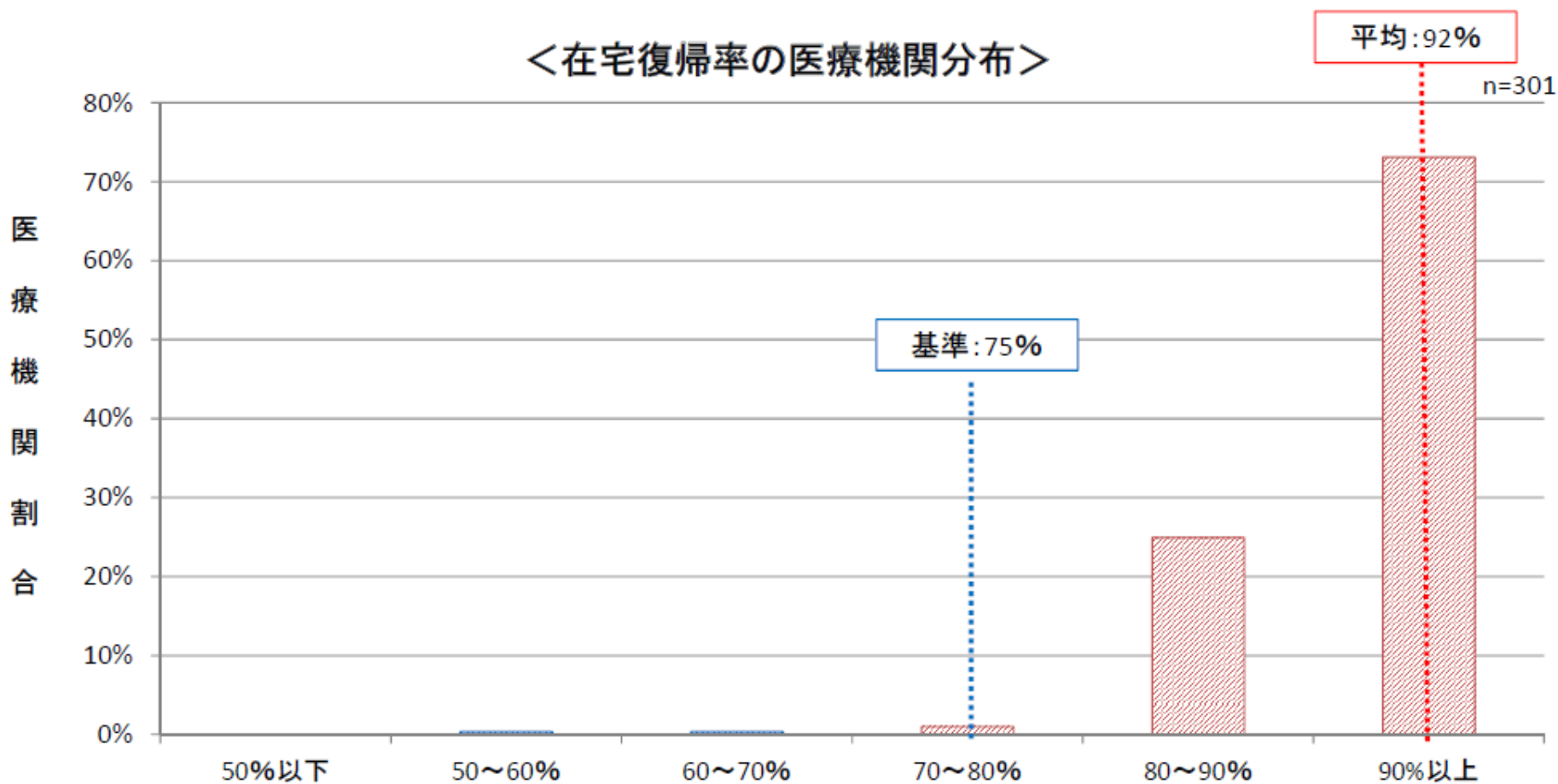


7対1病棟における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
27.5.29

- 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。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



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

一般病棟（7対1）における患者の流れ

- 一般病棟（7対1）入棟患者の入棟元をみると、自宅からの患者が約75%を占める。
- 一般病棟（7対1）入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約70%で、そのうち在宅医療提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=12,748)

自宅		74.8%
自院	7対1、10対1病床	6.6%
	地域包括ケア・回りハ病床	0.2%
	療養病床	0.3%
他院	7対1、10対1病床	3.2%
	地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	療養病床	0.6%
介護療養型医療施設		0.1%
介護老人保健施設		1.4%
介護老人福祉施設（特養）		2.1%
居住系介護施設		2.0%
障害者支援施設		0.2%
その他		6.5%
不明		1.7%

一般病棟
7対1
病棟

【退棟先】 (n=5,570)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	5.0%
		在宅医療の提供なし	63.9%
自院	介護老人福祉施設（特養）		1.2%
	居住系介護施設（グループホーム等）		1.7%
	障害者支援施設		0.1%
	一般病床		3.9%
他院	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		2.7%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.2%
	その他の病床		1.3%
有床診療所	一般病床		4.1%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		3.1%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.2%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.6%
その他の病床		0.3%	
介護施設	介護療養型医療施設		0.0%
	介護老人保健施設	在宅強化型	0.2%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.2%
		上記以外	0.6%
死亡退院			3.4%
その他			0.4%
不明			4.4%

出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

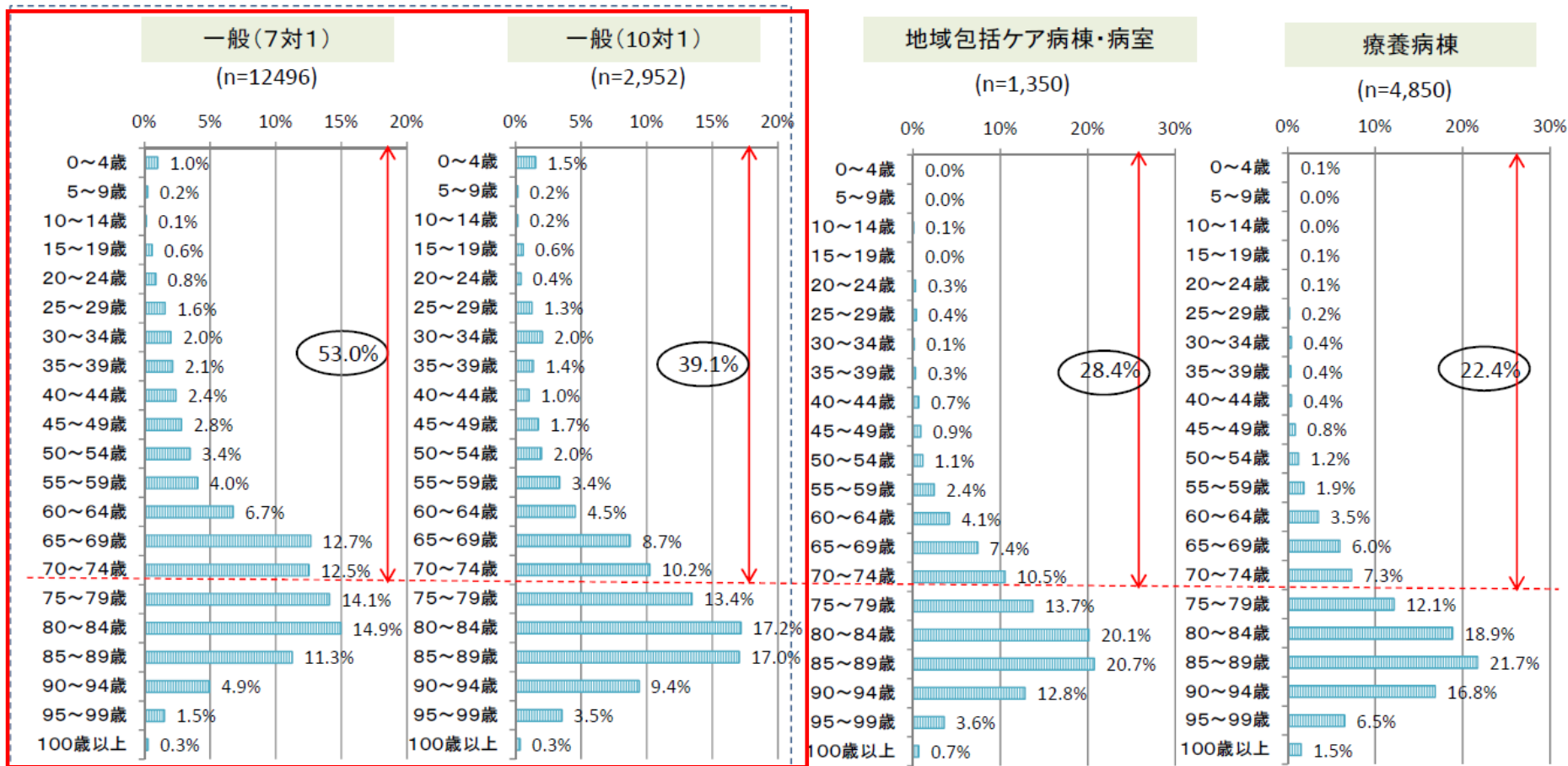
7対1、10対1比較

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1	13対1	15対1
入院基本料	1,591点	1,332点	1,121点	960点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点			
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点		看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点	
		看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点		
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上
		最小必要数の7割以上が看護師		最小必要数の4割以上が看護師
平均在院日数	18日以内	21日以内	24日以内	60日以内
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上(許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。		
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上			
在宅復帰率	8割以上			5

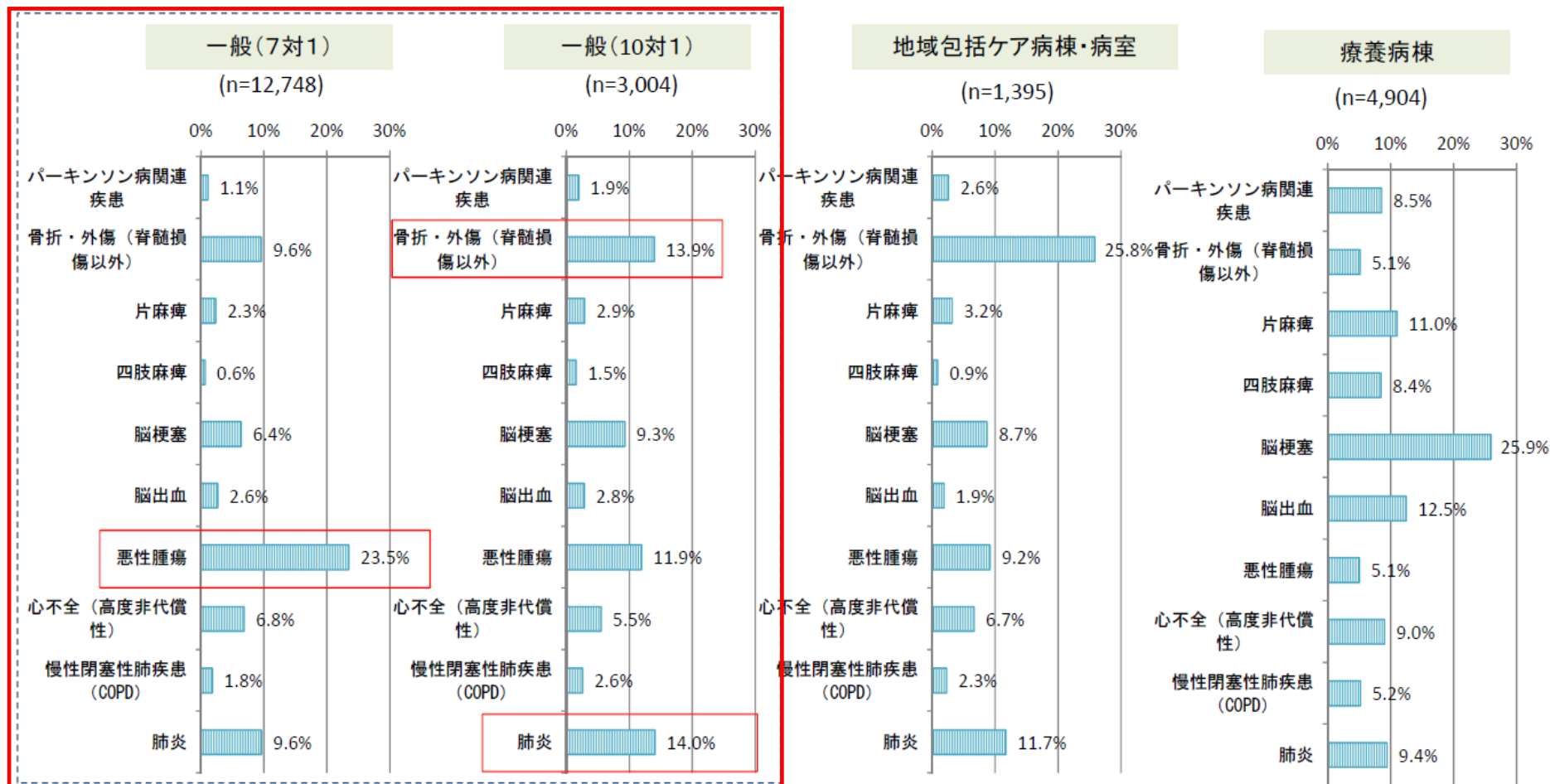
一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

○ 一般病棟（7対1）の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。



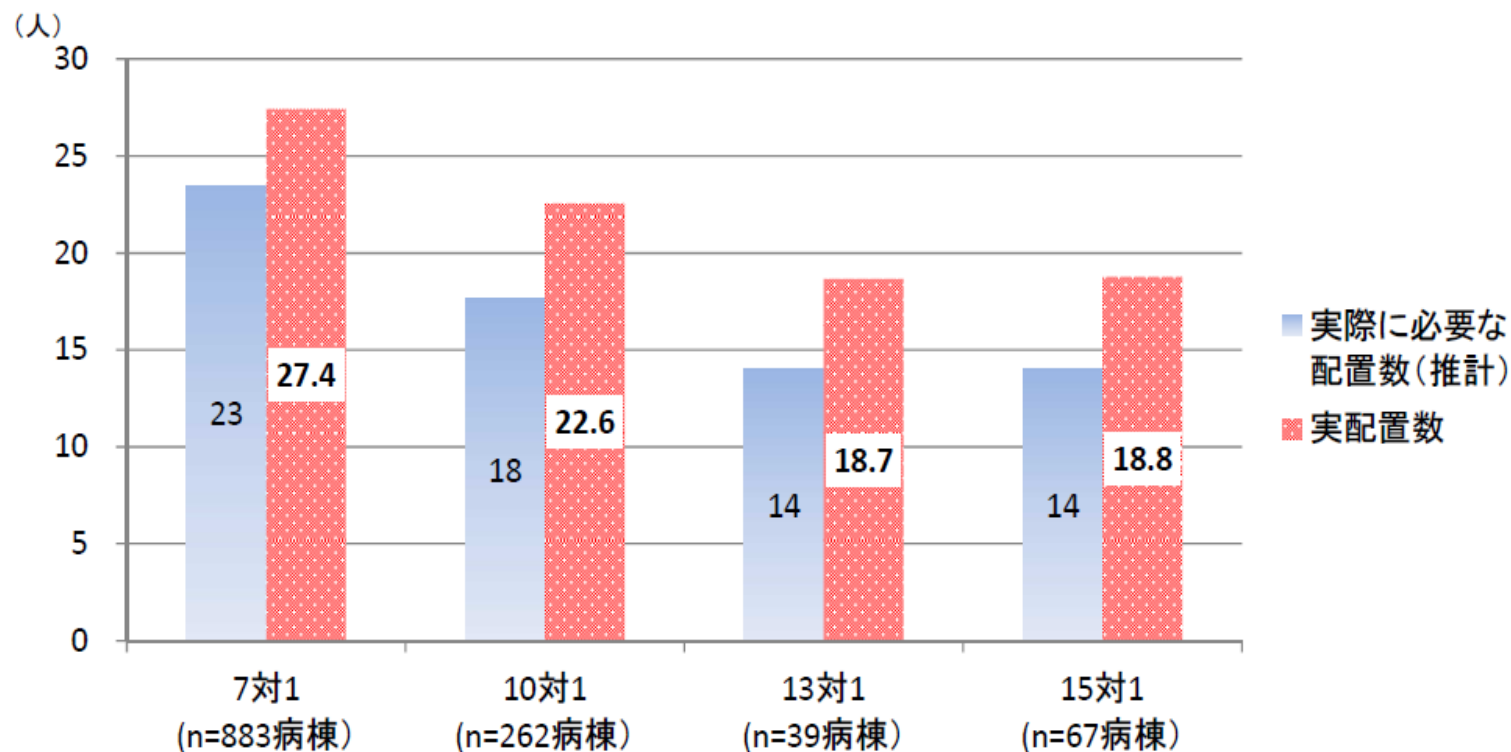
一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

○ 一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患をみると、一般病棟（7対1）では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟（10対1）では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



一般病棟入院基本料区分別 病棟の看護職員の配置数

○いずれの届出区分でも必要な配置数(推計)よりも実際には多くの看護職員を配置している。



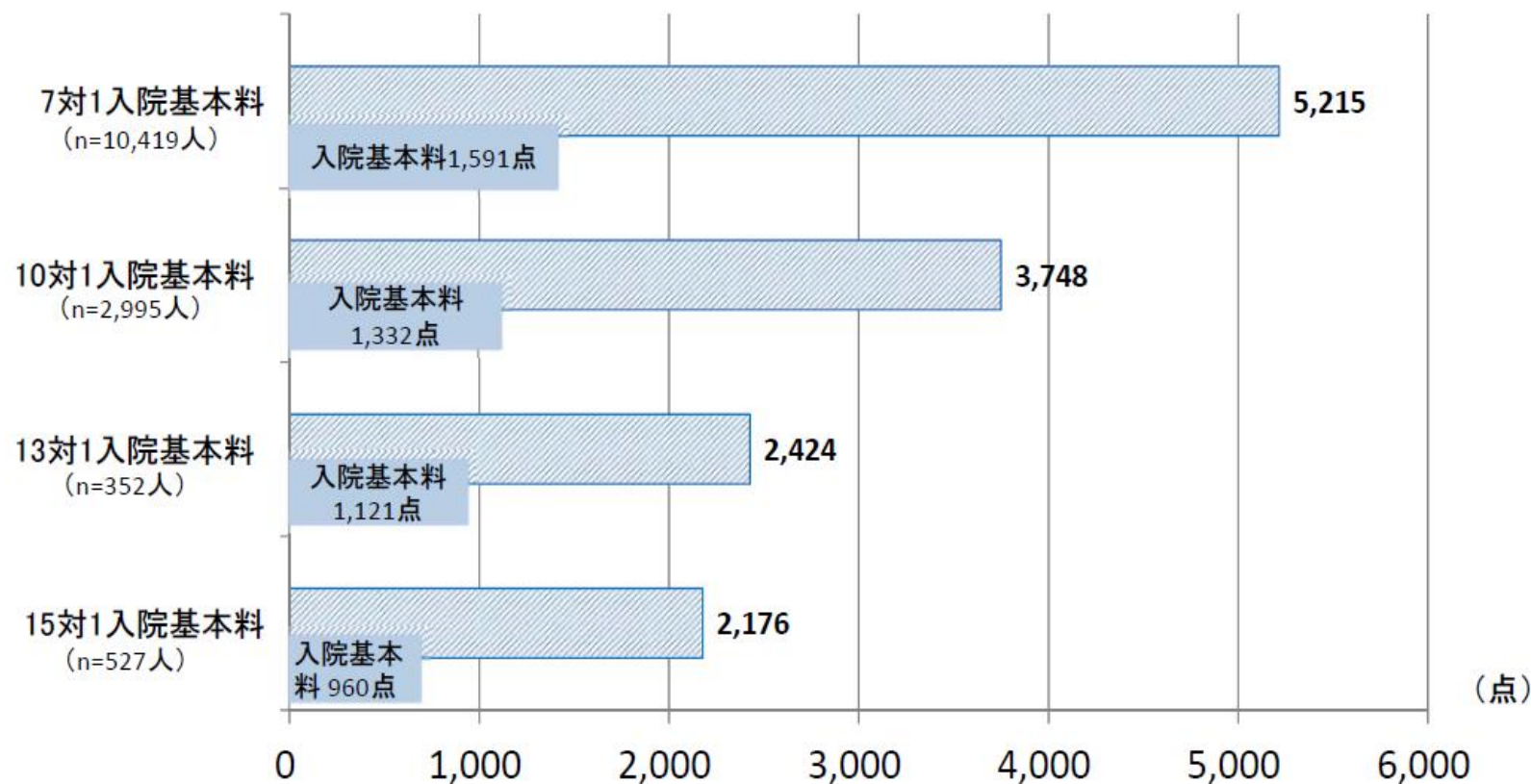
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人
病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 実配置数:病棟あたりの看護職員の平均配置数(平成26年11月5日時点)
実際に必要な配置数(推計):病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定し算出
病床数を用い、看護職員の休日等の取得を考慮(年間総労働時間を1,800時間で設定)して試算し、
かつ月平均夜勤時間の要件を考慮した必要な配置数

※ 月平均夜勤時間の要件や夜勤人数の設定により、必要数が変動することに留意

一般病棟入院基本料区分別 一日あたり平均レセプト請求点数

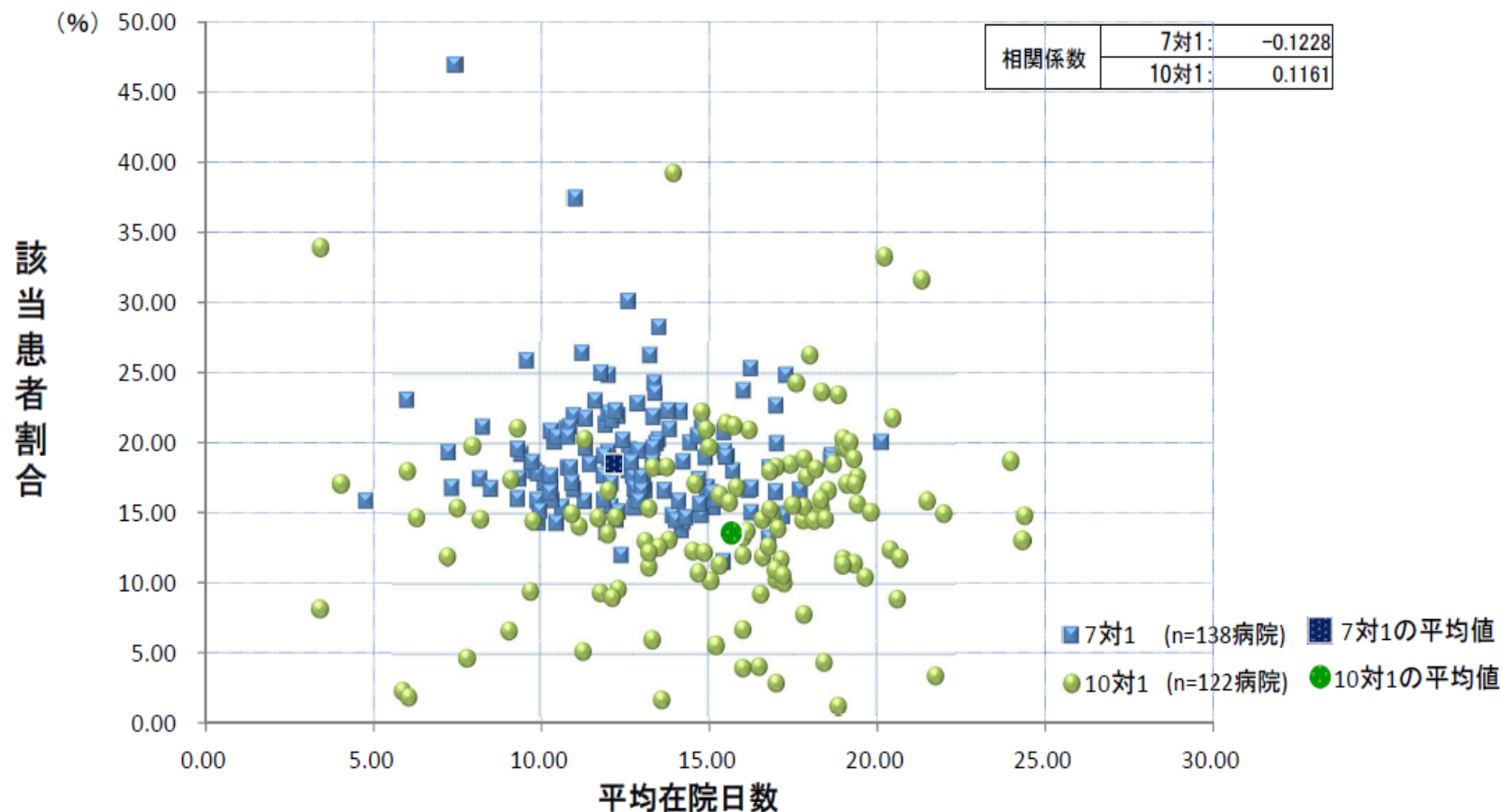
○ 一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。



※ 平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査対象月のレセプトより算出

(7対1、10対1)届出医療機関別 重症度、医療・看護必要度と平均在院日数の分布

○重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対1より7対1の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。



※ 調査対象病棟の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(平成26年8～10月の平均)及び平均在院日数(平成26年8～10月の平均)を病院ごとに平均して算出

※ 調査対象期間の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の要件は、7対1で15%であることに留意

10対1でも7対1と変わらないパフォーマンスを示すところもある

一般病棟7対1入院基本料と一般病棟10対1入院基本料の届出医療機関別の状況

- 平均在院日数及び病床利用率をみると、いずれも医療機関間のばらつきが大きく、10対1届出医療機関の中にも7対1届出医療機関相当のデータを示す医療機関が存在する。
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対1より7対1の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と看護職員実配置数あたり病床数をみると、10対1でも7対1相当の医療機関がある。
- DPC対象病院のうち、7対1と10対1の届出医療機関別で、1日あたり包括範囲出来高点数の平均や、効率性指数、複雑性指数をみると、重複する範囲が広いが、効率性指数は7対1の方がやや高い傾向。

ポイント② 地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

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

懐の深い「地域包括ケア病棟」4つの機能 — 3つの受け入れ経路・機能と2段階の在宅・生活復帰支援 —

注: 介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



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

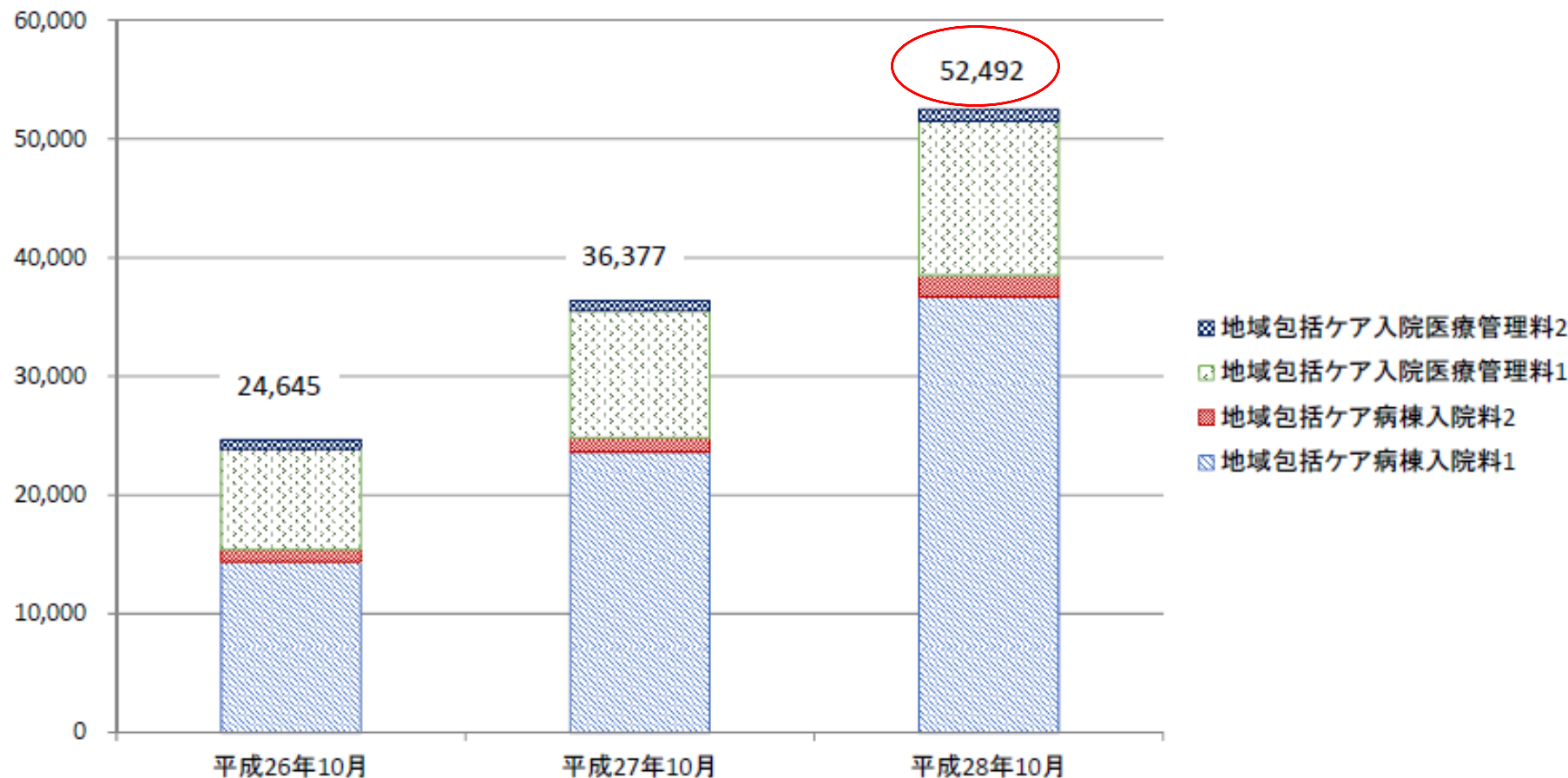
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

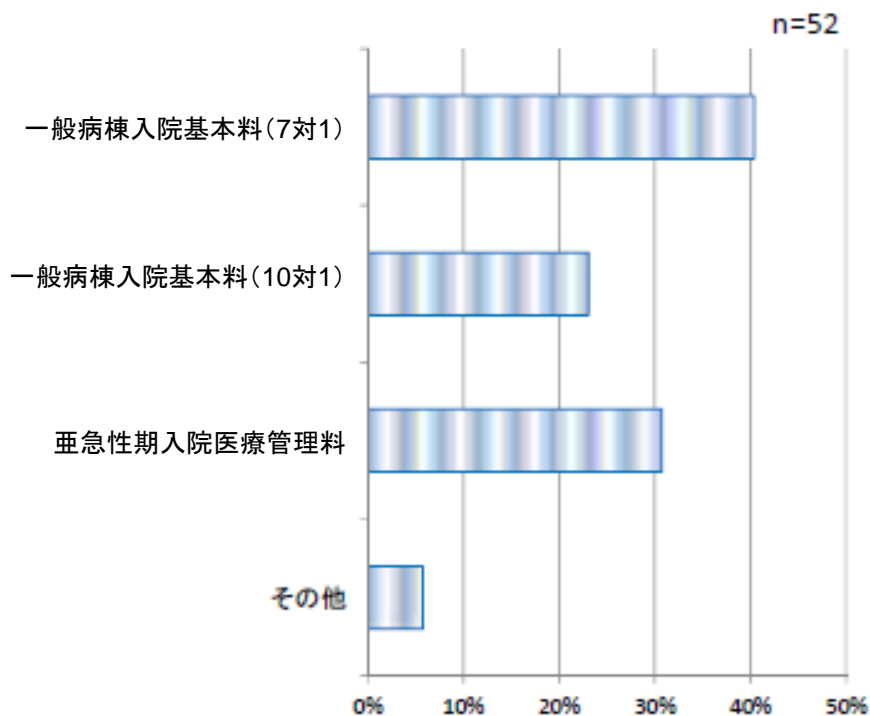
(床)



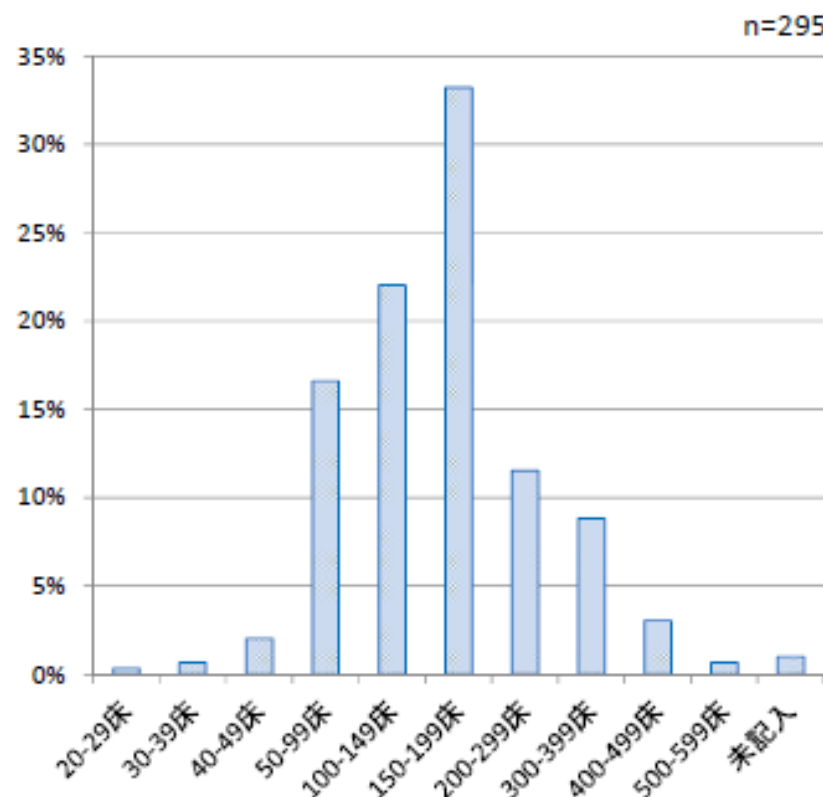
地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 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＞



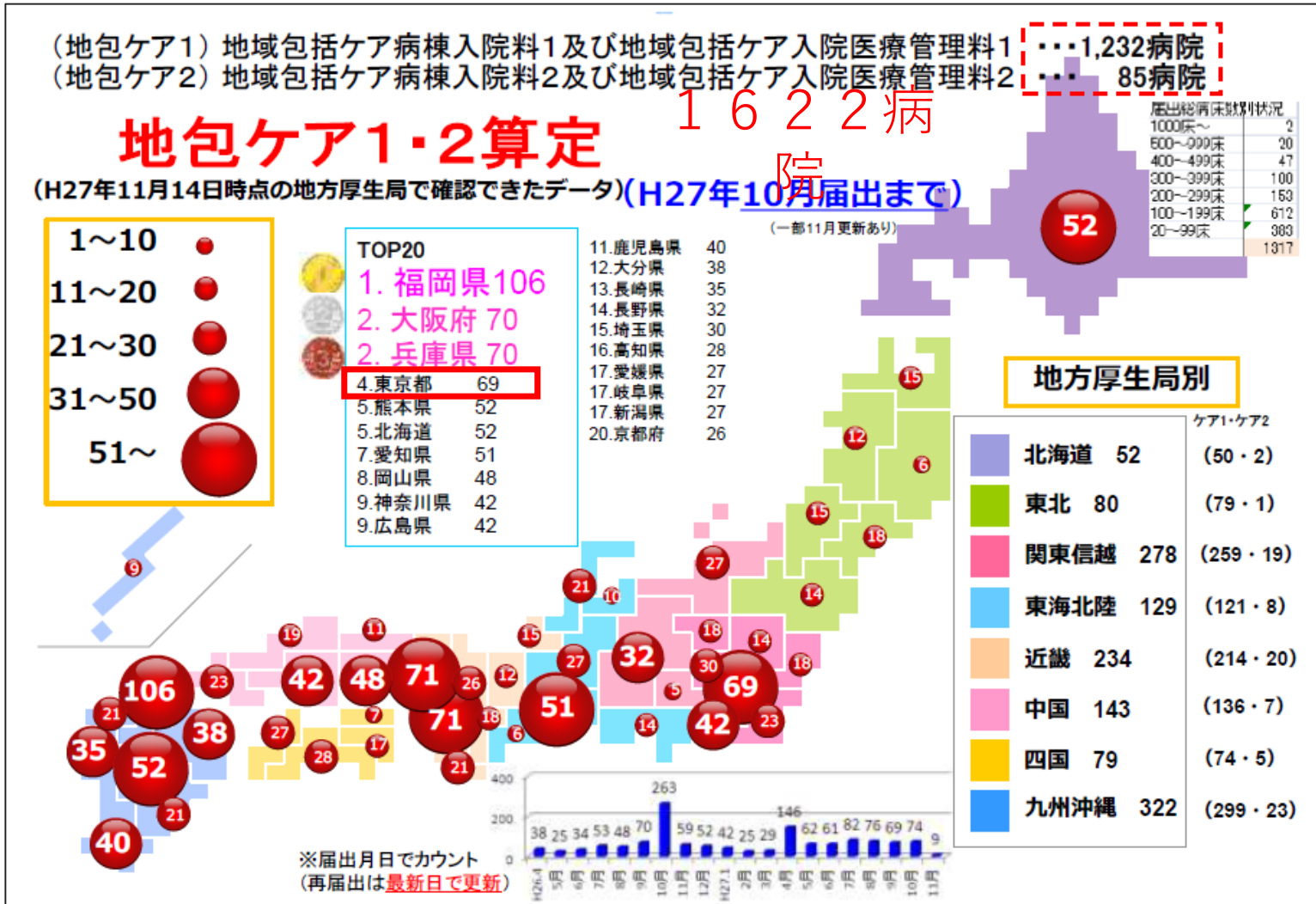
＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



地域包括ケア病棟届出病院数「最大の病棟」への道

2014年 7月280 8月388 9月500 10月830 11月986 12月1,044

2015年 1月1,089 2月1,110 3月1,126 4月1,173 5月1,205 6月1,228 7月1,246 8月1,267 9月1,291 10月1,317



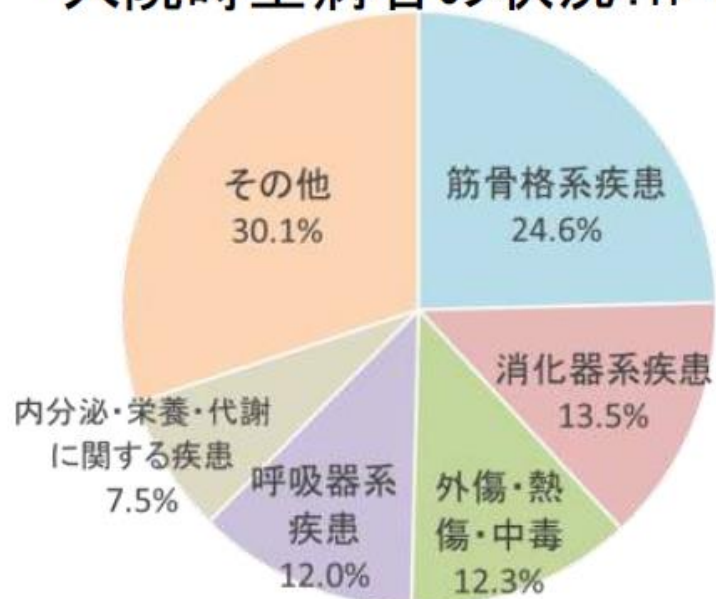
【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

0

G-3 退院患者について

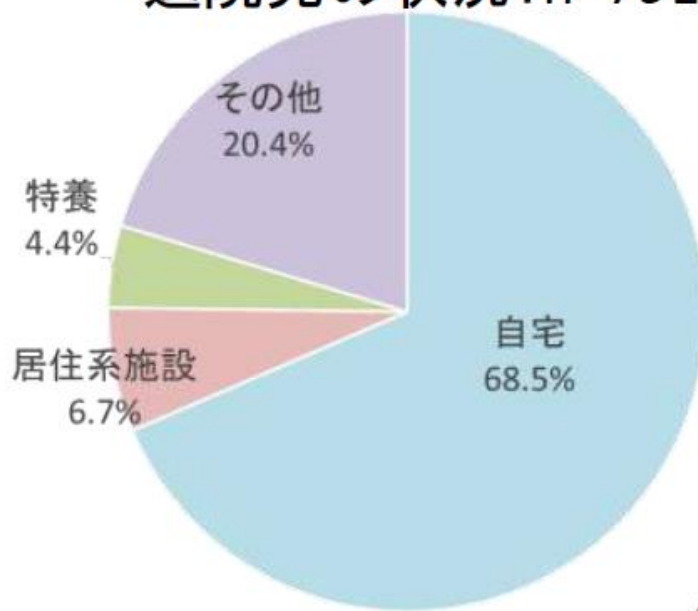
- ・10月27日～11月5日の10日間の実績
- ・データ数:792症例(67病院)
- ・平均在院日数:25.5日 n=782
- ・平均年齢:76.8歳 n=781
- ・性別:男345(44.1%) 女:438(55.9%) n=783
- ・入院時主病名の状況:n=772

・退院先は自宅68.5%と最も多く、居住系施設、特養と併せた在宅復帰は79.6%となった。
・疾患は入院患者調査と大差はない。



(DPC/PDPS主要診断群による分類)

- ・退院先の状況:n=791



ポイント④
退院支援加算 1

ストラクチャーではなく、アウトカムを評価すべき

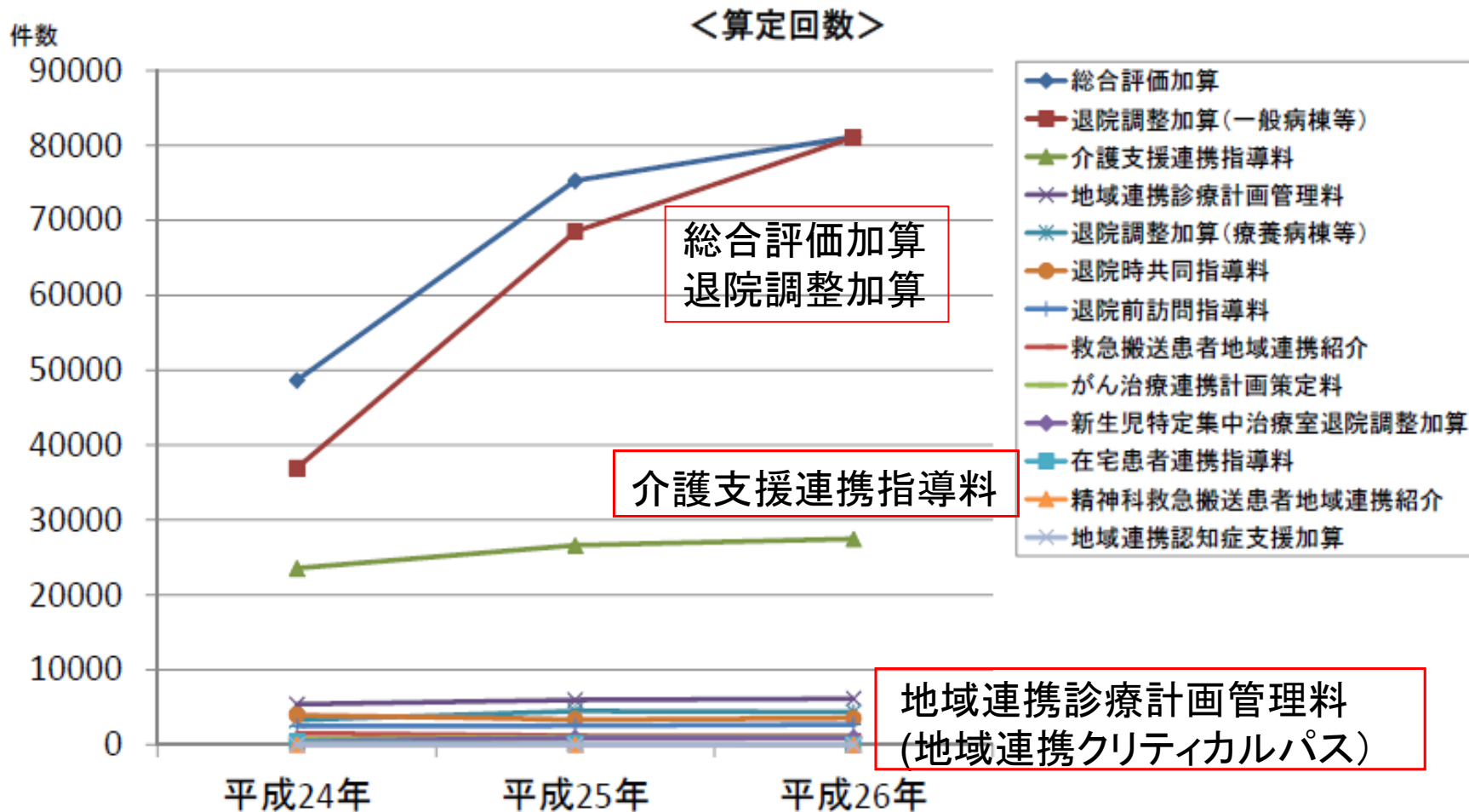
地域連携パスは使われていないので、退院調整加算に整理しては？

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。

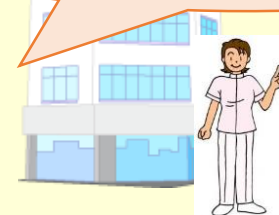
(新) 退院支援加算 1

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



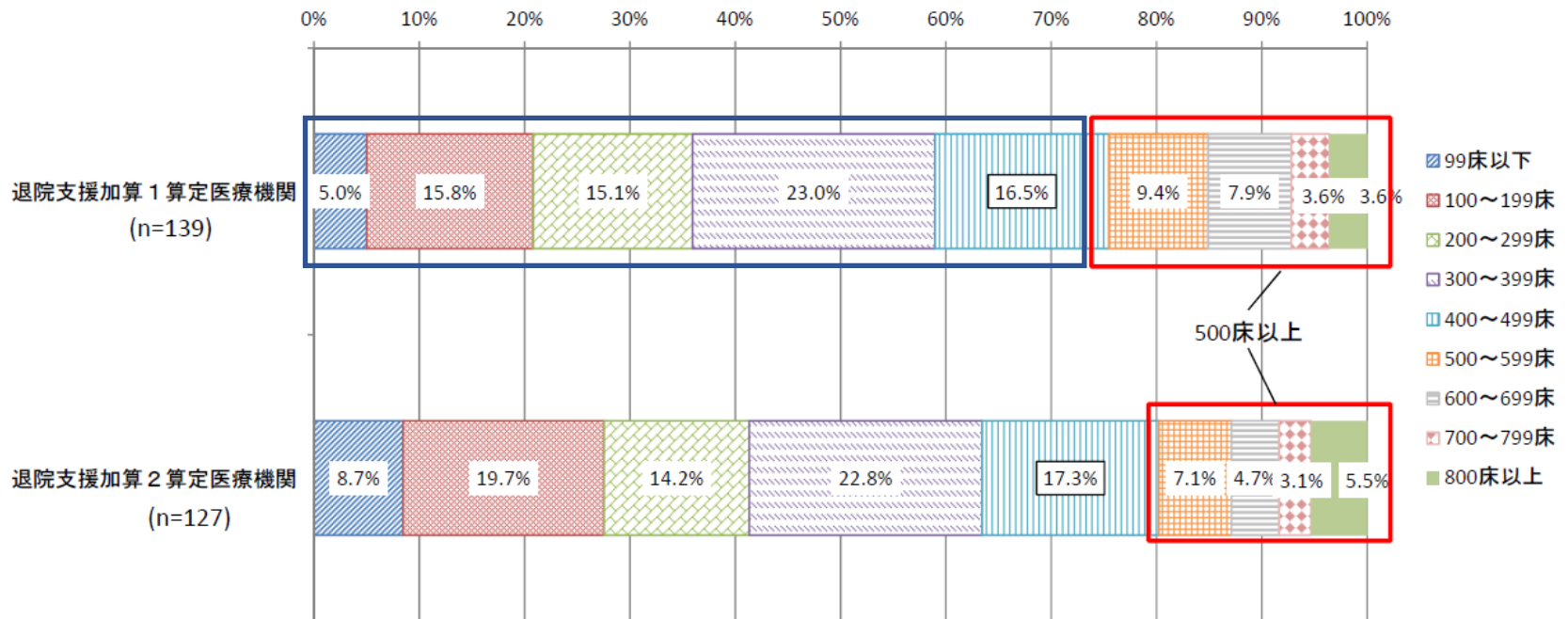
[算定要件・施設基準]

	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>	-

退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布

○ 退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の状況を見ると、加算2を算定している医療機関に比べ加算1を算定している医療機関の方が、500床以上の占める割合が大きい。

＜退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布＞



退院支援加算1を取得しているのは500床未満病院が7割

退院支援から
入退院支援へ

2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まっている（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由①

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、急性期の病棟は「転院先の医療機関が確保できないため」、
「家族の希望に合わないため」が多く、慢性期の病棟では、「家族の希望に合わないため」が4～5割を占めて多い。

＜「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者の退院できない理由（最も該当するもの）＞

	一般病棟 入院基本 料7：1 (n=419)	一般病棟 入院基本 料10： 1 (n=217)	特定機能 病院入院 基本料一 般7：1 (n=86)	一般病棟 入院基本 料13： 1 (n=30)	一般病棟 入院基本 料15： 1 (n=66)	地域包括 ケア病棟 入院料1 (n=126)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料1 (n=73)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料2 (n=75)	療養病棟 入院基本 料1（2 0：1） (n=624)	障害者施 設等入院 基本料1 0：1 (n=546)	障害者施 設等入院 基本料1 3：1 (n=38)	障害者施 設等入院 基本料1 5：1 (n=26)	特殊疾患 病棟入院 料1 (n=56)	特殊疾患 病棟入院 料2 (n=162)
本人の希望に合わないため	7.2%	6.5%	12.8%	6.7%	12.1%	8.7%	4.1%	1.3%	6.4%	3.8%	10.5%	19.2%	7.1%	1.2%
家族の希望に合わないため	16.7%	23.5%	14.0%	26.7%	16.7%	22.2%	12.3%	13.3%	36.2%	45.4%	52.6%	42.3%	48.2%	50.6%
在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	4.3%	4.1%	2.3%	3.3%	4.5%	5.6%	4.1%	1.3%	6.3%	1.3%	2.6%	7.7%	5.4%	2.5%
地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	1.4%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%
在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	1.2%	1.8%	1.2%	3.3%	1.5%	0.8%	1.4%	0.0%	3.5%	2.6%	2.6%	7.7%	3.6%	0.0%
地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	0.2%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	3.8%	1.8%	0.0%
入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	8.8%	12.9%	2.3%	20.0%	22.7%	9.5%	16.4%	16.0%	11.5%	4.8%	13.2%	11.5%	0.0%	1.9%
地域に施設サービスがないため	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	1.0%	0.7%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%
自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	2.1%	5.5%	7.0%	10.0%	6.1%	7.9%	20.5%	10.7%	3.4%	1.5%	0.0%	7.7%	1.8%	0.6%
上記の全体の調整・マネジメントができていないため	8.4%	12.0%	5.8%	3.3%	22.7%	7.1%	17.8%	17.3%	9.5%	6.8%	0.0%	19.2%	12.5%	1.2%
自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	2.6%	3.2%	0.0%	3.3%	3.0%	3.2%	1.4%	5.3%	9.8%	1.6%	5.3%	3.8%	1.8%	0.0%
転院先の医療機関の確保ができていないため	17.9%	7.4%	16.3%	3.3%	10.6%	9.5%	6.8%	2.7%	3.5%	4.0%	0.0%	7.7%	17.9%	3.1%
その他	10.0%	9.2%	10.5%	10.0%	4.5%	5.6%	5.5%	9.3%	3.7%	7.3%	2.6%	0.0%	3.6%	29.0%

※ 回答数20未満の入院料は除いている

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由②

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、「本人・家族の希望に合わない理由」としては、どの入院料でも「家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため」が多い。

＜「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者の本人・家族の希望に合わない理由(最も該当するもの)＞

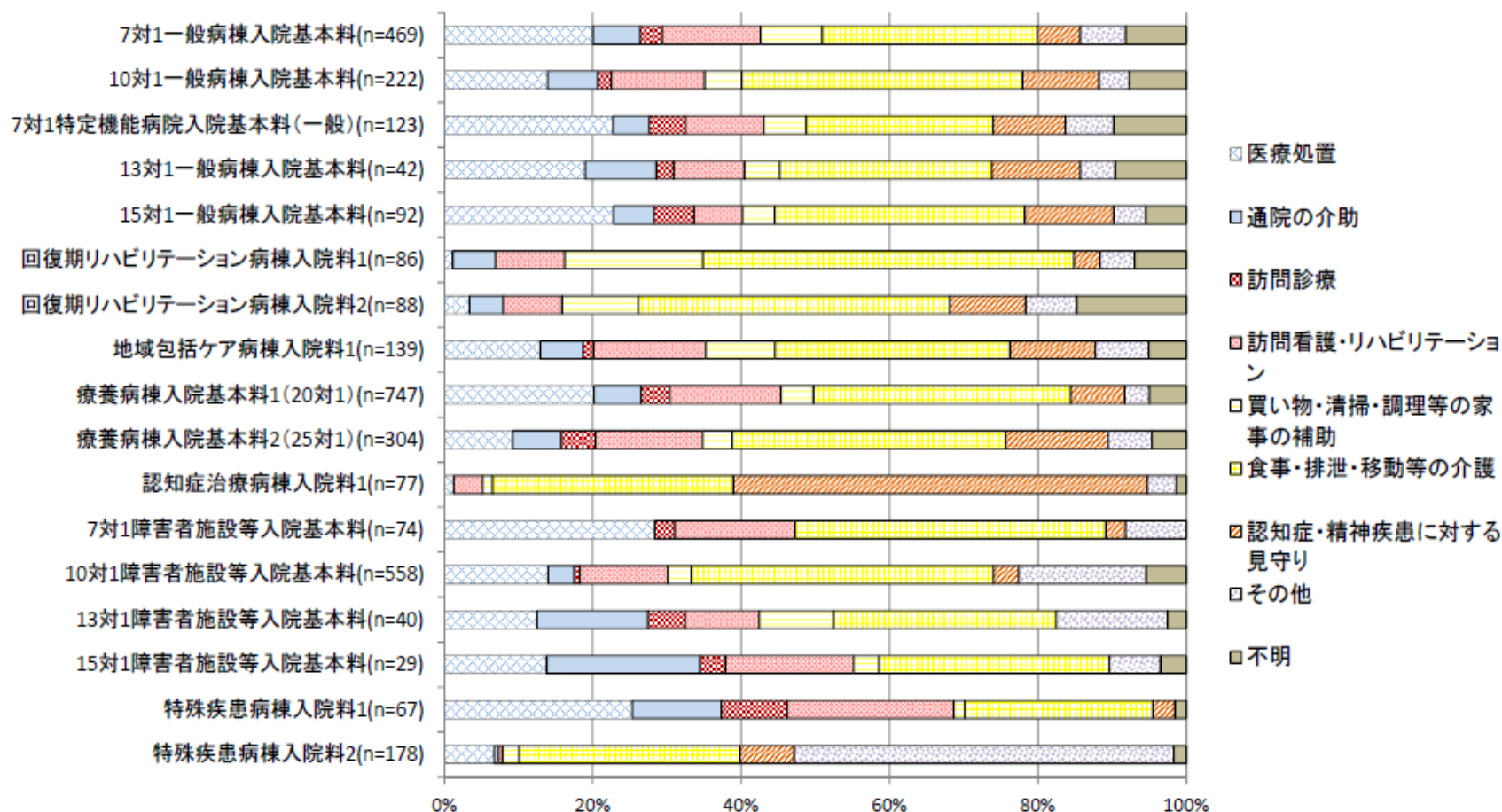
	一般病棟入院基本料 7:1 (n=159)	一般病棟入院基本料 10:1 (n=105)	特定機能病院入院基本料 一般7:1 (n=44)	一般病棟入院基本料 15:1 (n=30)	地域包括ケア病棟入院料 (n=57)	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (n=21)	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (n=20)	療養病棟入院基本料 1 (2) 0:1 (n=440)	療養病棟入院基本料 2 (2) 5:1 (n=132)	認知症治療病棟入院料 1 (n=20)	障害者施設等入院基本料 7:1 (n=59)	障害者施設等入院基本料 0:1 (n=357)	障害者施設等入院基本料 3:1 (n=29)	特殊疾患病棟入院料 1 (n=41)	特殊疾患病棟入院料 2 (n=112)
家族が患者と同居できないため	13.8%	17.1%	6.8%	10.0%	12.3%	19.0%	10.0%	13.9%	20.5%	5.0%	5.1%	8.4%	41.4%	9.8%	2.7%
家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	11.3%	15.2%	2.3%	10.0%	3.5%	9.5%	5.0%	16.6%	9.1%	0.0%	8.5%	3.9%	3.4%	4.9%	0.9%
家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	7.5%	7.6%	2.3%	6.7%	1.8%	9.5%	5.0%	5.7%	4.5%	10.0%	13.6%	7.0%	3.4%	17.1%	3.6%
家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	1.9%	3.8%	0.0%	0.0%	7.0%	0.0%	0.0%	2.7%	3.0%	0.0%	0.0%	2.2%	6.9%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	13.8%	14.3%	13.6%	20.0%	12.3%	23.8%	5.0%	20.5%	15.9%	5.0%	3.4%	12.0%	3.4%	17.1%	23.2%
サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	1.3%	0.0%	4.5%	3.3%	3.5%	0.0%	0.0%	1.1%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	1.3%	0.0%	2.3%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	2.4%	0.9%
自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	0.6%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	0.8%	3.4%	2.4%	0.0%
在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため	7.5%	13.3%	9.1%	13.3%	5.3%	9.5%	30.0%	13.9%	12.9%	0.0%	59.3%	21.0%	0.0%	2.4%	52.7%
入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	8.2%	5.7%	15.9%	13.3%	7.0%	4.8%	15.0%	8.6%	7.6%	25.0%	0.0%	2.5%	0.0%	9.8%	0.9%
家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため	13.8%	14.3%	13.6%	23.3%	21.1%	14.3%	0.0%	19.5%	23.5%	10.0%	37.3%	26.6%	24.1%	41.5%	17.0%
その他	8.8%	4.8%	4.5%	0.0%	14.0%	9.5%	10.0%	1.1%	0.8%	0.0%	0.0%	2.0%	3.4%	4.9%	0.0%
未回答	3.1%	1.9%	9.1%	3.3%	3.5%	0.0%	5.0%	4.5%	2.3%	5.0%	0.0%	10.9%	3.4%	0.0%	0.9%

※ 回答数20未満の入院料は除いている

外来・在宅で管理可能な患者の退院後に必要な支援

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院後に必要な支援は、どの入院料でも「食事・排泄・移動等の介護」が多い。

＜退院後に必要な支援＞

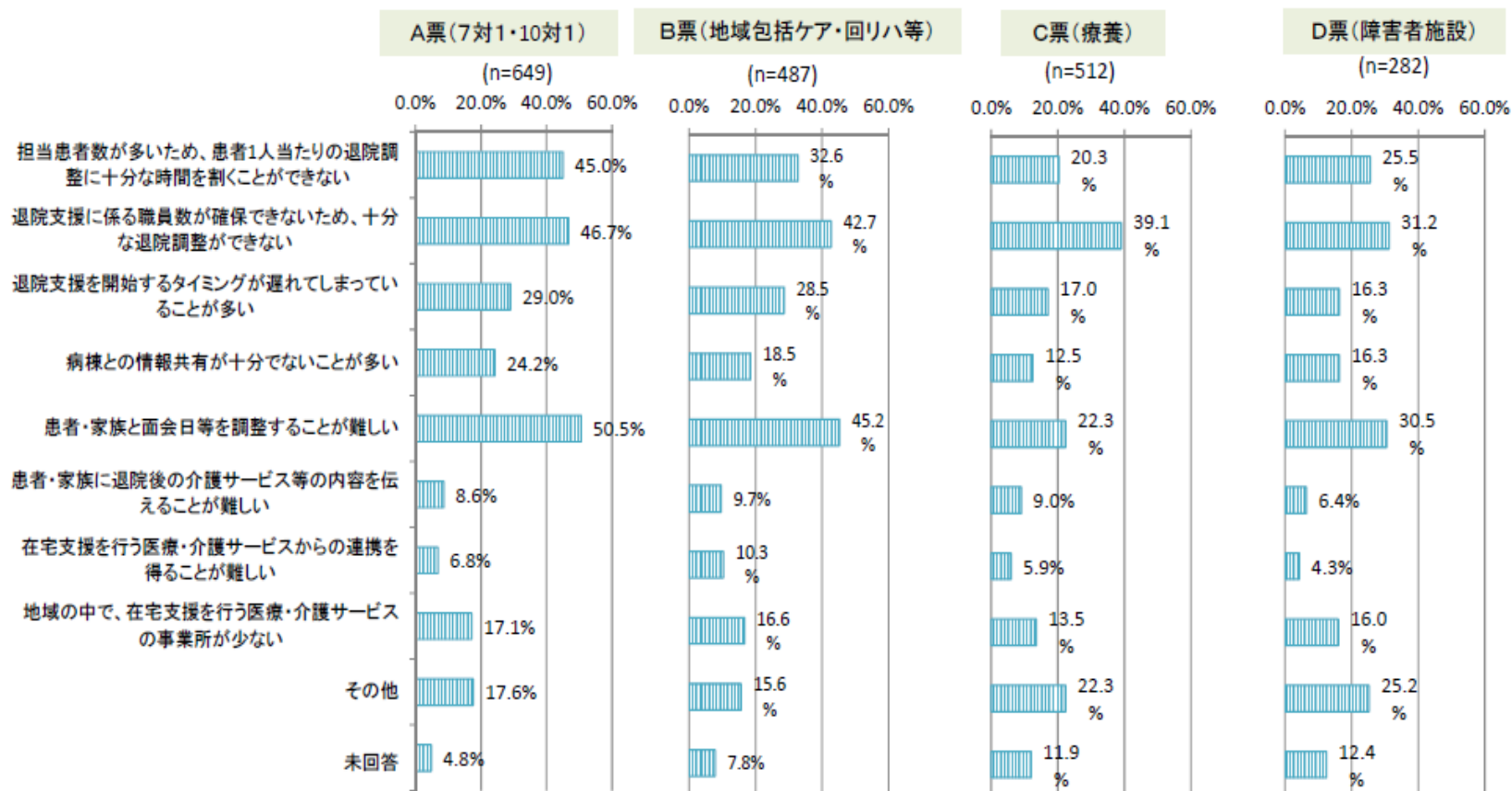


退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている

診調組 入-1
29.6.7

- 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項についてみると、A・B票では、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」という回答が最も多く、C・D票では、「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」という回答が最も多かった。

＜退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項＞



入退院支援の課題(案)

(課題)

- 入退院支援については、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されており、医療機能の分化・連携強化を推進する観点から、重要な役割を担うと考えられる。
- 入退院支援にあたっての目標・課題等としては、疾病の治癒や病状の安定に加えて、患者本人の日常生活活動度(身体機能)の回復が重要な要素となっている。
- 外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由をみると、受け入れ先の確保のほか、在宅における介護力及び患者本人の日常生活活動度や、家族の希望が、その大きな要素となっている。
- 各医療機関において入退院支援の取組が進められているが、退院することが優先され、患者や家族の希望に寄り添った支援となっていないのではないかと指摘がある。
- 入退院支援を困難にしている理由・課題等をみると、相談員の人員体制の不足、支援のための時間確保が困難、患者・家族等との面会日の日程調整が困難(特に日勤帯だけでは困難)との指摘がある。
- 効率的・効果的な入退院支援を行うためには、入院中だけでなく、入院前・入院時と入院後の外来・在宅時での働きかけや支援も重要であるとの指摘がある。



- 入退院支援について、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されており、医療機能の分化・連携強化を推進する観点から、その評価のあり方についてどのように考えるか。例えば、
 - ・ 患者・家族の希望に寄り添いつつ、適切な療養場所への適切な時期での移行
 - ・ 入院前・入院時における患者・家族への関わり方
 - ・ 入退院支援に係る医療機関と受入先機関や訪問事業者等との情報共有を効率的に行う方策について、どのように考えるか。

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

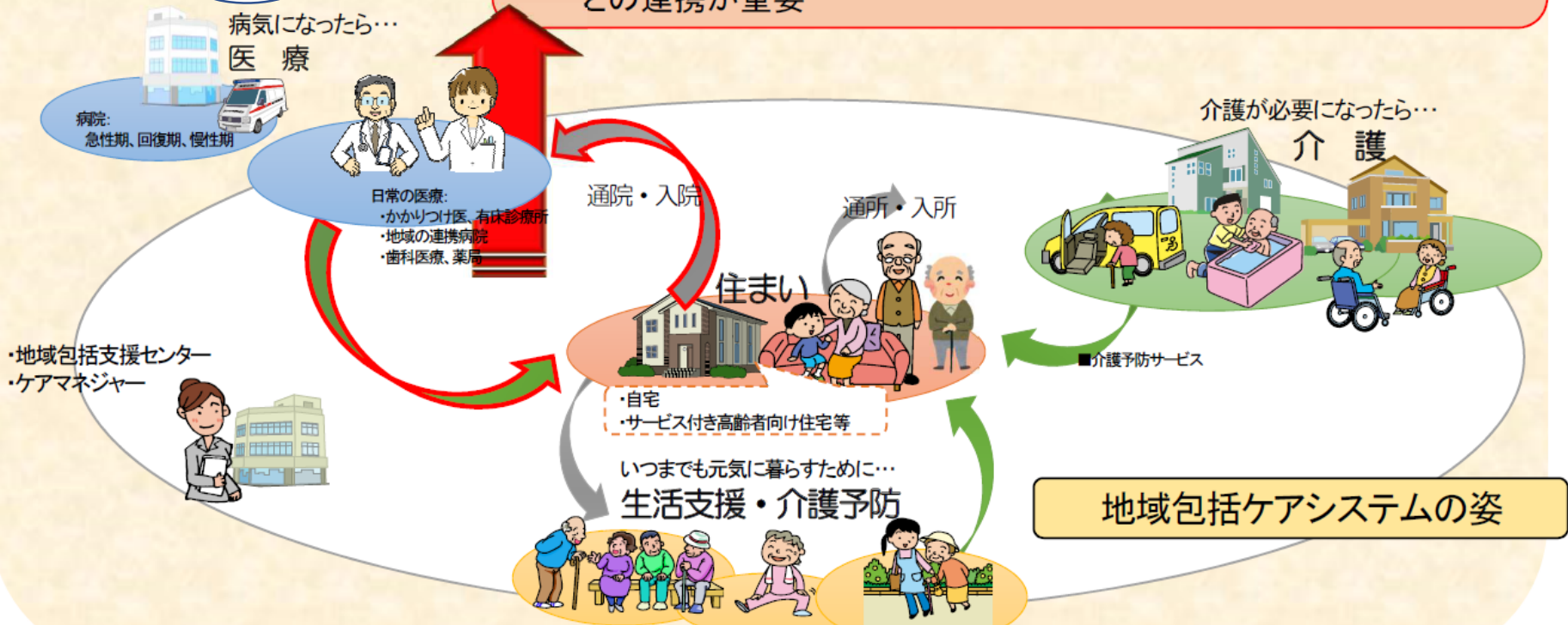
切れ目のない支援



退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



地域包括ケアシステムの姿

ポイント④ 療養病床の今後

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。

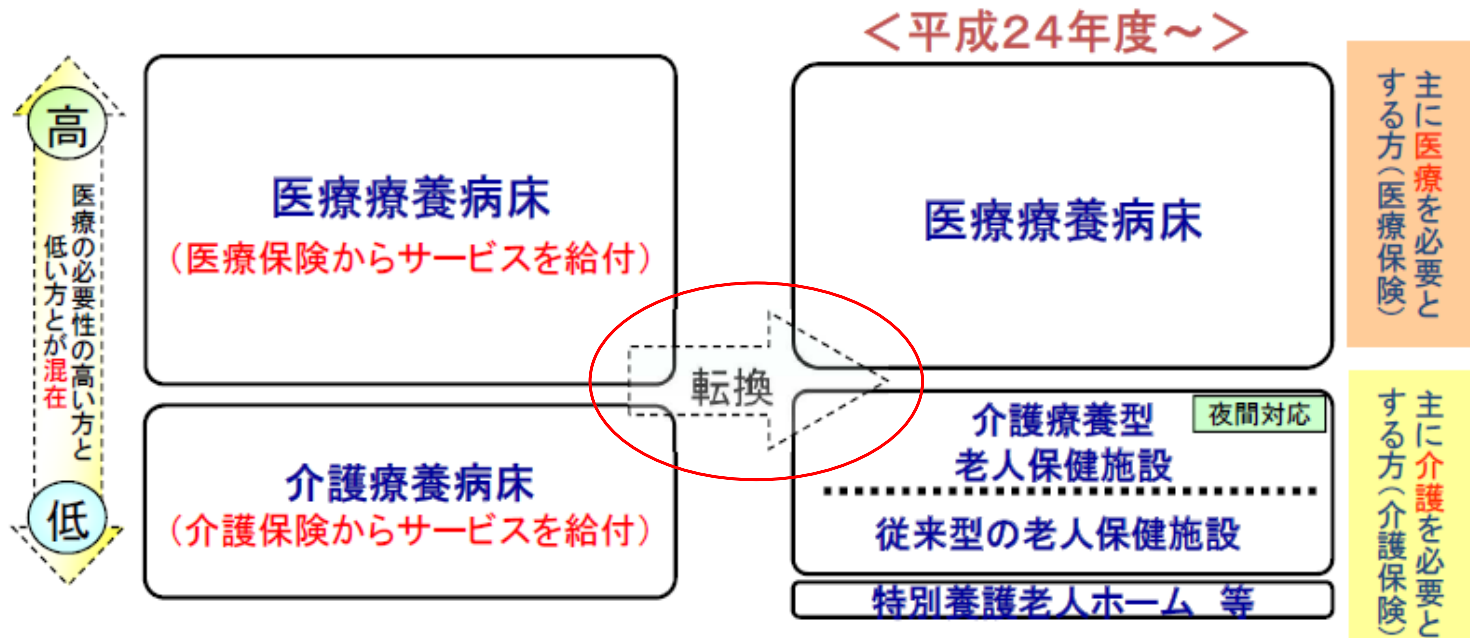
【医療法改正】

- 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




新類型

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



○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

(注) 居住スペースについては、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。

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。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

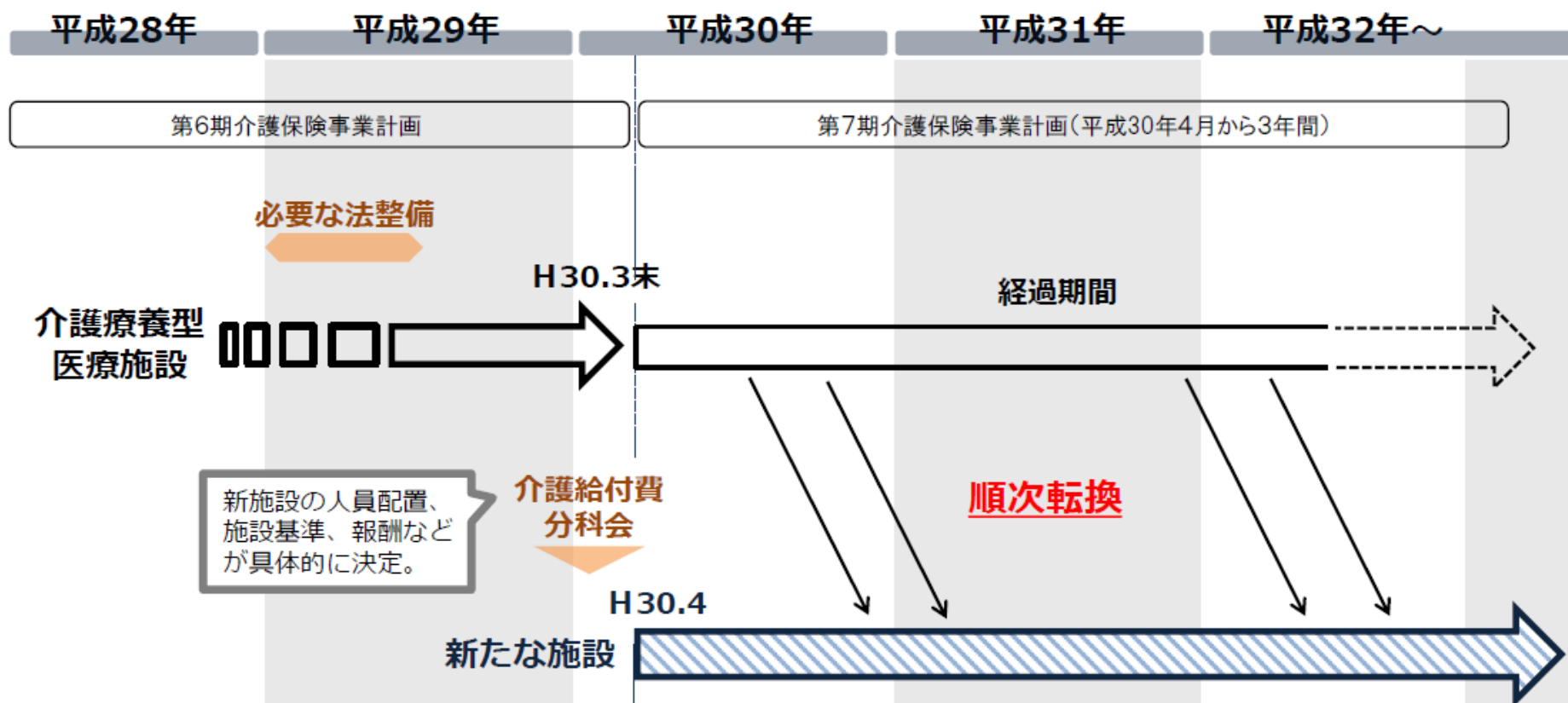
介護医療院
(仮称)

Ⅲ. 新施設に関する法整備を行う場合のスケジュール（イメージ）

- 新施設を創設する場合には、設置根拠などにつき、法整備が必要。
- この場合には、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、現場の医療関係者や患者の方々の理解を得て、期限を設けつつも、準備のための経過期間を設けることが必要。

【例】 仮に新施設に関する法整備を行うことになった場合のスケジュール（イメージ）

※ 新たな類型について、具体的な道行きがわかるような資料を提出すべき、との委員のお求めがあったことから、作成したもの。



※例えば、面積の拡大は大規模改修まで猶予するなど、所要の経過措置を設ける。

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)

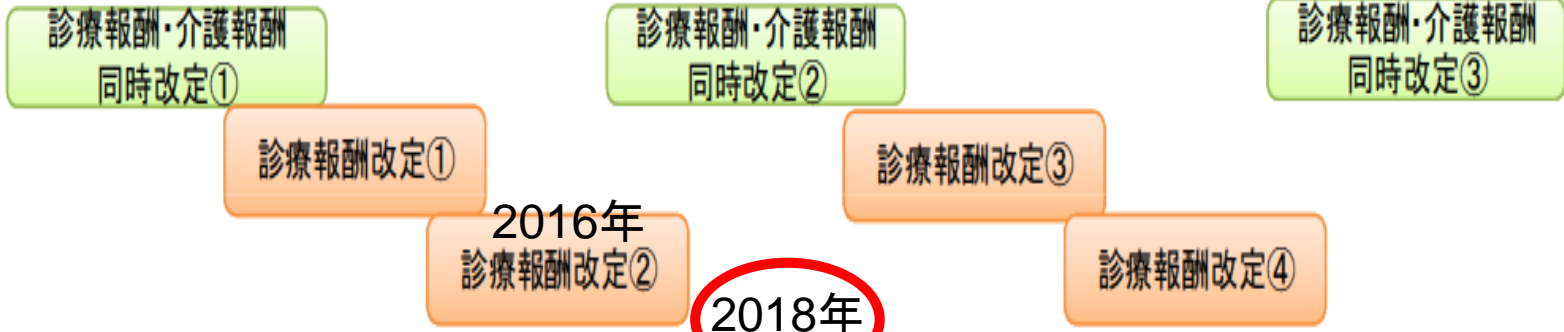
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

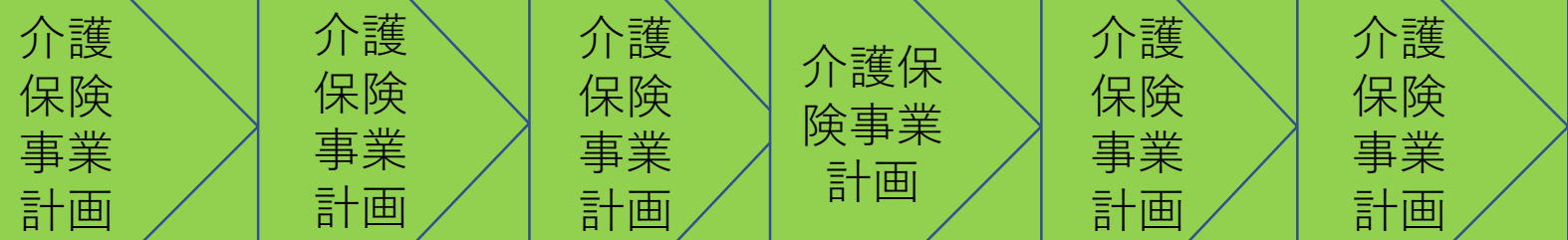
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画

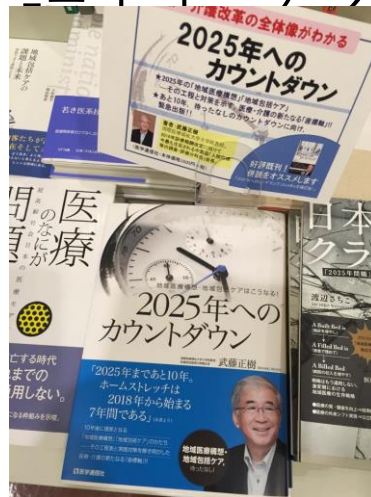


医療介護のあるべき姿

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**  **発刊**
アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



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
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

mutoma@iuhw.ac.jp

グループワーク

- 地域医療構想、診療報酬改定へ向けての現状と課題
 - 地域医療構想に対して自施設の対応は？
 - 7対1入院基本料（重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率など）、10対1入院基本料、地域包括ケア病棟、療養病床、退院支援加算などについて2016年改定の影響と今後の課題をみなさんで共有してください。



次回以降のスケジュール

- 7月28日
 - レクチャー
 - 地域医療構想データのとり方
 - 地域包括ケアシステムと2018年介護報酬改定
 - グループワーク
 - 病院として地域包括ケアシステムにどのように貢献するのか？
- 8月4日
 - 課題発表
 - 地域医療構想、地域包括ケア、同時改定への自施設の現状と課題について
 - 発表6分（質疑応答2分）
 - パワーポイントで発表
- 8月25日
 - レポート提出
 - 課題発表をレポートにまとめ提出する
 - ワード、表紙を含め4ページ（1ページ1600字、図も含む）