

2025年へのカウントダウン

～2018年診療報酬改定と入院医療の行方～

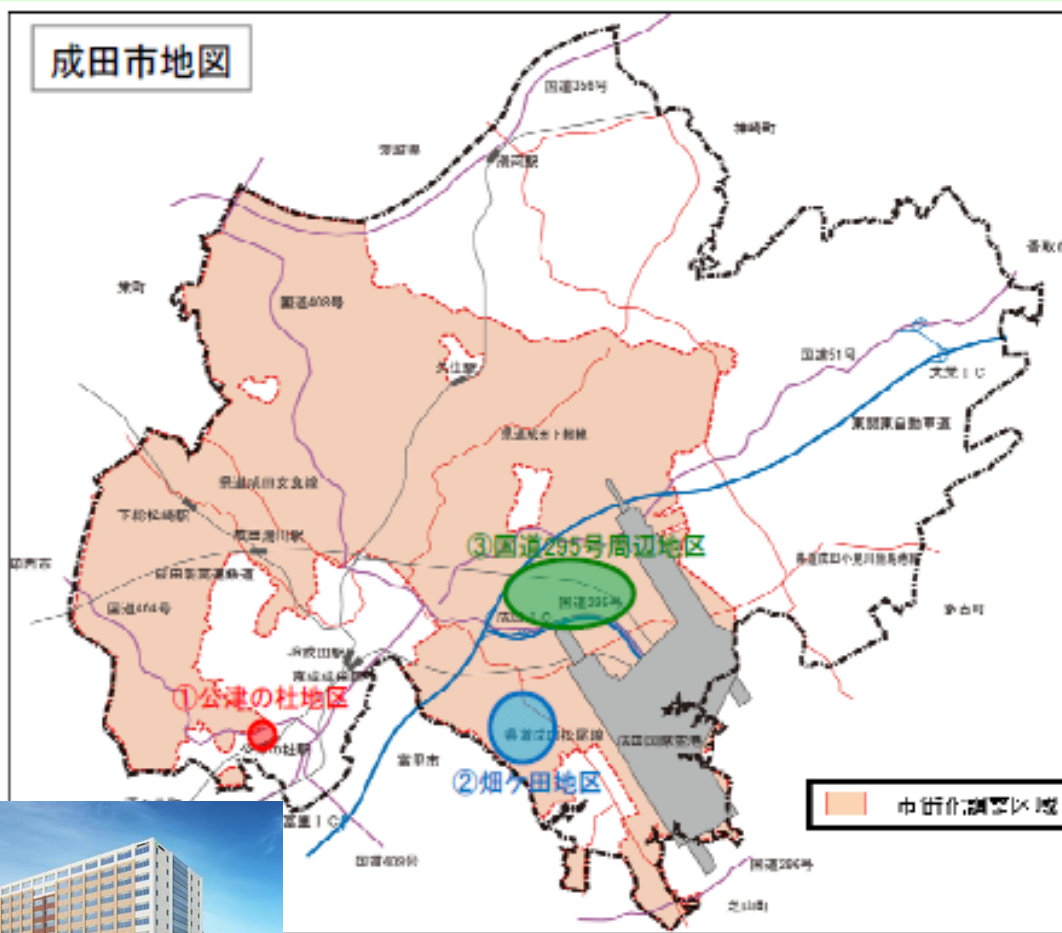


国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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
 - 財源なき改定
- パート 2
 - 2018年診療報酬改定の4つのポイント
 - ①7対1病床の要件見直し
 - ②地域包括ケア病棟
 - ③退院支援加算
 - ④療養病床と介護医療院
- パート 3
 - 単回使用医療機器 (SUD)の再製造



パート1 財源なき改定



全世代型社会保障へ

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

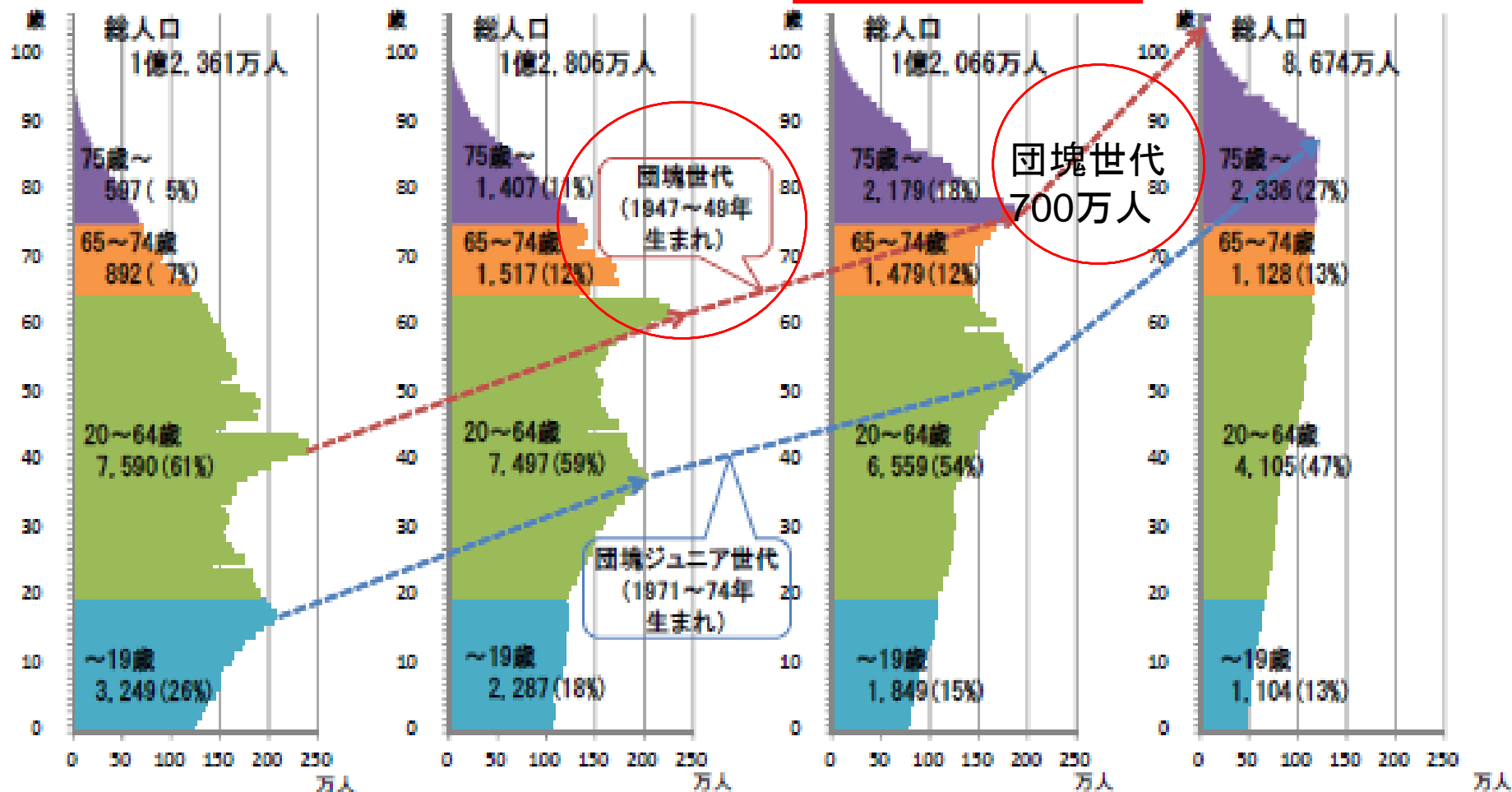
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

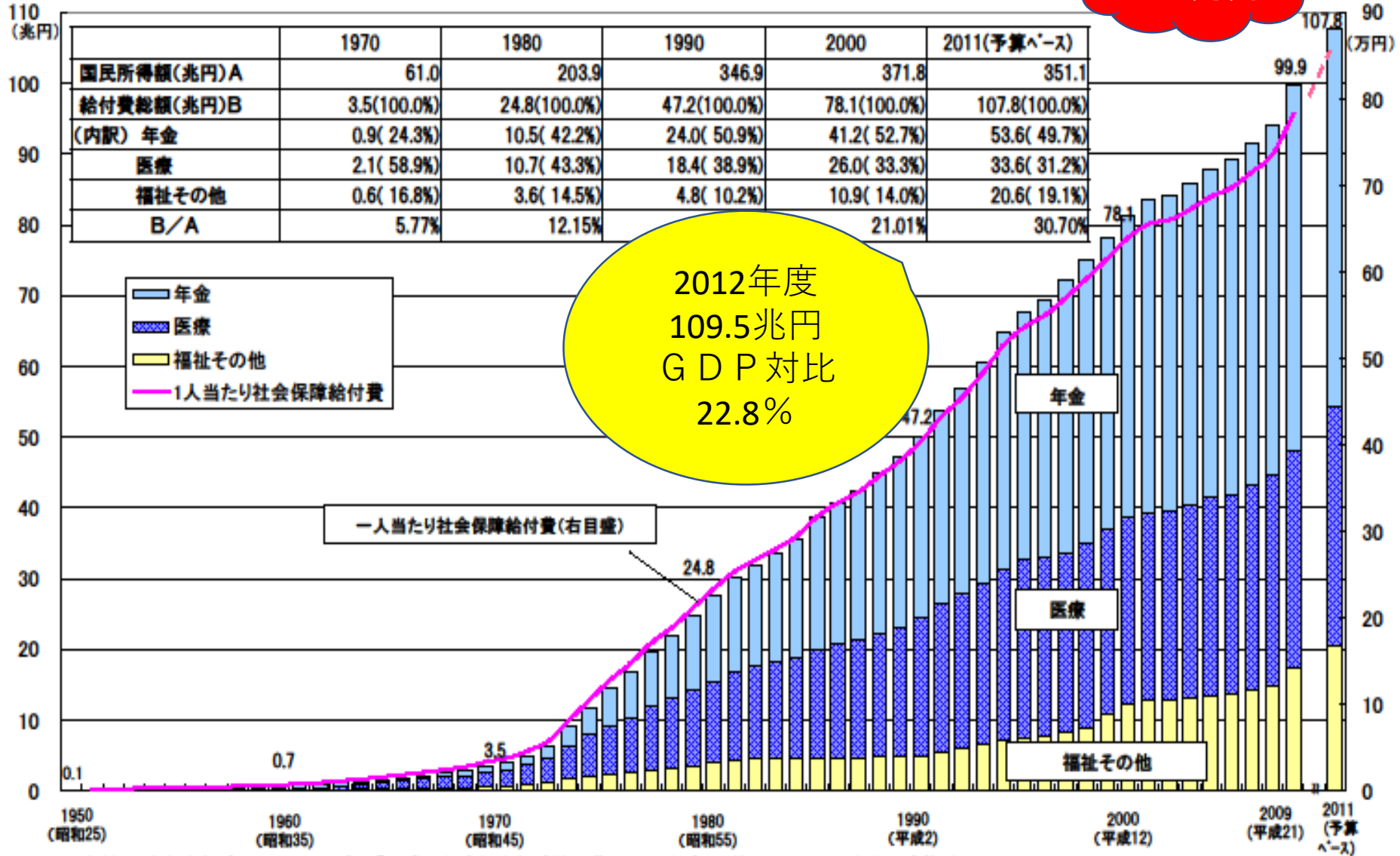
平成37年 (2025年)

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

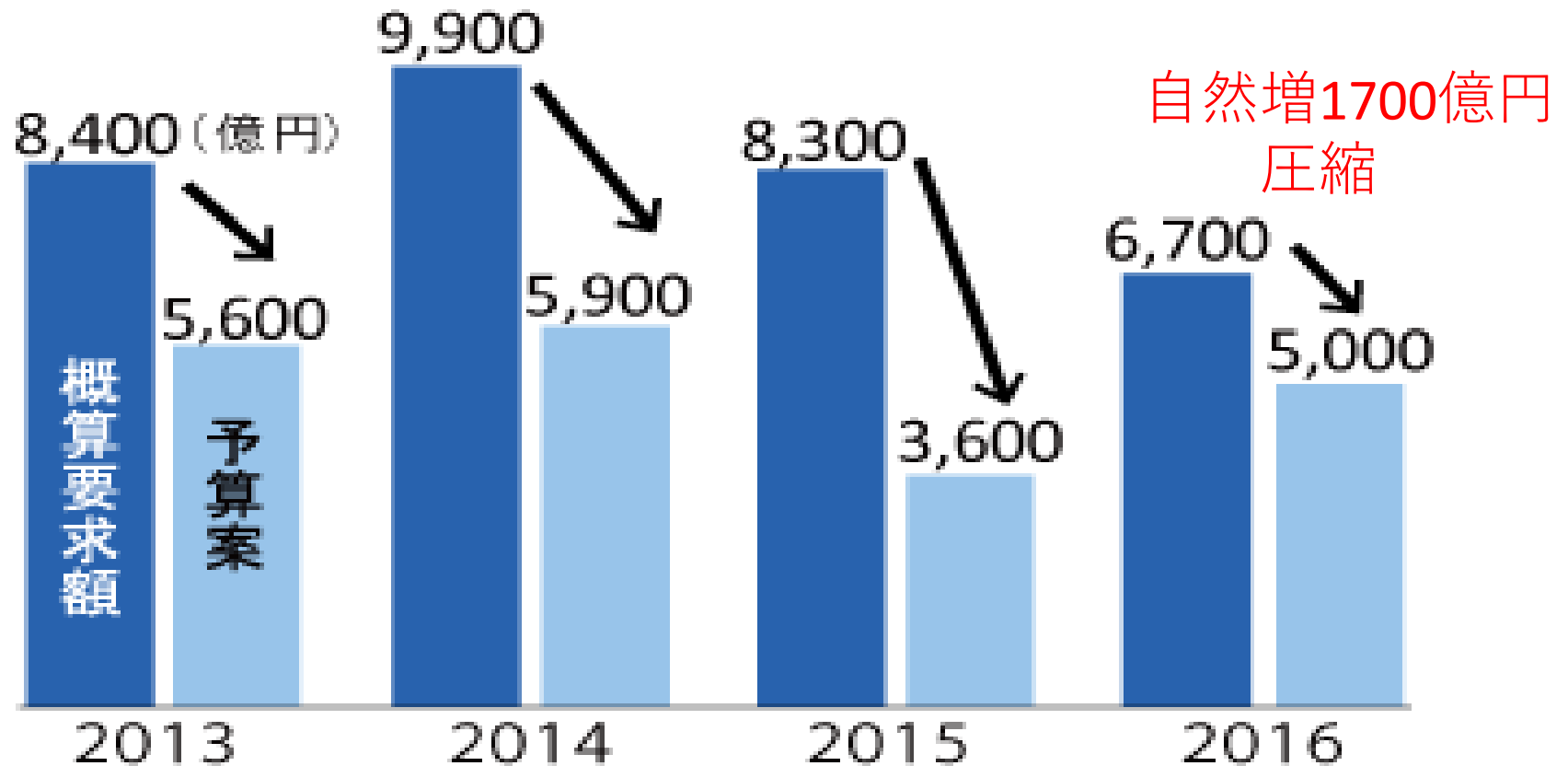


8%から10%の2%増税延期で年間4兆円の財源が消える！

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

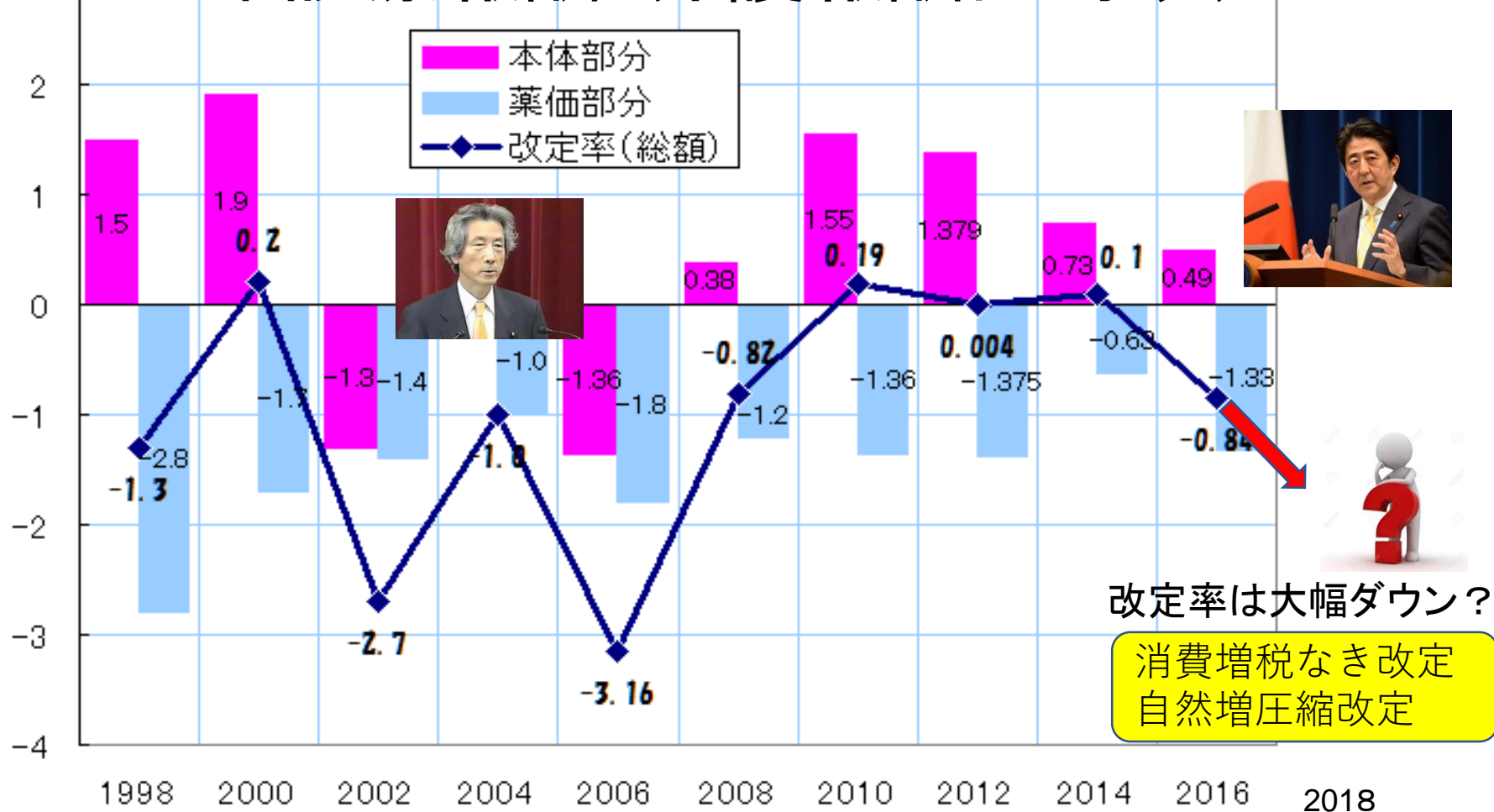
自然増を1400億円圧縮、5000億円以内に

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年度予算は自然増1300億の圧縮！

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

財務省主計局の阿久澤孝主計官コメント

○財務省主計局の阿久澤孝主計官（厚生労働省第一担当）は来年度予算案の編成では、社会保障関係費の自然増6300億円からの削減と保育の受け皿拡大の財源確保の2つの課題に対応する

○社会保障全般の歳出の見直しを行う必要があるとの認識を示した。診療報酬改定に関しては「大きな方向性」として適正化・効率化が不可欠だと指摘

○「7対1入院基本料は看護職員の配置状況を中心に点数が決められ、実際に提供している医療の機能を十分に反映する仕組みとなっておらず、問題。病床数についても、当初の見込みよりも算定病床数は大幅に増えており、改善は不十分」



財務省・阿久澤主計官
キャリアブレインマネジメント
2017年09月12日

社会保障、高齢者中心を是正

- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 幼児教育・保育の無償化
- **2019年10月の消費税率10%への引き上げ**
 - 「社会保障制度を次世代に引き渡し、市場や国際社会から国の信認を確保するためにも必要だ」
 - 「予定通り実施する」
- **9月12日、日本経済新聞インタビュー**



安倍晋三首相

パート 2

2018年診療報酬改定の 4つのポイント



入院医療等調査評価分科会より

同時改定は 地域医療構想・地域包括 ケアを後押しする改定



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

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

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



2017年6月7日入院医療等の調査・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 |
|--------------------|--------------------------------------|
| いけだ しゅんや 池田 俊也 | 国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授 |
| いけばた ゆきひこ 池端 幸彦 | 医療法人池慶会 理事長 |
| いしかわ ひろみ 石川 広己 | 社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長 |
| おかむら よしたか 岡村 吉隆 | 公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長 |
| おがた ひろや 尾形 裕也 | 東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授 |
| かんの まさひろ 神野 正博 | 社会医療法人財団董仙会 理事長 |
| しま ひろじ 島 弘志 | 社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長 |
| すがはら たくま 菅原 琢磨 | 法政大学経済学部 教授 |
| たけい じゅんこ 武井 純子 | 社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長 |
| たみや ななこ 田宮 菜奈子 | 筑波大学 医学医療系 教授 |
| つづい たかこ 筒井 孝子 | 兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授 |
| はやしだ けんし 林田 賢史 | 産業医科大学病院 医療情報部 部長 |
| ふじもり けんじ 藤森 研司 | 東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授 |
| ほんだ のぶゆき 本多 伸行 | 健康保険組合連合会 理事 |
| むとう まさき 武藤 正樹 | 国際医療福祉大学大学院 教授 |

○：分科会長

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

2018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
- ポイント④ 療養病床と療養病床

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

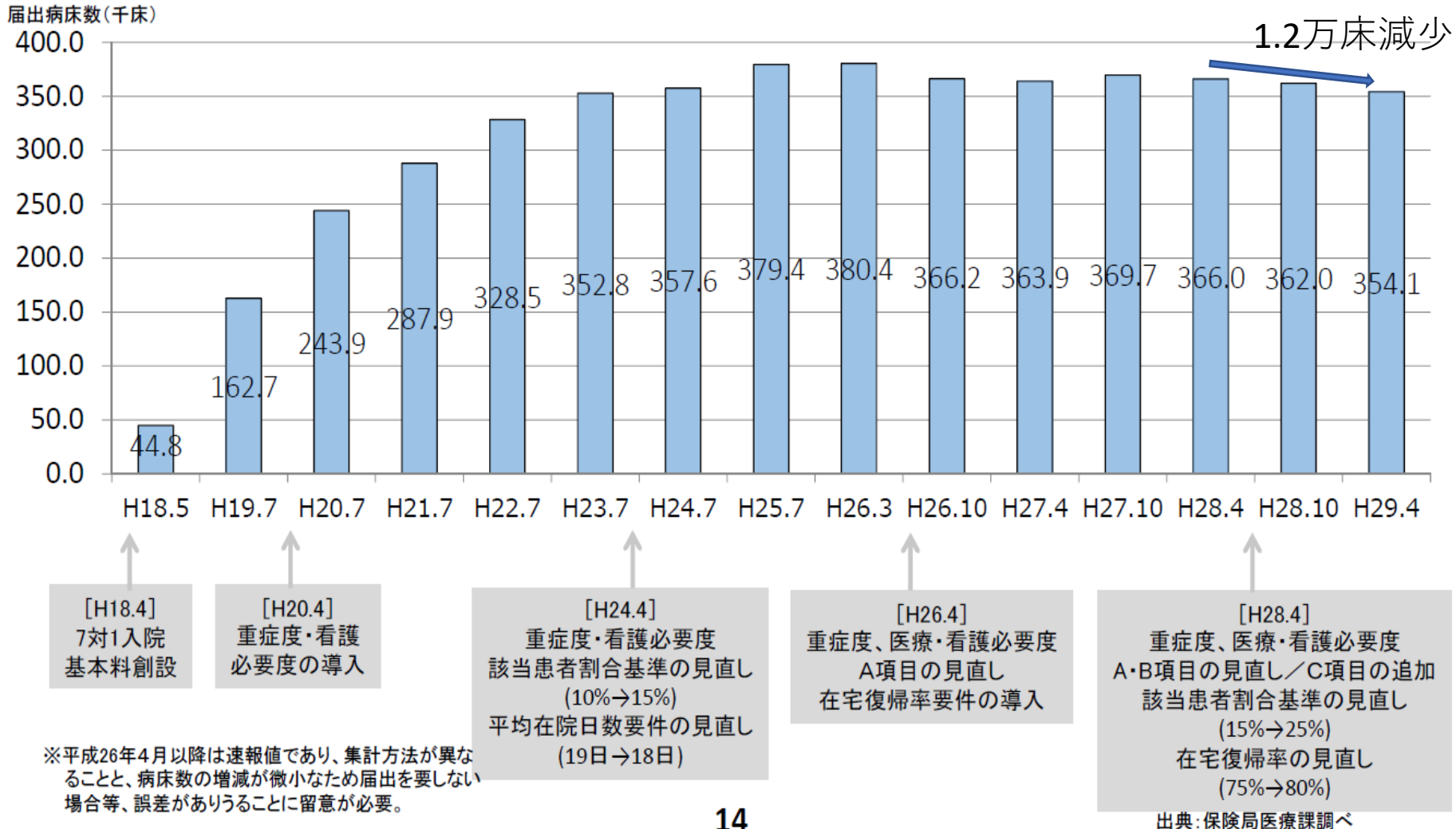
又は

C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の
7対1への影響

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

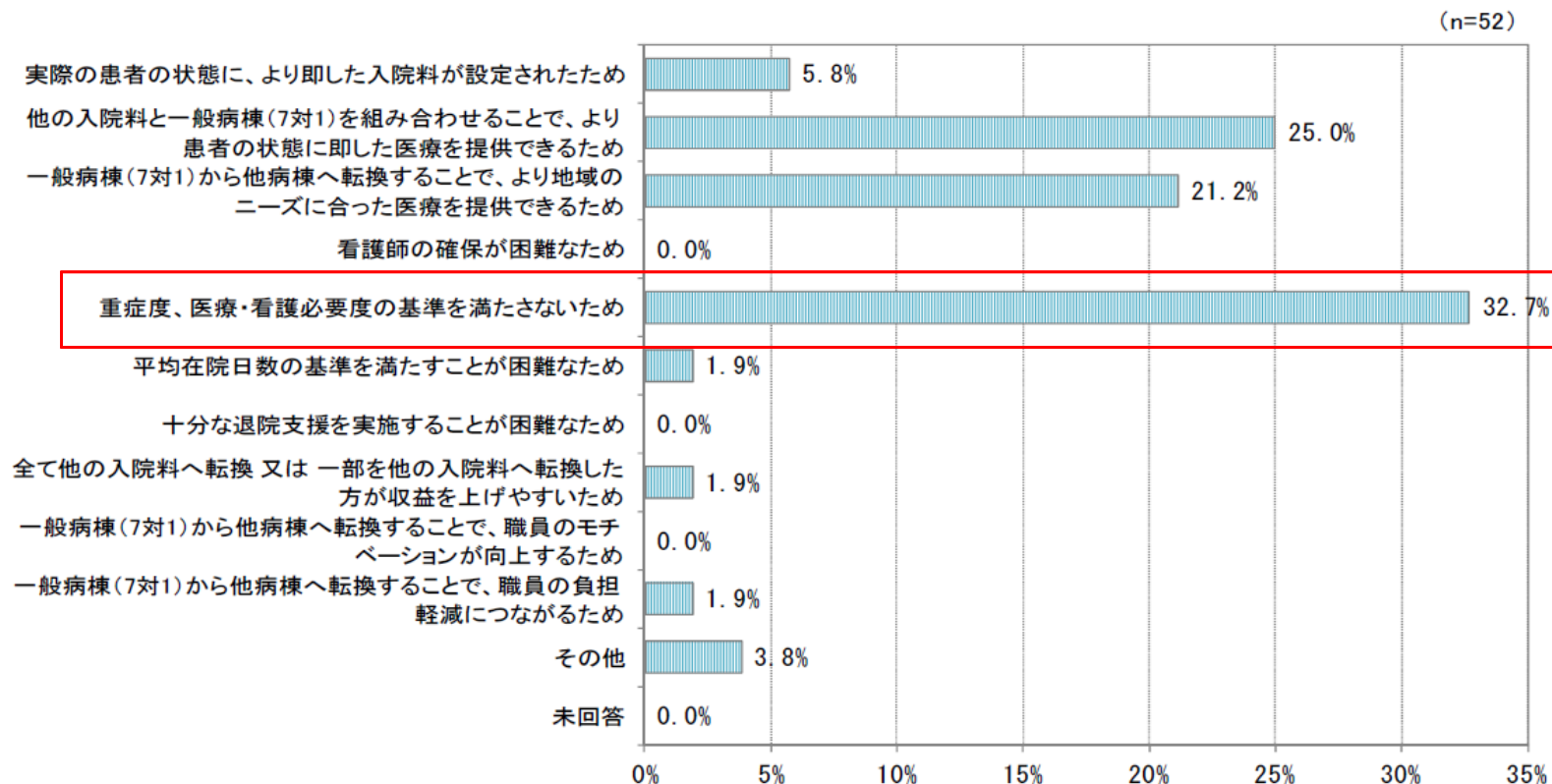
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



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）＞

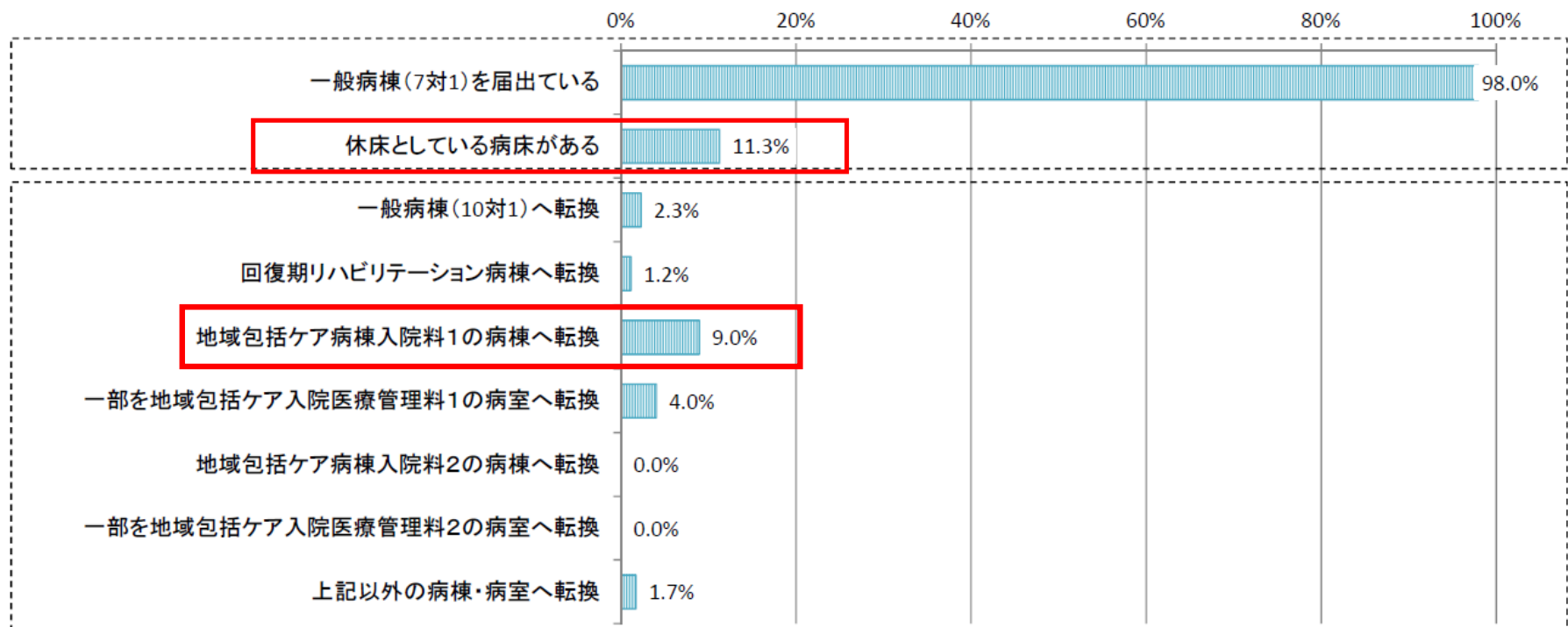


改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

- 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)

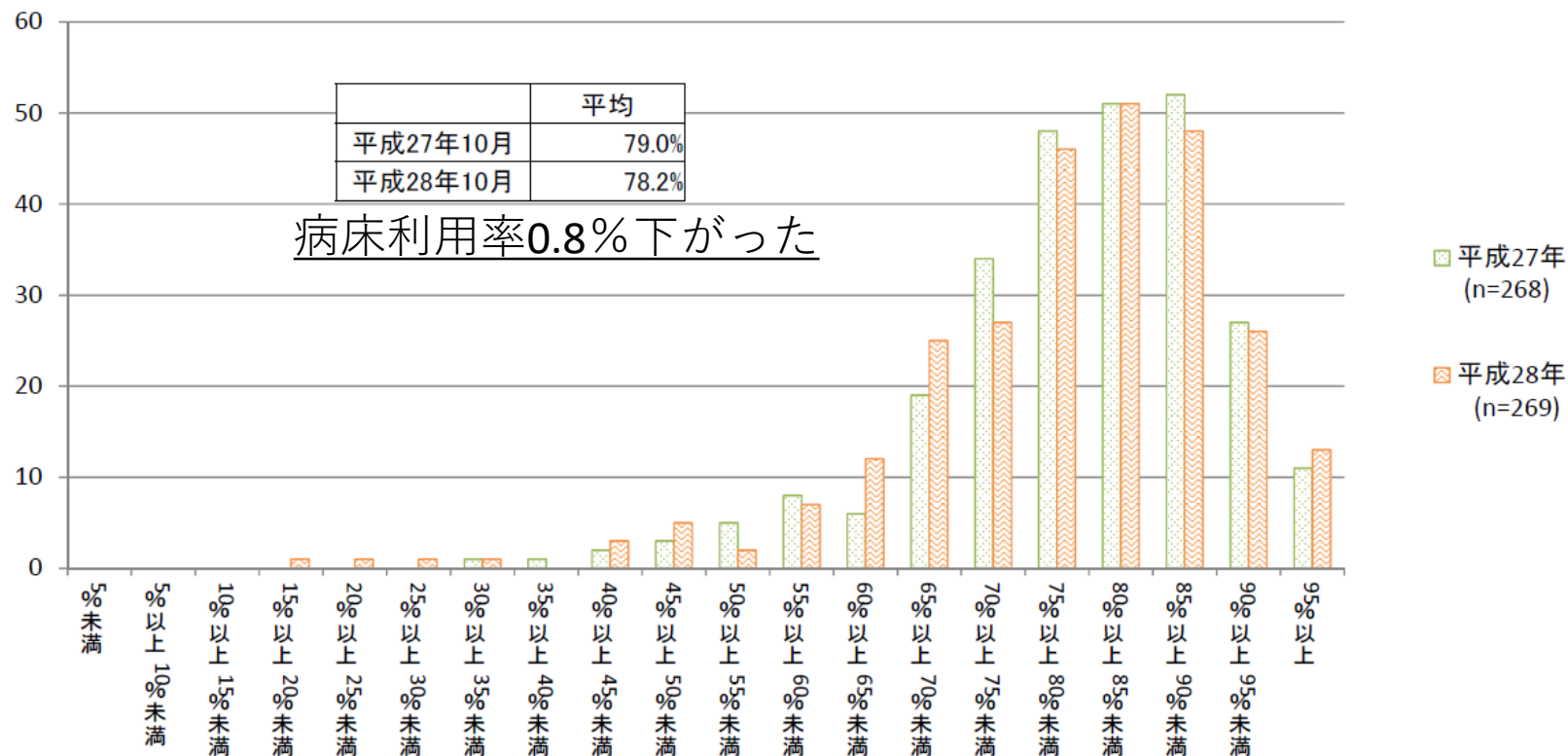


一般病棟（7対1）における病床利用率の状況

- 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＞



7対1、10対1比較

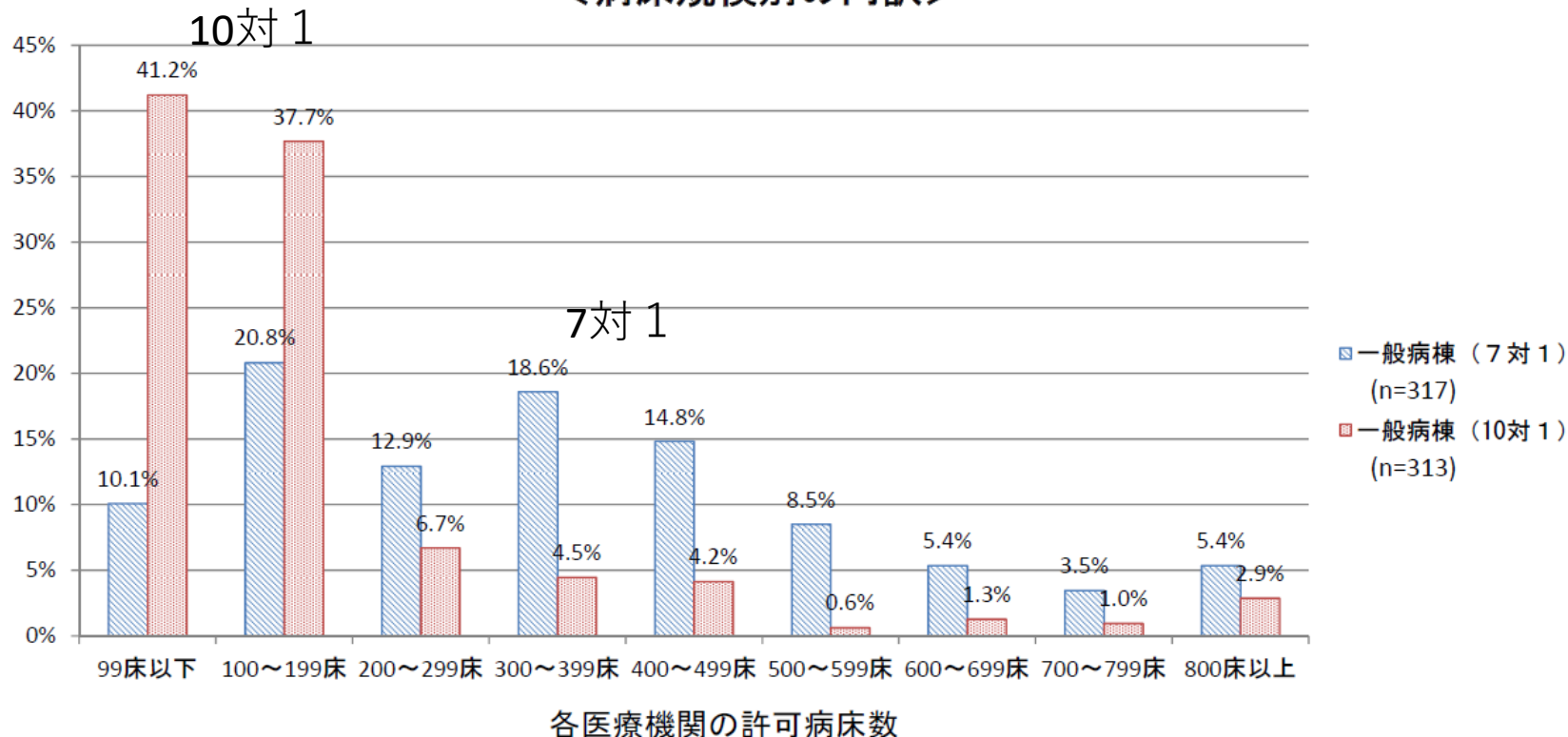
一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

| | 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 | | | |

回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

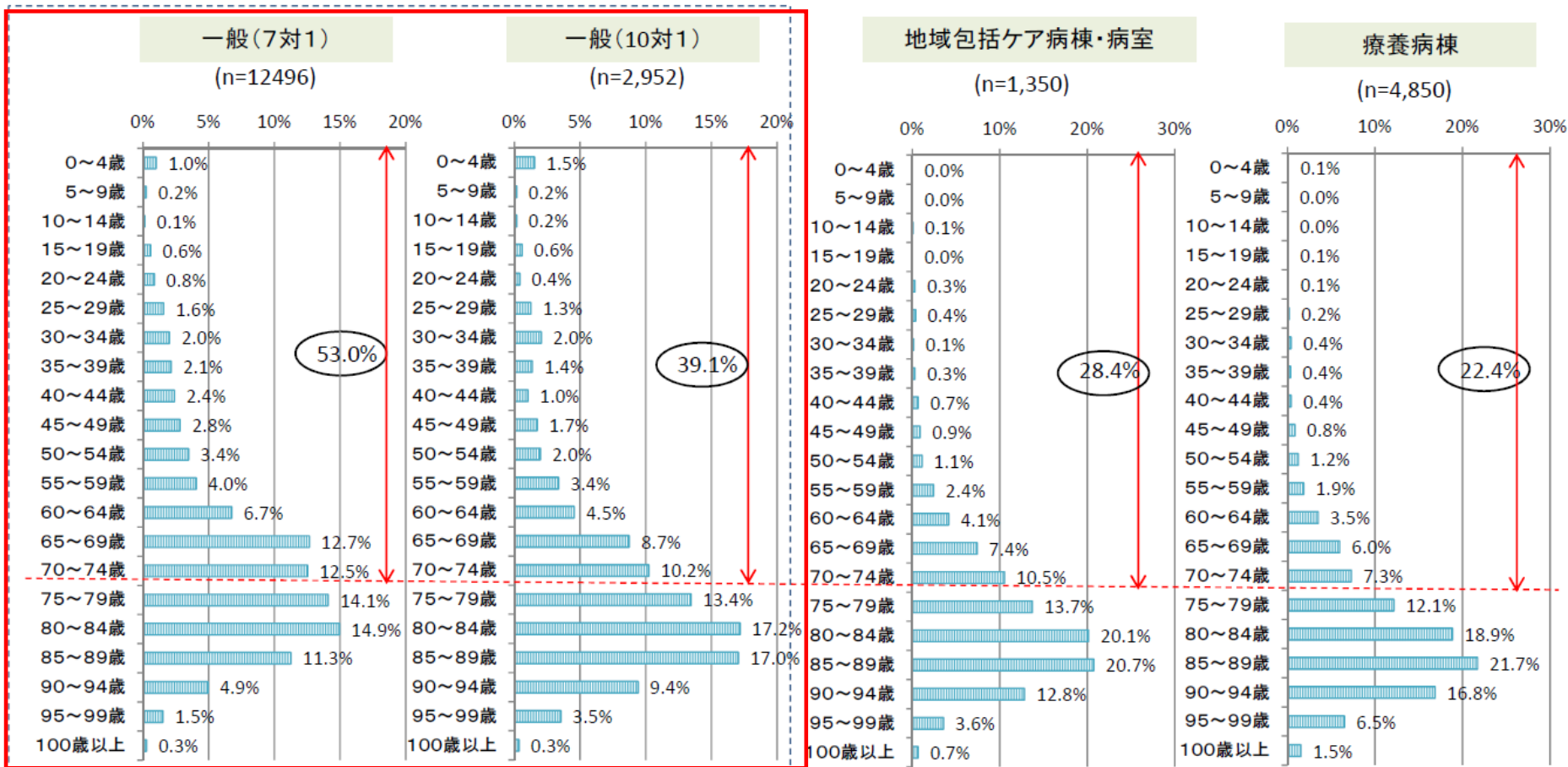
- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

<病床規模別の内訳>



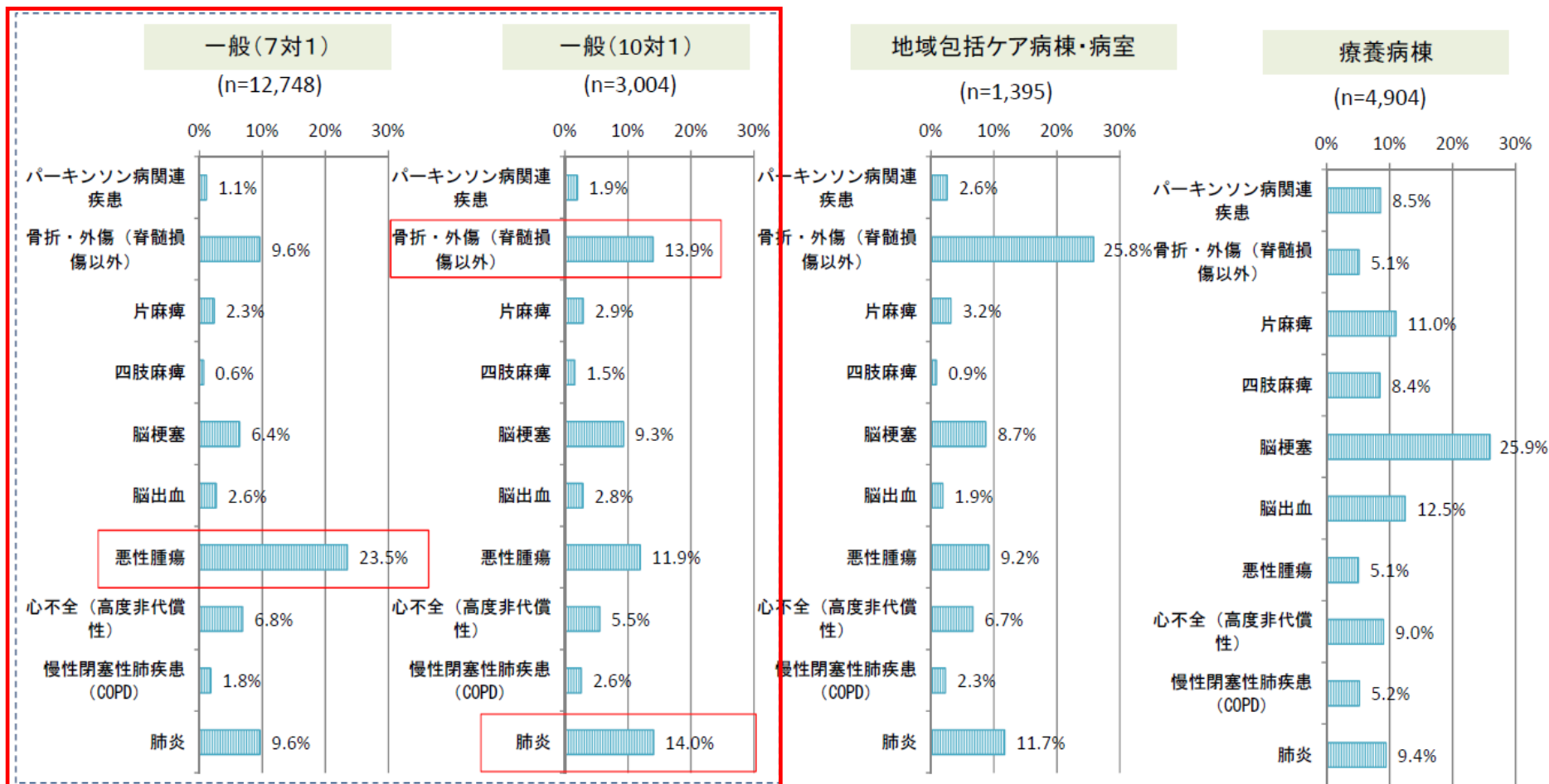
一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

○ 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。



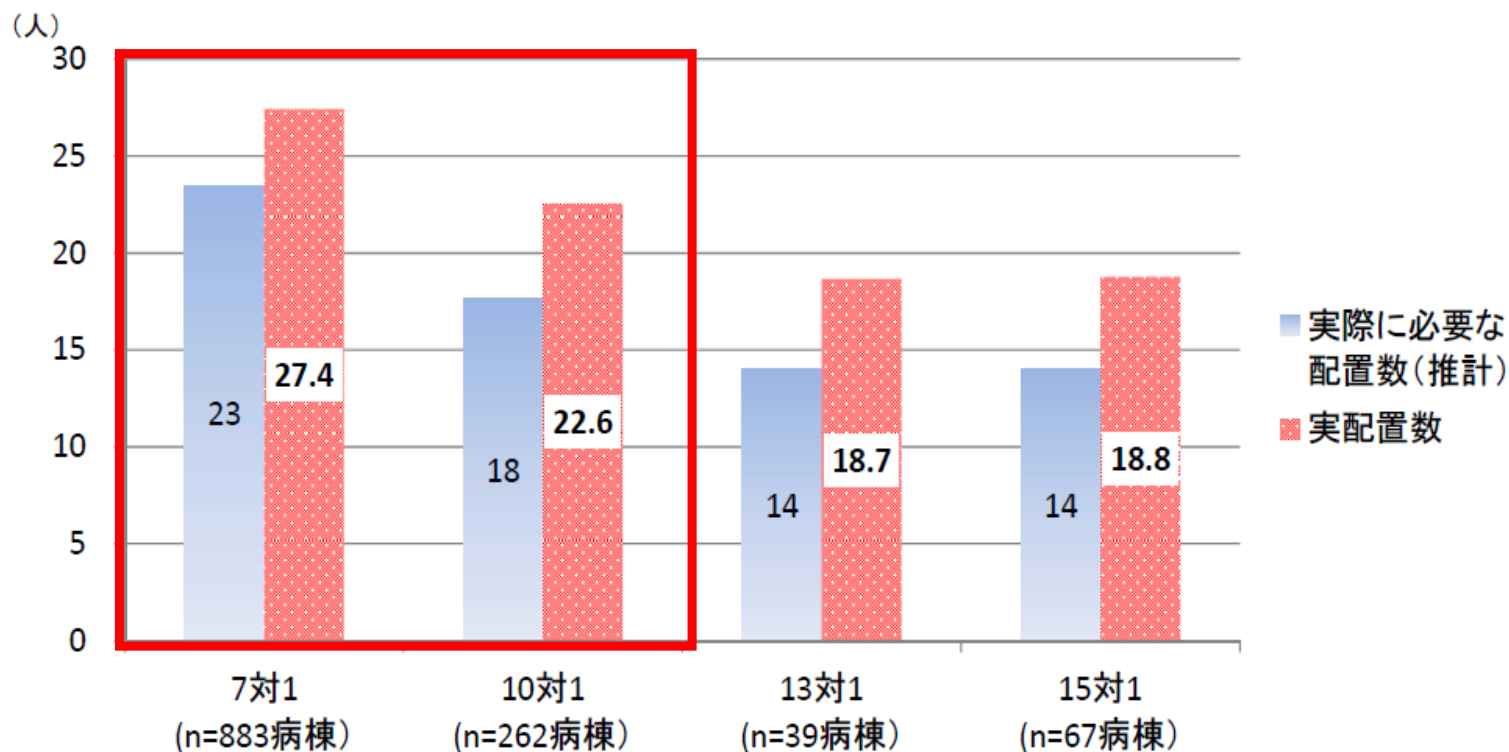
一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

○ 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。



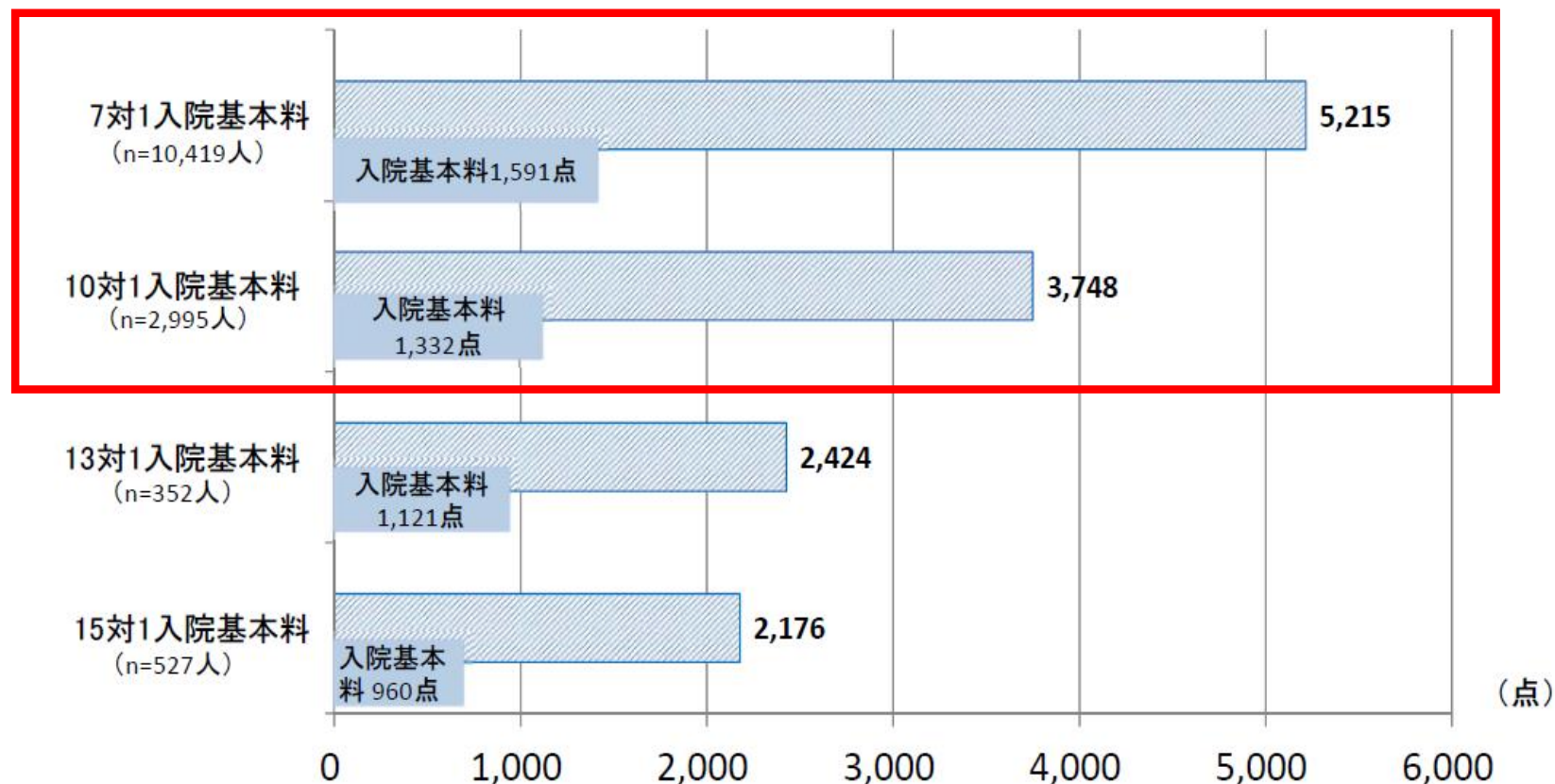
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人
病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 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の
重症患者該当率を比較する

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

| 評価項目 | 評価期間 (①患者単位、②病棟単位) | 基準値 (カットオフ値) |
|------------------|-----------------------|---------------------------|
| (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 |

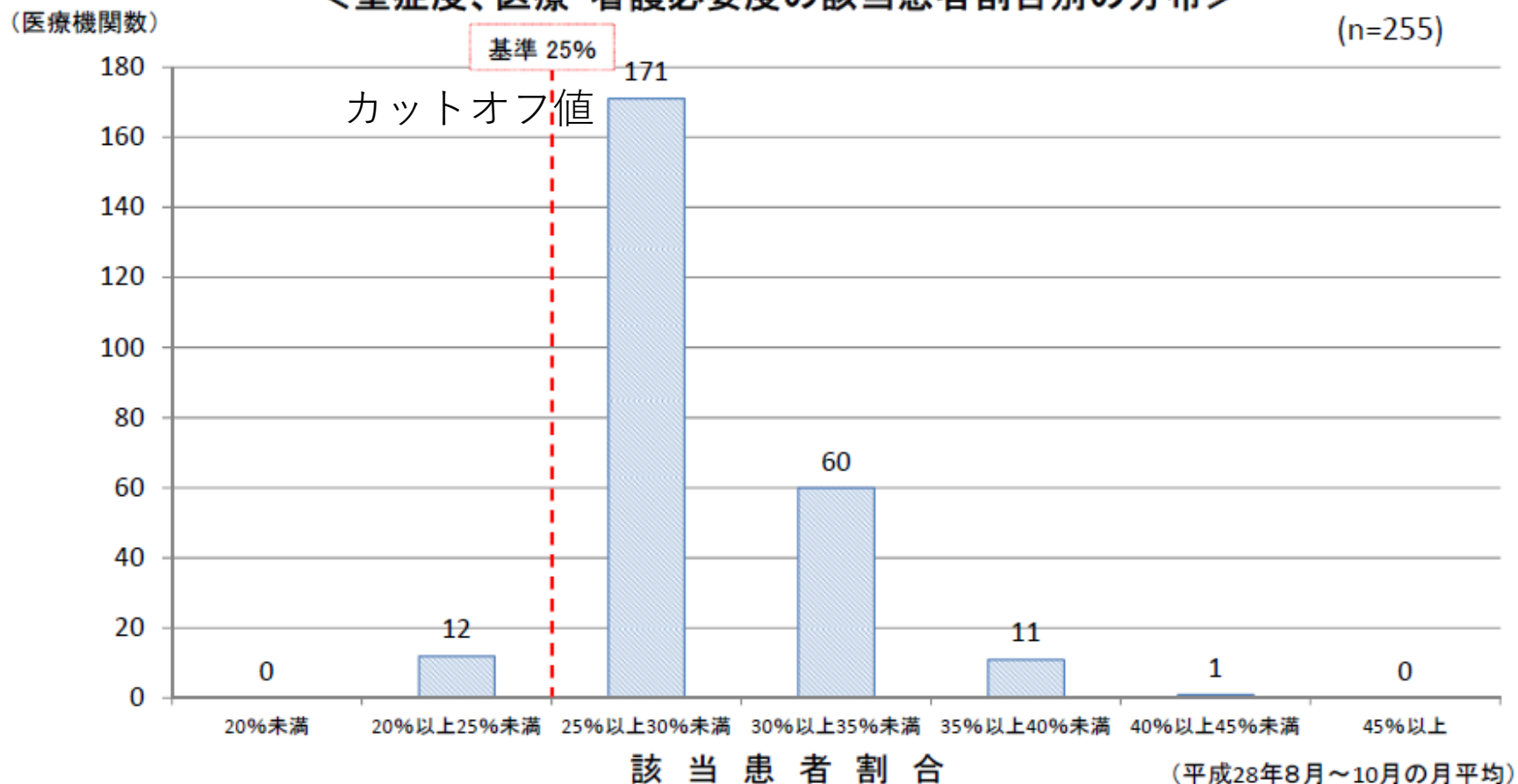
一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

| 名称 | 点数(1日につき) | 基準値 |
|----------|-----------|---------------|
| 看護必要度加算1 | 55点 | 該当患者割合が2割4分以上 |
| 看護必要度加算2 | 45点 | 該当患者割合が1割8分以上 |
| 看護必要度加算3 | 25点 | 該当患者割合が1割2分以上 |

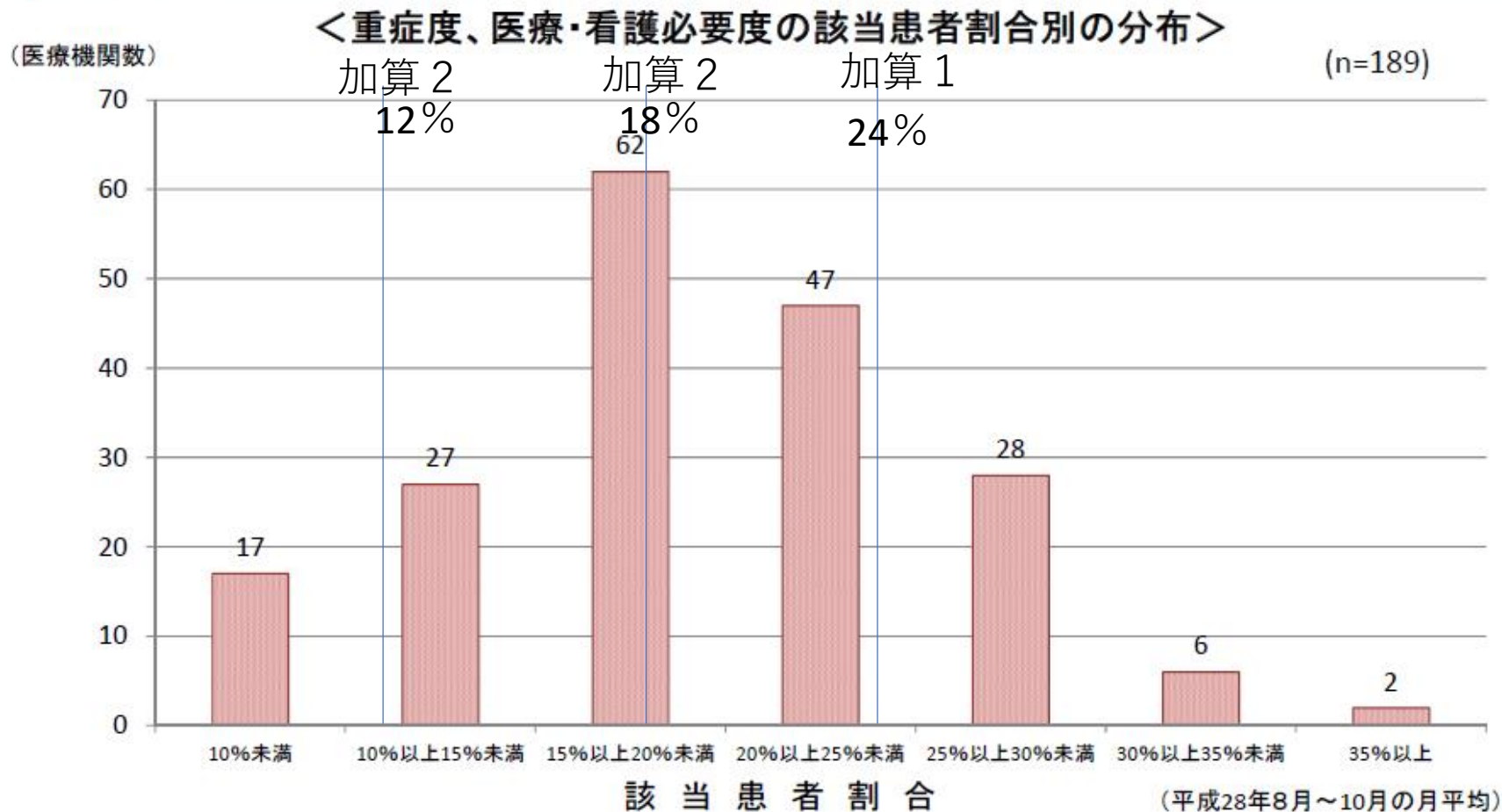
○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

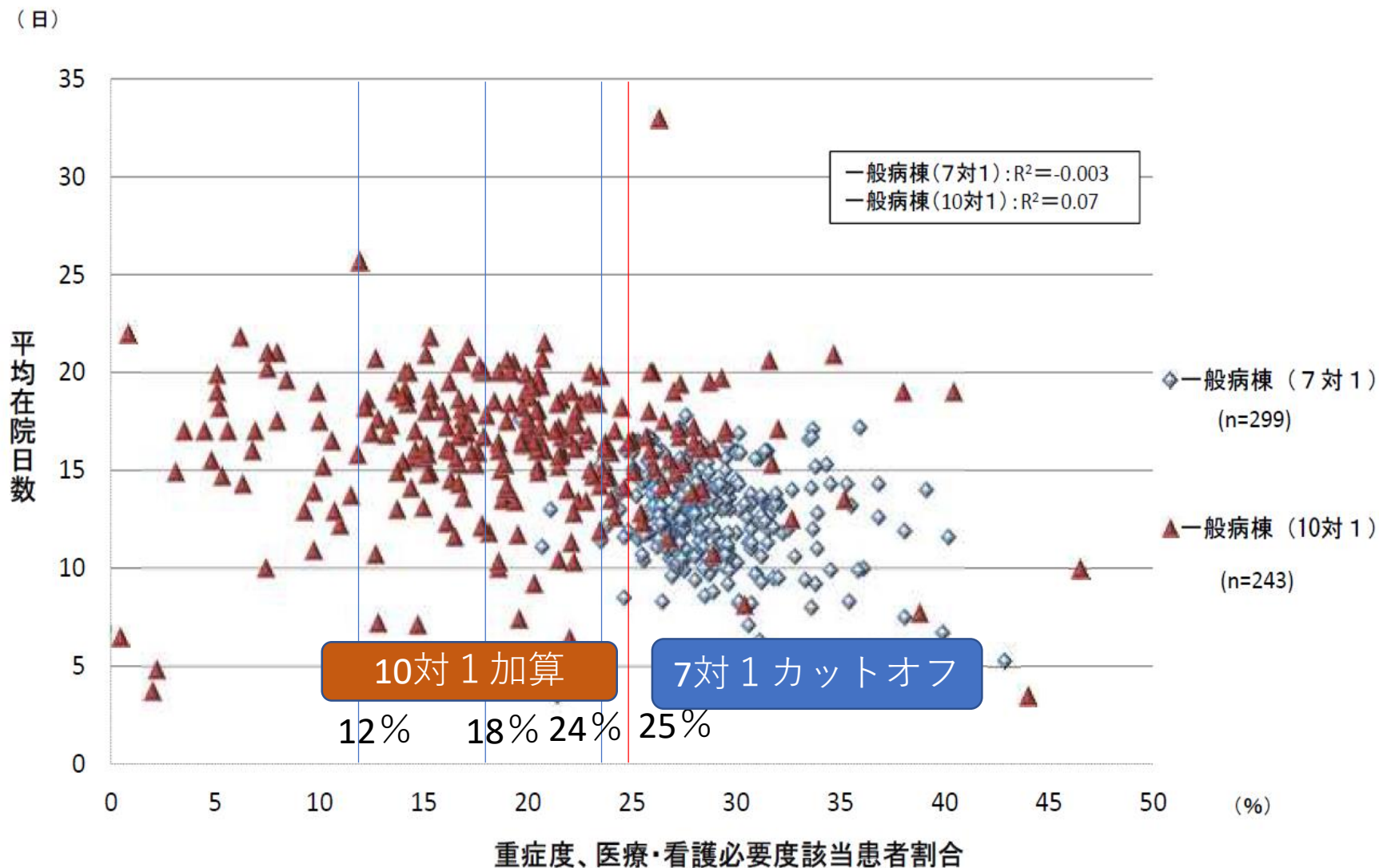


一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 一般病棟(10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15%～20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。



平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1
の診療報酬点
数の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

7対1ではカットオフ
値である25%ギリギ
リの病院が圧倒的だ
が、10対1では正規分
布に近くなっている

段階的に評価
してよいので
はないか？

(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

在宅復帰率といっ
ても病棟への転棟
も含んでいる

【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)

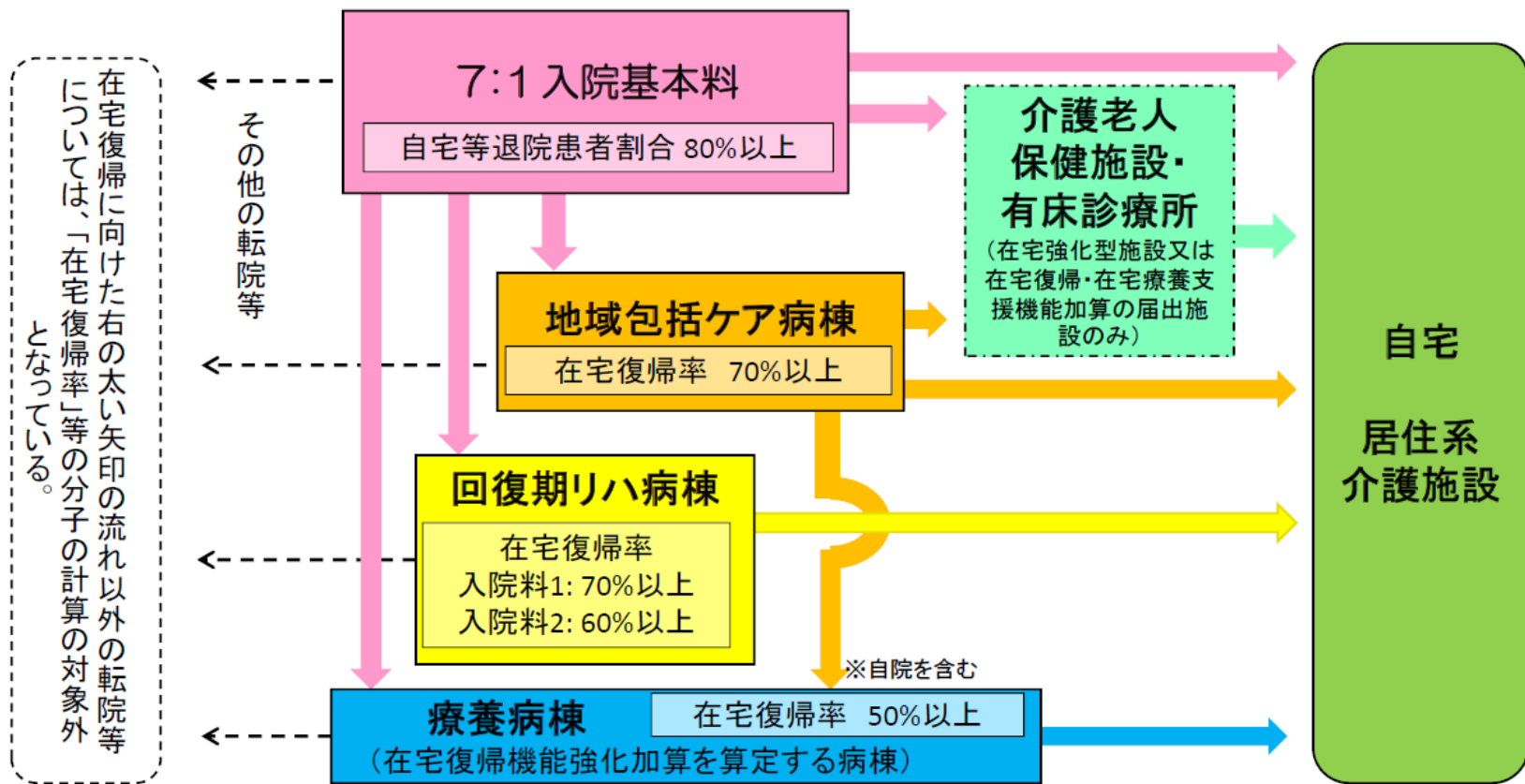
【平成28年度診療報酬改定】

- 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。



在宅復帰率の算出方法

- 在宅復帰率の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

在宅復帰率

| | | | | |
|---|------|---|--|---|
| | | 7対1病棟 | 地域包括ケア病棟 | 回りハ病棟 |
| | (分子) | <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回りハ病棟 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・転棟患者(上記を除く)・再入院患者除く</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) (退院・転棟含む) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p> |
| = | (分母) | <ul style="list-style-type: none"> ・7対1病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・回りハ病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者除く</p> |

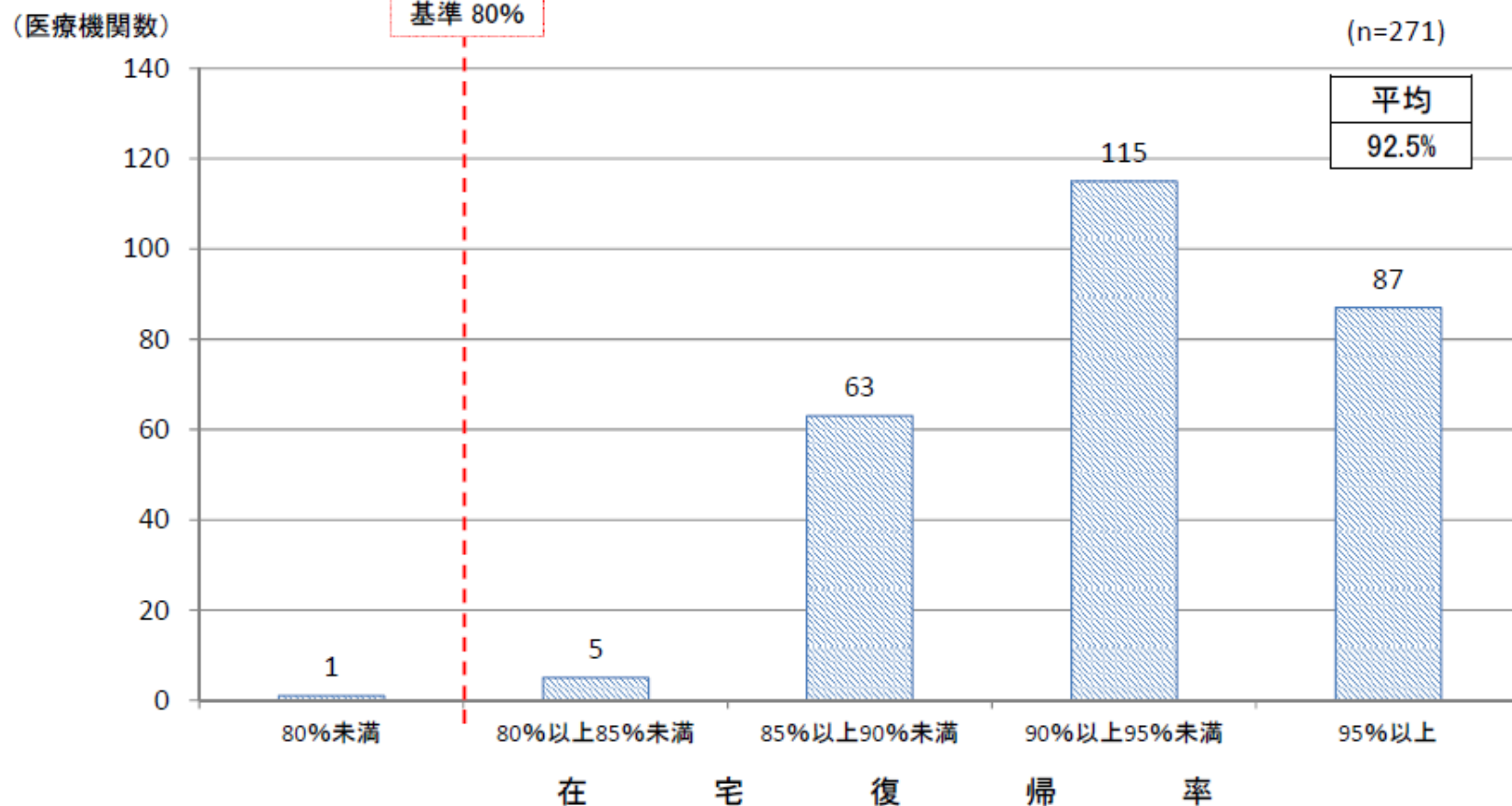
施設類型によって在宅復帰率の定義が異なる

一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
29.6.7

- 一般病棟（7対1）の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が90%を超える医療機関が全体のおよそ7割5分を占めた。

<在宅復帰率の医療機関分布>



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

亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

中医協 総 - 2

25.11.27(改)

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・高度急性期



急性期

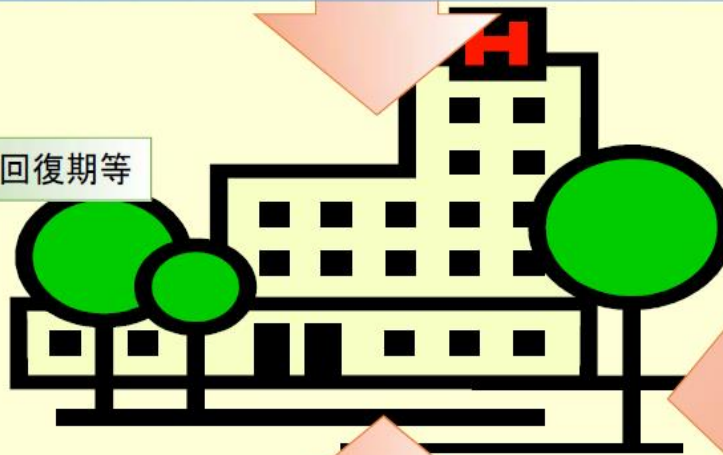
亜急性期病床の役割

入院患者データの提出

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



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

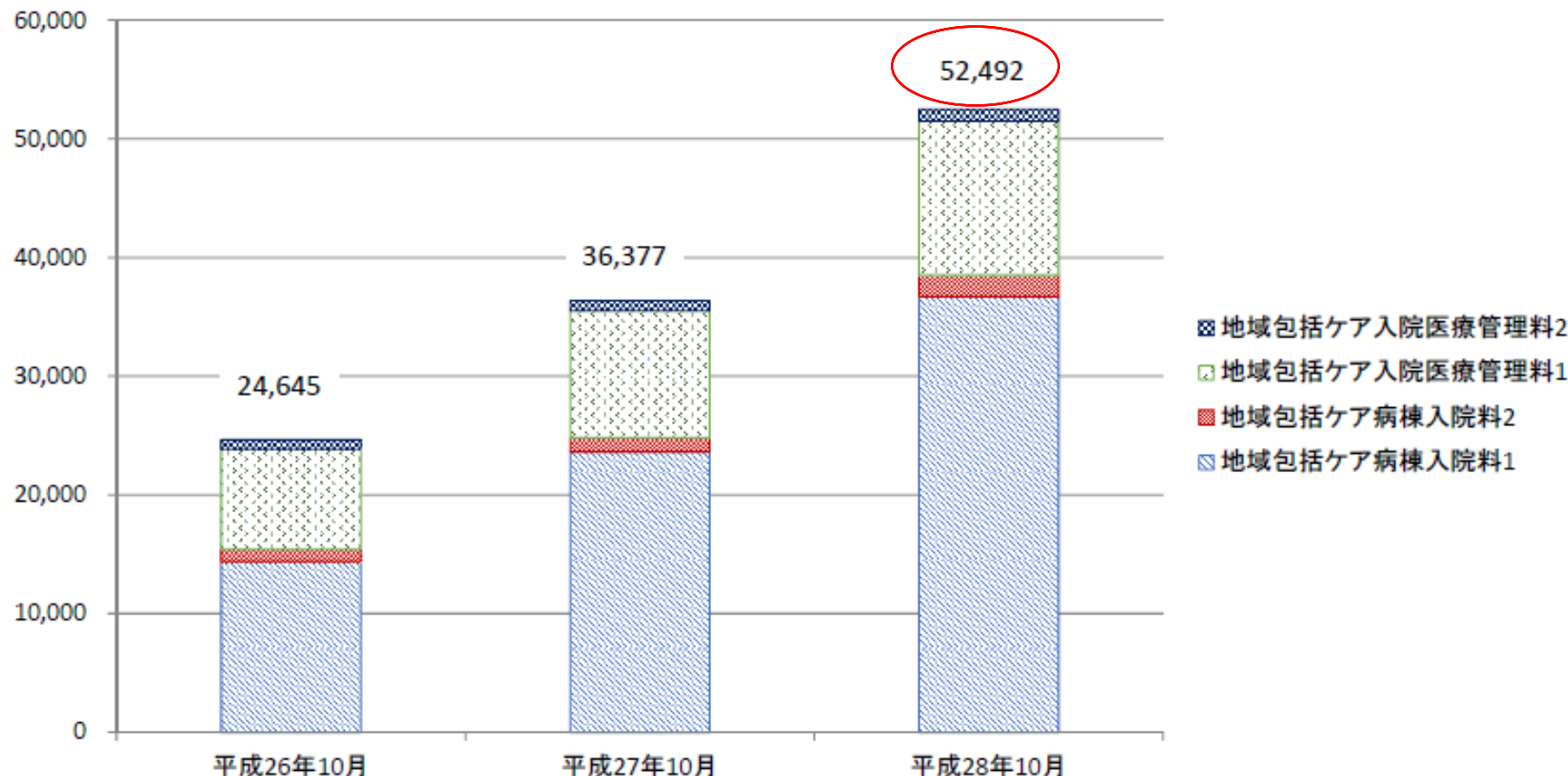
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

| | | |
|--------------|-----------------|-------|
| 自宅 | 26.7% | |
| 自院 | 自院の7対1、10対1病床 | 49.4% |
| | 自院の地域包括ケア・回りハ病床 | 0.4% |
| | 自院の療養病床 | 0.0% |
| 他院 | 他院の7対1、10対1病床 | 13.5% |
| | 他院の地域包括ケア・回りハ病床 | 0.1% |
| | 他院の療養病床 | 0.4% |
| 介護療養型医療施設 | 0.1% | |
| 介護老人保健施設 | 1.2% | |
| 介護老人福祉施設（特養） | 1.2% | |
| 居住系介護施設 | 2.9% | |
| 障害者支援施設 | 0.0% | |
| その他 | 1.9% | |
| 不明 | 2.2% | |

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

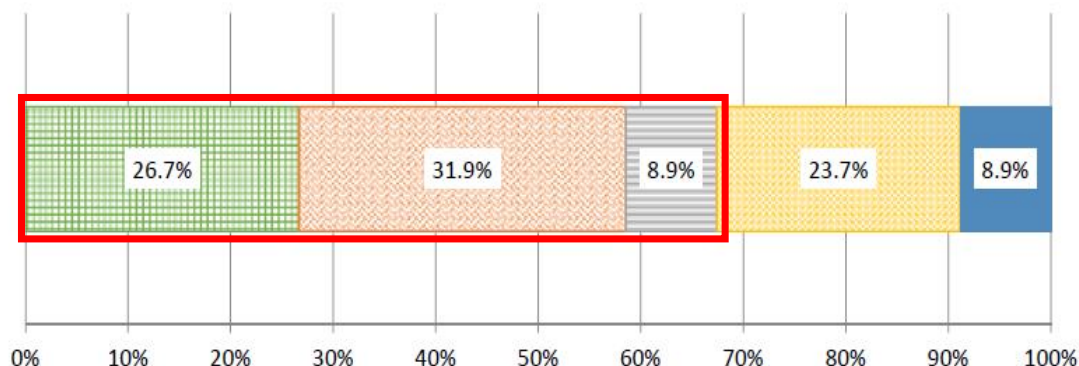
| | | | |
|--------|-------------------|-------------------|-------|
| 自宅等 | 自宅 | 在宅医療の提供あり | 7.3% |
| | | 在宅医療の提供なし | 55.0% |
| 自院 | 介護老人福祉施設（特養） | | 4.1% |
| | 居住系介護施設（グループホーム等） | | 4.8% |
| | 障害者支援施設 | | 0.0% |
| | 一般病床 | | 1.4% |
| | 地域包括ケア病床・回復期リハ病床 | | 0.9% |
| 療養病床 | 在宅復帰機能強化加算あり | | 0.9% |
| | 在宅復帰機能強化加算なし | | 1.4% |
| | その他の病床 | | 0.2% |
| 他院 | 一般病床 | | 2.7% |
| | 地域包括ケア病床・回復期リハ病床 | | 0.2% |
| | 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 | 0.5% |
| その他の病床 | | | 0.5% |
| | | | |
| 有床診療所 | 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% |
| 介護施設 | 介護療養型医療施設 | | 0.5% |
| | 介護老人保健施設 | 在宅強化型 | 1.4% |
| | | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり | 0.5% |
| | 上記以外 | | 3.2% |
| 死亡退院 | | | 3.2% |
| その他 | | | 0.0% |
| 不明 | | | 11.2% |

入棟前の居場所別の「医学的な理由」の詳細

○ 入棟前の居場所別の前項(医学的な入院継続の理由)の設問における「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない」という回答の占める割合が多い。

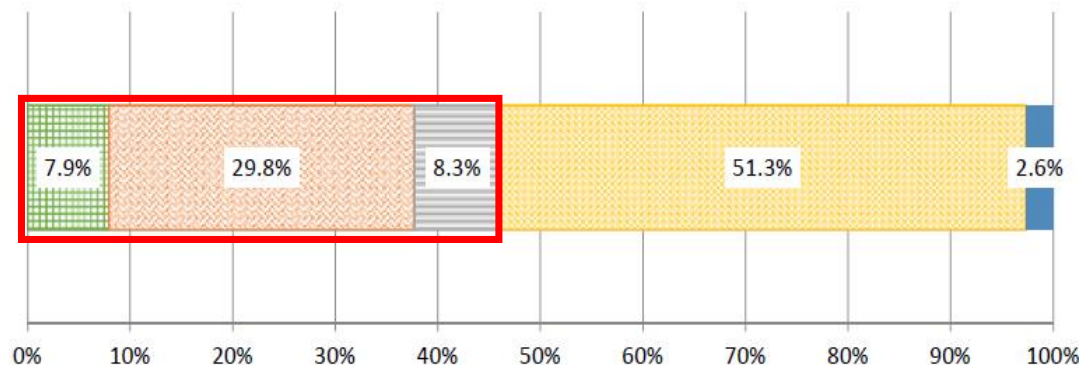
＜医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細＞

入棟前の居場所が自宅等(n=135)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

入棟前の居場所が自宅等以外(n=265)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会

ポイント③ 退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

ストラクチャー
ではなく、アウト
カムを評価すべき

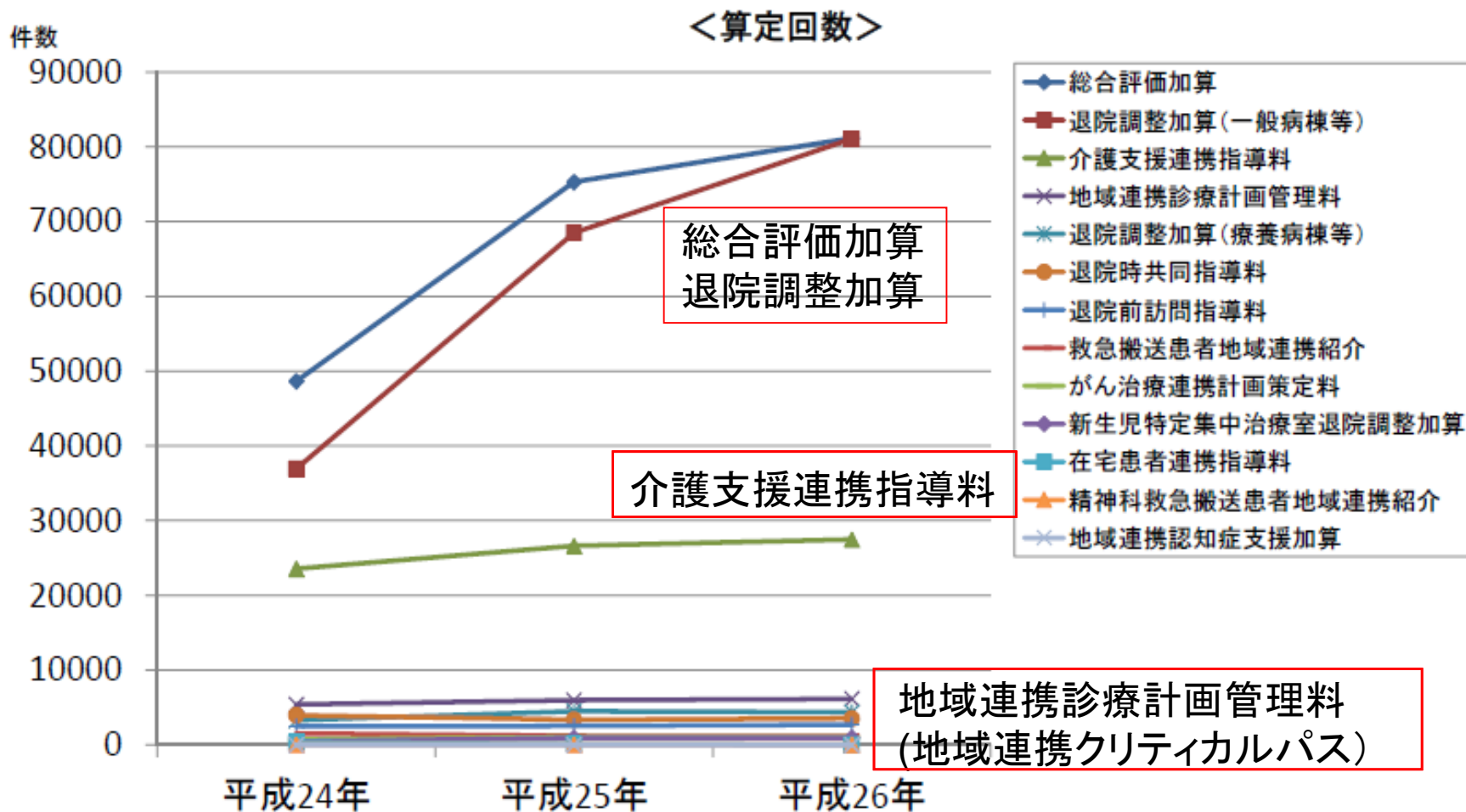
地域連携パスは使われい
ないので、退院調整加算に
整理しては？

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。

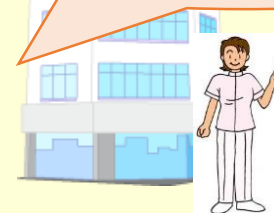
(新) 退院支援加算 1

| | |
|-----------------|--------|
| 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]

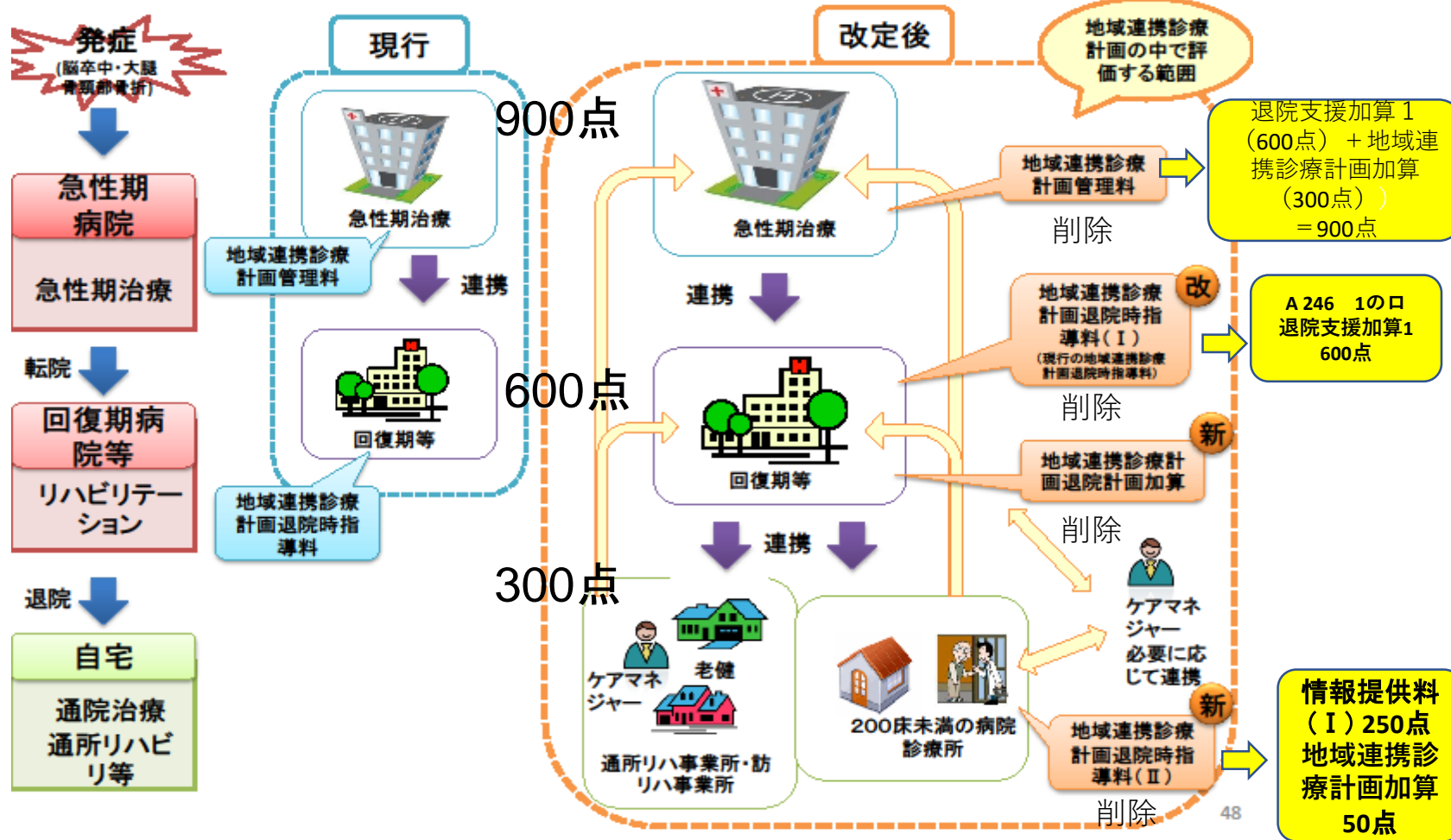
| | 退院支援加算 1 | 退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と同要件) |
|------------------|--|-----------------------------|
| 退院困難な患者の早期抽出 | <u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出 | 7日以内に退院困難な患者を抽出 |
| 入院早期の患者・家族との面談 | <u>7日以内</u> に患者・家族と面談 | できるだけ早期に患者・家族と面談 |
| 多職種によるカンファレンスの実施 | <u>7日以内</u> にカンファレンスを実施 | カンファレンスを実施 |
| 退院調整部門の設置 | 専従1名（看護師又は社会福祉士） | 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> | - |

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 (Ⅰ)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅱ)

地域連携診療計画管理料等は廃止されたが、地域連携クリティカルパスが廃止されたわけではない

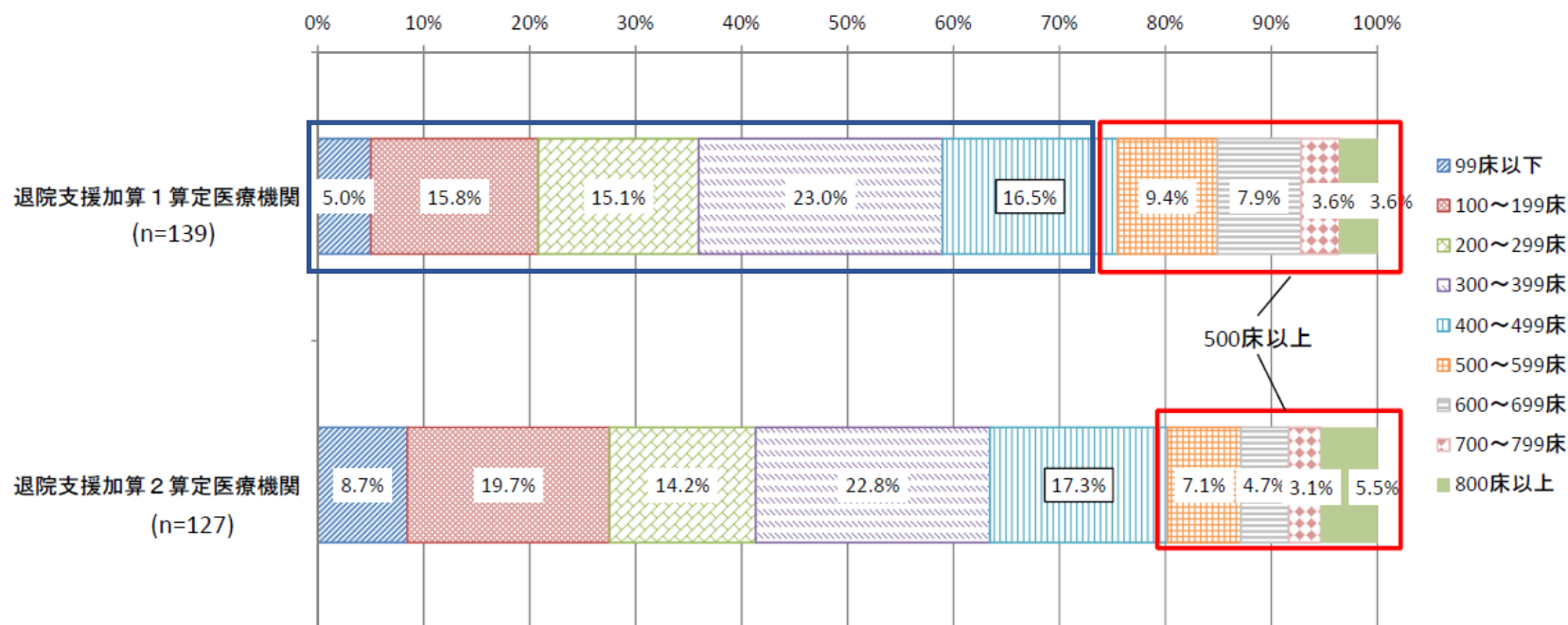
大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価 2016年改定



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床以上は3割

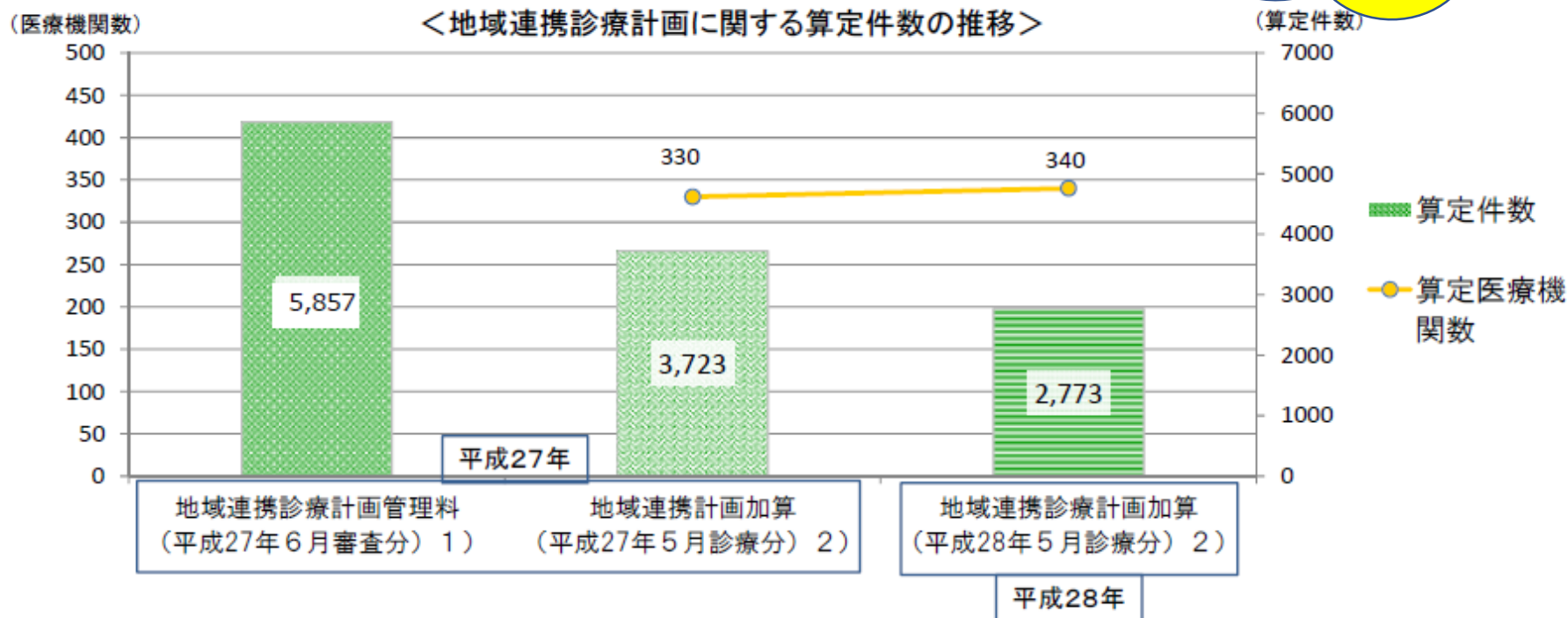
地域連携診療計画③

- 退院支援加算の地域連携診療計画加算の算定件数は、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料の算定件数に比べ、減少している。

平成28年度診療報酬改定

- 退院支援加算(退院調整加算)の地域連携診療計画(地域連携計画)加算
加算対象：退院調整加算を算定 → 退院支援加算1又は3を算定
- 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)(Ⅱ) → 廃止

地域連携パス
(地域連携計画
加算) 激減!



これだけ地域連
携計画加算が
減っていること
に驚いている

退院支援加算2で地域連
携診療計画加算を認めな
いことを見直すべき

地域連携診療計画は
回りハではよく使わ
れている。一方、回り
ハでは退院支援加算
の算定が少ない。現
状に合っていない

2017年8月24日 入院医療分科会

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」の議論が始まった（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）

これまでの退院支援

これからは「入院前から始める退院支援」、
「生活に戻す医療」
が重要

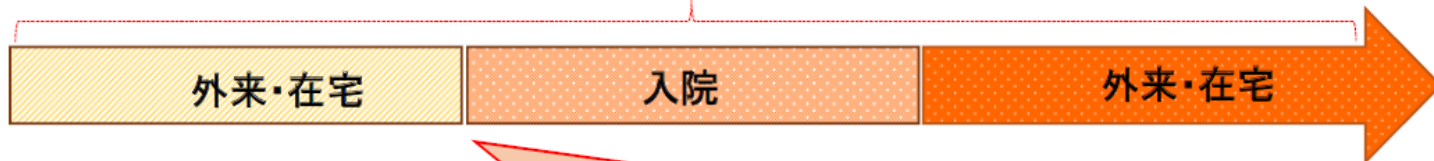
- ①退院が決まってから始める退院支援
- ②「退院したくない」と言う患者を「力業」で退院させる退院支援
- ③傾聴より指導。一方的に「してあげる」スタンスの退院支援
- ④患者本人より家族の意向を優先してします退院支援
- ⑤とりあえず受け入れてくれる病院・施設につなぐ退院支援
- ⑦病棟も外来も関係ない！地域連携室だけで行う退院支援



元愛媛大学医学部
附属病院 総合診療
サポート・センター長
櫃本真津先生

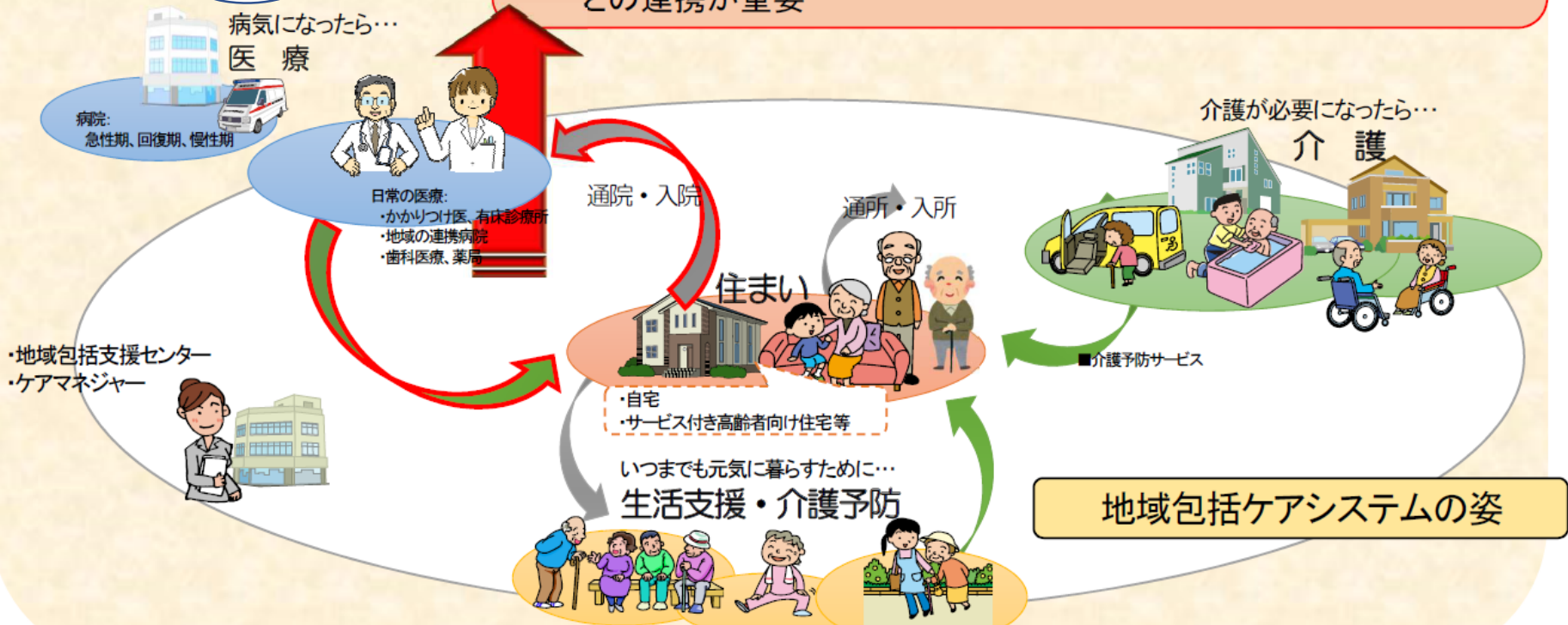
地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

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

日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
 - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

群馬中央病院の 入退院支援センター

- JCHO群馬中央病院（333床）
 - 2016年に入退院支援センターの運用を開始した。
 - 体制は看護師5名、クラーク1名の専従として、予定入院患者に対して入退院に係る薬剤部、医事課、栄養、MSW,リハビリ、歯科と協同して患者の入退院に係る説明を行った
 - これにより患者からは「医療費のことが心配だったけど安心した」「詳しく説明してもらってありがたい」と意見が聞かれた
 - また病棟、外来スタッフからは「書類の記入や基礎情報が入力してあるので助かっている」など院内連携にも役立っているとのことだ

ポイント④療養病床と介護医療院



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、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

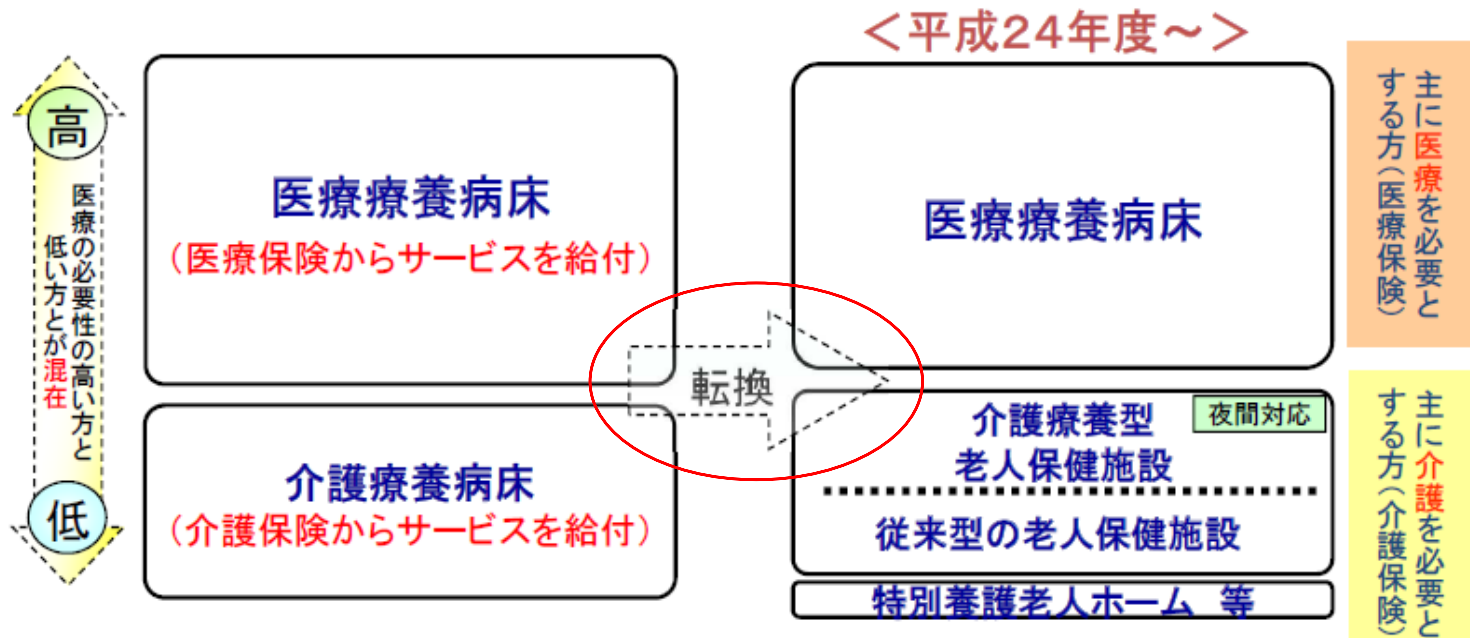
【医療法改正】

- 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
の医療法人型
特養転換は？



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



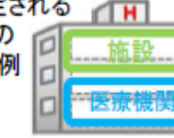
新(案1-2)

○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

(注) 居住スペースについては、施設系サービスと同様に、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。

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

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

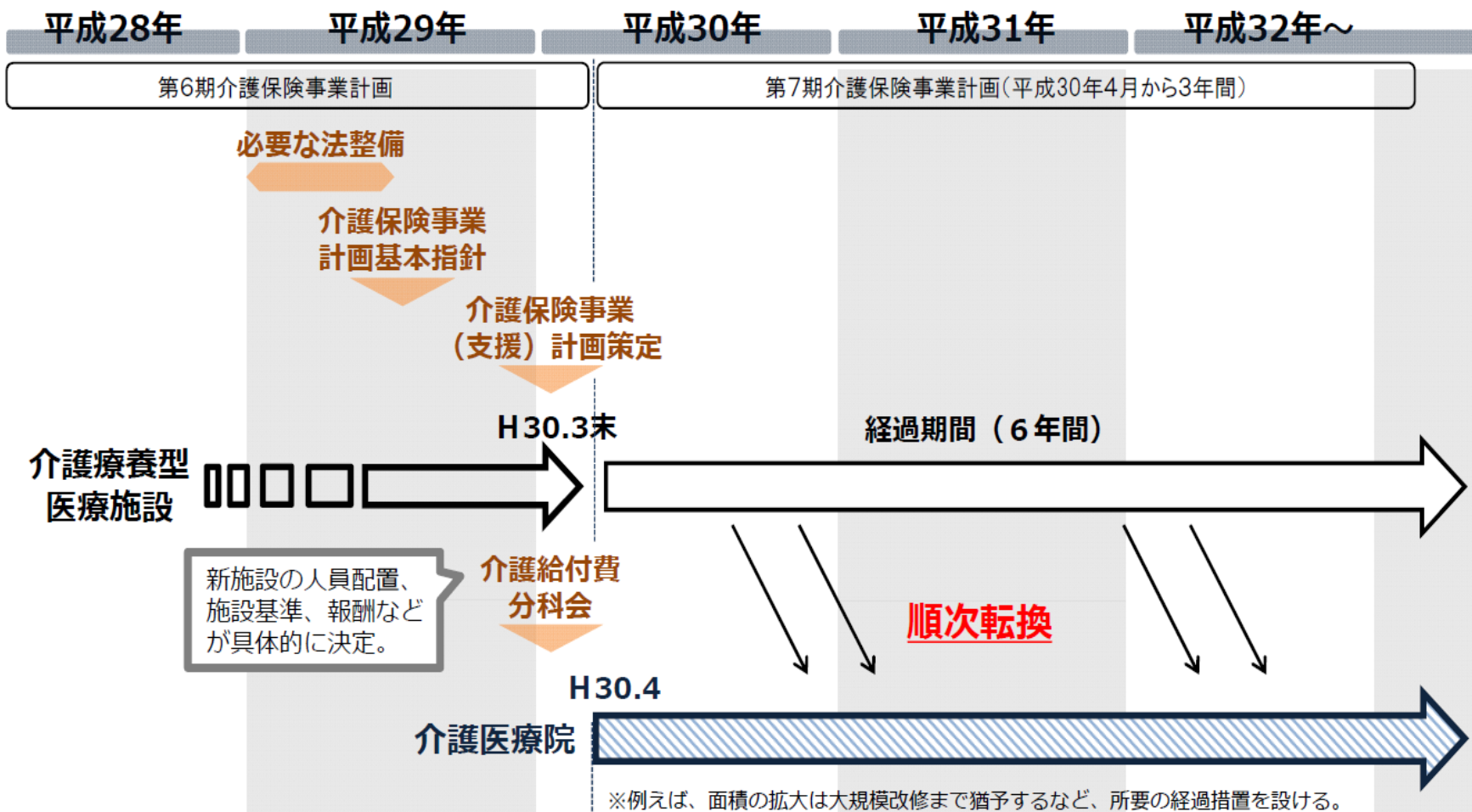
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

| | 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 | |



介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、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もの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**

| | 医療療養病床 | | 介護療養病床 | 介護老人保健施設 | 特別養護老人ホーム |
|------|---|------------------------|---|-----------------------------------|----------------------|
| | 20対1 | 25対1 | | | |
| 概要 | 病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。 | | 病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</u> を提供するもの | 要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u> | 要介護者のための <u>生活施設</u> |
| 病床数 | 約14.4万床 ※1 | <u>約7.2万床</u> ※1 | <u>約5.9万床</u> ※2 | 約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床) | 約56.7万床 ※3 |
| 設置根拠 | 医療法(病院・診療所) | | 医療法(病院・診療所) <u>介護保険法(介護療養型医療施設)</u> | 介護保険法 (介護老人保健施設) | 老人福祉法 (老人福祉施設) |
| 施設基準 | 医師 | 48対1(3名以上) | | 100対1(常勤1名以上) | 健康管理及び療養上の指導のための必要な数 |
| | 看護職員 | 4対1 (29年度末まで、6対1で可) | 6対1 3対1 6対1 | 3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準) | 3対1 |
| | 介護職員 ※4 | 4対1 (29年度末まで、6対1で可) | | | |
| 面積 | 6.4㎡ | | 6.4㎡ | 8.0㎡ ※5 | 10.65㎡(原則個室) |
| 設置期限 | — | | <u>平成35年度末</u> 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長 | — | — |

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)
※4 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)
※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

2017年8月4日 介護給付費分科会 介護医療院の議論始まる！

(1) 報酬水準 (2) 人員配置 (3) 構造設備 (4) 転換促進策
老健との関係性の整理、医療療養病床からの転換をどのように考えるか？



介護医療院 7～8万床！

- 現在約6万床ある介護療養病床から4万くらい、25対1医療療養病床の半分くらいが移行し、全体として7～8万床くらいになると想定している。
- 介護医療院協会を2018年4月に設立



日本慢性医療協会会長
武久洋三氏（2017年6月22日）

パート 3

単回使用機器 (SUD)の再製造 (SUD:single use device)



神経生理電極(EP)カテーテル

SUDの規定

- SUDの製造販売に関しては厚生労働省の行政通知により以下の基準が示されている
 - 2001年12月14日医薬局安全対策課長通知（医薬安発第158号）により「**単回使用の医療用具については、
『再使用禁止』と記載するとともに『禁忌・禁止』の項にも記載すること。**」としている
 - 2004年2月9日付厚生労働省医政局長通知（医政発第0209003号）により
 - 「ペースメーカーや人工弁等の埋め込み型の医療材料については医療安全や感染の防止を担保する観点から、その性能や安全性を十分に保証し得ない場合は再使用しない等の措置をとるなど、医療機関として十分注意されるよう（中略）よろしく願います」と注意喚起がなされている。

事例① 神経生理電極 (EP)カテーテル

- 神経生理電極 (EP)カテーテルの院内滅菌による再使用 (Reuse)
- 2015年7月、神戸大学病院においてSUDである神経生理電極 (EP)カテーテルが約300人の患者に院内滅菌の上、再使用された可能性がある。
- 不整脈のアブレーション治療に用いる電極カテーテルは1本20万円、1回に4～5本使用する。



神経電極カテーテル

事例② リガシュア

- リガシュア（血管シーリングデバイス）

の使いまわし

- 2014年5月20日の読売新聞の報道
- 大阪府堺市北区の国立病院機構近畿中央胸部疾患センターは、再使用が禁止されている胸腔鏡手術用のリガシュアを使い回しをしていたと発表した。
- 2008年から6年間に約2300人の手術に、院内で再滅菌して再利用していた
- しかし健康被害は確認されていないという。



リガシュア

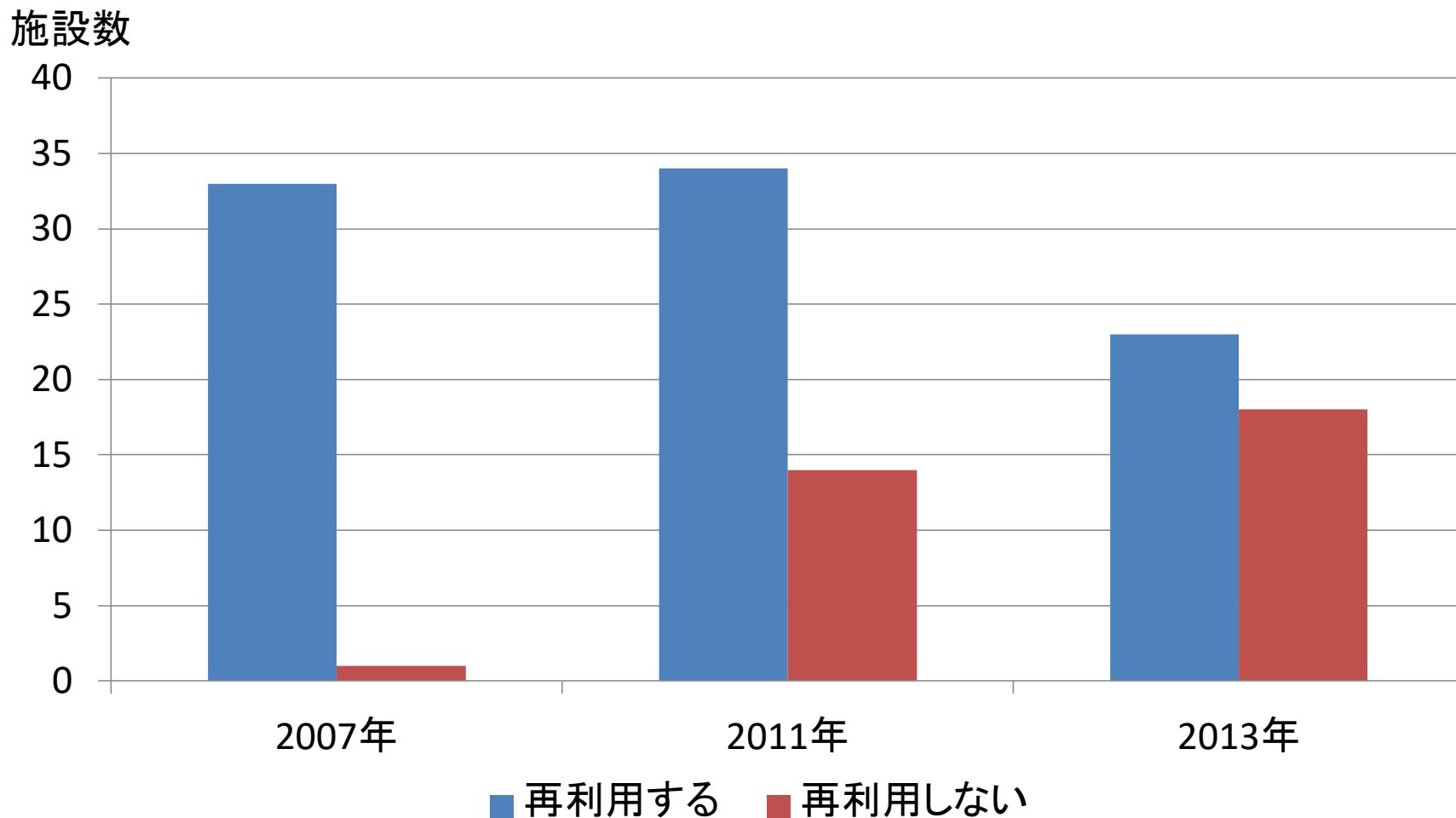
事例③ ドリルバー

- 大阪市立大病院は2017年9月19日、国の通知で再使用が禁じられている使い捨て用の医療機器を滅菌処理して使っていたと明らかにした。
- 2015年9月以降で約130人の患者に使用しており、健康被害を調査している。
- 医療機器は骨に穴を開ける「ドリルバー」約40種類や、骨を切断する「ブレード」約10種類



SUDの再利用の全国調査

全国国立大学医学部附属病院材料部長会議

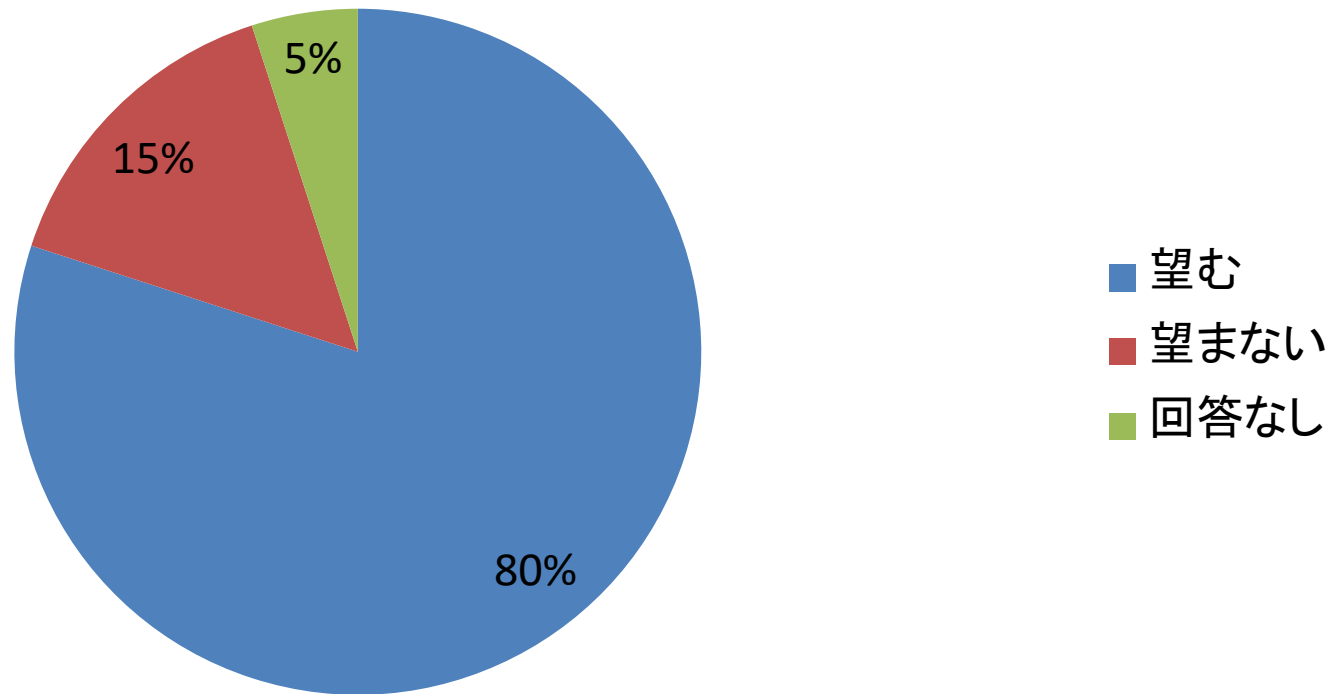


2013年の全国国立大学医学部附属病院材料部長会議の施設アンケート調査

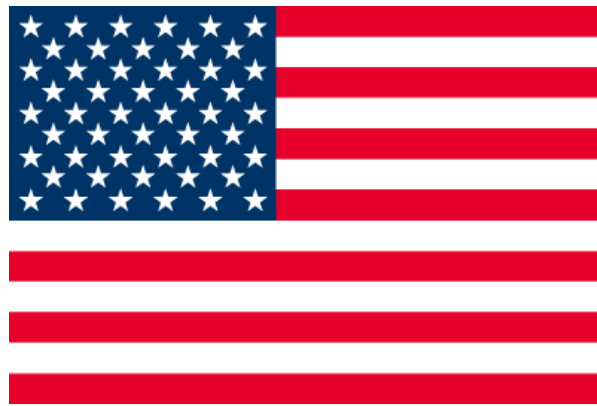
SUDの再利用についての全国調査

全国国立大学医学部附属病院材料部長会議(2013年調査)

法的整備を望むか？



SUD再製造の米国事情



実は米国でもSUDの院内滅菌、再使用が問題となっていた・・・

米国のSUD事情

- 実は米国でもSUDの院内滅菌による再利用が2000年以前には、現在の日本のように頻繁に行われていた
- しかし2000年以降、米国の医薬食品局（FDA）がSUDの再製造の安全基準と、再製造されたSUDは新品と同等であるという市販前承認基準「510K」を整備して、SUDの再製造の公式な道を切り開く。
- この過程には米国議会、会計検査院などの働きかけがあった。

米国のSUD再製造の現状

- 2014年5月、我々はこうした米国におけるSUDの再製造の現状をアリゾナ州のフェニックスのストライカーの再製造工場を見学し、実際にその使用の現場をロスアンゼルスにあるUCLAで見てきた
- フェニックスのストライカー社のSUDの再製造工場を見学
 - 神経生理電極（EP）カテーテルや超音波カテーテルの使用済品を病院から回収して、洗浄、消毒、機能テスト、不具合があるときは分解して部品を取り換えて、再組み立てをして滅菌、そしてパッケージをして市場に出している。
- 価格は半分
 - FDA承認済みのSUDのコストは新品のSUDよりはもちろん安価となり、およそ新品の50～70%程度の価格である

EPカテーテルの洗浄作業

(ストライカー・サステナビリティ・ソリューション社、アリゾナ州フェニックス市)



EPカテーテルの機能テスト作業 (ストライカー・サステナビリティ・ソリューション社 ニックス)



stryker



Stryker
Sustainability Solutions

Daig Response Fixed Curve
Diagnostic EP Catheter



Electrodes: 10
Spacing: 5mm
Length: 110


SYK No: 81595


LOT 222711E

SN: 1575649

Quantity: 1

Reuse Cycle: 1 of 4

 2013-08

 2015-08

STERILE EO



R & Only



Reprocessed by Stryker Sustainability Solutions
1810 W. Drake Dr Tempe, AZ 85283-4327 (USA)
888 888 3433 (US Only)
IFU at sustainability.stryker.com

Only Stryker Sustainability Solutions bears responsibility for this device. The OM information listed on the label is provided as device identification prior to receipt and may contain trademarks of unrelated third parties that do not sponsor this device. Reprocessed Device for Single Use

米国のSUD使用の現状

- ロスアンゼルスにあるUCLAのロナルドレーガン病院の心臓カテーテル室で見学
- この病院ではEPカテーテルを使用した場合は専用の回収ボックスに収納する
- そしてこの回収ボックスは先のストライカーなどのSUD再製造工場に送られて再製造の上、病院に戻ってくる
- EPカテーテルの場合、6回まで再利用が可能だという。このためこの病院の心臓カテーテル室の棚には、ストライカー社の再製造製品が数多く備蓄されていた。

UCLAロナルドレーガン記念病院





武藤

上塚先生

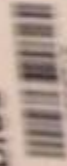
UCLAロナルドレーガン記念病院心カテ室



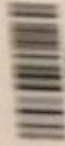
Diagnostic Connecting Cables



omedical Inc.



163114

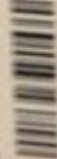


85931

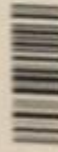
Diagnostic Connecting Cables



omedical Inc.



1572571

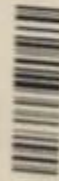


85931

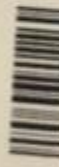
Diagnostic Connecting Cables



omedical Inc.



1574372



85931

Diagnostic Connecting Cables



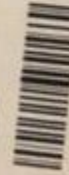
RESPONSE

REF 401972

LOT 437888

(911)00077587

1631020



1631020



1631020

EPカテーテル回収ボックス



米国で実際に再製造されている製品例

| 外科系製品群 | 循環器系製品群 | 低侵襲機器 |
|--|---|---|
| <p>整形外科手術と低侵襲手術で使用される外科用器具</p> | <p>不整脈の診断と治療に使用されるカテーテルとケーブル</p> | <p>様々な循環動態の状況のモニタ又は処置のために使用される非手術用機器</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 腹腔鏡用血管シーリング装置 ➤ 超音波メス先 ➤ トロッカー ➤ 関節鏡用シェーバ先 ➤ バー・ビット・ブレード | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 超音波診断用カテーテル ➤ 電気生理検査用カテーテル ➤ EPインターフェイスケーブル | <ul style="list-style-type: none"> ➤ DVTスリーブ ➤ パルスオキシメータプローブ ➤ 空気圧タニケットカフ ➤ 血圧用カフ |

神経電極(EP)カテーテル



Introducer Sheaths

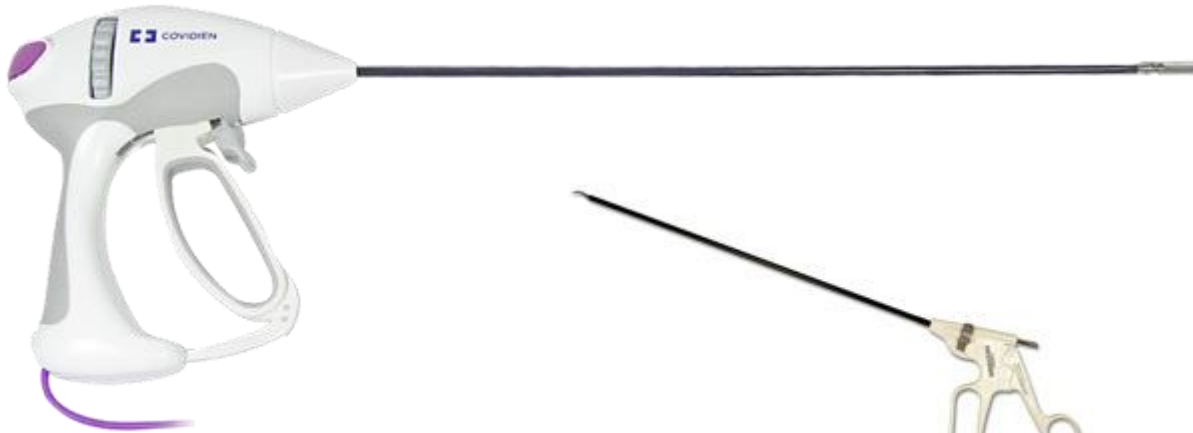


Electrophysiology (EP)
Diagnostic Catheters & Cables



Diagnostic Ultrasound
Catheters

外科系器具



LigaSure™
Sealer/Divider



Laparoscopic
Devices (babcocks,
dissectors,
scissors/shears,
graspers)



Trocars



Ultrasonic Scalpels

低侵襲性の器具

DVT Compression Sleeves



Pulse Oximeter Sensors



ECG Leads



Cerebral Somatic Sensors



Splints



Blood Pressure Cuffs



Stethoscopes



Fall Alarms



Cervical Collars



Pressure Infusers



平成28年度
国立研究開発法人日本医療研究開発機構
委託研究開発事業
(医薬品等規制調和・評価研究事業)

単回使用医療機器の再製造の 在り方に関する調査研究

国際医療福祉大学大学院 武藤正樹

平成28年度研究内容

(1) 海外調査：米国、独、英におけるSUD再製造の現状と規制の現状を調査した。

(2) 国内調査：国内におけるSUD再製造のニーズ調査を行った。

(3) 再製造ガイダンス案の検討：研究班員、業界団体、PMDA等の関係者からなるワーキンググループにおいて国内のガイダンス案を検討した。

S U D再製造ガイドンス案 作成ワーキンググループ

- 我が国に適したS U D再製造に関する規制を構築することを目的に、現行の医薬品医療機器等法の範囲内でS U D再製造を実現できるかどうか検討を行った。
- 現在の規制の枠組みでは取り扱うことができないと思われる問題については、欧米各国の規制や関連企業などの調査にて、再製造の規制の指針を示せるようできうる限り解決策や方向性を提示したいと考えた。

ワーキンググループ

- また、議論すべき内容が多岐に亘るため、検討事項を以下に分けて検討を行った。
 - (1) 審査手続き
 - (2) 医療機器の製造及び品質管理 (QMS) 及び製造所登録
 - (3) 市販後安全対策及び表示
 - (2)、(3)については、薬事規制にも関連すると考えられる事項であるが、医薬品医療機器等法以外に関わることも多く、別途調査を実施した。
- 権利侵害 (知的財産権：特許、商標など)
- 使用済み医療機器の収集について
- 保険償還は、今後の課題とした。

2017年7月31日
公布・施行

平成29年7月31日

【照会先】

医薬・生活衛生局医療機器審査管理課

課長 中井 清人 (2911)

室長 柳沼 宏 (4226)

(電話代表) 03(5253)1111

報道関係者各位

単回使用医療機器の「再製造」に関する新しい制度を創設します

厚生労働省では、使用済みの単回使用医療機器（一回限り使用できることとされている医療機器。SUD）を医療機器製造販売業者がその責任のもとで適切に収集し、分解、洗浄、部品交換、再組立て、滅菌等の処理を行い、再び使用できるようにすること（「再製造」）に関する新たな仕組みを創設するため、以下内容の法令整備を行いました（※）。

【新たな制度のポイント】

1. 再製造SUDを製造販売するためには、医薬品医療機器法に基づく製造販売業許可を必要とする。
2. 再製造SUDは、元々のSUD（オリジナル品）とは別の品目として、製造販売承認を必要とする。
3. 再製造SUDに係る医薬品医療機器法上の責任（安全対策、回収等）は、再製造を行った製造販売業者が担う。
4. これに伴い、再製造SUDの品質、製造管理、トレーサビリティの確保等に関する基準を新設。

なお、再製造SUDについては、既存の複数回使用可能な医療機器の洗浄・滅菌に関するガイドライン等の科学的な根拠に基づき、十分な清浄性を確保していること等を品目ごとに審査し、製造販売承認をすることとしています。

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)

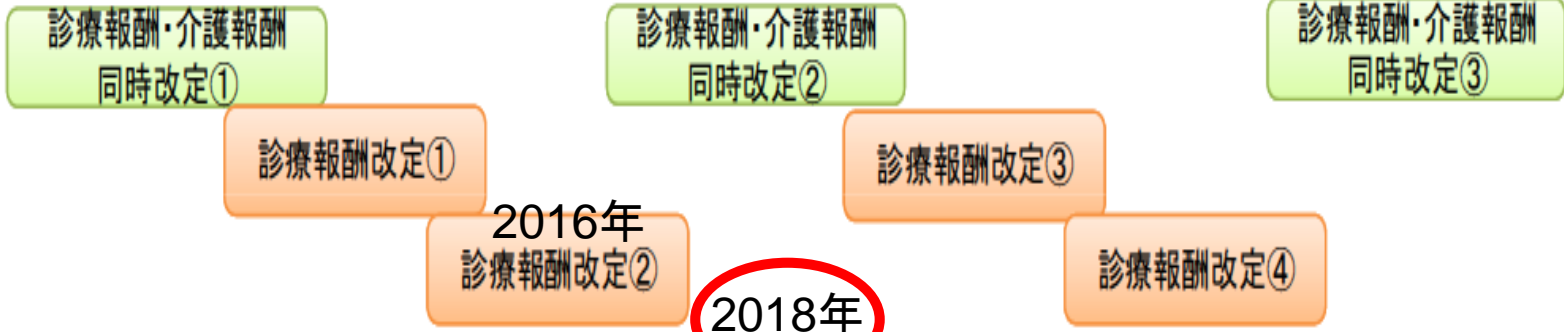
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

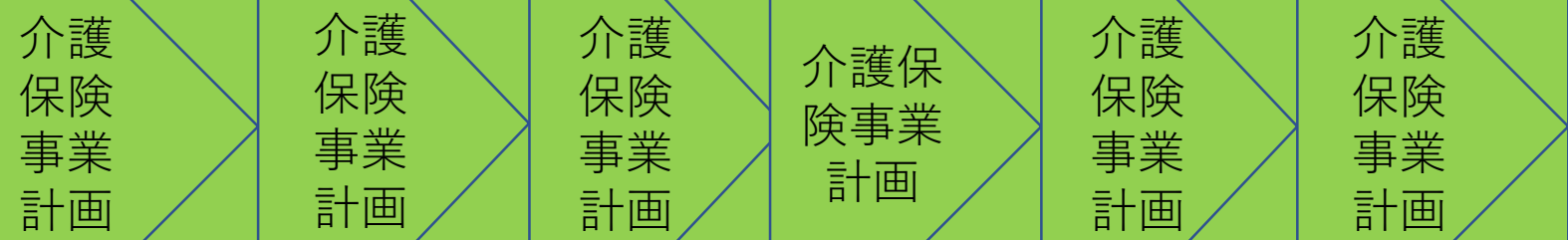
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



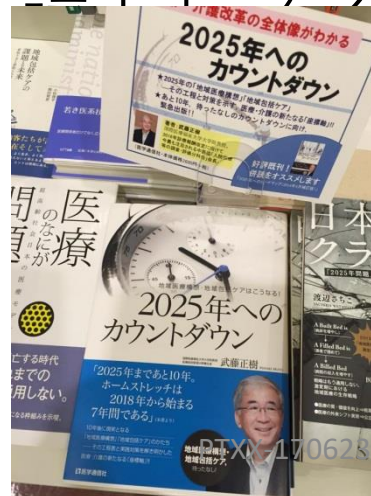
医療介護のあるべき姿

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  1 発刊

アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



0170628-001

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
mutoma@iuhw.ac.jp