

2025年へのカウントダウン ～同時改定の方向性～

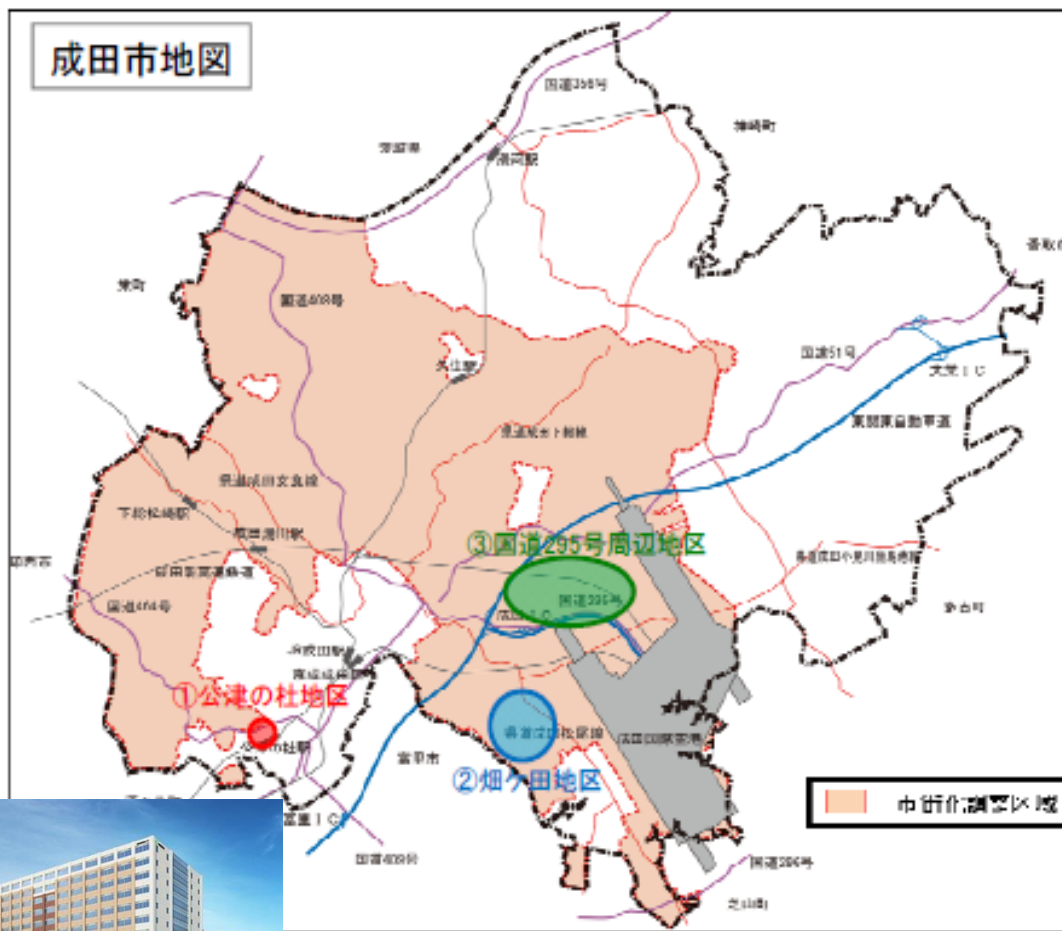


国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

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
 - 2018年診療報酬改定の改定率と基本方針
- パート 2
 - 入院医療の3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療養病床とDPCデータ提出
- パート 3
 - 介護報酬改定と介護医療院



パート1

2018年診療報酬改定の 改定率と基本方針



2017年10月5日社会保障審議会医療部会

民圧勝 与党310超

3分の2維持
立憲民主野党
希望敗北市



甘利明
赤野間

53	+38
12	11
26	-19

自公300に迫る

野党 136

自民大勝280超

3極の議席

311	自民282	57	62
公明29	希望48	維新9	立憲50
			共産11
			社民1

▲過半数(233) ▲310(200)



議論今後の様

希望伸び悩

衆院選

希望伸びず 前原氏辞意



再び3分の

衆院の新勢力

10	野党120
定数405	
過半数233	

23 社民 1 立憲 50 共産 11 維新 9 希望 49



社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

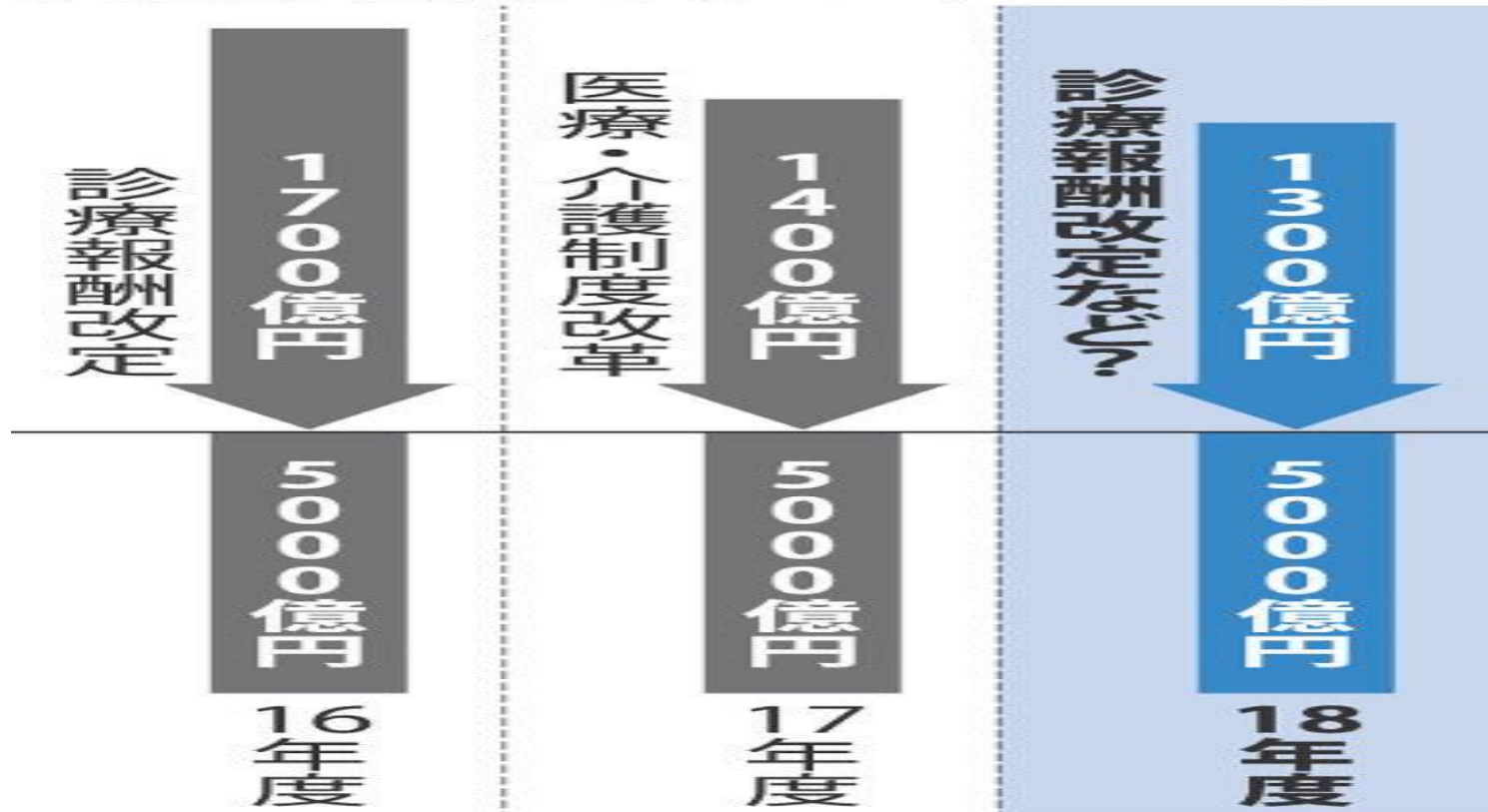
- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー
- 幼児教育・保育の無償化
 - さらなる財源が必要！
- 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
 - しかし2018年改定は消費増税なき改定



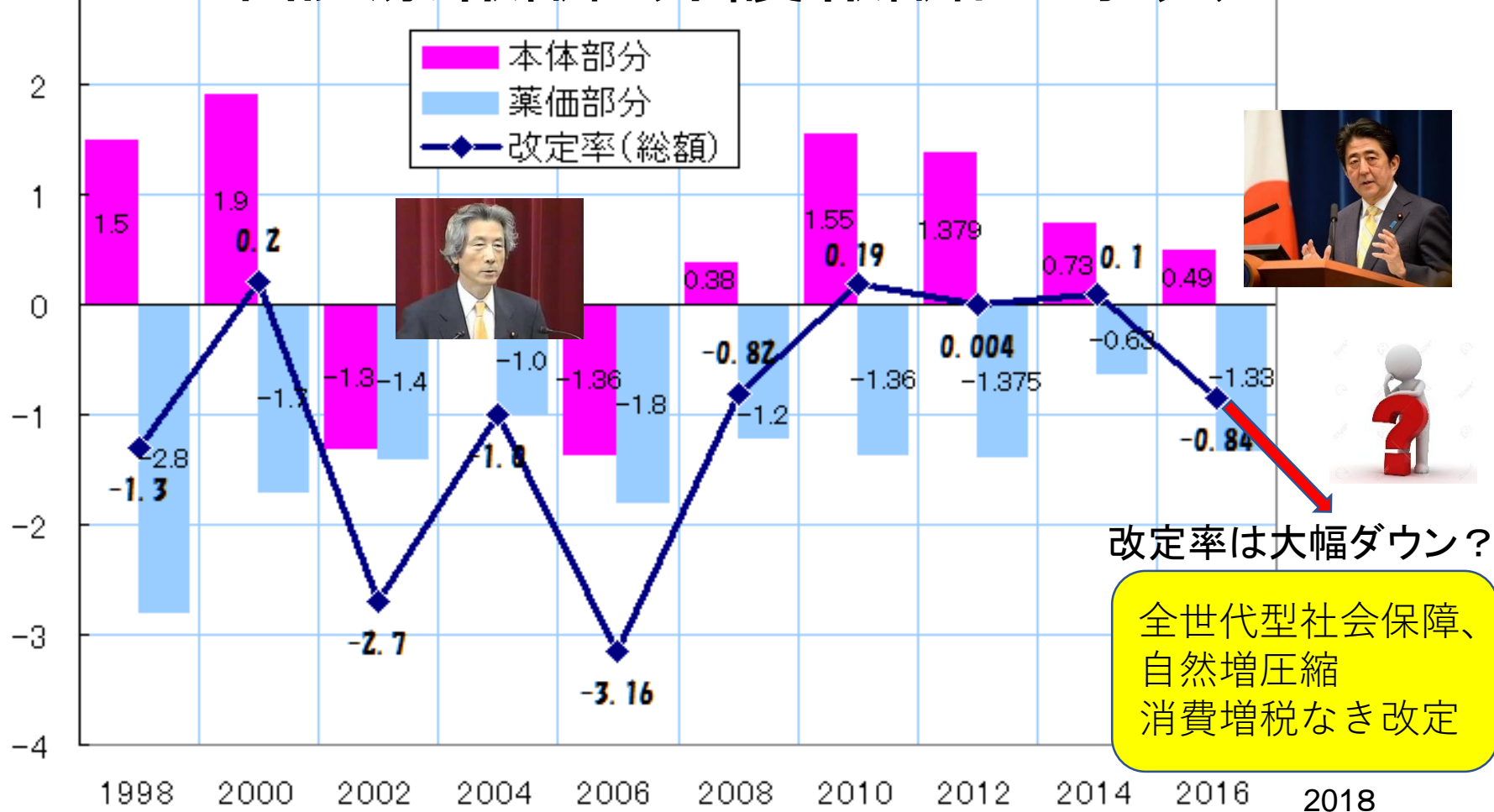
安倍晋三首相

社会保障費圧縮改定

2018年度の社会保障費 自然増抑制のイメージ



2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



改定率は大幅ダウン？

全世代型社会保障、
自然増圧縮
消費増税なき改定

(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

2018年診療報酬改

～地域医療構想を
後押しする改定～

急性期入院医療の見直し（7対1病床見直し）

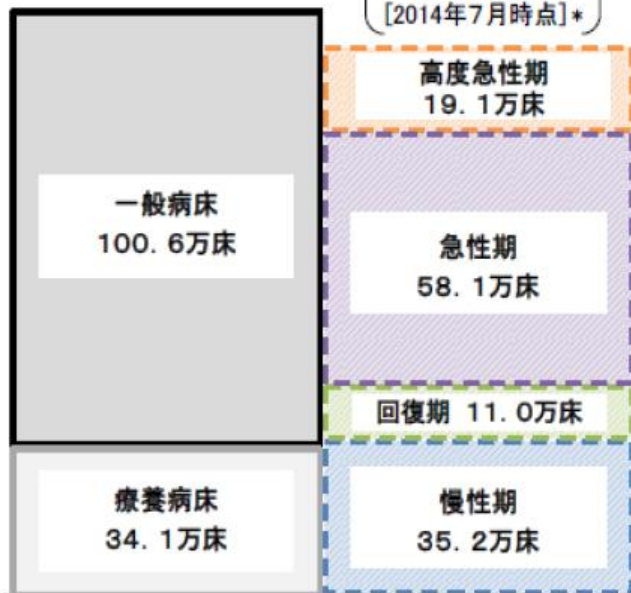
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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

15万床
減少



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計


* 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

パート2

入院医療の3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療養病床とDPCデータ提出加算



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

入院医療に関して専門的立場、技術的な視点から
課題を整理し中医協基本問題小委に報告する

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 じゅんや 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
つつい 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

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

重症度、医療・看護必要度



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

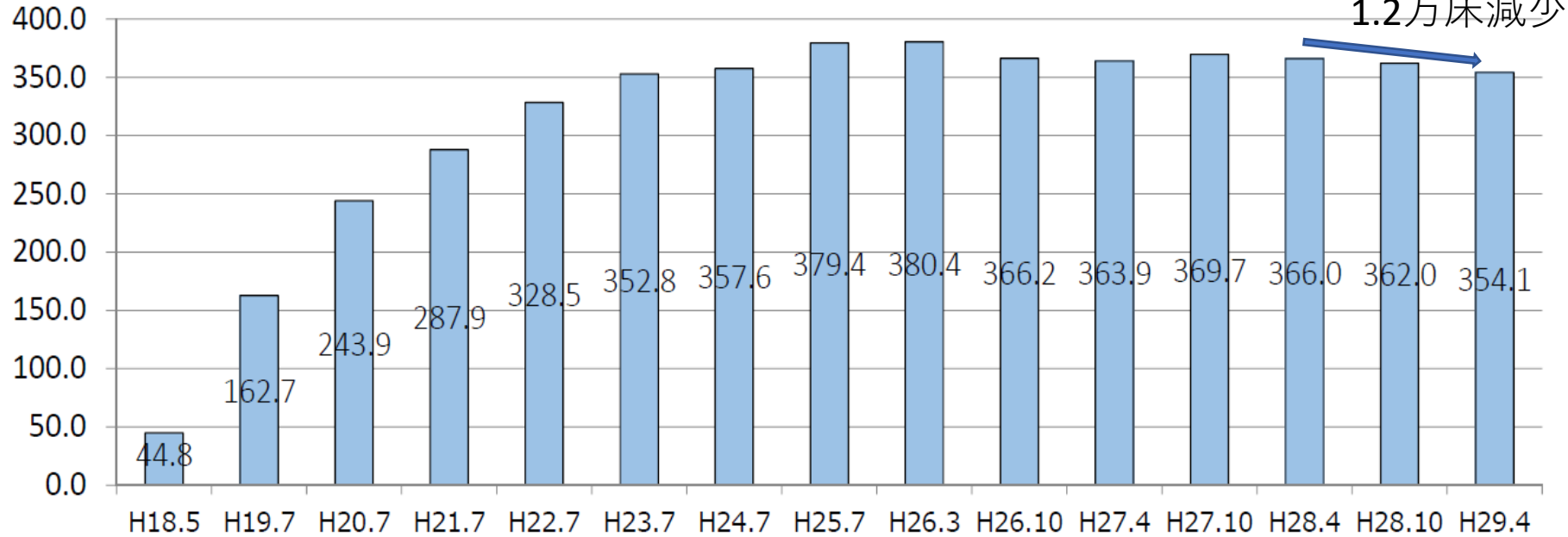
C 1得点が1点以上の患者

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。

届出病床数(千床)



1.2万床減少

[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

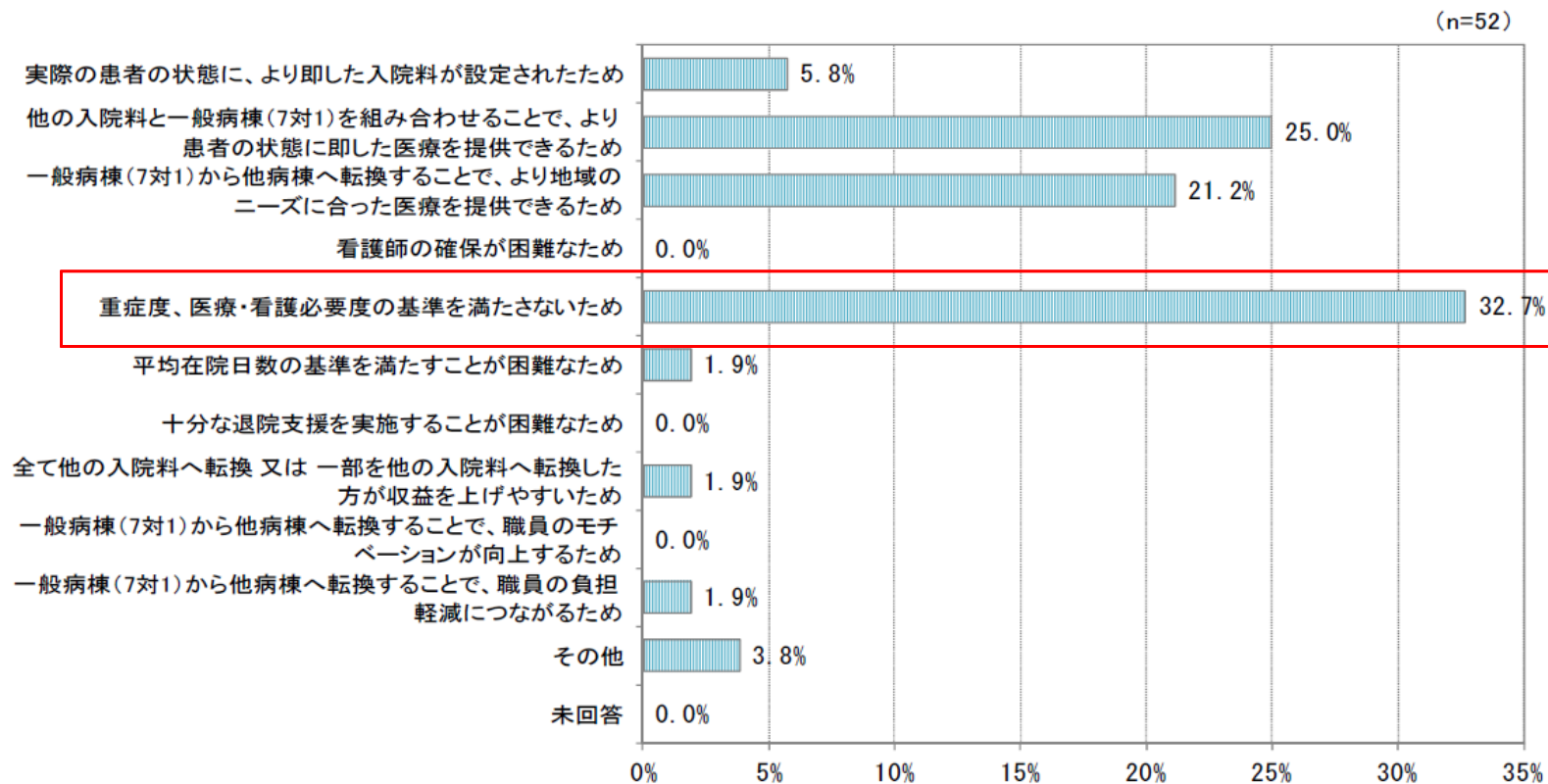
※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

出典：保険局医療課調べ

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）>

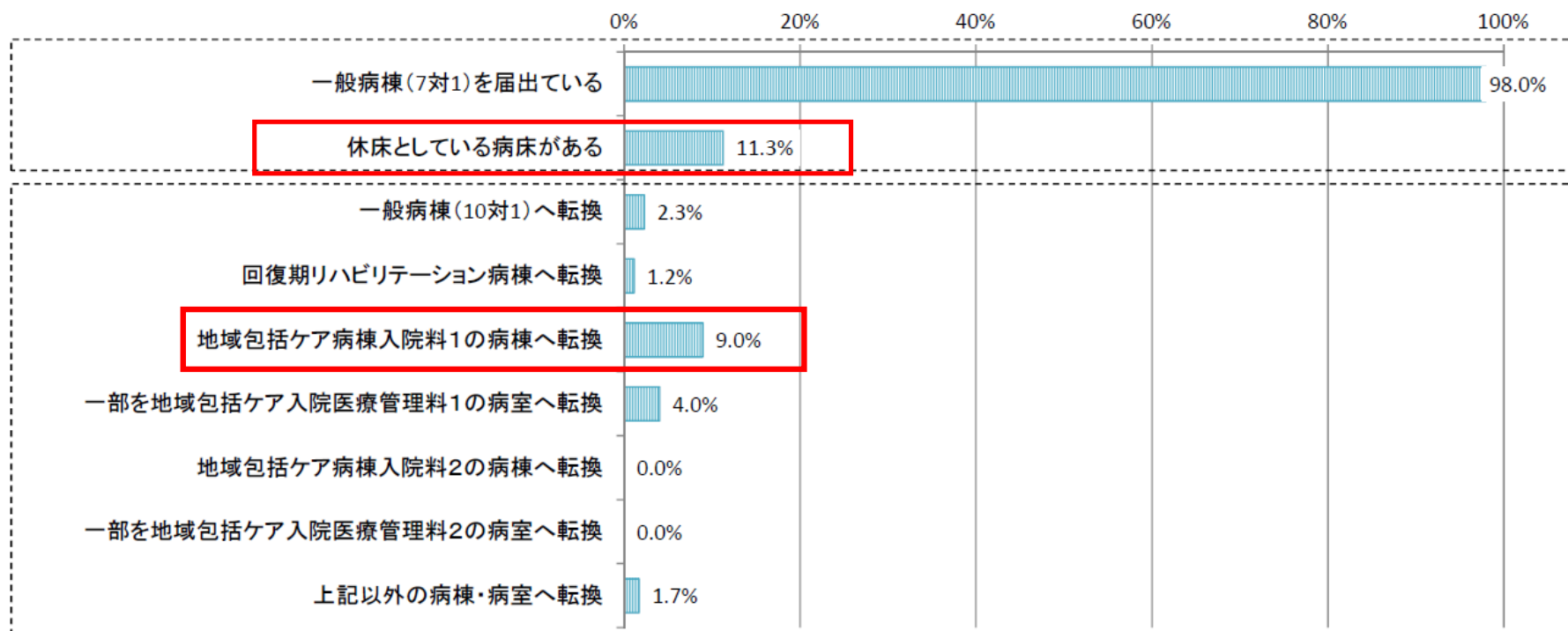


改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

- 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)

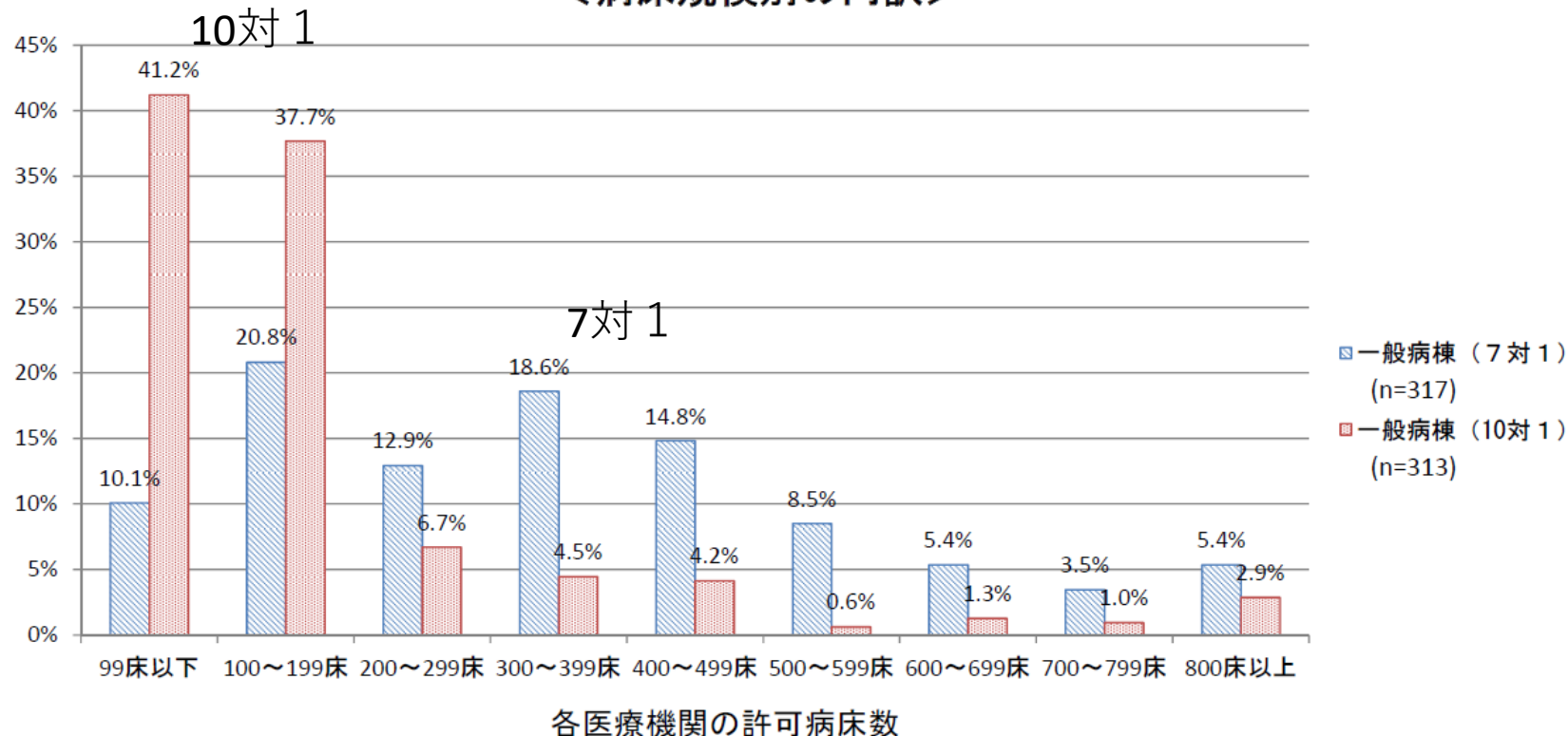


7対1、10対1比較

回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

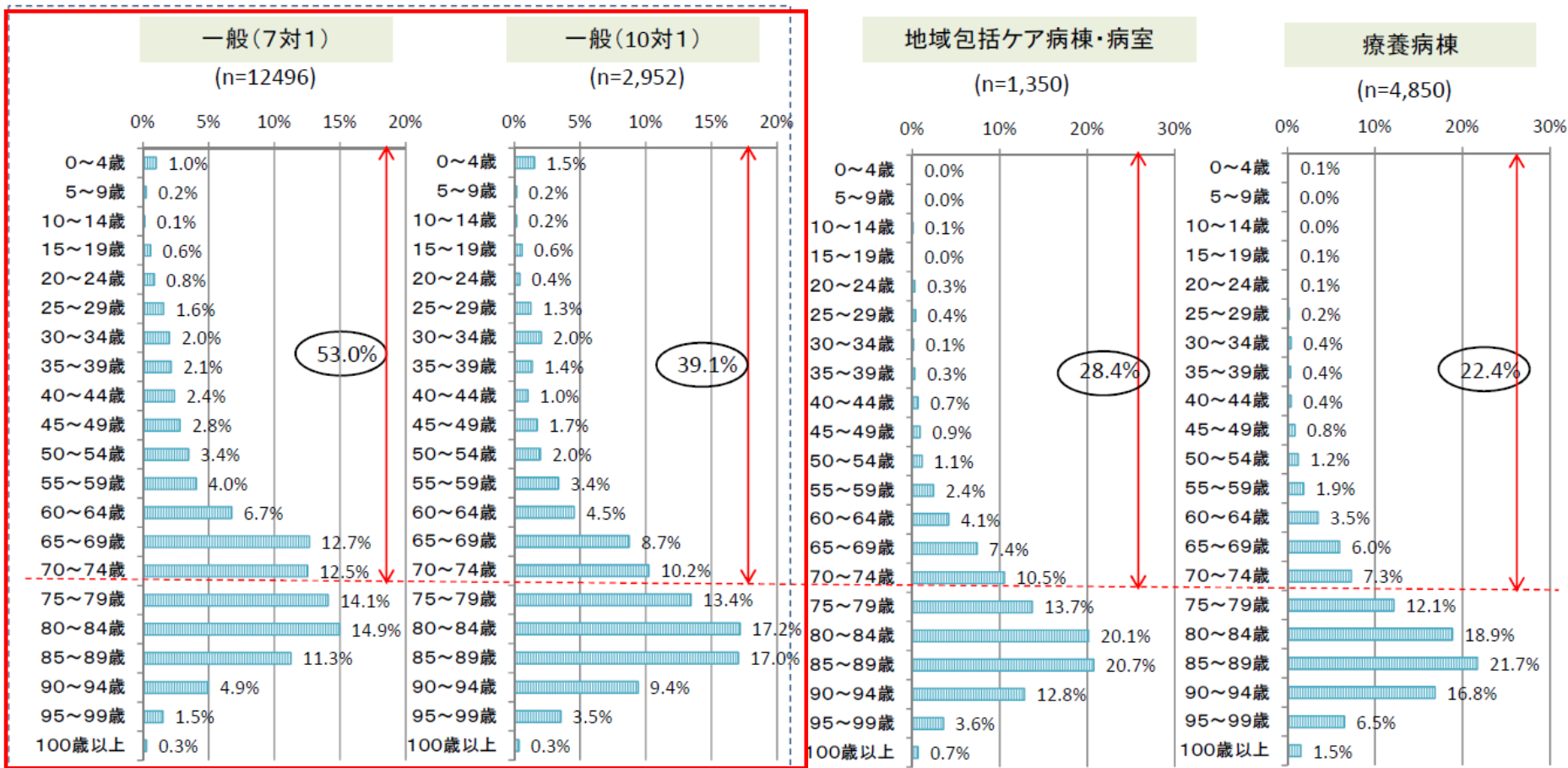
- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

<病床規模別の内訳>



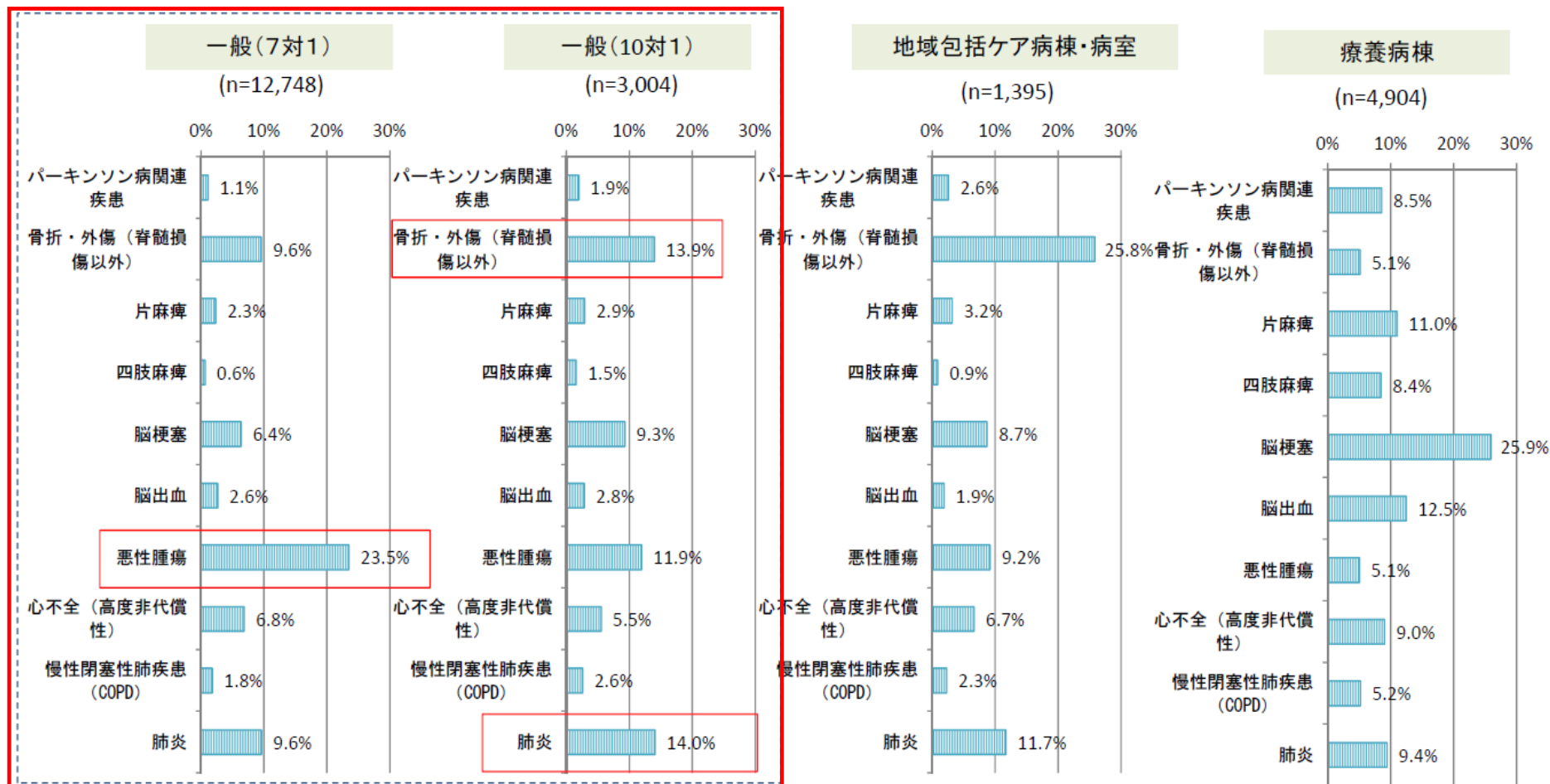
一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

○ 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。



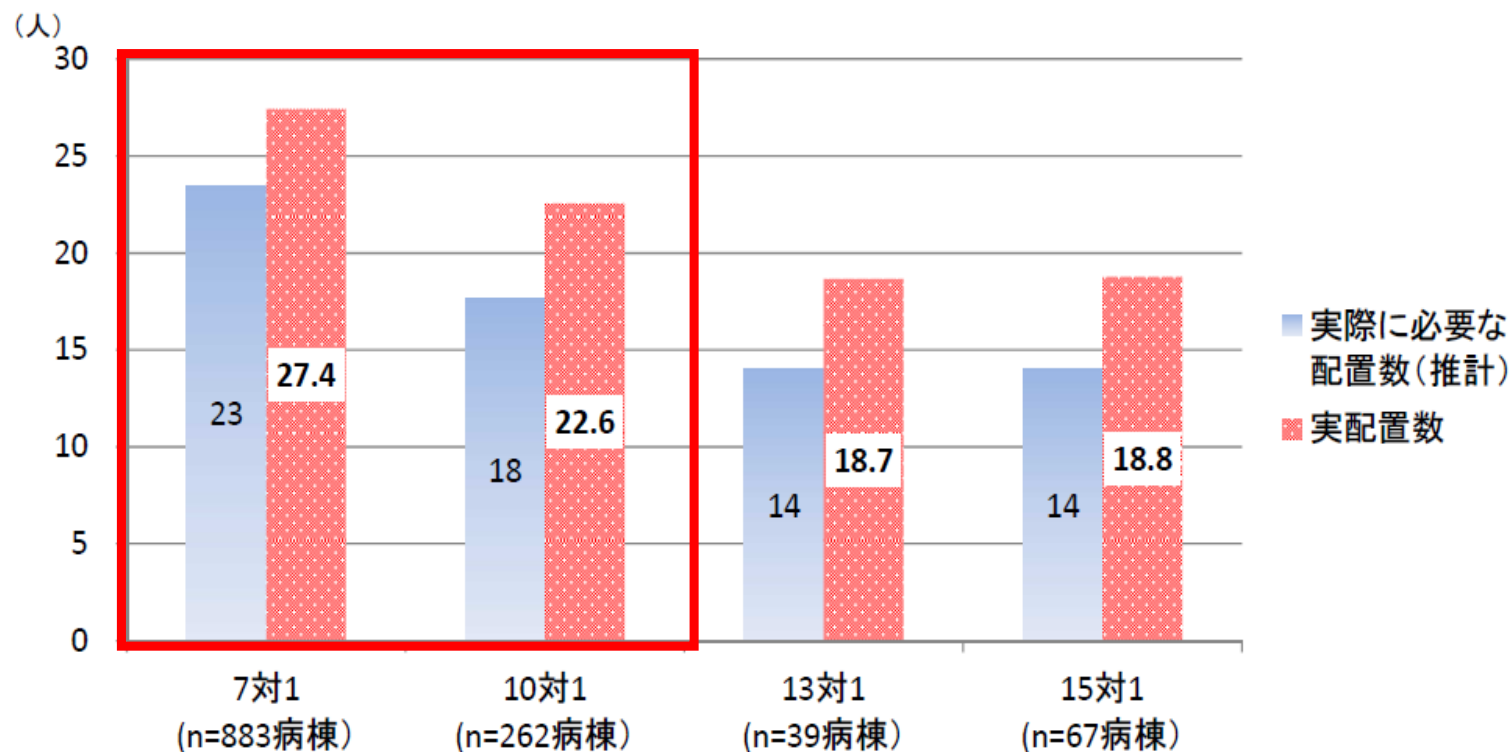
一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

- 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。



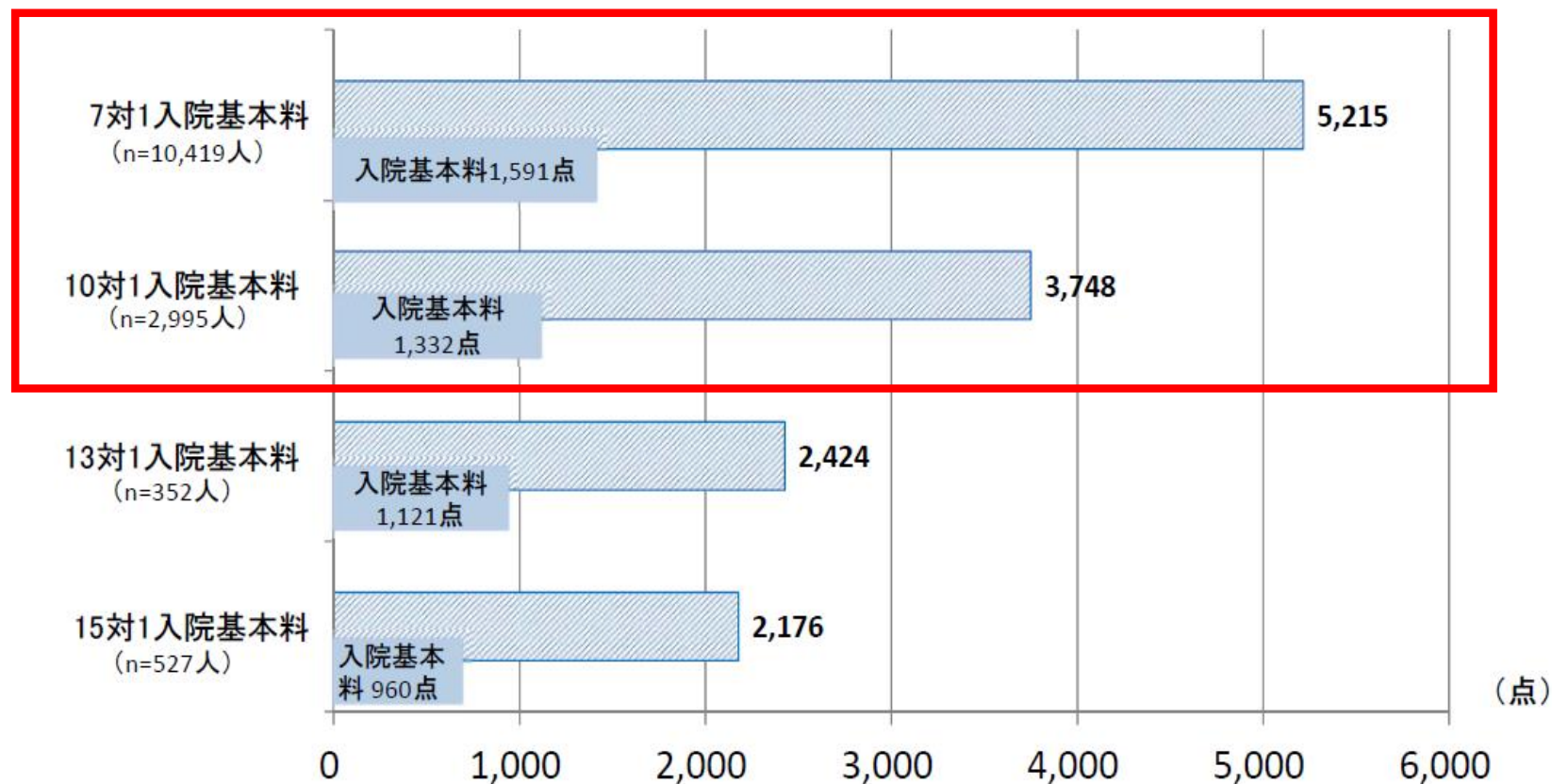
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人
病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 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

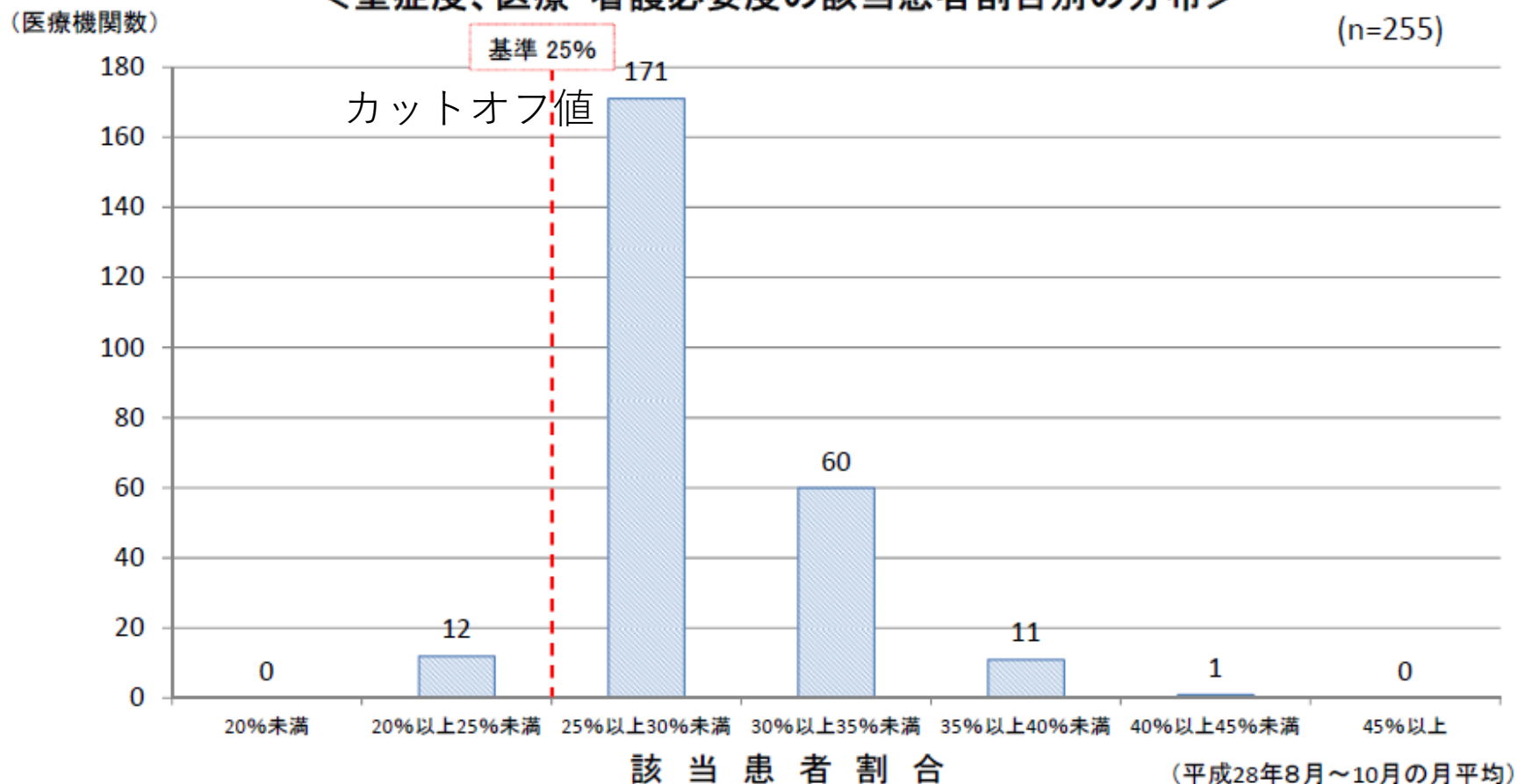
一般病棟（10対1）の加算による評価について

【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

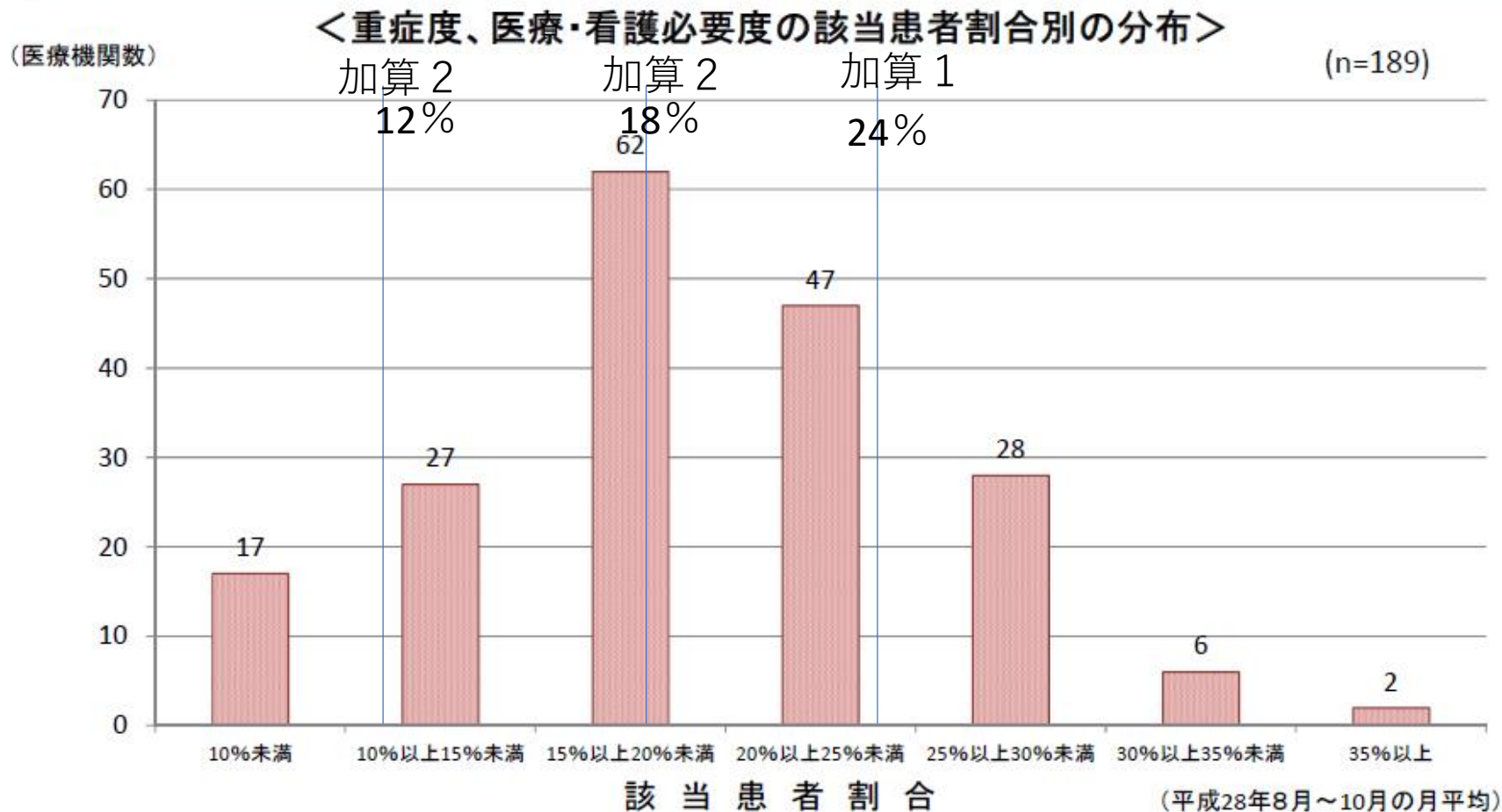
○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

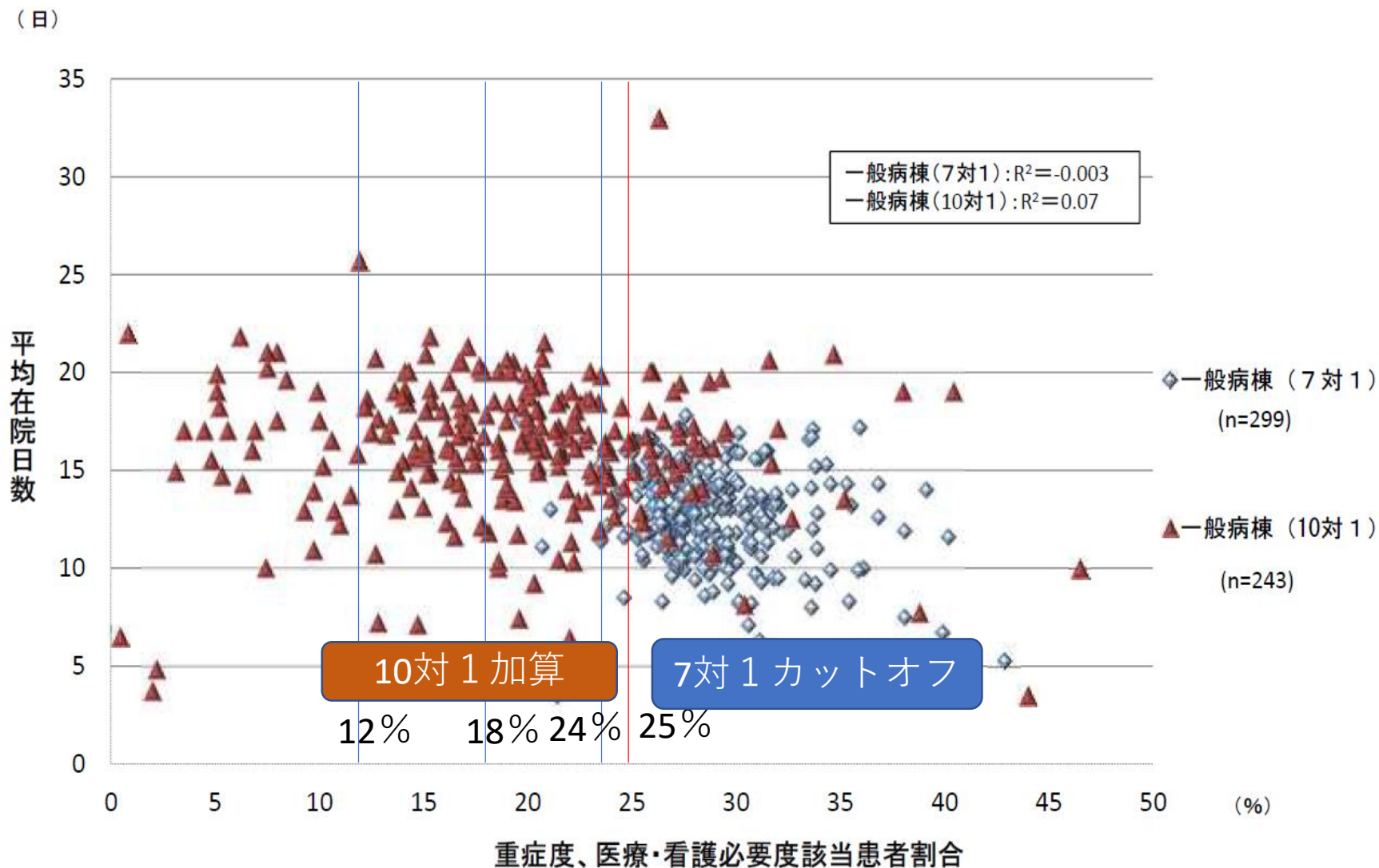


一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 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

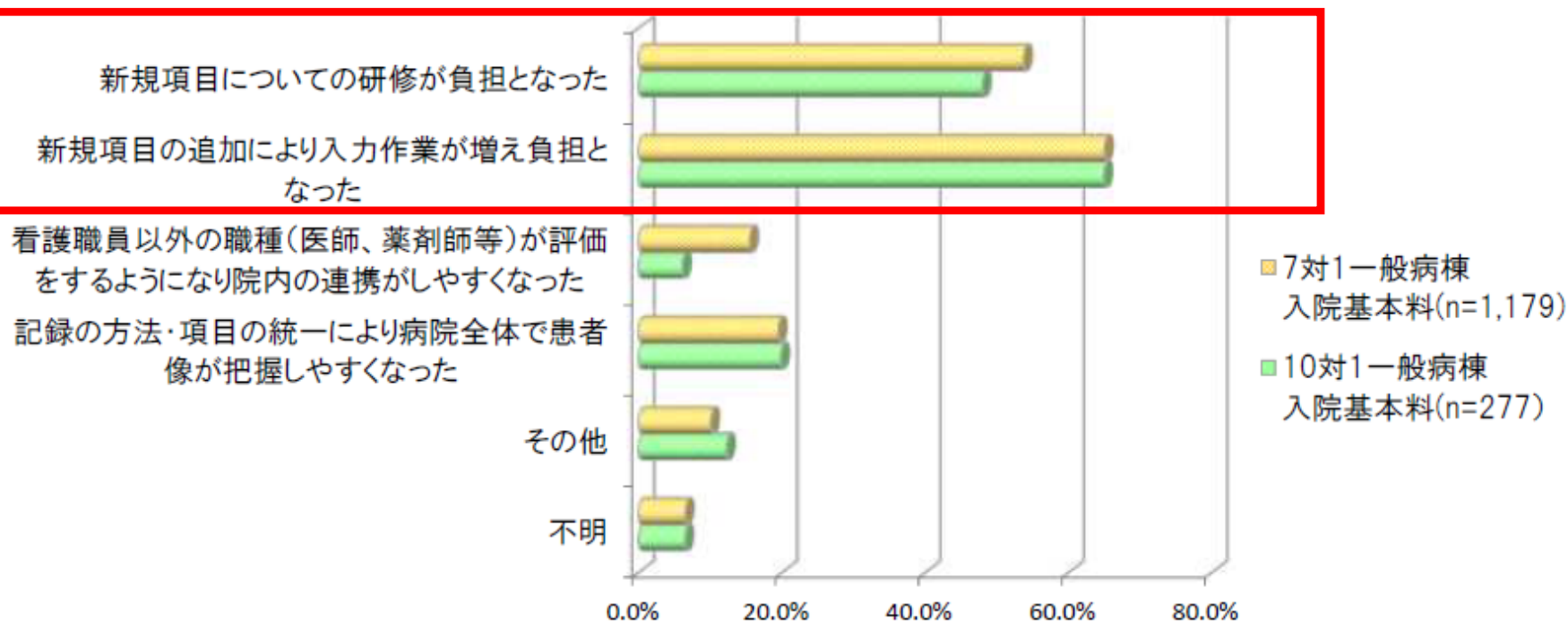
段階的に評価
してよいので
はないか？

重症度、医療・看護必要度
のDPCデータによる
置き換えについて

重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

- 重症度、医療・看護必要度の評価に関する平成28年度診療報酬改定での見直しの影響については、「新規項目の追加により入力作業が増え負担となった」が、7対1病棟、10対1病棟ともに多かった。

<重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響>



データ提出加算の提出データの概要

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)	様式1	
	診療報酬請求情報	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル
		医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来) ※外来は任意	EF統合ファイル
		カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
		医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3	

※上記の様式、ファイル作成方法は

平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連①

関連性が高いと考えられる項目の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目			報酬区分
A	1	①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	J000 創傷処置
		②褥瘡の処置	J001-4 重度褥瘡処置
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入
A	3	点滴ライン同時3本以上の管理	G004 点滴注射
			K920 輸血
A	4	心電図モニターの管理	D220 呼吸心拍監視
A	5	シリンジポンプの管理	G通則 精密持続点滴注射加算
			薬剤の算定（血液製剤）
A	6	輸血や血液製剤の管理	K920 輸血
			K920-2 輸血管理料

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連③

関連性が高いと考えられる項目の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分
C	16 開頭手術	K164 頭蓋内血腫除去術
		K169 頭蓋内腫瘍摘出術
	17 開胸手術	K552 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K552-2 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K554 弁形成術
		K555 弁置換術
	18 開腹手術	K655 胃切除術
		K657 胃全摘術
		K695 肝切除術
		K702 膵体尾部腫瘍切除術
		K703 膵頭部腫瘍切除術
		K877 子宮全摘術
		K879 子宮悪性腫瘍手術
	19 骨の手術	K059 骨移植術
		K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術

重症度、医療・看護必要度と報酬区分との相違

■ 定義の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで定義する内容が違う場合がある。

例1)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-3 点滴ライン同時3本以上の管理 持続注入による薬液を3本同時に使用し管理した場合に該当	G004 点滴注射 1日当たりの総量に合わせて算定

➡ 点滴3本を同時に使用したかどうかは、請求システムから把握できない。

例2)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-7 専門的な治療・処置 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 血栓・塞栓が生じている（疑われる）急性疾患の患者に対し、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的とし、持続的に投与した場合に該当	薬剤の算定（抗血栓塞栓薬（注射剤）） 抗血栓塞栓薬を処方した場合に算定

➡ 急性疾患か使用目的に合致しているか、持続的な投与かどうかは、請求システムから把握できない。

■ 該当日の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで該当する日が違う場合がある。

例3)

重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
C-16 開頭手術 術当日より7日間該当	K169 頭蓋内腫瘍摘出術 手術を実施した日に算定

➡ 請求システムから把握する場合、評価される日が算定日のみになり、評価の該当期間とずれる。

重症度、医療・看護必要度をDPCデータ（EFファイル）で置き換えては？

- A項目、C項目に関連のあるEF統合ファイルの項目よりなるマスターを作成
- A項目、C項目とEFファイルマスターの関連性をファイ係数で検証

(参考)感度、特異度、ファイ係数について

		重症度、医療・看護必要度項目の該当		計
		あり	なし	
EFファイルでの請求	あり	a	b	w
	なし	c	d	x
計		y	z	

【計算式】

○ 感度 = $a \div (a + c)$

○ 特異度 = $d \div (b + d)$

○ ファイ係数※ = $(a \times d - b \times c) \div \sqrt{w \times x \times y \times z}$

※ ファイ係数の解釈の目安

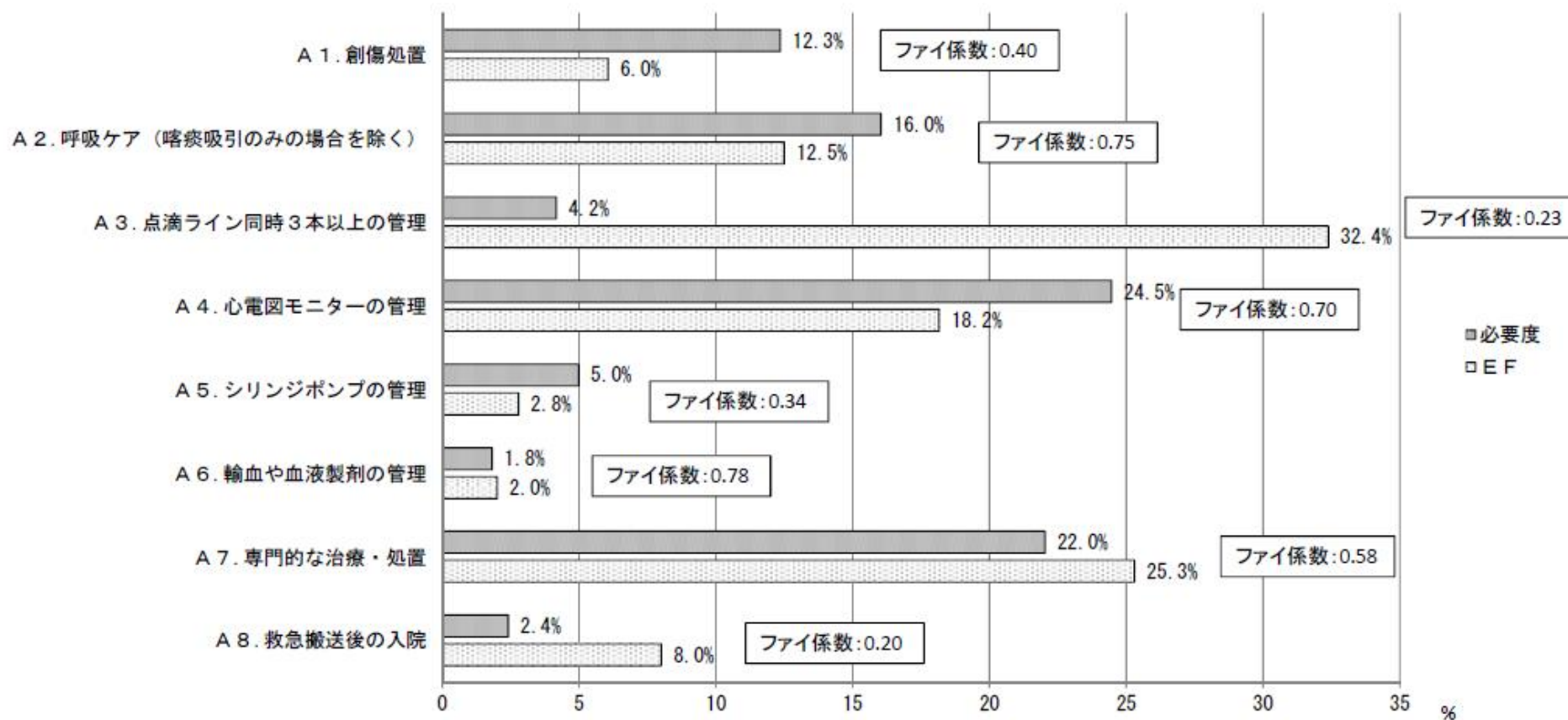
−1から1までの値をとり、絶対値が大きいほど連関が強いと解釈できる。

係数(絶対値)	評価
~0.2	ほとんど関連なし
0.2~0.4	弱い関連あり
0.4~0.7	中程度の関連あり
0.7~1	強い関連あり

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果②(A項目)

<看護必要度の項目別該当患者割合 (A項目)>

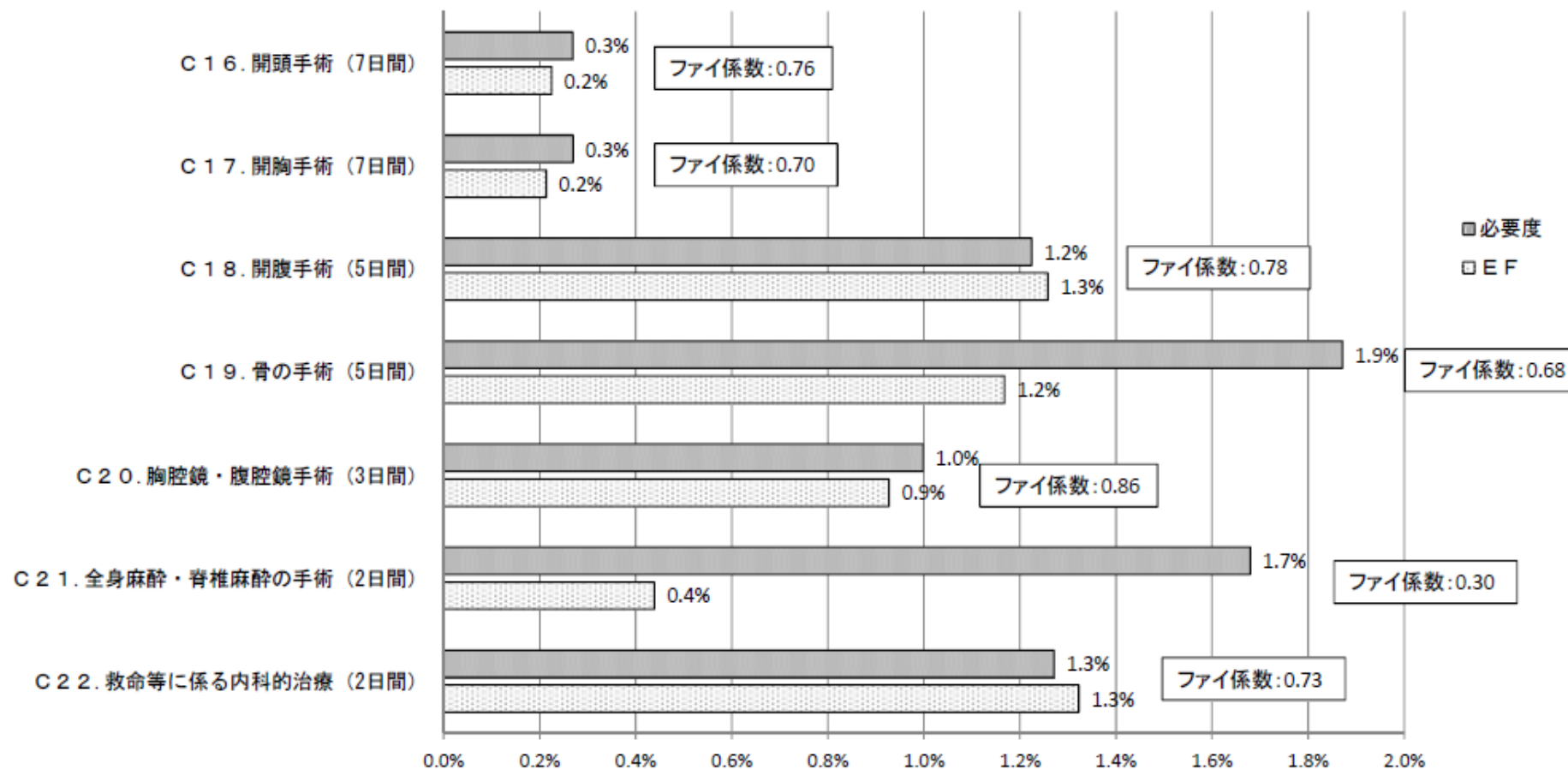
(n=9,672,148)



重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果④(C項目)

<看護必要度の項目別該当患者割合(c項目)>

(n=9,672,148)



重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑤(評価項目別)

■ 評価項目別の該当患者割合の差 (DPCデータでの該当患者割合) - (現行の該当患者割合(Hファイル))



該当患者割合の差を項目別にみると、主にA項目での差が大きい。

差の理由として考えられるのは、

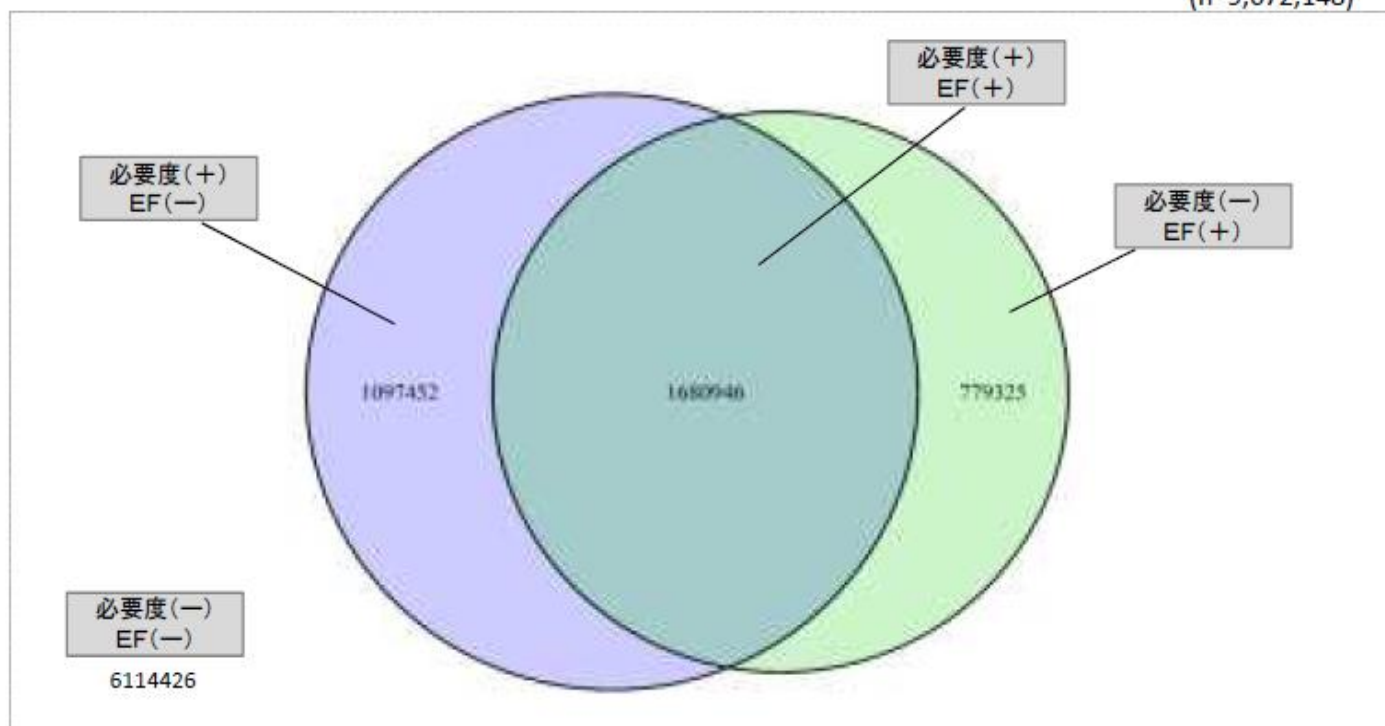
- 「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニターの管理」「シリンジポンプの管理」に対応する請求項目は、医療機関においてEFファイルに入力していない可能性がある。
- 「点滴ライン同時3本以上の管理」「救急搬送後の入院」については、重症度、医療・看護必要度の定義と請求における規定とがずれているためと考えられる。
- 薬剤については、処方日と実際に投与した日とがずれている可能性がある。
- 「全身麻酔・脊髄麻酔の手術」については、現場の入力の際、他の手術項目とあわせて入力されている可能性がある。

重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果①

		重症度、医療・看護必要度の判定 (Hファイル)	
		該当	非該当
マスタ(*)に基づく判定 (EFファイル)	該当	1,680,946 (17.4%)	779,325 (8.1%)
	非該当	1,097,452 (11.3%)	6,114,426 (63.2%)

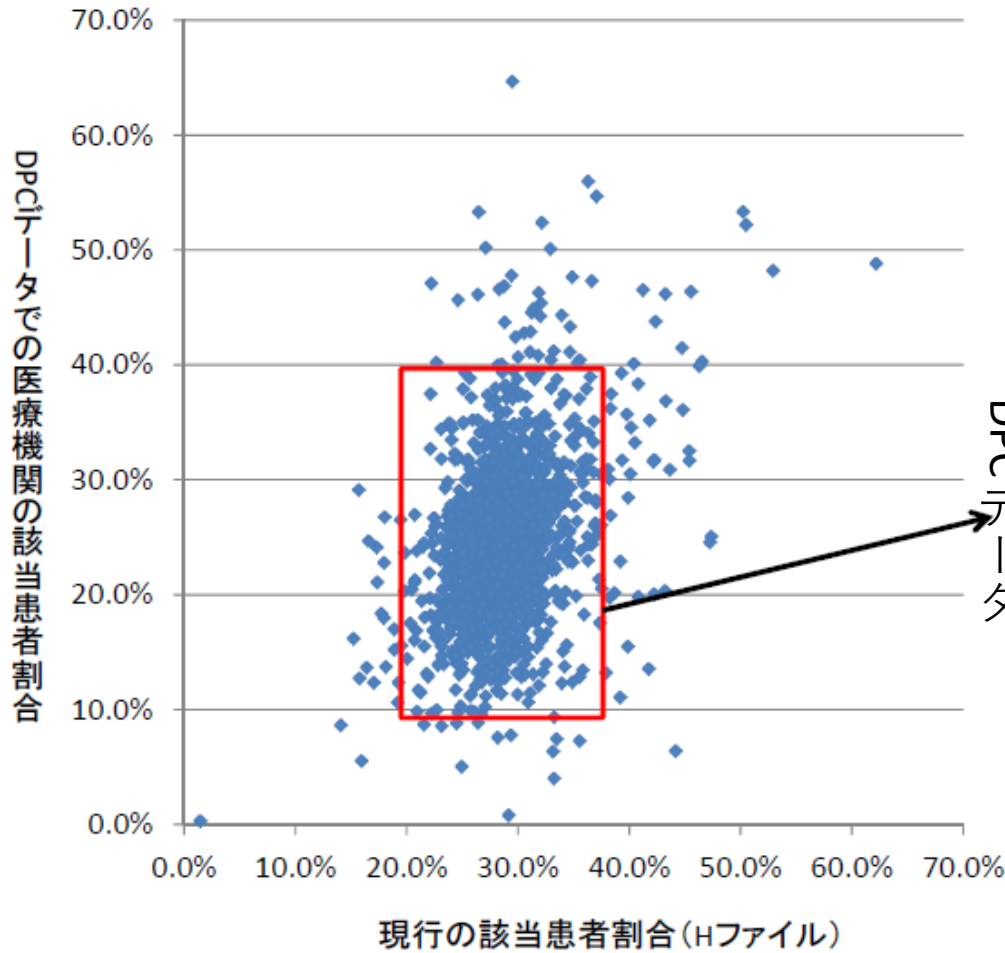
ファイ係数	0.51
感度	0.61
特異度	0.89

(n=9,672,148)

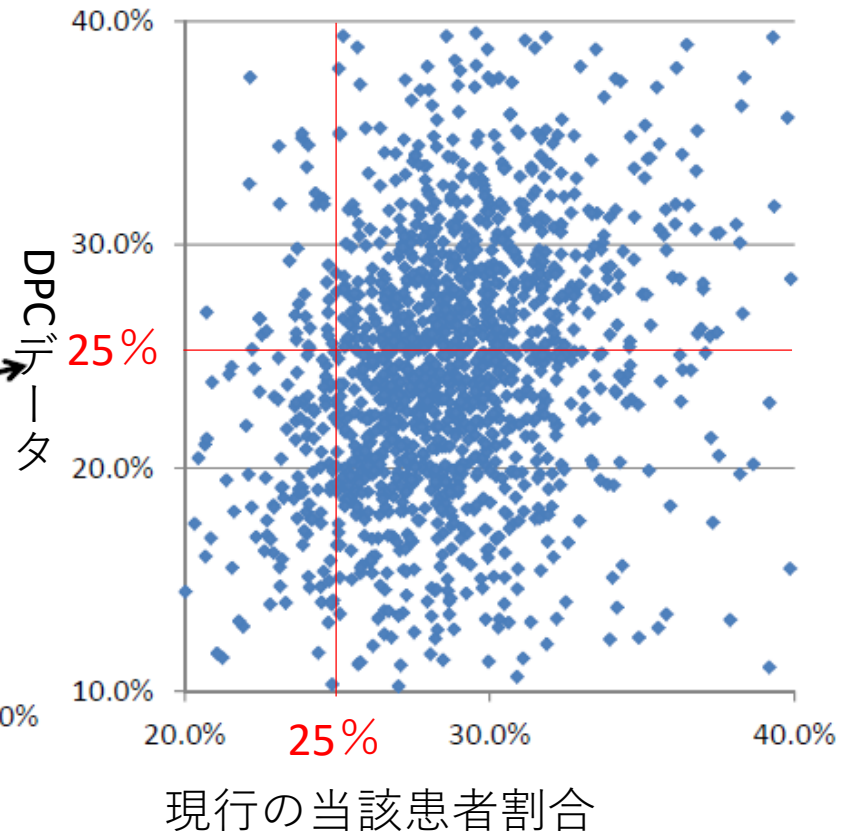



重症度、医療・看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)の分析結果⑥(医療機関毎-1)

(n=1,495医療機関)



現在の該当患者割合	DPCデータでの該当患者割合
28.8%	24.8%





入院医療分科会で結論を出すのではなく、どのような活用法が考えられ、またその場合にはどのような工夫が必要なのか、など中医協における議論の素材を検討してほしい

導入は時期
早尚

乖離の理由はさまざまで、時間をかけて詳細に分析する必要がある。看護現場では看護必要度がどのように見直されるのか、負担軽減を歓迎するよりも大きな不安の声がある

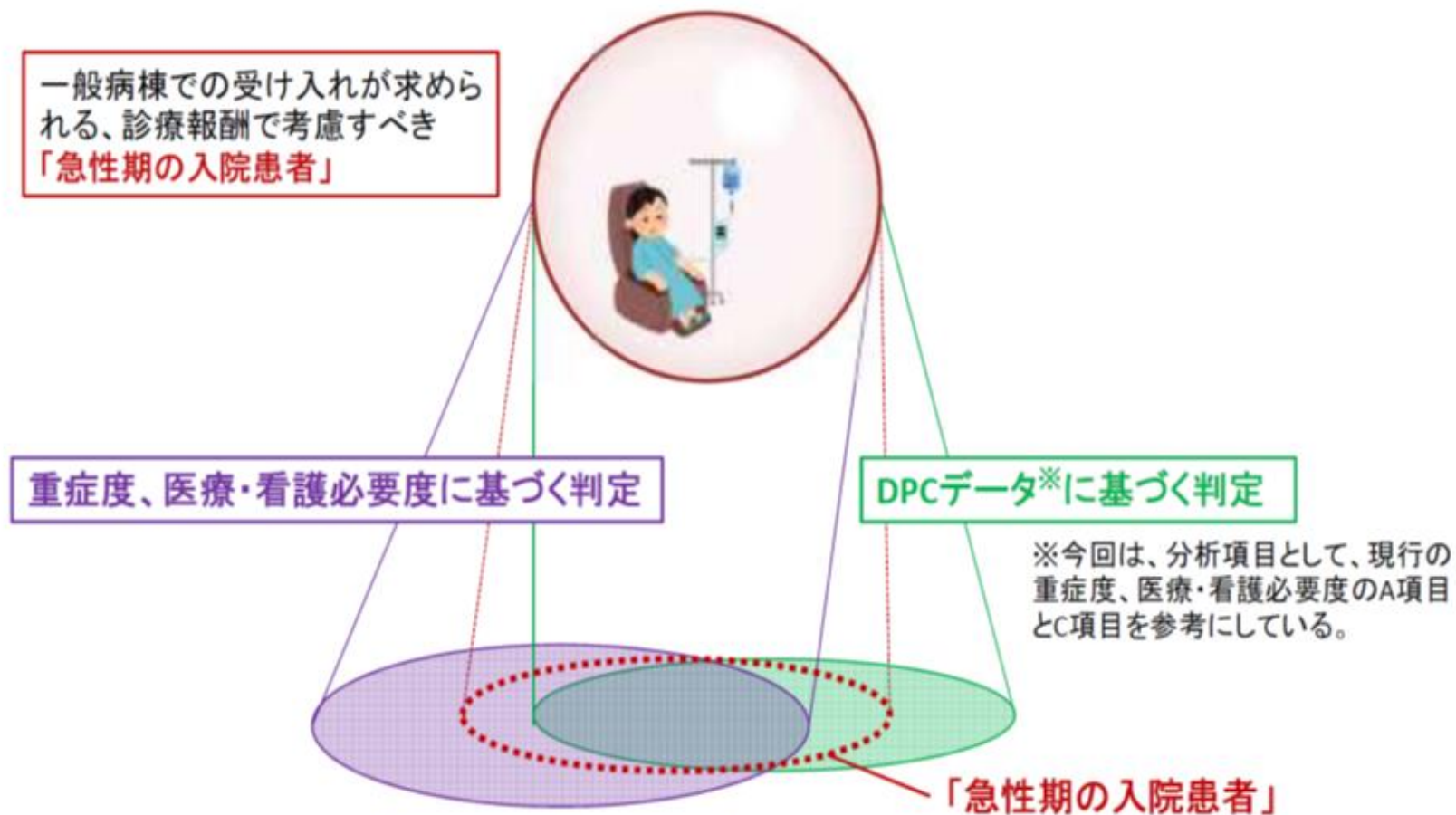
患者のプロフィールなども含めた分析が必要


同じ医療行為が必要な患者は、同じように評価される仕組みが必要である。現在の看護必要度では評価者によってバラつきが出てしまう。客観的な評価基準が必要だ

入院医療分科会2017年11月2日

急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。





絶対的な評価基準はありえず、複数の評価基準を併用することが重要

日病・全日病の調査からも必要度の研修が現場の負担になっている

今回の趣旨は（どちらかの二者択一ではなく）急性期の入院患者を把握する評価手法としてのそれぞれの合理性を確認すること。このため二者を選択する方式や、（EFファイルの）試行的活用により、将来に向けて評価手法の開発へつなげてはどうか？

2017年11月9日
入院医療分科会

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

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

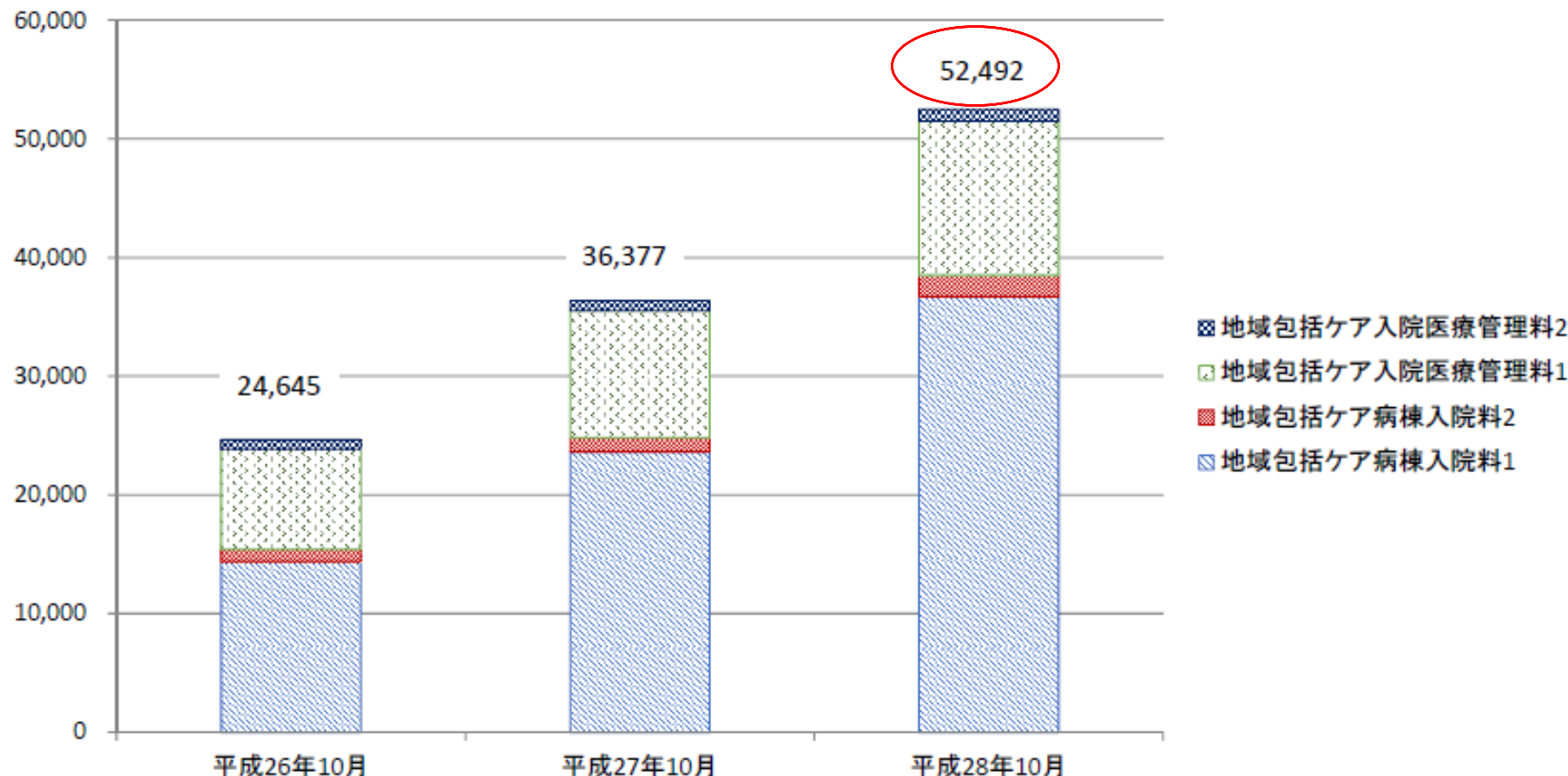
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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・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)

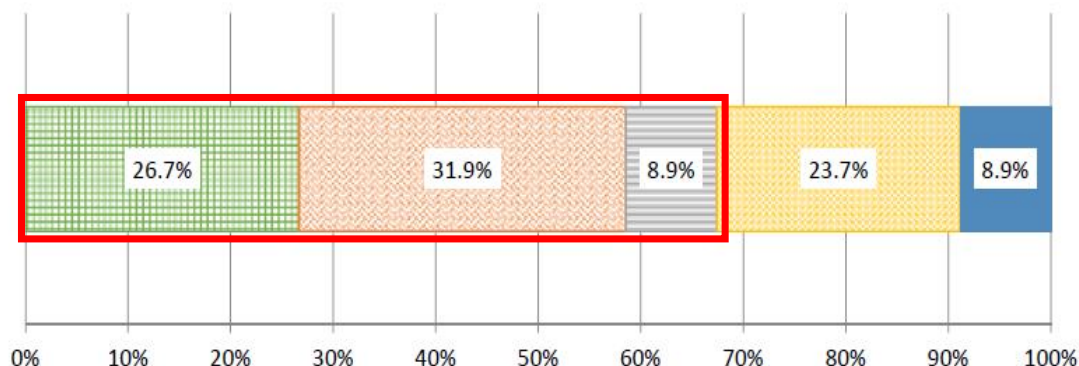
自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床	在宅復帰機能強化加算あり		0.9%
	在宅復帰機能強化加算なし		1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床			0.5%
有床診療所	在宅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。

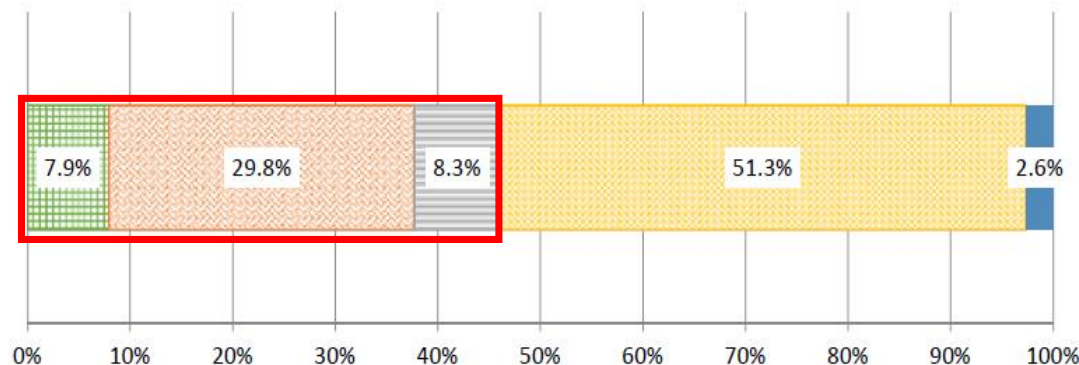
＜医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細＞

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⑤
療養病床と
DPCデータ提出加算

療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3l/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頭頸損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

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

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。

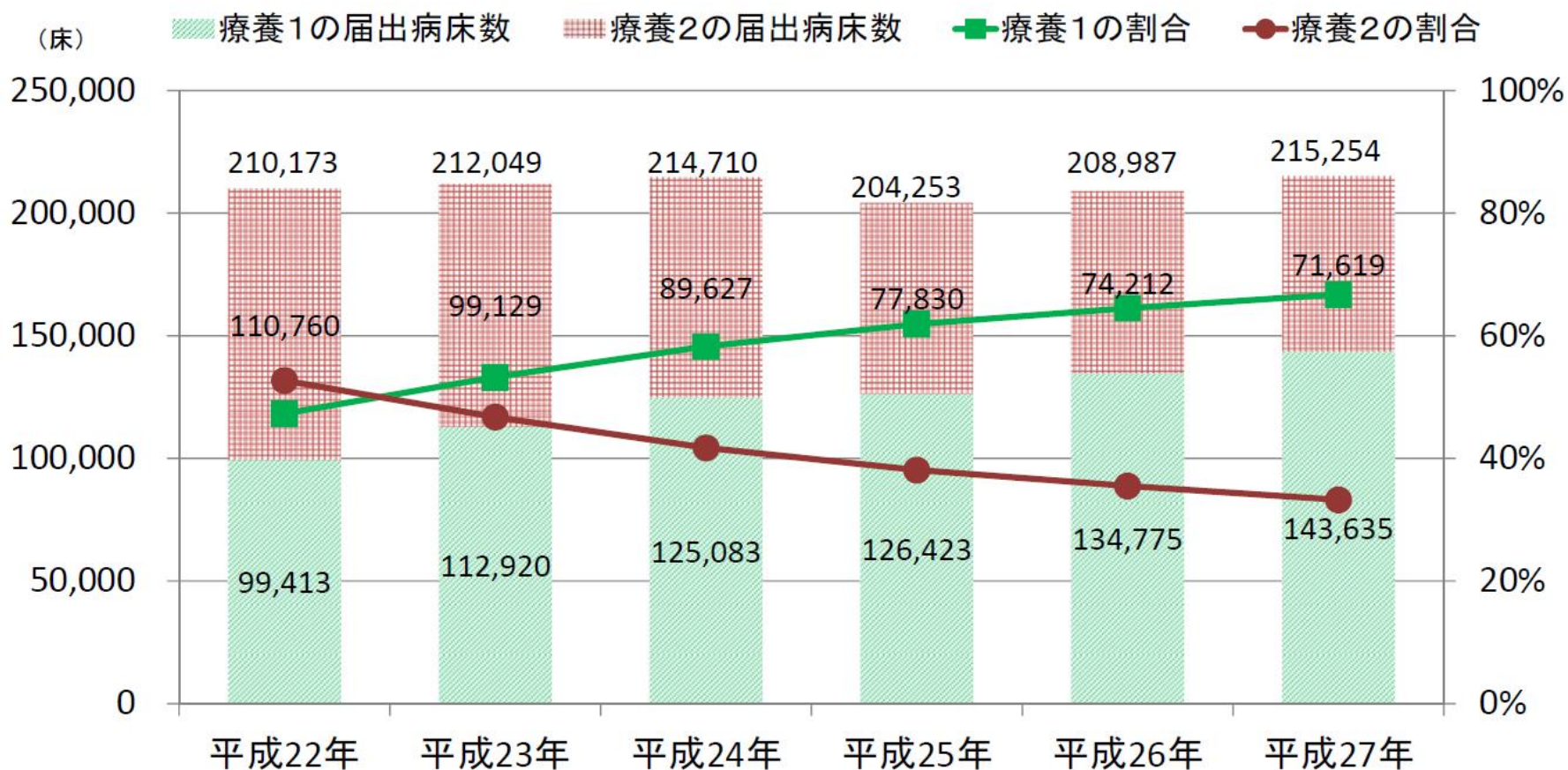
- (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

中医協 総-5
29. 1. 25(改)

- 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
- 療養1の病床数は増加傾向。

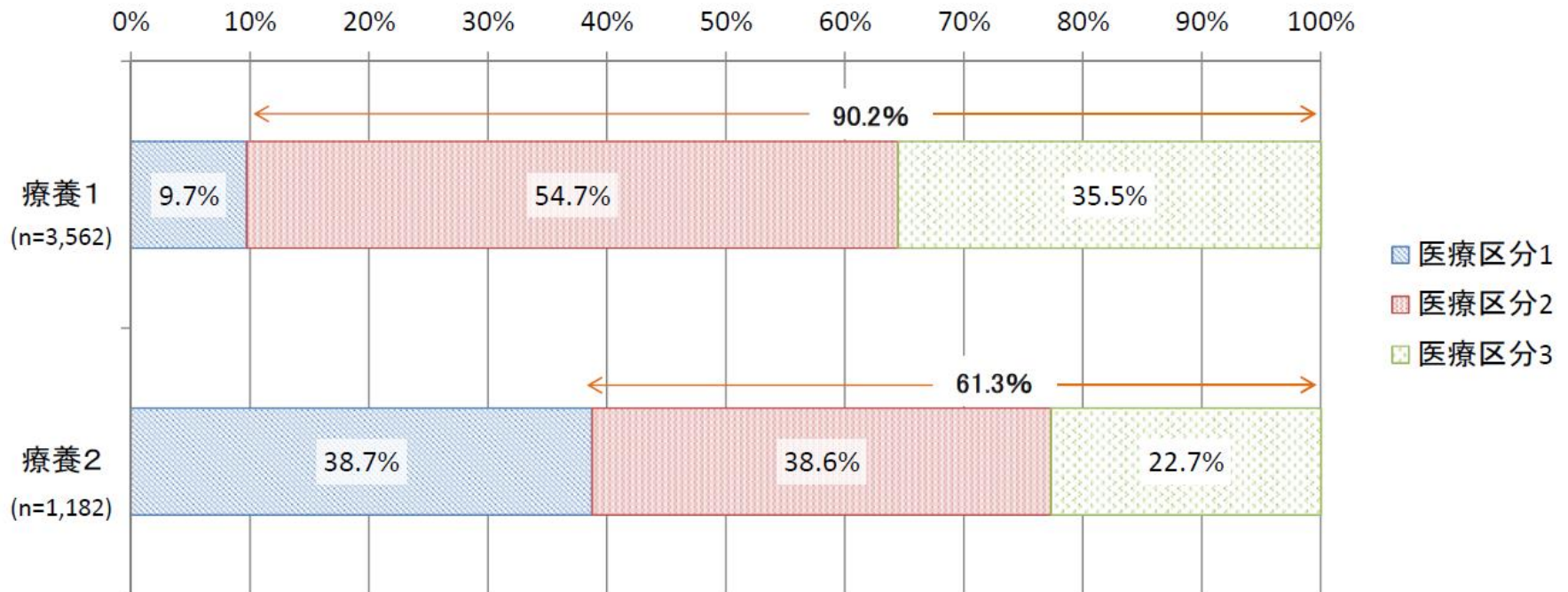


療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1
29.6.7

- 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

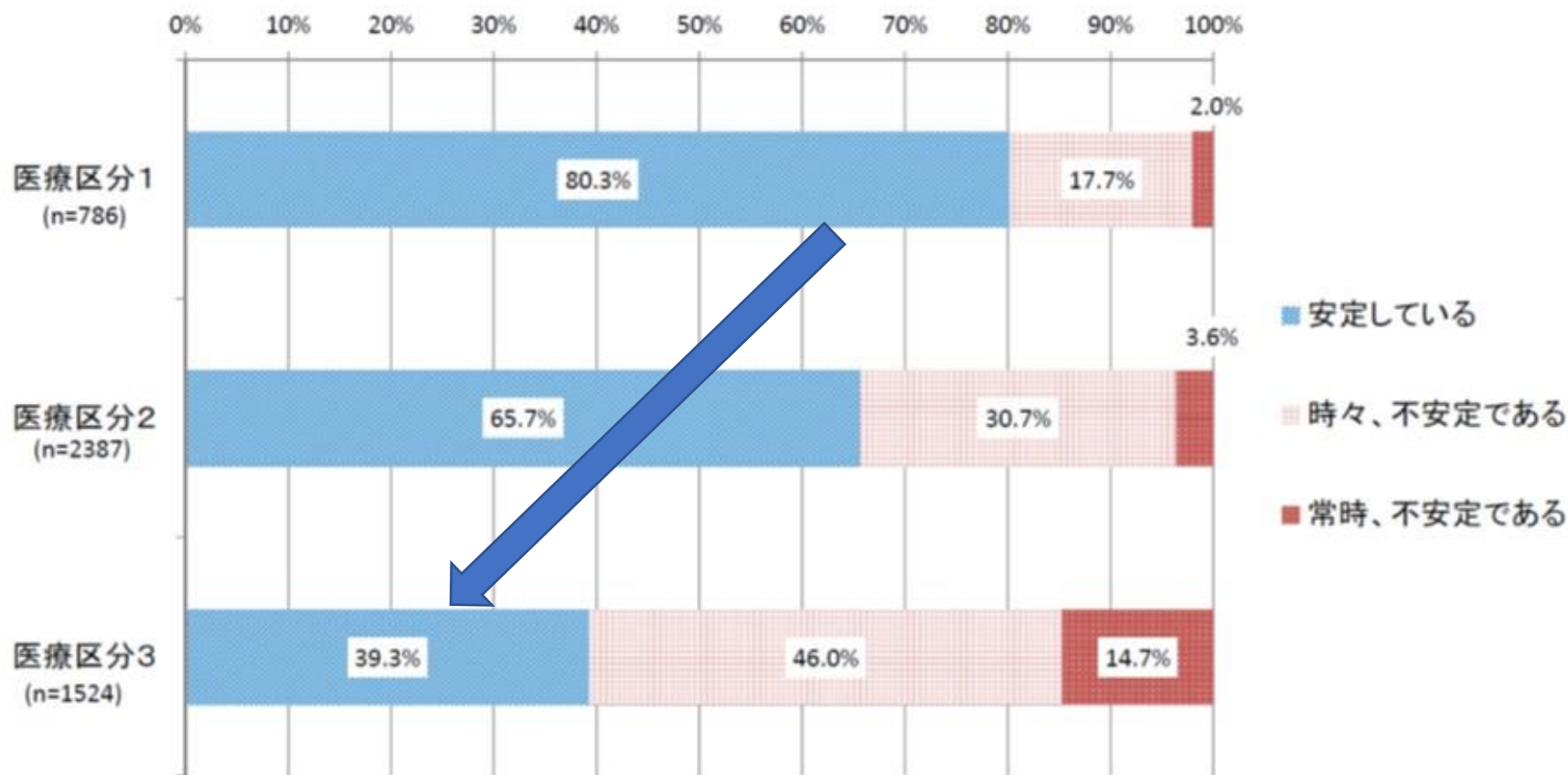
療養病棟入院患者の医療区分の割合



医療区分 1, 2, 3
の間の比較

医療的な状態

○ 医療区分が上がるほど、医療的な状態が不安定な患者の割合が高い。



出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

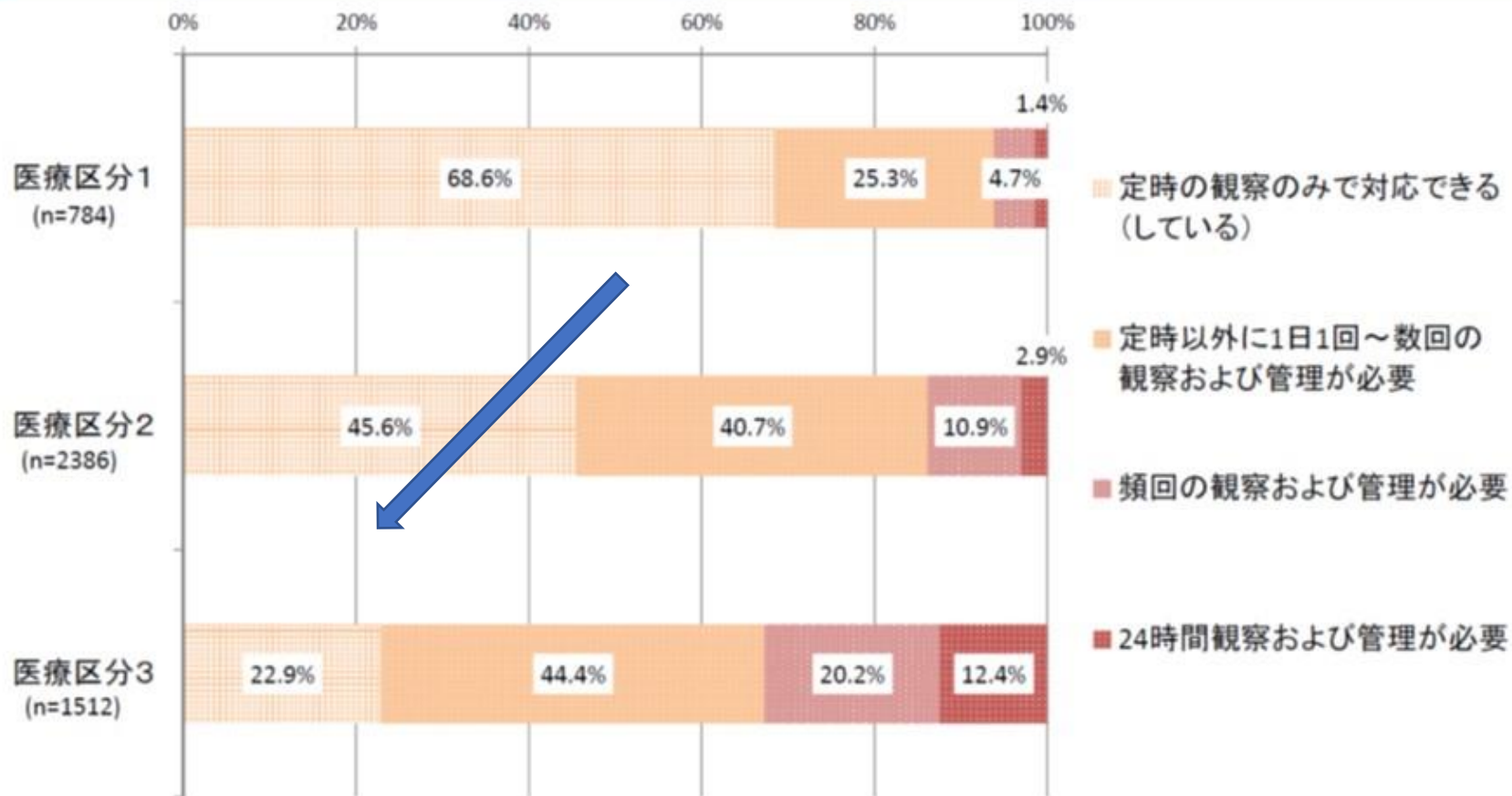
直接の医療提供頻度

○ 医療区分が上がるほど、医師による直接の医療提供頻度は高くなる。



直接の看護提供頻度

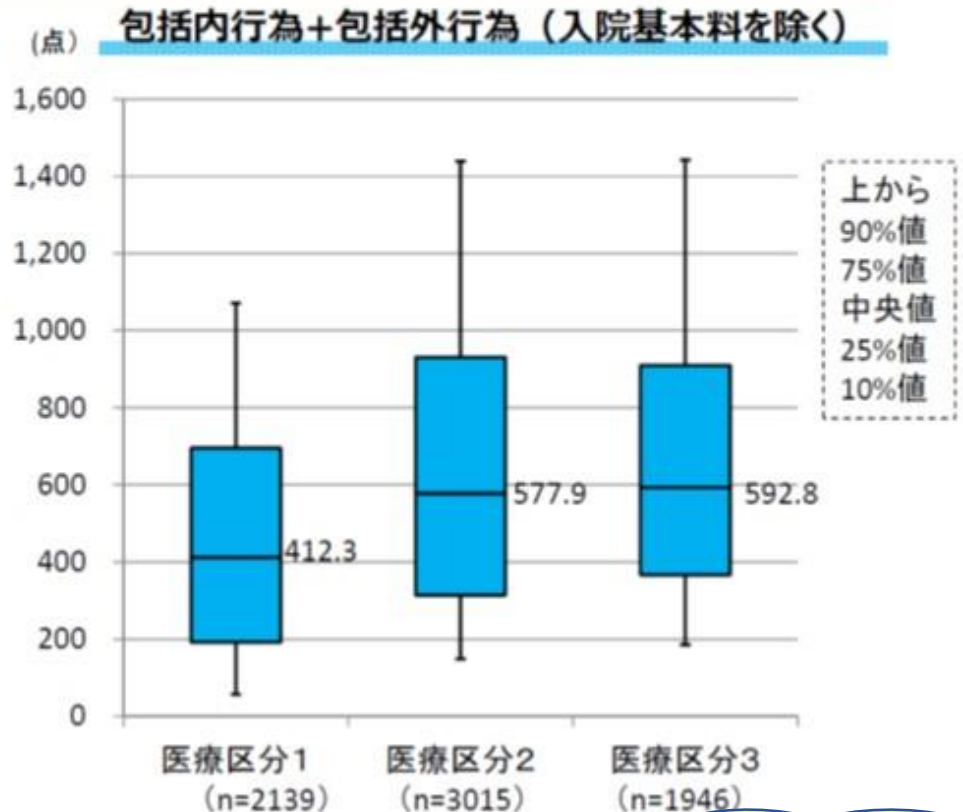
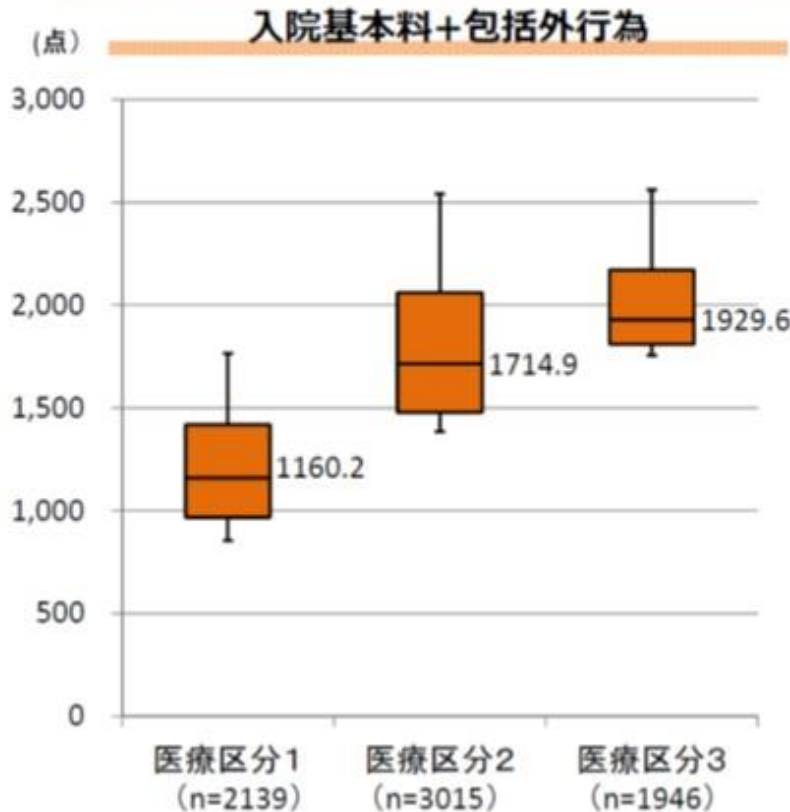
○ 医療区分が上がるほど、直接の看護提供頻度は高くなる。



医療区分別の1日あたり平均点数

※DPC調査のデータより、入院基本料及び各診療行為の算定点数×算定回数を用いて計算

- 入院基本料を除き、診療行為を全て出来高として総点数をみると、医療区分1では、医療区分2・3に比べ、点数が低い傾向。医療区分2と3では、重複する部分が大きく、あまり差がない。



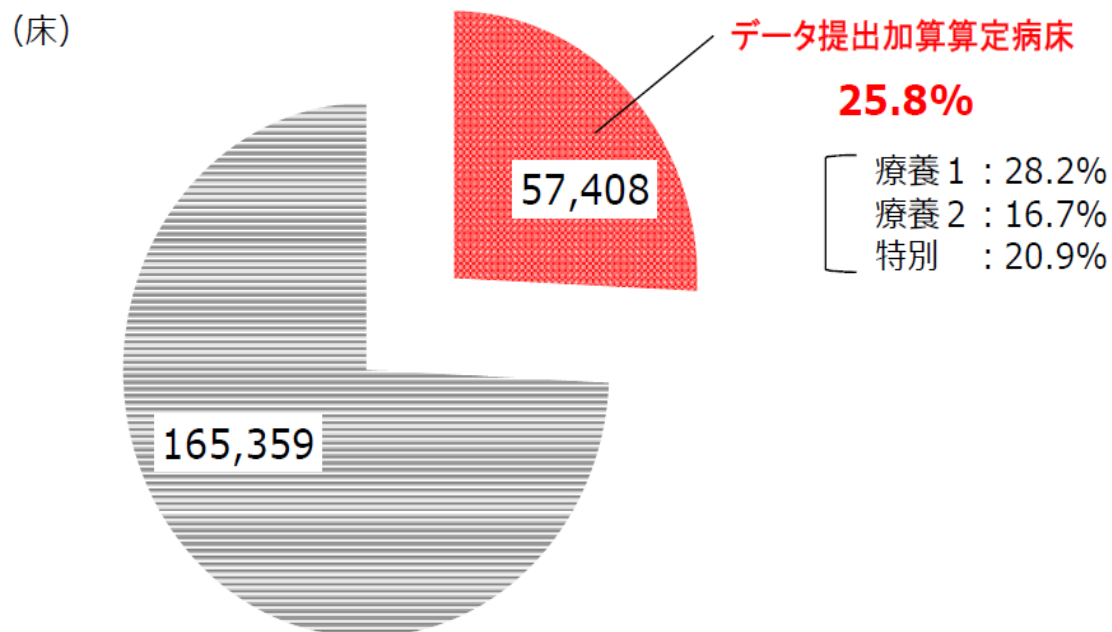
出典: 保険局医療課調べ(平成28年6月分DPCデータ)

医療区分2, 3にあまり差がない。より詳細な調査が必要では？

データ提出加算の算定病床の割合

○ 療養病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、約 1 / 4 である。

療養病棟入院基本料届出病床数 (n=222,767)



出典: 保険局医療課調べ

(届出病床数) 平成28年10月1日現時点 (データ提出加算算定病床数) 平成28年10月分DPCデータ

DPCデータ提出加算

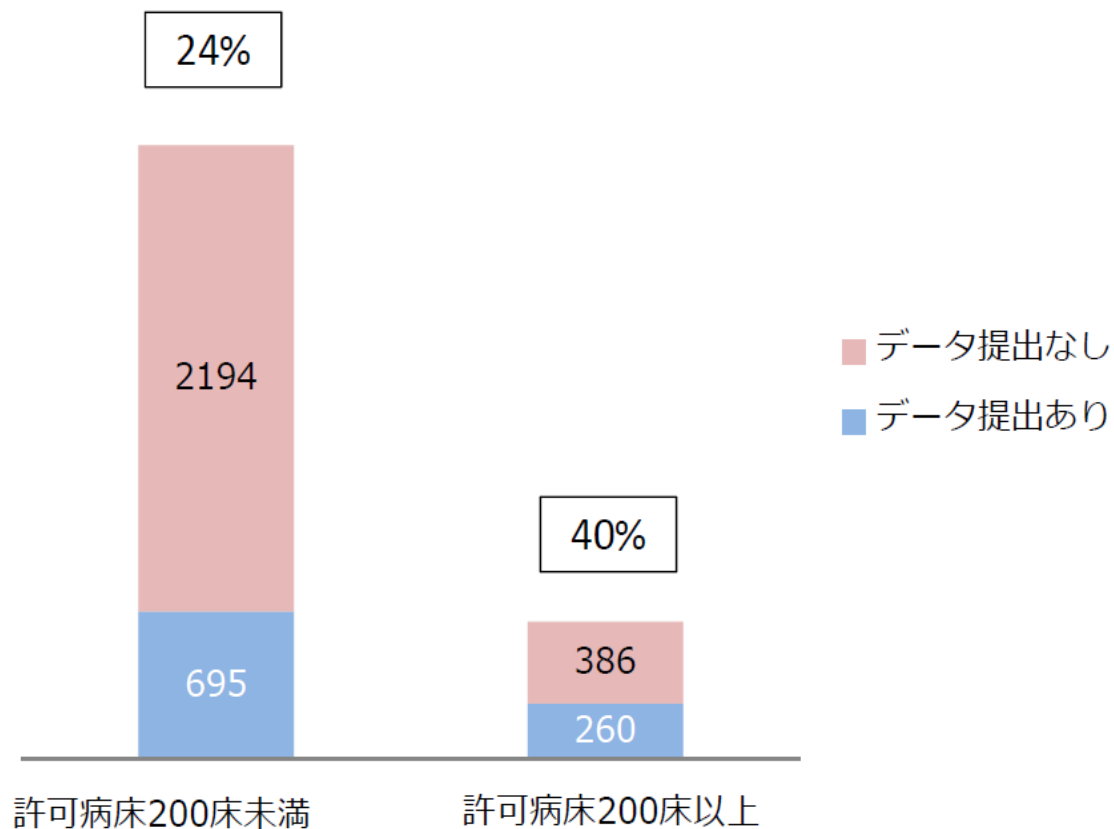
データ提出加算の届出対象病棟と要件化されている入院料

- 平成24年改定で、データ提出加算の導入後、データ提出対象となる病棟を拡大するとともに、一部の入院料で、要件化された。

主な入院料	提出対象病棟	算定要件化
7対1入院基本料		
一般病棟	H24～	H26～
特定機能病院	H24～	H26～
専門病院	H24～	H26～
10対1入院基本料		
一般病棟	H24～	H28～(一般病床200床以上)
特定機能病院	H24～	H28～(一般病床200床以上)
専門病院	H24～	H28～(一般病床200床以上)
地域包括ケア病棟入院料	H26～	H26～
回復期リハビリテーション病棟入院料	H26～	—
療養病棟入院基本料	H26～	—

療養病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

- 療養病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は24%、200床以上の病院は40%がすでにデータを提出している。



慢性期における
DPCデータとは？

データ提出加算の提出データの概要

内容		ファイル名称
	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)	様式1
患者別匿名化情報	診療報酬請求情報 診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル
	診療報酬請求情報 医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来) ※外来は任意	EF統合ファイル
	診療報酬請求情報 カルテからの日別匿名化情報 (重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
	診療報酬請求情報 医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3

※上記の様式、ファイル作成方法は

平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

DPCデータ(様式1)における傷病名の考え方

<現行の様式1における診断情報>

項目名	内容
主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名
入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名
医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名
医療資源を2番目に投入した傷病名	医療資源を2番目に投入した傷病名
入院時併存症名	入院時点で既に存在していた傷病名
入院後発症疾患名	入院中に発生した傷病名

慢性期の患者においては、急性期と比較して、例えば以下の特性があるのではないか。

- 1) 複数の傷病をもっている
- 2) 傷病の経過が長く、経過中に様々な症状・状態を伴う

→ 慢性期の傷病名を考えるにあたり、これらの視点を検討する必要があるのではないか。
ほかに検討すべき視点はあるか。

DPCデータ(様式1)のその他の項目について

- 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- 全ての患者のデータを提出する必要があり、病棟グループ毎に作成する。
- 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

様式1で提出するデータ (主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成)

性別

郵便番号

入院年月日

入院経路

紹介の有無

在宅医療の有無

退院年月日

退院時転帰

退院後の在宅医療の有無

診療科

病棟

身長

ADL(入院時、退院時)

FIM(回リハ病棟で、入退棟時)

認知症高齢者の日常生活自立度

体重

主傷病のICDコード

JCS(入院時、退院時)

手術日

TNM分類

化学療法有無

各疾患の重症度分類(脳卒中、心疾患、肺炎、狭心症、急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷)等

慢性期病棟では提出
不要としてはどうか

慢性期の病棟においては、主に急性期の入院患者の診療内容等に関する項目については、提出不要としてはどうか。

慢性期の病棟におけるデータ提出項目(案)

DPCデータ様式1の既存の項目のうち、慢性期の病棟において提出を求める主な項目

- 患者の基本情報
- 入院年月日、退院年月日、退院時転帰、退院後の在宅医療の有無
- ADL(入院時、退院時)
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 主傷病等のICDコード 等

DPCデータ様式1の中で、慢性期の病棟において新たに提出を求める主な項目

- 慢性期の患者に特徴的な症状・状態の有無(月ごとに入力)

<項目例>

- ・ 脱水
- ・ 発熱
- ・ 褥瘡
- ・ 摂食・嚥下機能低下
- ・ 低栄養
- ・ 疼痛の訴え
- ・ 認知症の周辺症状
- 等

- 要介護度 (認定のある場合のみ入力)(入退院時に入力)

データ提出加算の提出データの概要

内容		ファイル名称	
患者別匿名化情報	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)	様式1	
	診療報酬請求情報	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル
		医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来) ※外来は任意	EF統合ファイル
		カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
	医科保険診療以外の診療情報	様式4	
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3	

※上記の様式、ファイル作成方法は

平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

データ提出は病院・病棟のパフォーマンス把握のため重要。ただ様式1やEFファイルの入力作業は大変なので医療区分報告とバータにしてほしい。またすべての療養病棟に提出を義務付けるのは厳しい。

療養病床へのDPCデータ提出項目についてどのように考えるのか？

2017年10月18日入院医療分科会

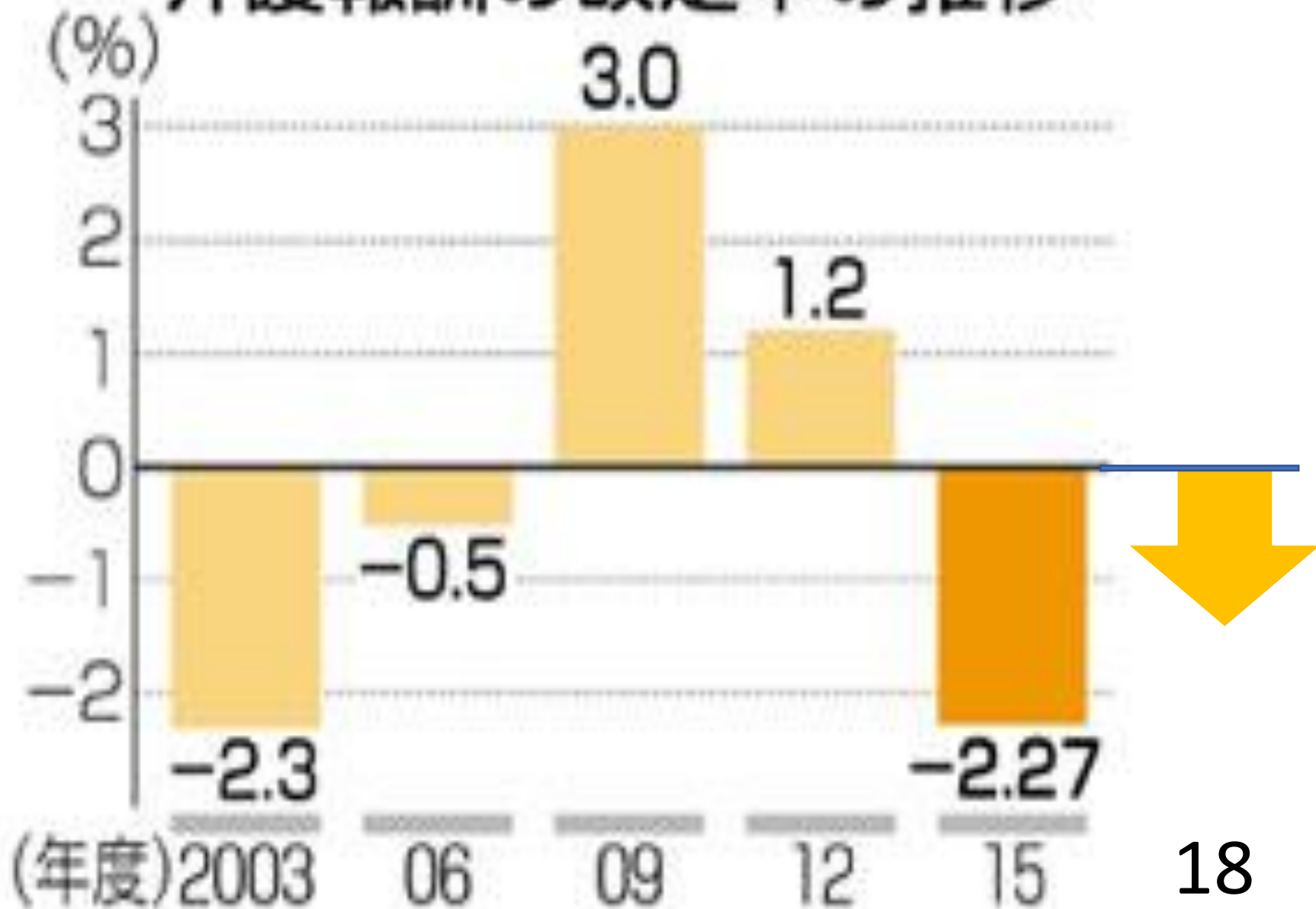
パート3

2018年介護報酬改定



社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

介護報酬の改定率の推移



2018年介護報酬改定

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

①通所リハと通所介護の機能分担と連携

- 通所リハや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスに
ついては、それぞれのサービスに共通した機能および特徴的な機能
の明確化が必要だ。そしてこれらのサービスを地域単位で一体的、
総合的な機能分担と連携を行えるよう検討する。

②小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- この連載でも取り上げたが、小規模多機能型居宅介護と訪問看護
を組み合わせた看護小規模多機能型居宅介護（看護多機）は現状、事
業者数は300未満、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間
サービス）の事業者数は1000未満とサービス提供量がまだまだ少
ない。このためこの事業所数の増加や機能強化・効率化の観点から、
人員基準や利用者定員などの規制緩和による本事業参入促進策が必
要である。

③特別養護老人ホーム（特養）施設内での医療ニーズや看取り

- 特養の利用者の要介護度や医療ニーズが年々増加している。こうし
た中、特養における医療提供や看取りにさらに対応するための改定
が必要だ。

2018年介護報酬改定

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

- ④入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等の連携
 - 高齢者は医療を受けながら介護保険サービスを利用している。このため特に医療・介護関係者や関係機関の間の情報提供や相互理解が必要である。特に、高齢者の入退院時に生じるとしてその対応について議論することになった。
- ⑤ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する報酬・人員基準の在り方
 - 介護人材の確保とともに介護事業所のロボット・ICT・センサー活用による生産性向上や業務効率化への評価が必要だ。
- ⑥介護医療院の報酬・基準や各種の転換支援策等
 - 介護療養病床からの転換先である「介護医療院」の報酬・基準が次期介護報酬改定の大きな目玉の一つである。

ポイント⑥

療養病床と介護医療院

療養病床問題と介護医療院



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。

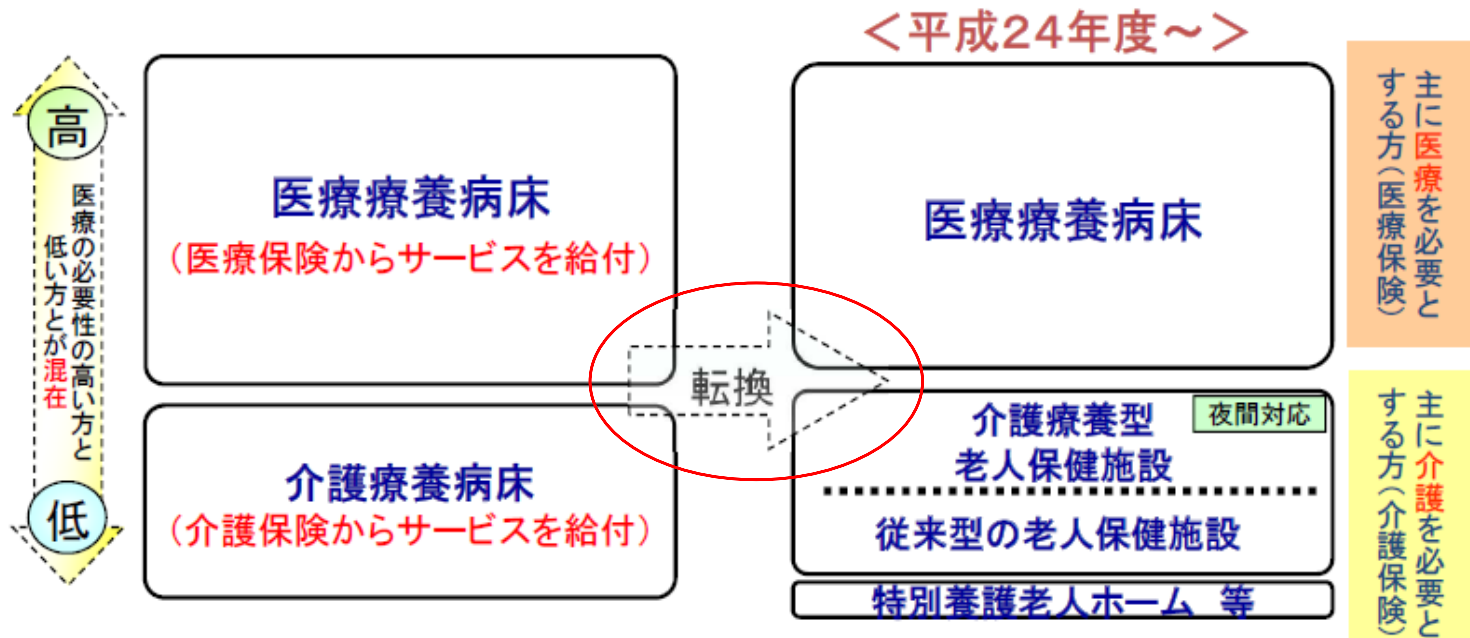
【医療法改正】

- 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



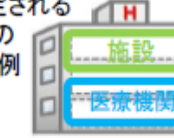
新(案1-2)

○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、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。

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

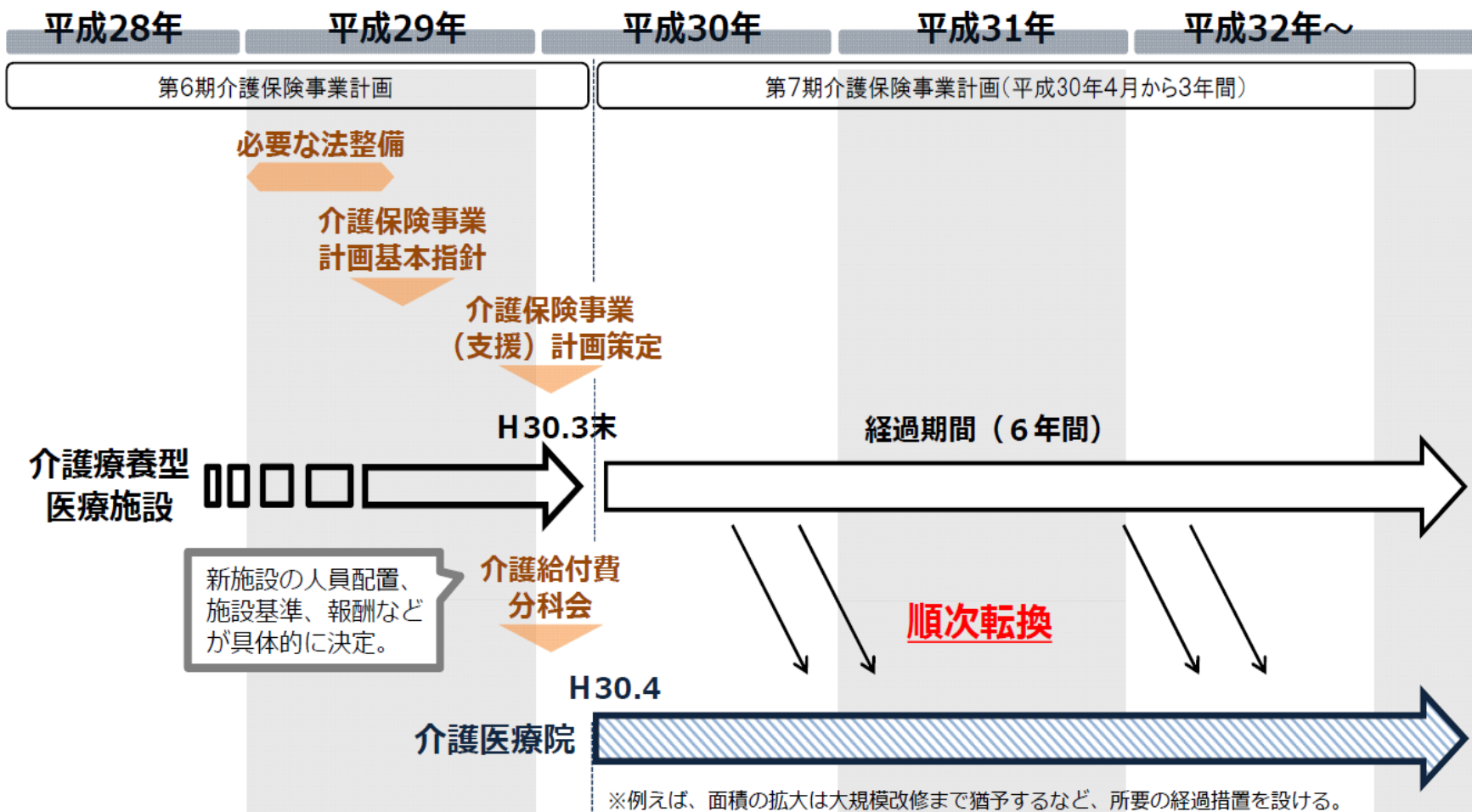
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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
(仮称)

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）

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)

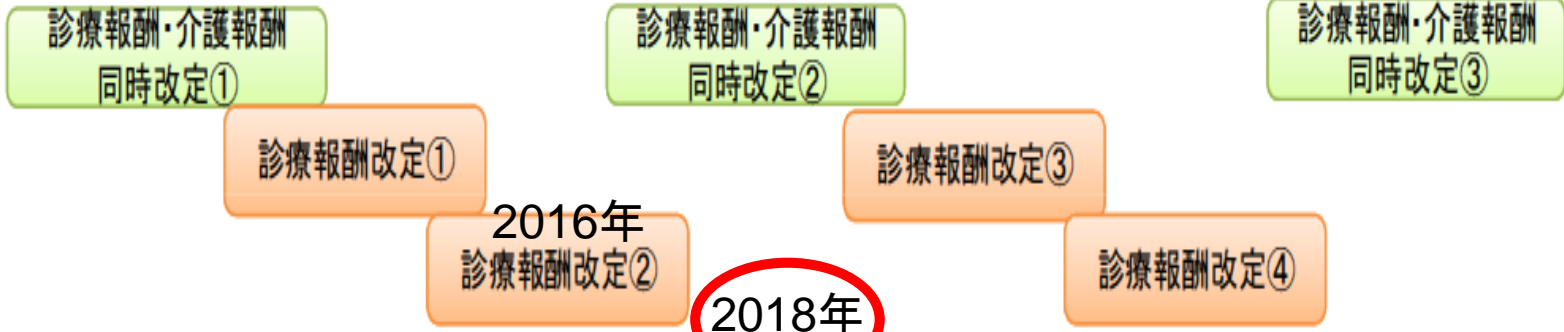
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

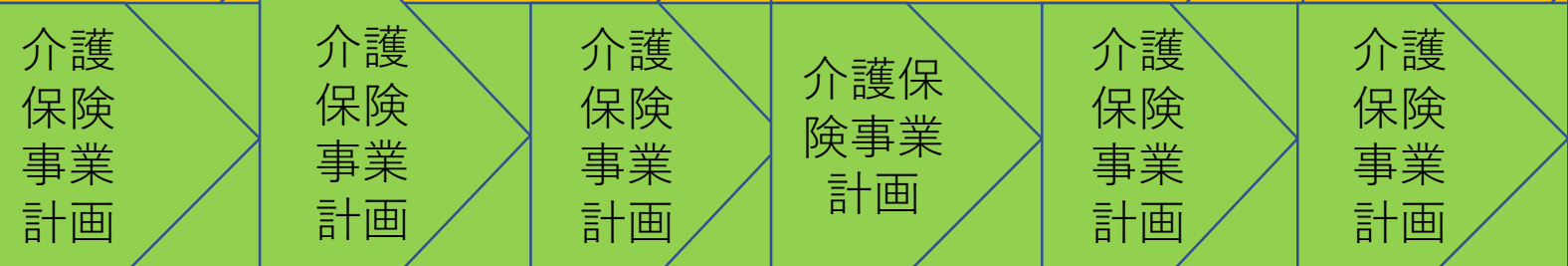
報酬改定



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



このたび韓国語版も発刊

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