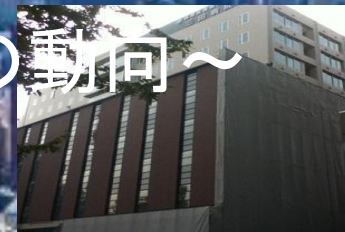


医療と介護のクロスロードto2025

～次回の診療報酬・介護報酬同時改定の動向～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

JCI認証取得

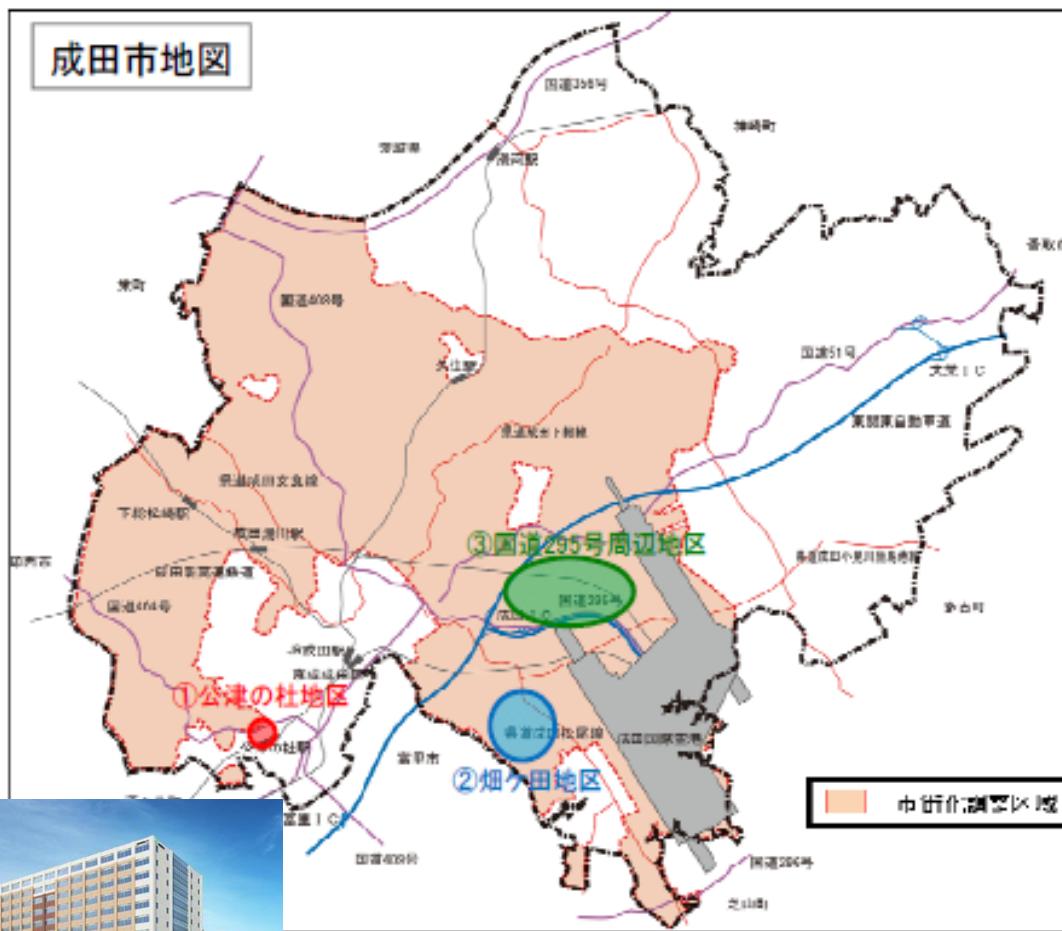


国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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






**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)





2020年 国際医療福祉大学
成田病院を新設予定

A large, modern, multi-story building with a brown facade and many windows, likely a university campus. The building is set against a blue sky with some clouds. In the foreground, there are some trees and a street sign.

2018年4月、国際医療福祉大学
大学院 赤坂キャンパス完成
学部生（医療マネジメント学科）
院生（h-MBA, MPH）募集中

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
 - 2018年診療報酬改定率
- パート 2
 - 2018年改定と入院医療
 - ①7対1病床の要件見直し
 - ②短期滞在手術・検査など
 - ③地域包括ケア病棟
 - ④療養病棟1への一本化
- パート 3
 - 2018年改定と外来医療
 - ポイント① 医学管理と目標設定
 - ポイント② 糖尿病重症化予防
 - ポイント③ 外来薬物療法
 - ポイント④ 遠隔診療
- パート 4
 - 2018年介護報酬改定と介護医療院



パート1

2018年診療報酬改定率





自民圧勝 与党310超



3分の2維持

立憲民主野党

希望敗北市

自公300に迫る

自民大勝280超

野党
136
147
48



議論今後の様

希望伸び悩

衆院選

改憲熱

再び3分の



2017年10月22日衆院選挙の自民圧勝で安倍一強政権の継続

社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

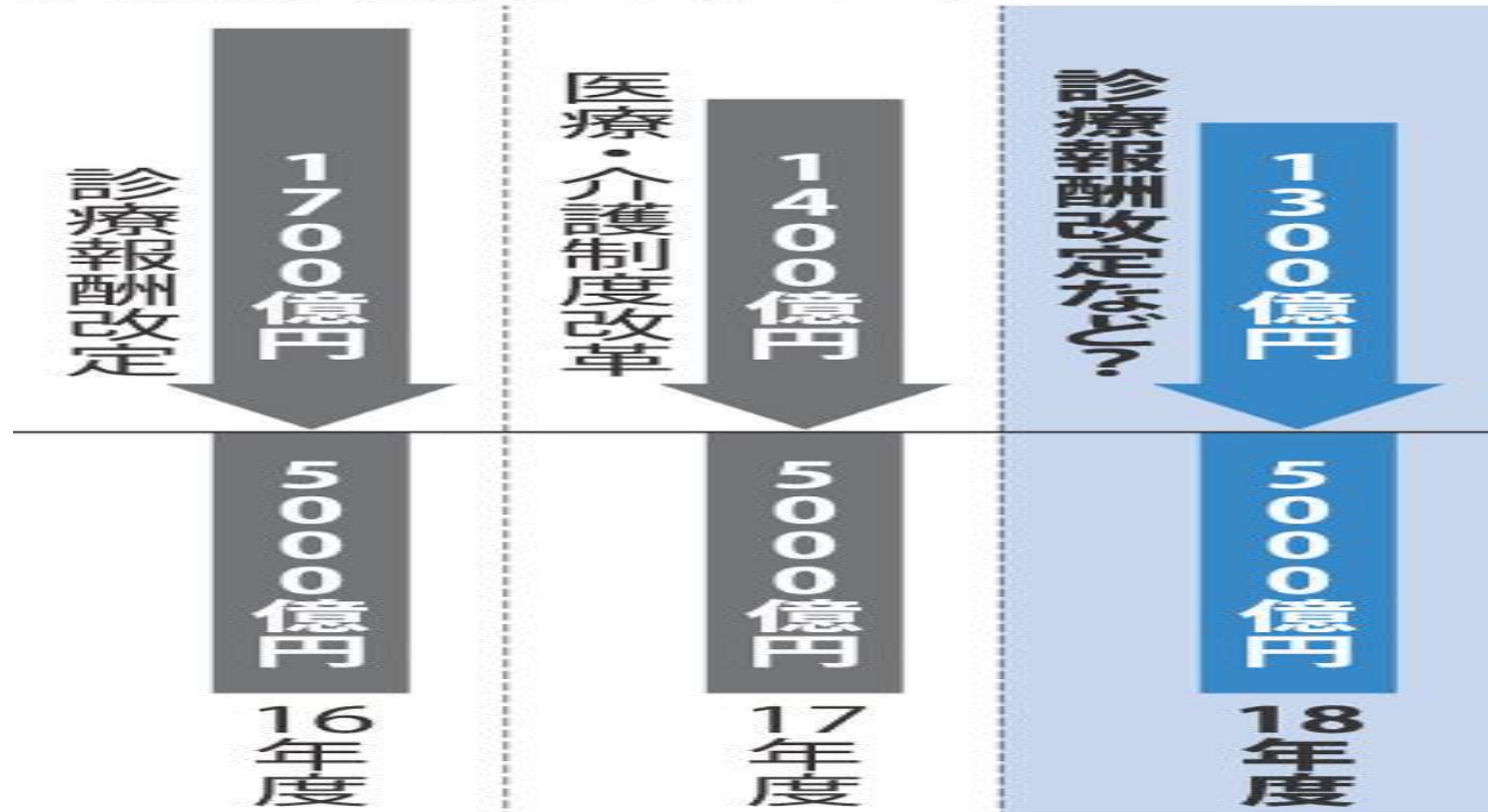
- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー
- 幼児教育・保育の無償化
 - さらなる財源が必要！
- 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
 - しかし2018年改定は消費増税なき改定



安倍晋三首相

社会保障費圧縮成功改定

2018年度の社会保障費 自然増抑制のイメージ



診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬本体 +0.55%

600億円

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

2. 薬価等

▲ 1.74%

1700億円

① 薬価

▲ 1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、
薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

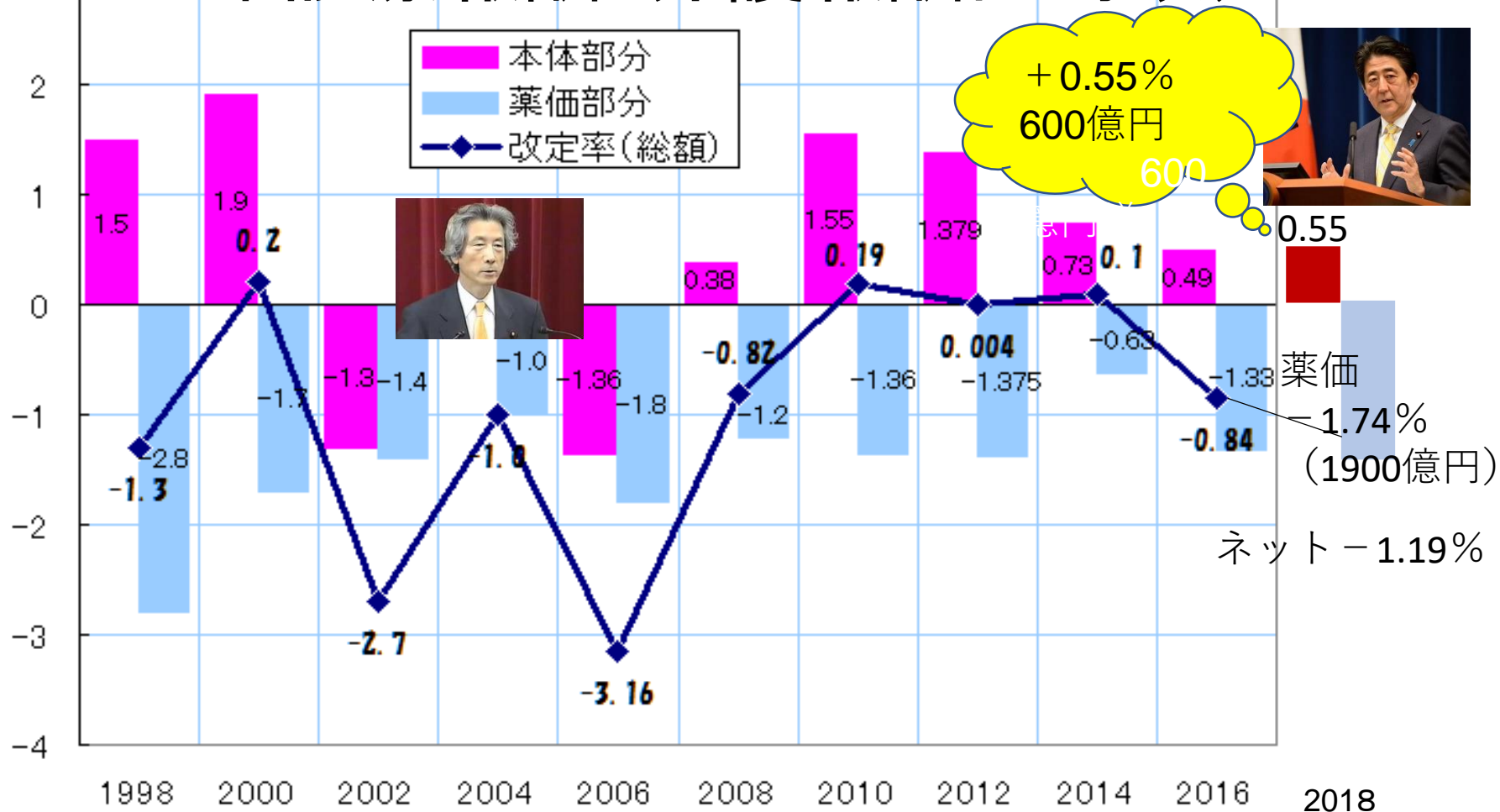
② 材料価格

▲ 0.09%

ネット
1.19%
マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

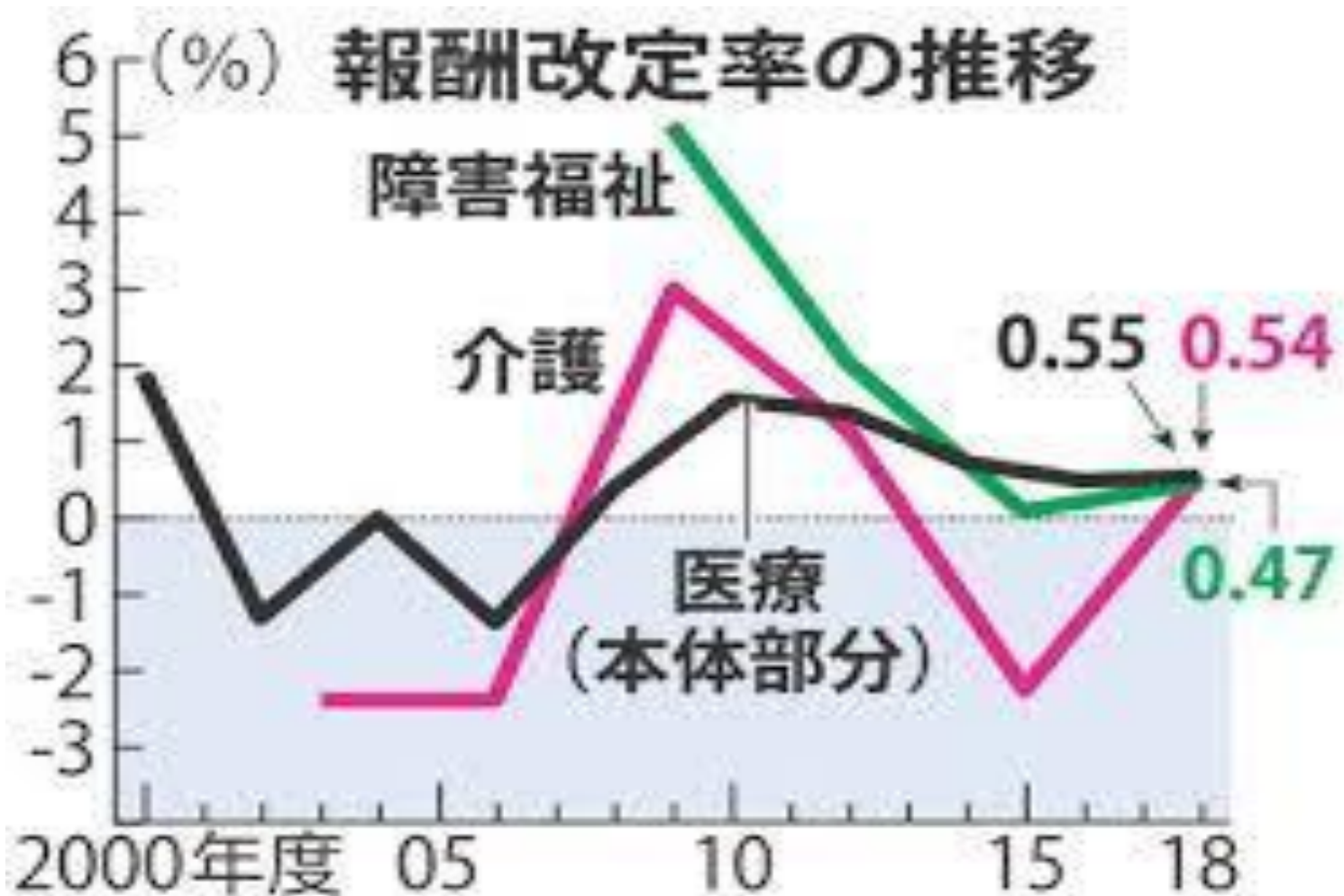
2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



(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

トリプルプラス改定



パート 2

2018年診療報酬改定と 入院医療

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
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

2018年診療報酬改定

次期診療報酬改定に向けた 基本認識、視点、方向性等について

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

2018年改定 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 短期滞在手術・検査など
- ポイント③ 地域包括ケア病棟
- ポイント④ 療養病棟1への一本化

ポイント①

7対1病床の要件見直し

看護師配置数と重症患者割合
(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

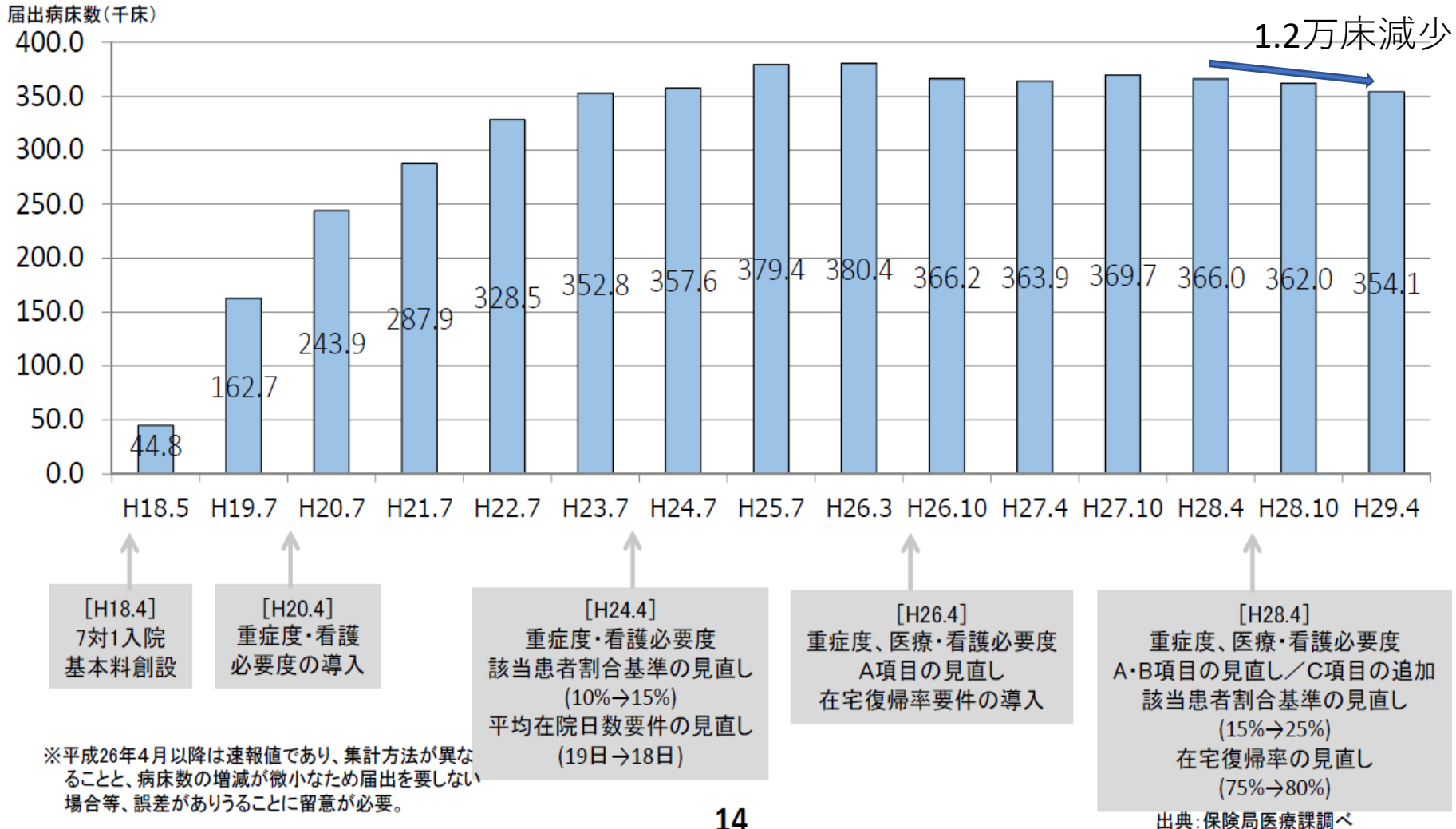
又は

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。

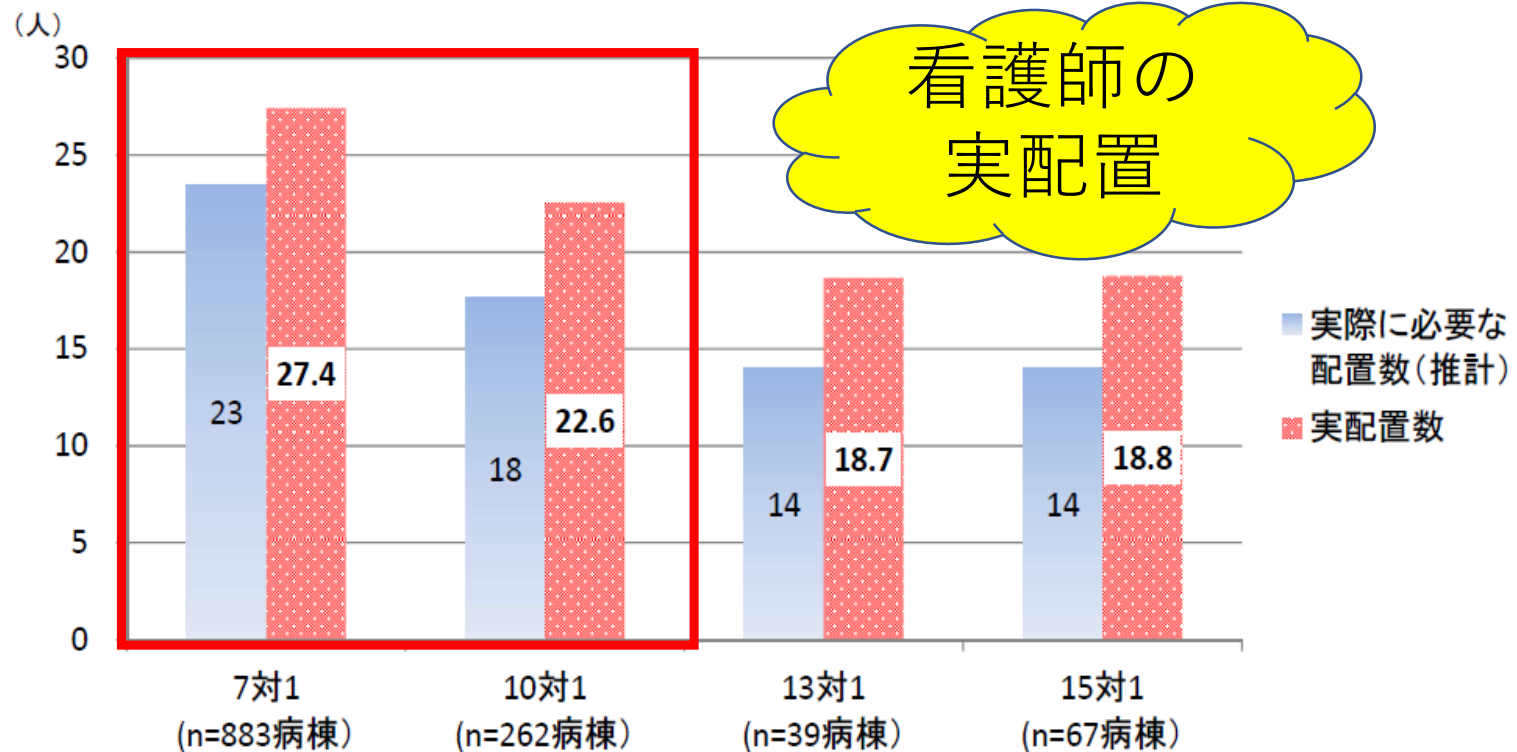


2018年診療報酬改定

重症度、医療・看護必要度
はこうなる！

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、必要数変動することに留意

7対1、10対1の
重症患者該当率を
段階化する

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

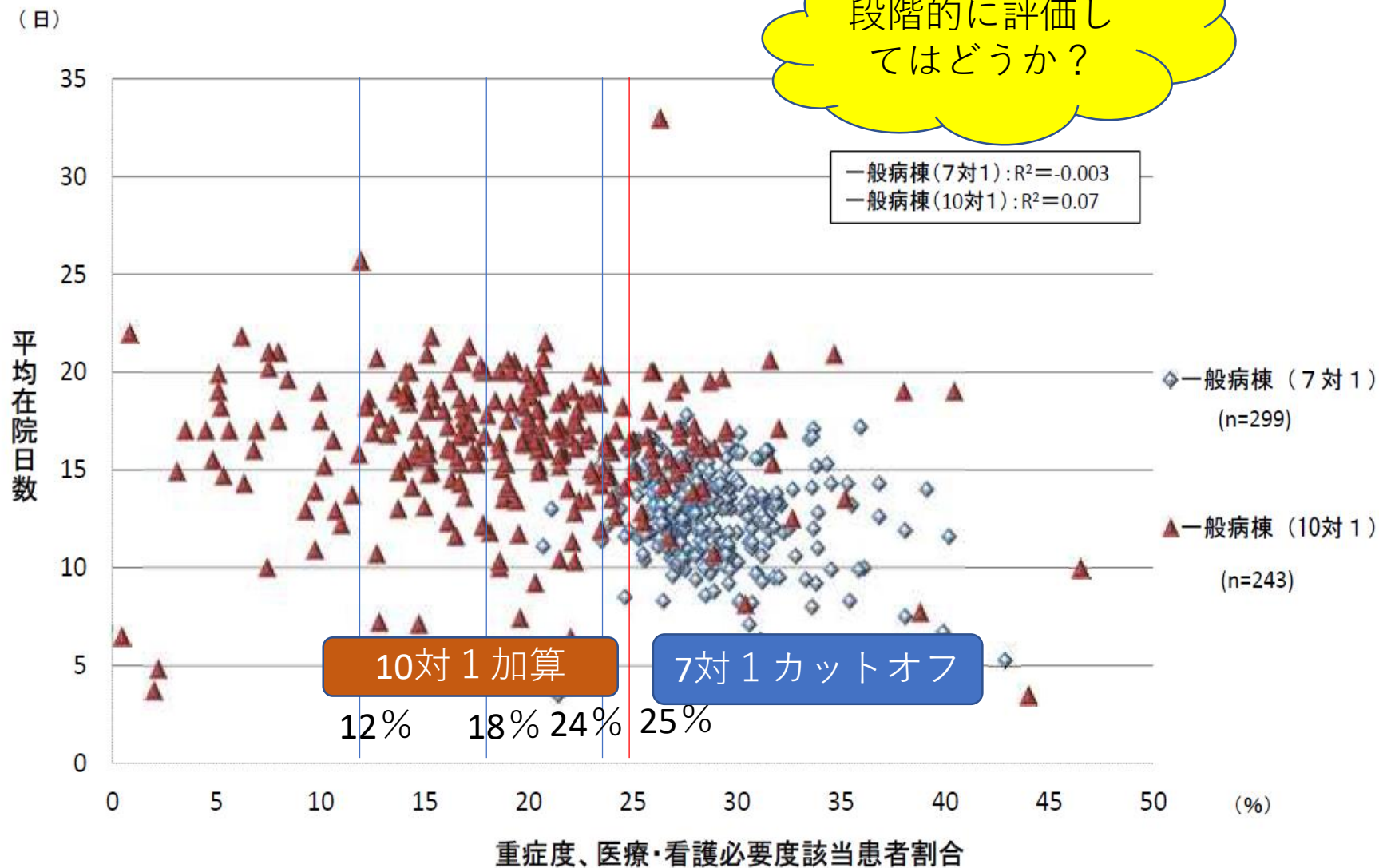
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

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

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



重症度、医療・看護必要度のDPC
データ（EFファイル）による
置き換えを行う

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

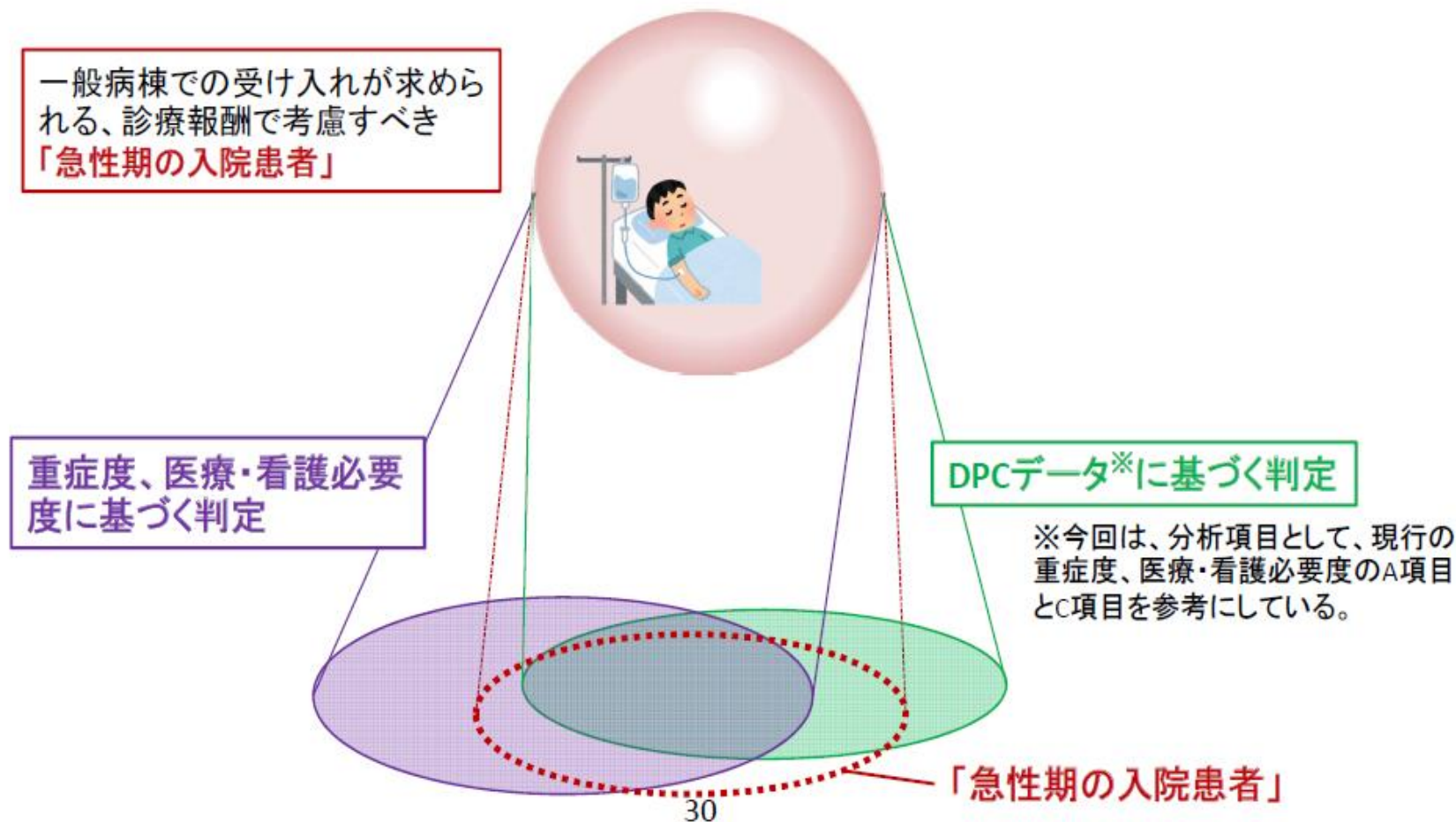
重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連③

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

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。



○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？
○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ（EF統合ファイル）に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会（2017年11月24日）

基本部分と段階的評価部分

- **【基本部分】**

- ▼10対1看護配置以上 ▼看護比率7割以上 ▼平均在院日数21日以内ーなど

- **【段階的評価部分】**

- (1) 最も高い評価**

- ▼7対1看護配置以上 ▼看護比率7割 ▼平均在院日数18日以内 ▼重症患者割合X% (看護必要度に基づく重症患者割合と、EF統合ファイルに基づく重症患者割合とを選択可能)

- (2) 中間的な評価**

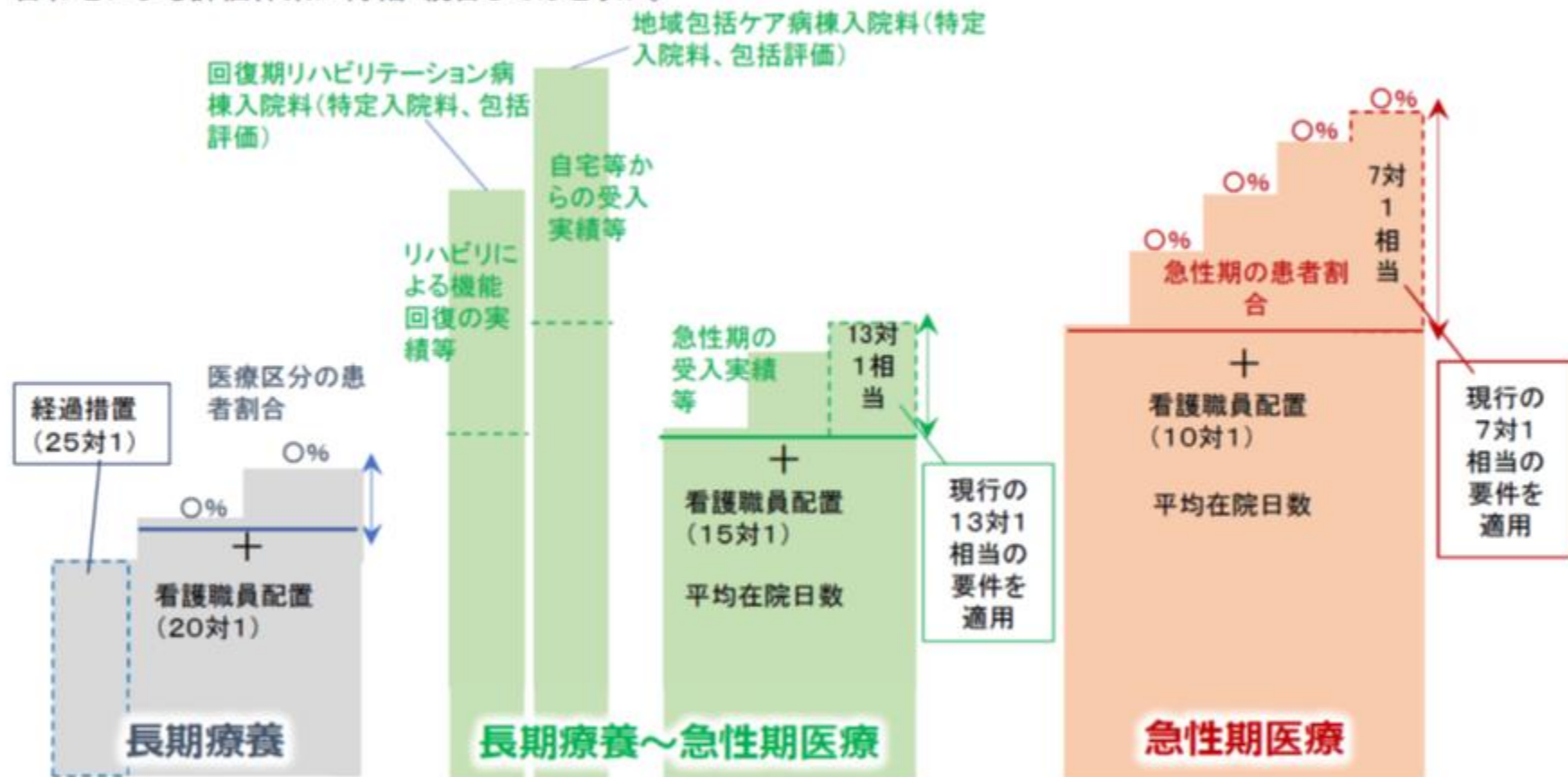
- ▼重症患者割合Y%からZ% (EF統合ファイルに基づく重症患者割合)

入院基本料の大再編

- ①急性期医療、
- ②急性期医療~長期療養、
- ③長期療養

二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。

入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ②機能別の評価

【平成30年度改定での評価(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療		急性期医療
実績に応じた段階的な評価の要件	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆実績による評価部分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%～〇% 	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆リハビリテーションの実績(回復期リハビリテーション病棟)</p> <p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆自宅等退院患者や在宅等入院患者の割合(地域包括ケア病棟)</p>	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆13対1相当の評価部分(現行13対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置13対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数24日 	<p>【〇〇料(仮称)】</p> <p>◆最も高い評価部分(現行7対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置7対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数18日 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇% <p>◆中間的な評価部分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%～〇%
基本部分の評価の要件	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行20対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇% 	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行の基準 <p>【地域包括ケア病棟入院料・管理料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行の基準 	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行15対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置15対1 ・看護比率4割 ・平均在院日数60日 	<p>【〇〇入院料(仮称)】(現行10対1相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置10対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数21日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるよう見直しを検討。 ・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等退院患者割合や在宅等入院患者等を踏まえた評価体系に再編・統合。 		<ul style="list-style-type: none"> ・実績による評価部分は、DPCデータを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。 ・中間的な評価部分(新たな評価)については、DPCデータによる判定を要件とする。

ポイント②

短期滞在手術・検査など

- (1) 短期滞在手術検査
- (2) 特定集中治療室等
- (3) 救急医療管理加算
- (4) 総合入院体制加算



2017年10月18日入院医療分科会

(2) 特定集中治療室等

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	/
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	/
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	/	あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	/	あり
6 人工呼吸器の装着	なし	/	あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし	/	あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	/	あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
9 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15 危険行動	ない	—	ある

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1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 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO)	なし	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
9 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15 危険行動	ない	—	ある

基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

医療機能に応じた入院医療の評価について

特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目及び特定集中治療室管理料の施設基準の見直しを行う。

改定前

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目:すべての項目が1点
該当基準:A項目が3点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が90%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上



改定後

特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」
A項目:「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」が1点
その他の項目が2点
該当基準:A項目が4点以上かつB項目が3点以上

特定集中治療室管理料1・2
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上
特定集中治療室管理料3・4
「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が70%以上

- 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」について、B項目の簡素化を図るため、一般病棟用の評価と統一する。

救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救命入院料	入院料1	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制 	4対1	—	救命救命センターを有していること
		～7日 8,929点				
		～14日 7,623点				
	入院料2	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救命料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす 	2対1	ICU用 7割	
		～7日 10,316点				
		～14日 9,046点				
	入院料3	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救命料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 	4対1	—	
		～7日 8,929点				
～14日 8,030点						
入院料4	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救命料2の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 	2対1	ICU用 7割		
	～7日 10,316点					
	～14日 9,046点					
特定集中治療室 管理料	管理料1	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・クリーンバイオルームであること 	2対1	ICU用 8割	
		～14日 12,126点				
	管理料2	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 		ICU用 7割	
	管理料3	～7日 9,361点				<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・クリーンバイオルームであること
管理料4	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷治療を行うにふさわしい設備・医師 				
ハイケアユニット 入院医療管理料	管理料1	6,584点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 	4対1	HCU用 8割	
	管理料2	4,084点		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料		5,084点	<ul style="list-style-type: none"> ・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・常勤の理学療法士又は作業療法士が配置 	3対1	—	脳梗塞、 脳出血、くも膜下出血 が8割以上

特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度

- 各治療室を、特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価票にて評価したところ、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合要件のない救命救急入院料1・3は、救命救急入院料2・4及びハイケアユニットと入院医療管理料比べて該当患者割合が低いが、7対1一般病棟に比べ、該当患者割合が高い。

＜各基準の該当患者割合＞

特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の全項目について該当するかどうかを調査し、各基準に基づき該当患者割合を集計

	特定集中治療室管理料	救命救急入院料2・4	救命救急入院料1・3	ハイケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(参考) 7対1一般病棟入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	89.1%	84.7%	23.7%	33.7%	8.0%	1.2%
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	92.6%	93.1%	48.8%	88.0%	31.5%	4.3%
7対1一般病棟入院基本料の基準	95.6%	94.3%	65.4%	84.0%	55.6%	28.5%

※ 背景色の箇所は、重症度、医療・看護必要度の基準がある治療室

(対象とした患者数)

	特定集中治療室管理料	救命救急入院料2・4	救命救急入院料1・3	ハイケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(参考) 7対1一般病棟入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	117,173	1,517	3,303	6,152	1,441	5,178
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	117,173	1,516	3,303	6,017	1,405	5,169
7対1一般病棟入院基本料の基準	118,580	1,502	3,266	5,825	1,400	5,167

(参考) 基準一覧

特定集中治療室管理料	A得点4点以上かつB得点3点以上の該当患者割合が、管理料1・2で80%以上、管理料3・4で70%以上
ハイケアユニット入院医療管理料	A得点3点以上かつB得点4点以上の該当患者割合が、管理料1で80%以上、管理料2で60%以上
7対1一般病棟入院基本料	A得点2点以上かつB得点3点以上、又はA得点3点以上の該当患者割合が、25%以上

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例

APACHE II

(acute physiology and chronic health evaluation II)

- ICU入室24時間以内の生理学的指標12項目の合計スコア(最悪値)に、年齢、慢性併存疾患のスコアを加え、重症度を0点から71点に定量化した指標(詳細は次項)

(測定項目)

・体温	・動脈圧	・心拍数
・呼吸数	・PaO ₂	・pH
・Na	・K	・クレアチニン
・Ht	・WBC	・GCS



年齢、慢性併存疾患

当該スコアを用いて、個々の患者の重症度の数値化や予測死亡率※が客観的に把握可能となる

- また、個々の患者で算出した予測死亡率を用いて、各施設での標準化死亡比(=当該施設における実死亡率/施設における予測死亡率)が客観的に把握可能となり。

各施設の標準化死亡比を用いて、施設間での客観的な比較が可能となる

- 日本集中治療医学会において、国内多施設に対する集中治療室患者症例レジストリ(JIPAD)を2015年より開始しており、その中にAPACHE IIの内容も含まれる。登録開始施設53施設、合計登録症例数 42,500例(2017年9月現在)

※予測死亡率 = $e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}})$ (Logitは上付き)

Logit = $-3,517 + (\text{APACHE II}) * 0,146 + 0.603 \times \text{緊急手術加算} + \text{Diagnostic category weight (疾患別係数)}$

(3) 救急医療管理加算

(参考)救急医療等の推進について(平成26年度診療報酬改定)

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

平成26年度改定前

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



平成26年度改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

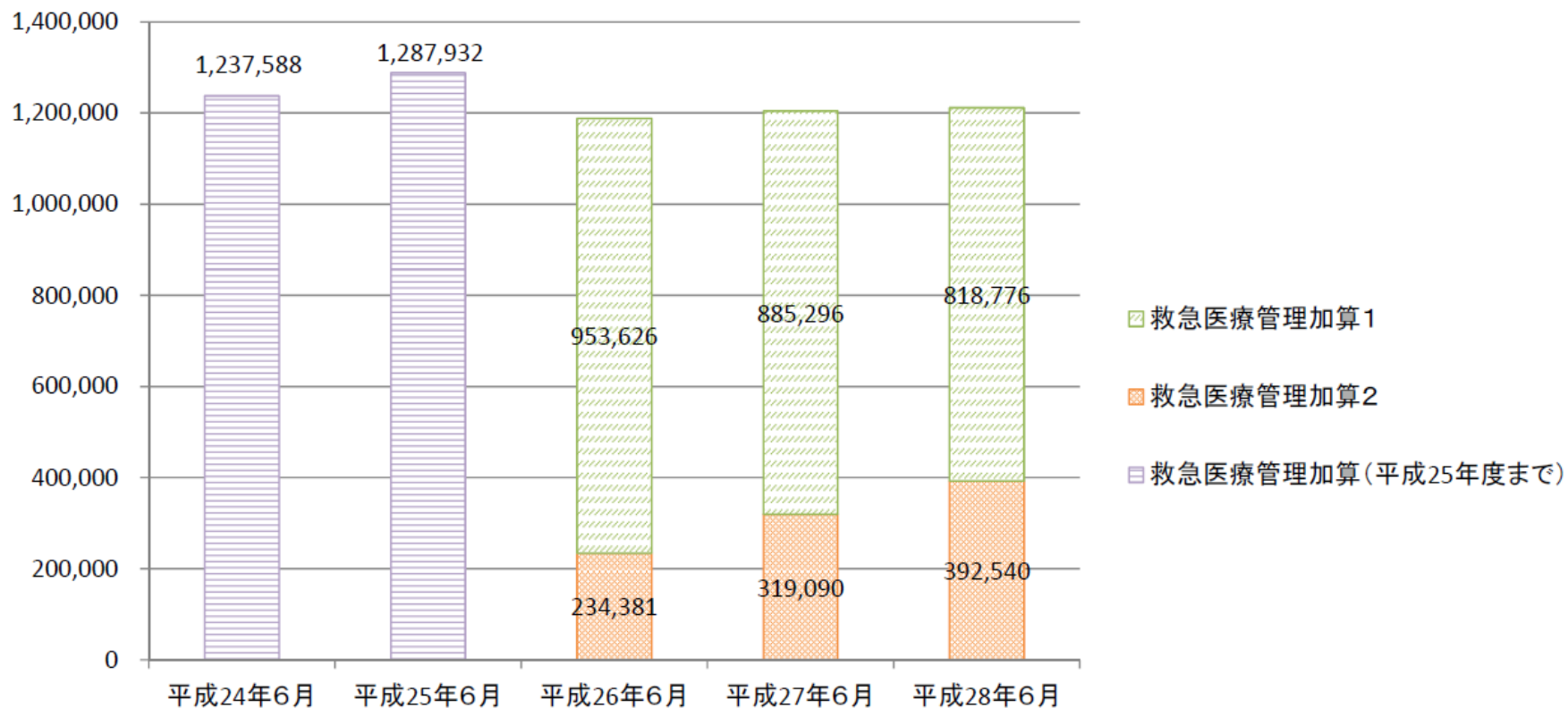
救急医療管理加算の算定回数の推移

診調組 入-2
29.10.5

○ 救急医療管理加算の算定回数の推移をみると、加算の区分が2つに分けられた平成26年から、加算1の占める割合は減少傾向である。

＜救急医療管理加算の算定回数の推移＞

(算定回数)

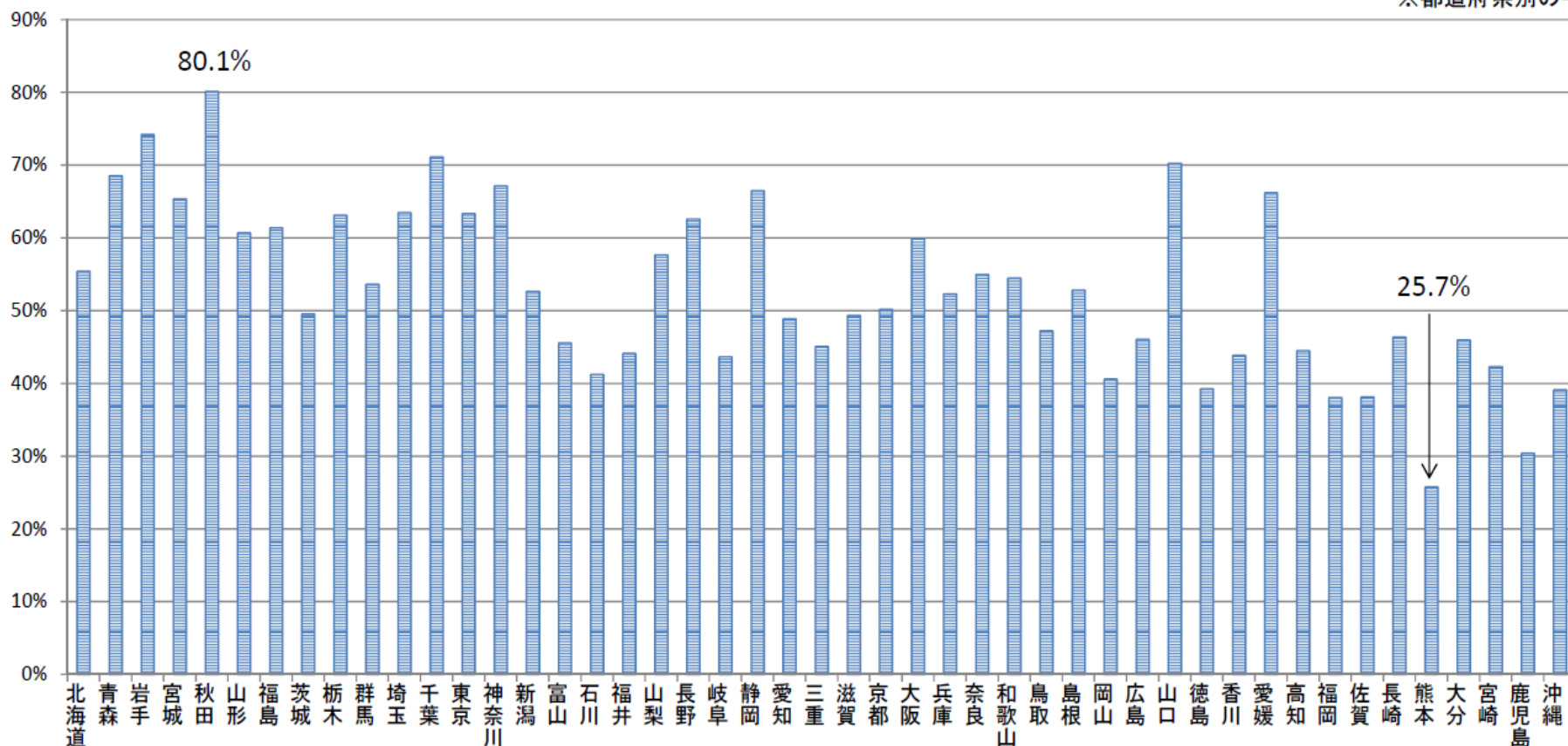


救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布(都道府県別)

○ 救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布を都道府県ごとにみると、割合の最も高い県と低い県では、3倍以上の差が見られた。

＜救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布(都道府県別)＞

※都道府県別の平均値



救急患者に関する指標の例

○ 救急患者に実際に使用されている評価指標の例として、以下のような指標が考えられる。

【救急医療管理加算の対象患者】

【関係する指標の例】

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態



緊急の止血処置の有無等

イ 意識障害又は昏睡



JCS、GCS等

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態



動脈血酸素分圧、NYHA分類等

オ ショック



収縮期血圧の低下、昇圧剤の使用等

キ 広範囲熱傷



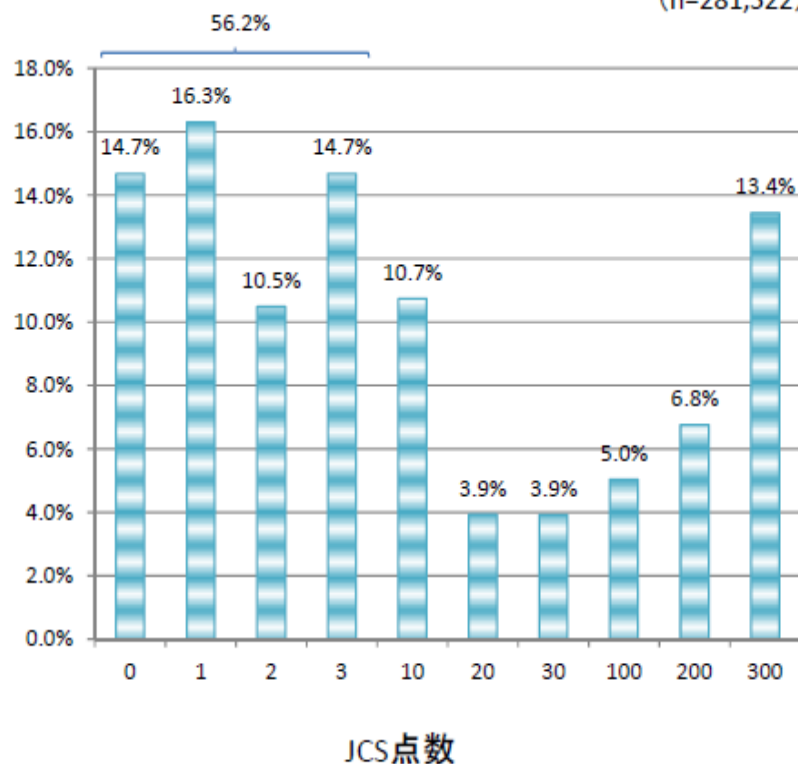
Burn Index 等

救急医療管理加算1算定患者に関する分析①

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布をみると、JCS I 桁の患者が全体の半数以上を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち
「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布

(n=281,522)



(参考) JCS: Japan Coma Scale

I. 覚醒している

- 0 意識清明
- 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

- 10 普通の呼びかけで開眼する
- 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない

- 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
- 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300 痛み刺激に対し全く反応しない

緊急の入院が必要かどうかは最終的に医師が判断しなければならない

救急入院の基準は設けるべき

2017年10月5日入院医療分科会

ポイント③ 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

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

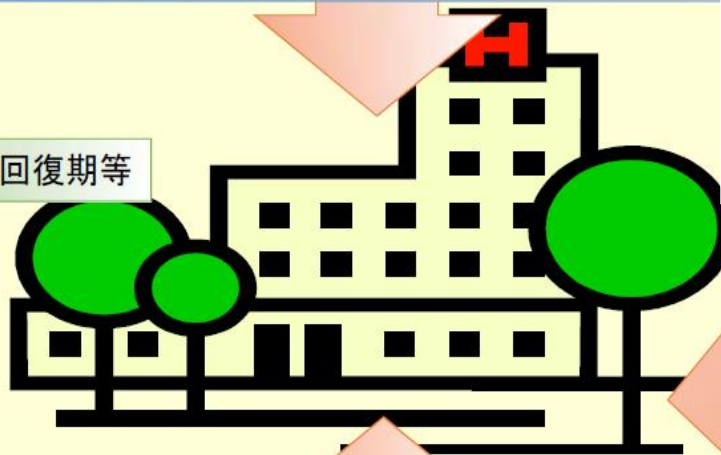


急性期

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



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

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)	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

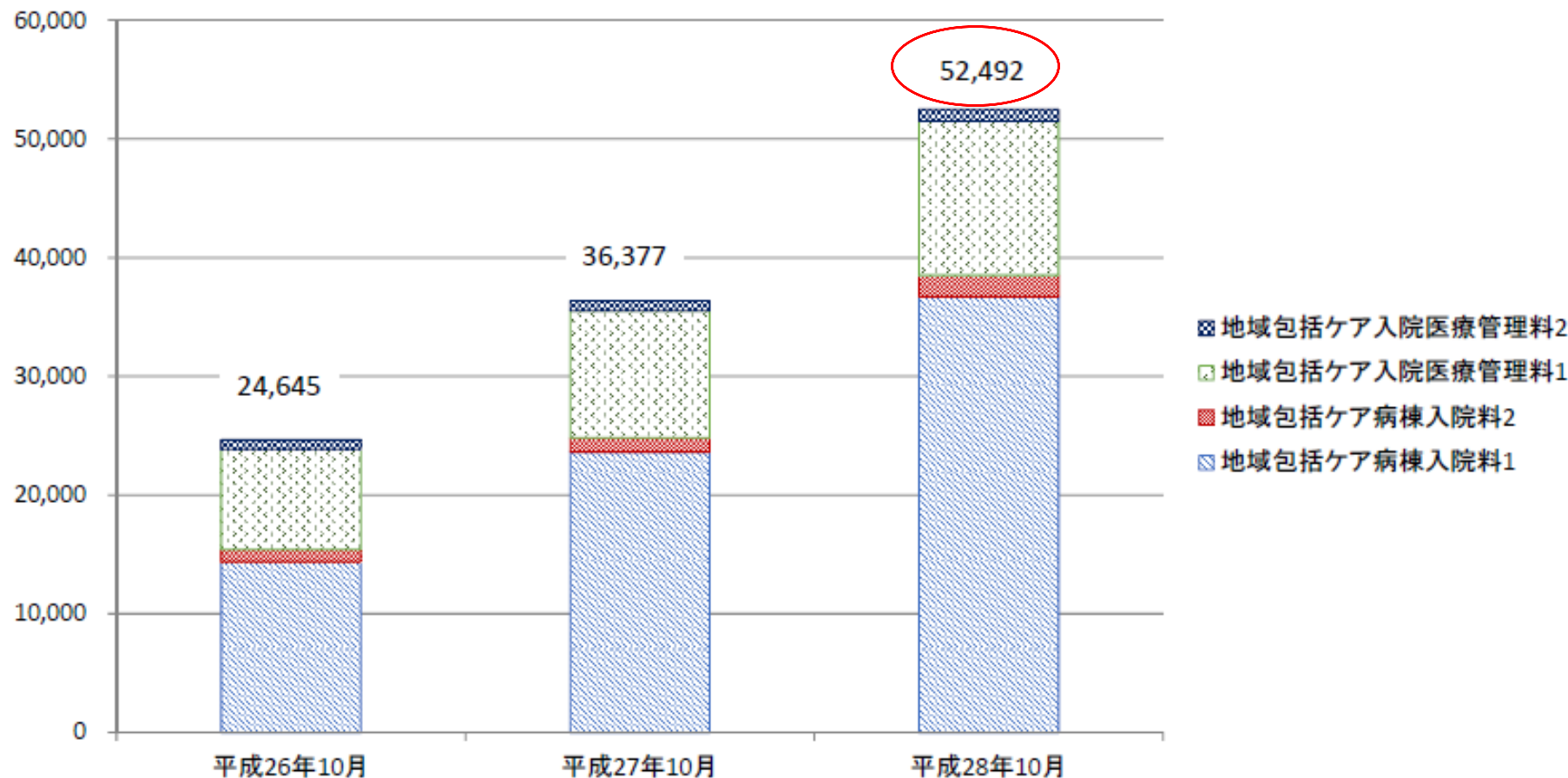
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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)

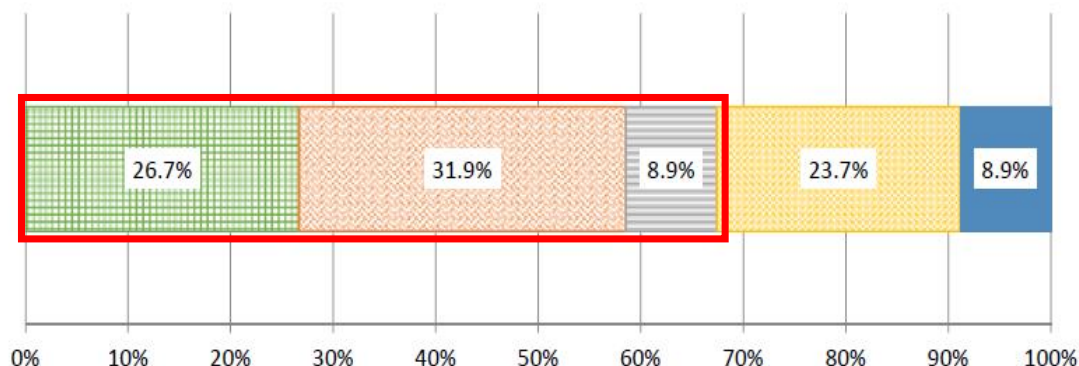
自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床		在宅復帰機能強化加算あり	0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所		在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

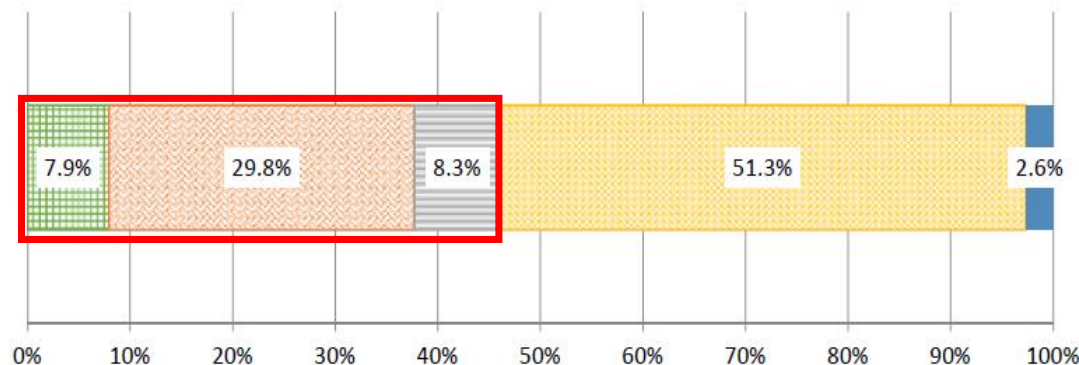
＜医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細＞

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

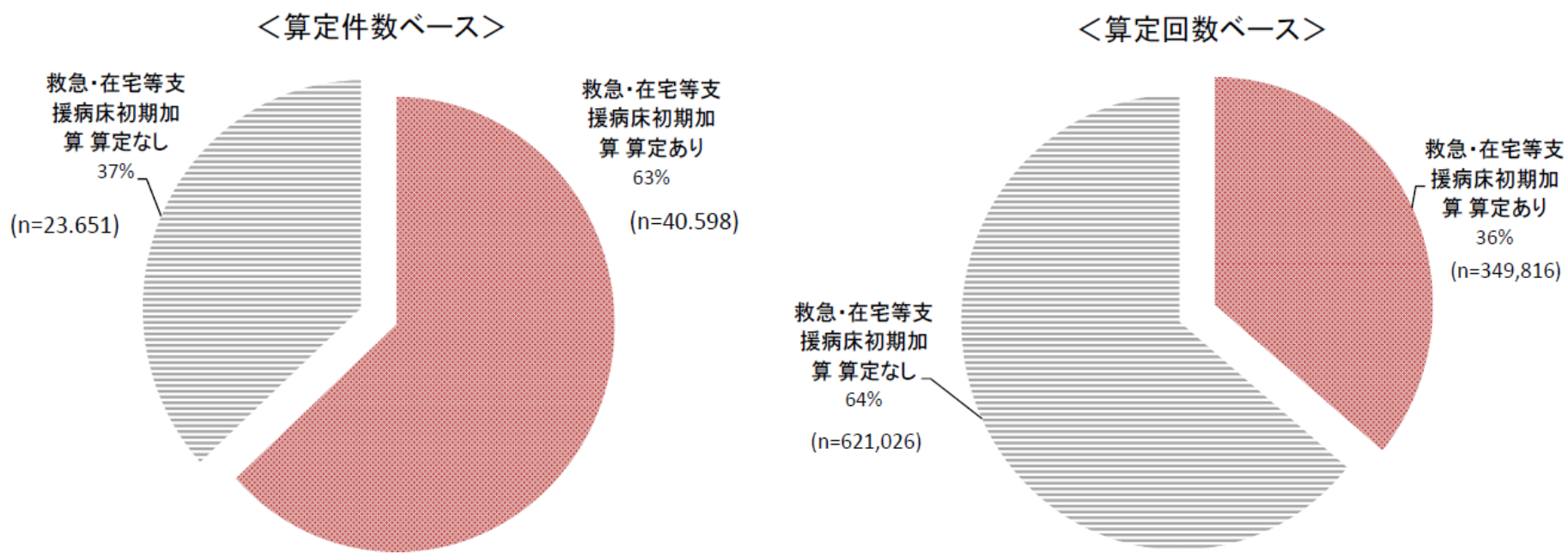
2017年8月24日 入院医療分科会

地域包括ケア病棟・病室における救急・在宅等支援病床初期加算について

【加算の要件】

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、1日につき150点を所定点数に加算する

救急・在宅等支援病床初期加算の算定状況※



注) 救急・在宅等支援病床初期加算の算定件数・回数を、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定件数・回数で割ったもの。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

【論点(案)】

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「救急・在宅等支援病床初期加算」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から「訪問系サービスの提供」についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。

ポイント④ 療養病床の一本化



2017年11月17日 中医協総会

医療区分の項目見直し

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(頸髄損傷) ・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)

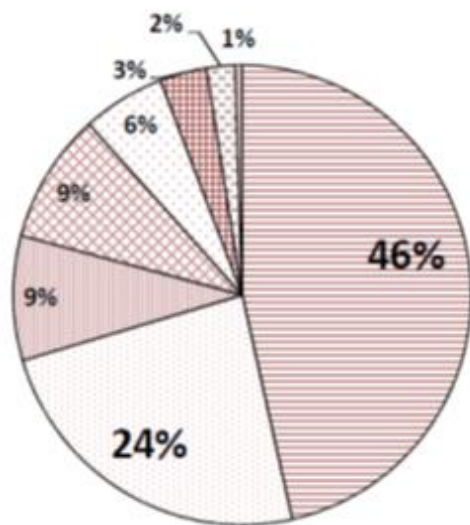
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

医療区分の該当項目数が1項目の場合の内訳

- 医療区分3のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「中心静脈栄養」が約46%、「常時監視・管理」が約24%で、合わせると約7割である。
- 医療区分2のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「1日8回以上の喀痰吸引」が約3割だが、それ以外はばらばらしている。

医療区分3

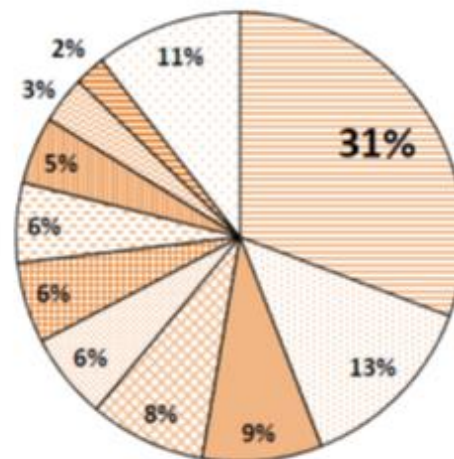
(n=753)



- 中心静脈栄養
- 医師及び看護師による常時監視・管理
- 感染隔離室における管理
- 酸素療法 (3L/分以上)
- 24時間持続点滴
- 人工呼吸器の使用
- 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)
- その他

医療区分2

(n=1028)



- 1日8回以上の喀痰吸引
- パーキンソン病関連疾患
- 鬱状態
- 頻回の血糖測定
- 酸素療法 (医療区分3以外)
- その他の難病
- 褥瘡
- 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
- 創傷 (皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
- 肺炎
- その他

※ 医療区分2は調査票で一部とれていない項目があることに留意が必要

療養2の療養1への一本化

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院基本料 1 (療養1)	療養病棟入院基本料 2 (療養2)
入院料	医療区分1 814点～967点 医療区分2 1,230～1,412点 医療区分3 1,468～1,810点	医療区分1 750点～902点 医療区分2 1,165点～1,347点 医療区分3 1,403点～1,745点
看護職員※	20 : 1 (医療法で4 : 1相当)	25 : 1
看護補助者※	20 : 1 (医療法で4 : 1相当)	25 : 1
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2と3の患者の合計が8割以上 ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2と3の患者の合計が5割以上 ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価

※ 療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護職員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20:1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30:1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。

療養1と2の医療区分要件

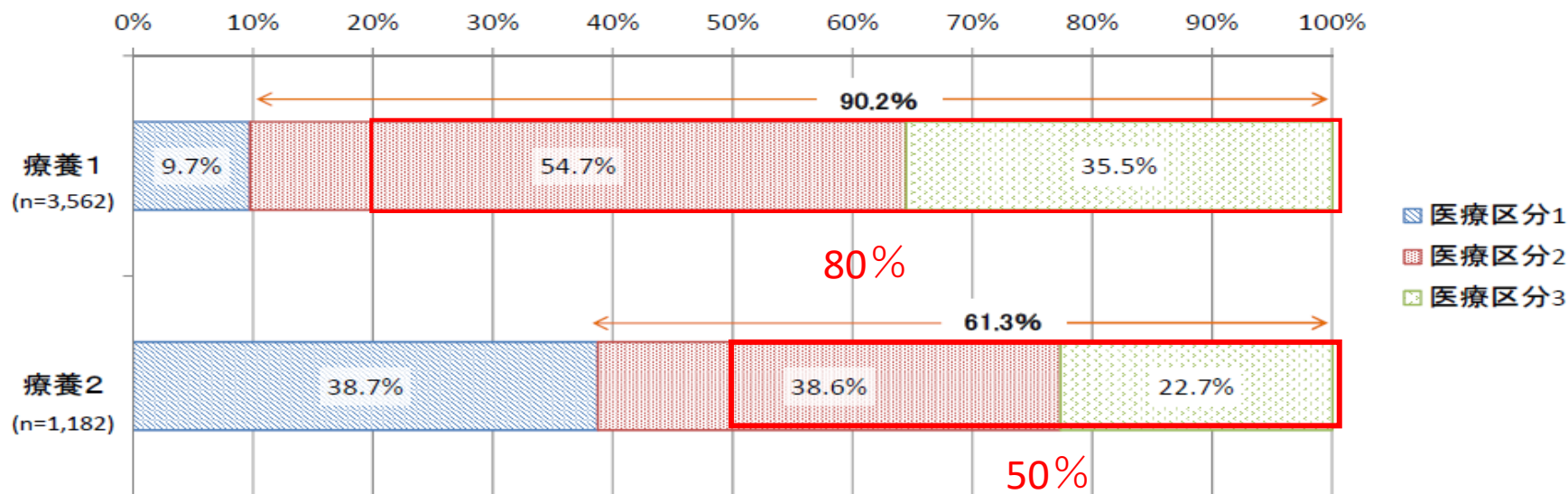
参考

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。

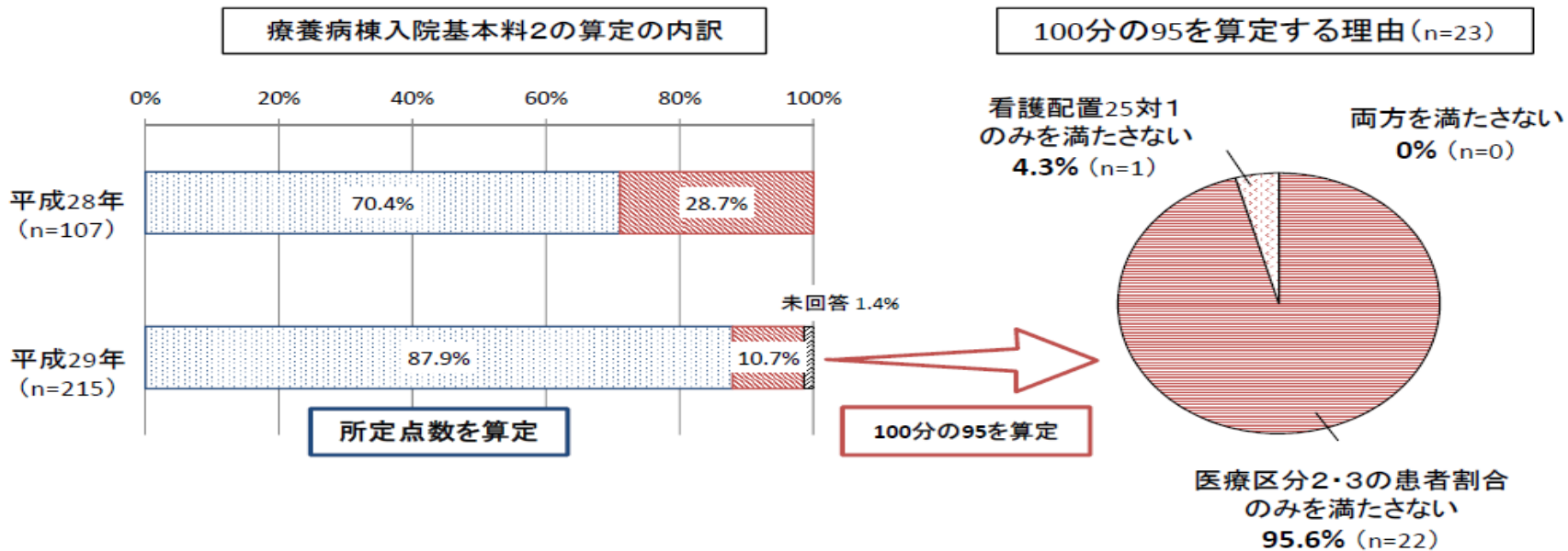
療養病棟入院患者の医療区分の割合



療養2の1割がその基準を満たしていない～経過措置は？～

療養病棟入院基本料2の算定の内訳

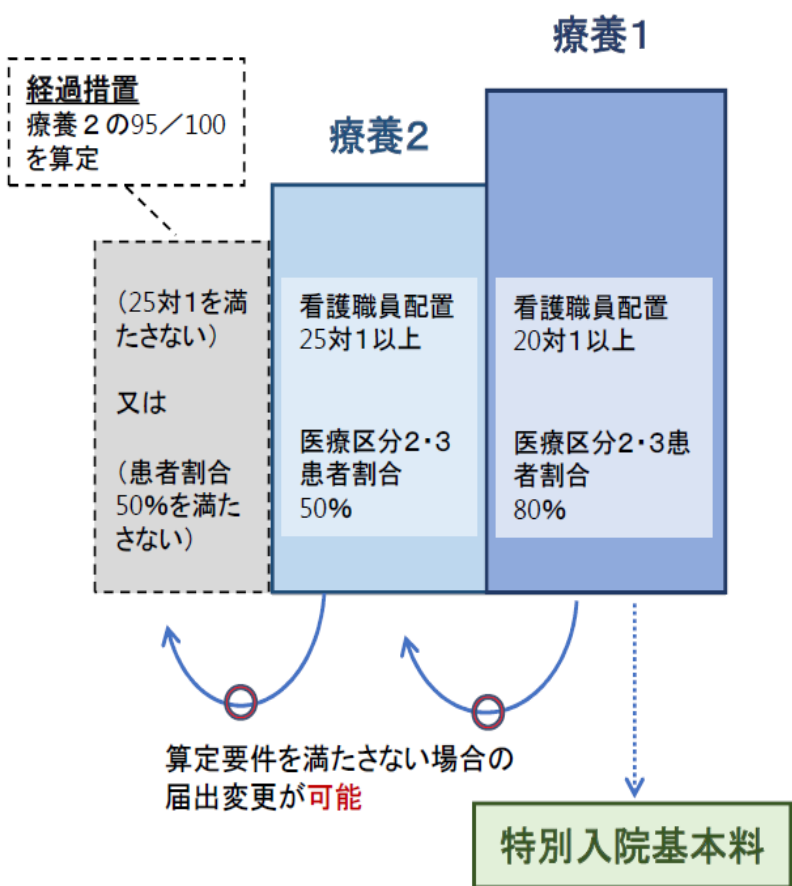
- 療養病棟入院基本料2の届出病棟のうち、所定点数の100分の95を算定する病棟は、平成29年度調査では回答病棟全体の約10%であり、平成28年度調査より割合が減少した。
- 100分の95を算定する理由の内訳をみると、1病棟を除き、「医療区分2・3該当患者割合のみを満たさないため」であった。



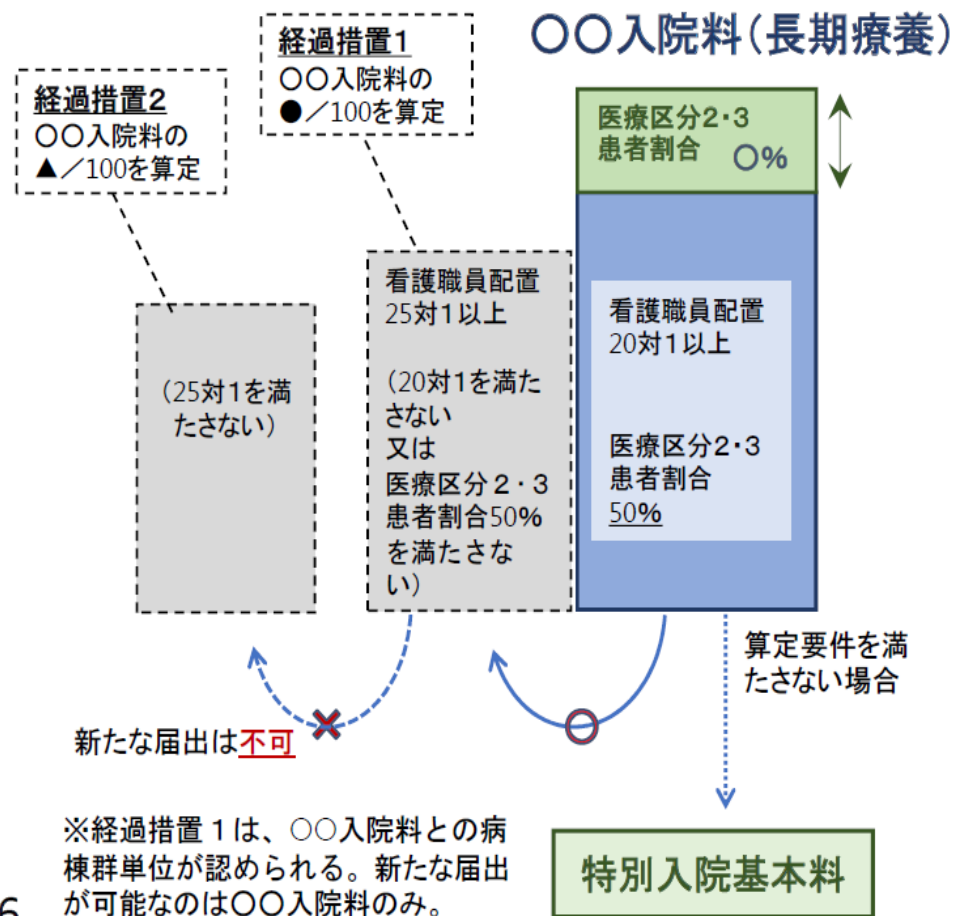
長期療養に係る入院医療の新たな評価体系(案)

- 療養病棟入院基本料を一本化するとともに、基本部分と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせた評価体系にするとの方向性に沿って、医療区分2・3患者割合を診療実績に応じた評価に用いてはどうか。
- 現行の患者割合の基準値については、療養病棟入院基本料の一本化及び診療実績に応じた評価の運用がより厳しくなることから、患者割合の基準値を以下のように見直してはどうか。

<現状>



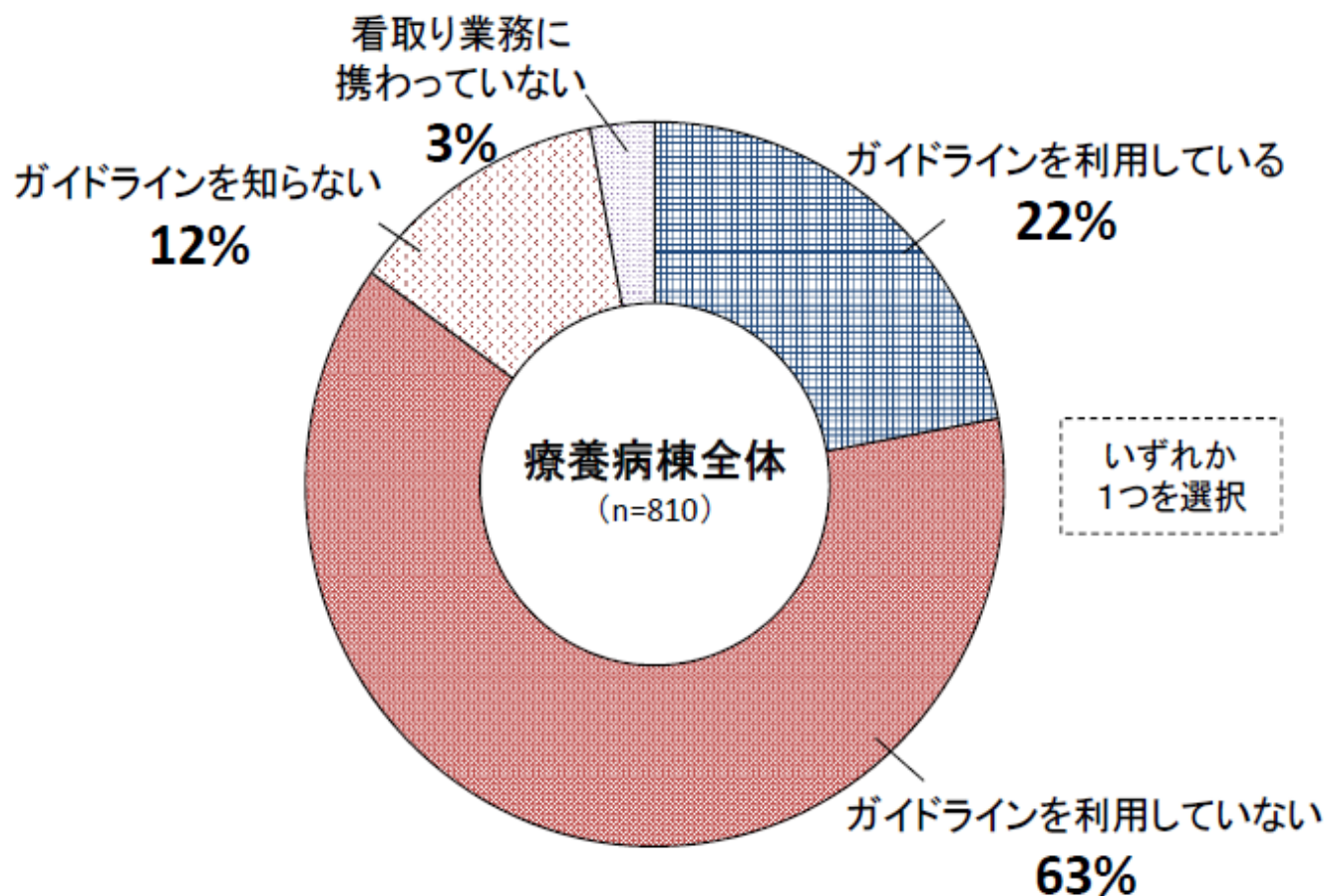
<改定後>



人生の最終段階における医療の決定プロセスに関する ガイドラインの利用状況（療養病棟）

診調組 入-1
29.10.5

- 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を利用している病棟は、約2割であった。
- 「ガイドラインを知らない」とした病棟が約1割である一方、「利用していない」と回答した病棟は約6割を占めた。



人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



患者の意思が
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、
患者が意思決定を行う

人生の最終段階における
医療とケアの方針決定

十分な
情報の
提供

家族が患者の
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、
医療・ケアチームで慎重に判断
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→ 複数の専門家で構成する
委員会を設置し、
治療方針の検討や助言



医療と介護の連携に係るこれまでの議論の整理

関係者間の連携	看取り	訪問看護・リハビリ
<ul style="list-style-type: none">●退院時共同指導の弾力化●退院患者の利用する訪問看護ステーションや介護施設への情報提供●在宅患者について緊急時等カンファレンスの開催の弾力化●介護保険施設や認知症対応型共同生活介護等において、関係者会議等の結果をふまえた口腔機能評価に基づく口腔管理を評価●<u>入院中からの介護支援専門員への情報提供</u>●<u>かかりつけ医と老健施設との連携</u>	<ul style="list-style-type: none">●診療報酬上に、ガイドラインを参考にした看取り・ターミナルケアを位置づけ●療養病棟等における在宅患者の受入に係る加算について、ガイドラインの取組を踏まえた算定要件に見直し●在総管等の算定要件に、介護支援専門員と情報提供を要件化●患者の意向に沿って病院で看取った場合を評価●<u>介護施設での看取りにおける介護施設と医療機関や訪問看護ステーションとの協働の推進</u>	<ul style="list-style-type: none">(訪問看護)●訪問看護ステーションと喀痰吸引等の業務を行う介護職員等との連携(リハビリ)●維持期のリハビリを医療保険から介護保険に移行●医療保険と介護保険の両方のリハビリを提供する場合の施設基準を緩和●リハビリの実施に係る計画書の様式を共通化

パート 3

2018年改定と外来医療

中医協総会 2017年11月1日

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要ではないか。

【考えられる具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・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の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- ・情報通信技術（ICT）等の新たな技術の活用、データの収集・利活用の推進
 - ▷ 遠隔診療の適切な活用、医療連携を含めたICT等の有効活用の適切な推進による医療の質の向上
 - ▷ データの収集・利活用による実態やエビデンスに基づく評価の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進
 - ▷ 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカム評価の推進

2018年改定 外来医療の4つのポイント

- ポイント① 医学管理と目標設定
- ポイント② 糖尿病重症化予防
- ポイント③ 外来薬物療法
- ポイント④ 遠隔診療

ポイント①

外来医学管理と目標設定



- 高血圧治療ガイドラインにおいて、初診時の高血圧管理計画では、危険因子や合併症を評価したのち、まずは生活習慣の修正を指導することとされている。

図3-1 初診時の高血圧管理計画

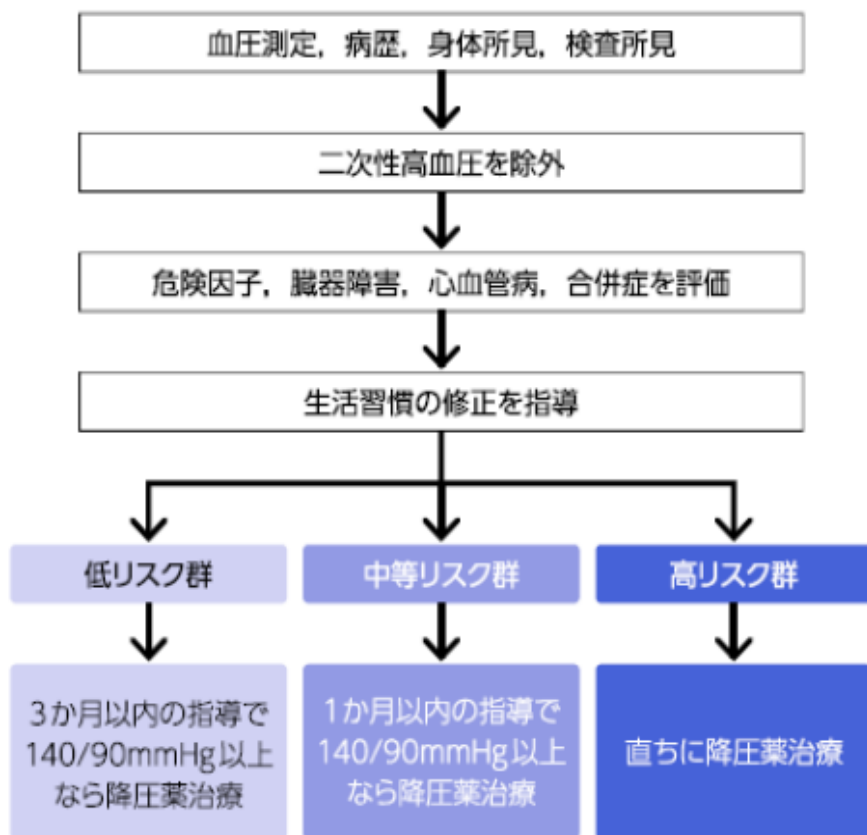
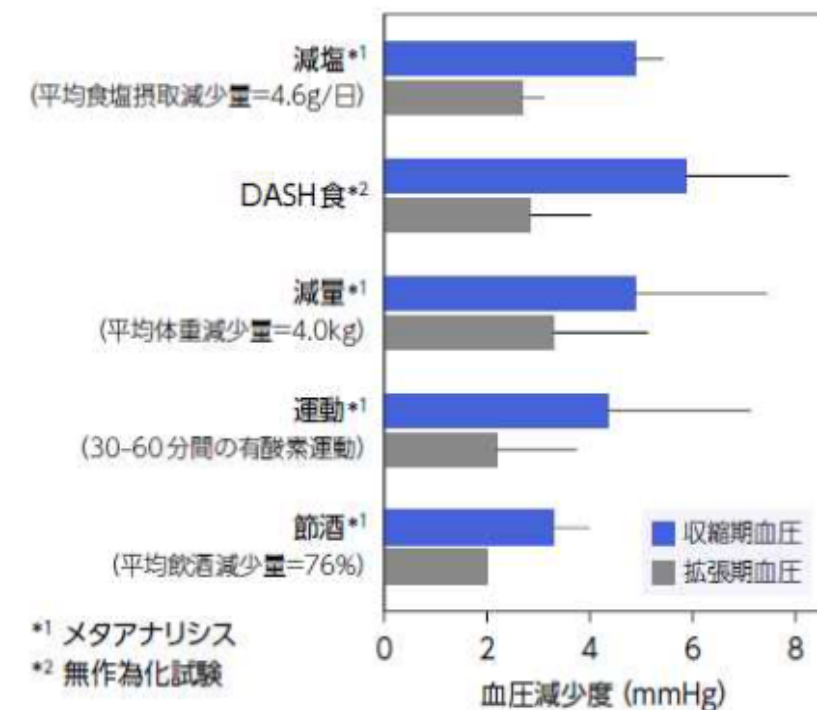


図4-1 生活習慣修正による降圧の程度



減塩 [341], DASH食 [339], 減量 [374], 運動 [342], 節酒 [382]

DASH 食とは？

Dietary Approaches to Stop Hypertension

積極的に摂取する食品



野菜、果物、低脂肪乳製品などカルシウム、カリウム、マグネシウム食物繊維が豊富に含まれており飽和脂肪酸やコレステロールが少ない食品

摂取を控える食品



脂肪、飽和脂肪酸、コレステロールが多く含まれている食品

体に良い食事を通して血圧を下げる

降圧目標値

	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、前期高齢者患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
後期高齢者患者	150/90mmHg未満 (忍容性があれば140/90mmHg未満)	145/85mmHg未満(目安) (忍容性があれば135/85mmHg未満)
糖尿病患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
CKD患者 (蛋白尿陽性)	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満(目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満(目安)

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編
「高血圧治療ガイドライン2014」より

- 糖尿病診療ガイドラインにおいて、血糖のコントロール目標値の設定は、年齢や罹病期間、サポート体制等を考慮して個別に設定することとされている。

コントロール目標値 ^{注4)}			
目標	血糖正常化を 目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防 のための目標 ^{注2)}	治療強化が 困難な際の目標 ^{注3)}
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。

注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例

生活習慣病に係る計画の策定と治療管理に係る評価

生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

[主な算定要件]

- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
- 服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる。

[主な施設基準]

- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて基準を満たしていること。

生活習慣病管理料の 療養計画に目標管理を！



Manegemet by Objective(MBO)

ポイント② 糖尿病重症化予防

平成28年度診療報酬改定(重症化予防の取組の推進)

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

- 糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行した糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価する。

糖尿病透析予防指導管理料

腎不全期患者指導加算 100点

[算定要件]

腎不全期 (eGFR (ml/分/1.73m²) が 30未満) の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

- ① 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定したeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys} (ml/分/1.73m²) が30未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。)
- ② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。
 - ア) 血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下している。
 - イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下している。
 - ウ) ①でeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を測定した時点から前後3月時点のeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減している。

[算定回数] (平成28年度社会医療診療行為別統計)

腎不全期患者指導加算 69回/月 (糖尿病透析予防指導管理料の算定回数: 9711回 /月)

[届出施設数] (平成28年7月時点保険局医療課調べ)

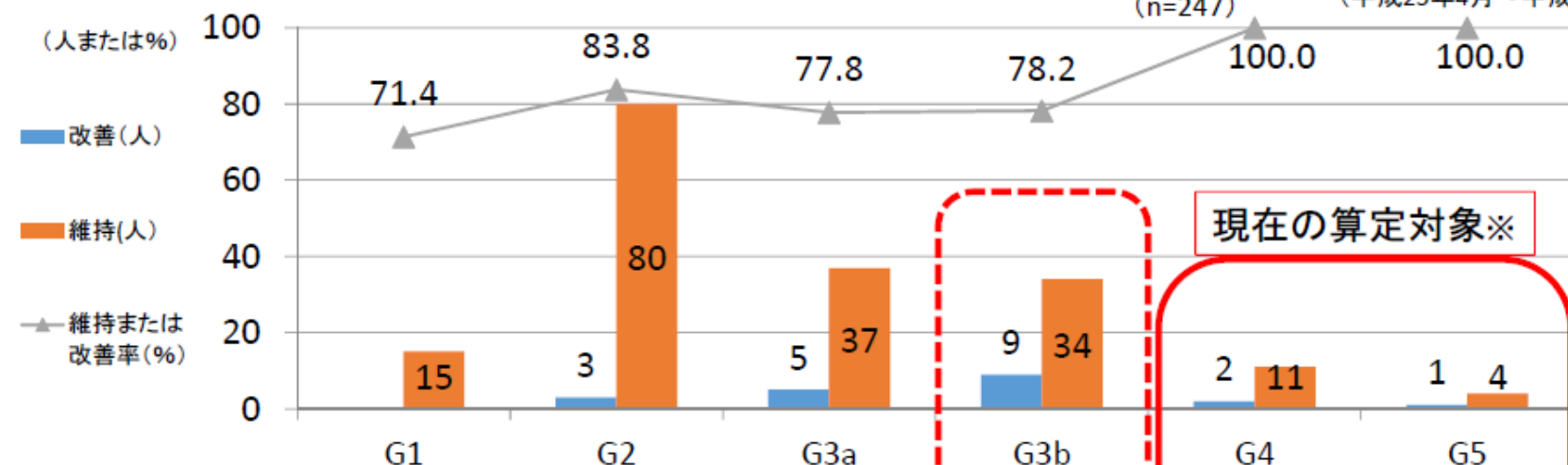
腎不全期患者指導加算 66施設 (糖尿病透析予防指導管理料の届出施設数: 1514施設)

糖尿病性腎症に対する運動療法の効果

- eGFR (mL/分/1.73m²) の区分がG3以下(30以上)の患者においても、運動療法によって、高い割合でCKDステージが維持または改善されているとの報告がある。
- 現行の腎不全患者指導加算の対象は、eGFRが30未満(G4以上)となっており、eGFRが30～44(G3b)の患者は含まれていない。

運動指導によりCKDステージが維持または改善した糖尿病患者の割合 (n=247)

出典:長浜赤十字病院における調査
(平成25年4月～平成26年6月)



	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
全体	21	99	54	55	13	5
維持または改善した患者(人)	15	83	42	43	13	5
維持または改善率(%)	71.4	83.8	77.8	78.2	100.0	100.0
eGFR区分 (mL/分/1.73m ²)	≥90	60～89	45～59	30～44	15～29	<15
	正常または高値	正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- そのためには、埼玉県取組例のように、**都道府県レベルで、県庁等が県医師会等の医療関係団体と協力して重症化予防プログラムを作成し、**県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

(目的)

- **重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止**する。

(性格)

- 先行する取組の全国展開を目指し、取組の考え方や取組例を示すもの。各地域における取組内容については**地域の実情に応じ柔軟に対応が可能**であり、現在既に行われている取組を尊重。

(留意点)

- **後期高齢者**については**年齢層を考慮した対象者選定基準**を設定することが必要。

3. 関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

(市町村)

- 地域における**課題の分析**（被保険者の疾病構造や健康問題などを分析）
- **対策の立案**（取り組みの優先順位等を考慮して立案、地域の医師会等の関係団体と協議）
- 対策の**実施**、実施状況の**評価**

(都道府県)

- **市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

重症化予防

石川県能美市糖尿病予防



川本素子氏...石川県能美市健康推進課長

- HbA1cが6.5以上の人を糖尿病用管理台帳に登録し、同患者を優先して保健指導をしている。2008年、HbA1cのワースト30人を訪問し、実地調査を行った。
- その結果、数値が予想以上に悪く、「放置してはいけない」と医師会と連携した活動をするようになった。
- 重症化予防事業として、治療中の養育院にも市の保健師が訪問し、栄養指導をできる仕組みを整えた。
- この結果、8年間の活動でHbA1cの数値に問題のある人の割合が減った。
- 市の保健活動に医師会も理解してくれていて、個別症例ごとに相談をしあえる仲になったという。

石川県能美市の糖尿病予防事例

HbA1cワースト30への訪問

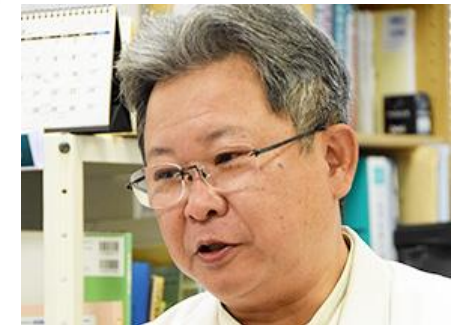
～H20年度結果から治療中者にも訪問～

血糖・高血圧・
LDL・HDL・
中性脂肪・eGFRの
ワースト30にも訪問



能美市健康福祉部健康推進課の
川本素子担当課長

性別	年齢	HbA1c	空腹時血糖	最高血圧	最低血圧	中性脂肪	LDL	尿酸	腎臓値 eGFR	メタボリックシンドローム	尿蛋白	尿糖	尿潜血	治療中	脂質化 結果	支援 状況	受診 状況	治療状況
1	女	58	13.1	282	149	72	107	25.2	3.5	87.8	なし	-	+	-	情報提供	受診勧奨	未受診	未受診 漢方薬
2	女	72	11.4	361	120	80	358	11.4	3.8	67.6	なし	+	+	±	情報提供	受診勧奨	治療開始	糖尿病、高脂血症、高血圧
3	女	71	11.2	297	158	87	89	14.1	3.1	67.8	なし	-	+	+	情報提供	治療中		
4	女	63	11.2	280	127	68	233	13.0	4.1	96.8	あり	+	+	±	糖尿病 高血圧症	情報提供	治療中	
5	男	72	10.4	150	68	53	10.3	4.2	89.5	あり	+	+	-	糖尿病	情報提供	治療中		
6	女	72	10.3	281	129	80	131	19.0	4.4	101.5	なし	-	+	-	サポート支援	不参加		
7	男	73	10.3	159	144	80	205	87	4.6	61.9	あり	-	+	-	サポート支援	不参加		
8	女	38	10.2	188	112	59	152.5	6.3	3.8	69.4	なし	-	-	-	情報提供	情報提供		
9	女	69	10.2	140	72	504	68	7.1	74.9	あり	±	-	±	糖尿病 高脂血症	情報提供	治療中		1
10	男	63	9.7	237	158	94	144	14.4	2.8	65.7	あり	-	-	-	継続的支援	継続的支援		



能美市医師会の松田健志会長

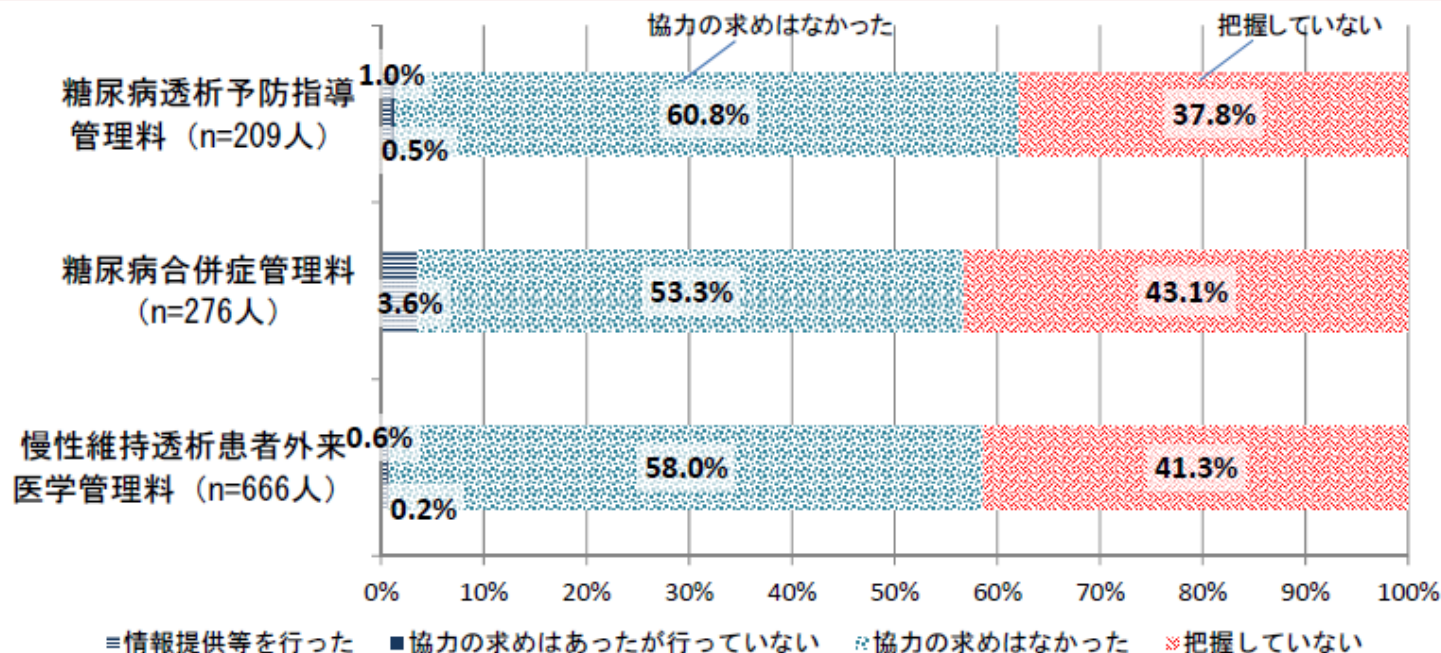
HbA1cワースト30人のリストは、関係者が危機感を共有し、医療と連携するきっかけとなった

保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施

中医協 総 - 4
29.3.29

- 糖尿病に関する主な管理料を算定している患者について、保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施状況を見ると、保険者からの協力要請による診療情報の提供について「協力の求めはなかった」と回答した割合が最も多く、「情報提供等を行った」と回答した割合は極めて少ない。

保健指導を行う目的で保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施状況 (平成28年1月～12月)

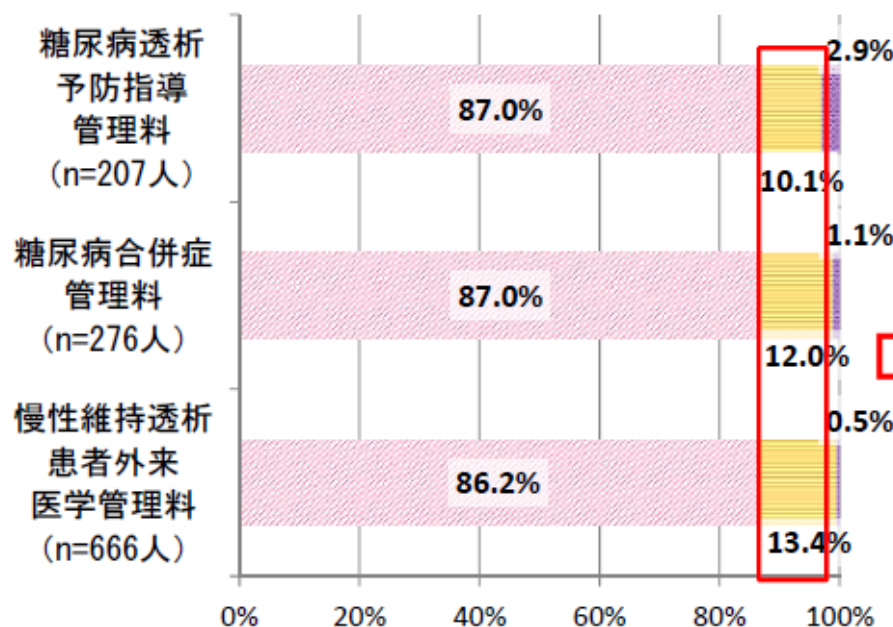


【回答医療機関】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている126医療機関
 【対象患者】 生活習慣病を有し、平成28年12月に再来で来院し、糖尿病透析予防指導管理料、糖尿病合併症管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定している患者

特定健診・特定保健指導を受けているかどうかの把握

○ 糖尿病に関する主な管理料を算定している患者について、患者が特定健診・特定保健指導を受けているかどうか、「把握していない」と回答した割合が最も多く、受けていないことを把握した場合、受けるよう勧奨しているかの有無では、慢性維持透析患者外来医学管理料と糖尿病透析予防指導管理料を算定している患者では、「行っていない」と回答した割合が比較的多い。

■ 患者が特定健診・特定保健指導を受けているかどうかの把握の有無(平成28年1月~12月)

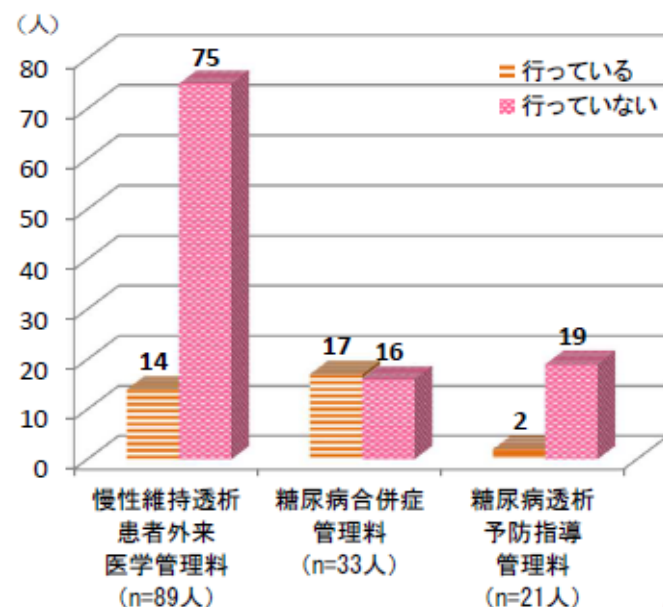


〃 把握していない

■ 受けていないことを把握している

■ 受けていることを把握している

■ 「受けていないことを把握している」場合(31医療機関) 勧奨の有無



【回答医療機関】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている126医療機関

【対象患者】 生活習慣病を有し、平成28年12月に再来で来院し、糖尿病透析予防指導管理料、糖尿病合併症管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定している患者

○生活習慣病管理料の療養計画書にも特定健診受診勧奨の記載欄を！

○腎不全期に至る前の患者でも、運動指導による腎機能の維持・改善効果あり！

ポイント③

外来薬物療法



処方へのルール化への機運

- **2015年4月** 財務省の財政制度等審議会財政制度分科会
 - 高額な降圧剤**ARB**が国内医薬品売上の上位を占めることを例に「生活習慣病治療薬等について処方ルールを設定すべき」との案が示されている。
- **2016年6月** 「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太の方針)
 - 「生活習慣病治療薬等の処方のあり方等について今年度より検討を開始し、**2017年度中に結論を得る**
- フォーマリナーへの機運が高まっている

高血圧治療における降圧薬選択について

(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」より)

- 降圧薬の心血管病抑制効果の大部分は、その種類よりも降圧度によって規定される。
- Ca拮抗薬、ARB(アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬)、ACE(アンジオテンシン変換酵素)阻害薬、サイアザイド系利尿薬、β遮断薬を主要降圧薬とし、病態や合併症の有無に応じて、適切な降圧薬を選択する。
- 積極的適応がない場合の高血圧に対して、最初に投与すべき降圧薬(第一選択薬)はCa拮抗薬、ARB/ACE阻害薬、利尿薬の中から選択する。

積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方



主要降圧薬の積極的適応

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	サイアザイド系利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		● ^{*1}	●	● ^{*1}
頸脈	● (非ジヒドロピリジン系)			●
狭心症	●			● ^{*2}
心筋梗塞後		●		●
CKD (蛋白尿-)	●	●	●	
(蛋白尿+)		●		
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病/MetS ^{*3}		●		
骨粗鬆症			●	
顕性肺炎		● (ACE阻害薬)		

^{*1} 少量から開始し、注意深く漸増する、^{*2} 冠脈縮性狭心症には注意、

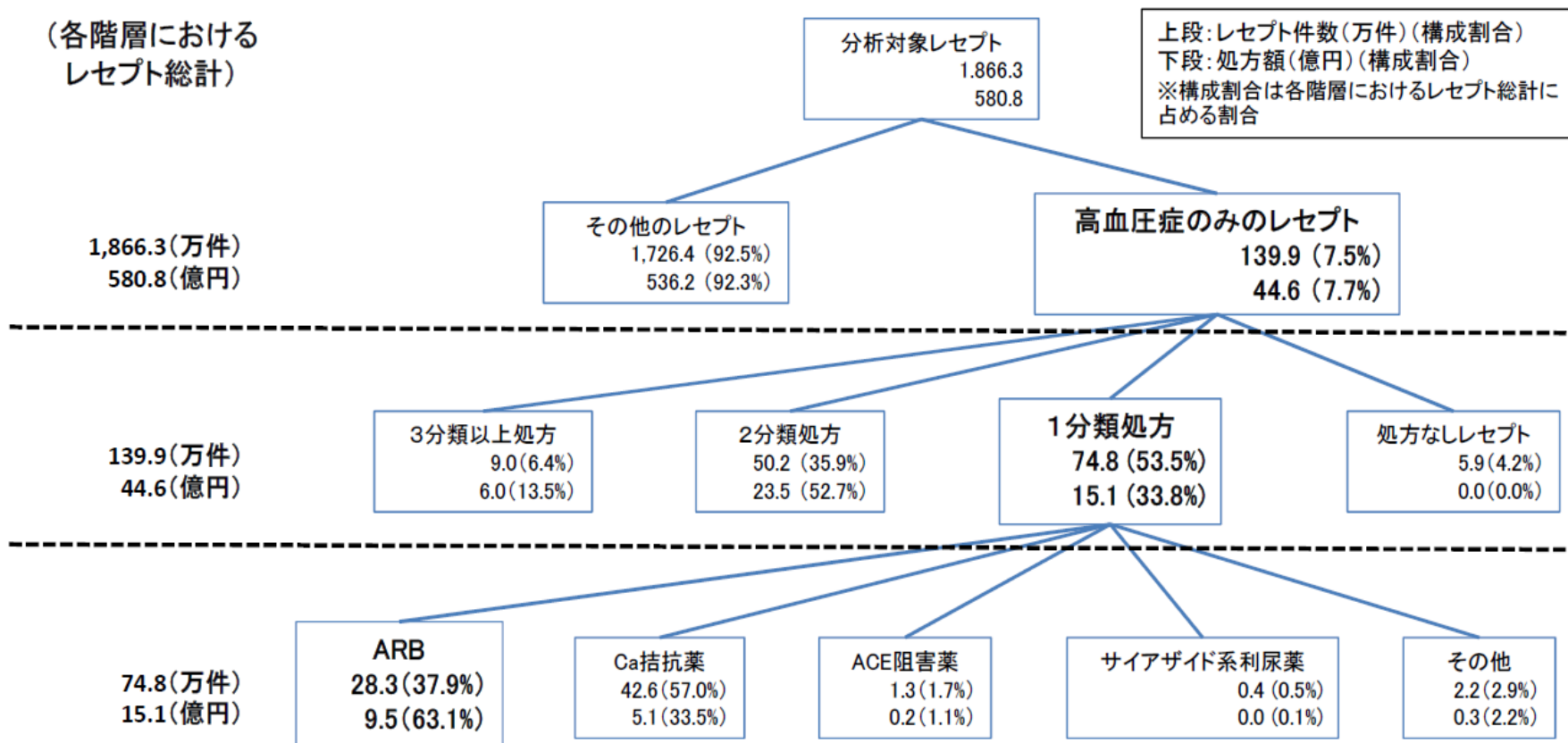
^{*3} メタボリックシンドローム

ACE阻害薬は、空咳の副作用が日本人を含む東アジア人に多い

降圧薬の使用実態①

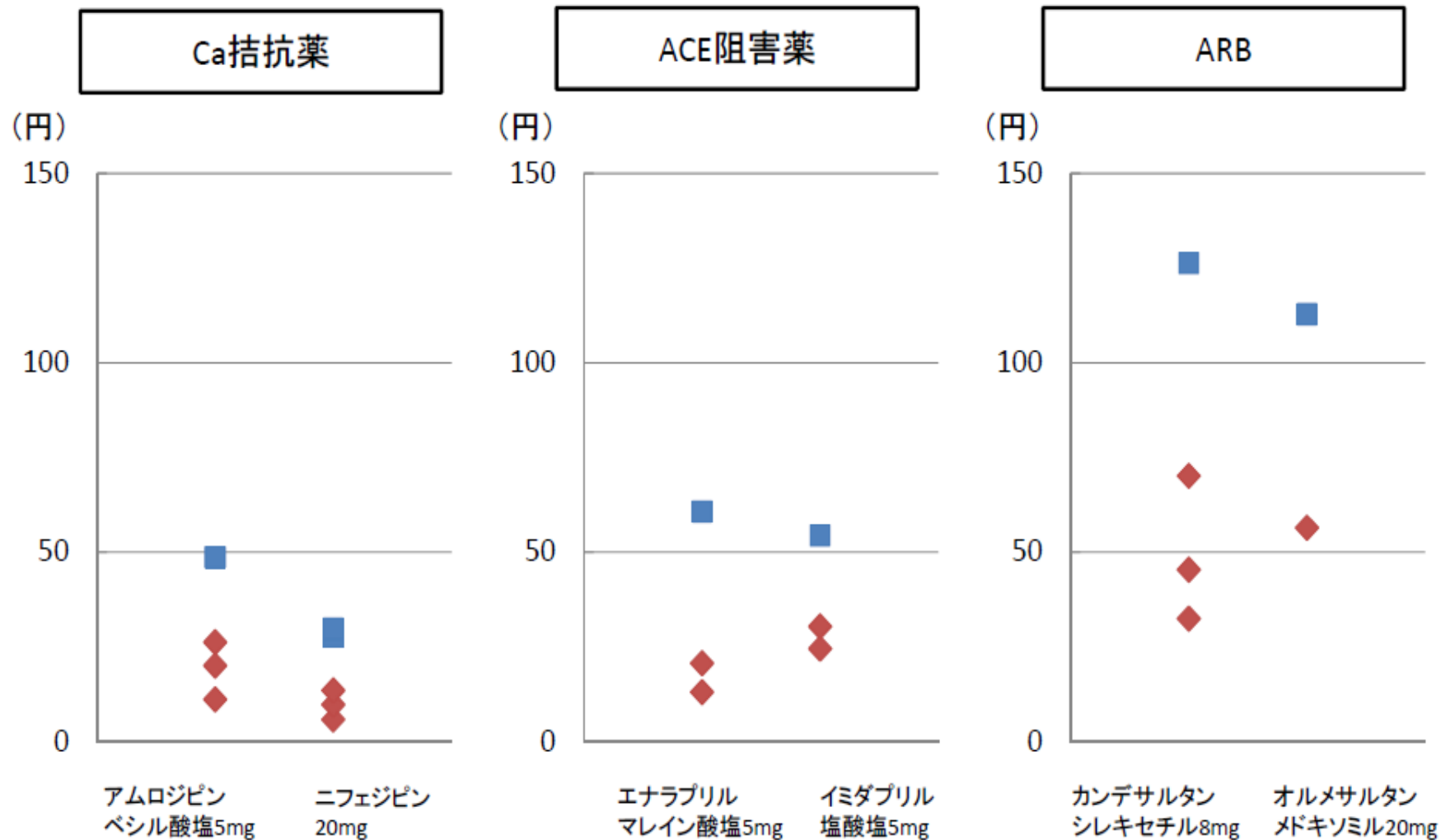
- 高血圧症以外の傷病名が記載されておらず、かつ1分類の降圧剤が処方されたレセプトに対し、4割弱(約28万件)ではARBが処方されている。
 - 高血圧症以外の傷病名が記載されておらず、かつ1分類の降圧剤が処方されたレセプトでは、処方額ベースでは約63%(約10億円)でARBが処方されている。
 - これらの処方に対しては、費用対効果を勘案するとCa拮抗薬等のより安価な降圧剤の方が適している可能性がある。

分析対象期間:平成26年10月～平成28年9月診療分
 分析対象レセプト:「B000 特定疾患療養管理料」の算定の対象となる「高血圧症」の傷病名が記載された医科外来および調剤レセプト
 分析対象施設(6.4万施設):分析対象レセプトの請求元となったすべての施設とする。



主な降圧薬の薬価

■:先発品
◆:後発品



売り上げの大きい医薬品について、汎用規格の薬価(平成28年度)を提示

フォーミュラー

「臨床上の科学的根拠に経済性も加味して策定する推奨医薬品リスト」

医療機関等における標準的な薬剤選択の推進事例

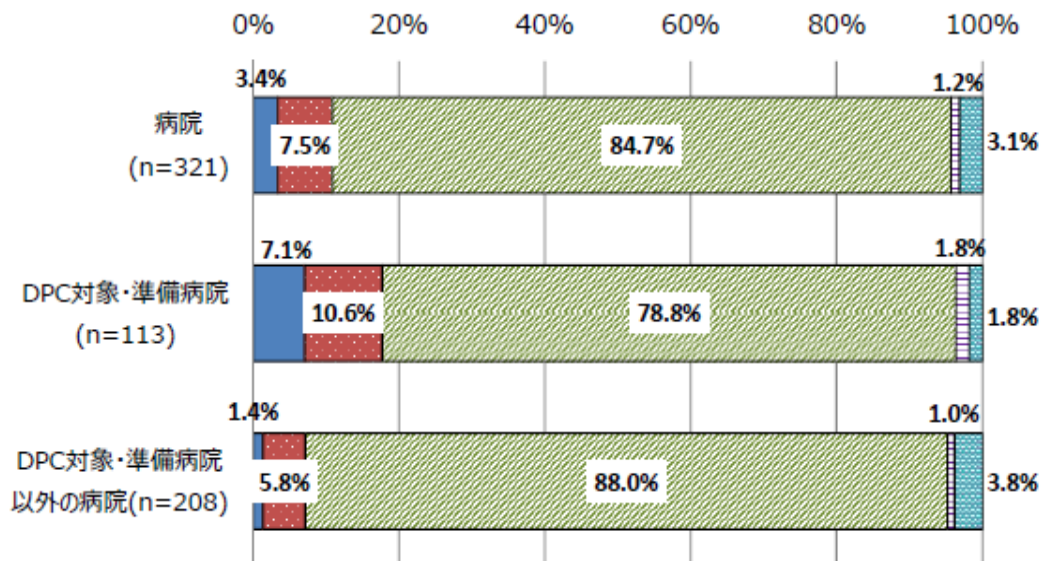
- 海外の医療機関等において、医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて、医療従事者による臨床的な判断の参考となる標準的な薬剤選択の使用方針と医薬品一覧を定める取組が進められている。日本でも規模の大きい医療機関を中心に同様の取組が進められている。

フォーミュラーの定義

医療機関等における標準的な薬剤選択の使用方針に基づく採用医薬品リストとその関連情報。医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて、院内の医師や薬剤師等で構成される委員会などで協議し、継続的にアップデートされる。

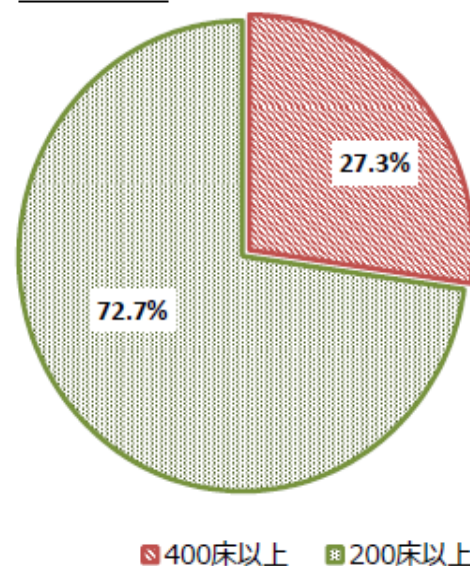
➤ フォーミュラー*を定めている医療機関

※ 「患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における方針」と定義して尋ねた



■ 定めている ■ 今は定めていないが、予定がある ■ 定めていない □ その他 □ 無回答

➤ フォーミュラーを定めている医療機関の病床規模



■ 400床以上 ■ 200床以上

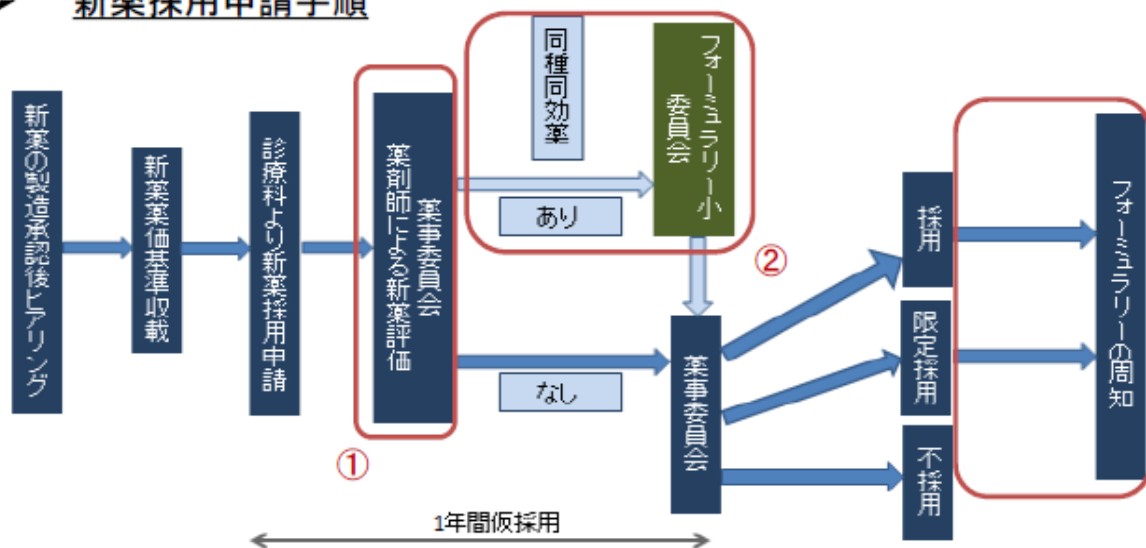
日本におけるフォーミュラリー

平成27年11月20日第91回社会保険審議会医療保険部会 資料2-3

※聖マリアンナ医科大学病院の事例

《目的》
重症例や難治症例に対しての有用な新薬を使用できる環境を維持するため、既存治療のある薬剤は費用対効果を重視。

➤ 新薬採用申請手順



①医薬品新規採用評価書

1. 医薬品概要（商品名・一般名・会社名等）
2. **フォーミュラリーの必要性**
3. 有効性に関するエビデンスの評価
4. 安全性とモニタリング項目の評価
5. ガイドラインでの推奨
6. 費用・経済性の検討
7. 考察
8. 臨床上の必要性（評価チェックリスト）

②フォーミュラリー小委員会の構成員

- 薬事医院長（副病院長）
- 診療科薬事委員（6名）
- 病棟薬剤師（6名）
- 医薬品情報科薬剤師（1名）

薬事委員会規程

第3条 委員会は、次の事項を審議する。

- 標準薬物治療を推進するためのフォーミュラリーの作成に関する事項

第4条 運営及び採決

- 委員会は、フォーミュラリー小委員会を置くことができる。

《薬事委員会細則規程》第6条

- 既存の同種同効薬の採用がある場合は、原則、後発医薬品等の廉価な薬剤を優先し、有効性や安全性に明らかな差がない場合は採用を認めない。
- 同種同効薬は、原則として2剤までとし、経済性を考慮した「フォーミュラリー」を作成し、院内の使用推奨基準を設ける。

聖マリアンナ医科大学病院 フォーミュラー先進病院



増原慶壮参与（元薬剤部長）

聖マリアンナ医大フォーミュラリー

薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考	削減効果
PPI注射薬	オメプラゾール注用(後発品)	タケプロン静注用 (先発品)		▼1,131,200円
H ₂ 遮断薬 (内服薬)	ファモチジン (後発品) ラニチジン (後発品)			▼832,760円
α グリコシ ダーゼ阻害薬	ボグリボース (後発品) セイブル (先発品)		新規導入においてはボ グリボースを優先する	▼911,530円
グリニド系薬	シェアポスト (先発品) グルファスト (先発品)			508,390円
HMG-CoA還 元酵素阻害薬	アトルバスタチン錠 (後発品) ピタバスタチン錠 (後発品)	プラバスタチン (後発品) クレストール (先発品)	新規導入には後発品を 優先する	▼2,280,130円
RAS系薬	ACE阻害薬 (後発品) ロサルタン (後発品) カンデサルタン (後発品)	ミカルデイス、オルメテック、ア ジルバ、 (いずれも先発品)	新規導入にはACE阻害薬 又は後発品を優先する	▼3,612,660円
ビスフォスホ ネート剤	アレンドロン酸塩錠35mg (後発品) リセドロン酸Na錠17.5mg (後発品)	ボナロン点滴静注バッグ900μg (先発品)	立位・座位を保てない 患者	▼1,074,407円
PPI経口薬	オメプラゾール (後発品) ランソプラゾール (後発品) ラベプラゾール (後発品)	タケキャブ (先発品) (消化器内 科限定)	ネキシウム、タケキャ ブを院外へ	▼2,034,290円
GCS製剤	フィルグラスチムBS (パ [®] イミラー)	ノイトロジン (先発品)		▼2,014,590円

2016年4月現在

9フォーミュラリー作成による削減効果

合計13,383,177円／年

生活習慣病薬でフォー
ミュラリー作成を！

ポイント④

遠隔医療

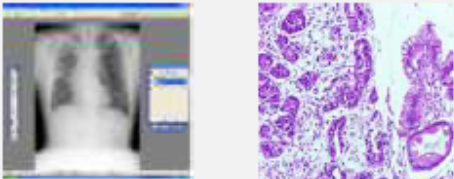

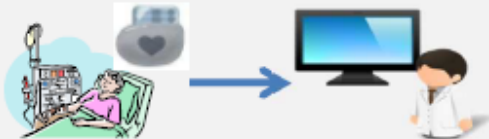


「オンライン診療の導入」 安倍首相が明言



- 2017年4月14日の第7回未来投資会議
- 「対面診療とオンラインでの遠隔診療を組み合わせた新しい医療を次の診療報酬改定でしっかり評価する」

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）と診療報酬上の評価

	診療形態	診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

平成28年度改定（情報通信技術（ICT）を活用した医療連携の推進）

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

（新）検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

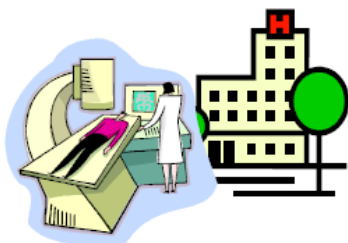
イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

（新）電子的診療情報評価料 30点

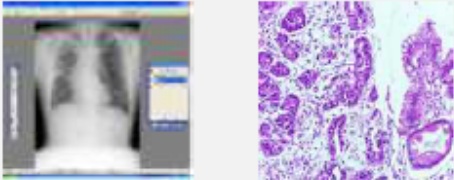

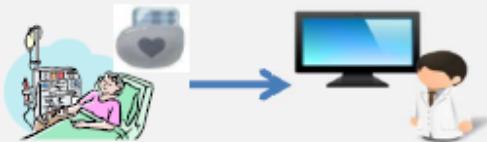
診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



[施設基準]

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）と診療報酬上の評価

	診療形態	診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

福岡市健康先進都市戦略 「かかりつけ医」機能強化事業について

実証事業概要

- 福岡市が推進する超高齢社会への対応「福岡100」プロジェクトの一事業として、ICTを活用し、「かかりつけ医」機能の強化を図ることを目的とした事業
- 2016年11月に、福岡市と福岡市医師会によるWGを発足、九州厚生局をオブザーバに迎え、企画検討を開始
- 2017年4月より、株式会社インテグリティ・ヘルスケアの協力の下、同社のオンライン診療システムYaDocを市内医療機関に試行運用し、その有用性の評価と安全運用に向けたガイドライン策定に取り組んでいる

【運営委員】

福岡市医師会

福岡市

【事務局】

医療法人社団鉄祐会

【オブザーバ】

九州厚生局

【協力】

インテグリティ・ヘルスケア

【利用システム】

YaDoc



2016年11月

WGを発足

※以降、毎月WG運営委員会を開催し、オンライン診療の活用用途、利用ルール、普及促進企画を検討

2017年2月

福岡市医師会会員への説明会

※企画への賛同可否についてアンケートを実施し、その後、個別説明の下、導入医療機関を決定

2017年4月

オンライン問診の利用開始

※待合室にてタブレット端末での問診を実施

2017年6月

第1回 意見交換会 実施

2017年8月

オンライン診察の利用開始

※患者の自宅からビデオチャットによる診療を実施

2017年10月

第2回 意見交換会 実施

オンライン診療の位置づけ

オンライン診療とは、

ICTを活用し、医師と患者が離れた場所でありながら、患者の状態を把握し、診療を行うものであり、患者の外来通院あるいは医師の訪問診療など、対面による診療行為を補完するものである。

外来診療

患者が病院へ来院して診療

訪問診療

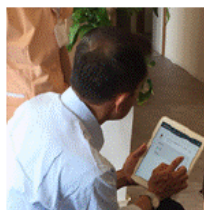
医師が患者を訪問して診療

オンライン診療

医師・患者がそれぞれの場所にしながら診療



問診



モニタリング

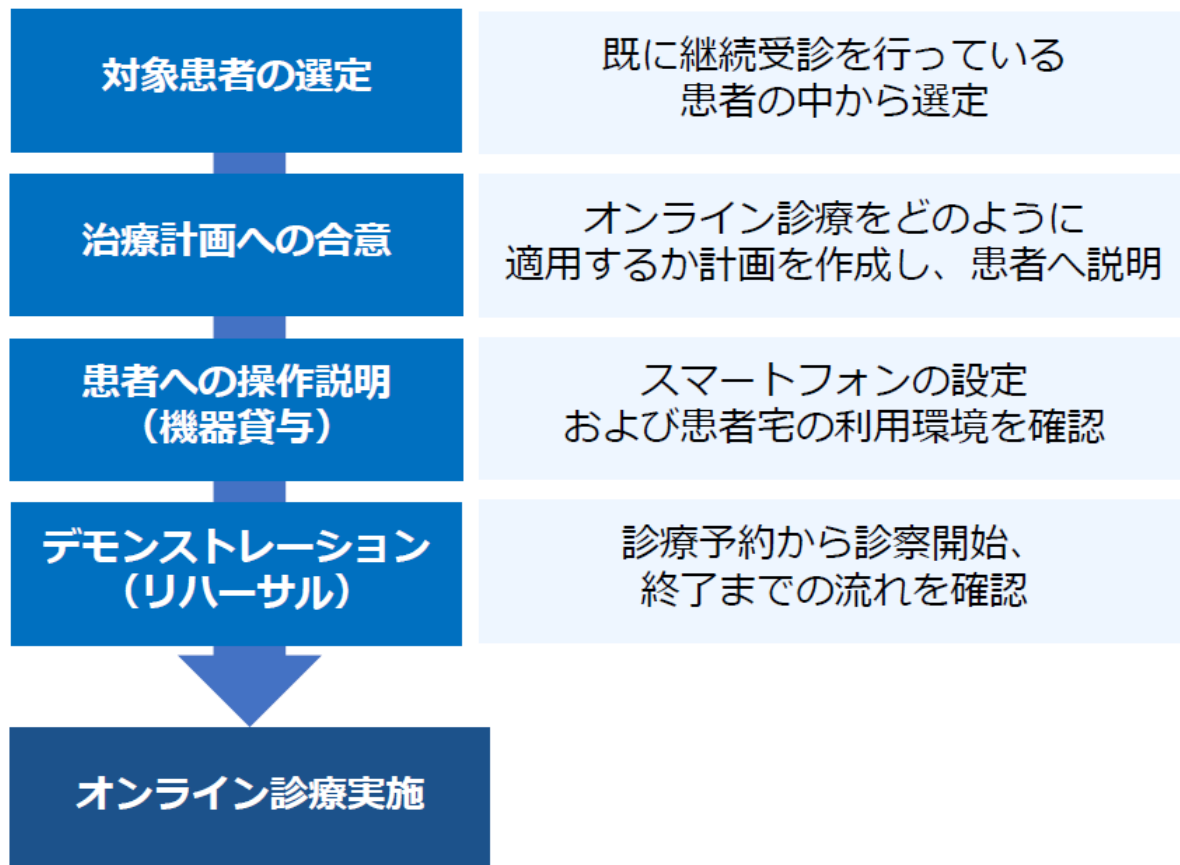


診察



本事業では、オンライン診療を対面診療の補完として位置づけ、診療の質と効率性を高めるものとしてその有用性を検証

利用開始までの流れ



治療計画書 サンプル

(患者様-医療機関/田 様此)

別紙：オンライン診療計画書 様 同意書

医療機関名			
担当医	先生		

よりがな	種	社別	属性	性別	年齢	生年	生月	生日
患者氏名						()	()	()
主病名								
現在の状況	<input type="checkbox"/> 病状は比較的稳定しています。 <input type="checkbox"/> 症状の経過は良好です。 <input type="checkbox"/> 見守りや介助の方がいます。							
治療方針	<small>(オンライン)</small> ● 投薬はできる限り行わず、行動療法により症状の進行を抑えていきます。 <small>(スマートフォン)</small> ● 3回診察は、1か月に1回で行います。 ● オンライン診療は、1か月以内、可回診察の回数を限ります。 ● 症状の変化や療養について相談がある場合は、上記の定例的なフォローとは別に、予約の上、オンラインで受診します。							
オンライン診療計画	● 患者様は、かかりつけ医の指示や行儀に従います。(これに反する行動が起きた場合は、患者様が責任を負うことになります)。 <small>(サンプル)</small> ● 患者様は、症状が重篤な場合や緊急対応が必要な場合は、来院の上、受診します。 ● オンライン診療の1回あたりの診療時間は10分を目安とします。 ● 治療に必要な薬物は処方いたします。 ● かかりつけ医 (医療機関を含む) は、双方の利用環境を確認しつつ、患者のプライバシーに配慮します。							
事前確認事項	● 患者様は、かかりつけ医の指示や行儀に従います。(これに反する行動が起きた場合は、患者様が責任を負うことになります)。 <small>(サンプル)</small> ● 患者様は、症状が重篤な場合や緊急対応が必要な場合は、来院の上、受診します。 ● オンライン診療の1回あたりの診療時間は10分を目安とします。 ● 治療に必要な薬物は処方いたします。 ● かかりつけ医 (医療機関を含む) は、双方の利用環境を確認しつつ、患者のプライバシーに配慮します。							

上記オンライン診療計画の内容は、かかりつけ医と患者の間で、治療の経過、計画の実施状況を確認し、必要に応じて見直しを行います。
 上記オンライン診療計画の内容その他の記載事項について説明を受け、オンラインでの診療を行うことに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名：
 家族氏名
 (患者様との続柄：)

医療機関にて患者を選定し、オンライン診療の治療計画について患者から同意取得の上、利用を開始

実証結果にみるオンライン診療の効用

訪問診療

患者・介護者への安心

状態が刻一刻と変化する中で患者を介護する家族の不安は募るが、電話だけでは状況を医師に伝えることが難しく、また医師も頻回に訪問することは難しい。

オンラインで状況を共有し指示を仰ぐことで一定の対応が行える。オンラインで繋がることで訪問頻度が減っても安心できる。

医師の負担軽減

電話だけでは判断が難しいが映像により状態を把握することで適切な指示を出したり、必要な準備をして訪問診療が行える。

往診依頼があり、訪問してみると行かなくても大丈夫だったということもある中で、本当に必要なときだけ訪問することで無駄をなくすことが可能。

外来診療

介護者の負担軽減

高齢となると1人では通院が困難であるが、在宅医療を頼むまでではない場合がある。

高齢患者の家族は勤労世代であることが多く、オンラインにより通院介助の負担を軽減しながら受診頻度を高めることで、重症化前に対応することが可能。

早期対応

急な症状変化において、電話では患者も状況の説明が難しく、医師も判断がしづらい。

外来診療を行うところでは、緊急往診も対応することは困難。

かかりつけ医であれば、過去の検査結果や受診状況もわかり、映像を診て一定の判断の下、適切な指示を出すことができる。

オンラインを用いた医学管理と現行の医学管理料との整理(案)

【課題】

1) 医学管理の評価(例)

- ア) 外来の医学管理 再診料(診察毎) + 医学管理料(月1回又は月2回)
- イ) 在宅の医学管理 在宅患者訪問診療料(診察毎) + 在宅時医学総合管理料(月1回)

2) 対面診察とオンライン診察の併用時の課題

- ア-1) 外来診療を継続的に行っている患者で、1ヶ月間にオンライン診察のみの場合における医学管理をどのように考えるか。
- ア-2) 外来診療を月2回継続的に行い医学管理料を月2回算定する患者で、オンライン診察を併用することで外来診療の回数が減る場合の医学管理をどのように考えるか。
- イ) 訪問診療を月2回継続的に行っている患者で、オンライン診察を併用することで訪問診療の回数が減る場合の在宅の医学管理をどのように扱うべきか。



<対応案>

- 1) 外来の医学管理は、一定期間以上継続的に診療している患者で、対面診察にオンライン診察を併用する場合、対面診察による医学管理の継続に有用と考えられるものについては、オンラインによる医学管理の評価を検討してはどうか。
- 2) 在宅の医学管理は、月1回以上定期的に訪問診療を行っている患者で、訪問診療にオンライン診察を併用する場合、訪問診療による医学管理の継続や訪問する医師の負担軽減にも有用と考えられるものについては、オンラインによる在宅時医学管理の評価を検討してはどうか。

なお、オンラインの診察と同様に、月1回などの算定上限を設けてはどうか。

オンライン診察を組み合わせた医学管理(在宅)のユースケース(1)

【ユースケースの例1(在宅)】

- ・ 在宅での療養を長期継続している患者
- ・ 従来、月1回の訪問診療を行い、在宅時医学総合管理料を報酬を算定していたが、状態の悪化に伴い、頻回の状態確認が必要となったケース。

＜在宅時医学総合管理料算定患者における管理(訪問診療)の例＞

●: 訪問診療 ○: オンライン診察

1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w
●				●				●			

↓ オンラインを併用する場合

●				●		○		●		●	
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--

算定する報酬の案

在宅時医学総合管理料
(月1回訪問)

+

訪問診療料

在宅時医学総合管理料
(月1回訪問)

+

訪問診療料

オンラインの診察

57

在宅時医学総合管理料
(月2回訪問)

+

訪問診療料

訪問診療料

ICTを活用した 遠隔死亡診断



1. これまでの経緯と基本的考え方

- ✓ 医師が死亡に立ち会えなくとも、生前に診療にあたった医師が死後診察すれば死亡診断が可能。また、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られる場合は、ICTを用いて遠隔から死亡診断することも法令上可能。
- ✓ しかし「どのような条件下であれば、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られるか」が明らかでなく、実質的に死後診察を遠隔で行うことができていない状況にある。
- ✓ このため、死亡前に住み慣れた場所を離れ医療施設に入院したり、死亡後に遺体を長時間保存・長距離搬送したりすることが生じているとの指摘があり「5つの要件」(a-e要件)を満たす場合には、医師が遠隔から死亡診断を行えるよう検討・措置することが閣議決定された(平成28年6月「規制改革推進計画」)。
- ✓ これを受け、平成28年度厚生労働科学研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」において実証実験等を通じて「5つの要件」を具体化し、医師が遠隔から死亡診断を行う際の手順等を明らかにした。

2. 具体的要件と手順の概要

a要件) 医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること

- ✓ 「生前の直接対面での診療」は、死亡前14日以内に行われていることを要する。
- ✓ 「早晚死亡することが予測される」とは、①～④全ての要件を満たすことをいう。

- ① 死亡の原因となりうる疾患に罹患していること
- ② その疾患ないしその疾患に続発する合併症により死亡が予測されていること
- ③ 突然死(発症後24時間以内の病死)ではないこと
- ④ 生前の最終診察時に、医師が早晚死亡する可能性が高いと判断し、その事実を看護師、患者及び家族に説明していること

b要件) 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること

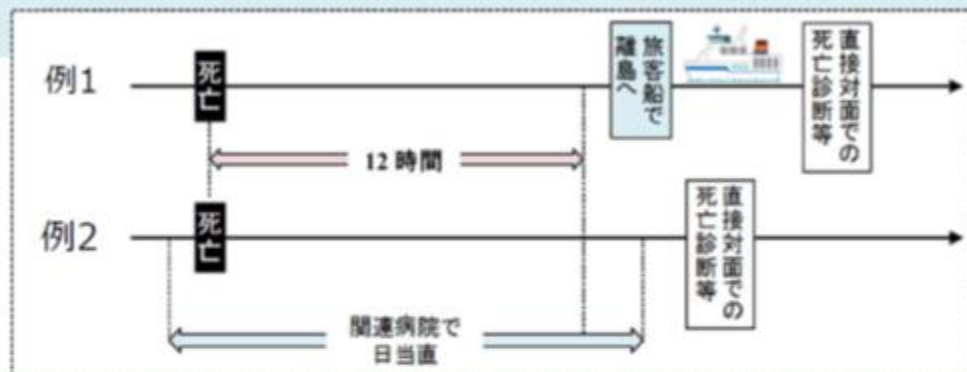
- ✓ ①②の両方の要件を満たすこと指す。

- ① 所定の様式を用いて終末期の際に積極的な治療・延命措置を行わないこと等について、医師-看護師-患者もしくは家族間で共通の認識が得られていること。
- ② 常時看護師から医師に電話連絡できる体制が整っていること。

c要件) 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること

- ✓ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況をさす。

例1 旅客船が週2便しか接岸しない離島の場合 ▶
例2 主治医が日当直中の場合 ▶



d要件) 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること

- ✓ 「法医学等に関する一定の教育」は、①～③のプログラムより構成されるものとする。

- ① 法医学等に関する講義
- ② 法医学に関する実地研修
- ③ 看護に関する講義・演習

e要件) 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

- ✓ 「死亡の事実の確認」は、看護師が①～③の事項をリアルタイムで医師に報告し、医師が遠隔から死亡を確認をする（5分以上の間隔で2回実施）。

- ① 心停止：聴診により心音消失を確認し報告。さらに、心電図を送信。
- ② 呼吸停止：呼吸音及び呼吸筋等運動の消失を報告。
- ③ 対光反射の消失：瞳孔所見を報告。

- ✓ 所定の様式を用い、頸部や眼瞼結膜等の所見や画像を医師に送信することにより、医師が遠隔から異状がないこと等を判断する。

＜研究班における実証実験の例＞



携帯型心電図

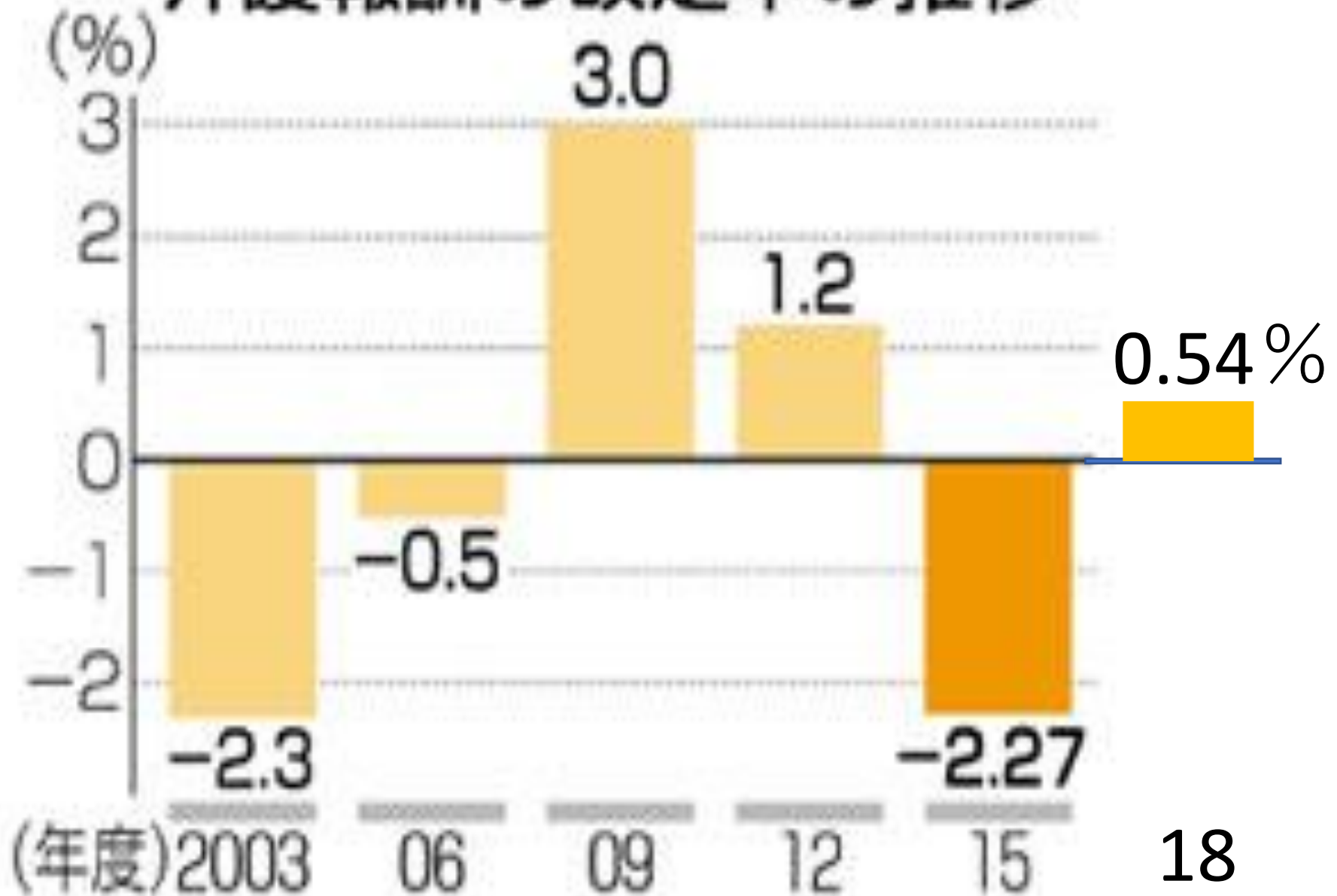
テレビ電話装置

パート4 2018年介護報酬改定と 介護医療院



社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

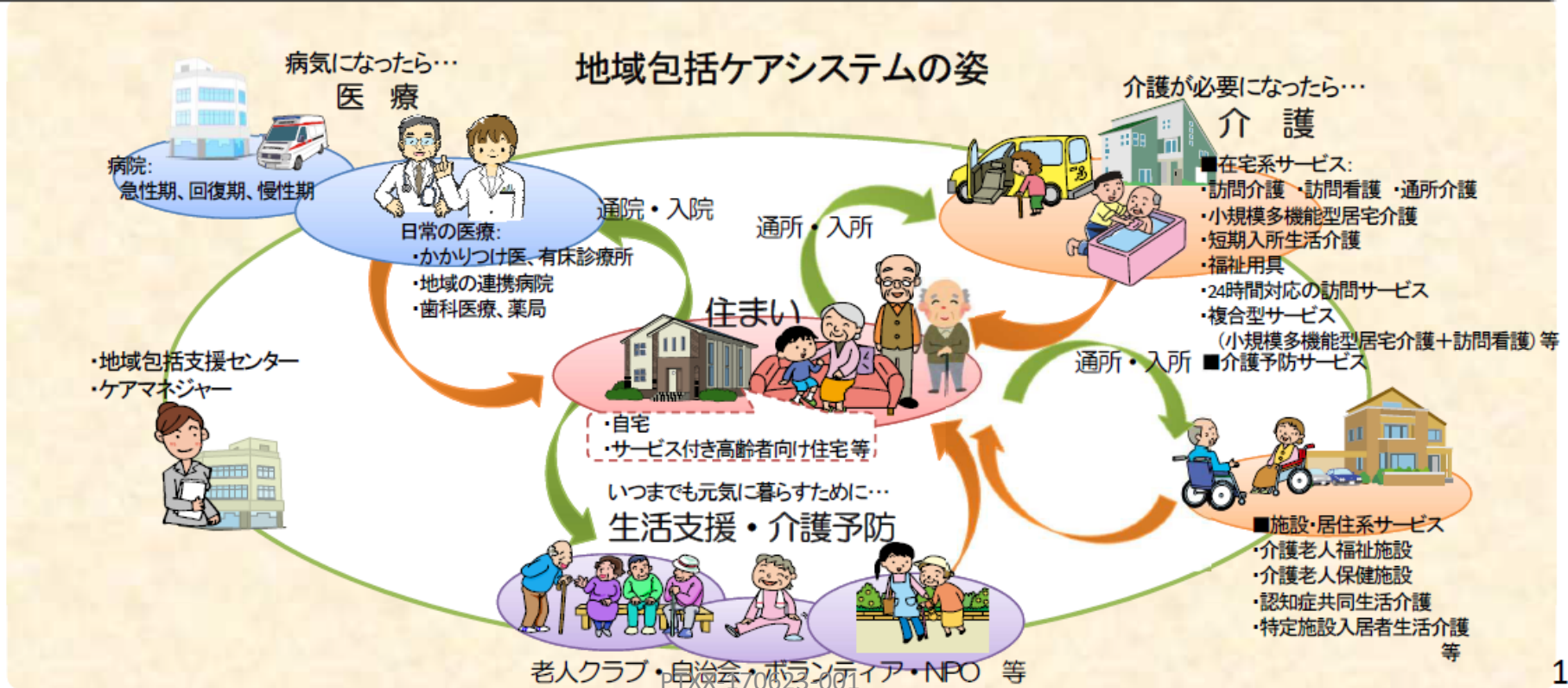
介護報酬の改定率の推移



1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

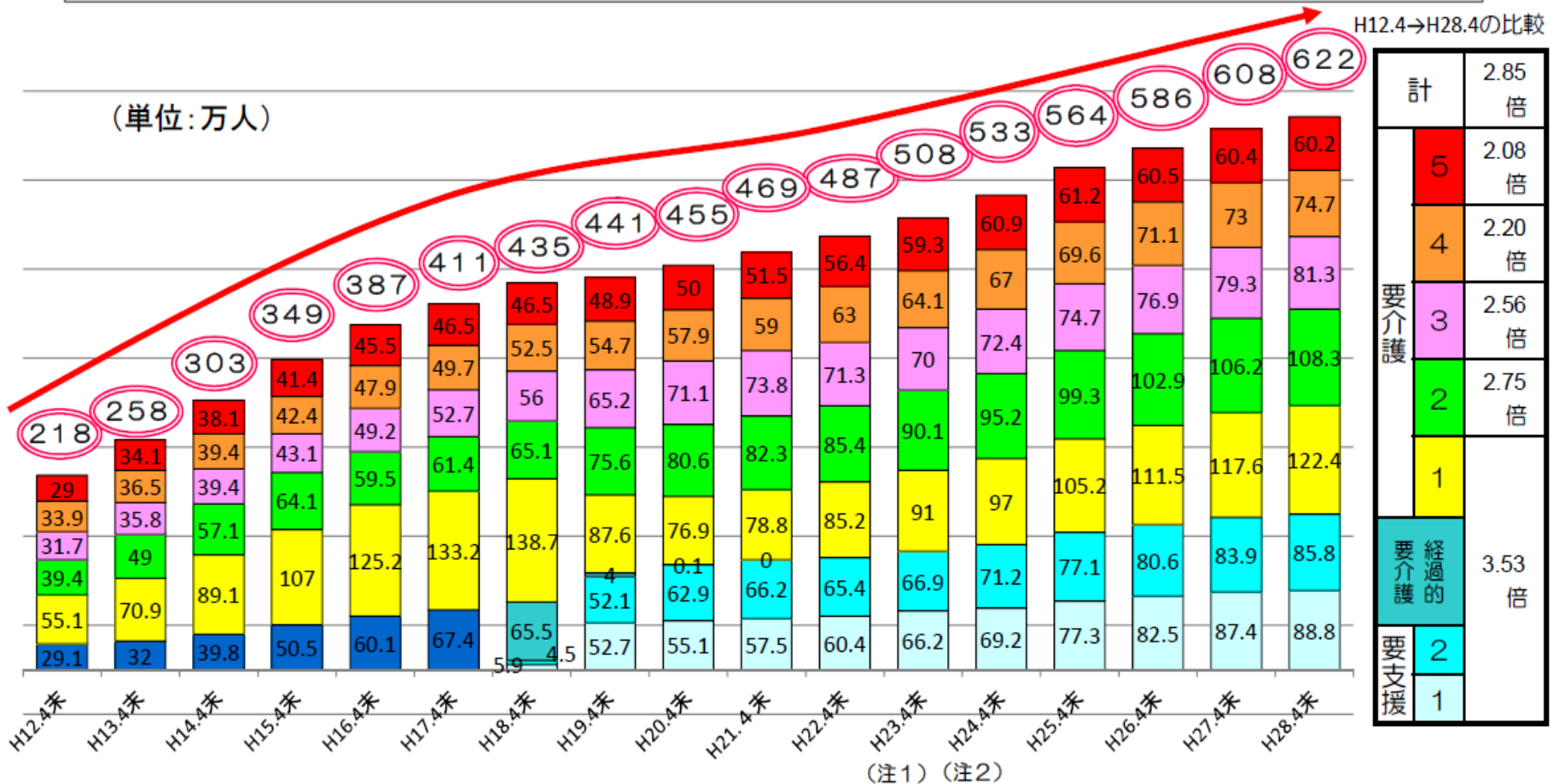
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2.85倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



■要支援 □要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間		事業計画		給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期		3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度				4.6兆円		
2002年度				5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期		5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度				6.2兆円		
2005年度				6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期		6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2007年度				6.7兆円		
2008年度				6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期		7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2010年度				7.8兆円		
2011年度				8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期		8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度				9.2兆円		
2014年度				9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期		10.1兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度				10.4兆円		
2017年度				10.8兆円		
2020年度					6,771円 (全国平均)	
2025年度					8,165円 (全国平均)	

※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。
※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

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。

看取り期のケアに関する医療機関と介護施設の協働(イメージ)

- 看取り期のケアに係る診療報酬は、介護報酬の看取りに係る加算との併算定ができない取扱いとなっている。



【介護報酬】

看取り介護加算	144単位 ～1280単位/日
---------	--------------------

【診療報酬】

在宅ターミナルケア加算	5000点
看取り加算	3000点

※ 訪問看護の場合も看取り期のケアについて併算定できない取扱い

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相互理解が必要である。特に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。

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。

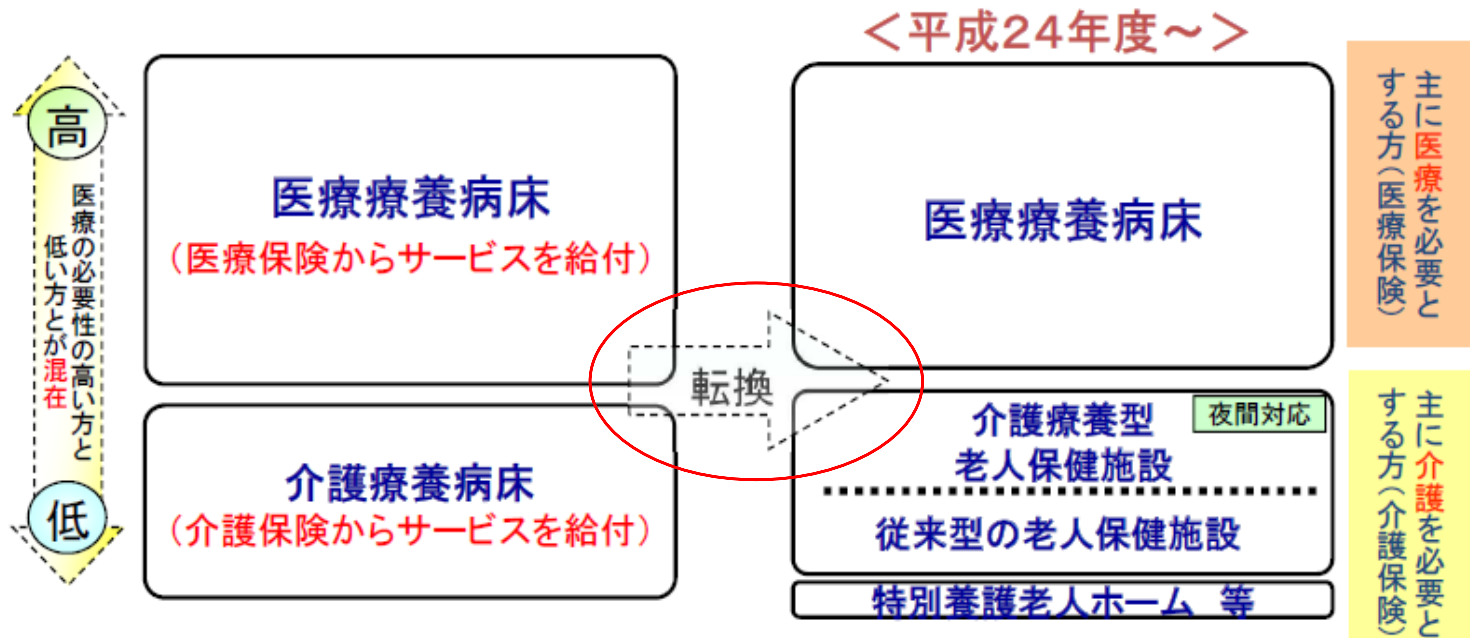
【医療法改正】

- 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。

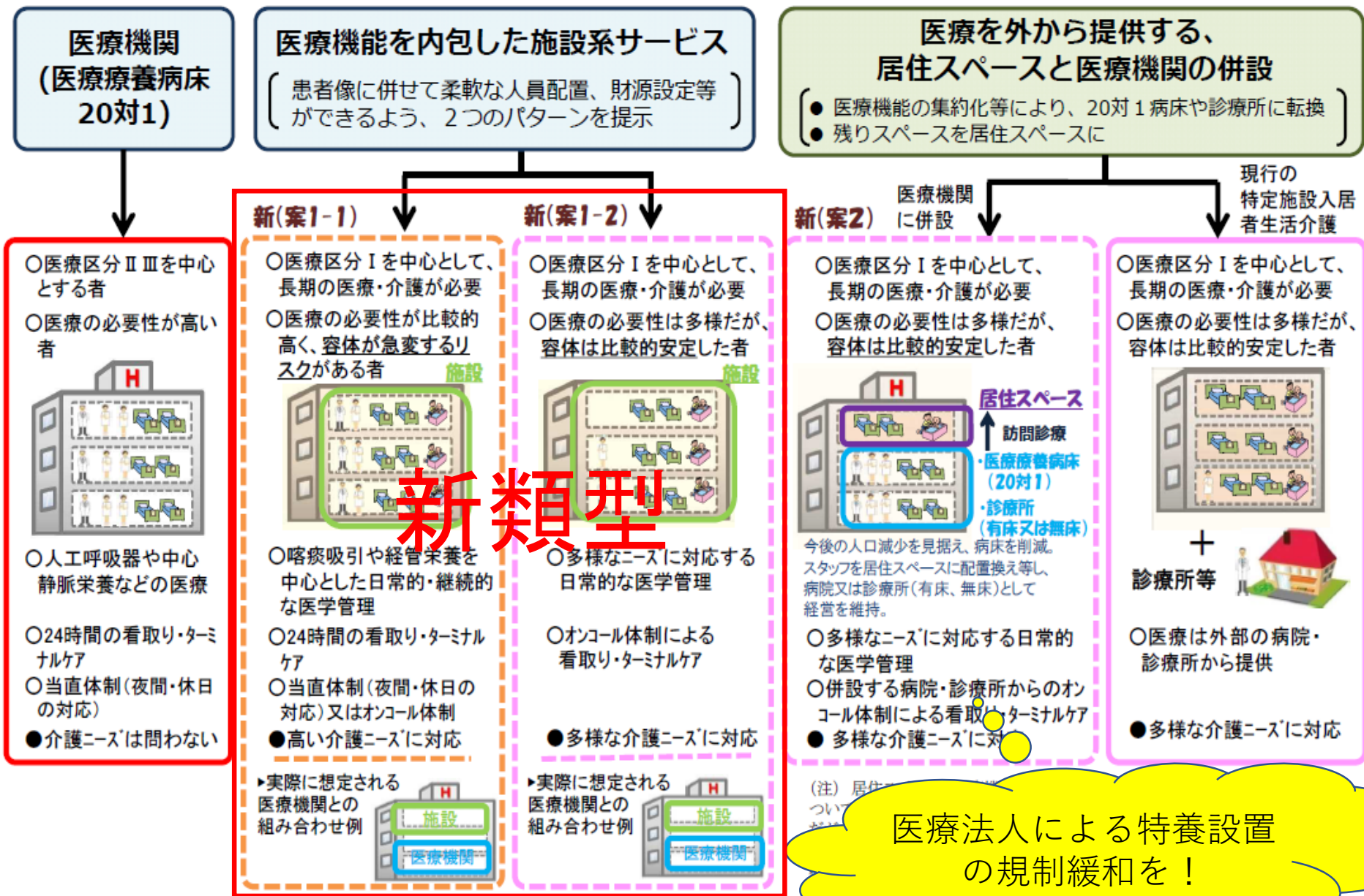
介護療養病床
はナーシング
ホームに

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）



※ 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

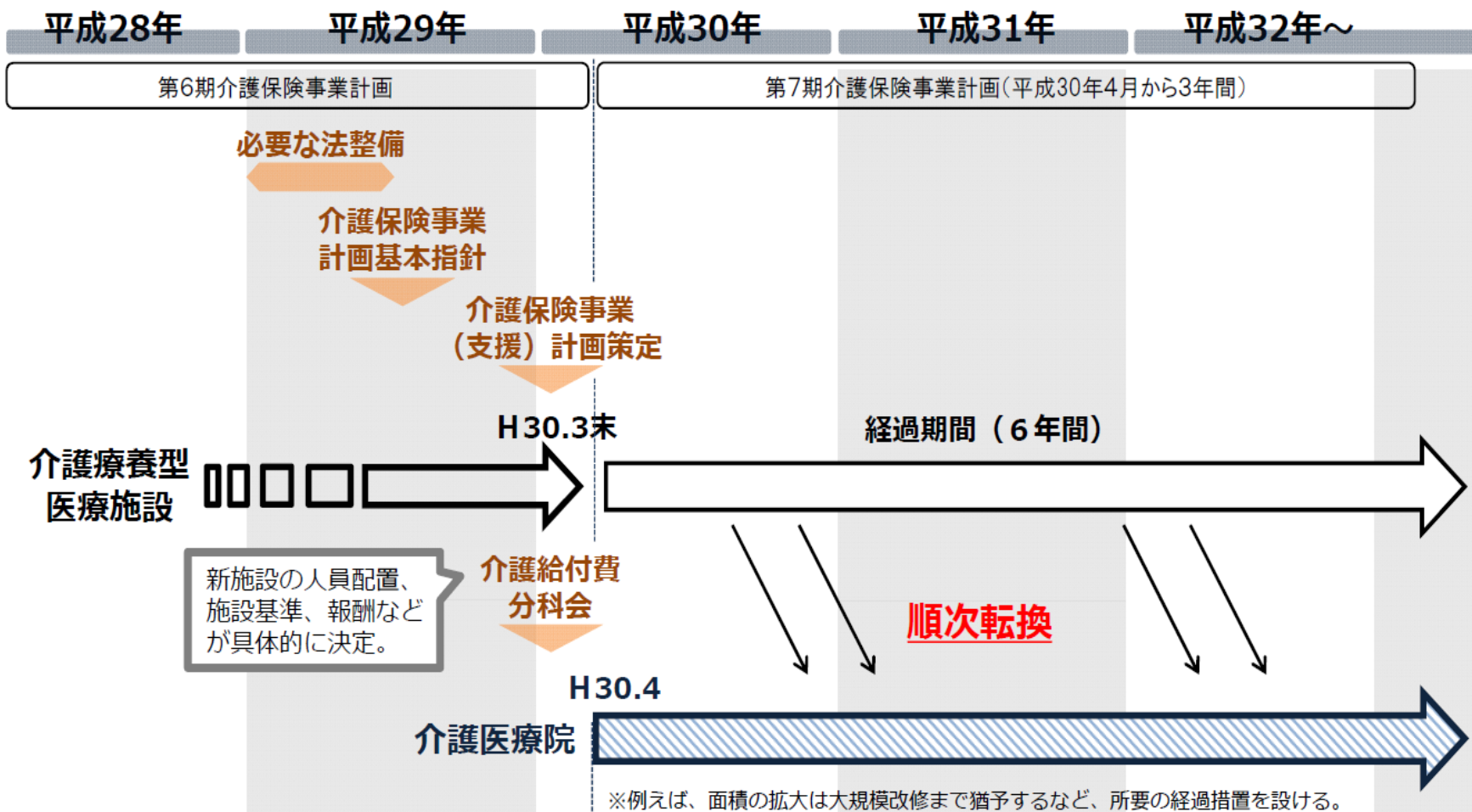
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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、 主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※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、 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 を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 在宅復帰を目指す施設	要介護者のための 生活施設
病床数	約14.4万床 ※1	約7.2万床 ※1	約5.9万床 ※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) 介護保険法(介護療養型医療施設)	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 6対1 } 3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	—		平成35年度末 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。



介護医療院の方向性

2017年11月22日 介護給付費分科会

介護医療院Ⅰ型は介護療養病床 床なみ、Ⅱ型は老健なみ

介護医療院の人員基準(イメージ案)

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
				指定基準		報酬上の基準			
		指定基準	報酬上の基準	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	指定基準	報酬上の基準
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病院で3以上)	-	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-	100:1 (施設で1以上)	-
	薬剤師	150:1	-	150:1	300:1	-	-	300:1	-
	看護職員	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型-強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】(注3) 看護6:1、 介護6:1~4:1
	介護職員	6:1	5:1~4:1	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1		
	支援相談員							100:1 (1名以上)	-
	リハビリ専門職	PT/OT: 適当数	-	PT/OT/ST:適当数		-	-	PT/OT/ST: 100:1	-
	栄養士	定員100以上 で1以上	-	定員100以上で1以上		-	-	定員100以上 で1以上	-
	介護支援専門員	100:1 (1名以上)	-	100:1 (1名以上)		-	-	100:1 (1名以上)	-
	放射線技師	適当数	-	適当数		-	-		
	他の従業者	適当数	-	適当数		-	-	適当数	-
医師の宿直	医師:宿直	-	医師:宿直	-	-	-	-	-	

注1:数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用 注2:背景が緑で示されているものは、病院としての基準 注3:基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

介護医療院の施設基準(イメージ案)

		介護療養病床(病院) [療養機能強化型]	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

介護医療院等への転換について

論点3

- 社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床（以下、療養病床等という。）から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策を設けてはどうか。
- 併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。

対応案

- 療養病床等から介護医療院等に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床等が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととしてはどうか。
- また、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を新設してはどうか。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設けてはどうか。
- 介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、転換前の療養病床等では有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととしてはどうか。

介護医療院のポイント

- 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
 - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

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)

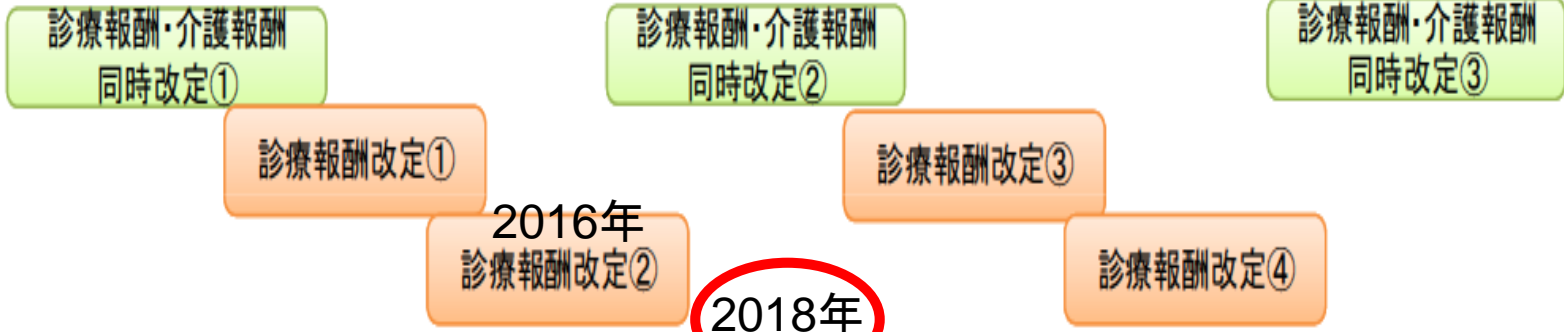
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

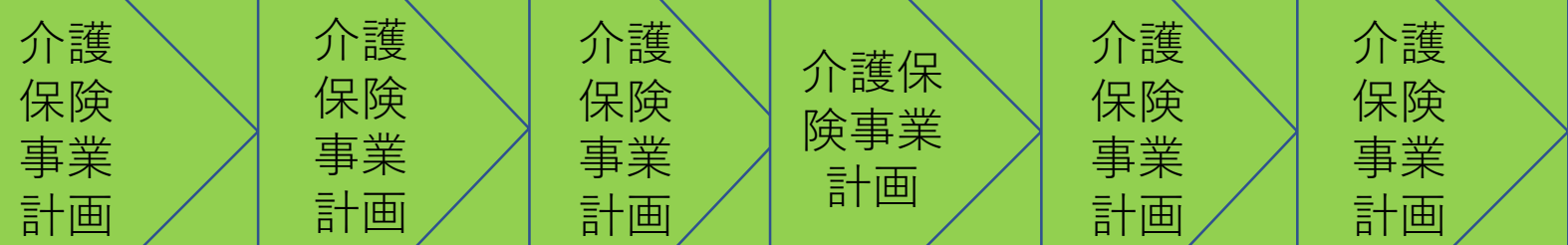
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社
本体価格 1,500円 + 税



今日のまとめ

- ・ 診療報酬改定は地域医療構想を下支えする改定
- ・ 入院基本料の新評価体系が始まる
- ・ 外来医療もアウトカム志向に替わる
- ・ 同時改定で医療と介護の連携を強化する



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