

医療と介護のクロスロードto2025

～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)





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 brick-like facade and many windows, set against a blue sky with light clouds. The building is the main focus of the image. 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
 - 医療介護総合確保法と地域医療構想
- パート 2
 - 2018年診療報酬改定と入院医療
 - ①7対1病床の要件見直し
 - ②地域包括ケア病棟
 - ③回復期リハビリ病棟
 - ④短期滞在手術・検査など
 - ⑤退院支援加算
 - ⑥療養病棟1への一本化
- パート 3
 - 2018年介護報酬改定
 - ①介護医療院、
 - ②看多機
 - ③定期巡回随時対応サービス



パート1 医療介護総合確保法と 地域医療構想



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

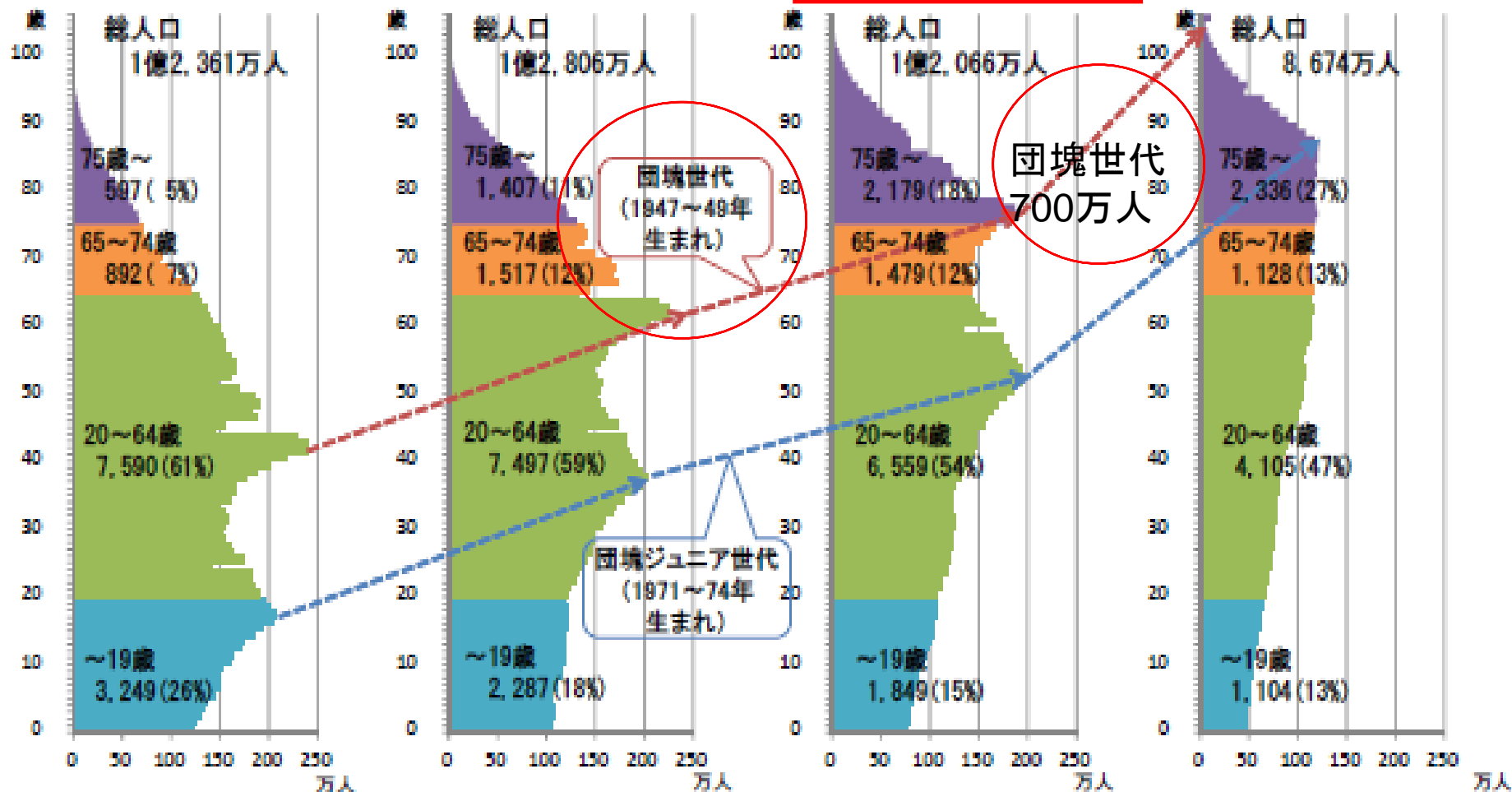
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

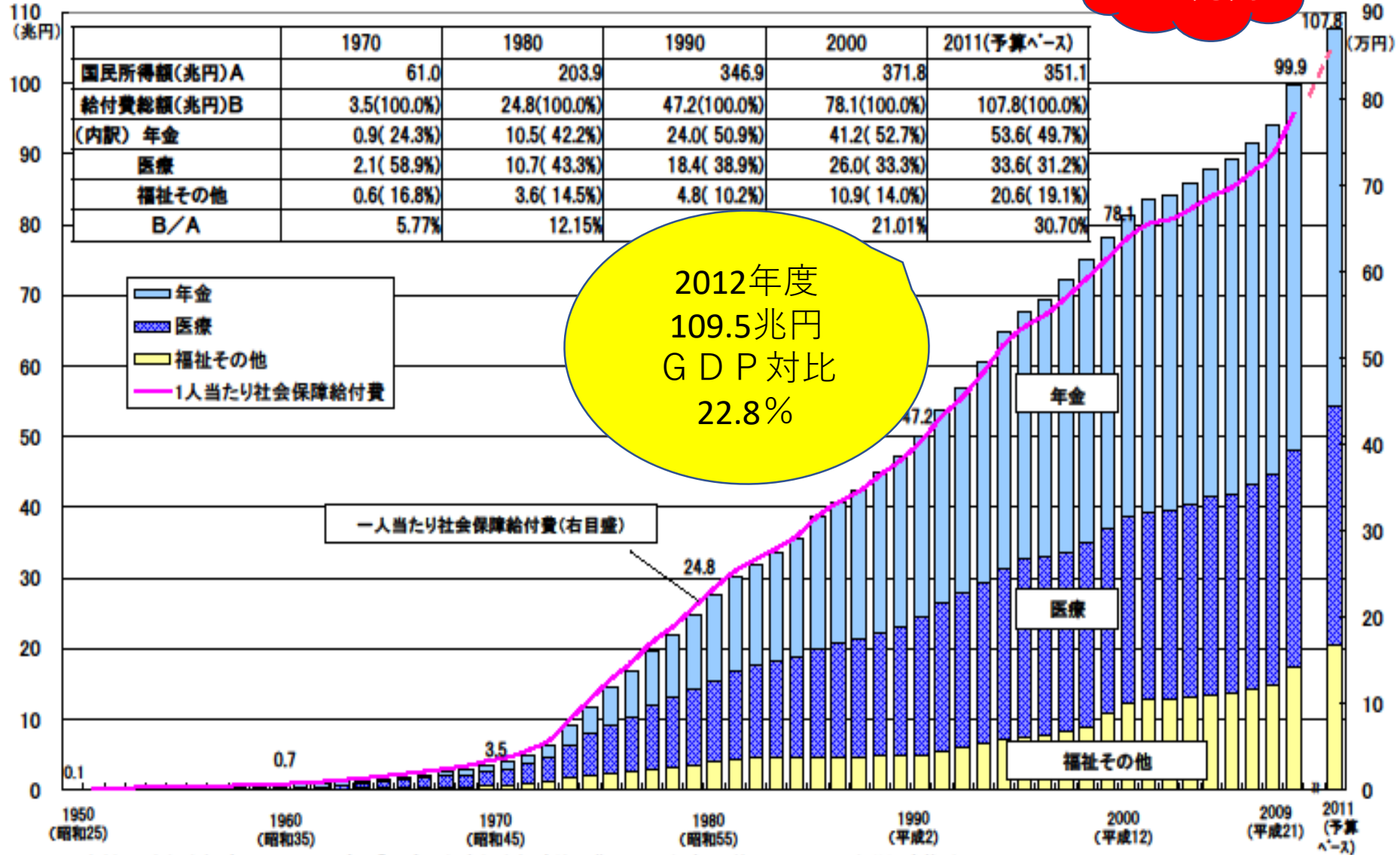
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障・税一体改革 (2014年8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は・・・
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

2019年10月まで 消費増税10%は先送り



8%から10%の2%増税延期で年間4兆円の財源が消える！

地域医療介護 総合確保法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



地域医療構想
と地域包括
ケアシステム

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

地域医療介護総合確保法 可決（2014年6月18日）

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

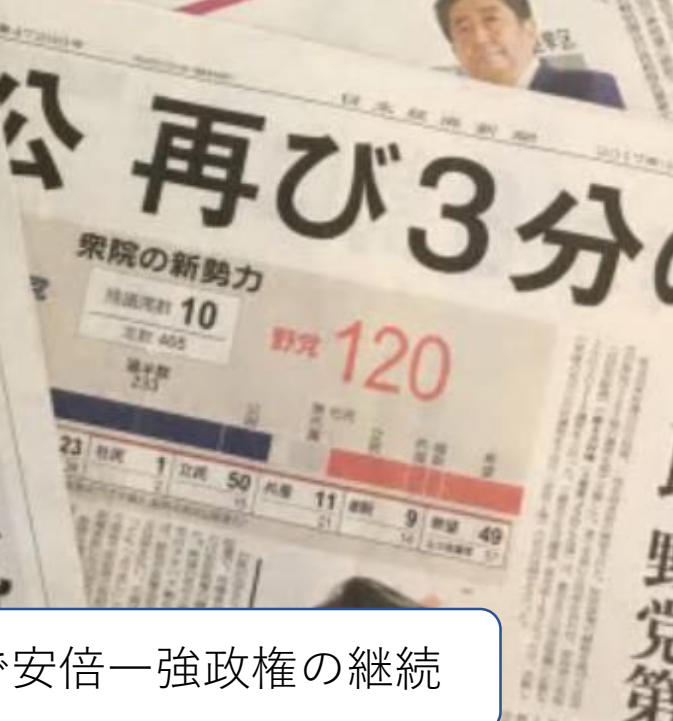
利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」



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

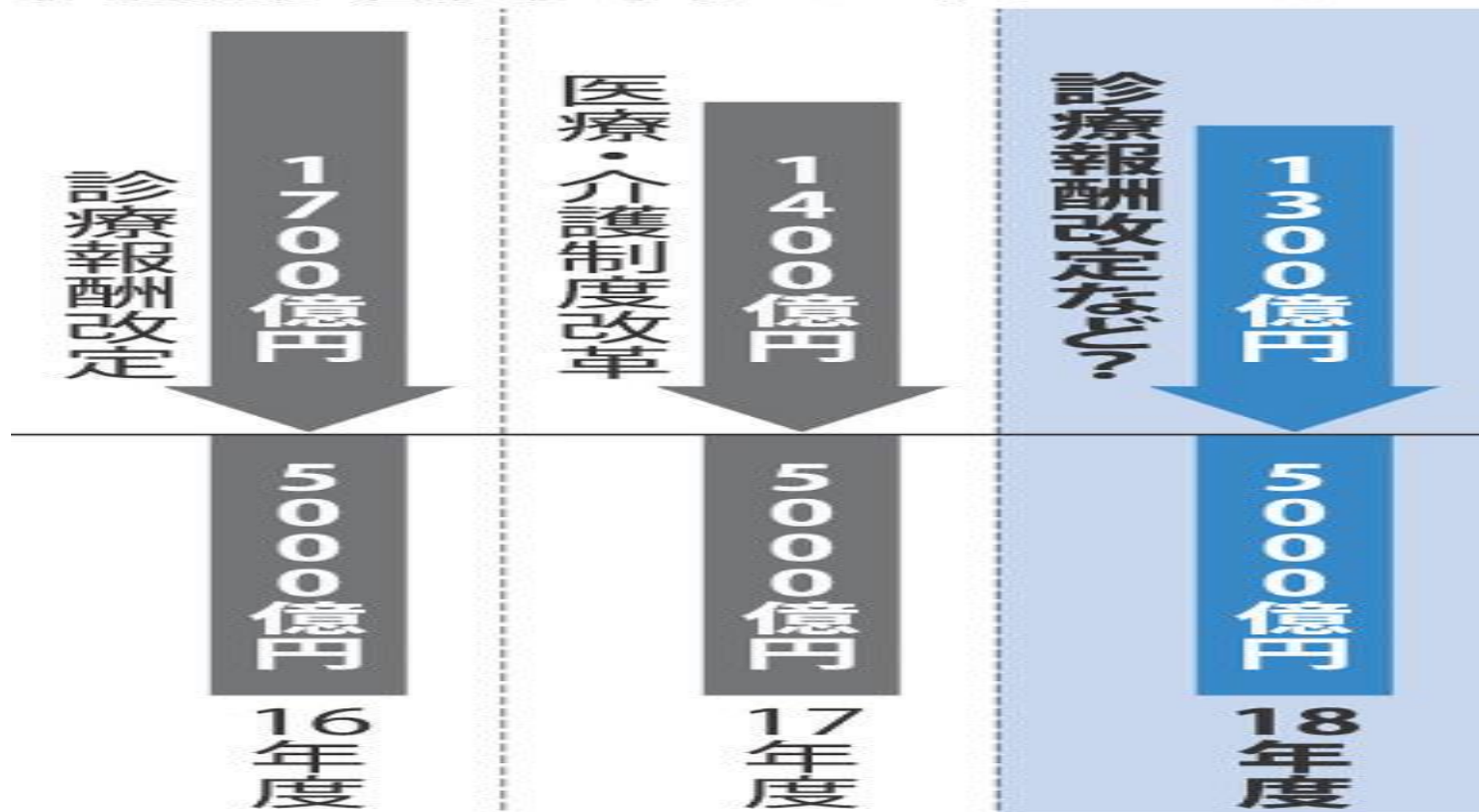


安倍晋三首相

社会保障費圧縮改定

18年度予算で
1300億円の圧縮成功！

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%

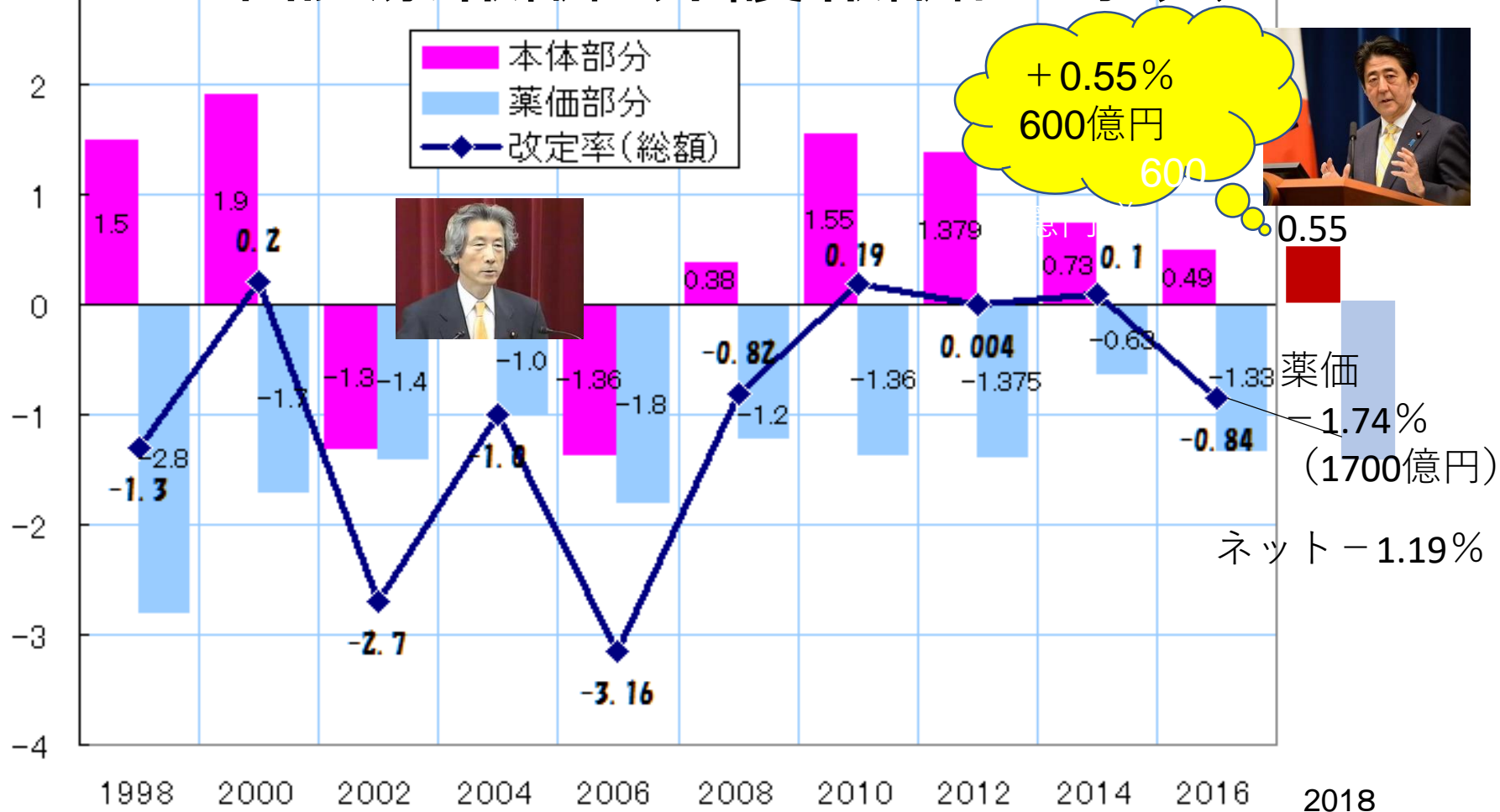
② 材料価格

▲ 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。

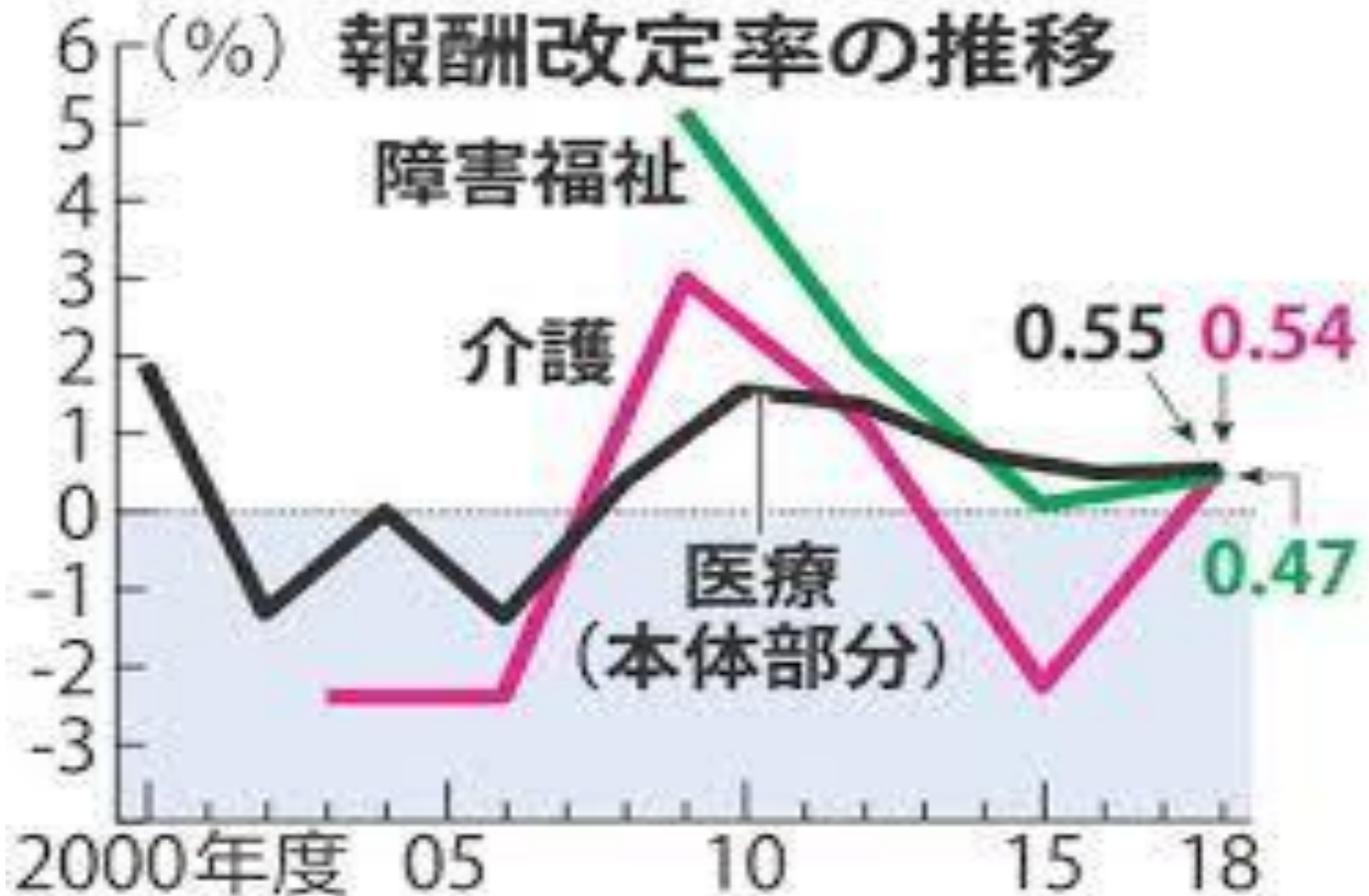
2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



(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



入院医療等調査評価分科会より

2018年診療報酬改定 ～地域医療構想を下支え～



迫井正深医療課長

急性期入院医療の見直し（7対1病床見直し）

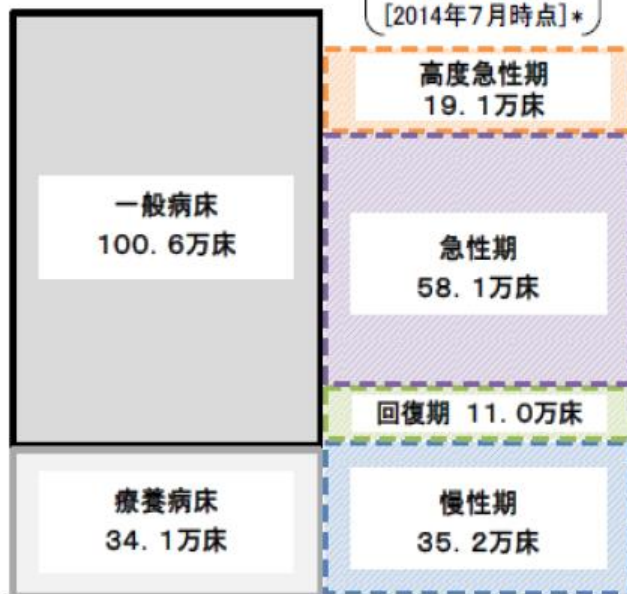
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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

病床過剰地域、 非稼働の病棟は削減対象に

- 地域医療構想の進め方についての「議論の整理案」
- 病床過剰地域の病床を削減するため、病床がすべて稼働していない病棟を持つ医療機関に都道府県が措置命令・要請を出すこと。
- 医療計画見直し検討会ワーキンググループ（2017年12月13日）



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



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

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

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

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

薬価専門部会

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

費用対効果評価 専門部会

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

保険医療材料 専門部会

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

小委員会

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

診療報酬基本問題 小委員会

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

調査実施小委員会

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

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

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

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

専門組織

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

薬価算定組織

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

保険医療材料 専門組織

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

2018年診療報酬改定 入院医療 6つのポイント

- ポイント① 7対1病床の要件見直し
- ポイント② 地域包括ケア病棟
- ポイント③ 回復期リハビリ病棟
- ポイント④ 短期滞在手術・検査など
- ポイント⑤ 退院支援加算
- ポイント⑥ 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

重症度、医療・看護必要度

現在の7対1入院基本料における評価指標

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

(1) 重症度、医療・
看護必要度

A項目(モニタリング及び処置等)

B項目 (患者の状態)

2014年改定

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
	追加④	②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
	追加④	④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
	追加④	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

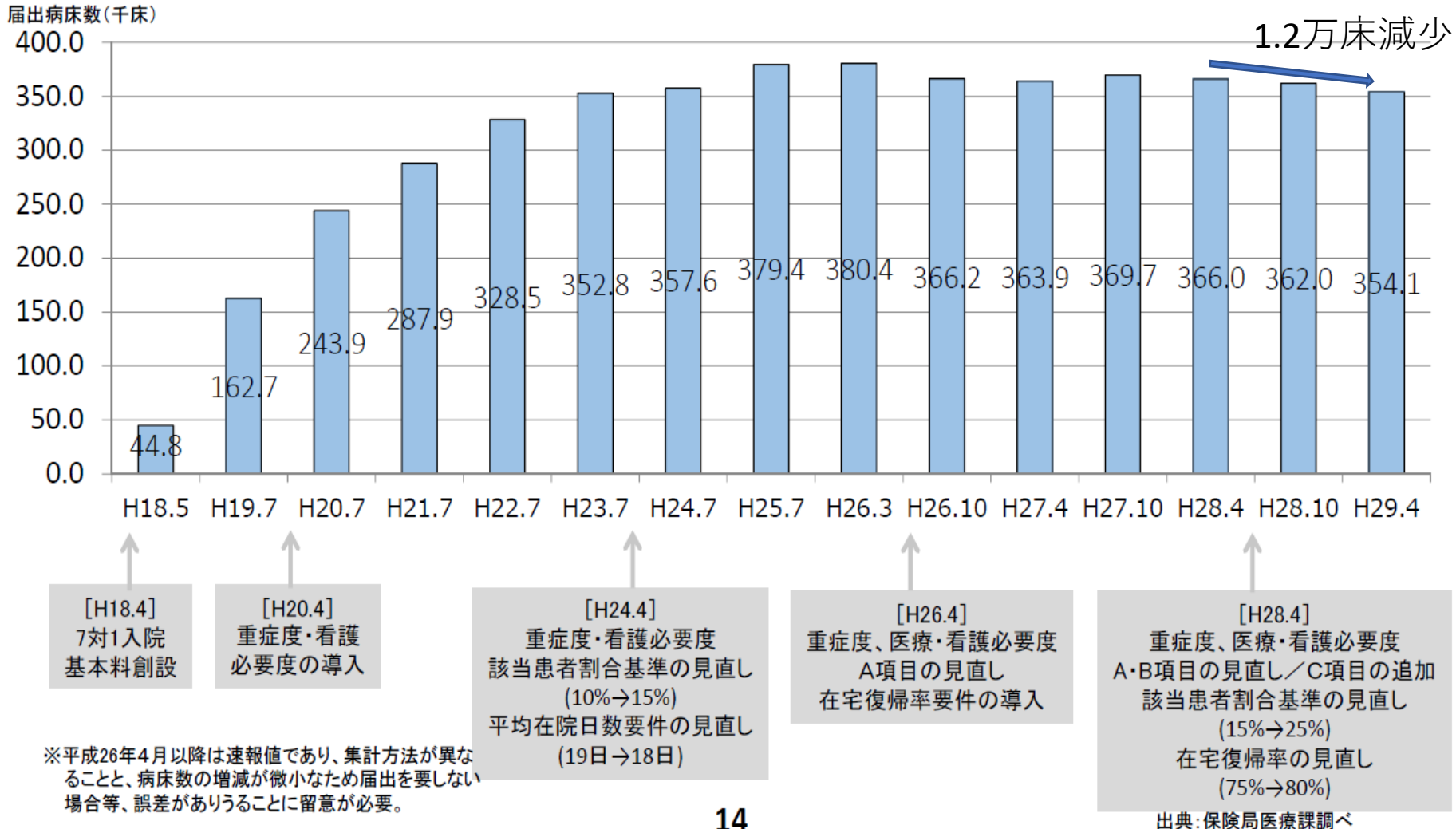
又は

C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の 7対1への影響

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

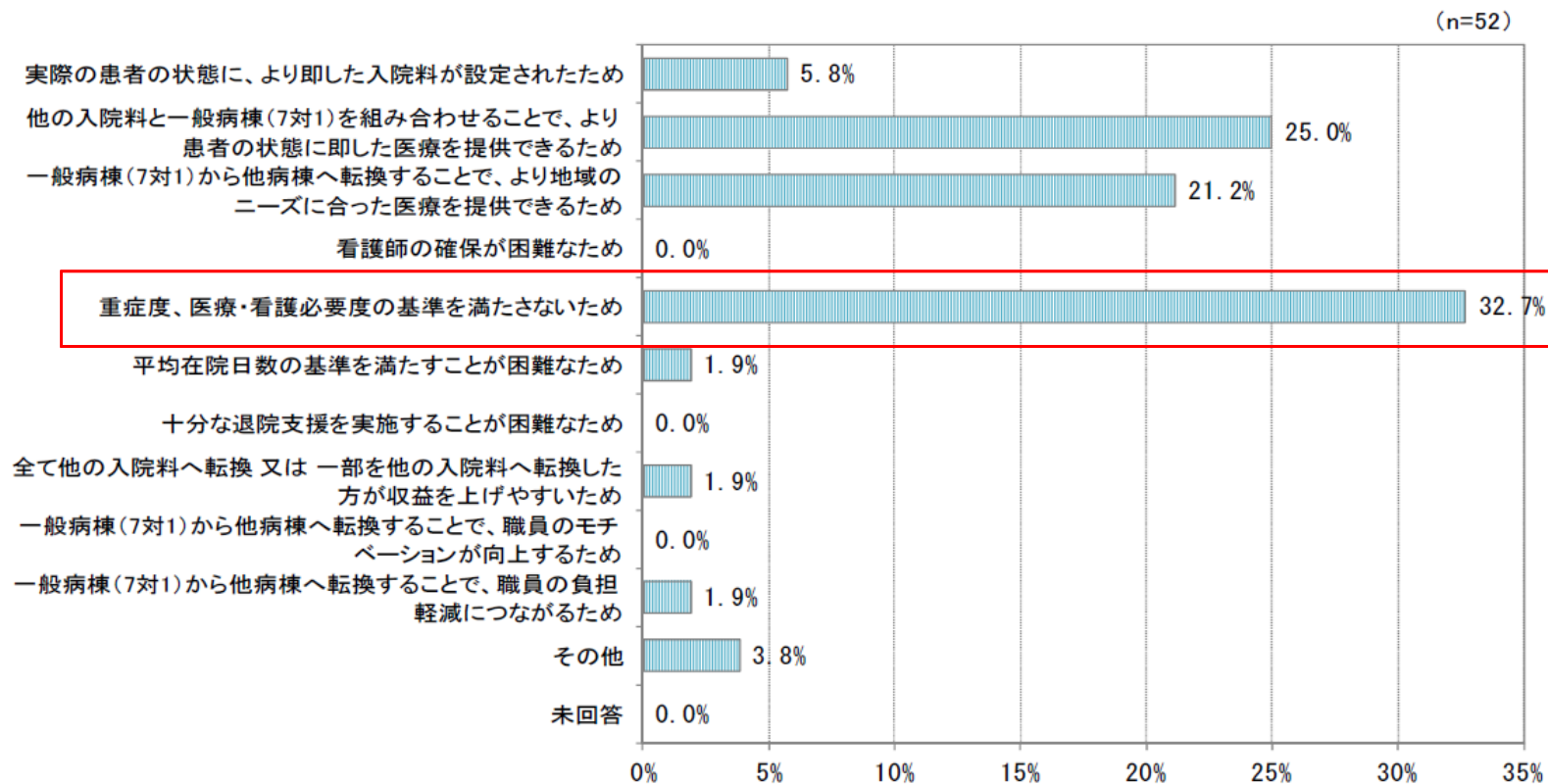
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



一般病棟（7対1）から転換した理由

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

＜一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）＞

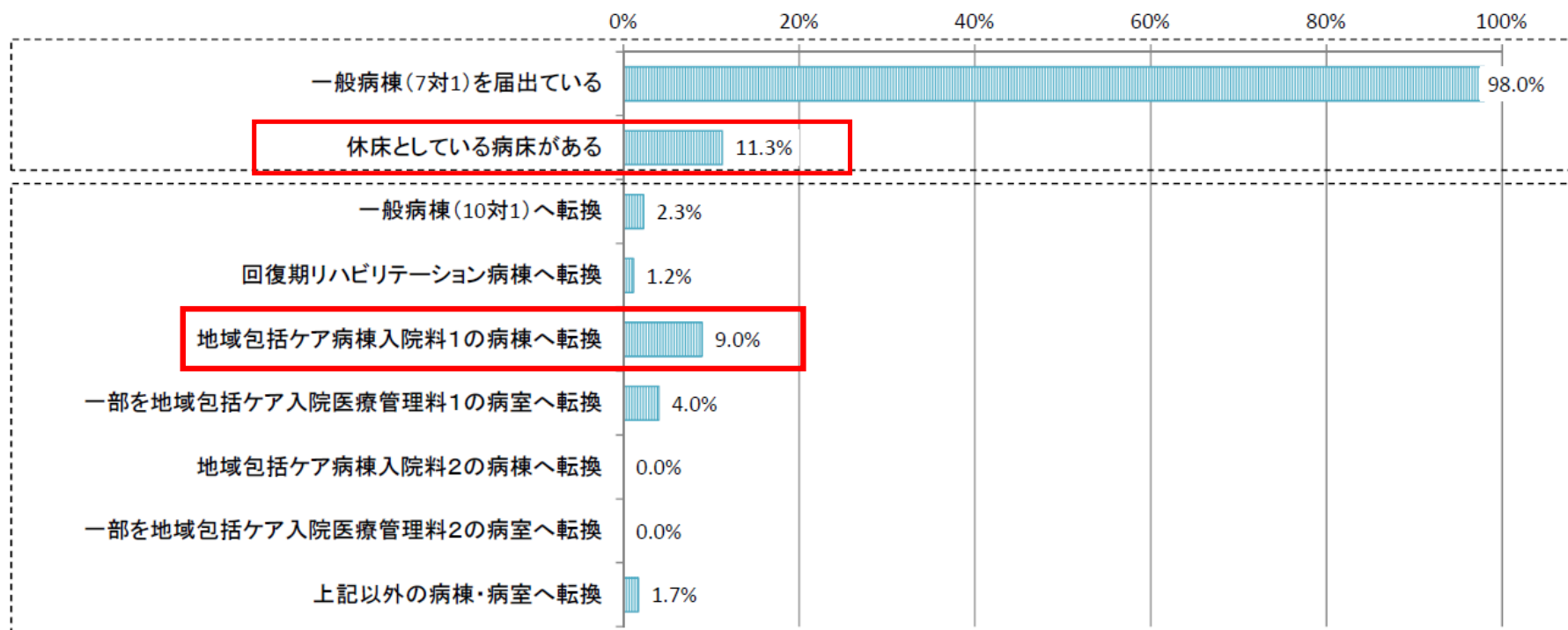


改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

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

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

(n=346)

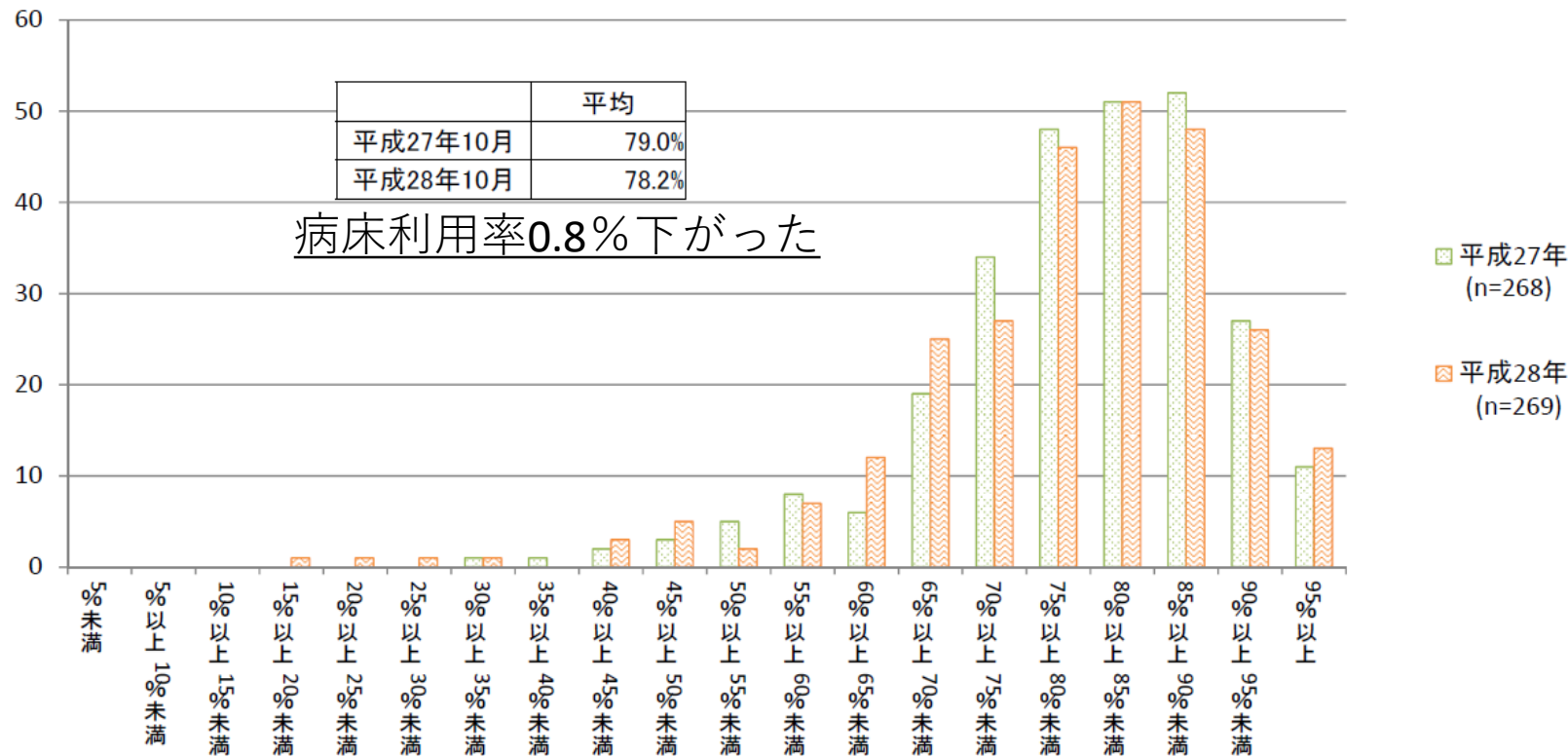


一般病棟（7対1）における病床利用率の状況

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

（医療機関数）

＜病床利用率別の分布＞

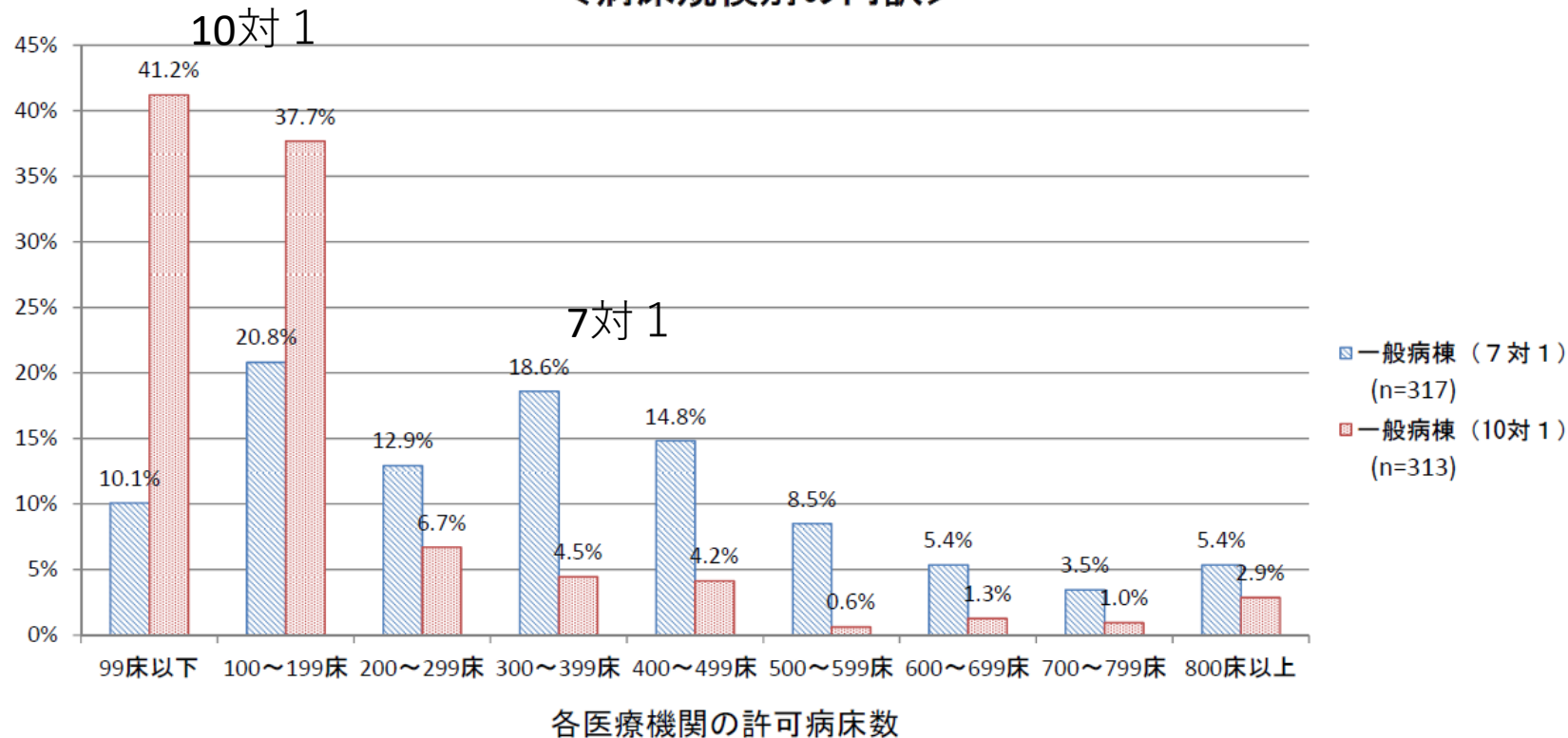


7対1、10対1比較

回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

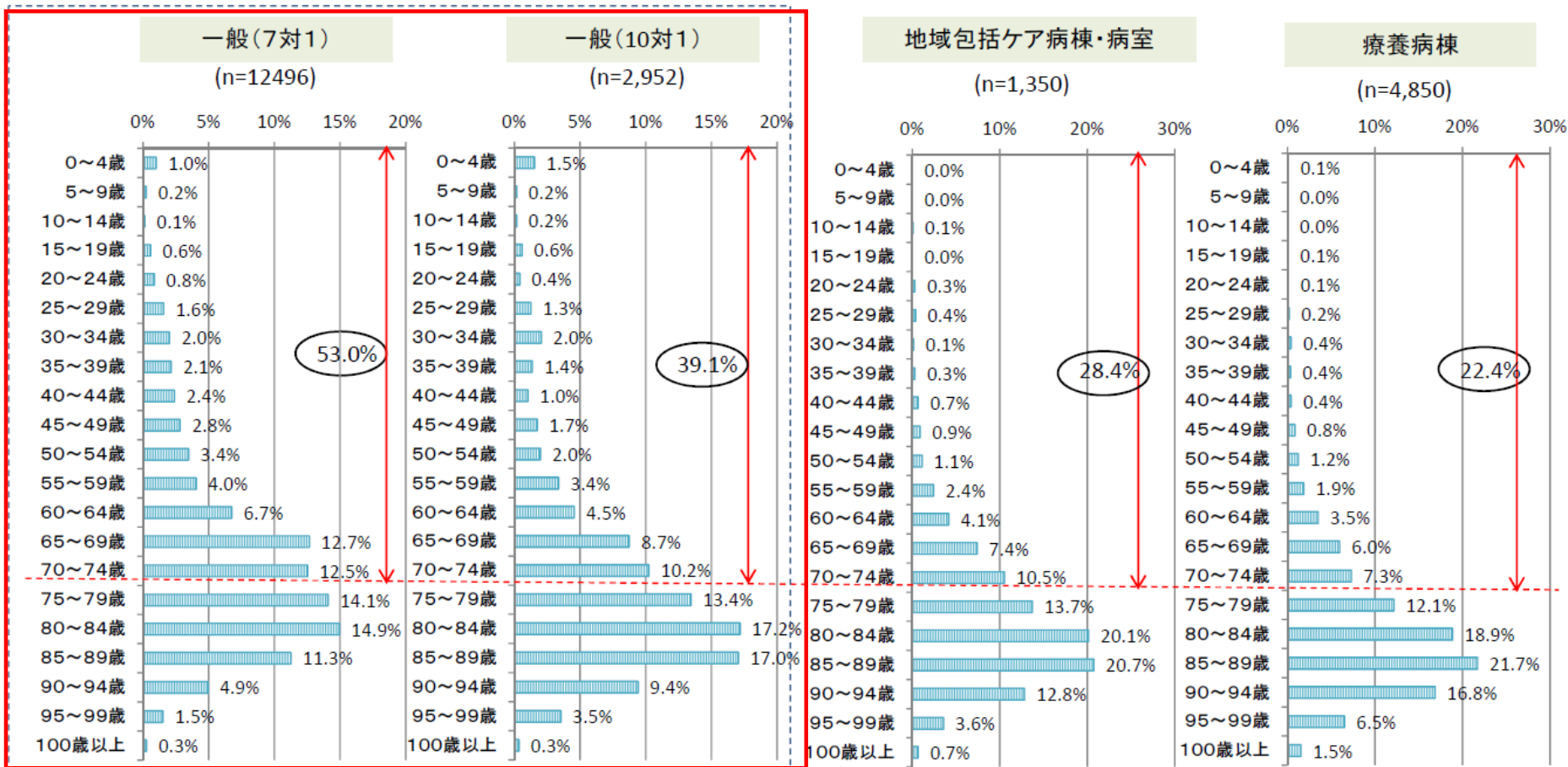
- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

<病床規模別の内訳>



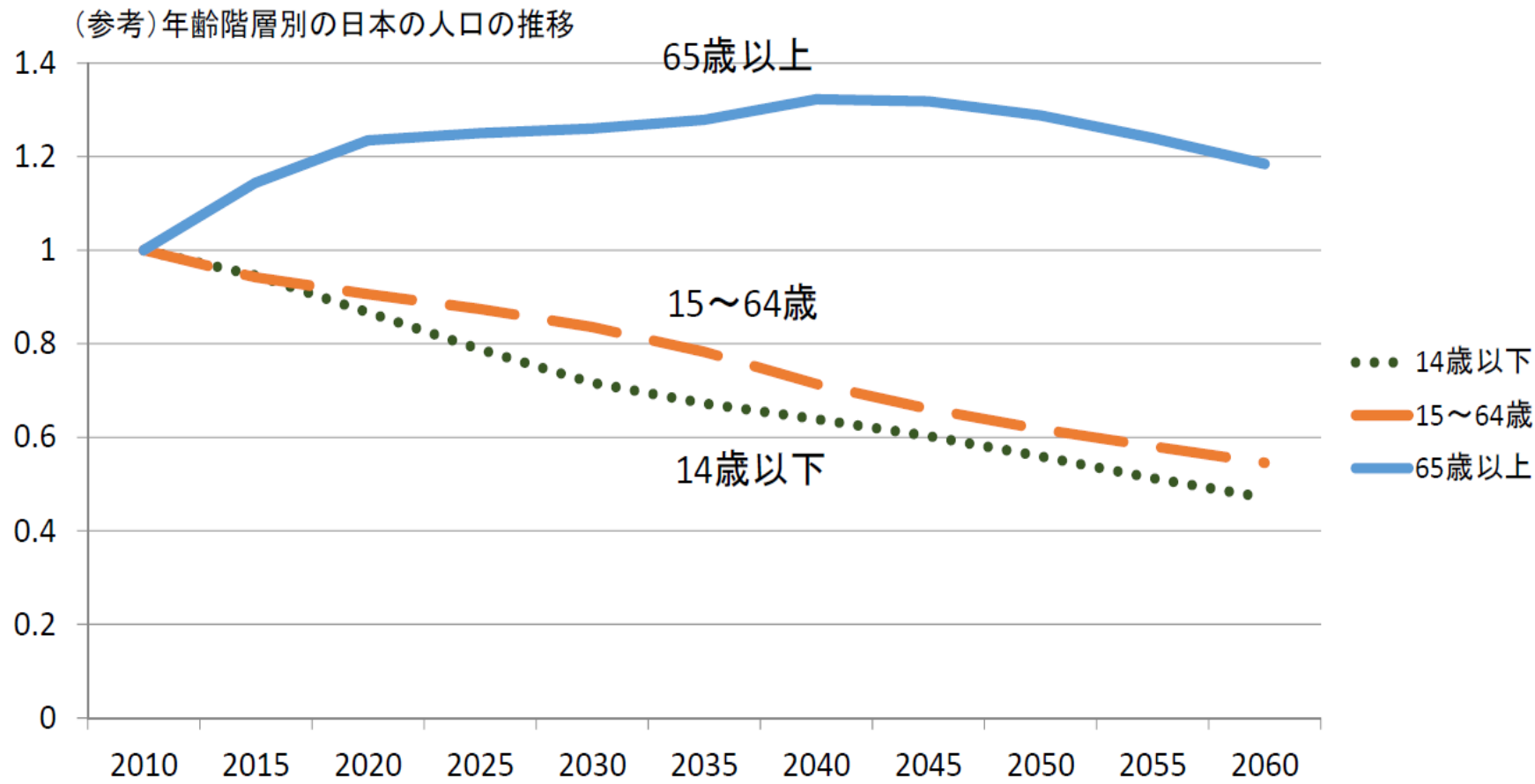
一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

○ 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。



入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。

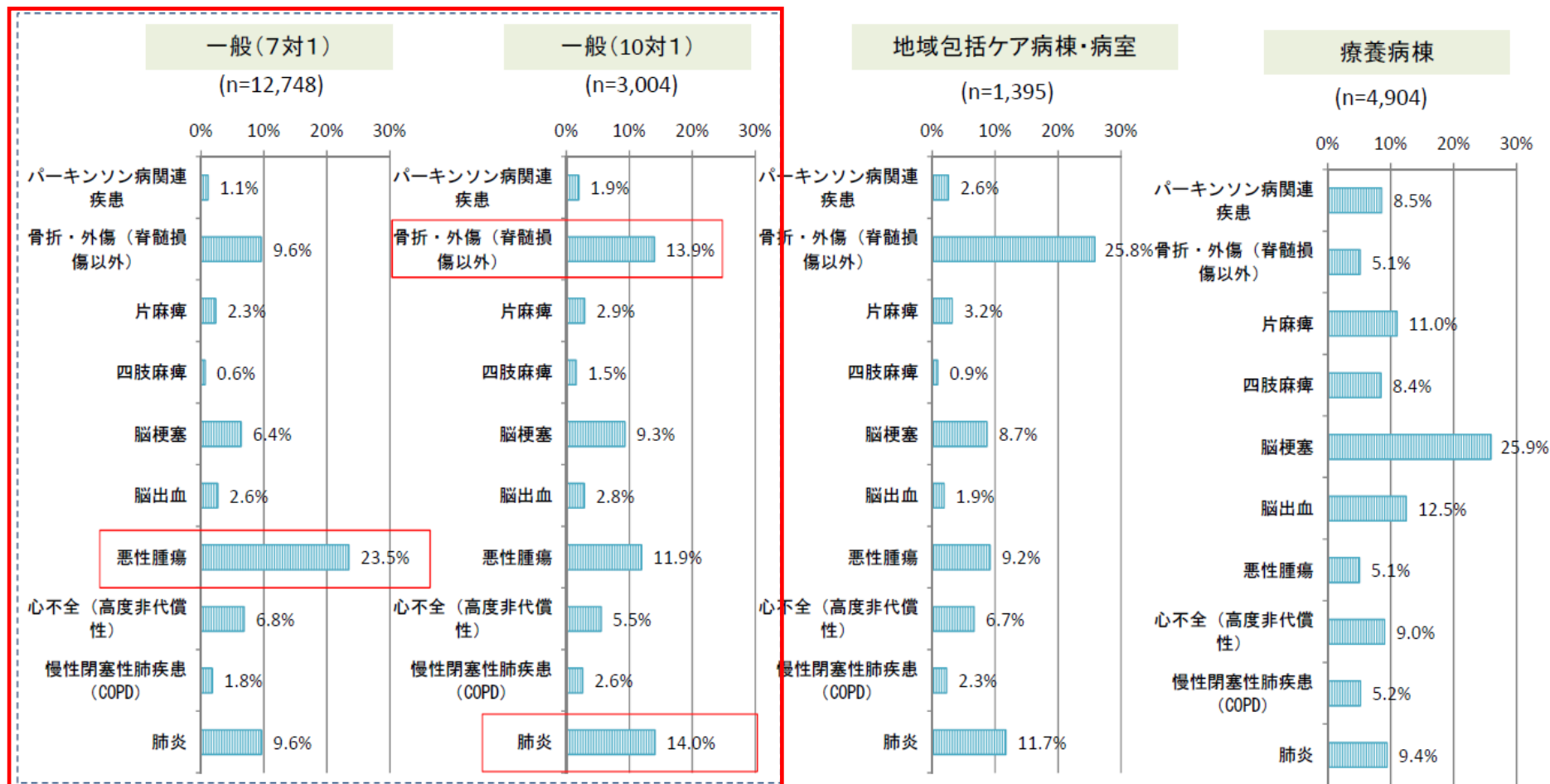


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」 (平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

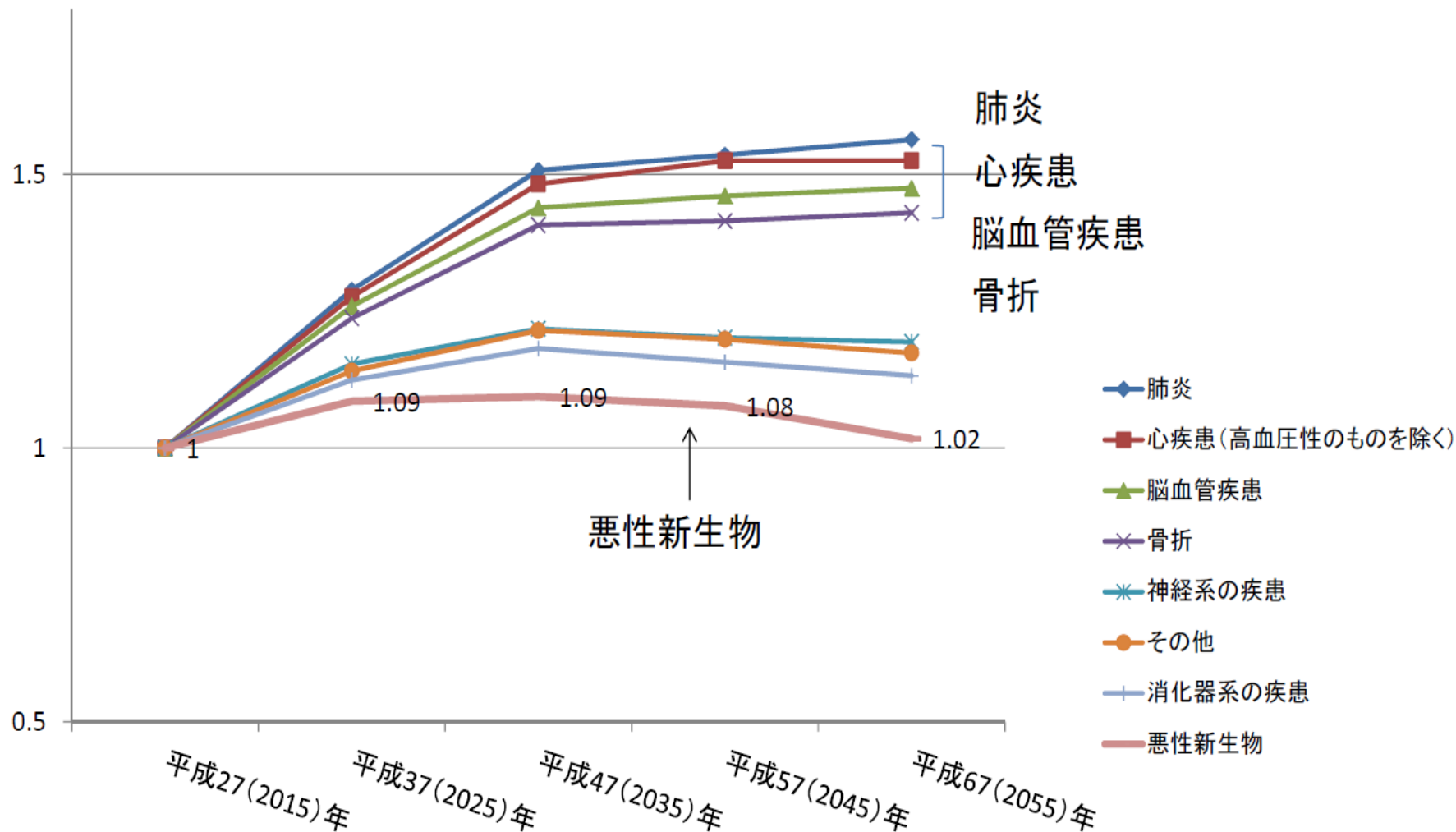
一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

○ 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。



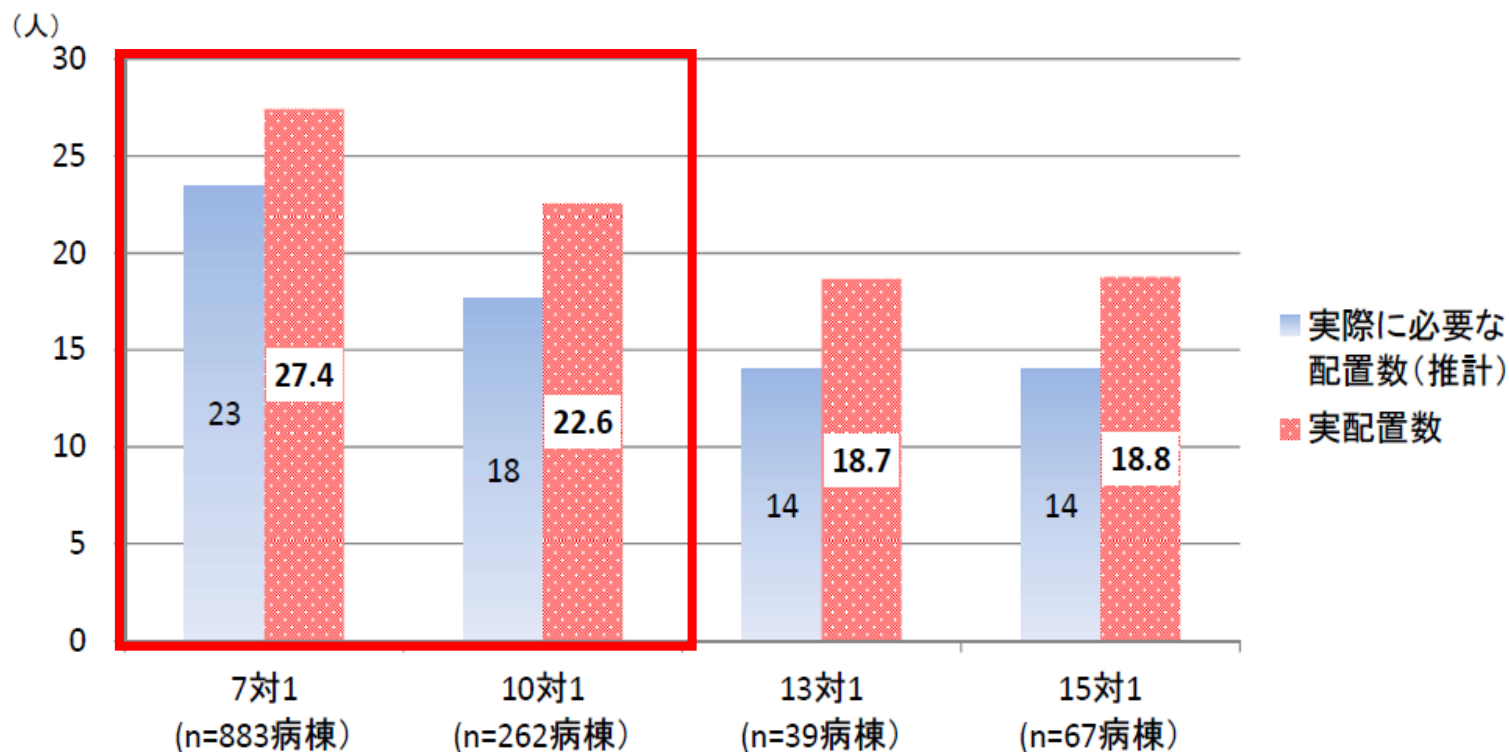
入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率



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。



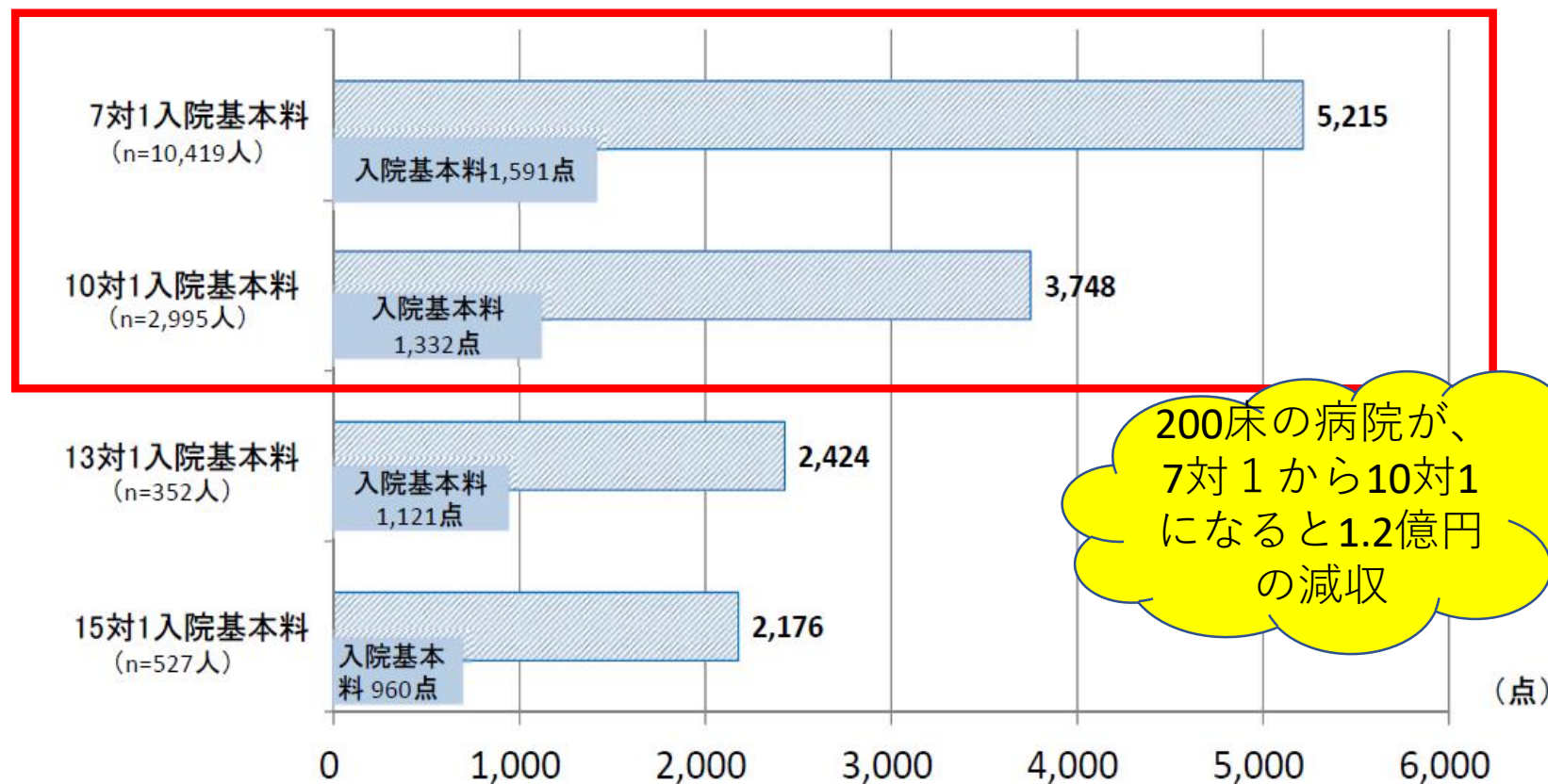
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人
病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 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

出典：平成26年度入院医療等の調査13

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

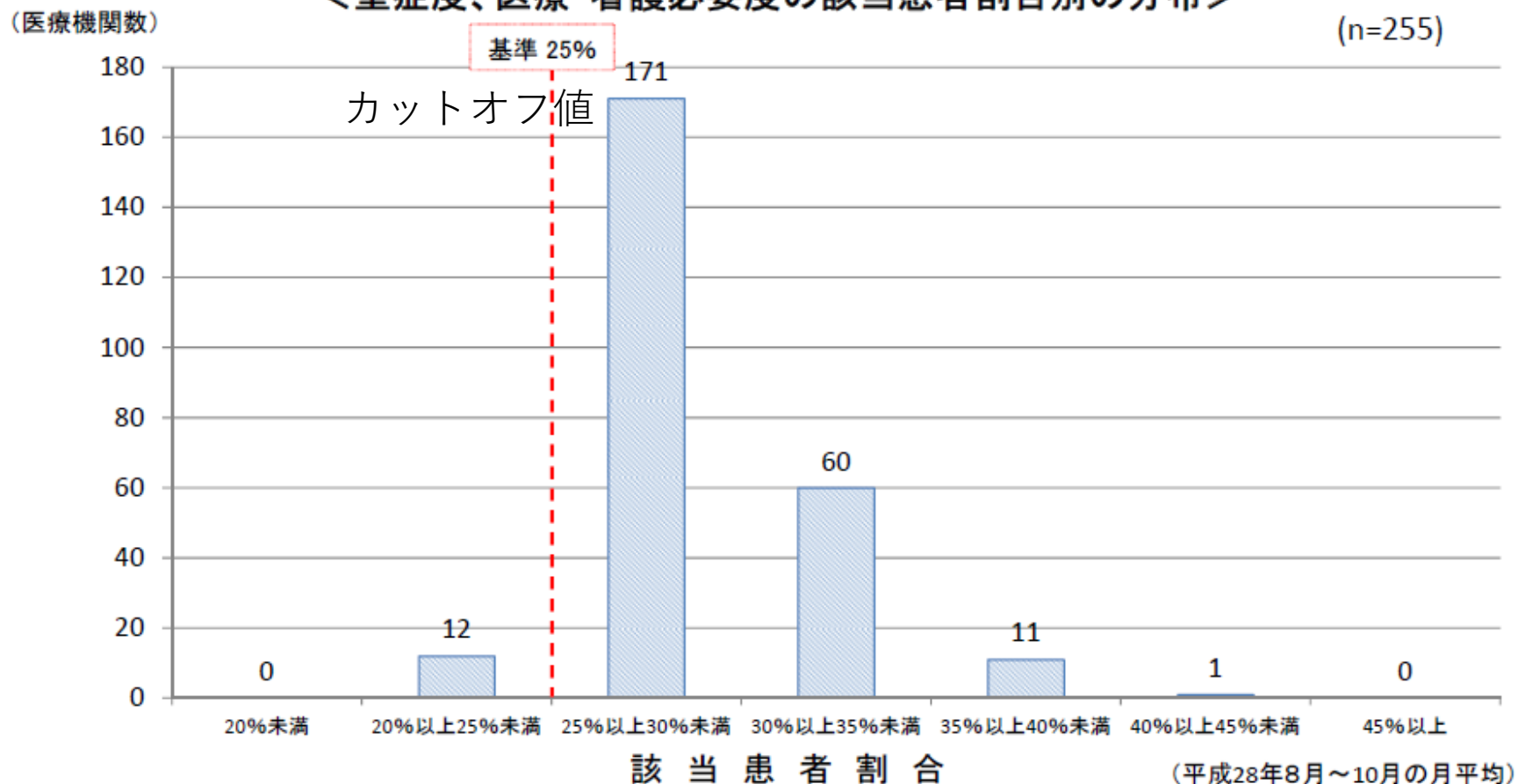
一般病棟（10対1）の加算による評価について

【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

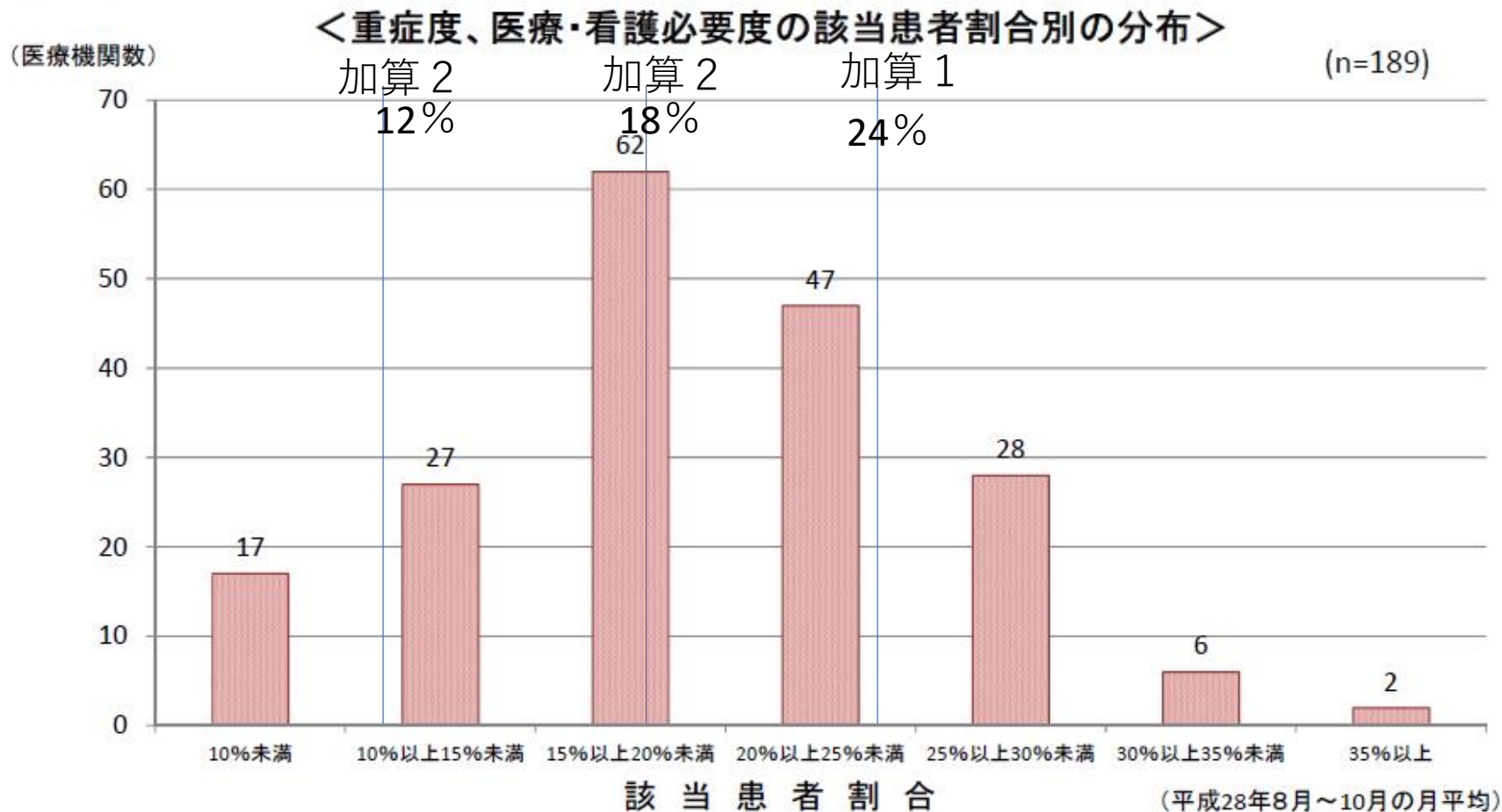
○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布>

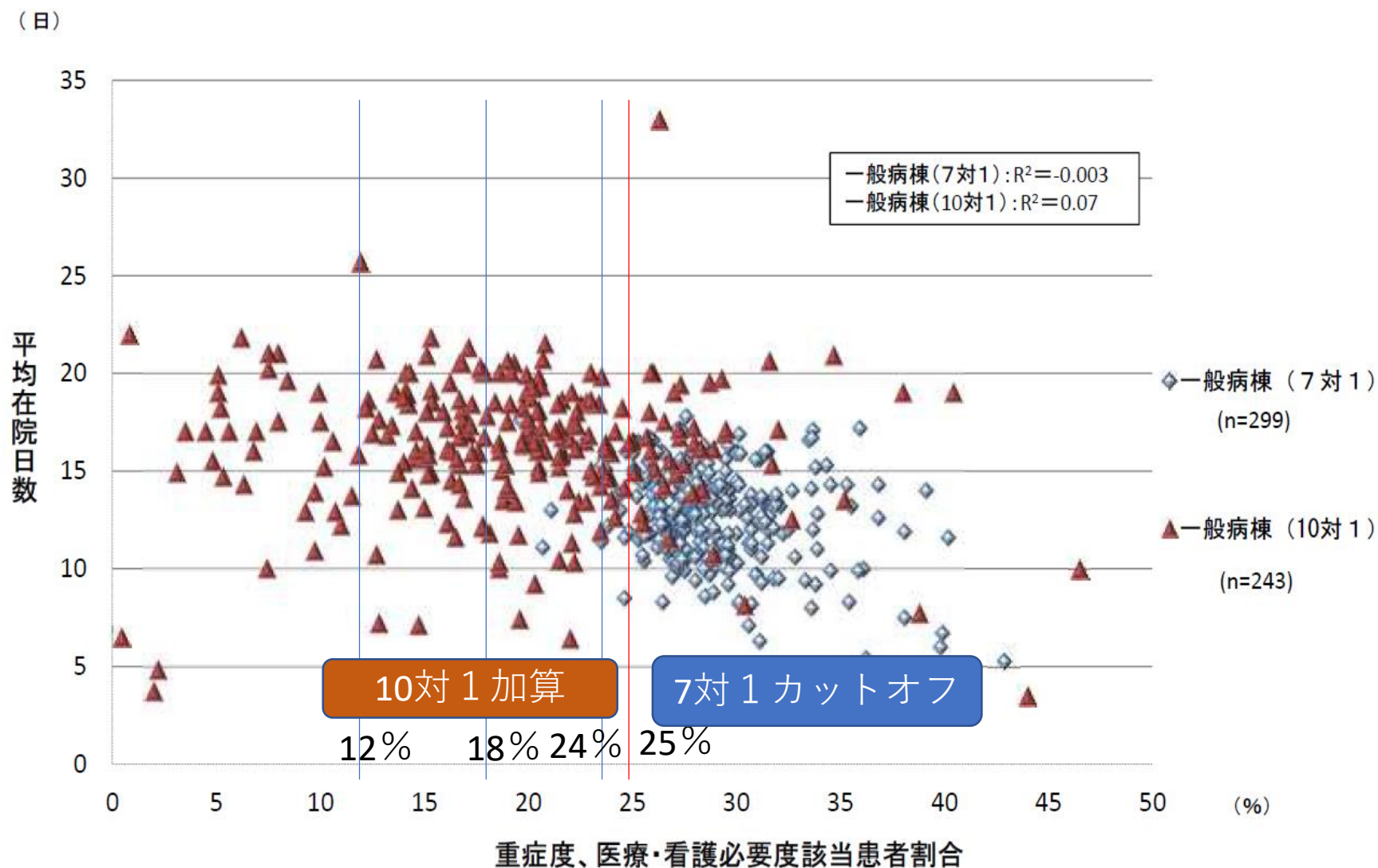


一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 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

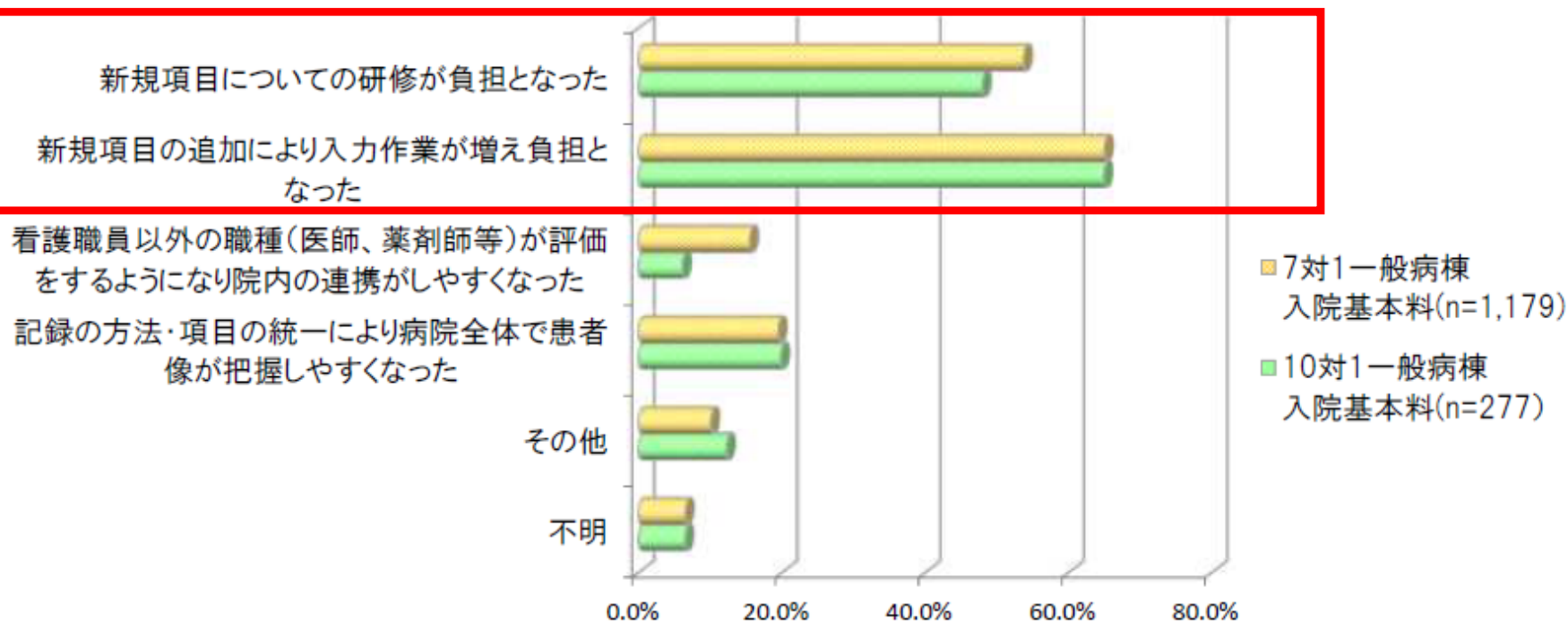
段階的に評価
してよいので
はないか？

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>



医療機能に応じた入院医療の評価について①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	
[A項目] 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) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 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	
[B項目] 8 寝返り 9 起き上がり 10 座位保持 11 移乗 12 口腔清潔 13 食事摂取 14 衣服の着脱	



改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、 A項目3点以上又はC項目1点以上	
[A項目] 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) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 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、 ⑪ 無菌治療室での治療	
8 救急搬送後の入院	
[B項目] 9 寝返り (削除) (削除) 10 移乗 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 診療・療養上の指示が通じる 15 危険行動	
[C項目] 16 開頭手術 17 開胸手術 18 開腹手術 19 骨の手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術 22 救命等に係る内科的治療 ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療	

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	Dファイル
	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	
	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。



まずはシミュレーションしてみは？

日々の状態把握は必要

必要度と診療報酬区分はそもそも概念が異なるので、シミュレーションは時間のムダ

A項目、C項目の置き換えシミュレーションを行ってみては？

2017年9月6日入院医療分科会

重症度、医療・看護必要度
DPCデータを用いた
分析結果

(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。

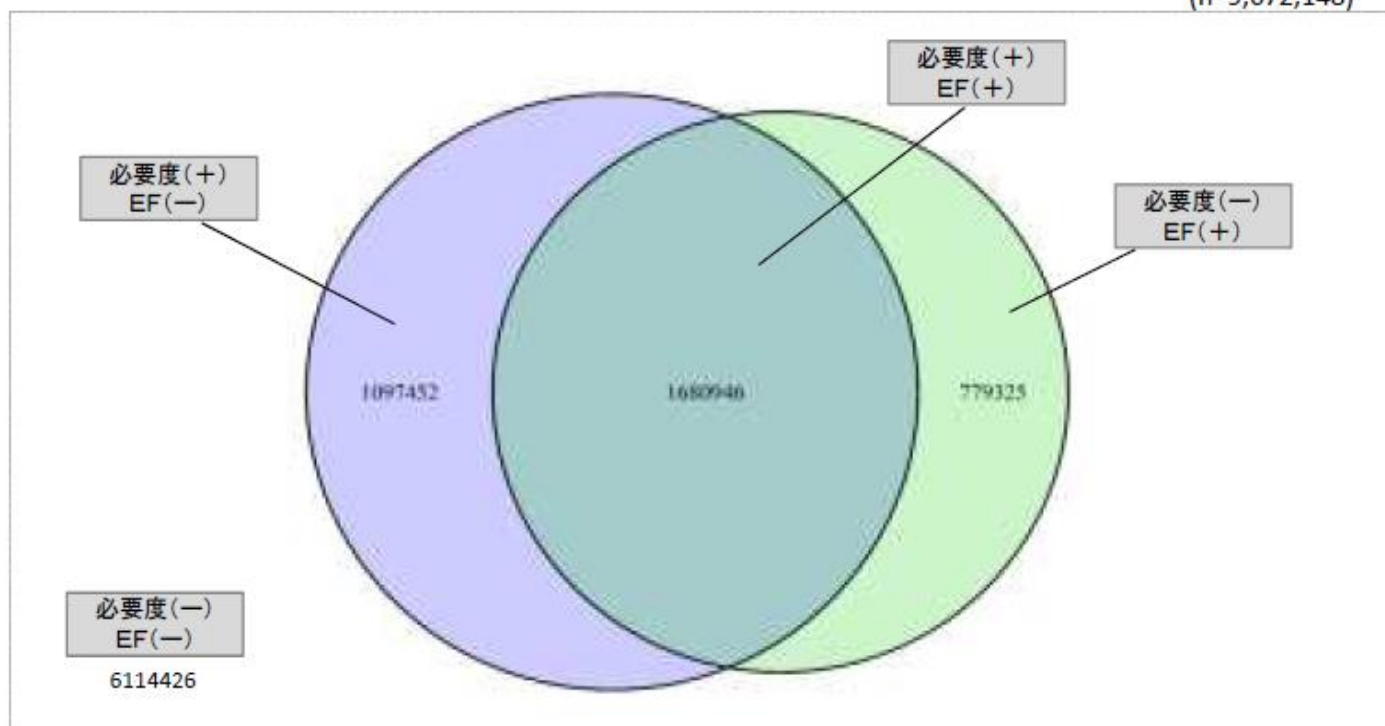
係数(絶対値)	評価
~0.2	ほとんど関連なし
0.2~0.4	弱い関連あり
0.4~0.7	中程度の関連あり
0.7~1	強い関連あり

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

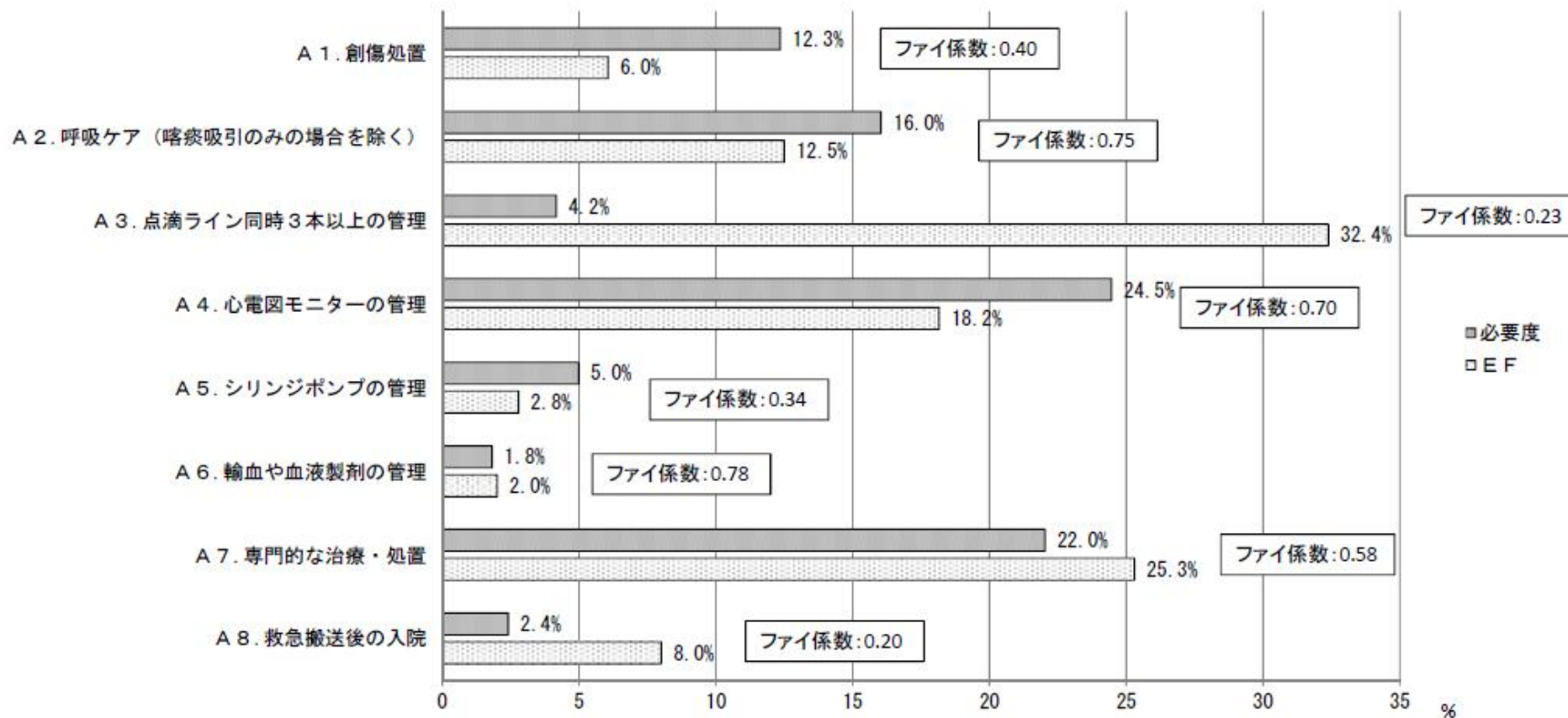
(n=9,672,148)



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)>

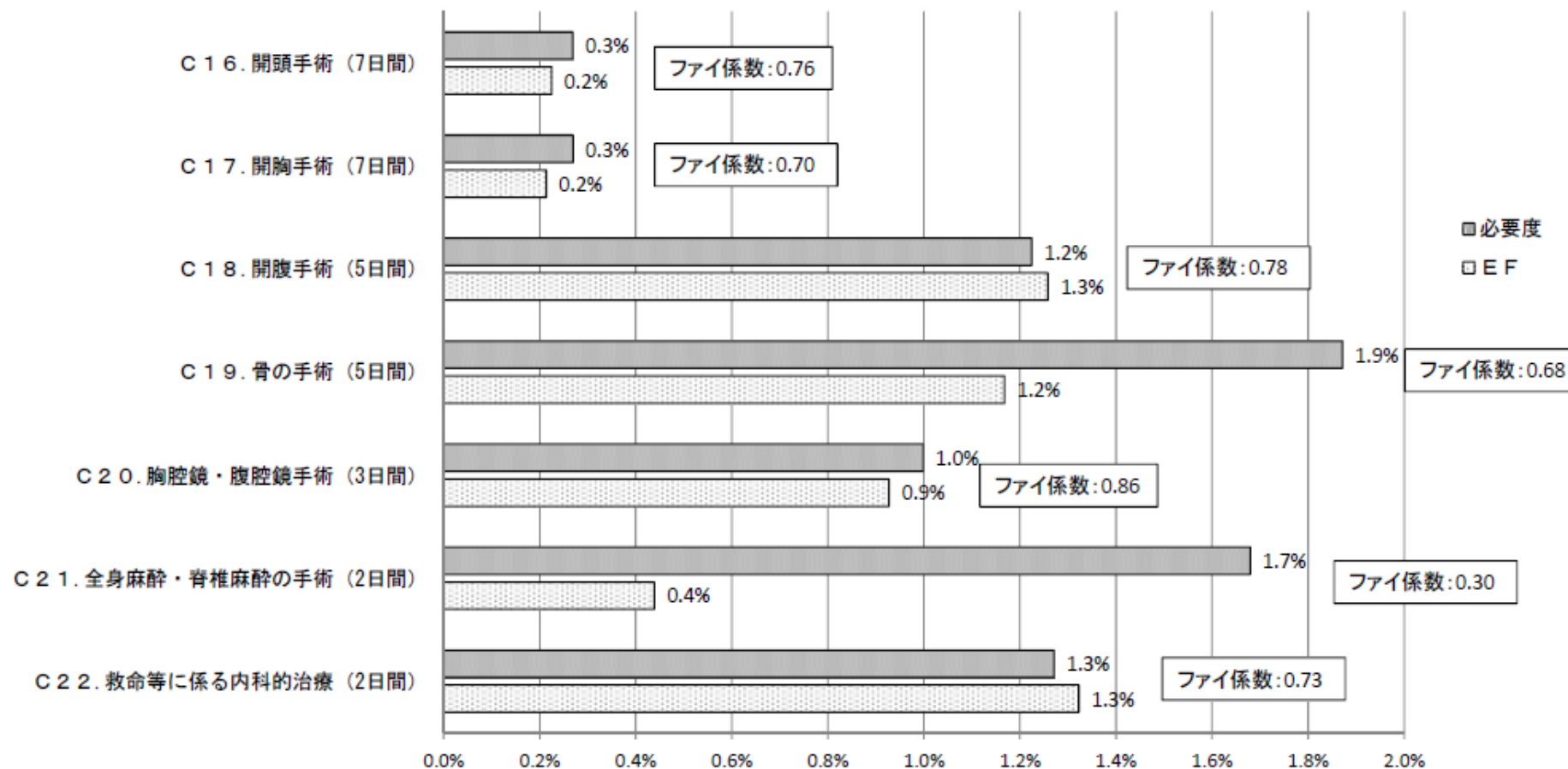
(n=9,672,148)



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))



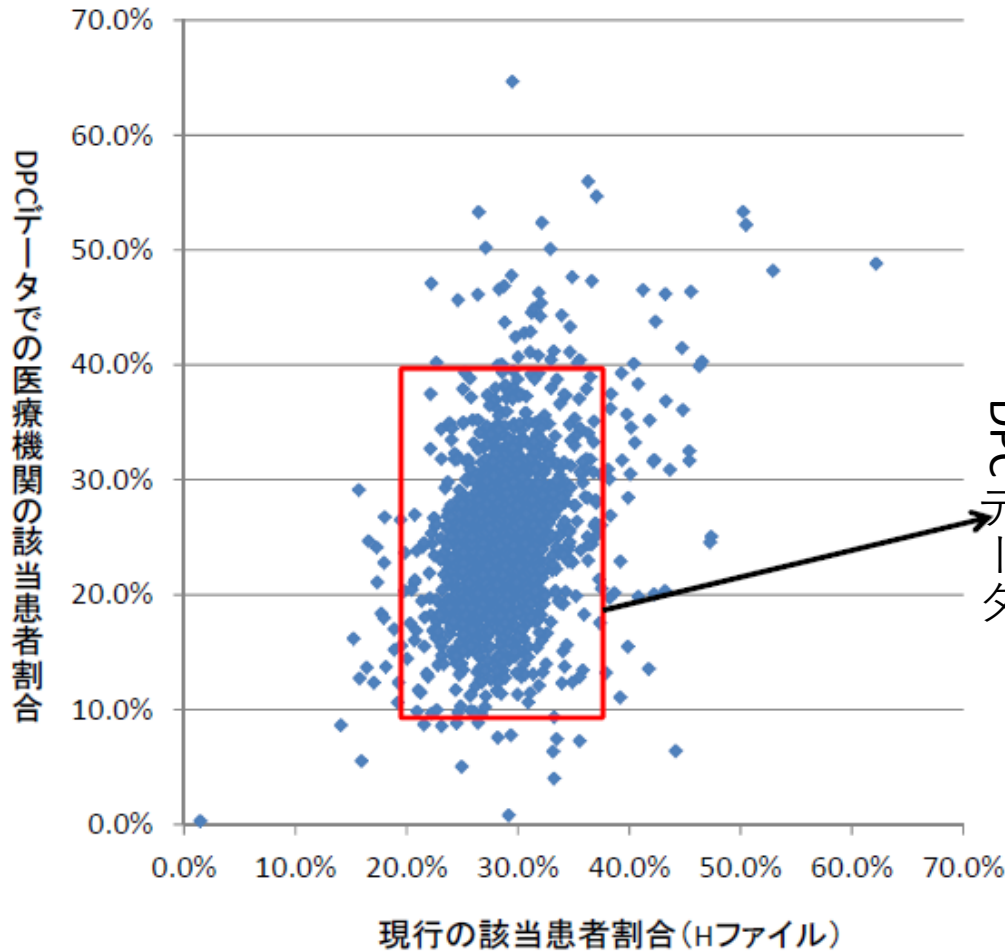
該当患者割合の差を項目別にみると、主にA項目での差が大きい。

差の理由として考えられるのは、

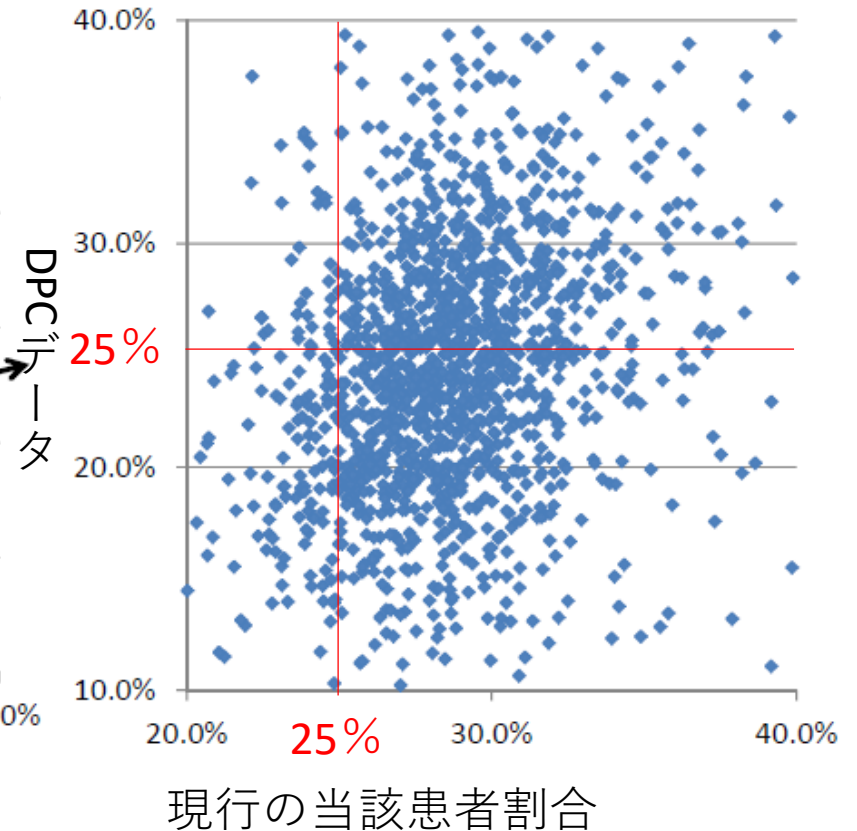
- 「創傷処置」「呼吸ケア」「心電図モニターの管理」「シリンジポンプの管理」に対応する請求項目は、医療機関においてEFファイルに入力していない可能性がある。
- 「点滴ライン同時3本以上の管理」「救急搬送後の入院」については、重症度、医療・看護必要度の定義と請求における規定とがずれているためと考えられる。
- 薬剤については、処方日と実際に投与した日とがずれている可能性がある。
- 「全身麻酔・脊髄麻酔の手術」については、現場の入力の際、他の手術項目とあわせて入力されている可能性がある。

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

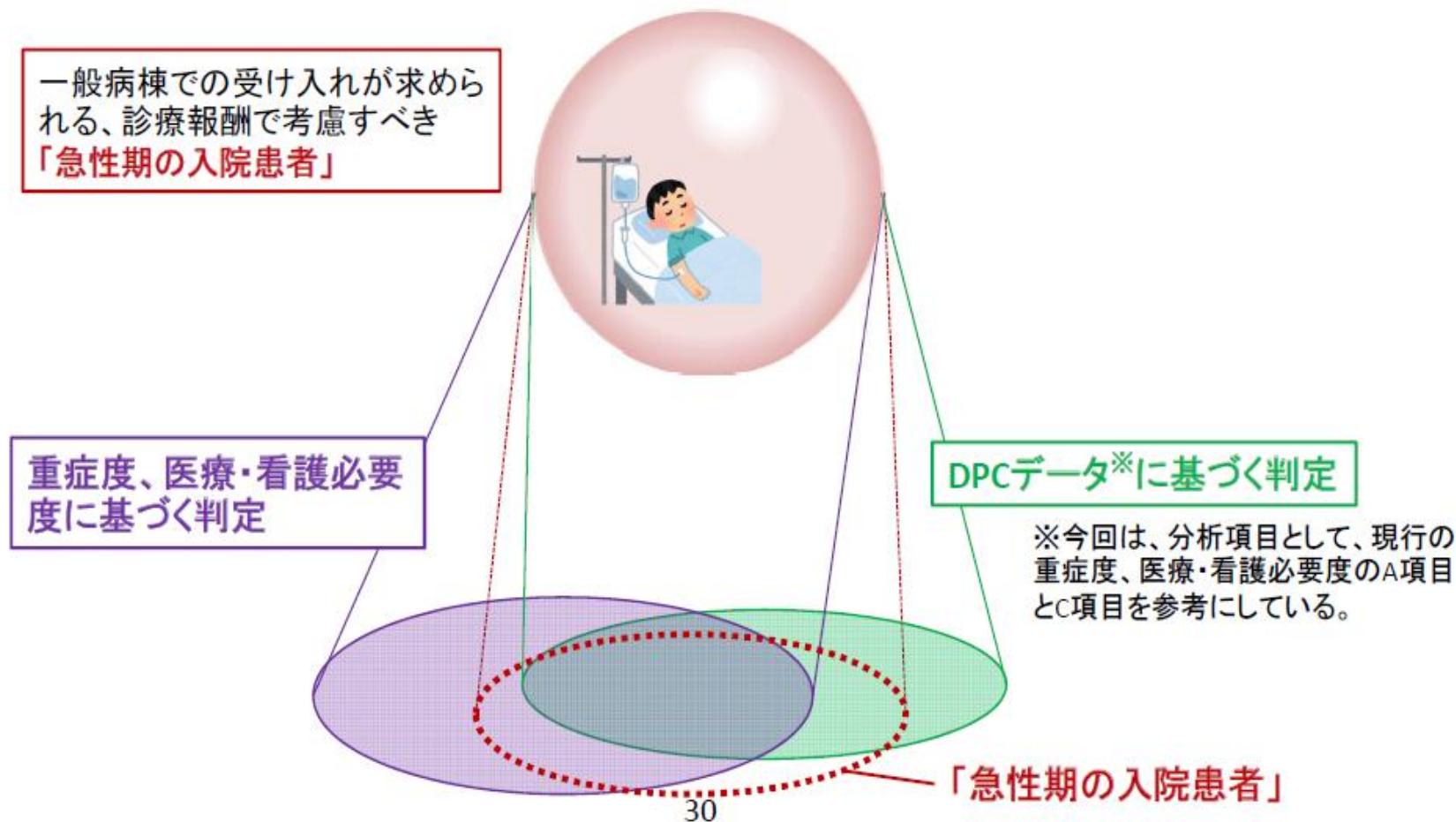
患者のプロフィールなども含めた分析が必要


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？

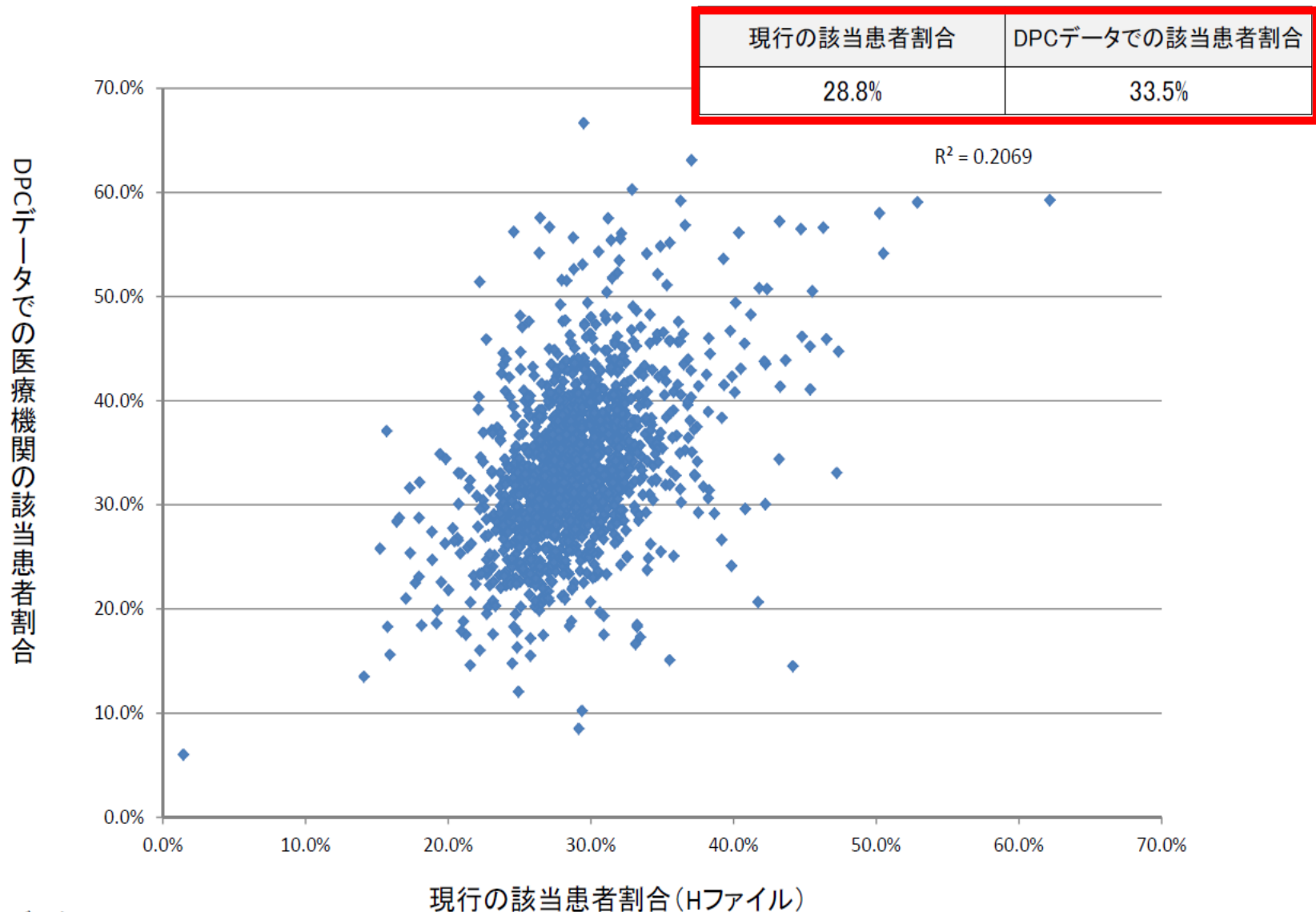
2017年11月9日
入院医療分科会



DPCデータの集計ミスがありました

中医協総会（2017年11月24日）

(n=1,495医療機関)



DPCデータを用いた追加分析

- 入院医療等の調査・評価分科会で行った分析について、分科会での意見を踏まえ、以下の内容を変更し、追加分析を行った。

【入院医療等の調査・評価分科会における検討結果 報告】より抜粋

A項目のうち、評価項目の定義と診療報酬の請求区分の表現・規定が明らかに異なるもの(前述の「点滴ライン同時3本以上の管理」等)を除くことで、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の範囲内で、DPCデータを用いた該当患者割合が判定できる可能性があると考えられる。

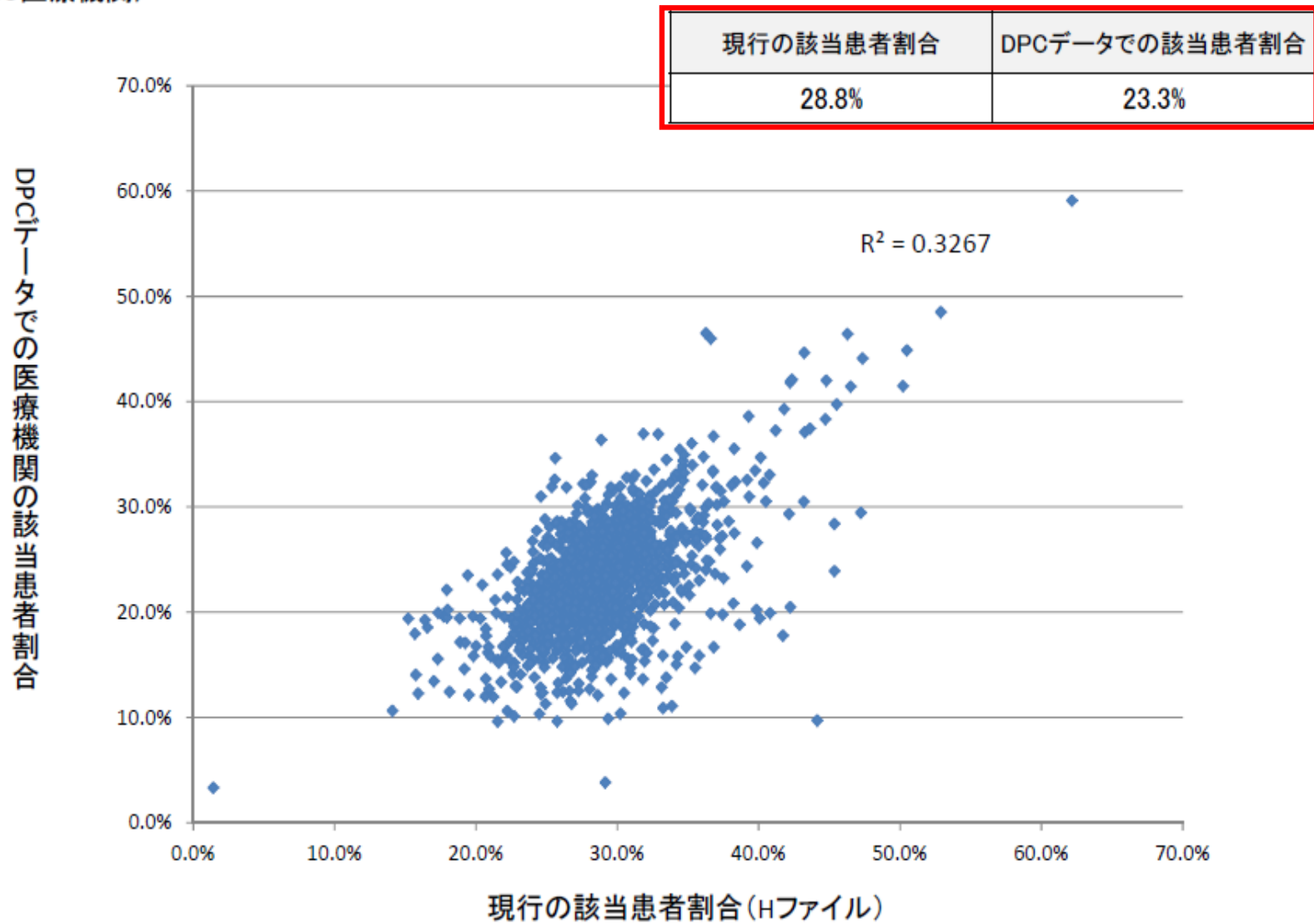


【追加分析要件】

- 「A3 点滴ライン同時3本以上の管理」のマスタから、「G004 点滴注射」に関連する項目を削除
- 項目から「A8 救急搬送後の入院」を削除
- 「A7⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」のマスタから、静脈内留置ルート内の血液凝固の防止に関連する薬剤を削除
- 「C21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の集計方法の見直し(C項目の重複を削除)

追加分析結果⑤

(n=1,495医療機関)



中医協総会2017年12月6日

重症度、医療・看護必要度の
3項目見直しの影響



調査課教理企画

重症度、医療・看護必要度の 項目見直し

- ①B項目
 - 認知症・せん妄に関する項目について、A項目1点以上に該当する場合は重症患者とみなす
- ②A項目
 - 救急搬送後の入院（2日間）は救急医療管理加算1・2の算定（2日間）に変更する
- ③C項目
 - 開腹手術（5日間）は該当期間を短縮する

7対1一般病棟における認知症・せん妄患者②

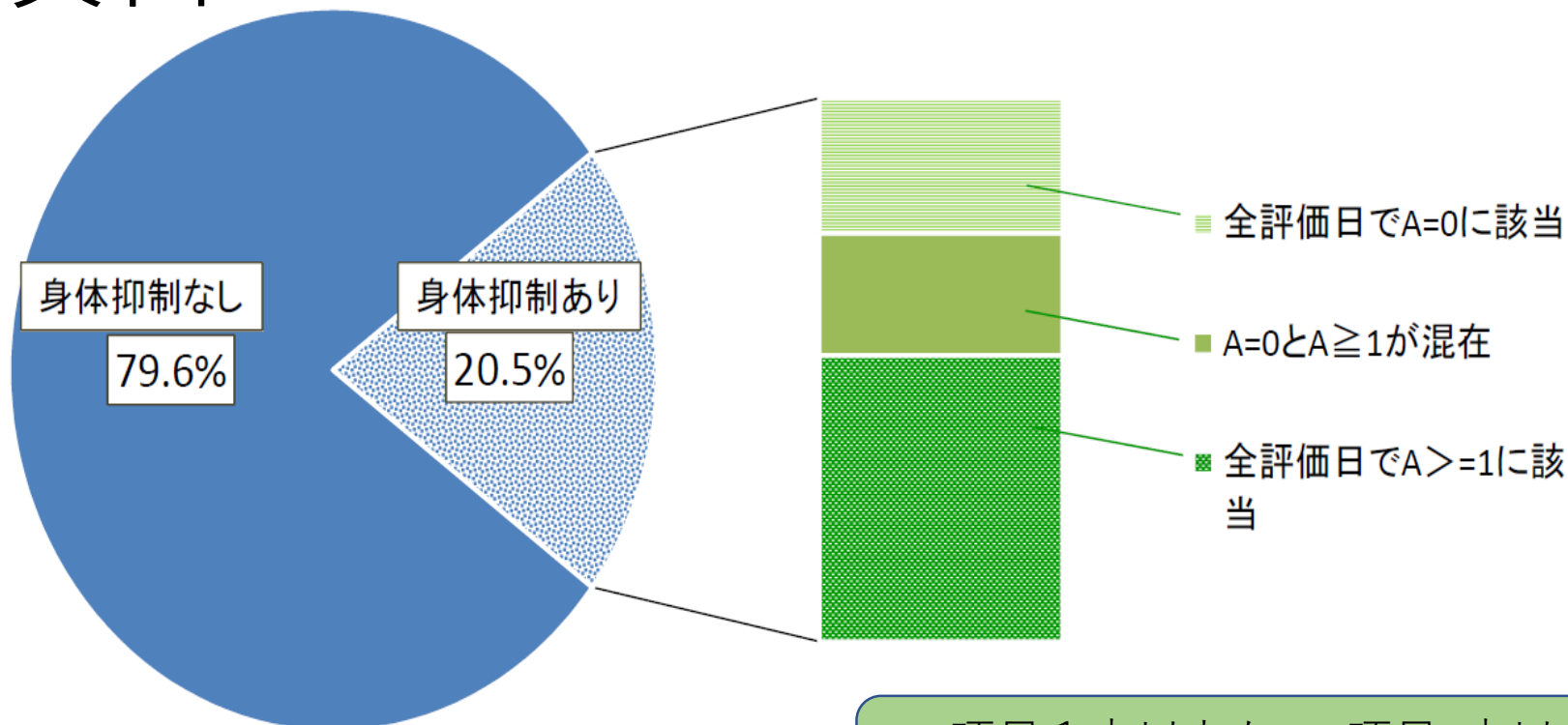
診調組 入-1
29.11.2

- B項目の「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に該当する患者のうち、「身体抑制あり」の患者は、約2割である。身体抑制「あり」の患者は、全評価日でA項目1点以上に該当する者が多い。

B項目

＜ B項目「診療・療養上の指示が通じる」もしくは「危険行動」に
該当する患者の身体抑制の有無＞

(n=2,712)



(参考) 全患者のうち「身体抑制あり」の割合…4.9%

A項目1点以上かつB項目3点以上
でも重症患者該当とする

A項目

救急搬送後の入院（2日間）は救急医療管理加算1・2の算定（2日間）に変更する

平成28年度診療報酬改定

（参考）小児医療・周産期医療・救急医療の充実（平成28年度診療報酬改定）

○ 救急医療管理加算の算定要件を見ると、入院経路を問わず、救急医療の対象となる患者を状態等で定義している。

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

平成28年度改定前

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

【救急医療管理加算1の対象患者】

- 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の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、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

平成28年度改定後

救急医療管理加算1 900点
救急医療管理加算2 300点（1日につき、7日まで）

【救急医療管理加算1の対象患者】

- 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、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

【救急医療管理加算2の対象患者】

アからケまでに準じる重篤な状態にあって、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



C項目の所定日数と退院日との関係(推計値)

診調組 入-1
29.11.2

- DPCデータによる分析に用いたマスタ(※)を用いてC項目の所定日数と退院日との関係をみると、該当患者のうち所定日数未滿に退院した患者は、「18 開腹手術(5日間)」では該当患者の17.0%、「17 開胸手術(7日間)」では10.4%を占めた。

	該当する実患者数	手術日から所定日数未滿で退院した患者数	割合
16 開頭手術 (7日間)	2,280人	195人	8.6%
17 開胸手術 (7日間)	3,463人	360人	10.4%
18 開腹手術 (5日間)	30,291人	5,144人	17.0%
19 骨の手術 (5日間)	12,219人	1,162人	9.5%
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間)	32,264人	1,389人	4.3%
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (2日間)	26,137人	75人	0.3%
22 救命等に係る内科的治療 (2日間)	58,609人	255人	0.4%

{留意点}

- ・手術実施日はDPCデータによる分析に用いたマスタ(※)の該当手術がEFファイルに報告された日で判定
- ・退院日Hファイルに記載された退院日で判定
- ・退院には死亡退院が含まれる

重症度、医療・看護必要度の 項目見直しの影響

- ①B項目の定義の変更→+4~5%
 - 認知症・せん妄に関する項目について、A項目1点以上に該当する場合は重症患者とみなす（A項目1かつB項目3以上でも重症患者とみなす）
- ②A項目の定義の変更→+1~2%
 - 救急搬送後の入院（2日間）は救急医療管理加算1の算定（2日間）に変更する
- ③C項目の期間の変更→-1~0%
 - 開腹手術（5日間）は該当期間を4日に短縮する

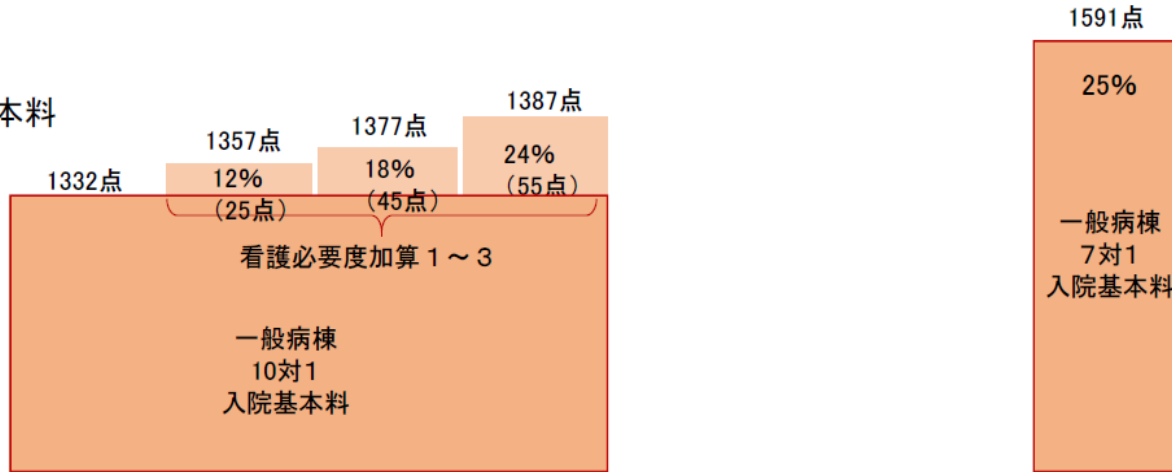
○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？
○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ（EF統合ファイル）に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会（2017年11月24日）

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】

一般病棟入院基本料

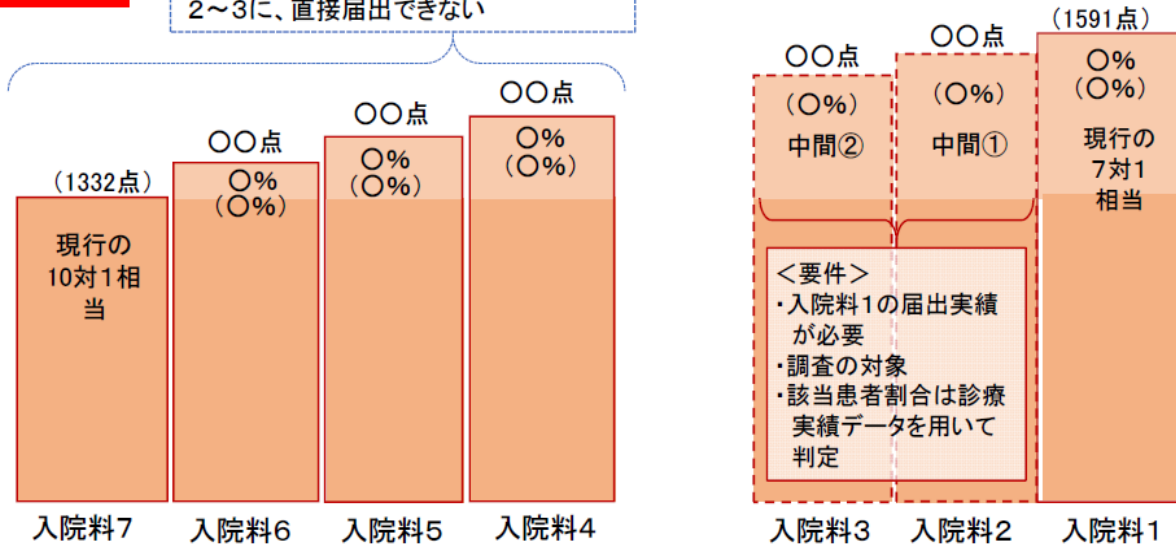


【平成30年度改定の見直し（案）】

急性期一般入院基本料

入院料1(7対1)の届出実績が必要であり、入院料4~7(10対1)から入院料2~3に、直接届出できない

現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に



- <要件>
- ・入院料1の届出実績が必要
 - ・調査の対象
 - ・該当患者割合は診療実績データを用いて判定

【実績部分】
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
(※括弧内は、診療実績データを用いた場合の基準値)

【基本部分】

現行の重症度、医療・
看護必要度での該当患
者割合を30%以上に引
き上げるべき！

25%を維持！

「30%以上」で公益
裁定とする！

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較②(パーセンタイル値との関係)

現行の定義による該当患者割合(従来の判定方法)(%)	パーセンタイル値(%tile)	見直し後の定義による該当患者割合	
		従来の判定方法 (%)	実績データによる判定方法 (%)
29.9	67.1	35.0	31.2
29.6	63.9	34.5	30.7
29.1	59.0	34.0	30.1
28.9	55.3	33.5	29.6
28.6	51.9	33.0	29.1
28.2	46.8	32.5	28.4
27.9	42.6	32.0	27.7
27.5	37.5	31.5	27.0
27.2	33.2	31.0	26.6
26.9	30.1	30.5	26.1
26.6	26.6	30.0	25.6
26.2	22.7	29.5	25.0
25.8	19.2	29.0	24.3
25.4	15.9	28.5	23.7
25.0	13.0	28.0	23.0
24.7	10.7	27.5	22.5
24.1	8.4	27.0	21.7
23.7	6.6	26.5	21.2
23.5	5.7	26.0	20.7
22.9	4.6	25.5	20.1
22.4	3.6	25.0	19.6

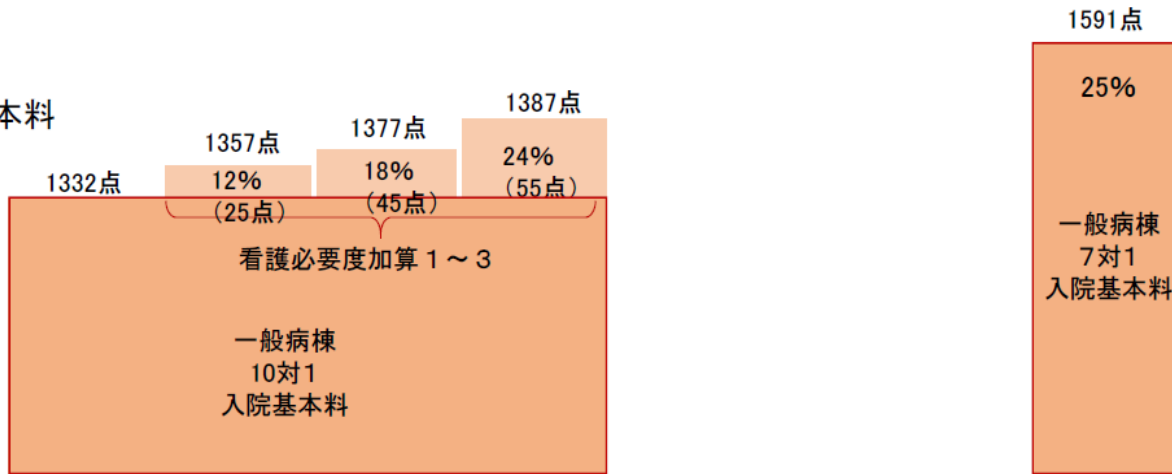
中医協答申
2017年2月7日



一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】

一般病棟入院基本料



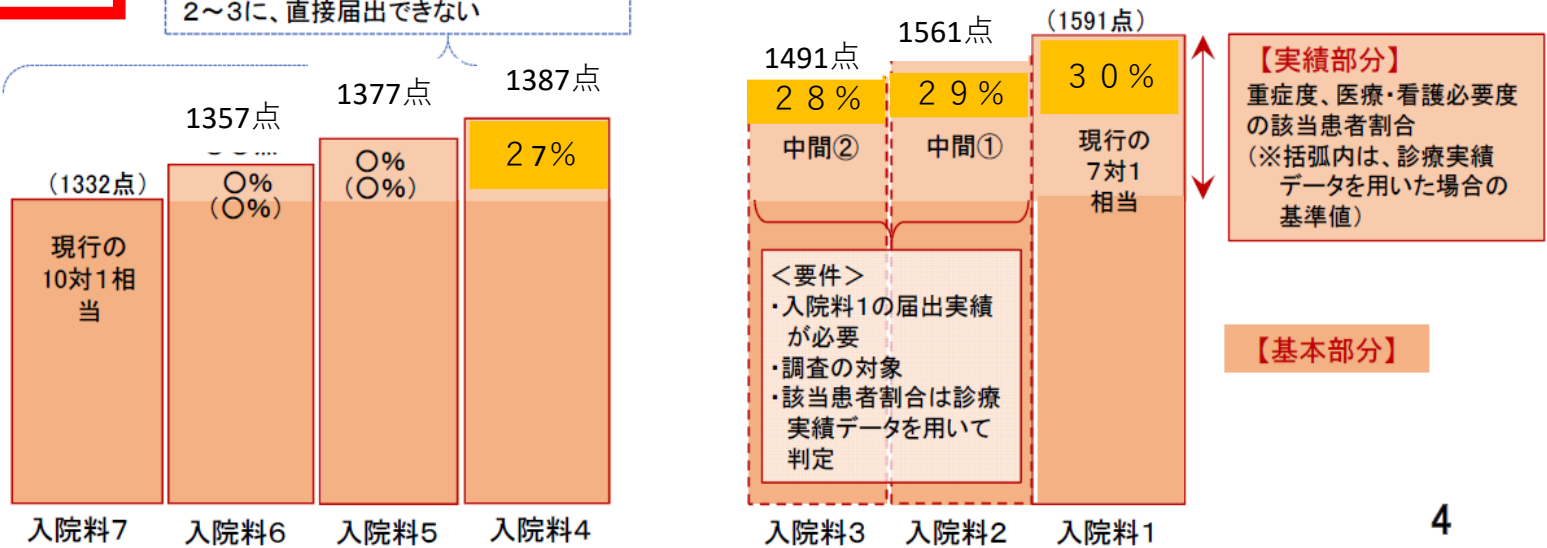
7対1が
消える！

【平成30年度改定の見直し（案）】

急性期一般入院基本料

入院料1(7対1)の届出実績が必要であり、入院料4~7(10対1)から入院料2~3に、直接届出できない

現行の7対1について
ニーズに応じた弾力的かつ
円滑な対応を可能に



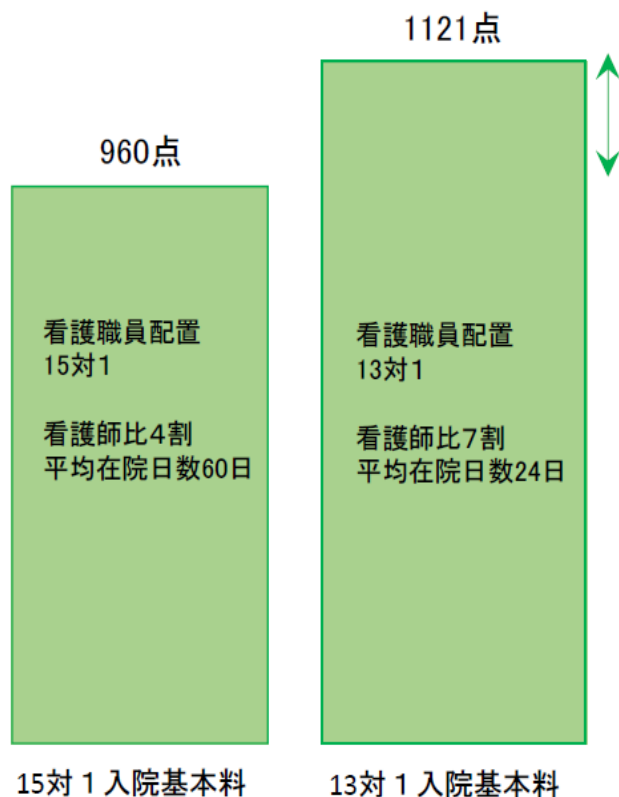
30点差、100床あたり1100万円の減収

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

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

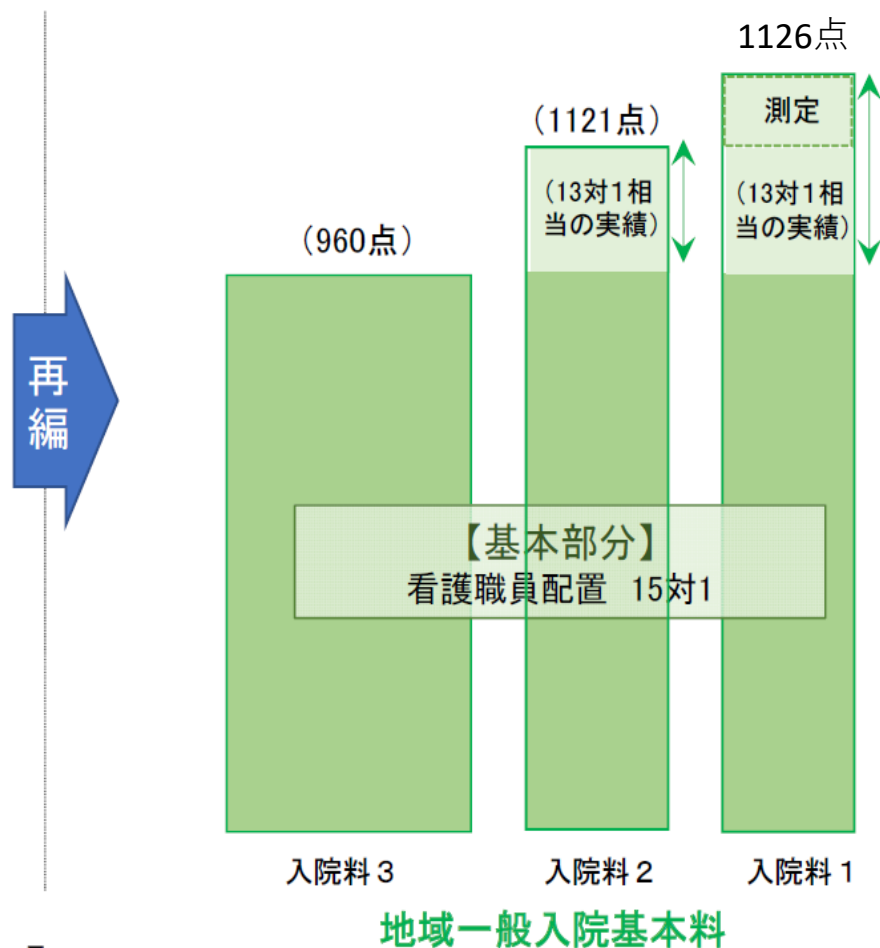
【現行】



【平成30年度改定の見直し(案)】

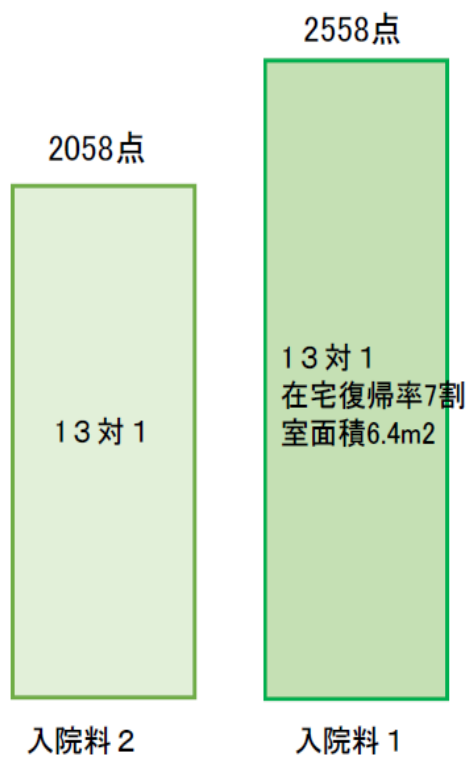
【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



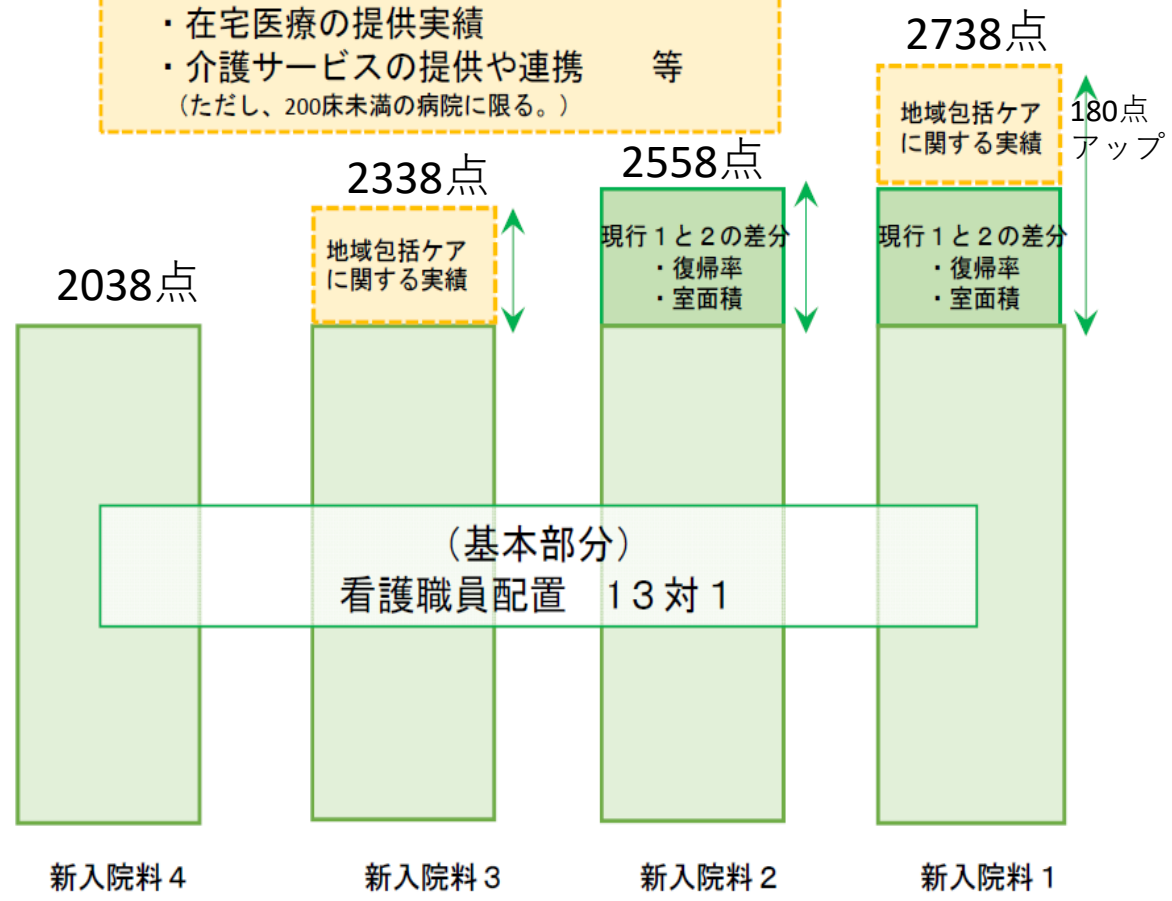
【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
- ・ 在宅医療の提供実績
- ・ 介護サービスの提供や連携 等

(ただし、200床未満の病院に限る。)

・ 自宅からの入院患者割合10%以上
・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



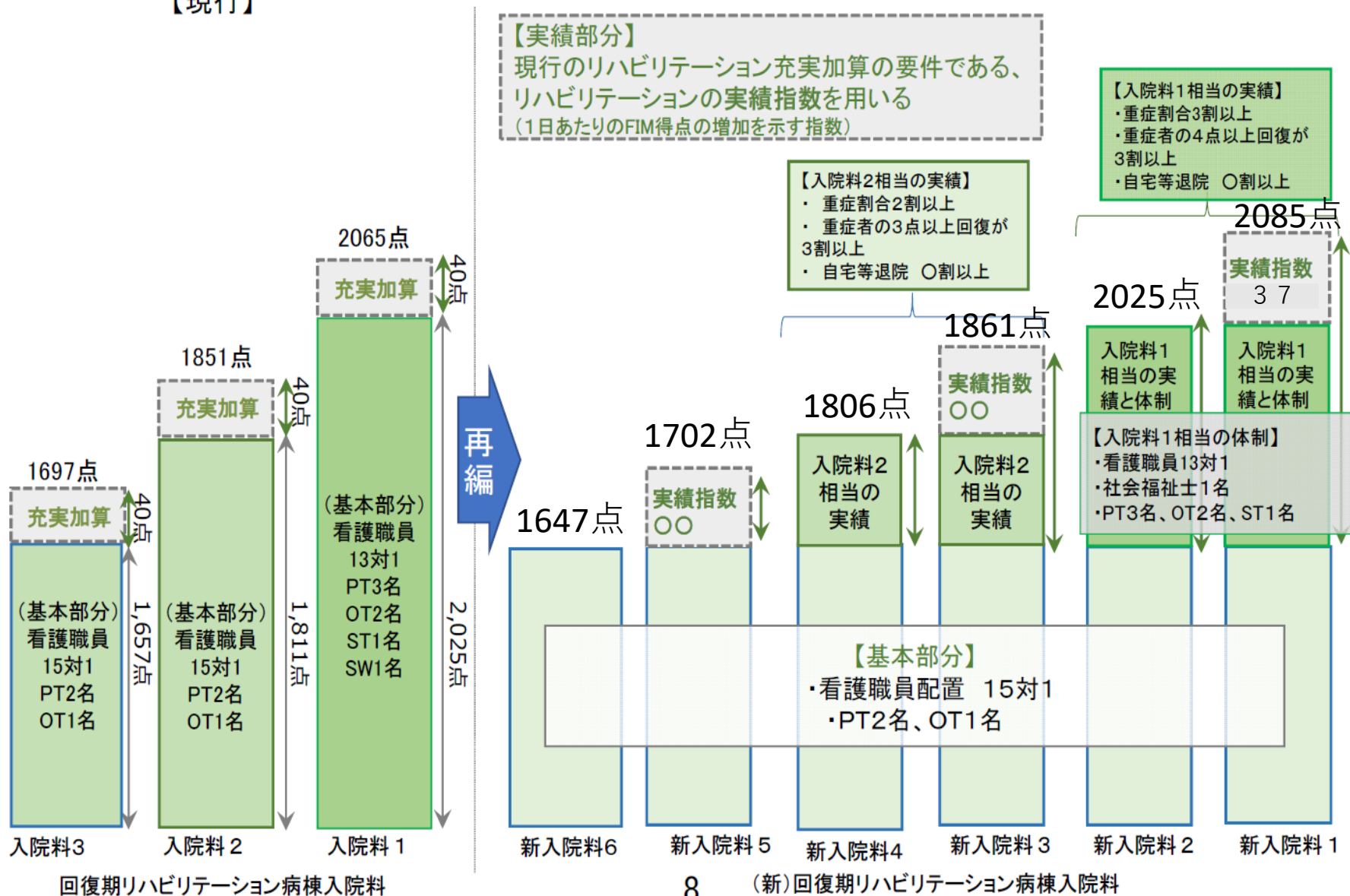
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し(案)】



療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し（案）】

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合

経過措置
療養2の95/100
を算定

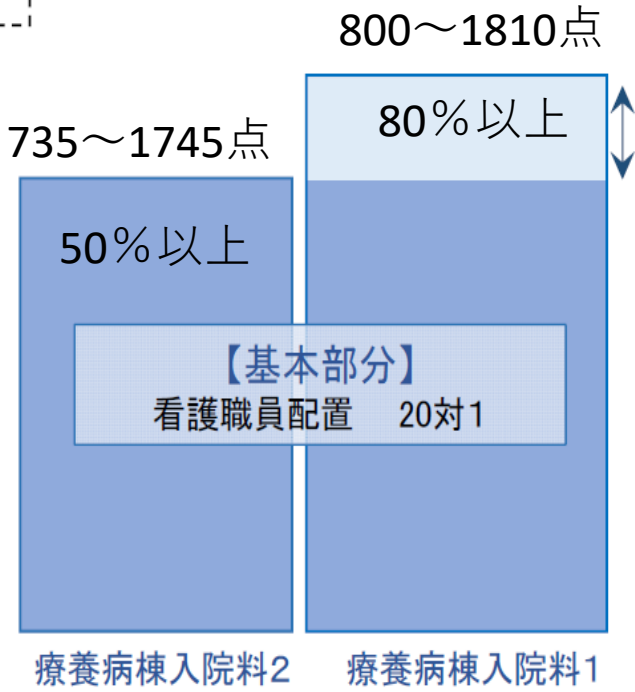
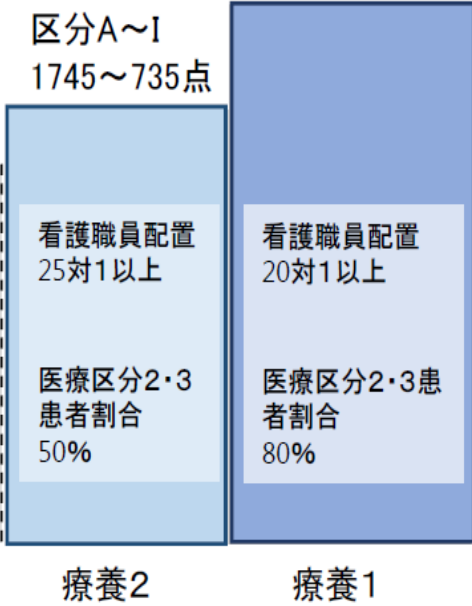
経過措置2
〇〇入院料の▲
/100を算定

経過措置1
〇〇入院料の●
/100を算定

(25対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合50%を満たさない)

看護職員配置30対1以上
(25対1を満たさない)

看護職員配置25対1以上
(20対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合〇%を満たさない)



療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料

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。

入院医療評価体系の論点(案)①

【論点(案)】

【入院医療の評価体系】

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応するため、入院医療の評価体系について、基本部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つを組合せた評価体系となるよう、現行の入院基本料を再編・統合してはどうか。
- 診療実績に応じた段階的な評価部分について、平成30年度改定では、現行の指標(必要な見直しを実施した上での重症度、医療・看護必要度及び医療区分)を用いることとしてはどうか。
- 診療実績に応じた評価は、多様な医療ニーズへの対応や、診療内容、患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をよりの確に把握できるような指標・評価手法が望ましいことから、今後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行ってはどうか。

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い】

- 再編・統合した新たな入院料の診療実績に応じた段階的な評価には、平成30年度改定では、現行の指標である、重症度、医療・看護必要度(ただし、項目についての見直しがあればそれらを反映)を用いてはどうか。なお、一定の基準を満たす医療機関が希望する場合には、EF統合ファイルによる判定を用いてもよいこととしてはどうか。
- 段階的な評価部分の基準値については、新たな評価体系への再編・統合を進める観点から、現在、経過措置となっている、
 - ・ 病棟群単位での届出医療機関、
 - ・ 200床未満の経過措置の対象となっている医療機関、が、新たな評価体系を選択できるよう一定の配慮を行うという前提で整理する方向で検討してはどうか。

(3) 在宅復歸率

在宅復帰率要件の変遷

【在宅復帰率要件】

医療機関における、在宅復帰に向けた取り組みや連携を評価

在宅復帰率
在宅復帰・病床機能連携率

【平成26年度診療報酬改定】

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

[計算式]

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

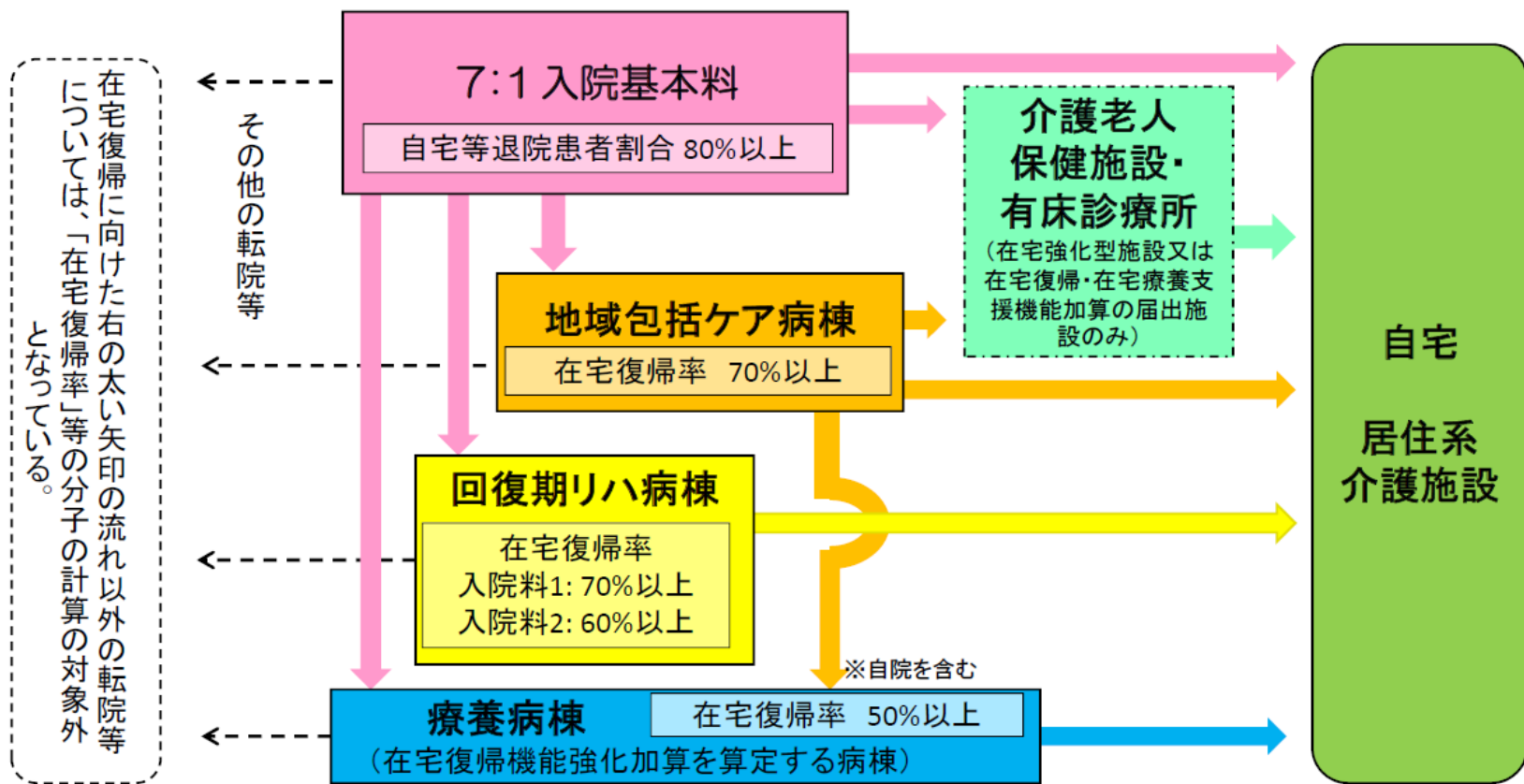
【平成28年度診療報酬改定】

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

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

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

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



在宅復帰率の算出方法

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

在宅復帰率

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

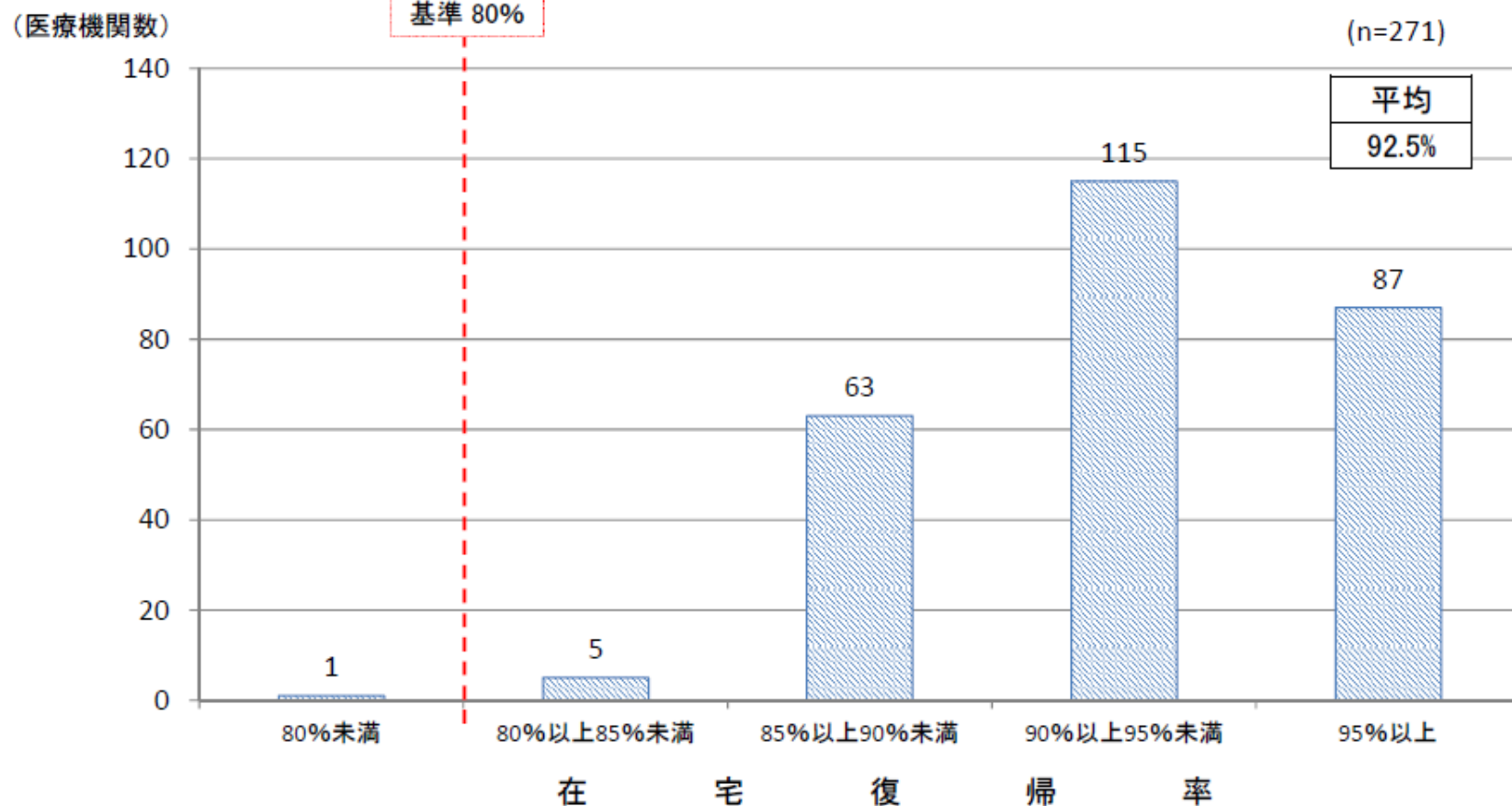
施設類型によって在宅復帰率の定義が異なる

一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
29.6.7

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

<在宅復帰率の医療機関分布>



在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ(見直し案)

【平成30年度改定の見直し(案)】

在宅復帰・病床機能連携率

急性期一般入院料1

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・地域包括ケア病棟
- ・回りハ病棟
- ・療養病棟
- ・有床診療所
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

- ・急性期一般入院料1から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

在宅復帰率

地域包括ケア病棟入院料

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・有床診療所(介護サービスを提供している医療機関に限る)
- ・介護医療院

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・地域包括ケア病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

回復期リハビリテーション病棟入院料

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・有床診療所(介護サービスを提供している医療機関に限る)
- ・介護医療院

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・一般病棟への転棟・転院患者・再入院患者を除く

(分子)

(分母)



医療機関間の連携に関する評価に係る論点(案)

【論点(案)】

- 現行の在宅復帰率については、自宅等への退院支援機能を評価するとの指標の目的や病棟毎の機能を踏まえつつ、以下の観点から見直してはどうか。
 - 1) 自院の他病棟への転棟患者は、指標の目的を踏まえ、評価対象(分子)に含まない取り扱いとする
 - 2) 在宅復帰機能強化加算有りの場合のみが評価対象となっている退院先については、実際の退院調整では加算の有無で区別はないこと等から、加算無しの退院先も評価対象(分子)に含める取り扱いとする
 - 3) 見直しの影響を検証できるよう、自宅等への退院患者と、他の医療機関への退院患者とを区別した内容で報告を求める
- 介護報酬では、医療機能を内包した新たな施設類型として、介護医療院が創設される予定であり、現行の介護療養型医療施設や介護老人保健施設の要件を参考に検討されている。在宅復帰率の退院先における介護医療院の取り扱いについて、どのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟については、基準値を大幅に上回る医療機関が多数存在することから、本評価指標が、早期退院のインセンティブとなるよう、基準値を引き上げてはどうか。
- 在宅復帰率の名称については、本評価項目の評価内容をよりの確に反映する観点から、評価対象に医療機関を含む場合は「地域医療連携率」や自宅等のみの場合は「自宅等退院率」などといった名称に見直してはどうか。

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

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

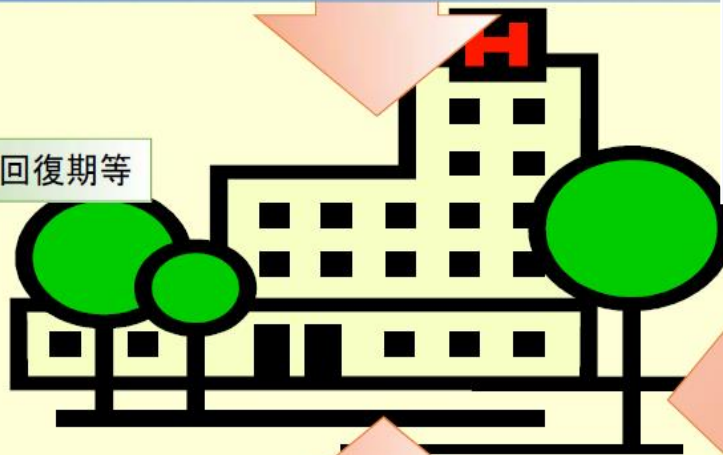


急性期

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

長期療養
介護等



介護施設等

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



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

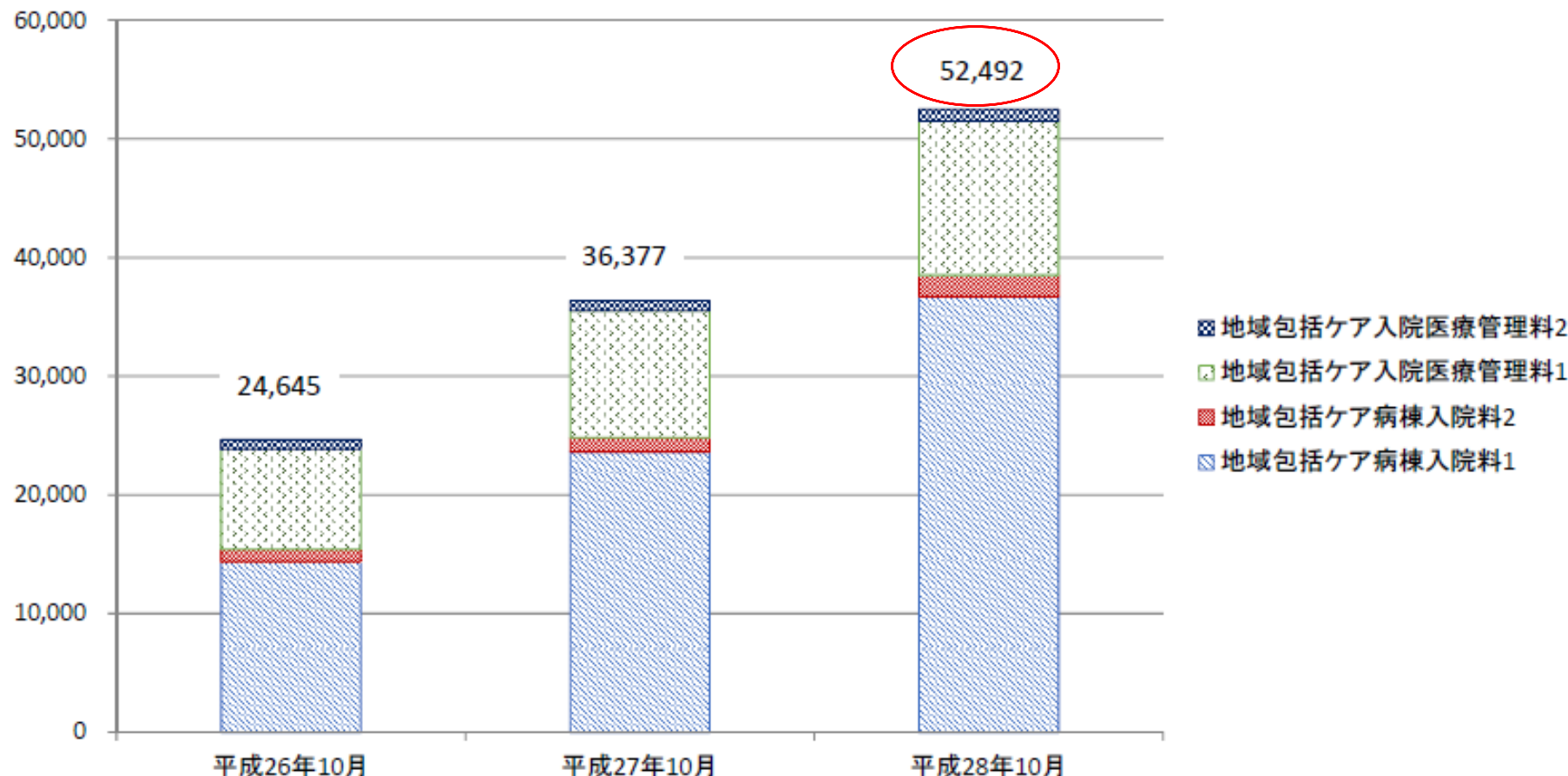
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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)

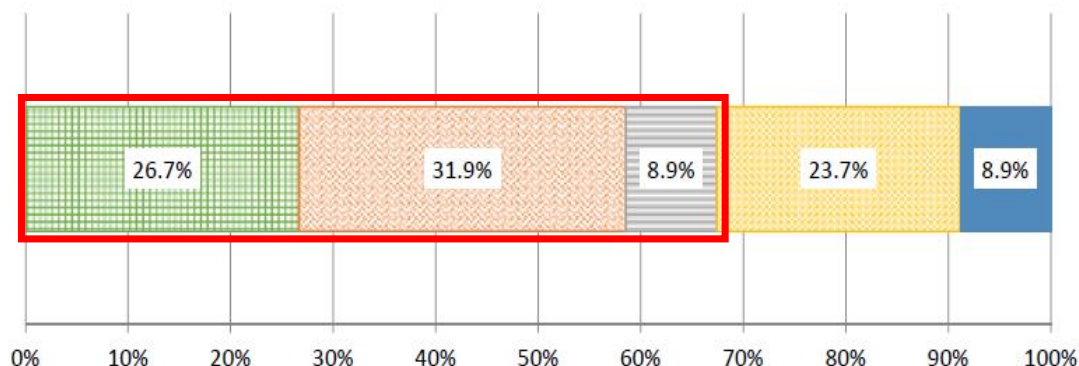
自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	一般病床		1.4%
		地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0.9%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所		在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.2%
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	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。

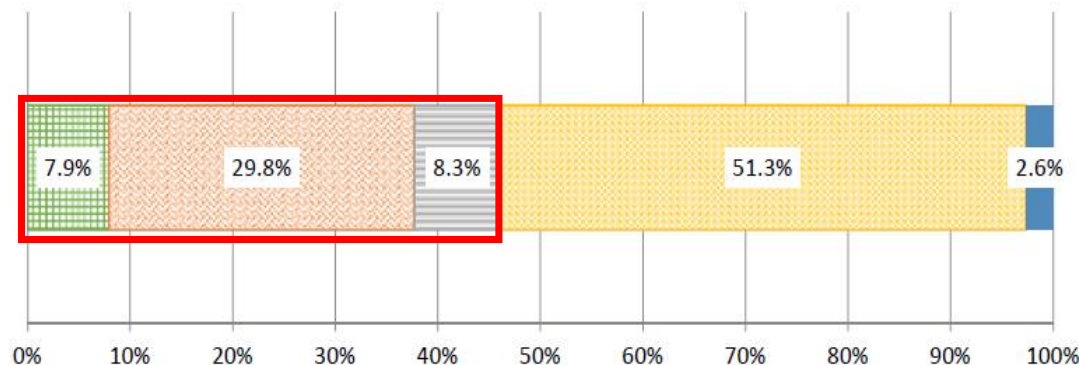
＜医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細＞

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

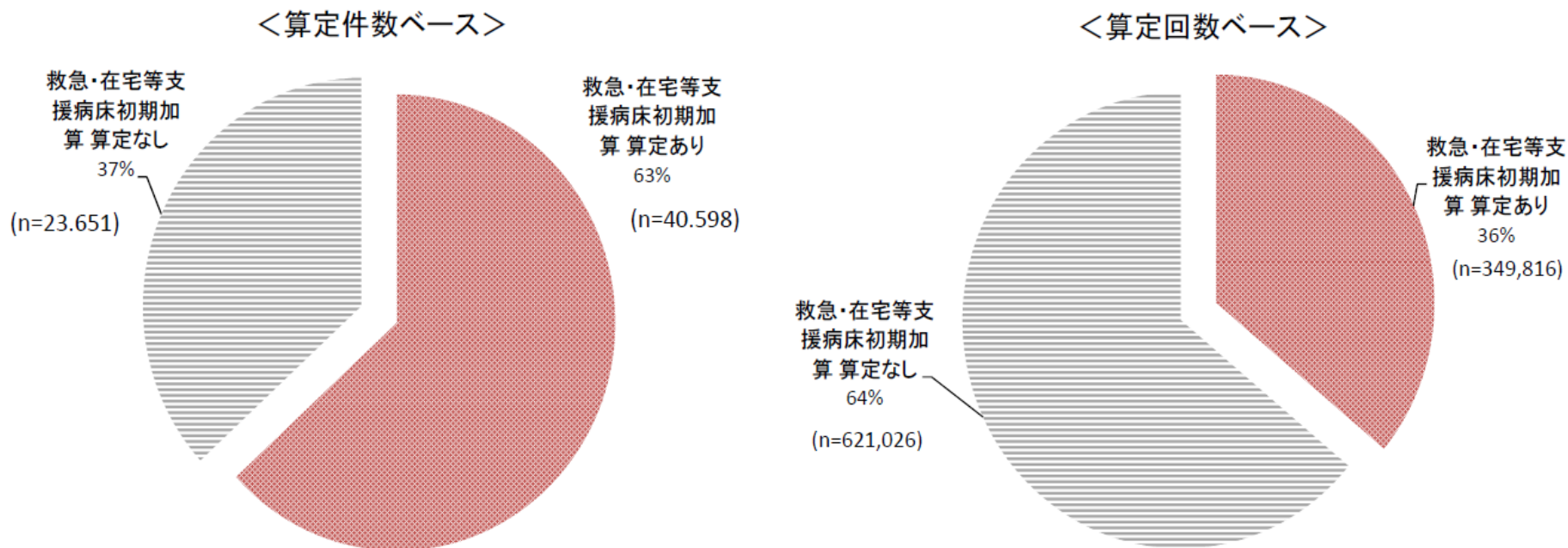
2017年8月24日 入院医療分科会

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③ 回復期リハビリ病棟



2017年10月25日 中医協

参考

平成28年度診療報酬改定(質の高いリハビリテーションの評価等)

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

▶回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

平成28年度 改定前

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



現行

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数) / (疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

1. 回復期リハビリのアウトカム評価における質の高いリハビリ

◆ ペナルティーは早ければH29年4月から

回復期リハビリ病棟では、アウトカム評価を導入し、「一定の水準に達しない」医療機関は、1日6単位を超えるリハビリは入院料に包括するペナルティーが導入される。

具体的には、

- ◆ 過去6カ月間に回復期リハ入院料を算定する患者に提供した疾患別リハビリの1日平均単位数
- ◆ 同期間に回リハ病棟から退棟した患者に提供したリハのアウトカム(算出式は下記参照)

を3カ月ごとに評価。

結果が「6単位以上」かつ「27点未満」だと「実績が一定の水準」に達しないとみなされ、それが2回続くとペナルティーが科される。

なお、同期間に同入院料を算定した患者数が10人未満なら、「実績が一定の水準に達しない」とみなされることはない。

【回リハ病棟におけるアウトカムの計算式】

各患者の「FIM利得(運動)」の総和

各患者の「入院日数/回リハの上限日数」の総和

= **27未満**

○在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者と在棟中に死亡した患者は除外

○入棟日において下記の患者は毎月の入棟患者数の30/100を超えない範囲で除外

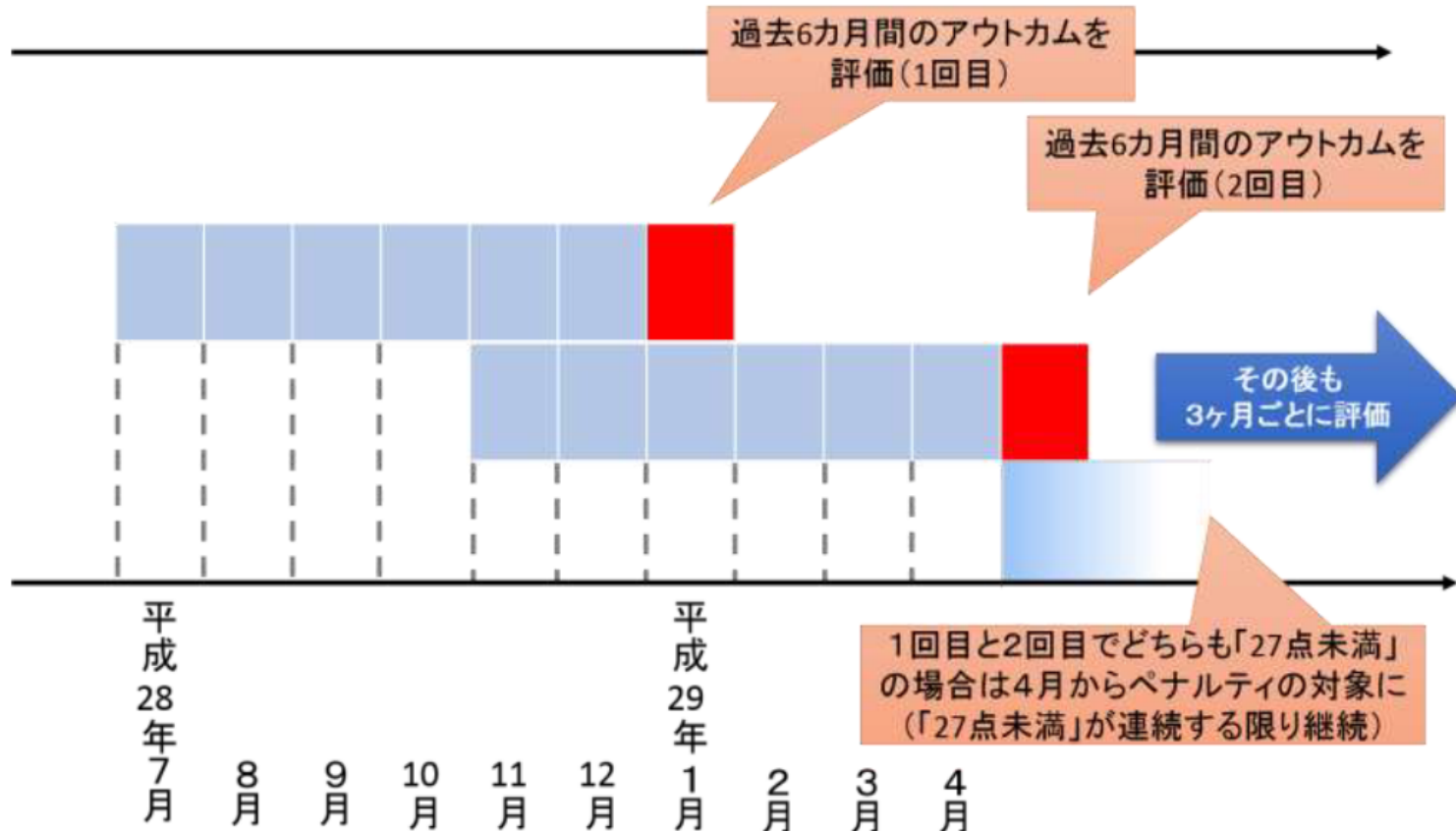
- ① FIM 運動項目得点が **20点以下**のもの
- ② FIM 運動項目得点が **76点以上**のもの
- ③ FIM 認知項目得点が **25点未満**のもの
- ④ 年齢が **80歳以上**のもの

○高次脳機能障害の患者が過去6カ月の入院患者の**40%を超える**場合、高次脳機能障害の患者をすべて除外

○在棟中にFIM得点(運動項目)が1週間で**10点以上低下**した患者は、低下する直前の時点で退棟したとみなす

27点未満が連続するとペナルティーの対象に!!

リハビリのアウトカム評価
(2回目までの)のスケジュール

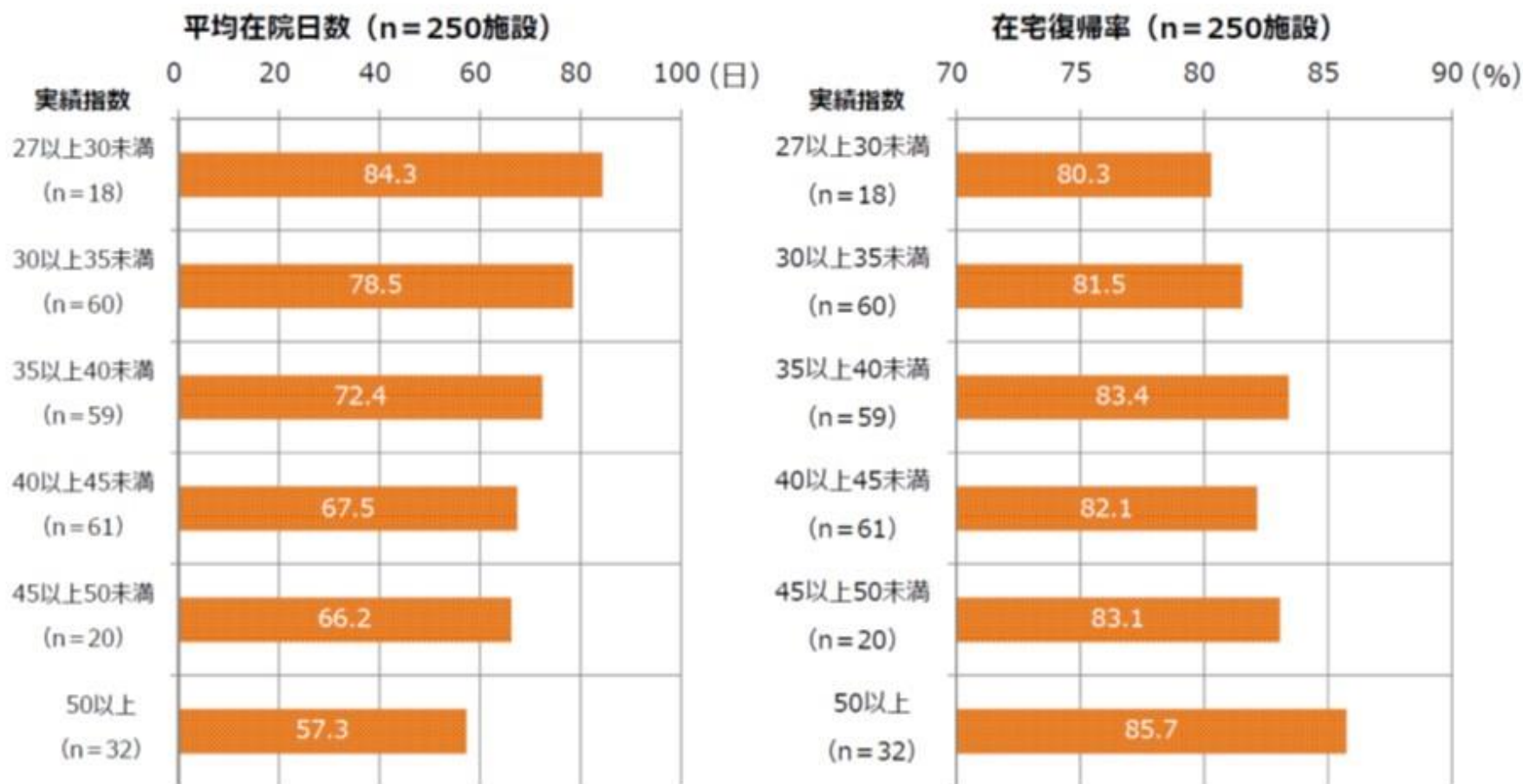


最初の評価は、H28年7月から12月まで、6カ月分のデータに基づき、H29年1月に実施する。その後、H29年4月に2回目の評価を行い、どちらも一定の水準に達しない場合、H29年4月からペナルティが適用される。ペナルティの対象になっても、「脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの」は、例外的に1日9単位まで算定できる。入院料に包括される疾患別リハの単位数は、「リハビリテーション充実加算」などの算定に必要な単位としてカウントすることができない。

アウトカム評価の導入により、長々と入院させているのに効果が上がっていない病院への影響が大きい!!

回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。

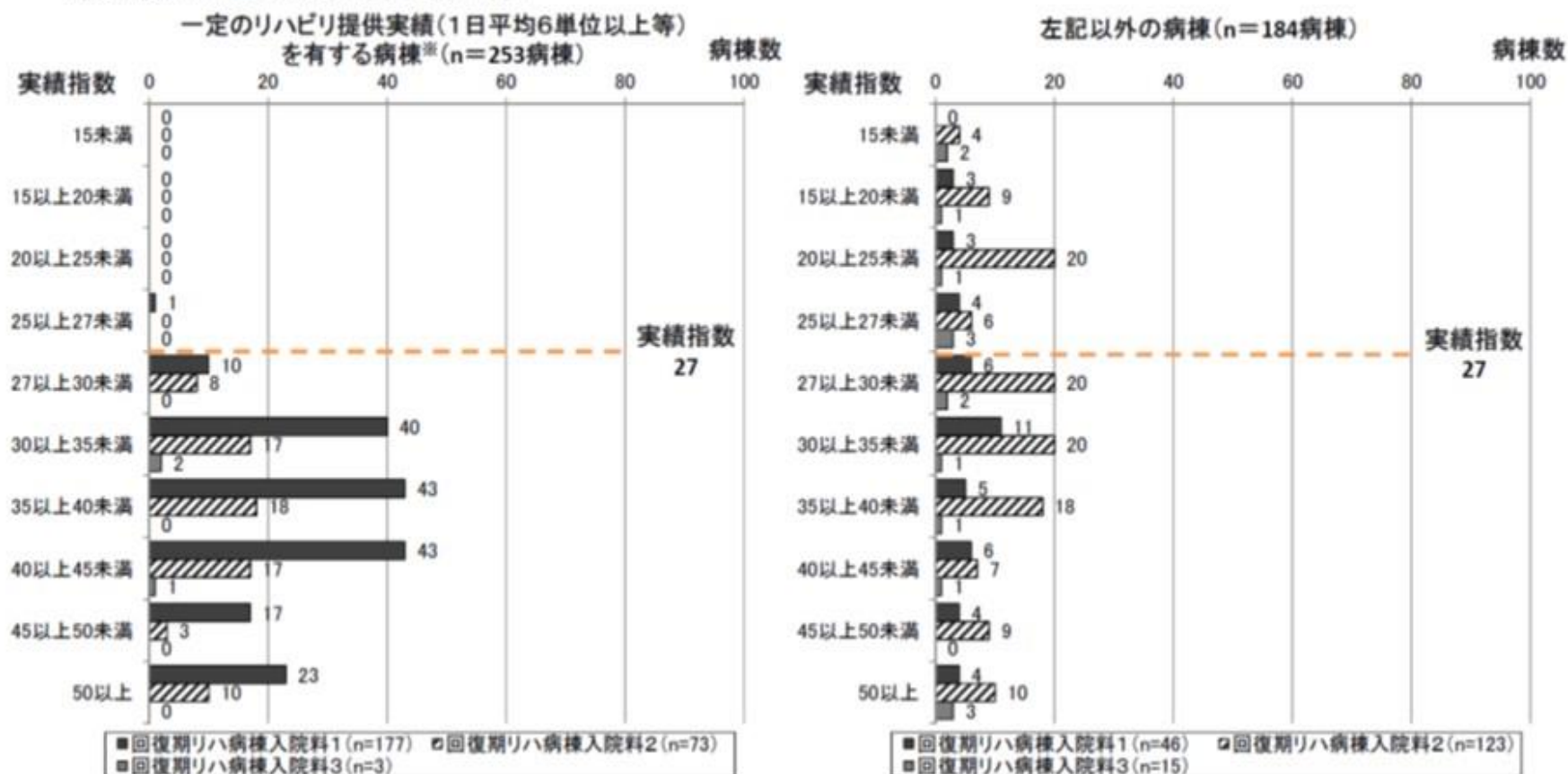


※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値

実績指数別の分布②

○ 回復期リハビリテーション病棟で、一定のリハビリ提供実績(1日平均6単位以上等)を有する病棟※については、ほぼ全てが実績指数が27以上であった一方で、それ以外の病棟については、実績指数は幅広く分布していた。



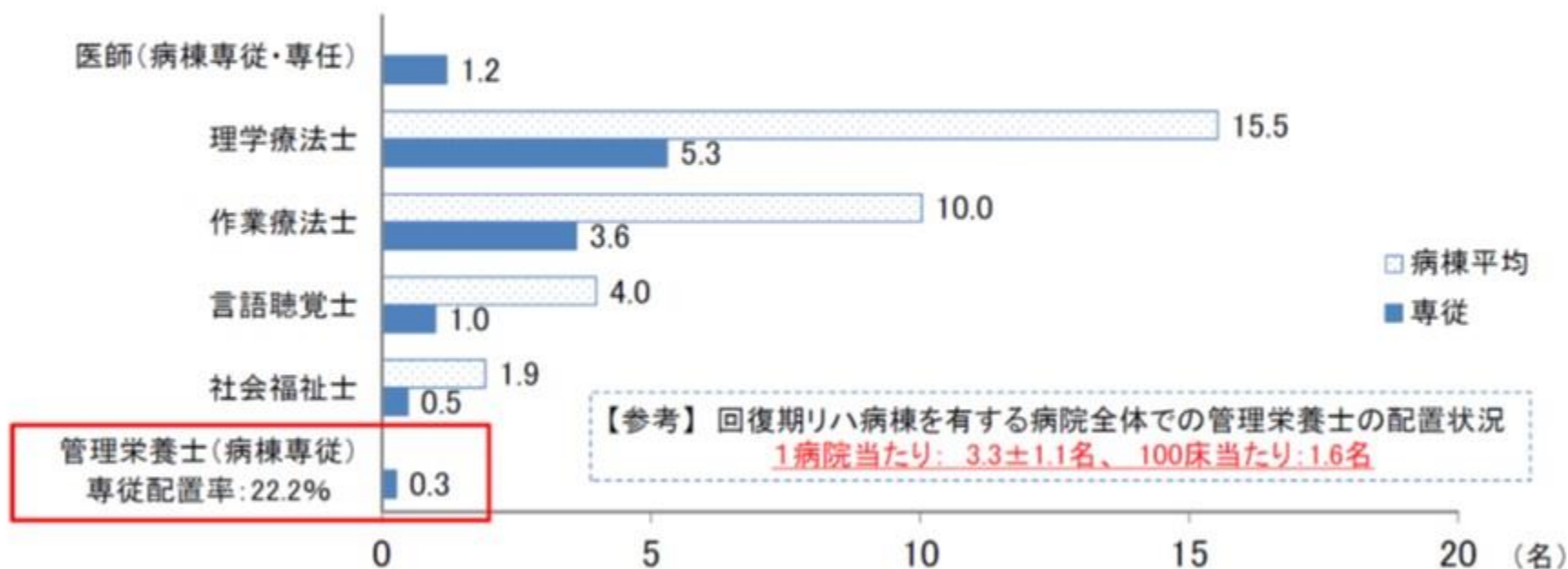
注: 実績指数については、平成29年1月から6月のデータ。

※ 一定のリハビリ提供実績を有する病棟とは、過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟。

出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値

回復期リハビリテーション病棟における職員配置の状況

- 回復期リハビリテーション病棟(調査対象:1,058病棟)の職員配置数をみると、管理栄養士の平均配置数は1病棟当たり0.3名であった。病院全体の配置数でみると、1病院当たり3.3名(100床当たり1.6名)であった。
- 回復期リハビリテーション病棟のうち、管理栄養士を専従で配置している病棟は22.2%であった。



値は平成28年9月1日時点の常勤換算数; 同時点での回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数: 45.8±9.5床

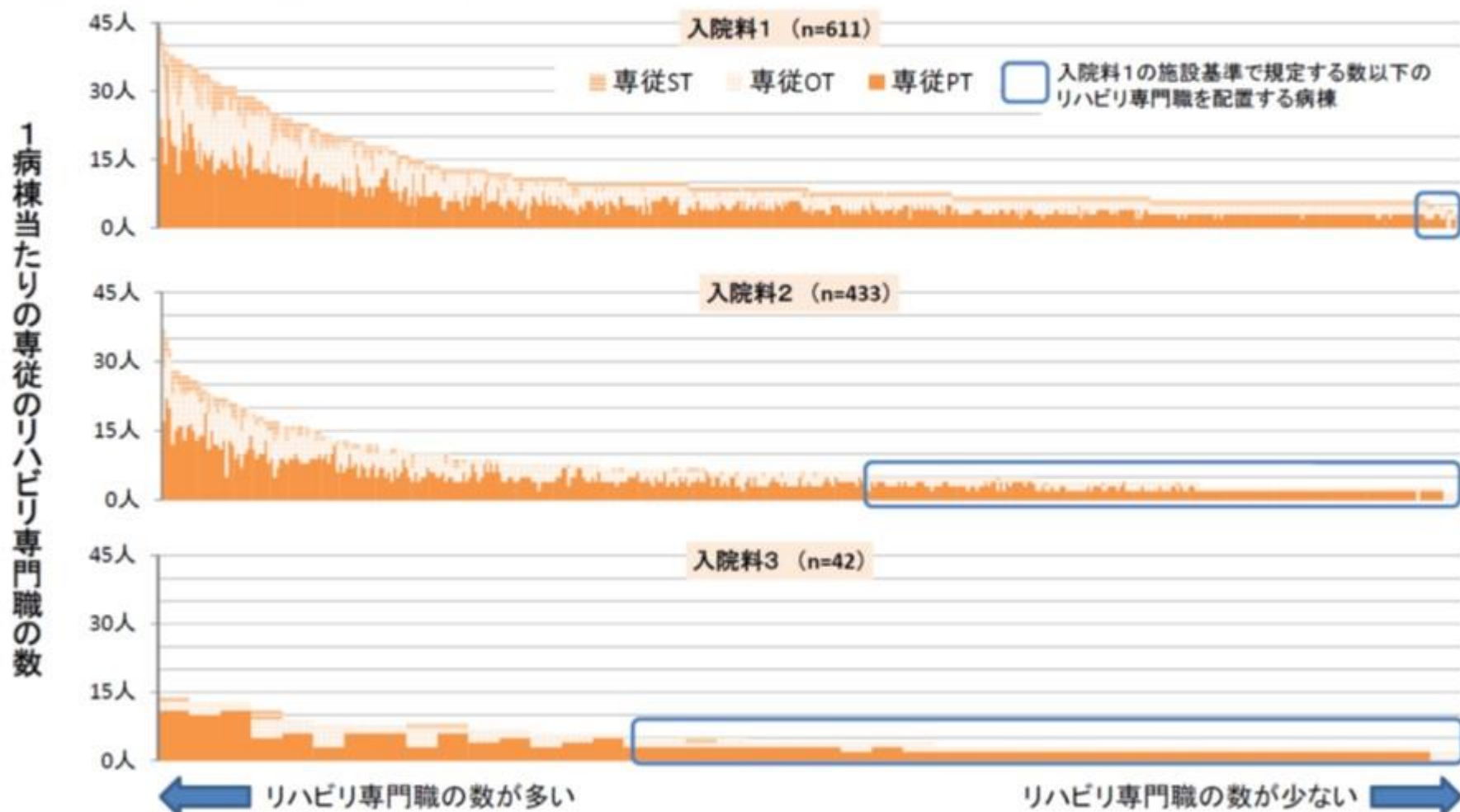
※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

図 回復期リハ病棟における主な人員配置(看護師を除く)の状況

出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

回復期リハビリテーション病棟における専従のリハビリ専門職の配置状況②

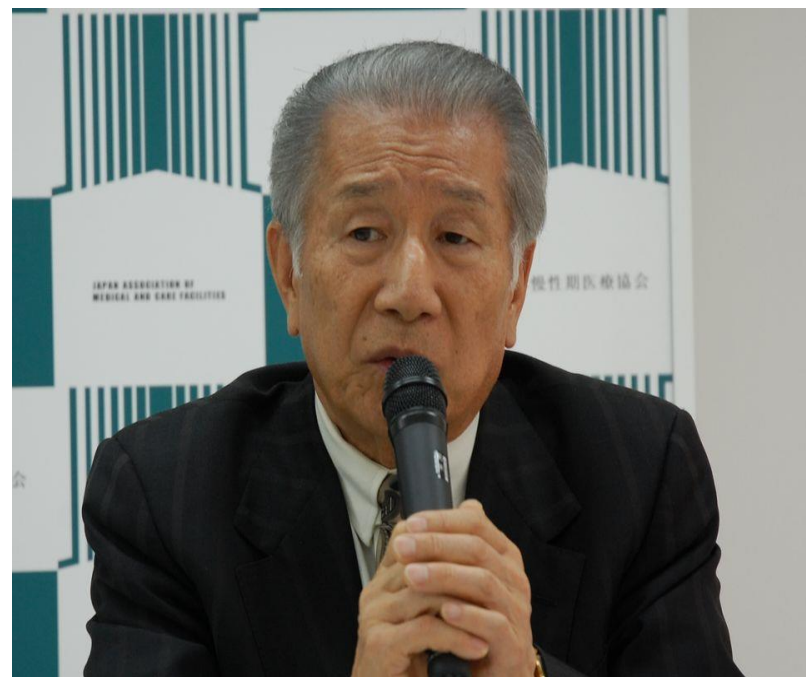
- 入院料2や3であっても、一定割合の病棟は、入院料1の施設基準で規定する数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

日本慢性期医療協会のリハビリ改革


- (1) 急性期リハビリの充実
- (2) がんリハビリの充実
- (3) 出来高から完全包括制へ
- (4) 実施単位数表評価から
アウトカム評価へ
- (5) 知的リハビリの重視
- (6) 嚥下・排泄リハビリの優先
- (7) 高齢者リハビリの構築



武久洋三会長

ポイント④

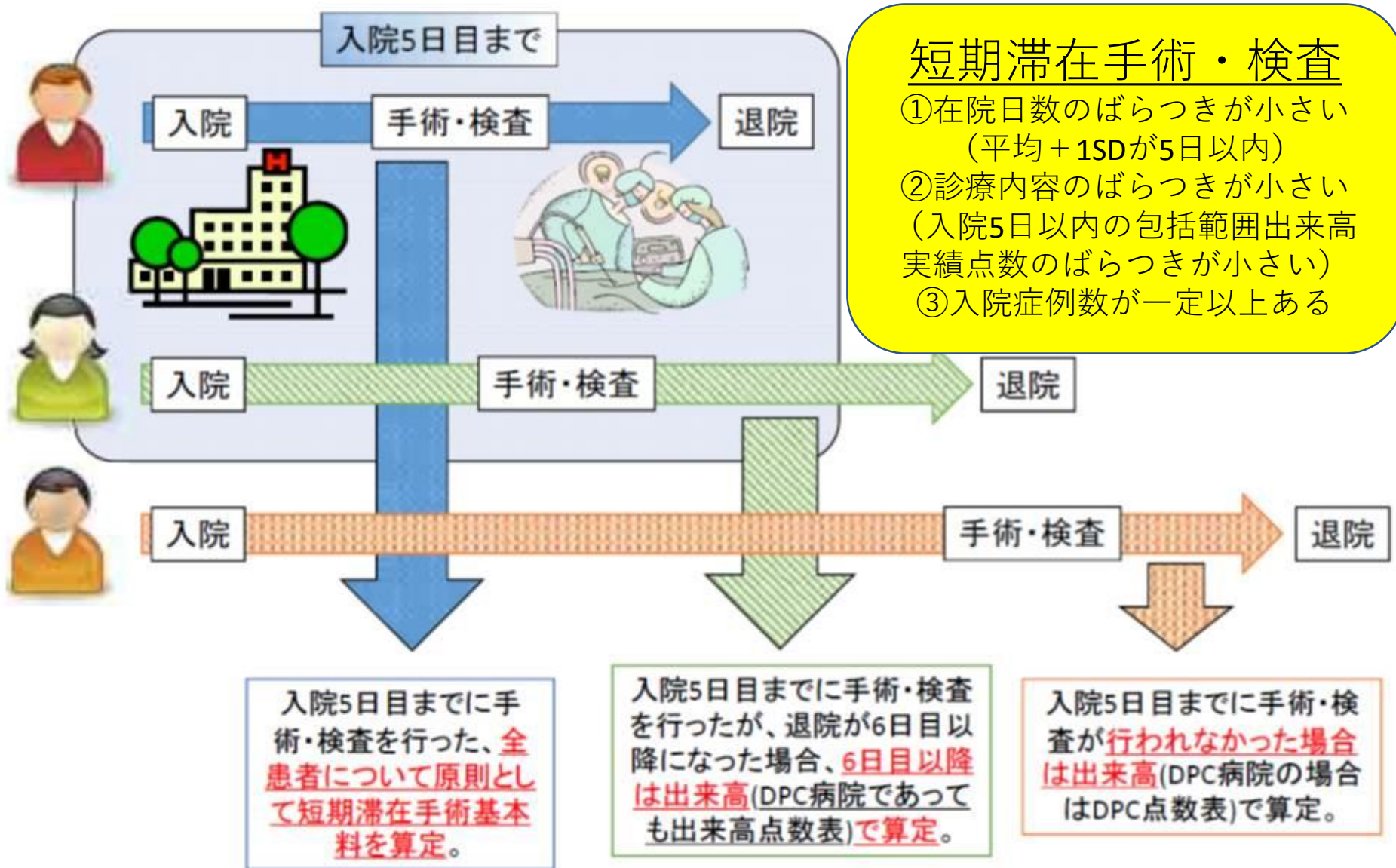
短期滞在手術・検査など

- 
- A large meeting room with a stage and a large screen. The screen displays a list of four items in Japanese. The room is filled with people sitting at long tables, many with laptops open. The stage has a dark background with the list of items in white text. The room has a modern design with horizontal lines on the walls and a large screen at the front.
- (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

(1) 短期滞在手術・検査

短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者

短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者については、DPC包括算定の対象外とする。

- K008 (新) 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術
- K093-2 (新) 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 (新) 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 (新) 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの
- K282 (新) 水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合
- K474 (新) 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
- K617 (新) 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K617 (新) 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法
- K617 (新) 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
- K633 ヘルニア手術 5 兎径ヘルニア(15歳未満)
- K633 (新) ヘルニア手術 5 兎径ヘルニア(15歳以上)
- K634 (新) 腹腔鏡下兎径ヘルニア手術
- K721 (新) 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2cm未満
- K721 (新) 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2cm以上
- K743 (新) 痔核手術 2 硬化療法(四段階注射法)
- K867 (新) 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 (新) 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
- D237 (新) 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
- D237 (新) 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
- D237 (新) 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 (新) 小児アレルギー負荷検査
- D413 (新) 前立腺針生検法

2014年改定
21種類

短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者

2014年
H26 21種類 → 2016年
H28 3種類

2018年
4種類

《H28移行が検討されている術式》

- ・ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
- ・ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
- ・ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

ばらつきが多かった水晶体再建術及び腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術は除外か？

↓

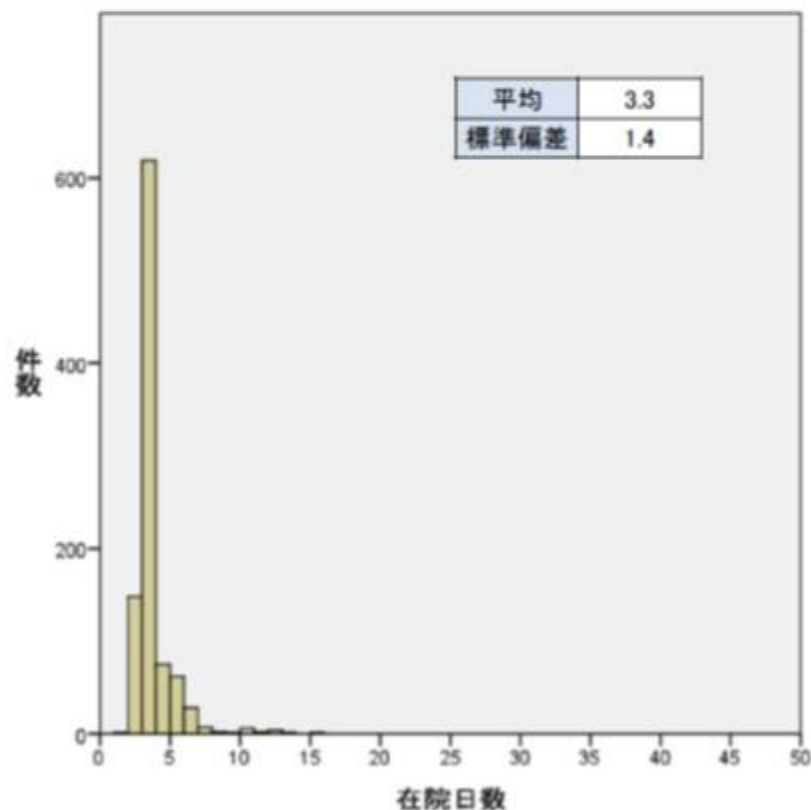
入院医療等の調査・評価分科会 資料参照

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo.html?tid=128166>

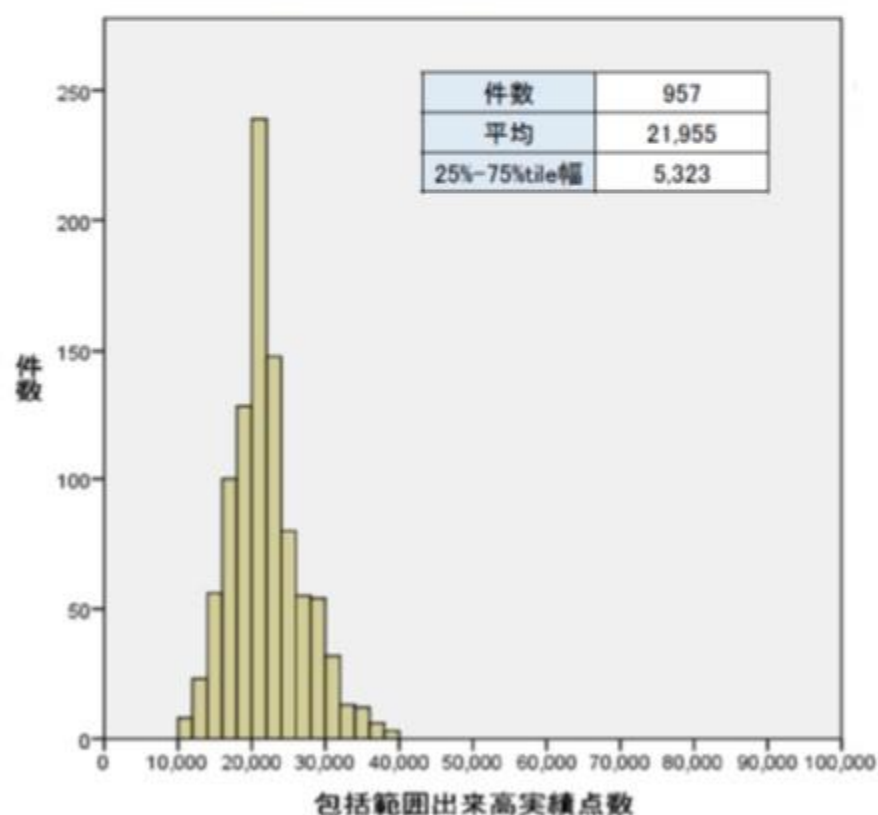
D419 5 副腎静脈サンプリング

- 副腎静脈サンプリングについては、在院日数の平均が3.3日、標準偏差は1.4日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は21,955点、25%-75%tile幅は5,323点であった。

<在院日数の分布>



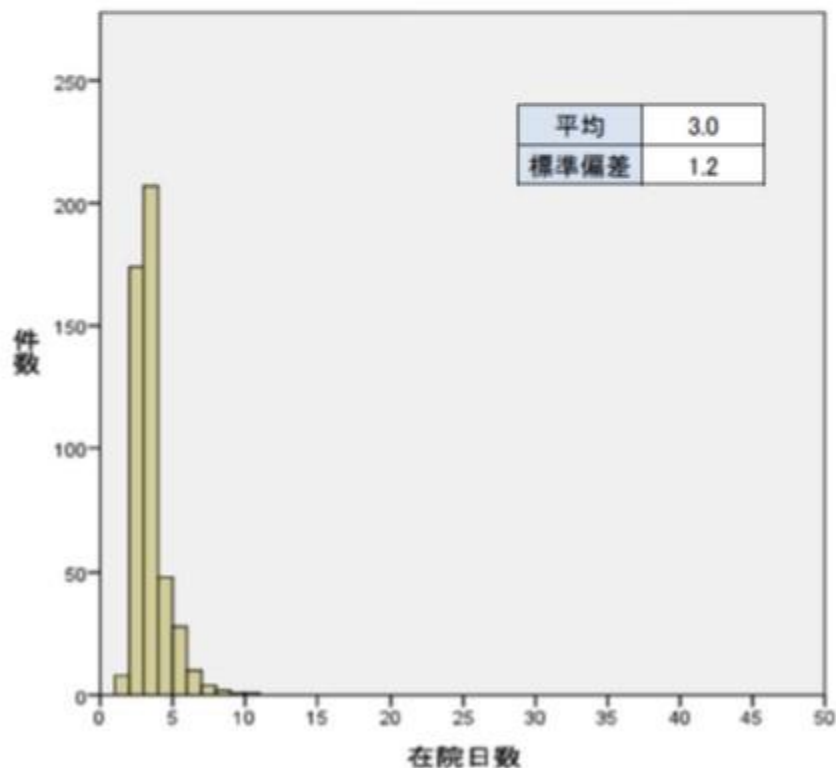
<包括範囲出来高実績点数の分布>



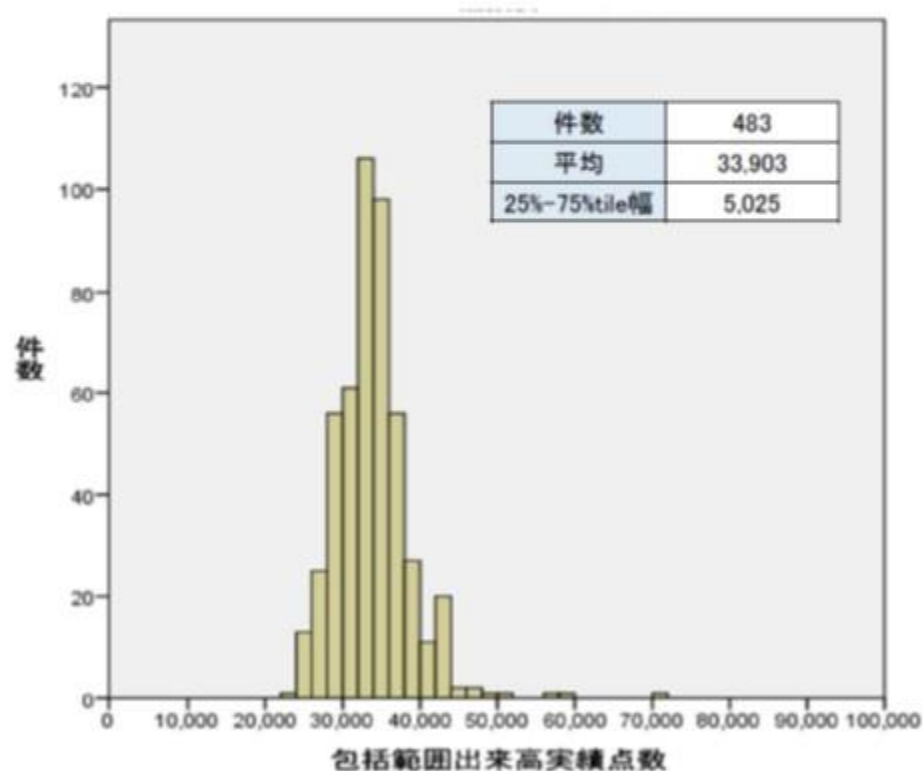
K863-3 子宮鏡下子宮内膜焼灼術

- 子宮鏡下子宮内膜焼灼術については、在院日数の平均が3.0日、標準偏差は1.2日であった。
また、包括範囲出来高実績点数の平均は33,903点、25%-75%tile幅は5,025点であった。

<在院日数の分布>



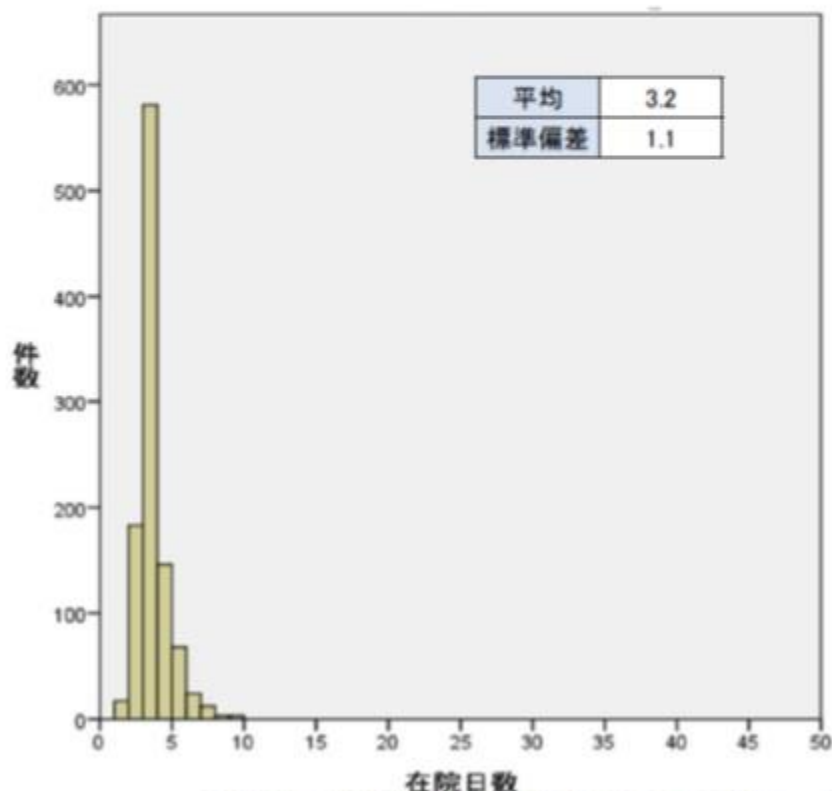
<包括範囲出来高実績点数の分布>



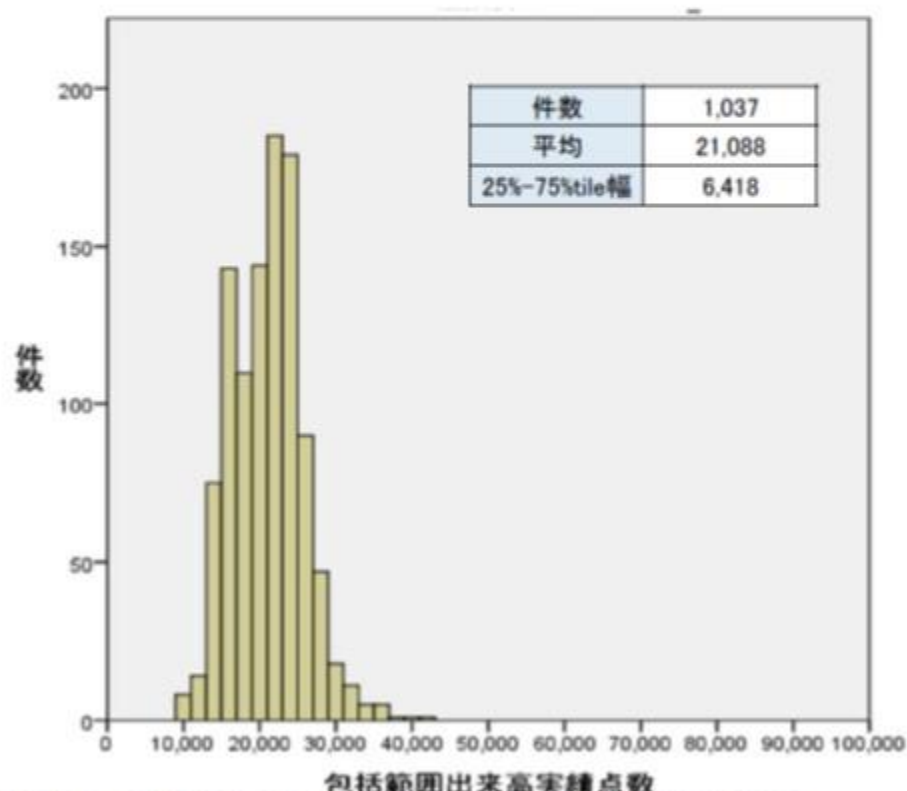
K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術

- 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術については、在院日数の平均が3.2日、標準偏差は1.1日であった。また、包括範囲出来高実績点数の平均は21,088点、25%-75%tile幅は6,418点であった。

＜在院日数の分布＞



＜包括範囲出来高実績点数の分布＞



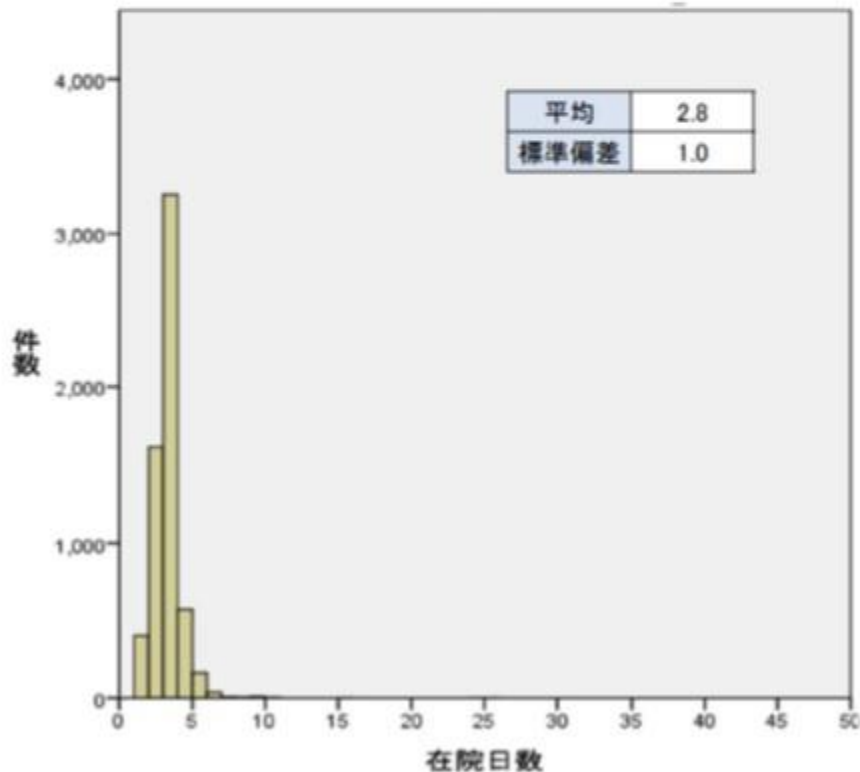
※子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術及び子宮内膜ポリープ切除術は同一の報酬区分であるが、レセ電算コードが異なるため別々に集計

K872-3 子宮内膜ポリープ切除術

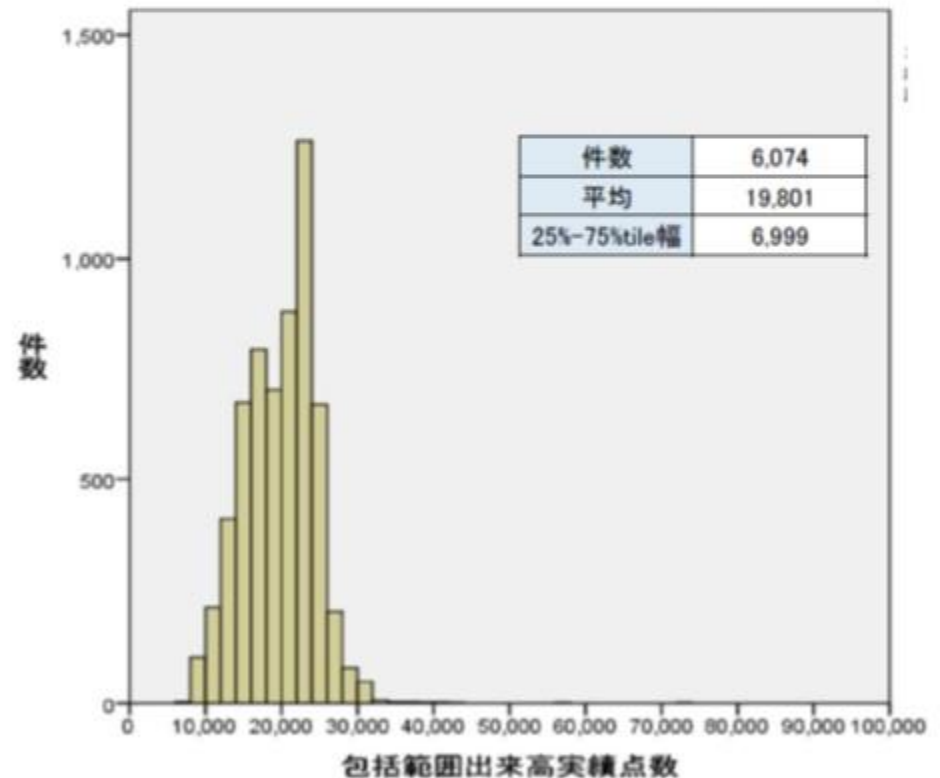
DPC対象病院
では、DPC分
類を優先

- 子宮内膜ポリープ切除術については、在院日数の平均が2.8日、標準偏差は1.0日、また、包括範囲出来高実績点数の平均は19,801点、25%-75%tile幅は6,999点である。

<在院日数の分布>



<包括範囲出来高実績点数の分布>



※子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術及び子宮内膜ポリープ切除術は同一の報酬区分であるが、レセ電算コードが異なるため別々に集計

(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	～14日 7,837点	～14日 7,837点	・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 = $-3,517 + (\text{APACHE II}) * 0,146 + 0.603 \times \text{緊急手術加算} + \text{Diagnostic category weight (疾患別係数)}$

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考) SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO ₂ /FIO ₂ [mmHg]	x > 400	400 ≥ x > 300	300 ≥ x > 200	200 ≥ x > 100 呼吸補助下	100 ≥ x 呼吸補助下
凝固機能 血小板数 [×10 ³ /mm ³]	x > 150	150 ≥ x > 100	100 ≥ x > 50	50 ≥ x > 20	20 ≥ x
肝機能 ビリルビン値 [mg/dL]	< 1.2	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 5.9	6.0 ~ 11.9	> 12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧 < 70 mmHg	ドパミン ≤ 5y あるいはドパミン投与 (投与量を問わない)	ドパミン > 5y あるいはエピネフリン ≤ 0.1y あるいはノルエピネフリン ≤ 0.1y	ドパミン > 15y あるいはエピネフリン > 0.1y あるいはノルエピネフリン > 0.1y
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14 ~ 13	12 ~ 10	9 ~ 6	6未満
腎機能 クレアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 3.4	3.5 ~ 4.9 あるいは尿量が500mL/日未満	> 5.0 あるいは尿量が200mL/日未満

(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。

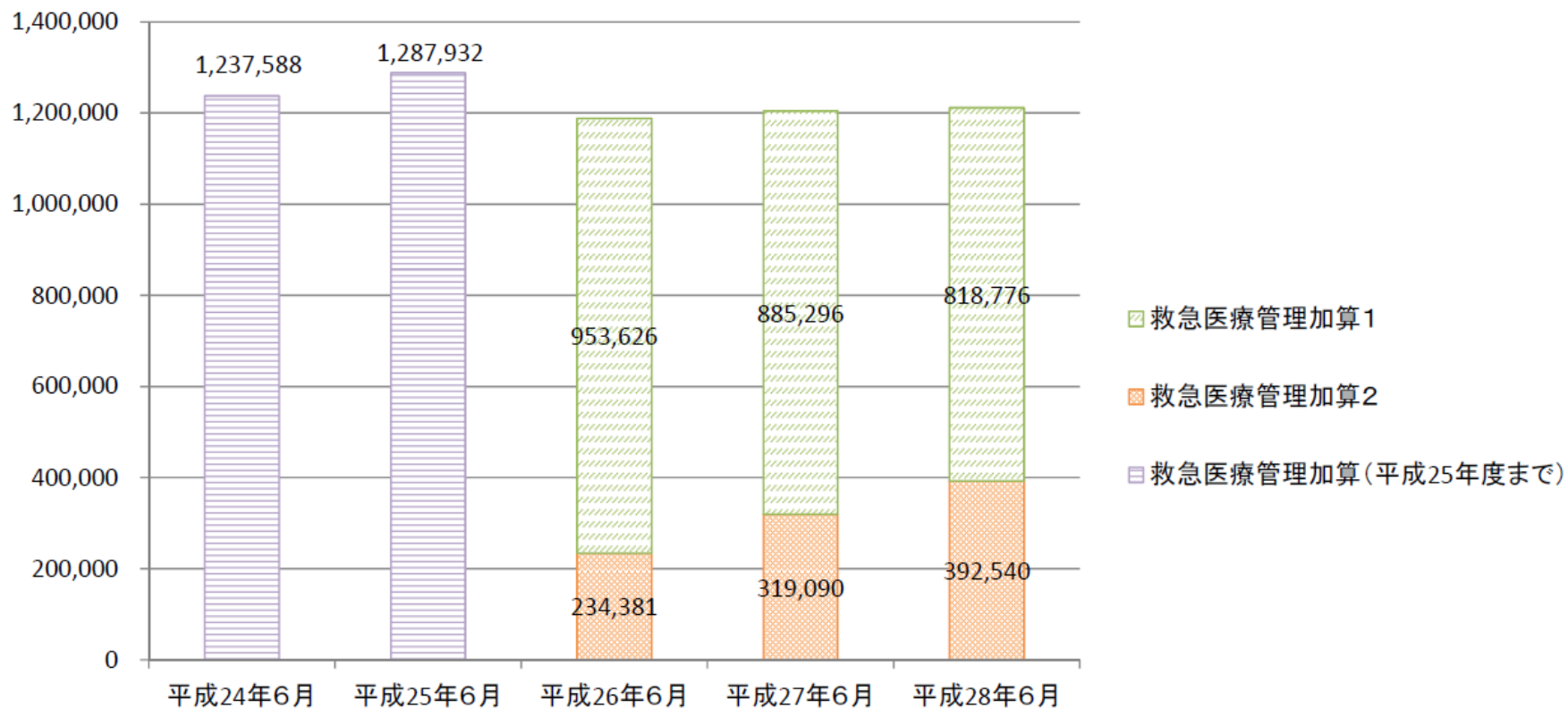
救急医療管理加算の算定回数の推移

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)

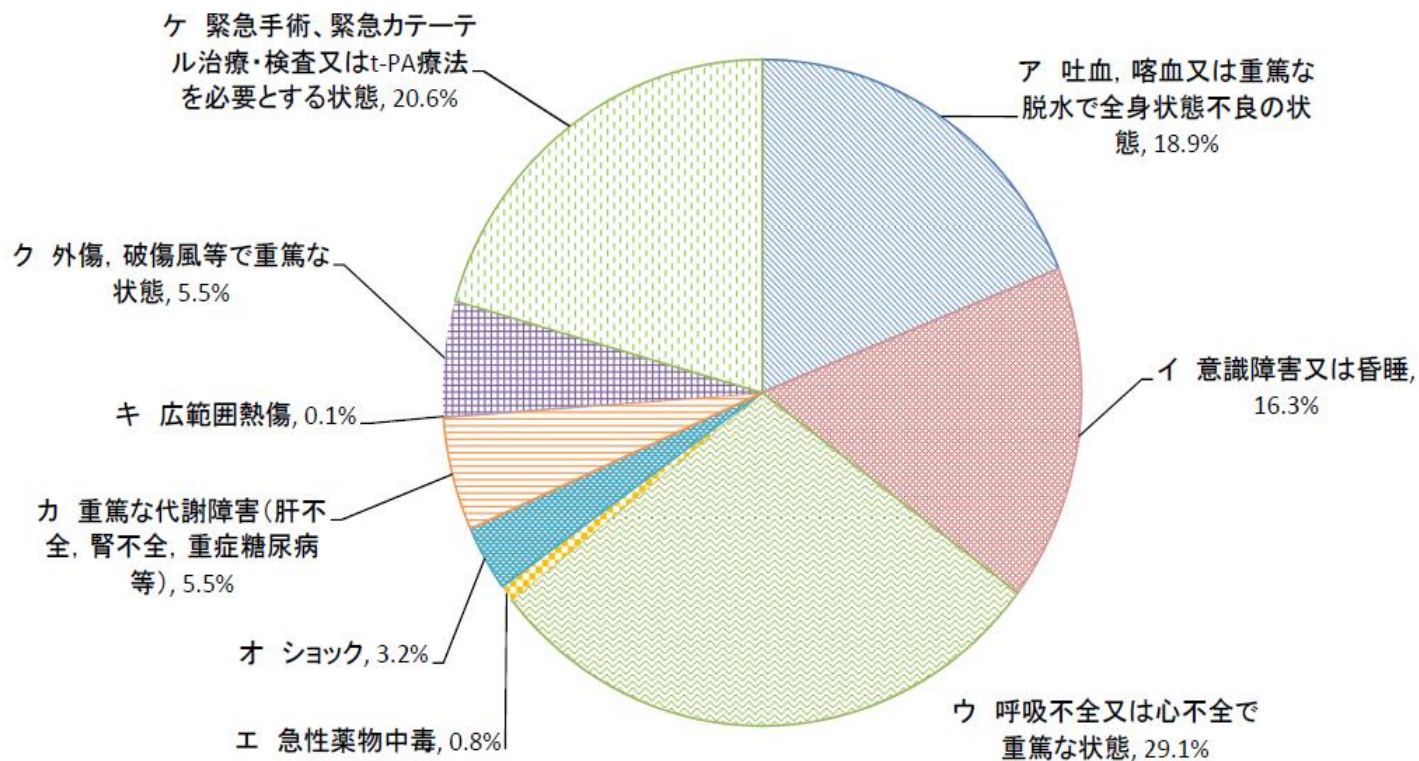


救急医療管理加算1算定患者の内訳

- 救急医療管理加算1の算定患者の内訳をみると、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者が最も多く、次いで「ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が多かった。

＜救急医療管理加算1算定患者の内訳＞

(n=1,720,721)

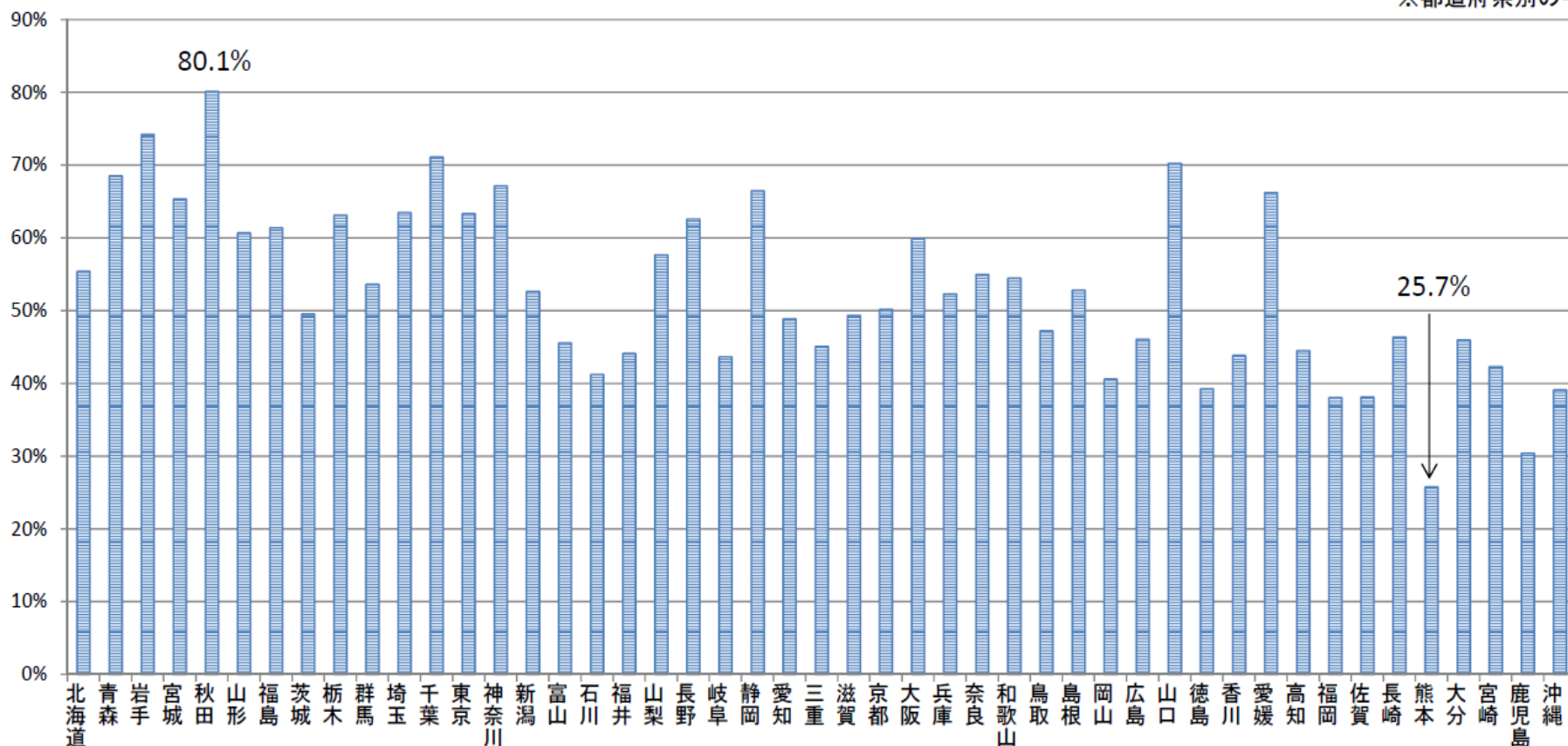


救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布(都道府県別)

○ 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



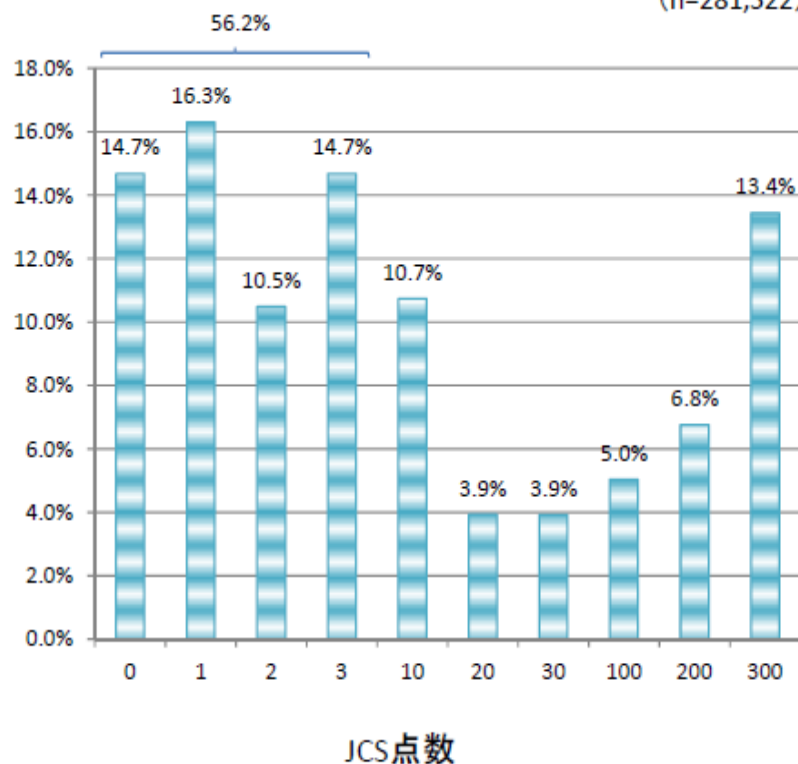
Burn Index 等

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

救急医療入院加算の見直しは2020年改定から

2017年10月5日入院医療分科会

(4) 総合入院体制加算

医療機能に応じた入院医療の評価について

総合入院体制加算の実績要件等の見直し

➤ 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う。

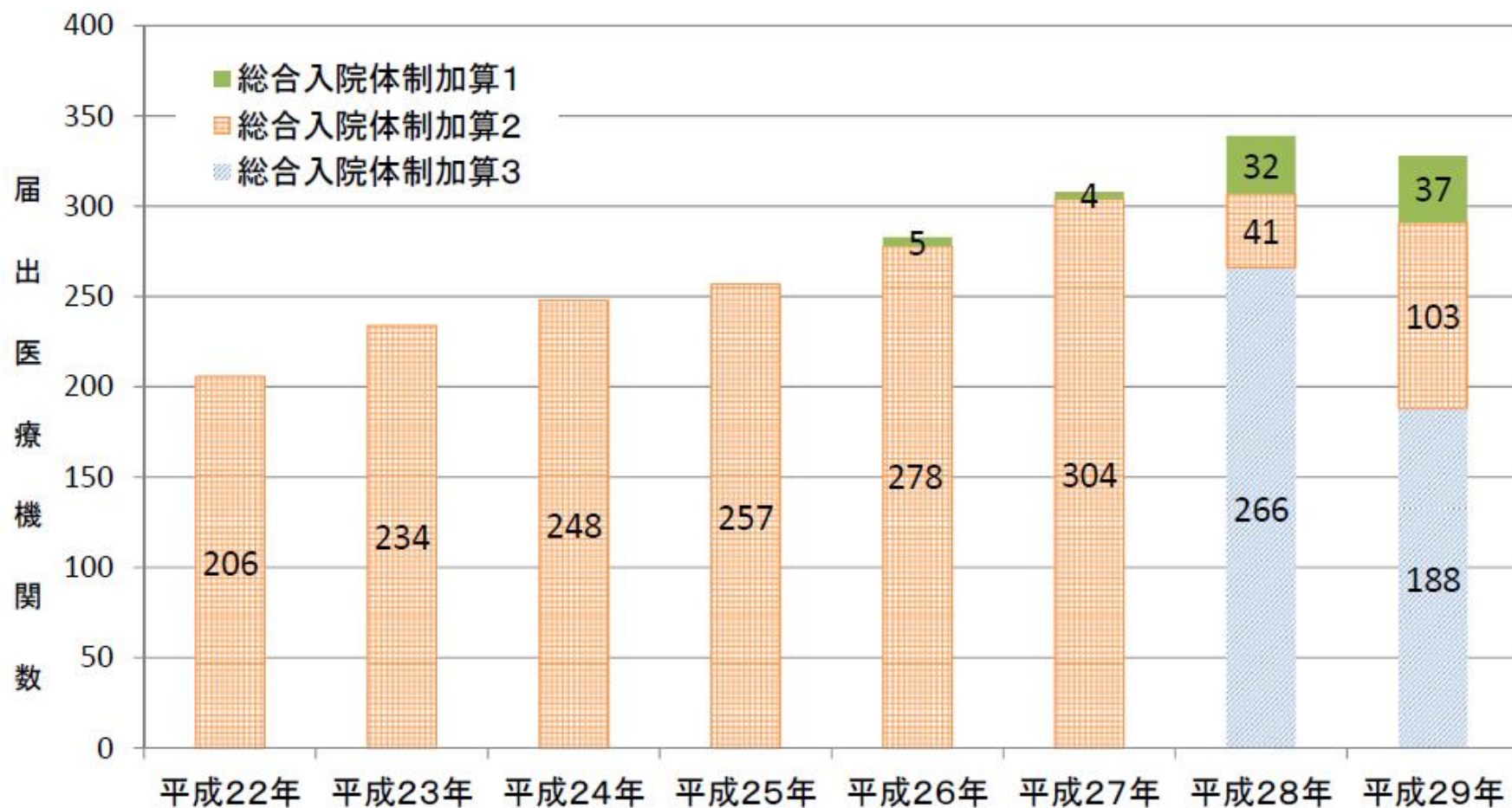
総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点
 総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点(新)
 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点

	総合入院体制加算1	(新)総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす -	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	-
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

[経過措置]
 平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとす
 る。

総合入院体制加算の届出数の推移

＜総合入院体制加算の届出医療機関数の推移＞



総合入院体制加算の今後の届出の意向（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

- 総合入院体制加算の今後の届出の意向を聞くと、「変更の予定なし」と回答した医療機関は、総合入院体制加算2届出医療機関では88.0%、総合入院体制加算3届出医療機関では56.4%を占めた。
- また、総合入院体制加算を届出していない医療機関の85.6%が、今後の届出の意向なしと回答した。

<総合入院体制加算の今後の届出の意向>

総合入院体制加算2届出医療機関 (n=50)

総合入院体制加算3届出医療機関 (n=101)

総合入院体制加算を届出していない 医療機関(n=658)

変更の予定なし(n=44)	88.0%
総合入院体制加算1へ変更を検討している(n=6)	12.0%
総合入院体制加算3へ変更を検討している(n=0)	0.0%
未回答(n=0)	0.0%

変更の予定なし(n=57)	56.4%
総合入院体制加算1へ変更を検討している(n=1)	1.0%
総合入院体制加算2へ変更を検討している(n=41)	40.6%
未回答(n=2)	2.0%

届出の意向なし(n=273)	85.6%
届出を検討している(n=76)	12.5%
未回答(n=9)	2.0%

休憩



ポイント⑤ 退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

ストラクチャー
ではなく、アウト
カムを評価すべき

地域連携パスは使われい
ないので、退院調整加算に
整理しては？

退院支援の専従者
などの配置が
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

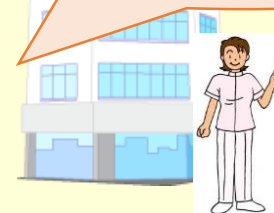
(新) 退院支援加算 1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算 2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点

「退院支援加算」が
新設された

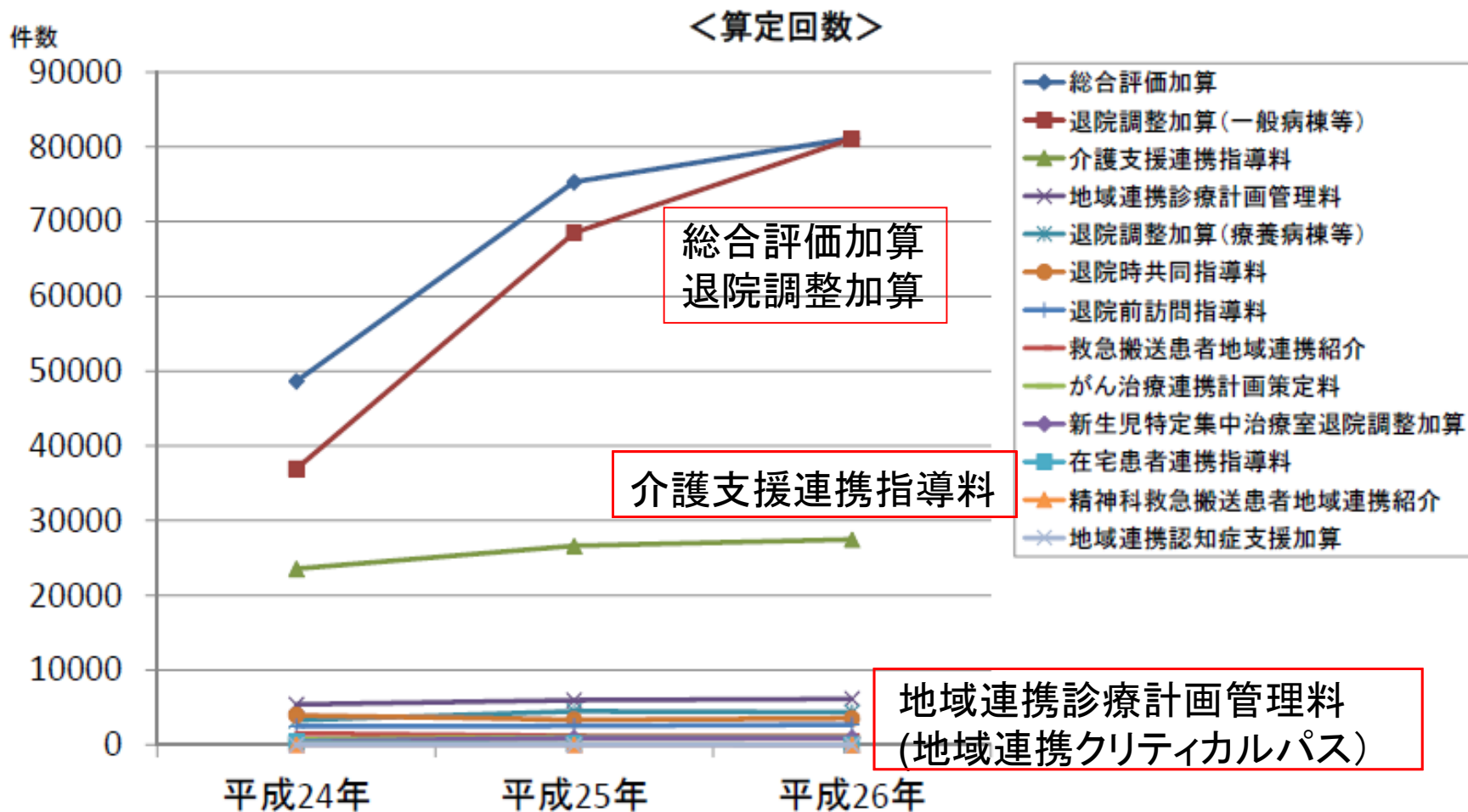


[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20か所以上）の職員と 定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	-

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



退院調整加算の見直し

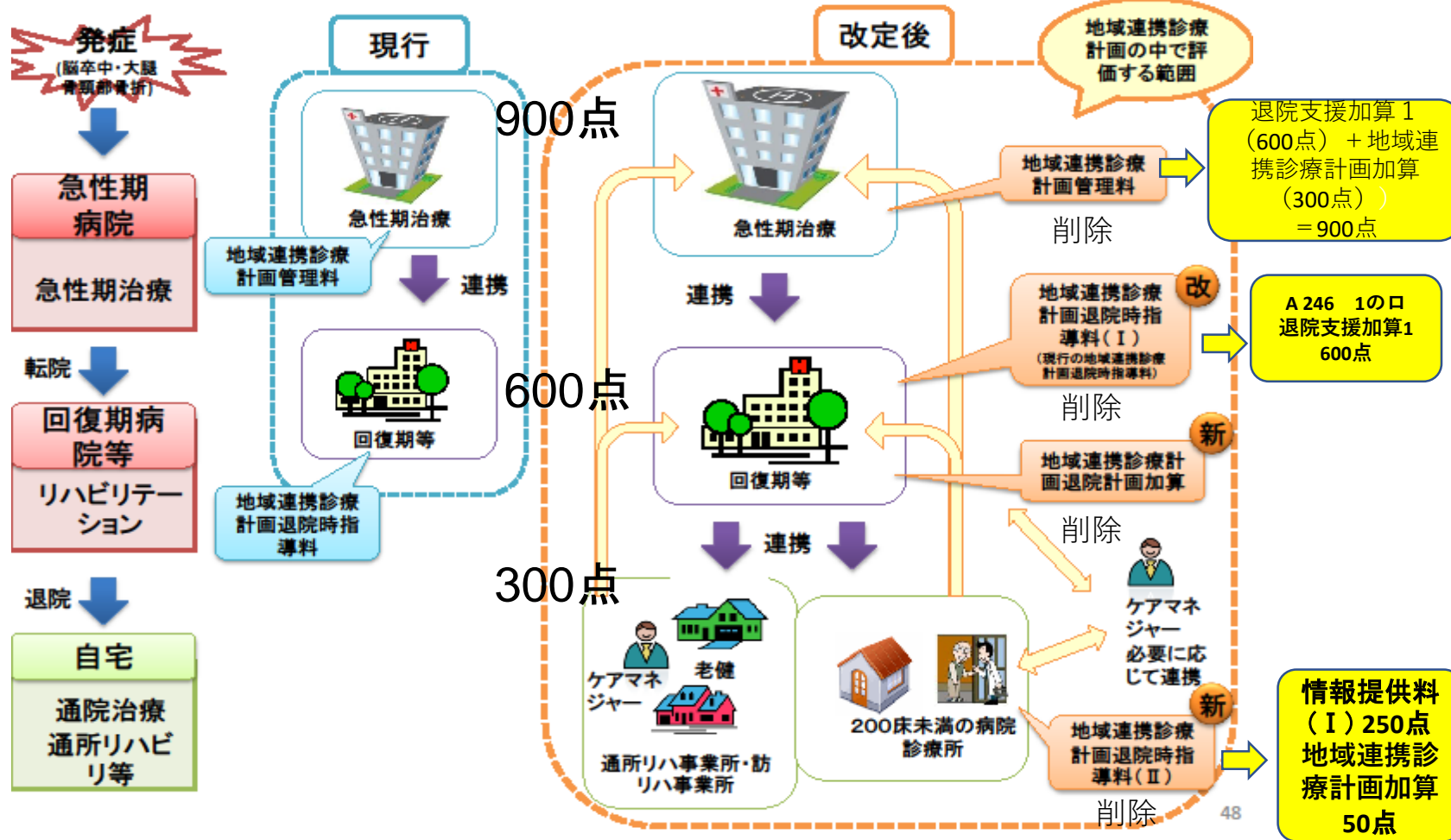
- 退院調整加算の見直し
 - (1) 施設基準を厳格化するとともに、点数を引き上げることで退院支援を充実させる
 - 退院支援に専従する職員が、複数の病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスを実施して、入院後早期に退院支援に着手する体制
 - 医療機関が他の医療機関などと恒常的に顔の見える連携体制の整備
 - (2) 「地域連携診療計画管理料（地域連携クリティカルパス）」などを、退院支援の一環とする

廃止された項目

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅰ)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅱ)

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

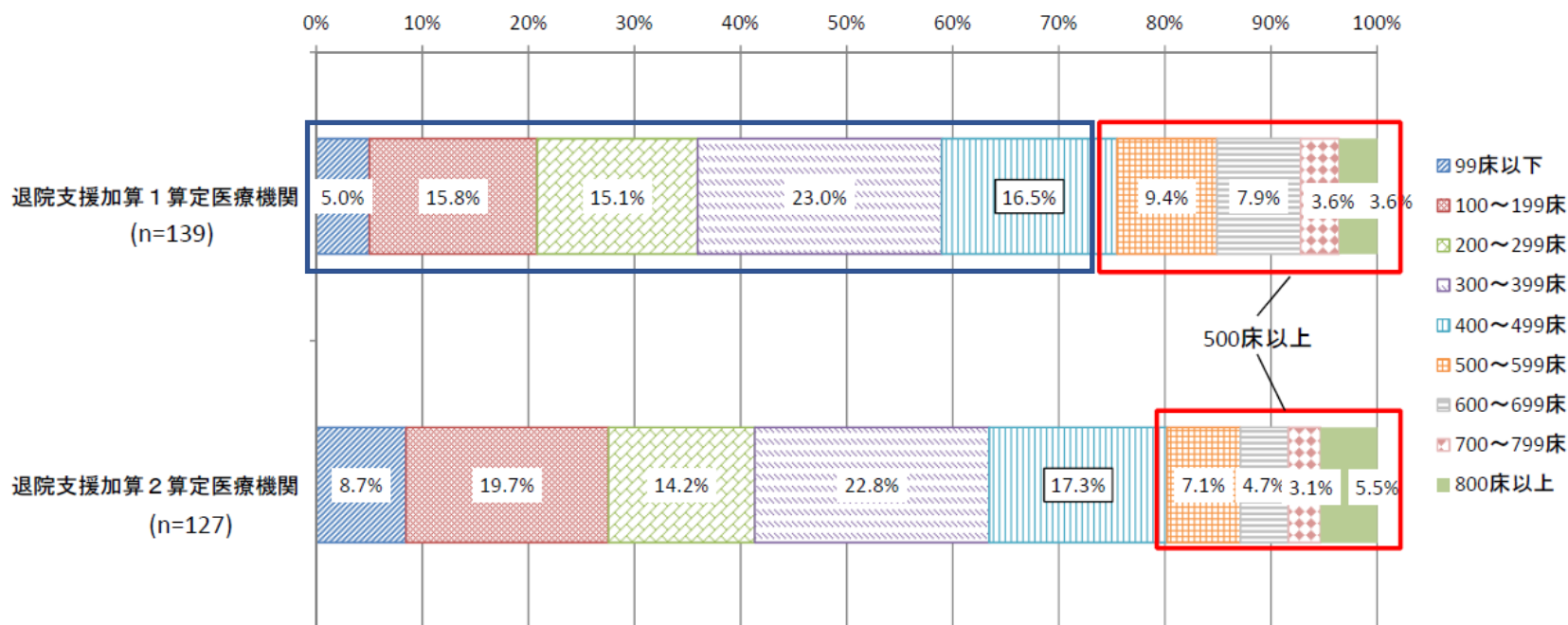
大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価 2016年改定



退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布

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

＜退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布＞



退院支援加算1を取得しているのは500床以上は3割

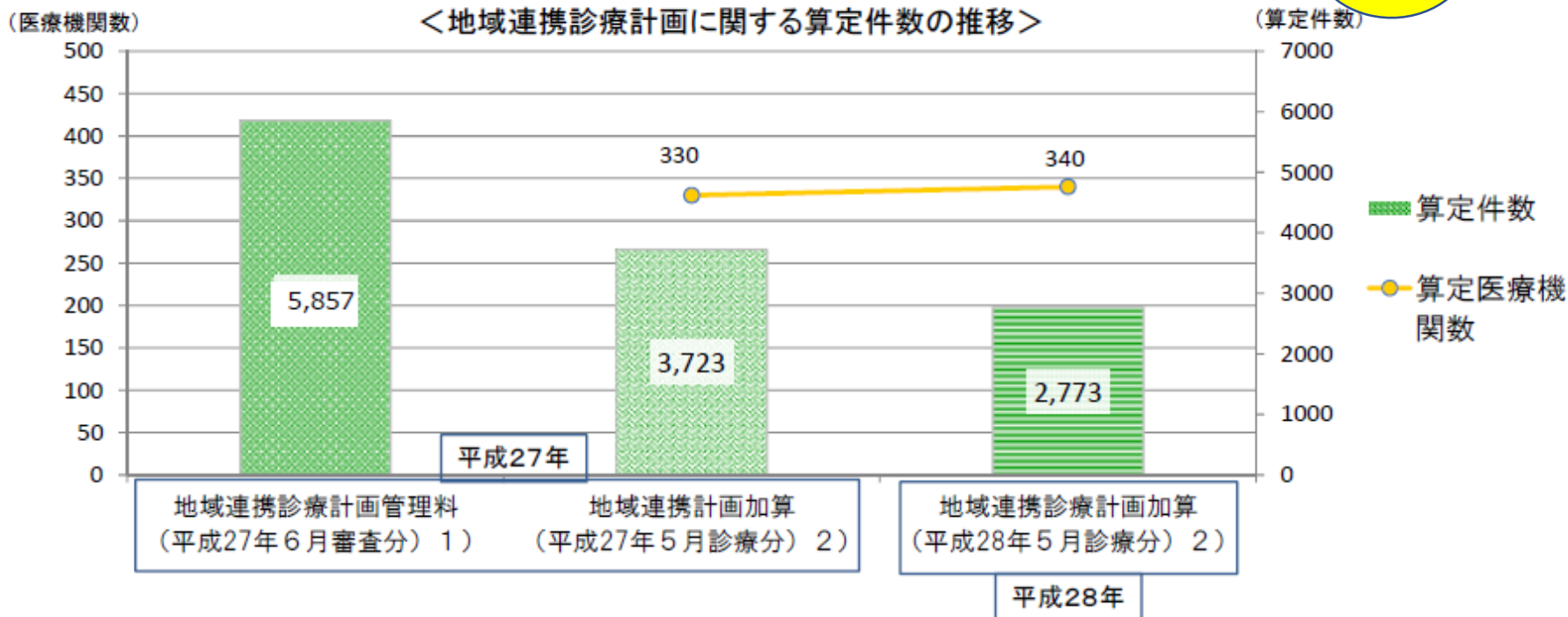
地域連携診療計画③

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

平成28年度診療報酬改定

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

地域連携パス
(地域連携計画
加算) 激減!



これだけ地域連
携計画加算が
減っていること
に驚いている

退院支援加算2で地域連
携診療計画加算を認めな
いことを見直すべき

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

2017年8月24日 入院医療分科会

退院支援から
入退院支援へ

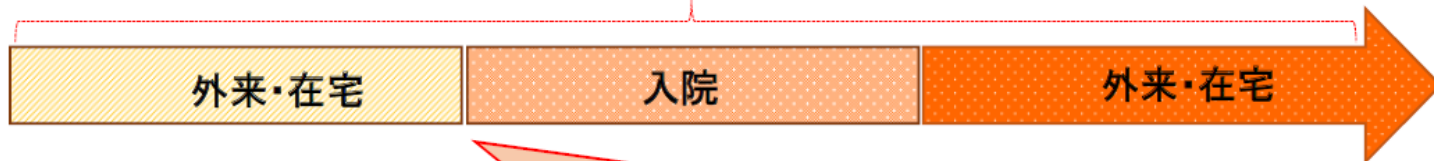
2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

切れ目のない支援



退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

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



日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の 入退院支援センター

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

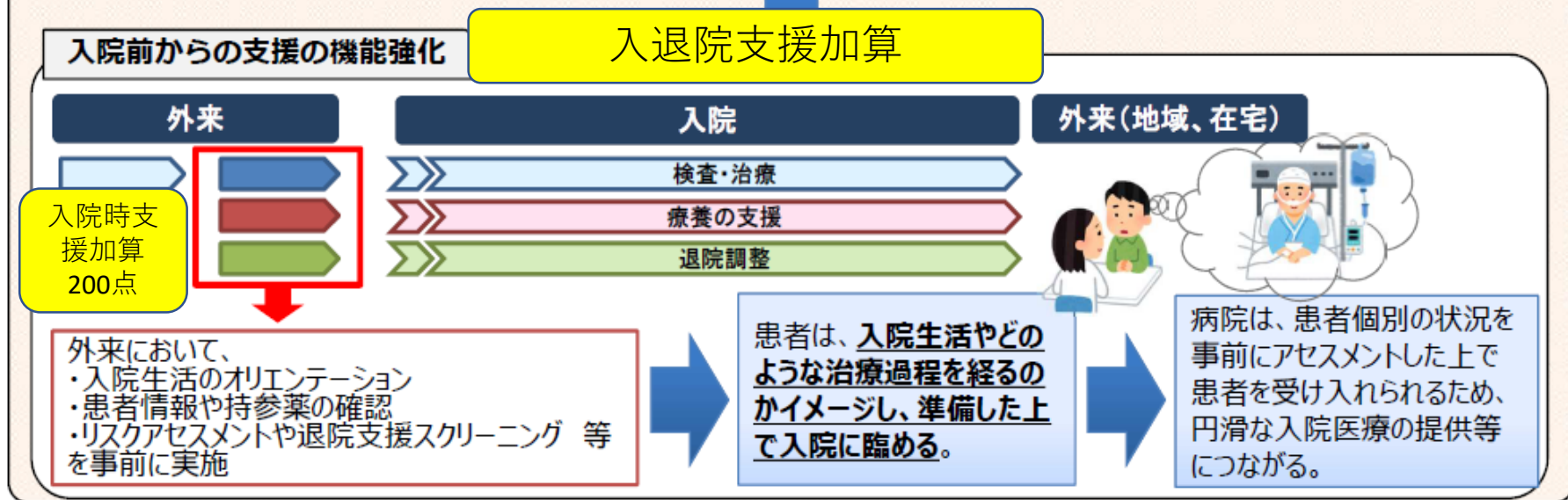
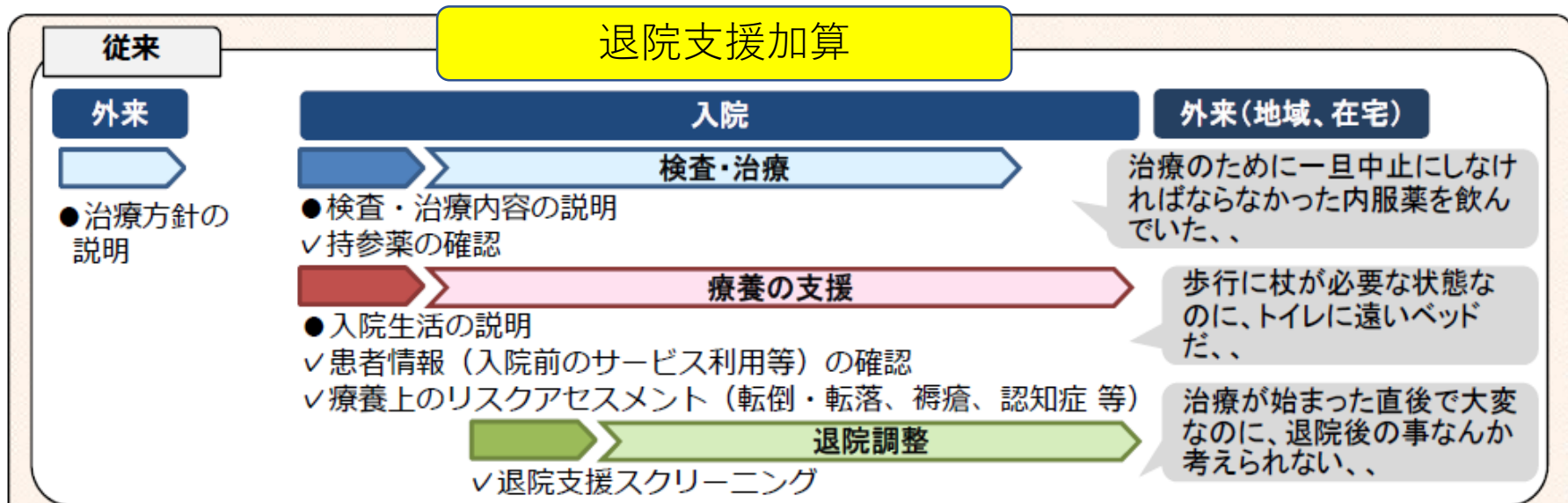
中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

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

群馬中央病院の 入退院支援センター

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

入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



[算定対象]

- (1) 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- (1) 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。
- (3) 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[留意事項]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

入退院支援(その2)の論点(案)

【論点(案)】

(入院医療と外来医療の連携)

- 現行の退院支援加算は、入院早期から退院後まで切れ目のない支援を評価しているとの趣旨を踏まえ、加算の名称を「入退院支援加算」に見直してはどうか。
- 入院医療と外来医療の連携、地域における医療機関間の連携等を推進する観点から、外来における相談・連携担当者が、入院が決まっている患者に対して、入院前から様々な支援を行う取り組みについて、評価を検討してはどうか。

また、病床規模別の担当者の配置状況を踏まえ、中小病院を主な対象として、評価を検討してはどうか。

ポイント⑥ 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)

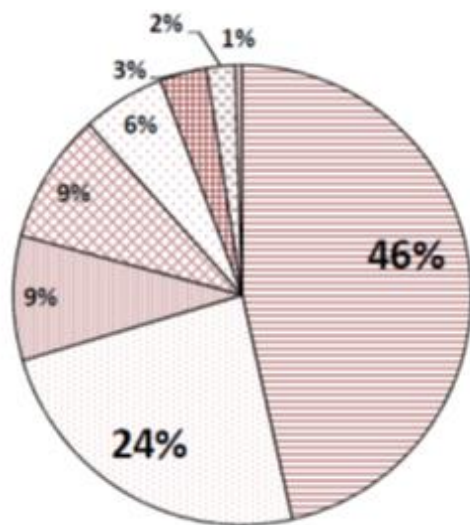
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

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

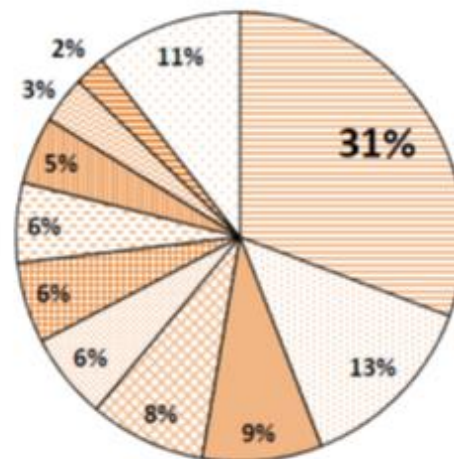
(n=753)



- 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	・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	・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

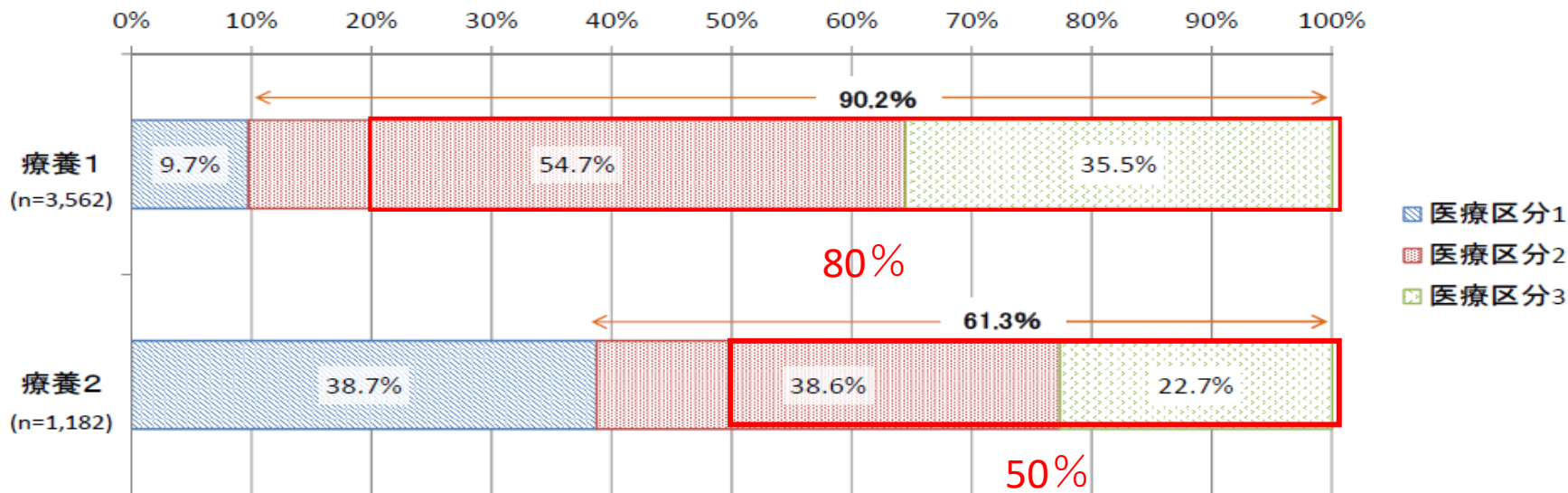
参考

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。

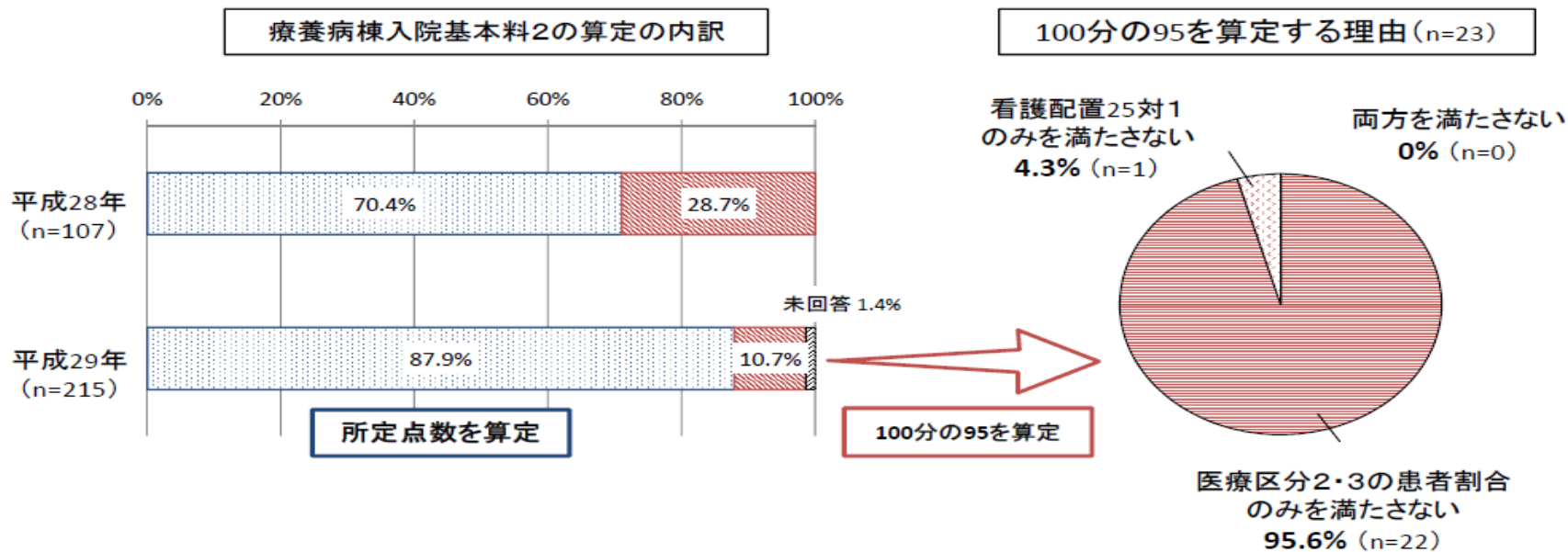
療養病棟入院患者の医療区分の割合



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。



療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し（案）】

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合

経過措置
療養2の95/100
を算定

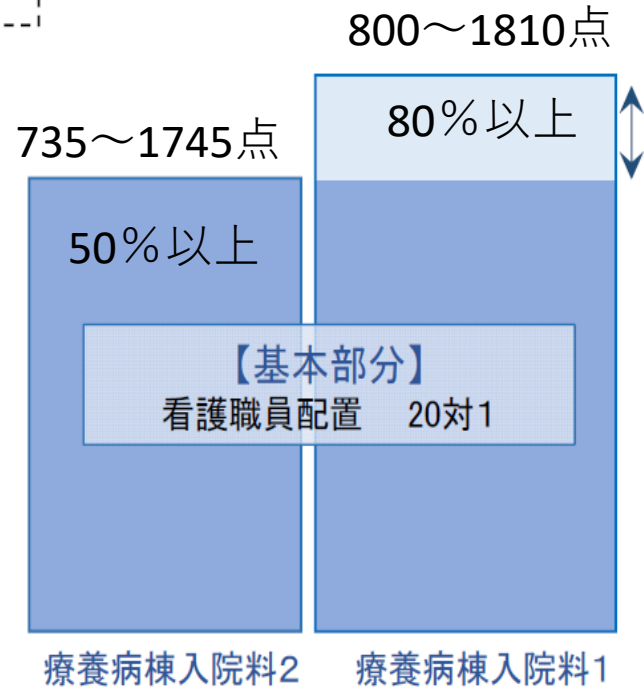
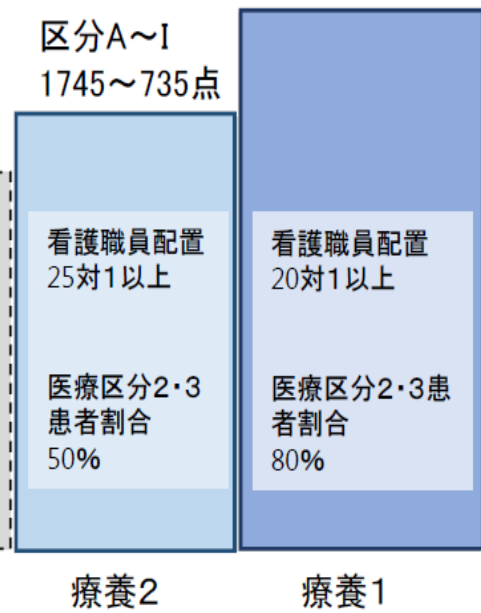
経過措置2
〇〇入院料の▲
/100を算定

経過措置1
〇〇入院料の●
/100を算定

(25対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合50%を満たさない)

看護職員配置30対1以上
(25対1を満たさない)

看護職員配置25対1以上
(20対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合〇%を満たさない)



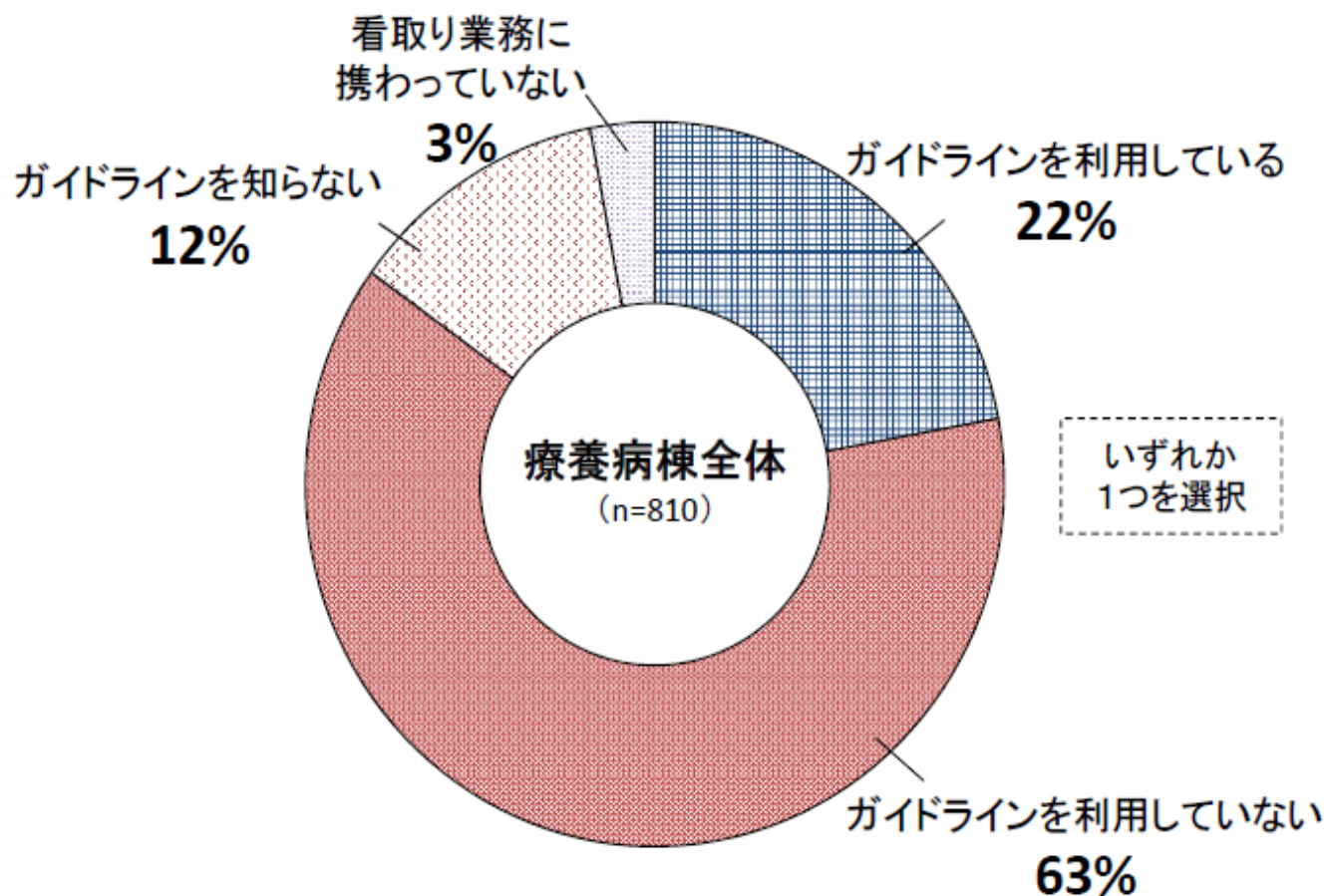
療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料

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

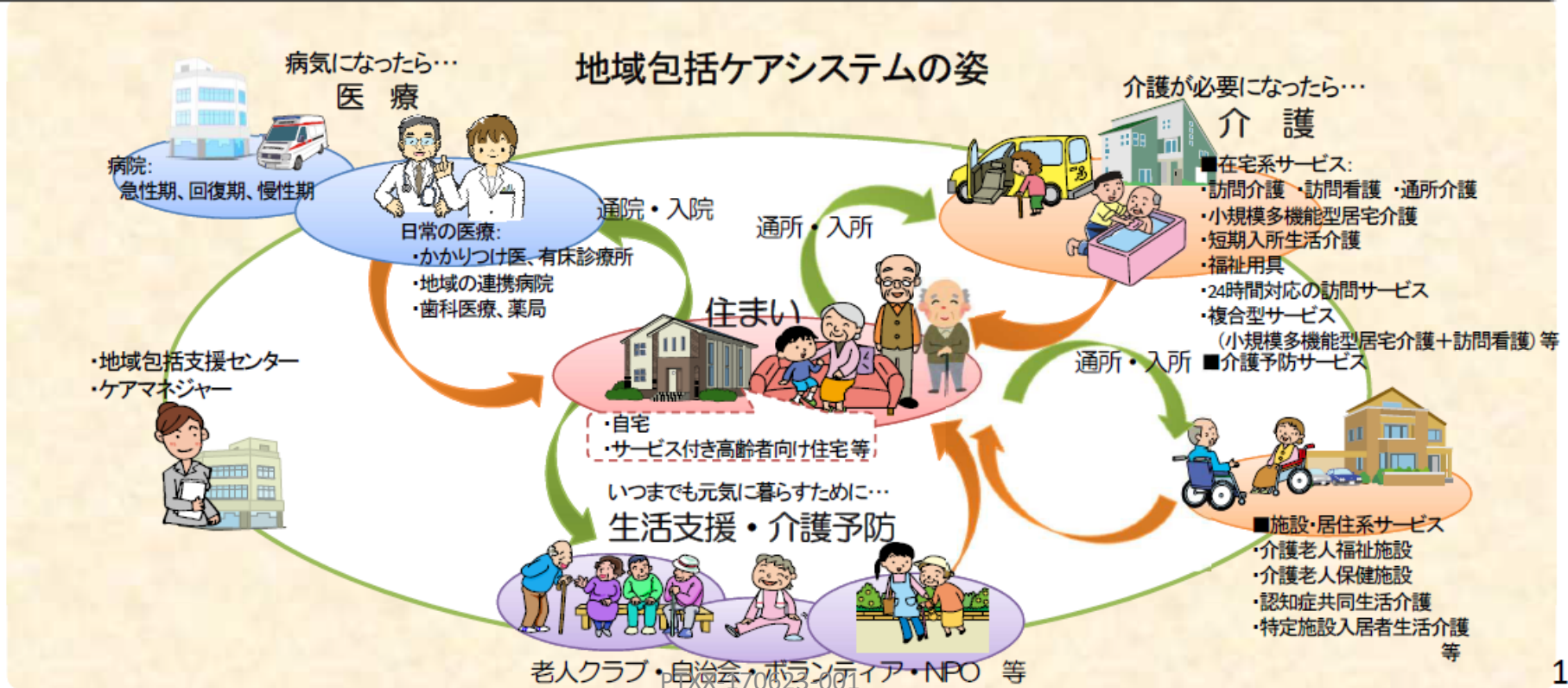


社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

1. 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

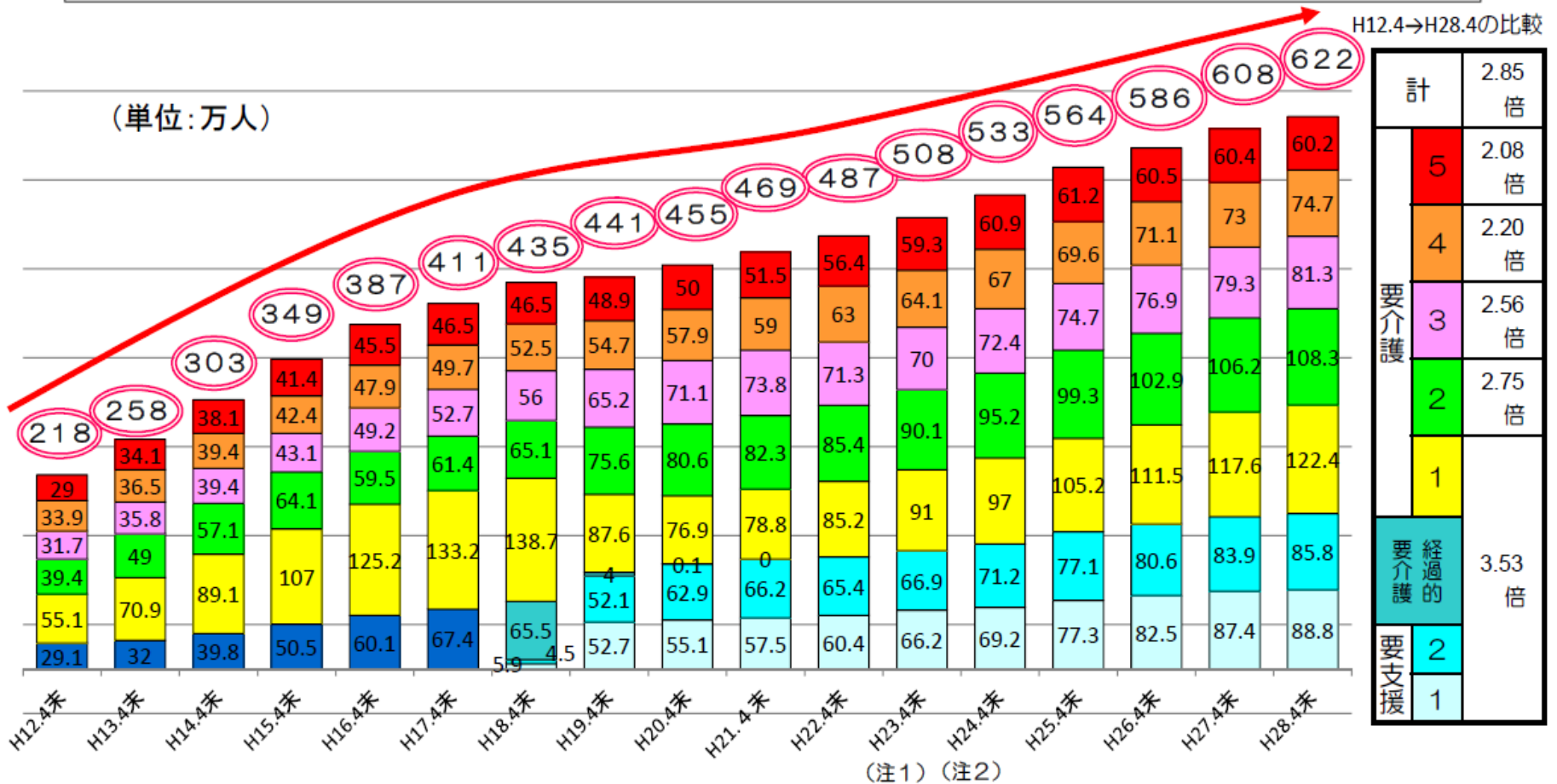
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 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。

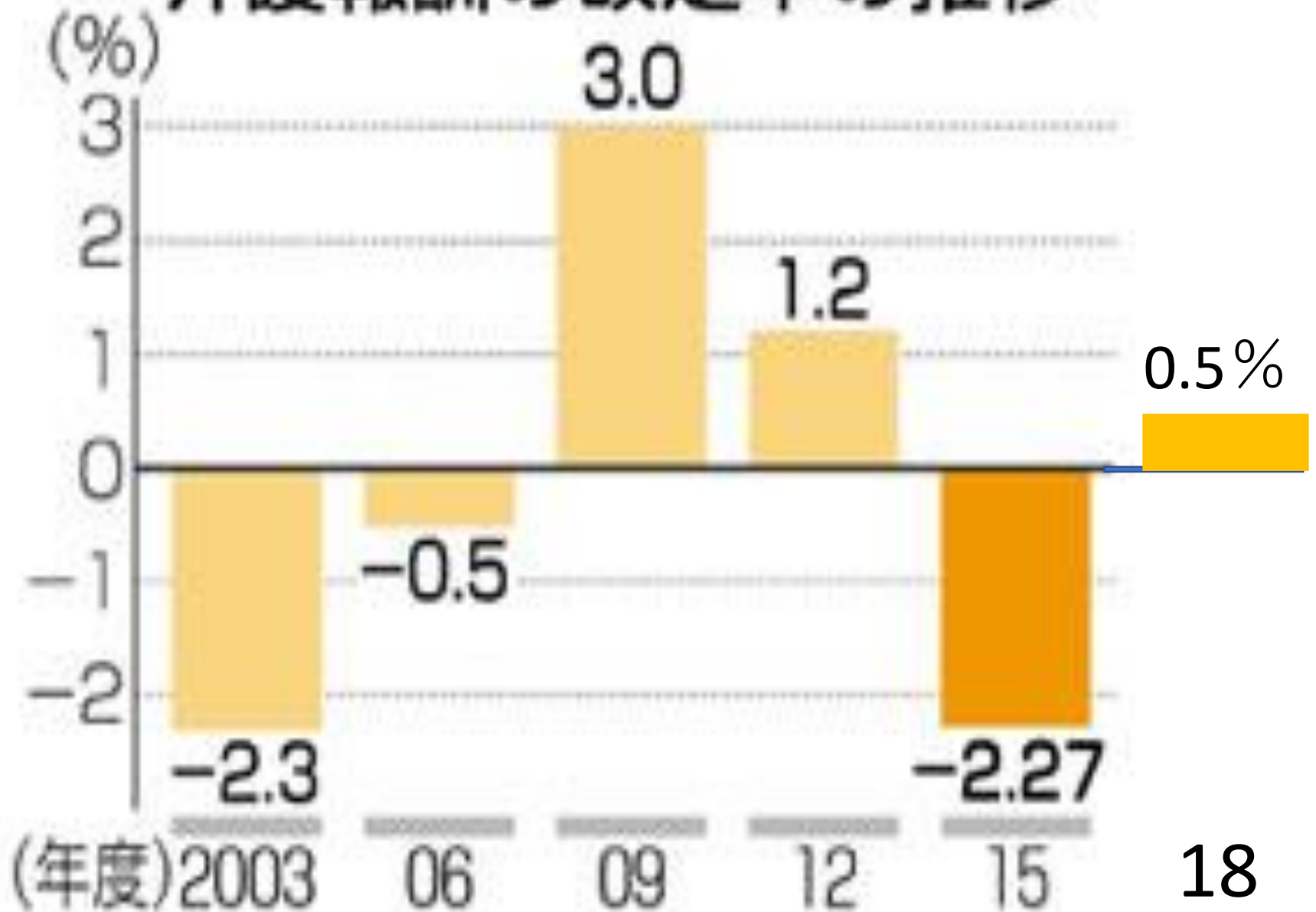
介護給付と保険料の推移

- 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。

介護報酬の改定率の推移



介護報酬改定の3つのポイント

ポイント① 介護医療院

ポイント② 看多機

ポイント③ 定期巡回・随時対応型訪問看護・介護サービス

ポイント①
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。

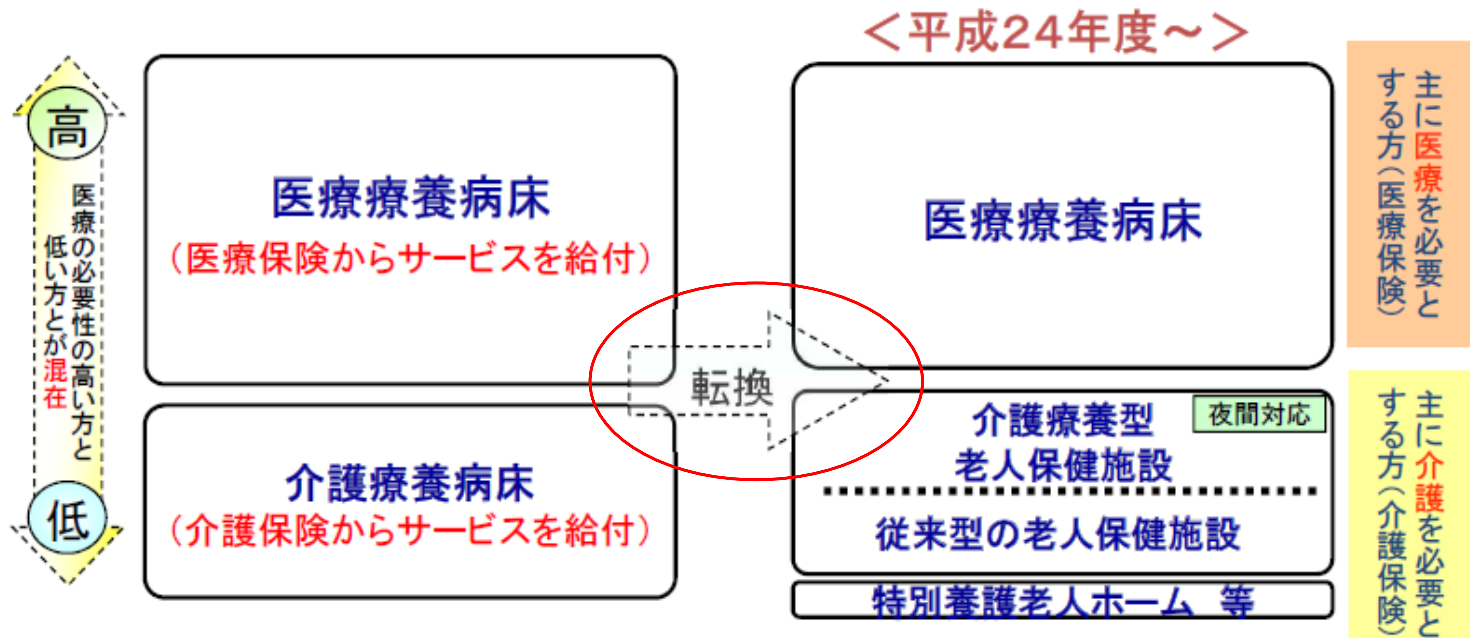
【医療法改正】

- 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）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス
(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示)

医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設
(●医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
●残りスペースを居住スペースに)


○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)
●介護ニーズは問わない


新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者



○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応


▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2)

医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



居住スペース
↑訪問診療
・医療療養病床(20対1)
・診療所(有床又は無床)

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



+

診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

新類型

(注) 居住スペースは、有料老人ホーム、看多機能

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

I. 医療機能を内包した施設系サービス

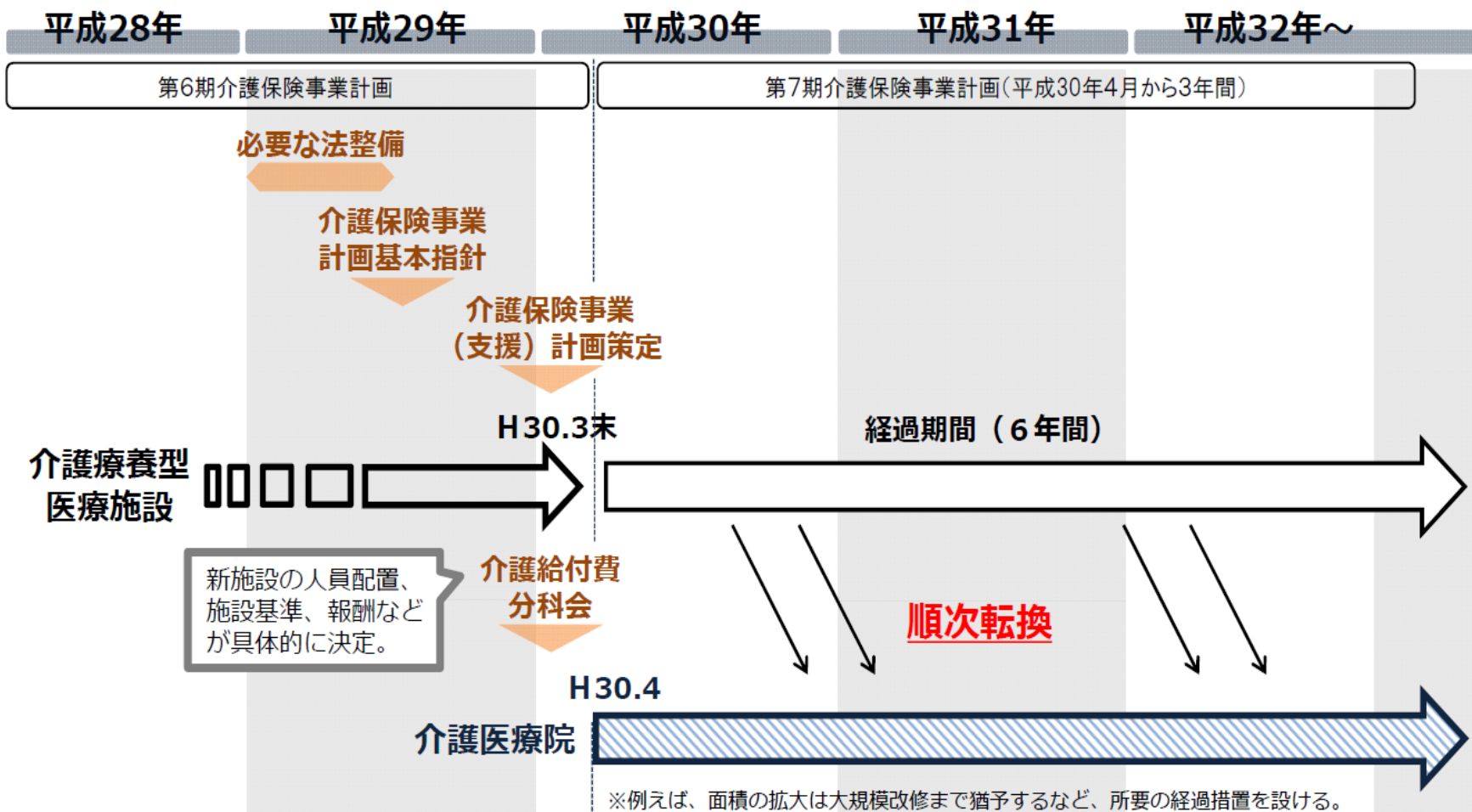
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

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



介護医療院に関するスケジュールのイメージ

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



療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**

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

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

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

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



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



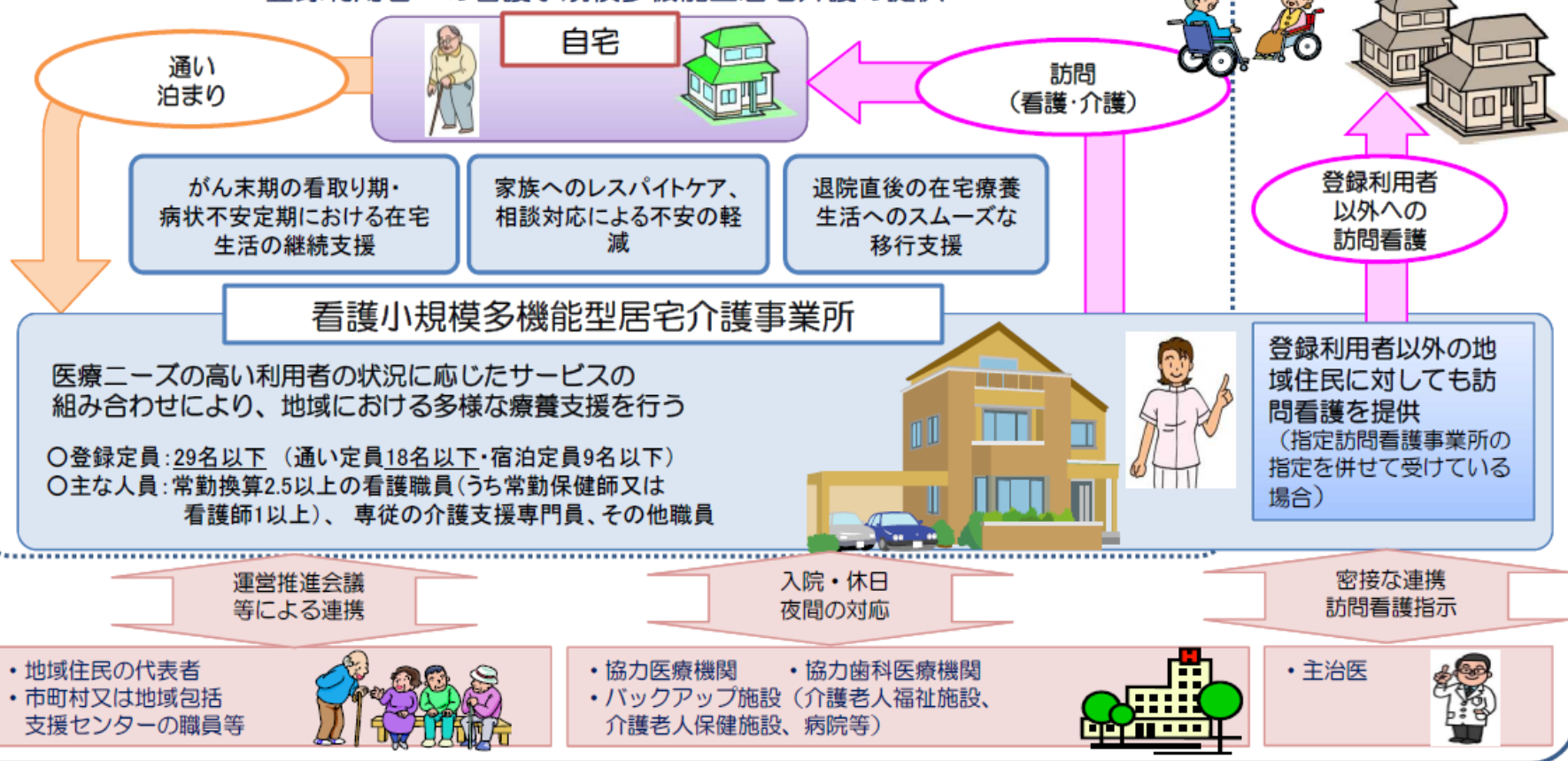
日本慢性医療協会会長
武久洋三氏（2017年6月22日）

ポイント②

看護小規模多機能型居宅
介護（看多機）

看護小規模多機能型居宅介護の概要

登録利用者への看護小規模多機能型居宅介護の提供



○ 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。

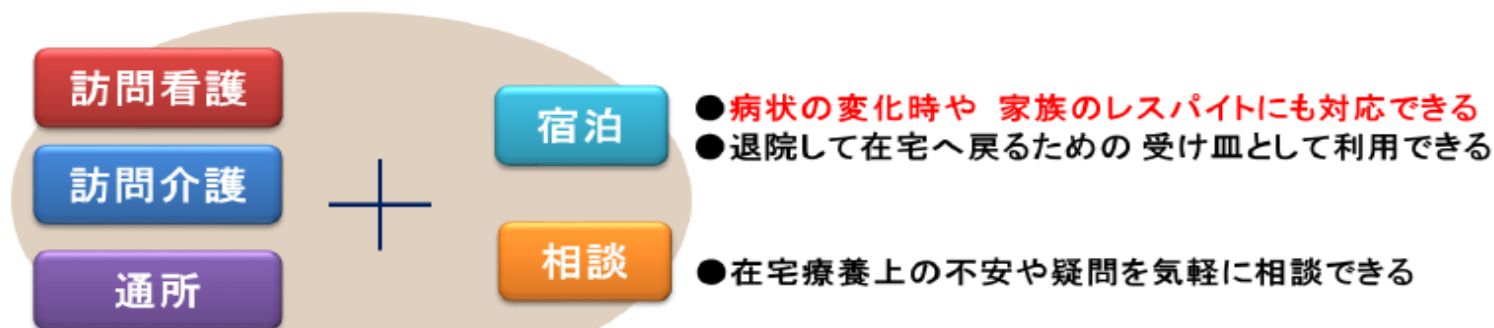
○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

➤在宅療養に必要なサービスを一つにしました

24時間365日、安全・安心な在宅療養を続けるためには、多様なサービスが不可欠です。

訪問看護や訪問介護のサービスだけで頑張っても、一日の限られた時間を「点」で支えるのが精一杯です。時には、看護・介護の専門職の目の行き届くところで「通所」や「宿泊」ができ、さらに、療養上の不安や疑問を、看護職に気軽に相談できるサービスが在宅療養には必要です。

そこで、従来の通いや訪問のサービスに、在宅療養の継続に必要なサービスを加えた、在宅療養者と家族を支える新サービスを一つにし提案しました。



これらの機能を一体的に提供できるサービスが必要

訪問看護と
小規模多機能型居宅介護(訪問介護、通所、宿泊)を
一体的に提供できるような、新サービスの創設を要望

(平成22年8月23日 社会保障審議会介護保険部会において提案)

2010年8月

「小規模多機能型居宅介護」の通所・宿泊・訪問介護に、あらたに「訪問看護」の機能を加えることで、医療・介護ニーズの高い在宅療養者への支援の充実を図るものです。

看護小規模多機能型居宅介護
事業者 交流会

平成27年11月17日(火) 13:30~16:45
於: JNAホール

看多機事業者交流会
2015年11月17日



看多機事業者交流会

2015年11月17日、日本看護協会

- 「看多機は全国300か所足らずとまだまだ、少ない。しかし日看協が提案したサービスであり、生みの親の責任としてもっと事業所開設数を伸ばしたく、交流会を企画した。疑問が解決し開設が進む良い機会となれば・・・」（斎藤訓子理事）



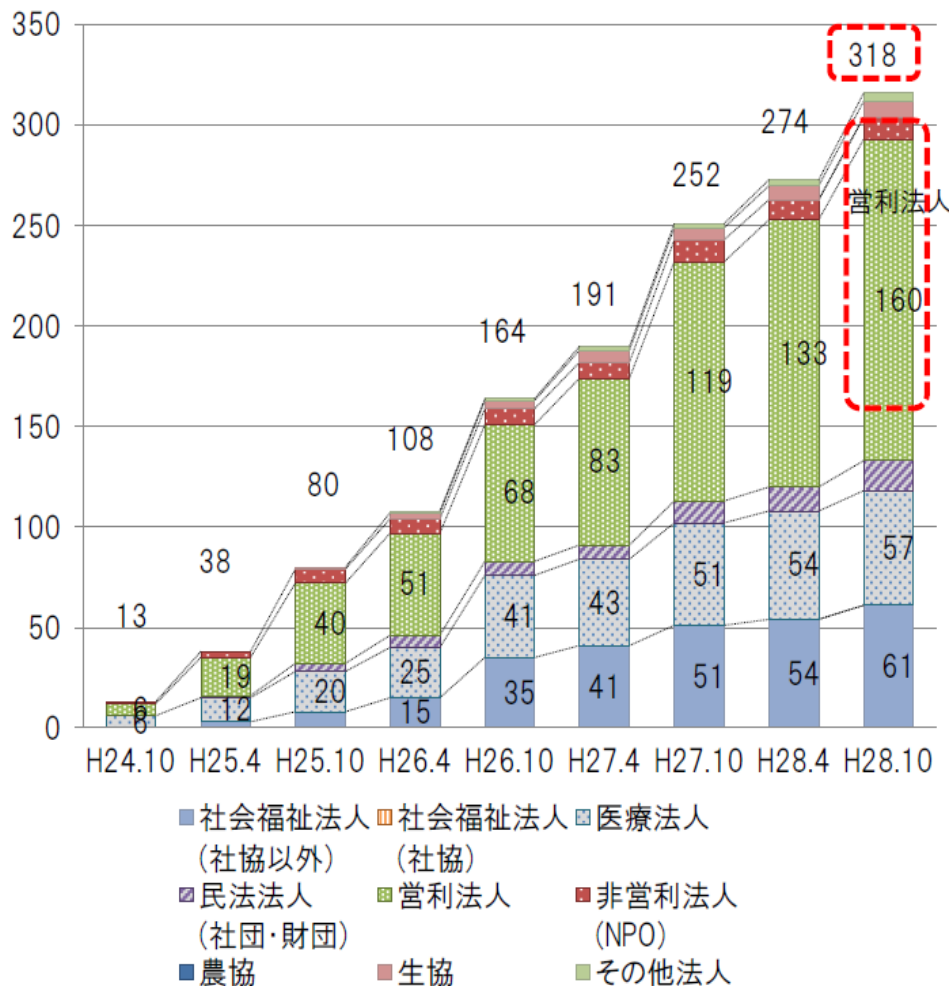
日看協常任理事の齋藤訓子氏



看護小規模多機能型居宅介護の事業所数等

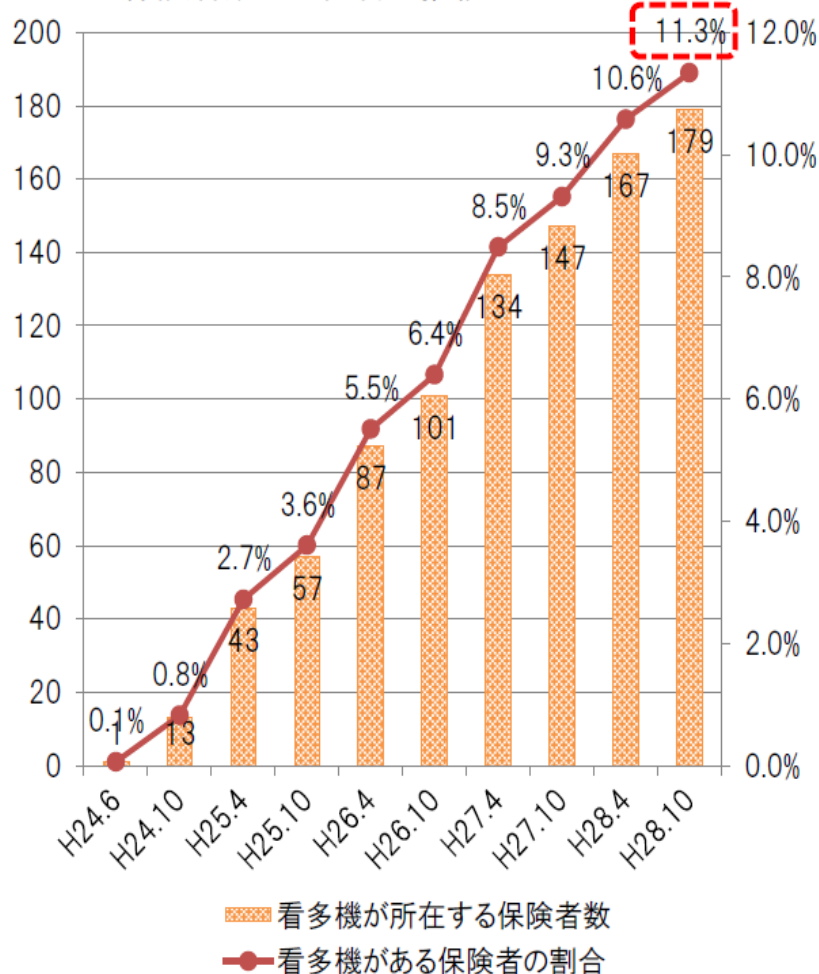
- 請求事業所数は318ヶ所であり、年々増加している。開設主体別にみると営利法人が最も多い。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所がある保険者の割合は11%であり、看護小規模多機能型居宅介護事業所がない保険者がほとんどである。

■ 請求事業所数と法人種別の推移



【出典】介護給付費実態調査

■ 看護小規模多機能型居宅介護(看多機)事業所がある保険者数及び割合の推移

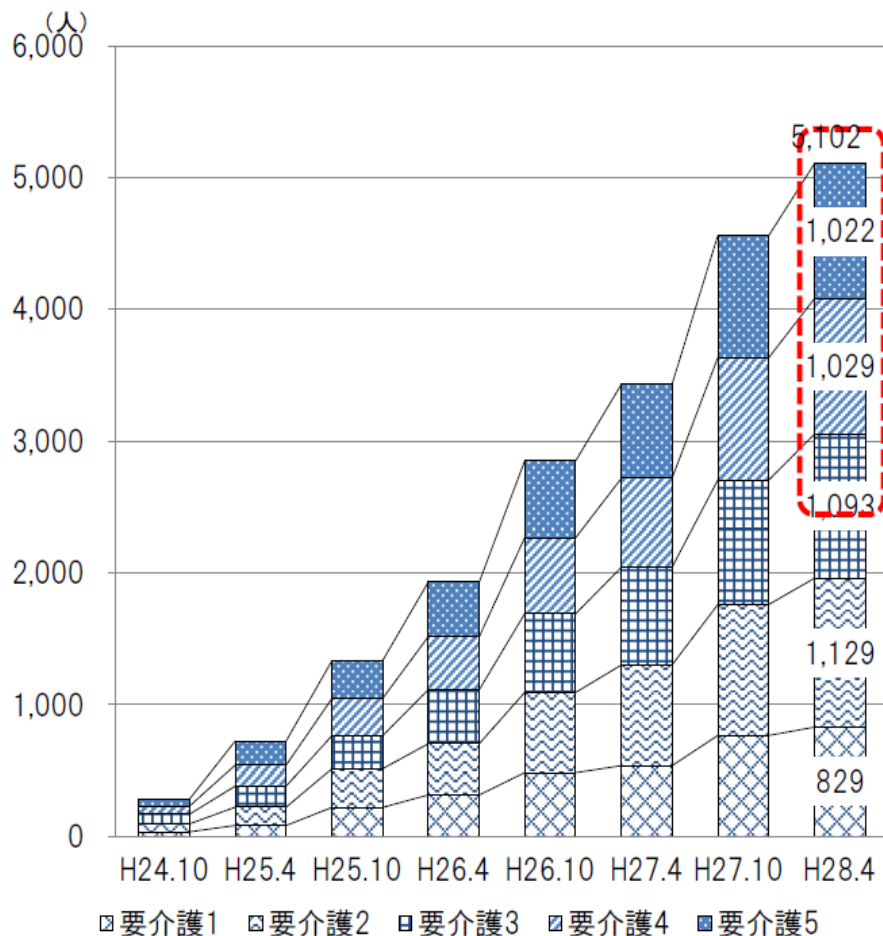


【出典】老健局老人保健課調べ

看護小規模多機能型居宅介護の利用者数等

- 利用者数は年々増加しており約5,100人、1事業所あたりの平均利用者数は19人となっている。
- 利用者数の世帯構成は独居が36%である。

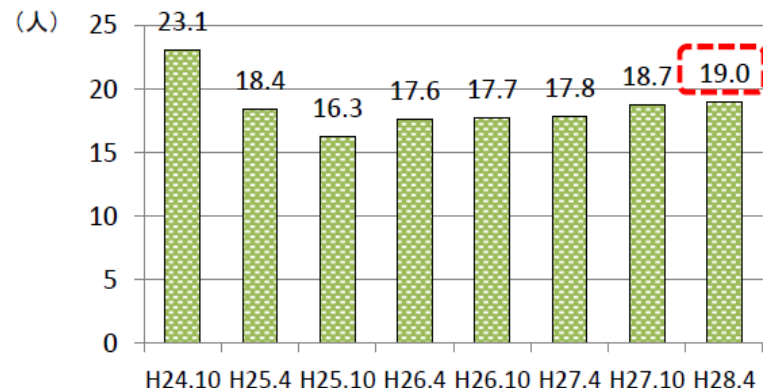
■ 看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の推移(要介護別)



注)短期利用居宅介護の受給者を除く。

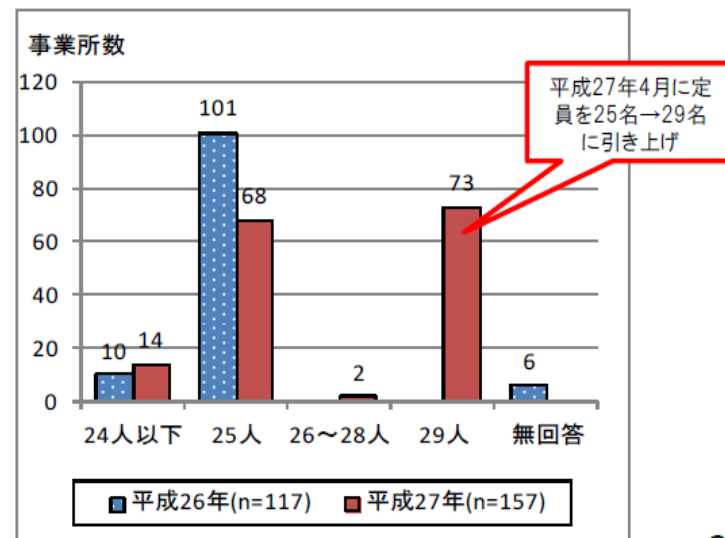
【出典】介護給付費実態調査

■ 1事業所あたり利用者数の推移



【出典】介護給付費実態調査

■ 1事業所あたりの登録定員の推移



【出典】平成27年度介護報酬改定検証調査(平成27年度調査)「(1)看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

2015年介護報酬改定における 看多機改定のポイント

- (1) 名称の見直し
- (2) 登録定員数の緩和
- (3) 外部評価の効率化
- (4) 総合マネジメント体制強化加算の創設
- (5) 事業開始時支援加算の延長
- (6) 提供される看護の実態に合わせた加算と減算の実施
- (7) 同一建物居住者へのサービス費変更



厚生労働省老健局
老人保健課
猿渡央子氏。

看護小規模多機能型居宅介護の経営状況（平成28年度介護事業経営概況調査）

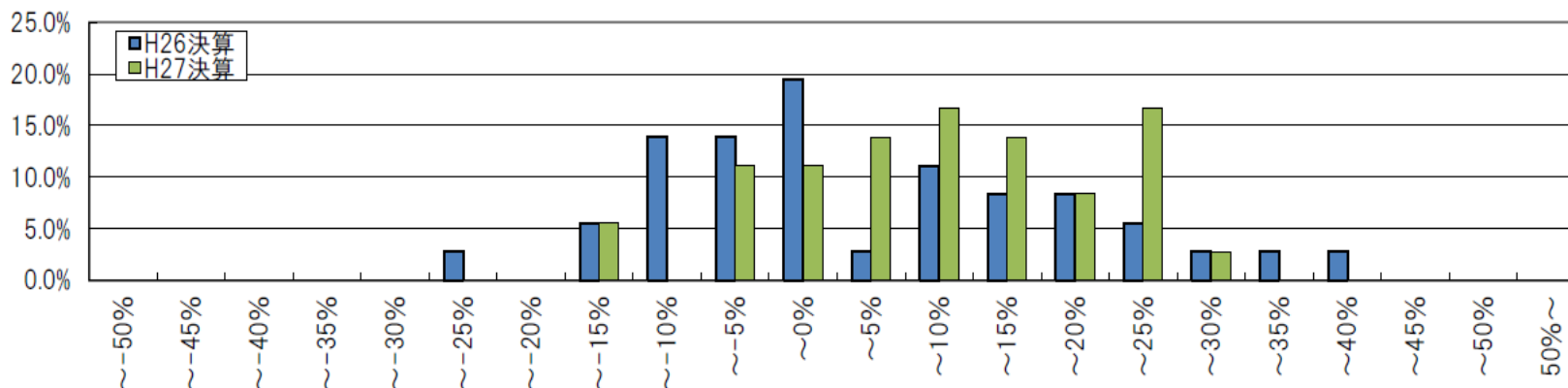
○ 看護小規模多機能型居宅介護の収支差率は6.3%(参考値)に改善している。

■ 地域密着型サービスにおける収支差率（ ）内は税引後収支差率

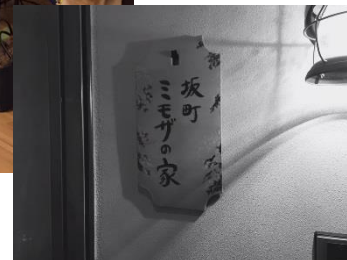
サービスの種類	28年度 概況調査		
	26年度 決算	27年度 決算	対26年度 増減
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	※△1.7% (※△1.9%)	※6.8% (※6.5%)	+8.5%
夜間対応型訪問介護	※7.1% (※7.0%)	※3.6% (※3.6%)	△3.5%
認知症対応型通所介護	6.9% (6.6%)	6.0% (5.7%)	△0.9%
小規模多機能型居宅介護	5.2% (4.9%)	5.4% (5.2%)	+0.2%
認知症対応型共同生活介護	6.2% (5.1%)	3.8% (2.5%)	△2.4%
地域密着型特定施設入居者生活介護	※5.6% (※5.3%)	※5.2% (※5.0%)	△0.4%
地域密着型介護老人福祉施設	2.2% (2.2%)	1.6% (1.6%)	△0.6%
看護小規模多機能型居宅介護	※1.4% (※1.4%)	※6.3% (※6.3%)	+4.9%

注：収支差率に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

■ 看護小規模多機能型居宅介護の収支差率分布



看多機の事例



ミモザの家(新宿区)

PTXX-170623-001

事例2. 株式会社リンデン 複合型サービス ナーシングホーム岡上



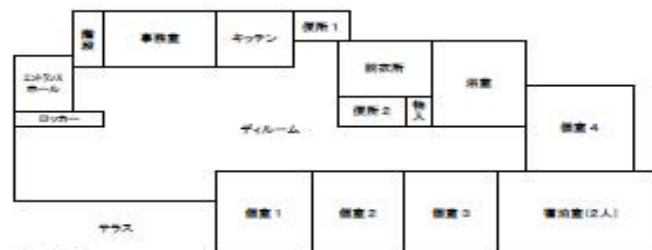
＜事業運営上のポイント＞

- 利用者の生活全般を支えることができること、医療ニーズの高い利用者に対応できることは、やりがいを持って働きたいと考える看護職員、介護職員の魅力となっている。採用時より理念を共有することを重視している。
- 理学療法士と作業療法士が併設の訪問看護ステーションと兼務しており、週に3回、時間を決めて個別の機能訓練を実施している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	営利法人	法人名	株式会社リンデン	
所在地	神奈川県川崎市	開設年月	平成25年4月	
併設事業所・関連事業所等	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション（開設時期：平成23年4月） ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護事業所 			
定員	登録定員：25人 通い：15人 泊まり：6人			
利用登録者数	17人（平成26年11月時点）	利用者の平均要介護度	3.7	
実費負担	泊まり：3,000円 食費：朝食350円 昼食（おやつを含む）700円 夕食700円			
看護職員数（実人数）	7人	介護職員数（実人数）	10人	

勤務体制	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員 【日勤】8:30～17:30 ※夜間の緊急対応に2名が待機。 ・介護職員 【日勤】8:30～17:30 【夜勤】16:30～9:30 ※早いお迎え、遅い送りの希望や泊りが多い日には、早出、遅番に対応。 【早出】7:00～16:00 【遅番】11:30～20:00
------	--



●事例1● 81歳 男性【退院直後の在宅復帰支援】

- ✓退院直後から2か月間は泊まりを継続提供。その後、訪問を中心に在宅復帰
- ✓家族の不安を解消するサービス提供方法を検討・相談
- ✓家族と外部サービスとの役割分担を明確にし、家族へは吸引等の処置の実施方法を教育

1. 利用者の基本情報

世帯構成	妻、長男の妻、その子ども（孫）と同居				
介護力	主たる介護者は長男の妻。時間帯によって介護可能。				
要介護度	要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	C2		認知層高齢者の日常生活自立度	I	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性新生物 ・パーキンソン病 ・脳梗塞 ・心不全 ・腹部大動脈瘤 ・大動脈弁閉鎖栓 				
必要な医療処置	<ul style="list-style-type: none"> ・胃ろう ・バルーン留置カテーテル ・たんの吸引 ・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡) ・服薬管理 ・浣腸 ・摘便 ・吸入 				
ターミナル期	ターミナル期ではない		病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり	

※利用開始から最初の2週間のサービス提供状況

	1 目 目	2 目 目	3 目 目	4 目 目	5 目 目	6 目 目	7 目 目	8 目 目	9 目 目	10 目 目	11 目 目	12 目 目	13 目 目	14 目 目
泊まり	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回

3. 2か月間の泊まりの継続利用後、在宅で訪問の利用中心に

<訪問を中心に>

- ・約2か月間、事業所に泊まった後、在宅に戻り、その後は訪問（介護）と医療保険による訪問看護のみを利用している。

●事例2● 88歳 女性【がん末期の在宅生活支援】

- ✓退院後、通いの場で医療処置を行い、在宅での医療処置の不安を解消
- ✓利用者の心身の負担、病状に応じてサービス提供パターンを柔軟に変更
- ✓発熱や痛み対応は主治医との密な連携・連絡で対応

1. 利用者の基本情報

世帯構成	長男夫婦、孫1人				
介護力	主たる介護者は長男の妻。常時、介護可能。				
要介護度	要介護3				
障害高齢者の日常生活自立度	A2		認知症高齢者の日常生活自立度	II a	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	一部介助	全介助	一部介助	全介助	全介助
主な傷病	右上顎腫瘍術後 癌性疼痛				
必要な医療処置	・胃ろう ・たんの吸引 ・創傷処置 ・服薬管理 ・疼痛の管理				
ターミナル期	ターミナル期である		病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	右顔面麻痺。疼痛コントロール中。				

2. 利用開始の経緯

	1 目	2 目	3 目	4 目	5 目	6 目	7 目	8 目	9 目	10 目	11 目
通い				○		○					○
訪問看護 (同事業所：医療保険)	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回

○直近11日のサービス提供状況

- ・その後、医療処置や胃ろうに対応するため、訪問看護の1日あたりの訪問回数を増やし、朝、昼、夜の1日3回の訪問に変更した。
- ・発熱や痛みがあるため、主治医と密に連携・連絡をとりながら対応している。

●事例3● 78歳 女性【医療ニーズの高い認知症者支援】

✓医療ケアの必要な認知症の利用者に対し、原疾患の進行に合わせた支援を実施

✓強い利用拒否に対し、馴染みの職員が対応することで、通いや泊りが利用可能に

1. 利用者の基本情報

世帯構成	夫婦のみの世帯				
介護力	主たる介護者は夫（77歳）。常時、介護可能。				
要介護度	要介護4				
障害高齢者の日常生活自立度	B 2	認知症高齢者の日常生活自立度			III a
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・進行性核上性麻痺 ・意識消失発作 ・脳梗塞後遺症 ・認知症				
必要な医療処置	・留置カテーテル ・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・摘便 ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	・予測できない意識消失発作を頻回に起こすようになった。				

2. 利用開始の経緯と利用開始直後のサービス提供状況～利用拒否への対応～

2018年介護報酬改定と看多機



2017年11月8日介護給付費分科会

これまでの議論における主な意見について

＜サービスの更なる普及及び看多機と小多機におけるサテライト型事業所の取扱いについて＞

○定期巡回、小多機、看多機については、在宅生活の継続を希望する人にとっては必要なサービスであるが、事業所数が増えないことが問題である。

○老健、特養など既存の資源を有効活用するべきではないか。

○サテライト設置により地域の看多機のサービス拠点が少しでも増え、事業者にとっても効率的な運営体制で供給量をふやすことが期待できるのではないか。

○サテライト型看多機については、さらなる検証が必要である。

○看多機は小多機よりも機能が重いため、基準を緩和した看多機サテライトには矛盾がある。ニーズがあるのであれば、新たに看多機を新設すべきであり、サテライトは小多機のままとすべき。

＜事業開始時支援加算について＞

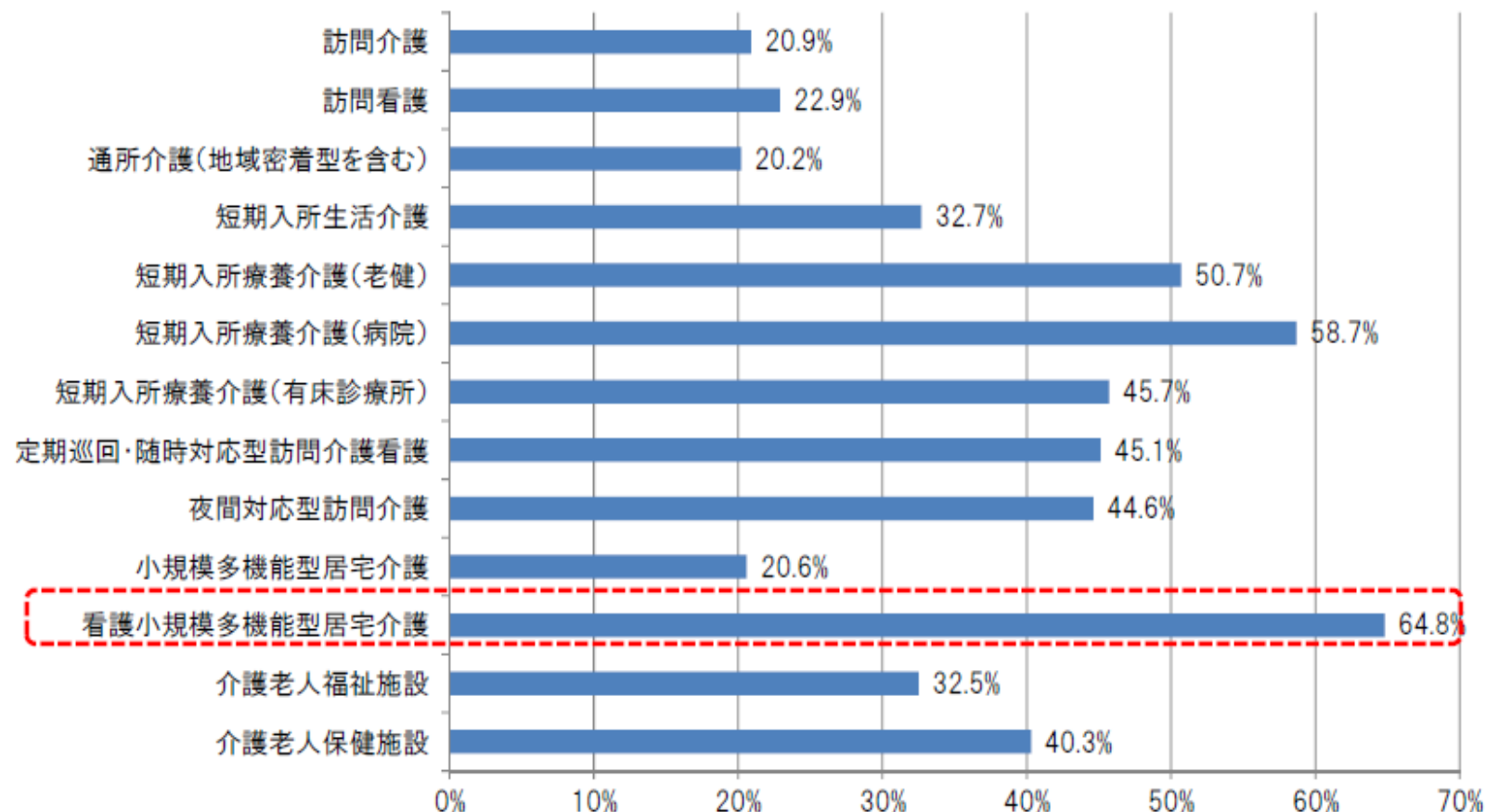
○事業開始時支援加算については、少しでも参入をふやすことを考えると、期間延長も視野に入れた検討も必要ではないか。

○時限措置になっていることと経営実態調査の収支差率をみれば、事業開始時支援加算の延長の必要性はないのではないか。

医療ニーズの高い利用者には不足している介護サービス

○ ケアマネジャーが、医療ニーズの高い利用者について不足していると認識しているサービスは看護小規模多機能型居宅介護が64.8%と最も高く、次いで短期入所系のサービス等となっている。

■ ケアマネジャーが認識する医療ニーズの高い利用者について不足している介護サービス(複数回答)(n=554)(主なもの)



※本調査では、「医療ニーズの高い利用者」を、日常的な医学管理や特別な医療処置・ケア(点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、血圧・心拍・酸素飽和度等のモニター測定、褥瘡の処置、 Condom カテーテル・留置カテーテル等)を必要としている人とした

伸び悩む看多機

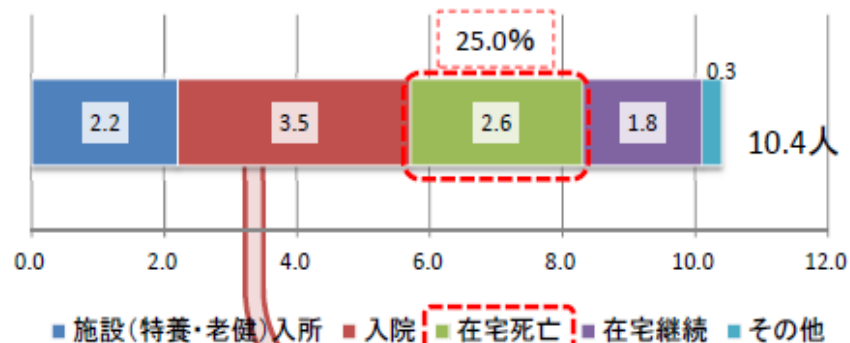
- 2017年11月8日の会合で厚労省は、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）に関する見直し案も示した
- 看多機事業所数が伸び悩んでおり、全国357施設（今年3月末現在）にとどまることから同省は、以下を提案している
 - 診療所からの参入を促すために基準を緩和させる
 - 人員基準が緩いサテライト事業所の設置を認める
- このうち、診療所からの新規参入を促す施策について
 - 看多機の利用者専用の宿泊室として「1室」を確保すれば、残りを病床として活用できるルールにする
 - 個人で開設する診療所でも看多機の指定を受けられるルールにする（現在は法人でないと指定を申請できない）

看多機と看取り機能

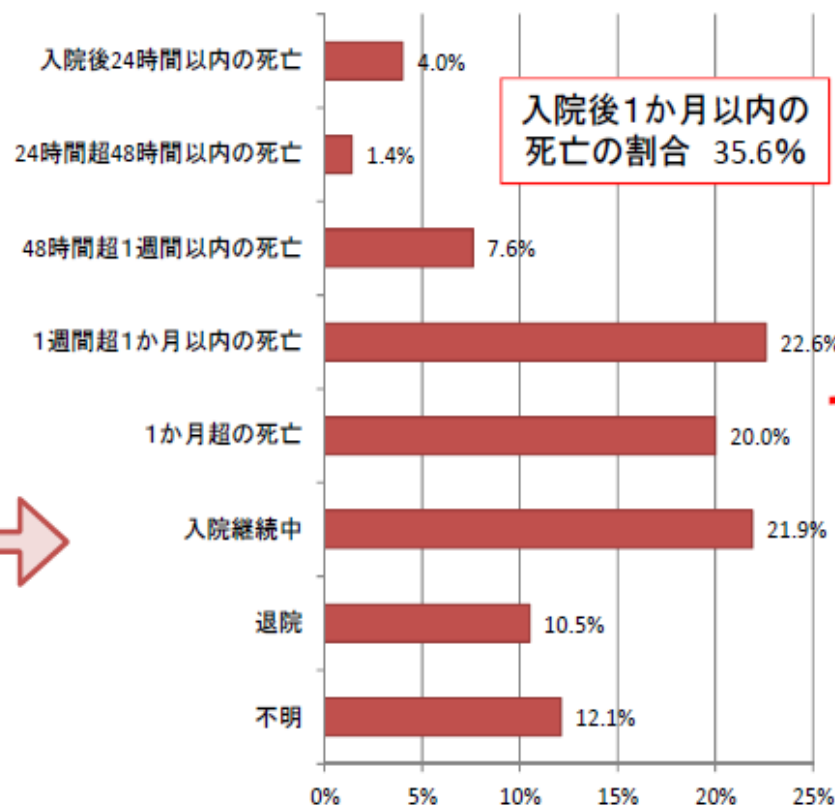
利用終了者及び入院後の死亡の状況

- 看多機の利用終了者は年間約10人程度であり、うち在宅死亡の割合は25%で2.6人となっている。
- 看多機の利用終了者のうち病院・診療所へ入院した者は3.5人であり、そのうち、1か月以内の死亡者の割合は35.6%となっている。

■ 看護小規模多機能型居宅介護の利用終了者(平成28年8月～平成29年7月)の転帰別の人数(1事業所あたりの人数)



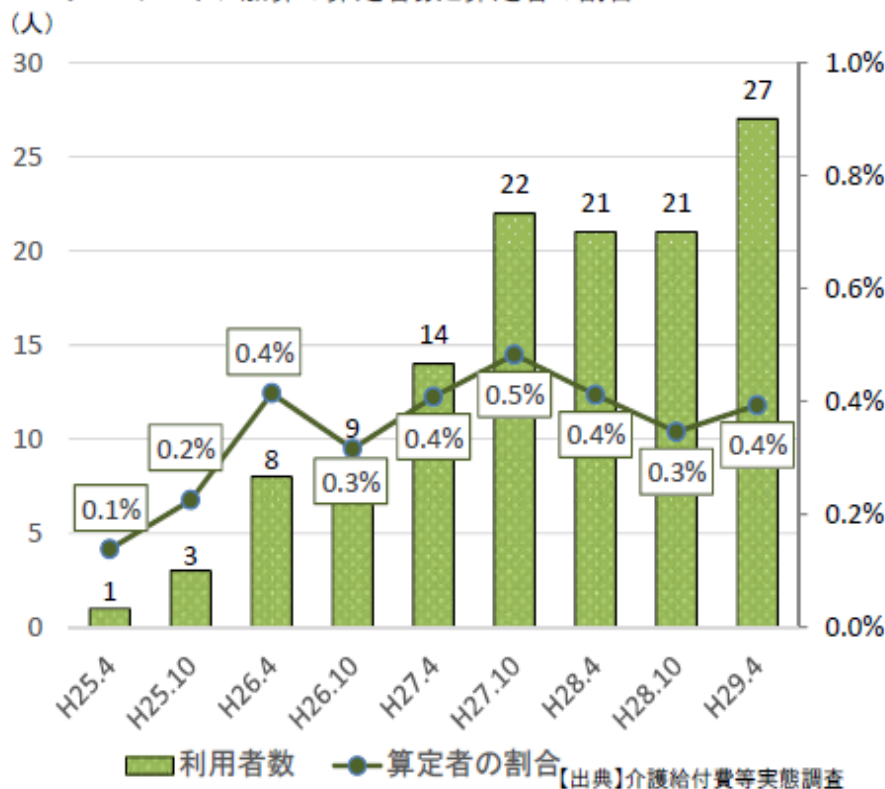
■ 病院・診療所への入院による看護小規模多機能型居宅介護の利用終了者(平成28年8月～平成29年7月)の死亡の状況(109事業所、421人)



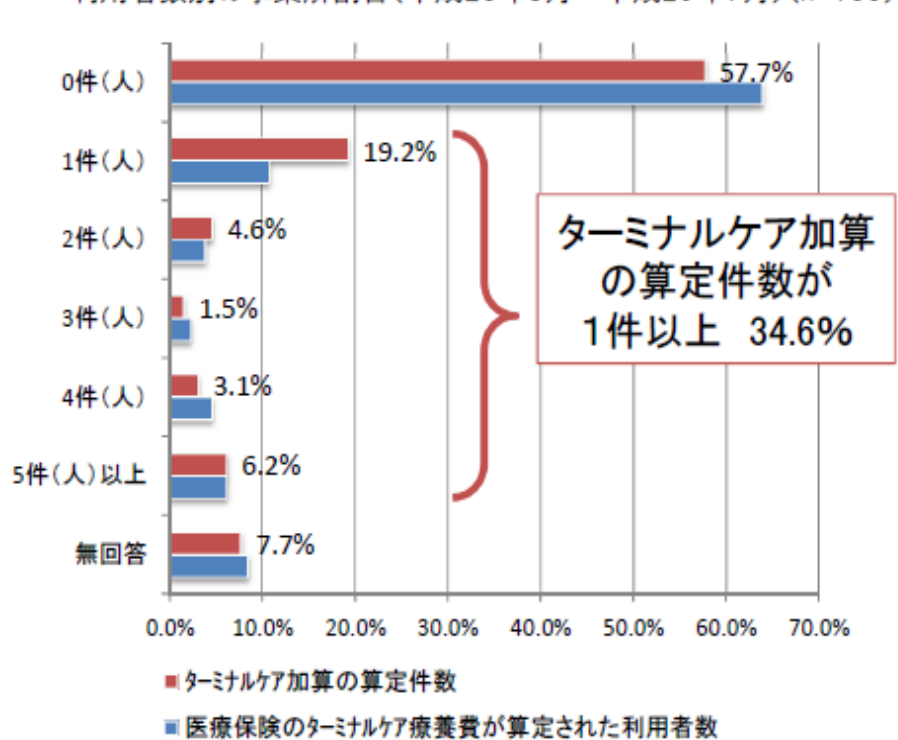
ターミナルケア加算の算定等について

○ ターミナルケア加算の算定者割合は0.4%でほぼ横ばいであるが、1年間でターミナルケア加算を1件以上算定した事業所の割合は34.6%となっている。

■ ターミナルケア加算の算定者数と算定者の割合



■ ターミナルケア加算の算定件数及びターミナルケア療養費が算定された利用者数別の事業所割合(平成28年8月～平成29年7月)(n=130)



【出典】平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成29年度調査)「訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」の9月22日時点の速報データを元に老人保健課において整理

ターミナルケア加算(介護保険): 死亡月につき2,000単位

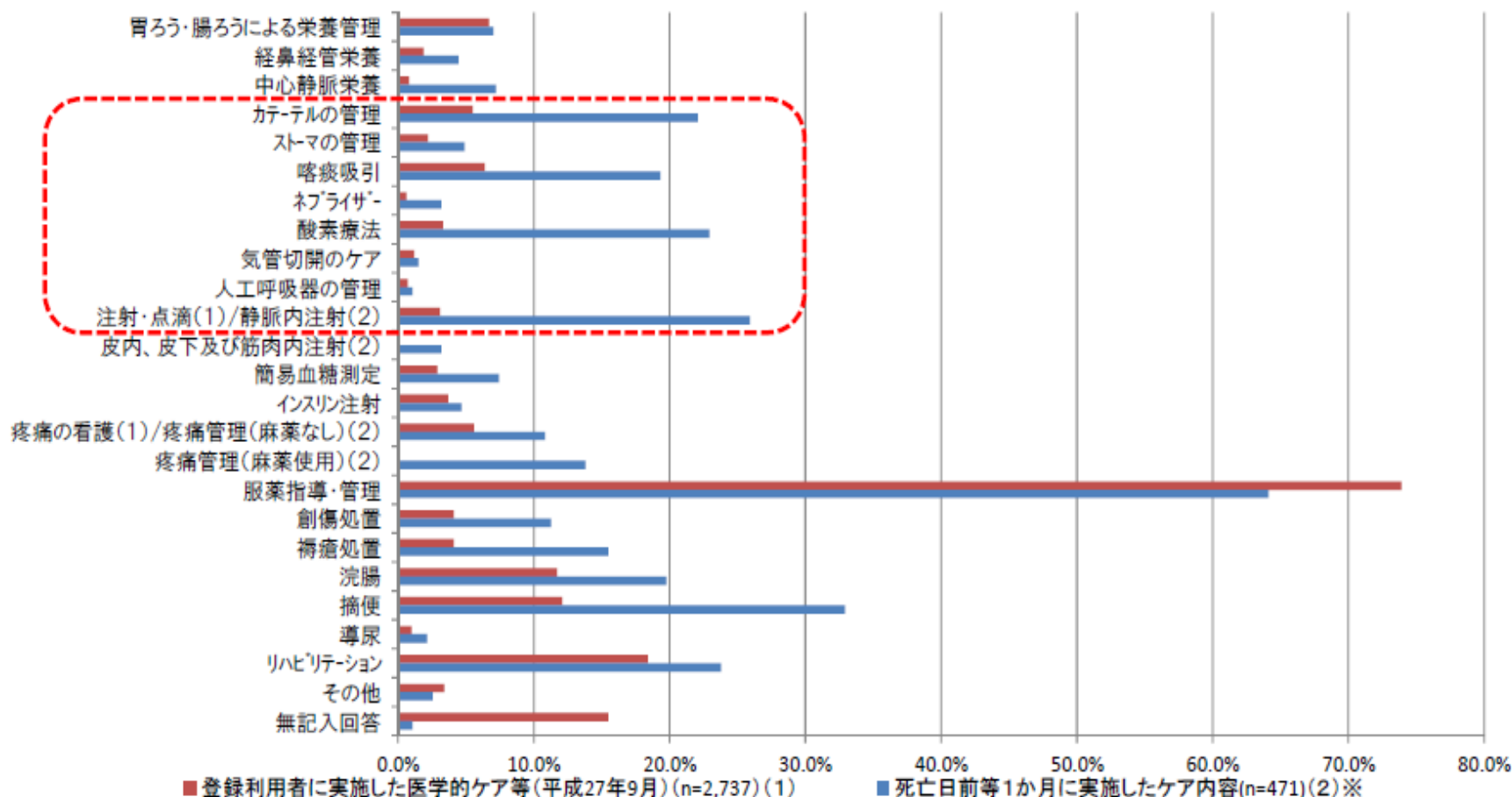
(注)ターミナルケア加算とは、基準に適合している指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日(死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者(末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。)に対して訪問看護を行っている場合にあっては、1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合を含む。)に加算する。

(区分支給限度基準額の算定対象外)

ターミナル期のケアの内容

○ ターミナル期に実施したケア内容については、「カテーテルの管理」「喀痰吸引」「酸素療法」「静脈内注射」等の医学的なケアの実施割合が高い。

■ 看多機利用者に対し、1か月に実施した主な医学的ケア等について (出典(1)と(2)で比較可能な項目のみ抜粋)



※平成28年8月～平成29年9月の死亡者であり、死亡日及び死亡日前又は医療機関への搬送日前の1か月に実施したケア

【出典】(1)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)「看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業」、(2)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成29年度調査)「訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」の9月22日時点の速報データを元に老人保健課において分析

認定特定行為業務従事者の状況

○ 看護小規模多機能型居宅介護の登録特定行為事業者等は40箇所ある。

■ 登録喀痰吸引等事業者数及び登録特定行為事業者数(事業所種別)

	老人福祉法・介護保険法関係の施設・事業所	障害者自立支援法・児童福祉法(障害児)関係の施設・事業所	生活保護法関係の施設・事業所	その他
登録喀痰吸引等事業者数	281	60	0	0
登録特定行為事業者数	15,293	5,327	44	385

■ 登録喀痰吸引等事業所数及び登録特定行為事業者数(老人福祉法・介護保険法関係の施設・事業所のうち主な地域密着型サービス事業所別)

	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	複合型サービス
登録喀痰吸引等事業者数	0	0	0	6	3	1	0
登録特定行為事業者数	49	5	36	263	387	28	40

(参考)登録喀痰吸引等事業所数及び登録特定行為事業者数(実施特定行為別)(重複あり)

	口腔内の喀痰吸引	鼻腔内の喀痰吸引	気管カニューレ内 部の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	経鼻経管栄養
登録喀痰吸引等事業者数	325	223	86	307	49
登録特定行為事業者数	18,414	10,862	5,502	16,712	3,639

(参考)介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について

- ◆登録喀痰吸引等事業者(H28年度～)
:従事者に介護福祉士がいる事業者
- ◆登録特定行為事業者(H24年度～)
:従事者に介護福祉士以外の介護職員等(H24～27年度は介護福祉士を含む)がいる事業者

※個人であっても、法人であっても、たんの吸引等について業として行うには、上記登録事業者であることが必要。

※登録事業者となるには都道府県知事に、事業所ごとに一定の登録要件(登録基準)を満たしている旨、登録申請を行うことが必要。

<登録要件>

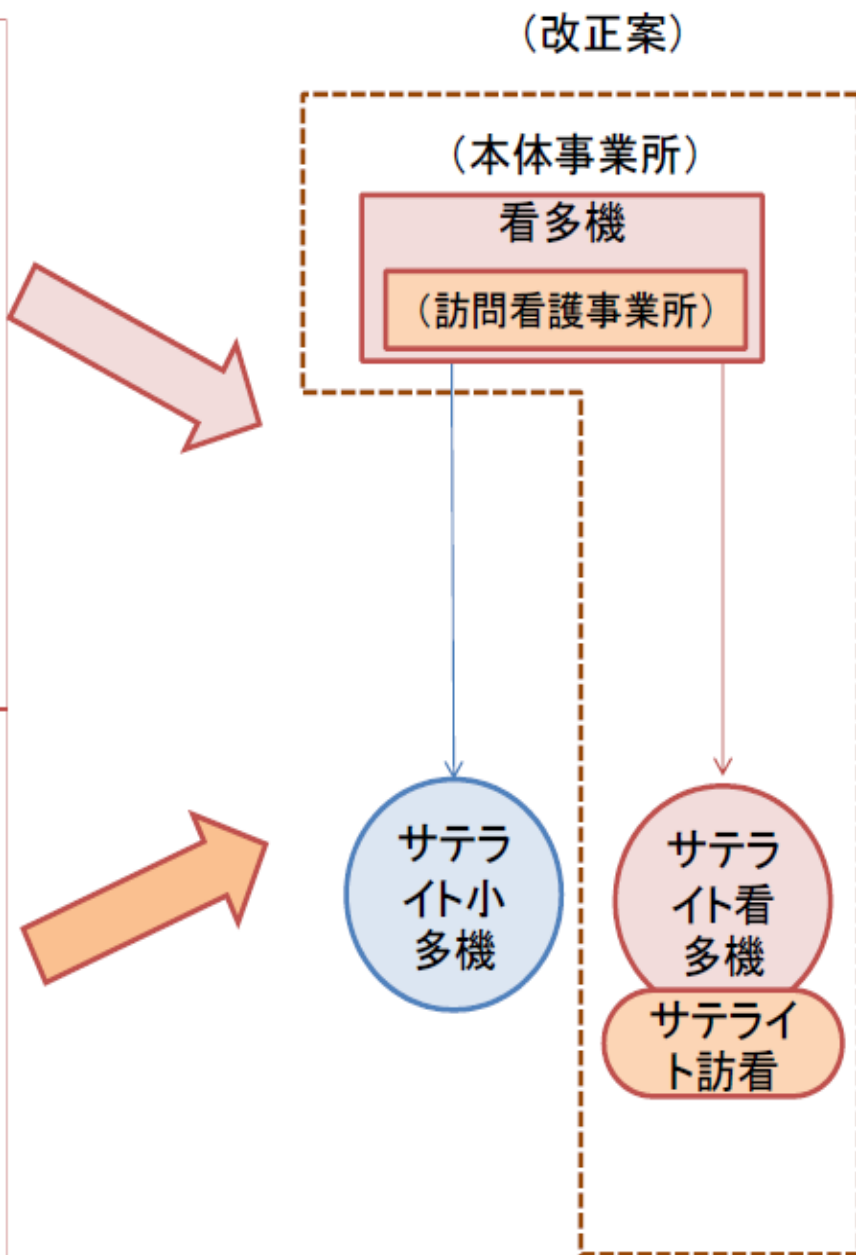
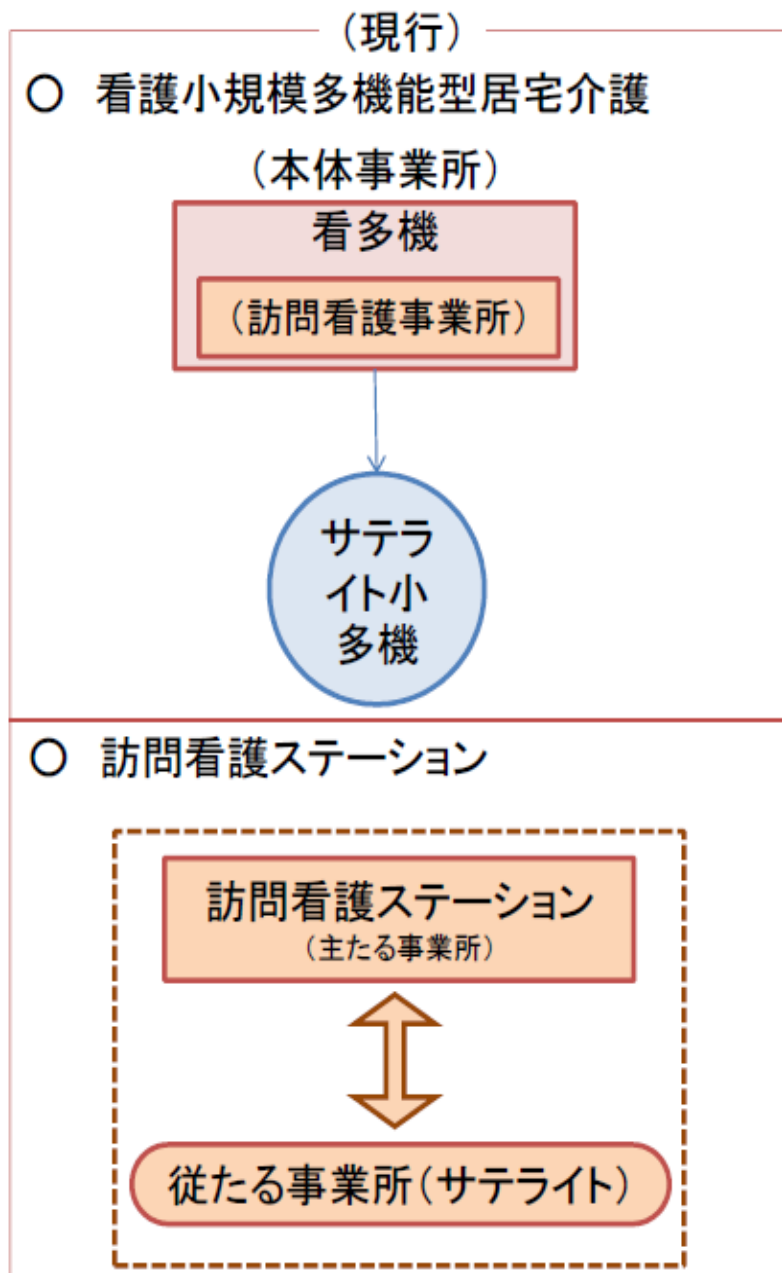
- (※社会福祉士及び介護法第48条の5等に規定)
- 医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
- 記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置等

<対象職種>

- 医師の指示、看護師等との連携の下において、
 - 介護福祉士(※)
 - 介護職員等(具体的には、ホームヘルパー等の介護職員、上記以外の介護福祉士、特別支援学校教員等)
- であって一定の研修を修了した方が実施できる。

サテライト看多機

看護小規模多機能型居宅介護及び訪問看護ステーションにおけるサテライトの関係（イメージ）



サテライト型事業所等の基準のイメージ①

現行

		小規模多機能型居宅介護等 (本体事業所)	サテライト型小規模 多機能型居宅介護事業所	看護小規模多機能型居宅介護 (本体事業所)	サテライト型看護小規模 多機能型居宅介護事業所	
代表者		認知症対応型サービス事業 開設者研修を修了した者	本体の代表者	認知症対応型サービス事業開設者研修を 修了した者又は保健師もしくは看護師	本体の代表者	
管理者		常勤・専従であって、認知 症対応型サービス事業管理 者研修を修了した者	本体の管理者が兼務可能	常勤・専従であって、認知症対応型サー ビス事業管理者研修を修了した者又は保 健師もしくは看護師	本体の管理者が兼務可能	
(看護) 小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通い サービ ス	常勤換算法で3:1以上	常勤換算法で3:1以上	常勤換算法で3:1以上(1以上は保健 師、看護師または准看護師)	
		訪問 サービ ス	常勤換算法で1以上(他の サテライト型事業所の利用 者に対しサービスを提供 することができる。)	1以上(本体事業所又は他の サテライト型事業所の利用 者に対しサービスを提供 することができる。)	常勤換算法で2以上(1以上は保健師、 看護師または准看護師)(他のサテライ ト型事業所の利用者に対しサービスを提供 することができる。)	
	夜間	夜勤職 員	時間帯を通じて1以上(宿 泊利用者がいない場合、置 かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿 泊利用者がいない場合、置 かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者がい ない場合、置かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者がい ない場合、置かないことができる。)
		宿直職 員	時間帯を通じて1以上	本体事業所から適切な支援 を受けられる場合、置か ないことができる。	時間帯を通じて1以上 ※看護職員と連絡体制の確保は必要。	本体事業所から適切な支援を受けられ る場合、置かないことができる。
	看護職員	小規模多機能型居宅介護従 業者のうち1以上	本体事業所から適切な支援 を受けられる場合、置か ないことができる。	常勤換算法で2.5以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、 同一事業所で一体的な運営をしている場 合、訪問看護事業所の人員基準を満たす ことで当該基準も満たすものとみなす。	常勤換算法で1.0以上 ※本体事業所が訪問看護事業所の指定 を併せて受けている場合であり、出張 所として要件を満たす場合には、一体 的なサービス提供の単位として事業所 に含めて指定することができる取扱と する。	
介護支援専門員		介護支援専門員であって、 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	介護支援専門員であって、小規模多機能 型サービス等計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担 当者研修を修了した者 1以上	

サテライト型事業所の設備・運営基準のイメージ②

※赤字はサテライト看多機のみで、サテライト小多機との相違点

サテライト型事業所の 本体となる事業所	<ul style="list-style-type: none"> 看護小規模多機能型居宅介護事業所（緊急時訪問看護加算の届出事業所に限る） 		
本体1に対するサテラ イト型事業所の箇所数	<ul style="list-style-type: none"> 最大2箇所まで（サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所を含める。） 		
本体事業所とサテラ イト型事業所との距離等	<ul style="list-style-type: none"> 自動車等による移動に要する時間がおおむね20分未満の近距離 		
サテライト型事業所の 設備基準等	<ul style="list-style-type: none"> サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能は必要 ※ 本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊することも可能 ※ 本体の訪問スタッフが、サテライト型利用者に訪問することも可能 		
指定	<ul style="list-style-type: none"> 本体、サテライト型事業所それぞれが受ける 		
登録定員等		本体事業所	サテライト型事業所
	登録定員	29人まで	18人まで
	通いの定員	登録定員の1/2～15人まで	登録定員の1/2～12人まで
	泊まりの定員	通い定員の1/3～9人まで	通い定員の1/3～6人まで
介護報酬	<ul style="list-style-type: none"> 通常の看護小規模多機能型居宅介護の介護報酬と同額 		

※ 本体事業所の登録定員が26人以上の事業所について、居間及び食堂を合計した面積が「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さが確保されている」場合には、通いの定員を18人以下とすることができる。

※ サテライト型事業所の本体については、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能を有する看護小規模多機能型居宅介護事業所とし、本体との円滑な連携を図る観点から、箇所数及び本体との距離等について一定の要件を課す。

※ サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能を提供することとするが、宿泊サービス・訪問サービスについては、効率的に行うことを可能とする。

診療所と看多機

看護小規模多機能型居宅介護の基準の緩和について

論点6

- 看護小規模多機能型居宅介護については、医療ニーズの高い要介護者への支援として、サービス供給量を増やす観点から、診療所からの参入を進めるよう基準を緩和してはどうか。

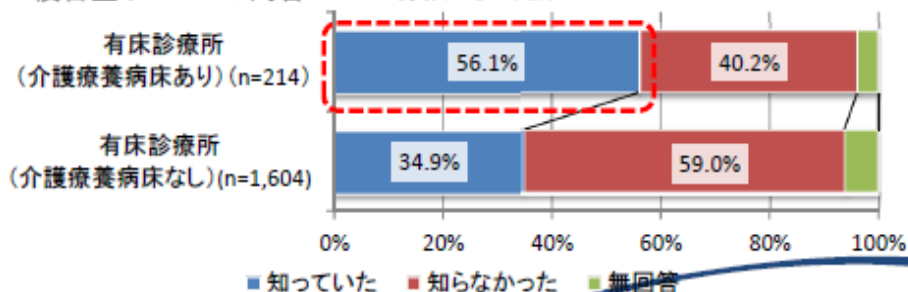
対応案

- 設備について、宿泊室については、看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者が宿泊サービスを利用できない状況にならないよう、利用者専用の宿泊室として1室は確保したうえで、診療所の病床を届け出ることを可能としてはどうか。
- 現行、介護保険法施行規則において、指定の申請については、法人であることとしているが、医療法の許可を受けて診療所を開設している者を認めることとしてはどうか。

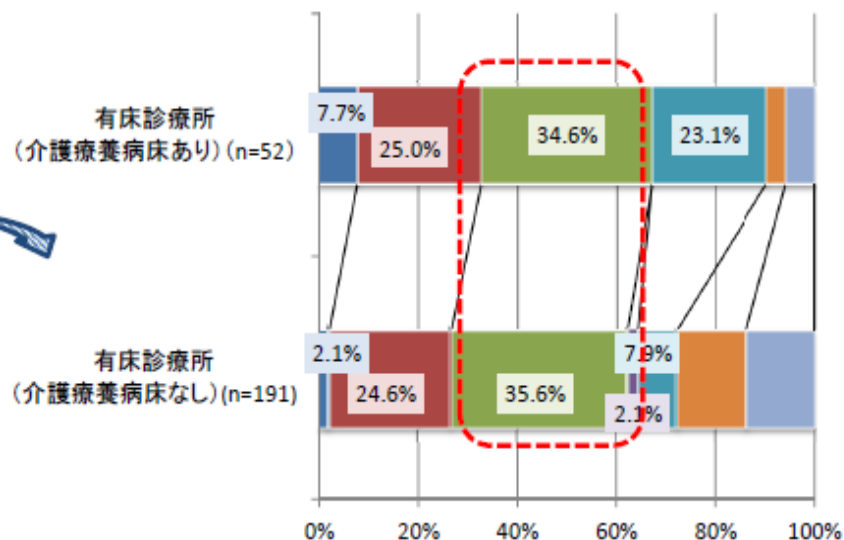
有床診療所における看護小規模多機能型居宅介護の認識等について

- 平成25年度の調査において、介護療養病床ありの有床診療所については、56.1%が複合型サービスの内容について知っており、開設について検討したことがある割合は43.3%となっている。
- 開設が決まらない理由としては、「人材確保が困難」が約35%で最も多い。

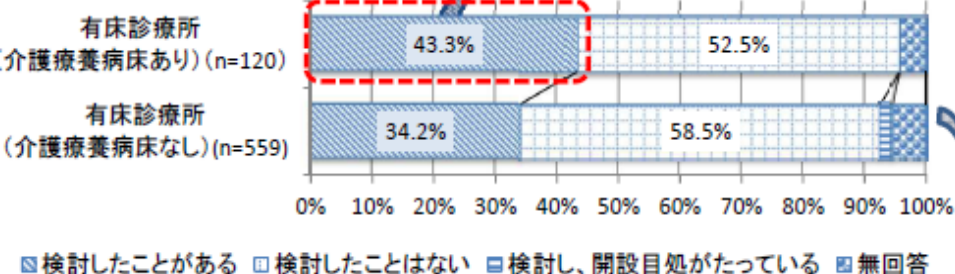
■ 複合型サービスの内容について知っていたか



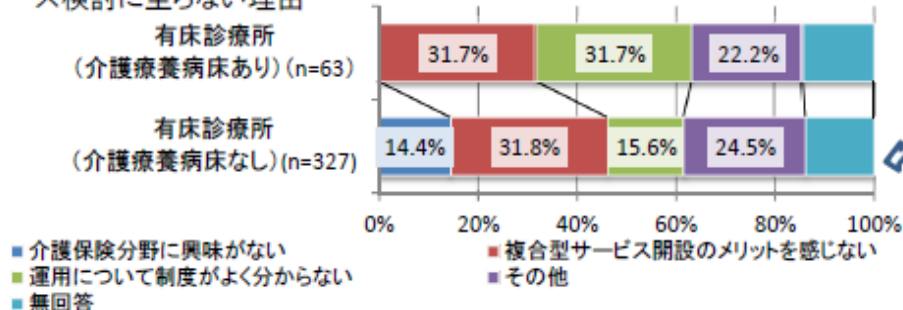
■ 複合型サービス開設を検討したことがある診療所における複合型サービスの開設が決まらない理由



■ 複合型サービスの内容について知っている診療所における複合型サービス開設への検討状況



■ 複合型サービス開設を検討したことがない診療所における複合型サービス検討に至らない理由



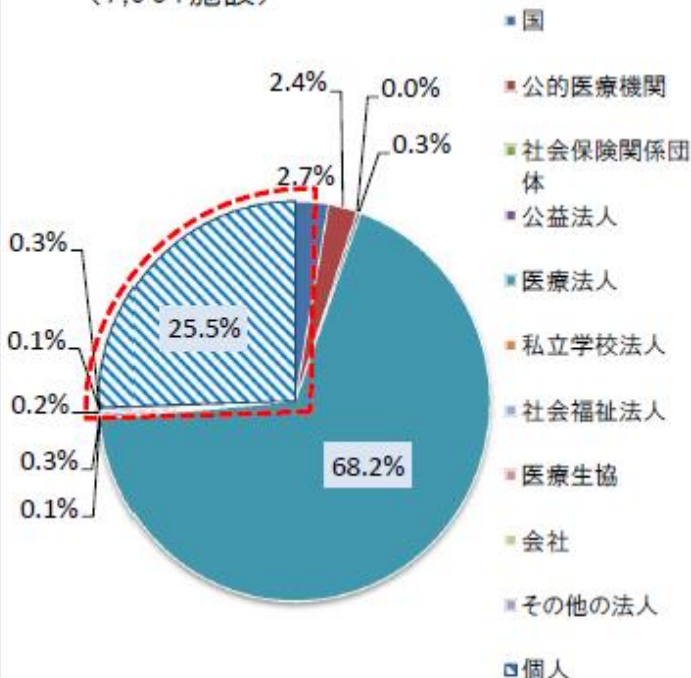
- 地域密着型サービスのニーズがない
- 採算がとれる見込がない
- 人材確保(介護職員・ケアマネ)が困難
- サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難
- 市町村の介護保険事業計画に位置づけられていない、市町村から許可されない
- その他
- 無回答 ※「複合型サービス」とは看護小規模多機能型居宅介護をいう

【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)地域包括ケアシステムにおける有床診療所に関する調査研究事業(13)有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査 報告書

看護小規模多機能型居宅介護事業所及び有床診療所の開設者等について

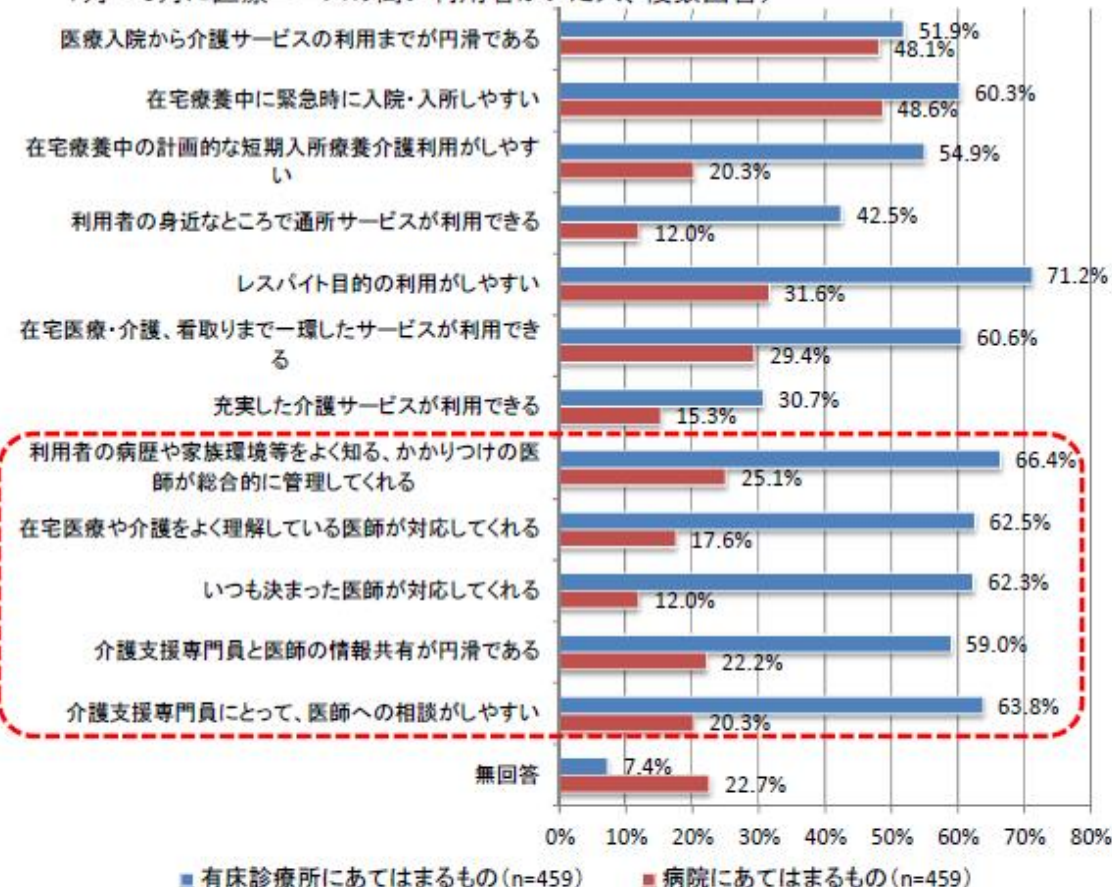
- 有床診療所の開設者については、25.5%が個人となっている。
- 医療ニーズの高い利用者に対して介護サービスを提供することの効果・メリットについて、全ての項目について病院に比べると有床診療所に当てはまるとする割合が高い。

■ 一般診療所(有床)の開設者別割合 (7,961施設)



【出典】平成27年医療施設調査

■ 医療ニーズの高い利用者に対して介護サービスを提供することの効果・メリット(平成29年1月～6月に医療ニーズの高い利用者がいた人、複数回答)



※本調査では、「医療ニーズの高い利用者」を、日常的な医学管理や特別な医療処置・ケア(点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、血圧・心拍・酸素飽和度等のモニター測定、褥瘡の処置、 Condomカテーテル・留置カテーテル等)を必要としている人とした

【出典】平成29年度老人保健健康増進等事業「有床診療所の通所機能・宿泊機能を活かした介護サービスのあり方等に関する研究事業」(中間報告)のデータをもとに老人保健課において整理

ポイント③

定期巡回・随時対応型
訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設(平成24年4月)。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



参加していない事業者は、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。(イメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

＜サービス提供の例＞

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

Legend: 定期巡回 (Blue), 随時訪問 (Orange), 訪問看護 (Green)

Annotations: 水分補給 更衣介助 (Water/Change assistance), 通所介護 (Outpatient care), 排泄介助 食事介助 (Bowel/Urinary/Meal assistance), 排泄介助 食事介助 体位交換 (Bowel/Urinary/Meal/Posture assistance), 体位交換 水分補給 (Posture/Water assistance)

- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、必要なときに随時サービスを受けることが可能

＜参考＞

1. 第6期介護保険事業計画での実施見込み

平成27年度	平成28年度	平成29年度
366保険者 (1.8万人/日)	482保険者 (2.5万人/日)	557保険者 (3.3万人/日)

2. 社会保障と税の一体改革での利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- ①定期巡回サービス
 - 訪問介護員等が定期的（原則、1日複数回）に利用者の居宅を巡回して日常生活上の世話を行う。
- ②随時対応サービス
 - あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う、または訪問介護員等の訪問、若しくは看護師当による対応の要否を判断するサービス。

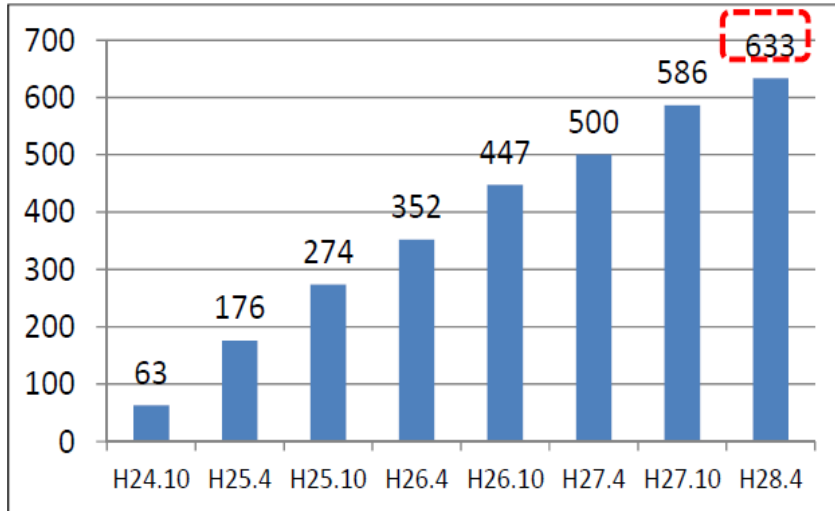
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- ③駆けつけ30分
 - 通報があって概ね30以内の間に駆け付けられるような体制確保に努めることが必要。
- ④訪問看護サービス
 - 看護師当が医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。
 - また療養上の世話又は診療の補助の必要でない利用者であっても、概ね1月に1回はアセスメントのため看護職員が訪問する。

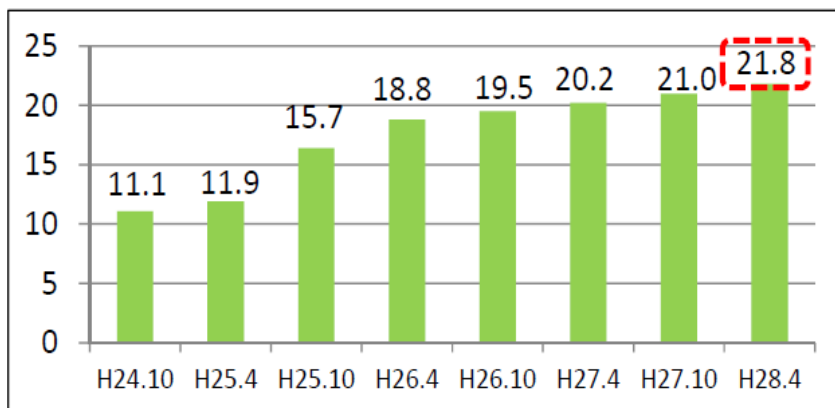
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており633事業所、1事業所あたりの平均利用者数は微増傾向で21.8人となっている。
- 利用者数は約13,800人で、利用者の約50%は要介護3以上の中重度者である。

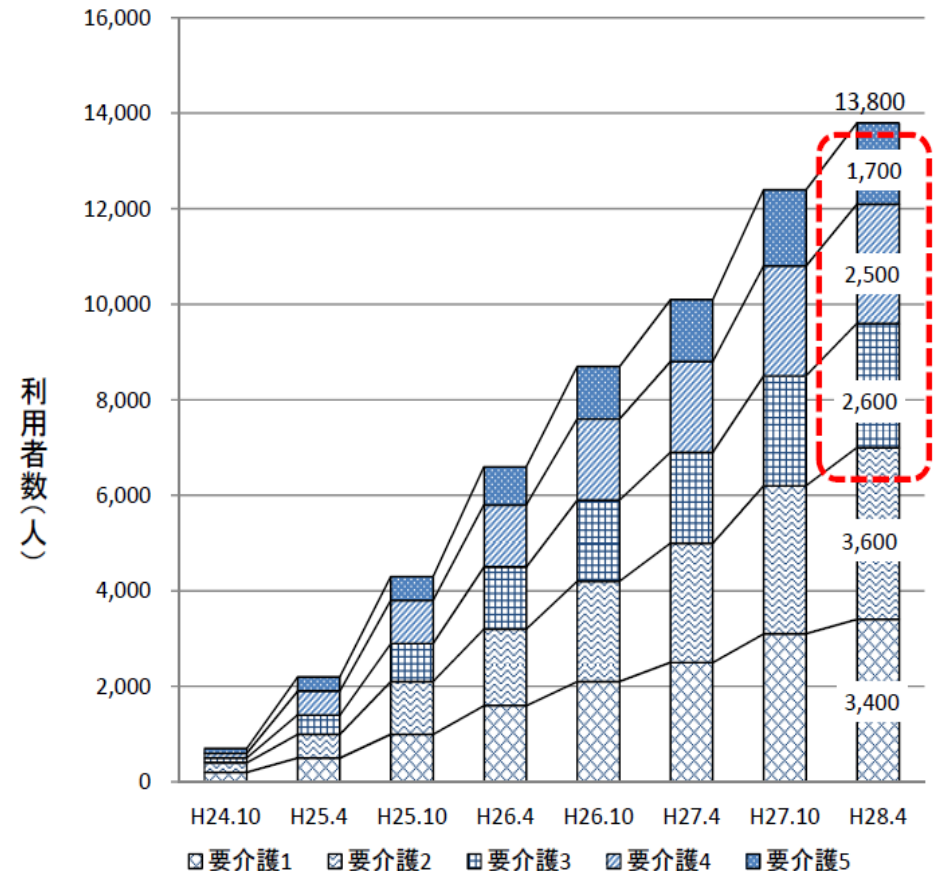
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたりの利用者数の推移



■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護受給者数の推移(要介護度別)



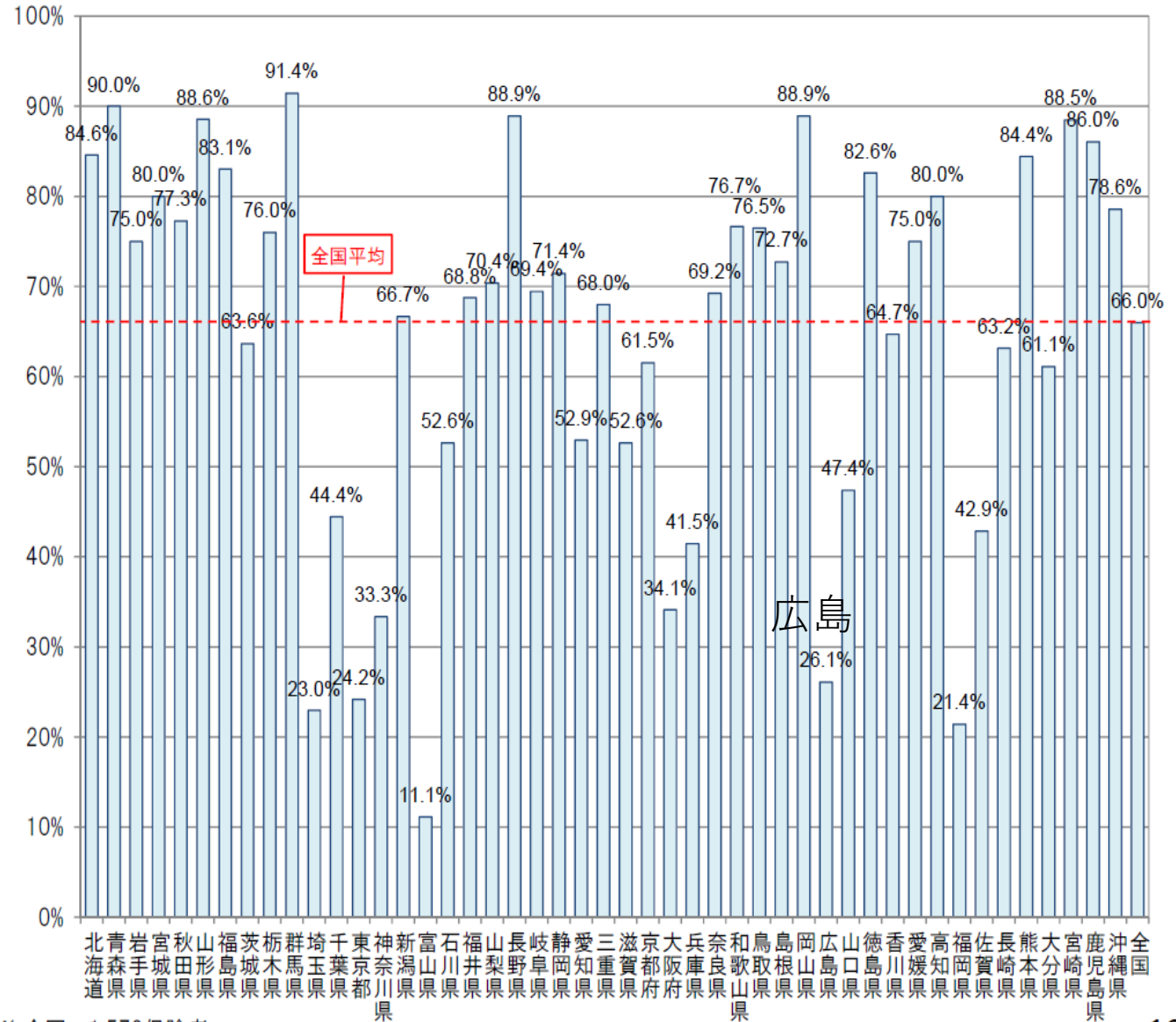
出典：介護給付費実態調査毎月審査分

第6期介護保険事業計画における定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者見込み（平成29年度推計）

○利用者見込みのない保険者数

北海道	132	滋賀県	10
青森県	36	京都府	16
岩手県	18	大阪府	14
宮城県	28	兵庫県	17
秋田県	17	奈良県	27
山形県	31	和歌山県	23
福島県	49	鳥取県	13
茨城県	28	島根県	8
栃木県	19	岡山県	24
群馬県	32	広島県	6
埼玉県	14	山口県	9
千葉県	24	徳島県	19
東京都	15	香川県	11
神奈川県	11	愛媛県	15
新潟県	20	高知県	24
富山県	1	福岡県	6
石川県	10	佐賀県	3
福井県	11	長崎県	12
山梨県	19	熊本県	38
長野県	56	大分県	11
岐阜県	25	宮崎県	23
静岡県	25	鹿児島県	37
愛知県	27	沖縄県	11
三重県	17	全国計	1042

○全保険者数に対する利用者見込みのない保険者数の割合（％）



※ 全国：1,579保険者

定期巡回・随時対応サービス ～潤生園からの報告～



社会福祉法人小田原福社会
高齢者総合福祉施設潤生園
理事長 園長 時田 純

潤生園の複合拠点・在宅介護総合センター「れんげの里」



- ・単独型短期入所施設40床
- ・通常型通所介護施設35名
- ・滞在型訪問介護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・定期巡回訪問介護
- ・人財育成センター
- ・フードサービスセンター

訪問介護サービス提供責任者によるミーティング



深夜のコールに応える随時訪問介護サービス



定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



写真の公表についてご利用者の了解を頂いています。潤生園

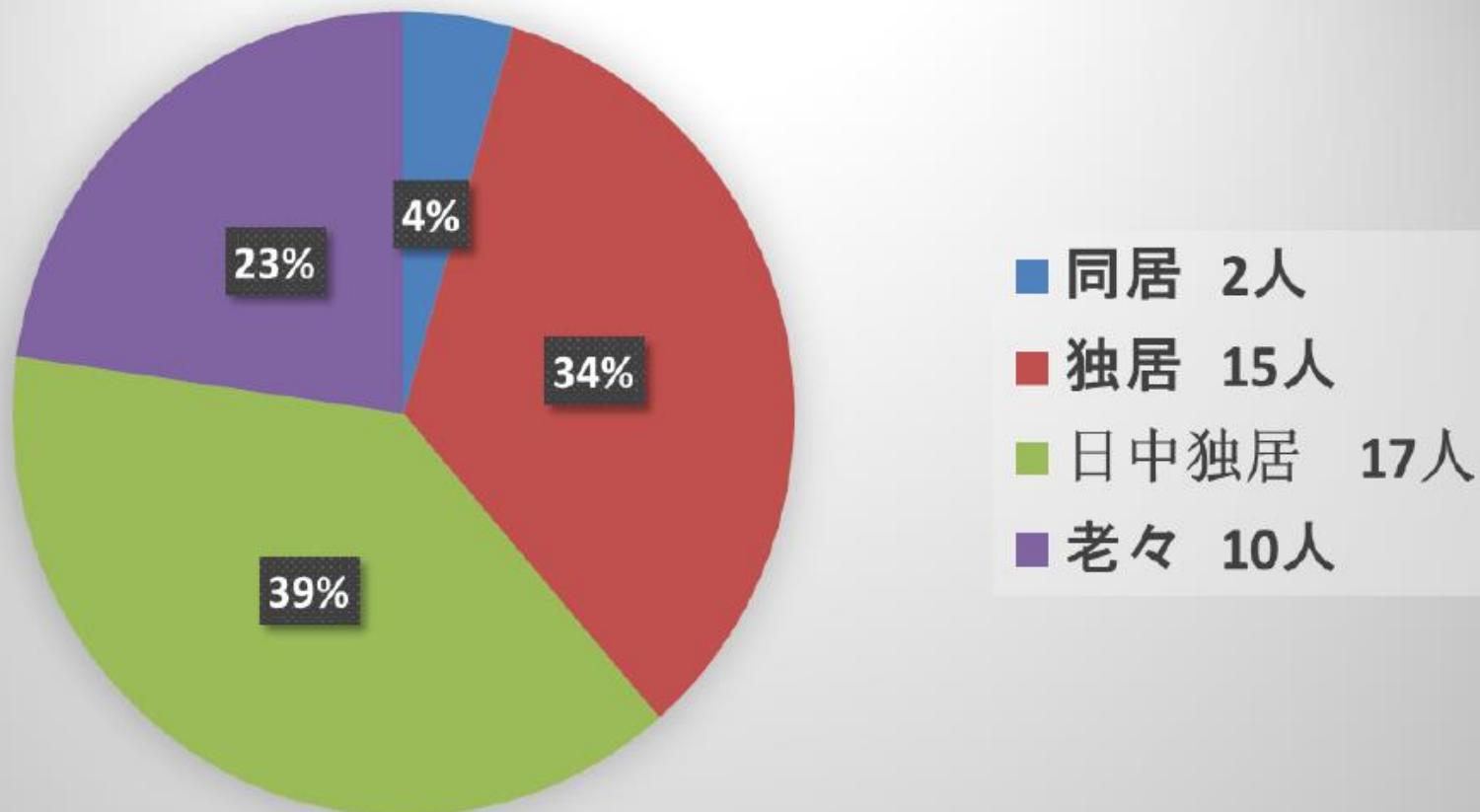
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



24時間・365日緊急コールに対応するオペレーションサービス



平成25年度・利用者の世帯構成 (平成25年4月～26年1月 延べ44名)



定期巡回・随時対応型訪問介護看護



介護給付費分科会 2017年11月1日

自立支援・重度化防止に資する介護の推進

論点 1

- 利用者の自立支援・重度化防止に資する介護を進めてはどうか。

対応案

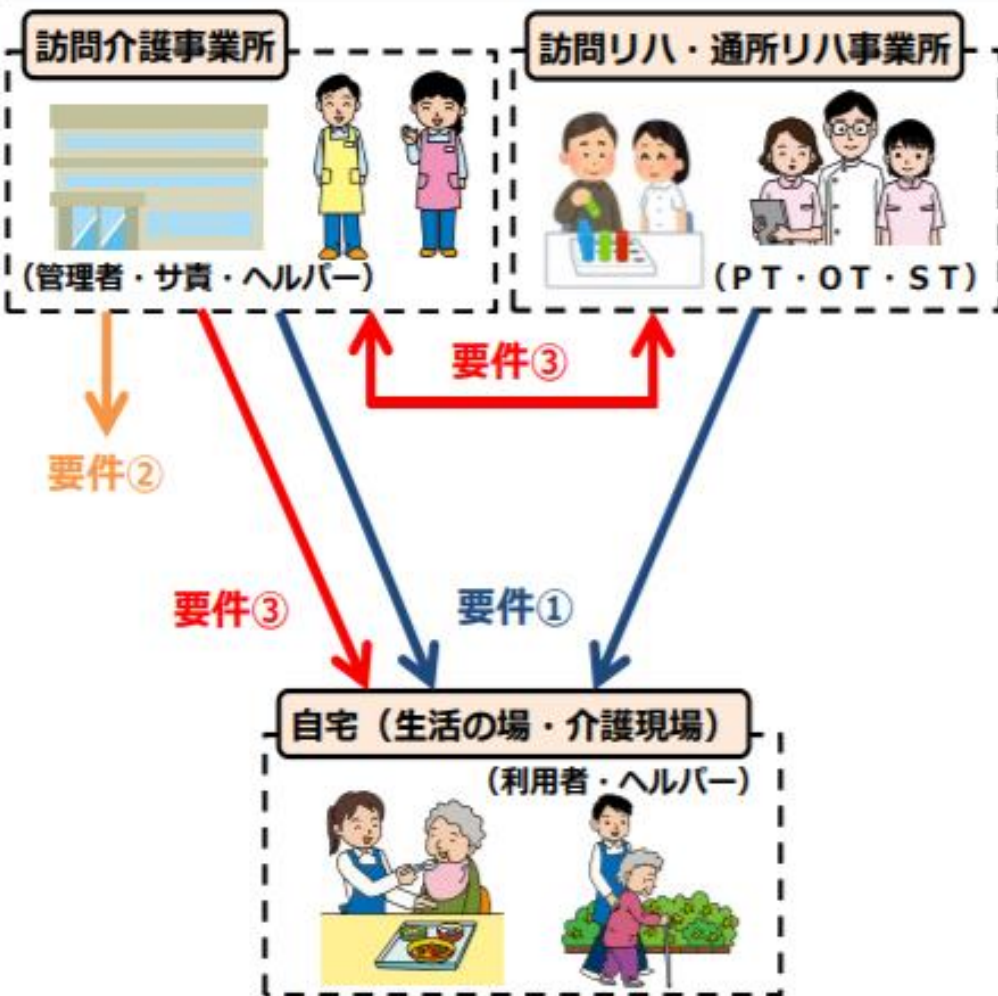
○生活機能向上連携加算の創設

- ① 自立支援・重度化防止に資する介護を進めるため、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問して定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する場合について、
 - ・ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
 - ・ 計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成すること等を評価してはどうか。
- ② また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を進めるため、
 - ・ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成（変更）すること
 - ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。を定期的に行うことを評価してはどうか。

生活機能向上連携加算の算定要件【現行】

○ 自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハビリテーション事業所の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問・通所リハビリテーションの一環として利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する等により共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を策定した場合であって、理学療法士等と連携して訪問介護を行ったときに、最初の訪問介護を行った月以降3月の間で100単位を加算するもの。

※ 3月の間に利用者に対する訪問リハ又は通所リハの提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能である。



(要件①)

- 身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
- ・サ責とPT等と一緒に自宅を訪問する」又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行う」

(要件②)

- サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること
- (例) 達成目標：「自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）」
- (一月目) 訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
- (二月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
- (三月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）。

(要件③)

- 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問リハ又は通所リハのPT等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、PT等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと

オペレーターに係る基準の見直し

論点2

- オペレーターは、18時から8時までの間は、利用者へのサービス提供に支障がない場合には「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務が認められている。
- また、18時から8時までの間は、市町村長が地域の実情を勘案して適切と認める範囲内において、複数の事業所間の契約に基づき、随時対応サービスを行うために必要な情報が把握されているなど、利用者の心身の状況に応じて必要な対応を行うことができる密接な連携が図られている場合には、オペレーターの集約（コールセンターの設置）が認められている。
- これらについて、日中についても、オペレーターの有効活用の観点から、日中のコール件数を踏まえて見直しを検討してはどうか。
- また、オペレーターの資格は、看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員（以下「看護師等」という。）であるが、利用者の処遇に支障がない場合であって、提供時間を通じて、看護師等又は訪問看護を行う看護職員との連携を確保しているときは、訪問介護のサービス提供責任者の業務に3年以上従事した経験を有する者も認められている。
- 訪問介護のサービス提供責任者の任用要件を見直すこととする場合、オペレーターの資格をどう考えるか。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護【基準等】

必要となる人員・設備等

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う 訪問介護員等	介護福祉士、 実務者研修修了者	<ul style="list-style-type: none"> 交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時訪問サービスを行う 訪問介護員等	介護職員基礎研修、 訪問介護員1級、 訪問介護員2級	<ul style="list-style-type: none"> 常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が1以上確保されるための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。） <u>夜間・深夜・早朝の時間帯（午後6時から午前8時まで）についてはオペレーターが随時訪問サービスを行う訪問介護員等を兼務可能。</u>
看護職員	うち1名以上は、 常勤の保健師又は 看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	<ul style="list-style-type: none"> 2. 5以上（併設訪問看護事業所と合算可能） 常時オンコール体制を確保
オペレーター		看護師、介護福祉士等(※) のうち、常勤の者1人以上 + <u>3年以上訪問介護のサービス 提供責任者として従事した者</u>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の処遇に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び同一敷地内の他の事業所・施設等（特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との兼務可能
上記の従業者のうち、1人以上を 計画作成責任者とする。		看護師、介護福祉士等(※) のうち、1人以上	
管理者			<ul style="list-style-type: none"> 常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。）

(※)・・・看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

(注) …介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種(介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される)

※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等の夜勤職員（加配されている者に限る）との兼務可能

※2 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能

※3 利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

同一建物減算

1ヵ月あたりの利用者50人以上は減算幅を拡大へ

同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

論点1

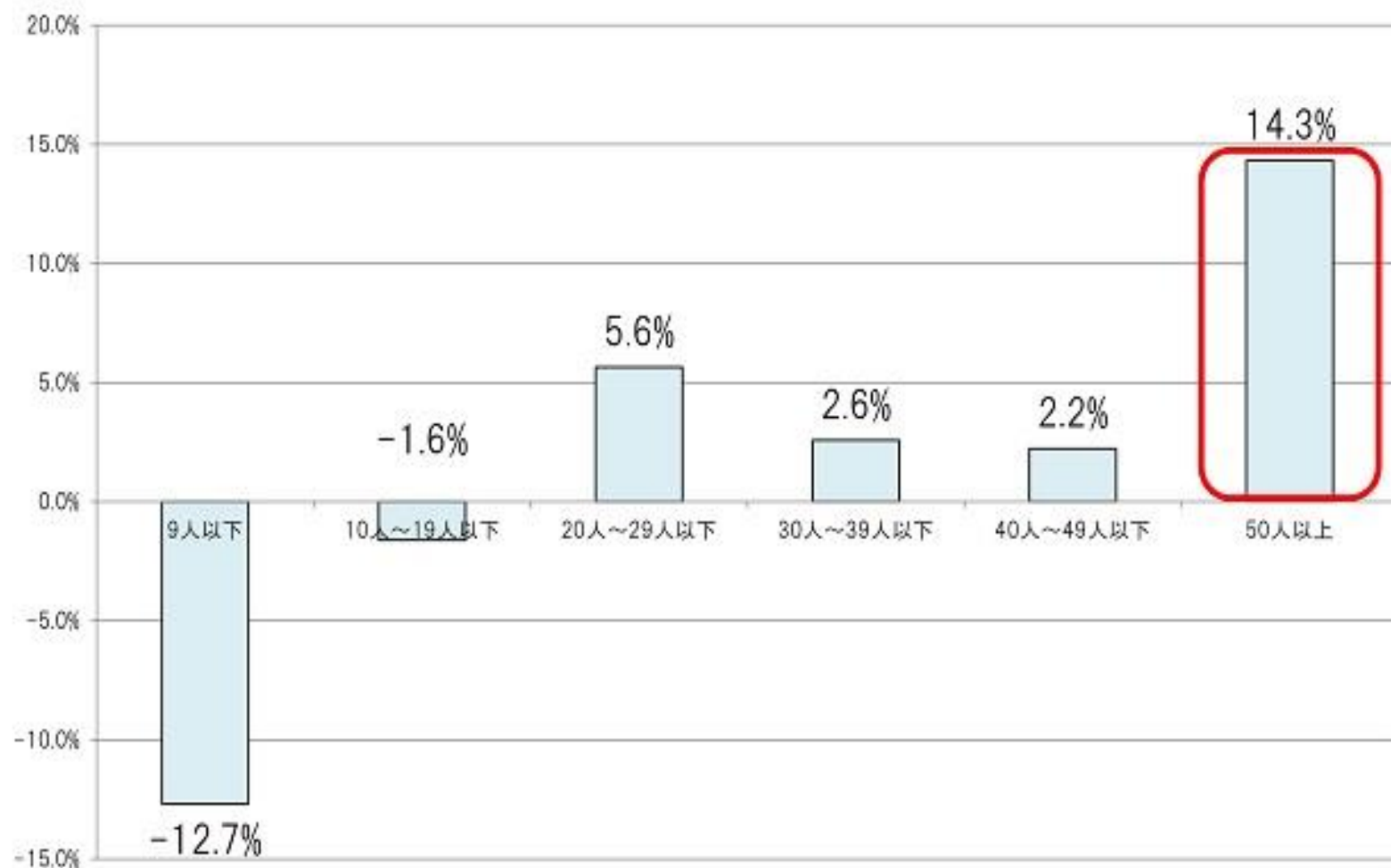
- 訪問介護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直してはどうか。
 - ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（以下「有料老人ホーム等」という。）に限る）に居住する者
 - ②上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等に限る）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

対応案

- ①・②について、有料老人ホーム等以外の建物も対象としてはどうか。
- ①について、事業所と同一敷地内又は隣接敷地内に所在する建物のうち、減算幅を見直す対象施設は、経営実態を踏まえ、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合とすることとしてはどうか。
- ※ 訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護も同様としてはどうか。

定期巡回・随時対応型サービス事業所の経営実態

○ 実利用者数階級別の収支差率（N=192）



看多機、24時間サービスは、
生活に戻す医療に欠かせない

次回の同時改定でさらなる追い風を！

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)

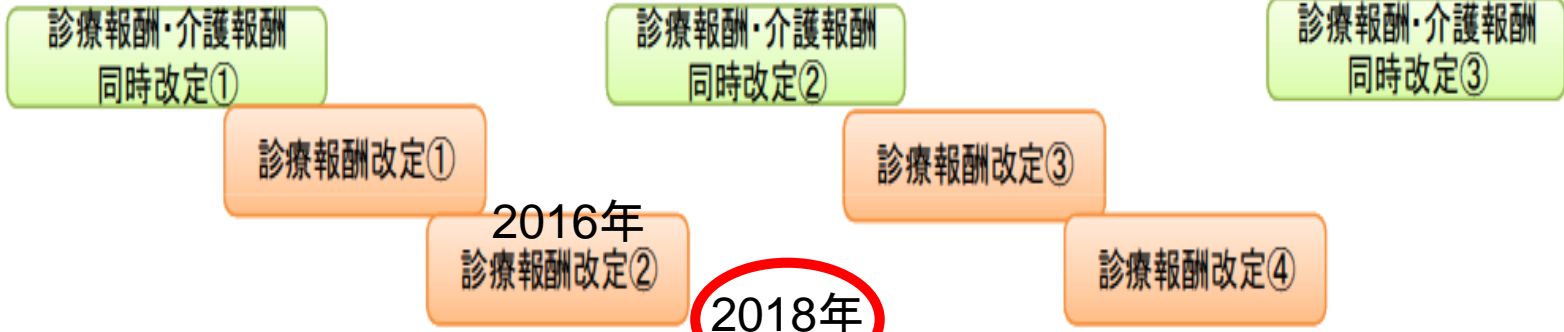
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

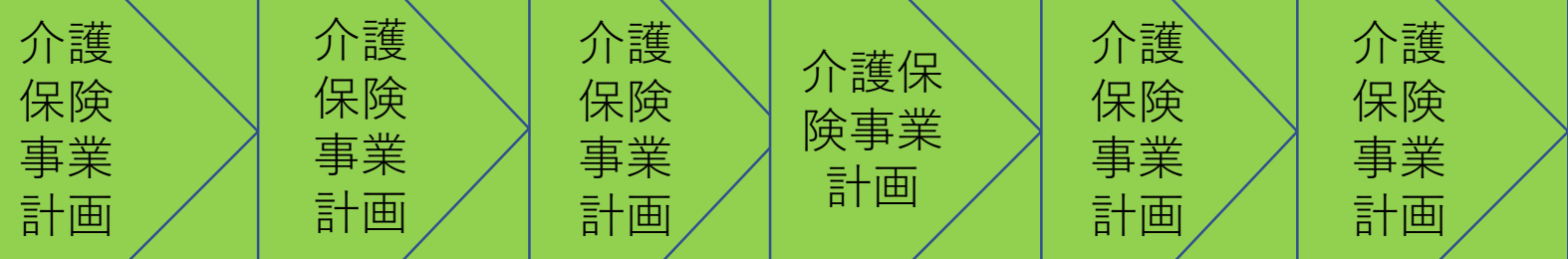
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

今日のまとめ

- ・ 同時改定は地域医療構想と地域包括ケアを下支え
- ・ 診療報酬改定は入院基本料の新評価体系に注目
- ・ 介護報酬改定では介護医療院への転換がポイント
- ・ 看多機、定期巡回・随時対応サービスも必要
- ・ 同時改定で医療と介護の連携を強化する

医療と介護のクロスロード to 2025

- **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！
- 医学通信社から
2018年2月出版予定
本体価格 1,500円 + 税



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