

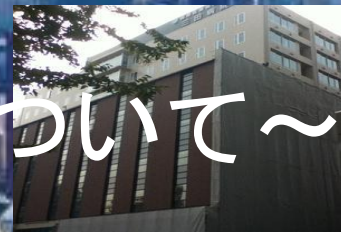
演題名: 医療と介護のクロスロード  
～同時改定について～

所 属: 国際医療福祉大学大学院教授 武藤正樹  
発表者名:

## 発表者のCOI開示

演題発表内容に関連し、発表者らが開示すべき  
COI関係にある企業等はありません。

# 医療と介護のクロスロード ～同時改定とその影響について～



国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤正樹



# 国際医療福祉大学三田病院 2012年



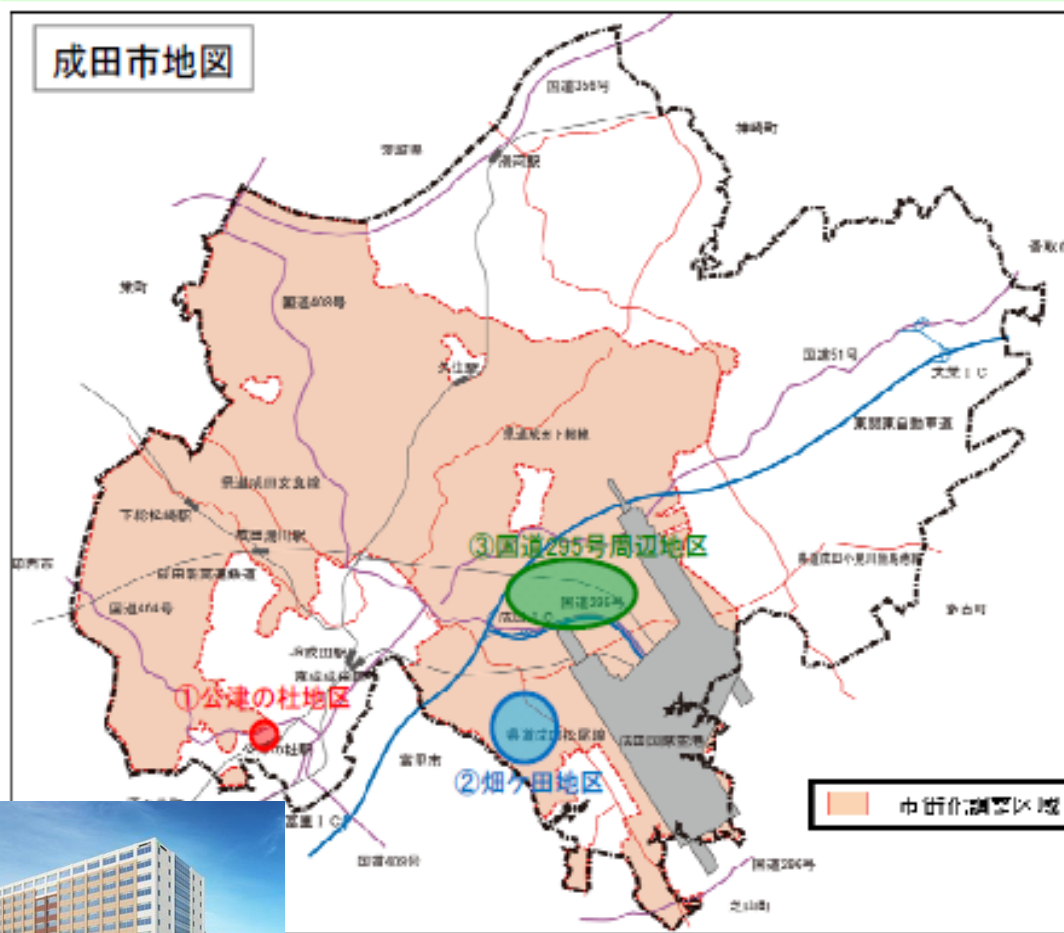
JCI認証取得



# 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







国際医療福祉大学医学部  
2017年4月開校





# 2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定





2018年4月、国際医療福祉大学  
心理・医療福祉マネジメント学科  
大学院（h-MBA, MPH）

# 目次

- パート 1
  - 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入退院支援加算
- パート 2
  - 2018年介護報酬改定と介護医療院
- パート 3
  - 安定冠動脈疾患の待機的PCI見直し
- パート 4
  - 2018年診療報酬改定と外来医療
    - ①外来機能分化とかかりつけ医機能
    - ②生活習慣病重症化予防と糖尿病診療





# パート1 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

## 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）

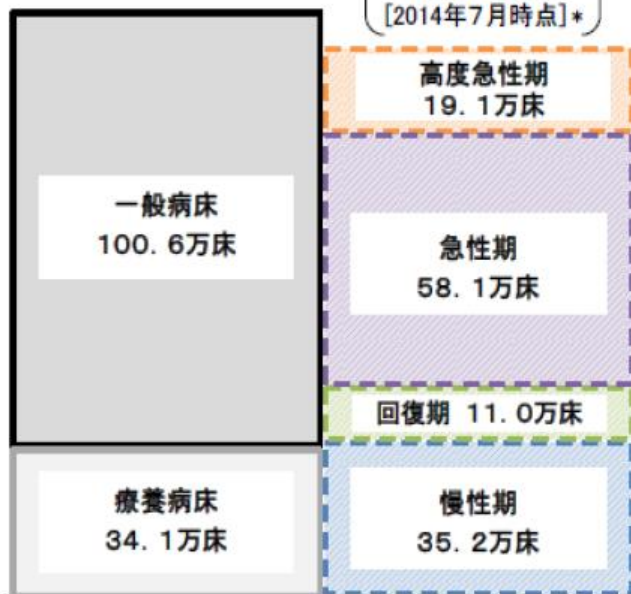
# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



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

○：分科会長



# 2018年診療報酬改定 入院医療 3つのポイント

- ポイント① 7対1病床の要件見直し
- ポイント② 地域包括ケア病棟
- ポイント③ 退院支援加算

# ポイント①

## 7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合  
(重症度、医療・看護必要度)



## 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

# 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

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

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

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

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

## 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

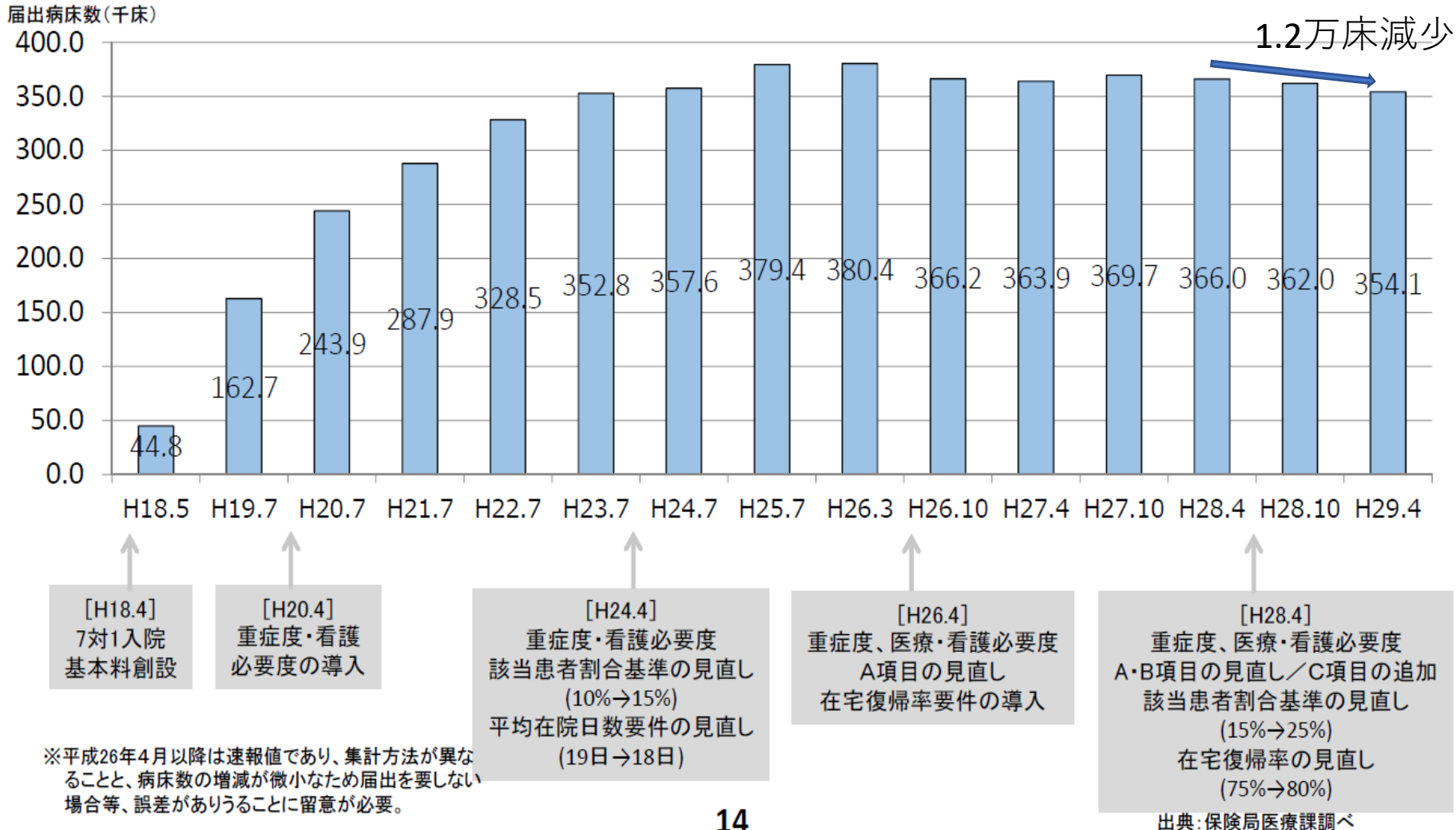
C 1得点が1点以上の患者

# 2016年改定の 7対1への影響



# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

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



# 2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して  
新評価体系へ

## 一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

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

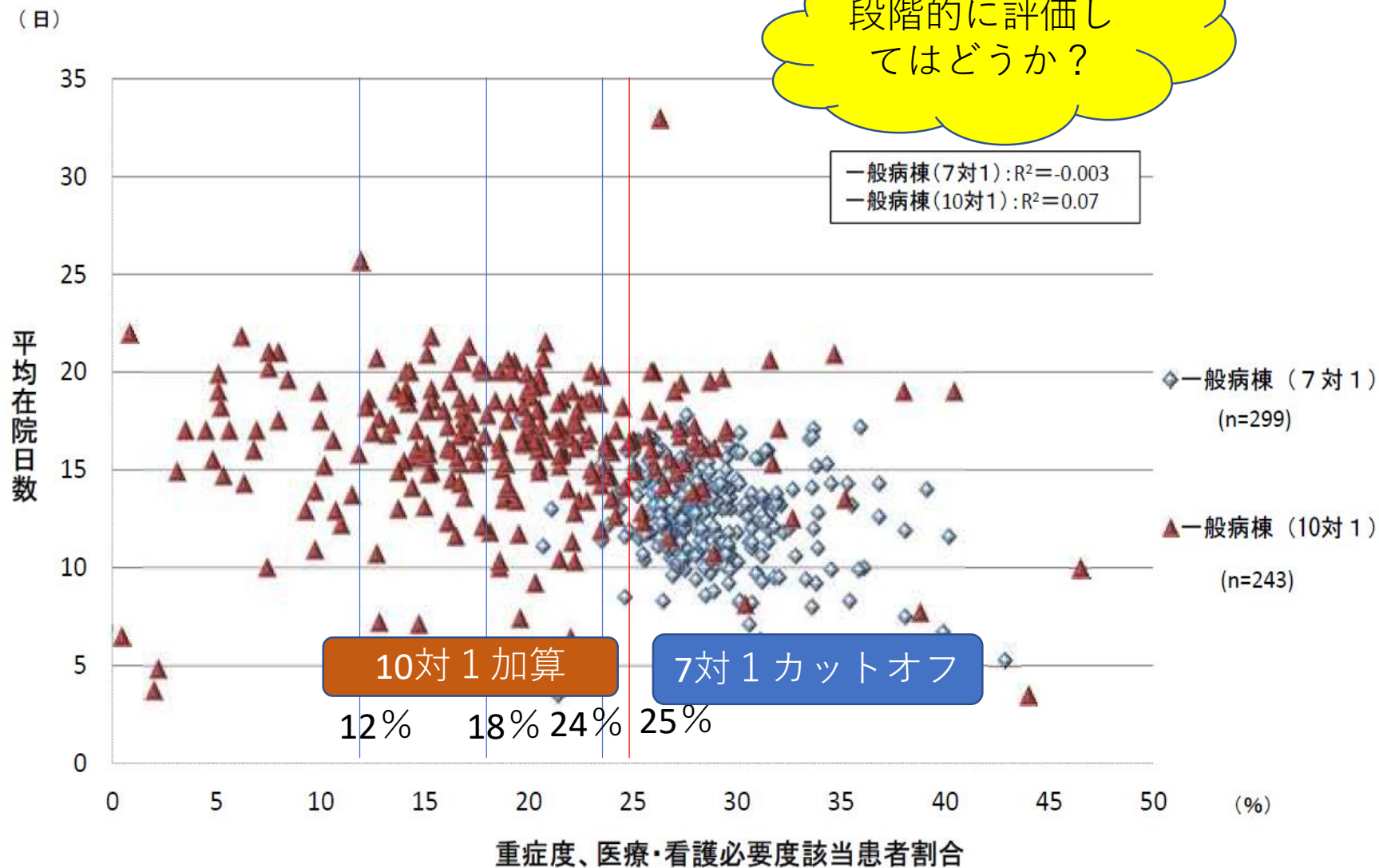
## 一般病棟（10対1）の加算による評価について

### 【加算の概要】

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



# 平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



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

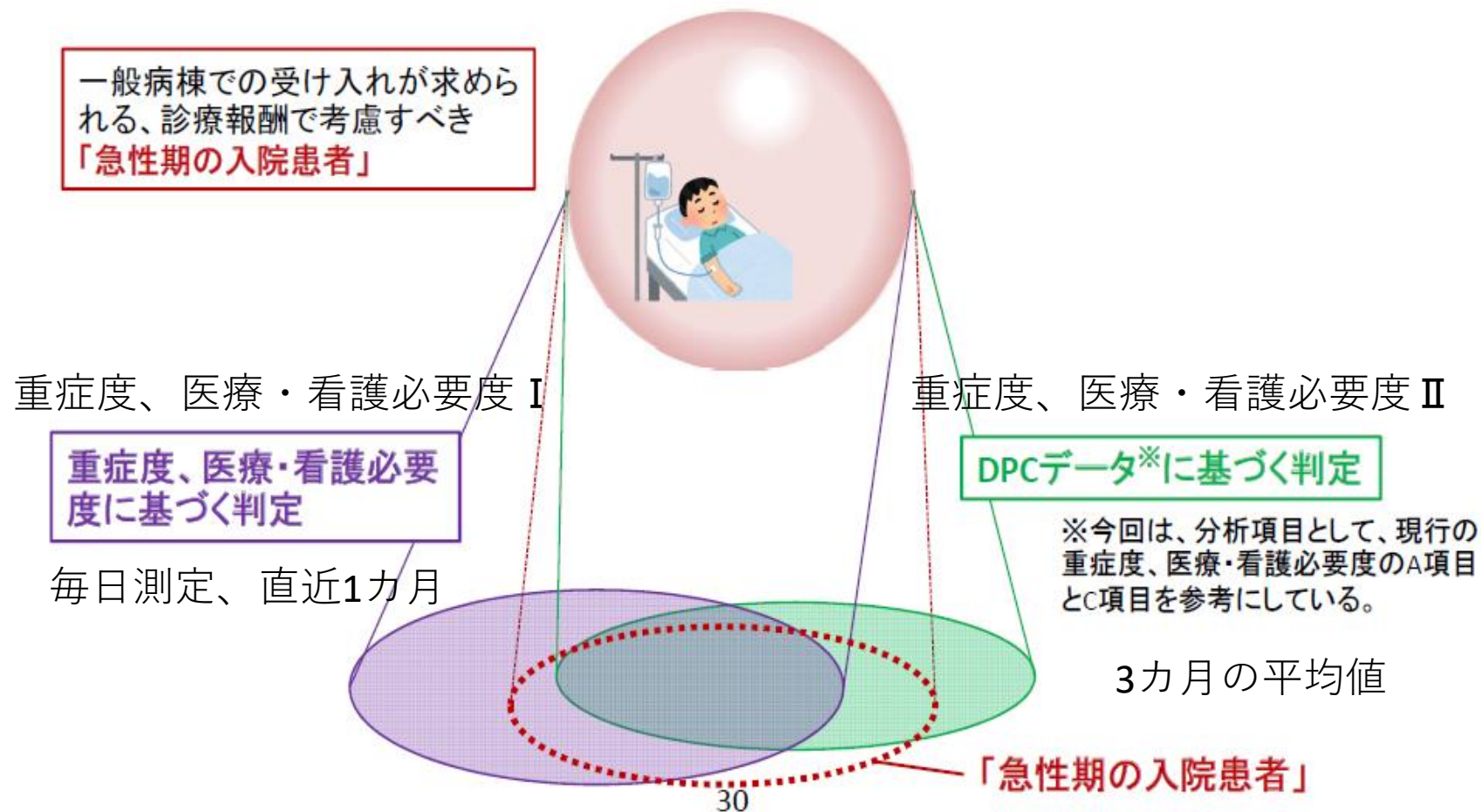
7対1ではカットオフ  
値である25%ギリギ  
リの病院が圧倒的だ  
が、10対1では正規分  
布に近くなっている

段階的に評価  
してよいので  
はないか？



## 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

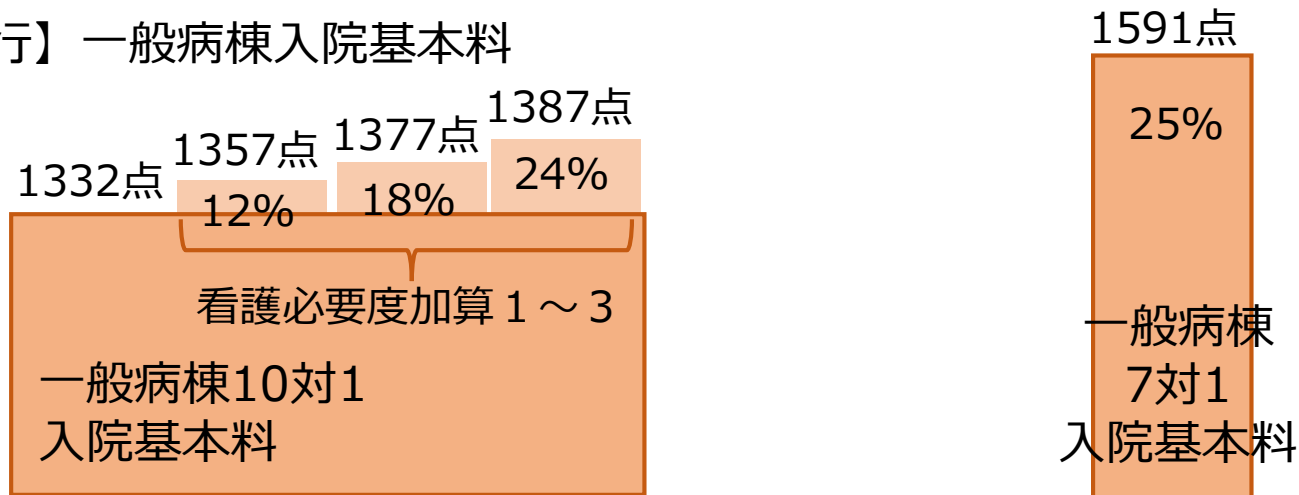
- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。





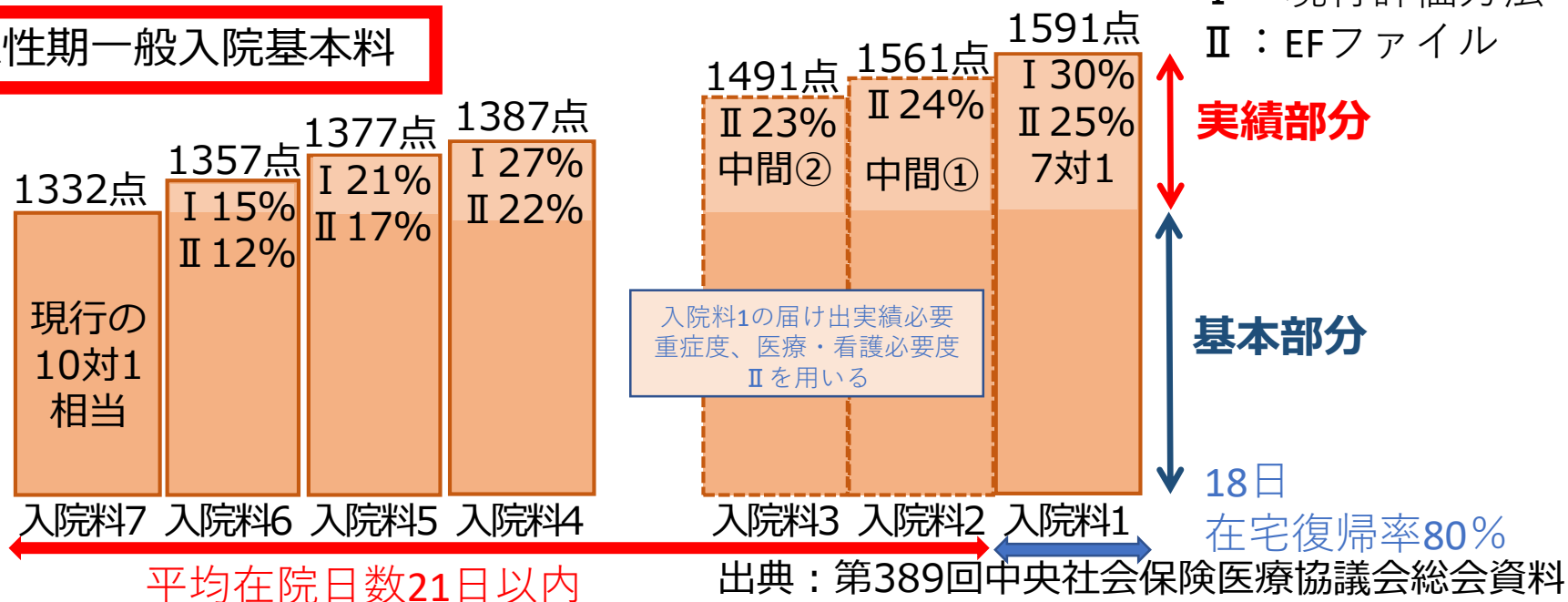
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



# 消える7対1・・・

- 7対1、10対1は新入院評価体系へ・・・
- 基本部分は10対1、実績部分の評価は重症度、医療・看護必要度Ⅱへ
- 基本部分、実績部分の内容見直しも今後起きる
- 看護配置に基づく入院基本料から、実績に基づく新入院評価体系へ
- 実績を達成するための入院基本料への変換

看護師さんをそろえてなんぼから  
診療実績を達してなんぼの世界へ

# 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

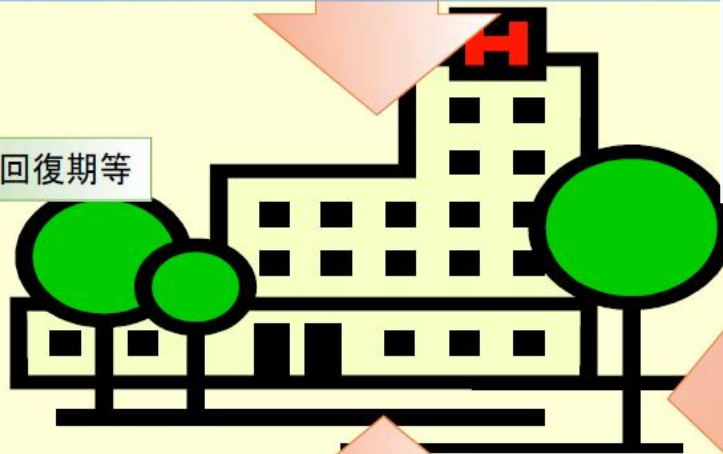


急性期

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



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  
**心不全**  
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定  
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養  
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



# 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

### [施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

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

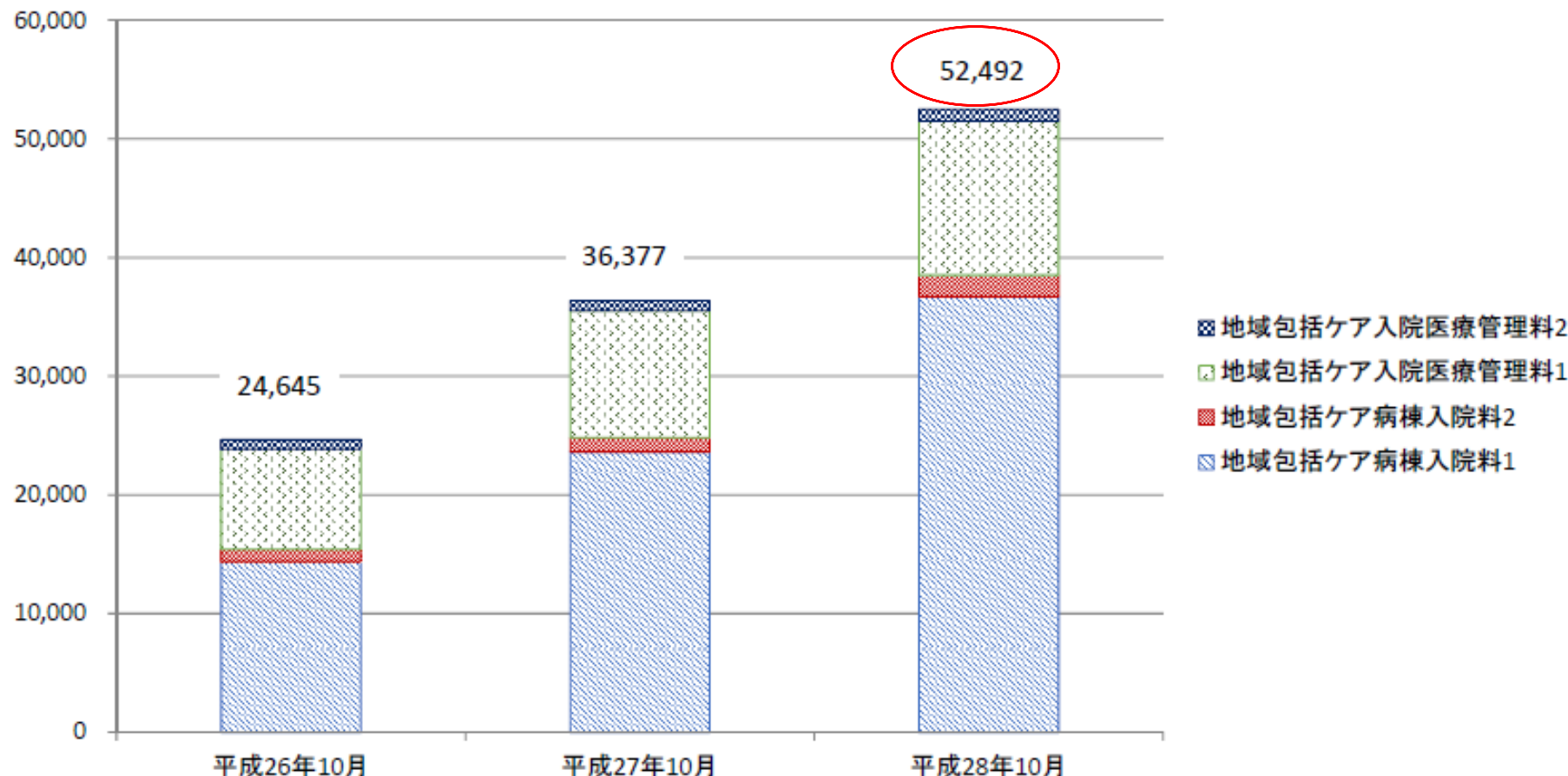
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定



## 地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



# 地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1  
29.6.7

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

【入棟元】 (n=1,395)

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

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

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

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

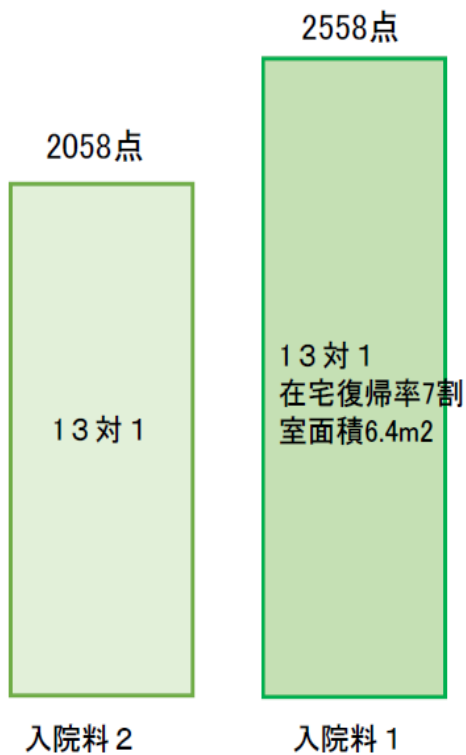
自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会



# 地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

## 【現行】



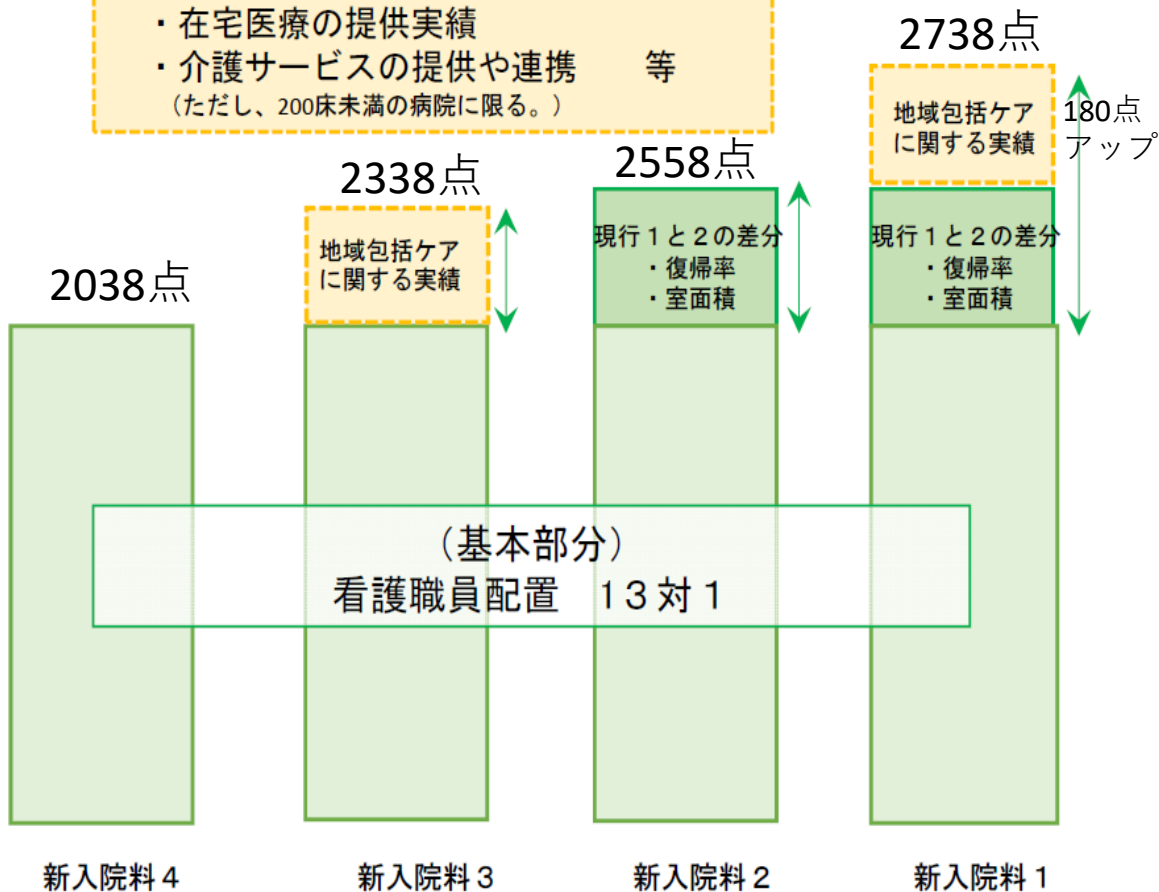
再編

## 【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

# ポイント③ 退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

# 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

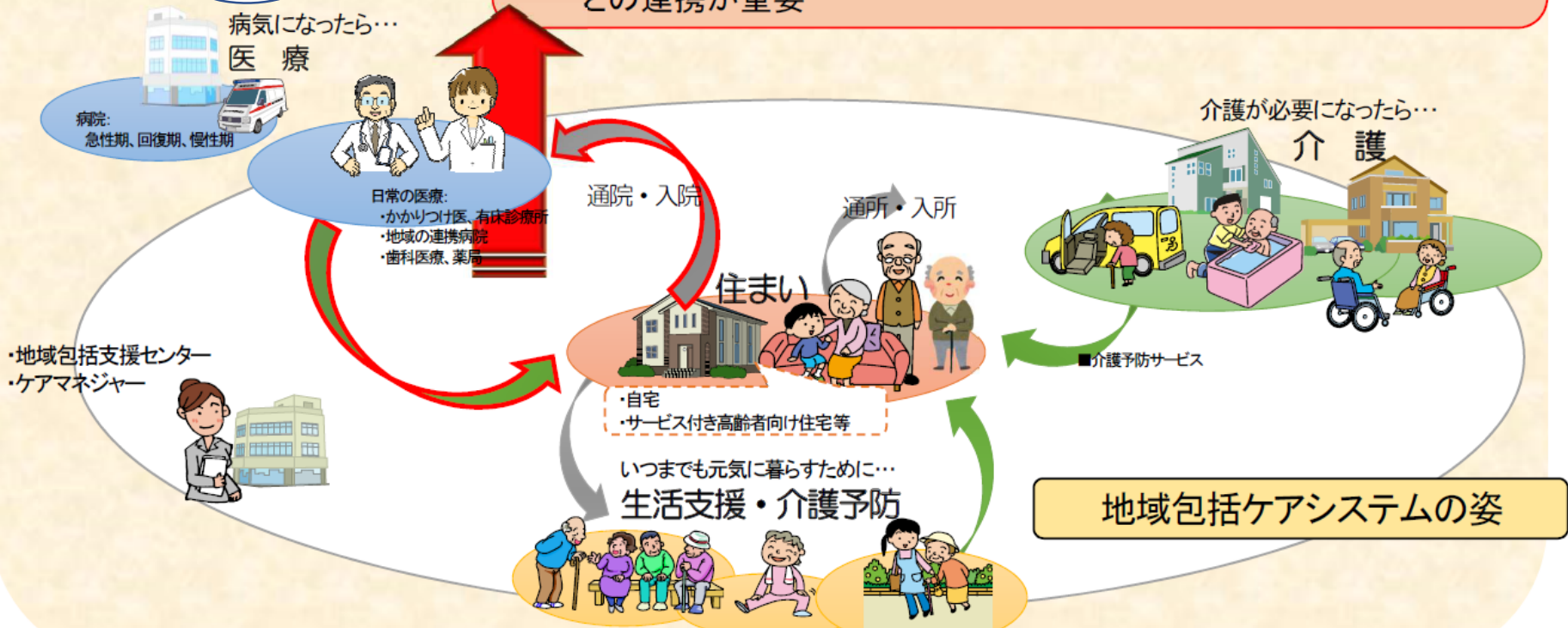
切れ目のない支援



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

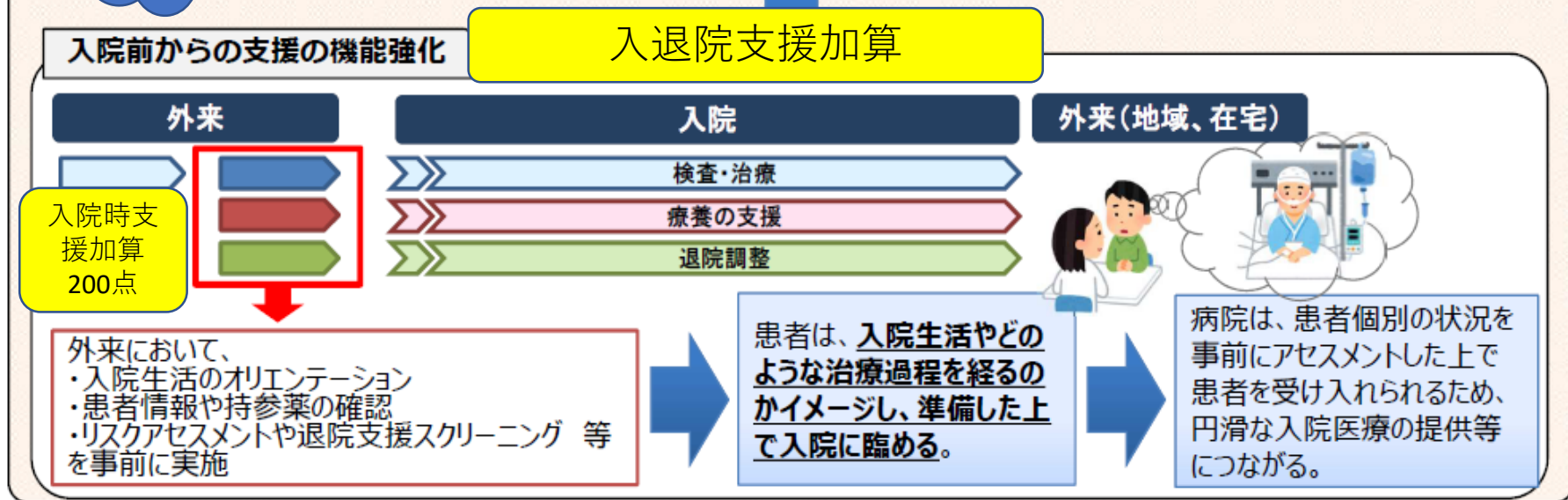
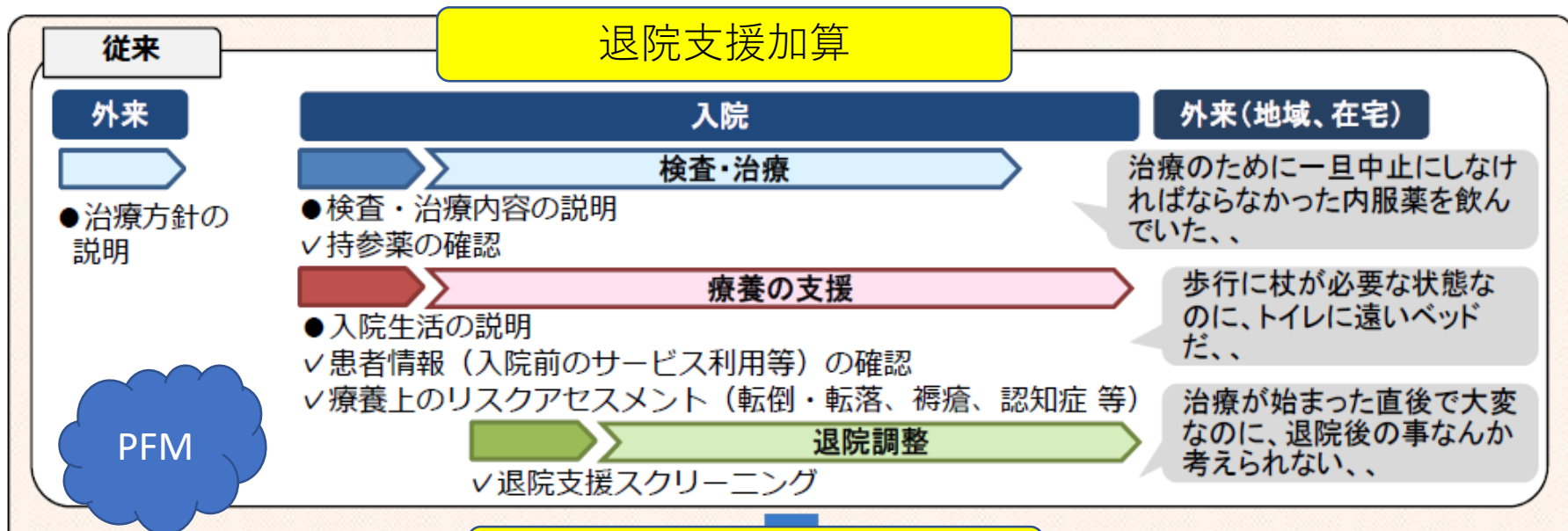
- 東北大学病院（1225床）
  - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
    - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
    - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
    - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
    - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
    - このため入退院センタ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

# 入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



# 入院時支援加算（200点）

- 入退院支援加算の加算
- 自宅等からの入院に限る
- 算定要件
  - 入院が決まった患者に対して・・・
    - 入院中の治療、入院計画
    - 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（高齢者総合アセスメント：CGA, Comprehensive Geriatric Assessment)
    - 褥瘡リスク評価
    - 栄養アセスメント
    - 退院困難な要因の有無の評価
  - 入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援計画の立案

# パート2

## 2018年介護報酬改定と 介護医療院



社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

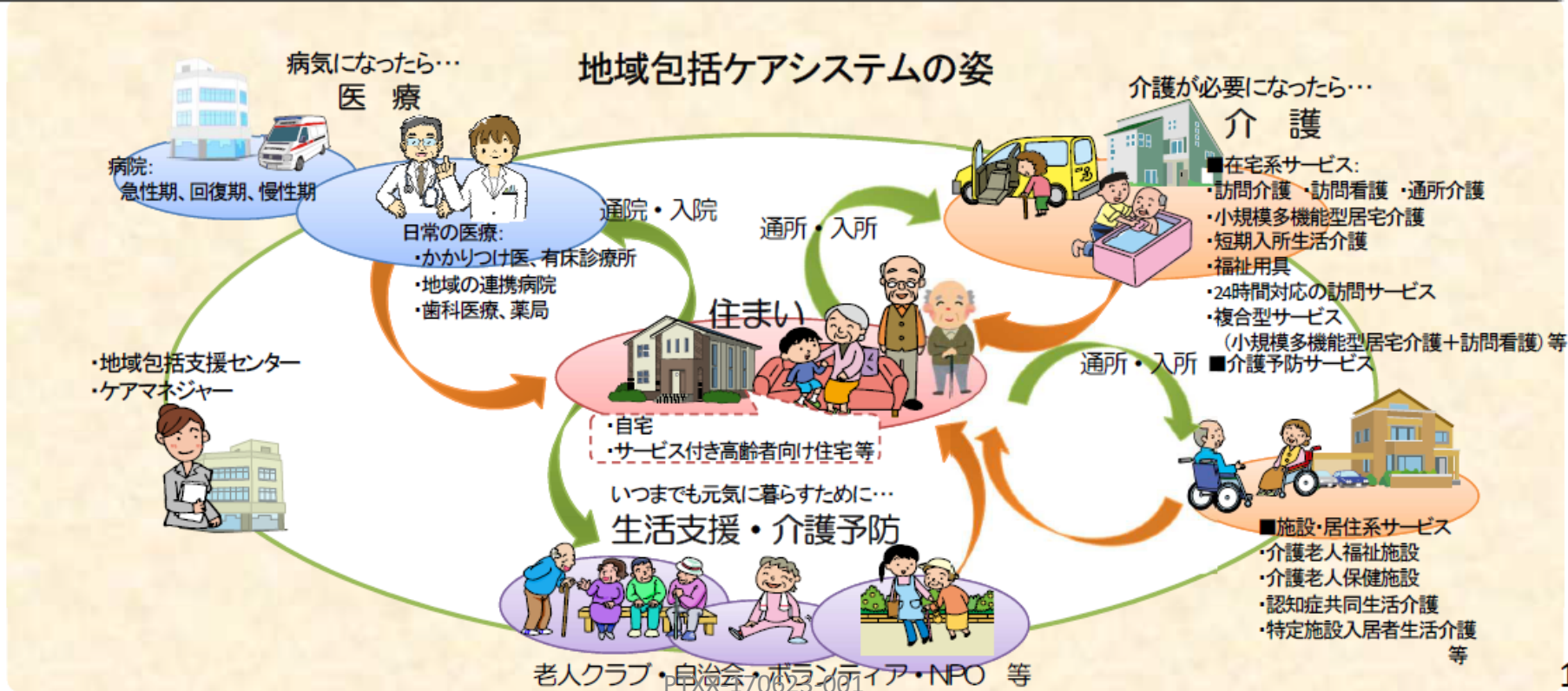
PTXX-170623-001



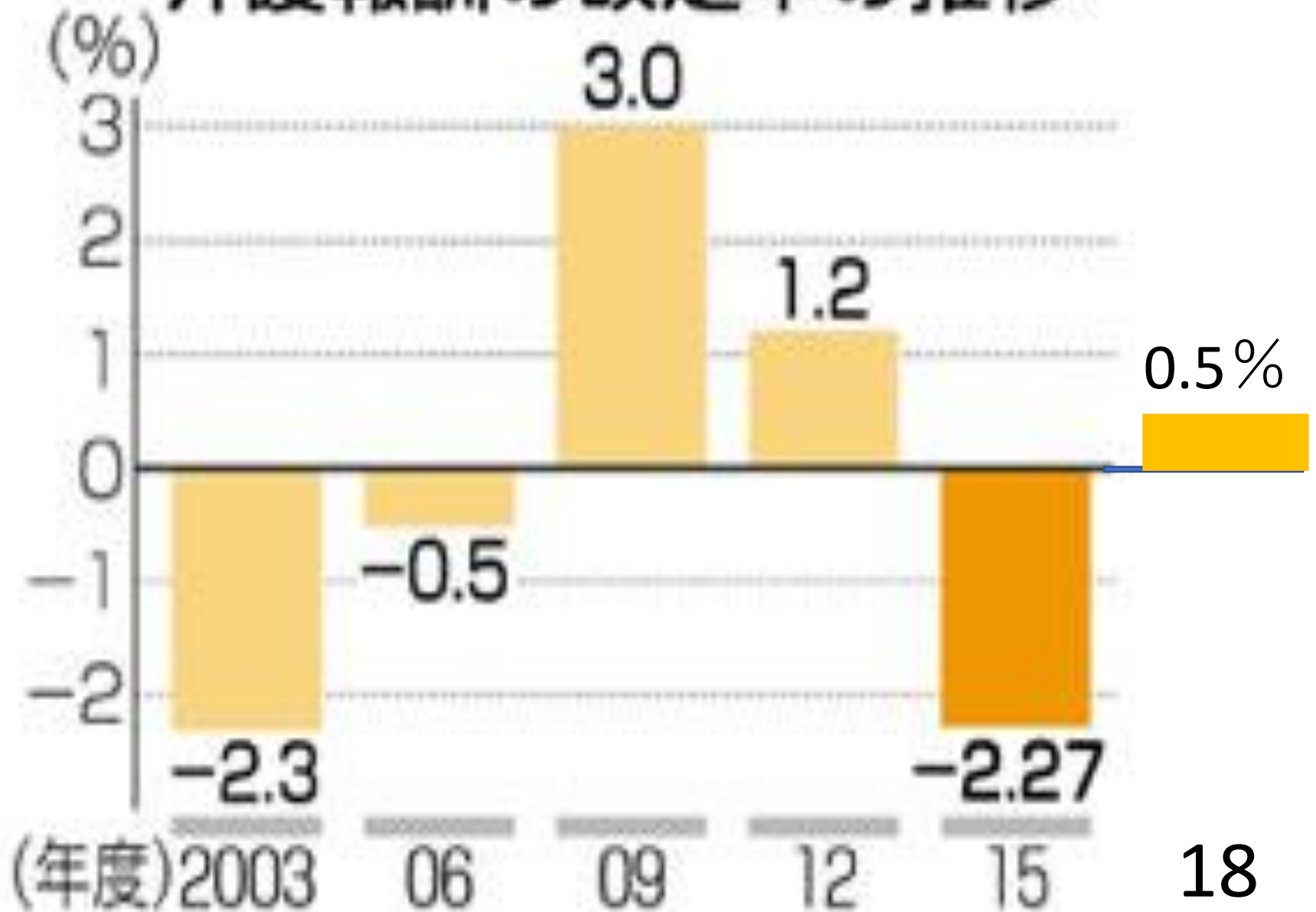
# 1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(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。



# 介護報酬の改定率の推移





# 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。

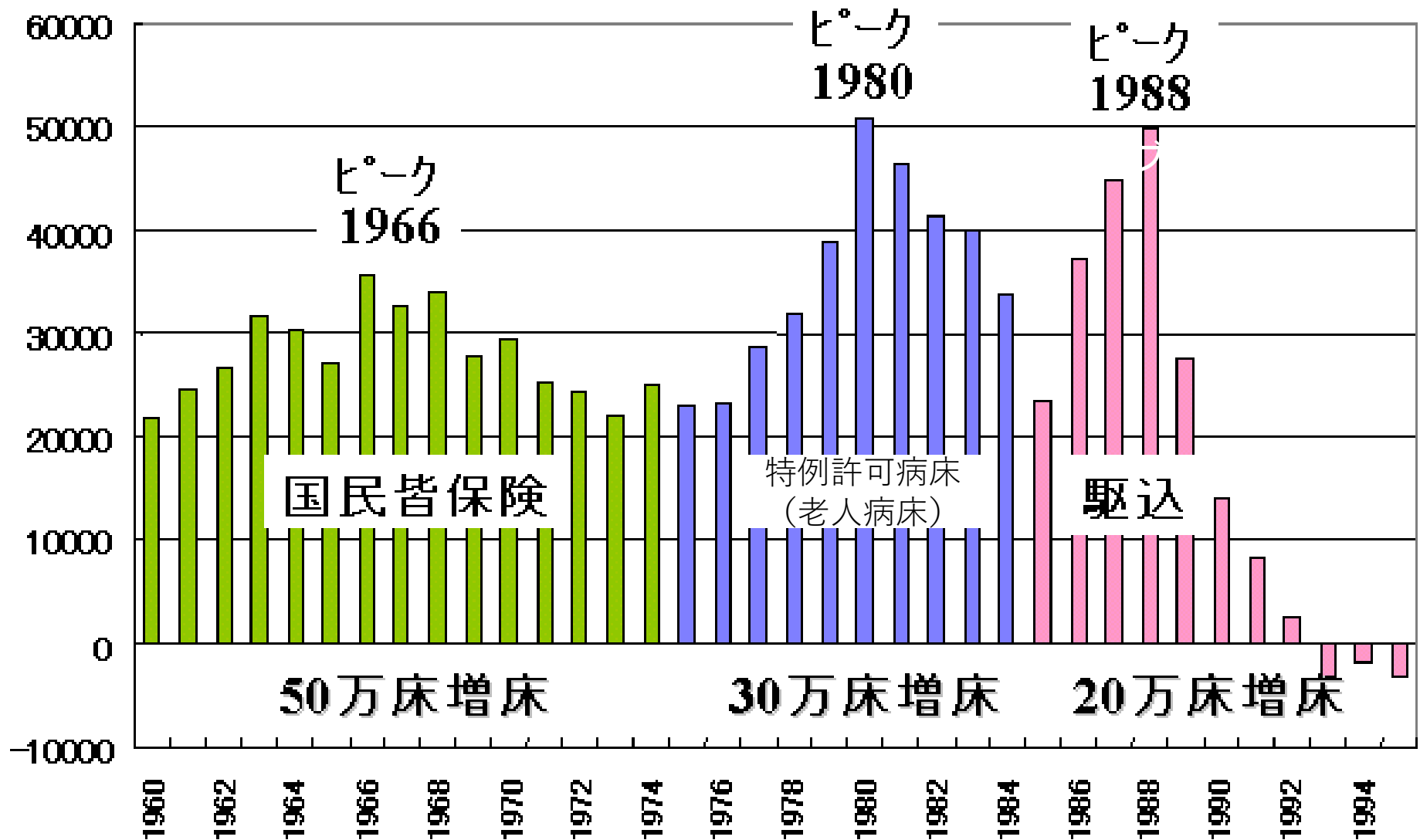
※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

### 【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



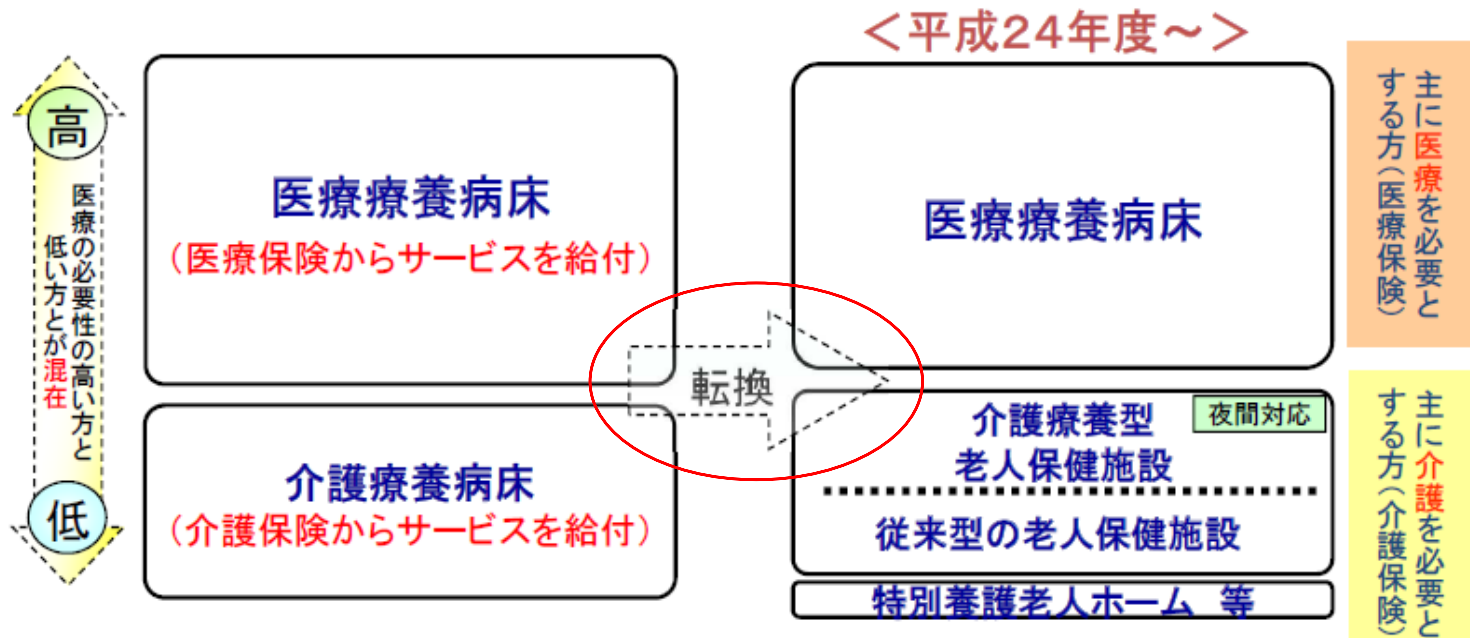
# 日本の増床三つのピーク



# 療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止  
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者  
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

# 療養病床に関する経緯③

## H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

### 【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

### <療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較  
※2 病床数については、病院報告から作成

# 医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。



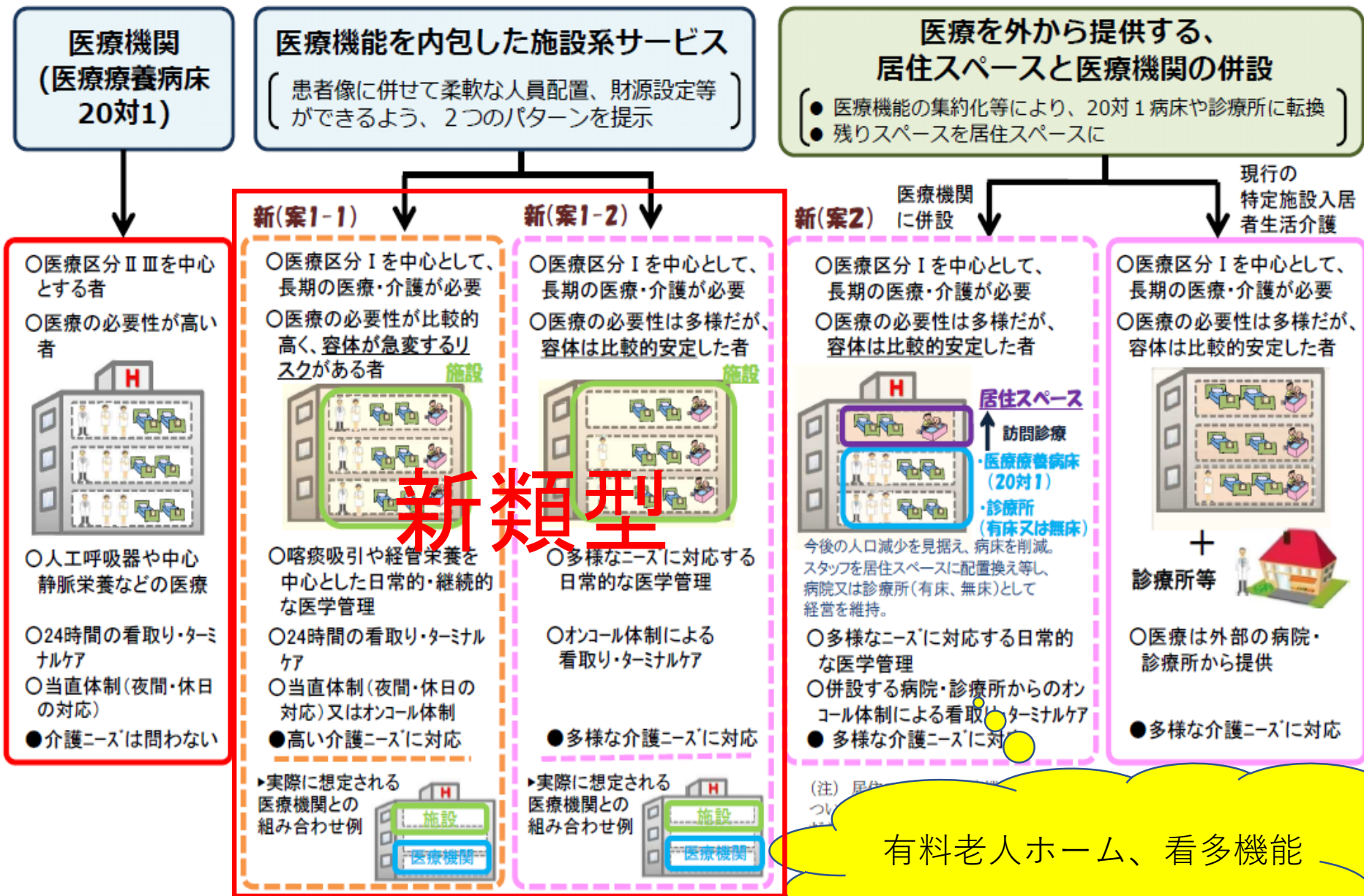
介護療養病床  
はナーシング  
ホームに

介護療養病床  
の老健転換は  
むりすじ

介護療養病床  
の医療法人型  
特養転換は？



# 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）



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



# I. 医療機能を内包した施設系サービス

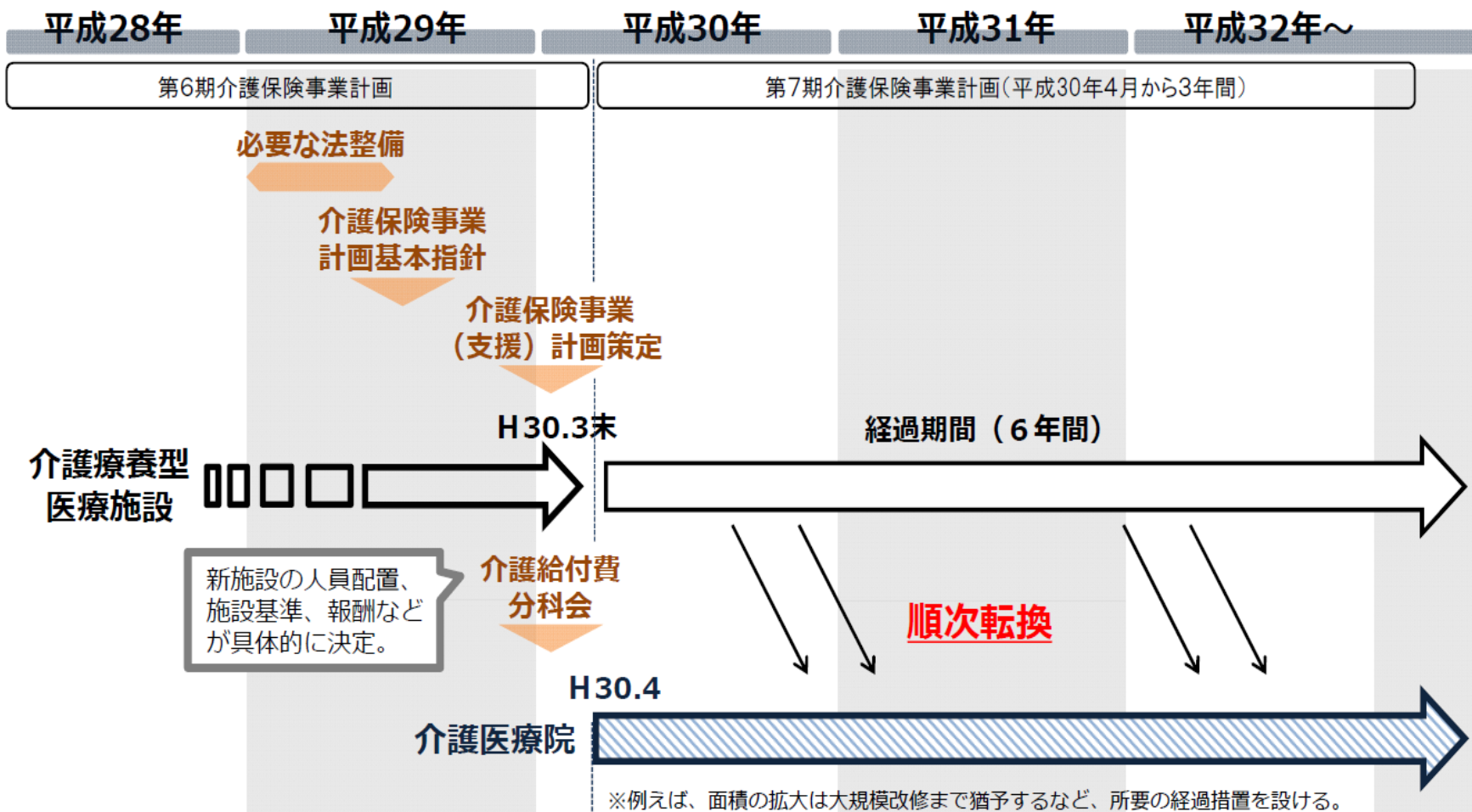
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

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

介護医療院  
(仮称)

# 介護医療院に関するスケジュールのイメージ

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





# 介護医療院のポイント

- **【移行定着支援加算】 98単位/日**
  - 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！

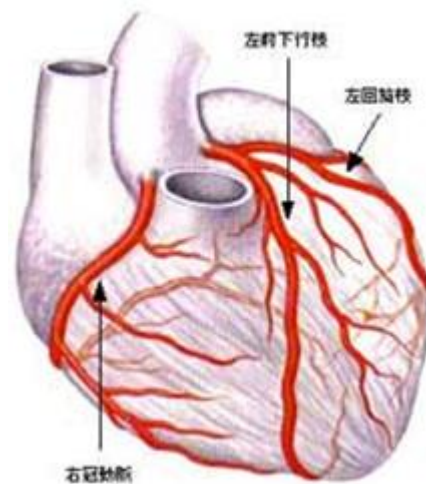
- 現在約6万床ある介護療養病床から4万くらい、25対1医療療養病床の半分くらいが移行し、全体として7～8万床くらいになると想定している。
- 介護医療院協会を2018年4月に設立



日本慢性医療協会会長  
武久洋三氏（2017年6月22日）

# パート 3

## 安定的冠動脈疾患の 待機的PCI適応



## 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



# 安定的冠動脈疾患に対する待機的PCI治療の適応

2017年11月29日 中医協総会

## 実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

### 安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の適正化

#### 【課題】

- 血管造影上75%狭窄がある冠動脈病変に対して、追加の検査で実際の心筋の機能的な虚血の有無を確認したところ、46.4%の病変で虚血を認めなかったとの報告がある。
- 関連学会によるガイドラインにおいては、虚血がないことが証明されている患者にはPCI(経皮的冠動脈インターベンション)の適応はないとされている。

- 安定冠動脈疾患に対して待機的に施行する経皮的冠動脈インターベンションについて、原則として、術前の検査等により、機能的虚血の存在が示されていることを算定要件とする。

#### 現行

##### 【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

- (1)一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。

※ 診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載する。また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

※ 経皮的冠動脈形成術についても、同様の見直しを行う。



#### 改定後

##### 【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

- (1)一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。
- (4)「3」のその他のものは、原則として次のいずれか該当する病変に対して実施した場合に算定する(※)。

ア 90%以上の狭窄病変

イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変(他に有意狭窄病変が認められない場合に限る。)

ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変



# 主なPCI(経皮的冠動脈インターベンション)の算定状況

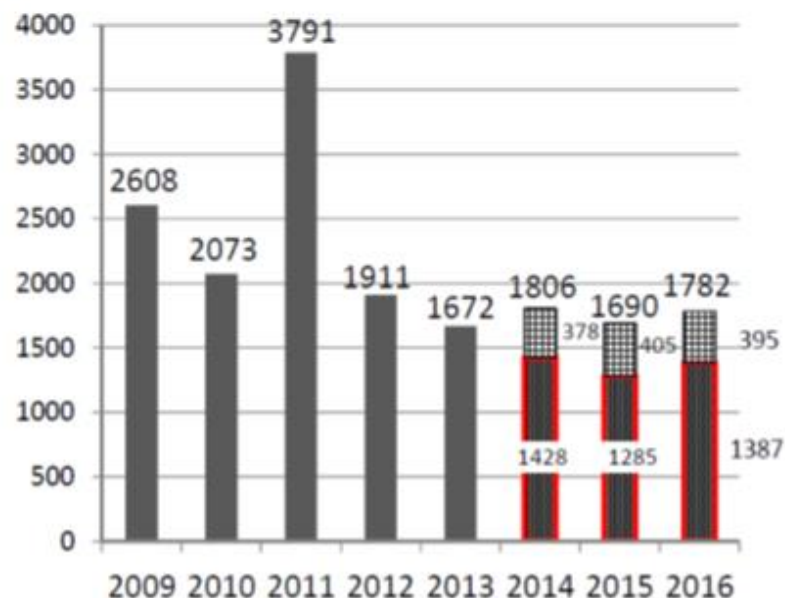
○ 現在実施されている主なPCI(経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術)のうち、約70~80%が安定冠動脈疾患に対する待機的PCI(告示上の「その他のもの」)である。

## K 546 経皮的冠動脈形成術

1 急性心筋梗塞に対するもの	32,000点
2 不安定狭心症に対するもの	22,000点
3 その他のもの	19,300点

急性心筋梗塞または不安定狭心症冠に対するもの  
 その他のもの  
 全体

(回/月)

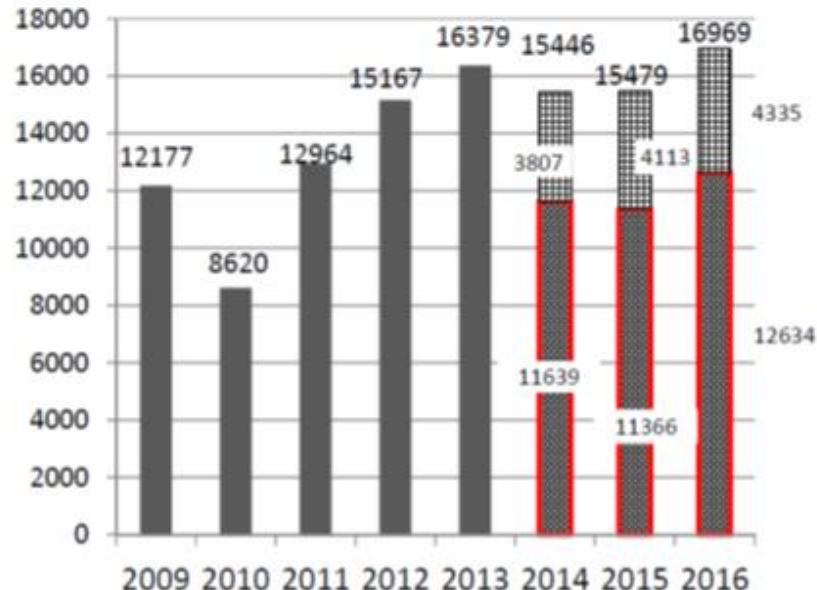


## K 549 経皮的冠動脈ステント留置術

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

急性心筋梗塞または不安定狭心症に対するもの  
 その他のもの  
 全体

(回/月)

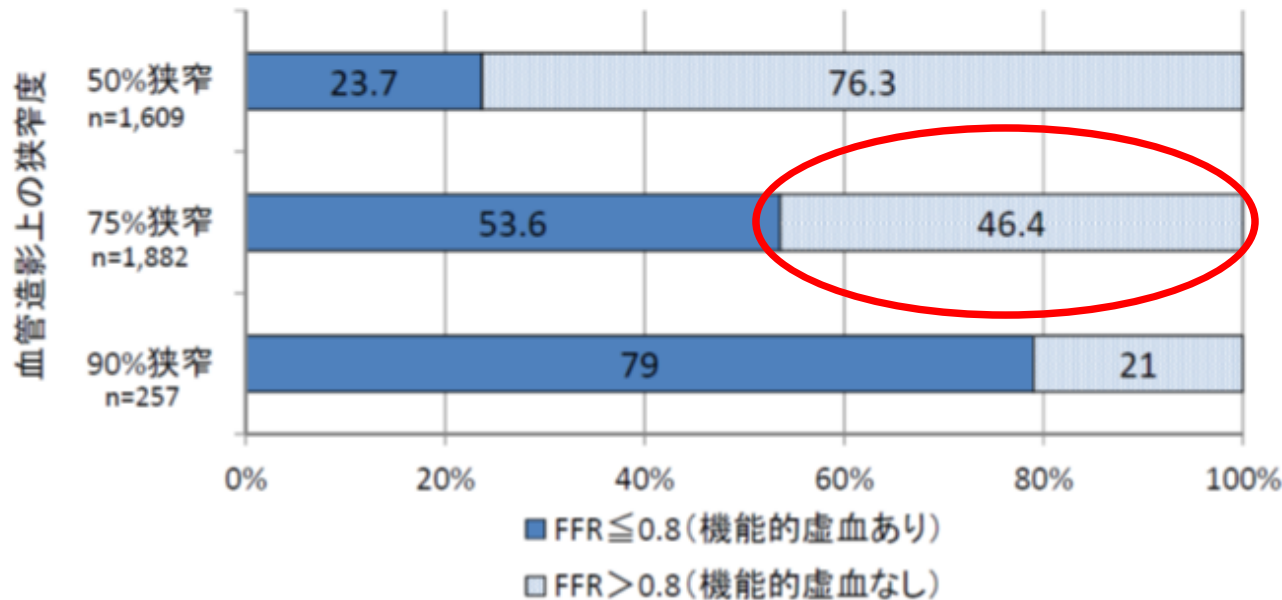


# 冠動脈狭窄病変における機能的虚血の存在

- 血管造影上75%狭窄がある冠動脈病変に対して、追加の検査で実際の心筋の機能的な虚血の有無を確認したところ、46.4%の病変で虚血を認めなかったとの報告がある。

## 血管造影上の冠動脈狭窄度と機能的虚血の有無

1. 造影後の視覚的評価を元に狭窄度を50%、75%、90%に分類
2. 各狭窄病変に対して冠動脈血流予備能測定検査を実施し、機能的虚血の有無を評価



※FFR (冠血流予備量比)  
✓ 狭窄前後の圧の比  
✓ 0.80以下で機能的虚血が存在する。



# 安定冠動脈疾患に対するPCI施行前の虚血検査の実施状況

- 安定冠動脈疾患に対するPCI施行前の虚血検査の実施状況について、施設間でばらつきが認められたとの報告がある。

厚生労働科学特別研究事業「NDB・DPCデータを用いた循環器・血液領域の医療の質の評価に関する研究」における調査

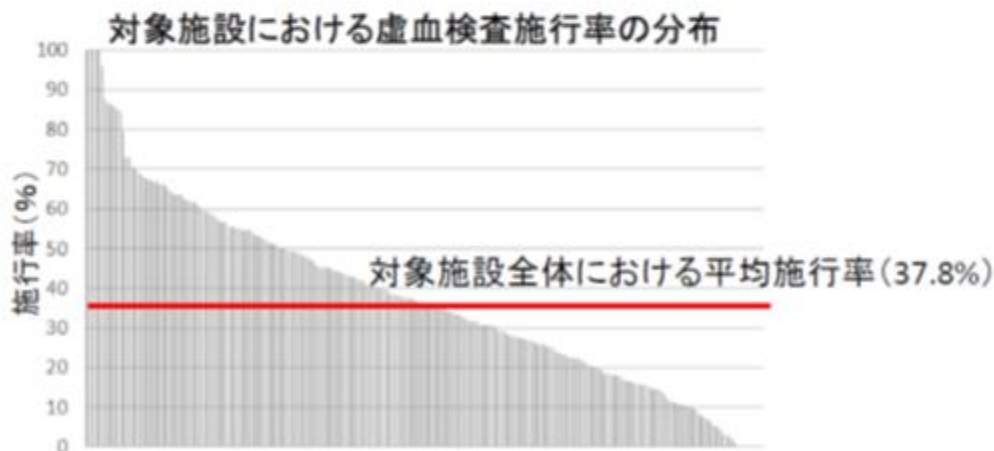
➤ 対象

- 安定冠動脈疾患に対する待機的冠動脈インターベンション(PCI) 15,522件(226施設)

➤ 解析方法

- 施設毎の虚血検査(※)の施行率をDPC分類別、病床数別、地域別で比較

※: 術前90日以内の外来での虚血検査およびPCI中の冠血流予備能比(FFR)測定

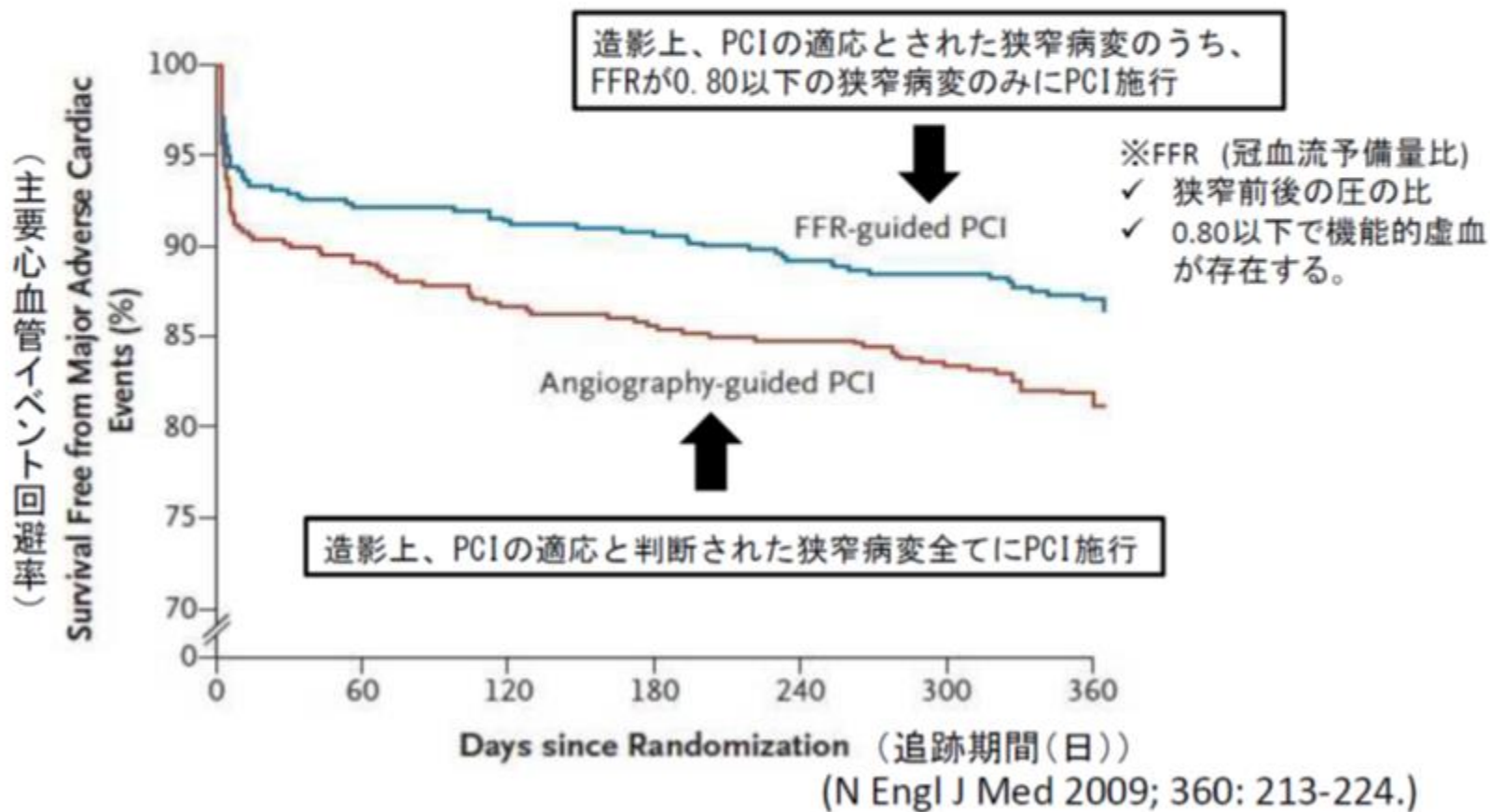


対象施設全体の  
虚血検査施行率(%)

いずれかの虚血検査を実施	37.8
冠動脈血流予備能測定	9.6
負荷心電図	12.6
負荷エコー	0.3
トレッドミル負荷試験	9.2
SPECT(心臓核医学検査)	13.3

# 安定冠動脈疾患に対する機能的虚血の評価の必要性

○複数の冠動脈狭窄病変がある症例において、血管造影上適応があると判断された狭窄病変全てにPCIを施行した群に比べ、追加の検査で機能的虚血を認めた病変にのみPCIを施行した群の方が、その後の心血管イベントが少ないとの報告がある。



# 機能的虚血の評価による治療方針の変更

- 冠動脈造影による視覚的評価をもとにPCIを施行する方針であった狭窄病変に対して機能的虚血の評価を行った結果、56.7%が、保存的薬物治療に変更されたとの報告がある。

## 冠動脈血流予備能測定検査による虚血性心疾患の治療方針への影響

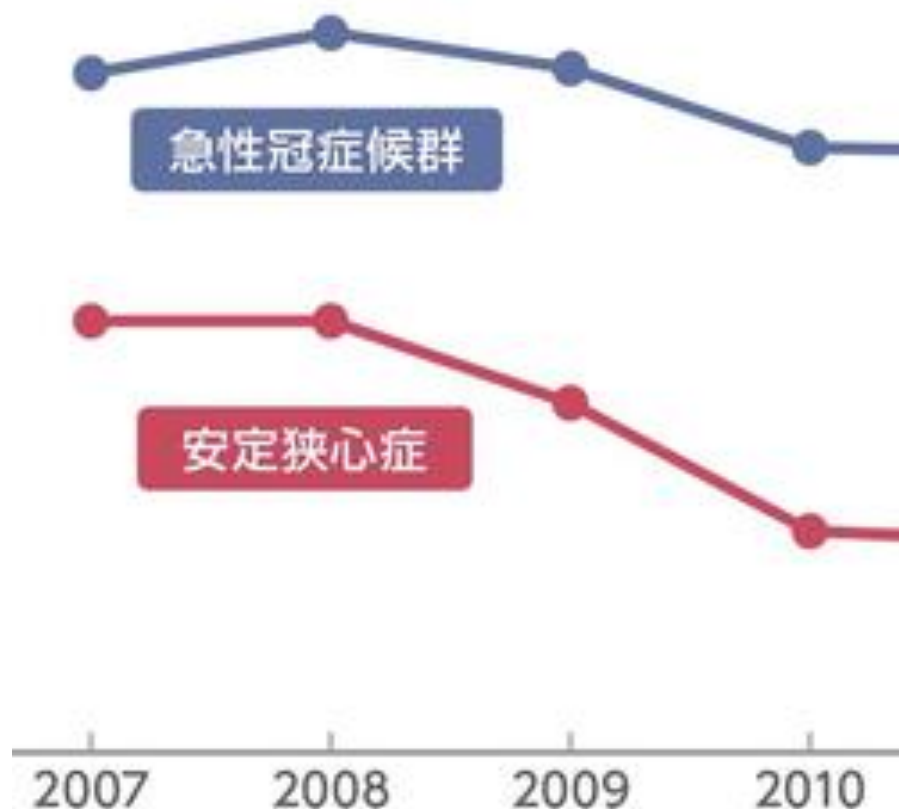
1. 冠動脈造影後の視覚的評価をもとに、各狭窄病変に対する治療方針を選択
2. 各狭窄病変に対して冠動脈血流予備能測定検査を実施
3. 冠動脈血流予備能測定検査の結果を踏まえて、最終的な治療方針を選択

視覚的評価に基づく 当初の治療方針	冠動脈血流予備能測定後の治療方針		
	薬物治療	PCI	CABG
薬物治療 N=1255	1010 (80.5%)	219 (17.5%)	26 (2.1%)
PCI N=2374	1347 (56.7%)	1011 (42.6%)	16 (0.7%)
CABG N=80	40 (50%)	10 (12.5%)	30 (37.5%)

# 米国では待機的PCIが半減、 日本でも標準化の動き

(日経メディカル2017年10月12日)

- 米国では近年、安定狭心症に対する経皮的冠動脈インターベンション治療（PCI）の施行数が急減した。
- 循環器関連学会がPCI適応の「適切性基準（AUC：Appropriate Use Criteria）」を策定、同基準で「不適切」と判定される症例へのPCIの減少が、全体を押し下げた。
- 我が国でも学会主導でPCIの標準化が動き出しており、今後の施行件数の変化が注目される。





# パート4 2018年診療報酬改定と 外来医療



# 2018年診療報酬改定と 外来医療のポイント

- ポイント① 外来機能分化とかかりつけ医機能
- ポイント② 生活習慣病重症化予防と糖尿病診療

ポイント①  
外来機能分化と  
かかりつけ医機能

# 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



## 平成30年度診療報酬改定の概要－医科

### I 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

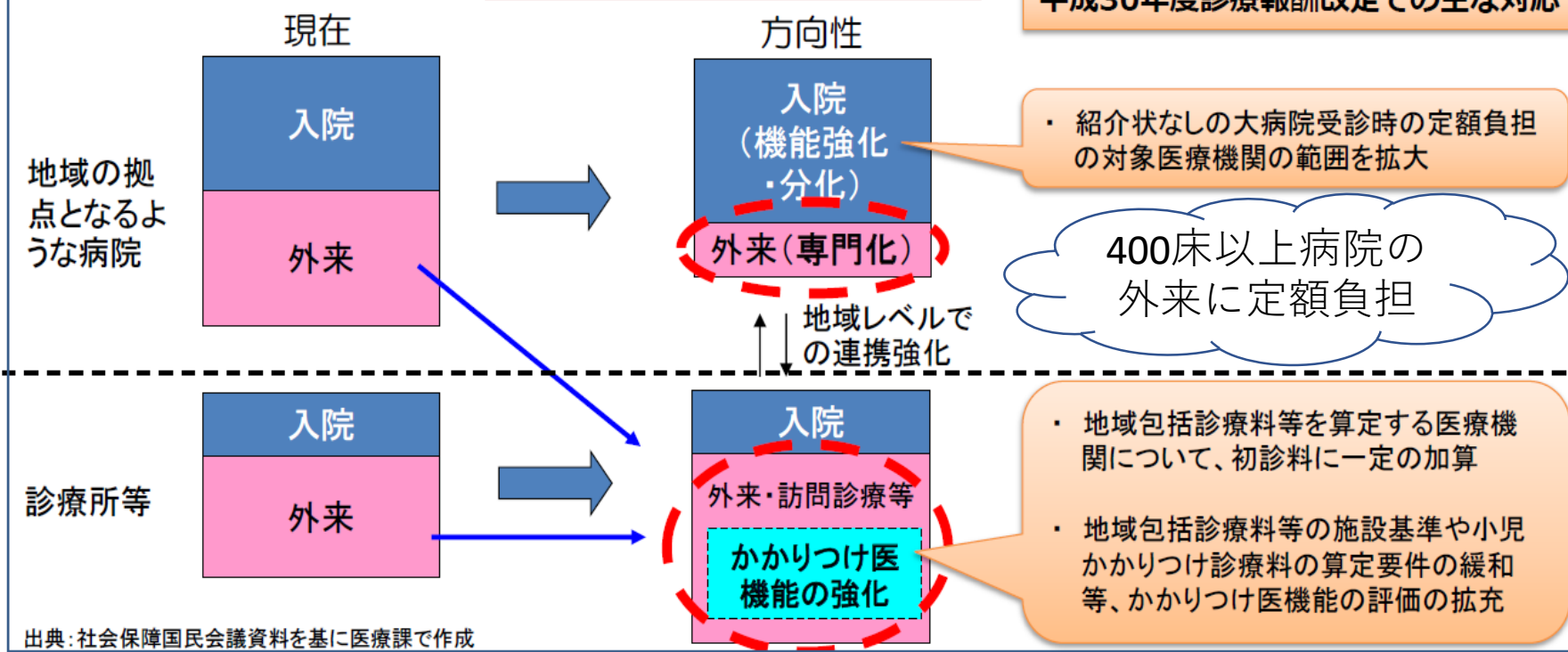
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

## 外来医療の今後の方向性(イメージ)

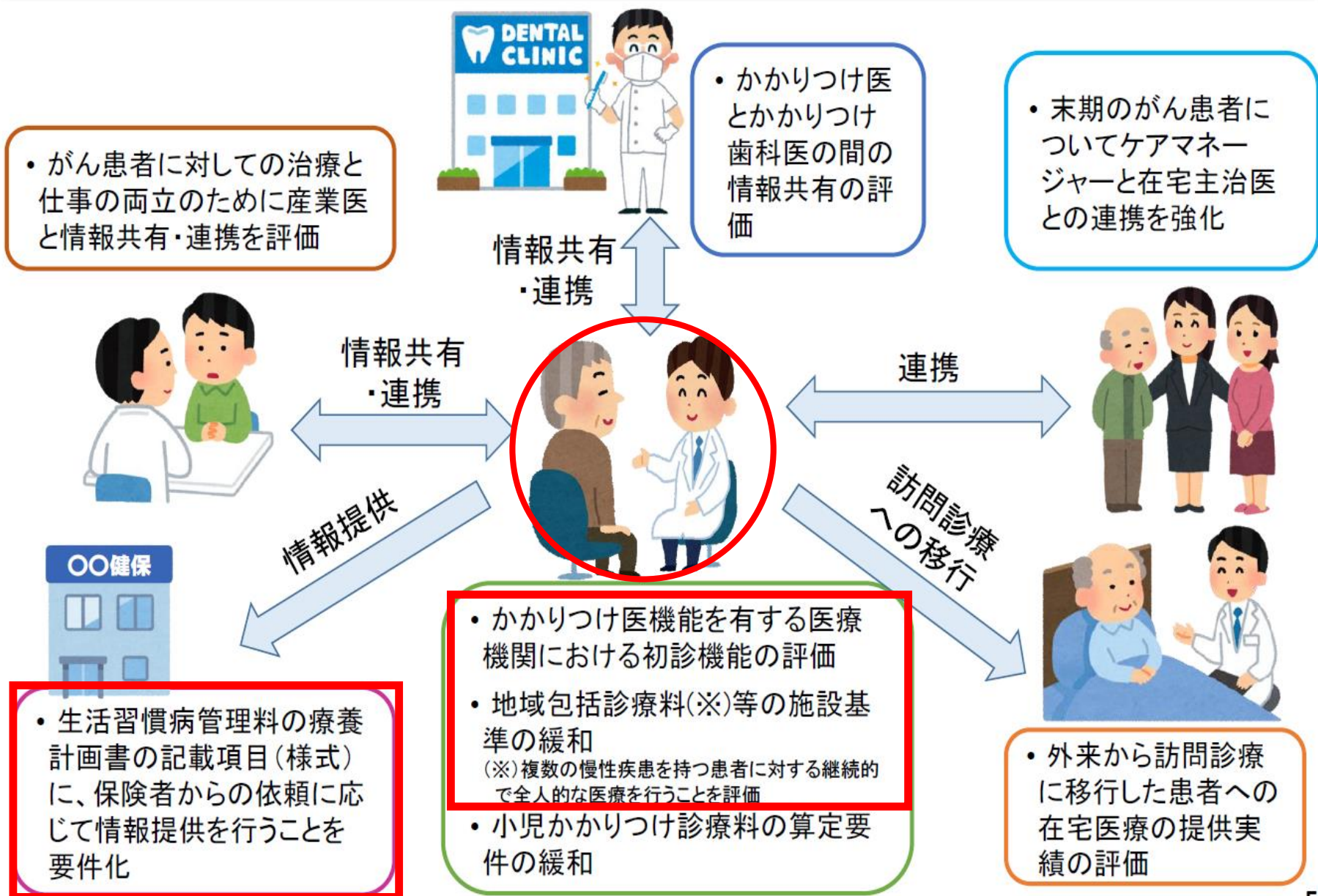
社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

### 外来医療の役割分担のイメージ



## かかりつけ医機能評価の充実



# かかりつけ医機能の評価

## 「地域包括診療料」

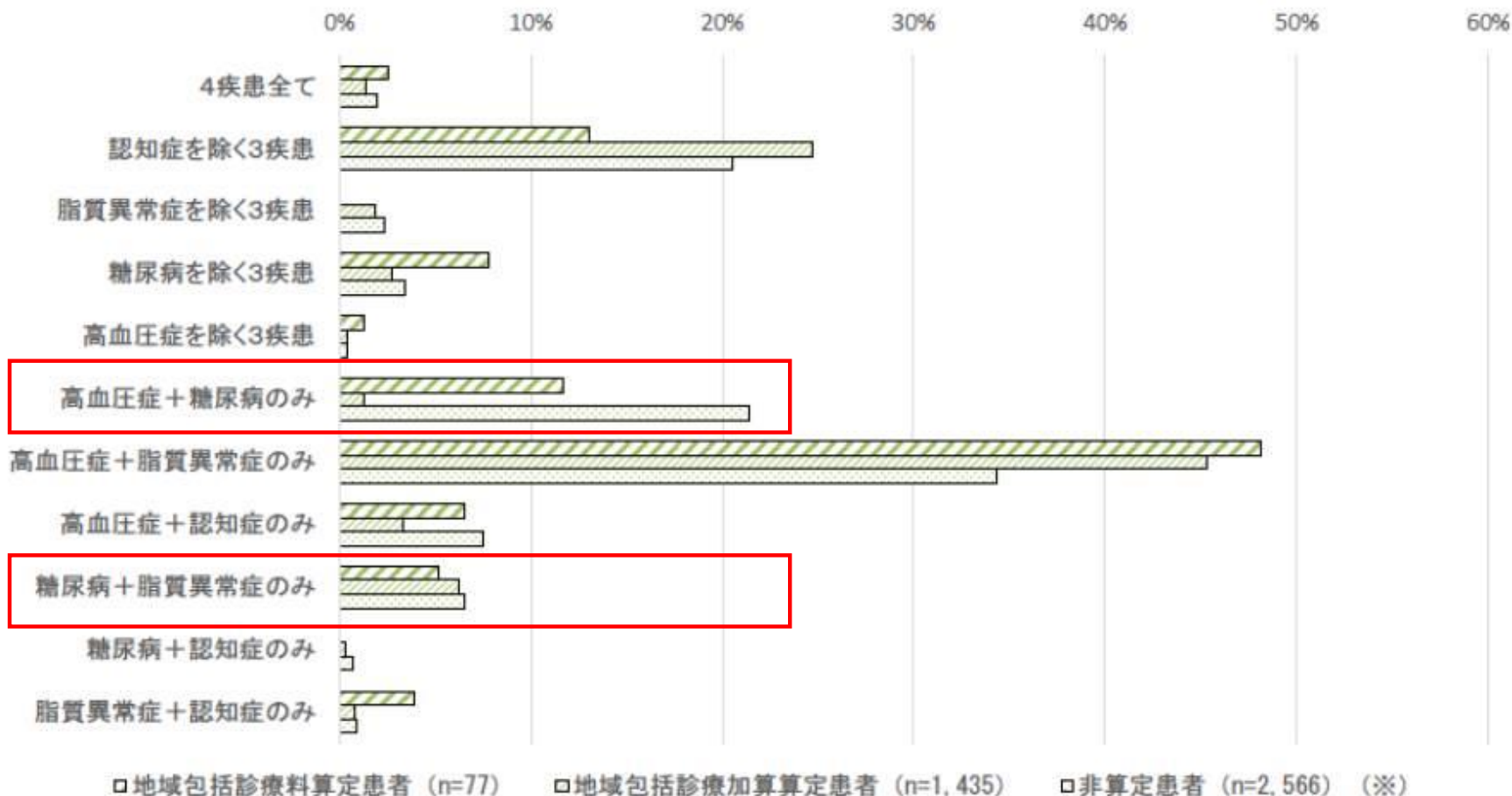
- 2014年度の診療報酬改定で創設された「かかりつけ医機能の評価する外来の包括報酬」
  - 高血圧症、**糖尿病**、脂質異常症、認知症のうち2つ以上の疾患を有する患者に対し・・・
  - 「患者が受診するすべての医療機関を把握する」
  - 「患者が服用するすべての薬剤を把握する」
  - 「在宅医療を提供する」などの要件（施設基準）
- **200床未満の病院・診療所**
  - 生活習慣病患者や認知症患者に総合的な医学管理を行うことを評価する包括診療報酬
  - 届け出は**2027年11月時点**で**227医療機関**



## 地域包括診療料算定患者等の慢性疾患の状況②

- 対象疾患の組み合わせとしては、高血圧症と脂質異常症のみの場合が最も多かった。

地域包括診療料等の対象慢性疾患の罹患割合



出典:平成27年検証調査

## 地域包括診療料等の見直し

要件緩和

### 地域包括診療料等の見直し

➤ かかりつけ医機能を推進する観点から、医師の配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行	改定後
<b>【地域包括診療料等】</b> 地域包括診療料 1,503点 認知症地域包括診療料 1,515点  [施設基準(抜粋)] 以下の全ての要件を満たしていること。 ア 診療所の場合 (イ) 時間外対応加算1の届出 (ロ) <b>常勤医師2名以上の配置</b> (ハ) 在宅療養支援診療所 イ 病院の場合 (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出 (ロ) 在宅療養支援病院の届出	<b>【地域包括診療料等】</b> (新) <b>地域包括診療料1</b> 1,560点 地域包括診療料2 1,503点 (新) <b>認知症地域包括診療料1</b> 1,580点 認知症地域包括診療料2 1,515点  [施設基準(抜粋)] (1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。 ア 診療所の場合 (イ) 時間外対応加算1の届出 (ロ) <b>常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</b> (ハ) 在宅療養支援診療所 イ 病院の場合 (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。 (ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。 (2) <b>診療料1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上であること。</b>

### 小児かかりつけ診療料の見直し

➤ 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、**在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医**が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、**地域の在宅当番医等を案内すること**でもよいこととする。

かかりつけ医の初診料に「機能強化加算（80点）」が上乘せ！

- 「機能強化加算（80点）」
  - 「機能強化加算」は、専門医療機関への受診の要否の判断を含めた初診時における医療機能を評価する点数で、「かかりつけ医機能」の初診料に80点の加算がされる。
  - これまでの初診料は282点が362点に、3割アップする！



# ポイント②

## 生活習慣病重症化予防と 糖尿病診療

- (1) 外来医学管理と目標管理
- (2) 糖尿病性腎症の重症化予防
- (3) 糖尿病重症化予防と保険者との協同



# (1) 外来医学管理と 目標管理



## 生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例

### 生活習慣病に係る計画の策定と治療管理に係る評価

#### 生活習慣病管理料

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

#### [主な算定要件]

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

#### [主な施設基準]

- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて基準を満たしていること。



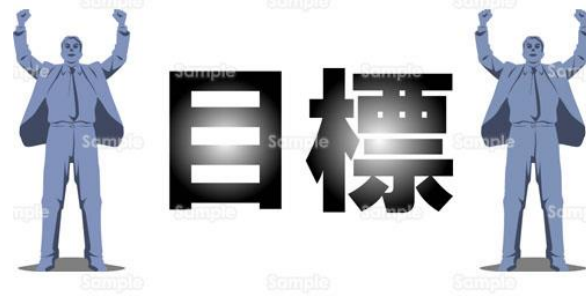
## 生活習慣病管理料における療養計画書②

【重点を置く領域と指導項目】	□食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: )を週(回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: )を週(回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他( )) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( ) <input type="checkbox"/> その他( )  担当者の氏名 (印)
	□運動	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・ ) 時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週(日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍(拍/分 or )) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ ) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )	担当者の氏名 (印)
	□たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)
	□その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他( )	担当者の氏名 (印)
	【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名 (印)
	【療養を行うにあたっての問題点】		
	【他の施設の利用状況について】		
※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		患者署名  医師氏名 (印)	





# 生活習慣病管理料の 療養計画に目標管理を！



Manegemet by Objective(MBO)

## (2) 糖尿病性腎症の重症化予防



# 平成28年度診療報酬改定(重症化予防の取組の推進)

## 進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

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

### 糖尿病透析予防指導管理料

#### 腎不全期患者指導加算 100点

[算定要件]

**腎不全期 (eGFR (ml/分/1.73m<sup>2</sup>) が 30未満) の患者に対し**、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

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

[算定回数] (平成28年度社会医療診療行為別統計)

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

[届出施設数] (平成28年7月時点保険局医療課調べ)

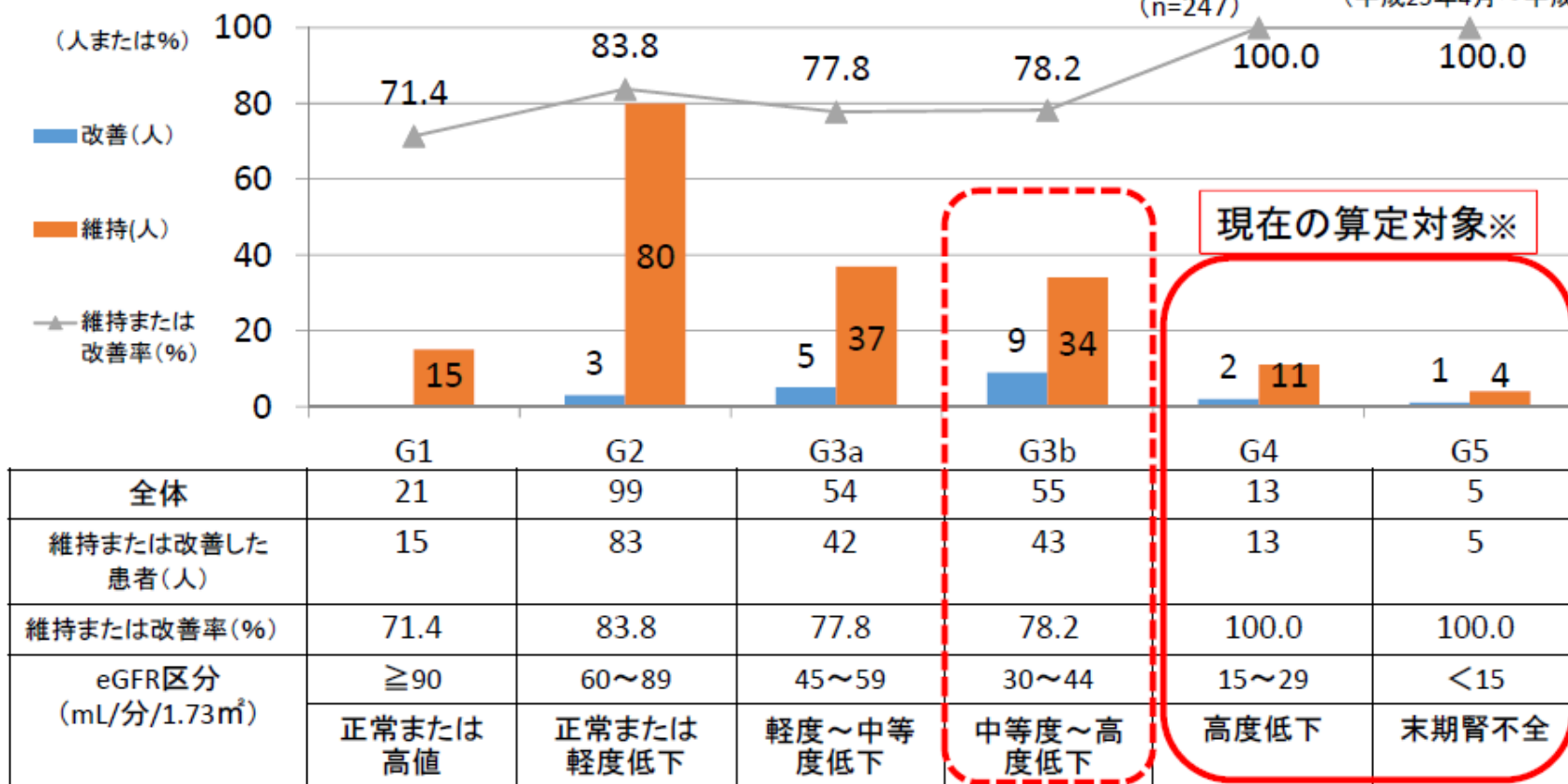
腎不全期患者指導加算 66施設 (糖尿病透析予防指導管理料の届出施設数: 1514施設)



## 糖尿病性腎症に対する運動療法の効果

- eGFR (mL/分/1.73m<sup>2</sup>) の区分がG3以下(30以上)の患者においても、運動療法によって、高い割合でCKDステージが維持または改善されているとの報告がある。
- 現行の腎不全患者指導加算の対象は、eGFRが30未満(G4以上)となっており、eGFRが30～44(G3b)の患者は含まれていない。

運動指導によりCKDステージが維持または改善した糖尿病患者の割合 出典:長浜赤十字病院における調査 (平成25年4月～平成26年6月)  
(n=247)



## 透析予防指導管理の対象拡大、質の高い人工腎臓等の評価の充実

- 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。

現行	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
腎不全期患者指導加算	100点

[算定要件]

腎不全期(eGFRが30mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満)の患者に対して医師が必要な指導を行った場合



改定後	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
(改)高度腎機能障害患者指導加算	100点

[算定要件]

eGFRが45mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の患者に対して医師が必要な指導を行った場合

- 夜間、休日に行われる人工腎臓や質の高い人工腎臓の評価を充実させる。

- ① 夜間、休日に人工腎臓を行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
時間外・休日加算	300点

[算定できる場合]

入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合



改定後	
【人工腎臓】	
(改)時間外・休日加算	380点

- ② 著しく人工腎臓が困難な患者等に対して行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
障害者等加算	120点



改定後	
【人工腎臓】	
(改)障害者等加算	140点

- ③ 長時間の人工腎臓に対する評価を新設する。

(新) 長時間加算 150点 (1回につき)

[算定要件]

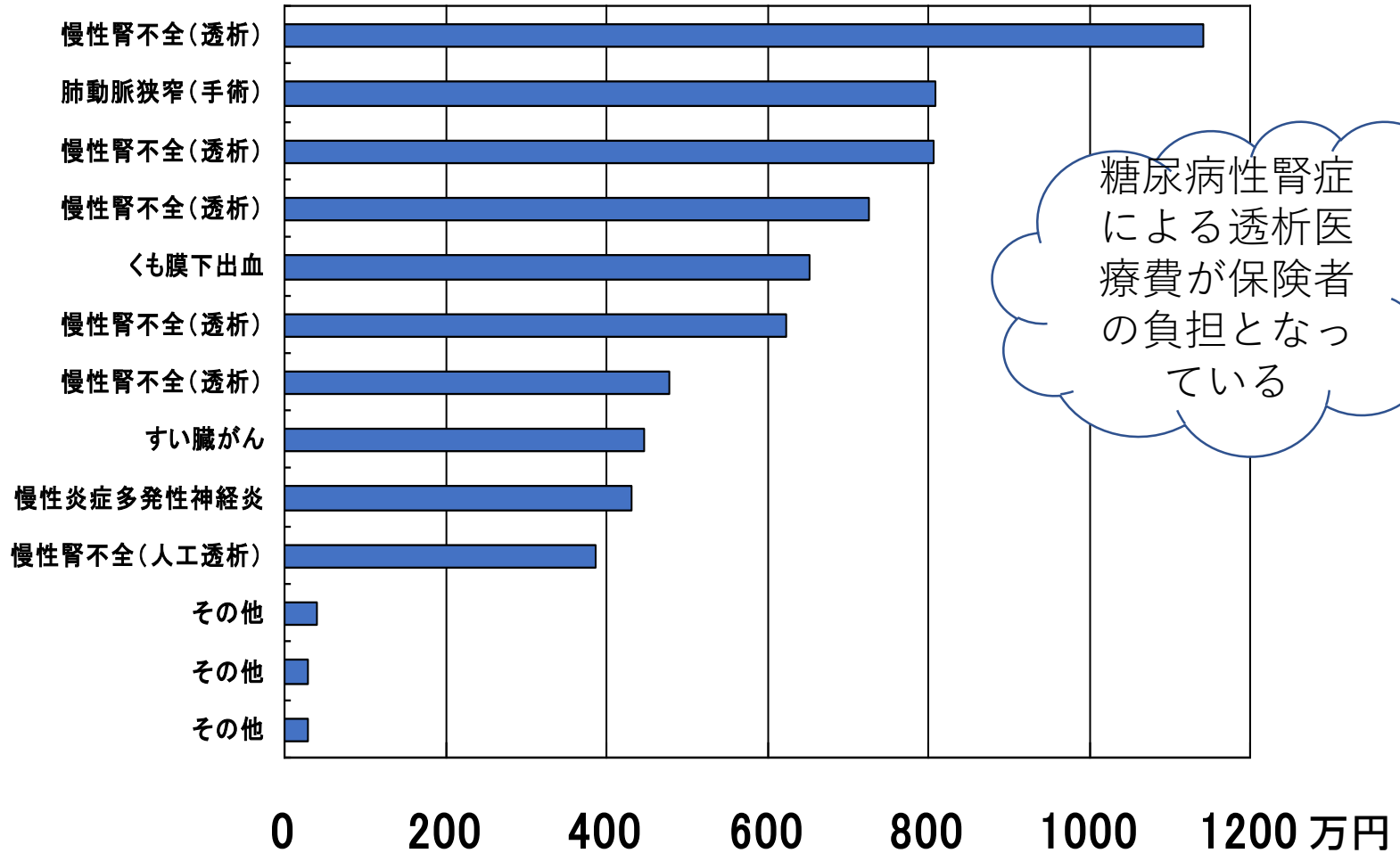
通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

# (3) 糖尿病重症化予防と 保険者との協同



pixta.jp - 17079978

# ある健保組合のレセプト分析より





## 1. 趣旨

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

## 2. 基本的考え方

### (目的)

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

### (性格)

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

### (留意点)

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

## 3. 関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

### (市町村)

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

### (都道府県)

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

# 重症化予防

## 石川県能美市糖尿病予防



川本素子氏...石川県能美市健康推進課長

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

# 石川県能美市の糖尿病予防事例

## HbA1cワースト30への訪問

～H20年度結果から治療中者にも訪問～

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



能美市健康福祉部健康推進課の  
川本素子担当課長

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



能美市医師会の松田健志会長

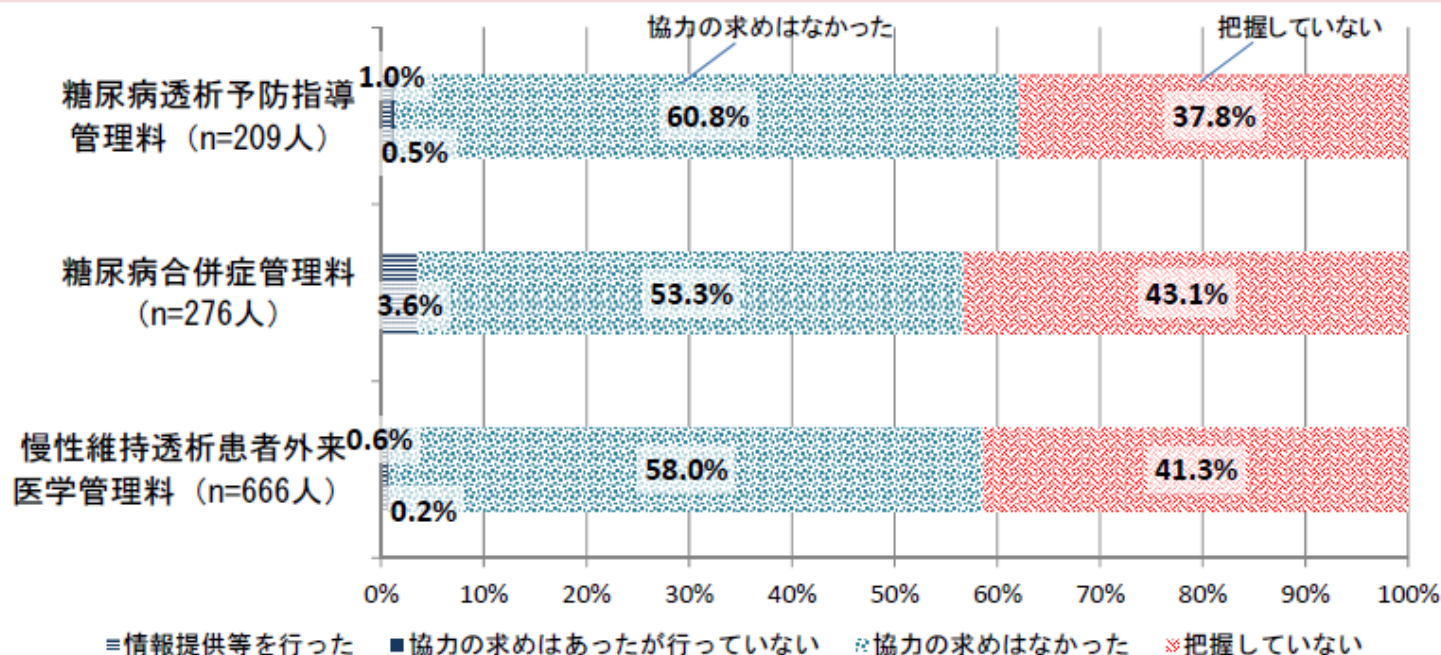
HbA1cワースト30人のリストは、関係者が危機感を共有し、  
医療と連携するきっかけとなった

## 保険者からの協力要請による診療情報の提供等の実施

中医協 総 - 4  
29.3.29

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

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



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

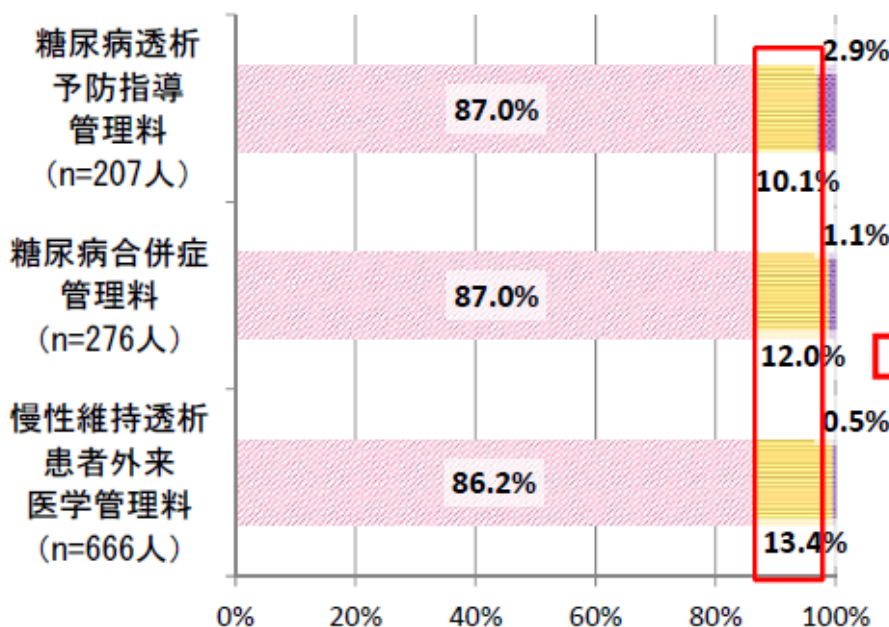


## 特定健診・特定保健指導を受けているかどうかの把握

中医協 総 - 4  
29.3.29

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

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

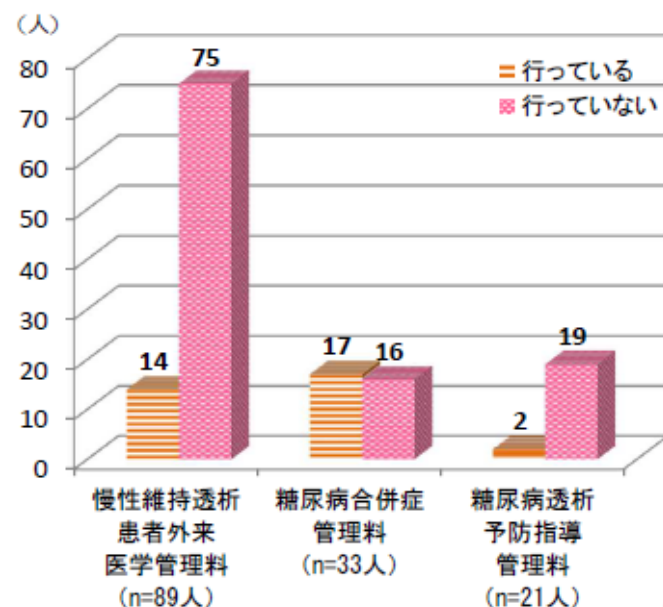


〃 把握していない

■ 受けていないことを把握している

■ 受けていることを把握している

### ■ 「受けていないことを把握している」場合(31医療機関) 勧奨の有無



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

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

## 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

- ▶ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、算定要件に以下の項目を追加する。

(1) **生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)**に、血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等の記載欄を追加するとともに、同意が得られている場合に必要な協力を行うこと。

保険者との  
連携項目

[追加する記載欄のイメージ]

<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧:現在(      /      mmHg) →目標(      /      mmHg)	<b>【特定健康診査の受診の有無】</b>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	<b>【特定保健指導の利用の有無】</b>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	<b>【保険者からの情報提供の求め に対する協力の同意】</b>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無



## 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
- かかりつけ医機能では地域包括診療料の緩和に注目
- 糖尿病診療は保険者も含めたチーム医療で

# 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  
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](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)