

2020年診療報酬改定へ向けて



国際医療福祉大学大学院 教授
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生専攻)
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院 2012年



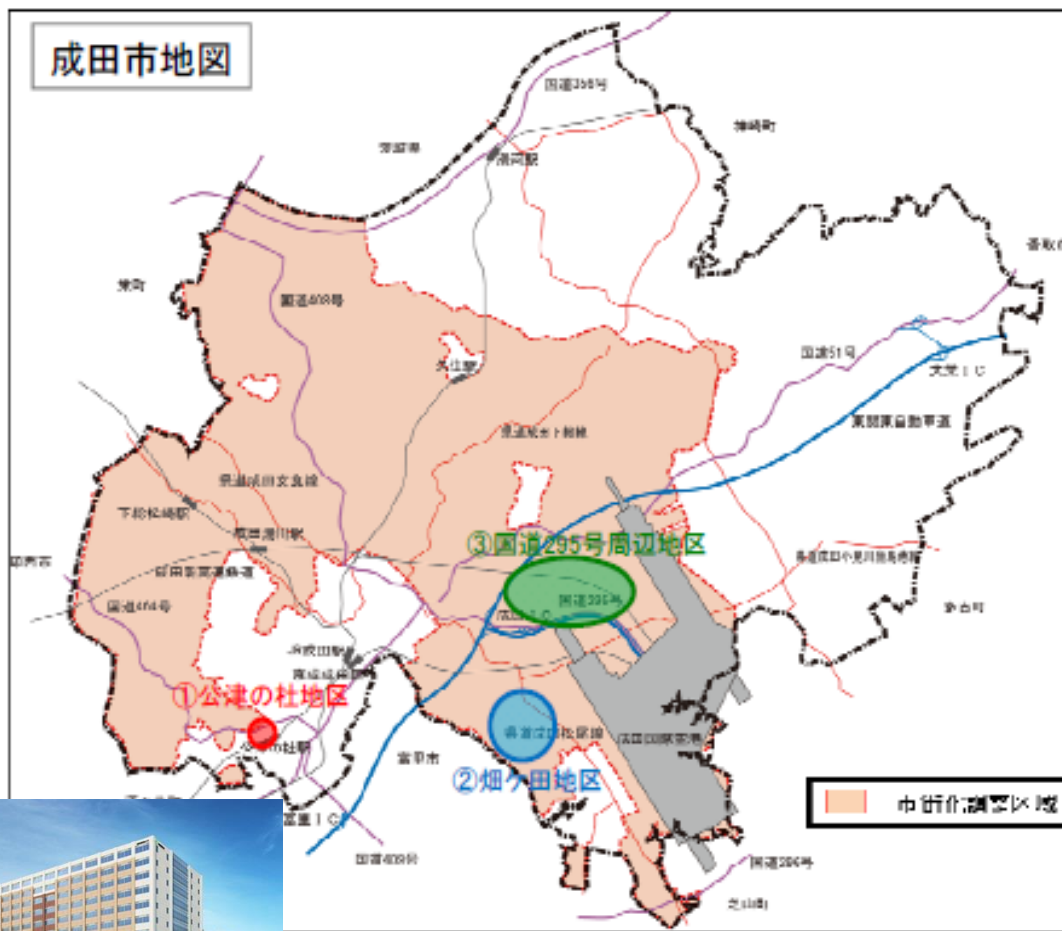
JCI認証取得



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
 - 医療介護総合確保法と地域医療構想
- パート 2
 - 2020年改訂へ向けて
- パート 3
 - どうなる消費税？
- パート 4
 - どうなる7対1
- パート 5
 - どうなる地域包括ケア病棟



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)

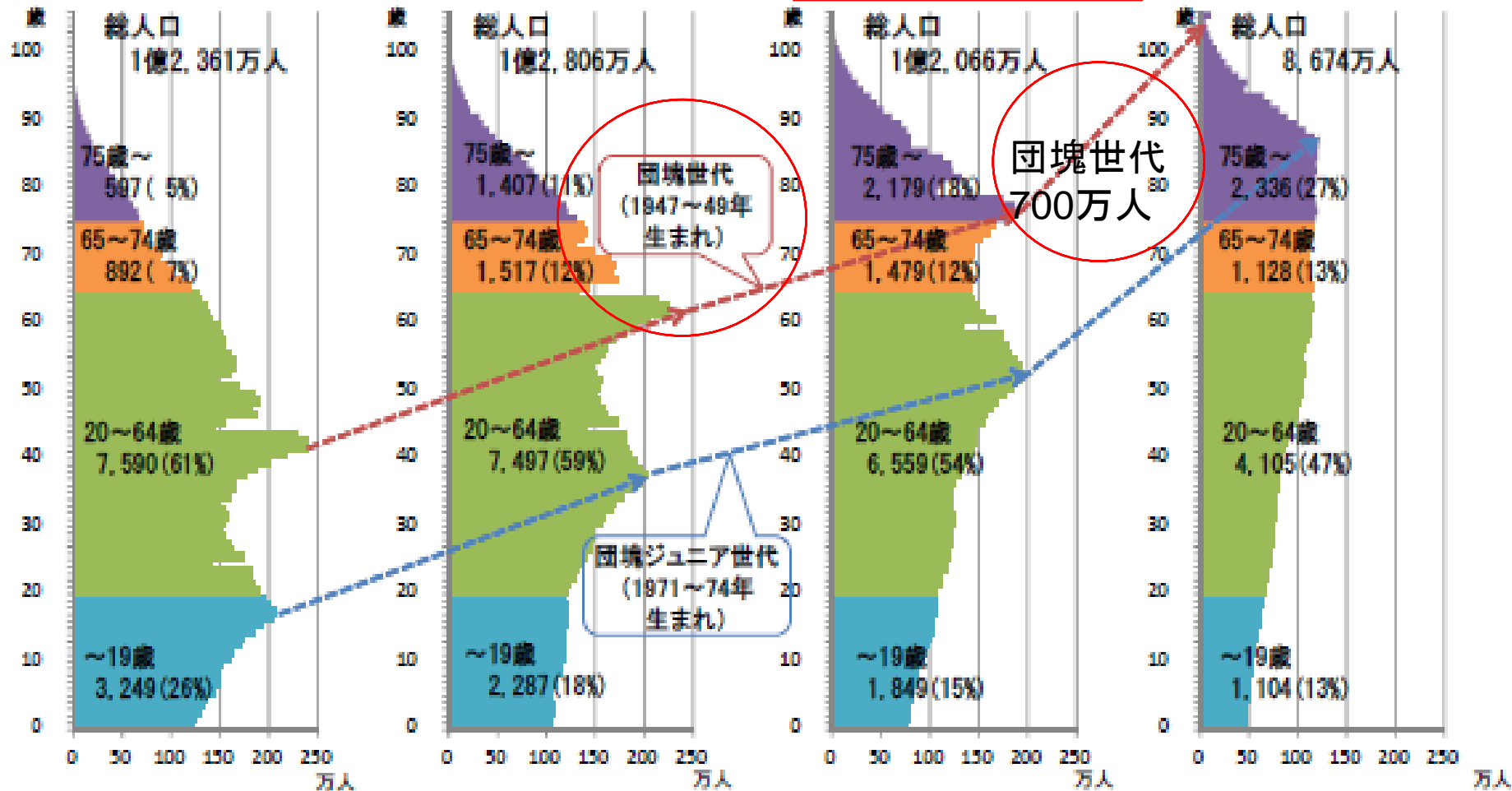
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

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)



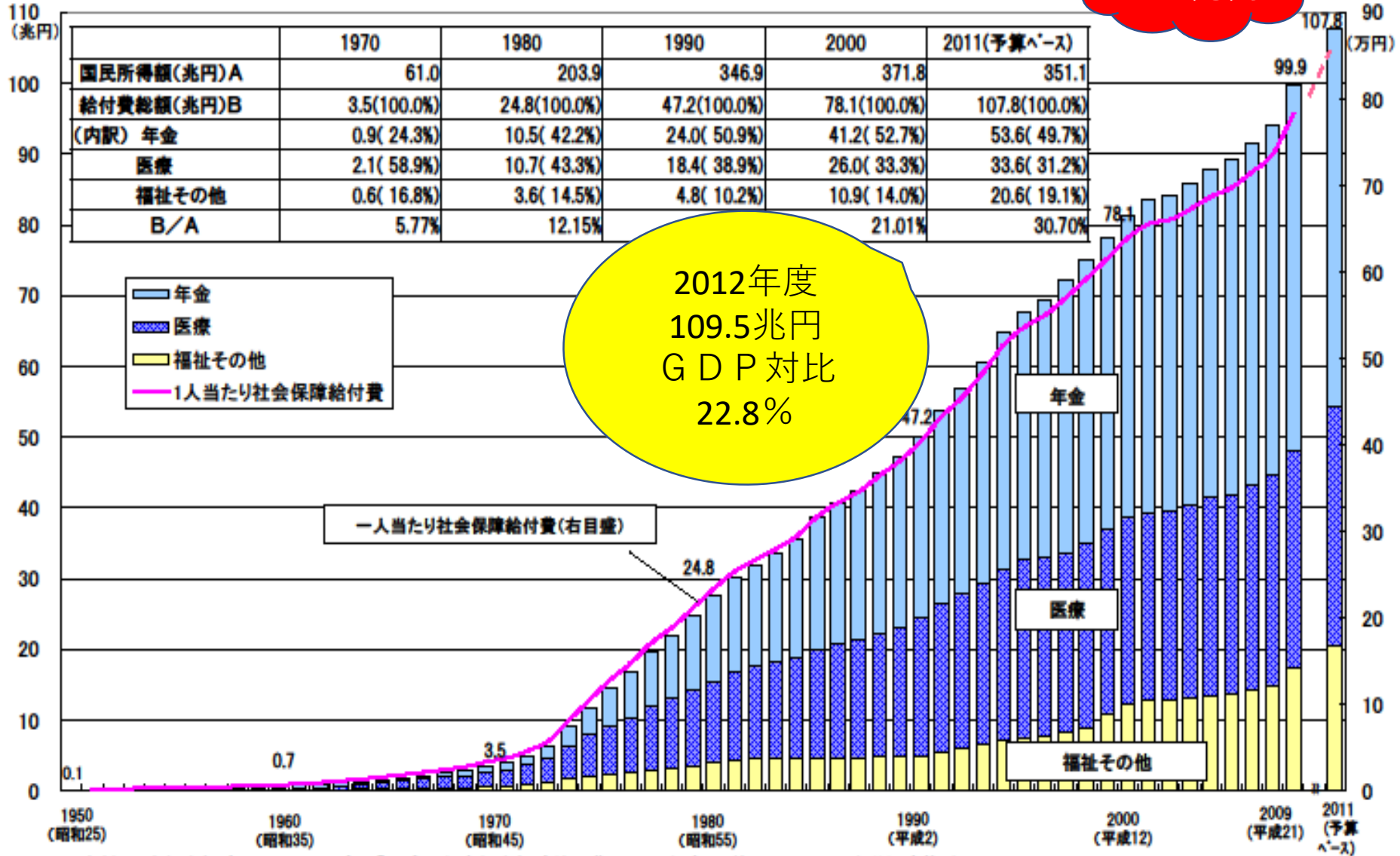
団塊世代
700万人

団塊世代
(1947~49年
生まれ)

団塊ジュニア世代
(1971~74年
生まれ)

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・税一体改革関連法案 (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」

自民圧勝 与党310超

野党 136

3分の2維持

立憲民主野党

希望敗北 市



赤野 甘利 里明

53 +38

12 11

26 -19

自公300に迫る

自民大勝280超

野党 136

311 自民282 公明29

57 希望48 維新9

62 立憲50 共産11 社民1

▲選挙区(229) ▲議席(206)



衆院選

改憲熱

希望伸び悩

議論今後の様



野党

計454

29 11 51 9 1 0 0 0 23 285 169

17 3 1 0 0 0 0 23 285 169

公再び3分の

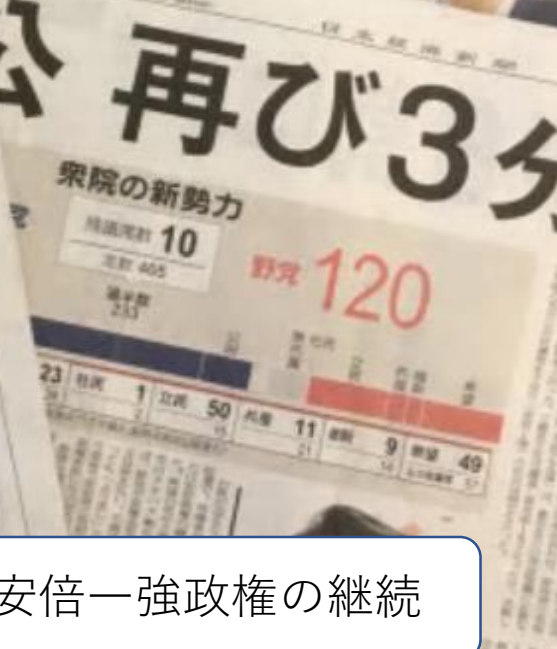
衆院の新勢力

野党 120

10 定数 405

議席数 233

23 社民 1 立憲 50 共産 11 維新 9 希望 49



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



安倍晋三首相

医療政策は財源問題を基本に、
地域医療計画（地域医療構想）
と診療報酬により誘導されている

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

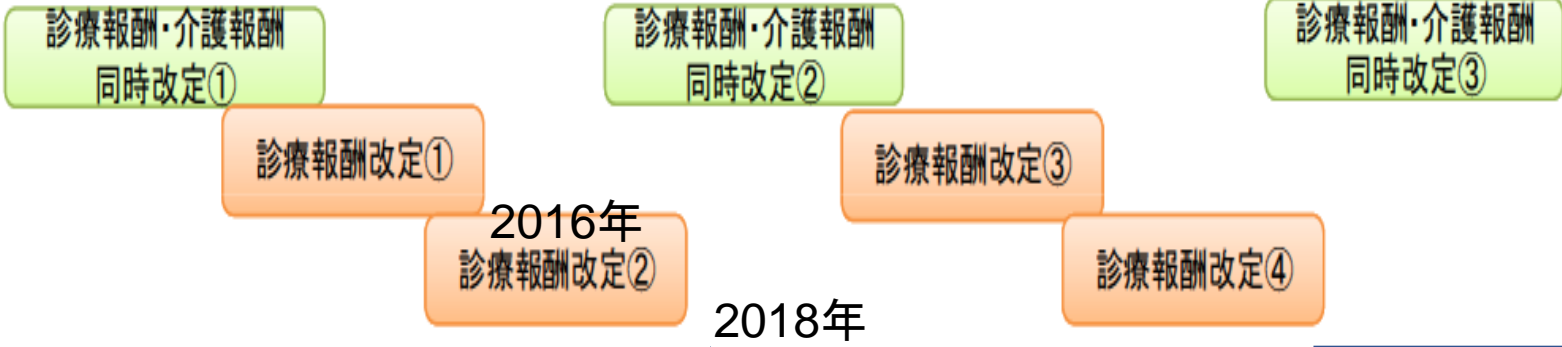
2012年 2014年 2016年 2018年 **2020年** 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

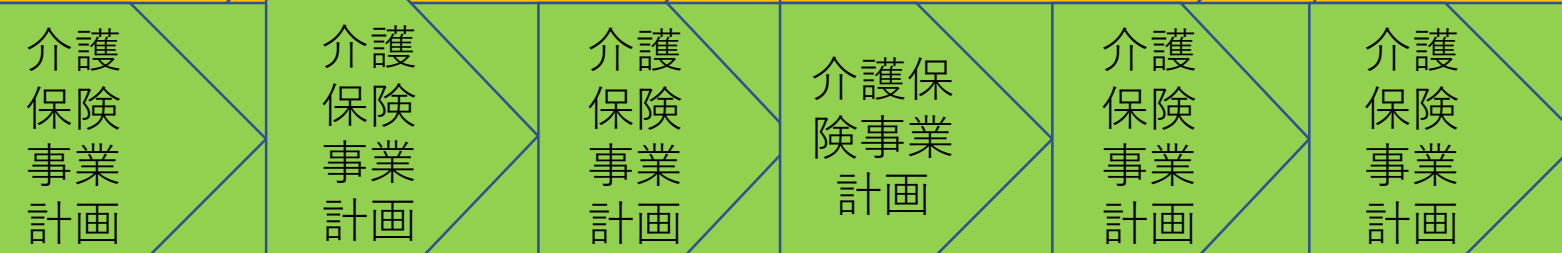
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

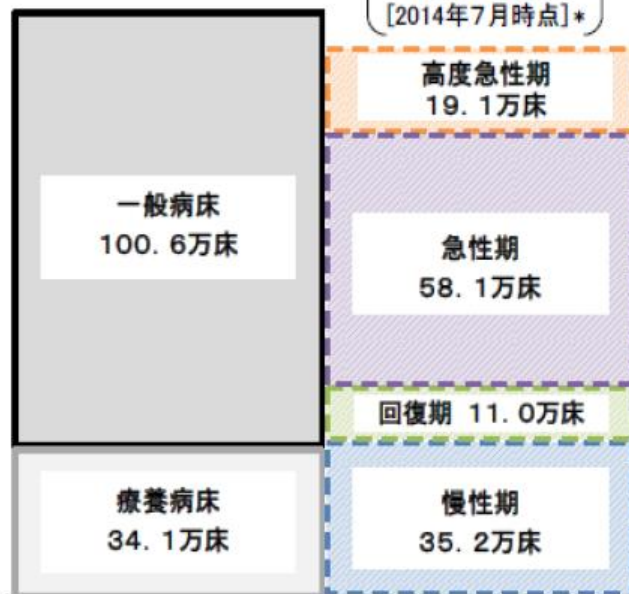
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



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

医療が変わる

超高齢社会以前	超高齢社会以後
60歳	90歳
単一疾患	多疾患
急性期疾患 侵襲治療	慢性期疾患 薬物治療
とことん完全治癒	そこそこ治癒
病院	地域
単独の職種 単独の場所	多職種 複数の場所

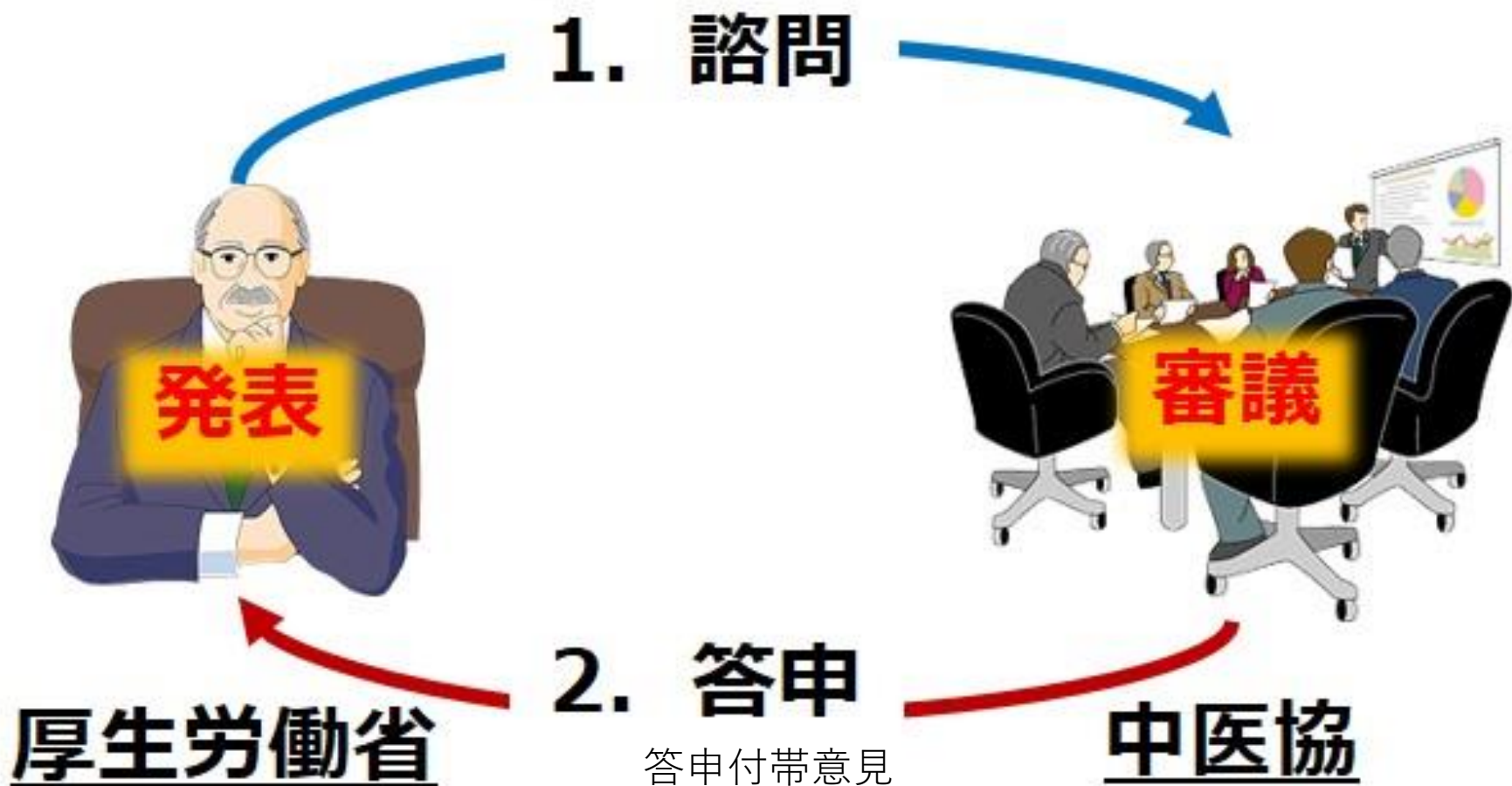
パート 2

2020年改訂へ向けて

中央社会保険医療協議会 (中医協) とは？

診療報酬の総元締め

中医協は診療報酬の 厚生労働大臣の諮問機関



中医協総会

厚労省側
保健局医療課

診療側
日本医師会、歯科医師会、
薬剤師会など

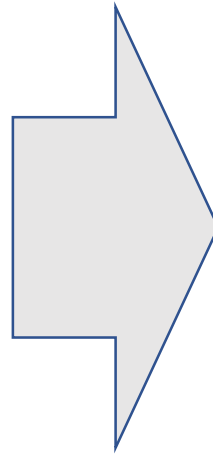
支払い側
保険者、経営代表、
労組など

公益委員
(大学教授など)

かつて中医協は 強大な権限をもっていた

• 2004年以前

- ①報酬改定率
- ②改定の基本方針
- ③個別の点数設定



2004年以降

内閣

- ①報酬改定率

社会保障審議会医療部会
②改定の基本方針

中医協

- ③個別の点数設定

中医協を変えた 下村・臼田事件（2004年）



- の歯かを
員本「料」
委員日る診た
協夫よ診た
医貞に再った
中田長医だ
の白会科賄
時と前齒取
当氏会け贈
は健師つる
事件はかめ
事下科かめ
- か件し
「か要まし
は適用し
側の指摘
「検料」と
で診れた
述初さ
陳け和
頭つ緩
冒りがた。
- 「任ーらい
はになな
告酬れ訳
被報さし
村療待申
下診期い
で、なた。
否、損し
認長しを罪
状が詳頼謝
罪期番信と

下村健氏 保険局長 社会保険庁長官を務め
中医協委員

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年同時改定から
2020年改訂へ

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%

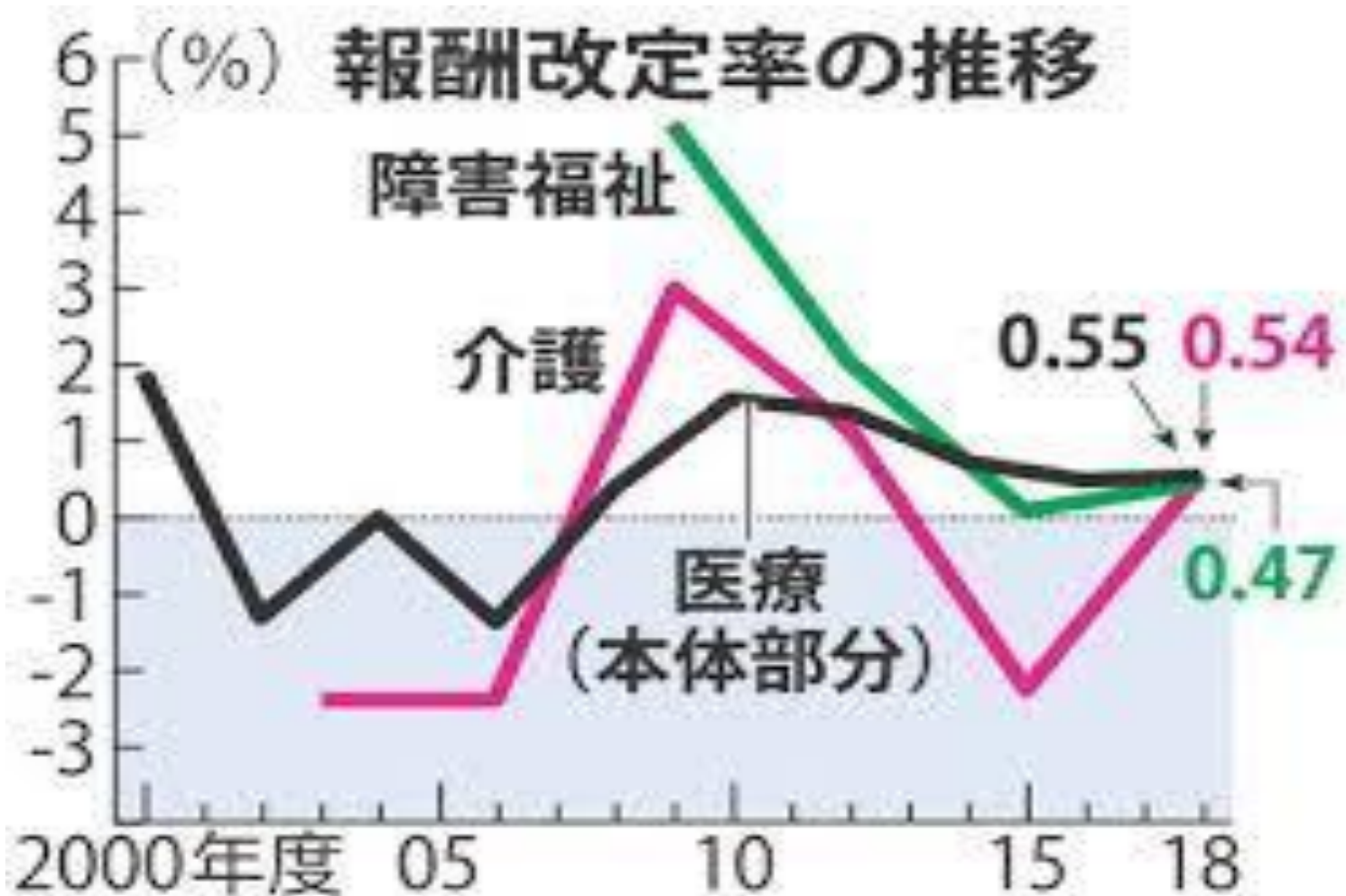
② 材料価格

▲ 0.09%

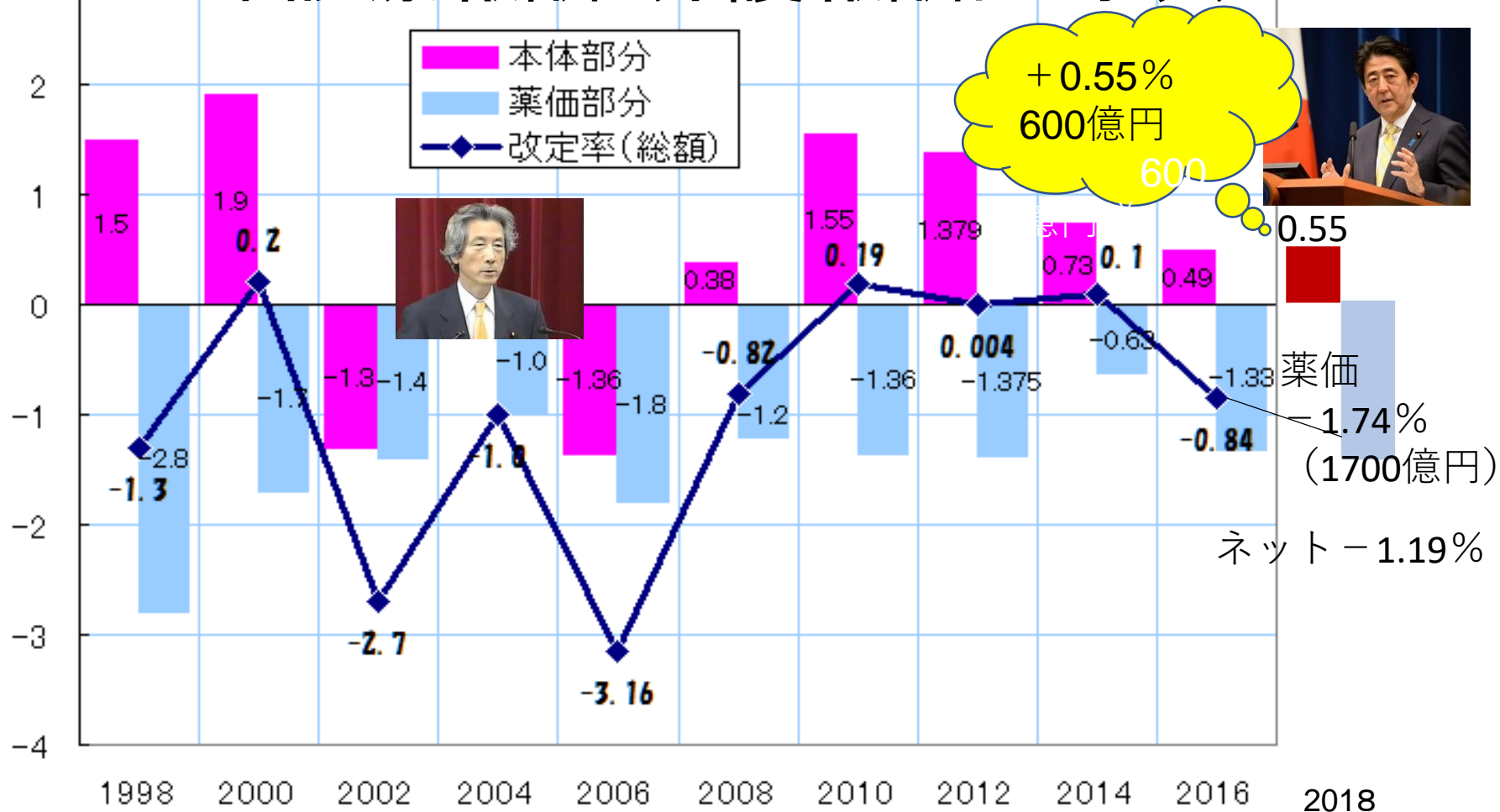
ネット
1.19%
マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

トリプルプラス改定



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

2020年改訂へ向けての議論開始

中医協 3月6日

2018年中医協付帯意見

- 入院医療
- DPC制度
- 外来、在宅医療、かかりつけ医
- 医薬品の適正使用
- 生活習慣病の医学管理、オンライン診療
- 医療と介護の連携
- 医療従事者の負担軽減、働き方改革
- データ利活用
- 歯科診療報酬
- 調剤報酬
- 後発医薬品の使用促進
- 薬価制度の抜本改革
- 費用対効果
- 明細書の無料発行
- 医療技術の評価
- その他

次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総-1参考
3 1 . 3 . 6

2019年

2020年

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

中医協総会	第1ラウンド						第2ラウンド						諮問・答申・附帯意見				
	意見の整理																
診療報酬改定結果検証部会	2018年度調査総会報告		2019年度調査実施				2019年度調査総会報告										
保険医療材料専門部会			議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取			とりまとめ		総会報告						
薬価専門部会			議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取			とりまとめ		総会報告						
医療技術評価分科会	技術提案書募集		提案書評価				先進医療会議とりまとめ、報告				とりまとめ		総会報告				
入院医療等の調査・評価分科会			2018年度調査報告、議論				2019年度調査実施		報告、議論		とりまとめ		総会報告				
各種調査 ・材料価格調査 ・薬価調査 ・医療経済実態調査			2019年度調査実施								総会報告						

パート 3 どうなる消費税

2020年4月改訂の前に
2019年10月消費増税改定が控えている

消費税は2019年10月に予定通り引き上げたい（2018年10月14日）



2019年12月
から来年度予算編成が始まる。
消費税増税を織り込んだ
予算編成へ

消費増税8%から10%へ

- 1%の増税で2.8兆円の税収があがる
- 2%で5.6兆円、しかし半分が国債返還分にまわる
- 子ども・子育てにも回る
- 医療・介護分は1.4～1.5兆円と言われている

消費税の仕組み

消費税の基本的な仕組み

(イメージ)



取引	売上げ(税抜)	1000	売上げ(税抜)	3000	支払総額	3240
	消費税①	80	消費税②	240		
消費税	納付税額 A	① 80	仕入れ(税抜)	1000	消費者が負担した消費税	240 (=納付税額A+B)
			仕入れに係る消費税①	80		
			納付税額 B	②-① 160		

仕入税額控除

税務署への申告・納付

税務署への申告・納付

- 納税義務者は、製造業者や小売店
- 最終的な負担者は、消費者

診調組 税 - 1	診調組 税 - 3
2 7 . 8 . 7	2 4 . 6 . 2 0

社会保険診療における消費税の取扱い(現状・非課税)

(イメージ)



医療は非課税取引のため患者に転嫁できない

税率8%の場合
療報酬による売り上げ3000は仮定)

取引

売り上げ(税抜)	1000
消費税②	80

仕入れ(税抜)	900
仕入れに係る消費税①	72

消費税

納付税額

② - ① = 8

仕入税額控除

税務署への申告・納付

取引

診療報酬による売り上げ	3000
消費税非課税	

仕入れ(税抜)	1000
仕入れに係る消費税②	80

社会保険診療は非課税のため、当該仕入分に係る仕入税額控除を行えない

納税はしない

支払総額

3000 (診療報酬 対応分含む)

× 患者の自己負担割合

支払総額

3000 (診療報酬 対応分含む)

× (1 - 患者の自己負担割合)

- 卸は納税義務者となるが、医療機関等は納税義務者とはならない。
- 非課税取引である社会保険診療においては、当該仕入分に係る仕入税額控除を行えないため、仕入に係る税負担(本図では80)は診療報酬で手当てされている。

非課税となる取引とは

- 消費税の性格から、課税対象になじまないものや社会政策的な配慮から課税することが適当ではない取引。以下の13項目の取引については「非課税取引」とされている。

【課税対象になじまないもの】

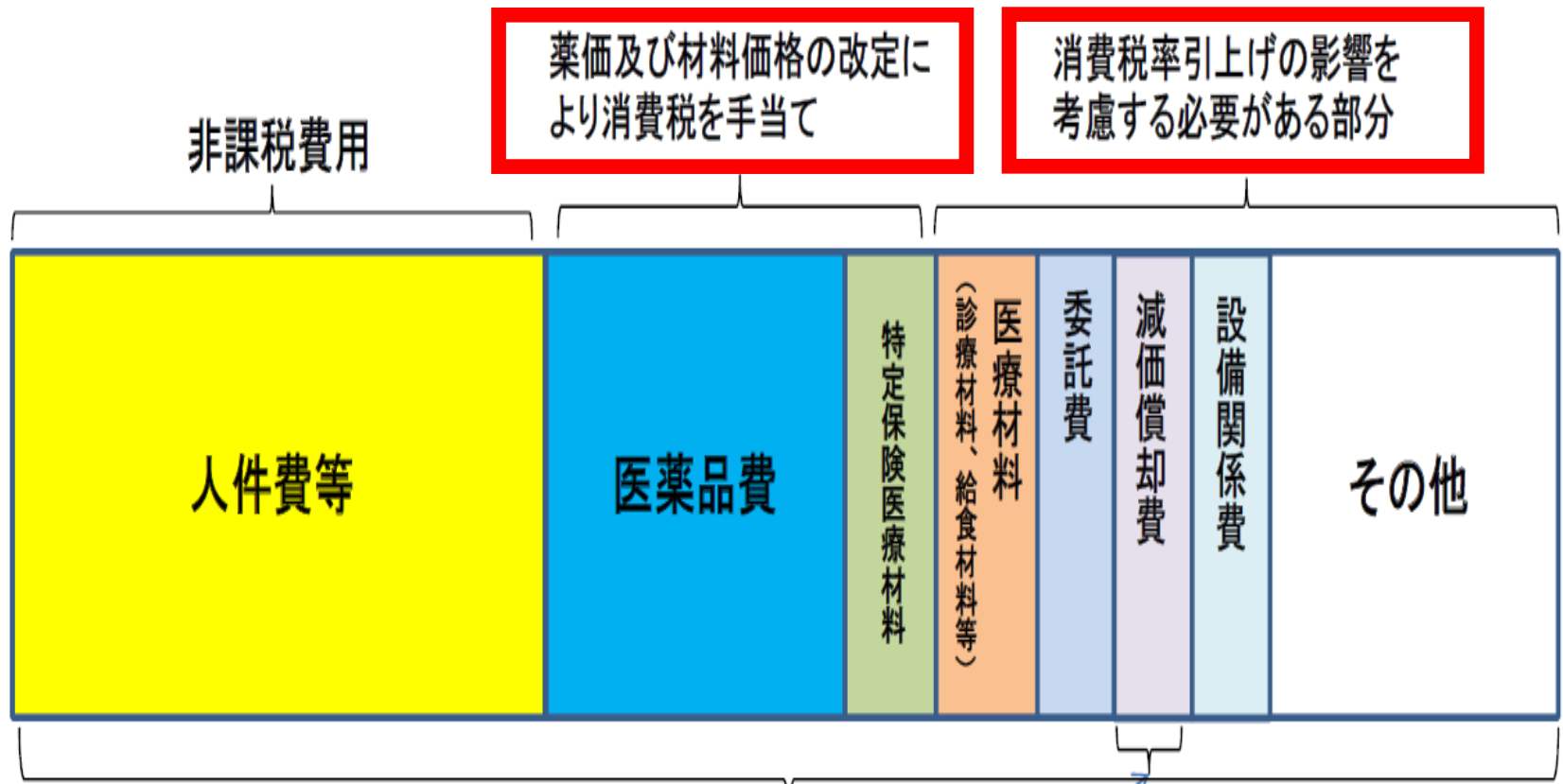
- ① 土地の譲渡及び貸付け
- ② 有価証券、有価証券に類するもの及び支払手段の譲渡
- ③ 利子に対価とする貸付金その他の特定の資産の貸付け等
- ④ 郵便切手類、印紙及び証紙の譲渡、物品切手等の譲渡
- ⑤ 国、地方公共団体等が、法令に基づき徴収する手数料等に係る役務の提供等

【社会政策的な配慮から課税することが適当ではないもの】

- ⑥ 公的な医療保障制度に係る療養、医療、施設療養又はこれらに類する資産の譲渡等
- ⑦ 介護保険法の規定に基づく、居宅・施設・地域密着型介護サービス費の支給に係る居宅・施設・地域密着型サービス等
- ⑧ 医師、助産師その他医療に関する施設の開設者による、助産に係る資産の譲渡等
- ⑨ 墓地、埋葬等に関する法律に規定する埋葬・火葬に係る埋葬料・火葬料を対価とする役務の提供
- ⑩ 身体障害者の使用に供するための特殊な性状、構造又は機能を有する物品の譲渡、貸付け等
- ⑪ 学校、専修学校、各種学校等の授業料、入学金、施設設備費等
- ⑫ 教科用図書の譲渡
- ⑬ 住宅の貸付け

医療機関等の費用構造（イメージ） ①

②



①マクロレベルでのコストアップ分の把握
→医療経済実態調査により把握

②高額投資の状況把握
→医療機関等の設備投資に関する調査を実施することで把握

消費税 8% への引上げ対応時に整理した診療報酬対応

(『診調組 税-2 25.6.21』より抜粋)

	案 1〔基本診療料・調剤基本料〕	案 2〔個別項目〕	案 3〔1点単価〕
考え方	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療料・調剤基本料に消費税対応分を上乗せ ※例えば、医科では、診療所は初・再診料、病院は入院基本料への上乗せが考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 消費税負担が大きいと考えられる点数項目に代表させて、消費税対応分を上乗せ(平成元年、9年の対応と同様) ※「高額投資」が必要と考えられる点数項目に配慮 	<ul style="list-style-type: none"> 1点単価に消費税対応分を上乗せ
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○全ての医療機関等が上乗せ点数を算定できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○「高額投資」を実施した個々の医療機関等の消費税負担に配慮した手当ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ○大きな消費税負担の伴う点数項目を特定して、点数の上乗せができる ○今回の消費税対応分が明確で分かりやすくなる
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ●同じ基本診療料・調剤基本料を算定する医療機関等の中では、上乗せ点数が一律に手当される ※例えば、一定の施設類型ごとの消費税負担の大きさに配慮するため、入院基本料の種類(一般病棟、療養病棟、精神病棟等)ごとの消費税負担額(薬価・特定保険医療材料価格に係るものを除く)を算出し、それに見合う手当(消費税3%対応分)を行うことも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> ●「高額投資」の定義付けとともに、実施された「高額投資」の用途・額・時期等の審査が必要となるが、実際上は困難 ●加算分だけ基本診療料・調剤基本料の上乗せ分が薄くなる ●※仮に10%時に課税転換する場合は、1年半のために審査体制の整備等を行うこととなる 	<ul style="list-style-type: none"> ●平成元年、9年の対応への指摘(例:限られた項目に配分する方法は透明性・公平性に欠ける)が継続 ●個別の診療行為との対応関係が明確でない投資が太宗を占めるため、このような対応には限界がある ●医科・歯科・調剤を通じて、全ての医療機関等に一律に手当される ●仮に課税転換する場合は、過去の消費税対応分も含めて1点単価で調整すると、1点単価が10円を下回るものとなる

※「仮に課税転換する場合」については、課税転換の方針は決まっていないが、診療側に課税転換を求める意見があることから記述しているもの

消費税率8%引上げ時の対応(平成26年度改定)

○ 平成26年4月の消費税引上げでは、医療機関等の実態調査に基づき、消費税対応分として、必要額(診療報酬改定全体+1.36%)を確保。

◆ 診療報酬本体(+0.63%)

…多くの医療機関等に手当される等の観点から、初再診料、入院基本料等の基本的な点数に上乘せ

◆ 薬価・特定保険医療材料価格(+0.73%)

…市場実勢価格に消費税3%分を上乘せ

医療機関等の仕入れの構造

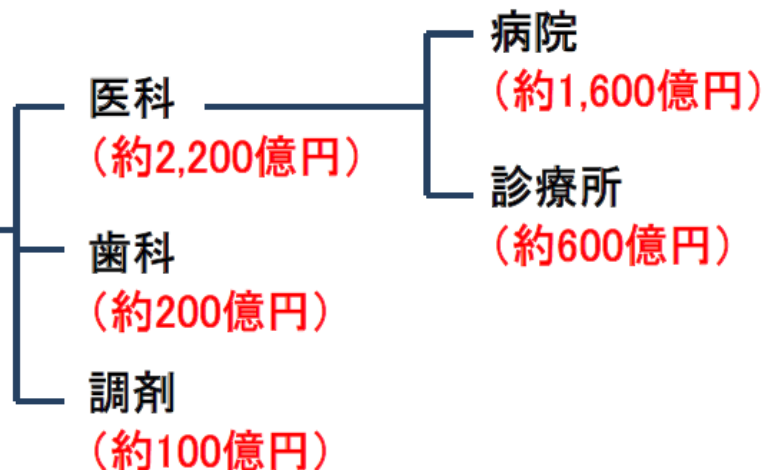
非課税仕入れ (人件費等)	診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)	
	↑ 新たに医療機関等に発生する消費税負担	
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけでない(非課税仕入れが存在)ので、改定率は1.36%相当

26年度の改定率(消費税対応)

薬・材料	0.73%
	(約3,000億円)
本体	0.63%
	(約2,600億円)
合計	1.36%
	(約5,600億円)

本体報酬の財源配分



2015年11月30日

消費税率8%への引上げに伴う 補てん状況の把握結果について

消費税率 5%から8%への引上げに伴う補てん状況の把握結果② (病院)

- 病院全体としての補てん率は100%を上回った一方で、特定機能病院やこども病院の補てん率は100%を下回った。

(1施設・1年間当たり)

	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	28,167 千円	27,751 千円	12,925 千円	233,702 千円	93,600 千円
3%相当負担額 (B)	27,518 千円	27,408 千円	9,612 千円	238,242 千円	98,118 千円
補てん差額 (A-B)	649 千円	343 千円	3,314 千円	▲4,540 千円	▲4,518 千円
補てん率 (A/B)	102.36 %	101.25 %	134.47 %	98.09 %	95.39 %
医業・介護収益 (C)	3,757,894 千円	3,782,823 千円	1,525,851 千円	27,158,301 千円	11,092,767 千円
医業・介護収益に対する補てん 差額の割合 ((A-B)/C)	0.02 %	0.01 %	0.22 %	▲0.02 %	▲0.04 %
集計施設数	(1,044)	(781)	169	78	16

※ 病院全体、一般病院の値は、施設の類型別に算出した値を、施設数に応じて加重平均したもの

[第20回医療経済実態調査及びレセプト情報・特定健診等情報データベースを基に、
厚生労働省保険局医療課において推計]

2018年7月25日

控除対象外消費税の診療報酬による
補てん状況把握
〈平成28年度〉

平成28年度 補てん状況把握結果②-1 【病院】

- 病院全体としての補てん率は、85.0%であった。
- 一般病院は85.4%、精神科病院は129.0%、特定機能病院は61.7%、こども病院は71.6%であった。


(1施設・1年間当たり)

	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	17,860千円	16,865千円	12,667千円	148,716千円	79,688千円
3%相当負担額 (B)	21,005千円	19,739千円	9,820千円	241,114千円	111,307千円
補てん差額 (A-B)	▲3,145千円	▲2,874千円	2,847千円	▲92,398千円	▲31,619千円
補てん率 (A/B)	85.0%	85.4%	129.0%	61.7%	71.6%
医業・介護収益 (C)	2,964,340千円	2,844,417千円	1,473,927千円	28,686,225千円	13,186,547千円
医業・介護収益に対する補てん 差額の割合((A-B)/C)	▲0.11%	▲0.10%	0.19%	▲0.32%	▲0.24%
集計施設数	(994)	(785)	121	68	20
平均病床数	(248)	(194)	237	839	455

※ 病院全体、一般病院の値は、施設の類型別に算出した値を、全国施設数(平成28年度医療施設調査)に応じて加重平均したものの。

補てん不足、バラつきの理由

- 補てん不足
 - 「NDBデータの抽出時に、複数月にまたがる入院日数について各月重複してデータを抽出した」ため。
- バラつきの理由
 - 病院の総収入に入金基本料が占める割合が病院類型ごとにバラついていたため。
 - 特定機能病院は手術料などが大きく、総収入にしめる入院基本料の割合が小さいため、補てん率が下がったと考えられる。



2016年、18年度の2回の
診療報酬改定の是正の機
会を4年間も逃してきた
ことは非常に大きな問題
だ（猪口委員）

衝撃を受けている。
厚労省には二重三重の
不手際について猛省を
求めたい（中川委員）

今後の対応①

厚生労働省保険局

- 過去の調査では、病院種別や入院種別で相当のばらつきが確認された。このバラつきにどのように対応する必要があるか、検証調査のさらなる精緻化、複数回調査の実施なども含めて検討しなければならない



森光敬子保険局医療課長

今後の対応②

日本医師会

- これまでの診療報酬で補てんする制度を前提とした上で、「補てん額を上回る仕入れ消費税額を医療機関が負担している場合にはその超過額の税額控除（還付）を認める新たな制度」を求めている



日本医師会今村聡副会長

今後の対応③

財務省

- ① 医療保険制度内での対応
とすること
- ② 総額に於いて医療機関等
が負担する医療税額と
の範囲内での対応と
すること
- ③ 各病院に別れたと
（能にれいさ基きべ
間機）入づで、置でる
院定間仕基上配て図
病特型のにた護いを
・に類の額つ看用心
所らのお総行のも対
療さ院ののを間々なる
診は病お額分型一緻い
、門ど、当配類テ精て
間部なて相源各のけし
科病院い額財に別たと



消費税対応 2019年診療報酬改定方針



- 2019年診療報酬改定の実施に関する見直し案を点した。
- 入院料に課税し、経費は、この割合で配分する。入院料に課税し、経費は、この割合で配分する。入院料に課税し、経費は、この割合で配分する。
- 年明けに案を作成する

2018年10月31日 中医協

2019年10月消費増税対応

中医協2019年2月13日

消費税率10%対応診療報酬改定 (2019年10月)

全体改定率 +0.88% (満年度分 4100億円)

1. 診療報酬改定 +0.41% (約1900億円)
(2019年10月実施)

各科改定率	医科	+0.48%	(約1600億円)
	歯科	+0.57%	
	調剤	+0.12%	

2. 薬価等
(2019年10月実施)

① 薬価 ▲0.51%
※ うち、消費税対応分 +0.42%
実勢価改定等 ▲0.93%

② 材料価格 +0.03%
※ うち、消費税対応分 +0.06%
実勢価改定 ▲0.02%

* 告示は2019年10月近く

パート4 どうなる7対1？



中医協総会

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

入院医療分科会

中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

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

○：分科会長

入院医療のポイント 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

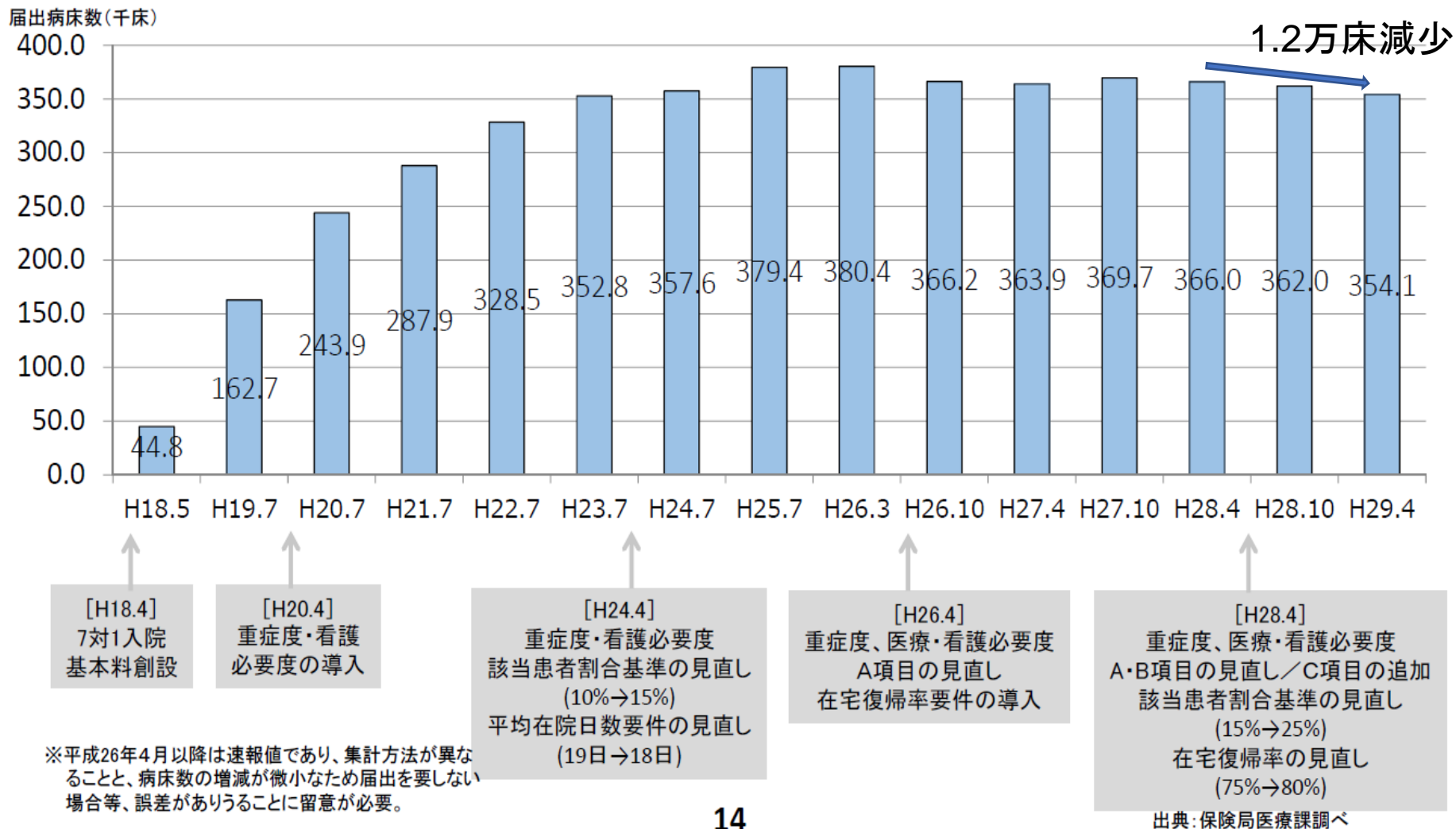
又は

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

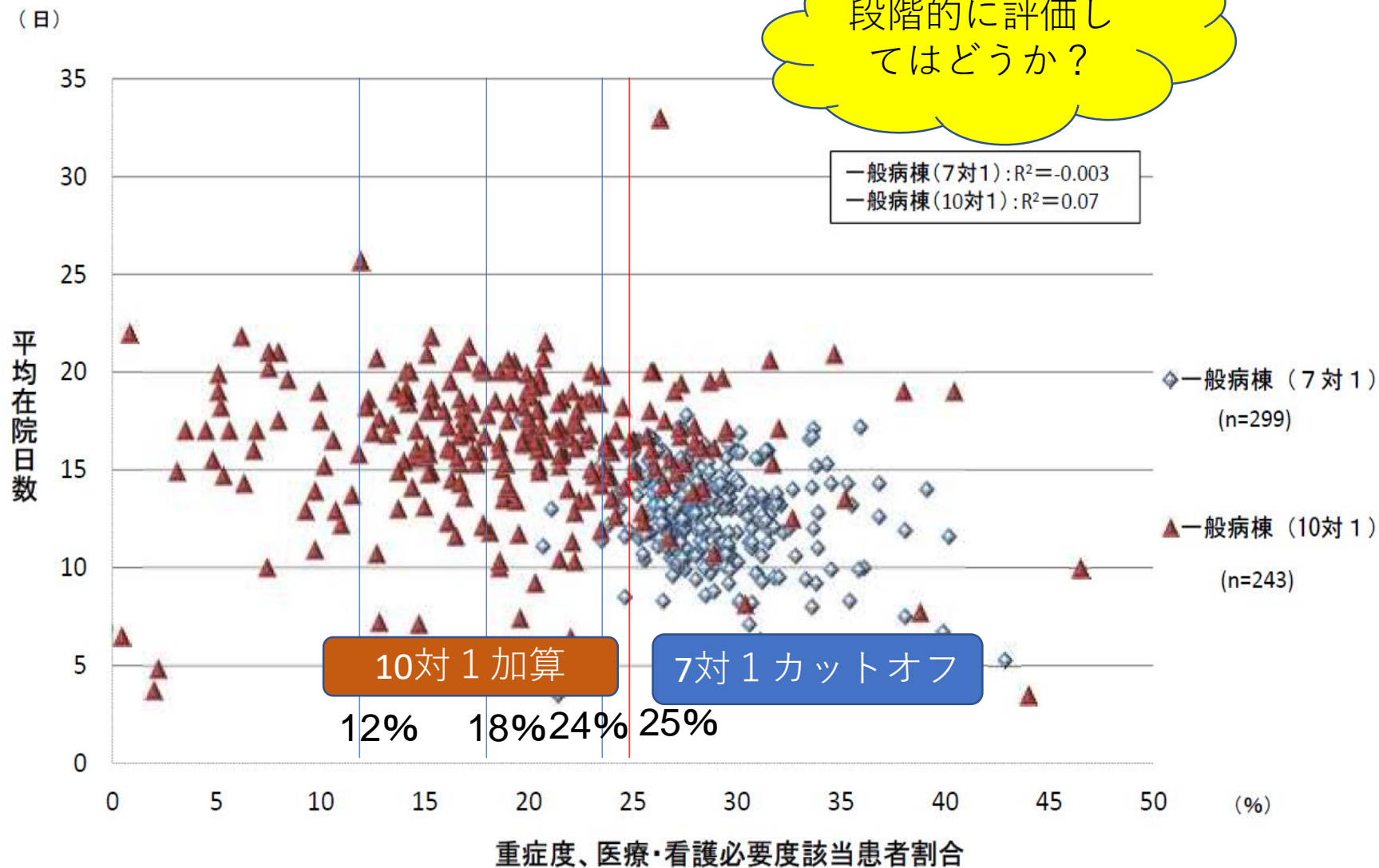
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

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



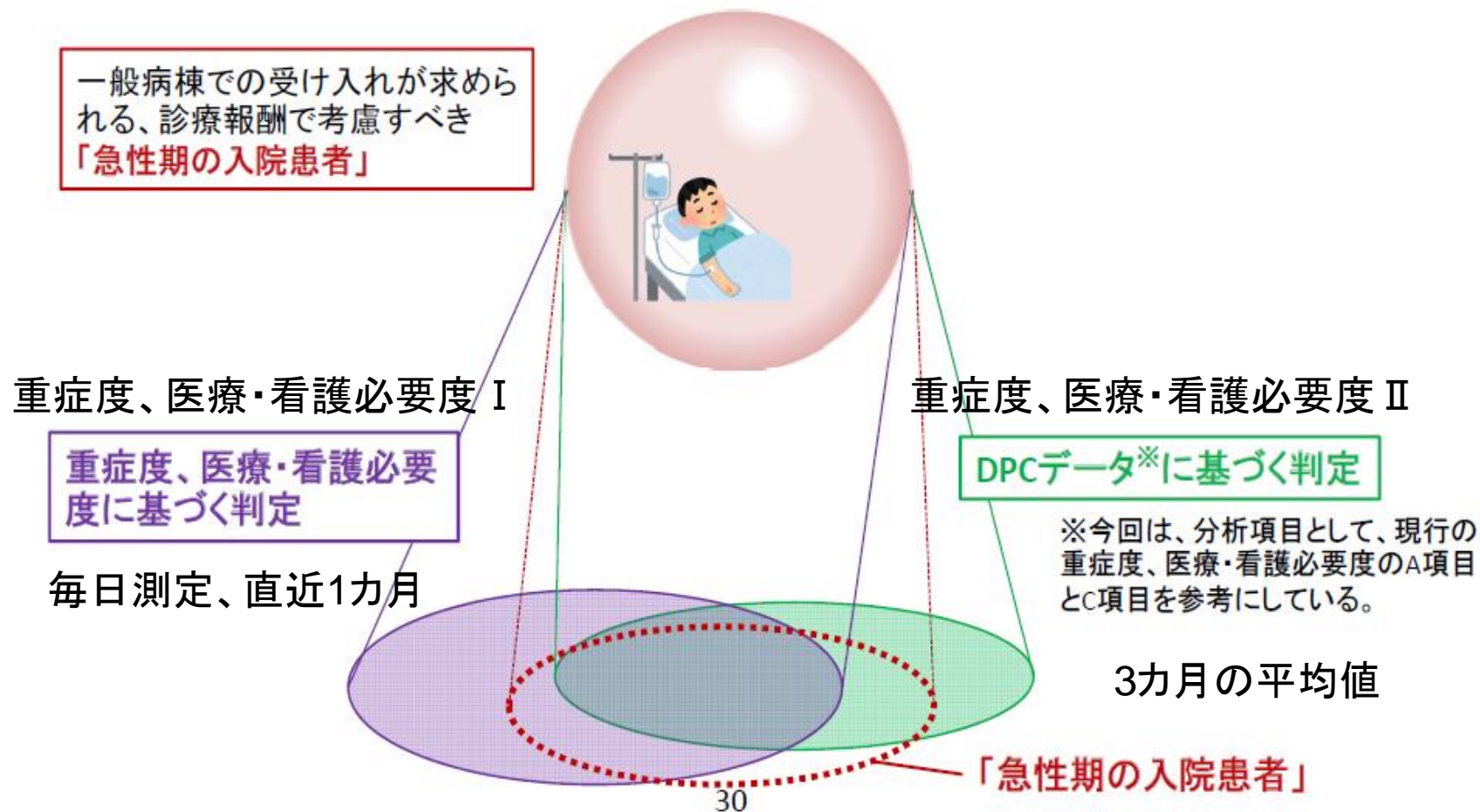
7対1と10対1
の診療報酬点数
の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

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？

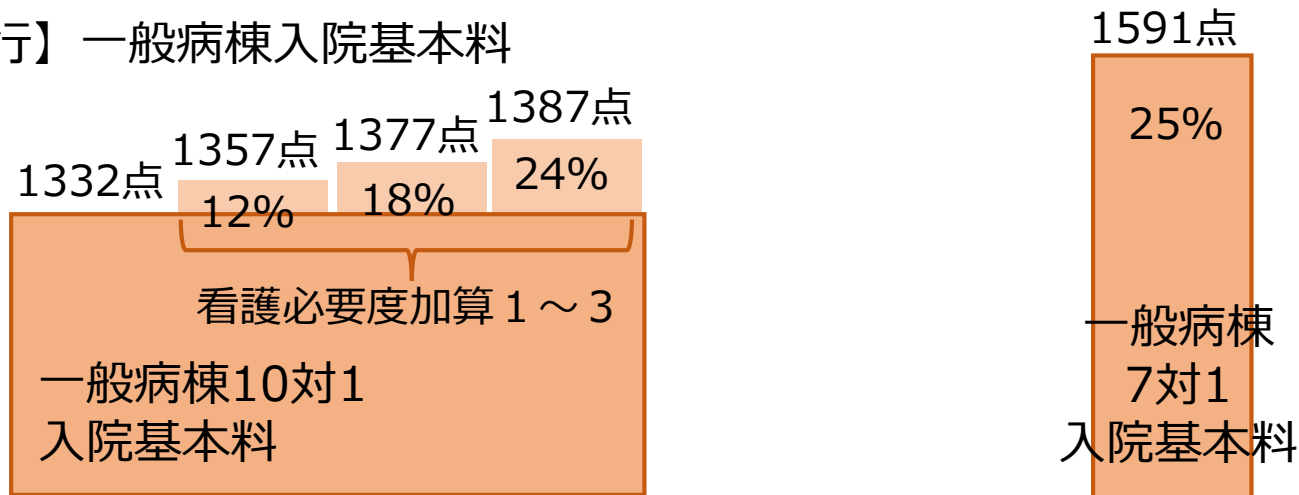
急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 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。



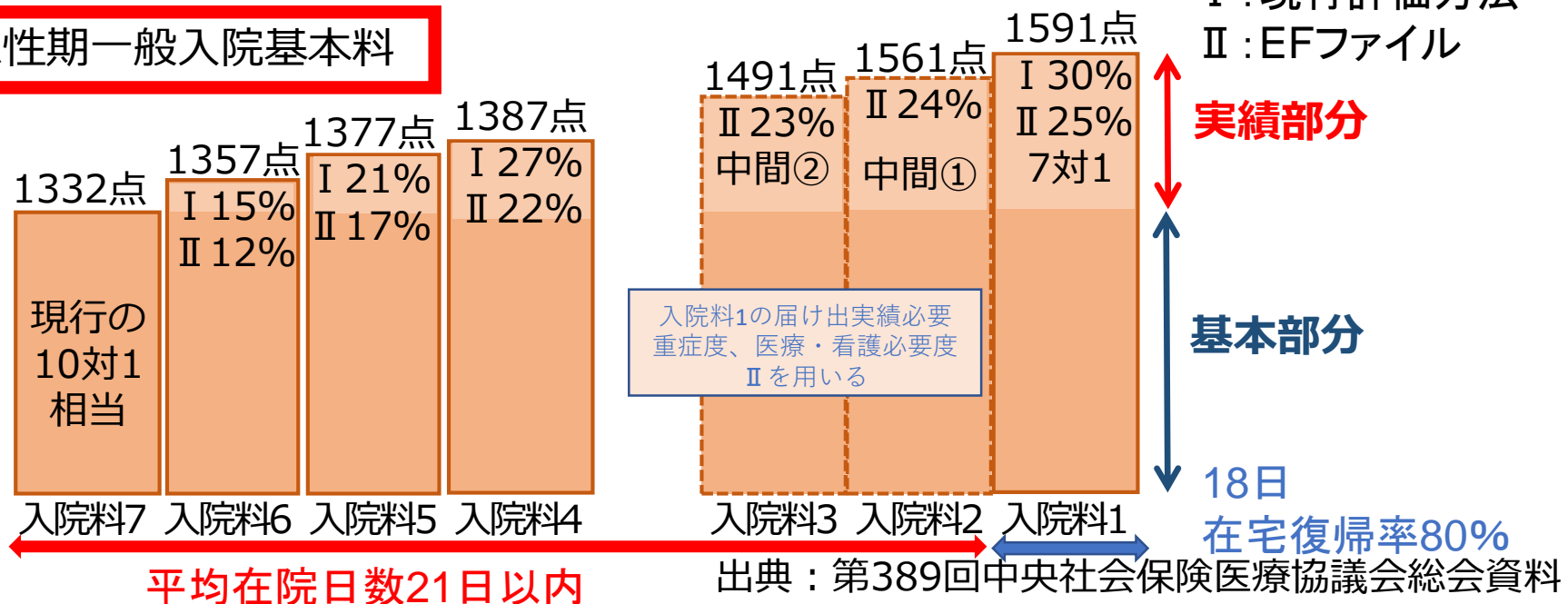
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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



急性期一般入院料と地域一般入院料の改定後の現状（2018年6月）

2017年11月		2018年6月						
一般病棟入院基本料	合計	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2	急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	急性期一般入院料5	急性期一般入院料6	急性期一般入院料7
7対1	1,527	1,480	26	0	3	2	2	0
10対1	2,177	29	4	0	459	689	508	431
13対1	402	0	0	0	2	6	9	5
15対1	744	0	0	0	0	0	1	2

2017年11月		2018年6月			
一般病棟入院基本料	合計	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	その他
7対1	1,527	2	0	0	12
10対1	2,177	12	1	4	40
13対1	402	217	143	8	12
15対1	744	11	13	699	18


7対1からのランクダウン45病院
 10対1からのランクアップ33病院
 差し引き1200床の減
 （日本アルトマーク調べ）
2018年11月時点で、7対1病床は1年前から比べて6498床減

入院医療分科会の再編・統合 ～DPCなど2つのWG設置、内容は非公開に～



中医協総会
2018年5月23日

- 入院医療に関する診療報酬の技術的な検討を行う「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」を再編・統合
- 新たな分科会の下に「DPCワーキンググループ」（仮称）と「診療情報・指標等ワーキンググループ」（同）を設置する厚生労働省案が了承された。



入院医療分科会の再編・統合後の 初回分科会

入院医療分科会（2018年7月12日）

入院医療分科会の再編・統合

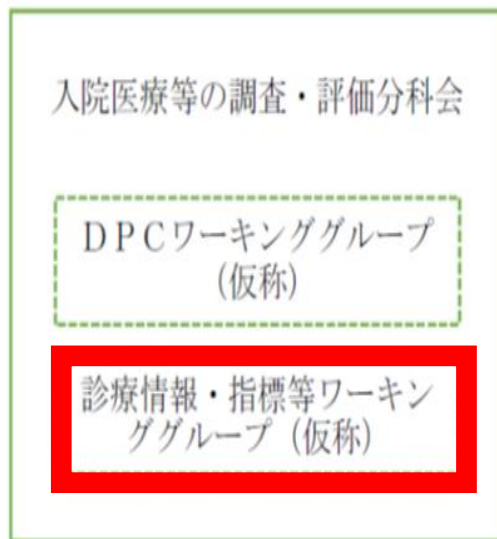
分科会長 武藤

入院医療等の調査・評価分科会

DPC評価分科会

現行

分科会長 尾形



再編後のイメージ

○DPCワーキング (山本班長)

DPC (診断群分類)、
医療機関別係数等に関する
調査研究・結果分析

○診療情報・指標等ワーキング
(池田班長)

データ提出加算の提出データ、
医療ニーズやアウトカム等の
指標等に関する調査研究・
結果分析など

2020年改訂大胆予測

- ○7対1は消える？
- ○基本部分が看護師数のみの評価から多職種評価になる？
- ○実績部分に再入院率が導入される？
- ○重症度、医療・看護必要度Ⅱに統一
(B項目がなくなる？)
- ○地域医療構想との関係で急性期機能の選別が始まるだろう

7対1は消える？

- 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

看護師集めてなんぼの世界から
実績達成してなんぼの世界へ

診療報酬と
地域医療構想との関係で
急性期機能が選別される？

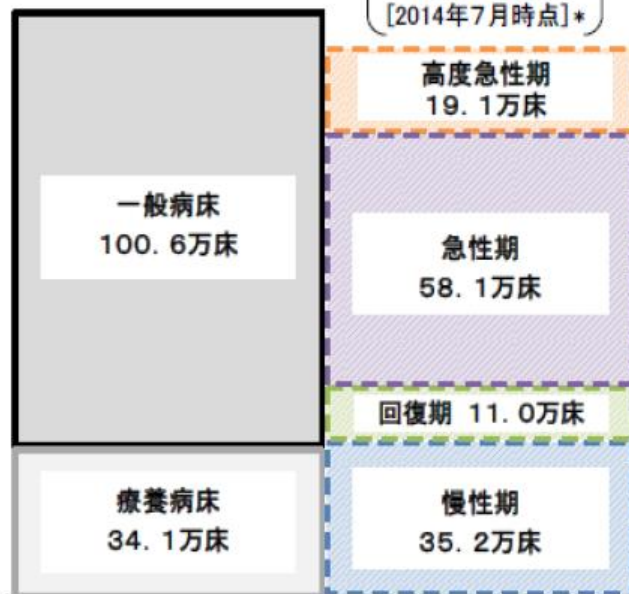
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



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。

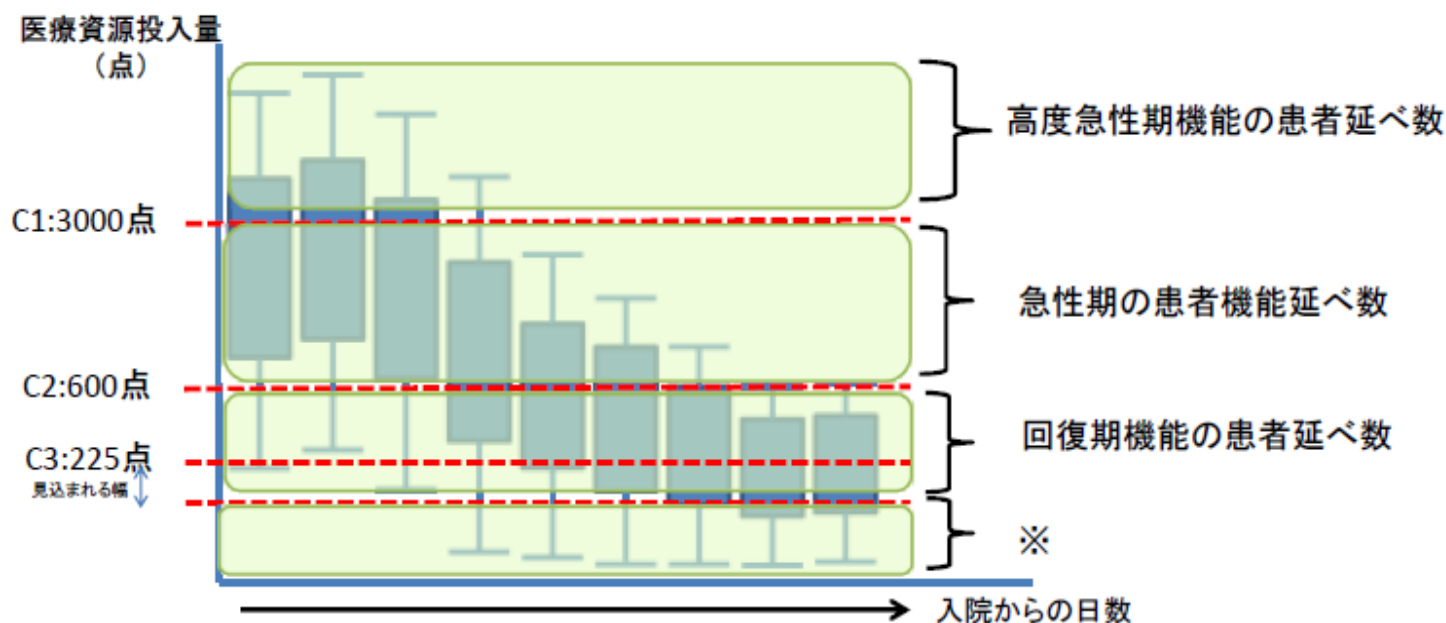
※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会
(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要（患者数）を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量（1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など）
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



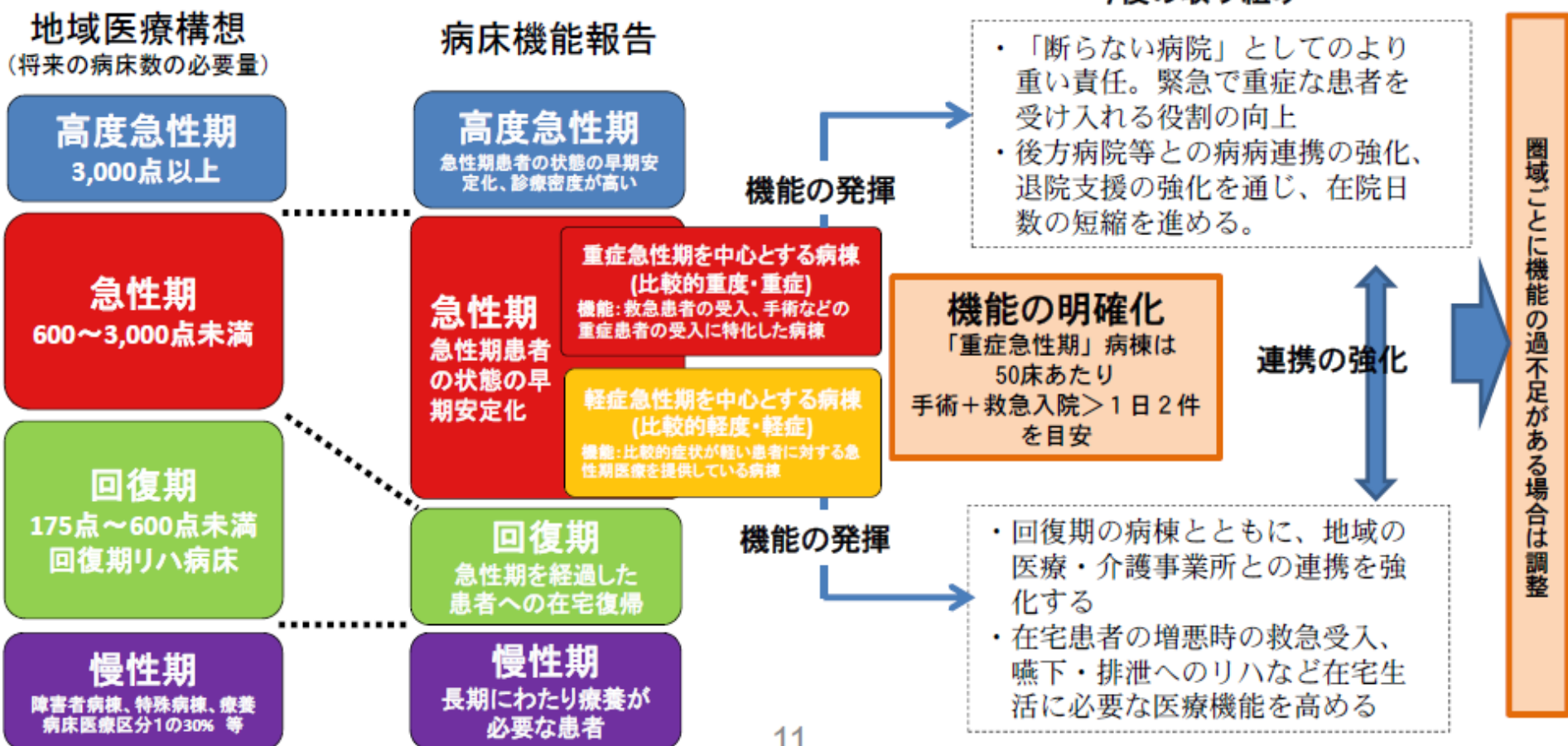
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

急性期の報告の「奈良方式」

- 平成29年の病床機能報告に加え、奈良県の独自の取り組みとして、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化し、より効果的な施策の展開を図る。(第7次保健医療計画にも反映させる予定。)

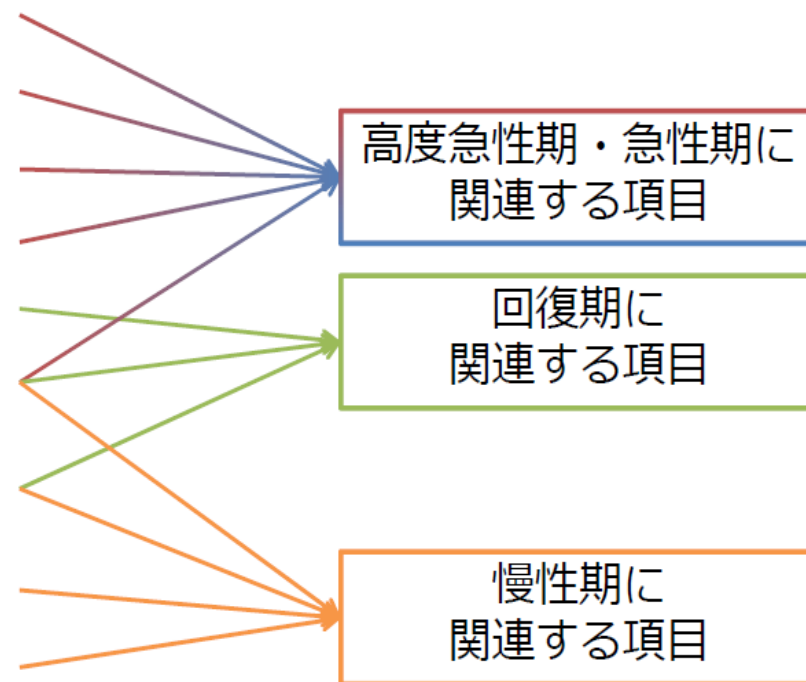


- 本資料における結果の整理に当たって、病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり仮定。

【具体的な医療の内容に関する項目】

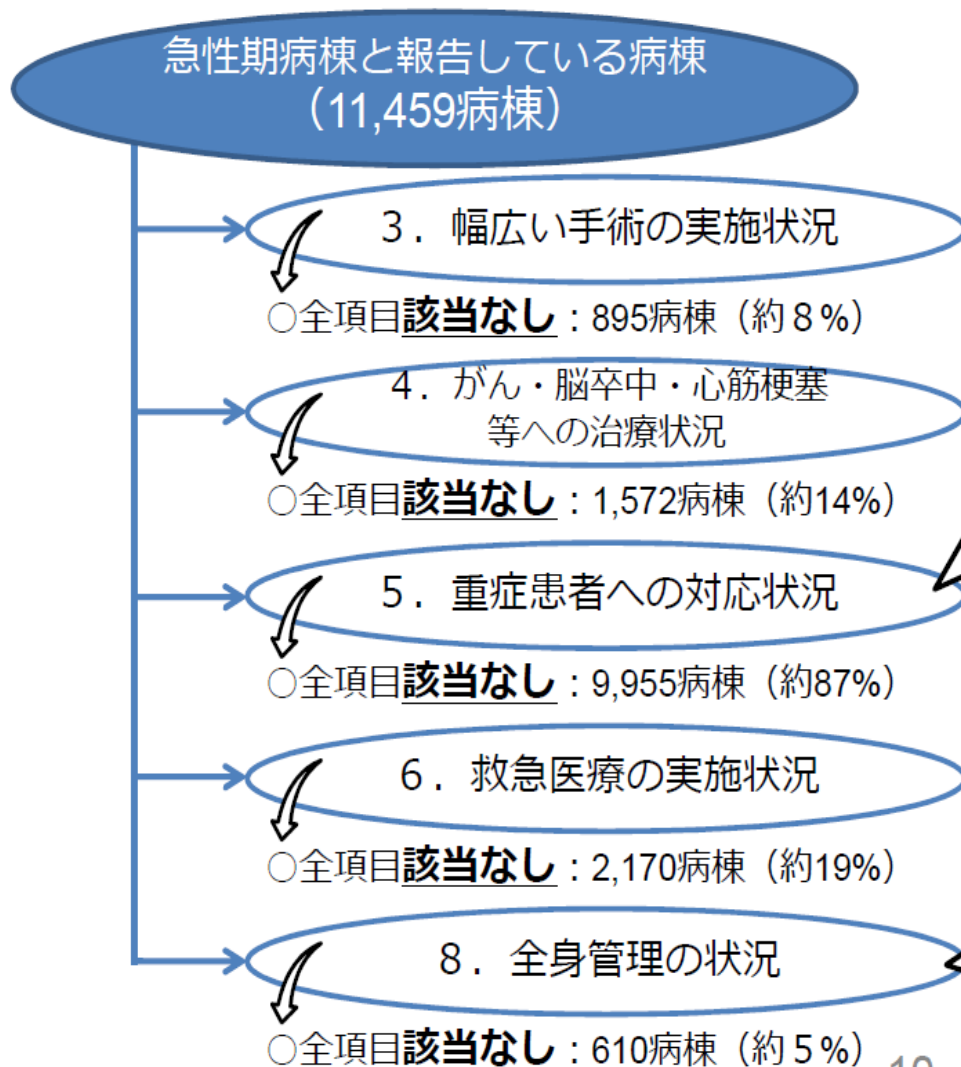
<様式2>

- 3. 幅広い手術の実施状況
- 4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
- 5. 重症患者への対応状況
- 6. 救急医療の実施状況
- 7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
- 8. 全身管理の状況
- 9. 疾患に応じたリハビリテーション・
早期からのリハビリテーションの実施状況
- 10. 長期療養患者の受入状況
- 11. 重度の障害児等の受入状況
- 12. 医科歯科の連携状況



- 急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成28年度病床機能報告において、様式1で急性期機能を報告している病院の病棟のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が全て0件と報告された病棟数を算出



重症患者への対応	・ハイリスク分娩管理加算
	・ハイリスク妊産婦共同管理料
	・救急搬送診療料
	・観血的肺動脈圧測定
	・持続緩徐式血液濾過
	・大動脈バルーンパンピング法
・経皮的心肺補助法	
・補助人工心臓・植込型補助人工心臓	
・頭蓋内圧持続測定	
・血漿交換療法	
・吸着式血液浄化法	
・血球成分除去療法	

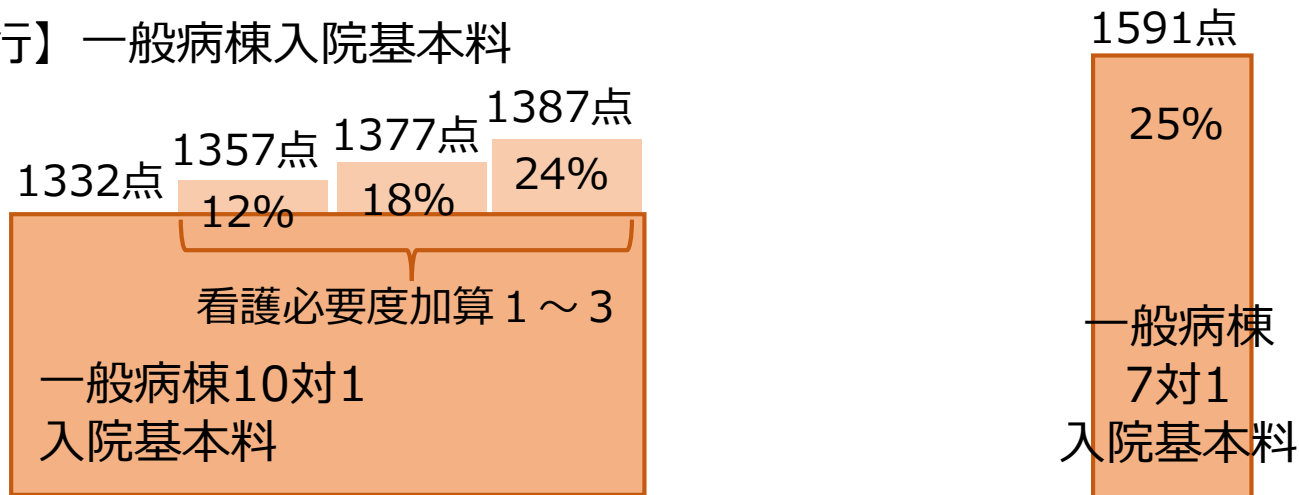
全身管理	・中心静脈注射
	・呼吸心拍監視
	・酸素吸入
	・観血的動脈圧測定
	・ドレーン法
	・胸腔若しくは腹腔洗浄
・人工呼吸	
・人工腎臓	
・腹膜灌流	
・経管栄養カテーテル交換法	

急性期機能の選別化

診療実績値や臨床指標を用いた
選別化が起きるだろう

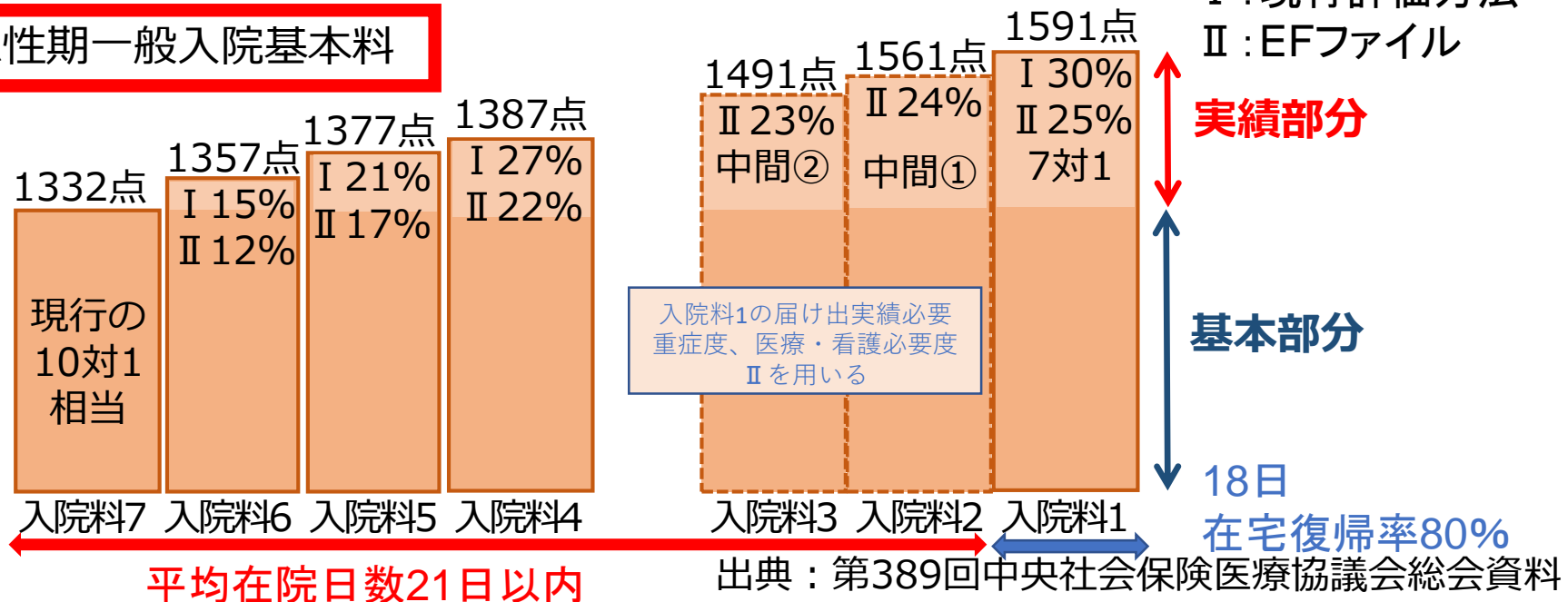
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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



パート5

どうなる地域包括ケア病棟

病床機能区分の急性期、回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期

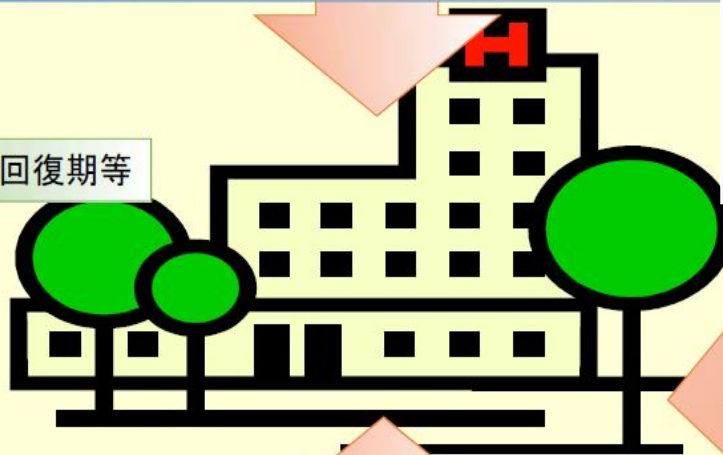


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療

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%

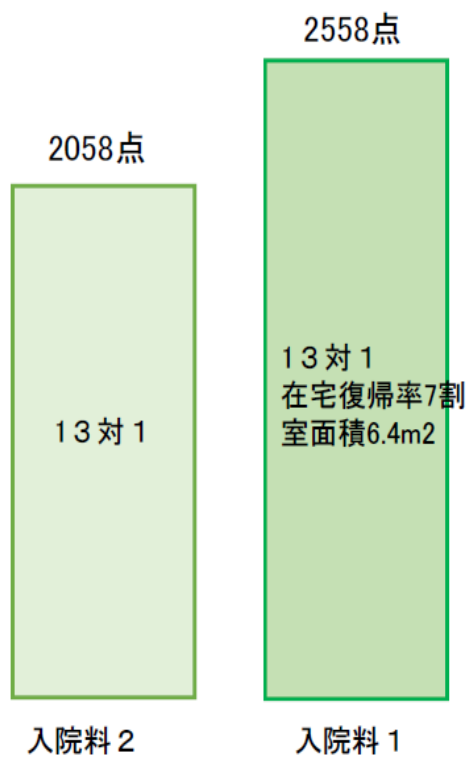
地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

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】



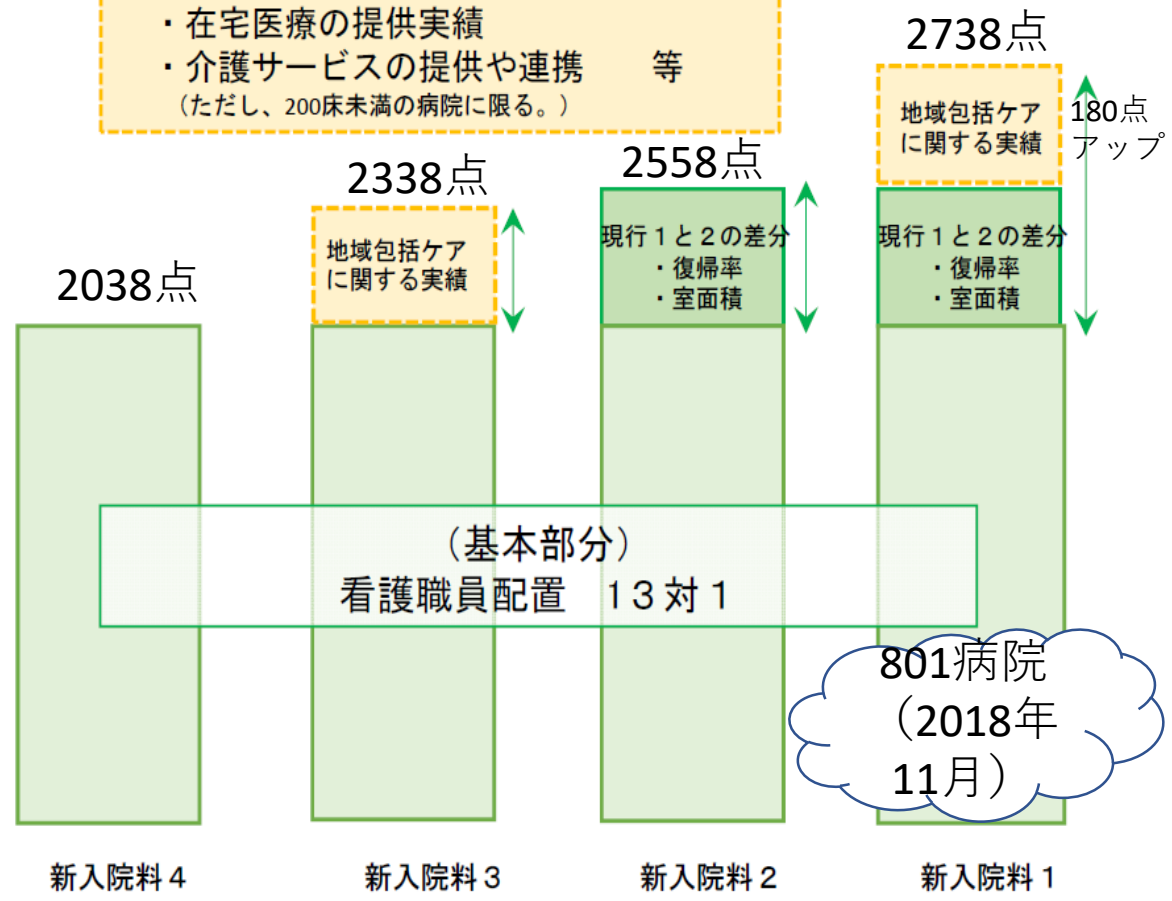
【平成30年度改定の見直し（案）】

【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。)

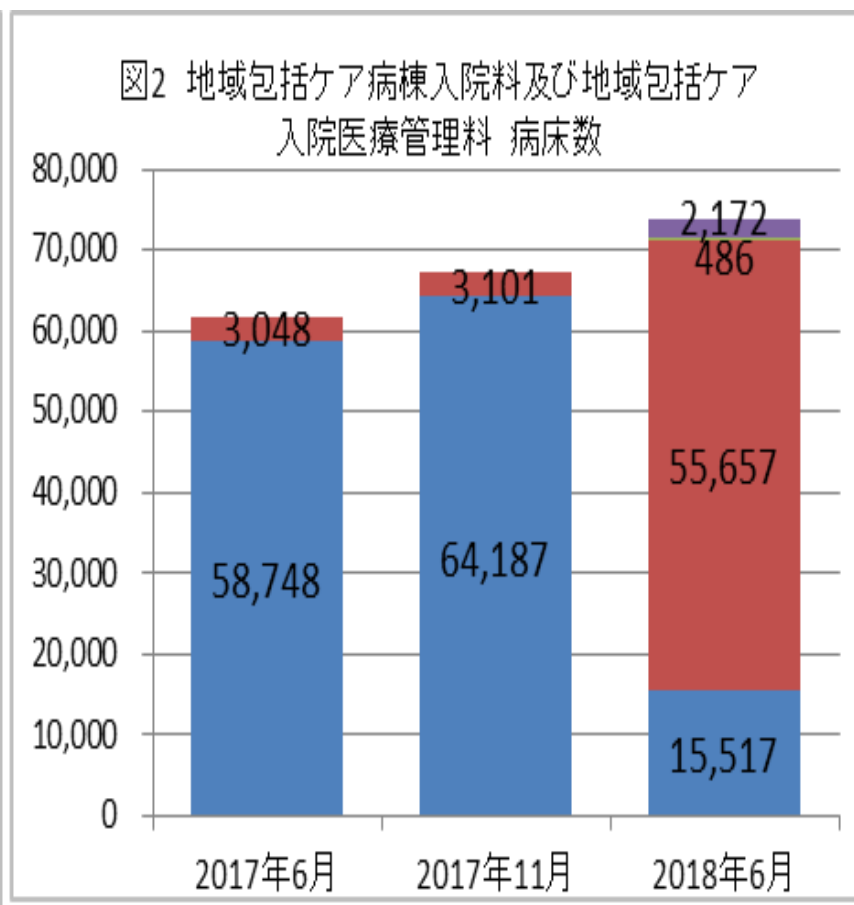
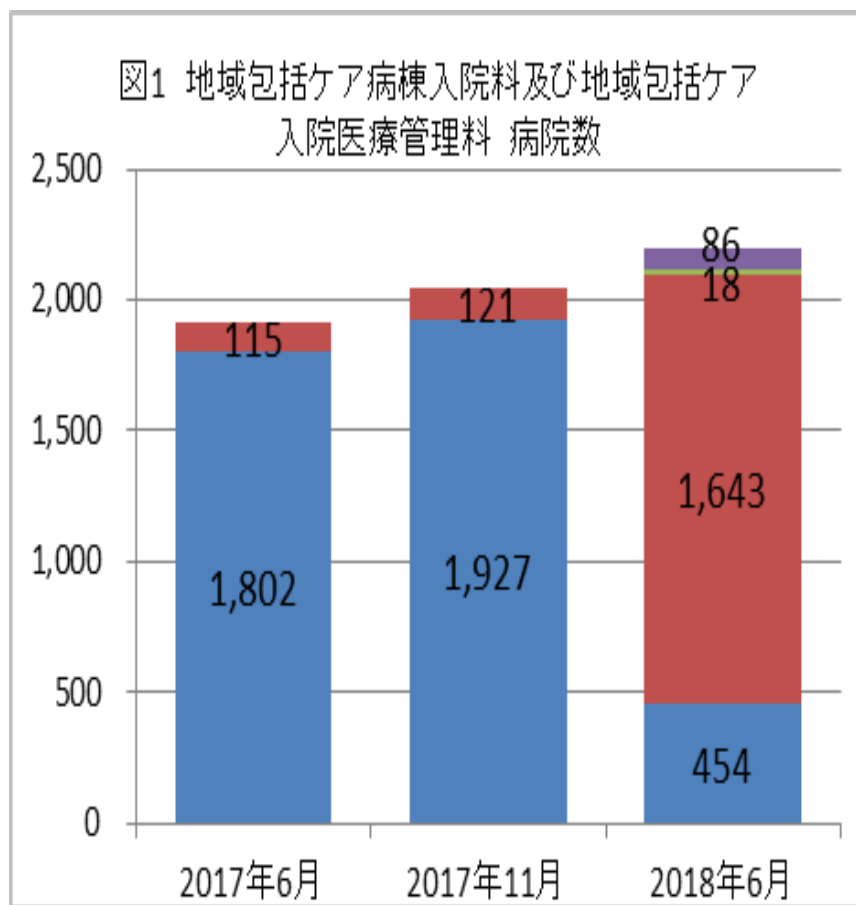
・ 自宅からの入院患者割合10%以上
・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



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

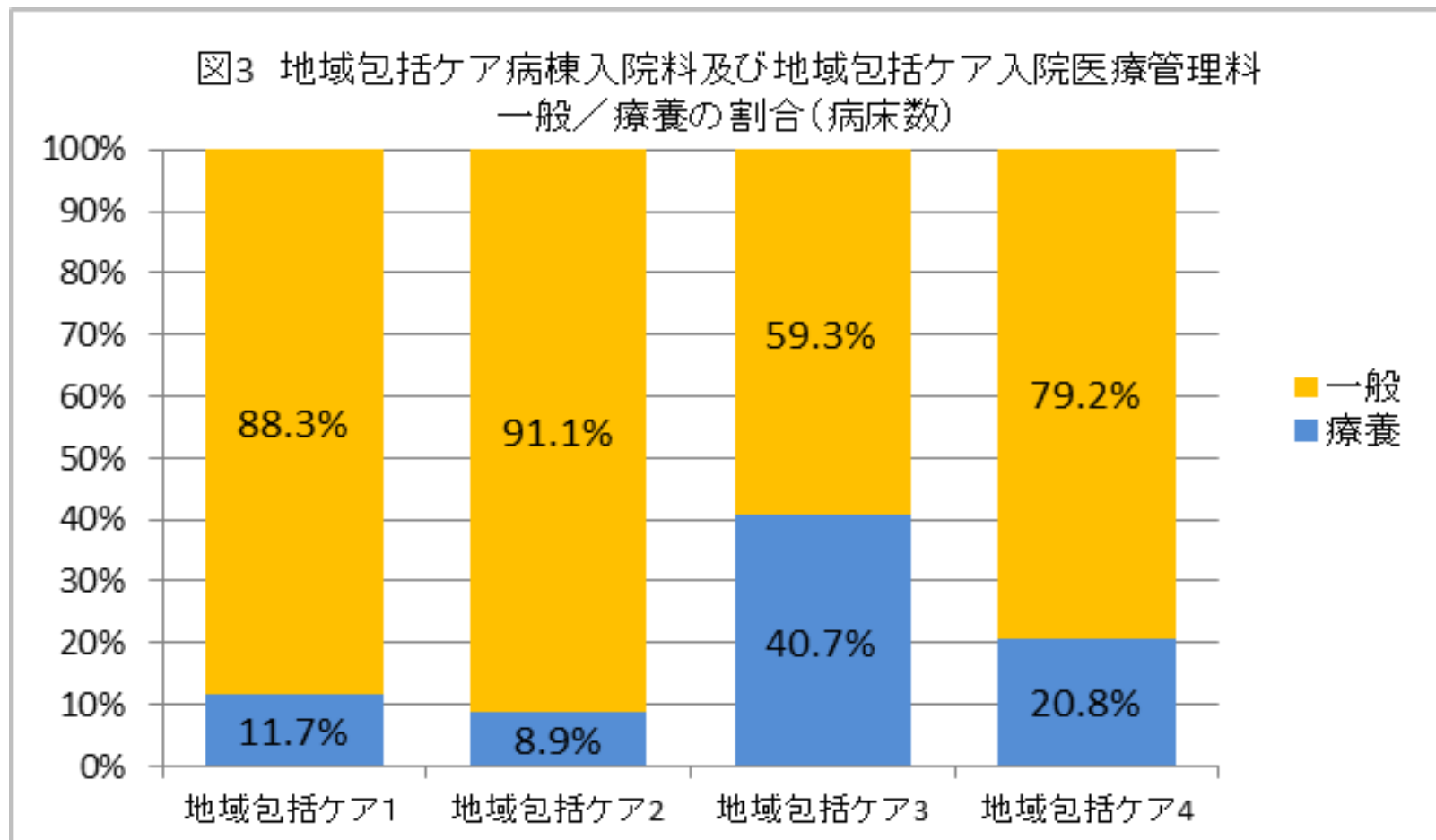
地域包括ケア病棟 2191病院、73,832床（2018年6月）



■ 地域包括ケア1 ■ 地域包括ケア2 ■ 地域包括ケア3 ■ 地域包括ケア4
(日本アルトマーク調べ)

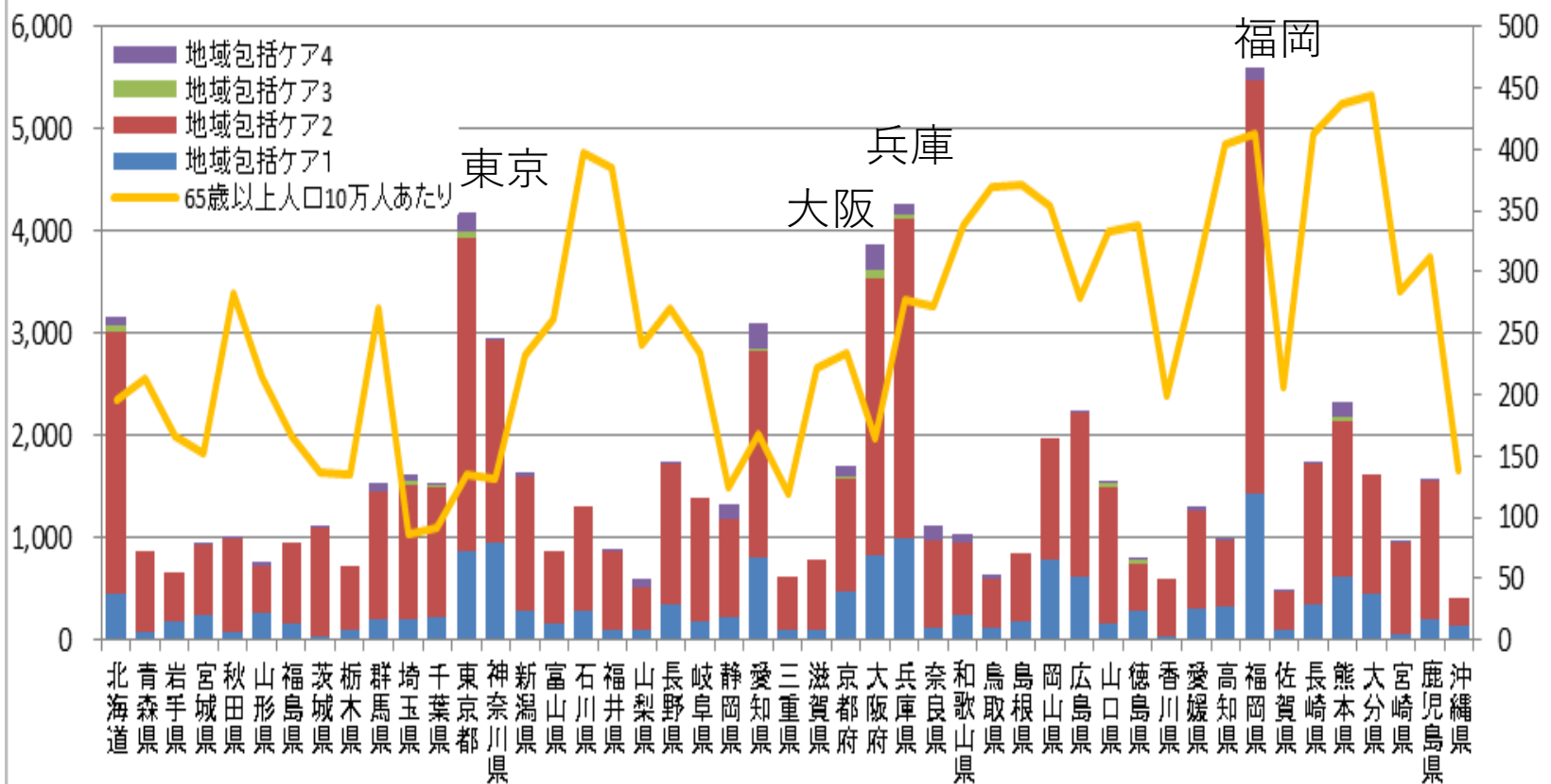
地域包括ケア病棟

一般病床からの転換9割、療養からの転嫁1割



都道府県別地域包括ケア病棟

図4 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料 都道府県別病床数



地域包括ケア病棟ウェブセミナー (2019年1月21日)

Live Symposium
病院経営

療養病床から60床の
地ケア病棟への転換で、
入院単価
680点アップ

一般病床49床を地
ケア病棟に転換、近
隣の病院との連携協
定でポストアキュート
の受け入れ

BRIDGE
Bright Days Together

演者
医療法人十善会 野瀬病院 病院長
野瀬 範久 先生

演者
独立行政法人
地域医療機能推進機構 (JCHO)
東京高輪病院 院長
木村 健二郎 先生

座長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤 正樹 先生

野瀬病院 (神戸)
(90床)
野瀬範久院長

JCHO東京高輪病院
(239床)
木村健二郎院長

国際医療福祉大学
武藤正樹

回復期リハビリテーション



2017年10月25日 中医協

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

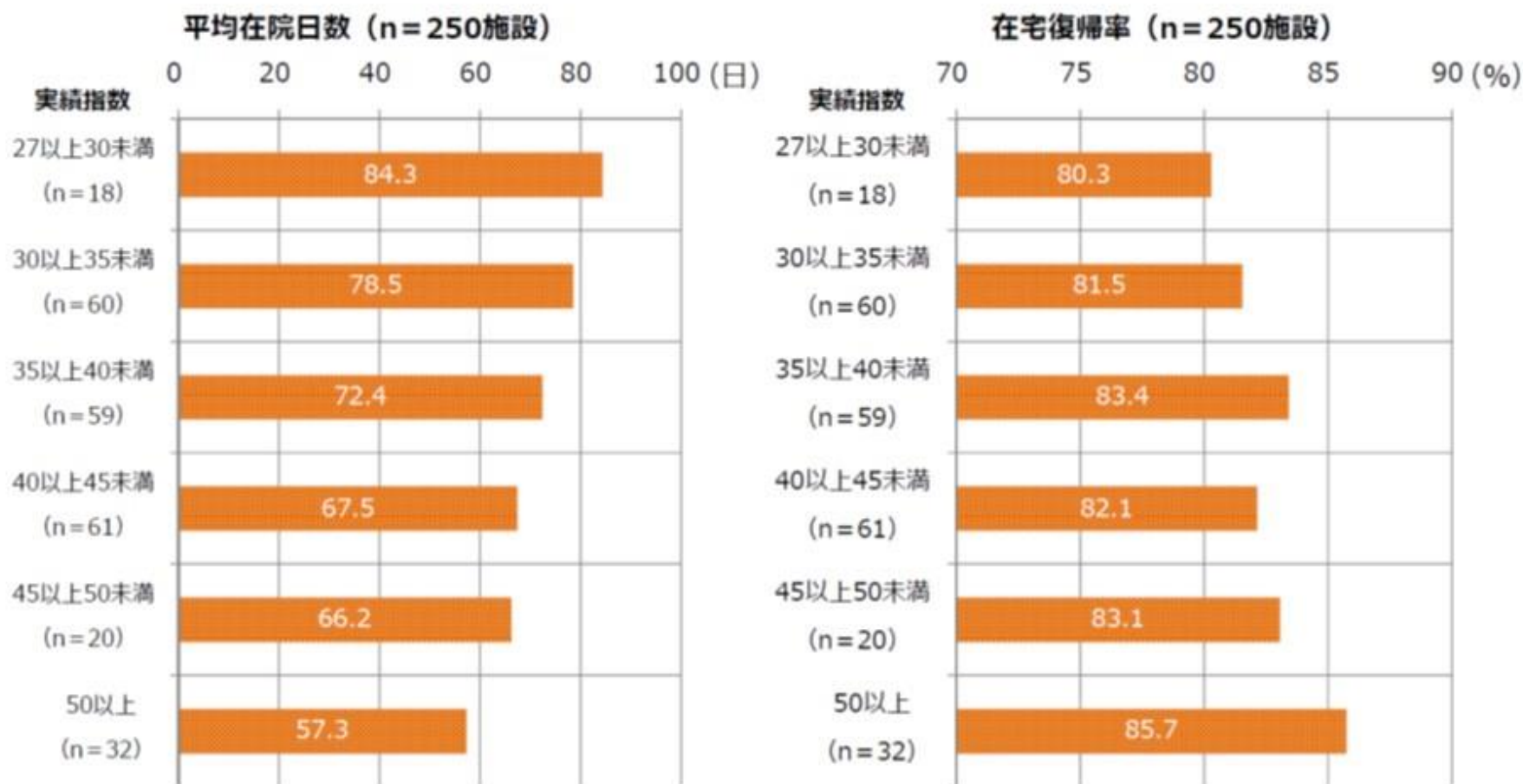
（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

27未満が連続するとペナルティの対象に！

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。

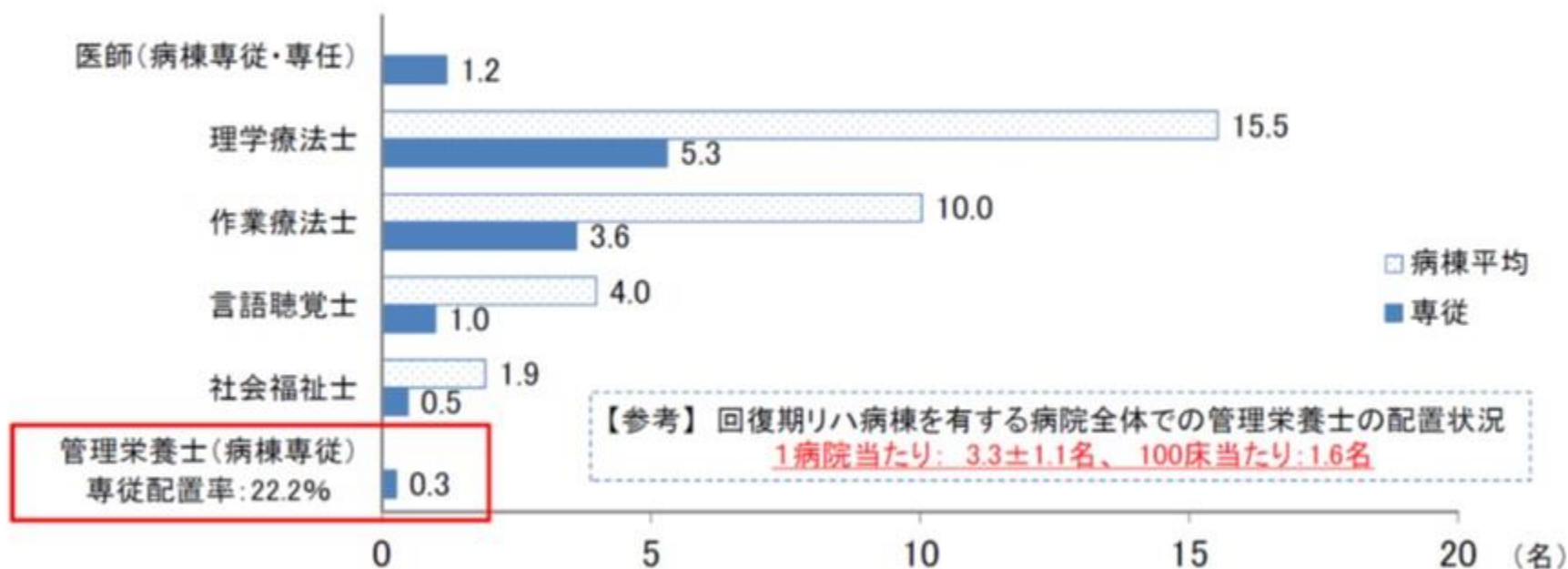


※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

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

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

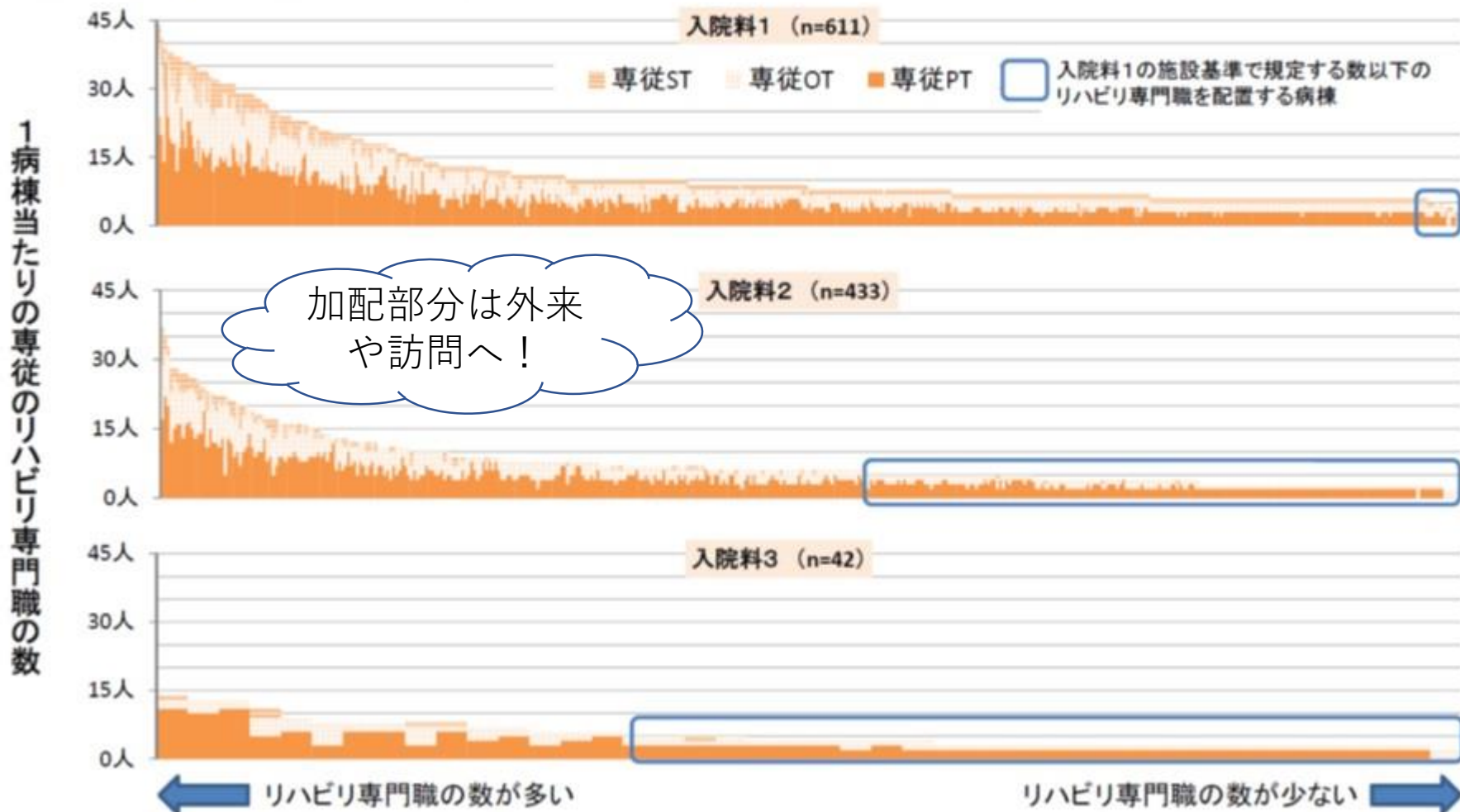
※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

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。

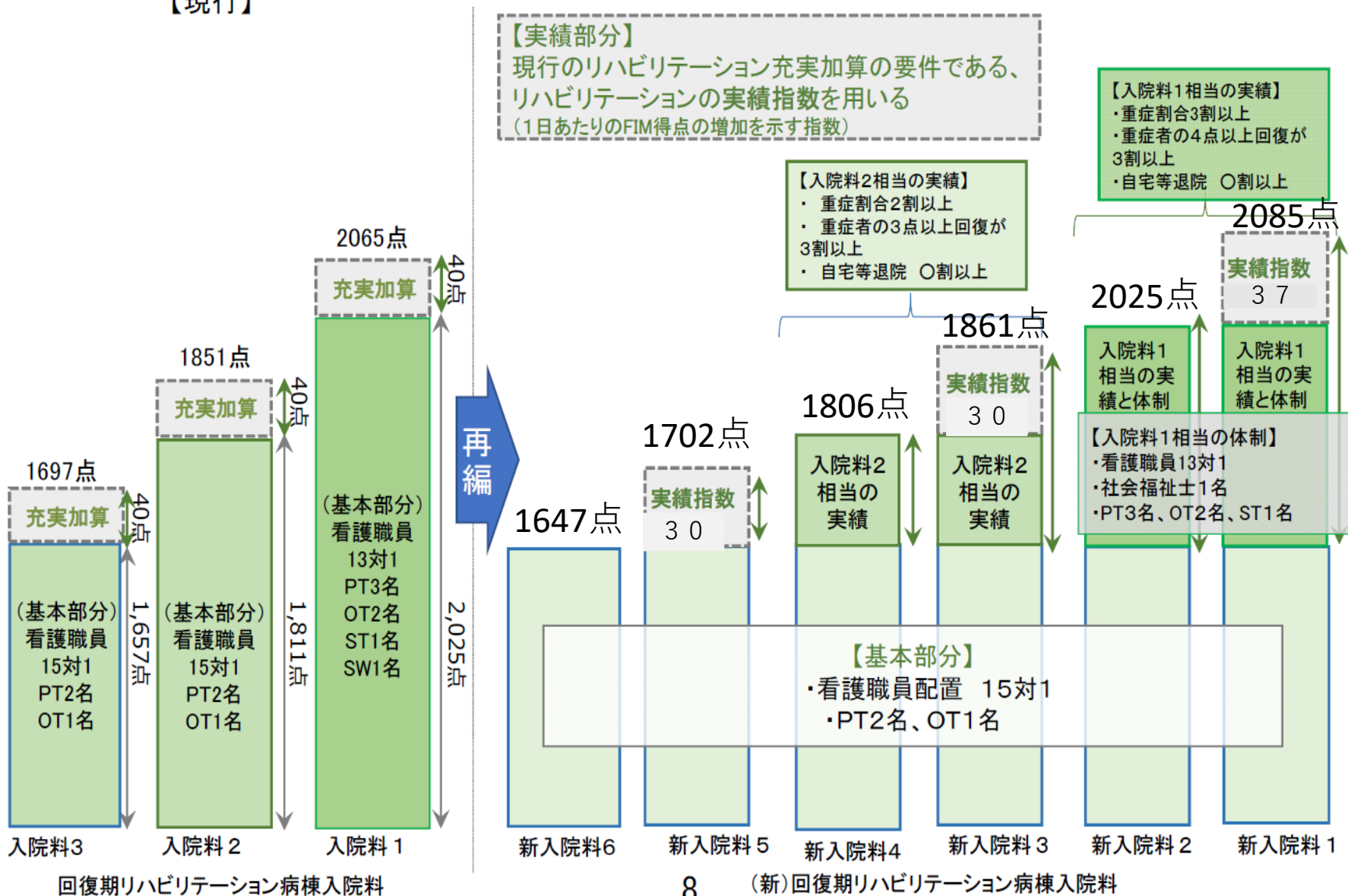


出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

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)】



FIMを上げるには？

排泄リハ・嚙下リハに着目！

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

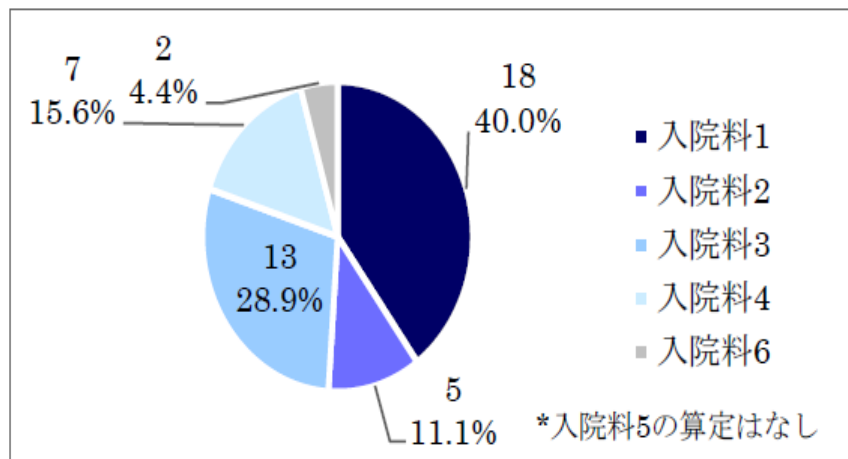
- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

回復期リハビリテーション病棟

(図表 27) 入院料の算定状況 (n=45)

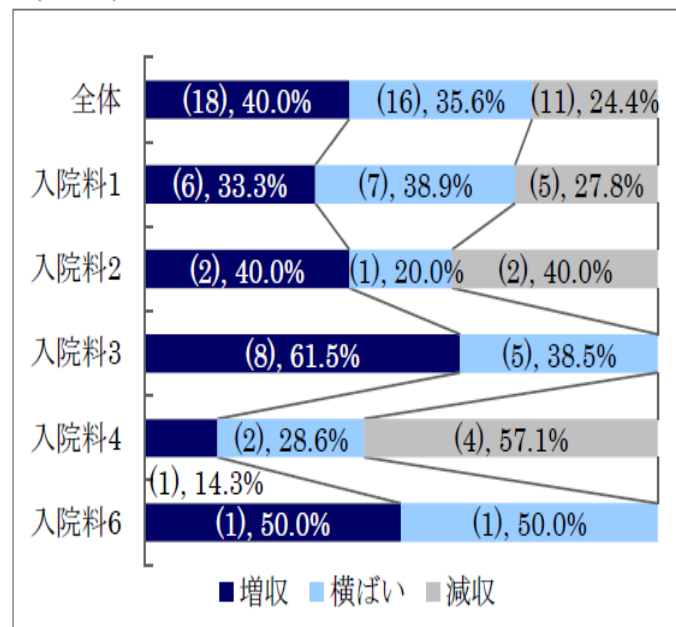


(図表 28) 改定前後の算定入院料の状況 (n=45)

改定後	改定前 (回復期リハビリテーション病棟入院料)			
	入院料 1	入院料 2	入院料 3	その他
入院料 1	17	1	-	-
入院料 2	4	1	-	-
入院料 3	-	13	-	-
入院料 4	-	5	1	1
入院料 6	-	-	2	-

独立行政法人福祉医療機構
2018年7月調査
183病院

(図表 29) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=45)



地域医療構想との
関連で・・・

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- 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
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路口」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