

An aerial photograph of Tokyo, Japan, showing a dense urban landscape with numerous skyscrapers and buildings. The Tokyo Tower is prominent on the left side. In the background, a large body of water (Tokyo Bay) is visible with several bridges. A white circle highlights a specific area in the city, and a small inset image in the upper right shows a close-up of a modern building facade.

先読み & 深読み！ 2020年度診療報酬改定を生き抜く 看護管理と病院経営

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
 - 2040年問題とICT
- パート 2
 - どうなる 7 対 1 ?
- パート 3
 - どうなる療養病床と介護医療院？
- パート 4
 - 退院支援から入退院支援へ
- パート 5
 - PFMと病院マネジメント
- パート 6
 - 診療報酬改定とチーム医療
- パート 7
 - どうなる働き方改革
- パート 8
 - タスクシフト・シェアリング

パート1 2040年問題とICT

2018年6月6日 社会保障審議会医療部会

2040年に何が起きるか？

2025年との比較をしてみよう

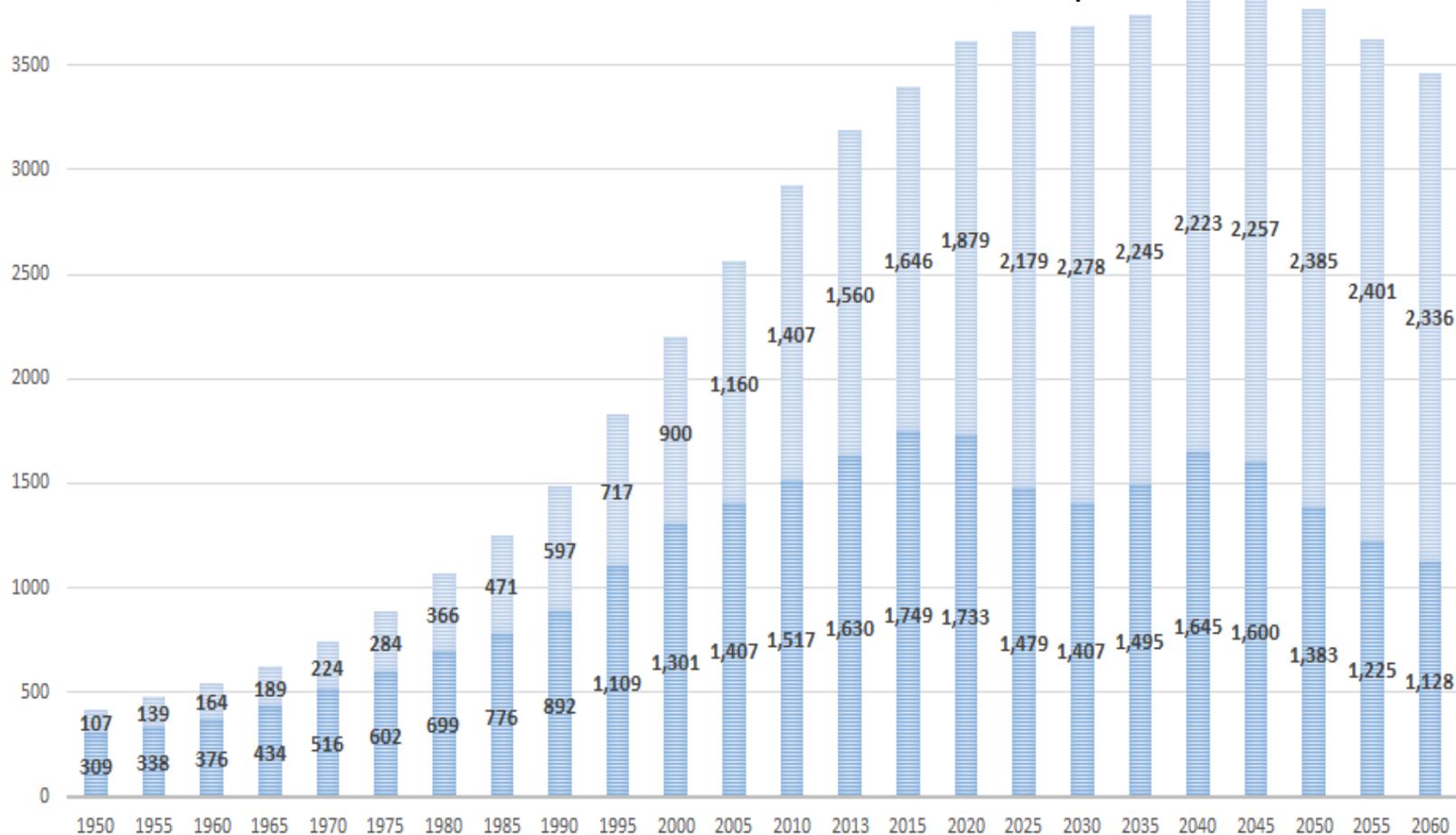
65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

2040年

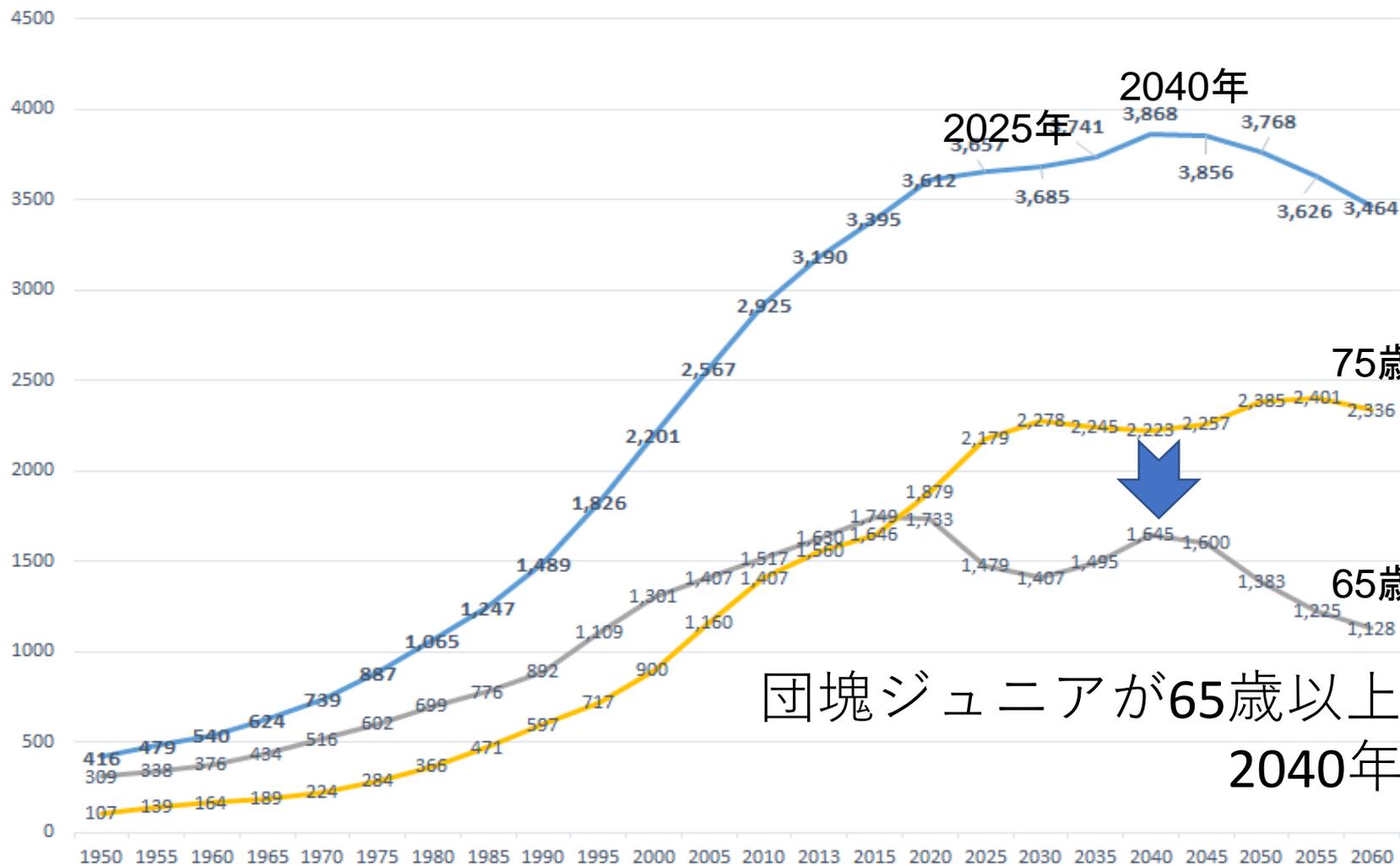
万人

2025年



65歳以上の高齢者の人口推移

— 65～74歳 — 75歳以上 — 65歳以上(計)



団塊ジュニアが65歳以上
2040年

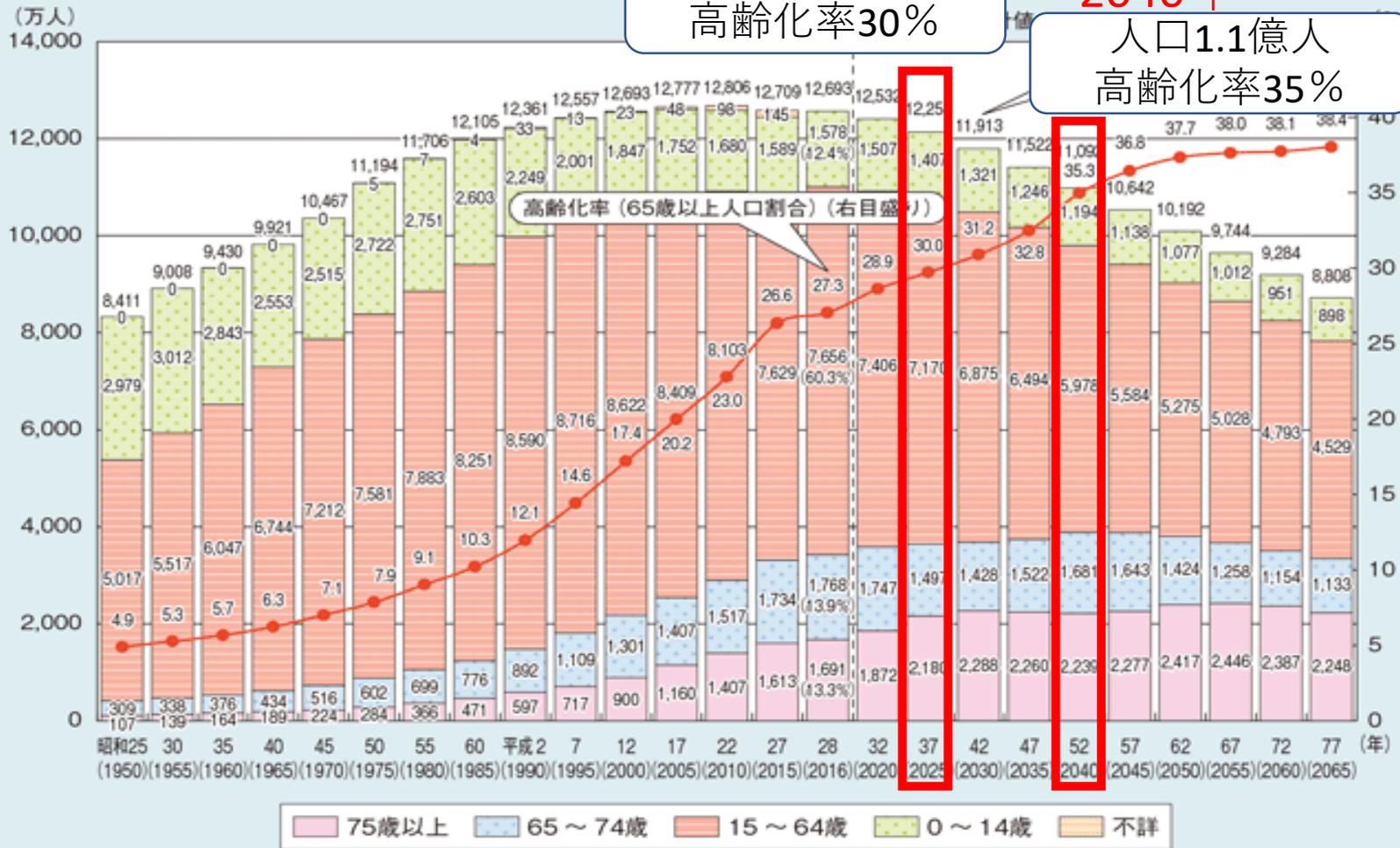
2025年

図1-1-2

高齢化の推移と将来推計

人口1.2億人
高齢化率30%

2040年
人口1.1億人
高齢化率35%

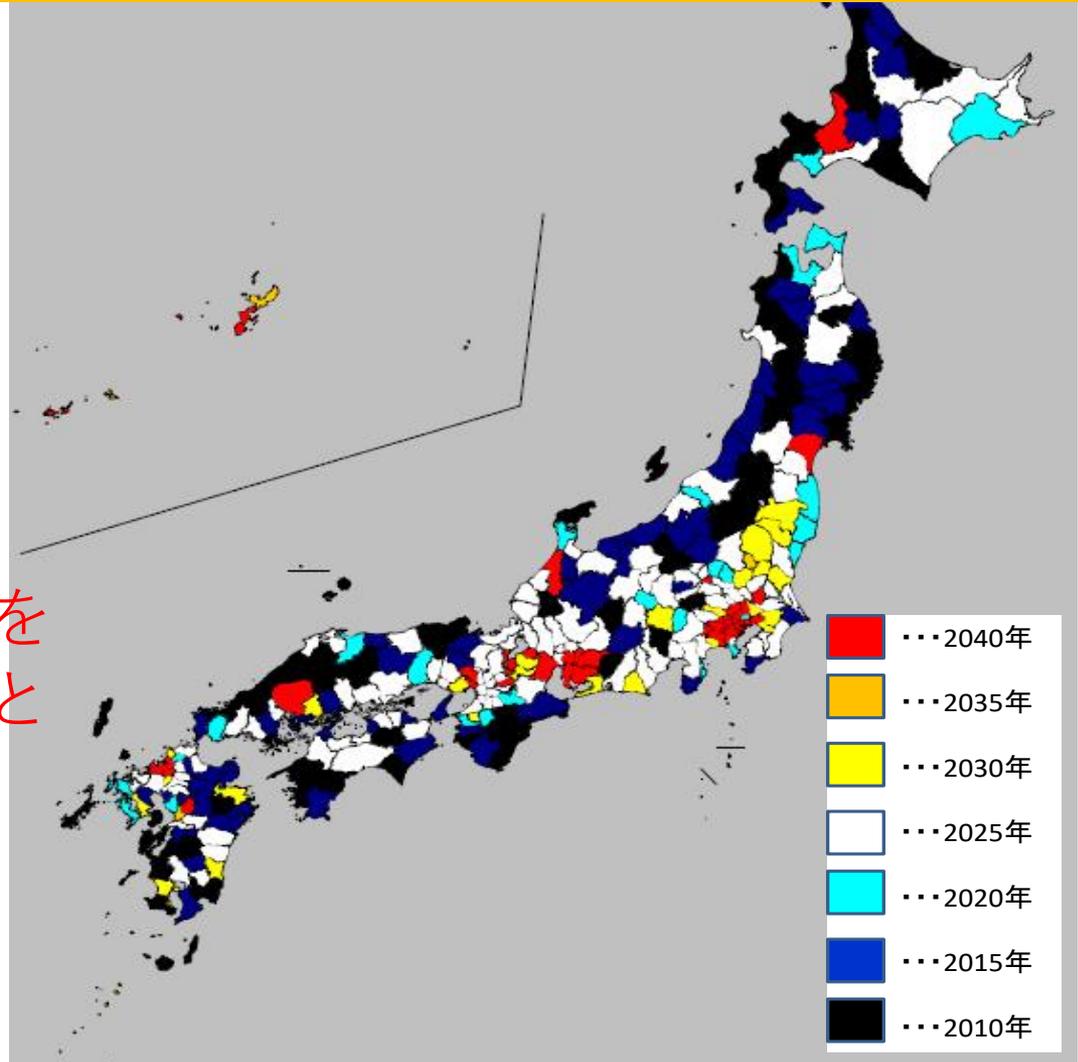


資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」（平成28年10月1日確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
 (注) 2016年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による。年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2015年の高齡化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる

2040年に高齢化のピークを
迎えるのは首都圏を始めと
した大都市圏



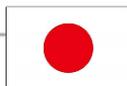
出典：社会保障制度国民会議 資料（平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

(%)

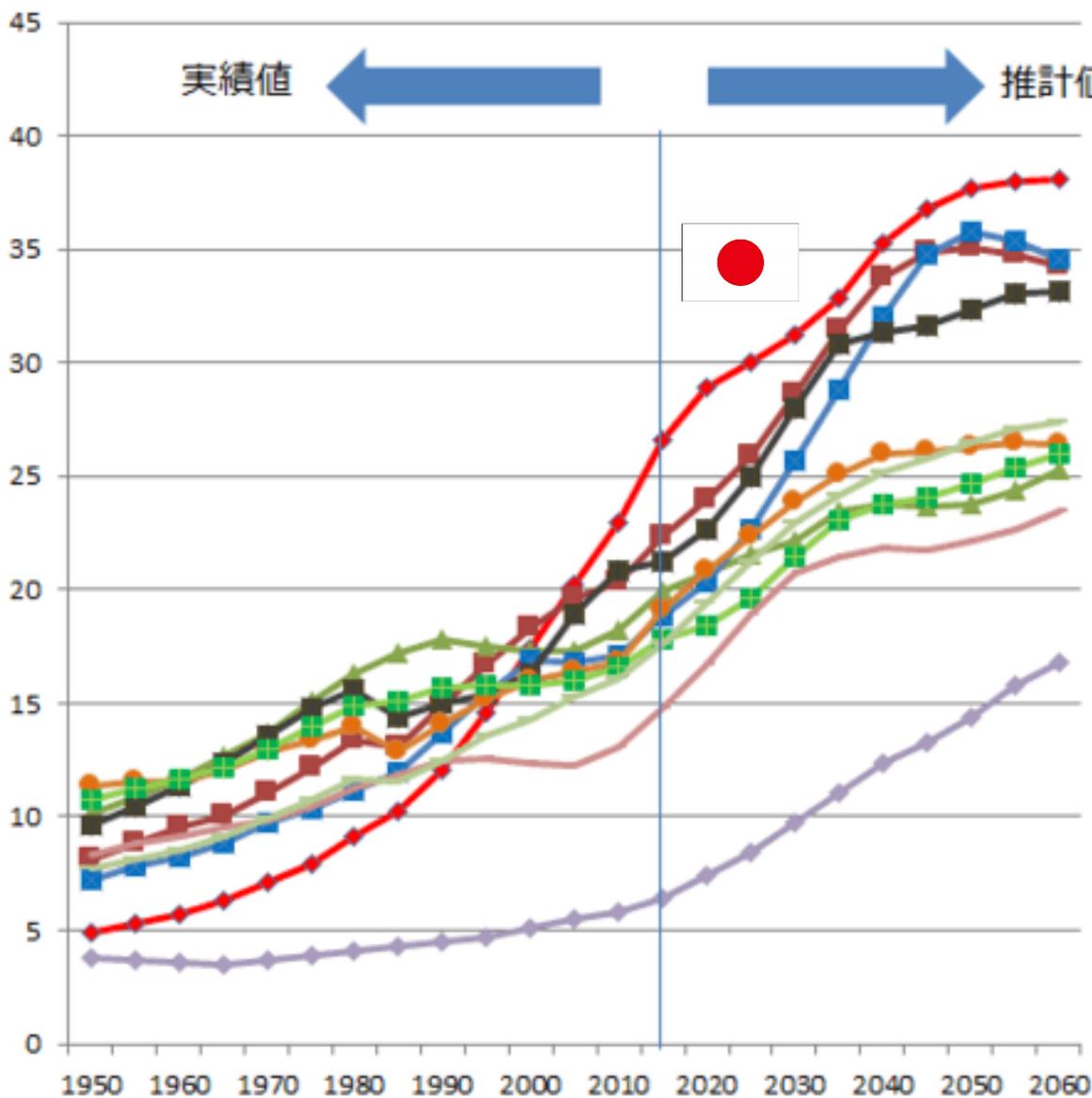
実績値

推計値

2015年
データ



- 日本 (26.7)
- イタリア (22.4)
- スウェーデン (19.9)
- スペイン (18.8)
- ドイツ (21.2)
- フランス (19.1)
- イギリス (17.8)
- アメリカ合衆国(14.8)
- 先進地域 (17.6)
- 開発途上地域 (6.4)



世界も注目する日本の高齢化

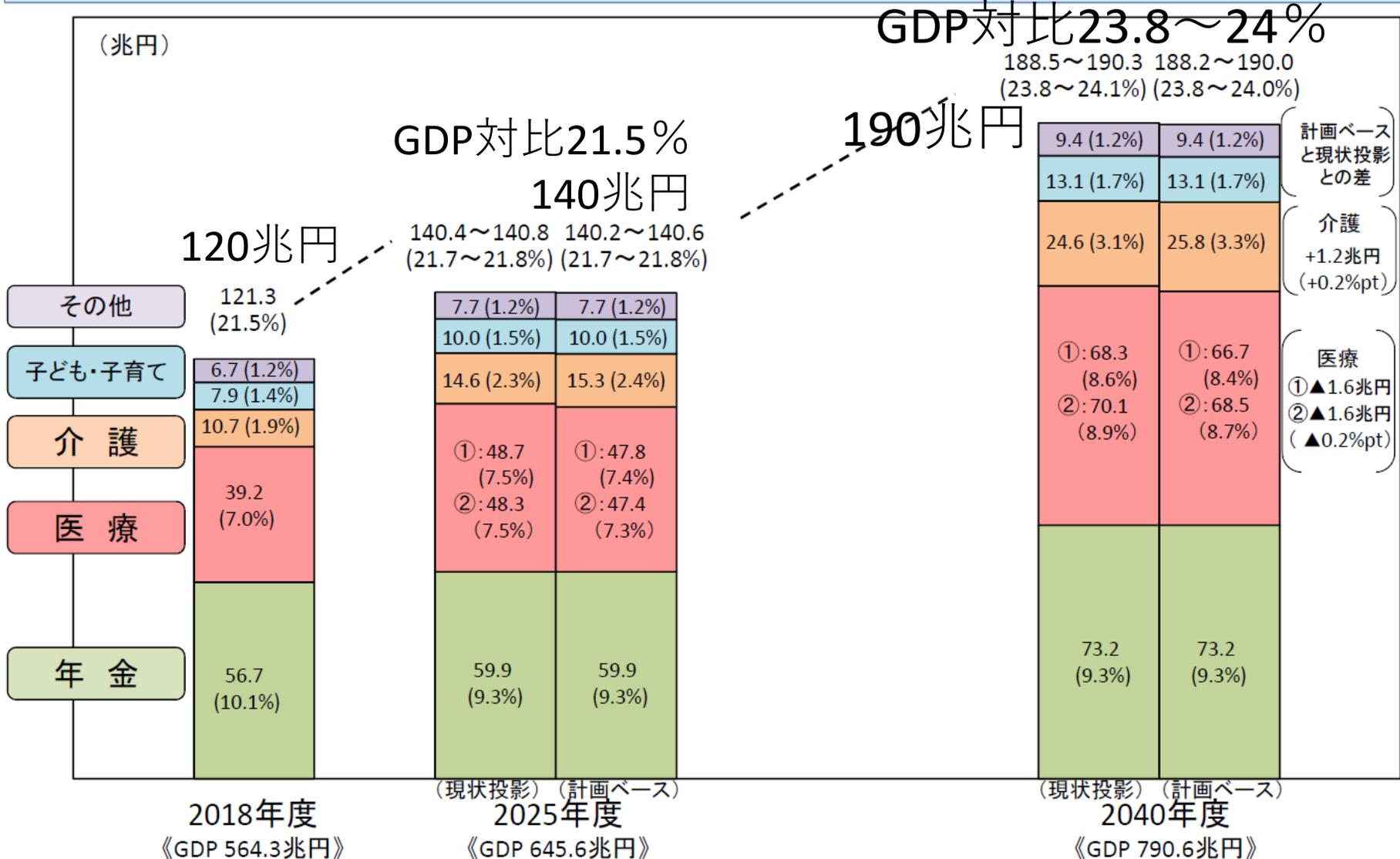
BBC英国放送協会の取材を受けました



2018年11月BBC英国放送協会が日本の高齢化の BBC特派員のルパートさん
特集取材ルパートさんの取材に来日

社会保障給付費

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

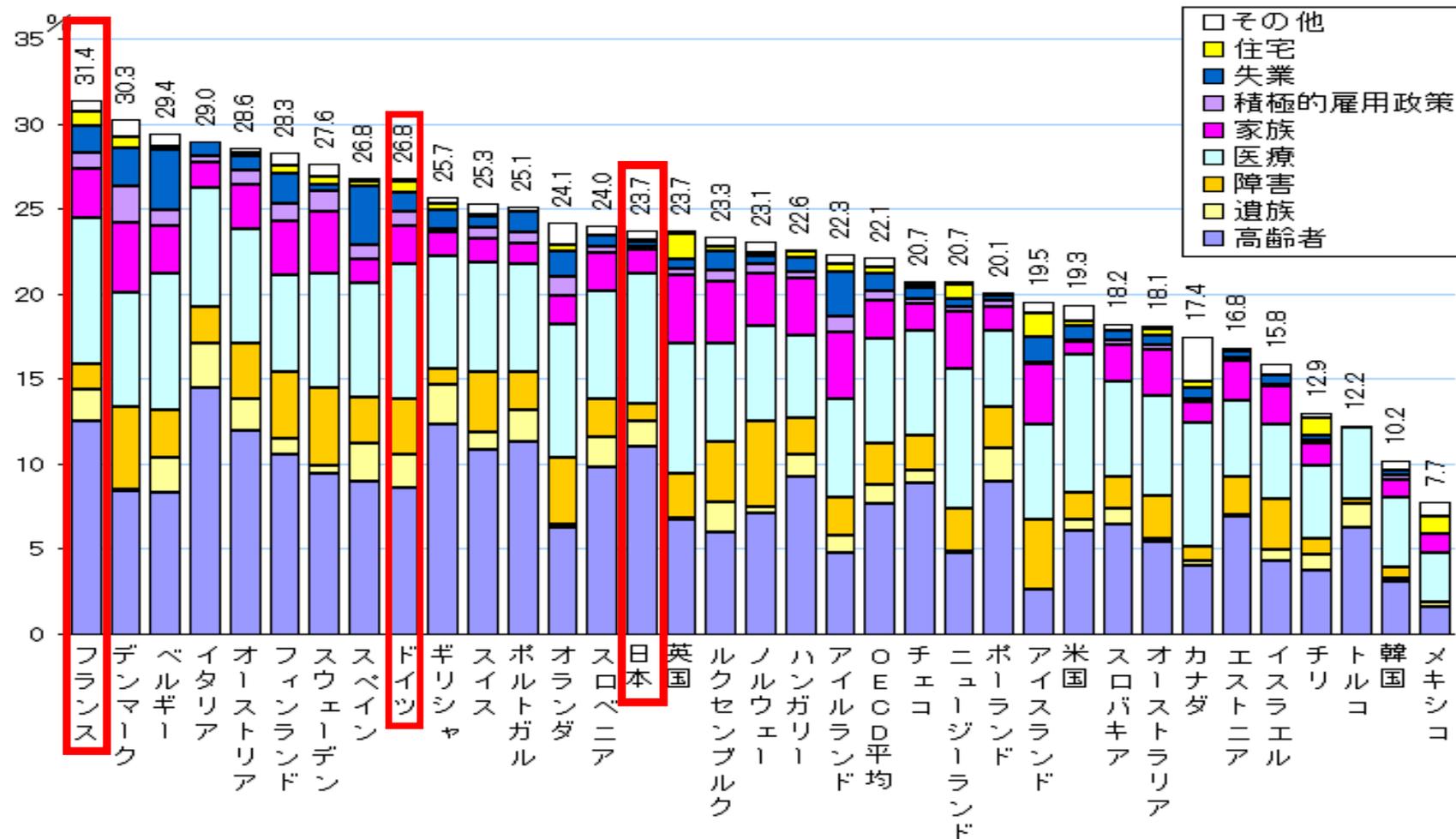
対GDP比はドイツに近く、世界に類を見ない水準というわけではない



伊原和人氏

- 2018年6月6日、社会保障審議会医療部会
- 「社会保障給付費が対GDP対比が24%という水準は今のドイツに近く、フランスではもっと高い、世界に類を見ない水準というわけではない」
 - 伊原和人厚労省大臣官房審議官（医療介護担当）

社会保障給付費の国際比較(OECD諸国) (2011年)



(注) 税や社会保険による社会支出(Social Expenditure; Public and mandatory private)の対GDP比である。日本の厚生年金保険からの給付はPublic、厚生年金基金からの給付はmandatory privateである。メキシコの失業、韓国の住宅は不詳。

(資料) OECD.Stat (data extracted on 04 Apr 2015)

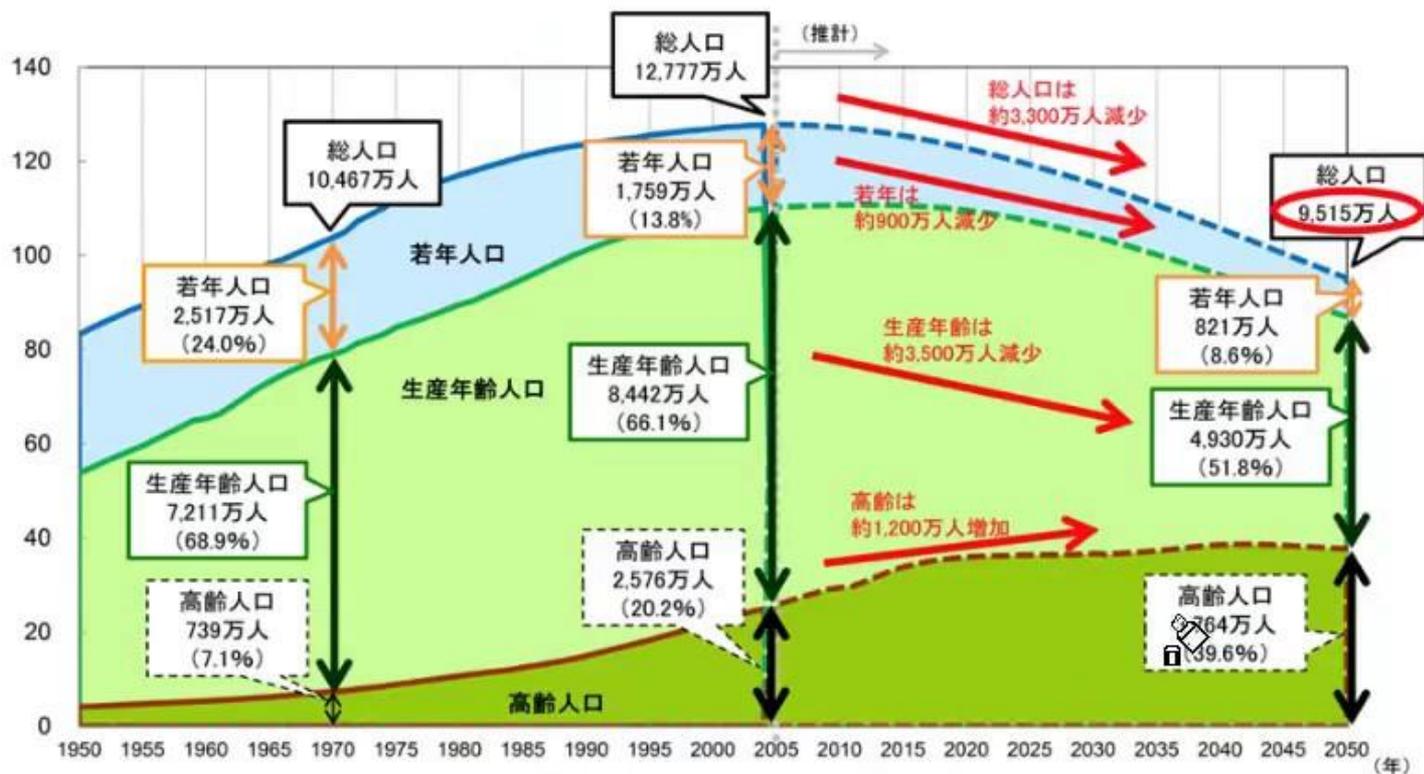
問題は人口減



日本の人口

1億2,808万人（2008年）をピークに減少、2048年には1億人未満に
→ 若年人口が少なく（**少子化**）、高齢人口が多い（**高齢化**）

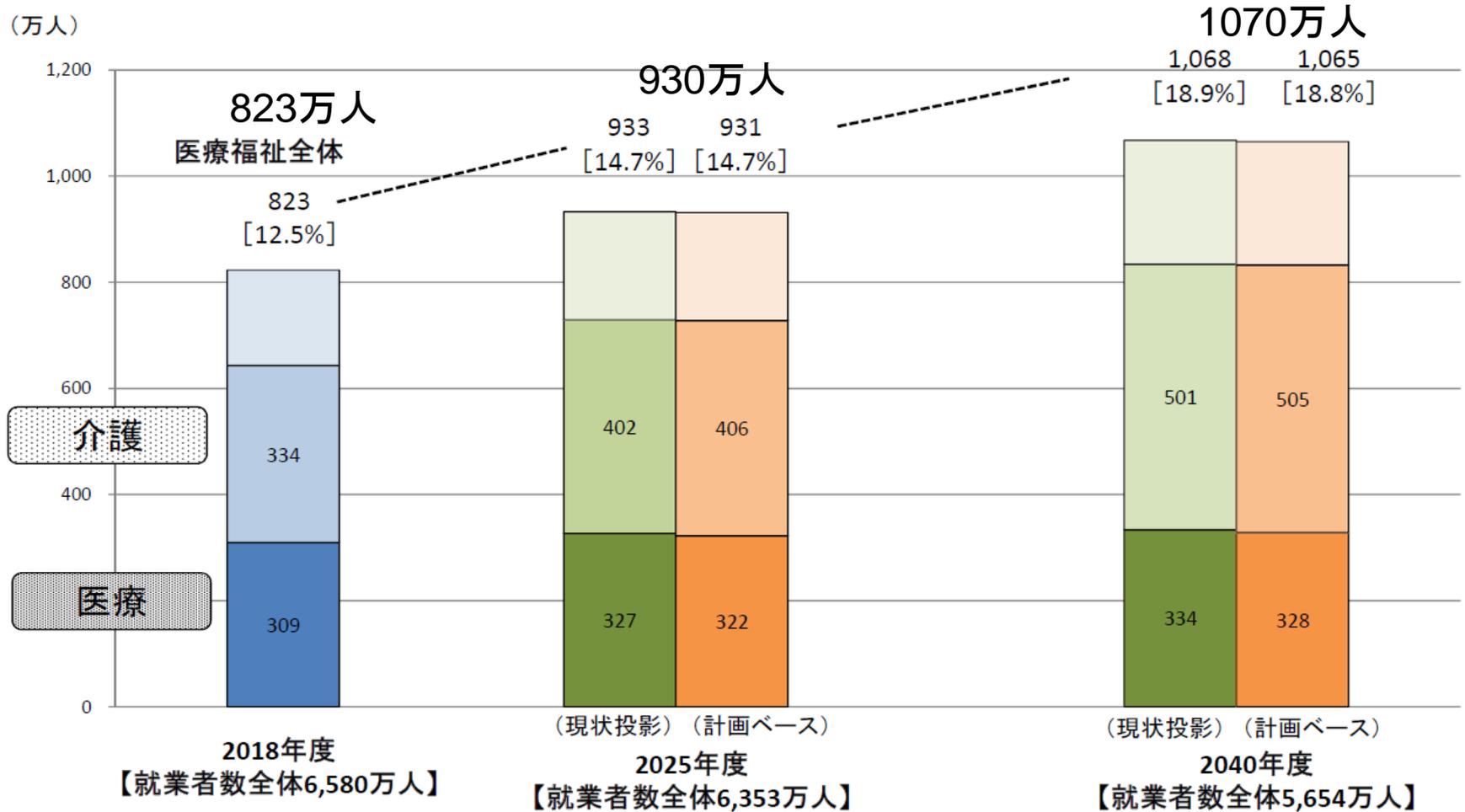
少子高齢社会 に



(注1) 「生産年齢人口」は15～64歳の者の人口、「高齢人口」は65歳以上の者の人口
(注2) () 内は若年人口、生産年齢人口、高齢人口がそれぞれ総人口のうち占める割合

(注3) 2005年は、年齢不詳の人口を各歳別に按分して含めている
(注4) 1950～1969、1971年は沖縄を含まない

医療福祉分野の就業者数の見通し



(注1) []内は就業者数全体に対する割合。

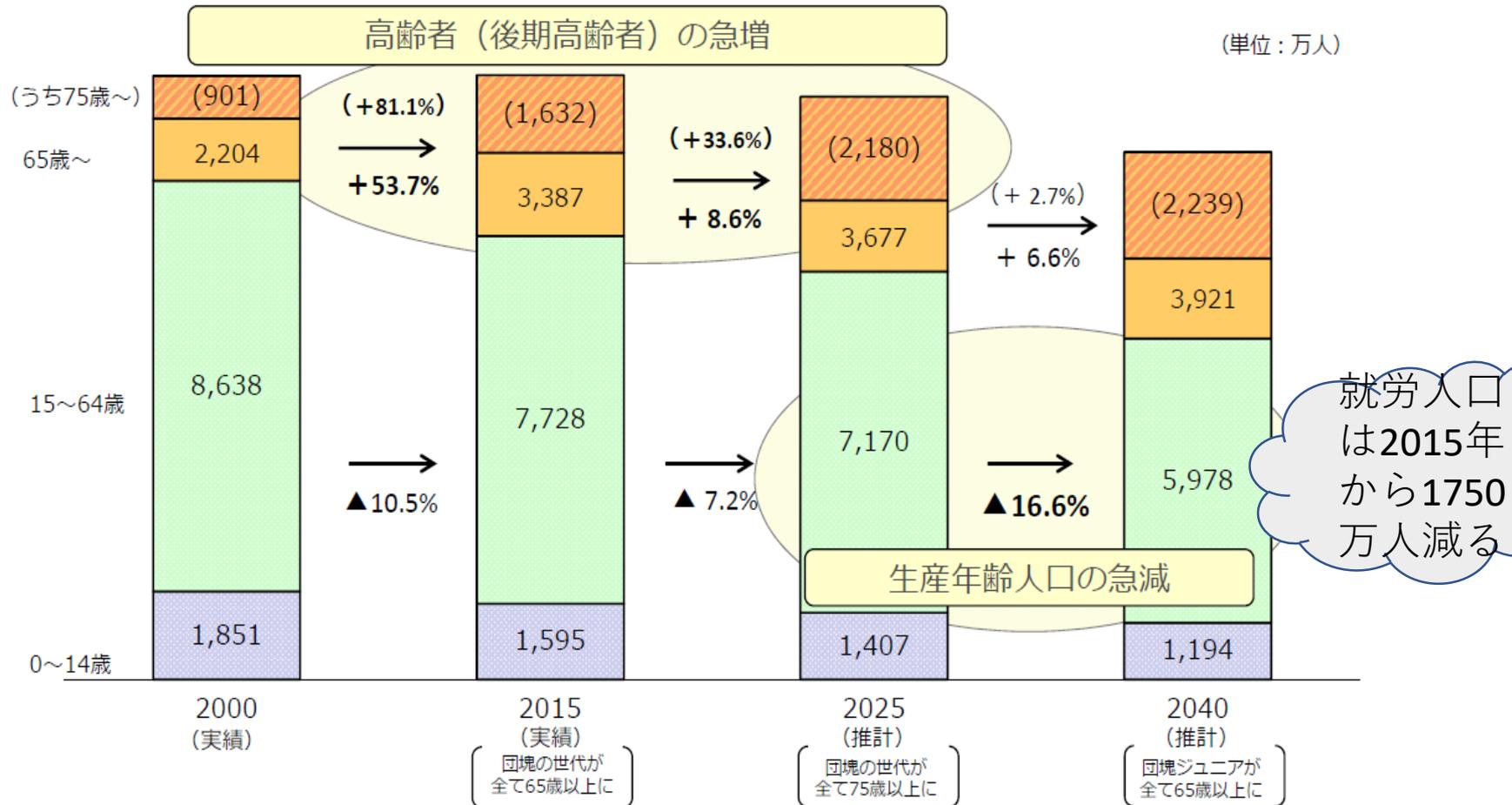
(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】

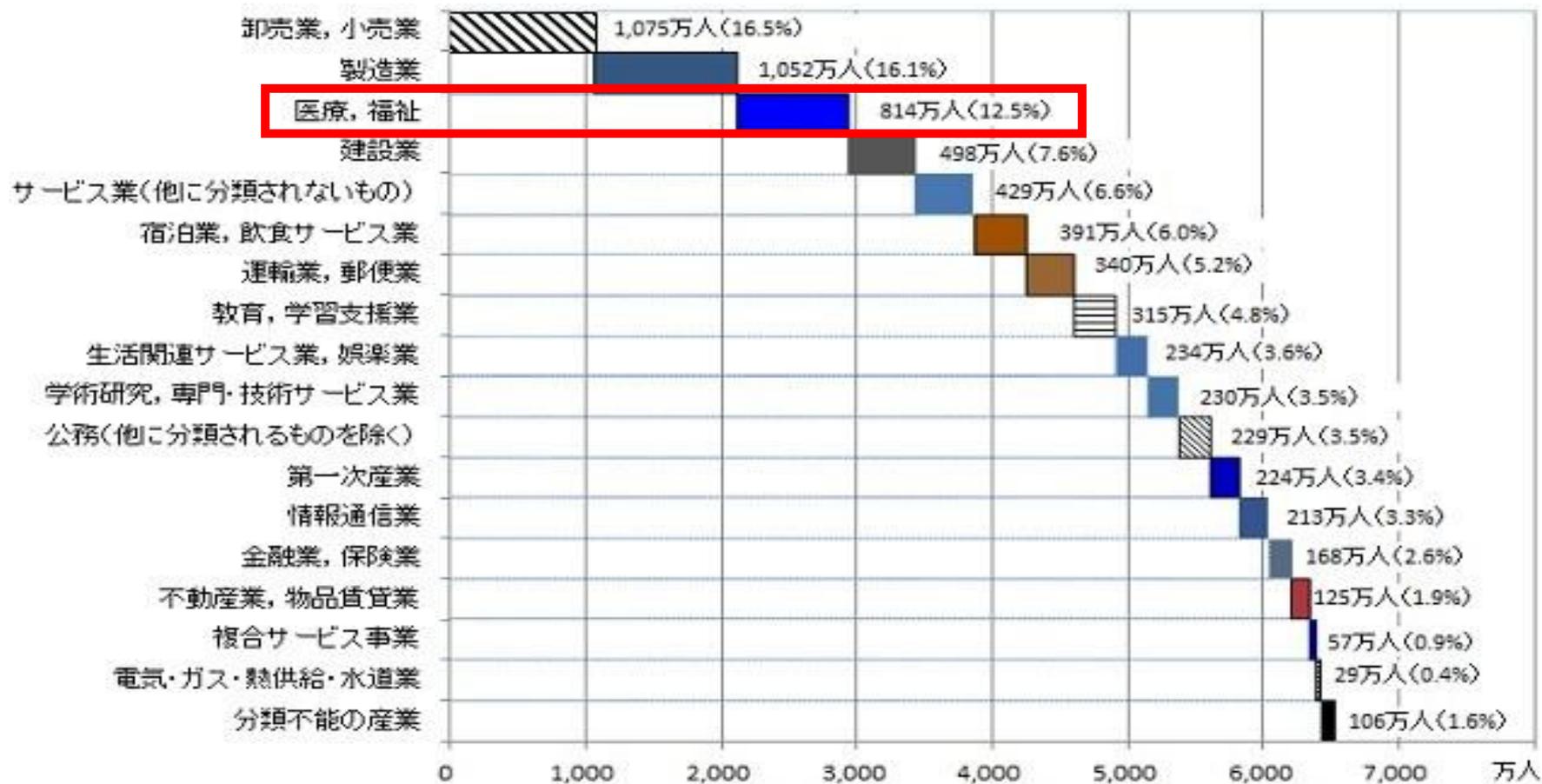


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

2040年

就労人口の激減で、就業者数の
5人1人がヘルスケア分野

2040年は医療・福祉が業界トップ



2040年問題のポイント

社会保障給付費はなんとかコントロールの範囲内
しかし就労人口減が最大の課題！

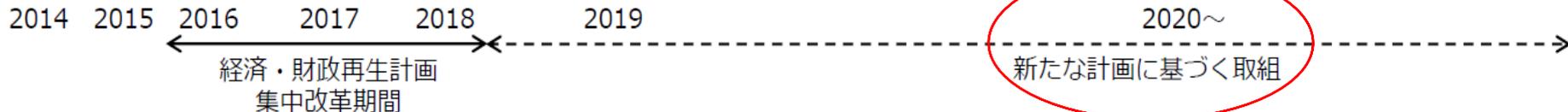
2040年問題へ向けて

元気老人（健康寿命の延伸）、
ロボット、AI・ICT、
外国人労働者、女性の活躍

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要

平成30年5月21日経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料(抄)

- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。



社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

■ 社会保障の充実

- ・ 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
- ・ 医療・介護の充実、年金制度の改善

■ 社会保障の安定化

- ・ 基礎年金国庫負担割合 2分の1等

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 経済・財政再生計画の「目安」を達成。社会保障関係費の実質的な伸びは2016~2018年度で1.5兆円弱

消費税率引上げ (2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる
制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
- 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施

※ 新しい経済政策パッケージを実施

- 後期高齢者保険料軽減特例(均等割)の見直し

<引き続き取り組む政策課題>

これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

<新たな局面に対応した政策課題>

現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保



これらの政策課題を総合的に検討していくため、
社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措置や制度改正を検討。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

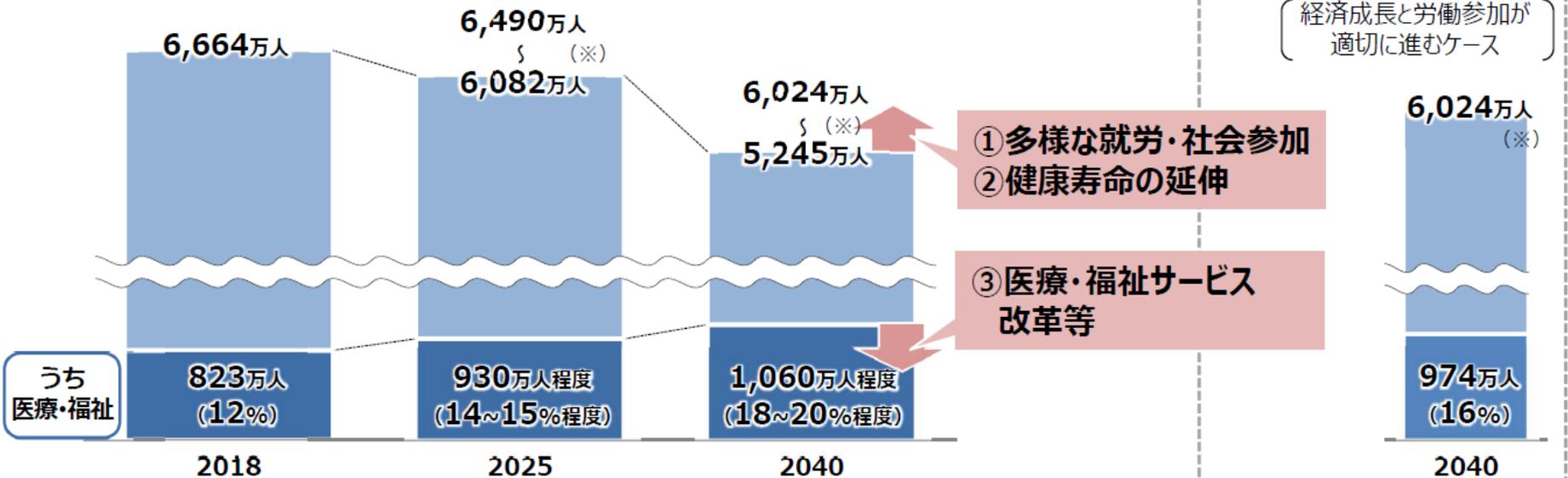
- 2025年を念頭に進めてきた社会保障・税一体改革が、本年10月に一区切りを迎える。
- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。
→「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 併せて、給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保に取り組んでいく。

一億総活躍
(高齢者、若者、女性、障害者)

イノベーション
(テクノロジーのフル活用)

社会保障を超えた連携
(住宅、金融、農業等)

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は雇用政策研究会資料。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

④ 給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

健康寿命の更なる延伸(健康寿命延伸プラン)

- 今夏に向けて、「健康寿命延伸プラン」を策定。
(内容) 2040年の健康寿命延伸に向けた目標・2025年までの工程表
- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

行動変容を促す仕掛け

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動経済学の活用

インセンティブ

I

次世代を含めたすべての人の
健やかな生活習慣形成等

(施策例)

- ◆ 栄養サミット2020を契機とした食環境づくり

先進的な取組例

Smart Meal
スマートミール



スマートミール認証制度
大手コンビニなど、2万弱の
店舗が認証。(日本栄養
改善学会など)

あだちベジタベライフ
飲食店での野菜メニュー
の提供(足立区)



II

疾病予防・重症化予防

(施策例)

- ◆ 保険者インセンティブの強化(配点基準のメリハリ強化、成果指標の導入拡大の検討)
- ◆ ナッジ理論を活用した受診勧奨ターゲット別に異なるメッセージ例

近年、日本人女性の11人に1人が
乳がんにかかると言われています。
乳がんは早期発見が大切です。

乳がんは早期発見で95%以上が
治癒します。
乳がん検診は2年に1度
必ず受診して下さい

がんが怖くて検診が
不安な層へのメッセージ



がんに関心ない層への
メッセージ

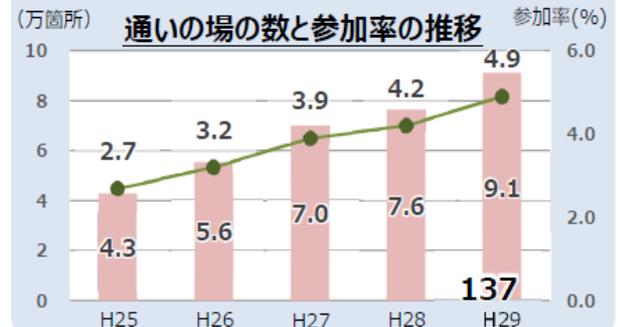


III

介護予防・フレイル対策、
認知症予防

(施策例)

- ◆ 「通いの場」等の更なる拡充に向け、保険者へのインセンティブ措置の強化(配分基準のメリハリの強化など)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策の推進



労働力制約が強まる中での医療・福祉サービスの確保 (医療・福祉サービス改革プラン)

- 今夏に向けて、「医療・福祉サービス改革プラン」を策定。

(内容) 2040年の生産性向上に向けた目標・2025年までの工程表

平成31年3月20日未来投資会議
厚生労働大臣提出資料(抄)

- 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る。

I

ロボット・AI・ICT等、
データヘルス改革

II

タスクシフティング、
シニア人材の活用推進

III

組織マネジメント改革

IV

経営の大規模化・
協働化

I の例 人と先端技術が共生し、一人ひとりの生き方を共に支える次世代ケアの実現 (未来イノベーションWG：経済産業省と連携)

2040年の理想的な姿

人と技術が共生し、
その人なりの価値を届けることができる

誰もが幸せの実現に向けて、
自分に合った生き方を選択できる

誰もがどんな状態であっても、
「これでいい」と自然に思える

3つのアプローチ

医療・介護インフラのスマート化
(担い手不足の解消)

個人の主体化を支える
(心身機能の維持・拡張等)

共に支える新たな関係の形成
(テクノロジーによるインクルージョン)

3つのアプローチを支える基盤

- 官（政府部門）のインテリジェンス機能強化
- 有望な技術領域の特定、官のリソースの重点配分（ムーンショット型研究開発等）
- 先端技術の社会実装の加速誘導策
：



「例」 OriHime-D オリ研究所
外出困難な人のテレワークを可能に

(今後の施策例) ▶「未来社会を見据えた研究開発」
▶「地域を定めた実証実験」

日本は、海外から多くの投資・人が
集まるイノベーションハブに

I～IIIの 例

介護現場の革新

- 介護施設における①業務フローの分析・仕分けを基に、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用等によるパイロット事業を実施。効果検証後、全国に普及。
- 介護業界のイメージ改善と人材確保・定着促進

業務仕分け

ベッドメイキング、食事の配膳、
ケア記録の入力等

入所者のケア

間接業務

介護専門職が
担うべき業務に重点化

元気高齢者



・就労
・有償ボランティア

地域に新たな活躍の
場の創出

ロボット・センサー・ICT



夜勤業務・記録入力
の効率化等

質の
向上

業界
イメージ
刷新

2040年問題解決とICT



「オンライン診療の導入」 安倍首相が明言



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

未来投資戦略2018—「Society 5.0」「データ駆動型社会」への変革—

(平成30年6月15日閣議決定)

第1 基本的視座と重点施策

3. Society 5.0の実現に向けて今後取り組む重点分野と、変革の牽引力となる「フラッグシップ・プロジェクト」

(1)②次世代ヘルスケア・システムの構築プロジェクト

<遠隔・リアルタイムの医療とケア>

・医師や薬剤師など多職種の連携の下、住み慣れた地域・我が家において安心して在宅で医療やケアを受けられるよう、服薬指導を含めた「オンラインでの医療」全体の充実に向けて、次期以降の診療報酬改定における有効性・安全性を踏まえた評価、「医薬品医療機器等法」の改正の検討など所要の制度的対応も含めて、ユーザー目線で、現状を更に前進させる取組を進める。

第2 具体的施策

2. 次世代ヘルスケア・システム（健康・医療・介護）

(3) 新たに講ずべき具体的施策

iii) 効率的・効果的で質の高い医療・介護の提供、地域包括ケアに関わる多職種の連携推進

④オンラインでの医療・多職種連携等の推進

- ・患者の利便性の向上、医療職の働き方改革につながり、効率的・効果的な医療の提供に資するよう、服薬指導、モニタリング等を含めたオンラインでの医療全体の充実に向けて、次期以降の診療報酬改定、所要の制度的対応も含めて、ユーザー目線で、現状を更に前進させる取組を進める。
- ・オンラインの服薬指導は、国家戦略特区の実証等を踏まえつつ、医薬品医療機器等法の次期改正に盛り込むことも視野に検討する。
- ・在宅医療を含めた医療現場における多職種連携の推進に向け、現在医師が行っている業務において看護師やリハビリ専門職、薬剤師等をより積極的に活用する等の検討を進める。

3. 国家戦略特区の推進

ii) 地域における規制改革

・国家戦略特区区域からの要望や、国家戦略特区における事業の実績を踏まえ、以下の規制改革の実現に取り組む。

ーオンラインの服薬指導は、国家戦略特区の実証等を踏まえつつ、医薬品医療機器等法の次期改正に盛り込むことも視野に検討する。

規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）

3. 医療・介護分野

(2) オンライン医療の普及促進

⑧ 患者が服薬指導を受ける場所の見直し

【平成30年度検討・結論、平成31年度上期措置】

患者がオンライン診療を受診した場所（職場等）で、薬剤師が服薬指導を実施することを可能とするよう、薬剤師法施行規則（昭和36年厚生省令第5号）の見直しを検討し、措置をする。

⑪ オンラインでの服薬指導の一定条件下での実現

【平成30年度検討・結論、平成31年度上期措置】

オンライン診療や訪問診療の対象患者のように、それらの必要に迫られた地域や患者に対して、地域包括ケアシステムの中でかかりつけ薬剤師・薬局が医療・介護の一翼を担い、国民が医薬品の品質、有効性及び安全性についての利益をより享受できる医薬分業及びかかりつけ薬剤師・薬局の取組等を推進するため、薬剤師による対面服薬指導とオンライン服薬指導を柔軟に組み合わせて行うことについて検討し、結論を得る。

遠隔医療普及推進へ向けての 4つのポイント

国際的には遠隔精神
(Telepsychiatry)、遠隔
皮膚 (Teledermatology)
の領域が先行している



厚生労働省医政局 研究開発振興課
医療技術情報推進室 吉村健佑氏

2016年10月、日本遠隔医療学会

- (1) 遠隔診療の要件の明確化 (遠隔診療と医師法との関係の明確化)
- (2) インセンティブの付与 (補助事業、保険適用)
- (3) 医療従事者のリテラシー向上 (遠隔医療に関する知識・技能修得)
- (4) 遠隔診療の有用性の評価 (厚生労働省科学研究の実施)

オンライン診療の進展② オンライン診療に係る診療報酬上の対応

診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い 特定領域の専門的な知識を持っている医師と 連携して診療を行うもの 	【遠隔画像診断】 ・ 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断 結果を受信した場合 【遠隔病理診断】 ・ 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・ （新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	医師が情報通信機器を用いて 患者と離れた場所から診療を行うもの 	【オンライン診療】 ・ （新）オンライン診療料 ・ （新）オンライン医学管理料 ・ （新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し（定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	【遠隔モニタリング】 ・ 心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・ （新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・ （新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

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

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

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

（新） 検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

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

（新） 電子的診療情報評価料 30点

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



【施設基準】

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

福岡市健康先進都市戦略 「かかりつけ医」機能強化事業について

実証事業概要

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

【運営委員】

福岡市医師会

福岡市

【事務局】

医療法人社団鉄祐会

【オブザーバ】

九州厚生局

【協力】

インテグリティ・ヘルスケア

【利用システム】

YaDoc



2016年11月

WGを発足

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

2017年2月

福岡市医師会員への説明会

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

2017年4月

オンライン問診の利用開始

※待合室にてタブレット端末での問診を実施

2017年6月

第1回 意見交換会 実施

2017年8月

オンライン診察の利用開始

※患者の自宅からビデオチャットによる診療を実施

2017年10月

第2回 意見交換会 実施

オンライン診療の位置づけ

オンライン診療とは、

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

外来診療

患者が病院へ来院して診療

訪問診療

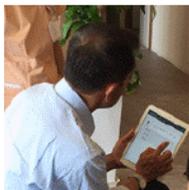
医師が患者を訪問して診療

オンライン診療

医師・患者がそれぞれの場所にしながら診療



問診



モニタリング

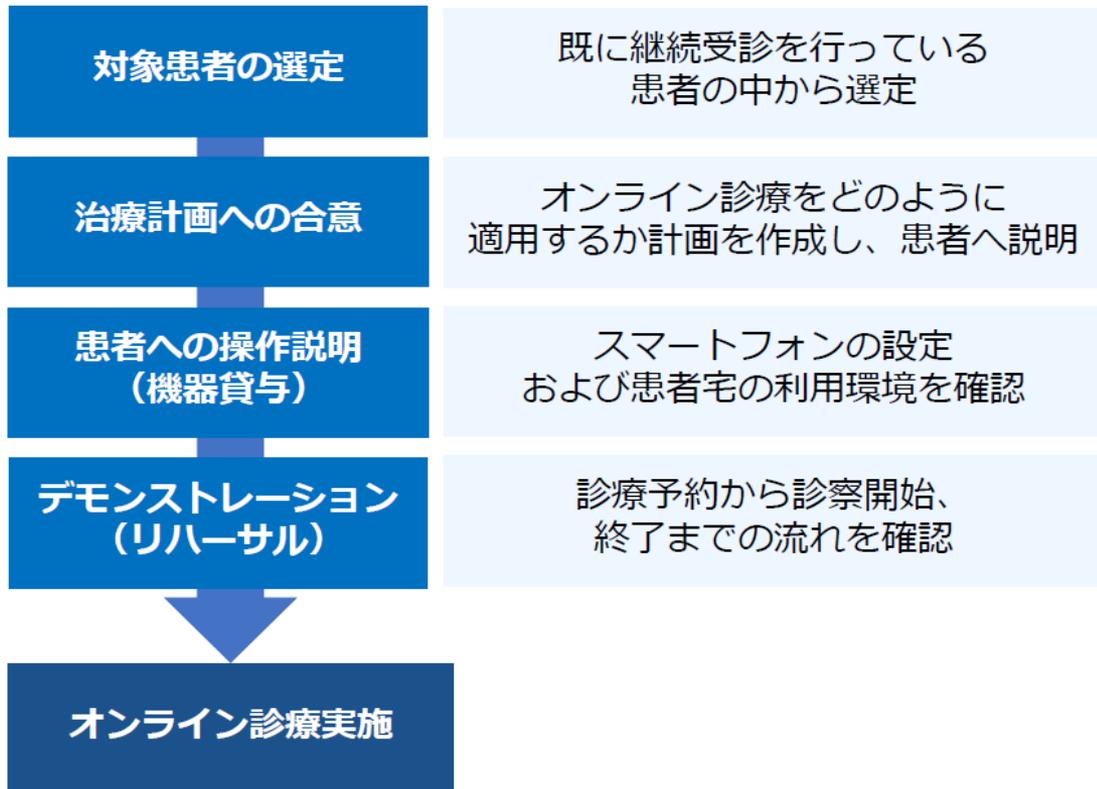


診察



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

利用開始までの流れ



治療計画書 サンプル

(患者様→医療機関)用 様式

病歴：オンライン診療計画書 様 同意書

氏名	先生
姓	氏名

よりがな	性別	年齢	性別	性別	性別
患者氏名	種	年齢	男	女	性別
()歳					

主病名

現在の状況

病状は比較的稳定しています。
 意思の疎通は良好です。
 見守りや介助の方がいます。

治療方針

● 医師は可能な限り行わず、行動療法により症状の進行を遅くしていきます。
(※オンライン)

オンライン診療計画

● 初診等は、1か月に1回で行います。
 ● オンライン診療は、1か月に2回、回診診療の合間に行います。
 ● 症状の変化や療養について相談がある場合は、上記の定期的なフォローとは別に、平診の上、オンラインで受診します。

事前確認事項

● 患者様は、かかりつけ医の指示や依頼に従います(これに従わずに問題が生じた場合の責任は、患者様が負うことになります)。
(※オンライン)
 ● 患者様は、指示が変更な場合や緊急対応が必要とされる場合は、来院の上、受診します。
 ● オンライン診療の1回あたりの診療時間は10分を目安とします。
 ● 診療に必要な薬物は処方見かします。
 ● かかりつけ医(医療機関を含む)は、双方の利用環境を確認しつつ、患者のプライバシーに配慮します。

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

平成 年 月 日

患者氏名：
 家族氏名
 (患者様との捺印：)

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

オンライン診察を組み合わせた医学管理(在宅)のユースケース(1)

【ユースケースの例1(在宅)】

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

＜在宅時医学総合管理料算定患者における管理(訪問診療)の例＞

●: 訪問診療 ○: オンライン診察

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



オンラインを併用する場合

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

算定する報酬の案

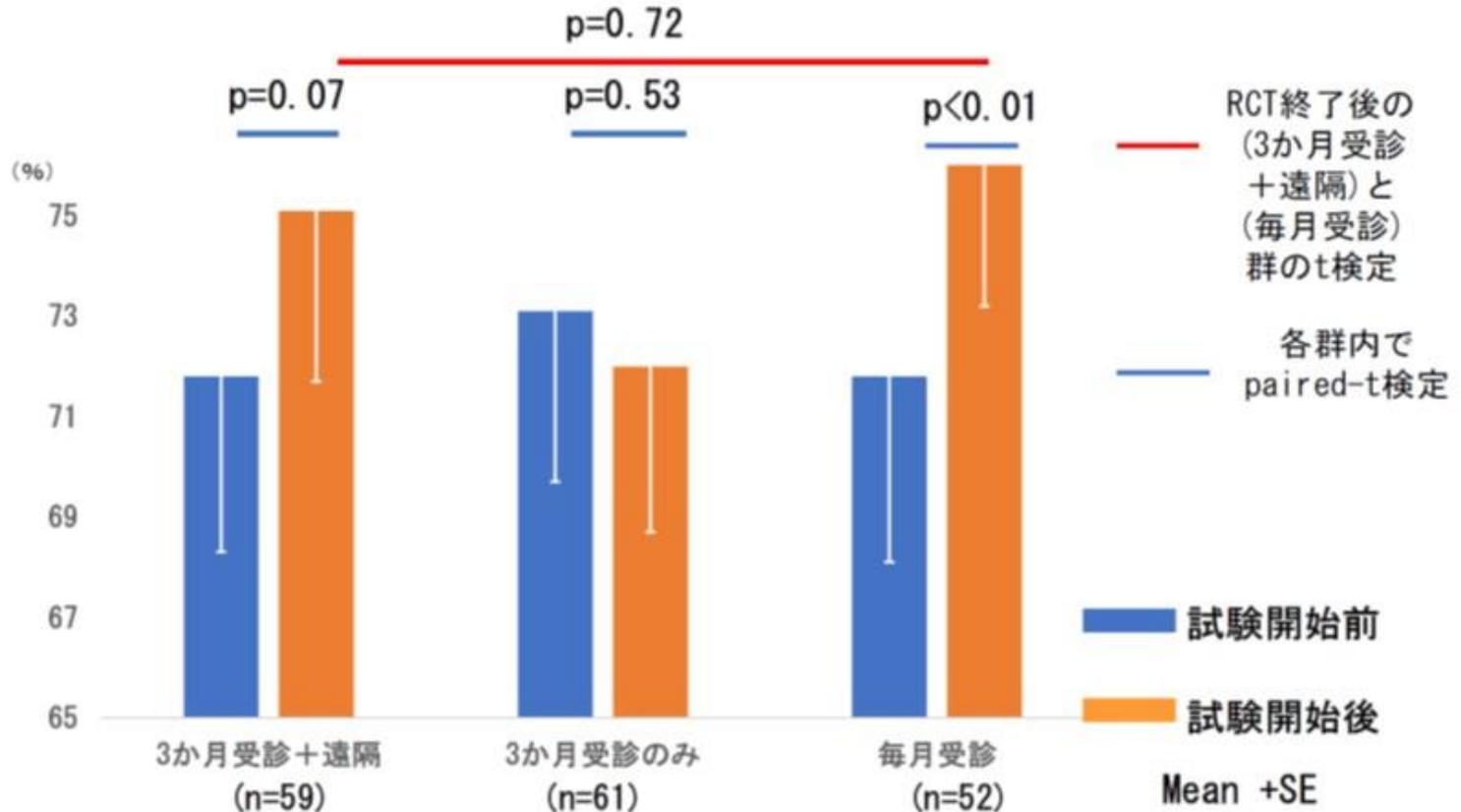


オンライン診療料：70点 (1月につき) (新設)
オンライン医学管理料：100点 (1月につき) (新設)

遠隔モニタリングで
睡眠時無呼吸症候群の
治療実績と患者満足が上がる



CPAP4時間以上使用率の変化と
RCT終了後の[3か月受診+遠隔]と[毎月受診]群のCPAP 4時間以上使用率の比較



「3か月+遠隔」の群のCPAP 4時間以上使用率は「毎月受診」の群とおおむね同等と考えられる

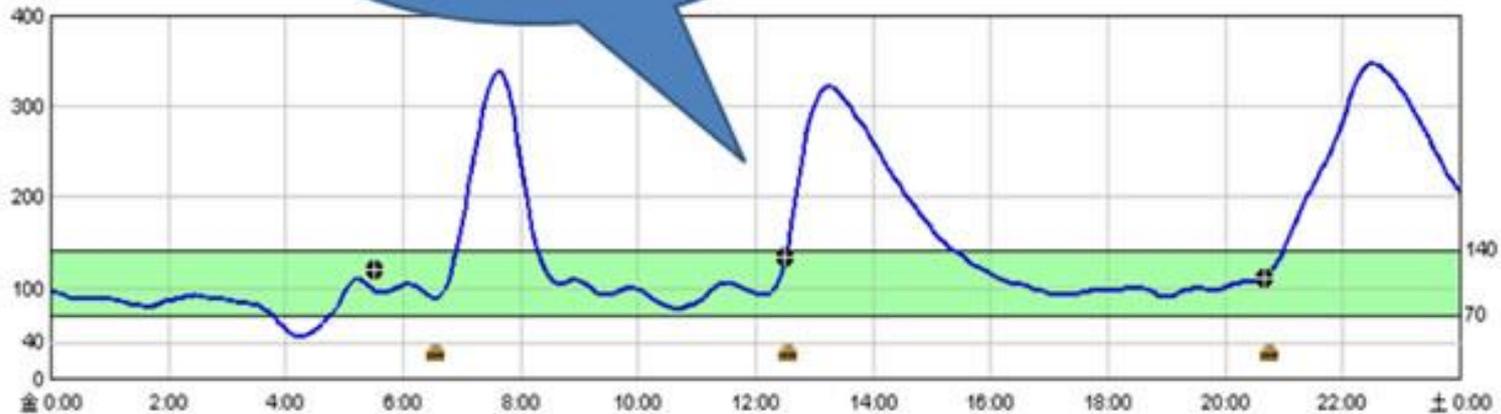
出典：厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業報告資料解析終了分（有効性と安全性を維持した在宅呼吸管理の対面診療間隔決定と機器使用のアドヒアランスの向上を目指した遠隔モニタリングモデル構築を目指す検討）

オンライン診療と糖尿病



血糖値の変化を
グラフでみるこ
とができます。

持続血糖測定器



規制改革推進会議での議論（オンラインによる服薬指導）

規制改革推進会議
公開ディスカッション
林委員提出資料（抜粋）
30.3.27

オンライン診療＋院外処方 (薬剤師訪問サービスの利用なし)



目指すべき姿

「一気通貫」で完結できる在宅医療

オンライン医療

オンライン診療



遠隔服薬指導

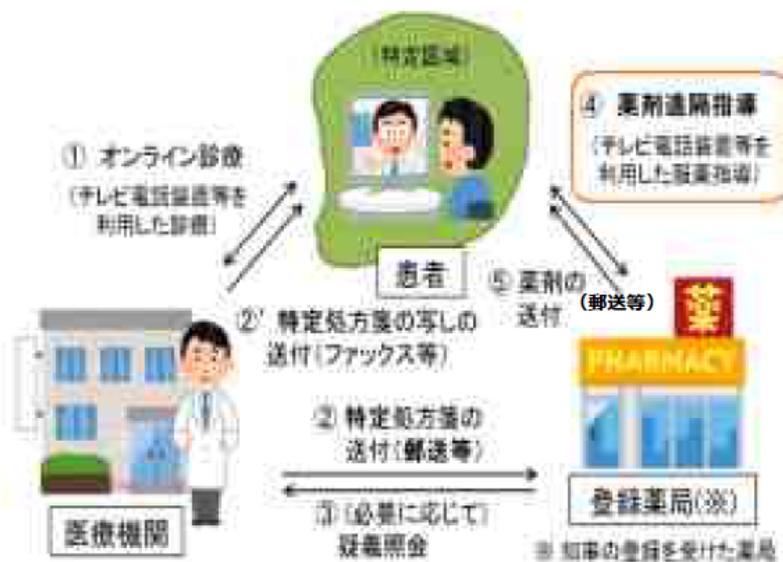


薬配送

国家戦略特区での薬剤師による対面服薬指導義務の特例

- 国家戦略特区法の一部を改正する法律（平成28年法律第55号）に基づき、薬剤師による対面での服薬指導義務の特例として、**国家戦略特区内**で**実証的に**、①**離島、へき地に居住する者**に対し、②**遠隔診療が行われ**、③**対面での服薬指導ができない場合**に限り、④**テレビ電話**による服薬指導（遠隔服薬指導）を可能とされた。 ※施行：平成28年9月1日
- 平成30年6月14日の国家戦略特別区域諮問会議において、**愛知県、兵庫県養父市及び福岡市**における、実証事業の実施計画が認定された。

【事業のイメージ】



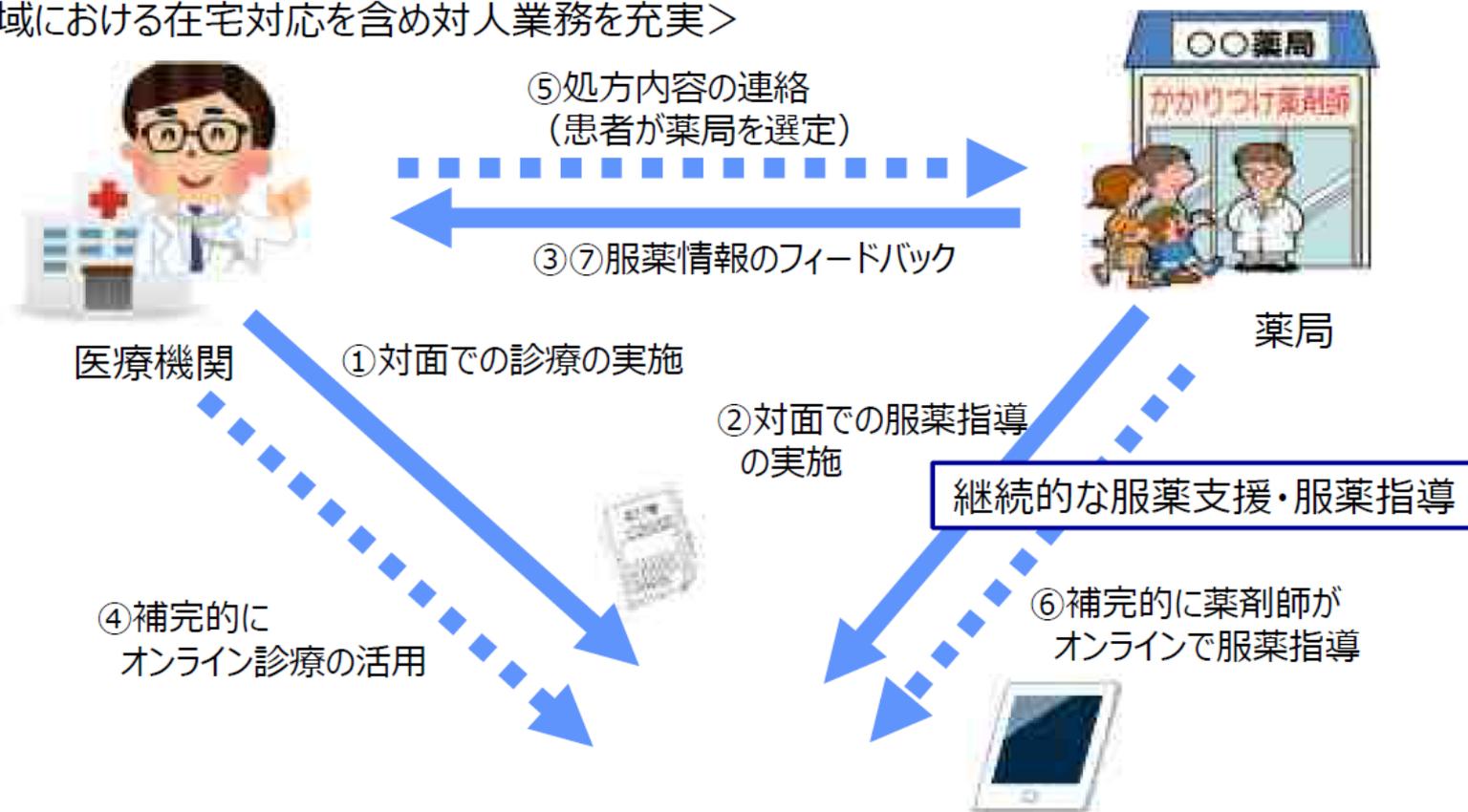
【実施予定自治体】



地域における薬剤師の在宅対応等の充実（イメージ）

- 薬剤師は、在宅医療が必要な患者に対しては、積極的に患者の居宅を訪問して、副作用や服薬状況を把握し、服薬指導を行う。その際、へき地等の患者に対しては、オンラインによる服薬指導を補完的に活用していく。

＜地域における在宅対応を含め対人業務を充実＞



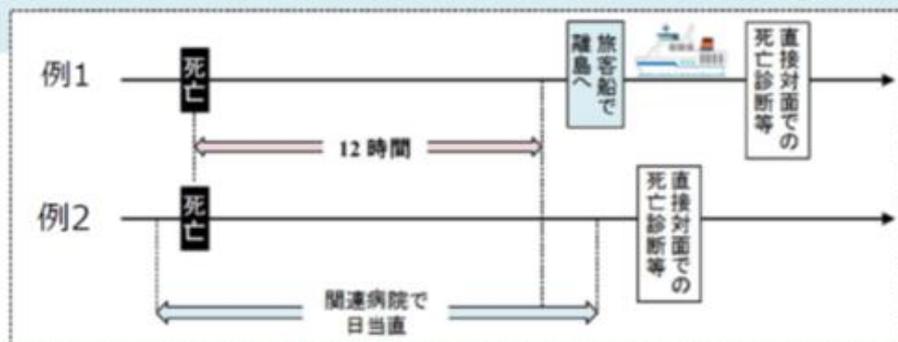
ICTを活用した 遠隔死亡診断



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

< 研究班における実証実験の例 >



携帯型心電図

テレビ電話装置

オンライン診療、届け出施設の6割超が実績なし - 神奈川県保険医協会の調査（2018年12月）



神奈川県保健医協会（横浜市）
桑島直臣政策部長

神奈川県保健医協会（横浜市）調査
2018年12月調査 オンライン診療を届け出た
1054医療機関対象として、調査。
285の病院（8.4%）、診療所（84.9%）から
回答

届出医療機関のオンライン診療の実績について実施したことがあるのは31.9%だった。一方、61.4%は実績がなかった。
実施患者数は1か月あたり1.86人、患者数ゼロは53.7%

「適応する患者が少ない」（34.7%）
「保険診療の対象疾患を広げてほしい」（47.4%）

パート2 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

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

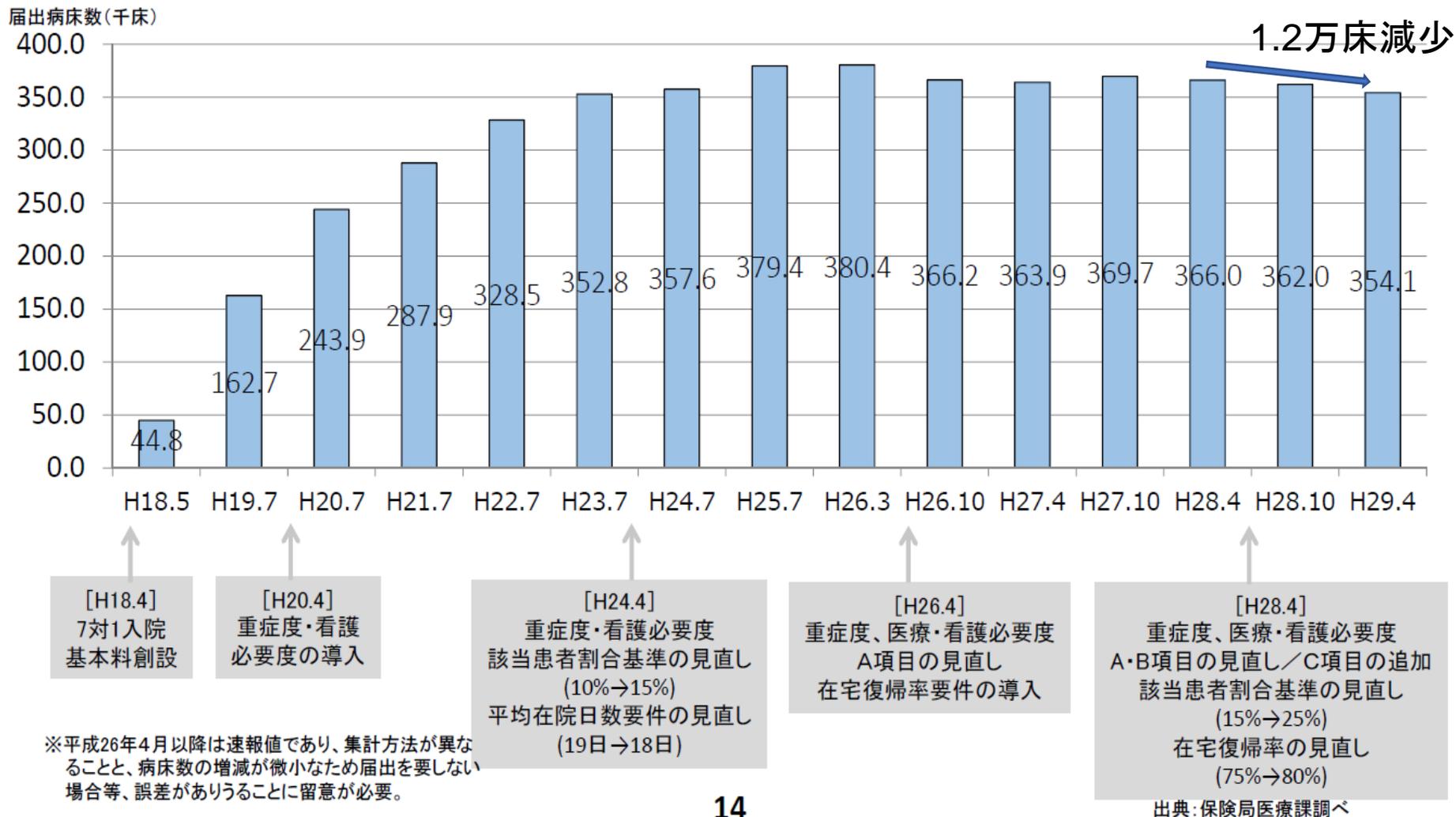
又は

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

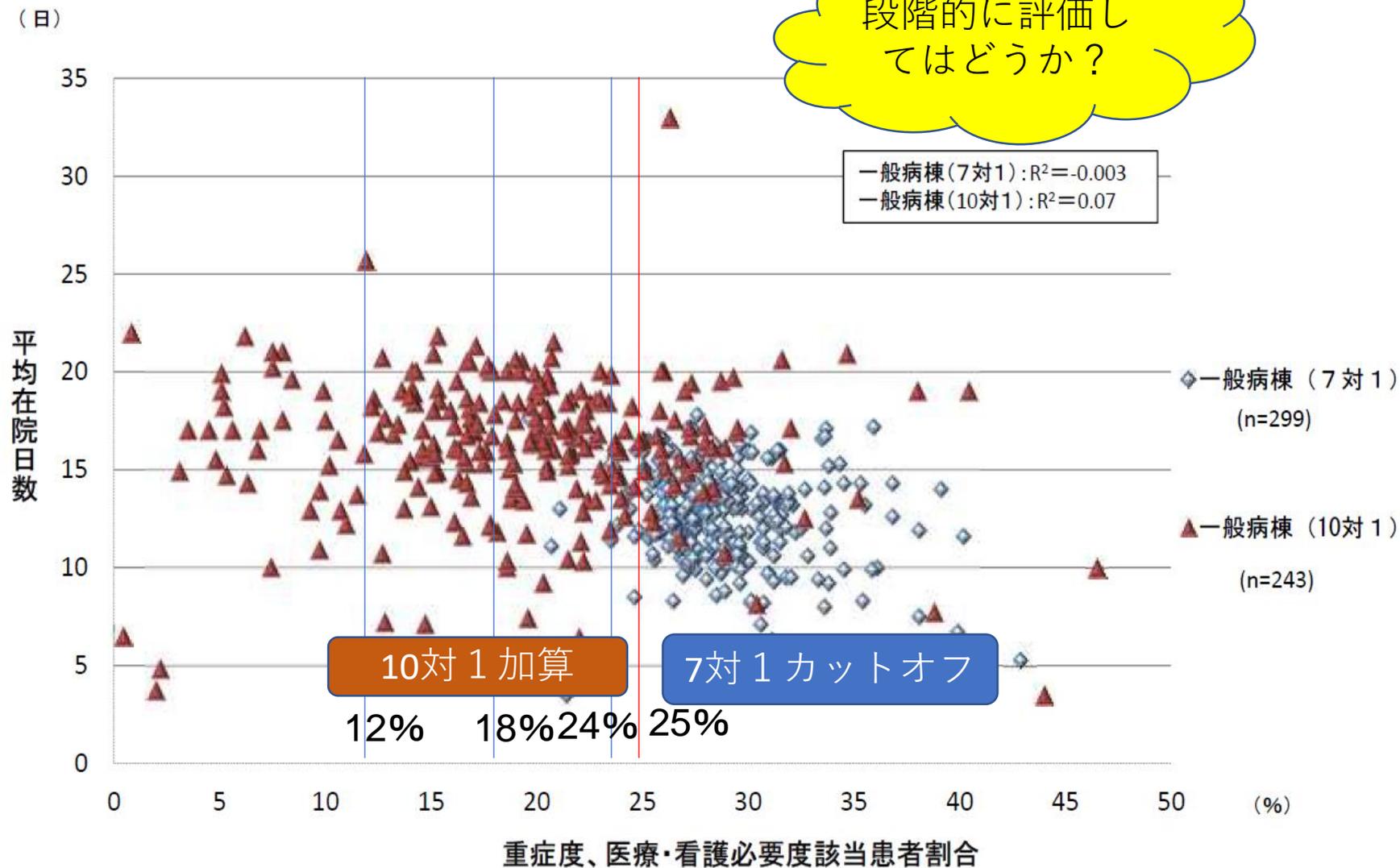
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

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

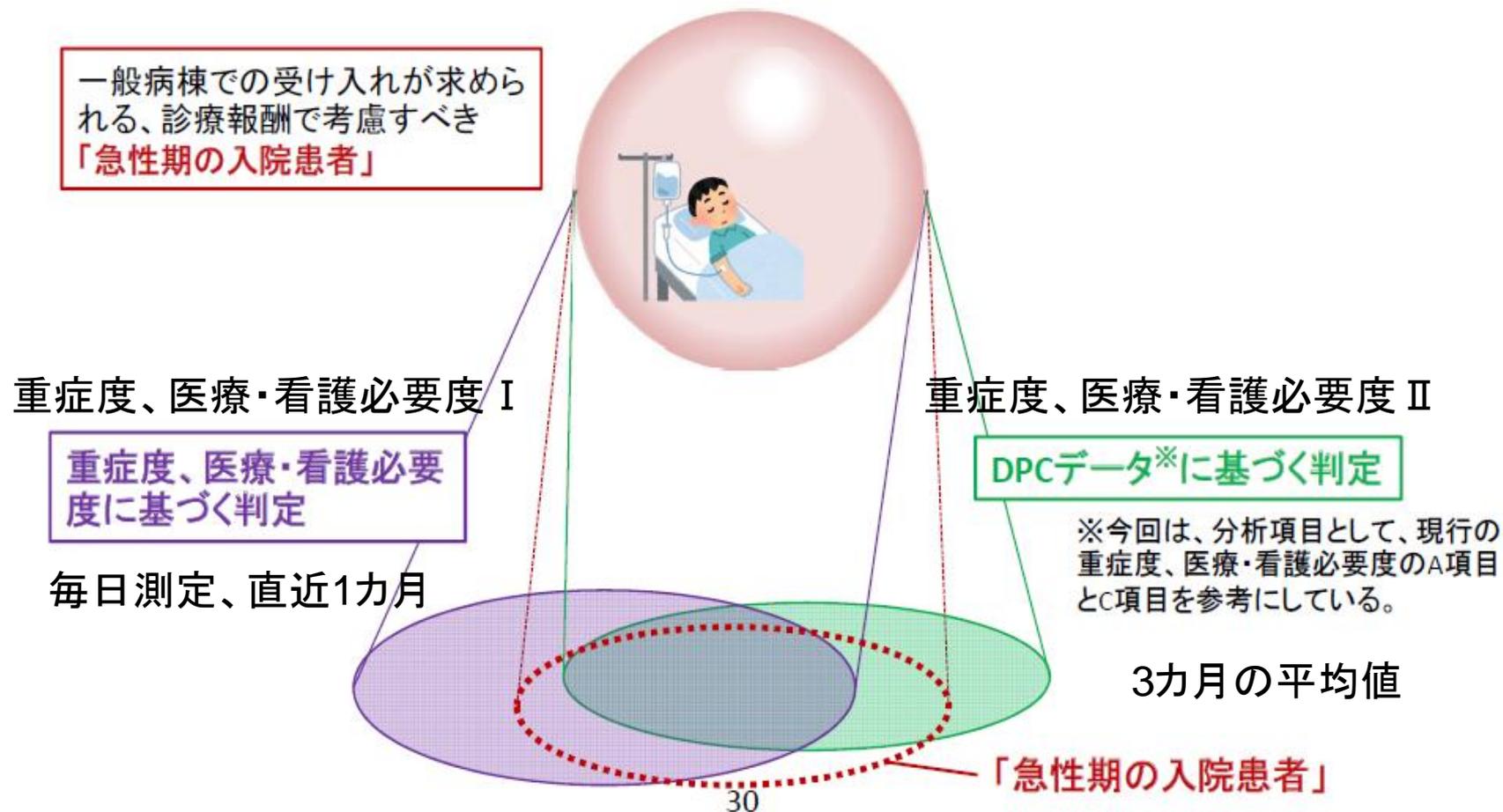
7対1ではカットオフ
値である25%ギリギ
リの病院が圧倒的だ
が、10対1では正規分
布に近くなっている

段階的に評価
してよいので
はないか？

入院医療分科会 2017年8月24日

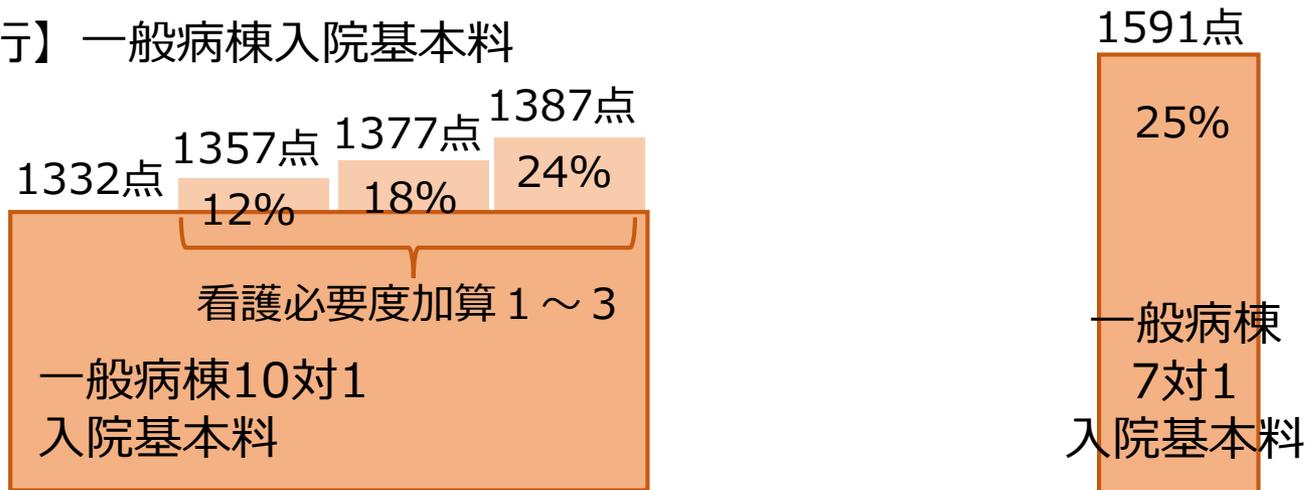
急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 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。



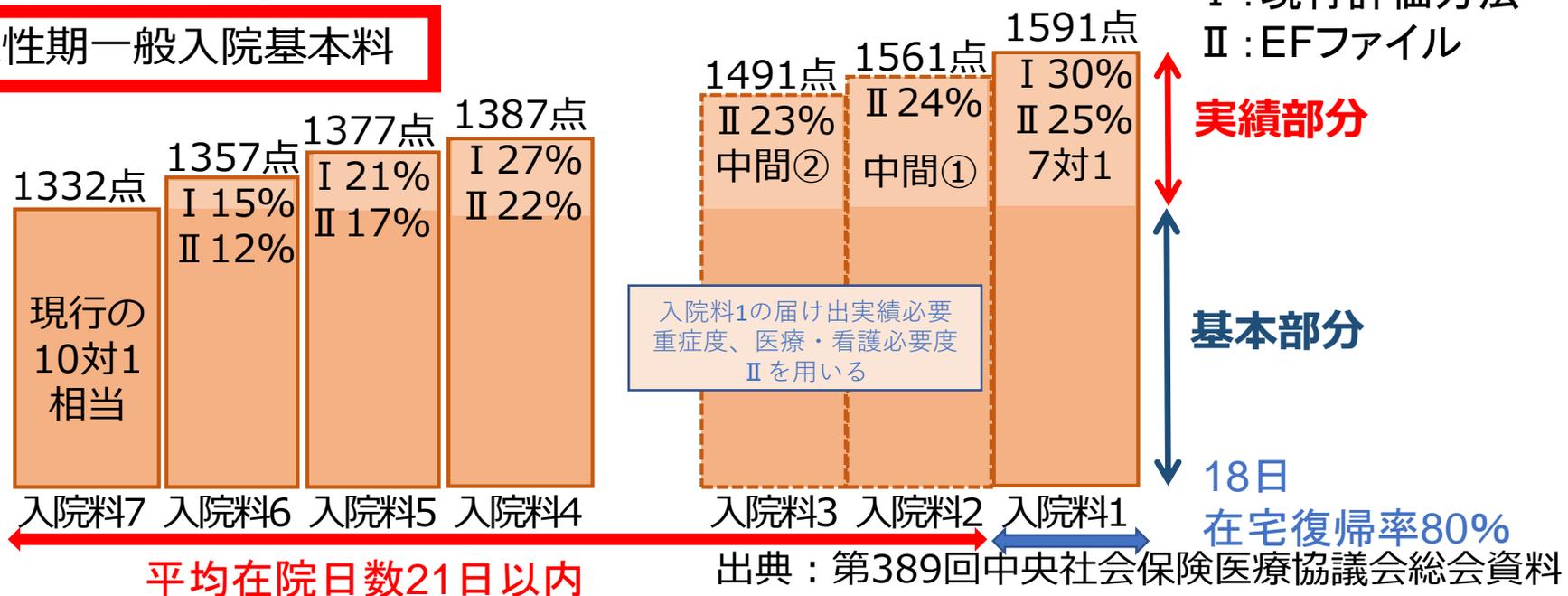
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

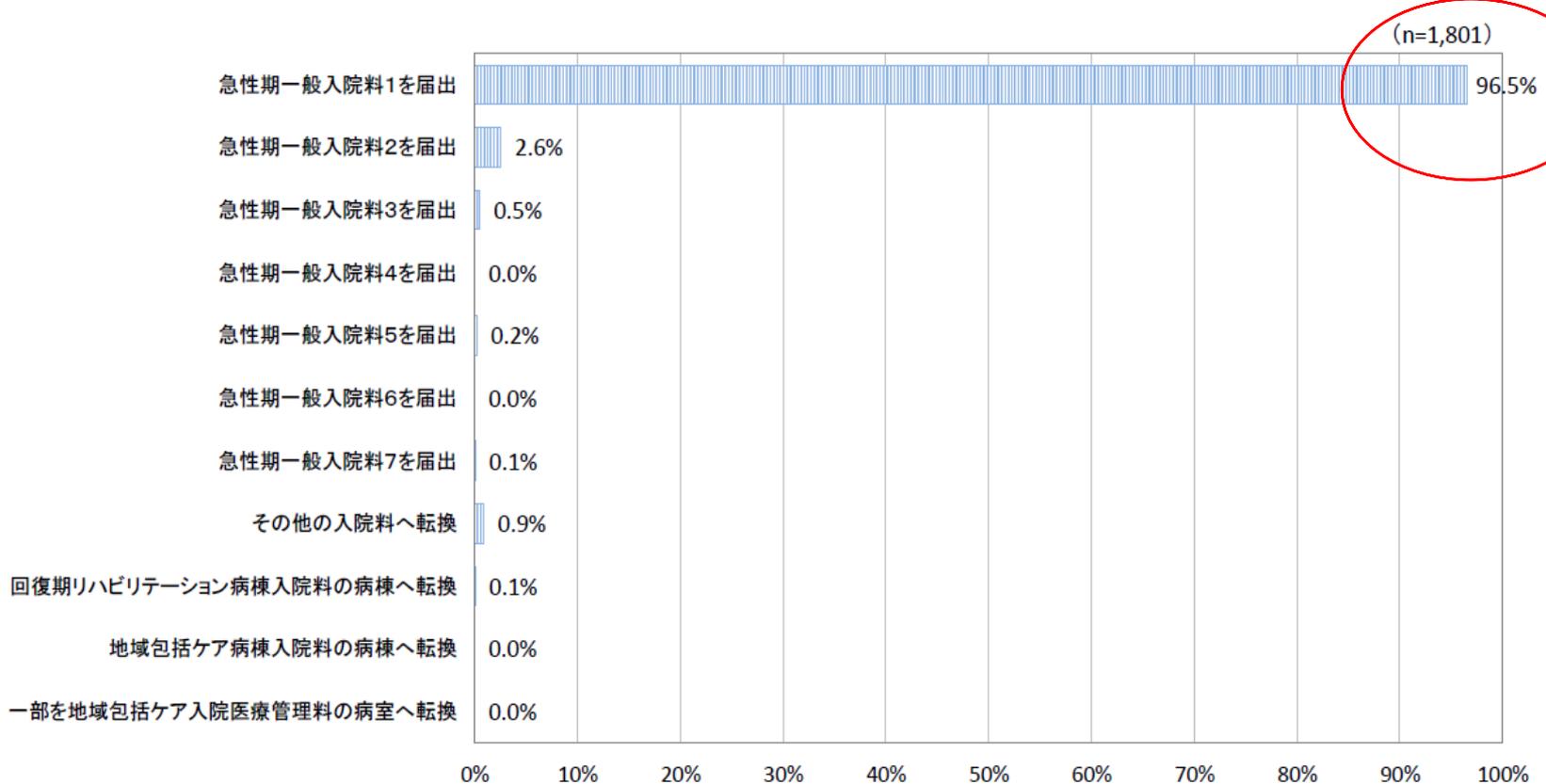
急性期一般入院基本料



改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多かった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般入院料2を届出ている病棟が多かった。

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の平成30年11月1日時点の届出状況



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）

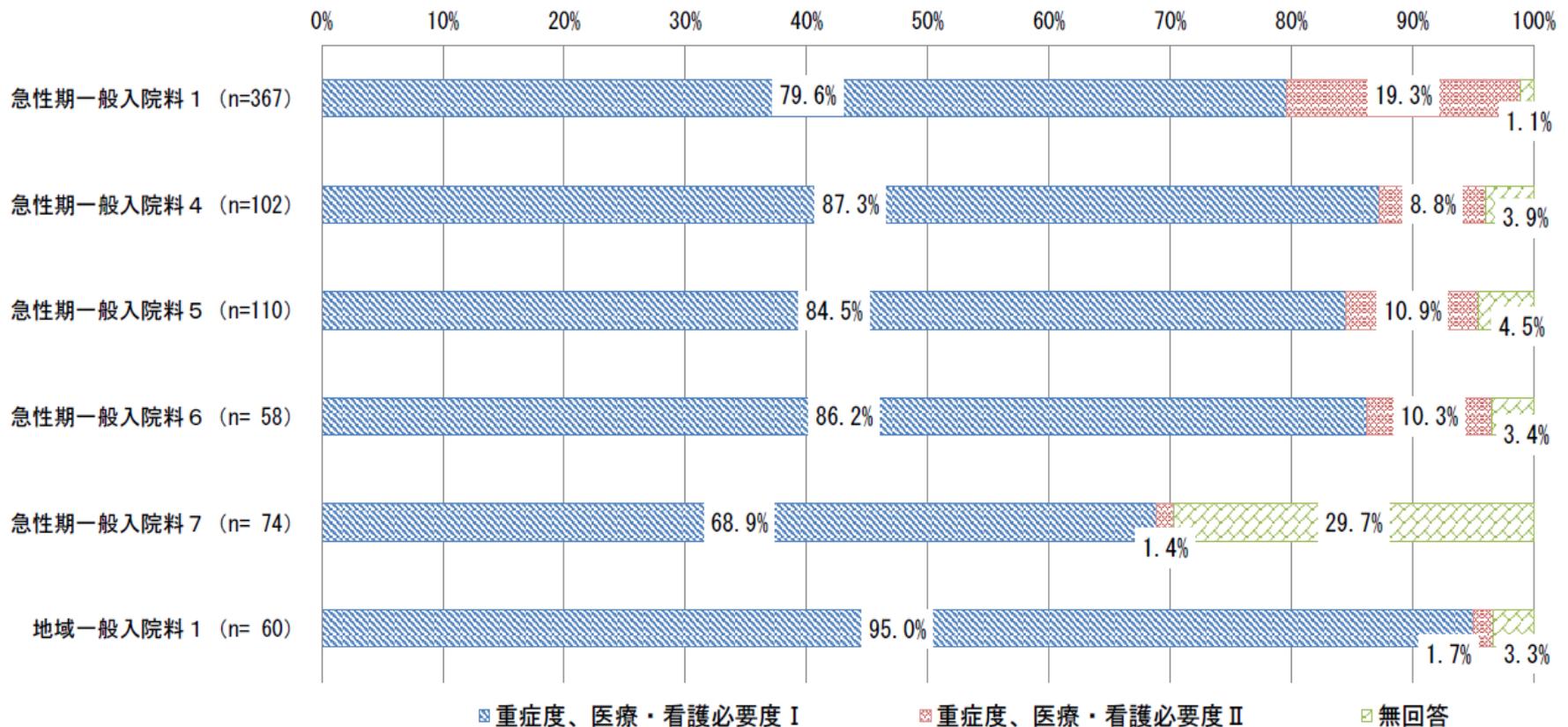
2017年11月		2018年6月						
一般病棟入院基本料	合計	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2	急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	急性期一般入院料5	急性期一般入院料6	急性期一般入院料7
7対1	1,527	1,480	26	0	3	2	2	0
10対1	2,177	29	4	0	459	689	508	431
13対1	402	0	0	0	2	6	9	5
15対1	744	0	0	0	0	0	1	2

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

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では約2割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別



※届出区分無回答のものは除く

中医協基本問題小委員会(2019.6.12)

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの改定前後の割合の変化について、分布を含め、更なる分析が必要ではないか
- 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差について、分布を含め、更なる分析が必要ではないか
- 重症度、医療・看護必要度の該当項目について、更なる分析が必要ではないか
- B項目の14・15を用いた新基準に該当する場合について、更なる分析が必要ではないか

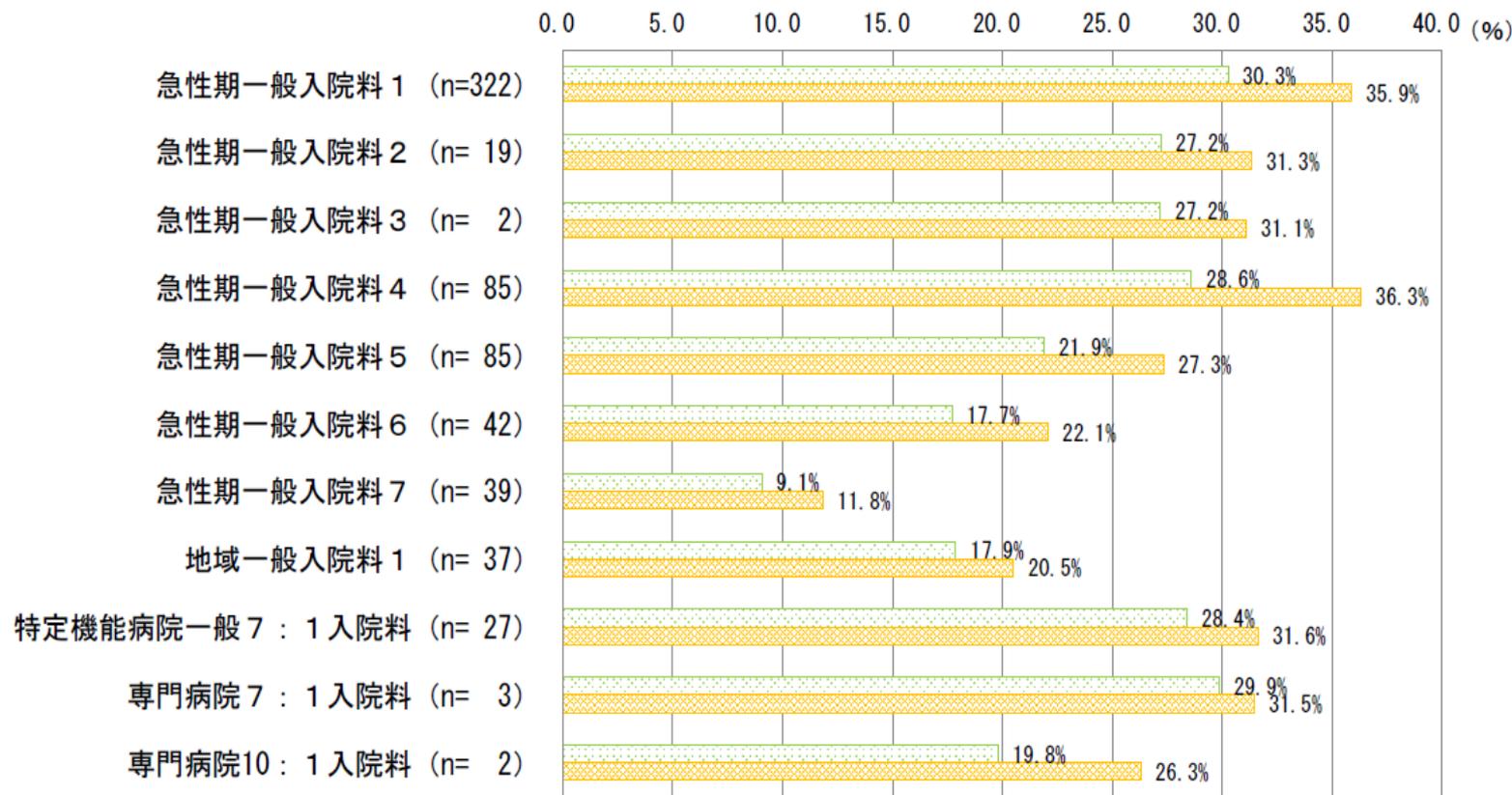
入院医療等の調査・評価分科会(2019.6.7)

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合が改定後に大きく上昇している医療機関について、更なる分析が必要ではないか
- 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差について、ⅠとⅡの両方を算出している医療機関に限定して分析を行うべきではないか
- 重症度、医療・看護必要度の割合について、病床規模で分けて分析を行うべきではないか

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較 (H29/H30)

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成29年と平成30年のいずれも回答した施設の平均をみると、平成30年の方が割合が高かった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較)



※届出区分無回答のものは除く

※平成29年と平成30年（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）の両方を回答したのもののみ集計

□ 平成29年 8月～10月

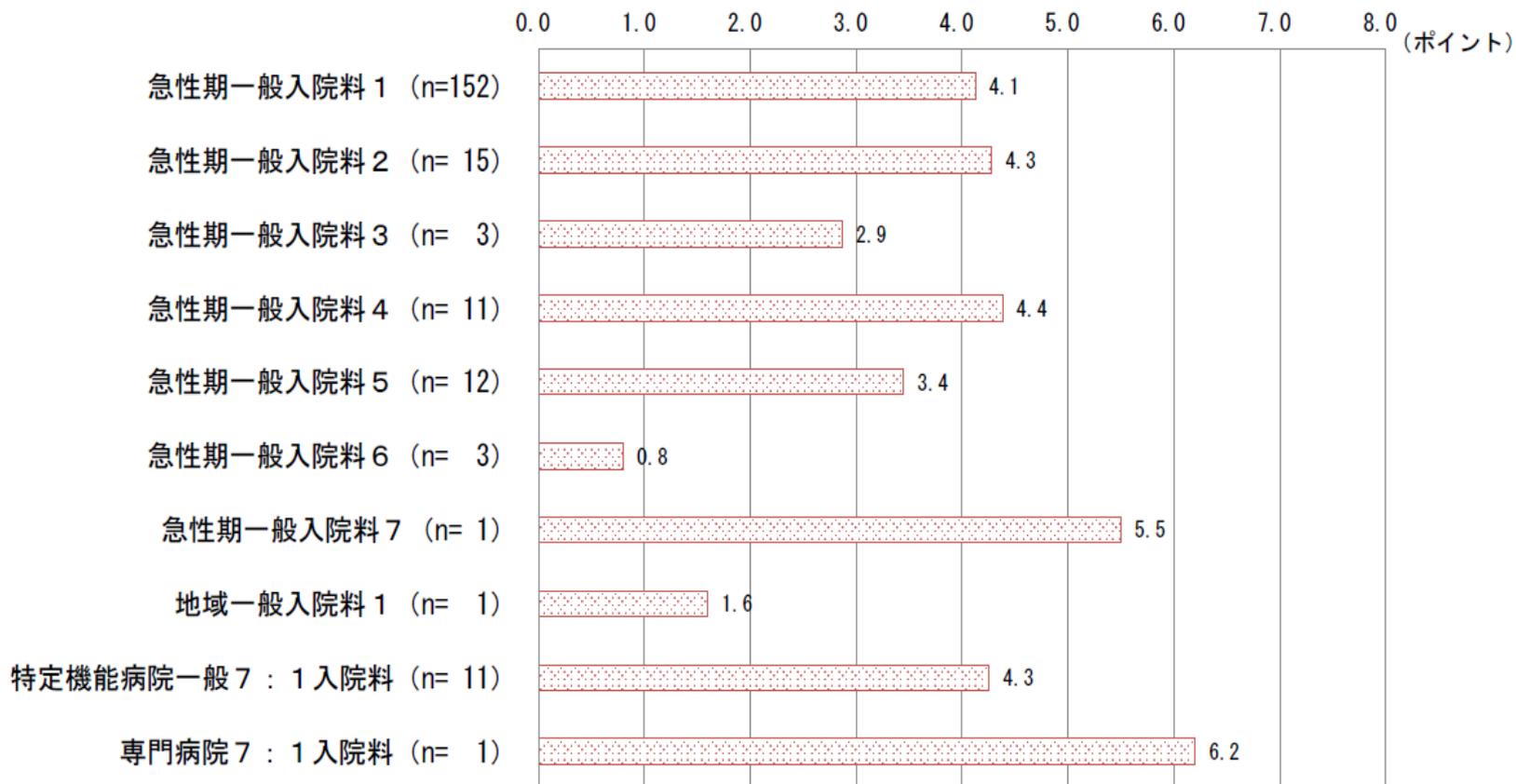
■ 平成30年 8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の差（Ⅰ／Ⅱ）

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成30年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設における差の平均をみると、急性期一般入院料1では4.1ポイントの差があった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者割合の差
（平成30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



※届出区分無回答のものは除く

※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

□ 平成30年8月～10月における重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差〔Ⅰ－Ⅱ〕

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

一般病棟入院料等入院基本料等について

【現状・課題】

（患者の状態）

- ・ 入院料・病床規模ごとの患者の状態をみると、急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど、高齢の患者、要支援・要介護の患者の割合が多く、自立の患者が少ない傾向にあった。

（重症度、医療・看護必要度）

- ・ 平成30年度診療報酬改定において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の一部項目の見直し、該当患者の基準の追加、重症度、医療・看護必要度Ⅱの新設等を行った。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合について、改定前と改定後を比較すると、全体として改定後の割合の方が高く、急性期一般入院料1においては差が2.5ポイント以上5ポイント未満の施設が最も多かった。ただし、入院料によって、分布がばらついていた。
- ・ 改定後の重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの該当患者割合を比較すると、全体としてⅠの割合の方が高く、急性期一般入院料1においては差が2.5ポイント以上5ポイント未満の施設が最も多かった。ただし、入院料によって、分布がばらついていた。
- ・ 平成30年度に新設された重症度、医療・看護必要度の基準を満たした患者は、Ⅰの該当患者のうち約5～7割、Ⅱの該当患者のうち約3～5割であった。

（看護職員の配置状況）

- ・ すべての急性期一般入院料において、25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）の届出が最も多かった。

（今後の届出の意向）

- ・ 入院基本料別の今後の届出の意向をみると、「現状を維持」が最も多く、「他の病棟へ転換」は約1～2割であった。

【論点】

- 重症度、医療・看護必要度の改定前後の該当患者割合の差や、改定後のⅠとⅡの割合の差をみると、急性期一般入院料1等において5ポイント前後の施設が多かったことについて、どのように考えるか。
- 重症度、医療・看護必要度の改定前後の割合の差や、ⅠとⅡの割合の差に着目した分析や、項目別・基準別の該当患者割合に着目した分析等については、今後、届出入院料や患者の状態等の観点も踏まえて進めてはどうか。

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

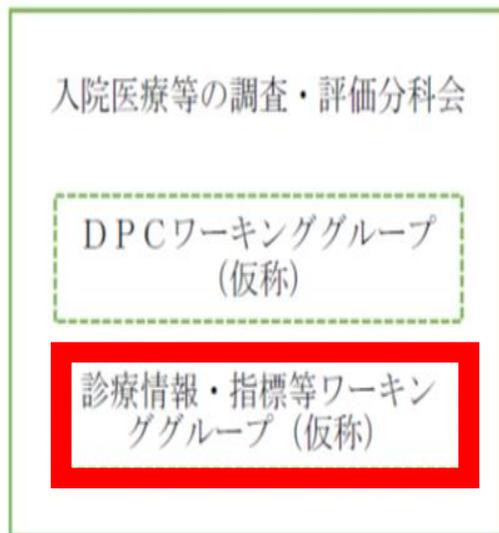
分科会長 武藤

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

2019年厚生労働科学研究「急性期ン誘因患者に
対する医療・看護の必要性和諸君配置等の指標
の開発に関する研究 (松田晋哉)

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

2020年改訂予測

- ○7対1は消える？
- ○重症度、医療・看護必要度Ⅱに統一
(B項目がなくなる？)
- ○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？
- ○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

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？

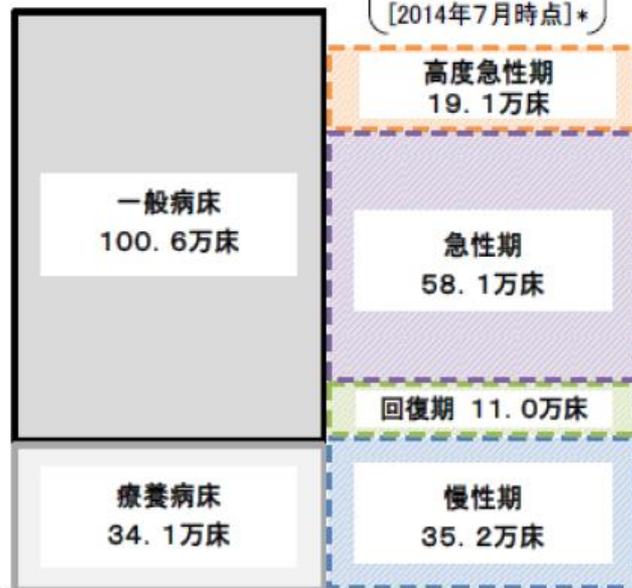
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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

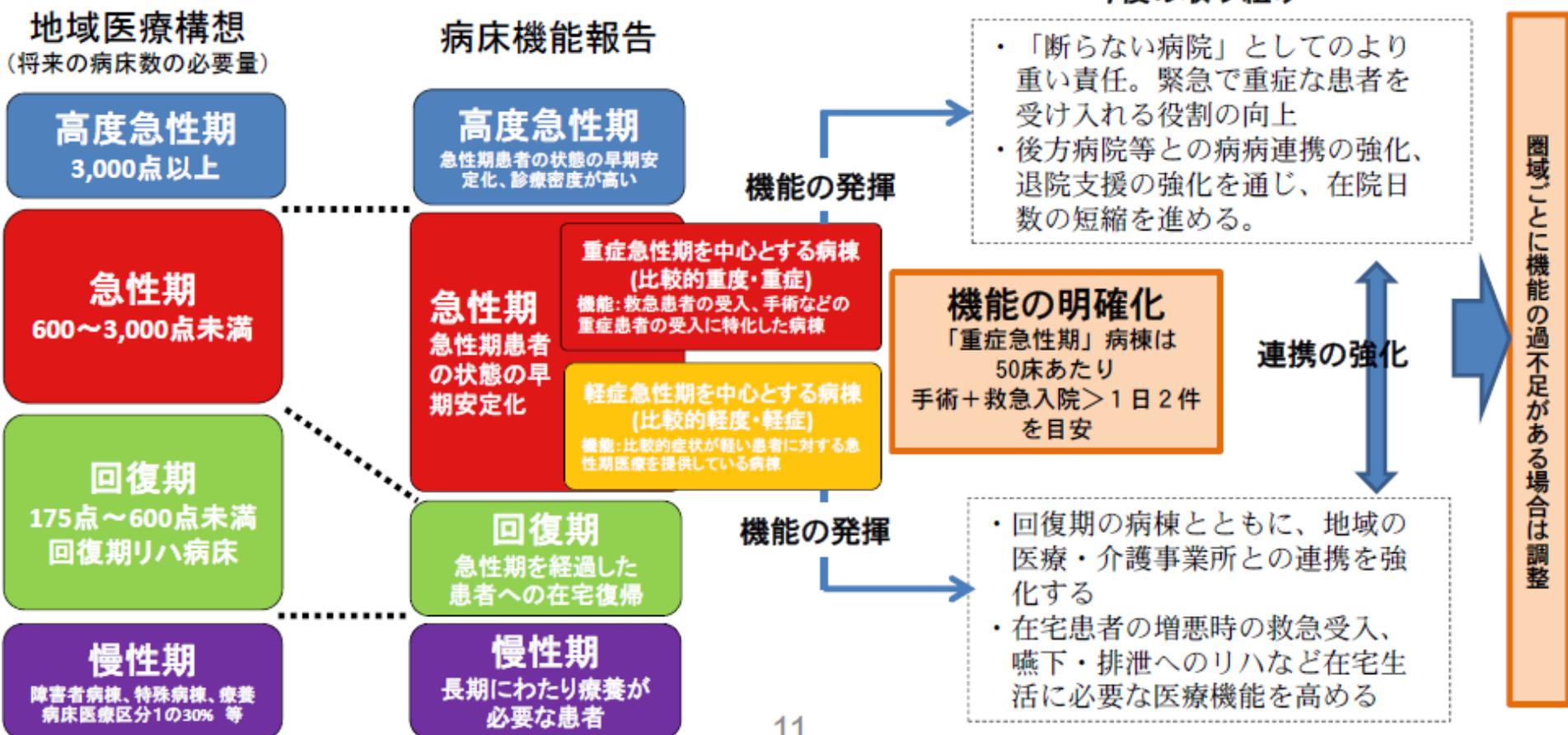
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 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

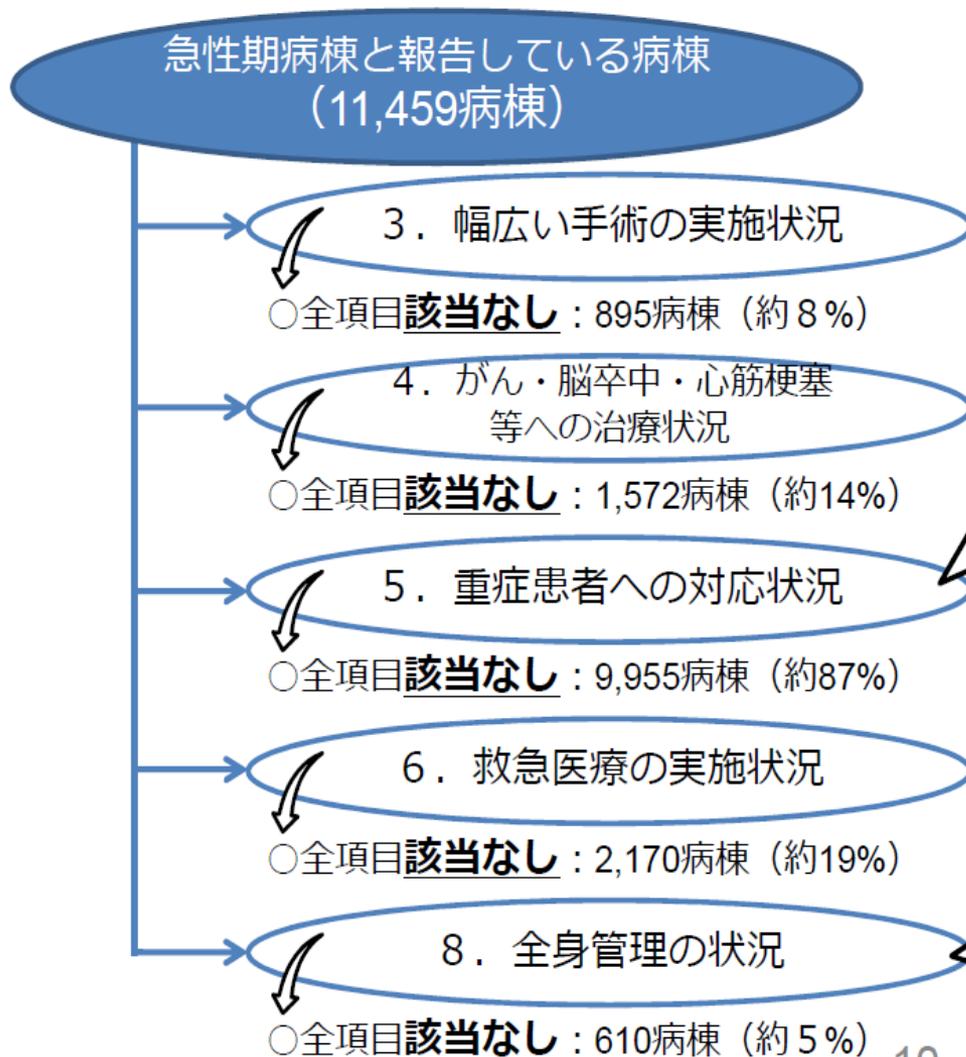
急性期の報告の「奈良方式」

- 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。)



- 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	

地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

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

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

急性期・高度急性期

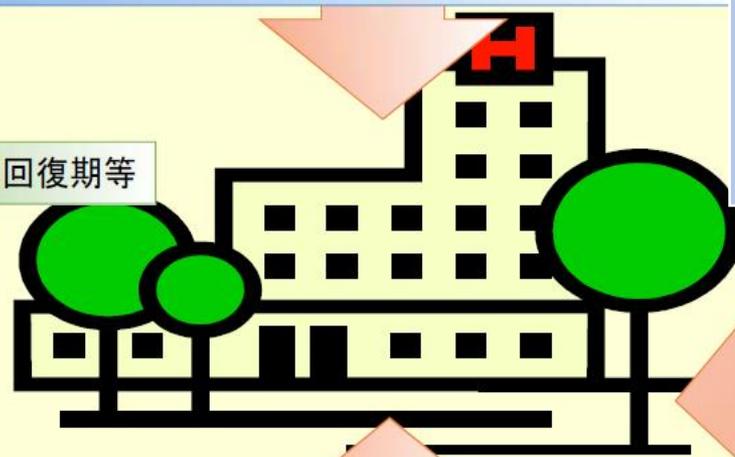


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等



介護施設等



自宅・在宅医療

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

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

【入棟元】 (n=1,395)

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

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床	在宅復帰機能強化加算あり		0.9%
	在宅復帰機能強化加算なし		1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床			0.5%
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり		0.0%
	在宅復帰機能強化加算なし		0.2%
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
	上記以外		3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

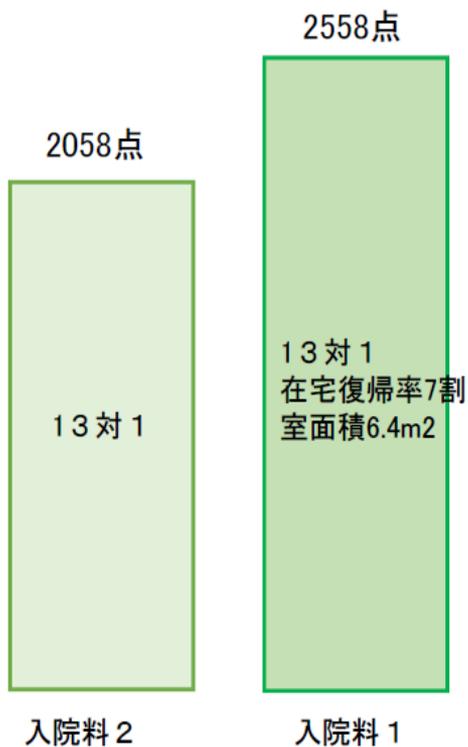
地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

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】



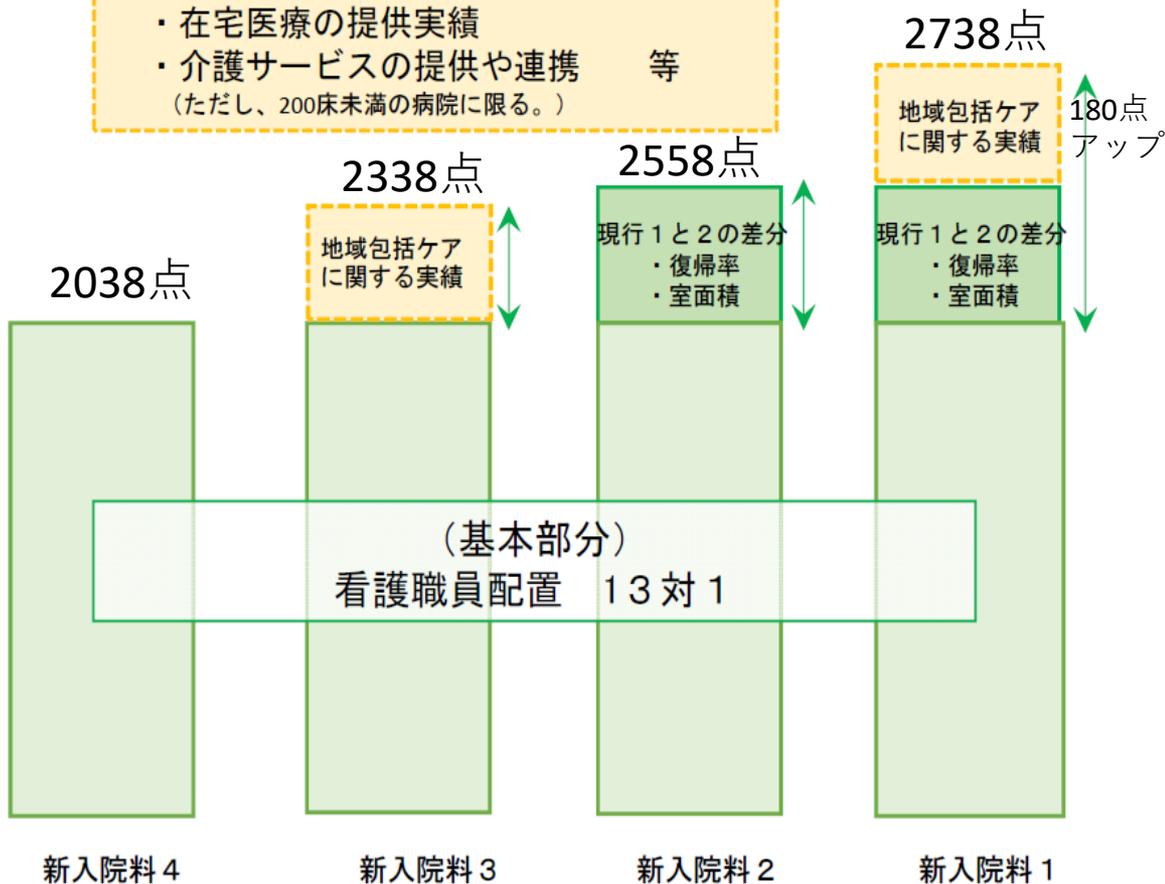
再編

【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。)

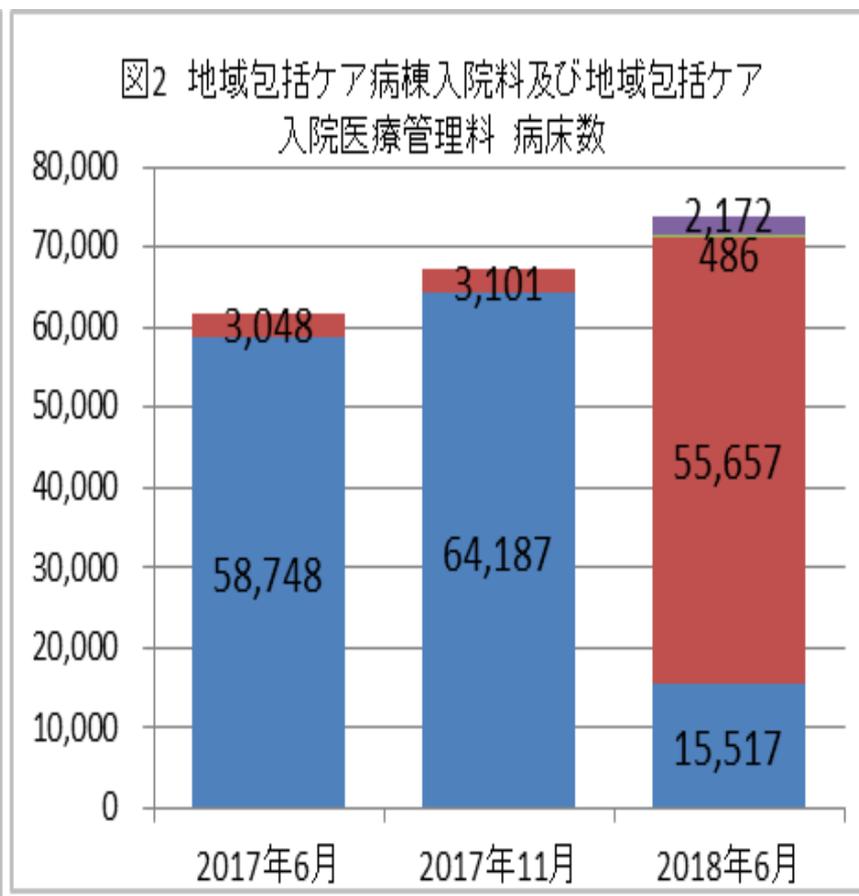
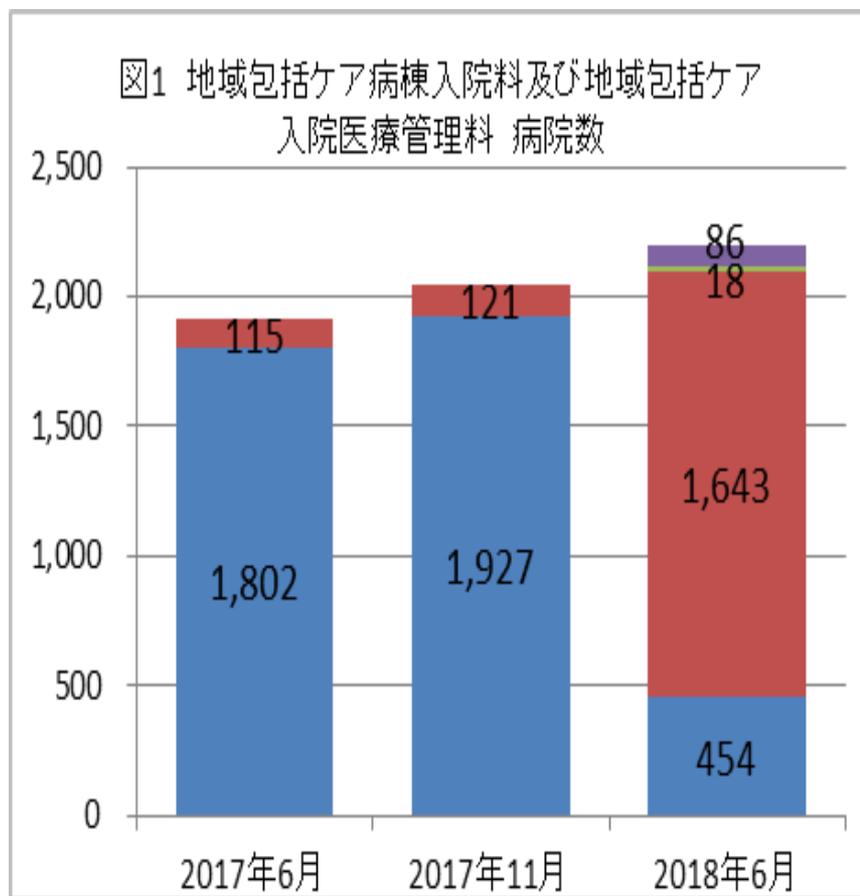
- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



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

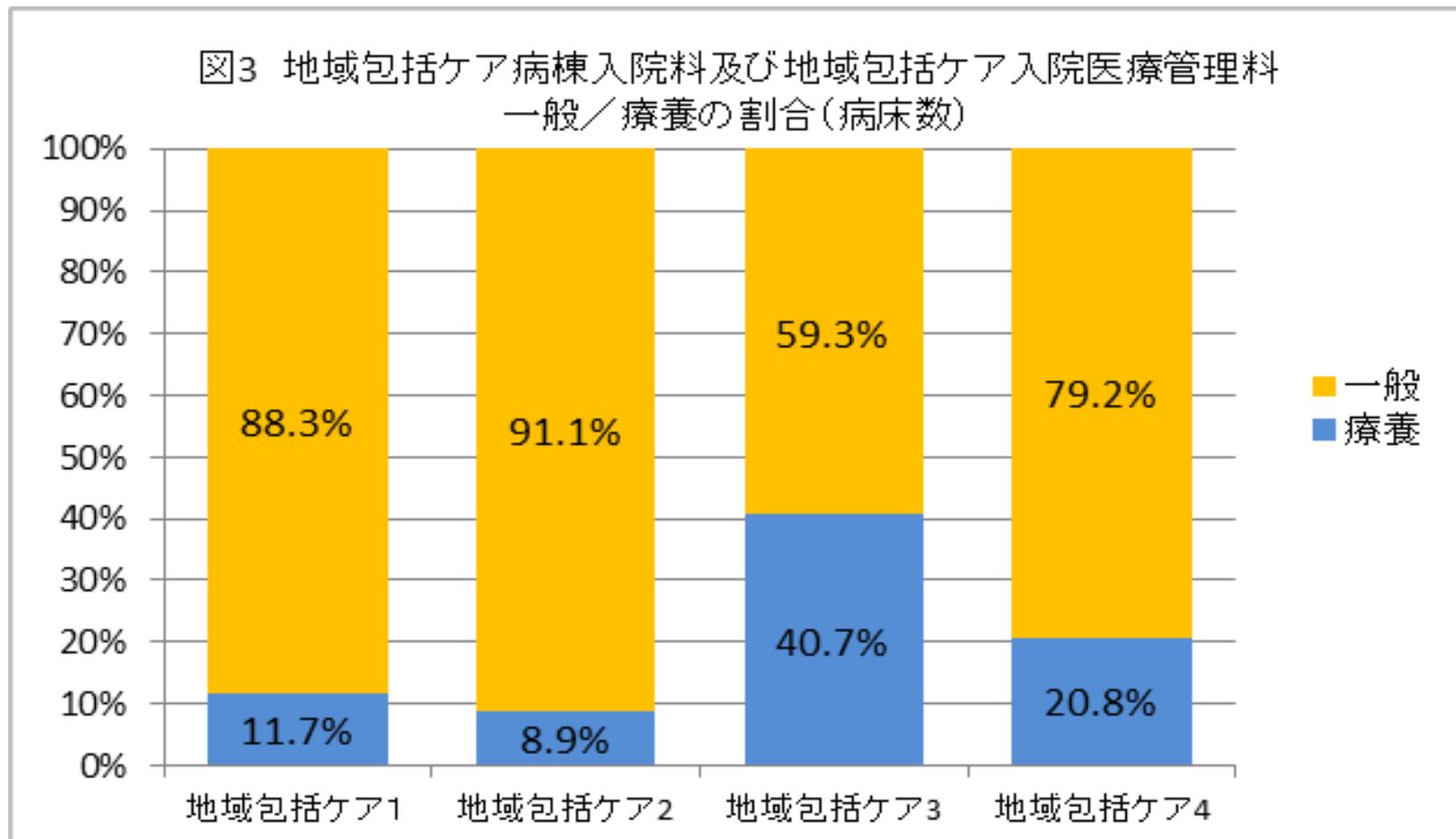
地域包括ケア病棟 2191病院、73,832床（2018年6月）



■ 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）

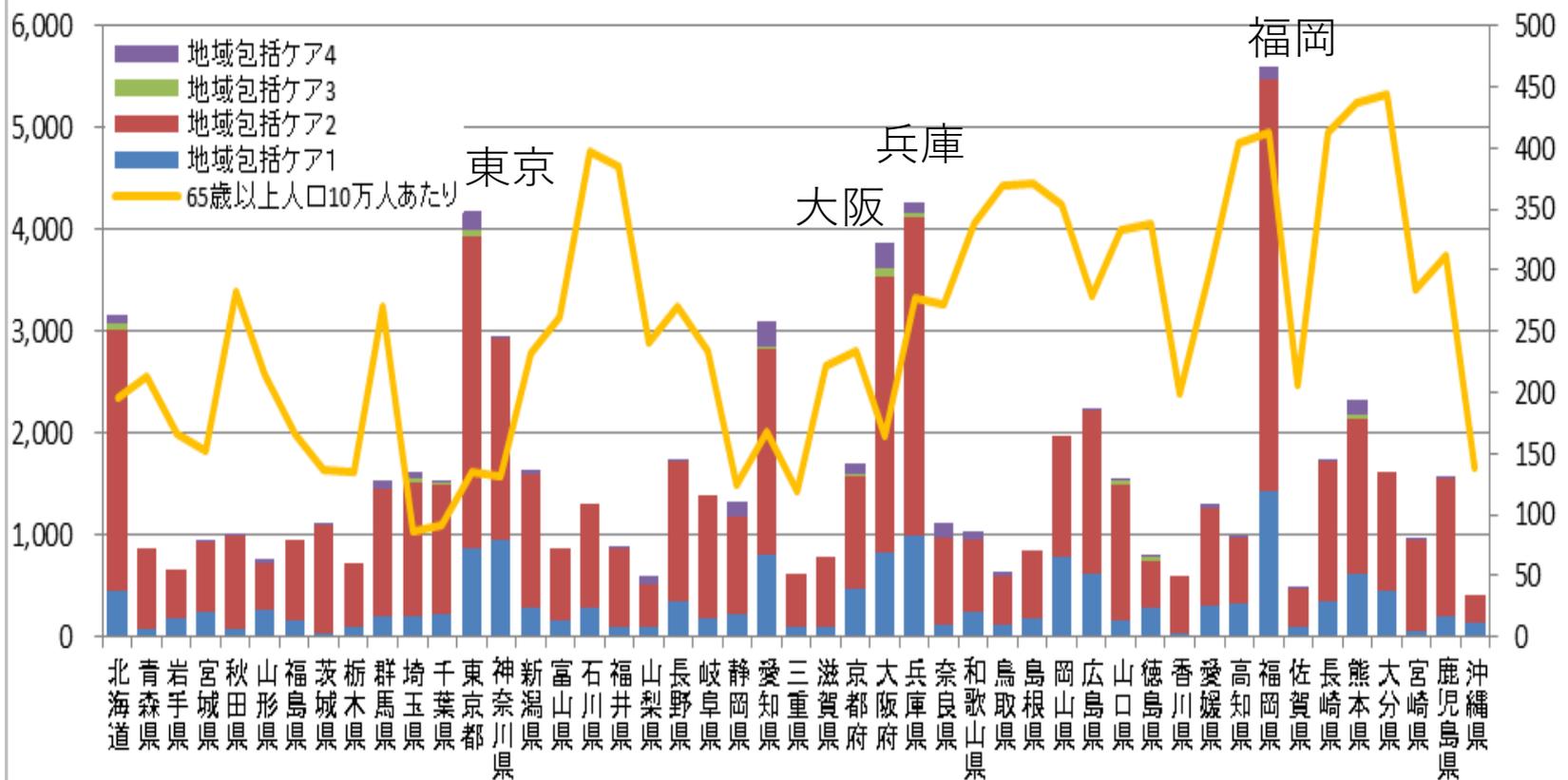
地域包括ケア病棟

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。

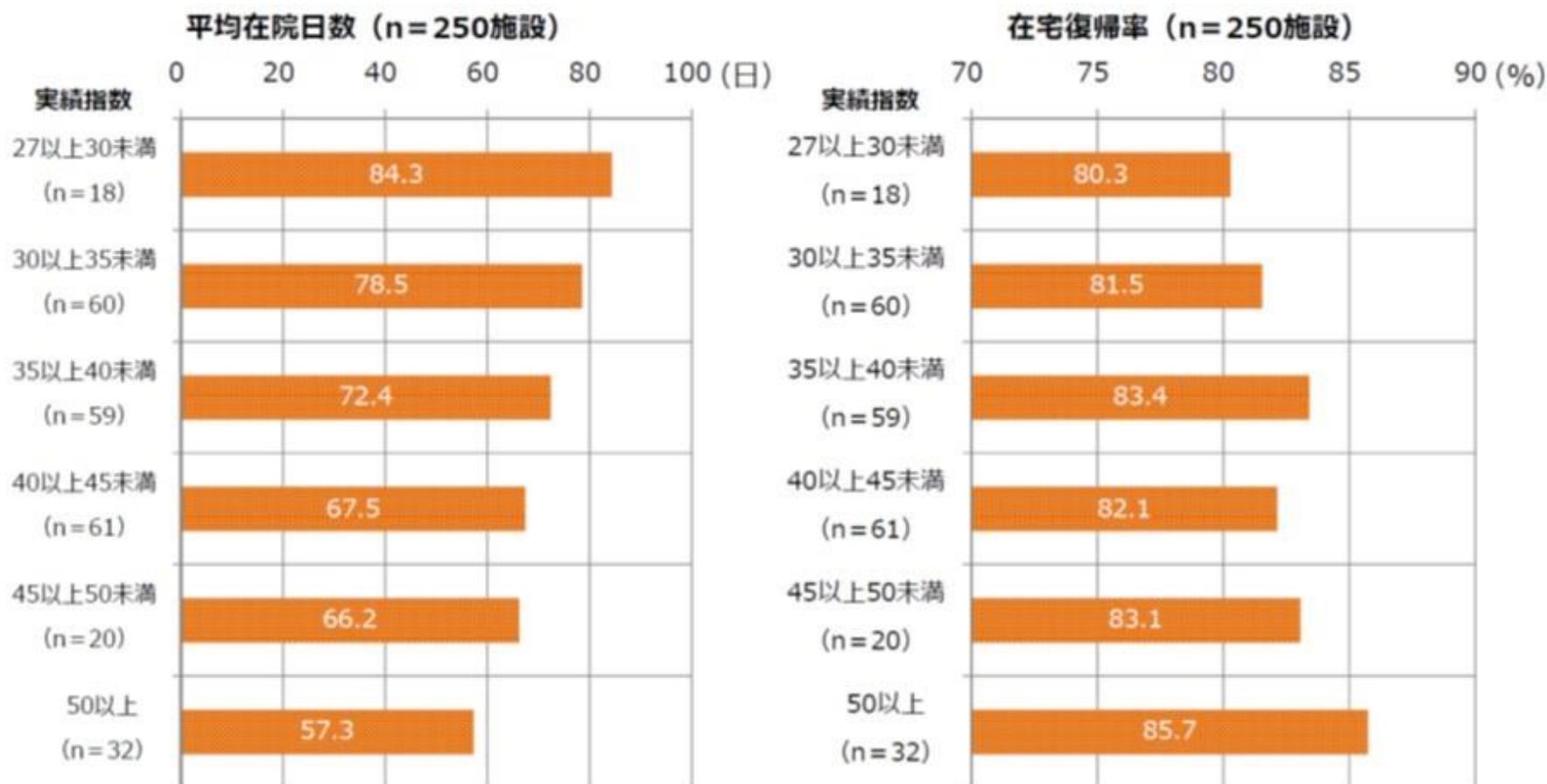
（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 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。

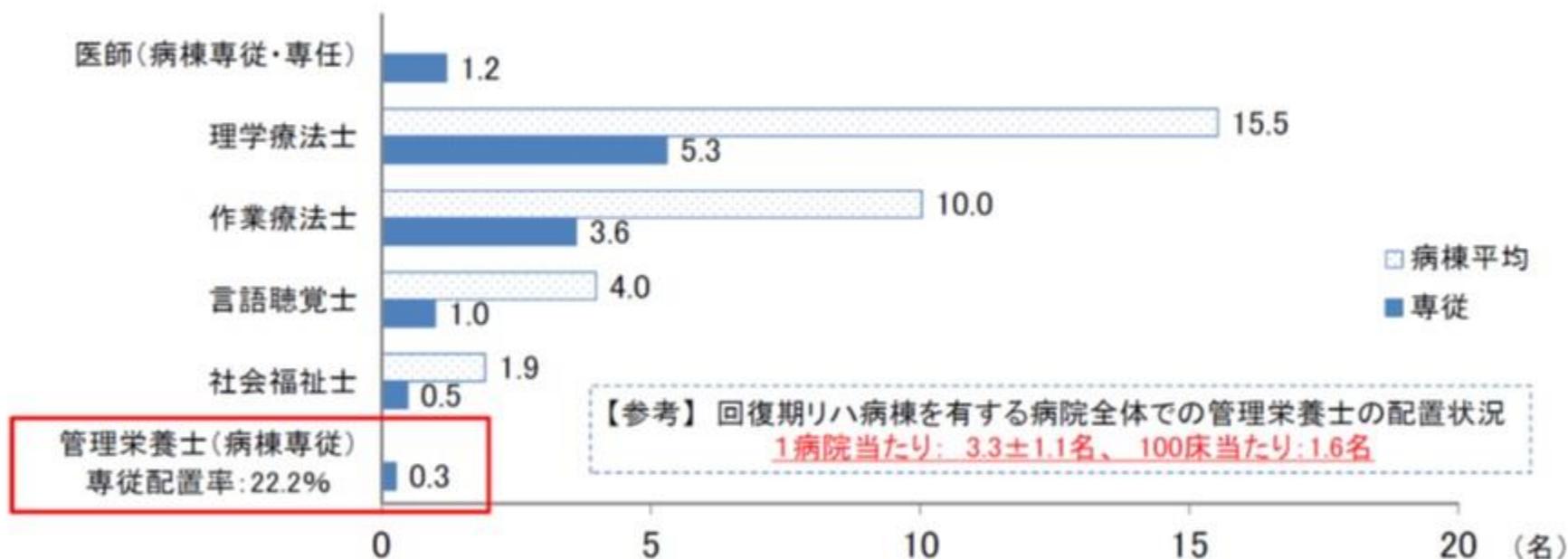


※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

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

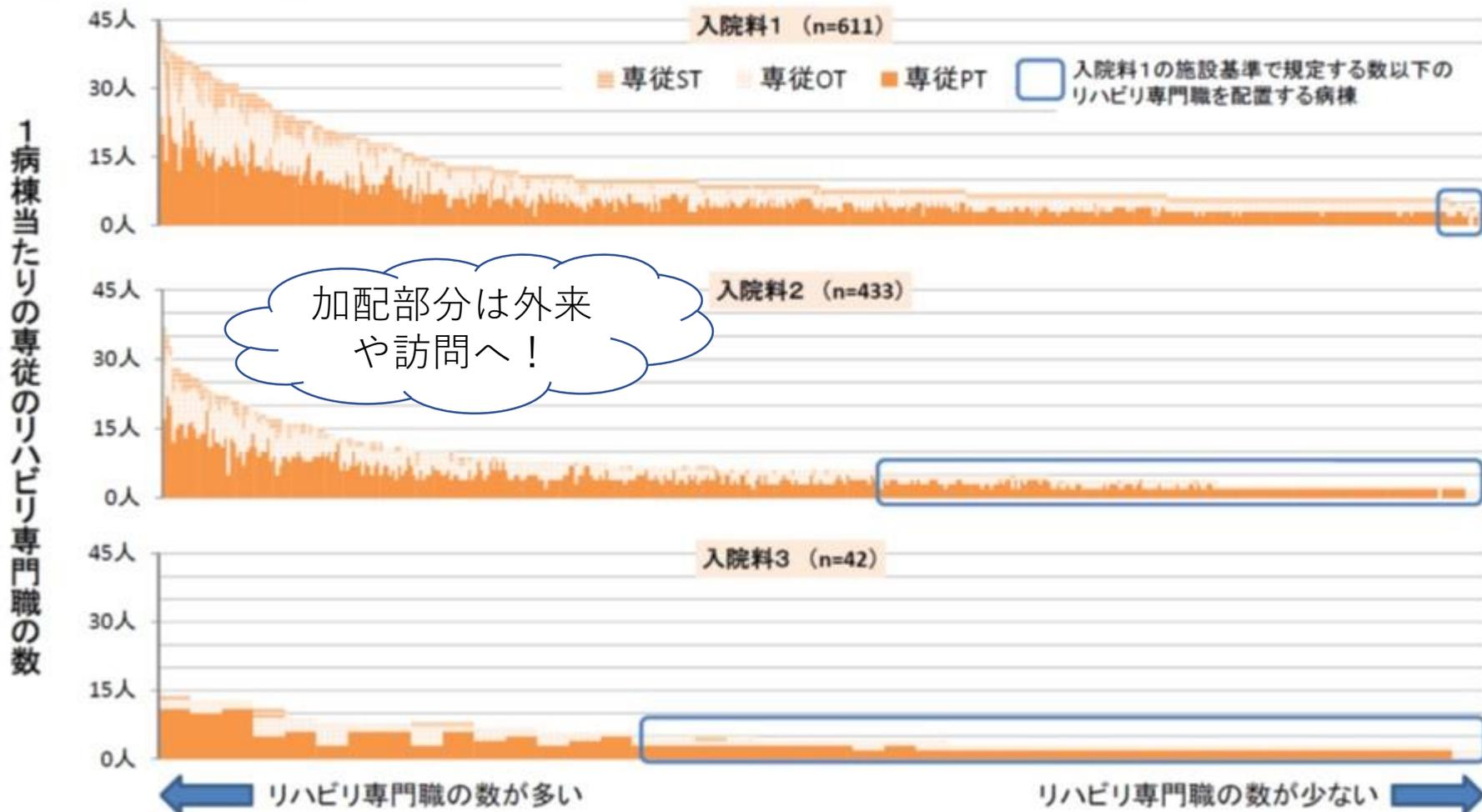
※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

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。

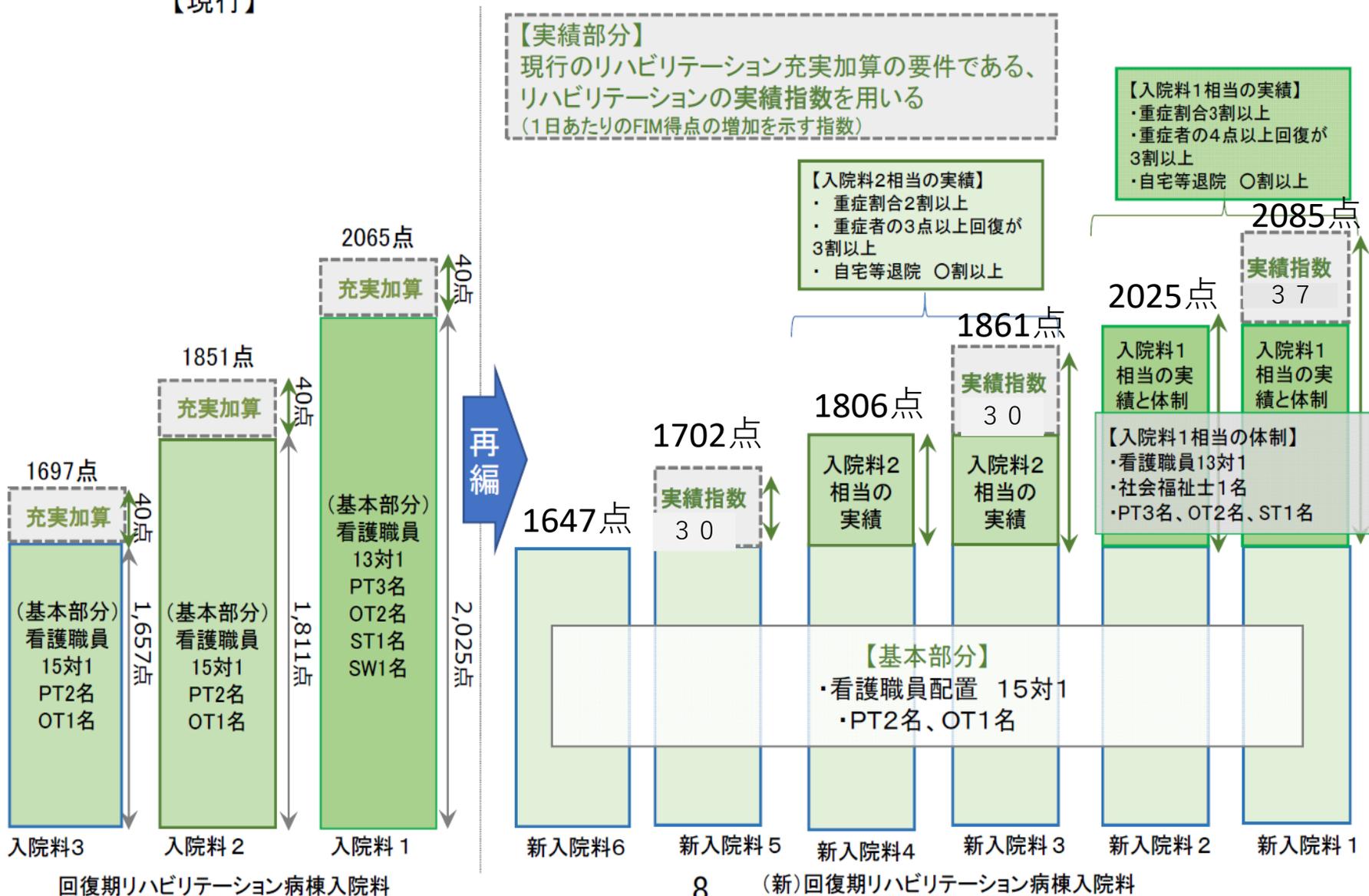


出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

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・嚥下リハに着目！

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）

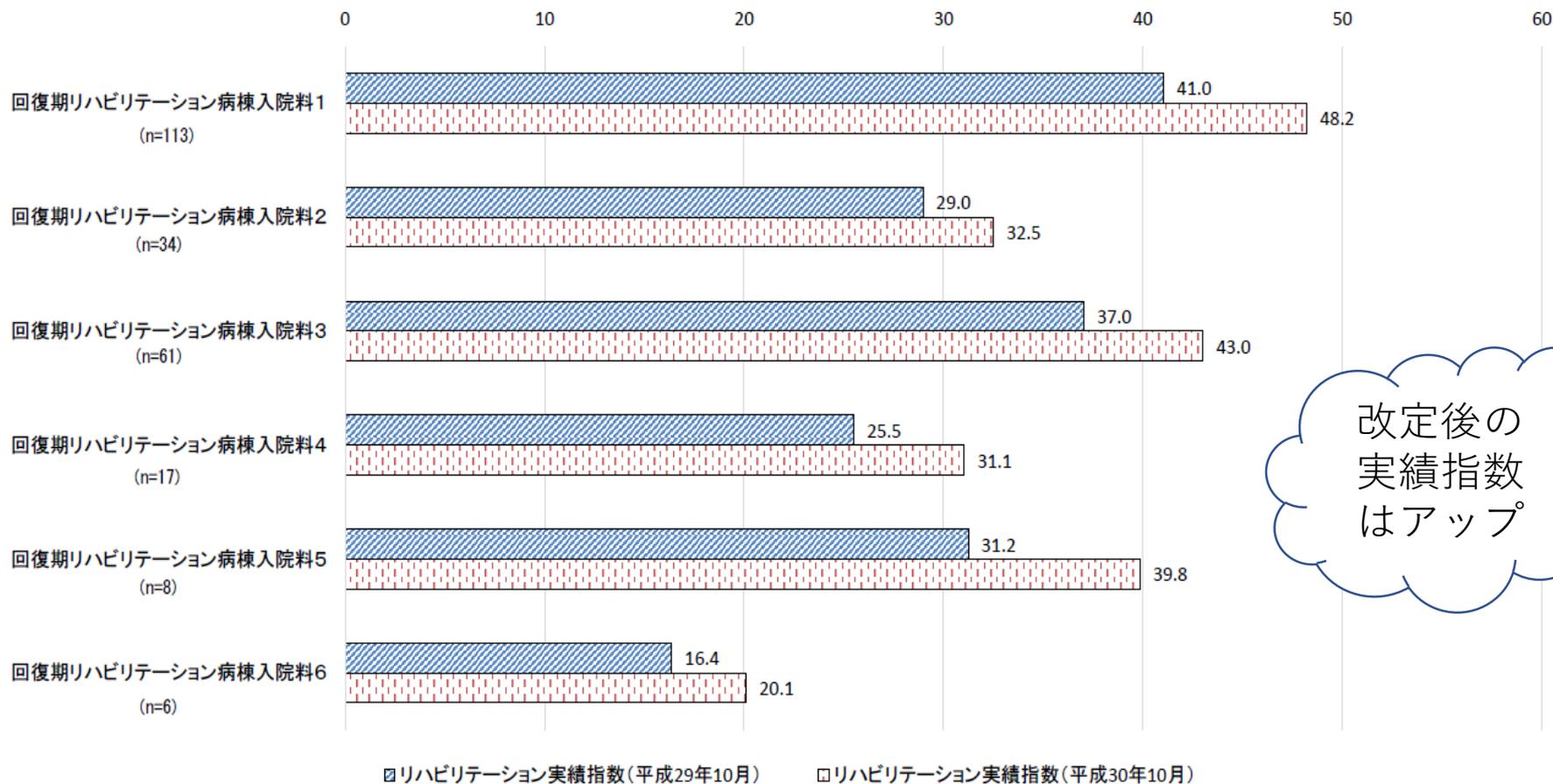
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

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																	

リハビリテーション実績指数について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、平成29年10月と平成30年10月のリハビリテーション実績指数を比較すると、全体的に上昇傾向にあった。
- リハビリテーション実績指数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1，3又は5を算定する病棟を有する医療機関において高い傾向にあった。

リハビリテーション実績指数



改定後の
実績指数
はアップ

入院患者の評価指標の課題(案)

- 平成30年度診療報酬改定における中医協答申書附帯意見において、入院医療については「入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること」とされている。
- 次回改定に向けて、入院患者の医療・看護の必要性に係る指標については、それぞれの入院料に応じて、医療機能をより適切に評価するため、以下の検討が必要。
 - ・ 重症度、医療・看護必要度については、平成30年度改定における評価基準の見直しや、重症度、医療・看護必要度Ⅱの創設を踏まえた検討
 - ・ 医療区分については、平成30年度改定における判定方法の見直しを踏まえた検討
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟については、平成30年度改定において入院料の評価体系に実績評価を組み込んだことを踏まえた検討 等
- また、中・長期的には、入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等について、従来の評価指標以外についても、必要な調査研究を含め、検討する必要があるのではないか。

パート 3
どうなる療養病床と
介護医療院？



介護医療院

療養病床問題

療養病床の在り方等に関する検討会

2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

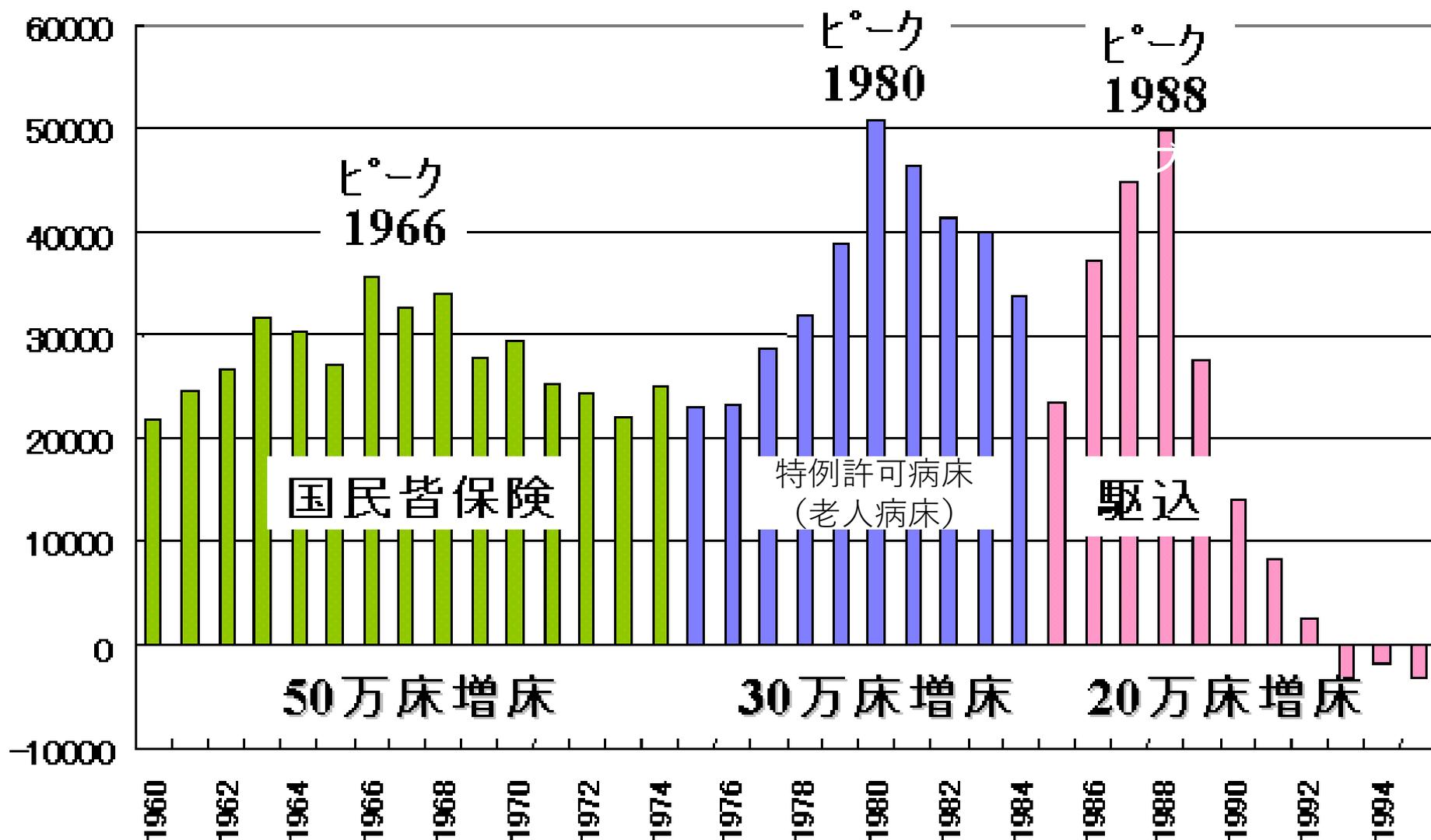
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

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

【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

日本の増床三つのピーク



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。

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

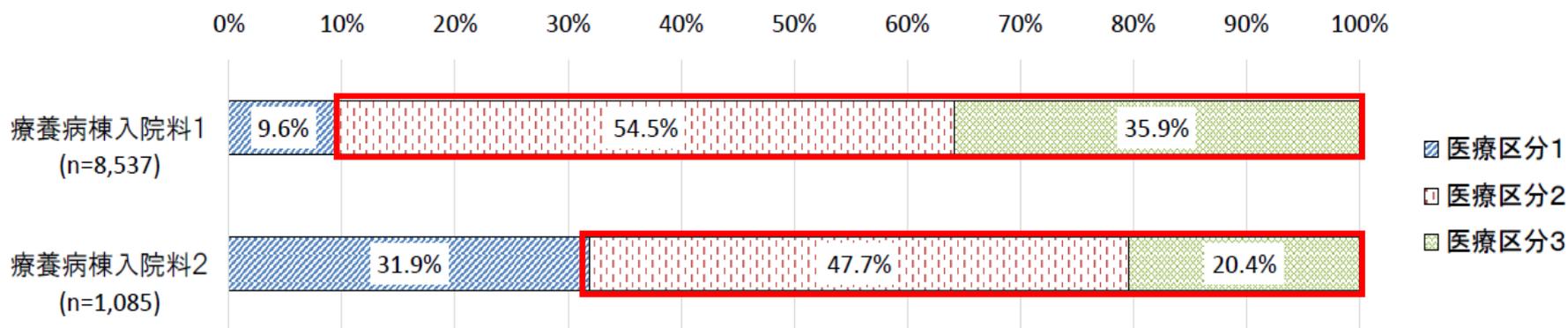
※ 療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護職員及び看護補助者の人員配置は、本則上4:1(診療報酬基準でいう20:1に相当)以上とされているが、同施行規則(附則)に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6:1(診療報酬基準でいう30:1に相当)以上とされている。

※ 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。

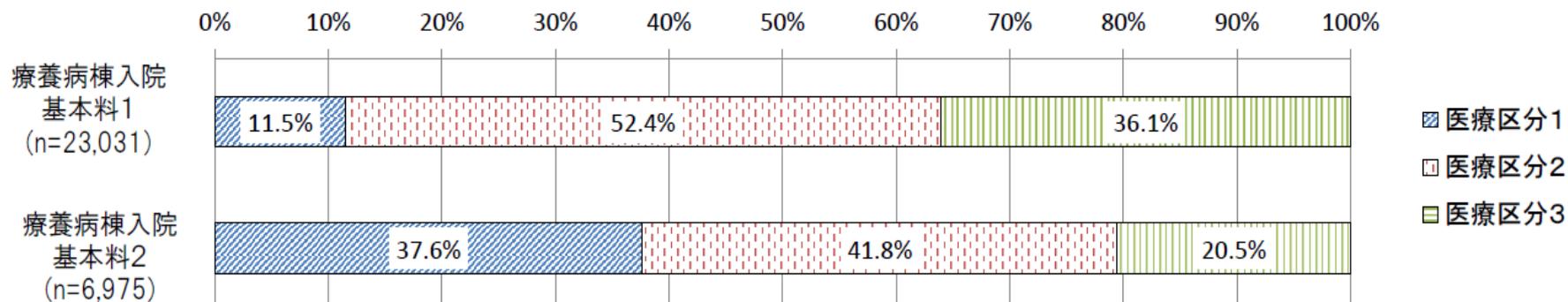
療養病棟入院患者の医療区分

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。

入院患者の医療区分



参考：平成29年度調査

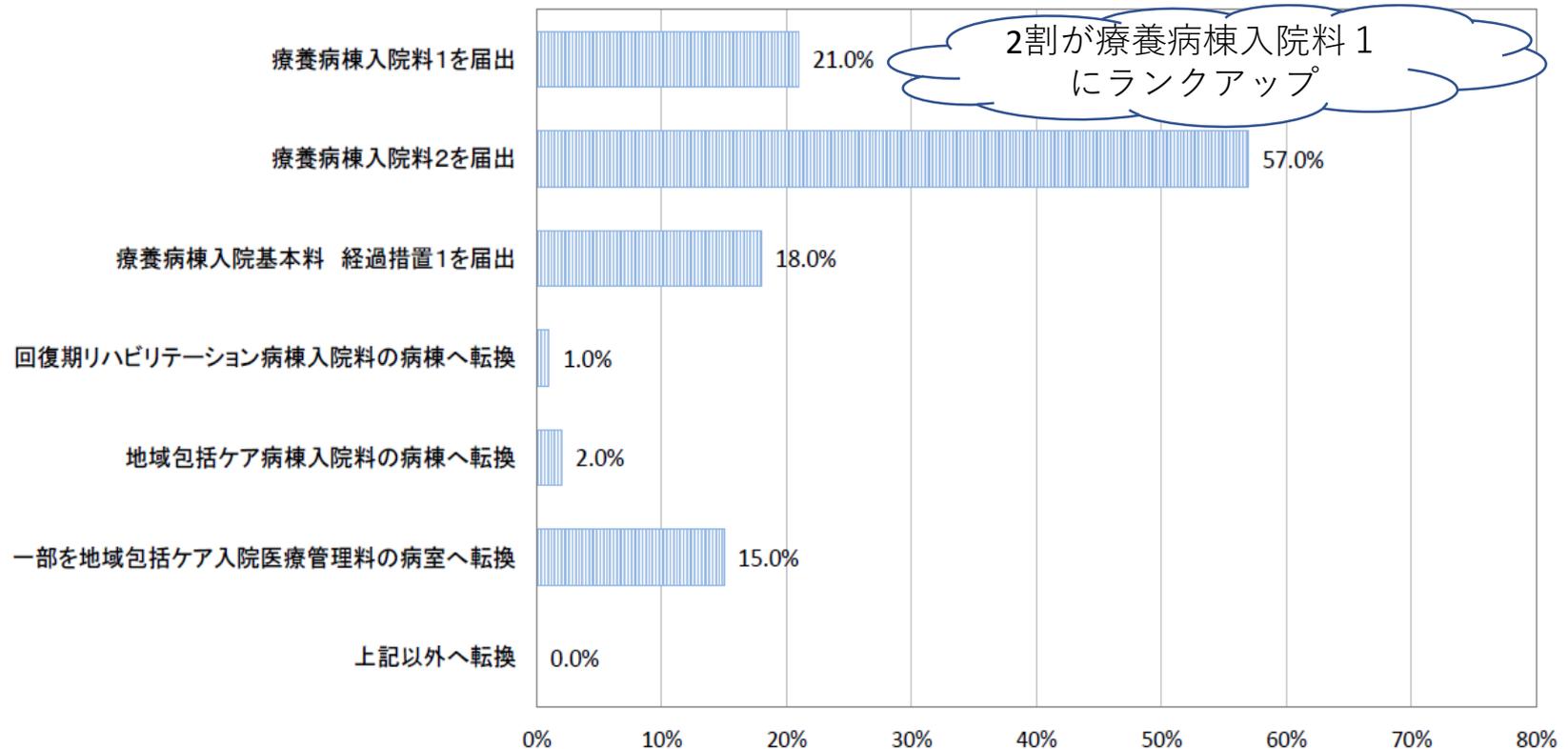


改定前に療養病棟（25対1）を届出していた病棟の状況

- 改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料2を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料の経過措置1を届出している病棟が多かった。

改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届けていた病棟の
平成30年11月1日時点での当該病棟の状況

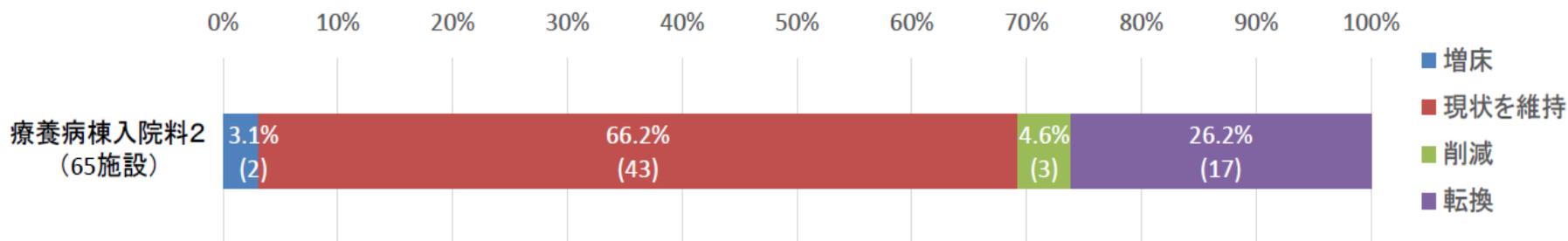
(n=100)



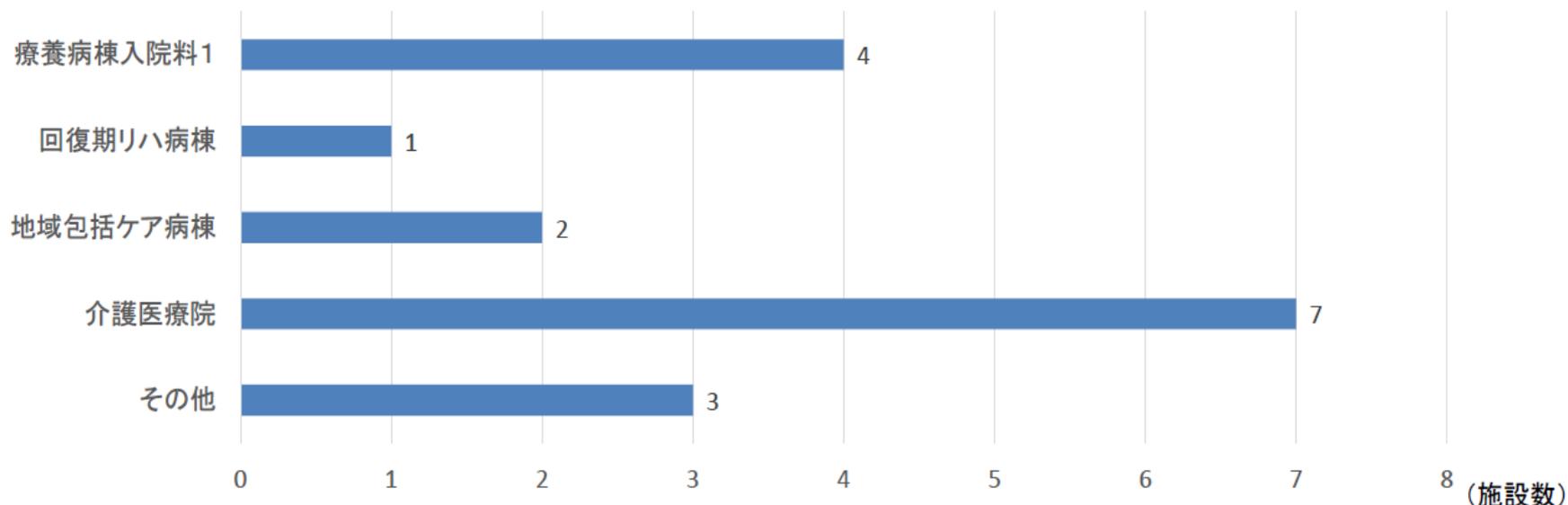
療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

○ 療養病棟入院料2を届出ている病棟のうち、26.2%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1の順に多かった。

療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



介護医療院の創設

介護療養病床、25対1療養病床から
介護医療院への移行

介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病床
の老健転換は
むりすじ

介護療養病床
の医療法人型
特養転換は？



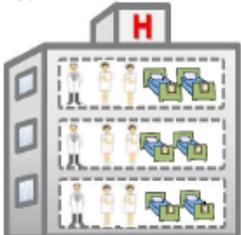
慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

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

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

○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



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

新(案1-1)

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



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

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



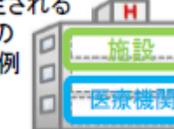
新(案1-2)

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



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

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新類型

新(案2)

医療機関に併設

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



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

(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

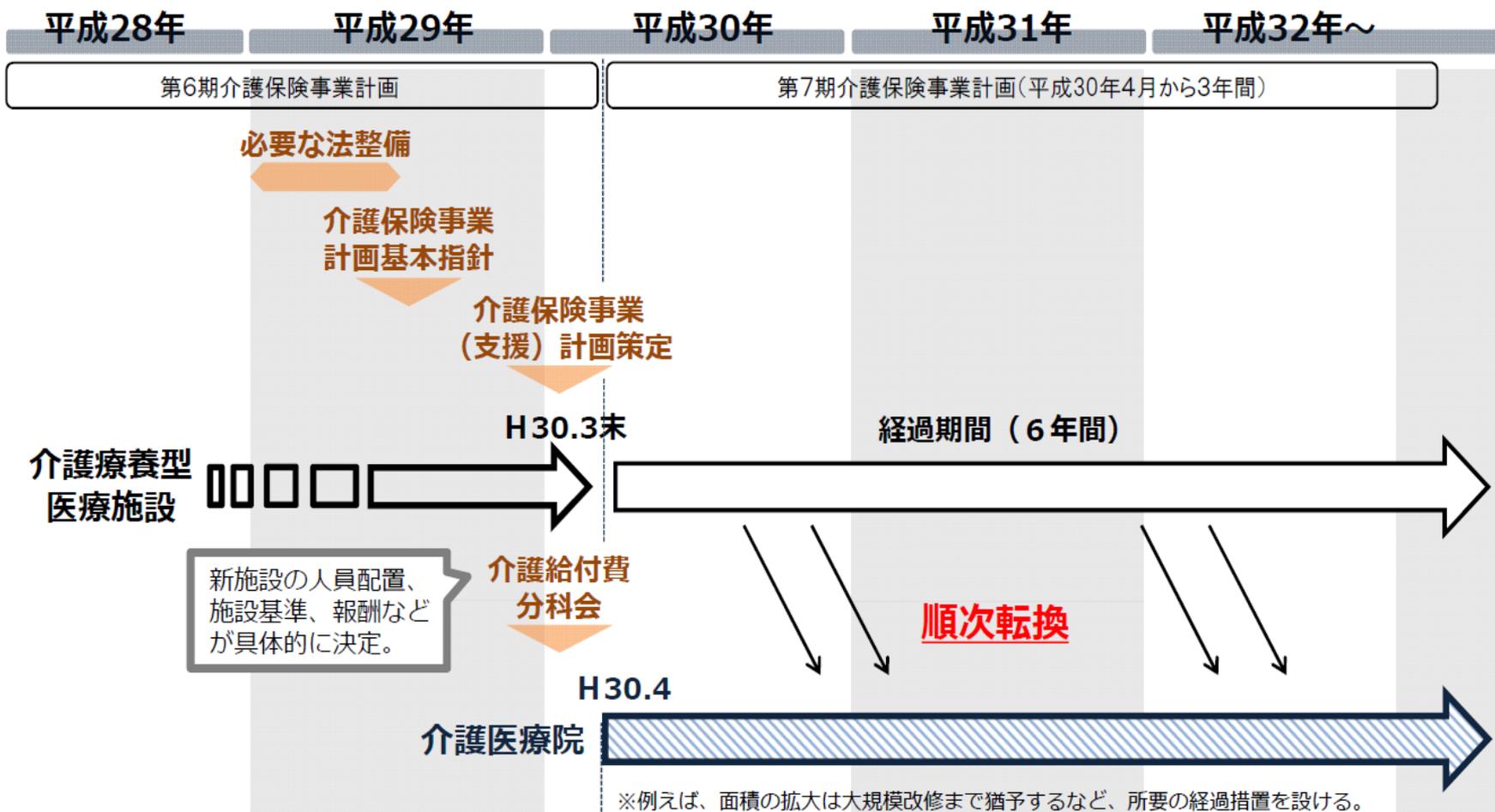
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度</p>
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

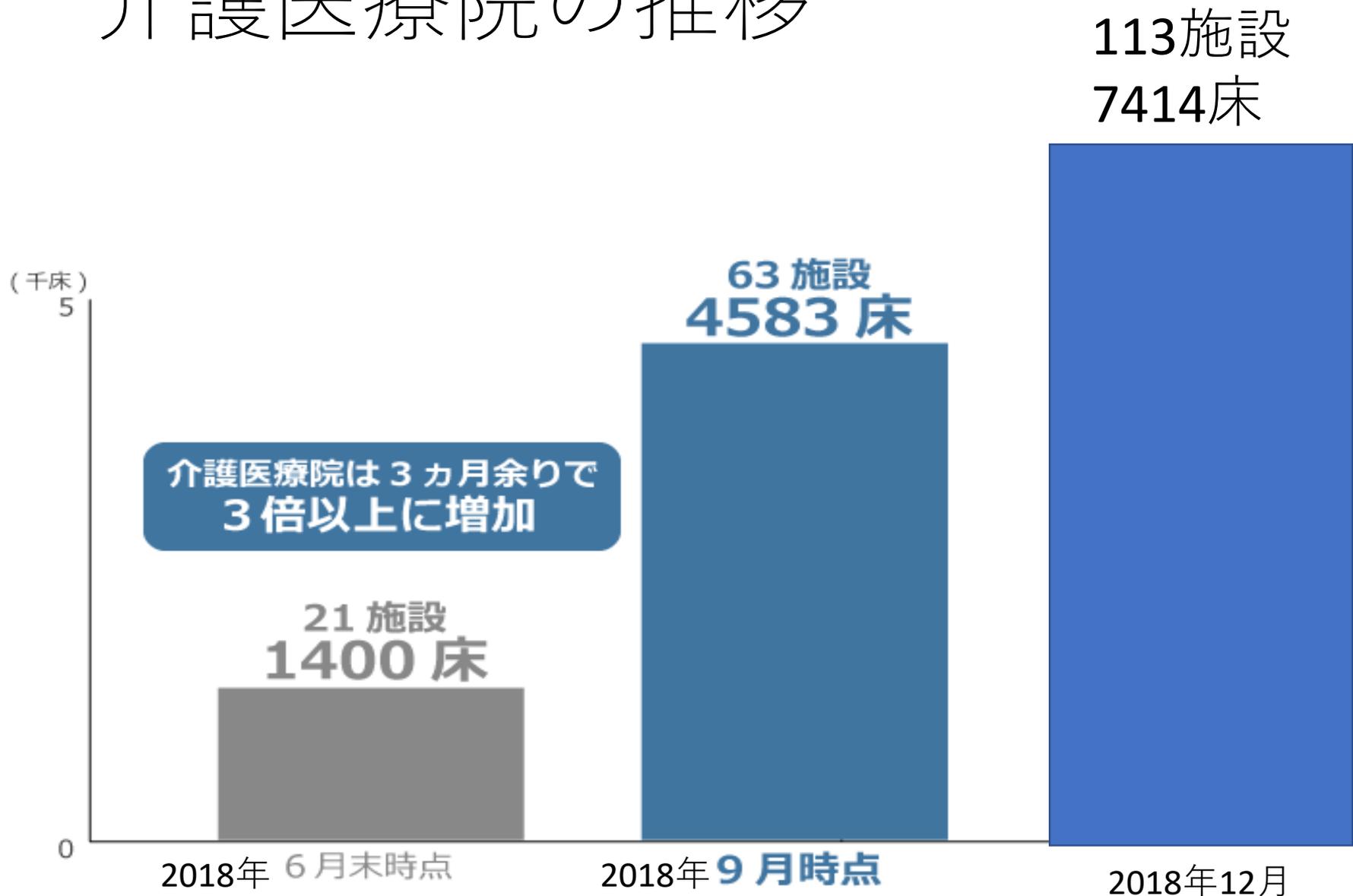
- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



介護医療院のポイント

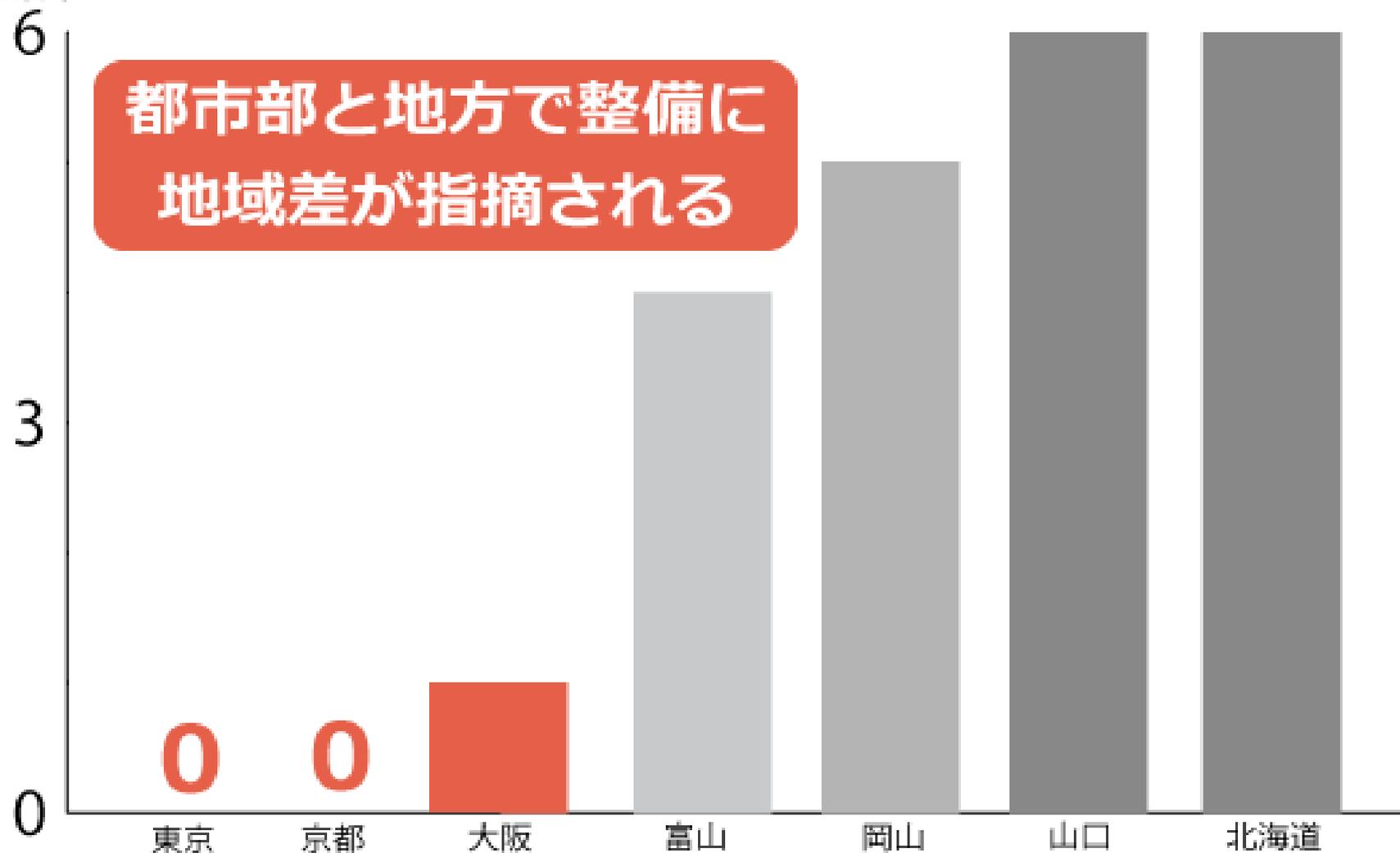
- **【移行定着支援加算】 93単位/日**
 - 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
 - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

介護医療院の推移



介護医療院の県別の施設数 (2018年9月時点)

(施設数)



介護医療院



療養室



食堂 兼 談話室・レクリエーションルーム

かしま病院介護医療院 (2018年10月1日)
福島県いわき市

介護医療院は 究極の医療と介護の連携

▼ 法改正前



▼ 法改正後



どうなる療養病床？

- 医療療養病床 1（20対1）
- 医療療養病床 2（25対1）
- 介護療養病床
- 医療療養病床 2 は 1 になるか介護療養病床になるかの分かれ道・・・
- 介護療養病床は介護医療院になるか、有料老人ホーム等になるかの分かれ道・・・

武久会長「介護医療院への転換、 想定より進まず」



- 日本慢性期医療協会調査
 - 介護医療院への誘導を厚労省がしているにもかかわらず、25対1の半分以上が、20対1の療養病床へシフトしている」
 - 将来予定している病床数については、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟へ転換する意向が目立つ。

医療療養病床の「上昇志向が如実に判明」

日本慢性期医療協会会長 武久洋三氏

2019年03月15日



休憩

パート4 退院支援から 入退院支援へ



2016年診療報酬改定と 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



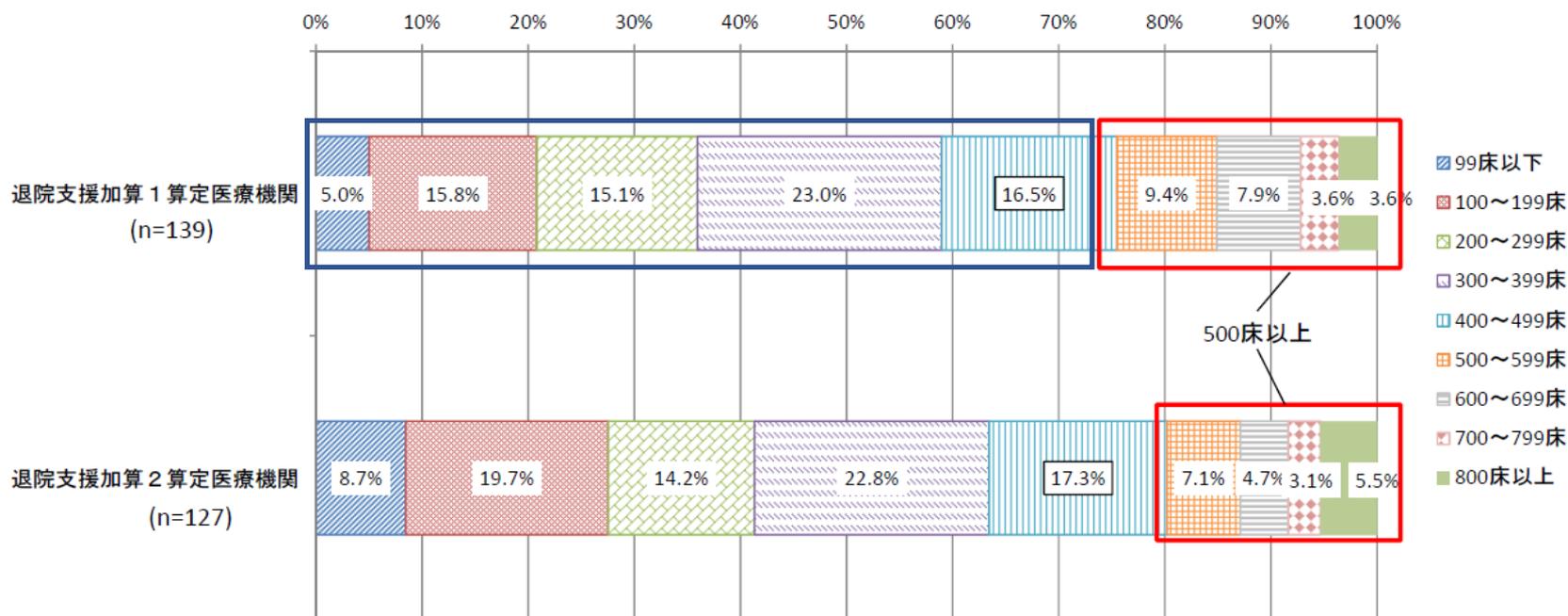
[算定要件・施設基準]

	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

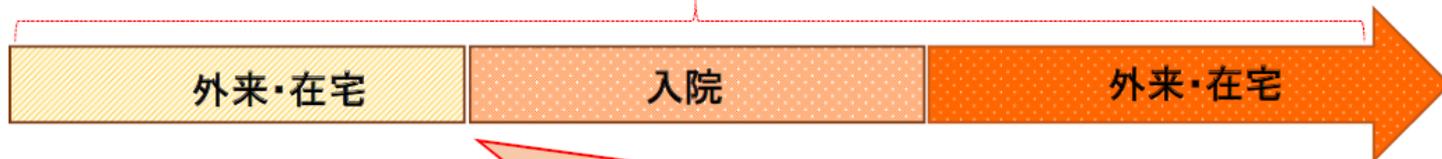
2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



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

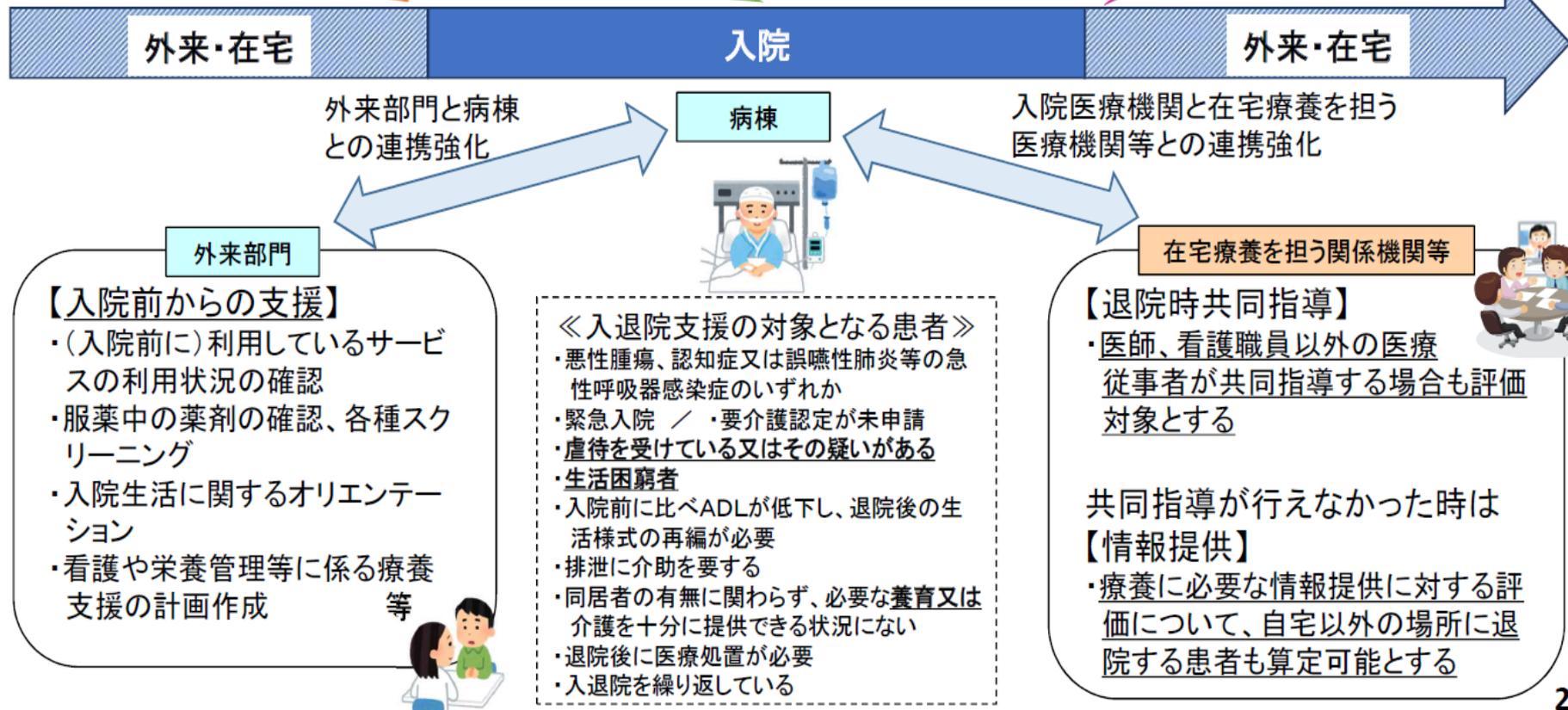
入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援
に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指導料の見直し



入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[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1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 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。

[算定要件]

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、①入院前に以下の1)から8)を行い、②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、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

【新設】入院時支援加算 | 200点 (退院時1回)

新設！

算定対象

- 自宅等（転院する患者以外）から入院する**予定入院患者**
- 入退院支援加算を算定する患者

支援内容

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る。

- 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

① 総合評価加算 (CGA加算)

(1) 高齢者総合評価 入院時スクリーニング

入院時年齢 歳	
平成	年 月 日
A・B棟 階 南・北	
担当医師氏名:	
記載看護師名:	

看護師記入欄

身体機能	移動	<input type="checkbox"/> 介助必要
	セルフケア	<input type="checkbox"/> 介助必要
	視力	<input type="checkbox"/> 介助必要
生活機能	聴力	<input type="checkbox"/> 介助必要
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 介助必要
	電話の利用	<input type="checkbox"/> 介助必要
	交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 介助必要
精神機能	お金の管理	<input type="checkbox"/> 介助必要
	食事の準備	<input type="checkbox"/> 介助必要
	認知機能	<input type="checkbox"/> 介助必要
	気分・意欲	<input type="checkbox"/> 介助必要

<自立の例>
新聞やテレビの字幕が読める(眼鏡使用可)。
普通の声の大きさで会話ができる。
お薬の飲み方を正確に理解している。
電話番号を自分で調べ、一人で電話できる。
電車やバスを使い、一人で来院できる。
支払いや通帳の管理が一人でできる。
買い物や料理など食事の準備を一人でできる。

↓ * 1項目以上にチェックが入った場合は、医師が記載

退院後に介護を含めどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療が必要であり、生活に影響する身体機能や精神機能などについて総合的に評価を行う必要が...

ない ある → 高齢者総合的機能評価を施行して下さい。

<h3>認知機能の評価</h3> <p>* 患者さんに問診するより、看護師の客観的な評価を重視して下さい。 ...例えば、服薬を本人管理で任せられるかは判断基準の一つになります</p> <p>記憶力の低下 説明したことを覚えていない、さかしまのが多い 自分の病歴やなぜ入院したのかを覚えていない</p> <p>見当識の低下 ここがどこかわからない、今年が何年かわからない 週にまよう、検査に1人で行けない 理解力・判断力の低下 誤った方法で対応する 機器の使い方がわからない</p>	<h3>気分・意欲の評価</h3> <p>* 客観的な評価が難しい場合は、以下問診するとよい。 気分:うつ・不安 ・1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいませんか？ ・ほとんどのことに興味がなくなっていましたか？ ・今まで楽しめていたことが楽しくなくなりましたか？ ・さまざまな事柄に関して、過剰に不安となったり、起こりそうもないことを心配していますか？</p> <p>意欲低下: 関心もいも食む ・挨拶をしない ・食事や排泄、リハビリに関心がない ・週に1回も外出していない ・外出頻度が減っている</p>
---	---

A病院 高齢者総合評価加算様式1

(4) 高齢者総合評価加算 算定通知書

入院センター提出用

診療科	科
平成 年 月 日	
病棟 階	
主治医氏名	
主治医以外の 担当者氏名	

(連絡先PHS:)

医事課入院会計担当 御中

当該患者において、下記後期高齢者総合評価を実施いたしましたので、診療報酬の請求を行ってください。

高齢者総合評価加算 算定基準(〇〇病院△△科)

- 介護保険法第2条規定特定疾患を有する40歳以上65歳未満
- 年齢 65歳以上
- 機能評価測定: Barthel index
- 機能評価測定: MMSE または HDS-R
- 機能評価測定: GDS または Vitality index
- 測定結果に基づく評価: 老年病専門医による
- 高齢者総合評価の結果: 患者・家族に説明
- 高齢者総合評価の結果: 入院診療録に保存
- 高齢者総合評価の結果: 外来診療録に保存

* 総合評価を行ったら、すみやかに「入院センター」行きメッセージャーファイルにこれ学内便で送付してください。

介護保険特定疾病

1. がん(がんは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した、いわゆる「末期がん」に限られる。)
2. 慢性脳動脈硬化
3. 脳萎縮性側索硬化症
4. 後縦筋萎縮症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. 進行性上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱変性症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症及び糖尿病性神経障害
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側の関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

A病院 高齢者総合評価加算様式3

②

入院中の患者に対する褥瘡対策①

入院中の新たな褥瘡発生の予防

- 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキンケア」を加える。

褥瘡対策に関する診療計画書

危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・浮腫(局所以外の部位)



危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・皮膚の脆弱性(浮腫)
・皮膚の脆弱性(スキンケアの保有、既往)	



医療用テープを剥がしたときに発生したスキナーテア

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの」を追加する。

③ 栄養食事指導料（指導に対する加算）

対象

1. 厚生労働大臣が定める**特別食**を必要とする患者
2. **がん患者**
3. **摂食機能**もしくは**嚥下機能が低下**した患者
4. **低栄養状態**にある患者

算定要件

医師の指示に基づき**管理栄養士**が栄養指導を行った場合に算定できる。

④持参薬の確認

持参薬確認と適切な薬物治療の実現

持参薬確認の目的

入院時に持参薬を確認する目的は、適切に服薬が出来ていたかを検証するため

医療機関から発行された全ての処方内容の把握

「適切に服用できていたか」を確認するためには、医療機関から発行された全ての処方内容を把握した上で、持参したお薬と確認する

適切な薬物治療の実現のための実施事項

- 副作用の早期発見と対応
- 高齢者の薬物代謝機能の低下に配慮した投与量の設定
- 多剤投与に伴う相互作用等の処方鑑査

⑦ 退院支援加算～退院困難な要因

<退院支援加算1, 2の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
(必要と推測されること。)
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

<退院支援加算3の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1,500g未満
- エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
- オ その他、生命に関わる重篤な状態

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行

【退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ、オ（略）
カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
キ～ケ（略）

改定後

【入退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因
ア～ウ（略）
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること

カ、キ（略）
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できない状況にないこと
ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行

【退院支援加算1】【施設基準】
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数

改定後

【入退院支援加算1】【施設基準】
過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数
- ③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る)に0.05を乗じた数

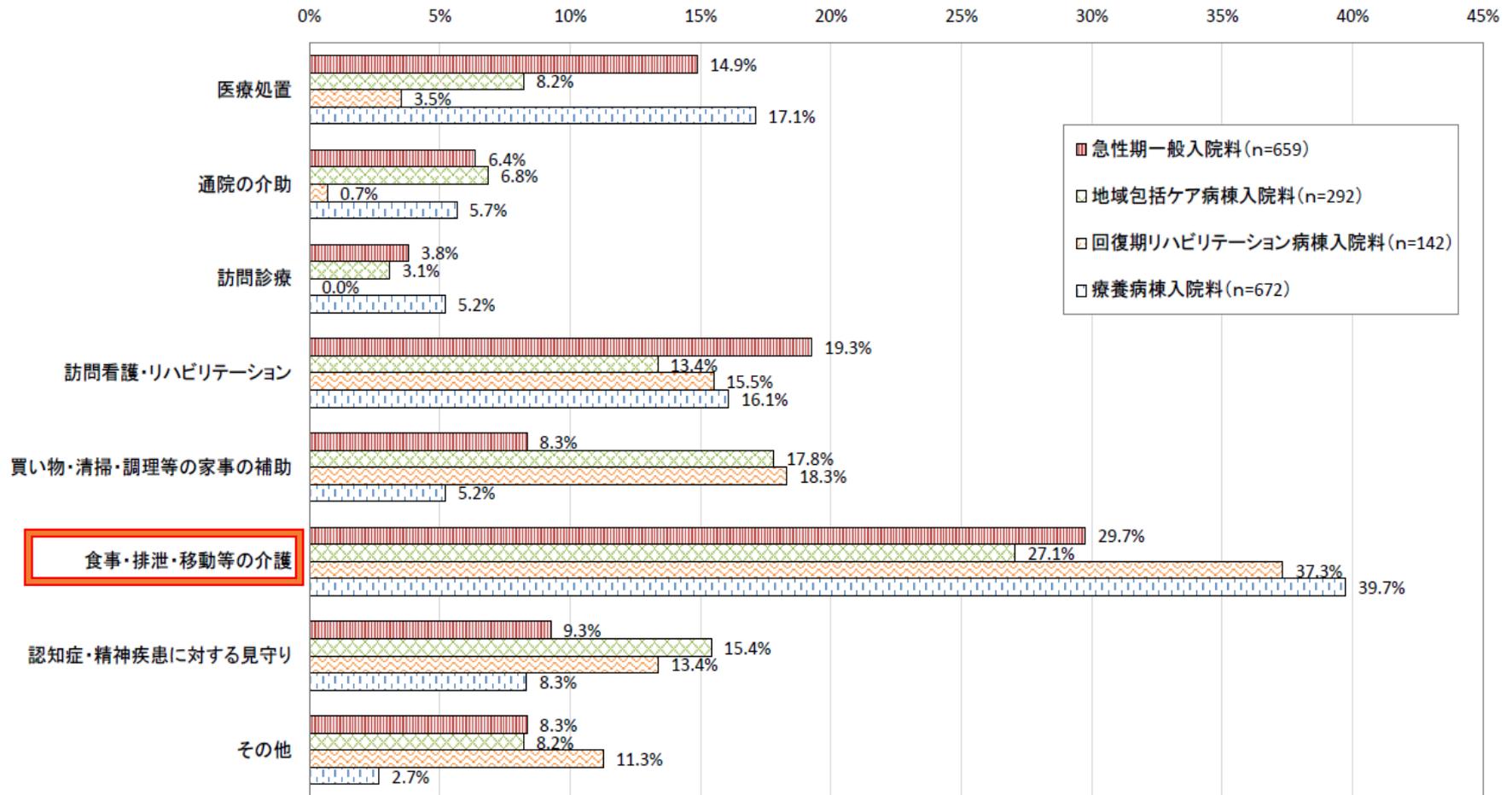
(新) 小児加算 200点(退院時1回)

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。 65

退院後に必要な支援

○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について、退院後に必要な支援をみると、全体的に、「食事・排泄・移動等の介護」の割合が多かった。

退院後に必要な支援(最も該当するもの)



入院時支援加算でチェックすべき関連報酬項目

Q1：手術症例か？

Q1-1：全身麻酔（+α）⇒肺血栓塞栓症予防管理料，褥瘡ハイリスク患者ケア加算，周術期口腔機能管理料関連

Q1-2：リンパ廓清⇒リンパ浮腫指導管理料

Q1-3：ストマ造設⇒人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

Q2：がん症例か？

がん患者指導管理料，緩和ケア診療加算，入院栄養食事指導料

Q3：既往等は？

Q3-1：特別食加算対応患者⇒特別食加算，入院栄養食事指導料

Q3-2：認知機能⇒認知症ケア加算

Q3-3：褥瘡危険因子⇒褥瘡ハイリスク患者ケア加算

Q3-4：重度心不全⇒緩和ケア診療加算

Q4：ADLは？

Q4-1：嚥下機能⇒摂食機能療法

Q4-2：リハ計画⇒リハビリテーション総合計画評価料，リハビリテーション，退院時リハビリテーション指導料

Q5：CGAは？

総合評価加算，入退院支援加算，退院前訪問指導料，退院後訪問指導料

Q6：ケアプランあり？

介護支援等連携指導料，退院時共同指導料

共通：情報共有！

診療情報提供料（I）（+検査等…添付加算，+訪問情報…療養情報提供加算，+歯科情報…診療情報関連共有料），リハビリテーション総合計画提供料（対介護，それ以外），（連携パス）地域連携診療計画加算

入退院支援加算、 入院時支援加算調査

1331病院より208病院（回答率13.7%）

2018年7月

独立行政法人福祉医療機構調査

<入退院支援加算 1>*

	算定している		算定していない	
入院料 1 (n=21)	17	81.0%	4	19.0%
入院料 4 (n=16)	4	25.0%	12	75.0%
入院料 5 (n=17)	9	52.9%	8	47.1%
入院料 6 (n=13)	6	46.2%	7	53.8%
入院料 7 (n=3)	-	0.0%	3	100.0%
全体	36	51.4%	34	48.6%

*エラー回答は除外している

- 入退院支援加算 1 を算定しない理由について、もっとも当てはまるもの (n=34)

	病院数	割合
入退院支援および地域連携業務を担う部門を設置していない	1	2.9%
入退院支援および地域連携業務を担う部門は設置しているが、必要な職員を配置していない	20	58.8%
関係機関との連携体制が確立していない	1	2.9%
介護支援等連携指導料の要件を満たしていない	1	2.9%
手間に比べて点数が割に合わない	4	11.8%
近いうちに算定する予定	4	11.8%
その他	3	8.8%

10. 入退院支援に関する加算等

<入院時支援加算>

	算定している		算定していない	
入院料 1 (n=21)	12	57.1%	9	42.9%
入院料 4 (n=16)	1	6.3%	15	93.8%
入院料 5 (n=17)	8	47.1%	9	52.9%
入院料 6 (n=13)	4	30.8%	9	69.2%
入院料 7 (n=3)	-	0.0%	3	100.0%
全体	25	35.7%	45	64.3%

*エラー回答は除外している

- 入院時支援加算を算定しない理由について、もっとも当てはまるもの (n=45)

	病院数	割合
入退院支援加算を算定していない	6	13.3%
施設基準を満たすのに必要な人員を配置していない	26	57.8%
手間に比べて点数が割に合わない	4	8.9%
近いうちに算定する予定	7	15.6%
その他	2	4.4%

<退院時共同指導料 2>



入院サポートセンター導入により期待できること

病院全体・マネジメント	経済面 収入増/コスト削減	<ul style="list-style-type: none"> ・検査不足、内服薬休止忘れによる手術中止なし ・病棟負担減により日曜入院可能、どの病棟でも受け入れ可能で稼働アップ ・持参薬と術前検査外来化によるコスト削減、外来収益増 ・費用や各種制度説明により、未収金減少 	
	リスク管理	<ul style="list-style-type: none"> ・十分な説明が可能、必要に応じて他の職種への介入 ・必要な検査が漏れなくできる(外科医視点、麻酔管理上の両面) 	
現場オペレーション	業務負担 軽減	主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・必要検査のチェックのみで済む ・手術説明は最低限
		麻酔科医	<ul style="list-style-type: none"> ・データがそろった時点でまとめてチェックできる ・オペ室管理の空いた時間に麻酔科外来
		外来 ナース	<ul style="list-style-type: none"> ・外来診療のサポートに専念
		病棟 ナース	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前に病歴聴取済み、手術説明済み、同意書済み ・オペ出しするのみ
患者視点	患者満足	<ul style="list-style-type: none"> ・担当看護師制により、手厚いケア、手術に向けた心の準備ができる ・手術・入院の説明を丁寧にしてもらえる、聞きたいことを聞ける (手術についての不安、経済的不安等) 	

パート5

PFMと病院マネジメント

Patient Flow Management

PFMとは？

(Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部附属病院から始まった。

PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
--	------	----------------	------	------

業務

患者受付
科別振分

入院前
患者情報収集

ベッドコントロール

退院調整

部署

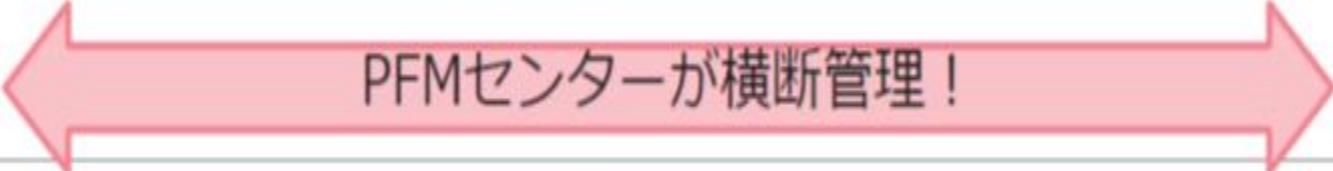
地域連携室
(事務)

病棟 (看護師)
地域連携室(MSW)

看護部

患者サポートセンター
(看護師・MSW)

PFMセンターが横断管理！



東海大学医学部附属病院



病院管理学助教授
田中豊氏（当時）が1997年より
PMFを始めた



PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
 - ①外来初診患者の受診科振り分け
 - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
 - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
 - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)

3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

佐久総合病院はまず術前検査センターとして2007年に導入

- 術前検査センター
 - 日帰り手術センターに併設
 - 術前の説明
 - 術前検査予約
 - 術前麻酔チェック



依田師長と西澤診療部長

- 西沢診療部長
 - 「検査の予約や患者への説明などは、センターの看護師が行う。そのおかげで、医師は手術に集中できる。07年に、まず胃癌の切除など定型的な手術から導入を始めたが、医師の評判が良く、外科以外の診療科にも広がりつつある」

術前検査センター

- 業務内容
 - 患者への手術、検査、入院に至るまでの説明
 - 手術前の検査の日程調整と予約
 - 麻酔科診察までのデータ収集
 - 検査結果、内服薬情報、麻酔問診、歯科問診
 - 麻酔医による術前評価
 - 主治医への報告

術前検査センターの成果

- 休薬ミスによる手術キャンセルがゼロになる
- 検査異常値の早期評価で術前の追加検査が可能
- ケースワーカーの入院前介入により高額医療費の入院前医療費の請求が可能
- 術前準備がすべて完了しているので日曜入院・月曜手術が可能となった
- 手術前期間の短縮につながった

上都賀総合病院 (352床、栃木県鹿沼市) のPFM



患者の転院先が決まらず、在院日数が延長していた。そのため2012年に患者支援センターを立ち上げた結果は在院日数2.2日減少、病床稼働率は5.2ポイントアップになった

退院調整の必要性を必要、不要、保留にわけて後追い（フォロー）する

退院調整の課題がしだいに増えてきた

主任看護師
神山はるか氏

斎藤由利子
患者支援センター長

退院支援専従看護師
飯野直子氏

最近では退院後の在宅療養支援のフォローも行っている。

ソーシャルワーカー
福田雄大氏





その他 NS : 3人、事務 : 6人、MSW : 4人

- ✓ 飯野師長が各病棟担当の専任NSを指導・統括
- ✓ 専任NSが病棟NSと詳細事項を調整



ポイントは患者
ターゲットを決
めてフォローす
ること

各病棟NS

スクリーニング

入院時退院支援
カンファレンス

退院調整
カンファレンス

拡大カンファレンス

■ 入院時退院支援カンファレンス

- 7日以内に多職種とのカンファレンス
- 患者支援センターのメンバーが、病棟師長・主任が実施したアセスメントを支援。

→介入対象者・不要者・保留を区分

■ 退院調整カンファレンス

- 退院及び転棟等の意思決定を実施するカンファレンス

■ 拡大カンファレンス

- 在宅支援者を交えた退院支援のカンファレンス

PFM導入の成果（ある300床病院）

新入院患者数 **26%増**

救急搬送件数 **19%増**

平均在院日数 **4.6日短縮**

救急搬送件数
(手術あり) **88%増**

手術件数 **68%増**

医業収益 **21%増**



16億円超の増収により念願の黒字化を達成

パート6 診療報酬改定と チーム医療



チーム医療で
実績を出す

【重点課題1-2】

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

(2010年改定)

①総合入院体制加算

②医師事務作業補助体制加算

③ハイリスク分娩管理加算

④急性期看護補助体制加算

⑤栄養サポートチーム加算

⑥呼吸ケアチーム加算

⑦小児入院医療管理料 1 及び 2

⑧救命救急入院料 注 3 に掲げる加算を算定する場合

(2012年改定)

⑨総合周産期特定集中治療室管理料

⑩(新) 小児特定集中治療室管理料

⑪(新) 精神科リエゾンチーム加算

⑫(新) 病棟薬剤業務実施工算

⑬(新) 院内トリアージ実施料

⑭(新) 移植後患者指導管理料

⑮(新) 糖尿病透析予防指導管理料

⑯(改) 感染防止対策加算

H24.1.27 中医協
総会

2012年診療報酬改定と チーム医療加算

- ①糖尿病透析予防指導管理料（新）
- ②精神科リエゾンチーム加算
- ③院内トリアージなど



①糖尿病透析予防管理指導料



血液透析

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

- ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

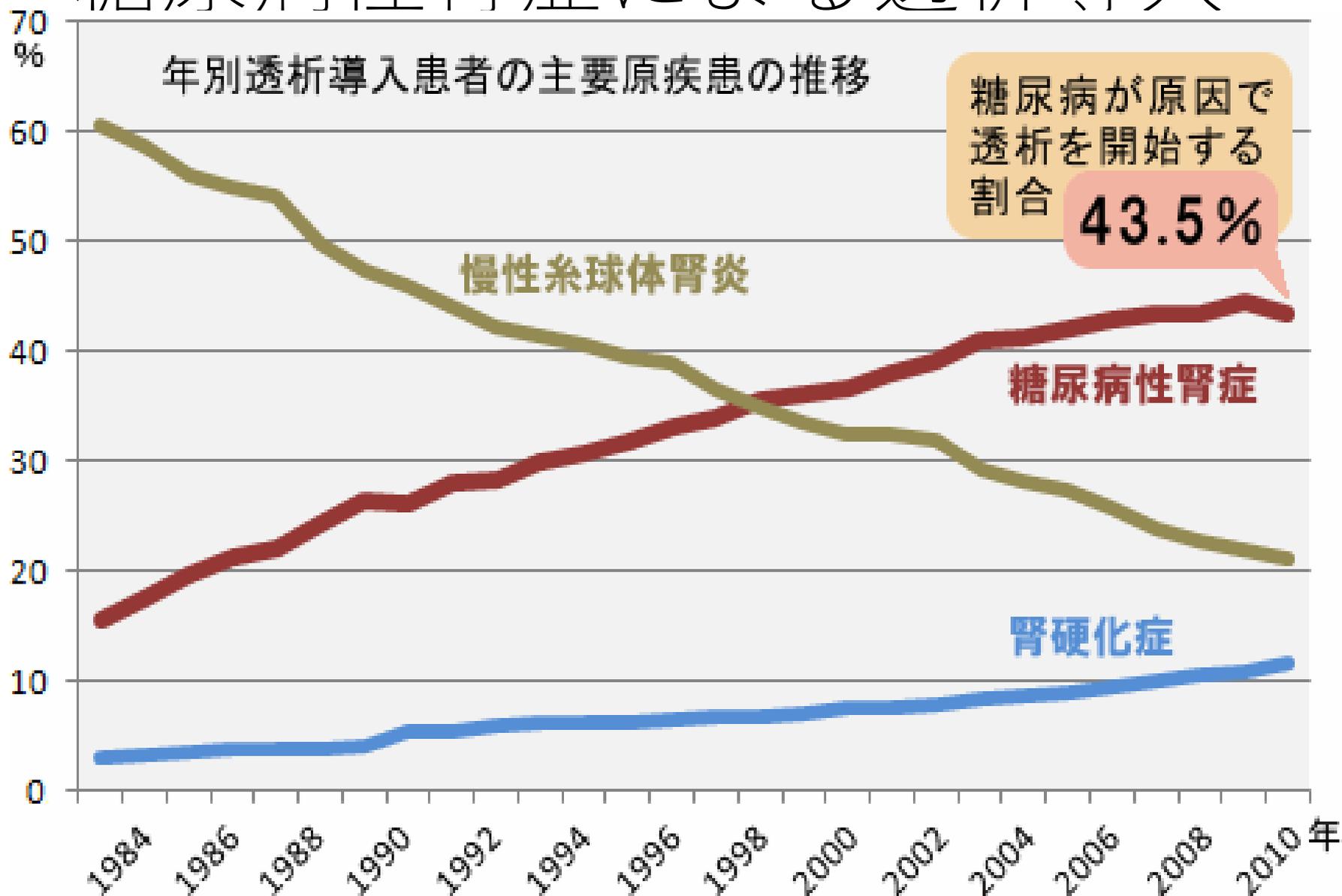
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

と。

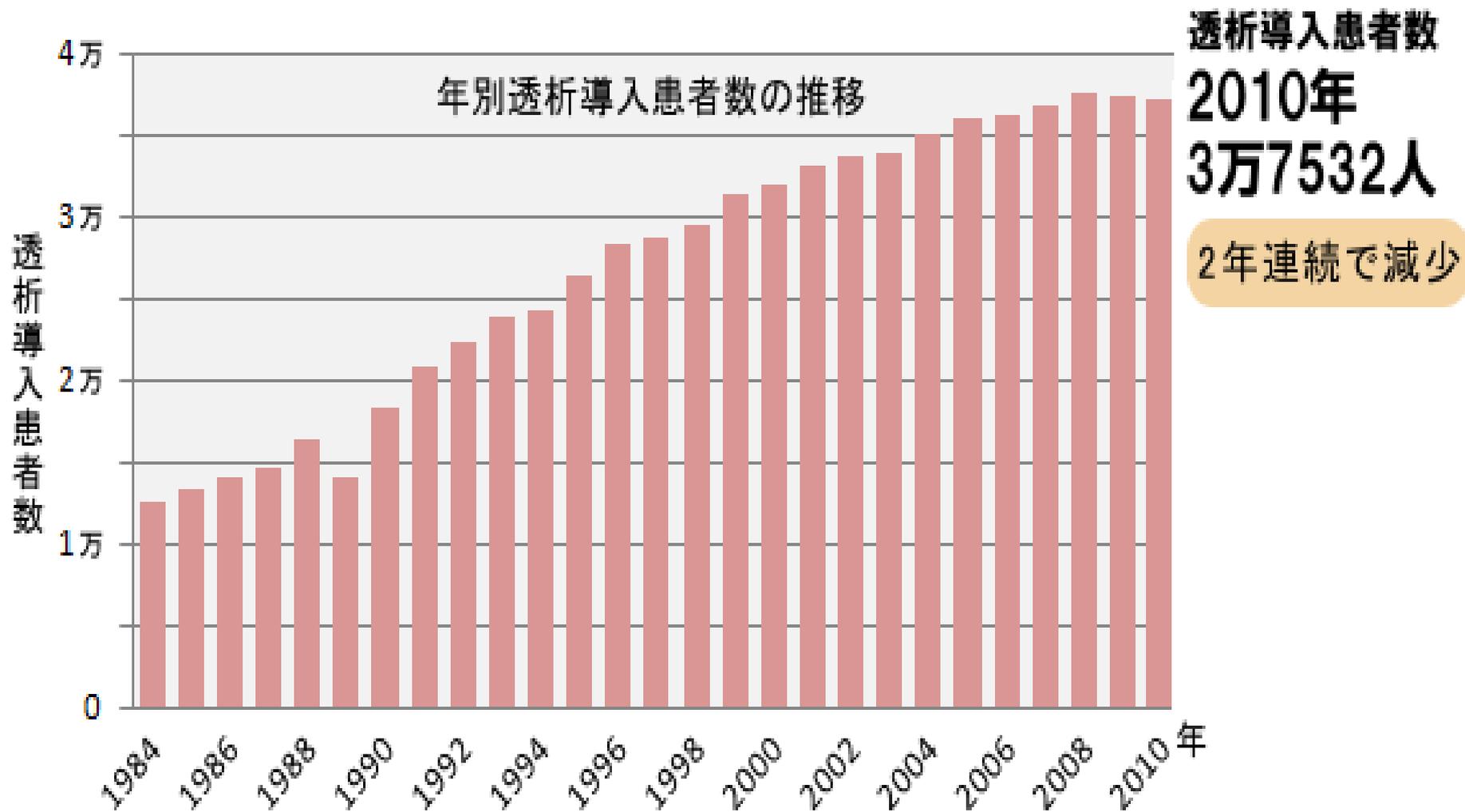
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病性腎症による透析導入



年別透析導入患者数推移



糖尿病症腎症

- 透析医療費 1兆円
 - 糖尿病性腎症による透析7万人
 - 毎年1万人増えている
 - 一人当たり年間550万円
- 糖尿病性腎症による累積透析患者数
 - 10万2788人（2010年末）
 - 糖尿病腎症による透析医療費は年間、およそ5600億円

透析予防診療チーム

- 透析予防診療チームとその業務
 - 専任の医師、専任の看護師（又は保健師）、管理栄養士
 - 日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」に沿った個別指導等
 - 患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等
 - リスク評価と指導計画策定
 - 成果報告
 - HbA1cが改善または維持された患者の割合
 - 血中クレアチニン値またはeGFRが改善または維持された患者の割合
 - 血圧が改善または維持された患者の割合

②精神科リエゾン チーム加算

精神科リエゾンチーム加算

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

改定後

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

[算定要件]

- ①一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ②精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(月1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

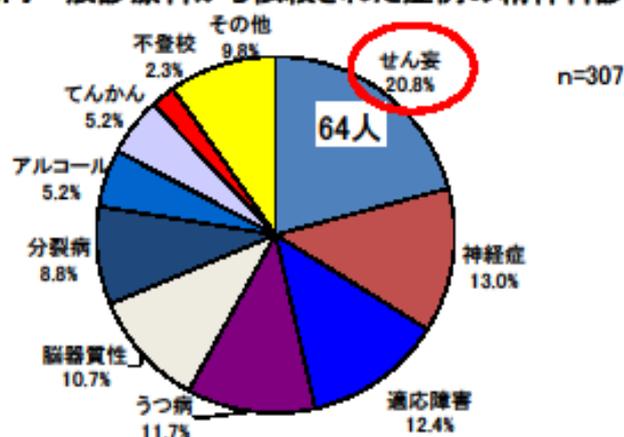
- ①精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ②精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

精神科医や精神看護専門看護師に対する コンサルトの依頼理由

一般診療科や一般病棟から精神科医や精神看護専門看護師への依頼理由として、せん妄が依頼全体の20~30%を占めている

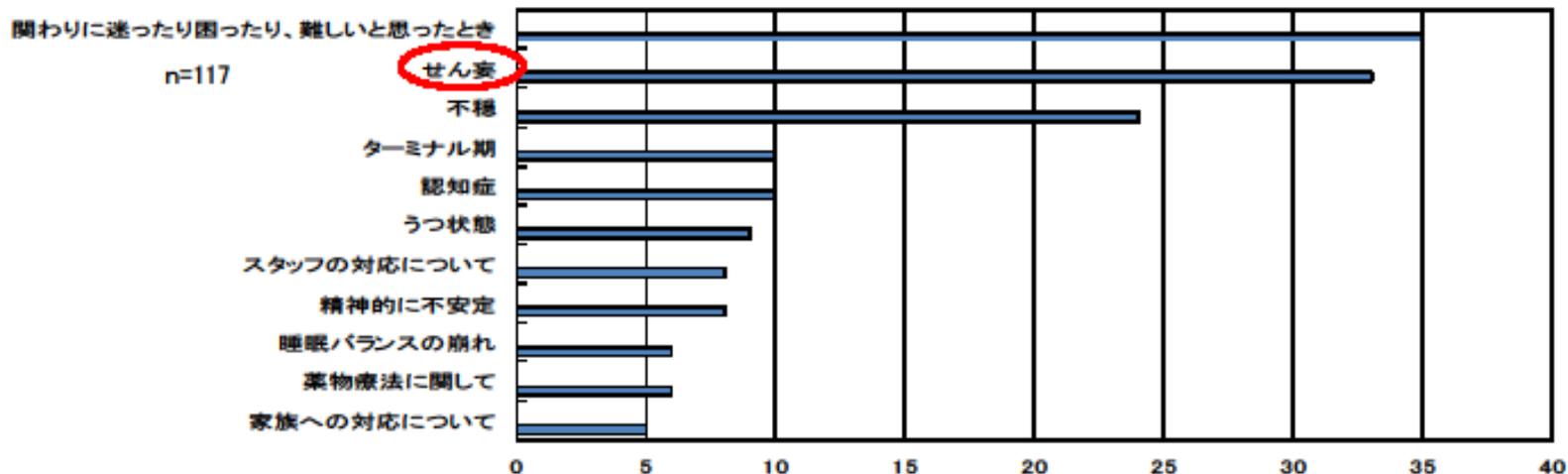


【院内一般診療科から依頼された症例の精神科診断】



三浦星治ら; 島根医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動について, 島根医学, 21(4), 32-38, 2001

【医療機関に精神看護専門看護師がいた場合、患者がどういう状況の時に活用していたか?】 (複数回答)



金子垂矢子; 精神看護専門看護師の活動評価, 共済医報, 59(1), 59-64, 2010

海外におけるせん妄発症患者に対する介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄の入院期間を有意に軽減することができる。

<対象> 70歳以上の内科患者400名(計8か月間)

① スタッフ教育を行い、受け持ち制にした病棟(介入群)

② 通常のケアを業務分担制により提供した病棟(対照群)



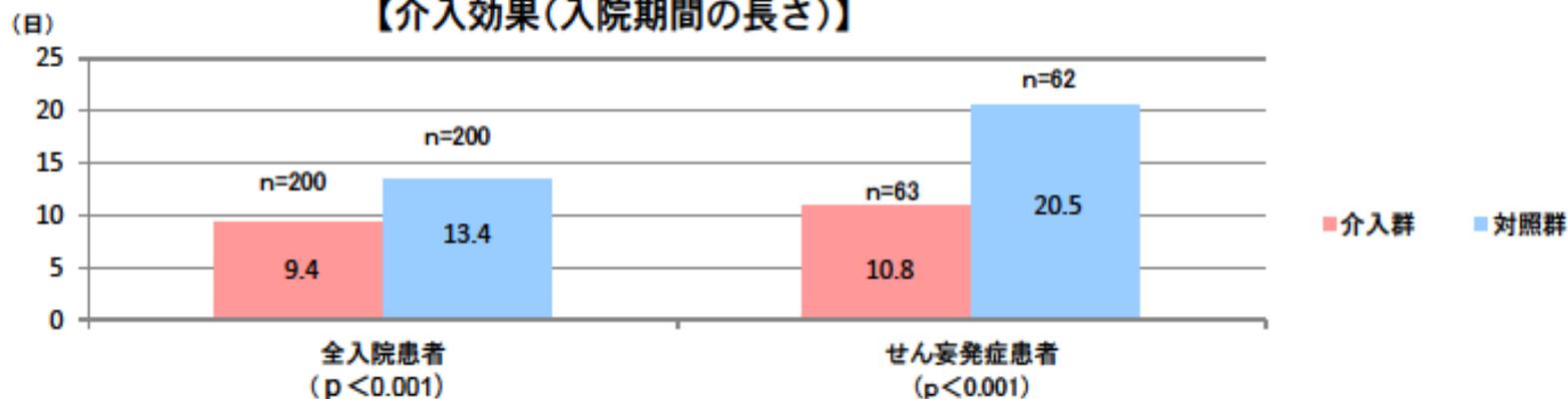
→ 入院24時間以内のせん妄発症率は、両群とも約31%で有意差はみられなかった

介入 = 教育プログラム^{*1} + 個別ケアを重視した受け持ち制への移行 + 看護職員への定期的指導^{*3}

※ 介入群の病棟で働く医療職に対して、せん妄のアセスメント、予防、治療、認知症・せん妄患者と医療者の相互作用に焦点をあてた老年医学に関する教育プログラムを実施(2日間)

※ 3個別あるいはグループ単位での患者と医療者の相互作用に関する指導を月に1度(1回15分から20分程度)

【介入効果(入院期間の長さ)】

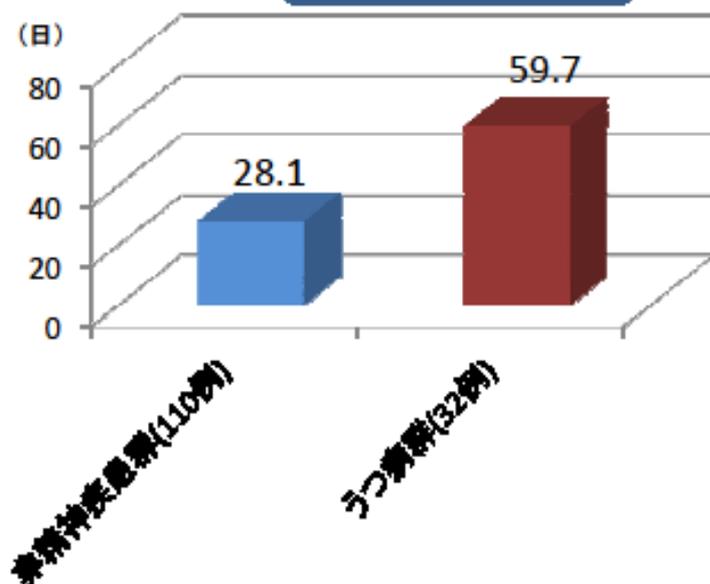


Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al : A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005;53(4) : 622- 628.

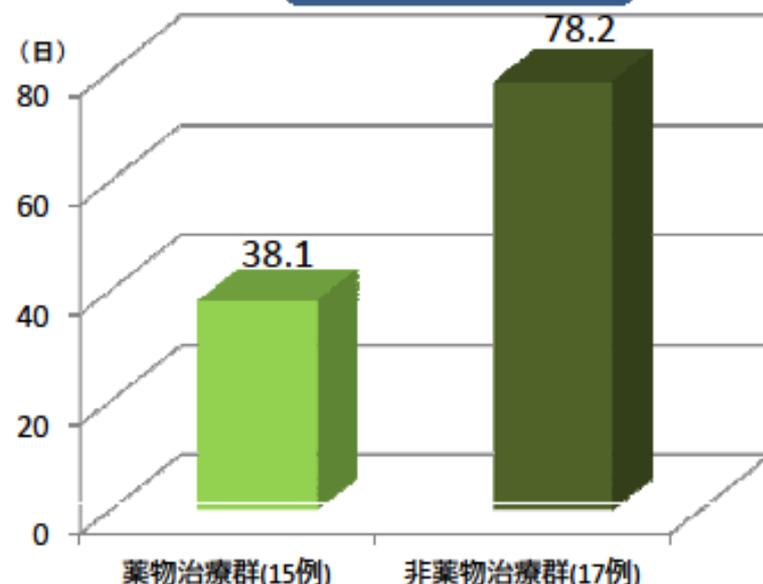
うつ病合併患者の入院期間

- 総合病院精神科が内科系の2つの病棟に入院中の患者211名を対象とし、精神疾患の有無にかかわらず2ヶ月間にわたり、毎週定期的に面接を続け、精神状態の経過を観察した。
- 対象211名のうち、32名(15.2%)にうつ病が合併し、入院期間が長期化していた。
- うつ病合併患者に抗うつ薬を用いた専門的な薬物療法を実施した場合、非薬物治療群と比べ約40日間入院期間が短縮した。

非精神疾患群とうつ病群の入院期間の比較



薬物療法の有無による入院期間の比較



参考文献: 保坂隆監修「在院日数短縮化をめざして」から作成

③ 院内トリアージ

夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、院内トリアージを実施した場合の評価を新設する。

改定後

(新) 院内トリアージ実施料 100点

[算定要件]

当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師または専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定する。

[施設基準]

- ①院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。
- ②患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている。
- ③専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている。

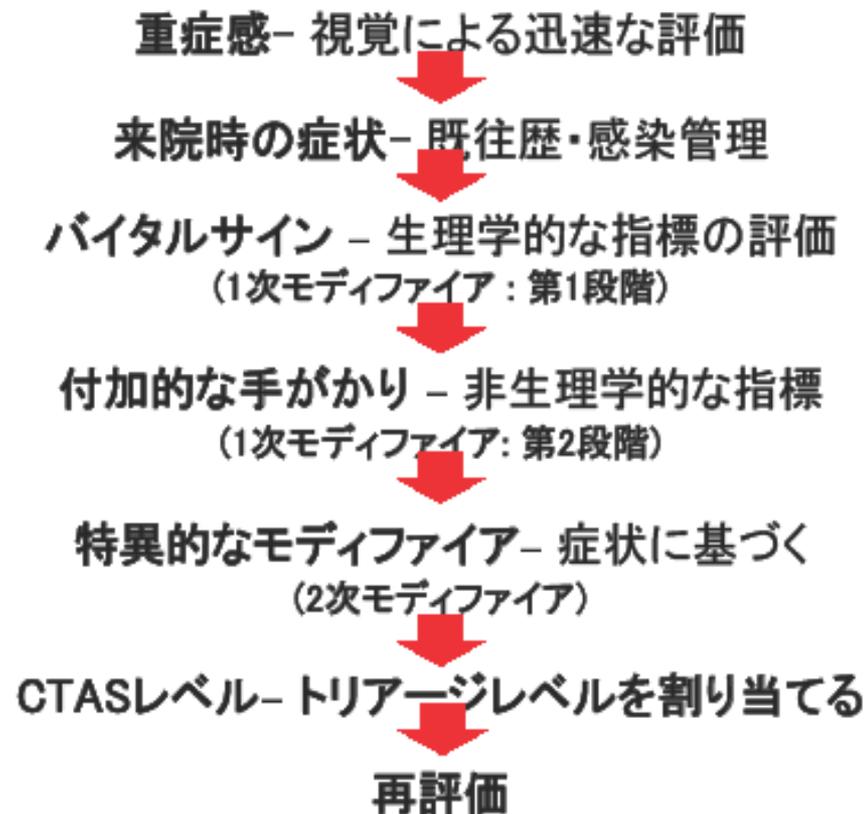
院内トリアージ実施料の新設に合わせ、地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算は廃止する。

CTASの5段階レベルトリアージ



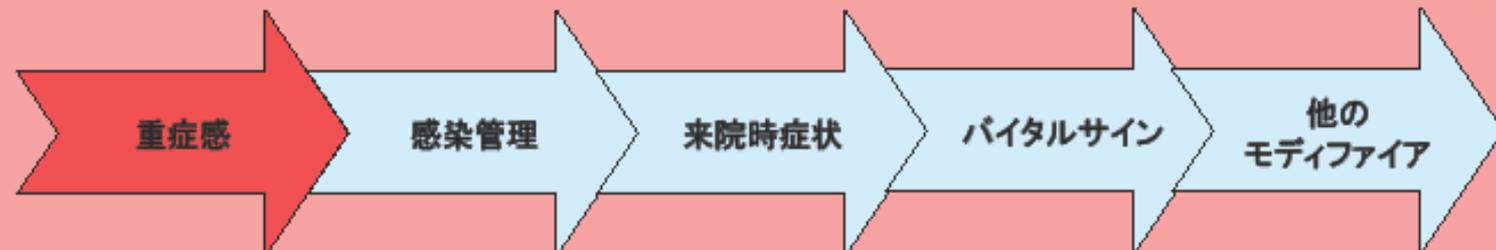
Canadian Triage & Acuity Scale

CTASでの救急外来トリアージの過程



CTASレベルは以下の項目に基づき決定:

1. 第一印象
2. 最適な主訴 (CEDIS) の選択、および
3. 緊急度をより正確に反映させるためにモディファイアを適応する。



2016年診療報酬改定 医療従事者等の負担軽減

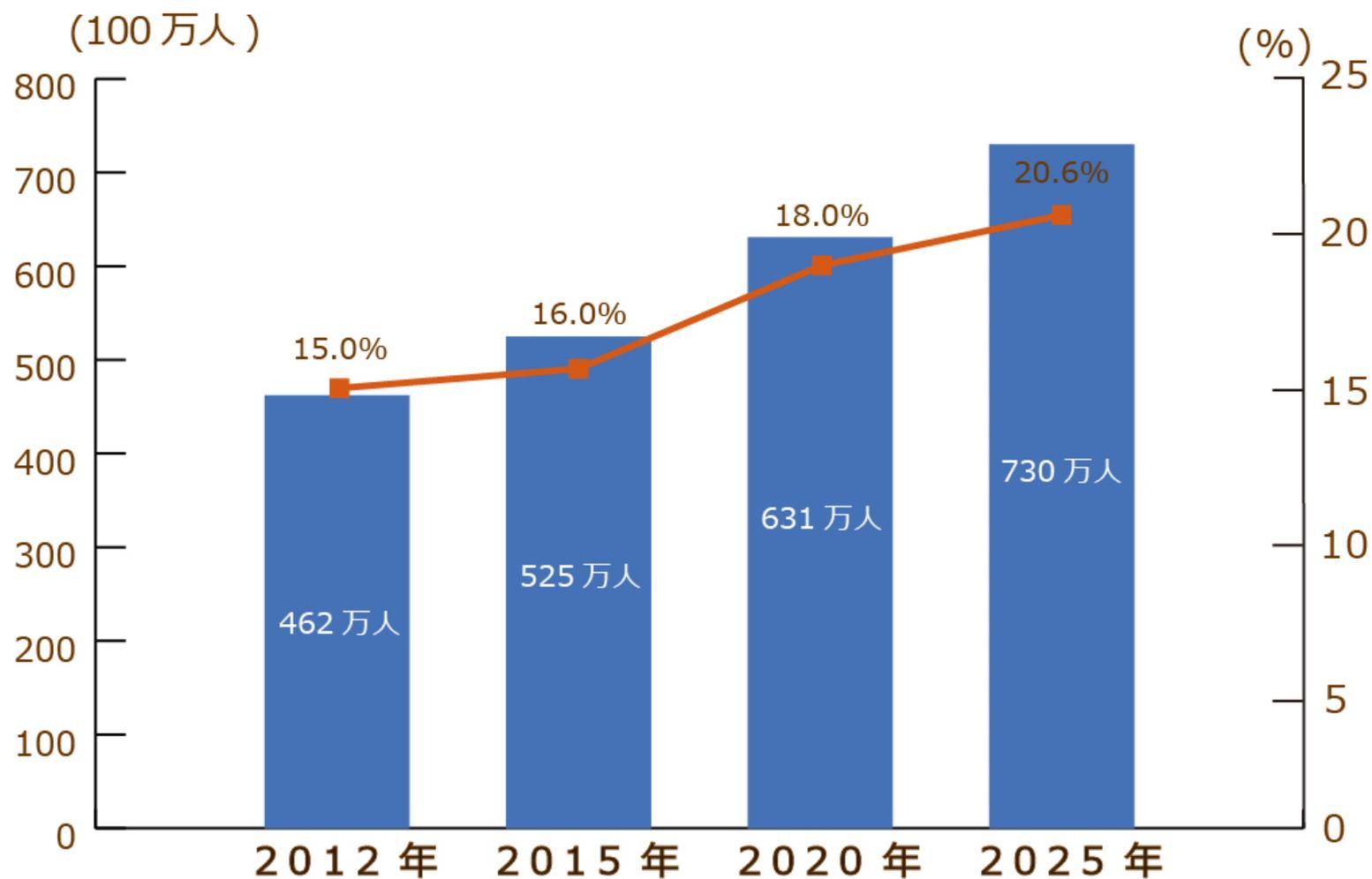
- ①認知症ケアチーム
- ②病棟薬剤業務実施加算
- ③歯科等を含むチーム医療

①認知症ケアチーム

認知症ケア加算



認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究



※ 各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/ (率)

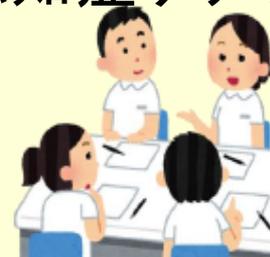
認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

➤ 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	認知症ケア加算1	イ	14日以内の期間	150点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	30点(1日につき)
	認知症ケア加算2	イ	14日以内の期間	30点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	10点(1日につき)

認知症ケアチーム



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

入院基本料などに認知症ケア加算を新設

(新) 認知症ケア加算1

- イ 14 日まで 150点
- ロ 15 日以降 30点

(新) 認知症ケア加算2

- イ 14 日まで 30点
- ロ 15 日以降 10点

多くの病棟で算定できる加算。
高齢化により認知症高齢者が増加
する中で、身体合併症の患者受入
を促進する狙いがある

[算定可能病棟]

- 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟除く。)、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、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、特殊疾患入院医療管理料、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、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

認知症ケア支援のための取組例②

⇒ 老年専門チームによる介入は在院日数の減少に効果があった。

急性期病院での例

【チームの概要】

病床: 360床(一般7対1病院)

チームメンバー: 老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、臨床心理士、作業療法士、薬剤師、非常勤精神科医(1回/週)

活動: ケースの介入、院内のラウンド(1回/週)、チームメンバーでのカンファレンス(1回/週)、精神科医による簡易診断、チームメンバーによる他職種への情報提供及び教育

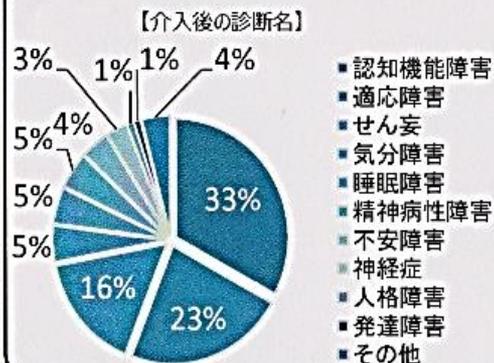
【活動実績】

期間: 2012年10月~2015年3月

ケース数: 715人

平均年齢: 75.23歳

介入依頼元: 内科382件、外科146件、整形外科85件、緩和ケア科51件、耳鼻咽喉科20件、泌尿器科15件、透析科8件、その他8件



- 介入後の診断名では、簡易診断で「認知機能障害」が3割を占め、5割を占める他の診断名でも認知症の可能性のある状態を示していた。
- 介入内容では、「看護師への教育指導」「退院支援・調整を含むソーシャルワーク」等が多く、薬物による介入は少ない。

チーム介入
で在院日数
が短縮

【介入ケースの在院日数】

	2012.10.1 ~ 2013.3.31	2013.4.1~ 2014.3.31	2014.4.1~ 2015.3.31	計
平均値	48.3(日)	45.8(日)	34.2(日)	41.2(日)
標準偏差	46.5	37.8	30.9	37.7
中央値	35	33	26	30
ケース数	157人	243人	315人	715

文献(システマティックレビュー)

目的: 老年専門職チームによる入院中の介入が、通常ケアと比較して、認知症、および認知機能の低下者を含む入院高齢患者群への在院日数の減少等の臨床指標が良好であるかをシステマティックレビューとメタアナリシスにより評価。

結果: 老年専門職チームによる介入は、認知症、認知機能の低下者を含む入院高齢患者群への平均在院日数を有意に減少。

看護師のための 認知症ケア講座が大盛況



②病棟薬剤業務実施加算



薬剤師の病棟における業務に対する評価①

病棟薬剤業務実施加算の算定要件等

(1) 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

病棟薬剤業務

- ・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ・ その他、必要に応じ、医政局通知(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務 (③、⑥及び⑧を除く)

三田病院の病棟薬剤師

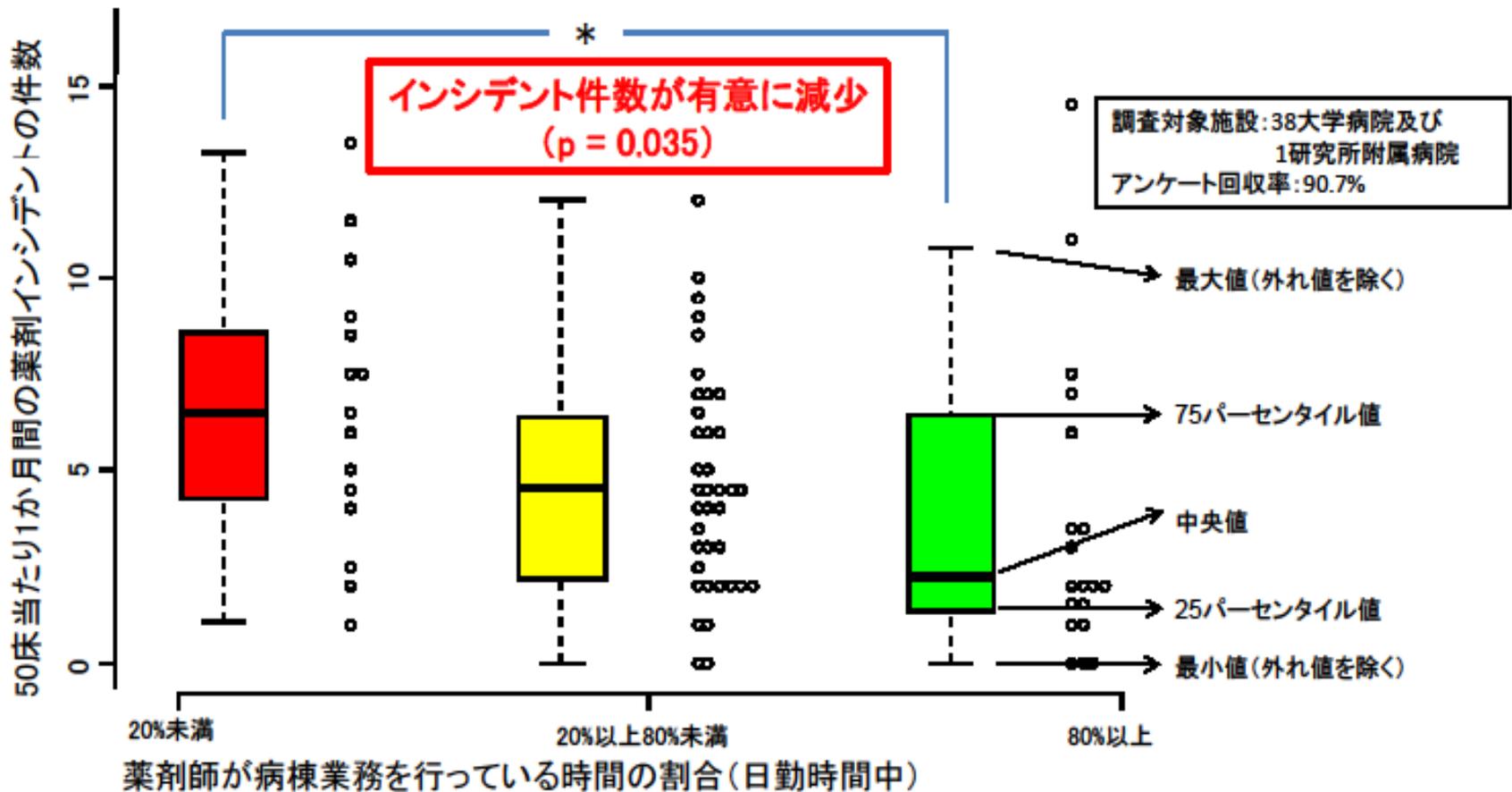


各病棟に薬剤師を配置し、薬に対しての疑問や不安など、入院患者の薬物治療に薬剤師が積極的に関わり、薬の内容や用量、服薬説明、治療効果や副作用の確認などを行っている。

医薬品の医療安全に貢献
持参薬管理にも貢献

薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

- 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して**薬剤関係のインシデント件数が有意に減少した**。



出典: 「薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤が関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査」
(松原和夫ほか、薬学雑誌、131、635-641 (2011))

2016年診療報酬改定

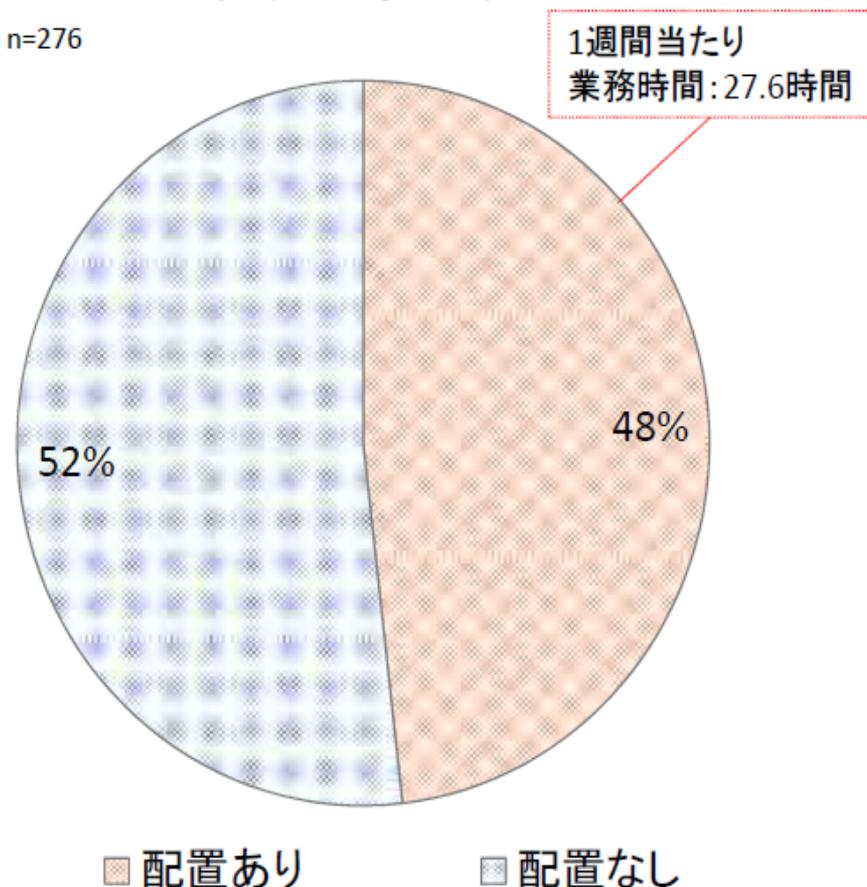
特定集中治療室（ICU）への
薬剤師の配置

特定集中治療室管理料における薬剤師の配置状況

- 約半数のICUでは、専任の薬剤師を配置していた。
- ICUでの薬剤師の業務としては、医薬品安全情報等の周知や投薬状況の把握等多彩であった。

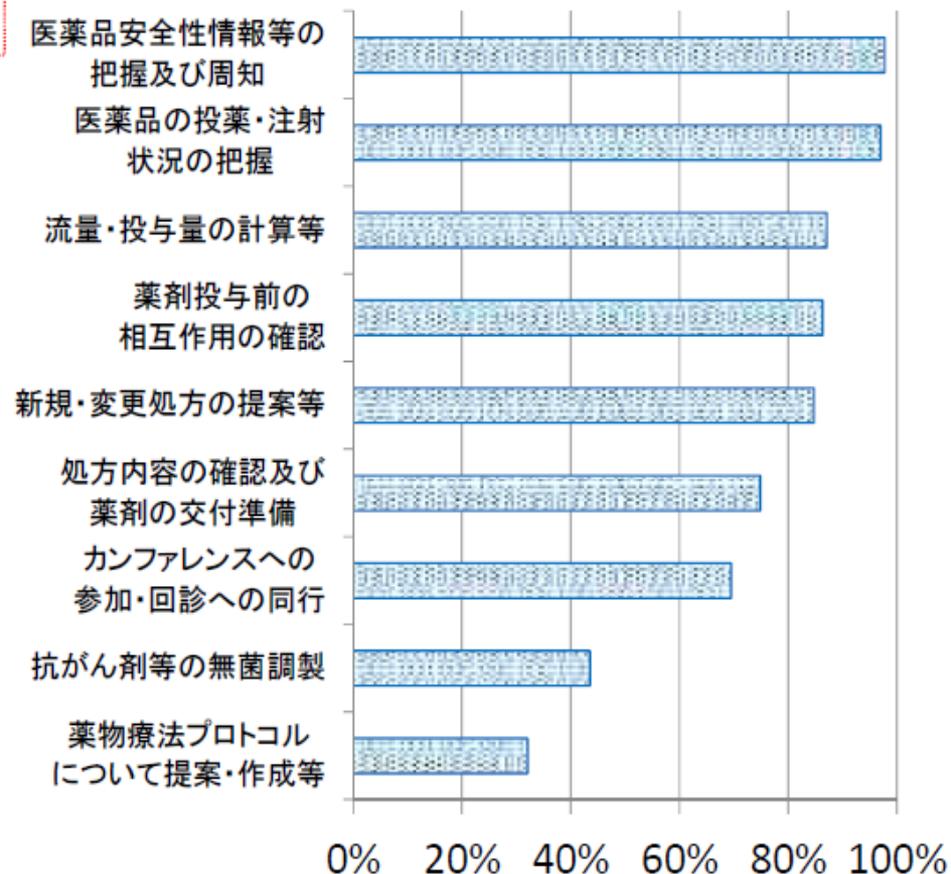
＜薬剤師の専任配置＞

n=276



＜薬剤師が実施している業務＞

n=131

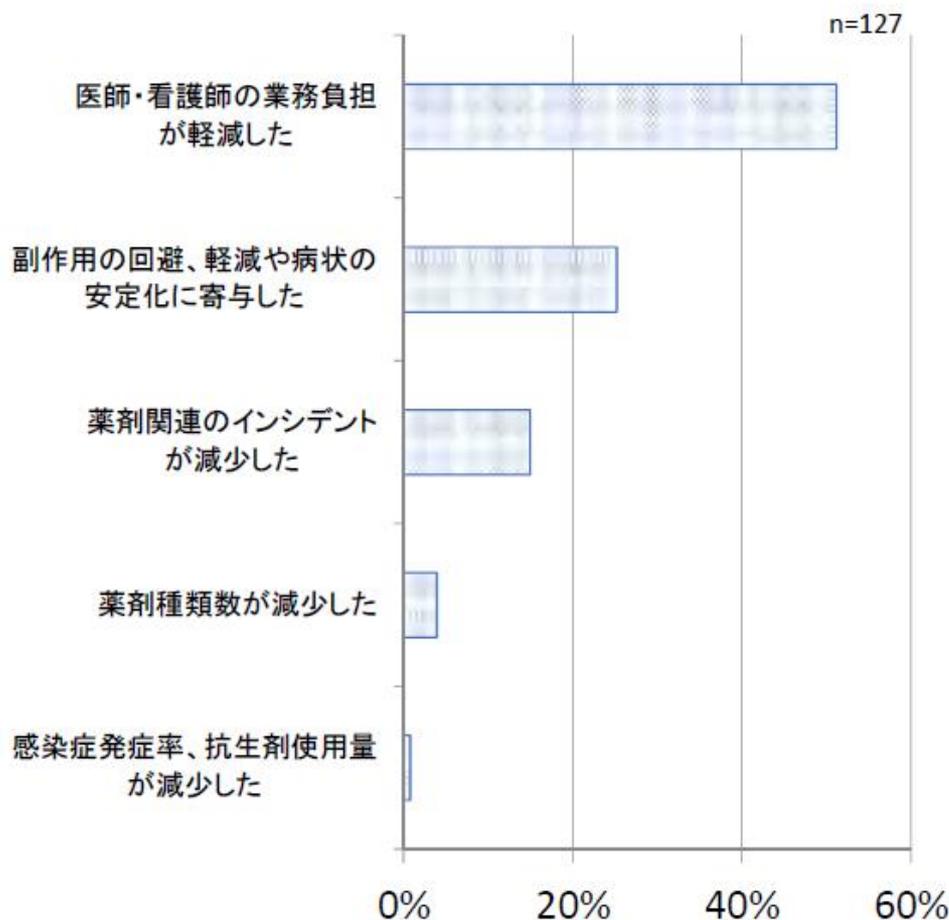


0% 20% 40% 60% 80% 100%

ICUにおける薬剤師配置の効果①

- 薬剤師配置による効果として、「医師・看護師の業務負担軽減」「副作用の回避や病状安定化への寄与」「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。
- ICU等に薬剤師を配置した施設において、配置後に薬剤関連インシデントが減少したとの報告がある。

<薬剤師配置による効果>



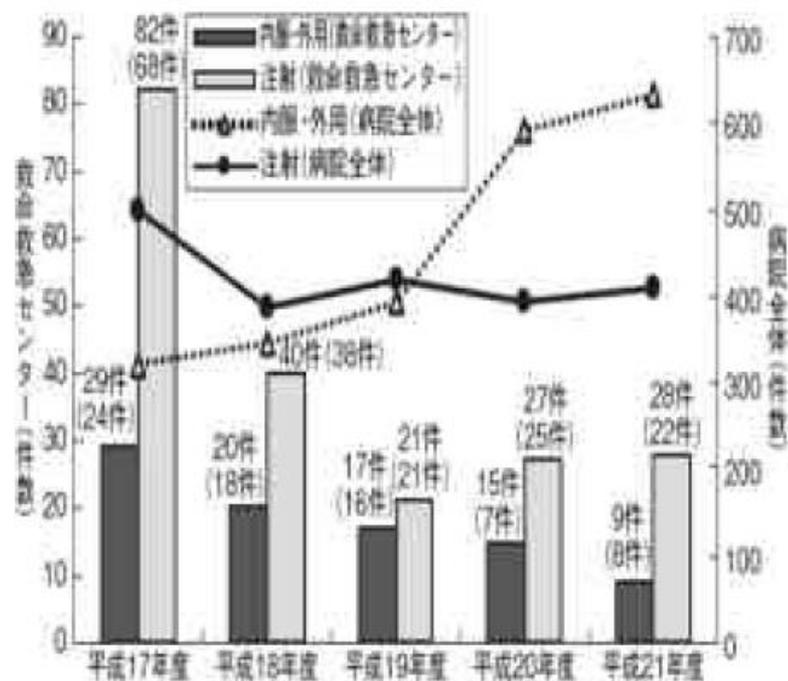
(参考)

<薬剤師配置による効果>

～高知医療センターの事例～

[対象]: ICU(8床)、CCU(4床)、HCU(8床)

[介入]: 平成17年3月以降薬剤師(2~3名)を常駐し、薬剤関連インシデントに対する対策の検討等を実施。



() は看護部が関わったインシデント件数も示す

③ 歯科等を含むチーム医療



周術期における口腔機能の管理等

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

周術期における口腔機能の管理

2012年診療報酬改定

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

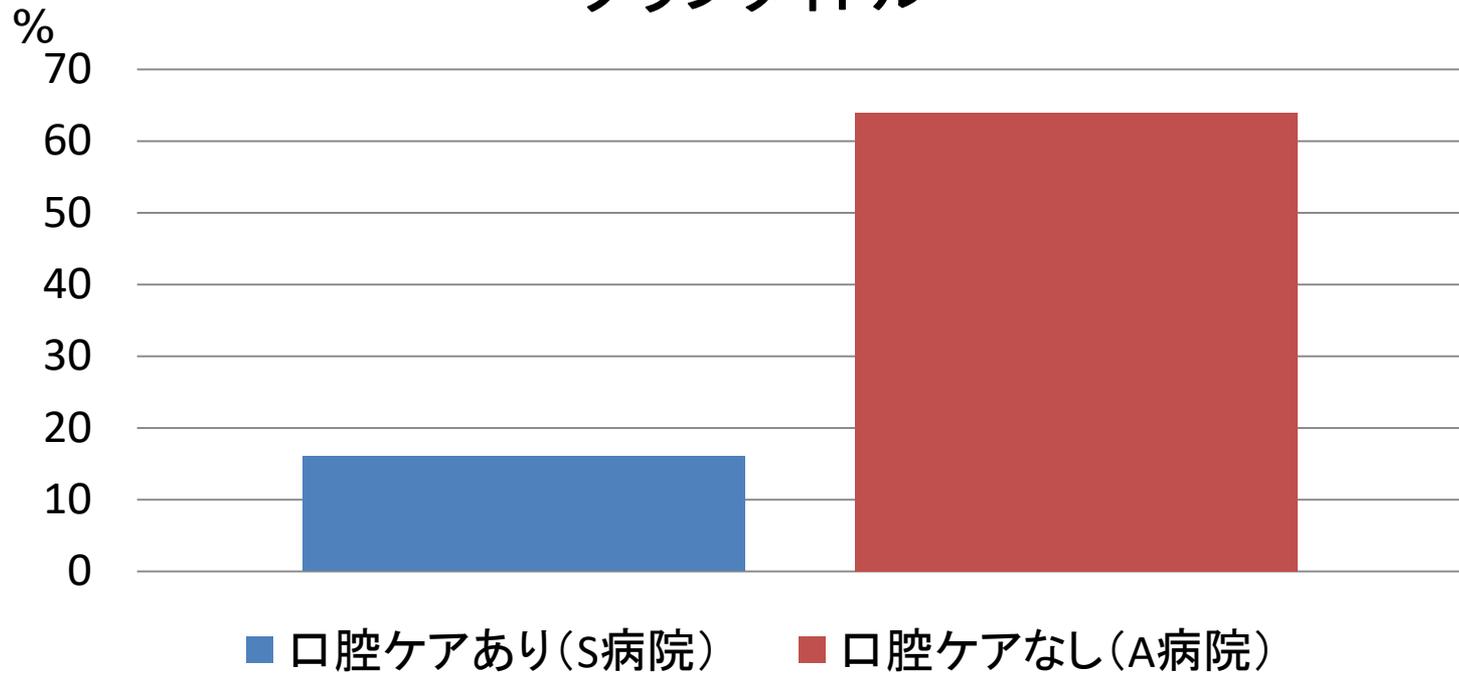
【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

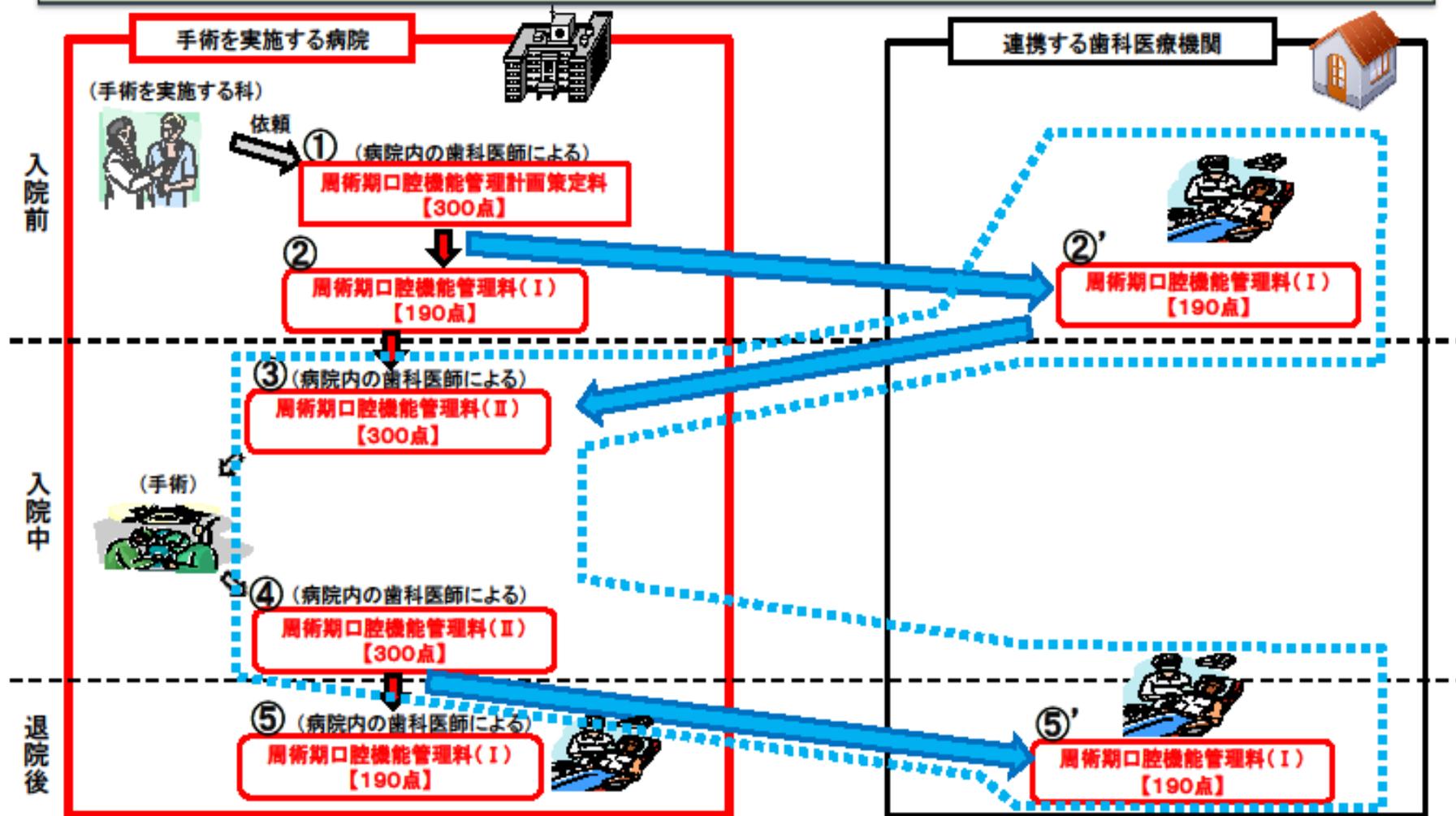
口腔ケアの有無による 術後合併症発生率

グラフタイトル



頭頸部がん患者の口腔ケアを術前・術後に行った群(56人)では、行わなかった群(35人)に対して、創部感染、ろう孔形成、肺炎などの術後合併症の発生率が有意に低かった
厚生労働省がん研究助成金による研究報告2004年

周術期における口腔機能の管理のイメージ



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

パート7 どうなる働き方改革？



相次ぐ労基署の 病院への立ち入り



聖路加国際病院 医師の長時間労働指摘2016年6月



研修医の過労死自殺が起きた 新潟市民病院

患者のみなさまへ

当院は、新潟労働基準監督署の指導により、医師の労働時間を縮減し、適正化を図ることにいたしました。

今後も、病院として最大限の努力を払って診療の質と安全性の確保をいたしますが、従来と異なる対応となる場合が出てくる可能性があります。

この点につき、ご理解のほどお願い申し上げます。

平成29年6月6日
新潟市民病院
院長 片柳 憲雄



労働基準監督署のあいつぐ 是正勧告

- 特定機能病院で労基法違反残業のあいつぐ摘発
 - 大学病院付属病院で労基法違法残業や残業代の未払いが相次ぎ発覚している。
 - 報道によれば全国85の特定機能病院のうち、7割超の64病院で労働基準法違反があったとして労働基準監督署が是正勧告し、少なくとも28病院に複数回の勧告を行っていたことが2018年2月に明らかになった。
- 自治体病院でもあいつぐ摘発
 - 全国自治体病院協議会の調査によれば44都道府県170の自治体病院に労基署による摘発が行われた
 - 沖縄の県立病院18億円、好生館病院8億円の支払い等
 - 東京都立小児総合医療センター、1.2億円の支払い

佐賀県医療センター好生館、未払い残業代5億
6千万円支給へ労基署から是正勧告
(2017年)



沖縄の県立病院2年間で医師の 残業代の支払い**18億円**（2017年）



(資料写真) 県立南部医療センター・こども医療センター

医師の働き方改革検討会



第6回医師の働き方改革検討会(2018年1月)

「第1回 医師の働き方改革に関する検討会」

座長 岩村正彦 東京大学大学院教授

2017年8月2日



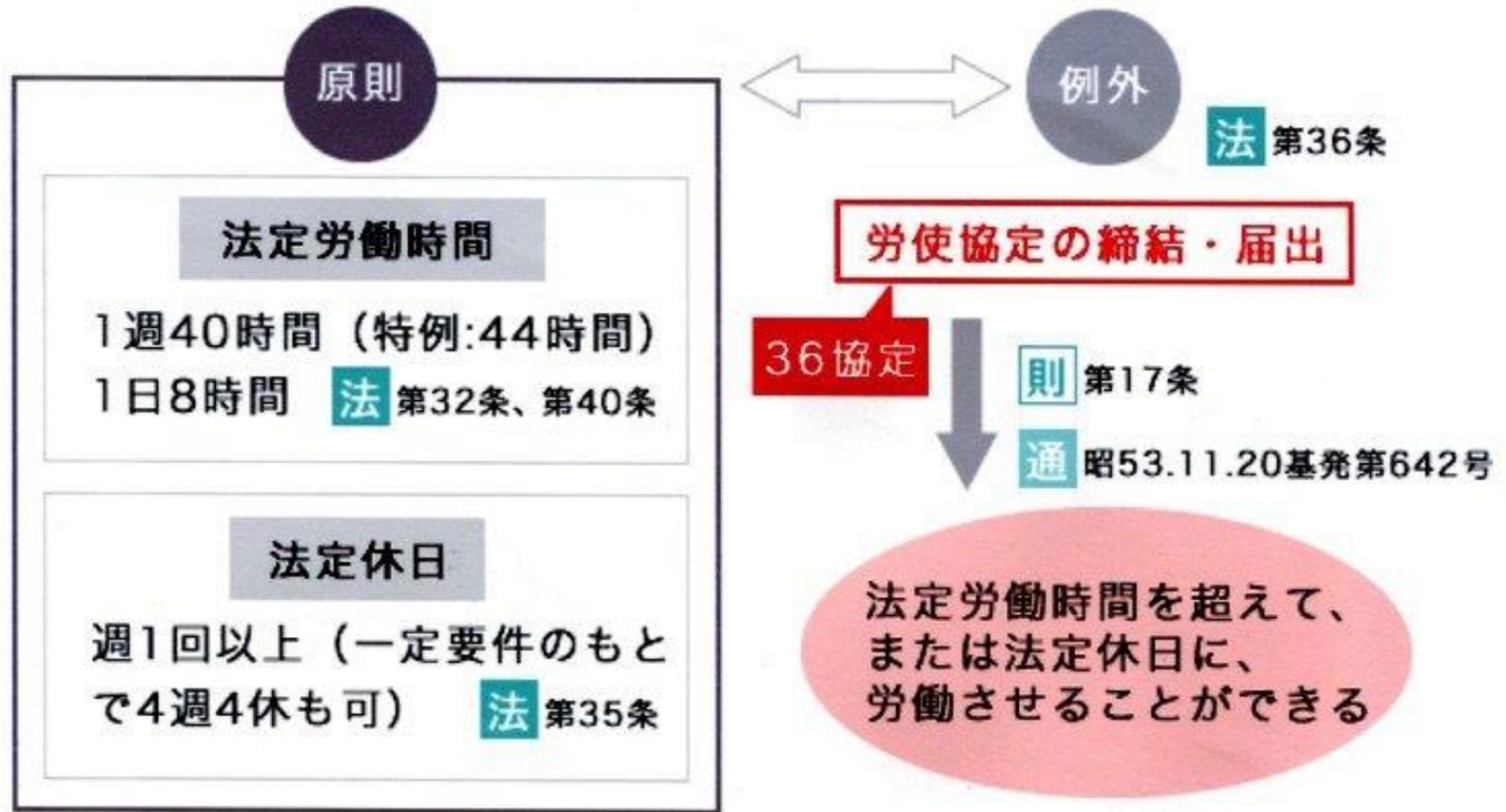
労働基準法(労働時間)

法定労働時間:

休憩時間を除いて、**1日に8時間、1週間に40時間**を超えて労働させてはいけません。(特例措置対象事業を除く)

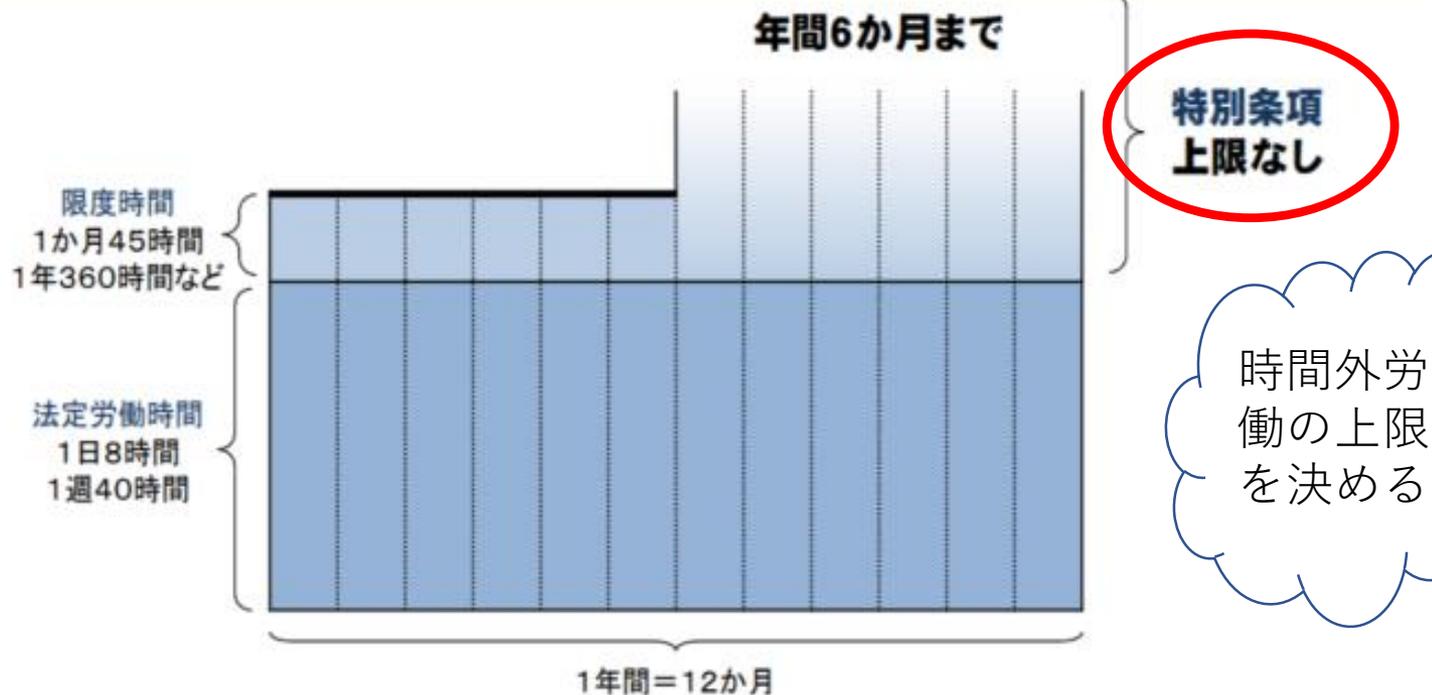


36協定（サブロク協定）



②36協定について（制度概要）

- 労働基準法での原則的な労働時間の上限：**1日8時間・1週40時間**【法定労働時間】
- これを延長する場合は、**労使協定(36協定)の締結・届出**が必要
- 36協定での延長時間は、「時間外労働の限度基準」(大臣告示)に規定
 - 「1か月45時間」「1年360時間」等(※)【**限度時間**】
 - ※ 「1日」、「3か月以内の期間」、「1年間」について協定する必要
 - ※ ほかに、「1週間15時間」「3か月120時間」などの限度時間が規定されている
 - ※ ただし、①工作物の建設等の事業、②自動車の運転の業務、③新技術、新商品等の研究開発などの業務は限度時間の適用除外とされている
 - **「特別条項」**を結べば、例外的に限度時間を超えることができる(年間6か月まで)
 - ※**特別条項**について、**その上限時間が規定されていない**



働き方改革関連法

2018年6月29日



働き方改革関連法

時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



医師への適用は **2024年4月～**、
上限時間も別に設定



応 招 の 義 務

医師法第 19 条：診療に従事する**医師**は、
診察治療の求めがあった場合には、
正当な事由がなければ、これを**拒んではならない。**

保助看法第 39 条：業務に従事する**助産師**は、
助産又は妊婦、褥婦若しくは新生児の
保健指導の求めがあった場合は、
正当な事由がなければ、これを**拒んではならない。**

応招義務の問題から、 上限規定の適用を 2024年まで猶予する

この間、「医師に適用する規制の具体的な在り方」
「医師の労働時間短縮策」を、先の検討会で議論し、
2019年3月末までに結論を得る。

医師の働き改革の3つのポイント

上限時間

自己研鑽
宿日直

タスシェア・
シフト

上限時間等の制度的な議論の整理と複数案

労働としての診療と自己研鑽の時間的区分はむつかしい

昭和24年の宿日直許可基準について、現在の実態を踏まえた解釈の現代化が必要。

看護特定行為、医師事務作業補助者、複数主治医、医師のシフト制など

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的な枠組みについて、早急な検討が必要。

勤務医を雇用する医療機関における取組項目
※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- ❑ まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ❑ ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

2 36協定等の自己点検

- ❑ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- ❑ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

3 産業保健の仕組みの活用

- ❑ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- ❑ 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- ❑ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- ❑ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- ❑ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- ❑ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

行政の支援等

第17回 医師の働き方改革に関する検討会

2019年1月21日

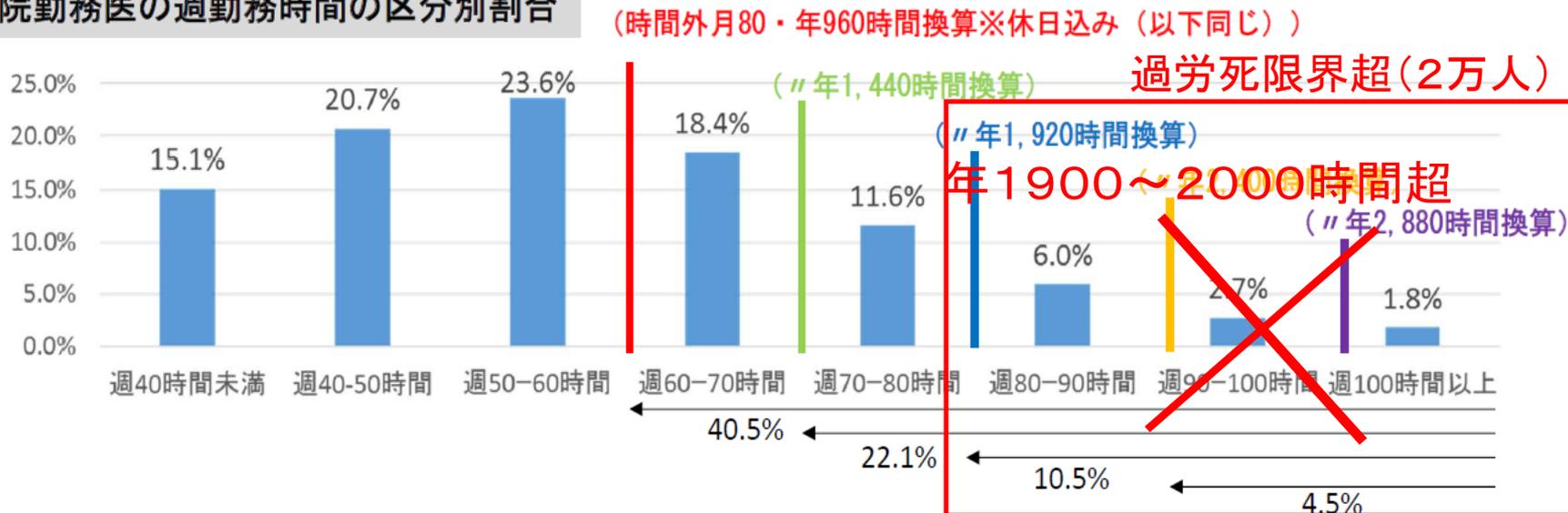


第17回医師の働き方改革検討会 (2019年1月21日)

- 超過重労働（上位10%、2万人）の時間外労働短縮が最優先事項
 - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A（2024年度以降適用される水準）
 - 勤務医に2024年度以降適用される水準
 - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B（地域医療確保暫定特例）
 - 地域医療確保暫定特例水準
 - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C（技能向上）
 - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- * 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合、医師の年間就業日数

1. 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。

2. 年間就業日数の比較

	総数	医師	専門技術的職業
200日未満	6.1%	3.5%	4.7%
200~249日	42.7%	19.6%	47.2%
250~299日	42.6%	41.4%	39.0%
300日以上	7.6%	35.0%	8.7%

※平成29年就業構造基本調査(総務省)。年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)の場合、年間就業日数は280日程度となる。

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに
解消

約1割
約2万人

1,900~
2,000時間程度

水準B
暫定特例水準
2035年度末までに解消

約3割
約6万人

暫定特例水準対象についても、
時間外労働が年960時間以内と
なることを目指し、さらなる
労働時間短縮に取り組む

960時間

2024年以降適用される

水準A

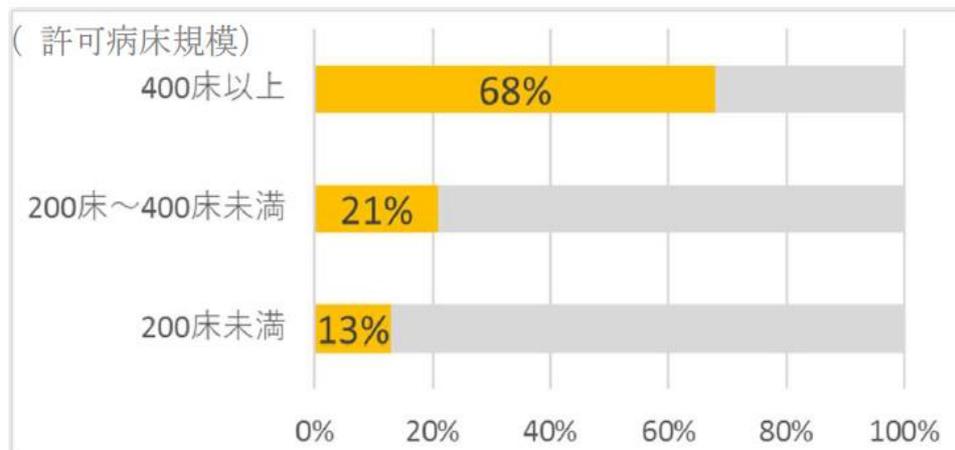
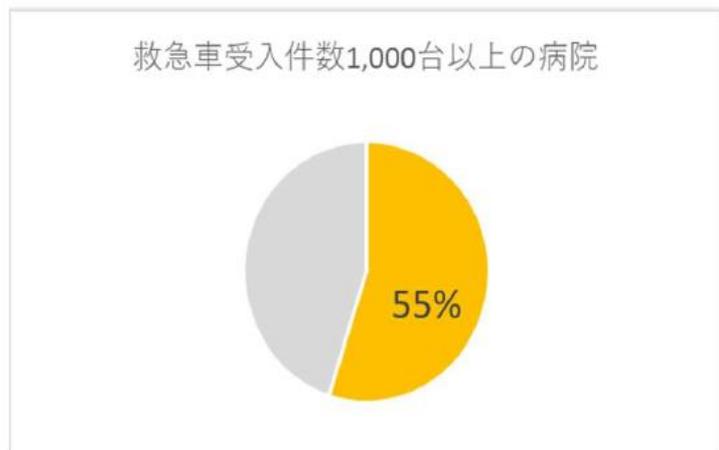
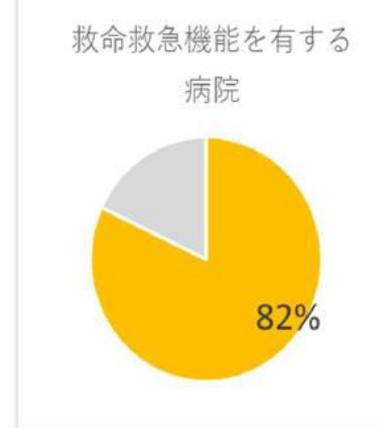
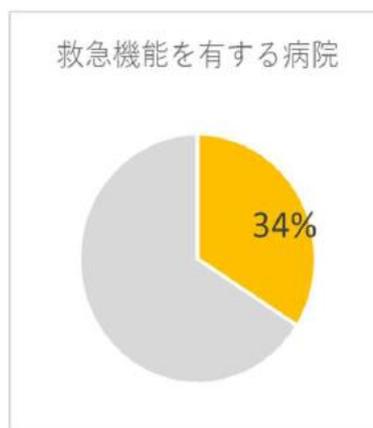
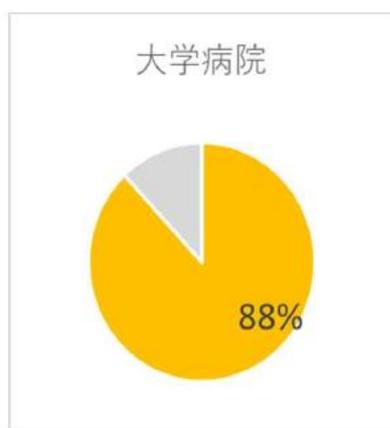
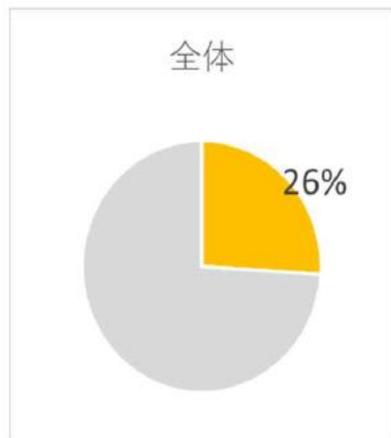
約6割
約12万人

暫定特例水準対象を除き、
2024.4以降、年960時間を超え
る時間外労働の医師は存在し
てはならないこととなる

地域医療確保暫定特例水準(案)を超える働き方の医師がいる病院

週勤務時間が80時間を超える者がいる病院の割合

B水準超の勤務医がいる病院



※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

医師の時間外労働規制について(案)

一般則

2024年4月～

将来
(暫定特例水準の解消 (=2035年度末) 後)

【時間外労働の上限】

- (例外)
- ・年720時間
 - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

(原則)
1か月45時間
1年360時間

年1,900～2,000時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年□□□時間／月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

B：地域医療確保暫定
特例水準 (医療機関を特定)

C：一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの別の水準
※対象医療機関を特定し、本人の申し出に基づく。

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

将来に向けて縮減方向

C：一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの別の水準
※対象医療機関を特定し、本人の申し出に基づく。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

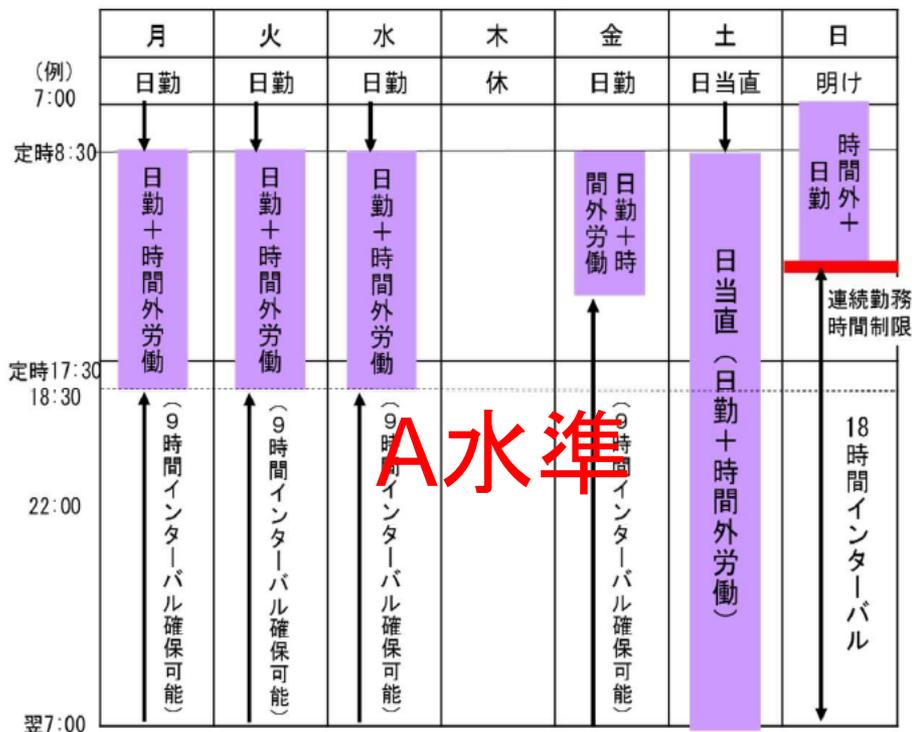
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット (義務)

【追加的健康確保措置】

連続勤務時間制限28時間、インターバル9時間の確保

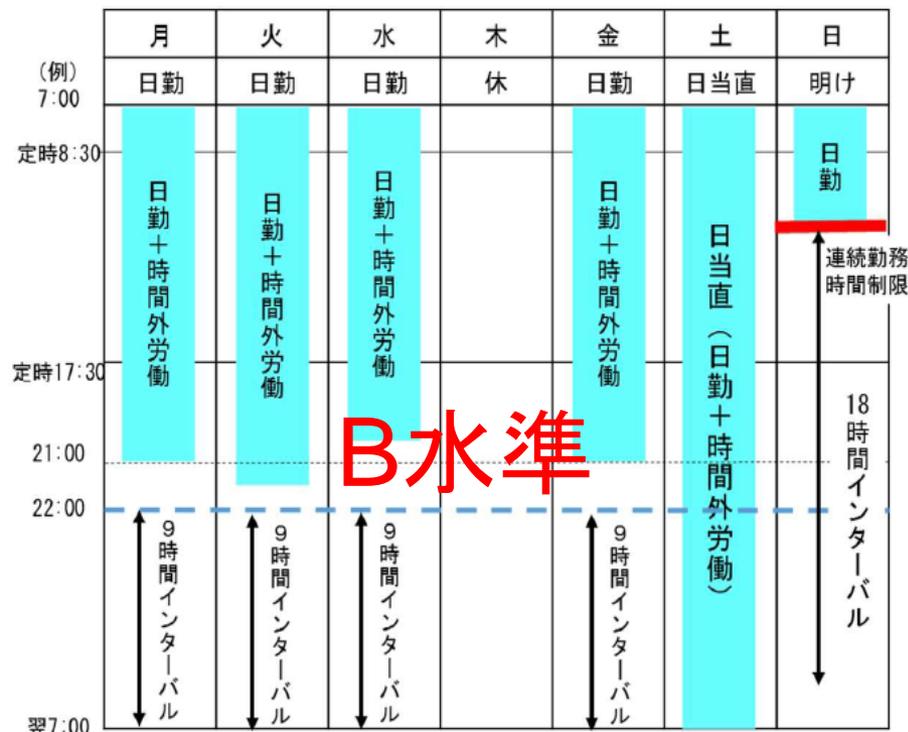
(A)・(B)の水準を適用した後の働き方のイメージ

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



A水準

(B) 時間外労働年1,900時間程度≒週40時間の働き方(例)



B水準

- ❑ 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- ❑ 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働(早出又は残業)
- ❑ 当直明けは昼まで
- ❑ 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

- ❑ 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- ❑ 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め14時間程度の勤務
- ❑ 当直明けは昼まで
- ❑ 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

A水準の働き方イメージ

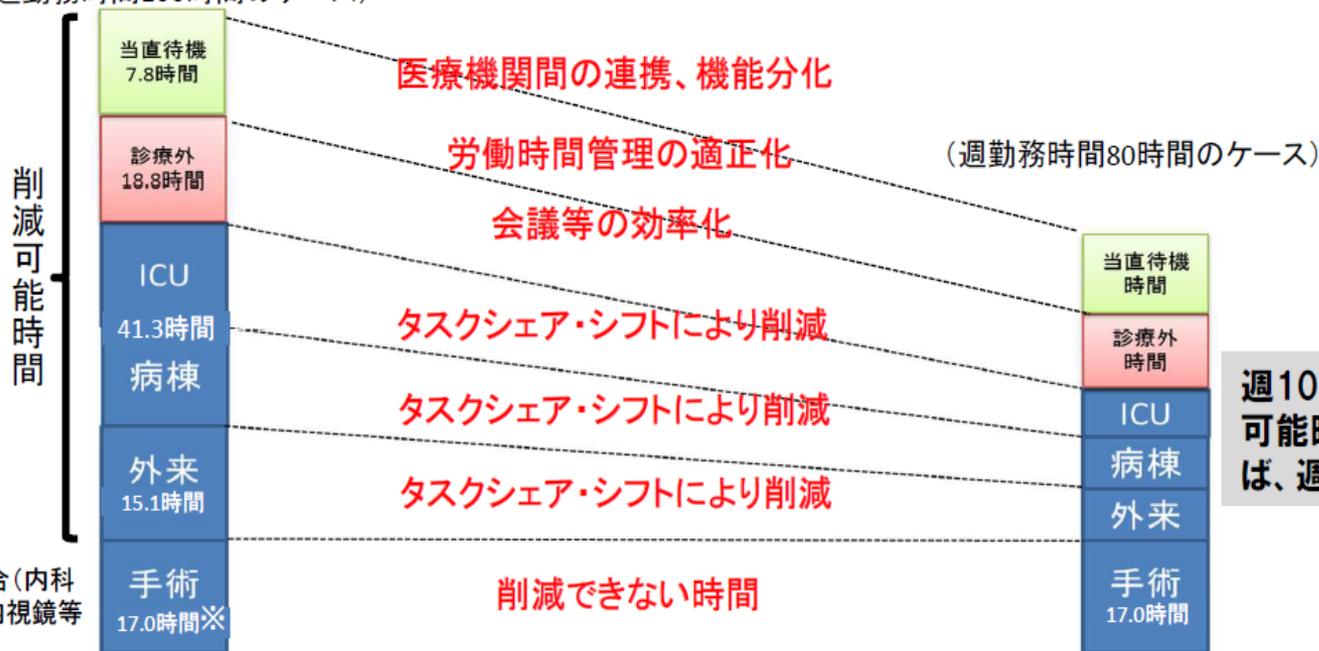
- 年960時間・月100時間未満という働き方のイメージ
- 毎日ほぼ定時に帰り、当直は週1回、月2回は週休2日を取得できるペースの働き方。



極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人(1.8%)、同100時間~90時間が約5400人(2.7%)、同90時間~80時間が約12000人(6.9%)いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

(週勤務時間100時間のケース)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)

時間数イメージ

タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減

週7時間程度削減

タスクシフト(特定行為の普及)による削減

週7時間程度削減

タスクシェア(他の医師)による削減

週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

パート4

タスクシフト・タスク
シェアリング

看護特定行為の導入



「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)

看護特定行為とは？

- 「チーム医療推進会議」2013年3月
(座長：永井良三・自治医科大学学長)
- 「特定行為」について
「実践的な理解力、思考力および判断力を
要し、かつ高度な専門知識および技能を持って
行う必要のある行為」
と定義した上で、保助看法で明確化し、
具体的な特定行為については省令で定めるとしてい
る。
- その研修制度についても別途、定めることとする。



医療・介護関連一括法案を閣議決定 特定行為の研修制度 法制化へ

医療介護一括法で法制化（2014年6月）

12日の閣議で「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する法律の整備等に関する法律案」の国会提出が決定した。

この法案は、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築などを通じ、必要な医療・介護を推進するための関係法律の整備を行うもの。特定行為に係る看護師の研修制度の創設など、看護関連の法改正事項が数多く盛り込まれている。具体的な内容は以下の通り。

【保健師助産師看護師法の改正】

高度・専門的な知識・技能が必要な特定行為を手順書（プロトコール）に基づいて行う看護師に指定研修機関での研修を義務付けること

【医療法の改正】

医療従事者の勤務環境改善のため国における指針の策定や都道府県での取り組みを支援する仕組みの創設

【看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正】

看護師等の離職時等における都道府県ナースセンターへの届出規定（努力義務）の創設

【都道府県への基金造成】

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度として都道府県への基金の造成など

看護特定行為制度の概要

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支える看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の大きな狙いのひとつ。
- 本制度は2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護一括法）の中の保助看法の改正に基づく。

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

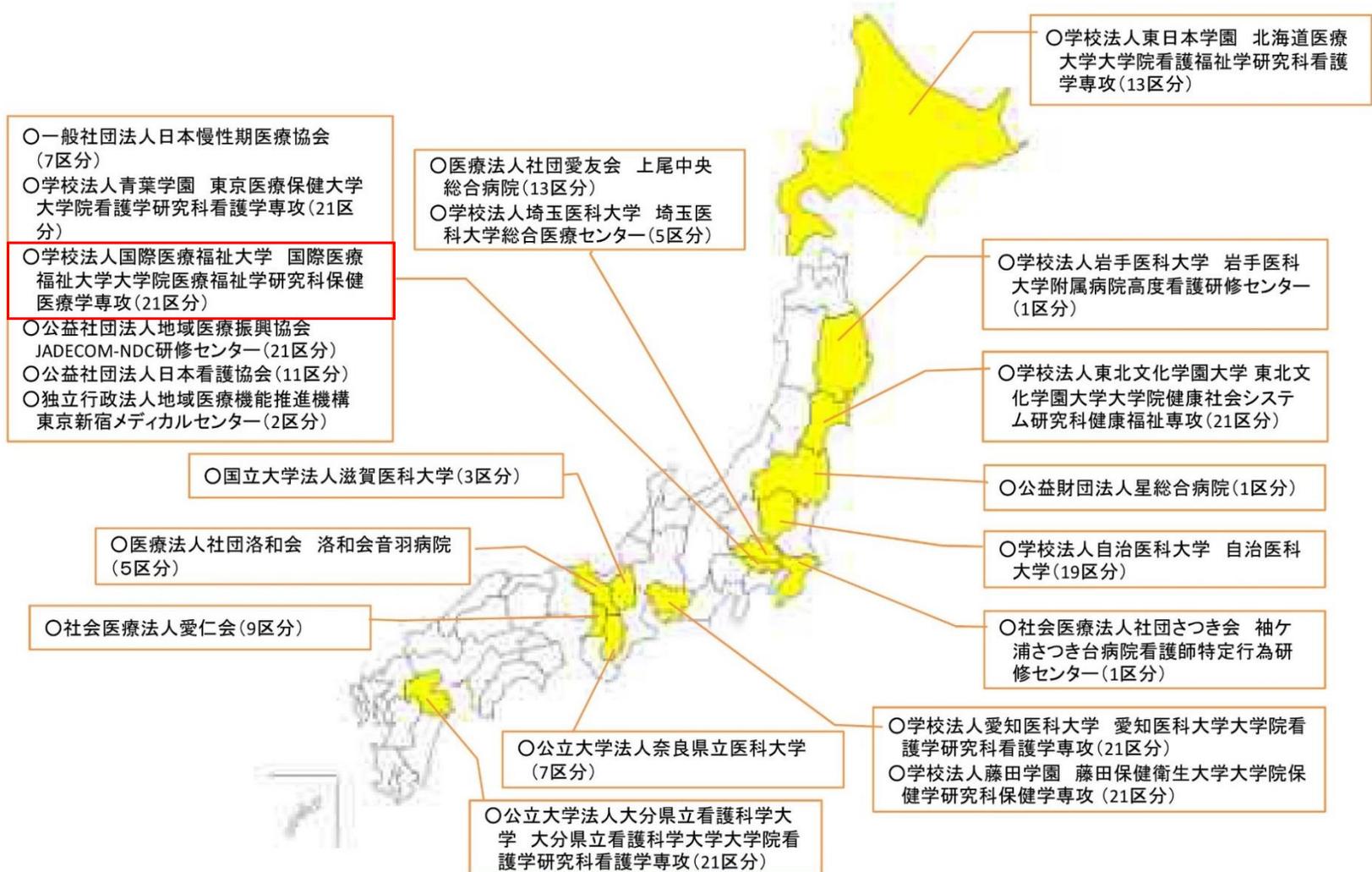
特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
人工呼吸器からの離脱	
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

特定行為研修を行う指定研修機関

現在、71施設



国際医療福祉大学大学院 NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
 - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を
実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
 - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
 - 1年目は講義と演習が中心
 - 臨床推論、病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、
診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
 - 3つのP（フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー）
 - 2年目からは医療現場での実習カリキュラム
 - 国際医療福祉大学の関連の三田病院（東京港区）や熱海病院（静岡県熱海市）でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
 - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
 - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

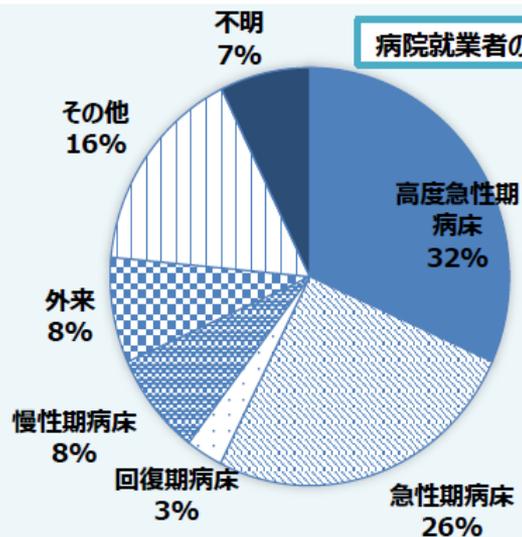
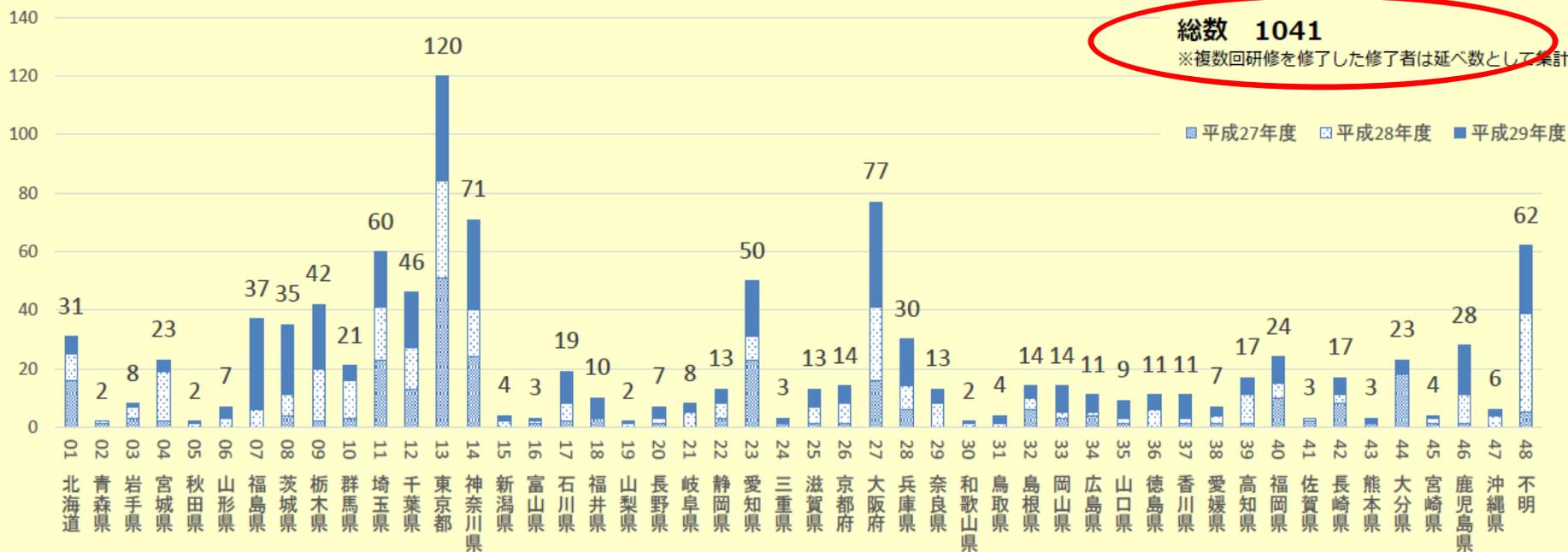
国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

都道府県別 特定行為研修修了者就業状況

(平成30年3月現在 看護課調べ)

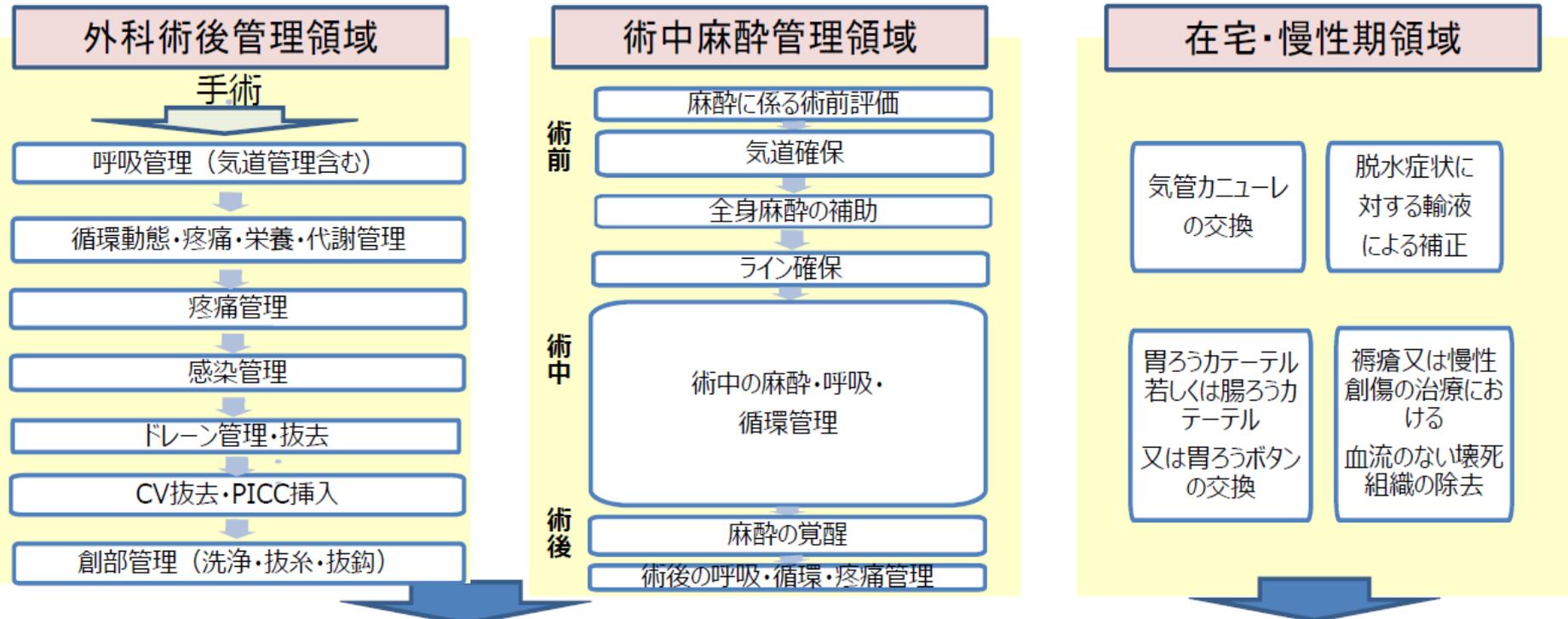


【就業場所別修了者数】

就業場所	修了者総数	割合	2017年度修了者	2016年度修了者	2015年度修了者
病院	870	84%	373	270	227
診療所	11	1%	2	4	5
訪問看護ステーション	47	5%	29	14	4
介護施設	15	1%	6	5	4
その他	36	3%	10	8	18
不明	62	6%	23	34	5
総数	1041名	100%	443名	335名	263名

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、週7時間程度の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



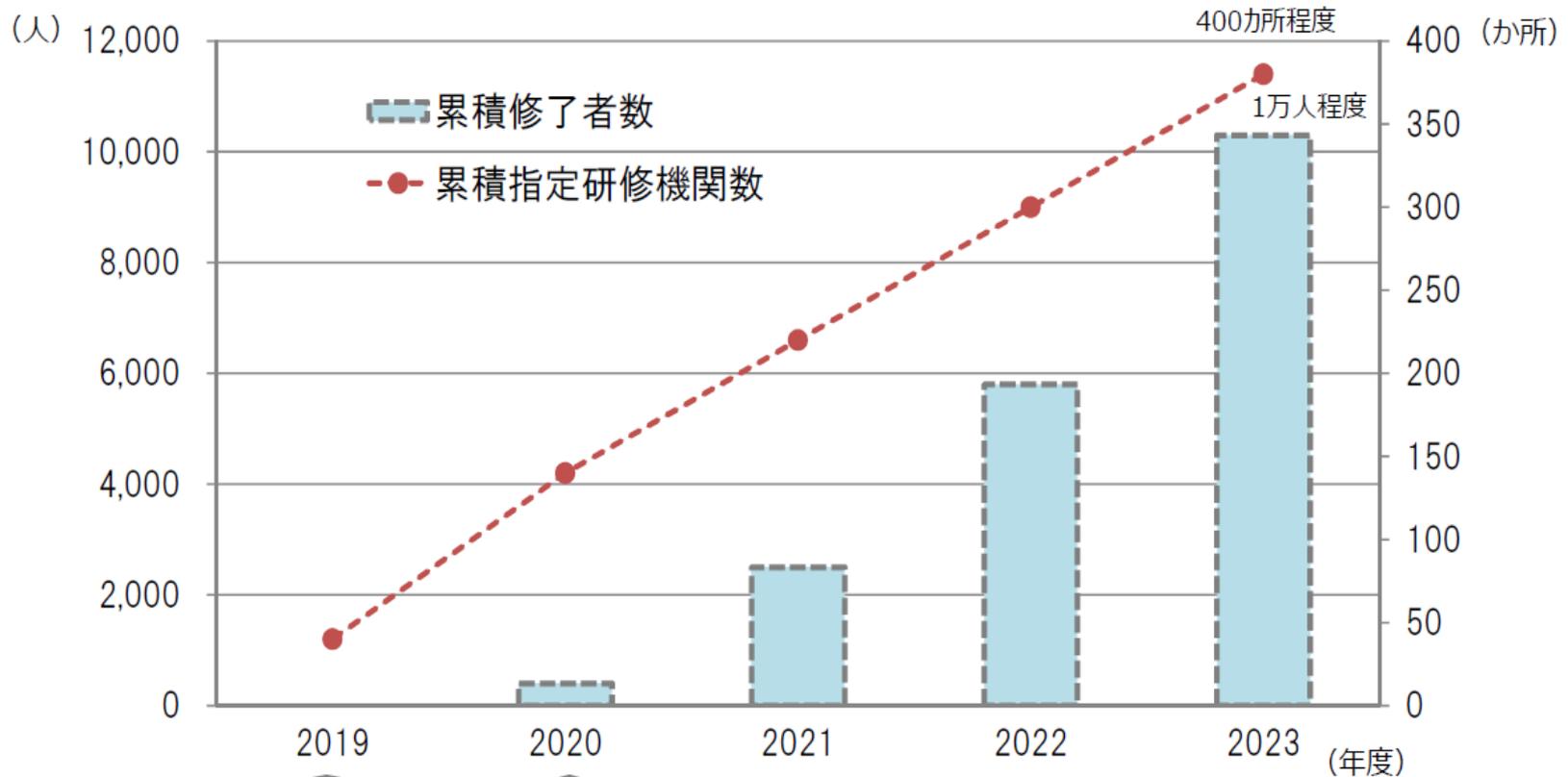
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正 (パッケージ研修創設)
パッケージ研修を実施する
指定研修機関の申請開始

パッケージ研修
開始

特定行為看護師を 2024年までに 1万人まで増やそう！

現在、医政局看護課
と指定研修機関、指
導者、研修修了者の
実態調査中



すべての大学病院
が特定行為の指定
研修機関へ！

タスク・シェアリング (業務の共同化)

複数主治医制の移行

24時間体制における医師のシフト制の導入

1988年、89年 ブルックリンの
キングスカウンティー病院で
ERの12時間シフトを経験



1989年のニューヨークから 米国の医師の働き方改革が始まった

- リビー・ジオン事件

- 1984年、18歳の女子高校生のリビー・ジオンが、ニューヨークの病院の救急外来に搬送され死亡した
- 20時間連続勤務していたレジデントが、過労や睡眠不足から、その患者に禁忌の医薬品（メペジリジン）投与を行い、患者が悪性高熱症で死亡する。
- このため1986年、ニューヨーク州高位裁判所大陪審が、インターンやレジデントの長時間労働が医療の質を低下させていると指摘。
- 1989年、ニューヨーク州ではレジデントの労働時間を週平均80時間以内とし、連続24時間以上の労働を禁止するニューヨーク州衛生法典を成立させた。

診療報酬と 医師の働き方改革

最重要課題は医師の働き方改革



中医協委員 猪口雄二氏

- 「私自身は、2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定よりも、医師の働き方改革の問題の方が大きいと考えている」
- 「医師のシフト制などが基本になれば、多数の医師がいる病院でないと、とても対応できない。けれども、今の診療報酬体系では、それだけの医師を雇用する余裕はなく、とてもシフト体制は組むことができない」。

医師事務作業補助体制加算が最も成功した！



自民党厚生労働部会「医師の働き方改革に関するプロジェクトチーム」座長
参議院議員羽生田俊氏

- 改革は、業
改の作
方た務
きっ事
働あ師
のが医
師果の
医効酬
でも報
ま最療
今で診
補
- 36協定を
ろはすき
定はで望
めこ算に
くとを省
ふる算労
もい加厚
所でのに
療んこう
診結てよ
い
- 指、でてな
が中中しべ
いるのとす
払あ酬院を
未が報病当
の院療る手
当病診い外
手るたて間
外れれし時
間さら宮、
時摘限運は
支い

総合入院体制加算

- 施設基準に「病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備」が盛り込まれている

「医師の勤務状況を把握し、改善提言を行う責任者の配置、多職種からなる役割分担推進委員会の設置、勤務医の夜間も含めた勤務状況を把握した上で、特定人に業務集中が起きない勤務体系の策定、当直日の翌日は休日とする、予定手術の術者は前日の当直・夜勤を行わない」

次期2020年診療報酬改定で
さらなる働き方改革の
後押しを

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



“脱病院”で始まる 地域医療福祉入門



- 超わかる医療福祉入門本・・・
- 武藤正樹著
 - ぱる出版
 - 税込み2700円
 - 2019年1月9日
発刊

今日のまとめ

2040年問題の本質は就労人口の激減問題

診療報酬改定では7対1の今後と地域包括ケア病棟に注目

介護報酬改定では療養病床問題と介護医療院がポイント

入退院支援加算、入院時支援加算はPFMの考えに基づいて

PFMで病院マネジメントを変えよう！

働き方改革はタスクシフト・シェアリングで

第21回 日本医療マネジメント 学会学術総会

私たちの 働き方改革



良質で成熟した
日本の医療を
めざして

会長

絹川 常郎

独立行政法人

地域医療機能推進機構 中京病院 院長

会場

名古屋国際会議場

2019

7.19 FRI ▶ **20** SAT



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

所
質問

「一十一」

