

フィンランド・ラトビア研修報告と 先読み2020年診療報酬改定 ～日本版ラヒホイタヤを目指して～



目次

- パート1
 - 2040年問題とは？
- パート2
 - フィンランドのラヒホイタヤとは？
- パート3
 - 日本版ラヒホイタヤの行方は？
- パート4
 - 先読み2020年診療報酬改定



pixta.jp - 1518488

パート1

2040年問題とは？

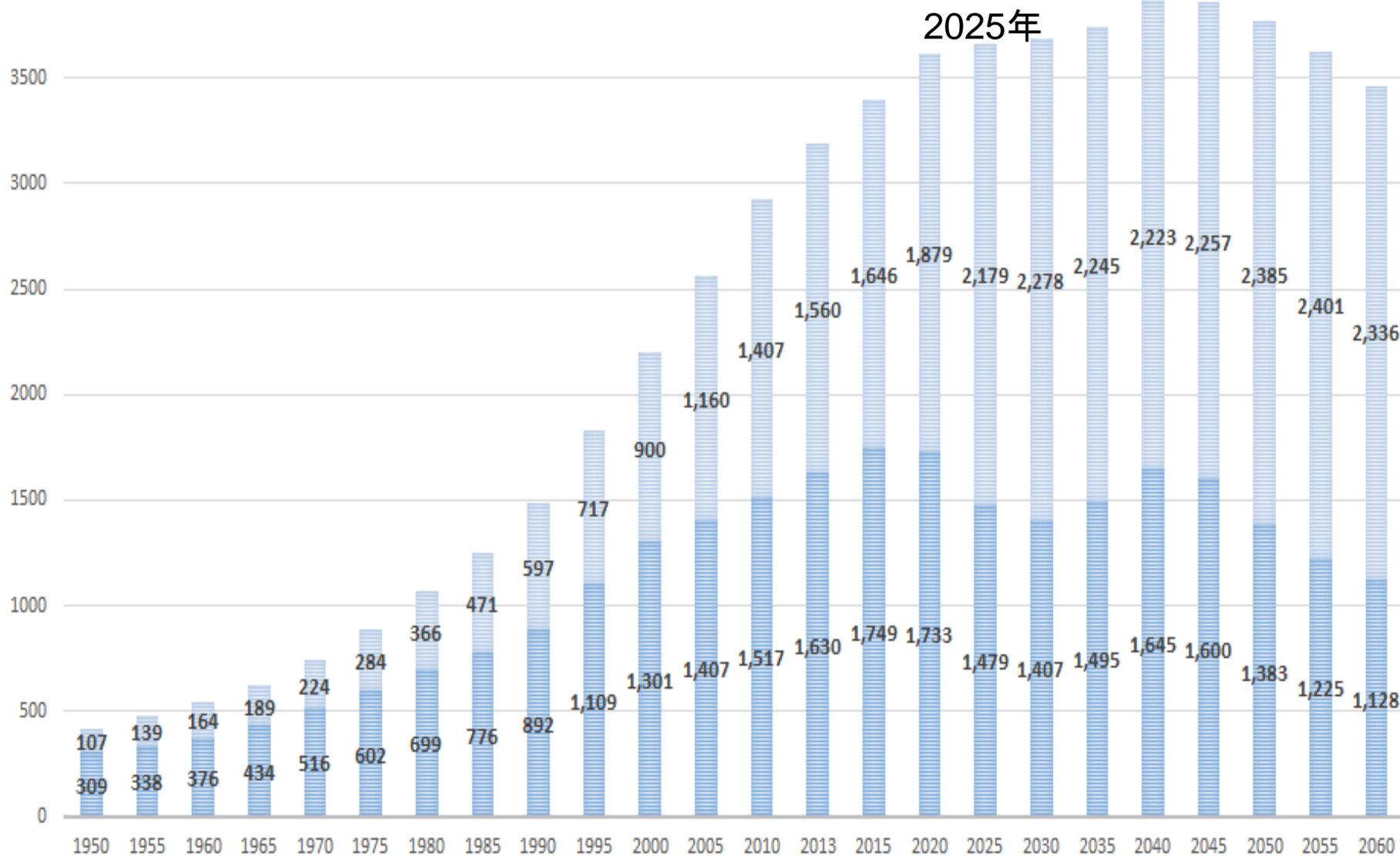
2040年に何が起きるのか？

65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

2040年

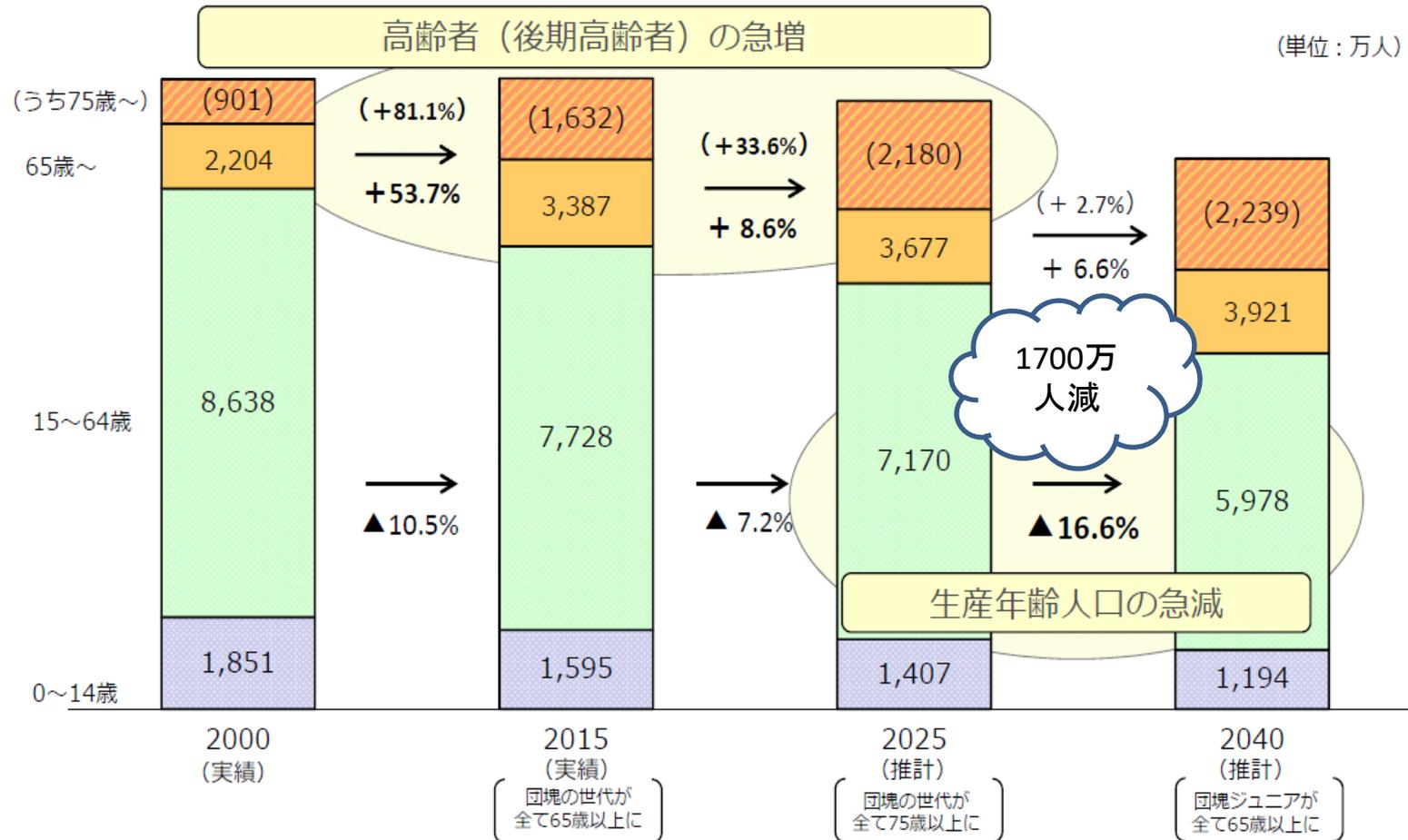
万人



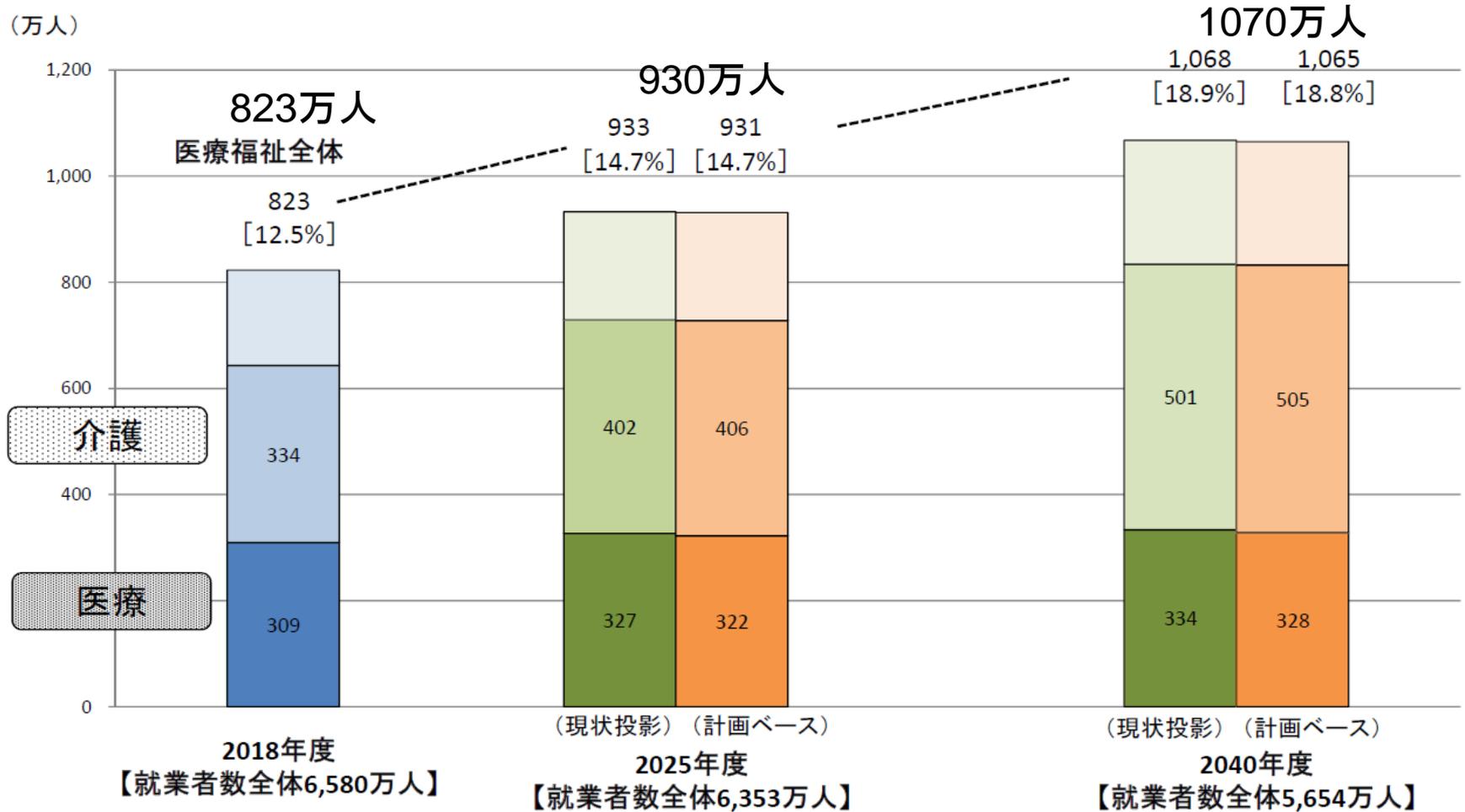
2040年までの人口構造の変化

- 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】



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年問題のポイント

就労人口減が最大の課題！

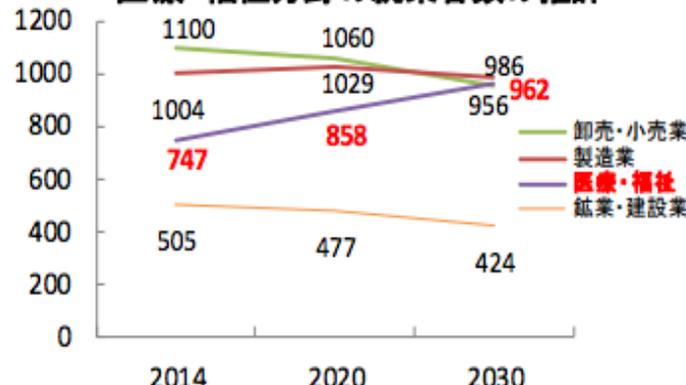
医療福祉介護の専門職の教育も変えなければならない！

医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直し

【現状・課題】

- 医療福祉の就業者数は、2030年に卸・小売業を抜き製造業に比肩。
- 専門資格を持ちながら専門分野で就業していない潜在有資格者は、例えば、看護師・准看護師で約3割、介護福祉士で4割強、保育士で6割強と多数。
- 生産年齢人口が減少する中、今後の医療・福祉のニーズの増大に対応するためには、**潜在有資格者の掘り起こしとともに、多様なキャリアパス構築等を通じた人材の有効活用の視点が必要不可欠**。なお、これは、生産年齢人口が減少する中、他の高付加価値産業での人材確保にも資する。

(万人) 医療・福祉分野の就業者数の推計



※就業者数について、2014年度は総務省「労働力調査」。2020年及び2030年は、雇用政策研究会推計(平成27年12月)の「経済成長と労働参加が適切に進むケース」の値。

具体的な取組

【対応の方向性】

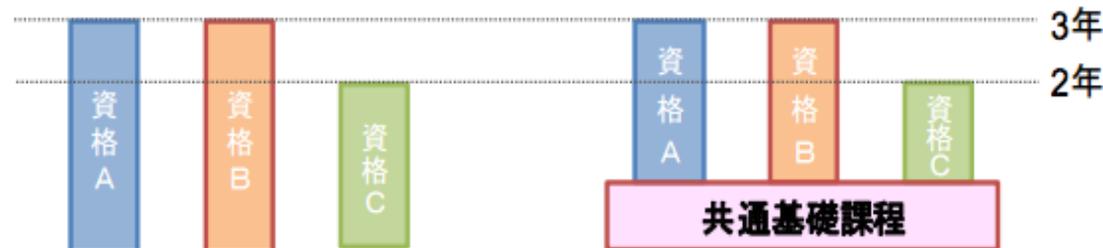
- **複数の医療・福祉資格を取りやすくし、医療・福祉人材のキャリア・パスを複線化。**

- 医療・福祉の**複数資格に共通の基礎課程を創設し、資格ごとの専門課程との2階建ての養成課程へ再編**することを検討。
- **資格所持による履修期間の短縮、単位認定の拡大**を検討。

【共通基礎課程のイメージ】(※具体的な制度設計は今後検討)

現在: 資格Aの有資格者が資格Cをとる場合、原則、**新たに養成課程全体(2年間)**を修了する必要。

将来像: 共通基礎課程を修了した資格Aの有資格者が資格Cをとる場合、**短い履修期間で資格取得**。



(参考)医療・福祉関係資格の例

【医療】

看護師
准看護師
理学療法士
作業療法士
視能訓練士
言語聴覚士
診療放射線技師
臨床検査技師

【福祉】

社会福祉士
介護福祉士
精神保健福祉士
保育士

共通基礎課程の対象職種

- **【医療系】**

- 看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士・診療放射線技師・臨床検査技師

- **【福祉系】**

- 社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・保育士

- これらの資格取得者が共通基礎課程を通じて複数の資格を取りやすくなるように制度を変えていく。

共通基盤課程の今後

- 保健医療福祉の専門人材について、対人支援を行う専門資格を通じた新たな共通基礎課程の創設を検討する。
- 2017年度に共通基盤課程の検討に着手し、各専門課程の検討を経て、2021年度をめどに新たな共通基礎課程の実施を目指す。
 - 2018年全国厚生労働省関係部局長会議資料より

パート2

フィンランドのラヒホイテアとは？



ラヒホイタヤとは？

- ラヒホイタヤ（社会・保健医療基礎資格）
 - フィンランドの社会・保健医療共通基礎資格のことで、保健医療分野と社会サービス分野の日常ケアに関する、様々な中卒レベル資格を一体化し、一つの社会・保健医療基礎資格としたもの。
 - ラヒホイタヤは lahi（身近な）と hoitaja（世話をする人）の意味を持つフィンランド語。lähihoitoとは、英語near care（日常ケア）に相当する。
 - 1993年よりスタート

ラヒホイタヤが生まれた背景①

- フィンランドの高い高齢化率
 - フィンランドは、北欧型の社会保障・社会福祉システムを持つ福祉先進国で、2025年にはフィンランドの高齢化率は、EU圏内で最も高くなると試算されている。
- 人材不足
 - ラヒホイタヤは、少子高齢化で人材不足が懸念される福祉人材確保を目的とし合理的なマンパワーの配置を行うために生まれた。

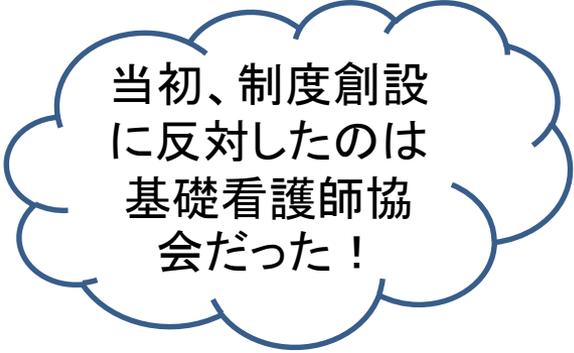
ラヒホイタヤが生まれた背景②

- **在宅ケアの充実のために**
 - ラヒホイタヤの創設が検討されていたころ、フィンランドでは施設の収容数を段階的に減らし、在宅ケアへと移行させていくという政策が取られた。
 - これに伴って、マンパワーの総量を変えずに、在宅ケアで必要なケアを行っていくために、1人1人の能力を向上させることが必要となった。
- **分断されたケアから統合されたケアへ**
 - サービスを利用する高齢者から、在宅でケアを受けるにあたって、複数の人が入れ替わり立ち代わり訪問するのではなく、さまざまなスキルを身に付けた人が1人で担当してほしいという要望があったとされている。

ラヒホイテアで統合した10の資格

- 保健医療部門における7つの資格

- ①准看護婦 : Perushoitaja
- ②精神障害看護助手 : mielenterveyshoitaja
- ③歯科助手 : hammashoitaja
- ④保母／保育士 : lastenhoitaja
- ⑤ペディケア士 : jalkojenhoitaja
- ⑥リハビリ助手 : kuntohoitaja
- ⑦救急救命士－救急運転手 : lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja



当初、制度創設
に反対したのは
基礎看護師協
会だった！

- 社会ケア部門における3つの資格

- ①知的障害福祉士 : kehitysvammaistenhoitaja
- ②ホームヘルパー : kodinhoitaja
- ③日中保育士 : päivähoitaja

- 「社会・保健医療基礎資格、ラヒホイテヤ」として名称独占資格となった。

ラヒホイタヤのメリット

- 労働市場内を移動することによって、長期に仕事を継続することができる(例えば、日中に保育園で働いた後、高齢者のホームヘルパーとして働いたり精神障害者施設でも働くことが可能になる。)
- 無資格の不安定な低階層の職種がなくなり従来のホームヘルパーの質の向上
- 介護人材の離職者減少
- 異業種間移動が極めて容易
- 質の高い労働で短時間・高賃金の労働が可能になる

ラヒホイタヤ養成校 ヴァンター市立バリア校



ラヒホイタヤ実習風景



ラヒホイテアの教育課程

- 中学卒業後の専門学校教育（3年間）
 - 1年 教養科目、語学、医療・福祉の理論教育と実習
 - 2年 高齢者実習などが中心
 - 3年 障害者、精神、薬物依存などの専門教育
- 社会人入学課程は2年間教育
- 学費は無料
- 全国77カ所の養成校がある。

ラヒホイタヤの就職の場

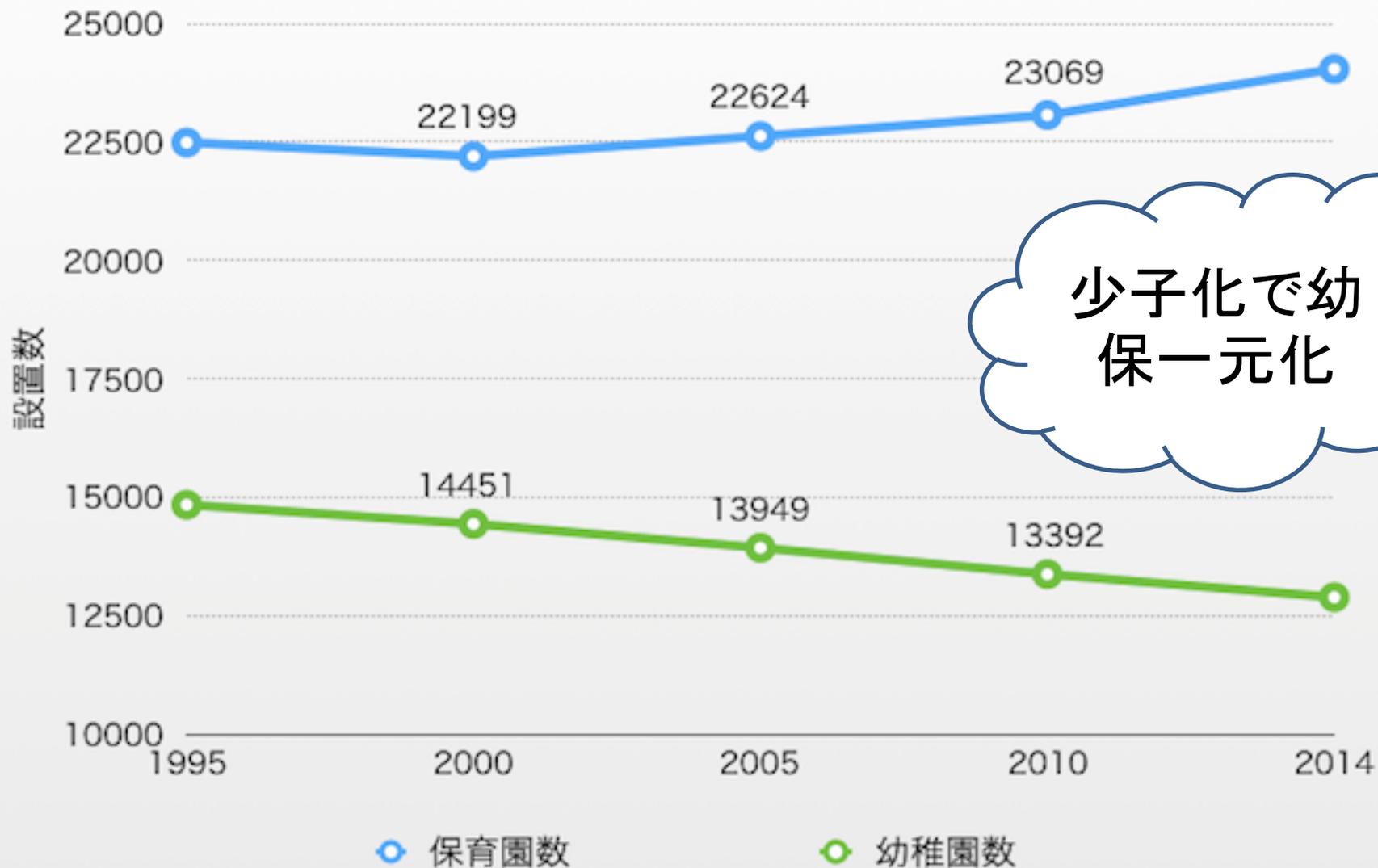
- フィンランドでは、“ラヒホイタヤ”の資格を取得した場合、保育園や在宅サービス、通所型ケア等のオープンケア・地域の公設医療センター等のヘルスセンター、病院やリハビリホームやナーシングホーム・保健医療社会サービスの関する施設などで働くことができる
- 資格を取得した人の医療施設・福祉施設への就職率は100%

パート3

日本版ラヒホイテアの行方は？

幼稚園と保育所数の推移

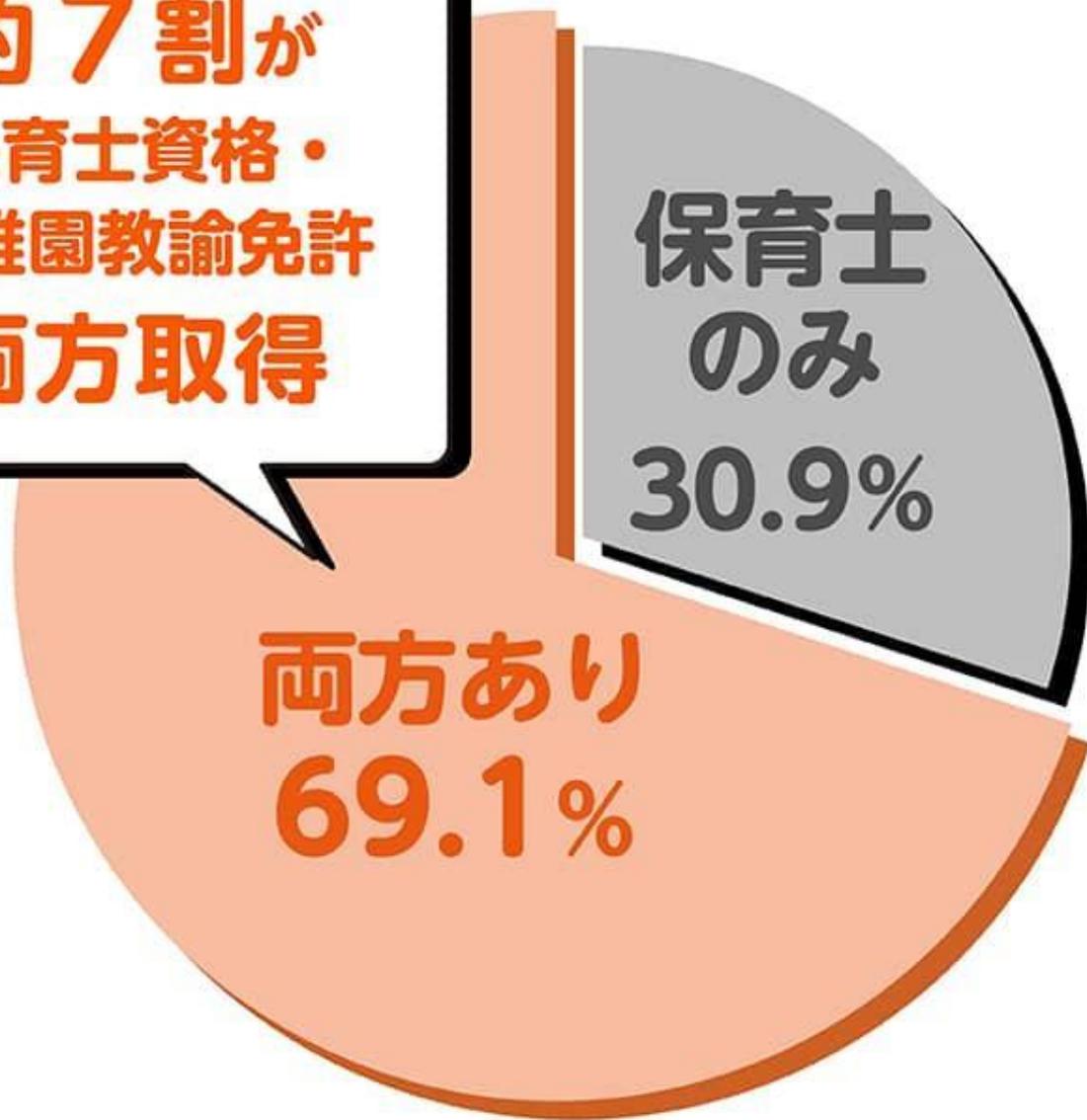
(総務省統計局)



約7割が
保育士資格・
幼稚園教諭免許
両方取得

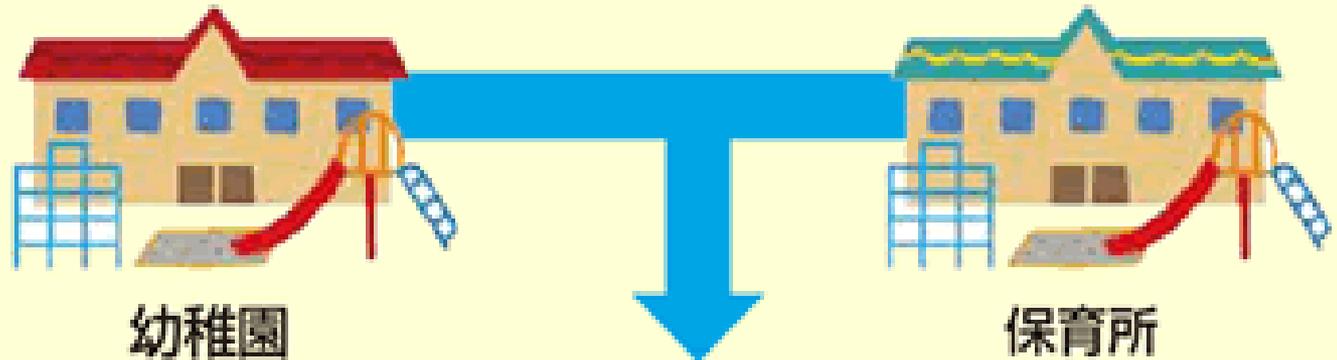
保育士
のみ
30.9%

両方あり
69.1%



今後の施設のイメージ

幼保一体化



幼稚園

保育所

幼稚園または保育所を改修



こども園に変更

(0歳～5歳の保育所児童)

(4、5歳の幼稚園児童)

廃園



幼稚園

後利用検討

進まぬ幼保一元化

政府が三・五歳の保育・幼児教育無償化を打ち出し、子育て政策に焦点が当たる中、幼稚園と保育所の垣根をなくす「幼保一元化」の取り組みは停滞が続いている。十年前に双方の機能を併せ持つ「認定こども園」の制度ができたが、幼稚園からの移行は進んでいない。幼保一元化は、戦後間もない国会で必要性が指摘され、七十年を経た今も道半ばだ。(坂田奈央)

日本には、明治時代から幼稚園と託児所(一九四七年に保育所に名称統一)があり、それぞれ当時の文部省と厚生省が所管。今も担当は文部科学省と厚生労働省に分かれている。

70年前すでに国会で論議

国会議事録によると、女性が参政権を得た四六年四月の衆院選で初当選した越原春子は、七月の衆院の委員会審議で「婦人の職場への進出を容易ならしめるために」と幼保一元化を提案。「幼児の保育・教育こそ真に国民教育の基礎をなす」と訴え、当時の田中耕太郎文相は「大いに研究を要する問題」と感じた。参院事務局によると、一元化の議論は明治時代の帝國議会でも行われていた。

所管官庁 違い障壁か

戦後、ほとんどの四、五歳児がどちらかに通うようになった六、七〇年代に議論が活発になったという。認定こども園の制度が創設されたのは二〇〇六年。内閣府が所管し、今年四月時点の認定数は五千八十一園。前年より約千園増えたが、約一万ある幼稚園から



の移行は三百七十七園にとどまった。保育の方が子どもを預かる時間が長いことなどが足かせになっている。認可の定員に余裕がある地域もある。経団連行政が待機児童解消の障壁になって五に対して認定こども園は

日本の保育・幼児教育

保育所	幼稚園
厚生労働省	文部科学省
児童福祉法	学校教育法
0歳～就学前	3歳～就学前
8～11時間	4時間 夏休みや冬休みがある場合が多い
義務	任意
保育士資格	幼稚園教諭免許 (10年に1度の更新制)

認定こども園
幼稚園と保育所の機能を併せ持った施設

無償化より「待機」解消を

日本総研主任研究員

池本美香さん



保育・幼児教育問題に詳しい日本総研の池本美香主任研究員に、無償化や一元化の話が出てきた。無償化のあるべき姿を聞いた。政府の無償化方針をどう見る。「待機児童問題や保育の質の低下に対して十分な対策がないまま、突然、無償化の話が出てきた。無償化されても待機児童になったり向も得られない。深い議論をせずに、お金だけつけたりすることで、根本的な解決を見渡し、課題を洗いさ

い挙げ、抜本的に見直す必要がある。省庁の所管の一元化も検討すべきだ。幼保を一元化すれば制度改善が進むか。「二ニュージーランドは、一九八〇年代に幼児教育施設と保育施設を所管する省庁を一元化したのを起點として、国の機関がすべての施設の質を定期的に評価し、結果を園ごとに公表する仕組みを整えた。保育の質の担保や行政事務の効率化を二十年かけて実現し、二〇〇七年に無償化した」

	保育園	幼稚園
施設区分	児童福祉施設	教育施設
管轄	厚生労働省	文部科学省
保育対象年齢	0歳～小学校入学前	3歳～小学校入学前
保育時間	7時半頃～18時半頃 ※認可施設においては、1日の最大利用時間が 11時間（保育標準時間） と、 8時間（保育短時間） の場合がある。	9時頃～14時頃 ※延長なしの場合、1日の教育時間は標準 4時間
給食	義務	任意
保育料	認可保育園の場合は自治体が決定	公立：自治体が決定 私立：設置者が決定

日本版ラヒホイテアを目指して



2015年4月14日 塩崎元厚労大臣

塩崎大臣記者会見 (2015年4月14日)

- 今後都市部では急速な高齢化の進展によりまして、介護ニーズの急激かつ大幅な増大が見込まれます。
- 一方で、地方や中山間地域におきましては、介護・福祉に関する人材確保やサービス提供が非常に困難な地域が増加するだろうと見込まれております。
- 先日取りまとめられました「厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン」においても、介護・福祉サービスを融合させる推進方策とともに、これらのサービスの担い手となる専門職種を統合・連携させる方策を検討するための検討チームを省内に設置する



日本版ラヒホイタヤの導入見送り

- 2015年6月16日、厚生労働省がプロジェクトチームで、10の資格の統合を検討した
- 福祉の現場関係者からのヒアリングなどを行った
- その結果、准看護師との統合は断念し、例えば保育士が介護福祉士の資格を取得しやすい仕組みを検討する事となった。
- 「保育士と介護福祉士が双方の資格を取りやすくする」「いずれかの資格取得者には他方の資格の試験科目を一部免除したりすればよいのではないか？」などの意見がある。

日本版ラヒホイタヤへの批判

- 保育士と介護福祉士を資格統合するという案に対しては・・・
- 介護・福祉の現場からは、高齢者と幼児で異なる技術・知識が必要な業務を1人でこなす事を求められる資格の一本化に対する反発がある。
 - 両方を経験した人が語るには、二つは全然違うので、無理があると思う。仕事内容や賃金レベルを考えたら、保育ママや、ヘルパー二級を活用した方が実用的だ。

A scenic view of a lake at dusk. On the left, a large, multi-story red brick building with several windows is reflected in the calm water. The sky is a mix of blue and orange, suggesting sunset. In the foreground, two people are standing on a rocky shore, looking towards the water. A small green boat is partially visible near the shore. The overall atmosphere is peaceful and serene.

2040年を目指して
日本版ラヒホイテアを育てよう！

リトアニア大使館で山崎史郎大使と・・・



山崎全権大使夫妻

パート4

先読み2020年診療報酬改定 ～入院医療に着目して～



中医協総会

入院医療見直し7つのポイント

- ポイント①7対1入院基本料
- ポイント②地域包括ケア病棟
- ポイント③回復期リハ
- ポイント④DPC
- ポイント⑤短期滞在手術
- ポイント⑥入退院支援
- ポイント⑦療養病床と介護医療院

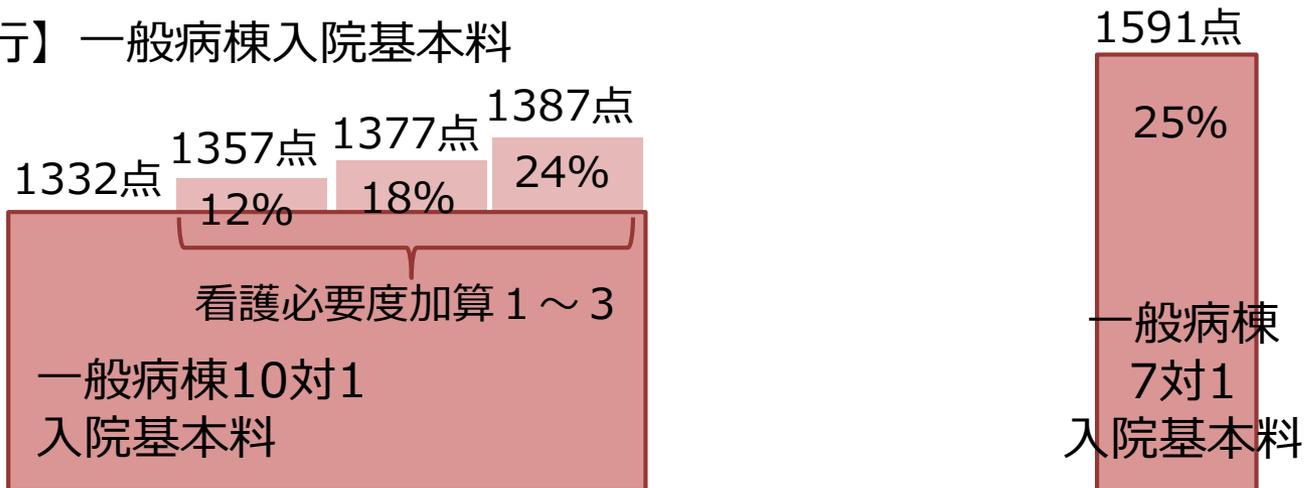
ポイント①

7対1入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

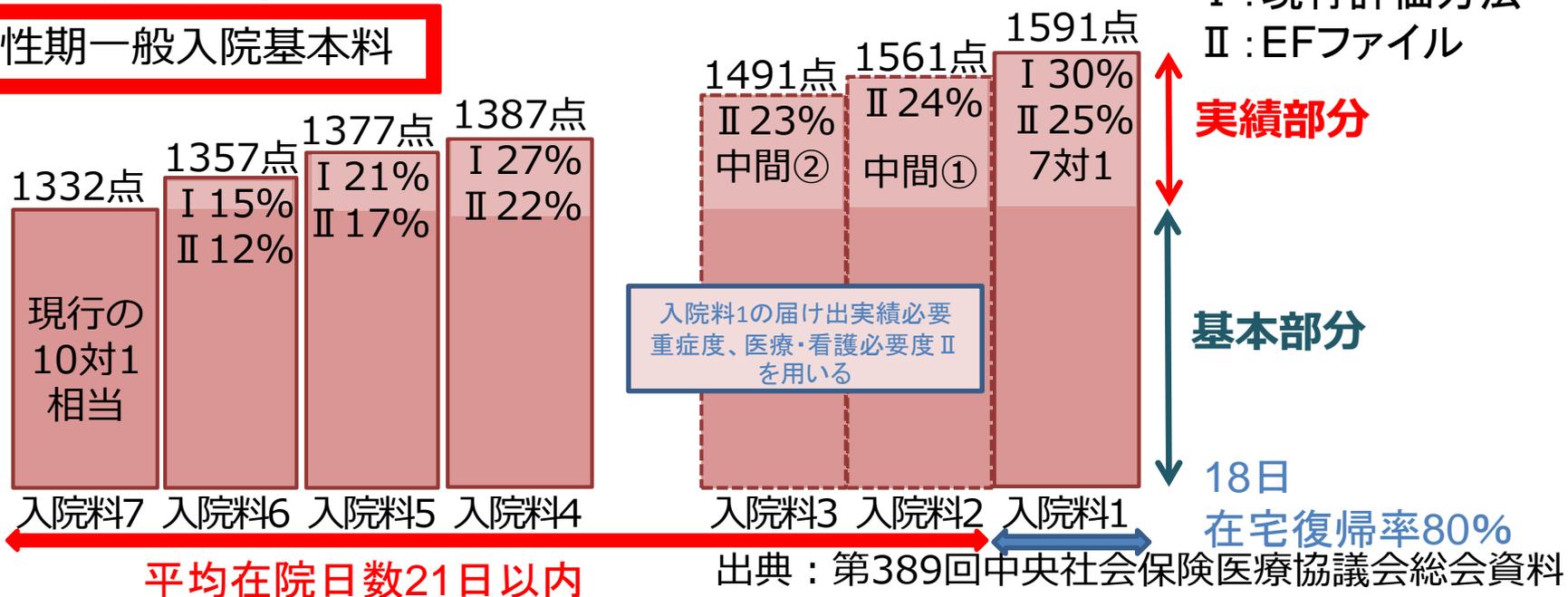
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

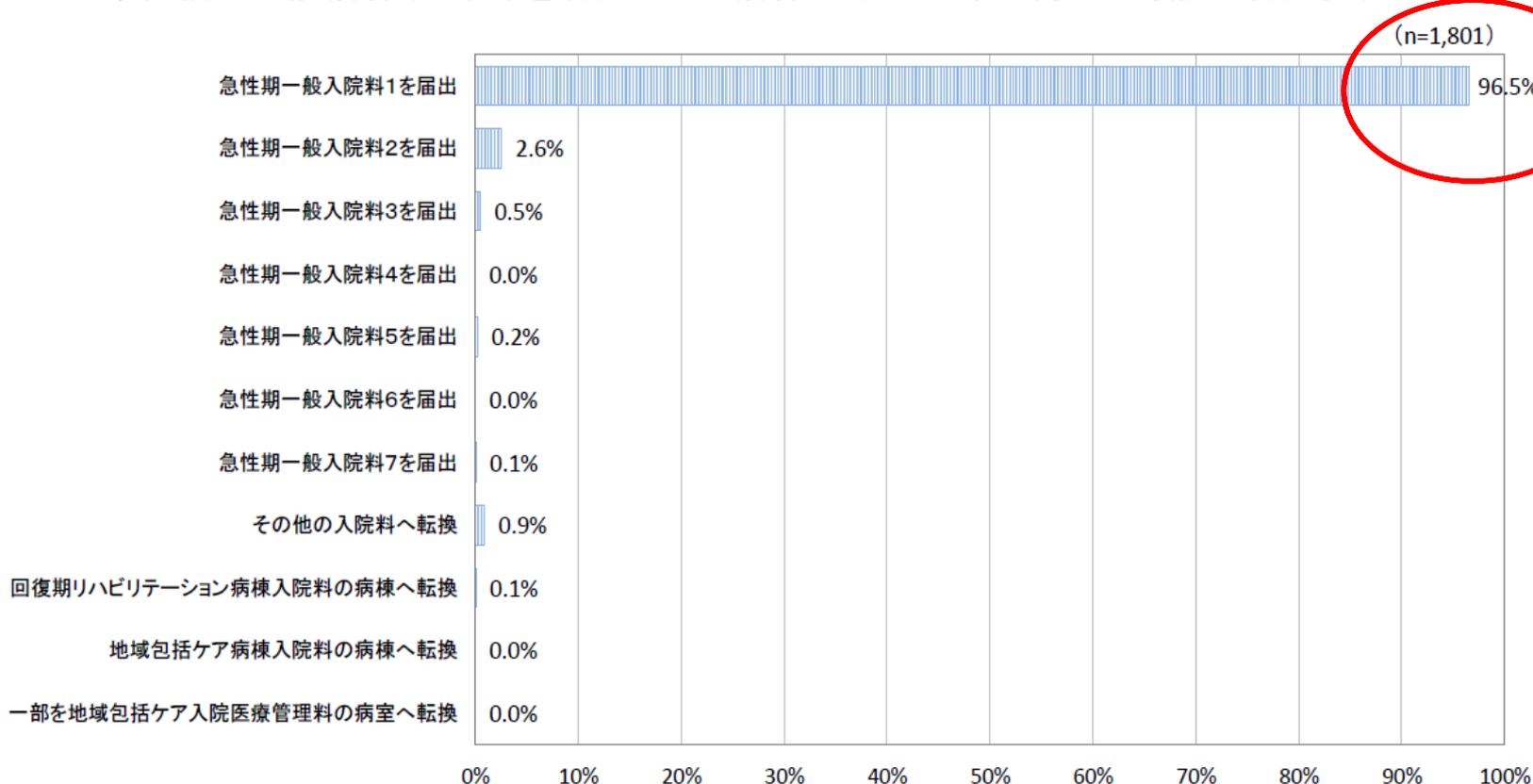
急性期一般入院基本料



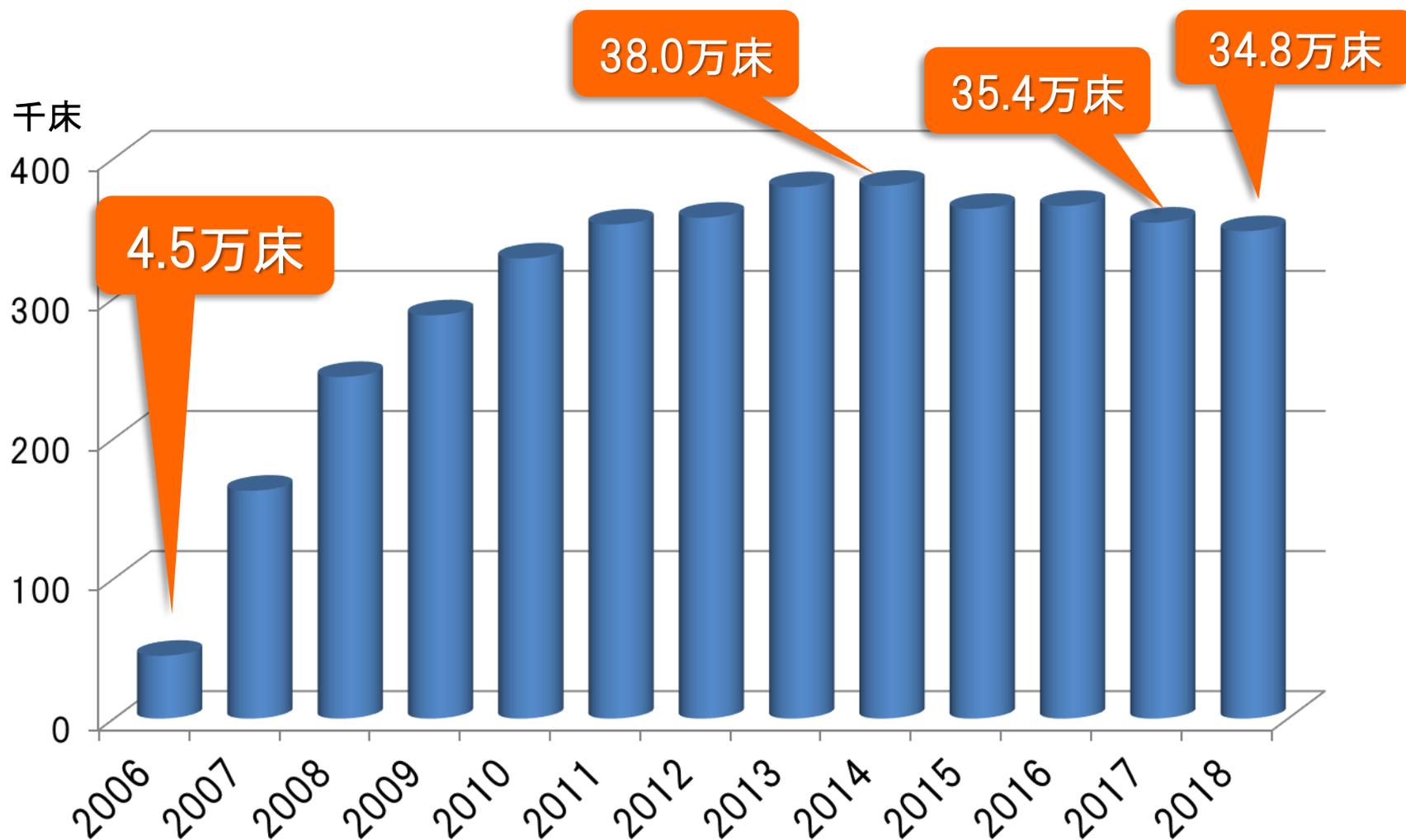
改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

- 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日時点の状況を見ると、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



一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

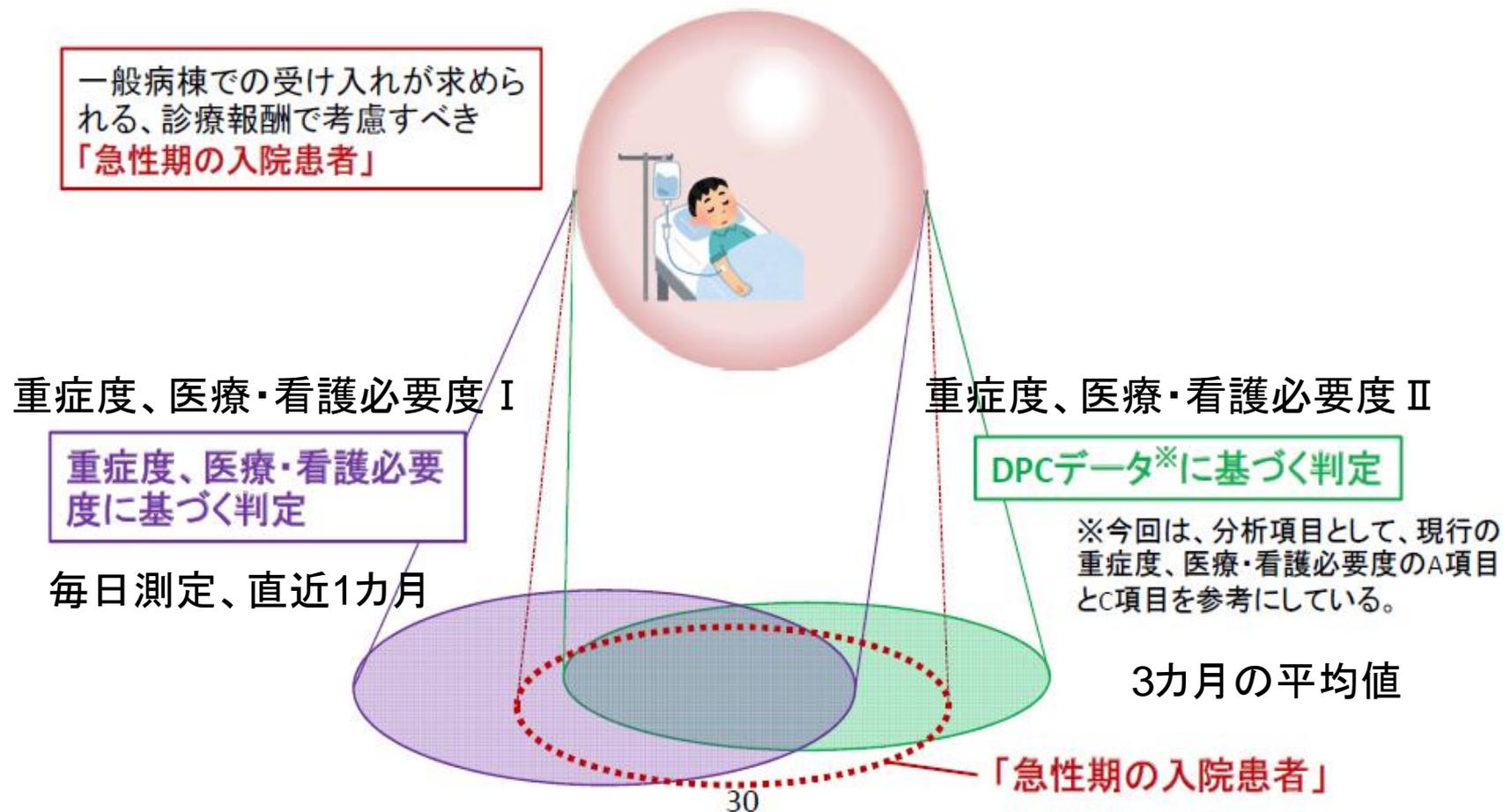


出典：厚生労働省 平成29年度第8回 入院医療等の調査・評価分科会
平成29年9月15日を改変

次期改定で
急性期一般入院基本料の
ハードルアップは必至

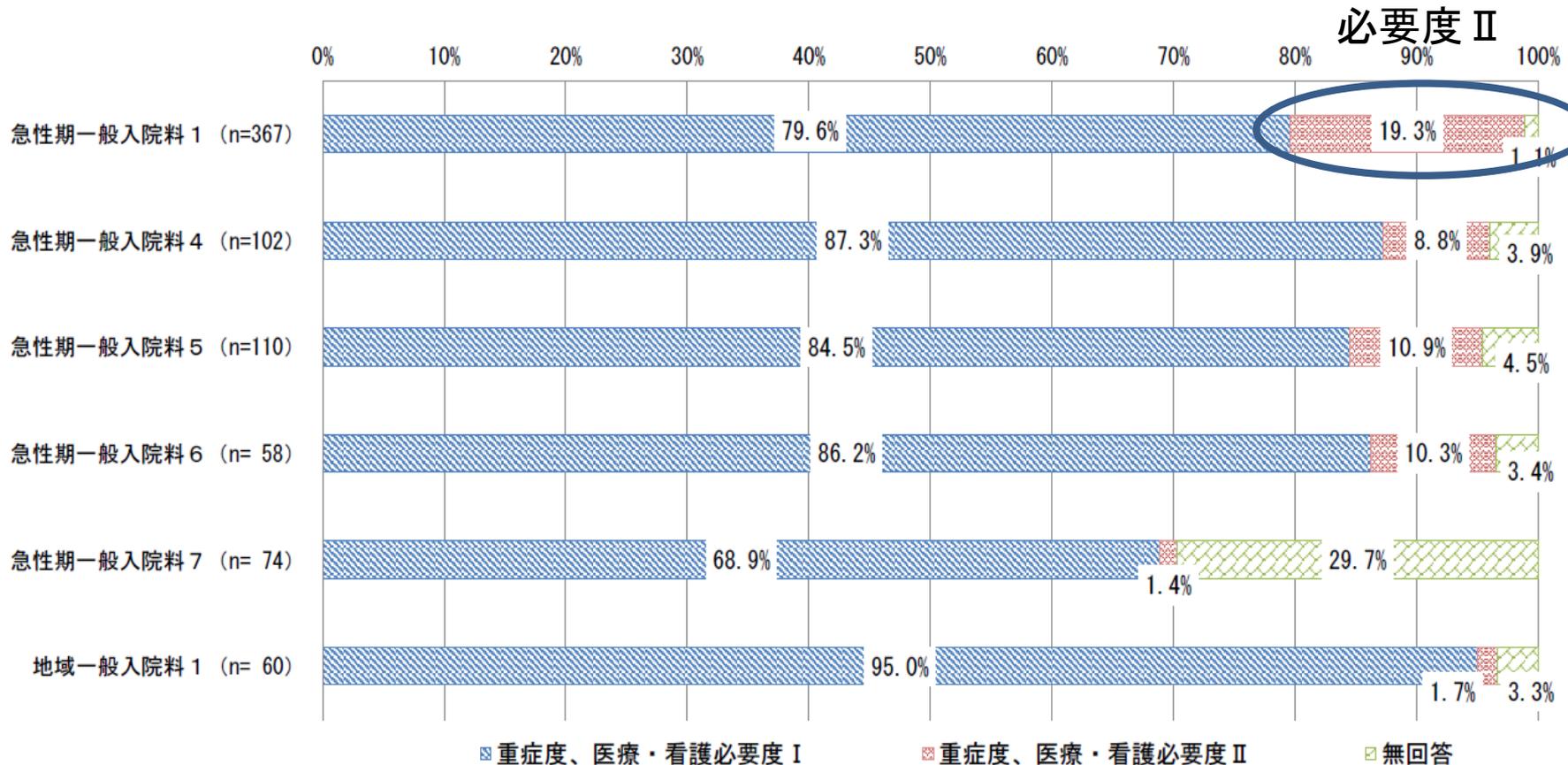
急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 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。



○ 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

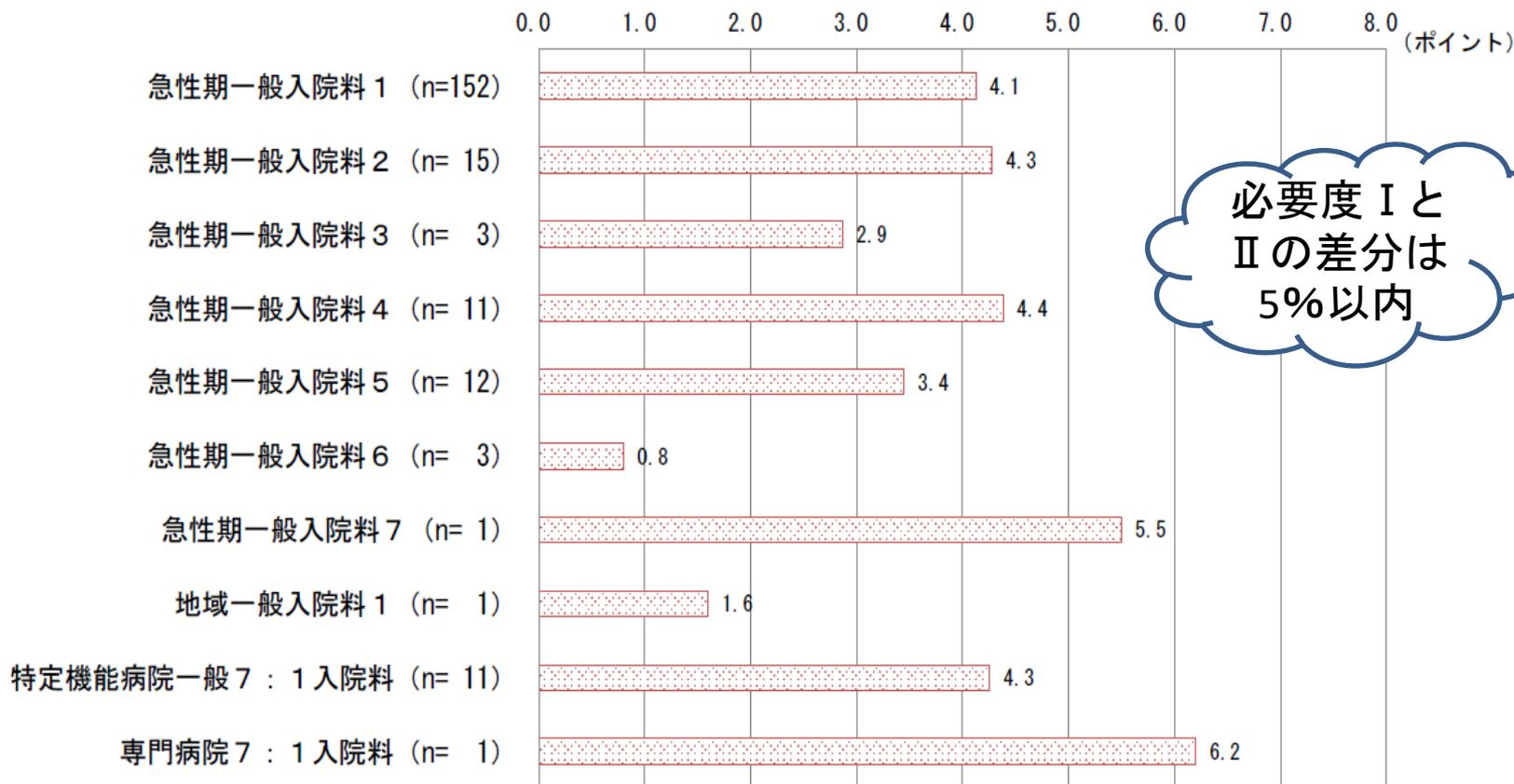


※届出区分無回答のものは除く

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）

重症度、医療・看護必要度の 見直し

認知症・せん妄を評価

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

重症度、医療・看護必要度の見直し②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	
C18	開腹手術(5日間)



改定後	
C18	開腹手術(4日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	



改定後	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	

※ B14・・・診療・療養上の指示が通じる
B15・・・危険行動

- 基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	
施設基準	病棟群単位の届出病棟、許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が2.3%以上2.5%未満の病棟	平成30年度
急性期一般入院料2及び3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟 一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年度 平成31年度 平成32年度

認知症、せん妄を評価した。
認知症の患者が多い病棟は
7対1を取りやすくなった。

平成30年度3月31日までの間、平成31年度3月31日までの間、平成32年度3月31日までの間は、急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。

基準②のみに該当している患者（必要度Ⅱ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）									
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険
A1点	血液製剤	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	11.9%	0.4%	2.5%	0.0%	0.0%	5.3%	1.2%	4.1%	1.2%	0.4%
	点滴3本	1.6%	0.4%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	創傷処置	0.4%	2.9%	0.4%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.4%	0.0%	2.0%

A項目に心電図モニターが突出して多い

		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,口腔,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	0.0%	2.5%	4.1%	11.1%	0.8%	3.7%	1.2%	0.0%	4.1%	6.1%
	点滴3本	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%
	呼吸ケア	0.0%	1.6%	2.0%	5.3%	0.0%	0.4%	0.4%	0.4%	1.2%	1.6%
	創傷処置	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	1.6%	0.0%

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.6%
	シリンジポンプ	1.2%
	モニター	62.8%
	点滴3本	4.7%
	呼吸ケア	20.5%
	創傷処置	10.3%

※A1点+B3点の患者における割合(n=244人日)

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=13,628人日)

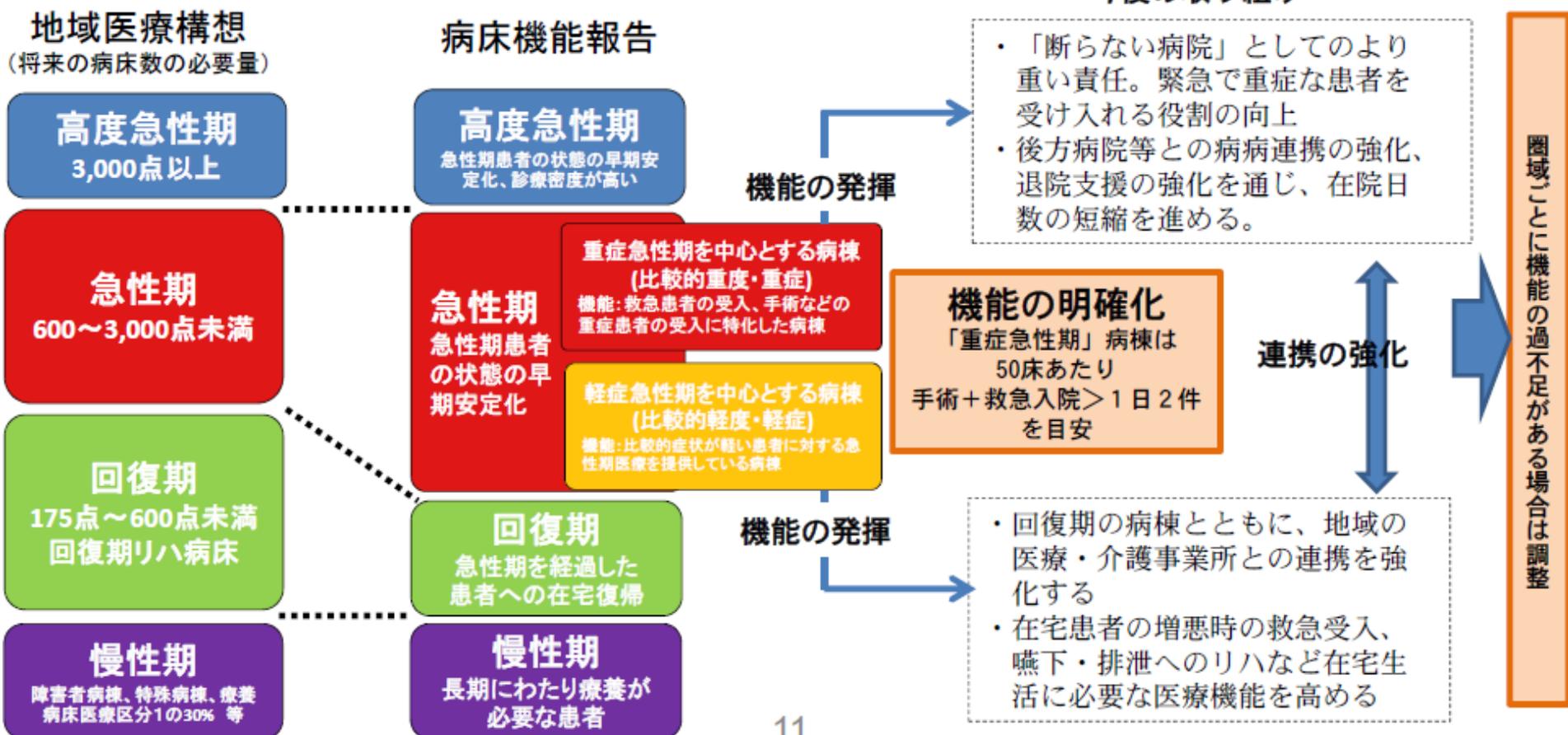
2020年改訂大予測

- ○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？

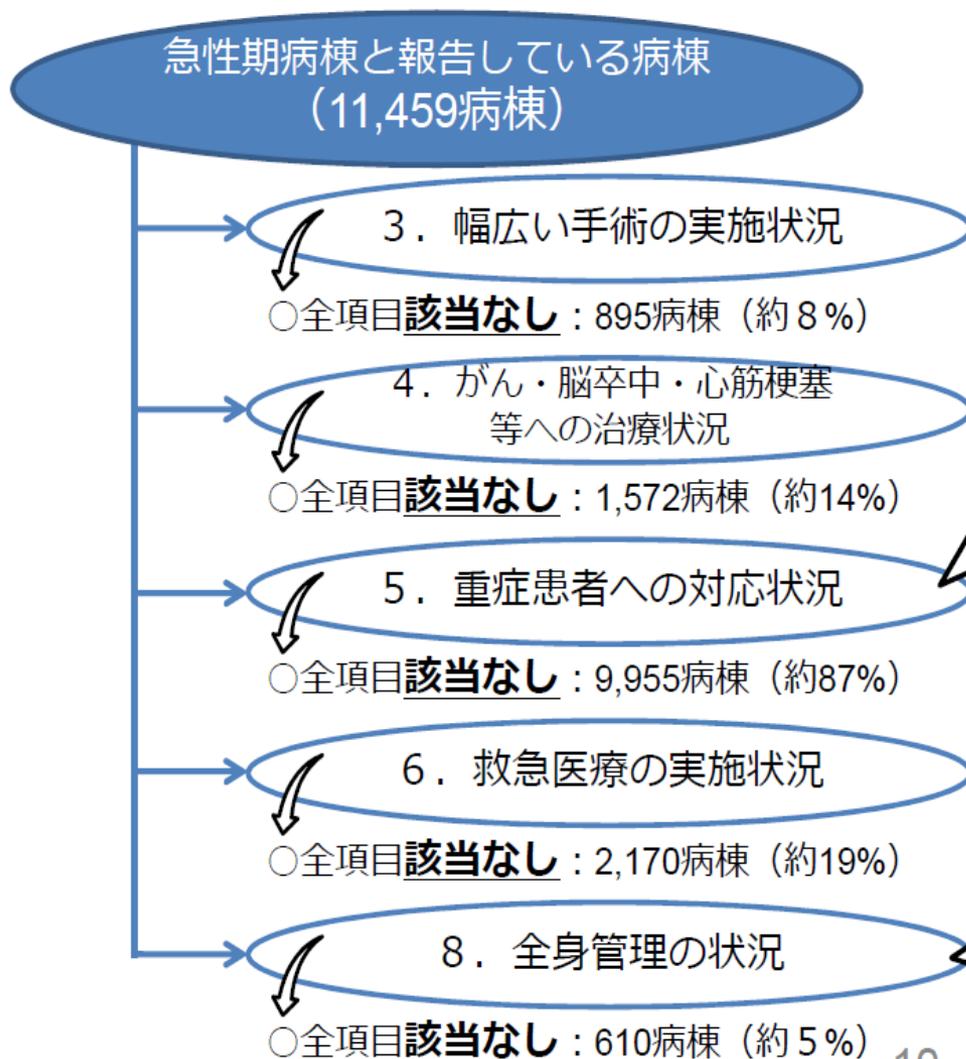
急性期の報告の「奈良方式」

- 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	

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。

平成30・31年度厚生労働科学研究
「急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の開発
に係る研究（H30-政策-指定-006）」の概要

研究代表者 松田 晋哉 産業医科大学医学部 教授
研究分担者 林田 賢史 産業医科大学病院 医療情報部長

・目的：

入院医療の提供体制の将来予測では、入院医療ニーズは増加・多様化する一方で、支え手の減少が見込まれており、限られた医療資源の中で、医療の質を確保しながらより効率的な提供体制の確保が必要となっている。そこで、本研究では既存の入院患者データ、病棟機能報告などを用いて評価・分析し、候補となる指標項目を検討する。その上で、平成30年度診療報酬改定で導入された新たな入院医療評価体系の実績評価に用いるのにより適切な指標や評価手法を提案することを、本研究の目的とする。

・方法：

平成28年度の病床機能報告公開データと平成28年度のDPC公開データを医療機関コードで連結し、総合的な分析ができるデータベースを作成した。このデータベースをもとに、稼働病床100床当たり看護師数と関連のある指標を相関分析により探索的に検討した。また、DPC事業で収集している様式1、様式3、EFファイル、Hファイルを用いて看護業務量を評価するための方法論について検討を行った。

中・長期的な入院に係る評価体系（イメージ案）

病床機能ごとの
基礎的な評価

×

医療内容の評価
(係数化)

×

患者状態の評価
(係数化)

×

成果に応じた評価
(早期回復等)

- 急性期一般
- 地域一般（地ケア・回リハ）
- 長期療養

職員配置等の構造的な要素については施設基準にて評価

- 医療内容を評価する項目
- 同じ病床機能内の相対評価
(同じ病床機能内の平均を1として、医療機関間のばらつきを反映)
- 連続値で評価

- 患者状態に伴うケア行為の有無（業務量）を評価する項目
- すべての病床機能において、同一基準で加算評価
(機能の違いによらない絶対評価)
- 連続値（もしくは数段階の値）で評価

- ← (将来的に検討)
- 医療の成果としての患者状態の変化等を評価する項目

P4P評価！

上記の体系の実現のために把握が必要な項目

- ① 医療内容
- ② 患者状態（全病床機能で共通の指標）
- ③ 上記②の患者状態に対するケア行為の有無

②地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

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

地域包括ケア病棟の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

中医協 総 - 2
25.11.27(改)

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

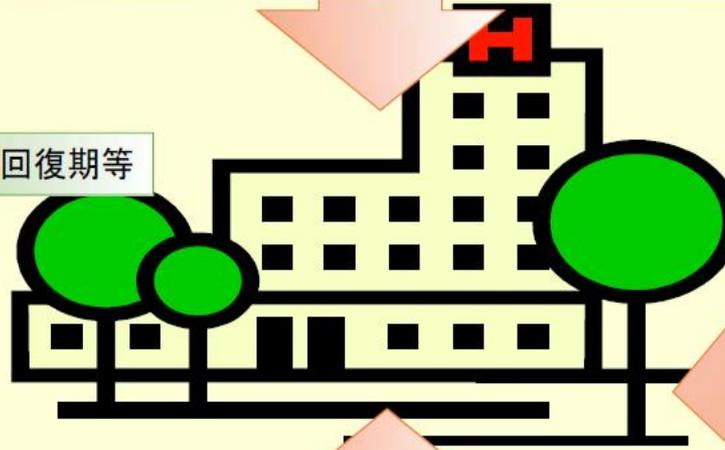
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

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

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

長期療養
介護等



介護施設等

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など



自宅・在宅医療

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	49.4%
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	13.5%
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】

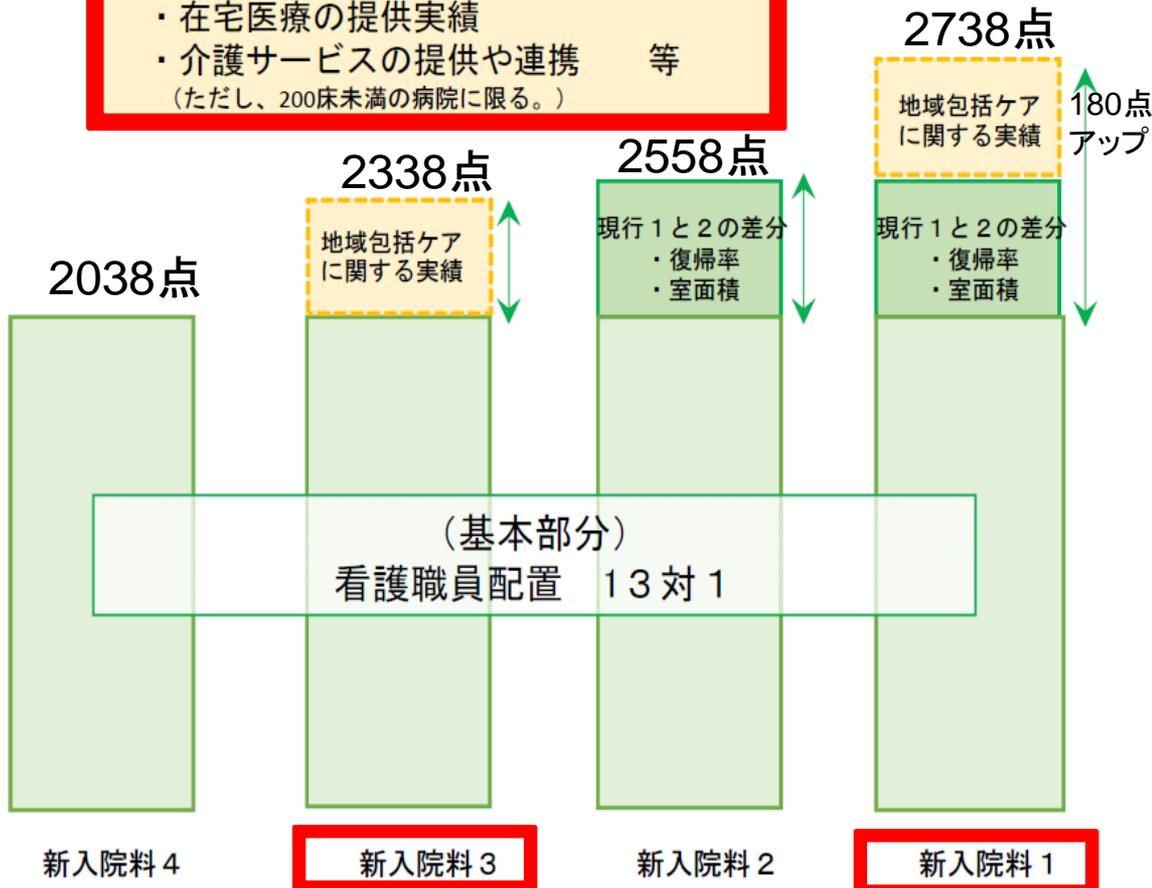


再編

【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

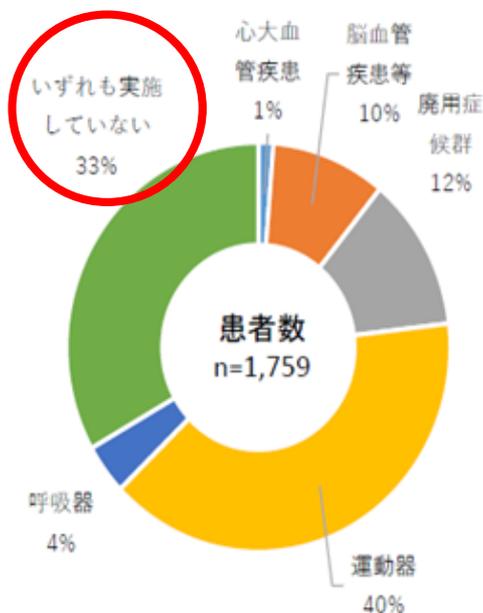
どうなる地域包括ケア病棟？

- 実績要件の見直しか？
 - 入院料1、3の自宅からの入院要件、看取り指針が入院料2、4にも拡大？
 - 在宅医療等の提供要件（以下の4項目のうち2つ以上）
 - ①訪問診療
 - ②訪問看護
 - ③開放型病床の共同指導
 - ④同一敷地内での訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ
 - 在宅医療等の提供件は2項目から3項目以上へ拡大か？

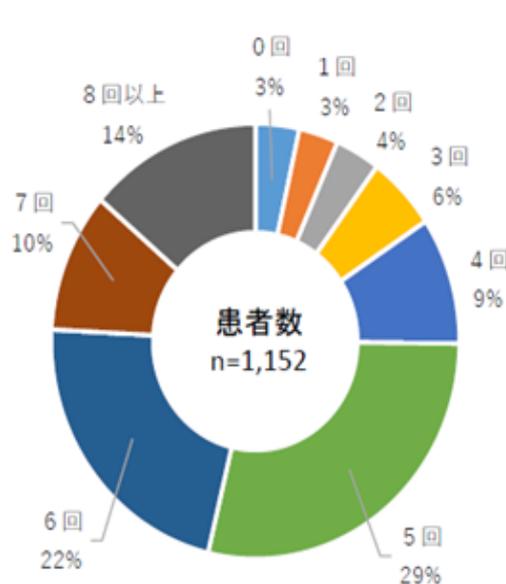
リハビリテーションの実施状況

- 疾患別リハビリテーションの実施状況を見ると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。

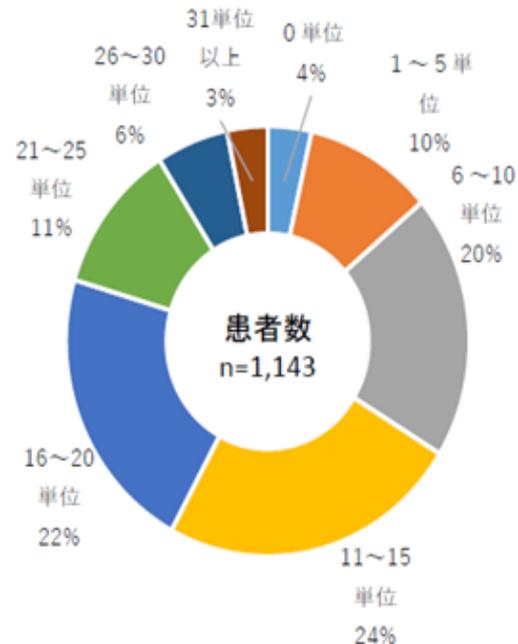
実施している
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度(過去7日間)

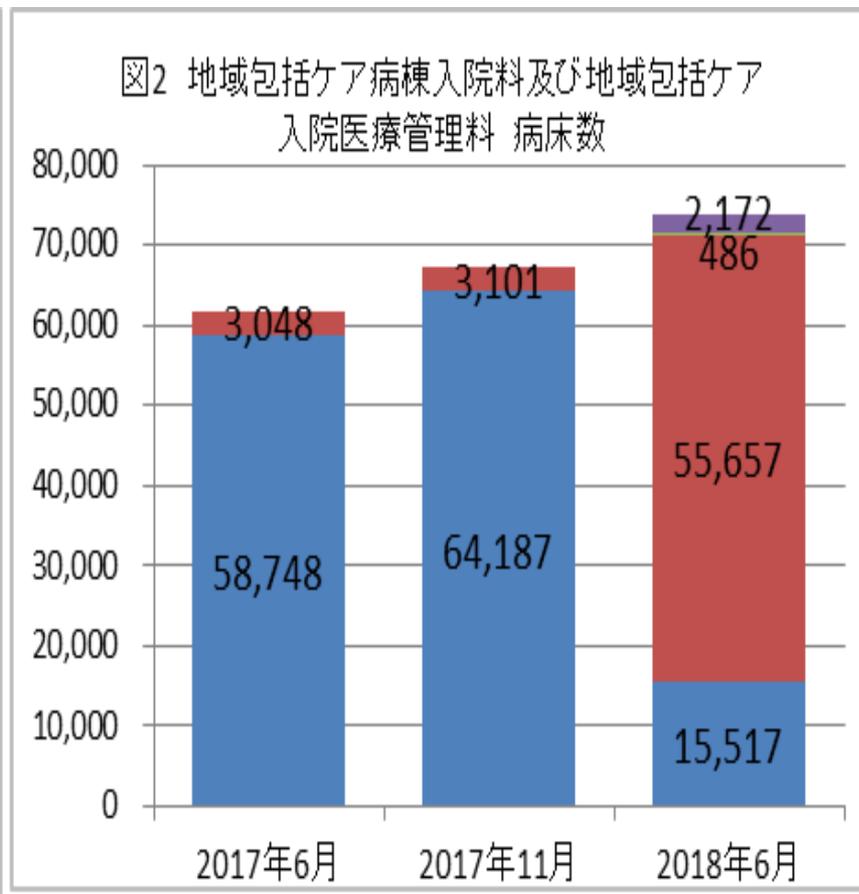
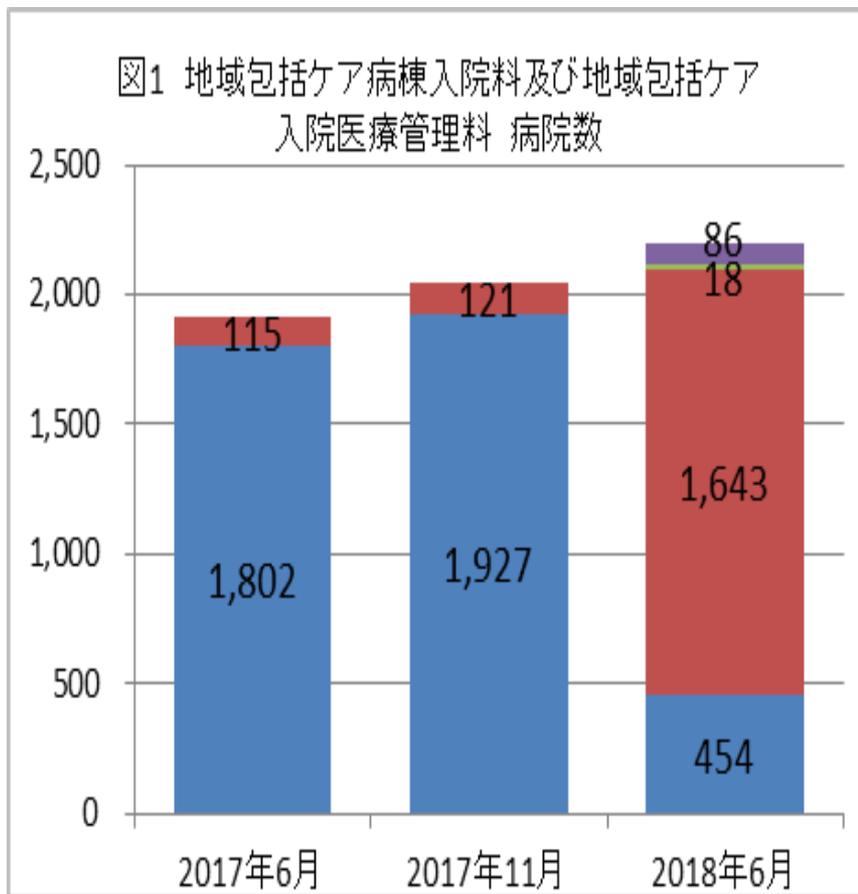


疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数(過去7日間)



地域包括ケア病棟

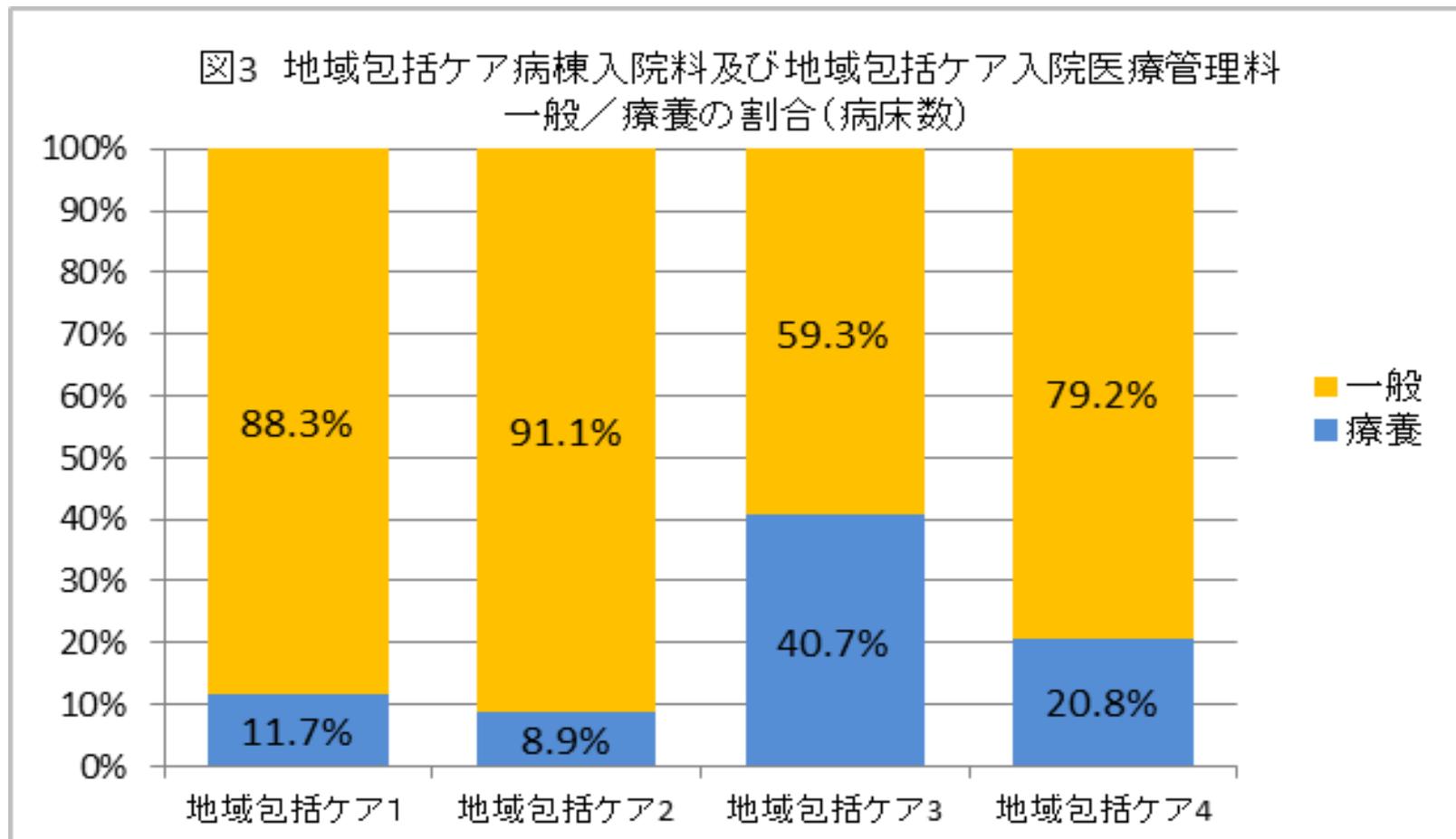
2191病院、73,832床(2018年6月)



■ 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)

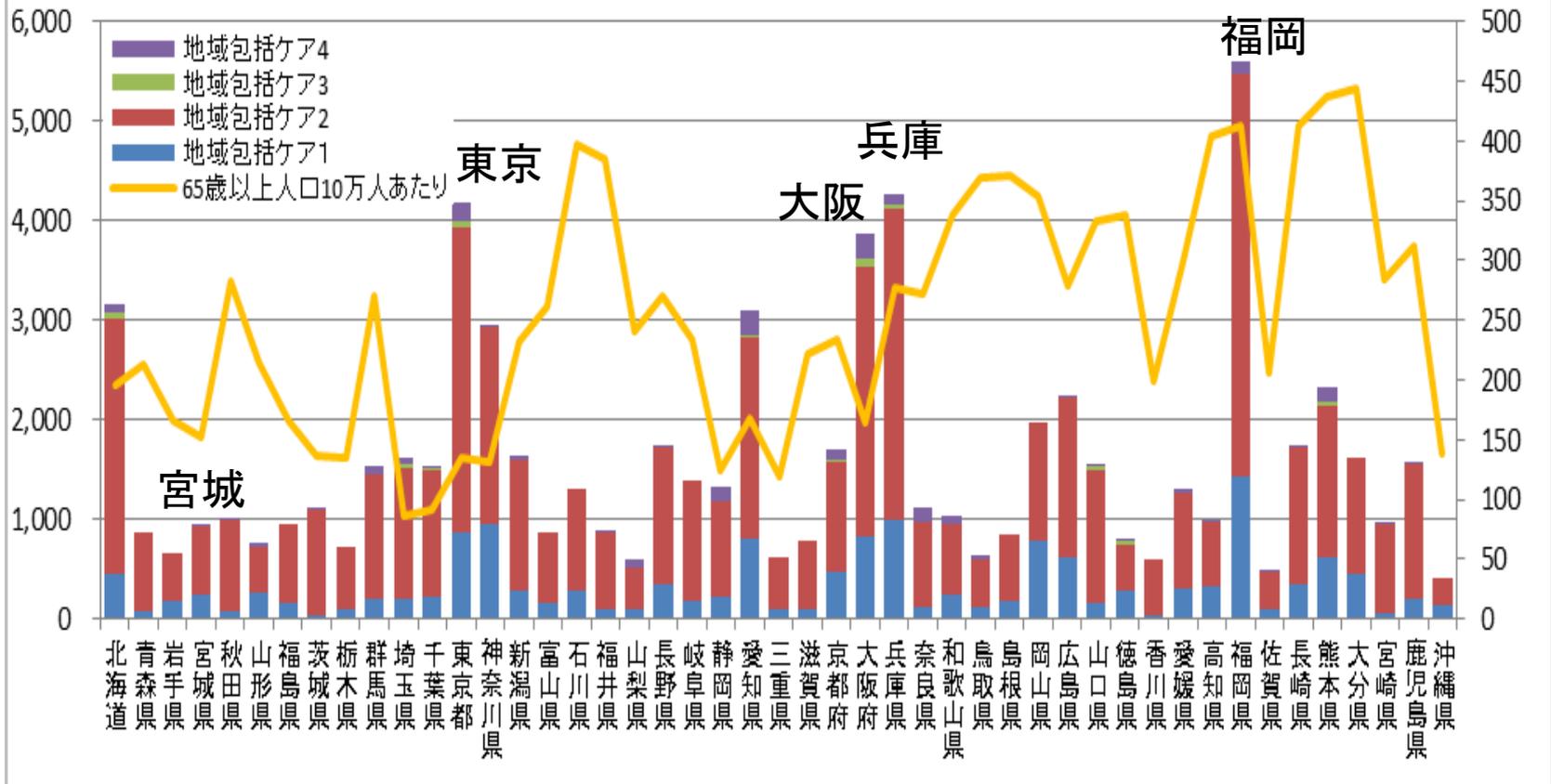
地域包括ケア病棟

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

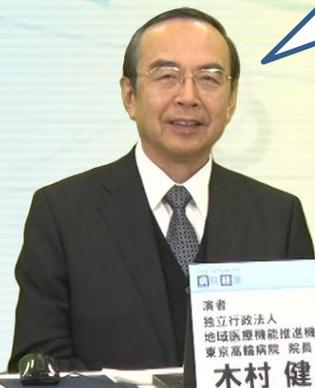
療養病床から60床の
地ケア病棟への転換で
、入院単価
680点アップ

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



演者
医療法人十善会 野瀬病院 病院長
野瀬 範久 先生

野瀬病院(神戸)
(90床)
野瀬範久院長



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

JCHO東京高輪病院
(239床)
木村健二郎院長



座長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤 正樹 先生

国際医療福祉大学
武藤正樹

③回復期リハビリテーション

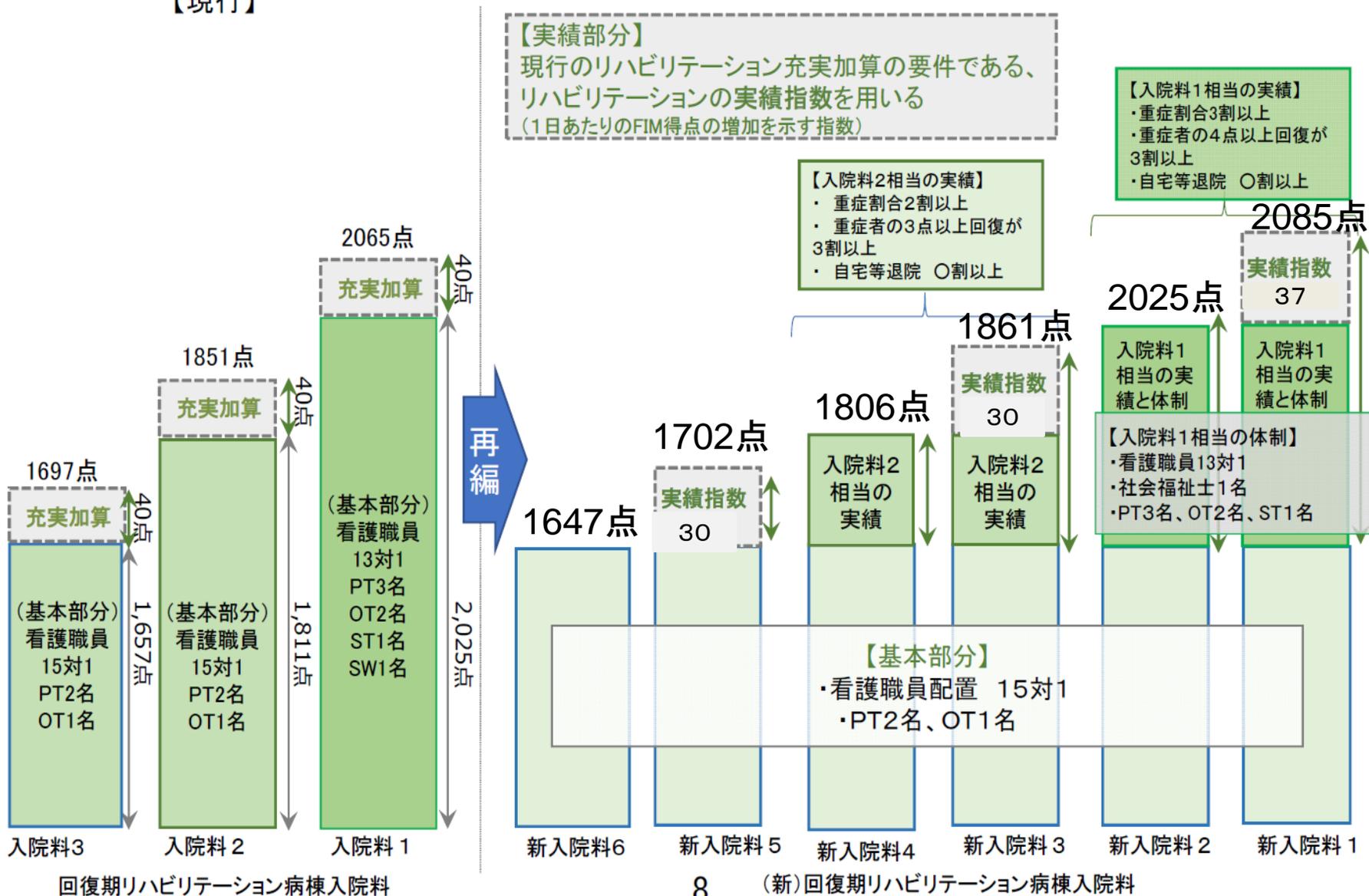


2017年10月25日 中医協

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】

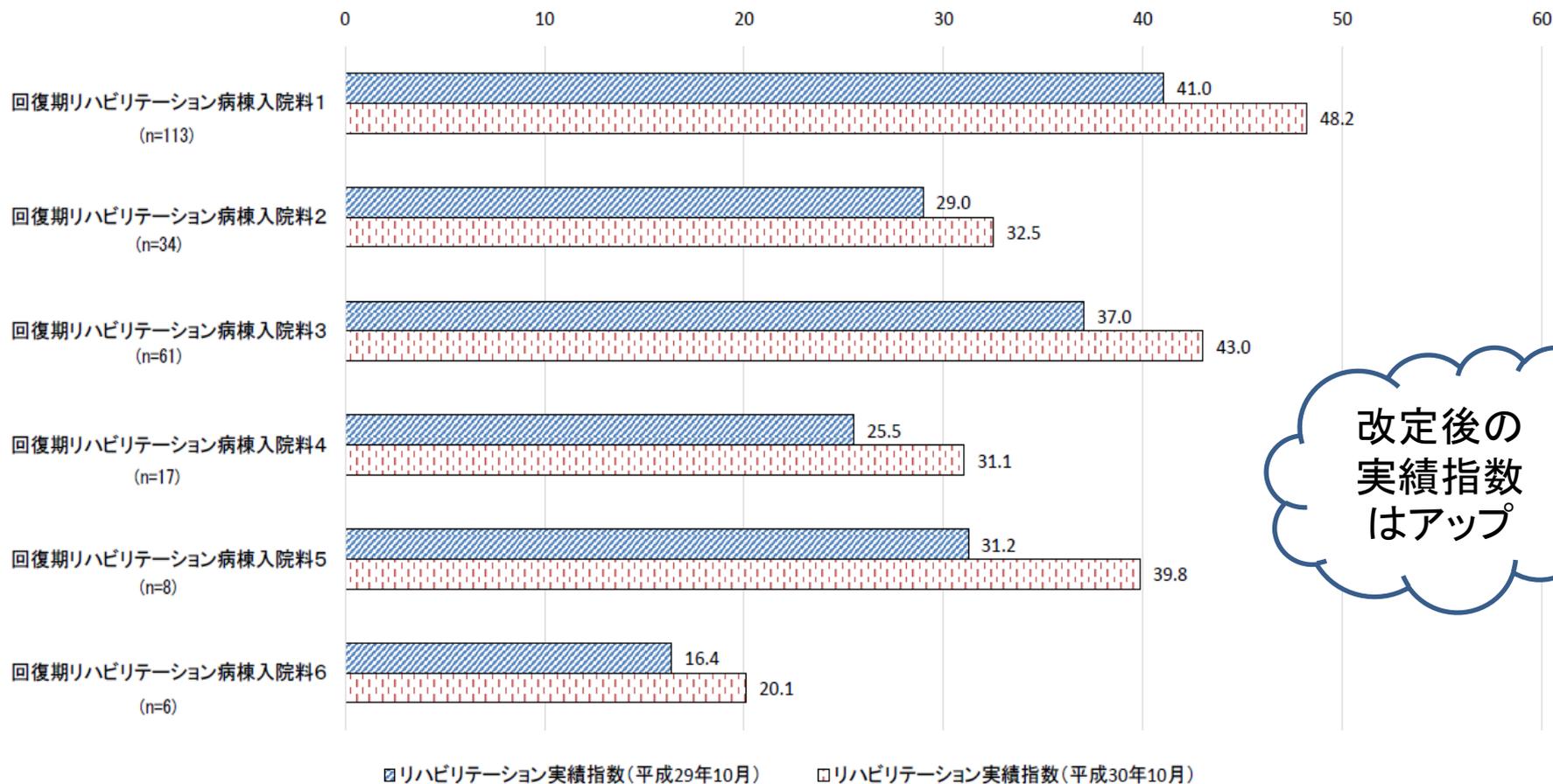
【平成30年度改定の見直し(案)】



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



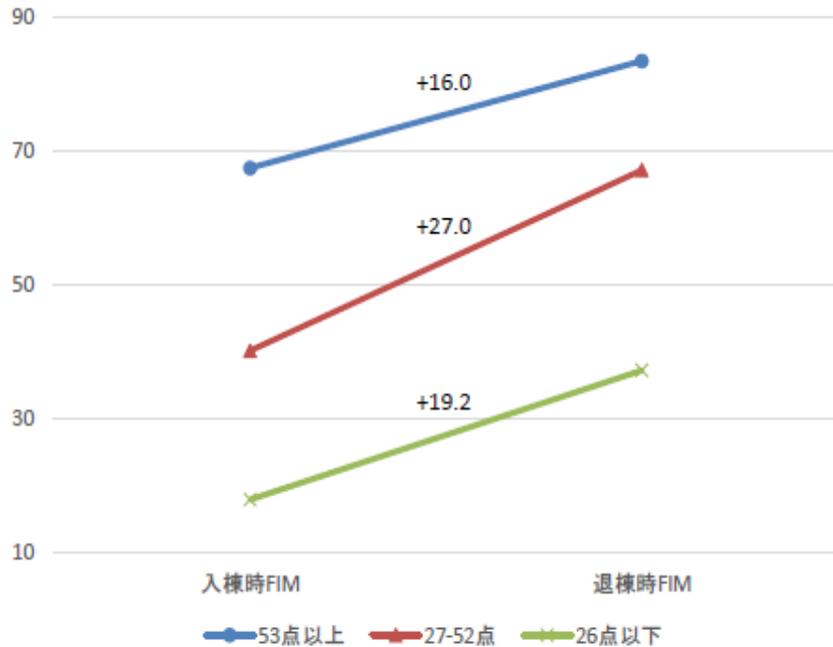
改定後の
実績指数
はアップ

入棟時FIMごとのFIM得点の変化

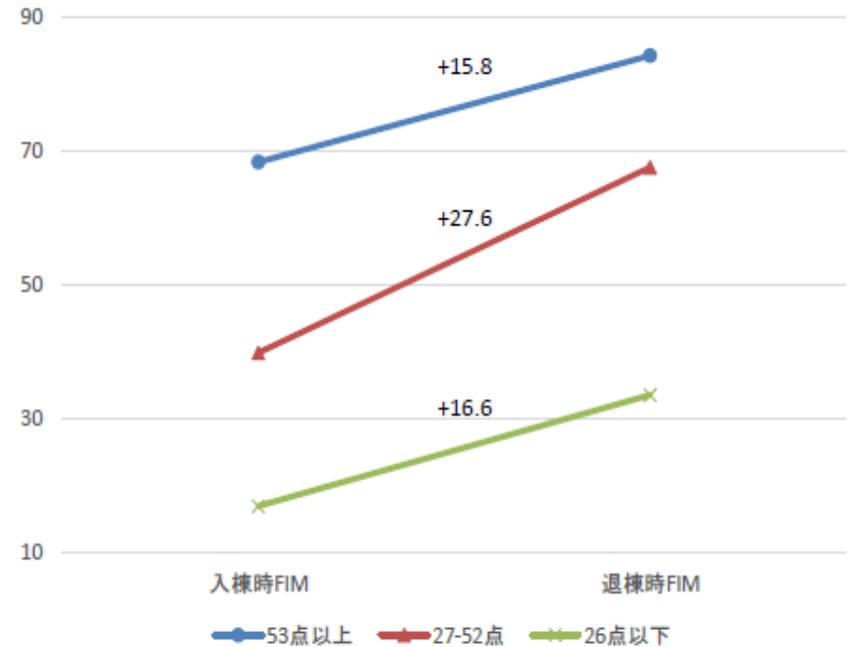
○ 入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化について、入棟時のFIMが27点以上52点以下の群において、FIM得点の変化が大きかった。

回復期リハ病棟への急性期からの入棟が早まったから？患者選択が起きているのでは？

入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化
(全体)

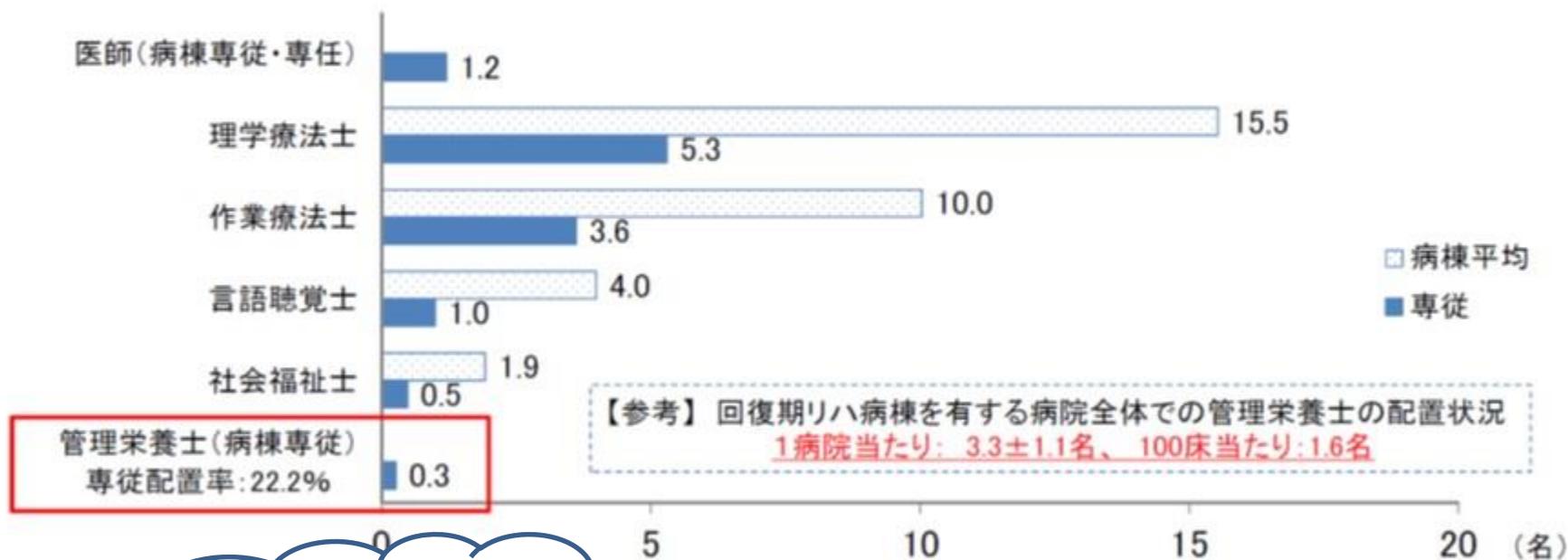


入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化
(脳血管系)



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20年度調査結果に基づく。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
 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

入院基本料1では
管理栄養士の配
置実績82%

- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%である。
- 管理栄養士の病棟配置の要件がない入院料2～4を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、約50%である。

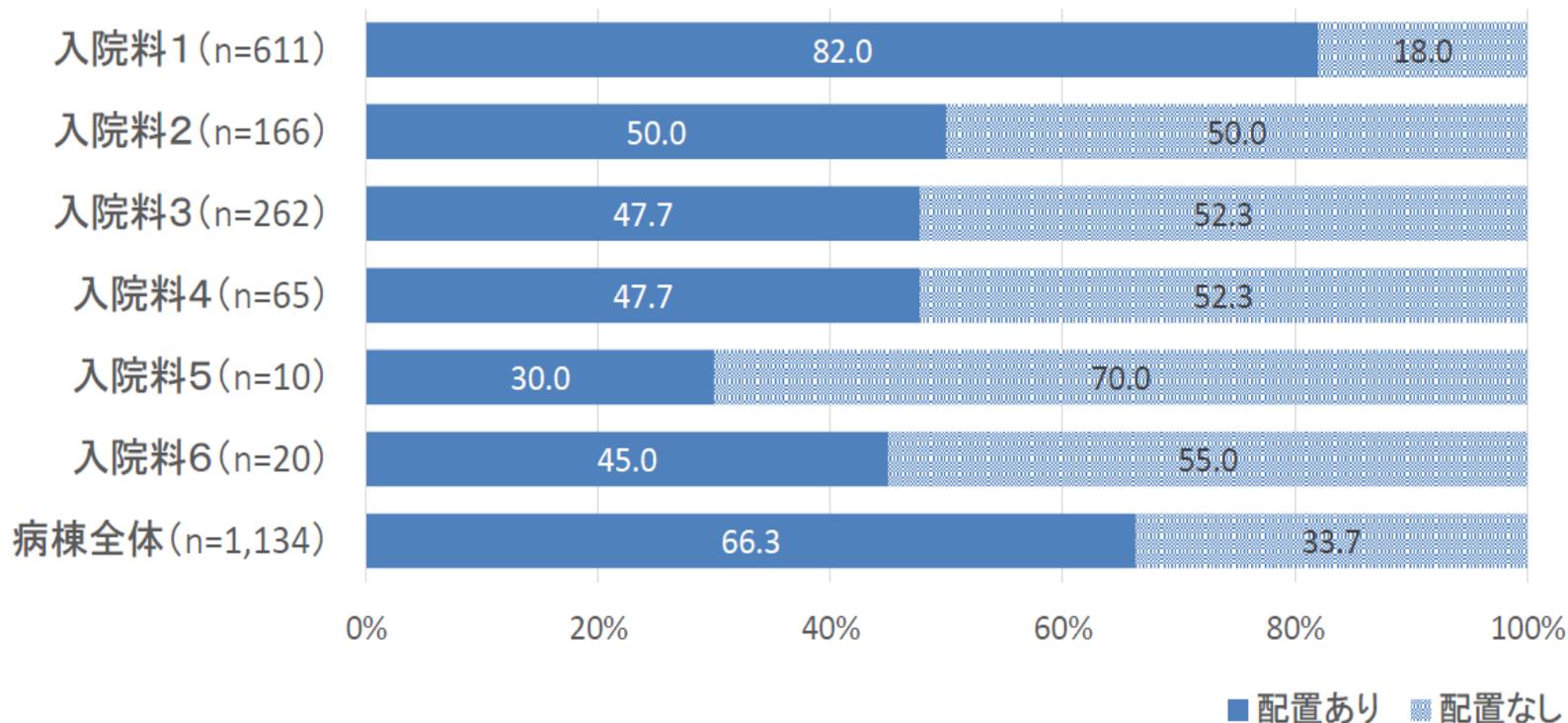


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

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）

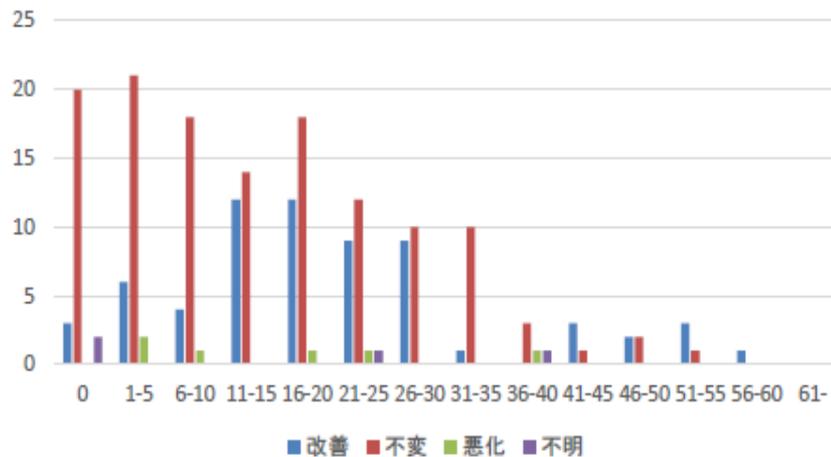
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

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																	

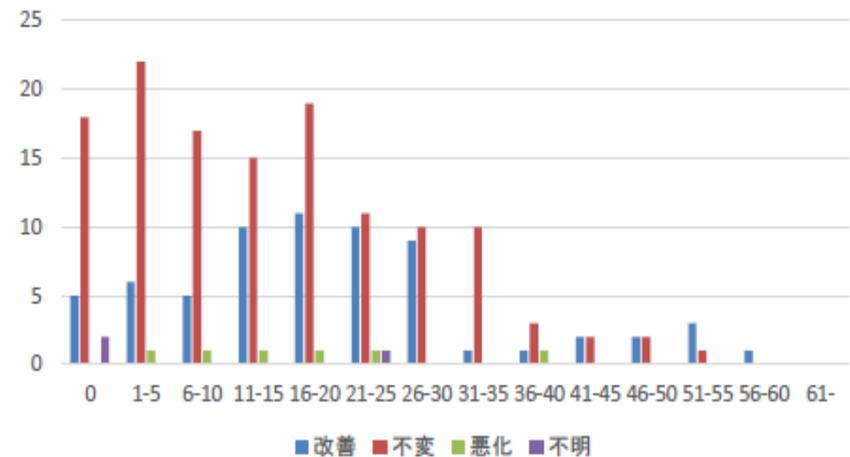
ADLスコア項目別のFIM得点の変化⑤

○ 回復期リハビリテーション病棟を退棟した患者における、ADLスコアの「排便」の項目及び「排尿」の項目の入院時から退棟時までの変化と、FIM得点の変化の関係については、以下のとおり。

⑨排便



⑩排尿



	改善 (n=64)	不変 (n=128)	悪化 (n=6)
平均値	21.5	14.6	15.8
中央値	19.5	13.0	13.0

	改善 (n=64)	不変 (n=129)	悪化 (n=6)
平均値	21.2	14.9	17.3
中央値	19.5	13.0	14.5

ポイント④

DPC/PDPS

DPC病院の現状と課題

- DPC対象病院数

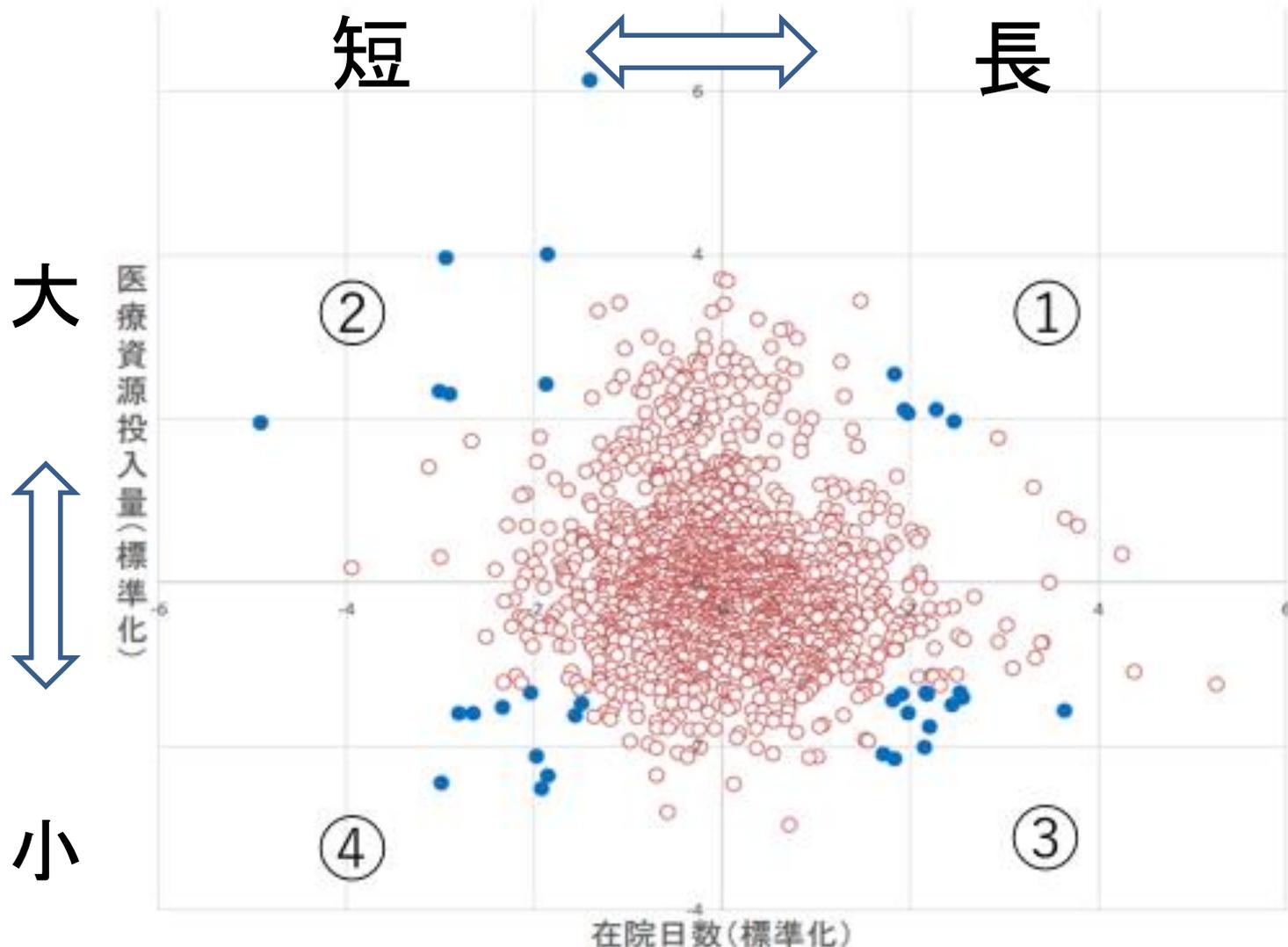
- 2018年度4月1日、1,730病院

- DPC対象病院の課題

- DPC対象病院には「一部、極めて平均在院日数が長く、また診療密度が著しく低い病院がある。これをどのように考えるか」が課題
 - たとえば平均在院日数が「平均+2SD」を超えて長い病院が47病院
 - 診療密度の相対値が「平均-2SD」を超えて下回る病院が20病院もある

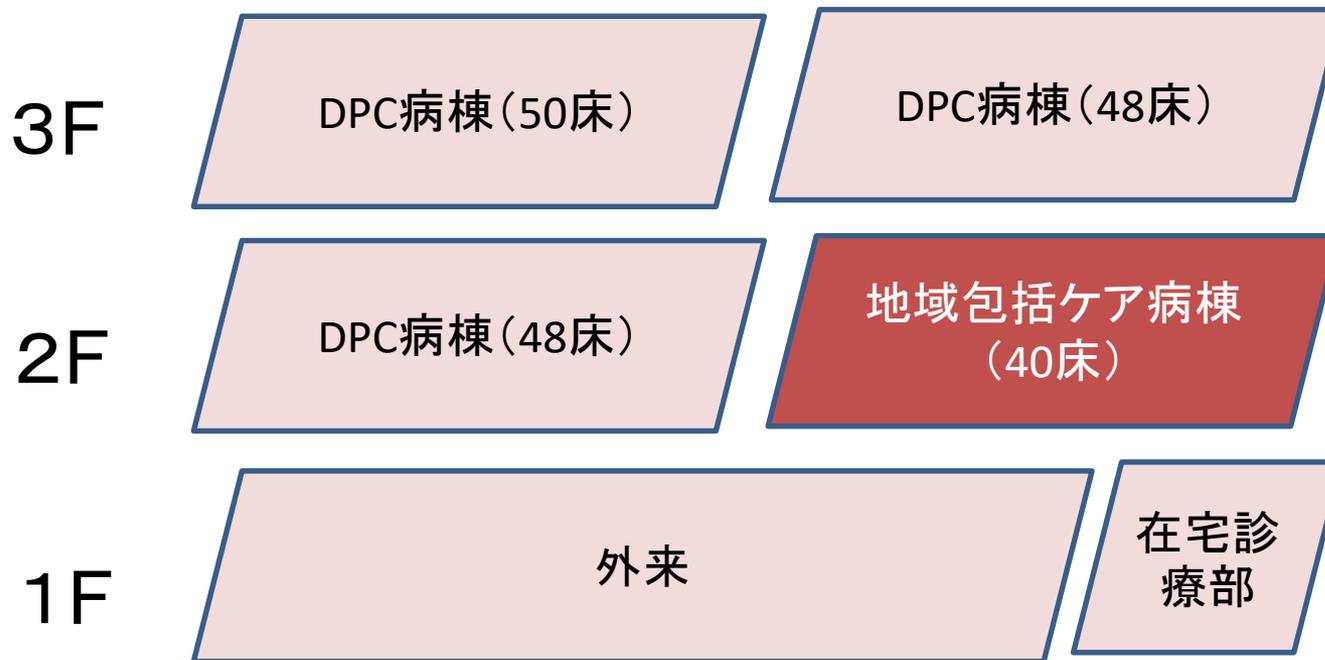
- DPC病院からの退出させることを検討

- 理由はこれらの外れ値を示す病院がDPCに留まることでDPC点数がこれらの低い方向に引きずられ、結果としてDPC点数制度そのものを歪める恐れがあるからだ。



- ※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化： $(\text{実測値} - \text{平均値}) / \text{標準偏差}$
- ※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位(下位)100病院となる病院

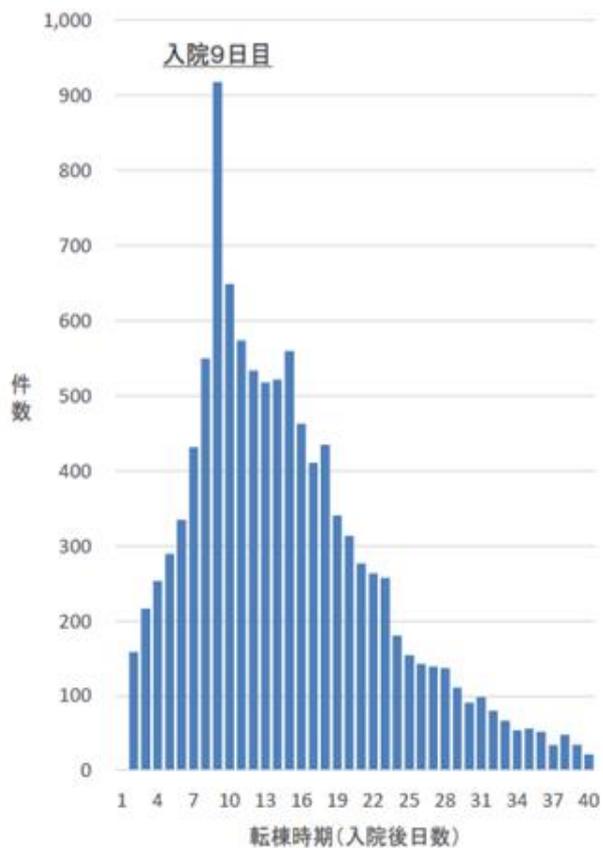
DPC病院で地域包括ケア病棟を持つ病院(186床)の例



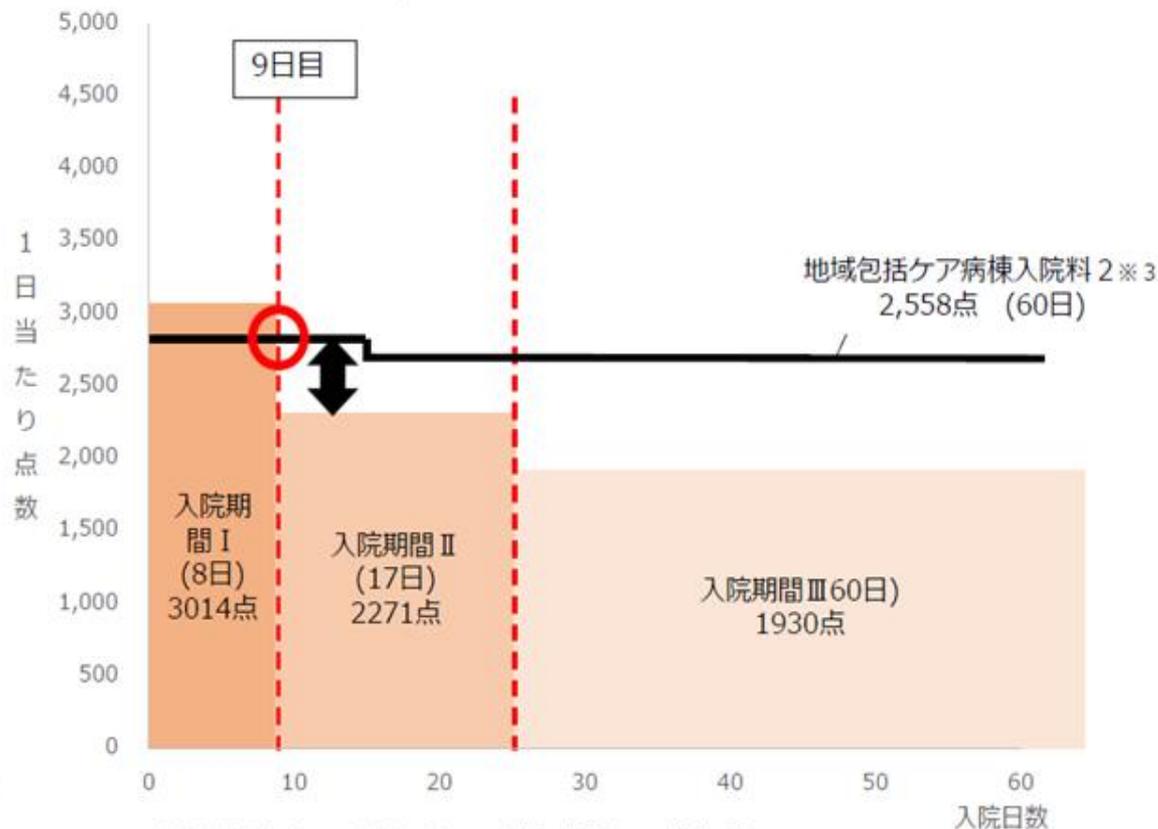
* DPC病棟からの退院調整に時間がかかる患者を地域包括ケア病棟へ転棟させることで、DPC病棟の7対1を維持する、地域包括ケア病棟で高い点数を維持する。

胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含まず）手術なし(160690xx)

地域包括ケア病棟への転棟時期※1



DPC/PDPSによる報酬※2と転棟先での報酬



- ※1 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る
- ※2 平均的な係数値で算出（基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088）
- ※3 急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）

データ提出加算に係る届出が要件されている入院料

- 平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大してきた。

平成26年度^{※1}

7対1入院基本料(当時)

一般病棟

特定機能病院

専門病院

地域包括ケア病棟入院料

平成28年度^{※1}

10対1入院基本料(当時)

^{※2}

一般病棟

特定機能病院

専門病院

平成30年度^{※1}

回復期リハビリテーション
病棟入院料^{※3}

療養病棟入院基本料^{※3}

急性期一般入院料2~7

^{※4}

※1 データ提出加算に係る届出が当該入院料の要件となった年度

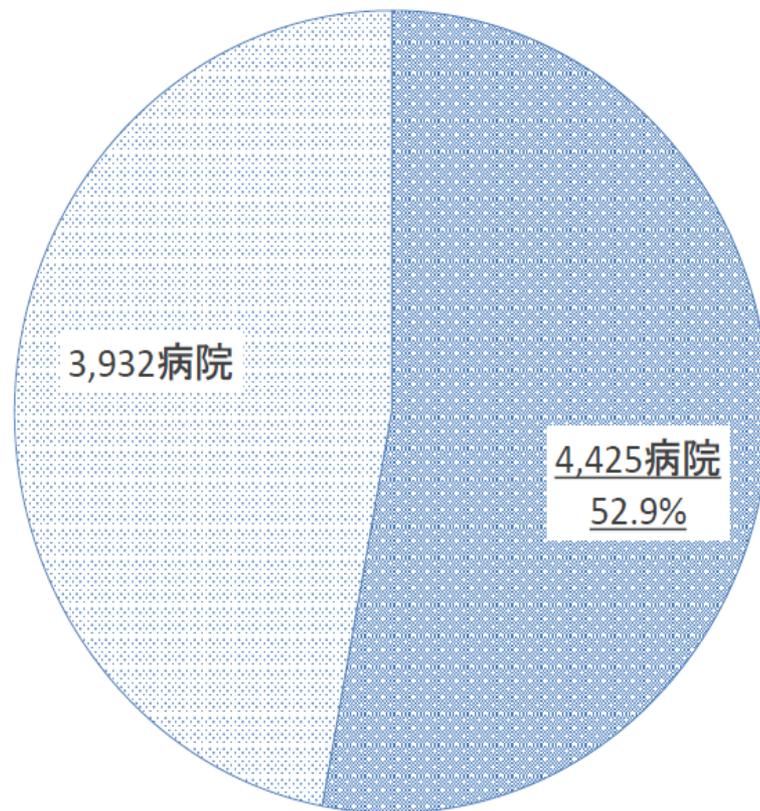
※2 病床数が200床以上の場合に限る

※3 許可病床数が200床以上に限る

※4 病床数に関わらず要件となった

データ提出加算を算定する病院:全医療機関

- 全病院8,357病院(平成30年12月末日時点)のうち、データ提出加算を算定する病院は4,425病院(52.9%)。



■ データ提出加算を算定している病院

□ データ提出加算を算定していない病院

平成30年度診療報酬改定後のデータ提出加算に係る現況

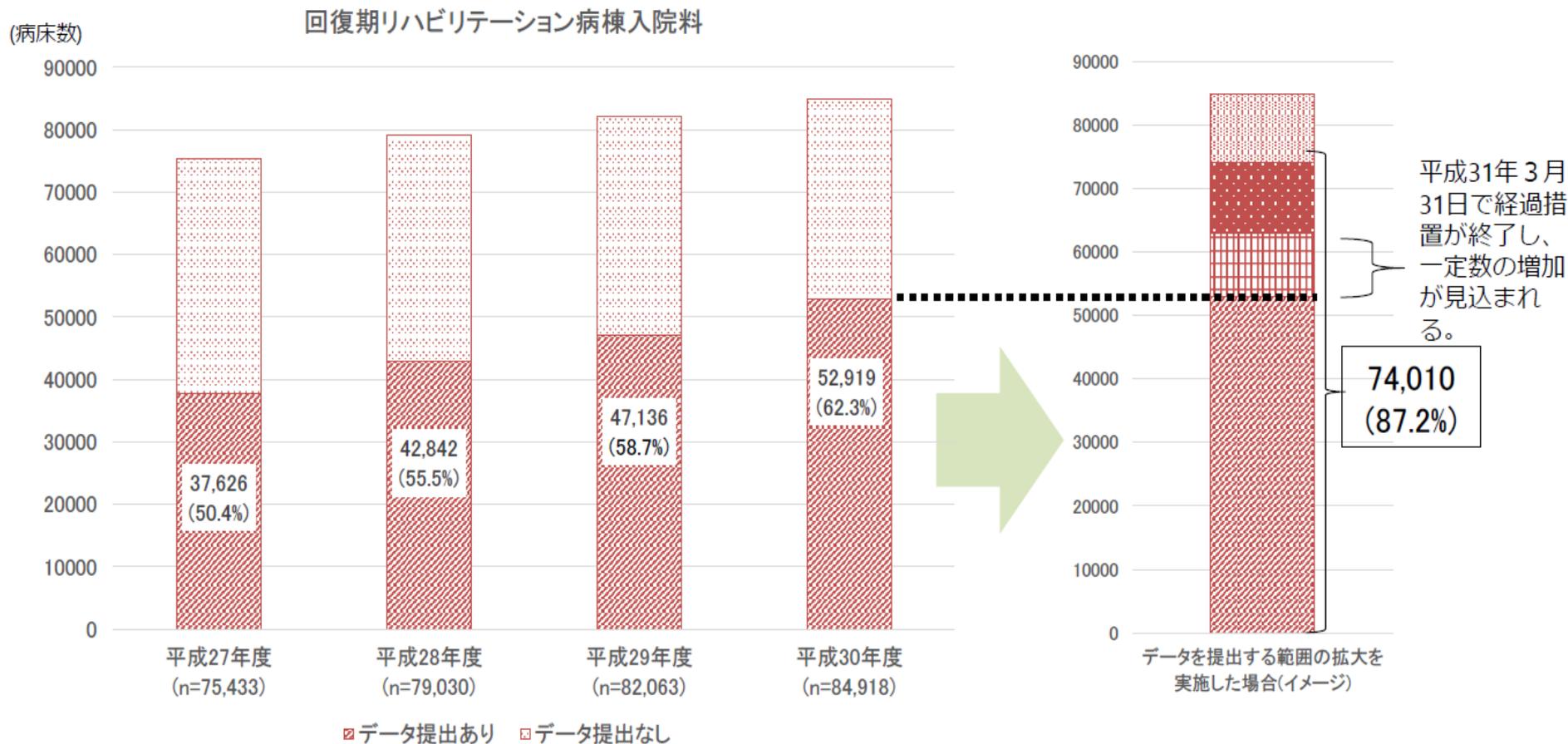
- ・平成30年度診療報酬改定を踏まえ、新たにデータ提出が必要とされた病棟を有する病院は約2,500病院。
- ・これらの病院には、許可病床数等に応じた経過措置(1年又は2年)が設けられている。

許可病床数等 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は、 保有する病棟が1 のみの場合
7対1、10対1（許可病床200床数以上）、地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
10対1（許可病床数200床未満）、回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須 ただし、平成31年3月31日まで経過措置		データの提出が必須 ただし、令和2年3月31日まで経過措置
回復期リハビリテーション病棟5、6、療養病棟	データの提出が必須 ただし、平成31年3月31日まで経過措置 (※)	データの提出は不要	

※当該病院の許可病床数全体としては200床以上となるが、回リハ5,6及び療養病棟が200床未満の医療機関については、新たに令和2年3月31日まで経過措置の対象とした。

データ提出加算が要件となる病床の拡大(イメージ)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は87.2%となる見込みである。



ポイント⑤
短期滞在手術

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 外来で実施する手術の算定方法には、出来高で算定する場合と短期滞在手術等基本料1の場合がある。
- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。

手術

日帰り

1泊2日

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術
等基本料1

短期滞在手術
等基本料2

入院外(出来高)

短期滞在手術等基本料3

・外来で実施(入院外+短期滞在手術等基本料1): 820,948件
(うち、短期滞在手術等基本料1: 11,335件。)

・入院(1日入院含む)で実施: 914,091件
(うち、短期滞在手術等基本料2: 79件。短期滞在手術等基本料3: 23,469件。)

短期滞在手術等基本料が算定できる手術

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2, 856点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:4, 918点 (生活療養を受ける場合:4, 890点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

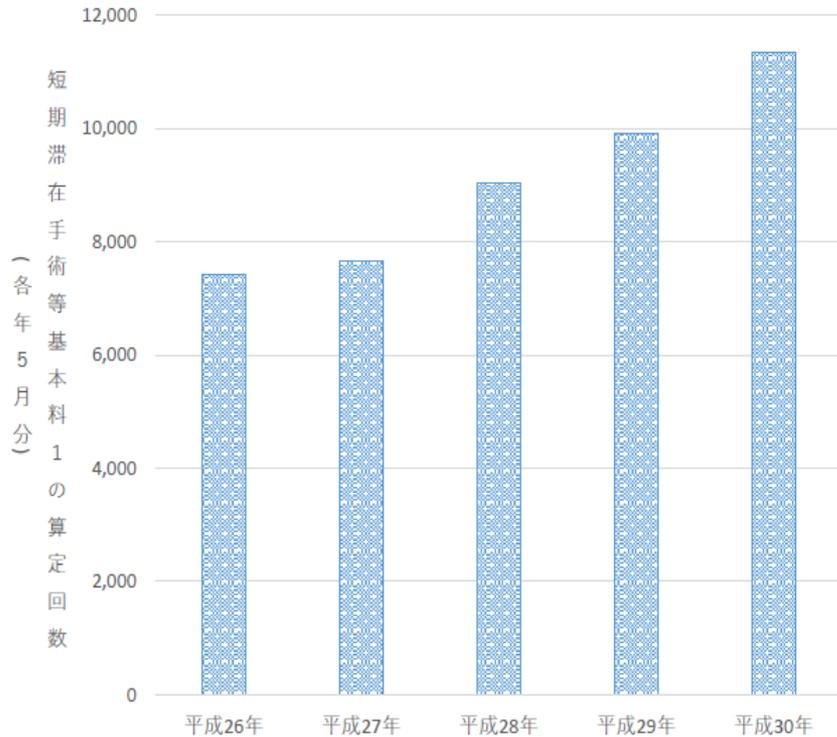
K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)
K006 3,4 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満,長径12cm以上(6歳未満に限る)
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法,皮膚有毛部切除術,その他のもの
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後囊切開を伴う場合
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満,長径5cm以上
K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K653 1 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出手術(関節鏡下) 肩,股,膝,胸鎖,肘,手,足,肩鎖,指(手,足)
K069 半月板縫合術
K069-3 関節鏡下半月板縫合術
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯,膝側副靭帯,指(手,足)その他の靭帯
K453 顎下腺腫瘍摘出術
K454 顎下腺摘出術
K461 甲状腺部分切除術,甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合,両葉の場合
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの,虫垂周囲膿瘍を伴うもの
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法,硬化療法(四段階注射法によるもの)
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの,その他のもの
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの,その他のもの
K888 子宮付属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

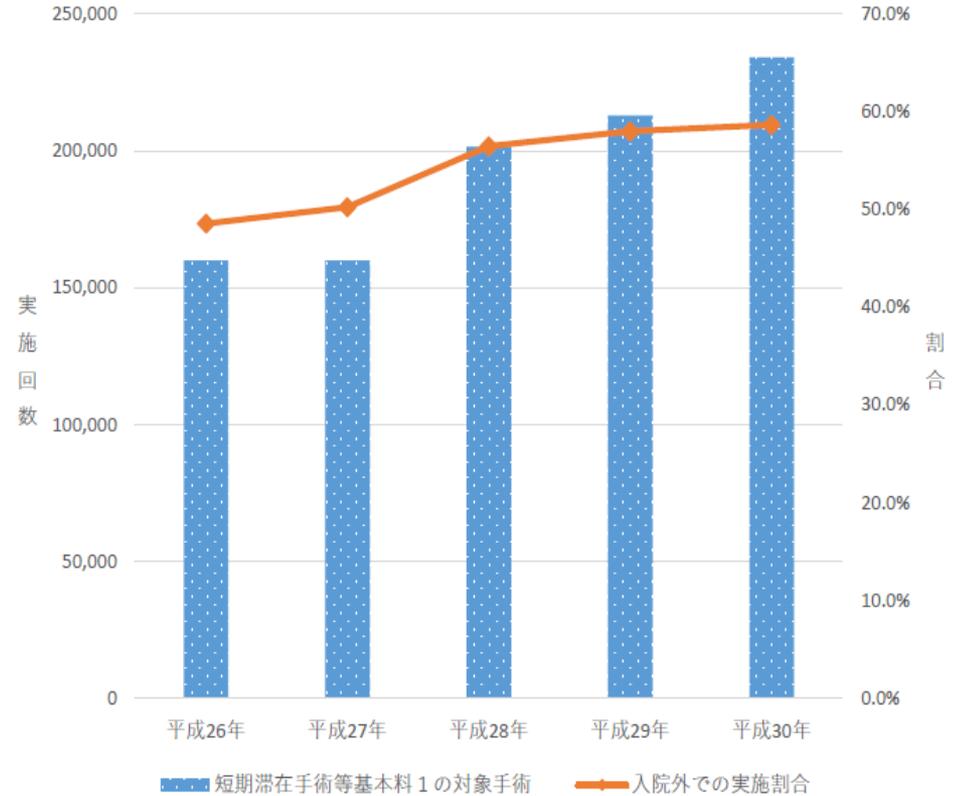
D237 1,2,3 終夜睡眠ポリグラフィ
D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法
K093-2 関節鏡下手根管解放手術
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)
K282 1口 水晶体再建術(片側),(両側)
K474 1 乳腺腫瘍摘出術
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術(23,655点),硬化療法,高位結紮術
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満,長径2cm以上
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
K867 子宮頸部(陰部)切除術
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

短期滞在手術等基本料1の年次推移

短期滞在手術等基本料1の算定実績



短期滞在手術等基本料1対象手術の実績



○ 短期滞在手術等基本料1の対象手術の内、実施回数が多い上位3つ

手術名称	平成30年5月の回数	入院外の回数/総数
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	126,050	55.1%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	94,393	64.8%
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部、露出部以外を含む）	4,216	59.8%
上記以外の手術	9,481	39.3%
総数	234,140	58.6%

短期滞在手術等基本料の算定状況

- 外来における手術の実施回数は年々増加(平成28年:780,935回 平成29年:809,397回 平成30年:820,948回)しており、平成30年においては外来手術全体の47%を占める。
- 短期滞在手術等基本料2及び3については、平成30年度診療報酬改定において、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、DPC対象病院では、算定不可とした。

※(平成29年5月→平成30年5月)

○短期滞在手術等基本料1

- ・短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加(9,917回→11,335回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(212,853回→234,140回)。
- ・平成26年以降の実績から、対象手術の多くで外来での実施率の上昇傾向がみられる。

○短期滞在手術等基本料2

- ・短期滞在手術等基本料2の算定回数は減少(92回→79回)。
- ・対象手術の実施回数は増加している(19,887回→27,538回)。
- ・全ての対象手術において、平均在院日数が2日を大きく上回る。

短期滞在手術等基本料2は不人気！
見直し必要

○短期滞在手術等基本料3

- ・短期滞在手術等基本料3の算定回数は減少(99,716回→23,469回)。
- ・対象手術の実施回数は増加(274,877回→292,312回)。
- ・対象手術には、入院外で実施される割合が高いものがある。
- ・外来での実施率が低い手術についても、外来で実施することができる症例が存在している可能性がある。

短期滞在手術等基本料3の実施状況の経年変化

名称 (複数項目ある場合は 共通部分まで)	平成26年				平成27年				平成28年				平成29年				平成30年			
	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)	算定回数			入院外/ (入院外 + 入院)												
	入院外	短3 以外	短3		入院外	短3 以外	短3		入院外	短3 以外	短3		入院外	短3 以外	短3		入院外	短3 以外	短3	
終夜睡眠ポリグラフィー※2	18,227	4,742	5,615	64%	19,102	4,348	5,334	66%	20,442	4,330	5,378	68%	818	3,201	5,403	9%	922	3,167	1,352	17%
小児食物アレルギー負荷検査※2	1,795	9	1,642	52%	1,812	13	1,678	52%	2,031	8	2,282	47%	2,525	10	2,840	47%	2,574	4	324	89%
前立腺針生検法	1,341	1,154	7,851	13%	1,352	1,009	7,961	13%	1,184	907	7,434	12%	1,144	924	7,907	11%	1,309	8,911	791	12%
関節鏡下手根管開放手術	389	98	144	62%	366	85	156	60%	304	66	204	53%	419	87	262	55%	470	252	91	58%
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	4	73	31	4%	4	86	33	3%	10	73	34	9%	10	88	26	8%	18	140	7	11%
水晶体再建術	53,415	17,844	32,886	51%	54,111	14,926	33,562	53%	60,099	14,902	35,710	54%	65,570	20,647	36,832	53%	71,683	53,819	9,422	53%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満	534	65	217	65%	512	70	205	65%	528	91	251	61%	467	64	253	60%	449	305	27	57%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	6,149	2,834	※1	68%	6,532	2,834	※1	70%	7,126	1,251	1,889	69%	8,097	1,376	2,205	69%	9,162	3,134	714	70%
下肢静脈瘤手術	2,875	323	890	70%	2,213	166	723	71%	2,236	165	656	73%	1,969	175	518	74%	1,842	505	109	75%
鼠径ヘルニア手術	291	1,398	7,630	3%	295	1,041	6,681	4%	294	987	6,115	4%	369	872	6,113	5%	382	6,044	1,077	5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術	-	223	2,387	-	-	204	2,454	-	66	229	2,965	2%	66	294	3,741	2%	130	3,840	446	3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	18,596	4,193	18,197	45%	21,274	3,665	20,478	47%	49,057	6,588	27,872	59%	54,553	6,471	28,124	61%	62,606	28,658	7,997	63%
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	1,408	492	587	57%	1,318	471	580	56%	1,383	457	686	55%	1,326	516	582	55%	1,456	804	321	56%
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	1,538	2,515	※1	38%	1,355	2,280	※1	37%	1,372	288	1,927	38%	1,353	286	1,747	40%	1,343	1,425	445	42%
子宮頸部(腔部)切除術	123	205	2,029	5%	117	160	1,983	5%	94	129	2,010	4%	96	141	2,011	4%	96	141	2,011	4%
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	10	44	365	2%	17	45	331	4%	15	49	345	4%	-	-	-	-	-	-	-	5%
ガンマナイフによる定位放射線治療	32	980	※1	3%	29	942	※1	3%	54	159	715	0	-	-	-	-	-	-	-	4%

※1 当該年は短期滞在手術等基本料3の対象外

※2 平成30年の回数に、DPC病院における実施回数は計上されていない

外来実施率の
高い手術は日
帰り手術でもよ
いのでは？

ポイント⑥ 入退院支援

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



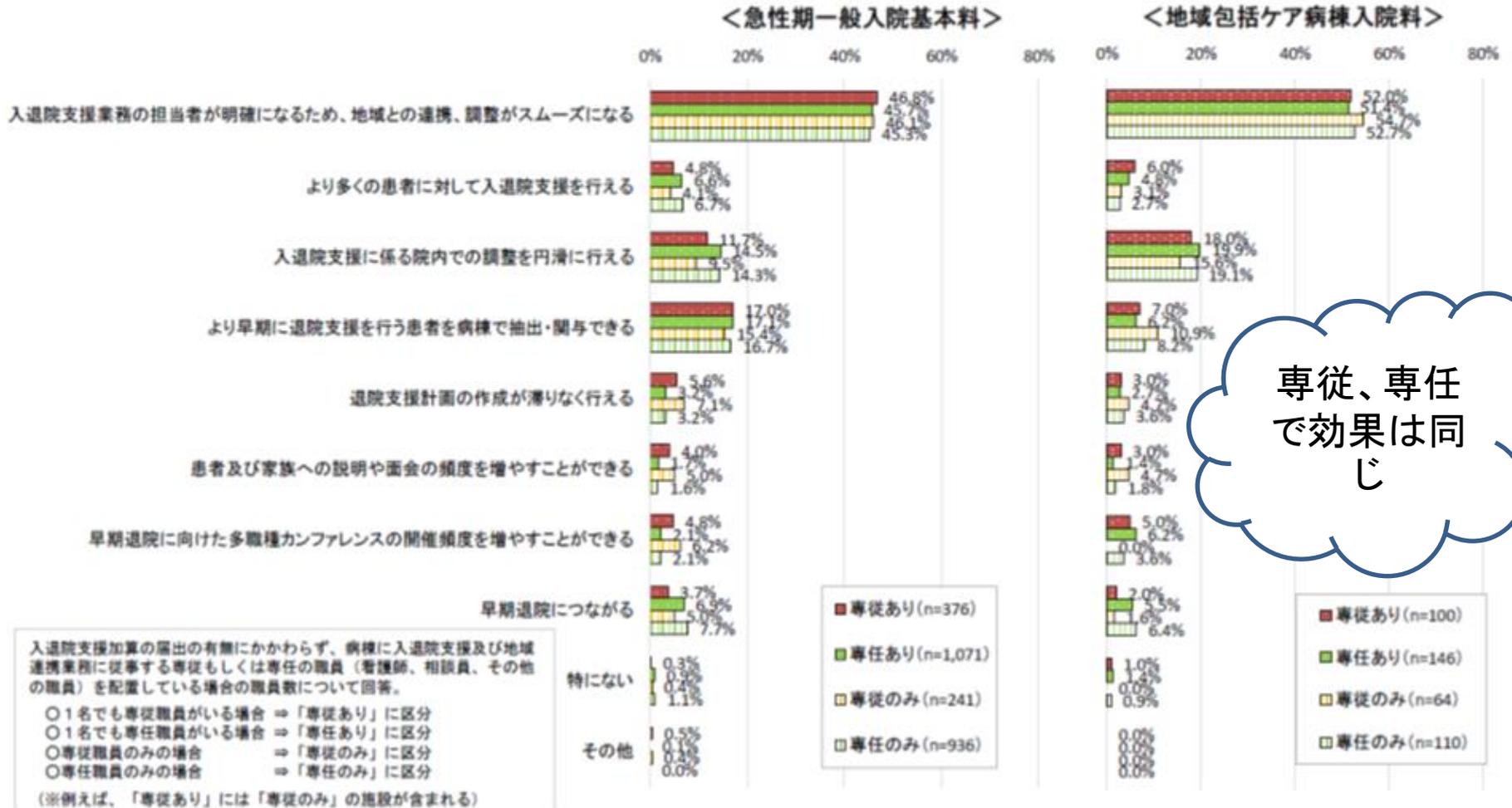
[算定要件・施設基準]

	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>	—

入退院支援及び地域連携業務に従事する病棟の専従・専任職員がもたらす効果

○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみ施設との間に大きな違いはみられなかった。

病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員がいる場合にもたらされている効果(最も該当するもの)



ポイント⑦

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）

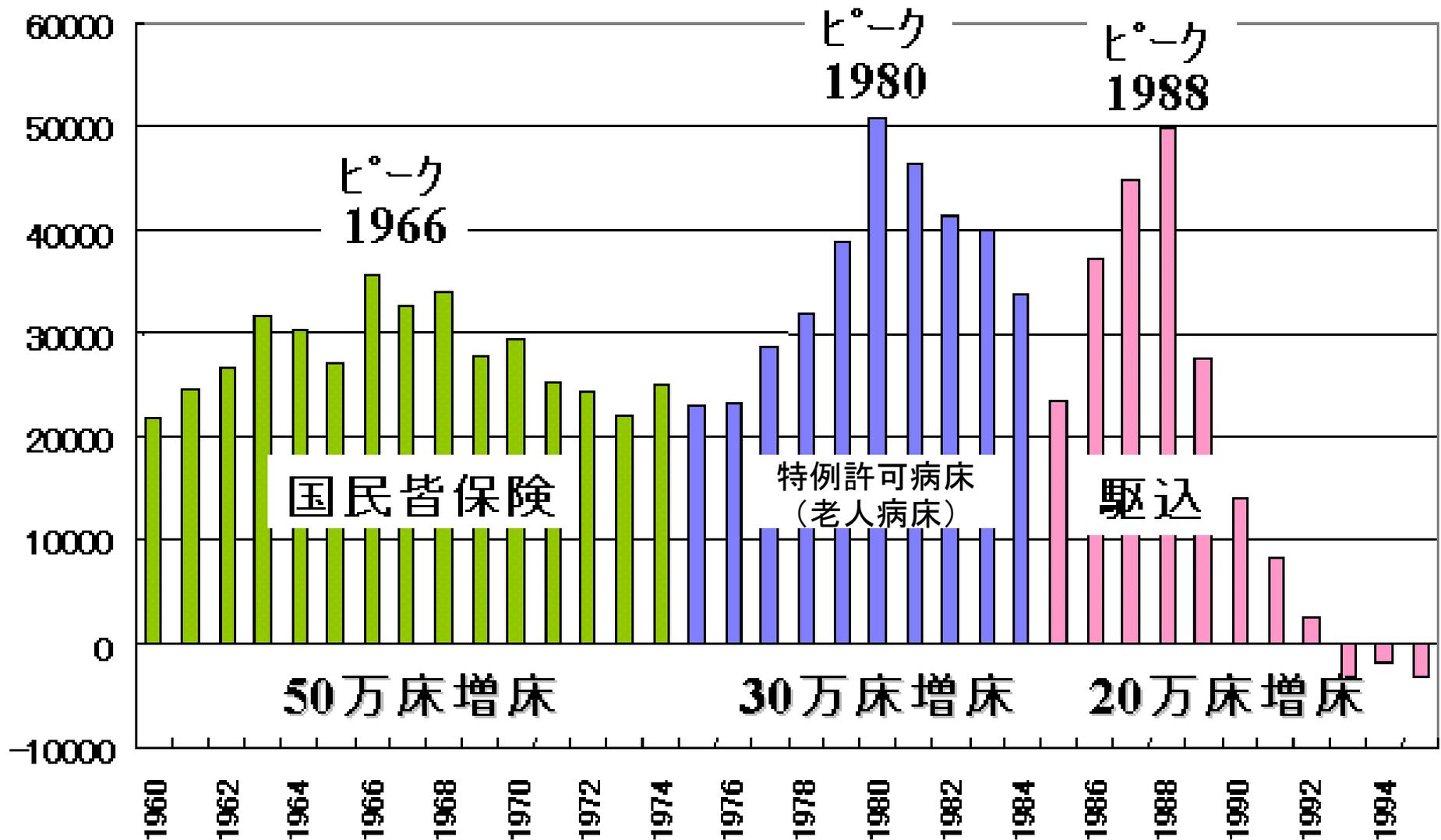
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

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

【医療法改正】

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

日本の増床三つのピーク



療養病床に関する経緯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

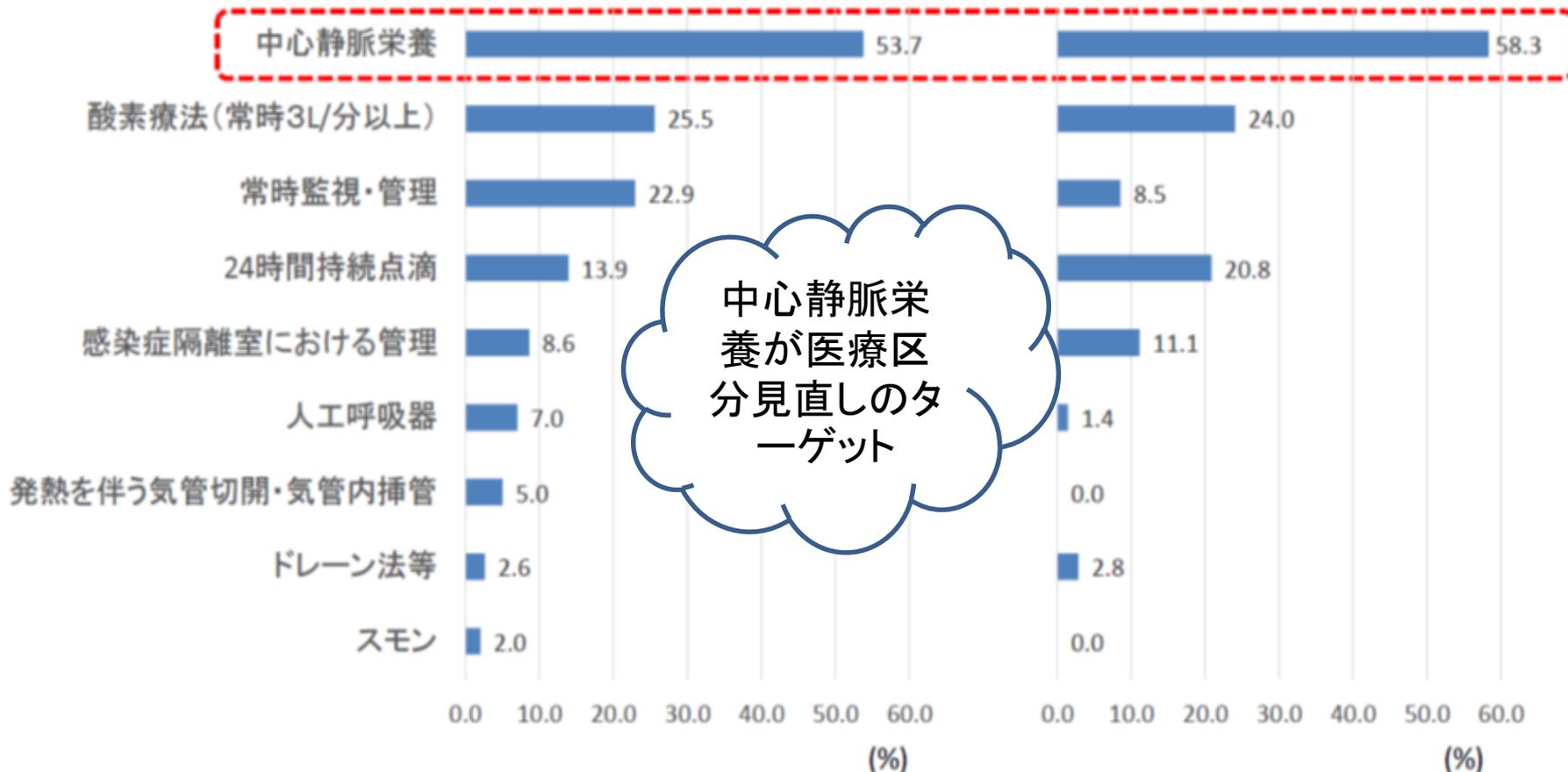
医療区分3の項目別の該当患者割合

- 医療区分3の患者について、医療区分3の要件である項目の該当割合をみると、療養病棟入院料1・2ともに医療処置として「中心静脈栄養」に該当する患者割合が最も多い。

医療区分3該当患者
(n=1113)

療養病棟入院料1 (n=1037)

療養病棟入院料2 (n=76)



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。

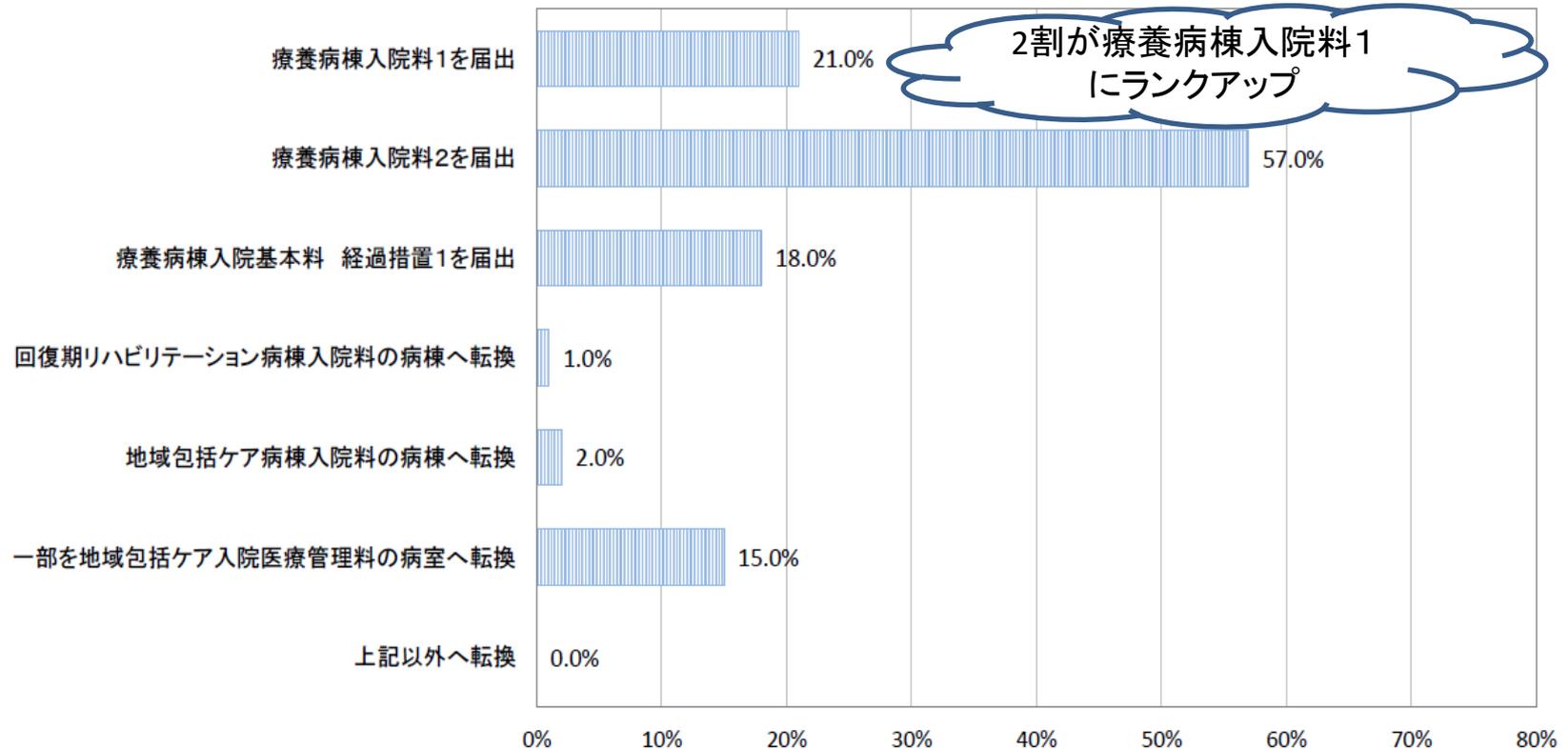
※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

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。
- 次いで、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)



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

I. 医療機能を内包した施設系サービス

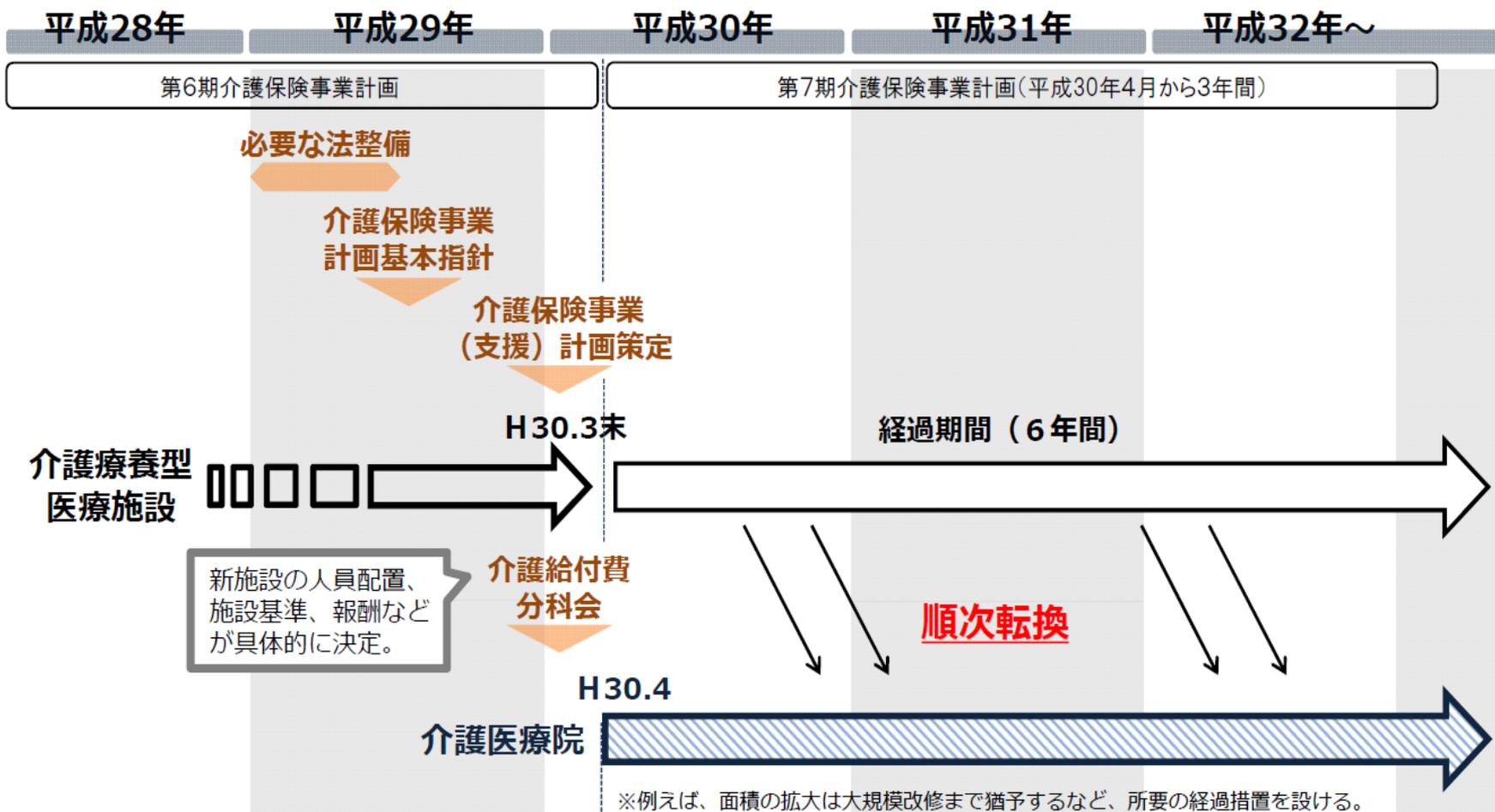
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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。



介護医療院の促進加算

- **【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

介護医療院の療養床数の推移

(千床)

5

介護医療院は3カ月余りで
3倍以上に増加

21施設
1400床

63施設
4583床

113施設
7414床

150施設
10028床

223施設
14444床

2018年
6月末時点

2018年
9月末時点

2018年12月

2019年3月

2019年6月

0

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



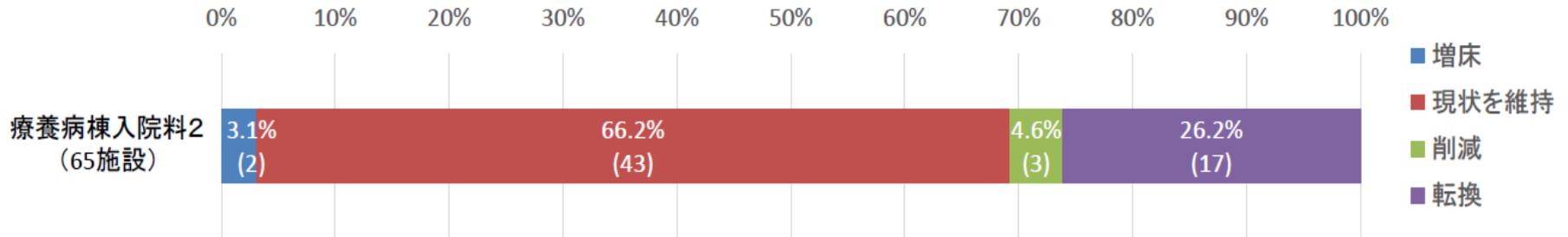
▼ 法改正後



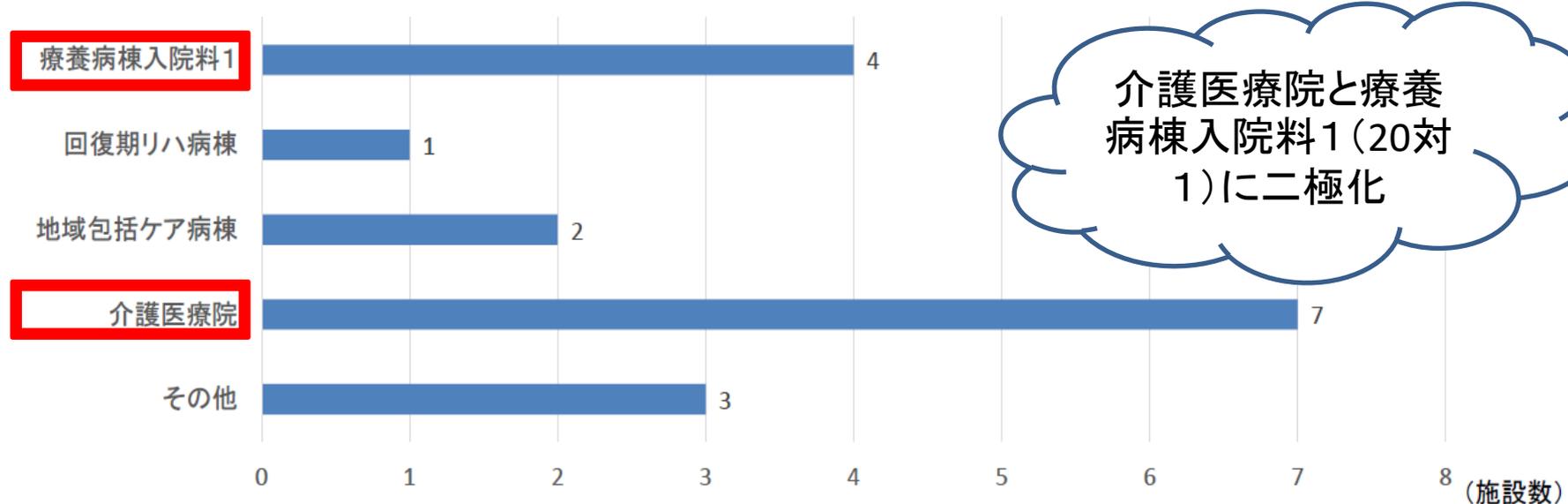
療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

○ 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)



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」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



今日のまとめ

- ・2040年へ向けて日本版ラヒホイタヤを
全世代型社会保障会議のテーマにしよう
- ・2020年診療報酬改定では7対1の今後と
地域包括ケア病棟に注目
- ・療養病床問題と介護医療院の動向がポイント
- ・病床の機能分化と連携が次回診療報酬改定でも最大テーマ

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