

2020年診療報酬改定へ向けて 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



2017年4月医学部開講



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年問題へ向けて
- パート 2
 - 2020年診療報酬改定
どうなる7対1と地域包括ケア病棟
- パート 3
 - どうなる療養病床と介護医療院？
- パート 4
 - どうなる入退院加算
- パート 5
 - 働き方改革と看護特定行為



パート 1 2040年問題

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

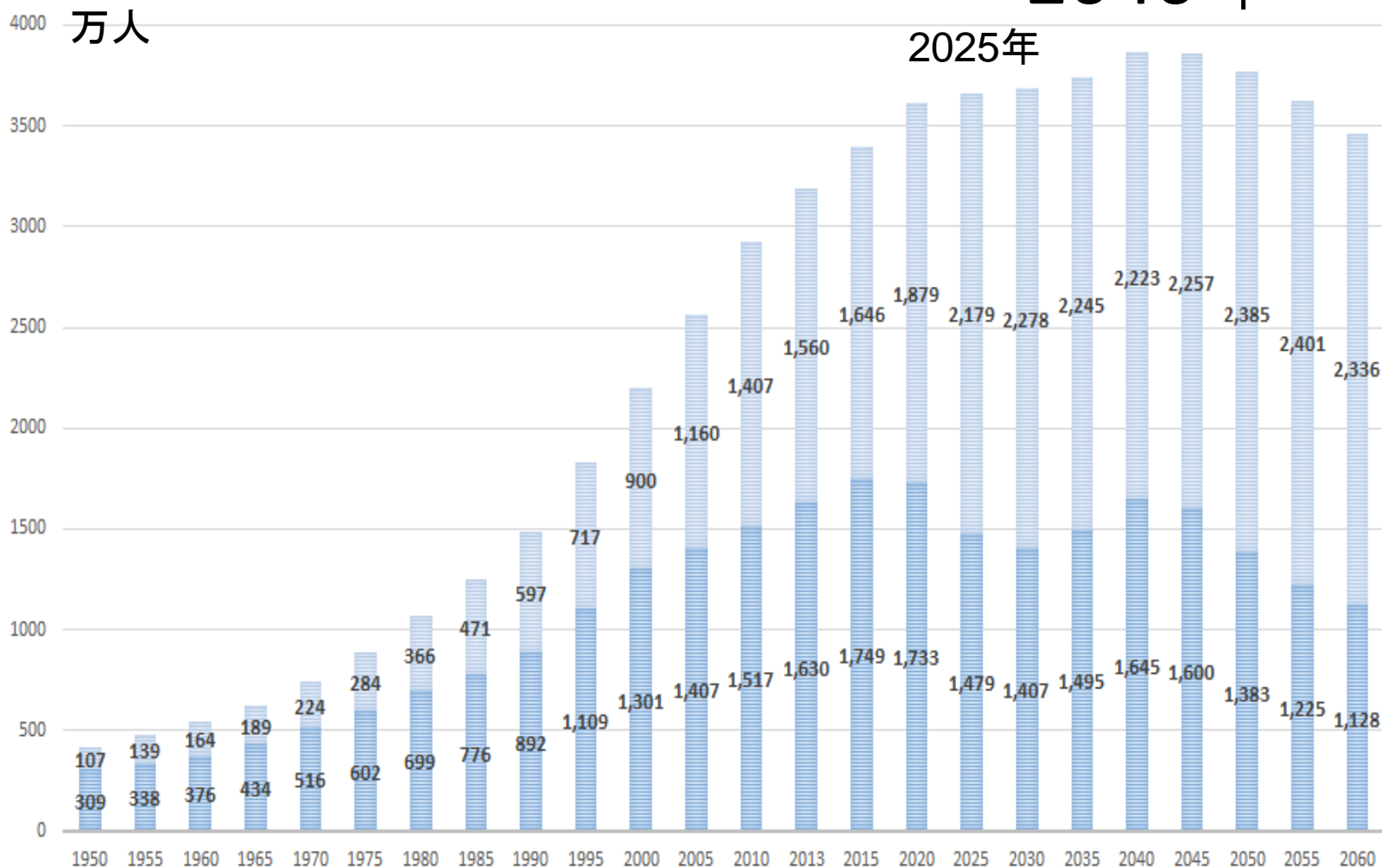
65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

2040年

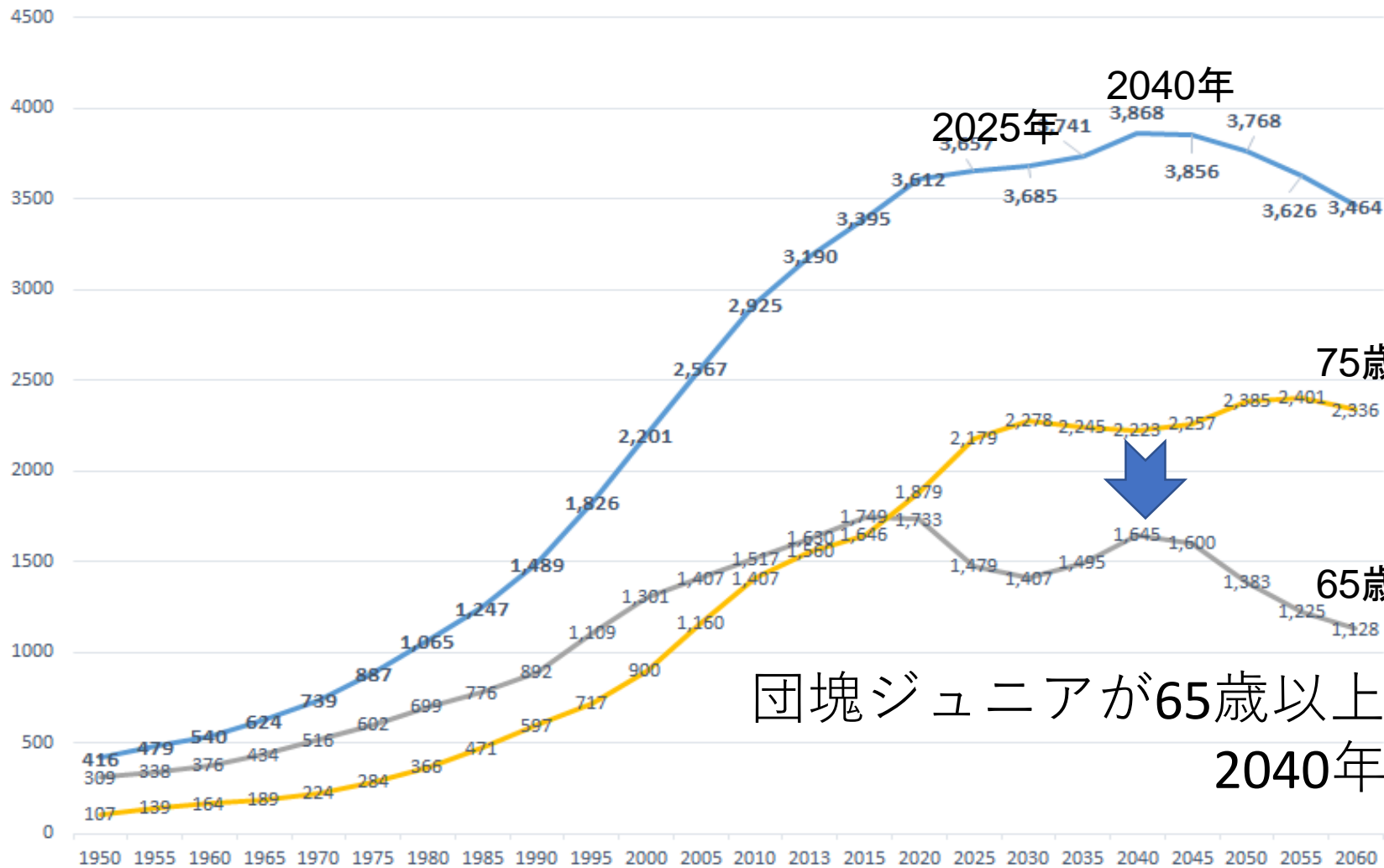
万人

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

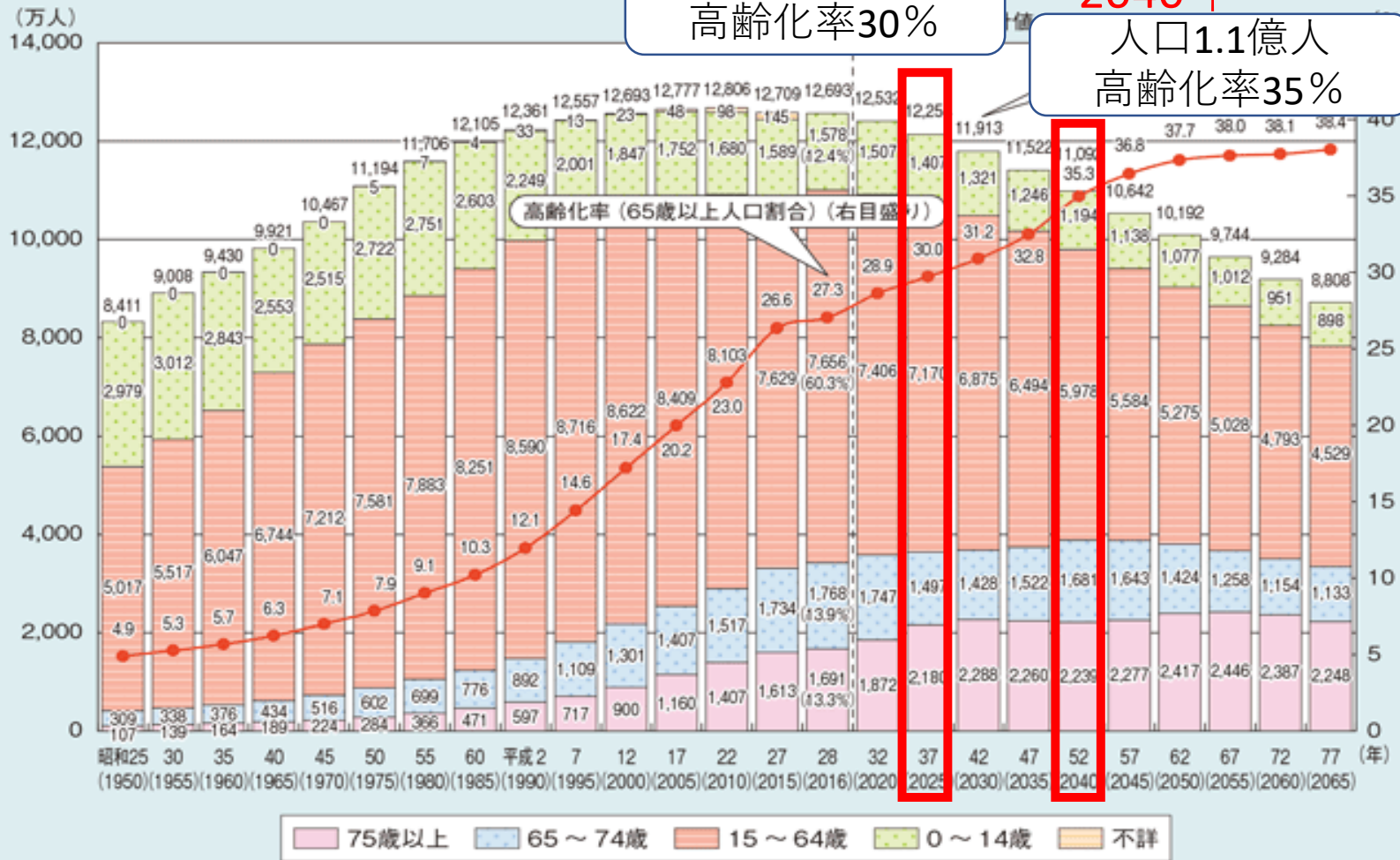
2025年

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%



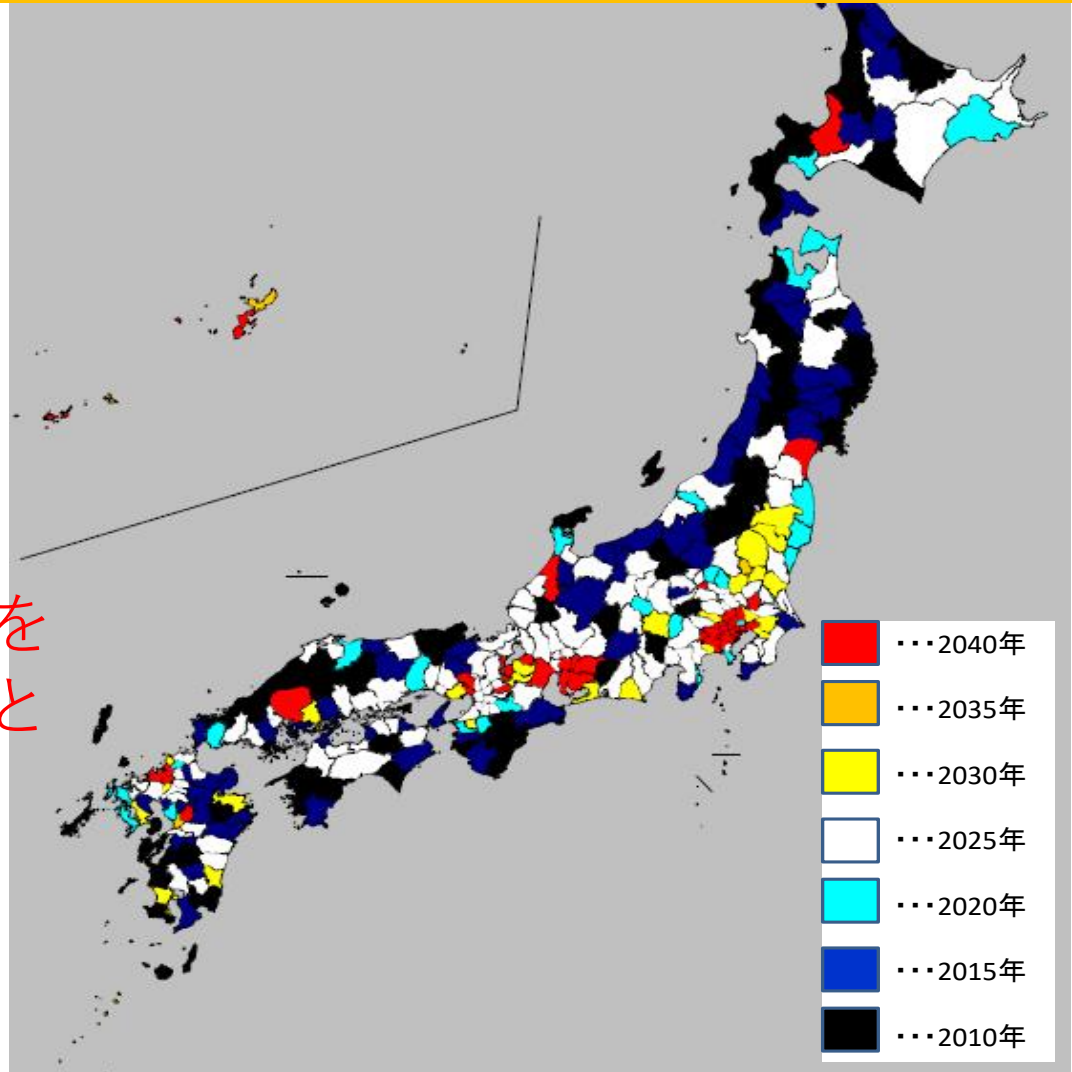
資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」（平成28年10月1日確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(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年の高齢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

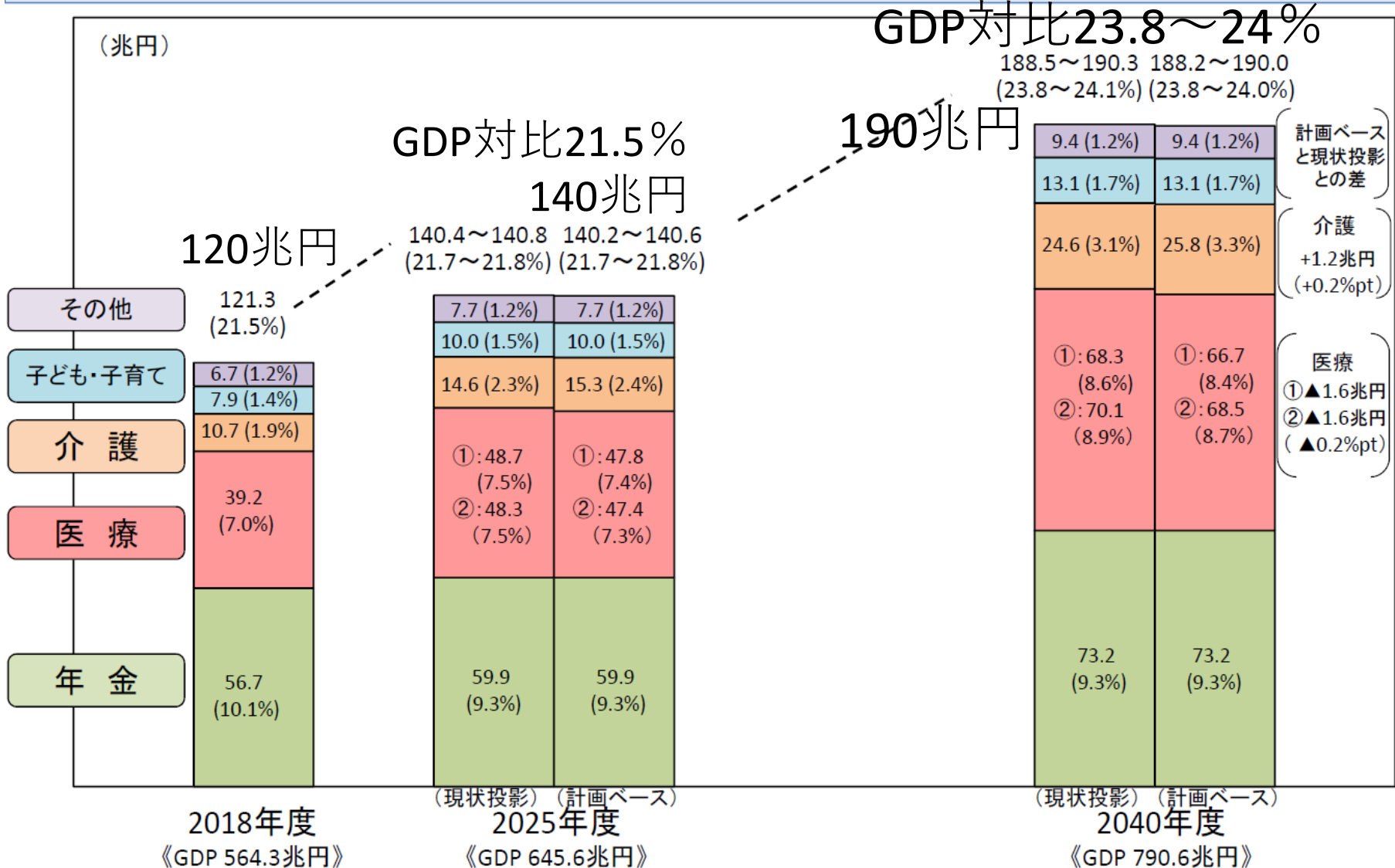
2040年に高齢化のピークを
迎えるのは首都圏を始めと
した大都市圏



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）

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

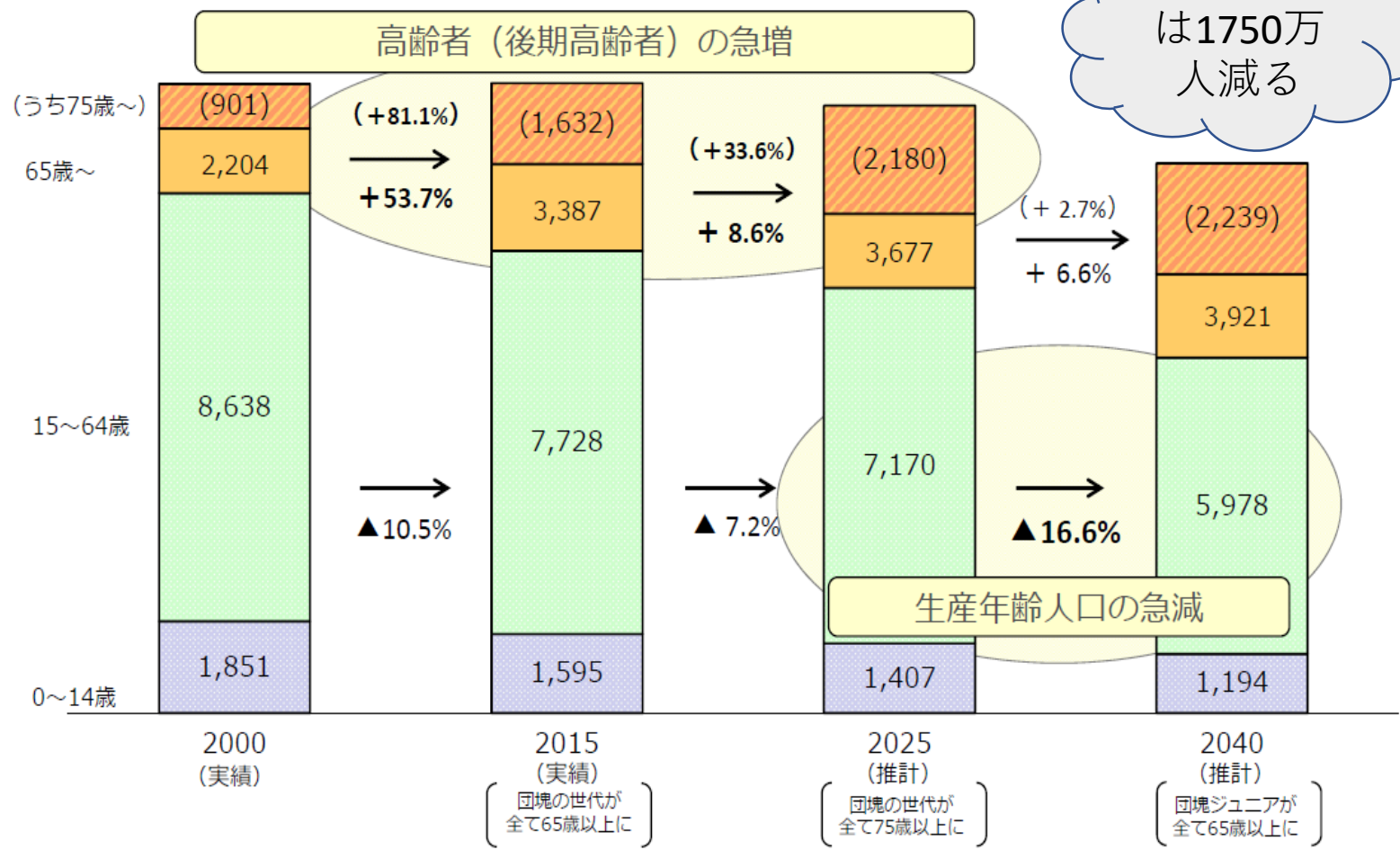
- 2018年6月6日、社会保障審議会医療部会
- 「社会保障給付費が対GDP対比が24%という水準は今のドイツに近く、フランスではもっと高い、世界に類を見ない水準というわけではない」
 - 伊原和人厚労省大臣官房審議官（医療介護担当）

問題は人口減

2040年までの人口構造の変化

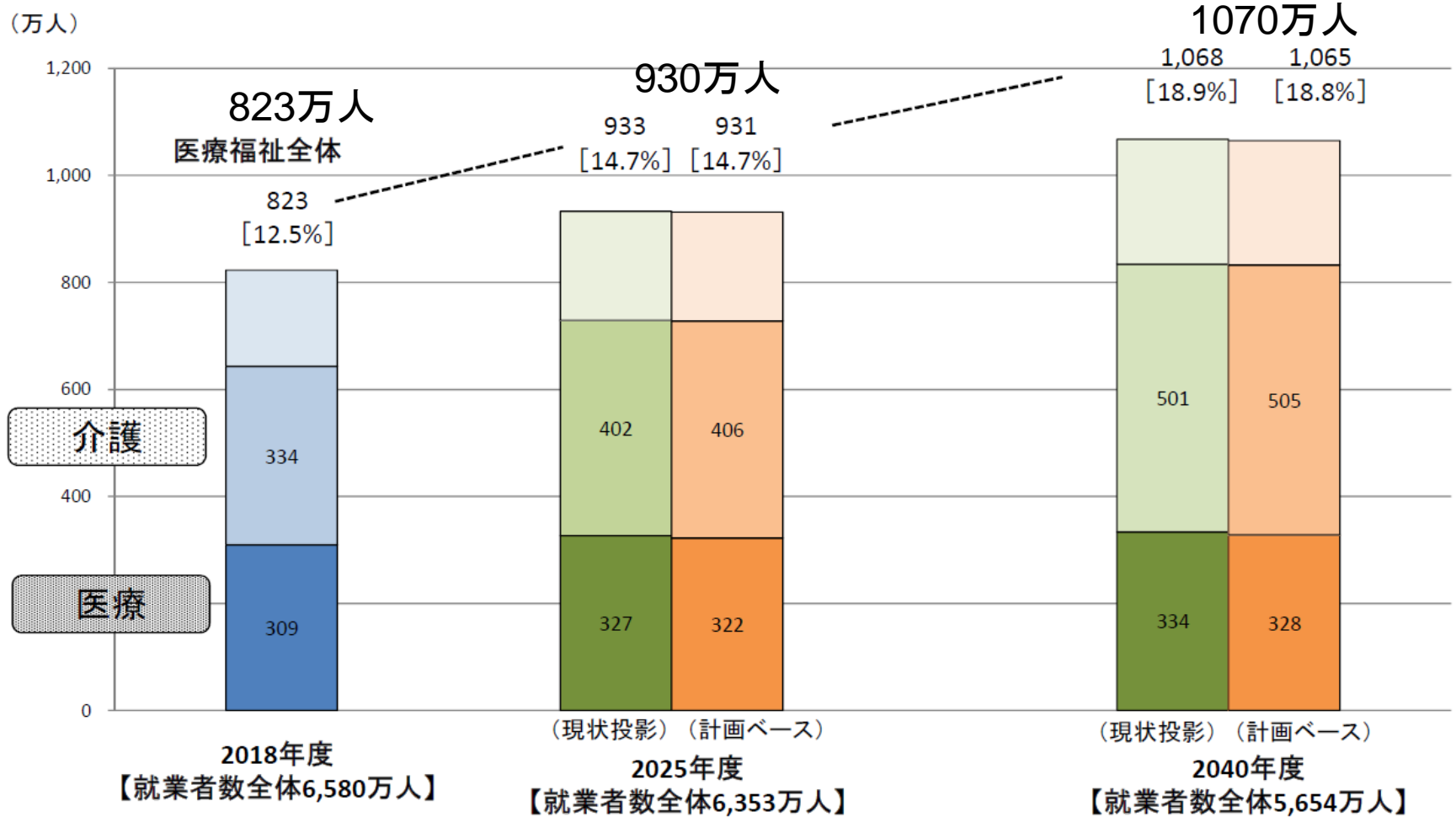
○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【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」

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

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！

解決には？

元気老人、女性活躍、外国人労働者、ICT/AIとロボット

パート 2

2020年診療報酬改定



社会保障審議会医療部会
(2019年9月19日)

令和2年度診療報酬改定のスケジュール（案）

令和元年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

秋以降 令和2年度診療報酬改定の基本方針の議論

12月頃 令和2年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月中下旬 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

令和2年

厚生労働大臣

1月頃

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
 - ・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」
- に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月上旬頃 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中央社会保険医療協議会

1月以降 入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

平成30改定の検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

11月頃 医療経済実態調査の結果報告

12月頃 薬価調査・材料価格調査の結果報告

1月以降 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議
(公聴会、パブリックコメントの実施)

2月上旬頃
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

令和2年4月1日 施行

①令和2年度診療報酬改定の基本方針について

- 令和2年度改定においても、これまでの改定の視点（※別添参照）をベースとしつつ、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとしてはどうか。その際、改定に当たっての基本認識や各視点の具体的な検討の方向について、どのようなものが考えられるか。

（1）改定に当たっての基本認識

<p>(例) 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現・ 社会保障制度の持続可能性の確保・ 「経済財政運営と改革の基本方針2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等への対応
<p>(例) 医師等の働き方改革の推進</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医療従事者の業務負担の軽減と、働き方改革の推進・ 業務の効率化に資するICT等の活用・ 医療資源の効率的な配分と適切な医業経営の確保
<p>(例) 患者・国民に身近な医療の実現</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 患者にとって身近でわかりやすい医療の実現・ かかりつけ医機能の充実、患者への情報提供や相談・支援の充実・ 市民、医療提供者、行政、民間企業それぞれが担う役割の実現

(2) 改定の基本的視点と具体的方向性

○「視点」の例と「方向」の例における記述は、中央社会保険医療協議会での議論を参考に整理している。

「視点」の例	「方向」の例
<p>(例) 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">医療機関内における適切なマネジメントやタスク・シフティングの推進、人員配置の合理化、チーム医療の推進、書類作成・研修要件の合理化等を通じた労務管理・労働環境改善のマネジメントの実践の評価柔軟な働き方や業務の効率化に資するICT等の活用の推進
<p>(例) 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価患者にとって必要な情報提供、相談支援の評価アウトカムに着目した評価の推進質の高いがん医療の評価小児医療、周産期医療、救急医療の充実妊産婦が納得して医療を受けられる体制の構築精神疾患や障害を抱える方などに対する施策・サービスとの連携口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への転換の推進医療の質に係るエビデンスを踏まえた遠隔診療の評価ICT等を活用した地域における情報共有・連携の推進
<p>(例) 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">地域によって異なる状況を踏まえた病床機能の分化・連携の推進、入院医療の評価外来医療の機能分化・強化質の高い在宅医療・訪問看護の確保医療機関、薬局、訪問看護ステーション間の連携の推進地域包括ケアシステムの推進のための取組
<p>(例) 効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">後発医薬品の使用促進残薬や重複投薬、薬剤耐性（AMR）、ポリファーマシーへの対応や長期処方時の適正使用等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の推進費用対効果評価医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価

2020年診療報酬改定個別事項の ポイント

- ポイント① どうなる7対1？
- ポイント② どうなる地域包括ケア病棟？
- ポイント③ どうなる回復期リハ病棟？
- ポイント④ どうなるDPC/PDPS？

ポイント① どうなる7対1？



中医協総会

2018年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

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)

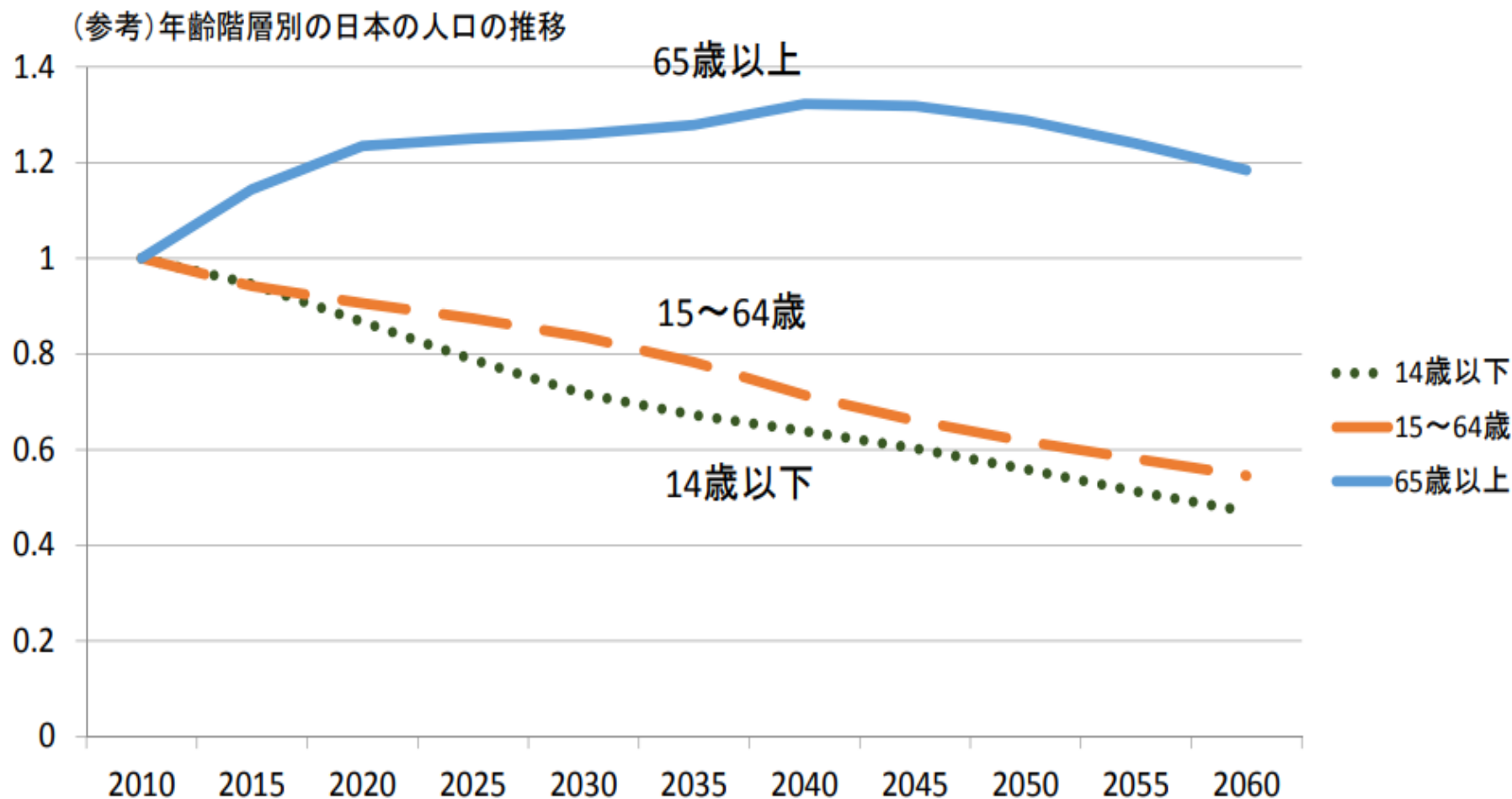
見直しの3つのワケ

- ①若者が減り急性期の需要が減っていく
- ②就労人口がこれからは減っていく
- ③病棟はすでに看護ばかりでなく多職種配置

入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

中医協 総 - 6
29 . 3 . 1 5

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

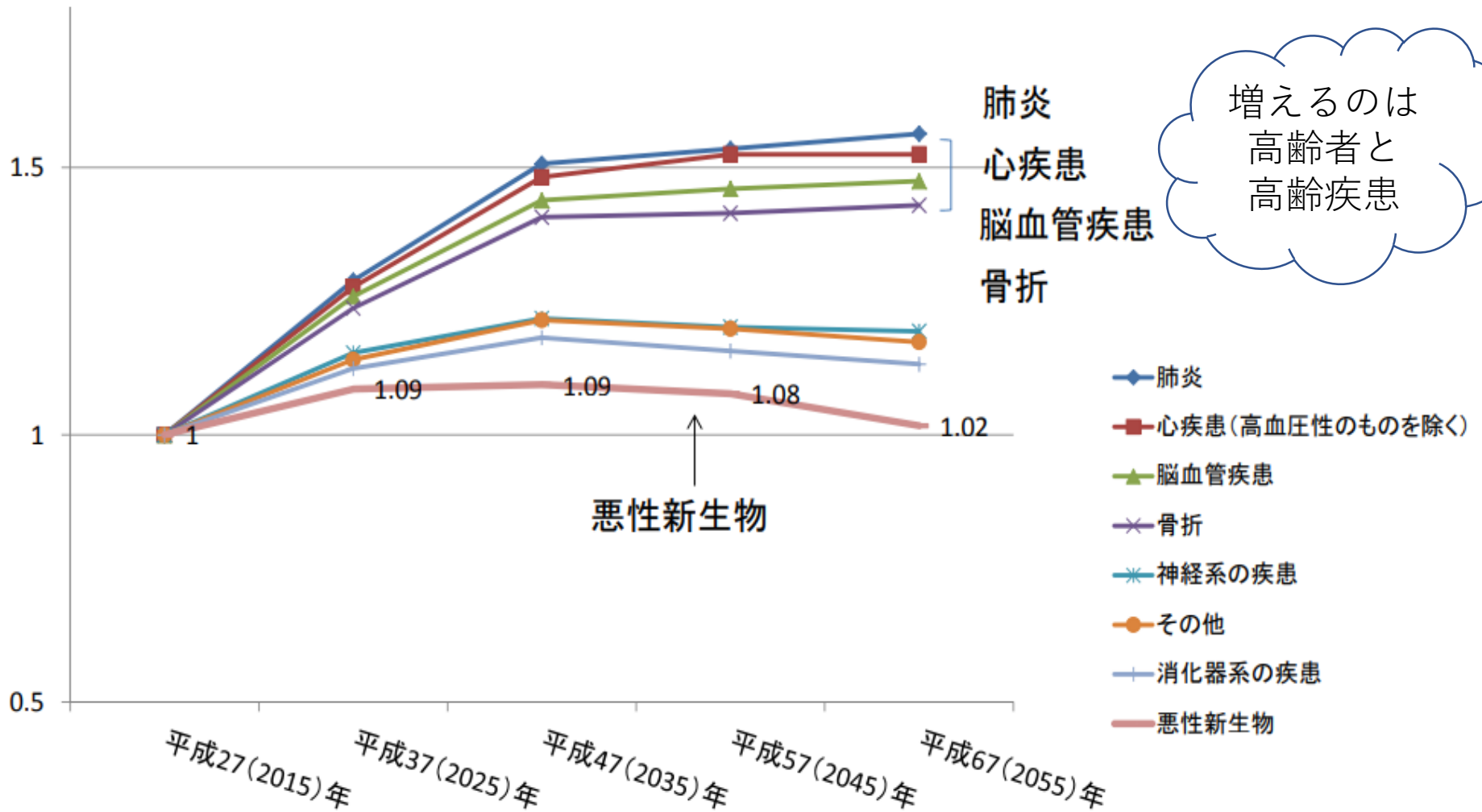


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

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

入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率



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

急性期病棟の見直し

7対1、10対1の見直し

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

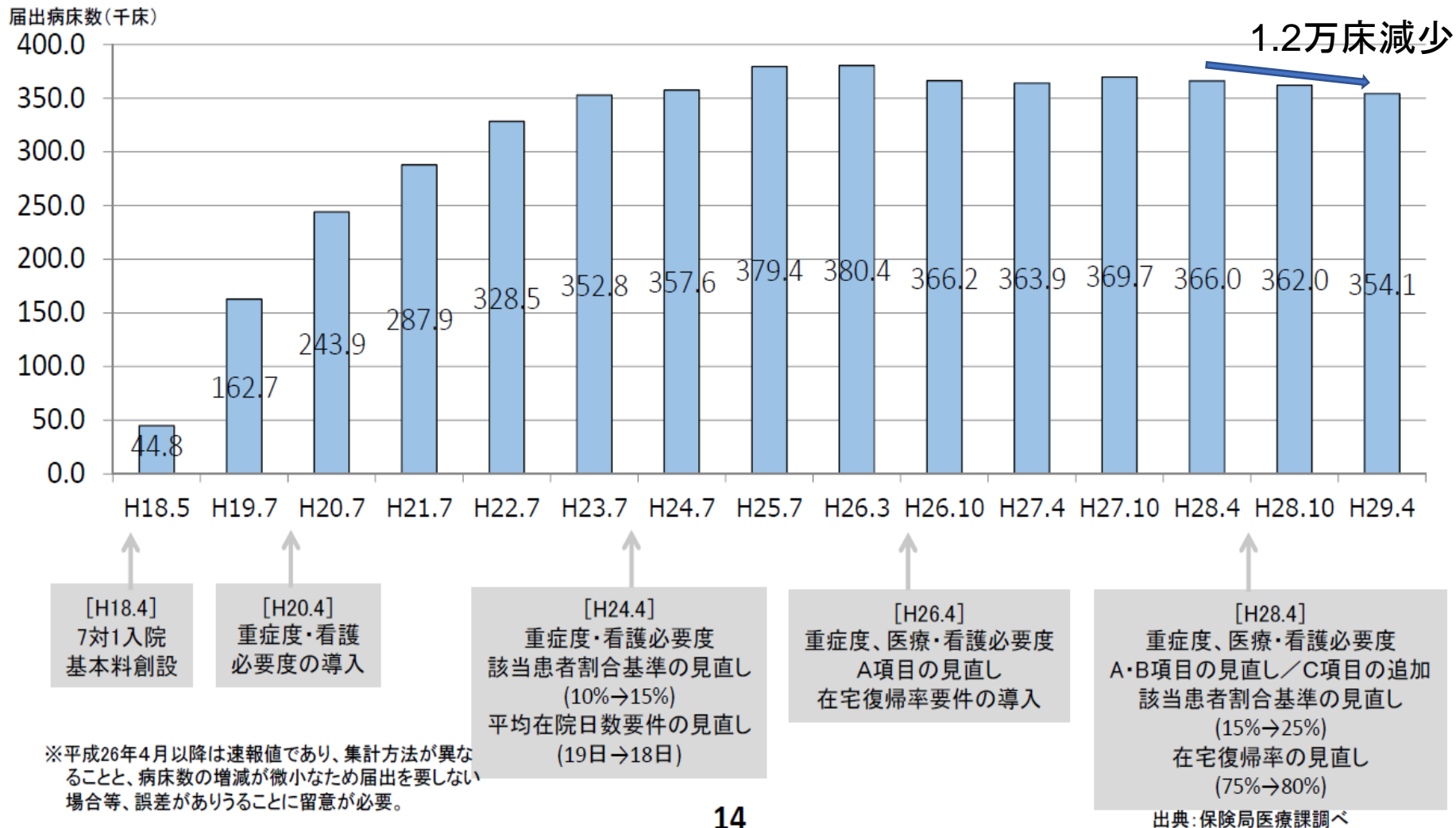
又は

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

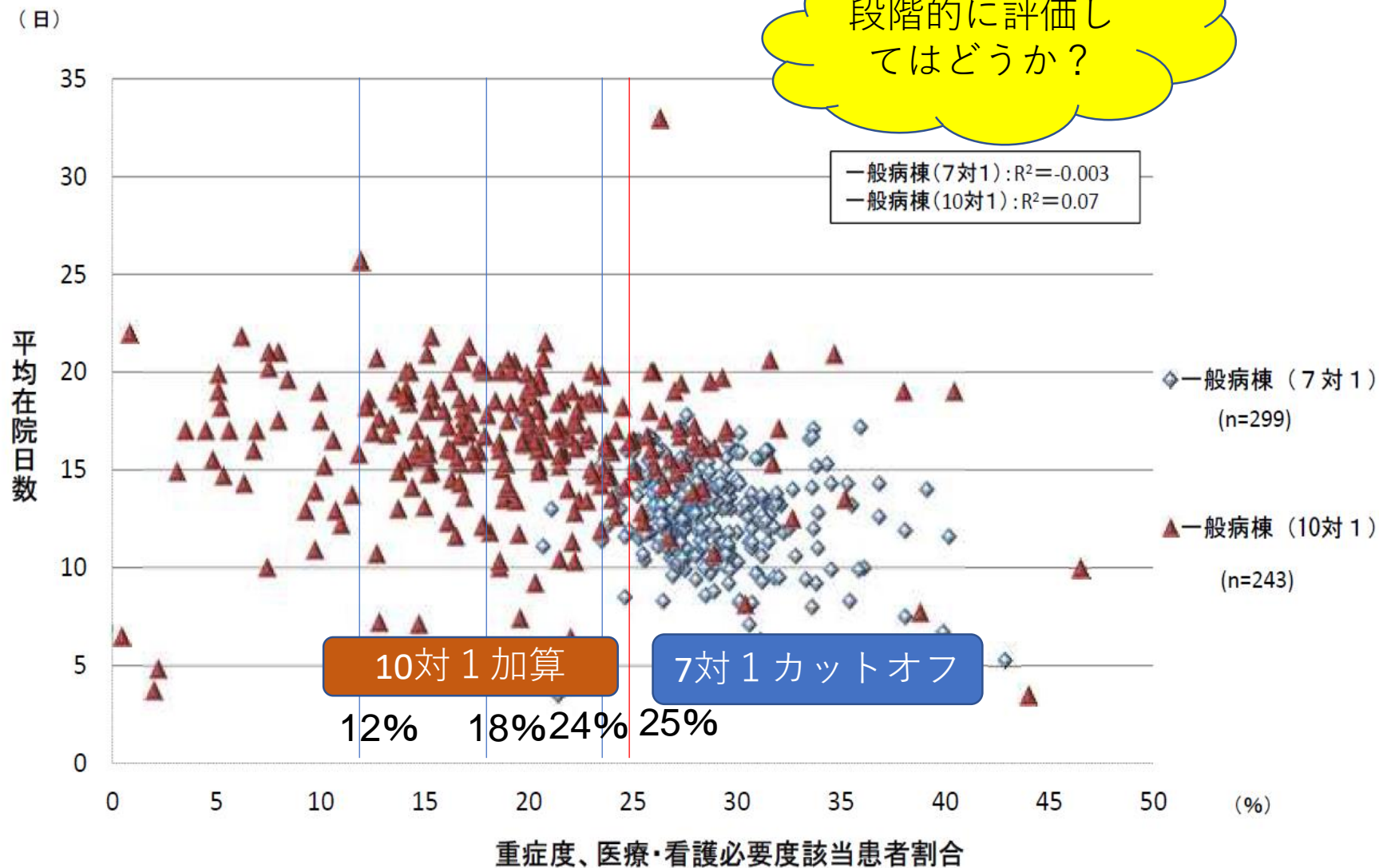
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

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



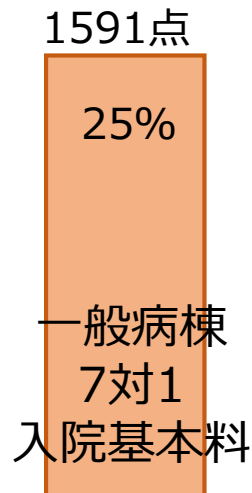
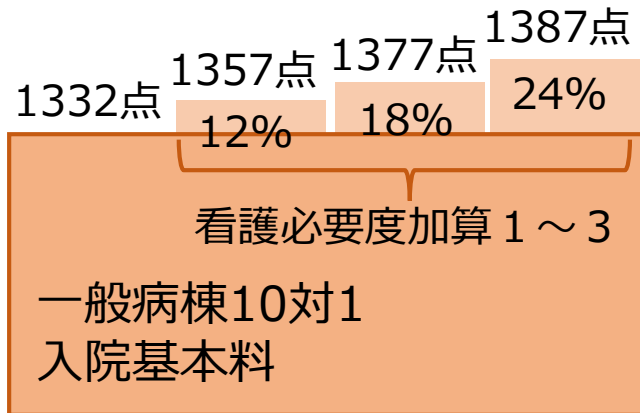
7対1と10対1
の診療報酬点
数の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

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？

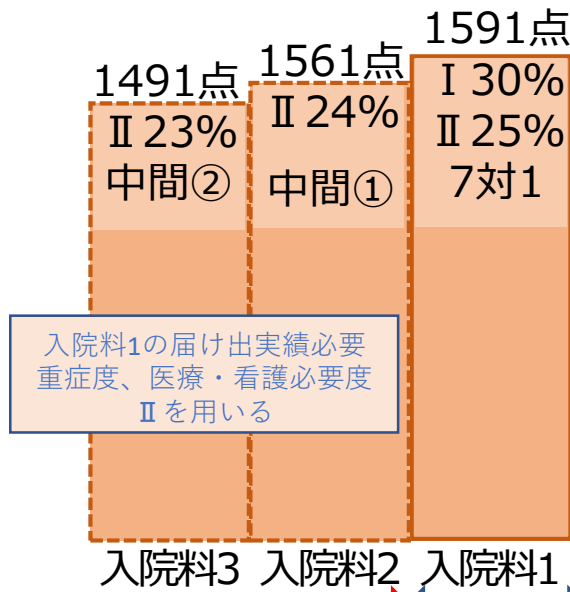
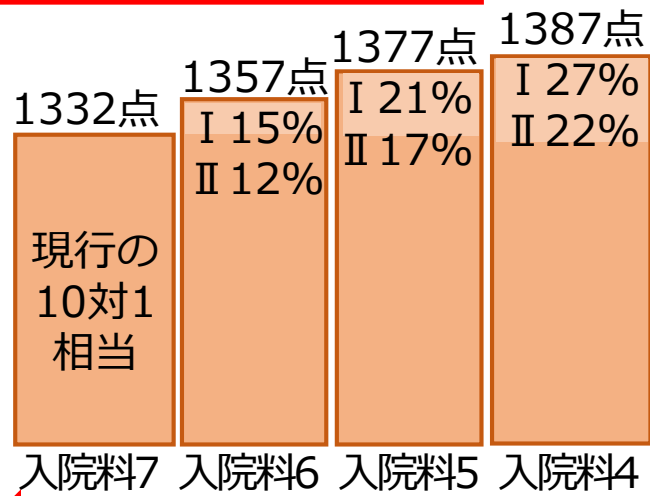
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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



I : 現行評価方法
II : EFファイル

実績部分

基本部分

18日

在宅復帰率80%

平均在院日数21日以内

出典：第389回中央社会保険医療協議会総会資料

看護職員、看護補助者の加配の評価及び看護補助者業務見直し

急性期一般入院料のうち中間的な評価の病棟における夜間看護職員の配置に係る評価を新設する。また、看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 の評価を充実する

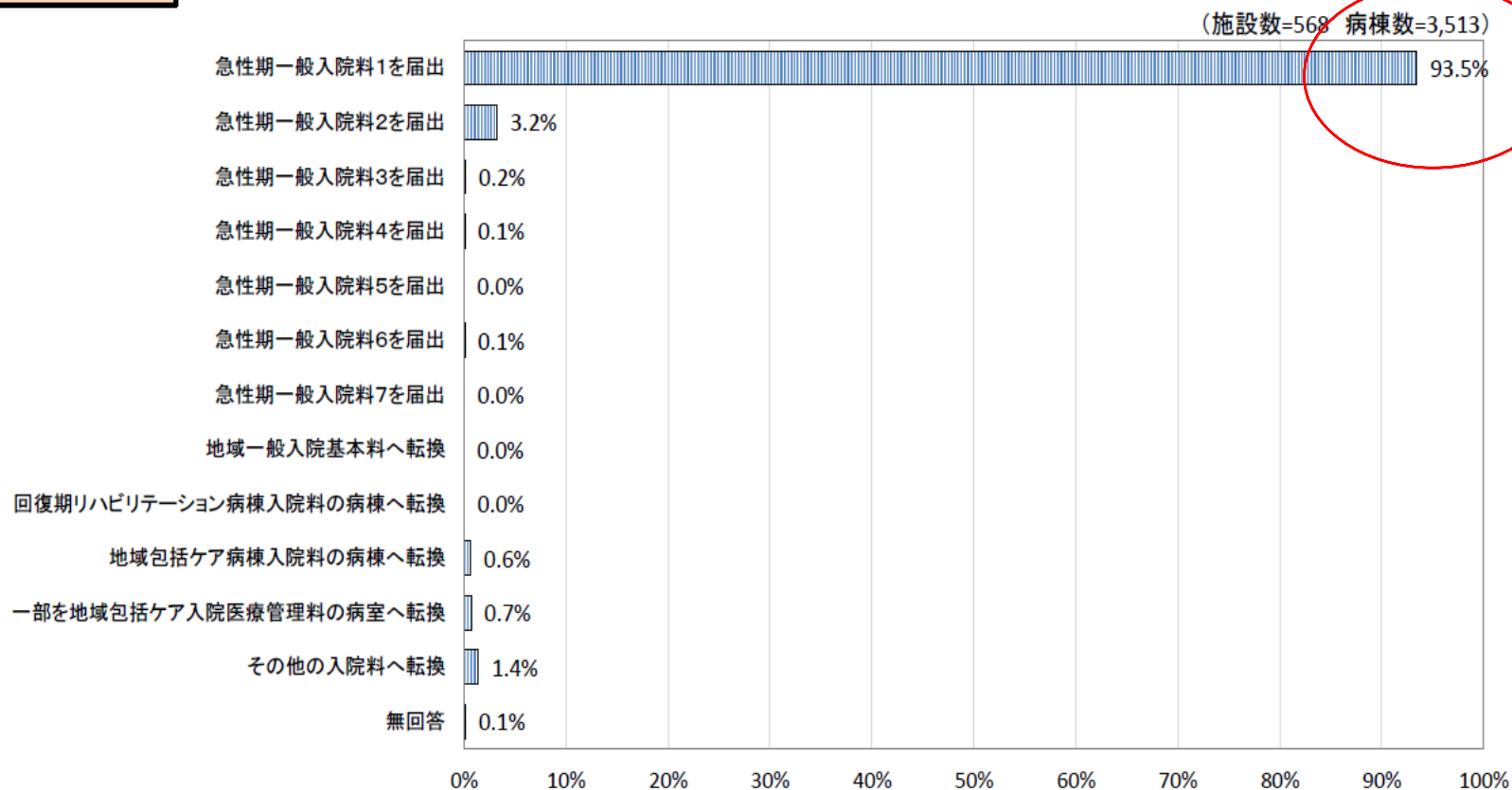
改定前	改定後
<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間 12対1配置加算 イ 看護職員夜間 12対1配置加算1 80点</p> <p>□ 看護職員夜間 12対1配置加算2 60点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 40点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間 12対1配置加算 イ 看護職員夜間 12対1配置加算1 95点</p> <p>□ 看護職員夜間 12対1配置加算2 75点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 55点</p> <p><u>□ 看護職員夜間16対1配置加算2</u> 30点</p>

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

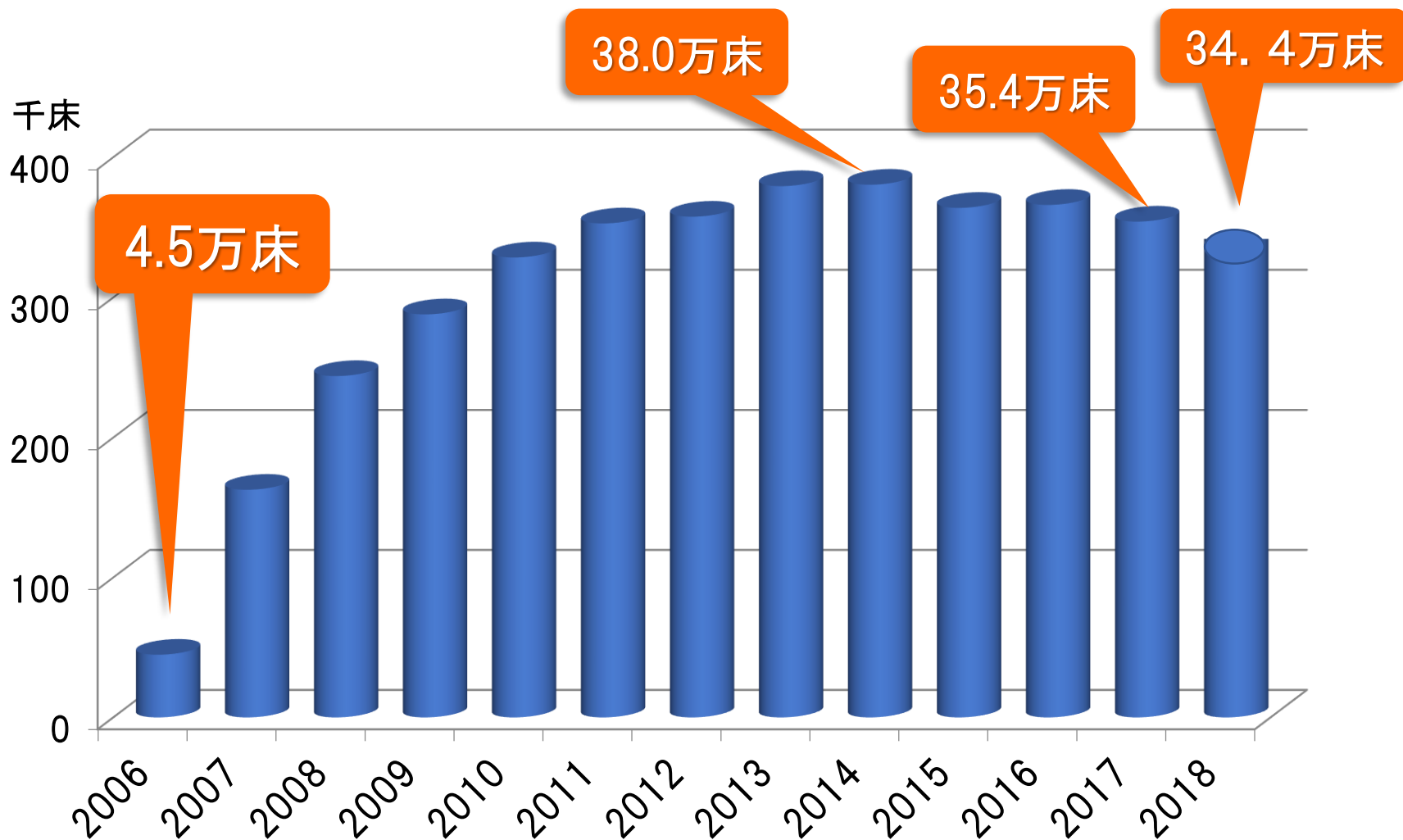
- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、急性期一般入院料1を届出している病棟が最も多く、93.5%であった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般病棟入院料2を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の令和元年6月1日時点の届出状況



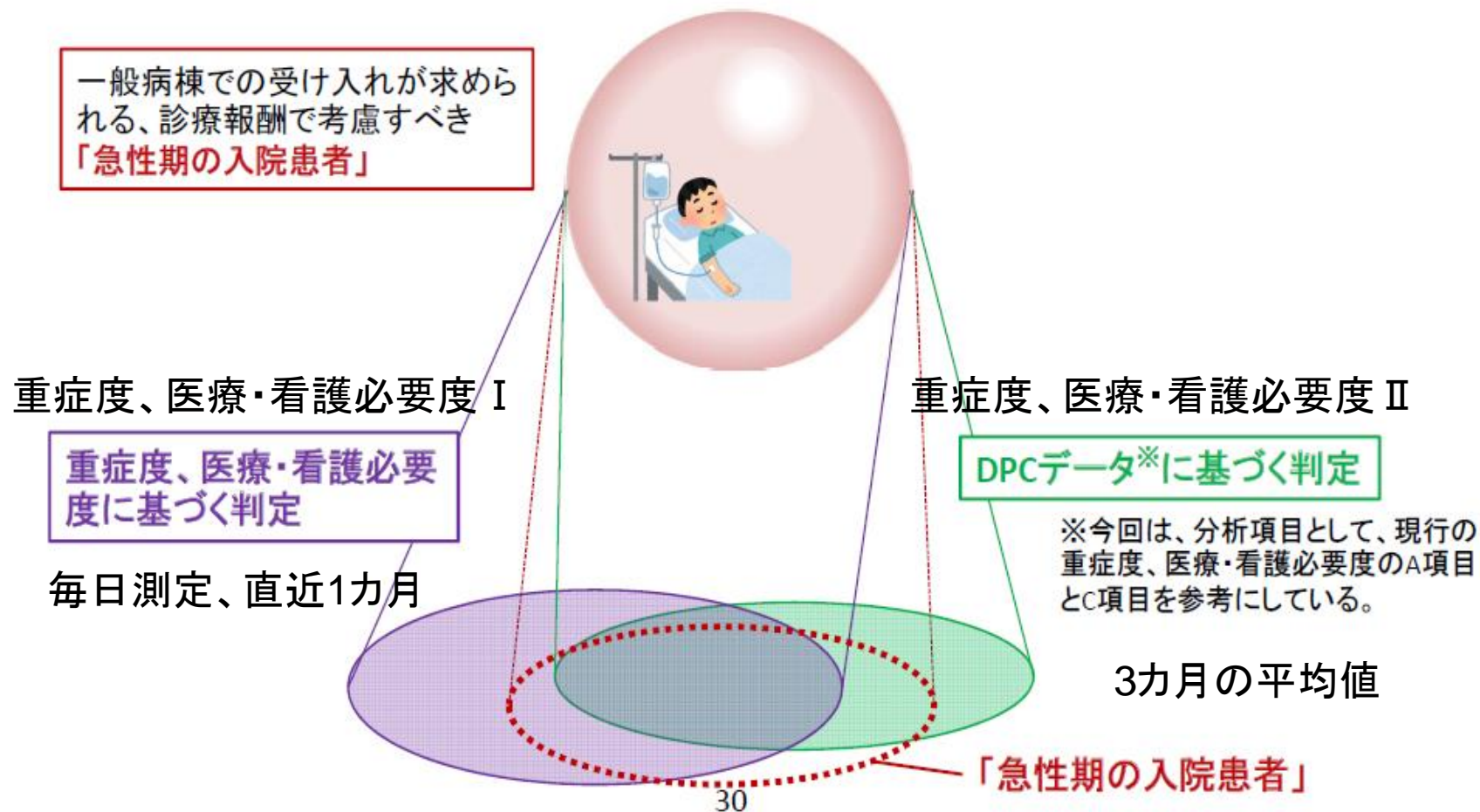
一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移



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

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。

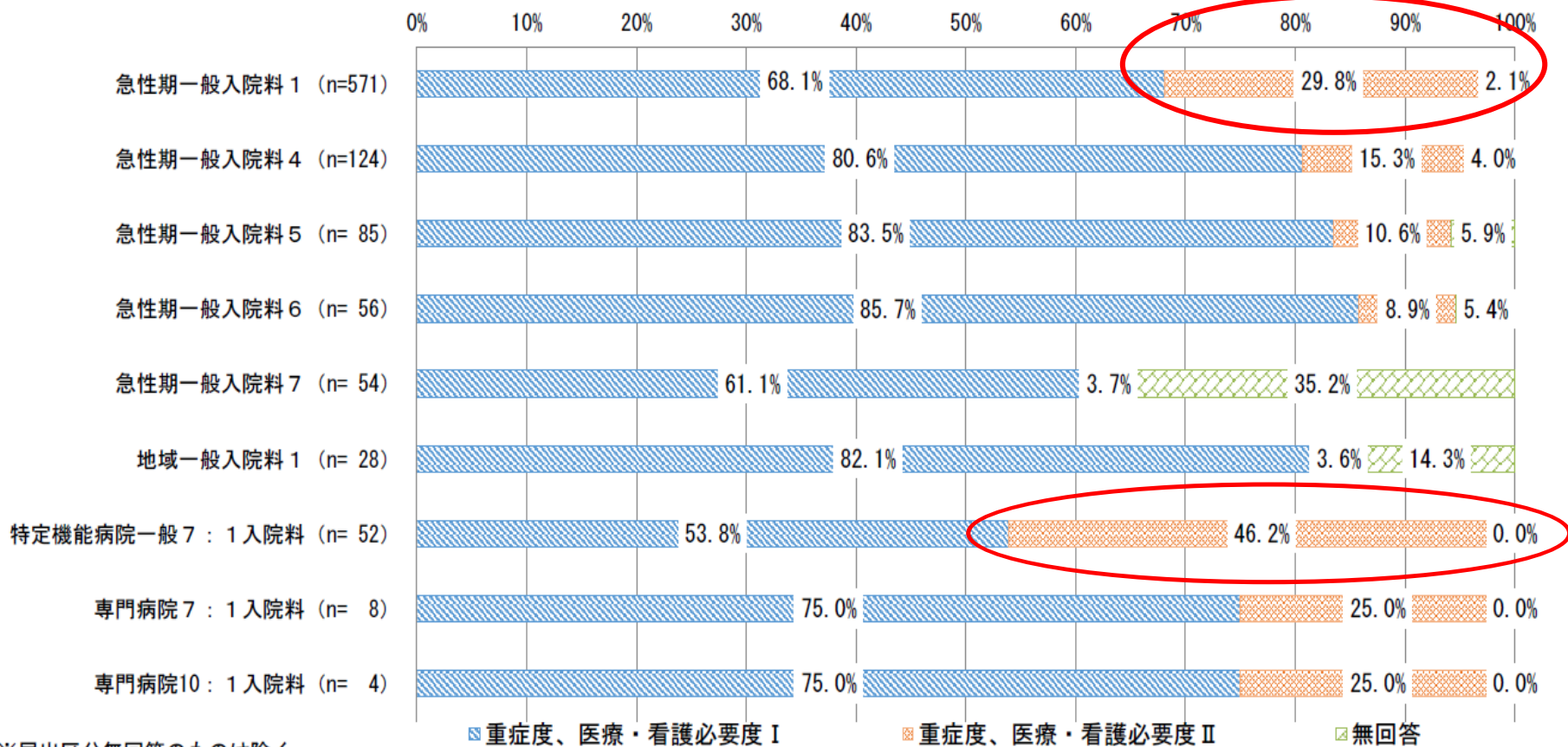


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○ 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3割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

2019年度調査

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別

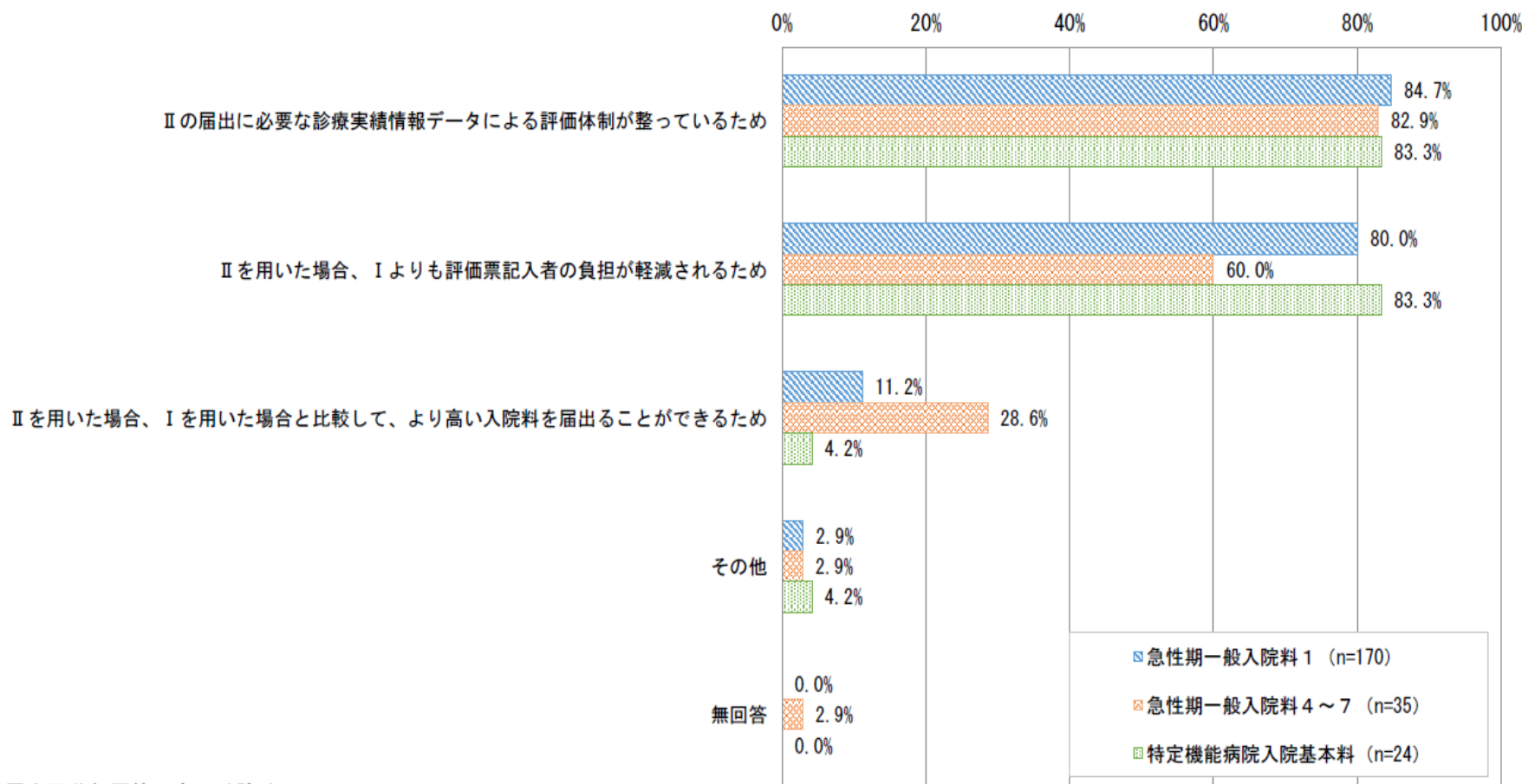


重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由をみると、「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

(複数回答)

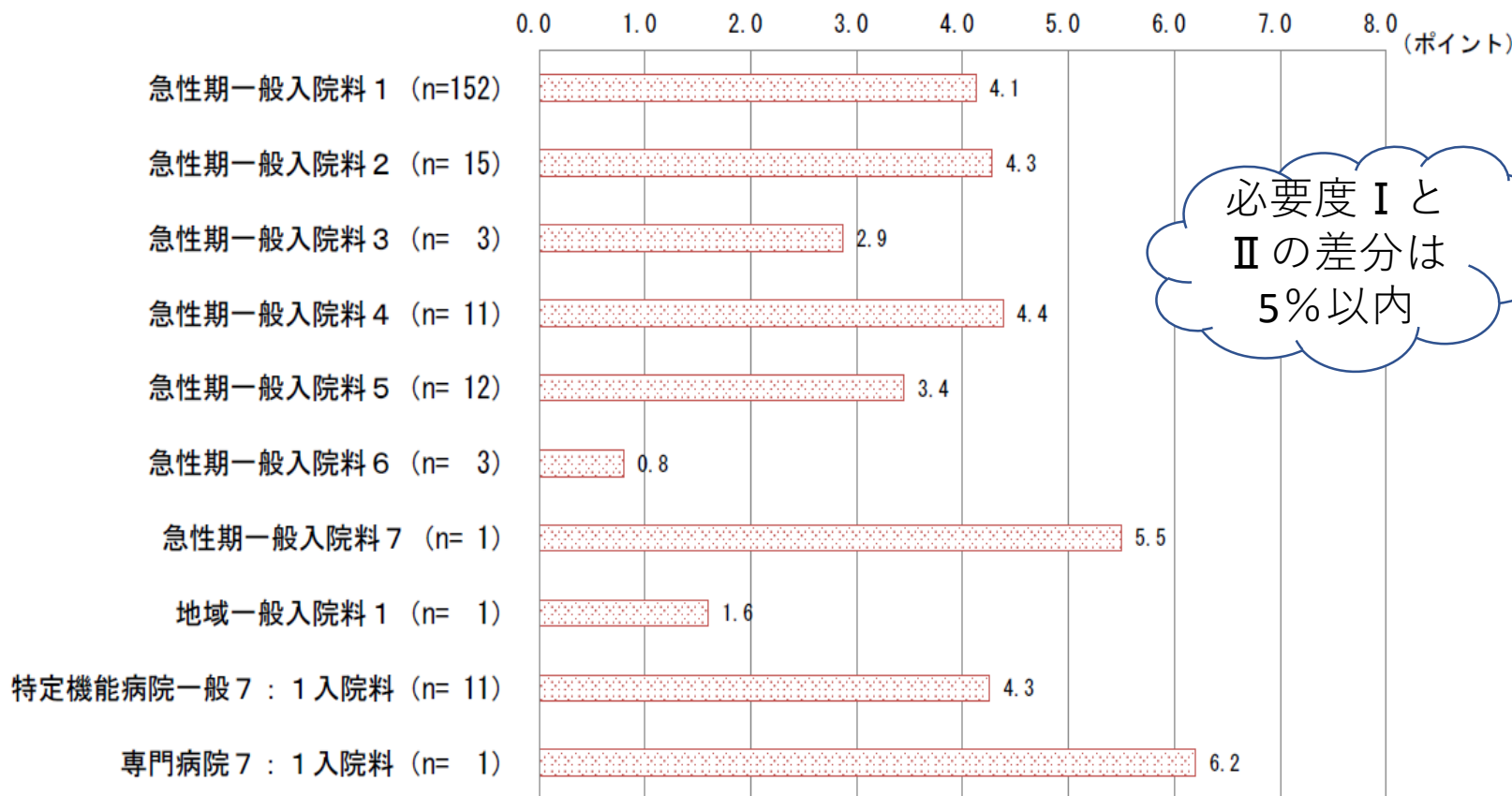


※届出区分無回答のものは除く

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

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

基準①
基準②

※ 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3月31日までの間、
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3月31日までの間、平成32年3月31日までの間、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。

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。

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%

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%

※A1点+B3点の患者における割合(n=244人日)

		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+B4点以上の患者における割合(n=13,628人日)

基準②のみに該当する患者について

○ 基準② (B14又はB15に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上)のみに該当する患者の割合と該当項目について入院料別に比較すると、当該患者は急性期病棟より療養病棟で多かった。また、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニター」の割合が高かった。

	7対1特定機能病院入院 基本料 (一般病棟) (n=20747)	7対1一般病棟入院基本料 (n=61168)	10対1一般病棟入院基本料 (n=13175)	療養病棟入院基本料 1 (20対1) (n=20148)	療養病棟入院基本料 2 (25対1) (n=5920)
【基準】					
「A得点1点」かつ「B14又はB15に該当」かつ「B得点3点以上」	352 1.7%	2,892 4.7%	690 5.2%	2,950 14.6%	669 11.3%
【A項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
創傷処置	76 21.6%	711 24.6%	195 28.3%	1,030 34.9%	385 57.5%
呼吸ケア	107 30.4%	662 22.9%	253 36.7%	1,494 50.6%	222 33.2%
点滴5分間時3本以上の管理	8 2.3%	26 0.9%	4 0.6%	14 0.5%	0 0.0%
心電図モニター管理	152 43.2%	1,428 49.4%	227 32.9%	405 13.7%	41 6.1%
シリンジ・薬液の管理	2 0.6%	42 1.5%	8 1.2%	7 0.2%	21 3.1%
輸血や血液製剤の管理	7 2.0%	23 0.8%	3 0.4%	0 0.0%	0 0.0%
専門的な治療処置	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の内服管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の内服・貼付・座剤	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
放射線治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
免疫抑制剤の管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
昇圧剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗不整脈剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗血栓薬持続点滴の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
ドレーナの管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
無菌治療室での治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
救急搬送後の入院	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
【B項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
寝返り (1点)	124 35.2%	717 24.8%	105 15.2%	228 7.7%	56 8.4%
寝返り (2点)	133 37.8%	1,819 62.9%	540 78.3%	2,575 87.3%	578 86.4%
移乗 (1点)	155 44.0%	849 29.4%	99 14.3%	181 6.1%	35 5.2%
移乗 (2点)	77 21.9%	1,140 39.4%	266 38.6%	2,355 79.8%	494 73.8%
口腔清潔 (1点)	301 85.5%	2,730 94.4%	635 92.0%	2,854 96.7%	662 99.0%
食事摂取 (1点)	160 45.5%	872 30.2%	160 23.2%	359 12.2%	88 13.2%
食事摂取 (2点)	113 32.1%	1,384 47.9%	317 45.9%	2,021 68.5%	449 67.1%
衣服の着脱 (1点)	158 44.9%	592 20.5%	59 8.6%	197 6.7%	49 7.3%
衣服の着脱 (2点)	161 45.7%	2,141 74.0%	608 88.1%	2,530 85.8%	529 79.1%
診療・療養上の指示が通じる (1点)	320 90.9%	2,543 87.9%	620 89.9%	2,834 96.1%	632 94.5%
危険行動 (2点)	177 50.3%	1,538 53.2%	249 36.1%	647 21.9%	124 18.5%

基準②は療養病床に多く、A項目は創傷処置が多い

B項目の判断基準について

- 現行のB項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による当日の介助の実施の有無が、一体となって評価されている。

B	患者の状態等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
15	危険行動	ない		ある
				B得点 点

判断基準の例(移乗)

【項目の定義】

移乗時の介助の状況の評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

【選択肢の判断基準】

「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い(力が出せており)、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

入院で実施する割合が高い手術（必要度Ⅱの対象外のもの）

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術のうち、入院で実施する割合が高い手術について、例えば、入院が100%かつ年間件数や点数が一定以上の手術をみると、以下のとおりであった。

(例) 入院の割合が100%かつ年間1,000件以上の手術 (n=33)

区分	名称	総件数	点数
K060-3	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（膝）	1871	20020
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	18241	34980
K080-4	関節鏡下肩胛板断裂手術（複雑）	1891	38670
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）	1087	45200
K134	椎間板摘出術（後方摘出術）	17999	23520
K154-3	定位脳腫瘍生検術	1052	20040
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	1770	42950
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K174	水頭症手術（シャント手術）	12287	24310
K180	頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみ）	2714	16450
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K328	人工内耳植込術	1133	40810
K457	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	1444	14440
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術（両葉）		
K462	パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）		
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）		
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）		
K476	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わない））		
K570-3	経皮的肺動脈形成術		
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術		
K601	人工心臓（2日目以降）		
K603	補助人工心臓（2日目以降30日目まで）		
K603	補助人工心臓（31日目以降）		
K603-2	小児補助人工心臓（31日目以降）	3559	76000
K604-2	橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（2日目以降30日目まで）	3239	5000
K604-2	橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（31日目以降90日目まで）	6409	2780
K604-2	橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（91日目以降）	23209	1500
K609	動脈血栓内摘出術（内頸動脈）	4031	43880
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	1196	30200
K894	中位鉗子焼出術	1394	4760
K912	子宮外妊娠手術（開腹）	1147	14110
K912	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）	4304	22950

(例) 入院の割合が100%かつ50,000点以上の手術 (n=30)

区分	名称	総件数	点数
K011	顔面神経麻痺形成手術（動的）	141	64350
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）	740	84050
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	31	75600
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	17	52870
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	20	76890
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	444	83700
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））	362	123620
K181	脳刺激装置植込術（片側）	234	65100
K181	脳刺激装置植込術（両側）	520	71350
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄内）	437	118230
K457	耳下腺腫瘍摘出術	90	106460
K461	甲状腺悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	98	69880
K462	甲状腺悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	217	113880
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	727	113880
K476	乳腺悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	12	76040
K570-3	経皮的肺動脈形成手術	497	75070
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	77	72900
K601	人工心臓（骨移動を伴う）	47	54210
K603	補助人工心臓（骨移動を伴う）	90	52820
K603-2	小児補助人工心臓（骨移動を伴う）	33	63200
K604-2	橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（高例）	1169	62670
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	27	86700
K697-6	移植用肝臓採取術（死体）	22	84080
K709-4	移植用脾臓採取術（死体）	31	70140
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）	408	52800
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）	989	89380
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	57	87380
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	59	63200
K850	女子外生殖器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））		

C項目も増えるだろう

2020年改訂大予測

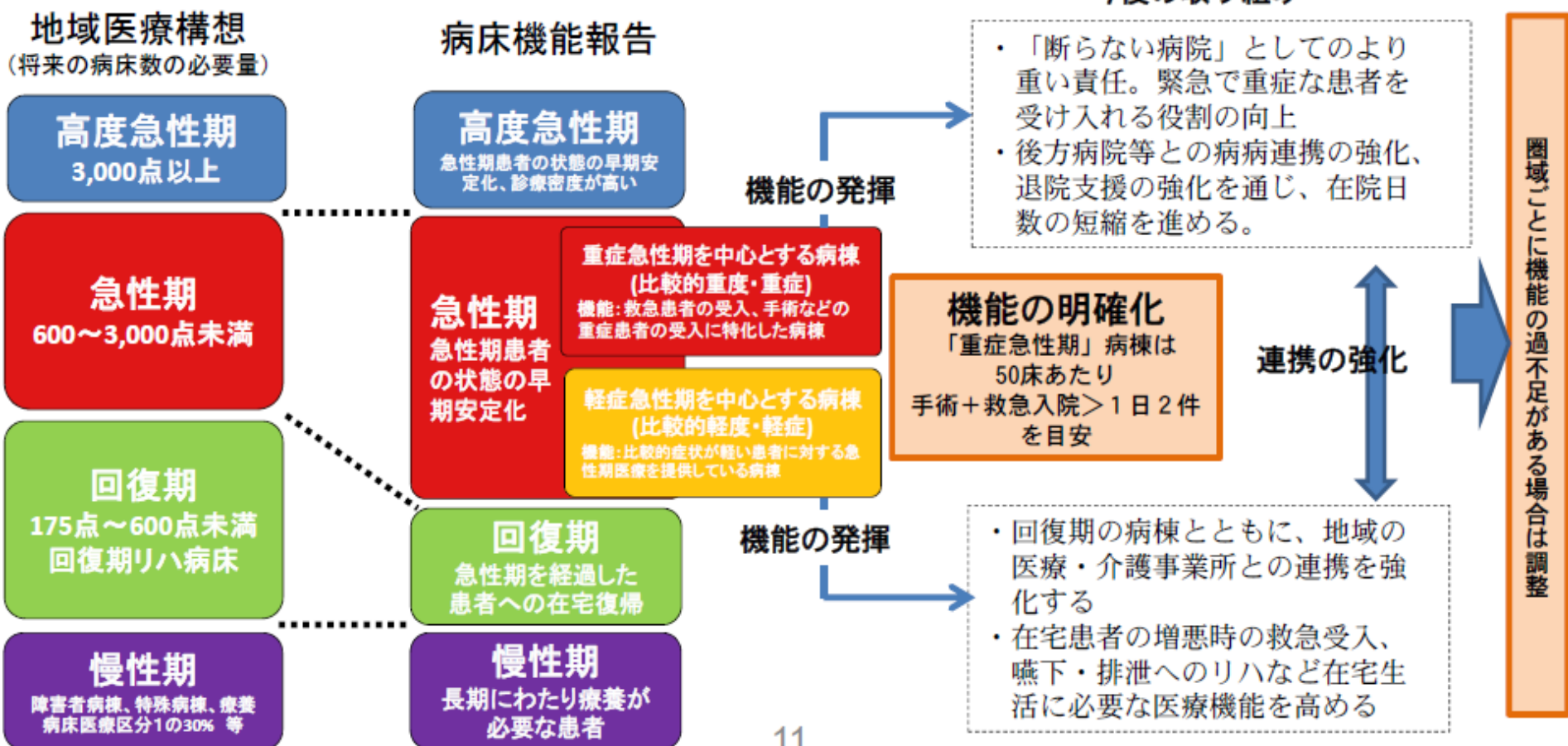
- ○7対1は消える？
- ○重症度、医療・看護必要度Ⅱに統一？
- ○B項目、C項目の見直し
- ○基本部分が看護師数のみの評価から多職種評価になる？
- ○地域医療構想との関係で急性期機能の選別が始まるだろう

看護師集めてなんぼの世界から
実績達成してなんぼの世界へ

診療報酬と
地域医療構想との関係で
急性期機能が選別される？

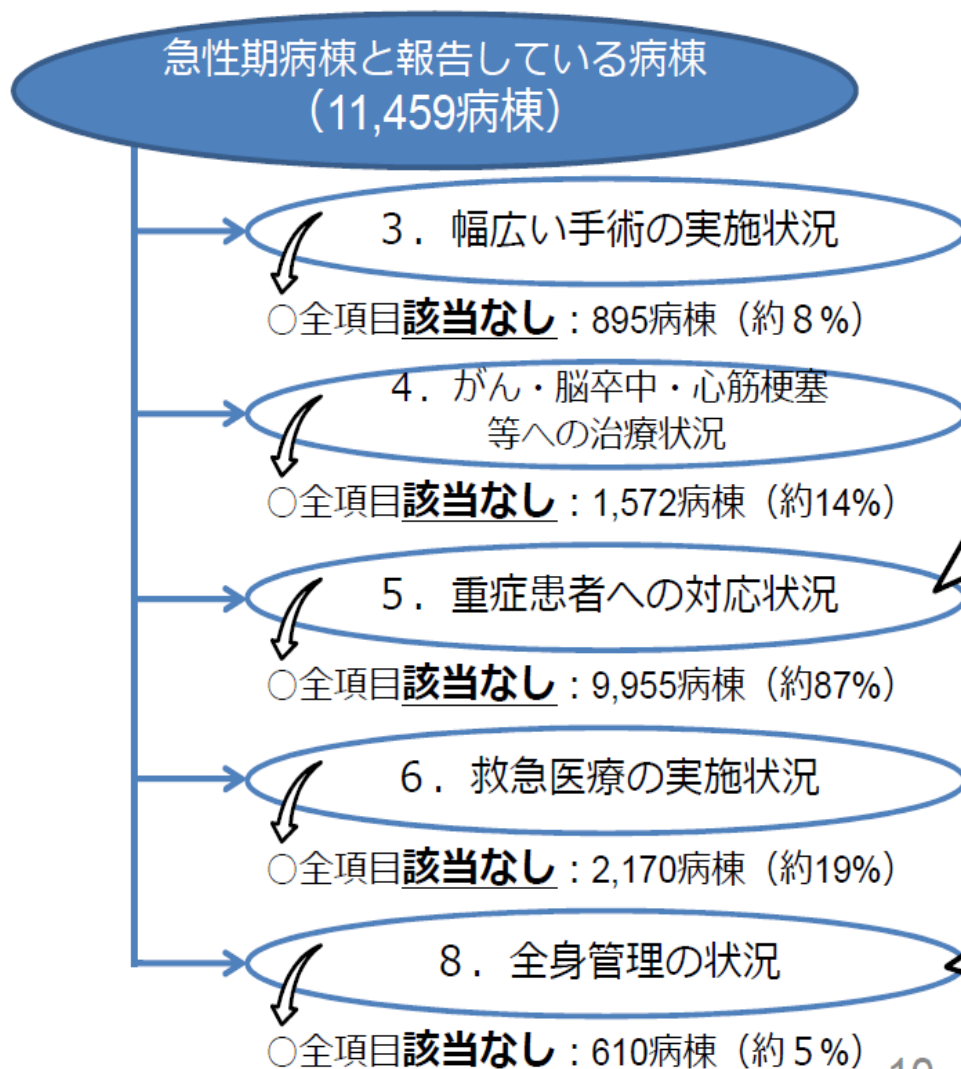
急性期の報告の「奈良方式」

- 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。

ポイント②

どうなる地域包括ケア病棟？

病床機能区分の急性期と回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

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

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

急性期・高度急性期

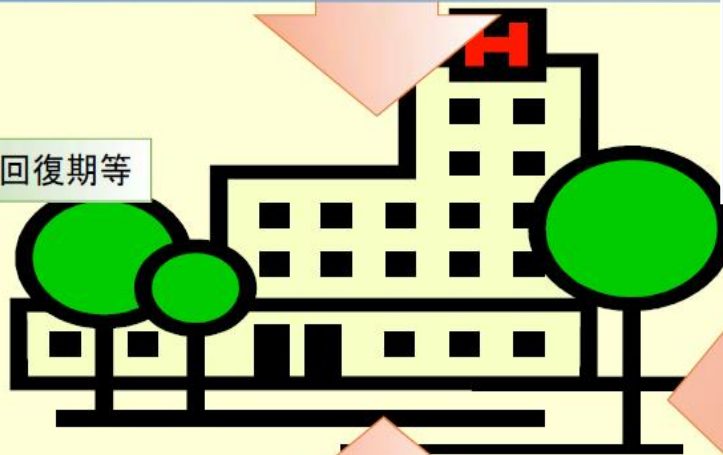


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

長期療養
介護等



介護施設等

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

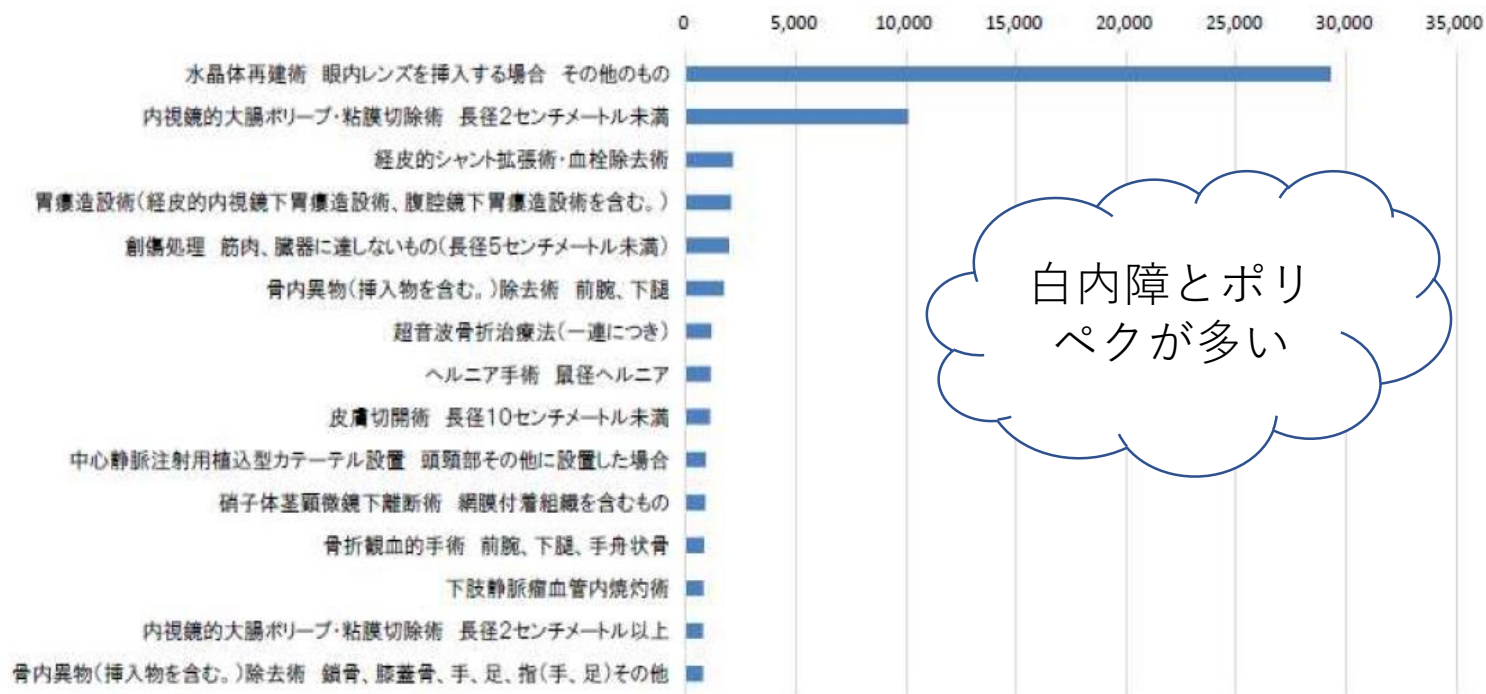


自宅・在宅医療

地域包括ケア病棟において実施される手術（短期滞在を除く）

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（短期滞在手術等基本料を算定する場合を除く）をみると、「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）」が最も多く、次いで、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm未満）」が多かった。

地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（上位15件）



白内障とポリープが多い

出典:平成30年度DPCデータ ※DPC対象病院においては短期滞在手術等基本料2・3が算定できないことに留意

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%

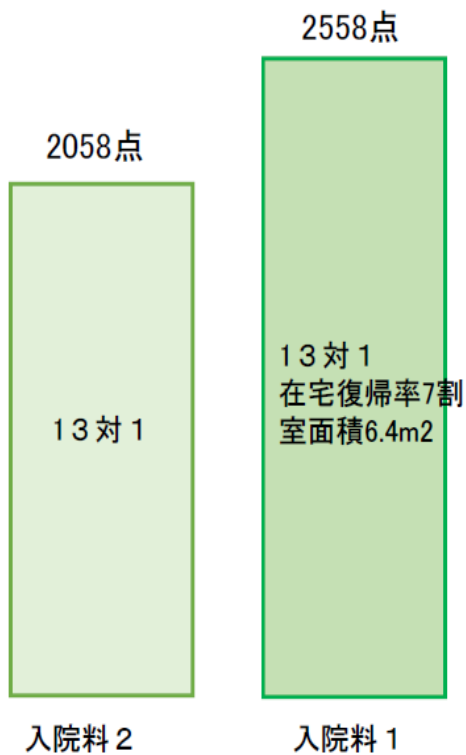
地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

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】



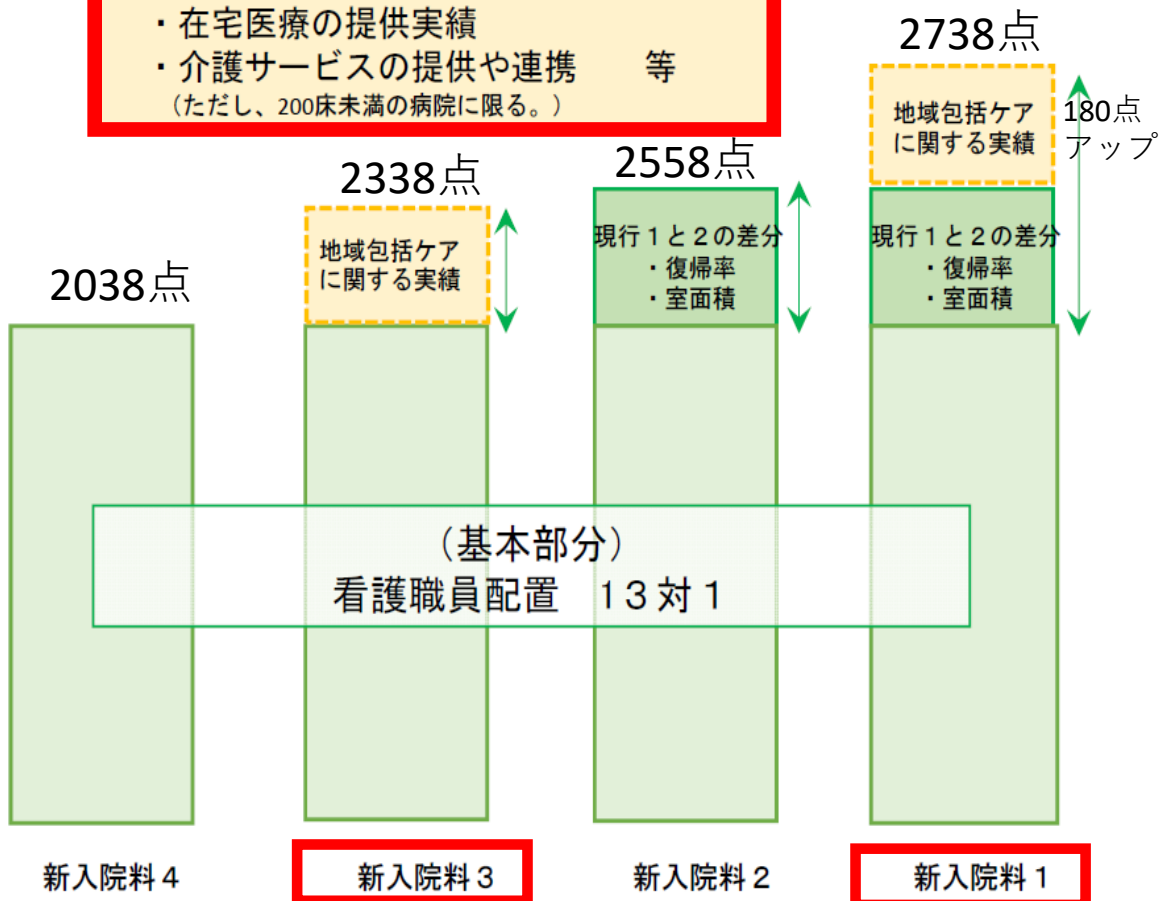
再編

【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。)

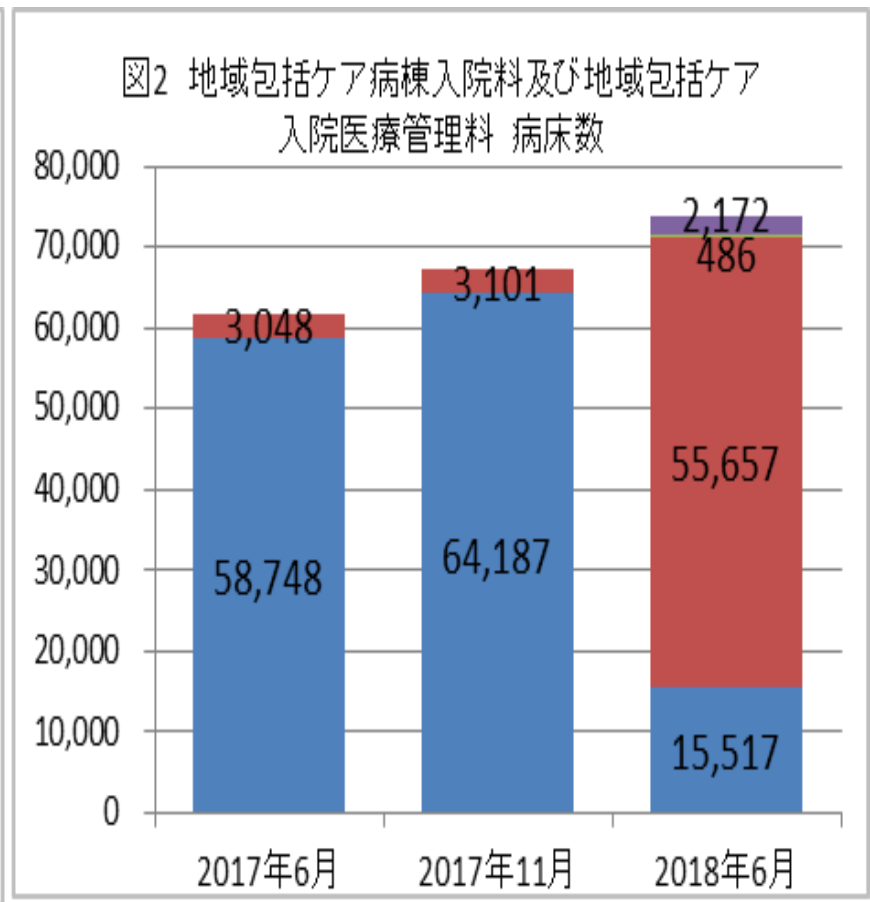
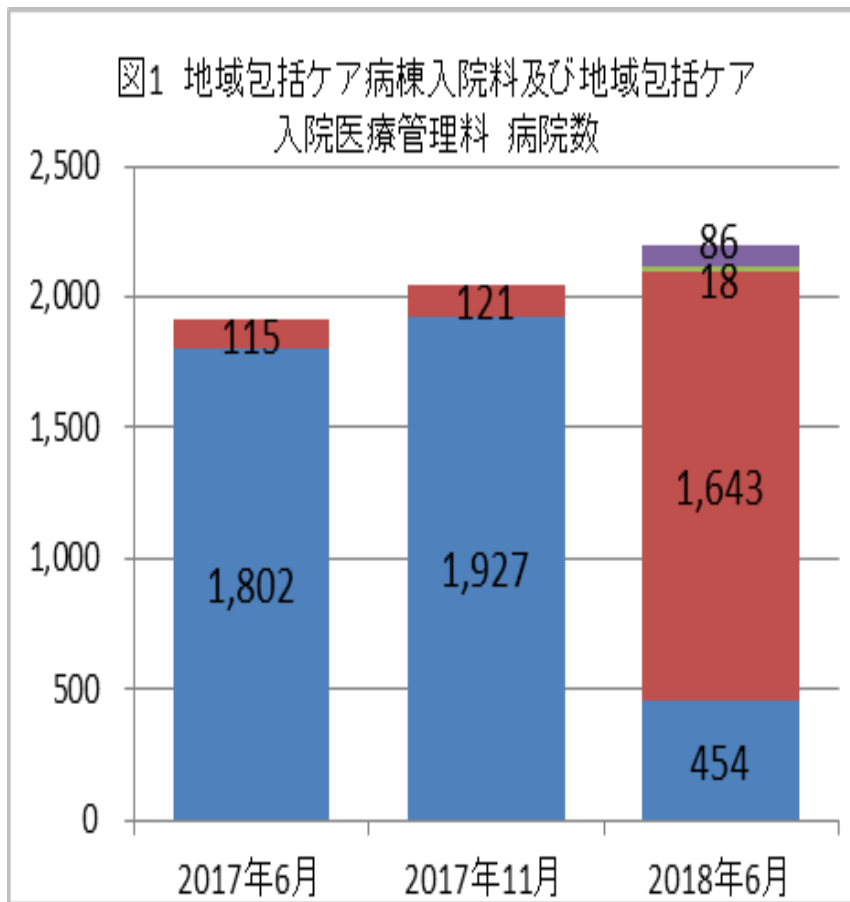
- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



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

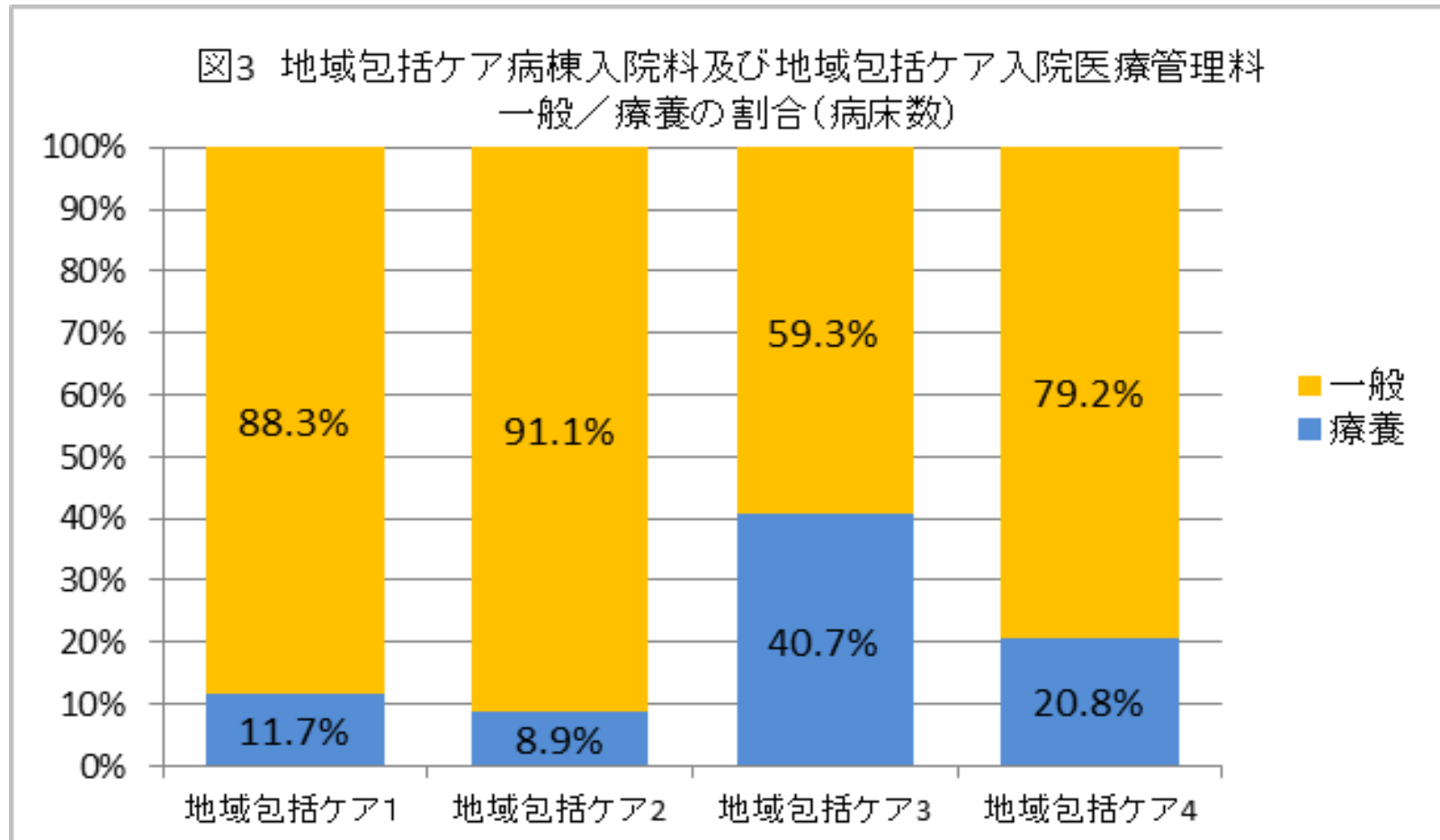
地域包括ケア病棟 2191病院、73,832床（2018年6月）



■ 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）

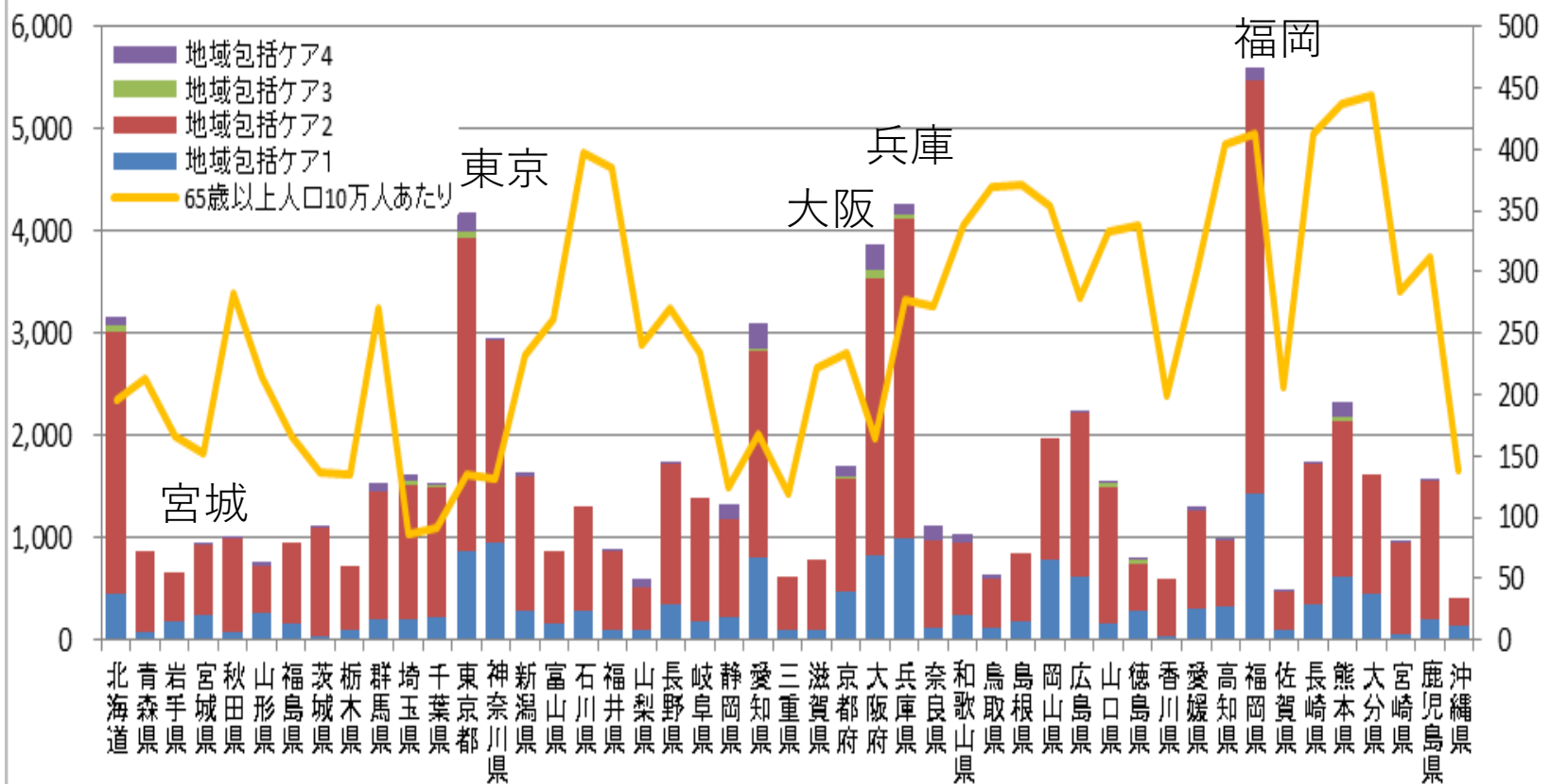
地域包括ケア病棟

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

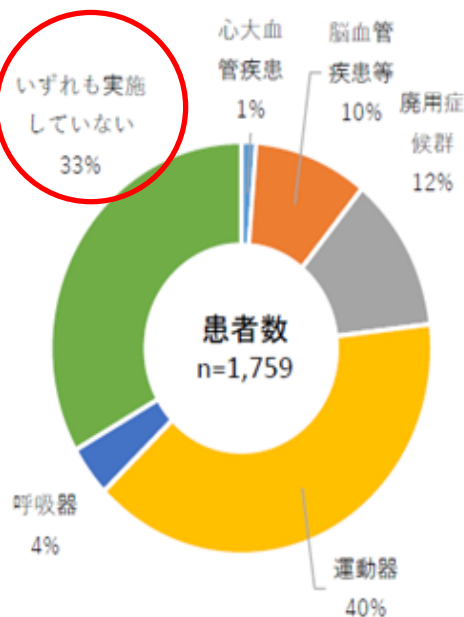
JCHO東京高輪病院
(239床)
木村健二郎院長

国際医療福祉大学
武藤正樹

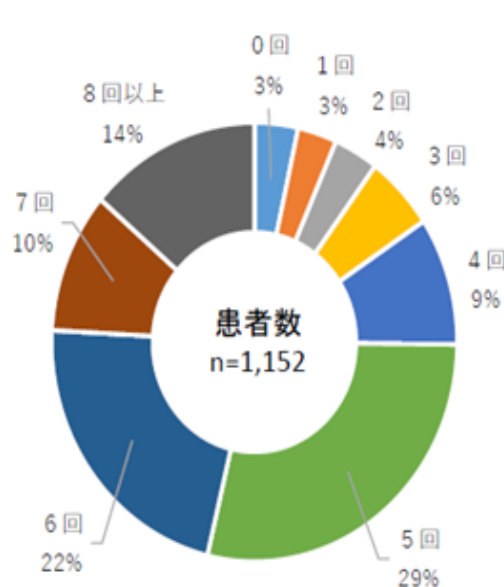
リハビリテーションの実施状況

- 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。

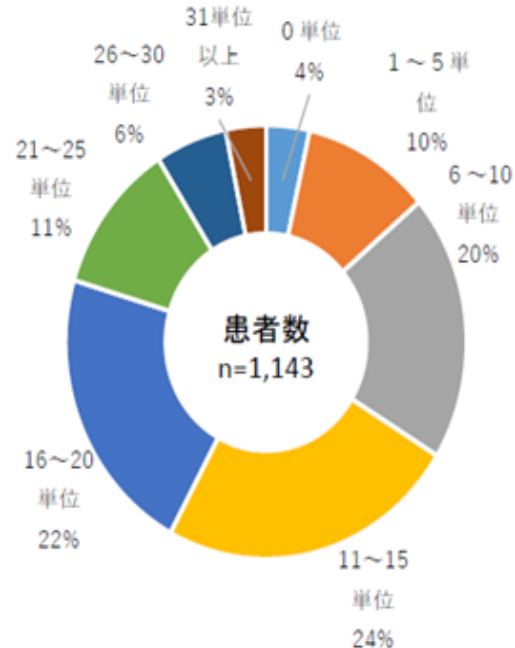
実施している
疾患別リハビリテーション



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)



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にも拡大か？
 - 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？

ポイント③ どうなる回復期リハ病棟

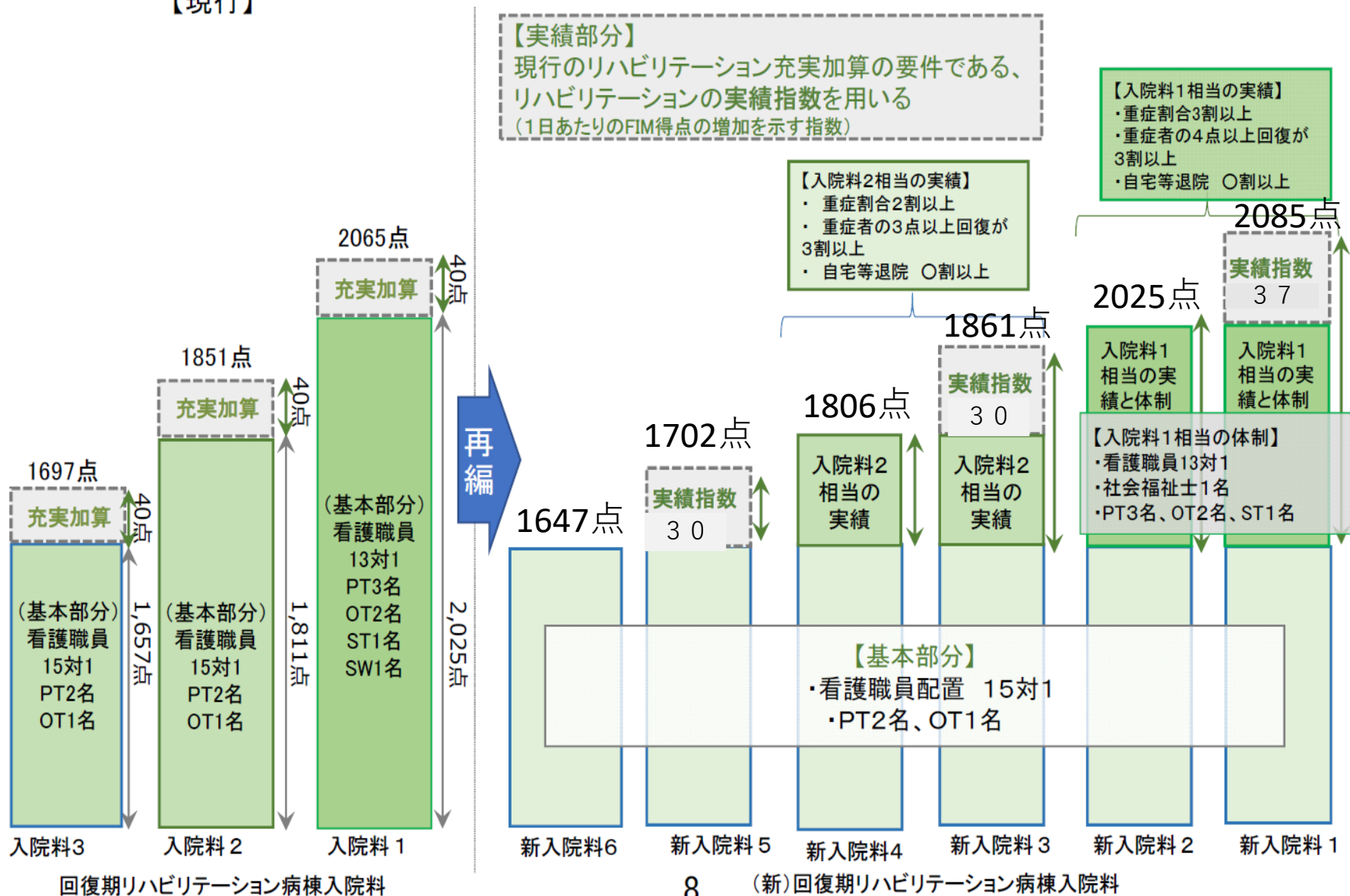


2017年10月25日 中医協

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)】



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）

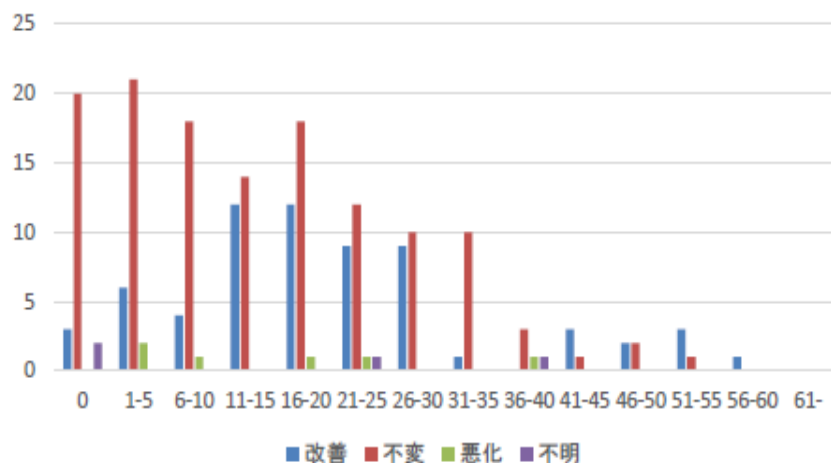
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

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																	

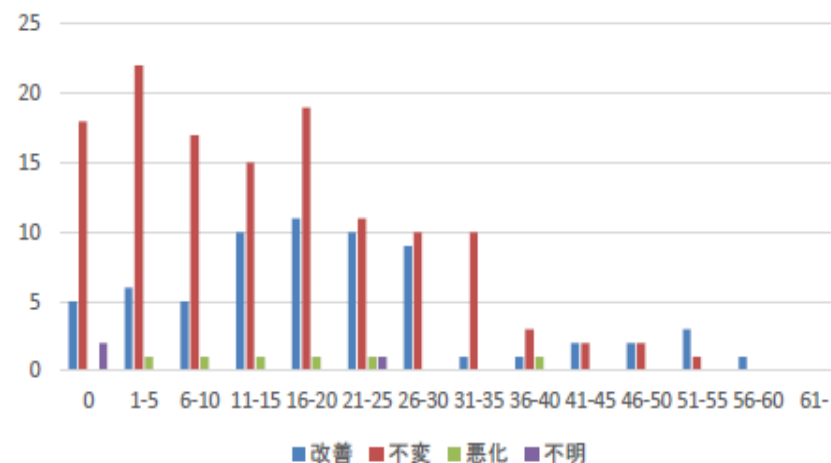
ADLスコア項目別のFIM得点の変化⑤

○ 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



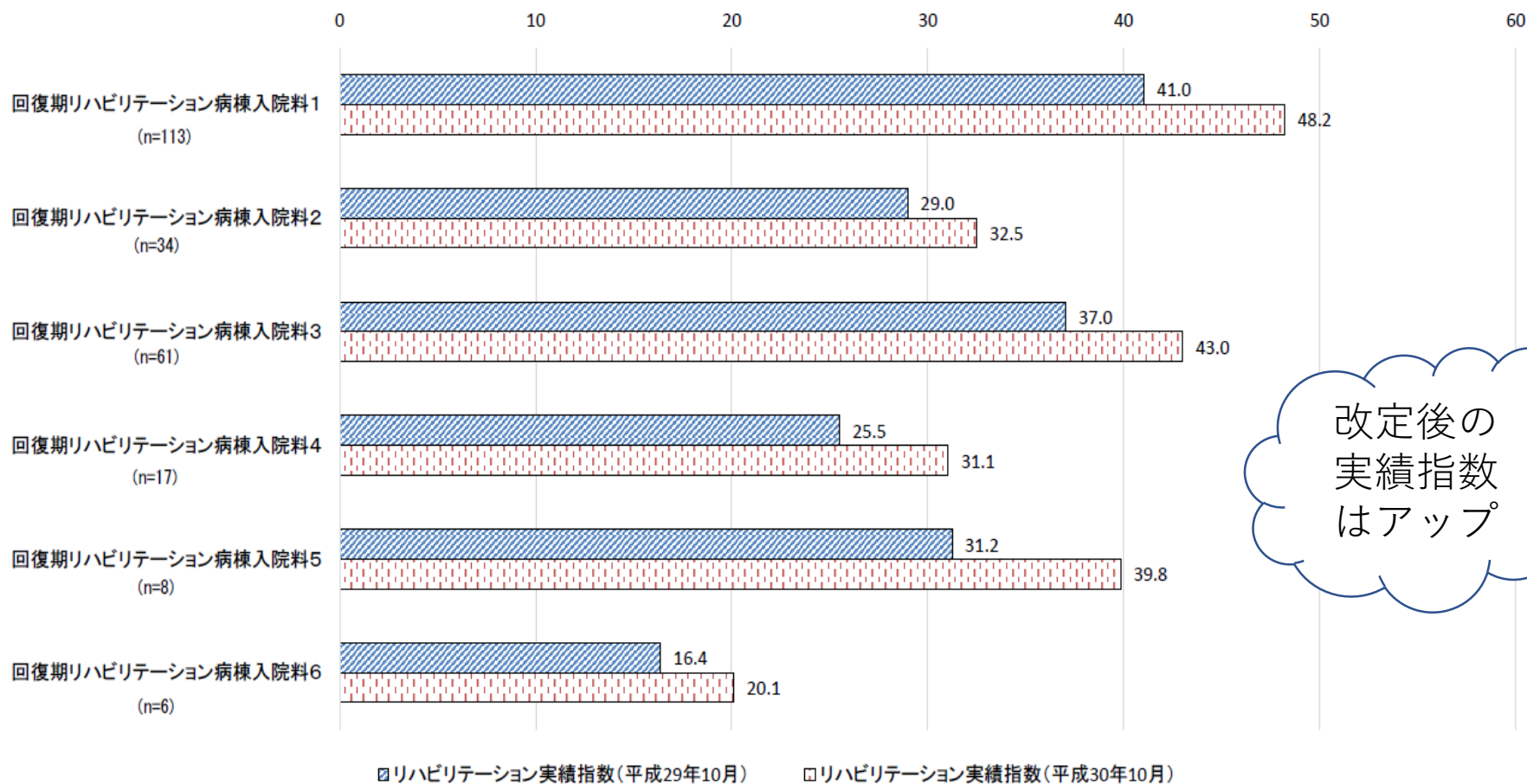
	改善 (n=64)	不変 (n=128)	悪化 (n=6)
平均値	21.5	14.6	15.8
中央値	19.5	13.0	13.0

	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

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



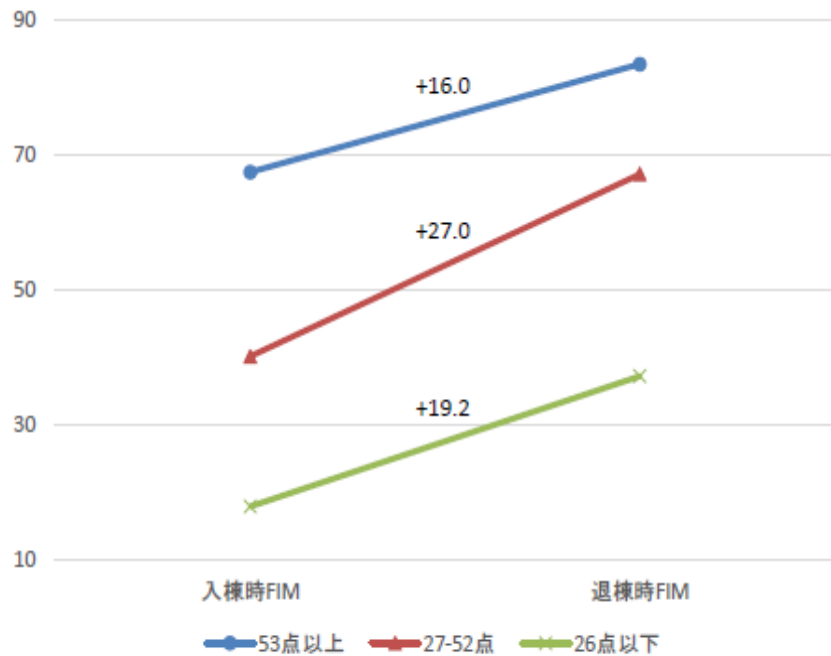
改定後の
実績指数
はアップ

入棟時FIMごとのFIM得点の変化

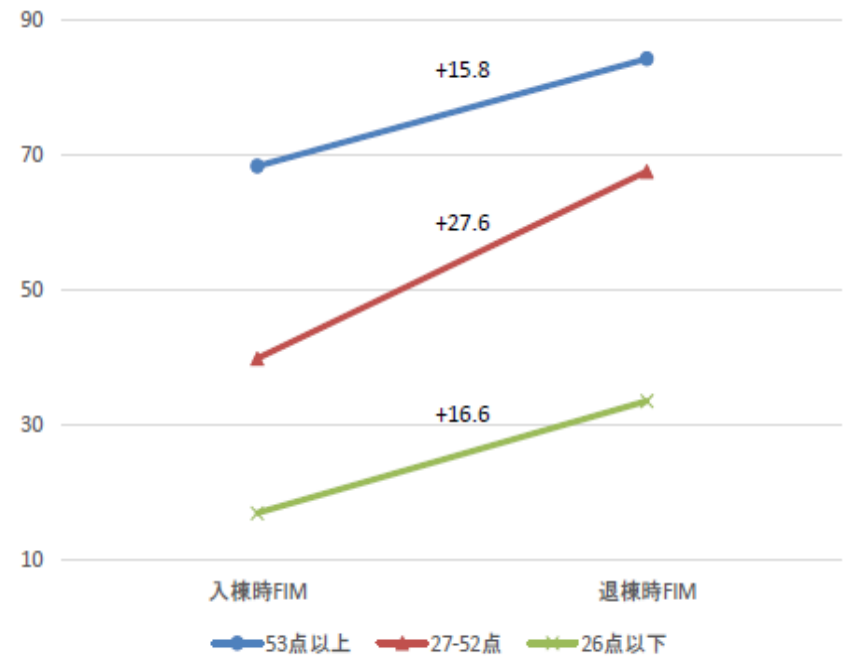
○ 入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化について、入棟時のFIMが27点以上52点以下の群において、FIM得点の変化が大きかった。

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)



入退棟時FIM及びFIM得点の変化の年次推移

○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

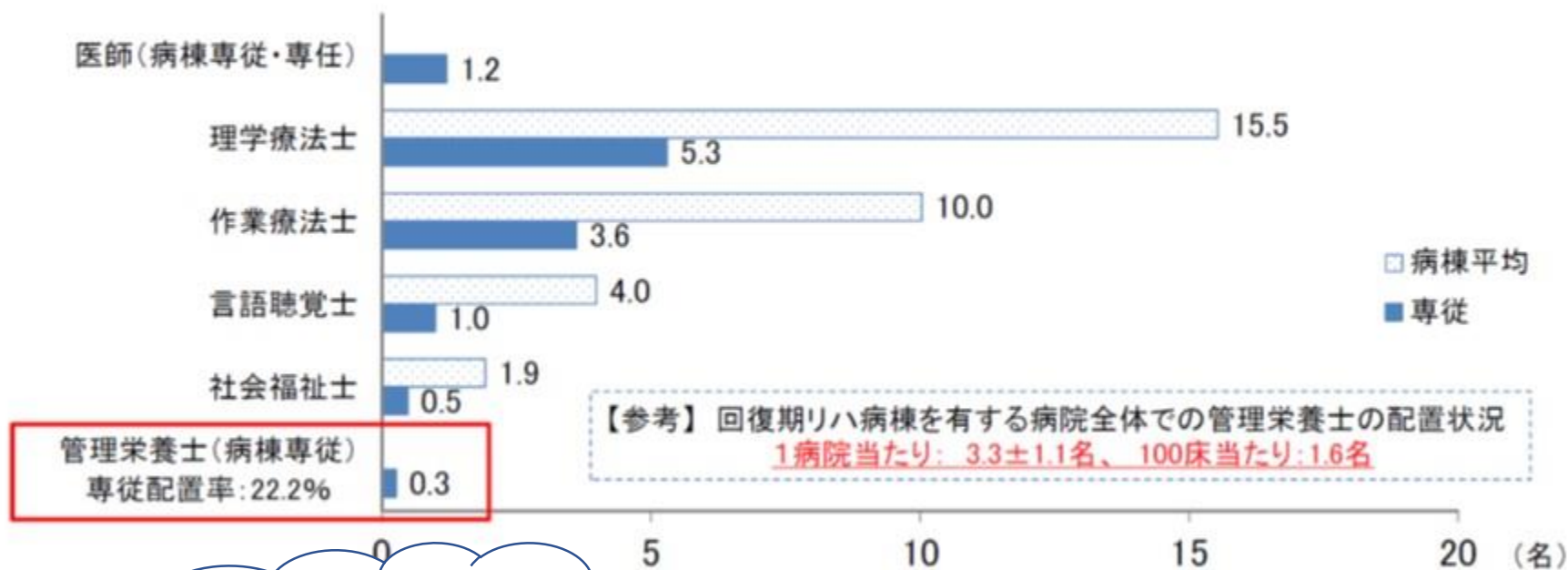
入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



入棟時のFIMが下がったのは
発症からの期間が短くなったのか？
それともクリームスキミングか？

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2
※ 理

入院基本料1では管理栄養士の配置実績82%

回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数:45.8±9.5床

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

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

- 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。

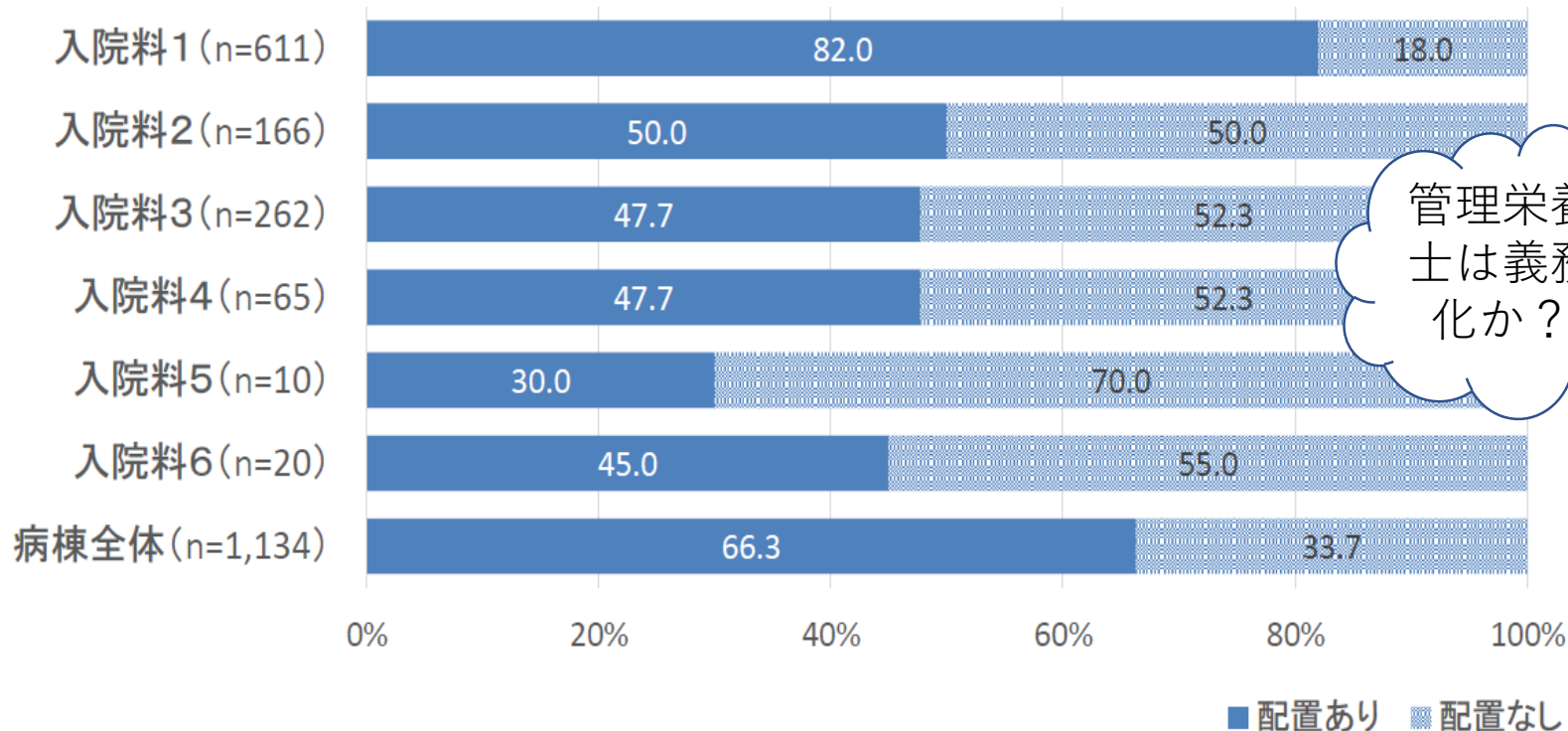


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

ポイント④

どうなるDPC/PDPS？

DPC病院の現状と課題

- DPC対象病院数

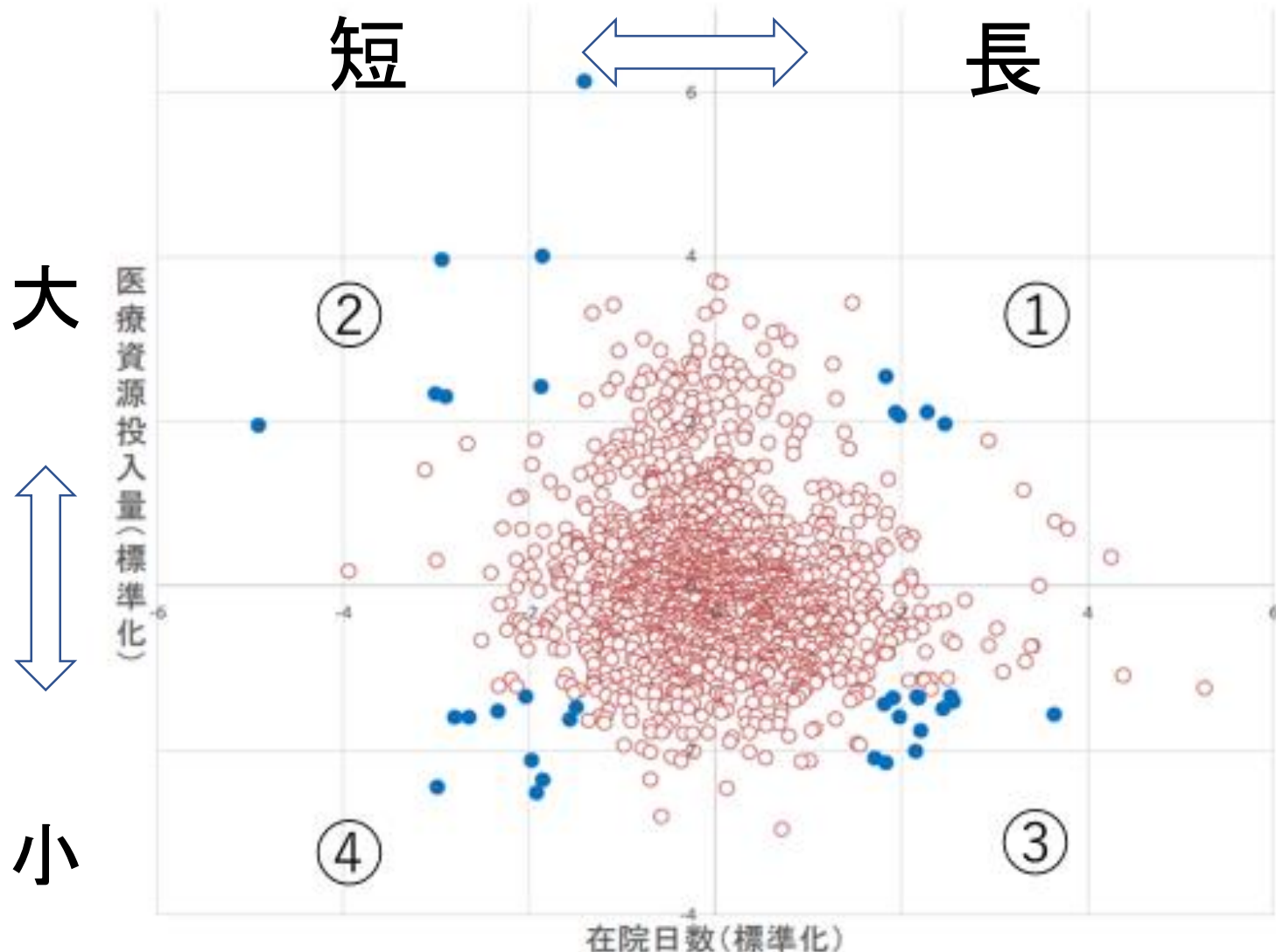
- 2018年度4月1日、1,730病院

- 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 + 2 SD」を超えて長い病院が47病院
- 診療密度の相対値が「平均 - 2 SD」を超えて下回る病院が20病院もある

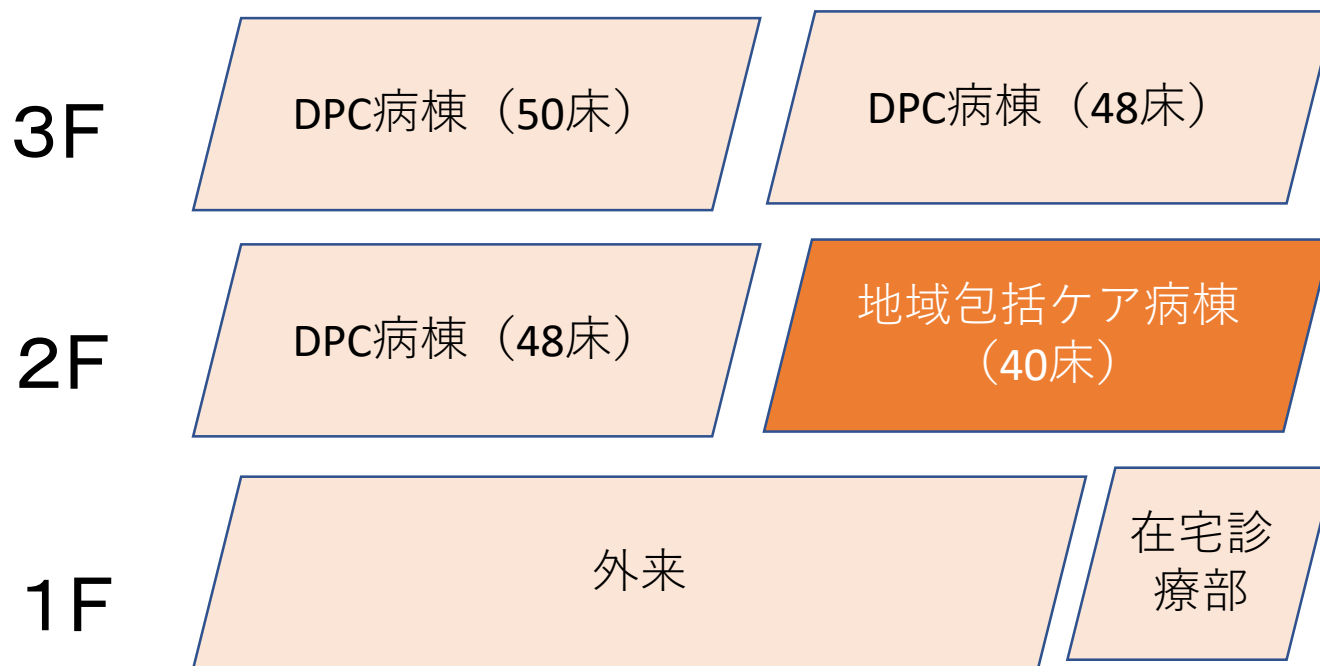
- DPC病院からの退出させることを検討

- 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

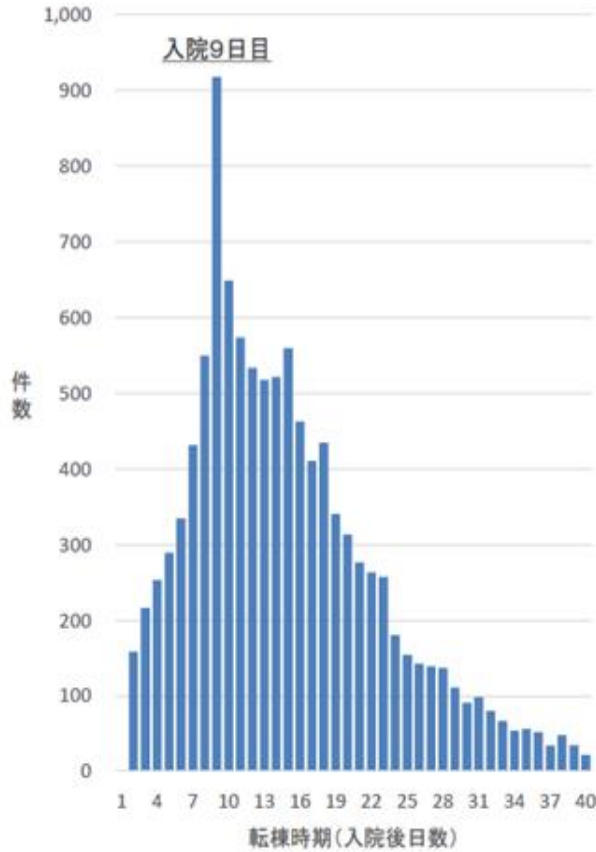
DPC病院で地域包括ケア病棟を持つ病院（186床）の例



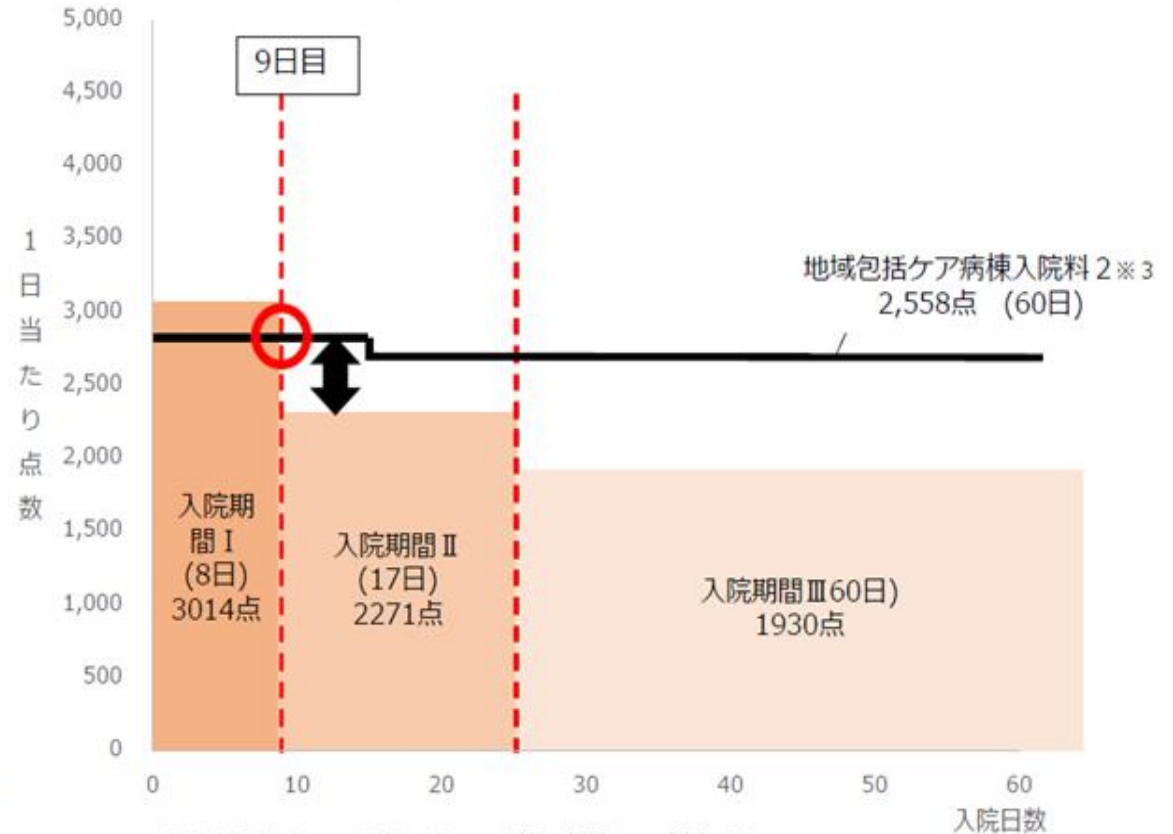
* DPC病棟からの退院調整に時間がかかる患者を地域包括ケア病棟へ転棟させることで、DPC病棟の7対1を維持する、地域包括ケア病棟で高い点数を維持する。

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

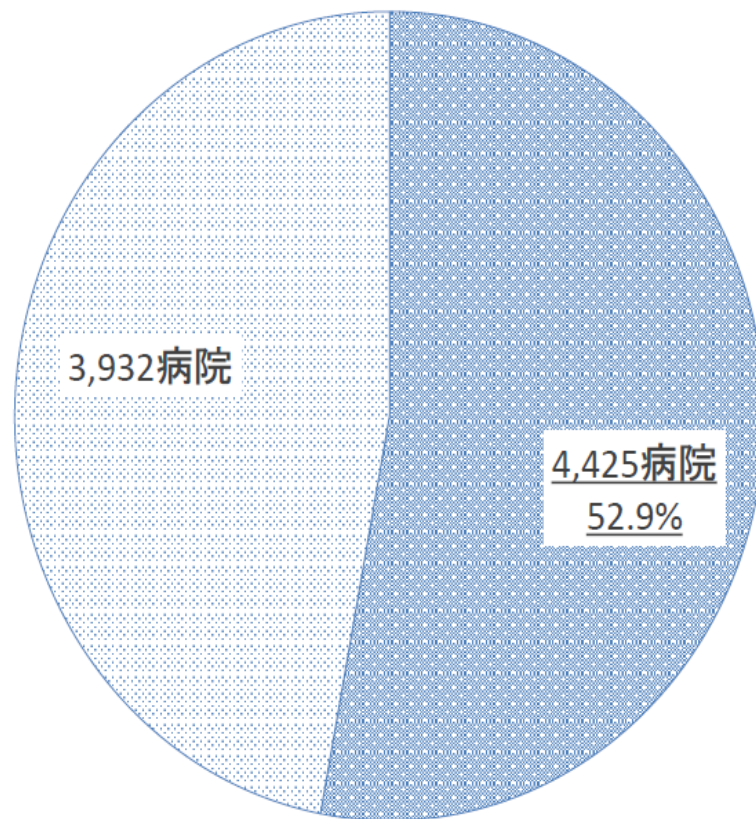
※2 病床数が200床以上の場合に限る

※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%)。



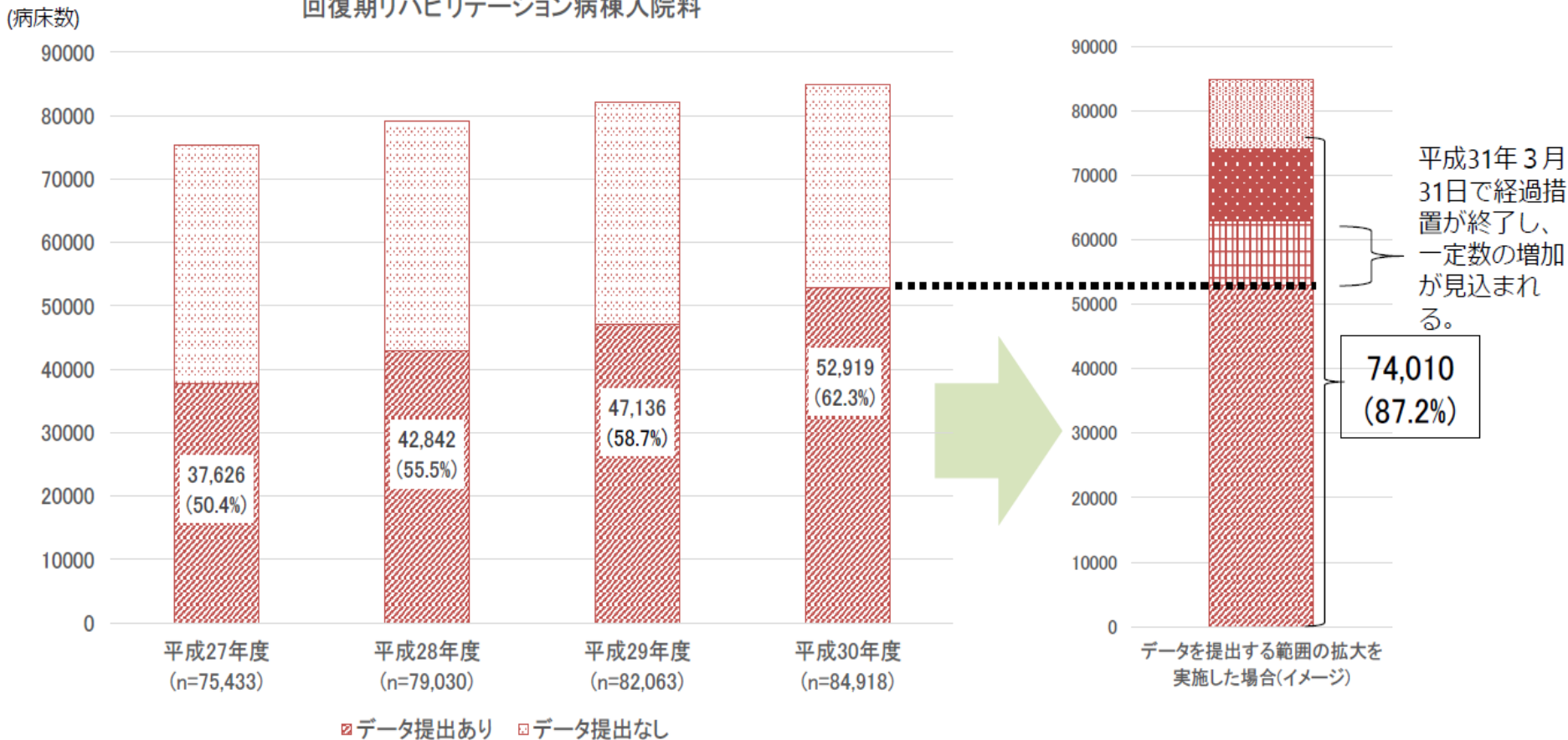
■ データ提出加算を算定している病院

□ データ提出加算を算定していない病院

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。

回復期リハビリテーション病棟入院料



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）

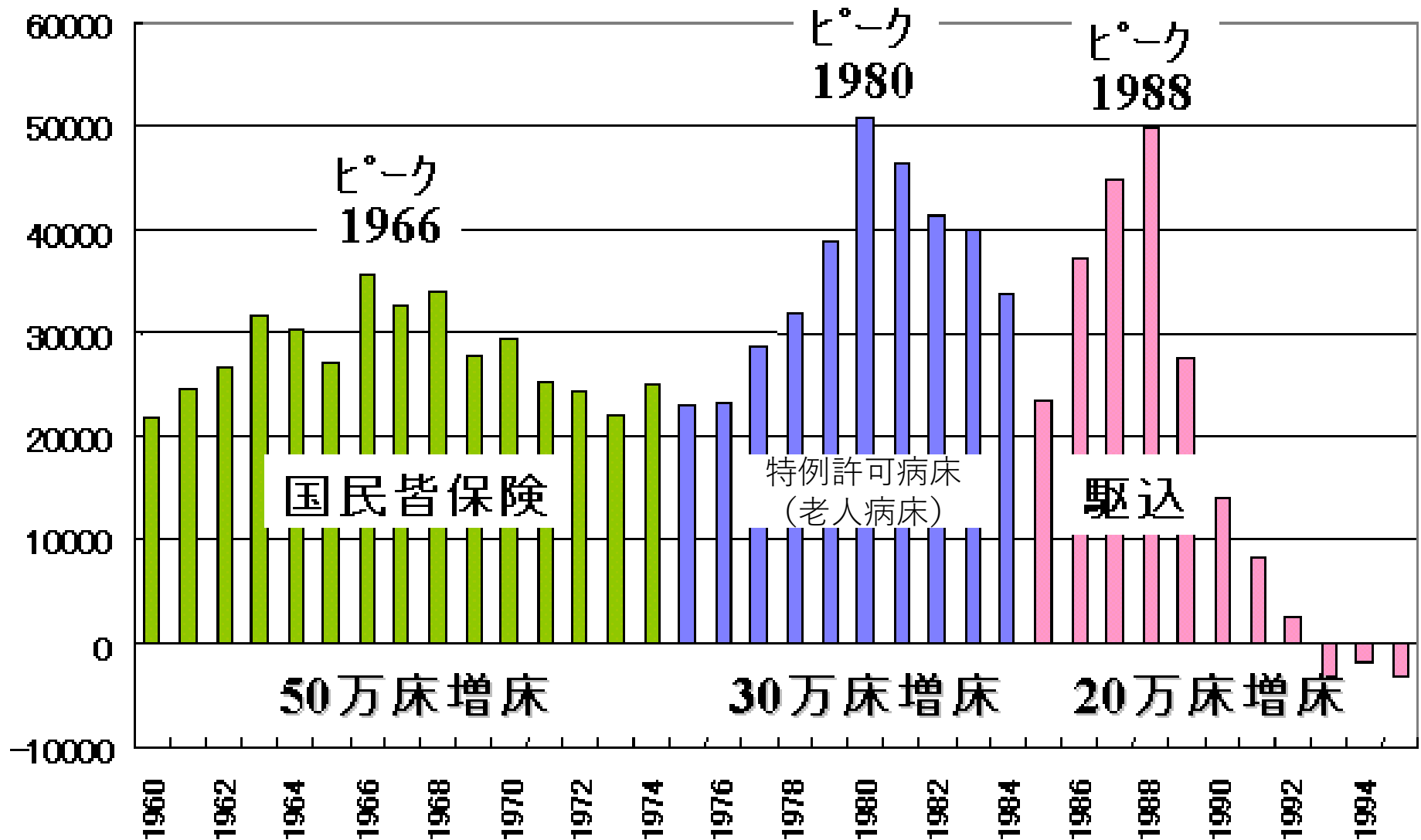
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※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

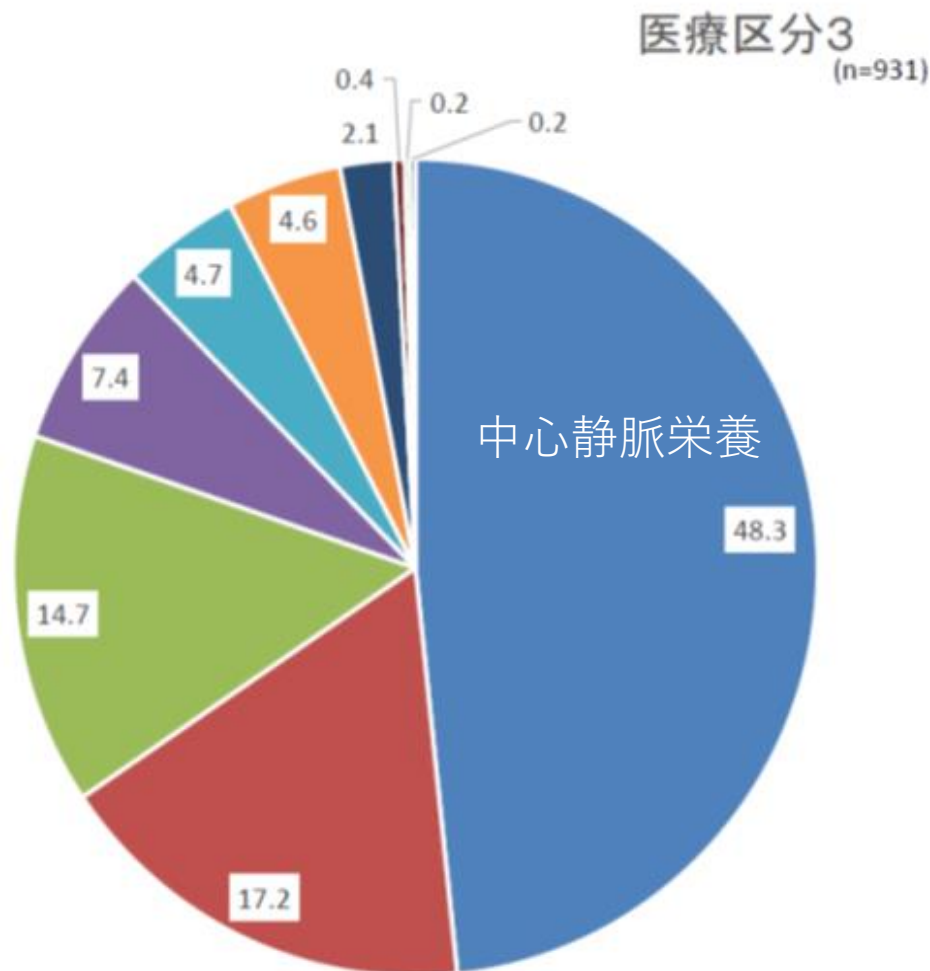
ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

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1項目該当の場合の該当項目

○ 医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多い。

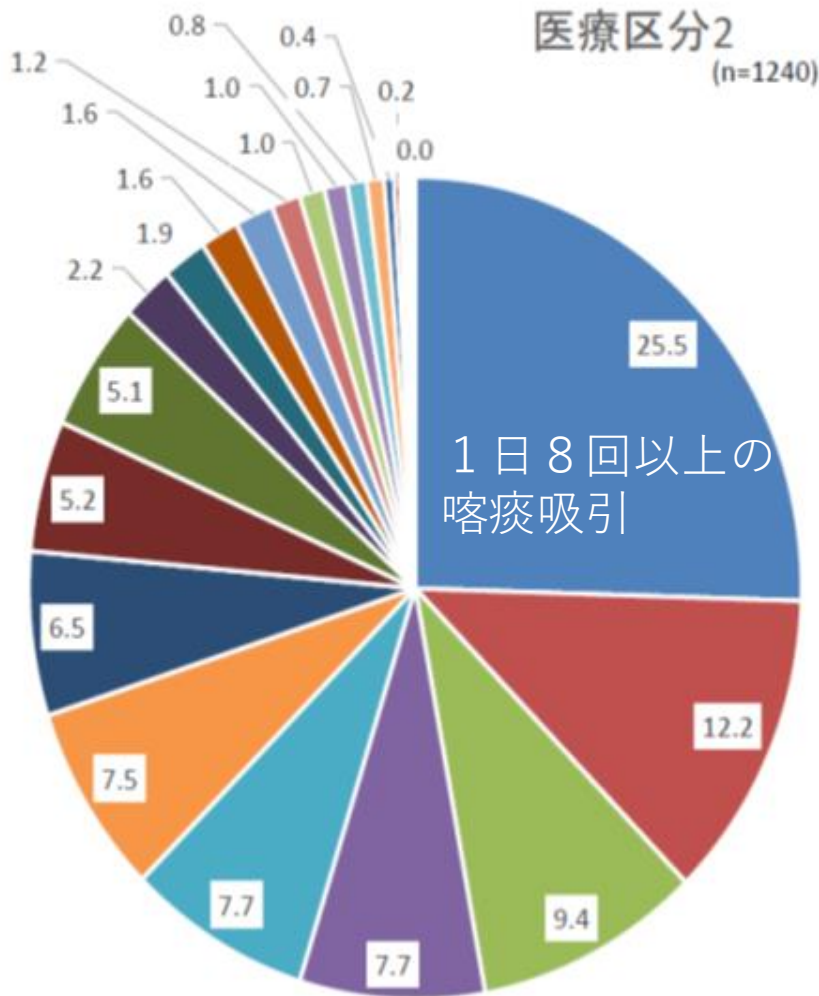


- 中心静脈栄養を実施している状態
- 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)
- 86に該当、かつ、1~38(12を除く。)に1項目以上該当する状態
- 24時間持続して点滴を実施している状態
- 人工呼吸器を使用している状態
- 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態
- 85、かつ、83の状態
- ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- スモン
- 注1を参照

- | | |
|----|--------------------------------|
| 81 | 脱水に対する治療を実施している状態 |
| 82 | 肺菌の膿栓に対する治療をしている状態 |
| 83 | 発熱がある状態 |
| 84 | 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 |
| 85 | 気管切開又は気管内挿管が行われている状態 |
| 86 | 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 |
| 91 | 身体抑制を実施している |

医療区分2の1項目該当の場合の該当項目

○ 医療区分2の1項目に該当している患者の該当項目は、1日8回以上の喀痰吸引が多い。



- ・ 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
 - ・ パーキンソン病関連疾患
 - ・ 人工腎臓、持続静脈式血液濾過、透析濾過又は血液交換療法を実施している状態
 - ・ 創傷療法を実施している状態 (17を除く。)
 - ・ 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態
 - ・ その他の指定難病等 (10及び19～22までを除く。)
 - ・ 鎮痛の血漿検査を実施している状態
 - ・ 褥瘡に対する治療を実施している状態
 - ・ うつ症状に対する治療を実施している状態
 - ・ 気管切開又は気管内挿管が行われている状態 (発熱を伴う状態を除く。)
 - ・ 慢性閉塞性肺疾患
 - ・ 腎臓疾患
 - ・ 81に該当、かつ、1～80(12を除く。)に該当しない状態
 - ・ 尿路感染症に対する治療を実施している状態
 - ・ 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂窩炎、腫等の感染症に対する治療を実施している状態
 - ・ セン塞に対する治療を実施している状態
 - ・ 悪性腫瘍(医療用炭素等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)
 - ・ 84、かつ、82又は83の状態
 - ・ 末期循環障害による下肢末端の開創創に対する治療を実施している状態
 - ・ 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
 - ・ 糖尿病性腎臓硬化症
 - ・ 他害に対する暴行が毎日認められる場合
 - ・ 81、かつ、83の状態
 - ・ 経ジストロフィー
 - ・ 多発性硬化症
 - ・ 肺炎に対する治療を実施している状態
 - ・ 82、かつ、83の状態
 - ・ 注2を参照
 - ・ 基本診療科の施設基準等の別表第五の三の三の患者
- 81 脱水に対する治療を実施している状態
 - 82 鎮痛の薬に対する治療をしている状態
 - 83 発熱がある状態
 - 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
 - 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
 - 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
 - 91 身体抑制を実施している

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。

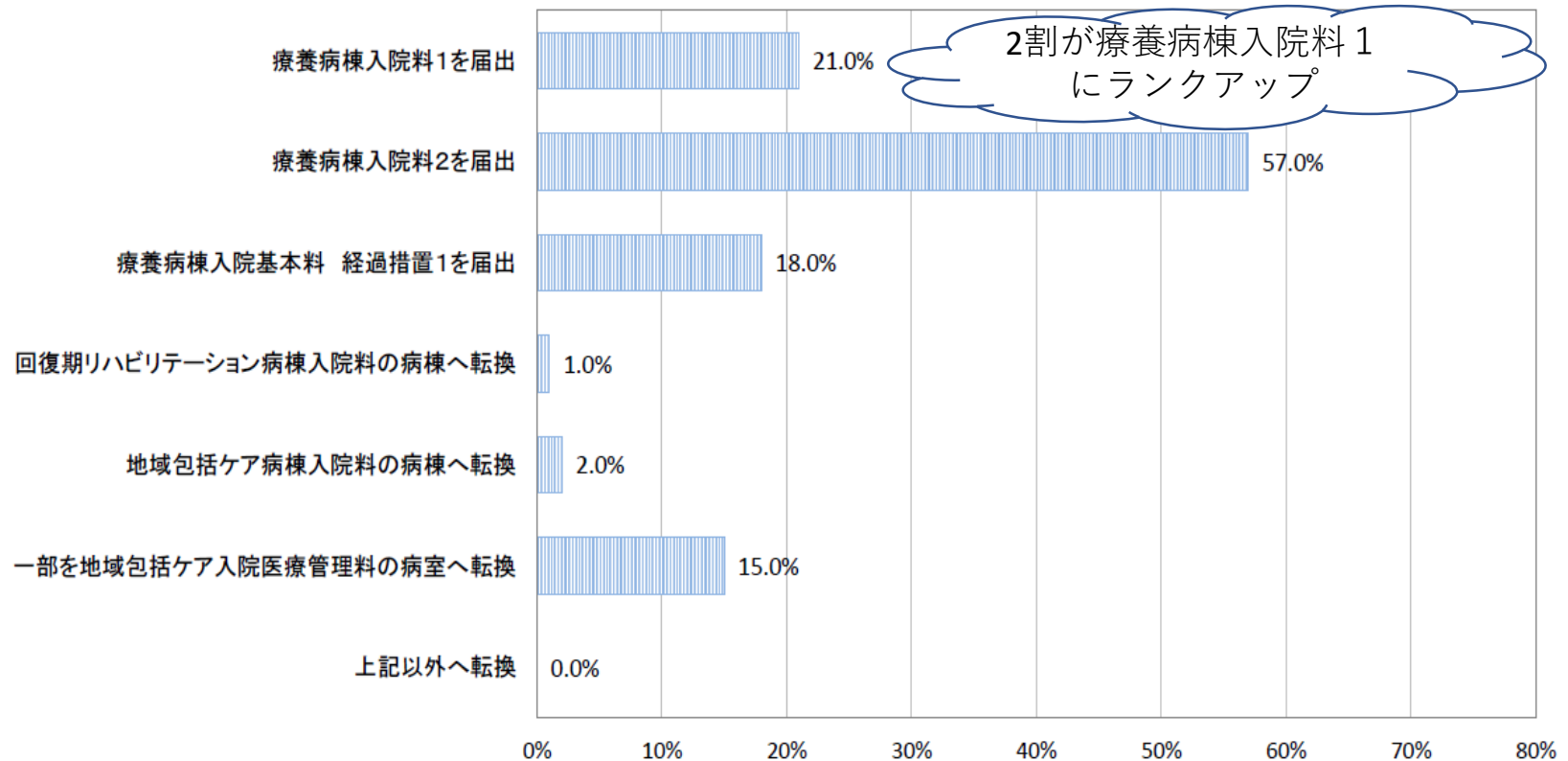
※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

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)



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

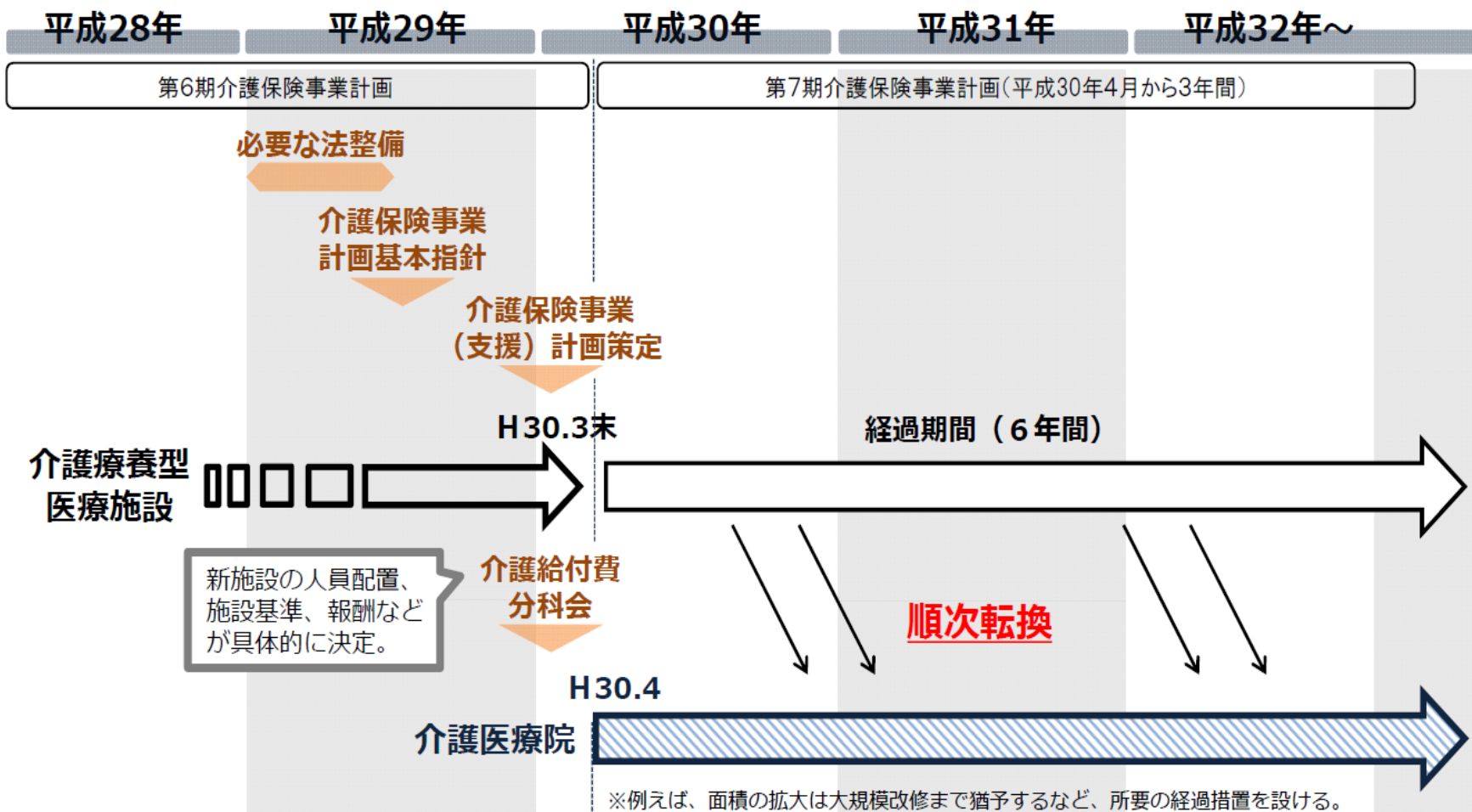
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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>
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</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

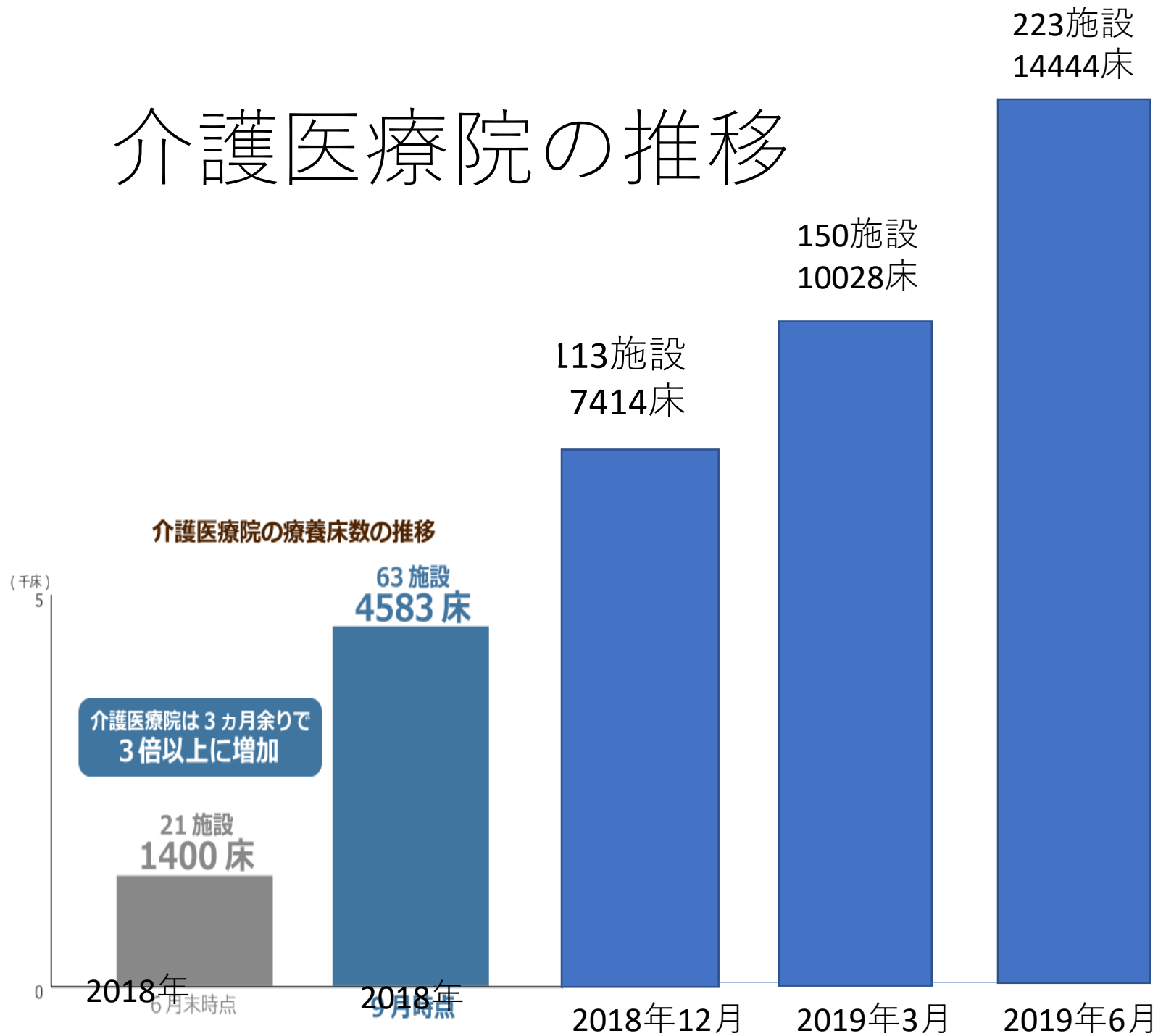
- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



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



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



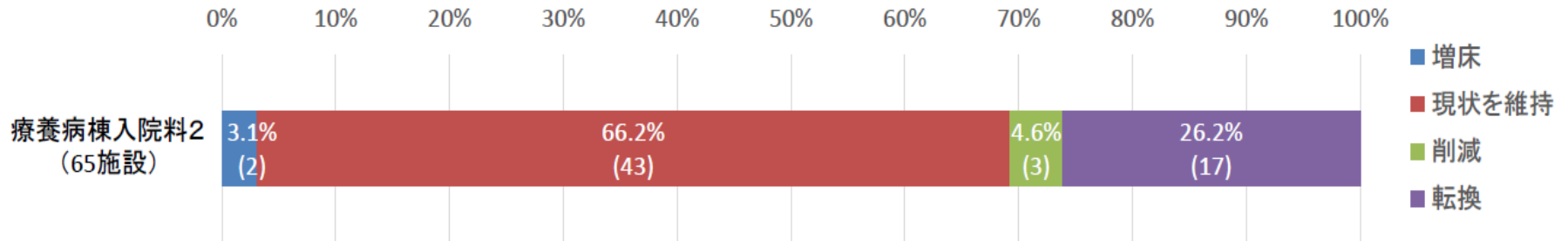
▼ 法改正後



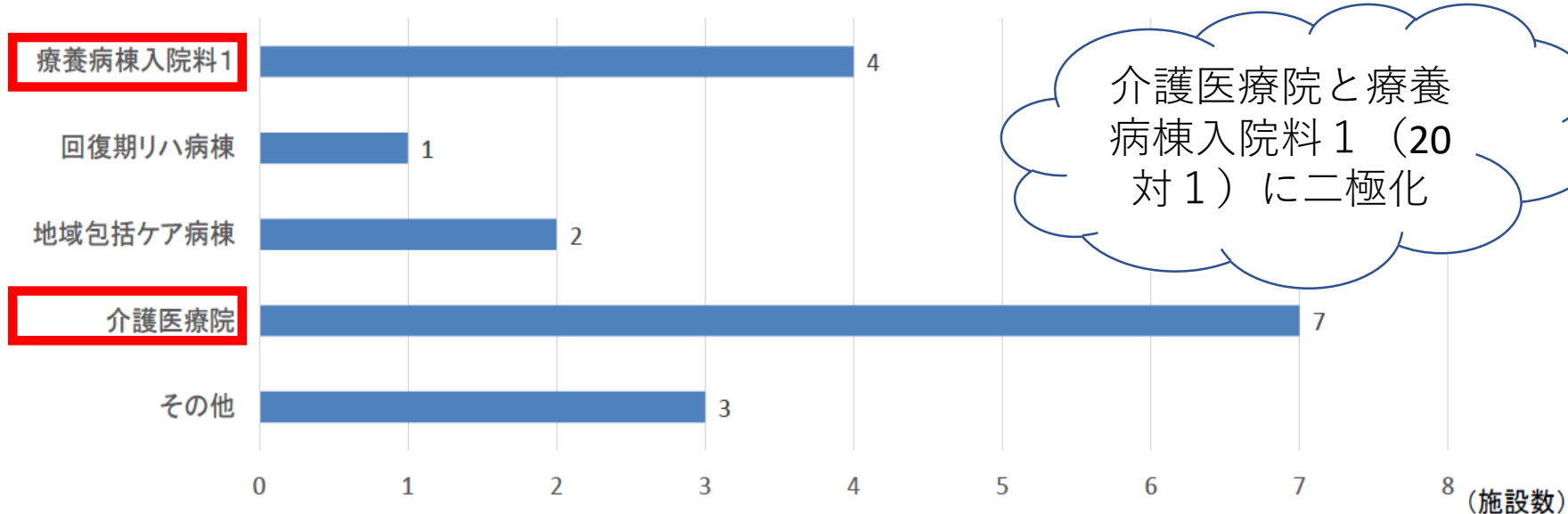
療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

○ 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)



パート4 どうなる入退院加算



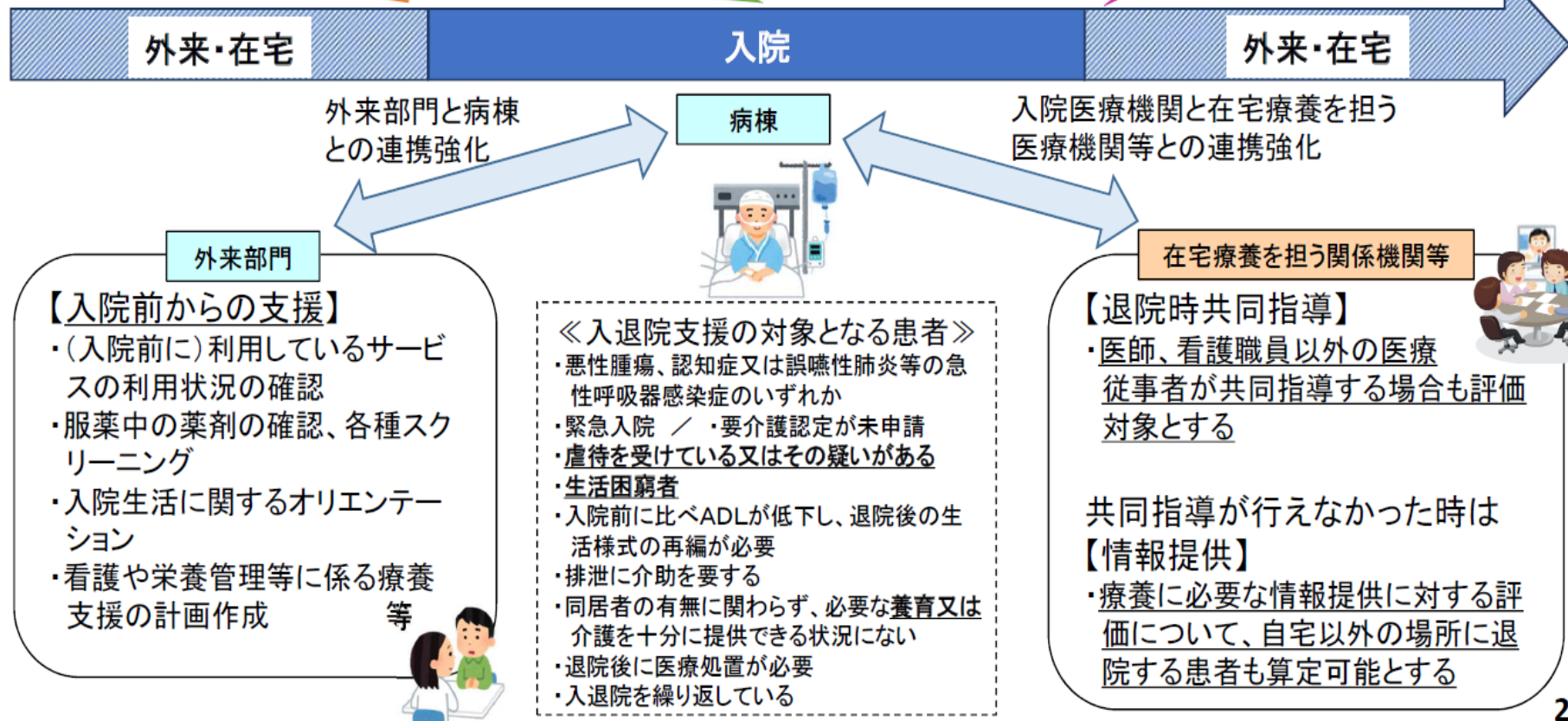
入退院支援の評価(イメージ)

- 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



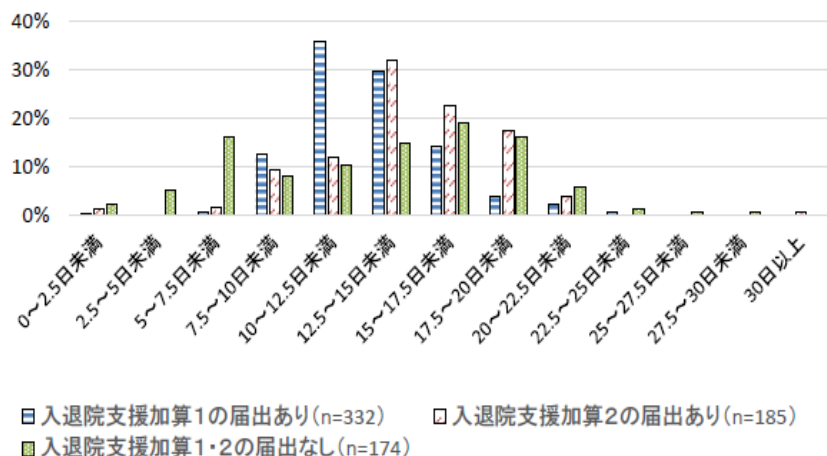
入退院支援加算の要件

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
点数	一般病棟：600点 療養病棟：1200点	一般病棟：190点 療養病棟：635点
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟： 7日以内に面談 療養病棟： 14日以内に面談	出来るだけ早期に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	出来るだけ早期にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う	
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	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）	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）	—

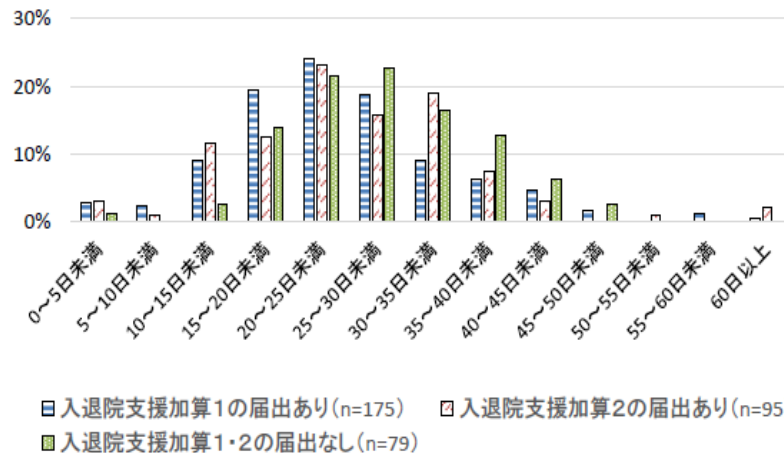
○ 入退院支援加算1・2の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算1・2の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

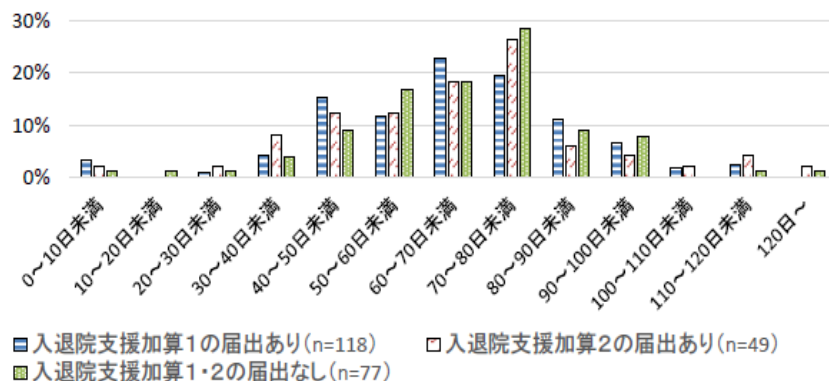
＜急性期一般入院基本料＞



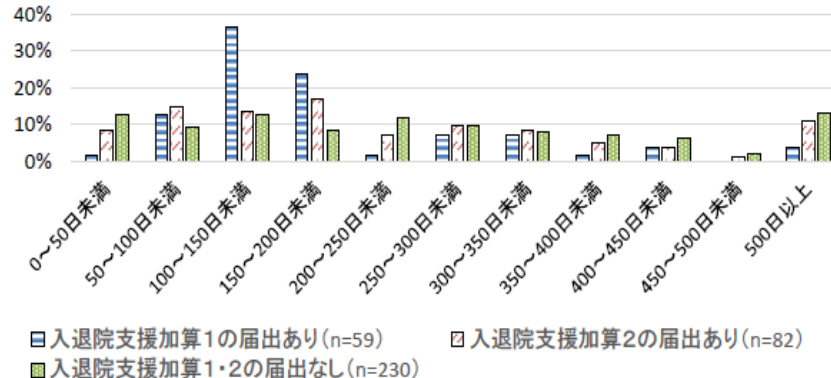
＜地域包括ケア病棟入院料＞



＜回復期リハビリテーション病棟入院料＞



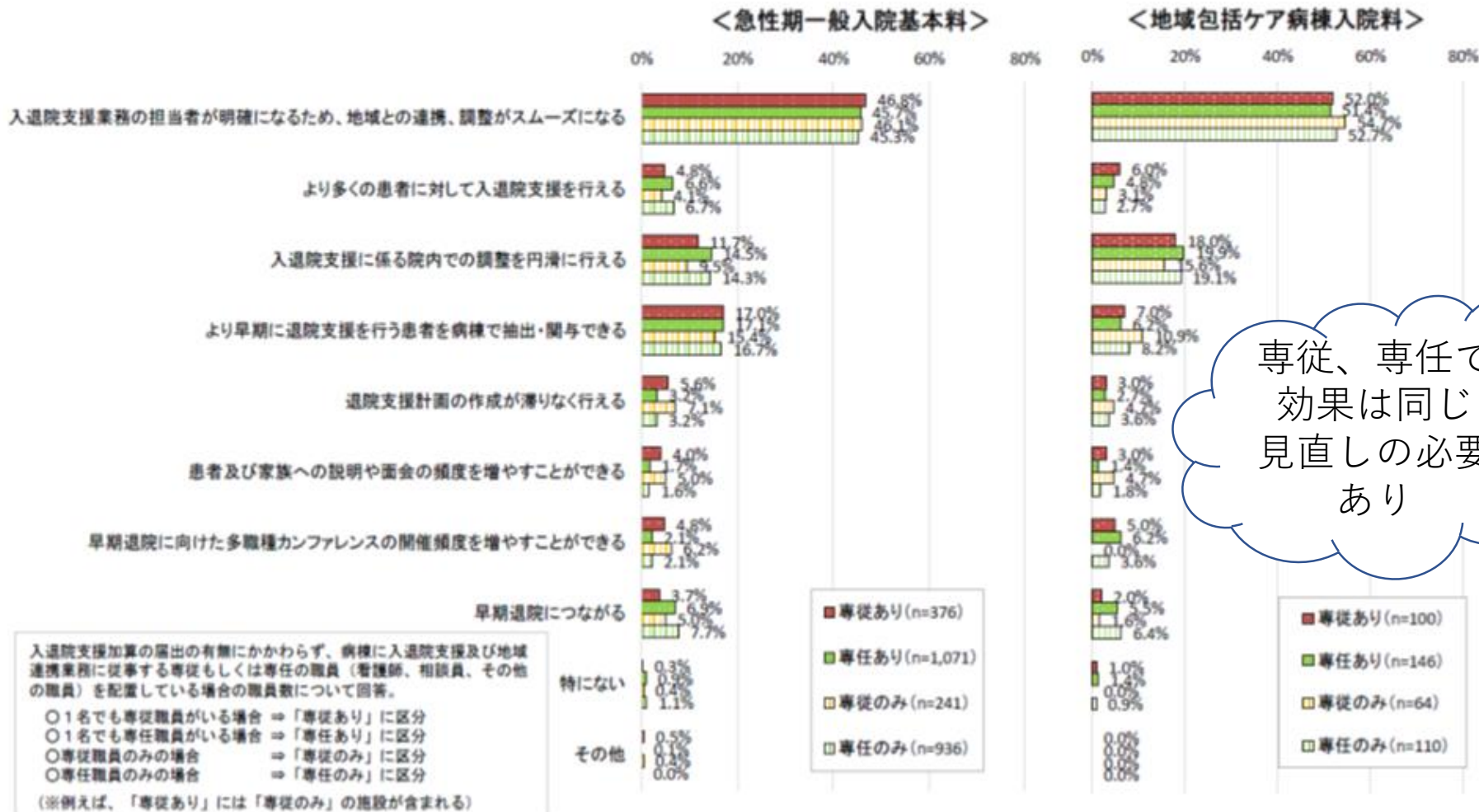
＜療養病棟入院基本料＞



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)



入院時支援加算の評価

入院時支援加算

退院支援加算

1、2、3



入退院支援加算

1、2、3



入院時支援加算



小児加算

対象患者の拡大

- 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 虐待を受けている又はその疑いがあること。
- オ 医療保険未加入者又は生活困窮者であること。
- カ 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）。
- キ 排泄に介助を要すること。
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育を十分に提供できる状況にないこと。
- ケ 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。
- コ 入退院を繰り返していること。
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合。

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

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
入院時支援加算	1,863	10,581

(出典)

届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

【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

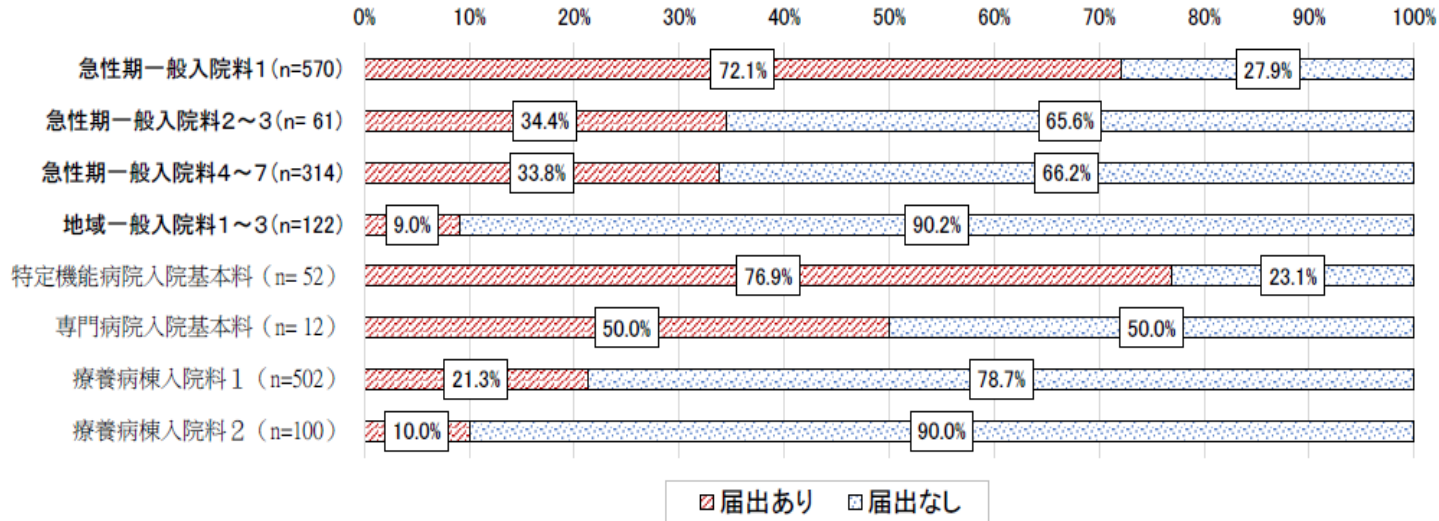
入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる。

- 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

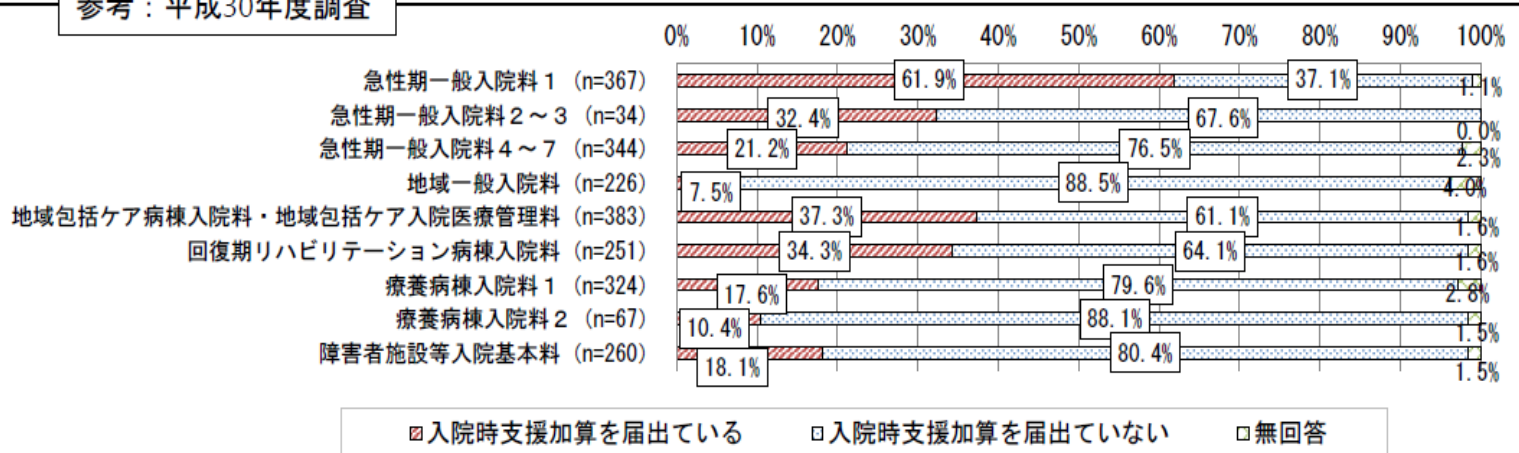
入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料1及び特定機能病院での届出が多かった。

入院時支援加算の届出状況



参考：平成30年度調査



2020年診療報酬改定

入退院支援の専従、専任要件の緩和？

入院時支援加算の適応要件の拡大？

パート5 働き方改革と看護特定行為



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



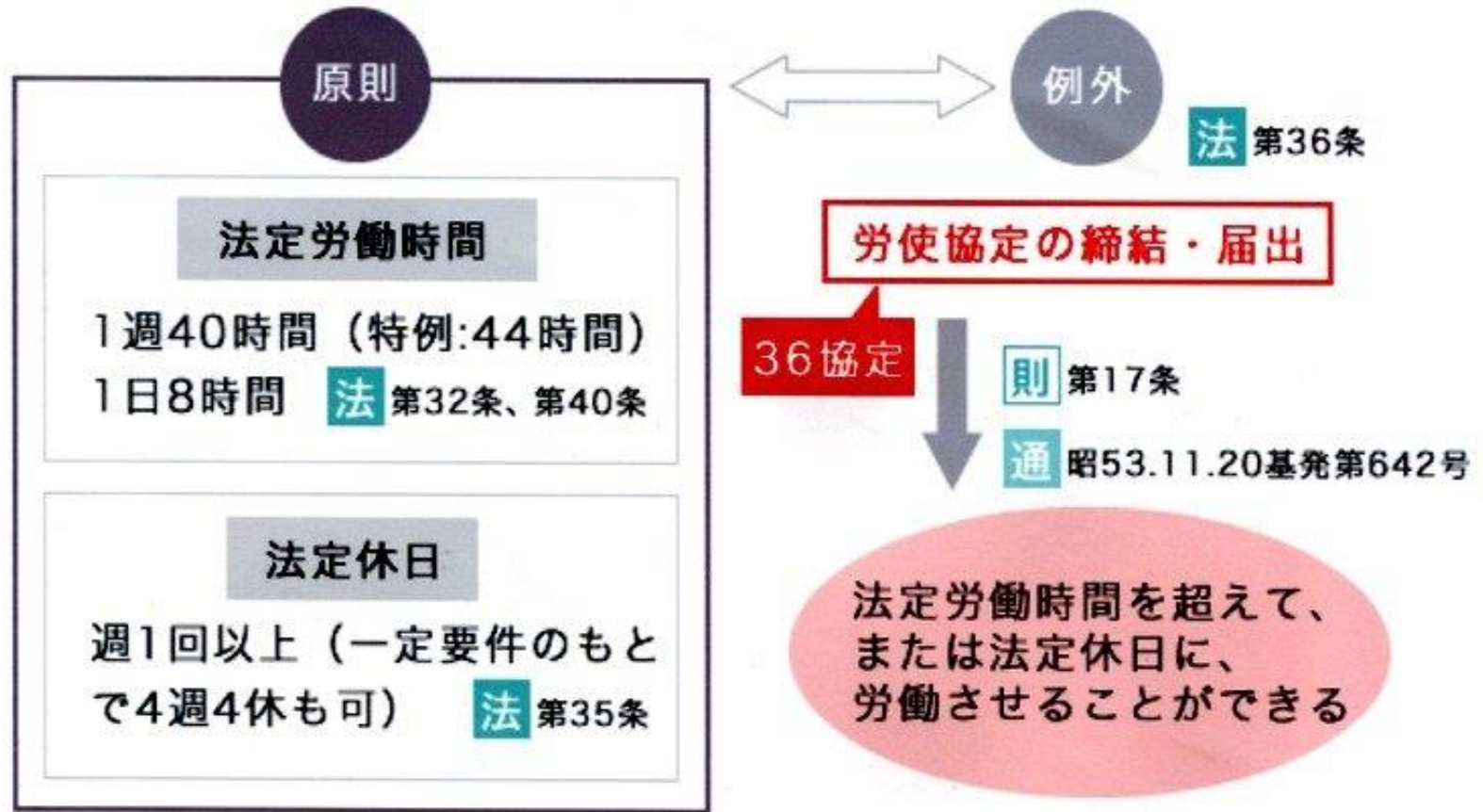
労働基準法(労働時間)

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)

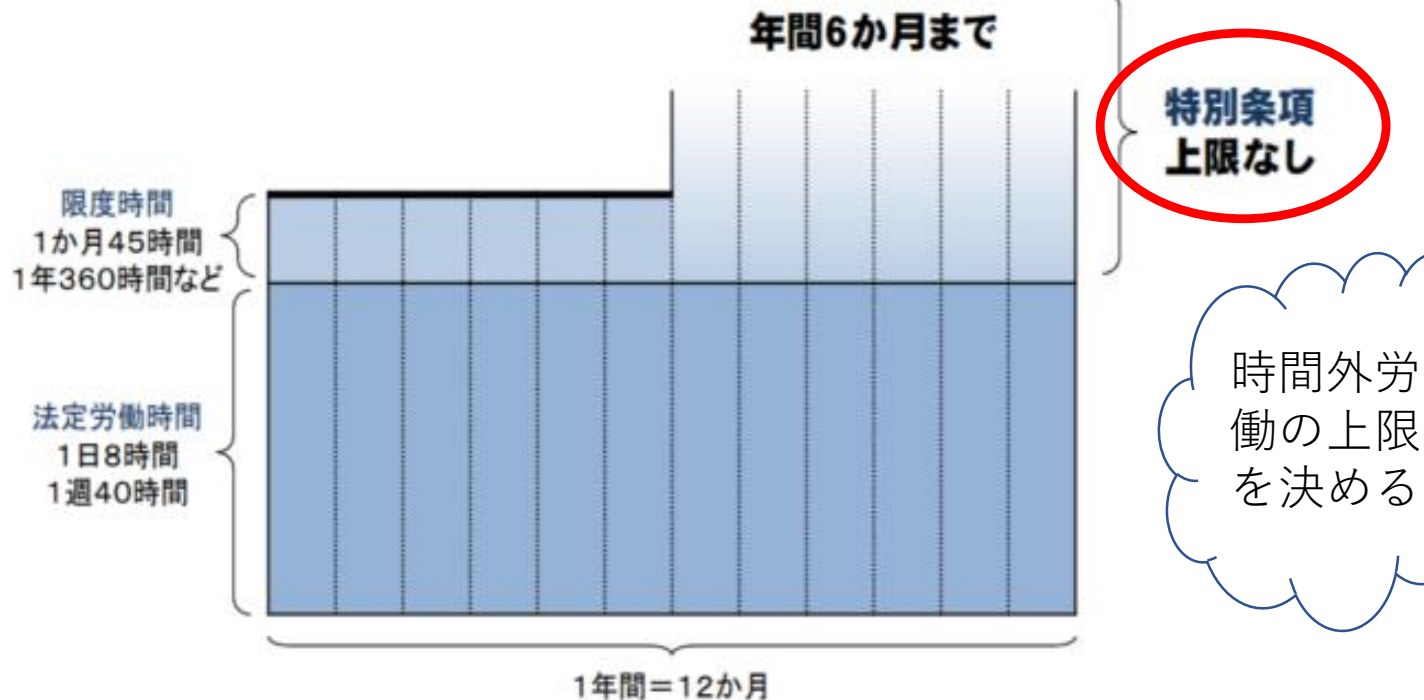


36協定（サブロク協定）



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

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

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

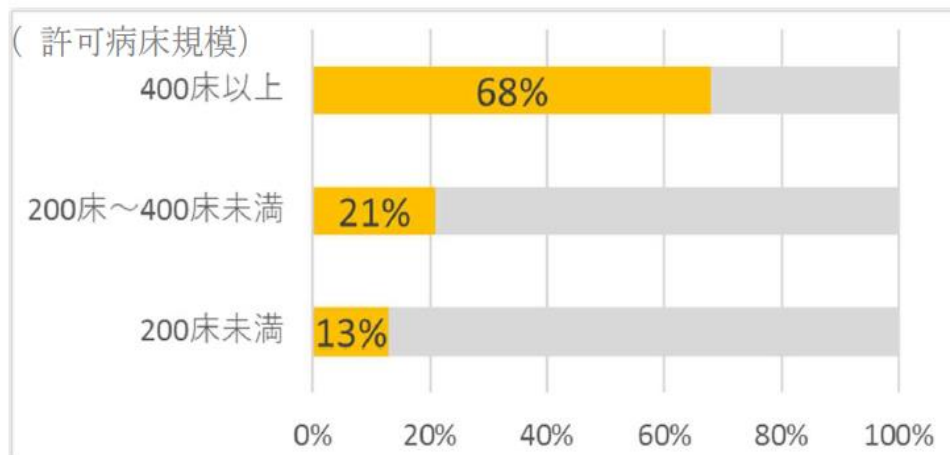
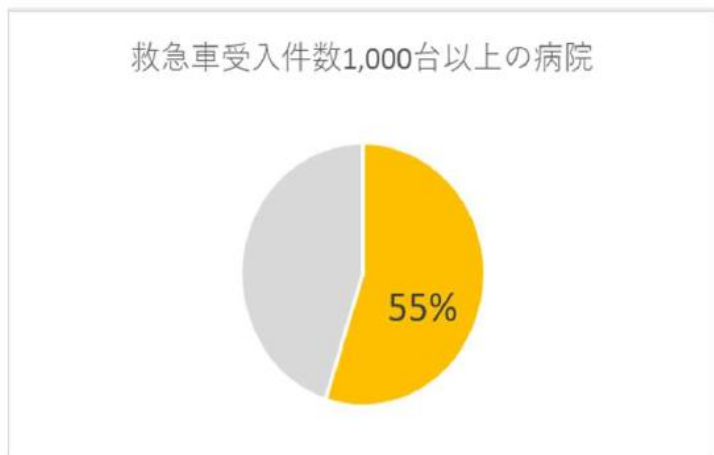
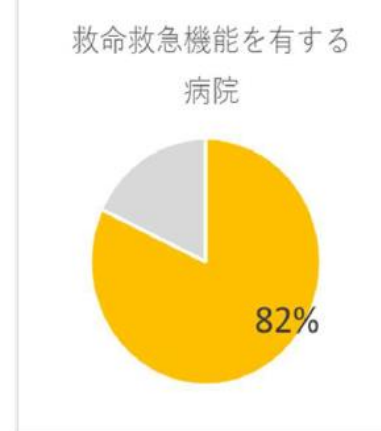
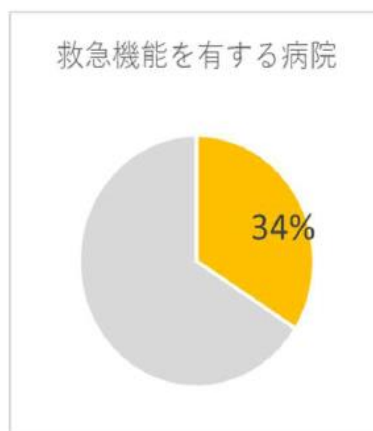
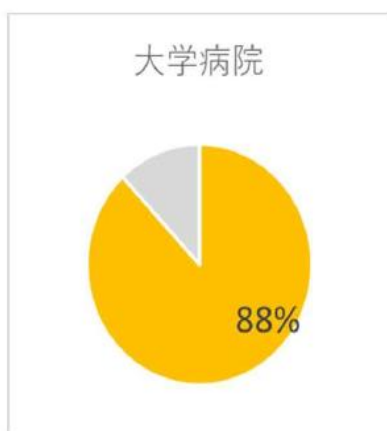
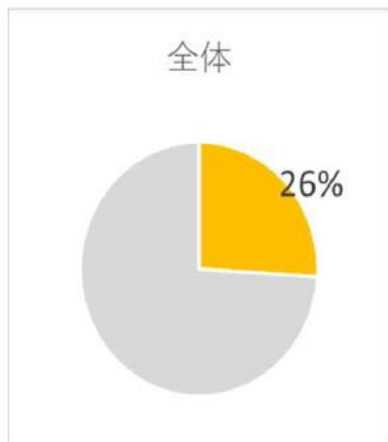
約6割
約12万人

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。

A水準の働き方イメージ

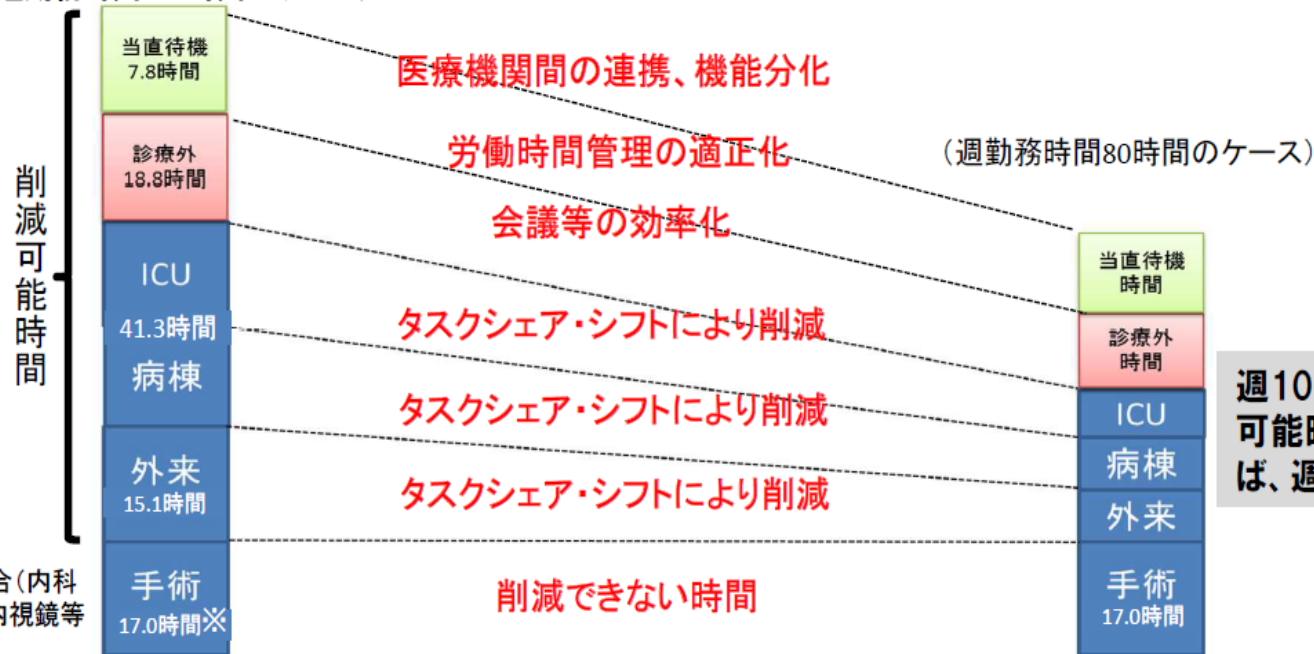
- 年960時間・月100時間未満という働き方のイメージ
- 毎日ほぼ定時に帰り、当直は週1回、月2回は週休2日を取得できるペースの働き方。



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。

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)



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)

国際医療福祉大学三田病院の 特定看護師さん（循環器）



鶴巻温泉病院の看護特定行為

- 特定行為の看護師さんが褥瘡・ろう孔管理で大活躍



特定行為研修を行う指定研修機関

現在、130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

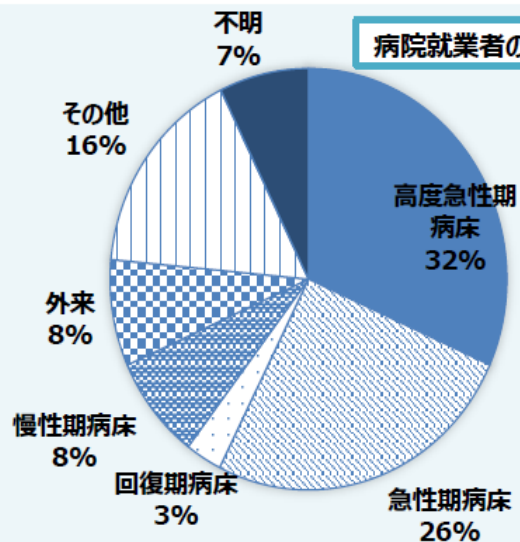
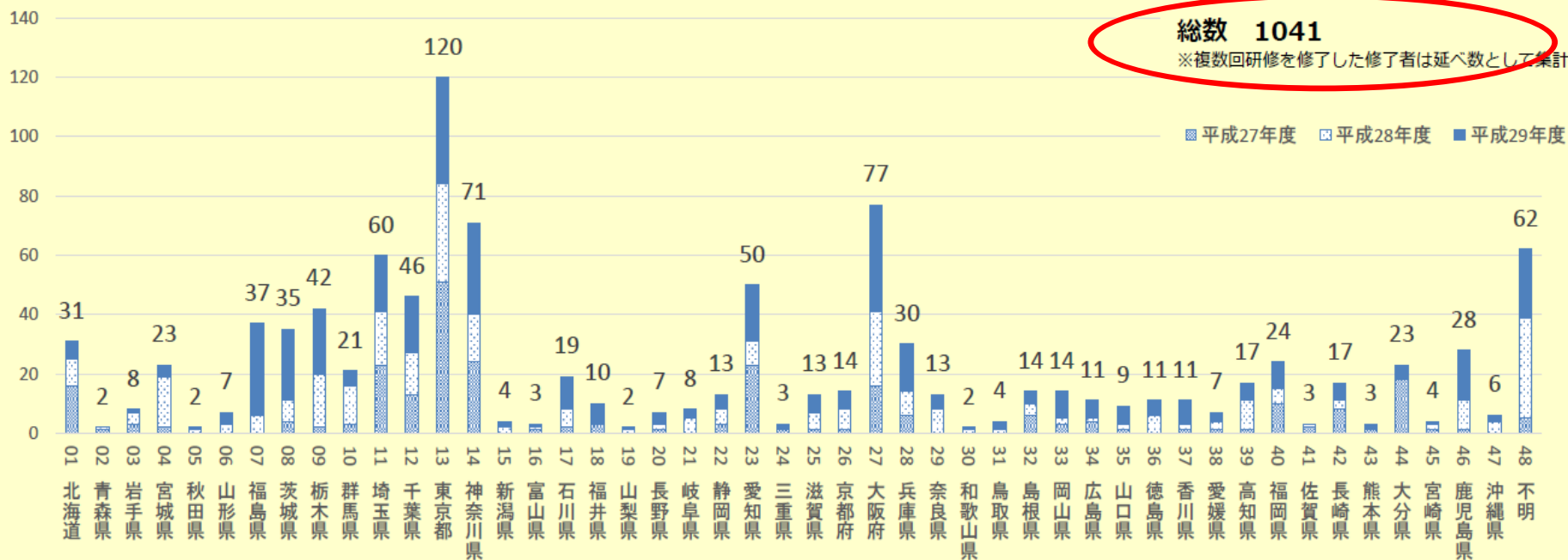
国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



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)

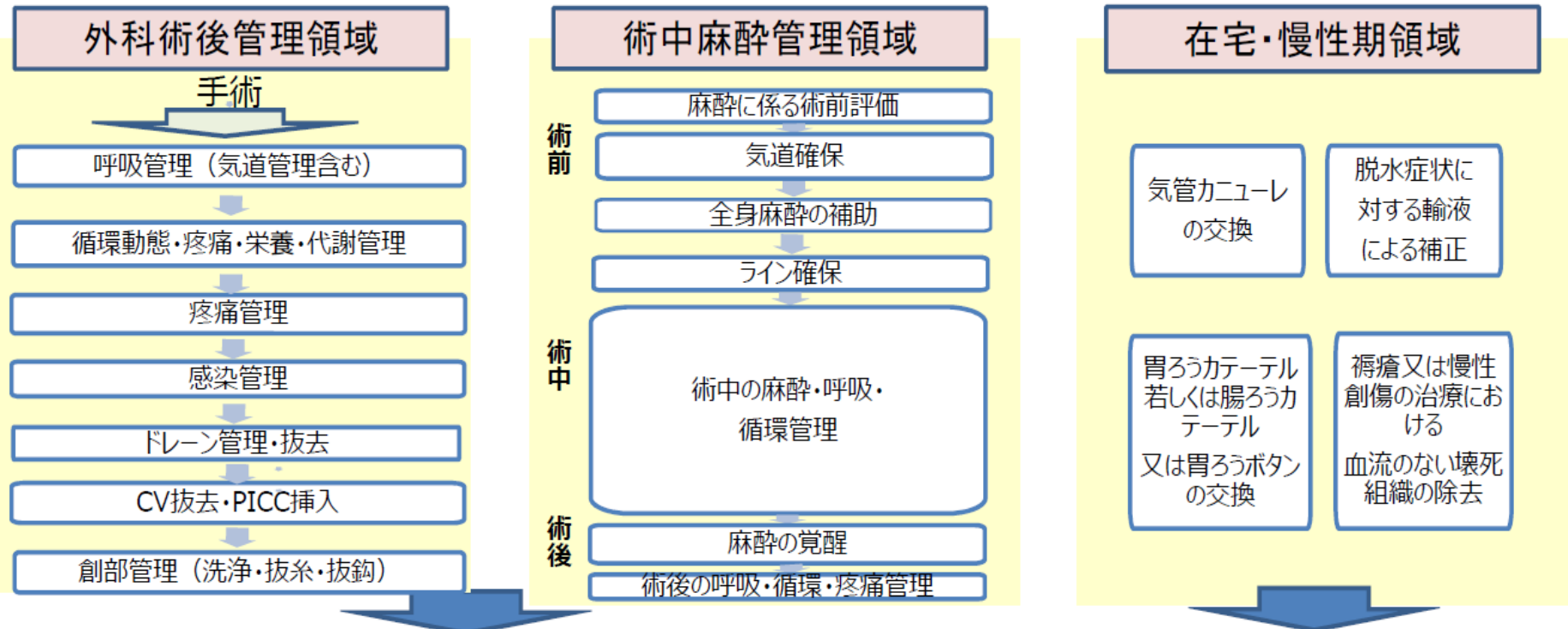


【就業場所別修了者数】

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。



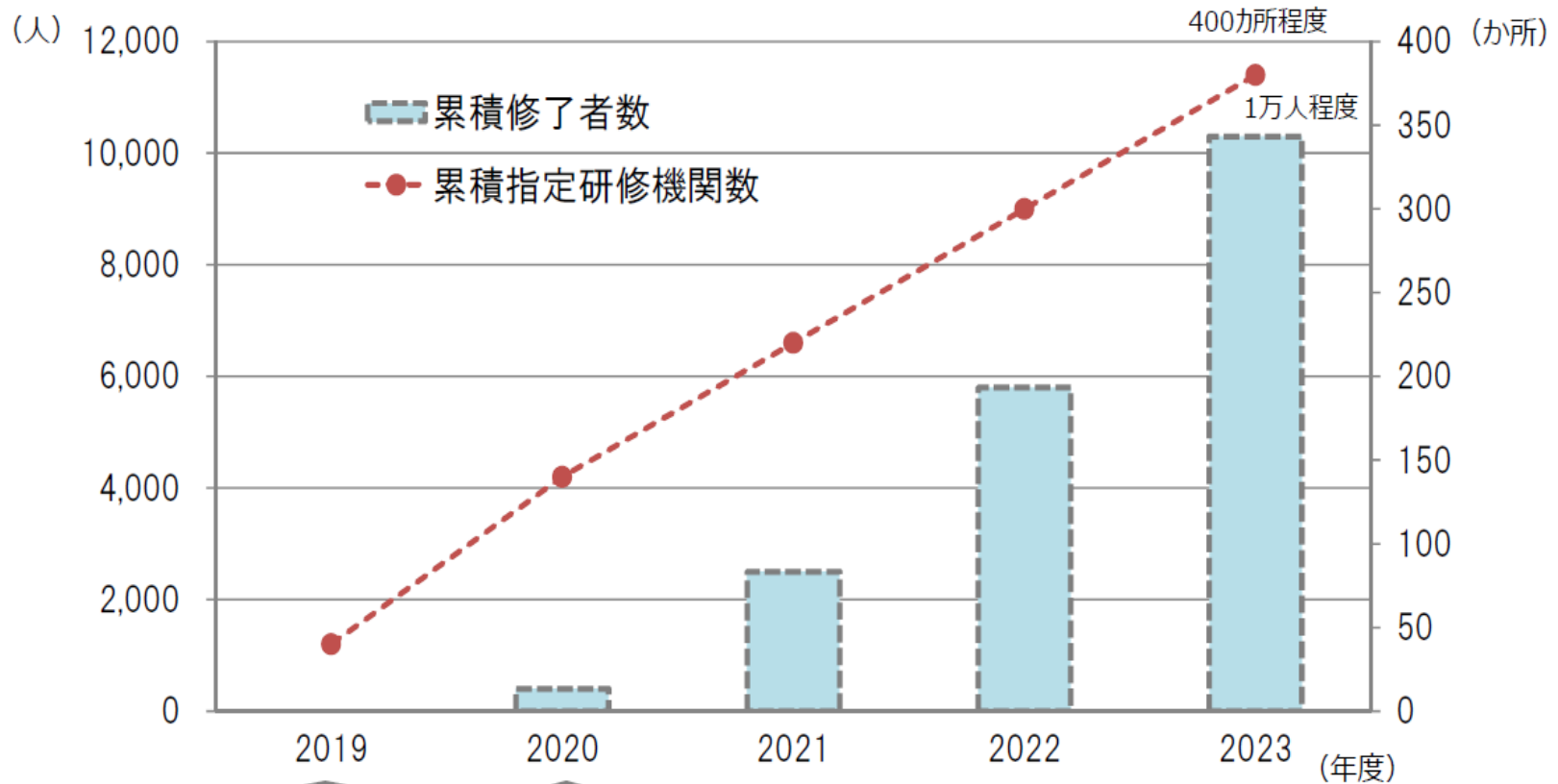
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

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！

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



今日のまとめ

- 若者人口が減り、就労人口が減る中、急性期病床の見直しが必要！
- 新入院評価体系のポイントは実績達成主義
実績を達成するために多職種チームで臨むこと
- 2020年診療報酬改定では7対1の今後と地域包括ケア病床
- 療養病床問題と介護医療院の動向がポイント
- 働き方改革には看護特定行為で！

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