

先読み & 深読み！
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 6
 - 病院と地域包括ケア



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

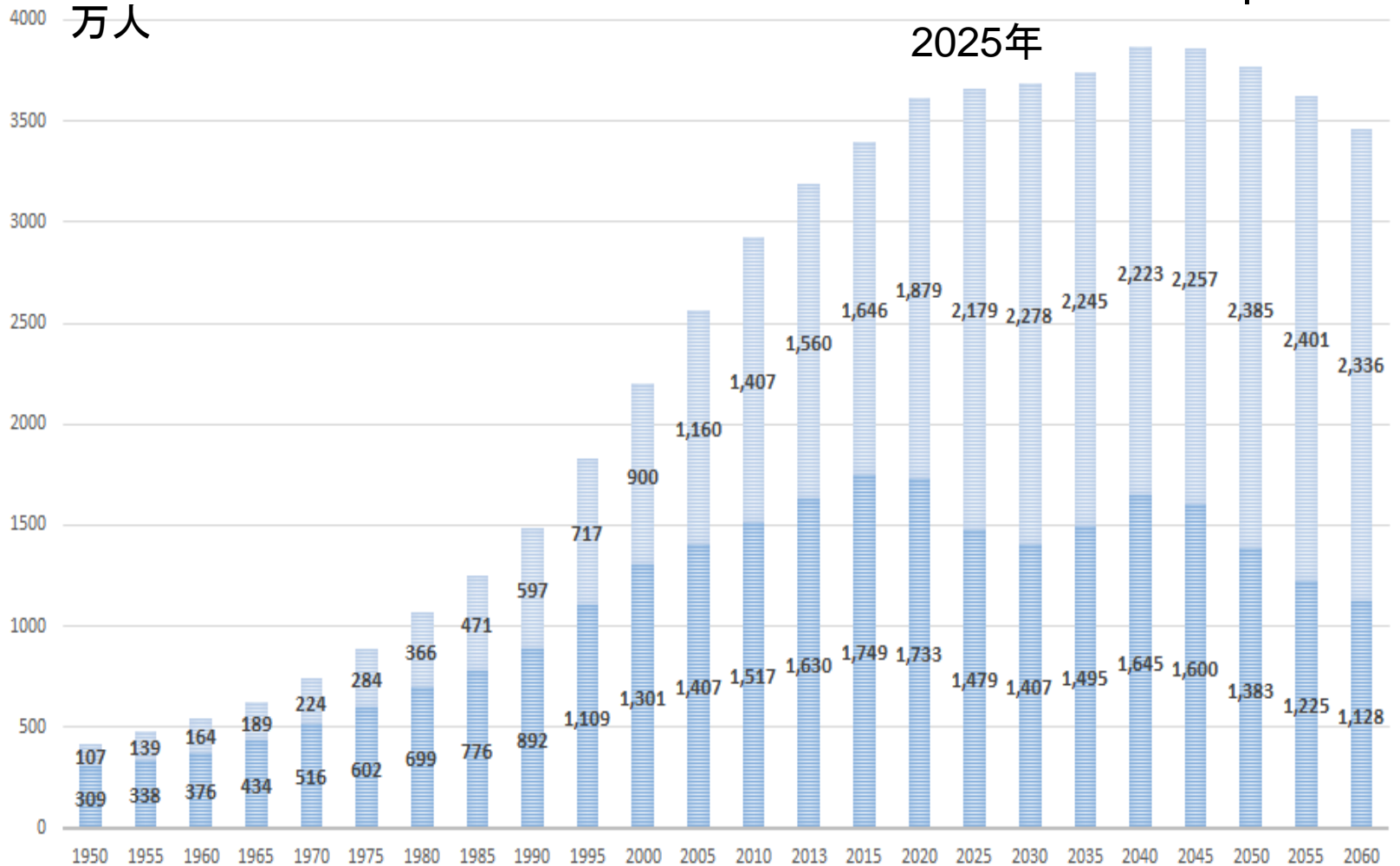
65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

2040年

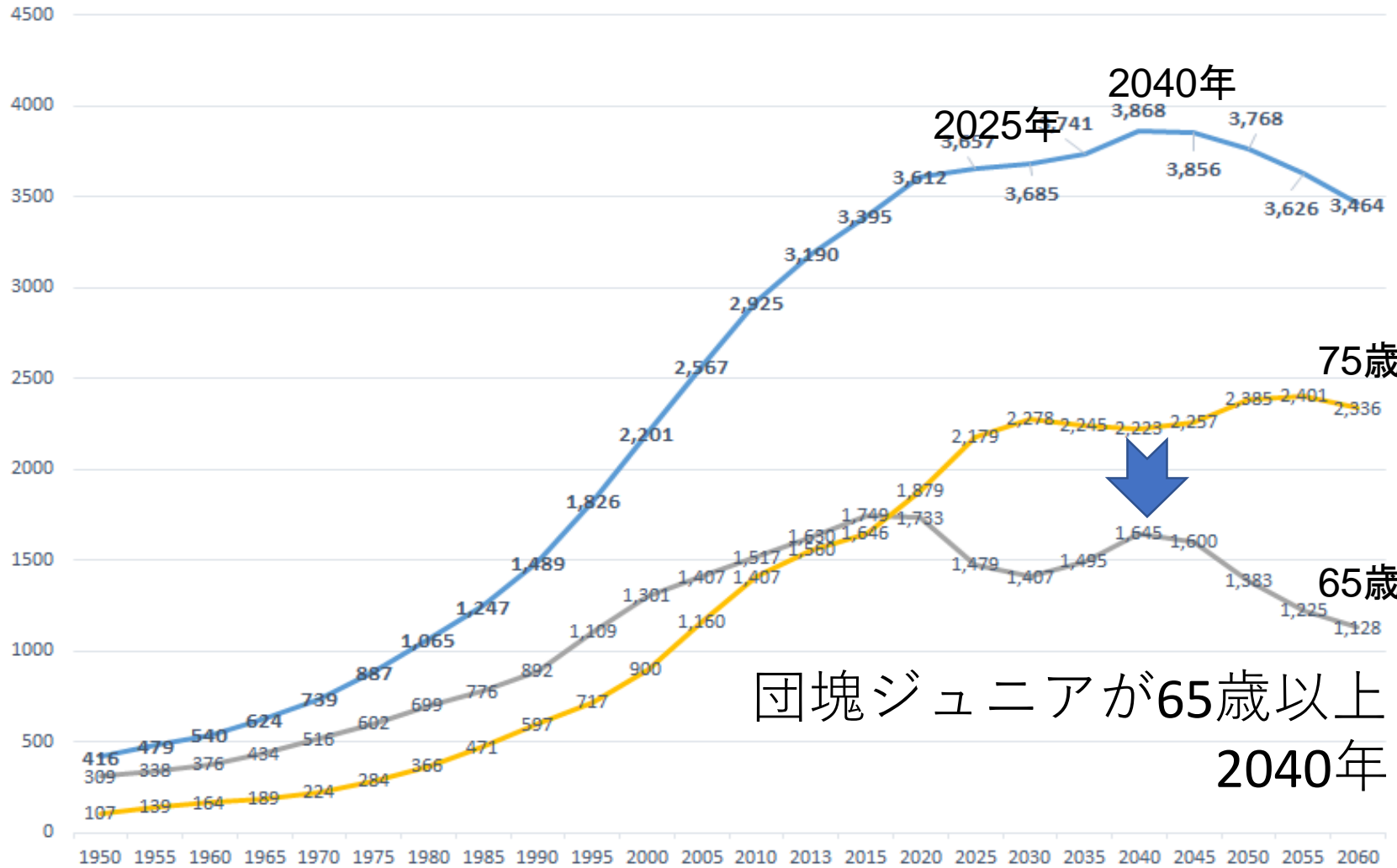
万人

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

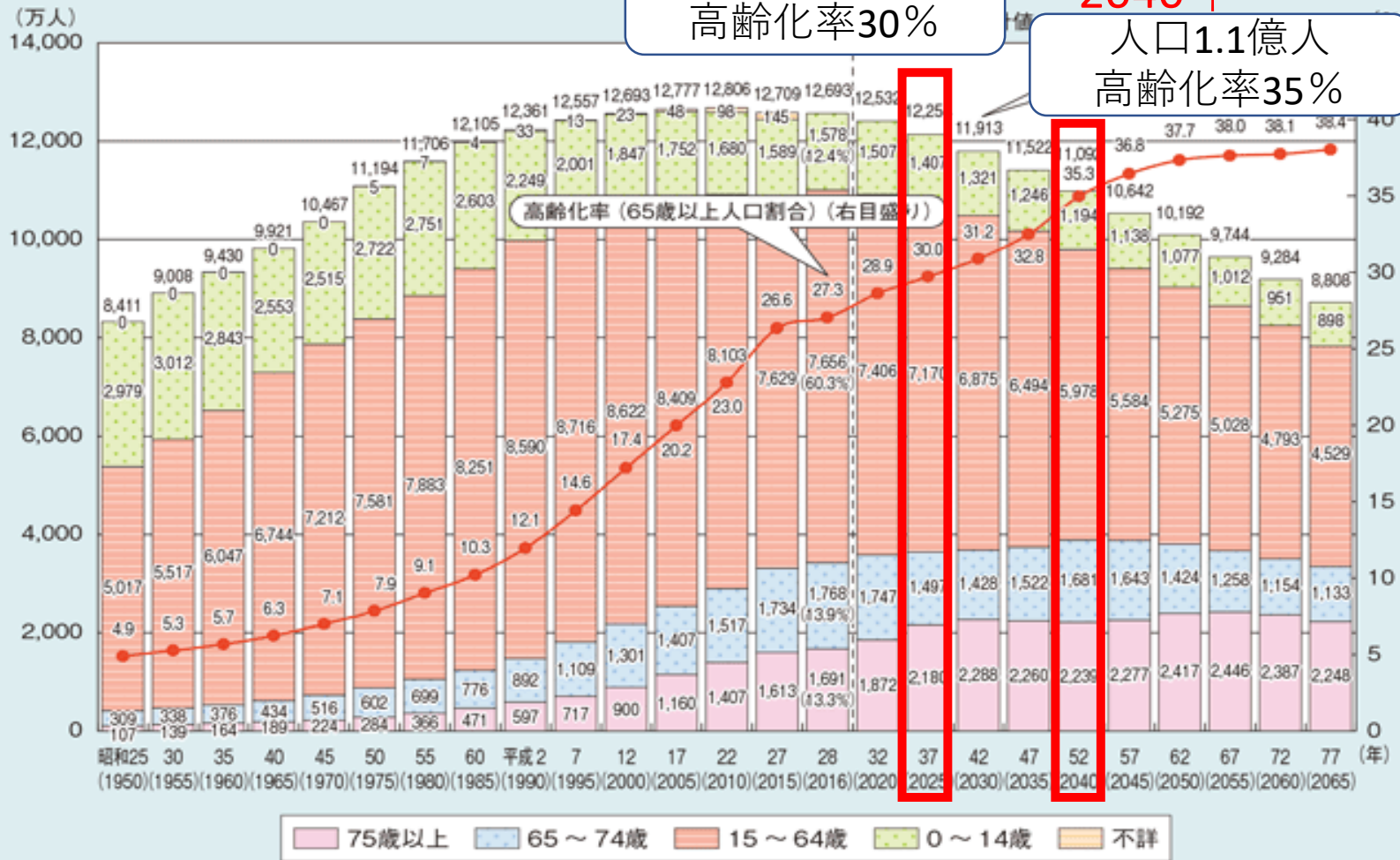
2025年

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%



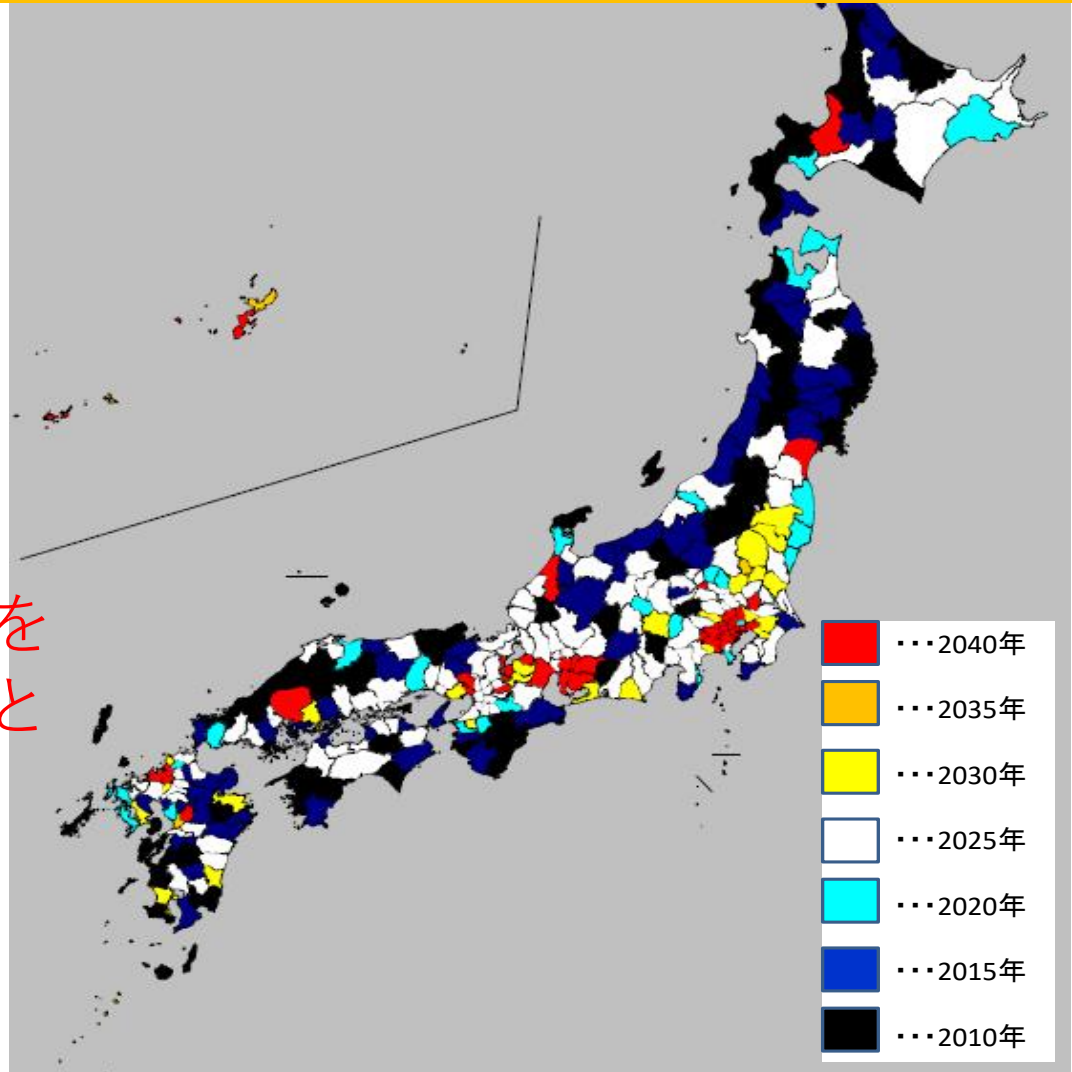
資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」（平成28年10月1日確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(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

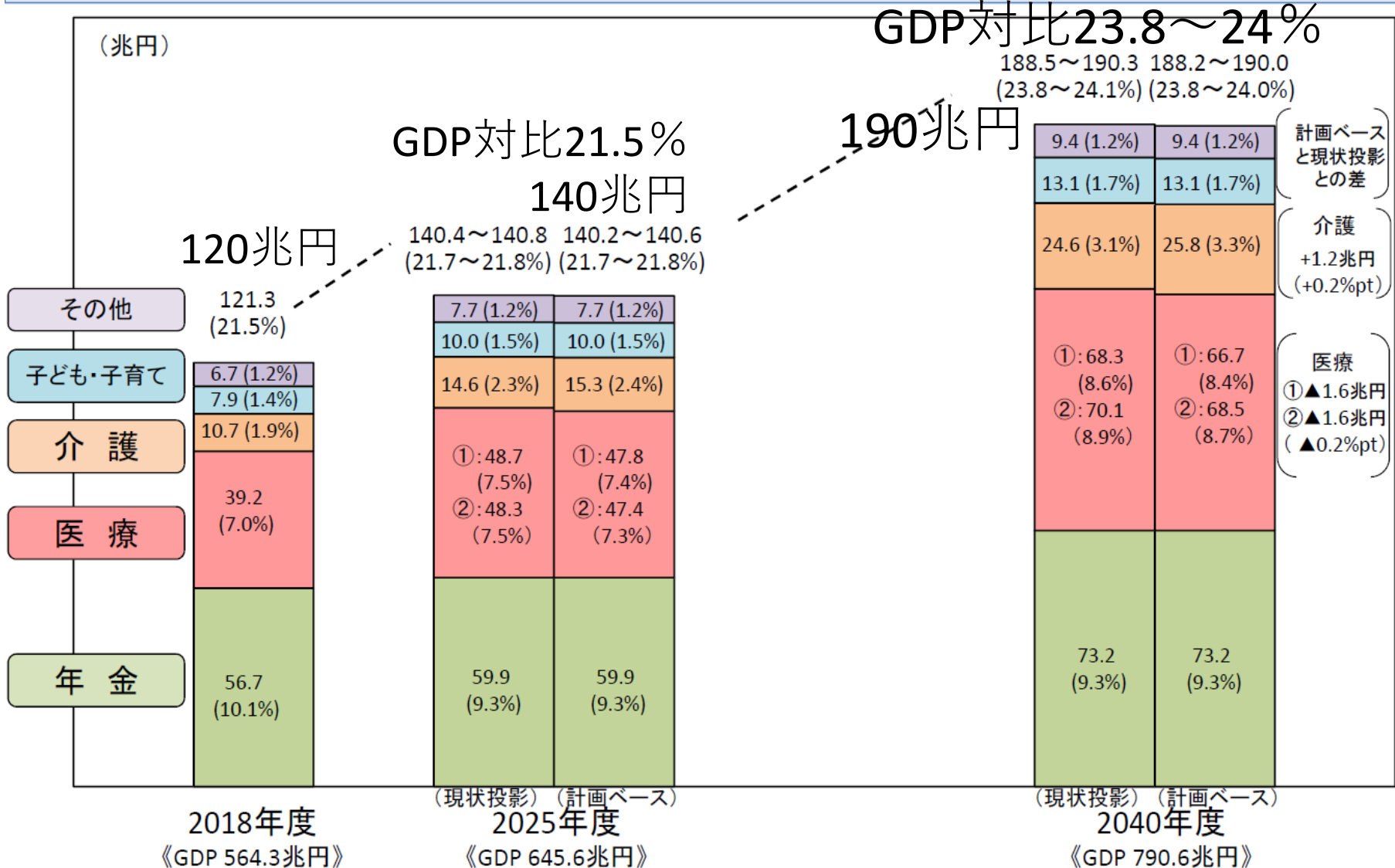
2040年に高齢化のピークを
迎えるのは首都圏を始めと
した大都市圏



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

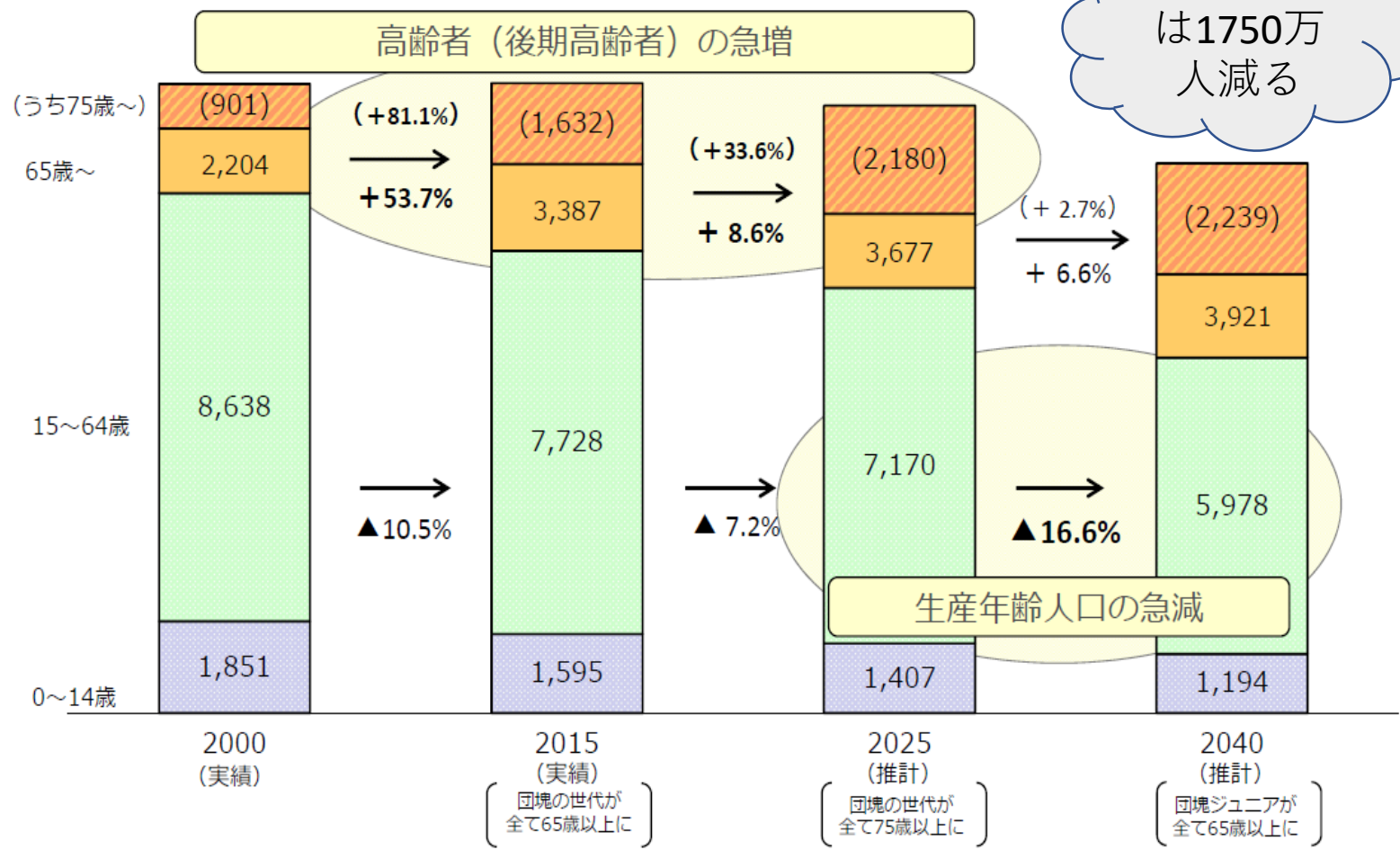
- 2018年6月6日、社会保障審議会医療部会
- 「社会保障給付費が対GDP対比が24%という水準は今のドイツに近く、フランスではもっと高い、世界に類を見ない水準というわけではない」
 - 伊原和人厚労省大臣官房審議官（医療介護担当）

問題は人口減

2040年までの人口構造の変化

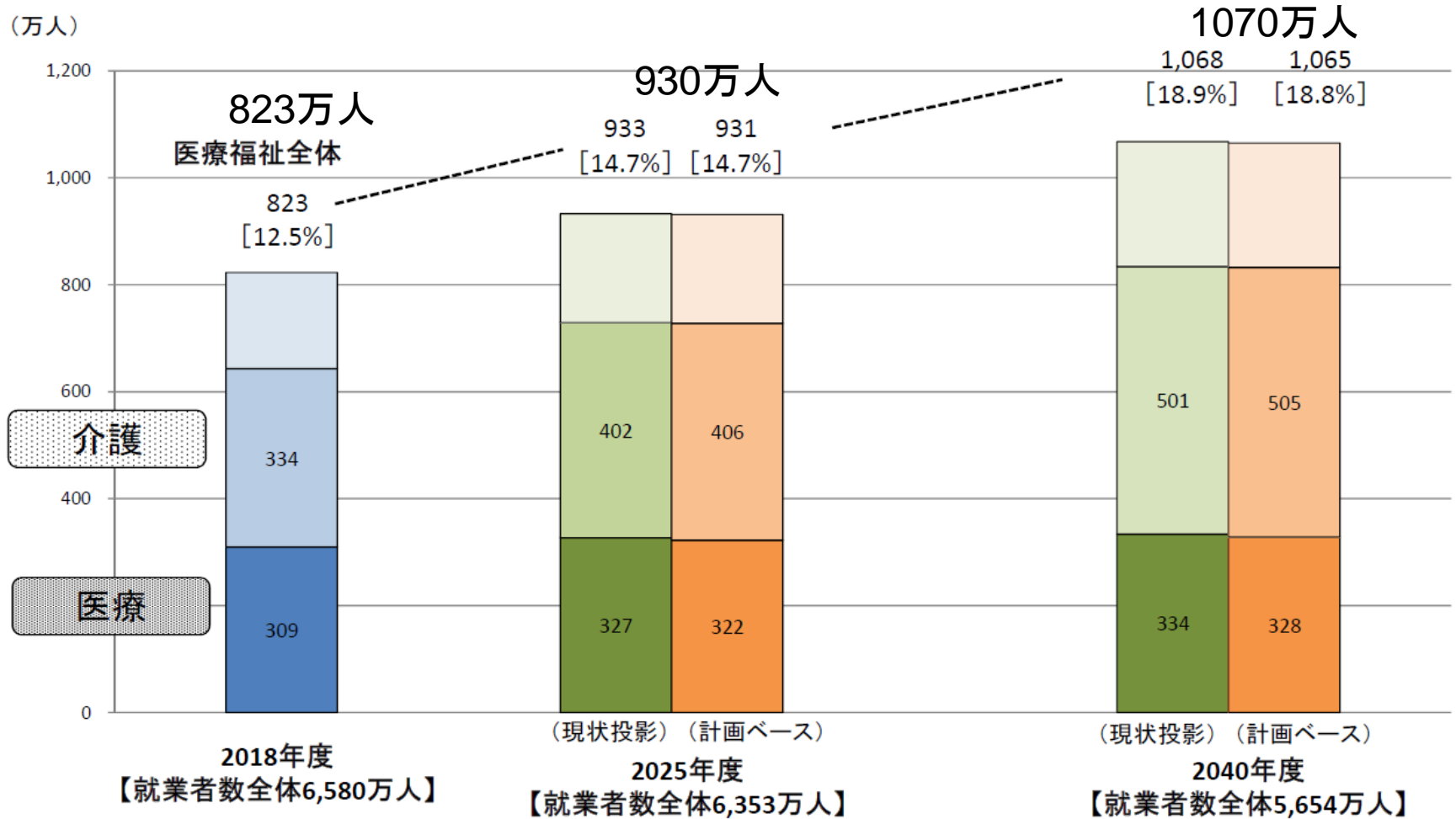
○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【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

本体プラス、
薬価マイナス

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)

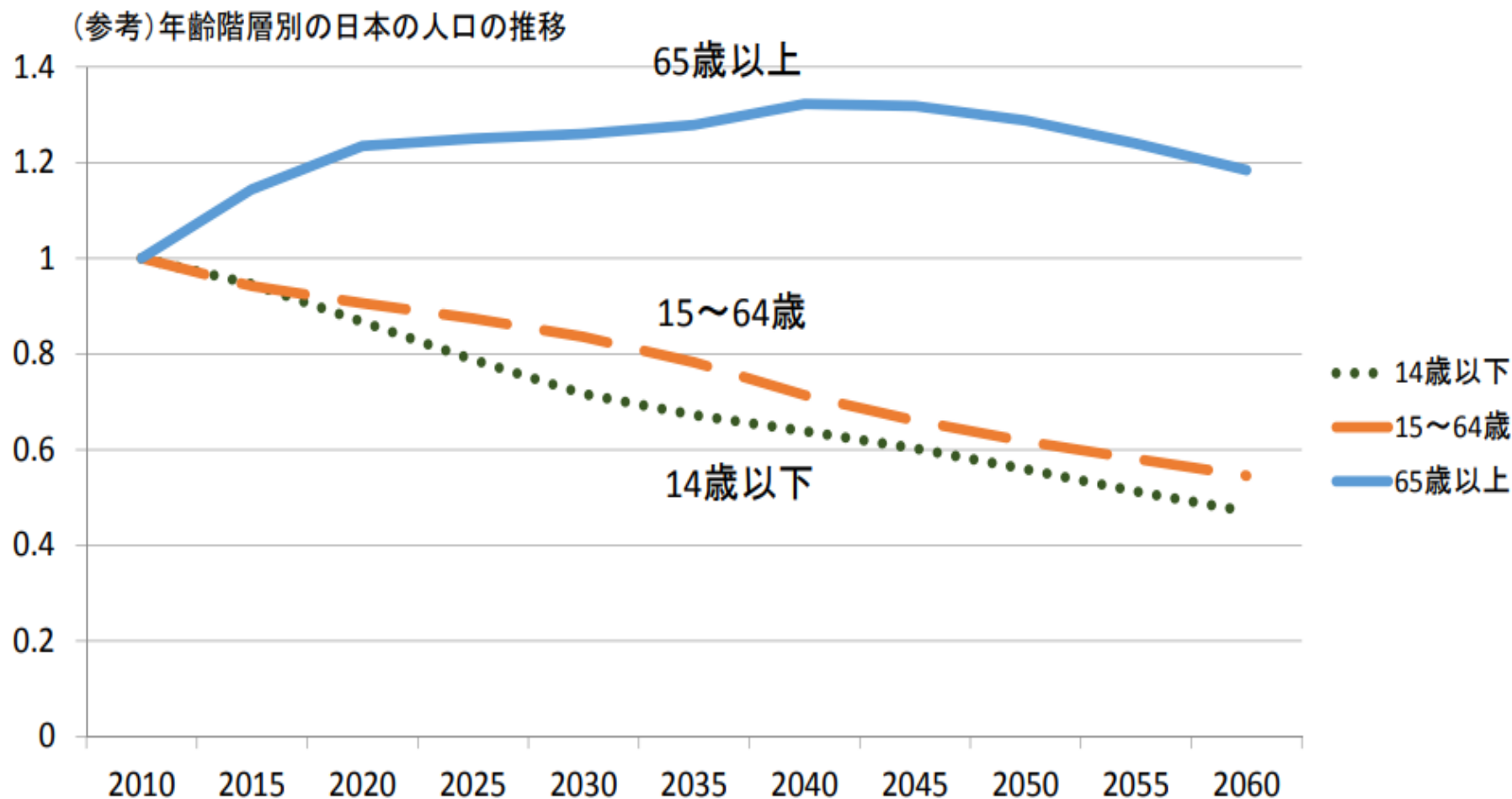
見直しの3つのワケ

- 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。

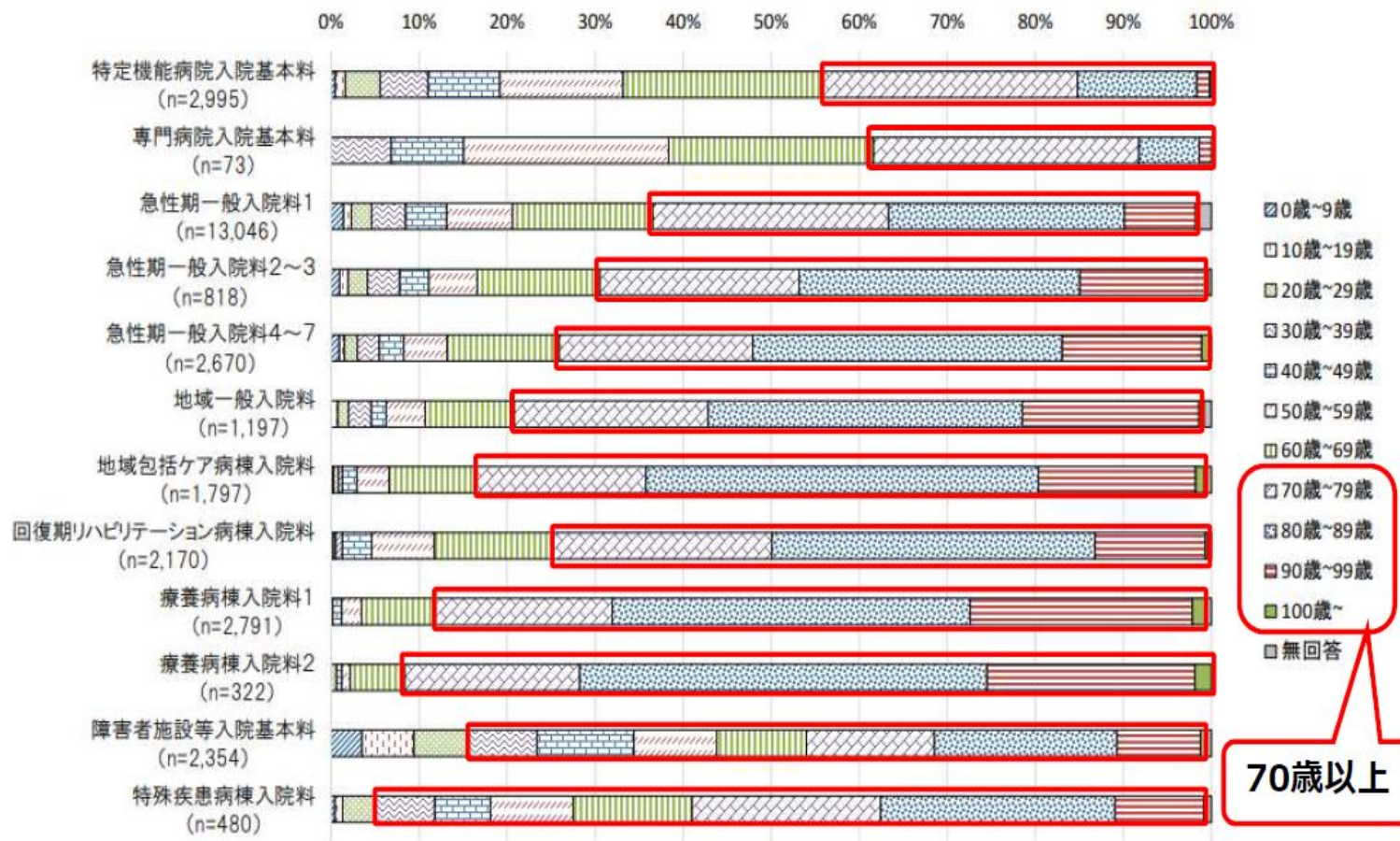


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

(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%)

入院料ごとの年齢階級別分布

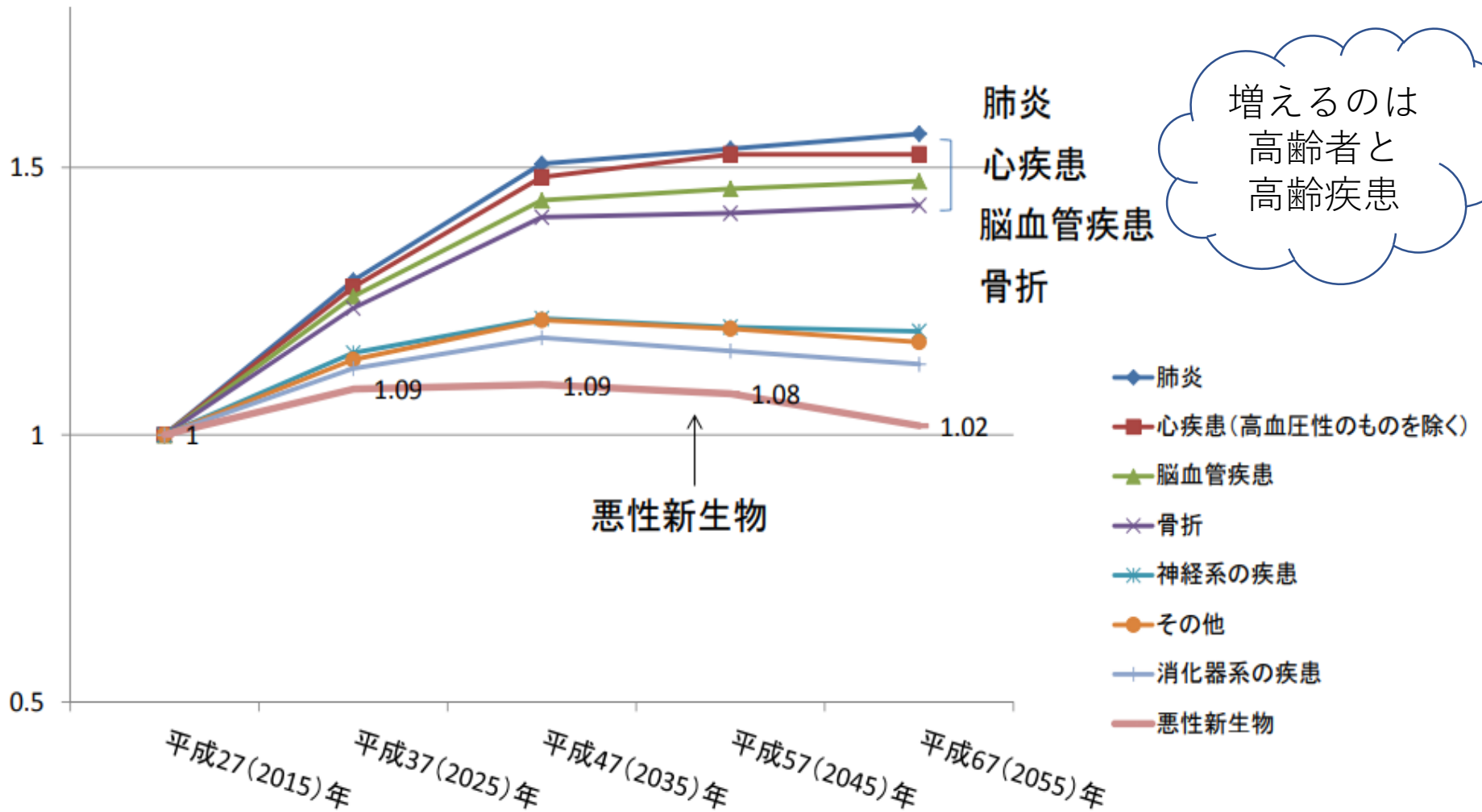
年齢階級別分布



出典:平成30年度入院医療等の調査(患者票)

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

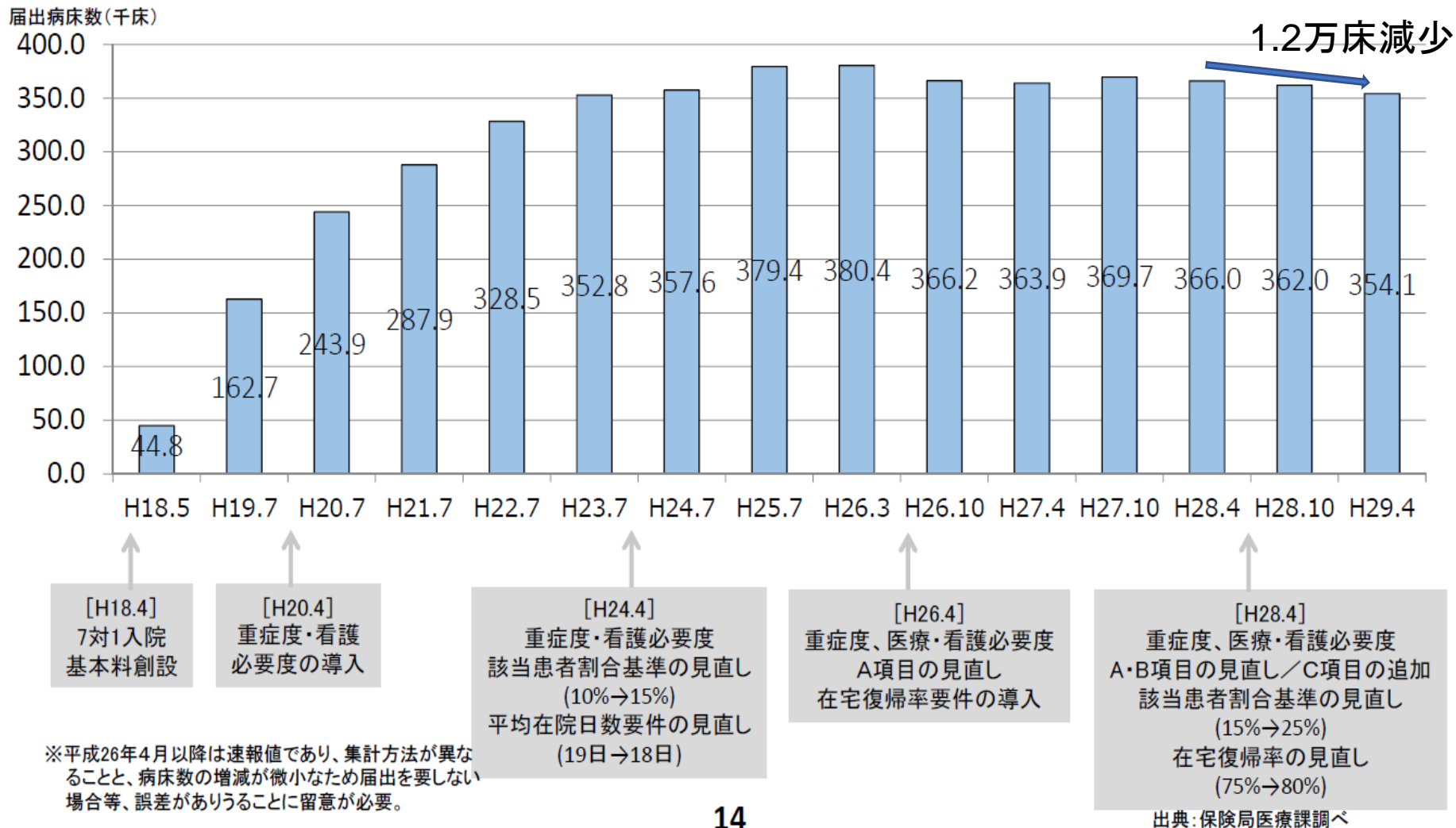
又は

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

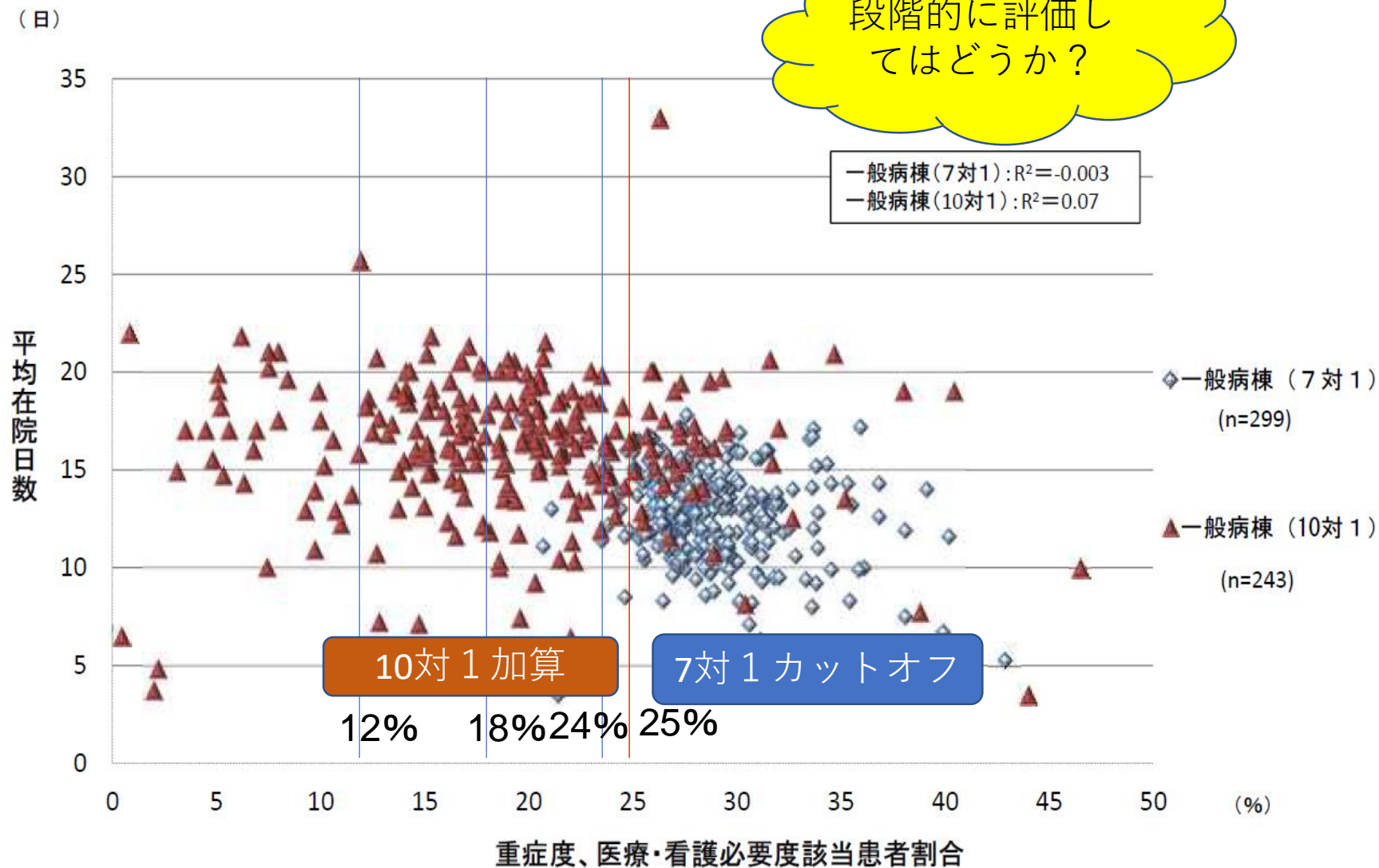
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

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



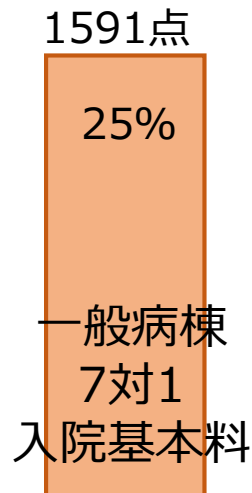
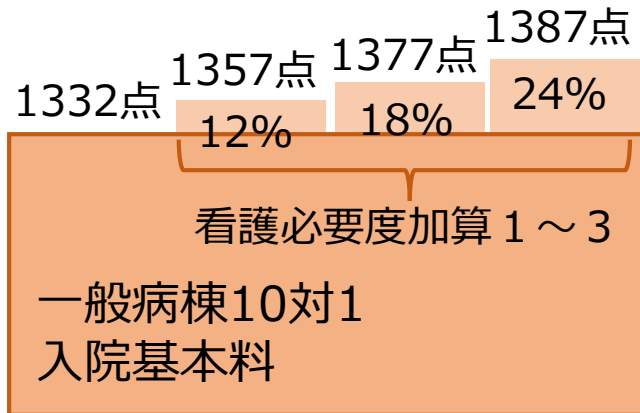
7対1と10対1
の診療報酬点
数の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

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？

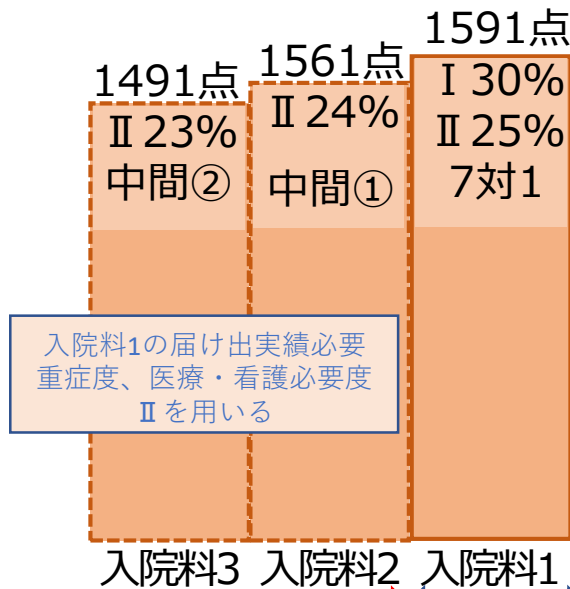
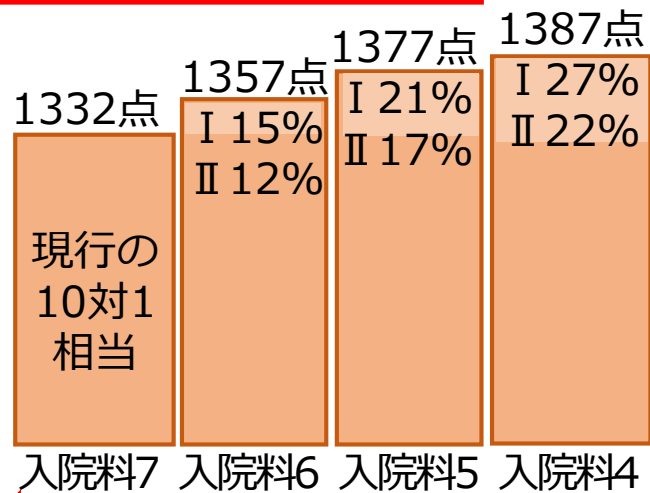
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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

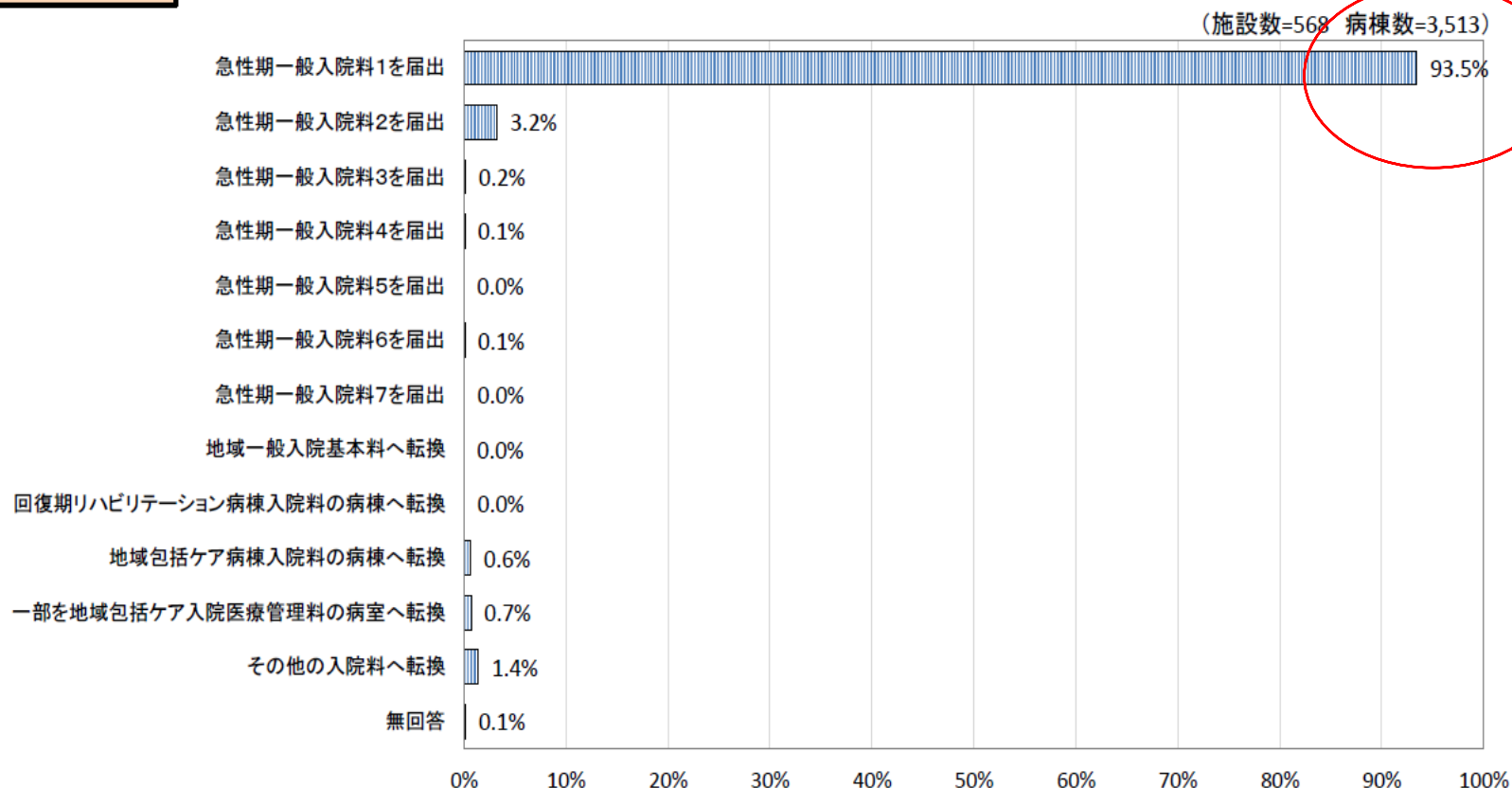
改定前	改定後
<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間 12対1配置加算 イ 看護職員夜間 12対1配置加算1 80点</p> <p>□ 看護職員夜間 12対1配置加算2 60点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 40点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間 12対1配置加算 イ 看護職員夜間 12対1配置加算1 95点</p> <p>□ 看護職員夜間 12対1配置加算2 75点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 55点</p> <p>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

7対1にすれば病床が減ると思った



麦谷真理氏

千床

400

300

200

100

0

4.5万床

38.0万床

35.4万床

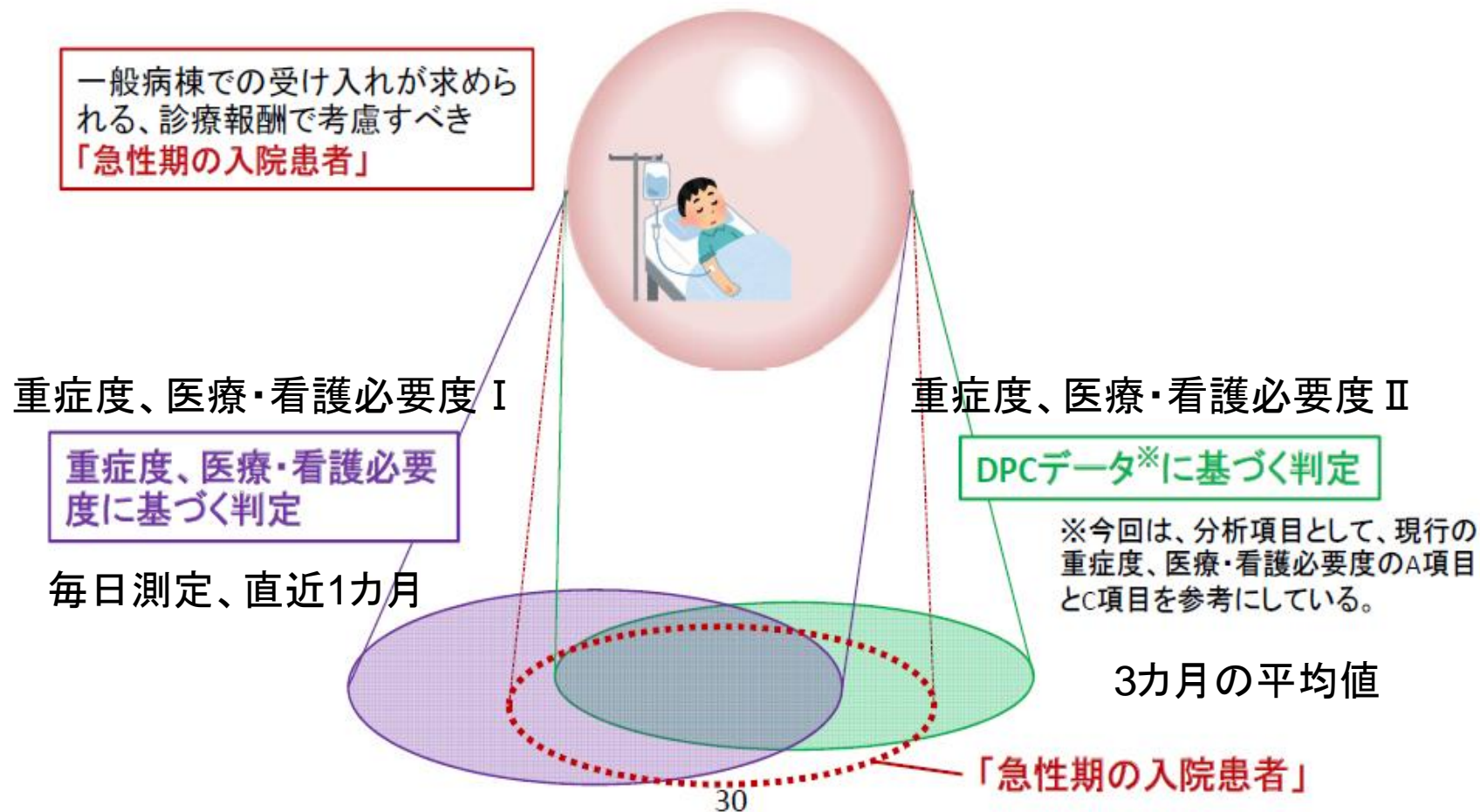
34.4万床

2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

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。

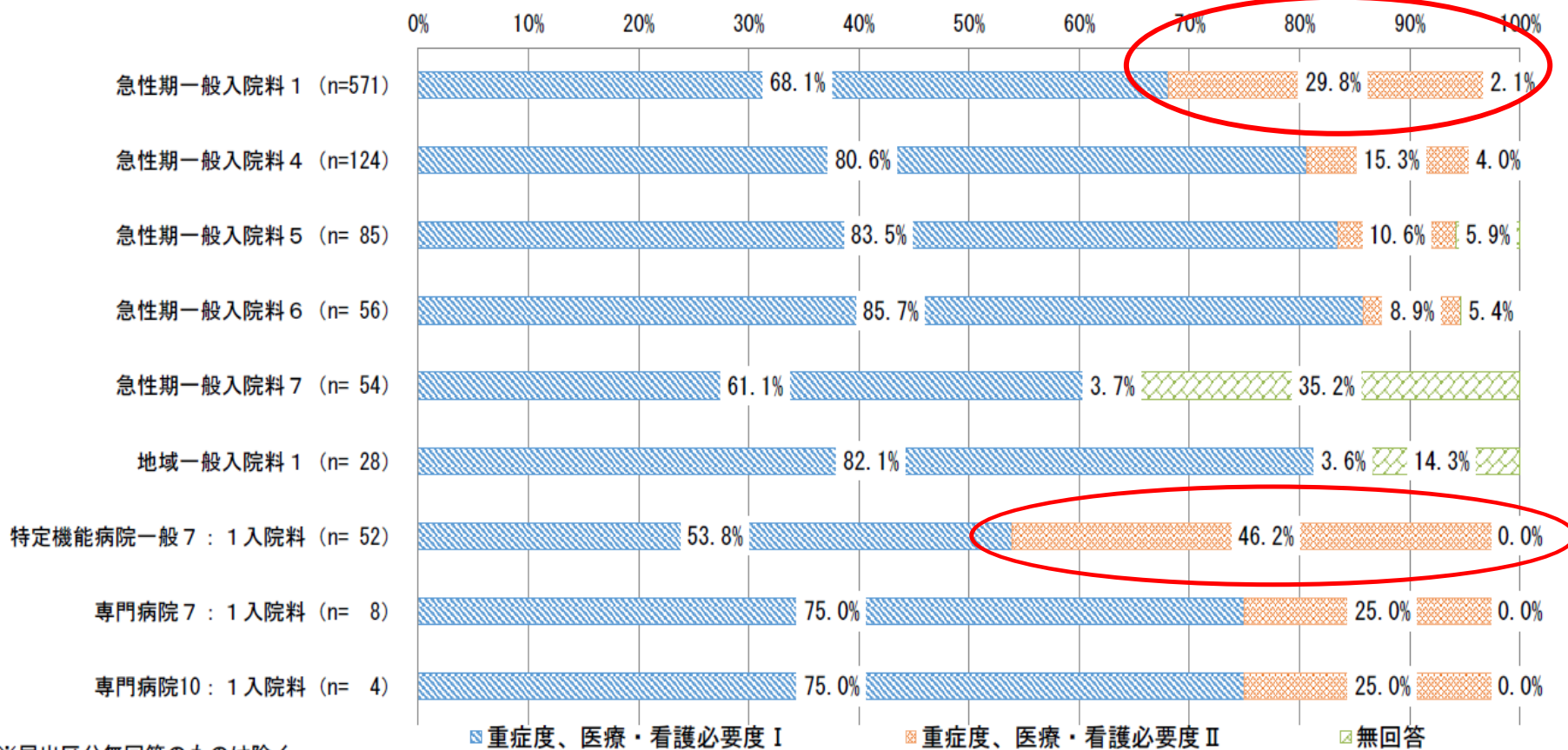


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○ 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

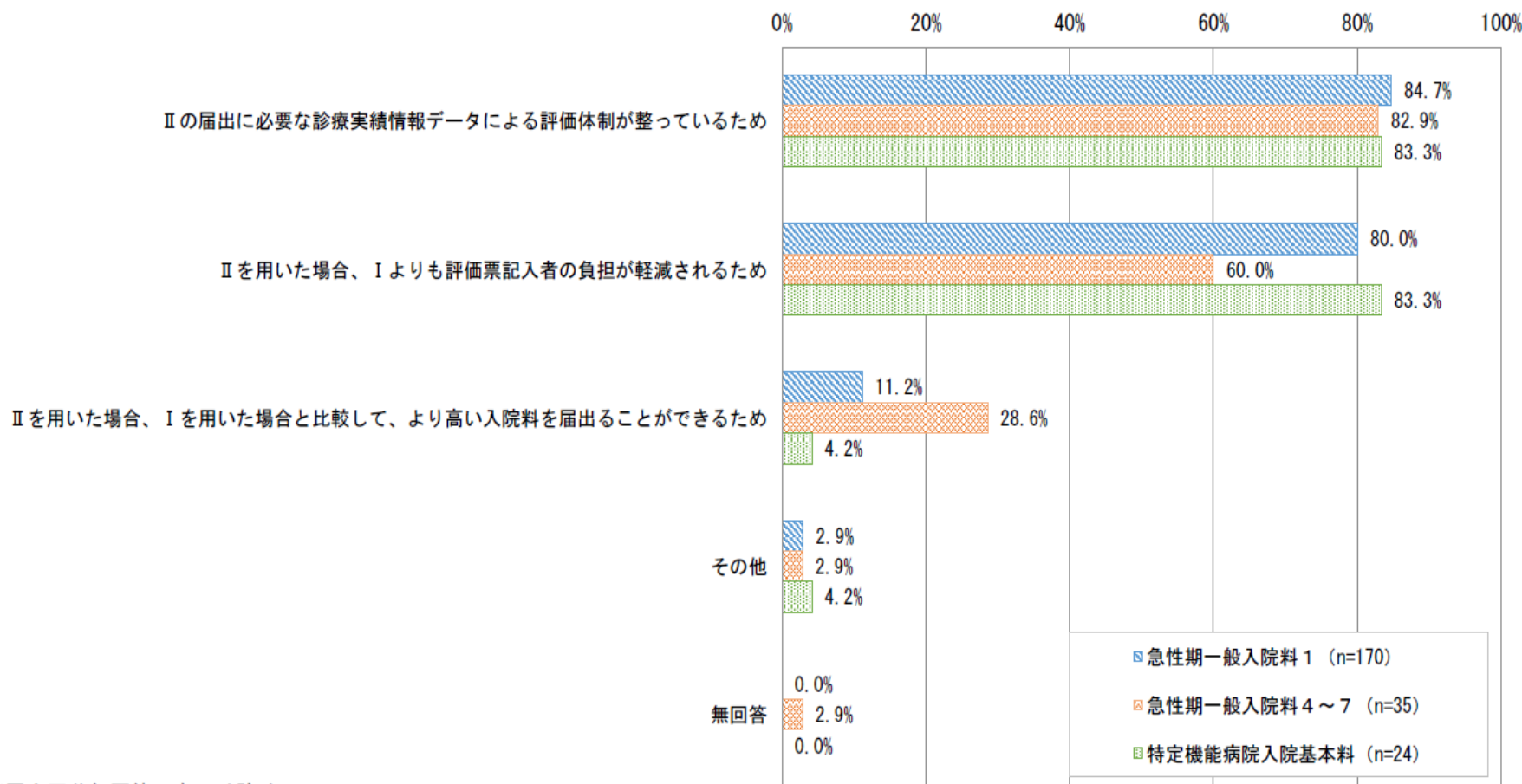


重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

- 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)

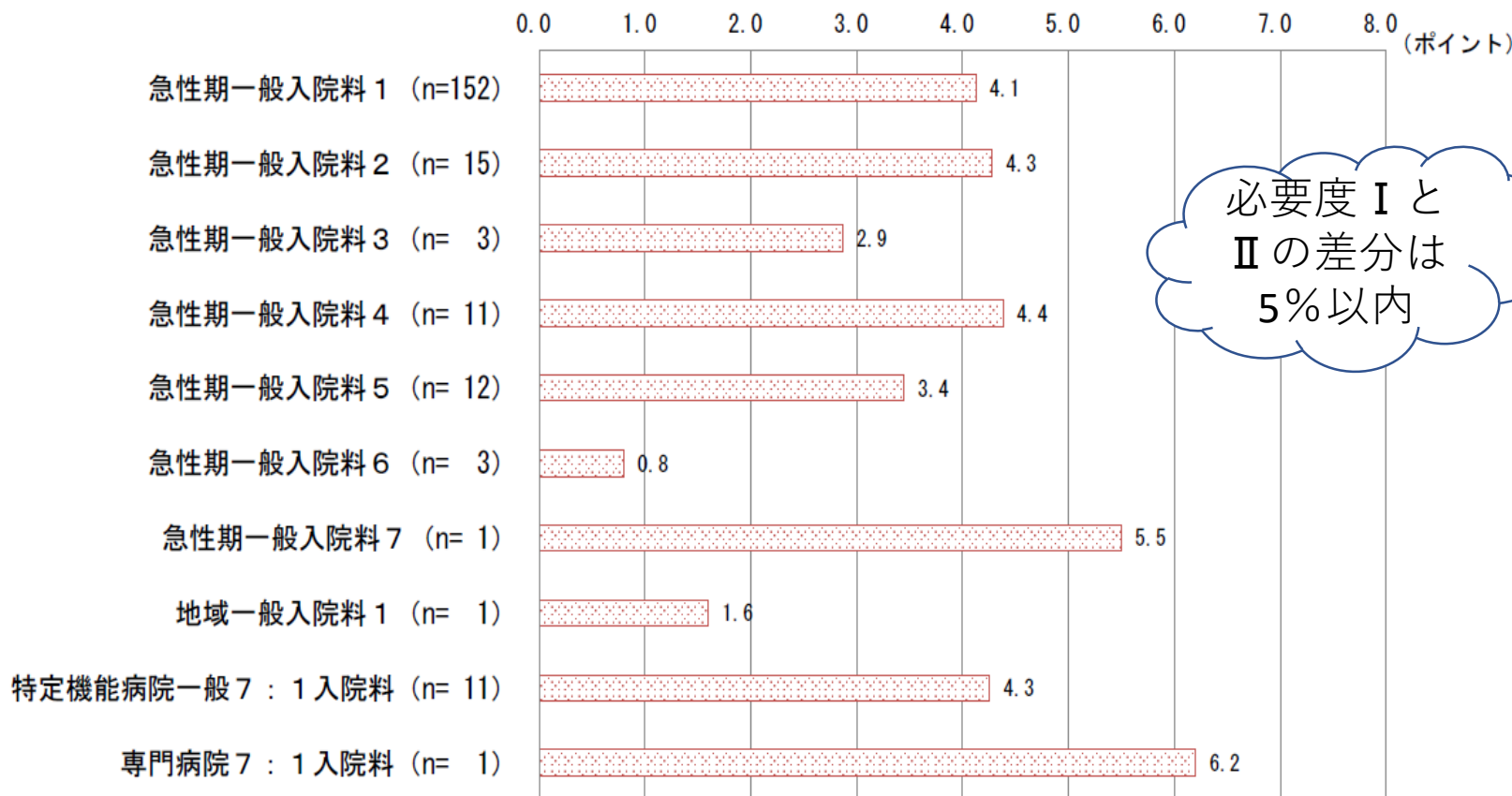


※届出区分無回答のものは除く

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、平成31年3月31日までの間、平成32年3月31日までの間、平成33年3月31日までの間、平成34年3月31日までの間、平成35年3月31日までの間、平成36年3月31日までの間、平成37年3月31日までの間、平成38年3月31日までの間、平成39年3月31日までの間、平成40年3月31日までの間、平成41年3月31日までの間、平成42年3月31日までの間、平成43年3月31日までの間、平成44年3月31日までの間、平成45年3月31日までの間、平成46年3月31日までの間、平成47年3月31日までの間、平成48年3月31日までの間、平成49年3月31日までの間、平成50年3月31日までの間、平成51年3月31日までの間、平成52年3月31日までの間、平成53年3月31日までの間、平成54年3月31日までの間、平成55年3月31日までの間、平成56年3月31日までの間、平成57年3月31日までの間、平成58年3月31日までの間、平成59年3月31日までの間、平成60年3月31日までの間、平成61年3月31日までの間、平成62年3月31日までの間、平成63年3月31日までの間、平成64年3月31日までの間、平成65年3月31日までの間、平成66年3月31日までの間、平成67年3月31日までの間、平成68年3月31日までの間、平成69年3月31日までの間、平成70年3月31日までの間、平成71年3月31日までの間、平成72年3月31日までの間、平成73年3月31日までの間、平成74年3月31日までの間、平成75年3月31日までの間、平成76年3月31日までの間、平成77年3月31日までの間、平成78年3月31日までの間、平成79年3月31日までの間、平成80年3月31日までの間、平成81年3月31日までの間、平成82年3月31日までの間、平成83年3月31日までの間、平成84年3月31日までの間、平成85年3月31日までの間、平成86年3月31日までの間、平成87年3月31日までの間、平成88年3月31日までの間、平成89年3月31日までの間、平成90年3月31日までの間、平成91年3月31日までの間、平成92年3月31日までの間、平成93年3月31日までの間、平成94年3月31日までの間、平成95年3月31日までの間、平成96年3月31日までの間、平成97年3月31日までの間、平成98年3月31日までの間、平成99年3月31日までの間、平成100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31年3月31日までの間、平成32年3月31日までの間、平成33年3月31日までの間、平成34年3月31日までの間、平成35年3月31日までの間、平成36年3月31日までの間、平成37年3月31日までの間、平成38年3月31日までの間、平成39年3月31日までの間、平成40年3月31日までの間、平成41年3月31日までの間、平成42年3月31日までの間、平成43年3月31日までの間、平成44年3月31日までの間、平成45年3月31日までの間、平成46年3月31日までの間、平成47年3月31日までの間、平成48年3月31日までの間、平成49年3月31日までの間、平成50年3月31日までの間、平成51年3月31日までの間、平成52年3月31日までの間、平成53年3月31日までの間、平成54年3月31日までの間、平成55年3月31日までの間、平成56年3月31日までの間、平成57年3月31日までの間、平成58年3月31日までの間、平成59年3月31日までの間、平成60年3月31日までの間、平成61年3月31日までの間、平成62年3月31日までの間、平成63年3月31日までの間、平成64年3月31日までの間、平成65年3月31日までの間、平成66年3月31日までの間、平成67年3月31日までの間、平成68年3月31日までの間、平成69年3月31日までの間、平成70年3月31日までの間、平成71年3月31日までの間、平成72年3月31日までの間、平成73年3月31日までの間、平成74年3月31日までの間、平成75年3月31日までの間、平成76年3月31日までの間、平成77年3月31日までの間、平成78年3月31日までの間、平成79年3月31日までの間、平成80年3月31日までの間、平成81年3月31日までの間、平成82年3月31日までの間、平成83年3月31日までの間、平成84年3月31日までの間、平成85年3月31日までの間、平成86年3月31日までの間、平成87年3月31日までの間、平成88年3月31日までの間、平成89年3月31日までの間、平成90年3月31日までの間、平成91年3月31日までの間、平成92年3月31日までの間、平成93年3月31日までの間、平成94年3月31日までの間、平成95年3月31日までの間、平成96年3月31日までの間、平成97年3月31日までの間、平成98年3月31日までの間、平成99年3月31日までの間、平成100年3月31日までの間

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3月31日までの間、平成31年3月31日までの間、平成32年3月31日までの間、平成33年3月31日までの間、平成34年3月31日までの間、平成35年3月31日までの間、平成36年3月31日までの間、平成37年3月31日までの間、平成38年3月31日までの間、平成39年3月31日までの間、平成40年3月31日までの間、平成41年3月31日までの間、平成42年3月31日までの間、平成43年3月31日までの間、平成44年3月31日までの間、平成45年3月31日までの間、平成46年3月31日までの間、平成47年3月31日までの間、平成48年3月31日までの間、平成49年3月31日までの間、平成50年3月31日までの間、平成51年3月31日までの間、平成52年3月31日までの間、平成53年3月31日までの間、平成54年3月31日までの間、平成55年3月31日までの間、平成56年3月31日までの間、平成57年3月31日までの間、平成58年3月31日までの間、平成59年3月31日までの間、平成60年3月31日までの間、平成61年3月31日までの間、平成62年3月31日までの間、平成63年3月31日までの間、平成64年3月31日までの間、平成65年3月31日までの間、平成66年3月31日までの間、平成67年3月31日までの間、平成68年3月31日までの間、平成69年3月31日までの間、平成70年3月31日までの間、平成71年3月31日までの間、平成72年3月31日までの間、平成73年3月31日までの間、平成74年3月31日までの間、平成75年3月31日までの間、平成76年3月31日までの間、平成77年3月31日までの間、平成78年3月31日までの間、平成79年3月31日までの間、平成80年3月31日までの間、平成81年3月31日までの間、平成82年3月31日までの間、平成83年3月31日までの間、平成84年3月31日までの間、平成85年3月31日までの間、平成86年3月31日までの間、平成87年3月31日までの間、平成88年3月31日までの間、平成89年3月31日までの間、平成90年3月31日までの間、平成91年3月31日までの間、平成92年3月31日までの間、平成93年3月31日までの間、平成94年3月31日までの間、平成95年3月31日までの間、平成96年3月31日までの間、平成97年3月31日までの間、平成98年3月31日までの間、平成99年3月31日までの間、平成100年3月31日までの間

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%
シリンジポンプ管理	2 0.6%	42 1.5%	8 1.2%	7 0.2%	21 3.1%
輸血や血液製剤管理	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%
ドレージ管理	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（両葉）	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
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	12	76040
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（亜全摘）	497	75070
K476	乳腺悪性腫瘍手術（骨移動を伴う）	77	72900
K476	乳腺悪性腫瘍手術（骨移動を伴う）	47	54210
K476	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））	90	52820
K514-3	移植用肺採取術（死体）（両側）	33	63200
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K697-6	移植用肝採取術（死体）	27	86700
K709-4	移植用脾臓採取術（死体）	22	84080
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）	31	70140
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）	408	52800
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	989	89380
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	57	87380
K850	女子外生殖器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））	59	63200

C項目も増えるだろう

2020年改訂大予測

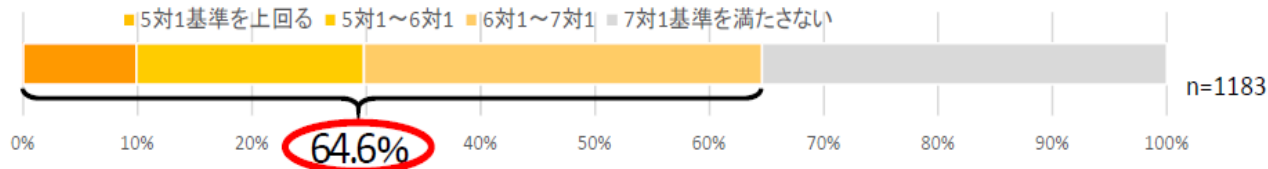
- ○7対1は消える？
- ○重症度、医療・看護必要度Ⅱに統一？
- ○B項目、C項目の見直し
- ○基本部分はいずれ看護師数のみの評価から多職種評価になる？
- ○地域医療構想との関係で急性期機能の選別が始まるだろう

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

- 多くの重症入院患者に対応するために、急性期一般入院料1を算定している病院のうち、基準を上回って看護職員を多く配置し高度急性期入院医療を提供している病棟(5対1や6対1など)に対する加算の新設を要望する。
ただし、これを算定する場合には、他の病棟の看護体制に支障が出ないよう、加算を算定しない病棟でも7対1の基準以上の人数配置が担保されるような配慮を要望する。

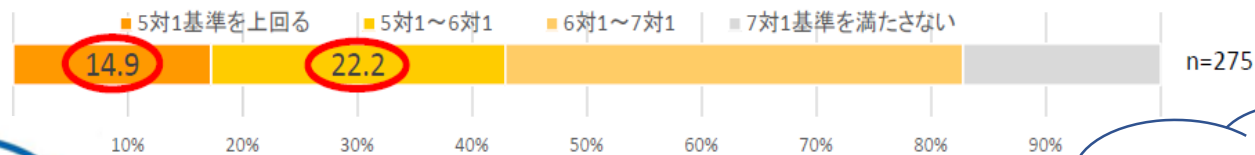
- 在院日数の短縮や医療技術の進歩、患者像の重症化等の影響により、高度急性期入院医療を提供する病院においてはICUやHCUだけでなく、一般病棟でも短期間で集中的な治療や看護を必要とする患者が多く入院している。
- 現在、急性期の入院医療を評価する入院基本料としては急性期一般入院料1があるが、そこで定められている人員配置基準(7対1)では、上記のような集中的な治療や看護を必要とする患者への対応のためには不足である。現場の看護管理者からは、病院の自助努力により、こうした病棟では基準を大きく上回って看護職を配置しているという声が寄せられている。
- 急性期病院の中でも超急性期の機能を担う病棟が明確化され、そこで手厚い看護が提供されることで患者の安全がより確保される。
- 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟のうち6割以上が、7対1基準を上回って看護職員を配置している。

図1 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟の看護職員配置状況



- 特に重症者が多い病棟(重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者割合が40%以上の病棟)では、すでに約4割が6対1や5対1を満たす看護職員配置を行っている。

図2 重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者割合が40%以上の病棟における看護職員配置状況



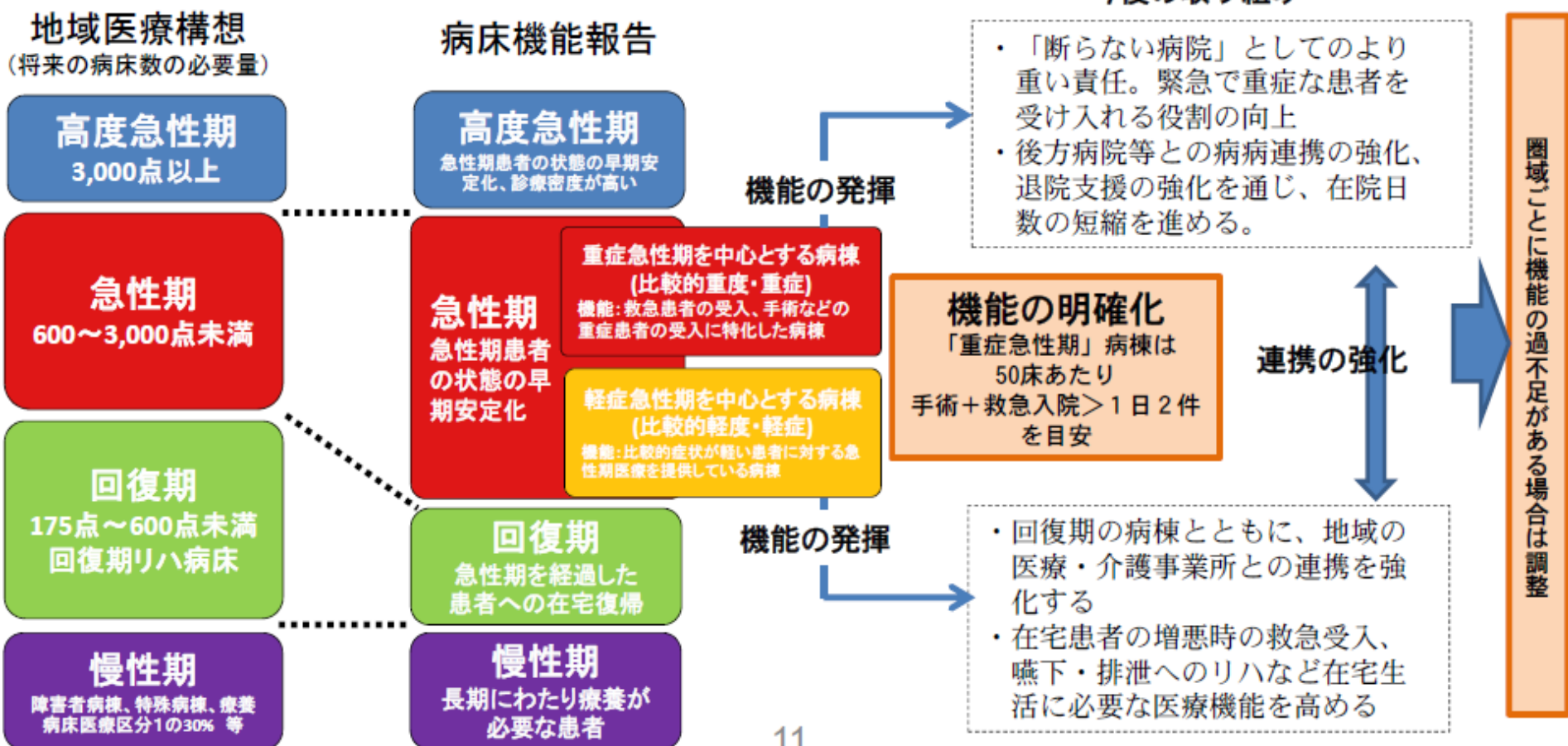
出典: 日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース(DINQL)事業
2018年10月データ(特定集中治療室管理料を算定している病院において、急性期一般入院料1(7対1)また



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？

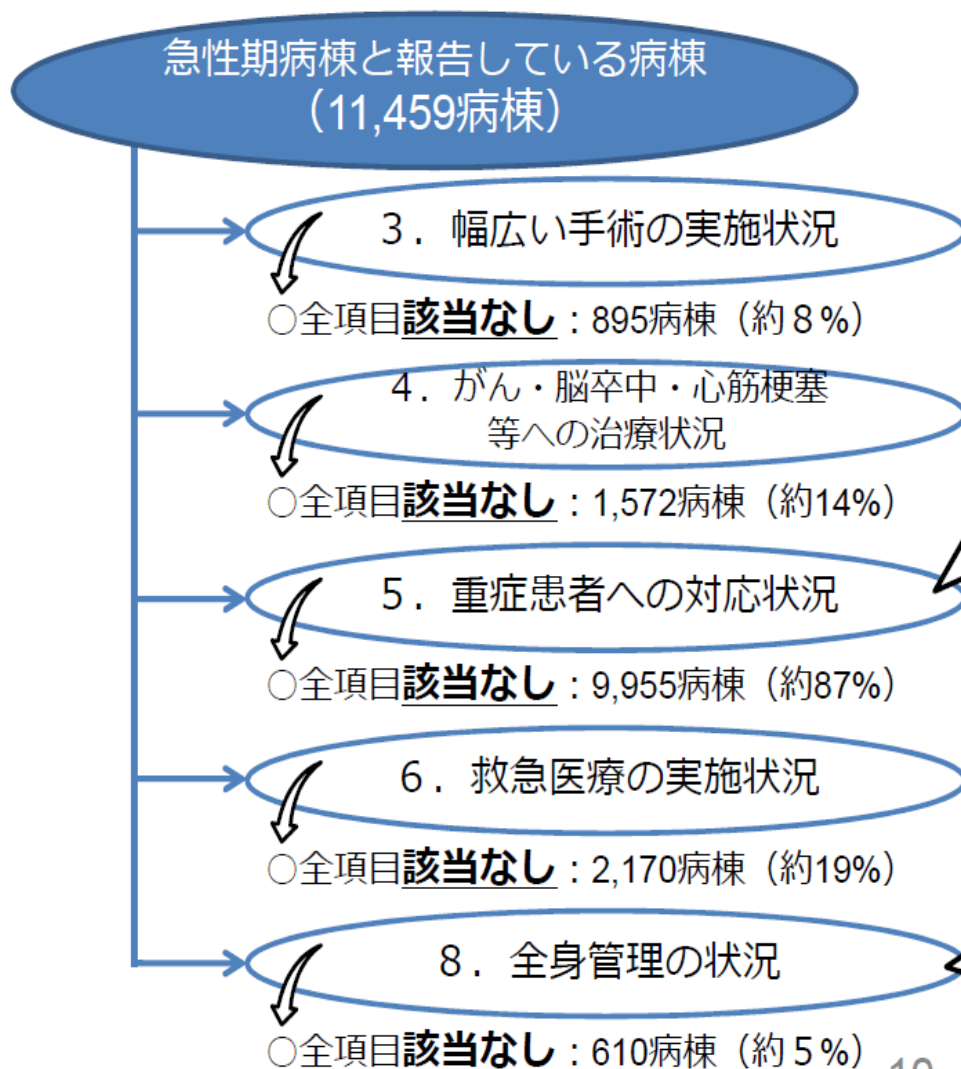
急性期の報告の「奈良方式」

- 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

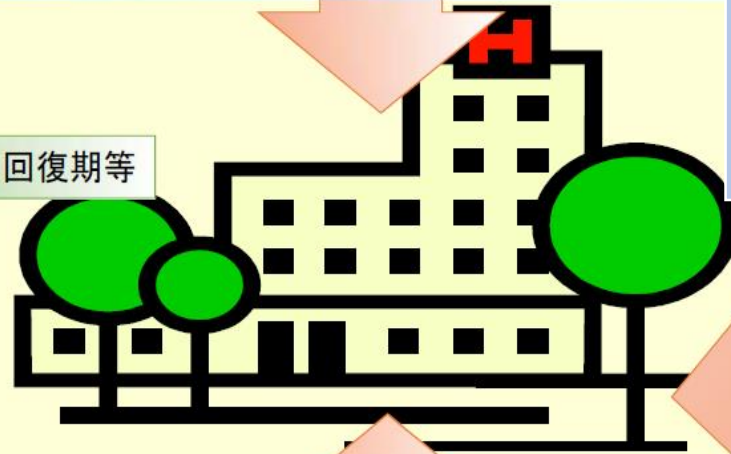
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

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

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等



介護施設等

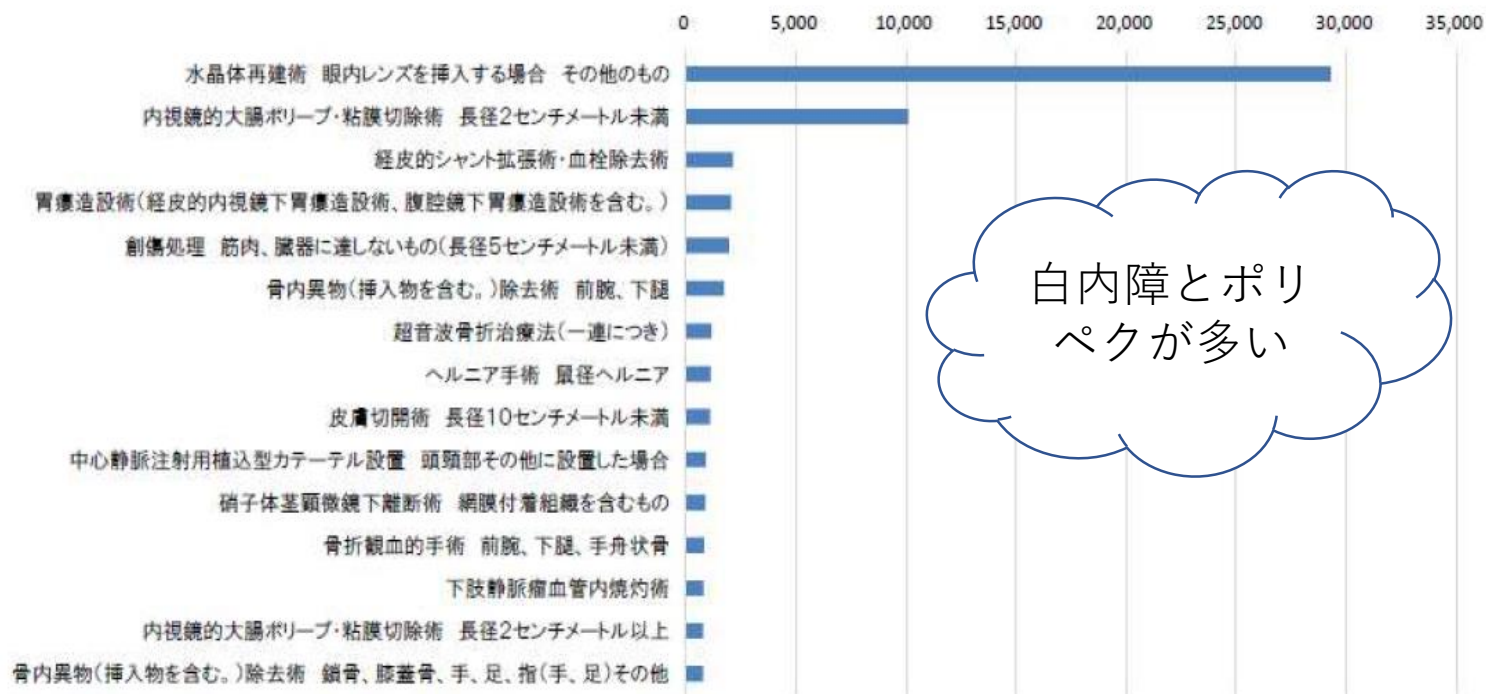


自宅・在宅医療

地域包括ケア病棟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%

入棟元・退棟先の割合（許可病床数別）

- 許可病床数別に入棟元の割合をみると、許可病床数が大きいほど「自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。
- 退棟先については、いずれの病床規模でも「自宅」が多く、約6～7割を占めた。

入棟元 (n=1,709)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	7.8%	4.0%	11.0%
	自宅(在宅医療の提供なし)	26.9%	19.2%	16.9%
	介護老人保健施設	1.9%	1.3%	0.7%
	介護医療院	0.4%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.3%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.3%	4.3%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.8%	1.5%	0.0%
	その他の居住系介護施設	2.1%	1.2%	0.0%
	障害者支援施設	0.6%	0.1%	0.0%
他院	他院の一般病床	16.9%	5.6%	4.4%
	他院の一般病床以外	1.7%	2.2%	0.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	30.7%	57.0%	64.7%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.9%	0.1%	2.2%
	自院の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を届出ている病床	1.0%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	0.2%	0.0%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	3.2%	0.0%
	有床診療所	0.0%	0.0%	0.0%
その他	0.1%	0.0%	0.0%	
不明	0.2%	0.3%	0.0%	

退棟先 (n=499)		許可病床		
		200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅(在宅医療の提供あり)	11.9%	7.2%	20.5%
	自宅(在宅医療の提供なし)	47.1%	51.6%	53.8%
	介護老人保健施設	6.2%	2.4%	7.7%
	介護医療院	0.5%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.4%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.8%	3.2%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.8%	5.2%	0.0%
	その他の居住系介護施設	3.3%	2.0%	2.6%
	障害者支援施設	0.5%	0.4%	0.0%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.3%	2.0%	0.0%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%	0.0%	0.0%
	他院の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を届出ている病床	1.0%	4.0%	5.1%
	他院の療養病床(上記以外)	1.9%	4.8%	2.6%
	他院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	他院のその他の病床	0.0%	0.0%	2.6%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.9%	1.2%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.5%	0.0%	0.0%
	自院の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を届出ている病床	0.5%	2.4%	0.0%
	自院の療養病床(上記以外)	1.4%	1.2%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	0.0%	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	0.0%	0.0%
有床診療所(上記以外)	1.4%	0.4%	0.0%	
死亡退院	5.2%	2.4%	5.1%	
その他	0.0%	0.0%	0.0%	
無回答	3.3%	9.2%	0.0%	

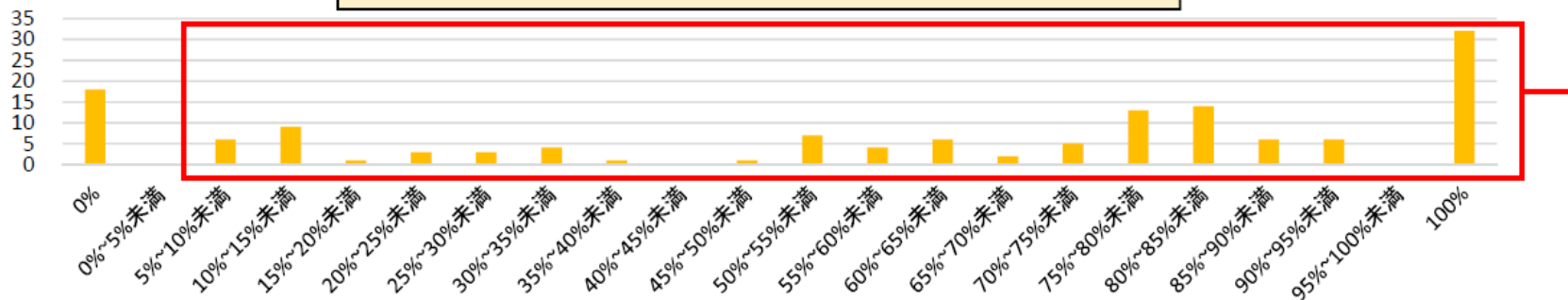


入棟前の場所が一般病床の患者の占める割合

- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が、入院患者に占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。
- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。

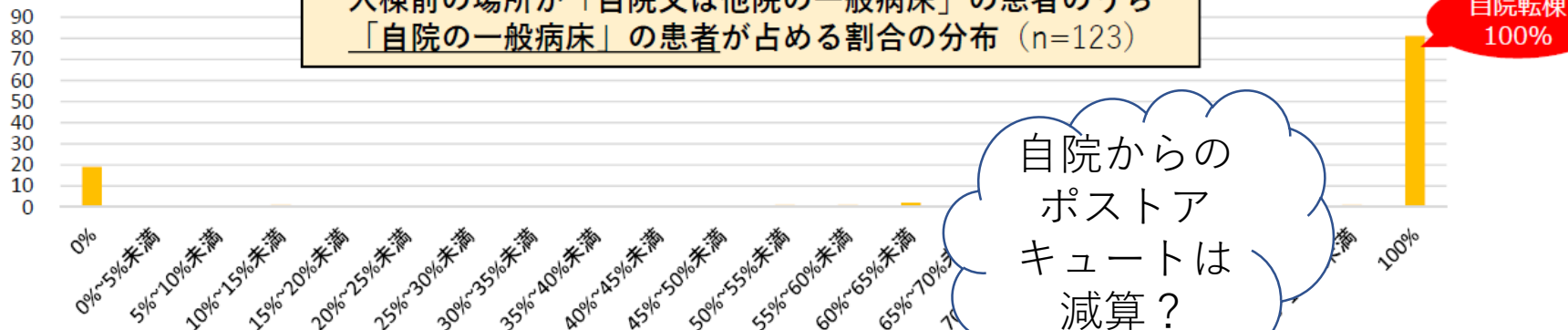
(施設数)

入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が入院患者に占める割合の分布 (n=141)



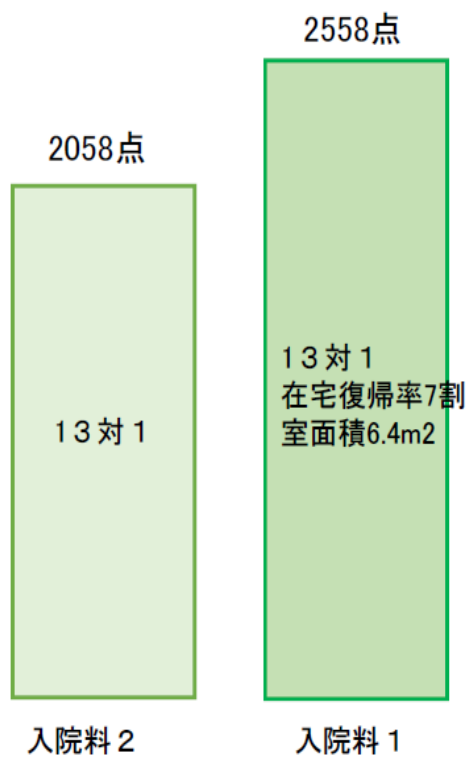
(施設数)

入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布 (n=123)



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

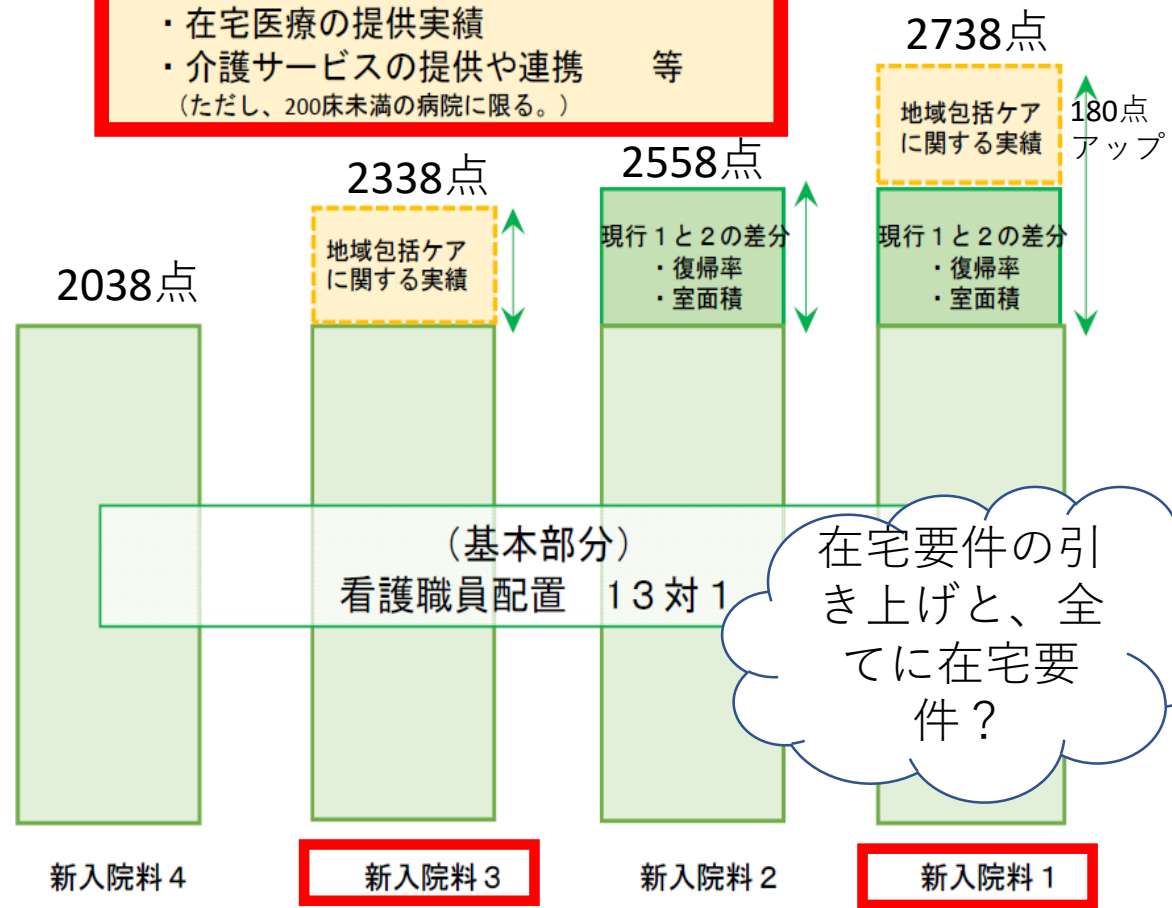
【現行】



【平成30年度改定の見直し（案）】

- 【地域包括ケアに関する実績部分】
- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

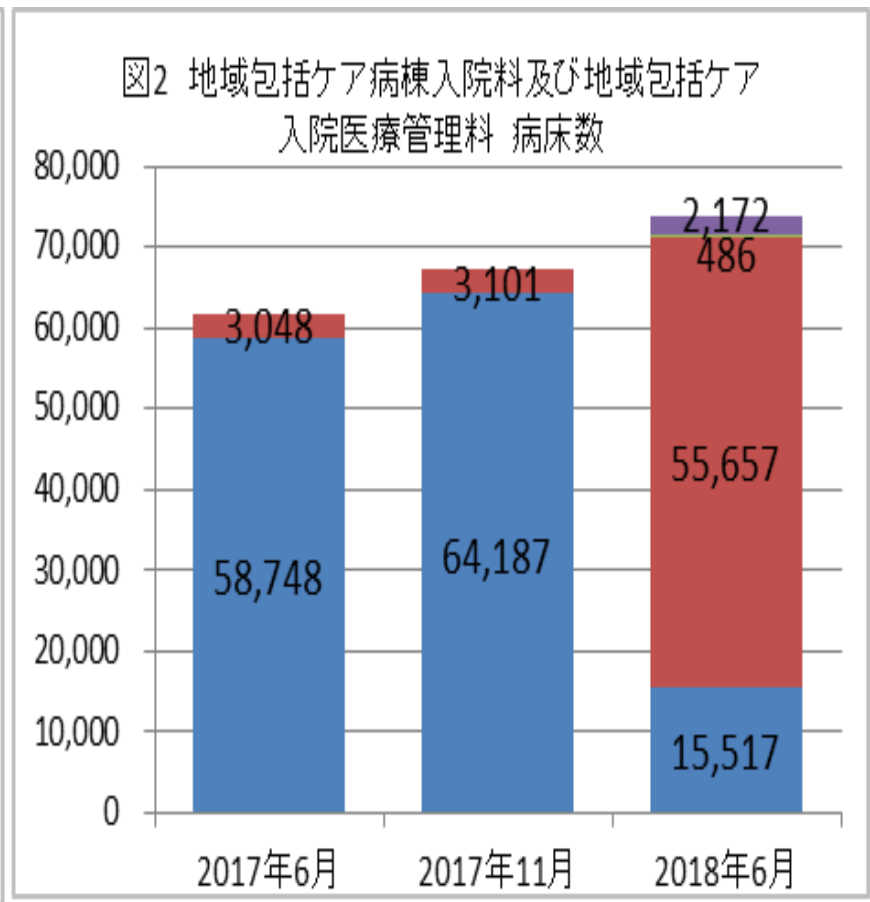
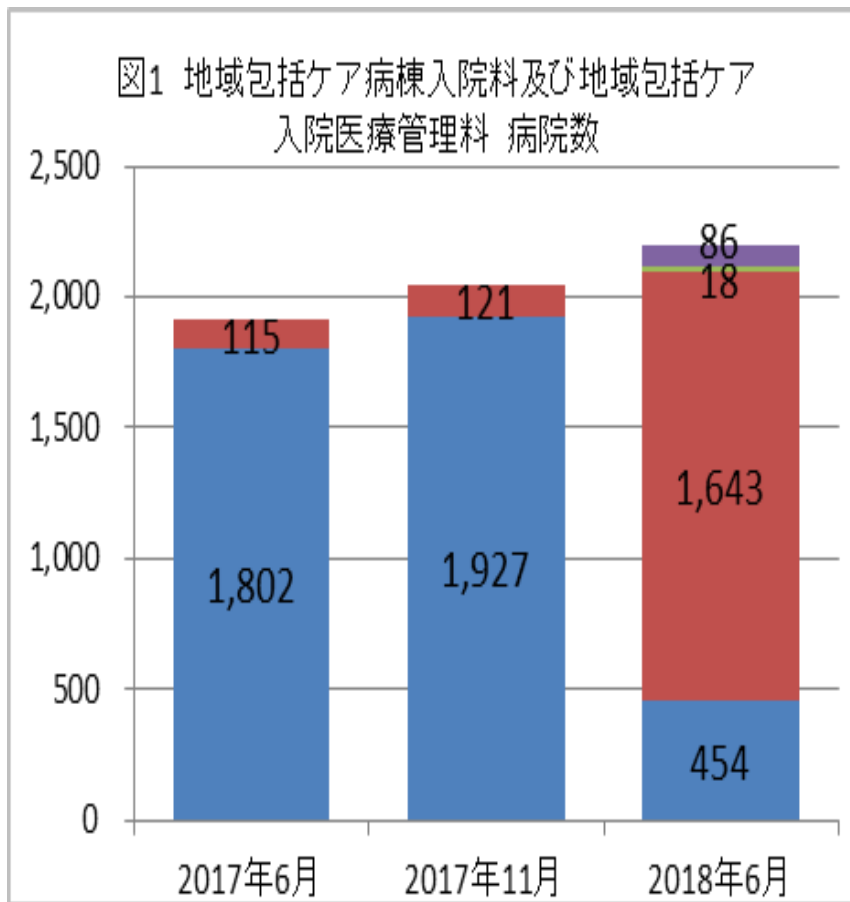
- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

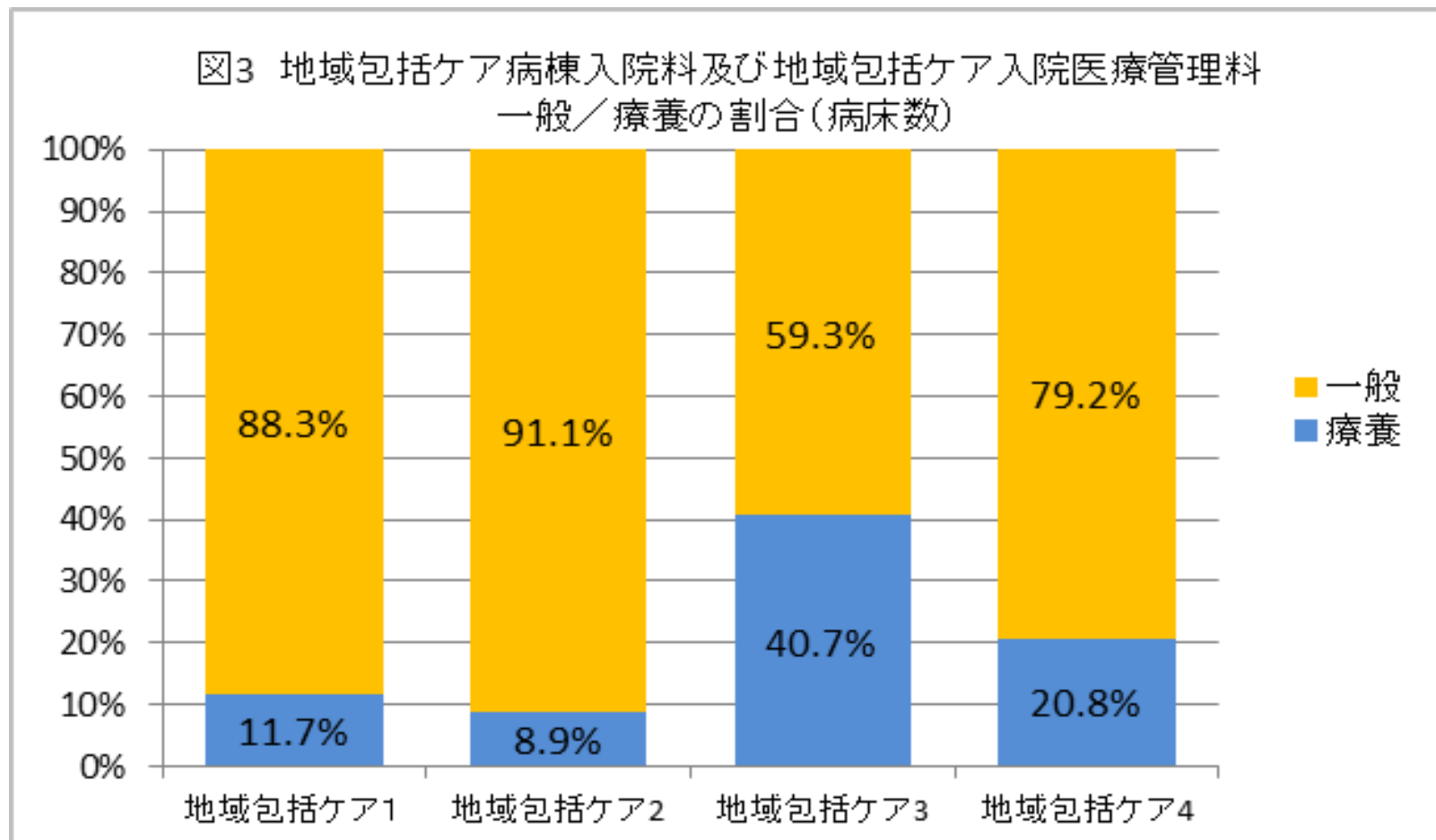
地域包括ケア病棟 2191病院、73,832床（2018年6月）



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

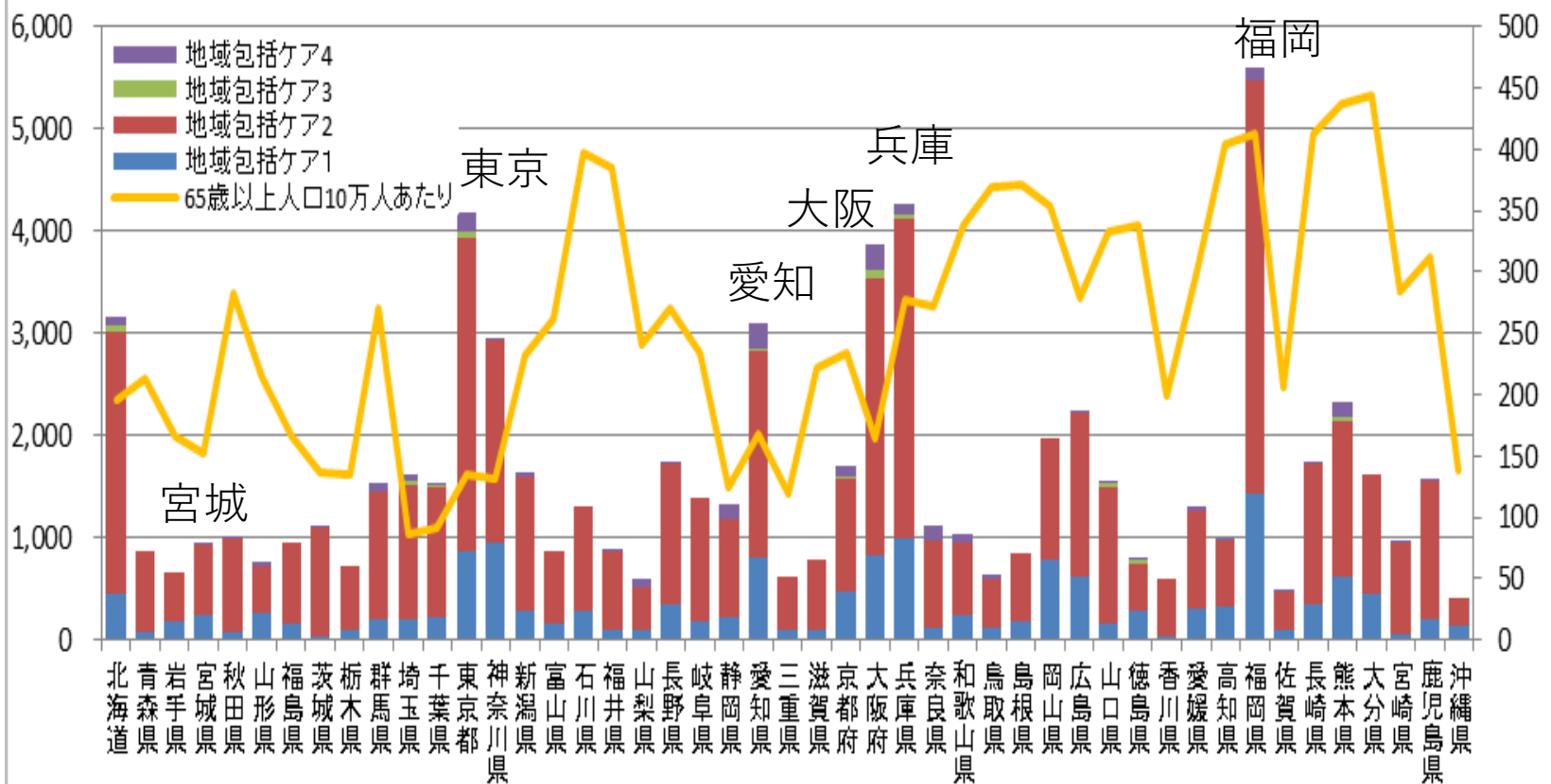
地域包括ケア病棟

一般病床からの転換9割、療養からの転嫁1割



都道府県別地域包括ケア病棟

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



地域包括ケア病棟ウェブセミナー (2019年1月21日)

Live Symposium
病院経営

療養病床から60床の
地ケア病棟への転換で、
入院単価
680点アップ

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

BRIDGE
Bright Days Together

演者
医療法人十善会 野瀬病院 病院長
野瀬 範久 先生

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

座長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤 正樹 先生

野瀬病院 (神戸)
(90床)
野瀬範久院長

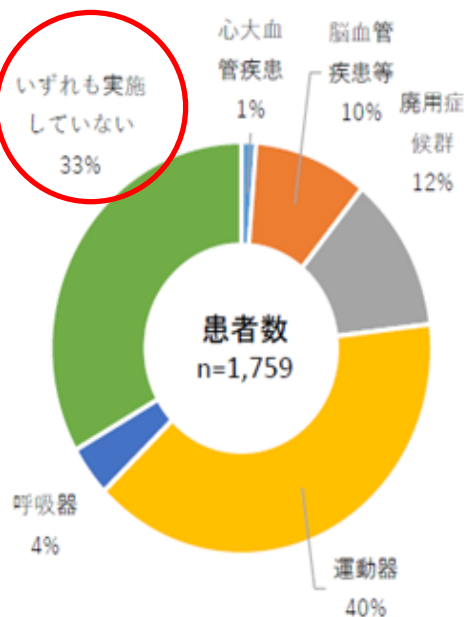
JCHO東京高輪病院
(239床)
木村健二郎院長

国際医療福祉大学
武藤正樹

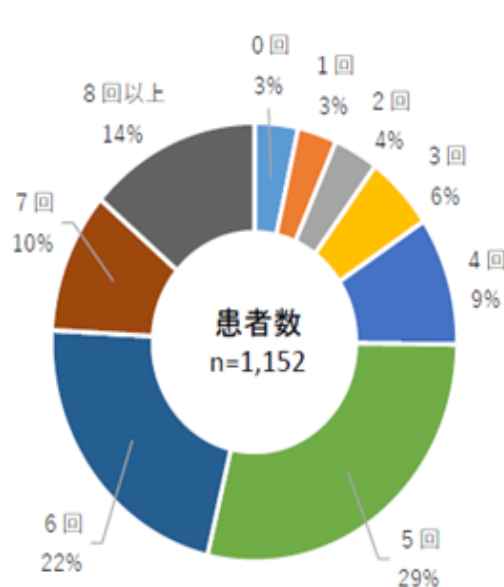
リハビリテーションの実施状況

- 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。

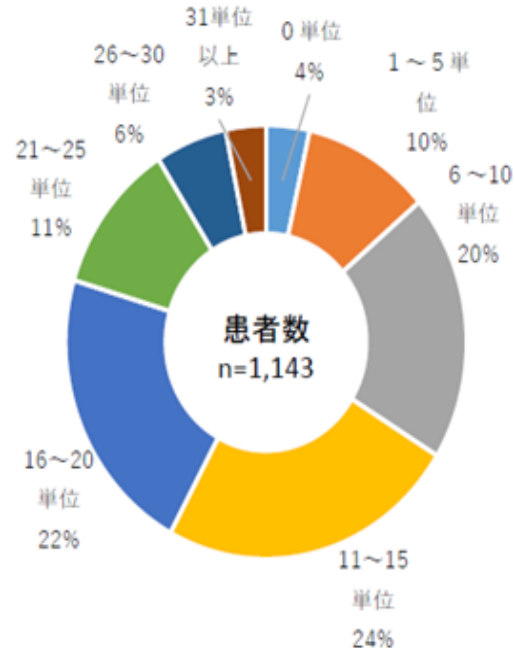
実施している
疾患別リハビリテーション



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
 - 在宅医療等の提供要件は2項目から3項目以上へ拡大か？

200床以下の病院に併設した訪問診療・看護を普及促進

ポイント③ どうなる回復期リハ病棟

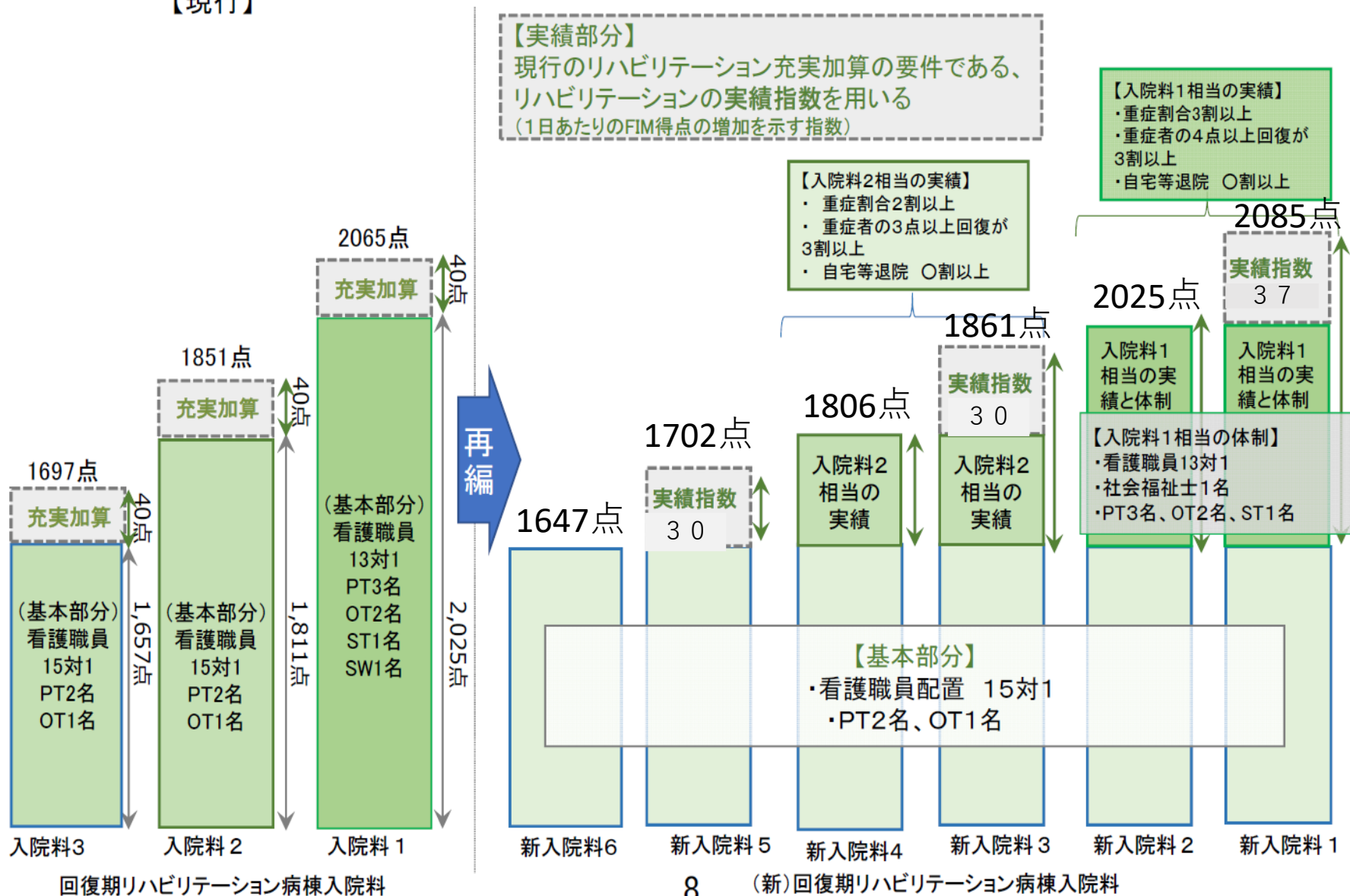


2017年10月25日 中医協

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）

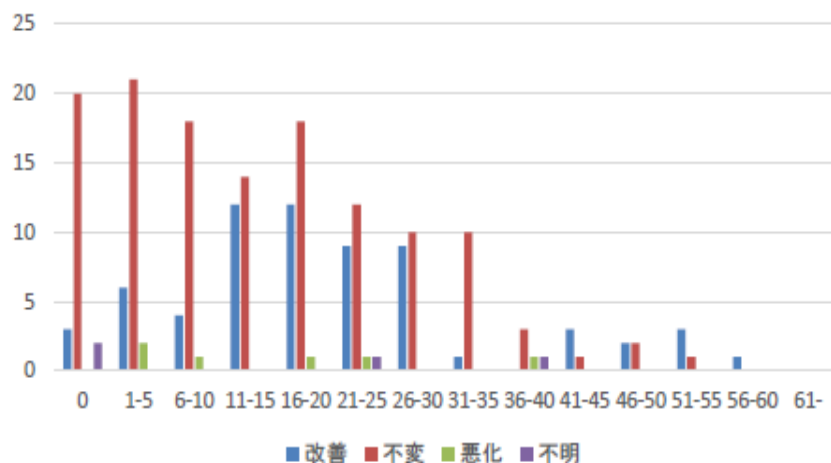
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

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																	

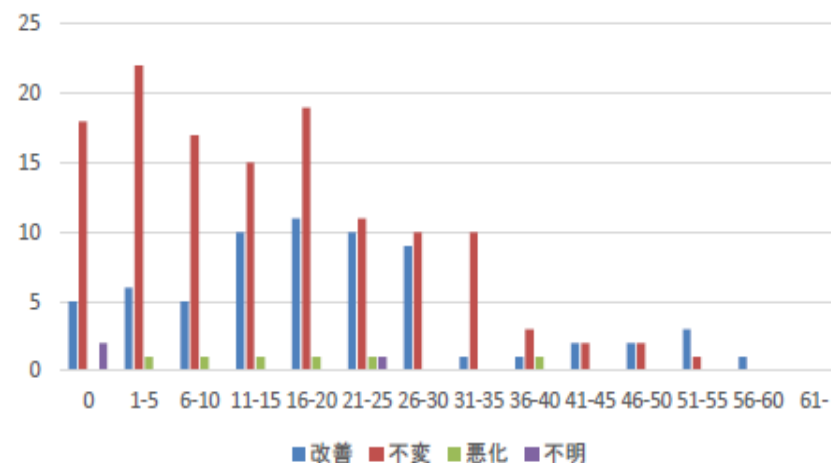
ADLスコア項目別のFIM得点の変化⑤

○ 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



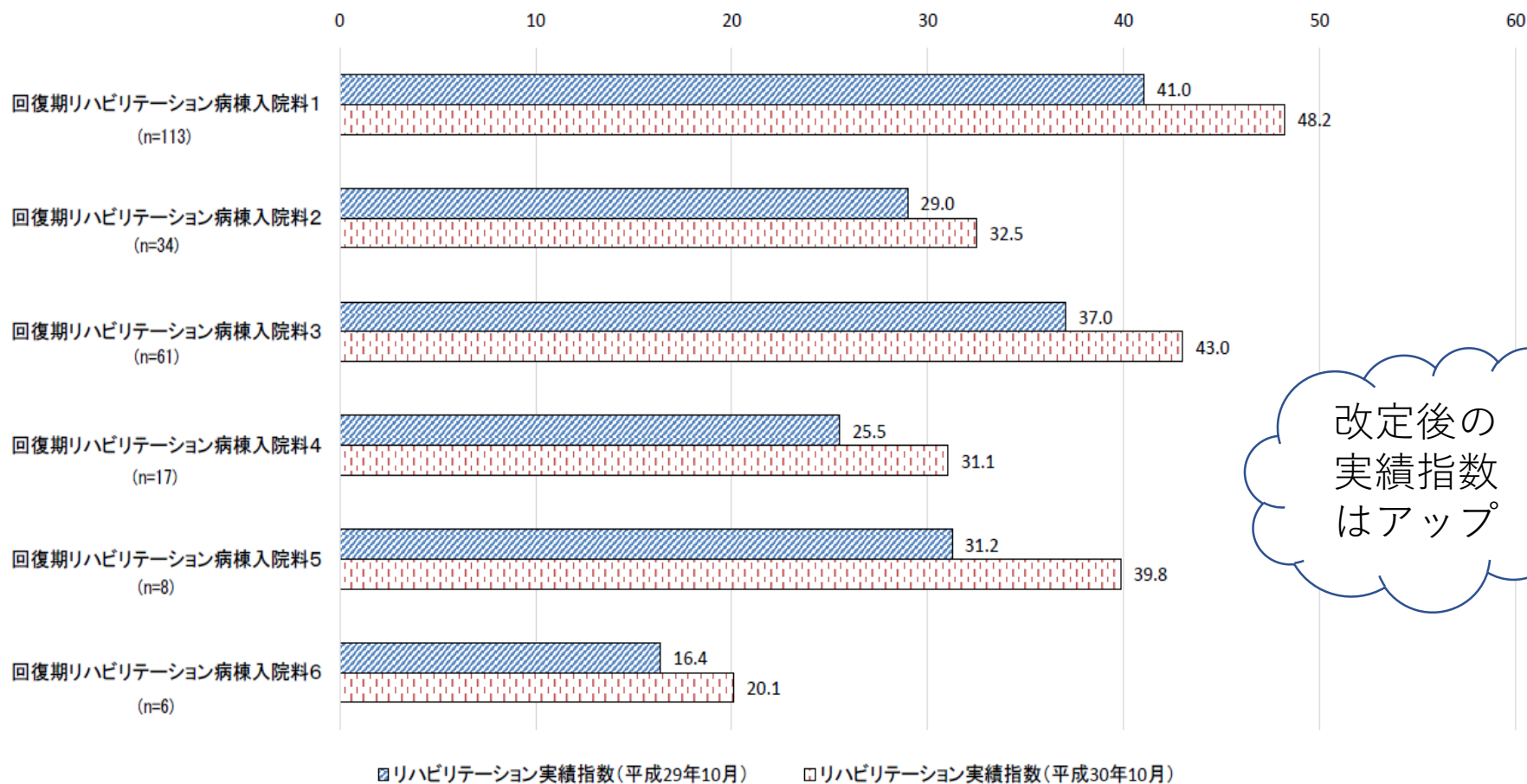
	改善 (n=64)	不変 (n=128)	悪化 (n=6)
平均値	21.5	14.6	15.8
中央値	19.5	13.0	13.0

	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

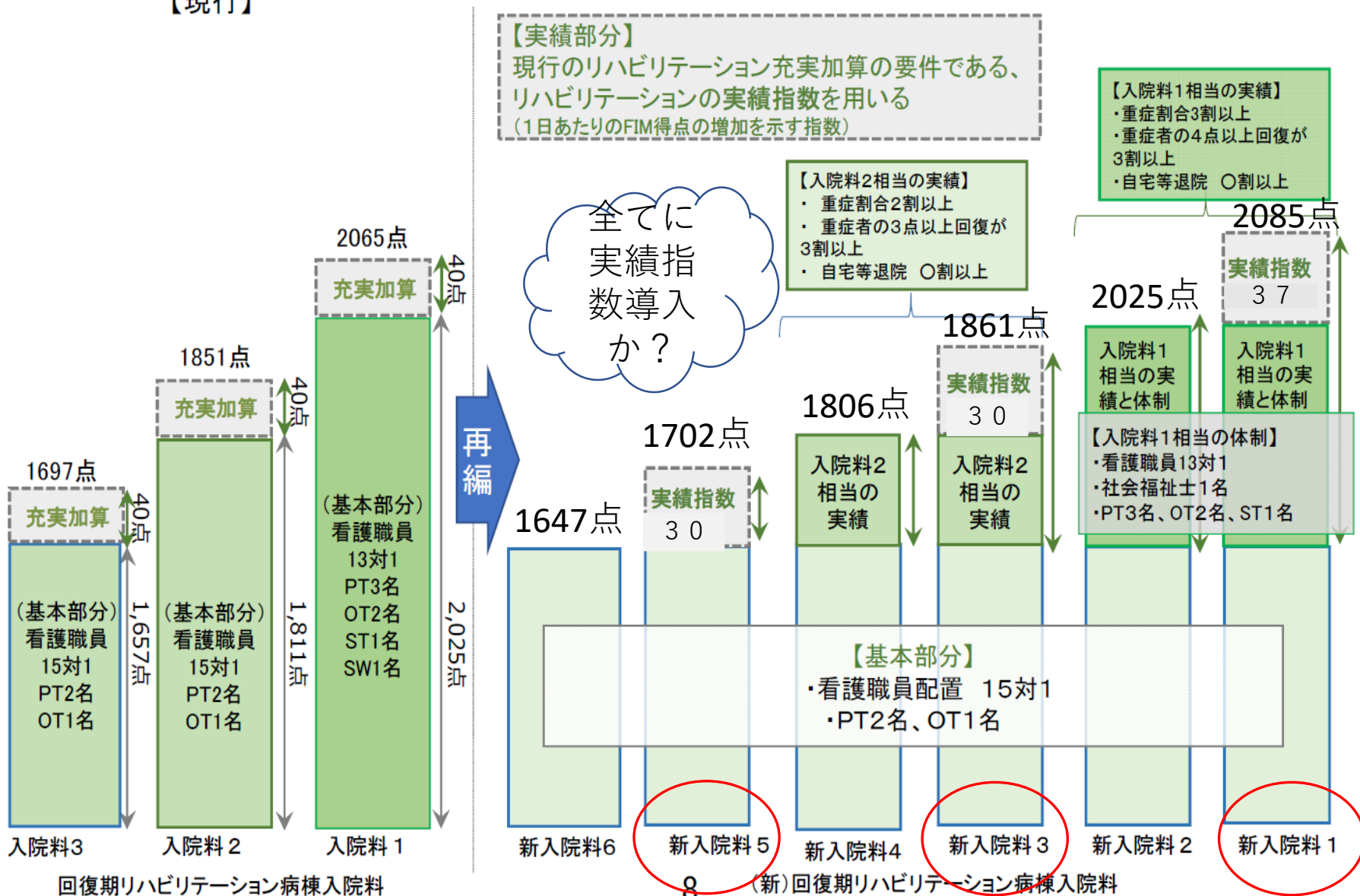


改定後の
実績指数
はアップ

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)】

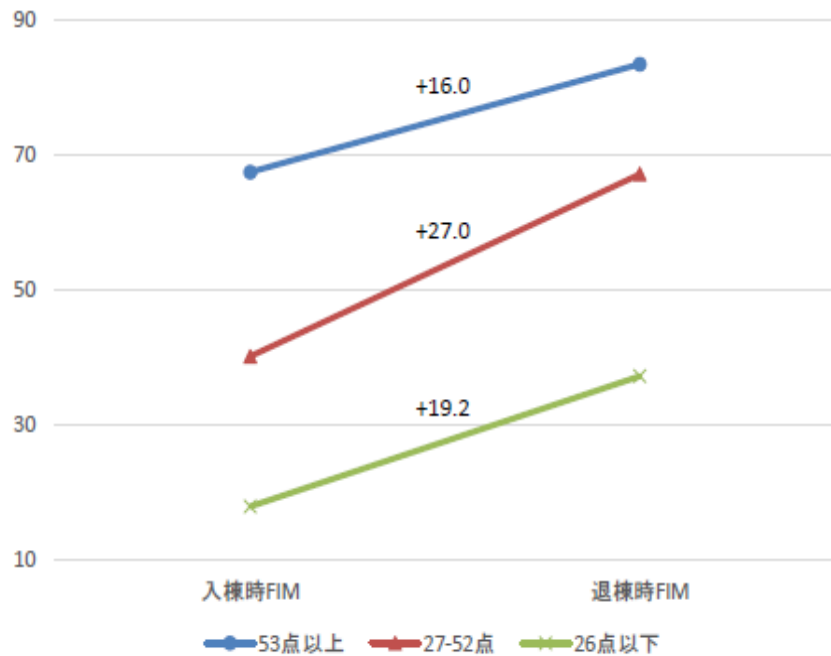


入棟時FIMごとのFIM得点の変化

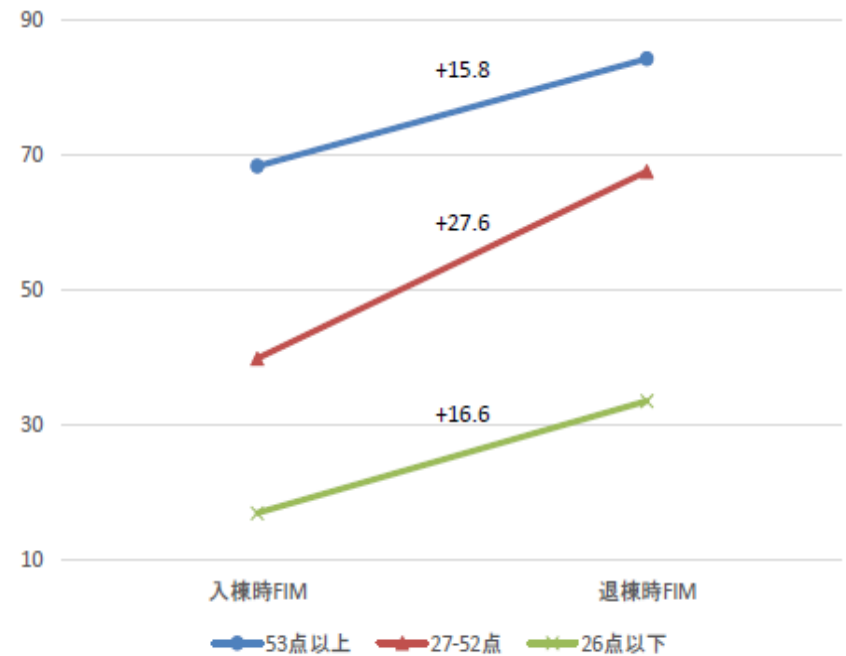
○ 入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化について、入棟時のFIMが27点以上52点以下の群において、FIM得点の変化が大きかった。

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。

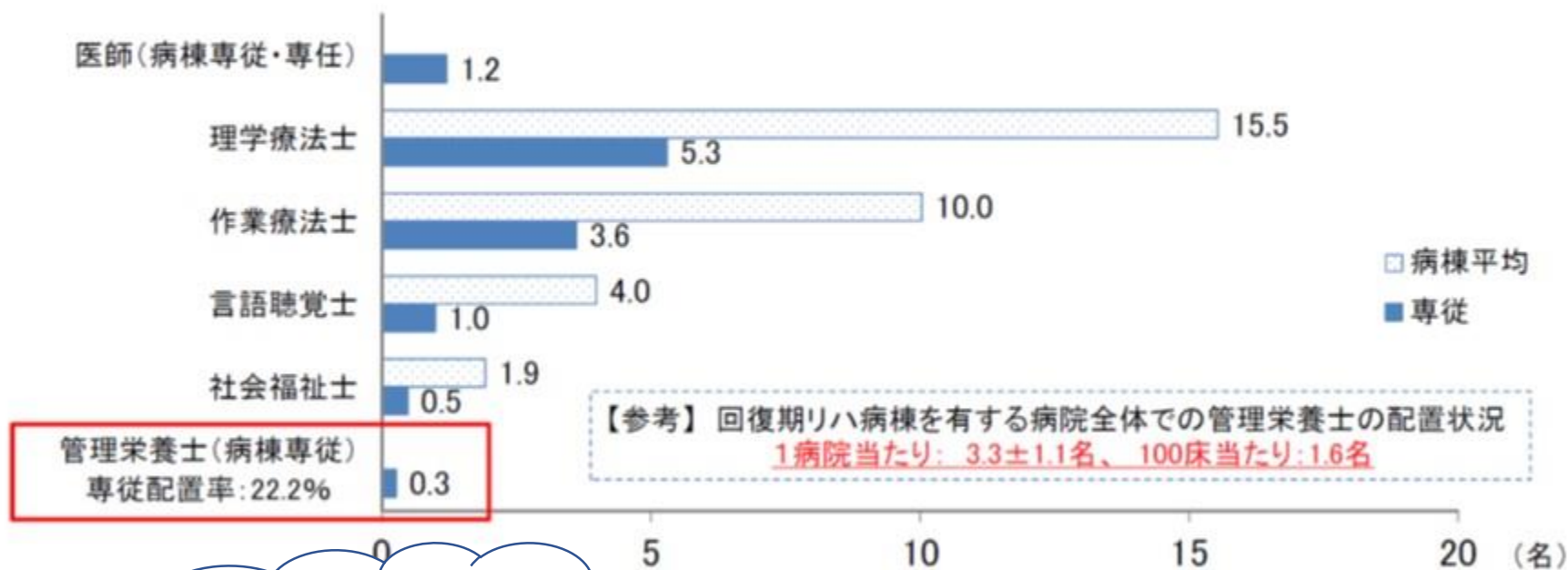
入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



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？
あるいはアップFIM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。

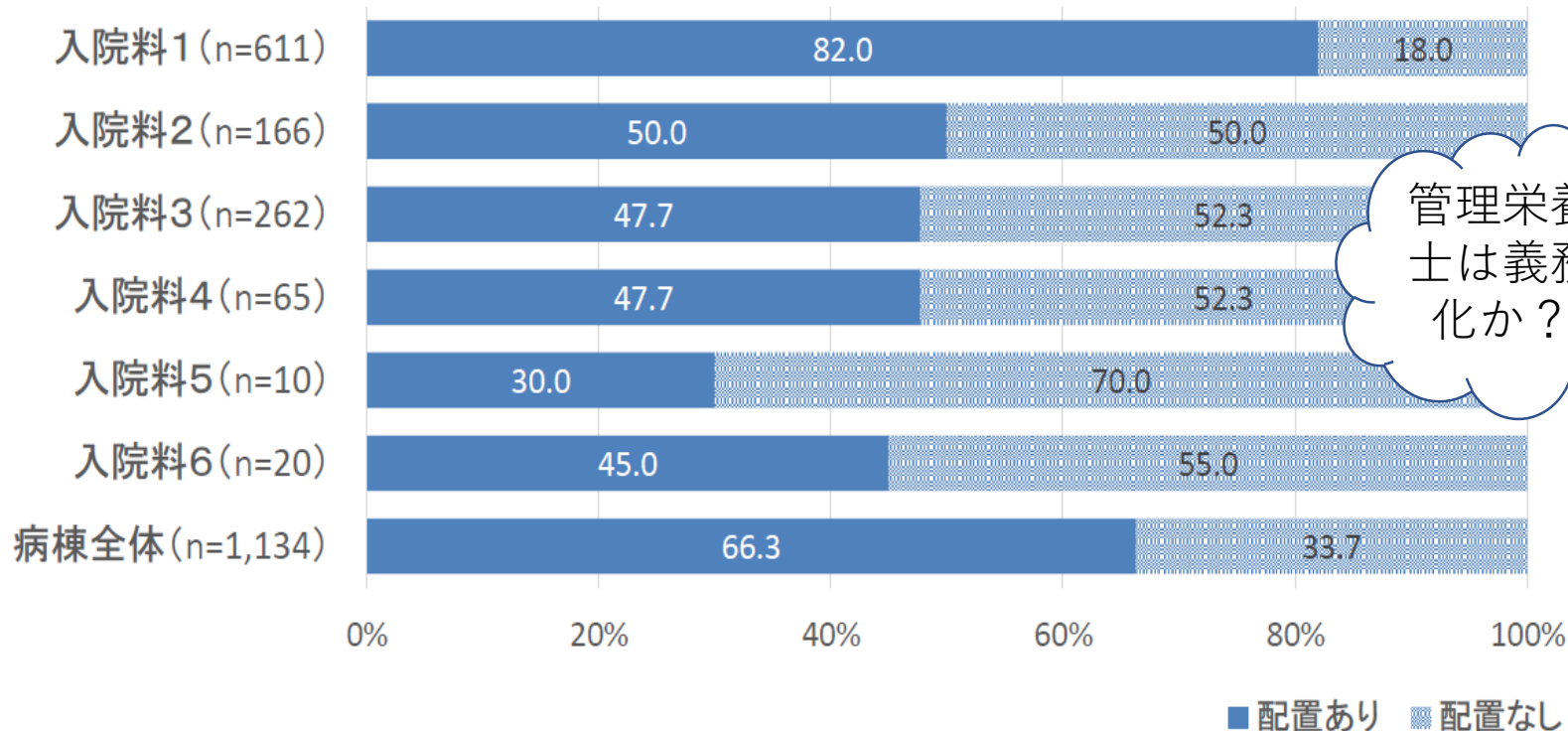


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

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

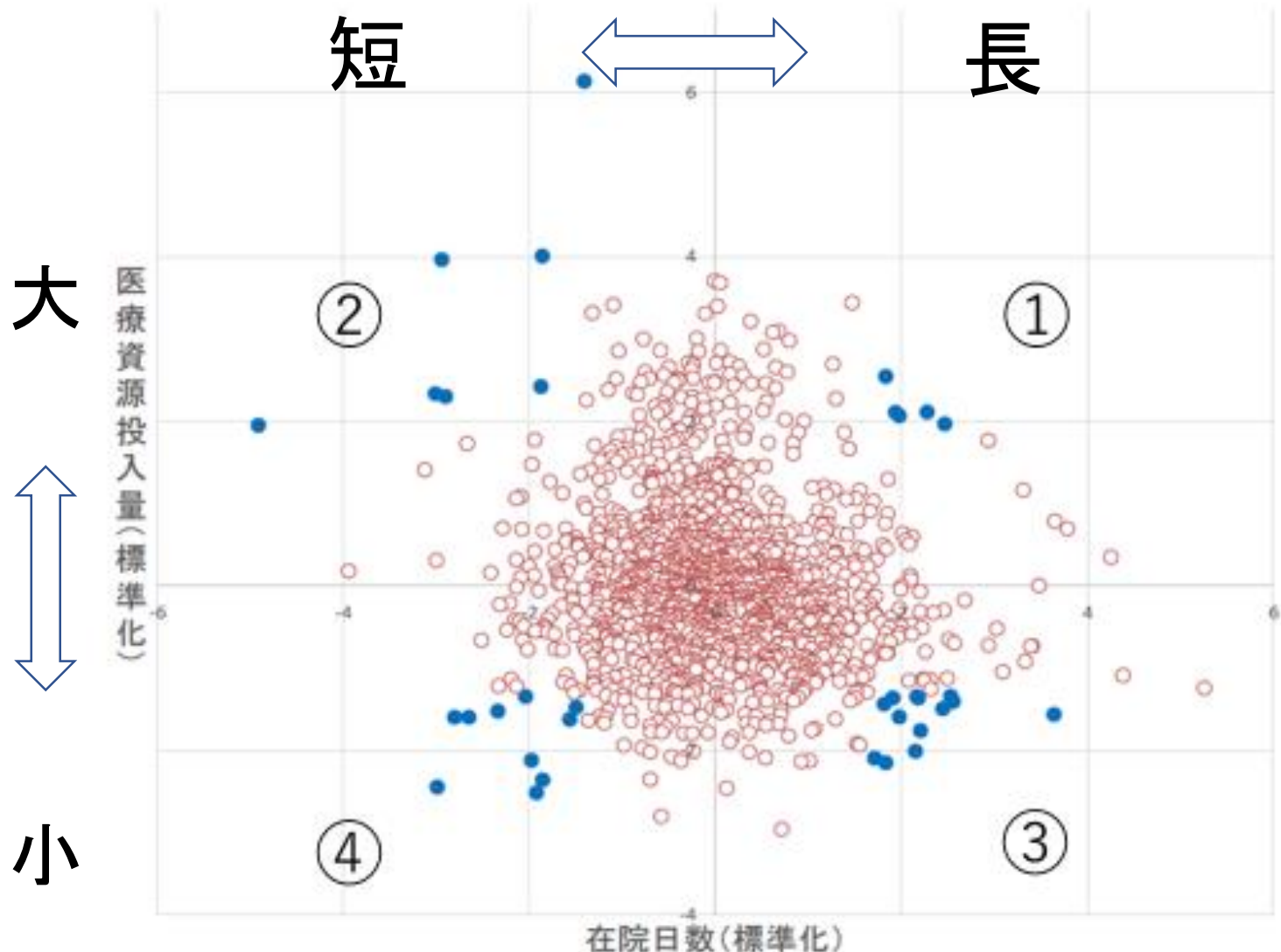
- 2018年度4月1日、1,730病院

- 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

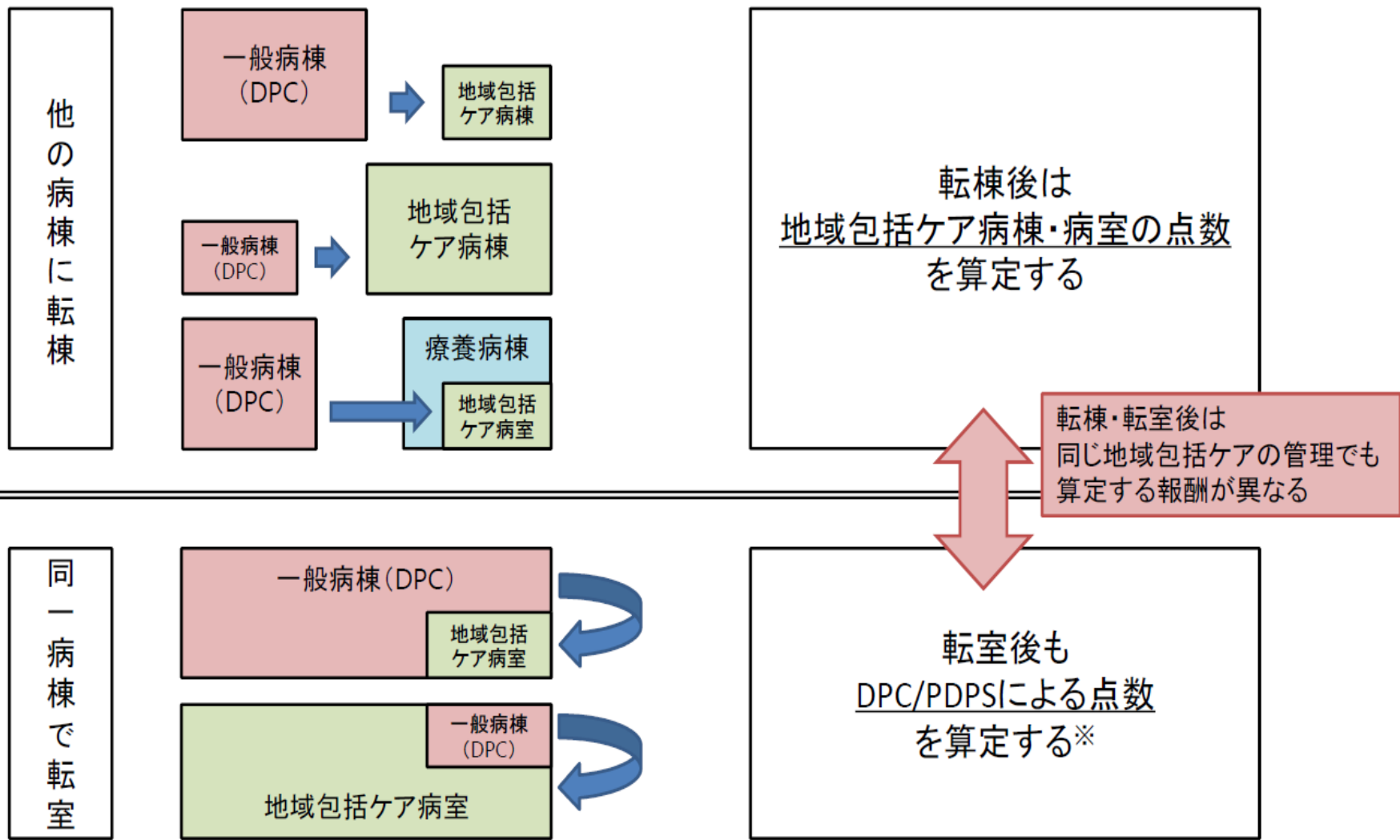
- DPC病院からの退出させることを検討

- 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。



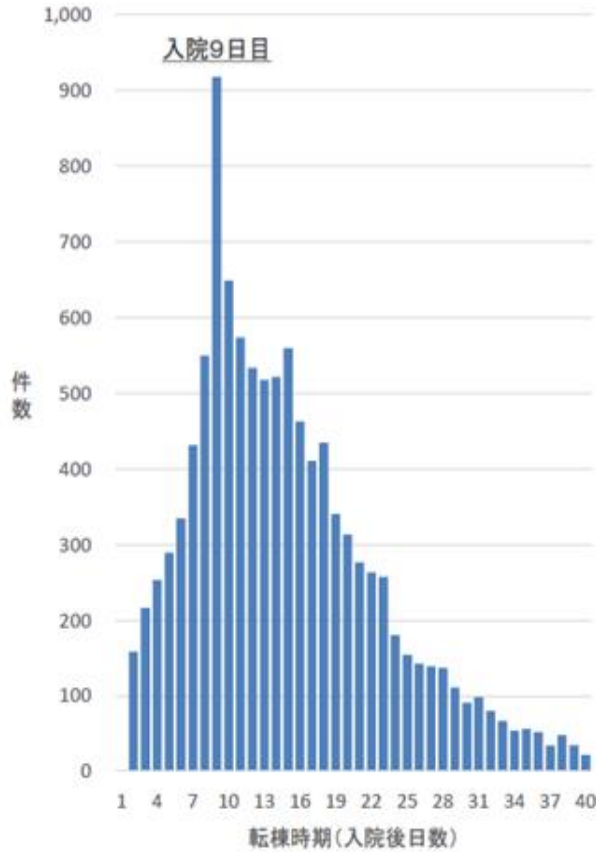
- ※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化： $(\text{実測値} - \text{平均値}) / \text{標準偏差}$
- ※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位(下位)100病院となる病院

一般病棟(DPC)からの転棟・転室時の入院料

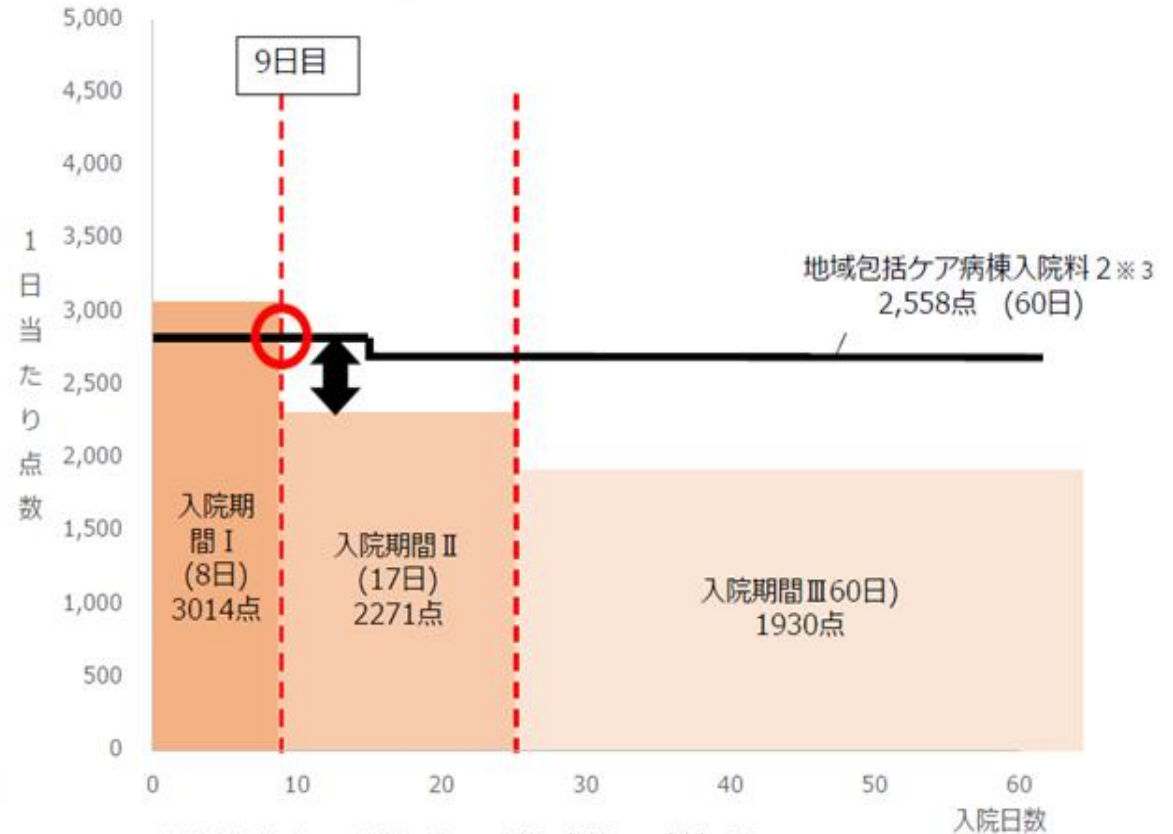


胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含まず）手術なし(160690xx)

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

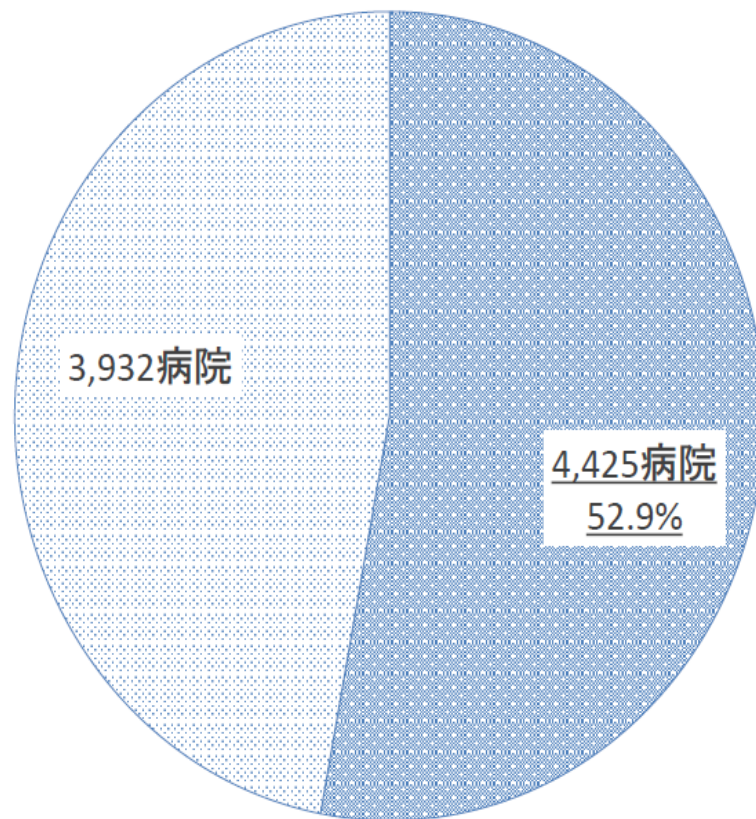
※2 病床数が200床以上の場合に限る

※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%)。



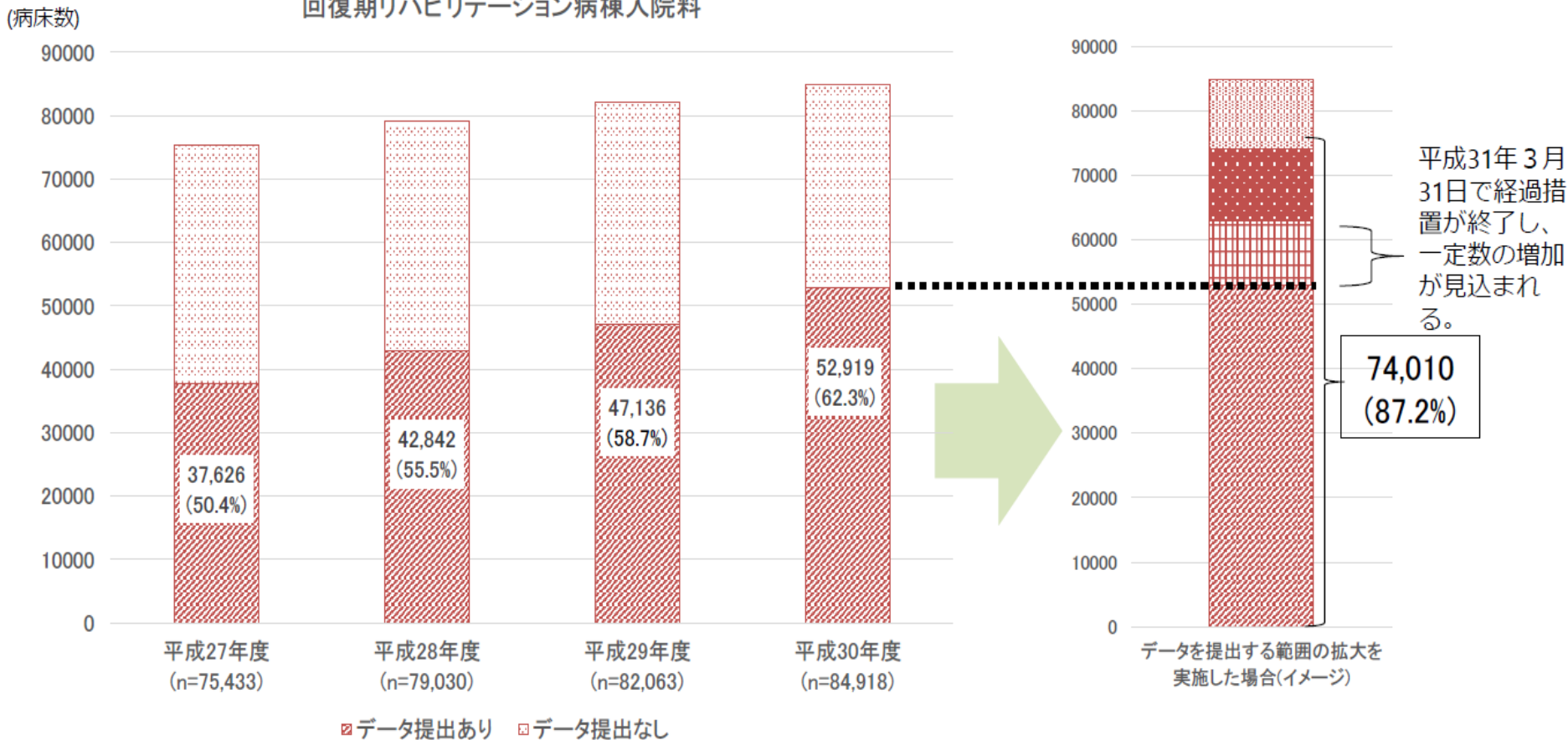
■ データ提出加算を算定している病院

□ 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】

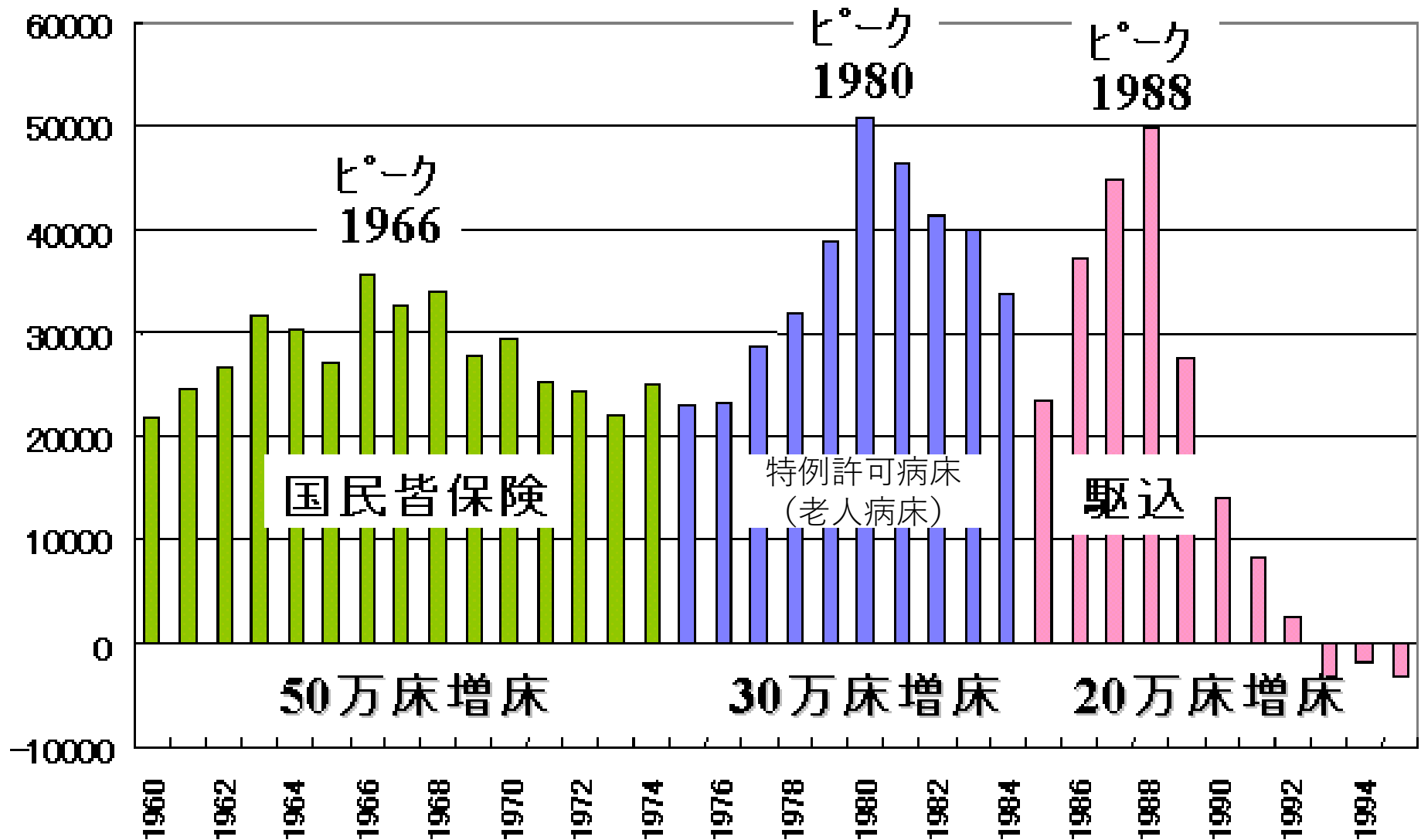
- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

- ※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

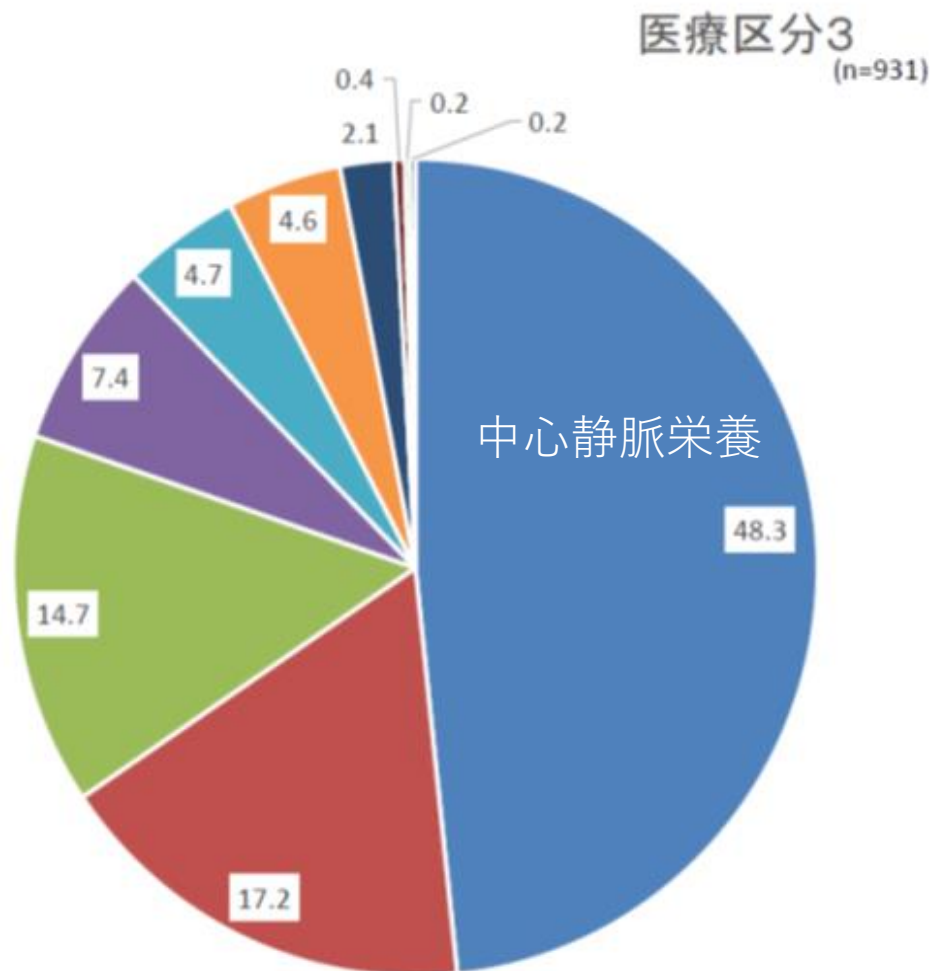
ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

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。

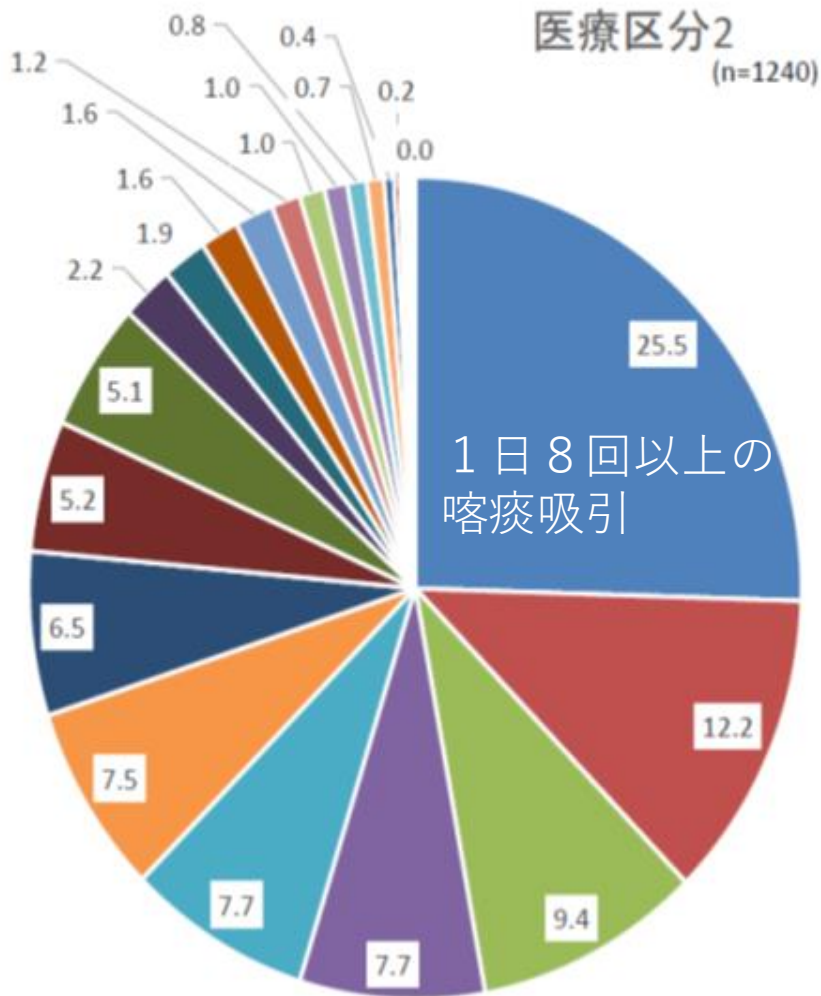


- 中心静脈栄養を実施している状態
- 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)
- 86に該当、かつ、1~38(12を除く。)に1項目以上該当する状態
- 24時間持続して点滴を実施している状態
- 人工呼吸器を使用している状態
- 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態
- 85、かつ、83の状態
- ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- スモン
- 注1を参照

- | | |
|----|--------------------------------|
| 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、持続経静脈式血液濾過、腹膜透析又は血液交換療法を実施している状態
 - ・ 酸素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。)
 - ・ 顔面の血酸素測定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、1～38(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梢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
 - ・ 糖尿病性腎臓病
 - ・ 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
 - ・ 骨ジストロフィー
 - ・ 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 顔面の褥瘡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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

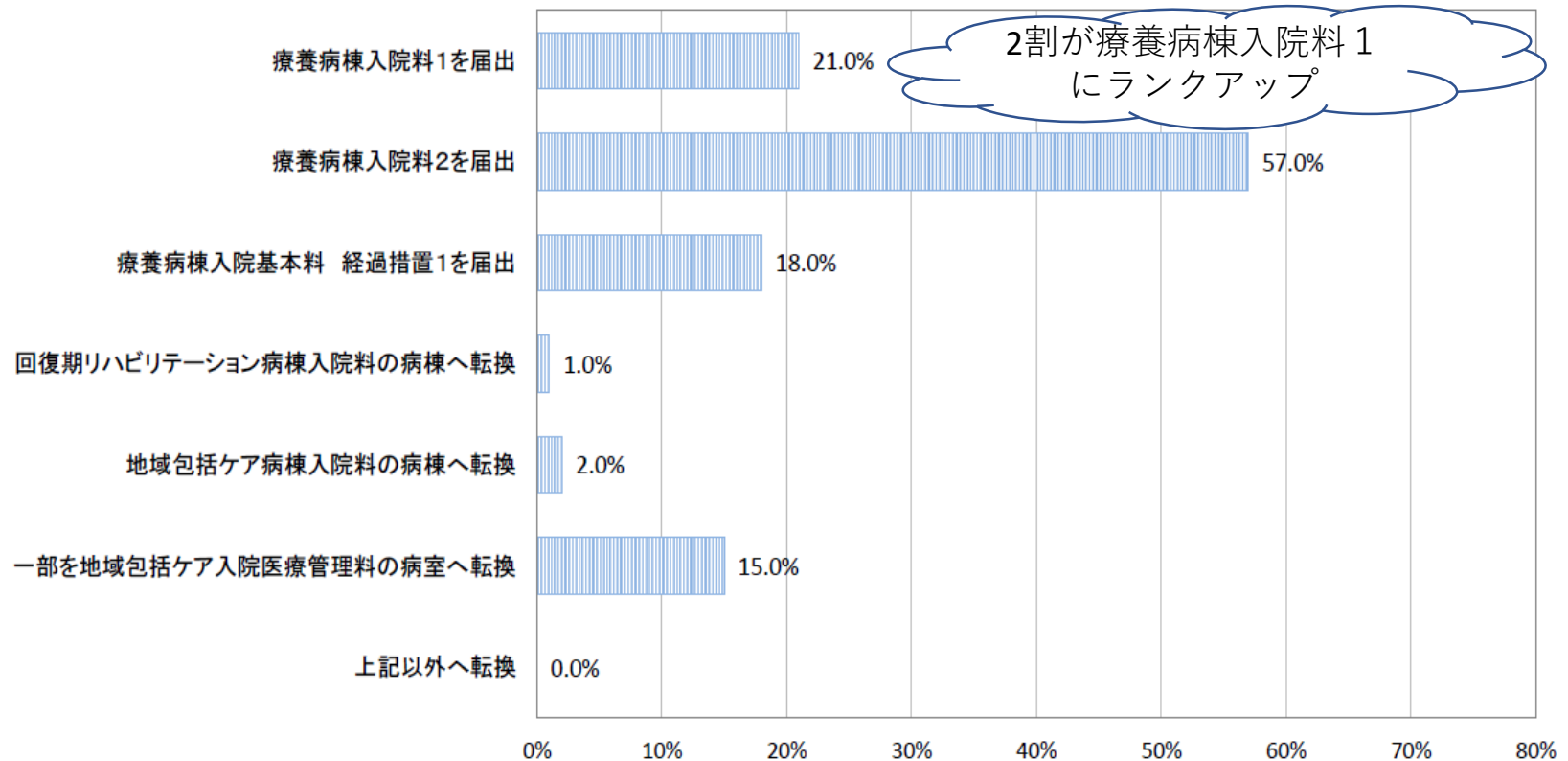
※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

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

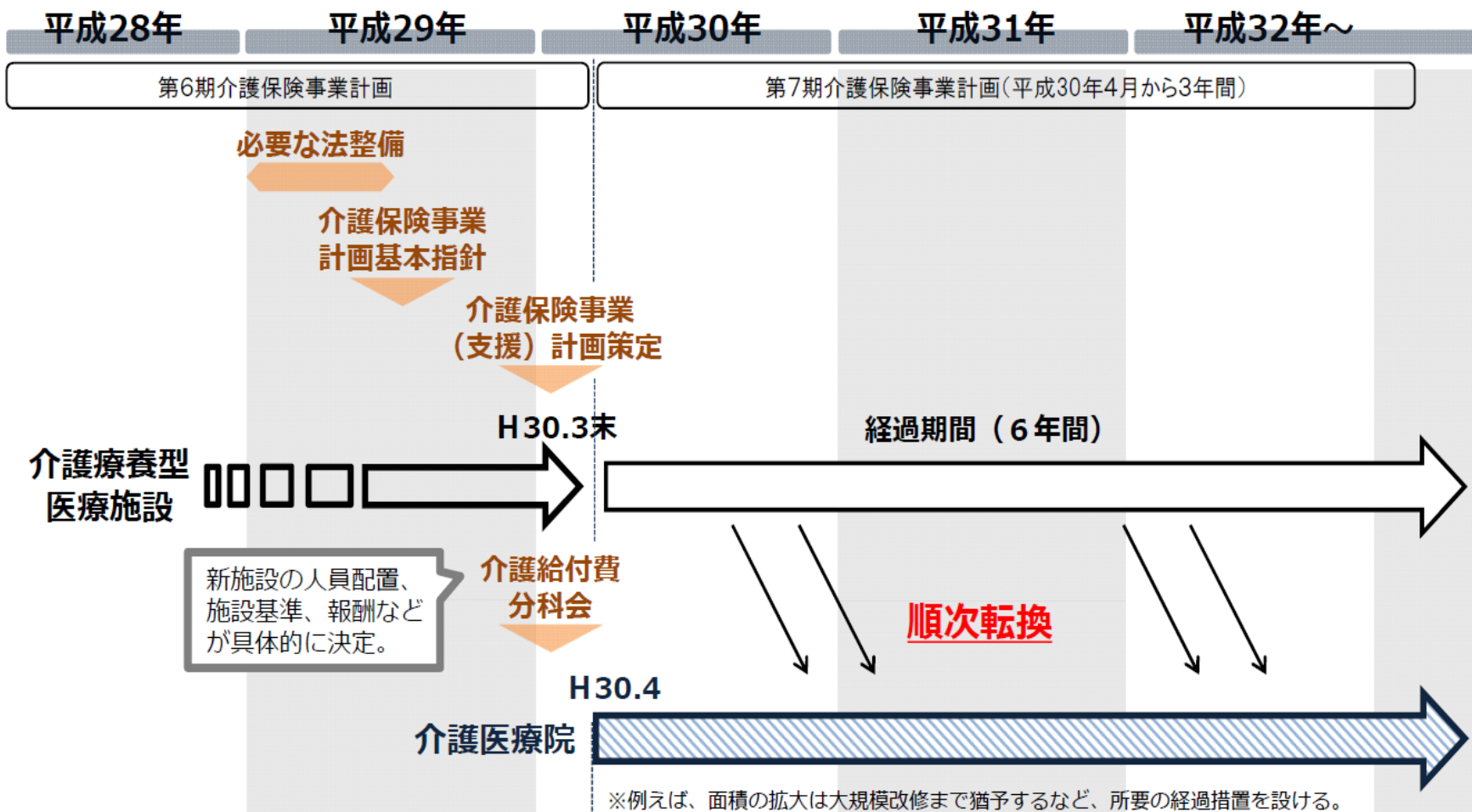
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 } 3対1</p> <p>介護 } ※ うち看護2/7程度</p> </div>
	<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。



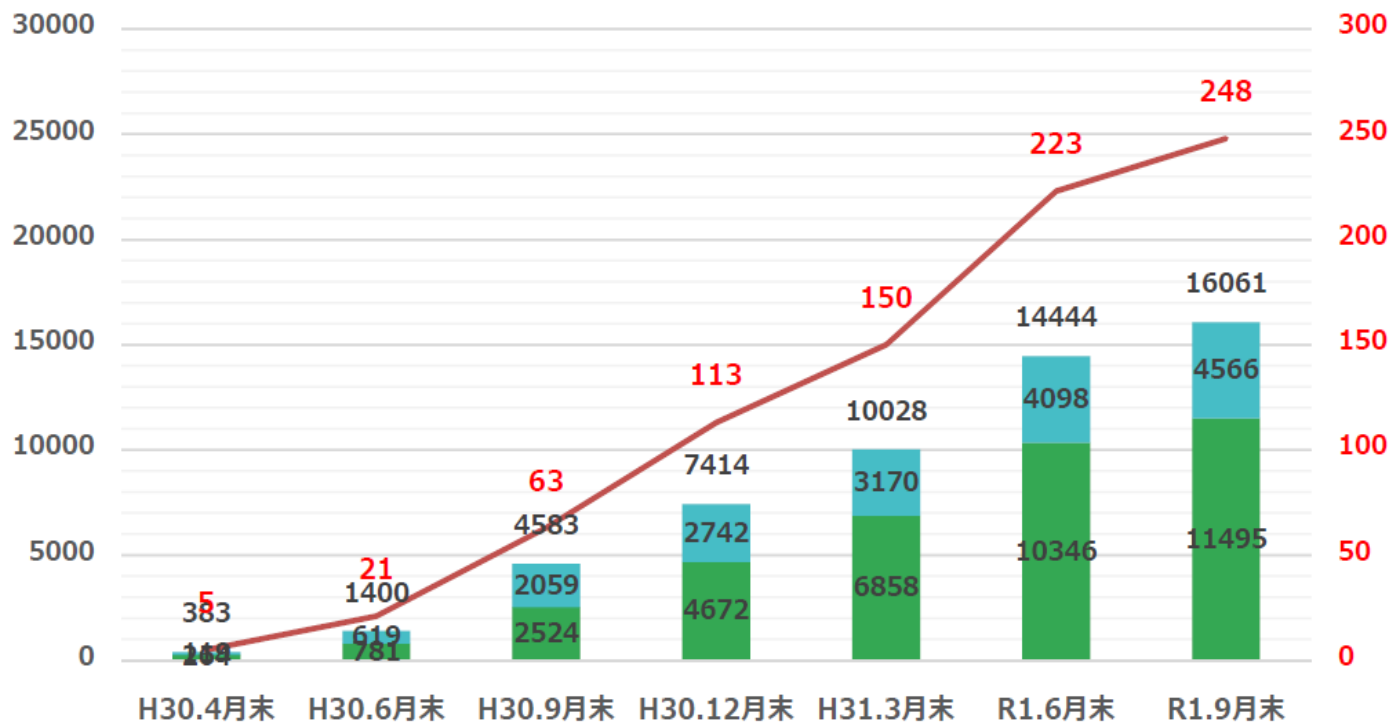
介護医療院の促進加算

- **【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

介護医療院開設状況（19.9）

療養床数

施設数



■ I型療養床 ■ II型療養床 — 施設数

介護医療院



療養室



食堂 兼 談話室・レクリエーションルーム

かしま病院介護医療院 (2018年10月1日)
福島県いわき市

介護医療院は 究極の医療と介護の連携

▼ 法改正前



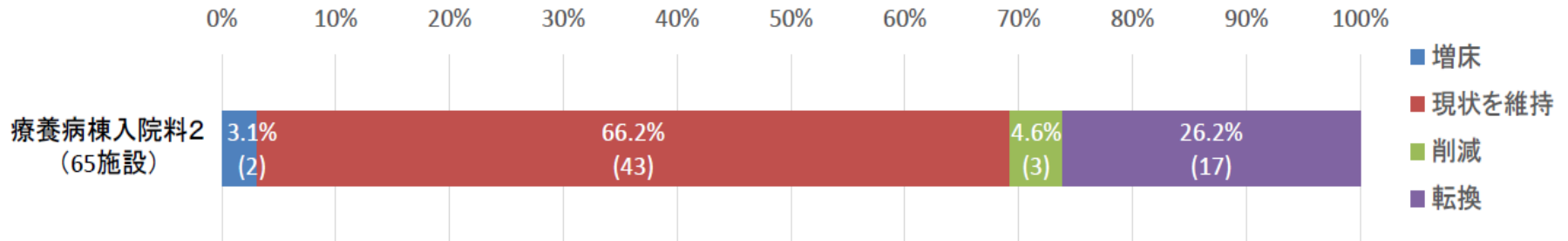
▼ 法改正後



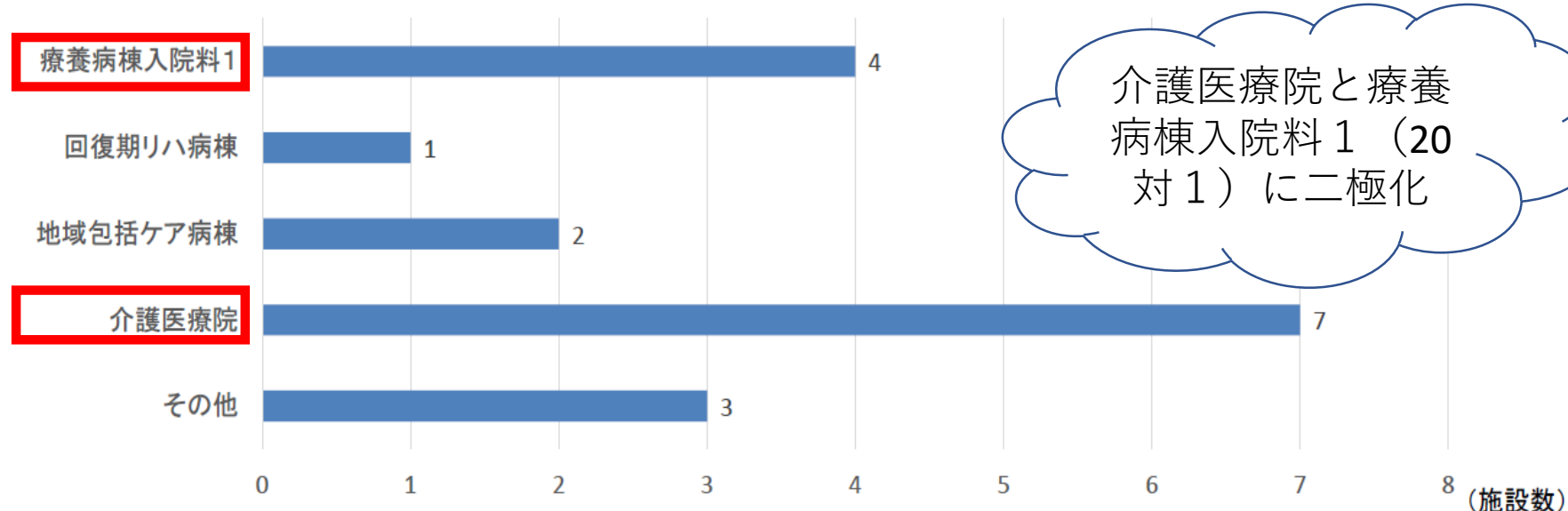
療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

○ 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

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・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
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・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
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



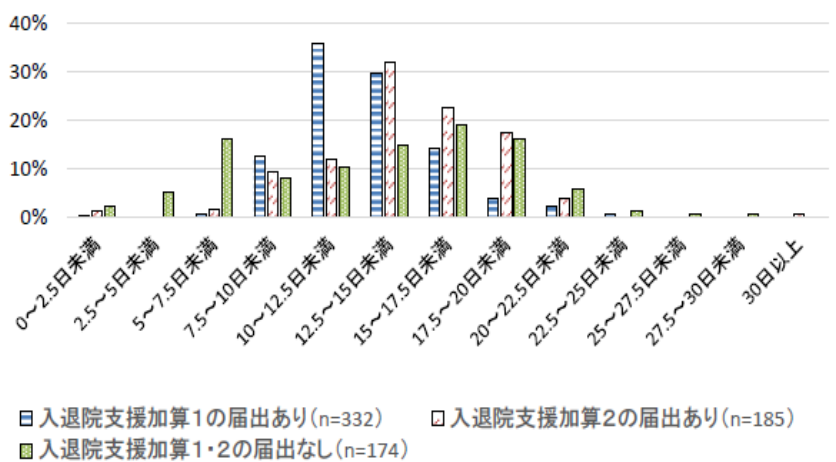
入退院支援加算の要件

	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）	—

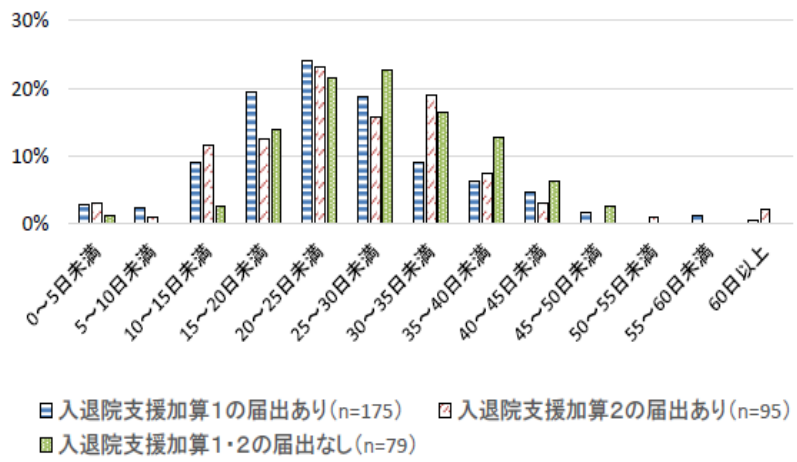
○ 入退院支援加算1・2の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算1・2の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

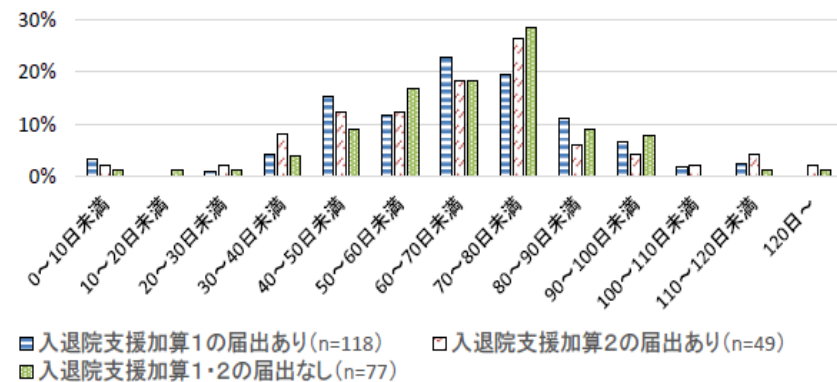
＜急性期一般入院基本料＞



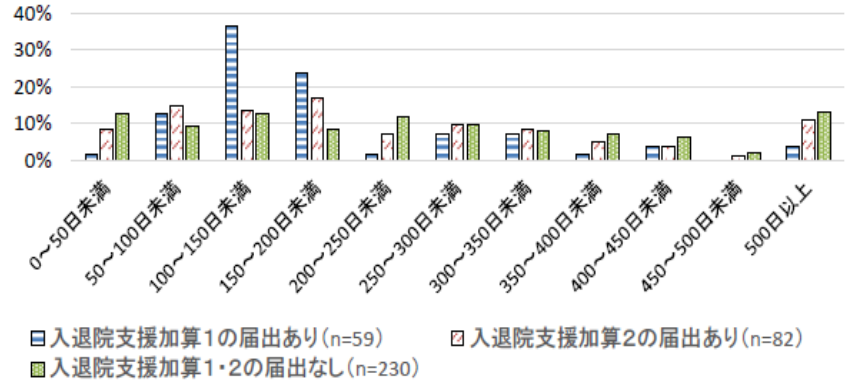
＜地域包括ケア病棟入院料＞



＜回復期リハビリテーション病棟入院料＞



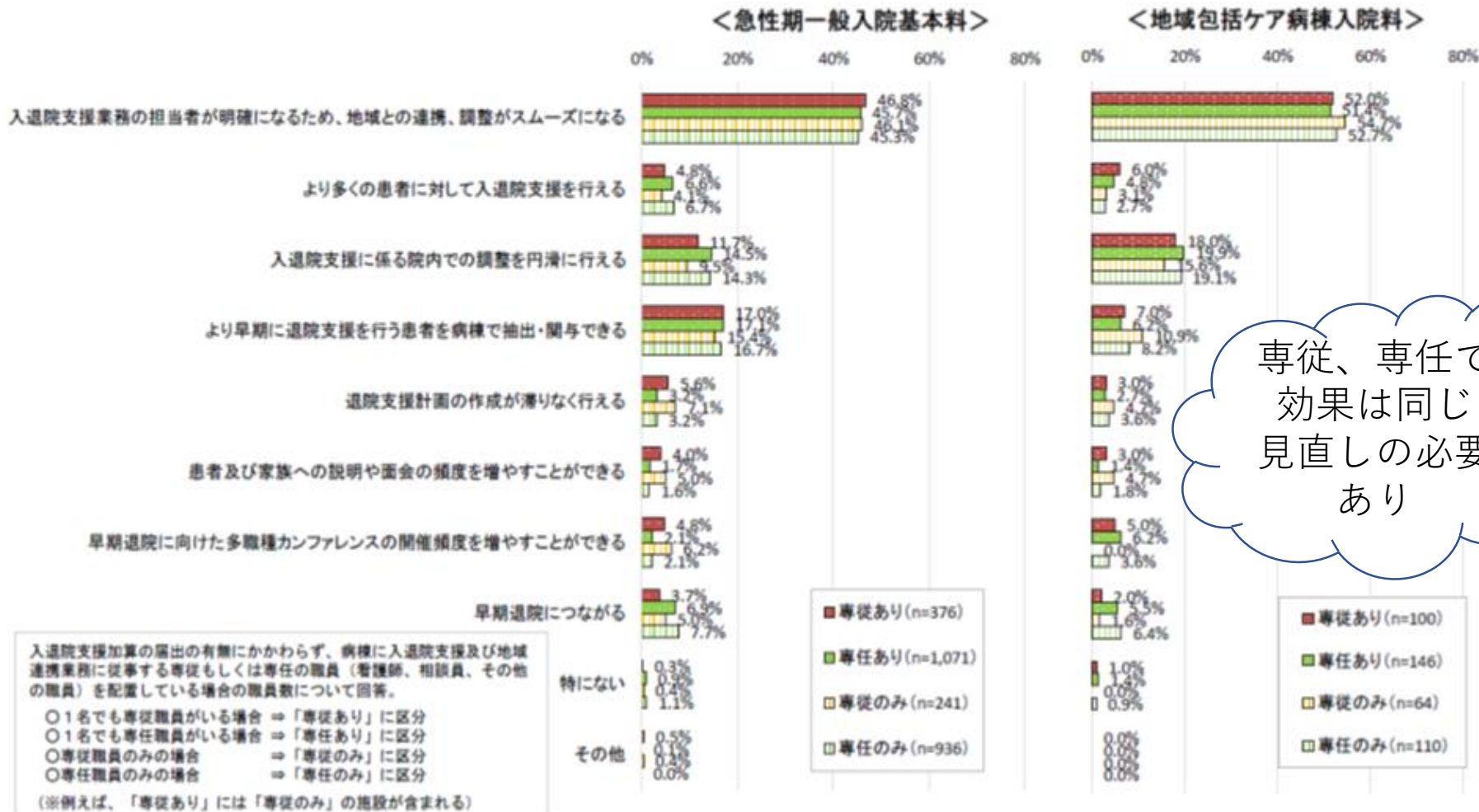
＜療養病棟入院基本料＞



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

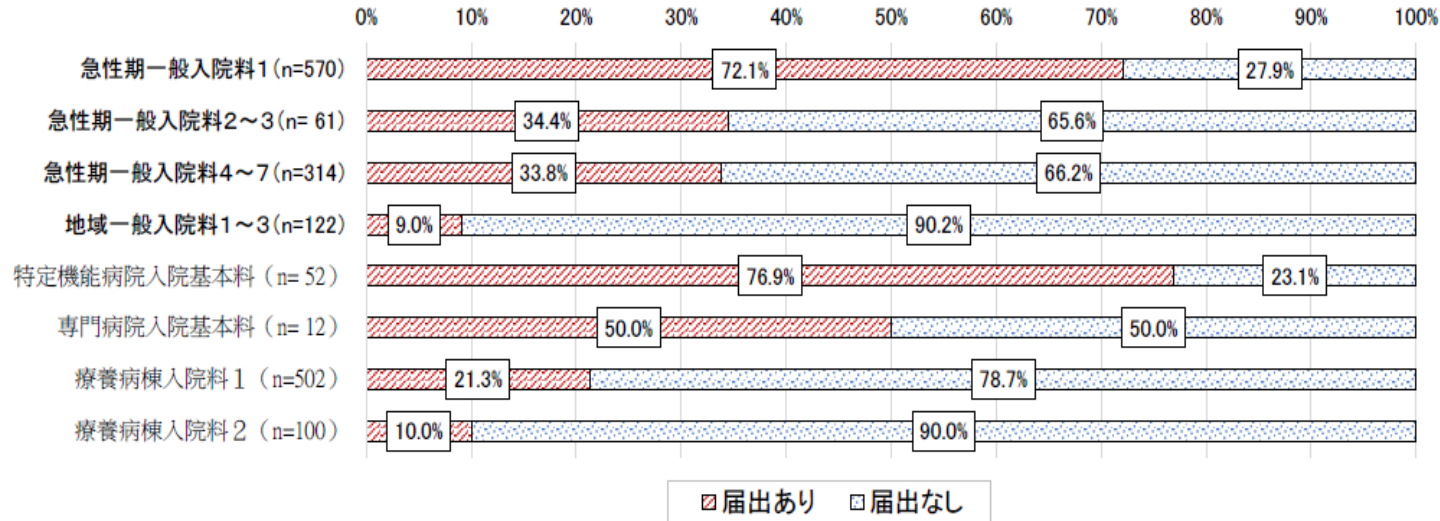
対象患者の拡大

- 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マまでに準ずると認められる場合。

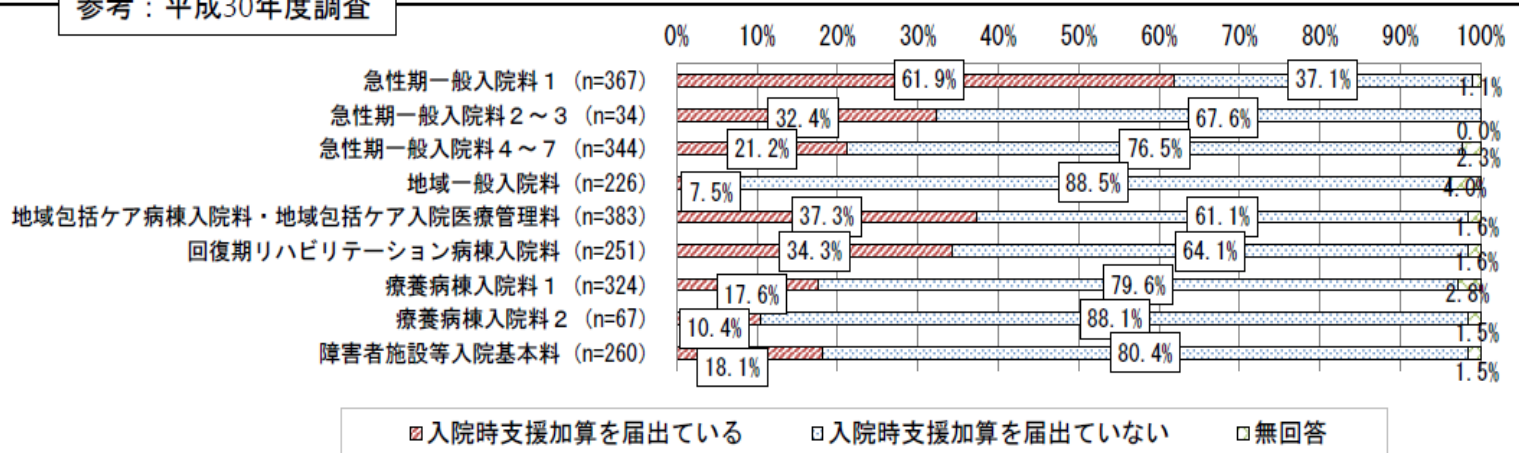
入院時支援加算の届出状況

○ 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



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。

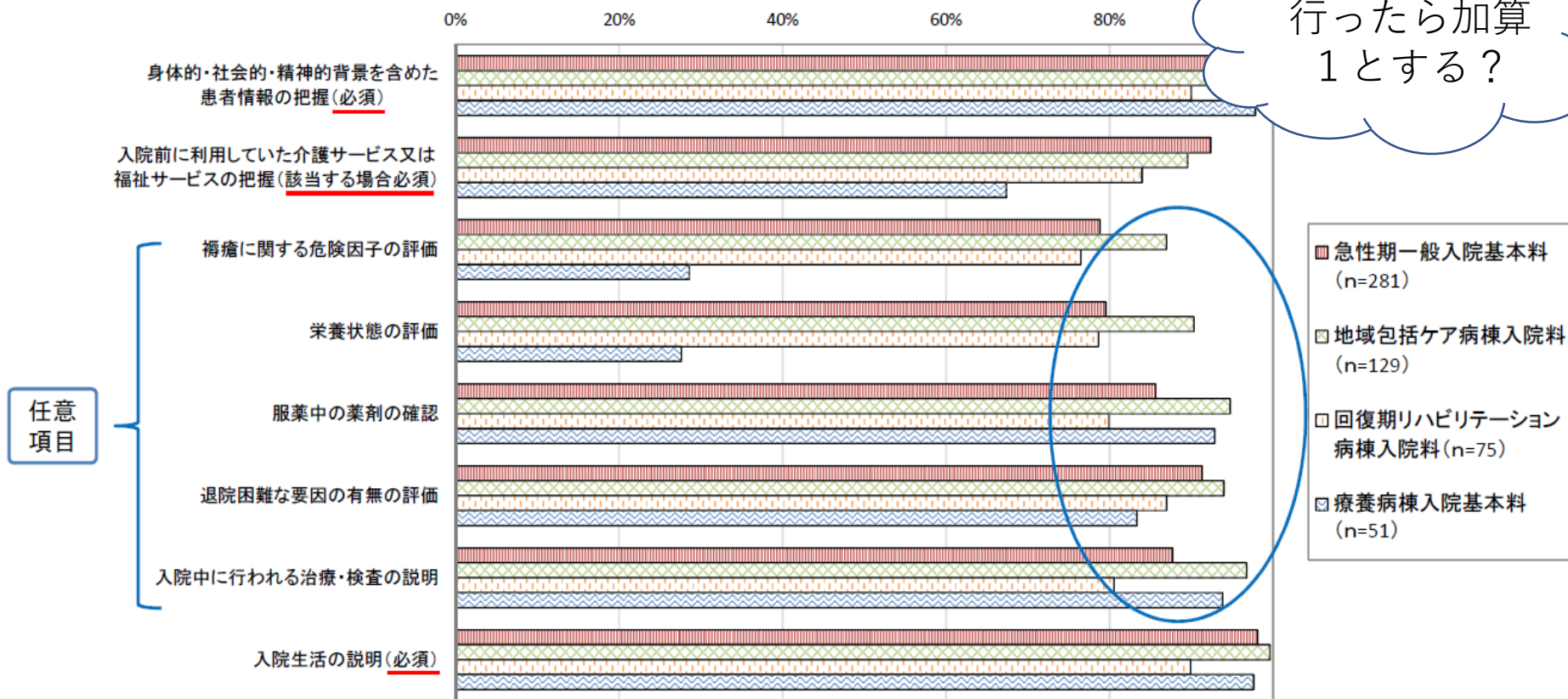
- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた**患者情報の把握**
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ **栄養状態の評価**
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

入院時支援加算の入院前に実施した事項

○ 入院時支援加算を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料においても8割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届出ている施設においては、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

入院前に実施した事項(複数回答)

8項目すべて
行ったら加算
1とする?



任意項目

入院前からの支援をさらに強化したイメージ

外来

入退院支援部門

入院前の支援
(項目ア〜ク)

必要な職種
と連携

患者背景等の
総合評価

褥瘡評価

栄養評価

薬剤確認

退院困難な要因
の確認

計画書等の交付は
入院前でも可

計画書

両立支援

患者サポート

入退院支援部門と
同じ窓口の場合も

アセスメントに基づいて
入院後に必要な対応

入院

病棟

アセスメントに基づいた
入院後の医学管理

評価に基づく対応

褥瘡対策

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

栄養管理

栄養サポートチーム加算

薬剤調整

病棟薬剤業務実施加算

退院調整

入退院支援加算

円滑な入院医療の提供
病棟負担軽減

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1の新設？

PFM と病院マネジメント

Patient Flow Management

PFMとは？

(Patient Flow Management)

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

PFM (Patient Flow Management) の流れ

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

業務

患者受付
科別振分

入院前
患者情報収集

ベッドコントロール

退院調整

部署

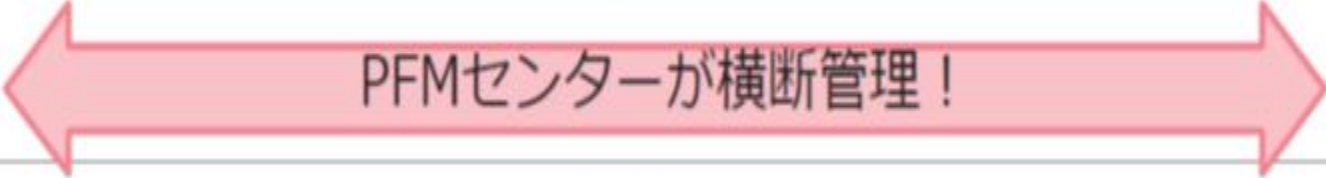
地域連携室
(事務)

病棟 (看護師)
地域連携室(MSW)

看護部

患者サポートセンター
(看護師・MSW)

PFMセンターが横断管理！



東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授
田中豊氏（当時）が1997年より
PMFを始めた



PFMは東海大学病院から始まった

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

PFMを取り入れた3病院



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

3病院のPFMの現状

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

佐久総合病院はまず術前検査センターとして2007年に導入

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



依田師長と西澤診療部長

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

術前検査センター

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

術前検査センターの成果

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

上都賀総合病院 (352床、栃木県鹿沼市) のPFM



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

退院調整の必要性を必要、不要、保留にわけて後追い（フォロー）する

退院調整の課題がしだいに増えてきた

主任看護師
神山はるか氏

斎藤由利子
患者支援センター長

退院支援専従看護師
飯野直子氏

最近では退院後の在宅療養支援のフォローも行っている。

ソーシャルワーカー
福田雄大氏





その他 NS : 3人、事務 : 6人、MSW : 4人

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



ポイントは患者
ターゲットを決
めてフォローす
ること

各病棟NS

スクリーニング

入院時退院支援
カンファレンス

退院調整
カンファレンス

拡大カンファレンス

■ 入院時退院支援カンファレンス

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

→介入対象者・不要者・保留を区分

■ 退院調整カンファレンス

- ・ 退院及び転棟等の意思決定を実施するカンファレンス

■ 拡大カンファレンス

- ・ 在宅支援者を交えた退院支援のカンファレンス

PFM導入の成果（ある300床病院）

新入院患者数 **26%増**

救急搬送件数 **19%増**

平均在院日数 **4.6日短縮**

救急搬送件数
(手術あり) **88%増**

手術件数 **68%増**

医業収益 **21%増**



16億円超の増収により念願の黒字化を達成



コーヒー
ブレイク

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



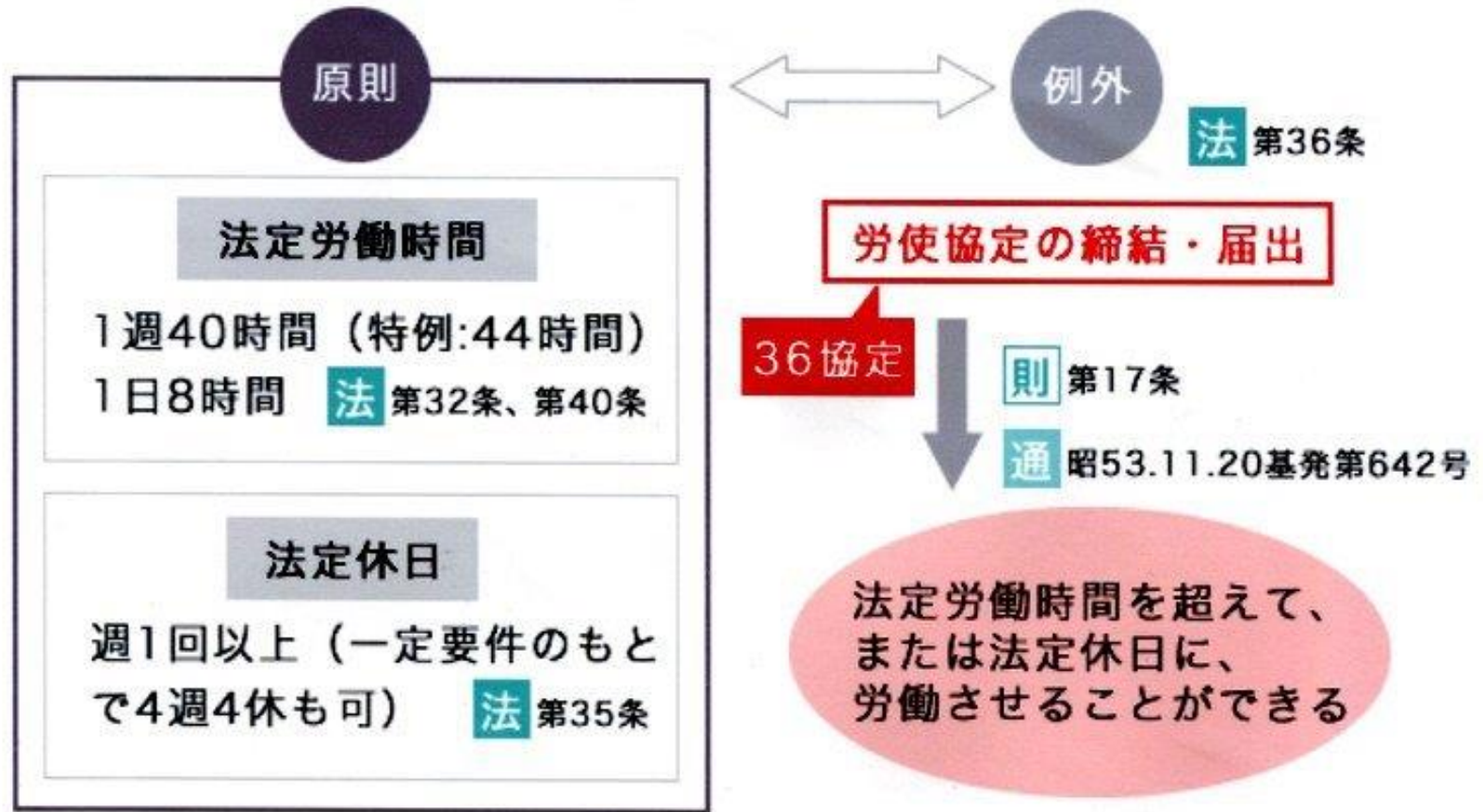
労働基準法(労働時間)

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)

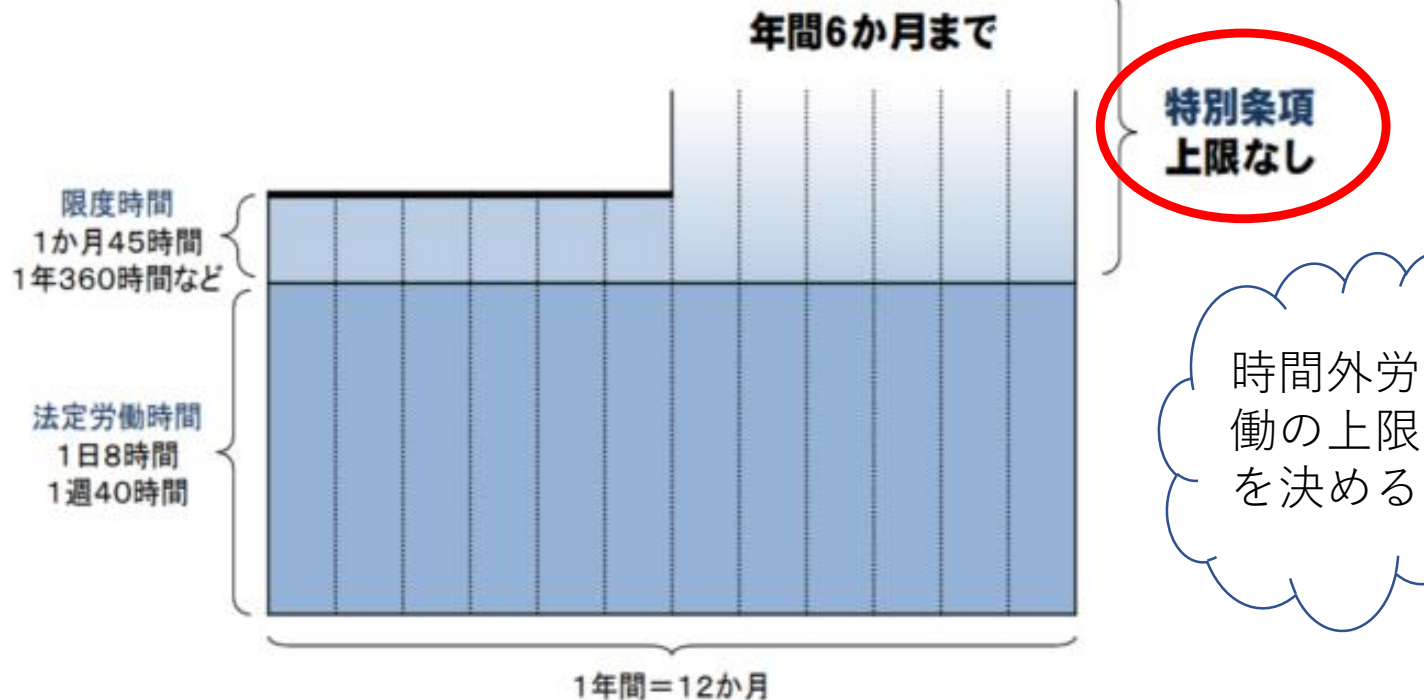


36協定（サブロク協定）



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

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

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

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

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

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

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

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

2 36協定等の自己点検

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

3 産業保健の仕組みの活用

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

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

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

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

5 女性医師等の支援

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

6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

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

行政の支援等

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

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

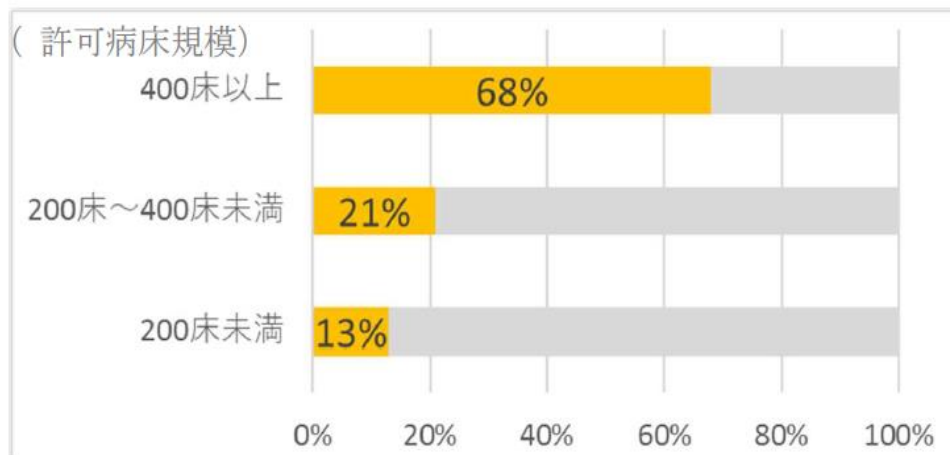
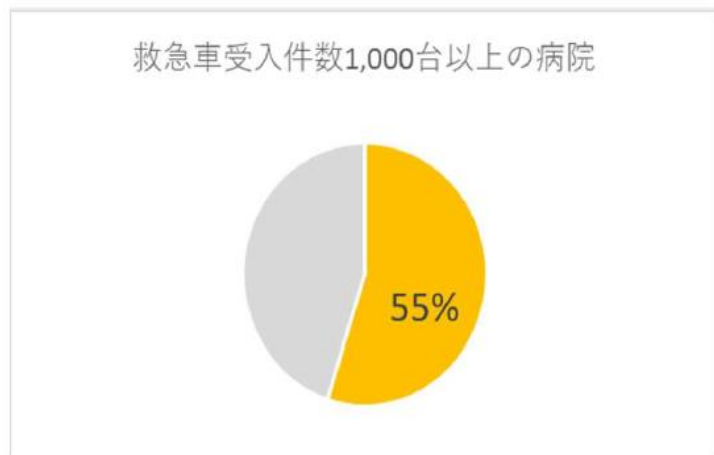
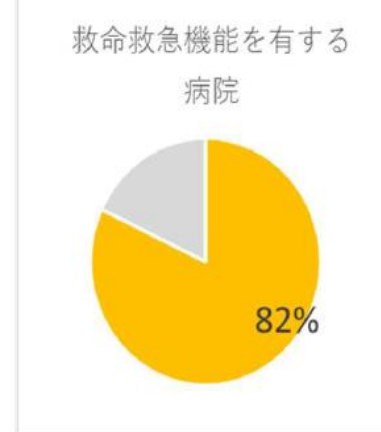
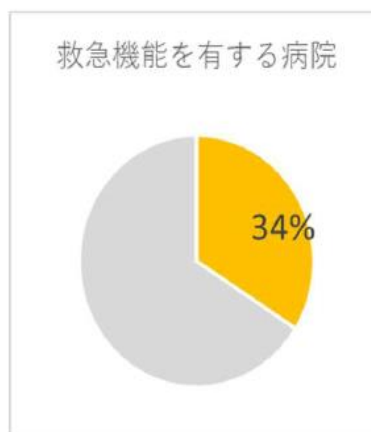
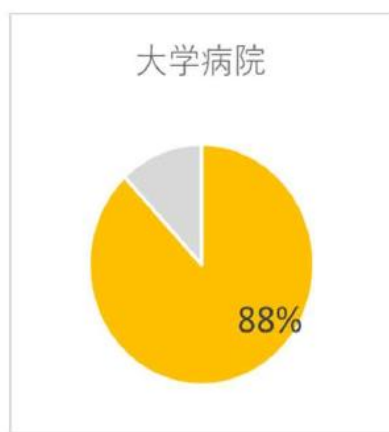
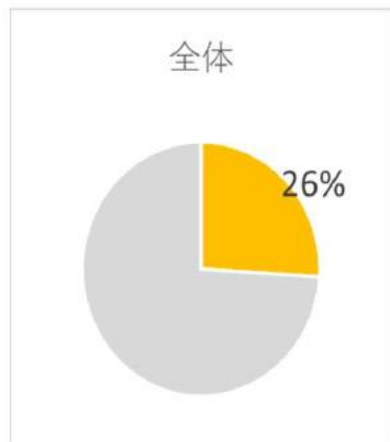
約6割
約12万人

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。

医師の時間外労働規制について(案)

一般則

2024年4月～

将来
(暫定特例水準の解消 (=2035年度末) 後)

【時間外労働の上限】

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

(原則)
1か月45時間
1年360時間

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

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

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

B：地域医療確保暫定
特例水準 (医療機関を特定)

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

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

将来に向けて縮減方向

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

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

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

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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

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

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

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

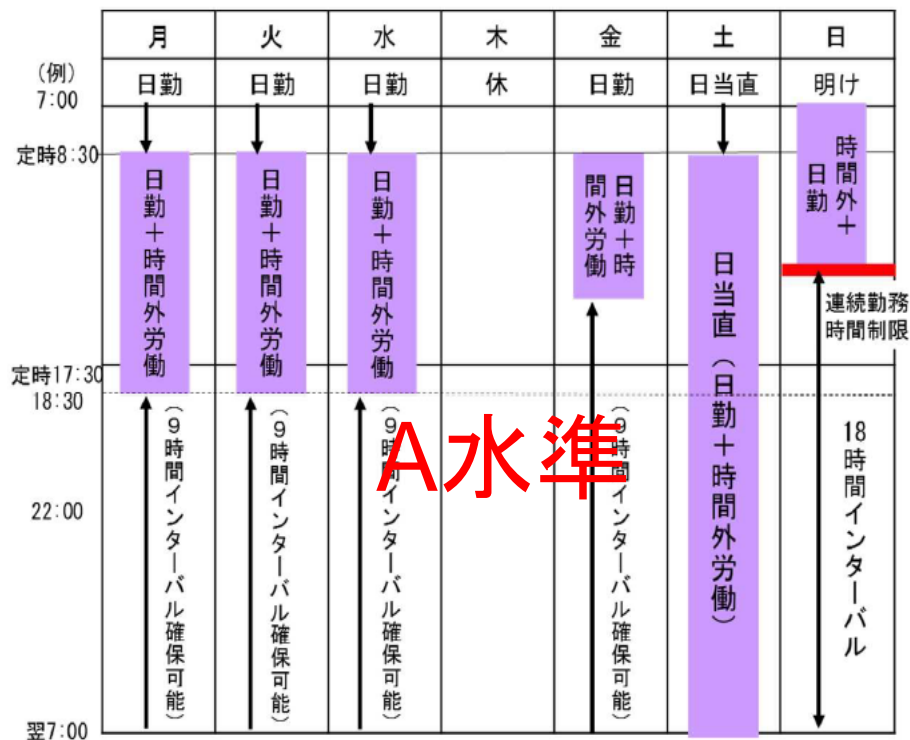
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット (義務)

【追加的健康確保措置】

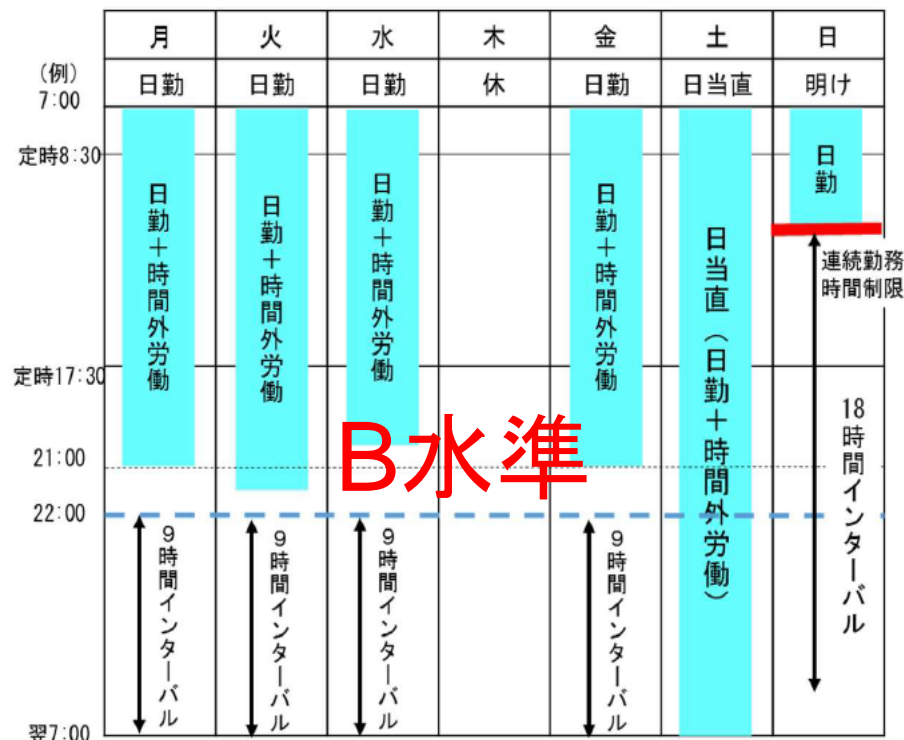
連続勤務時間制限28時間、インターバル9時間の確保

(A)・(B)の水準を適用した後の働き方のイメージ

(A)時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



(B)時間外労働年1,900時間程度≒週40時間の働き方(例)



※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

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

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

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

A水準の働き方イメージ

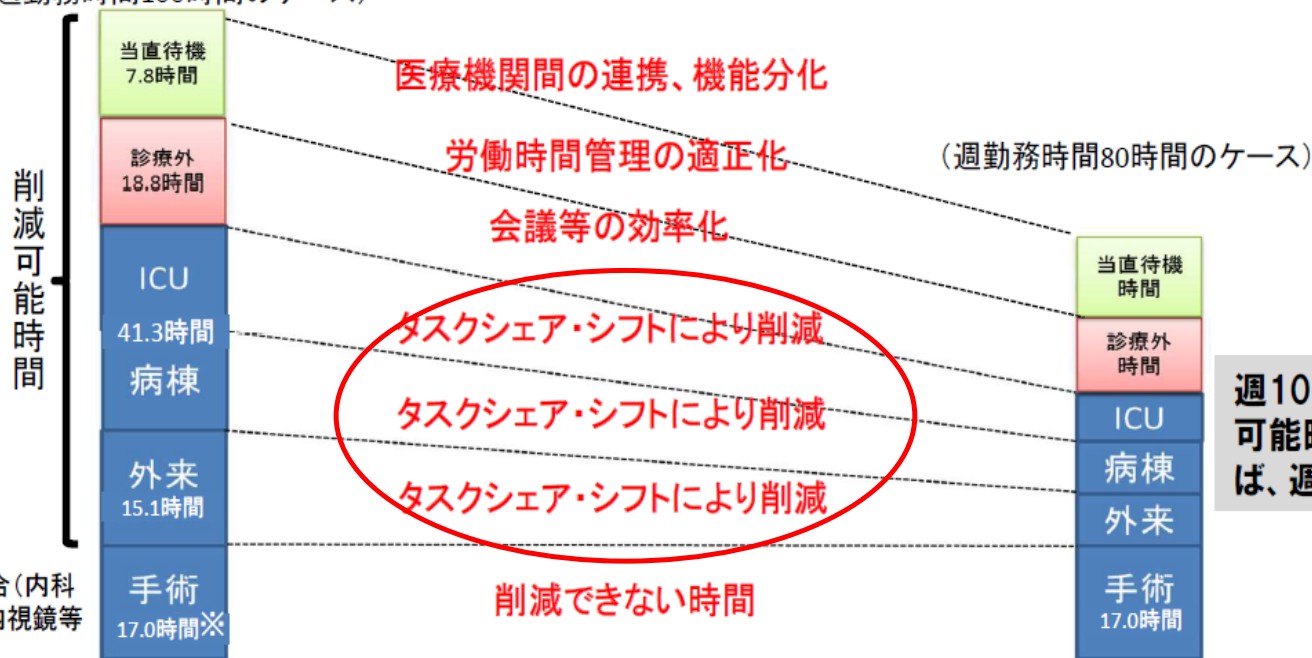
- 年960時間・月100時間未満という働き方のイメージ
- 毎日ほぼ定時に帰り、当直は週1回、月2回は週休2日を取得できるペースの働き方。



極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

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

(週勤務時間100時間のケース)



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

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)

時間数イメージ

タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減

週7時間程度削減

タスクシフト(特定行為の普及)による削減

週7時間程度削減

タスクシェア(他の医師)による削減

週6時間程度削減

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

タスクシフト・タスク
シェアリング

看護特定行為の導入



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

看護特定行為とは？

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



医療・介護関連一括法案を閣議決定 特定行為の研修制度 法制化へ

医療介護一括法で法制化（2014年6月）

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

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

【保健師助産師看護師法の改正】

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

【医療法の改正】

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

【看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正】

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

【都道府県への基金造成】

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

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

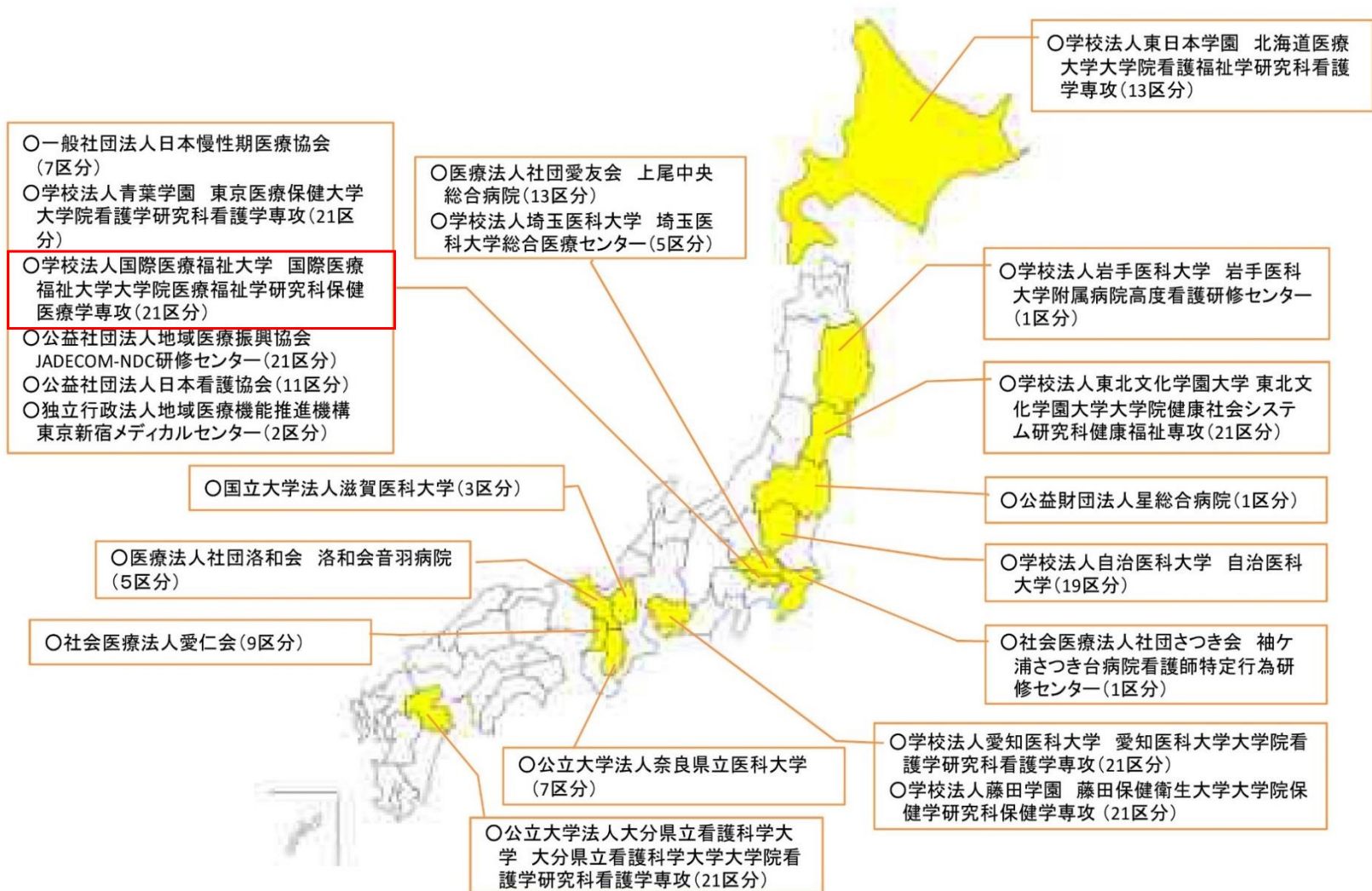
特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心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

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

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

特定行為研修を行う指定研修機関

現在、130施設



国際医療福祉大学大学院 ナースプラクティショナー養成コース

• 国際医療福祉大学大学院修士課程

- 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を
実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
- 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」

• カリキュラム

- 1年目は講義と演習が中心
 - 臨床推論、病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、
診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
 - 3つのP（フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー）
- 2年目からは医療現場での実習カリキュラム
 - 国際医療福祉大学の関連の三田病院（東京港区）や熱海病院（静岡県熱海市）でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
 - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
 - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

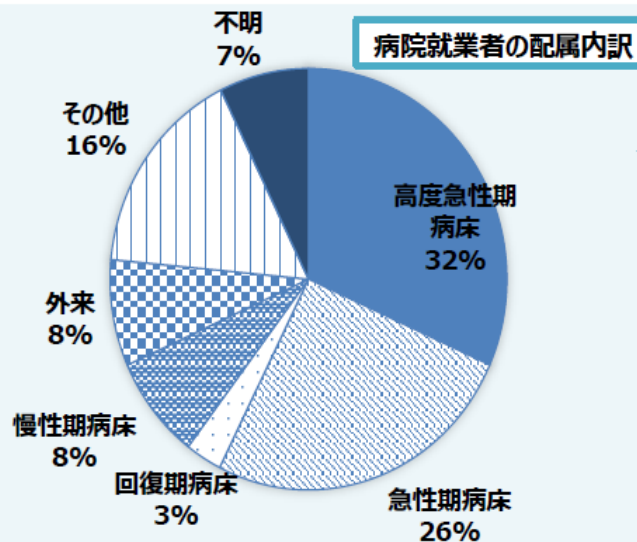
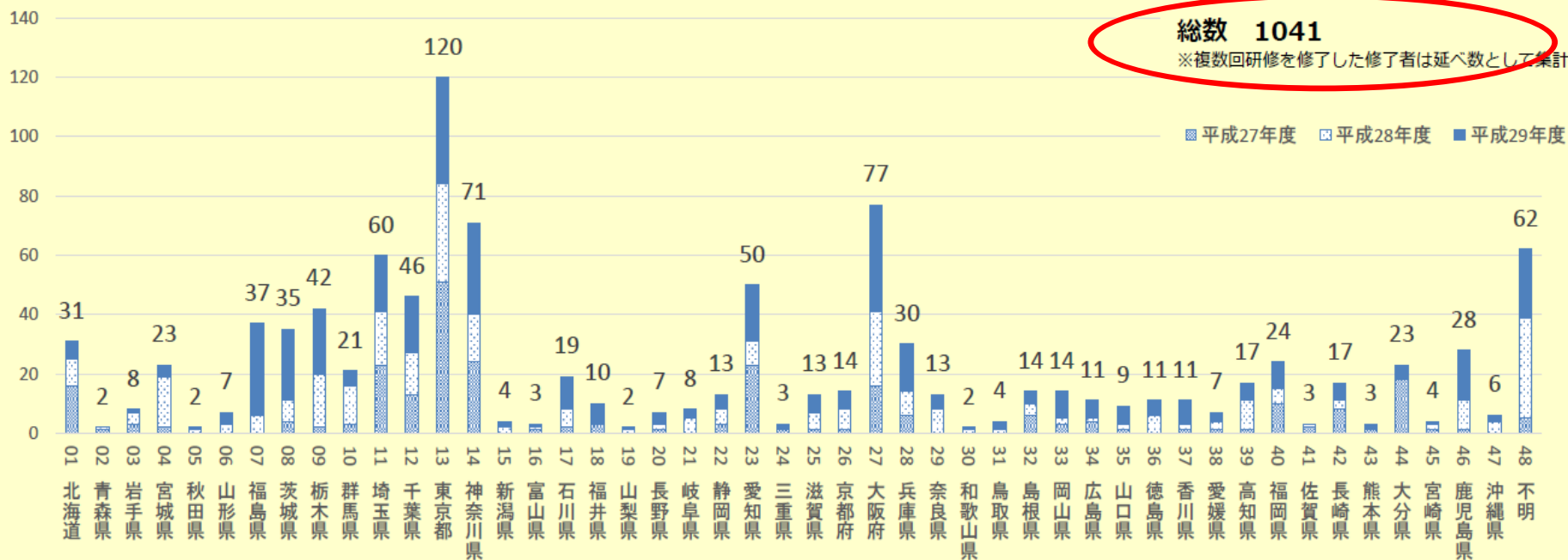
国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

都道府県別 特定行為研修修了者就業状況

(平成30年3月現在 看護課調べ)

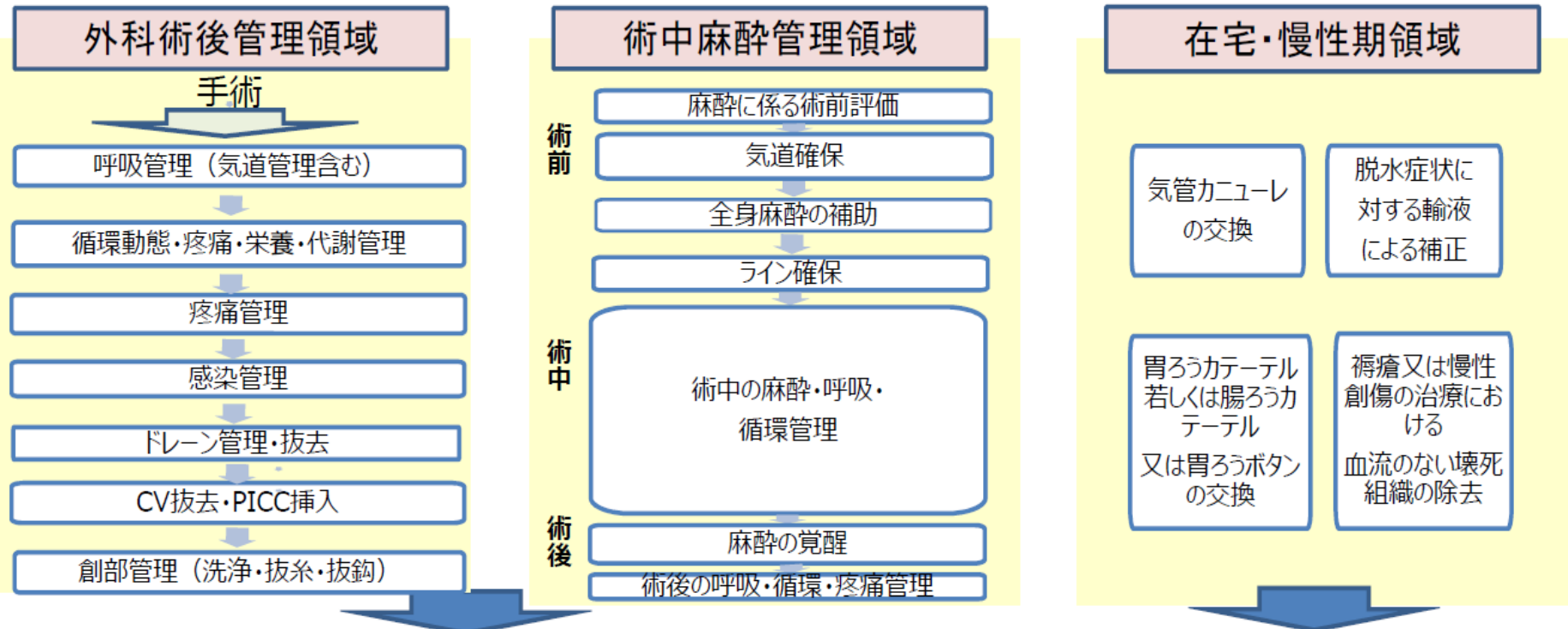


【就業場所別修了者数】

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

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

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



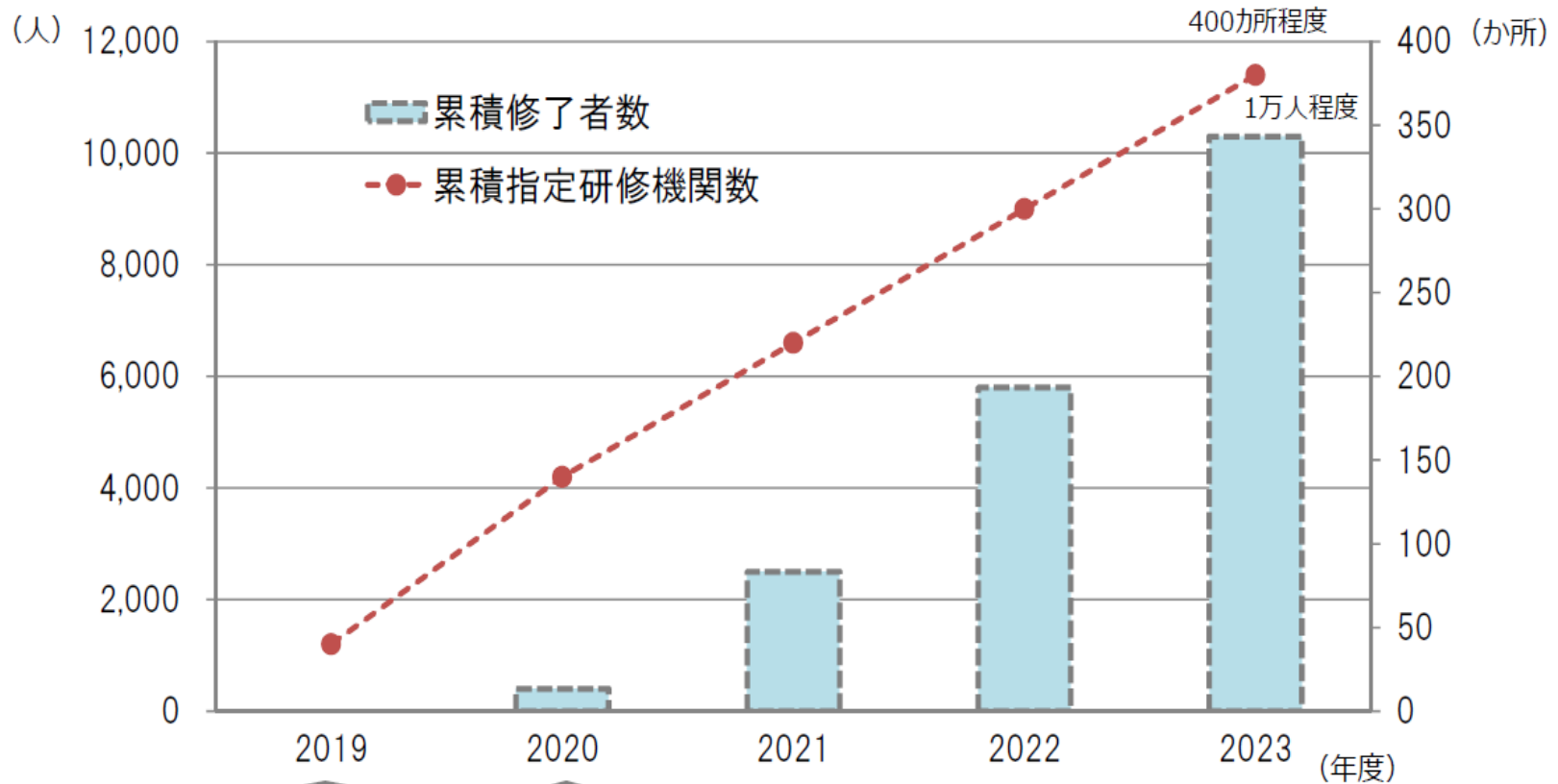
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

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

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

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

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



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

パッケージ研修
開始

特定行為看護師を 2024年までに 1万人まで増やそう！

現在、医政局看護課
と指定研修機関、指
導者、研修修了者の
実態調査中



すべての大学病院
が特定行為の指定
研修機関へ！

タスク・シェアリング (業務の共同化)

複数主治医制の移行

24時間体制における医師のシフト制の導入

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



1989年のニューヨークから 米国の医師の働き方改革が始まった

- リビー・ジオン事件

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

診療報酬と 医師の働き方改革

最重要課題は医師の働き方改革



中医協委員 猪口雄二氏

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

医師事務作業補助体制加算が最も成功した！



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

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

総合入院体制加算

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

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

次期2020年診療報酬改定で
さらなる働き方改革の
後押しを

- 病院の入院基本料の施設基準において、月平均夜勤時間数を72時間以下と定める要件の堅持はもとより、現在、要件がない特定入院料にも要件追加を要望する。
-
- 看護職は24時間体制で現場を守っており、業務の特殊性から、夜勤・交代制勤務による様々な健康上のリスクにさらされている。看護職が日中も夜間も健康に働くことは、患者に提供される医療の安全・安心を守ることに直結している。また、今後も日本の医療・介護提供体制を維持する上で、看護職が健康に働き続けられることが重要である。現行では夜勤・交代制勤務に関する法規制等がない。この中で、診療報酬における病院の入院基本料の施設基準の中で、月平均夜勤時間数に関する要件が定められていることは、看護職にとって、重要な拠り所である。
 - しかし特定入院料を算定する病棟では、月平均夜勤時間数を72時間以下とする要件が適用されておらず、看護職員の夜勤時間が多い傾向がある。



Ⅲ-1-2

回復期リハビリテーション病棟における夜間看護体制加算の新設

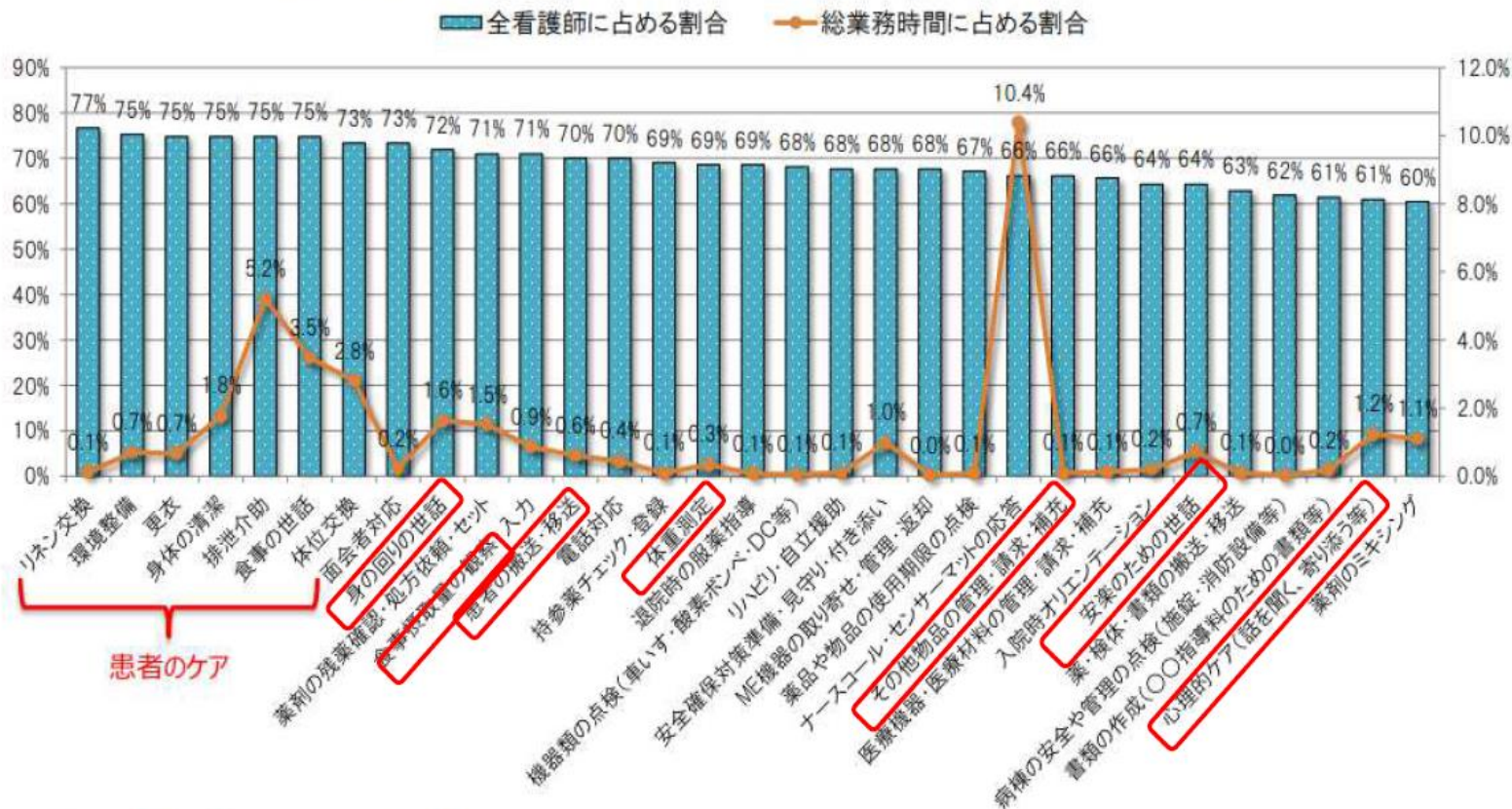
- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、地域包括ケア病棟等と同様に、看護職員夜間配置加算の新設を要望する。
- 2018年度改定において、新たな入院医療の評価体系が再編・統合され、回復期リハビリテーション病棟は、地域包括ケア病棟や地域一般入院基本料とともに「急性期医療～長期療養」の機能の中に位置づけられた。
- また、看護職員の負担軽減・より質の高い療養環境の提供を目指す観点から、地域包括ケア病棟入院料では、看護職員が夜間常時16対1(各病棟3人以上)を満たすこと等を要件に、看護職員夜間配置加算が新設された。
- 一方で、回復期リハビリテーション病棟には夜間の看護職員加配に関する加算がないため、夜間は看護職員2人体制となり、休憩・仮眠をとることが難しい。そのため、病院が独自に手厚い看護配置を確保した場合、その分の人件費等は持ち出しになっている。
- 回復期リハビリテーション病棟における看護職員夜間配置加算の新設は、より安全・安心な療養環境の確保とともに、看護職員が働き続けられるための労働環境改善にもつながる。



看護業務の他職種への移管の可能性

○ 他職種に移管できると回答した者の割合が高い業務は、「リネン交換」「環境整備」「行為」「身体の清潔」等であり、患者のケアに関する業務が多い。

■ 他職種に移管可能な看護業務（すべての看護師のうち「他職種に移管できる」と回答した者の割合が60%以上を占める業務を抜粋）



効率的な看護業務の推進に向けた看護師のタイムスタディ調査（平成29年度）

看護業務の
タスクシフトを！

パート6 病院と地域包括ケア

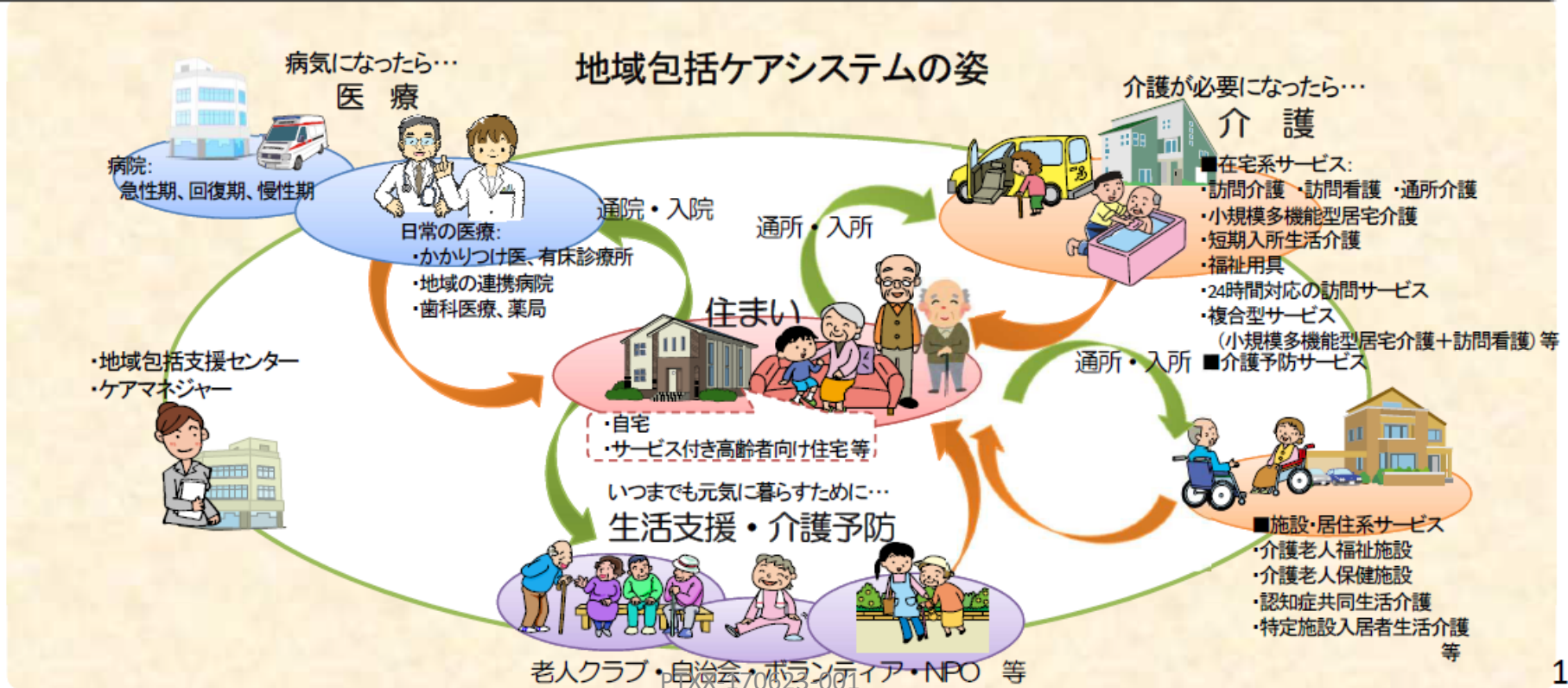


社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



**Aging in
Place**

病院と地域包括ケア

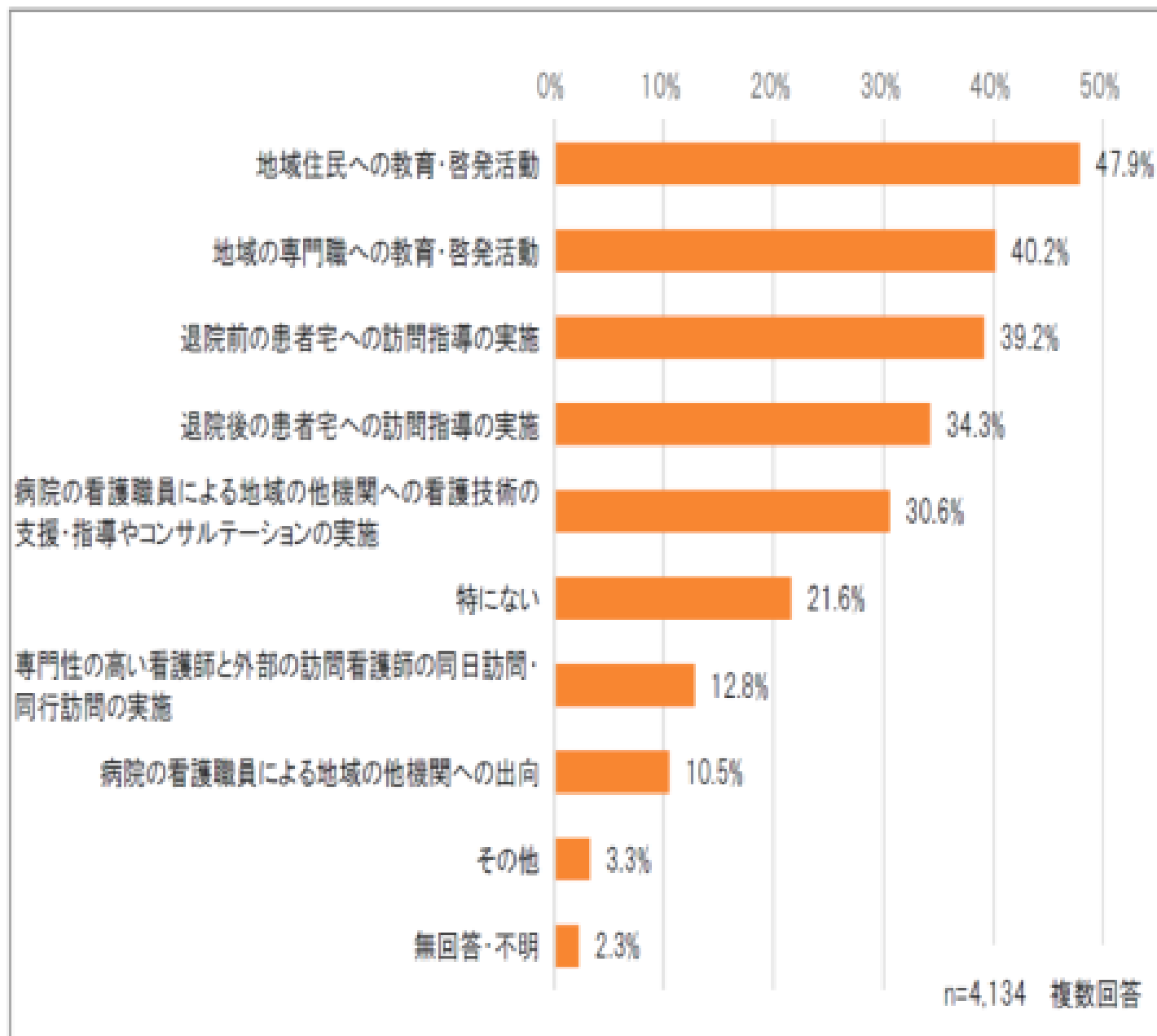
- ポイント①
 - 病院人材の地域活用
- ポイント②
 - 外来医療の充実強化
- ポイント③
 - 認知症ケア
- ポイント④
 - 病院からの訪問看護

ポイント①

病院看護人材の地域活用

- 日本看護協会アンケート
 - 2017年10月に全国8396病院の看護部長に対してアンケートを実施
 - 有効回収数は4134病院で回収率49.2%
- アンケート
 - 病院看護人材を地域で活用している取り組みについて聞いた
 - およそ8割の病院が何らかの取り組みを実施していた。

病院の看護人材を地域で活用する取り組み(複数回答)



群馬中央病院の外来ミニ健康教室

- 群馬中央病院ではミニ健康教室を、外来の休息コーナーで平日の10時30分から30分間で行っている。
- 様々な職種が健康関連のテーマで日替わりでミニ講演を行っている。
- この中で看護師はスキンケア、熱中症、小児のけいれんなど身近な話題で講演を行っている。
- 外来は患者さんの健康意識が高まっている場でもあり、患者さん「患者のみならず患者さんには熱心に聞いてくれよう」と。また外来待ち時間対策にとっても有効だといふ。

群馬中央病院 ミニ健康教室

ミニ健康教室 オアシス
6月 予定表

月	火	水	木	金
3 当院の手術室ってどんなところ？	4 気をつけよう 食中毒	5 住宅改修 について	6 知っていますか 「糖尿病」	7 紫外線と 日焼け止め
10 気をつけよう 食中毒	11 みんなで ビンヤン元気体操 をやってみよう	12 乳がん検診 について	13 食中毒を 予防しよう	14 内視鏡室って どんなところ？
17 季節のトピックス 「気をつけよう 熱中症と脳梗塞」	18 腹部エコー検査 について	19 「安心カード」を 知っていますか	20 慌てないで！ 子供のけいれん	21 季節の食材と 栄養素
24 ストレスの時間	25 糖尿病って どんな病気？	26 健診 O×クイズ	27 貧血予防の食事	28 もしも「がん」と 言われたら



平日10時半～ 外来1階 休憩コーナー

待ち時間にいかがですか？



JCHO 群馬中央病院

福井県立中央病院の 認定看護師の地域派遣

- 福井県立病院では、**認定看護師**を県看護協会や地域の病院、訪問看護ステーションの研修会や、地域住民や患者会での教育活動に派遣している。
 - 感染管理領域では、病院や家庭での感染防止活動に関する指導、たとえば正しい痰の吸引の方法や吸引の器具の消毒方法
 - インフルエンザやMRSAの感染予防方法などの教育研修、救急領域ではAEDの講習会、がん性疼痛領域では緩和ケア勉強会、がん化学療法では乳がん患者会での勉強会、
 - 皮膚・排泄領域では褥瘡予防とケアの講習会、
 - 糖尿病領域では患者会での勉強会、患者会の運営サポートなど、多くの領域で地域とのかかわりを持っている。

宮崎江南病院

認定看護師の地域派遣

- 宮崎江南病院では、院内の認定看護師の専門的な知識・技術・経験等を院内のみならず地域全体のケアの質向上に役立てている。
- 2014年報酬改定で新設された在宅患者訪問看護・指導料3（1285点）「悪性腫瘍の患者に対する緩和ケアまたは褥瘡ケアに係る専門の研修」を受けた認定看護師による訪問看護師との同行訪問をきっかけに、自院の訪問看護ステーションやそれ以外の訪問看護ステーションのコンサルテーションを開始した。
- 具体的には皮膚・排泄ケア認定看護師を地域連携室に配置することで、入院患者のみならず、地域の患者のケアに当てた
- 地域の関係機関が出席する在宅復帰患者の情報を共有する会議に出席を行うこととした。
- この結果、宮崎江南病院では皮膚トラブルの専門サービスの受けられると評判が高まり、訪問看護サービスの依頼が増加したという。

宮崎江南病院の地域医療連携室で活躍する認定看護師



同行訪問の様子

病院看護師の出向制度

- 病院看護師の出向制度
 - 病院看護師の出向制度としては、日本看護協会が最近、取り組みを始めた「訪問看護出向事業」がある
 - 訪問看護出向事業は、病院が地域の訪問看護ステーションと契約を結び、自院の看護師を一定期間ステーションに出向（「在籍出向」）させる制度のこと

本ガイドラインで紹介する訪問看護出向事業は、病院の看護師が一定期間、病院に在籍したまま地域の訪問看護ステーションに出向し、訪問看護に従事しながら在宅療養支援能力の向上を図ることにより、病院および看護師にとっては院内の看護ケアや退院支援機能の強化に役立つスキルの獲得、訪問看護ステーションにとっては多様な人材の育成・活用力の向上につながるあらたな仕組みをつくる事業です。

病院（出向元）・訪問看護ステーション（出向先）・病院看護師（出向者）の3者の関係については図1のとおりです。この事業では、看護師が病院との労働契約を維持したまま、訪問看護ステーションとも労働契約を結んで訪問看護に従事する〈在籍型出向〉を前提としています。

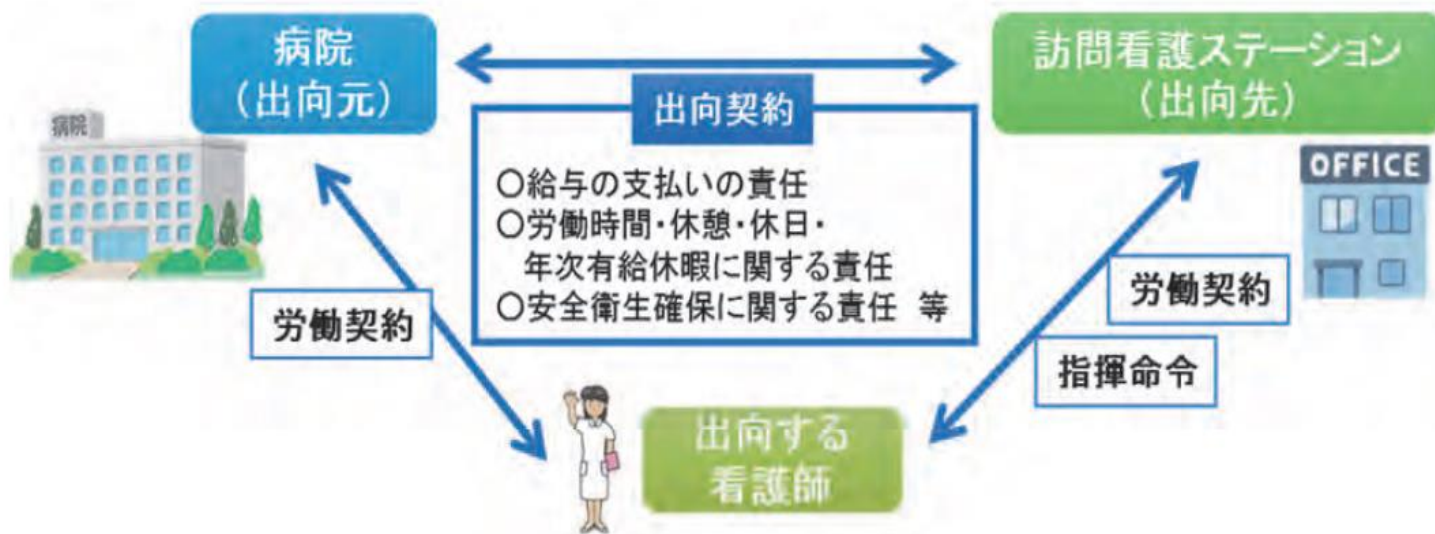
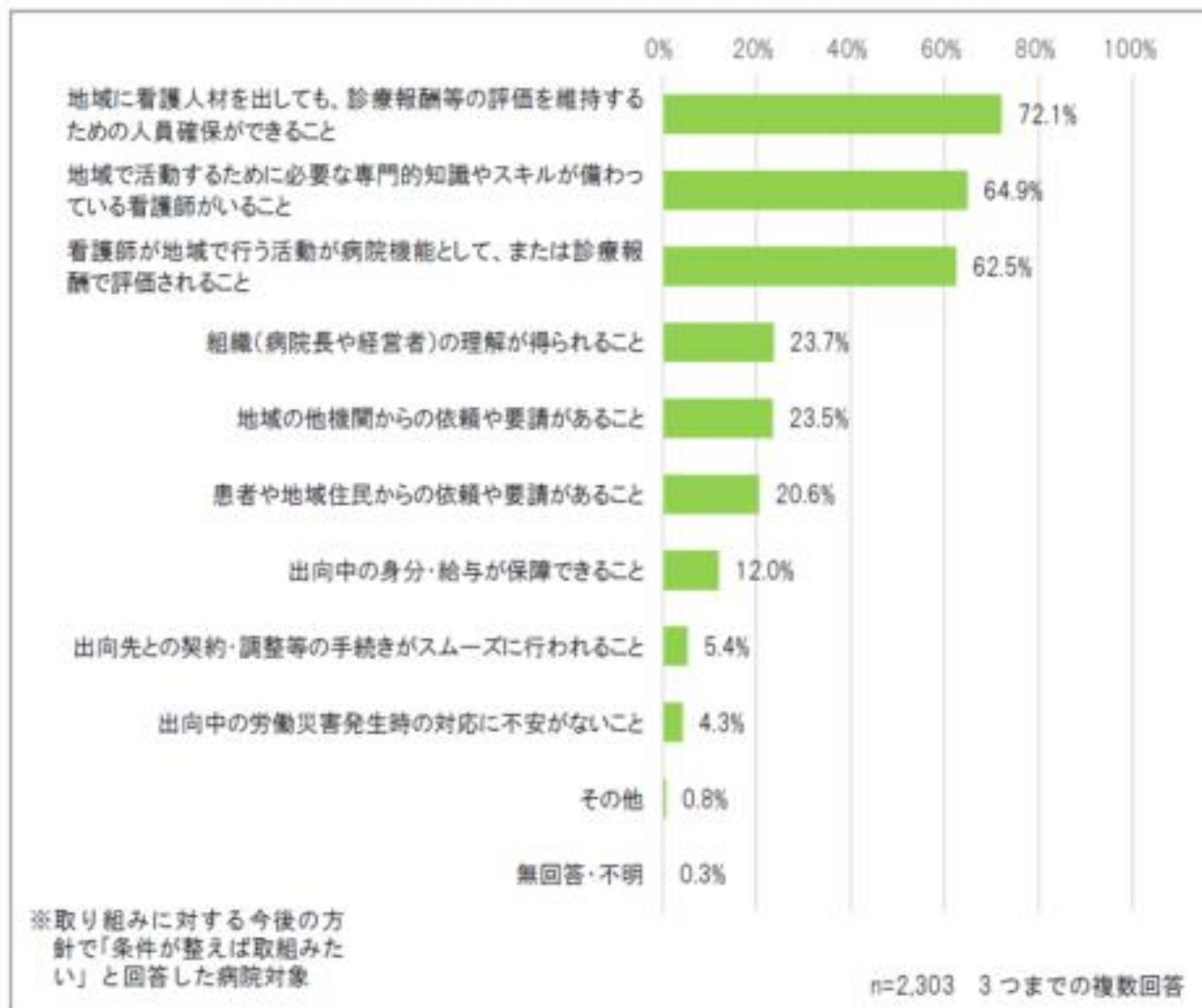


図1 訪問看護出向事業のスキーム

図5 病院の看護人材を地域で活用する取り組みを可能にする条件



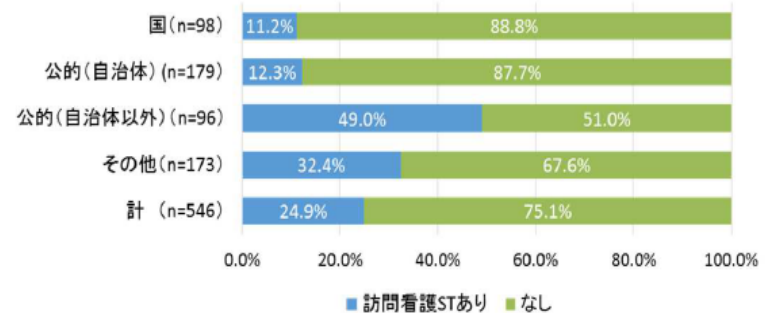
I-2-1

地域医療支援病院による訪問看護の提供・人材支援の促進

- 地域医療支援病院入院診療加算の算定要件として、「訪問看護ステーションの併設等による訪問看護の提供」または「地域の訪問看護事業所への出向等による看護人材支援」を追加することを要望する。

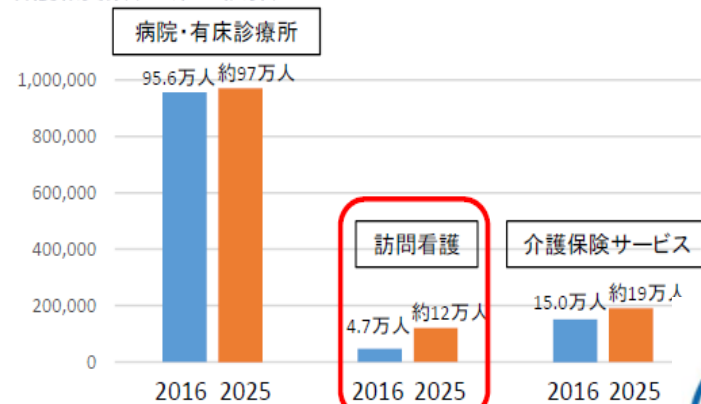
- 2025年の訪問看護従事者の必要数は約12万人と推計されており、2019年現在の訪問看護従事者数約5万人から少なくとも「倍増」ないしそれ以上の人材確保に向け、計画的な体制整備が急務である。
- 医療機関による訪問看護の実施件数は訪問看護ステーションの約3分の1であり、訪問看護を実施する医療機関は全体の約3.9%にとどまる(2017.11.25中央社会保険医療協議会資料)。訪問看護ステーションの大規模化等によりサービスの確保を図る一方、今後は医療機能として地域の在宅医療や救急医療の支援機能を持つ医療機関からの訪問看護提供(いわゆる「みなし訪問看護」あるいは訪問看護ステーションの併設)を増やす方が、併せて必要である。
- 訪問看護の人材確保策としては、訪問看護ステーション等への就業を増やすことと同時に、地域医療構想下での病院・病床機能の見直しに伴い、「訪問看護ができる看護人材」を地域で育成し蓄積する取り組みが、中長期的に重要となる。「訪問看護出向事業」の活用によって、訪問看護ステーションへのマンパワー補充と医療機関の看護師の在宅療養支援能力強化を今後も推進していく必要がある。
- そのため、「居宅等における医療の提供の推進に関する必要な支援を行うこと」が役割として明記されている地域医療支援病院において、訪問看護の提供や訪問看護ステーション等への人材支援が進むよう、地域医療支援病院入院診療加算の算定要件として「訪問看護ステーションの併設等による訪問看護提供」または「地域の訪問看護ステーションへの出向等による看護人材支援」の追加を要望する。

図1 地域医療支援病院における訪問看護ステーションの併設状況(設置主体別)



出典: 各病院等の公開情報(2018年11月時点)に基づく日本看護協会調査
 ※地域医療支援病院数は2018年9月時点で586であり、本集計(n=546)は全体の約93%の把握に基づく集計である。

図2 2025年における病院・有床診療所・訪問看護・介護保険サービスの看護職員数(ごく粗い試算)



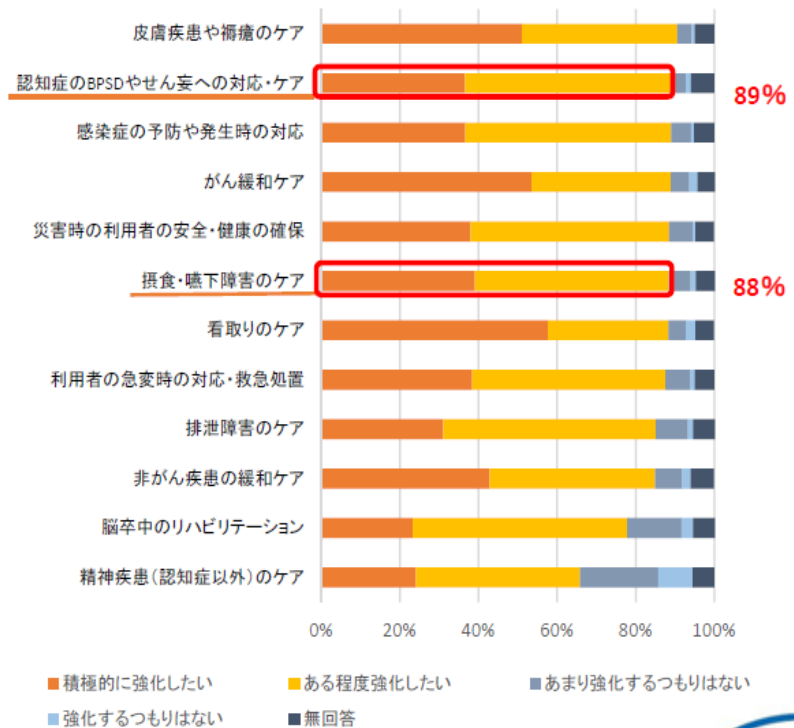
出典: 医療従事者の需給に関する検討会 第5回看護職員需給分科会資料2(平成31)



- 「在宅患者訪問看護・指導料3」の対象疾患を拡大し、認知症・糖尿病・摂食嚥下障害へのケアについても、専門性の高い看護師が同一日訪問することへの評価を要望する。

- 2012年度診療報酬改定で「在宅患者訪問看護・指導料3のハ」が新設され、病院等で働いている専門性の高い看護師（専門看護師・認定看護師）が自施設の外に出て、地域の訪問看護ステーション等と連携し患者の在宅療養を支える取り組みが評価された。
- 現在、在宅療養中の ①悪性腫瘍の鎮痛療法または化学療法を行っている患者、②真皮を越える褥瘡の状態にある患者、③人工肛門もしくは人工膀胱を増設している患者 について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価されている。しかし、現行の3分野以外にも、認知症ケア、糖尿病の血糖コントロール、摂食嚥下機能の回復・向上に対する支援など、支援を必要としている患者、助言を求めている訪問看護師は多く(図1～3)、専門性の高い看護師による支援のニーズがある。

図1 訪問看護ステーションが今後強化したい領域



出典：2018年度老人保健健康増進等事業 訪問看護サービス等における専
 師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業
 「訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供に
 査」の結果を基に本会作成



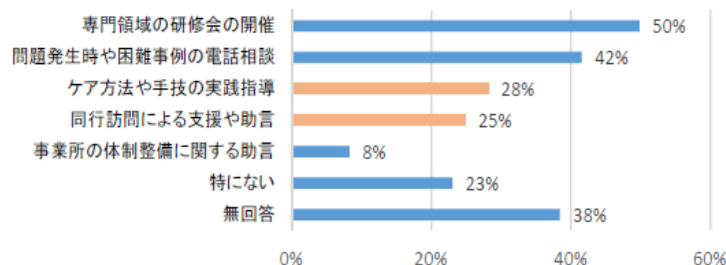
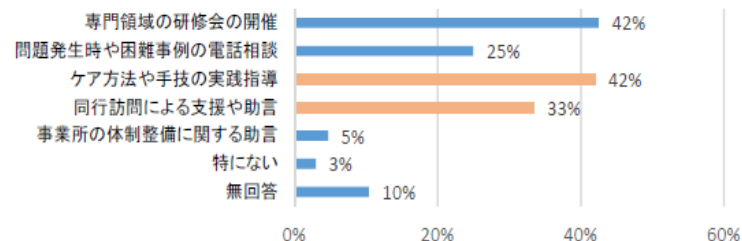
図2 訪問看護ステーションが求めている支援・助言
(認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア)

図3 訪問看護ステーションが求めている支援・助言(摂食・嚥下)



出典：2018年度老人保健健康増進等事業 訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業
「訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供に関するニーズ調査」の結果を基に本会作成

表1 専門性の高い看護師による支援・助言の成果

- 「糖尿病の神経障害、創傷について予防と今後の見通しを助言してもらい、ケアへの不安が軽減できた」(糖尿病・訪問看護師の声)
- 「透析や認知症になりたくない、少しでもよくなりたいたいで看護外来に行く」(糖尿病・患者の声)
- 「在宅での暮らしぶりを実際に見た上で専門的な関わり・助言が、利用者の『勉強する』『看護外来にも行く』との声につながった」(糖尿病・訪問看護師の声)
- 「同行して実際に利用者へのケアを見た上で、認知症の評価と助言がもらえた。今後も相談したい」(認知症・訪問看護師の声)
- 「わかりやすかった。他の困難事例や地域で困っている相談事例についても教えてほしい」(認知症・訪問看護事業所の声)
- 「基本的なことが理解できた」「自身のケアを振り返ることができた。今後も助言がほしい」(認知症・訪問看護事業所の声)

出典：2018年度老人保健健康増進等事業 訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業「専門性の高い看護師によるサービス提供試行事業」事例より抜粋



ポイント②

外来医療の充実強化



外来チームで
地域に貢献

2012年診療報酬改定と チーム医療加算

- ア 糖尿病透析予防指導管理料（新）
- イ 歯科等を含むチーム医療



ア 糖尿病透析予防管理指導料



血液透析

糖尿病透析予防指導の評価

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

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

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

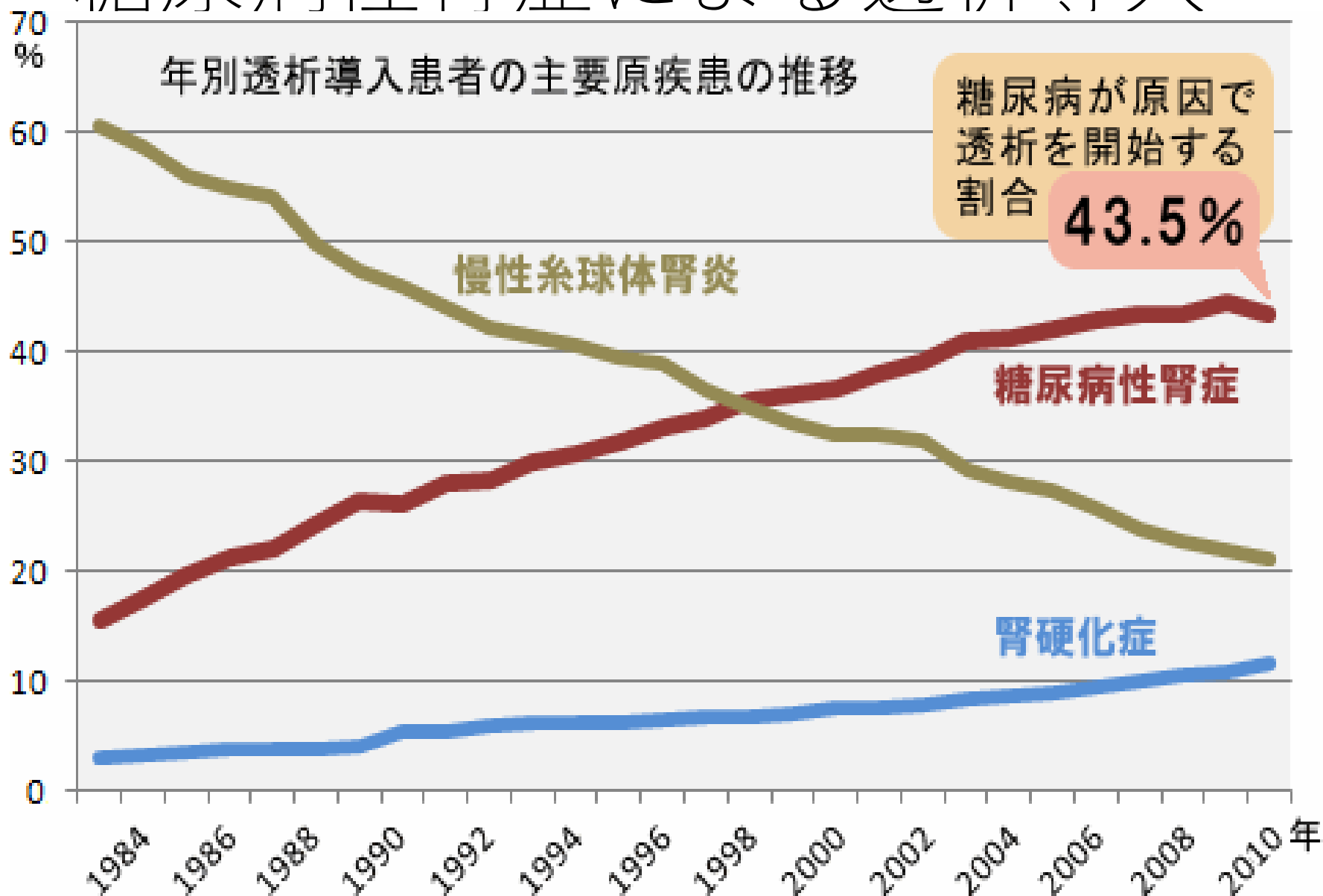
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

と。

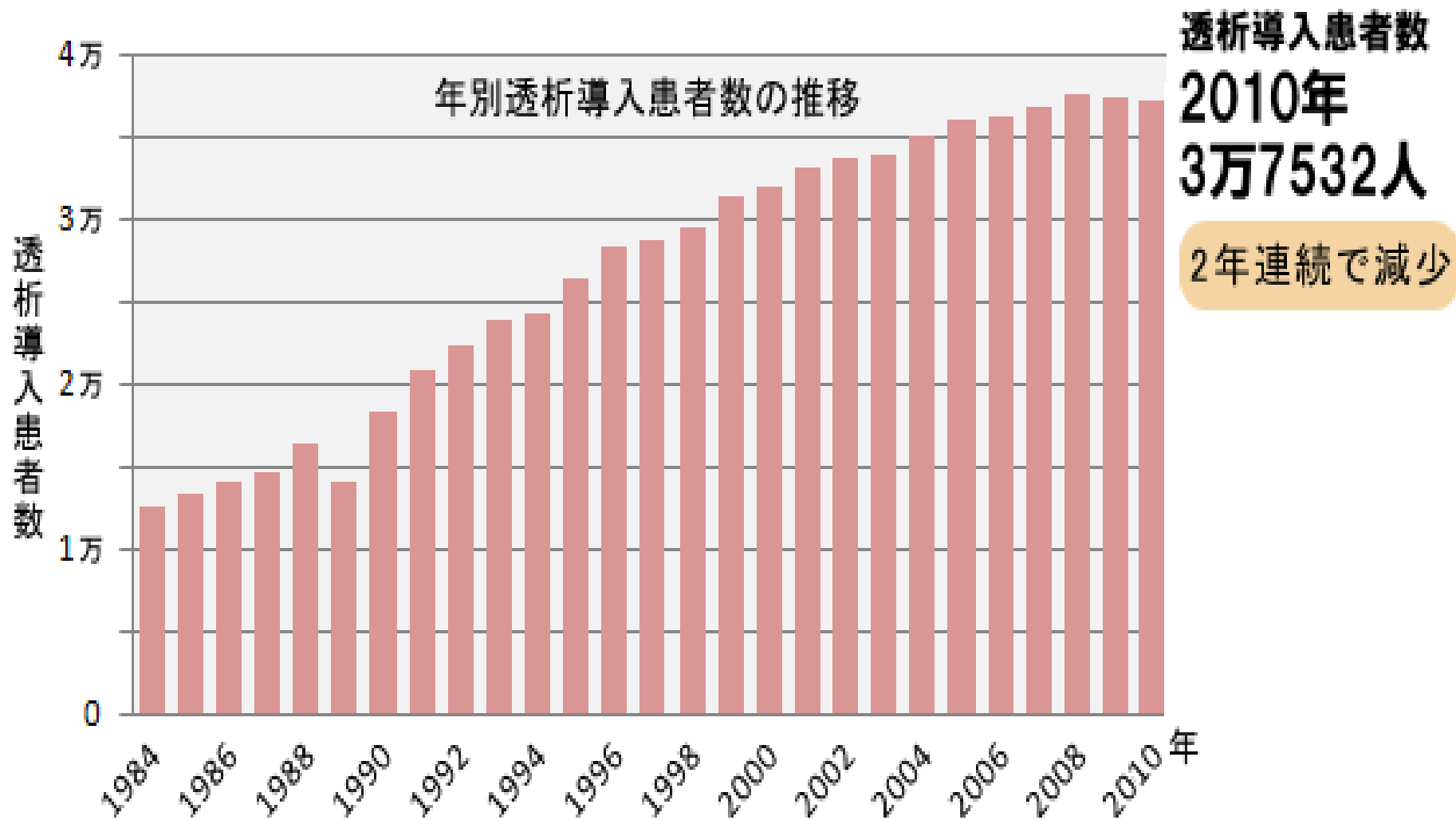
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病性腎症による透析導入



年別透析導入患者数推移



糖尿病症腎症

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

透析予防診療チーム

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



I-2-2

「在宅療養指導料」の生活習慣病患者への対象拡大

- 外来において看護職が在宅療養上必要な指導を行った場合に算定する「在宅療養指導料」について、生活習慣病患者等に対して継続的かつ適切な療養指導を行った場合にも算定されるよう拡充を要望する。

- 生活習慣病患者等が増加しており、外来通院が主な受療の場となっている。
- 慢性疾患の急性増悪予防や重症化予防のためには、患者自身が疾患や自身の病態を正しく理解し、日頃の生活習慣を改善することが不可欠であり、継続的かつ適切な療養指導が重要な役割を担う。
- 看護職は医学的知識に基づき、患者の生活パターンやキーパーソン等を把握した上で、より患者の生活にそったきめこまかな指導を行うことができる。また、治療に関する疑問の解決や意思決定支援等の面でもこうした関わりが有効である。
- 実際、慢性心疾患や慢性呼吸器疾患等の分野では、看護職の働きかけが重症化予防に貢献することがわかっており、専門性を活かして多くの患者に関わることで、患者の重症化予防、QOL向上、医療費削減等につながると期待される。
- 現在の在宅療養指導料は、対象が医療器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）患者に限られているが、より身近な外来で患者の療養指導が可能となるよう、生活習慣病患者等に対しても同様とする。

慢性心不全
外来チーム

- 看護師が慢性心不全を持つ外来患者に対して、塩分制限、食事や運動、禁煙、薬などに関する療養指導を6ヶ月間継続的に実施することで、以下のような結果が得られた。

表1 BNP(Brain Natriuretic Peptide)平均値の変化

- 介入群(継続的な外来看護)でBNPが低下した (pg/mL)

	初回	3ヵ月後	6ヵ月後
介入群 n=49	153.2	124.1	111.2
対照群 n=47	163.6	165.3	197.9

表2 心不全症状(息切れ)の有無

- 介入群(継続的な外来看護)で息切れ症状のある患者割合が低下した (%)

	初回	3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヵ月後
介入群 n=49	10.2	6.1	10.2	6.1	6.4
対照群 n=47	12.8	21.3	23.4	25.5	23.4

出典: Otsu H, et al. Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. Jpn J Nurs Sci 2011;8(2):140-52. (一部改変)

イ 歯科等を含むチーム医療



周術期における口腔機能の管理等

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

周術期における口腔機能の管理

2012年診療報酬改定

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

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

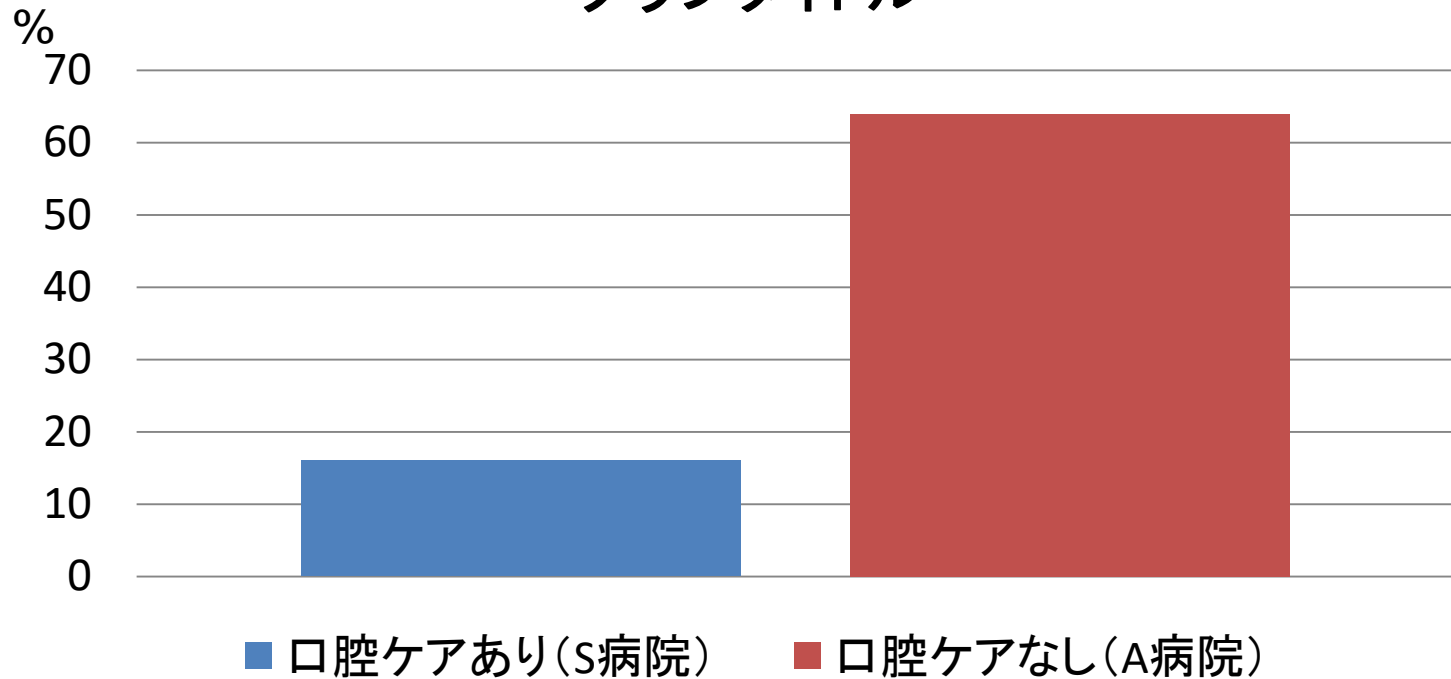
【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

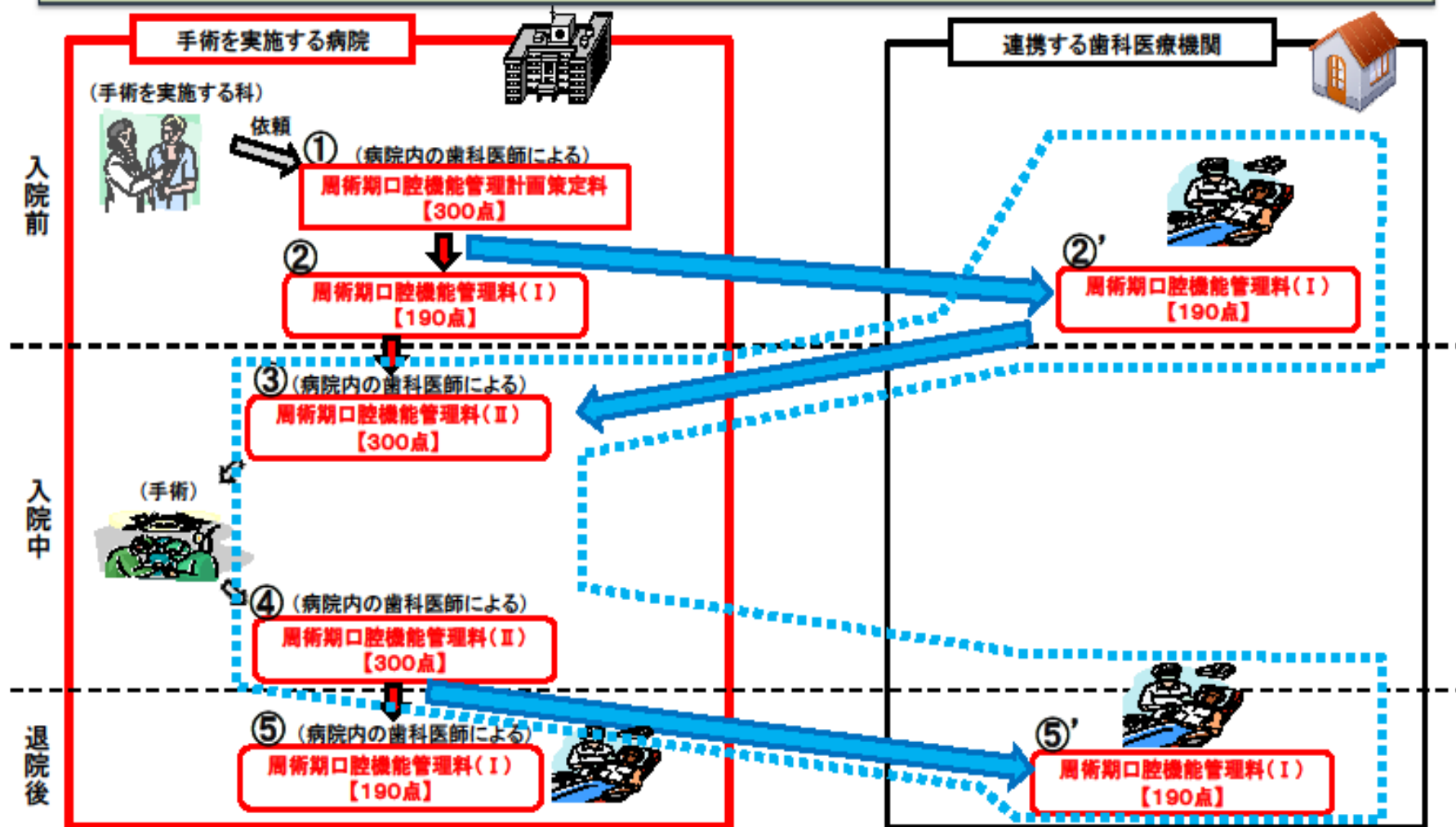
口腔ケアの有無による 術後合併症発生率

グラフタイトル



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

周術期における口腔機能の管理のイメージ



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

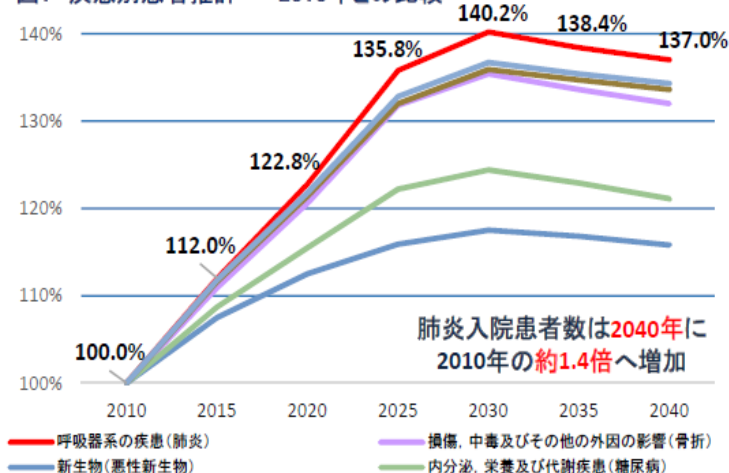
※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

Ⅱ -1-1

誤嚥を予防し、口から食べることを支援するチームケア体制の評価

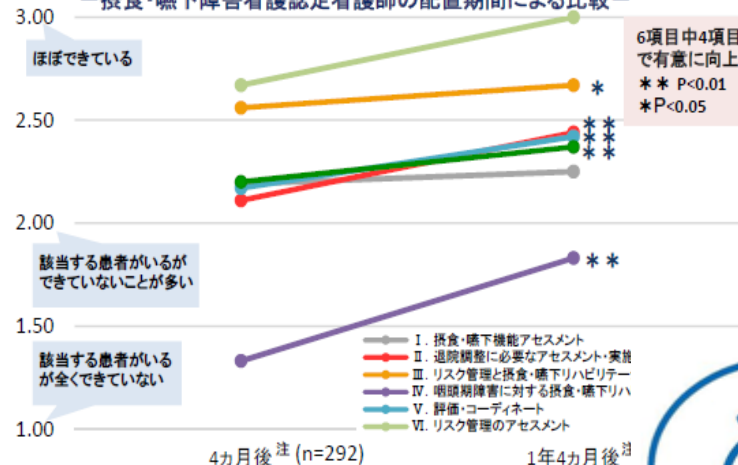
- 入院患者の摂食嚥下機能の維持・改善および誤嚥予防として、下記のような機能評価、ケア、指導を多職種チームで行う体制の評価を要望する。
 - 高齢者や小児患者・難病患者等、支援が必要な入院患者に対して、摂食嚥下の専門チーム(医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士等を想定)が介入し、病棟の看護職等と連携して適切な検査・ケアやリハビリテーションが行われるように支援する
 - 退院後を見据えた計画を立案、説明し、家族や退院先の医療・介護職と連携しつつ、退院後も必要なケアが行われるように指導する
- 口から食べることは、単に栄養をとるだけでなく、生きる上での楽しみや意欲に直結する、人としての根幹的な生活行動である。疾患・障害・加齢等の影響により、摂食嚥下が難しくなり、誤嚥性肺炎を発症しやすくなった際には、各個人の状態に合わせた、食べることに関する専門的支援が受けられることが非常に重要である。特に今、高齢化の影響を受けて、肺炎の入院患者が急激に増加していることから、誤嚥性肺炎の予防が急務である。
- 食形態や内容の工夫、口腔ケア、誤嚥予防のケア等を必要としている者は多いが、必ずしも入院期間中に十分な機能評価やケア、指導等を行う体制が整っているとは言えない。
- 摂食嚥下の専門チームの介入は摂食嚥下機能の維持・改善や誤嚥性肺炎減少に寄与し、口から食べるための支援推進につながる。

図1 疾患別患者推計 -2010年との比較-



出典：産業医科大学公衆衛生学教室、地域別人口変化分析ツール All Japan Areal Population-change Analyses

図2 病棟看護師が提供する摂食嚥下障害看護の質評価(自己評価)
-摂食・嚥下障害看護認定看護師の配置期間による比較-



注釈) 日本看護協会による認定審査を経て、摂食・嚥下障害看護認定看護師として登録
出典：深田順子他、摂食・嚥下障害看護の質向上に及ぼす認定看護師の影響、日摂食嚥下リハ会誌、14





Ⅱ-1-1

誤嚥を予防し、口から食べることを支援するチームケア体制の評価

- 多職種専門チーム※の介入によって、嚥下障害患者の経口食事摂取率が向上し、嚥下障害の重症度が改善した。

図3 摂食嚥下の多職種専門チームによる介入の効果

※多職種専門チームの構成: 摂食・嚥下障害看護認定看護師、リハビリテーション科医師、歯科医師、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士

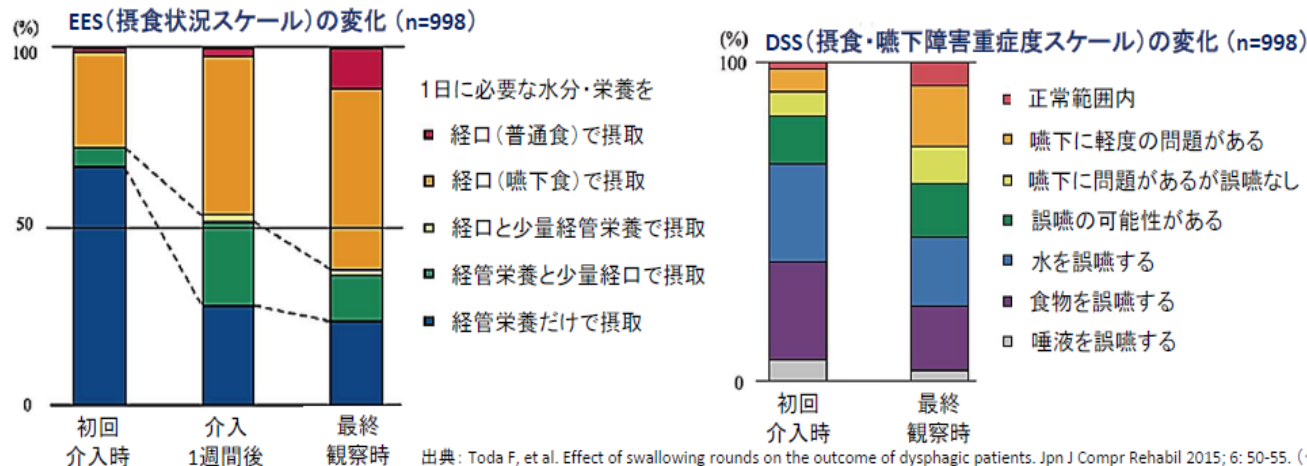


表1 摂食嚥下の多職種専門チームによる介入の例

	多職種で実施	嚥下評価	嚥下訓練	患者・家族への療養指導	口腔ケア	その他
医師, 歯科医師	・嚥下機能の総合評価	嚥下内視鏡検査, 嚥下造影	実施内容の評価		歯科診療	
摂食・嚥下障害看護認定看護師	・診療計画の立案	フィジカルアセスメント, 生活場面の観察, 反復唾液嚥下テスト(RSST), 改定水のみテスト(MWST), 食物テスト(FT)	嚥下リハビリ計画立案, 嚥下訓練実施, 実施内容の評価	摂食時の注意点, 口腔ケア, 嚥下訓練の方法, 退院に向けた摂食・嚥下リハビリ, 緊急時対応, 退院後の生活に合った方法の指導	病棟看護師の口腔ケアに関するコンサルテーション対応	病棟看護師の教育・指導, コンサルテーション対応, 退院にむけて外来看護師・在宅と連携
病棟看護師	・嚥下リハビリ方針の決定	日々の食事場面の観察と評価	プログラム作成(ST), ROM・端座位訓練車いす乗車訓練, 基本動作訓練・ADL訓練, 発声構音訓練, 間接的嚥下訓練, 直接的嚥下訓練, 実施内容の評価	身体・日常生活介助	口腔状態のアセスメント 口腔ケア, マッサージ	食事介助, 離床・レクリエーション促進
リハビリ(OT, PT, ST)	・摂食姿勢, 介助方法, 食具, 食事形態の検討				口腔ケア(ST)	
その他					歯科衛生士による指導・処置等	栄養士による食事の工夫の対応

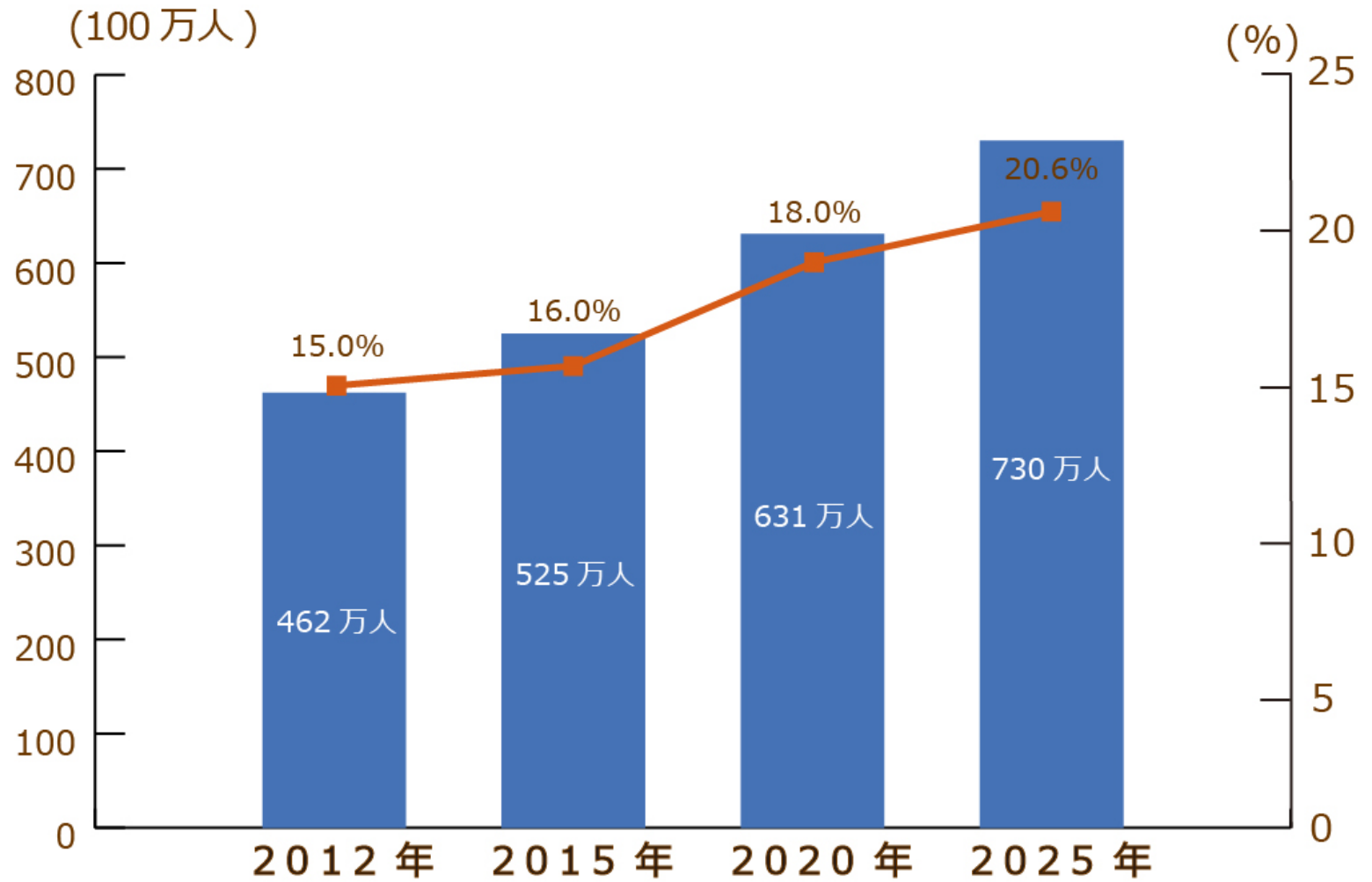
出典: 清野由聖他. 北里大学病院における嚥下サポートチームの立ち上げ, 耳鼻と臨床, 58(6), 261-267, 2012. / 白坂誉子. 高齢者の「食べたい」を支える看護の専門性, 老年看, 16(1), 24-29, 2011. / 田平佳苗. 当院での摂食嚥下障害患者の現状と課題, 国立病院機構熊本医療センター誌, 16, 87-94, 2016. / 深田順子他. 愛知県内の摂食・嚥下リハビリテーションにおけるチームアプローチの現状, 愛知県大看紀, 15, 55-61, 2009. / 才藤栄一他監修. 摂食嚥下リハビリテーション, 第3版, 医師薬出版株式会社, 東京, 2016. を参考に本会作成

ポイント③ 認知症ケア

2016年診療報酬改定



認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究



※ 各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/ (率)

出所: 厚生労働省

認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

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

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

認知症ケアチーム



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

【算定要件】

認知症ケア加算1

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

認知症ケア加算2

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

【施設基準】

認知症ケア加算1

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

認知症ケア加算2

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

入院基本料などに認知症ケア加算を新設

(新) 認知症ケア加算1

- イ 14 日まで 150点
- ロ 15 日以降 30点

(新) 認知症ケア加算2

- イ 14 日まで 30点
- ロ 15 日以降 10点

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

[算定可能病棟]

- 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟除く。)、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患 病棟入院料、特定一般病棟入院料

認知症ケア支援のための取組例②

⇒ 老年専門チームによる介入は在院日数の減少に効果があった。

急性期病院での例

【チームの概要】

病床: 360床(一般7対1病院)

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

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

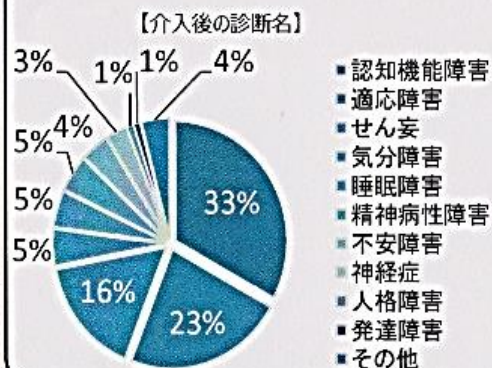
【活動実績】

期間: 2012年10月~2015年3月

ケース数: 715人

平均年齢: 75.23歳

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



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

チーム介入
で在院日数
が短縮

【介入ケースの在院日数】

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

文献(システマティックレビュー)

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

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

当選
確実

II-4-1

「認知症ケア加算2」算定施設における専門性の高い看護師配置の評価

- 「認知症ケア加算2」算定施設において、認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した看護師が専任で配置されている場合、現行の認知症ケア加算2よりも一段高く評価することを要望する。

- 認知症患者数は増加し続けており、地域の中で認知症とともによりよく生きていくことができる社会づくりが新オレンジプラン等で進められている。認知症患者に対する病棟での対応力とケアの質向上を図るため、2016年改定で「認知症ケア加算」が新設された。認知症ケア加算1では認知症ケアチームに、認知症看護に係る600時間以上の適切な研修を修了した看護師が配置されることになっている。認知症ケア加算2では、チームの設置は規定されていないが、全ての病棟に9時間以上の研修を受講した看護師を複数配置することになっている。
- 認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修を修了した看護師は、各病院において、病棟における認知症患者へのケアの実施状況の把握や病棟職員への助言、ケアマニュアルの見直し、研修開催等に取り組んでいるが、常勤医師の確保が難しい等の理由により、認知症ケア加算1が算定できないとの声が現場から聞かれている。実際、本会DiNQLデータによれば、認知症ケア加算2を算定する病院の約3割で、認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修を修了した看護師を配置していることがわかっている。認知症ケア加算2であっても、認知症ケア加算1の施設基準に定められる看護師が配置されている病棟群では、配置していない病棟群に比べて、身体的拘束を受けられる患者割合等が低く、病院内における認知症ケアが改善していることがうかがえる。
- 認知症ケア加算1の施設基準に定められる認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した看護師の配置は、入院医療における認知症看護・ケア内容の向上(身体的拘束の低減、認知機能の悪化予防・維持向上)に寄与する。

表1 身体的拘束患者割合

(月間の身体的拘束実施人数/月間の入院患者実人数)

	加算1を算定		加算2を算定	
専門性の高い看護師の配置	あり	なし	あり	なし
施設数 (no.)	436		132	247
中央値 (%)	4.2		4.9	5.5
四分位範囲 (%)	1.2 -8.7		1.8 -8.0	2.1 -11.4

表2 身体的拘束 延べ日数割合

(月間の身体的拘束実施延べ患者日数/月間の在院延べ患者日数)

	加算1を算定		加算2を算定	
専門性の高い看護師の配置	あり	なし	あり	なし
施設数 (no.)	436		132	247
中央値 (%)	3.9		4.7	5.0
四分位範囲 (%)	1.0 -8.9		1.3 -9.7	2.0 -11.4

出典：日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 2018年10月データ(認知症ケア加算を算定可能な病棟のうち、7対1病棟でデータの入力があった1173病棟)



ポイント④
病院からの訪問看護

病院・診療所からの訪問看護

- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価する。
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価する

病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ①実施医療機関

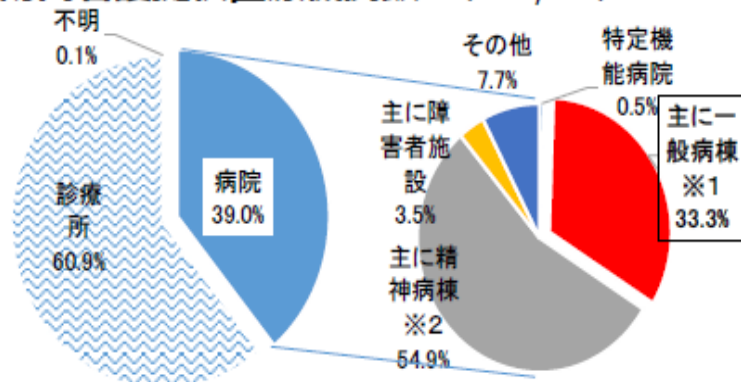
- 全医療機関のうち3.8%が医療保険からの訪問看護を実施しており、病院に限ると約2割が実施している。
- 訪問看護を実施している医療機関のうち約4割が病院であり、そのうち約3割は主に一般病棟を有する病院である。一般病院における1医療機関当たりの訪問看護提供者数は1~10人が最も多く、10:1入院基本料を算定している病院が実施している割合が高い。

■ 医療機関における訪問看護の実施状況

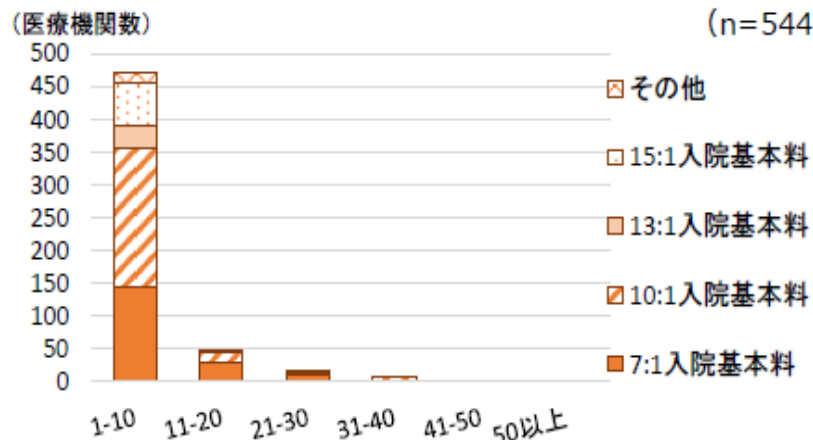
医療機関数 ¹⁾	訪問看護を実施	
	介護保険 ²⁾	医療保険 ³⁾
病院 8,484	—	1,641 (19.3%)
診療所 100,962	—	2,561 (2.5%)
合計 109,996	1,580 (1.4%)	4,205 (3.8%)

- 1)「医療施設動態調査」(平成27年5月末概数)
- 2)「介護給付費実態調査」(平成27年6月審査分)
- 3)NDBデータ(平成27年5月診療分)

■ 訪問看護提供医療機関数 (n=4,205)



■ 一般病院における訪問看護提供者数別の医療機関数 (n=544)



※1 主に一般病棟:当該月において一般病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

※2 主に精神病棟:当該月において精神病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

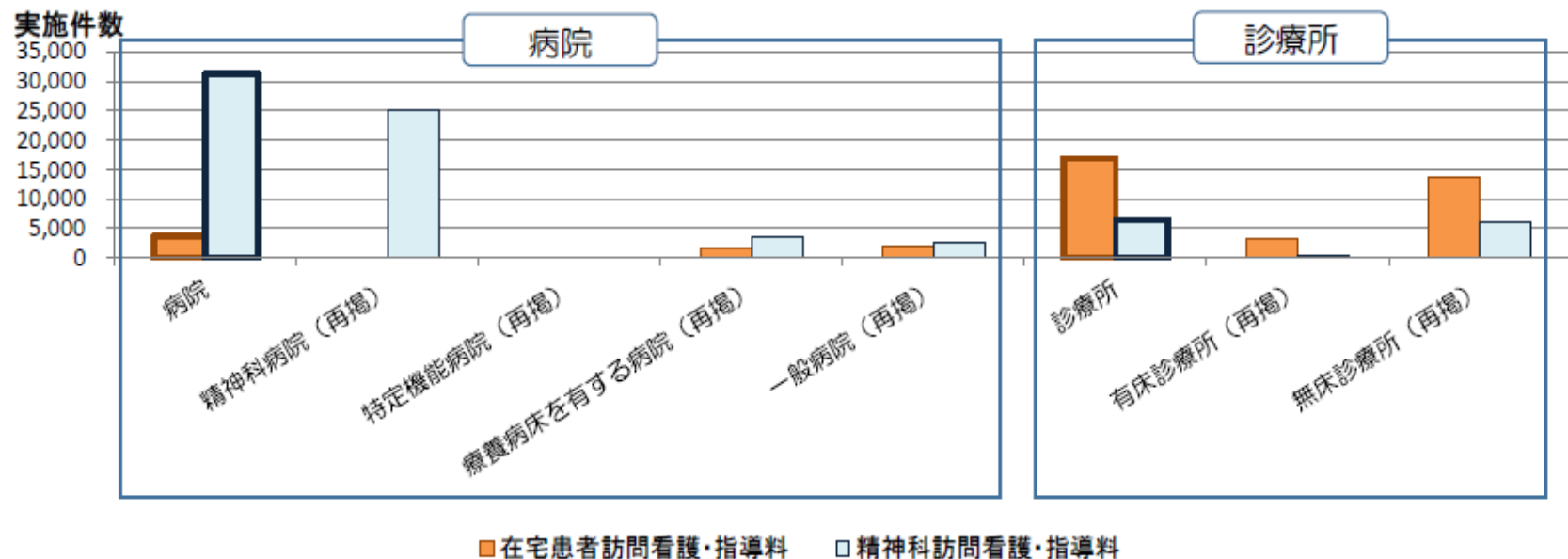
(1医療機関当たりの訪問看護提供者数(平成27年5月))

病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ②実施件数

- 病院・診療所からの訪問看護の実施件数は、病院からの訪問が約6割、診療所からの訪問が約4割である。
- 病院からの訪問看護は、約9割が精神科病院からの精神科訪問看護・指導である。

■病院・診療所からの訪問看護・指導の実施件数（平成26年6月審査分）

	総数(件)		病院		診療所	
	件数	(%)	件数	(%)	件数	(%)
在宅患者訪問看護・指導料※1	20,748	(100.0%)	3,623	(17.5%)	16,881	(81.4%)
精神科訪問看護・指導料※2	37,845	(100.0%)	31,376	(82.9%)	6,456	(17.1%)
合計	58,593	(100.0%)	34,999	(59.7%)	23,337	(39.8%)

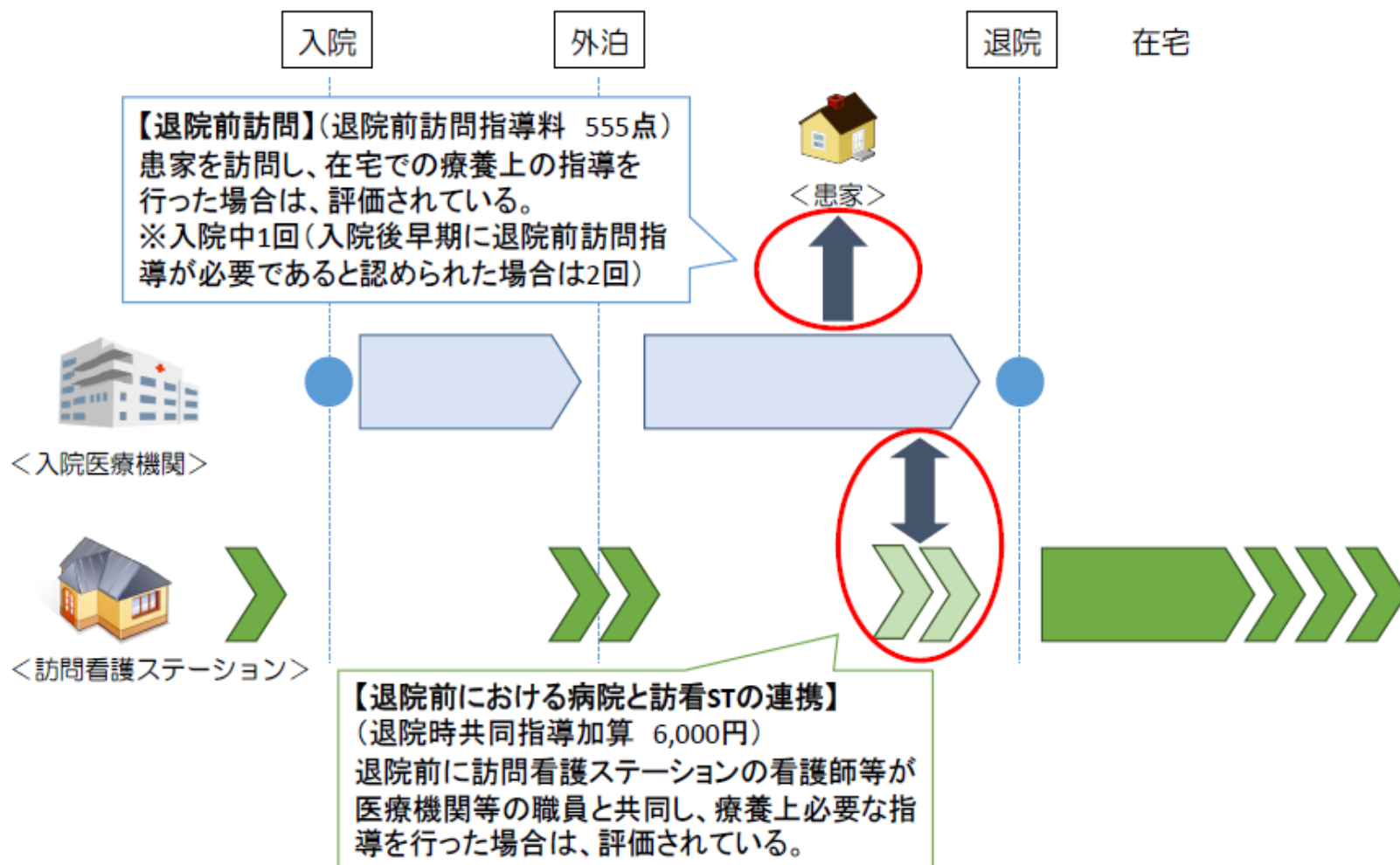


※1 在宅患者訪問看護・指導料:在宅患者訪問看護・指導料と同一建物居住者訪問看護・指導料の細分類の実施件数を積み上げている

※2 精神科訪問看護・指導料:精神科訪問看護・指導料(I)~(Ⅲ)の細分類の実施件数を積み上げている

入院医療機関における退院時の在宅療養支援の評価

- 入院医療機関から在宅療養への円滑な移行に向けた支援のうち、現在評価されているのは退院前に実施された支援である。（医療機関側の評価：退院前訪問指導料、訪看ステーション側の評価：退院時共同指導加算）
- 入院医療機関が退院支援の一環として行う退院後の在宅療養支援を評価する項目はない。



退院直後の 病棟の看護師と訪問看護ステーションと連携



病院の訪問看護ステーション

病棟看護師と連携



退院直後患者



地域の訪問看護ステーション

病院による在宅医療・生活の支援の取り組み ①小児（神奈川県茅ヶ崎地域の例）

【概要】 <平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業（神奈川県）>

地域の小児等への在宅医療資源の拡充と専門機関との連携のために、①小児在宅医療に関する相談窓口の設置、②小児在宅医療の担い手を対象とした各種研修会の実施、③在宅医連携カンファレンスの実施、④新生児地域連携カンファレンス、⑤退院支援の実施 が行われた。

退院後同行訪問の概要

I 目的

在宅医療を行うこどもに対する訪問看護師の初回訪問に入院医療機関の看護師が同行し、医療ケアの効率的な引継ぎと医療ケア方法の修正を共同して行う。

訪問看護師の小児在宅医療ケアに対する不安の軽減を図り、在宅への移行を協働して行う。

II 対象患者

在宅医療ケアを必要とする退院患者

III 訪問時期

退院後1ヶ月以内に行う

患者の状況に応じて医療者、患者・家族と調整し決定する

IV 訪問者

退院在宅医療支援室看護師（状況により外来、退院病棟の看護師）

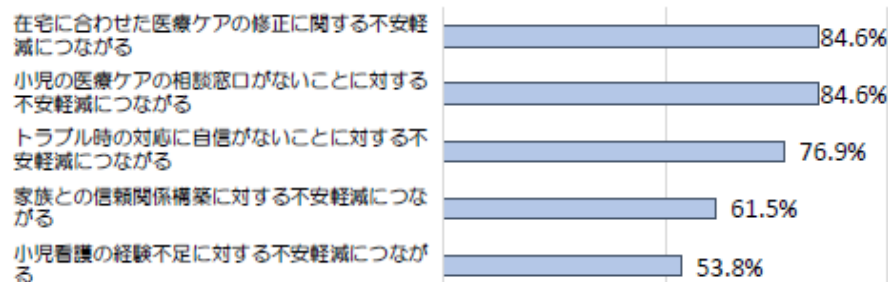
実績（H26年度（2月末時点））

総数：12件（うち9件は病棟看護師同行）

TPPV 5件	NPPV 2件	酸素 2件
注入 1件	ターミナル 1件	IVH 1件
同行訪問看護ステーション数		10施設
在宅医と合わせた訪問（医師も同行）		3件
共同して医療ケアの修正		4件

利用した訪問看護師からの声

(n=23)



在宅移行時に切れ目のない支援が実現し、訪問看護師や患者・家族の不安解消の一助になった。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

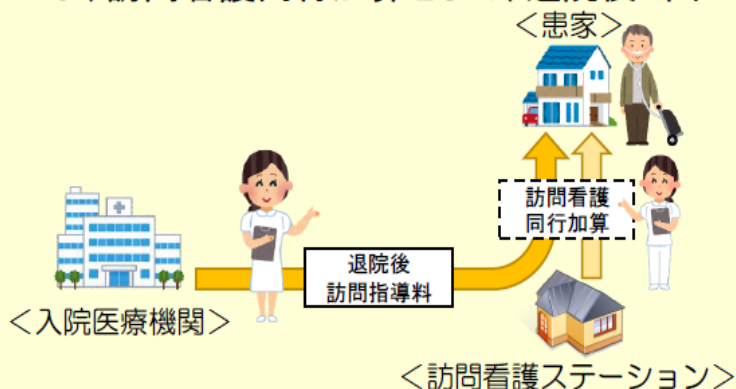
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



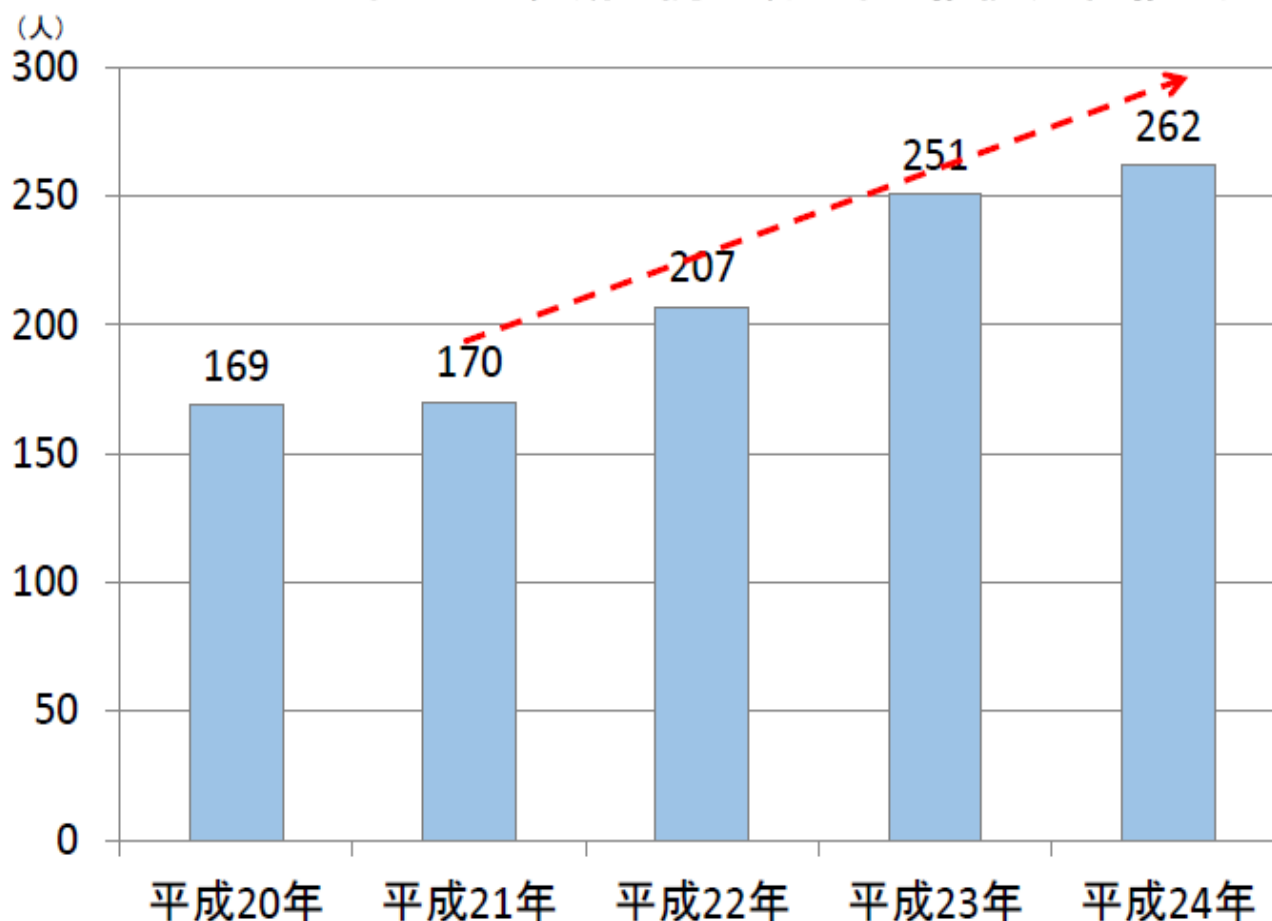
別表第8

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理 | <ol style="list-style-type: none"> 3 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理 4 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |
|---|--|

NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



PTXX-170623-001

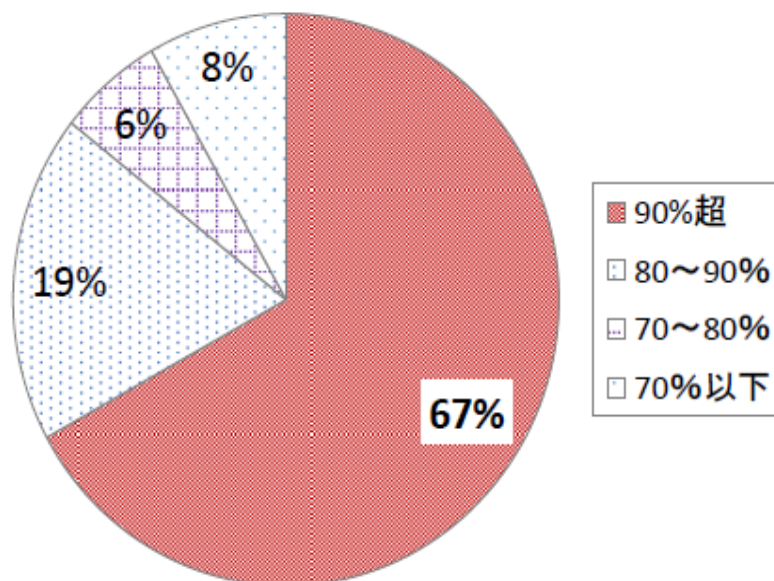
NICUにおける病床利用状況

- 総合周産期母子医療センターの約70%において、NICUの病床利用率は90%を超えていた。
- NICUにおいて母胎・新生児の搬送受入ができなかった事例において、その理由の約90%は満床によるためであった。

<NICUにおける病床の利用状況について>

NICU病床利用率について
(総合周産期母子医療センター97施設)

NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



母体及び新生児搬送受入ができなかった理由について
(総合周産期母子医療センター)

受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

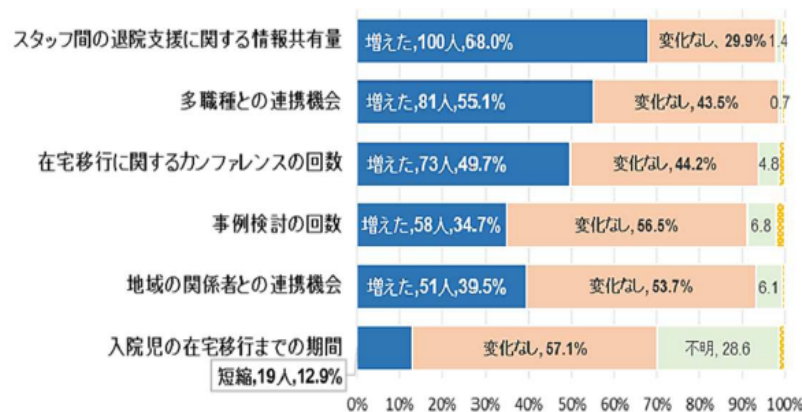
母体	理 由	NICU 満床	MFICU 満床	診察可能 医師不在	その他
	センター数		70/79	50/79	17/79
割合 (%) ※		88.6%	63.3%	21.5%	68.4%

新生児	理 由	NICU 満床	診察可能 医師不在	その他
	センター数		55/59	6/59
割合 (%) ※		93.2%	10.2%	33.9%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合 (複数回答可)

- 入退院支援加算3の施設基準に配置が定められている看護師の要件に、「小児在宅移行に係る研修を受講していること」を追加することを要望する。
- 新生児特定集中治療室（以下、NICU）等においては、在宅移行支援のための更なる体制整備が求められている。スムーズな在宅移行を支援するためには、出生時から退院後の生活を見据えて、それぞれの家族の状況に応じた支援をすることが必要であり、加えて、院内の関係部署だけでなく、地域の医師や訪問看護ステーション等との連携が求められるため、横断的な活動ができることが重要である。
- 主に入退院支援を担当する看護師には、患児がスムーズに在宅移行できるよう、必要な知識や技術を習得し、NICU内でリーダーシップを発揮し入退院支援体制を構築するなど、多岐にわたる活動が求められるため、現行要件にある「入退院支援や新生児集中治療に関する経験」に加えて、専門的な研修の受講が必要である。
- 研修修了者がいる施設においては、入退院支援の取組がより充実している。
- すでに、総合周産期母子医療センターの93.5%（101施設）で、研修修了者が所属している。

図1 「小児在宅移行支援指導者育成研修」の修了者がいる施設における受講前後の変化



出典：小児在宅移行支援指導者育成研修修了者を対象にした
2017年度フォローアップ研修アンケート結果を基に本会作成

図2 「小児在宅移行支援指導者育成研修」への参加施設数および人数（総合周産期母子医療センターのみ）

	人数	施設数
2017年度（第1回）	154名	94
2018年度（第2回）	78名	63
2年間の総数	232名	101 ※

※重複施設数は非カウント

出典：2017年度・2018年度総合周産期母子医療センター
看護管理者合同会議における資料を基に本会作成



今日のまとめ

- 2040年問題の本質は就労人口の激減問題
- 診療報酬改定では7対1の今後と地域包括ケア病棟に注目
- 介護報酬改定では療養病床問題と介護医療院がポイント
- 入退院支援加算、入院時支援加算はPFMの考えで
- 働き方改革はタスクシフト・シェアリングで
- 病院の地域貢献がこれからは問われる

2040年～医療&介護のデッドライン



2040年—— 医療&介護の デッドライン

武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授
MASAKI MUTO

2040年——団塊世代700万人が
死に場所難民になる
超高齢化社会
そのピークまであと20年

2040年に向かう“潮流”に沿って、
今後どのような地域・医療・介護の体制が構築されていくか、
医療機関と介護施設は今後どの方向に舵を切るべきか——

医学通信社



- 団塊世代“大死亡時代”の航海図～地域のブルーオーシャンへ！～
- 武藤正樹（国際医療福祉大学大学院教授）著
- 2019年11月 27日 発刊
- 1800円

ご清聴ありがとうございました



フェイス
ブックで
「お友達募
集」をして
います

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開して
しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
mutoma@iuhw.ac.jp

なんでも質問コーナー？？？

