

2020年診療報酬改定と地域連携



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

演題名: 2020 診療報酬改定と地域連携

所 属: 国際医療福祉大学大学院教授

発表者名: 武藤正樹

発表者のCOI開示

演題発表内容に関連し、発表者らが開示すべき
COI関係にある企業等はありません。


目次



- パート 1
 - 2020年診療報酬改定と働き方改革
- パート 2
 - 2020年診療報酬改定と
病床機能分化と連携
- パート 3
 - かかりつけ医機能とオンライン診療

パート1 2020年診療報酬改定と 働き方改革





改定率「本体分、働き方
改革分の0.08%を含め
0.55%」
日医が財務省を押し切る
2019年12月13日

令和2年度診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%
各科改定率 医科 +0.53%
 歯科 +0.59%
 調剤 +0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

2. 薬価等

- ① 薬価 ▲0.99%
※ うち、実勢価等改定 ▲0.43%
 市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%
- ② 材料価格 ▲0.02%
※ うち、実勢価等改定 ▲0.01%

公費ベース
で126億円

改定に当たっての基本認識

- ▶ 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
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 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

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

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

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

働き方改革とは



2018年6月

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



①時間外労働時間の上限規定

- 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

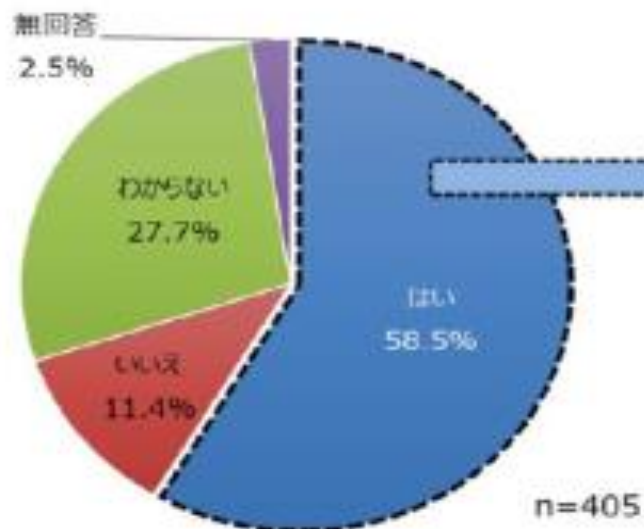
水準A

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

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

| | 病院数 | 割合 |
|-------|-----|--------|
| はい | 237 | 58.5% |
| いいえ | 46 | 11.4% |
| わからない | 112 | 27.7% |
| 無回答 | 10 | 2.5% |
| 合計 | 405 | 100.0% |



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

| | 病院数 | 割合 |
|-----------------------|-----|-------|
| 救急医療からの撤退 | 211 | 89.0% |
| 外来診療の制限・縮小 | 152 | 64.1% |
| 病院の経営破綻 | 151 | 63.7% |
| 産科・小児科医療からの撤退 | 139 | 58.6% |
| 医療の質の低下 | 121 | 51.1% |
| 過疎地・へき地医療の確保 | 116 | 48.9% |
| 長時間手術の制限 | 98 | 41.4% |
| 医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下 | 85 | 35.9% |
| 医療へのアクセスや利便性の低下 | 84 | 35.4% |
| 研修医教育の制限 | 81 | 34.2% |
| 高度医療の提供制限 | 69 | 29.1% |
| その他 | 5 | 2.1% |
| 無回答 | 2 | 0.8% |

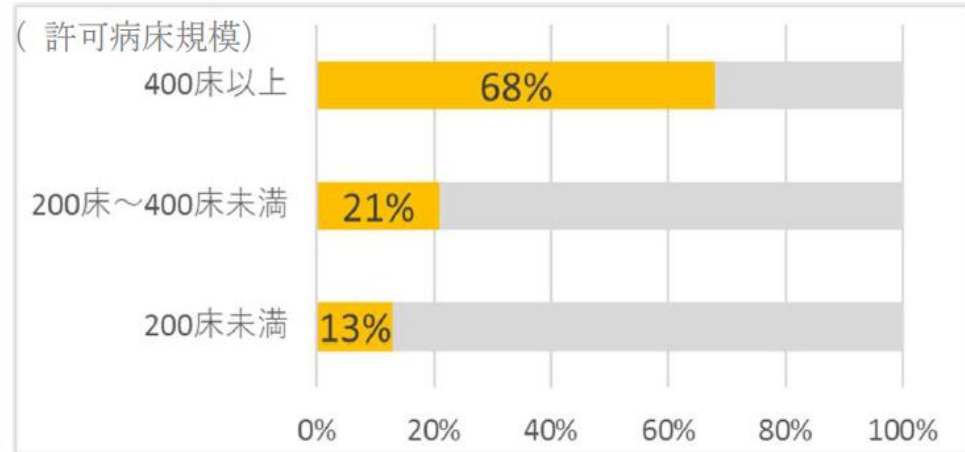
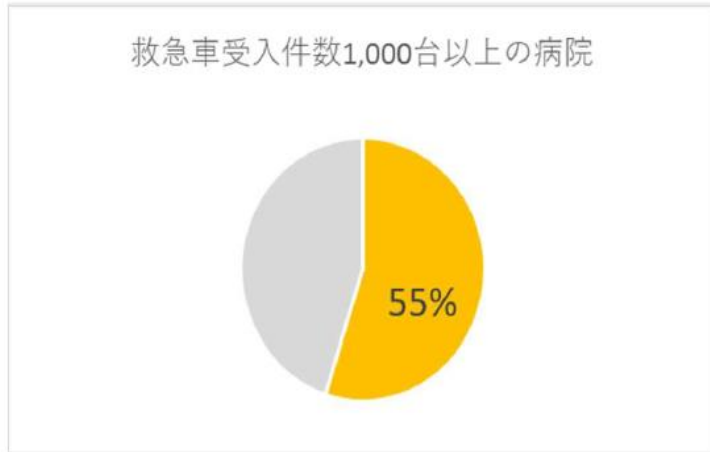
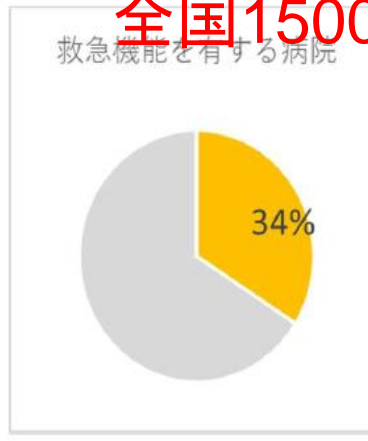
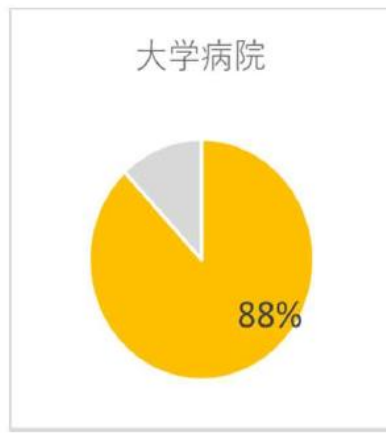
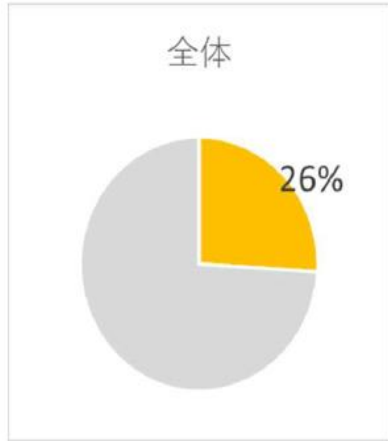
n=237



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
全国1500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。

次回診療報酬改定の 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」。

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。

働き方改革で
ルンルン



働き方改革と 2020年診療報酬改定



中医協総会（2019年10月18日）

診療報酬改定と働き方改革の 6つのポイント

- ポイント①働き方改革の入院基本料加算による評価
- ポイント②タスク・シフティングに対する評価
- ポイント③救急医療体制の評価
 - 救急件数1000件以上を評価
- ポイント④大病院の勤務医の外来負担の軽減
 - 200床以上地域支援病院の外来定額負担導入
- ポイント⑤常勤・非常勤、専任・専従要件の緩和
- ポイント⑥書類業務の標準化、研修の見直し

ポイント①

働き方改革の入院基本料
による評価

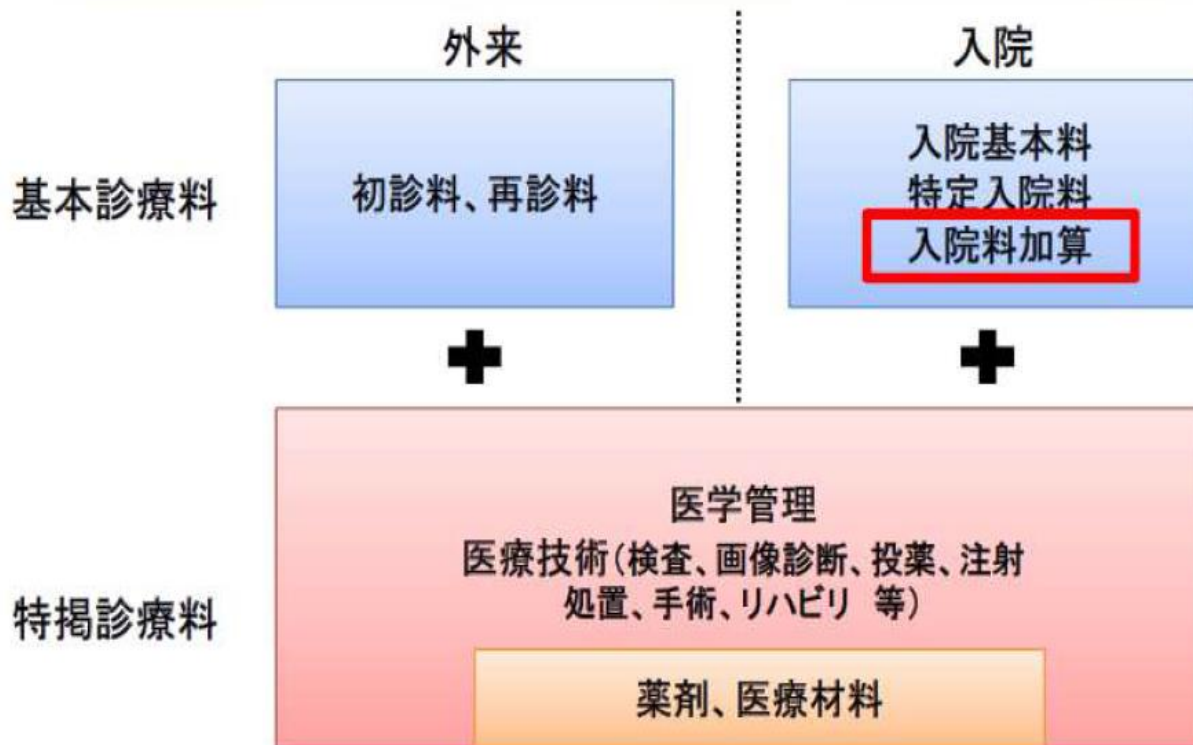
入院基本料加算で評価



森光敬子医療課長

- 12月18日の中医協総会で、森光敬子医療課長は、「新たな入院基本料加算を導入してはどうか？」と提案を行った。
- 入院基本料等加算とは？
 - 総合入院体制加算
 - 医師事務補助体制加算
 - がん拠点病院加算
 - 緩和ケア診療加算

診療報酬の基本構造



- 「基本診療料」は、初・再診、入院時の診察行為又は入院サービスの費用のほか、基本的な診療行為の費用も一括して支払うもの。簡単な検査、処置等(例:血圧測定等)、入院の場合の皮内、皮下、筋肉内、静脈内注射の注射手技、簡単な処置等を含んでいる。
- 入院基本料等は、療養環境(寝具等を含む。)の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等に要する費用は、特に規定する場合を除き含まれている。
- 「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが適当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々に点数を設定し、それらの診療行為を行った場合は、個々にそれらの費用を算定する。

医師の働き方改革に関する検討会 報告書（抜粋）

【p14】

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関）

B水準医療機関

○（略）

①・②（略）

③ 以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること
- ・ 実際に医師の時間外労働が短縮していること。短縮していない場合には、評価機能（※後述（3））による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られていること。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討。

○ 当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

【p16】

○ ③については、

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画（※（3）のとおり国から記載項目を示す・医療機関内で取り組める事項を想定）の作成・実施により確認する。
- ・ 実際の時間外労働の短縮状況については、医師労働時間短縮計画における前年度実績（時間数）により確認する。短縮していない場合については、医療機関内の取組を当該計画により確認するほか、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について評価機能が行う客観的な要因分析・評価の結果、都道府県医療審議会等における協議の状況等により、労働時間短縮に向けた取組状況を確認する。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反に関しては、労働基準行政との連携により確認する。

医師労働時間短縮計画について(案)(1)

（計画の内容）

- 各医療機関における医師の労働時間の実績及び削減目標並びに労働時間短縮に向けた取組について記載する。

（労働時間）

- 医師の労働時間については、より精緻な目標設定・分析評価のため、平均時間数・最長時間数のほか、960～1860時間の医師の人数・割合、1860時間超の医師の人数・割合について、対象診療科（後述）を明らかにした上で、目標及び実績を記載することを求めることとしてはどうか。また、当面、2024年度までの各年度の削減目標の記載を求めることにより、労働時間の上限規制の適用に向けて医療機関がより計画的に労働時間短縮に向けた取り組みを進め、進捗状況を把握することができるのではないか。

（時間短縮に向けた取り組み）

- 労働時間短縮に向けた取組については、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（平成30年2月27日）に記載されている事項、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（平成31年3月28日）において同計画に盛り込むこととされている事項等が想定される。
- 一方、医療機関によっては、過去に対応済みの事項等もあると考えられ、また、ここに列挙されていない取組も想定されるため、計画策定及び評価の際には、こうした医療機関毎の事情に留意する必要があるのではないか。

医師労働時間短縮計画について(案)(2)

(策定義務の対象医療機関)

- 一定の長時間労働が見られる医療機関として、36協定上、時間外・休日労働時間が年960時間を超える業務に従事する医師のいる医療機関に対して、策定を義務付けることとしてはどうか。
- この場合、2024年4月以降は(B)(C)医療機関に策定が義務付けられる。また、2024年3月以前は、(B)(C)医療機関としての特定が想定される医療機関のほか、(A)医療機関となることを予定しているものの、(A)水準を超える時間労働している医師が勤務する医療機関についても、2024年4月の時間外労働の上限の適用開始に向けて、策定義務の対象に含まれる。

(計画の位置づけ)

- 現在、医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、各都道府県の医療勤務環境改善支援センターにおいては、医療法第30条の19及び第30条の21に基づき、医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)の導入支援を行っている。
- 医療法第30条の19に基づく努力義務が課されている勤務環境改善マネジメントシステムにおいては、各医療機関が改善計画を策定し(P)、計画に基づき取組の実施(D)、定期的な評価(C)、そして更なる改善(A)を行うこととされている。
- 医師労働時間短縮計画についても、このPDCAサイクルの中で策定から改善までの一連の取組を実施していくことが想定されるが、報告書において、労働時間の改善状況を毎年検証していくこととしていることを踏まえ、各医療機関内において、医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間削減に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこととしてはどうか。(評価機能による評価のサイクルはp10)

労務マネジメントの
取り組みを
入院基本料加算で評価

ポイント② タスク・シフティング

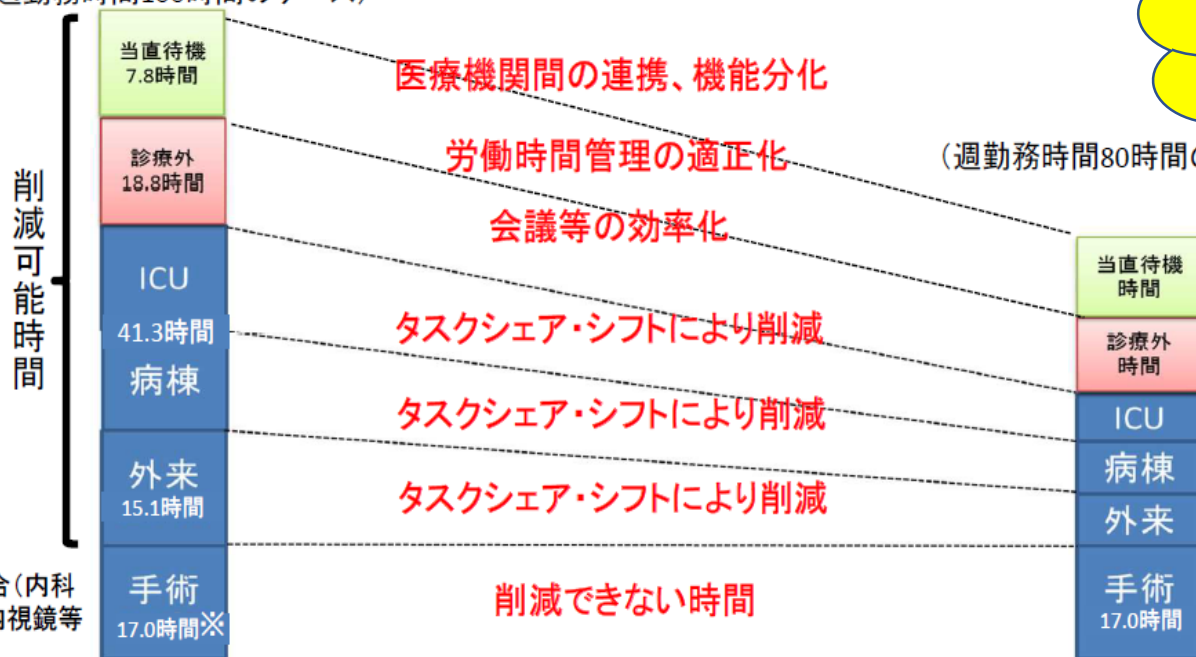
医師事務作業補助者

特定行為研修修了看護師（特定行為看護師）

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)



タスクシフト改革による時短達成

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

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

| 削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合) | 時間数イメージ |
|------------------------------|----------|
| タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減 | 週7時間程度削減 |
| タスクシフト(特定行為の普及)による削減 | 週7時間程度削減 |
| タスクシェア(他の医師)による削減 | 週6時間程度削減 |

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

看護特定行為の導入



2014年の保助看法
の一部改正

「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)

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

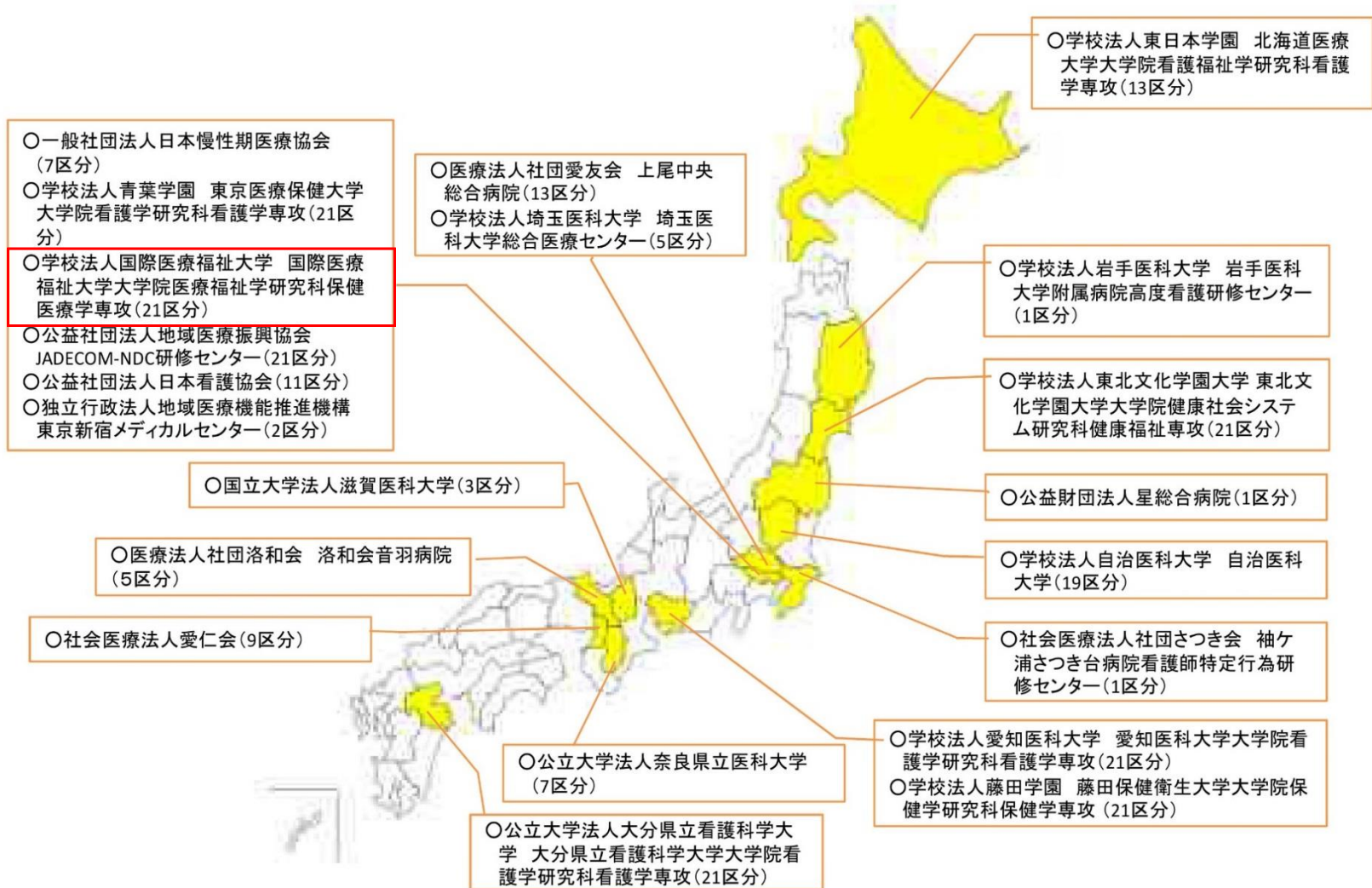
| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 |
| 人工呼吸器からの離脱 | |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 |
| 循環器関連 | 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

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

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

特定行為研修を行う指定研修機関

現在、130施設



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



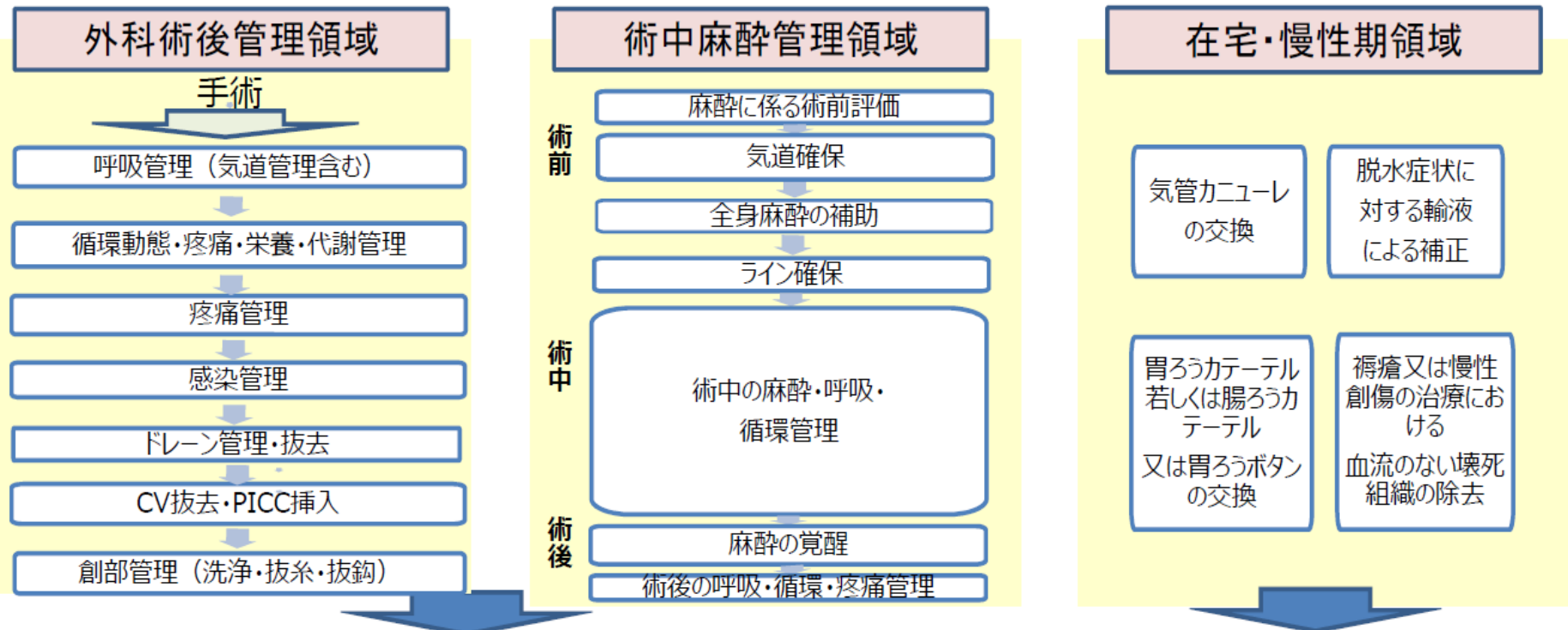
旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

国際医療福祉大学三田病院の 特定看護師さん（循環器）



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。



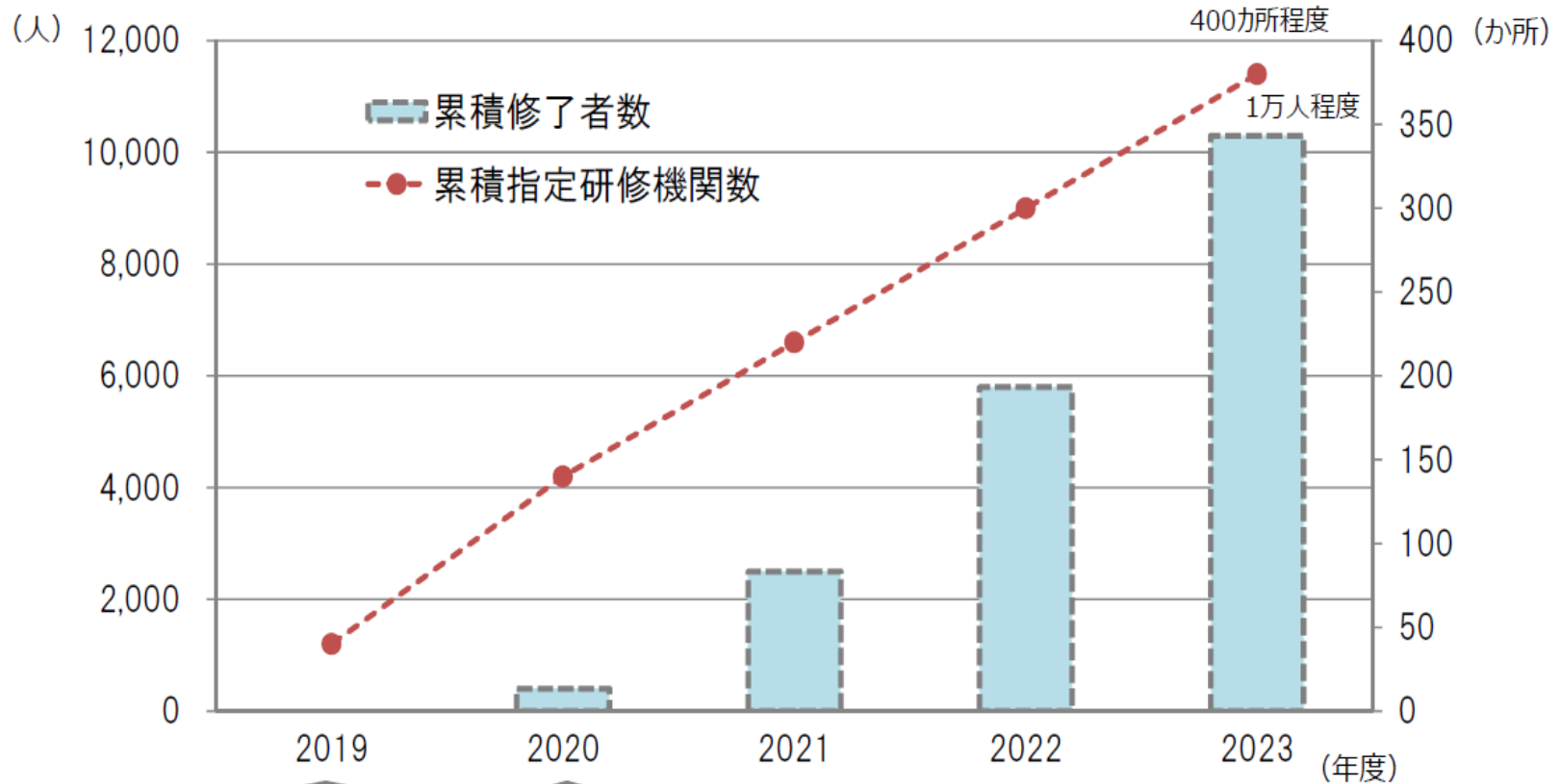
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

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



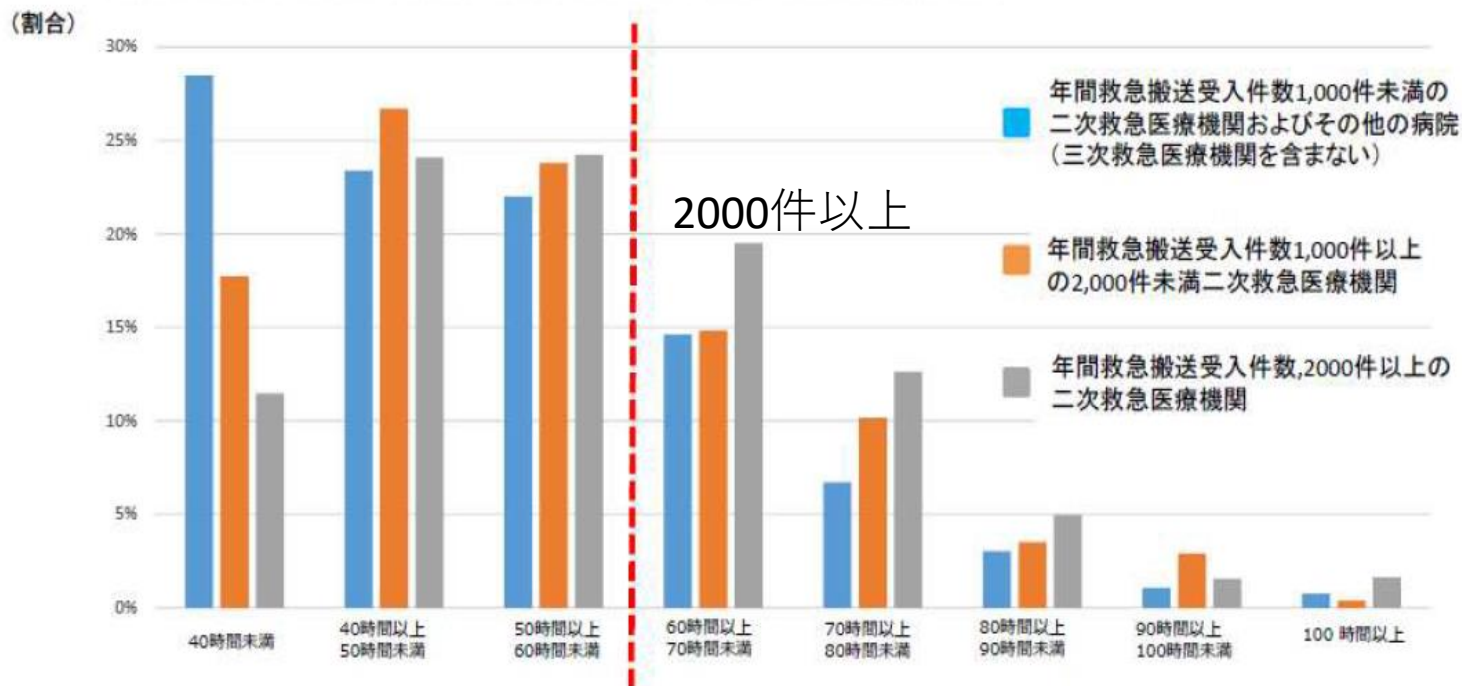
すべての大学病院
が特定行為の指定
研修機関へ！

ポイント③救急医療体制の評価

年間救急搬送受け入れ件数
2000件以上を評価

- 年間救急搬送受入件数が2,000件以上の二次救急医療機関において、より受入件数の少ない二次救急医療機関よりも長時間勤務（週60時間以上等）を行う医師の割合が大きい。

<年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布(三次救急を除く)>



※1 勤務時間に関する出典: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)
 ※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典:平成29年度病床機能報告

パート 2

2020年診療報酬改定と 病床機能分化と連携

改定に当たっての基本認識

- ▶ 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
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

3 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

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

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

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

2020年診療報酬改定と地域連携 3つのポイント

- 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① どうなる7対1？



中医協総会

2018年改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

入院医療分科会

中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

入院医療のポイント 7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

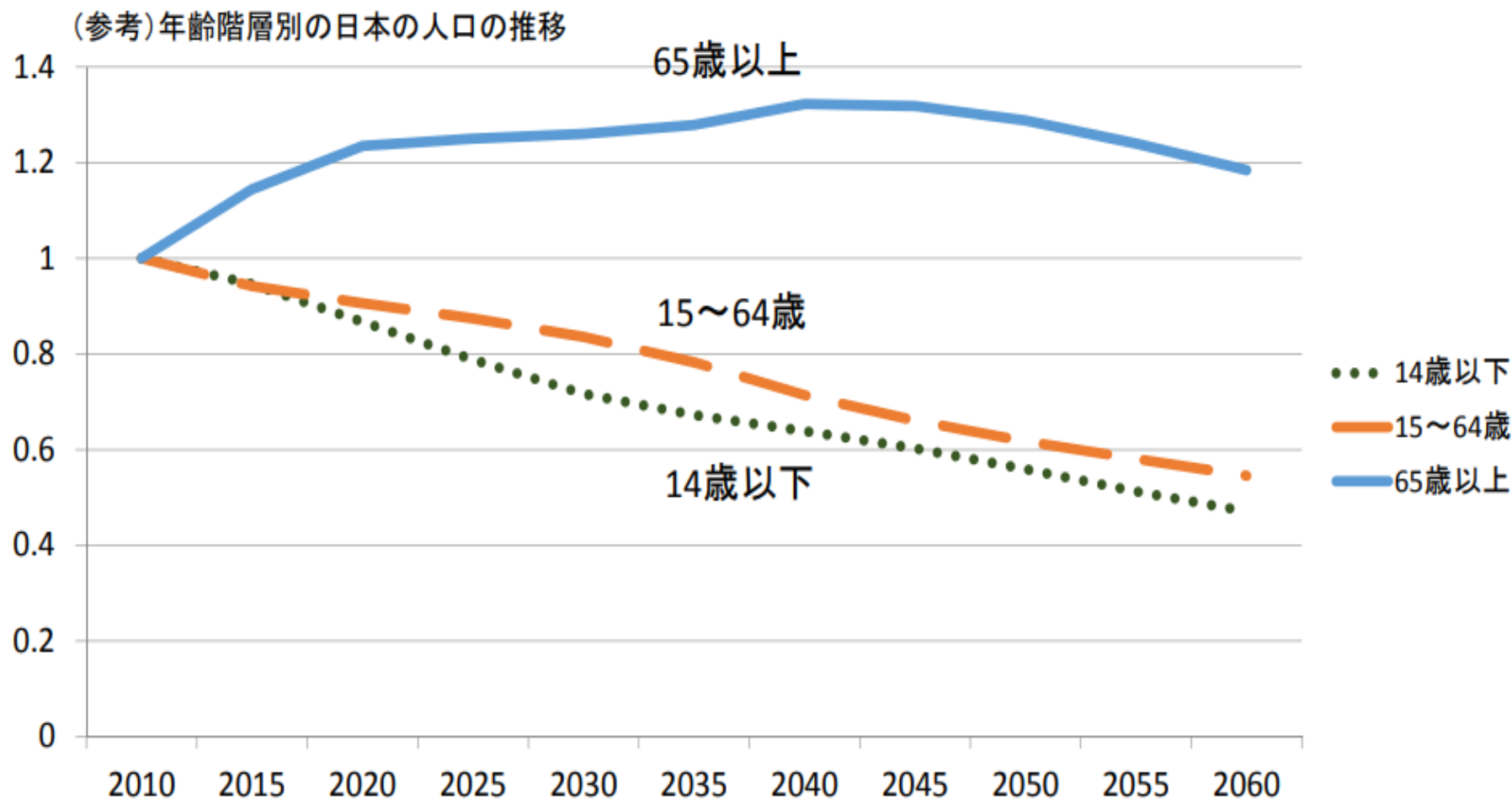
見直しの3つのワケ

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

入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

中医協 総 - 6
29 . 3 . 1 5

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

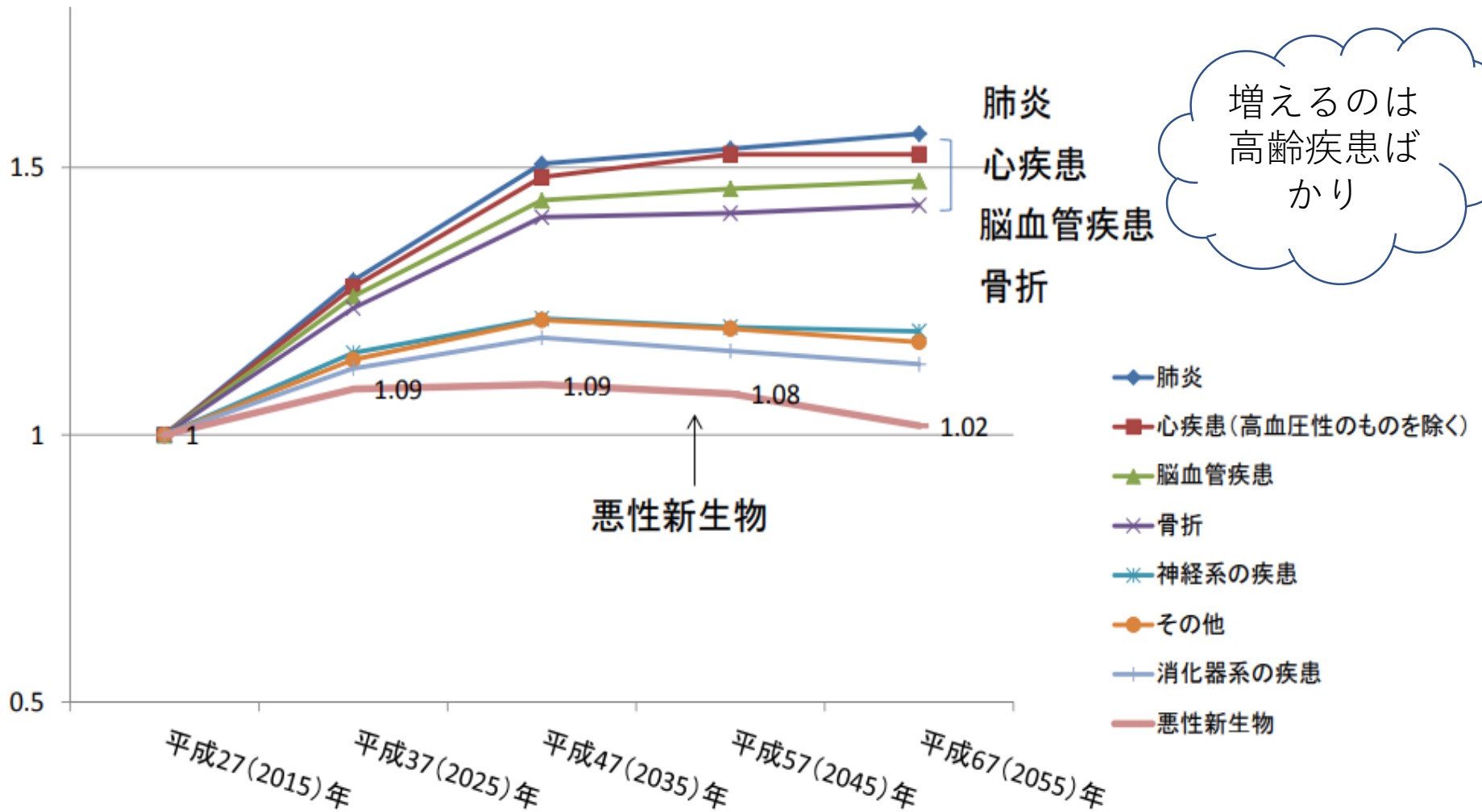


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

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

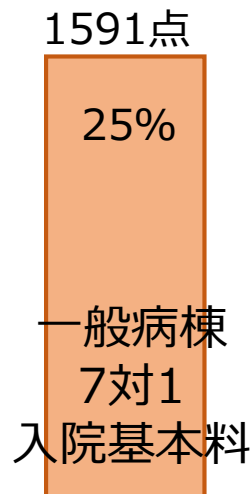
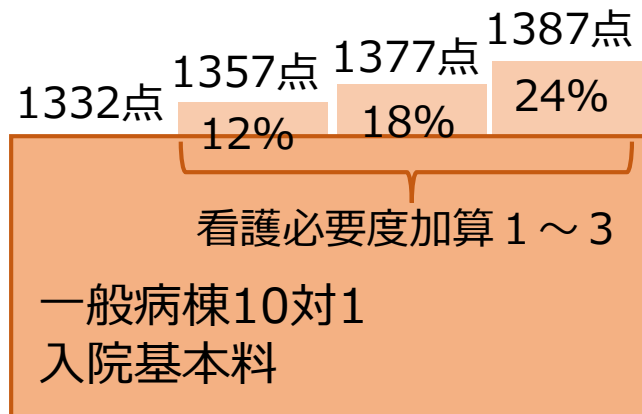
入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率



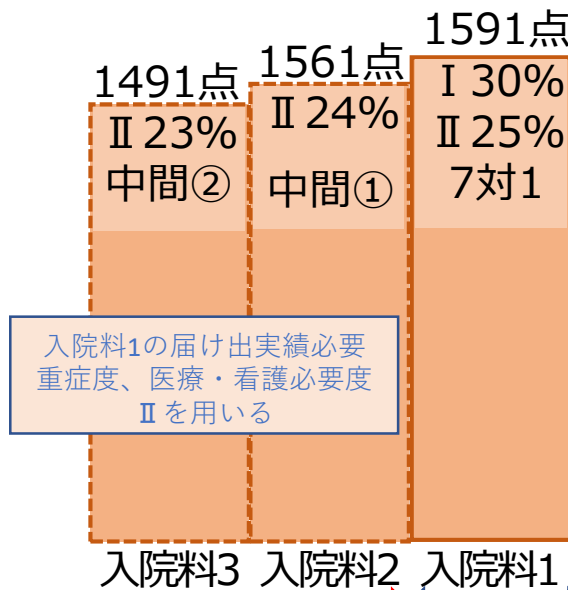
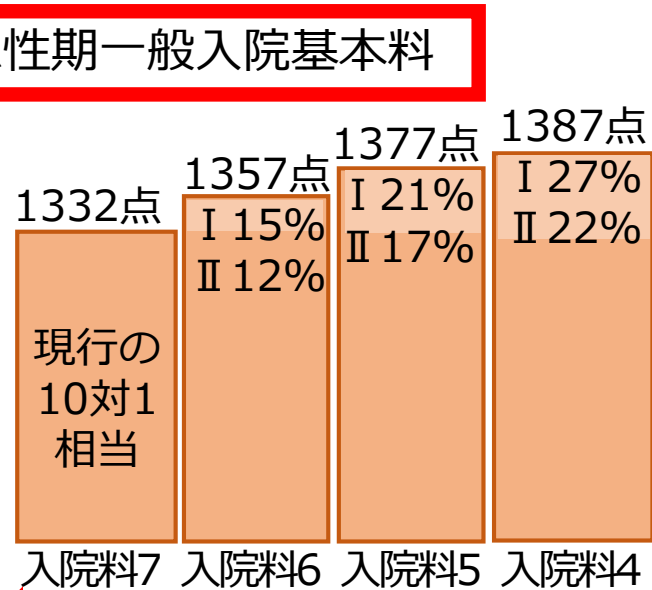
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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

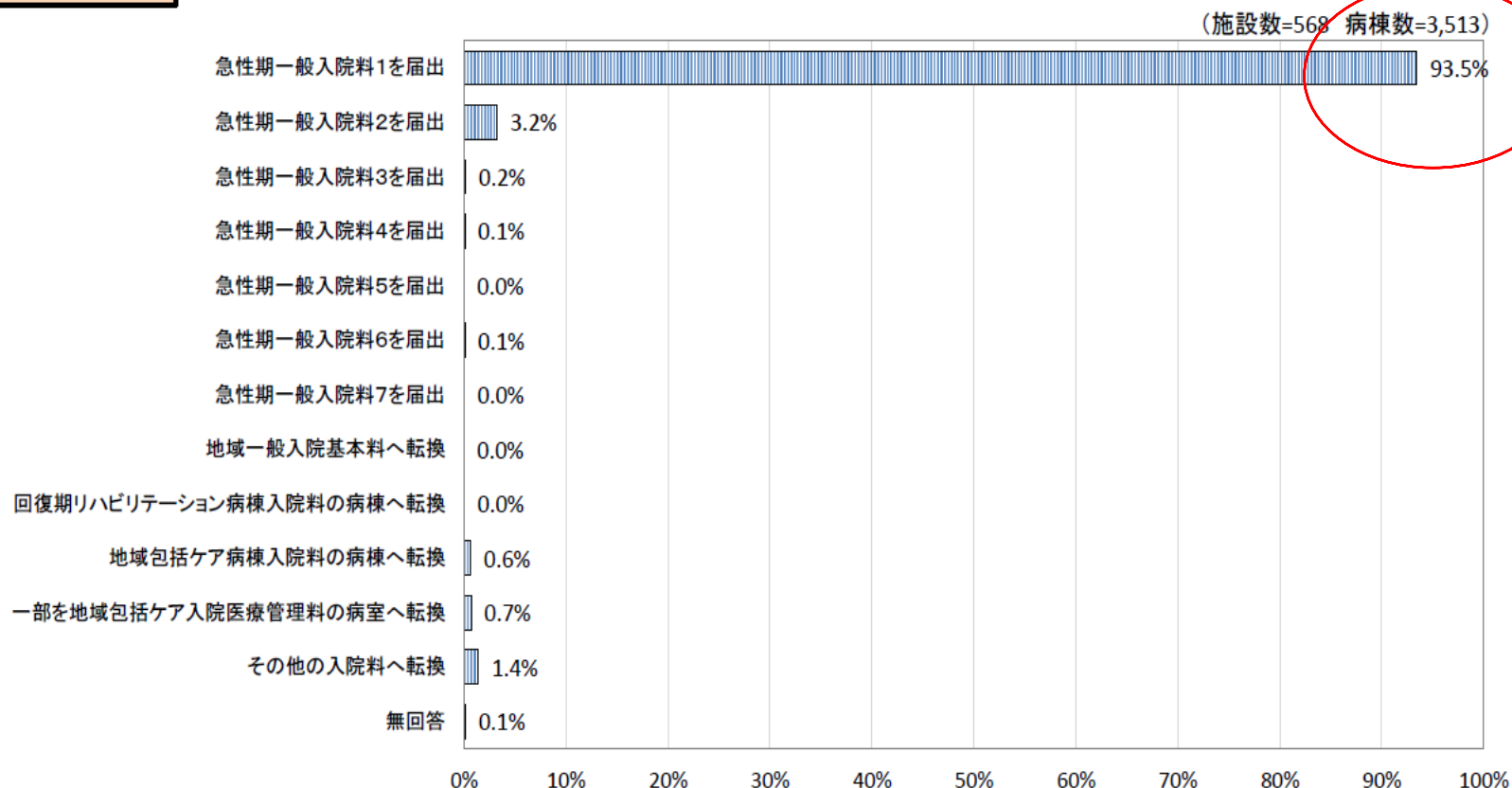
出典：第389回中央社会保険医療協議会総会資料

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

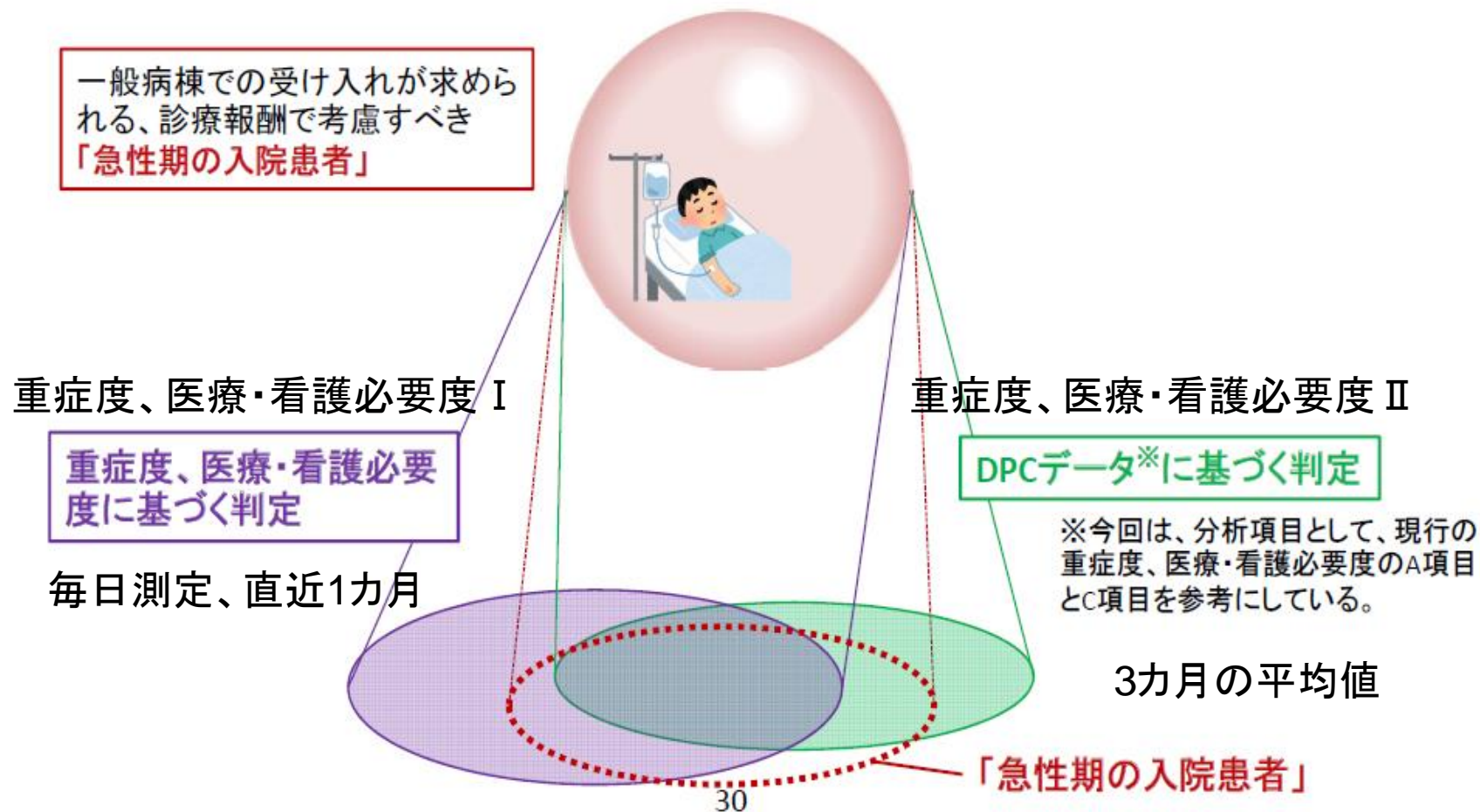
34.4万床

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。

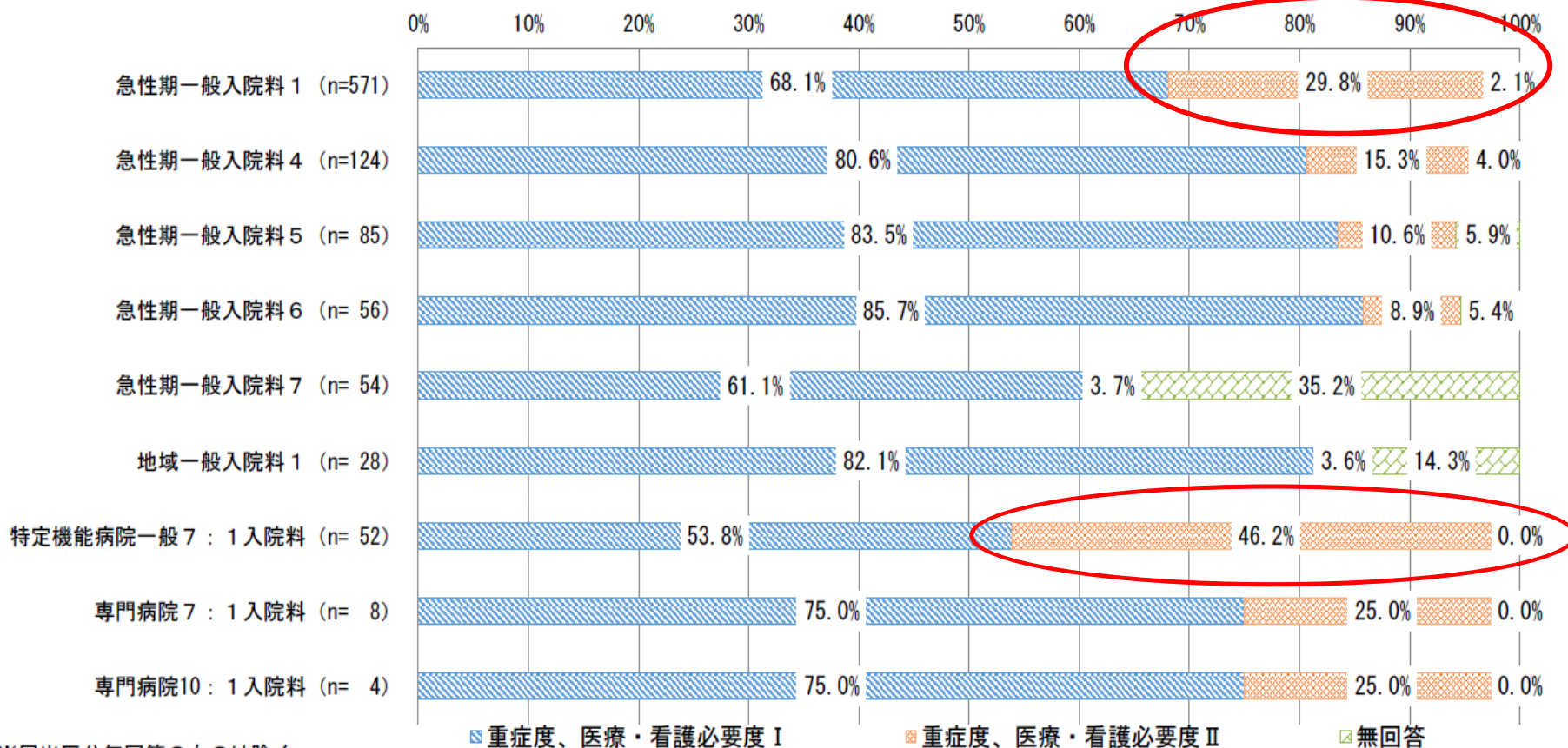


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○ 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 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年度 |
| 急性期一般入院料2及び3の届出要件 | 許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟 一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟 | 平成30年度 平成32年3月31日までの間、平成31年度入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。 |

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

基準②のみに該当している患者（必要度Ⅱ）

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

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

心電図モニターが突出して多い

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

※A1点+B3点の患者における割合(n=244人日)

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

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=13,628人日)

基準②のみに該当する患者について

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

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

基準②は療養病床に多い

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 | 関節鏡下肩関節断裂手術（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 | 112 | 1120 |
| K457 | 耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術） | 90 | 106460 |
| K461 | 甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術（両葉） | 98 | 69880 |
| K462 | パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉） | 217 | 113880 |
| K463 | 甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘） | 727 | 113880 |
| K463 | 甲状腺悪性腫瘍手術（切除） | 12 | 76040 |
| K476 | 乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩リンパ節切除を伴う）） | 497 | 75070 |
| K570-3 | 経皮的肺動脈形成術 | 77 | 72900 |
| K574-2 | 経皮的心房中隔欠損閉鎖術 | 47 | 54210 |
| K601 | 人工心臓（2日目以降） | 3559 | 7680 |
| K603 | 補助人工心臓（2日目以降30日目まで） | 3239 | 5000 |
| K603 | 補助人工心臓（31日目以降） | 6409 | 2780 |
| K603-2 | 小児補助人工心臓（31日目以降） | 23209 | 1500 |
| 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） | 4031 | 43880 |
| 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） | 1169 | 62670 |
| K604-2 | 橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（91日目以降） | 1196 | 30200 |
| K609 | 動脈血栓内摘出術（内頸動脈） | 1394 | 4760 |
| K614 | 血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈） | 1147 | 14110 |
| K742-2 | 腹腔鏡下直腸脱手術 | 4304 | 22950 |
| K894 | 中位鉗子娩出術 | | |
| K912 | 子宮外妊娠手術（開腹） | | |
| K912 | 子宮外妊娠手術（腹腔鏡） | | |

(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 |
| K463 | 甲状腺悪性腫瘍手術（切除） | 90 | 106460 |
| K476 | 乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩リンパ節切除を伴う）） | 98 | 69880 |
| K476 | 乳腺悪性腫瘍手術（広大乳房切除術（郭清を併施する）） | 217 | 113880 |
| K514-3 | 移植用肺採取術（死体）（両側） | 727 | 113880 |
| K614 | 血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈） | 12 | 76040 |
| K697-6 | 移植用肝採取術（死体） | 497 | 75070 |
| K709-4 | 移植用脾臓採取術（死体） | 77 | 72900 |
| K751-3 | 腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式） | 47 | 54210 |
| K773-4 | 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固） | 90 | 52820 |
| K803-2 | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 | 33 | 63200 |
| K803-3 | 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 | 1169 | 62670 |
| K850 | 女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用）） | 27 | 86700 |
| | | 22 | 84080 |
| | | 31 | 70140 |
| | | 408 | 52800 |
| | | 989 | 89380 |
| | | 57 | 87380 |
| | | 59 | 63200 |

入院実施割合90%、
2万点以上のC項目
も増える

シミュレーション条件について

- 最終的なシミュレーションは以下の条件で行う。

使用データ

- 平成31年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

- 以下の条件を適用した場合の医療機関ごとの該当患者割合を集計する

【必要度Ⅰ・Ⅱ共通】

- 判定基準より、基準② (B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上) を除外
- A項目より、「免疫抑制剤の管理」を除外 (注射剤を除く)
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術 (2万点以上のものに限る) 及び検査を追加
- C項目の評価対象日数を右表の期間に変更

【必要度Ⅱのみ】

- A項目に、入院日に「救急医療管理加算1・2」又は「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者を、A得点2点 (5日間) として追加 (※)

【必要度Ⅰのみ】

- A項目の「救急搬送後の入院」について、現行の2日間の評価から、5日間の評価に変更

※ 救急患者の評価については、H30年度社会医療診療行為別統計より当該加算の平均算定回数が約5回 (加算1 = 4.95回、加算2 = 5.23回) であることを踏まえ、5日間に設定

| | 現行 | 見直し後 |
|--------------|-----|------|
| 開頭手術 | 7日間 | 13日間 |
| 開胸手術 | 7日間 | 12日間 |
| 開腹手術 | 4日間 | 7日間 |
| 骨の手術 | 5日間 | 11日間 |
| 胸腔鏡・腹腔鏡手術 | 3日間 | 5日間 |
| 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 | 2日間 | 5日間 |
| 救命等に係る内科的治療 | 2日間 | 5日間 |
| 新たに追加する検査 | なし | 2日間 |
| 新たに追加する手術 | なし | 6日間 |

留意点等

- 必要度ⅠはHファイル、必要度ⅡはEFファイルを用いて該当患者割合を集計 (※)
- レセプト電算処理システム用コードに規定される薬剤については、類似薬等の追加を行った新たなリストを使用

※ 新たに追加する手術等、集計にレセプト電算処理システム用コードを用いた診療実績データが必要なもの限り、必要度Ⅱの結果を用いて必要度Ⅰを推計

シミュレーション結果⑤ 急性期一般入院料1・4 (必要度 I・II × 病床規模別のシミュレーション)

○ 急性期一般入院料1・4を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度 I・II の届出施設それぞれについて、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

| 必要度 I | 施設数 | 50%tile値 (現在 / 見直し後) | 25%tile値 (現在 / 見直し後) | 10%tile値 (現在 / 見直し後) | 施設基準 (現在) |
|---------------------|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| 急性期一般1 | 891 | 35.8% / 32.7% | 33.5% / 30.3% | 32.2% / 28.5% | 30% |
| (うち許可病床数 200床未満) | 264 | 37.3% / 33.5% | 34.4% / 30.2% | 32.6% / 27.8% | |
| (うち許可病床数 200床以上) | 627 | 35.2% / 32.3% | 33.3% / 30.4% | 32.1% / 28.6% | |
| 急性期一般4 | 369 | 34.5% / 26.4% | 31.2% / 22.9% | 28.6% / 19.6% | 27% |

| 必要度 II | 施設数 | 50%tile値 (現在 / 見直し後) | 25%tile値 (現在 / 見直し後) | 10%tile値 (現在 / 見直し後) | 施設基準 (現在) |
|---------------------|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| 急性期一般1 | 200 | 32.2% / 32.5% | 29.9% / 29.7% | 27.7% / 27.9% | 25% |
| (うち許可病床数 200床未満) | 29 | 31.9% / 31.9% | 28.3% / 28.9% | 26.8% / 22.8% | |
| (うち許可病床数 200床以上) | 171 | 32.2% / 32.7% | 30.1% / 29.8% | 28.2% / 28.3% | |
| 急性期一般4 | 36 | 29.2% / 26.8% | 25.3% / 23.1% | 23.3% / 18.5% | 22% |

ポイント②

どうなる地域包括ケア病棟？

病床機能区分の急性期と回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

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

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

急性期・高度急性期

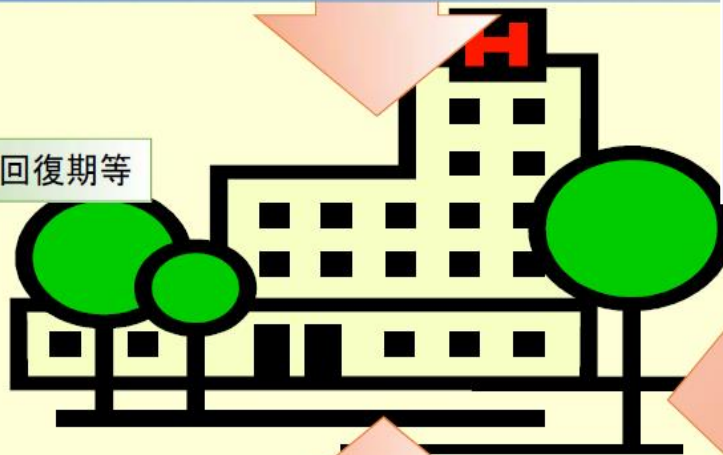


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

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

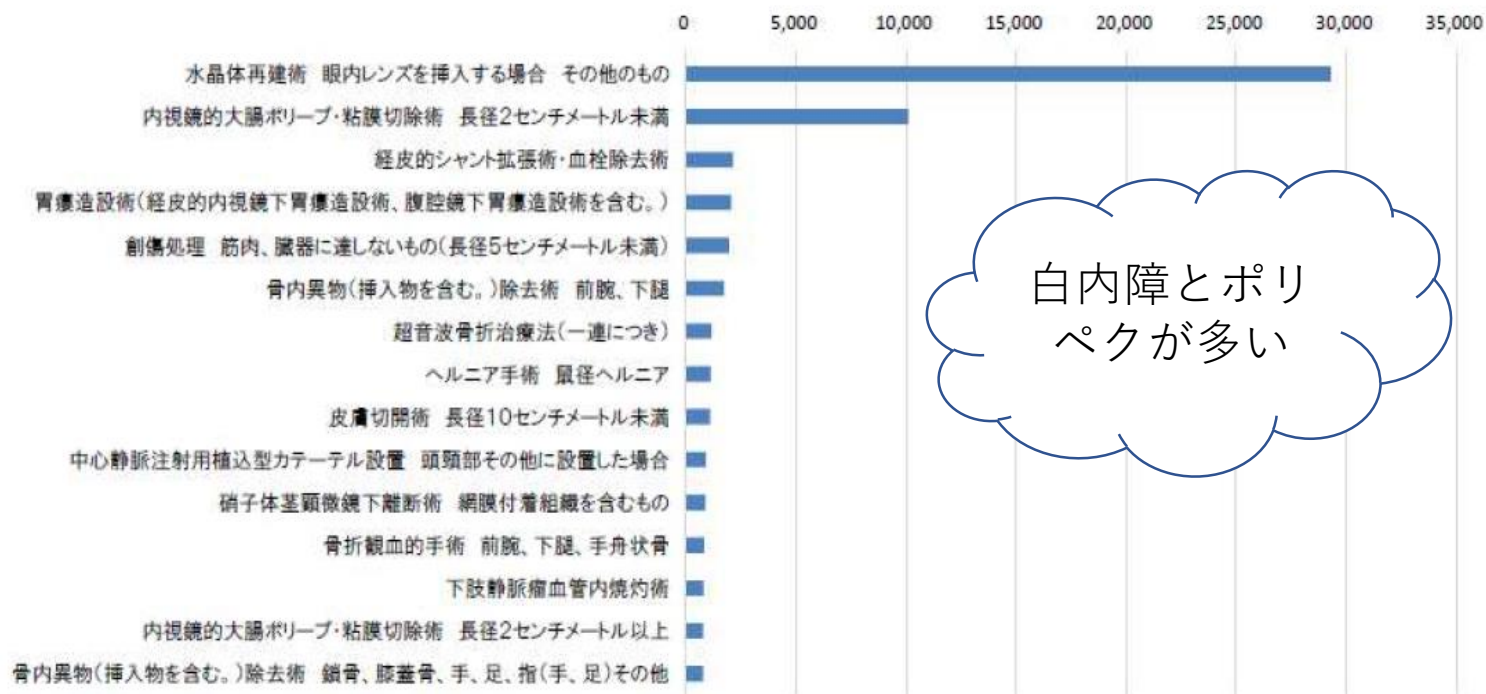


自宅・在宅医療

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 | 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。

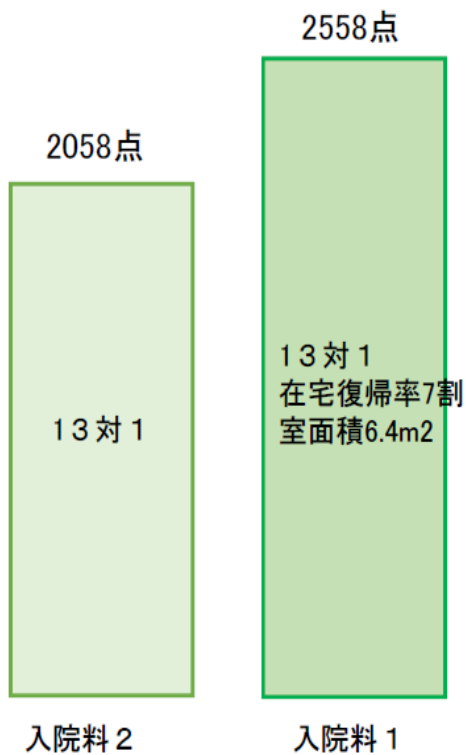
| 入棟元 (n=1,709) | | 許可病床 | | |
|------------------|--|----------------------|------------|--------|
| | | 200床未満 | 200-400床未満 | 400床以上 |
| 自宅等 | 自宅(在宅医療の提供あり) | 7.8% | 4.0% | 11.0% |
| | 自宅(在宅医療の提供なし) | 26.9% | 19.2% | 16.9% |
| | 介護老人保健施設 | 1.9% | 1.3% | 0.7% |
| | 介護医療院 | 0.4% | 0.0% | 0.0% |
| | 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% | 0.0% | 0.0% |
| | 有床診療所 その他 不明 | 0.0% 0.1% 0.2% | | |

| 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% | |

自院からの
ポストア
キュートは
制限？

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



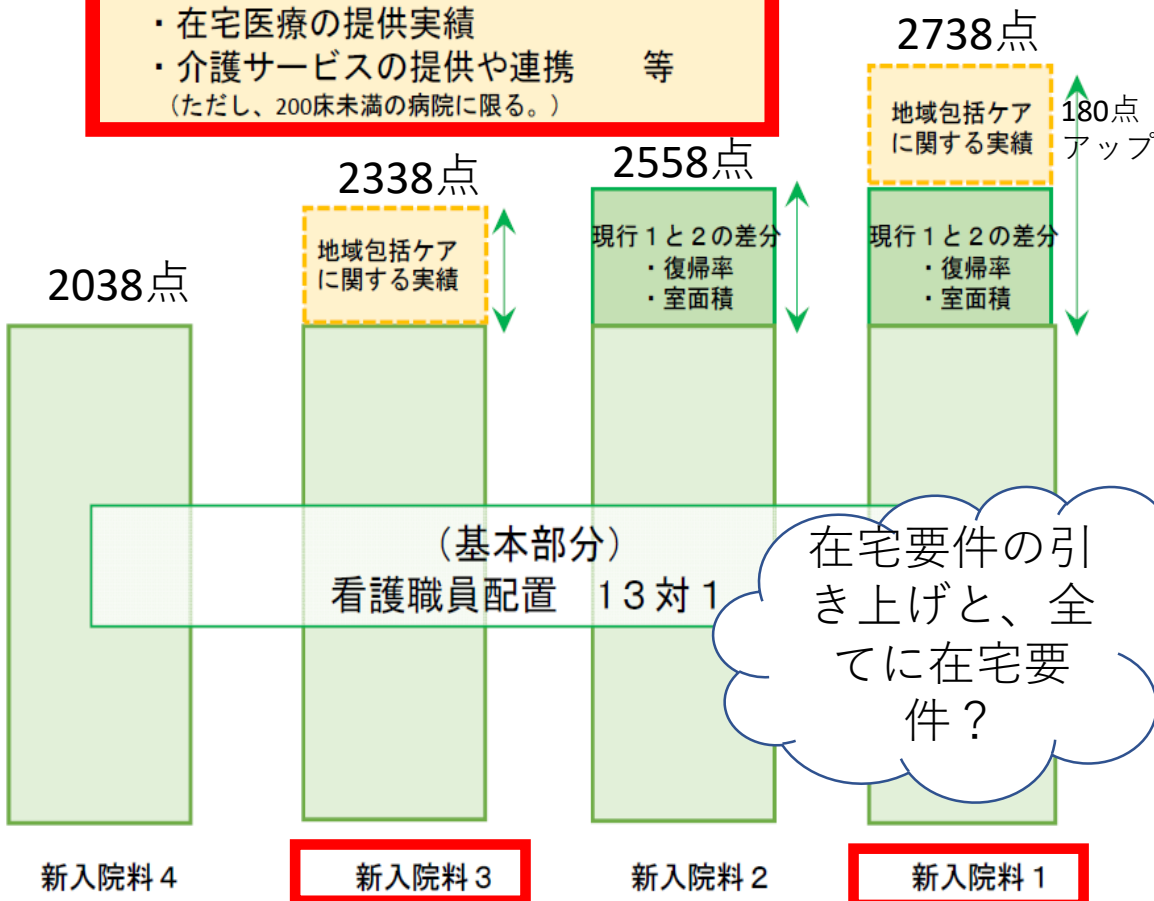
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

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



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟ウェブセミナー (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

地域包括ケアに係る実績について

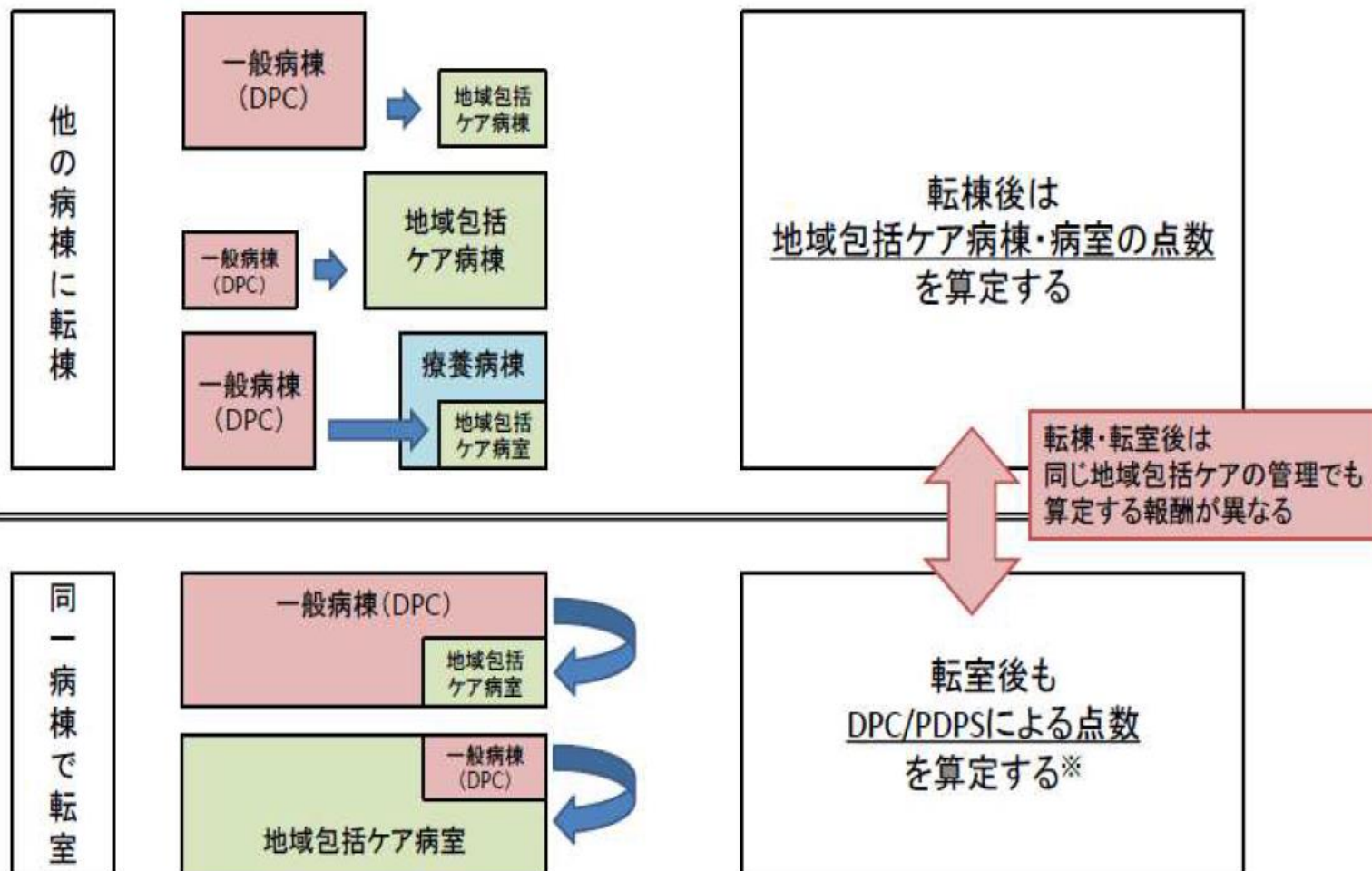
○ 地域包括ケアに係る実績について、入院料及び管理料1・3を算定する医療機関の実績等を踏まえ、以下のように見直すこととしてはどうか。

■地域包括ケアに係る実績（入院料及び管理料1・3の要件）

| | | 現行の基準 | 見直しの方向性(案) |
|---------------|----------------------------|--------------------|--|
| 自宅等から入棟した患者割合 | | 1割以上(10床未満は3月3人以上) | 実績を踏まえて引き上げ |
| 自宅等からの緊急患者の受入 | | 3月3人以上 | |
| 在宅医療等の提供 | 【条件】 | ①～④のうちいずれか2つ以上を満たす | 各項目の見直しを踏まえて設定 |
| | ①在宅患者訪問診療料の算定回数 | 3月20回以上 | 実績を踏まえて引き上げ |
| | ②病院／訪問看護ステーションの訪問看護等の回数 | 3月100回以上／3月500回以上 | 実績を踏まえて引き下げ等の見直し |
| | ③開放型病院共同指導料の算定回数 | 3月10回以上 | 算定が難しい場合があることを踏まえ、当該要件については廃止してはどうか |
| | ④同一敷地内の施設等で介護サービスを提供していること | 提供していること | 保険医療機関であれば「みなし」の指定を受けられることから実績を求めてはどうか |
| 看取りに対する指針 | | 定めていること | 地域包括ケア病棟・病室を届け出る際の全体の要件としてはどうか |

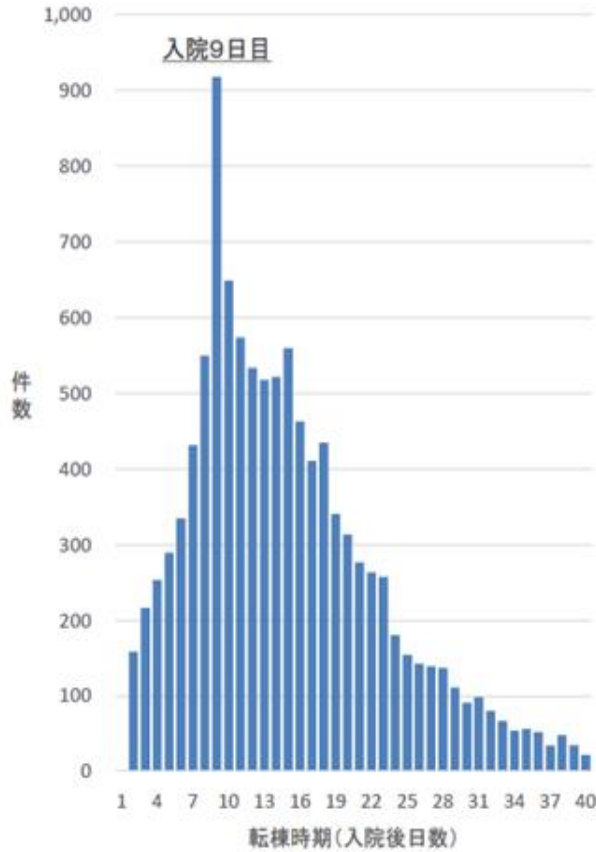
一般病棟からの転棟・転室時の入院料の算定方法（イメージ）

一般病棟(DPC)からの転棟・転室時の入院料

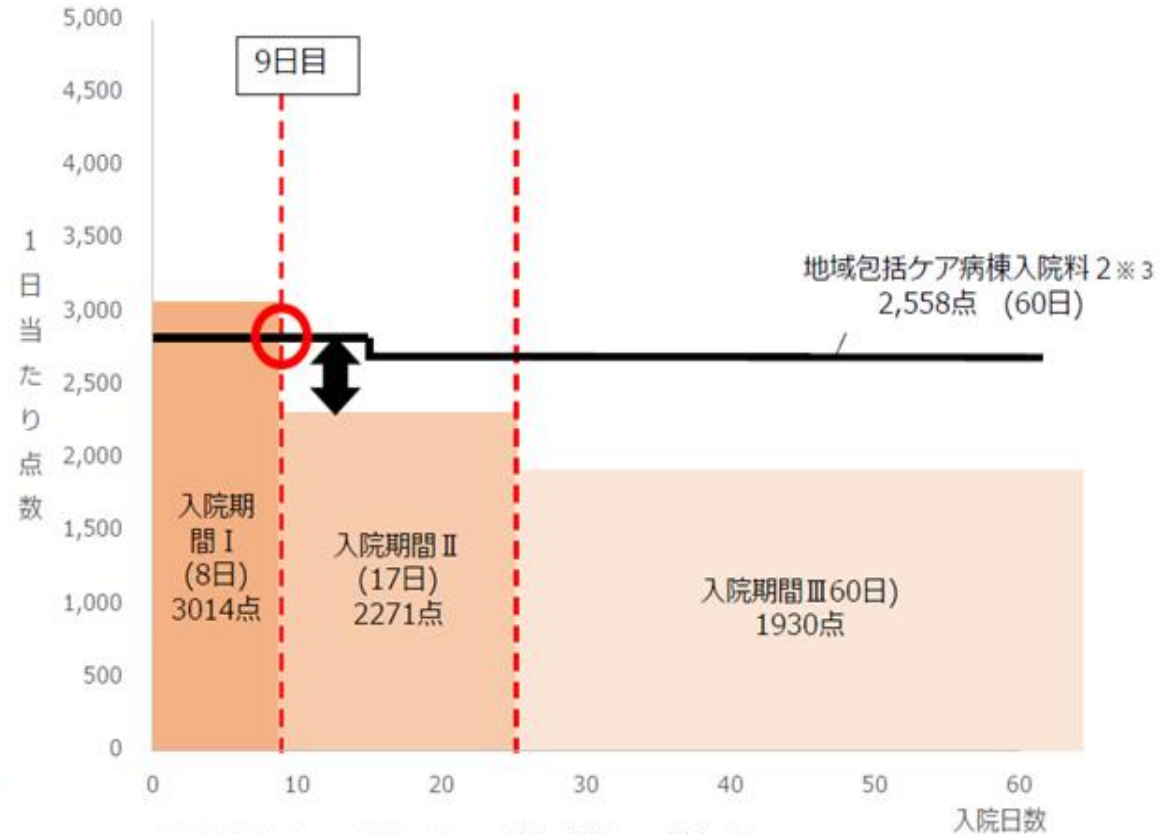


胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含まず）手術なし(160690xx)

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）

パート 3

かかりつけ医機能
オンライン診療など

改定に当たっての基本認識

- ▶ 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
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 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

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

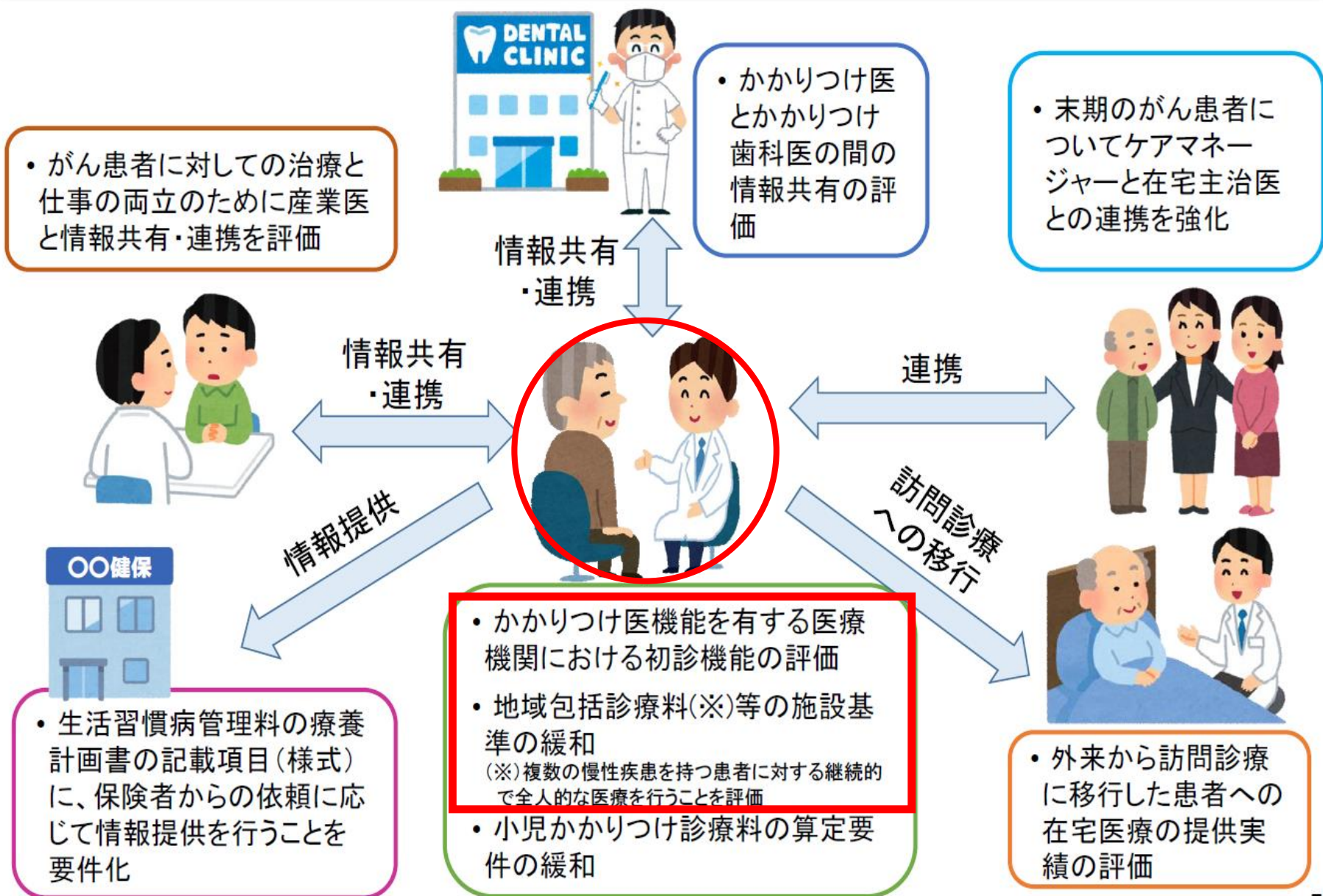
4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

ポイント①
かかりつけ医機能

かかりつけ医機能評価の充実



かかりつけ医機能の評価 「地域包括診療料」

- 2014年度の診療報酬改定で創設された「かかりつけ医機能の評価する外来の包括報酬」
 - 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上の疾患を有する患者に対し・・・
 - 「患者が受診するすべての医療機関を把握する」
 - 「患者が服用するすべての薬剤を把握する」
 - 「在宅医療を提供する」などの要件（施設基準）
- **200床未満の病院・診療所**
 - 生活習慣病患者や認知症患者に総合的な医学管理を行うことを評価する包括診療報酬
 - 届け出は**2017年11月時点**で**227医療機関**

2018年改訂で、かかりつけ医の初診料に「機能強化加算（80点）」が上乗せ！

- 「機能強化加算（80点）」
 - 「機能強化加算」は、専門医療機関への受診の要否の判断を含めた初診時における医療機能を評価する点数で、「かかりつけ医機能」の初診料に80点の加算がされる。
- これまでの初診料は282点が362点に、3割アップ。

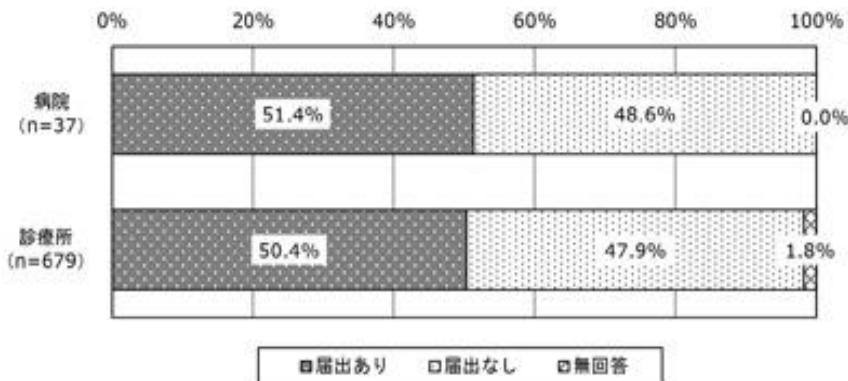


かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査(施設調査)の結果⑤

＜初診料の機能強化加算の施設基準の届出状況＞(報告書p27,28)

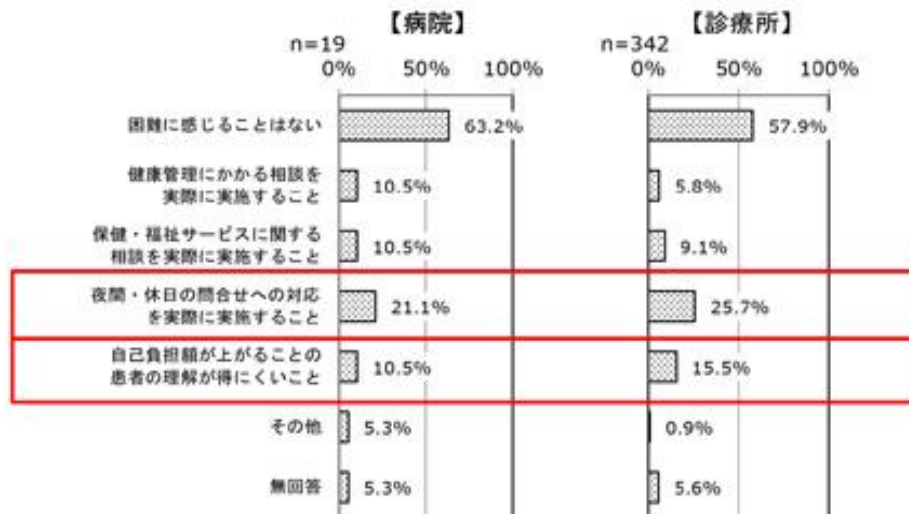
令和元年6月末日時点の初診料の機能強化加算の届出状況をみると、届出している施設は、病院51.4%、診療所50.4%であった。

図表2-46 初診料の機能強化加算の施設基準の届出状況

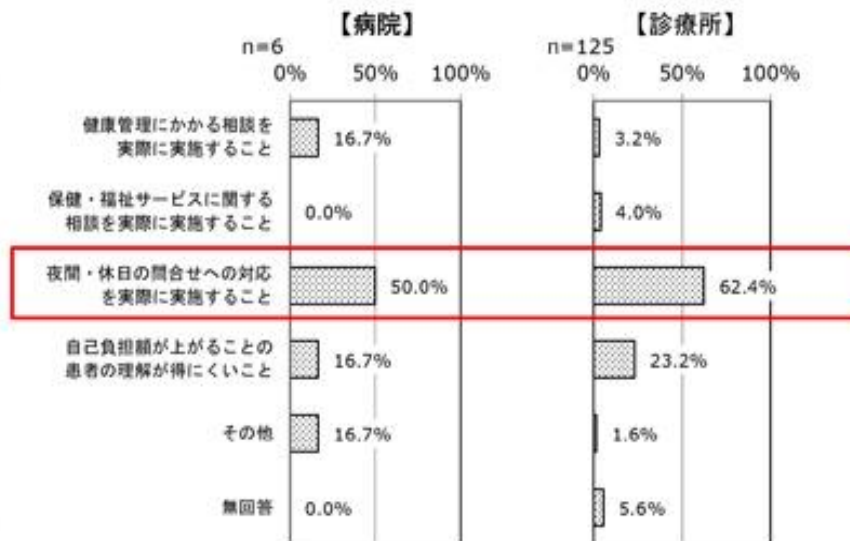



機能強化加算の届出施設において、初診料の機能強化加算の算定について困難に感じることにしてみると、いずれの施設種別においても「困難に感じることはない」が最も多く、次いで「夜間・休日の問合せへの対応を実際にすること」であった。さらに、最も困難に感じることにしてみると、いずれの施設種別においても「夜間・休日の問合せへの対応を実際にすること」が最も多かった。

図表2-48 初診料の機能強化加算の算定について困難に感じること(複数回答)



図表2-49 初診料の機能強化加算の算定について最も困難に感じること





診療側は
医療機関の負
担が増える

支払い側は
患者側から医
療機関が選ん
でもらえるメ
リットがある

機能強化加算の要
件に文書での患者
説明を追加しては
どうか？

ポイント② オンライン診療



「オンライン診療の導入」 安倍首相が明言



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

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

(平成30年6月15日閣議決定)

第1 基本的視座と重点施策

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

(1)②次世代ヘルスケア・システムの構築プロジェクト

<遠隔・リアルタイムの医療とケア>

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

第2 具体的施策

2. 次世代ヘルスケア・システム（健康・医療・介護）

(3) 新たに講ずべき具体的施策

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

④オンラインでの医療・多職種連携等の推進

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

3. 国家戦略特区の推進

ii) 地域における規制改革

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

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

規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）

3. 医療・介護分野

(2) オンライン医療の普及促進

⑧ 患者が服薬指導を受ける場所の見直し

【平成30年度検討・結論、平成31年度上期措置】

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

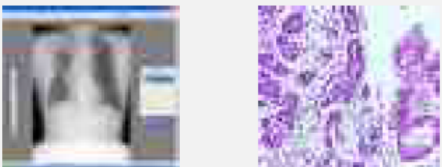


⑪ オンラインでの服薬指導の一定条件下での実現

【平成30年度検討・結論、平成31年度上期措置】

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

オンライン診療の進展② オンライン診療に係る診療報酬上の対応

診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

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

福岡市健康先進都市戦略 「かかりつけ医」機能強化事業について

実証事業概要

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

【運営委員】

福岡市医師会

福岡市

【事務局】

医療法人社団鉄祐会

【オブザーバ】

九州厚生局

【協力】

インテグリティ・ヘルスケア

【利用システム】

YaDoc



2016年11月

WGを発足

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

2017年2月

福岡市医師会会員への説明会

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

2017年4月

オンライン問診の利用開始

※待合室にてタブレット端末での問診を実施

2017年6月

第1回 意見交換会 実施

2017年8月

オンライン診察の利用開始

※患者の自宅からビデオチャットによる診療を実施

2017年10月

第2回 意見交換会 実施

オンライン診療の位置づけ

オンライン診療とは、

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

外来診療

患者が病院へ来院して診療

訪問診療

医師が患者を訪問して診療

オンライン診療

医師・患者がそれぞれの場所にしながら診療



問診



モニタリング

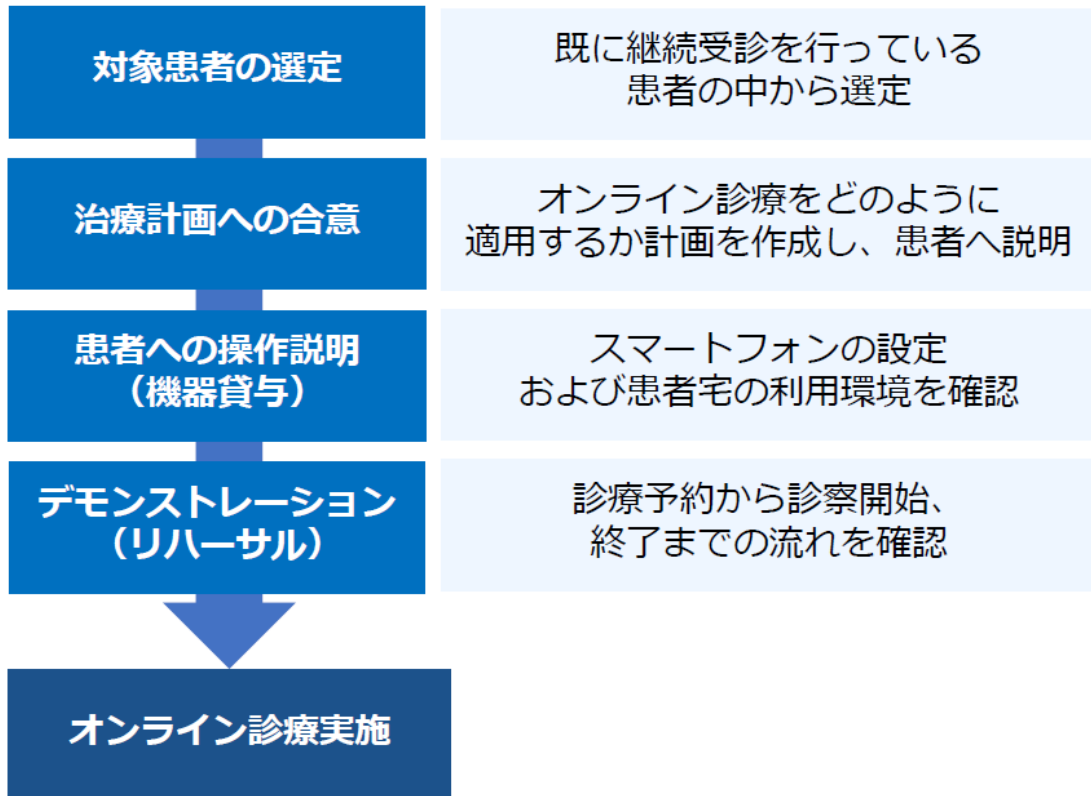


診察



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

利用開始までの流れ



治療計画書 サンプル

(患者様→医療機関)用 様式

病歴：オンライン診療計画書 様 同意書

| | | |
|-----|-----|-----|
| | 氏名 | |
| 氏名 | 性別 | 生年 |
| 種 | 年 | 月 日 |
| 主病名 | () | 歳 |

現在の状況

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

治療方針

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

オンライン診療計画

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

事前確認事項

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

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

平成 年 月 日

患者氏名：
 家族氏名
 (患者様との捺印：)

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

オンライン診察を組み合わせた医学管理(在宅)のユースケース(1)

【ユースケースの例1(在宅)】

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

＜在宅時医学総合管理料算定患者における管理(訪問診療)の例＞

●: 訪問診療 ○: オンライン診察

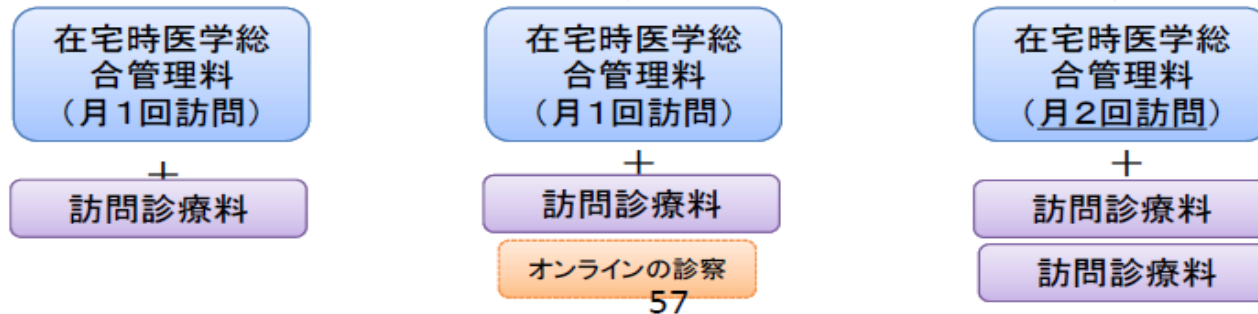
| 1w | 2w | 3w | 4w | 5w | 6w | 7w | 8w | 9w | 10w | 11w | 12w |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| ● | | | | ● | | | | ● | | | |



オンラインを併用する場合

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| ● | | | | ● | | ○ | | ● | | ● | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|---|--|---|--|

算定する報酬の案



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

オンライン診療料の新設

- 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

【算定要件】

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

【施設基準】

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

【オンライン診療料が算定可能な患者】

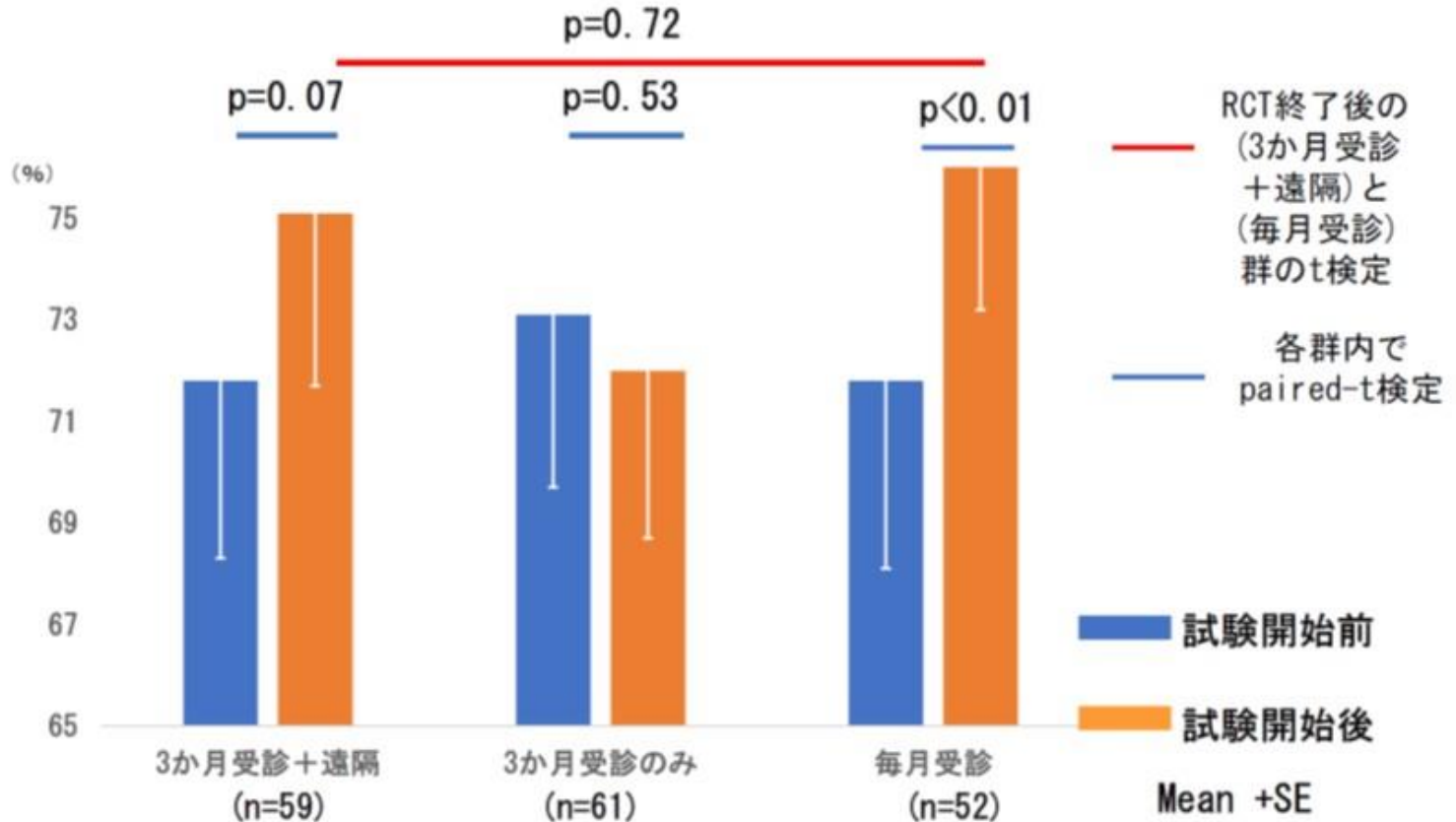
以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

| | |
|--------------|--------------|
| 特定疾患療養管理料 | 地域包括診療料 |
| 小児科療養指導料 | 認知症地域包括診療料 |
| てんかん指導料 | 生活習慣病管理料 |
| 難病外来指導管理料 | 在宅時医学総合管理料 |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | 精神科在宅患者支援管理料 |

遠隔モニタリングで 睡眠時無呼吸症候群の 治療実績と患者満足が上がる



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



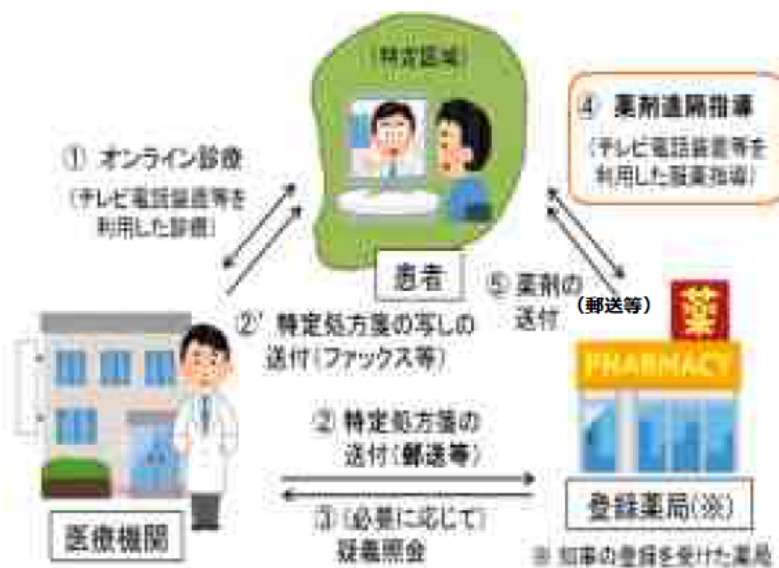
「3か月+遠隔」の群のCPAP 4時間以上使用率は「毎月受診」の群とおおむね同等と考えられる

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

国家戦略特区での薬剤師による対面服薬指導義務の特例

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

【事業のイメージ】



【実施予定自治体】



規制改革推進会議での議論（オンラインによる服薬指導）

規制改革推進会議
公開ディスカッション
林委員提出資料（抜粋）
30. 3. 27

オンライン診療＋院外処方 (薬剤師訪問サービスの利用なし)



目指すべき姿

「一気通貫」で完結できる在宅医療

オンライン医療

オンライン診療



遠隔服薬指導



薬配送

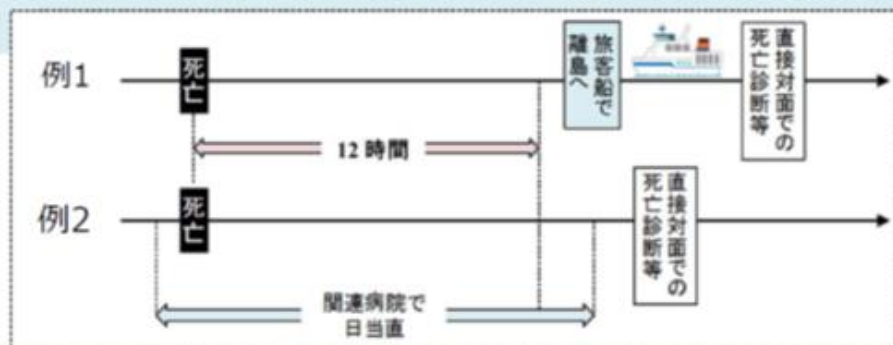
ICTを活用した 遠隔死亡診断



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

< 研究班における実証実験の例 >



携帯型心電図

テレビ電話装置

オンライン診療料等の新設

- 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料等を新設。



| | | |
|-----|----------------------------|-------------|
| (新) | オンライン診療料 | 70点(1月につき) |
| (新) | オンライン医学管理料 | 100点(1月につき) |
| (新) | 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 | 100点(1月につき) |
| (新) | 精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料 | 100点(1月につき) |

【算定要件】

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

届出医療機関数及び算定回数

| | 届出医療機関数 | 算定回数 |
|---------------|---------------|------|
| オンライン診療料 | 病院/診療所 65/905 | 65 |
| オンライン医学管理料 | | 15 |
| オンライン在宅管理料 | | 4 |
| 精神科オンライン在宅管理料 | | — |

(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)

A003 オンライン診療料の算定要件（通知）

30分
ルール
もある

◎3ヶ月ルール

オンライン診療を行う際に、3ヶ月に1回は**対面診療**が必要

◎6ヶ月ルール

オンライン診療をするためには**オンライン診療料対象管理料等**を初めて算定してから**6ヶ月以上経過**している患者である必要

【オンライン診療料対象管理料等】

特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、
生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料

◎12ヶ月ルール

管理料を算定してから、**最初の6ヶ月は毎月対面診察**もしくは
直近 12ヶ月以内に6回以上対面診察をしている必要

慢性頭痛に対するオンライン診療の活用

- 慢性頭痛に対するオンライン診療の活用について、医療技術評価提案書が提出されている。
- 慢性頭痛に対するオンライン診療は、対面診療と同等程度の安全性や治療効果があることが、ランダム化比較試験等で示されている。

次回報酬改定で
適応拡大

オンライン診療の活用のエビデンス

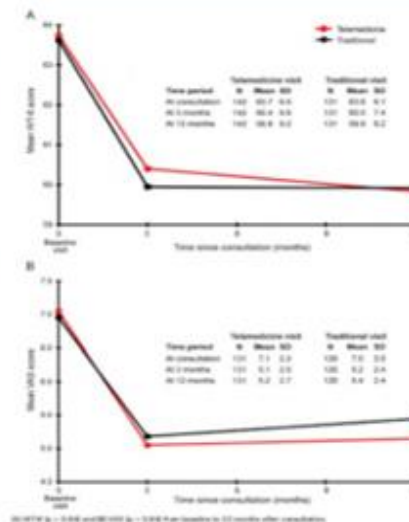
■ 非急性頭痛に対するオンライン診療の安全性・有効性に関する研究(RCT) Neurology 2017

- ・ 対面診療群(n=200)とオンライン診療群(n=202)
- ・ 対象は片頭痛、緊張型頭痛、薬物使用過多による頭痛等が含まれる
- ・ 頭痛の重症度について痛みのスコアを用いて評価
- ・ その他の治療継続性や安全性等についても分析



対面診療とオンライン診療で安全性・有効性に差がない

痛みのスコアを用いた重症度評価



痛みのスコア※の変化は対面とオンラインで差がなかった。

※ Headache Impact Test-6 (HIT-6), Visual analogue scale (VAS)

非急性頭痛のオンライン診療の安全性

| | Telemedicine (n = 202) | Traditional (n = 200) | p Value |
|---|------------------------|-----------------------|---------|
| Secondary headaches, n (%) | 1 (0.5) | 1 (0.5) | NA |
| Repeat/returned brain imaging, n (%) | | | 0.28 |
| Normal | 58 (28.2) | 62 (30.5) | |
| Not significant changes | 6 (2.3) | 4 (2.0) | |
| Significant changes | 6 (2.3) | 3 (1.5) | |
| Abnormal orbital imaging, n (%) | 14 (6.9) | 7 (3.5) | 0.19 |
| All abnormal brain imaging, n (%) | 24 (11.7) | 20 (10.0) | 0.68 |
| All brain imaging, n (%) | | | 0.87 |
| Normal | 151 (74.3) | 153 (76.4) | |
| Not significant changes | 12 (5.9) | 6 (3.0) | |
| Significant changes | 12 (5.9) | 12 (6.0) | |
| Needles for visits/hospitalizations, mean (SD) ^a | 0.19 (0.5) | 0.23 (0.8) | 0.76 |
| All hospitalizations, n (%) | | | 0.47 |
| None | 182 (90.3) | 174 (86.1) | |
| 1 | 14 (7.0) | 20 (10.0) | |
| 2 | 3 (1.5) | 4 (2.0) | |
| 3 | 1 (0.5) | 1 (0.5) | |
| Compliance to treatment, n (%) ^b | 150 (73.5) | 86 (42.5) | 0.76 |
| Repeat/returned LP, n (%) | 0 (0.0) | 11 (5.4) | 0.05 |

二次性頭痛の発症や入院治療に至った症例数等も差がなかった。

※この他にも、非急性頭痛に対するオンライン診療が対面診療と比較して同等程度に安全・有効であることが、複数のエビデンスで示されている。

今日のまとめ

- ・ 2020年診療報酬改定は働き方改革となる
- ・ 労務マネジメント入院基本料加算が導入
- ・ 旧7対1病床、地域包括ケア病棟の動向に注目
- ・ 外来医療ではかかりつけ医の機能強化加算が論点
- ・ オンライン診療の適応拡大か？

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 刊行
- 予約受け付け中
- 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