

「亜急性期」が争点

・厚労省の亜急性期定義

- 「主として急性期を経過した患者(ポストアキュート)、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者(サブアキュート)に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義し、ポストアキュート、サブアキュートを包括する概念
- 「この表現では、高齢者の救急は亜急性性が担う印象になる。高齢者救急は急性期が担うべきだ」加納繁照委員(日本医療法人協会会長代行)、

検討会でまとまった病床機能区分

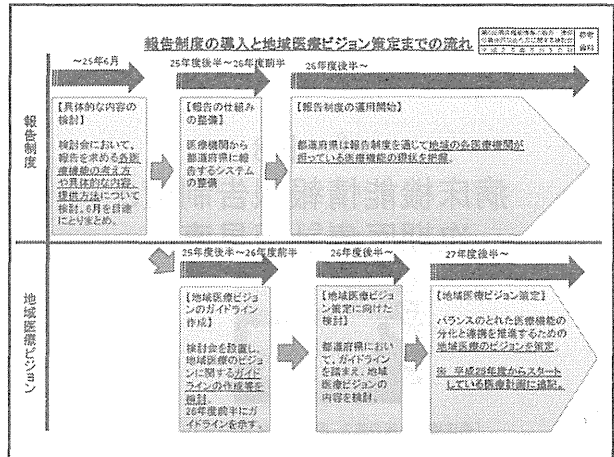
名称	内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

厚生労働省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」第5回の資料・議論を基に編集部作成
2013年9月4日

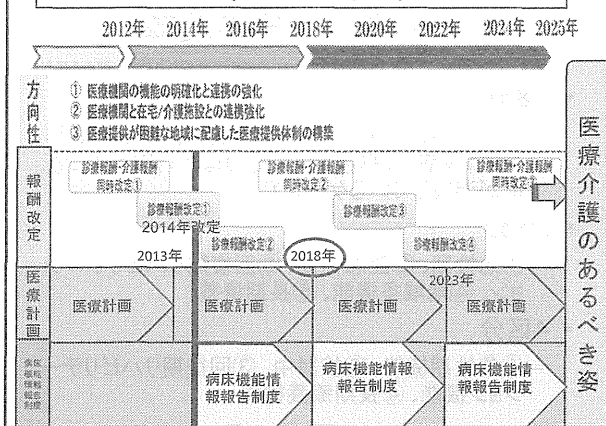
社会保障審議会医療保険部会・医療部会(2013年9月6日)

・2 時期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

- (1)入院医療について
 - ①高度急性期・一般急性期について
 - ②長期療養について
 - ③回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について
 - ④地域特性について
 - ⑤有床診療所における入院医療について



2025年へのロードマップ



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
石川 広色	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 暁	福岡県 保健医療介護部 医監
神野 正博	社会医療法人財団義仙会 理事長
高野 義太郎	健康保険組合連合会 理事
佐柳 暲	独立行政法人国立病院機構専門医療センター病院長
橘森 祥子	社団法人東京都看護協会 会長
武井 裕昌	医療法人平成博愛会 理事長
筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
藤森 新司	北海道大学病院地域医療特異体医支援センター長
藤森 正博	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

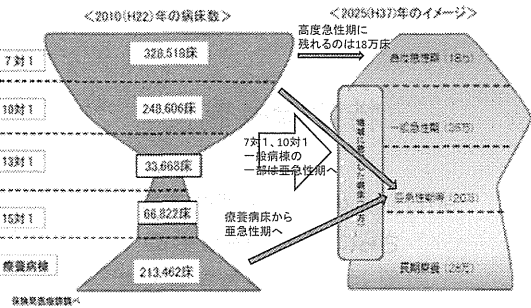
入院医療等の調査・評価分科会

- (1) 一般病棟入院基本料の見直しについて
の影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - ①平均在院日数について
 - ②重症度・看護必要度の項目
 - ③その他の指標について
- (2) 亜急性期入院医療管理料等の見直し
- (3) 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

入院医療等の調査・評価分科会

- (4) 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病床に転換した場合に対する経過措置
- (5) 診療報酬点数表における簡素化
 - ①栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化について
 - ②入院基本料等加算の簡素化について
- (6) 医療機関における褥瘡の発生等

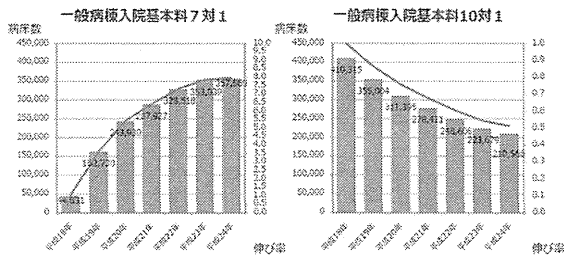
診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性は形が異なっている。

一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

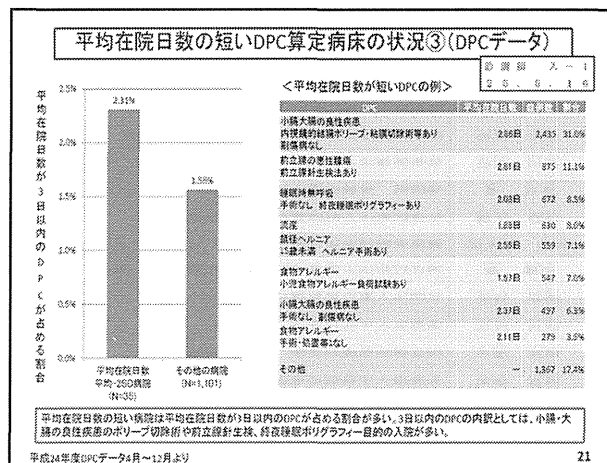
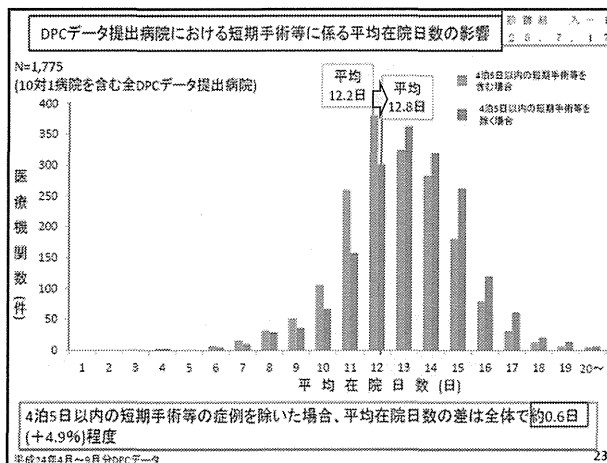
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少



※ 平成18年を1とした時の伸び率
※※ 平成24年は新定値
(平成24年保険局医療課調べ)

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする



特定除外制度

90日越えの特定入院基本料からさらに平均在院日数の計算対象から除外する患者

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超	
		うち特定除外患者に該当する	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,610	223 (5.9%)	142 (3.7%)
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147 (8.5%)	112 (6.5%)
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374 (80.7%)	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800 (74.1%)	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	件数	割合	件数	割合
全体	142	100.0%	112	100.0%
① 難治性中等入院症例を算出する患者	4	2.8%	3	2.7%
② 重症の急性呼吸器性肺炎を算出する患者	---	---	3	2.7%
③ 重症の急性呼吸器性肺炎を算出する患者、重症の急性呼吸器性肺炎を算出する患者以外の特定除外患者	2	1.4%	10	8.9%
④ 急性呼吸器性肺炎を算出する患者を算出している患者	37	26.1%	18	14.3%
⑤ 顕著な急性呼吸器性肺炎を算出している患者	---	---	---	---
⑥ ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿	45	31.7%	23	17.9%
⑦ ドレーン挿入(2)検査または検査の結果を算出している患者	4	2.8%	5	2.7%
⑧ 薬物に過敏反応(アレルギー)を算出している患者	13	9.2%	6	5.4%
⑨ 人工呼吸器を装着している患者	11	7.7%	5	4.5%
⑩ 人工呼吸器、経腸栄養法、経腸栄養法、経腸栄養法を算出している患者	6	4.2%	28	22.4%
⑪ 急性呼吸器性肺炎を算出する患者を算出している患者(急性呼吸器性肺炎を算出している患者以外の特定除外患者)	4	2.8%	---	---
⑫ 上記①～⑩に該当する患者に該当しない患者	9	6.3%	6	5.4%
⑬ 未記入	2	1.4%	3	2.7%

平成24年度 入院医療等の調査より

特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

	7対1一般病棟入院基本料 (N=1,826)		10対1一般病棟入院基本料 (N=763)	
	特定除外患者を含まない場合 (N=1,799)	特定除外患者を含めない場合 (N=1,799)	特定除外患者を含まない場合 (N=745)	特定除外患者を含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0

← 1.5日延長 ← 3.2日延長

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

平均在院日数

- 4泊5日以内の短期手術等の症例を除いて平均在院日数を計算した場合
 - 12.2日→12.8日(+0.6日延長)
- 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、特定除外患者を含めて平均在院日数を計算した場合
 - 7対1 21.0日→22.5日(+1.5日延長)
 - 10対1 22.0日→25.2日(+3.2日延長)

重症度・看護必要度

② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

項目	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	あり
2 血圧測定	0か4回	5回以上	あり
3 経尿器測定	なし	あり	あり
4 呼吸ケア	なし	あり	あり
5 点滴カイン保持3本以上	なし	あり	あり
6 心電図モニター	なし	あり	あり
7 レンブリシートの使用	なし	あり	あり
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	あり
9 専門的な治療・処置	なし	あり	あり
① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 鎮痛剤の使用、 ③ 抗凝固薬、 ④ 造影剤の使用、 ⑤ 造影剤の投与、 ⑥ 呼吸器科の使用、 ⑦ 消化器科の使用、 ⑧ 泌尿器科の使用、 ⑨ ドレーンの管理	なし	あり	あり

判定・評議が要件となるもの

7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病棟については10%)
10対1入院基本料	判定・評議のみ(要件なし)
看護必要度加算 一般病棟10対1入院基本料算出要件	15%以上
急性期看護体制加算 一般病棟10対1及び7対1入院基本料算出要件	15%以上 2対1以上
一般病棟看護必要度評価加算 一般病棟10対1入院基本料算出要件	判定・評議のみ(要件なし)

※A評価点(0点以上、かつB評価点(3点以上)の患者

厚生科学研究特別研究で追加項目を検討

項目	0点	1点	2点
1 傷あがり	できる	観念につまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	できない
3 適切な保持	できる	覚えがなければできない	できない
4 排便	できる	臭い・粘り・粘りが必要	できない
5 排便管理	できる	できない	できない
6 食事摂取	全量なし	一般介助	全介助
7 口腔の管理	全量なし	一般介助	全介助

重症度・看護必要度

- 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要な重症度・看護必要度とは何かという観点から見直し
 - 時間尿測定及び血圧測定は削除
 - 「創傷処置」については、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分ける
 - 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す
- 新しい項目の追加
 - 抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓薬の持続点滴をA項目に追加
 - 10分以上の指導・意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上でA項目に追加

<削除項目と追加項目の組み合わせのシミュレーション>
パターン2:「時間尿測定」「血圧測定」「創傷処置」「呼吸ケア」の削除と追加項目の全てを反映した場合①

項目	実施	未実施
1 創傷処置	X	
2 血圧測定	X	
3 経尿器測定	X	
4 呼吸ケア	X	
5 点滴カイン保持3本以上	X	
6 心電図モニター	X	
7 レンブリシートの使用	X	
8 輸血や血液製剤の使用	X	
9 専門的な治療・処置	X	
① 抗悪性腫瘍剤の使用		O
② 鎮痛剤の使用		O
③ 抗凝固薬		O
④ 造影剤の使用		O
⑤ 造影剤の投与		O
⑥ 呼吸器科の使用		O
⑦ 消化器科の使用		O
⑧ 泌尿器科の使用		O
⑨ ドレーンの管理		O
抗悪性腫瘍剤の内服		O
麻薬の内服・貼付		O
抗血栓薬の持続点滴		O
10 療養の状況		O
11 傷あがり		O
12 起き上がり		O
13 適切な保持		O
14 排便		O
15 排便管理		O
16 食事摂取		O
17 口腔の管理		O

基準該当者割合別の施設割合(%)

【集計について】7対1入院基本料を算定する医療機関の「基準該当者割合」別施設集計の比率を算出

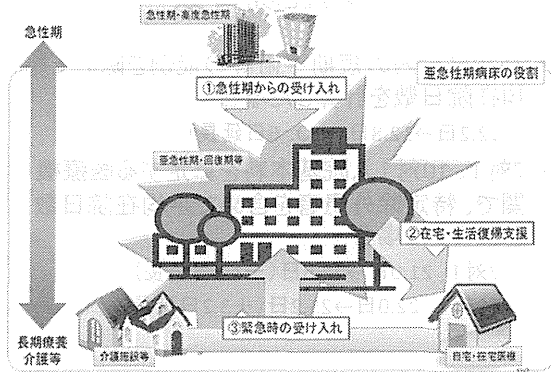
亜急性期入院医療

亜急性期入院医療が大きく見直しされる

亜急性期入院医療

- 亜急性期病床の役割・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

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



入院医療等の調査・評価分科会の
調査結果に基づいて、
8月21日の中医協総会の議論が始まった！



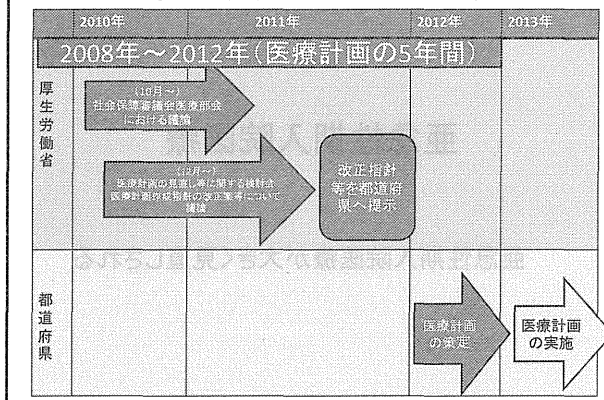
中医協総会

パート5 医療計画見直しと在宅医療



医療計画とは医療提供体制の基本計画

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 斎藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝雄 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

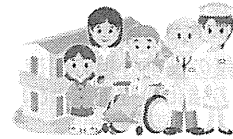
4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病
 - ①がん
 - ②脳卒中
 - ③急性心筋梗塞
 - ④糖尿病
 - ⑤精神疾患
- 5事業
 - ①救急医療
 - ②災害医療
 - ③へき地医療
 - ④周産期医療
 - ⑤小児医療

2次医療圏見直し

- * 在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

在宅医療に係わる医療体制の充実・強化



「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を策し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の対応について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り最寄りの対応体制(救急拠点を設く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実態に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、
 ・まず、全都道府県で入手可能な情報等を指針に位置づけ、都道府県がその指針を用いて現状を把握すること
 ・さらに、把握した現状を多に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての改善目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
 ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
 ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

2012年診療報酬改定と在宅医療



2月10日中医協答申

2012年診療報酬改定と在宅医療



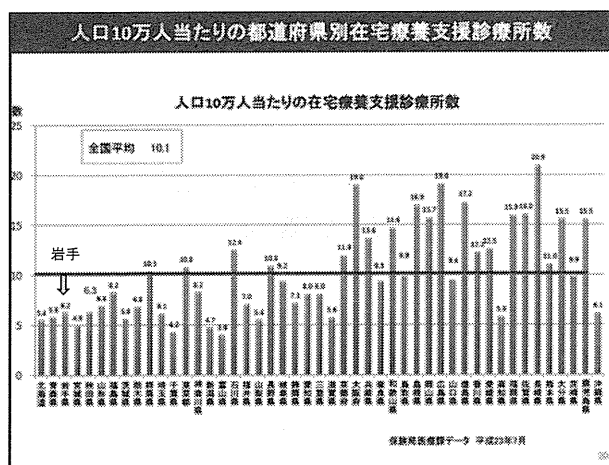
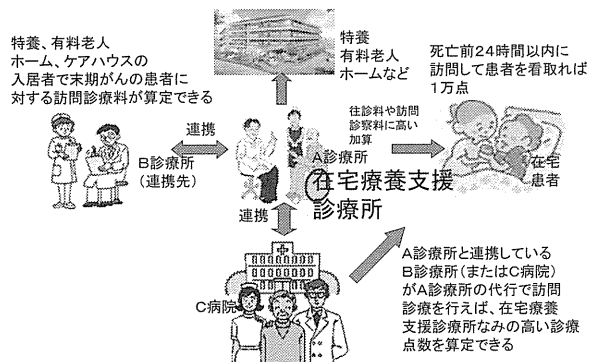
2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会（12月1日）
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
 - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
 - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

在宅療養支援診療所・病院



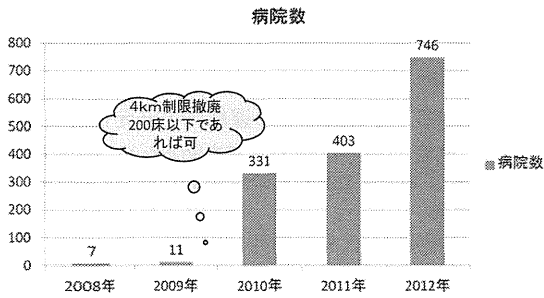
06年在宅療養支援診療所の新設



在宅療養支援病院の規制緩和（2010年診療報酬改定）

- 2008年診療報酬改定
 - 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
 - このため届け出は11病院に限定
- 2010年診療報酬改定
 - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
 - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増

在宅療養支援病院数の推移



医療法人財団厚生会古川橋病院 東京都で第1号の在宅療養支援病院

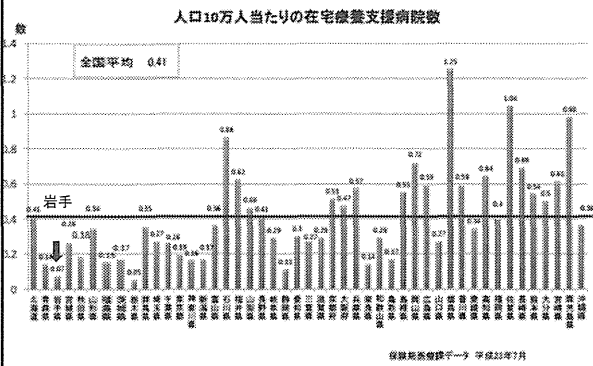
- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生



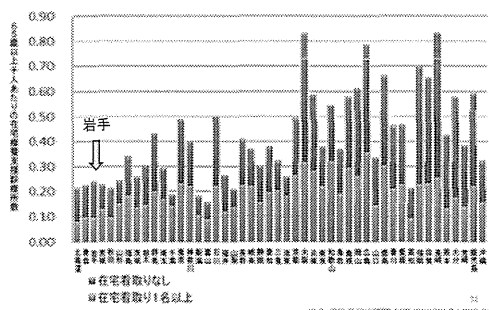
人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数



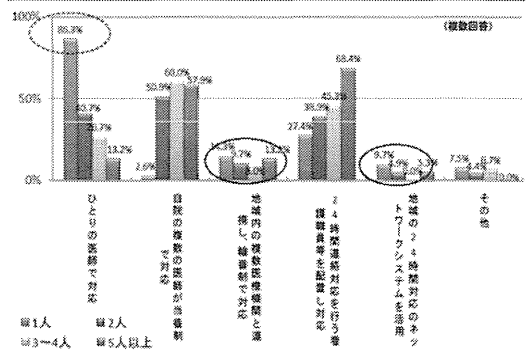
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

少ない在宅看取りと
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) ＜都道府県別分布＞



在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

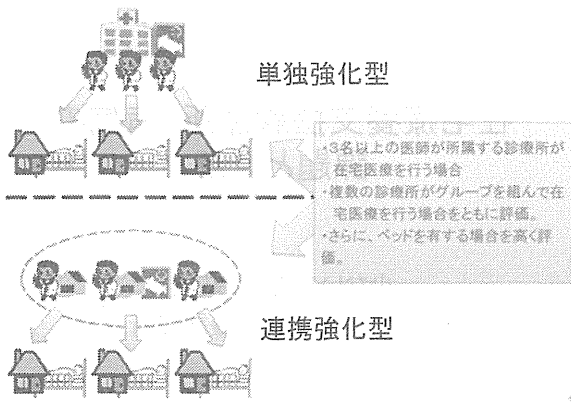
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - イ 所属する常勤医師3名以上
 - ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価

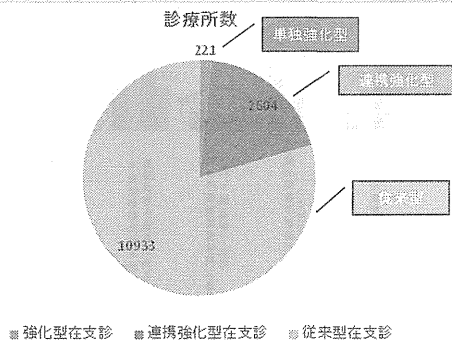
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)

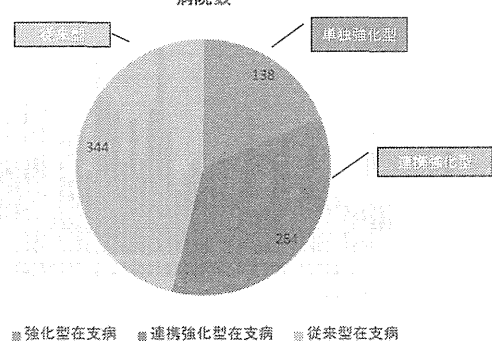


	従来型の在宅診療・在宅病	強化型在宅診療・在宅病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点	5,000点(病床有6,000点)
看取り加算	3,000点	3,000点(病床有3,000点)
○在宅がん医療総合診療料		
処方せん有	1,495点	1,650点(病床有1,800点)
処方せん無	1,685点	1,850点(病床有2,000点)

強化型在宅療養支援診療所
(2012年7月現在)



強化型在宅療養支援病院
(2012年7月現在)



在宅医療に係る医療機関の機能の整理			
	在宅療養支援診療所 (診療報酬)	在宅医療において積極的役割を担う医療機関 (診療報酬) ※在宅療養支援診療所以外の診療報酬は別途規定	地域包括ケア病院 (診療報酬)
在宅医療提供に係る役割	・単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供	・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ・夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援 ・災害時に備えた体制構築	・自らの在宅医療提供は必須ではない
在宅療養患者の入院に係る役割	・入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	・入院機能を有する場合には、急変時受け入れやレスパイトなどを行う	・地域の医療機関において、対応困難な重症例の受け入れ
多職種連携に係る役割		・現場での多職種連携の支援 ・在宅医療・介護提供者への研修の実施	※ 医療法では、在宅医療の提供の推進に関する支援として、 ・在宅医療提供事業者の連携の促進のための支援 ・患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供

医療法に在宅医療に係る医療機関を書き込む！

(参考)在宅医療の推進
・地域において、多職種連携による包括的かつ継続的な在宅療養の提供体制の構築を担う。
・地域の集積に応じて、診療科、地域医療等、自ら在宅医療を提供しない主体も顕在化しうる。
・標準的な規模の市町村の人口(7～10万人程度)に2割1方診療を自治に設置されることを想定。

2014年診療報酬改定

強化型在宅療養支援病院・診療所の要件の厳格化が必須

パート6 地域包括ケアシステム

- ## 2012年介護報酬改定の基本方針
- ・ 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
 - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
 - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
 - ・ 2 医療と介護の役割分担・連携強化
 - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの退行強化
 - ②介護施設における医療ニーズへの対応
 - ③入院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
 - ・ 認知症にふさわしいサービスの提供
 - ・ 質の高い介護サービスの確保

