



平成28年度診療報酬改定の概要と 退院支援に関する政策について

厚生労働省 保険局医療課

天辰 優太

平成29年2月5日

本日のお話の構成

1. 平成28年度診療報酬改定の概要
2. 退院支援に係る議論

本日のお話の構成

1. 平成28年度診療報酬改定の概要
2. 退院支援に係る議論

平成28年度診療報酬改定の改定率

- 2025年(平成37)年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。
- 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む。

診療報酬(本体) +0.49%

{	医科	+0.56%
	歯科	+0.61%
	調剤	+0.17%

薬価改定 ▲1.22%

上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%

年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により、▲0.28%

材料価格改定 ▲0.11%

※ なお、別途、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。
「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点を
もって臨む。

改定の基本的視点	「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつ つ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。 ⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。
視点1	「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の 分化・強化・連携を一層進めること ○「病床の機能分化・連携」の促進 ○多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」 ○質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等
視点2	「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること ○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等
視点3	重点的な対応が求められる医療分野を充実すること ○緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ○認知症患者への適切な医療の評価 ○イノベーションや医療技術の評価 等
視点4	効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること ○後発医薬品の価格算定ルールの見直し ○大型門前薬局の評価の適正化 ○費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

入院医療の機能分化・強化

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化を図るため、入院医療について、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を実施。

医療機能ごとの患者像に応じた評価

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 総合入院体制加算について、「重症度、医療・看護必要度」(A、C項目)の基準を導入

- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 重症患者を受け入れている10対1一般病棟を評価

- 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外

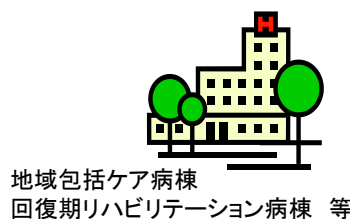
- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の患者受入を要件化
- 療養病棟における医療区分2、3の患者像のよりきめ細かく適正な評価



特定集中治療室等



7対1病棟等



地域包括ケア病棟
回復期リハビリテーション病棟 等



療養病棟等

医療機能の強化のための評価

- 特定集中治療室等における薬剤師配置を評価
- 総合入院体制加算における、認知症・精神疾患患者の受入体制の評価

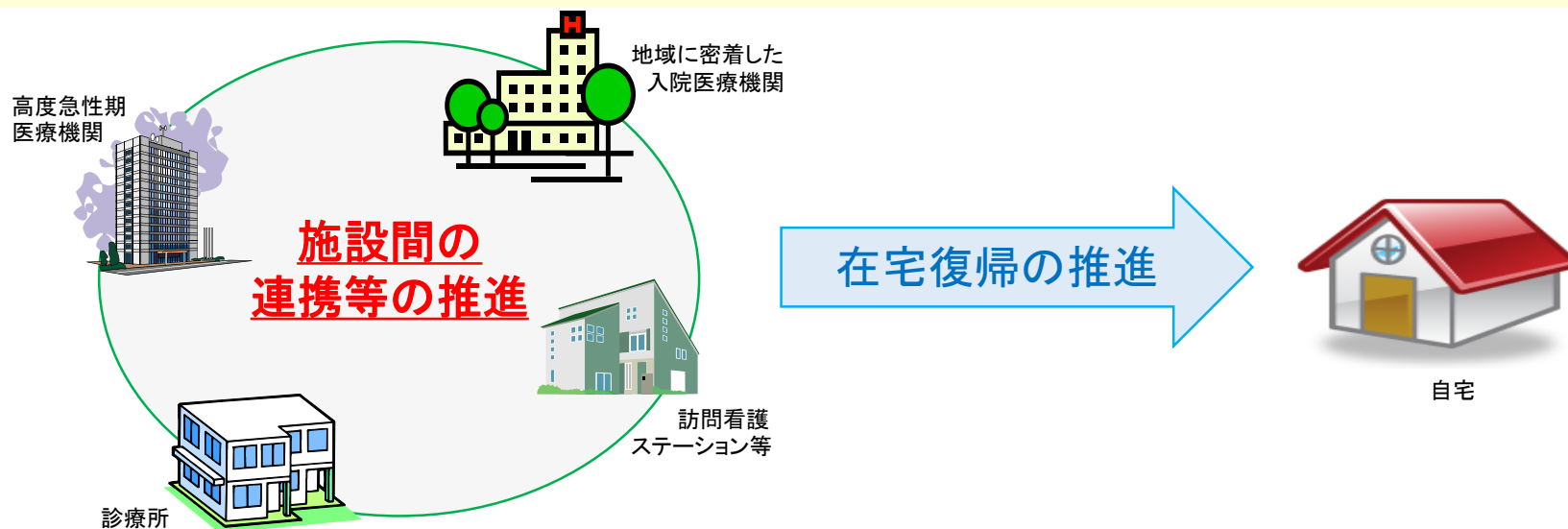
- 7対1病棟の在宅復帰率の基準の見直し
- 看護職員・看護補助者の手厚い夜間配置を実施している医療機関の評価

- 回復期リハビリテーション病棟における、リハビリテーションの効果に応じたりハビリテーション料の評価（アウトカム評価）

- 療養病棟において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰をより適切に評価するよう、在宅復帰機能強化加算の要件を見直し

患者が安心・納得して退院するための退院支援等の充実

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施。



退院支援の充実

- 退院支援に関する以下の取組みを評価
 - ・病棟への退院支援職員の配置
 - ・連携する施設の職員との定期的な面会
 - ・介護支援専門員との連携
 - ・多職種による早期のカンファレンス 等
- 在宅療養への円滑な移行を支援するための、退院直後の看護師等による訪問指導を評価

在宅復帰機能が高い医療機関の評価

- 高い在宅復帰機能を持つ有床診療所に対する評価の新設
- 7対1病棟等における在宅復帰率の基準の引上げと指標の見直し
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算算定病棟)における、急性期等からの在宅復帰を適切に評価するための指標の見直し

退院支援の充実①

退院支援に関する評価の充実①

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

退院支援の充実②

退院支援に関する評価の充実②

- 現行の新生児特定集中治療室退院調整加算を基調としつつ、新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援に関する評価を新設する。

(新) 退院支援加算3 1,200点

[算定要件]

- ① 新生児特定集中治療室管理料等を算定した患者であって以下の退院困難な要因を有する患者、及び他の保険医療期間において当該加算を算定した転院患者について、家族等の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。
退院困難な要因；先天奇形、染色体異常、出生体重1,500g未満、新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）、その他生命に関わる重篤な状態
- ② 入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。また、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付する。

- 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を新設する。

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(Ⅰ)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

退院支援の充実③

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

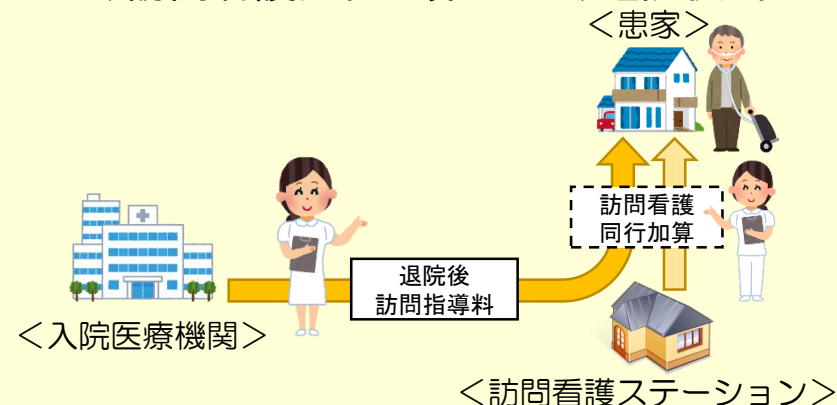
[算定要件]

- 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。



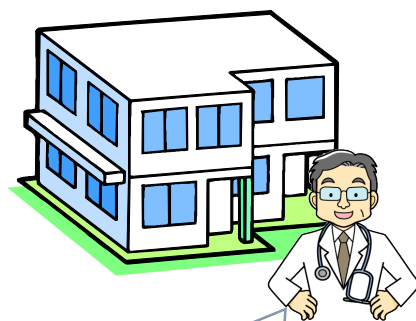
別表第8

- 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
- 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
- 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
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療において、医療機関の実績、診療内容及び患者の状態等に応じた評価を行い、在宅医療の質的・量的向上を図る。

<在宅担当医療機関>



医療機関の実績 に応じた評価

- 在宅医療専門の医療機関に関する評価を新設
- 十分な看取り実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の診療実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の看護実績を有する訪問看護ステーションを評価



診療内容 に応じた評価

- 休日往診への評価の充実
- 病院・診療所からの訪問看護の評価を充実

<自宅等>



患者の状態・居住場所等 に応じた評価

- 重症患者に対する医学管理の評価を充実
- 効率性の観点等から、居住場所に応じた評価を見直し

質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

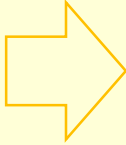
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

➤ 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）

特定施設入居時等 医学総合管理料 （特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 特別養護老人ホーム、特定施設
在宅時医学総合管 理料（在総管）	上記以外の住まい



改定後（対象となる住まい）

<u>施設入居時等医学総合管理料（施設総管）</u>	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、 <u>有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム</u>
在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与を受けている患者		

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行 (在総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後 (在総管：在支診)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

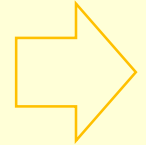
質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

現行

(特医総管：機能強化型在支診（病床なし）)

同一建物居住者以外の場合	3,300点
同一建物居住者の場合※1	800点



改定後

(施設総管：機能強化型在支診（病床なし）)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	3,600点	2,970点	2,640点
月2回以上訪問している場合	3,000点	1,650点	1,200点
月1回訪問している場合	1,800点	990点	720点

現行

(特医総管：在支診)

同一建物居住者以外の場合	3,000点
同一建物居住者の場合※1	720点



改定後

(施設総管：在支診)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	3,300点	2,700点	2,400点
月2回以上訪問している場合	2,700点	1,500点	1,100点
月1回訪問している場合	1,620点	900点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※ 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ $(\text{施設総管の件数}) / (\text{在総管} \cdot \text{施設総管の件数}) \leq 0.7$
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ $(\text{要介護3以上の患者} + \text{重症患者}) / (\text{在総管} \cdot \text{施設総管の件数}) \geq 0.5$
③ 看取り実績が20件／年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80／100に相当する点数により算定する。
- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



「かかりつけ医」機能の評価①

認知症に対する主治医機能の評価

➤ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

(1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。

(2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。

① 1処方につき 5種類を超える内服薬

② 1処方につき 3種類を超える向精神薬

(3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

(1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。

(2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。

① 1処方につき 5種類を超える内服薬

② 1処方につき 3種類を超える向精神薬

(3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

「かかりつけ医」機能の評価②

小児かかりつけ医の評価

- 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。

(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

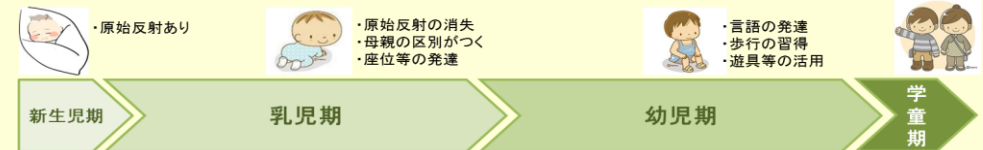
イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点



[主な算定要件]

- ① 対象は、継続的に受診している未就学児(3歳以上の患者にあつては、3歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。)であつて、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
- ② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
- ③ 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。
- ④ 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- ⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

[施設基準]

- ① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- ④ 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
 - a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施
 - b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
 - c. 定期予防接種を実施
 - d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供
 - e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

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)	<u>認知症ケア加算1</u>	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)
	<u>認知症ケア加算2</u>	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)

- ・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。



本日のお話の構成

1. 平成28年度診療報酬改定の概要
2. 退院支援に係る議論

退院支援に係る診療報酬の変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

平成12年：急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患：大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

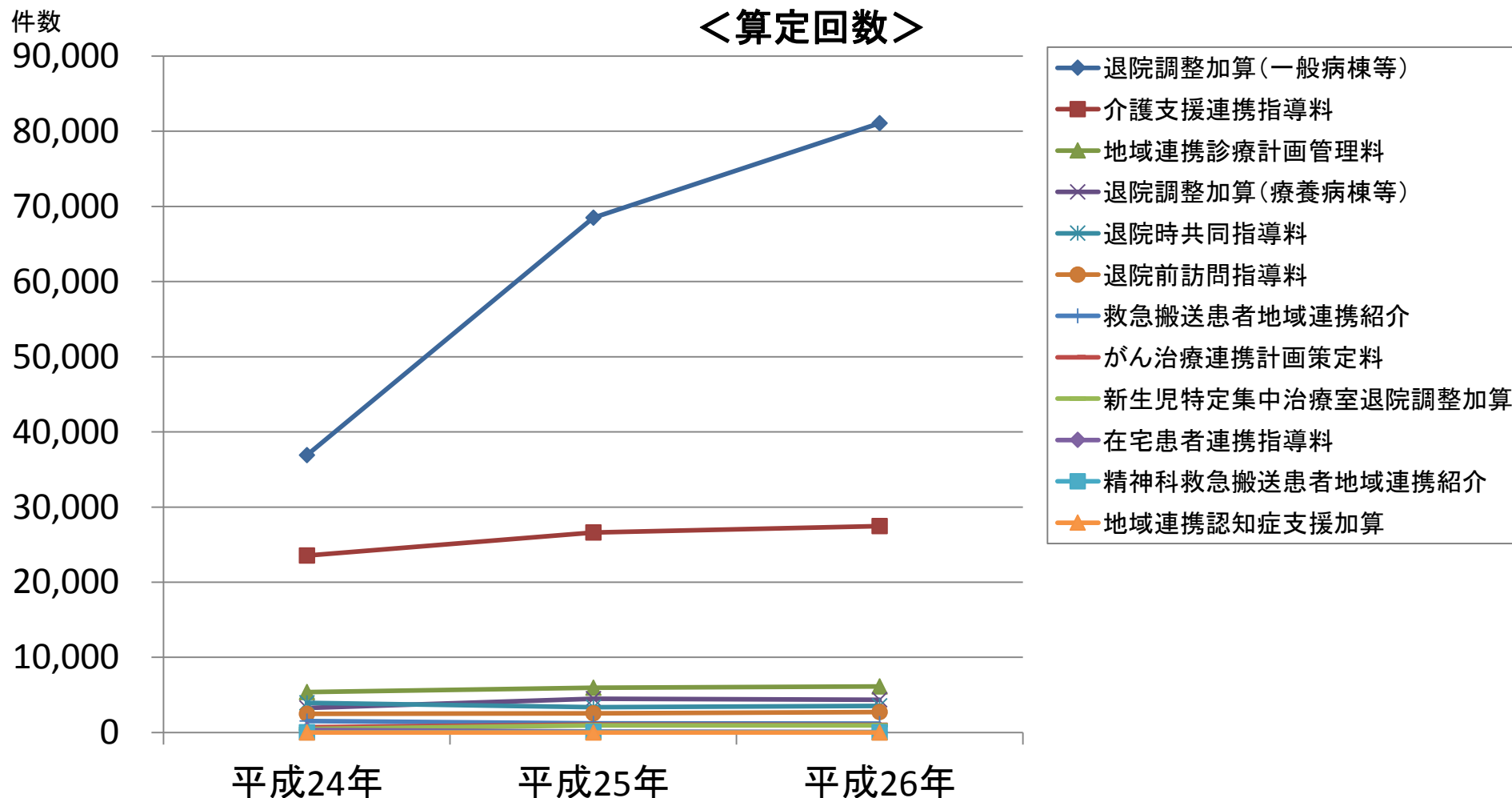
平成22年：介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、
新生児退院調整加算

平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

中医協 総 - 3
27 . 10 . 28

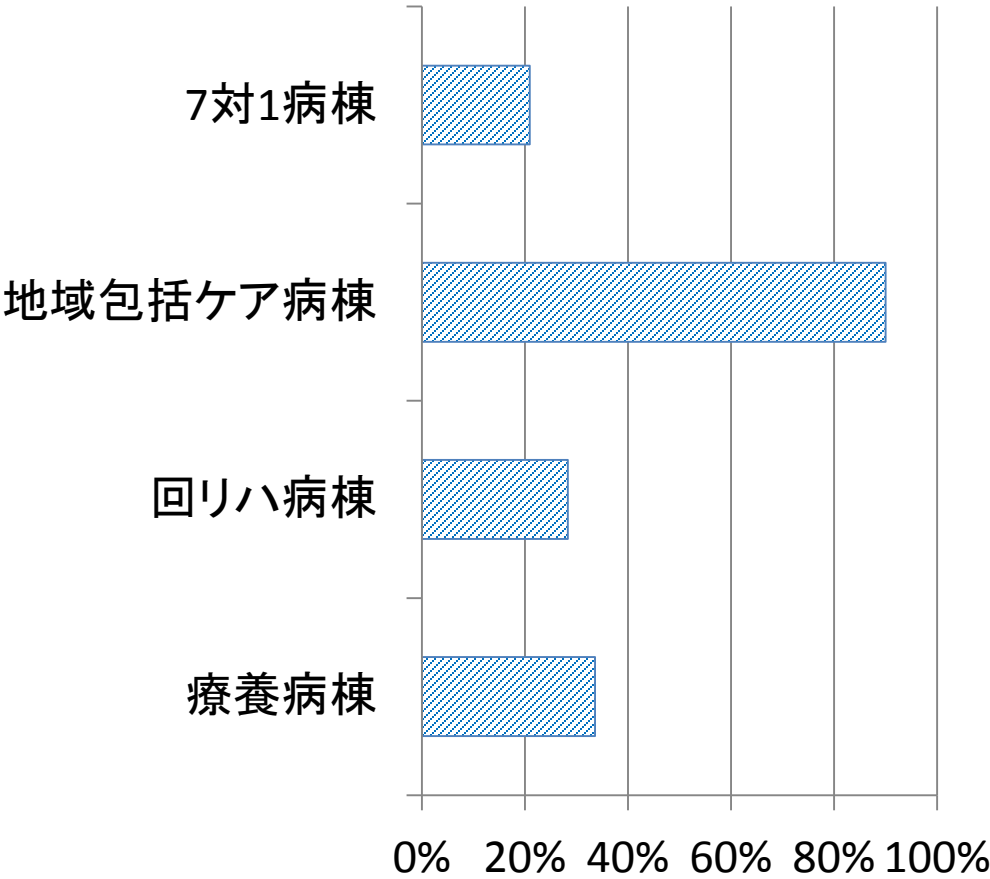
- 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



病棟への退院支援職員の配置状況

- 各病棟に、退院支援に専任又は専従に携わる職員を配置している医療機関が一定程度みられた。
- 7対1病棟と療養病棟では、職員の配置を行っている病棟の方が平均在院日数が短い傾向がみられた。

＜病棟への退院支援に専任／専従の職員の配置＞



＜病棟への退院支援職員の配置別の平均在院日数＞

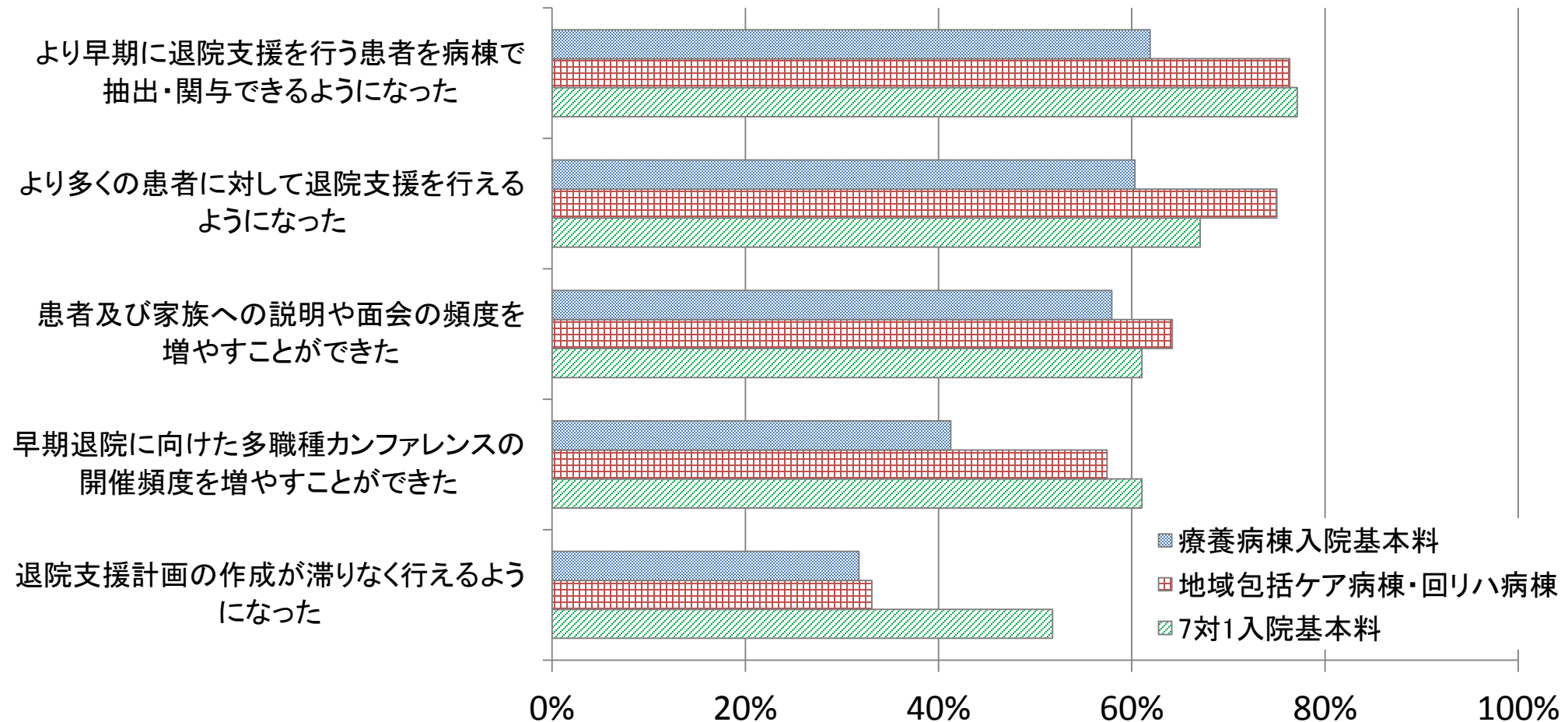
	専任／専従職員の配置	
	あり	なし
7対1病棟	12.7	13.0
地域包括ケア病棟	28.0	22.2
回りハ病棟	73.0	68.5
療養病棟	256.9	348.4

病棟への退院支援職員の配置による効果

中医協 総 - 3
27 . 10 . 28

- 病棟に専任又は専従の退院支援の職員を配置した効果として、「より早く患者を抽出できるようになった」、「より多くの患者に対して退院支援を行えるようになった」等とする回答が多くみられた。

＜病棟への退院支援職員配置による効果＞



入院時の早期退院に向けた多職種のカンファレンスについて

中医協 総 -3
27 . 10 . 28

- 病床規模に関わらず、多くの医療機関で入院時に早期退院に向けた多職種カンファレンスを実施しており、特に中規模以上の医療機関や療養病棟において、実施医療機関の方が平均在院日数が短い傾向がみられた。

＜入院時の早期退院に向けた多職種カンファレンスの実施（病床規模別）＞

		200床未満		200～500床		500床以上	
		実施あり	実施なし	実施あり	実施なし	実施あり	実施なし
7対1・10対1 入院基本料	実施施設数	184(89%)	22(11%)	148(94%)	9(6%)	65(97%)	2(3%)
	平均在院日数	15.2	15.0	13.4	14.9	13.0	13.3
地域包括ケア病棟 入院料 (入院医療管理料)	実施施設数	59(92%)	5(8%)	20(91%)	2(9%)	1	0
	平均在院日数	27.1	26.6	25.4	39.2	21.8	-
回復期リハビリ テーション病棟 入院料	実施施設数	103(95%)	5(5%)	43(96%)	2(4%)	0	0
	平均在院日数	70.0	65.7	75.6	100.1	-	-
療養病棟 入院基本料	実施施設数	174(76%)	54(24%)	55(86%)	9(14%)	0	0
	平均在院日数	214.1	332.7	303.0	378.1	-	-

早期からの退院支援の効果

中医協 総-1
23.12.2

- 方 法 RCT(ランダム化比較試験)
- 対 象 スクリーニングで、高リスクと判定された内科、神経内科および術後の高齢者
介入群:417人(平均年齢66.6歳) 対照群418人(平均年齢67.9歳)
- 介入内容 介入群:早期から(入院3日目から)の系統的な退院支援・調整をスタート
対照群:医師からの紹介があれば退院支援を実施、通常は何も行わない
- 結 果 下記の通り
- 早期から退院支援をした介入群は、対照群と比較し、予定外の再入院率、予定外の再入院日数が有意に少なかった。
また、自宅への退院者数、退院9ヶ月後の自宅滞在率においては、対照群よりも有意に多かった。

結果

○予定外の再入院率

・退院4ヶ月後

介入群:103/417(24%)

対照群:147/418(35%)

$P<0.001$

・退院9ヶ月後

介入後:229/417(55%)

対照群:254/418(61%)

$P=0.08$

○予定外の再入院の日数

・退院9ヶ月後

介入群:10.1±8.3

対照群:12.1±9.1

$P=0.001$

○自宅へ退院者数

介入群:330/417(79%)

対照群:305/418(73%)

$P<0.05$

○退院後9ヶ月時点での自宅滞在率

介入群:259/417(62%)

対照群:225/418(54%)

$P<0.05$

○患者のヘルスアウトカム

・ Barthel score (scale 1 to 100)

退院1ヶ月後の平均値(SD)

介入群 85.3 (21.0)

対照群 86.5 (21.0)

○死亡数 (退院後9ヶ月時点) 介入群 66/417(16%) 対照群 66/417(16%)

退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果

中医協 総-1
23.12.2

入院1週間以内にスクリーニングを行い、退院困難が予測されるハイリスク患者(N=23)に対し、入院後10日前後に早期退院支援を行った。

また、スクリーニングの結果ハイリスク患者として抽出されなかった患者(N=17)に対して通常の退院支援を行った。

○在院日数は実施群で短かったが、統計学的有意差はなかった。しかし実施群のほうが有意に分散が小さく、早期退院支援の実施は、入院の長期化を予防できる可能性が示唆される。

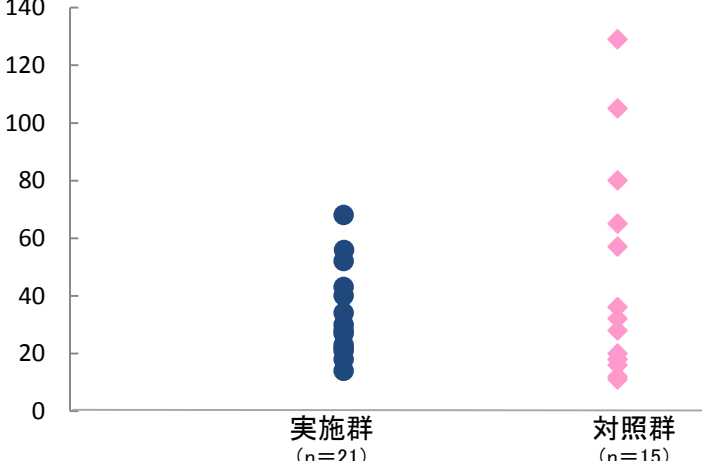
○実施群では、退院後の患者および家族の不安が軽減した。

○実施群のほうが退院時に多様なサービスの導入がみられた。

■退院時のサービス導入状況

	実施群 (n=21)	対照群 (n=15)
自宅退院	19	13
転院	2	2
かかりつけ医	6	2
訪問看護	7	1
ホームヘルプ	2	1
デイケア	2	0
行政・在宅介護支援センター	9	0
医療機器メーカー	2	1
その他	1	0

■在院日数



■退院時と退院後のSTAI(不安感の尺度)と介護負担感の変化－実施群と対照群の比較－

	退院時			退院後			退院後の退院時からの変化		
	実施群	対照群		実施群	対照群		実施群	対照群	
本人状態不安	41.4±11.3	37.7±5.7	ns	36.5±12.3	38.3±6.1	***	4.9±2.9	1.5±5.8	***
本人特性不安	39.9±10.7	35.8±6.5	ns	39.4±10.7	35.1±6.3	ns	0.6±0.9	0.6±1.4	ns
家族状態不安	46.4±10.1	42.3±9.7	ns	38.6±11.0	41.1±8.1	**	8.4±8.4	2.0±8.1	*
家族特性不安	42.1±12.0	39.8±9.4	ns	41.3±12.7	40.8±9.6	ns	0.8±1.8	0.5±1.9	ns
介護負担感	25.9±13.3	34.6±17.3	ns	19.9±9.3	29.0±17.4	ns	6.1±8.1	5.5±10.0	ns

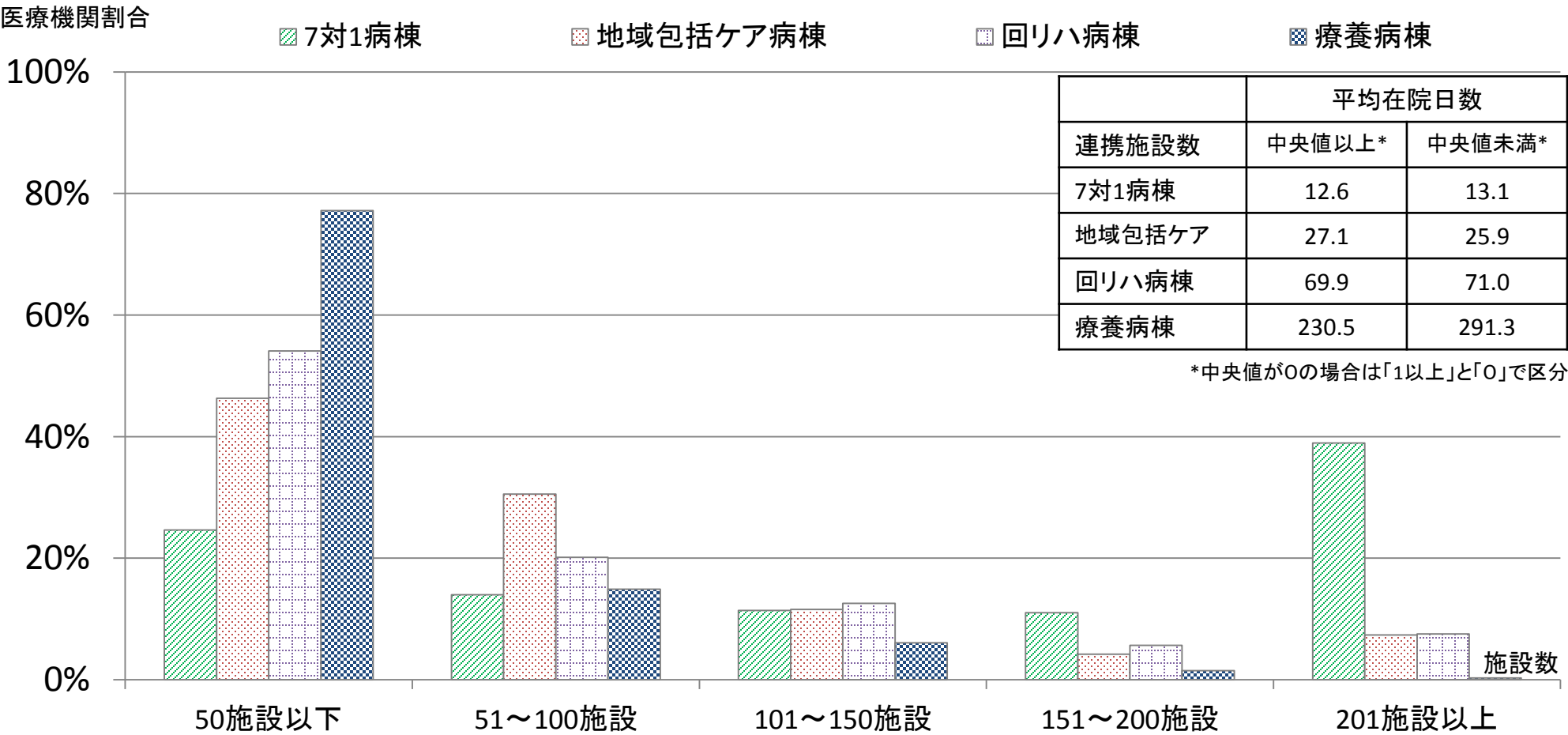
平均±標準偏差 *: $p<0.05$ **: $p<0.01$ ***: $p<0.001$ ns: not significant

退院支援に向けた施設間の連携状況について

中医協 総 - 3
27 . 10 . 28

- 入院期間が短く、退院患者が多い入院料を届け出ている医療機関では、連携施設数が多い。
- 地域包括ケア病棟を除き、連携施設数の多い医療機関の方が、平均在院日数がやや短い。

<連携施設数の状況>



退院支援に向けた医療機関間の連携イメージ(現行)

中医協 総 - 3
27 . 10 . 28

- 地域連携診療計画管理料等においては、予め協議等に基づく連携を構築することが要件とされているが、退院調整加算においては、このような要件はない。

脳卒中・大腿骨頸部骨折の患者

地域連携診療計画管理料・
退院時指導料



急性期治療



回復期等



200床未満の病院
診療所

地域連携診療
計画の共有

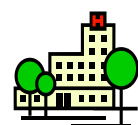
協議等に基づ
く連携

左記以外の退院困難な患者

退院調整加算



急性期治療



回復期等

地域連携診療
計画の共有

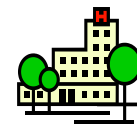
協議等に基づ
く連携は評価
されていない

緊急入院した患者

(精神科)救急搬送患者地域連携
紹介・受入加算



高次の救急医療機関
精神科救急医療機関



回復期等

協議等に基づ
く連携

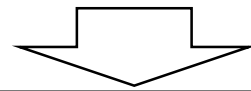
入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ(抜粋)

- 退院支援に係る評価については、累次の改定において充実が図られてきた。診療報酬項目が増加するとともにその要件は複雑化しており、一部の項目を除き算定回数は少なかった。
- 退院支援に関して、対象となる疾患や病棟等によって異なる様々な評価項目があるが、評価の着目点は、退院支援にかかる人員の配置や、早期退院に向けた院内の取組、医療機関間の恒常的な連携に関する評価等、類似したものも多かった。また、退院時に算定することとされるもののや、平均在院日数を要件とするものなど、アウトカムと連動した評価項目もみられた。
- より入念な退院支援を要する状態の患者の受入及び円滑な在宅復帰への流れを促進するための退院支援の取組の効果等について分析を行い、以下の結果が得られた。
 - ー 退院支援を行うに当たって、面会日の調整や早期の退院支援の開始、患者1人当たりの退院支援に係る時間の確保等の困難があることが指摘された。また、患者が退院できない理由として、入院・入所先の確保等が課題になっていることが示された。なお、入院患者のなかには、要介護認定を受けた患者も多く入院していることから、介護サービスとの連携が重要であるとの意見があった。
 - ー 病床規模に関わらず多くの医療機関が退院支援室等の設置や早期退院に向けた多職種のカンファレンス等を実施していた。また、病棟に専任・専従の退院支援職員を配置している場合があり、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援を行えるようになる等の効果が指摘された。
 - ー 連携施設数が多いなど、退院支援に向けた他施設との連携を積極的に実施している施設では、平均在院日数が短い傾向がみられた。こうした傾向は入院期間の長い種別の病棟でより顕著であった。

【課題】

- 退院支援に係る評価については、類似の改定において充実が図られてきた。算定回数が多い退院調整加算や介護支援連携指導料のほかにも、様々な項目の評価が設けられ要件が複雑化しているが、評価の着目点は退院調整加算と類似しており、退院支援に係る人員の配置や、早期退院に向けた院内の取組、医療機関間の恒常的な連携に関する評価が中心となっている。
- 退院支援を行うに当たって、面会日の調整や早期の退院支援の開始、患者1人当たりの退院支援に係る時間の確保等の困難があるとの指摘が多かった。
- 各病棟に退院支援に携わる職員を専任・専従で配置している医療機関が一定程度みられ、専任・専従職員配置の効果として、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援が行えるようになる等の効果が指摘されている。なお、退院調整加算においては、病棟への退院支援職員の配置は求められていない。
- 早期退院に向けた院内の取組として、退院困難な患者の早期抽出や早期の面談、退院支援計画等の作成のほか、多職種によるカンファレンスが実施されており、一定の効果がみられている。
- 医療機関間の連携に関して、全体として、連携施設数が多い医療機関では平均在院日数が短い傾向がみられ、特に入院期間の長い病棟で顕著であった。地域連携診療計画管理料においては、予め協議等に基づく連携を構築することが要件とされているが、退院調整加算においては、このような要件はない。

【論点】



- 退院支援に係る評価について、現在算定回数の多い退院調整加算及び介護支援連携指導料を中心として、簡素化を図ることとしてはどうか。
- 患者が安心・納得して退院できるよう、退院支援に専従する職員がいくつかの病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスの実施等を通じて入院後早期に退院支援に着手するとともに、医療機関が他の医療機関等と恒常的に顔の見える連携体制を構築するなど、現行の退院調整加算の充実を図ってはどうか。
- また、地域連携診療計画管理料、新生児特定集中治療室退院調整加算など、患者や病棟の特性に応じて特に必要な評価については、退院調整加算の加算として整理してはどうか。

退院支援の充実①

退院支援に関する評価の充実①

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

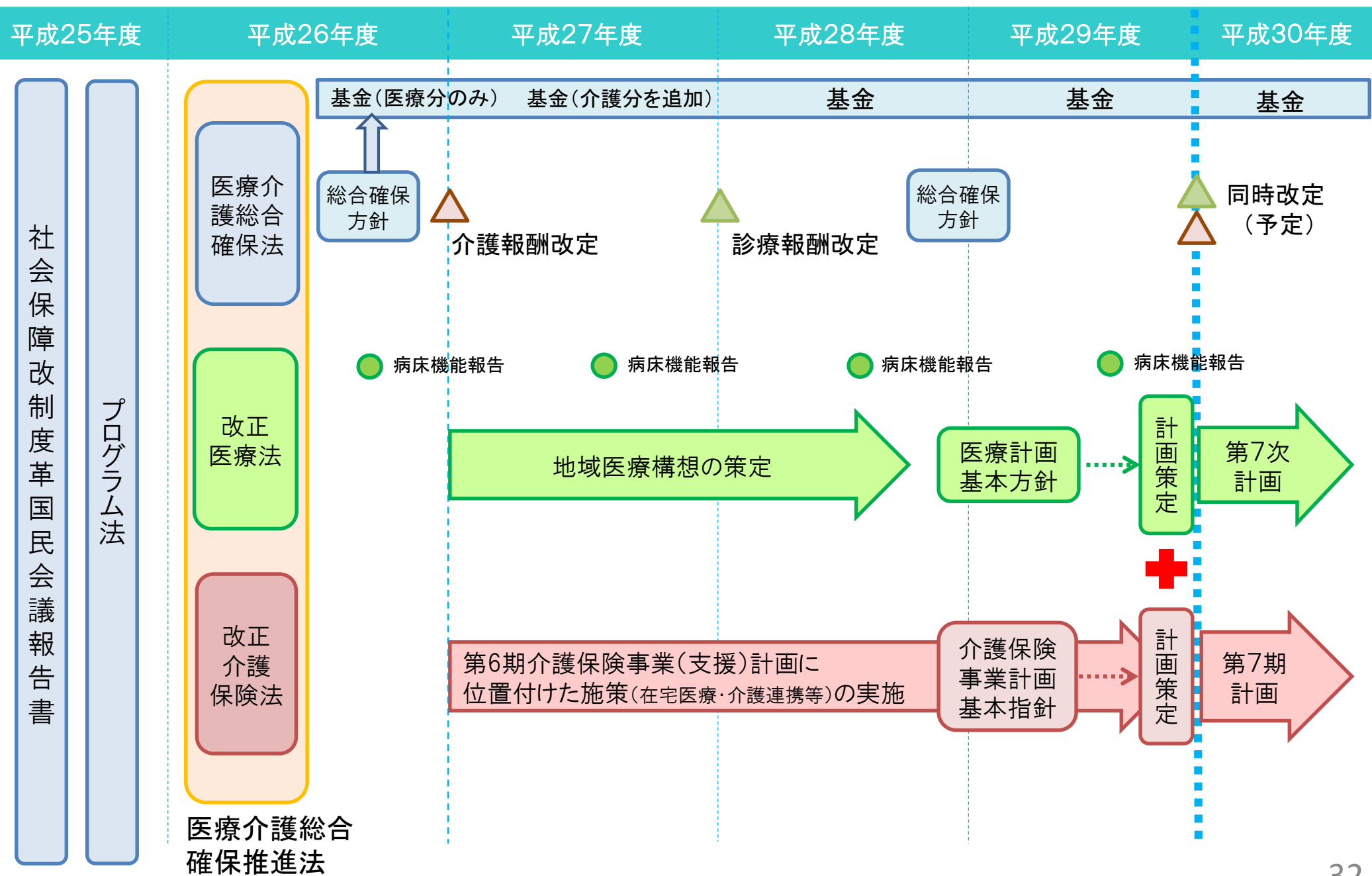
イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



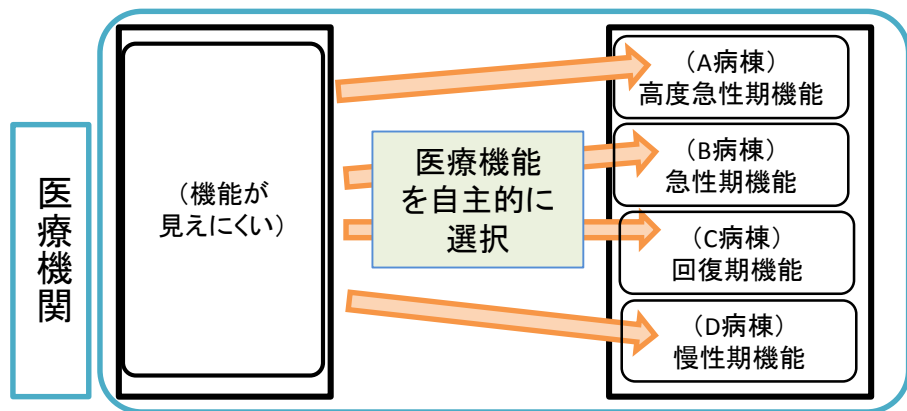
[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

医療と介護の一体改革に係る主な取組のイメージ



- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



医療機能の現状と
今後の方向を報告

都
道
府
県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果（全国ベースの積上げ）

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

一般病床
100.6万床

療養病床
34.1万床

病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に選択したものであり、右の推計における機能区分の考え方によるものではない。

【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

高度急性期
13.0万床程度

急性期
40.1万床程度

回復期
37.5万床程度

慢性期
24.2～28.5万床程度※2

地域差の縮小

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

数値は、積み上げた全国値であり、実際の医療提供体制は、構想区域ごとの状況に応じて検討する必要がある

※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

2014年7月時点(*)の病床機能報告によると、高度急性期19.1万床、急性期58.1万床、回復期11.0万床、慢性期35.2万床と報告されている。

* 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。

病床機能報告制度

中 医 協 総 ー 5
2 9 . 1 . 2 5

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。（平成26年10月より開始）

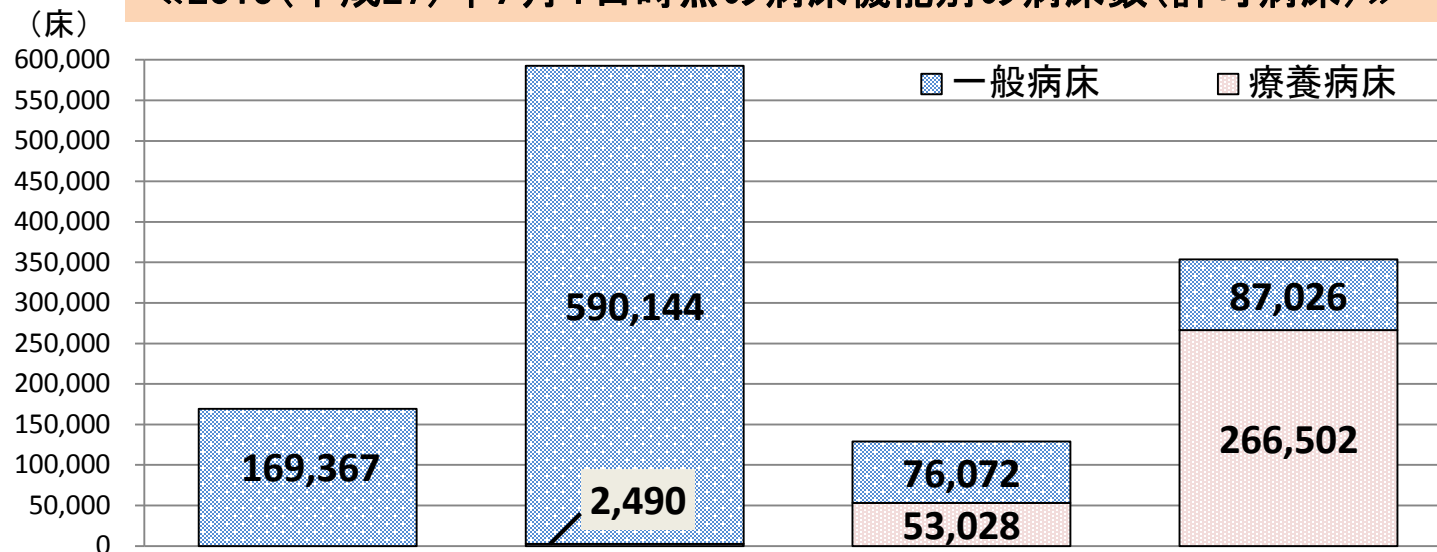
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、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）。
慢性期機能	○ 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

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることに留意。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

病床機能別の病床数

中 医 協 総 ー 5
2 9 . 1 . 2 5

《2015(平成27)年7月1日時点の病床機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	169,367	590,144	76,072	87,026	922,609
療養病床	0	2,490	53,028	266,502	322,020
合計	169,367	592,634	129,100	353,528	1,244,629
構成比(2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比(2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

(※)3月31日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを取りまとめた値である。

- ・報告対象となる病院7,370施設、有床診療所7,168施設のうち、3月31日までにデータクリーニングが完了した病院7,236施設(98.2%)、有床診療所6,627施設(92.5%)のデータを集計した。(2月16日時点の医療機関全体の報告率 95.6%)
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,270,683床

(cf. 医療施設調査(動態)における平成27年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,331,374床)

(注)集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が26,054床分あり、上表には含めていない。

概要

- 2025年の病床の必要量の推計を構想区域ごとに分析し、不足する医療機能を推計。
- 「地域で不足する医療機能」、「医療機能毎の区域完結率及び医療需要」、「患者の受療動向」等について分析の上、地域医療構想を実現するための施策として、「自治体病院等の機能再編成の推進」と「介護施設等も含めた在宅医療の提供体制の整備」等を記載

構想区域の設定
(6構想区域)



津軽地域の例

津軽地域における2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

- 津軽地域では、回復期機能が不足すると推計

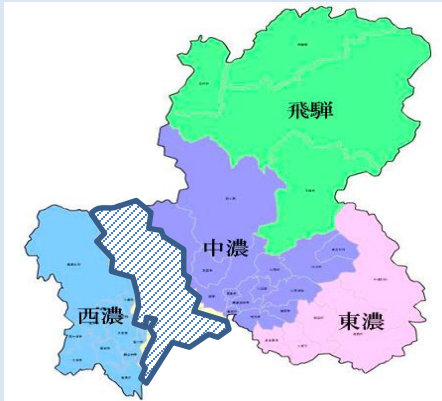
区分	平成37(2025)年における必要量
高度急性期	318床
急性期	1,110床
回復期	1,244床
慢性期	467床
病床計	3,139床
在宅医療等の必要量	3,461人/日

津軽地域の地域医療構想達成に向けたポイント(津軽地域の記載の抜粋)

- 200～300床の中小規模の病院(国立病院機構弘前病院、弘前市立病院、黒石市国保黒石病院)が併存しており、また、一部自治体病院の病床利用率の低迷など、再編・ネットワーク化の検討が必要。
- 自治体病院等の機能分化・連携の方向性として、中核病院として、高度医療、専門医療、救急医療等を担う医療機関を整備し、その他の自治体病院の病床規模の縮小、回復期・慢性期への機能分化等を図るとともに、民間医療機関との役割分担と連携の明確化を行う。

- 2025年の病床の必要量の推計を構想区域ごとに分析し、不足する医療機能を推計。
- 圏域ごとに具体的な医療機関名を挙げて、担うべき機能を明示しつつ、地域医療構想調整会議で議論する内容を整理している。

構想区域の設定 (5構想区域)



岐阜地域の 例

岐阜地域の2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

- 岐阜地域では、回復期機能が不足すると推計

区分	平成37(2025)年における必要量
高度急性期	896床
急性期	2,757床
回復期	2,201床
慢性期	1,247床
病床計	7,074床
在宅医療等の必要量	10,155人/日

岐阜地域の地域医療構想達成に向けたポイント(岐阜地域の記載の抜粋)

- 将来の医療提供体制の見直しに当たっては、「適正な役割分担」、「病床規模の適性化」、「経営基盤の効率化」の3つの視点から取り組む。
- 岐阜大学医学部附属病院(614床)が県全体の急性期医療の中心を担い、岐阜赤十字病院(300床)、長良医療センター(416床)等は、災害医療、周産期医療等の政策医療の役割分担を検討。
- 急性期を担う医療機関以外は、救急医療体制の確保に配慮した上で、回復期へ移行。
- 療養病床を有する医療機関については、病床稼働率や患者像を調査した上で、地域医療構想調整会議に分科会を設け、あり方について検討。

- 2025年の病床の必要量の推計を構想区域ごとに分析し、不足する医療機能を推計。
- 「地域で不足する医療機能」、「機能毎や疾病別の区域完結率」、「5疾病5事業及び在宅医療に関する医療需要」等について分析した上、地域医療構想を実現するための施策として、「医療へのアクセスの改善策」、「在宅医療の推進」等を記載

構想区域の設定 (7構想区域)

広島地域の 例



広島地域における2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

- 広島地域では、回復期機能が不足すると推計

区分	平成37(2025)年における必要量
高度急性期	1,585床
急性期	4,242床
回復期	4,506床
慢性期	2,730床
病床計	13,063床
在宅医療等の必要量	23,723人/日

広島地域の地域医療構想達成に向けたポイント(広島地域の記載の抜粋)

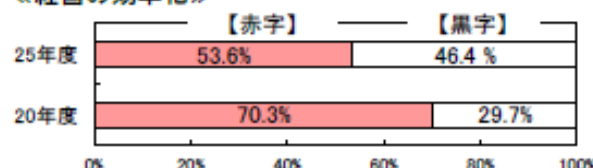
- 広島市においては高度な医療を提供する病院が近距離に立地し、4基幹病院(広島大学、広島市民、県立広島、広島赤十字・原爆病院)においては、重複した機能が少なくないなど、役割分担が不明確。
- 安芸高田市では、「要介護3になっても在宅生活が継続できるまちづくり」、「介護予防に取り組み、健やかに80歳を迎えることができる地域づくり」という目標と打ち出しており、これを実現するため安芸高田市地域包括ケア推進協議会において、引き続き、多職種による連携体制の構築及び地域包括ケアの推進・普及啓発等の取り組みを展開。

医療提供体制の改革と連携した更なる公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院
- ・再編等の結果、公立病院数は減少
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)

《経営形態の見直し》

(予定倉数)

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
- ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
- ・民間譲渡・診療所化 50病院

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

連携

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1) 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

- 通常の整備 …… 25%地方交付税措置
- 再編・ネットワーク化に伴う整備 …… 40%地方交付税措置

- (2) 特別交付税措置の重点化(H28年度～)

- 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
- 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)

- 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・病床の必要量※と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定(H27年度～)

※ イメージ

【構想区域単位で策定】

	2025年(推計)	
	医療需要	病床の必要量
高度急性期	〇〇〇 人/日	〇〇〇 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

新公立病院改革ガイドライン

(平成27年3月31日付け総務省自治財政局長通知)

公立病院改革の目指すもの

- 公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保
- その中で、公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことができるようにする

主な項目

① 地方公共団体に対する新公立病院改革プラン策定の要請

- i) 策定時期 平成27年度又は平成28年度(地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定)
※ プラン策定後、医療介護総合確保推進法に基づく協議の場の合意事項と齟齬が生じた場合は、速やかにプランを修正
- ii) プランの期間 策定年度～平成32年度を標準
- iii) プランの内容 以下の4項目を内容とする

④ 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・ 将来の機能別の医療需要・必要病床数が示される地域医療構想と整合性のとれた形での当該公立病院の具体的な将来像を明確化
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確化 等

再編・ネットワーク化

- ・ 病院間で機能の重複・競合が見られる病院、病床利用率が低水準の病院等、再編・ネットワーク化を引き続き推進(公的・民間病院との再編等を含む) 等

経営の効率化

- ・ 公立病院が担う役割を確保しつつ、黒字化を目指して、經常収支比率等の数値目標を設定し、経営を効率化
- ・ 医師等の人材確保・育成、経営人材の登用等に留意しつつ、経費削減・収入増加等の具体的な取組を明記 等

経営形態の見直し

- ・ 民間的経営手法導入等の観点から、地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法の全部適用、民間譲渡等経営形態の見直しを引き続き推進 等

② 都道府県の役割の強化

- ・ 都道府県は、医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療提供体制の確保について、これまで以上の責任を有することから、地域医療構想の実現に向けた取組とも連携しつつ、再編・ネットワーク化等に積極的に参画
- ・ 管内の公立病院施設の新設・建替等に当たっての都道府県のチェック機能を強化

再編・ネットワーク化（自治体病院間）

第1回地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会資料

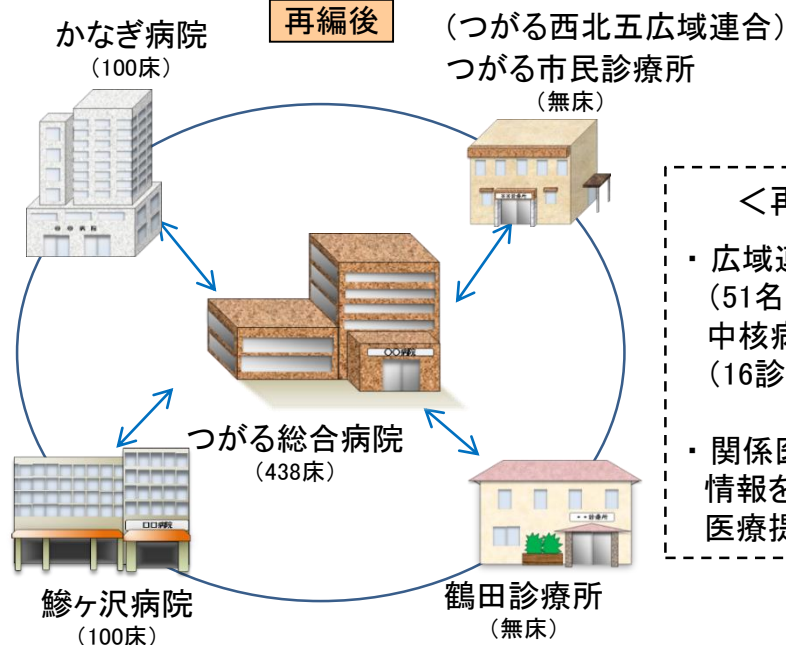
- 地域全体に必要な医療サービスを提供できるよう、医師派遣機能等を有する基幹病院と日常的な医療を提供する病院・診療所に再編し、これらをネットワーク化するなど、公立病院はじめ医療機関相互の機能分担と連携を推進。

基幹病院・サテライト型（青森県西北五医療圏の例）

再編前



再編後

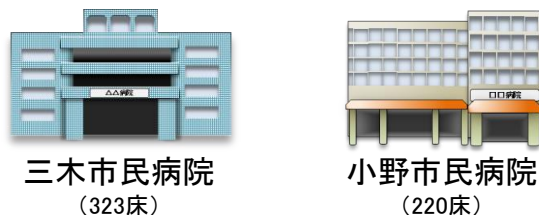


＜再編による主な効果＞

- ・ 広域連合内の医師数が増加 (51名→61名) するとともに、中核病院の診療科が充実。(16診療科→21診療科)
- ・ 関係医療機関において患者情報を共有し、切れ目ない医療提供を実現。

統合型（兵庫県三木市・小野市の例）

再編前



再編後



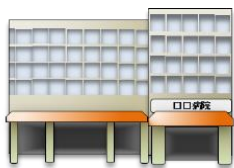
＜再編による主な効果＞

- ・ 医師数が増加 (60名→80名) し、診療科が充実。(21診療科→33診療科)
- ・ 休止・縮小していた分娩や小児救急を開始・拡充するなど、必要とされる地域医療を確保。

再編・ネットワーク化（他自治体・民間との統合例）

県・市統合型（日本海総合病院の例）

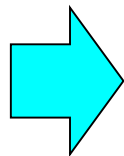
統合前



山形県立日本海総合病院
(528床)

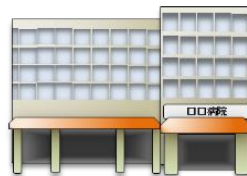


酒田市酒田病院
(400床)



統合後（H20.4～）

（地方独立行政法人山形県・酒田市病院構）



日本海総合病院
(648床)

（急性期）



日本海総合病院
酒田医療センター
(114床)

（回復期、慢性期）

役割分担



＜統合による主な効果＞

＜日本海総合病院＞

酒田医療センターから診療科を移行して、急性期病院として集約を図り、手術件数の増加、平均在日数の短縮を実現。

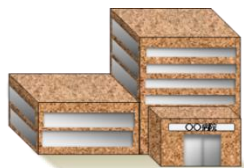
＜酒田医療センター＞

療養病床への移行（7科→2科）、回復期リハビリテーション機能の強化により、回復期・慢性期に対応

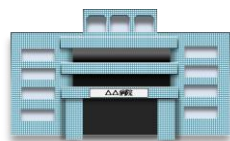
- ・ 2病院間の役割分担と、人員配置の弾力化により、医師数の増加（87名→94名）等を実現。

官・民統合型（兵庫県加古川市市民病院（仮称）の例）

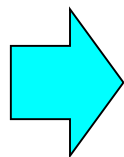
統合前



加古川市立
加古川市民
病院（411床）

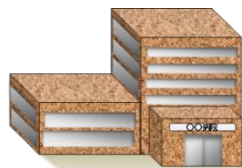


神鋼加古川病院
（株式会社立）
(198床)

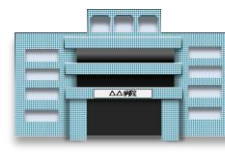


統合後（H23.4～）

（地方独立行政法人加古川市民病院機構）



加古川西
市民病院
(405床)



加古川東
市民病院
(198床)

（平成28年度に2病院を統合した新病院を開院予定）

＜統合による主な効果＞

- ・ 民間手法を取り入れた価格交渉、両病院の診療材料の統一等により、コストの削減を実現。

- ・ 実質的に1病院に見立てた運営をスタート。両病院間の人事異動を臨機に実施し、業務運営の一体化を促進。

- ・ 平成28年度に完全統合予定。

入院医療の課題(案)

中 医 協 総 ー 5
2 9 . 1 . 2 5

【課題】

- ・65歳以上の入院患者の割合は増加傾向にあり70%を超えている。今後も高齢化の進展に伴い、認知症などといった高齢者向けケアのニーズが高まることが予想される。一方で人口構造の変化による医療介護の支え手の減少も見込まれている。
- ・年齢階級別に一人あたり入院医療費をみると、入院医療費の伸びは10年前と比べ多くの年齢層で増加している。65歳以上の入院患者では65歳未満に比べて一人あたりの入院医療費が高い傾向にある。
- ・入院患者数、入院受療率及び平均在院日数は減少傾向にあるが、高齢化等に伴い、一日あたりの入院医療費は増加傾向にある。
- ・病院全体の許可病床数は緩やかな減少傾向が続いており、7対1入院基本料の届出病床数及び一月あたり算定回数も減少している。地域医療構想における医療機能別の病床の必要量をふまえ、今後予想される入院医療のニーズに対応できるよう、地域医療構想の取組みでは、地域の高齢化のスピードや必要とされる医療ニーズに応じた医療提供体制の構築を目指している。
- ・開設者別の病床数をみると医療法人が最も多い。また、開設者別にみると医療機関の運営実態には違いが認められる。新公立病院改革ガイドラインでは、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保することが求められている。
- ・平成28年度診療報酬改定では、入院医療に関しては地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携を図るため、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を実施した。

○ 支え手の減少など限られた医療資源の中で、効率性にも配慮しつつ、より質の高い入院医療を提供でき、かつ、医療ニーズの変化にも対応しうるようなサービス提供のあり方や、地域において求められる医療機能や患者の状態に応じた入院医療の提供体制の推進に資する評価のあり方について、どう考えるか。



ご清聴ありがとうございました