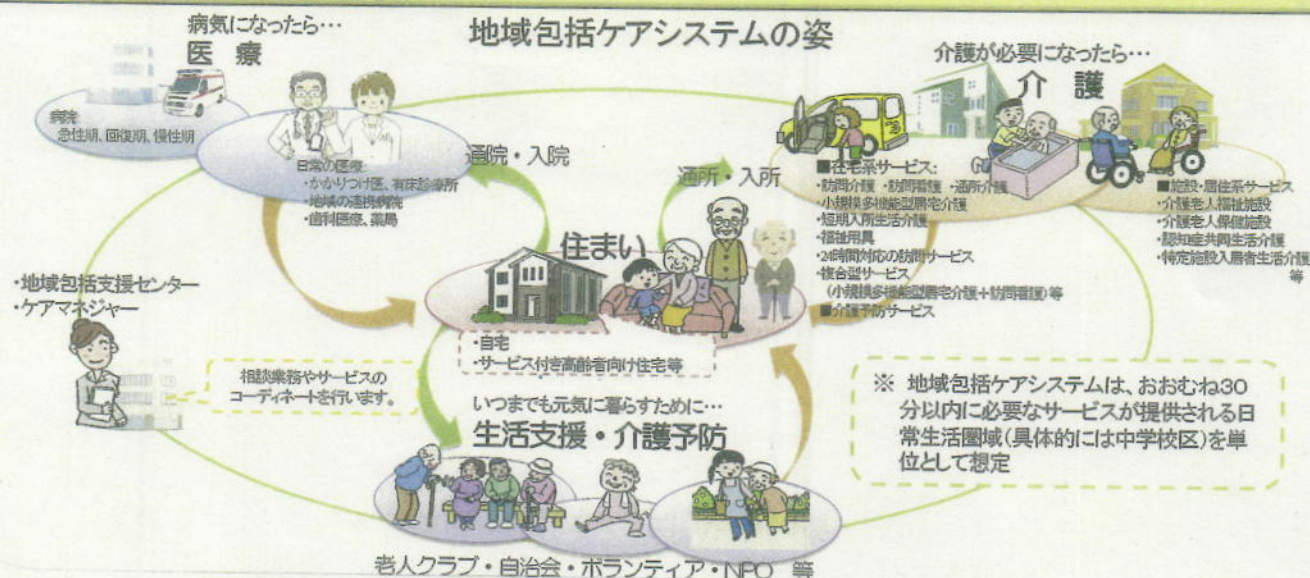


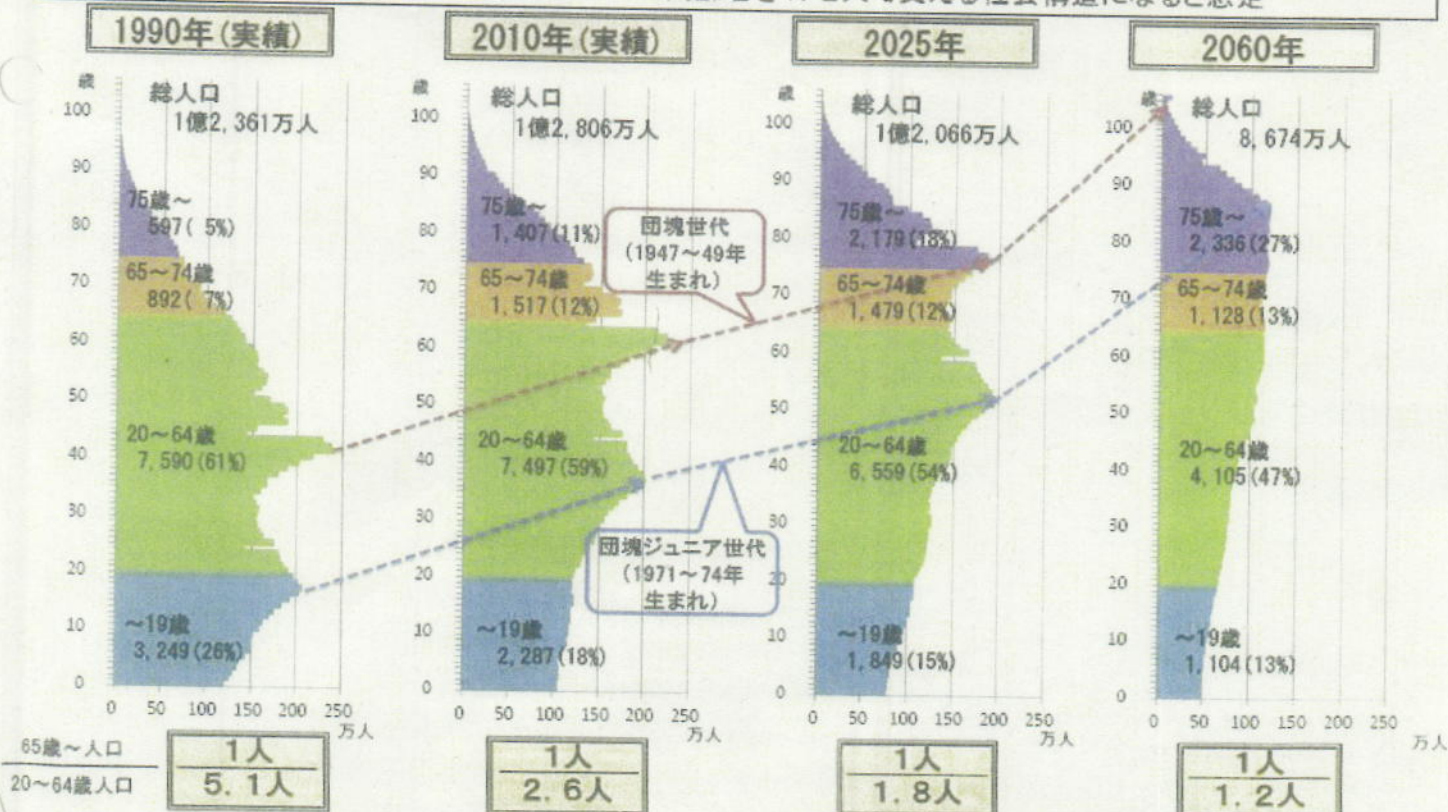
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

中醫協 總-2 參考
28, 12, 14

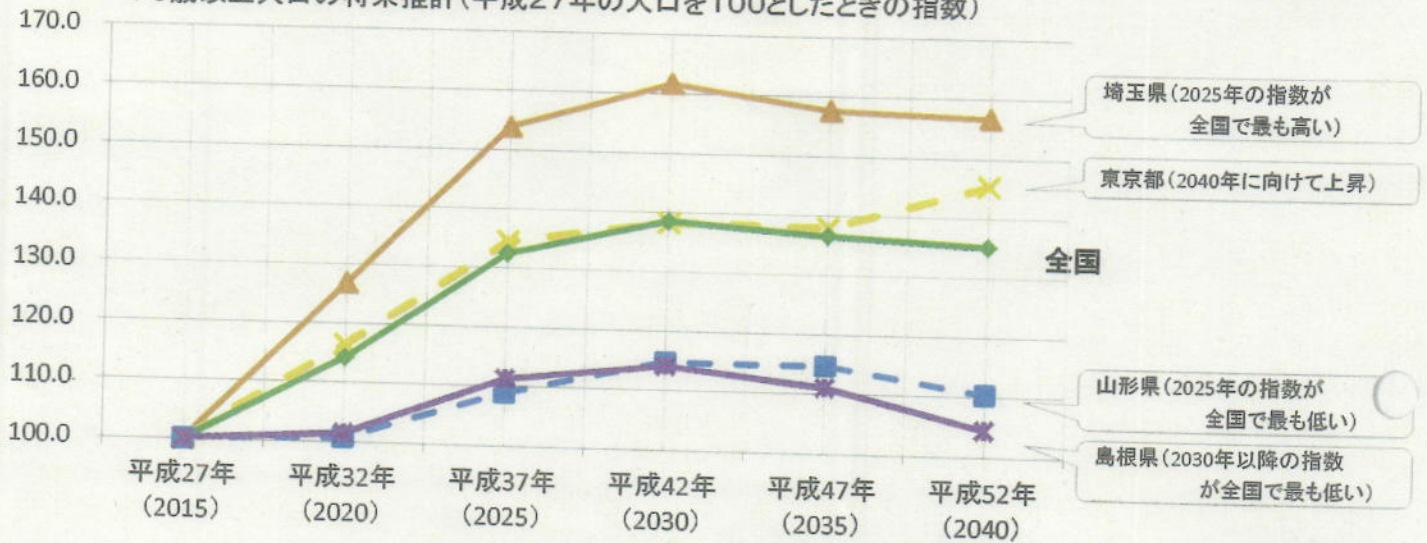
- 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



2015年～2025年～2040年の各地域の高齢化の状況

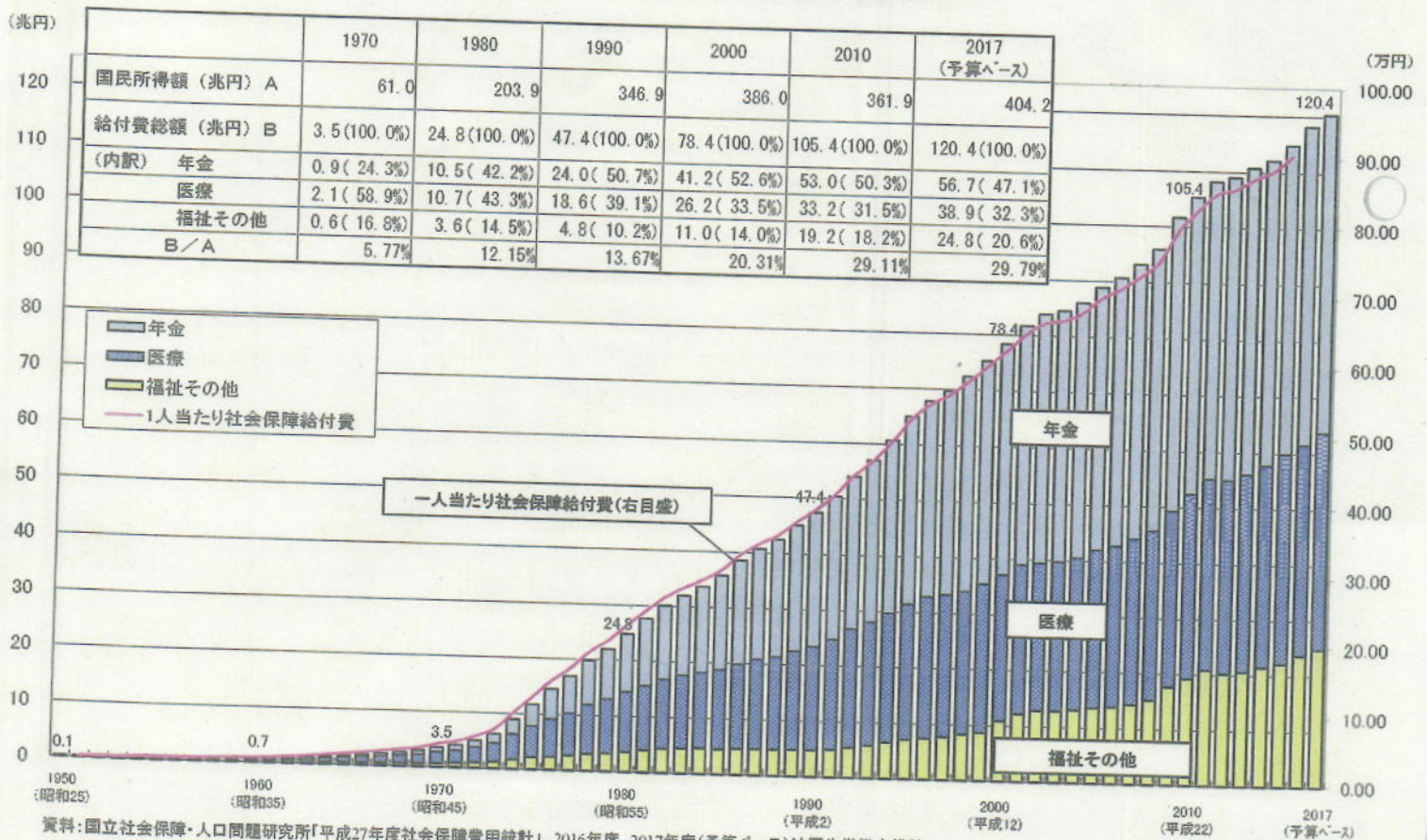
- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
2017年度の国民所得額は「平成29年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成29年1月20日閣議決定)」
(注) 図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2010並びに2017年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための 関係法律の整備等に関する法律（概要）

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
- ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年：団塊の世代が75歳以上《国民の3人に1人が65歳以上・5人に1人が75歳以上》

〔高齢化の進展に伴う変化〕

- ・ 慢性疾患、複数の疾病を抱える患者が増える
- ・ 手術だけでなく、その後のリハビリも必要となる患者が増える
- ・ 自宅で暮らしながら医療を受ける患者が増える

医療介護総合確保推進法による改革の主な内容

〔地域における質の高い医療の確保、質の高い医療を確保するための基盤の整備〕

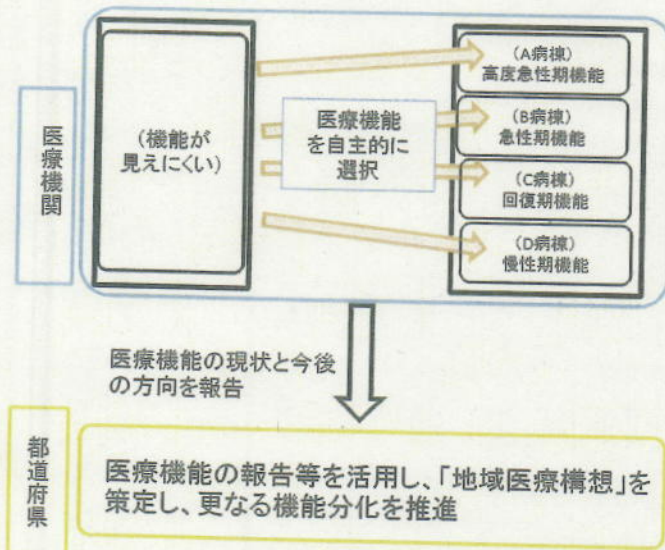
- ・ 医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実
- ・ 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、チーム医療の推進
- ・ 医療事故調査の仕組みの創設 等

改革の方向性

- ① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、
- ② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする

地域医療構想について

- 「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、2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。



「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(2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。

医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会
第1次報告(H27.6.15) 資料を一部加工

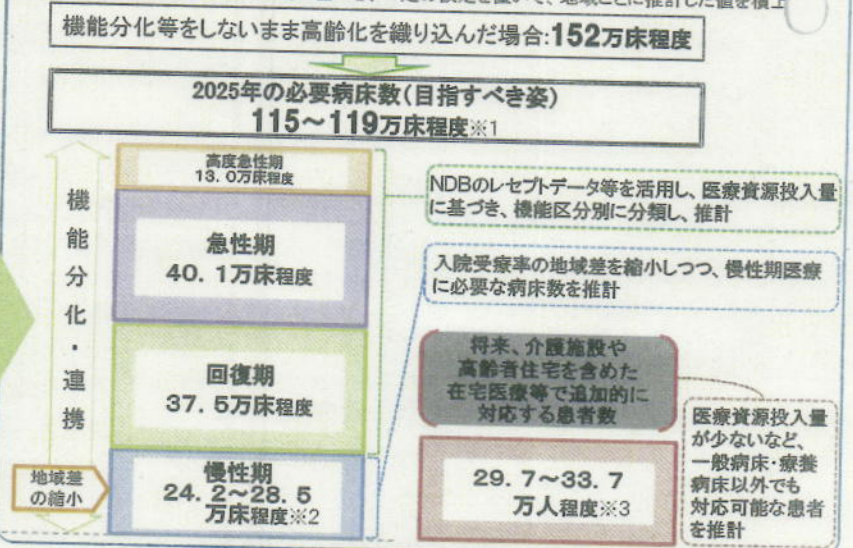
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果 (全国ベースの積上げ)

【現 状:2013年】



【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



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

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

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

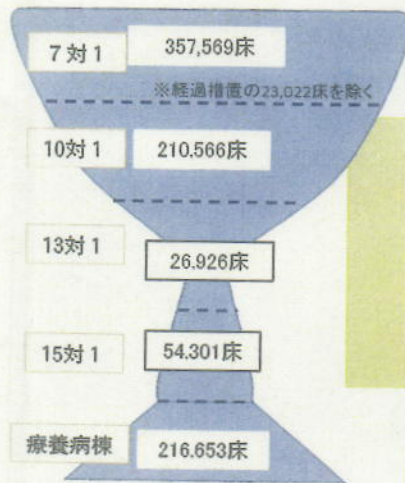
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要) (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>



外来医療

在宅医療

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進
- 明細書無料発行の推進

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

IV 効率化・適正化を通じて精度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

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



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

- 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



- 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

- 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



- 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リハビリテーション料の評価 (アウトカム評価)

- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の患者受入れを要件化
- 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



- 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

一般病棟入院基本料の評価の見直しの概要

重症度、医療・看護必要度の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行う。

- ① 手術
- ② 救命等に係る内科的治療
 - ・経皮的血管内治療
 - ・経皮的筋断焼灼術
 - ・侵襲的な消化器治療 等
- ③ 救急搬送
- ④ 認知症・せん妄の症状

等についての評価を拡充

7対1入院基本料の基準の見直し

- 「重症度、医療・看護必要度」の基準の見直し
 - ・「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を15%⇒25%^(※)に見直す
- 在宅復帰率の見直し
 - ・在宅復帰率の基準を75%⇒80%に見直す

※ 許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあっては、平成30年3月31日までに限り、基準を満たす患者が23%以上であることとする。

重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価

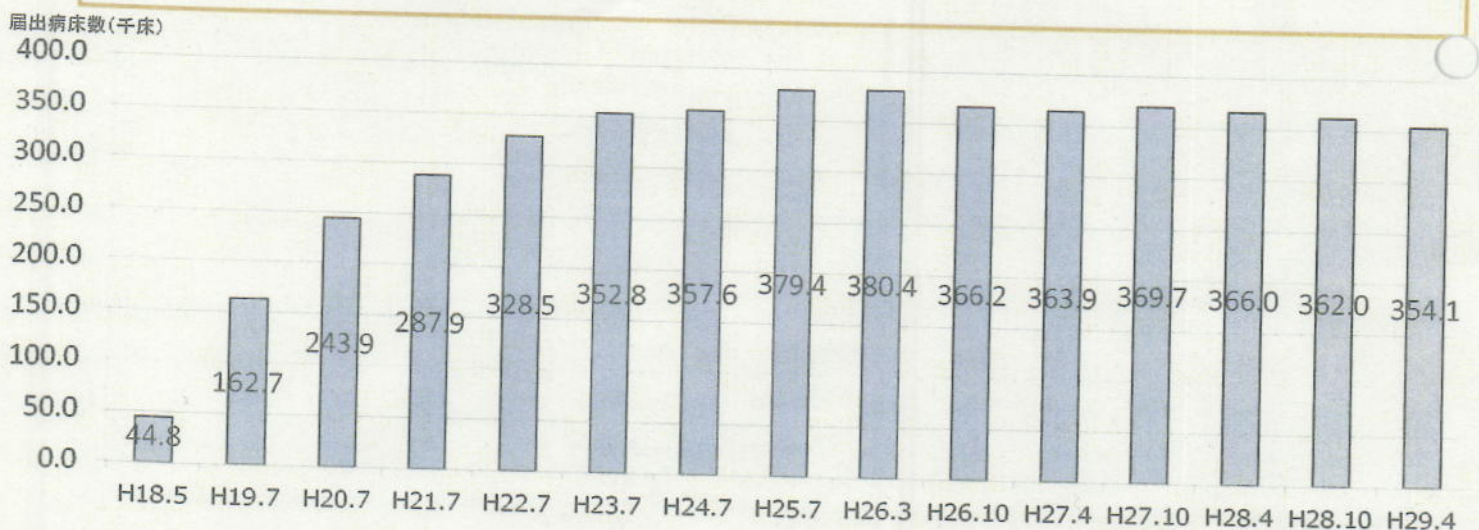
- 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の充実

病棟群単位による届出の評価

- 7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、平成28年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%⇒15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日⇒18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

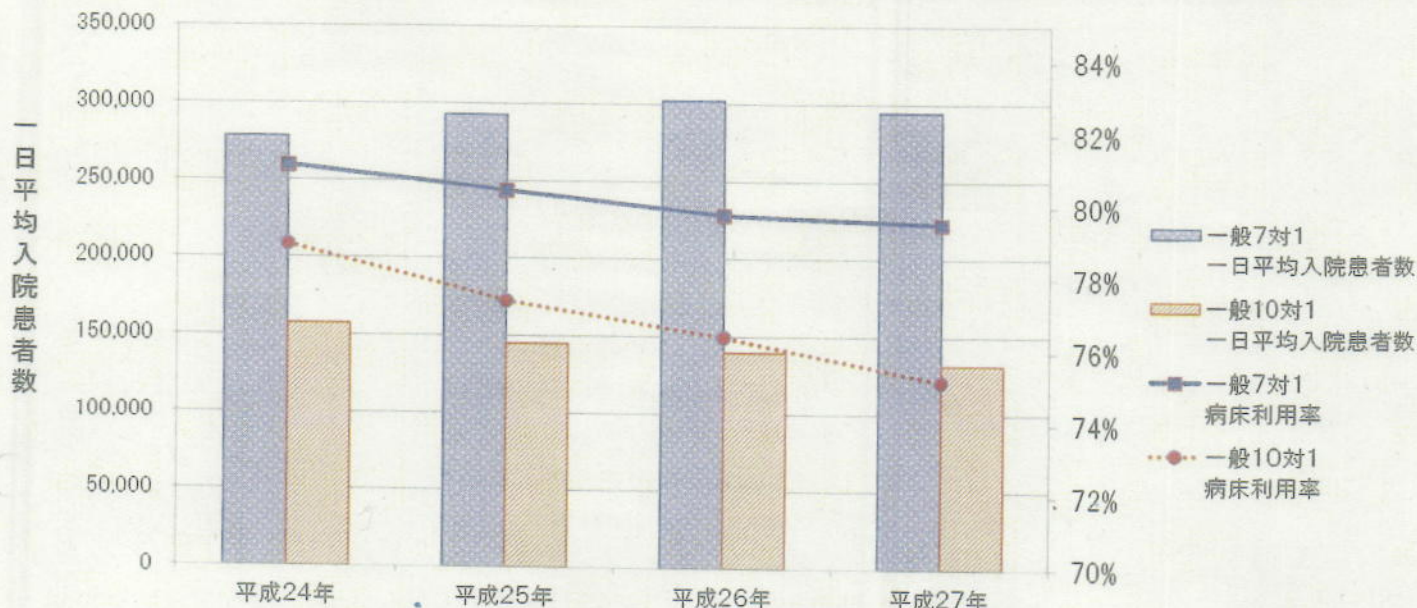
[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%⇒25%)
在宅復帰率の見直し
(75%⇒80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なること、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

出典：保険局医療課調べ

一般病棟入院基本料区分別 入院患者数と病床利用率

- 一般7対1病棟の一日平均入院患者数は、平成26年まで少しずつ上昇し、その後減少しており、一般10対1については減少傾向である。
- 病床利用率は両区分とも減少している。

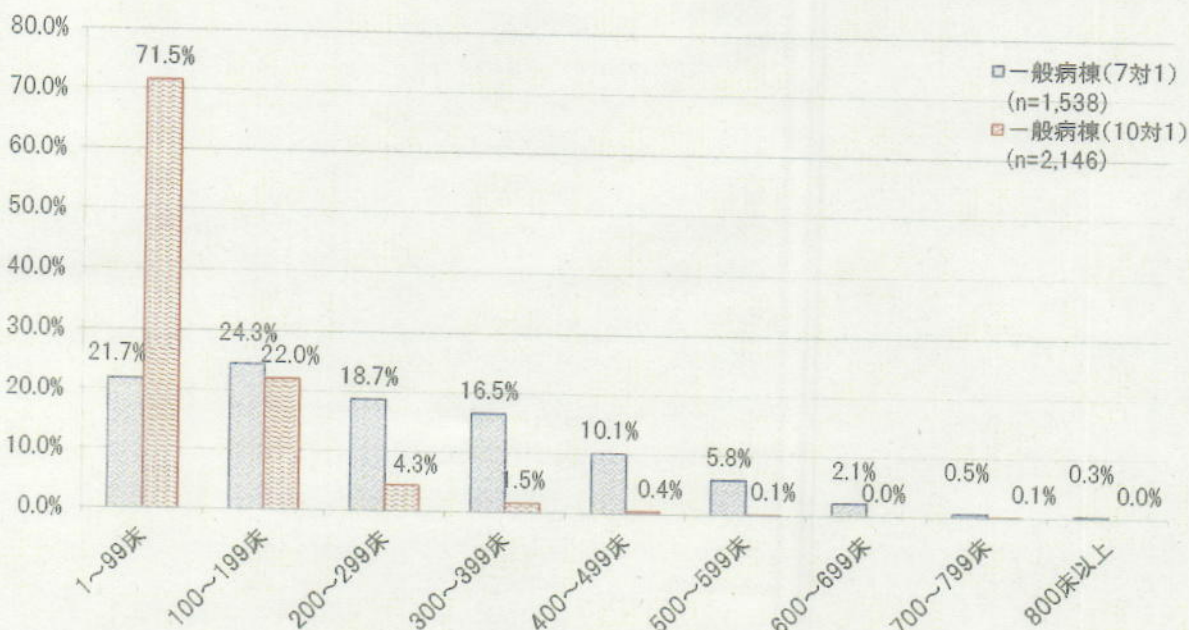


※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値
 ※※ 1日平均入院患者数…各年7/1～6/31の延べ入院患者数を延べ日数で除したもの
 病床利用率…1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床数で除したもの

出典：保険局医療課調べ

一般病棟7対1・10対1入院基本料届出医療機関の病床規模別分布

- 一般病棟(7対1)を有している医療機関の病床規模は、300床未満の規模が半数以上を占めているが、800床以上も病院もあり、全体的に分散している。
- 一般病棟(10対1)有している医療機関の病床規模は、199床以下の規模が約9割を占めている。

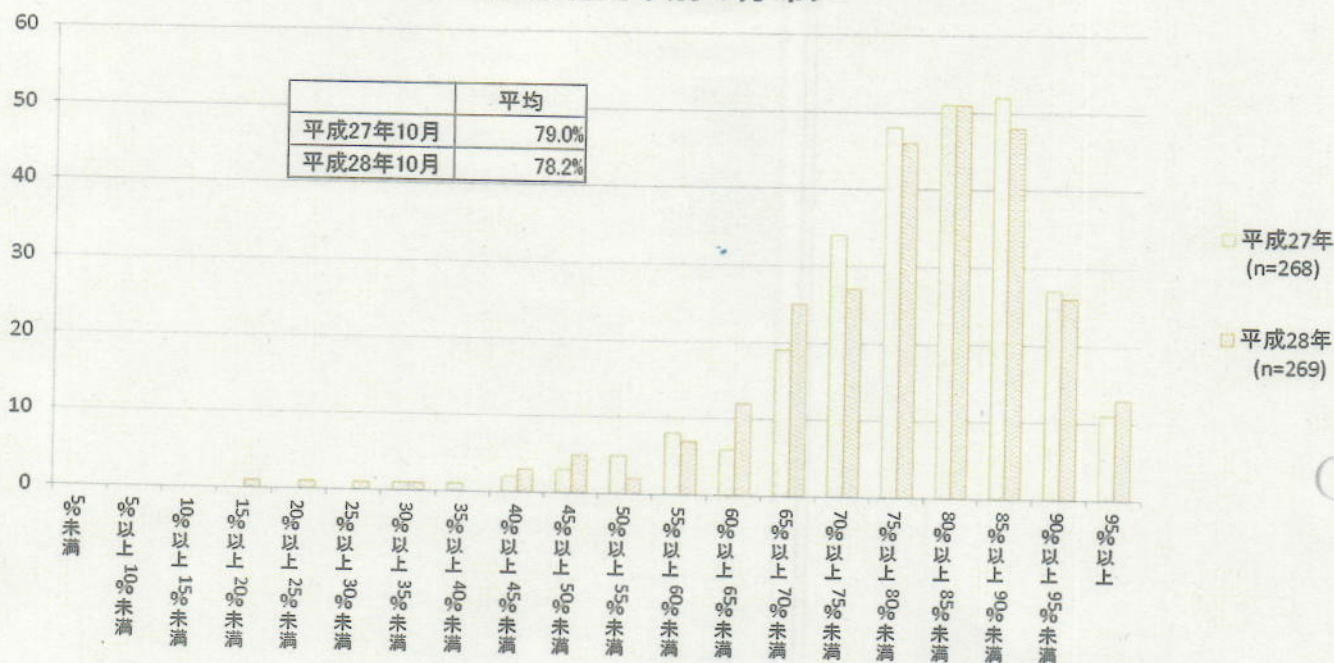


出典：保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)

- 一般病棟（7対1）における病床利用率をみると、平成28年10月の平均は平成27年10月の平均と比較して0.8ポイント低い。
- 平成28年10月の医療機関ごとの分布をみると、80～85%の医療機関が最も多い。

（医療機関数）

＜病床利用率別の分布＞



出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

現在の7対1入院基本料における評価指標

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

平成28年度診療報酬改定の概要①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4 心電図モニターの管理	なし	あり	—
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—

専門的な治療・処置

- (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、
②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、
③麻薬の使用(注射剤のみ)、
④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、
⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、
⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、
⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、
⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、
⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)

8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
-----------------	----	---	----

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

C 手術等の医学的状況	0点	1点
16 開頭手術(7日間)	なし	あり
17 開胸手術(7日間)	なし	あり
18 開腹手術(5日間)	なし	あり
19 骨の手術(5日間)	なし	あり
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・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
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

33

平成28年度診療報酬改定の概要②

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

項目の変更、チーム医療の推進に伴い、評価の対象場所、評価者等について見直しを行う。

現行
【評価の対象】 届け出ている入院料を算定している患者
【評価対象場所】 当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とする。 「放射線治療(外部照射)」以外は、当該病棟(治療室)内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含めない。
【評価対象の処置・介助の実施者】 当該病棟に所属する看護師等でなければならない。
【評価の根拠】 医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。
【評価者】 院内研修を受けたもの。



改定後
【評価の対象】 届け出ている病棟に入院(入室)している患者 (※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する)
【評価対象場所】 原則として当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とするが、放射線治療及び手術等の医学的状況(C項目)においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含める。
【評価対象の処置・介助の実施者】 一部の評価項目において、看護職員以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。
【評価の根拠】 一部の評価項目において、医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。
【評価者】 院内研修を受けていけば、一部の項目において看護職員以外の職種も評価者となり得る。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について項目の見直しが行われたことを踏まえ、各入院基本料における該当患者割合の基準の見直しを行う。

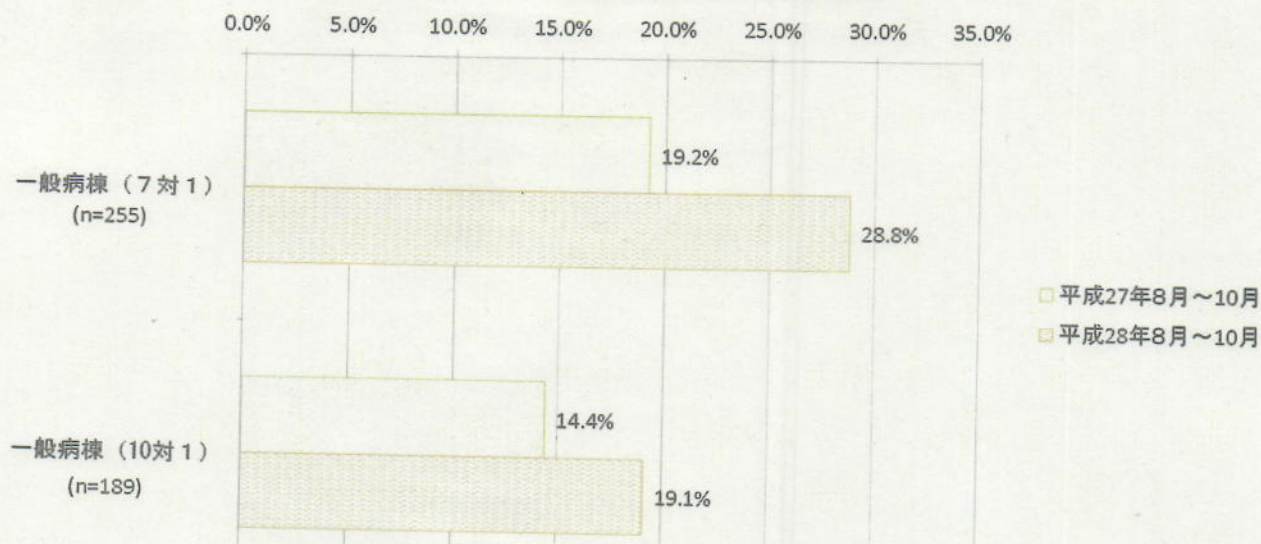
現行の基準を満たす患者割合の要件
【7対1入院基本料の病棟】 当該病棟入院患者の15%以上



改定後の基準を満たす患者割合の要件
【7対1入院基本料の病棟】 当該病棟入院患者の25%以上

- 平成28年8月～10月における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の平均は、一般病棟(7対1)で28.8%、一般病棟(10対1)で19.1%であった。
- 平成27年8月～10月と比較すると、一般病棟(7対1)では9.6ポイント、一般病棟(10対1)では4.7ポイント、平均値が上昇した。

<入院料別の該当患者割合(※)>



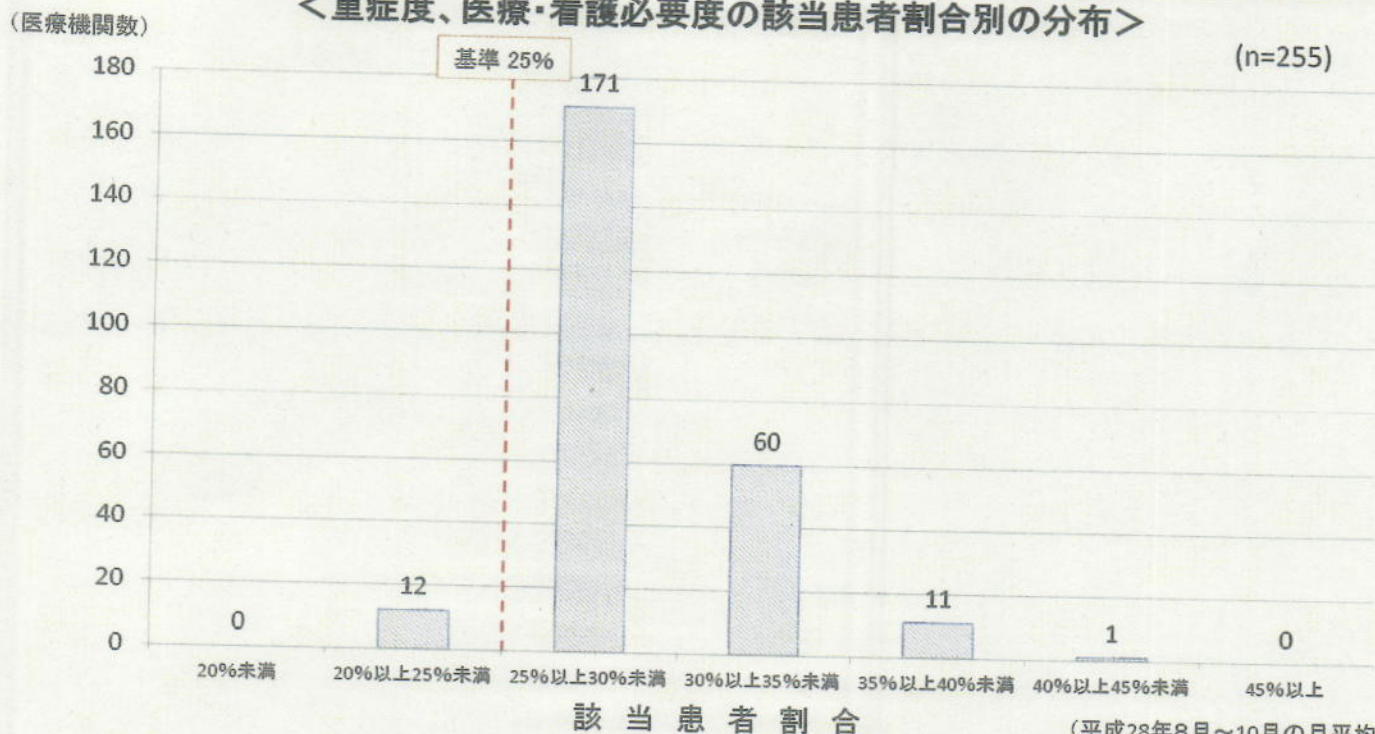
※平成27年度は改定前の重症度、医療・看護必要度で、平成28年度は改定後の重症度、医療・看護必要度で、それぞれ算出

出典: 平成28年度入院医療等の調査(施設票)

一般病棟 (7対1) の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

- 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%～30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布>



出典: 平成28年度入院医療等の調査(施設票)

平均在院日数の要件の変遷

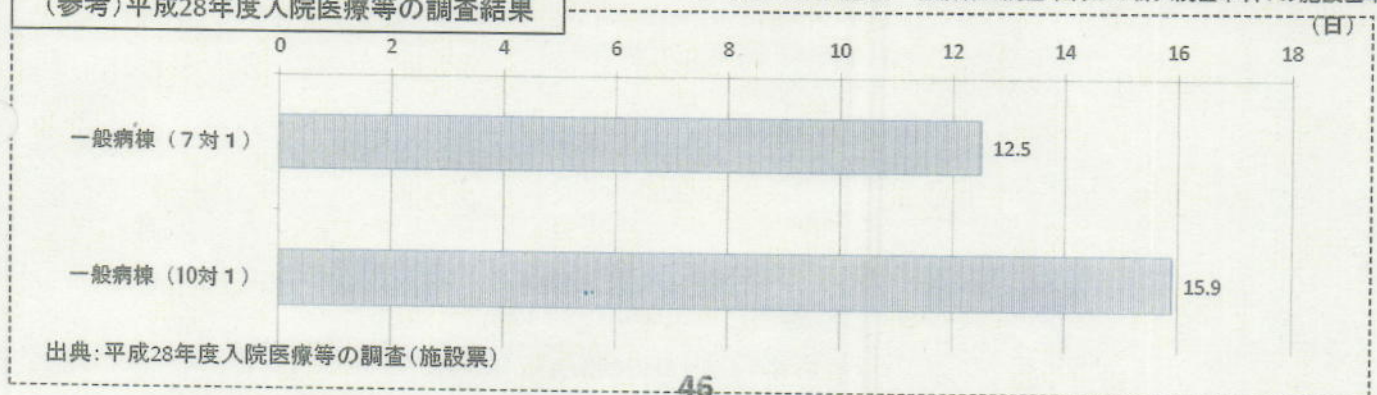
【平均在院日数要件】

入院から退院までの一連の治療のプロセスにおける、医療機関の早期退院の取り組み・能力を評価

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
平成12年度～	25日以内	
平成14年度～	21日以内	
平成18年度～	19日以内	21日以内
平成24年度～	18日以内	

(参考)平成28年度入院医療等の調査結果

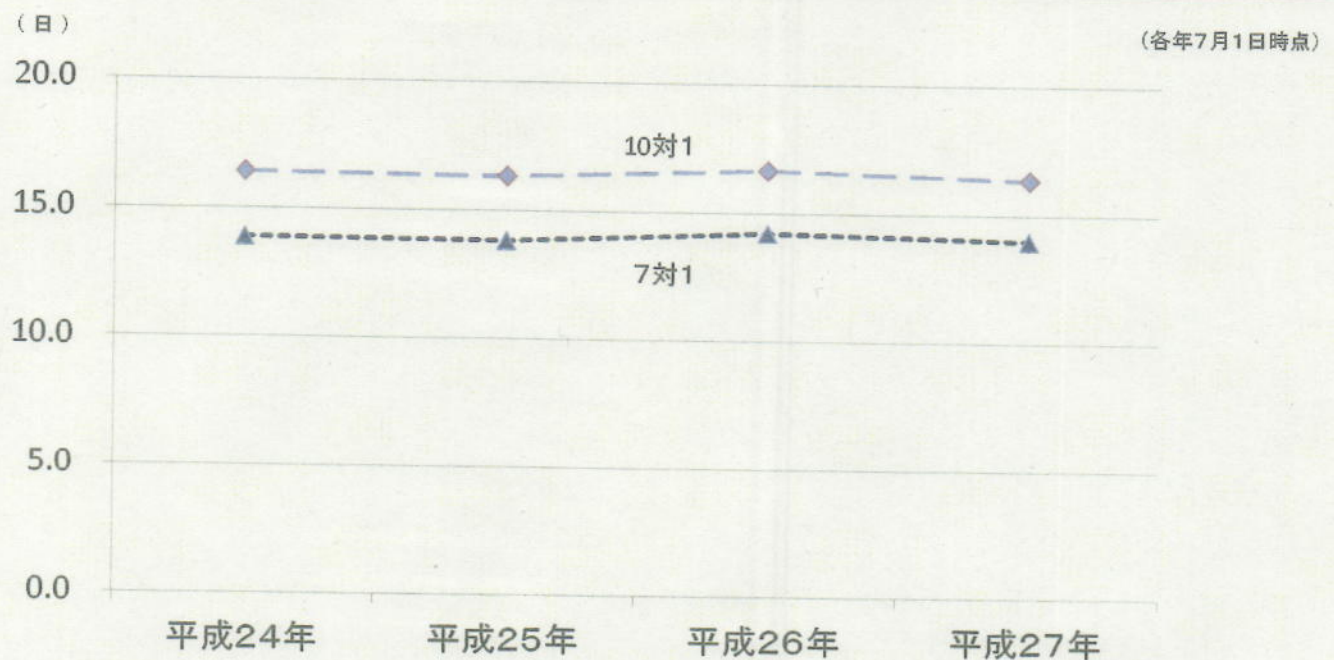
※ 平成18年以前は、一般病棟入院基本料のⅠ群入院基本料1の施設基準



一般病棟入院基本料区分別 平均在院日数の推移

中 医 協 総 - 6
29.3.15 (改)

○ 平均在院日数は、10対1に比べ、7対1が短い。また、近年の推移はほぼ横ばい。



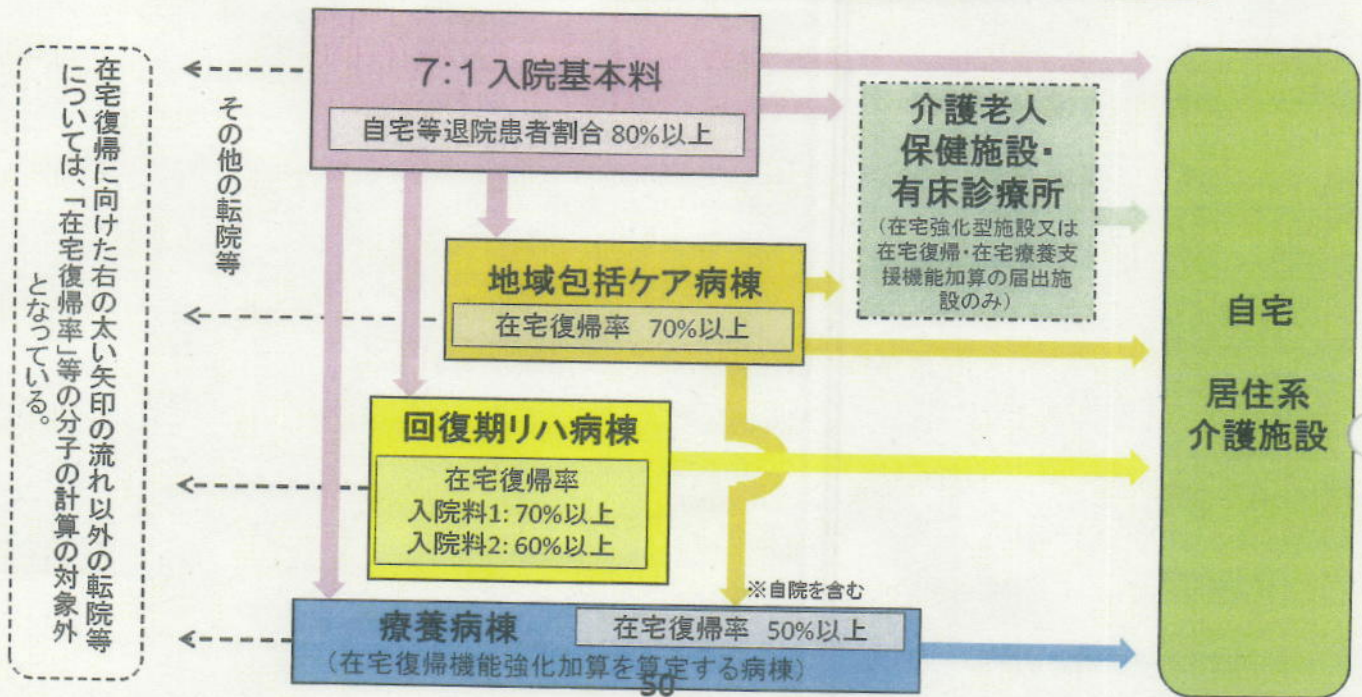
※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典:保険局医療課調べ

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合 80%以上」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。

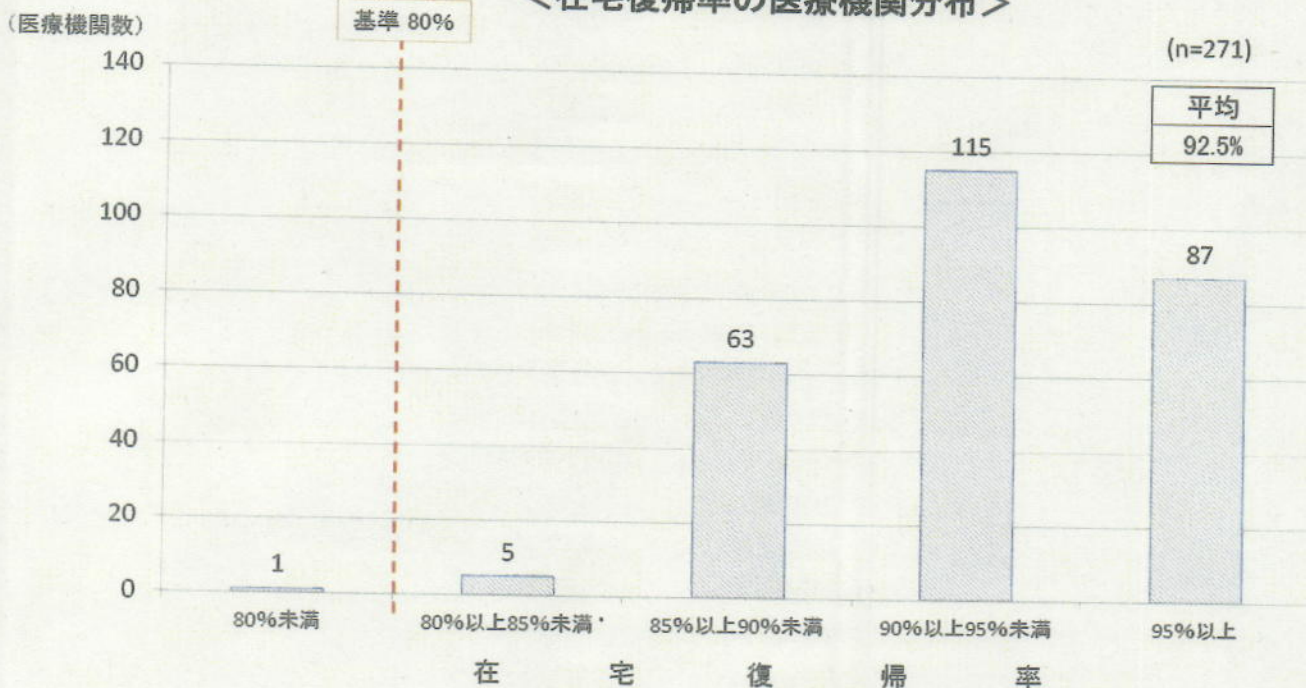


一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
29.6.7

- 一般病棟(7対1)の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が90%を超える医療機関が全体のおよそ7割5分を占めた。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



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

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

切れ目のない支援

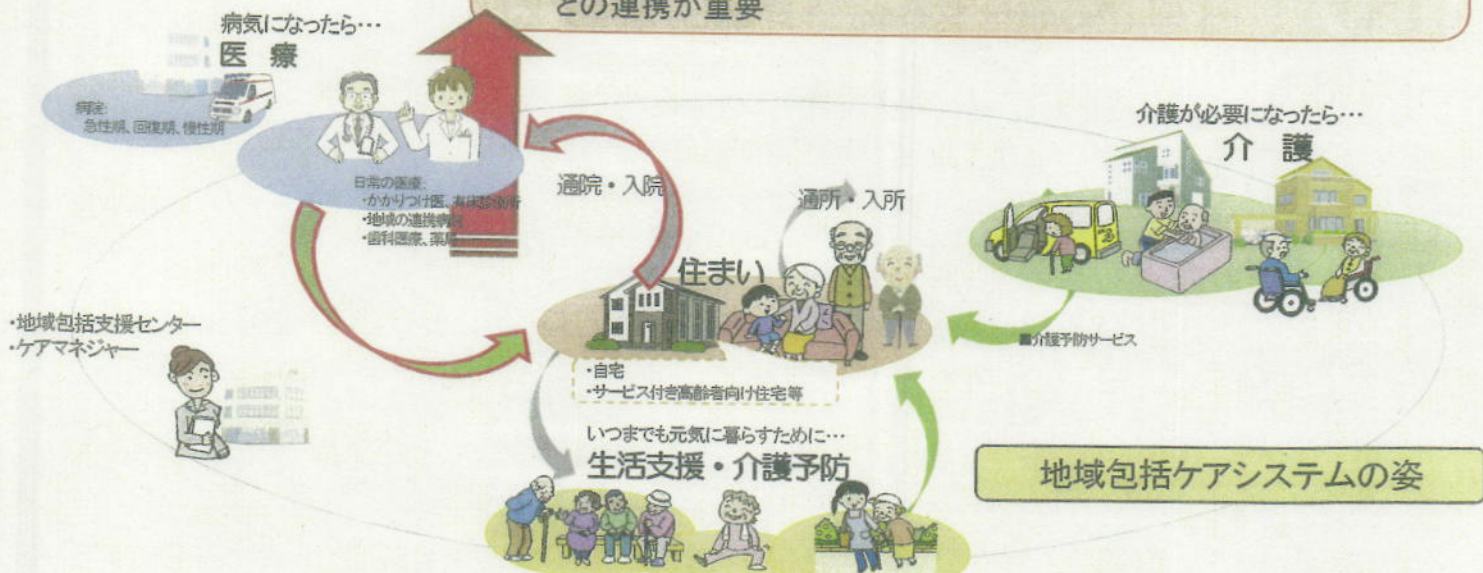
外来・在宅

入院

外来・在宅

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



DPC/PDPS導入の経緯(1)

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-1(抜粋)

- DPC制度(DPC/PDPS)は、平成15年4月より、閣議決定に基づき、**特定機能病院**を対象に導入された、**急性期入院医療**を対象とする**診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度**である。

(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(平成15年3月28日閣議決定)より抜粋

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

[平成23年1月21日中医協総会 総-3-1(抜粋)]

- ・ DPC/PDPSの導入に先立って、**平成10年11月から国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行**が実施された(平成16年3月まで)。
- ・ 制度導入前に実施された包括払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた**1日あたり定額報酬**を算定する、という現行のDPC/PDPSが導入された。

DPC/PDPS導入の経緯(2)

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-1(抜粋)

※ 「DPC/PDPS」について

「DPC; Diagnosis Procedure Combination **診断群分類**」

Diagnosis **診断**

Procedure **処置(手術、検査等)**

Combination **組み合わせ**

「PDPS; Per-Diem Payment System **1日あたり包括支払い制度**」

Per-Diem **1日あたり**

Payment System **支払い制度**

※ 「DPC」という呼称については、

① **診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度**

② **患者分類としての診断群分類**

本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称については**DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)**とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

DPC対象病院の変遷

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成28年4月1日見込みで1,667病院・約49万床となり、全一般病床の約55%を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
平成28年度対象病院 (H28年4月) (見込み)	1,667	495,227
(参考)全一般病院(※) (平成26年医療施設調査)	7,426	894,216

平成15年

82病院 66,497床

平成28年

1,667病院 495,227床
(約55%)

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

DPC制度における診療報酬の算定方法

包括評価部分(ホスピタルフィー的報酬部分)

診断群分類点数表

診断群分類毎の1
日当たり点数

×

医療機関別係数

基礎係数

+

機能評価係数Ⅰ

+

機能評価係数Ⅱ

+

暫定調整係数

×

在院日数

出来高評価部分(ドクターフィー的報酬部分、包括対象外等)

+

手術
麻酔
1000点以上の処置 等患者ごとに算定される入院
基本料等加算包括対象外となる薬剤・材
料の費用

退院時処方 等

○ 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ(医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ)を評価したものであり、具体的には8つの係数として評価している。

○ 機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数、重症度係数については、各医療機関群毎に評価設定されている。

名称	評価の考え方
1) 保険診療係数	質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価
2) 効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
3) 複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
4) カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
5) 救急医療係数	救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
6) 地域医療係数	地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)
7) 後発医薬品係数	入院医療における後発医薬品の使用を評価。
8) 重症度係数	診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価。

機能評価係数Ⅱの基本的な考え方

平成25年10月16日
中医協総会 総-3-1

○ 平成26年改定における機能評価係数Ⅱの基本的な考え方については、平成24年改定における考え方を引き続き維持することとする。

① 機能評価係数Ⅱの基本的考え方

- ・ DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価する。
- ・ 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化(透明化)
- 医療の質的向上(質的向上)
- 医療の効率化(効率化)
- 医療の標準化(標準化)

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現(地域における医療資源配分の最適化)

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)
- 総合的な医療の提供機能(総合性)
- 重症者への対応機能(重症者対応)
- 地域で広範・継続的に求められている機能(5疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

② 具体的方法

- ・ 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- ・ 原則としてプラスの係数とする。
- ・ DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- ・ 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

(1)調整係数の見直しに係る対応

- ① DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Aの暫定調整係数〕

$$= ([\text{医療機関Aの調整係数}(\ast)] - [\text{医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数}]) \times 0.25$$

※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく

(2)個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置(激変緩和)について

- 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整する措置を講じた。
- 今回の「暫定調整係数」の置き換えの対応(調整分の「50%」→「75%」の置き換え)等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。

調整係数の置き換え完了(イメージ)

調整係数の置き換え

- DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、平成30年度改定において基礎係数と機能評価係数Ⅱへ置換えを完了する予定

