

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組

人生の最終段階における医療体制整備事業について

平成28年度概算要求額
99百万円

【背景・課題】

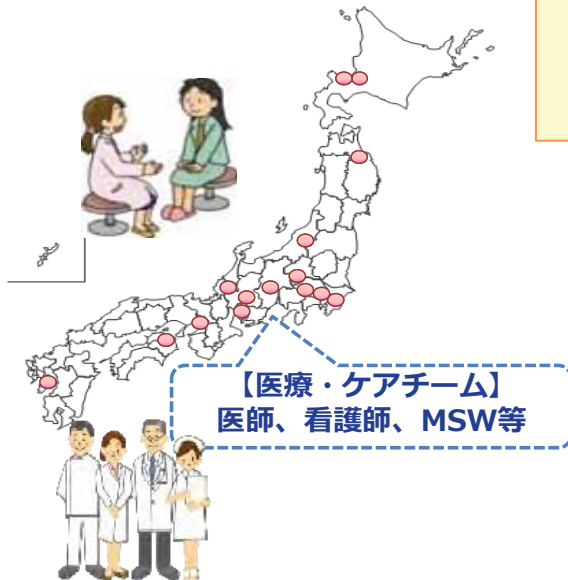
- 高齢化が進展し、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年策定、平成26年改称)を策定し、周知を図ってきた。
- しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

【事業内容】

- 平成26、27年のモデル事業の成果を踏まえ、国において、人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国展開することで、患者の相談体制の基盤を強化する。
- ガイドラインや研修内容など、国の取組を紹介するリーフレットを作成するなど、国民、医療従事者に対する普及啓発活動を強化する。

H26～27年度
試行事業(15医療機関)

15か所の医療機関に、患者の相談に乗る医療・ケアチームを配置

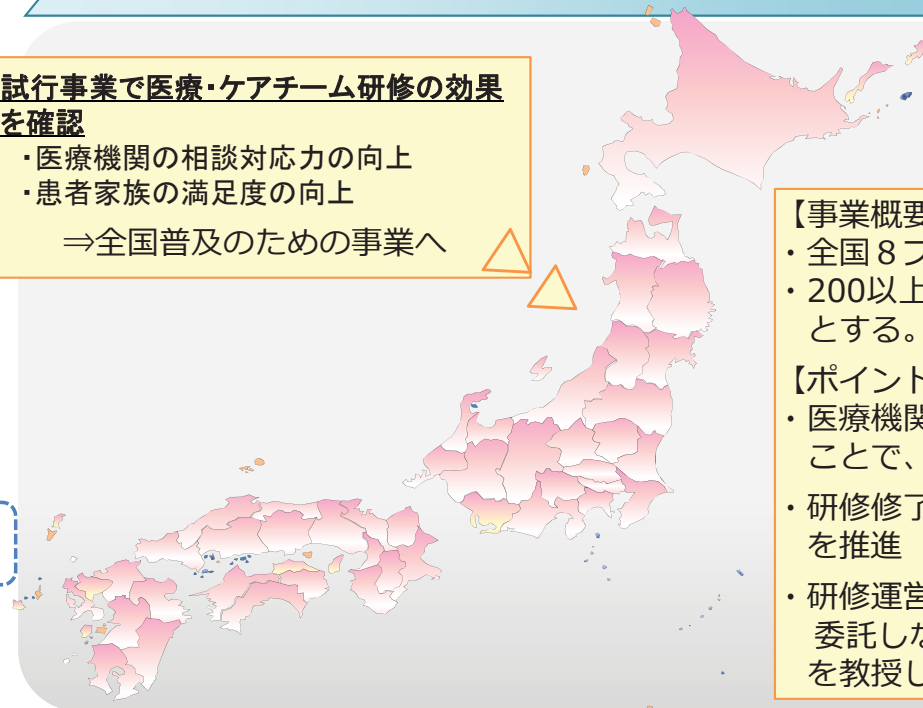


H28年度
全国8ブロックで人材育成研修を実施

試行事業で医療・ケアチーム研修の効果を確認

- ・医療機関の相談対応力の向上
- ・患者家族の満足度の向上

⇒全国普及のための事業へ



【事業概要】

- ・全国8ブロックで計16回程度の研修を実施
- ・200以上の医療機関での医療ケアチーム養成を目標とする。

【ポイント】

- ・医療機関単位(チーム単位)で研修に参加させることで、現場で即効的な対応が可能
- ・研修修了者には伝達研修を行うよう求め、横展開を推進
- ・研修運営は地域の医師会、看護協会、関係学会等に一部委託しながら実施することで、運営ノウハウを教授し、研修の継続性、拡大性を担保

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療体制整備事業

平成26年度予算 54百万円 10か所
平成27年度予算 32百万円 5か所

【背景・課題】

- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要。
- このため、平成19年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、周知を図っているが、医療従事者に十分認知されているとは言えない状況である中※、人生の最終段階における医療に係るより充実した体制整備が求められている（社会保障制度改革推進法、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）。※平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査



- ガイドラインに準拠した医療・ケアチームに対する研修会の開催
- モデル事業を実施する医療機関に対する支援・進捗管理・評価 等

研修、事業支援、
進捗管理等

実施状況、評価に必要な
報告等

【医療・ケアチーム】
医師（必須）、看護師、
MSW等

- 人生の最終段階における医療に係る相談にのる医療・ケアチームを配置する。（医療・ケアチームのメンバーは評価機関が開催する研修会を受講する。）
- 相談員は患者からの相談に応じるとともに、必要に応じて関係者の調整を行う。
- 医療内容の決定が困難な場合は、複数の専門職種からなる倫理委員会を設置する。
- 事業実施においては、研究機関と連携するとともに、事業の評価に必要な報告等を行う。



人生の最終段階における医療に関する適切な相談体制のあり方を検討

総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立

- 地域のかかりつけ医が、患者の状態や価値観も踏まえ、適切な医療を円滑に受けられるようサポート。

現状と課題

○かかりつけ医の定義

- ・「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」
(日医・四病協の合同提言(H25.8)より)

○診療報酬での評価

- ・平成26年度改定において、複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療を行うこと評価する「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新たに創設。

※地域包括診療料122か所、地域包括診療加算6,536か所(H26.7)
利用者数:計約119万人(H26.5現在)

○患者負担の在り方

- ・患者負担は原則3割である中で、患者にかかりつけ医の受診を促すための方策が課題

○総合診療専門医の養成

- ・総合的な診療能力を有する医師を、「総合診療専門医」として新たな専門医に位置づけ、平成29年度から養成を開始。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人:69.4%
(平成23年健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査報告書」より)

今後の対応方針・スケジュール

○かかりつけ医普及促進のためのモデル事業の実施を中心とした総合的な診療を行うかかりつけ医普及促進のための方策

- [28年度]かかりつけ医が健康づくり・予防、病診連携、在宅医療、看取り等を幅広く担うモデルを構築するための予算を新たに要求
- [29年度]モデル事業や、以下の関係施策の取組状況を踏まえ、事業内容の拡充等を検討
- [30年度]さらなるかかりつけ医普及促進方策の検討

○診療報酬での評価

- [28年度改定]かかりつけ医機能の更なる強化を中医協で検討
- [30年度改定]引き続き、中医協で検討

○患者負担の在り方の検討

- [28年度]紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入
- [29年度以降]上記の効果を踏まえつつ、関係者の意見を聞きながら検討

○総合診療専門医の養成支援

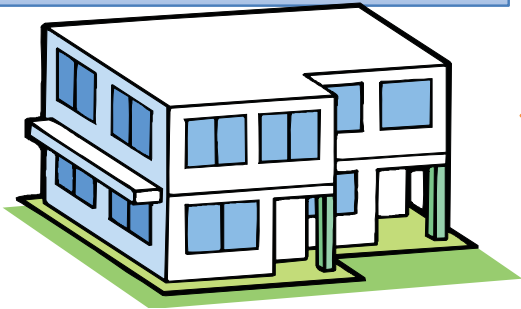
- [28年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を要求
- [29年度]総合診療専門医など、地域医療研修を行う研修プログラムの運営に対する支援を検討

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

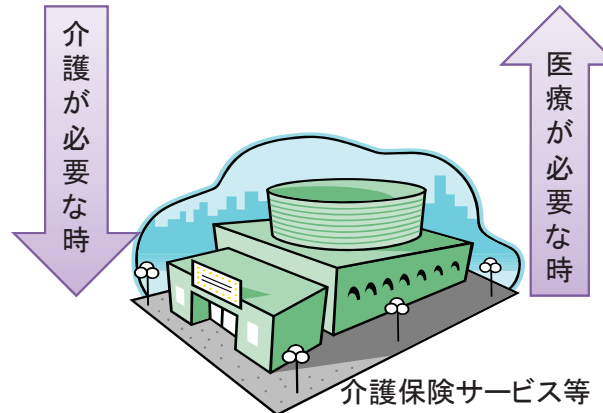
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護保険サービス等

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
 ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
 ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
 なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

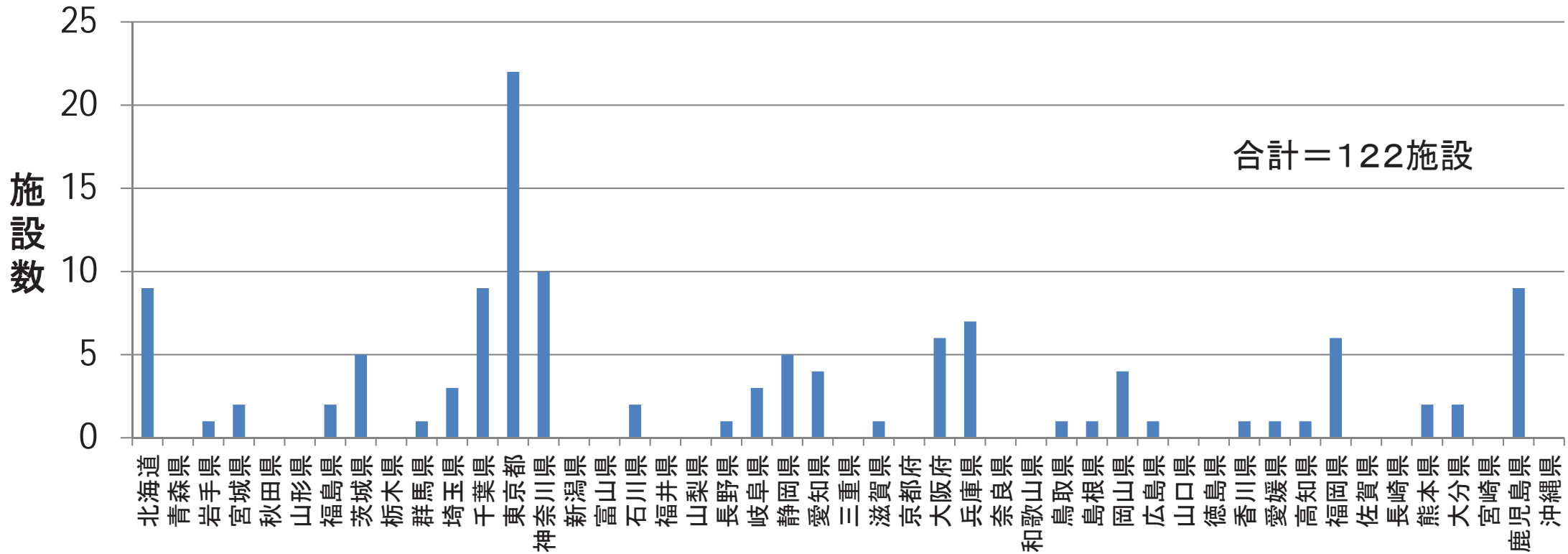
- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

地域包括診療料の届出状況

中	医	協	総	-	3
2	7	.	4	.	8

○ 地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設(病院13施設、診療所109施設)となっている。

地域包括診療料を届け出た施設数



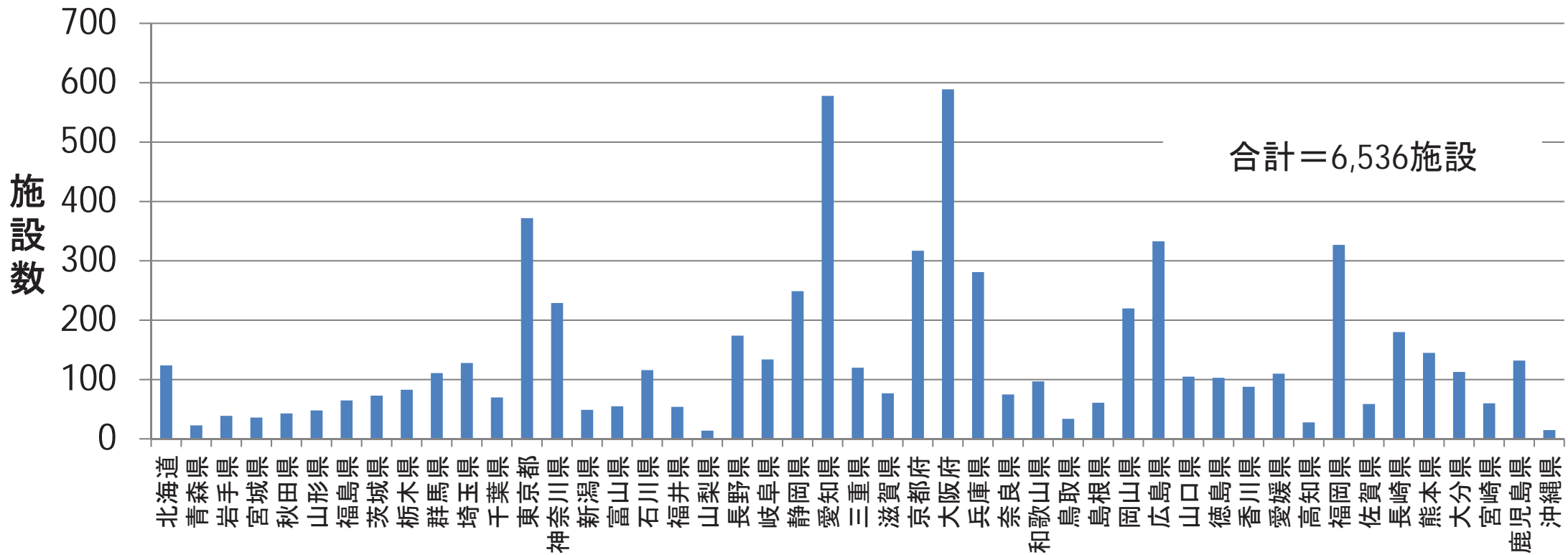
平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療加算の届出状況

中	医	協	総	-	3
2	7	.	4	.	8

- 地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。

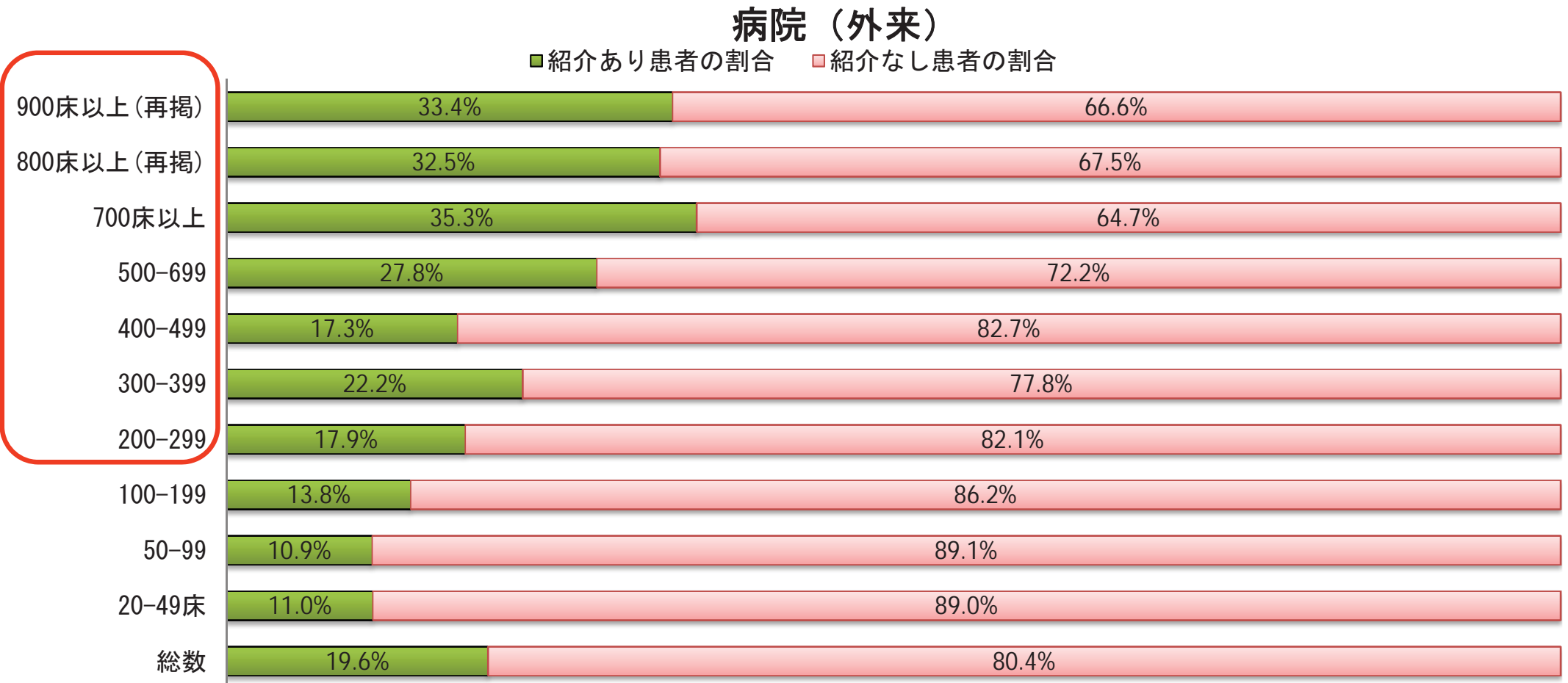
地域包括診療加算を届け出た施設数



平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

病床規模別の紹介率の状況

- 病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。



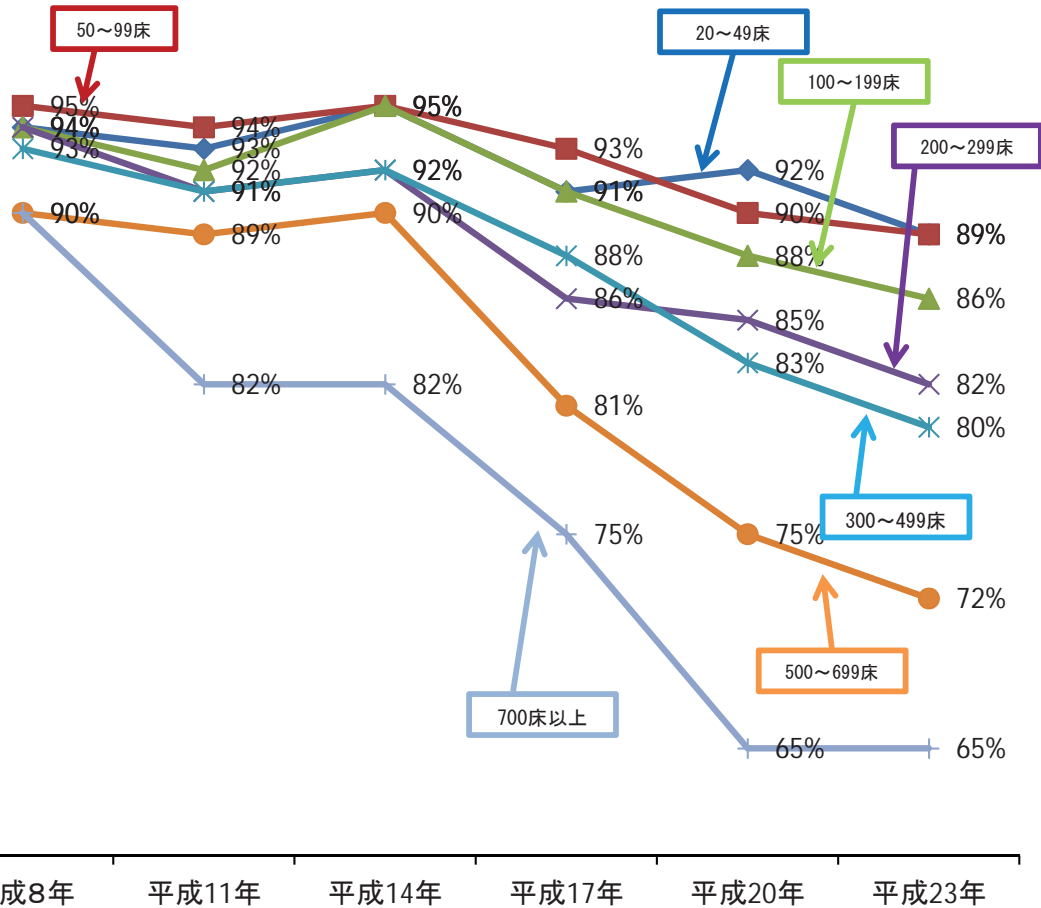
紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

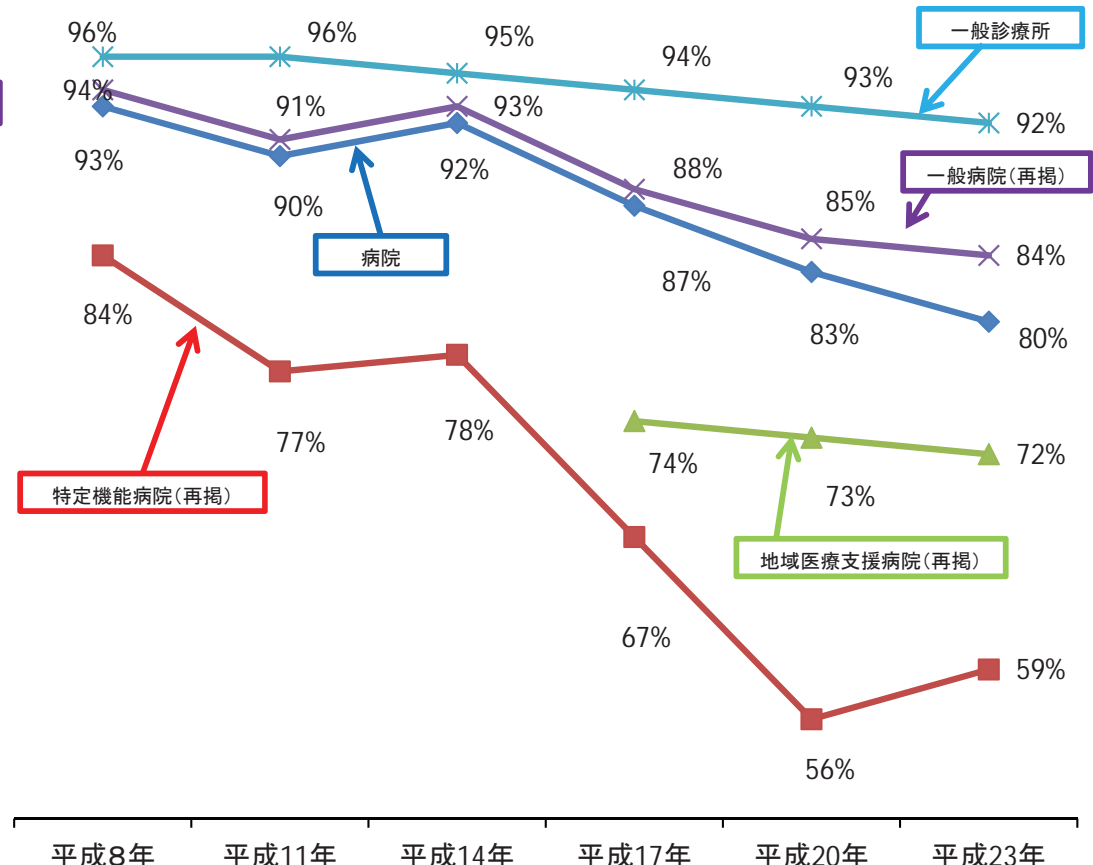
紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

- 500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約7割と高い水準にある。
- 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。

<病床数別>



<施設別>



(出所) 平成8年~平成23年患者調査を基に作成。

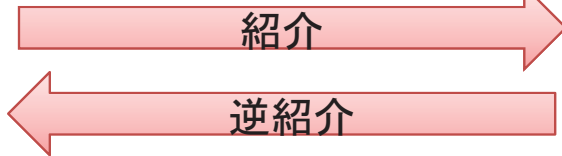
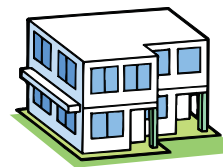
注: 平成23年患者調査については、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

- 外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする（選定療養の義務化）。【平成28年4月施行】
- 定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。
 - ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
 - ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。

中小病院、診療所

大病院



外来受診



紹介状なし外来受診

【現行の取扱い】

・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

(設定状況(平成25年7月1日現在))

初診: 1,191施設(最高8,400円、最低105円 平均2,130円)

再診: 110施設(最高: 5,250円、最低210円 平均1,006円)

定額負担を徴収



療養に要した費用

定額負担の徴収
を義務化

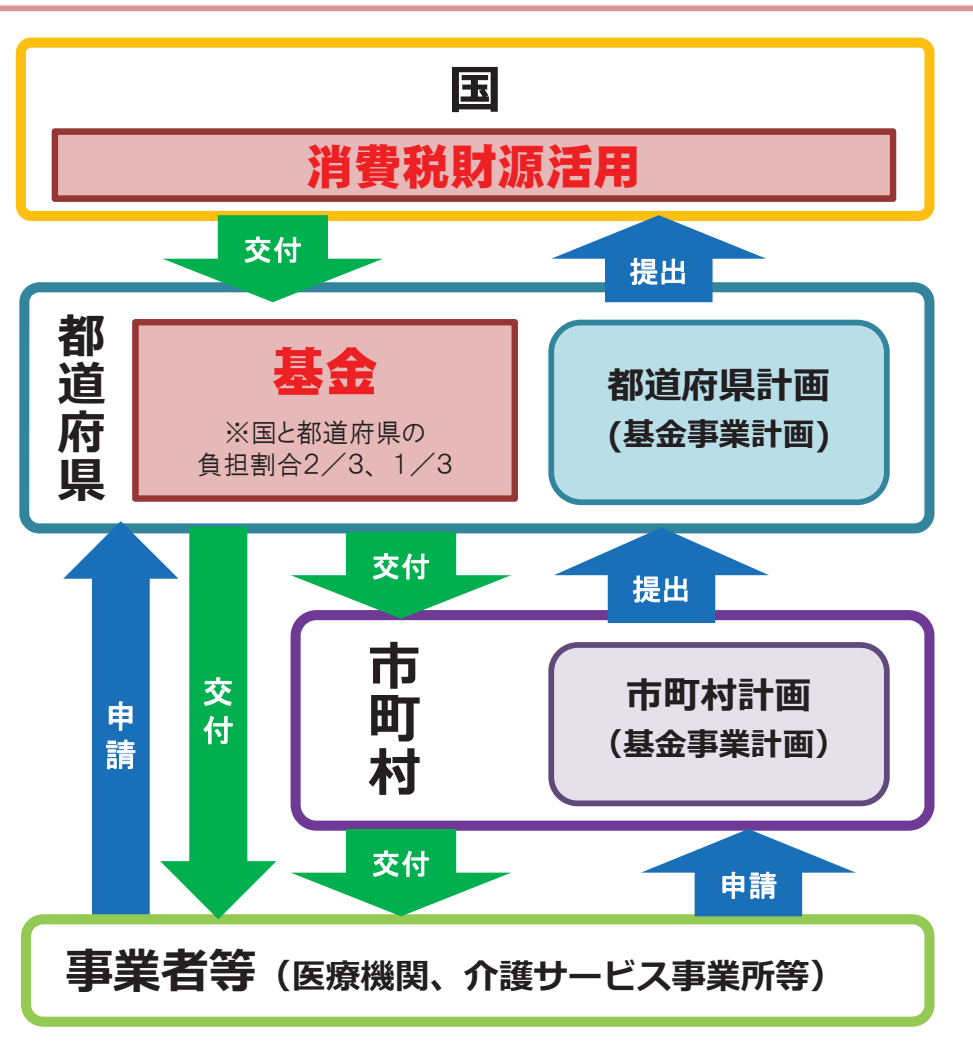
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

平成27年度予算:公費で1,628億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(※)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

平成27年度地域医療介護総合確保基金(医療分)の配分方法について

- 地域医療介護総合確保基金(医療分)については、次の事業を対象としている。
 - I 病床の機能分化・連携
 - II 在宅医療の推進
 - III 医療従事者の確保
- 平成27年度の予算額は904億円。各都道府県の地域医療構想の達成に向けた取り組み状況を基金の配分に反映させるため、2回に分けて配分を行い、1回目に総額の2/3相当(約611億円)を配分し、2回目に残りの1/3相当(約293億円)を配分することとしている。
- 1回目の配分では、地域医療構想の達成に向け、Iの事業に重点的に配分を行った。

27年度 内示額<第1回>

I 病床の機能分化・連携	339億円 (55.5%)
II 在宅医療の推進	45億円 (7.4%)
III 医療従事者の確保	227億円 (37.2%)
計	611億円

(参考1) 26年度 交付決定額

I 病床の機能分化・連携	174億円 (19.2%)
II 在宅医療の推進	206億円 (22.8%)
III 医療従事者の確保	524億円 (58.0%)
計	904億円

(参考2) 27年度 要望状況

I 病床の機能分化・連携	460億円 (37.8%)
II 在宅医療の推進	169億円 (13.9%)
III 医療従事者の確保	588億円 (48.3%)
計	1,217億円

高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項(※)の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項

厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

スケジュール・留意点

- 骨太方針2015を踏まえ、今年10月からの医療保険部会等で、関係者の意見を聞きながら検討。
- なお、今年度内に見直す医療費適正化基本方針に基づき、来年度以降、都道府県がPDCAの強化等の医療費適正化計画の見直しを行う予定であり、見直し後の医療費適正化計画や地域医療構想等を踏まえる必要。

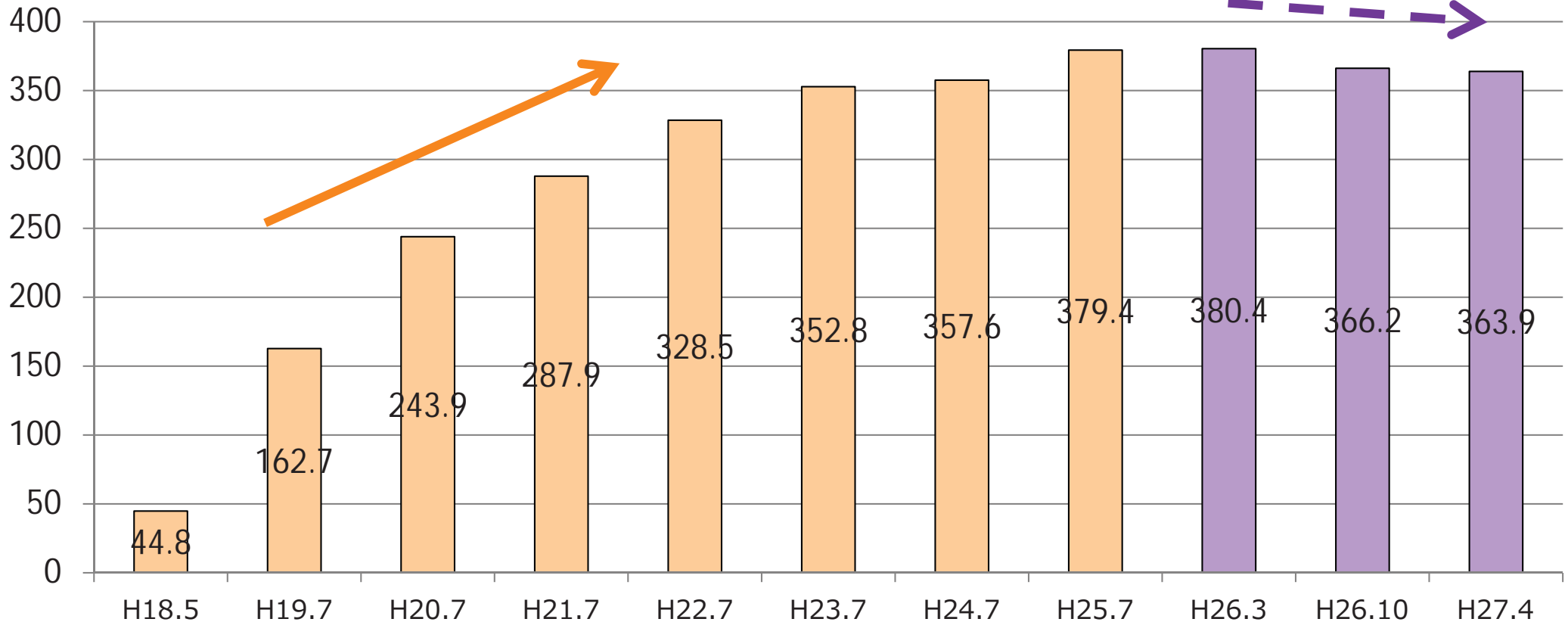
【留意点】

- 平成25年5月の医療保険部会において、地域ごとの診療報酬の設定については、支払側・診療側ともに「診療報酬は、全国的に一物一価にしないと、国民の納得が得られない」との意見であった。
- また、地域によって、同じ医療サービスに対して患者の自己負担が異なることとなり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題について整理が必要がある。

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した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、26年以降は減少傾向に転じている。

届出病床数（千床）



※それぞれ月初時点の値。平成26年以後は厚生局が有する情報を速報として集計したものであり、集計方法が異なる。（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）。

7対1入院基本料の経緯(平均在院日数・看護必要度)

平成17年 医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年 7対1入院基本料創設

平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

平成24年 7対1入院基本料の基準の再見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

「平均在院日数が19日→18日以下」

平成26年 7対1入院基本料の基準の再見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」

データ提出加算の要件化

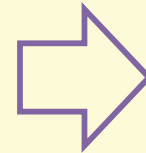
在宅復帰率の導入

平成26年度診療報酬改定

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について、**急性期患者の特性を評価する項目**とし、「**一般病棟用の重症度、医療・看護必要度**」に名称を変更する。

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
	(削除)
	(削除)
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

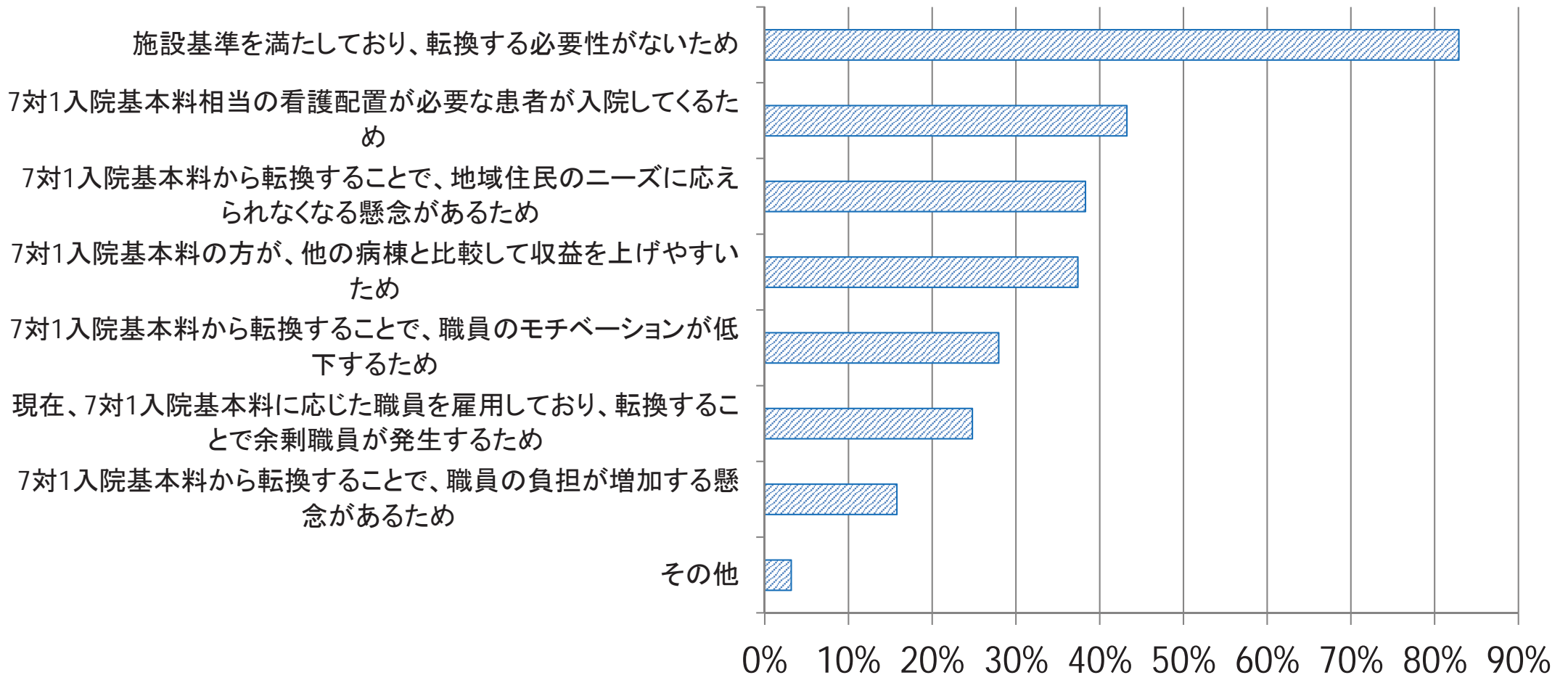
「7対1入院基本料」の患者像の評価が厳格化された

7対1入院基本料からの転換を行わなかった理由

- 7対1入院基本料から転換しなかった理由としては、「必要な患者が入院してくるため」や「地域住民のニーズに応えられなくなる懸念があるため」よりも、「施設基準を満たしており、転換する必要性がないため」と回答した割合が多かった。

<7対1入院基本料から転換しなかった理由>

n=222



療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

看護配置:20:1以上 (医療区分2・3の患者が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	967点	1,412点	1,810点
ADL 区分2	919点	1,384点	1,755点
ADL 区分1	814点	1,230点	1,468点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

看護配置25:1以上

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	902点	1,347点	1,745点
ADL 区分2	854点	1,320点	1,691点
ADL 区分1	750点	1,165点	1,403点

ADL区分

ADL区分1: 11点未満

ADL区分2: 11点以上~23点未満

ADL区分3: 23点以上

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援 のレベル
a ベッド上の可動性	
b 移乗	
c 食事	
d トイレの使用	
(合計点)	

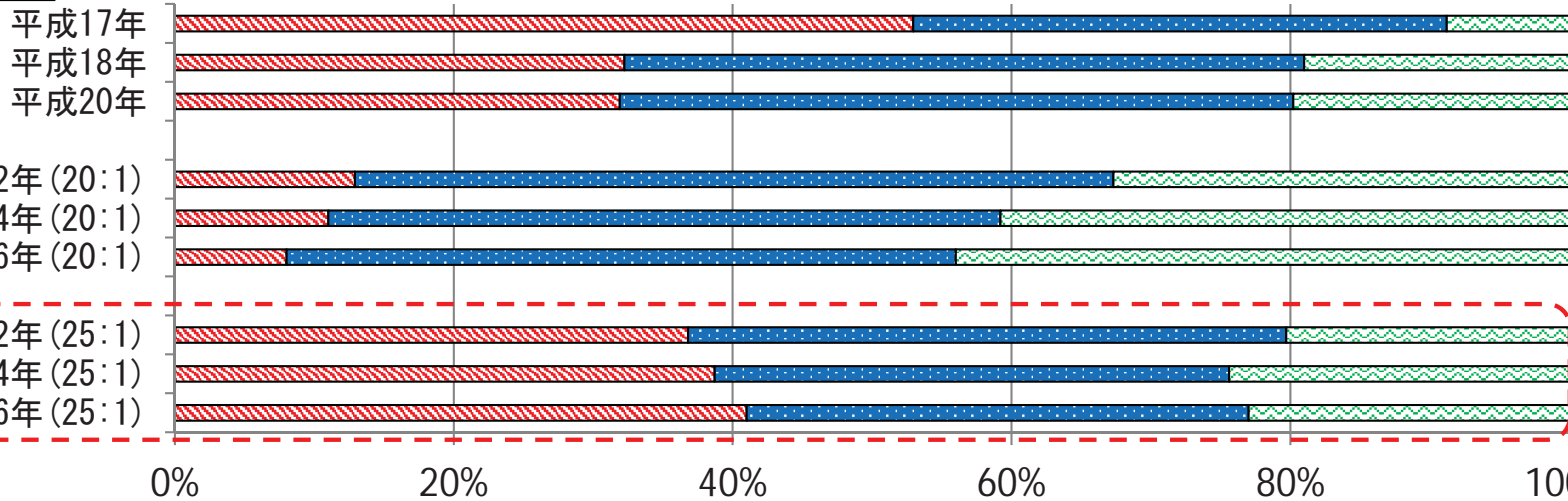
中医協 診 - 1 - 2
2 7 . 9 . 9

医療区分の年次推移

○ 療養病棟入院基本料1の届出病棟では医療区分1の患者の割合は減少する傾向にあるが、療養病棟入院基本料2の届出病棟ではその割合は増加する傾向にある。

医療療養

■ 医療区分1 ■ 医療区分2 ■ 医療区分3

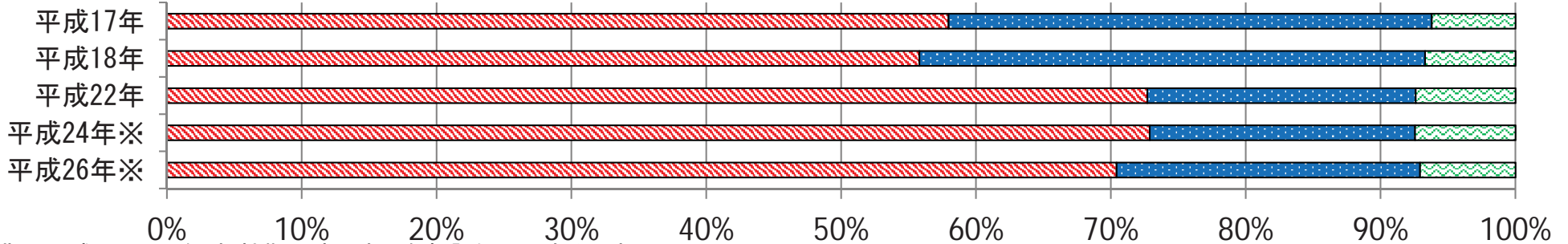


許可病床数(割合)		
年度	療養1	療養2
平成22年	99,400 (47%)	110,800 (52%)
平成23年	112,900 (53%)	99,100 (46%)
平成24年	125,100 (58%)	89,600 (41%)
平成25年	128,200 (62%)	79,100 (38%)

療養1

療養2

(参考)介護療養



(出典) 平成17~20年:慢性期入院医療の包括評価に関する調査

平成22年:医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

平成24年:医療療養;平成24年度入院医療等の調査、介護療養;療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業

平成26年:医療療養;平成26年度入院医療等の調査、介護療養;介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業

※出典から不明・無回答・未実施の割合除外して再計算している。

都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

○ 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

〔医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合〕

○ 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請(公的医療機関等には命令)することができることとする。

〔「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合〕

○ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請(公的医療機関等には指示)することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

○ 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 従来の医療法でも、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっていた。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

○ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置(管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等)に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表

ロ 地域医療支援病院の不承認・承認の取消し