

## 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
  - ・経皮的心筋焼灼術
  - ・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%<sup>(※)</sup>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

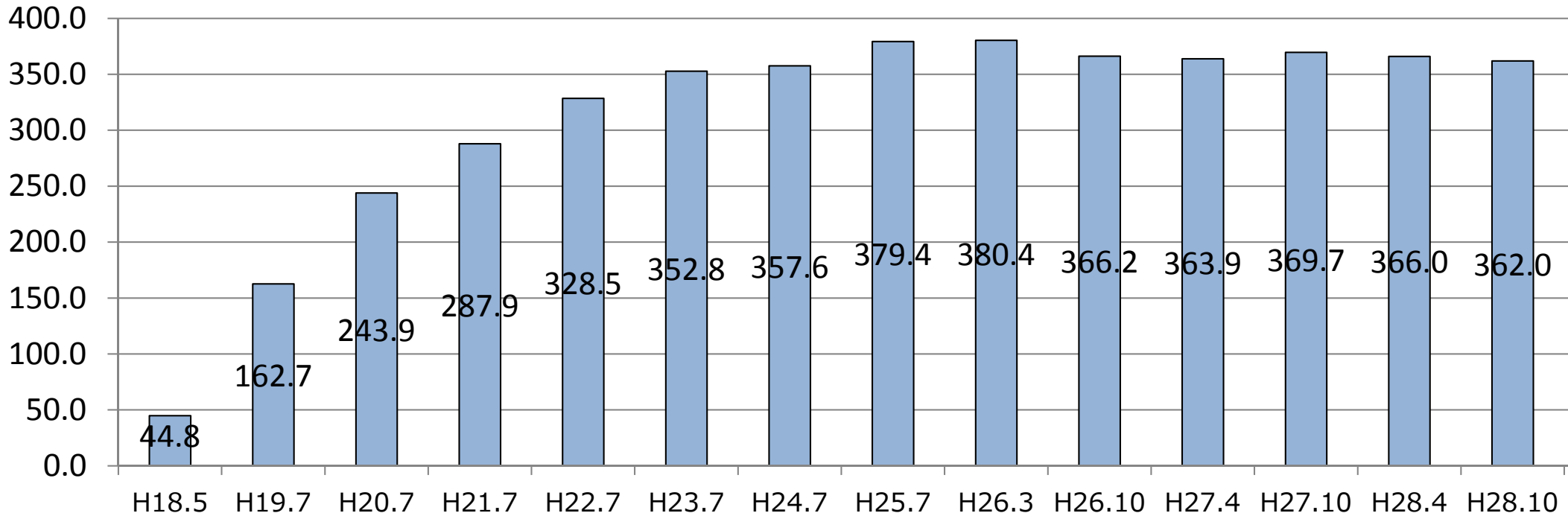
### 病棟群単位による届出の評価

- 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。

届出病床数(千床)



[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)

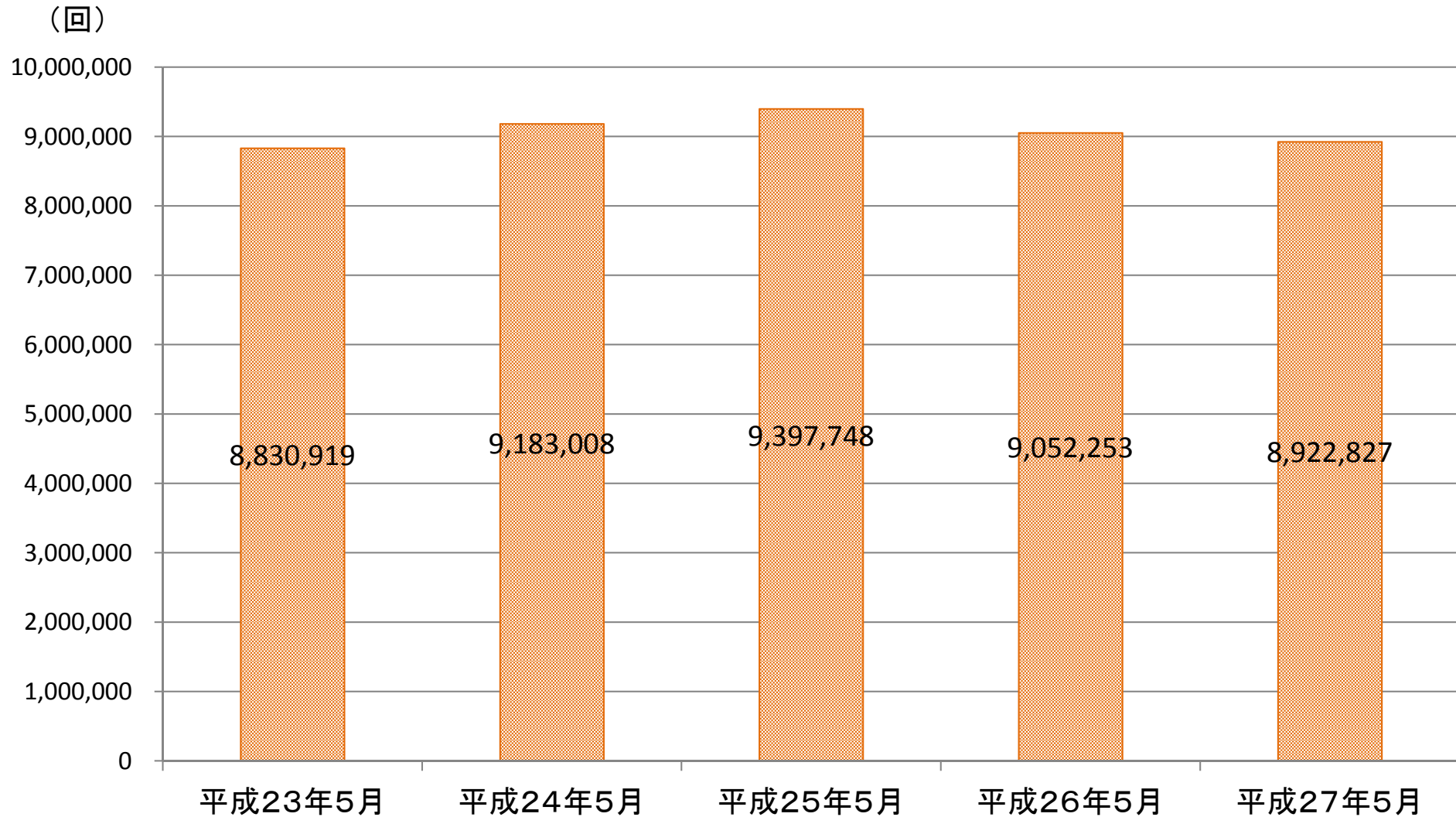
[H26.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A項目の見直し  
在宅復帰率要件の導入

[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。

# 一般病棟7対1入院基本料の算定回数の推移

○ 一般病棟7対1入院基本料の算定回数は、平成25年をピークに減少傾向である。



※ 出来高の算定回数とDPCの算定回数をあわせたもの。  
DPCの算定回数は、平成26年時点のDPC算定病床数により推計した推計値

# 療養病棟における医療機能に応じた評価

医療介護提供体制等⑦(2)

平成28年度診療報酬改定資料(改)

## 療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

### 現行(7対1入院基本料)

- 【療養病棟入院基本料1】  
当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
- 【療養病棟入院基本料2】  
入院患者に関する要件なし



### 改定後(7対1入院基本料)

- 【療養病棟入院基本料1】  
当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
- 【療養病棟入院基本料2】  
**当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上**

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95/100を算定できる。
  - ① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
  - ② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。

## 療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

### 現行

#### 医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

#### 医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・うつ症状に対する薬を投与している場合
  - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)



### 改定後

#### 医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
  - ・**常時流量3L/分以上を必要とする状態**
  - ・**心不全の状態 (NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度)**
  - ・**肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)**

#### 医療区分2

- 酸素療法を実施している状態(上記以外)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・**糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)**
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・**精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合**
  - ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合)

# 療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

医療介護提供体制等⑦(2)

中医協 総 - 5  
28.1.25

## 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

## 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

### 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・酸素療法(密度の高い治療を要する状態)</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・その他の難病(スモンを除く)</li> <li>・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)</li> <li>・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

### ADL区分

ADL区分3: 23点以上  
ADL区分2: 11点以上~23点未満  
ADL区分1: 11点未満

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。

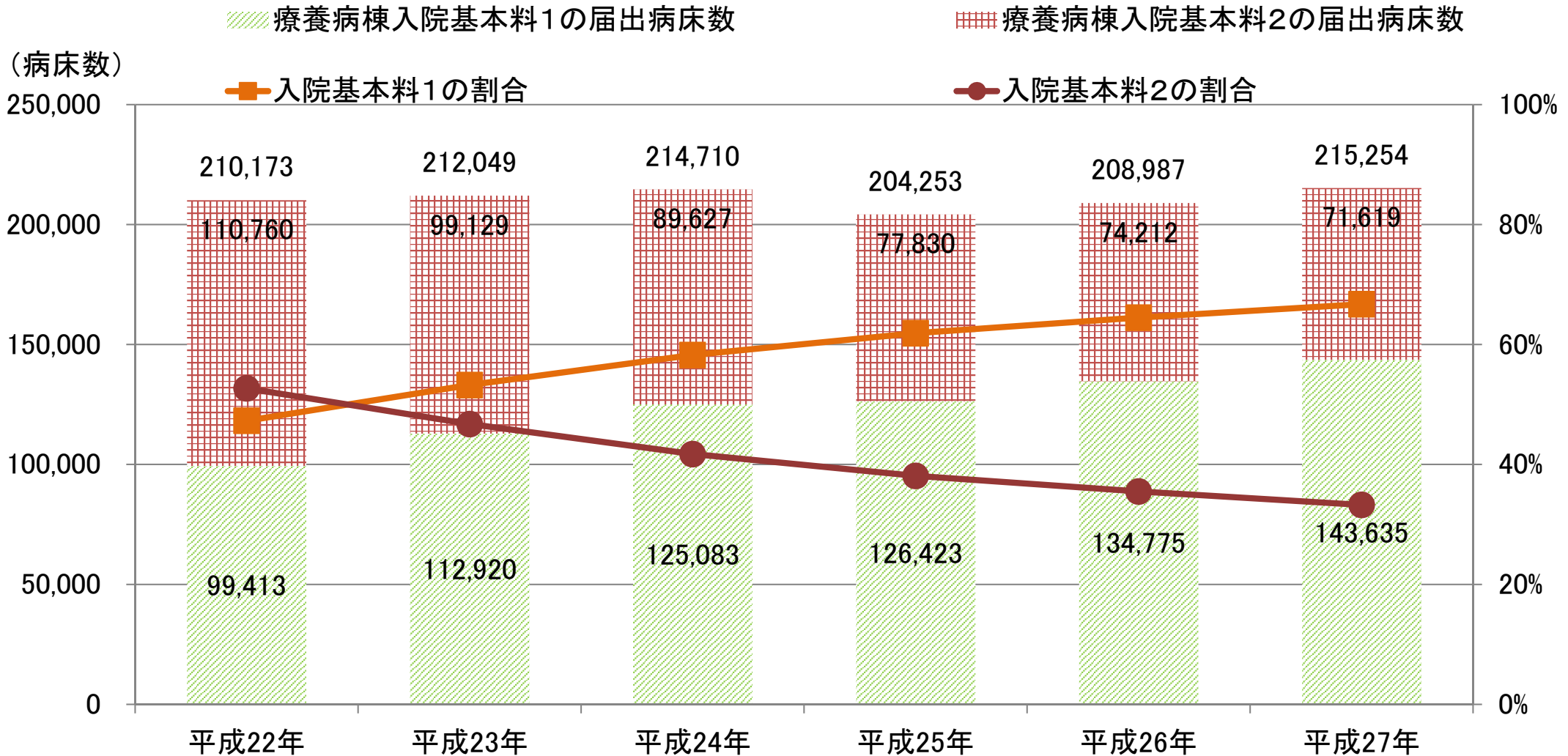
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

( 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 )

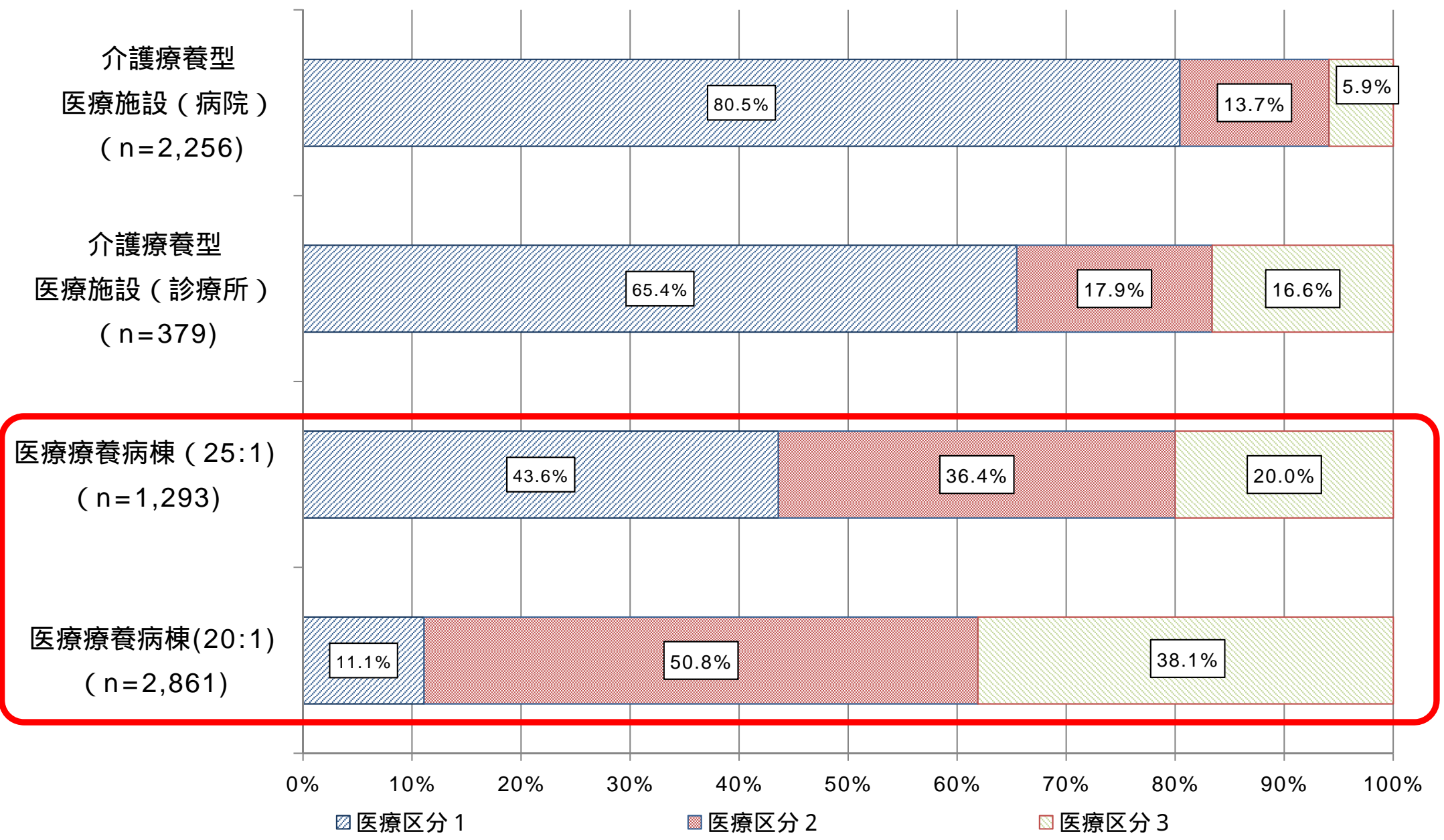
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

# 療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

- 療養病棟入院基本料の届出病床数はほぼ横ばい。
- 入院基本料1(20対1)の病床数は増加傾向。



# 入院患者 / 入所者の医療区分



## 新たな介護保険施設(介護医療院)の創設

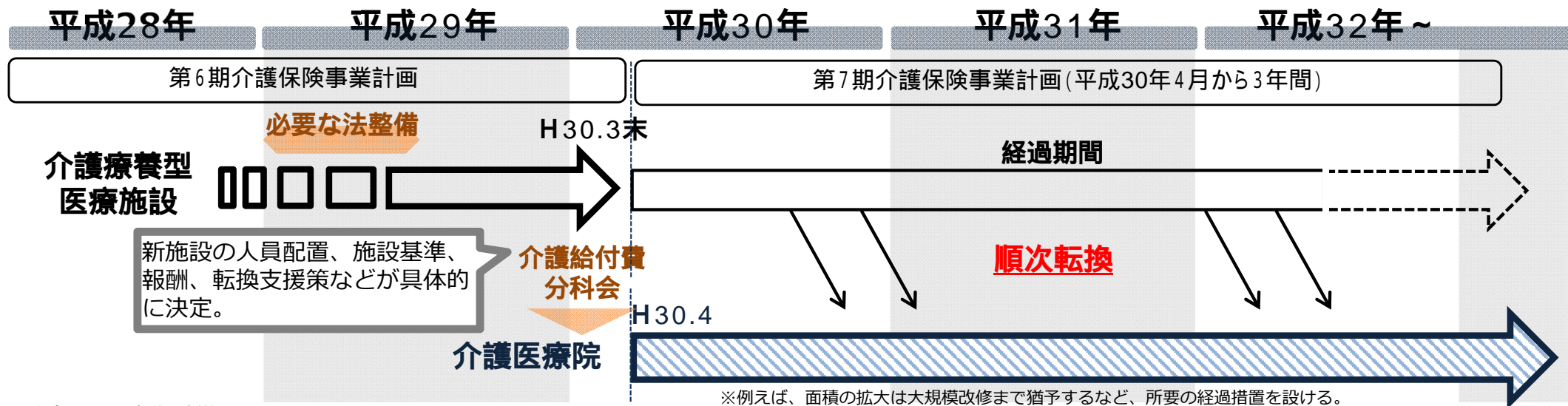
○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
機能	要介護者に対し、「 <u>長期療養のための医療</u> 」と「 <u>日常生活上の世話（介護）</u> 」を一体的に提供する。 (介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。)

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。  
※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

(介護医療院で想定されるサービス)  
①介護療養病床相当(主な利用者:医学管理が必要な重介護者)  
②老健施設相当以上(主な利用者像:①より比較的容体が安定した者)

## スケジュール(イメージ)



(参考) 過去の転換支援策  
床面積等の施設基準の緩和措置、地域医療介護総合確保基金等による改築工事等へ費用助成、介護保険事業(支援)計画における弾力的な運用等

★ 医療療養病床の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討。

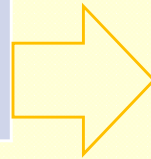


## 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

### 現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



### 改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定 (6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

## 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料の一部が包括される場合

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について、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数) / (疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

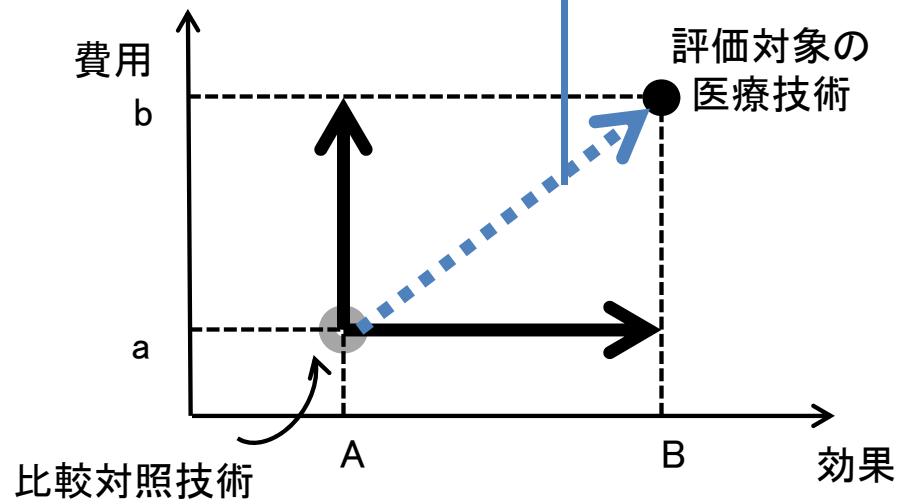
[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

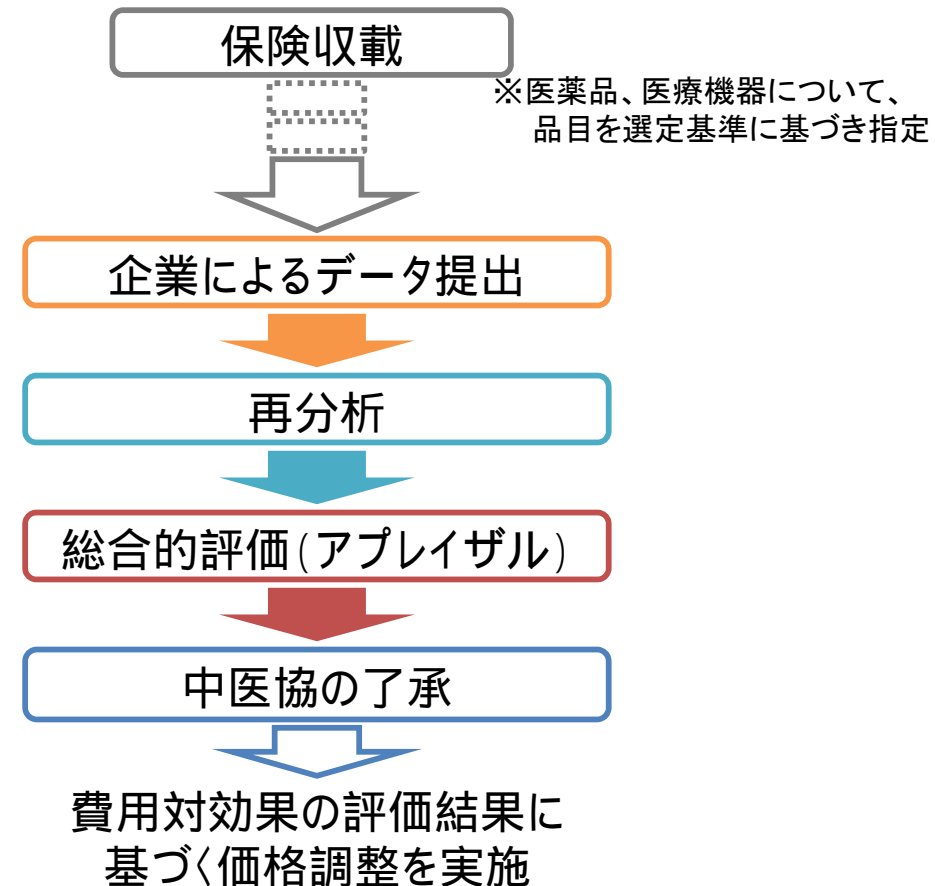
- 中医協における議論を踏まえ、平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入する。

## <費用効果分析の手順>

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$



## <評価の一連の流れ(イメージ)>



➤ 効果指標は質調整生存年 (QALY; Quality-adjusted life year) を基本としつつ、疾患や医薬品・医療機器等の特性等に応じて、その他の指標も用いることができる。

## QALYの計算方法

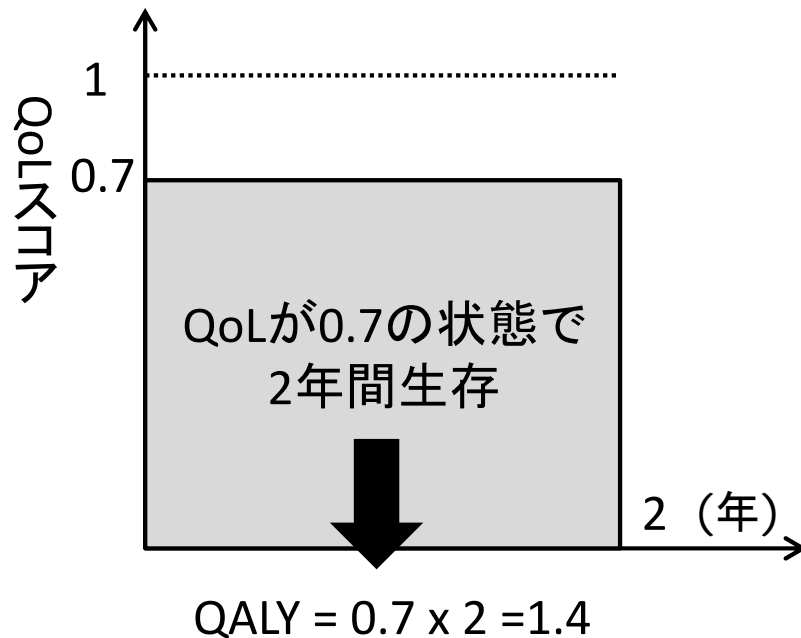
ある健康状態でのQALY =【QoLスコア】 × 【生存年数】

- 生存年数と生活の質(QoL)の双方を考慮する。
- QoLについては、1を完全な健康、0を死亡とする「QoLスコア(効用値)」を用いる。

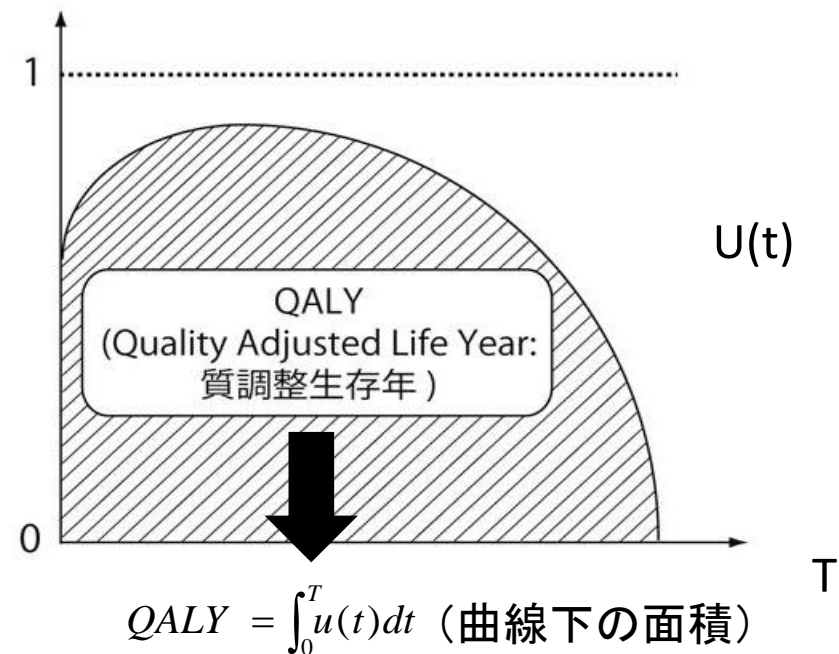
## (QALYの利点)

- 多くの疾患で使用できる。
- 複数の効果やトレードオフを同時に評価できる。
- 結果の解釈がしやすい。

### 【健康状態が一定のとき】



### 【健康状態が変化するとき】



# 既収載品にかかる対象品目の選定基準と対象品目

## <既収載品の選定基準> (考え方)財政影響、革新性・有用性が大きい品目(医薬品、医療機器)を対象

### 除外要件

- イ 指定難病、血友病及びHIV感染症、 □ 未承認薬等検討会議を踏まえた開発要請等

### 抽出要件

- イ 平成24年度から平成27年度、かつ、類似薬効(機能区分)比較方式のうち、  
**補正加算の加算率が最高**  
10%以上の補正加算が認められたものの中で、**ピーク時予測売上高が最高**
- 平成24年度から平成27年度、かつ、原価計算方式のうち、  
**営業利益率の加算率が最高**  
10%以上の加算が認められたものの中で、**ピーク時予測売上高が最高**  
これによって選定された品目の薬理作用類似薬(同一機能区分に該当する医療機器)も対象

## <既収載品に係る対象品目>

	医薬品(7品目)		医療機器(6品目)	
類似薬効(機能区分)比較方式	○ソバルディ (ギリアド・サイエンシズ)	C型慢性肝炎	○カワスミNajuta胸部ステントグラフトシステム (川澄化学工業)	胸部大動脈瘤
	ハーボニー (ギリアド・サイエンシズ)		○アクティバRC (日本メトロニック)	手の震え等
	ヴィキラックス (アッヴィ合同会社)		バーサイスDBSシステム (ボストン・サイエンティフィック ジャパン)	
	ダクルインザ (ブリistol・マイヤーズ)		Brio Dual 8ニューロスティミュレータ (セント・ジュード・メディカル)	
	スンベプラ (ブリistol・マイヤーズ)			
原価計算方式	●オプジーボ (小野薬品工業)	悪性黒色腫等	●ジャック (ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング)	外傷性軟骨欠損症
	●カドサイラ (中外製薬)	HER2陽性の再発乳癌等	●サピエンXT (エドワーズライフサイエンス)	重度大動脈弁狭窄症

## H28.4 費用対効果評価の試行的導入

### <再算定>

- 再算定に係る品目を指定し、該当企業においてデータ提出の準備を開始
- 再分析グループにおいて再分析の準備を開始
- 費用対効果評価専門組織において事前協議(夏頃×切)

### <新規>

- 提出されたデータの再分析を実施

- H28年度内
- 企業による分析結果の提出×切
  - 再分析グループによる再分析の開始

### H29年度内

- 費用対効果評価のあり方に関する中間的とりまとめ(夏目途)
- <中間的とりまとめを踏まえ、試行的導入の対象品目について以下を実施>
- 費用対効果評価専門組織において、総合的評価(アプレイザル)を実施
  - 薬価算定組織及び保険医療材料専門組織において、評価結果に基づく価格調整を実施し、価格算定案を作成

## H30.4 費用対効果評価の制度化

○ 平成30年度介護報酬改定に向けた課題については、本年4月より社会保障審議会介護給付費分科会において検討し、本年末頃結論を得る予定。

## 介護保険部会等において検討すべきとされた主な事項

介護保険制度の見直しに関する意見より抜粋  
(平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会)

- リハビリテーションの見直し  
通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化等
- 中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化  
小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等について、サービス提供量の増加や機能強化・効率化の観点からの人員基準や利用定員等の見直し
- 特別養護老人ホーム  
施設内での医療ニーズや看取りに、より一層対応できるような仕組み
- 医療サービスと介護サービスの連携の推進  
入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等との連携
- 生産性向上・業務効率化  
ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する報酬・人員基準等の見直し
- 訪問介護における生活援助  
生活援助を中心にサービス提供を行う場合の緩和された人員基準の設定等

## 経済・財政再生計画 改革工程表

経済・財政再生計画 改革工程表 2016改訂版(抜粋)  
(平成28年12月21日経済財政諮問会議決定)

	集中改革期間			2019年度		
	～2016年度	2017年度	2018年度			
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会	
	<p>&lt;⑦公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討&gt;                      &lt;(i)次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討&gt;</p>					
	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の在り方について、関係審議会等において検討		軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる			
	軽度者に係る生活援助、福祉用具貸与及び住宅改修に係る負担の在り方について、関係審議会等において検討		生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定について、関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応  通所介護などその他の給付の適正化について、介護報酬改定の議論の過程で関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応			

# 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進 (地域包括ケア強化法案)

医療介護提供体制等⑩(1)

## 見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
  - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
  - ② 適切な指標による実績評価
  - ③ インセンティブの付与
 を法律により制度化。

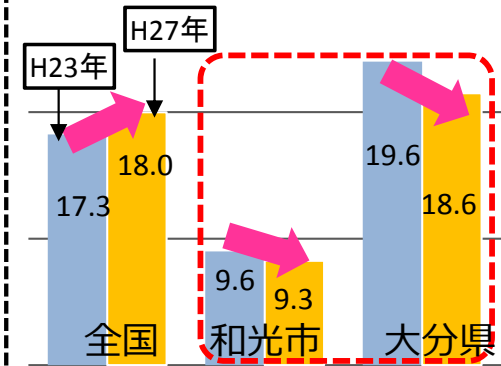
### 主な法律事項

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

### 要介護認定率の推移



データに基づく  
地域課題の分析

取組内容・  
目標の計画への  
記載

保険者機能の発揮・向上(取組内容)

- ・リハビリ職等と連携して効果的な介護予防を実施
- ・保険者が、多職種が参加する地域ケア会議を活用しケアマネジメントを支援等

適切な指標による  
実績評価

- ・要介護状態の維持・改善度合い
- ・地域ケア会議の開催状況等

インセンティブ

- ・結果の公表
- ・財政的インセンティブ付与

国による  
分析支援

都道府県が研修等を通じて市町村を支援