

# 2012年 診療報酬改定

13年後(2025年)の  
地域包括ケア実現に向けて

北海道医療新聞社  
医療新聞編集部 伊藤 真史



08/04/12

# なぜ国は、2025年までに「地域包括ケア」を整備？

## 高齢化のピークを迎える

・65歳以上	2,958万人→3,635万人
・高齢化率	23.1%→30.5%
・要介護(支援)	469万人→755万人
・認知症の人	208万人→323万人
・給付費	医療34兆円→53兆円 介護8兆円→16兆円

医療と介護、両方必要な高齢者が増える

「切れ目ない」「効率的」なサービス提供が必要

# 国が描く「地域包括ケア」とは？

- ・「医療」「介護」「予防」「住まい」を、切れ目なく、継続的、一体的に提供すること

- ・日常生活圏（小中学校区～人口1万人）

→在宅をベースに医療、介護、予防

在宅療養支援診療所、24時間地域巡回型訪問サービス、訪問看護、小規模多機能、サ高住、GH、地域密着型特養、ケアマネ、包括支援C、NPO、認知症サポーター

休日・深夜も安心 緊急時は確実に入院

自らの住まいで終末期まで生活

# 「社会保障・税一体改革素案」で示す医療と介護の改革

## ・医療サービス提供体制の再編

- ①病院・病床機能の分化・強化
- ②在宅医療の推進
- ③チーム医療の推進

## ・地域包括ケアシステムの構築

- ①在宅・居宅系サービスの強化
- ②介護予防・重度化予防
- ③医療と介護の連携の強化
- ④認知症対応の推進

「病院・施設」から「地域」「医療」から「介護」へ

# 「医療サービス提供体制」をどのように再編するか

## ①病院・病床機能の分化・強化

- ・急性期病床の位置付けを明確化の上、医療資源を集中投入
- ・病診連携、医療介護連携でサービスを確保し、一般病棟の長期入院を適正化

## ②在宅医療の推進

- ・拠点となる医療機関の役割を明確化
- ・在宅医療の達成目標、医療連携体制を医療計画に盛り込む

## ③チーム医療の推進

- ・多職種協働による質の高い医療提供へ、高度な知識や判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みなどを導入

(社会保障・税一体改革成案から抜粋)

# 診療報酬改定による地域包括ケア構築までのプロセス

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

改定(予定)

医療・介護サービス

診療報酬・介護報酬  
同時改定①

診療報酬・介護報酬  
同時改定②

診療報酬・介護報酬  
同時改定③

診療報酬改定①

診療報酬改定③

診療報酬改定②

診療報酬改定④

診療報酬の体系的見直し

機能分化・連携・地域特性の明確化

+

「介護報酬」「医療計画」「市町村介護保険事業計画」

「都道府県介護保険事業支援計画」「関連法」「モデル事業」

# 「2012年診療報酬改定」は、2025年を見据えた第一歩

## 主な改定ポイント

- ①入院機能の明確化 →効率的な入院・退院の推進
- ②救急外来、外来診療の機能分化 →大病院集中を抑制
- ③早期の在宅復帰 →円滑な地域生活への移行
- ④在宅医療・看取りの推進 →地域包括ケアの構築

## 医科プラス4700億円

- ・医療機関の機能分化・在宅医療1500億円←ここに注目
- ・医療従事者負担軽減1200億円
- ・がん、認知症などの治療充実2000億円

# 入院機能の明確化～急性期は7対1病院を絞り込み

## 入院基本料の算定要件が見直し

### ●7対1一般病棟入院基本料 1566点

「平均在院日数」19日以内→18日以内

「看護必要度基準(重症患者の受け入れ率)」10%以上→15%以上

- ・既存の7対1病院で、平均在院日数はほぼクリア、看護必要度基準は30%が未達
- ・既存の7対1病院は猶予を設け、2年後(2014年)に施行

### ●10対1一般入院基本料 1311点

一般病棟看護必要度評価加算5点を廃止の上、新加算を創設

看護必要度加算1(15%以上)30点

看護必要度加算2(10%以上)15点



# 入院機能の明確化～亜急性期、回復期病棟の機能整理

亜急性期病床→疾患別リハビリの実施有無で点数に差

## ●亜急性期入院医療管理料1 2061点

脳血管・運動器リハ料の未算定患者（回復期より高度医療管理が必要）

## ●亜急性期入院医療管理料2 1911点

脳血管・運動器リハ料の算定患者（回復期リハが必要）

回復期リハビリ病床→算定要件厳しい高い入院料の新設

## ●回復期リハビリテーション病棟入院料1 1911点

看護配置13対1、在宅復帰率7割、在宅復帰支援の社会福祉士1人etc

## ●回復期リハビリテーション病棟入院料2 1761点

## ●回復期リハビリテーション病棟入院料3 1611点

# 入院機能の明確化～長期入院にメス

13対1、15対1一般病棟に90日以上入院する患者の扱い

【改定前】特定除外患者とし、出来高算定 & 平均在院日数計算対象外OK

【改定後】特定除外患者の制度を廃止

①出来高算定OK。平均在院日数計算対象外NG

②平均在院日数計算対象外OK。報酬は療養病棟入院基本料1と同じ

- ・90日以上長期入院患者が多い病院の場合、①を選ぶと現在の入院基本料の算定をクリアできない(特別入院基本料となる→収入ダウンに)
- ・②を選ぶと、医療区分とADLの評価導入といった手間隙がかかる

→療養病床への誘導の布石

# 入院機能の明確化～13・15対1、療養の後方支援評価

## 13対1、15対1一般病棟

- 救急・在宅等支援病床初期加算150点(新設・14日以内)
- 栄養サポートチーム加算200点(週1回)
- 一般病棟看護必要度評価加算5点(週1回)

## 療養病棟

- 救急・在宅等支援療養病床初期加算 20対1は2倍の300点に
- 退院調整加算2 30日以内800点(退院時)
  - 退院調整部署に看護師と社会福祉士を配置(どちらか専従)
  - 入院後7日以内に退院支援計画の策定に着手
- 総合評価加算100点(入院時にADL評価→スムーズな在宅復帰)

→急性期入院患者、在宅患者の入院受け入れと退院を促進

# 救急外来、外来診療の機能分化～コンビニ受診を減

## 救命救急センターに患者が集中しない仕組み

- 院内トリアージ実施料100点(初診時)
- 夜間休日救急搬送医学管理料200点(初診時) etc.

## 同一日の2科目以降の再診料を徴収

- 再診料34点(同一日2科目の場合)
- 外来診療料34点(同)

## 特定機能病院(大学病院など)における初・再診料の見直し

- 初診料200点(紹介のない場合)
- 外来診療料52点(他医療機関を紹介したのに、大学病院を受診)  
→実施は2013年度から

## 診療所の地域貢献加算が「時間外対応加算」に再編

→夜間・休日の電話対応などで、病院受診する軽症患者を減少

## 機能を強化した在宅療養支援診療所・病院を評価

- 常勤医3人、過去1年間で緊急往診5件、看取り2件以上の場合、  
その他の在支診・在支病より高い評価・引き上げ
- グループ化で24時間対応を図る

(一例)

往診料(緊急加算)

機能強化型(有床)850点

機能強化型(無床)750点

一般の在支診・在支病650点

在支診・在支病以外325点

複数の在支診が連携した場合も強化型と同じ評価

## 算定要件

- ・患者からの緊急時連絡先を一元化
- ・月1回以上の定期的なカンファランス実施
- ・連携医療機関は10未満
- ・病院が連携する場合は200床未満

→24時間対応が難しい医師1人の診療所の、在支診届け出を促す

→地域の診療所が共同で在宅医療に取り組む

# 在宅医療・看取りの推進～ターミナルケアを評価

## 【改定前】

- ・終末期(死亡前14日)の在宅患者を診ていても、家族の意向などで看取りが別の医療機関になった場合、在宅ターミナルケア加算(在支診・在支病10000点、それ以外2000点)を算定できなかった

## 【改定後】

- ・ターミナルケア加算(機能強化型・有床6000点、同・無床5000点、在支診・在支病4000点、それ以外3000点)
  - ・看取り加算3000点
- ターミナルケアのプロセスと看取りを分けて評価

## ●がん専門訪問看護の評価

- 在宅患者訪問看護・指導料 がん専門訪問看護料1285点

# 早期の在宅復帰～効果的な退院調整を促す

## ●退院調整加算1（一般病棟、有床診一般etc.）

- ・14日以内 340点
- ・30日以内 150点
- ・31日以上 50点

## ●退院調整加算2（療養病床、有床診療療養etc.）

- ・30日以内 800点
- ・90日以内 600点
- ・120日以内 400点
- ・121日以上 200点

→退院困難な要因を持つ患者を抽出の上、患者家族と話し合い、7日以内に退院支援計画書の策定に着手する

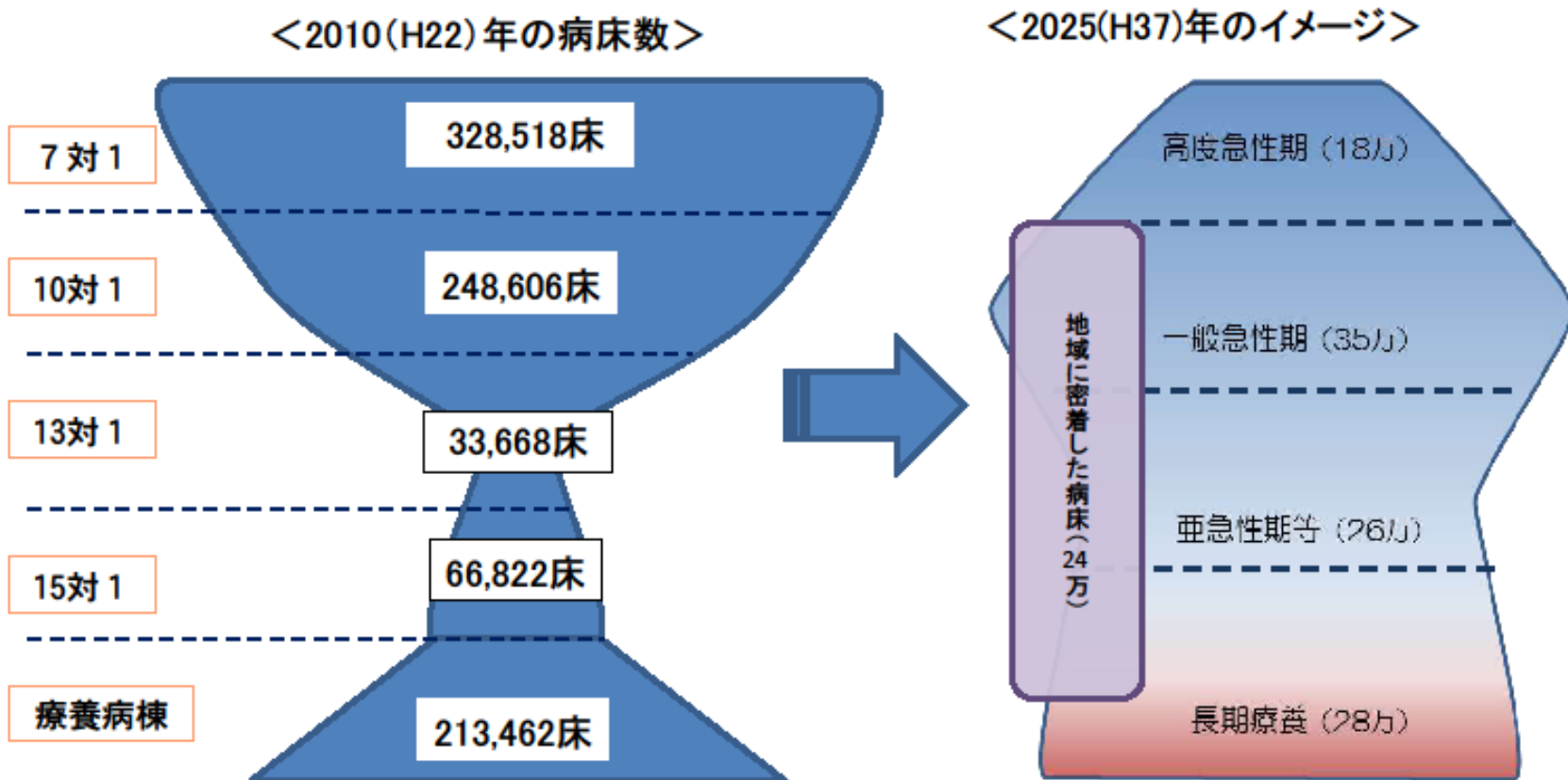
→退院調整部門の設置と、専従の看護師or社会福祉士を配置



## 退院に向けた医療機関と訪問看護STが連携した場合（一例）

- ・退院時共同入院指導料2は、訪問看護STと行った場合も算定可能に
- ・退院後に特別な管理が必要な患者について、在宅医、指示を受けた看護師、訪問看護師が退院時共同指導を行ったら、新たに加算
  - 退院時共同指導1の加算→特別管理指導加算200点
  - 訪問看護療養費の加算→特別管理指導加算2000円
- ・入院患者の外泊日の訪問看護を評価
  - 訪問看護基本療養費(Ⅲ)8500円

# 病床の将来像～急性期の再編、後方支援強化

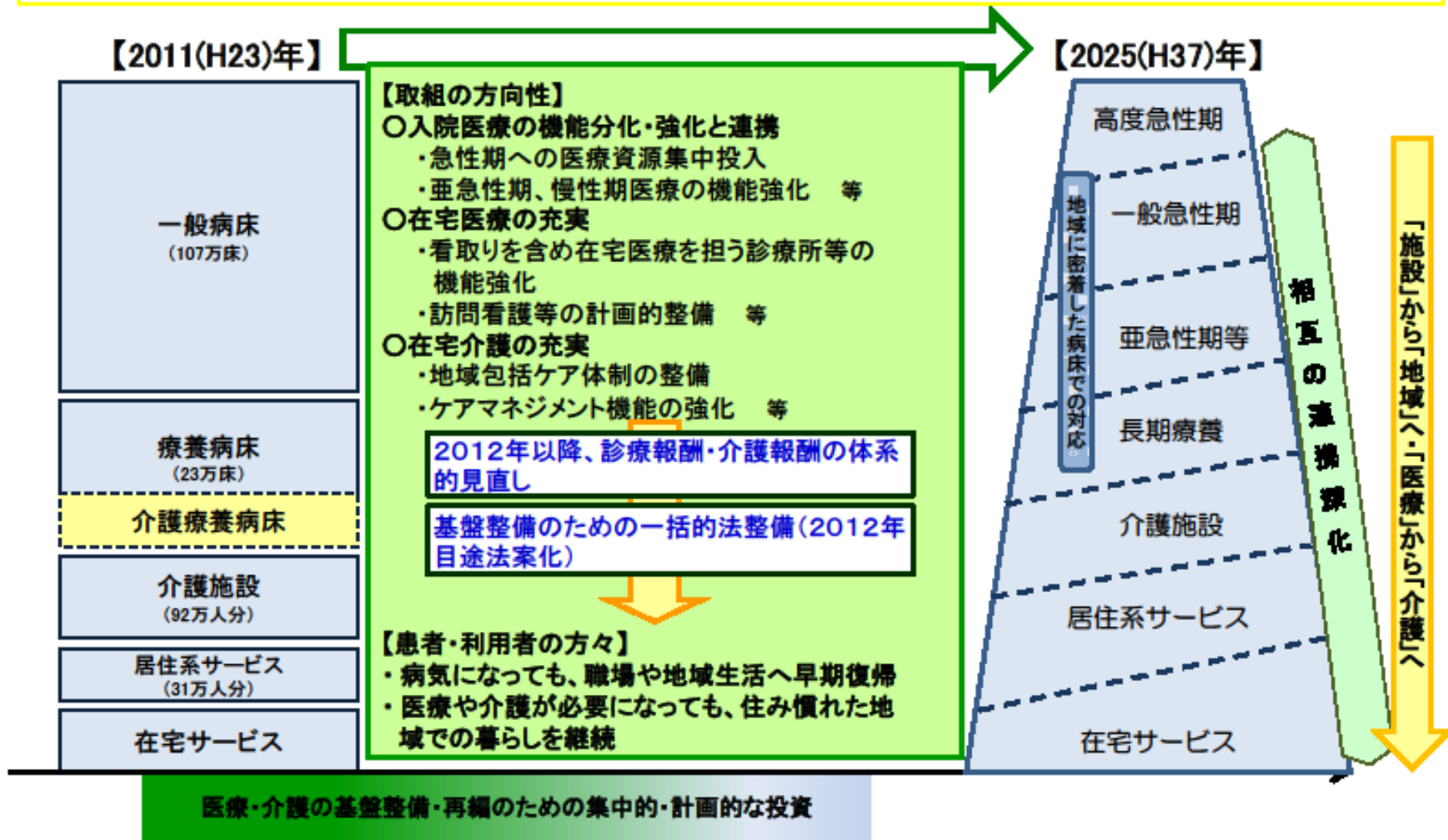


保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると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とは形が異なっている。

# 地域包括ケア実現へ、医療・介護機能の再編が進む

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



# 医療機関の将来像～機能分化と役割分担の加速

- ・急性期→重症「入院患者」に特化、さらなる在院日数短縮
- ・亜急性期→さらに重度化、回復期と一体化
- ・療養→在院日数短縮で在宅促進、急性期・在宅患者の入院バックアップ
- ・有床診療所→急性期・在宅患者の入院バックアップ、在宅参入  
ビジネスホテル並の入院基本料をアップしないと減少の一途か
- ・無床診療所→総合医(家庭医)の増加、在支診の連携強化で在宅促進  
「在宅強化」「専門医療特化」「複数医師体制による在宅&専門特化」
- ・医療機関→サービス付高齢者向け住宅に参入  
在宅を複合的に展開する診療所、病院が病床を「住まい」に転換
- ・認知症対応→身体合併症患者が増える  
亜急性期・療養にリハビリ、神経内科、精神科の医師が必要に  
認知症疾患医療センターとの連携(鑑別、定期診断)

→すべてが在宅復帰、地域包括ケアを促進する流れ

# 地域包括ケア推進は、医療と介護の連携が不可欠

## 退院調整推進へ、病院スタッフと地域のケアマネ、在宅専門職との共同作業が加速

### ・院内の退院部門とシステムの整備が進む

→キーマンは医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）

→早期退院を促す病院と、在宅が不安な患者家族の調整役

### ・必要な医療ニーズを相互理解し、ケアプラン作成

→今まで以上に医療が必要な在宅移行患者に対応

→早期退院に伴い、訪問リハビリの充実も鍵

### ・連携に当たり、地域の実情に応じた「地域ルール」を設ける

→退院・在宅情報提供書の共通様式作成、疾患別連携パスの活用

# 地域包括ケアのキーマンは誰？

- 地域包括支援センター
- ケアマネジャー
- 医師会

厚労省老健局長の考え

→24年度在宅医療連携拠点事業

多職種連携推進 定期的に集まり課題を検討 連携の形作る

→在宅医療はまだまだ不足 開業医1人で在宅医療は大変

→輪番当番制で主治医・副主治医がチーム

→在宅医療は医師会が連絡調整、事業化

→休日当番のように医師会員が持ち回り？

# 地域特性に合わせて築く、地域包括ケア

医師会が在宅の連絡調整、多職種協同を推進？

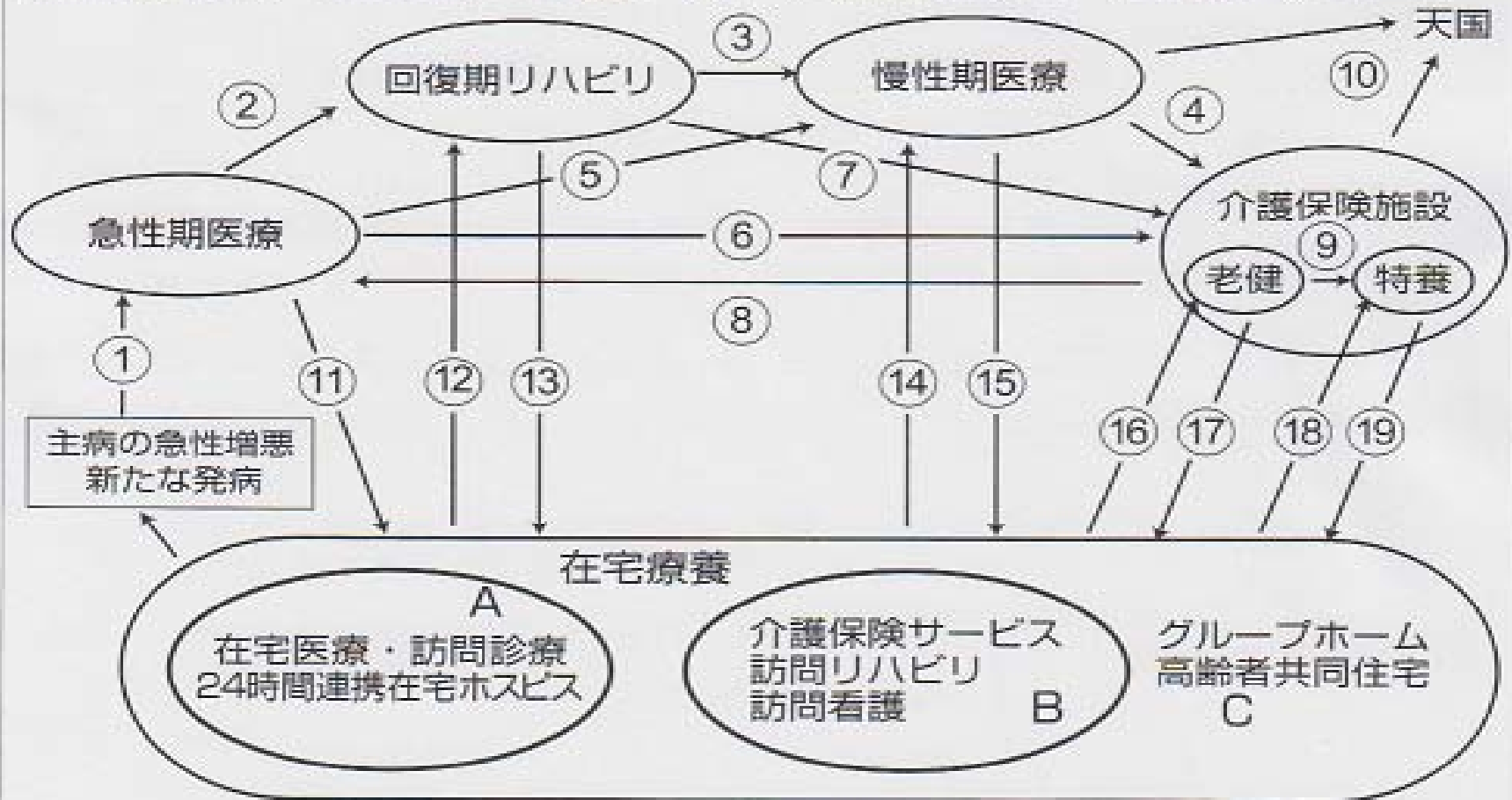
- 医師会以外に、役割を担う組織はないか
- 札幌には各区に在宅ケア連絡会がある
- 西区が先駆け(15年の歴史)
- 区内の在宅患者の療養推進
- 職種・所属機関こえた顔の見えるネットワーク形成
- 札幌市医師会が支援

「西区在宅ケア連絡会」をベースに、行政、住民とともに地域包括ケアを作る

- 医療介護の視点で街づくり推進

# 地域包括ケアは「ぐるぐる図」のスムーズな実践

## 在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向（ぐるぐる図）



西区在宅ケア連絡会作成