

医療と介護のクロスロード ～入退院支援センターと病院経営～



国際医療福祉大学大学院 教授
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生専攻)
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院 2012年

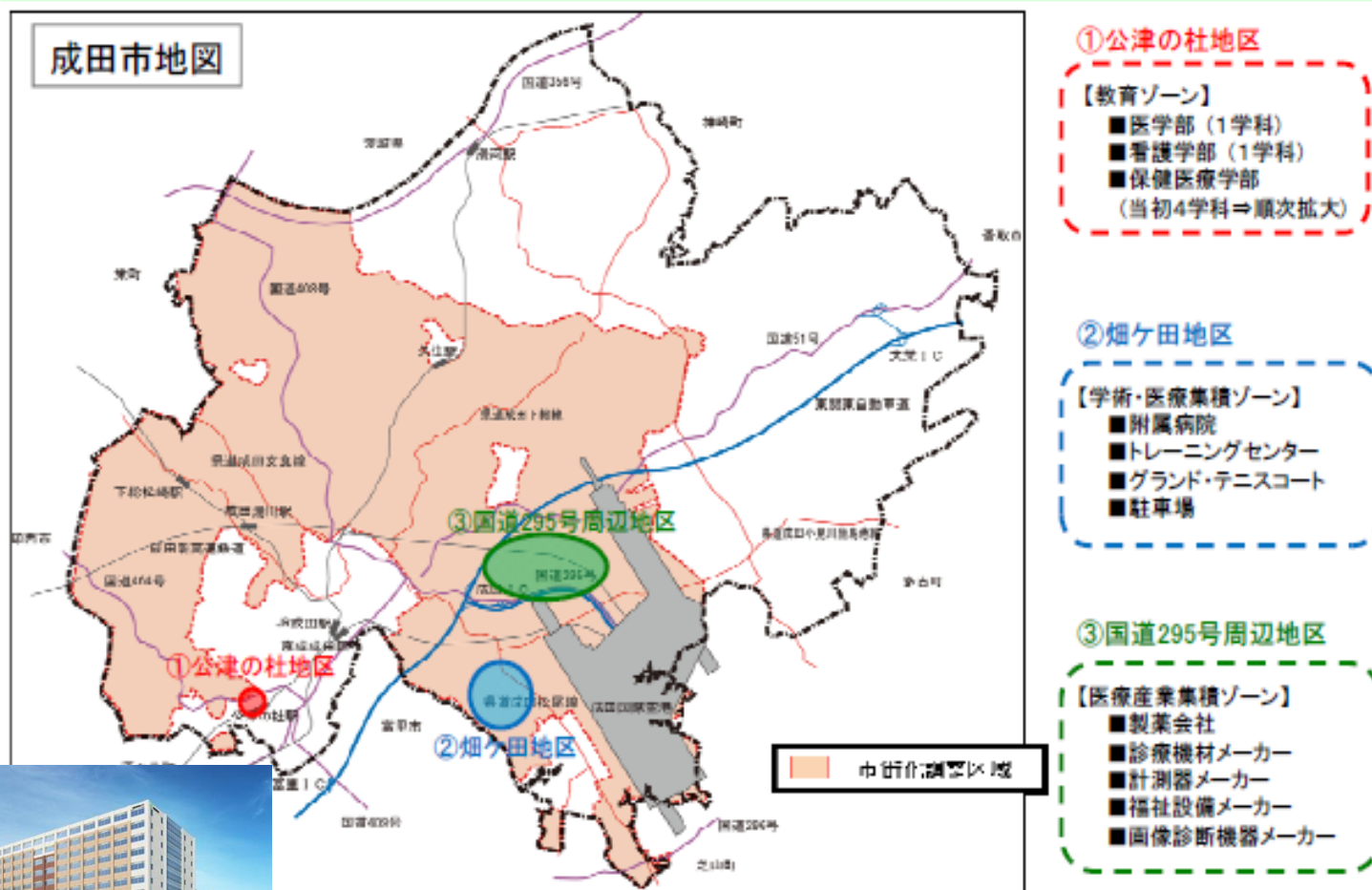


JCI認証取得

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



A photograph of a large, modern multi-story building, likely a university medical department, taken at dusk. The building has a mix of light-colored upper floors and darker lower floors, with many windows. It is surrounded by trees and a paved walkway. In the foreground, there are some white construction barriers and a bicycle parked on the left. The sky is a deep blue.

国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校

2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



An aerial photograph of a modern, multi-story building with a white facade and large glass windows, situated in a dense urban environment. The building has a flat roof with two large, rectangular, green-tinted glass panels. The surrounding area is filled with various other buildings, including older, more traditional structures and newer, taller ones. A construction site with cranes and equipment is visible in the lower right quadrant. The text is overlaid in the bottom right corner.

2018年4月、国際医療福祉大学
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院（h-MBA, MPH）

目次

- パート 1
 - どうなる 7 対 1 ?
- パート 2
 - 退院支援から入退院支援へ
- パート 3
 - PFMと病院マネジメント



パート1 どうなる7対1？



中医協総会

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

入院医療分科会

中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いけだ ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

入院医療のポイント 7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

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

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

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	
7 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	なし		あり
⑪無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1～2日間程度)	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5～7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3～5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2～3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1～3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

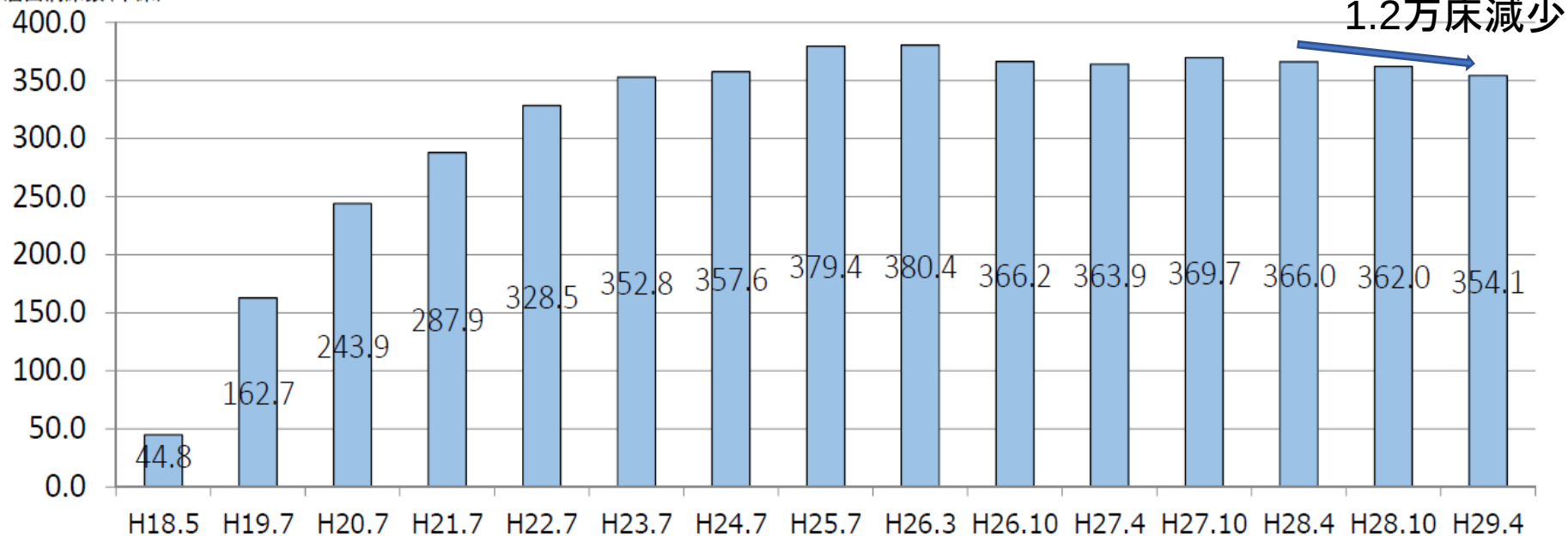
C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の
7対1への影響

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)



1.2万床減少

[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

2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して
新評価体系へ

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

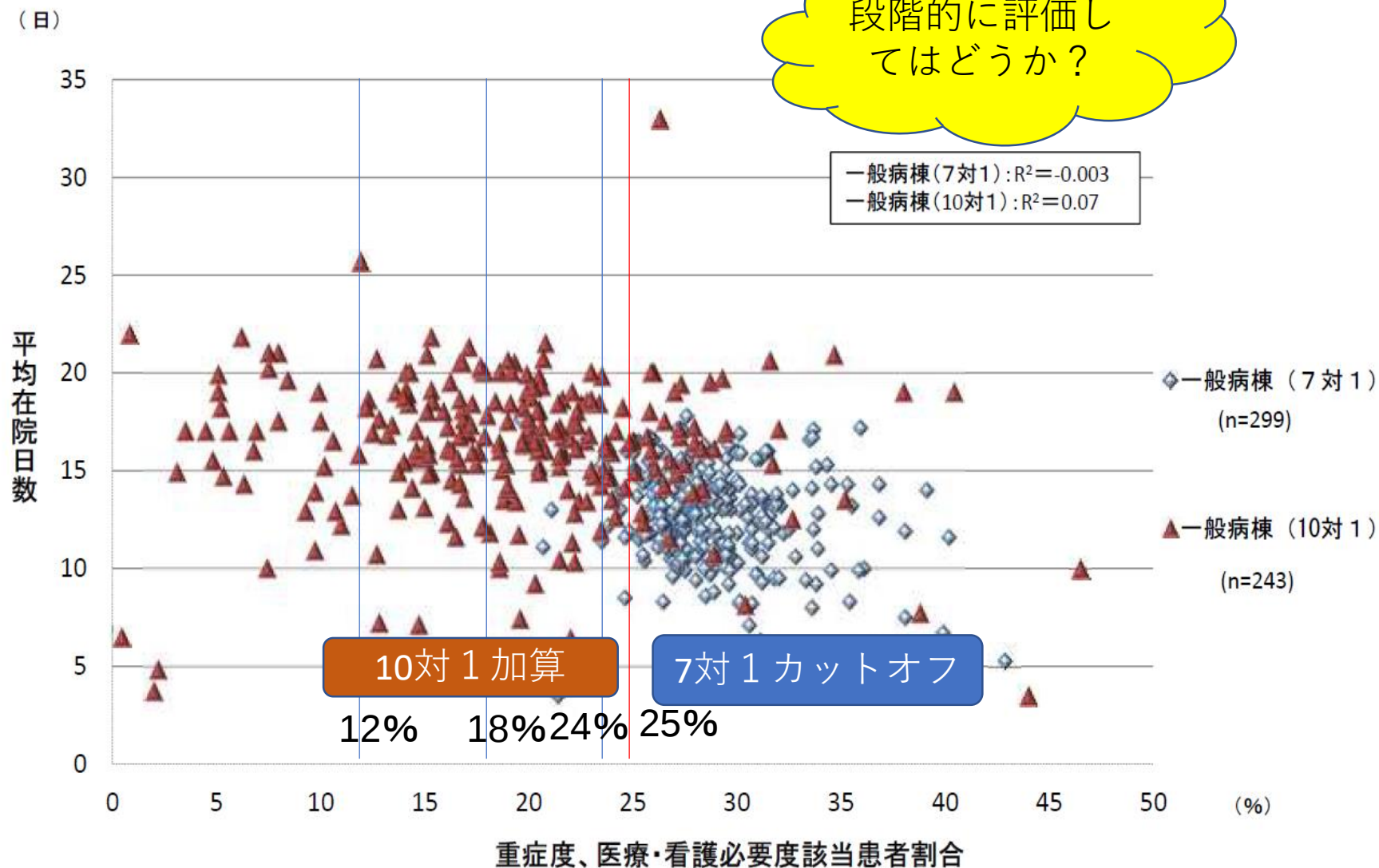
評価項目	評価期間 （①患者単位、②病棟単位）	基準値 （カットオフ値）
（１）重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の１か月	２割５分以上 （200床未満は２割３分以上）
（２）平均在院日数	①１入院あたり ②直近３か月	18日以内
（３）在宅復帰率	①１入院あたり ②直近６か月間	８割以上

一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

名称	点数（1日につき）	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1
の診療報酬点
数の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

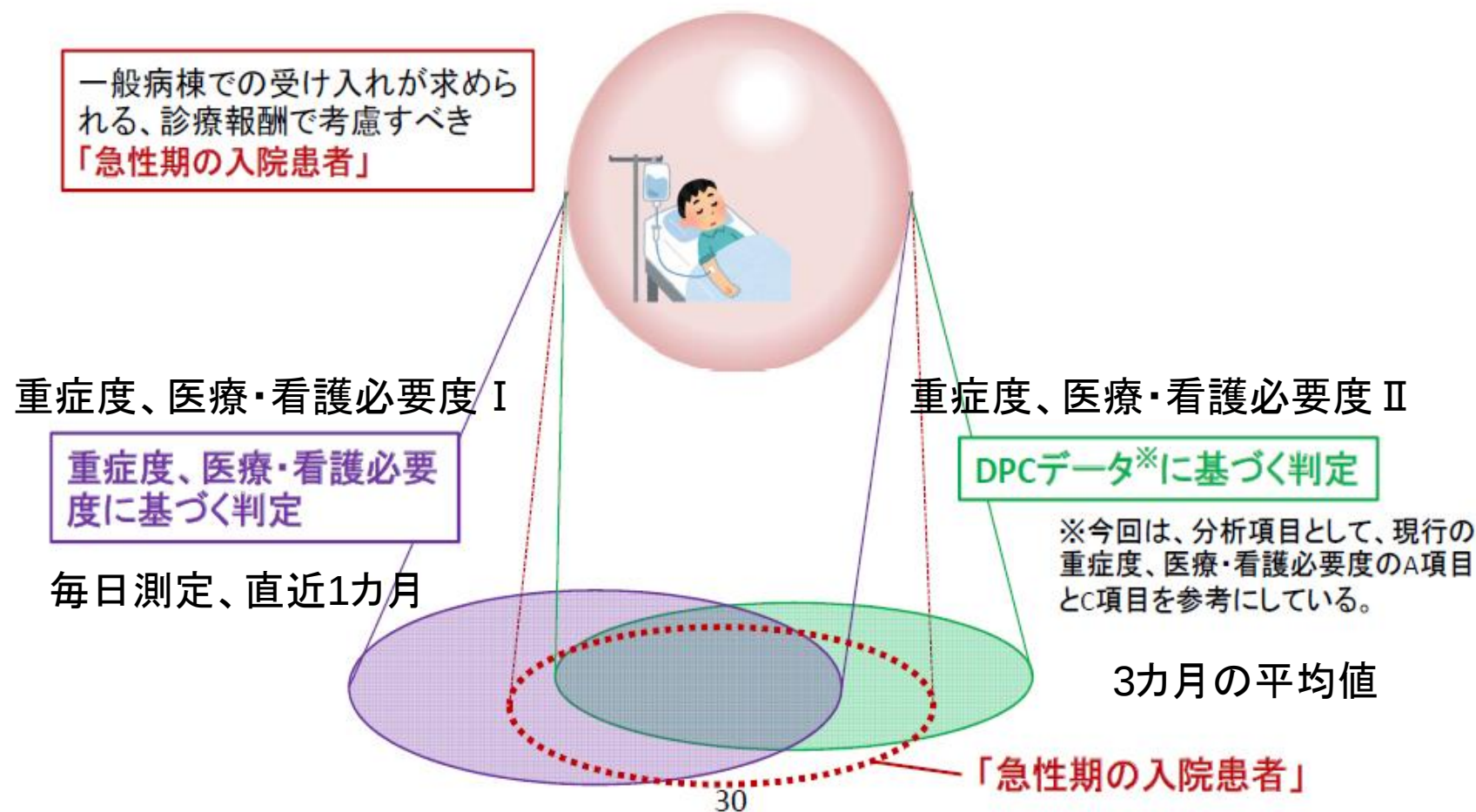
7対1ではカットオフ
値である25%ギリギ
リの病院が圧倒的だ
が、10対1では正規分
布に近くなっている

段階的に評価
してよいので
はないか？

入院医療分科会 2017年8月24日

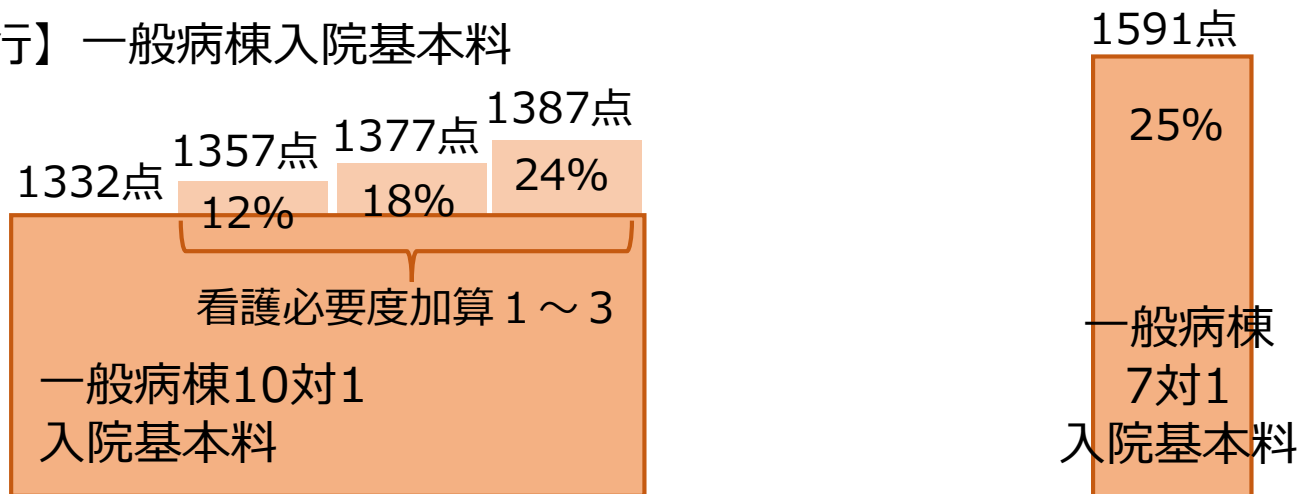
急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を 把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。



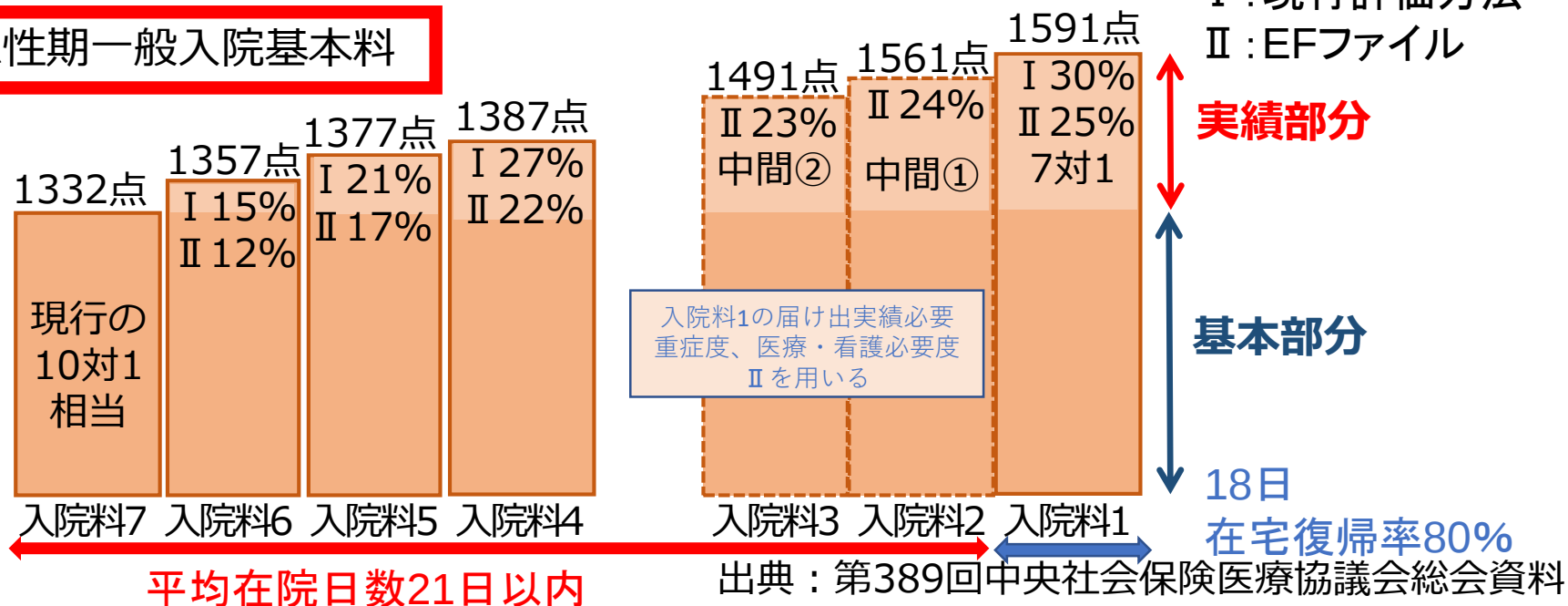
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



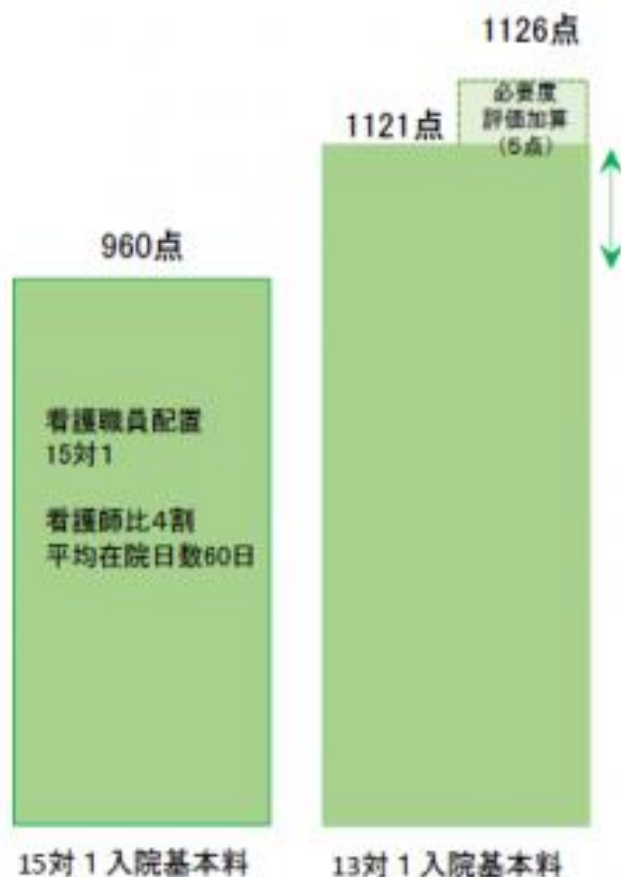
【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



急性期一般入院料と地域一般入院料の改定後の現状（2018年6月）

2017年11月		2018年6月						
一般病棟入院基本料	合計	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2	急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	急性期一般入院料5	急性期一般入院料6	急性期一般入院料7
7対1	1,527	1,480	26	0	3	2	2	0
10対1	2,177	29	4	0	459	689	508	431
13対1	402	0	0	0	2	6	9	5
15対1	744	0	0	0	0	0	1	2

2017年11月		2018年6月			
一般病棟入院基本料	合計	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	その他
7対1	1,527	2	0	0	12
10対1	2,177	12	1	4	40
13対1	402	217	143	8	12
15対1	744	11	13	699	18

7対1からのランクダウン45病院
 10対1からのランクアップ33病院
 差し引き1200床の減
 （日本アルトマーク調べ）

入院医療分科会の再編・統合 ～DPCなど2つのWG設置、内容は非公開に～



中医協総会
2018年5月23日

- 入院医療に関する診療報酬の技術的な検討を行う「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」を再編・統合
- 新たな分科会の下に「DPCワーキンググループ」（仮称）と「診療情報・指標等ワーキンググループ」（同）を設置する厚生労働省案が了承された。

入院医療分科会の再編・統合後の 初回分科会

入院医療分科会(2018年7月12日)

入院医療分科会の再編・統合

分科会長 武藤

入院医療等の調査・評価分科会

DPC評価分科会

現 行

分科会長 尾形

入院医療等の調査・評価分科会

DPCワーキンググループ
(仮称)

診療情報・指標等ワーキン
ググループ (仮称)

再編後のイメージ

○DPCワーキング (山本班長)

DPC (診断群分類)、
医療機関別係数等に関する
調査研究・結果分析

○診療情報・指標等ワーキング
(池田班長)

データ提出加算の提出データ、
医療ニーズやアウトカム等の
指標等に関する調査研究・
結果分析など

消える7対1・・・

- 7対1、10対1は新入院評価体系へ・・・
- 基本部分は10対1、実績部分の評価は重症度、医療・看護必要度Ⅱへ
- 基本部分、実績部分の内容見直しも今後起きる
- 看護配置に基づく入院基本料から、実績に基づく新入院評価体系へ
- 実績を達成するための入院基本料への変換

看護師集めてなんぼの世界から
実績達成してなんぼの世界へ

地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期

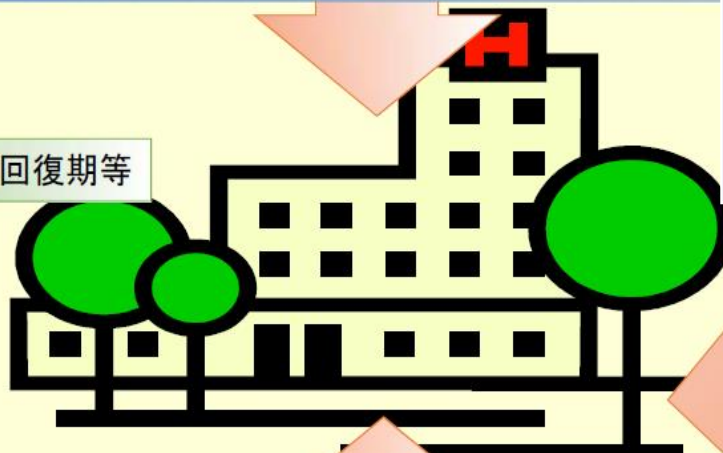


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%						
自院	<table> <tr> <td>自院の7対1、10対1病床</td><td>49.4%</td></tr> <tr> <td>自院の地域包括ケア・回りハ病床</td><td>0.4%</td></tr> <tr> <td>自院の療養病床</td><td>0.0%</td></tr> </table>	自院の7対1、10対1病床	49.4%	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%	自院の療養病床	0.0%
自院の7対1、10対1病床	49.4%						
自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%						
自院の療養病床	0.0%						
他院	<table> <tr> <td>他院の7対1、10対1病床</td><td>13.5%</td></tr> <tr> <td>他院の地域包括ケア・回りハ病床</td><td>0.1%</td></tr> <tr> <td>他院の療養病床</td><td>0.4%</td></tr> </table>	他院の7対1、10対1病床	13.5%	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%	他院の療養病床	0.4%
他院の7対1、10対1病床	13.5%						
他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%						
他院の療養病床	0.4%						
介護療養型医療施設	0.1%						
介護老人保健施設	1.2%						
介護老人福祉施設（特養）	1.2%						
居住系介護施設	2.9%						
障害者支援施設	0.0%						
その他	1.9%						
不明	2.2%						

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
自院	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
	その他の病床		0.5%
有床診療所		在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.2%
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
		上記以外	3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

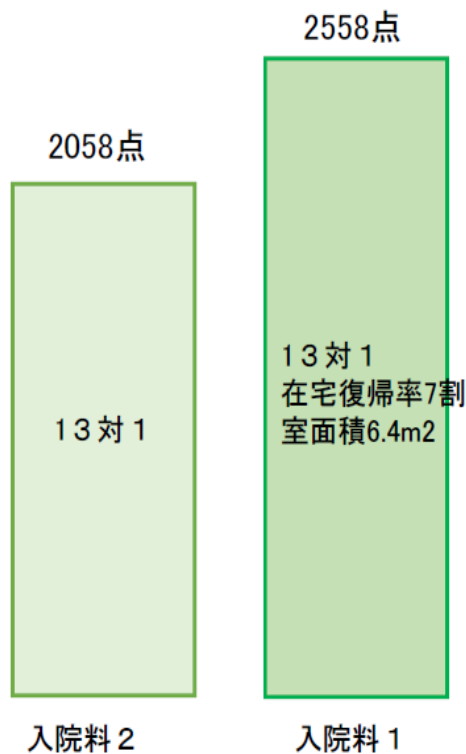
地域包括ケア病棟は創
設当初の3つの機能を育
て行くことが大事だ

自宅からの患者については負
荷がかかることが確認できた。
何らかの評価を検討してもい
いのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



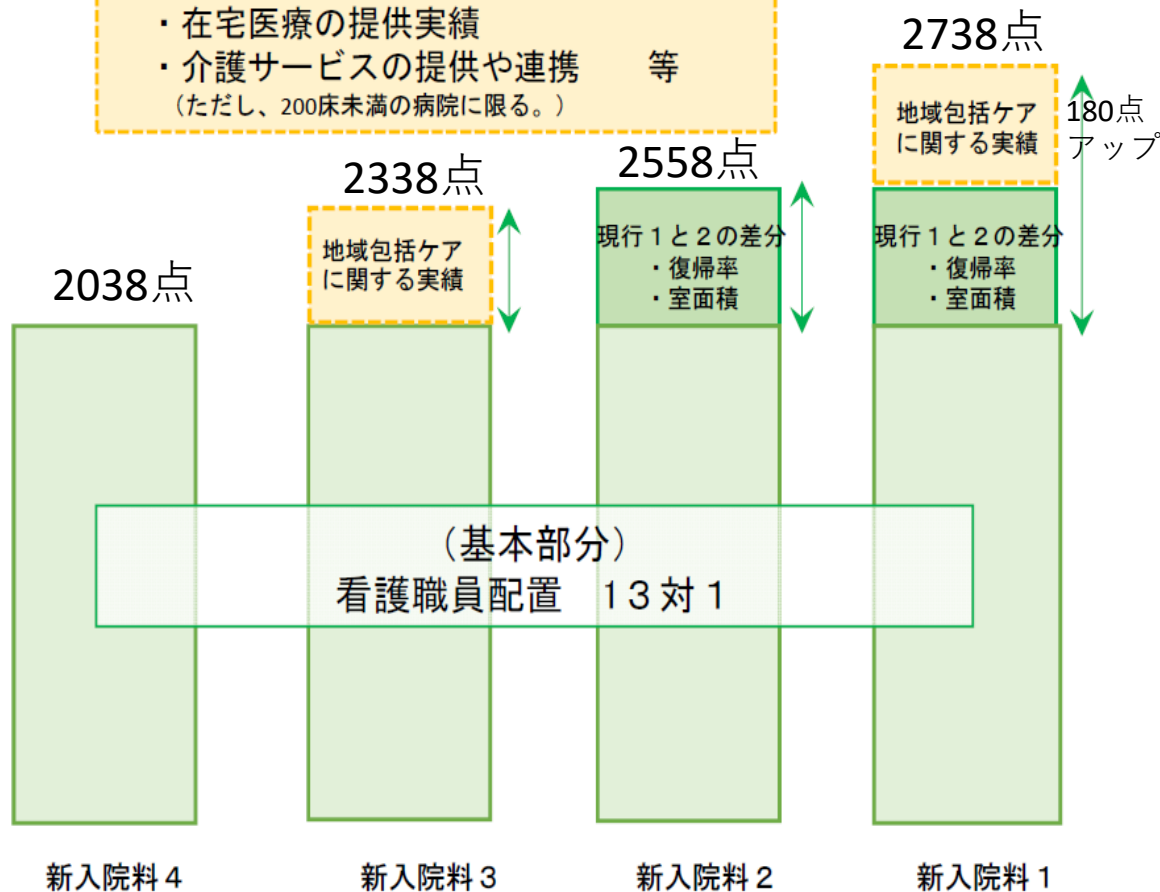
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上

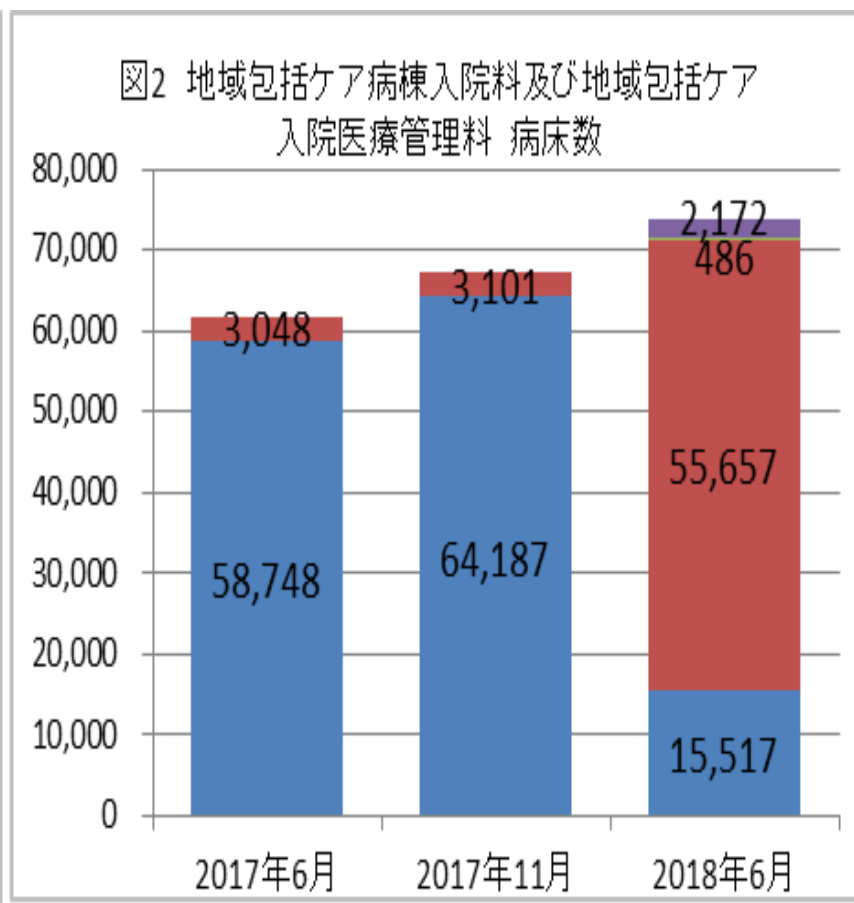
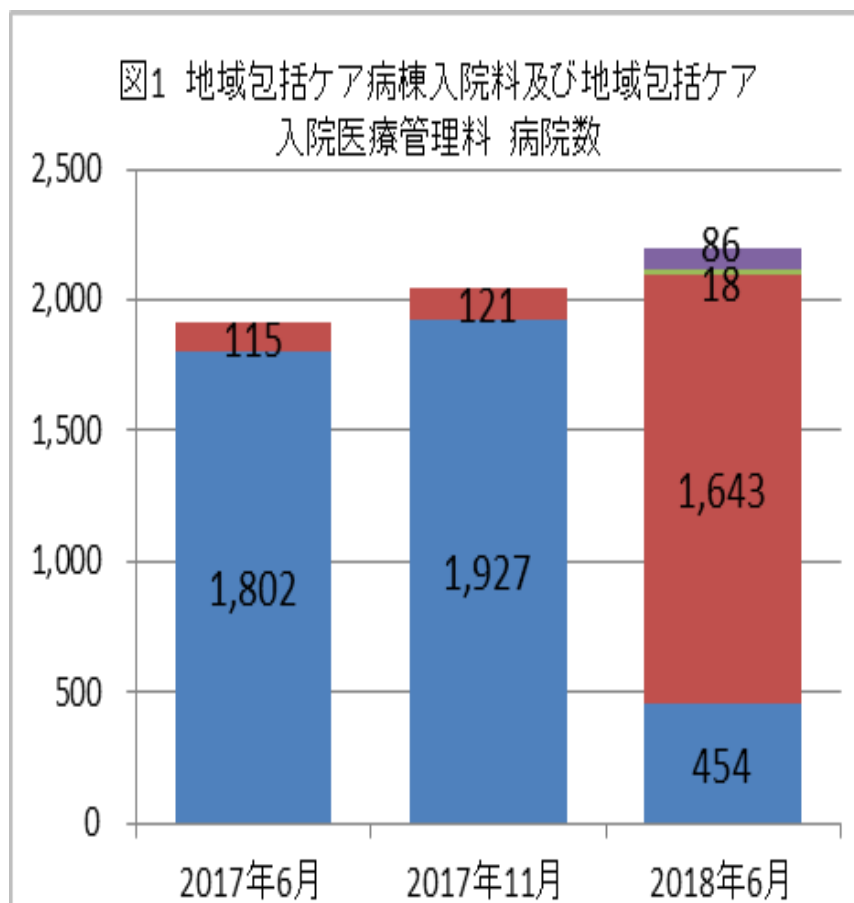


地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟

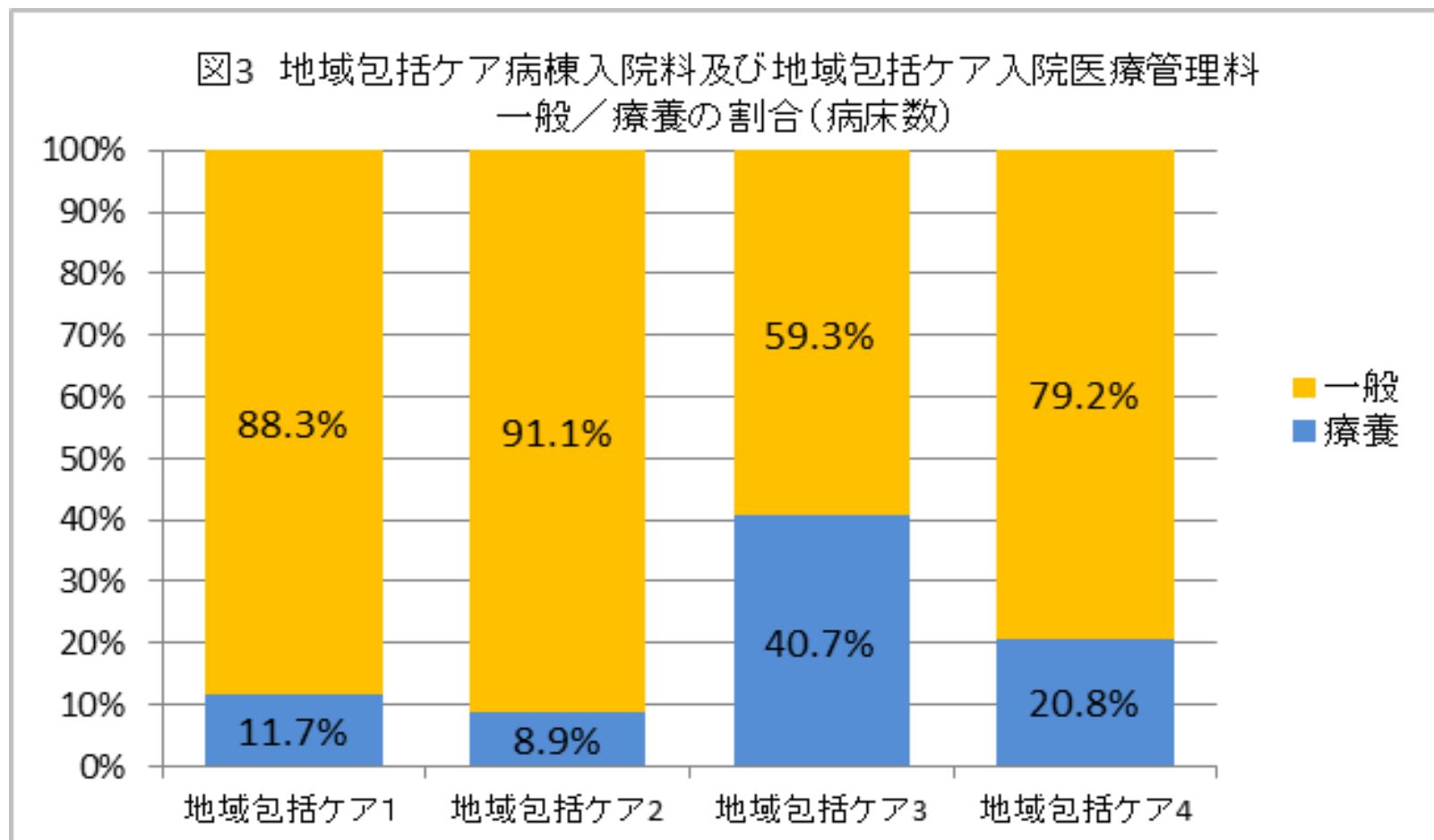
2191病院、73,832 床（2018年6月）



■ 地域包括ケア1
 ■ 地域包括ケア2
 ■ 地域包括ケア3
 ■ 地域包括ケア4
 （日本アルトマーク調べ）

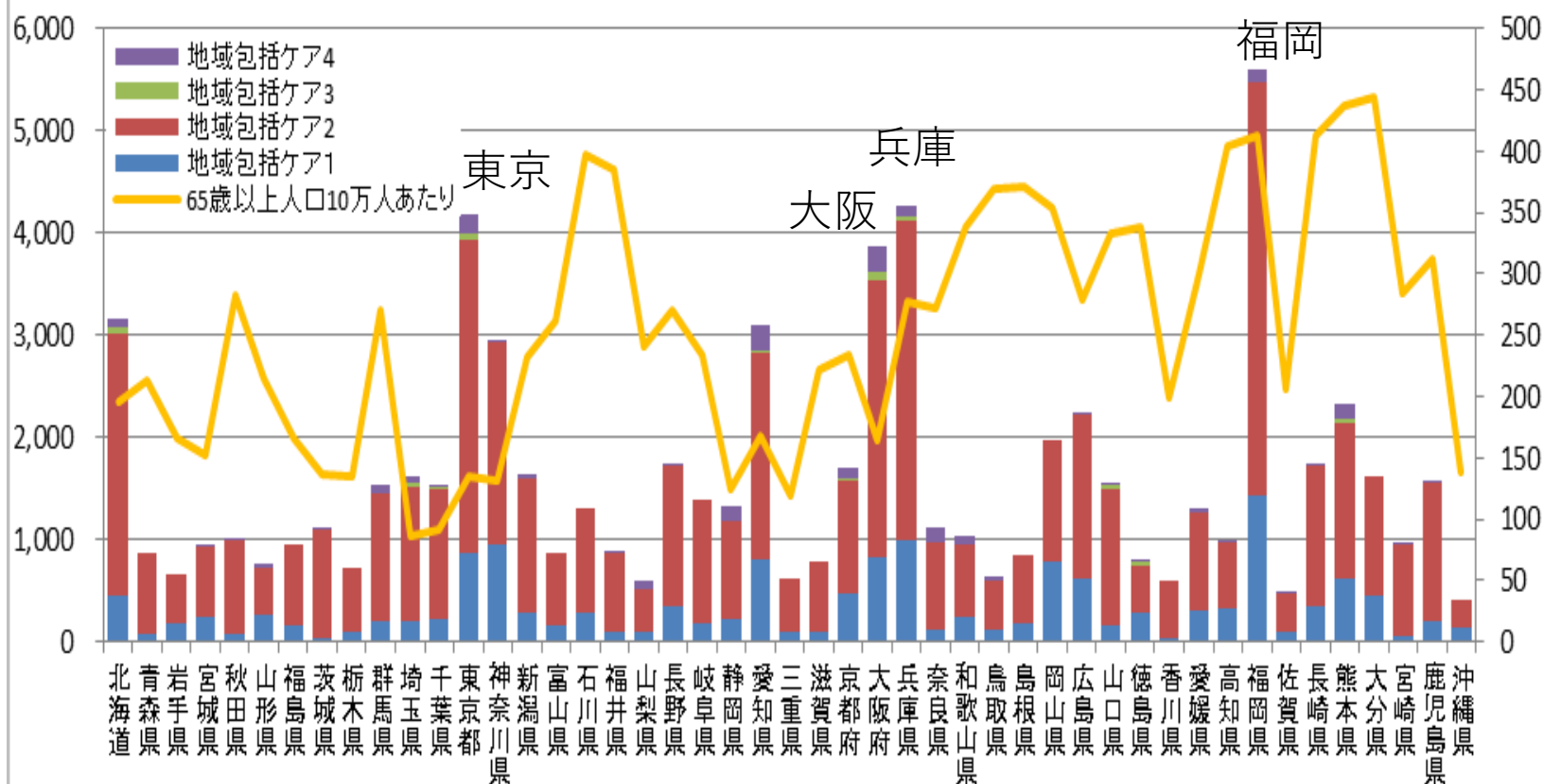
地域包括ケア病棟

一般病床からの転換9割、療養からの転嫁1割



都道府県別地域包括ケア病棟

図4 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料 都道府県別病床数



地域包括ケア病棟ウェブセミナー (2019年1月21日)

Live Symposium
病院経営

療養病床から60床の
地ケア病棟への転換で、
入院単価
680点アップ

一般病床49床を地
ケア病棟に転換、近
隣の病院との連携協
定でポストアキュート
の受け入れ

BRIDGE
Bright Days Together

演者
医療法人十善会 野瀬病院 病院長
野瀬 範久 先生

演者
独立行政法人
地域医療機能推進機構 (JCHO)
東京高輪病院 病院長
木村 健二郎 先生

座長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤 正樹 先生

野瀬病院 (神戸)
(90床)
野瀬範久院長

JCHO東京高輪病院
(239床)
木村健二郎院長

国際医療福祉大学
武藤正樹

回復期リハビリテーション



2017年10月25日 中医協

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

実績指数 =
$$\frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

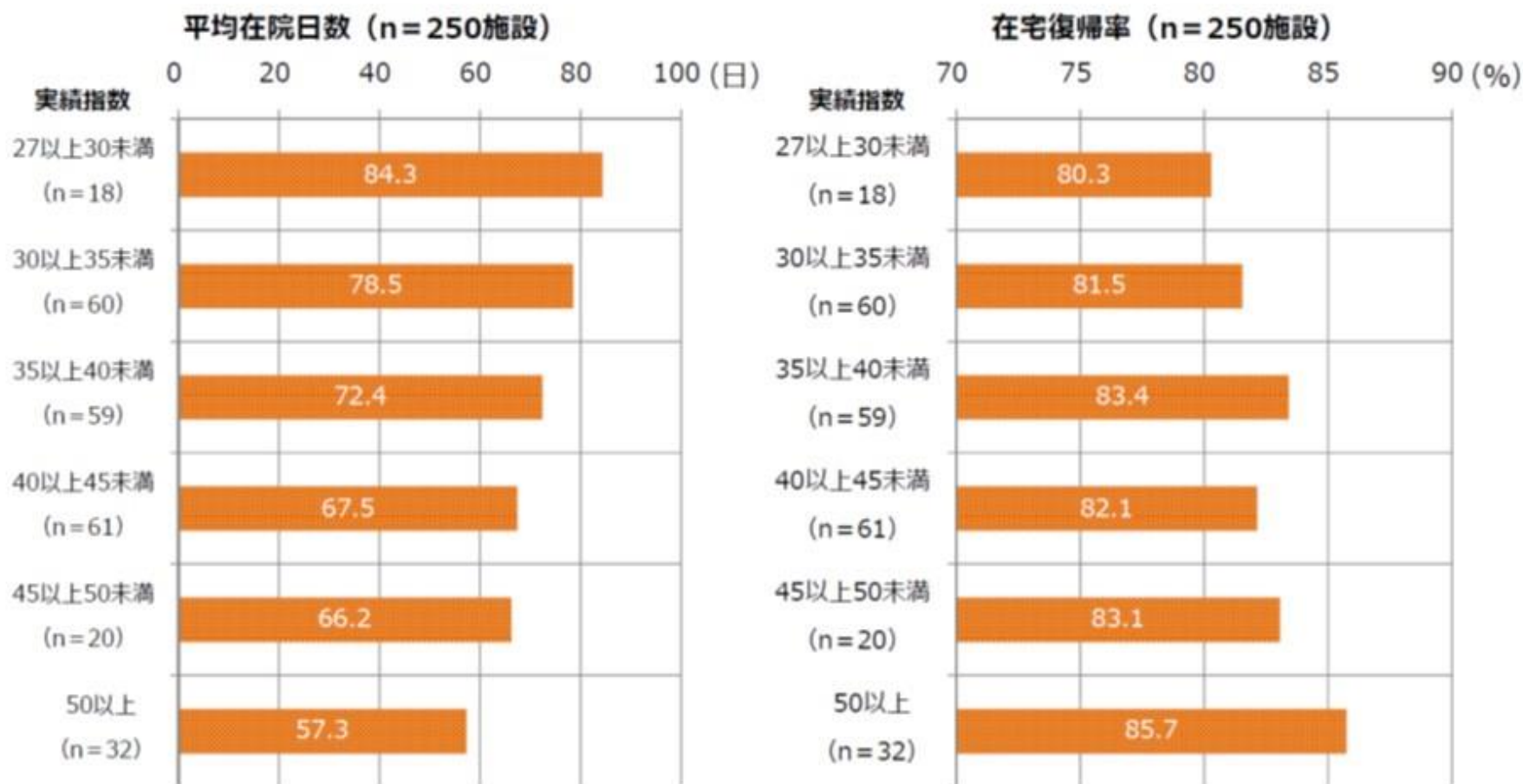
（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

27未満が連続するとペナルティの対象に！

回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。

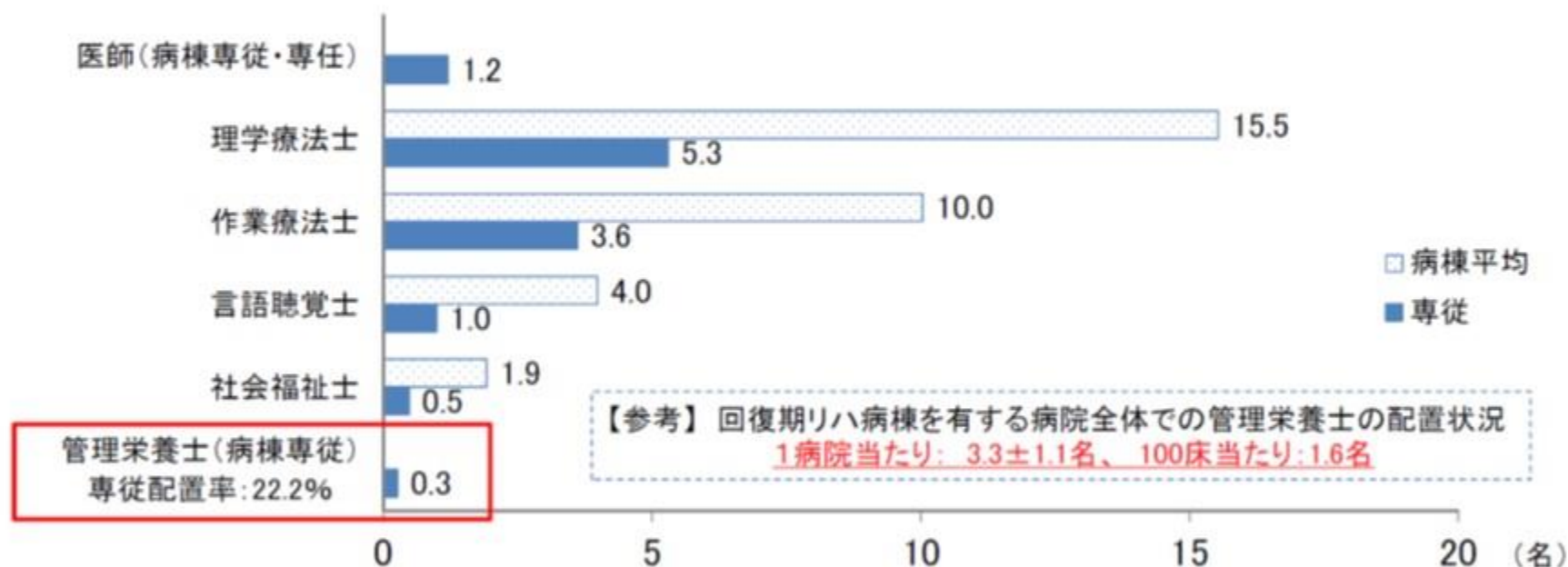


※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値

回復期リハビリテーション病棟における職員配置の状況

- 回復期リハビリテーション病棟（調査対象：1,058病棟）の職員配置数をみると、管理栄養士の平均配置数は1病棟当たり0.3名であった。病院全体の配置数でみると、1病院当たり3.3名（100床当たり1.6名）であった。
- 回復期リハビリテーション病棟のうち、管理栄養士を専従で配置している病棟は22.2%であった。



値は平成28年9月1日時点の常勤換算数; 同時点での回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数: 45.8±9.5床

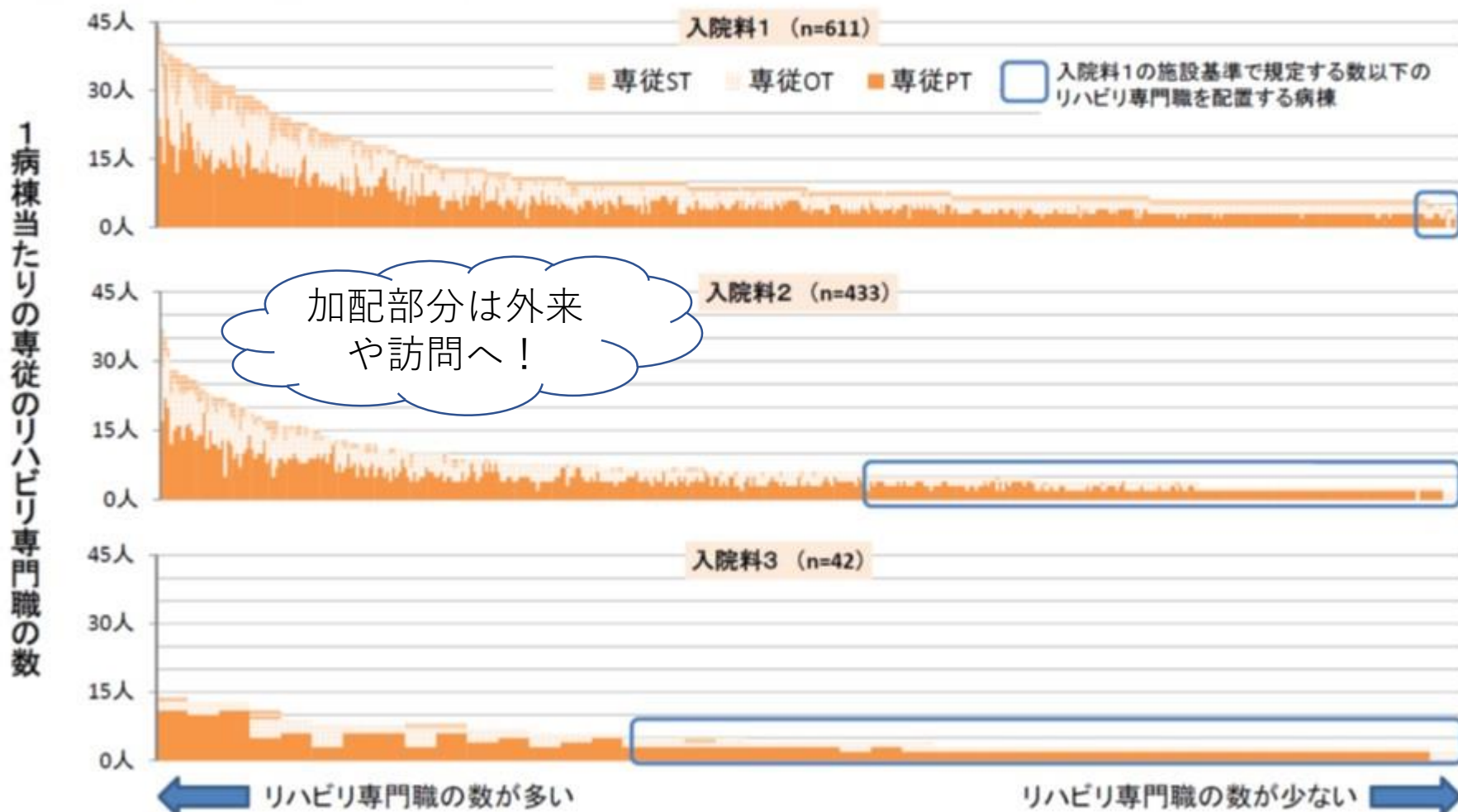
※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

図 回復期リハ病棟における主な人員配置(看護師を除く)の状況

出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

回復期リハビリテーション病棟における専従のリハビリ専門職の配置状況②

- 入院料2や3であっても、一定割合の病棟は、入院料1の施設基準で規定する数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し(案)】

【実績部分】

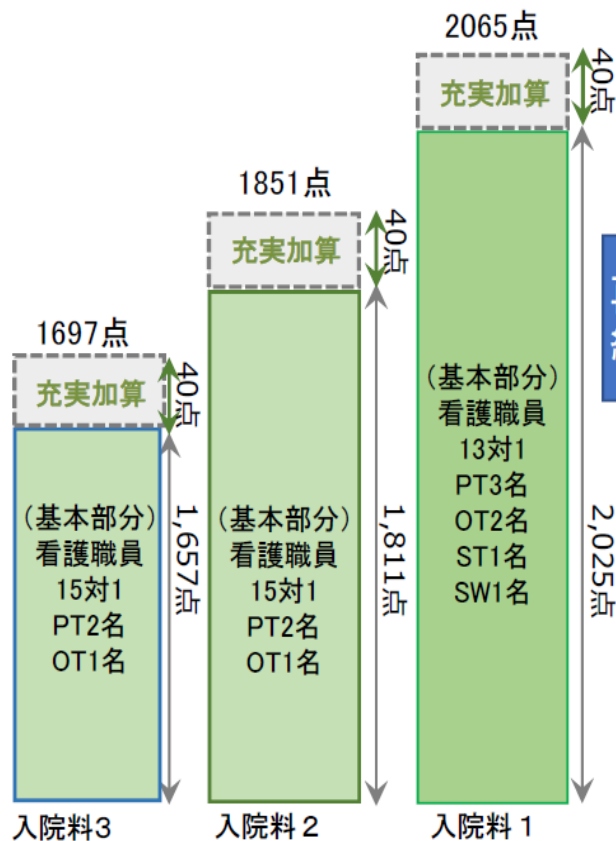
現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーションの実績指数を用いる
(1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

【入院料2相当の実績】

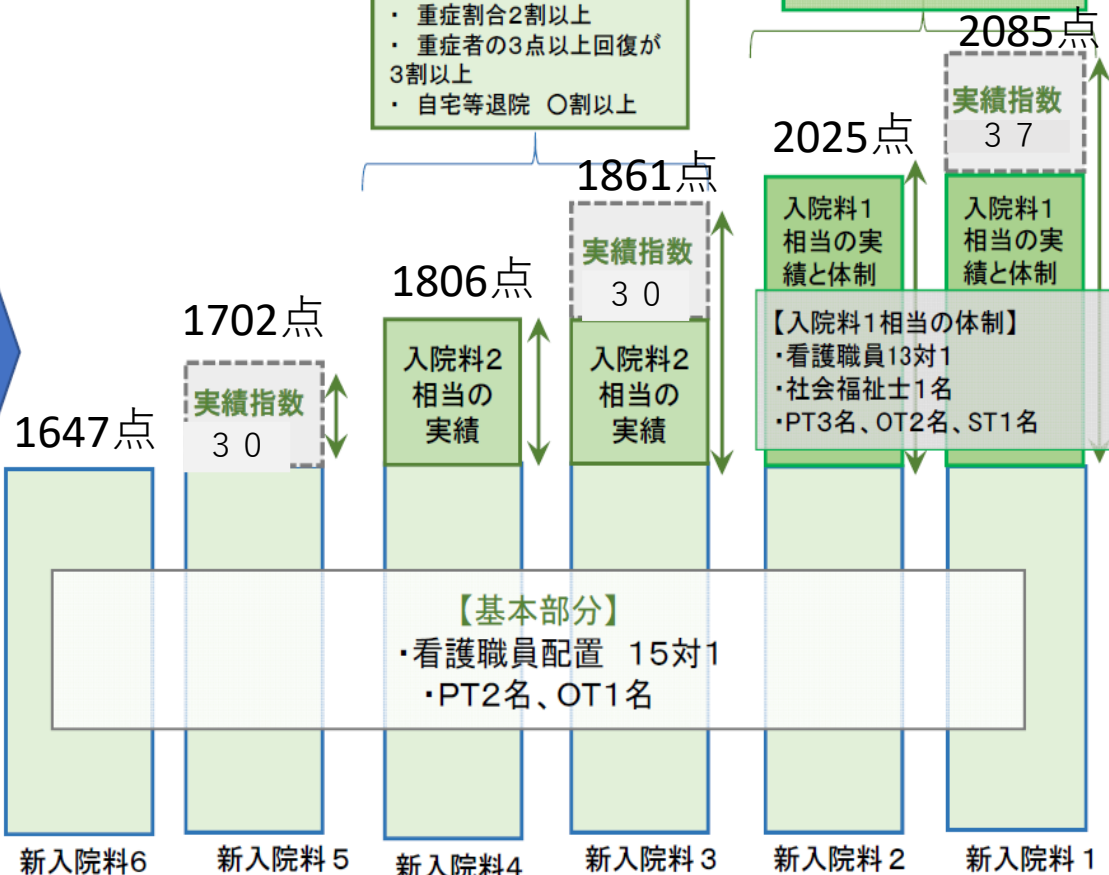
- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 ○割以上

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 ○割以上



回復期リハビリテーション病棟入院料



8 (新)回復期リハビリテーション病棟入院料

FIMを上げるには？

排泄リハ・嚥下リハに着目！

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

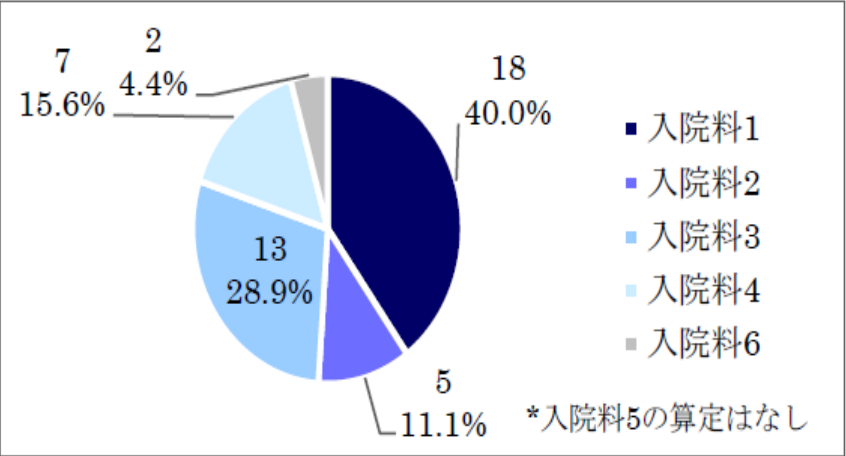
- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計14～2点		計21～3点		
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

回復期リハビリテーション病棟

(図表 27) 入院料の算定状況 (n=45)

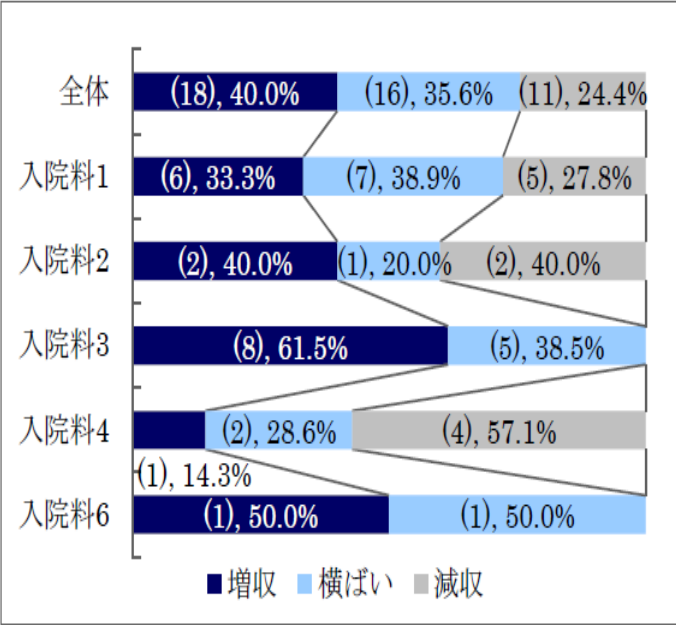


(図表 28) 改定前後の算定入院料の状況 (n=45)

改定後	改定前 (回復期リハビリテーション病棟入院料)			
	入院料 1	入院料 2	入院料 3	その他
入院料 1	17	1	-	-
入院料 2	4	1	-	-
入院料 3	-	13	-	-
入院料 4	-	5	1	1
入院料 6	-	-	2	-

独立行政法人福祉医療機構
2018年7月調査
183病院

(図表 29) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=45)



パート 2

退院支援から 入退院支援へ



2016年診療報酬改定と 退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

ストラクチャー
ではなく、アウト
カムを評価すべき

地域連携パスは使われい
ないので、退院調整加算に
整理しては？

退院支援の専従者
などの配置が
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 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、保険医療機関における退院支援の積極的な取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。

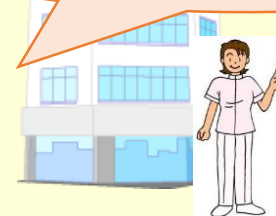
(新) 退院支援加算 1

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

「退院支援加算」が
新設された



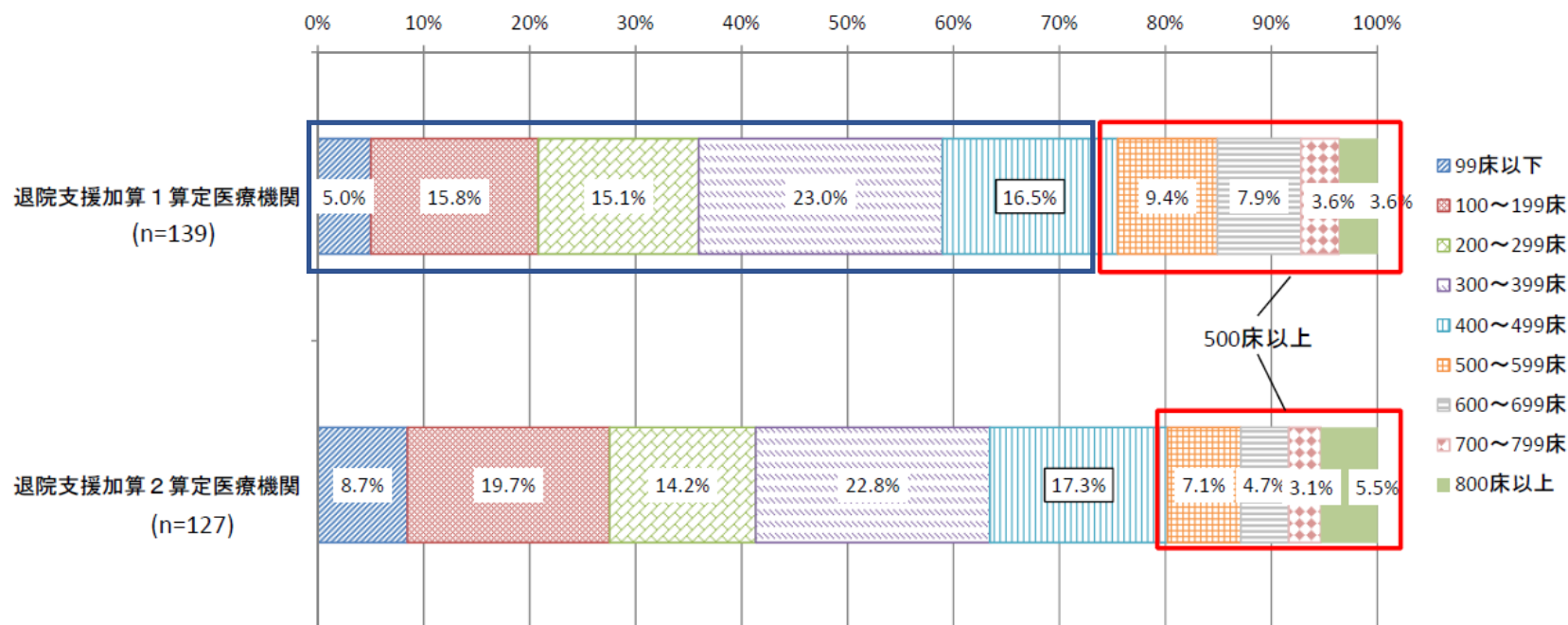
[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内に</u> 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日以内に</u> 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日以内に</u> 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>	—

退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布

- 退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の状況をみると、加算2を算定している医療機関に比べ加算1を算定している医療機関の方が、500床以上の占める割合が大きい。

＜退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布＞



退院支援加算1を取得しているのは500床以上は3割

2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

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

退院支援から
入退院支援
へ！

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

病気になったら…
医療

病院：
急性期、回復期、慢性期

日常の医療：
・かかりつけ医、有休診療所
・地域の連携病院
・歯科医療、薬局

・地域包括支援センター
・ケアマネジャー

通院・入院

通所・入所

住まい

・自宅
・サービス付き高齢者向け住宅等

いつまでも元気に暮らすために…
生活支援・介護予防

介護が必要になったら…
介護

■介護予防サービス

地域包括ケアシステムの姿

日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（**331**床）
 - **2016**年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

群馬中央病院の 入退院支援センター

- JCHO群馬中央病院（333床）
 - 2016年に入退院支援センターの運用を開始した。
 - 体制は看護師5名、クラーク1名の専従として、予定入院患者に対して入退院に係る薬剤部、医事課、栄養、MSW,リハビリ、歯科と協同して患者の入退院に係る説明を行った
 - これにより患者からは「医療費のことが心配だったけど安心した」「詳しく説明してもらってありがたい」と意見が聞かれた
 - また病棟、外来スタッフからは「書類の記入や基礎情報が入力してあるので助かっている」など院内連携にも役立っているとのことだ

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援
に対する評価の新設

・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指
導料の見直し

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等

《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する

≪許可病床数200床以上≫

- ・ 専従の看護師が1名以上 又は
- ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上

≪許可病床数200床未満≫

- ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。

- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

【新設】入院時支援加算 | 200点 (退院時1回)

新設！

算定対象

- ・ 自宅等（転院する患者以外）から入院する**予定入院患者**
- ・ 入退院支援加算を算定する患者

支援内容

入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた**患者情報の把握**
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ **栄養状態の評価**
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

① 総合評価加算（CGA加算）

入院センター提出用

(1) 高齢者総合評価 入院時スクリーニング

入院時年齢		歳
平成	年	月 日
A・B棟		階 南・北
担当医師氏名:		
記載看護師名:		

看護師記入欄

身体機能	移動	☐ 介助必要
	セルフケア	☐ 介助必要
	視力	☐ 介助必要
	聴力	☐ 介助必要
生活機能	服薬管理	☐ 介助必要
	電話の利用	☐ 介助必要
	交通機関の利用	☐ 介助必要
	お金の管理	☐ 介助必要
	食事の準備	☐ 介助必要
精神機能	認知機能	☐ 介助必要
	気分・意欲	☐ 介助必要

↓ * 1項目以上にチェックが入った場合は、医師が記載

退院後に介護を含めどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療が必要であり、生活に影響する身体機能や精神機能などについて総合的に評価を行う必要が...

☐ ない ☐ ある → 高齢者総合機能評価を施行して下さい。

認知機能の評価 * 患者さんに問診するより、看護師の客観的な評価を重視して下さい。 ...例えば、服薬を本人管理で任せられるかは判断基準の一つになります 記憶力の低下 説明したことを覚えていない、さかしものが多い 自分の病歴やなぜ入院したのかを覚えていない 見当識の低下 ここがどこかわからない、今年が何年かわからない 通にまよう、検査に1人で行けない 理解力・判断力の低下 誤った方法で対応する 機器の使い方がわからない	気分・意欲の評価 * 客観的な評価が難しい場合は、以下問診するとよい。 気分:うつ・不安 ・1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？ ・ほとんどのことに興味がなくなっていたり、 今まで楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？ ・さまざまな事柄に関して、過剰に不安となったり、 起こりそうもないことを心配していますか？ 意欲低下:同じことも含む ・挨拶をしない ・食事や排泄、リハビリに関心がない ・週に1回も外出していない ・外出頻度が減っている
---	--

A病院 高齢者総合評価加算様式1

(4) 高齢者総合評価加算 算定通知書

診療科	科
平成	年 月 日
病棟 階	
主治医氏名	
主治医以外の 担当者氏名	

(連絡先PHS:)

医事課入院会計担当 御中

当該患者において、下記後期高齢者総合評価を実施いたしましたので、診療報酬の請求を行ってください。

高齢者総合評価加算 算定基準(〇〇病院△△科)

- ☐ 介護保険法第2条規定特定疾患を有する40歳以上65歳未満
- ☐ 年齢 65歳以上
- ☐ 機能評価測定: Barthel index
- ☐ 機能評価測定: MMSE または HDS-R
- ☐ 機能評価測定: GDS または Vitality index
- ☐ 測定結果に基づく評価: 老年病専門医による
- ☐ 高齢者総合評価の結果: 患者・家族に説明
- ☐ 高齢者総合評価の結果: 入院診療録に保存
- ☐ 高齢者総合評価の結果: 外来診療録に保存

* 総合評価を行ったら、すみやかに「入院センター」行きのメッセージャーファイルにいれ学内便で送付してください。

- 介護保険特定疾病
1. がん(がんは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した、いわゆる「末期がん」に限られる。)
 2. 慢性関節リウマチ
 3. 筋萎縮性側索硬化症
 4. 後縦靭帯骨化症
 5. 骨折を伴う骨粗鬆症
 6. 初老期における認知症
 7. 進行性上性腺腫、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
 8. 腎臓小脳変性症
 9. 脊柱変形症
 10. 早老症
 11. 多系統萎縮症
 12. 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症及び糖尿病性神経障害
 13. 脳血管疾患
 14. 閉塞性動脈硬化症
 15. 慢性閉塞性肺疾患
 16. 両側の関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

A病院 高齢者総合評価加算様式3

②

入院中の患者に対する褥瘡対策①

入院中の新たな褥瘡発生の予防

- 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキナーケア」を加える。

褥瘡対策に関する 診療計画書	危険因子の評価	日常生活自立度
		・基本的動作能力
		・病的骨突出
		・関節拘縮
		・栄養状態低下
		・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
		・浮腫(局所以外の部位)

➡

危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・皮膚の脆弱性(浮腫)
	・ <u>皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)</u>



医療用テープを剥がしたときに発生したスキナーケア

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの」を追加する。

③ 栄養食事指導料（指導に対する加算）

対象

1. 厚生労働大臣が定める**特別食**を必要とする患者
2. **がん患者**
3. **摂食機能**もしくは**嚥下機能が低下**した患者
4. **低栄養状態**にある患者

算定要件

医師の指示に基づき**管理栄養士**が栄養指導を行った場合に算定できる。

④持参薬の確認

持参薬確認と適切な薬物治療の実現

持参薬確認の目的

入院時に持参薬を確認する目的は、適切に服薬が出来ていたかを検証するため

医療機関から発行された全ての処方内容の把握

「適切に服用できていたか」を確認するためには、医療機関から発行された全ての処方内容を把握した上で、持参したお薬と確認する

適切な薬物治療の実現のための実施事項

- 副作用の早期発見と対応
- 高齢者の薬物代謝機能の低下に配慮した投与量の設定
- 多剤投与に伴う相互作用等の処方鑑査

⑦ 退院支援加算～退院困難な要因

<退院支援加算1, 2の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
(必要と推測されること。)
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

<退院支援加算3の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1,500g未満
- エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
- オ その他、生命に関わる重篤な状態

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行
【退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因 ア～ウ（略） エ、オ（略） カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと キ～ケ（略）



改定後
【入退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因 ア～ウ（略） <u>エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること</u> <u>オ 生活困窮者であること</u> カ、キ（略） ク 同居者の有無に関わらず、必要な <u>養育又は</u> 介護を十分に提供できない状況にないこと ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行
【退院支援加算1】【施設基準】 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数



改定後
【入退院支援加算1】【施設基準】 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と <u>過去1年間の相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数</u> が、①、②及び③の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数 ③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（ <u>小児入院医療管理料を算定する病床に限る</u> ）に0.05を乗じた数

（新） 小児加算 200点（退院時1回）

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。

入退院支援加算、 入院時支援加算調査

1331病院より208病院（回答率13.7%）

2018年7月

独立行政法人福祉医療機構調査

<入退院支援加算 1>*

	算定している		算定していない	
入院料 1 (n=21)	17	81.0%	4	19.0%
入院料 4 (n=16)	4	25.0%	12	75.0%
入院料 5 (n=17)	9	52.9%	8	47.1%
入院料 6 (n=13)	6	46.2%	7	53.8%
入院料 7 (n=3)	-	0.0%	3	100.0%
全体	36	51.4%	34	48.6%

*エラー回答は除外している

- 入退院支援加算 1 を算定しない理由について、もっとも当てはまるもの (n=34)

	病院数	割合
入退院支援および地域連携業務を担う部門を設置していない	1	2.9%
入退院支援および地域連携業務を担う部門は設置しているが、必要な職員を配置していない	20	58.8%
関係機関との連携体制が確立していない	1	2.9%
介護支援等連携指導料の要件を満たしていない	1	2.9%
手間に比べて点数が割に合わない	4	11.8%
近いうちに算定する予定	4	11.8%
その他	3	8.8%

10. 入退院支援に関する加算等

<入院時支援加算>

	算定している		算定していない	
入院料 1 (n=21)	12	57.1%	9	42.9%
入院料 4 (n=16)	1	6.3%	15	93.8%
入院料 5 (n=17)	8	47.1%	9	52.9%
入院料 6 (n=13)	4	30.8%	9	69.2%
入院料 7 (n=3)	-	0.0%	3	100.0%
全体	25	35.7%	45	64.3%

*エラー回答は除外している

- 入院時支援加算を算定しない理由について、もっとも当てはまるもの (n=45)

	病院数	割合
入退院支援加算を算定していない	6	13.3%
施設基準を満たすのに必要な人員を配置していない	26	57.8%
手間に比べて点数が割に合わない	4	8.9%
近いうちに算定する予定	7	15.6%
その他	2	4.4%

<退院時共同指導料 2>



入院サポートセンター導入により期待できること

病院全体・マネジメント	経済面 収入増/コスト削減		・検査不足、内服薬休止忘れによる手術中止なし ・病棟負担減により日曜入院可能、どの病棟でも受け入れ可能で稼働アップ ・持参薬と術前検査外来化によるコスト削減、外来収益増 ・費用や各種制度説明により、未収金減少
	リスク管理		・十分な説明が可能、必要に応じて他の職種への介入 ・必要な検査が漏れなくできる(外科医視点、麻酔管理上の両面)
現場オペレーション	業務負担 軽減	主治医	・必要検査のチェックのみで済む ・手術説明は最低限
		麻酔科医	・データがそろった時点でまとめてチェックできる ・オペ室管理の空いた時間に麻酔科外来
		外来 ナース	・外来診療のサポートに専念
		病棟 ナース	・入院前に病歴聴取済み、手術説明済み、同意書済み ・オペ出しするのみ
患者視点	患者満足		・担当看護師制により、手厚いケア、手術に向けた心の準備ができる ・手術・入院の説明を丁寧にしてもらえる、聞きたいことを聞ける (手術についての不安、経済的不安等)

入院時支援加算でチェックすべき関連報酬項目

Q1：手術症例か？

Q1-1：全身麻酔（+α）⇒肺血栓塞栓症予防管理料，褥瘡ハイリスク患者ケア加算，周術期口腔機能管理料関連

Q1-2：リンパ廓清⇒リンパ浮腫指導管理料

Q1-3：ストマ造設⇒人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

Q2：がん症例か？

がん患者指導管理料，緩和ケア診療加算，入院栄養食事指導料

Q3：既往等は？

Q3-1：特別食加算対応患者⇒特別食加算，入院栄養食事指導料

Q3-2：認知機能⇒認知症ケア加算

Q3-3：褥瘡危険因子⇒褥瘡ハイリスク患者ケア加算

Q3-4：重度心不全⇒緩和ケア診療加算

Q4：ADLは？

Q4-1：嚥下機能⇒摂食機能療法

Q4-2：リハ計画⇒リハビリテーション総合計画評価料，リハビリテーション，退院時リハビリテーション指導料

Q5：CGAは？

総合評価加算，入退院支援加算，退院前訪問指導料，退院後訪問指導料

Q6：ケアプランあり？

介護支援等連携指導料，退院時共同指導料

共通：情報共有！

診療情報提供料（I）（+検査等…添付加算，+訪問情報…療養情報提供加算，+歯科情報…診療情報関連共有料），リハビリテーション総合計画提供料（対介護，それ以外），（連携パス）地域連携診療計画加算

パート 3

PFMと病院マネジメント

Patient Flow Management

PFMとは？

（Patient Flow Management）

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- **PFM**は日本では**1999**年、東海大学医学部付属病院から始まった。

PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
--	------	----------------	------	------

業務

患者受付
科別振分

入院前
患者情報収集

ベッドコントロール

退院調整

部署

地域連携室
(事務)

病棟 (看護師)
地域連携室(MSW)

看護部

患者サポートセンター
(看護師・MSW)

PFMセンターが横断管理！

東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授
田中豊氏（当時）が1997年より
PMFを始めた



PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に東海大学に入院未収金のおよび社会的入院患者対策を検討して、いながら、東海大学に入院未収金のおよび社会的入院患者対策を検討して、豊田が、東海大学に入院未収金のおよび社会的入院患者対策を検討して、把握できることには気がついた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営のノウハウを全面的に機能的に蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFM
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能は、①外来初診患者の受診、②PFM看護師のサポートによる医療者連携、③予定入院患者の申し込み時のPFM看護師による患者の受診、④病棟管理（ベッドコントロール）である。
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

PFMを取り入れた病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)

3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年の PFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

佐久総合病院はまず術前検査センターとして2007年に導入

- 術前検査センター

- 日帰り手術センターに併設
- 術前の説明
- 術前検査予約
- 術前麻酔チェック



依田師長と西澤診療部長

- 西沢診療部長

- 「検査の予約や患者への説明などは、センターの看護師が行う。そのおかげで、医師は手術に集中できる。07年に、まず胃癌の切除など定型的な手術から導入を始めたが、医師の評判が良く、外科以外の診療科にも広がりつつある」

術前検査センター

- 業務内容
 - 患者への手術、検査、入院に至るまでの説明
 - 手術前の検査の日程調整と予約
 - 麻酔科診察までのデータ収集
 - 検査結果、内服薬情報、麻酔問診、歯科問診
 - 麻酔医による術前評価
 - 主治医への報告

術前検査センターの成果

- 休薬ミスによる手術キャンセルがゼロになる
- 検査異常値の早期評価で術前の追加検査が可能
- ケースワーカーの入院前介入により高額医療費の入院前医療費の請求が可能
- 術前準備がすべて完了しているので日曜入院・月曜手術が可能となった
- 手術前期間の短縮につながった

上都賀総合病院 (352床、栃木県鹿沼市) のPFM



患者の転院先が決まらず、在院日数が延長していた。そのため**2012年**に患者支援センターを立ち上げた結果は在院日数**2.2日**減少、病床稼働率は**5.2ポイントアップ**になった

退院調整の必要性を必要、不要、保留にわけて後追い（フォロー）する

調整
題が
いに
てき

主任看護師
神山はるか氏

斎藤由利子
患者支援センター長

退院支援専従看護師
飯野直子氏

ソーシャルワーカー
福田雄大氏

最近では退院後の在宅療養支援のフォローも行っている。



その他 NS : 3人、事務 : 6人、MSW : 4人

- ✓ 飯野師長が各病棟担当の専任NSを指導・統括
- ✓ 専任NSが病棟NSと詳細事項を調整



ポイントは
ターゲットを
決めてフォ
ローすること

各病棟NS

スクリーニング

入院時退院支援
カンファレンス

退院調整
カンファレンス

拡大カンファレンス

■ 入院時退院支援カンファレンス

- ・ 7日以内に多職種とのカンファレンス
- ・ 患者支援センターのメンバーが、病棟師長・主任が実施したアセスメントを支援。

→介入対象者・不要者・保留を区分

■ 退院調整カンファレンス

- ・ 退院及び転棟等の意思決定を実施するカンファレンス

■ 拡大カンファレンス

- ・ 在宅支援者を交えた退院支援のカンファレンス

PFM導入の成果（ある300床病院）

新入院患者数 **26%増**

救急搬送件数 **19%増**

平均在院日数 **4.6日短縮**

救急搬送件数
（手術あり） **88%増**

手術件数 **68%増**

医業収益 **21%増**



16億円超の増収により念願の黒字化を達成

今日のまとめ

- ・ 診療報酬改定では7対1の今後と地域包括ケア病棟に注
- ・ 介護報酬改定では介護医療院への転換がポイント
- ・ 入退院支援加算、入院時支援加算はPFMの考えに基づい
- ・ PFMで病院マネジメントを変えよう！

医療と介護のクロスロード to 2025

- 本年2月緊急出版！
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から
2018年2月出版
本体価格 1,500円 + 税



“脱病院”で始まる 地域医療福祉入門



- 超わかる地域医療福祉入門本・・・
- 武藤正樹著
 - ぱる出版
 - 税込み 2 7 0 0 円
 - 2 0 1 9 年 1 月 9 日 発刊

ご清聴ありがとうございました



フェイス
ブックで
「お友達募
集」をして
います

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開し
ております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
mutoma@iuhw.ac.jp