

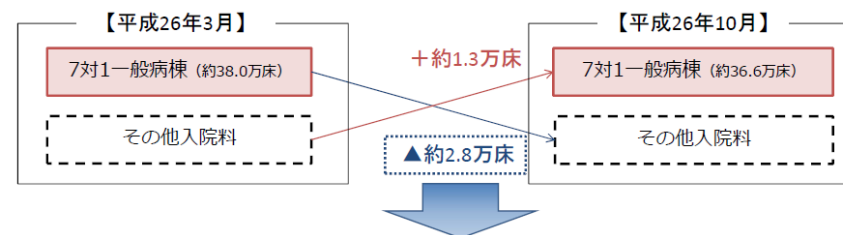
診療報酬改定の方角性と 病床再編の行方

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所
所長 中 林 梓

1

7対1一般病棟入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年度診療報酬改定後、7対1一般病棟入院基本料から他の入院料へ移行した病床数は約2.8万床であった。
- 7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料の届出病床数の増加がみられた。



【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

	平成26年3月 (病床数;千床)	平成26年10月 (病床数;千床)	増加した 病床数 (千床)	増加した届出 医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16	16	約170か所
回復期リハビリテーション 病棟入院料1	2.2	3.5	1.3	約30か所
地域包括ケア病棟入院料1	—	6.5	6.5	約150か所

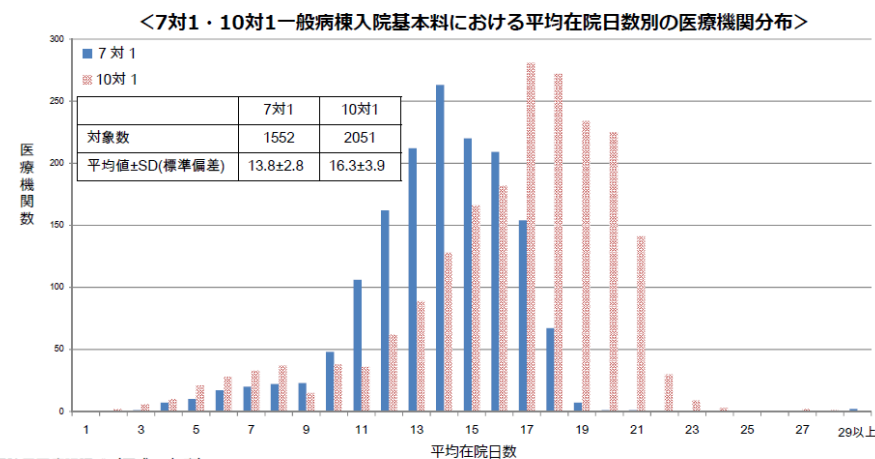
出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

2015.03.04 中医協総会 資料

27
2

一般病棟入院基本料届出医療機関における平均在院日数

- 7対1及び10対1一般病棟入院基本料の届出医療機関における平均在院日数は、それぞれ平均値が約13日及び約16日であり、標準偏差は2.8及び3.9日である。



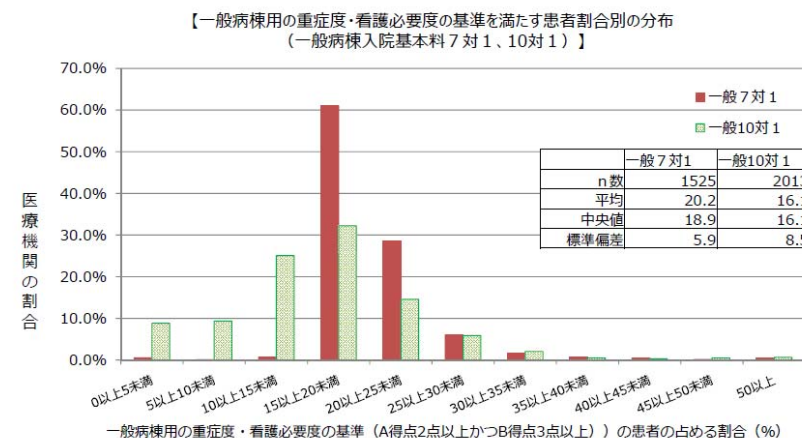
保険局医療課調べ（平成25年度）

2015.03.04 中医協総会 資料

31
3

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準該当患者割合別の医療機関の分布

- 重症度・看護必要度の高い患者の割合について、医療機関において一定のばらつきがみられる。また、ばらつきの幅は10対1一般病棟入院基本料の方が7対1一般病棟入院基本料よりも大きい。



平成26年度診療報酬改定前の基準に基づく平成25年7月現在の状況（保険局医療課調べ）

2015.03.04 中医協総会 資料

4

急性期医療についての課題と論点

- ・ 経年的に見ると、我が国の病床数は、緩やかに減少する傾向にあり、一般病床等の平均在院日数も、短縮する傾向にある。
- ・ 平成26年度診療報酬改定においては、特定除外制度の見直しや重症度・看護必要度の名称と項目内容の見直し、自宅等に退院した患者割合に関する基準の設定等が行われた。その後、7対1入院基本料を算定する病床はやや減少したが、依然として全ての種別の中で最も多い状態にある。
- ・ 急性期医療が提供されていることを評価する指標としては、平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」などが用いられている。こうした指標からみたと、医療機関の幅広い多様性がある。
- ・ 貴重な医療資源を有効に活用して、質の高い医療を確保するためには、急性期病床がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

【論点】

- 急性期病床の機能分化を進めるため、緊急性の高い患者や、高度な医療を要する患者の受け入れを評価するとともに、入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進を図る方策について、平成26年度改定の答申附帯意見も踏まえ、更に検討すべきではないか。

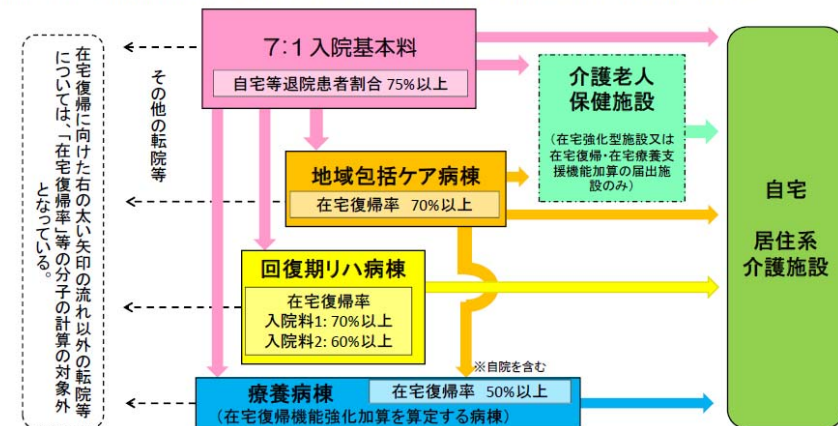
2015.03.04 中医協総会 資料

5

「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」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。

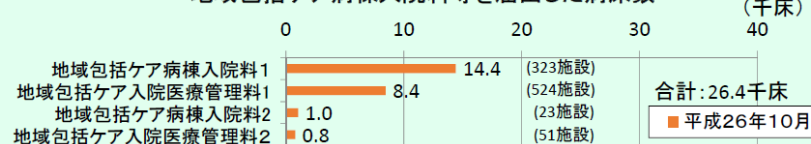


2015.03.04 中医協総会 資料

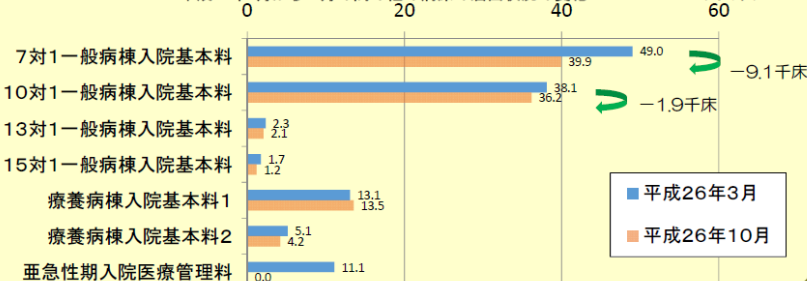
4
6

地域包括ケア病棟の届出状況①

地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における
平成26年3月から10月の間の他の病床の届出状況の変化



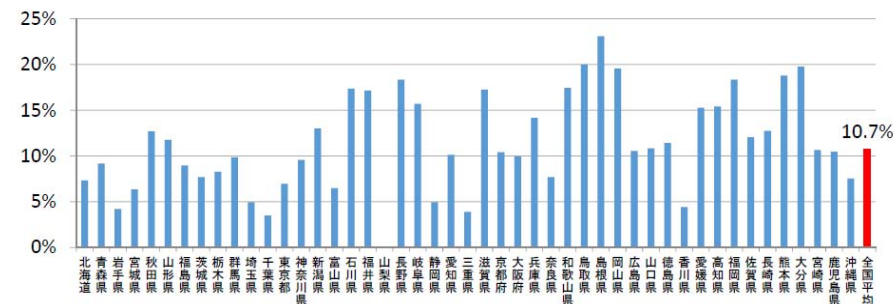
出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

2015.03.04 中医協総会 資料

45
7

地域包括ケア病棟の届出状況②

各都道府県の病院における
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た割合(※)



※各都道府県で地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た医療機関の数を、各都道府県の病院数（病床種別は問わない）で除したものの。

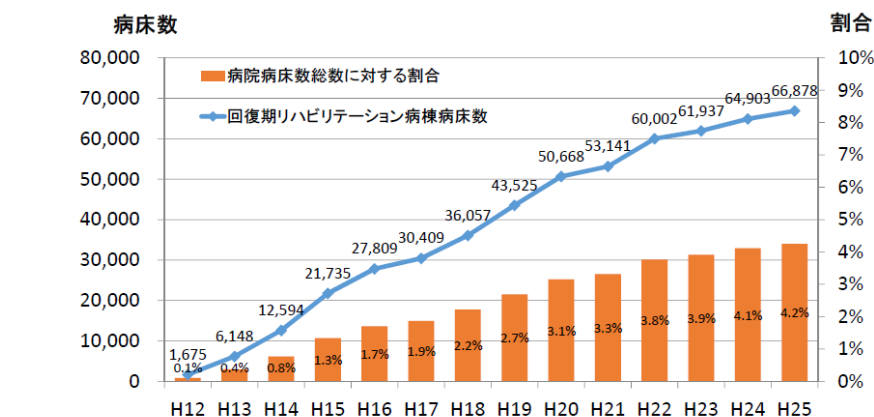
平成26年10月現在 医療課調べ

2015.03.04 中医協総会 資料

8

回復期リハビリテーション病棟の病床数

○ 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年で3倍以上に増加している。



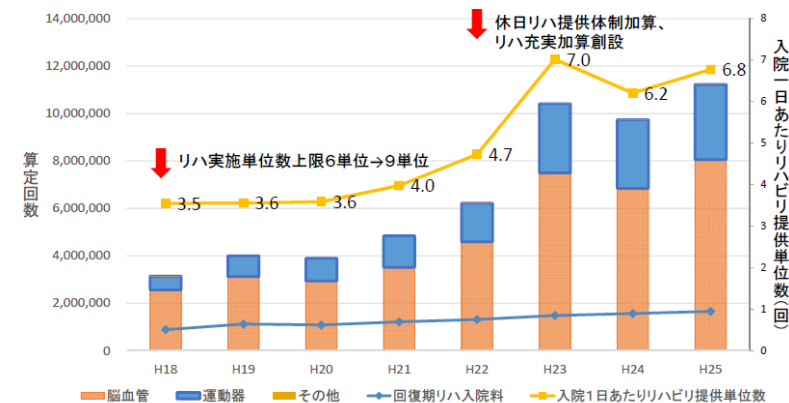
出典：平成12-25年7月1日現在施設基準届出状況
平成12-25年医療施設（動態）調査・病院報告

2015.03.04 中医協総会 資料

47
9

回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの提供単位数

○ 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は急激に増加している。



※便宜上、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している入院レセプトで算定されている疾患別リハビリテーションは、すべて回復期リハビリテーション病棟で実施されたものとして扱った。

出典：社会医療診療行為別調査特別集計

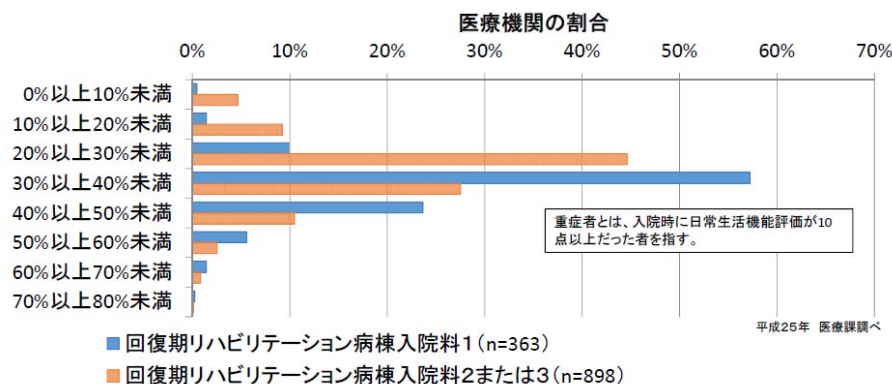
2015.03.04 中医協総会 資料

48
10

回復期リハビリテーション病棟の患者像

○ 回復期リハビリテーション病棟における入院患者の入院時のADLは、医療機関間で大きな多様性がある。

入院患者における重症者割合別医療機関分布



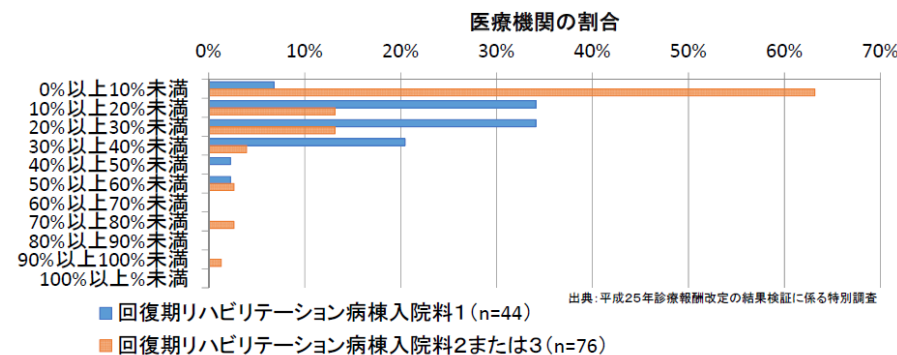
2015.03.04 中医協総会 資料

4
11

回復期リハビリテーション病棟の患者像

○ 回復期リハビリテーション病棟における入院時に看護必要度A項目（改定前）が合計1点以上となる患者の割合には、医療機関間で多様性がある。

看護必要度A項目（改定前）合計が1点以上となる入院患者割合別医療機関分布



出典：平成25年診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

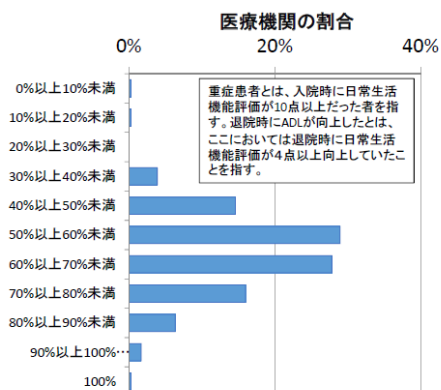
2015.03.04 中医協総会 資料

12

回復期リハビリテーション病棟におけるADLの向上

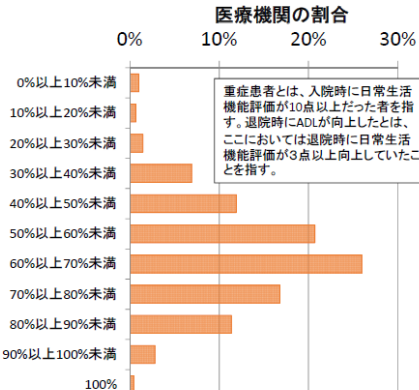
○ 回復期リハビリテーション病棟における入院中のADLの向上の度合いには、医療機関間で多様性がある。

重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別医療機関分布(回リハ1)



■ 回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=363)
平成25年 医療課調べ

重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別医療機関分布(回リハ2、3)



■ 回復期リハビリテーション病棟入院料2または3 (n=898)
平成25年 医療課調べ

2015.03.04 中医協総会 資料

13

地域包括ケア病棟・病床、回復期入院医療の課題

【課題】

- ・ 高齢化により、複数の傷病を有し、嚥下機能障害等を併発するなど、日常生活機能の低下した患者が多くなっており、在宅復帰を進めるためには、様々な心身機能への対応や、介護サービスなど社会資源の利用に関する調整が鍵を握っている。
- ・ 平成26年度診療報酬改定では、急性期治療を経過した患者や在宅療養を行う患者の受け入れ・患者の在宅復帰支援を行う機能を有する「地域包括ケア病棟」が創設され、その整備が進んでいる。また7:1入院基本料において自宅等退院患者割合、地域包括ケア病棟において在宅復帰率が定義され、急性期から回復期への移行の円滑化が図られている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟については、病床数やリハビリテーションの提供単位数が急激に伸びている一方、受け入れる患者像やリハビリテーションの効果については、医療機関の間で、大きな多様性も認められる。



- 平成26年度診療報酬改定の影響を分析しながら、地域包括ケア病棟をはじめとする地域包括ケア体制の強化のあり方や、円滑な医療連携を進めるための方策について、さらに検討を進めるべきではないか。
- 回復期リハビリテーション病棟の実情を踏まえつつ、その機能がいっそう適切に発揮されるための評価のあり方について、検討すべきではないか。

2015.03.04 中医協総会 資料

14

慢性期入院医療に係る診療報酬上の評価

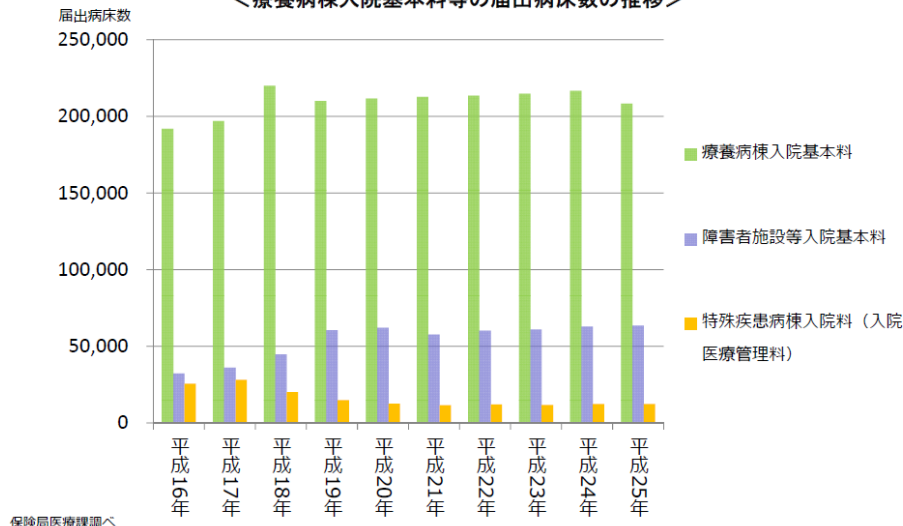
		障害者施設等入院基本料1		障害者施設等入院基本料2～4		特殊疾患病棟入院料1		特殊疾患病棟入院料2		特殊疾患入院医療管理料		療養病棟入院基本料1		療養病棟入院基本料2	
看護配置		7対1以上		10対1以上～15対1以上		20対1以上		—		20対1以上		20対1以上		25対1以上	
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)				—		医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—					
	患者像	—		重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上		脊椎損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上		重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上		脊椎損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上		医療区分2、3の患者が8割以上		—	
	看護要員	—		10対1以上				10対1以上(うち、看護職員5割以上)		10対1以上		看護補助者20対1以上		看護補助者25対1以上	
その他		一般病棟				一般又は精神病棟		一般病棟の病室		療養病棟					
		超重症、準超重症児(者)が3割以上				—				褥瘡の評価					
点数		1,566点		1,311点～965点		1,954点		1,581点		1,954点		1,769～782点		1,706～719点	
包括範囲		出来高				一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括						検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括			

2015.03.04 中医協総会 資料

15

慢性期入院医療に係る病床の届出数

＜療養病棟入院基本料等の届出病床数の推移＞



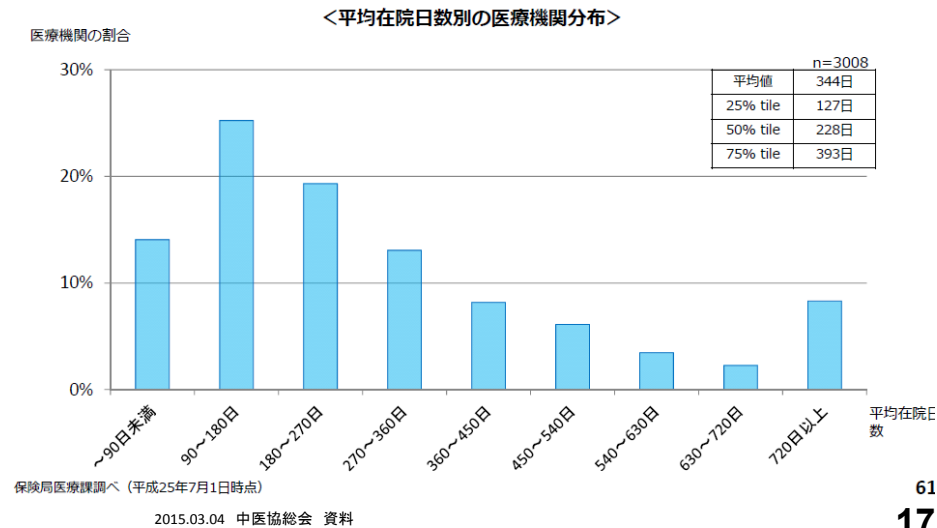
保険局医療課調べ

2015.03.04 中医協総会 資料

16

療養病棟における平均在院日数について

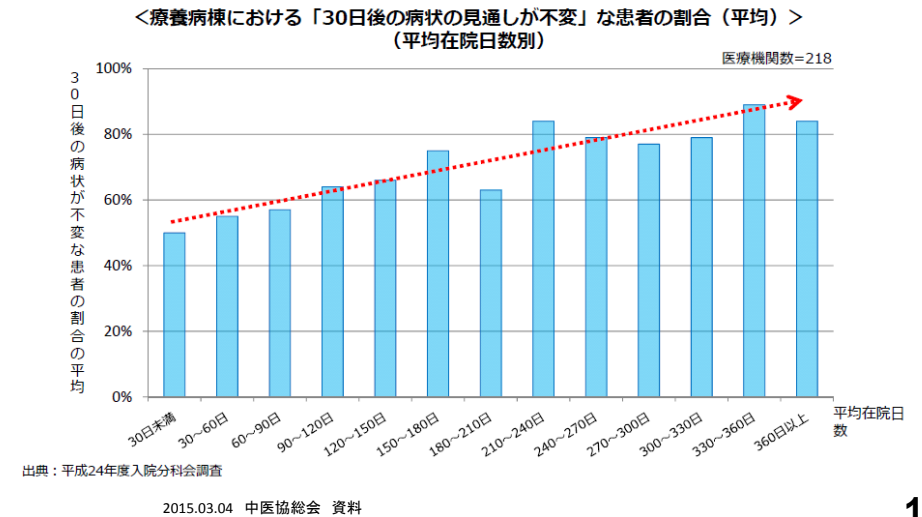
- 療養病棟における平均在院日数は、中央値が228日であり、右に裾野の長い分布を示している。



61
17

在院日数と病状の安定性について

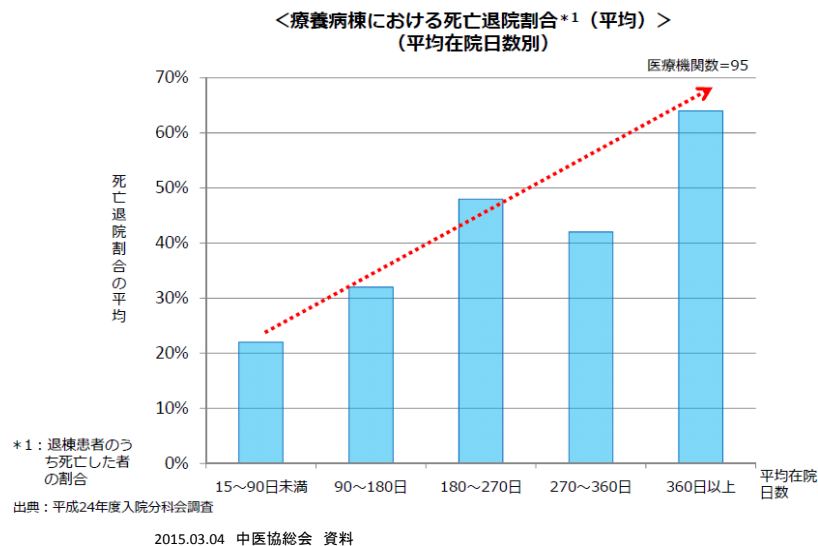
- 平均在院日数が長い場合ほど、「30日後の病状の見通しが不変」な患者の割合が大きくなる傾向にある。



62
18

在院日数別の退棟先について

- 平均在院日数が長い場合ほど、退棟患者に占める死亡退院の割合が大きくなる傾向にある。



63
19

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	【疾患・状態】 ・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 【医療処置】 ・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・胸腔腔洗浄 ・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を毎月確認）
医療区分2	【疾患・状態】 ・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） ・骨髄損傷（頸髄損傷）・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な慢性疼痛・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） 【医療処置】 ・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）	

2015.03.04 中医協総会 資料

65
20

介護療養型医療施設（基本サービス費の見直し）

【病院の場合】

介護療養施設サービス費（Ⅰ） 看護6:1、介護4:1					
区 分		改定前	改定後		
			その他	機能強化型A	機能強化型B
従来型個室	要介護1	676単位	641単位(▲35単位)	669単位(▲7単位)	659単位(▲17単位)
	要介護2	785単位	744単位(▲41単位)	777単位(▲8単位)	765単位(▲20単位)
	要介護3	1,020単位	967単位(▲53単位)	1,010単位(▲10単位)	995単位(▲25単位)
	要介護4	1,120単位	1,062単位(▲58単位)	1,109単位(▲11単位)	1,092単位(▲28単位)
	要介護5	1,210単位	1,147単位(▲63単位)	1,198単位(▲12単位)	1,180単位(▲30単位)
			その他	機能強化型A	機能強化型B
多床室	要介護1	786単位	745単位(▲41単位)	778単位(▲8単位)	766単位(▲20単位)
	要介護2	895単位	848単位(▲47単位)	886単位(▲9単位)	873単位(▲22単位)
	要介護3	1,130単位	1,071単位(▲59単位)	1,119単位(▲11単位)	1,102単位(▲28単位)
	要介護4	1,230単位	1,166単位(▲64単位)	1,218単位(▲12単位)	1,199単位(▲31単位)
	要介護5	1,320単位	1,251単位(▲69単位)	1,307単位(▲13単位)	1,287単位(▲33単位)

©ASK/HMCG

21

※介護療養病床と転換型老健の報酬の差

介護療養施設サービス費（Ⅰ） 看護6:1、介護4:1					
			その他	機能強化型A	機能強化型B
多床室	要介護1	786単位	745単位(▲41単位)	778単位(▲8単位)	766単位(▲20単位)
	要介護2	895単位	848単位(▲47単位)	886単位(▲9単位)	873単位(▲22単位)
	要介護3	1,130単位	1,071単位(▲59単位)	1,119単位(▲11単位)	1,102単位(▲28単位)
	要介護4	1,230単位	1,166単位(▲64単位)	1,218単位(▲12単位)	1,199単位(▲31単位)
	要介護5	1,320単位	1,251単位(▲69単位)	1,307単位(▲13単位)	1,287単位(▲33単位)

介護老人保健施設 転換型老健

2015年(平成27年)度介護報酬改定内容

例)介護保健施設サービス費(Ⅱ):介護療養型老健(看護職員常時配置)

		改定前	改定後	改定前	改定後
(1日あたり)		【療養機能強化型(多床室)】		【通常型(多床室)】	
要介護1	820単位	800単位(▲20)	820単位	800単位(▲20)	
要介護2	904単位	882単位(▲22)	904単位	882単位(▲22)	
要介護3	1,089単位	1,063単位(▲26)	1,020単位	996単位(▲24)	
要介護4	1,166単位	1,138単位(▲28)	1,097単位	1,071単位(▲26)	
要介護5	1,243単位	1,213単位(▲30)	1,173単位	1,145単位(▲28)	

プラス 転換型老健のみの加算:(介護4:1の場合)療養体制維持特別加算 27単位/日

©ASK/HMCG

22

介護療養型医療施設（基本サービス費の見直し）

【病院の場合】

介護療養施設サービス費（Ⅱ） 看護6:1、介護5:1					
区 分		改定前	改定後		
			その他	機能強化型A	機能強化型B
従来型個室	要介護1	616単位	586単位(▲30単位)		601単位(▲15単位)
	要介護2	724単位	689単位(▲35単位)		707単位(▲17単位)
	要介護3	883単位	841単位(▲42単位)		862単位(▲21単位)
	要介護4	1,037単位	987単位(▲50単位)		1,012単位(▲25単位)
	要介護5	1,079単位	1,027単位(▲52単位)		1,053単位(▲26単位)
			その他	機能強化型A	機能強化型B
多床室	要介護1	726単位	691単位(▲35単位)		709単位(▲17単位)
	要介護2	834単位	794単位(▲40単位)		814単位(▲20単位)
	要介護3	993単位	945単位(▲48単位)		969単位(▲24単位)
	要介護4	1,147単位	1,092単位(▲55単位)		1,119単位(▲28単位)
	要介護5	1,188単位	1,131単位(▲57単位)		1,159単位(▲29単位)

©ASK/HMCG

23

※介護療養病床と転換型老健の報酬の差

介護療養施設サービス費（Ⅱ） 看護6:1、介護5:1					
			その他	機能強化型A	機能強化型B
多床室	要介護1	726単位	691単位(▲35単位)		709単位(▲17単位)
	要介護2	834単位	794単位(▲40単位)		814単位(▲20単位)
	要介護3	993単位	945単位(▲48単位)		969単位(▲24単位)
	要介護4	1,147単位	1,092単位(▲55単位)		1,119単位(▲28単位)
	要介護5	1,188単位	1,131単位(▲57単位)		1,159単位(▲29単位)

介護老人保健施設 転換型老健

2015年(平成27年)度介護報酬改定内容

例)介護保健施設サービス費(Ⅱ):介護療養型老健(看護職員常時配置)

		改定前	改定後	改定前	改定後
(1日あたり)		【療養機能強化型(多床室)】		【通常型(多床室)】	
要介護1	820単位	800単位(▲20)	820単位	800単位(▲20)	
要介護2	904単位	882単位(▲22)	904単位	882単位(▲22)	
要介護3	1,089単位	1,063単位(▲26)	1,020単位	996単位(▲24)	
要介護4	1,166単位	1,138単位(▲28)	1,097単位	1,071単位(▲26)	
要介護5	1,243単位	1,213単位(▲30)	1,173単位	1,145単位(▲28)	

©ASK/HMCG

24

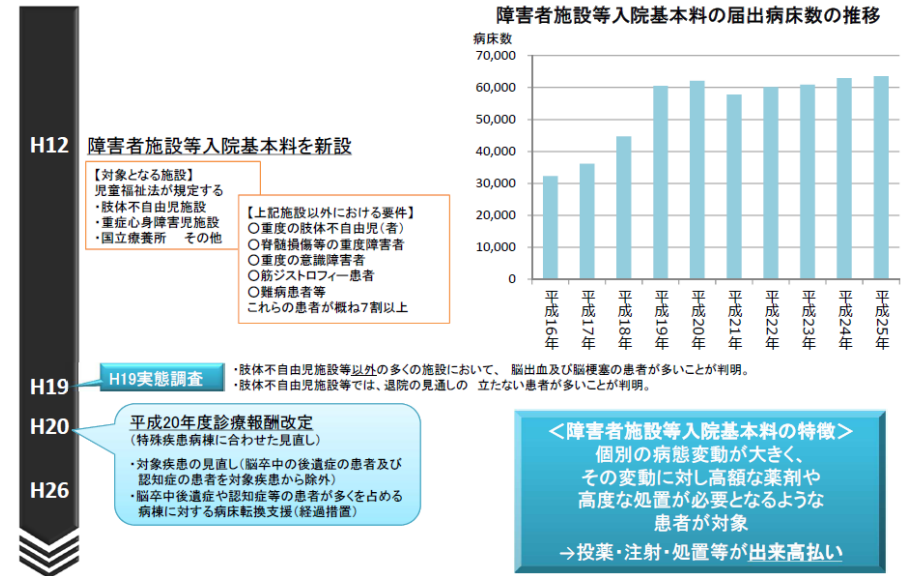
【病院の場合】

介護療養施設サービス費(Ⅲ) 看護6:1、介護6:1					
区 分		改定前	改定後		
			その他	機能強化型A	機能強化型B
従来型個室	要介護1	587単位	564単位(▲23単位)		
	要介護2	697単位	670単位(▲27単位)		
	要介護3	846単位	813単位(▲33単位)		
	要介護4	1,001単位	962単位(▲39単位)		
	要介護5	1,042単位	1,001単位(▲41単位)		
多床室			その他	機能評価型A	機能強化型B
	要介護1	697単位	670単位(▲27単位)		
	要介護2	806単位	775単位(▲31単位)		
	要介護3	956単位	919単位(▲37単位)		
	要介護4	1,111単位	1,068単位(▲43単位)		
	要介護5	1,152単位	1,107単位(▲45単位)		

©ASK/HMCG

25

障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯



2015.03.04 中医協総会 資料

26

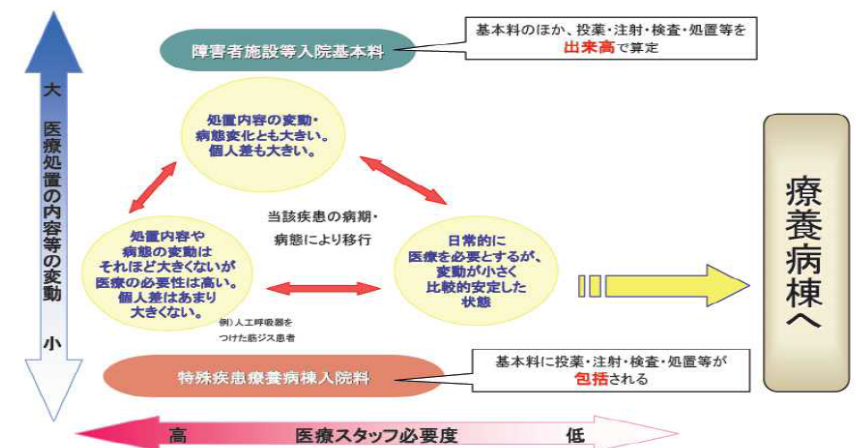
特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの経緯



2015.03.04 中医協総会 資料

27

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



2015.03.04 中医協総会 資料

28

慢性期入院医療についての課題と論点

- 療養病床では入院受療率や平均在院日数等に大きな地域差がみられることが示されている。
- 療養病床では、在院日数が長い場合ほど病状の見通しが不変な患者や死亡退院する患者の割合が大きくなる傾向がみられる。また、療養病床への診療報酬は医療区分に応じた評価とされており、医療区分ごとの受入患者数の割合等には療養病床入院基本料1と2で違いがみられる。
- 平成26年度診療報酬改定では、在宅復帰機能強化加算を創設するなど在宅復帰を促すための見直しが行われた。また、平成27年度介護報酬改定では、介護療養型医療施設が担っている看取りやターミナルケアを中心とした長期療養及び喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する機能について、新たな要件を設定した上で、重点的な評価が行われた。
- 特殊疾患療養入院料・障害者施設等入院基本料等においては、その特性に応じた患者が入院できるよう、入院対象患者が定められているが、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病床の対象患者と重複している場合もある。

【論点】

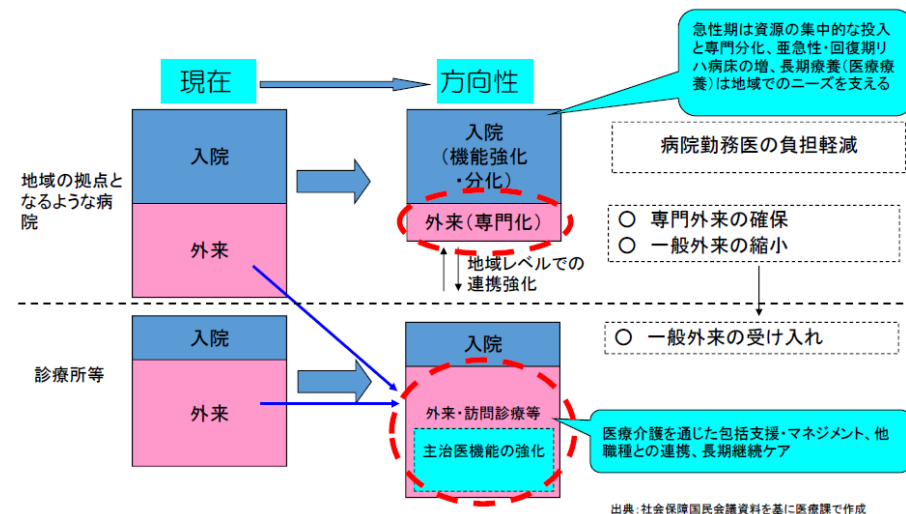
- 密度の高い医療を要する患者を、病床の機能に応じて適切に受け入れるための、状態像に応じた評価のあり方についてどのように考えるか。また、長期療養を担う病床において、可能な限り在宅復帰を促すための評価のあり方についてどのように考えるか。

2015.03.04 中医協総会 資料

29

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0



2015.04.08 中医協総会 資料

30

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院(一般病床が200床未満の病院を除く。)については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 209点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

※対象病院については、一部の薬剤を除き、原則的に30日分以上の投薬に係る評価(処方料、処方せん料、薬剤料)を60/100に適正化する。

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生(支)局長等に報告する(毎年10月報告)

〔経過措置〕平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

〔対象病院〕

- 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設
- 許可病床数が500床以上の全ての病院(特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

紹介率 = $\frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}}$ 逆紹介率 = $\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$

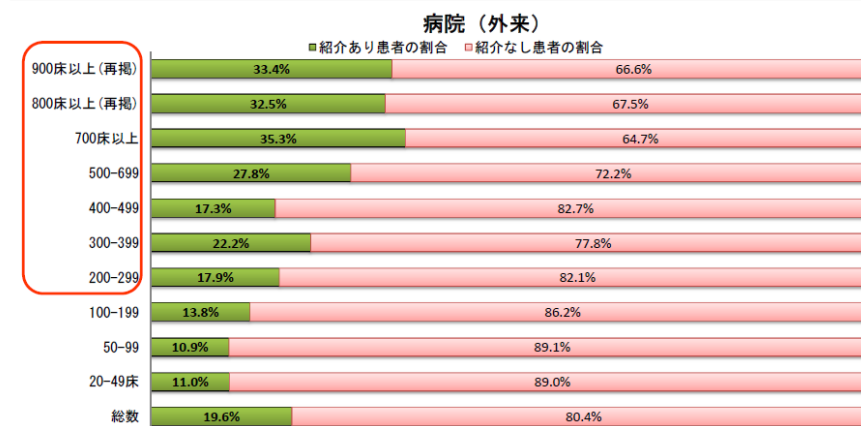
※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様(なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。)

2015.04.08 中医協総会 資料

31

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。

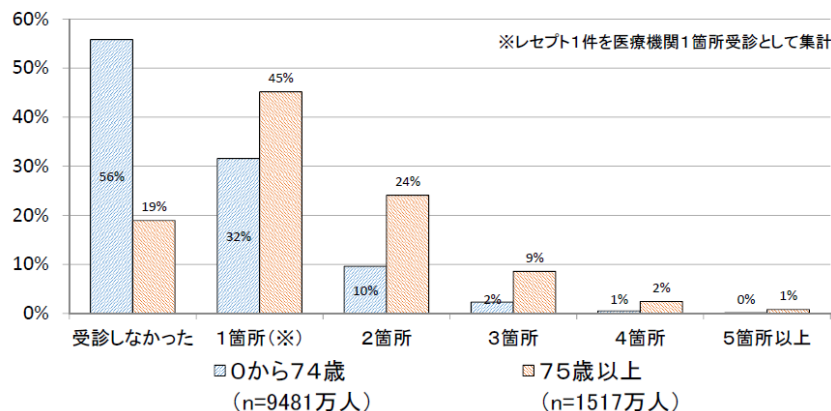
(出所) 平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成。
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

2015.04.08 中医協総会 資料

32

1ヶ月間に受診した医療機関数別患者割合（年齢階級別）

- 75歳以上では複数の医療機関を受診している割合が多く、1割以上が3箇所以上受診していた。



平成24年度医療給付実態調査報告をもとに医療課で作成

2015.04.08 中医協総会 資料

33

薬局で確認される重複投薬の実態

- 平成25年度全国薬局疑義照会調査（公益社団法人日本薬剤師会委託事業）
 （研究代表者：東京理科大学薬学部（薬局管理学） 鹿村恵明）
 ■調査期間：2013年7月22日～28日（1週間） ■回答薬局数：541（回収率10.1%）
 ■調査期間中の応需処方せんのうち疑義照会を行った件数、内容等を確認

	件数（枚数）
① 応需処方せん総枚数	183,532
② 上記①における、疑義照会件数	5,358
③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数 （形式的な疑義照会を除いた件数）	4,141
④ 上記③のうち、「 同種同効薬の重複に関する疑義照会 」件数	271

→ 薬学的疑義照会のうち、**重複投薬**に関する事項は約6.5%

薬局で確認される年間の重複投薬件数（推定）
 $271 / 183,532 \times 790,000,000 \approx 1,166,500$ 件

全国で年間約117万件
に相当すると推計

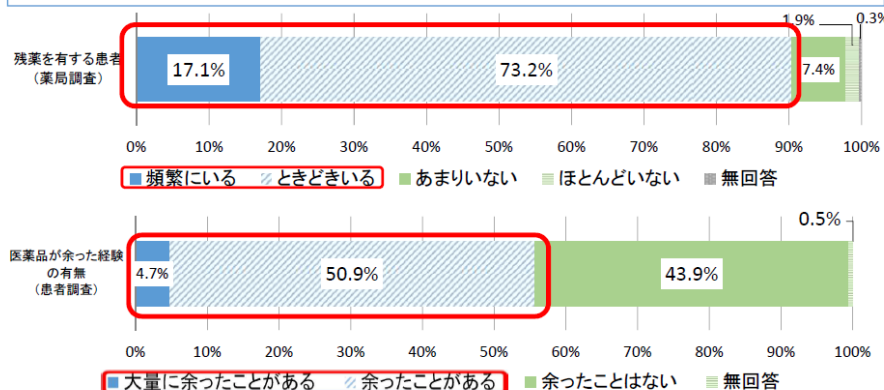
※平成24年度処方せん枚数78,986万枚（「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向平成25年3月」より）

2015.04.08 中医協総会 資料

56
34

残薬の経験の有無について

- 患者に残薬確認をした結果、残薬を有する患者はどのくらいいるか？（薬局調査N=998）
 ○医薬品が余った経験があるか？（患者調査N=1,927）



〔出典〕平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

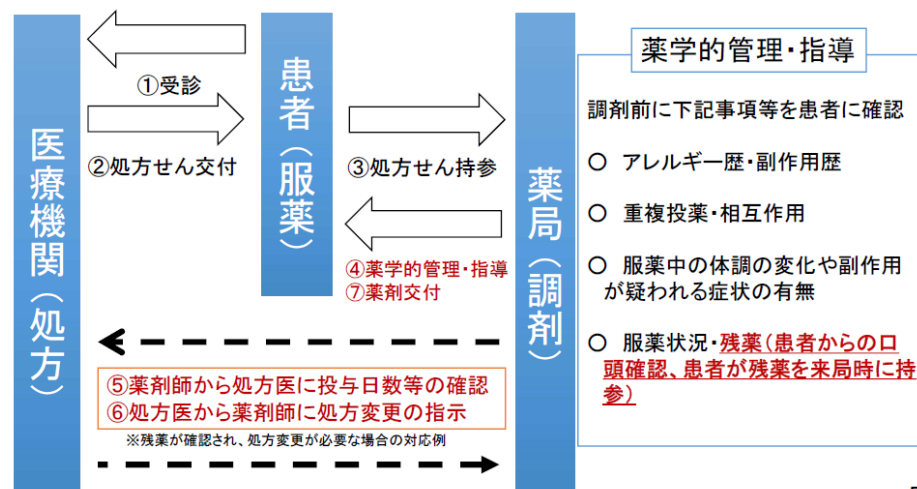
- 患者に残薬を確認した結果、残薬を有する患者がいた薬局は約9割である。
 ○ また、医薬品が余ったことがある患者が約5割いる。

2015.04.08 中医協総会 資料

58
35

薬局における残薬確認後の処方変更の流れ

- 薬局の薬剤師は、処方せん受付後、患者に対して服薬状況等を確認し、残薬が認められた場合には、医師に疑義照会して、処方変更の指示を受けた後に調剤している。



2015.04.08 中医協総会 資料

59
36

薬局での残薬確認による医療費削減効果

- 平成25年度全国薬局疑義照会調査(公益社団法人日本薬剤師会委託事業)
(研究代表者:東京理科大学薬学部(薬局管理学) 鹿村恵明)
■調査期間:2013年7月22日~28日(1週間) ■回答薬局数:541(回収率10.1%)
■調査期間中の応需処方せんのうち疑義照会を行った件数、内容等を確認

	件数(枚数)
① 応需処方せん総枚数	183,532
② 上記①における、疑義照会件数	5,358
③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数 (形式的な疑義照会を除いた件数)	4,141
④ 上記③のうち、「 残薬に伴う日数・投与回数 の調整」件数	420

→ 薬学的疑義照会のうち、**残薬確認**に関する事項は約10.1%

○応需処方せん枚数183,532件のうち、
残薬に伴う日数・投与回数の調整は**420件(0.23%)**(※1件当たり1,595.3円)
→**全国の年間の処方せん枚数に換算すると 約29億円**に相当

(参考) $1,595.3 \times (790,000,000 \times 1 \times 0.029 \times 2 \times 0.773 \times 420 / 4,136) = 2,868,901,969.3$ 円
※1:全国の処方せん枚数(※) → 7.9億枚 ※2:疑義照会率(件数ベース) → 2.9% ※3:薬学的疑義照会率(件数ベース) → 77.3%
※4:本調査の「処方せんの記入漏れ(過去の処方との比較による)」を除いた薬学的疑義照会件数/薬学的疑義照会総件数 → 3,844件 / 4,136件
注:平成24年度処方せん枚数78,986万枚(「最近の調剤医療費(電算処理分)」の動向平成25年3月、厚生労働省HPより)

2015.04.08 中医協総会 資料

60
37

医療と介護の連携が利用者数増につながる

平成26年度診療報酬改定

主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)	地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(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	出来高
対象疾患	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。)	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)	
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間 開業薬局であること 等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方箋をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示する ・当該点数を算定している場合は、7割投与の減算規定の対象外とする	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①在宅療養支援診療所又は短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ③在宅療養支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携推進協会の加入	
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア連携入院料等の届出 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

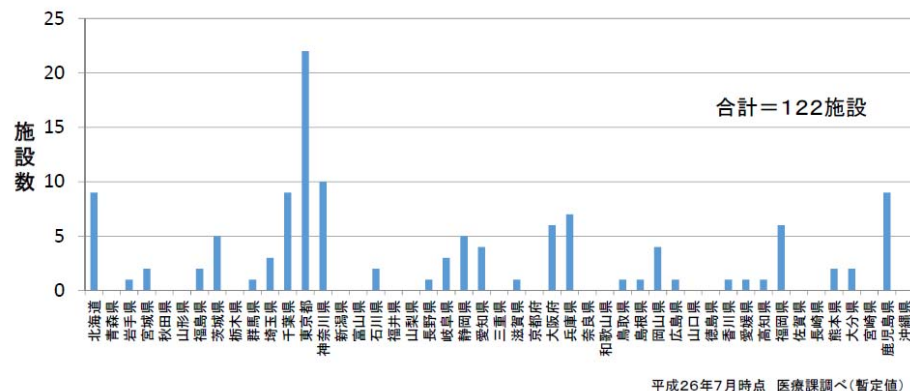
©ASK / ©HMC

38

地域包括診療料の届出状況

- 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



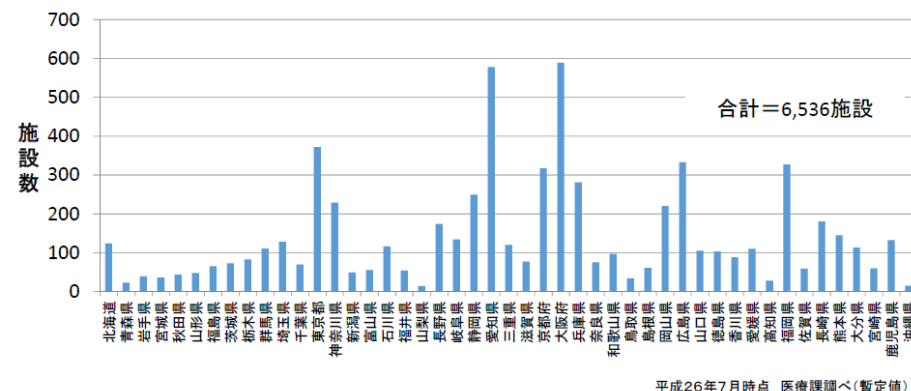
2015.04.08 中医協総会 資料

39

地域包括診療加算の届出状況

- 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



2015.04.08 中医協総会 資料

40

外来医療の課題

【課題】

- 一般に高齢者の外来受療率は若年者よりも高く、高齢化は医療需要を増やす方向に作用する一方、近年では、特に高齢者の外来受療率や外来受診頻度が低下する傾向にあり、全体として、経年的に外来患者の総数に大きな変動はみられていない。
- これまで、外来の機能分化の取り組みが進められてきている。大規模な病院の入院外受診件数は他の規模の病院と比べ減少する傾向にあり、紹介なしで大病院に受診する患者は減少し、大病院が患者を他院に紹介する頻度は上昇する傾向にあるが、依然として、大病院を紹介なしで受診する患者は高い割合で存在する。なお、病院勤務医の外来診療の負担感、ある程度改善する傾向にある。
- 生活習慣病・整形外科疾患の患者、小児の患者など、同一傷病で複数の医療機関を受診する者がみられるほか、特に高齢者では複数の医療機関を受診する者の割合が高い傾向にある。同一の薬を複数の医療機関から処方されるといった事例もみられる。
- また、患者が薬を飲み残すことがあり、医療資源が非効率的に消費される原因の一つとなっている。調剤時の残薬確認もされているが、医師の確認を経て処方変更が行われる頻度は限定的である。
- 平成26年度診療報酬改定では、主治医機能の評価するため、地域包括診療料、地域包括診療加算が創設され、患者一人ひとりの医療ニーズを幅広く受け止め、包括的に対応する機能の強化が図られた。



- 外来の機能分化・連携を推進する方策や、重複投薬や残薬を減らす方策、主治医機能の強化を含め外来診療の質の向上と効率化を図る方策について、平成26年度診療報酬改定の答申書付帯意見も踏まえ、更に検討していくべきではないか。

76

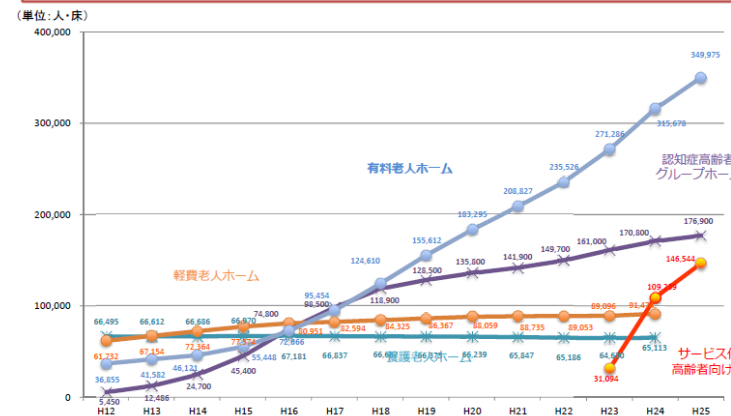
2015.04.08 中医協総会 資料

41

高齢者の居住場所について

<定員数>

- 高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。



※1: 認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査」(H12-H13)及び「介護給付費調査」(H14-H15)による。
 ※2: 認知症高齢者グループホームは、H12-H10は施設別応対共同生活介護、H17-H19は認知症対応型共同生活介護による。
 ※3: 介護老人ホーム・介護老人ホームは、H12-H10は施設別応対共同生活介護、H17-H19は認知症対応型共同生活介護による。
 ※4: 有料老人ホームは、厚生労働省の調査による。
 ※5: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」による。

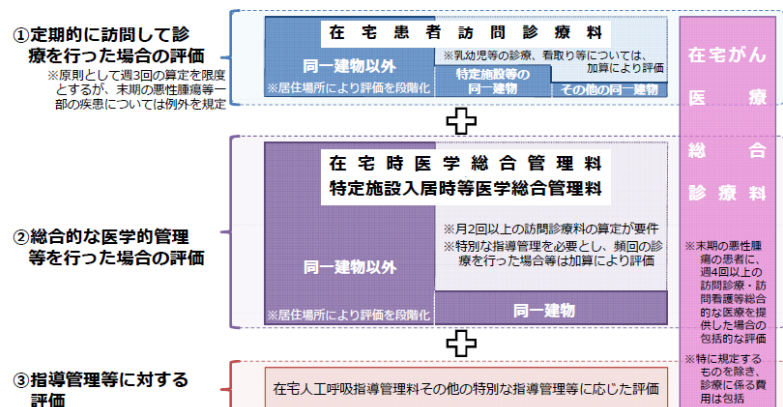
24

2015.02.18 中医協総会 資料

42

在宅医療における診療報酬上の評価構造 (イメージ)

- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。
- 上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きく、患者の疾患・状態に関わらず概ね一律な評価体系となっている。



33

2015.02.18 中医協総会 資料

43

在宅医療における技術の評価について①

<日本在宅医学会の研修プログラムの内容>

- 在宅医療に必要な技術は多岐に渡っており、医学的側面からは特に老年医学・緩和医療学・神経難病等の内部障害や看取りの諸相に対応する技術等が重要であるとされている。

- 在宅研修施設での研修
- 主治医として診療を行った30症例の報告 (以下を含む。)
 - がんの在宅緩和医療の領域、認知症を含む高齢者ケアの領域、内部障害 (神経難病、臓器不全等) 又は小児若年層患者の領域から各3症例以上
 - 在宅看取り例3症例以上
 - 他施設交流研修を3回以上
 - ポートフォリオの作成 (以下の領域を網羅)
 - 医学的側面: 老年医学、緩和医療学、内部障害・小児・障害者、在宅医療の諸相 (導入、急性期、看取り等)、生物・心理・社会モデル
 - 社会的側面: 社会保障制度の理解、患者中心の医療と家族ケア、チームアプローチ、臨床倫理・意思決定の支援、在宅医療の質改善・地域づくり

出典: 日本在宅医学会ホームページ

ポートフォリオ (一部抜粋)	
1	老年医学
	A 1-① 認知症
	A 1-② 栄養障害
	A 1-③ 摂食嚥下障害・口腔内問題のアプローチ
	A 1-④ 排泄 (排便・排尿)
	A 1-⑤ 褥瘡とフットケア
	A 1-⑥ リハビリテーション (転倒・骨折、廃用症候群を含む)
2	緩和医療学
	A 1-⑦ その他
	A 2-① 疼痛管理
	A 2-② 他症状管理 (呼吸苦、倦怠感、食欲不振、イライラ、譫妄等)
	A 2-③ 非がん疾患のホスピス・緩和ケア
	A 2-④ スピリチュアルケア
	A 2-⑤ グリーフケア
3	内部障害・小児・障害者
	A 2-⑥ 臨死期への対応 (看取り)
	A 2-⑦ その他
	A 3-① 神経難病
	A 3-② 呼吸不全、心不全、腎不全、膠原病
	A 3-③ 小児
	A 3-④ 障害者
4	在宅医療の諸相 (導入、急性期、看取りなど)
	A 3-⑤ その他
	A 4-① 急性期のアセスメント
	A 4-② 急性期の在宅での治療
	A 4-③ 入院適応について
	A 4-④ 在宅医療の導入
	A 4-⑤ 臨死期への対応 (看取り)
5	生物・心理・社会モデル
	A 4-⑥ その他

54

2015.02.18 中医協総会 資料

44

在宅医療における技術の評価について②

<診療報酬上の評価>

○ 在宅医療について、診療報酬上は24時間体制の構築や施設間の連携等の診療体制等を評価するとともに、看取りの件数等に着目して診療実績に応じた評価が行われている。

		在宅療養支援診療所等		在宅時医学 総合管理料等
		機能強化型	従来型	
主 な 施 設 基 準	ストラク チャー 評価	○24時間往診・訪問看護が可能 ○緊急時に入院できる病床を確保 ○診療録管理を行う体制を整備 ○他の保健医療サービス等との連携	—	○以下のア、イを満たす ア 介護支援専門員、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置 イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務
	プロセス 評価	○常勤医師を3名以上配置 ○24時間連絡を受ける保険医等をあらかじめ指定	—	—
	アウトカム 評価	*連携型の場合 ○緊急時の連絡先の一元化 ○定期的なカンファレンス	—	—
主 な 算 定 要 件	アウトカム 評価	○過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上 ○過去1年間の看取りの実績を4件以上	—	—
	加算	—	—	○計画的な医学管理の下、月2回以上の定期的な訪問診療の実施 ○患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族等に対して説明し、診療録に記録 ○在宅移行早期加算：算定開始月から3か月間 ○重症者加算：末期の悪性腫瘍や人工呼吸器の患者について、1月に4回以上診療 ○在宅療養実績加算：緊急の往診及び看取りに関する実績

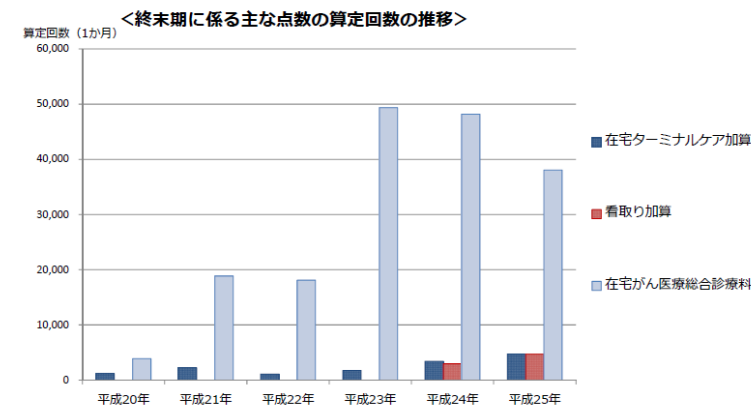
2015.02.18 中医協総会 資料

45

在宅医療における技術の評価について③

<終末期に係る点数の算定>

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算や在宅がん医療総合診療料の算定回数は、概ね増加傾向にある。



出典：社会医療診療行為別調査（各6月審査分）

56

2015.02.18 中医協総会 資料

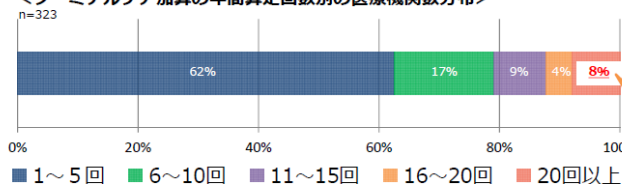
46

在宅医療における技術の評価について④

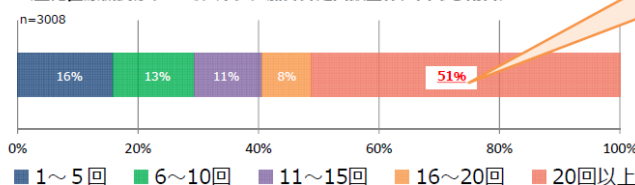
<看取りの取り組み状況>

○ ターミナルケア加算を1回以上算定している医療機関においても、当該加算の算定回数には差があり、一部の算定回数が多い医療機関が全体に占める割合が大きい。

<ターミナルケア加算の年間算定回数別の医療機関数分布>



<上記医療機関がターミナルケア加算算定回数全体に占める割合>



出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）（ターミナルケア加算の算定回数が1回以上の医療機関を抽出）

2015.02.18 中医協総会 資料

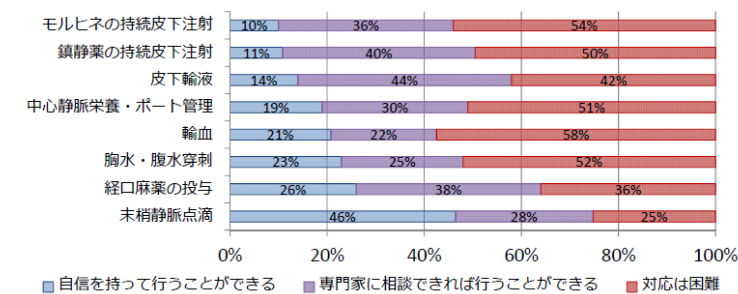
57

47

在宅医療における技術の評価について⑤

<緩和医療において担当可能な治療>

○ 地域においてより有効な緩和ケアを提供するためには、経口麻薬の投与法等に関する教育・普及が重要であるとの報告がある。



【研究概要】
研究目的：診療所医師における在宅緩和ケアの診療経験、担当可能な治療、緩和ケアコンサルテーション等への参加意欲、がん末期における入院理由等を明らかにすること。
研究方法：調査票の郵送配布・回収による横断調査
調査対象：鶴岡市、柏市、浜松市、長崎市の診療所（内科、外科、呼吸器科、消化器科、泌尿器科、婦人科）
回答数：235医療機関（n=235/1,106）

出典：Yamagishi A, Morita T, Miyashita M. Providing palliative care: the views of community general practitioners and district nurses in Japan J Pain Symptom Manage. 2012

58

2015.02.18 中医協総会 資料

48

在宅医療の課題

【課題】

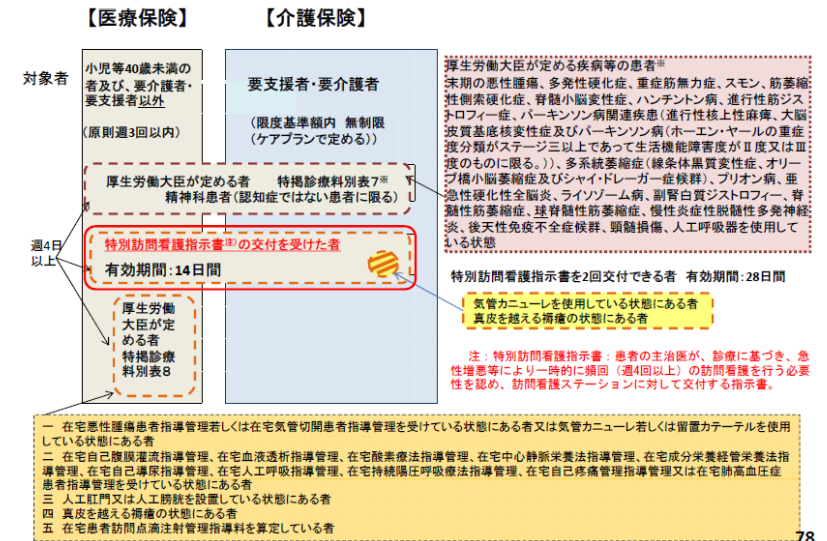
- 今後も高齢者数の増加が続くことが想定され、特に都市部でその傾向は顕著である。また、医療機関で死亡する患者が多数を占めている一方で、国民の多くは治る見込みがない病気になった場合、最期を迎える場所として自宅を希望しており、在宅医療のニーズは一層高まるものと考えられる。
- 現在、在宅医療を受けている患者の要介護度や、訪問診療の必要理由、疾患名など患者の状態は多様であり、患者によって医療の提供密度も異なっている。
- 訪問診療の提供に当たっては、医療機関が外来の傍ら訪問診療を行う形態のほか、医療機関が訪問診療を中心に行う形態もみられる。高齢者住宅に居住する高齢者の増加に伴い、同一日に同一建物でまとめて診療したり、医療機関に隣接・併設する住宅に訪問診療を行うなど、効率的な提供が可能な形態もみられる。
- 在宅医療に要する技術は多岐にわたっており、在宅医療の総合的な質を評価する目的で、看取りの件数等に着目した評価が行われてきた。
- 在宅歯科医療、在宅薬剤管理の提供量も概ね増加傾向にある。

○ 在宅医療の質と量を確保して、患者のニーズに応えることができるよう、様々な患者の状態、医療内容、住まいや、提供体制を踏まえた評価のあり方についてどう考えるか。

2015.02.18 中医協総会 資料

49

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ (図)



2015.02.18 中医協総会 資料

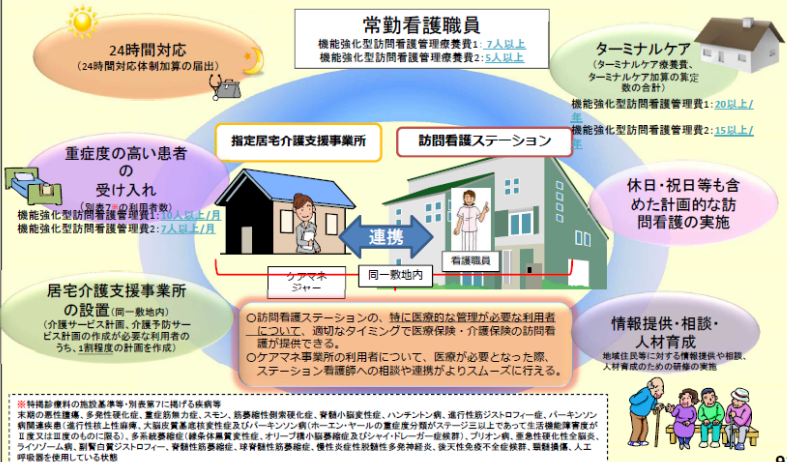
50

平成26年度診療報酬改定

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。



2015.02.18 中医協総会 資料

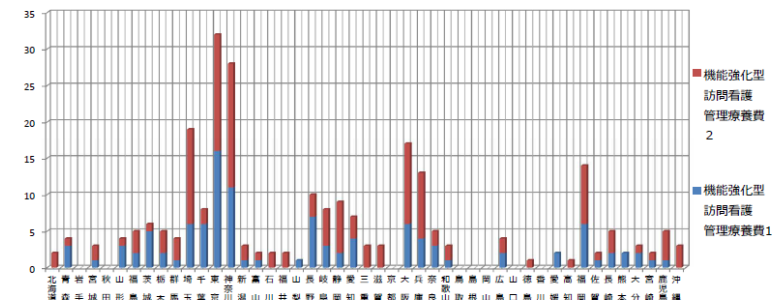
51

機能強化型訪問看護の届出状況

- 平成26年4月以降に機能強化型のステーションとして新たに届出があったのは、252事業所であり、1より2の届出が多い。
- 都市部では多いが、届出がない県が8県あり、地域差がみられる。

機能強化型訪問看護管理療養費の届出受理件数

機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
108	144	252



出典: 保険局医療課調べ(平成26年12月末時点)

92

2015.02.18 中医協総会 資料

52

訪問看護の課題

【課題】

- 訪問看護の利用者数は年々増加しており、看護サービスを提供する事業所数、職員数も増加傾向にある。
- 重症度が高く、医療的ケアの必要な利用者が増加している。また、小児に対する訪問看護については、0～9歳の利用者数の増加は全体と比べても顕著だが、小児への訪問看護を実施している訪問看護ステーションは多くない。
- 平成26年度改定では、機能強化型の訪問看護ステーションとして、1事業所あたりの人員体制や、重症者の受け入れ、ターミナルケアの実績等に基づく評価を行い、機能の高い訪問看護ステーションの普及を図ってきたところである。



○訪問看護について、重症者等の受け入れ体制の整備や、ターミナルケア等の更なる推進のために、看護の質の評価のあり方や、提供体制についてどう考えるか。

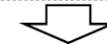
2015.02.18 中医協総会 資料

53

外来応需体制の運用のあり方について

【課題】

- 健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。
- 法令上明確に規定された要件ではなく、要件が客観的でないことなどから、地域によって指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。また、規制改革実施計画において、外来応需体制を求める運用の在り方を検討し、結論を得ることとされている。
- 在宅医療を専門に行う医療機関については、軽症者を集めて診療するなどの弊害が生じやすいとの意見や、24時間体制など在宅医療の供給体制確保を優先すべきといった意見がある。



- 外来応需体制のあり方については、健康保険法第63条第3項に基づく開放性の観点からは、提供範囲内の被保険者の求めに応じて、医学的に必要な場合の往診や、訪問診療に関する相談に応需することなど、客観的な要件を示すことを検討してはどうか。
- 在宅医療の質と供給体制確保を図るため、在宅医療に対する評価については、在宅医療の専門性に対する評価や、在宅医療を中心に提供する医療機関が軽症者を集めて診療するなどの弊害が生じないような評価のあり方を含め、更に議論を進めるべきではないか。

100

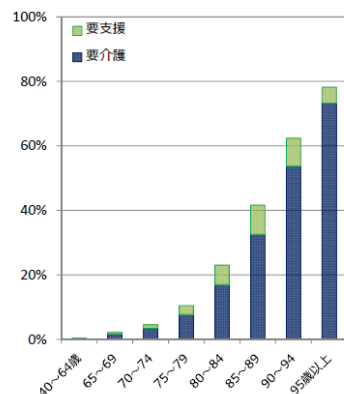
2015.02.18 中医協総会 資料

54

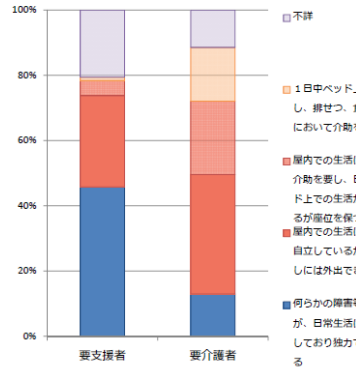
高齢者の生活機能等について

- 年齢とともに介護サービスの受給割合は高くなる。
- また、要介護者は介助なしには外出できない割合が高い。

年齢階級別人口に占める介護サービスの受給割合



介護を有する者の日常生活の自立状況



出典：日本の統計2014、平成24年度介護給付費実態調査、平成25年国民生活基礎調査

21

2015.02.18 中医協総会 資料

55

高齢者における認知症について

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とされている。また、高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加することが見込まれている。
2012(平成24)年:462万人(約7人に1人) ⇒ 新2025(平成37)年:約700万人(約5人に1人)
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要である。

【新オレンジプランの基本的考え方】

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

出典：平成27年1月27日報道発表資料「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて（新オレンジプラン）」についてより一部抜粋

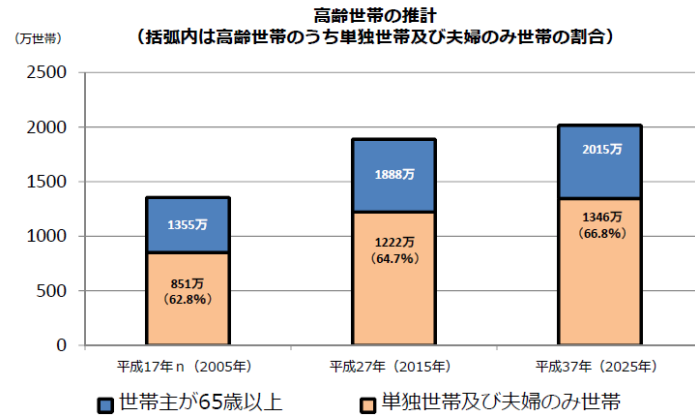
22

2015.02.18 中医協総会 資料

56

高齢者の世帯構造について

○ 今後、65歳以上の高齢者のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していくことが予想される。



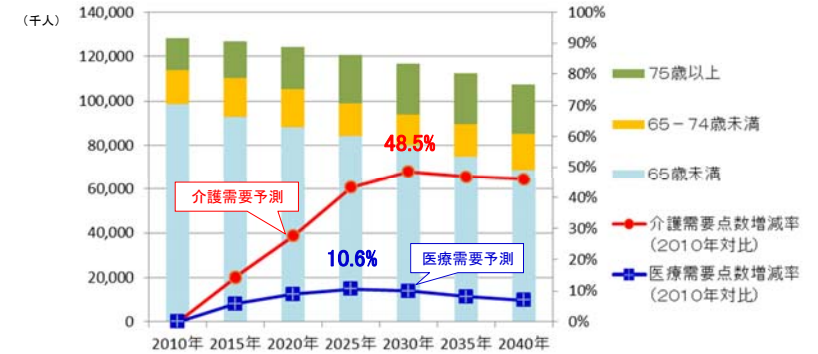
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」2013(平成25)年1月推計

2015.02.18 中医協総会 資料

23

57

医療・介護需要予測



全 国	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (単位:千人)	128,057	126,597	124,100	120,659	116,618	112,124	107,276
65歳未満 (単位:千人)	98,573	92,645	87,976	84,086	79,769	74,717	68,598
65-75歳未満 (単位:千人)	15,290	17,494	17,334	14,787	14,065	14,953	16,448
75歳以上 (単位:千人)	14,194	16,458	18,790	21,786	22,784	22,454	22,230
介護需要点数 ※	152,893	174,881	195,242	219,270	227,098	224,511	223,378
医療需要点数 ※	221,310	234,207	241,153	244,692	243,254	239,327	236,828
介護需要点数増減率(2010年対比)	0%	14.4%	27.7%	43.4%	48.5%	46.8%	46.1%
医療需要点数増減率(2010年対比)	0%	5.8%	9.0%	10.6%	9.9%	8.1%	7.0%

※介護需要点数＝介護給付費比率(2010年度介護給付費 65～74歳を1.0としたとき、65歳未満0.1、75歳以上9.0)を各年齢別人口に掛け、合計したもの
※医療需要点数＝医療費比率(2010年度国民医療費 65歳未満1.0としたとき、65～74歳3.2、75歳以上5.2)を各年齢別人口に掛け、合計したもの

©ASK/HMCG

(国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授の資料を基に、HMCG作成)

58

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

4

2015.03.18 第9 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 資料

59

(注9)「当該構想区域の性別及び年齢階級別人口」とは、総務省「平成25年3月31日住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)(総計)」によることとする。

(注10)「医療資源投入量」とは、患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬(入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。)の出来高点数により換算した量とする。

(注11)「医療資源投入量が600点以上3,000点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量が175点以上600点未満の医療を受け入院患者であっても、早期リハビリテーション加算を算定する入院患者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上となる医療を受ける者を含む。

平成27年3月31日医政発0331第9号 第一 地域医療構想に関する規定 より

60

(注12)「医療資源投入量が225点以上600点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。)であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける者を含む。

(注13)「主としてリハビリテーションを受ける入院患者」とは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者とする。

(注14)「これらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者」とは、在宅復帰に向けて調整を要する者(医療資源投入量175点以上225点未満)とする。

平成27年3月31日医政発0331第9号 第一 地域医療構想に関する規定 より

61

(注15)「慢性期入院患者」とは、長期にわたり療養が必要な入院患者(主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。)とする。具体的には、療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者がこれに該当し、「その他の厚生労働大臣が認める入院患者」として当該入院患者のうち医療区分1である患者の数の70%に相当する数を除くこととする。

(注16)「障害その他の疾患を有する入院患者」とは、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する入院患者とする。

(注17)「厚生労働大臣が認める構想区域」とは、都道府県全体の慢性期病床数からイ2)に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た

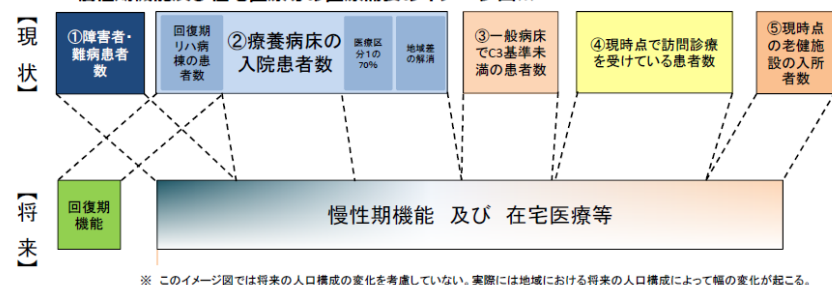
平成27年3月31日医政発0331第9号 第一 地域医療構想に関する規定 より

62

慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等[※]の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等に対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。(療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。)
 - ③ 一般病床で0.3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ④ 訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ⑤ 老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



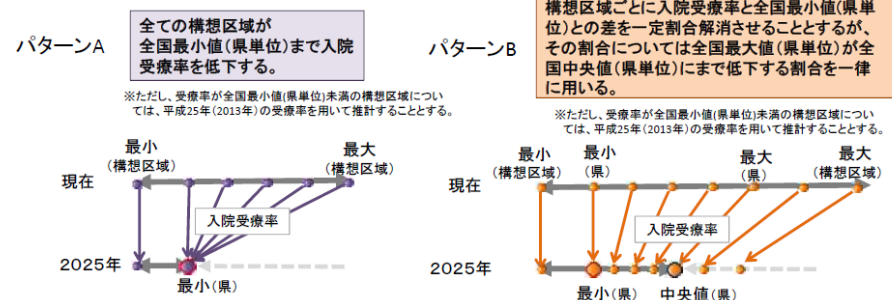
5

63

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等[※]で対応するものとして推計する。
- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
- その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】



6

64

地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

- 都道府県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する2次医療圏は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。
その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

【要件案】以下の①かつ②に該当する2次医療圏

- ① 当該2次医療圏の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)よりも大きい
 - ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい
- ※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。
※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

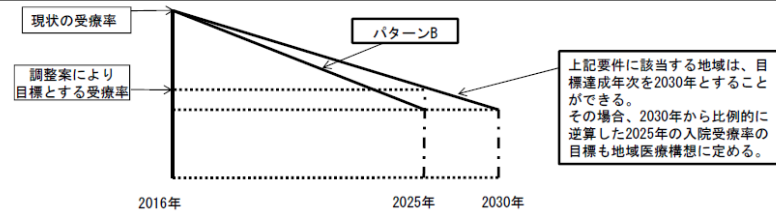
(地域医療構想策定後の目標修正について)

- 一定の要件に該当する2次医療圏において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

一定の要件→ 全国中央値を超える減少率の都道府県の2次医療圏(中央値を超える減少率の2次医療圏に限る。)その他これに類する2次医療圏

特別な事情→ やむを得ない事情に限定

厚生労働大臣が認める方法→ 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法



2015.03.18 第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 資料

7
65

必要病床数の推計－病床稼働率の意味－

医療需要を踏まえて将来の医療提供体制(推定供給数)を確定し、それを病床稼働率で除して、病床の必要量(必要病床数)とする

高度急性期	75%
急性期	78%
回復期	90%
慢性期	92%

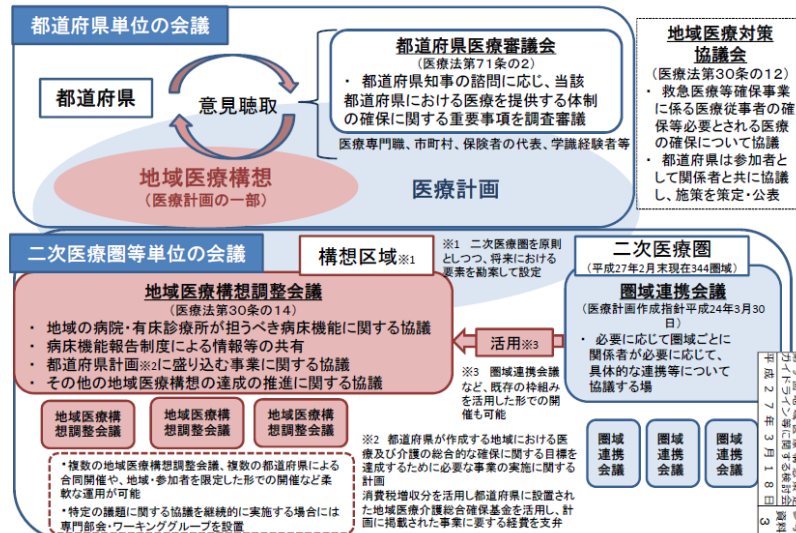
構想区域全体の機能ごとの
病床の必要量を推計する
ためのもの

- この病床稼働率以上に稼働させなければならないというわけではない。
- この病床稼働率以上の稼働率であれば、安定した経営が保証されるというものでもない。

2015.05.15日医総研WP 地域医療構想の理解のために より掲載

66

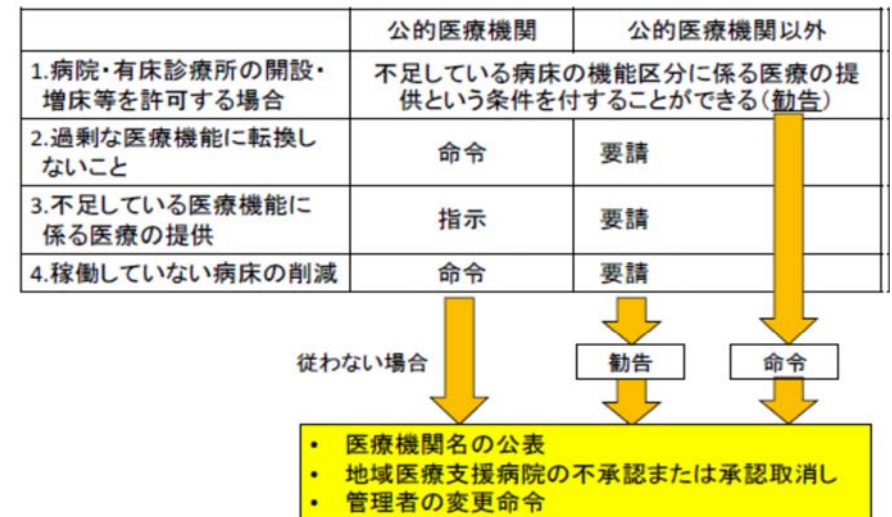
地域医療構想に関する会議



2015.03.18 第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 資料

67

都道府県知事の対応の流れ

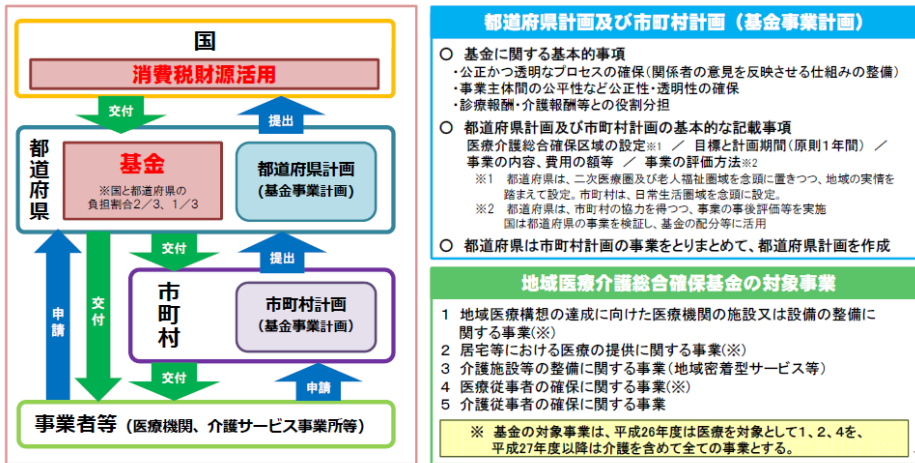


2015.05.15日医総研WP 地域医療構想の理解のために より掲載

68

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。

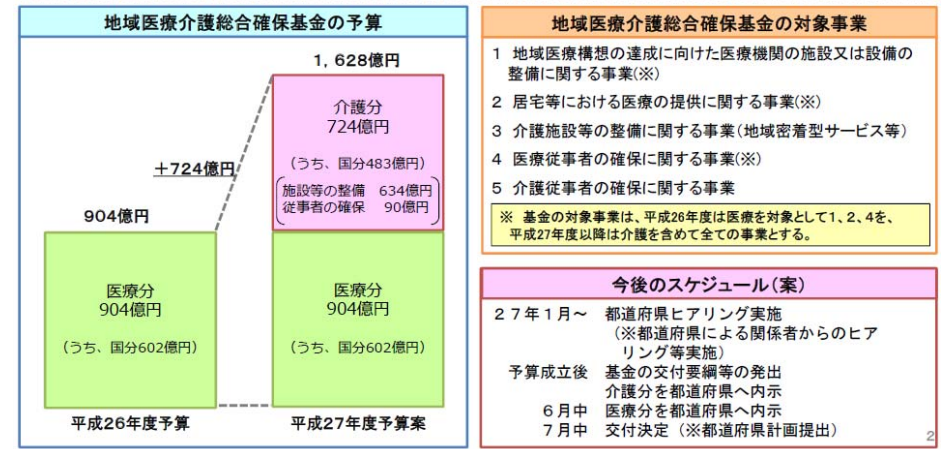


2015.03.06 第4回医療介護総合確保促進会議 資料

69

地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案について

- 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、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。
- 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案は、公費ベースで1,628億円（医療分904億円（うち、国分602億円）、介護分724億円（うち、国分483億円））。
- 平成27年度以降は、介護を含む全ての事業を対象とすることとしており、対前年度予算724億円増。



2015.03.06 第4回医療介護総合確保促進会議 資料

70

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象患者と算定日数上限

算定対象となる回復期リハビリテーションを要する状態	上限日数
(1) 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2カ月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限り※）又は義肢装着訓練を要する状態	150日以内
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭頸部損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180日以内
(2) 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2カ月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限り※）	90日以内
(3) 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2カ月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限り※）	90日以内
(4) 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態（損傷後1カ月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限り※）	60日以内
(5) 股関節又は膝関節の置換術後の状態（損傷後1カ月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限り※）	90日以内

※一般病棟7対1及び10対1、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1及び10対1）、総合入院体制加算、救命救急入院料、ICU、HCU、SCU、NICUを算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリが提供された場合は、その日数をこの1～2か月の期間から30日を限度として控除する

71

基本診療料：特定入院料

2014年度 診療報酬制度改定

地域包括ケアを支援する病棟の創設

急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから現在の亜急性期入院医療管理料を廃止した上で、新たな評価を新設する。

項目【新設】	点数(1日につき)	特定地域
地域包括ケア病棟入院料1 (病棟単位)	2,558点	2,191点
地域包括ケア入院医療管理料1 (病室単位)	(生活療養 2,544点)	(生活 2,177点)
地域包括ケア病棟入院料2 (病棟単位)	2,058点	1,763点
地域包括ケア入院医療管理料2 (病室単位)	(生活療養 2,044点)	(生活 1,749点)
(加算) 看護職員配置加算	150点	
看護補助者配置加算	150点	
救急・在宅等支援病床初期加算	150点(14日限度)	

【算定要件】

- ① 60日を限度として算定する。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料について、自院で直前にDPC/PDPSで算定していた患者が当該病室に転床した場合は、特定入院期間中は引き続きDPC/PDPSで算定する。（地域包括ケア病棟入院料は適用外）

72

地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料

在宅復帰率の計算方法について

<在宅復帰率の計算式>

直近6月間に「自宅、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者＋療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)へ転棟した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)＋転棟した患者
=70%以上

[留意事項]

平成26年3月31日に7対1、10対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成26年9月30日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

<参考(回復期リハビリテーション病棟)>

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

	地域包括ケア病棟(入院医療管理料)
出来高算定可能な項目	入院基本料等加算
	・臨床研修病院入院診療加算
	・在宅患者緊急入院診療加算
	・医師事務作業補助体制加算(一般病床のみ)
	・地域加算
	・離島加算
	・医療安全対策加算
	・感染防止対策加算
	・患者サポート体制充実加算
	・救急搬送患者地域連携受入加算(一般病床のみ)
	・データ提出加算
	医学管理等
	・地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)のみ
	在宅医療
	リハビリテーション
	・摂食機能療法のみ
	処置
	・人工腎臓のみ
	別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬

・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る)
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る)
・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る)
・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る)
・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る)
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

地域包括ケア病床の運用について

1. 抗悪性腫瘍剤や麻薬は出来高で請求可能＝緩和ケアの役割もできる
2. 地域包括ケア病床の利用者
 - 急性期治療を経過した後リハビリ必要(自院並びに他院(特に7:1病院))
 - 自宅・介護施設・居住系施設患者の軽度急性増悪
 - 他院(特に無床クリニック)での廃用症候群リハ目的(回復リハには入れない)

療養病棟における在宅復帰機能の評価(1/3)

療養病棟における在宅復帰機能の評価する観点から、療養病棟入院基本料1を届け出ている病棟において、在宅復帰率が50%以上等の基準を満たす病棟に対する評価を新設する。

(療養病棟入院基本料)

【新設】在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

【施設基準】

- ① 療養病棟入院基本料1の届出
- ② 在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る)が50%以上
※同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者、介護老人保健施設に入所する患者を除く
- ③ 退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続することを確認していること
- ④ 病床回転率が10%以上であること

療養病床における在宅復帰機能の評価（2/3）

- ② 在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る)が**50%以上**
 ④ 病床回転率が**10%以上**であること

②の計算式

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
 （退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
 継続する見込みであることを確認できた患者に限る）

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

④の計算式

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、
 一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

稼働率アップの作戦

入院医療の質の高さをアピール

どういう入院機能があり退院に結びつけているか

- ・地域の無床クリニックへのあいさつ
- ・介護施設・高齢者住宅へのあいさつ
- ・急性期病院へのあいさつ

レスパイト機能・質の高いリハビリによる早期退院

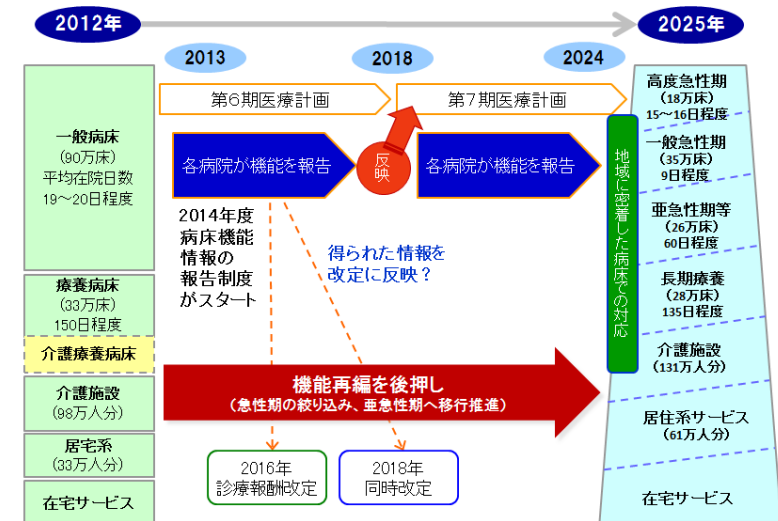
在宅復帰へむけての丁寧なケアプラン・看取り

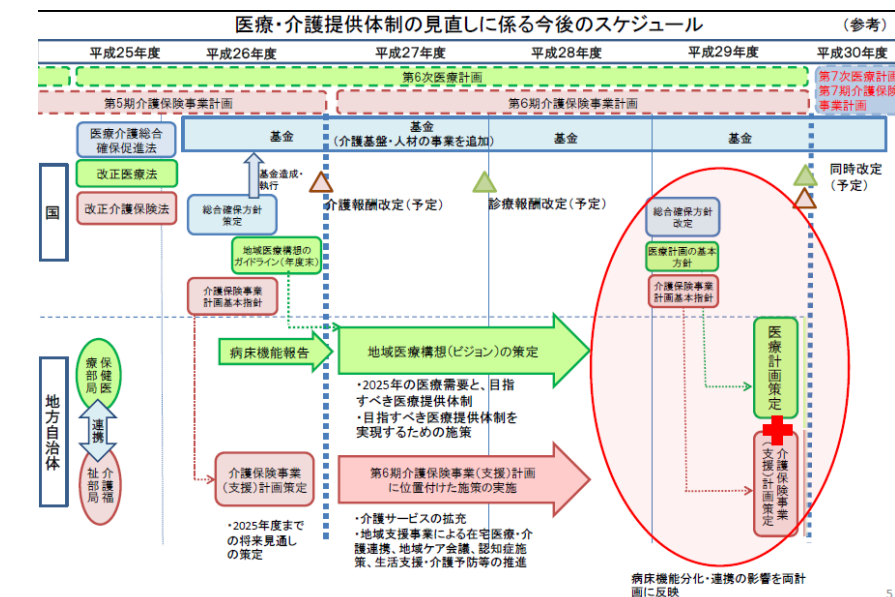
前提条件：80歳 男性 所得区分：低所得者Ⅱ 要介護4 地域区分：その他

1ヶ月(30日)入院した場合	1ヶ月(30日)在宅にて療養した場合
入院 1ヶ月間(30日)	在宅医療(病床有 機能強化型在支診)
療養病床 入院基本料1	在医総管 5,000点
医療区分2	訪問診療 833点×月4回＝ 3,332点
ADL区分3	小計 8,332点
	自己負担額 8,000円
医療費 月 約50万円	在宅介護
自己負担 月 24,600円	訪問介護(30分～1時間)週6回
食事負担額 月 18,900円	※特定事業所加算Ⅲ、介護職員処遇改善加算Ⅱ
計 43,500円	$(388 + (388 \times 10/100) + (388 + (388 \times 10/100)) \times 48/1000) \times 24 = 10,752$ 単位
	訪問看護(STから30分～1時間)週2回
	※看護体制強化加算300単位/月、サービス提供体制強化加算6単位/回
	$(814 + 6) \times 8 + 300 = 6,860$ 単位
	夜間対応型訪問介護Ⅰ(毎日1回夜間巡回型)
	※サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算
	$((368 + 12) \times 30 + 981) + ((368 + 12) \times 30 + 981) \times 48/1000 = 12,975$ 単位
	通所介護(通常規模 5～7時間)週1回
	※中重度ケア体制加算、個別機能訓練加算Ⅰ
	サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算
	$((780 + 45 + 46 + 6) + (780 + 45 + 46 + 6) \times 22/1000) \times 4 = 3,584$ 単位
	福祉用具(車椅子月600円・特殊寝台月1500円)
	介護自己負担合計 35,372円
	医療＋介護 自己負担合計 43,372円

2018年同時改定の重要性

2025年(平成37年)地域包括ケアシステム整備に向けての重要ポイント





高齢化による今後の課題と対策

1. 退院調整は難しくなる

退院調整から退院支援へ

介護保険を知らないと平均在院日数は伸びる

2. 認知症対策を徹底

認知症患者700万人時代へ

認知症対応も出来る医療機関が求められる

3. 地域の質の高い介護事業者・介護施設 診療所との連携は必須

高齢者のリハビリや住まいは重要

かかりつけ医の役割は重要化

地域の状況判断を誤らないこと！！

① 地域の医療提供状況(人口構成)確認

急性期(とその範囲)・回復期・慢性期

② 地域の介護施設・介護事現状と

該当利用者像の確認(高齢者増)

③ 連携体制の構築

地域の医療機関・介護施設等 情報収集と一体感を目指す

人材確保・人材育成はこれからの鍵

- 1) 診療・介護報酬は人に報酬が付けられてきた
- 2) 教育研修費用の予算化(利益が出たらという考えは ×)
- 3) コメディカルの確保(但し、部門別生産性向上の取組は必須)
- 4) 人事管理の強化(採用担当専任の配置)
(人に関する情報のデータベース化)

◇ 医療・介護事業の商品は「人」

＊人材育成に投資すべき ＊スタッフ確保困難時代へ
＊体質改善・体力増進を行うには質の向上、教育研修が重要要素

◇「地場産業」であることを忘れない

人（地域住民、患者、利用者、その家族、職員）

すべて地元で生まれ育ち、生きて行く

地域に役立つ事業体であることが重要な経営戦略でもある