2025 年へのロードマップ

～地域医療・介護推進法と診療報酬改定～

国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院

2012年2月新装オープン

目次

- パート1
  - 社会保障・税の一体改革と国民会議
- パート2
  - 病床機能報告制度と次期医療計画見直し
- パート3
  - 2014年診療報酬改定と入院病床の機能分化
- パート4
  - 在宅医療の強化

パート1
社会保障・税の一体改革と国民会議

２０２５年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議（会長　清家慶応義塾大学学長）
が2012年11月30日から始まった

社会保障・税一体改革（８月１０日）

- ８月１０日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決さた。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は・・・

  団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

2012年８月１０日、参議院を通過

人口ピラミッドの変化（2005，2030，2055）－ 平成18年中位推計 －

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1．2人で支える社会構造になると想定される。

注：2005年は国勢調査結果（年齢不詳按分人口）。

出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」（出生中位・死亡中位）

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
（2005年 → 2025年）

出典：国勢調査（平成17年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

社会保障給付費の推移

2025年
149兆円

	1970	1980	1990	2000	2011(予算ﾍﾞｰｽ)
国民所得額(兆円)A	61.0	203.9	346.9	371.8	351.1
給付費総額(兆円)B	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.2(100.0%)	78.1(100.0%)	107.8(100.0%)
(内訳) 年金	0.9(24.3%)	10.5(42.2%)	24.0(50.9%)	41.2(52.7%)	53.6(49.7%)
医療	2.1(58.9%)	10.7(43.3%)	18.4(38.9%)	26.0(33.3%)	33.6(31.2%)
福祉その他	0.6(16.8%)	3.6(14.5%)	4.8(10.2%)	10.9(14.0%)	20.6(19.1%)
B／A	5.77%	12.15%		21.01%	30.70%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成23年1月24日閣議決定）
（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

社会給付費の見通し

（兆円）
160
140
120
100
80
60
40
20
0
109.5兆円
（GDP対比22.8%）
148.9兆円
（GDP対比24.4%）
介護, 8.4
医療, 35.1
年金, 53.8
介護, 19.8
医療, 54
年金, 60.4
介護
2.34倍
医療
1.54倍
年金
1.12倍
2012年度
2025年度
その他
子ども子育て
介護
医療
年金

消費税増税分の使い道

消費税５％引き上げ分（１４兆円）
社会保障の
充実強化分（1％）
２．８兆円
社会保障の
安定財源確保分
（4％）
14兆円
子ども・子育て
0.7兆円程度
医療・介護の充実と重点化・効率化
１．５兆円程度
年金
0.6兆円程度
2.8兆円程度
社会保障の充実強化分１％

社会保障・税の一体改革　　医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年		平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))		(102万人(35%))
	※平成29年(2017年)には118万人(44%)		
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年		平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村(市町村単独分含む)	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

【医療・介護】

		2011年度	2025年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】	22万床　15～16日程度
			【一般急性期】	46万床9日程度
			【亜急性期等】	35万床　60日程度
	医師数	29万人	32～34万人	
	看護職員数	141万	195～205万人	
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分	
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍) ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増	
	在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	304万人分 5万人分 ー	449万人分(1.5倍) 40万人分(8.1倍) 15万人分(ー)	
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	61万人分(2.0倍) 24万人分(1.6倍) 37万人分(2.3倍)	
	介護施設 特養 老健(＋介護療養)	92万人分 48万人分(うちユニット12万人(26%)) 44万人分(うちユニット2万人(4%))	131万人分(1.4倍) 72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%)) 59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))	
	介護職員	140万人	232万人から244万人	
	訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分	

一般病床
107万床

機能分化して103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

改革の方向性 2　医療・介護サービス保障の強化

■ 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

⇒ どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

2012年は地域包括ケア元年

社会保障制度改革国民会議
最終報告書（2013年8月6日）

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
  - 病床機能情報報告制度の早期導入
  - 病床機能の分化と連携の推進
  - 在宅医療の推進
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 医療職種の業務範囲の見直し
  - 総合診療医の養成と国民への周知

国民会議報告のポイント

- 都道府県の役割強化
  - 医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化
  - 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
  - 医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度見直し

地域医療・介護推進法案のポイント

医療	基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）
	病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）
	地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）
	医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月）
介護	「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に）
	一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月）
	所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月）
	所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月）
	特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月）

閣議決定！

(カッコ内は施行時期）

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール（粗いイメージ）

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

報酬改定

- 診療報酬・介護報酬同時改定①
- 診療報酬改定①
- 診療報酬改定②
- 診療報酬・介護報酬同時改定②
- 診療報酬改定③
- 診療報酬改定④
- 診療報酬・介護報酬同時改定③

2013年　2018年　2024年

医療法改定など
プログラム法案

医療計画

- 医療計画
- 医療計画
- 医療計画（6年）
- 医療計画

介護保険事業計画

- 介護保険事業計画
- 介護保険事業計画
- 介護保険事業計画
- 介護保険事業計画
- 介護保険事業計画
- 介護保険事業計画

医療介護のあるべき姿

パート2
病床機能報告制度と
次期医療計画見直し

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」
（座長　学習院大学遠藤久夫教授）

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

○　病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能（病床機能区分）の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都 道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○　地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。

（地域医療構想（ビジョン）の内容）

1．2025年の医療需要
　入院・外来別・疾患別患者数　　等

2．2025年に目指すべき医療提供体制
　・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町ごとの医療機能別の必要量

3．目指すべき医療提供体制を実現するための施策
　例）　医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

病床機能区分

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会
（座長　学習院大学遠藤久夫教授）

検討会でまとまった病床機能区分

名称	内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

厚生労働省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」第8回の資料・議論を基に編集部作成

2013年9月4日

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会	参考資料
平成25年5月30日	

報告制度

～25年6月

【具体的な内容の検討】

検討会において、報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容、提供方法について検討。6月を目途にとりまとめ。

25年度後半～26年度前半

【報告の仕組みの整備】

医療機関から都道府県に報告するシステムの整備

26年度後半～

【報告制度の運用開始】

都道府県は報告制度を通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握。

地域医療ビジョン

25年度後半～26年度前半

【地域医療ビジョンのガイドライン作成】

検討会を設置し、地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を検討。
26年度前半にガイドラインを示す。

26年度後半～

【地域医療ビジョン策定に向けた検討】

都道府県において、ガイドラインを踏まえ、地域医療ビジョンの内容を検討。

27年度後半～

【地域医療ビジョン策定】

バランスのとれた医療機能の分化と連携を推進するための地域医療のビジョンを策定。

※　平成25年度からスタートしている医療計画に追記。

病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会（部会長：永井良三・自治医科大学学長）2013年10月4日
- 1案
  - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数（一般病床、療養病床を含む）に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- ２案
  - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長　相沢孝夫氏
  - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、（病床数適正化に向けて）『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長　中川俊男氏
  - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長　辺見公雄氏
  - 、「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
  - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

第3案（修正案）

- 修正案
  - 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
  - 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
  - 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う
  - ペナルティー案
    - ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消

ムチ！

機能分化と連携を進める医療機関に基金制度

アメ

- 2014年度予算政府案
  - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
  - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
  - 機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
  - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

基金制度

- 基金の補助対象事業
  - 都道府県が新たに策定する地域医療ビジョンを達成するための医療機関の施設・設備整備事業
  - 在宅医療を推進するための事業
  - 介護サービスの施設・設備整備を推進するための事業
  - 医師、看護職、介護職を確保するための事業
  - 医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業

パート3
2014年診療報酬改定
～入院病床の機能分化～

中医協調査専門組織
入院医療等調査･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
安藤（あんどう）　文英（ぶんえい）	医療法人西福岡病院　理事長
池田（いけだ）　俊也（しゅんや）	国際医療福祉大学　薬学部　薬学科　教授
石川（いしかわ）　広己（ひろみ）	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会　理事長
香月（かつき）　進（すすむ）	福岡県　保健医療介護部　医監
神野（かんの）　正博（まさひろ）	社会医療法人財団董仙会　理事長
高智（こうち）　英太郎（えいたろう）	健康保険組合連合会　理事
佐柳（さなぎ）　進（すすむ）	独立行政法人国立病院機構関門医療センター病院長
嶋森（しまもり）　好子（よしこ）	社団法人東京都看護協会　会長
武久（たけひさ）　洋三（ようぞう）	医療法人平成博愛会　理事長
筒井（つつい）　孝子（たかこ）	国立保健医療科学院　統括研究官
藤森（ふじもり）　研司（けんじ）	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
○ 武藤（むとう）　正樹（まさき）	国際医療福祉大学大学院　教授

○：分科会長

2014年診療報酬改定の重点課題と改定の視点

- 重点課題
  - ①医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
    - ア　入院医療
      - 急性期病床の機能の明確化、急性期後の受け皿となる病床の整備、有床診の機能に応じた評価等
    - イ　外来医療
      - 診療所・中小病院の主治医機能の評価、大病院の専門外来の評価等
    - ウ　在宅医療
      - 在宅療養支援診療所・病院の機能強化、在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療の推進、訪問看護ステーションの大規模化の推進、在宅歯科医療の推進、在宅薬剤管理指導の推進等
    - エ　連携ネットワーク
      - 入院、在宅、歯科、薬局、看護、介護等のネットワークにおける円滑な移行や切れ目のない連携等

2014年診療報酬改定の改定率

診療報酬の改定率の推移

診療報酬による機能分化
～杯型から砲弾型へ～

○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると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。

医療提供体制改革④（診療報酬の有効性）　（参考4）

○「7対1入院基本料」を算定する病床数は、2006年度の新設以来、一貫して増加。一方で、報酬の低い「10対1入院基本料」の病床は一貫して減少。

○ 2008年度、2012年度の診療報酬改定では、「7対1入院基本料」の要件を厳格化したが、この傾向は継続。

⇒ 診療報酬では、病床の数のコントロールができないことが実証されている。

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」

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19日⇒18日以下」

※「A得点」：心電図モニターのモニタリングや輸血等の処置の必要性により付加される得点。「B得点」：寝返りや食事摂取ができない等、患者の状況により付加される得点。
出所：平成25年7月17日 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（入院医療等の調査・評価分科会）資料

入院医療等の調査・評価分科会

- （1）一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
  - ①平均在院日数について
  - ②重症度・看護必要度の項目
  - ③その他の指標について
- （2）亜急性期入院医療管理料等の見直し
- （3）医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

入院医療等の調査・評価分科会

- （4）特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病床に転換した場合に対する経過措置
- （5）診療報酬点数表における簡素化
  - ①栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化について
  - ②入院基本料等加算の簡素化について
- （6）医療機関における褥瘡の発生等

7対１入院基本料のあり方

- ７対１入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- ７対１入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算 出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制 度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

DPCデータ提出病院における短期手術等に係る平均在院日数の影響

4泊5日以内の短期手術等の症例を除いた場合、平均在院日数の差は全体で約0.6日(＋4.9%)程度

平成24年4月～9月分DPCデータ

短期滞在手術基本料の見直し

➢一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料3の対象を21種類に拡大するとともに、包括範囲を全診療報酬点数とする。

＜対象検査＞

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1　携帯用装置を使用した場合
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
D237 終夜睡眠ポリグラフィー3　1及び2以外の場合
D291－2 小児食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法

＜対象手術＞

K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
K093－2 関節鏡下手根管開放手術
K196－2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
K282 水晶体再建術1　眼内レンズを挿入する場合　ロその他のもの
K282 水晶体再建術2　眼内レンズを挿入しない場合
K474 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
K617 下肢静脈瘤手術1抜去切除術
K617 下肢静脈瘤手術2硬化療法
K617 下肢静脈瘤手術3高位結紮術
K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2cm未満
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2長径2cm以上
K743 痔核手術　2硬化療法（四段階注射法）
K867 子宮頸部(腟部)切除術
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術・検査は
1入院包括になる！

※　入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、他に手術を実施した場合を除き、本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。

特定除外制度

90日越えの特定入院基本料から
さらに平均在院日数の
計算対象から除外する患者

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	－	－
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	－	－

○　7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

出典：平成24年度　入院医療等の調査より

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
	[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%

平成24年度　入院医療等の調査より

特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

（単位：日）

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	（N=1,826）	特定除外患者を含めない場合（N=1,799）	（N=763）	特定除外患者を含めない場合（N=745）
全体	22.5	21.0	25.2	22.0

1.5日延長

3.2日延長

出典：平成24年度　入院医療等の調査より

平均在院日数

- 4泊5日以内の短期手術等の症例を除いて平均在院日数を計算した場合
  - 12.2日→12.8日（＋０．６日延長）
- 7対１、10対１入院基本料を算定する医療機関で、特定除外患者を含めて平均在院日数を計算した場合
  - 7対１　21.0日→22.5日（＋1.5日延長）
  - 10対１　22.0日→25.2日（＋3.2日延長）

重症度･看護必要度

② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票（平成24年診療報酬改定後）

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
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）	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 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
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

測定・評価が要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上（がん専門病院については10%）
10対1入院基本料	測定・評価のみ（要件なし）
看護必要度加算（一般病棟10対1入院基本料届出病棟）	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算（一般病棟10対1 及び7対1入院基本料届出病棟）	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算（一般病棟13対1入院基本料届出病棟）	測定・評価のみ（要件なし）

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

厚生科学研究特別研究で追加項目を検討

重症度･看護必要度

- 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度･看護必要度とは何かという観点から見直し
  - 時間尿測定及び血圧測定は削除
  - 「創傷処置」については、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分ける
  - 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す
- 新しい項目の追加
  - 抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服･貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加
  - 10分以上の指導･意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上でA項目に追加

＜削除項目と追加項目の組み合わせのシミュレーション＞
パターン2:「時間尿測定」「血圧測定」「創傷処置」「呼吸ケア」の削除と追加項目の全てを反映した場合①

A モニタリング及び処置等	
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	○
計画に基づいた10分間以上の指導	○
計画に基づいた10分間以上の意思決定支援	○
9 専門的な治療・処置1	○
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	○
抗悪性腫瘍剤の内服	○
麻薬の内服・貼付	○
抗血栓塞栓薬の持続点滴	○
B 患者の状況等	
1 寝返り	○
2 起き上がり	○
3 座位保持	○
4 移乗	○
5 口腔清潔	○
6 食事摂取	○
7 衣服の着脱	○

青字:削除項目案　赤字:追加項目案

【集計について】7対1入院基本料を算定する医療機関の「基準該当者割合」別に医療機関の分布を集計

中医協総会（11月27日）

- 「計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援」を除くと・・・
- 「重症度・看護必要度の高い患者割合15％以上」の要件を満たせる病院は？
  - 全体の56.5％（25.9ポイント減）
  - 3ヵ月を超えず1割以内に変動の範囲内にある病院（点数算定が認められる）を含めると70.6％（16.5ポイント減）

７対１病床36万床の4分の１
9万床減るかもしれない？

その他指標

- 7対１入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査分析を行うためにDPCデータの提出を要件とすること
- 在宅復帰率　７５％
  - 退院支援の取り組みの評価としての在宅復帰率（自宅、亜急性期病床等への転棟・転院も含む）
- 早期リハ
  - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標

7対1病院のDPCデータ提出の状況

7対1病院におけるDPCデータの提出状況（平成24年度）

DPCデータの提出病床の状況

	許可病床数（平成24年7月1日現在）	データ提出届出病床数（平成25年3月1日現在）	割合
一般病棟　7対1入院基本料（経過措置を含む）	380,591	328,665	86.4%
一般病棟　10対1入院基本料	210,566	74,513	35.4%
特定機能病院　一般病棟7対1入院基本料（経過措置を含む）	58,944	58,326	99.0%*
特定機能病院　一般病棟10対1入院基本料	1,365	1,232	90.3%*
専門病院　7対1入院基本料（経過措置を含む）	5,795	5,569	96.1%
専門病院　10対1入院基本料	1,944	1,215	62.5%

*特定機能病院で100%になっていないのは許可病床と届出病床の差によると考えられる

7対1入院基本料を算定している病床については、既に大半がDPCデータを提出している

7対1病棟における退棟患者の状況（平成24年度調査結果）

（改）診調組　入－1
２５．７．１７

＋死亡退院：749人

N=24,687

出典：平成24年度　入院医療等の調査より

*その他介護施設等には「グループホーム」「有料老人ホーム・軽費老人ホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」が含まれる

在宅復帰の流れ（イメージ）

（改）中医協　総－３
２５．３．１３

新7対1経過措置
2014年9月まで！

データ提出加算については
2015年3月まで

亜急性期入院医療

亜急性期入院医療が大きく見直しされる

亜急性期入院医療

- 亜急性期病床の役割・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（A項目が1点以上の患者が10%以上）
  - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
    - 在宅療養支援病院、二次救急病院の指定、救急告示の届け出
  - ③在宅への復帰支援
    - 在宅復帰率70%
- 多職種の配置
    - 専任のリハビリスタッフ、看護師、看護補助者、ケースワーカーなど

中医協総会（11月27日）

- 「亜急性期病棟」
  - （i）地域医療を支えるため「亜急性期医療の評価を充実」する
  - （ii）亜急性期は病棟単位の評価を原則とし、200床未満の病院については特例を設ける
    - 200床未満では病院全体あるいは1病棟に限り病床単位
  - （iii）亜急性期の機能に鑑み要件を設定する
  - （iv）療養病床においても、1病棟（60床）まで亜急性期の届出を可能とする

地域包括ケアを支援する病棟の評価

亜急性期病棟は
「地域包括ケア病棟」
リハは包括化された

- 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
する。

（新）　地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1　2,558点　（60日まで）
地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）2　2,058点　（60日まで）

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日まで）

［施設基準等］

① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
⑦ 以下のいずれかを満たすこと　ア）在宅療養支援病院、イ）在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年3件以上の受入実績、ウ）二次救急医療施設、エ）救急告示病院
⑧ データ提出加算の届出を行っていること
⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはできない。
⑪ 在宅復帰率7割以上　（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）
⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である　（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）

看護職員配置加算：看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上
看護補助者配置加算：看護補助者が25対1以上
救急・在宅等支援病床初期加算：他の急性期病棟（自院・他院を問わず）、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

地域包括ケア病棟の新たな機能

外来の機能分化の推進について

外来診療の機能分化の推進（平成24年診療報酬改定）

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診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　200点（紹介のない場合）

（新）　外来診療料　52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

[算定要件]

①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院

(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生（支）局に報告を行うこと。

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

※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

※ ただし，前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については，報告年度の連続する6か月間の実績が基準を上回る場合には紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

（翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告する。）

（注） 初診の患者数，紹介患者数，逆紹介患者数，救急患者数の定義については、

・特定機能病院は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、

・地域医療支援病院は、「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により、

定めている業務報告と同じ基準としている。

病床規模別の紹介率の状況（外来）

紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、紹介あり（病院から、一般診療所から、歯科診療所から、介護老人保健施設から、介護老人福祉施設から、その他から）と答えた患者の割合

病床規模が大きくなるほど、紹介率が高くなり、特に500床以上で高くなる傾向がある

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。

出典：平成23年患者調査

大病院の紹介率・逆紹介率

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院
  - 紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満
- 特定機能病院を除く500床以上の全ての病院（一般病床200床未満の病院を除く）
  - 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満

→ 初診療　200点
外来診療料　52点

中医協総会（2013年11月1日）において
入院医療等の調査・評価分科会報告

外来医療（その3）
＜主治医機能について＞

平成25年10月9日

外来医療の役割分担のイメージ

（改）中医協　総－３
２３．１１．３０

出典：社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

主治医機能の強化について

1. 対象医療機関と対象患者
2. 服薬管理
3. 健康管理
4. 介護保険制度の理解と連携
5. 在宅医療の提供および24時間の対応

主治医機能について①
（対象医療機関と対象患者）

概要

・ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、診療所や中小病院の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行う。

対象医療機関

・ 外来の機能分化の観点から、主治医機能については、地域の拠点となる病院ではなく、主としてアクセスしやすい診療所や中小病院が担うことが重要であると考えられる。

・ また、複数の慢性疾患を持つ患者に対して、主治医機能を持った医師が、それぞれの専門性を持った医療機関と連携しながら、一元的な管理を行うことが重要であると考えられる。

対象患者

・ 複数の慢性疾患を有している患者は高齢者に多いが、それ以外の年齢層にも一定程度みられ、年齢に関わらず継続的かつ全人的な医療を行うことが重要であると考えられる。

・ また、高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者が増加することが見込まれ、これらの疾患を主病とする患者に対する対応が重要であると考えられる。

主治医機能について①
（対象医療機関と対象患者）

概要

・ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、診療所や中小病院の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行う。

対象医療機関

・ 外来の機能分化の観点から、主治医機能については、地域の拠点となる病院ではなく、主としてアクセスしやすい診療所や中小病院が担うことが重要であると考えられる。

・ また、複数の慢性疾患を持つ患者に対して、主治医機能を持った医師が、それぞれの専門性を持った医療機関と連携しながら、一元的な管理を行うことが重要であると考えられる。

対象患者

・ 複数の慢性疾患を有している患者は高齢者に多いが、それ以外の年齢層にも一定程度みられ、年齢に関わらず継続的かつ全人的な医療を行うことが重要であると考えられる。

・ また、高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者が増加することが見込まれ、これらの疾患を主病とする患者に対する対応が重要であると考えられる。

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	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時間開局薬局であること　等	・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	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、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剤投与の減算規定の対象外とする		
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居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ③居宅介護支援事業所の指定 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑥介護認定審査会に参加 ⑦所定の研修を受講 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ⑨（病院の場合）総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
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地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1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	・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

パート4
在宅医療の強化

2月10日中医協答申

在宅療養支援診療所・病院

06年在宅療養支援診療所の新設

特養
有料老人
ホームなど

特養、有料老人
ホーム、ケアハウスの
入居者で末期がんの患者に
対する訪問診療料が算定できる

B診療所
（連携先）

A診療所
在宅療養支援
診療所

往診料や訪問
診察料に高い
加算

死亡前24時間以内に
訪問して患者を看取れば
1万点

A診療所と連携している
B診療所（またはC病院）
がA診療所の代行で訪問
診療を行えば、在宅療養
支援診療所なみの高い診療
点数を算定できる

在宅療養支援診療所

湘南なぎさ診療所

人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

保険局医療課データ　平成23年7月

在宅療養支援病院の規制緩和（2010年診療報酬改定）

- **2008年診療報酬改定**
  - 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみに限定されていた
  - このため届け出は11病院に限定
- **2010年診療報酬改定**
  - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
  - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増

在宅療養支援病院数の推移

医療法人財団厚生会古川橋病院
東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院　港区南麻布2丁目
  - 一般病床　49床
  - 介護老人保健施設　40床
  - **介護予防機能訓練施設　20名**
  - **居宅介護支援事業所**
  - **健診センター**

鈴木先生

人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

保険局医療課データ　平成23年7月

在宅療養支援診療所・病院の課題と対策

少ない在宅看取りと
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所数（65歳以上千人あたり）
＜都道府県別分布＞

出典：保険局医療課調べ（平成22年7月1日時点）

在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制（複数回答）

（n=1,228　無回答を除く）

出典）日本医師会総合政策研究機構
「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価（2012年診療報酬改定）

- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
  - イ　所属する常勤医師3名以上
  - ロ　過去1年間の緊急の往診実績5件以上
  - ハ　過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価

- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
  - イ　患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - ロ　患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - ハ　連携する医療機関数は10未満
  - ニ　病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ（改定後）

単独強化型

・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型

	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点（病床有850点）
夜間加算	1,300点	1,500点（病床有1,700点）
深夜加算	2,300点	2,500点（病床有2,700点）
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点（病床有5,000点）
処方せん無	4,500点	4,900点（病床有5,300点）
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点（病床有3,600点）
処方せん無	3,300点	3,600点（病床有3,900点）
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点	5,000点（病床有6,000点）
看取り加算	3,000点	3,000点（病床有3,000点）
○在宅がん医療総合診療料		
処方せん有	1,495点	1,650点（病床有1，800点）
処方せん無	1,685点	1,850点（病床有2,000点）

強化型在宅療養支援診療所（2012年7月現在）

強化型在宅療養支援病院（2012年7月現在）

2014年診療報酬改定

強化型在宅療養支援病院･診療所の
要件の厳格化と同一建物減算

機能強化型在支診等の評価

➢ 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行	改定後
在宅医療を担当する常勤医師3名以上	在宅医療を担当する常勤医師3名以上
過去1年間の緊急往診の実績5件以上	過去1年間の緊急往診の実績10件以上
過去1年間の在宅看取りの実績2件以上	過去1年間の在宅看取りの実績4件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。 イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

平成26年度診療報酬改定

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

患者紹介ビジネスが問題となった！

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。

↓

診療報酬を用いた経済的誘因により、**診療の独占契約を結んでいるおそれがある**

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○　診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。
（一日当たりの訪問患者数36．9人、一人当たりの平均訪問診療時間　5分22秒～10分、一ヵ月当たりの訪問診療回数　ほとんど4～5回／月）

↓

患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、**過剰な診療を行っている可能性**がある。

算定例

＜例＞強化型在支診・病院（病床有）が、集合住宅に月2回訪問診療を行った場合

訪問診療料	200点	×	2回	
在宅時医学総合管理料	5,000点	×	1回	＝ 5,400点 ＋ 処置料等

（参考）＜特定施設等の場合＞

訪問診療料	400点	×	2回	
特定施設入居時等医学総合管理料	3,600点	×	1回	＝ 4,400点 ＋ 処置料等

（注）厚生労働省保険局医療課事務連絡（平成23年2月15日）に基づき、各地方厚生（支）局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。

出典：保険局医療課調べ

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料（在総管）、特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床	病床有		病床無		－		－	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床		病床有		病床無		－		－	
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

在宅医療の適正化②

- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

訪問診療料1（同一建物以外）	830点
訪問診療料2（特定施設等）	400点
訪問診療料2（上記以外の同一建物）	200点

【改定後】

訪問診療料1（同一建物以外）	833点
訪問診療料2（特定施設等）	203点
訪問診療料2（上記以外の同一建物）	103点

［算定要件］

① 訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬請求書に添付する。

② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。

同一建物減算の除外条件

[算定要件]

① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。

② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。

③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。

④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。

1)往診を実施した患者

2)末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間

3)死亡日からさかのぼって30日以内の患者

⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

まとめと提言

・

・社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザイン

・2014年報酬改定の1丁目1番地は、
7対1削減と地域包括ケア病棟の創設

・在宅医療の機能強化

・地域包括ケアシステムの視点

2025年へのロードマップ
～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判　220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- ４月発刊

日野原先生にもお読みいただいています。

ご清聴ありがとうございました

フェースブックで「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

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp