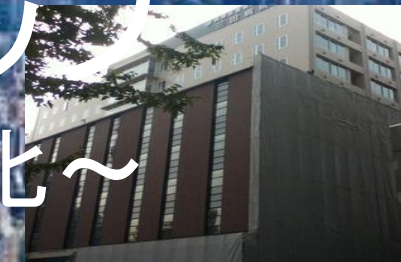


2025年へのロードマップ

～4月診療報酬改定と病床機能分化～



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

国際医療福祉大学
三田病院

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5
 - DPC/PDPSの見直し
- パート6
 - 後発医薬品

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した。
- 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

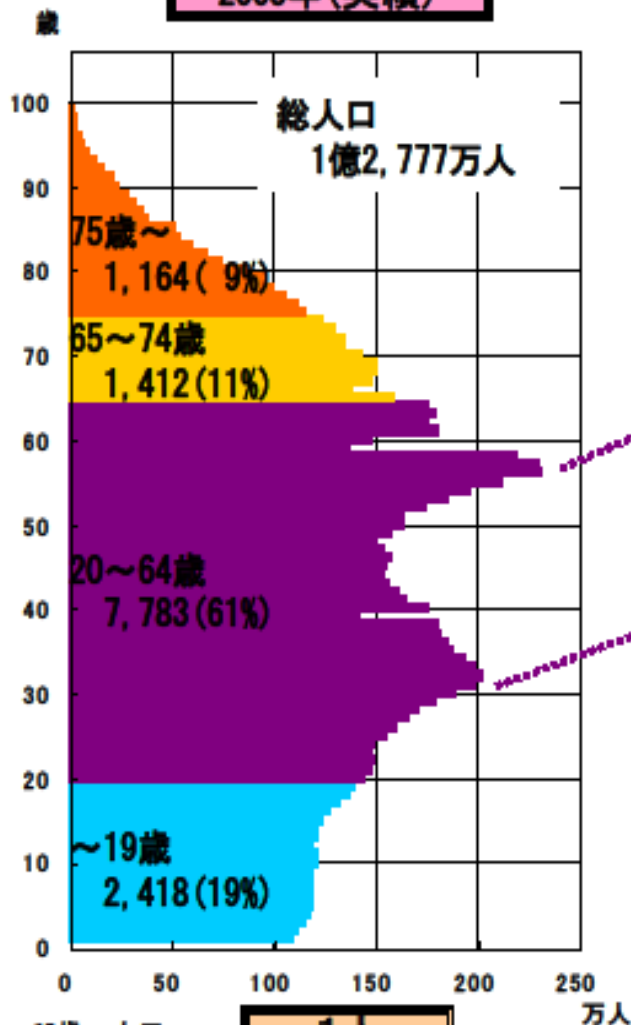


2012年8月10日、参議院を通過

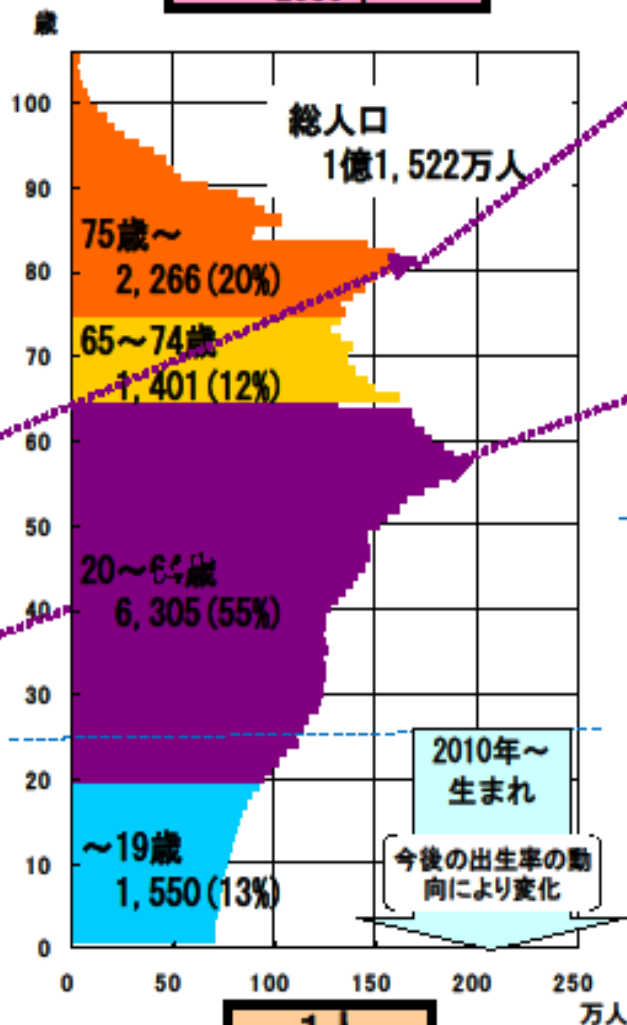
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

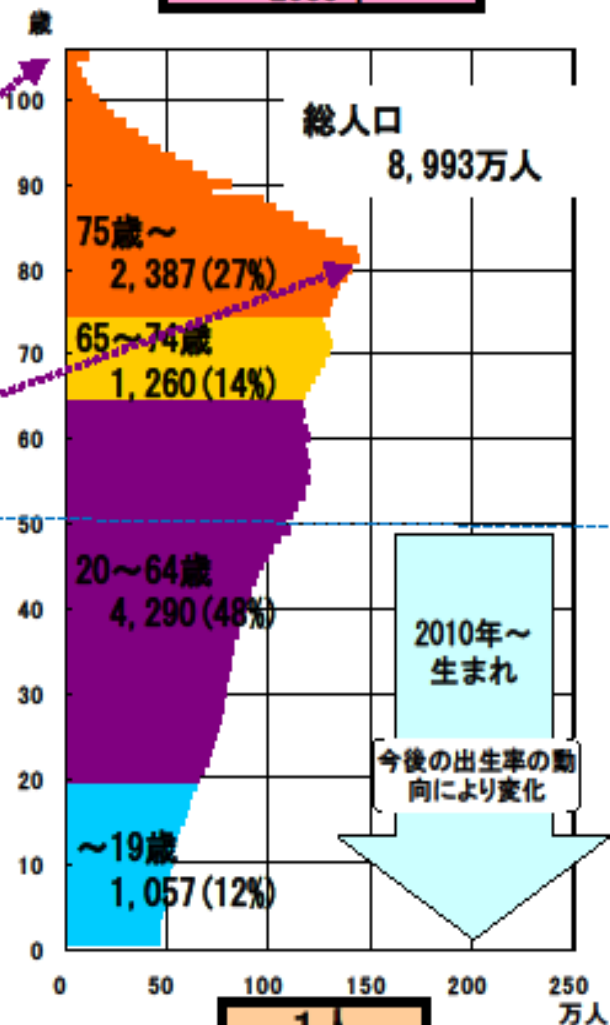
2005年(実績)



2030年



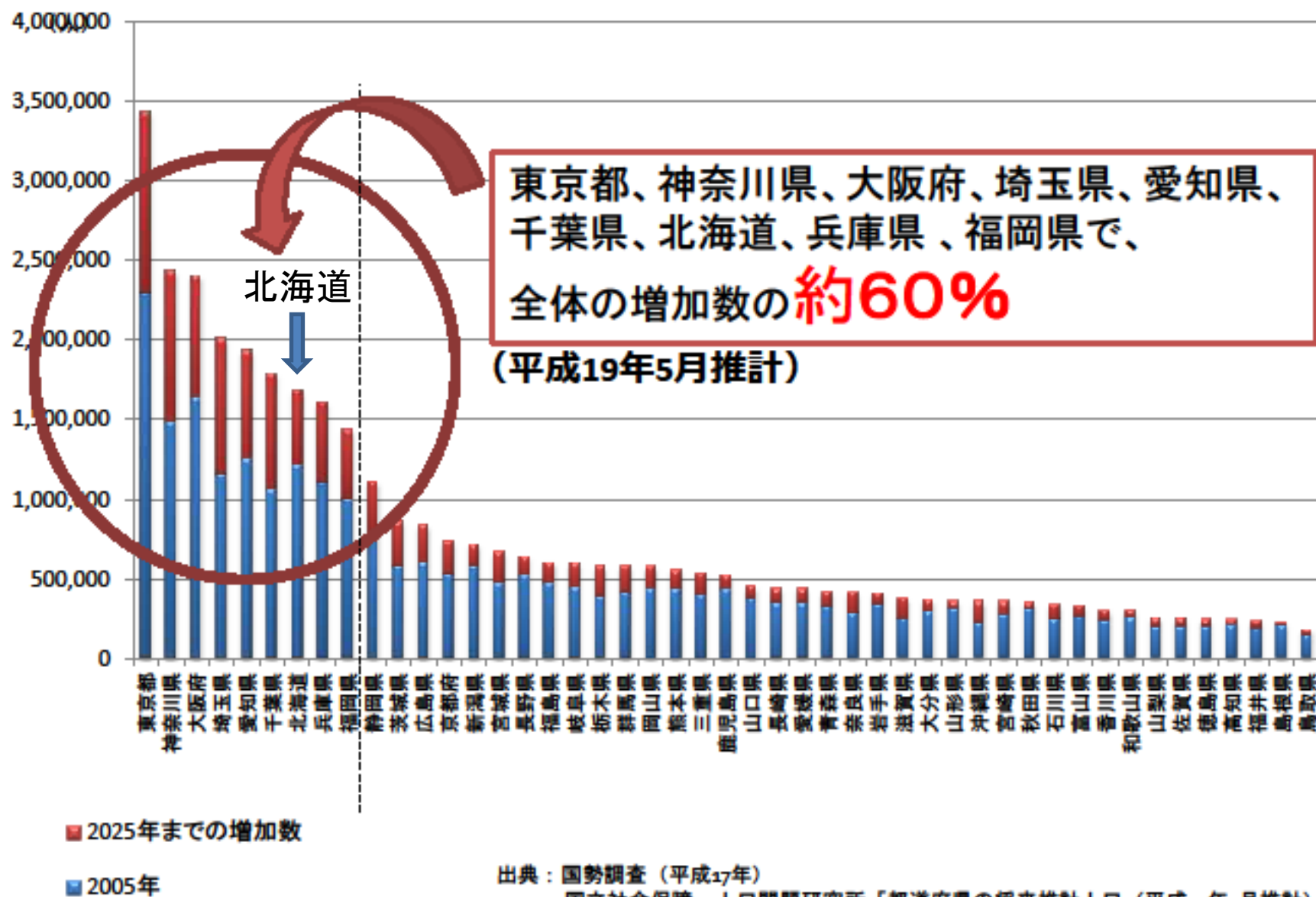
2055年



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

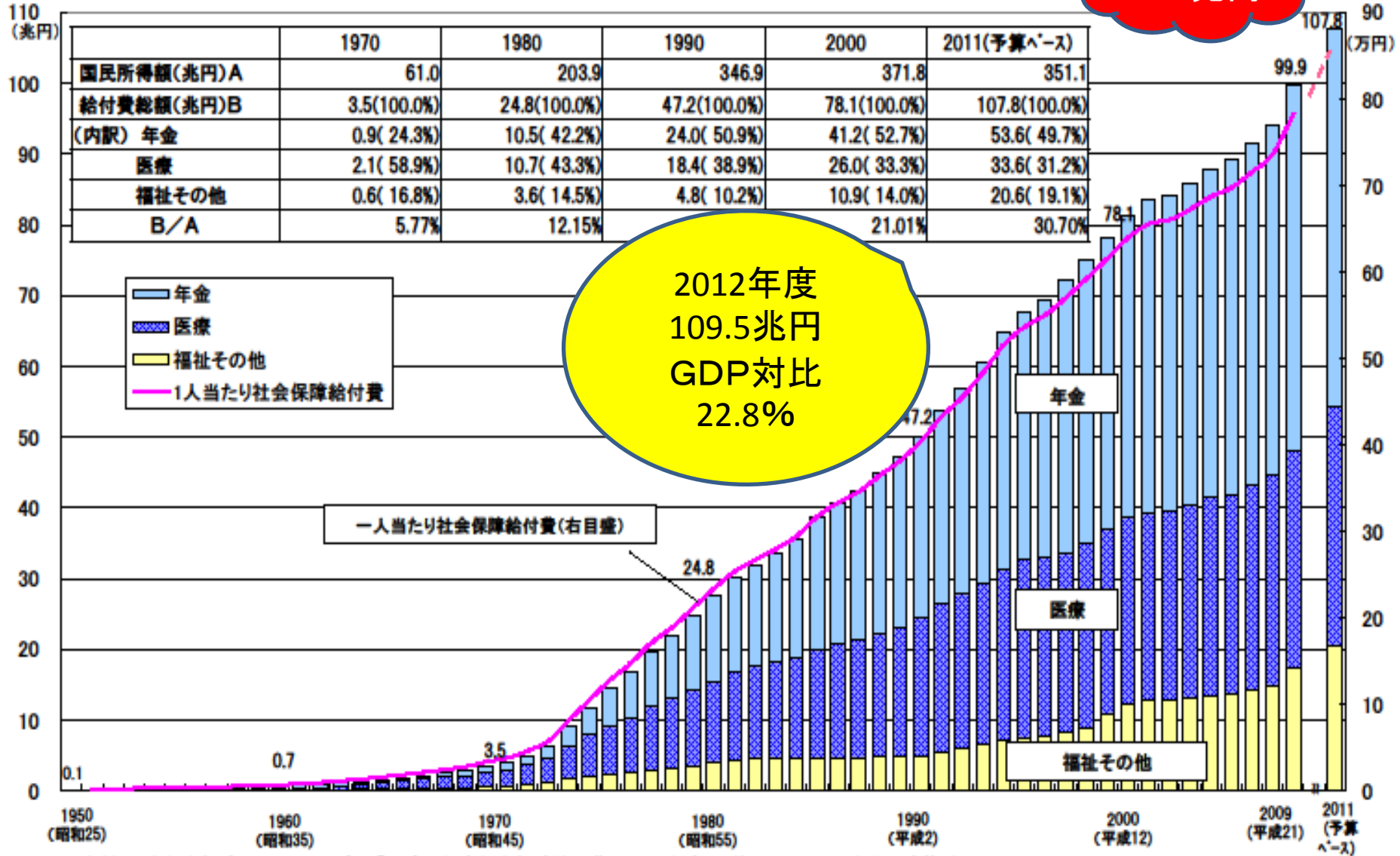
出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



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)

109.5兆円
(GDP対比22.8%)

148.9兆円
(GDP対比24.4%)

介護
2.34倍

医療
1.54倍

年金
1.12倍

介護, 19.8

医療, 54

年金, 60.4

介護, 8.4

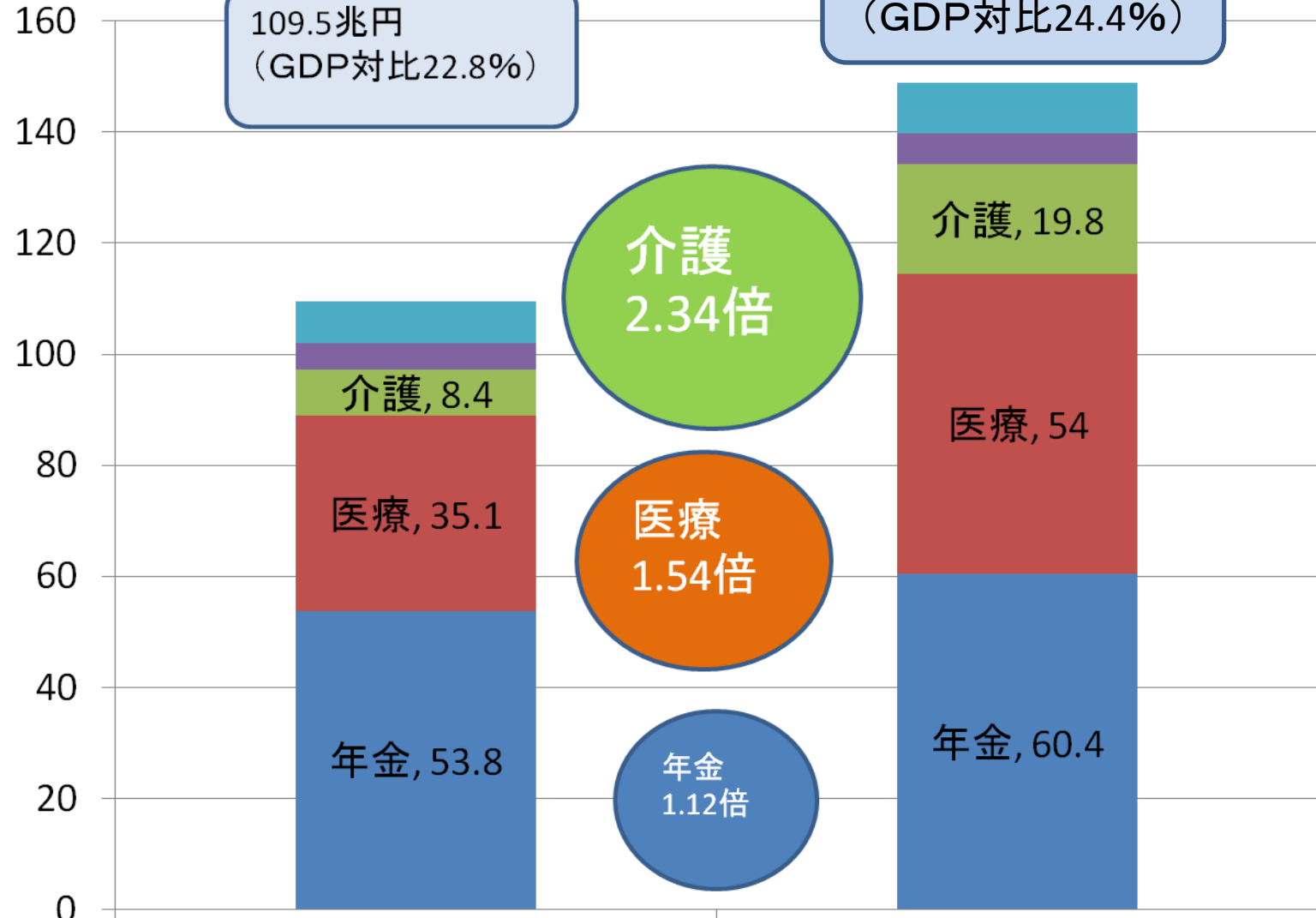
医療, 35.1

年金, 53.8

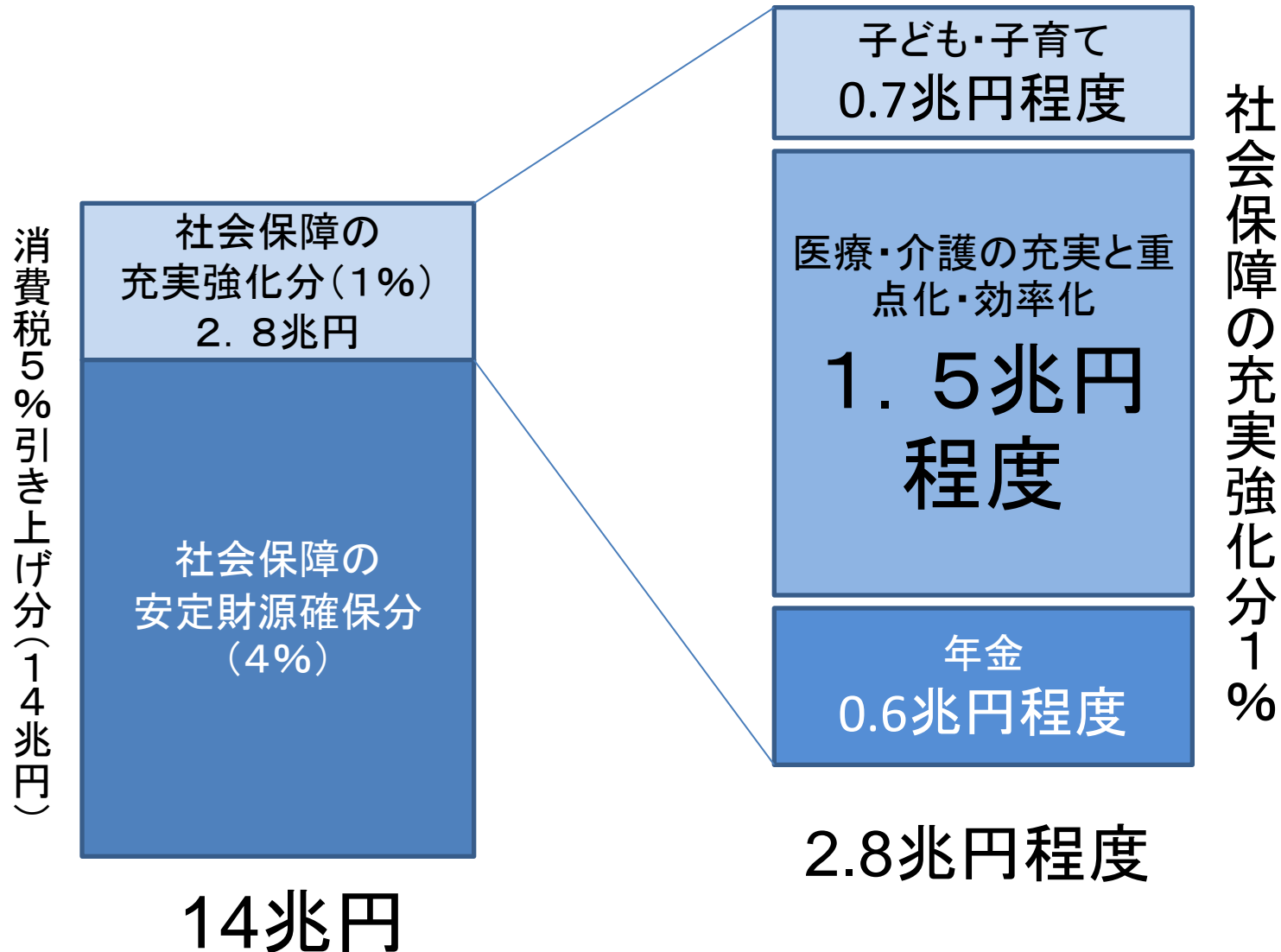
- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

2012年度

2025年度



消費税増税分の使い道



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%))
○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

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

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 (市町村単独分含む)	⇒	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	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

	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
	医師数	29万人
	看護職員数	141万
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分
【介護】	利用者数	426万人
	在宅介護	304万人分
	うち小規模多機能	5万人分
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—
	居住系サービス	31万人分
	特定施設	15万人分
	グループホーム	16万人分
	介護施設	92万人分
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	
介護職員	140万人	
訪問看護(1日あたり)	29万人分	

一般病床
107万床

【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

機能分化し
て103万床

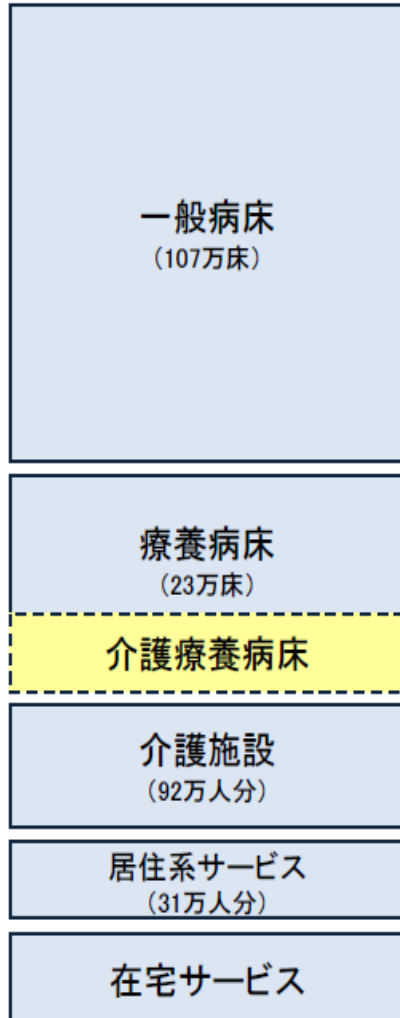
641万人(1.5倍)
・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減
・ 入院の減少(介護への移行):14万人増

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

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

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

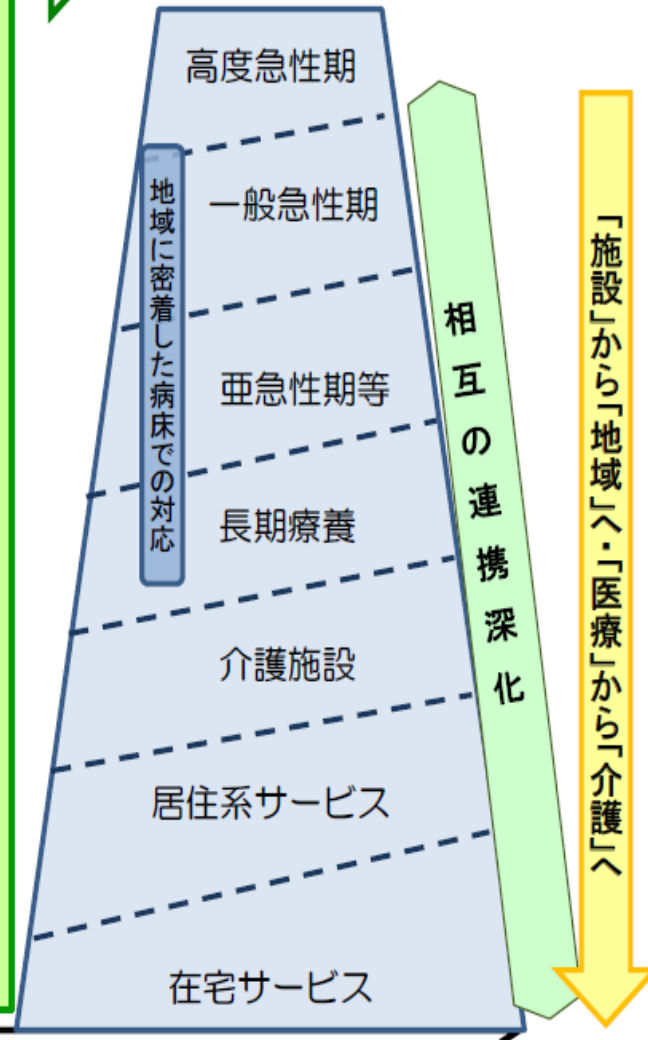
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

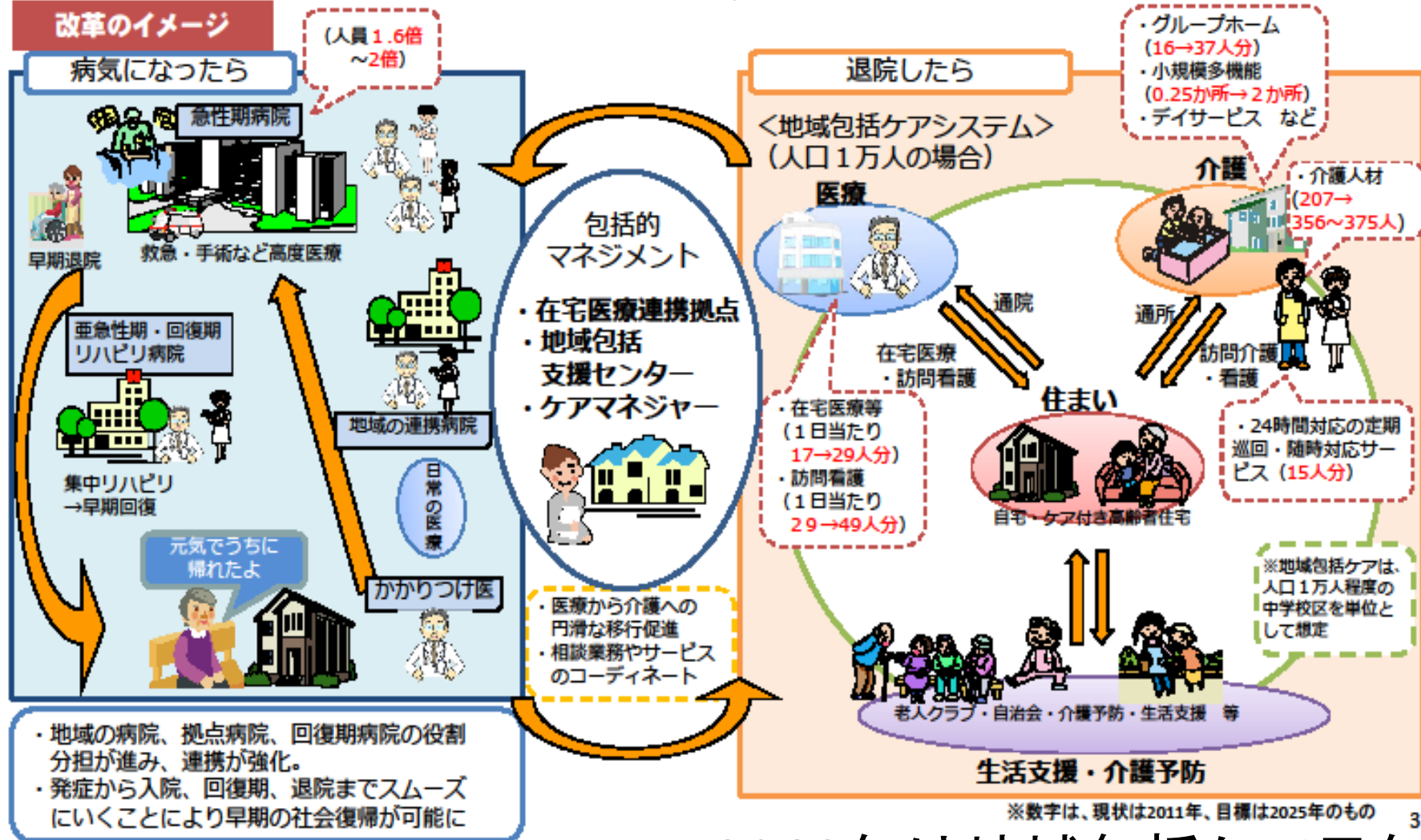
改革の方向性 ②

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



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)

2月12日
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



2013年

2018年

2023年

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

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

医療法改定など
プログラム法案

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)

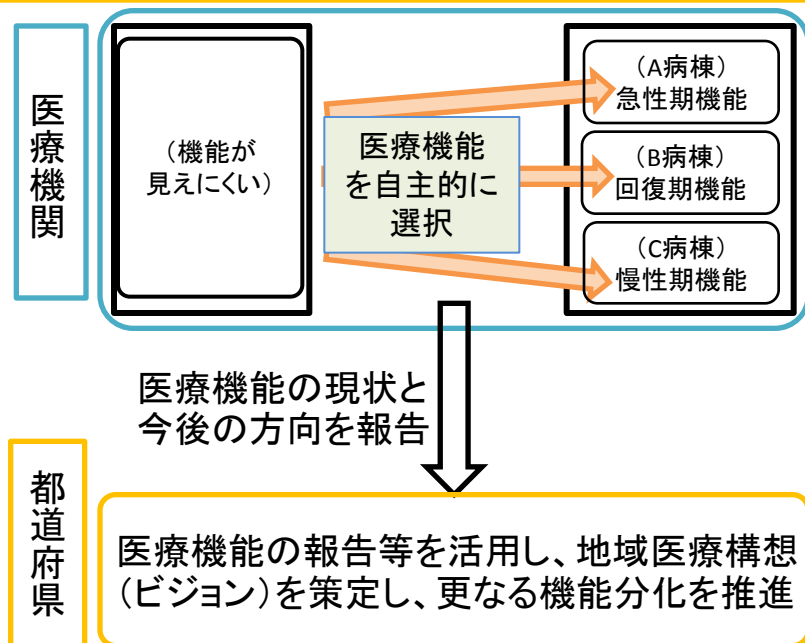
病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

○ 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)

病床機能区分の経緯

「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」

- 6区分

- ①急性期、②亜急性期、③回復期、④長期療養、⑤障害者・特殊疾患、⑥そのほか「病棟内に機能が混在しているケース」

- 5区分

- ①急性期、②亜急性期、③回復期リハビリテーション、④地域多機能、⑤長期療養

- 4区分

- ①急性期機能、②検討中、③回復期リハビリテーション機能、④長期療養機能

「亜急性期」が争点

- 厚労省の亜急性期定義

- 「主として急性期を経過した患者（ポストアキュート）、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者（サブアキュート）に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義し、ポストアキュート、サブアキュートを包括する概念
- 「この表現では、高齢者の救急は亜急性が担う印象になる。高齢者救急は急性期が担うべきだ」
加納繁照委員（日本医療法人協会会長代行）、

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頸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」

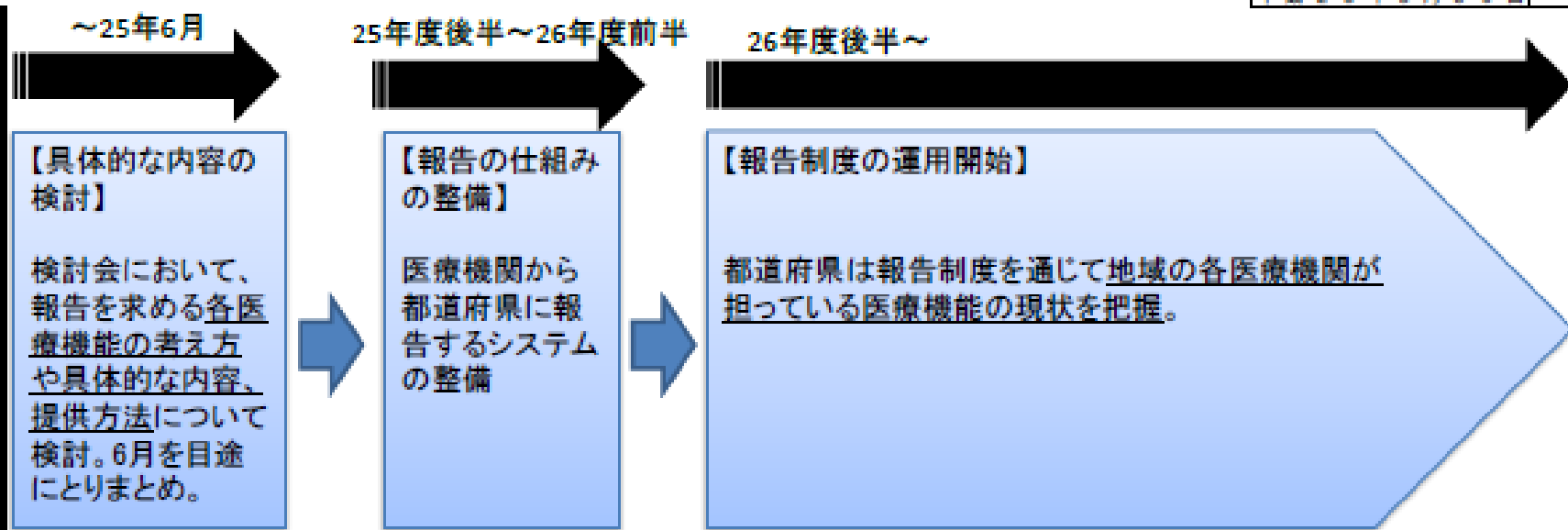
2013年9月4日

第8回の資料・議論を基に編集部作成

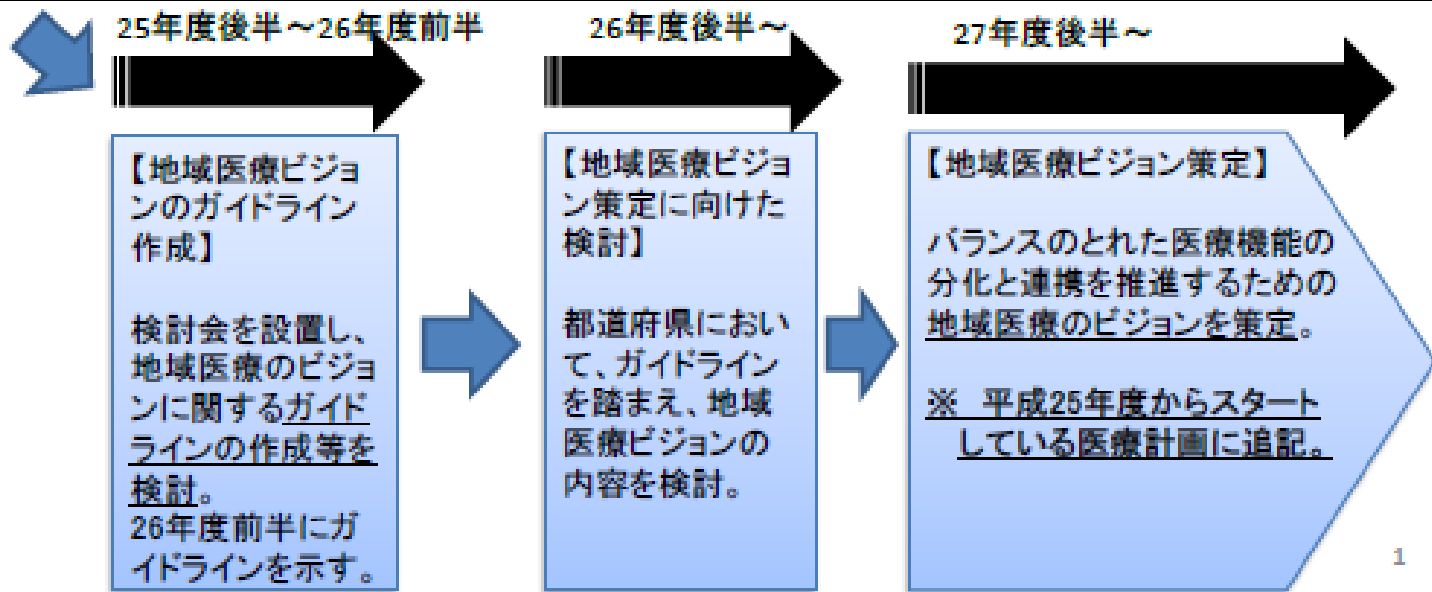
報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

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
 平成25年5月30日
 参考資料

報告制度



地域医療ビジョン



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

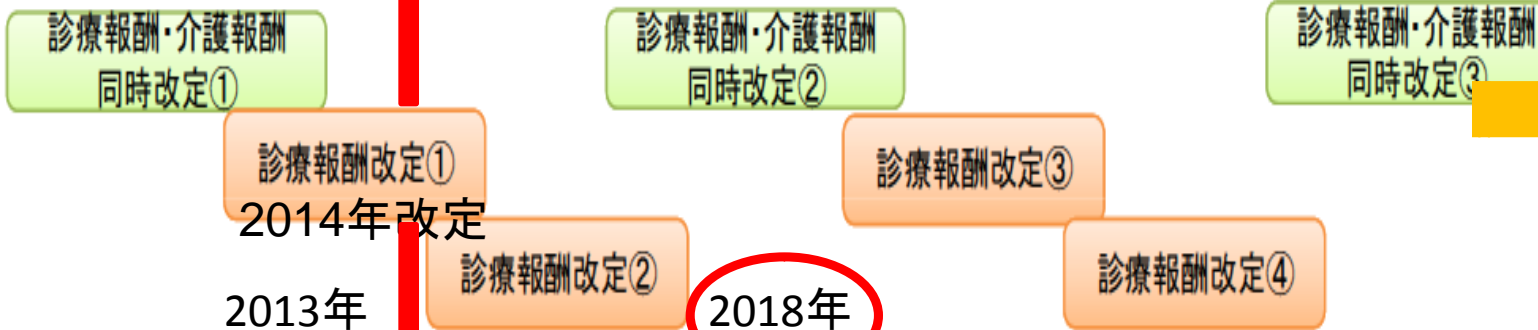
2025年へのロードマップ

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

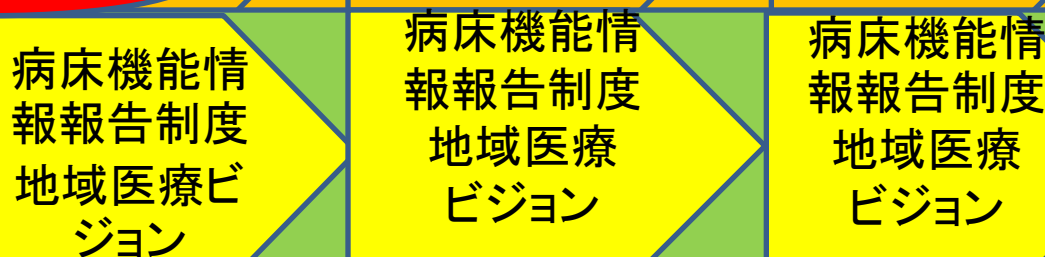
報酬改定




医療計画



病床機能情報報告制度



医療介護のあるべき姿



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
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
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
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
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
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター一病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター一長
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

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 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

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

改革の視点

• (1) 充実が求められる分野を評価していく視点

- ▽緩和ケアを含むがん医療の推進▽精神病床の機能分化、自殺予防等の観点から精神疾患に対する医療▽若年性認知症を含む認知症への対策▽救急医療、小児医療、周産期医療▽かかりつけ薬局機能を活用し、患者個々の薬歴を踏まえた的確な投薬管理・指導▽医薬品、医療機器、検査等のイノベーションの適切な評価——等の推進を検討する。

• (2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

- ▽医療安全対策等の推進▽患者に対する相談指導の支援▽明細書無料発行の推進▽診療報酬点数表の平易化・簡素化▽患者データの提出——等を検討する。

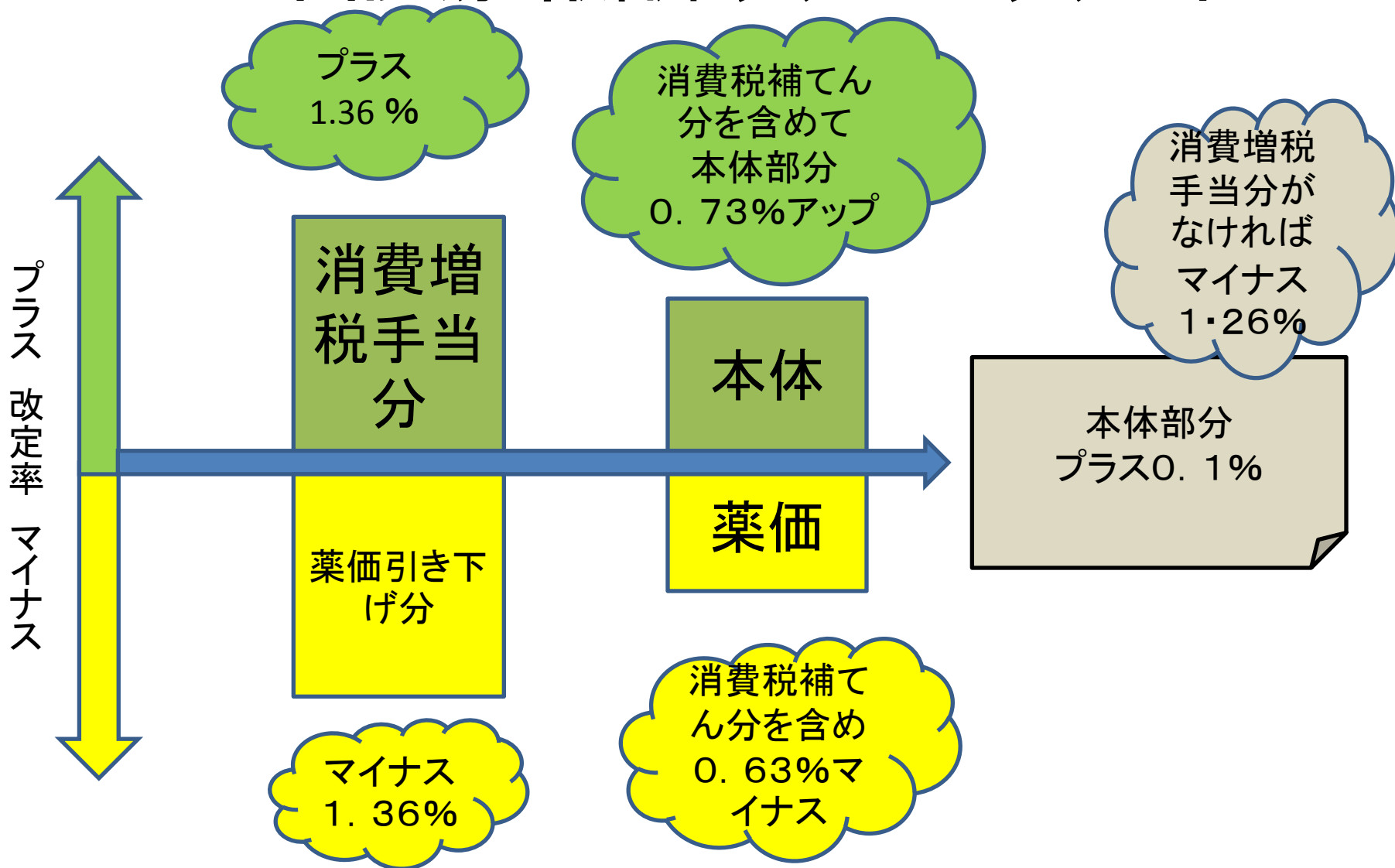
• (3) 医療従事者の負担を軽減する視点

- ▽医療従事者の負担軽減▽救急外来の機能分化の推進▽チーム医療の推進——等を検討する。

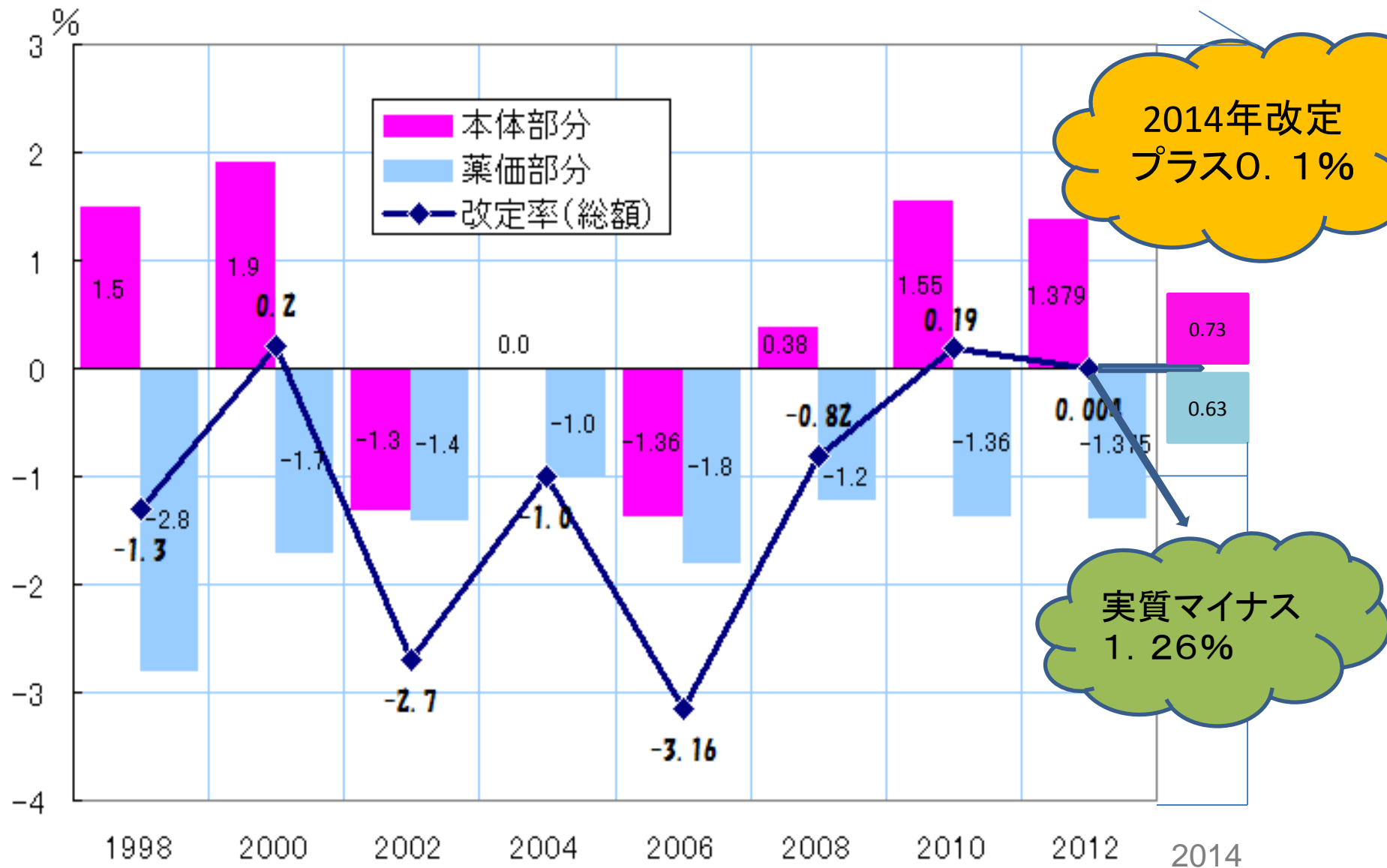
• (4) 効率化余地がある分野を適正化する視点

- ▽後発品の使用促進▽長期収載品の薬価の特例引き下げ▽医薬品、医療機器、検査等の適切な評価▽大規模薬局の調剤報酬の適正化——等を検討する。

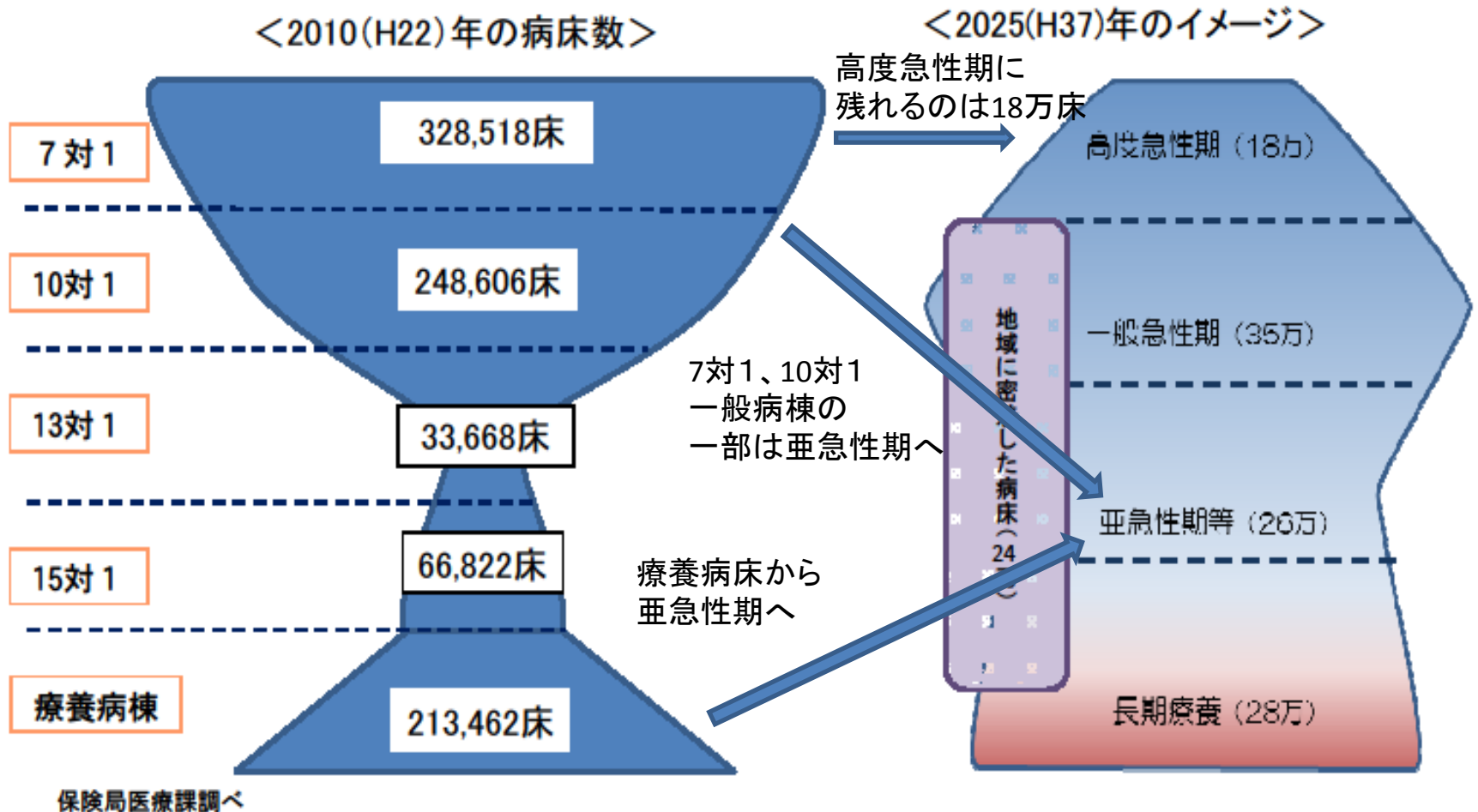
2014年診療報酬改定の改定率



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～



○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

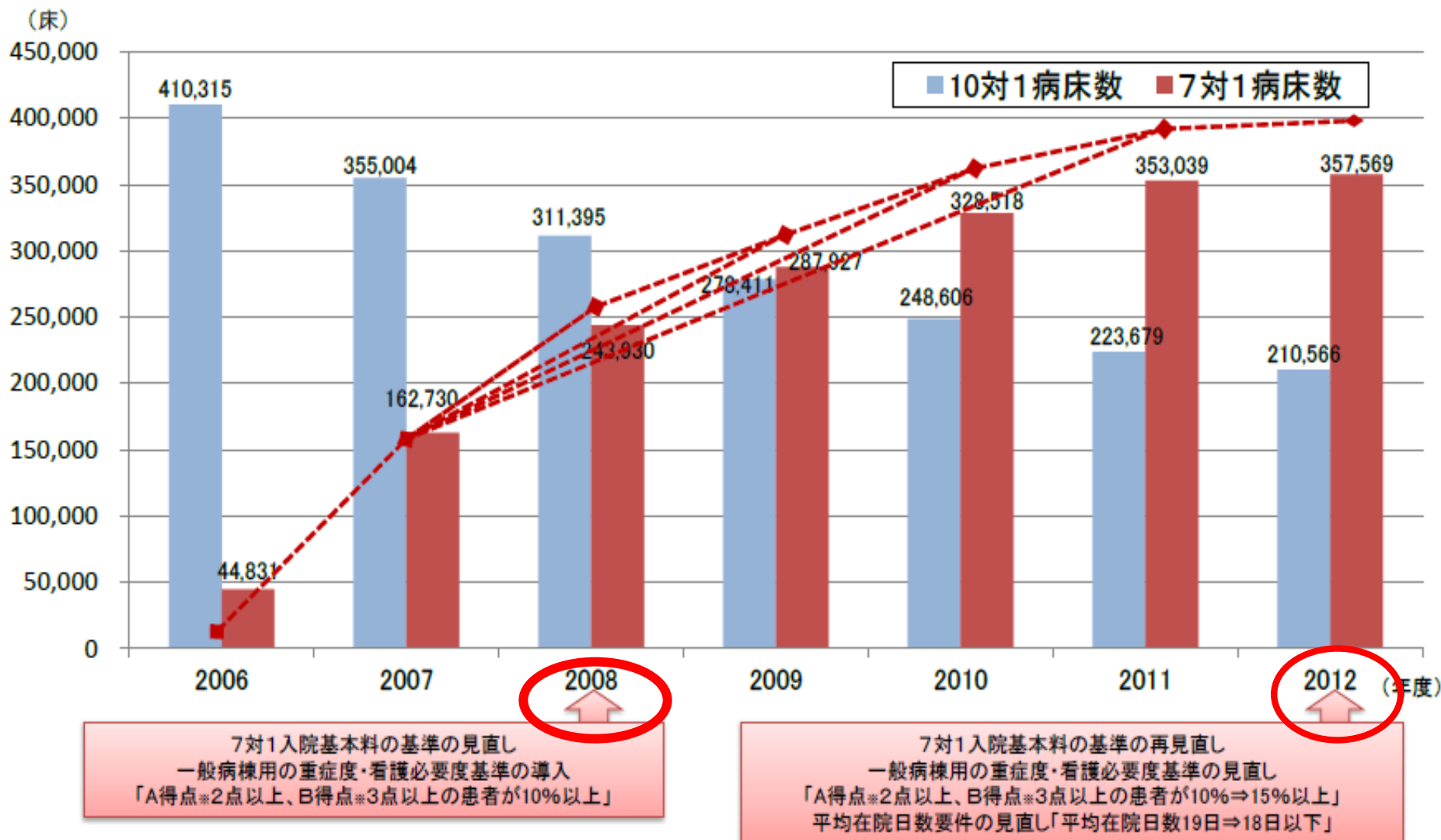
医療提供体制改革④(診療報酬の有効性)

(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。



※「A得点」:心電図モニター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

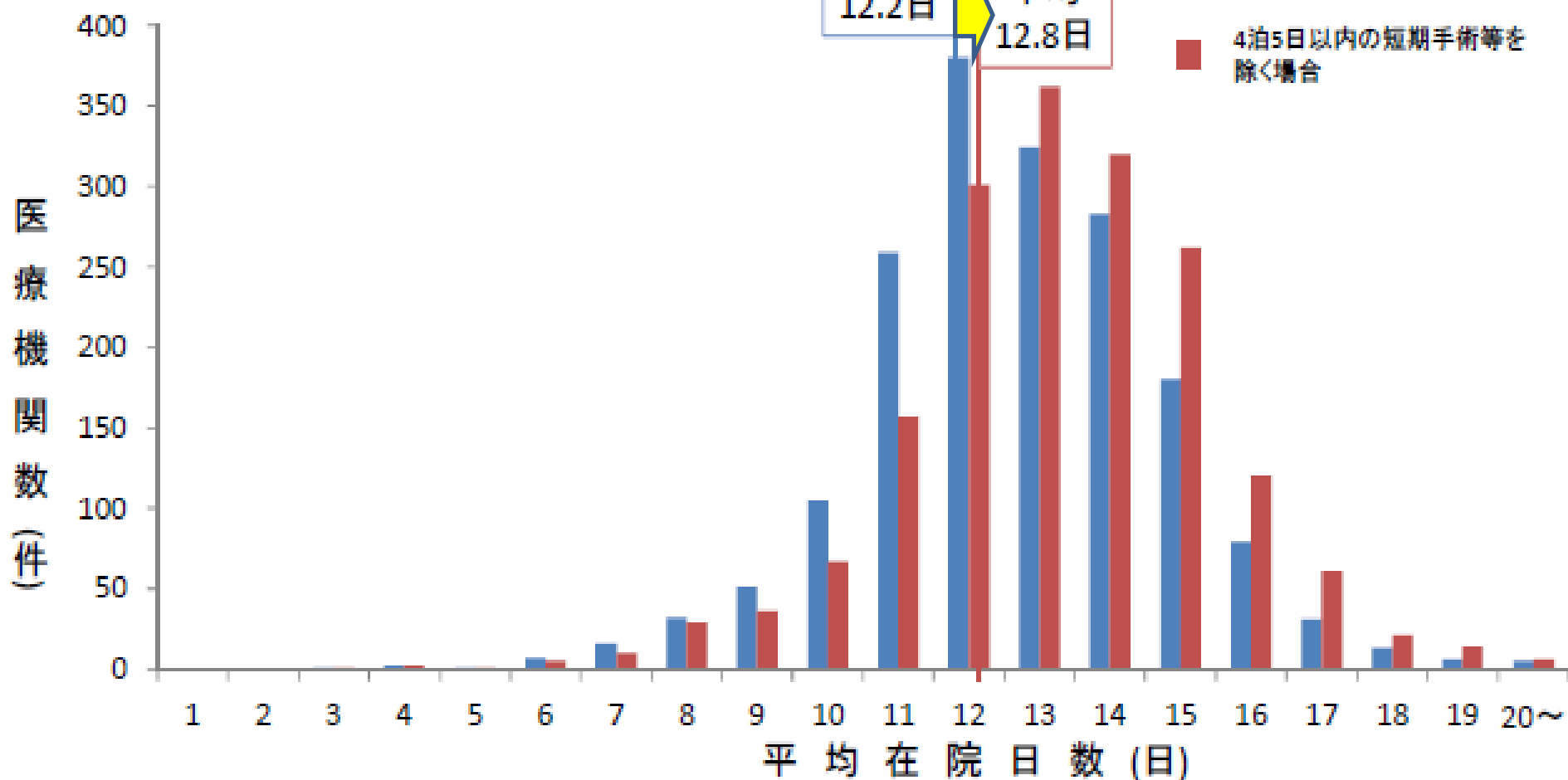
- (4) 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病床に転換した場合に対する経過措置
- (5) 診療報酬点数表における簡素化
 - ① 栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化について
 - ② 入院基本料等加算の簡素化について
- (6) 医療機関における褥瘡の発生等

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

N=1,775
(10対1病院を含む全DPCデータ提出病院)



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

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 口その他のもの
- 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(腔部)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	
		人数	割合	人数	割合
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。

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%	

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

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

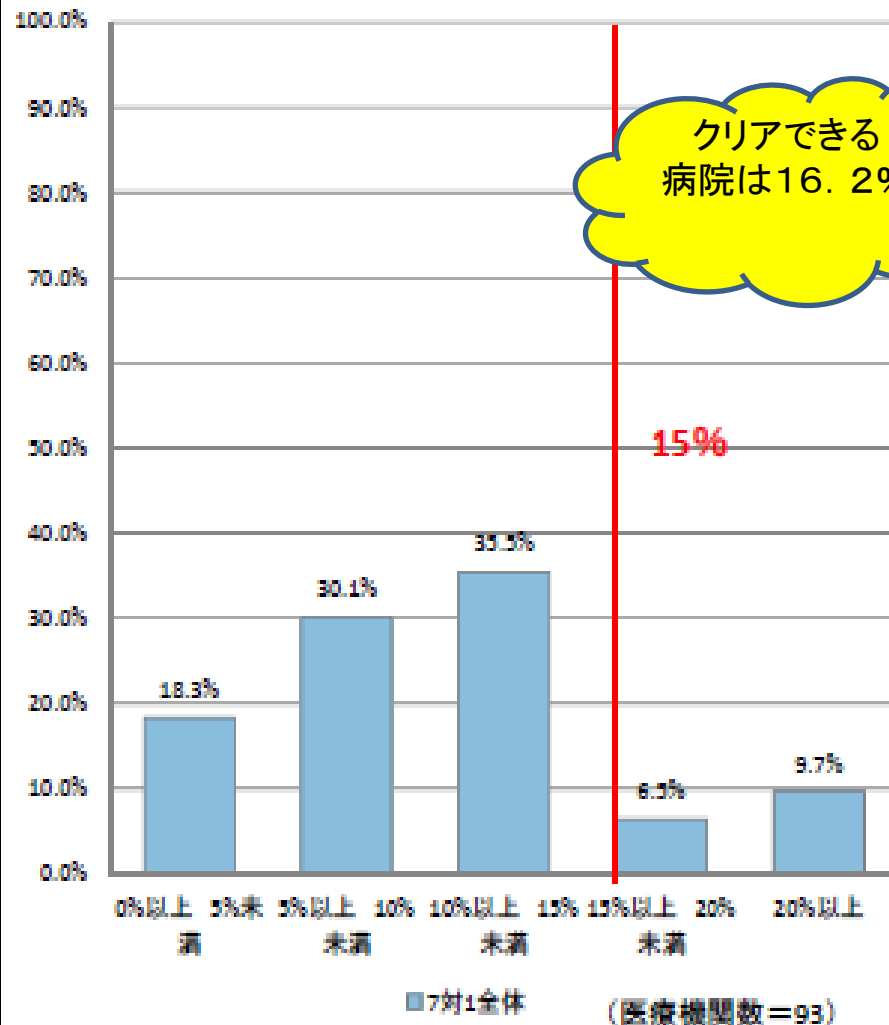
重症度・看護必要度

- 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分以上の指導	○
計画に基づいた10分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	○

基準該当者割合別の施設割合(%)



【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

青字:削除項目案 赤字:追加項目案

中医協総会（11月27日）

- 「計画に基づいた10分以上の指導・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カ月を超えず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病床は9万床
減るかもしれない？

経過措置の期間は半年

2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

2-6: 7対1入院料(看護必要度: 3病院の状況)

シュミレーション②		看護必要度		
		現行	改定後(注2)	差
300床 がん専門病院	A病院 2013年7月	16.9%	14.2%	-2.7%
	8月	16.5%	13.4%	-3.1%
150床 整形外科病院	B病院 2013年7月	16.4%	11.1%	-5.3%
	8月	13.5%	10.3%	-3.2%
200床 ケアミックス病院	C病院 2013年7月	17.0%	14.4%	-2.6%
	8月	20.7%	17.8%	-2.9%

注2: A評価より血圧測定・時間尿測定・喀痰吸引を除外
(除外条件は施設により違いあり)

- ①血圧測定・時間尿測定・喀痰吸引を除外した場合の看護必要度への影響を、試算したもの。
- ②3病院共に2.6%~5.3%と低下幅が大きく、A病院・B病院では2か月連続、C病院でも単月で施設基準の要件を下回る。
(施設基準: 7対1=15%、10対1=10%)
- ③病棟別や診療科別など看護必要度の精査が必要。

2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

2-6: 7対1入院料(看護必要度: 3病院の状況)

病棟別の平均在院日数及び看護必要度(2013年8月)

A病院

300床
がん専門病院

病棟名	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)
東3	7.7	12.0	×	×
東4	12.5	17.4	○	○
東5	10.5	12.8	×	×
東6	22.3	9.0	×	×
南3	11.9	26.7	○	○
南4	22.0	9.1	×	×
南6	17.9	10.8	×	×
一般全体	13.0	16.5		

B病院

150床
整形外科病院

	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)
2階	22.0	11.2	×	×
3階	11.6	4.1	×	×
4階	14.5	5.4	×	×
東館	19.6	5.4	×	×
一般全体	13.4	13.5		

注1: 看護必要度が7対1を満たさない

注2: 平均在院日数・看護必要度共に7対1を満たさない。

2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

2-6:7対1入院料(看護必要度:3病院の状況)

C病院

200床
ケアミックス病院

	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)
西2	19.4	25.3	○	×
西3	19.3	18.1	○	×
4階	31.5	19.5	○	×
東3	6.8	15.0	○	○
一般全体	16.3	20.7		

注1:看護必要度が7対1を満たさない

注2:平均在院日数・看護必要度共に7対1を満たさない。

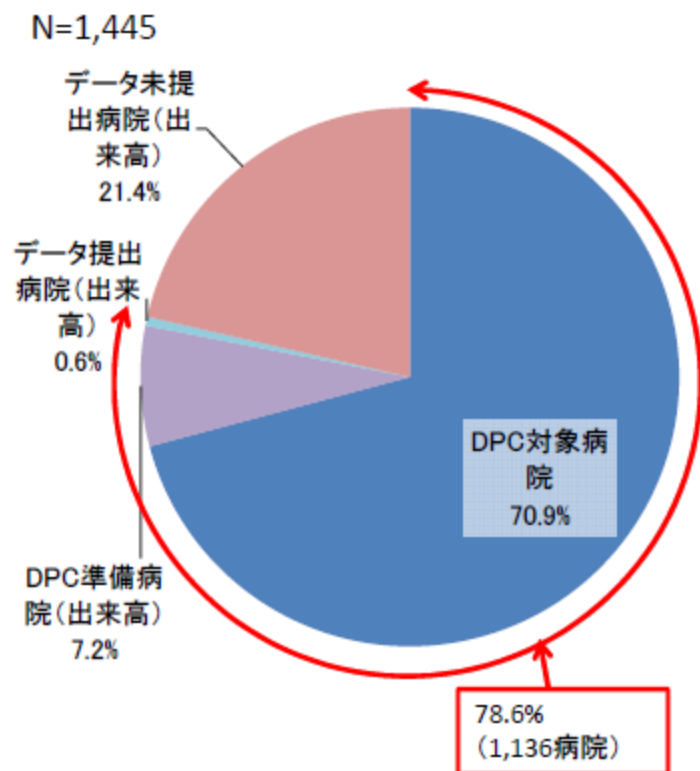
- ①3病院の平均在院日数と看護必要度を病棟別に表したもの。
 - ②病棟の看護必要度のみが施設基準(15%)を満たさない場合
 - ・A病院:5病棟がランクダウン。(2病棟は10対1も満たせない。)
 - ・B病院:4病棟共にランクダウン。(3病棟は10対1も満たせない。)
 - ・C病院:4病棟共にクリア。
 - ③病棟の平均在院日数(18日)と看護必要度(15%)が基準を満たさない場合
 - ・A病院:5病棟がランクダウン。
 - ・B病院:4病棟共にランクダウン。
 - ・C病院:3病棟がランクダウン。(10対1も満たせない。)
- という結果となった。

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、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院）
- 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₁₀₅

1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉

高度急性期・急性期



平成26年改定
自宅等退院患者割合
の導入
7対1の自宅等退院患者割合：
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率
回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る

平成26年改定
在宅復帰率の導入
地域包括ケア病棟：
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等) 家庭



外来・訪問サービス等

老健



長期療養



平成26年改定

在宅復帰率の導入
療養: 在宅復帰率50%以上の評価

在宅復帰支援型の老健等に限る

在宅復帰支援型の老健等に限る

【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外※ > 3割
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

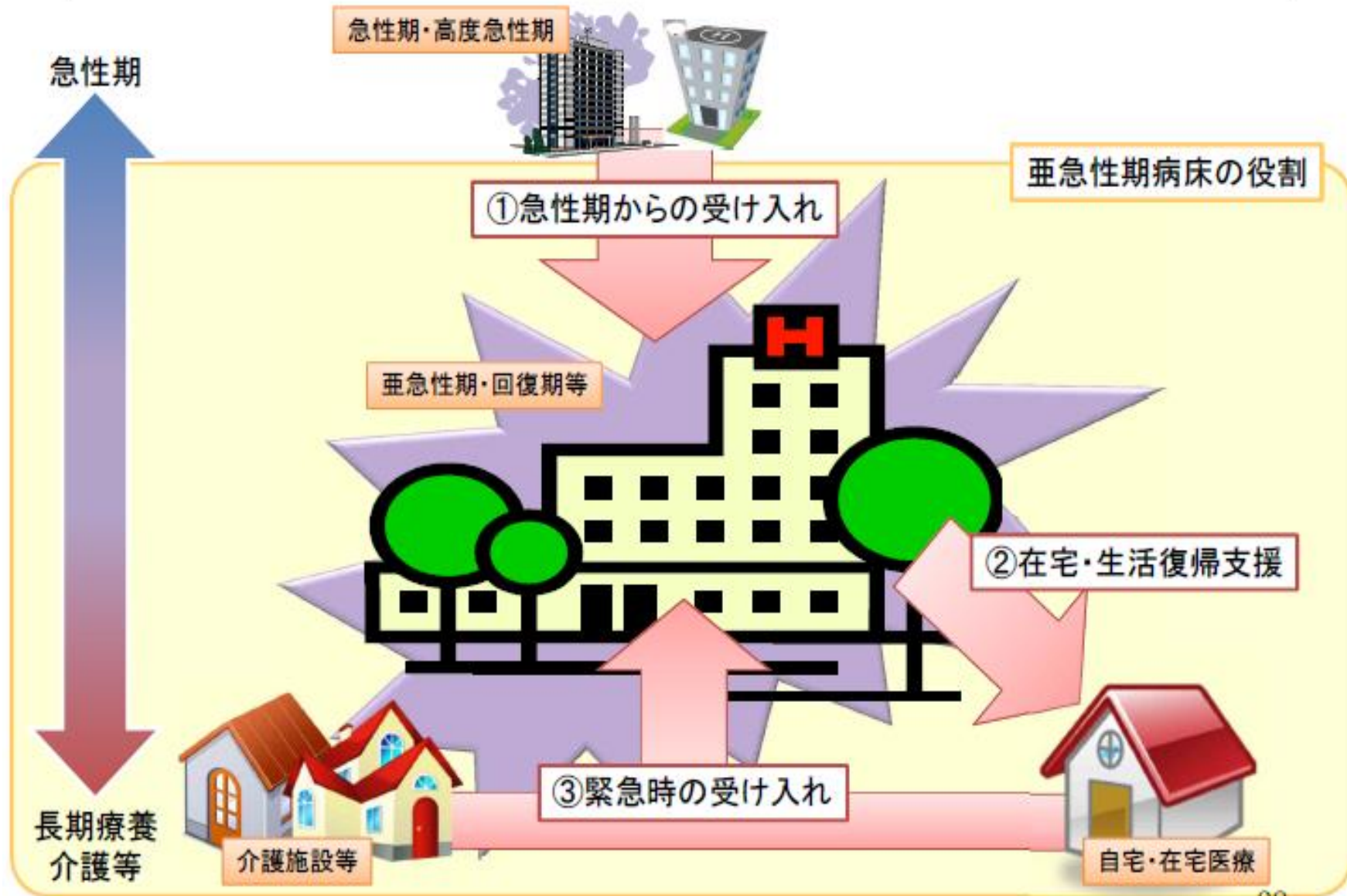
亜急性期入院医療

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
 - 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

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



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れる。

(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いできない。
- 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

在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟の例



医療法人 平成博愛会

世田谷記念病院

SETAGAYA MEMORIAL HOSPITAL

日慢協 武久洋三氏



平成24年4月2日開院

地域包括ケア後方病院？

全室個室200床

医療療養病床 105床

地域包括ケア病棟

長期急性期病床 56床
長期慢性期病床 49床

回復期リハビリ病棟 95床

診療科目
内科、整形外科、リハビリテーション科
診療時間
午前9時～正午



2つのタイプの療養病床

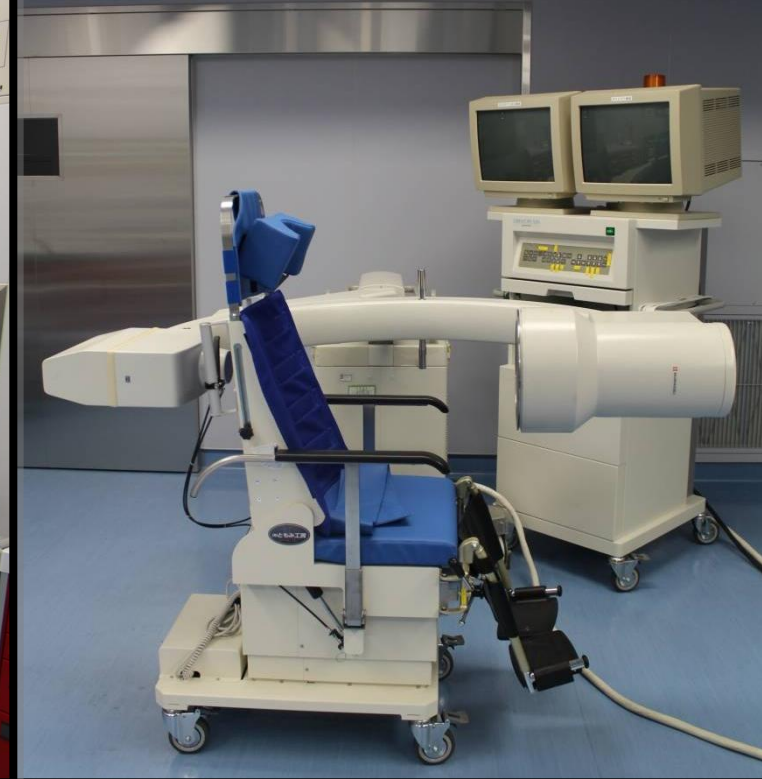
長期急性期病床

地域包括ケア病棟

- 急性期治療を終えた患者様を早期(1~2週間)に受け入れる
- 積極的な治療とリハビリにより早期退院を目指す
- 在宅療養や施設入所患者様の状態悪化時の後方支援病床
- 看護配置は15:1(通常の療養は20:1)→10対1
- 目標平均在院日数は2ヶ月
- 在宅復帰率 70%

長期慢性期病床

- 長期急性期病床での治療で状態が安定した患者
- 入院前から長期療養が必要と分かっている患者
- 長期急性期病床と同様に積極的な治療とリハビリにより退院を目指す



実施可能な手技・検査

PICC・CVカテーテル挿入

嚥下造影

VE検査

内視鏡検査(経鼻・経口)

中心静脈リザーバー挿入術

胃瘻造設術



リハビリテーション

PT 57名
OT 17名 合計 82名
ST 8名

回復期 9単位/日 24時間365日

長期急性期 1~2単位/日 地域包括ケア病棟
2単位必須

長期慢性期 集団リハビリ・レクリエーション

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。

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

※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

- ※ 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。

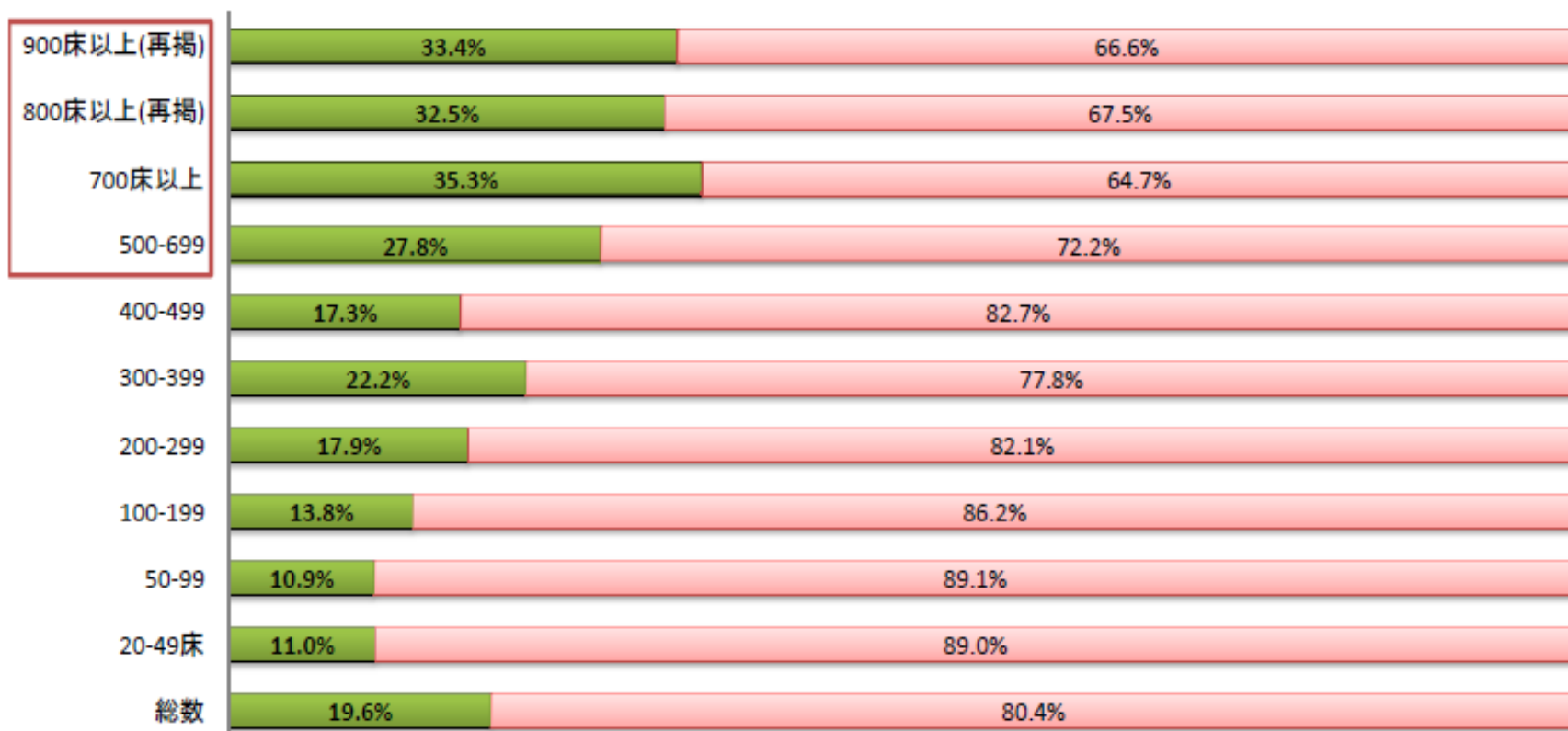
(翌年の4月1日までに地方厚生(支)局長へ報告する。)

(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)

病院(外来)
 ■ 紹介あり患者の割合 □ 紹介なし患者の割合



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

外来の機能分化の課題と論点について

【課題】

- 外来の機能分化を図るため、平成24年改定において、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等について、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た。
- 紹介率、逆紹介率は上昇傾向にあったものの、依然として低い傾向があり、紹介率が低い理由として、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等が考えられる。
- また、逆紹介率をあげるための課題として、医学的に逆紹介できる患者が少ないこと以外にも、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」等が考えられ、逆紹介率については、紹介率に比べ低い傾向があることも踏まえ、逆紹介率を上げる取り組みが重要であると考えられる。
- 外来においては、病床規模が大きくなるほど、紹介率、逆紹介率が高い傾向があり、500床以上の病院においては、比較的高い紹介率、逆紹介率であった。



【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、地域の拠点となるような病院が、中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師と連携し、紹介率及び逆紹介率を更にあげる取り組みを推進するために、**許可病床数が500床以上の全ての病院について、**平成24年改定と同様の取り扱いとするとともに、特に逆紹介の取り組みを更に推進していくことについて、どのように考えるか。

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

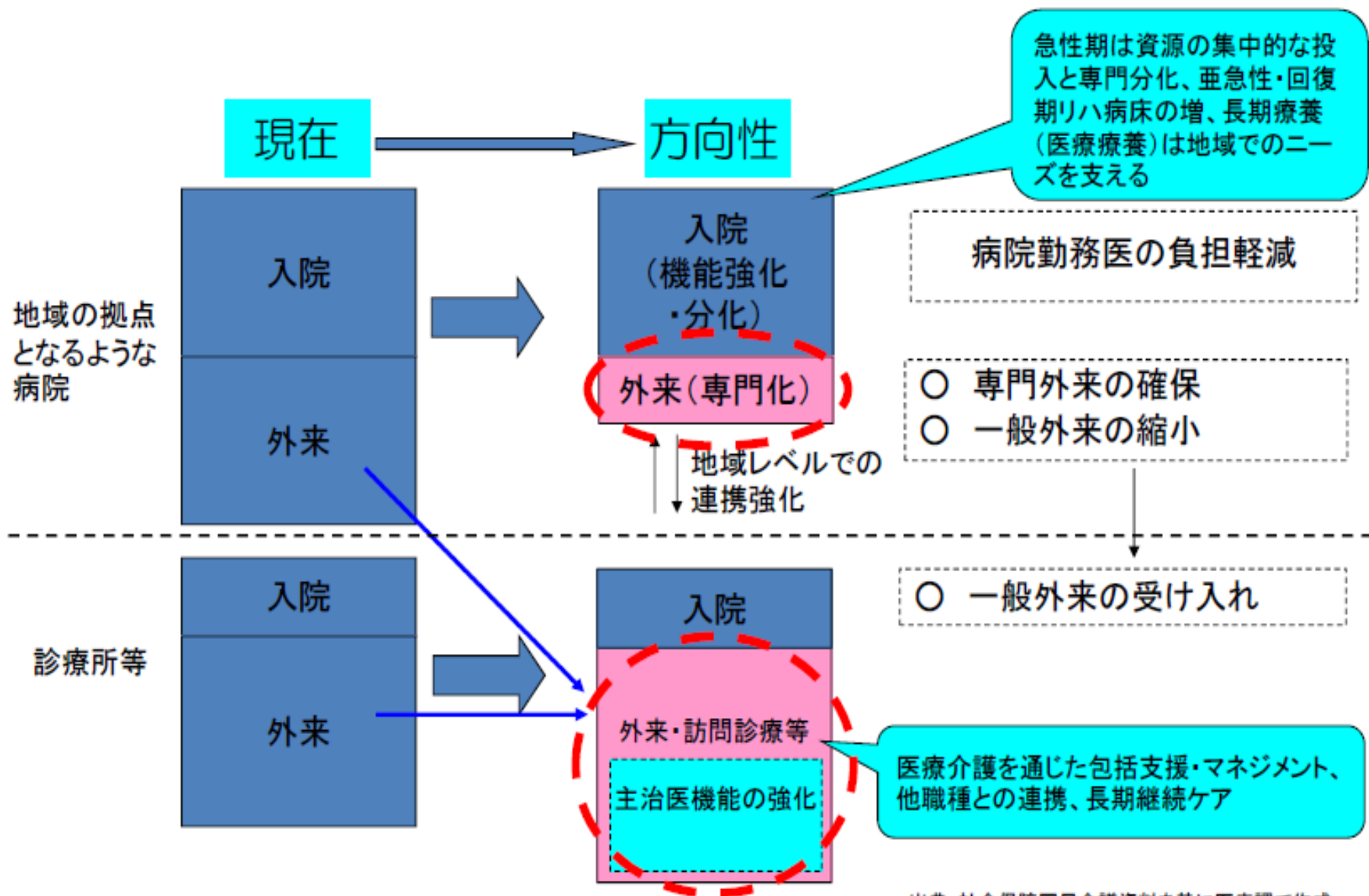


外来医療(その3) <主治医機能について>

平成25年10月9日

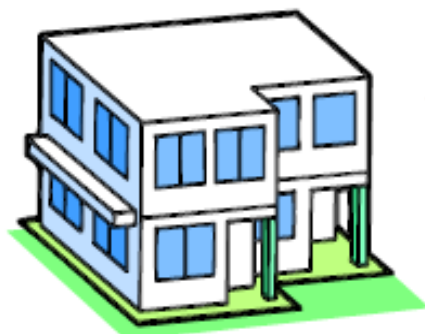
外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-3
23.11.30



外来医療の機能分化と連携 (粗いイメージ図)

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理

等

紹介

逆紹介



専門的な診療

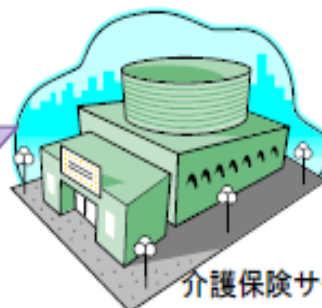


地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

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。

	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 <table border="0" style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;">① 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供</td> <td style="width:33%;">④ 介護保険の生活期リハの提供</td> <td style="width:33%;">⑦ 所定の研修を受講</td> </tr> <tr> <td>② 地域ケア会議に年1回以上出席</td> <td>⑤ 介護サービス事業所の併設</td> <td>⑧ 医師がケアマネージャーの資格を有している</td> </tr> <tr> <td>③ 居宅介護支援事業所の指定</td> <td>⑥ 介護認定審査会に参加</td> <td>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</td> </tr> </table>			① 居宅療養管理指導また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 居宅介護支援事業所の指定	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指導料の算定
① 居宅療養管理指導また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 居宅介護支援事業所の指定	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 <table border="0" style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;"> ・下記のすべてを満たす ① 2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 </td> <td style="width:33%;"> ・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 </td> <td style="width:33%;"> ・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 </td> </tr> </table>			・下記のすべてを満たす ① 2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						
・下記のすべてを満たす ① 2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、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



特養
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

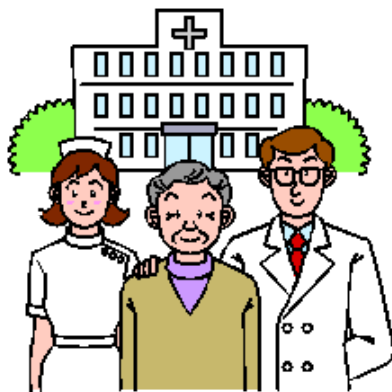


B診療所
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所
在宅療養支援診療所



A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形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

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

数

25

20

15

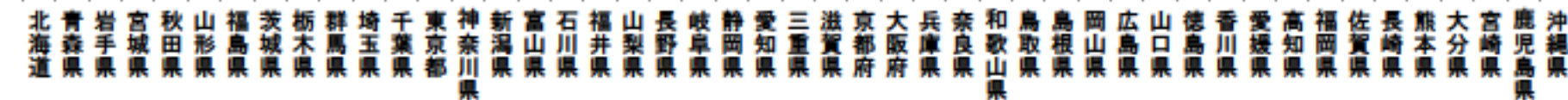
10

5

0

全国平均 10.1

北海道



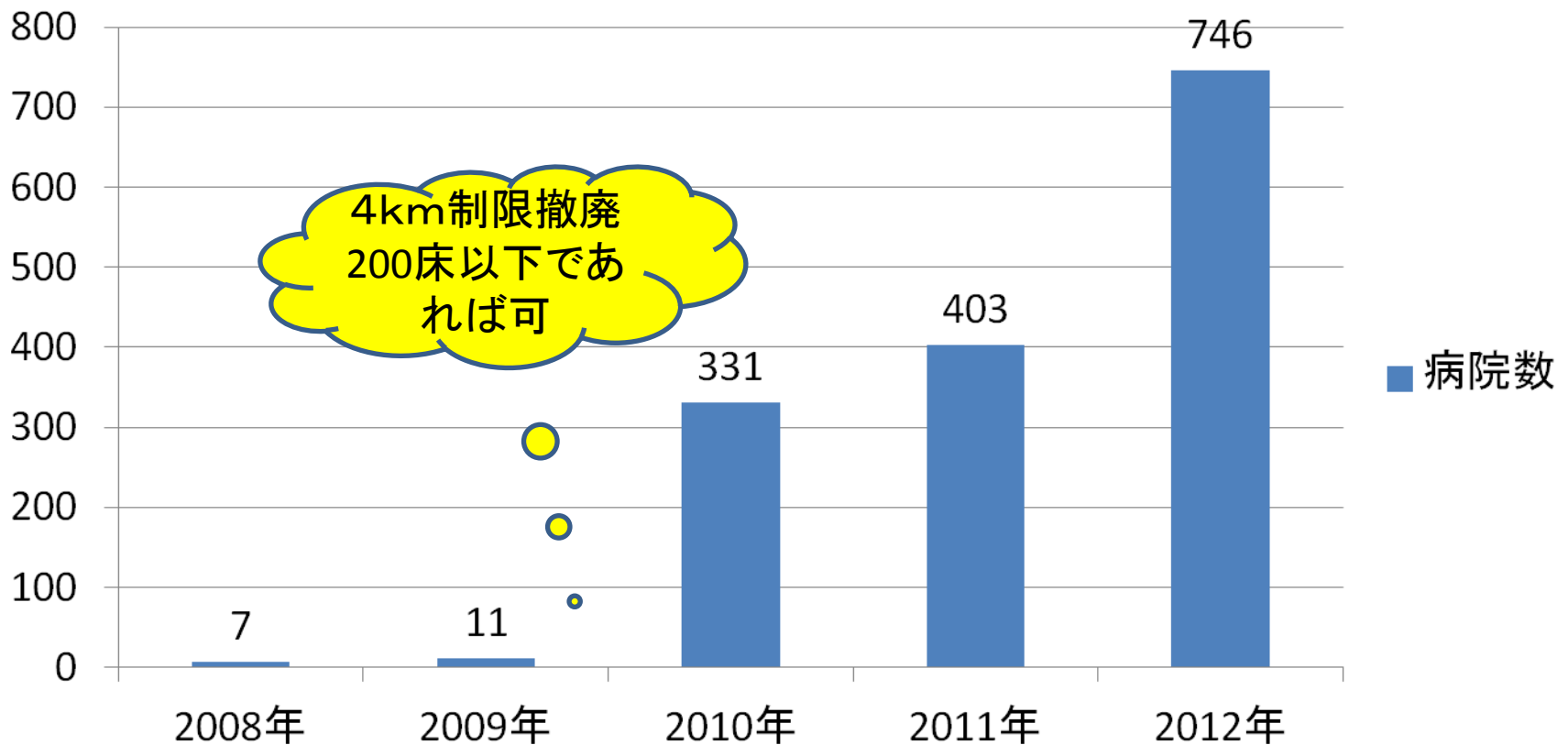
保険局医療課データ 平成23年7月

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

病院数



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

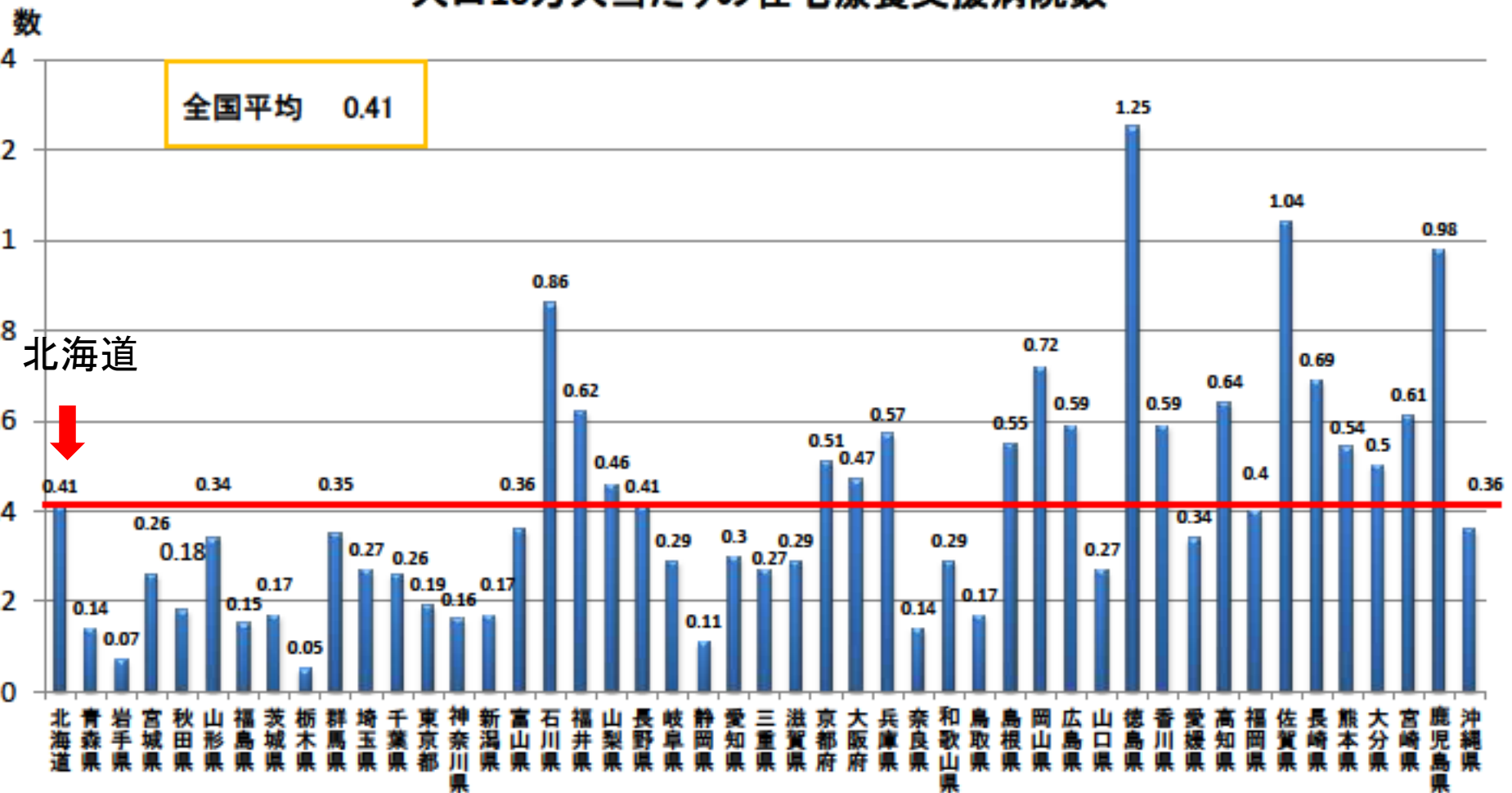


鈴木先生



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

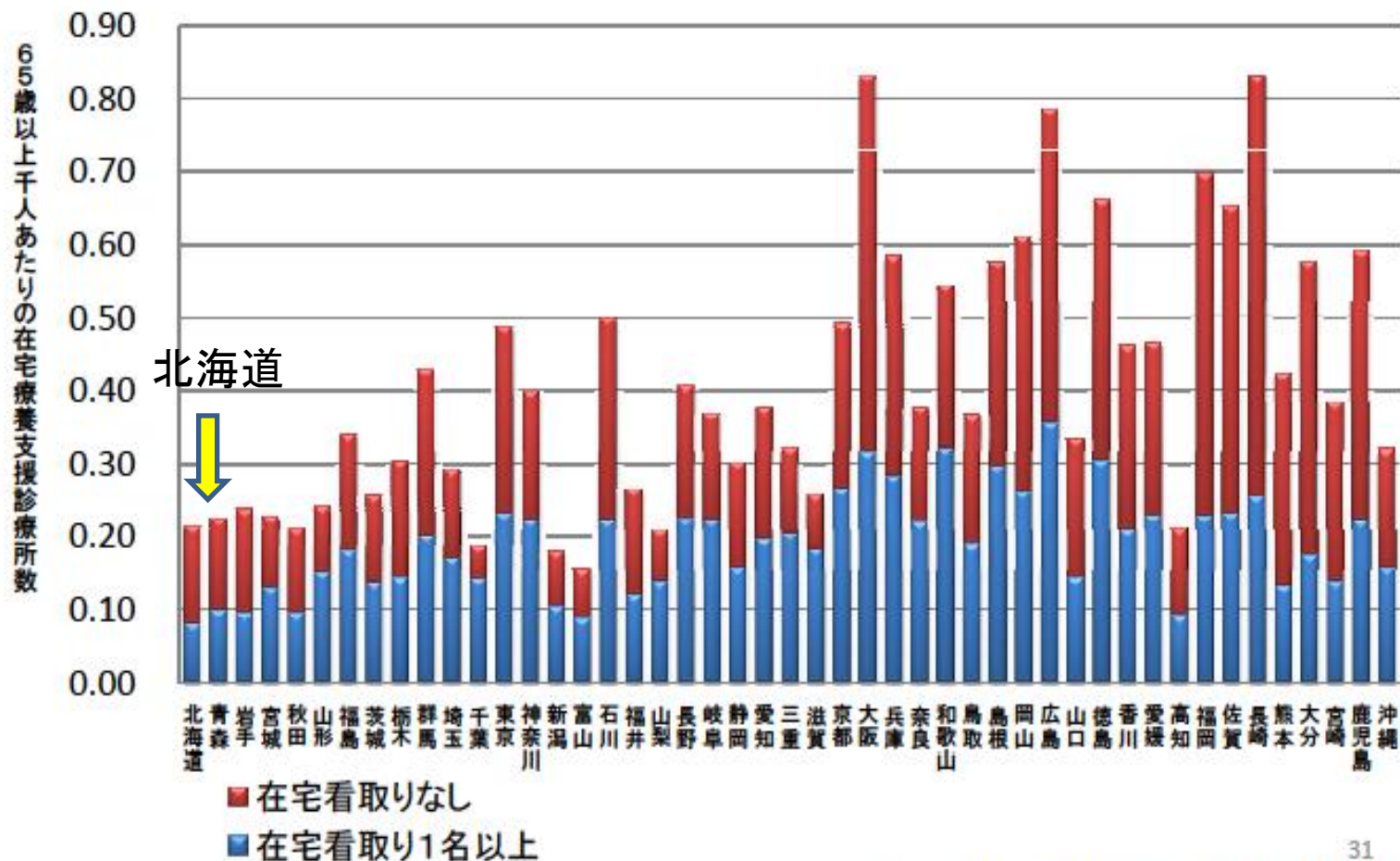


保険局医療課データ 平成23年7月

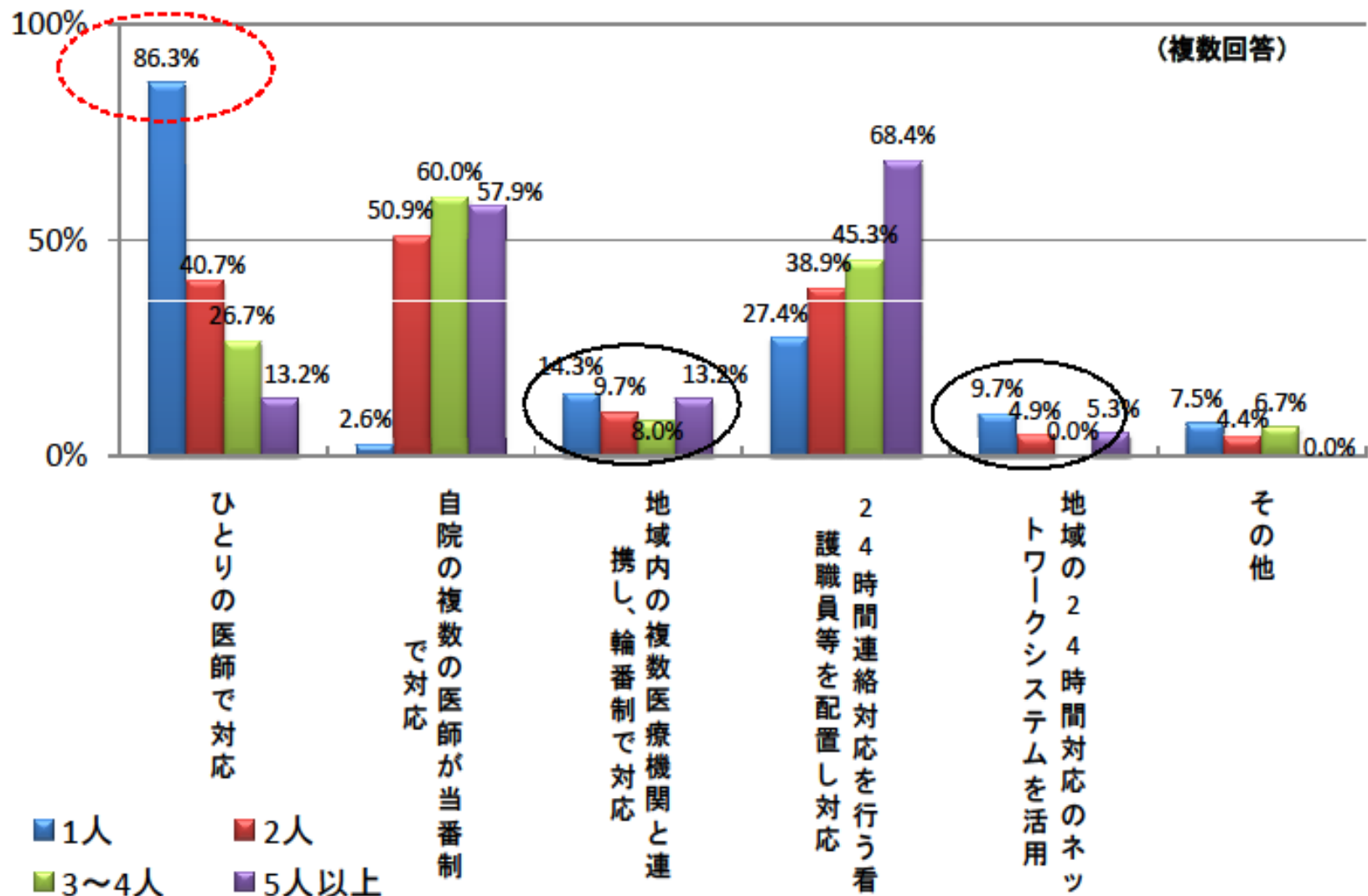
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

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>



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)

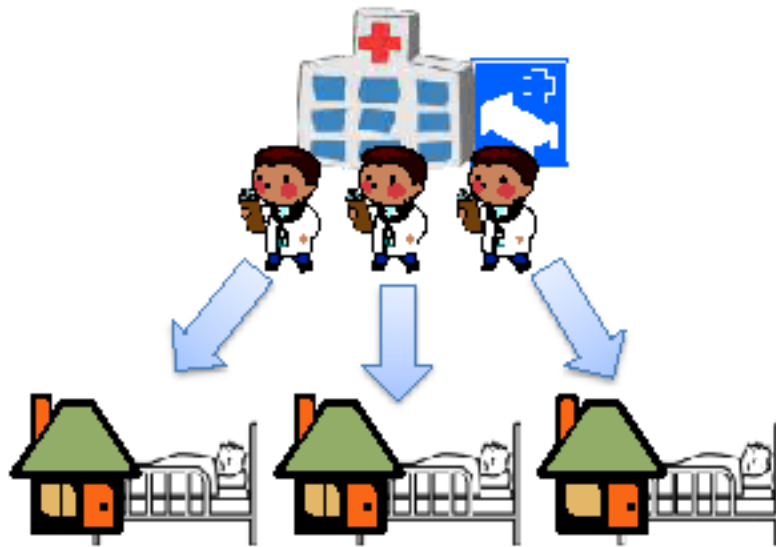
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - －イ 所属する常勤医師3名以上
 - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

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

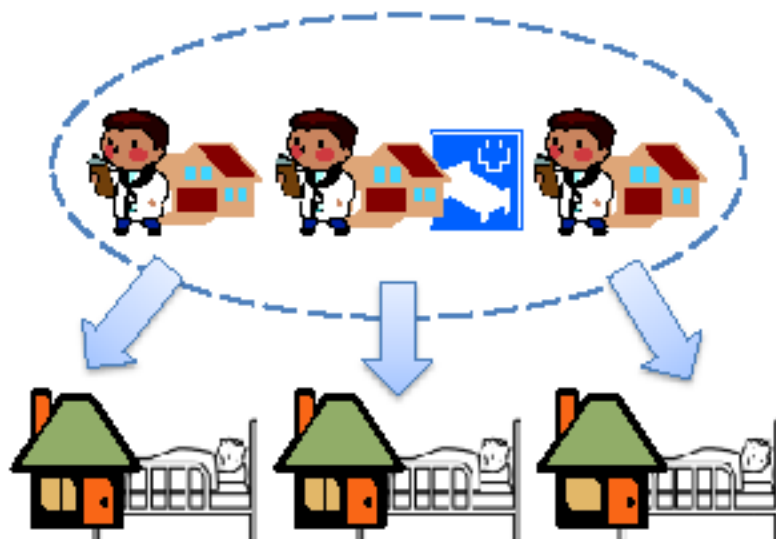
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

単独強化型



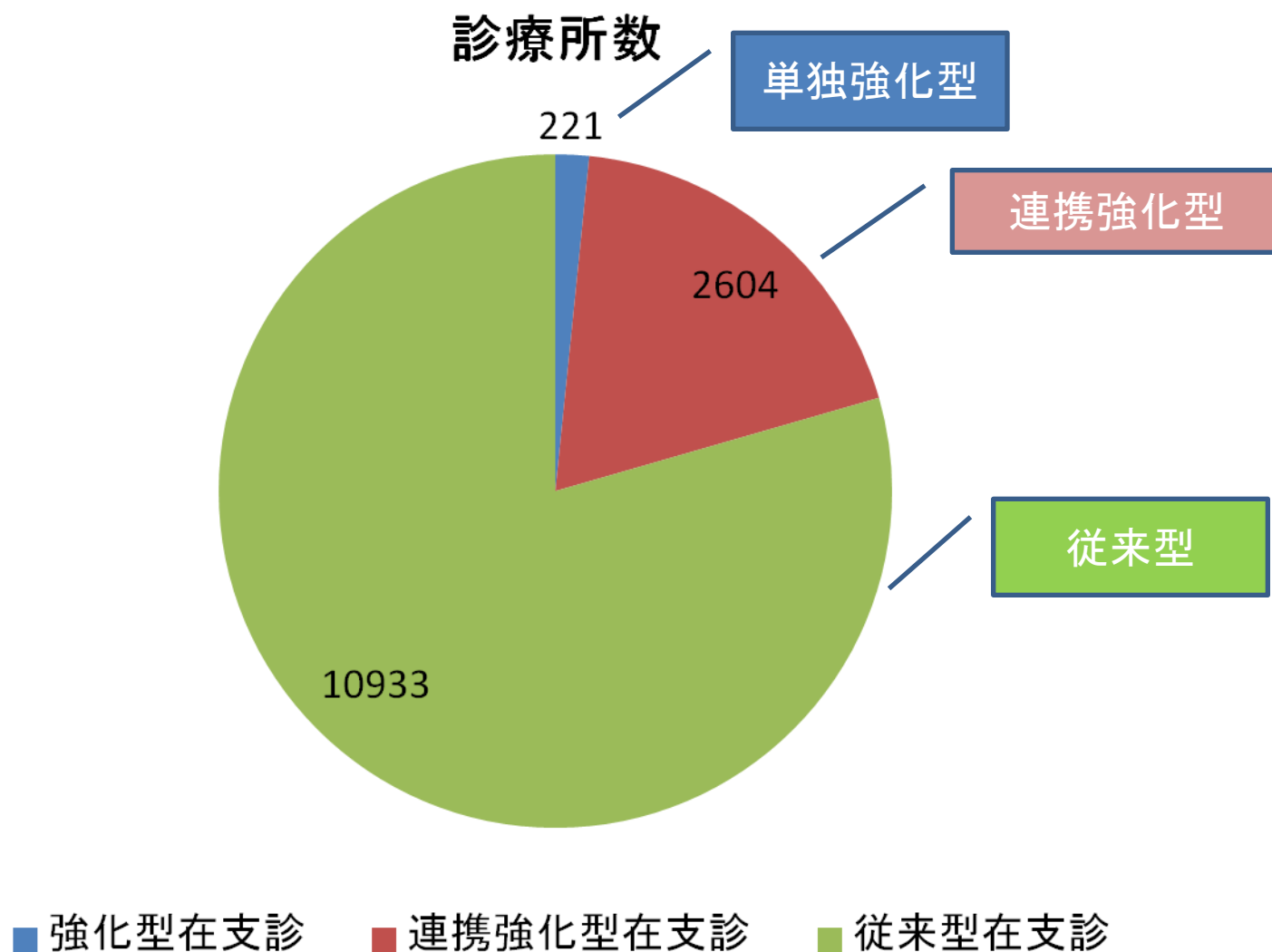
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



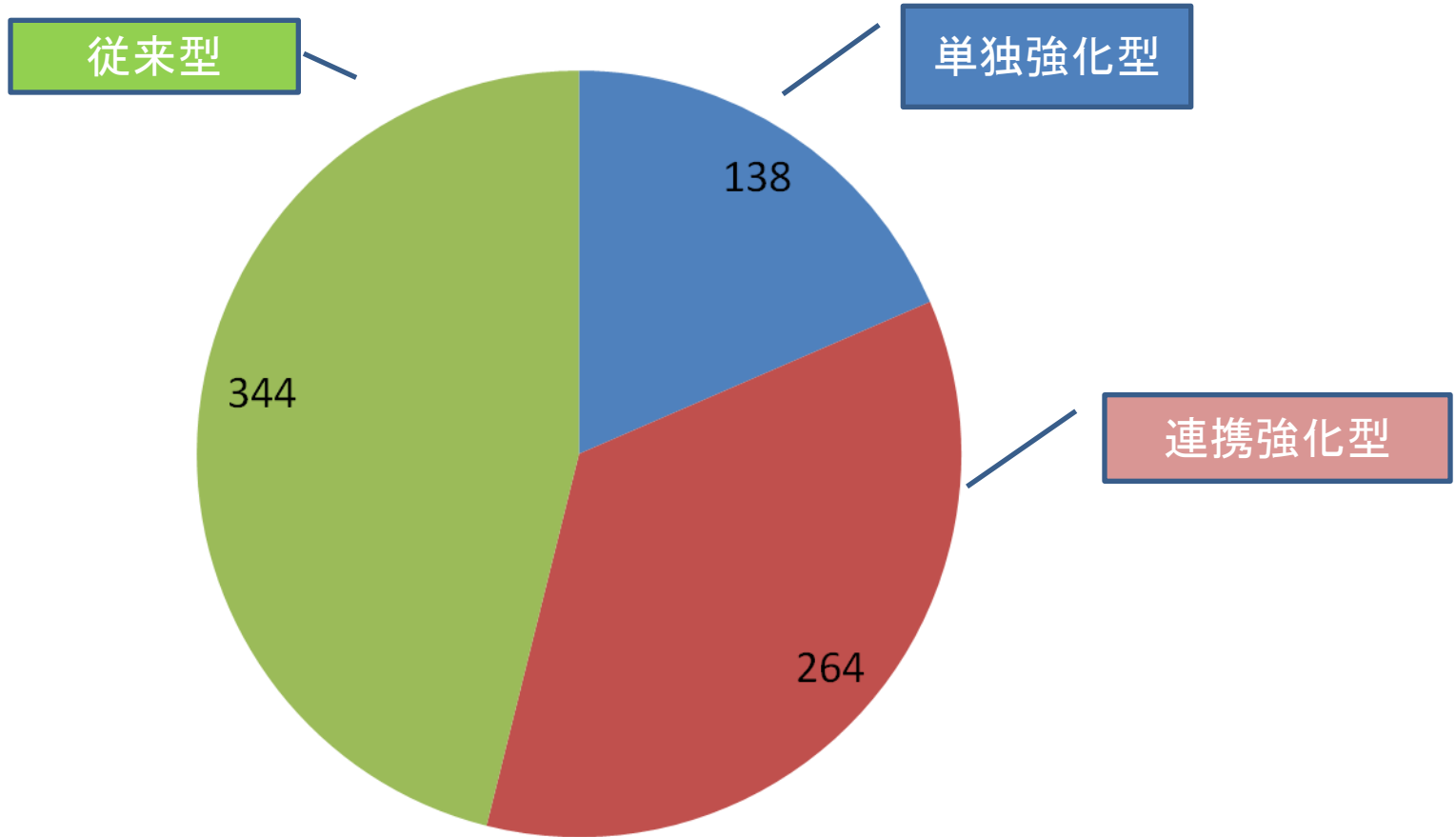
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点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

病院数



■ 強化型在支病 ■ 連携強化型在支病 ■ 従来型在支病

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

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年間の在宅看取りの実績2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。

改定後

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10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。

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

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。

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	
	病床有		病床無		—		—	
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		
	病床有		病床無		—		—		
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	<u>1,200点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>	<u>1,300点</u>	<u>760点</u>	<u>1060点</u>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<u>3,150点</u>	<u>3,450点</u>
特医総管	同一	<u>870点</u>	<u>1,170点</u>	<u>800点</u>	<u>1,100点</u>	<u>720点</u>	<u>1,020点</u>	<u>540点</u>	<u>840点</u>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<u>2,250点</u>	<u>2,550点</u>

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)	<u>203点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<u>103点</u>

[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。

パート5

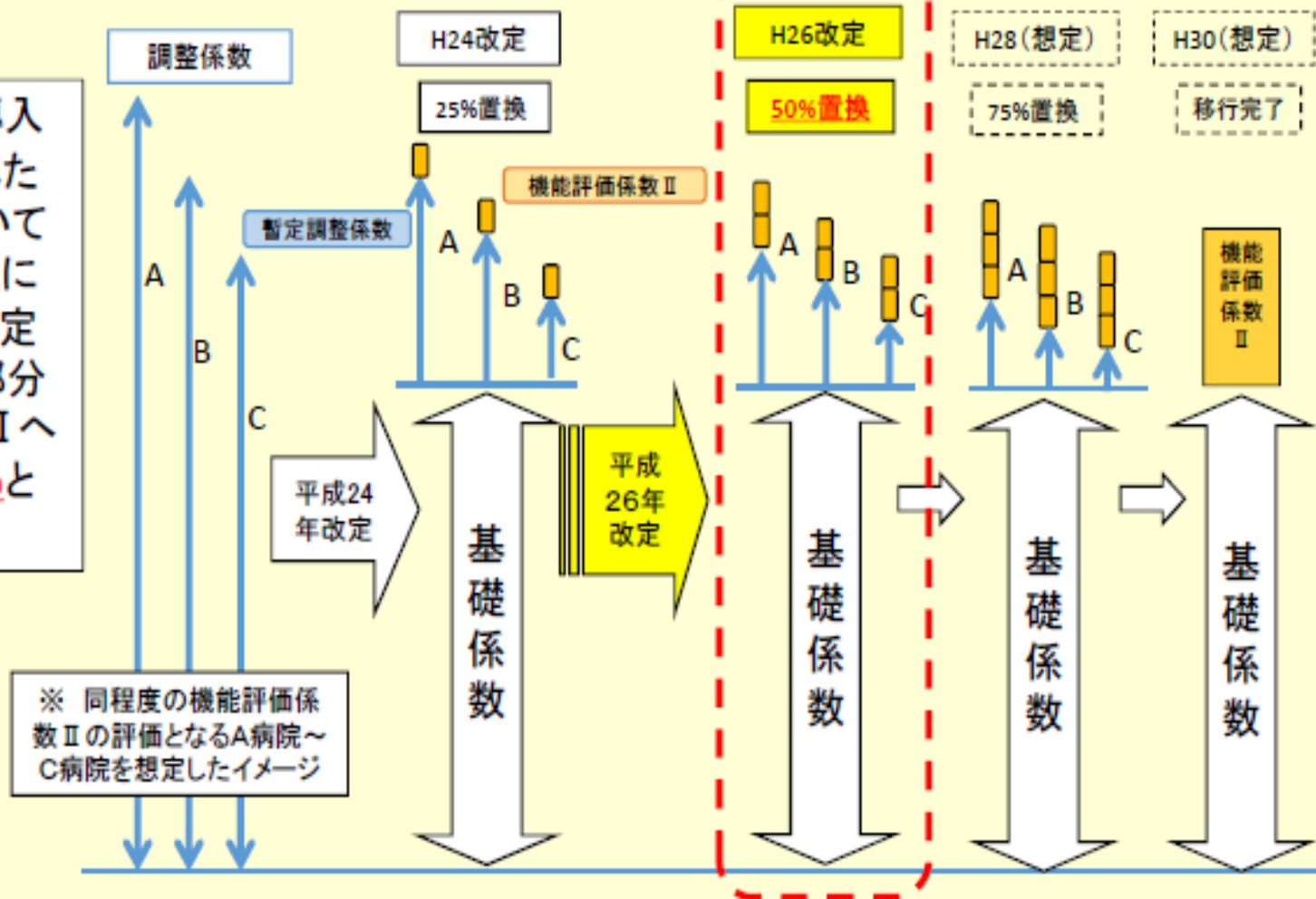
DPC/PDPSの見直し

DPC評価分科会

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等①

調整係数の置き換えの実施

DPC制度の円滑導入のために設定された「調整係数」については、段階的な廃止に向けて、今回の改定においては調整部分の機能評価係数Ⅱへ置き換え率を50%とする。



また、調整係数の置き換え等に伴う激変緩和の観点から、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しない範囲となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

機能評価係数Ⅱの見直し

2-2. 機能評価係数Ⅱ

(1) 見直しの概要

- 現行6項目によって評価されている機能評価係数Ⅱについては、下記のとおり見直すこととする。

現行		平成26年改定
① データ提出指数	→見直し	① 保険診療指数(仮)
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	新設	⑦ 後発医薬品指数(仮)

①保険診療指数

CCPマトリックスを目指して

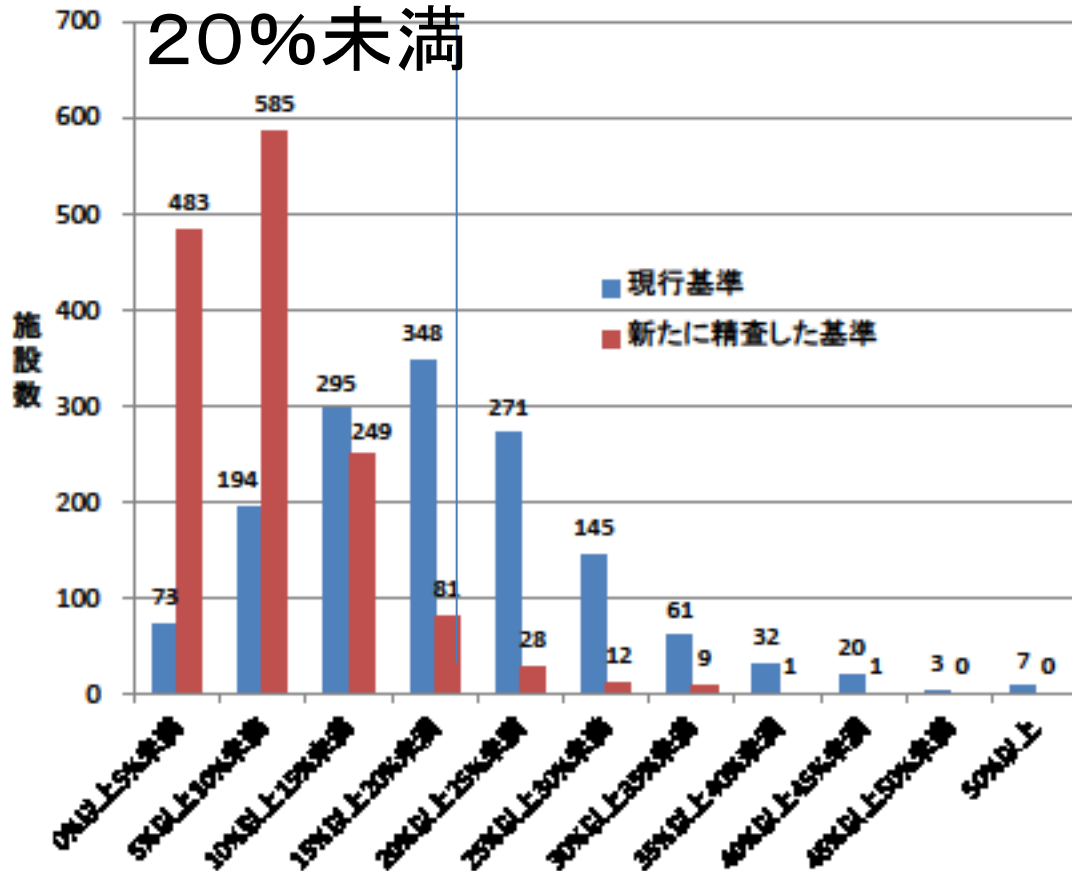
4. 機能評価係数Ⅱの見直し

データ提出係数における「部位不明・詳細不明コード」の見直し

平成24年1月25日
中医協総会 総-5-2

「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合

20%未満



部位不明・詳細不明コードの割合
(平成22年7月～10月データで集計した場合)

	現行基準	新たに精査した基準
最小値	0.7%	0.0%
中央値	17.4%	6.8%
最大値	74.3%	42.2%
算術平均値	18.0%	7.8%

- 現行基準(40%)は青の分布で約98パーセンタイル値に相当。
- 新たに精査した基準では日常臨床でコーディングしうるものを全て除外している。
- 新たに精査した基準(赤の分布)では95パーセンタイル値:18.3%、98パーセンタイル値:23%
- 平成22年度改定での導入以降、より適正なコーディングが意識されていることも踏まえて、新基準は20%とする。

適切な傷病名コーディングの推進について（案）

I 「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」について

1. 概要

- 平成 25 年 7 月 26 日の DPC 評価分科会において、厚生労働科学研究班（伏見班）が作成した「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド（Ver. 1.0）」が報告された。
- その後、平成 26 年度診療報酬改定以降の活用に向けて、DPC 評価分科会の意見、平成 24 年度特別調査（アンケート調査、ヒアリング調査）の結果、審査支払機関の意見等を踏まえつつ、別添の通り見直しをおこなった。

2. 修正を行った主な点

[名称]

「コーディングガイド」→「コーディングテキスト」

[追加した主な内容]

- 副傷病名の適切な記載について
- なぜ適切なコーディングが必要かについて
- 適切なコーディングのために望ましいと考えられる医療機関の体制
- MDC・上 6 桁コード毎の留意点一覧表 等

3. 対応案

- DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト（以下、「コーディングテキスト」という。）は、今後も引き続き必要な見直しを行った上で、次回診療報酬改定（平成 26 年度）以降、各医療機関が年 2 回実施することとされている「適切なコーディングに関する委員会」における参考資料として活用することとしてはどうか。
- 今後、コーディングテキストの見直しのためのワーキンググループを設置し、MDC 毎 DPC 検討ワーキンググループにおける検討内容や全国の医療機関等からの要望等も踏まえて、今後当該ワーキンググループで引き続き見直し作業を行うこととしてはどうか。
- 心不全・呼吸不全等の傷病名の複数の傷病を持った高齢者のコーディングルールや小児のコーディングルール、R コード（症状・徴候等で診断名を明確に表さないコード）の取り扱い等については、DPC 評価分科会において今後引き続き中長期的に検討することとしてはどうか。

CCP Matrixについて

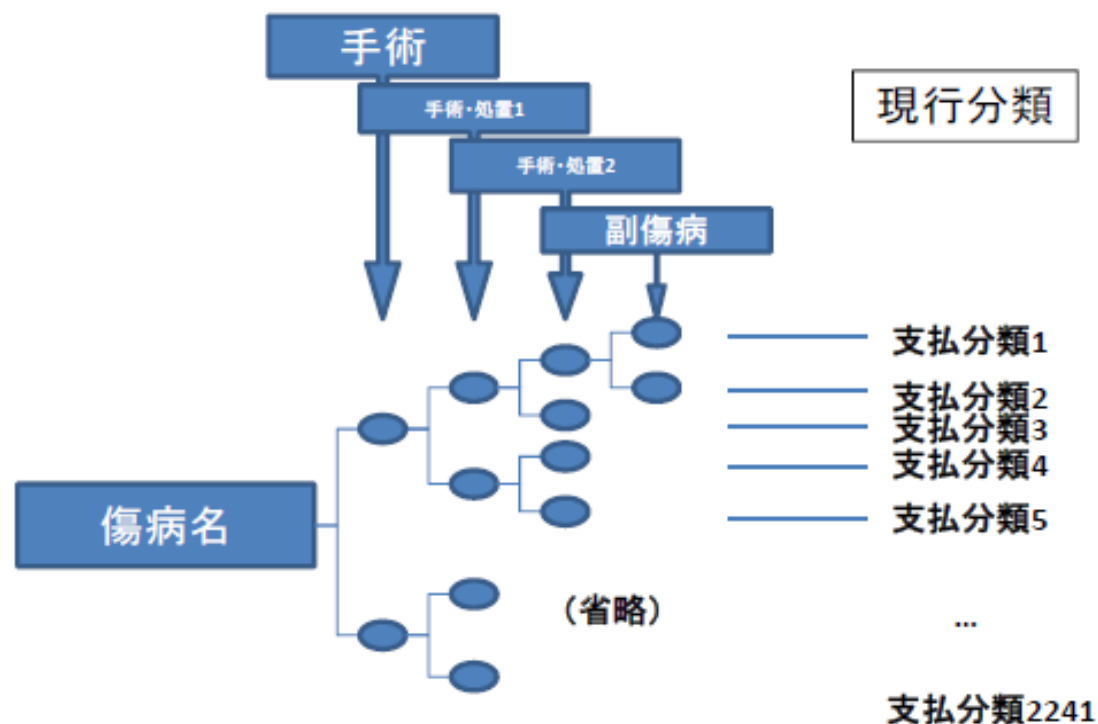
「診断群分類を用いた急性期医療、
亜急性期医療、外来医療の評価手
法開発に関する研究」班提出資料

CCP(Comorbidity Complication Procedure)
重症度を加味した分類方法

CCPマトリックスの必要性

- 調整係数は機能評価係数等で評価されない病院の機能の違いを反映するものとされてきたが、実際には同一DPC内の医療機関ごとのケースミックスの違いを調整する「DPC調整係数」の働きも持つ
 - 大学病院と中小病院では、同じDPC分類の肺炎患者でも病態の違いがあると考えられるが、現在のDPC分類ではそれらが十分適切に評価されていない可能性
- 2018年度の調整係数廃止に向け、より正確に医療資源必要量を反映させるためのDPC診断群分類のさらなる精緻化が必要

樹形図で表された現行のDPC分類



- 分岐条件が枝わかれのどの階層、位置にあるかで分類の作成方法が制限
- 支払分類数の制限から条件設定が見送られる

CCPマトリックスとは

- 手術処置と副傷病等の組み合わせに基づく医療資源必要度分類
- 枝わかれの構造にとらわれずに医療資源必要度が類似したグループをまとめる

		副傷病等		
		なし	糖尿病	尿路感染症
手術・処置等2	なし	低	低	中
	中心静脈栄養	中	中	高
	化学療法	中	高	高

9区分を3段階に圧縮して分類数を減らすことが可能

⑤救急医療指数

⑤ 救急医療指数

- ヒアリング調査の結果を踏まえ、救急医療指数の評価の対象となるような重症症例をより公平に評価するため、レセプト審査との整合性を高めることを目的とし、評価対象患者の選定において、現行の「様式1の救急医療入院の有無」に加え、「重症な患者が算定すると考えられる入院料（A205 救急医療管理加算、A300 救命救急入院料等）を入院初日から算定していること」を追加する。

（考え方）

- 救急医療指数は、救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価する指数であるが、平成25年度特別調査（ヒアリング調査）において、予定外入院の患者の重症度の判断は医療機関によって大きなばらつきがあると考えられたことから、当該指数の評価対象となる患者の選定に係る公平性を高める観点から、現行の様式1の「救急医療入院」ありに加えて、重症な患者が算定すると考えられる入院料を入院初日から算定している患者に対象を限定して評価する。

A205救急医療管理加算対象疾患

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

⑥地域医療指数

⑥ 地域医療指数

見直しの概要

- ・ 体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について
- ・ 「⑧がん拠点病院」における小児がん拠点病院の追加
- ・ 「⑧がん拠点病院」における地域がん診療病院、特定領域がん診療病院（平成 27 年度からの導入を検討）
- ・ 「⑤災害時における医療」新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定（平成 27 年度からの導入を検討）
- ・ 評価上限ポイントの群別設定

【体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について】

- 都道府県へアンケート結果等に基づき、現行の 10 項目による評価方法に加え、「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」と、「精神科身体合併症の受入体制」の評価項目を追加し、計 12 項目で評価することとする。

<⑥地域医療指数 見直しのイメージ>

現行		平成 26 年改定	
体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計 10 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 評価上限値を設定 	体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計 12 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 群別に評価上限値を設定
定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外	定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外

<地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ（項目の位置づけ）>

【考え方】**5 疾病・5 事業＋在宅医療**に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限定して導入。

		医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
● 5 疾 病	がん	②がん地域連携	⑧がん拠点病院	③地域がん登録
	脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24時間t-PA体制	—
	急性心筋梗塞	—	⑩24時間診療体制	—
	糖尿病	—	—	—
	<u>精神疾患</u>	—	⑫精神身体合併症の受入体制	—
● 5 事 業	救急医療	—	④救急医療	—
	災害時における医療	—	⑤災害時における医療 (+災害拠点病院)	⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）
	へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
	周産期医療	—	⑦周産期医療	—
	小児医療	—	—	—
	<u>在宅医療</u>			

赤字（下線）：新規項目

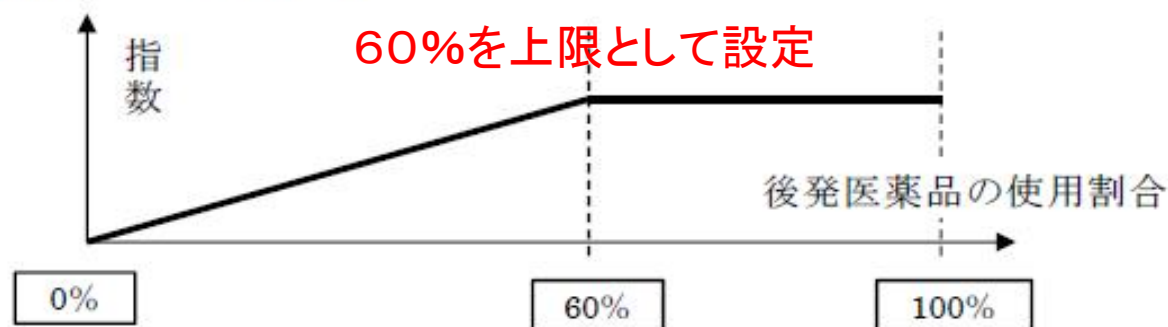
黄色：実績評価の要素を加味する項目

⑦後発医薬品指数

⑦ 後発医薬品指数

- 後発医薬品の使用割合による評価方法を、7項目の新たな指数として導入する。
- 評価対象となる薬剤の範囲は、ヒアリング調査等に基づき、当該医療機関の入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分(※)）とする。
(※出来高部分:DPC 包括対象外となる退院時処方、手術中に使用される薬剤等。)
- DPC データを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かし、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価する。

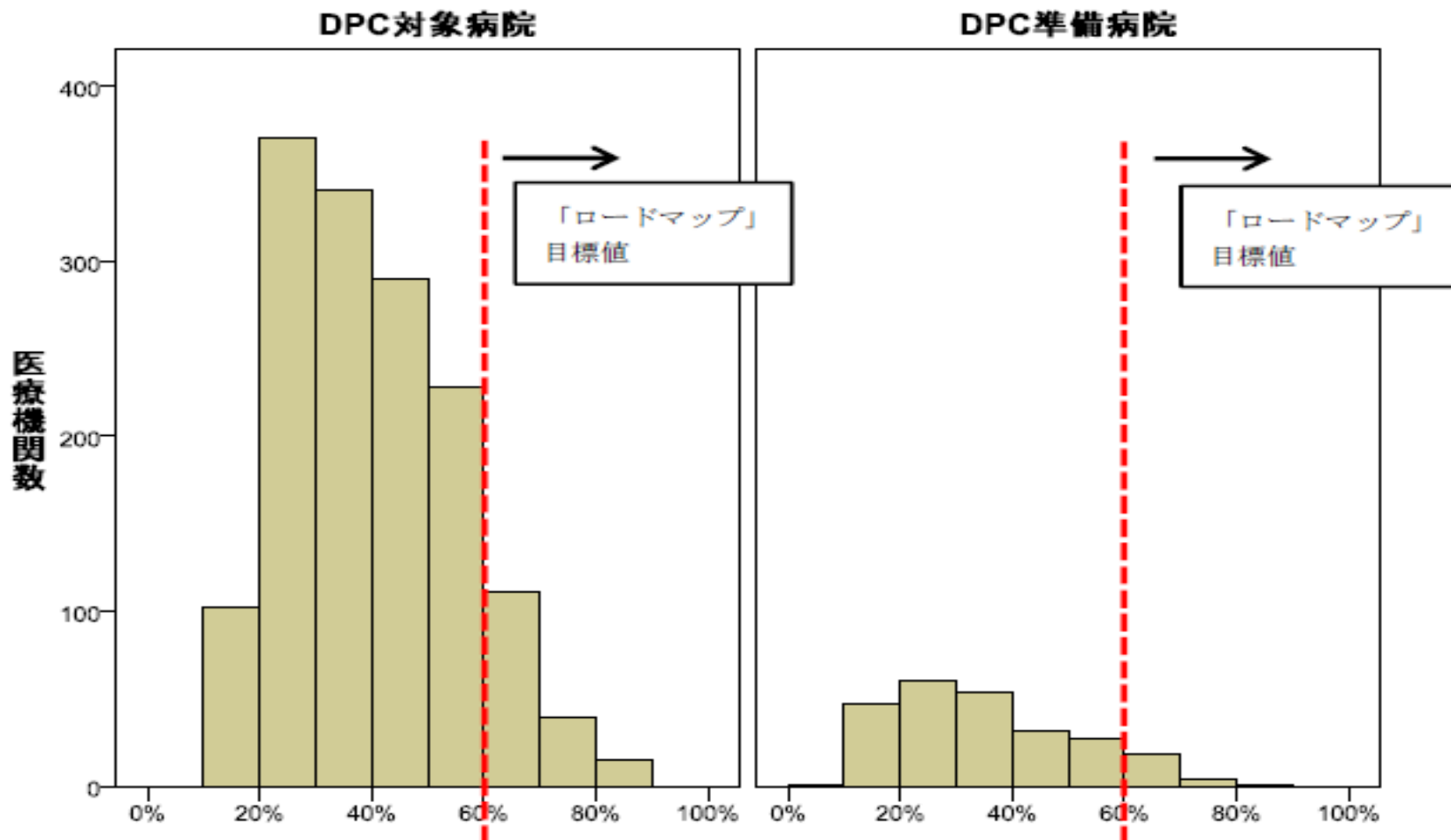
〔評価のイメージ（案）〕



後発医薬品数量シェア

- 後発医薬品の数量シェア計算方式
 - 後発医薬品の数量 / 後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量
- 対象となる薬剤
 - 入院医療に使用される後発品のあるすべての薬剤(包括部分 + 出来高部分)
- 数量ベース
 - 「薬価基準告示」上の規格単位ごとに数えた数量を指す。
 - 例 ピシリバクタ静注用1.5g(449円)(後発品) を1瓶使用 ユナシン-S静注用0.75g(586円)(先発品) を4瓶使用 上記2種類使用の場合、規格単位は瓶なので数量シェア $1/(1+4) = 20\%$
- ※グラムで計算 $1.5/(1.5+0.75 \times 4) = 33.3\%$ ではない。
- ※種類数で計算 $1/2 = 50\%$ ではない。

DPC関連病院における ジェネリック医薬品ロードマップ達成状況(60%以上)



持参薬

(2) 持参薬について

- 入院の契機となる疾患に対して使用する薬剤を患者に持参させて使用することが望ましくないことをDPC/PDPSとして明確化するため、下記のような規定を設けることとする。

DPC対象病院は、当該病院に入院することが予め決まっている患者に対し、当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方すること等によって患者に持参させ入院中に使用してはならない（特段の理由がある場合は診療録に記載すること）。

（例：がんの治療を目的に予定入院する患者に対し、内服の抗がん剤や制吐薬を外来で処方し患者に持参させ、入院中に使用してはならない。）

- 持参薬の使用に関する医療機関ごとの状況についてより正確に把握するため、退院患者調査の様式1によって調査することとし、必要に応じてナショナルデータベース等のレセプト情報の活用を今後検討することとする。

(考え方)

- 平成25年度特別調査（ヒアリング調査）の結果、以下の持参薬は院内採用薬以外の治療を可能にする側面があり、例えば大学病院のように総合的な診療体制が整っている医療機関においては問題となりにくいが、専門病院等では当該病院にない診療科の治療を入院中も継続する際には持参薬が必要となる場合があるという意見があった。
- 入院の契機とは直接関係のない疾患に対する薬剤については、特に中小病院の場合に院内採用がされていないこと等により持参薬が必要となる事例も多いと考えられるが、入院の契機となる疾患に対する薬剤については通常は院内処方が可能であると考えられる。
- 院内処方が可能な薬剤を外来で処方すること等によって患者に持参させることは、患者の負担を増加させ、またそのような処方を行わない他のDPC病院と比較し診療報酬上不平等であり、不適切であると考えられることから、DPC/PDPSの運用上望ましくない行為であると考えられる。

再入院算定ルールの見直し

3. 算定ルール等の見直し

(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」のDPC上2桁コード（MDC：主要診断群）が一致するものについて、「一連」と見なすこととする。（現行は上6桁コードで判断している）
- 前回入院時の「医療資源が最も投入した傷病名」が異なる場合は、その傷病名を「**現在の「同一病名」(DPC6ケタ目まで共通)から「同一診療科の病気」(2ケタ目まで共通)に拡大。**」として見なすこととする。
- 「7日」以内の同一病名の再入院は、「一連」として取り扱うこととする（現行は「3日」以内）。
- 再入院時に悪性腫瘍にかかる化学療法を実施する症例については、当該ルールの適用を除外することとする。なお、その場合は化学療法を実施した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。
- 「一連」と見なされる再入院における退院期間の日数は、入院期間とはみなさない。
- 「7日」に延ばすことによる8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に検証することとする。

(考え方)

- 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルール（いわゆる「3日以内再入院ルール」）については、平成20年改定の際に、患者を短期間退院させ単価の高い特定入院期間Iを繰り返し算定する事例に対応するために導入された。
- 以下の観点から、3日以内再入院ルールに関する見直しの検討を行った。
 - 論点①：1～3日目に再入院した際の傷病名の意図的な操作によるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか
 - 論点②：同一病名で4日目以降に再入院した患者について、再入院の時期を意図的に操作することによるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し

改定前	平成26年改定後
① データ提出指数	① 保険診療指数(改)
② 効率性指数	② 効率性指数
③ 複雑性指数	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	⑥ 地域医療指数
	⑦ 後発医薬品指数(新)

① **保険診療指数(「データ提出指数」から改変)**

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ **救急医療指数**

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ **地域医療指数**

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ **後発医薬品指数(新設)**

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① **同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し**

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② **適切な傷病名コーディングの推進**

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ **入院時持参薬の取り扱い**

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

④ **「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式」の見直し**

・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

パート6

後発医薬品



2012年までに ジェネリック医薬品の数量シェア30%に！

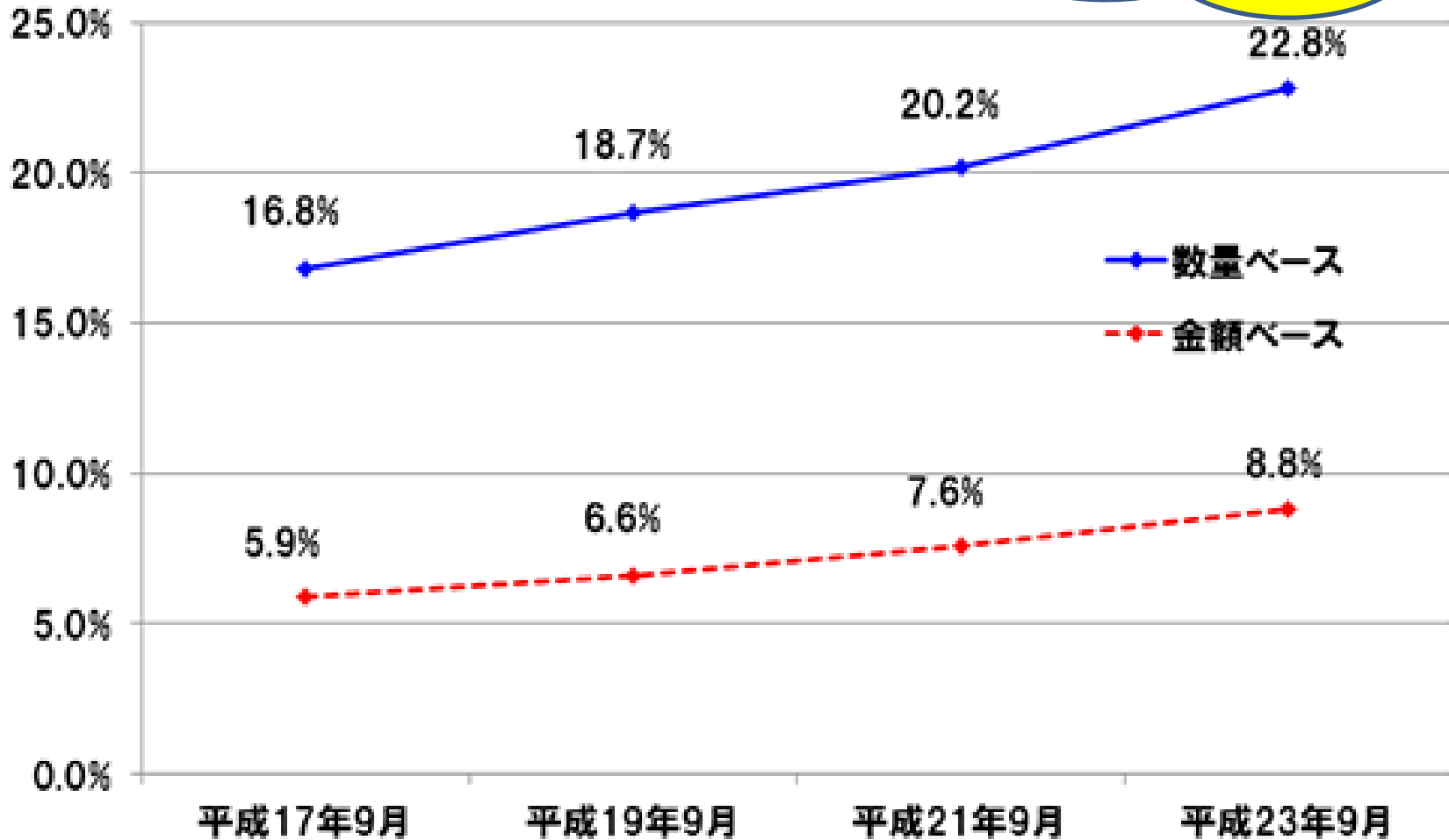
- 経済財政諮問会議
(2007年5月15日)
 - 後発医薬品の数量シェアを2012年までに30%に、5000億円削減
 - 現在の市場シェア20%を30%までに！



経済財政諮問会議

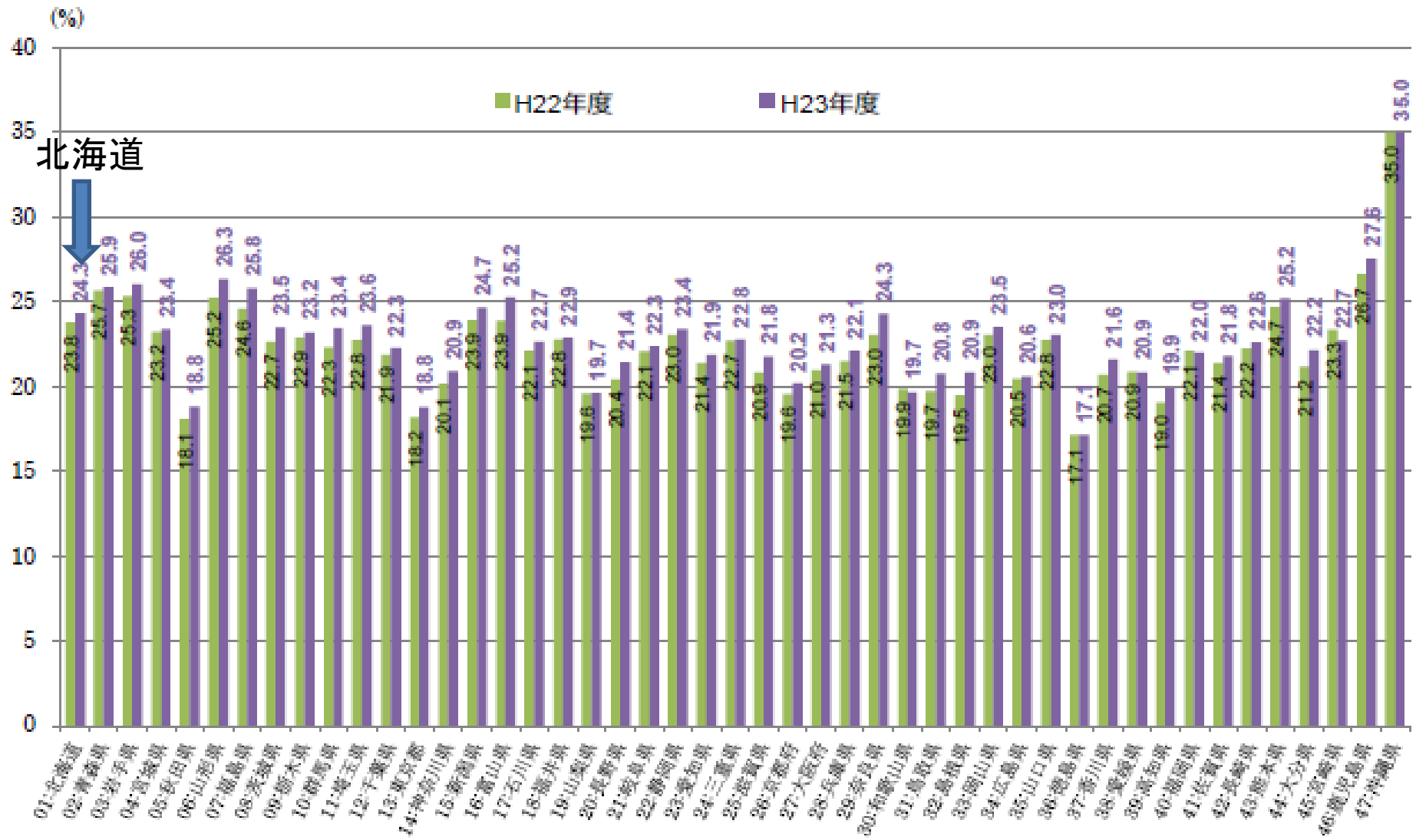
後発医薬品の市場シェアの推移

現状(2013年3月)推計
24.8~26.3%



都道府県別にみた後発医薬品普及率(数量ベース)

参考：都道府県別にみた後発医薬品の普及（数量ベース）状況（22年度と23年度の比較）



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した。
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- 「後発品のさらなる使用促進」も盛り込まれた



2012年8月10日、参議院を通過

新たなジェネリック医薬品普及の ロードマップ

新目標は新指標で
2017年末までに60%

4月5日厚生労働省発表

60%を達成すると年間1兆円の医療費削減になる

ジェネリック医薬品市場 シェア率の指標を変えた

- 旧指標

- 後発医薬品の数量シェア = 後発医薬品の数量 / 全医療用医薬品の数量

- 新指標

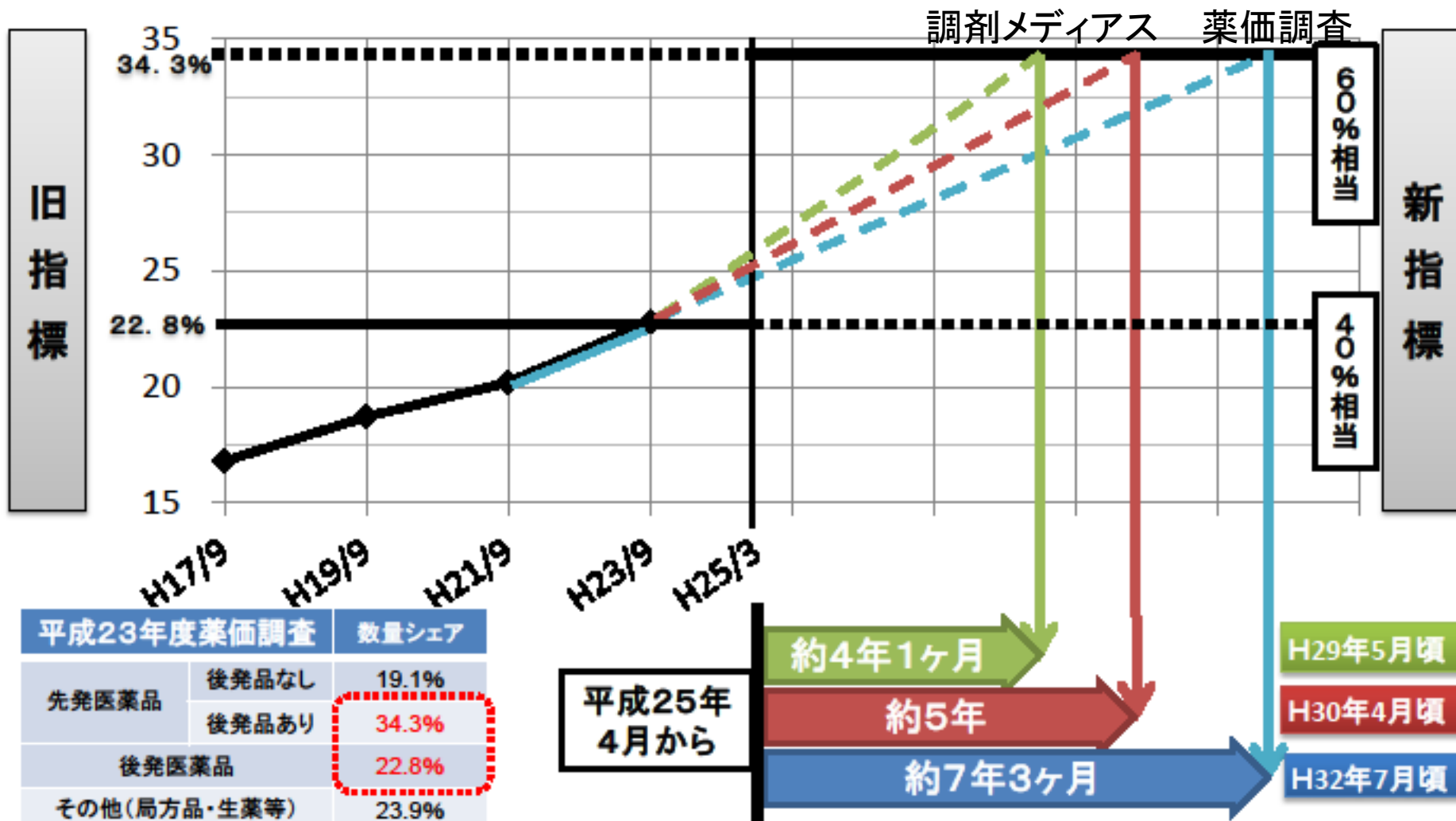
- 後発医薬品の数量シェア = 後発医薬品の数量 ÷ (後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量)

- 新指標では全医療用医薬品からGEのない医薬品(特許切れ前の医薬品)とその他医薬品を除いた

- 国際比較を容易とするため

後発品置換え率の将来推計に基づく到達期間

数量ベース後発医薬品割合(%)



平成23年度薬価調査		数量シェア
先発医薬品	後発品なし	19.1%
	後発品あり	34.3%
後発医薬品		22.8%
その他(局方品・生薬等)		23.9%

平成25年
4月から

約4年1ヶ月

約5年

約7年3ヶ月

H29年5月頃

H30年4月頃

H32年7月頃

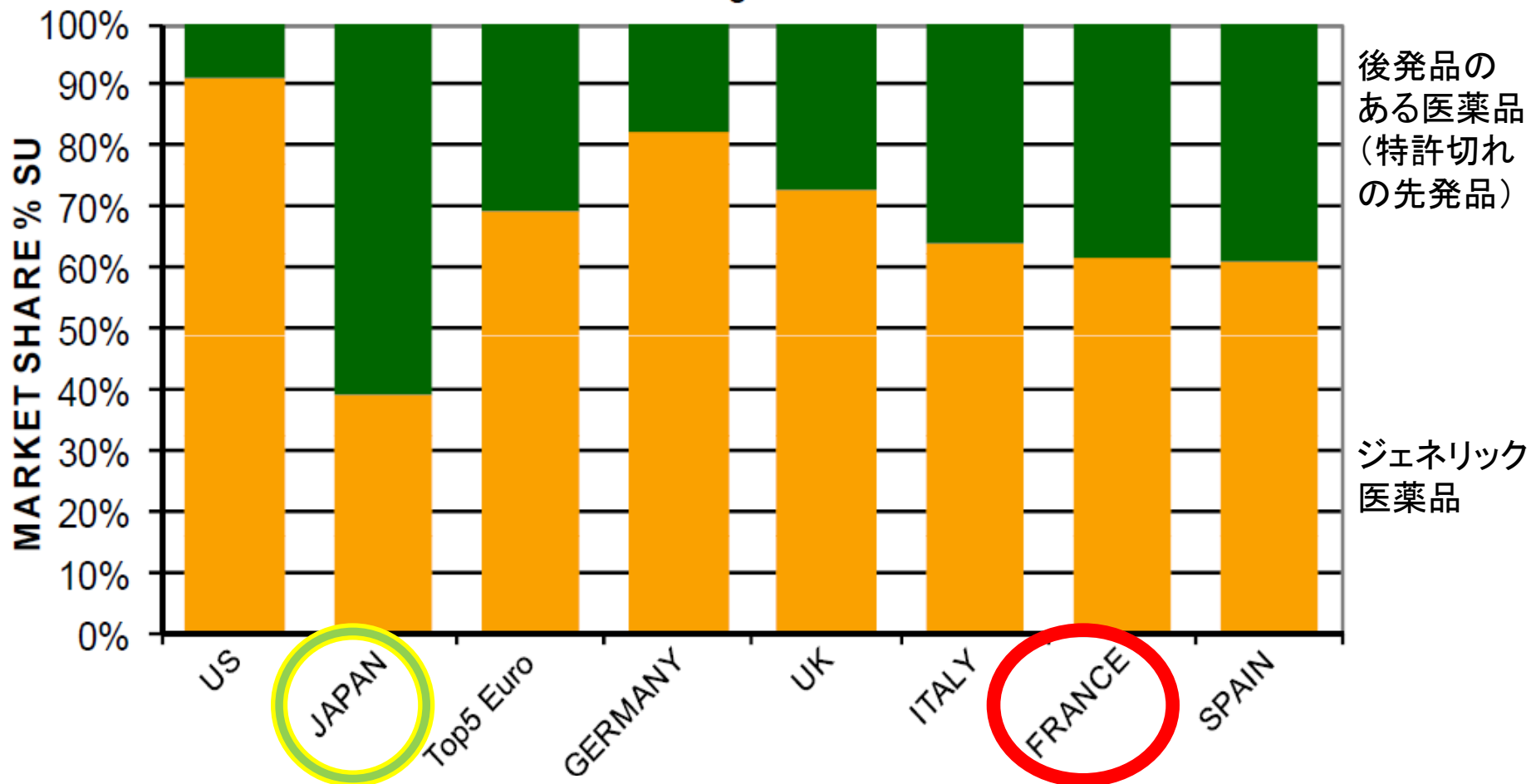
新旧指標の相対性

○平成23年の薬価調査から、後発品の数量シェアが22.8%(旧指標)は、下式1のとおり、新指標では新指標で40%に相当し、新指標における60%は、下式2のとおり、旧指標の34.3%に相当する。

[式1] $22.8\% \times 100 / (22.8\% + 34.3\%) = 39.9\%$

[式2] $34.3\% \times 100 / (22.8\% + 34.3\%) = 60.1\%$

後発品のある医薬品に占める ジェネリック医薬品の割合（置き換え率）の国際比較



(1)Source: Central Social Insurance Medical Council 2012

(2)Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT 2010

後発医薬品の使用促進策について

～後発医薬品調剤体制加算の要件見直し～

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。なお、後発医薬品の調剤数量が少ないにも拘わらず、指標変更によって後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

【現行】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算1	5点
2	後発医薬品調剤体制加算2	15点
3	後発医薬品調剤体制加算3	19点

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算1	22%以上
後発医薬品調剤体制加算2	30%以上
後発医薬品調剤体制加算3	35%以上

(新規)

【改定後】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算1	<u>18点</u>
2	後発医薬品調剤体制加算2	<u>22点</u>
<u>(削除)</u>		

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算1	<u>55%以上</u>
後発医薬品調剤体制加算2	<u>65%以上</u>
<u>(削除)</u>	

- ◆ 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

旧指標の
数量シェア＝

後発医薬品
—————
全医薬品

新指標の
数量シェア＝

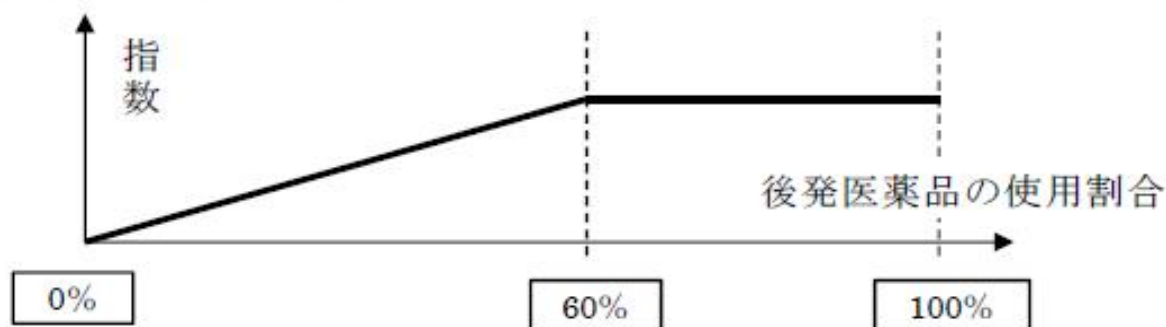
後発医薬品
—————
後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品

DPC／PDPS 後発医薬品指数

⑦ 後発医薬品指数

- 後発医薬品の使用割合による評価方法を、7項目の新たな指数として導入する。
- 評価対象となる薬剤の範囲は、ヒアリング調査等に基づき、当該医療機関の入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分(※)）とする。
（※出来高部分：DPC 包括対象外となる退院時処方、手術中に使用される薬剤等。）
- DPC データを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かし、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である 60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価する。

〔評価のイメージ（案）〕

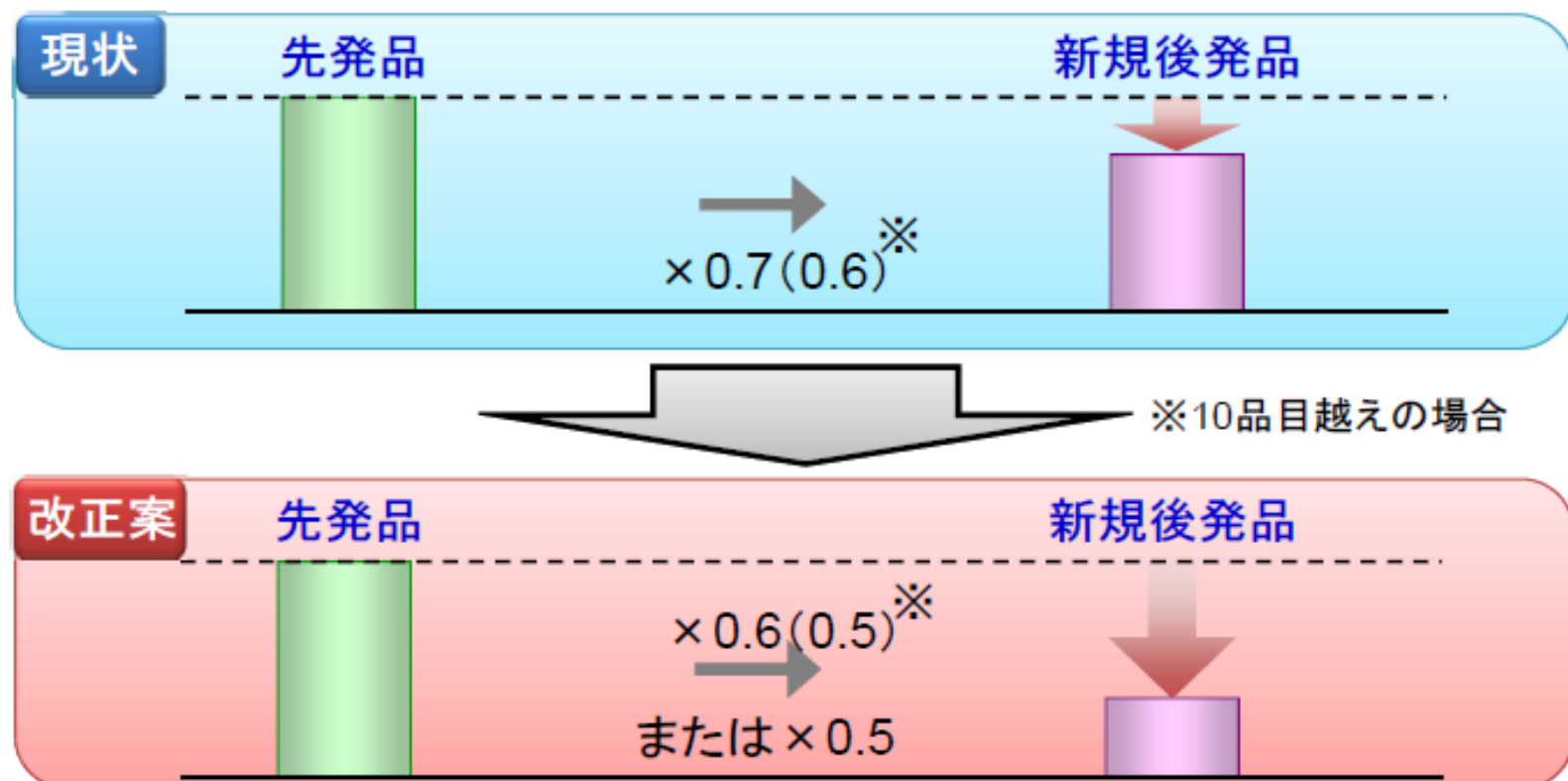


②後発医薬品の算定について

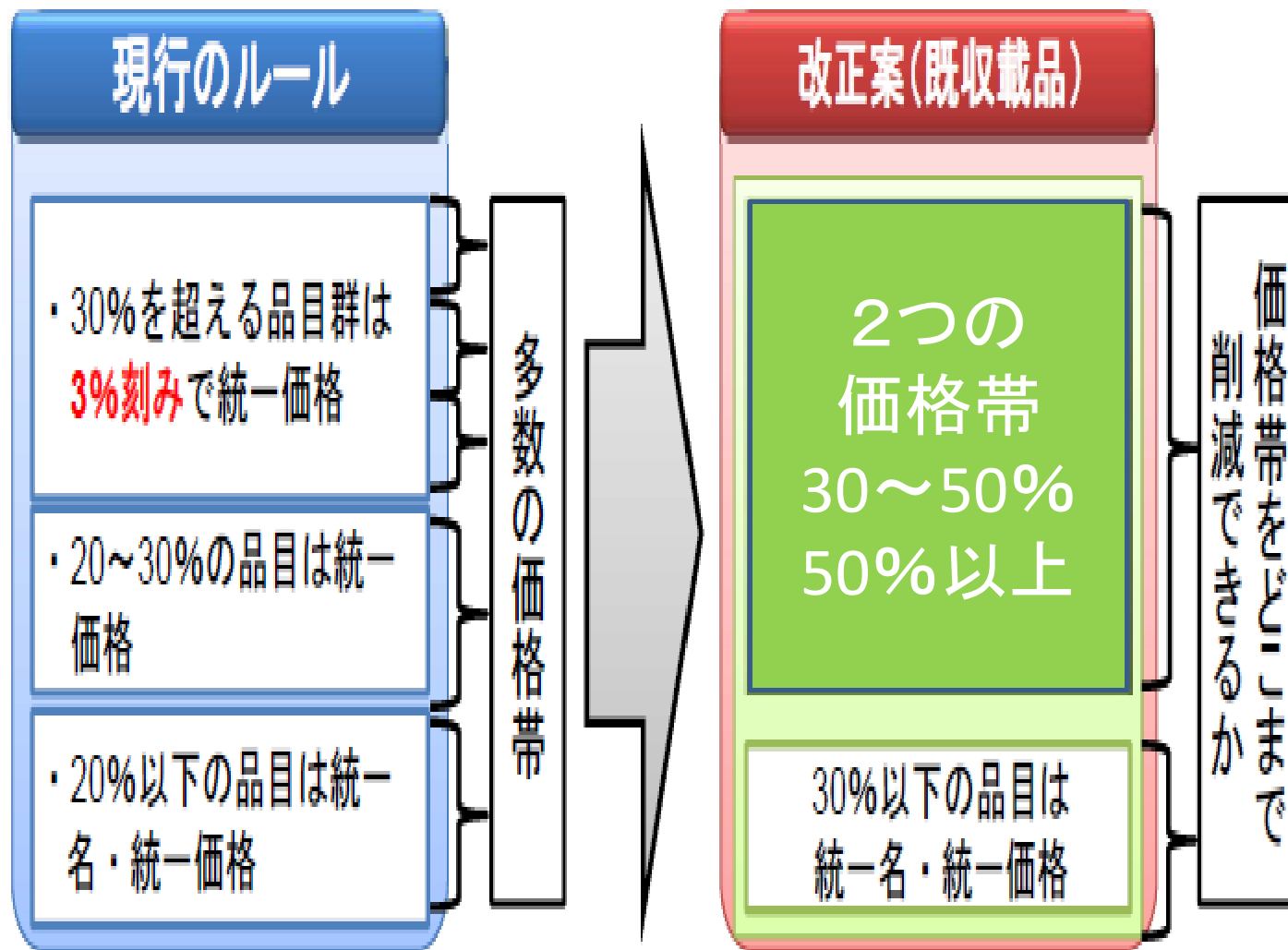
新規収載後発医薬品の薬価について

対応の方向性

- ◆ 現行の後発品の薬価でも2割近く価格が下落していることから、初めて収載される場合の後発品の価格について、0.6（0.5）※又は0.5掛けとしてはどうか。



既収載後発医薬品の価格帯の削減



③長期収載品及び新薬創出・適応外薬解消等促進加算、他

長期収載品の後発品への置換えについて

中間とりまとめ(抜粋)

2. 長期収載品(先発医薬品)の薬価及び後発品への置き換えについて

- イ) 長期収載品の薬価については、市場実勢価格を反映することを原則とするが、一定期間を経ても後発品への適切な置き換えが図られていない場合には、特例的な引き下げを行い、薬価を見直すというルールを導入することとする。また、新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、その効果を十分に検証した上で、導入についても併せて議論することとする。

対応の方向性

Z2について、

- 「一定期間」については、後発医薬品が薬価収載されてから、5年経過した後の最初の改定以降、後発品に置換わっていない個々の先発品を対象としてはどうか。
- 平成25年度の薬価調査の結果を踏まえ、以下について検討してはどうか。
 - ①適切な置き換え率
 - ②特例的な引下げ幅
 - ③初めて後発品が収載された後に適用される「初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例」(Z)との一本化

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**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

- ・2025年へむけて、病床機能分化へむけて病床機能情報報告制度と地域医療ビジョンが動き出す。
- ・2014年診療報酬改定の最大の課題は、病床の機能分化とくに増えすぎた7対1削減とその受け皿としての亜急性期病棟「地域包括ケア病棟」の創設
- ・在宅医療の強化も地域包括ケアシステムの構築に欠かせない
- ・後発医薬品のさらなる普及推進が求められている

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

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp