

2025年へのロードマップ

～地域医療構想と地域包括ケア～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
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
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域医療構想2つの課題
- パート3
 - 次期報酬改定の3つの課題
- パート4
 - 地域包括ケアシステムと訪問看護ステーション



パート1

国民会議と医療介護一括法



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(1990~2060年)

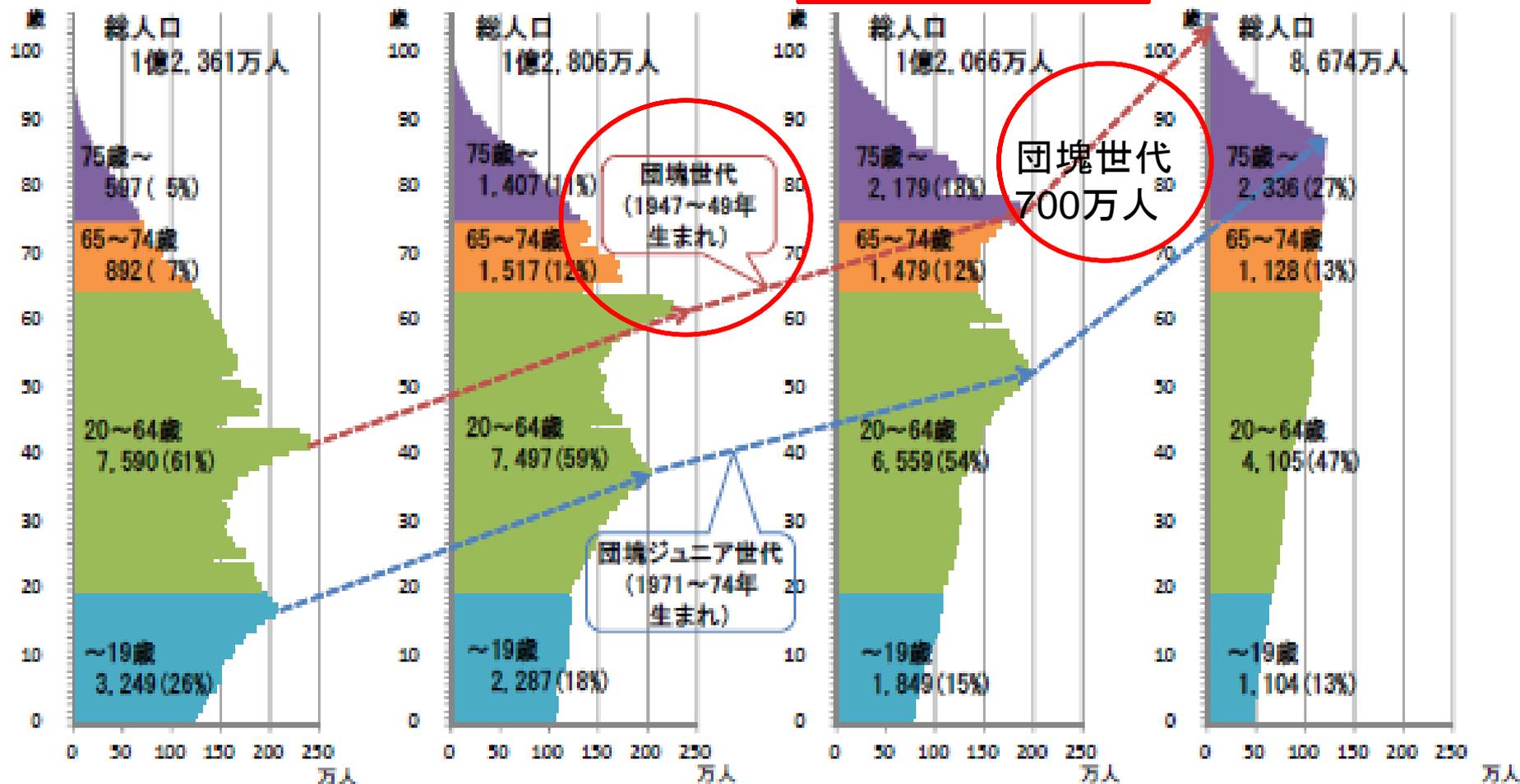
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

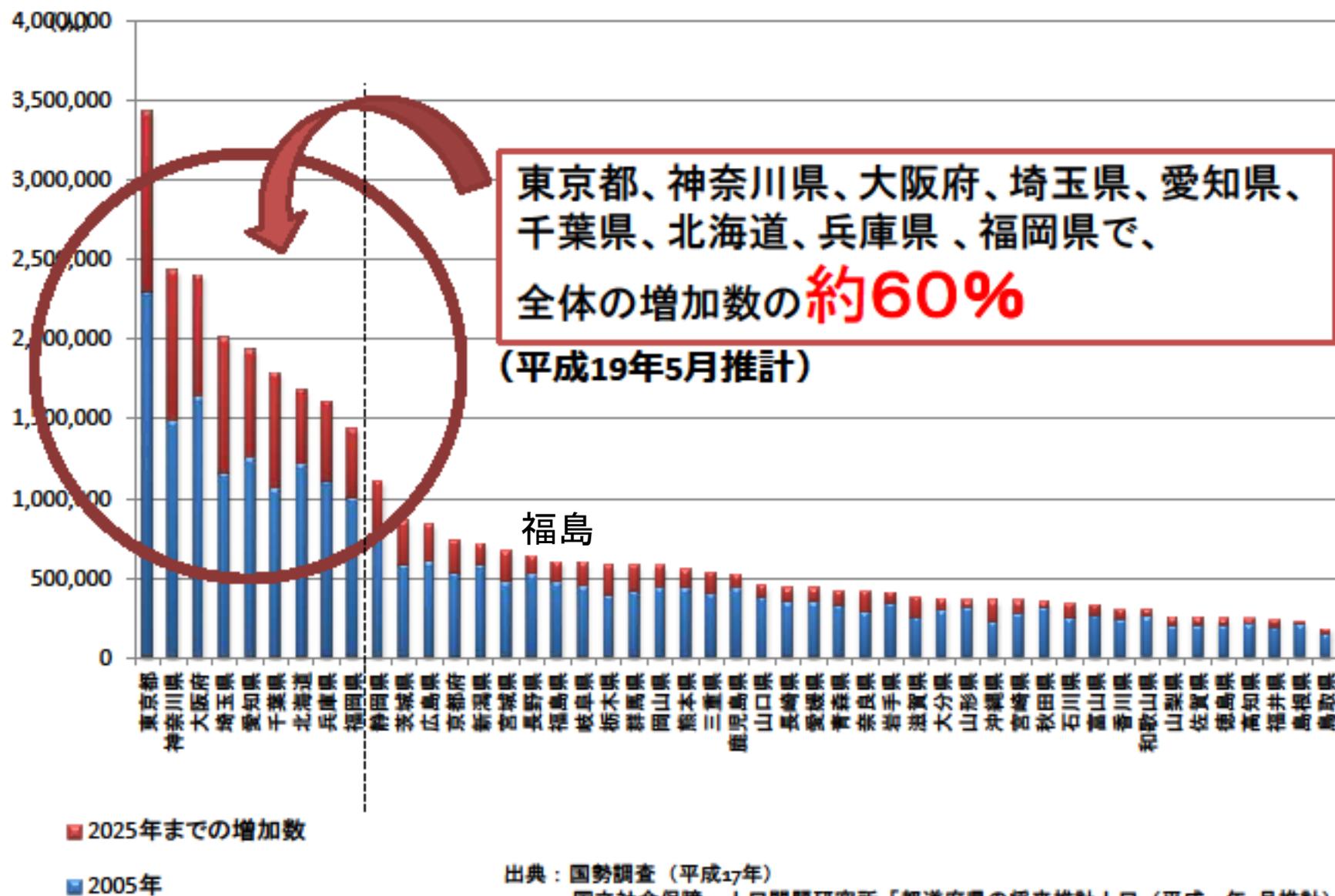
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

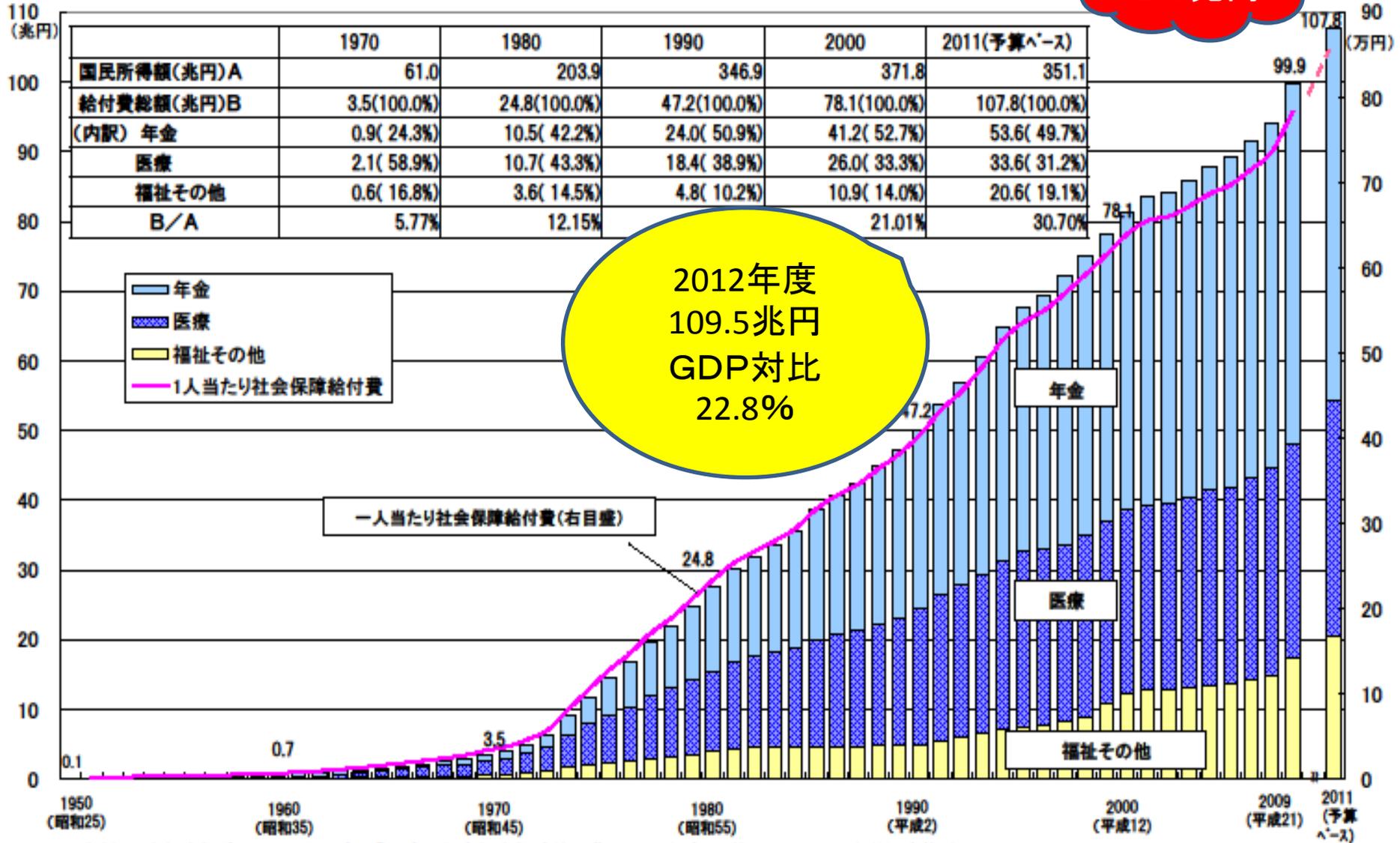


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



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。

社会保障給付費の見通し

(兆円)

109.5兆円
(GDP対比22.8%)

148.9兆円
(GDP対比24.4%)

消費税増税は、
社会保障給付費
に充当するため

介護
2.34倍

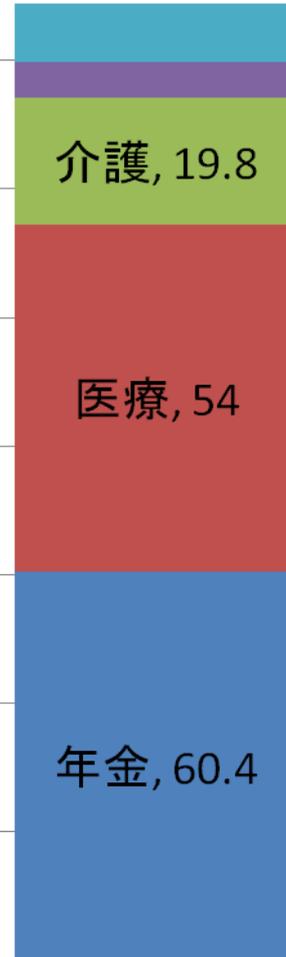
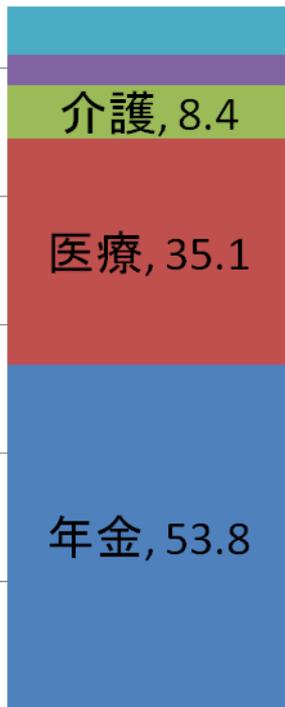
医療
1.54倍

年金
1.12倍

- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

2012年度

2025年度



地域医療介護一括法



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

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

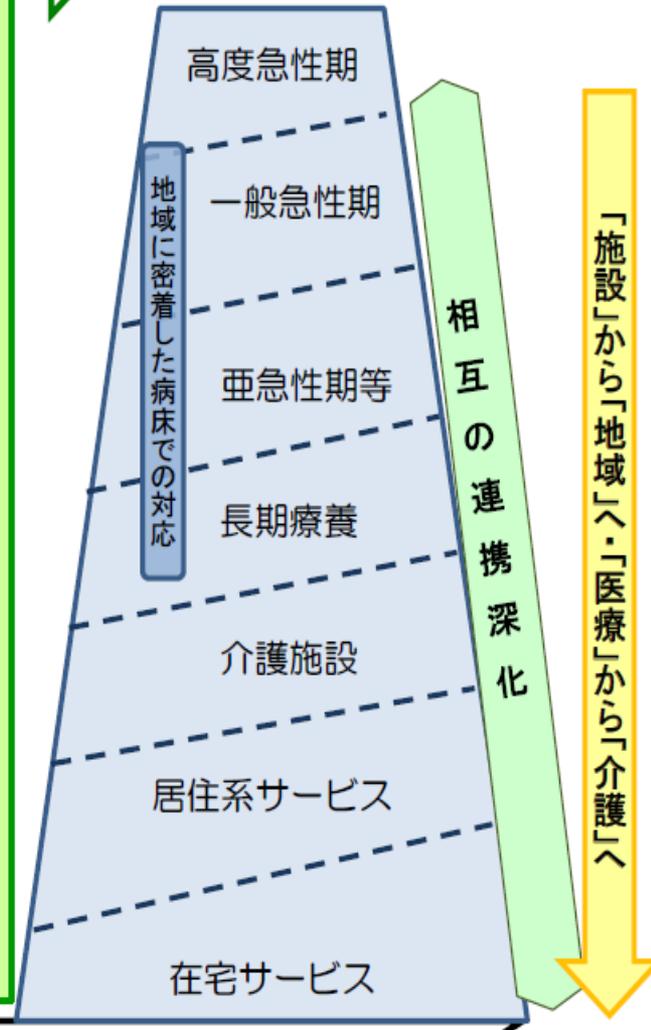
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

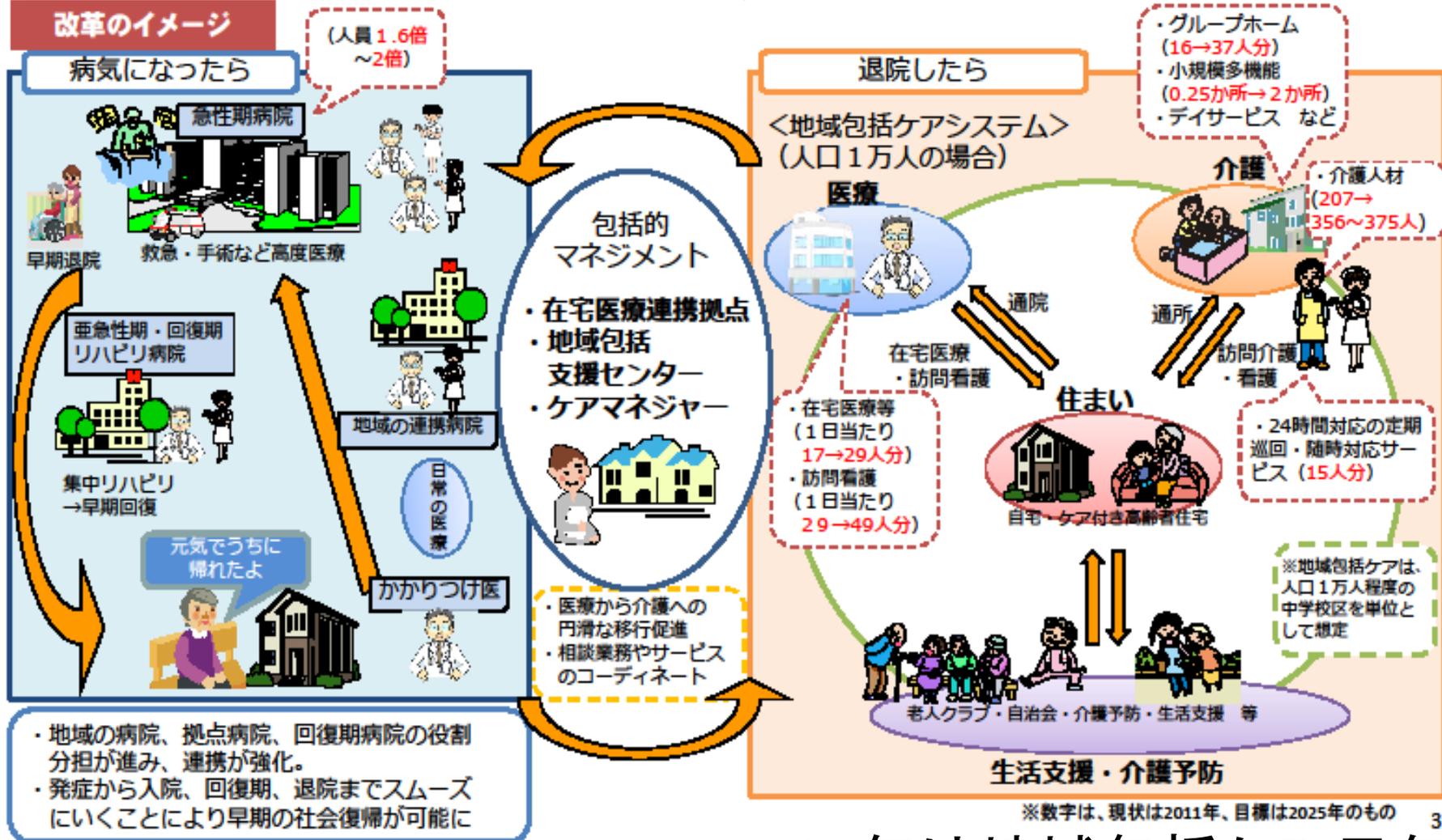
改革の方向性 ②

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

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

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)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域医療構想、2つの課題

- 課題① 構想区域の設定課題
- 課題② 必要病床数の設定課題

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

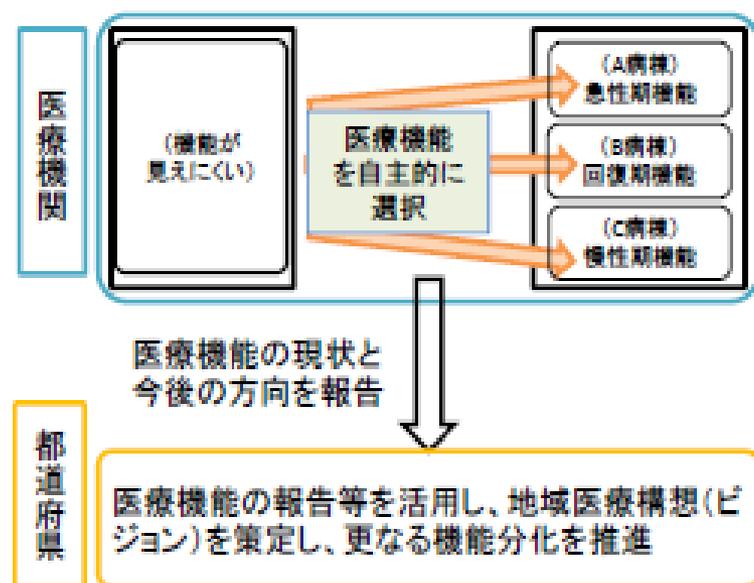
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

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村）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

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 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
急性期機能	○ 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
回復期機能	○ 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)。
慢性期機能	○ 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

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

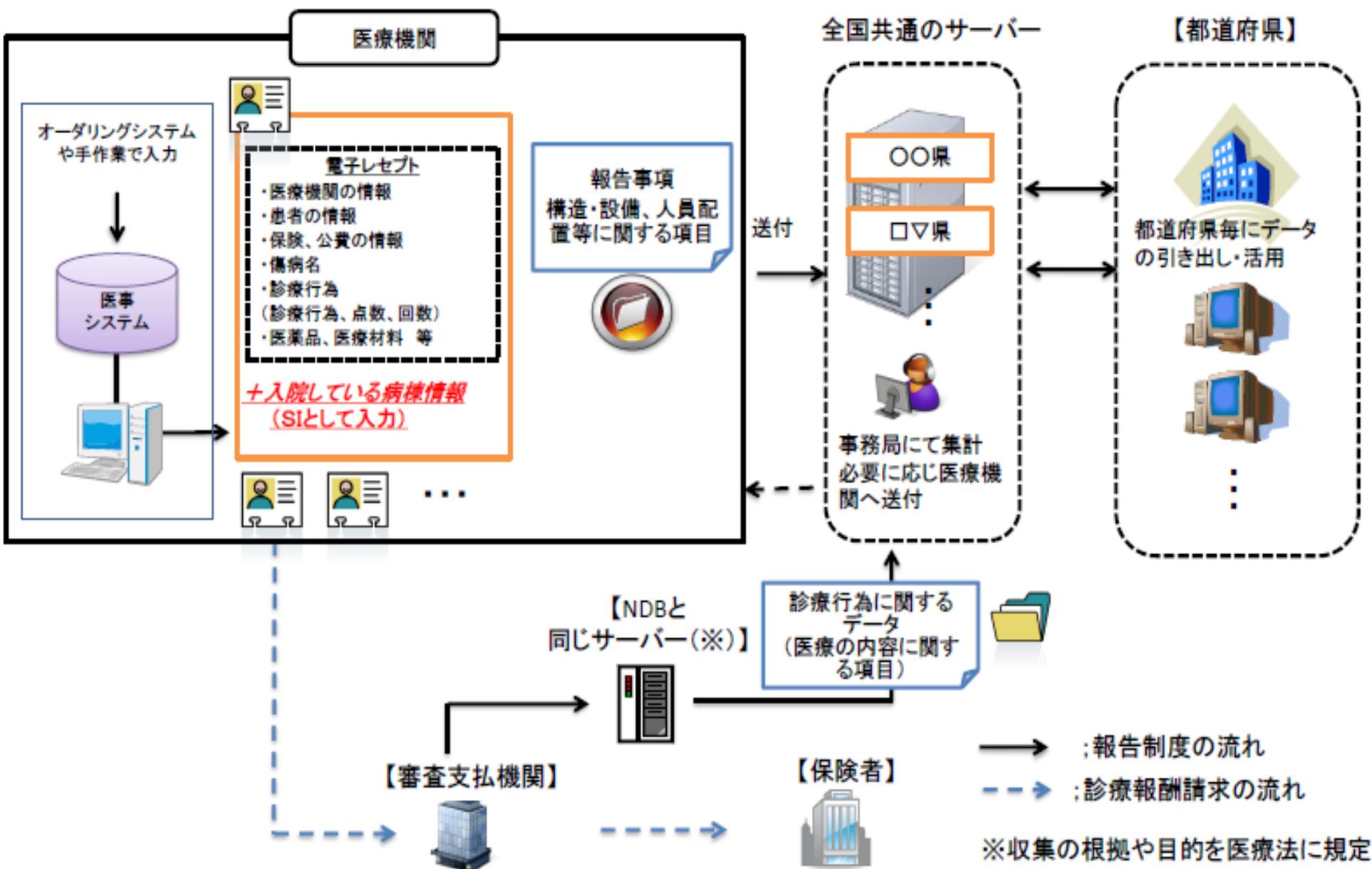
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



7月時点で44万床(44%)が急性期として届けた

病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値】

○ 以下の集計は、12月19日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,432施設、有床診療所8,117施設のうち、11月30日までに病院6,808施設(91.6%)、有床診療所5,395施設(66.5%)が報告済み
- ・このうち12月19日時点でデータクリーニングが完了した病院5,181施設(69.7%)、有床診療所3,774施設(46.5%)のデータを集計した。
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、939,462床
(cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,339,640床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	153,052	437,613	46,280	63,911	700,856
療養病床	0	1,554	39,020	193,046	233,620
合計	153,052	439,167	85,300	256,957	934,476
構成比	16.4%	47.0%	9.1%	27.5%	100.0%

(注)集計対象施設のうち、2014年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が4,986床分あり、上表には含めていない。

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

	相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
	安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
	石田 光広	稲城市役所福祉部長
◎	遠藤 久夫	学習院大学経済学部長
○	尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	榎本 章司	公益社団法人日本精神科病院協会政策委員会委員長
	清水 循行	東京都奥多摩町福祉保健課長
	武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
	土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
	中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
	遠見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
	本多 伸行	健康保険組合連合会理事
	松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
	山口 育子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
	渡辺 顕一郎	奈良県医療政策部長
	和田 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

※ ◎ 座長 ○ 座長代理

地域医療構想策定プロセス

構想区域の設定

```
graph TD; A[構想区域の設定] --> B[構想区域における  
医療需要の推計]; B --> C[地域医療構想調整会議で  
医療提供体制(必要病床数)  
を協議];
```

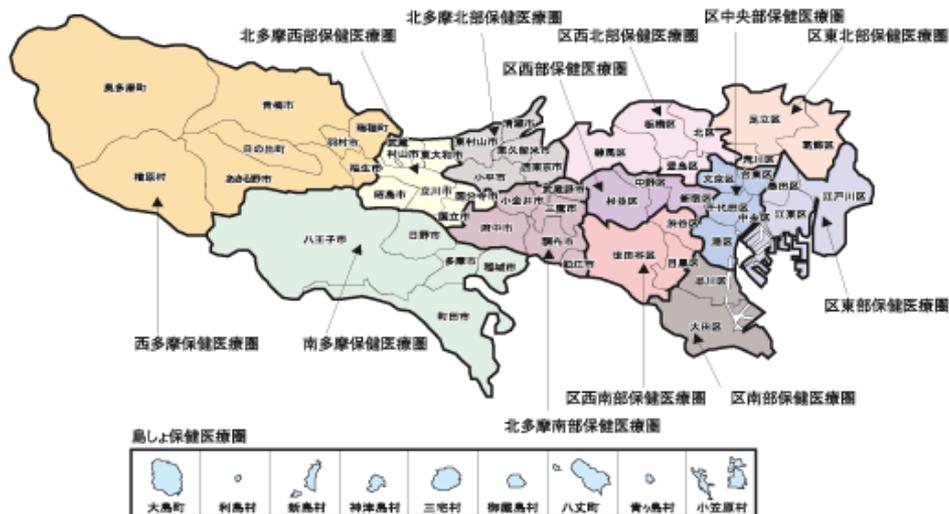
構想区域における
医療需要の推計

地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

課題①

構想区域の設定

東京都 二次保健医療圏



構想区域の設定

- 構想区域とは2025年を見据えて、「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」のこと
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長 2014年10月17日）
- 「現状の2次医療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
 - (1)人口規模
 - (2)患者の受療行動(流出率・流入率)
 - (3)疾病構造の変化
 - (4)基幹病院までのアクセス時間等の変化

地域医療構想と構想区域の設定

- 構想区域

- 「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」

- 医療法

- 二次医療圏

- 入院医療を完結する圏域

構想区域に二次医療圏が適切か？

- 2次医療圏単位で「構想区域」の設定を想定
- **しかし現状の2次医療圏がそもそも妥当か？**
- 前回医療計画見直しの際、2次医療圏見直し（地方の小規模医療圏見直し）を行おうとしたが進まなかった経緯がある
- 2次医療圏見直し
 - 人口20万人未満で、流出率20%以上、流入率20%未満の医療圏を見直すことになった
 - 87医療圏が対象、しかし実際には3県の医療圏しか見直されなかった

医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

宮城県二次医療圏の再編

第5次医療計画
(2008年度～2012年度末まで)



第6次医療計画
(2013年度～2017年度末まで)



7医療圏から
4医療圏に統合

見直しをしない理由

～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
 - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
 - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
 - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

地域医療構想調整会議

- 地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会（2014年11月21日）
- 地域医療構想調整会議
 - 地域医療構想(ビジョン)に関する「協議の場」
 - 議事、開催時期、設置区域、参加者の範囲・選定、参加の担保、合意の方法・履行の担保
 - ①病床機能と病床数、②病床機能報告制度の情報共有、③地域医療介護総合確保基金に関する都道府県計画、④地域包括ケアや人材の確保、診療科ごとの連携などビジョン達成の推進
 - 構想区域
 - 都道府県知事が適当と認める区域での設置、複数の調整会議を合同開催、議事に応じて地域・参加者を限定した開催、既存の会議対を活用した開催
- ビジョンは最終的には医療審議会が最終決定

地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想
(医療計画の一部)

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者

地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

医療計画

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

- ・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

- ・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画

消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

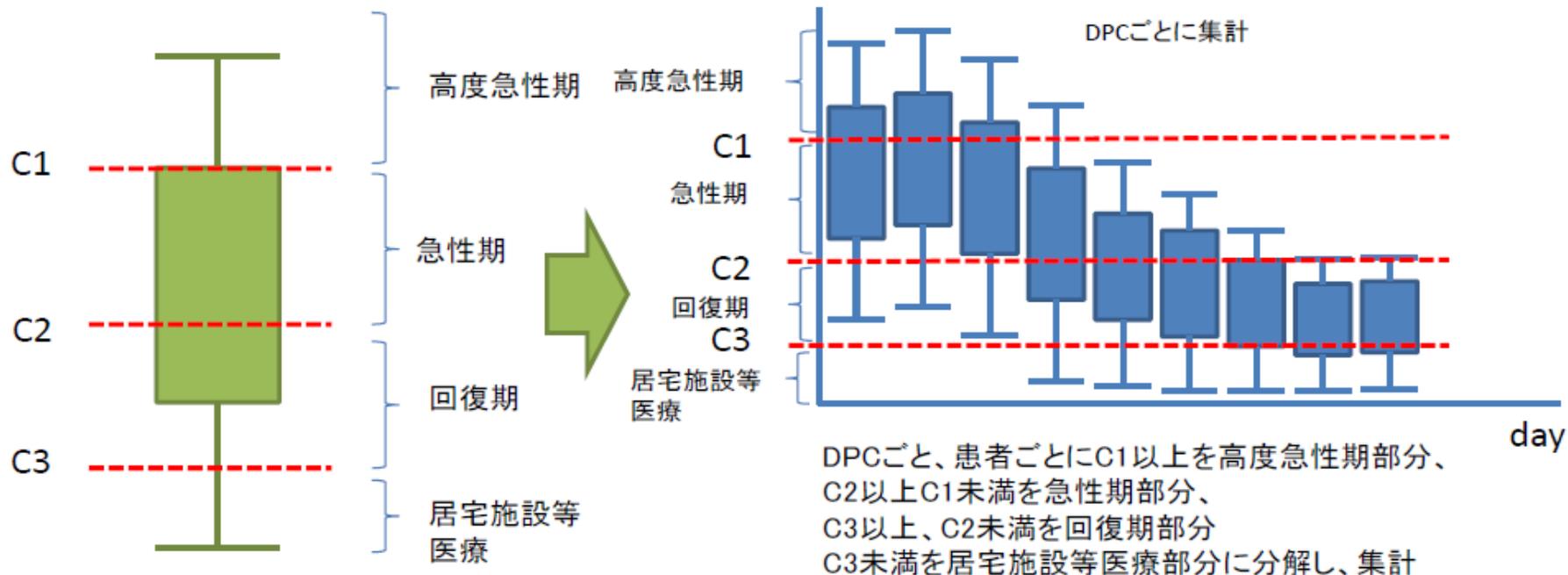
課題②必要病床数の設定

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

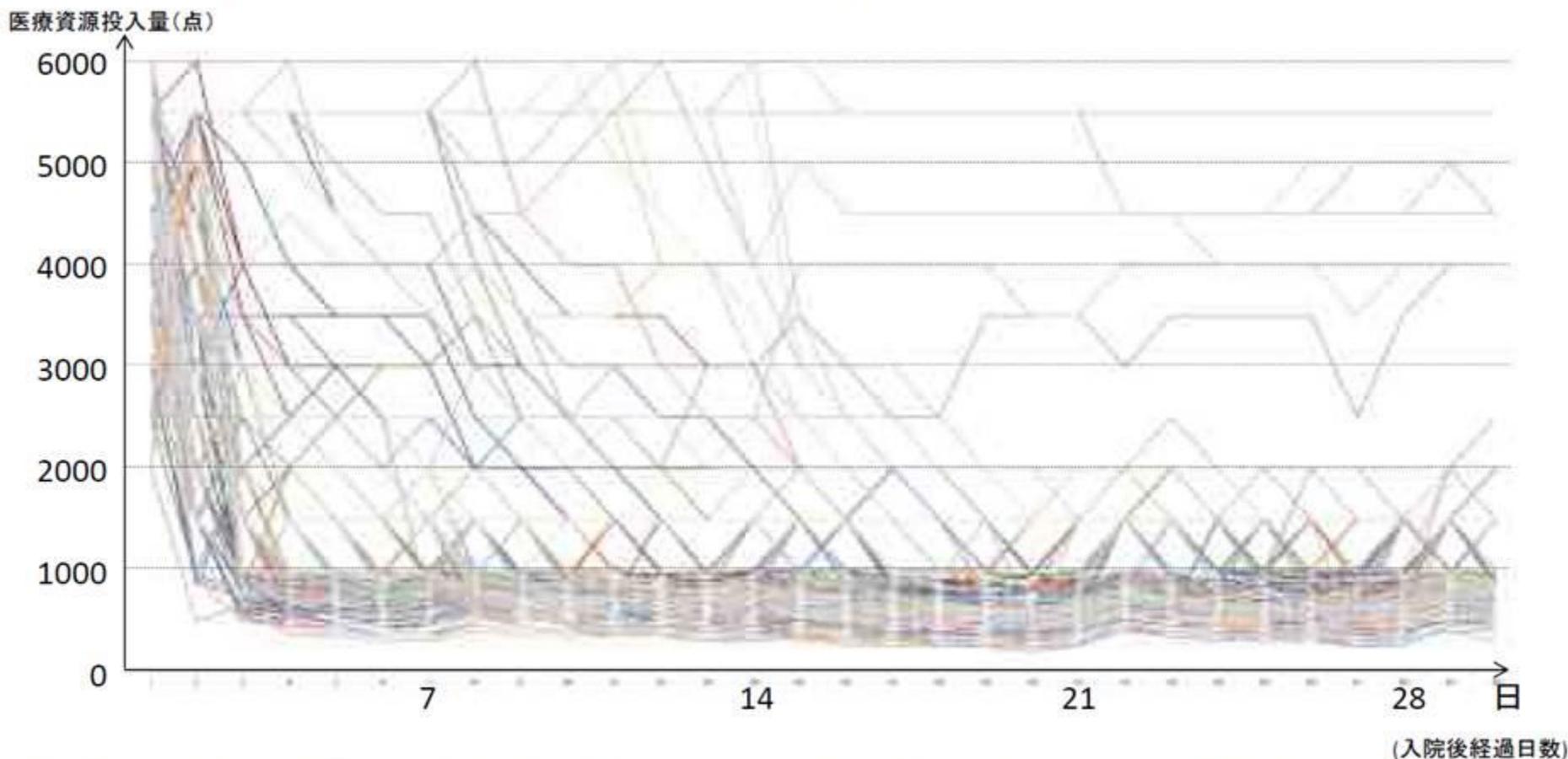
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療資源投入量(中央値)の推移

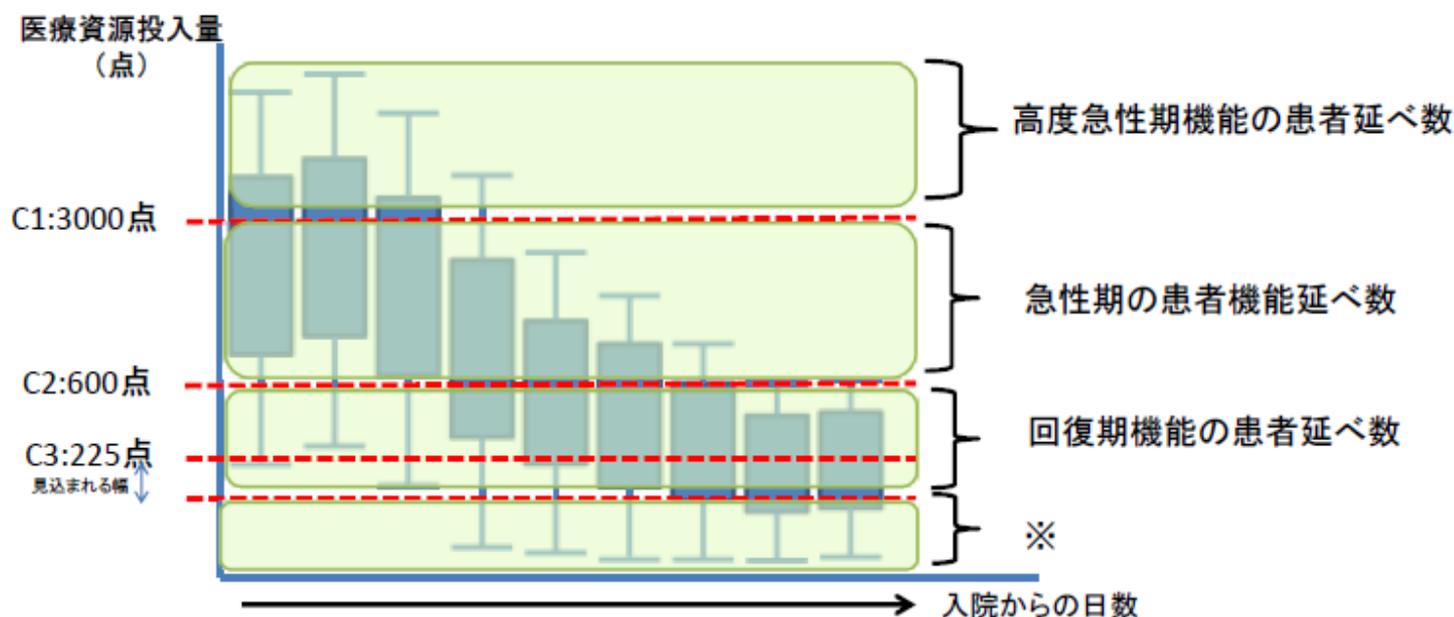
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ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こととする。
 - ※ 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。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 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。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

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		
回復期	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
※	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。

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

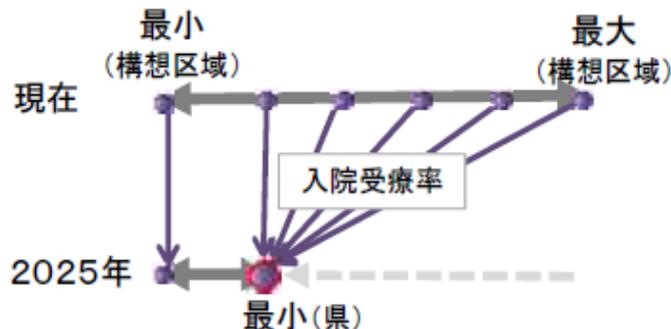
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、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】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

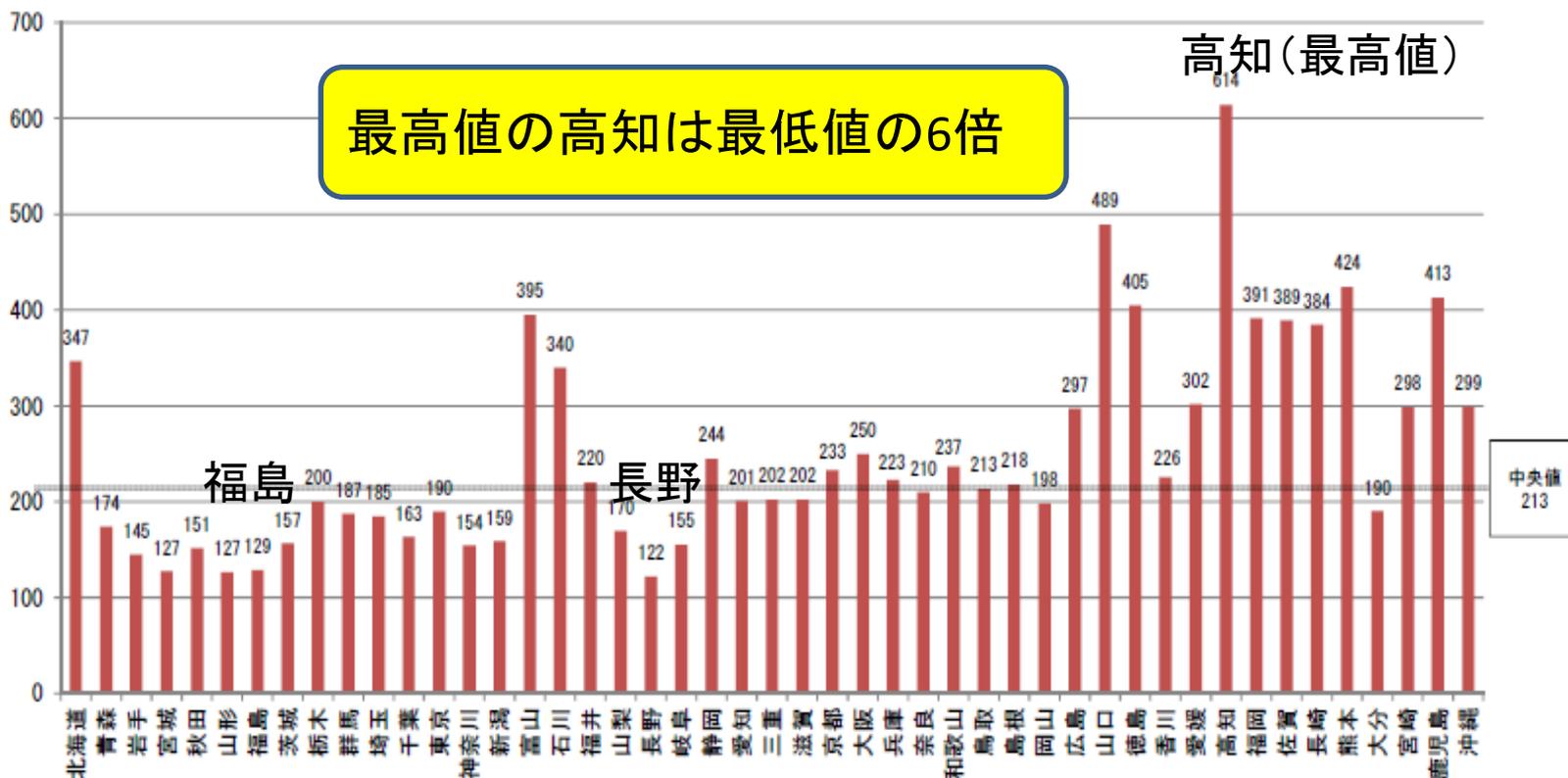


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率



注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。

3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

医療重要から病床の必要量(必要病床数)を推計する

6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量(必要病床数)の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数(③)を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年(2025年)の病床の必要量(必要病床数)(④)とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 構想区域ごとの医療機能別医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況(脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成)

推計年度

	2025年における		2025年における医療供給(医療提供体制)	
	医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)(①)	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(②)*	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(③)	病床の必要量(必要病床数) (③を基に病床利用率等により算出される病床数)(④)
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

* 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

委員からの意見

- 「入院基本料を除いた医療資源投入量の推移のみで病床機能区分ごとに医療需要を推計することが妥当か？」
 - 入院基本料（平均在院日数、看護師数、重症度・看護必要度など）
- 「高額薬を使うことで投入量が多くなる一方、医療従事者の評価がなされていない」
 - 抗がん剤使用が高度急性期？
- 「患者像や重症度医療・看護必要度が反映されていない」

委員からの意見

- 療養病床の入院受療率による推計
 - 「そもそも療養病床と在宅医療を一体的に考えること自体が妥当とは思えない」
 - 療養病床にも人工呼吸器装着患者は多い
 - 「一般病床や在宅医療の利用状況も含めてトータルに需要を把握する必要ある」

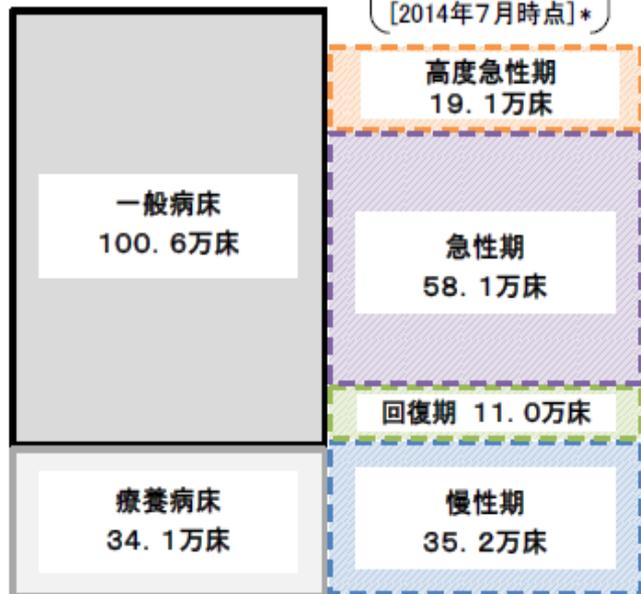
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

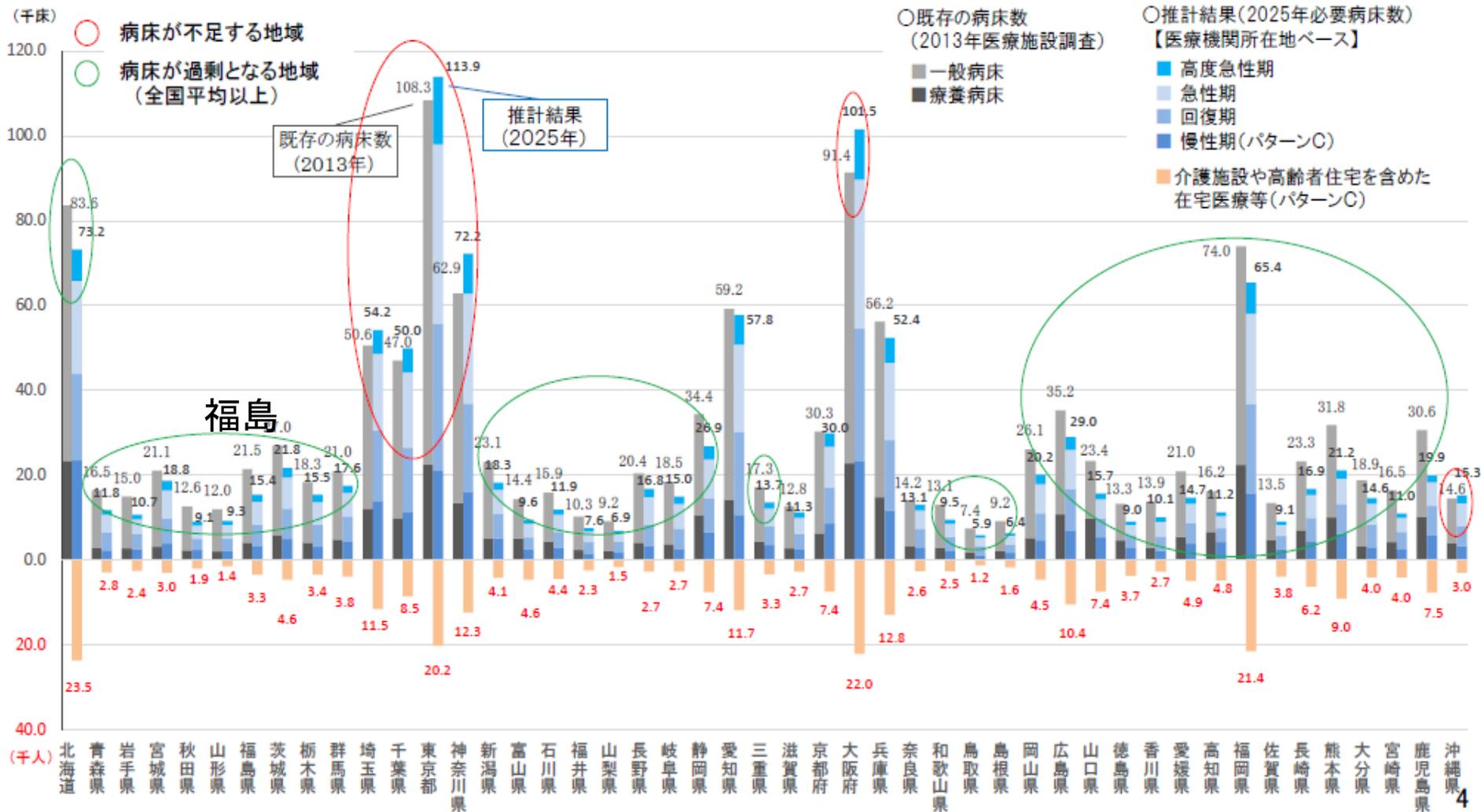


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



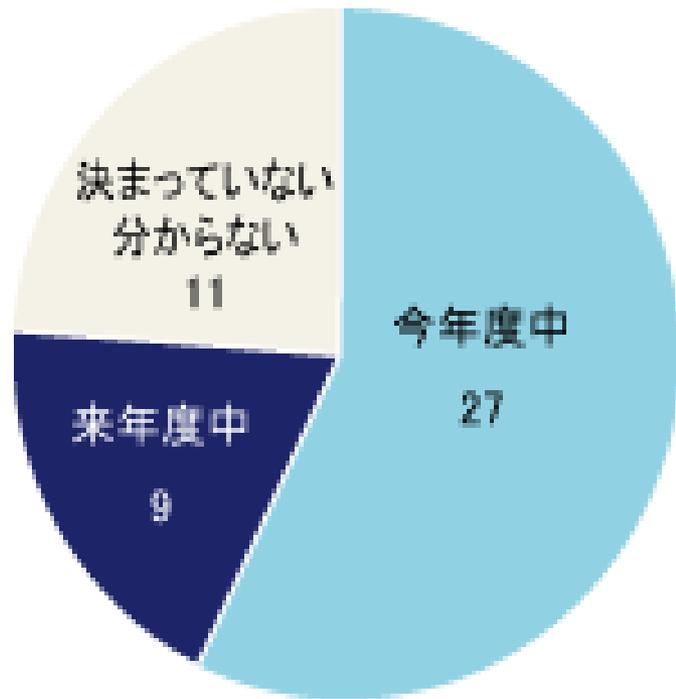
2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

地域医療構想作成状況

27都府県が今年度中に作成

- 2025年の医療機能ごとの病床数の必要量や、その達成に向けた施策などで構成される地域医療構想（ビジョン）を、過半数の27都府県が年度内に策定する予定であることが、キャリアブレインが47都道府県に実施したアンケート調査で明らかになった。



地域医療構想策定スケジュールの調査結果
(数字は回答した都道府県の数)

病床、最大20万削減

急性期と慢性期のベッド数を減らし
医療費を抑える(政府の目標)



2013年

2025年

13年の内訳は14年の病床機能報告から推計

内閣府の専門調査会
(倉・永井島三自治医

科大学長)が人口推計や
診療報酬明細書から、将

25年、30万人を削減

2025年までに最大20万床削減

都道府県	ベッドの削減数
大阪府	10100

パート3

次期報酬改定の3つの課題

入院医療等調査評価分科会より

中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
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
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

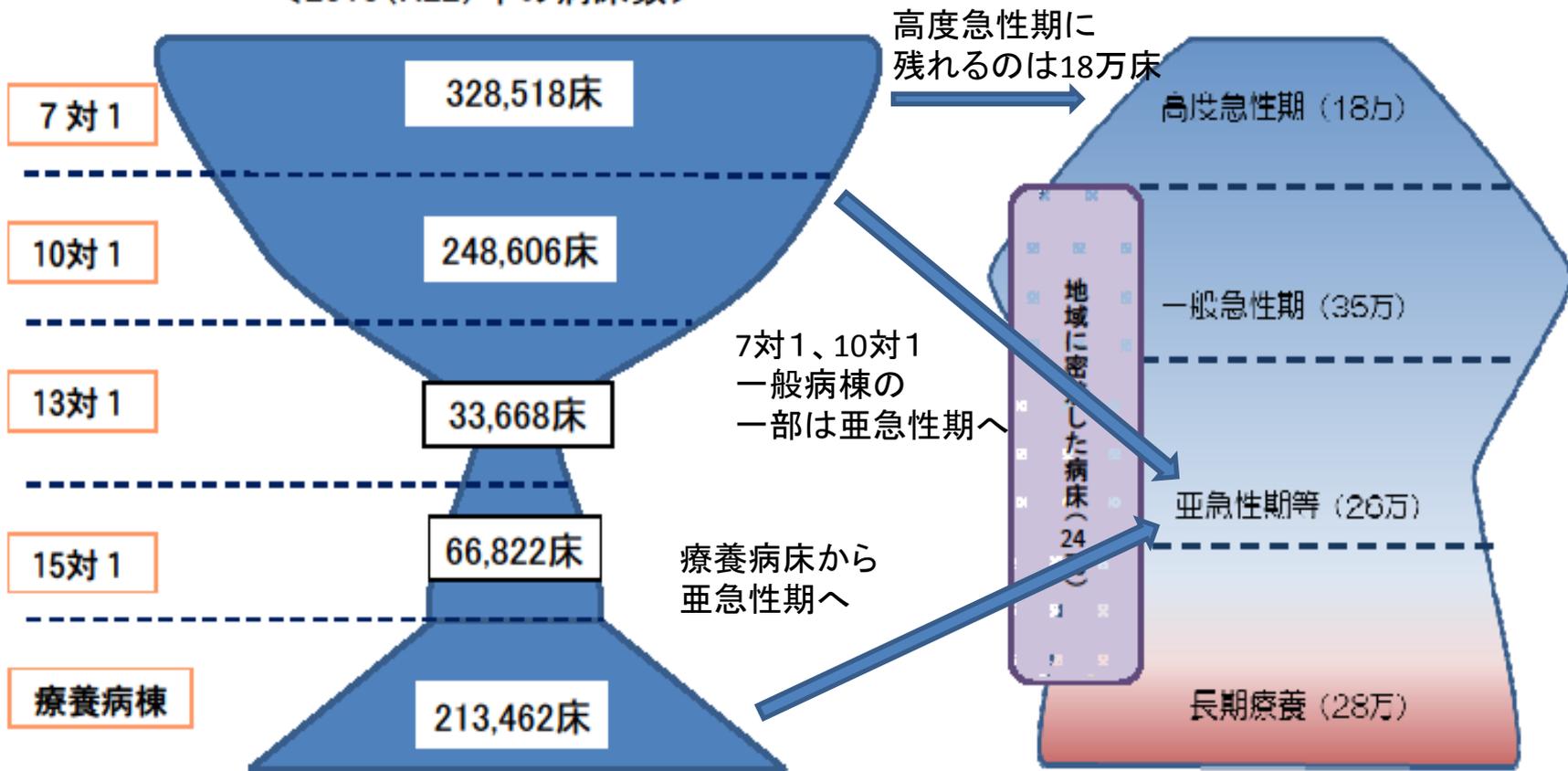
保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

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

次期報酬改定へ向けての 3つの課題

課題① 7対1病床の見直し

課題② 地域包括ケア病棟の見直し

課題③ 慢性期病床の見直し

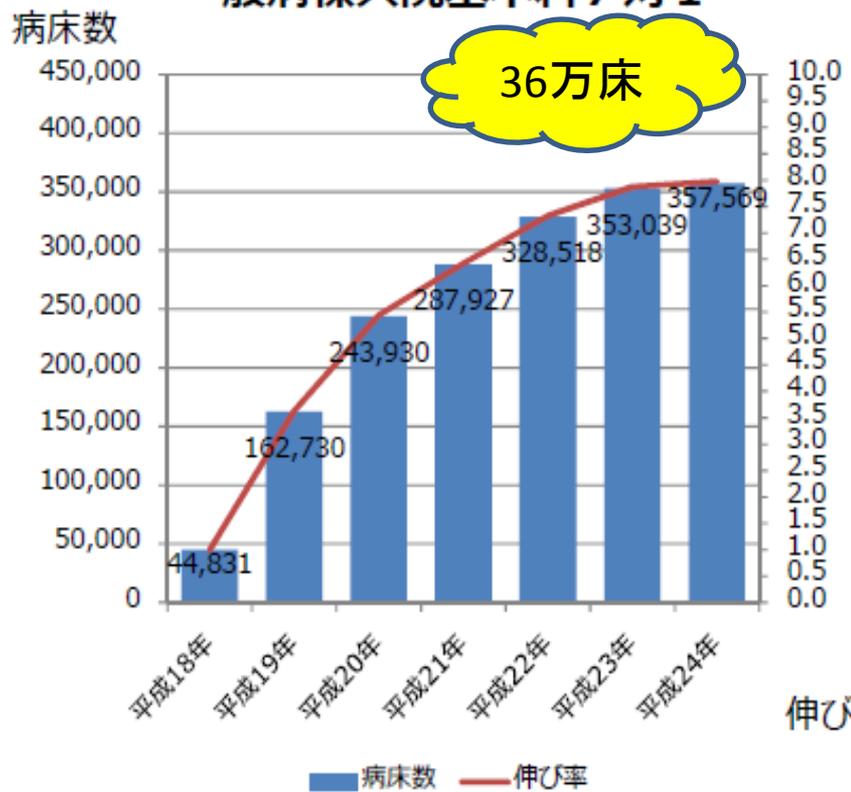
課題①7対1病床の要件見直し

一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

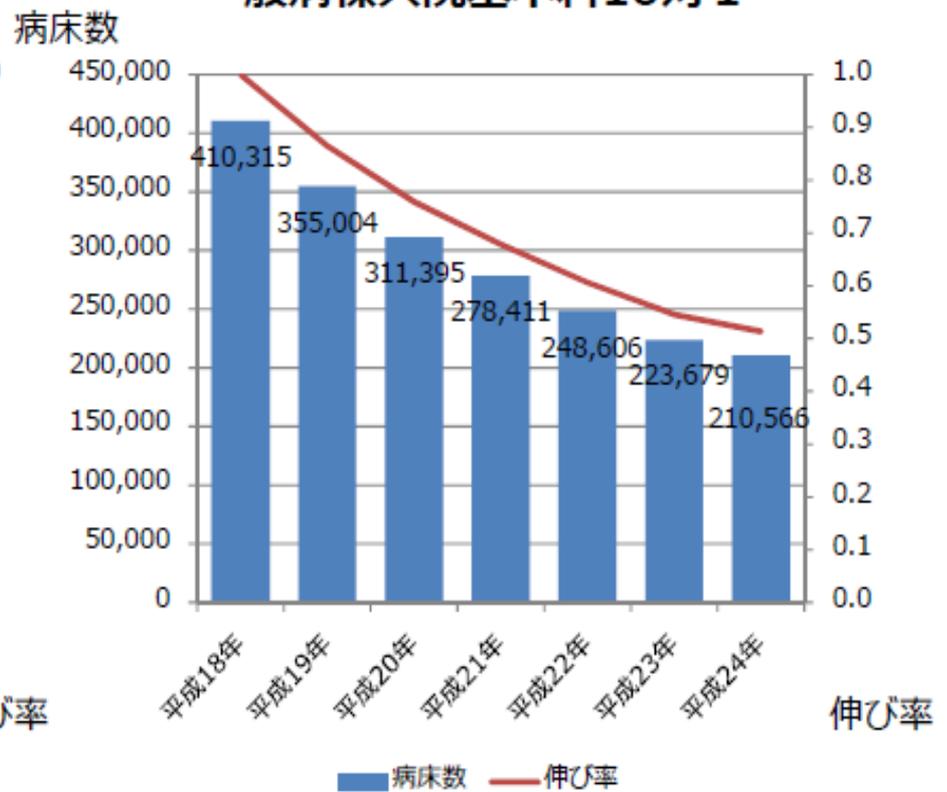
診調組 入 - 1
25.5.16

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少

一般病棟入院基本料7対1



一般病棟入院基本料10対1



※ 平成18年を1とした時の伸び率
 ※※ 平成24年は暫定値

(平成24年保険局医療課調べ)

平成26年度診療報酬改定（7対1入院基本料等の見直し）

▶ 7対1入院基本料等について以下のような見直しを行った。

- ① **特定除外制度**について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。
(※1)
- ② **「一般病棟用の重症度・看護必要度」**について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ **自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合**について基準を新設。在宅復帰率75%以上
- ④ **短期滞在手術基本料3**について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ **データ提出加算**の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

①特定除外制度の見直し

平成26年度診療報酬改定①

一般病棟における長期療養の適正化

➢7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

＜上記の②を選択した場合の対応＞

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

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。

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)

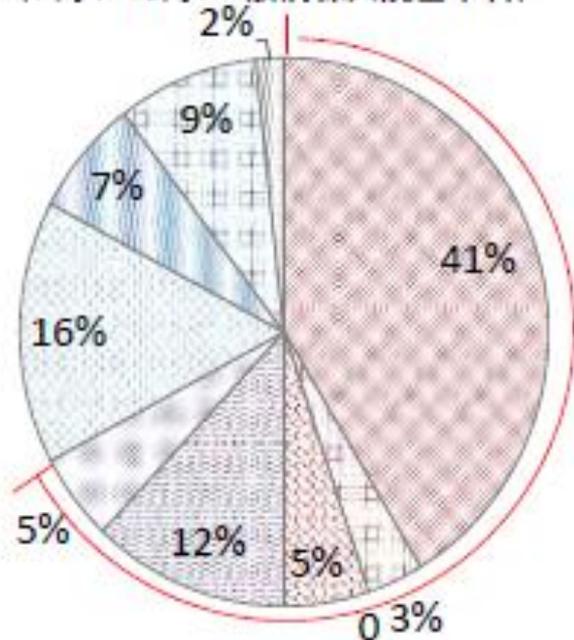
		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[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%

90日を超えて入院している患者の退棟状況について

○ 90日を超えて入院している患者の退棟先は、自宅が最も多い。また、自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が全体の7割弱であった。

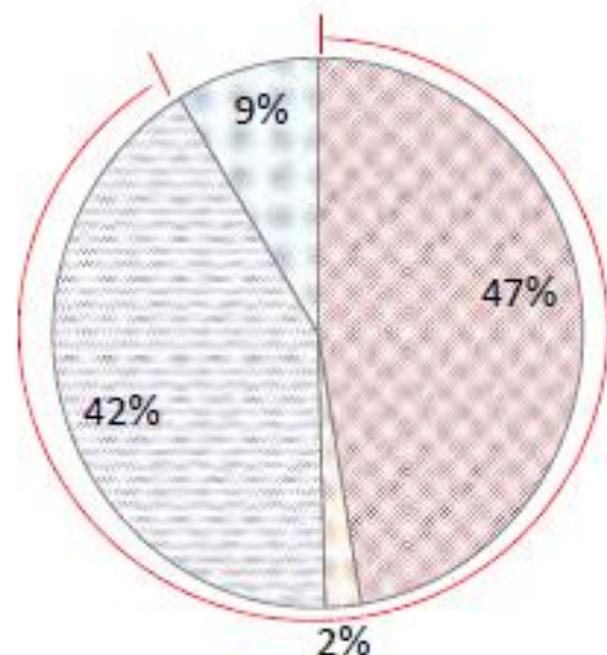
○ なお、90日を超えて入院している患者が減少した医療機関のうち、約90%に退院支援室又は地域連携室が設置されていた。

＜90日を超え患者の退棟先＞
(7対1・10対1一般病棟入院基本料)



- 自宅
- 自院の療養病床
- 他院の療養病床
- 自院の一般病床
- 他院の一般病床
- 自院の地域包括ケア・回りハ病床
- 他院の地域包括ケア・回りハ病床
- 介護施設等
- 自院のその他病床
- 他院のその他病床

＜90日超え患者が減少した医療機関の退院支援＞



- いずれも設置
- 退院支援室のみ設置
- 地域連携室のみ設置
- いずれも設置していない

②重症度、医療・看護必要度の見直し

平成26年度診療報酬改定②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。

現行(A項目)	
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
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



改定後(A項目)	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u>
2	呼吸ケア(呼吸吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の <u>管理</u>
4	心電図モニターの <u>管理</u>
5	シリンジポンプの <u>管理</u>
6	輸血や血液製剤の <u>管理</u>
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

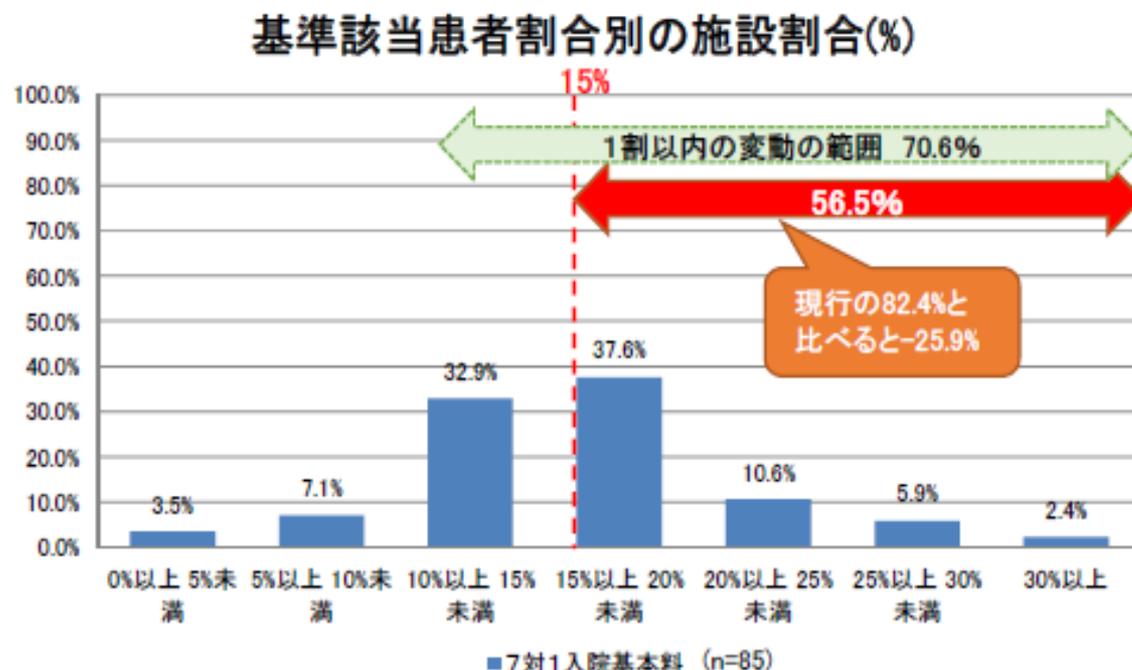
※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の標準、及び、

専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

パターン2:

入院医療等分科会とりまとめを踏まえた見直しの方角性に対応した場合

<必要度基準該当患者の割合の施設分布>



見直し後の必要度基準該当患者の割合が1割5分以上の医療機関は56.5%であった。

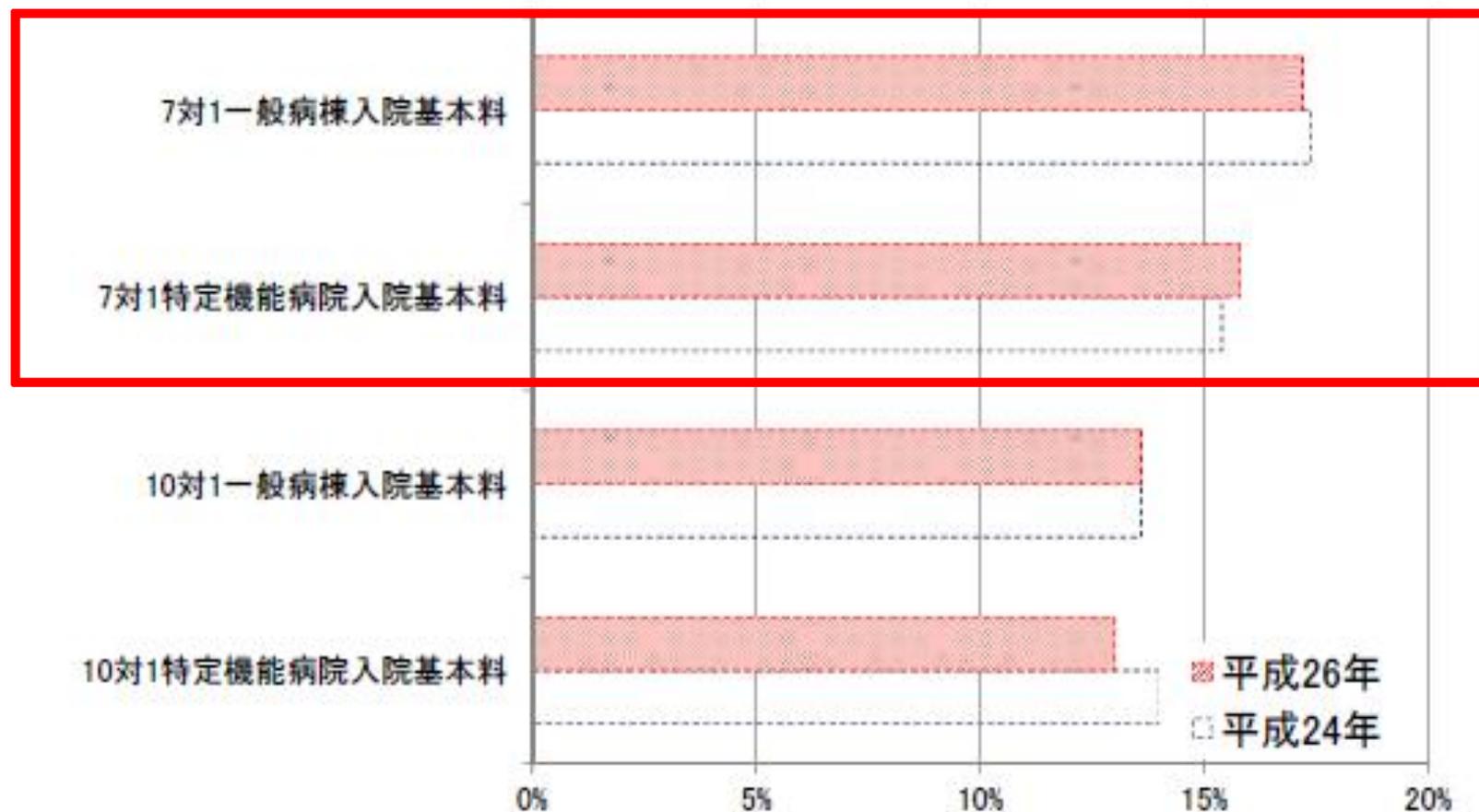
7対1病床はどれくらい減るのか？

36万床の4分の1、
9万床減るといわれているが...

入院料別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

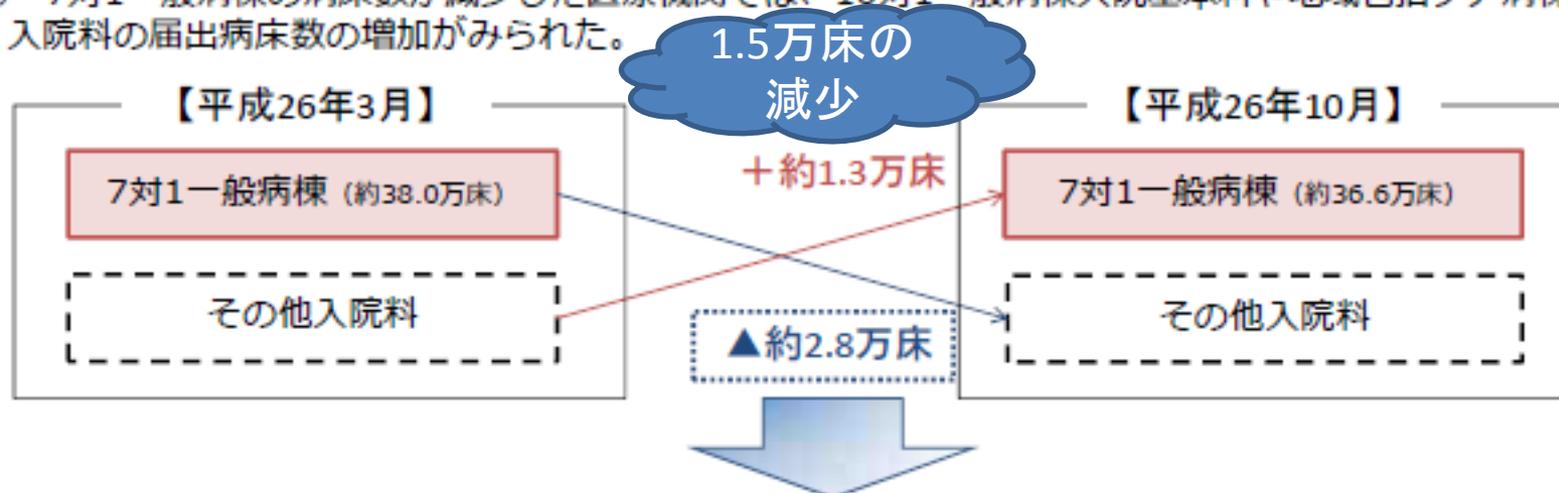
- 7対1・10対1入院基本料において、平成26年度診療報酬改定の前後で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に大きな変化はなかった。また、特定機能病院よりも一般病棟入院基本料を算定している医療機関の方が該当患者割合が高かった。

＜入院料別の該当患者割合＞



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）。

開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



重症度、医療・看護必要度に係る医療機関の状況について

- 重症度、医療・看護必要度が「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者及び「A項目2点以上」の患者が占める割合によって、医療機関の実績を比較したところ、
- ・ 「A項目2点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が高い傾向がみられた。
 - ・ 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が低い傾向がみられた。

7対1病棟を有する医療機関における、年間の手術等の実施件数と入院単価の比較 (n=140)

	A項目2点以上の患者割合による比較		(A) - (B)	A項目2点以上かつB項目3点以上の患者割合による比較		(C) - (D)
	該当患者割合が多い医療機関 (A)	該当患者割合が少ない医療機関 (B)		該当患者割合が多い医療機関 (C)	該当患者割合が少ない医療機関 (D)	
100床当たりの全麻手術の件数	564	494	70	513	550	-37
100床当たりの人工心臓を用いた手術件数	5	1	4	2	4	-2
100床当たりの悪性腫瘍の手術件数	138	110	28	111	110	1
100床当たりの腹腔鏡下手術件数	73	74	-1	64	80	-16
100床当たりの放射線治療件数	385	3	382	106	132	-26
100床当たりの化学療法件数	613	314	299	422	615	-193
100床当たりの分娩件数	54	39	15	0	36	-36
レセプトの一日当たり入院単価	5,437	4,500	937	5,005	4,625	380

(※「A \geq 2」、「A \geq 2かつB \geq 3」の該当患者割合が、それぞれ中央値を超える群と中央値以下の群に分け、項目毎に中央値を集計した)

A項目について

- A項目のみによる評価
 - 術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらずA項目のみで基準を満たすこととしてはどうか？
- A項目の専門的な治療処置追加
 - A項目の専門的な治療処置の項目に「無菌治療室」の項目の追加

認知症の有無と、B項目(ハイケアユニット用13項目)の関係②

- 既存のB項目においては2点以下となる患者のみを対象として、認知症の有無と、B項目との関係をみた場合も、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。

<7対1入院基本料:B項目2点以下の者>

B項目	認知症あり(n=1,484)		認知症なし(n=40,672)		相対危険度
	1点以上	0点	1点以上	0点	
[1] 寝返り	48	1,436	1,689	38,983	0.8
[2] 起き上がり	3	1,481	123	40,549	0.7
[3] 座位保持	7	1,477	214	40,458	0.9
[4] 移乗	305	1,179	3,538	37,134	2.4
[5] 口腔清潔	50	1,434	1,497	39,175	0.9
[6] 食事摂取	90	1,394	1,459	39,213	1.7
[7] 衣服の着脱	287	1,197	6,052	34,620	1.3
[8] 床上安静の指示	0	1,484	124	40,548	0.0
[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	2	1,482	44	40,628	1.2
[10] 移動方法	82	1,402	1,621	39,051	1.4
[11] 他者への意思の伝達	40	1,444	39	40,633	28.1
[12] 診療・療養上の指示が通じる	27	1,457	49	40,623	15.1
[13] 危険行動	31	1,453	92	40,580	9.2

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

術後の早期離床等に関するガイドライン

ERASプロトコールについて

- ERAS(enhanced recovery after surgery)プロトコールは、ERAS Society、ESPEN（ヨーロッパ静脈経腸栄養学会）、IASMEN(国際外科代謝栄養学会)により提唱されている周術期のケアに関するプロトコールで、エビデンスのあるケアの手法を集約し構成されている。
- ERASプロトコールは、術前・術中・術後におけるケアプログラムを通じて、患者の術後合併症のリスク低減やケア時間の短縮等をもたらし、術後の早期回復・退院を実現することを目的とするものである。

<直腸/骨盤内手術における推奨例>

項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	術当日の2時間の離床、翌日からの6時間の離床	low	strong
術後栄養管理	術後4時間での経口摂取の開始	Moderate	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

<大腸手術における推奨例>

項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	早期の理学療法を開始	low	strong
術後栄養管理	早期の経腸栄養の開始	High	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

※その他、膀胱癌手術、膵十二指腸切除術、胃切除術においても同様のガイドラインが定められている。

早期離床、早期経口のERASプログラムと
重症度、医療・看護必要度とは矛盾する

早期離床、早期経口摂取は
A項目、B項目の点数を下げる

③在宅復帰率など

- **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)
- 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
- **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

高度急性期・急性期



在宅復帰の流れ(イメージ)

(改) 中医協 総-3
25.3.13

亜急性期・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
亜急性期: 6割以上

7対1病棟
在宅復帰率75%

地域包括ケア病棟
在宅復帰率70%

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等



外来・訪問サービス等

老健



長期療養



在宅復帰機能強化加算
在宅復帰率50%

【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

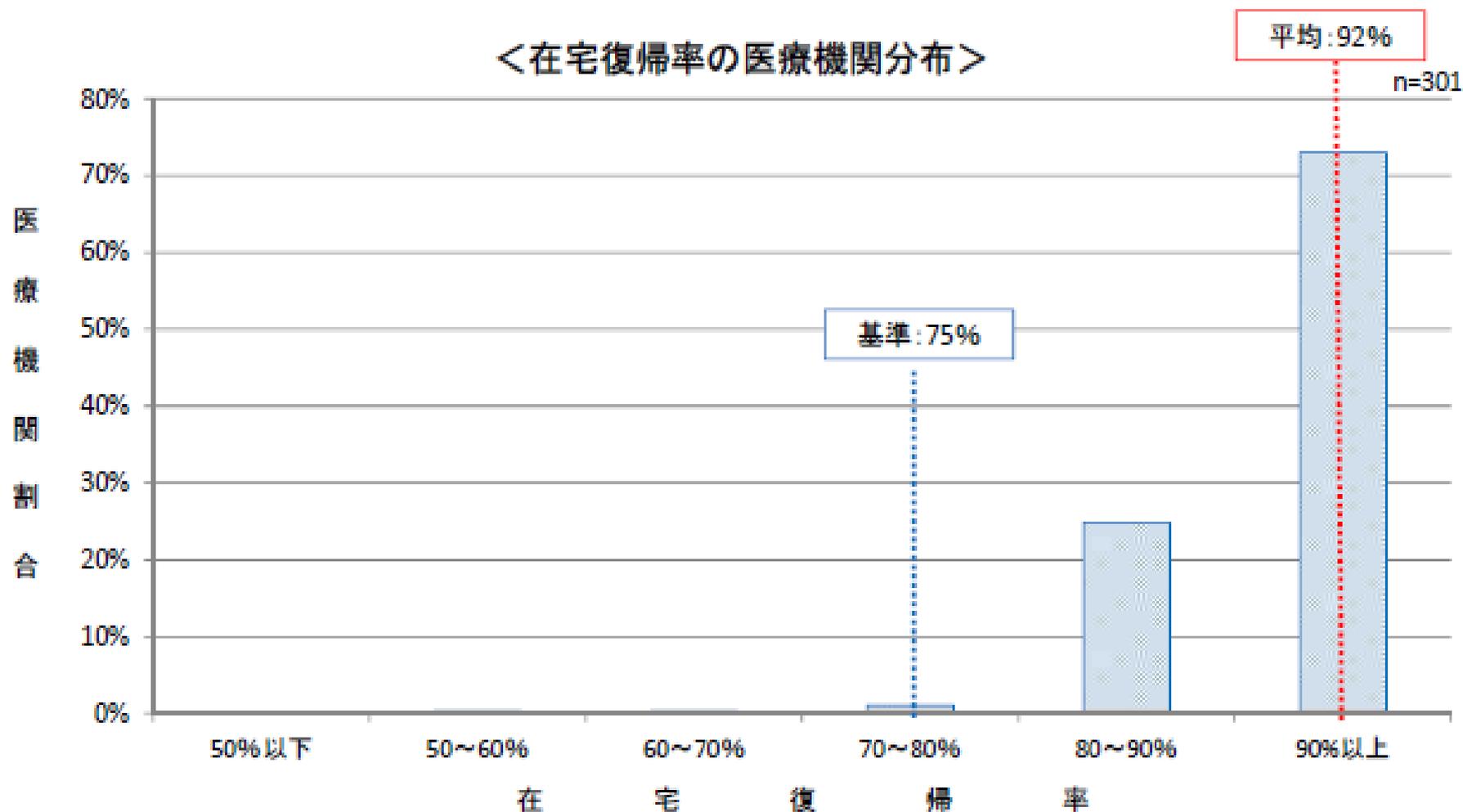
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

次期報酬改定では、「自宅への復帰」が「転院」より強調される

7対1一般病棟における在宅復帰率の状況

- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



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

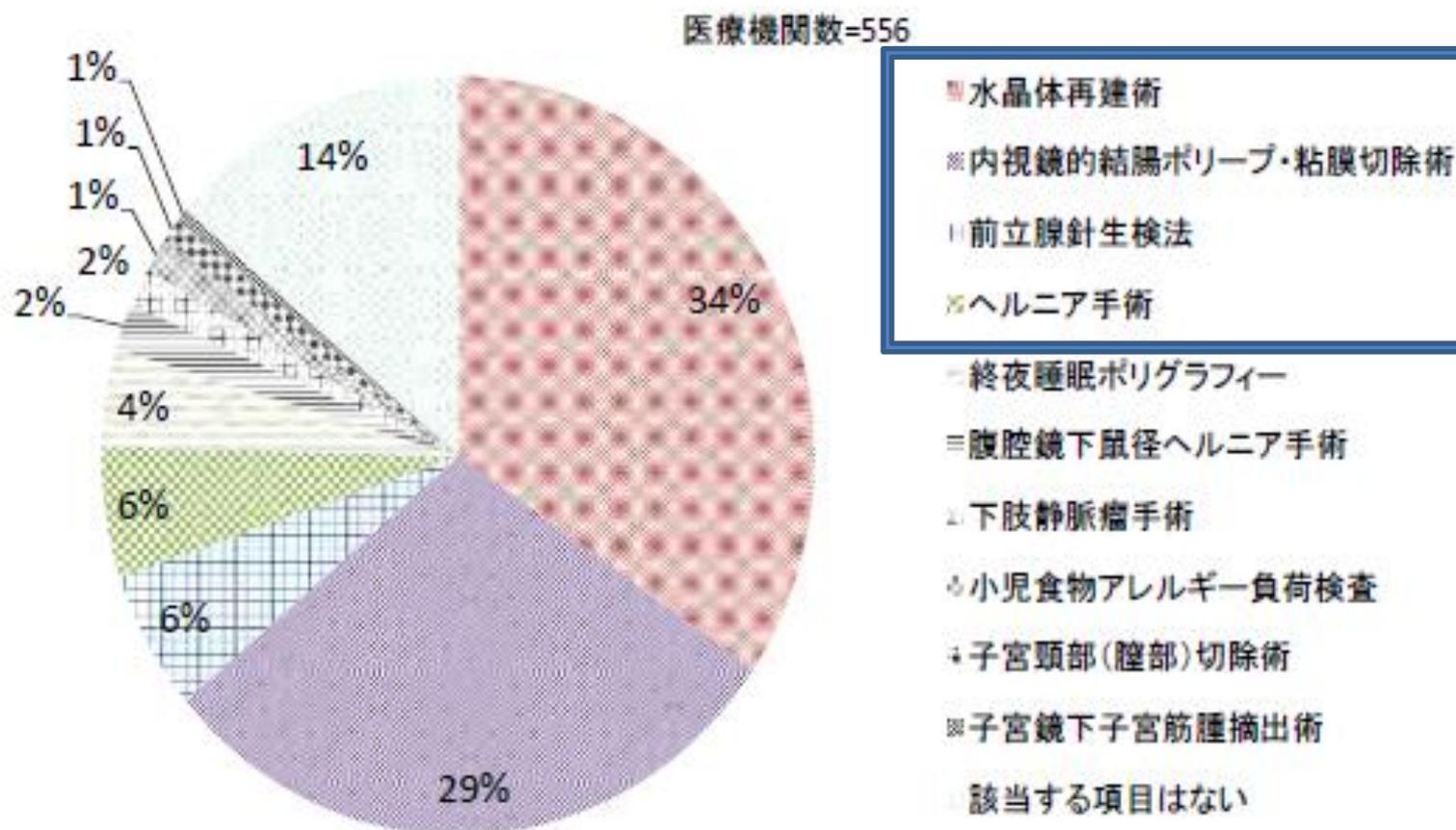
短期滞在手術・検査は
1入院包括になる！

※ 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。

短期滞在手術等基本料の算定状況

- 各医療機関において、短期滞在手術等基本料3の各項目のうち、「最も算定回数が多かった」と回答した医療機関が最も多かったのは「水晶体再建術」、「内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術」であった。

＜短期滞在手術等基本料3のうち最も算定回数が多い項目＞



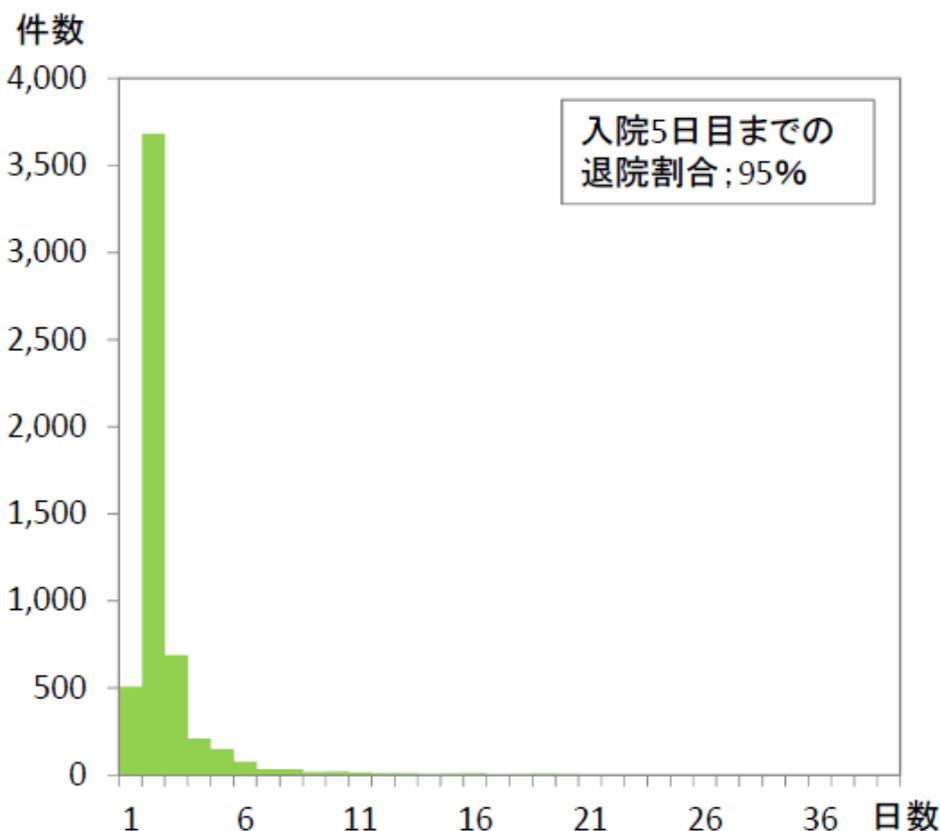
2016年診療報酬改定

短期滞在手術・検査

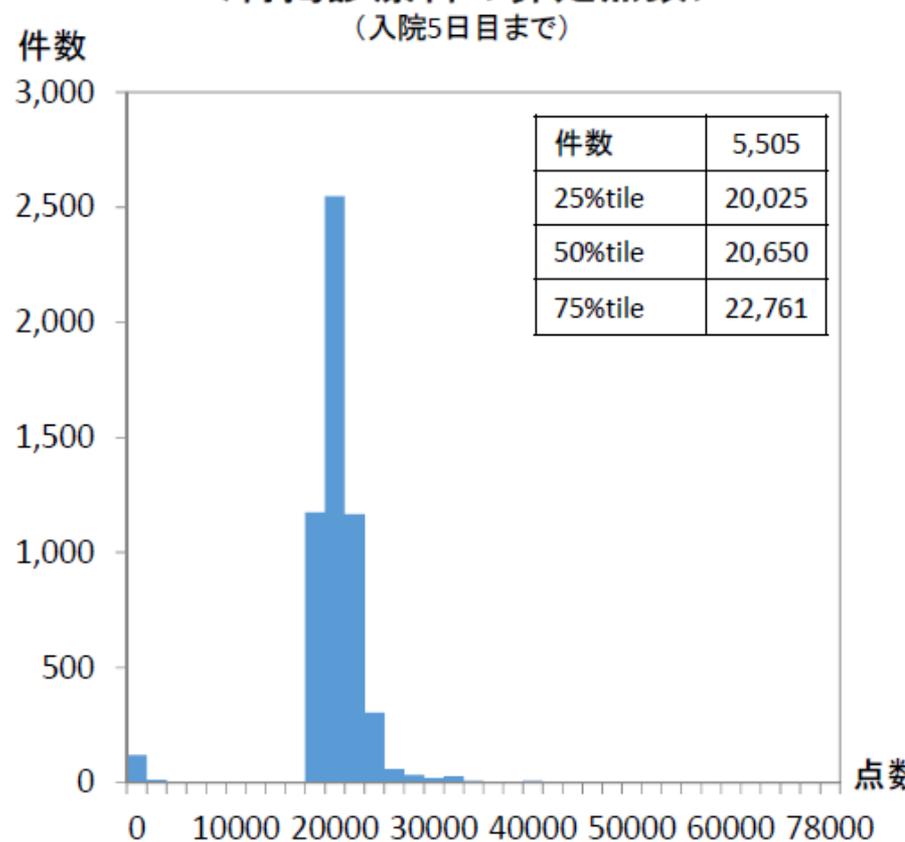
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

- 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、入院5日目までに95%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の15%程度であった。

<入院日数>



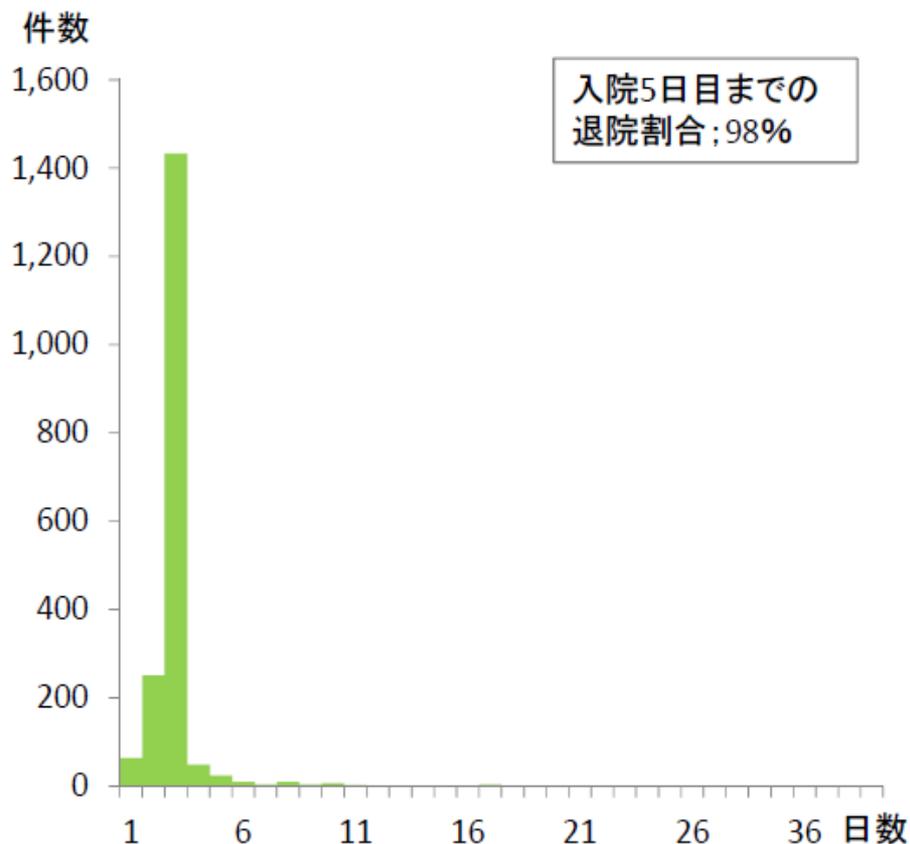
<特掲診療料の算定点数>



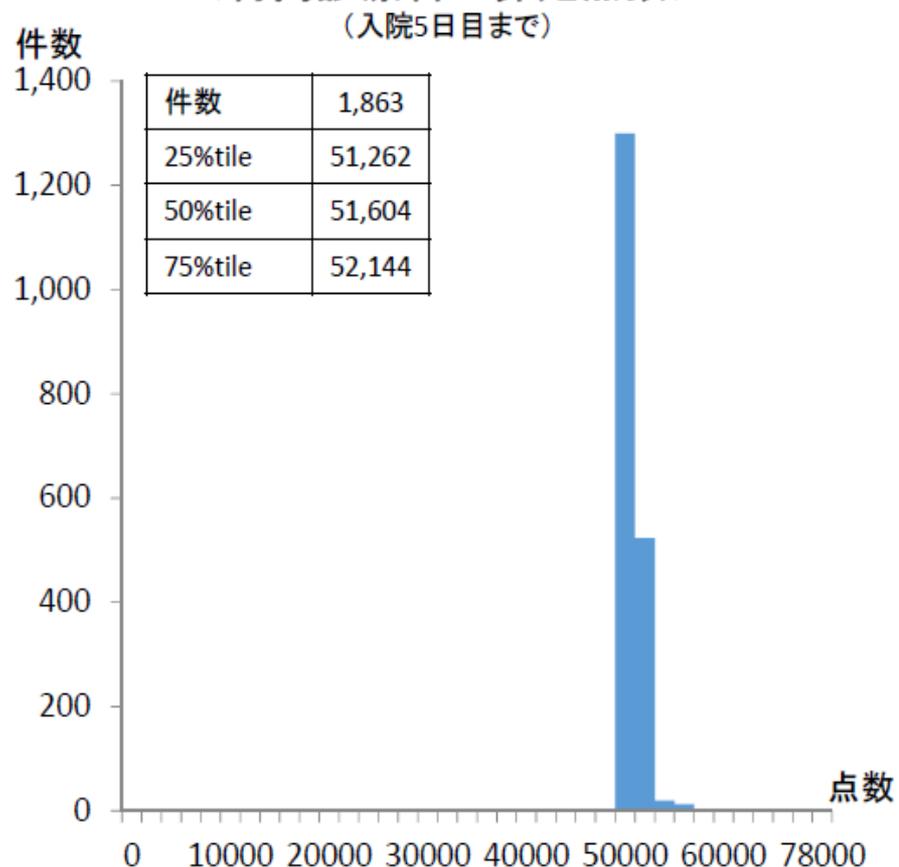
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

- ガンマナイフによる定位放射線治療については、入院5日目までに98%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の2%程度であった。

＜入院日数＞

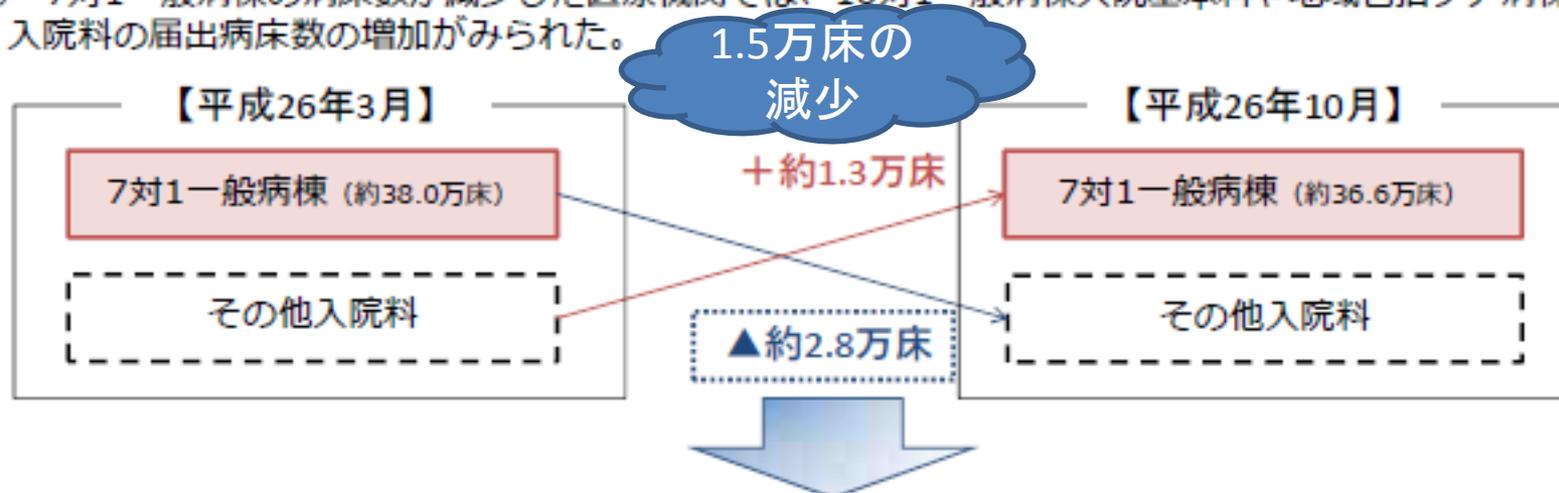


＜特掲診療料の算定点数＞



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

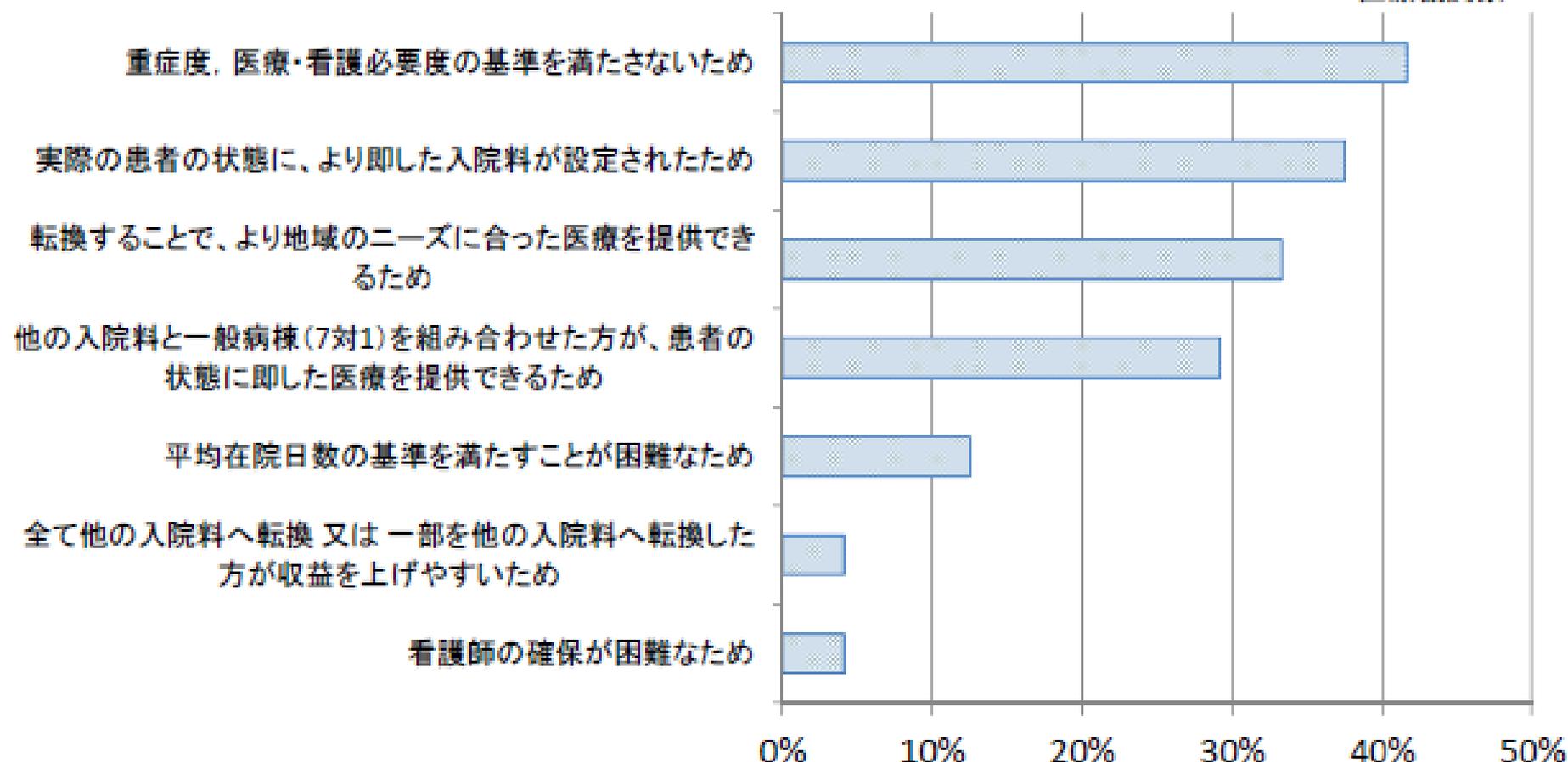
出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

7対1入院基本料から他の入院料への転換理由

- 7対1入院基本料から他の入院料へ転換した理由としては、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」の他、「実際の患者の状態に、より即した入院料が設定されたため」や「より地域のニーズに合った医療を提供できるため」と回答した割合が多かった。

＜7対1入院基本料から転換した理由（複数回答可）＞

医療機関数=24



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き、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】



7対1要件
の更なる
適正化

- 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。

課題②地域包括ケア病棟の 要件見直し

地域包括ケア病棟

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

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 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新たな評価を新設する。

(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(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

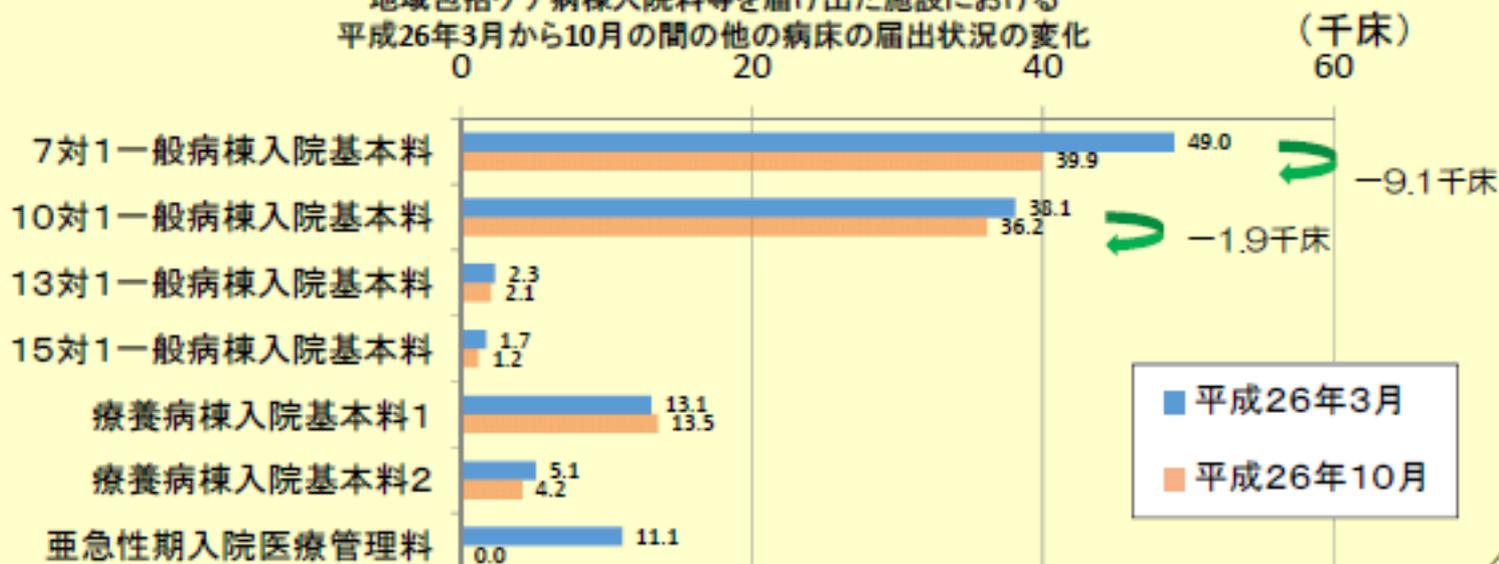
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

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

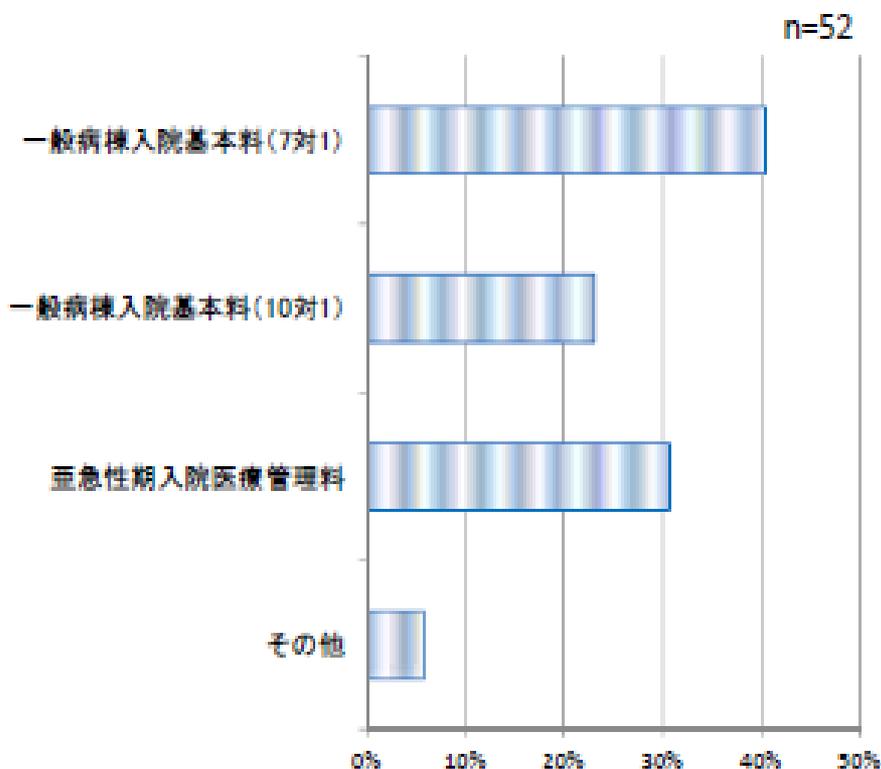


出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報を取りまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

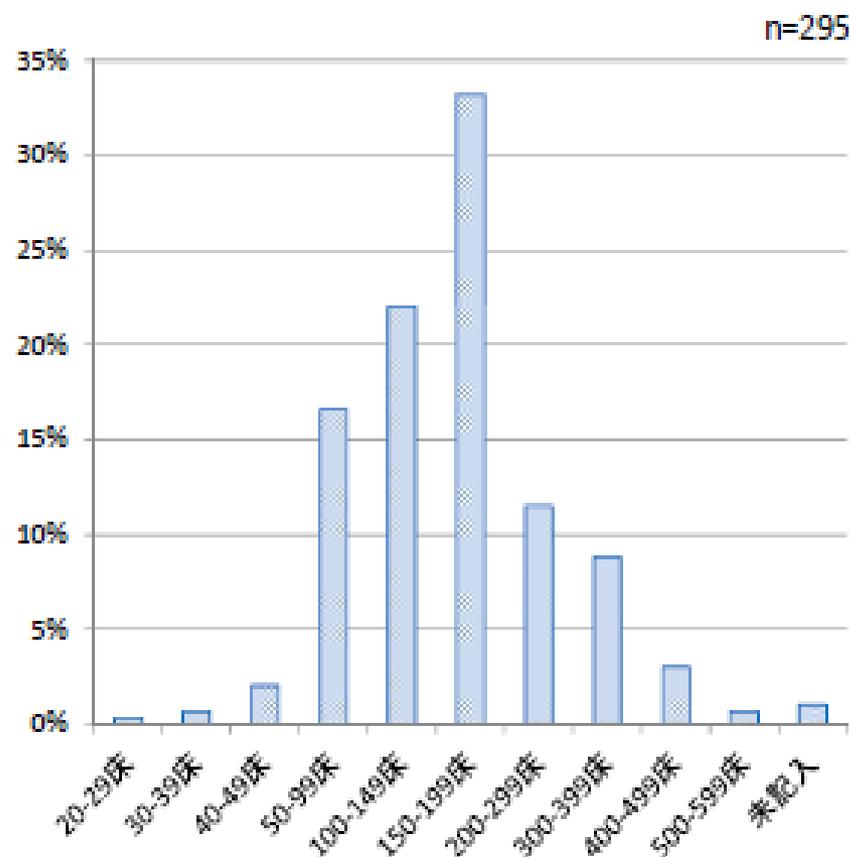
地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 地域包括ケア病棟について、7対1・10対1一般病棟入院基本料と亜急性期入院医療管理料からの転換が9割以上を占めている。
- 届出を行った医療機関の病床規模については、100～200床の医療機関が過半数を占める一方、200床以上の医療機関も一定程度存在している。

＜地域包括ケア病棟(管理料)に転換する前の入院料＞



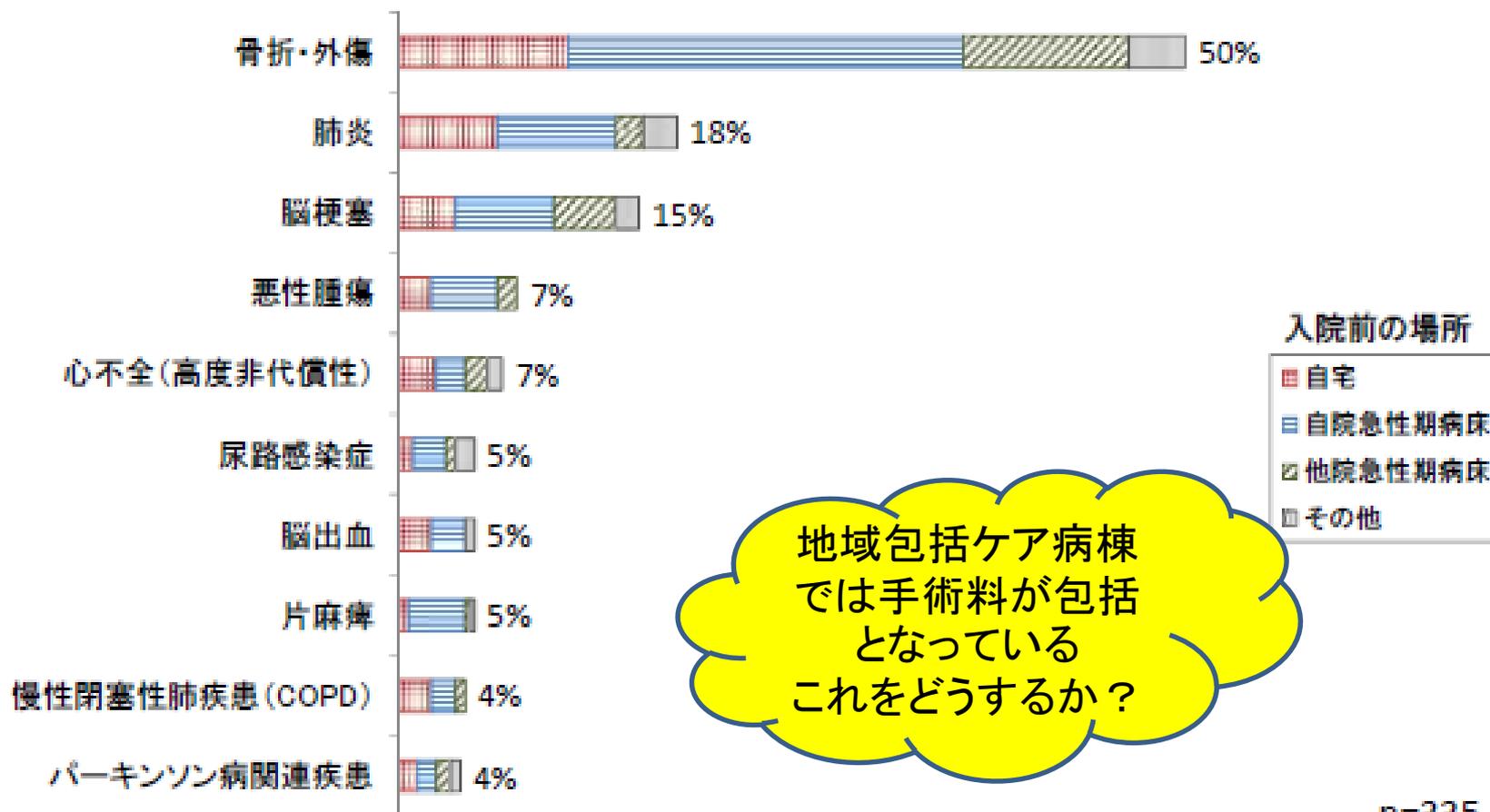
＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



地域包括ケア病棟における入院患者の疾患

- 地域包括ケア病棟入院患者の疾患は骨折・外傷が最も多く、その他肺炎や脳梗塞等の患者がみられた。

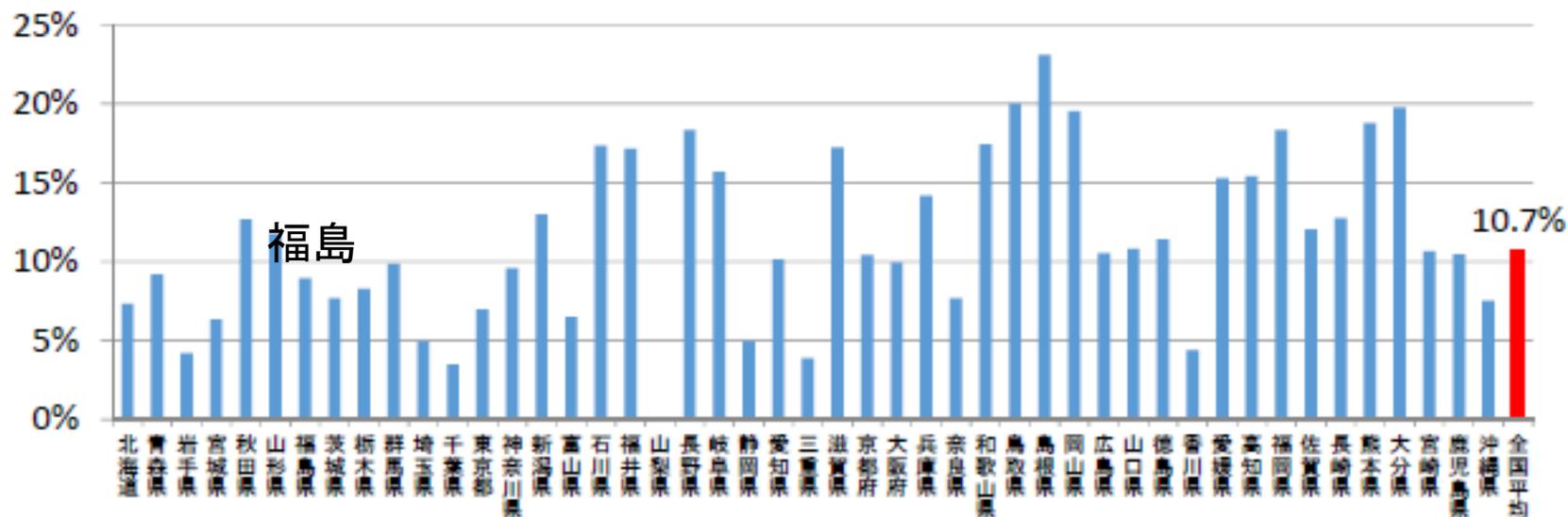
＜疾患別の患者割合＞



n=335

地域包括ケア病棟入院料等の届出状況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。

平成26年10月現在 医療課調べ

9月から議論は中医協に移る！

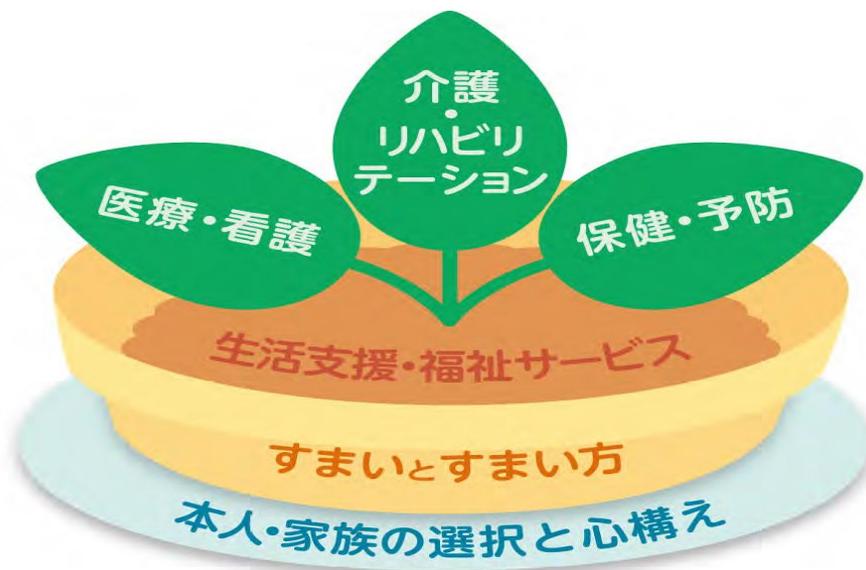
- 7対1の要件見直しだけでなく「今後の方向性を」明確に
- 「次期改定で具体化できるかは別として、7対1、10対1を今後どうしていくのか、幅広い視点で検討することが必要」
- 「国が地域医療構想を進めていく上でも、われわれは7対1病床が今のままでいいとは思っていない」



健保連・白川副会長

パート4

地域包括ケアシステムと訪問看護



地域包括ケアシステムとは

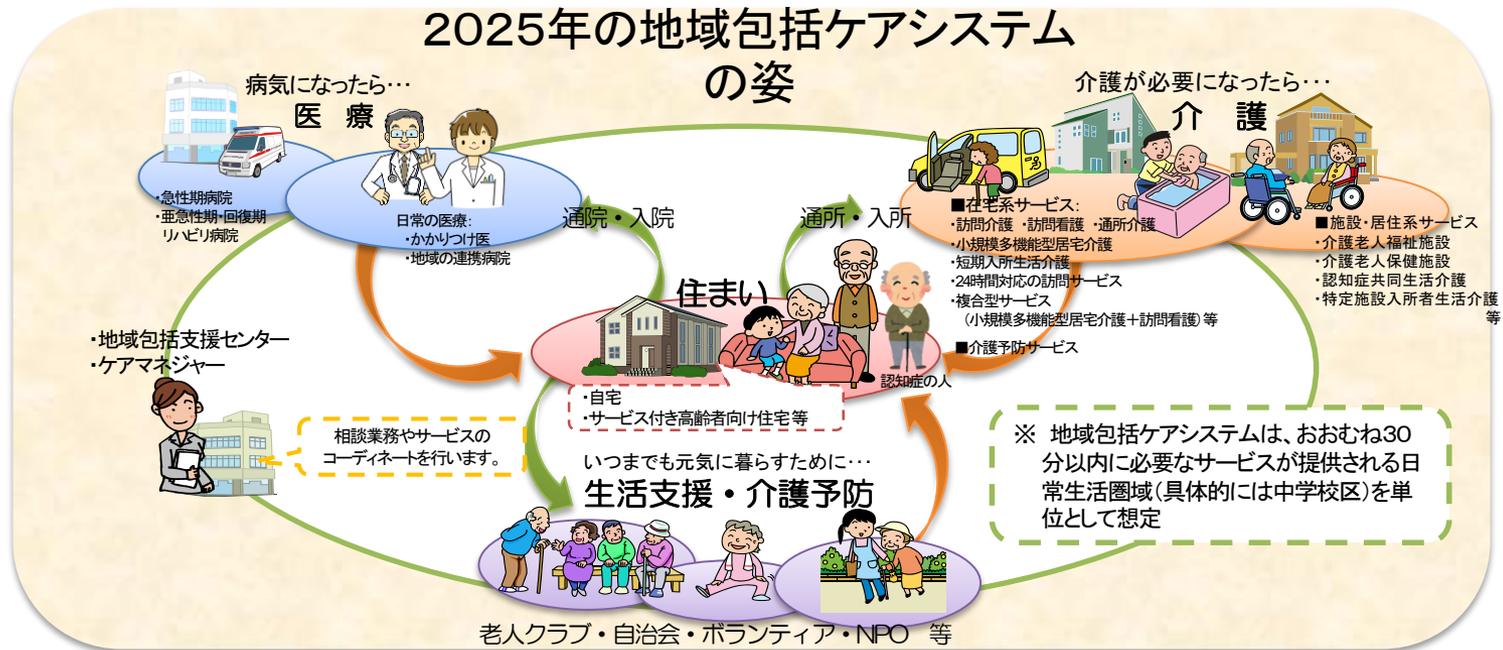
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in
Place

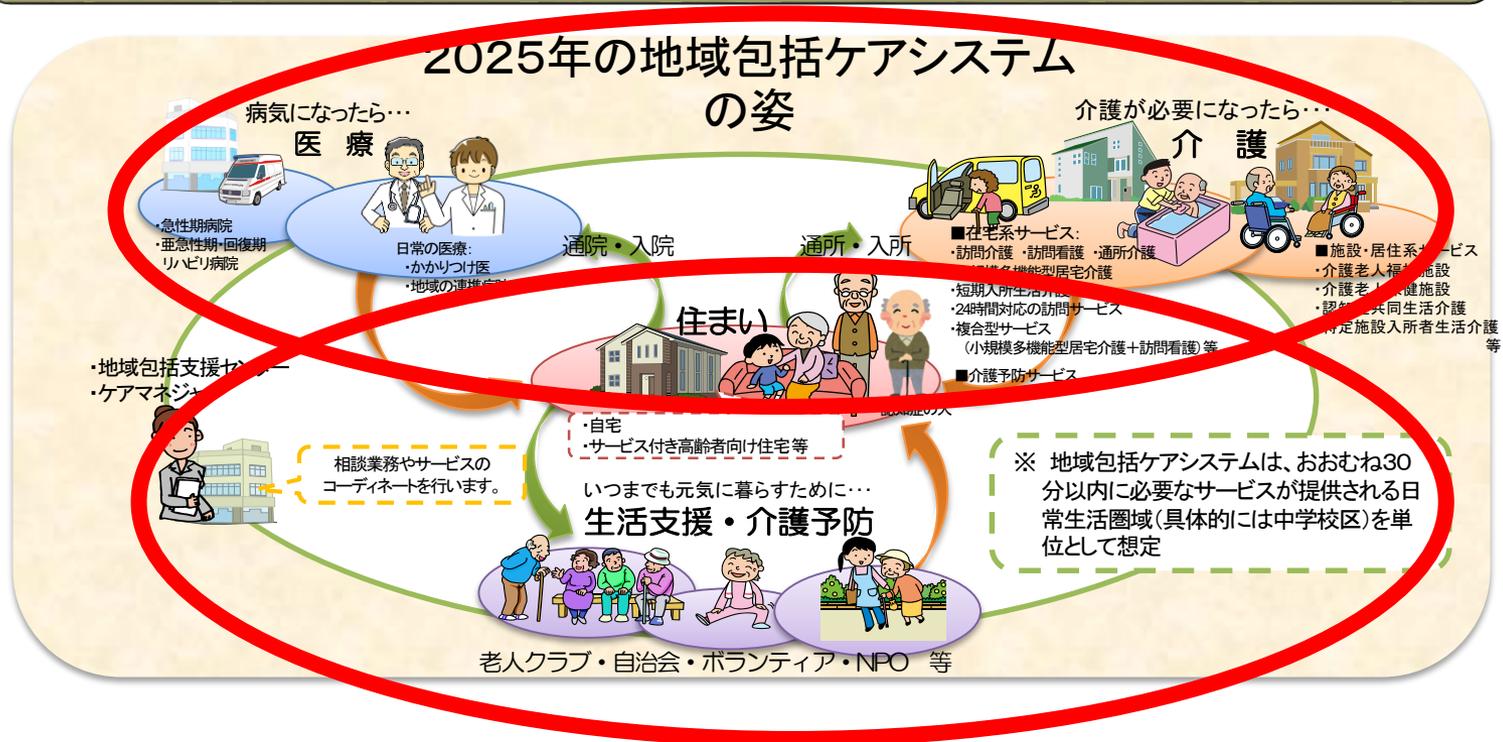
平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



地域包括ケアシステムと 多職種連携



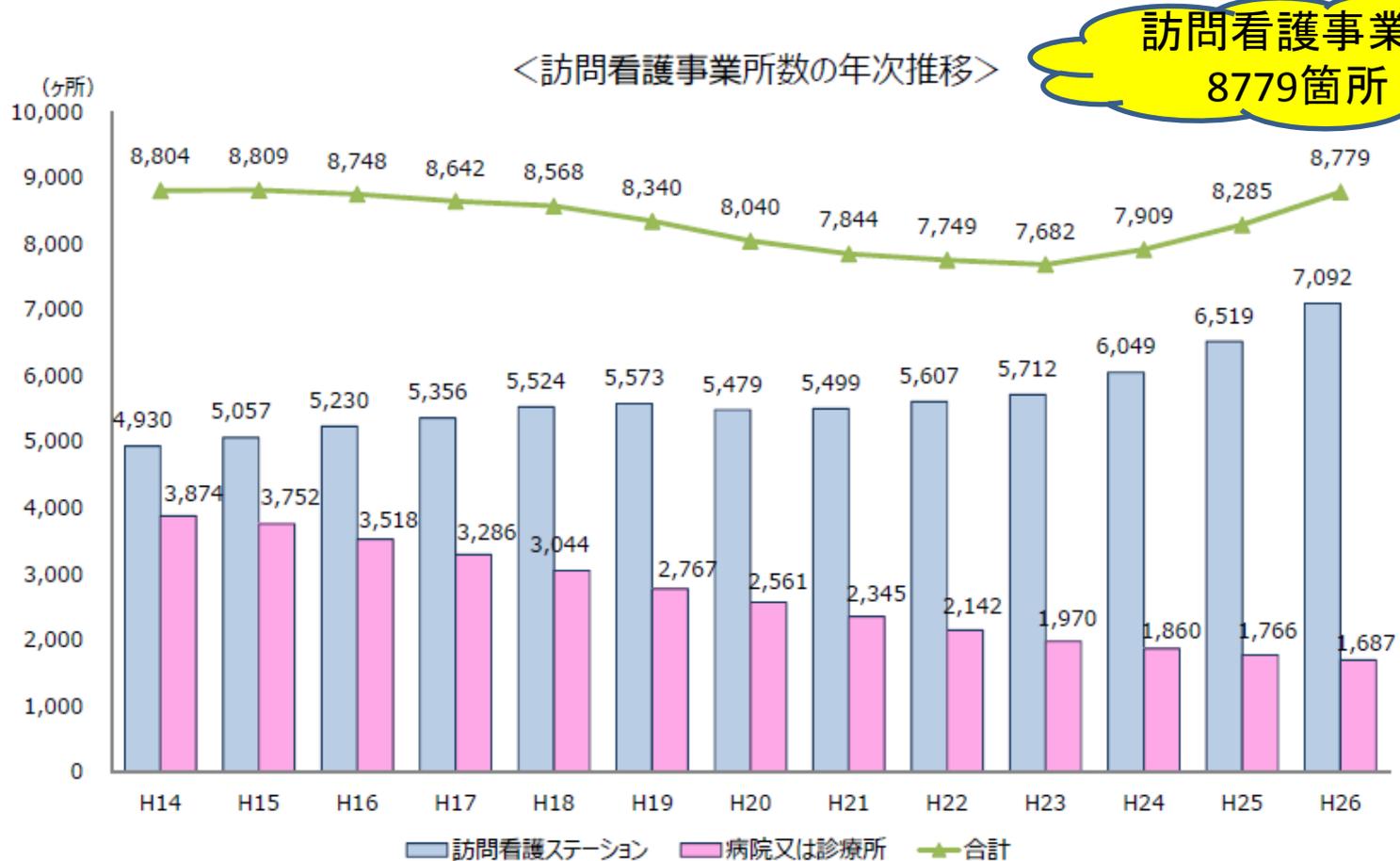
5月13日衆議院厚生労働委員会

訪問看護事業所の 現状と課題



訪問看護の事業所数

○ 訪問看護ステーション数は7,092ヶ所（平成26年4月審査分）と増加傾向にあり、全体の事業所数については近年の増加が著しい。



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

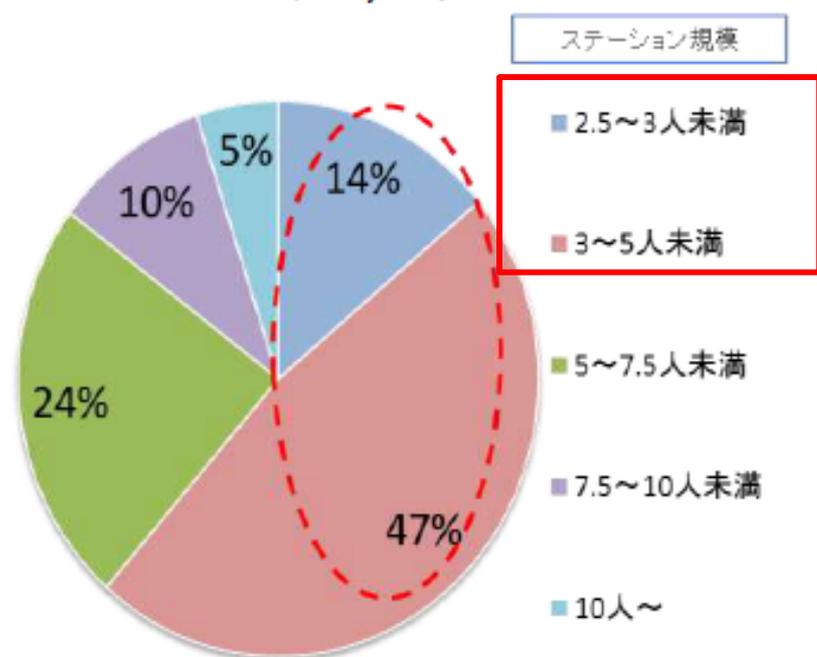
訪問看護ステーションの規模別状況

中 医 協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 . 2 1 (改)

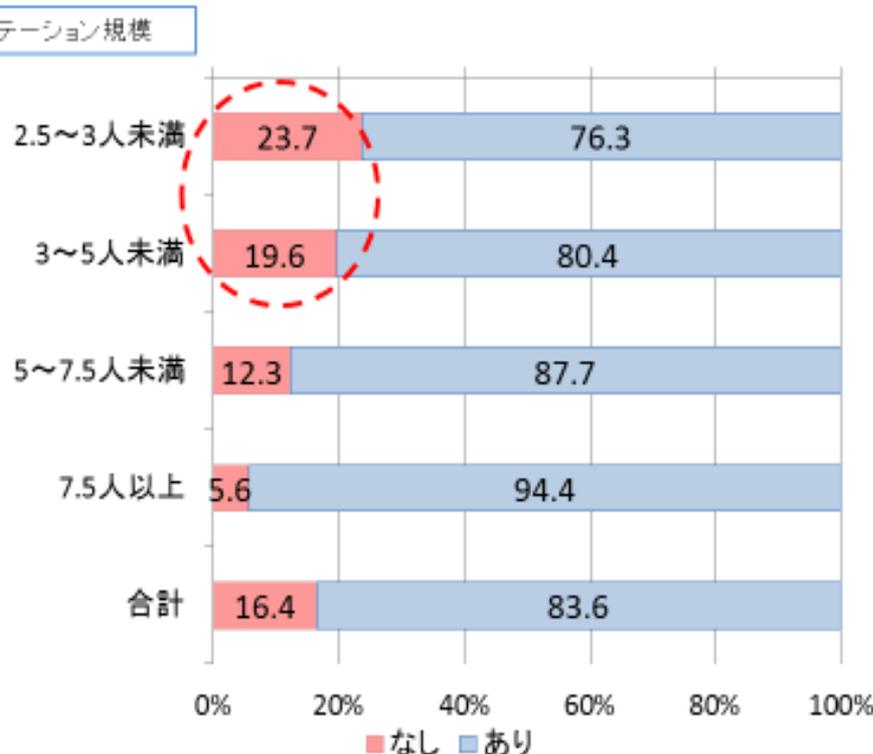
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■ 職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■ 職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

訪問看護ステーションの現状のまとめ

中医協 総-1
23.11.11
(改) 抜粋

① 訪問看護を必要とする者は増加しており、そのニーズは多様化している。

- ・難病、がん、小児の利用者が増加し、利用者のニーズは多様化している。
- ・医療依存度の高い患者が増加している。

② 小規模な事業所が多く、非効率さやスタッフの負担が課題となっている。

- ・小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- ・訪問看護ステーション数は微増し、訪問看護を行っている医療機関は減少している。

訪問看護職員の処遇(給与)の状況

【非管理職の給与】

○看護職としての平均経験年数の違い(訪問看護師16.5年>病院看護師12.8年)にかかわらず、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約7,000円低い

○夜勤手当等の諸手当を加えた平均税込給与総額では、月額給与格差は約20,000円に拡大する

【管理職・中間管理職の給与】

○看護職としての平均経験年数はほぼ同じだが、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約36,000円、税込給与総額において約26,000円低い

表 看護職員の月額給与比較(2009年9月分)

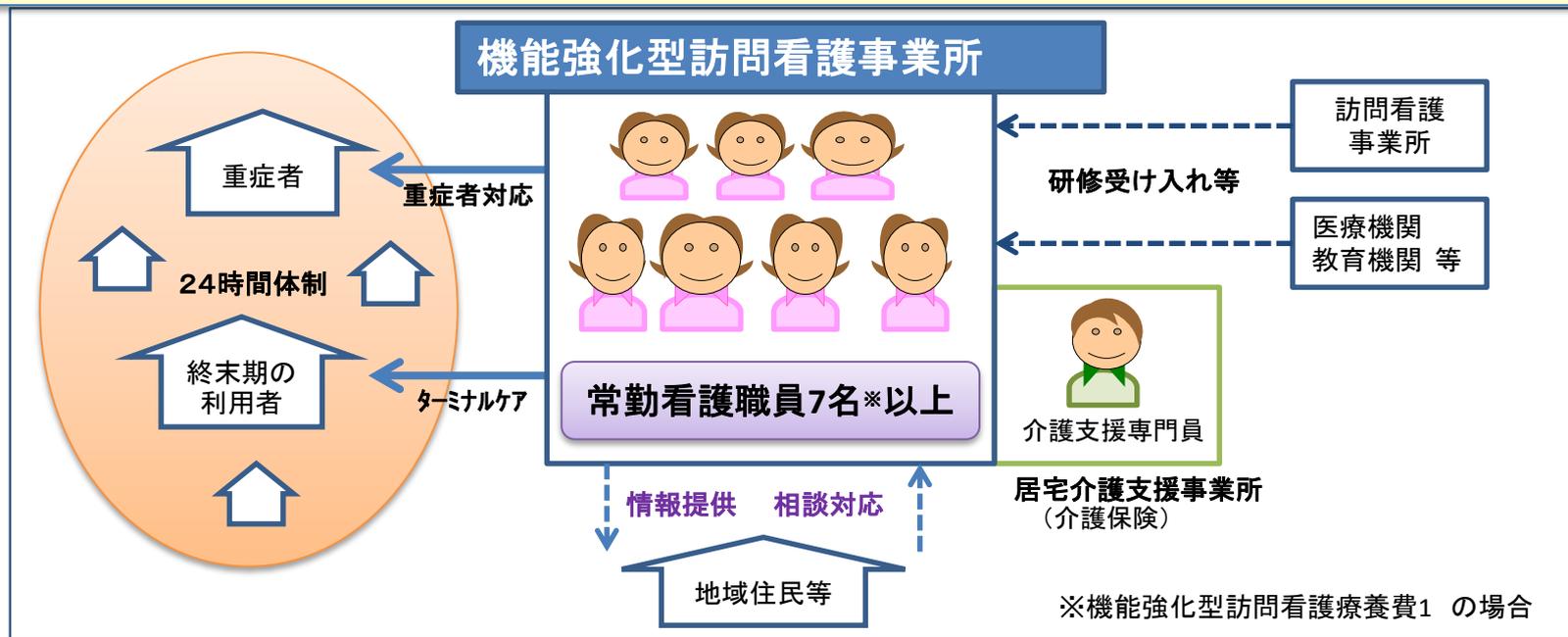
【非管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=23)	241,700円	306,728円	42.0歳	16.5年
病院(n=2,167)	248,743円	325,956円	35.5歳	12.8年
差額	-7,043円	-19,228円		

【管理職・中間管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=21)	288,488円	395,722円	45.6歳	22.5年
病院(n=817)	324,852円	421,004円	46.3歳	23.9年
差額	-36,364円	-25,282円		

平成26年度診療報酬改定 機能強化型訪問看護事業所の評価



(1) 24時間体制・看取り・重症者対応

- 24時間対応体制（24時間対応体制加算を届け出ていること）
- 重症者の受け入れ件数
（特掲診療料の施設基準等・別表7に該当する利用者数）
- 年間看取り件数（ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計）
- サービスを安定的に提供しうる看護職員配置（常勤看護職員数）

(2) 医療・介護のケアマネジメント機能

- 居宅介護支援事業所を設置していること（同一敷地内）
- 介護保険の利用者中、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について当該居宅介護支援事業所がケアプランを策定していること

(3) 地域の在宅療養環境整備への貢献

- 人材育成のための研修を実施していることが望ましい
- 地域住民等に対する情報提供や相談支援を行っていることが望ましい

<報酬類型は2パターン>

機能強化型訪問看護管理療養費1
12,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：7人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：20件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：10人以上／月

機能強化型訪問看護管理療養費2
9,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：5人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：15件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：7人以上／月

※上記以外の算定要件は1・2に共通

ニューヨーク訪問看護サービス



Visiting Nurse Service
of New York

ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

• 訪問看護サービス

- ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
- 総勢19,060人のスタッフが平均1日35,000人への訪問サービスを提供している(2012年実績)
- 年間で延べ15万人の患者に、242万件訪問(2012年実績)

• スタッフ

- 正看護師(2,608人)、リハビリセラピスト(616人)、ソーシャルワーカー(580人)、ヘルパー(11,976人)、他の職種(栄養士、医師、心理療法士など154人)多職種によるサービス提供

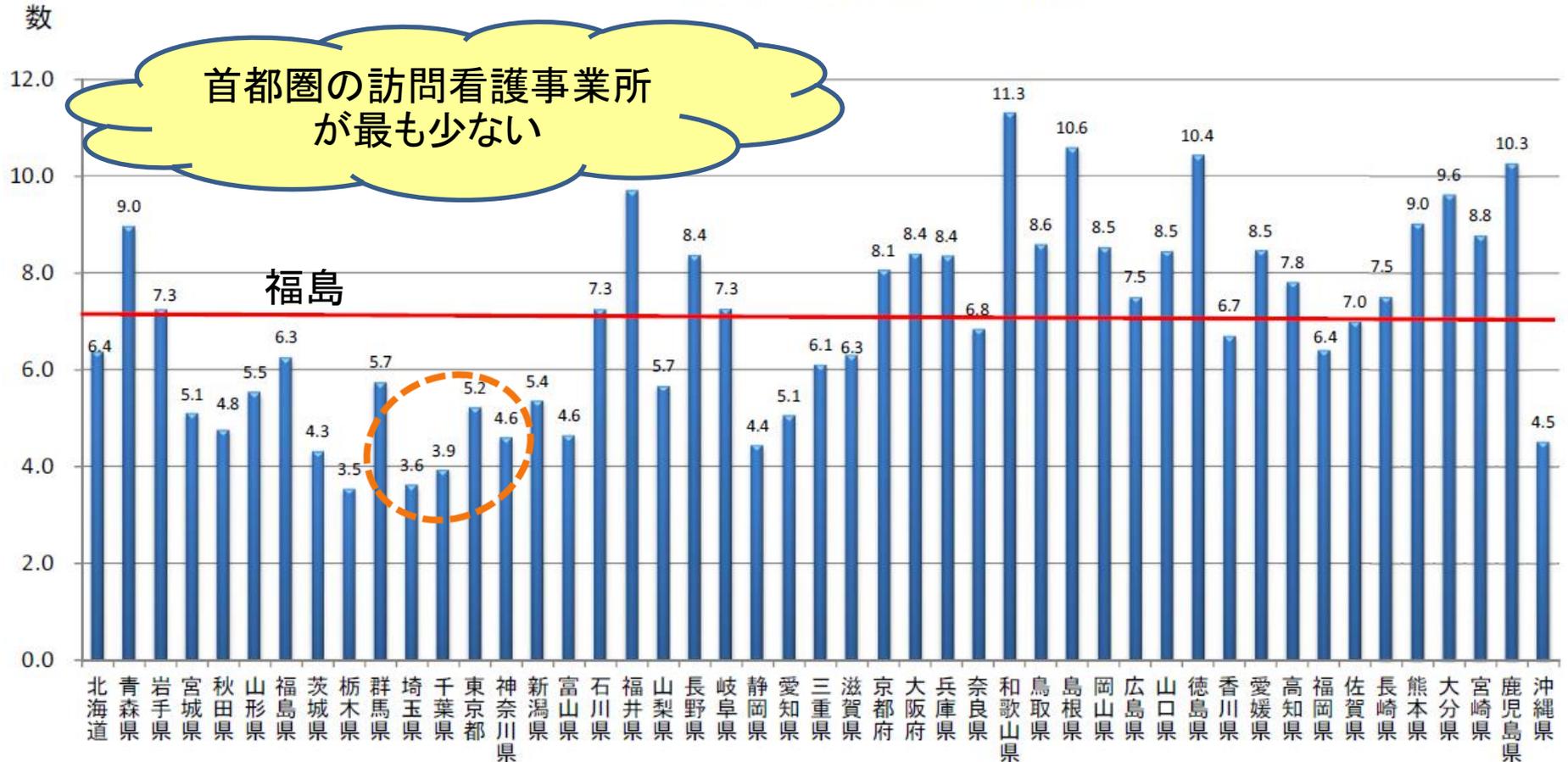
• ICT活用

- 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
- ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

人口10万人あたりの都道府県別訪問看護事業所数

- 人口10万人あたりの訪問看護ステーション設置数は都道府県によって大きな開きがある
- 特に、今後急速に高齢化が進行する東京都および周辺県で全国平均を下回る設置数になっており、今後の需要増に対応できない可能性がある

人口10万人あたりの訪問看護事業所数

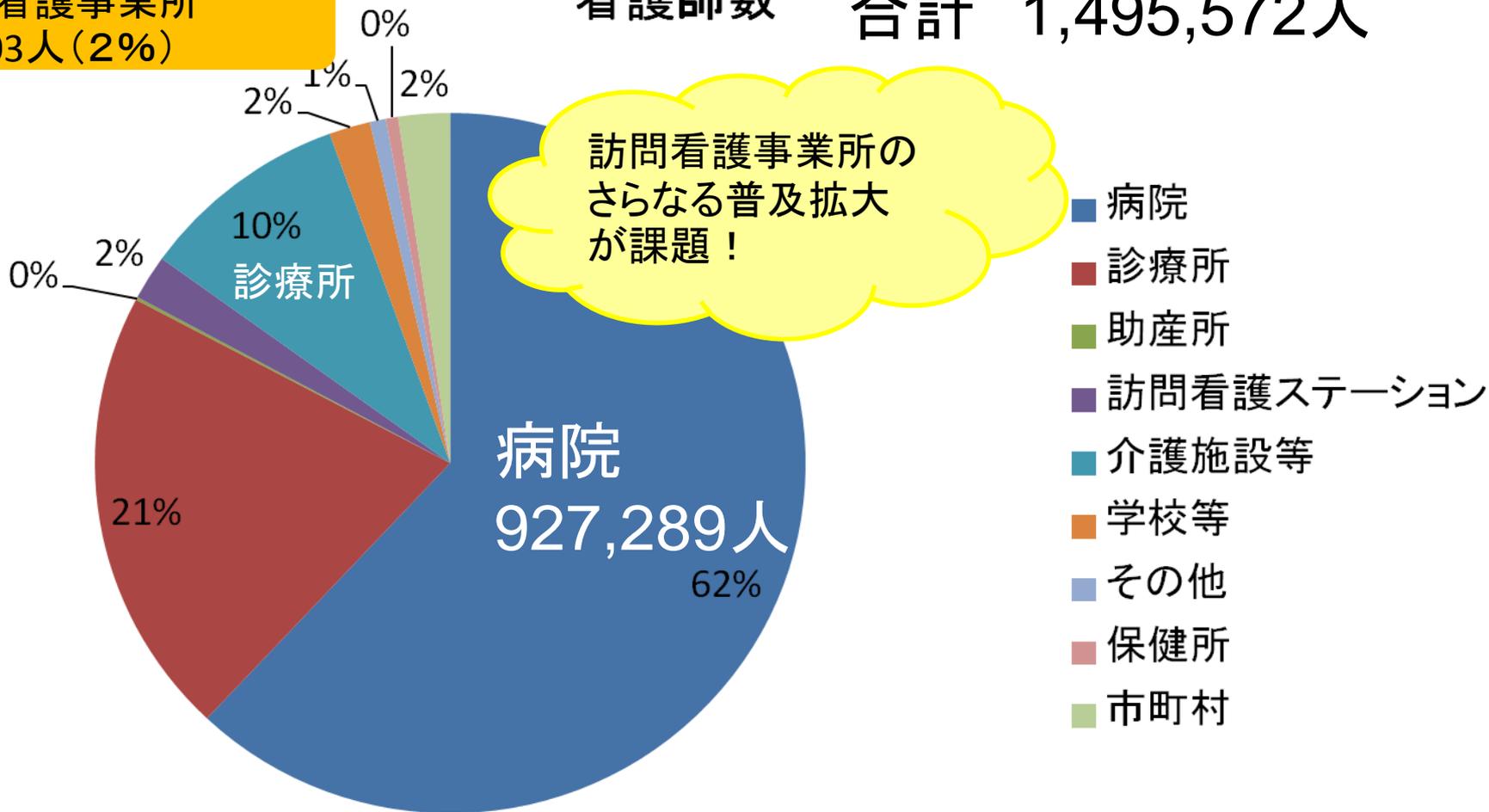


就業場所別看護師数(2011年)

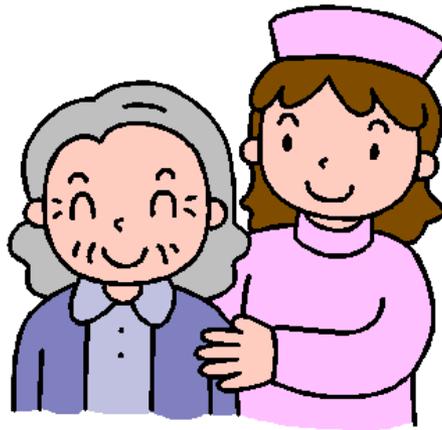
厚労省医政局看護課調べ

看護師数 合計 1,495,572人

訪問看護事業所
30,903人(2%)



訪問看護ステーションは 多機能、高機能、大規模化へ



訪問看護ステーションから
地域総合ケアステーションへ

2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア
診療報酬改定、2025年へ向
けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・課題はあるにせよ地域医療構想が始まった！
- ・次期診療報酬改定においても7対1の要件適正化は進む
- ・訪問看護ステーションから地域総合ケアステーションへ
- ・地域包括ケアシステムの中核に地域看護の力を！

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