

# 2025年へのカウントダウン

～地域医療構想、地域包括ケアと保険者の役割

国際医療福祉大学大学院教授  
武藤正樹

# 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
  - 地域医療構想と保険者
- パート3
  - 診療報酬改定と保険者
- パート4
  - 地域包括ケアシステムと保険者





# 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)  
で始まった(2012年11月30日)

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

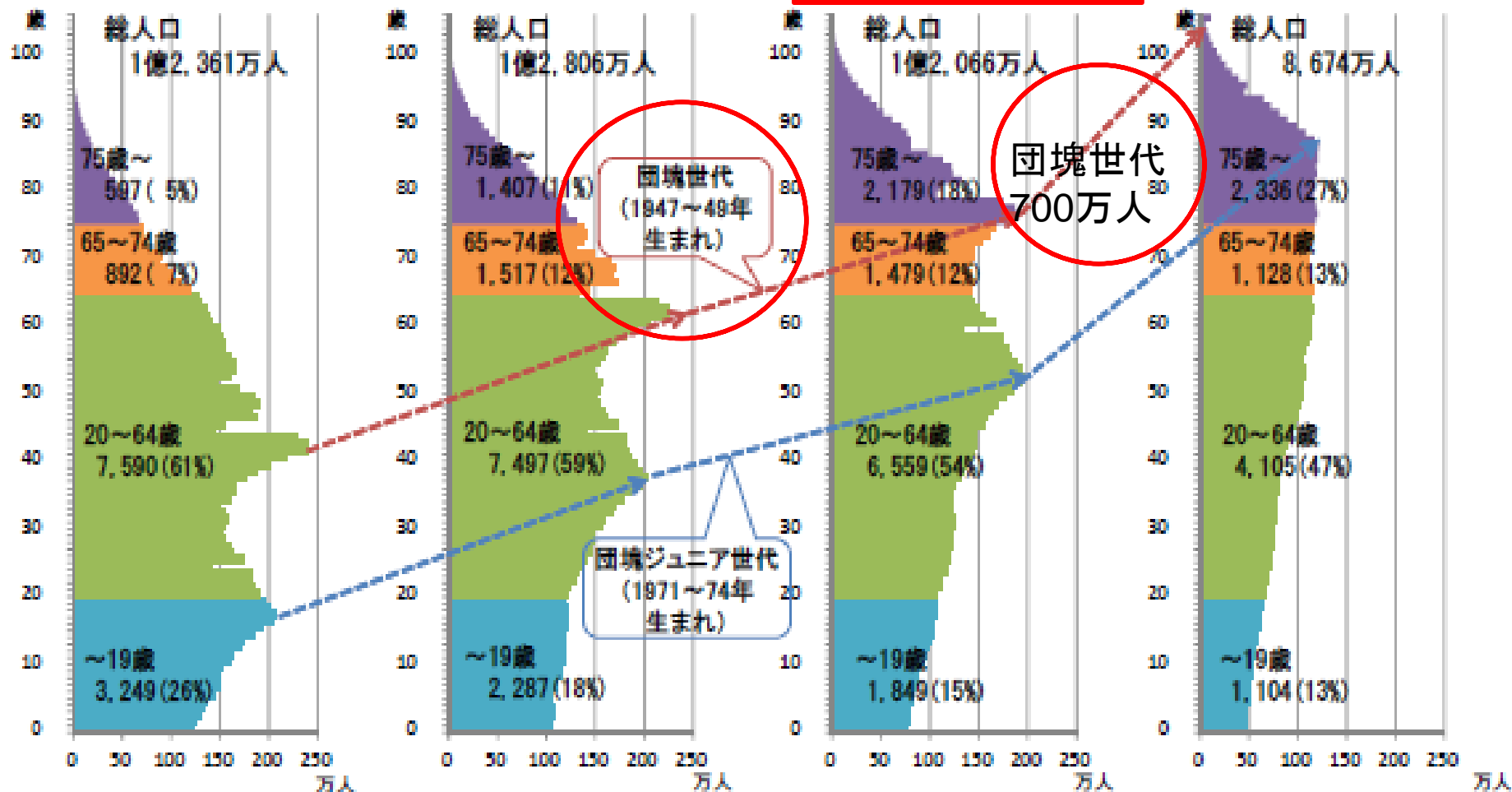
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

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)

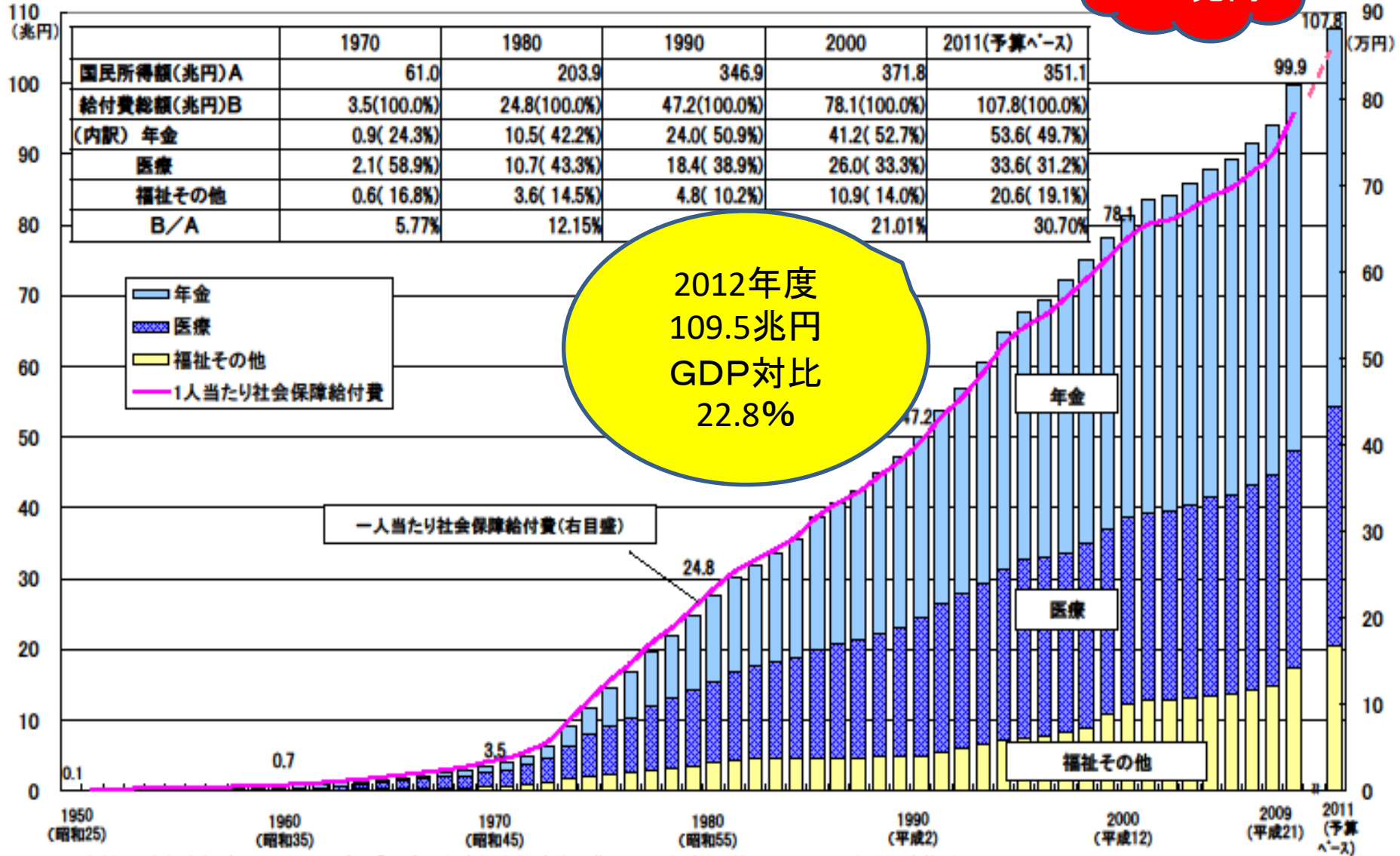






# 社会保障給付費の推移

2025年  
149兆円



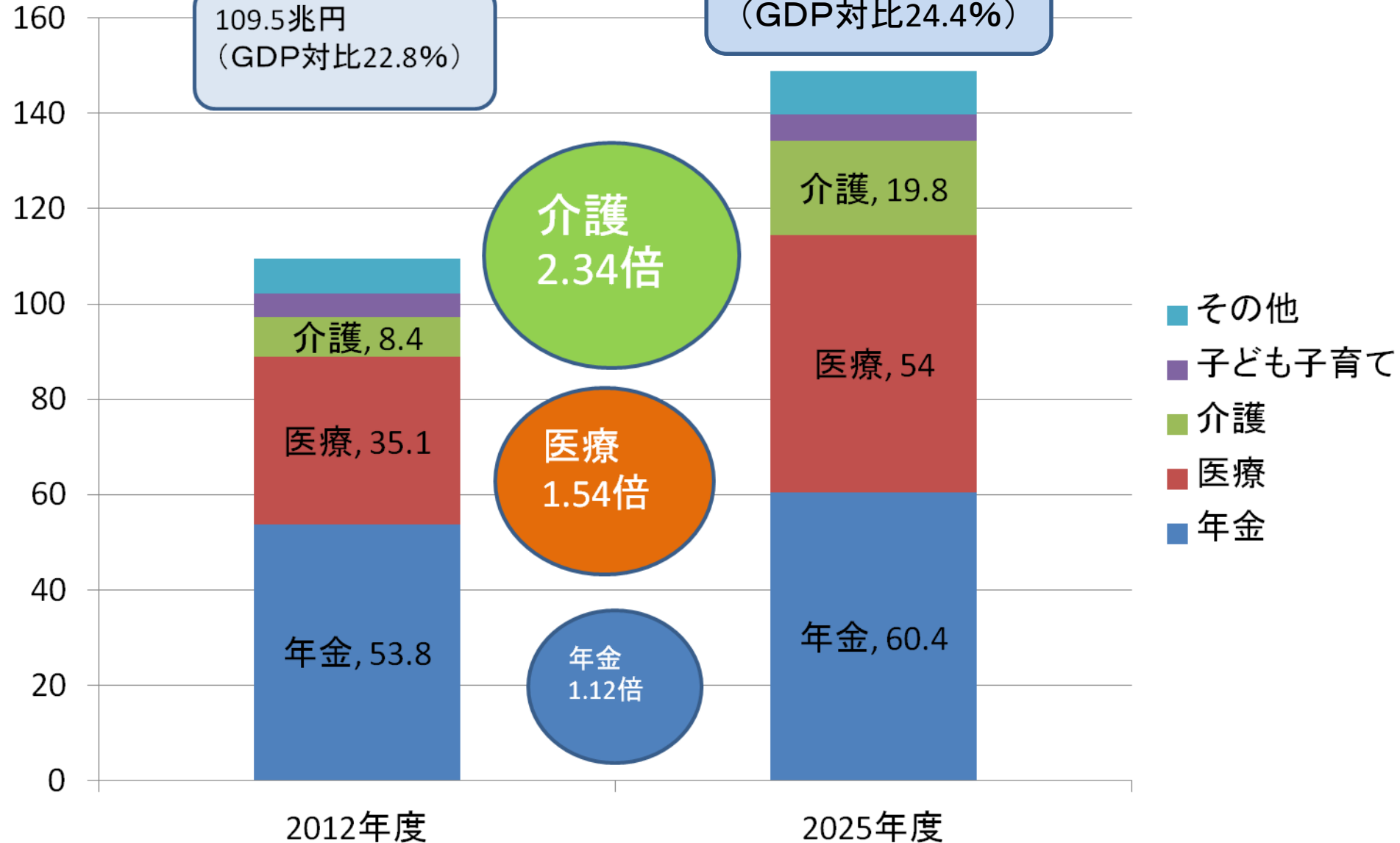
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

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)





# 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

# 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

# 国民会議報告のポイント

- 保険者の役割

- 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
- また、医療提供体制の整備については、  
医療保険の各保険者等の関係者者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

# 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)

(カッコ内は施行時期)



# パート2

## 地域医療構想と保険者

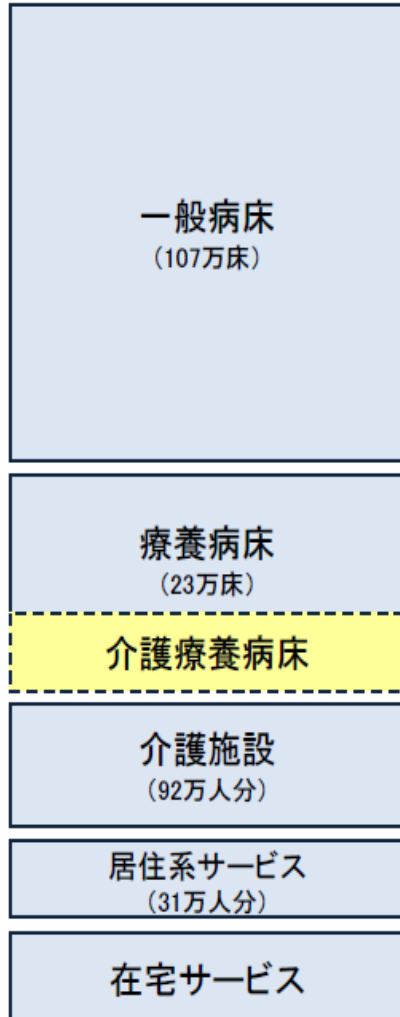
東京都 二次保健医療圏



# 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

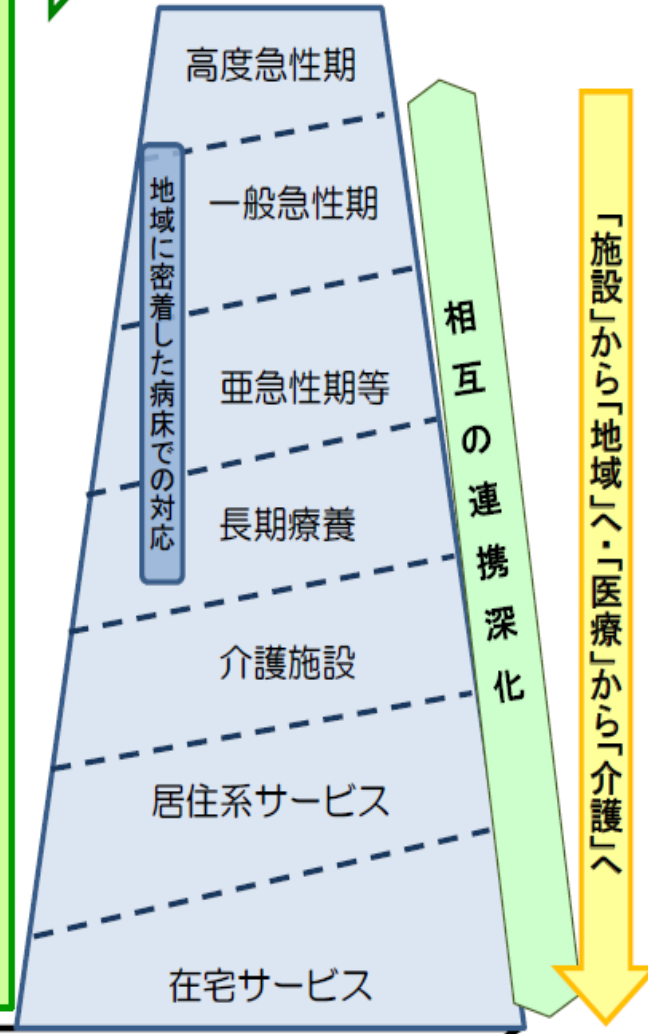
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

## 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。



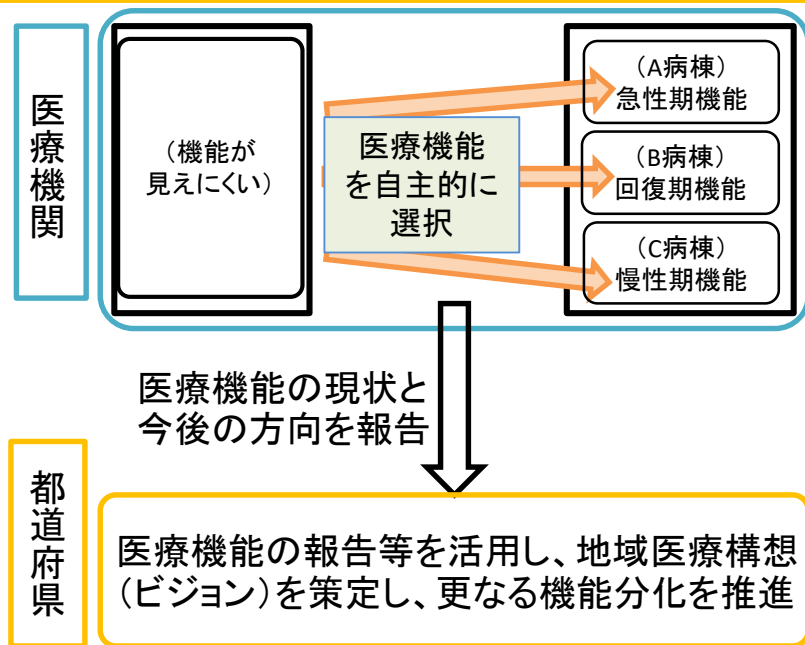
# 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

## ○ 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

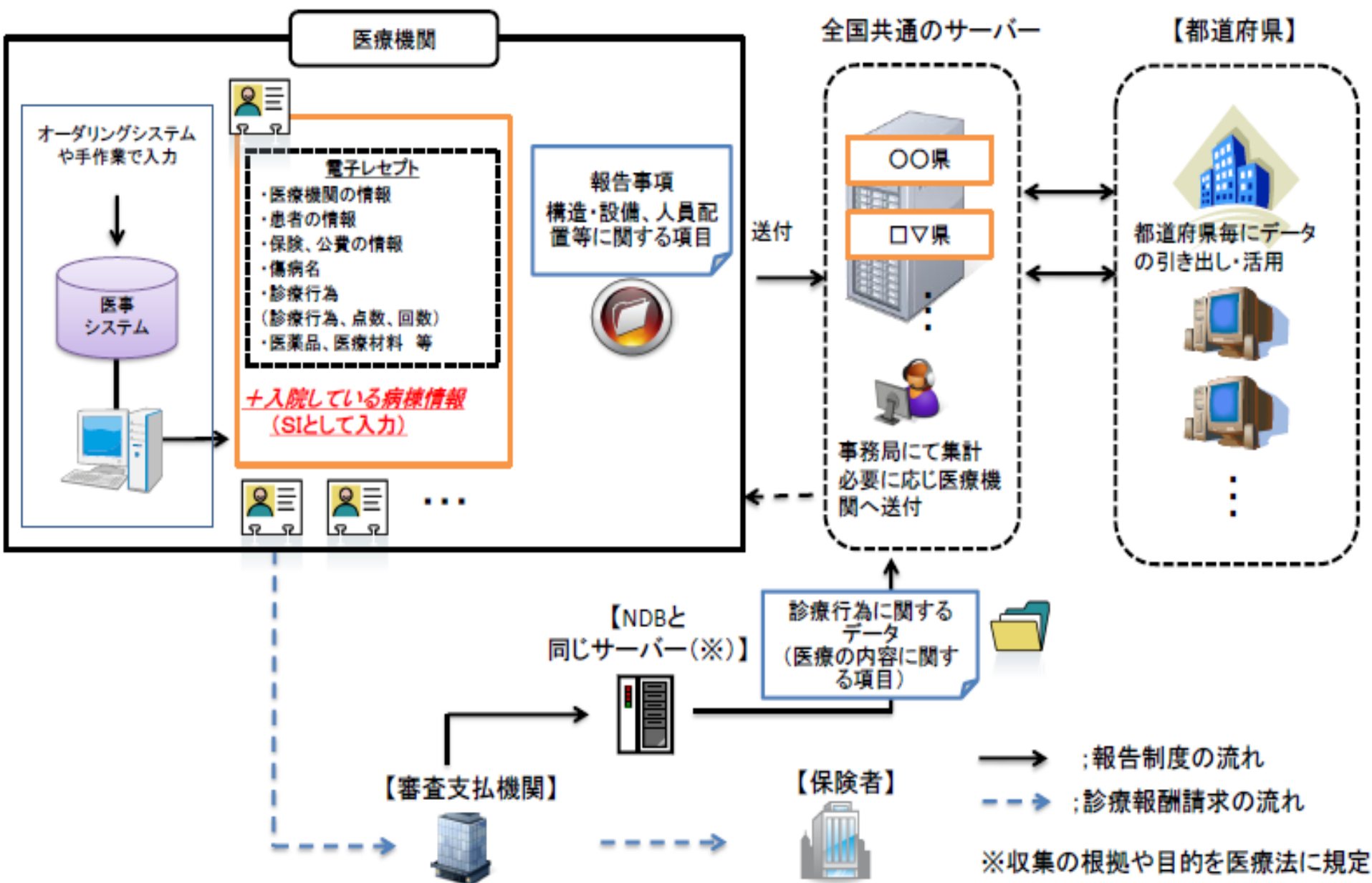
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 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



# 病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

## 【病床機能報告(毎年10月)】

○ 各医療機関が病床機能報告の際に、各医療機関の病棟と、電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、次の対応表を病床機能報告の際に報告。

### (対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

各医療機関が有する  
病棟名を記載

6月診療・7月請求分の  
電子レセプトに記録した  
病棟コードを記載

# 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



# 地域医療構想策定の3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における  
医療需要の推計



③ 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



# ステップ② 医療需要を推計する

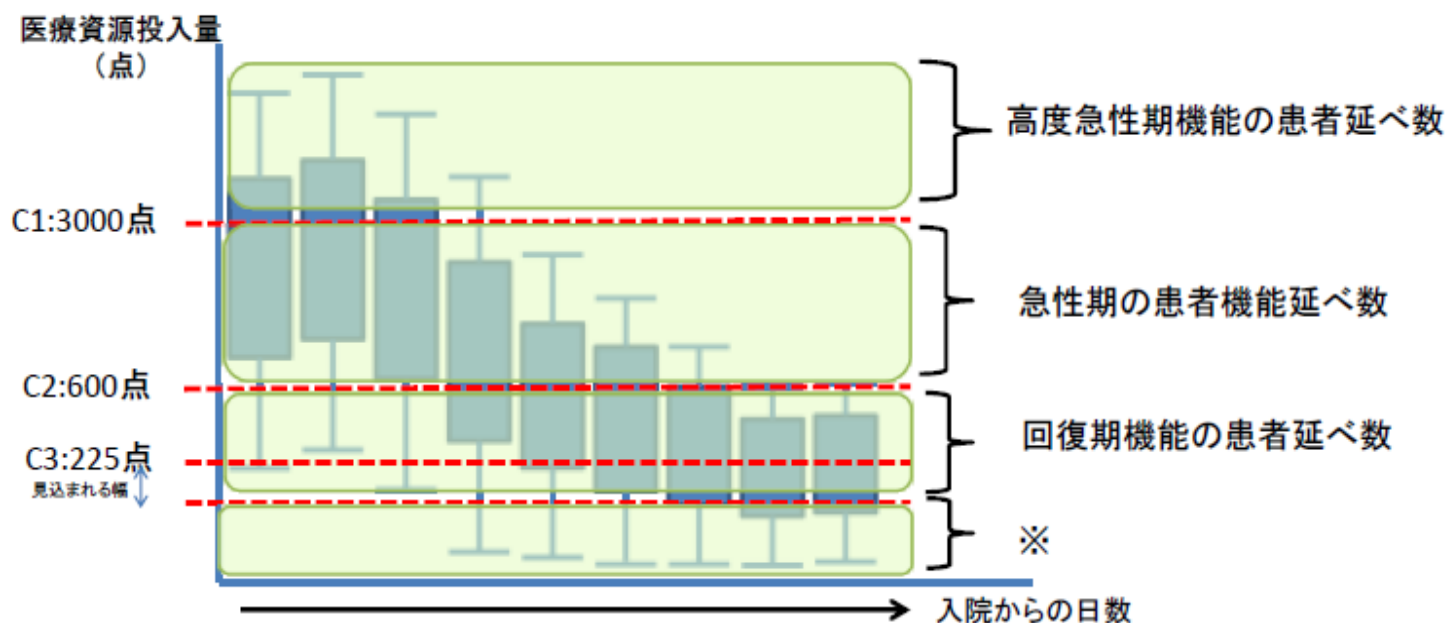
病床機能区分ごとの患者数を推計する

# 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

## 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。

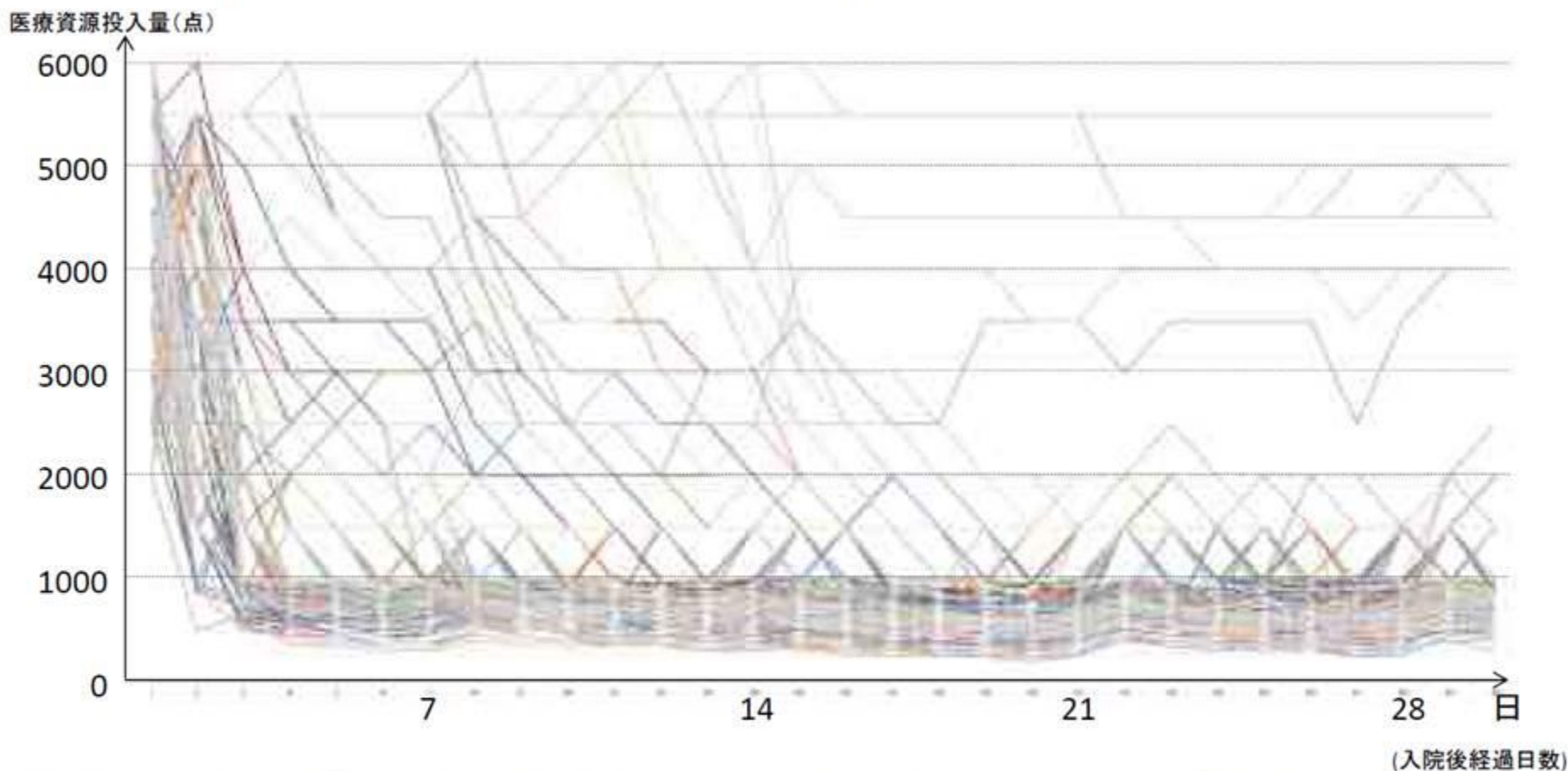


全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。



# 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

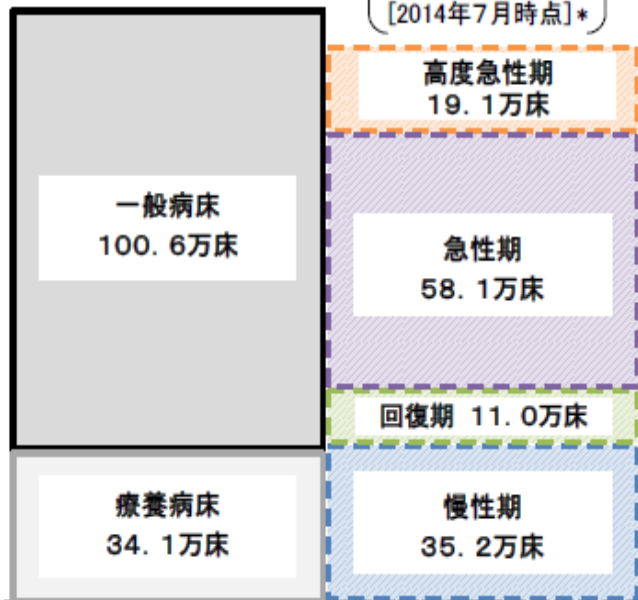
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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)

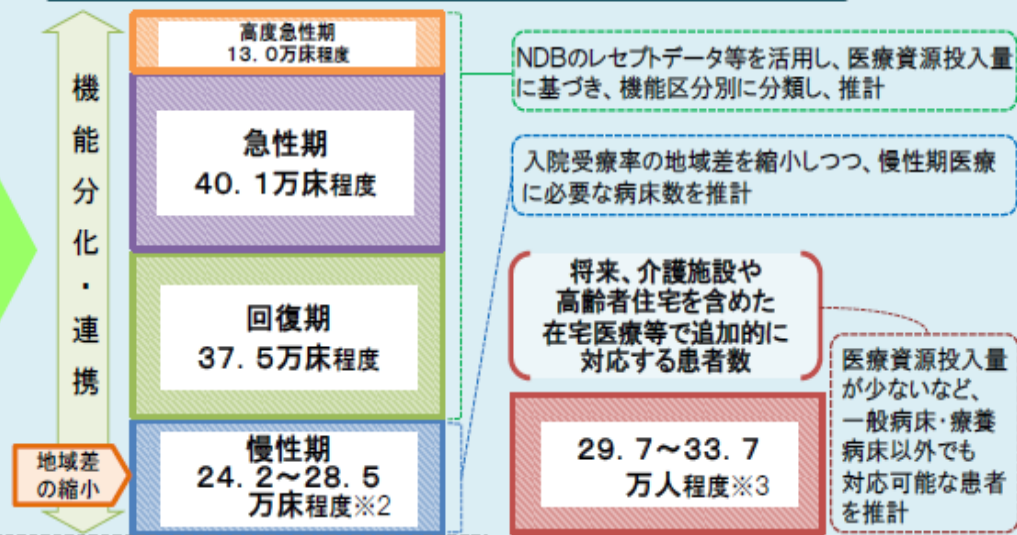
病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



### 【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



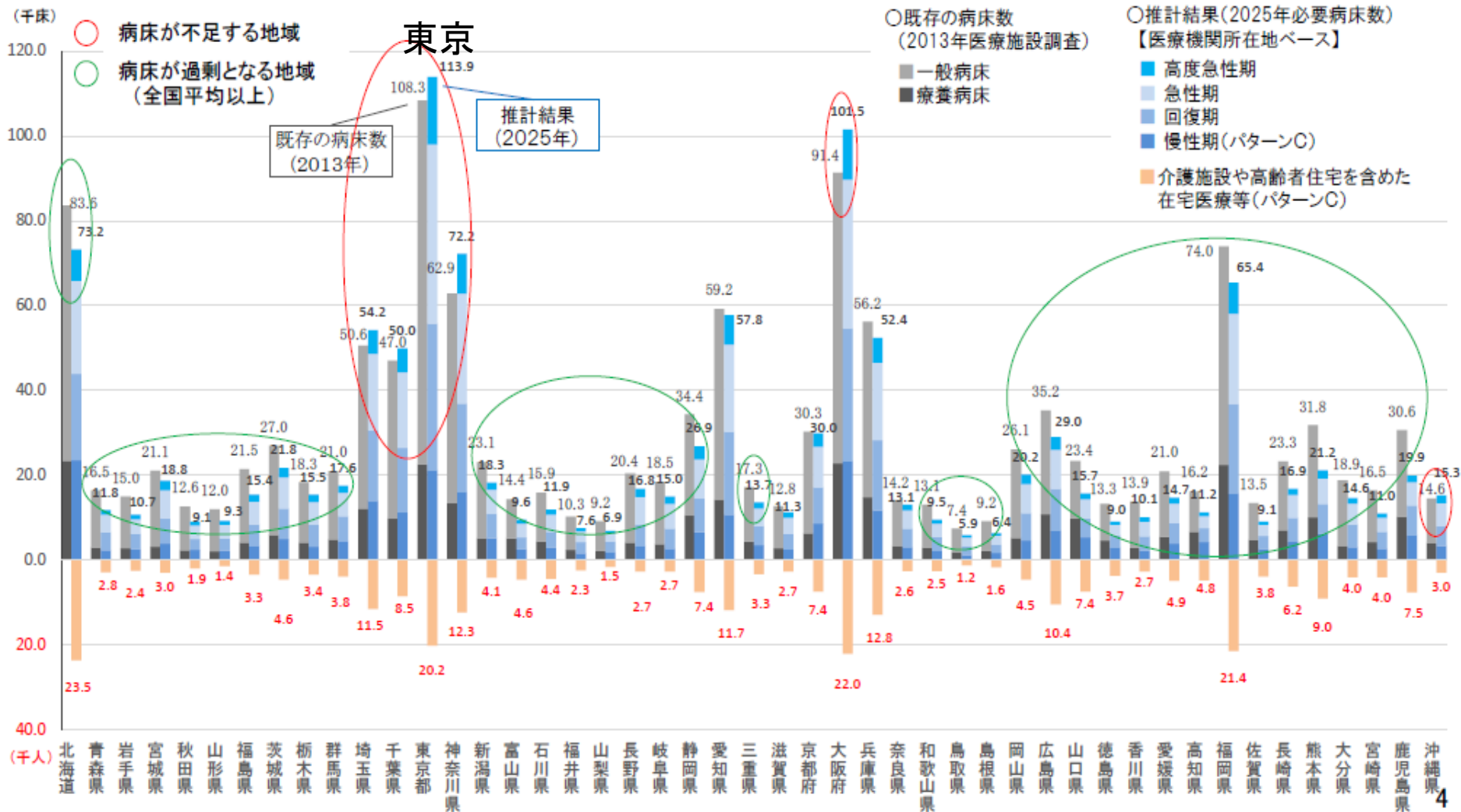
\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。  
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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)

- ①15% 神奈川
- ②11% 大阪
- ③7% 埼玉
- ④6% 千葉
- ⑤5% 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

# 医療が変わる、病床が変わる

	20世紀	21世紀
人口	増大・若者	減少・高齢化
疾患	単一疾患	複数疾患、退行性疾患
目標	治癒、救命	機能改善、生活支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
医療資源投入	多量	中等度



# 事例1 福島県県北医療圏の 地域医療構想を考える



9月12日大原総合病院(福島市、429床)

# 福島県の二次医療圏

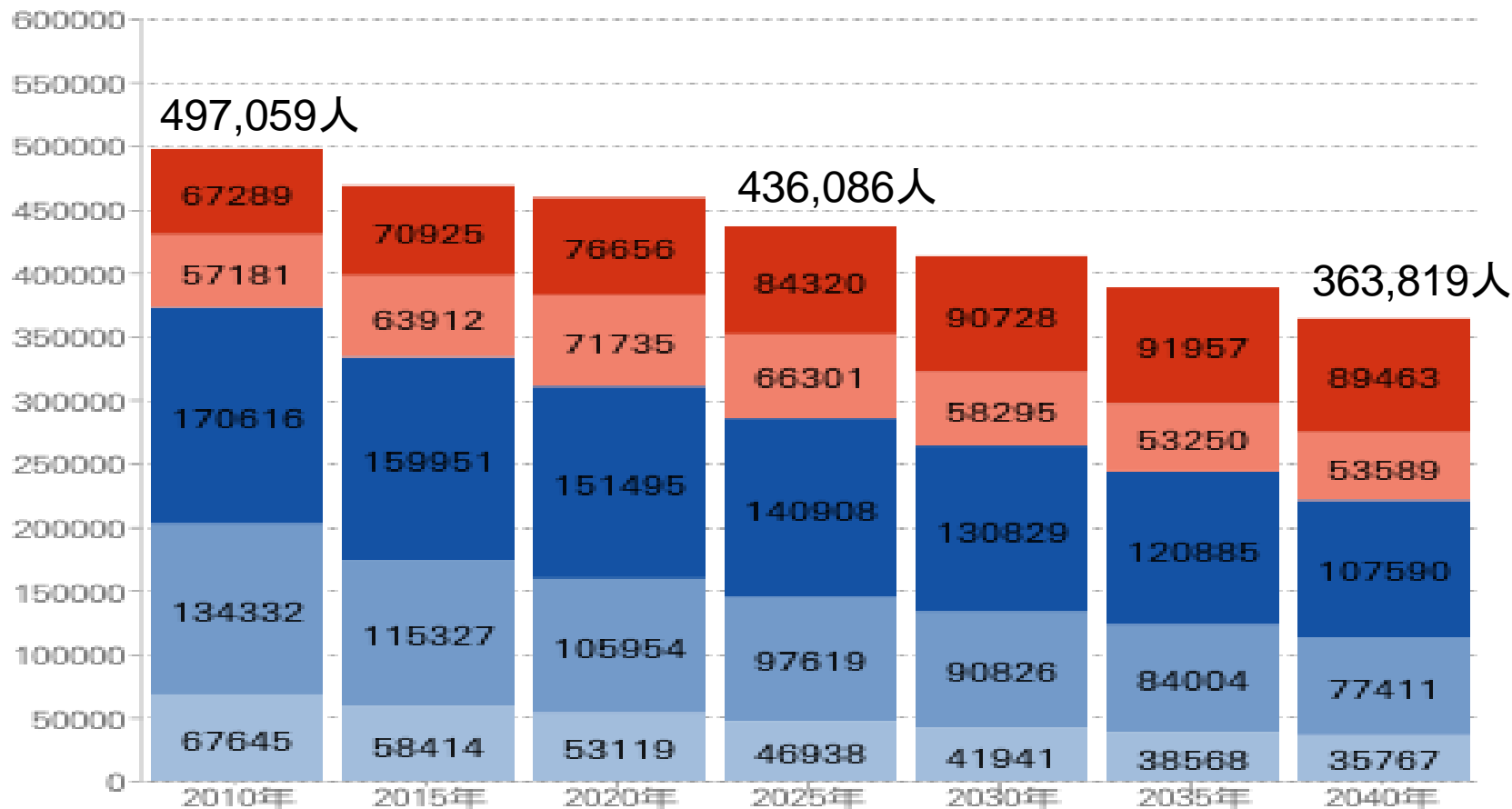
福島県人口200万人  
県北人口49万人  
(2010年)

県北から県中へ6%流出のみ  
二次医療圏内で充足している

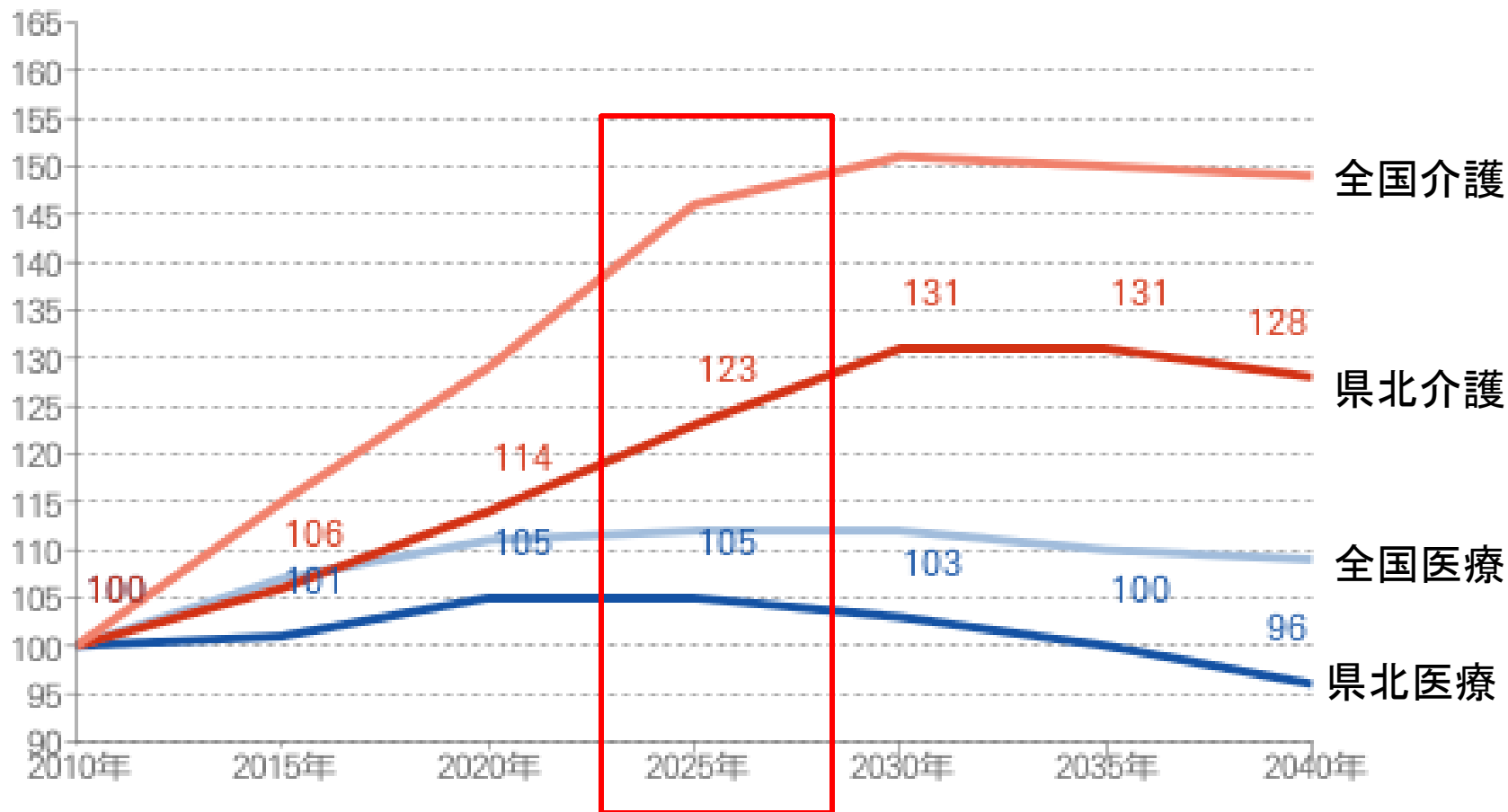


# 県北医療圏人口推計

2025年、人口は12%減少



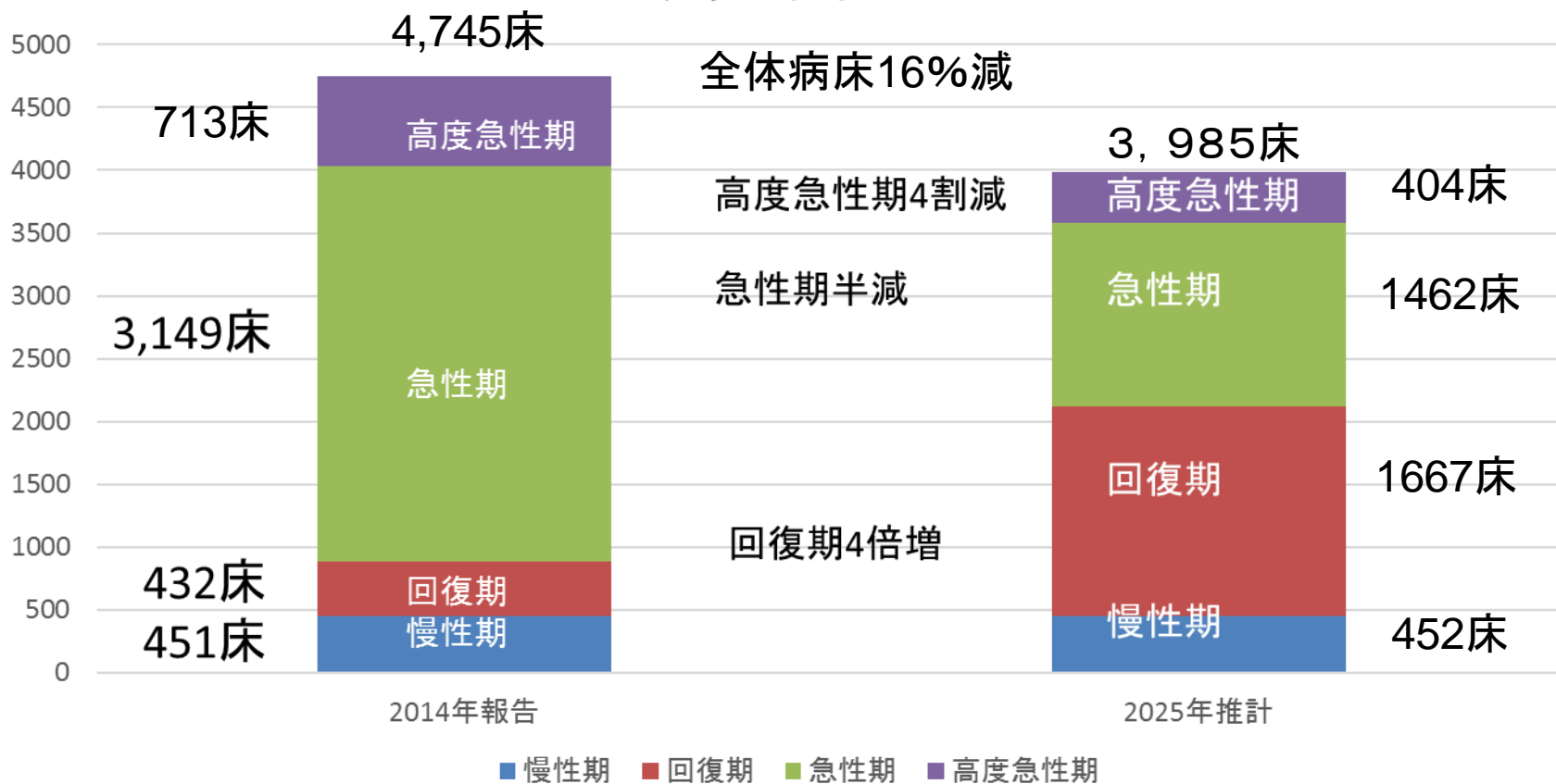
# 医療介護需要予測指数(県北)



- 医療: 県北医療圏
- 介護: 県北医療圏
- 医療: 全国平均
- 介護: 全国平均

# 県北2025年の病床必要量推計

グラフタイトル

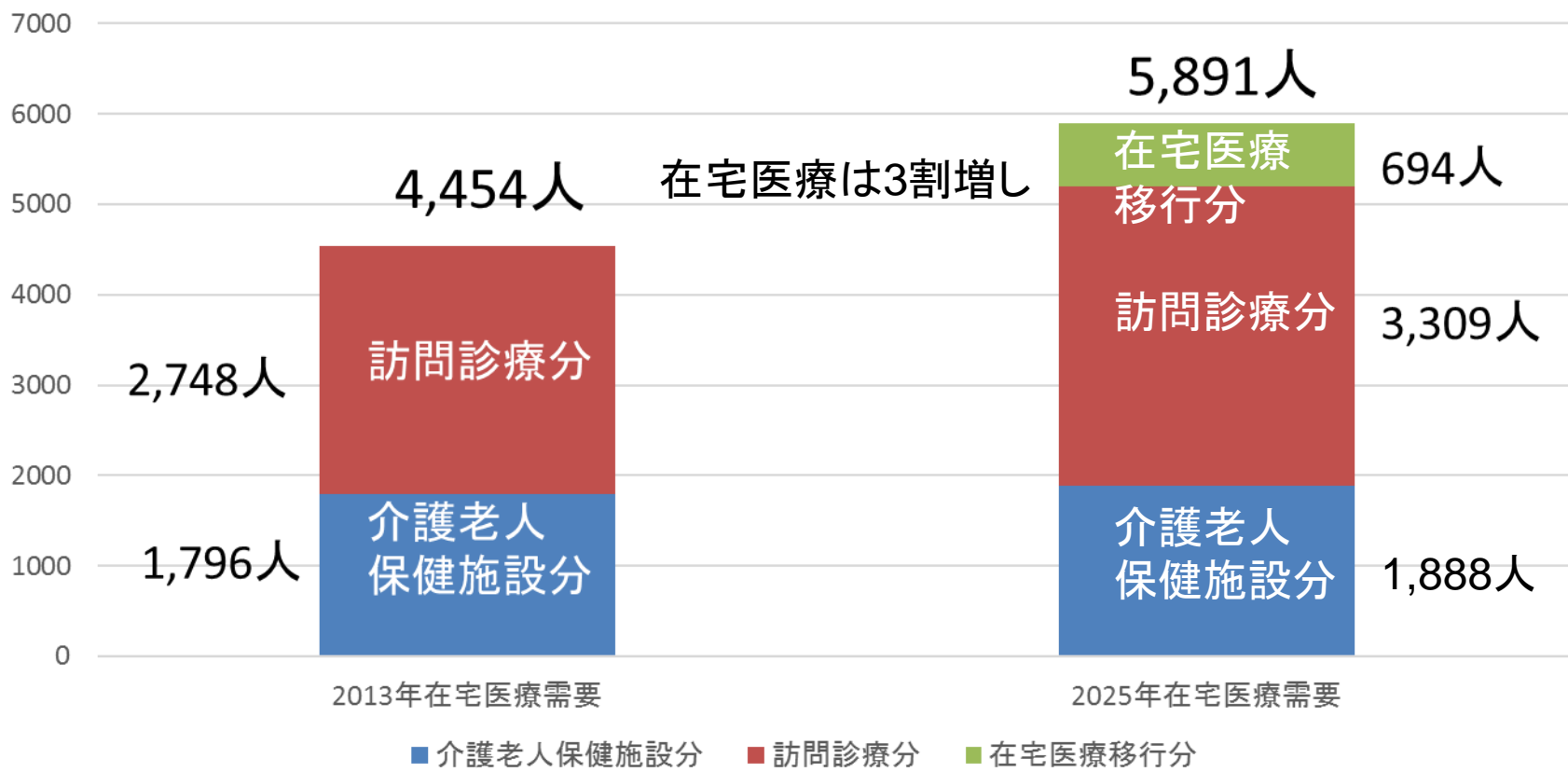


\* 2014年報告は有床診療所を含み、医療機能未選択分は含めていない



# 県北在宅医療必要量推計

グラフタイトル



# ステップ③

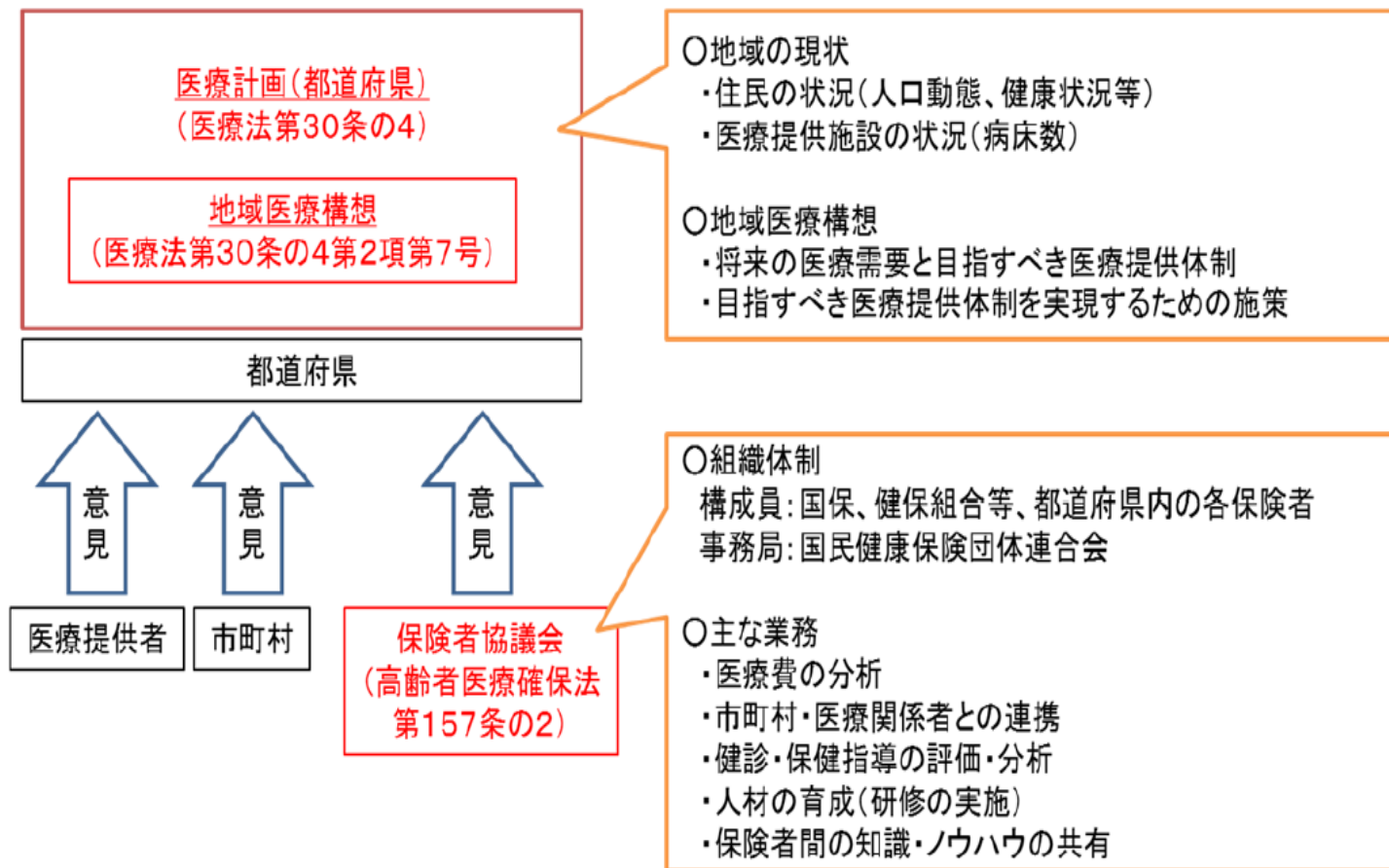
## 地域医療構想調整会議

- ①構想区域における病床の区分ごとの2025年の病床の必要量
- ②構想区域における2025年の居宅等における医療の必要量
- ③地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化および連携の推進に関する事項

# 地域医療構想における 保険者の役割

- 保険者は医療費を負担する立場や医療を受ける加入者を代表する立場から以下の視点をもって地域医療構想調整会議に参加すべき
  - 中・短期的な対応だけでなく、長期的な効率性も確保するため、2025年よりも先を見据えた視点から論じるべき
  - 医療保険制度の運営についてマクロの視点と、地域に住む加入者に対して、質の高い医療を効率的に提供するというミクロの視点をもつべき

## (図 1-2) 地域医療構想と保険者協議会

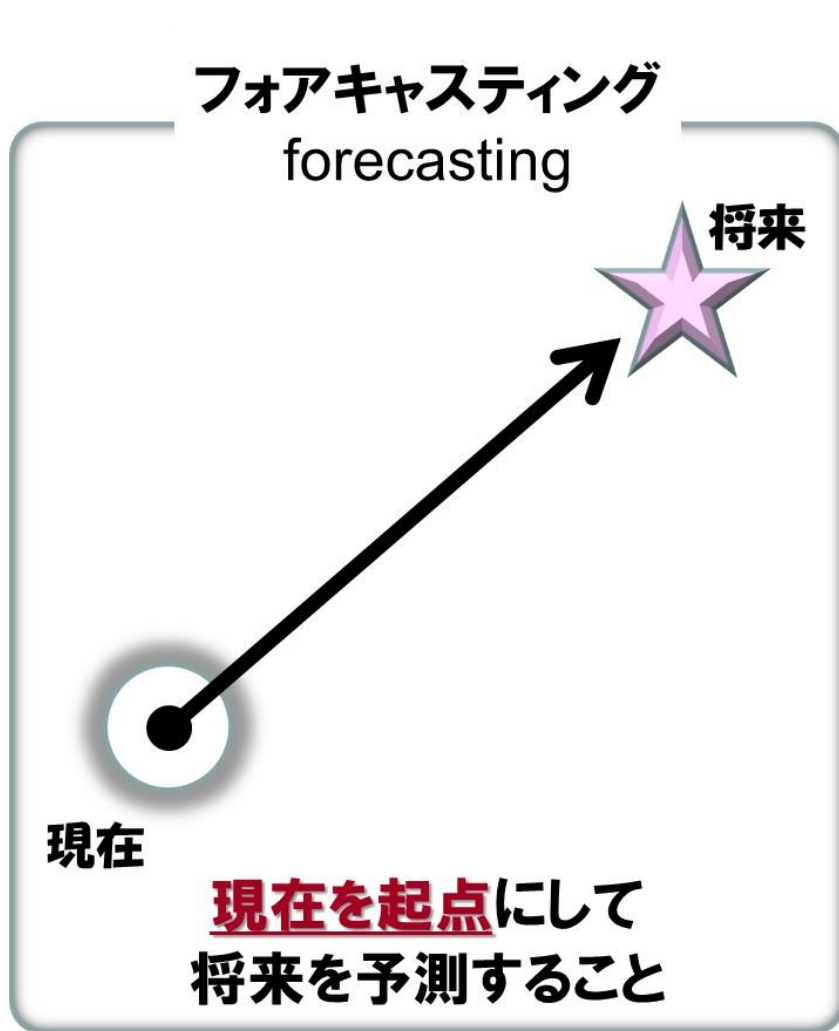


(出典) 厚生労働省「第70回社会保障審議会医療保険部会」資料3-2(平成25年11月8日)、  
厚生労働省「第74回社会保障審議会医療保険部会」資料3-1(平成26年4月21日)より作成。

# 3つのレベルでの保険者の貢献

- ①都道府県レベルでの貢献
  - 地域医療構想の策定に当たって、都道府県は保険者協議会の意見を聴くこととされている
- ②地域医療構想調整会議での貢献
  - 都道府県は二次医療圏を原則とする構想区域における調整会議において保険者との連携を図りつつ具体的な病床機能の分化と連携について議論を行うことになっている。
- ③データヘルス計画
  - データ分析に基づく保険事業などの被保険者の健康管理等を行うことで、医療需要の適正化を図ることとされている。

# 2025年の近未来から 現在を見つめるバックキャスティング視点を！





# パート3

## 診療報酬改定と保険者

入院医療等調査評価分科会より

# 2016年診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
  - 医療機能に応じた入院医療の評価
  - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
  - 地域包括ケアシステム推進
  - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
  - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

7対1の厳格化

# 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



# 中医協総会

保険者側

診療側





# 中医協委員

## 1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の 保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有 者を代表する委員

(氏名)	(現役職名)
吉森 俊和	全国健康保険協会理事
幸野 庄司	健康保険組合連合会理事
平川 則男	日本労働組合総連合会総合 政策局長
花井 十伍	日本労働組合総連合会「患 者本位の医療を確立する連絡会」委員
石山 恵司	日本経済団体連合会社会保 障委員会医療・介護改革部会会長代理
松浦 満晴	全日本海員組合組合長代行
榊原 純夫	愛知県半田市長

## 2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員

(氏名)	(現役職名)
松本 純一	日本医師会常任理事
中川 俊男	日本医師会副会長
松原 謙二	日本医師会副会長
万代 恭嗣	日本病院会常任理事
猪口 雄二	全日本病院協会副会長
遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
安部 好弘	日本薬剤師会常務理事

## 3. 公益を代表する委員

(氏名)	(現役職名)
荒井 耕	一橋大学大学院商学 研究科教授
印南 一路	慶應義塾大学総合政 策学部教授
◎ 田辺 国昭	東京大学大学院法学 政治学研究科教授
西村 万里子	明治学院大学法学部 教授
野口 晴子	早稲田大学政治経済 学術院教授
松原 由美	明治安田生活福祉研 究所医療・福祉政策研究部長

# 2016年診療報酬改定、 入院医療4つのポイントと

ポイント① 7対1病床の要件見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

ポイント② I地域包括ケア病棟の要件見直し

ポイント③ 療養病床の要件見直し

ポイント①  
7対1病床の要件見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

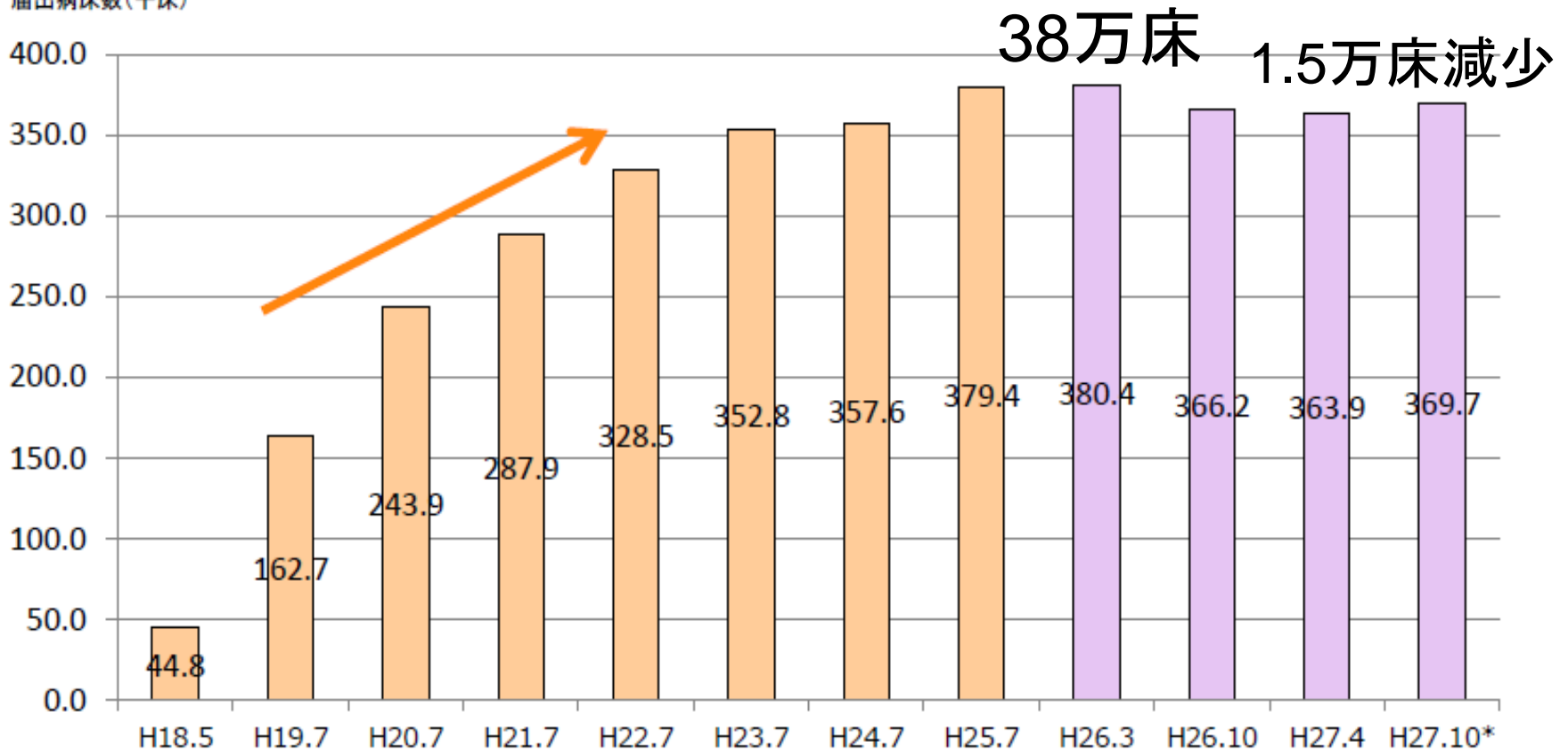
# 7対1病床問題とは？

- 7対1病床とは最も看護師配置の手厚い病床で入院基本料が最も高額、いわゆる急性期病床
  - 患者7人に対して看護師1名の配置
- 7対1病床の要件は以下
  - 平均在院日数18日以下
  - 重症度、医療・看護必要度
    - 重症患者が25%以上
  - 在宅復帰率
    - 80%以上

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度には減少したが、直近の6か月では増加がみられた。

届出病床数(千床)



出典：保険局医療課調べ

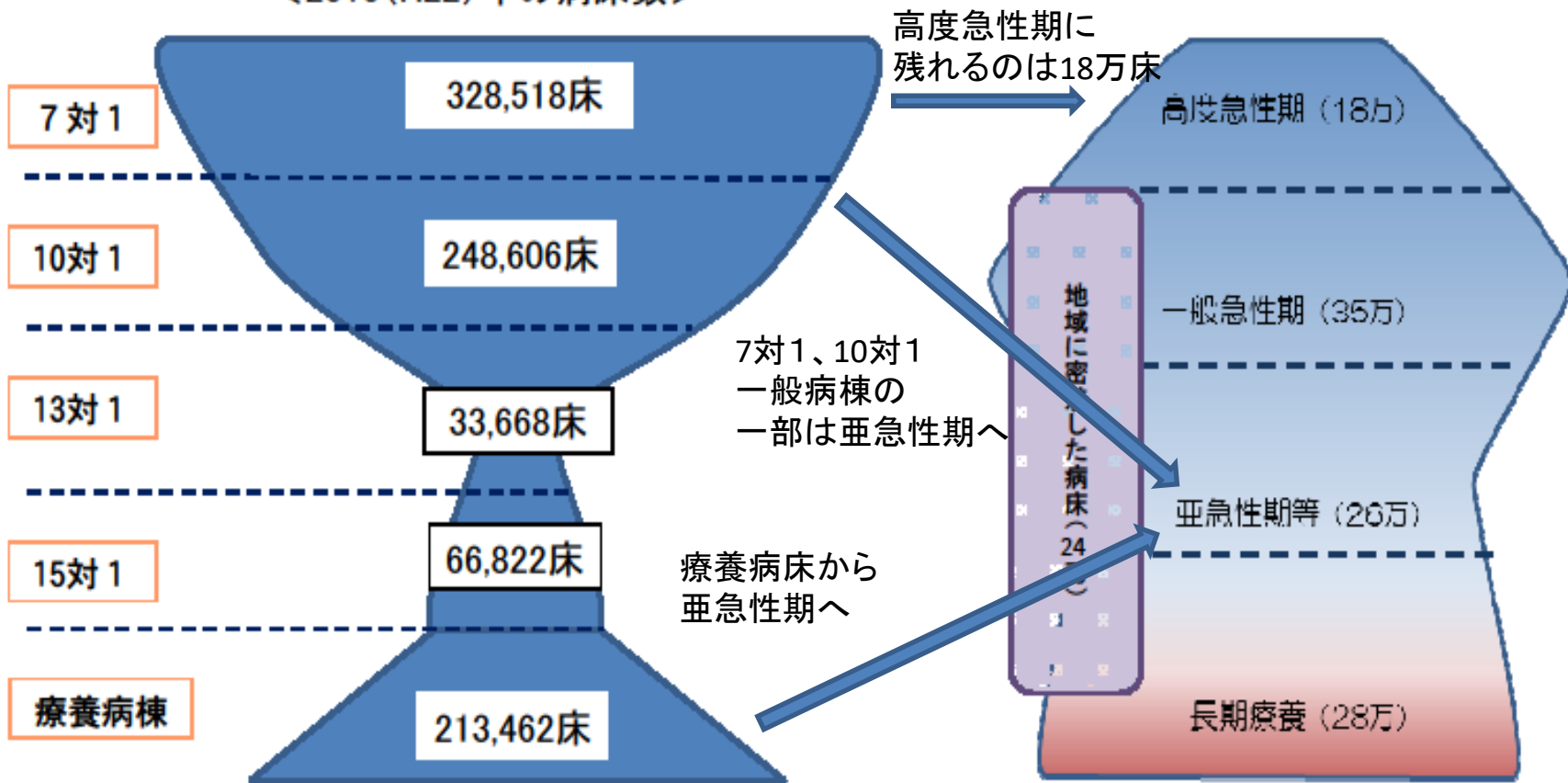
\*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料(7対1)から一般病棟入院基本料(7対1)に変更した2医療機関(病床数計約1.8千床)を含む。

※平成26年10月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

# 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。



# 7対1病床の適正化

重症度、医療・看護必要度の見直し

## A項目(モニタリング及び処置等)

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用 追加④ ②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用 追加④ ④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用 追加④ ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

## B項目(患者の状態)

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の  
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は  
正しく急性期の  
患者を反映して  
いるのか？

# 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

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

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

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

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

## 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

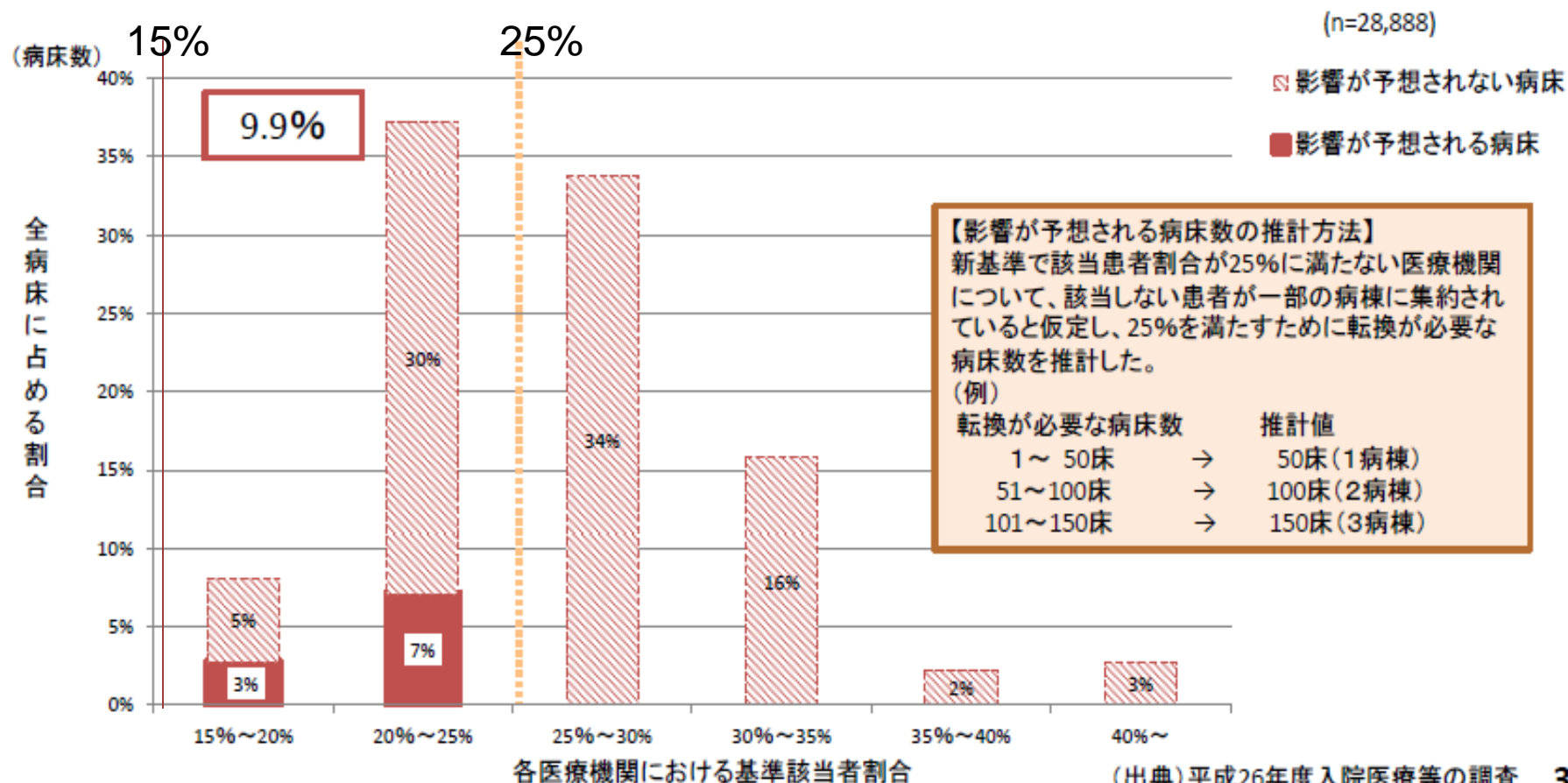
又は

C 1得点が1点以上の患者

## 重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。

7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)



# 7対1入院基本料の経過措置

## 半年間はみなし期間

2016年3月31日7対1を届けている病棟は2016年9月末までは基準を満たしていなくとも7対1としての算定をみなしで行う

## 病棟群単位の届出

7対1から10対1への転換の際の雇用等の激変緩和のため

# 7対1維持か転換か？

- (1) 7対1の維持
  - 病棟群別の選択する
    - 7対1病棟群と10対1病棟群とのミックス(2018年3月まで)
  - 病棟群別を選択しない
    - 重症度、医療・看護必要度23%〈2018年3月まで〉
  - 7対1病棟と地域包括ケア、回復期リハとのミックス
    - 地域包括ケア病棟や回復期ケア病棟など
    - ただし500床以上やICU保有などの病院では、地域包括ケア病棟は1病棟のみとの制限あり
- (2) 10対1への転換
  - 収入減、看護師等の雇用
- (3) 病床削減
  - 介護老人保健施設などへの一部転換を含めた病床削減



# 7対1病床の動向（日病協調査）

- 日病協では今年7月の約1カ月間に、7対1病棟（一般）を持つすべての会員病院を対象に調査を実施
- 全体の約6割に当たる894病院（約28万6000床）から有効回答を得た
- 一般病棟7対1入院基本料を届け出ている病院は全国で約1530病院（2015年4月）



会見で記者の質問に答える原澤副議長 = 左 = と神野議長  
(23日、東京都内)

# 地域包括ケア病棟への移行 112病院(12%)とトップ

変更先	20 – 199床	200 – 399床	400床 以上	合計
①一部の病棟を 「地域包括ケア病棟入院料」	21	64	27	112
②病棟群単位の届け出を利用	3	9	3	15
③すべての病棟を 「一般病棟10対1入院基本料」	7	7	0	14
④一部の病棟を 「回復期リハビリ病棟入院料」	1	5	2	8
⑤一部の病棟を 「緩和ケア病棟入院料」	0	2	6	8

※日病協の資料を基に編集部作成。変更先は上位5項目

# 移行理由

- 地域包括ケア病棟への移行、112病院
  - 「看護必要度の基準を満たせなくなった」(56施設)
- 病棟群への移行、10病院
  - 病棟群単位の届け出をいったん検討したものの、最終的に見送った182病院に対して、その理由を聞いたところ(複数回答)、届け出の変更が1回に限られるという制度上のルールを挙げた病院が92施設で最も多かった。

ポイント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とはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

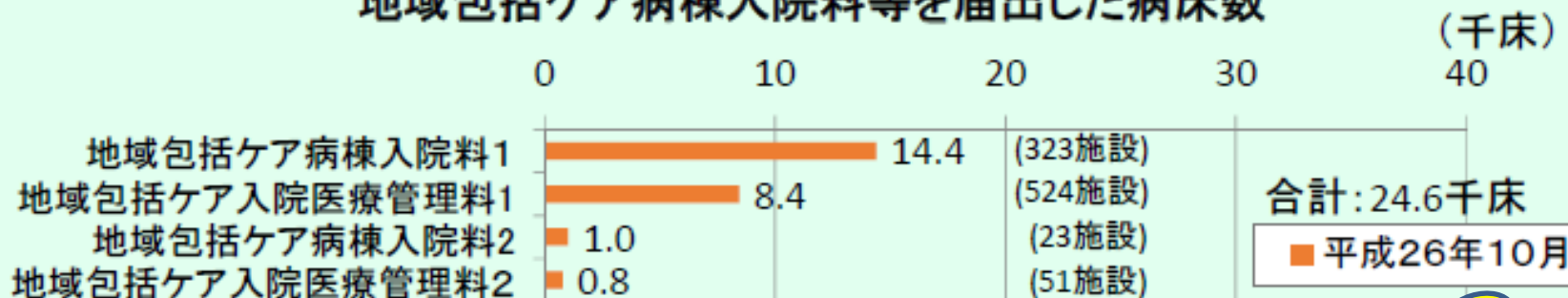
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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



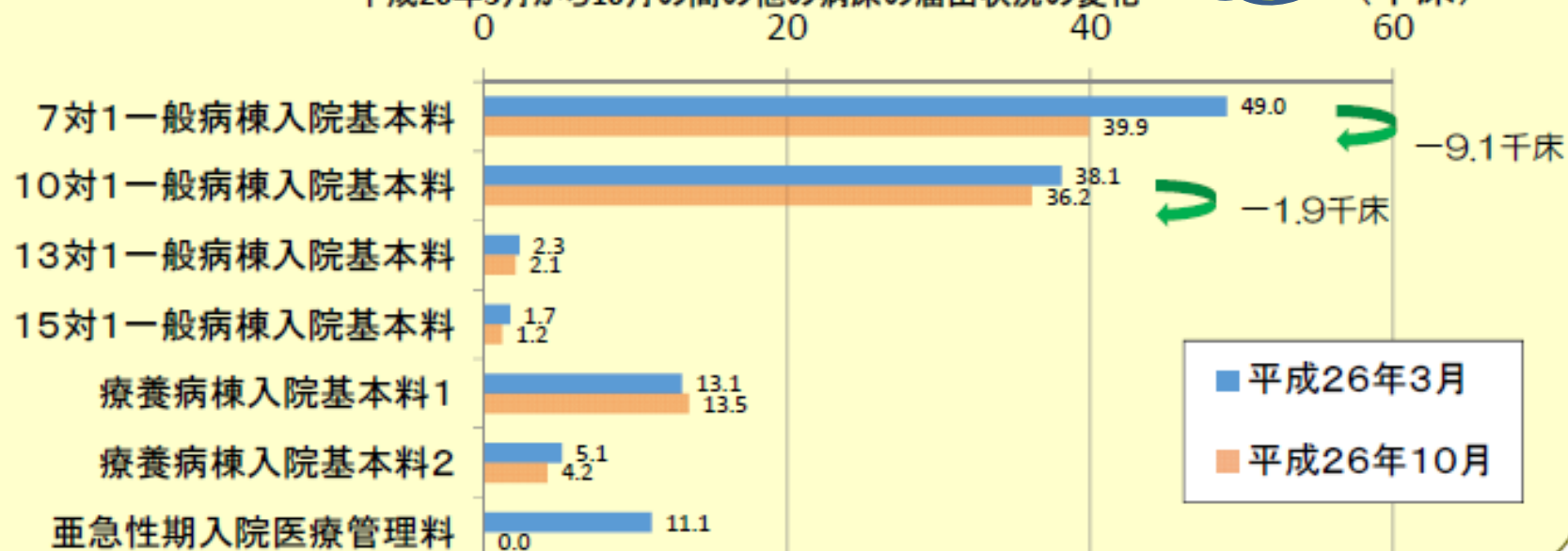
# 地域包括ケア病棟の届出状況①

## 地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



2.46  
万床

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

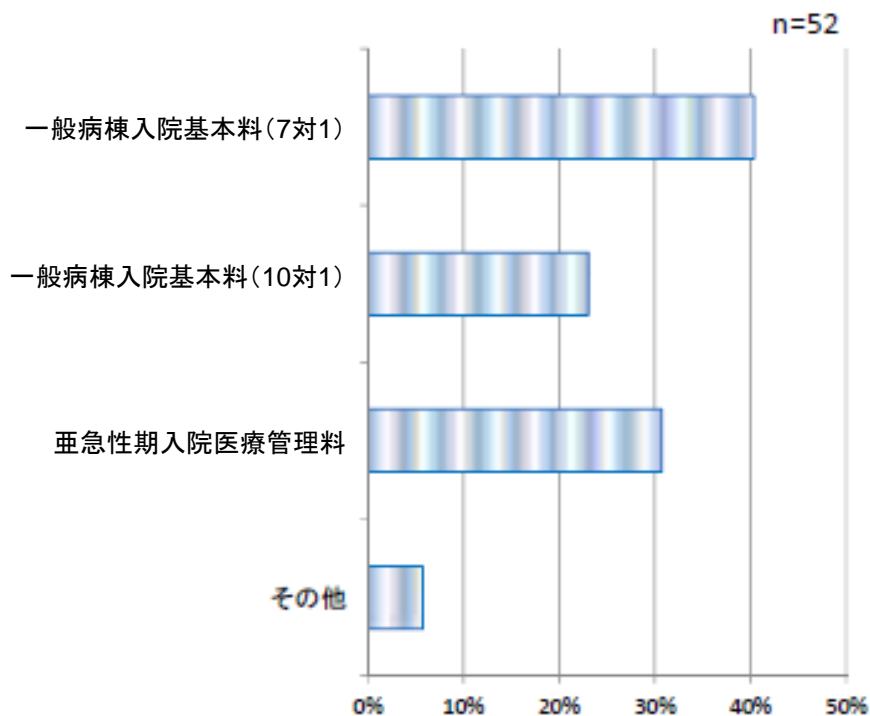


出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

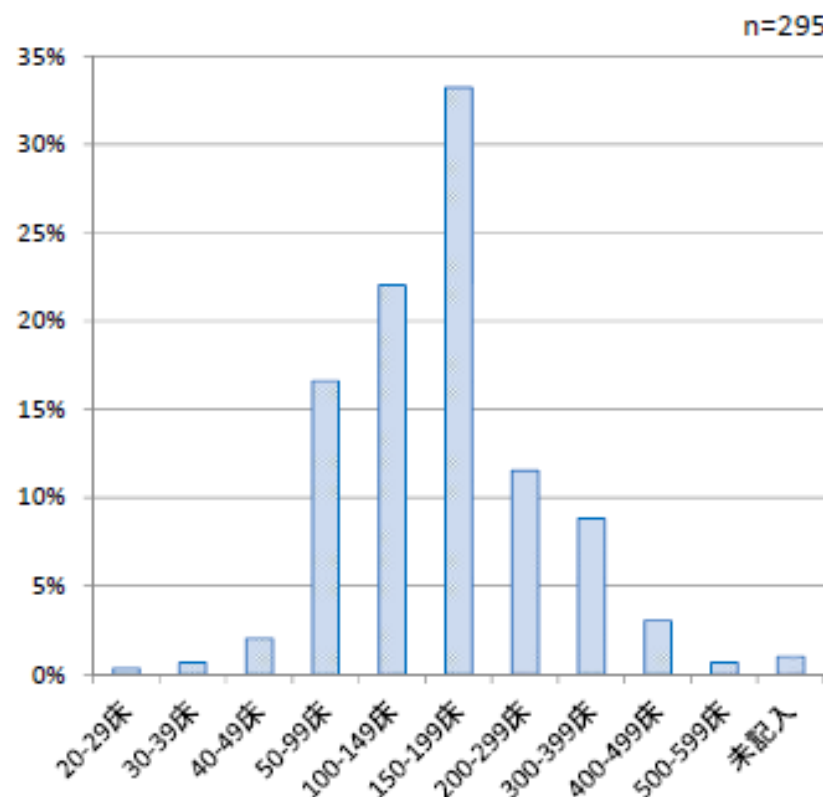
## 地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 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＞



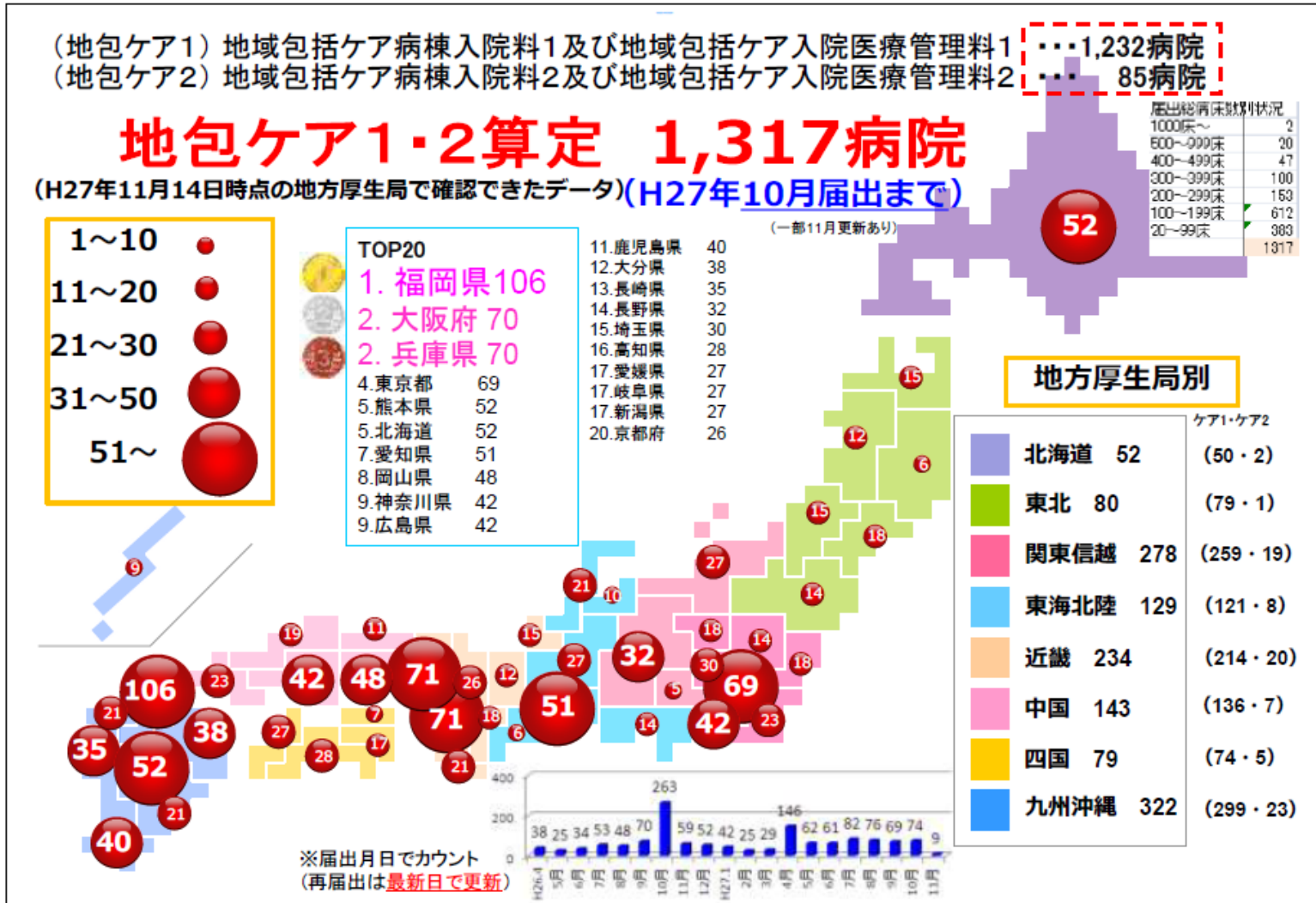
＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



# 地域包括ケア病棟届出病院数「最大の病棟」への道

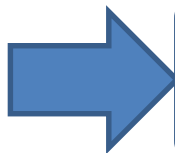
2014年 7月280 8月388 9月500 10月830 11月986 12月1,044

2015年 1月1,089 2月1,110 3月1,126 4月1,173 5月1,205 6月1,228 7月1,246 8月1,267 9月1,291 10月1,317



# 地域包括ケア病棟における 手術料の取り扱いについて

- 地域包括ケア病棟では手術料・麻酔料は包括となっている
- このため行われていた手術は創傷処置や皮膚切開、胃ろう造設術等の軽微な手術料が多く、その出来高実績点数は入院1日あたり平均2.9点であった。
- 手術料についてはこのまま包括とすべきという意見
- しかし一方、地域包括ケア病棟が、その役割の「在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ(サブアキュート)」を行うにあたり、手術料や麻酔料を包括外とすべきという意見もあった。



地域包括ケア病棟の手術料・麻酔料は  
包括外となった

# ポイント③

## 療養病棟入院基本料

- (ア) 医療区分の評価の見直し
- (イ) 医療区分の要件化

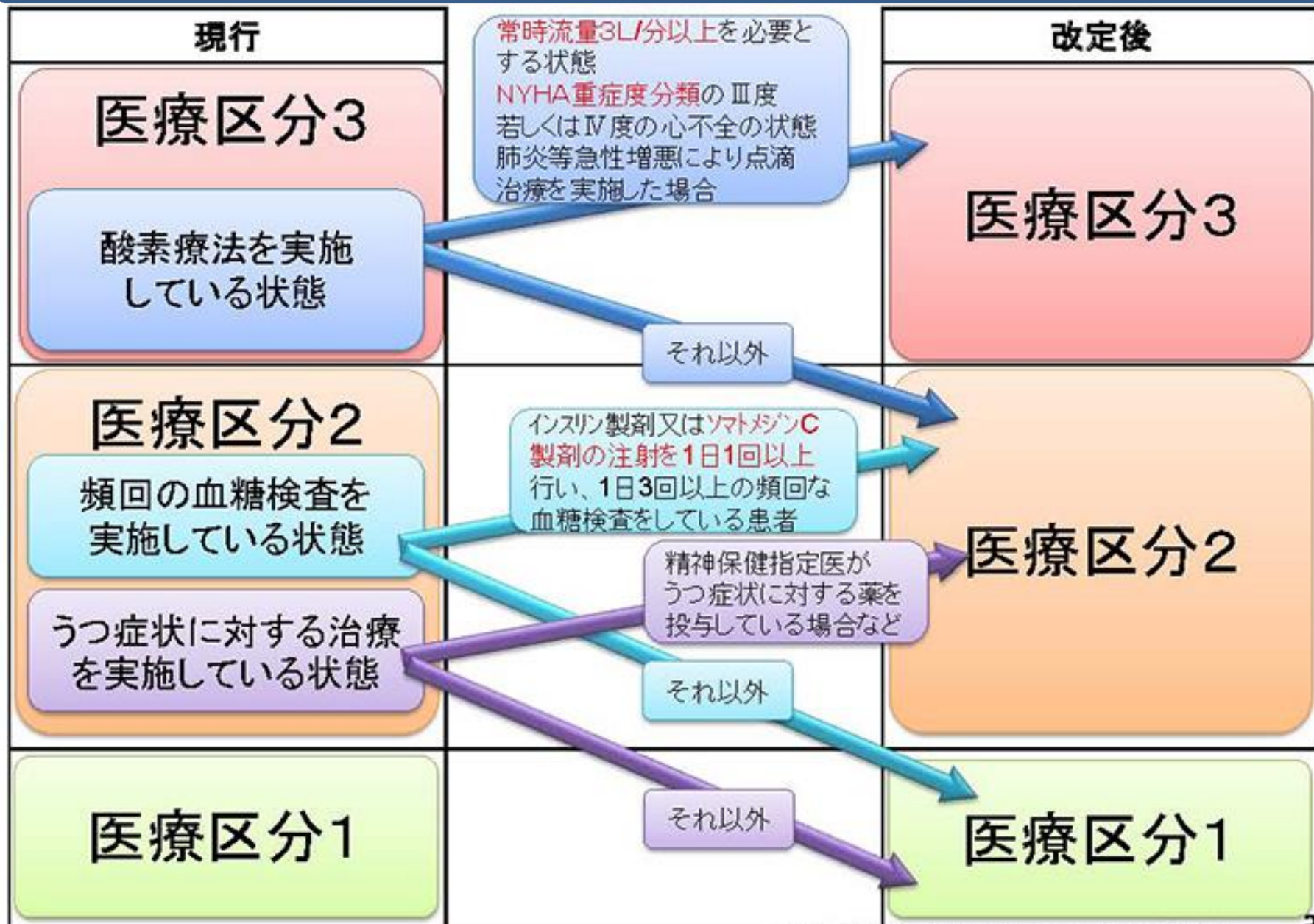
# 療養病床における患者重症度区分

## 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</li></ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄</li><li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理</li><li>・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)</li></ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患</li><li>・その他の難病(スモンを除く)</li><li>・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD)</li><li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li><li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態</li><li>・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li><li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)</li></ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)</li><li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li><li>・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)</li></ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者



# (ア) 医療区分の評価の見直し

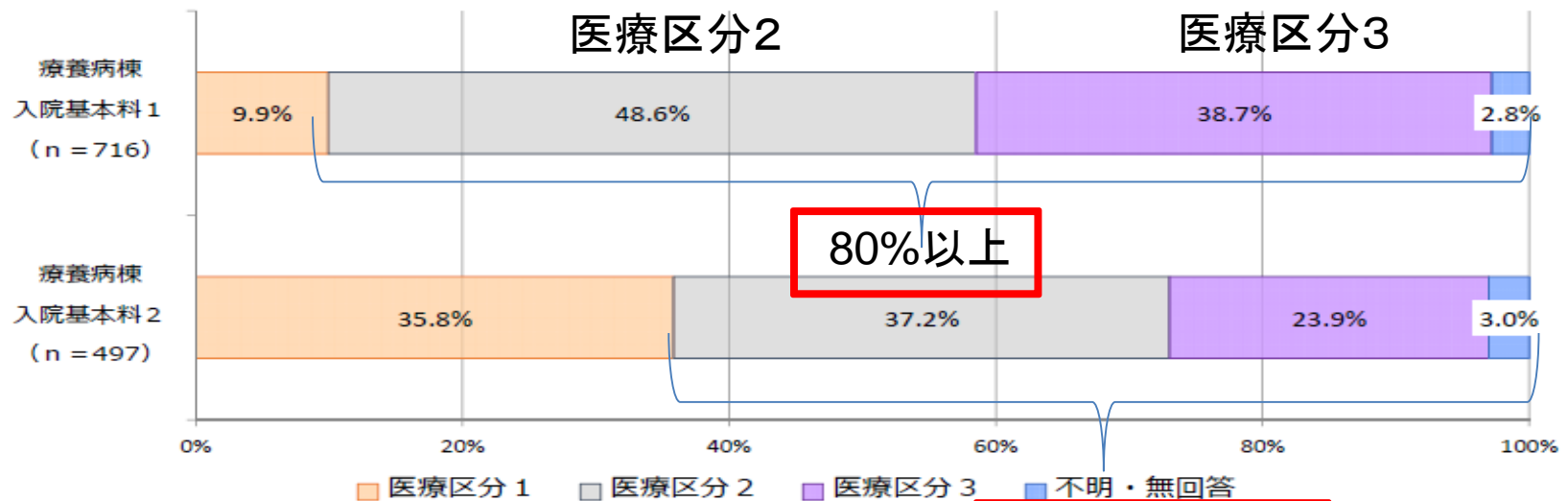


# (イ)療養病棟入院基本料2の医療区分要件化

療養病棟に入院している患者について①  
～医療区分別の患者の入院状況～

- 療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2ともに医療区分2の患者が最も多い。
- また、療養病棟入院基本料2では、療養病棟入院基本料1と比べて医療区分1の患者が多く、医療区分3の患者が少ない傾向にある。

<医療区分別の入院患者割合>



80%以上

50%以上

出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査より保険局医療課作成

# 外来機能分化と主治医機能



# 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

## 主治医機能の評価

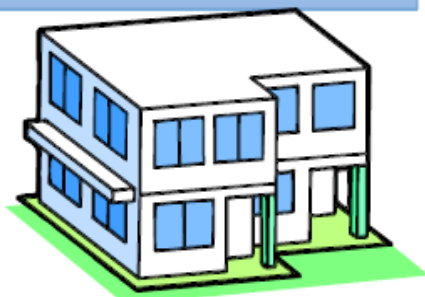
地域包括診療料 1,503点  
地域包括診療加算 20点

平成26年改定

## 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ  
・長期投薬の是正

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

紹介

逆紹介



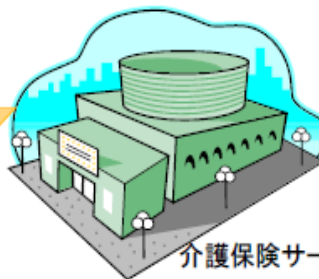
専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 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

介護が必要な時



介護保険サービス等

医療が必要な時

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



# 主治医機能の評価(その1)

## 主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

### (新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、診療所又は許可病床が200床未満の病院

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

#### [包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(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

#### [算定要件]

- ① 対象患者は、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。)を有する患者とする。  
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 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。
- ⑤ 下記のうちすべてを満たすこと
  - ・診療所の場合
    - ア) 時間外対応加算<sup>イ</sup>を算定していること
    - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
    - ウ) 在宅療養支援診療所であること
  - ・病院の場合
    - ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
    - イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
    - ウ) 在宅療養支援病院であること

# 主治医機能の評価(その2)

## 主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

### (新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

#### [算定要件]

- ① 対象患者は、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。)を有する患者とする。  
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 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。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること



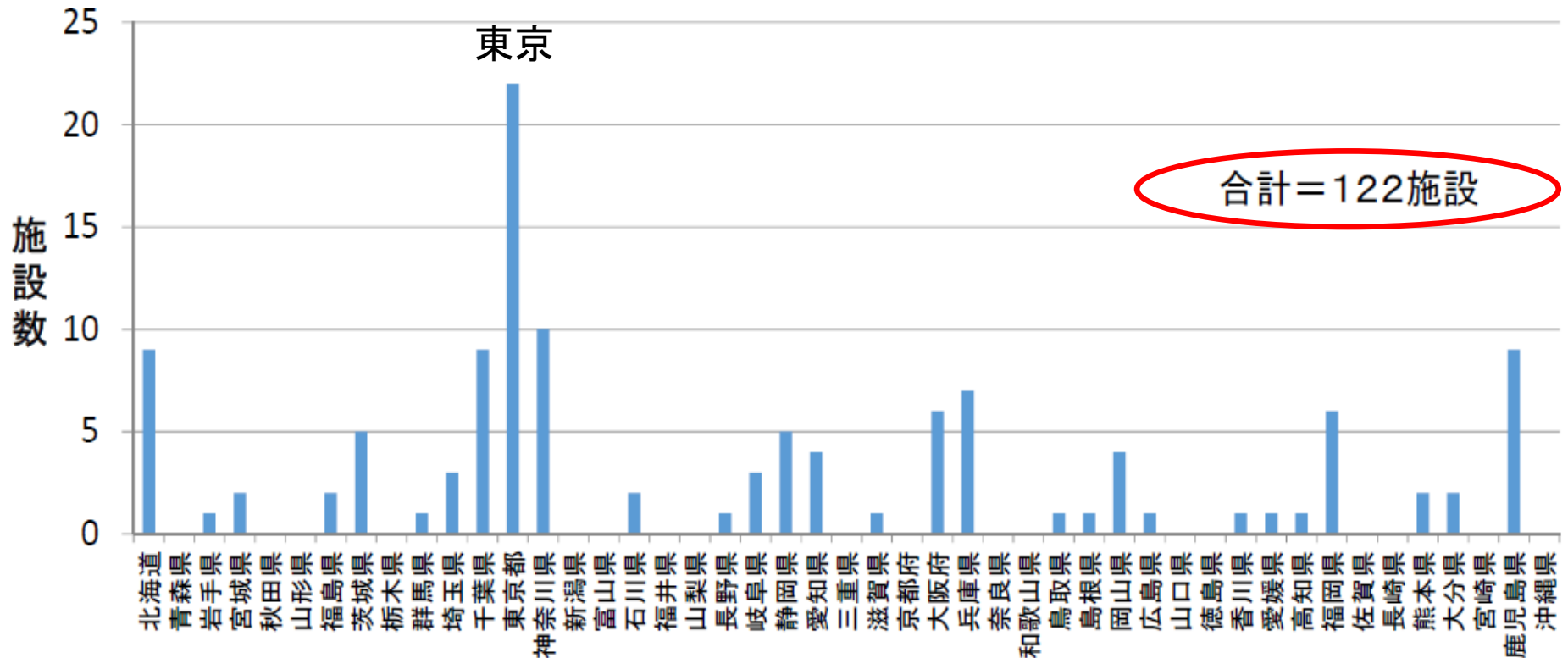
## 主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)									
	病院	診療所	診療所									
包括範囲	<p><b>下記以外は包括</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(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、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)</li> <li>・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。</li> </ul> <p>※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。)を行い、その旨を院内に掲示する</p>		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)</li> </ul>										
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>											
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>											
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・下記のいずれか一つを満たす               <table 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> </li> </ul>			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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①2次救急指定病院又は救急告示病院</li> <li>②地域包括ケア病棟入院料等の届出</li> <li>③在宅療養支援病院</li> </ul> </td> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul> </td> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のうち<b>いずれか1つ</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1又は2の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul> </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①2次救急指定病院又は救急告示病院</li> <li>②地域包括ケア病棟入院料等の届出</li> <li>③在宅療養支援病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のうち<b>いずれか1つ</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1又は2の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①2次救急指定病院又は救急告示病院</li> <li>②地域包括ケア病棟入院料等の届出</li> <li>③在宅療養支援病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のうち<b>いずれか1つ</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1又は2の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>										

# 地域包括診療料の届出状況

- 地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設(病院13施設、診療所109施設)となっている。

## 地域包括診療料を届け出た施設数

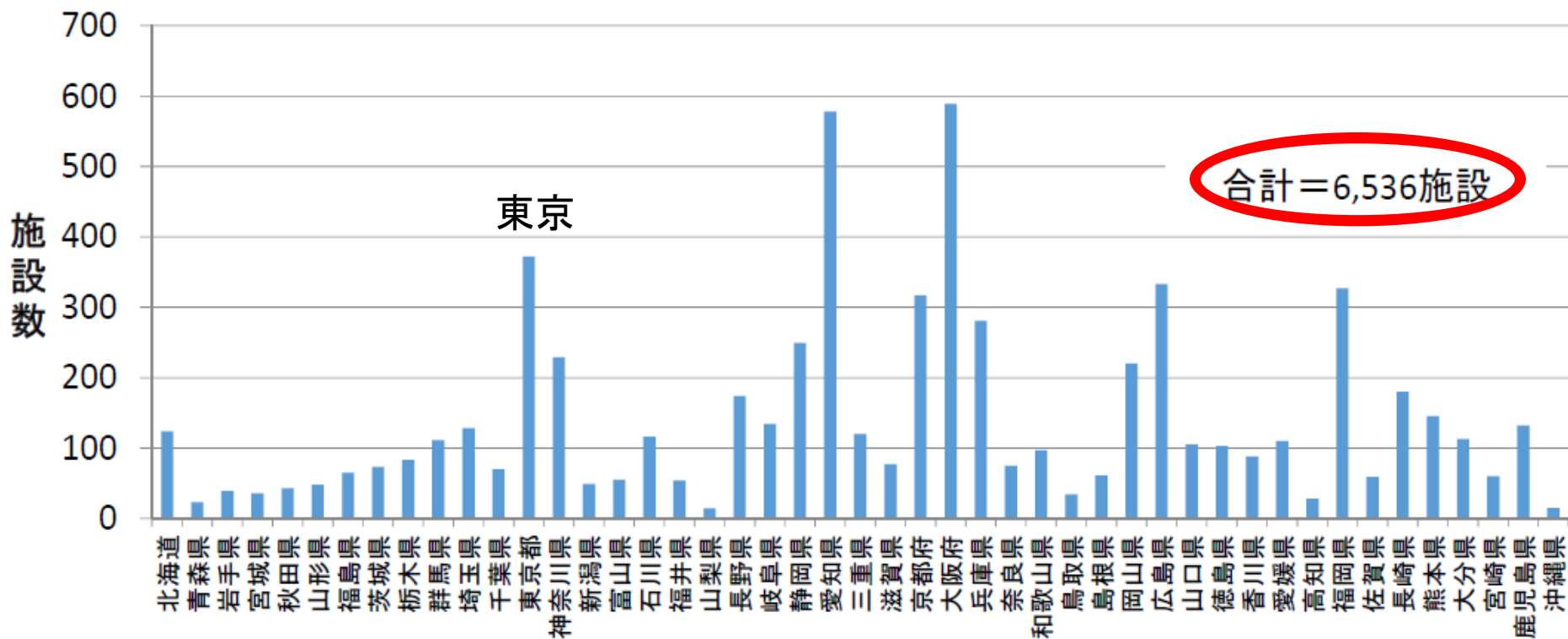


平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

# 地域包括診療加算の届出状況

- 地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。

## 地域包括診療加算を届け出た施設数



平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

# かかりつけ医の評価

要件緩和！

## 地域包括診療料等の施設基準の緩和

➤ 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

### 現行

#### 地域包括診療料の施設基準

##### 病院の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 2次救急指定病院または救急告示病院
- 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

##### 診療所の場合

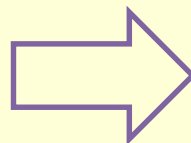
下記のすべてを満たすこと

- 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

#### 地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- 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



### 改定後

#### 地域包括診療料の施設基準

##### 病院の場合

下記のすべてを満たすこと

(削除)

- ① 地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ② 在宅療養支援病院

##### 診療所の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

#### 地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ① 時間外対応加算1又は2の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

# パート4

## 地域包括ケアシステムと保険者



# 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



# 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**必要があります。

## 2025年の地域包括ケアシステムの姿



人口1万人、中学校区、かけつけ30分圏内

# 地域包括ケアシステムは 地域課題の解決型思考で！

地域の課題とは何か？

「在宅看取り」、「認知症」、「医療と介護の連携」、「人口減と街づくり」

# 事例2 横須賀・三浦の 地域包括ケアを考える

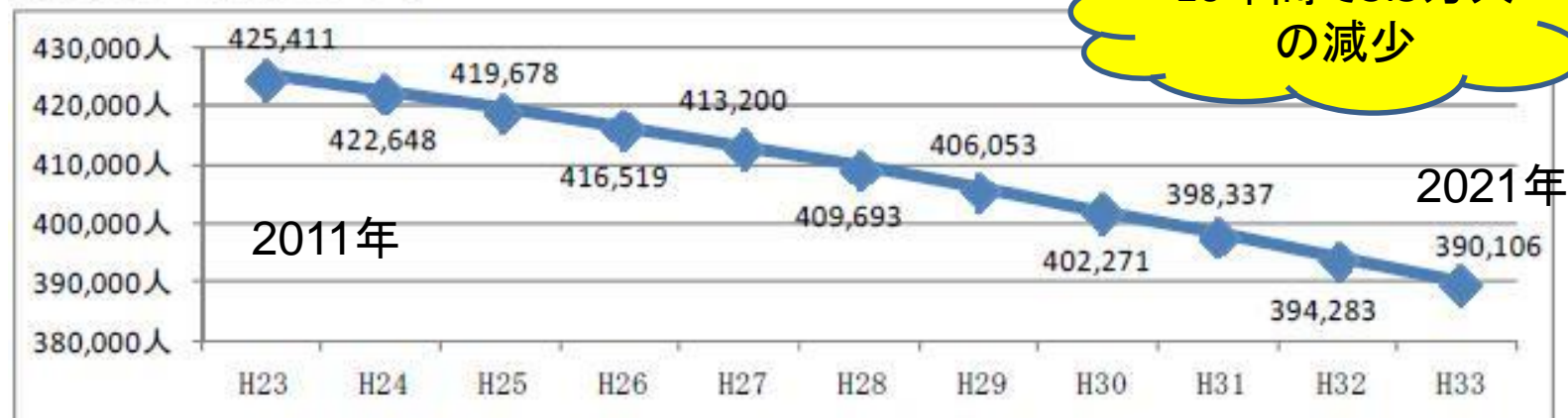


7月15日横須賀共済病院

# 横須賀市の紹介

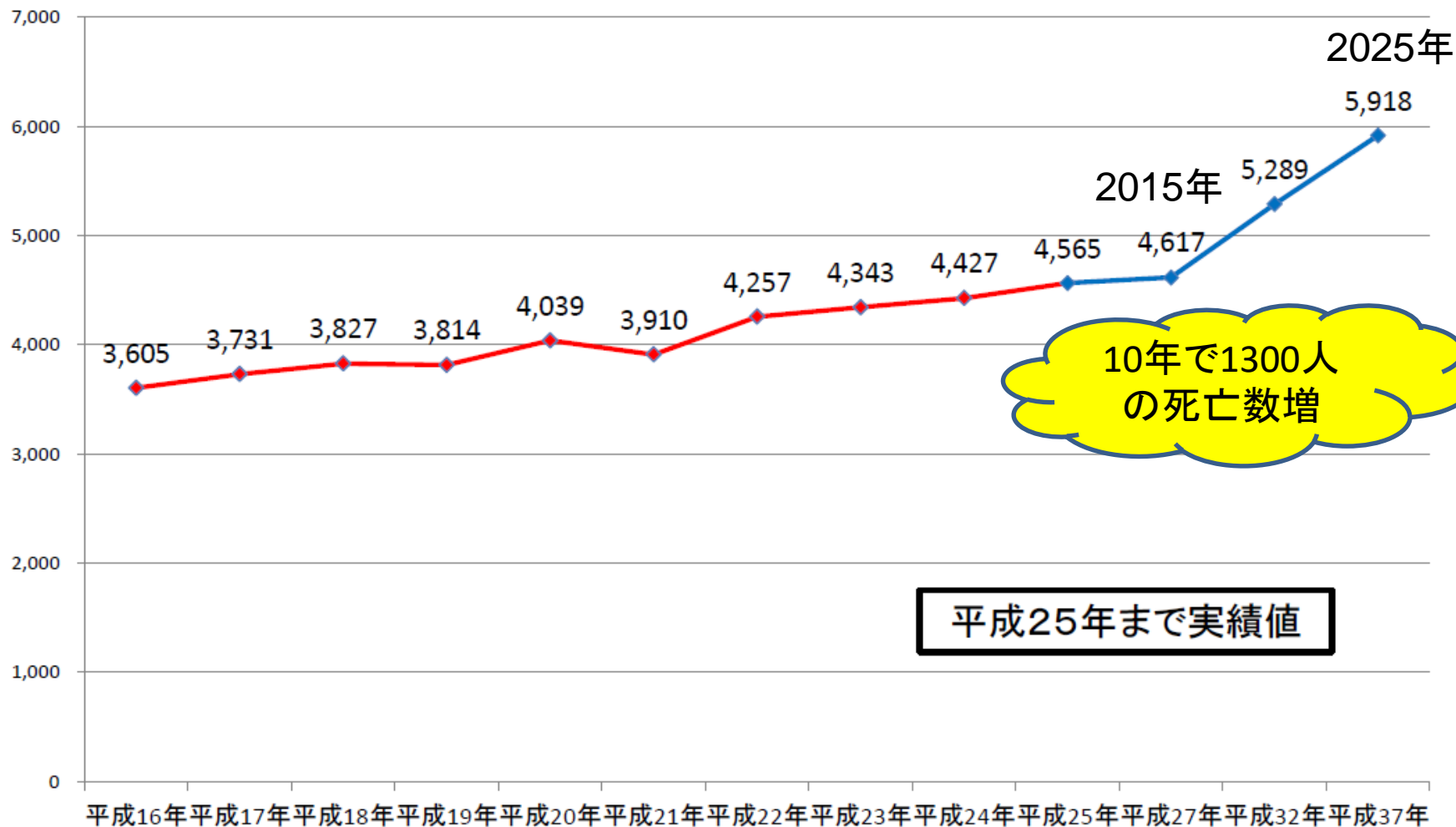
- 面積 約100km<sup>2</sup>
- 人口 約41万人(中核市、保健所設置市)
- **高齢化率 約28%(平成26年4月)**
- 要支援・要介護認定者数 19,345人(平成26年3月)
- 年間死亡者数 4,427人(平成24年)
- 市内の医療・介護資源 (H26.6月現在)
  - 病院 12(一般病床2,494・療養病床516・その他372)
  - 在宅療養支援診療所 39
  - 地域包括支援センター 13
  - 居宅介護支援事業所 110
  - 訪問介護事業所 95
  - 訪問看護ステーション 22
  - デイサービス 115
  - 介護老人保健施設 9(定員 992)
  - 特別養護老人ホーム 20(定員 2,140)
  - グループホーム 46(定員 654)

【横須賀市の将来推計人口】



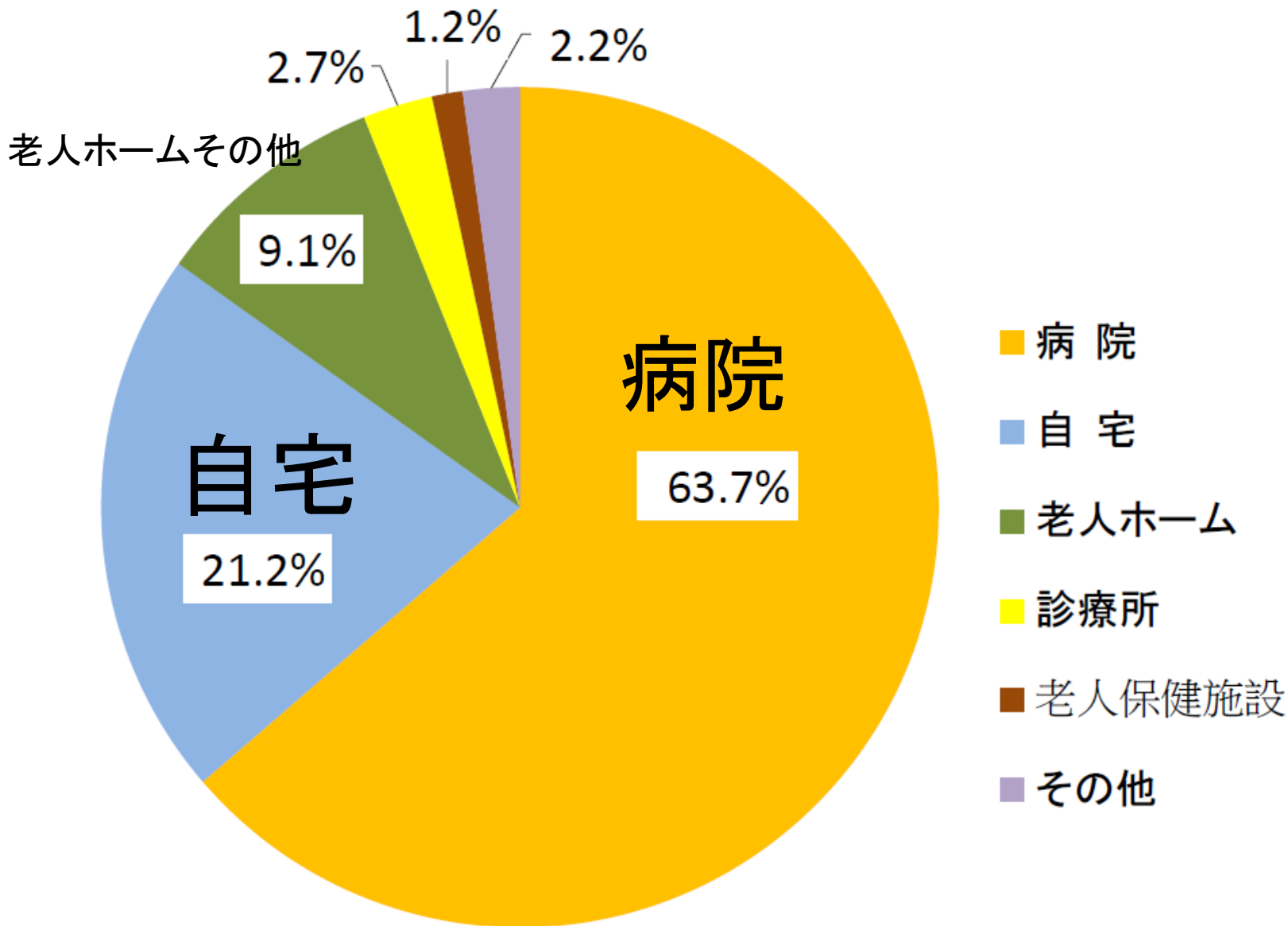
(都市政策研究所資料)

# 横須賀市の死亡数の推計



資料:横須賀市都市政策研究所「横須賀市の将来推計人口(平成26年5月推計)」をもとに、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法により算出した参考値

# 横須賀市の死亡場所の構成比（平成25年）





# 横須賀市の在宅医療の取り組み

- 市民啓発のためのシンポジウム開催や啓発冊子の作成
- 医療と介護の関係職種の**多職種連携**のための会議設置や研修実施
- 関係職種のスキルアップや理解を深めるためのセミナー等開催
- **在宅医療を推進するための拠点づくり**
- 病院から退院する際の**退院調整ルール**づくりなど

# 多職種合同 研修会

(横須賀市)



# 在宅医療と 介護の見本市



(横須賀市)

# 横須賀市 在宅死亡割合22.9%

20万人以上の都市で全国トップ！

2016年7月8日厚生労働省



# 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)

地域の課題の把握と  
社会資源の発掘

地域の関係者による  
対応策の検討

対応策の  
決定・実行

## 日常生活圏ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

## 地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※ 地域包括支援センターでは総合相談も実施。

## 医療・介護情報の「見える化」 (随時)

他市町村との比較検討

量的・質的分析

### 課題

- 高齢者のニーズ
- 住民・地域の課題
- 社会資源の課題
  - ・介護
  - ・医療
  - ・住まい
  - ・予防
  - ・生活支援
- 支援者の課題
  - ・専門職の数、資質
  - ・連携、ネットワーク

### 社会資源

- 地域資源の発掘
- 地域リーダー発掘
- 住民互助の発掘

事業化・施策化協議

### 介護保険事業計画の策定等

- 都道府県との連携 (医療・居住等)
- 関連計画との調整
  - ・医療計画
  - ・居住安定確保計画
  - ・市町村の関連計画等
- 住民参画
  - ・住民会議
  - ・セミナー
  - ・パブリックコメント等
- 関連施策との調整
  - ・障害、児童、難病施策等の調整

### 地域ケア会議等

- 地域課題の共有
  - ・保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
  - ・地域の共通課題や好取組の共有
- 年間事業計画への反映

具体策の検討

- 介護サービス
  - ・地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のパランスのとれた基盤整備
  - ・行先の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量
- 医療・介護連携
  - ・地域包括支援センターの体制整備 (在宅医療・介護の連携)
  - ・医療関係団体等との連携
- 住まい
  - ・サービス付き高齢者向け住宅等の整備
  - ・住宅施策と連携した居住確保
- 生活支援／介護予防
  - ・自助 (民間活力)、互助 (ボランティア) 等による実施
  - ・社会参加の促進による介護予防
  - ・地域の実情に応じた事業実施
- 人材育成 [都道府県が主体]
  - ・専門職の資質向上
  - ・介護職の処遇改善

地域包括ケアシステムの構築には  
市区町村の保険者としての  
役割が問われている！



# 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)

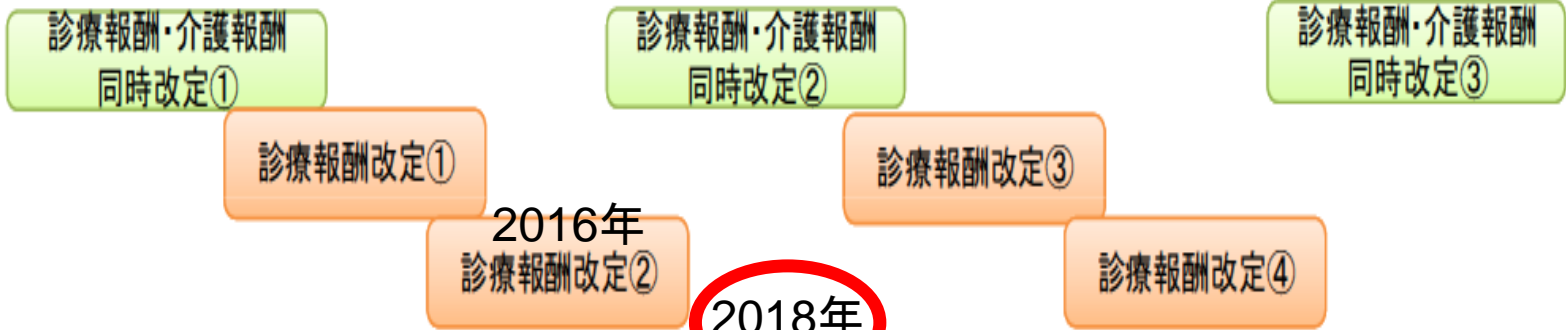
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

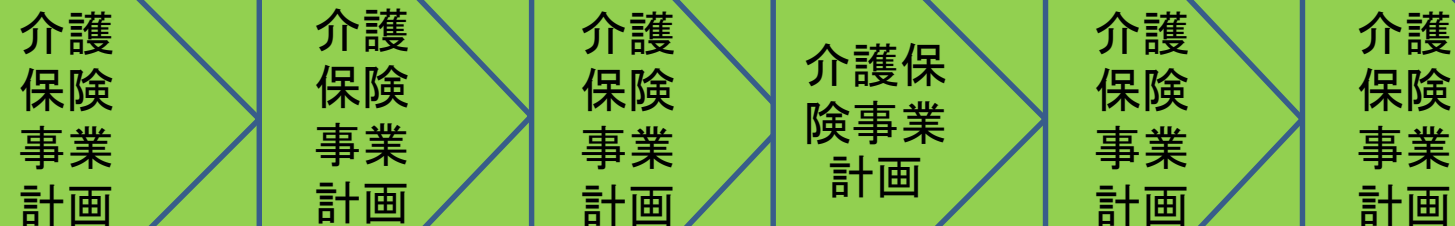
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

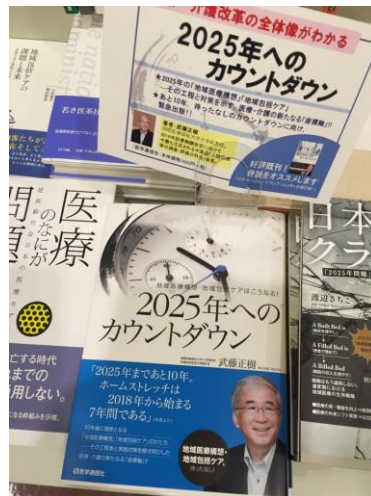
# 2025年へのカウントダウン

～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**



アマゾン売れ筋  
ランキング瞬間風速第一位！



# 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
- ・医療介護一括法の2大テーマは地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築
- ・保険者として地域医療構想への積極参加を！
- ・地域包括ケアシステムの構築が保険者としての市区町村の課題
- ・2025年へむけ保険者の取り組みが期待されている

# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)