

Dr武藤のミニ動画

2024年同時改定

～ポスト2025年、高齢者救急をどこで診る？～



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

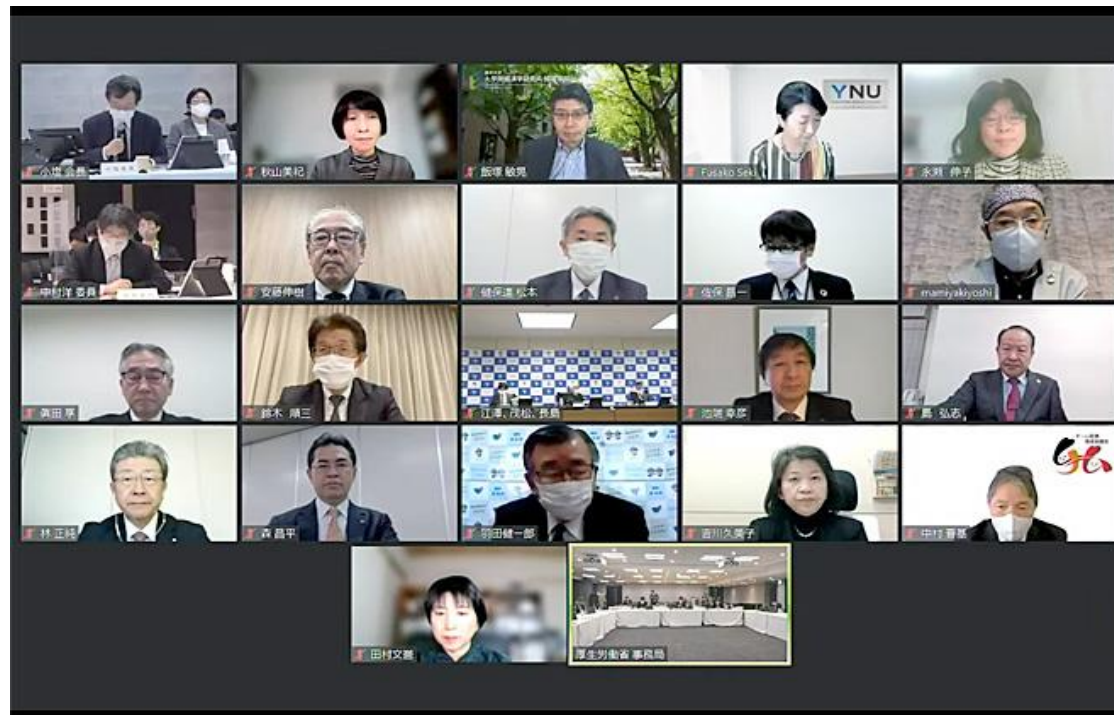
目次



- パート 1
 - 2024年診療報酬改定のポイント
- パート 2
 - 高齢者入院パンデミック
- パート 3
 - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 4
 - 地域包括ケア病棟
- パート 5
 - 介護報酬改定
- パート 6
 - 複合型サービスの創設
- パート 7
 - 老健の医療ケア強化
- パート 8
 - 在宅医療と急変時対応
- パート 9
 - 医薬品がない！
- パート 10
 - 診療報酬改定DX

パート1

2024年診療報酬改定のポイント



中医協総会（2023年1月18日）

同時改定のポイント

- **ポイント1**

- **ポスト2025年を見据えた診療報酬、介護報酬の同時改定であること**

- **ポイント2**

- 2025年に向けて地域医療構想の取り組みを進めるとともに、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」を目指すこと

- **ポイント3**

- 第8次医療計画の5疾患・6事業（新興感染症対応が追加）の開始年であること

- **ポイント4**

- 医師の働き方改革として2024年4月に医師の労働時間上限規制等が設けられること

- **ポイント5**

- 医療DXの実現に向けて医療DX推進本部で議論が進められていること

- **ポイント6**

- 「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論が取りまとめられること

- **ポイント7**

- プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後の在り方について検討が求められていること

65歳以上の高齢者の人口推移

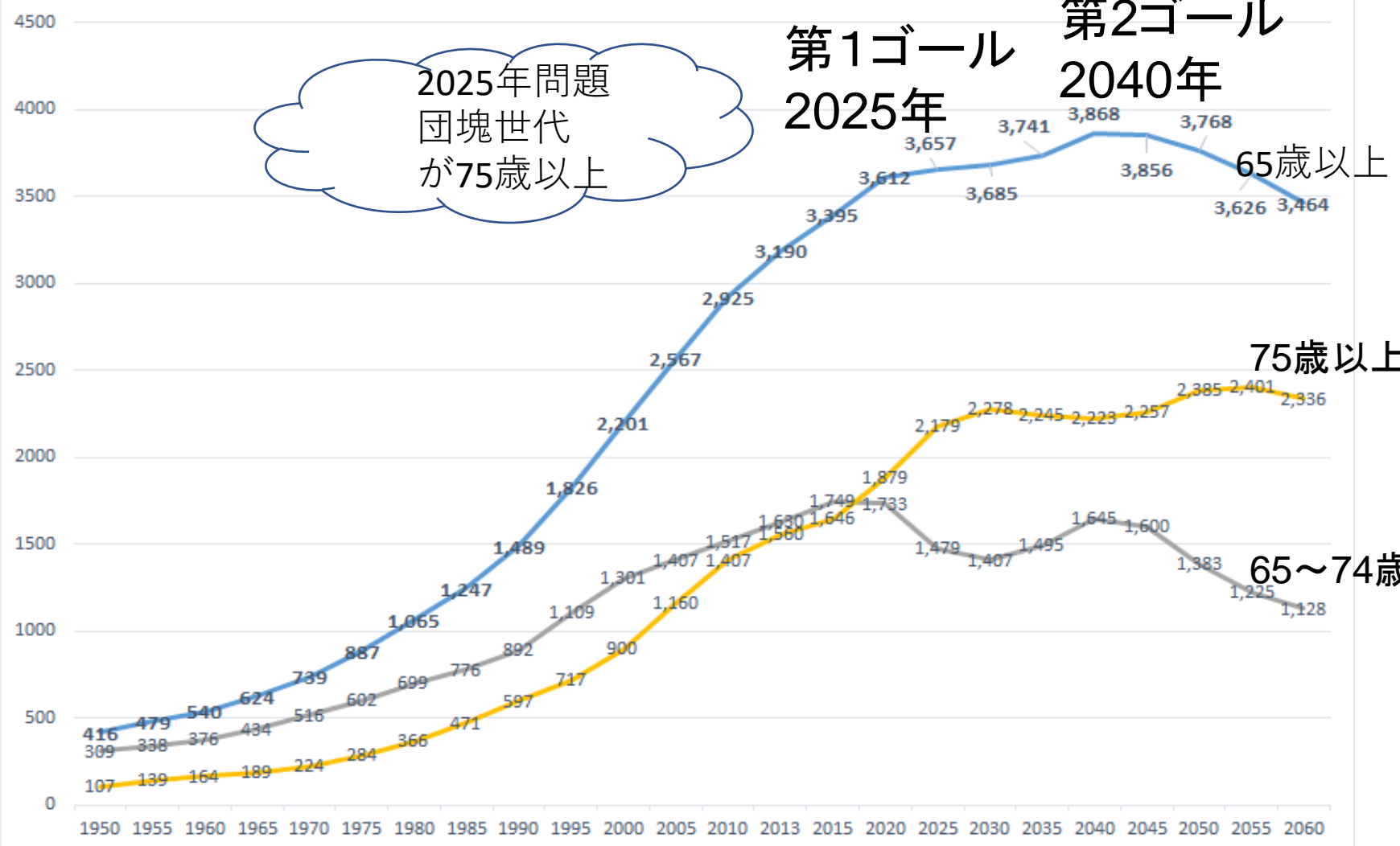
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニア
が65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年

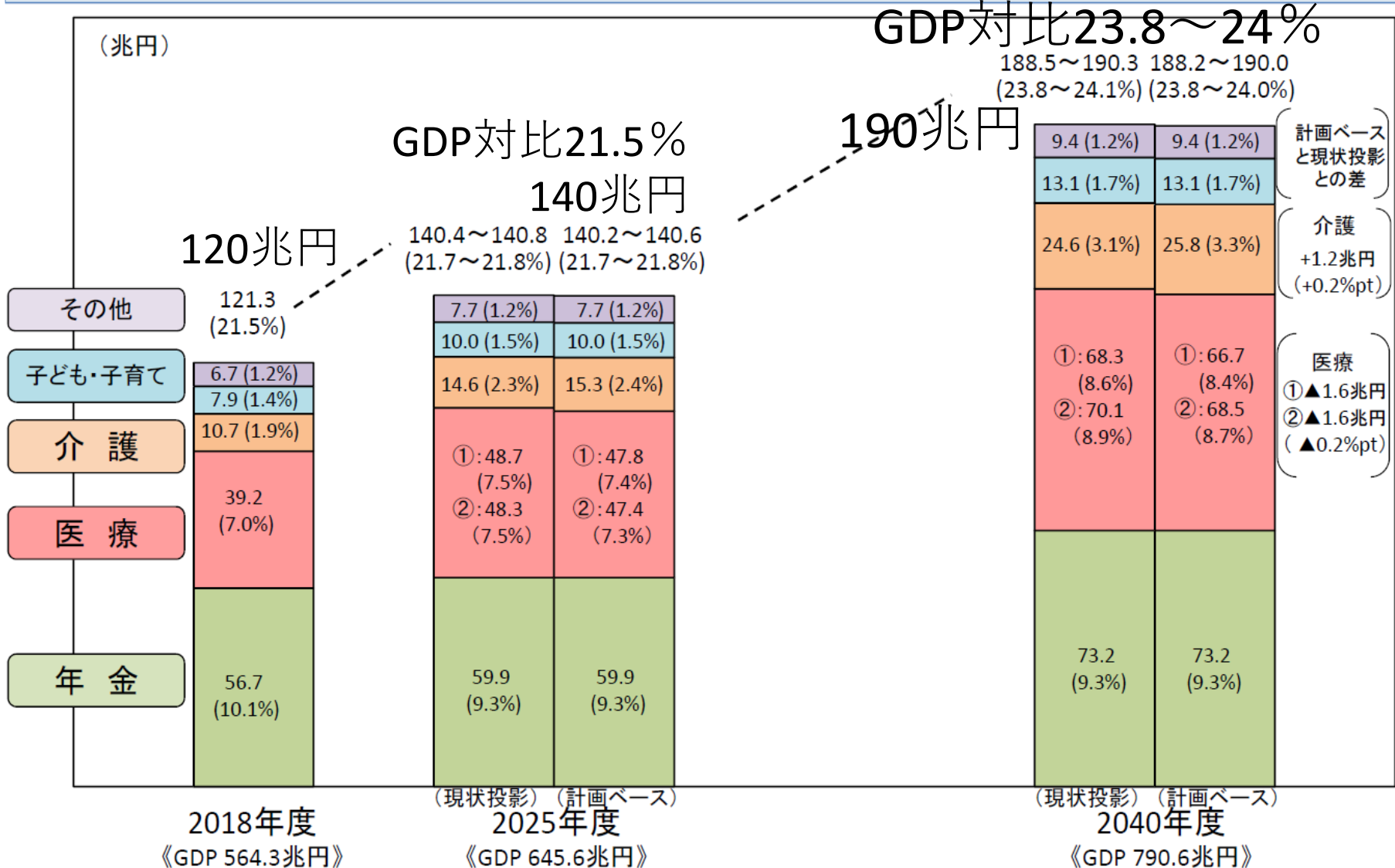


65歳以上

75歳以上

65～74歳

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

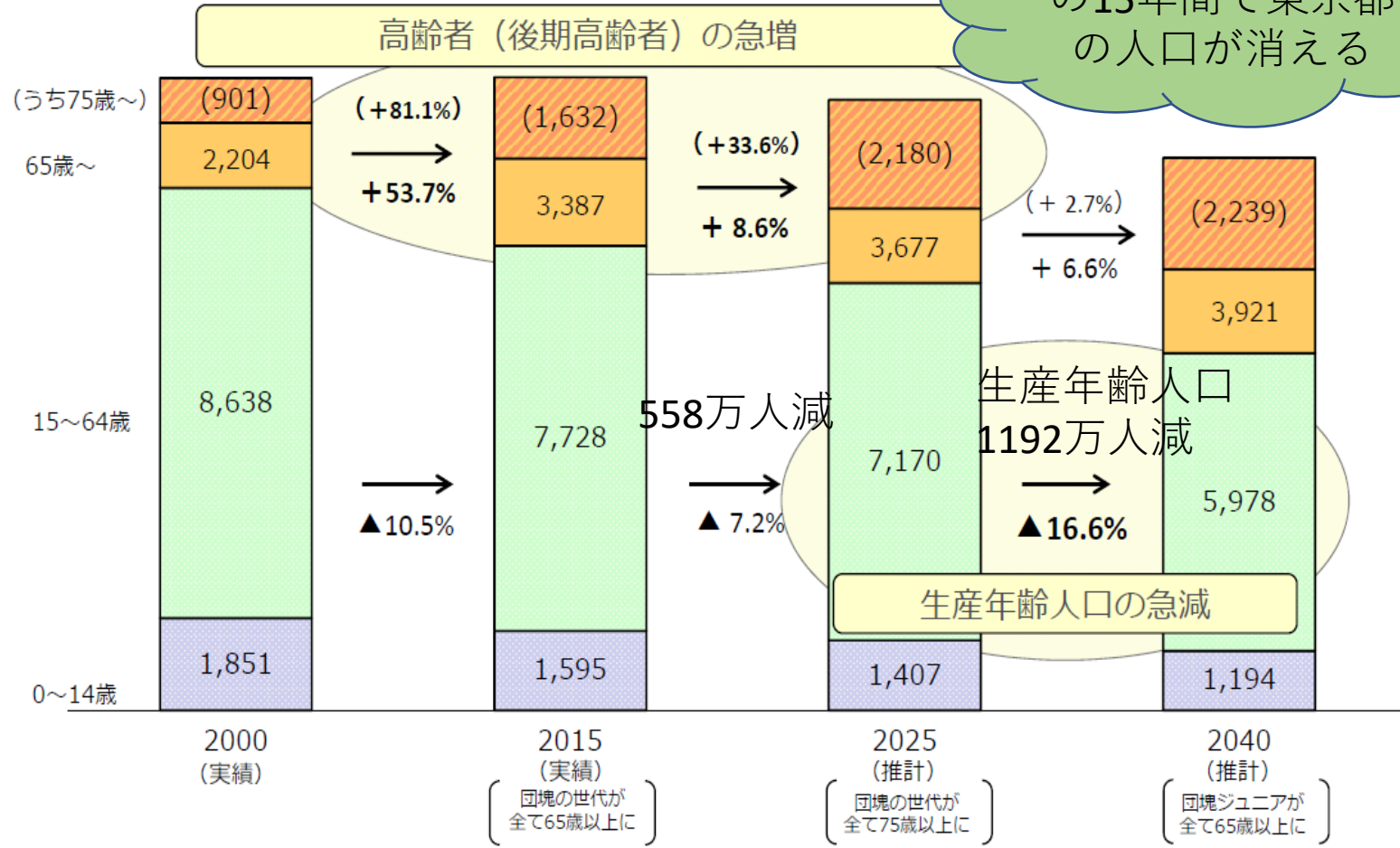
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】

2025年から2040年の15年間で東京都の人口が消える



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

パート 2

高齢者入院パンデミック



2025年
団塊の世代
800万人が後
期高齢者へ

急性期病床に 押し寄せる後期高齢者



後期高齢者
入院パンデ
ミック

入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,754	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	5,754	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,254	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	4,754	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	4,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	3,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

急性期病棟で 悪化する高齢者のADL

急性期病棟における
リハビリの必要性

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

ポスト2025年 団塊世代の後期高齢者で 急性期病床入院パンデミック

急性期病床の7~8割が後
期高齢者で埋め尽くされ
る時代がくる
パンデミックは20年続く



パート 3

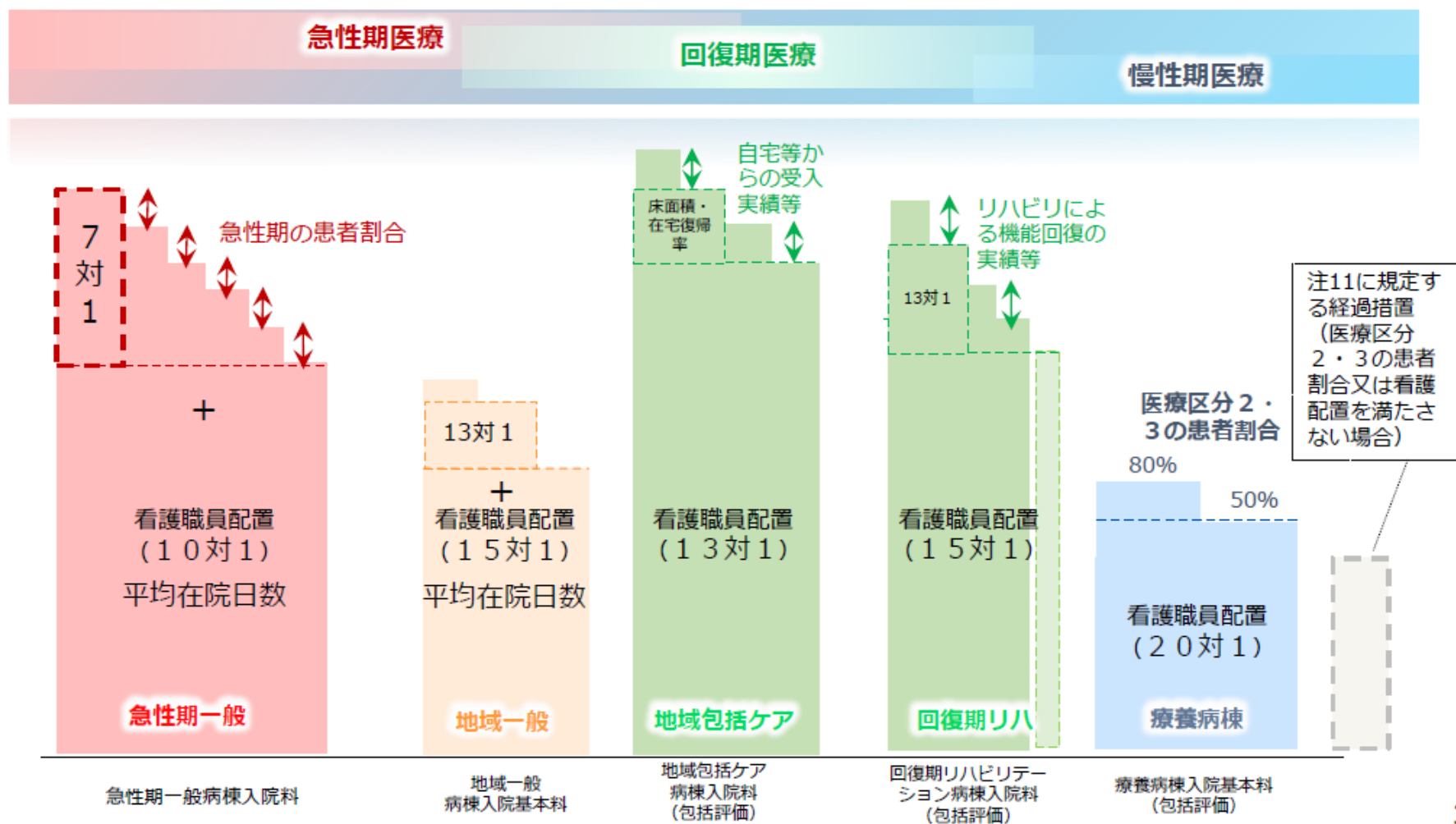
高齢者救急をどこで診る？



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



高齢者救急が 急性期一般病院に 入院するワケ

重症度、医療・
看護必要度



【参考】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

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(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	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(注射剤のみ)、 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、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
7	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	-	-
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
14	危険行動	ない	-	ある	-	-	

「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

- ☑ A項目2点以上 & B項目3点以上
- ☑ A項目3点以上
- ☑ C項目1点以上



高齢者の誤嚥性肺炎、 尿路感染の救急搬送

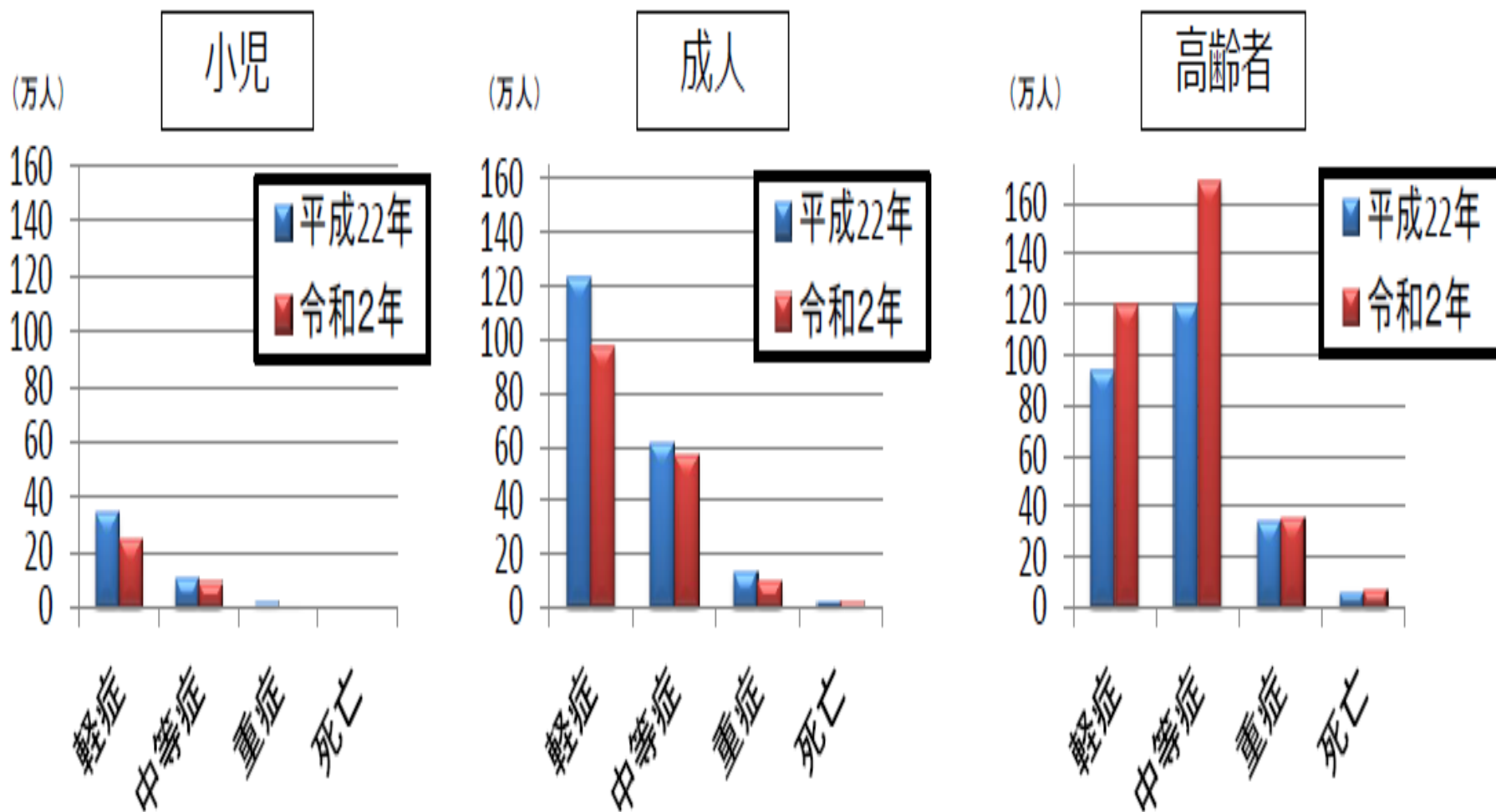


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



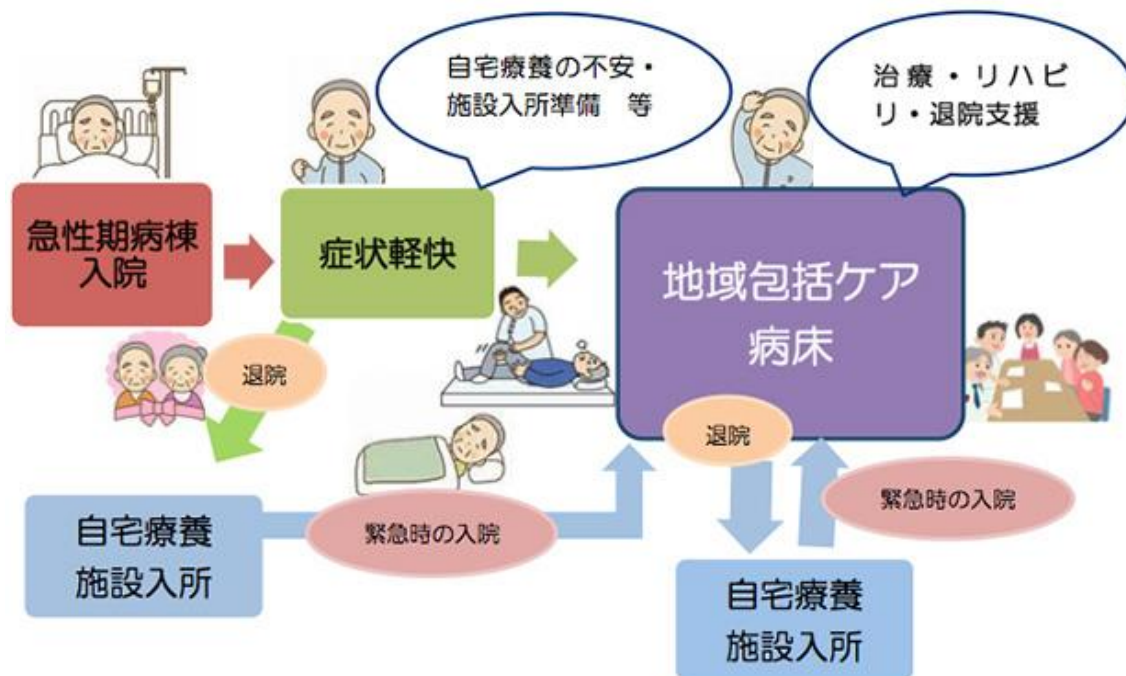
急性期一般1で誤嚥性肺炎・尿路感染の救急搬送を受け入れるワケは？

- 救急搬送患者では「5日間、A項目2点」を獲得できる
- 高齢者の多くはADLに問題があるので、B項目は満たしやすい
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症でも「救急搬送」すれば、急性期一般1の重症度、医療・看護必要度をアップすることができる（A2点以上・B3点以上に該当する）
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症は急性期一般1でも地域一般でも医療資源投入量に大差はない。
- しかし上記の理由から急性期一般1で受け入れることのインセンティブが働いてしまう。

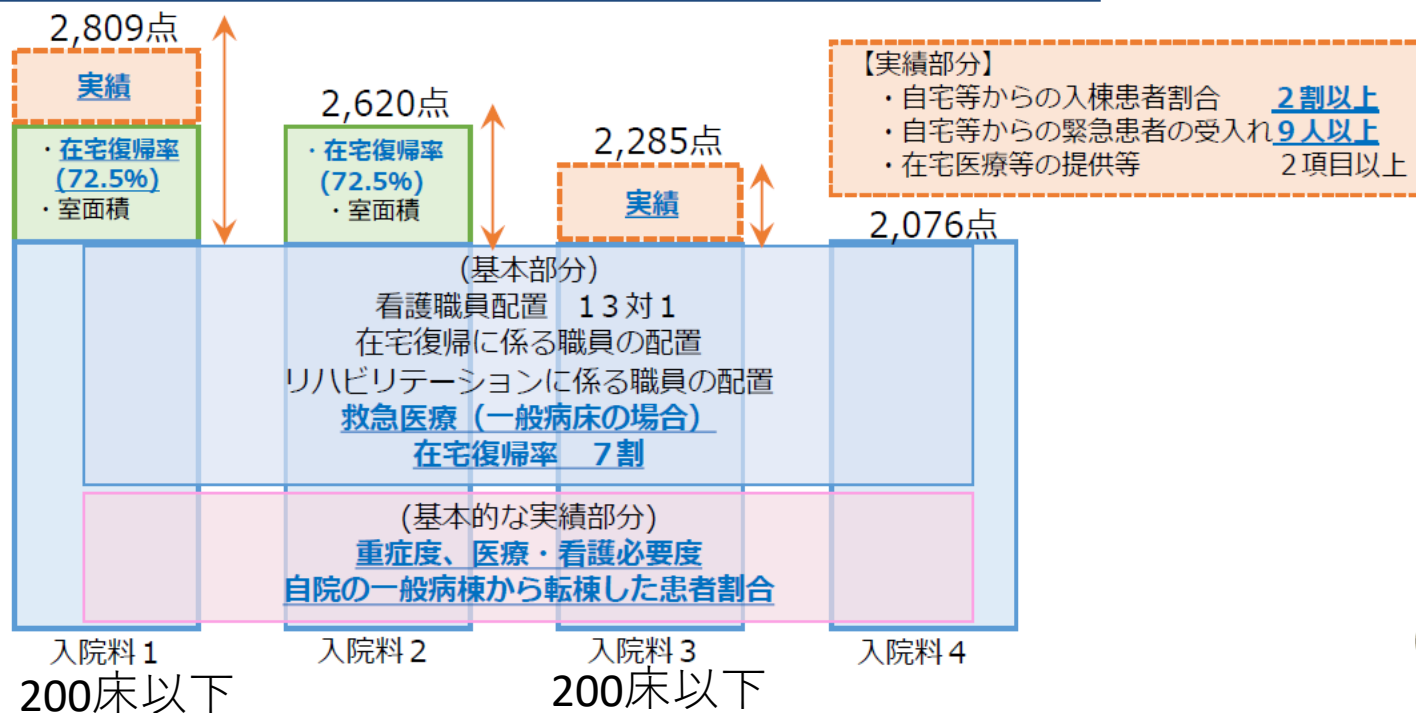
入院外来委員会の委員意見

- 救急搬送A2点・5日間を見直し、A1点とする、あるいは入院から2日までを2点、以降は1点とする（秋山委員）
- 救急搬送A2点・5日間を疾患別に見直す（小池委員）
- 地域包括ケア病棟などでこうした患者をより積極的に受け入れる報酬インセンティブを考える（牧野委員）
- 急性期治療を終えた患者が、1日でも早く後方病床に転院できる仕組みを考える（猪口委員）
- 高齢患者は看護の手間が多くなるので、地域包括ケア病棟で看護加配に対する加算をセットで行うべき（秋山委員）

パート4 地域包括ケア病棟



地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算 1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後)(n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

- 医療・看護の必要性が高く、医療資源投入量が多い点を踏まえ、報酬上のインセンティブを設けるべき（井川委員）
- 現行の在宅患者支援病床初期加算の要件を見直して、受け入れ体制の整備、受け入れの促進を図ってはどうか（武井委員）
- 比較的重症の患者に適切な対応をするには看護加配などが必要となる。また三次救急に高齢患者が搬送等されれば生活状況把握などが困難になることから、地域包括ケア病棟などへの下り搬送が重要。これを評価しては（津留委員）

地域包括ケア病棟で
短期滞在手術患者を受け
入れている

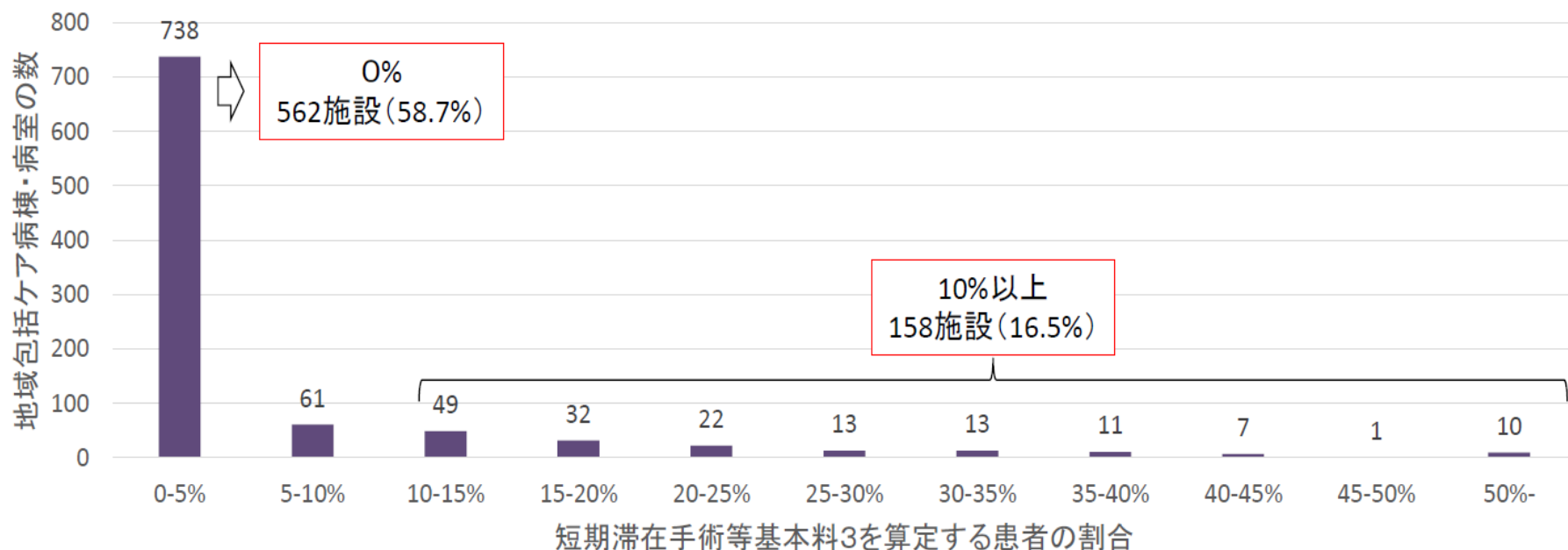


地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数
N = 957



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

地域包括ケア病棟の 救急の受け入れ



受け入れたくない

受け入れるべき

パート5 介護報酬改定



介護事業経営概況調査

介護報酬改定**2021年**と
前年**2020年**の比較

令和4年度介護事業経営概況調査結果の概要 (案)

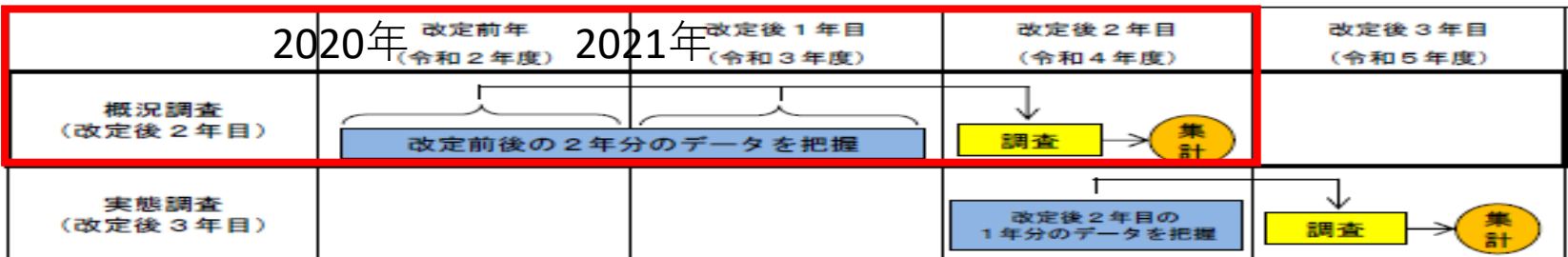
- 調査の目的
各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。
- 調査時期
令和4年5月 (令和2年度決算及び令和3年度決算を調査)
- 調査対象等
 - ・ 調査対象 全ての介護保険サービス
 - ・ 抽出方法 調査対象サービスごとに、層化無作為抽出法により 1 / 1 ~ 1 / 25で抽出
 - ・ 調査客体数 調査客体数：16,830施設・事業所
有効回答数：8,123施設・事業所 (有効回答率：48.3%)
 - ・ 調査項目 サービス提供の状況、居室・設備等の状況、職員配置・給与、収入の状況、支出の状況 等

介護事業経営概況調査と介護事業経営実態調査の比較

	介護事業経営概況調査	介護事業経営実態調査
調査の目的	各サービス施設・事業所の経営状態を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。	
調査対象	全ての介護保険サービス (介護保険施設、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所)	
調査の周期	3年周期	
調査時期	改定後2年目の5月 (今回調査：令和4年5月)	改定後3年目の5月 (前回調査：令和2年5月)
調査対象期間	改定前後の2年分の収支状況	改定後2年目の1年分の収支状況
調査の方法	郵送+電子調査	
調査客体数	16,830 (令和4年度調査)	31,773 (令和2年度調査)
有効回答数	8,123 (令和4年度調査)	14,376 (令和2年度調査)
有効回答率	48.3% (令和4年度調査)	45.2% (令和2年度調査)



調査対象期間等 (イメージ)



各介護サービスにおける収支差率

※括弧なしは、税引前収支差率(コロナ補助金を含む)
 < >内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)
 ()内は、税引後収支差率(コロナ補助金を含む)

コロナ下の2年間の
 決算比較でプラスに
 なったのは
 福祉用具貸与、居宅
 介護支援、夜間対応
 訪問介護のみ

サービスの種類	令和4年度概況調査			サービスの種類	令和4年度概況調査		
	令和2年度 決算	令和3年度 決算	対2年度 増減		令和2年度 決算	令和3年度 決算	対2年度 増減
2020年2021年 施設サービス				福祉用具貸与	1.5%	3.4%	+1.9%
	<1.4%	<3.4%	<+2.0%		(0.5%)	(2.6%)	(+2.1%)
介護老人福祉施設	1.6%	1.3%	△0.3%	居宅介護支援	2.5%	4.0%	+1.5%
	<1.2%	<1.2%	<0.0%		<1.9%	<3.7%	<+1.8%
	(1.6%)	(1.3%)	(△0.3%)		(1.8%)	(3.1%)	(+1.3%)
介護老人保健施設	2.8%	1.9%	△0.9%	地域密着型サービス			
	<2.1%	<1.5%	<△0.6%				
	(2.5%)	(1.3%)	(△1.2%)				
介護療養型医療施設※	9.7%	0.6%	△9.1%	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	8.4%	8.2%	△0.2%
	<9.0%	<△0.4%	<△9.4%		<8.1%	<8.1%	<0.0%
	(9.1%)	(△0.2%)	(△9.3%)		(7.7%)	(7.8%)	(+0.1%)
介護医療院	7.0%	5.8%	△1.2%	夜間対応型訪問介護※	△8.6%	3.8%	+12.4%
	<6.2%	<5.2%	<△1.0%		<△9.0%	<3.8%	<+12.8%
	(6.5%)	(5.3%)	(△1.2%)		(△8.9%)	(3.3%)	(+12.2%)
居宅サービス				地域密着型通所介護	4.0%	3.4%	△0.6%
	<3.5%	<3.1%	<△0.4%		(3.7%)	(3.1%)	(△0.6%)
訪問介護	6.9%	6.1%	△0.8%	認知症対応型通所介護	9.3%	4.4%	△4.9%
	<6.3%	<5.8%	<△0.5%		<8.8%	<4.3%	<△4.5%
	(6.4%)	(5.5%)	(△0.9%)		(9.1%)	(4.3%)	(△4.8%)

訪問入浴介護	6.4% <6.1%> (4.7%)	3.7% <3.6%> (2.5%)	△2.7% <△2.5%> (△2.2%)	小規模多機能型居宅介護	4.1% <3.8%> (4.1%)	4.7% <4.6%> (4.5%)	+0.6% <+0.8%> (+0.4%)
訪問看護	9.5% <9.0%> (9.1%)	7.6% <7.2%> (7.1%)	△1.9% <△1.8%> (△2.0%)	認知症対応型共同生活介護	5.8% <5.5%> (5.5%)	4.9% <4.8%> (4.6%)	△0.9% <△0.7%> (△0.9%)
訪問リハビリテーション	0.0% <△1.1%> (△0.4%)	0.6% <△0.4%> (0.2%)	+0.6% <+0.7%> (+0.6%)	地域密着型特定施設入居者生活介護	3.7% <3.3%> (3.2%)	3.0% <2.8%> (2.6%)	△0.7% <△0.5%> (△0.6%)
通所介護	3.8% <3.2%> (3.5%)	1.0% <0.7%> (0.7%)	△2.8% <△2.5%> (△2.8%)	地域密着型介護老人福祉施設	1.1% <0.7%> (1.1%)	1.2% <1.1%> (1.2%)	+0.1% <+0.4%> (+0.1%)
通所リハビリテーション	1.6% <0.9%> (1.3%)	0.5% <△0.3%> (0.2%)	△1.1% <△1.2%> (△1.1%)	看護小規模多機能型居宅介護	5.2% <4.9%> (4.9%)	4.6% <4.4%> (4.2%)	△0.6% <△0.5%> (△0.7%)
短期入所生活介護	5.4% <4.9%> (5.3%)	3.3% <3.2%> (3.3%)	△2.1% <△1.7%> (△2.0%)	全サービス平均	3.9% <3.4%> (3.5%)	3.0% <2.8%> (2.6%)	△0.9% <△0.6%> (△0.9%)
特定施設入居者生活介護	4.6% <4.4%> (3.6%)	4.0% <3.9%> (3.1%)	△0.6% <△0.5%> (△0.5%)				

収支差率 = (介護サービスの収益額 - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額

・ 介護サービスの収益額は、介護事業収益と借入金利息補助金収益の合計額

※ 介護事業収益は、介護報酬による収入（利用者負担分含む）、保険外利用料収入、補助金収入（の合計額

※ 「コロナ補助金を含まない」については、上記の介護事業収益の計算のうち、補助金収入から当該補助金を除く

・ 介護サービスの費用額は、介護事業費用、借入金利息及び本部費繰入（本部経費）の合計額

注1：サービス名に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注2：全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

コロナ下の2年間の
決算比較でプラスに
なったのは
小多機、地域密着型
介護老人福祉施設
のみ

各介護サービスの収支差率及び給与費割合（過去の調査結果との比較）

※令和2年度決算・令和3年度決算の括弧なしは、税引前収支差率(コロナ補助金を含む)
 令和2年度決算・令和3年度決算の()内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)
 令和2年度決算・令和3年度決算の()内は、税引後収支差率(コロナ補助金を含む)

収入に対する給与費割合が軒並み上がっている

	令和2年度実態調査		令和4年度概況調査					
	令和元年度決算		令和2年度決算		令和3年度決算			
	収支差率 ()内は税引後	収入に対する 給与費の割合	収支差率	収入に対する 給与費の割合	収支差率	対2年度 増減	収入に対する 給与費の割合	対2年度 増減
施設サービス								
1	1.6%	63.6%	1.6%	63.9%	1.3%	△0.3%	64.2%	+0.3%
	(1.6%)		<1.2%	<64.1%	<1.2%	<0.0%	<64.3%	<+0.2%
2	2.4%	61.7%	2.6%	61.4%	1.9%	△0.9%	62.0%	+0.6%
	(2.2%)		<2.1%	<61.8%	<1.5%	<△0.6%	<62.2%	<+0.4%
3	2.8%	60.9%	※ 9.7%	55.6%	※ 0.6%	△9.1%	61.0%	+5.4%
	(2.3%)		※ <9.0%	<56.0%	※ <△0.4%	<△9.4%	<61.6%	<+5.6%
			※ (9.1%)		※ (△0.2%)	(△9.3%)		
4	※ 5.2%	59.4%	7.0%	58.4%	5.8%	△1.2%	59.4%	+1.0%
	※ (4.7%)		<6.2%	<58.9%	<5.2%	<△1.0%	<59.8%	<+0.9%
			(6.5%)		(5.3%)	(△1.2%)		
居宅サービス								
5	2.6%	77.6%	6.9%	72.4%	6.1%	△0.8%	73.1%	+0.7%
	(2.3%)		<6.3%	<72.9%	<5.8%	<△0.5%	<73.3%	<+0.4%
			(6.4%)		(5.5%)	(△0.9%)		
6	3.6%	66.0%	6.4%	62.9%	3.7%	△2.7%	64.7%	+1.8%
	(2.7%)		<6.1%	<63.1%	<3.6%	<△2.5%	<64.8%	<+1.7%
			(4.7%)		(2.5%)	(△2.2%)		
7	4.4%	78.0%	9.5%	71.9%	7.6%	△1.9%	73.6%	+1.7%
	(4.2%)		<9.0%	<72.3%	<7.2%	<△1.0%	<73.9%	<+1.6%
			(9.1%)		(7.1%)	(△2.0%)		
8	2.4%	72.3%	0.0%	71.5%	0.6%	+0.6%	71.4%	△0.1%
	(1.9%)		<△1.1%	<72.2%	<△0.4%	<+0.7%	<72.1%	<△0.1%
			(△0.4%)		(0.2%)	(+0.6%)		
9	3.2%	63.8%	3.8%	63.0%	1.0%	△2.8%	64.7%	+1.7%
	(2.9%)		<3.2%	<63.4%	<0.7%	<△2.5%	<64.8%	<+1.4%
			(3.5%)		(0.7%)	(△2.8%)		
10	1.8%	66.7%	1.6%	64.6%	0.5%	△1.1%	65.6%	+1.0%
	(1.4%)		<0.9%	<65.1%	<△0.3%	<△1.2%	<66.1%	<+1.0%
			(1.3%)		(0.2%)	(△1.1%)		

パート6

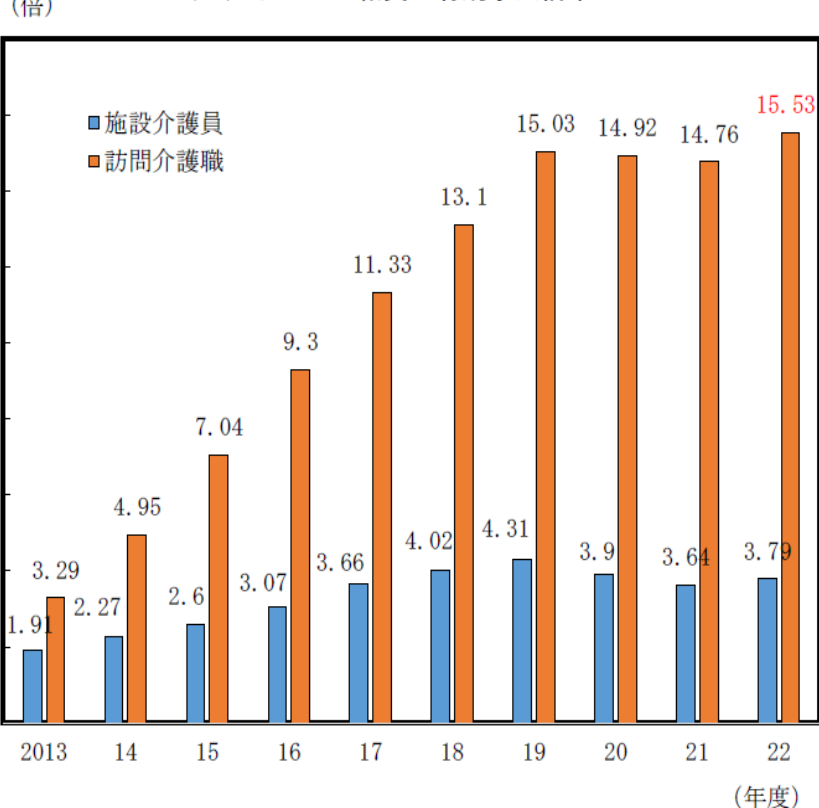
複合型サービスの創設

2024年介護報酬改定

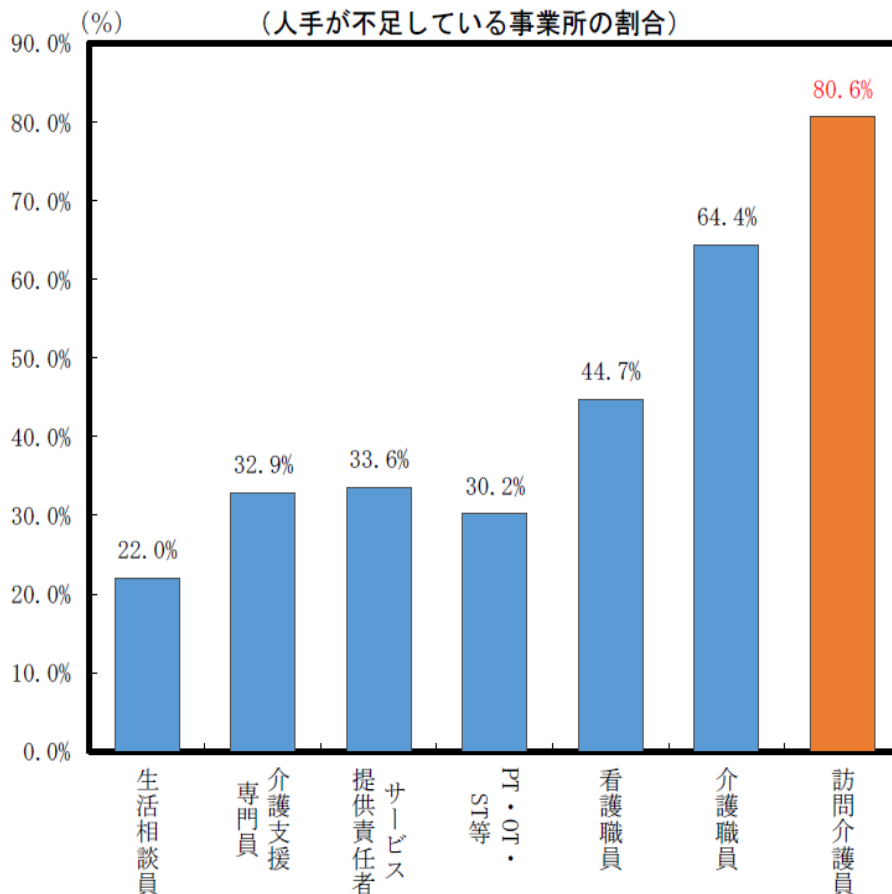
訪問介護員の人手不足の現状

- 介護サービス職員の有効求人倍率をみると、施設介護職員と比較して、訪問介護員の有効求人倍率が高くなっており、2022年度時点で15.53倍となっている。
- 職種別の介護労働者の人手不足感をみると、約8割の事業所が、訪問介護員の不足を感じている。

(1) サービス職員の有効求人倍率



(2) 介護職員の職種別の人手不足感 (人手が不足している事業所の割合)



資料出所：

(1) 厚生労働省「職業安定業務統計」をもとに厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課にて作成。

(注1) パートタイムを含む常用の値。

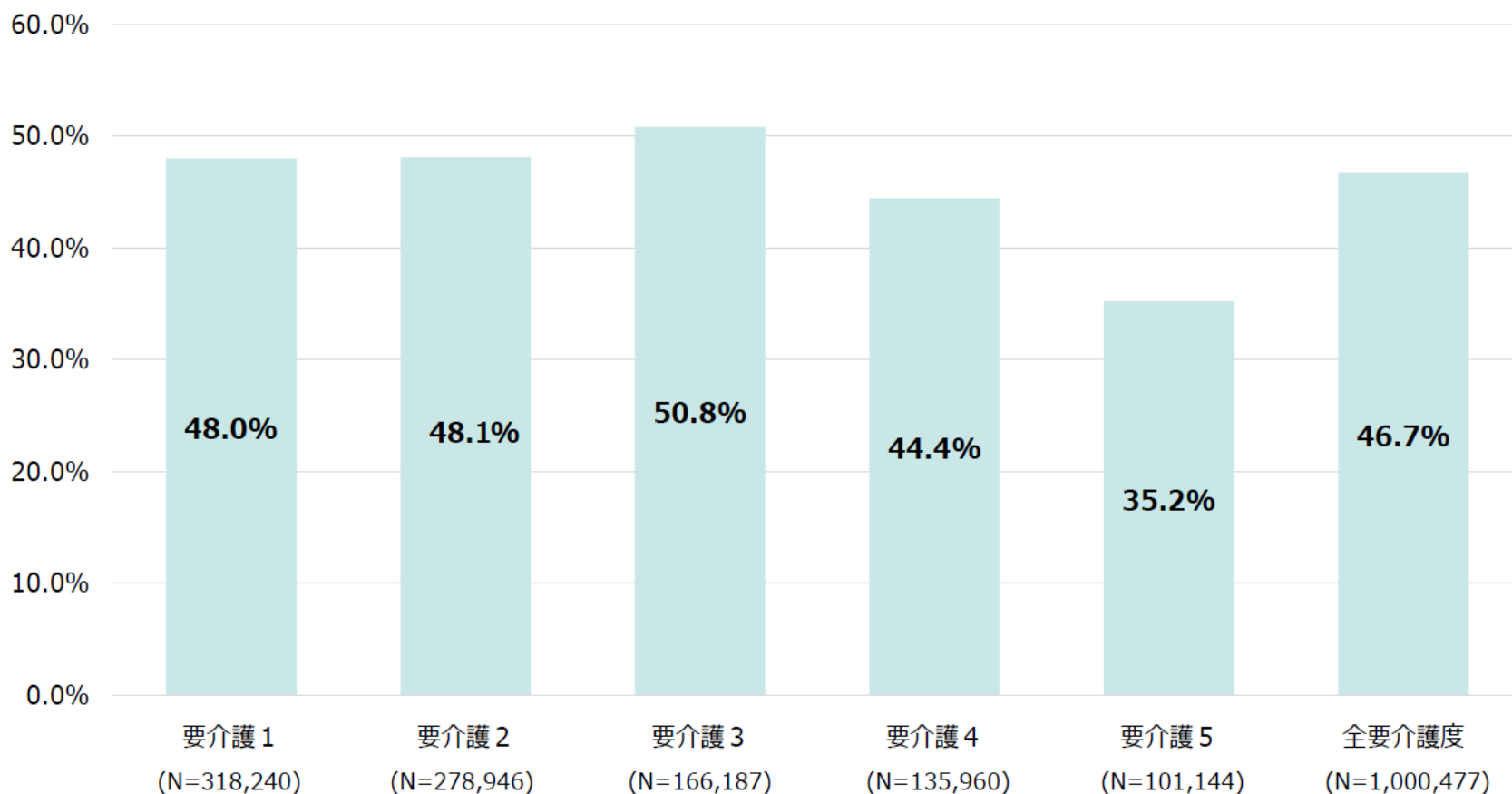
(注2) 平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく、以下の職業分類区分の合計。施設介護員：「361 施設介護員」、訪問介護職：「362 訪問介護員」。

(注3) 有効求人倍率を算出するための求職者の数値について、集計上、一部の小分類において実態より値が小さくなることもあり、留意が必要。

(2) (公財) 介護労働安定センター「令和3年度 介護労働実態調査」からデータを抜粋して作成。

訪問介護と通所介護等の併用者の割合（経年）

- 訪問介護の利用者のうち、通所介護又は地域密着型通所介護を利用している者の割合は、要介護1が48.0%、要介護2が48.1%、要介護3が50.8%、要介護4が44.4%、要介護5が35.2%、全要介護度が46.7%となっている。

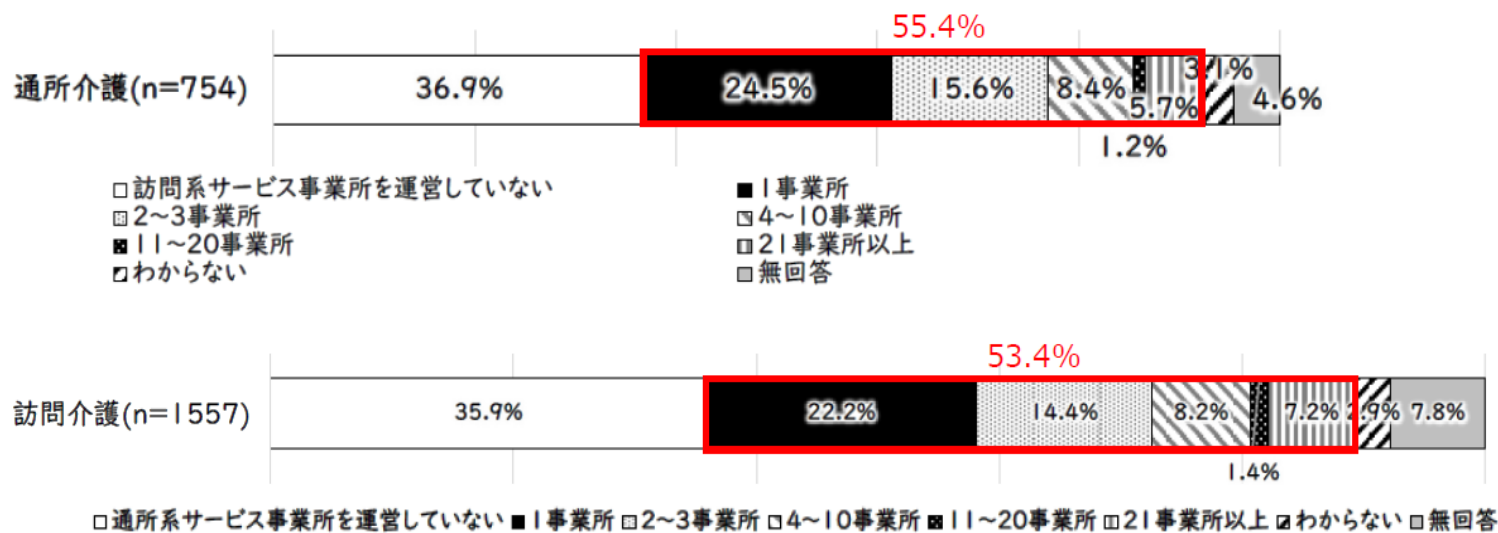


【出典】介護保険総合データベース任意集計（令和3年11月サービス提供分）

※地域密着型通所介護は、療養通所介護の利用を除く。

通所（訪問）系サービス事業所の法人が運営している訪問（通所）事業所数

- 通所介護事業所の法人は、55.4%が訪問系サービス事業所を運営している。
- 訪問介護事業所の法人は、53.4%が通所系サービス事業所を運営している。
- ⇒ 半数以上の事業者が訪問介護事業所と通所介護事業所の双方を運営



【通所介護等事業所と同一敷地内又は隣接敷地にある事業所(同一法人運営)】

	件数	訪問介護	居宅介護支援
通所介護	754	399	347
	100%	52.9%	46.0%
地域密着型通所介護	802	401	240
	100%	50.0%	29.9%

※訪問介護・居宅介護支援を抜粋記載

【訪問介護等事業所と同一敷地内又は隣接敷地にある事業所(同一法人運営)】

	件数	通所介護	地密通所	居宅介護支援
訪問介護	1,557	674	160	748
	100%	43.3%	10.3%	48.0%

※通所介護・地密通所・居宅介護支援を抜粋記載

訪問系サービスと通所系サービスを併用することのメリット

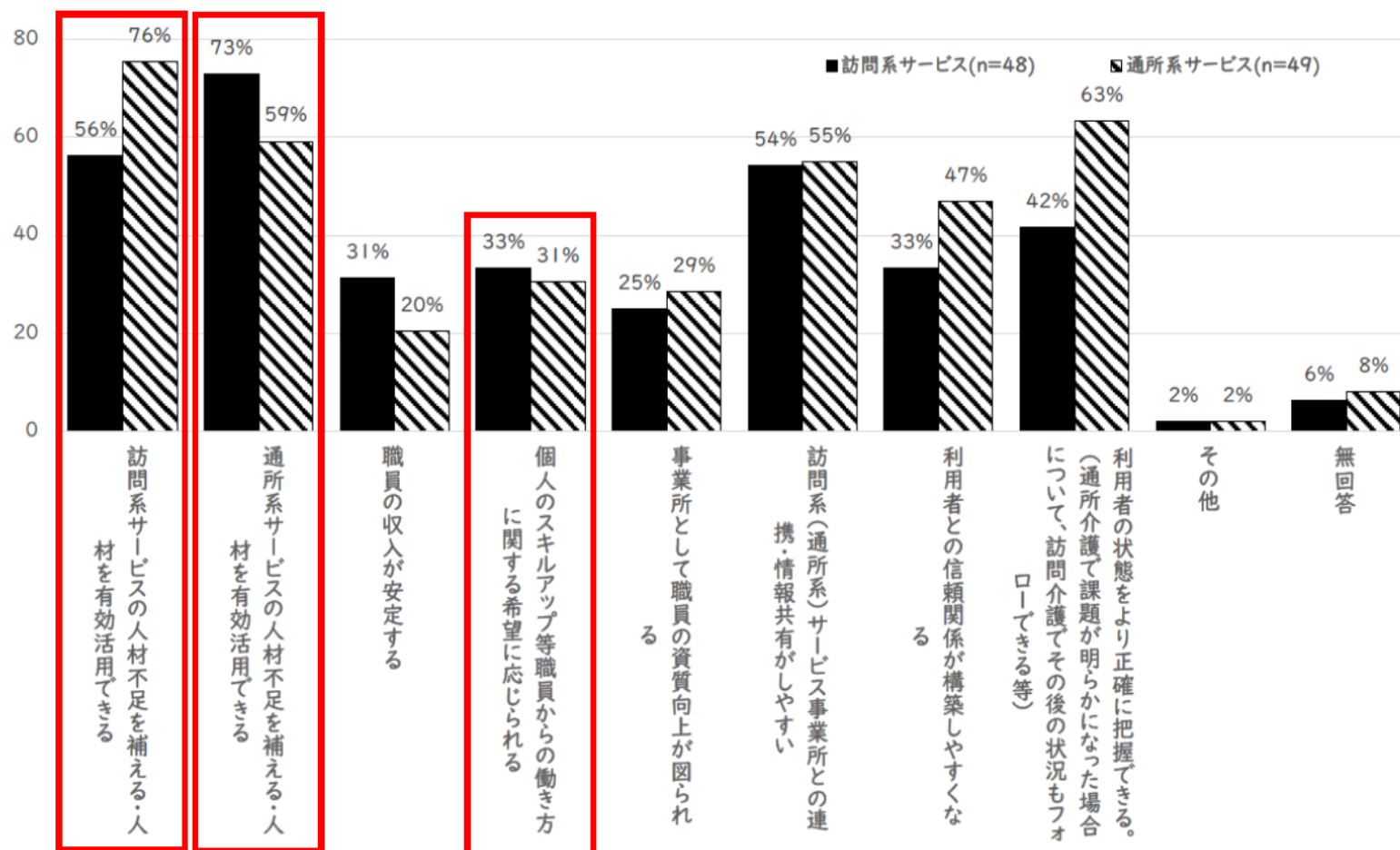
- ヒアリング調査においては、併用していることの効果として、以下の事項などが指摘されている。
 - ・ 利用者と接する時間が長い通所介護で利用者の性格やニーズを把握し、訪問介護側にフィードバック。
 - ・ 独居の利用者に朝の服薬の確認をしており、訪問介護と連携して吸入薬の回数の確認をしている。通所介護に行くための準備を訪問介護でもってもらうこともあり効果的。
 - ・ より在宅時の状況を確認でき、現有能力を生かす対策が立てやすい。 等

【（サービス名）】：ヒアリング事業所種別

項目	内容
利用者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老々介護の方、一人暮らしの方、同居の家族が早く出勤してしまう方等。【訪問介護】 ・ 毎日何らかの支援が必要な利用者、退院直後の利用者、ターミナル期の利用者が多い。【定期巡回】 ・ 外に出ることや人と会うことが苦手な方。まず訪問系サービスをきっかけに人に慣れてもらい、その後同一法人の通所介護と連携して送り出しを行う、ヘルパーが通所介護にも顔を出す等により通所介護につないでいる。【定期巡回】 ・ 独居・高齢者世帯で訪問介護に通所介護の送り出しをってもらうケースが最も多い。【訪問介護】 ・ 認知症・重度、身体を動かす機会が少ない、栄養状態がよくない、フレイル、独居や日中独居、身寄りがいない方。【訪問看護】 ・ ほぼ独居の利用者で、見守りのためになるべく多くサービスを提供する必要がある方が訪問介護と通所介護を併用【通所介護】
併用することの効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者と接する時間が長い<u>通所介護</u>で利用者の性格やニーズを把握し、<u>訪問介護側</u>にフィードバック。【訪問介護】 ・ 訪問介護は部分的な関わりのため、生活を改善させるために、通所で長時間のコミュニケーションをとれる。【訪問介護】 ・ 訪問介護で生活援助、身体介護（入浴、足浴）といった日常生活の支援をしつつ、通所介護で社会参加と機能訓練（運動・体操・リハビリ）を行うことで、歩行状態の維持につながっている。【訪問介護】 ・ ヘルパーが入ったことで通所介護の送り出しができるようになり、定期的利用につながり、身体機能の向上につながった。【訪問介護】 ・ 訪問だけでは限られた人との交流となり老人性うつ懸念もある。訪問のみの方と比べて、通所を併用されている方の方が社会参加が続くことで生活意欲が保たれる。【訪問看護】 ・ <u>独居の利用者に朝の服薬の確認をしており、訪問介護と連携して吸入薬の回数の確認</u>をしている。<u>通所介護に行くための準備を訪問介護でもってもらうこともあり効果的。</u>【通所介護】 ・ より在宅時の状況を確認でき、<u>現有能力を生かす対策が立てやすい。</u>【居宅介護支援】

通所(訪問)系サービスの職員が訪問(通所)系サービスにも勤務していることのメリット

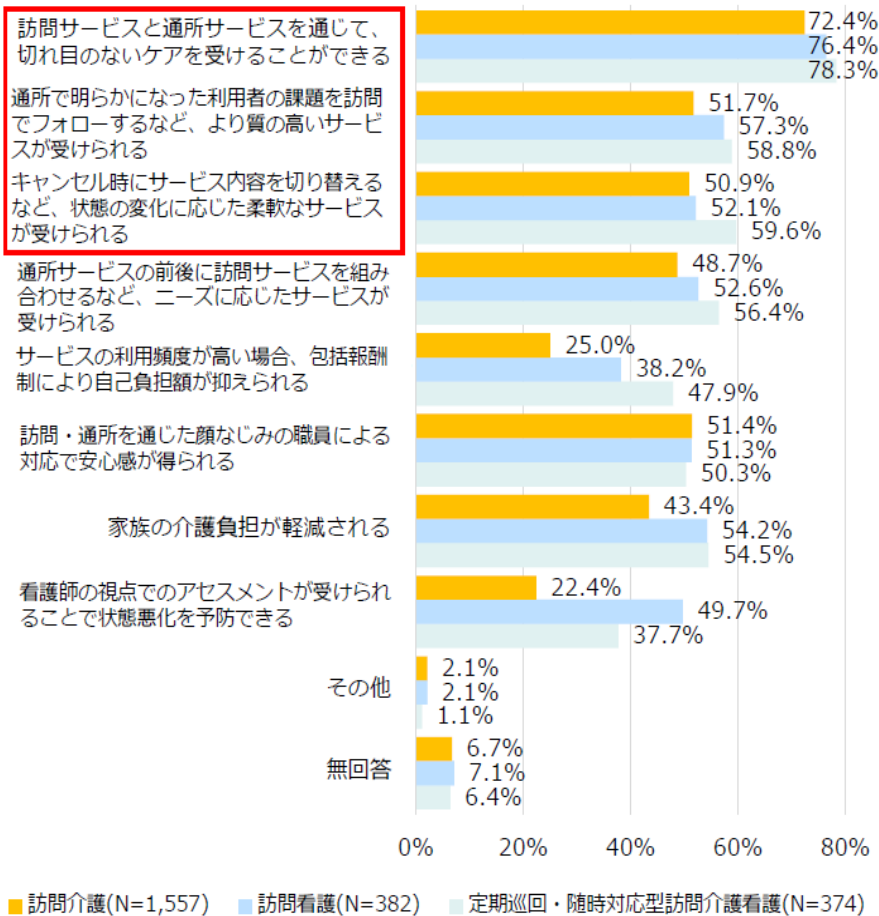
- 訪問系サービス事業所の回答では、「通所系サービスの人材不足を補える・人材を有効活用できる」が73%で、通所系サービス事業所の回答では、「訪問系サービスの人材不足を補える・人材を有効活用できる」が76%で最も多かった。
- 訪問系・通所系サービス事業所のいずれから、「個人のスキルアップ等職員からの働き方に関する希望に応じられる」の回答が約3割あった。



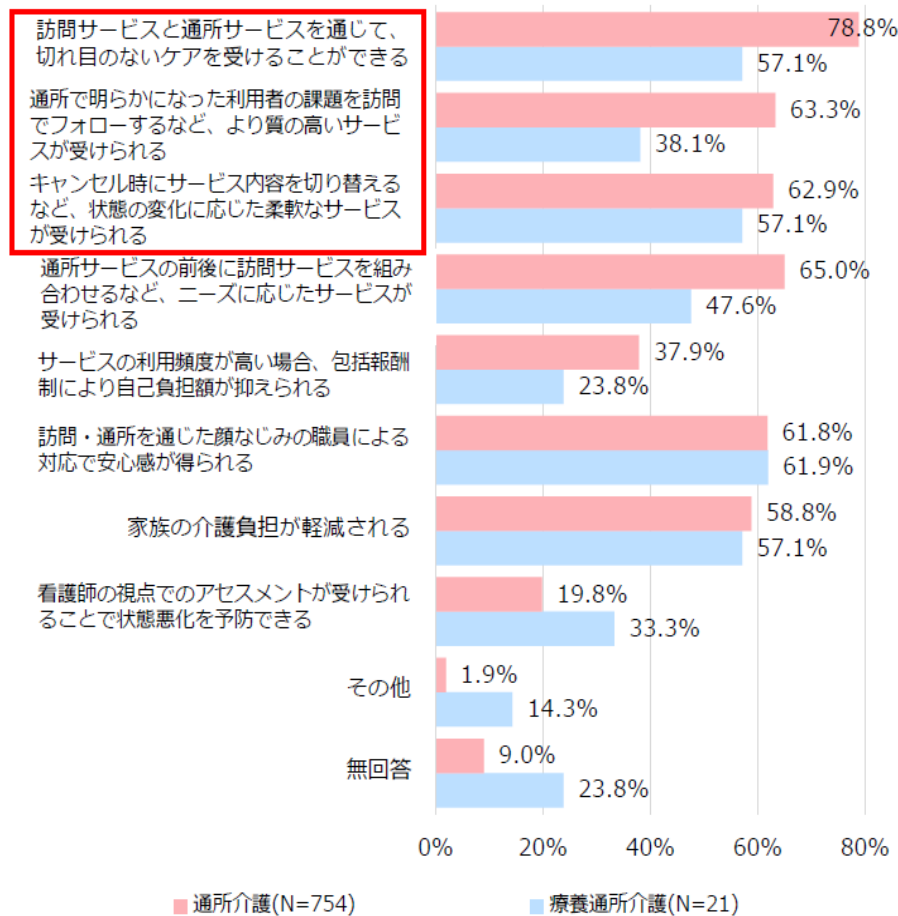
訪問系サービスと通所系サービスを組み合わせた複合的なサービスがあった場合の利用者のメリット

○ 訪問系サービスと通所系サービスを組み合わせた複合的なサービスがあった場合の利用者のメリットは、「訪問サービスと通所サービスを通じて、切れ目のないケアを受けることができる」、「通所で明らかになった利用者の課題を訪問でフォローするなど、より質の高いサービスが受けられる」、「キャンセル時にサービス内容を切り替えるなど状態の変化に応じた柔軟なサービスが受けられる」などの回答割合が多かった。

【訪問系サービス事業所回答】



【通所系サービス事業所回答】



複合型サービスを
創設してはどうか？



パート7 老健の医療ケアの強化



衣笠ろうけん

老健内での医療

所定疾患施設療養費

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的良好に発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

所定疾患施設療養費 305単位/日

(1月に1回、連続する7日に限る)

○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

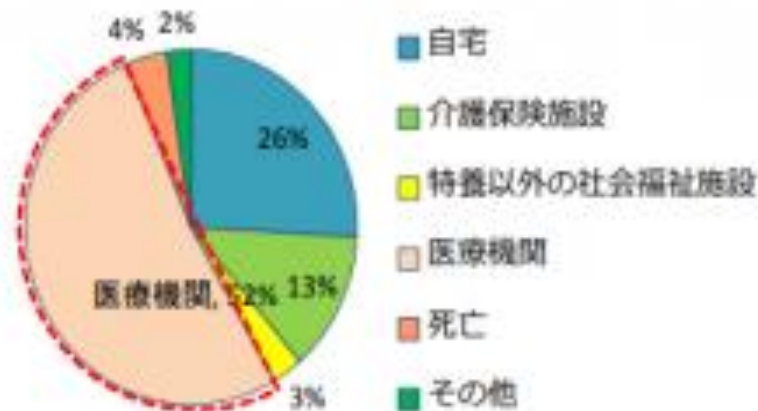
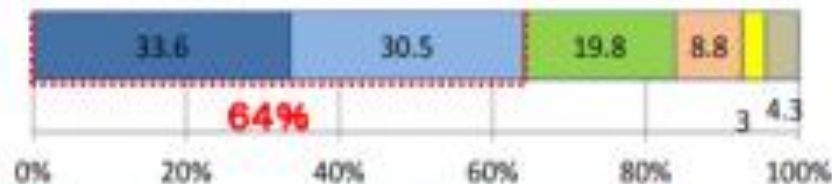


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



- かなりそう思う
- まあそう思う
- どちらともいえない
- あまりそう思わない
- ほとんどそう思わない
- 無回答

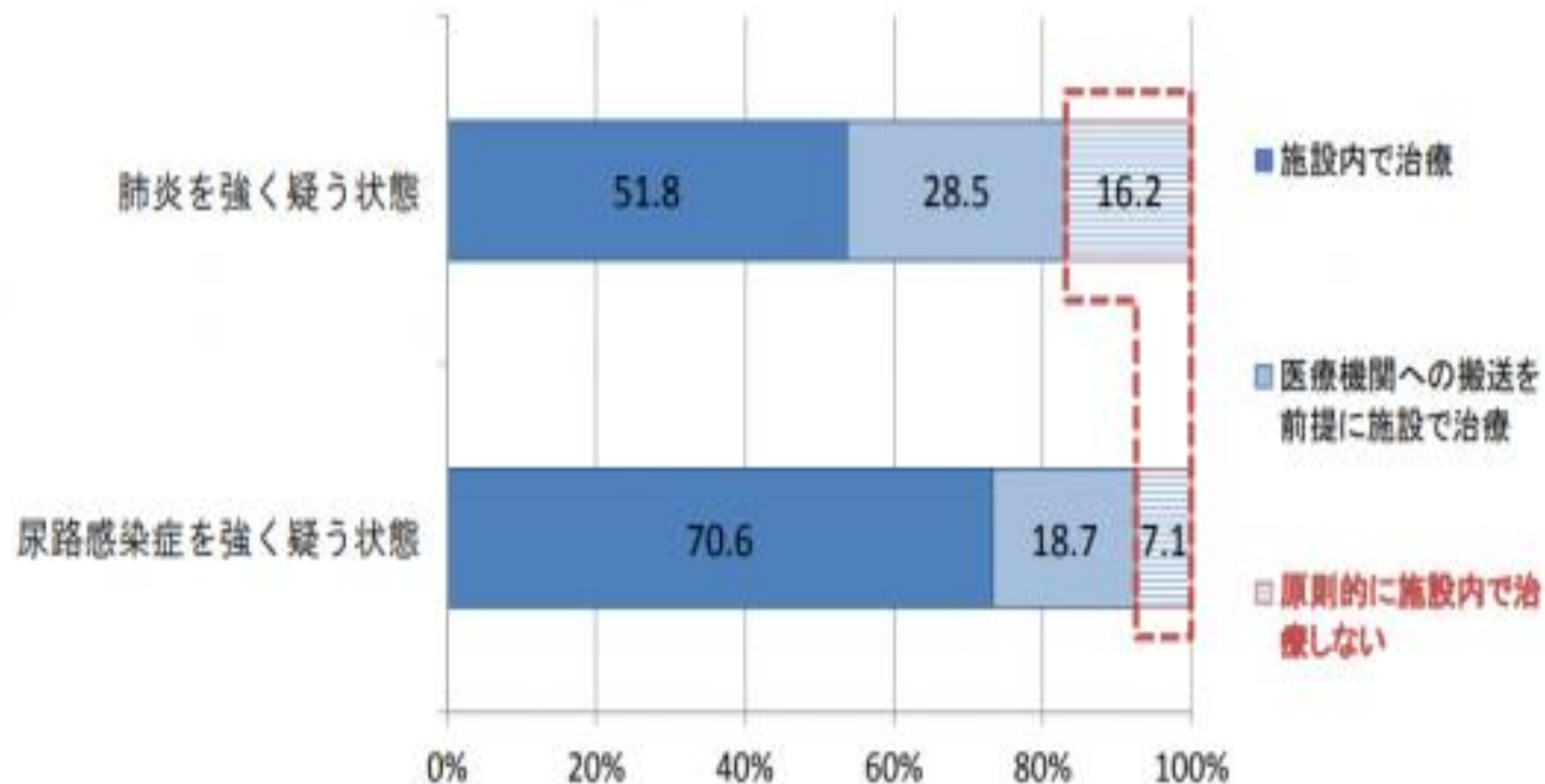
(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

老健全体 (n = 2,245)



21. 介護老人保健施設 ④入所者への医療の提供 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。
- 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

単位数

<現行>

所定疾患施設療養費 305単位/日

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I) 235単位/日

所定疾患施設療養費 (II) 475単位/日 (新設)

算定要件等

<現行>

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I)

同左

所定疾患施設療養費 (II)

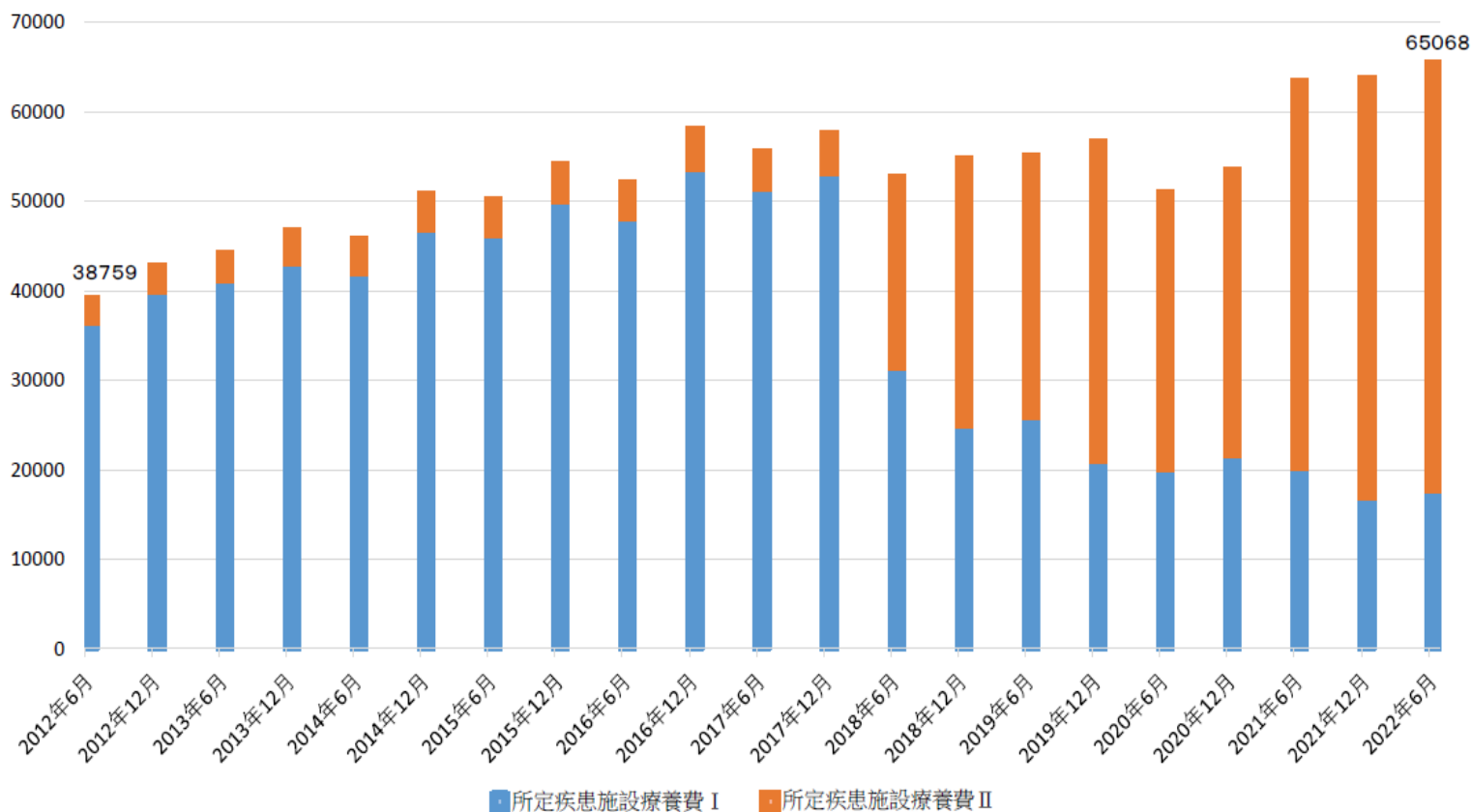
- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

所定疾患施設療養費の算定状況

○ 介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の算定回数は増加傾向

■ 所定疾患施設療養費の算定状況の推移



出典：介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。

医療
ショート

短期入所療養介護入所

介護老人保健施設

退所

在宅

在宅

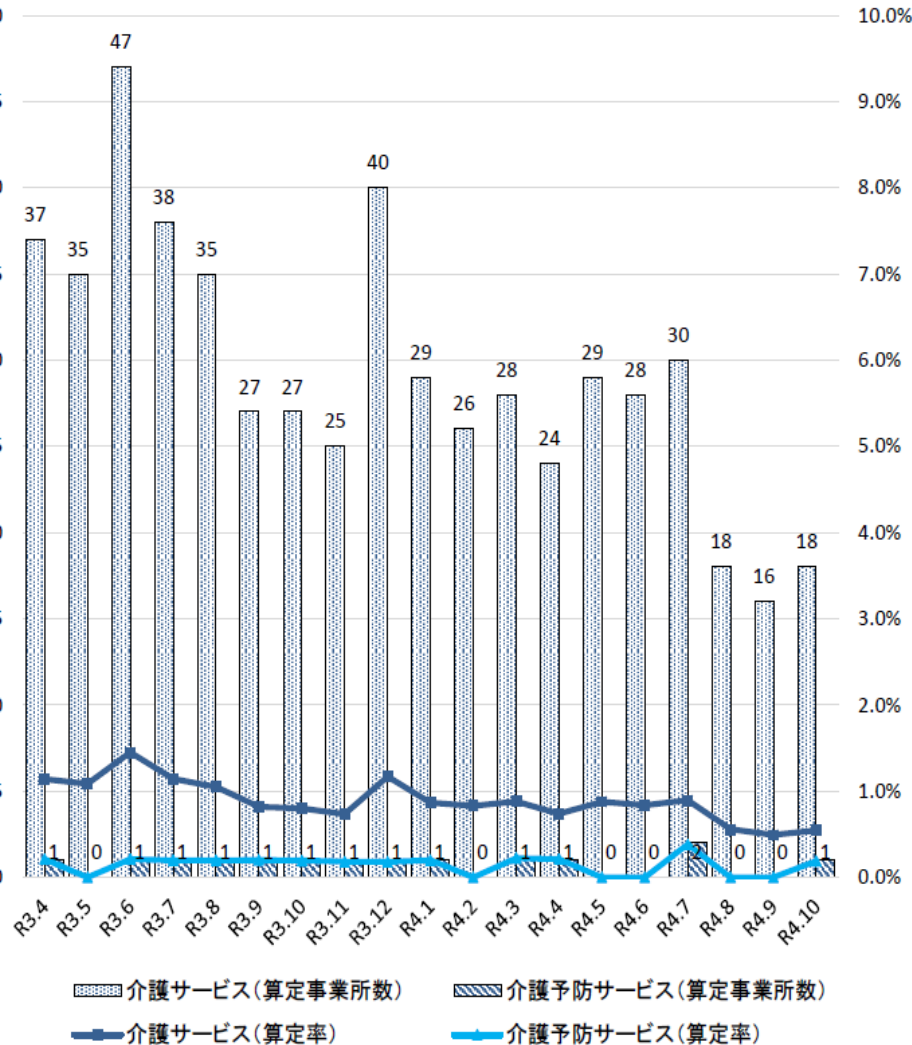
総合医学管理加算 (275単位/日)

- ・ 7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

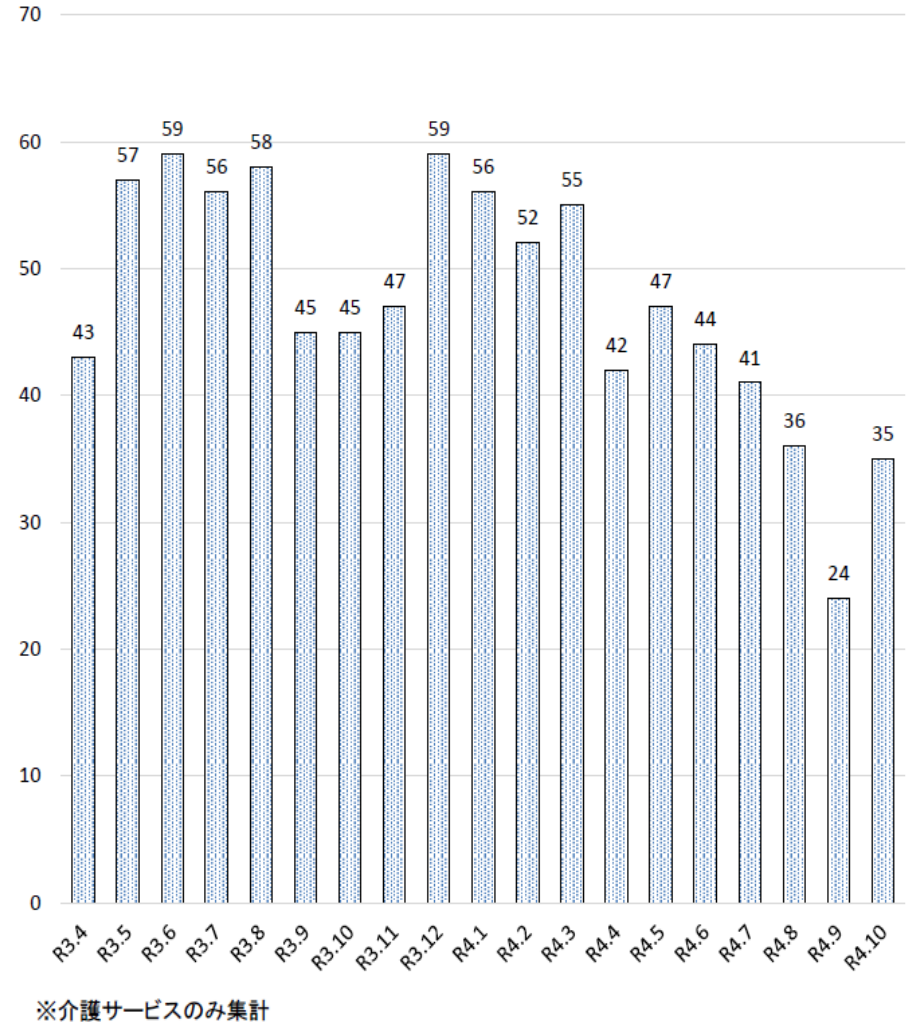
かかりつけ医

総合医学管理加算の算定状況

算定事業所数と事業所割合の推移



算定件数の推移



(注)介護DBから抽出したサービス提供分のデータを老健局において集計したものを。

総合医学管理加算の状況②

- 総合医学管理加算を算定している利用者について、診断名は「肺炎」「認知症」がいずれも12.5%で最も多かった。
- 治療管理や医療的ケアの内容としては「投薬」91.7%が最も多く、次いで「検査（検体検査、画像診断等）」45.8%などとなっていた。

○ 総合医学管理加算を算定した利用者の診断名(複数回答)(n=24)

	全体
肺炎	12.5%
認知症	12.5%
骨粗鬆症	8.3%
尿路感染症	8.3%
脱水症	4.2%
慢性腎不全急性増悪	4.2%
蜂窩織炎	4.2%
高血圧	4.2%
帯状疱疹	4.2%
糖尿病	4.2%
腰痛悪化	4.2%
急性気管支炎	4.2%
右恥骨下肢骨折	4.2%
左下肢深部静脈血栓症	4.2%
肺気腫	4.2%
心不全悪化	4.2%
慢性心不全急性増悪	4.2%
前立腺肥大症(尿路カテーテル留置)	4.2%
圧迫骨折	4.2%
多発性脊髄骨折	4.2%
利用者数	24

○ 総合医学管理加算を算定した利用者に行った治療管理や医療的ケアの内容(複数回答)(n=24)

	全体
投薬	91.7%
検査（検体検査、画像診断等）	45.8%
点滴（脱水症状の管理等を含む）	20.8%
感染症の治療管理	16.7%
その他	41.7%
利用者数	24

2024年同時改定へ向けて



医療介護の意見交換会における委員意見

2024年同時改定へ向けて

• 介護施設における医療機能強化

• 介護施設内での医療機能強化

- 長島公之委員（日本医師会常任理事、中医協委員）や松本真人委員（健康保険組合連合会理事、中医協委員）らは「安易に外部医療機関に頼るよりも、まず施設での医療対応力を高めるべきである。」
- そのうえで、施設の対応範囲を超える場合には、地域の医療機関が連携して医療提供を行う仕組みを構築すべきである
- 「医療施設である介護医療院や老健施設であっても、個々の施設で医療的ケアの程度にはバラつきがあり、その結果「急変時には病院への救急搬送に頼ってしまう」

• 2024年改定

- 老健や介護医療院における高齢者の医療対応力強化が求められる。
- 今後、介護報酬改定を議論する介護給付費分科会で「施設内での医療対応力を強化していくためにどのような方策が考えられるか、それを介護報酬でどう支えていくか」を検討

2024年同時改定へ向けて

•看護配置の強化

- 「看護配置の充実・強化、とりわけ夜間の看護体制の強化を図ってはどうか」（田母神裕美委員：日本看護協会常任理事、介護給付費分科会委員）

•老健における医薬品問題

- 「老健施設では基本的な医薬品費用は基本報酬に包括されているため、高額な医薬品（心疾患治療薬など）を服用する高齢者については受け入れを躊躇してしまうこともあり、見直しを検討すべき」。

パート 8

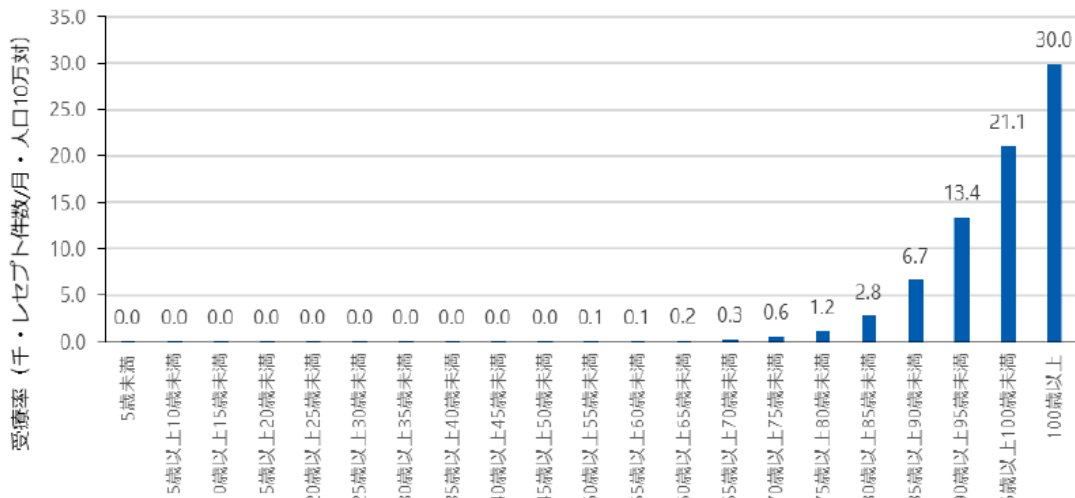
在宅医療と急変時対応



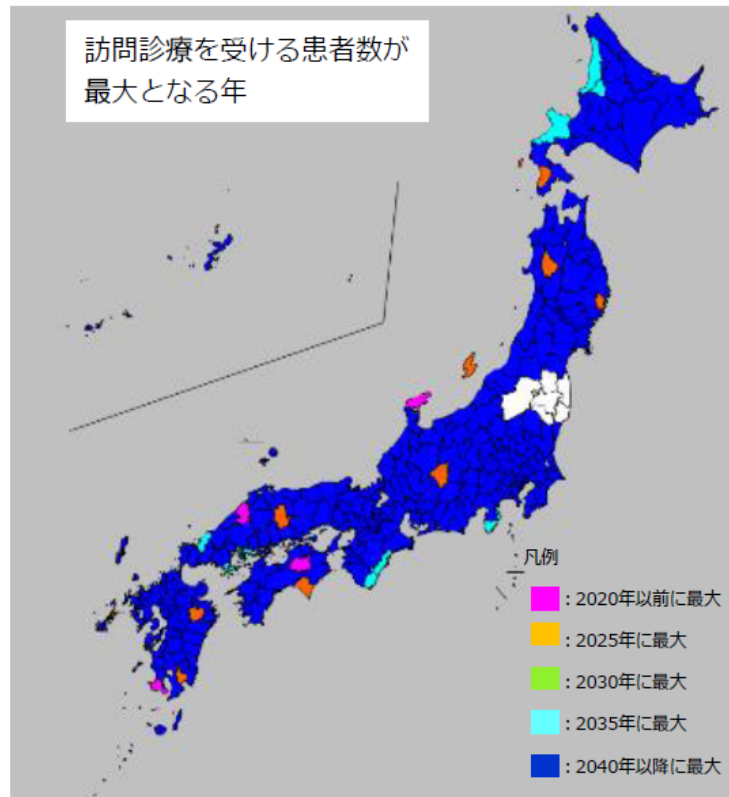
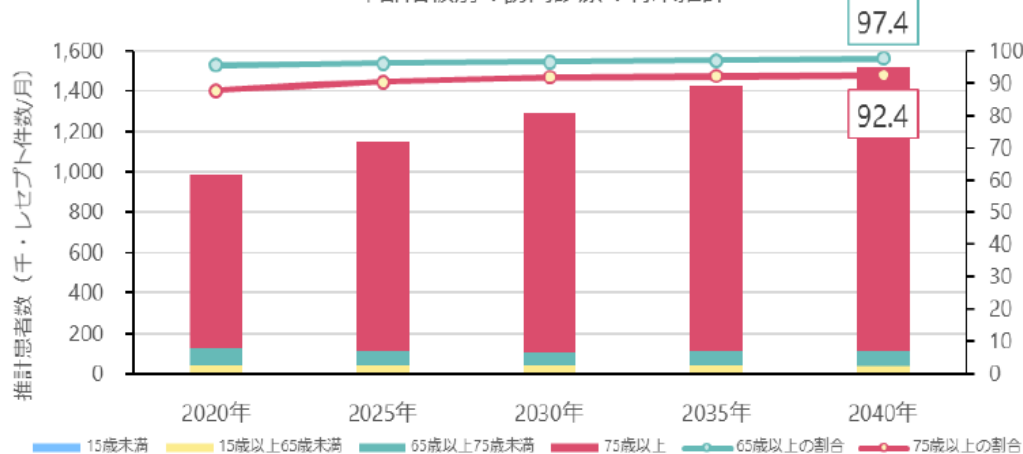
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】

受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。

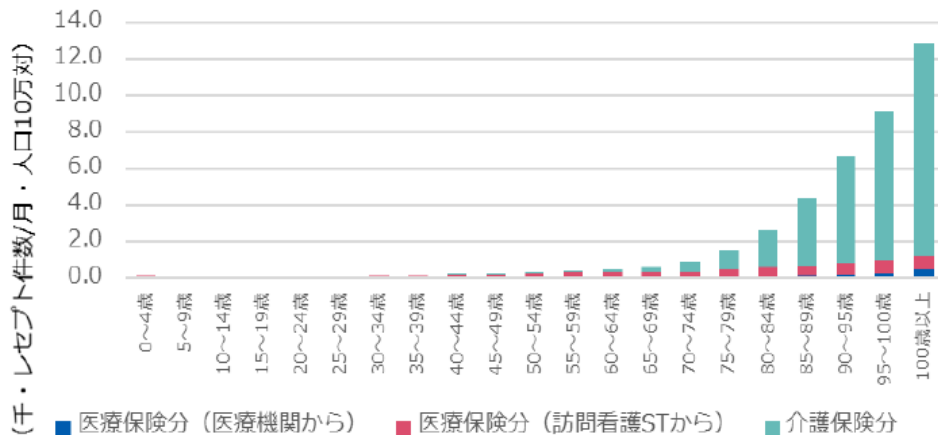
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

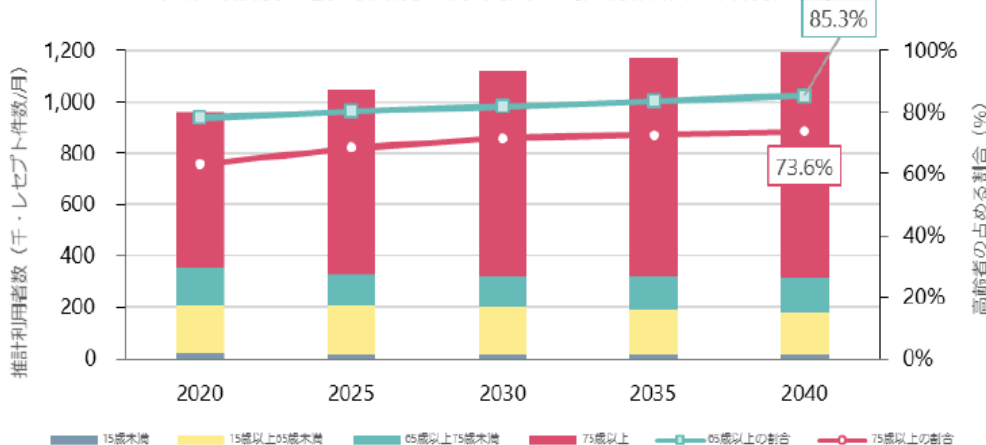
訪問看護の必要量について

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

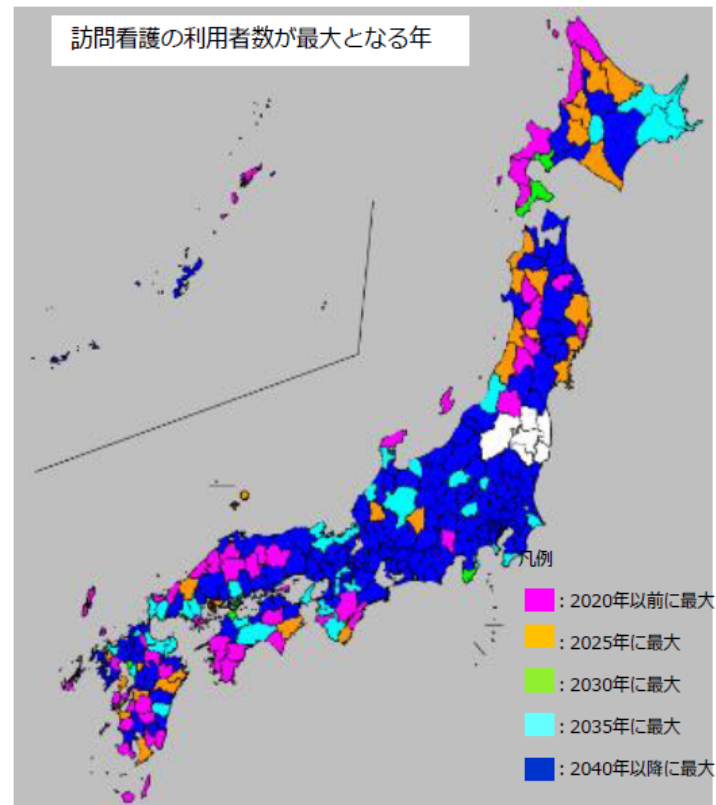
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】
利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
※3 2019年度における訪問看護または介護予防訪問看護のレセプトを集計。
※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築等

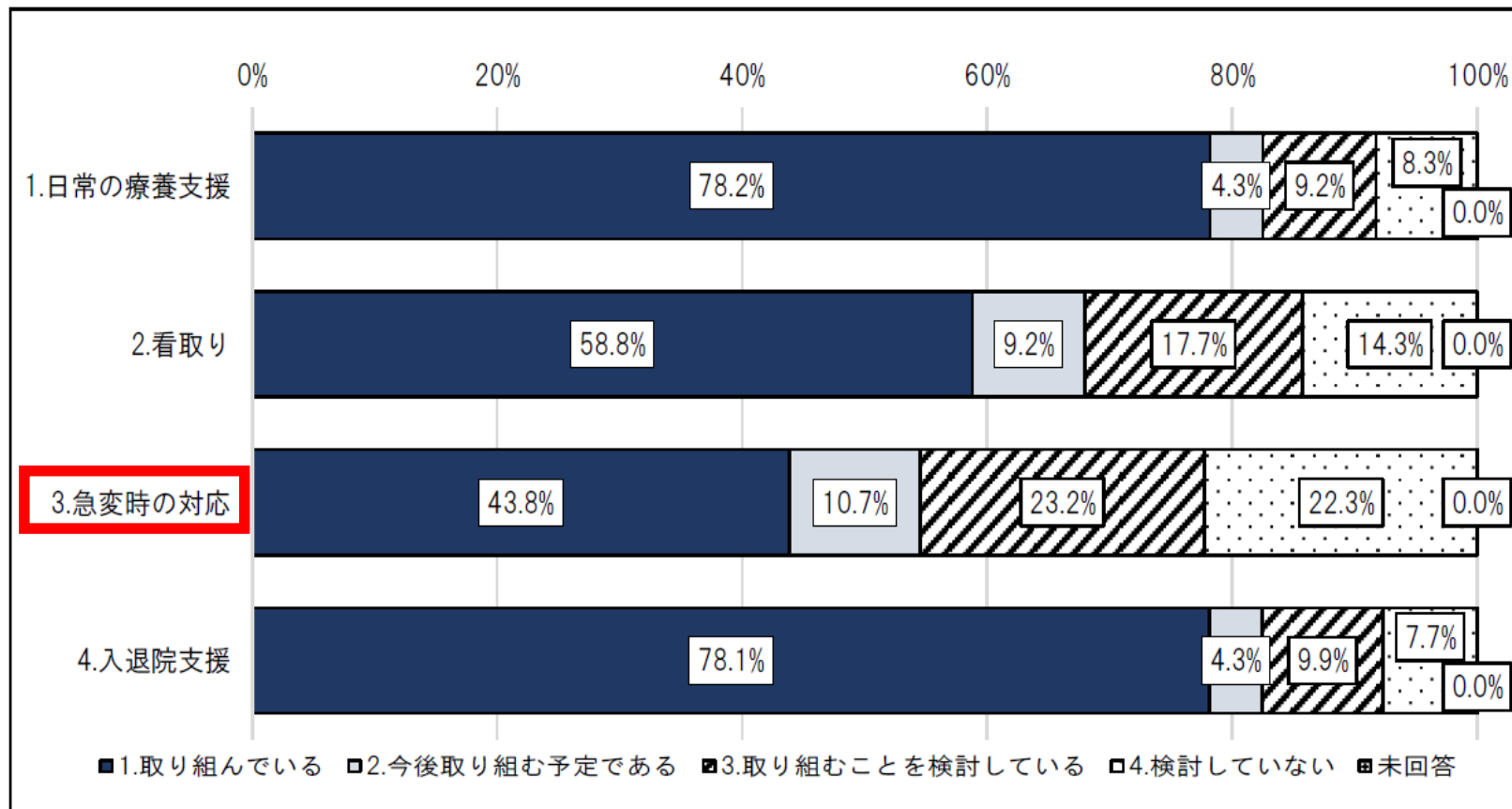
- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体等

PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n=1,741)

意見交換 資料-1参考
R 5 . 5 . 1 8

○ 4つの場面を意識した取組については、「急変時の対応」が43.8%と最も進んでいない状況にある。

○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



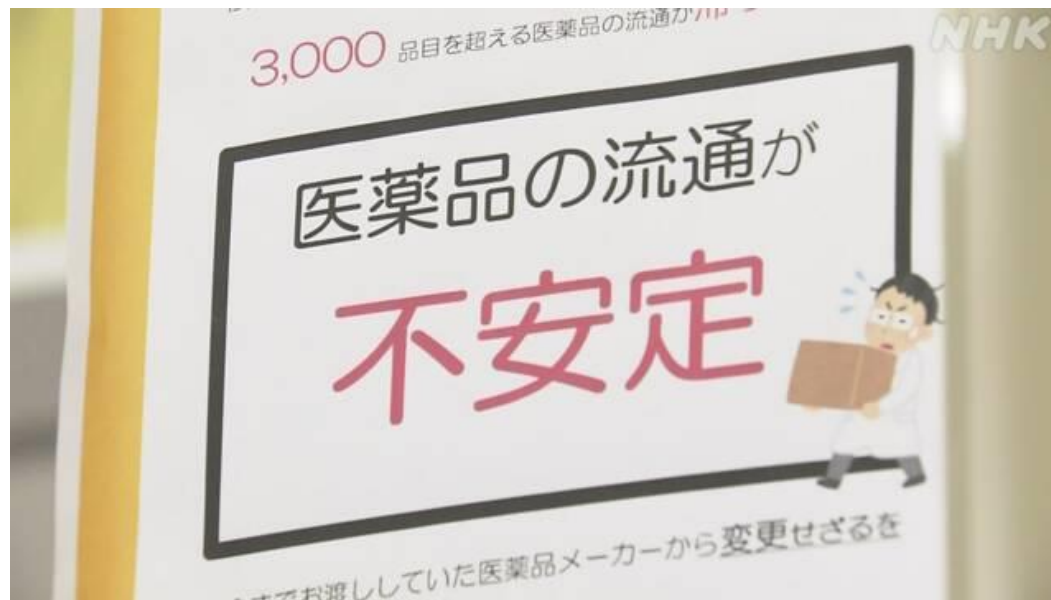
急変時の連絡とこまめな往診 で入院を防ぐ



緊急時の対応と連絡先をリストにして貼っておきましょう。
介護に携わる全員でリスト確認しあうようにしてください。

介護保険施設や在宅における
疾患の早期発見と
重症化予防がポイント

パート9 医薬品がない . . .



第1回後発医薬品産業構造検討会

2023年7月31日



本検討会における論点及び進め方

論点

- 1. 後発品産業の在るべき姿の明確化**
 - ・ 目指す状態（産業構造／企業・品目数等）と達成時期
- 2. 安定供給等の企業情報の可視化**
 - ・ 制度導入の目的
 - ・ 可視化する情報や時期
 - ・ 可視化した情報の評価方法
 - ・ その他、可視化に当たって検討すべき事項
- 3. 少量多品目構造の解消**
 - ・ 制度導入の目的
 - ・ 優先的に解消していく品目
 - ・ 解消するための手法
- 4. 生産効率の向上**
 - ・ 他業種における生産効率の向上の取組
 - ・ 生産効率の向上に係る後発医薬品産業特有の課題
- 5. その他、サプライチェーンの強靱化など**
 - ・ サプライチェーン強靱化に必要な取組
 - ・ その他

進め方（予定）

7～9月頃

論点に関する議論（前半）

論点1～3について議論

10月頃

中間とりまとめ

論点2・3について課題と解決策をとりまとめる

10～12月頃

論点に関する議論（後半）

論点4・5について議論

12月頃

とりまとめ

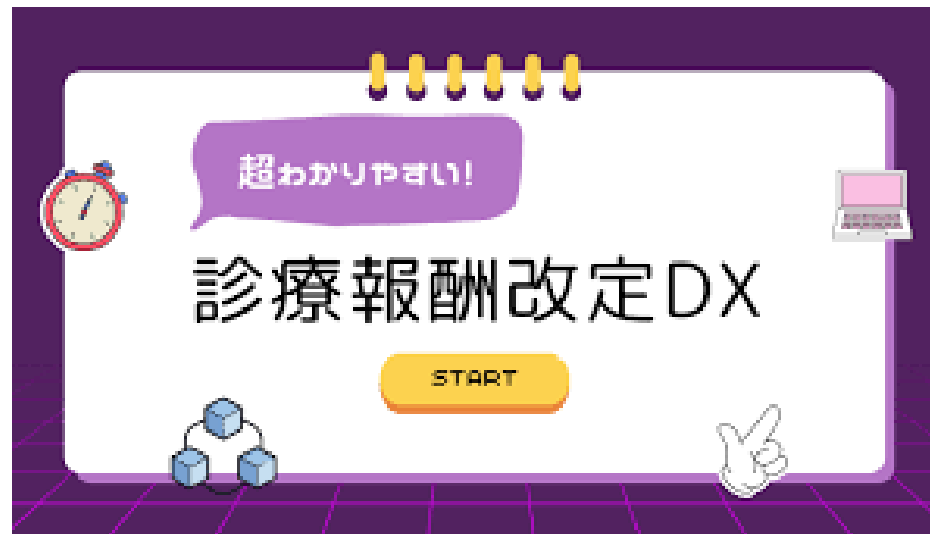
論点4・5も含め、論点全体の課題と解決策をとりまとめる

検討会の報告を受けて 中医協で具体策を議論



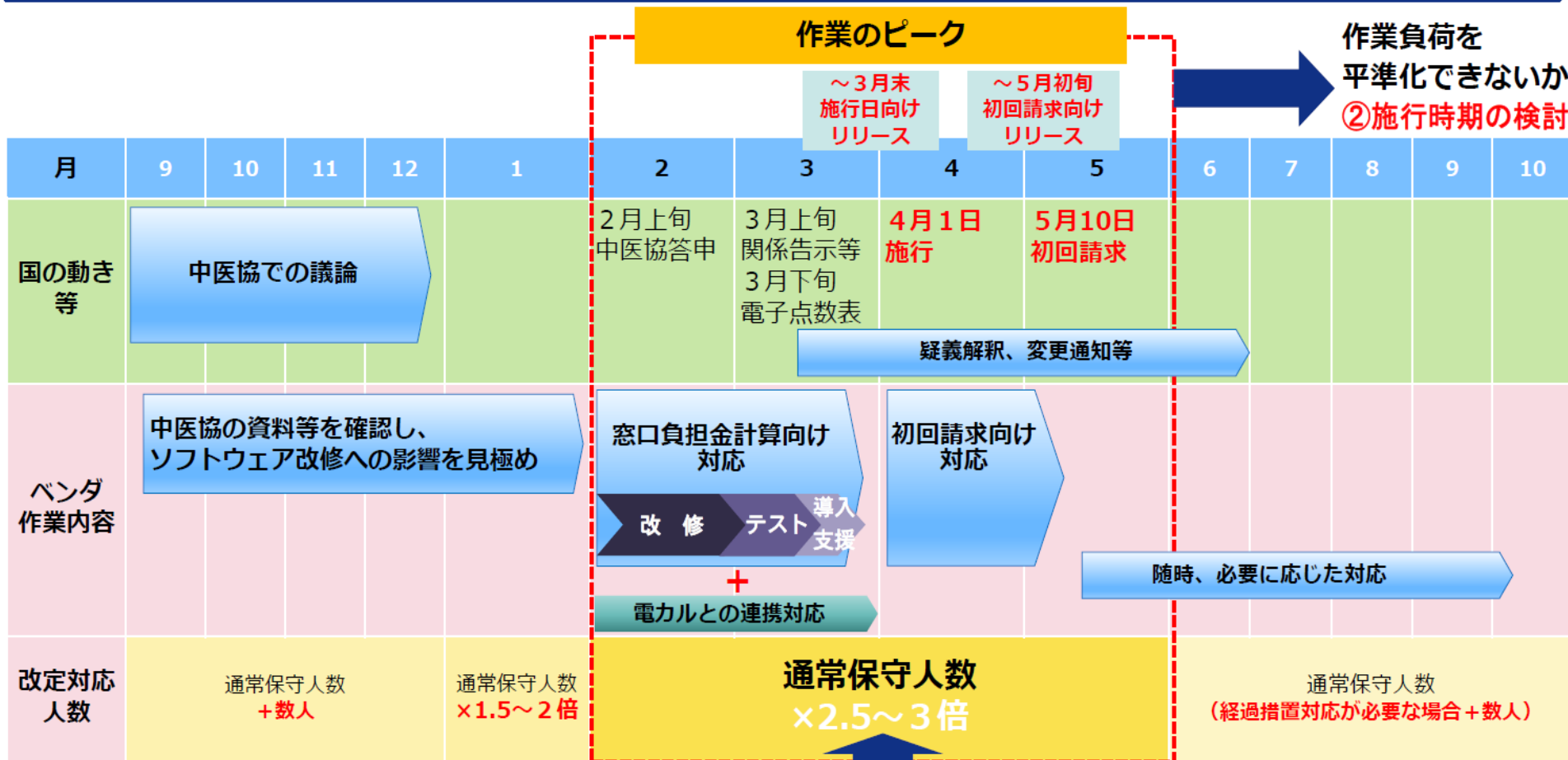
パート10

診療報酬改定DX



診療報酬改定への対応状況（現状）

- ・現状、ベンダや医療機関等においては、診療報酬改定に短期間で集中的に対応するため、大きな業務負荷が生じている。
 - 改定施行日（4/1）からの患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要がある
 - ※ 3月に支払基金から電子点数表が示されてはいるものの、その段階では既にソフトウェア改修作業の大半は終了している
 - ソフトウェアのリリース後も、4月診療分レセプトの初回請求（5/10）までに、国の解釈通知等について更に対応が必要



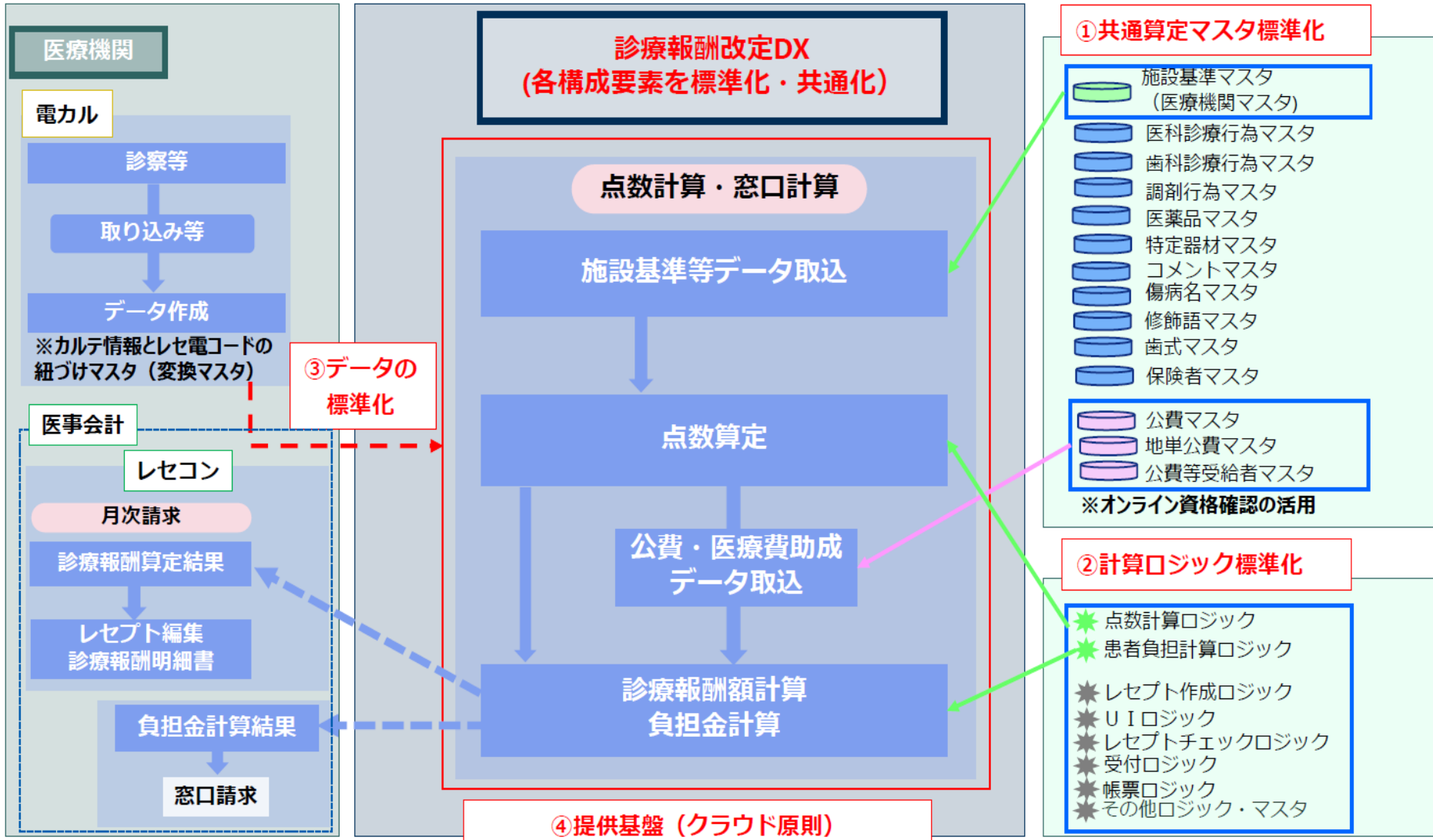
各ベンダがそれぞれ行っている作業を1つにまとめられないか

①診療報酬算定・患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通的な電子計算プログラム＝共通算定モジュールの開発

共通算定モジュールの構成要素と標準化・共通化 (DX)

● 共通算定モジュールは4つの要素 (①共通算定マスタ、②計算ロジック、③データの標準化、④提供基盤 (クラウド原則)) で構成。

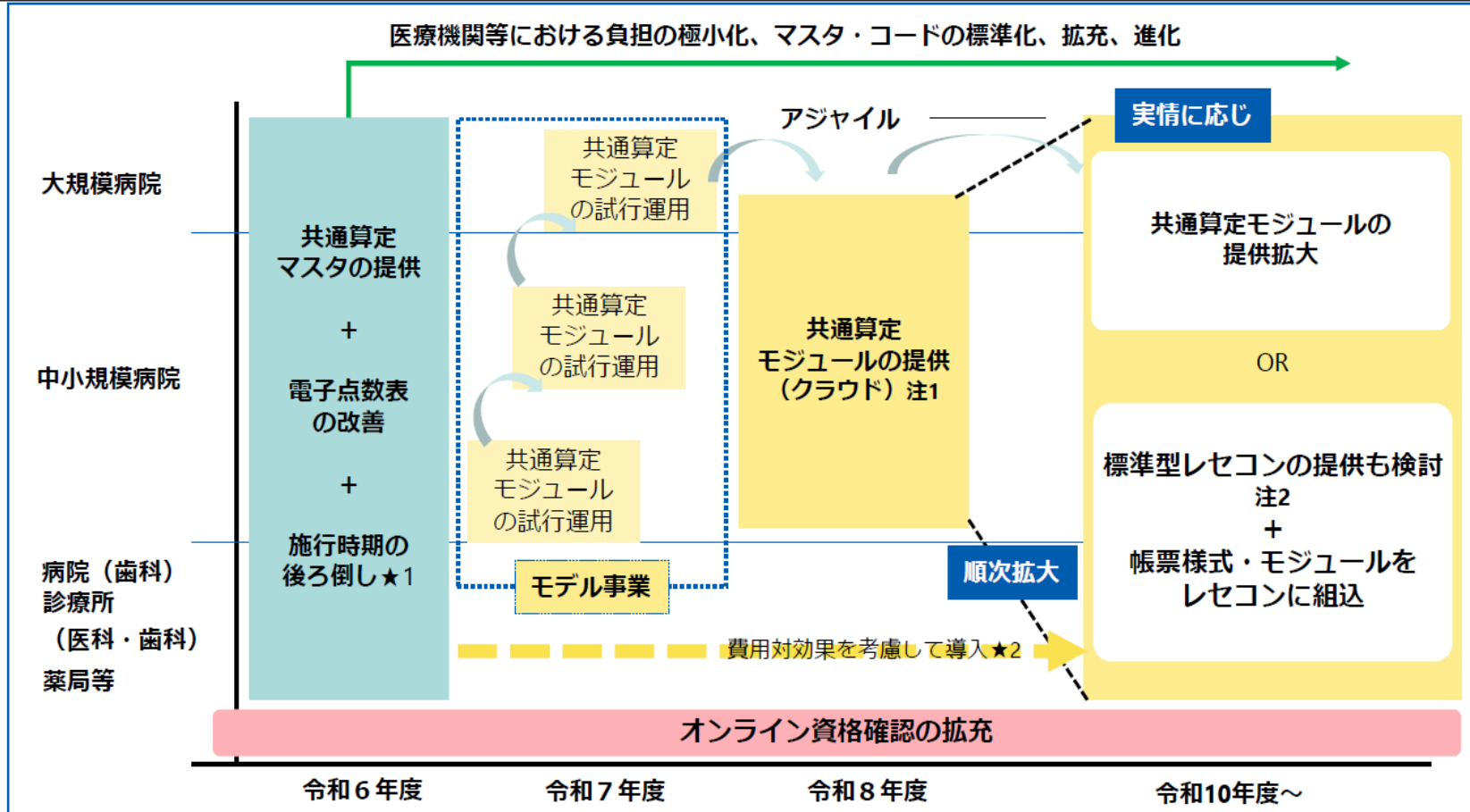
共通算定モジュールの開発範囲については、調査研究事業を踏まえつつ、関係者と協議のうえ検討



※マスタ…プログラムがデータ処理をする際に参照する基本ファイル。マスタについてはベンダ各社の創意工夫による競争の要素があることに留意。
ロジック…プログラムがデータ処理をする際の手順・内容

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール（案）

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。
- 診療所向けには、一部の計算機能より、総体的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。



注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ（帳票様式を含む）と一体的に提供することも検討。

★1 施行時期・施行年度については、中医協の議論を経て決定。

★2 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについては、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しにあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。

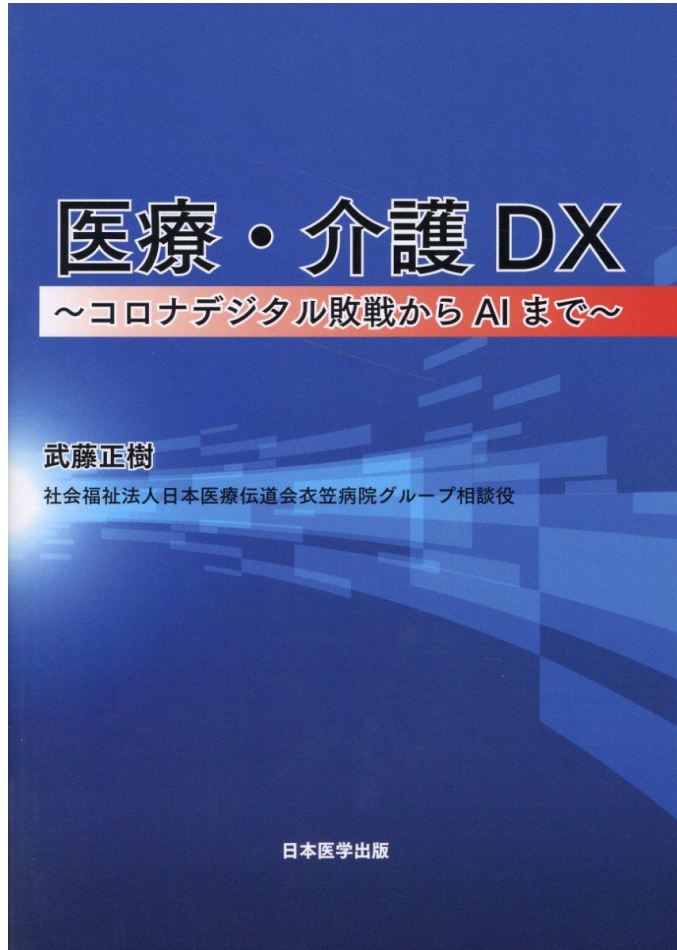


まとめと提言

- 2025年から急性期病床への後期高齢者入院パンデミックがはじまる。
- 急性期病床で後期高齢者を診るのは限界がある
- 地域包括ケア病棟で軽症・中等症の救急をみるべきへ
- 通所・訪問の複合型介護サービスを創設すべき
- 老健、在宅における救急医療強化が必要
- 診療報酬改定DXに注目

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からA I まで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp

