

# ウエルフェアフォーラム 2024年診療報酬・介護報酬同時改定

## 高齢者救急と後発医薬品



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

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、  
○ホスピス、東洋医学

## ■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、  
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）訪問診療クリニック 訪問看護ステーション  
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ

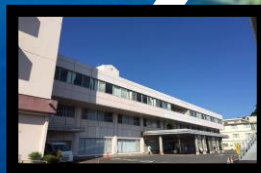


浦賀

長瀬

ケアセンター

三浦



# 目次



- パート 1
  - 2024年診療報酬改定率と基本方針
- パート 2
  - 高齢者救急をどこで診るか？
- パート 3
  - 重症度、医療・看護必要度の見直し
- パート 4
  - 後発医薬品安定供給へ向けて

# パート1 改定率と基本方針

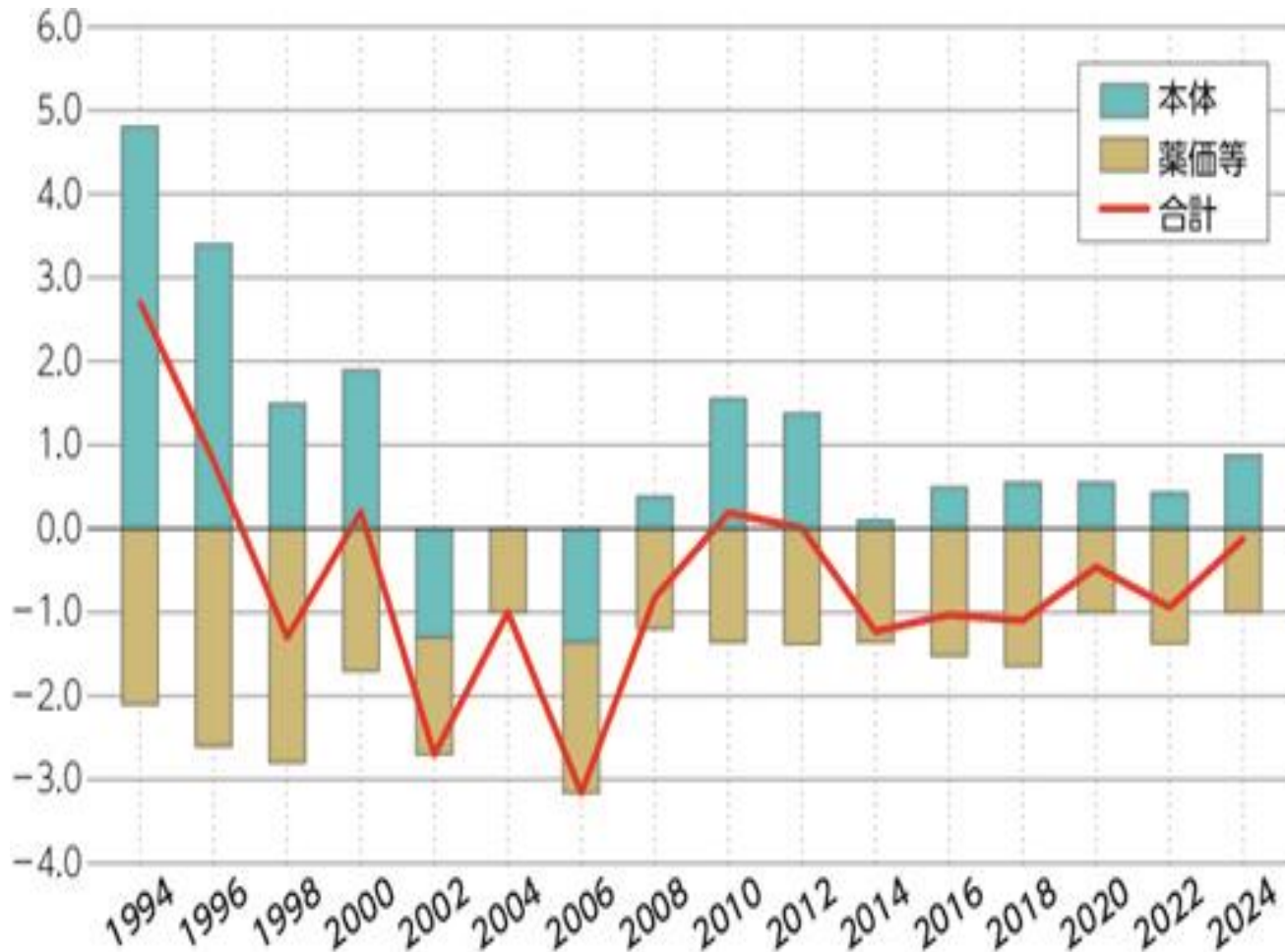


2023年12月15日

# 2024年診療報酬改定率 本体部分0.88%



武見敬三大臣



年度	本体	薬価等	合計
1994	4.8	-2.1	2.7
1996	3.4	-2.6	0.8
1998	1.5	-2.8	-1.3
2000	1.9	-1.7	0.2
2002	-1.3	-1.4	-2.7
2004	0	-1	-1
2006	-1.36	-1.80	-3.16
2008	0.38	-1.2	-0.82
2010	1.55	-1.36	0.19
2012	1.379	-1.375	0.004
2014	0.1	-1.36	-1.26
2016	0.49	-1.52	-1.03
2018	0.55	-1.65	-1.1
2020	0.55	-1.01	-0.46
2022	0.43	-1.37	-0.94
2024	0.88	-1	-0.12

図1 診療報酬改定率の推移

## (1) 診療報酬：令和6年6月施行

+0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～※4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科 +0.52%  
 歯科 +0.57%  
 調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応  
 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円)  
 +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化  
 △0.25%

## (2) 薬価等：令和6年4月施行

(ただし材料価格は令和6年6月施行)

薬価 △0.97% (国費△1,200億円程度)  
 材料価格 △0.02% (国費△20億円程度)  
 合計 △1.00% (国費△1,200億円程度)

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。  
 (対象：約2,000品目程度)

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

## (3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

# 2024年診療報酬改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会  
2023年12月8日



# 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### 【重点課題】

#### 【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

### (2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

#### 【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

ポスト2025年、2040年問題とは



# 65歳以上の高齢者の人口推移

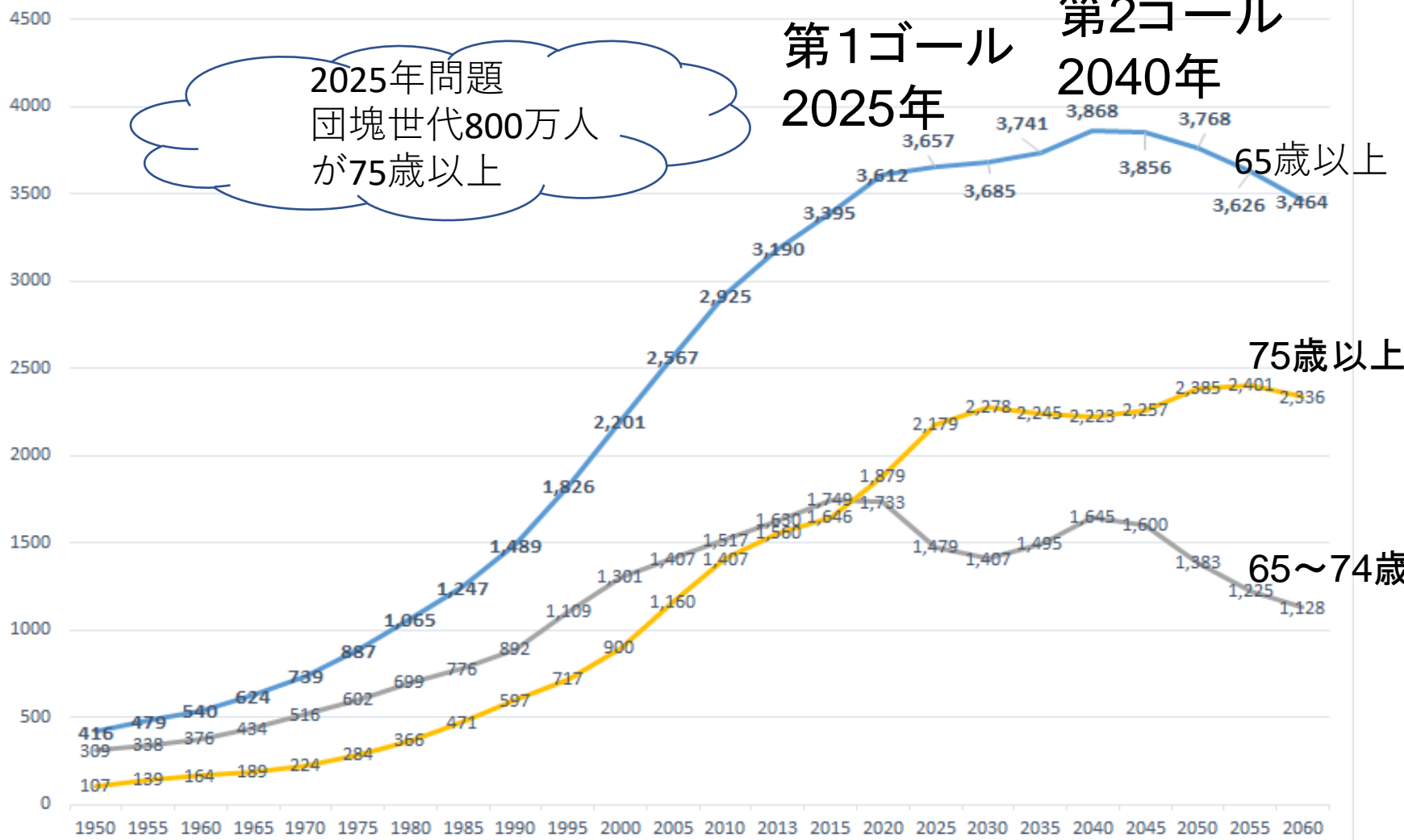
65~74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題  
団塊ジュニア  
が65歳以上

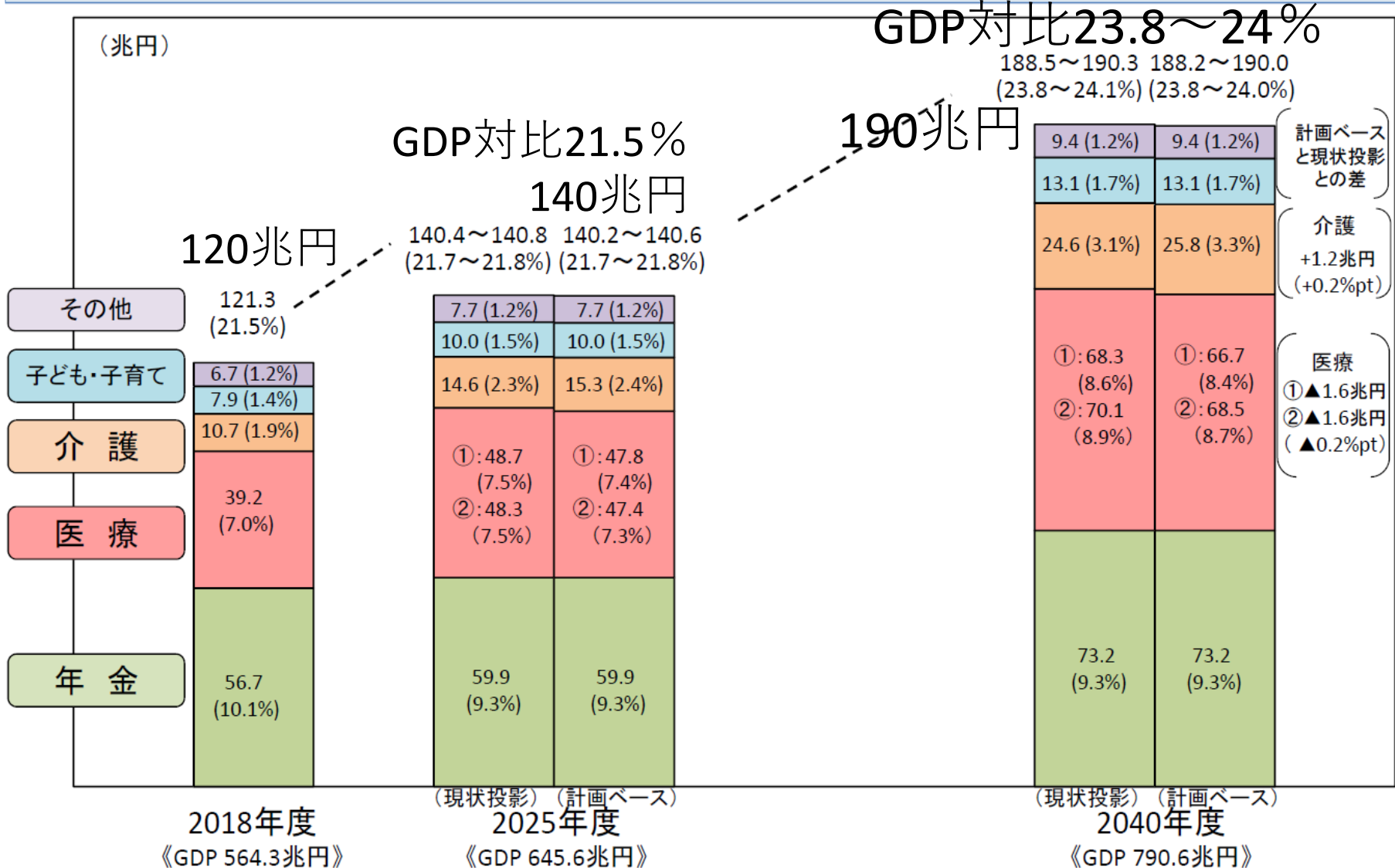
2025年問題  
団塊世代800万人  
が75歳以上

第1ゴール  
2025年

第2ゴール  
2040年



# 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。

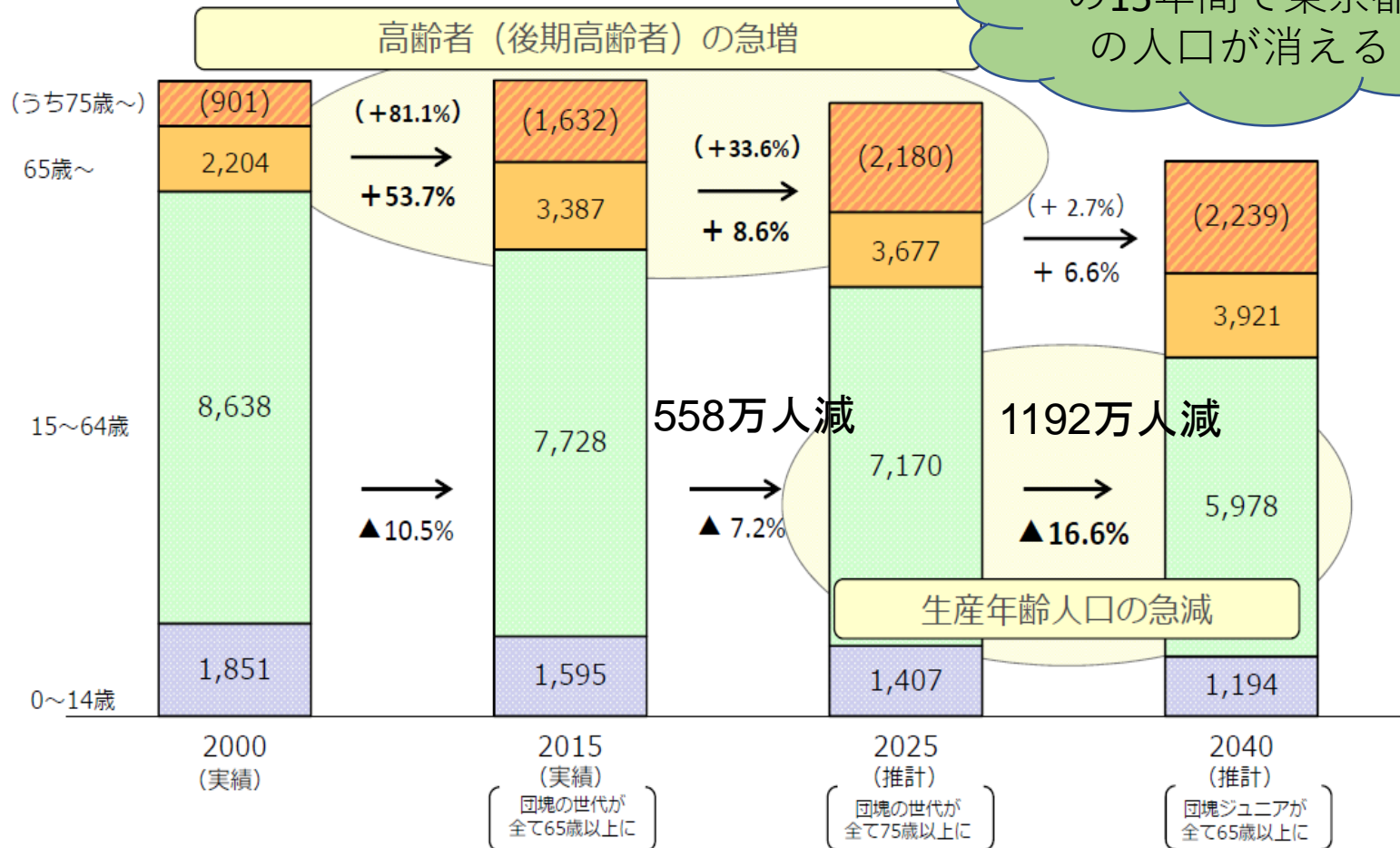
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

# 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

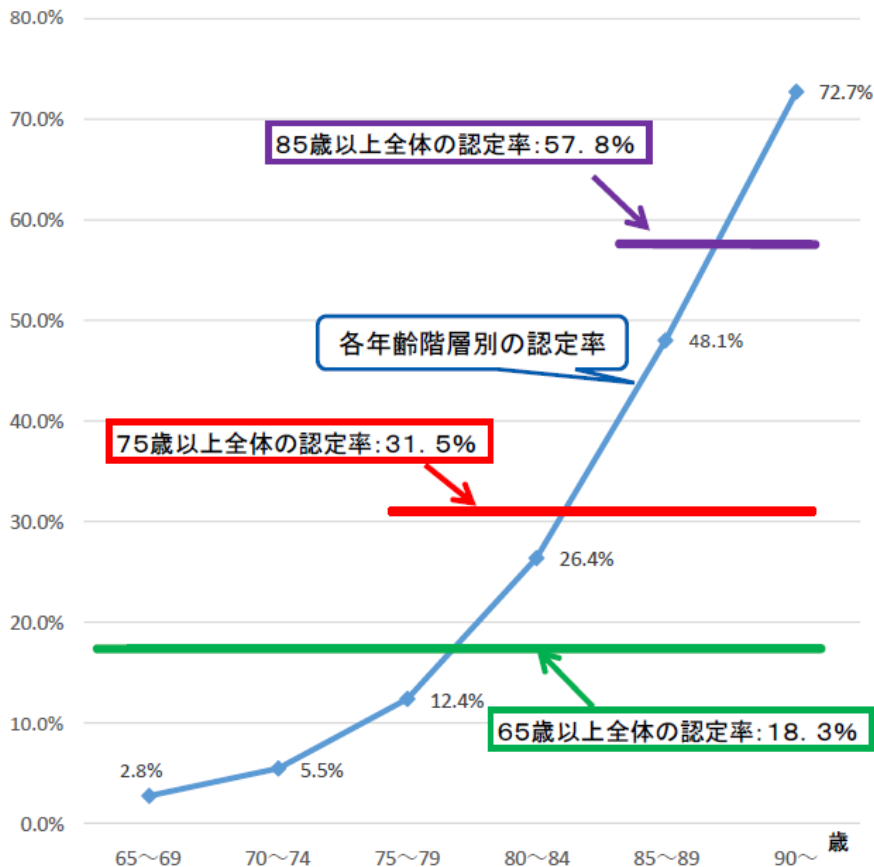


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

# 医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

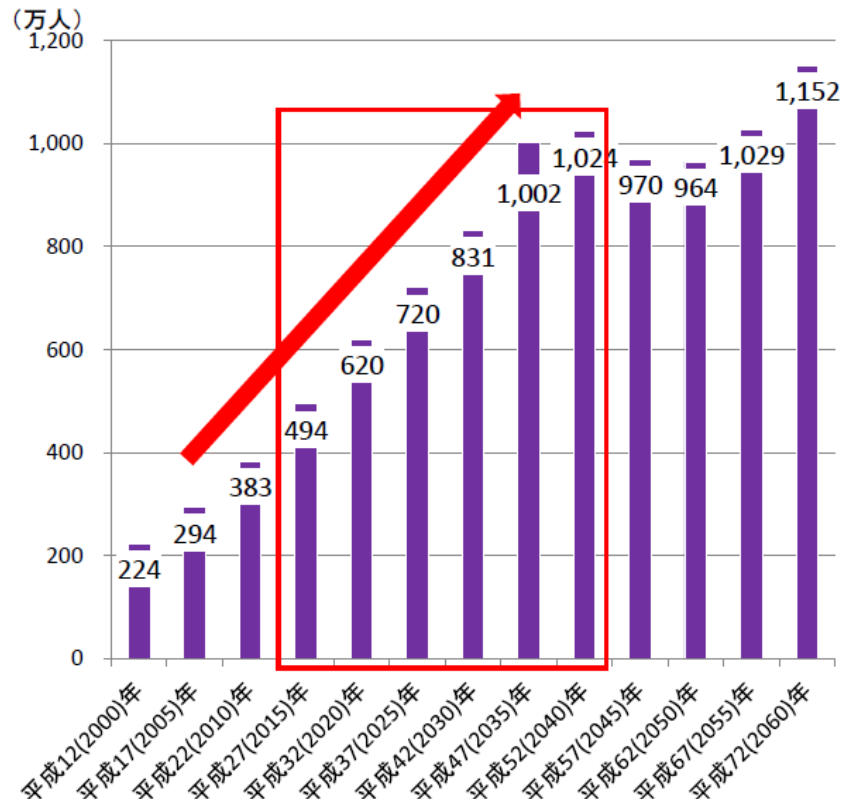
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

### 85歳以上の人口の推移

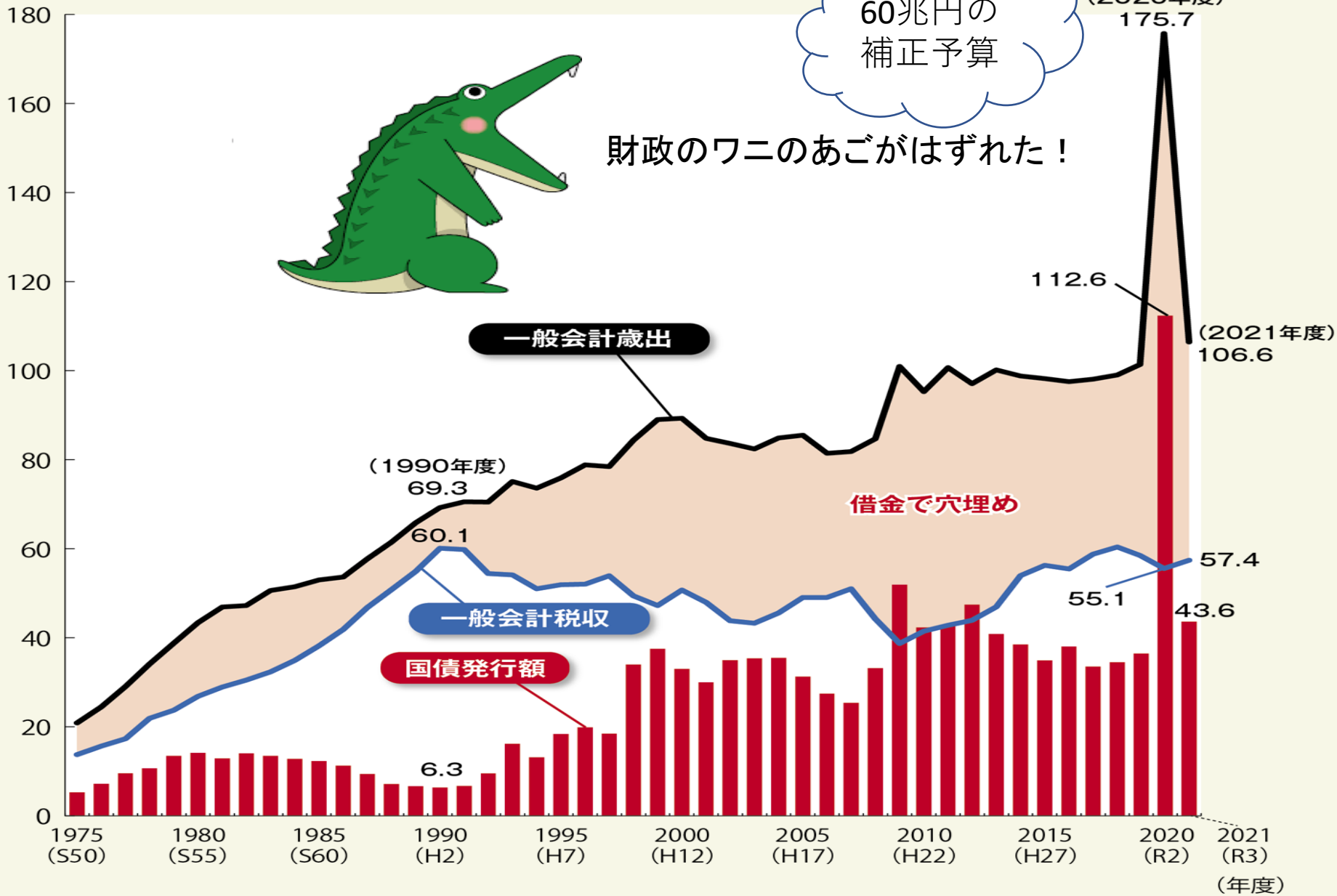


出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

# ポスト2025年 国の財政も最大ピンチ



(兆円)



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。  
 (注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

財務省資料より



# 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)



人口問題の  
ワニの口

(注) 出生中位、死亡中位  
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

# 65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

## 2040年

## 2025年

万人



# ポスト2025年、2040年 「カネなし、ヒトなし、借金漬け」の 時代・・・



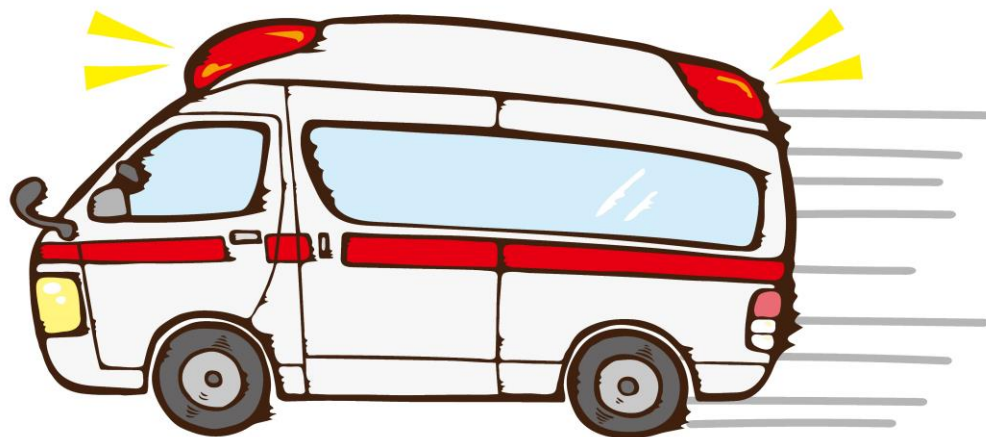
## パート 2

# 高齢者救急をどこで診るのか？

- ①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ
- ②地域包括ケア病棟と高齢者救急
- ③地域包括医療病棟の新設
- ④老健の医療強化



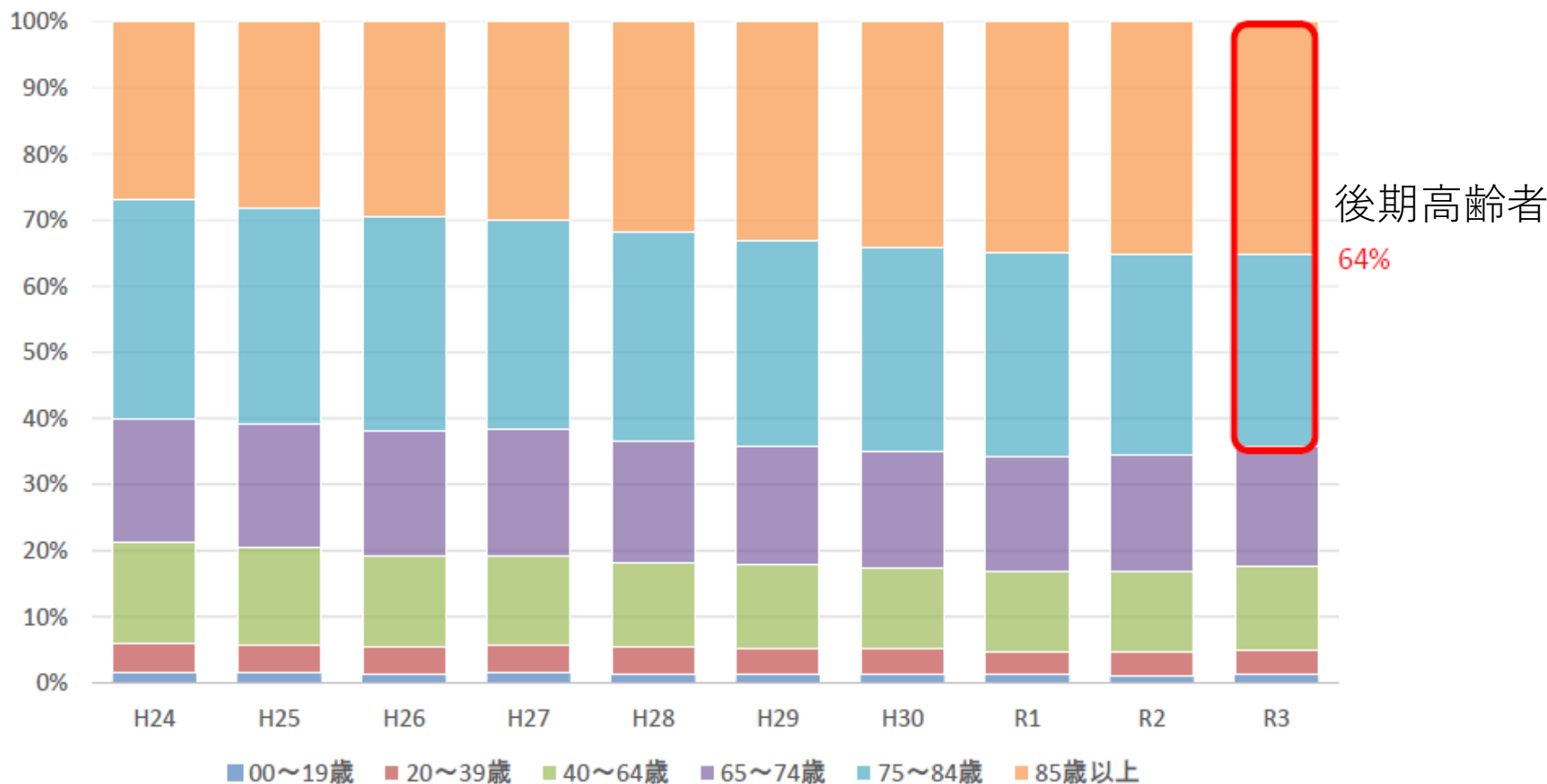
①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ



# 入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

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

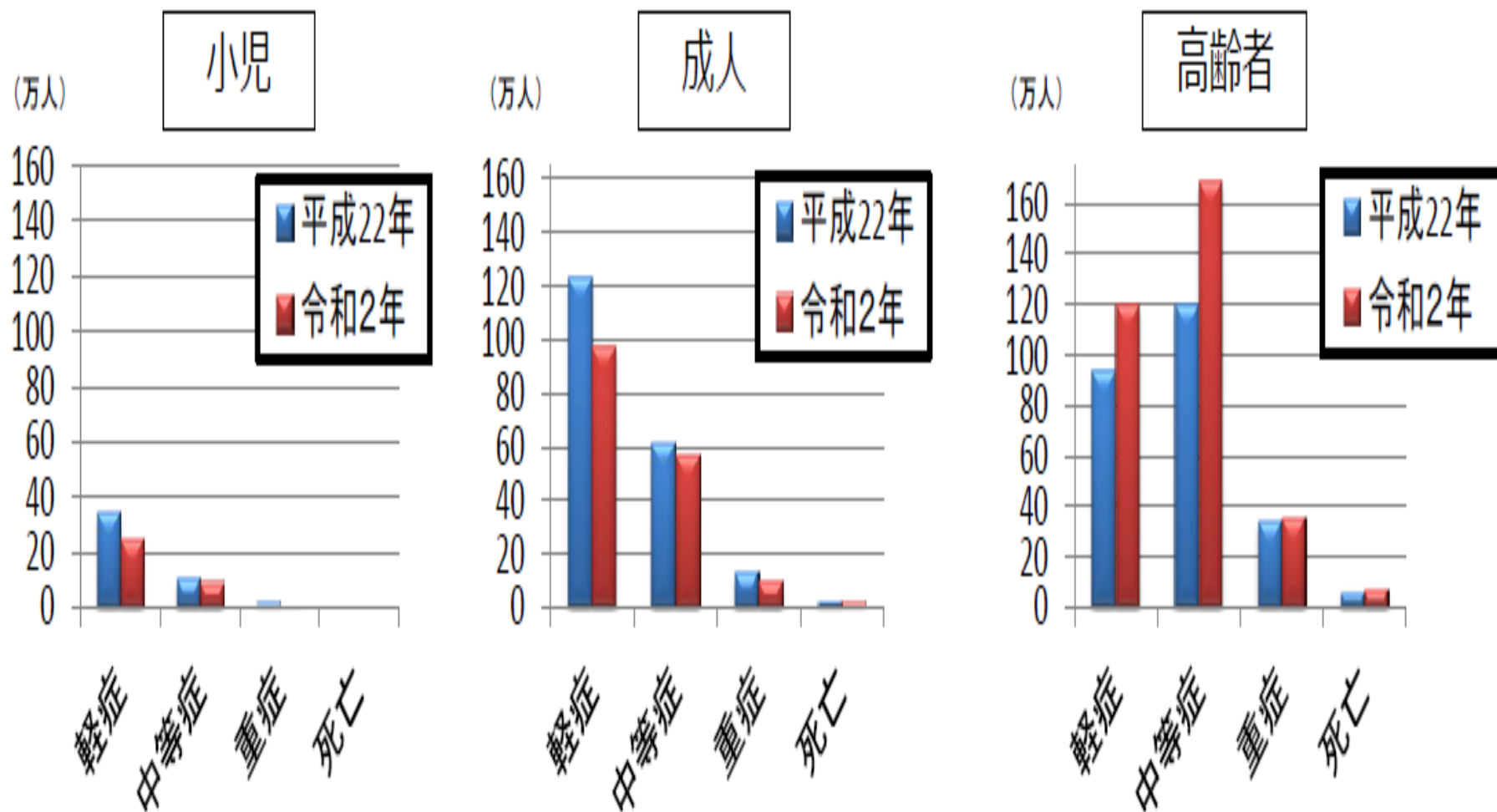


# 10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

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。



# 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。



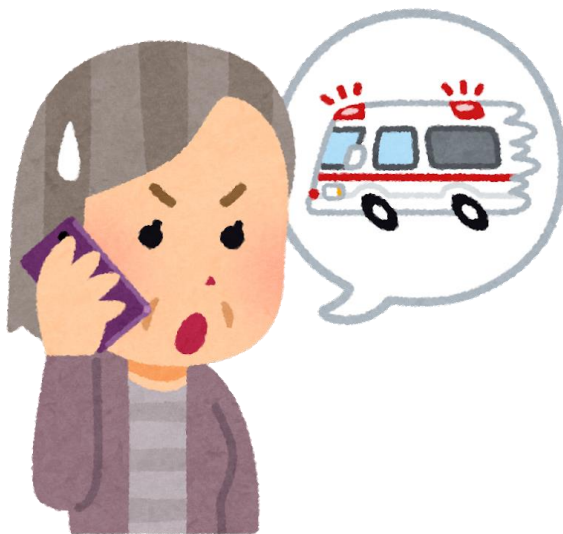
# 介護施設・福祉施設からの入院患者

- 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	急性尿管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 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

高齢者救急が  
急性期一般病床に  
入院するワケは重症度、  
医療・看護必要度にあり



# 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	C 手術等の医学的状況		0点	1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	—	16	開頭手術(13日間)	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	—	17	開胸手術(12日間)	なし	あり
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18	開腹手術(7日間)	なし	あり
4	心電図モニター管理	なし	あり	—	19	骨の手術(11日間)	なし	あり
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	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管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤管理(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ドレナージ管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり	22	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
	23				別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし		
8	I: 救急搬送後の入院(5日間)	なし	—	あり	24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり
	II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)							

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

# 「重症度、医療・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 かつ B項目3点以上

A項目3点以上

C項目 1 点以上

# 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。

# 「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

廃止

急性期一般  
入院料 1

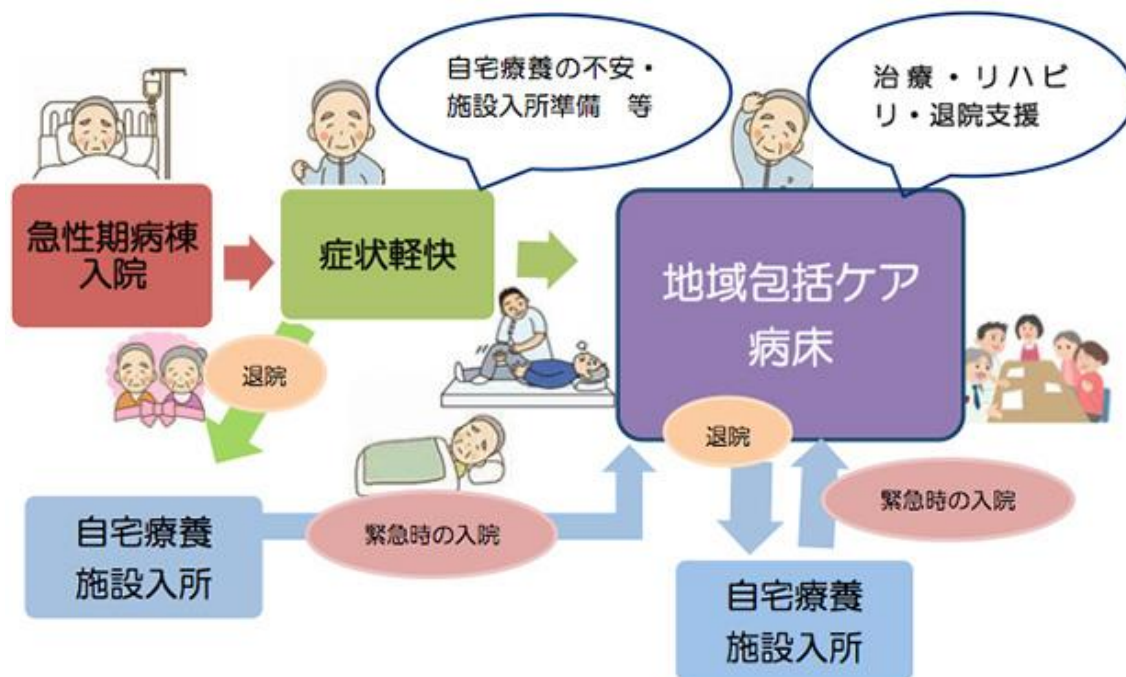
~~☑ A項目2点以上 かつ B項目3点以上~~

☑ A項目3点以上

☑ C項目 1 点以上

B項目が  
消えた!

## ②地域包括ケア病床と 高齢者救急



# 地域包括ケア病棟の経緯

## • 2014年診療報酬改定

- 地域包括ケア病棟が新設された。
- 厚生労働省はその役割を「急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」と定義した。
- 算定項目は、算定上限60日、看護体制は13対1で7割以上の看護師が必要とされ、疾患別・がん患者リハビリテーションを含む多くの項目が包括評価となっている
- リハビリテーションは、地域包括ケア時代を反映して廃用症候群・認知症モデルに包括算定となっている。

2006年改定で新設した亜急性期病床が原型



# 地域包括ケア病棟経緯

- 2016年度改定

- 手術と全身麻酔などが包括から出来高算定となる。

- 2018年度改定

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1-4 が新設されて地域包括ケアシステムを支える機能が強化された。

- 2020年度改定

- 地域包括ケア病棟の役割をバランスよく発揮できるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法が見直された。

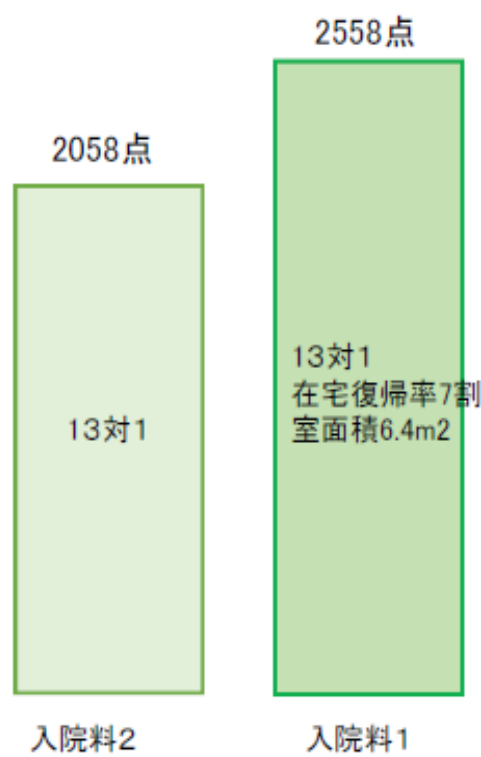
- 2022年度改定

- 救急の実施等の要件化、自院一般病棟からの転棟割合適正化、在宅患者の受入等の強化、在宅医療等の実績の充実、入退院支援加算の要件化、在宅復帰強化、初期加算の見直し等、大幅な改定が行われた

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

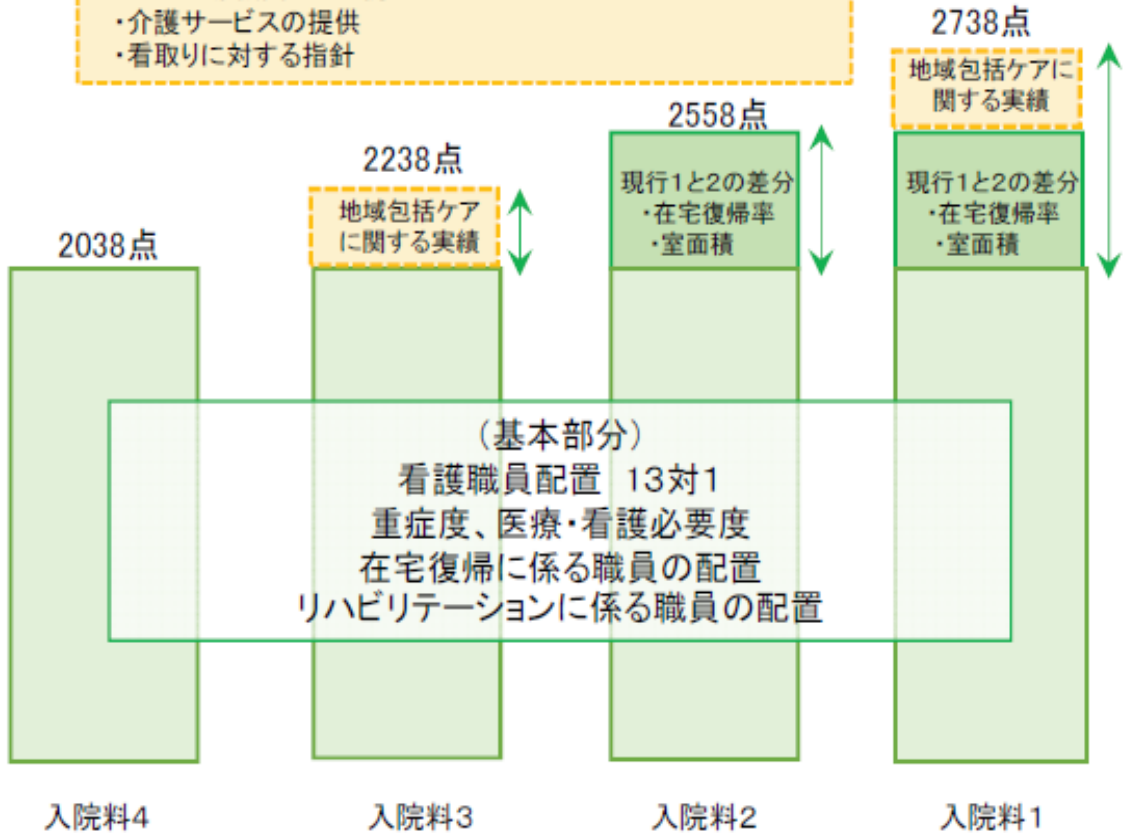
【現行】

2018年 【平成30年度改定】



【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



(基本部分)  
看護職員配置 13対1  
重症度、医療・看護必要度  
在宅復帰に係る職員の配置  
リハビリテーションに係る職員の配置

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

中医協調査専門組織

# 2014年入院医療分科会



宇都宮啓医療課長

# 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

### 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

### 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

#### 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: 松原由美(早稲田大学人間  
科学学術院准教授)  
委員: 公益委員のみ  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度2回  
平成26年度6回  
平成27年度4回  
平成28年度3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: 中村洋(慶應義塾大学大学院総  
務管理研究科教授)  
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23年度14回  
平成24年度8回  
平成25年度13回  
平成26年度3回  
平成27年度13回  
平成28年度13回

#### 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: 田辺国昭(東京大学大学院法学  
政治学研究科教授)  
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23年度開催なし  
平成24年度5回  
平成25年度2回  
平成26年度7回  
平成27年度9回  
平成28年度3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23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度1回  
平成26年度3回  
平成27年度1回  
平成28年度3回

#### 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: 秋下雅弘(東京大学医学  
部老年病学教授)  
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1回程度

#### 保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外  
診断用医薬品の保険適用に  
ついての調査審議  
設置: H12  
委員長: 小澤壯治(東海大学医学  
部医学科領域主任教授)  
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、月1  
回程度

#### 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: 荒井耕(一橋大学大学院  
商学研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人  
=6:6:4:2  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成24年度8回  
平成25年度7回  
平成26年度8回  
平成27年度10回  
平成28年度4回

#### 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: 関ふ佐子(横浜国立大学大  
学院国際社会科学研究院教授)  
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23年度8回  
平成24年度1回  
平成25年度10回  
平成26年度4回  
平成27年度9回  
平成28年度1回

#### 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

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(慶應義塾大学名誉教授)

#### ■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(慶應義塾大学名誉教授)

#### ■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)

#### 費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の  
費用対効果評価について  
調査審議  
設置: H28  
委員長: 田倉智之  
(大阪大学大学院医学研  
究科医療経済産業政策学  
教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 1年に数回程度

# 地域包括ケア病棟（新設）

## • 地域包括ケア病棟入院料 1、2

- 疾病別リハの届出
- **看護配置13：1**
- 常勤リハビリスタッフ
- リハ1日2単位以上
- 重症度・看護必要度
- 在宅復帰率
- 1床あたり原則6・4平米
- 在宅療養支援病院（200床未満）
- **2次救急指定病院、救急告示病院**
- データ提出加算

リハスタッフ  
充実

## • 地域包括ケア病棟 入院料 1

- 在宅復帰率
- 看護職員配置加算
- 看護補助者配置加算

看護師・看護  
補助者の加配

最大の争点は  
救急の扱い！

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

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



武久洋三先生

○：分科会長

入院医療分  
科会ですべ  
てを決める  
な。越権行  
為だ！



中川俊男委員



# 入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



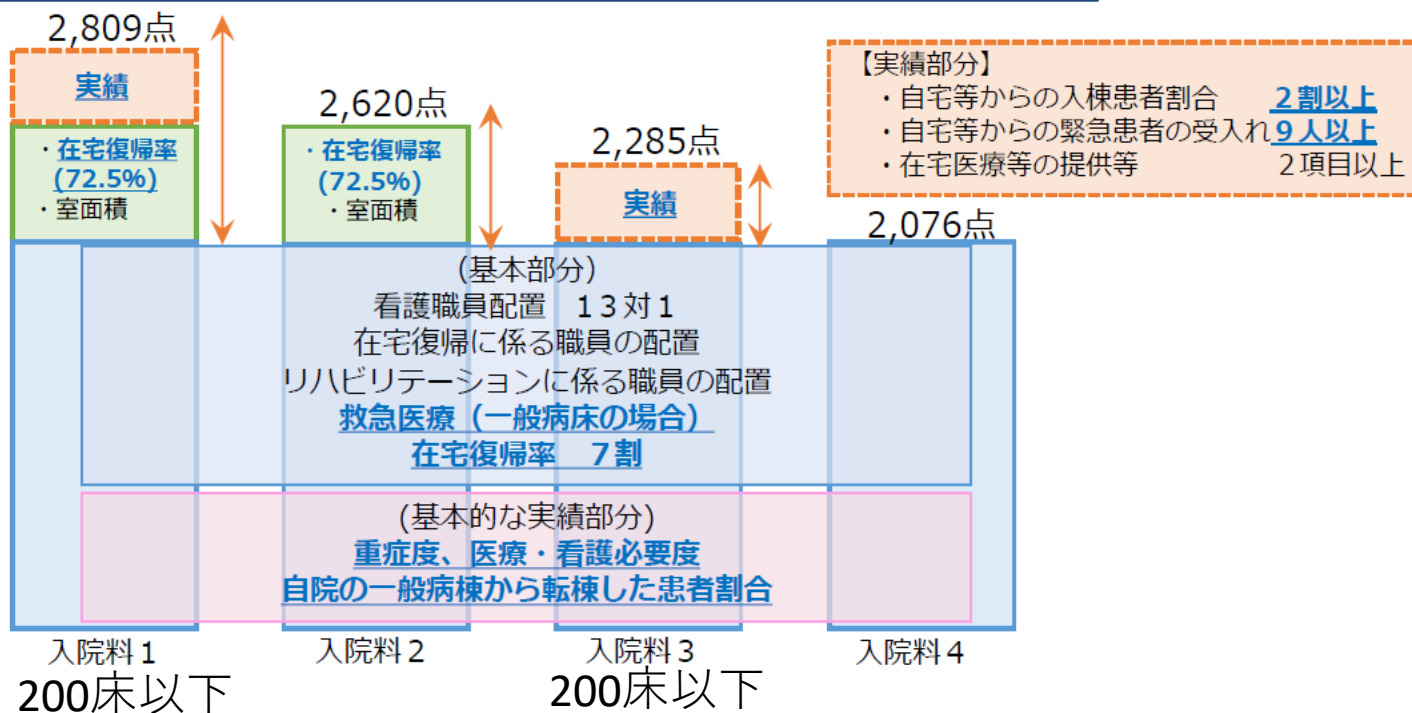
(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2014年



# 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



# 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)

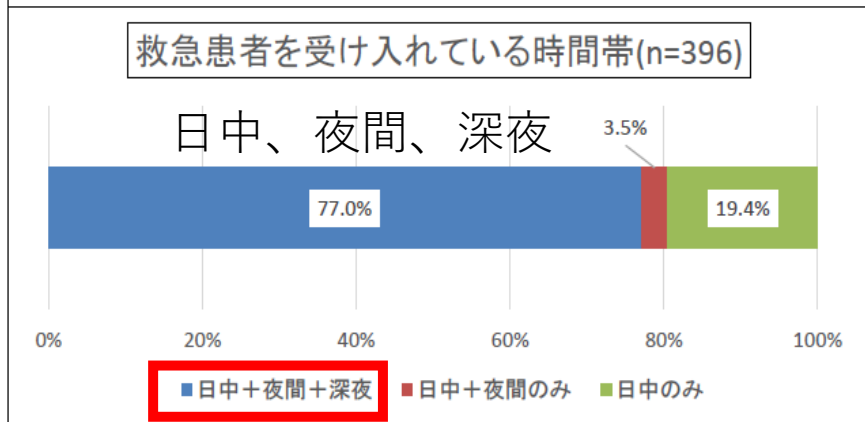
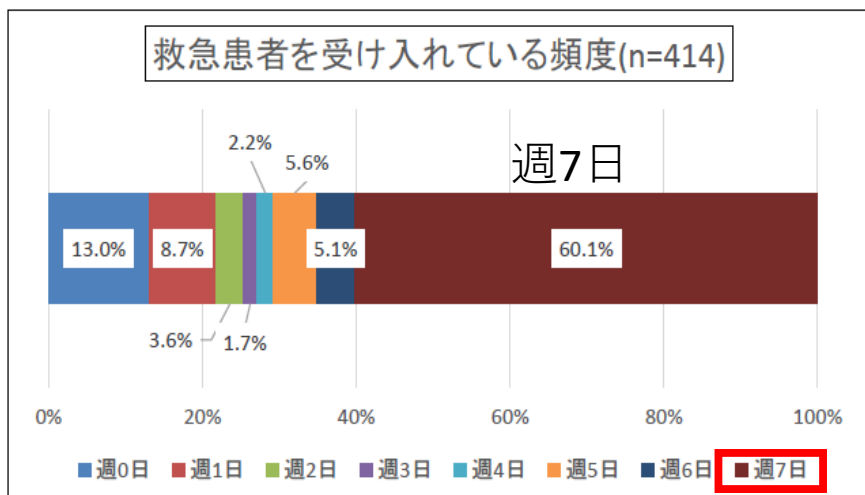
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟  
(n=161)

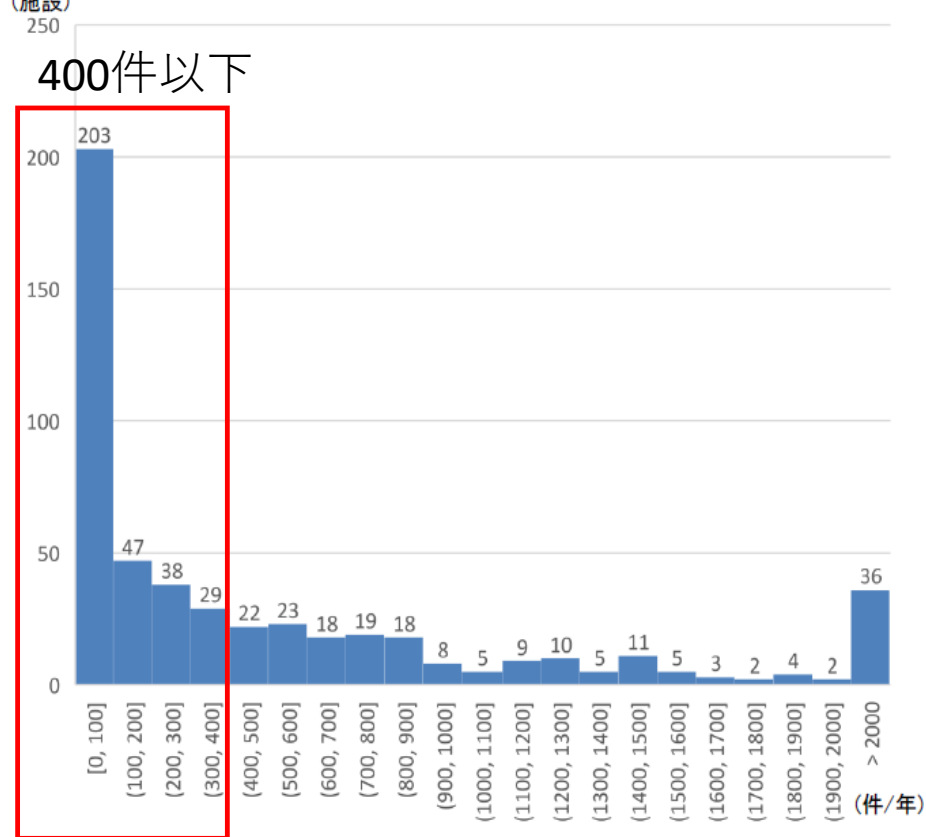
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)

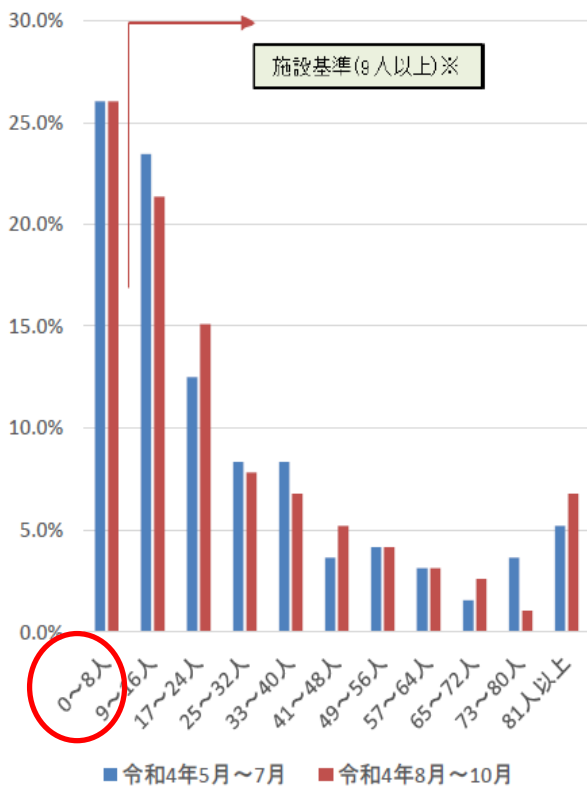


要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	でき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

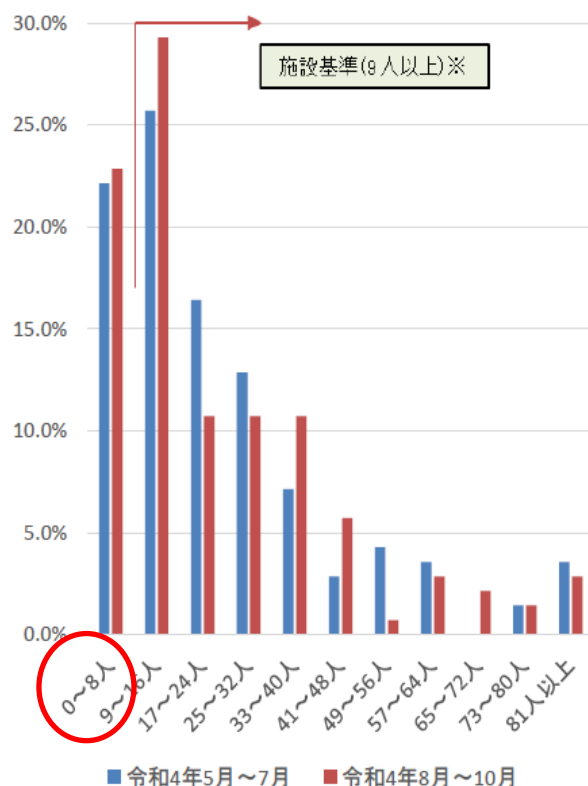
# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

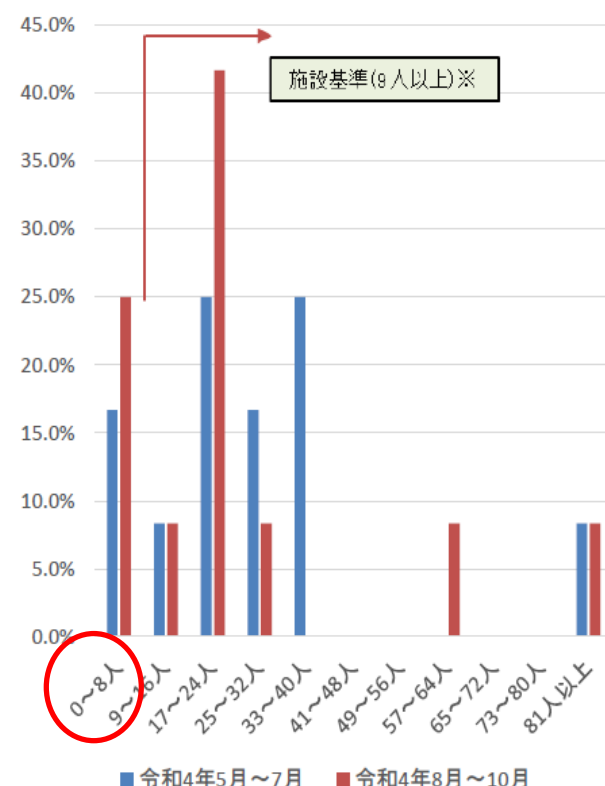
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2 (n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4 (n=12)

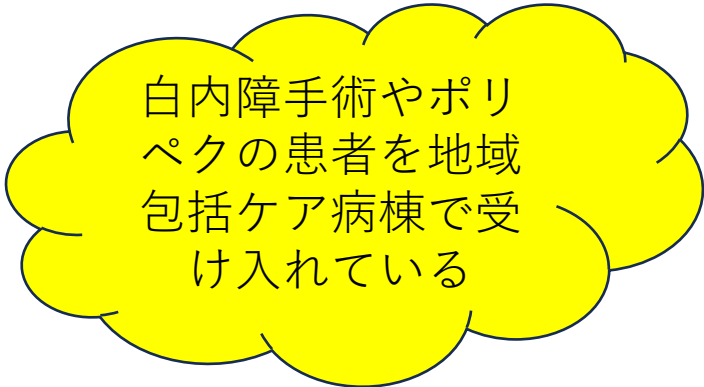


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

# 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



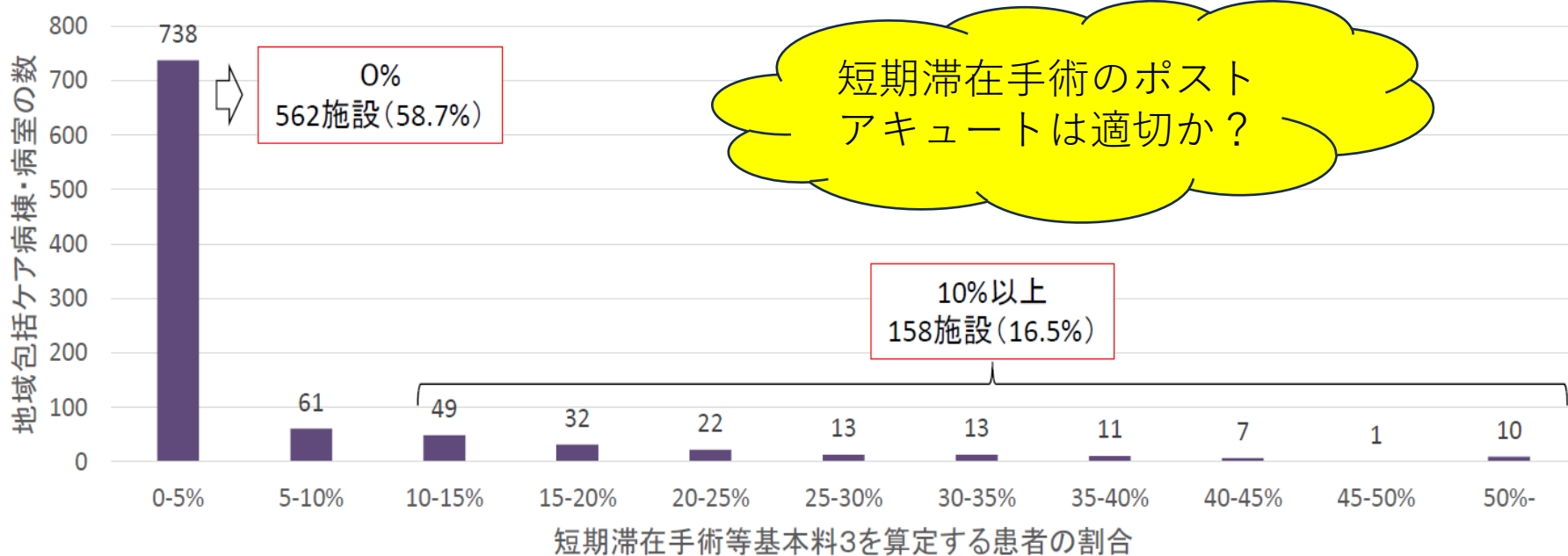
白内障手術やポリ  
ペクの患者を地域  
包括ケア病棟で受  
け入れている

# 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



# ⑬ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

## 第1 基本的な考え方

地域包括ケアの深化・推進に向け、地域包括ケア病棟の効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除くとともに、在宅復帰率の計算方法を改める。

改定案	現行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割五分未満</u>であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、退院患者</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割未満</u>であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、退院患者</p>

## ⑫ 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受け入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。

### 第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合</p>

## ⑫ 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

### 第1 基本的な考え方

適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価に見直す。
2. 入院基本料等を見直しに合わせて、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、地域包括ケア病棟入院料の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<b>【地域包括ケア病棟入院料】</b>	<b>【地域包括ケア病棟入院料】</b>
1 地域包括ケア病棟入院料 1	1 地域包括ケア病棟入院料 1
イ 40日以内の期間 <u>2,838点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>2,823点</u> )	<u>2,809点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>2,794点</u> )
ロ 41日以上期間 <u>2,690点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>2,675点</u> )	

# ③地域包括医療病棟 の新設

スーパー地ケア病棟

# 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

## ○ これまでの主な指摘

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○ 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。

○ 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

# 新病棟類型のイメージ

高齢者  
急性期包括  
ケア病棟

- (1) 救急患者の受け入れ
- (2) 一定の医療資源を投入して急性期からの速やかな離脱を図る
- (3) 早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供
- (4) 退院に向けた支援や人生の最終段階における医療・ケアに関する適切な意思決定支援
- (5) 早期の在宅復帰や在宅医療、介護との連携一を包括的に提供する入院料（病棟）
- \* 看護配置10対1の「急性期一般入院料2～6」をベースにした制度設計を想定

# 中医協委員意見

- 診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）
  - 希望する医療機関が医療の提供を止めることなく新類型に円滑に移行できるように、「診療側としても知恵を出していきたい」と表明
- 太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）
  - 要介護度が高く、認知症がある高齢者のケアには非常に多くのマンパワーが必要であり、人的配置を十分賄える入院料の水準を設定する必要がある
- 支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）
  - 「看護配置10対1を想定し、救急対応や早期リハビリ、栄養管理、退院支援などにしっかり対応してもらうことが重要だ」
- 鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）
  - 「急性期一般入院料2～6に足りない機能を付け加えて包括的な病棟を作ってはどうか」

【Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための  
取組－①】

## ① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

### 第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



# 地域包括医療病棟 地域医療構想では どの区分？



千葉県地域医療構想調整会議

# 病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「**急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療**」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

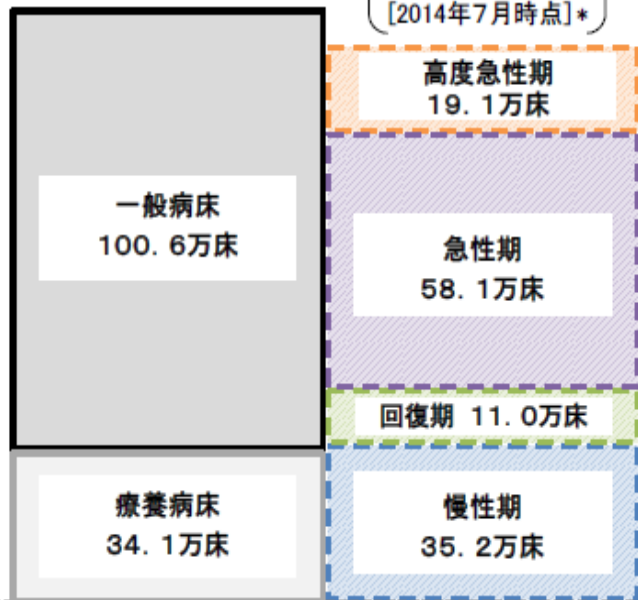
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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)

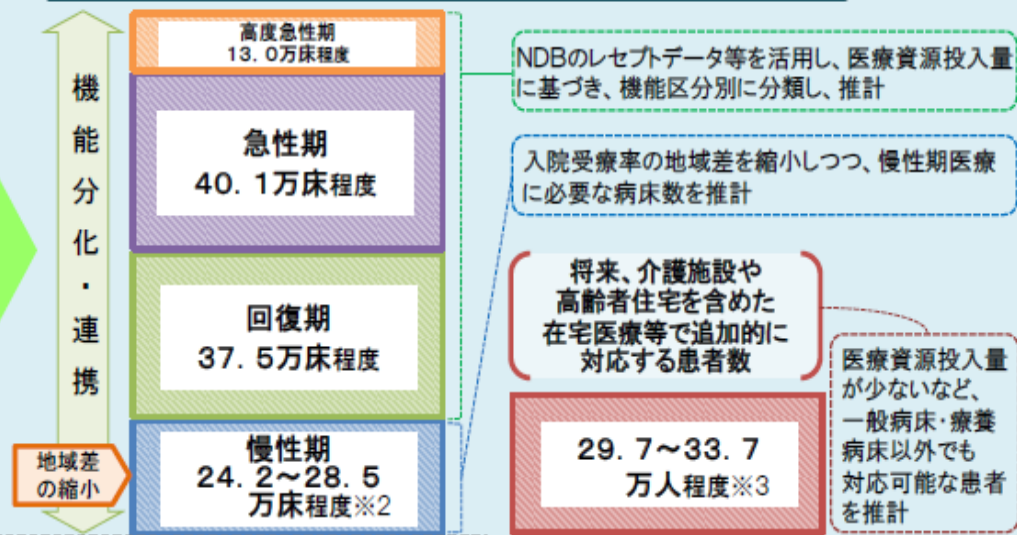
病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



### 【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

# 2022年度病床機能報告について

速報値

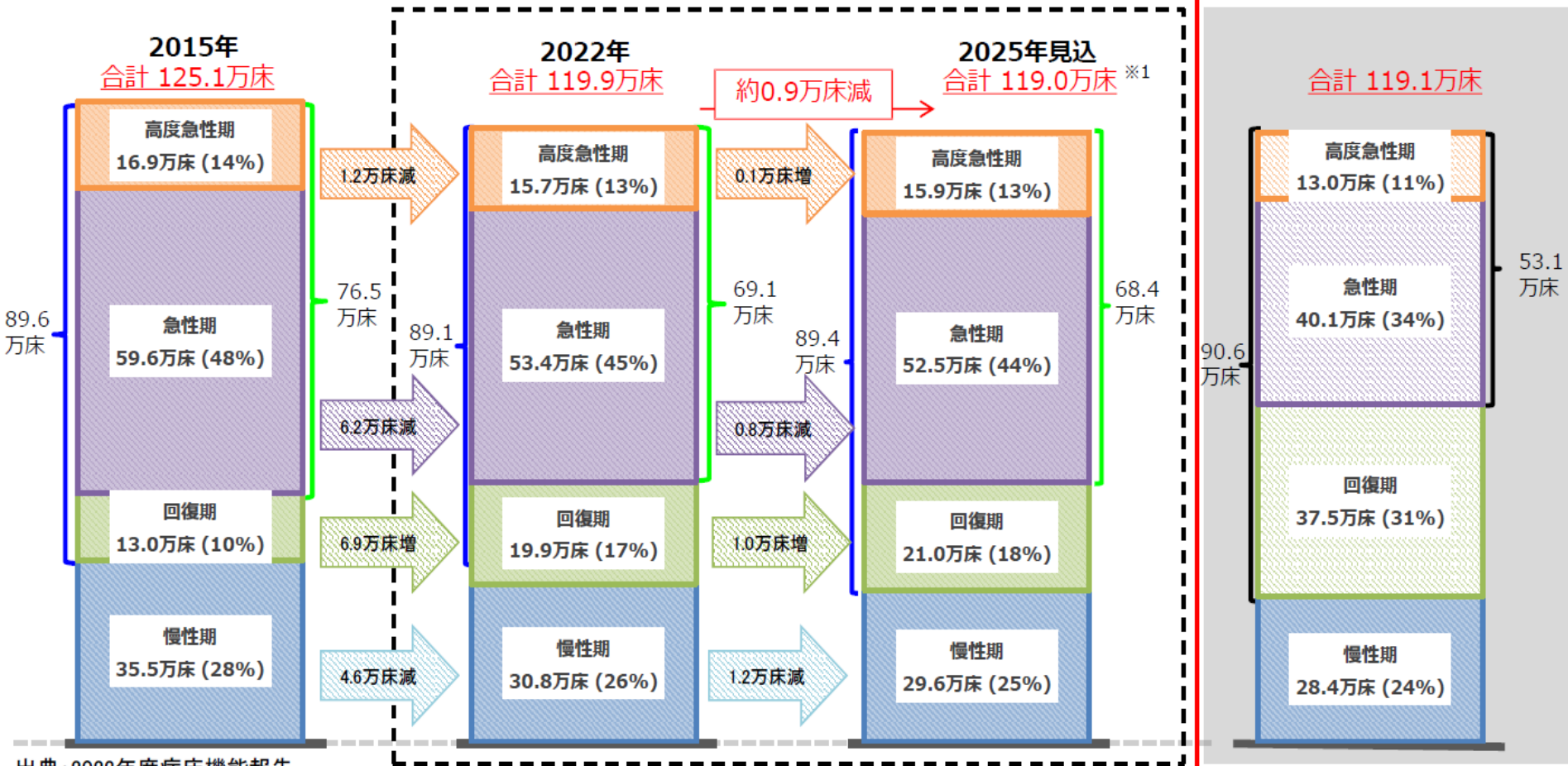
## 2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

## 2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点) ※4 ※6)



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合があります

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別人口推計』を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 19,065床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行う医療機関に属する病床数を対象とする

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それだけではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

高齢者の受け皿  
の回復期病床が  
16万床足りない

※7: 2025年純に比較7  
(一部精査中)

地域包括医療病棟は  
回復期病床数をアップする



# ④老健の医療ケアの強化

## 所定疾患施設療養費



衣笠ろうけん

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的よく発症しているが、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

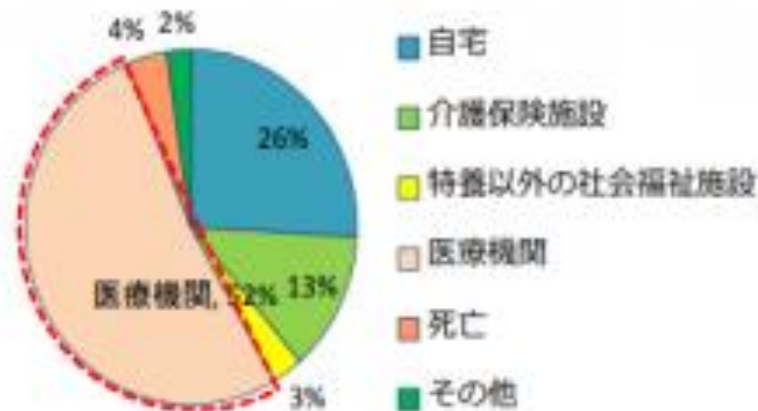
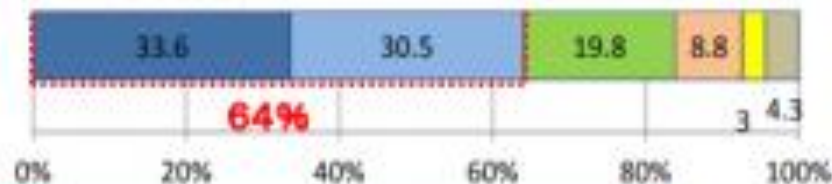


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



- 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」

## 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)

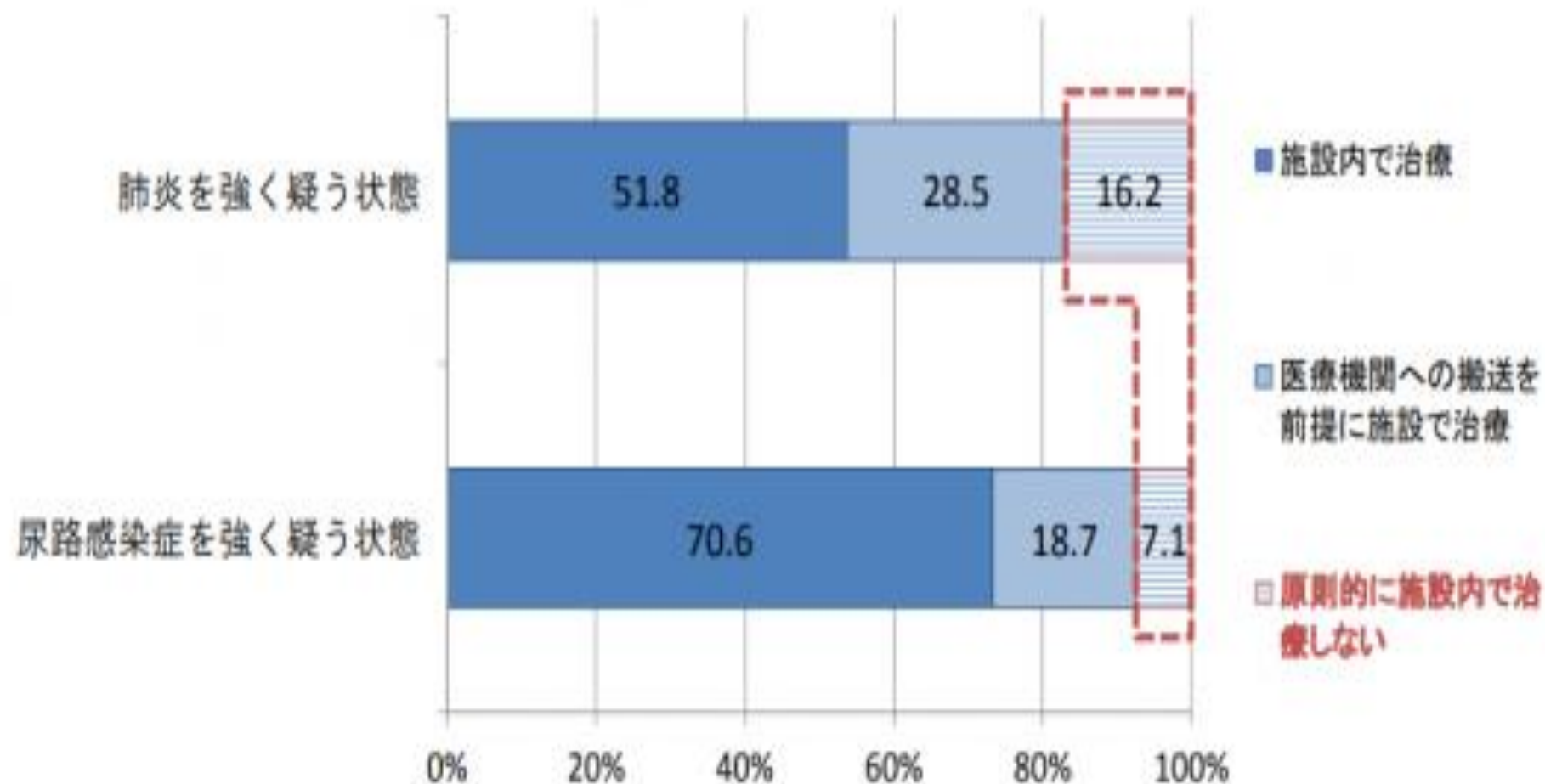
- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 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。



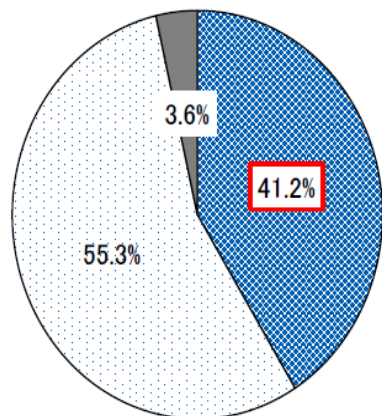
# 介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

老健全体 (n = 2,245)



# 介護老人保健施設入所者における心不全の発症及び医療機関への転院の状況

入所者に心不全(慢性心不全の増悪等)が生じた施設の割合



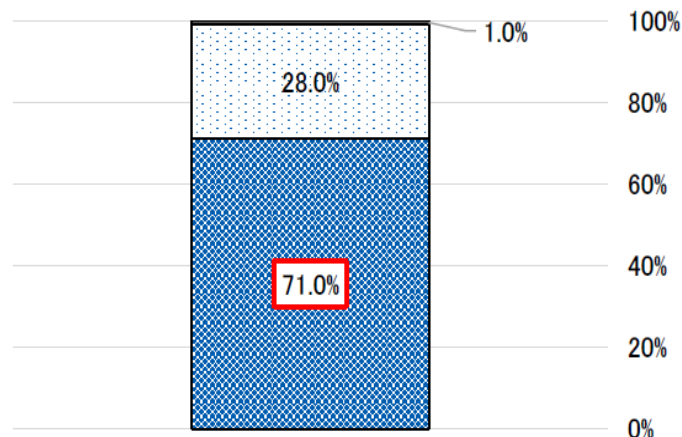
■ 発症あり □ 発症なし ■ 無回答

※2023年4月～6月(n=503)

心不全の発症ありの場合



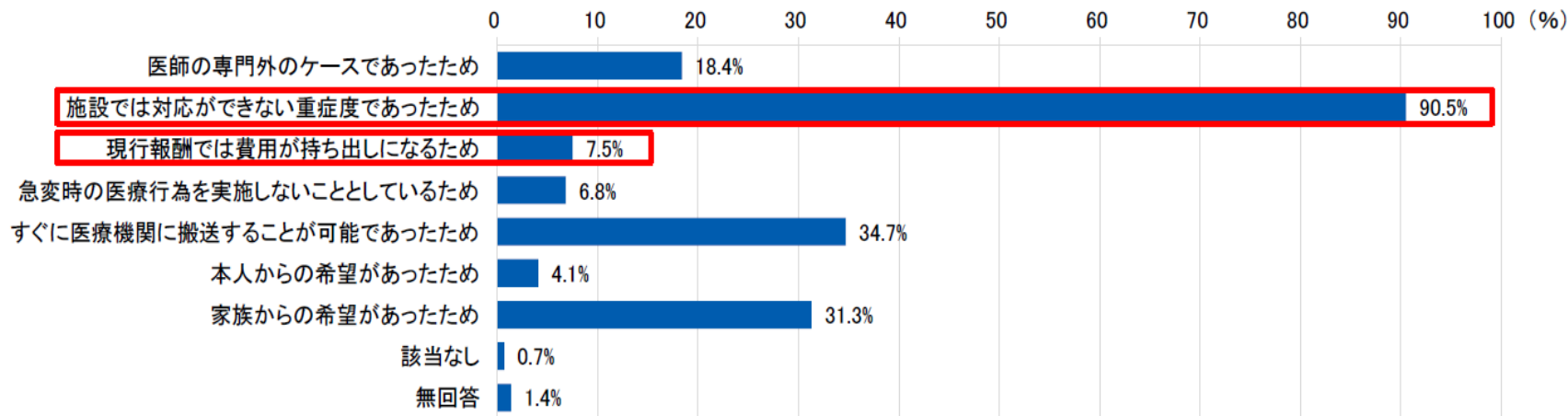
医療機関への転院の有無



■ 転院あり □ 転院なし ■ 無回答

※2023年4月～6月(n=207)

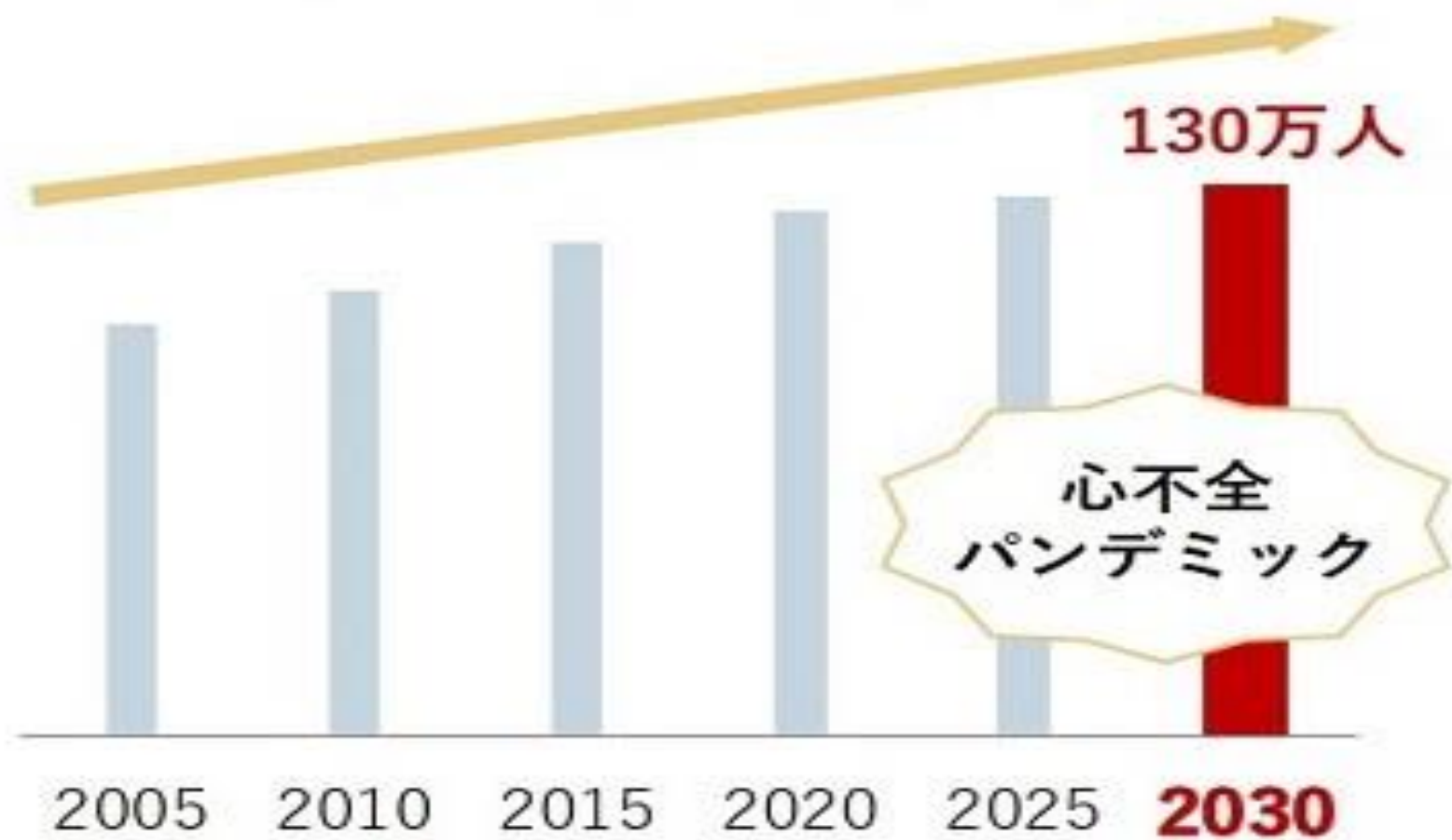
医療機関に転院することになった理由(複数回答)



【出典】令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和5年度調査)

【(2) 介護老人保健施設及び介護医療院における心不全の提供体制等に関する調査研究事業(速報値)】

## 日本の心不全患者数の推移



超高齢化社会の到来により、現在120万人いる心不全患者数は2030年には130万人に達すると言われており、**入院患者数は年間1万人ずつ**増えています。

## 2024年介護報酬改定

慢性心不全の急性増悪も所定疾患施設療養費で老健内で診ることができるようになった！

コロナパンデミックでは老健でも  
コロナ患者を診ていた

# パート 3

## 重症度、医療・看護必要度 の見直し

- ①重症度、医療・看護必要度 **Ⅱ**
- ②注射薬剤**3**種類
- ③**B**項目廃止
- ④平均在院日数

①重症度、医療・  
看護必要度Ⅱ

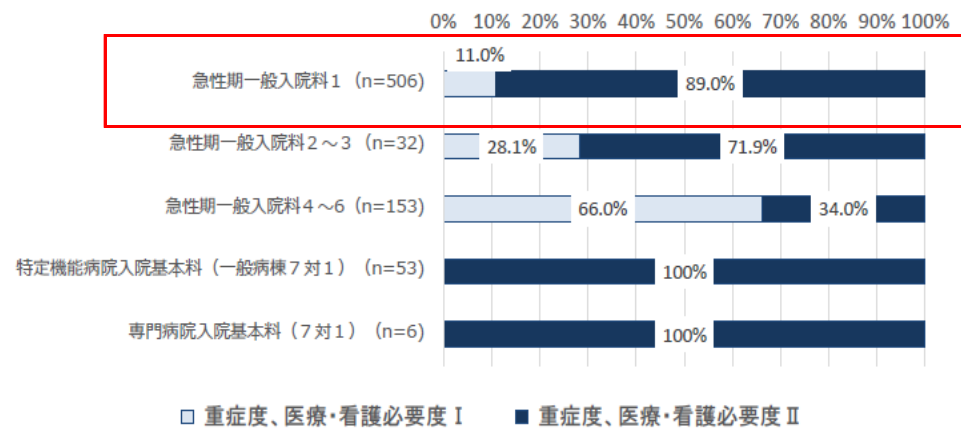
## 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの比較

項目	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を必要とするもの）	DPCレセプト	DPCレセプト
A項目（上記以外）	看護師	DPCレセプト
B項目	看護師	看護師
C項目	DPCレセプト	DPCレセプト

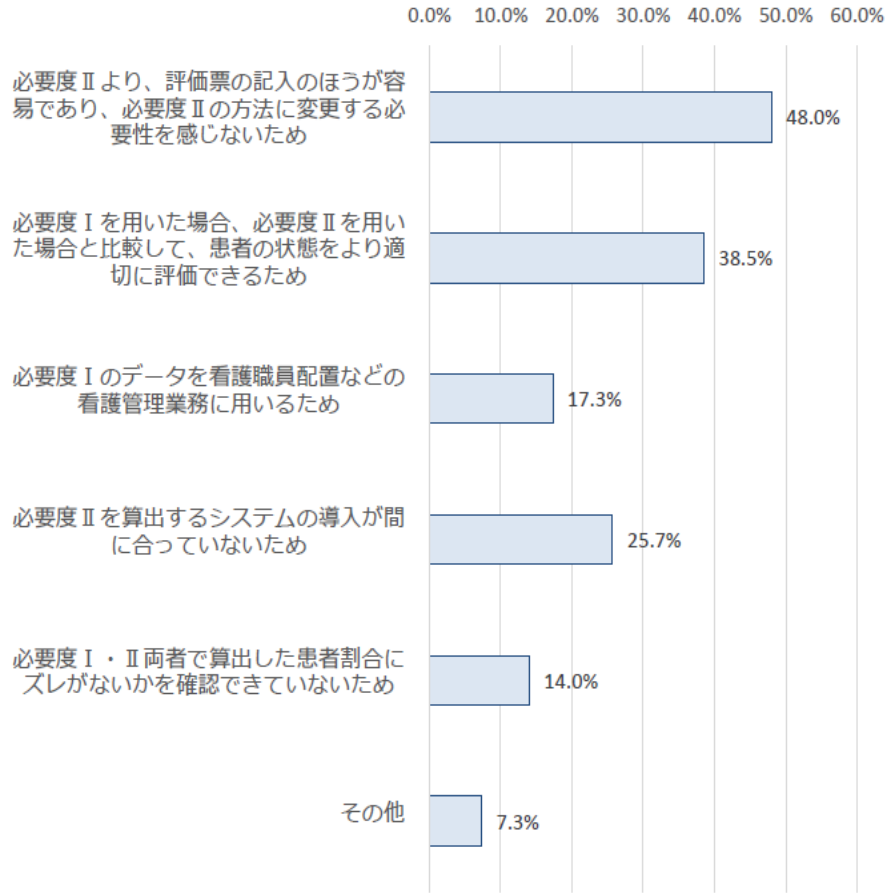
# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

- 重症度、医療・看護必要度 II を届出ている施設は、急性期一般入院料 1 は 89.0%、急性期一般入院料 2～3 は 71.9%、急性期一般入院料 4～6 では 34.0% であった。
- 重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由は、「必要度 II より評価票の記入のほうが容易であり、必要度 II に変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

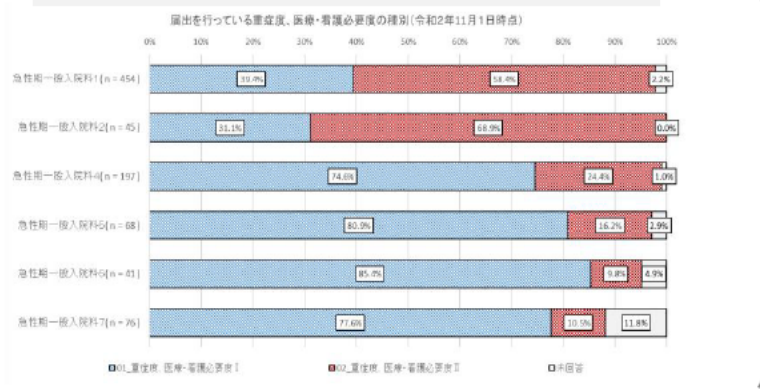
## ■重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況 (令和 4 年 11 月 1 日時点)



## ■重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由 (複数回答)



### (参考) R2.111 時点 (令和 2 年度入院医療等の調査 (施設票))





# A 2 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の定義

## 必要度 I

## 必要度 II

### 項目の定義

酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

### 判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。  
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。  
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。  
NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。  
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140005610	酸素吸入
140005750	突発性難聴に対する酸素療法
140005810	酸素テント
140005910	間歇的陽圧吸入法
140037810	鼻マスク式補助換気法
140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
140057410	ハイフローセラピー(15歳以上)
140009310	人工呼吸
140063810	人工呼吸(5時間超15日目以降)
140023510	人工呼吸(5時間超14日目まで)
140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)
140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)
140009450	無水アルコール吸入療法
140023650	無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)
140063950	無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)
140009550	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)
140023750	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)
140064050	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)
140009650	酸素吸入(マイクロアダプター)
140023850	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)
140064150	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)
140009950	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)
140024150	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)
140064450	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)
140009750	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)
140023950	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)
140064350	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)
140039550	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)
140039650	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)
140064750	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)

# 「呼吸ケア」に該当する患者の状況(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

- 必要度Ⅰに基づく評価より「呼吸ケア」に該当する患者においては、入院料により15～40%程度で、必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合  
(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

	(必要度Ⅰ届出施設の患者)					(必要度Ⅱ届出施設の患者)					
	急1	急2	急4	急5	地域一般1	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1
酸素吸入※ <sup>1</sup>	61.5%	56.1%	66.4%	71.7%	78.6%	92.2%	92.0%	92.8%	92.6%	89.8%	94.3%
人工呼吸※ <sup>2</sup>	5.6%	3.7%	3.5%	3.5%	4.6%	4.5%	4.5%	3.9%	4.6%	7.5%	4.5%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※ <sup>3</sup>	0.8%	1.0%	0.8%	0.9%	0.7%	1.3%	1.3%	1.7%	1.5%	1.6%	0.6%
ハイフローセラピー(15歳以上)	1.0%	1.4%	0.8%	0.5%	1.0%	2.3%	2.3%	1.7%	1.3%	1.2%	0.6%
その他※ <sup>4</sup>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%

※<sup>1</sup> 酸素吸入、酸素吸入(マイクロアダプター)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)

※<sup>2</sup> 人工呼吸(5時間超14日目まで)、人工呼吸(5時間超15日目以降)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)、体外式陰圧人工呼吸器治療

※<sup>3</sup> 人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)、鼻マスク式補助換気法

※<sup>4</sup> 間歇的陽圧吸入法、酸素デント、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)、突発性難聴に対する酸素療法、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)、無水アルコール吸入療法、無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)、無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)

# 入院外来分科会委員意見

- 看護必要Ⅱへの一本化

- 「看護職員の負担軽減を考慮し、そろそろ看護必要度Ⅱへの一本化

- （看護必要度Ⅰの廃止）を検討すべき」（秋山委員）

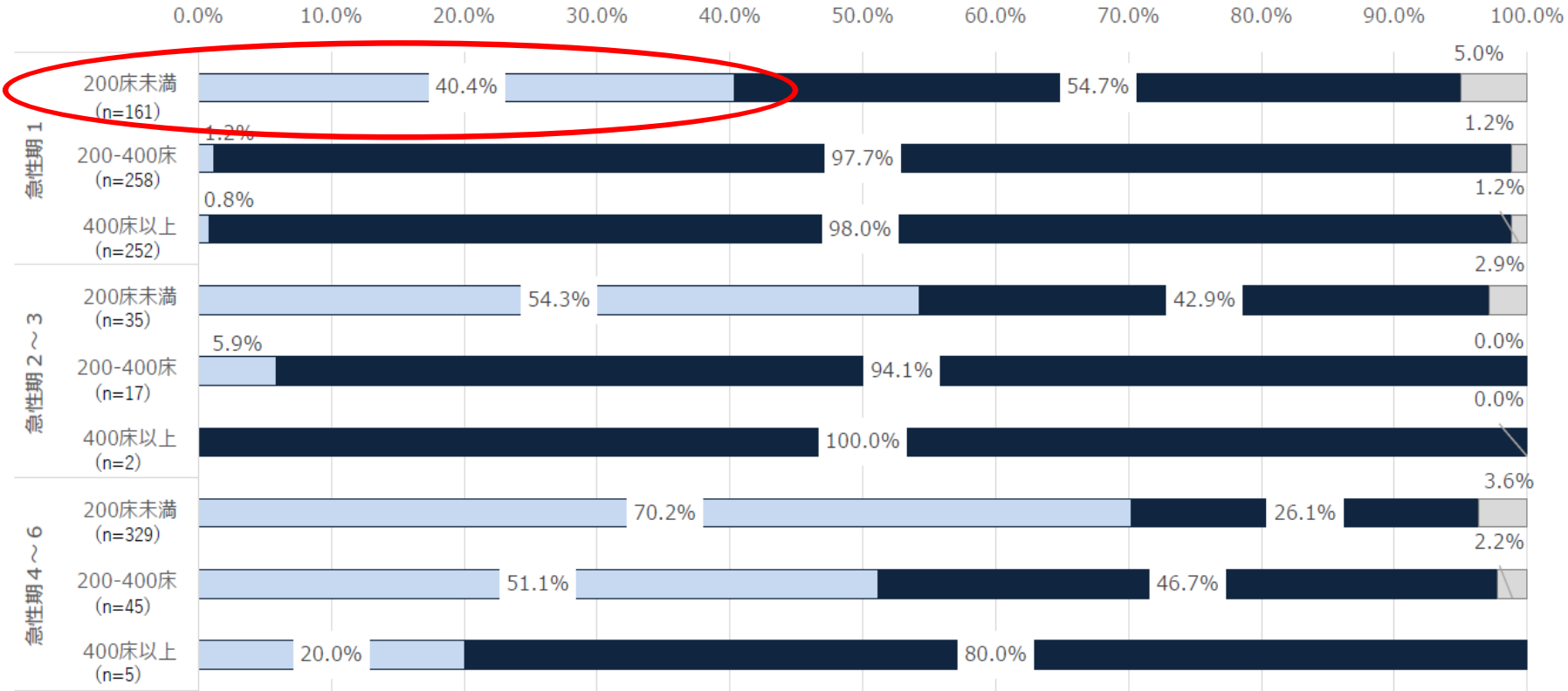
- 「抗がん剤関連項目について、外来移行との関係を整理していくべき

- である」（中野恵委員：健康保険組合連合会参与）

# 許可病床数別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の届出状況は、許可病床数200床以上の急性期一般入院料 1～3の施設ではほぼ100%だが、急性期一般入院料4～6の施設では許可病床数400床以上でも80% だった。

■ 許可病床別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況 (令和5年6月1日時点)



200床以下の急性期一般入院料1にIIを必須化

□ 必要度 I   ■ 必要度 II   □ 不明

【必要度 II を要件とする対象病院】  
許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟

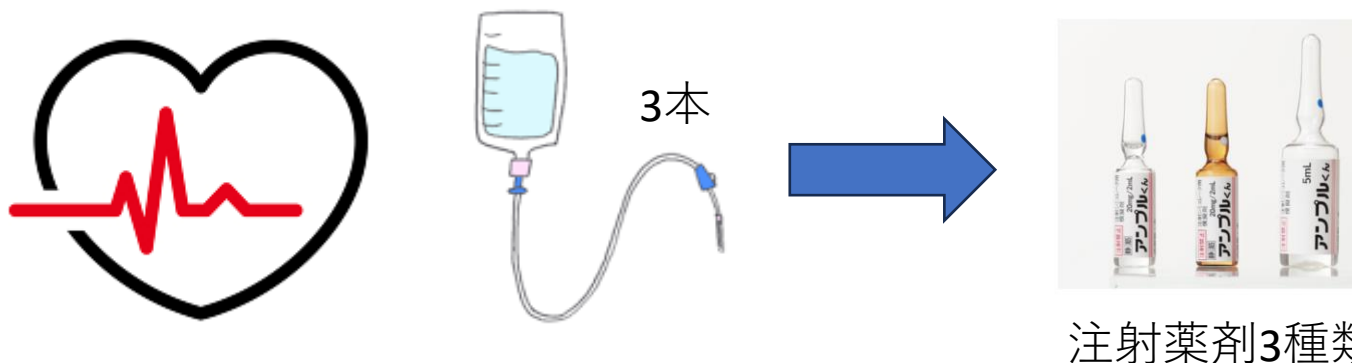
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

## ②注射薬剤3種類



# 2022年改定でA項目の見直し

- ①A項目の「心電図モニター管理」を削除
- ②A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類」に変更
- ③A項目の「輸血や血液製剤の管理」について1点から2点への引き上げ



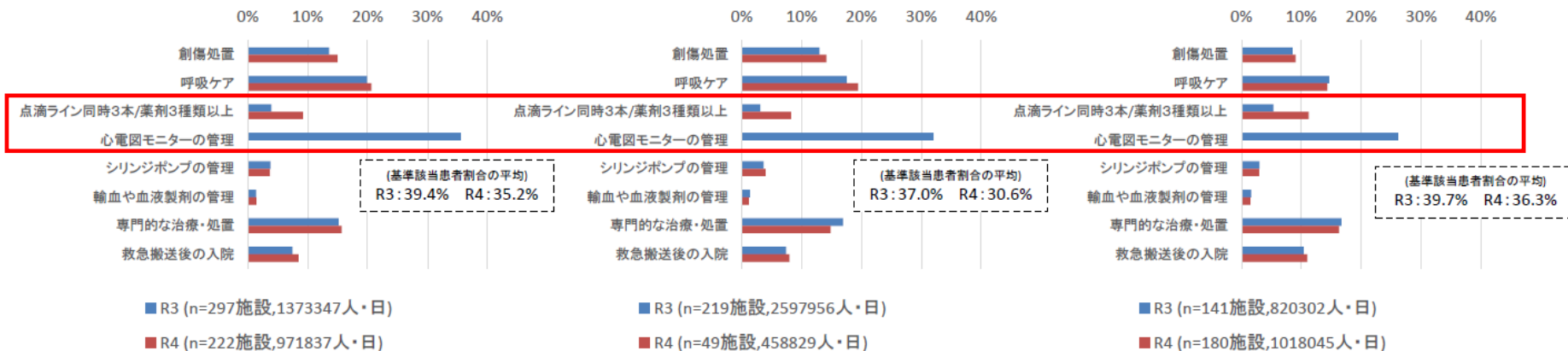
# 急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合①

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

急1・必要度Ⅰ・200床未満

急1・必要度Ⅰ・200床-399床

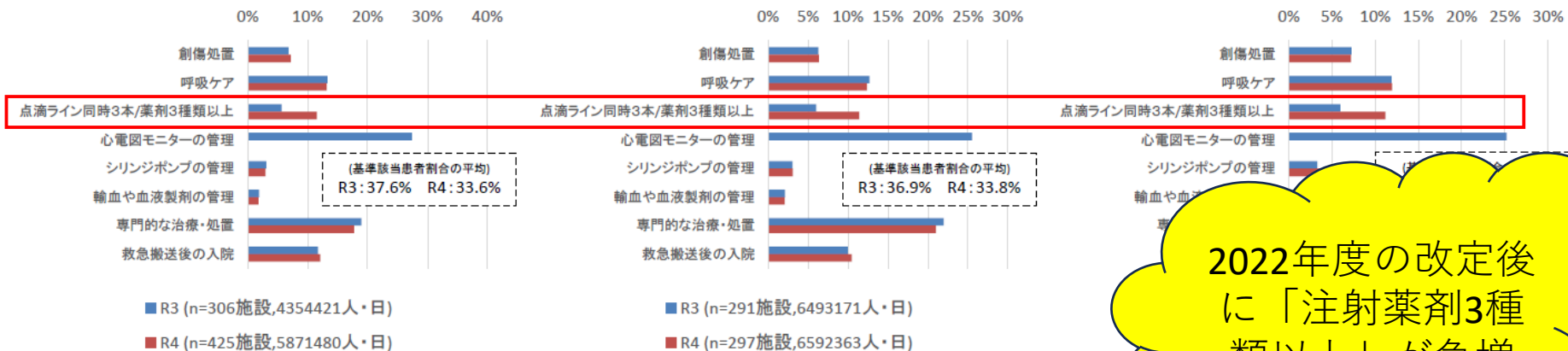
急1・必要度Ⅱ・200床未満



急1・必要度Ⅱ・200-399床

急1・必要度Ⅱ・400-599床

急1・必要度Ⅱ・600床以上



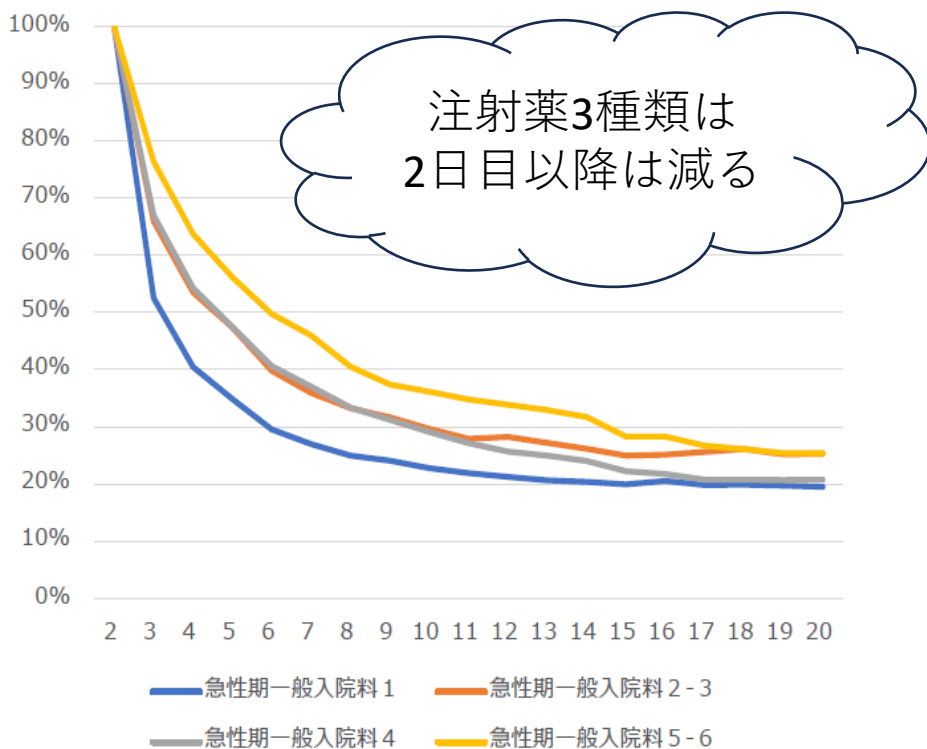
2022年度の改定後に「注射薬剤3種類以上」が急増

出典: DPCデータ(令和3年8月~10月及び令和4年8月~10月分) ※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

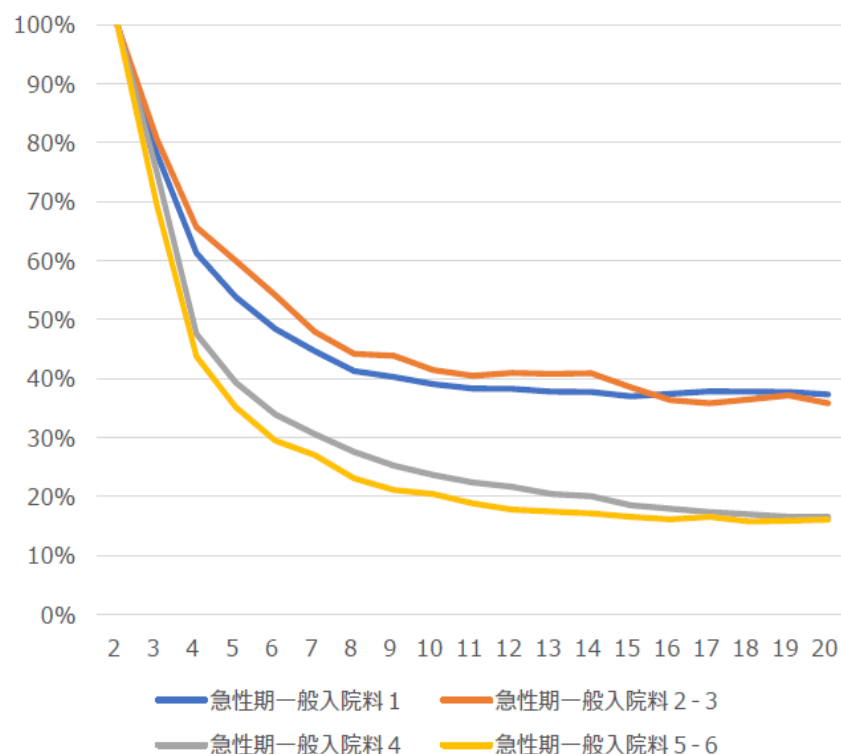
# 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

- 急性期一般入院基本料において「注射薬剤3種類以上の管理」に一度該当した患者がその後の入院期間でも該当し続ける割合は、急性期一般入院料1で低い一方で急性期一般入院料5-6で高く、「点滴ライン3本以上の管理」と異なる傾向にあった。

入院2日目に初めて「注射薬剤3種類以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合  
(令和4年8～10月)



入院2日目に初めて「点滴ライン3本以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合  
(令和3年8～10月)



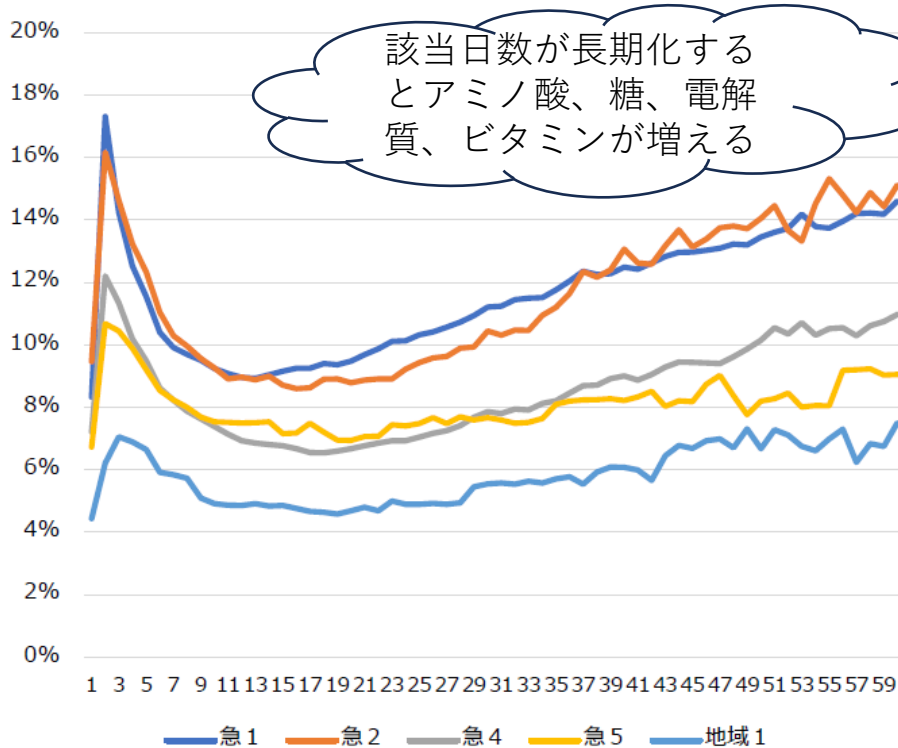


# 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況①

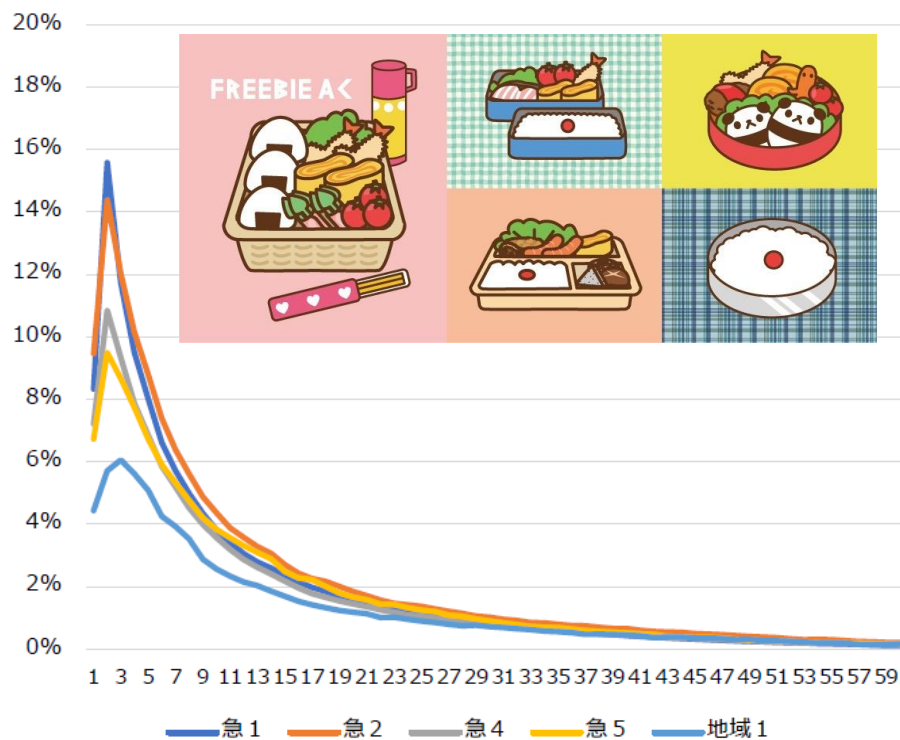
- 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合は、急性期一般入院基本料では入院2日目の患者においてピークを迎えその後低下し、入院10～20日目の患者から再び上昇する傾向にあった。

入院後日数ごとの「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合  
(令和4年8～10月)

(各日の評価対象者における該当割合)



※参考：退院患者を分母に含めた場合の該当割合



# 「薬剤3種類以上」の急増

- 入院外来医療分科会委員意見
  - 多くの委員が「心電図モニタ管理が削除されA得点が下がる部分を、薬剤3種類以上で取り戻しているのではないか」と指摘。
  - 今後、適正な運用がなされているのかなどを確認したうえで、「薬剤3種類以上」の適正化論議

対象薬剤から  
「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等  
の静脈栄養に関する薬剤を除外

# ③B項目廃止

## 生活の基本

- 食事
- 排泄
- 移動
- 整容
- 入浴



ADL 日常生活動作

# 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	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(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
8	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
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	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
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	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]

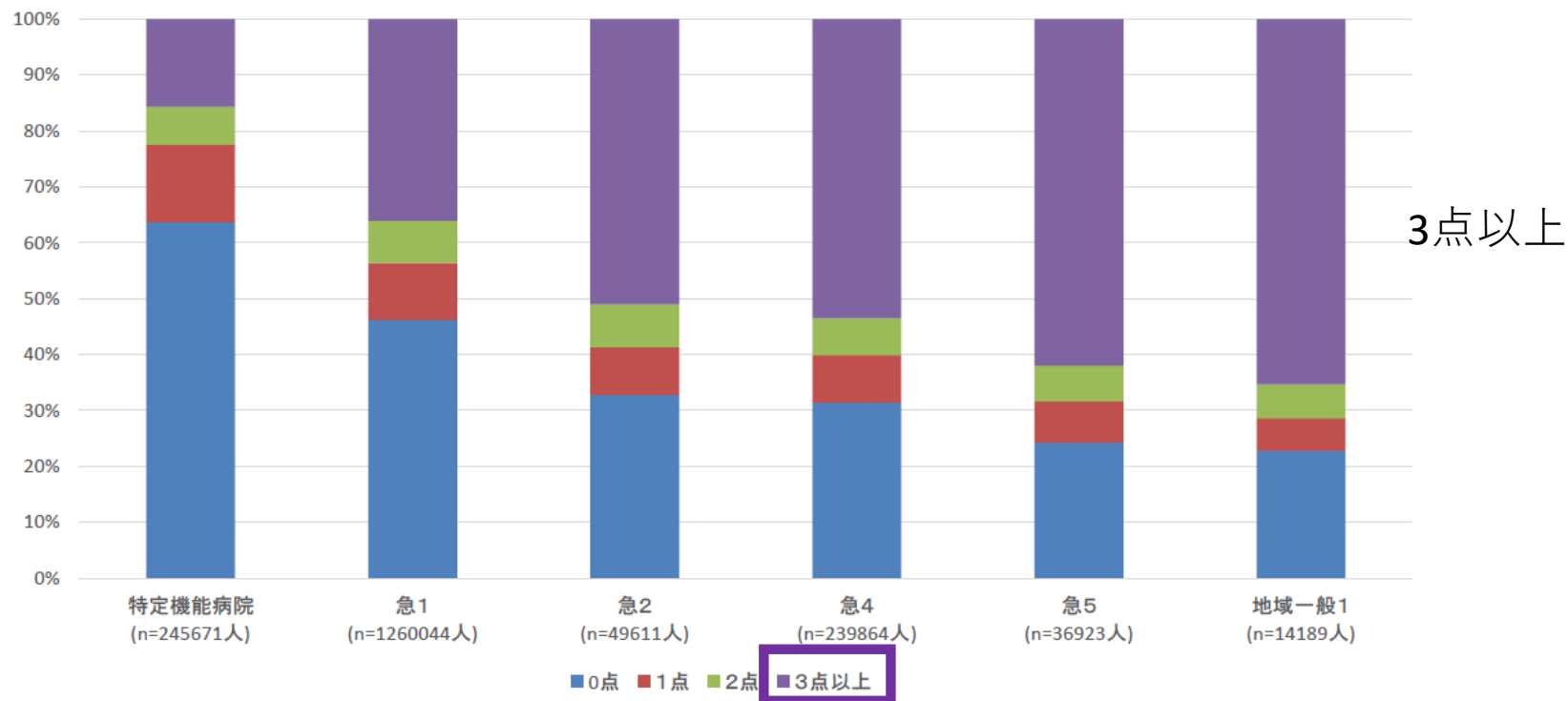
対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

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

# 入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-5や地域一般入院料1で高い。

3日間以上入院している患者における  
入院初日のB得点の割合



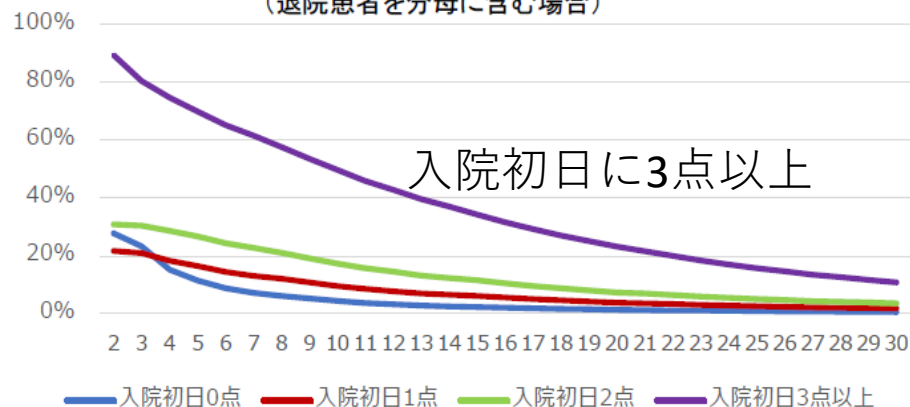
# 入院後の日数毎のB得点の推移①

○ 急性期一般入院料1、一般病棟入院基本料全体のいずれも、入院中にB得点が3点以上となる割合は、入院初日にB得点が3点以上である場合に高く、入院初日にB得点が2点以下である場合との差が大きかった。

急性期一般入院料1における入院初日のB得点ごとの、  
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

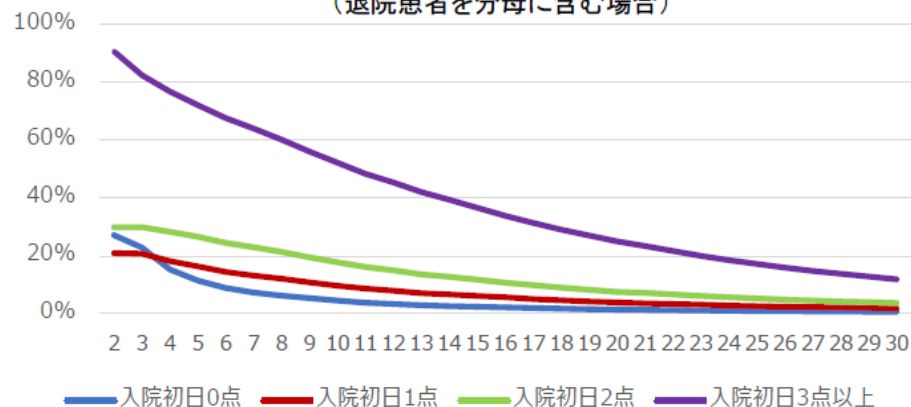
(退院患者を分母に含む場合)

入院初日に3点以上

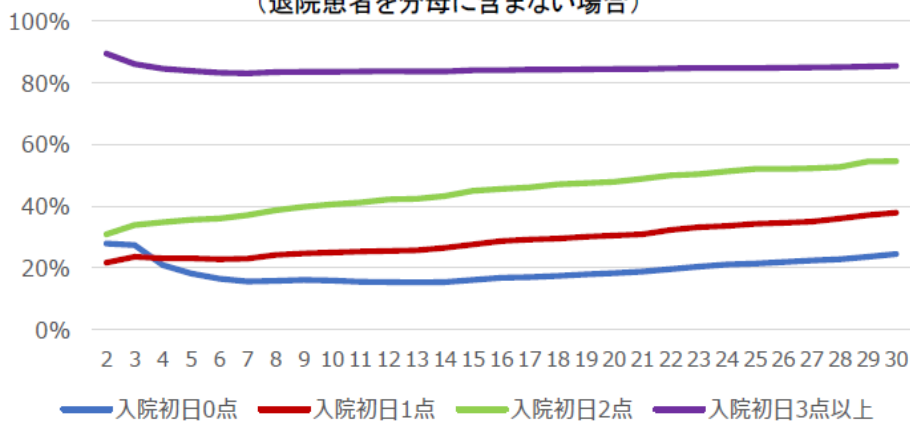


一般病棟入院基本料における入院初日のB得点ごとの、  
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

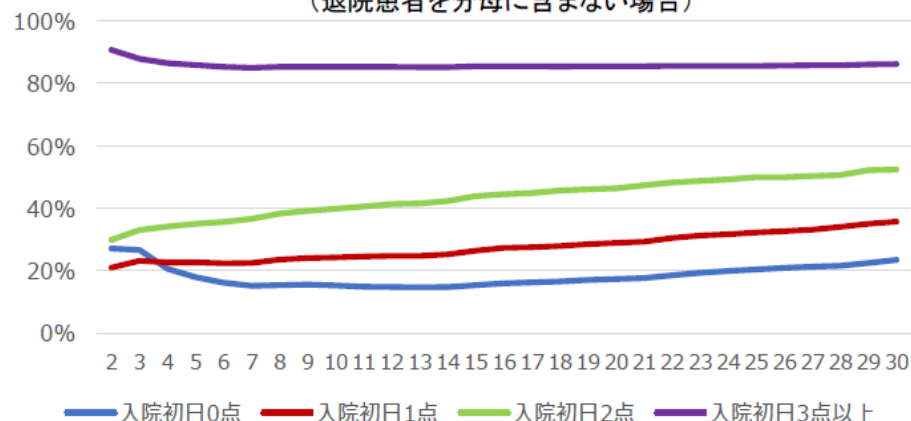
(退院患者を分母に含む場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



# B項目は急性期医療ニーズを評価する項目として適しているか？

- 中野恵委員（健康保険組合連合会参与）

- 「B項目が『急性期入院医療の必要性を評価するもの』として妥当なのか疑問を感じる。今後、根本的な見直し検討が必要と考えるが、まず2024年度の次期診療報酬改定においては、診療情報・指標等作業グループの報告にもあるように、急性期一般1では『B項目の廃止』を提案したい」

- 小池創一委員（自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門教授）

- 「看護必要度の趣旨である『急性期入院医療の必要性を評価するもの』との趣旨に照らし、B項目が急性期の必要度に相応しくないとすれば、B項目廃止の方向が妥当である」

- 津留英智委員（全日本病院協会常任理事）

- 「B項目の調査データから、ただちに『急性期入院医療の必要性を評価するものとして相応しくない』との結論は導けないのではないか」

- 山本修一分科会長代理：地域医療機能推進機構理事長

- 「急性期病院にも様々な病態の患者がおり、医療の高度化で高齢患者にも安全・安心に侵襲的な手技が可能になってくる中で、さらに高齢患者が急性期病棟に入院が増える
- 入院患者にどれだけの手間をかければ退院につながるのか』という視点での評価は継続して必要であり、B項目が『急性期入院医療の必要性を評価するものとして相応しくない』となっても、依然として重要であり、廃止すべきではない

# 急性期一般入院料1 患者該当基準①（B項目含む） の廃止に繋がった





# ④平均在院日数

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{在棟患者延べ数}}{(\text{新規入棟患者数} + \text{退棟患者数}) \div 2}$$



# 一般病棟入院基本料の内容

		看護職員	重症度、医療・看護必要度の 該当基準患者の割合		平均在院日数	データ提出 加算	点数
			許可病床数 200以上	許可病床数 200未満			
急性期一 般入院基 本料	入院料1	7対1以上 (7割以上が看護師)	I : (31%) <sup>※1</sup> II : 28%	I : 28% II : 25%	18日以内	必須	1,650点
	入院料2	10対1以上 (7割以上が看護師)	I : 27% II : 24%	I : 25% II : 22%	21日以内		1,619点
	入院料3		I : 24% II : 21%	I : 22% II : 19%			1,545点
	入院料4		I : 20% II : 17%	I : 18% II : 15%			1,440点
	入院料5		I : 17% II : 14%				1,429点
	入院料6		測定していること				1,382点
地域一般 入院基本 料	入院料1	13対1以上 (7割以上が看護師)	測定していること		24日以内	必須 <sup>※2</sup>	1,159点
	入院料2		—				1,153点
	入院料3	15対1以上 (4割以上が看護師)			60日以内		988点

(※1) 令和5年1月1日以降は、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行う必要がある。

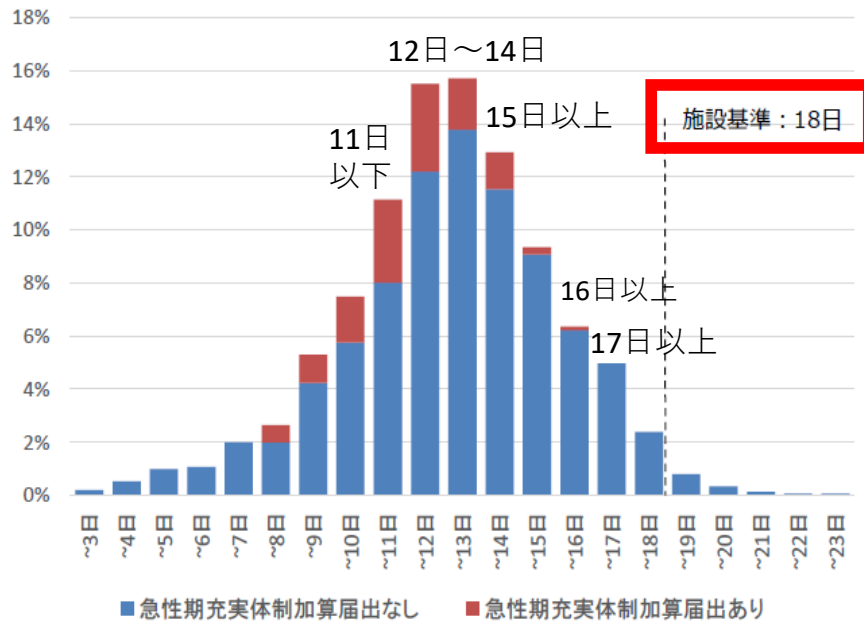
(※2) 許可病床数が200床以上の場合は令和5年3月31日まで、許可病床数が200床未満の場合は令和6年3月31日までの間、要件を満たすものとみなす。

# 急性期一般入院料1における平均在院日数①

○ 急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

急性期一般入院料1における各施設の平均在院日数の分布  
(令和4年7月時点、n=1508)

(該当施設割合)

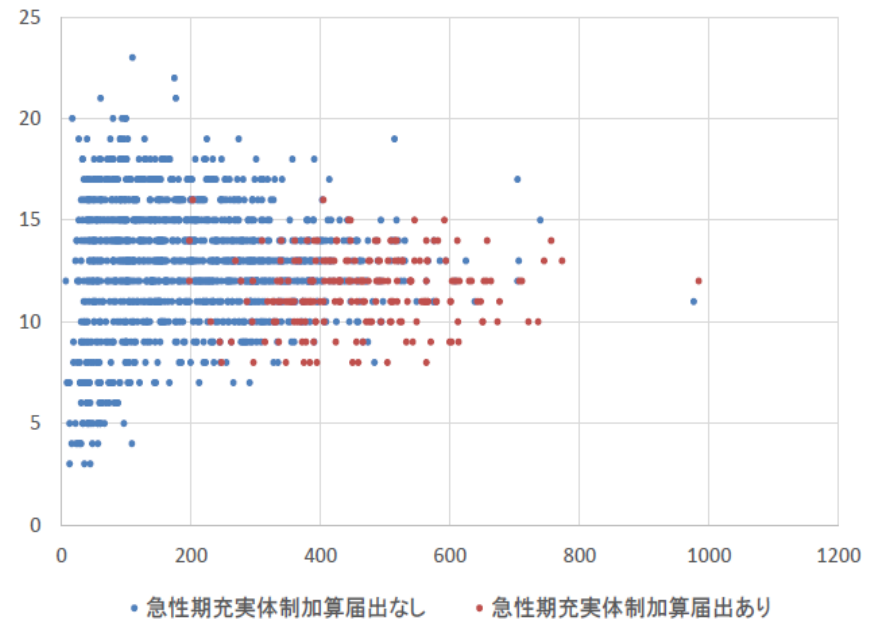


(平均在院日数、日)

平均	5%点	10%点	25%点	33%点	50%点	67%点	75%点	90%点	95%点
12.6	8	9	11	12	13	14	14	16	17

急性期一般入院料1における届出病床数と平均在院日数の分布  
(令和4年7月時点、n=1505)

(平均在院日数、日)



(急性期一般入院料1の届出病床数)

本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

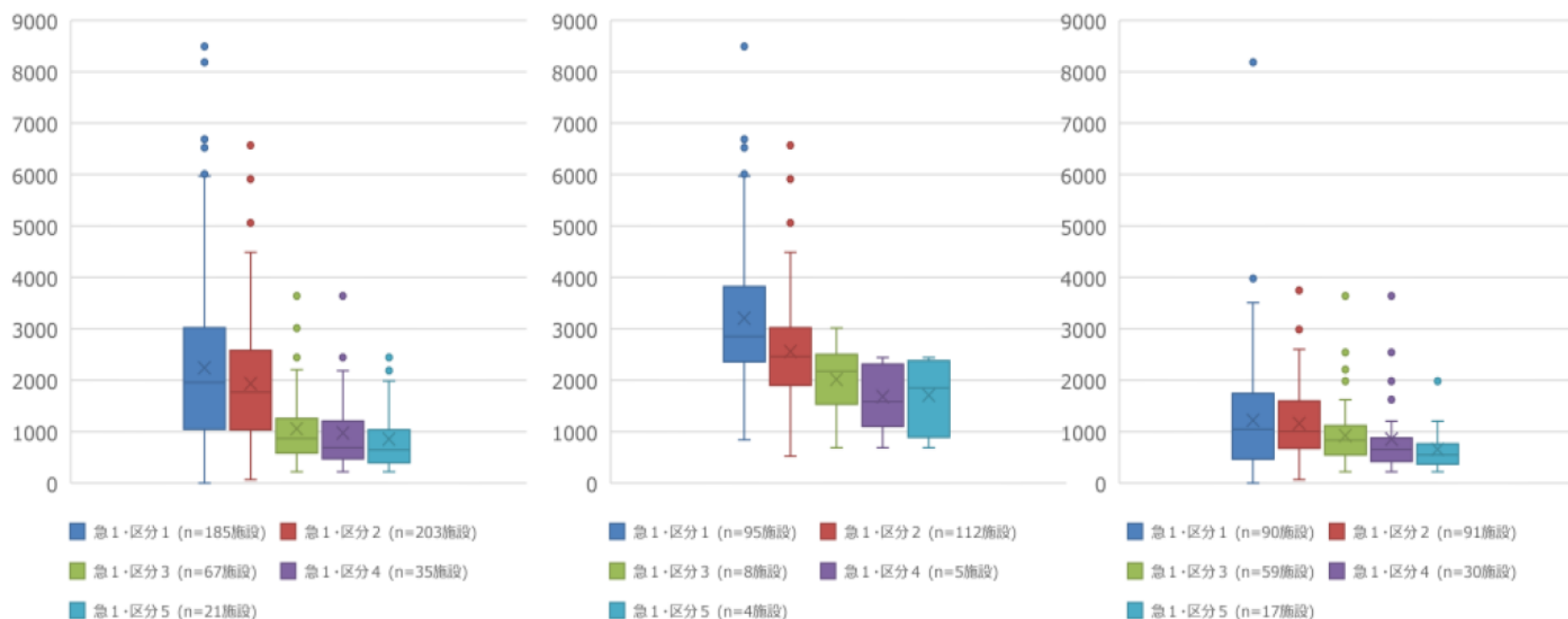
○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

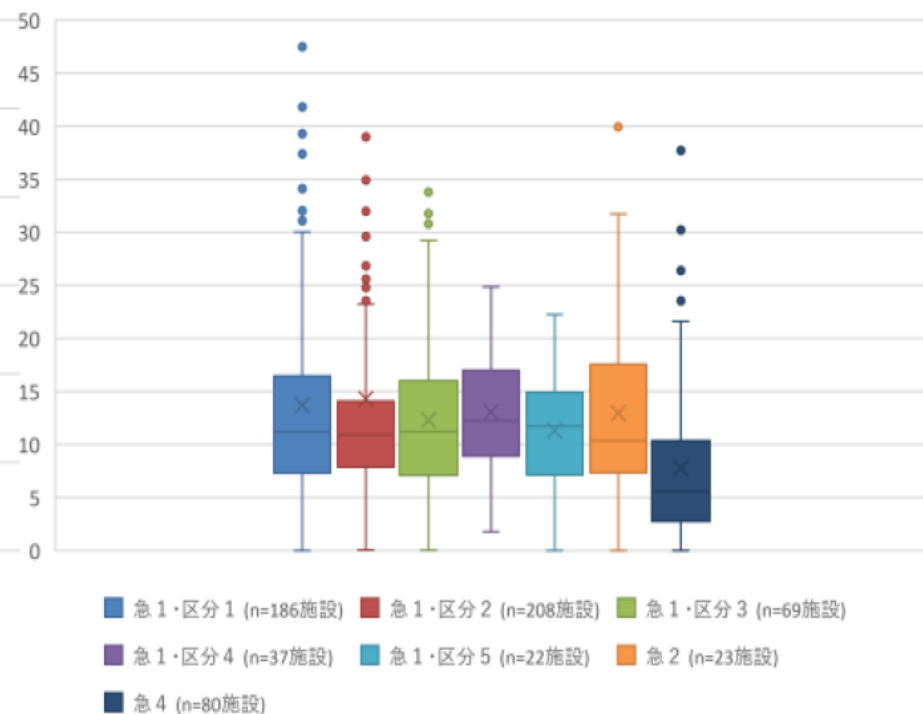
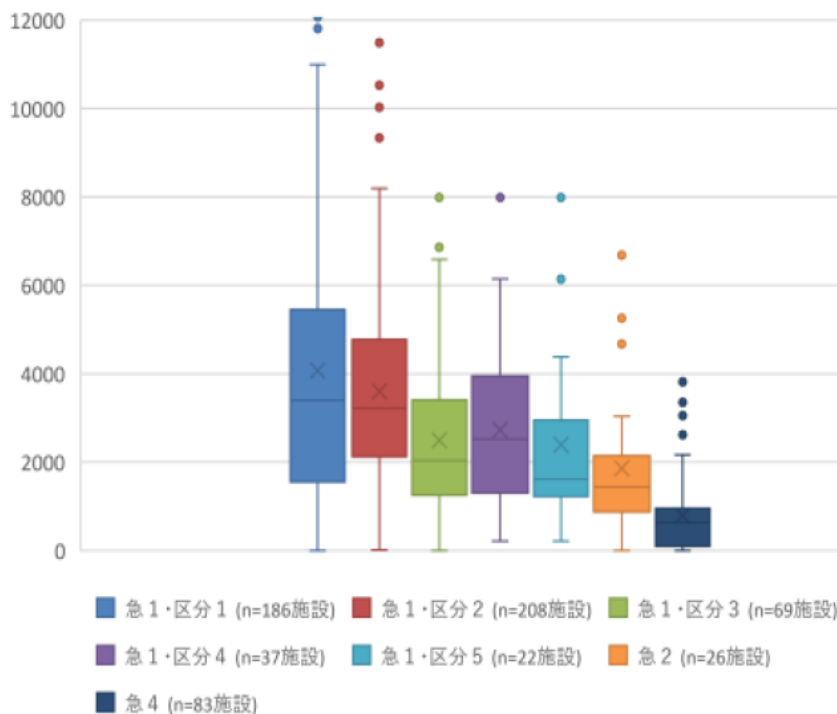
# 平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績③

- 救急搬送件数については、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
- 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における  
救急搬送件数

(実件数)

(一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの件数)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

# 重症度、医療・看護必要度の 見直しのシミュレーション



# 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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	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(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	あり
8	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

項目の見直し

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	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、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例)	なし	あり

該当患者の基準の見直し

[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		
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	x	
10	移乗	自立	一部介助	全介助		
11	口腔清潔	自立	要介助			
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ			
15	危険行動	ない		ある		
					0	1
					実施なし	実施あり
					実施なし	実施あり
					実施なし	実施あり
					実施なし	実施あり

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の変更による該当患者割合への影響について

○ これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。

変更する項目		変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院料 1～5)
1-1	A-7:救急搬送後の入院	評価日数を1日とする。	-4.5%
1-2	/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を2日とする。	-3.3%
2-1	A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3-1	A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	-0.8%
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-1.2%
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.1%
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。	+0.1%
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8-1	B項目及び該当基準	急性期一般入院料1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9-1		令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する*。	+0.1%
9-2	C項目	対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10-1	評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

※ C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上

② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

③ 点数が2万点以上

注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしていれば満たしているものとする。

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満

② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目		変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。		○		○	
1-2		評価日数を2日とする。			○		○
2-1	A-1:創傷処置	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	○				
3-1	A-2:呼吸ケア	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	○				
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	○				
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	○				
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。				○	○
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	○				
8-1	B項目及び該当基準	7対1病棟において、該当基準のうち基準①（A 2点以上かつB 3点以上）を廃止する。	○				
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する。	○				
9-2		手術実施日からの退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	○				
10-1	評価対象患者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	○				

# 急性期一般入院料 1 の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

- 急性期一般入院料1におけるシミュレーションについては、平均在院日数の基準の見直しと組み合わせるとともに、「A得点2点以上かつB3点以上」の基準を用いないことが提案されている一方で「A得点2点以上」を評価する必要性が指摘されていることを踏まえ、見直し後の該当患者割合に加えてA得点2点以上を含めた割合についても、確認してはどうか。

## （現行の急性期一般入院料 1 の基準）

### 該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準①：A得点2点以上かつB得点3点以上
- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上

※平均在院日数：18日以内

## （シミュレーションにおける確認事項）

### 平均在院日数

- ・ ○日以内の医療機関

※14日、15日、16日又は17日

平均在院日数を  
18日以下にする



### 該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上

基準①を削除



### A得点2点を含めた割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上
- ・A得点2点

A得点2点

現行

【A】必要度評価対象者全数

【B】必要度該当患者

以下のいずれかを満たす場合に該当

- ・A得点2点以上かつB3点以上
- ・A3点以上
- ・C1点以上

必要度該当患者割合 =  $【B】 / 【A】$



見直し案

【A】必要度評価対象者全数

【C】必要度該当患者

A得点3点以上 又は C得点1点以上の者

【D】必要度該当又はA得点2点の患者\*

A得点2点の者

※以下のいずれかを満たす患者

- ・A得点3点以上
- ・C得点1点以上
- ・A得点2点

割合①: 必要度該当患者割合  
=  $【C】 / 【A】$

割合②: 必要度該当又はA2点以上の患者割合  
=  $【D】 / 【A】$

⇒ 割合①が一定以上であり、かつ割合②が一定以上であることを施設基準とする。

# シミュレーション結果と 中医協委員意見



4つの案についてシミュレーションを行った

# 急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し (案)

## (見直し案 1 の場合)

### (現行)

重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)	
重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5% (200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)	

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)	
重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7% (200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)	

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)	
重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5% (200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=207): 87.1%)	

### (見直し後)

重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計				
判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-4.6%	-19.4%	-6.5%	-19.7%
※カッコ内は病床数ベースの増減	(-1.8%)	(-12.1%)	(-3.1%)	(-12.3%)
200床以上(n=963)	-1.5%	-15.3%	-3.2%	-15.4%
200床未満(n=409)	-12.0%	-29.1%	-14.2%	-29.8%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-2.8%	-12.4%	-3.9%	-12.8%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-2.9%	-14.6%	-4.2%	-14.8%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-3.4%	-16.4%	-5.0%	-16.5%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-4.0%	-18.1%	-5.8%	-18.4%

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-3.1%	-17.2%	-4.9%	-17.4%
200床以上(n=942)	-1.6%	-15.0%	-3.4%	-15.1%
200床未満(n=207)	-10.1%	-27.5%	-11.6%	-28.0%
平均在院日数14日以内 (n=903)	-1.6%	-10.5%	-2.5%	-10.6%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-1.9%	-12.6%	-3.1%	-12.7%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-2.3%	-14.5%	-3.8%	-14.6%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-2.8%	-16.1%	-4.4%	-16.2%

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-10.8%	-27.8%	-15.2%	-29.6%
200床以上(n=21)	+4.8%	-28.6%	-4.8%	-28.6%
200床未満(n=202)	-12.4%	-27.7%	-16.3%	-29.7%
平均在院日数14日以内(n=139)	-7.9%	-20.1%	-12.9%	-22.3%
平均在院日数15日以内(n=166)	-6.0%	-22.3%	-10.8%	-24.1%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-6.8%	-23.2%	-11.6%	-24.7%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-9.7%	-26.1%	-14.5%	-28.0%

# 急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し (案)

# (見直し案 4 の場合)

## (現行)

重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)	
重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5% (200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)	

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)	
重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7% (200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)	

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)	
重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5% (200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=202): 87.1%)	

## (見直し後)

重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計				
判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-1.5%	-10.8%	-3.7%	-11.2%
※カッコ内は病床数ベースの増減	(-0.2%)	(-5.8%)	(-1.4%)	(-6.1%)
200床以上(n=963)	+0.6%	-6.5%	-1.0%	-7.0%
200床未満(n=409)	-6.6%	-20.8%	-10.0%	-21.3%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-0.8%	-4.7%	-1.6%	-4.8%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-1.0%	-7.8%	-2.1%	-8.0%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-0.9%	-8.6%	-2.4%	-8.9%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-1.3%	-9.9%	-3.1%	-10.2%

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-0.9%	-8.6%	-2.3%	-9.1%
200床以上(n=942)	+0.2%	-6.3%	-1.3%	-6.7%
200床未満(n=207)	-5.8%	-19.3%	-7.2%	-19.8%
平均在院日数14日以内 (n=903)	-0.6%	-3.1%	-0.8%	-3.2%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-0.7%	-6.0%	-1.2%	-6.2%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-0.6%	-6.9%	-1.4%	-7.2%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-0.8%	-7.9%	-1.9%	-8.3%

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-5.4%	-21.1%	-9.9%	-22.0%
200床以上(n=21)	+9.5%	-19.0%	+4.8%	-19.0%
200床未満(n=202)	-6.9%	-21.3%	-11.4%	-22.3%
平均在院日数14日以内(n=139)	-1.1%	-10.7%	-5.0%	-11.6%
平均在院日数15日以内(n=166)	-1.2%	-17.5%	-5.4%	-18.1%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-2.1%	-17.4%	-6.8%	-17.9%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-4.3%	-19.3%	-9.2%	-20.3%

# 中医協委員意見

- 支払い側
  - 看護必要度や平均在院日数など、急性期一般病床の施設基準の厳格化を求める意見（案1）
- 診療側
  - 施設基準の現状維持、あるいは最低限の緩やかな見直しを求める意見（案4）

公益裁定 2024年1月31日



# 公益裁定で 見直し案4に近い案で決着

- 2024年1月31日 公益裁定となった
  - 両者の意見の乖離が大きいため公益裁定となった
  - 急性期一般入院料1の平均在院日数
    - 現行の18日以内から16日以内に短縮
    - 項目については「見直し案4」を採用する
    - 該当患者割合については急性期一般入院料1については  
割合① A項目3点・C項目1点は20%以上  
割合② A項目2点・C項目1点は27%以上



# パート4 後発医薬品の 安定供給へ向けて



# 薬機法違反の状況

- 令和3年より、複数の医薬品企業において、製造管理・品質管理上の不備による医薬品医療機器等法（薬機法）違反が発覚し、行政処分が実施されている。

行政処分事例一覧（令和3年～令和5年5月）

企業名（処分庁）	処分日
小林化工株式会社（福井県）	2021年2月9日（業務停止、業務改善）
日医工株式会社（富山県）	2021年3月5日（業務停止）
岡見化学工業株式会社（京都府）	2021年3月27日（業務停止、業務改善）
久光製薬株式会社（佐賀県）	2021年8月12日（業務停止）
北日本製薬株式会社（富山県）	2021年9月14日（業務停止、業務改善）
長生堂製薬株式会社（徳島県）	2021年10月11日（業務停止、業務改善）
松田薬品工業株式会社（愛媛県）	2021年11月12日（業務停止、業務改善）
日新製薬株式会社（滋賀県）	2021年12月24日（業務停止、業務改善）
富士製薬工業株式会社（富山県）	2022年1月19日（業務改善）
共和薬品工業株式会社（兵庫県、鳥取県、大阪府）	2022年3月28日（業務停止、業務改善）
中新薬業株式会社（富山県）	2022年3月30日（業務停止、業務改善）
辰巳化学株式会社（石川県）	2022年9月2日（業務改善）
株式会社廣貴堂（富山県）	2022年11月11日（業務停止、業務改善）
ニプロファーマ株式会社（秋田県）	2023年2月24日（業務改善）
フェリング・ファーマ株式会社※（厚労省）※海外の原薬製造所のGMP違反	2023年4月28日（業務改善）

2010年から2019  
年までは4社  
2021年からすでに15社

# 沢井製薬 テプレノンカプセル 溶出試験で不正



2023年10月23日



アクティブファーマに業務改善命令  
富山市八尾町に工場

2024年2月9日



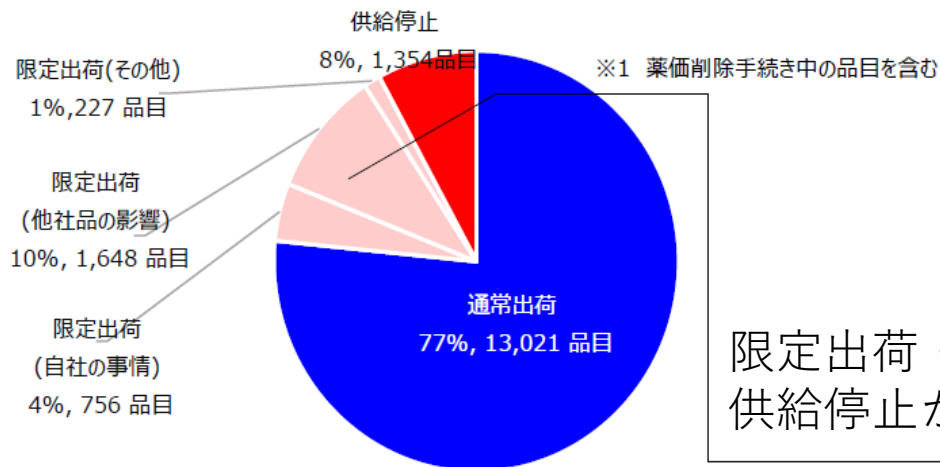
**アクティブファーマ (本社:東京)**

富山市八尾町の工場で承認書と異なる方法で  
医薬品原薬を製造 虚偽の製造記録を作成

# 1 製造販売業者の対応状況—医薬品全体（令和5年4月）

- 製造販売業者の対応状況については、調査対象18,221品目に対し、17,203品目の回答を得た。
- 結果としては、**限定出荷・供給停止が合計23%**（3,985品目）であり、限定出荷の要因としては「**他社品の影響**」によるものが**最多**であった。

## 1 医薬品全体の対応状況※1



カテゴリ別：「供給停止」、「限定出荷」の割合

2023年4月 調査結果	供給停止		限定出荷		
	銘柄数	構成比	銘柄数	構成比	
先発品	2,580	63	5%	95	4%
長期収載品	1,450	30	2%	134	5%
後発品	9,004	1,022	75%	2,061	78%
その他の医薬品	4,169	239	18%	341	13%
合計	17,203	1,354	100%	2,631	100%

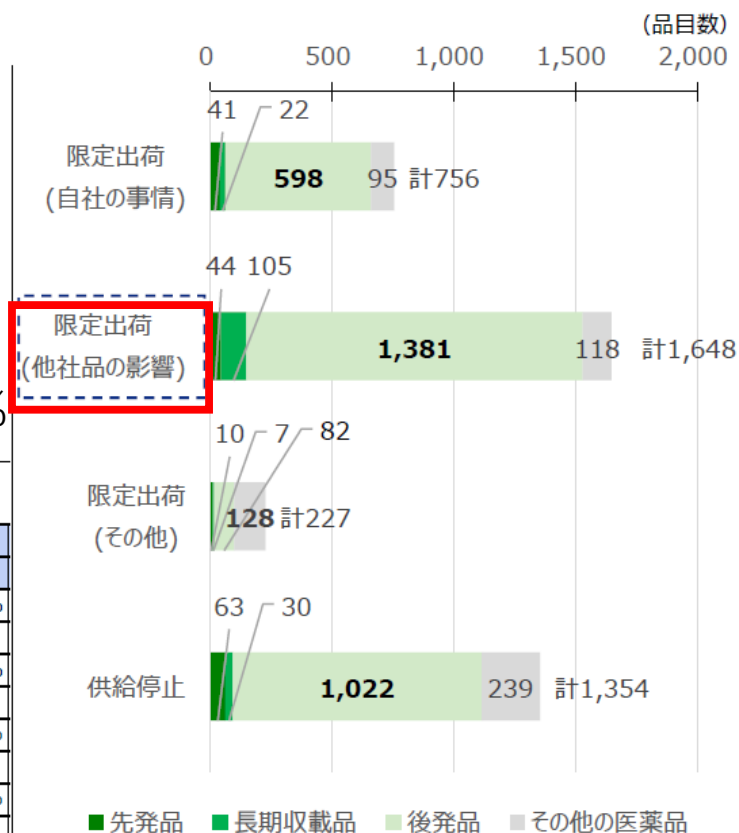
カテゴリ別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析

2023年4月 調査結果	限定出荷							
	自社の事情		他社品の影響		その他		合計	
先発品	41	5%	44	3%	10	4%	95	4%
長期収載品	22	3%	105	6%	7	3%	134	5%
後発品	598	79%	1,381	84%	82	36%	2,061	78%
その他の医薬品※	95	13%	118	7%	128	56%	341	13%
合計	756	100%	1,648	100%	227	100%	2,631	100%

【項目の定義】

長期収載品：後発品のある先発品  
 その他の医薬品：局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）、承認が昭和42年以前の医薬品など

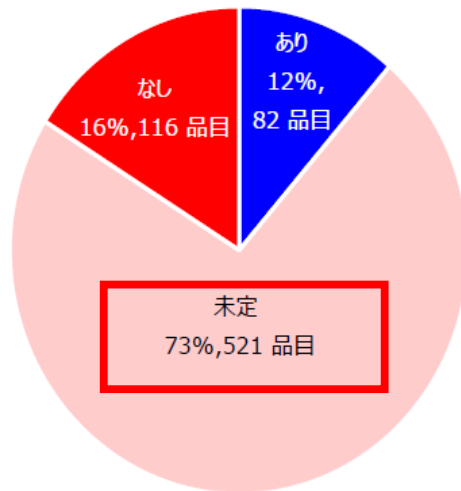
## 2 限定出荷・供給停止の内訳



# 供給停止の解消見込み（令和5年4月時点）

- 供給停止1,354品目のうち922品目について、解消見込みについての回答を得た。「未定」が最多であった
- 供給停止解消の見込み「あり」と回答されたものについて、解消時期の見込みは「3カ月以上」が最多であった。

## 1 供給停止の解消見込み※

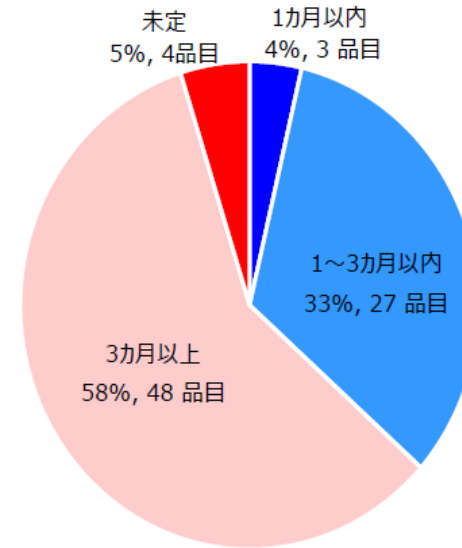


(単位：品目)

理由	あり	未定	なし
需要増	0	3	0
原材料調達トラブル	6	33	10
製造トラブル	5	63	13
品質トラブル	7	135	9
行政処分関連	1	51	5
—	0	0	2
その他	63	236	71
未回答	0	0	6
合計	82	521	116

※ 薬価削除が理由であるものは除く

## 2 供給停止の解消時期の見込み



(単位：品目)

理由	1カ月以内	1~3カ月以内	3カ月以上	未定
需要増	0	0	0	0
原材料調達トラブル	0	4	1	1
製造トラブル	3	1	0	1
品質トラブル	0	4	1	2
行政処分関連	0	0	1	0
—	0	0	0	0
その他	0	18	45	0
未回答	0	0	0	0
合計	3	27	48	4

# 後発医薬品問題 2015年と2016年問題



# 後発医薬品の使用割合の目標と推移

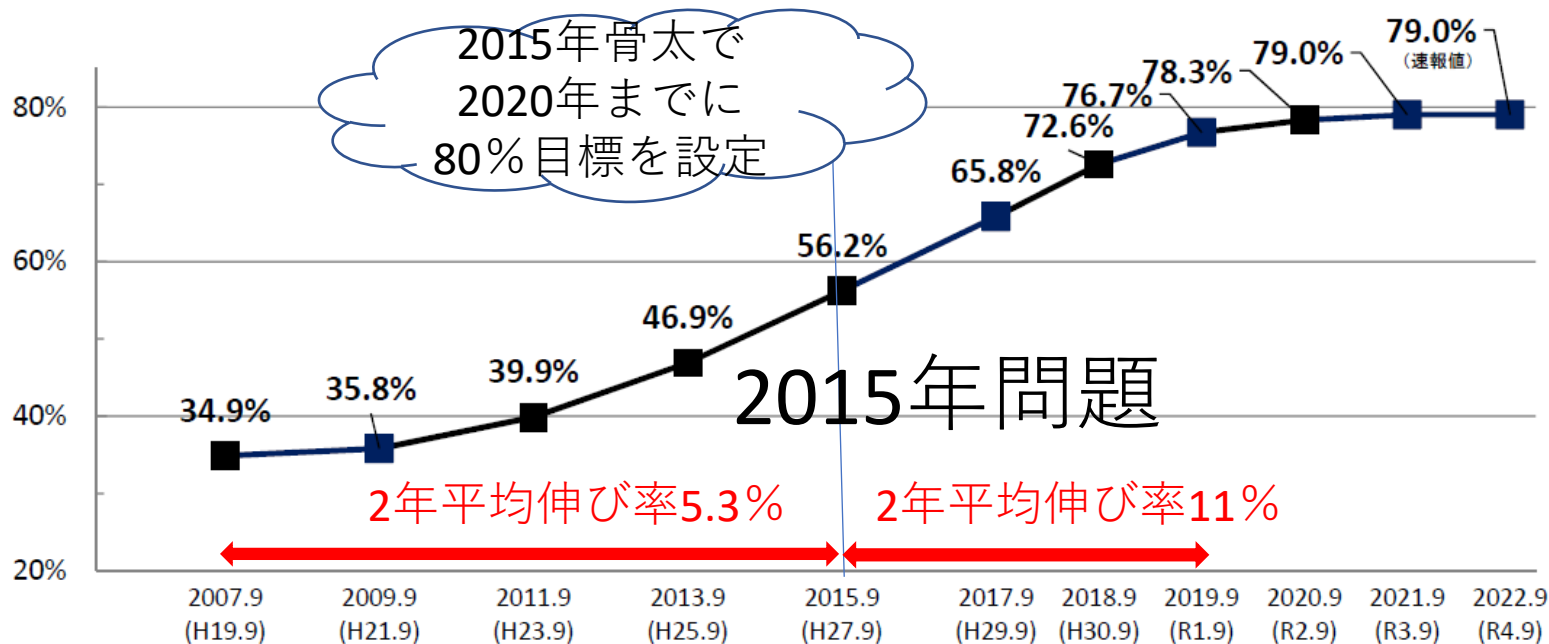
「経済財政運営と改革の基本方針2021」（R3.6.18閣議決定）（抄）

（略）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標（脚注）についての検証、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラリ活用等、更なる使用促進を図る。

（脚注）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする目標。



注）「使用割合」とは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。 厚生労働省調べ

2015年骨太の方針：「2017年央に70%以上とし、18年度から20年度末までのなるべく早い時期に80%以上とする」



# 2015年5月 経済財政諮問会議ワーキング

業界団体、厚労省  
2023年までに80%

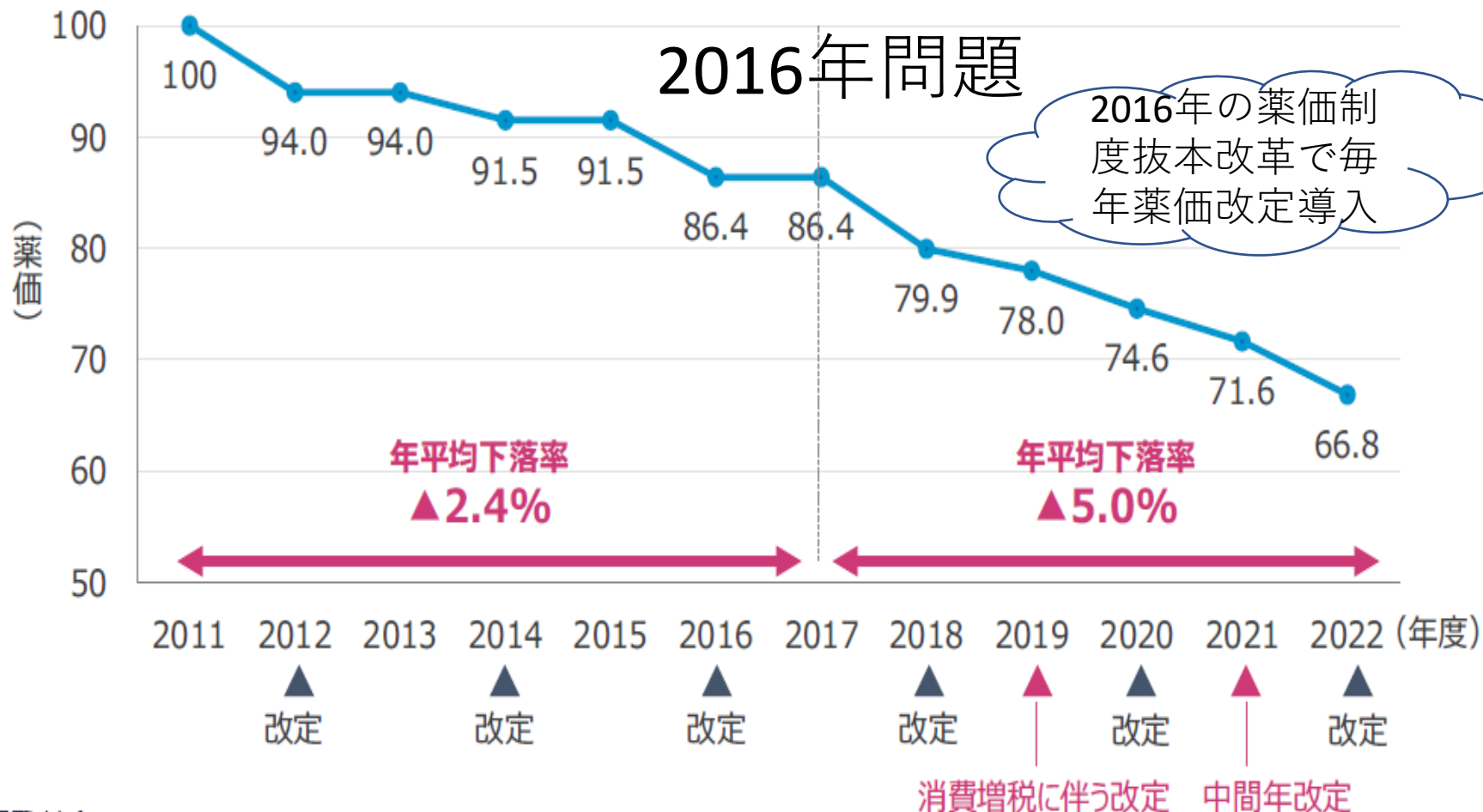
財務省事務局  
2018年までに80%

日本ジェネリック学会  
2020年までに80%



# 5年連続（2018-2022年度）の薬価改定により薬価下落が加速

薬価下落率（2010年を100とした場合）



2016年の薬価抜本改革：「毎年改定など」

# 薬価制度の抜本改革 (2016年12月)

- 薬価制度の抜本改革の基本方針

- 「4閣僚合意」が政府より公表 (2016年12月20日)

- 塩崎厚相、麻生大臣、原相、菅の閣僚の合意

- 塩崎厚相大臣



- 毎年薬価改定

- 現在は2年に1度の薬価改定を毎年実施する(中間年には卸売業取引価格を調査)

# 2015年・2016年問題は 後発医薬品業界にとって デスクロス（死の十字架）



# 総合対策有識者検討会と 安定供給



2023年2月15日

## 顕在化している課題

- 後発品業界においては、品質管理不備といった課題が顕在化している。

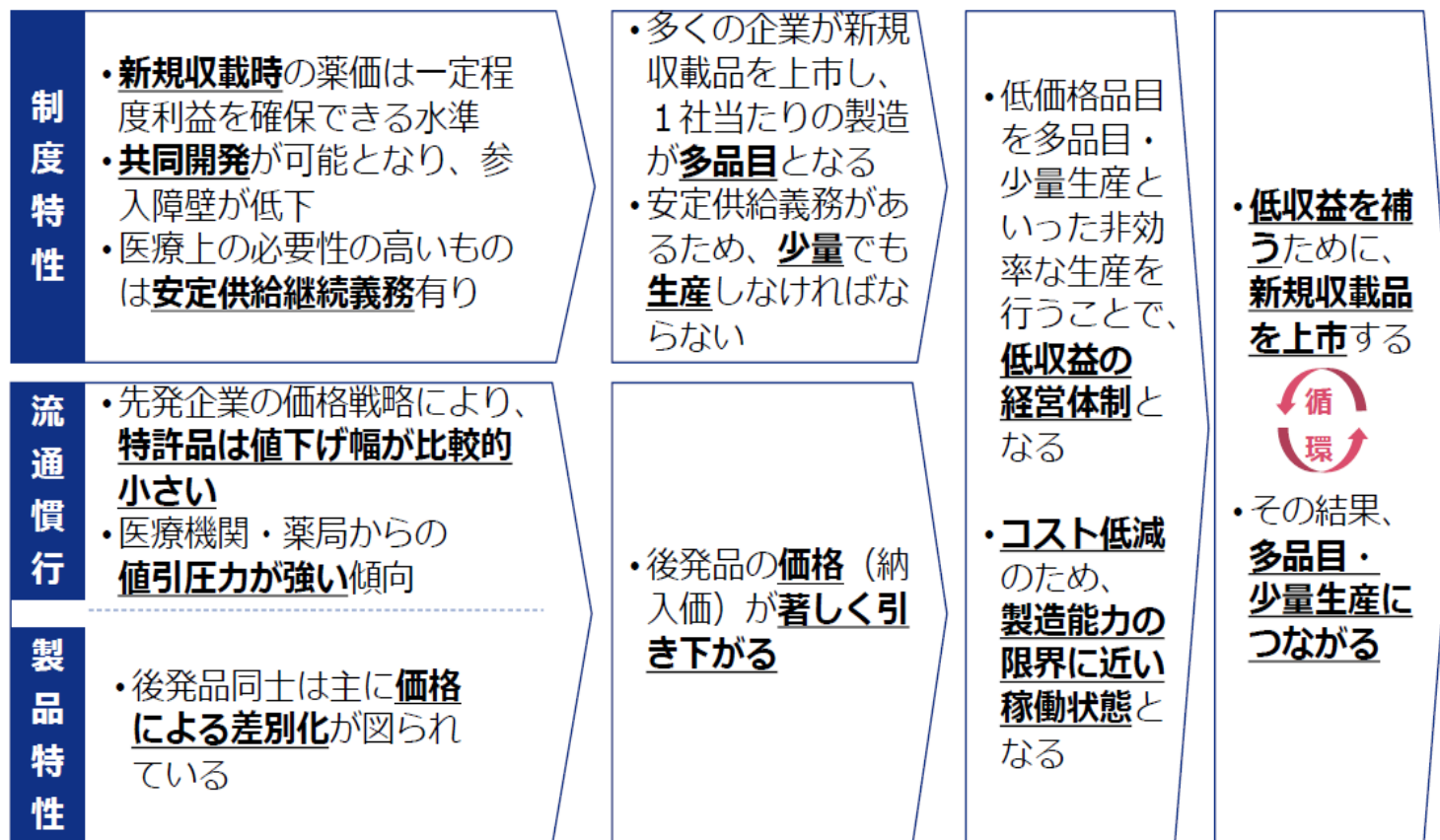
課題	概要
品質管理不備	<ul style="list-style-type: none"><li>2021年以降、複数の後発品企業において、製造管理・品質管理の不備による法違反が発覚し、行政処分が実施されている。</li><li>法違反の背景として、過度の出荷優先の姿勢が指摘されているものもある。</li></ul>
供給不安	<ul style="list-style-type: none"><li>後発品の全品目のうち、約4割が出荷停止、限定出荷となっている（2022年8月末）。</li></ul>
低い採算性	<ul style="list-style-type: none"><li>原価率が8割を超えている後発品が約3割存在する（2022年10月）。</li></ul>

## 後発品産業を巡る諸課題の全体構造

- 後発品を巡る諸課題については、制度特性や流通慣行等による要因が絡み合い品目の多さや低収益を導くという構造になっていると考えられる。
- また、低収益を補うため新規収載品を上市することで、さらなる品目数増加等を生むという負の循環（スパイラル）が発生していると見込まれる。

### 要因

### 発生していると見込まれる事象



※以上の図は後発品のビジネスモデルについて議論するために、後発品にまつわる主な事象と当該事象間の因果関係を簡単にまとめたものであり、記載した以外の事象を要因とするものもある点に留意

## 第2章 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた対策の方向性

- 第1章に記載した課題に対して、政府が取り組むべき対応策を以下にて提言する。
- 2. 1 医薬品の安定供給の確保に向けて
  - 2. 1. 1 後発品産業構造の見直し
- 資金や人材などが限られている中、製薬企業は事業を戦略的に集中させていく必要がある。その上で、国民に高水準の医療を持続的に提供できる世界を目指すためには、先発品企業は革新的な医薬品を創出し続け、後発品企業は、特許が切れた医薬品を安定的に供給し続けるという役割分担を形成することが必要である。
- この中において、後発品企業は、国民にとって必要不可欠となった後発品について、品質を確保しつつ将来にわたって安定的に供給し続けることが求められる。そのためにも、製造管理及び品質管理の徹底は当然として、製造ラインの品目切り替えを極力減らすこと等による生産の効率化を行うとともに、非常事態に対応できる余力を持った製造体制を確保することが求められる。
- しかしながら、現状では第1章に記載したように、複数の後発品企業において、製造管理及び品質管理の不備による薬機法違反が発覚し、これを端緒として多くの医薬品において出荷停止や限定出荷が発生するとともに、これが長期化し、国民に必要な医薬品が供給されない状況が続いている。
- こうした事態は、これまで政府において後発品の使用促進が進められ、市場が大きく拡大する中で、必ずしも十分な製造能力や体制を確保できない多くの企業が新規品目を上市することや、十分な製造管理も行われない中で少量多品目生産が行われるといった後発品産業特有の産業構造上の課題がその大きな背景の一つと考えられる。このため、今後、これまでのような大きな市場拡大が見込めない中であっても、後発品の安定供給を確保していくためには、このような産業構造の在り方そのものを見直していくことが必要である。
- その際には、医薬品の種類は非常に多く様々なカテゴリーがある中で、各企業がそれぞれの特性を活かしつつ分業を行うことで安定供給が実現できる産業を目指していく必要がある。
- 政府においては、今後の後発品産業の在るべき姿を策定するとともに、その実現を図るため、以下に掲げる方策について、これらを更に具体化するための会議体を新設し、速やかに検討に着手すべきである。



# 後発医薬品産業構造検討会



2023年7月31日

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた  
産業構造のあり方に関する検討会  
構成員名簿

	氏 名	現 職
○	川 上 純 一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
	櫻 井 信 豪	東京理科大学薬学部 教授
	田 極 春 美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 主任研究員
	堤 崇 士	グロービス経営大学院 教授
	鳥 巢 正 憲	長島・大野・常松法律事務所 弁護士
	野 澤 昌 史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部 ヘルスケア室長
	福 田 彰 子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社 LSHC M&A トランザクションサービス シニアヴァイスプレジデント
	間 宮 弘 晃	国際医療福祉大学薬学部 准教授
◎	武 藤 正 樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
	安 本 篤 史	ネクスレッジ株式会社 代表取締役社長
	柳 本 岳 史	ポストン コンサルティング グループ マネジング・ディレクター&パートナー

(◎は座長、○は座長代理) (計11名、氏名五十音順)

# 後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 中間取りまとめ概要

2023年10月11日 公表

## 中間とりまとめの位置づけ

- 厚生労働省の他の会議体において後発医薬品に関する課題を含めた施策の検討が進められており、これらの会議体における検討の参考となるよう、**先だって薬事・薬価に関係する事項について提言を行うもの。**
- 中間取りまとめ以降も検討会で議論**を続け、後発医薬品産業を巡る構造的課題の解決に向けて**取り得る一連の施策について提言を行う予定。**

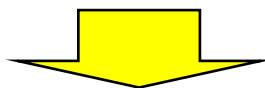
## 安定供給等の企業情報の可視化

- 品質が確保された後発品を安定供給できる企業が市場で評価**され、結果的に優位となることを目指し、例えば以下の項目を公開すべきである。
  - 安定供給体制に関する情報：安定供給体制の運用状況、共同開発の有無、製剤製造企業名（委託企業含む。）、供給不安発生時の事後対応 等
  - 供給状況に関する情報：自社品目の出荷状況、出荷停止事例 等 / ● 自社の情報提供状況に関する情報：医療関係者への情報提供の状況 等
  - 緊急時の対応手法に関する情報：余剰製造能力の確保又は在庫による対応 等 /
  - 業界全体の安定供給への貢献に関する情報：他社の出荷停止品目等に対する増産対応 等
- 公表事項について基準を設定した上で厚生労働省が評価するとともに、公表事項以外の企業情報（供給計画・実績 等）も評価に反映し、**評価結果を薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みに活用**することを検討すべきである。
  - ※ 企業に求められる最低限の基準を満たさない場合は低評価、基準を超えるような指標を満たす場合は高評価といったメリハリをつける。
  - ※ 導入時期について、企業側の負担を考慮し、一部の公表を求めることや、経過措置を設けるなど、優先順位を設けて柔軟に対応する。

## 少量多品目構造の解消

- 新規収載品目の絞り込み**：安定供給に貢献しない企業の参入を抑制するため、新規収載に当たって企業に対し安定供給に係る責任者の指定を求めるとともに、継続的に供給実績を報告させる仕組み等を検討すべきである。
- 既収載品目の統合**：企業間の品目統合を促進するため、統合後の品目の増産が行いやすくなるよう、製造方法の変更に係る薬事審査等の合理化に係る検討を行うべきである。
- 供給停止・薬価削除プロセスの簡略化等**：一定の条件に該当する品目（医療上の必要性や市場シェアが低い等）につき、医療現場への影響、採算性のみを理由とした供給停止等に配慮しつつ、供給停止プロセスの合理化・効率化の検討を行うべきである。
- 新規収載品の品目数の抑制や既収載品の品目数の削減等、**安定供給の確保に資するような薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みを検討**すべきである。 ※ 例えば、後発品の内用薬について、現行の薬価制度上、10品目を超える場合に薬価を下げる仕組みがある。

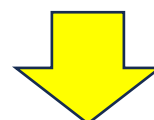
「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会  
報告書（2023年2月）」



後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会  
「中間とりまとめ」（2023年10月）」



中医協薬価専門部会  
（2023年10月～）



創薬力の強化・安定供給の確保等のための薬事規制のあり方に関する検討会  
（2023年10月～）

# 中医協薬価専門部会



# 企業評価のための指標とその準備状況

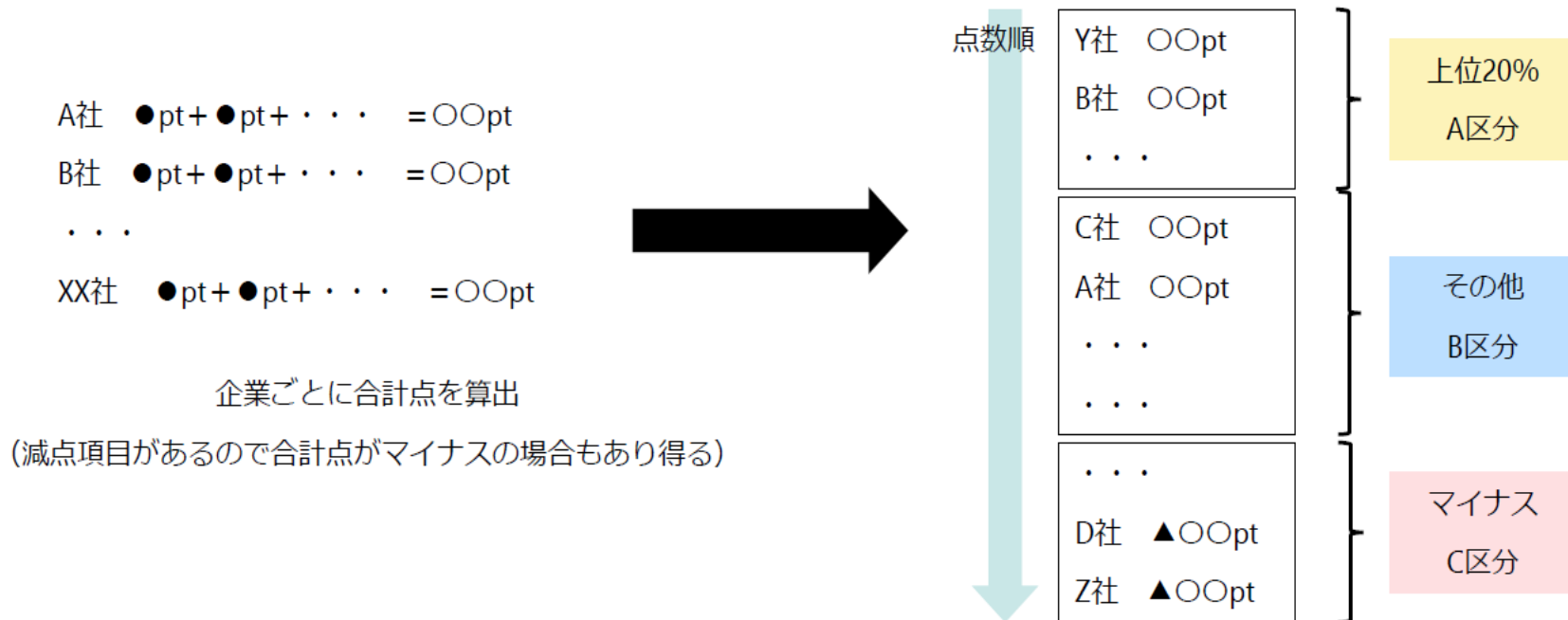
評価の指標	項目の必要性	
<b>1. 後発品の安定供給に関連する情報の公表など</b>		
①製造販売する品目の <b>製造業者名の公表</b>	複数銘柄が同一製造所で製造されている場合の透明性の観点 医療機関の情報ニーズに対する情報公開努力を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する品目の <b>原薬の製造国の公表</b>		
③共同開発され承認取得した品目の <b>共同開発先企業名の公表</b>		
④「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ（厚労省ウェブサイト）」で <b>安定供給体制等に関する情報を掲載</b>	安定供給確保のための企業体制を評価	
⑤ジェネリック医薬品供給ガイドラインに準拠した <b>安定供給マニュアルの作成と運用</b>		
<b>2. 後発品の安定供給のための予備対応力の確保</b>		
①製造販売する品目の <b>原薬の購買先を複数設定</b>	安定供給のための企業の供給能力を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する品目のうち「安定確保医薬品」について、 <b>一定以上の余剰製造能力又は在庫量確保</b>		今後の取組みであり準備期間が必要
<b>3. 製造販売する後発品の供給実績</b>		
①製造販売する品目についての <b>品目毎の月次出荷実績</b> （製造計画と実際の出荷量の比較）の公表	医薬品の供給にかかる企業実績を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する <b>安定確保医薬品の品目数</b>	企業の安定供給実態を評価	実績であり把握可能
③製造販売する品目に係る <b>自社理由による出荷停止又は出荷量の制限の実施</b>		
④出荷量が <b>増加した品目</b> 、出荷量が <b>減少した品目の割合</b>		
⑤ <b>他社が出荷停止又は出荷量の制限を行った医薬品に対する自社品目の追加供給の実施</b>	供給不安解消のための企業努力を評価	
⑥他社の長期取載品のうちG1区分の品目の市場撤退に伴う <b>製造販売承認の承継、又は自社品目の追加供給の実施</b>		
<b>4. 薬価の乖離状況</b>		
① <b>企業毎の後発品平均乖離率が一定値を超える</b>	企業自らが赤字構造を生み出すような価格設定をしているかどうかを評価	薬価調査で把握可能
②製造販売承認を取得した新規後発品について、 <b>薬価取載後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える</b>		
③ <b>新規取載された後発品のうち、5年以内に撤退した品目数</b>		
④ <b>不採算品再算定を受けた品目について、その後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える</b>		

※「公表する範囲」については、後発検討会及び研究班で引き続き検討

# 評価指標 1～4 の個別項目を踏まえた企業評価方法（案）

## 評価方法（案）

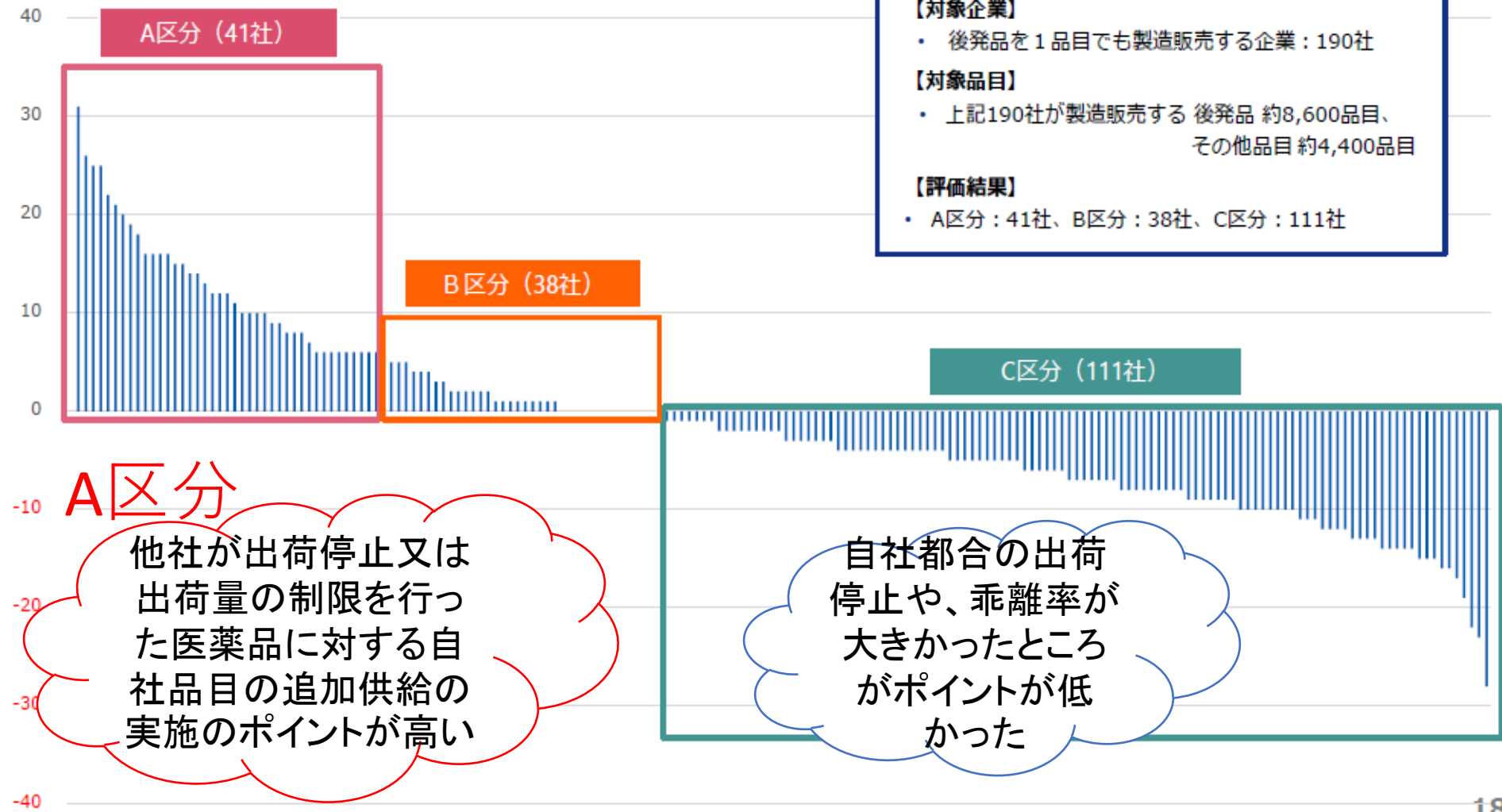
- 企業から提出された資料や統計情報、行政で把握している情報等をもとに、厚生労働省で評価。
- 評価指標で示した項目ごとに点数化し、合計点について相対的に評価。
- 評価区分を「一般的な取組状況にある企業の区分（B区分）」を基本として、「一定水準を超える取組を行っている」と評価できる企業の区分（A区分）、「一定水準を下回る取組を行っている」と評価される企業の区分（C区分）」の3区分とする場合、例えば、合計点の上位20%の企業はA区分、合計点がマイナスとなった企業はC区分とすることが考えられる。
- 評価時点から1年以内に製造販売する品目の医薬品医療機器等法違反に基づく行政処分の対象となった企業については、合計点数によらず「A区分」とはしない。



# 評価方法（案）に基づくシミュレーション結果

評価方法（案）に基づき、企業ごとに合計点を集計したところ以下の分布となり、上位20%を企業をA区分、マイナスとなった企業をC区分とした。

合計点



## 評価対象

### 【対象企業】

- 後発品を1品目でも製造販売する企業：190社

### 【対象品目】

- 上記190社が製造販売する 後発品 約8,600品目、  
その他品目 約4,400品目

### 【評価結果】

- A区分：41社、B区分：38社、C区分：111社

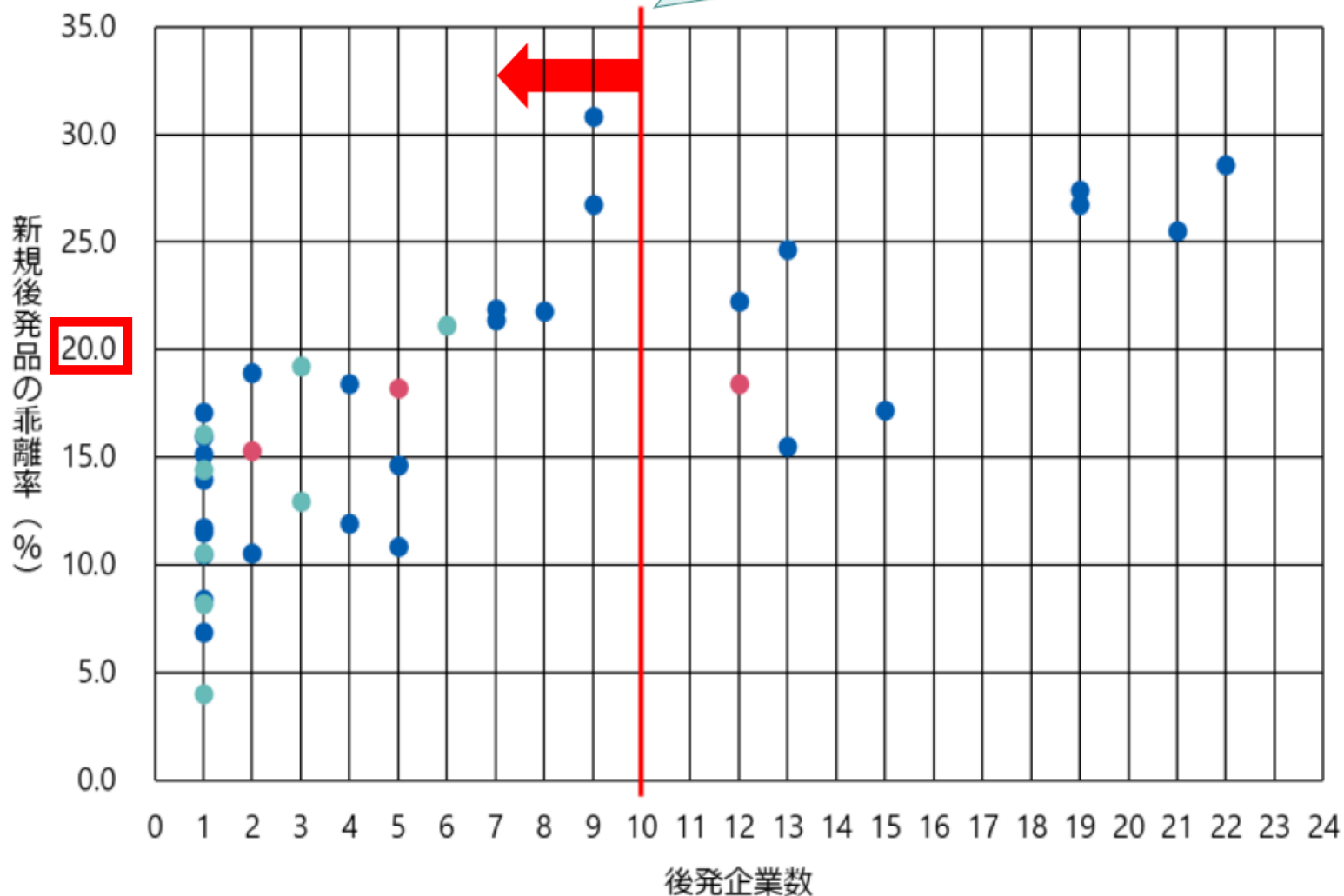


# 新規後発品の乖離率分布（R2.6月、R3.6月、R4.6月収載品目）

【課題】 品目数の規定を改正する場合、  
どの程度にすることが適当か

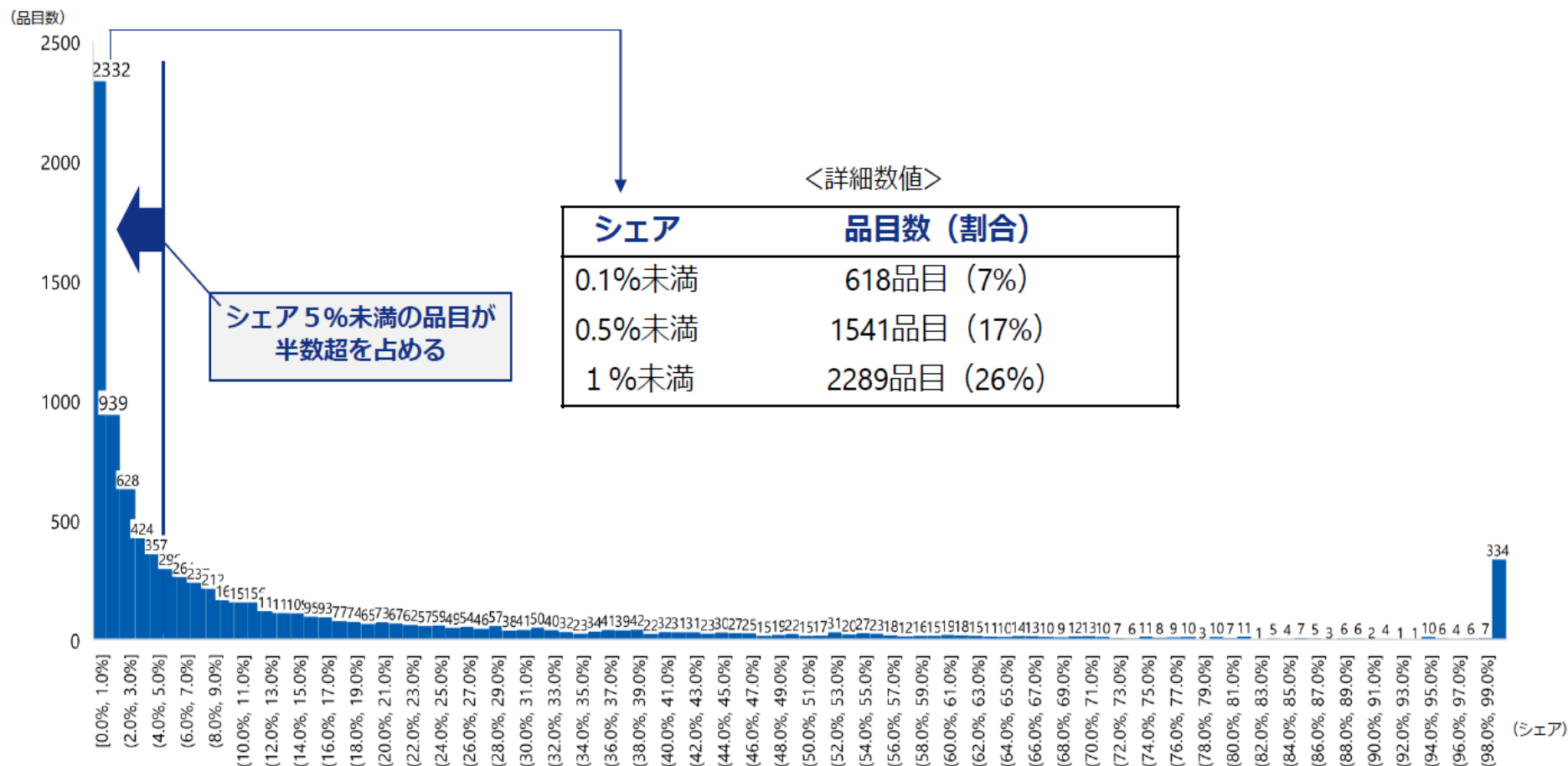
【現行ルール】  
内用薬で10品目を超える場合は0.4掛け

●内用、●外用、●注射



# 後発品における同成分同規格内シェア別品目数（2023年度）

- 後発品はシェアの低い品目が多く、シェアが1%未満のものは全体の26%存在している。



※出典：令和5年度薬価調査結果

※留意点：後発医薬品を対象として、シェア0%（販売実績無し）の品目を除外

# 後発医薬品企業の再編

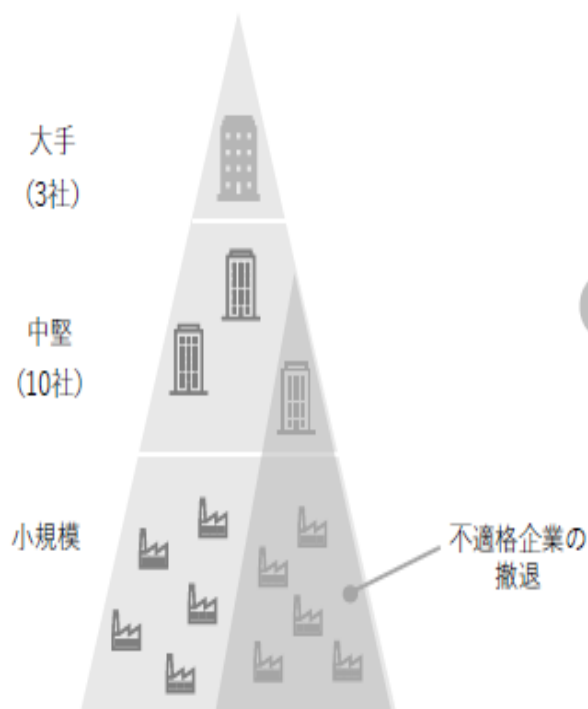


2023年12月4日

# ジェネリック企業のあるべき姿

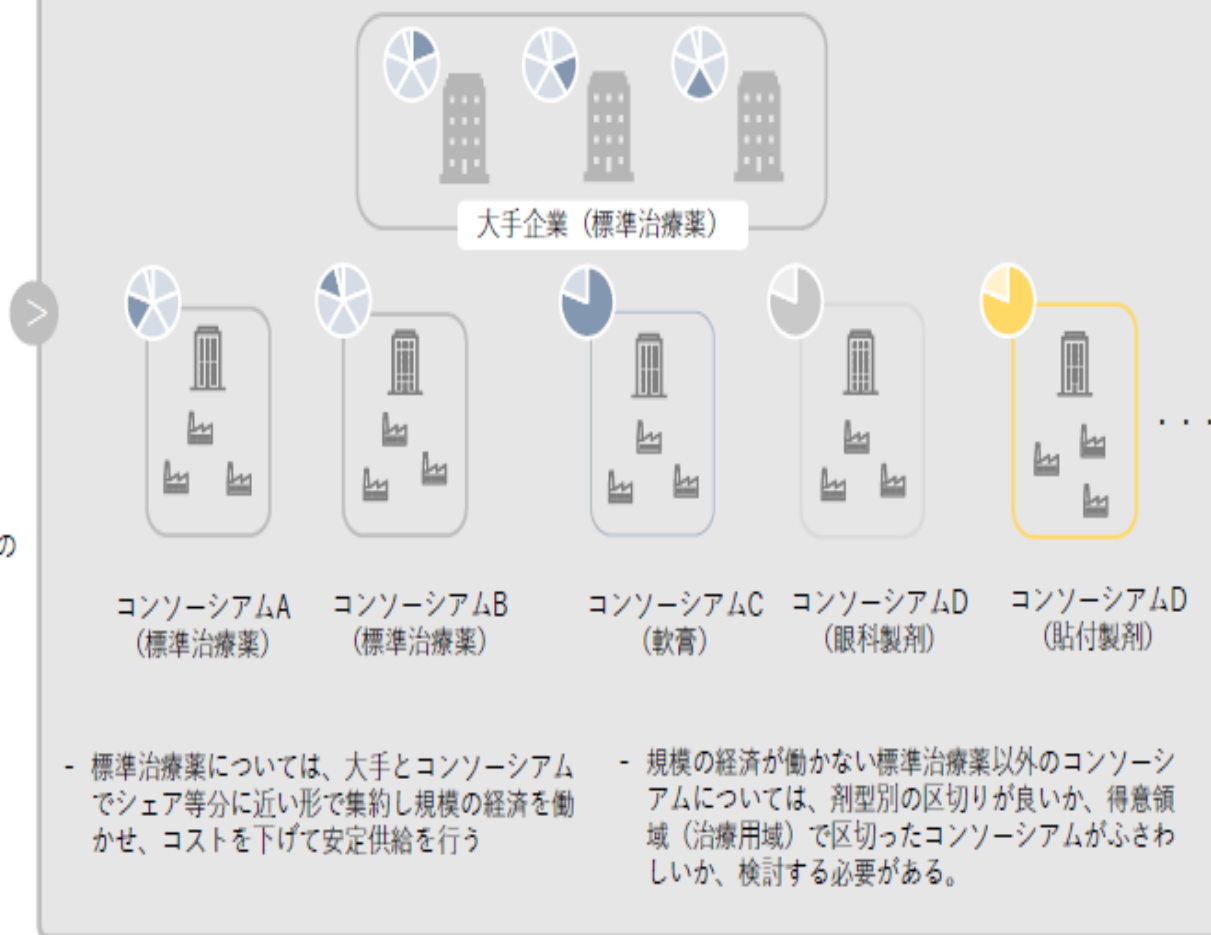
- 現在約200社が存在するとされるGEメーカーは、大手は現在の形態(フルラインナップ)で存続させつつ、撤退企業が去ったのちに残る中堅・小規模企業がコンソーシアム(協業体制)を形成することで、最終的には業界全体を大手3社+10~15程度のコンソーシアムに集約・淘汰し、安定供給を図っていくことが望ましい。

現在の市場形態



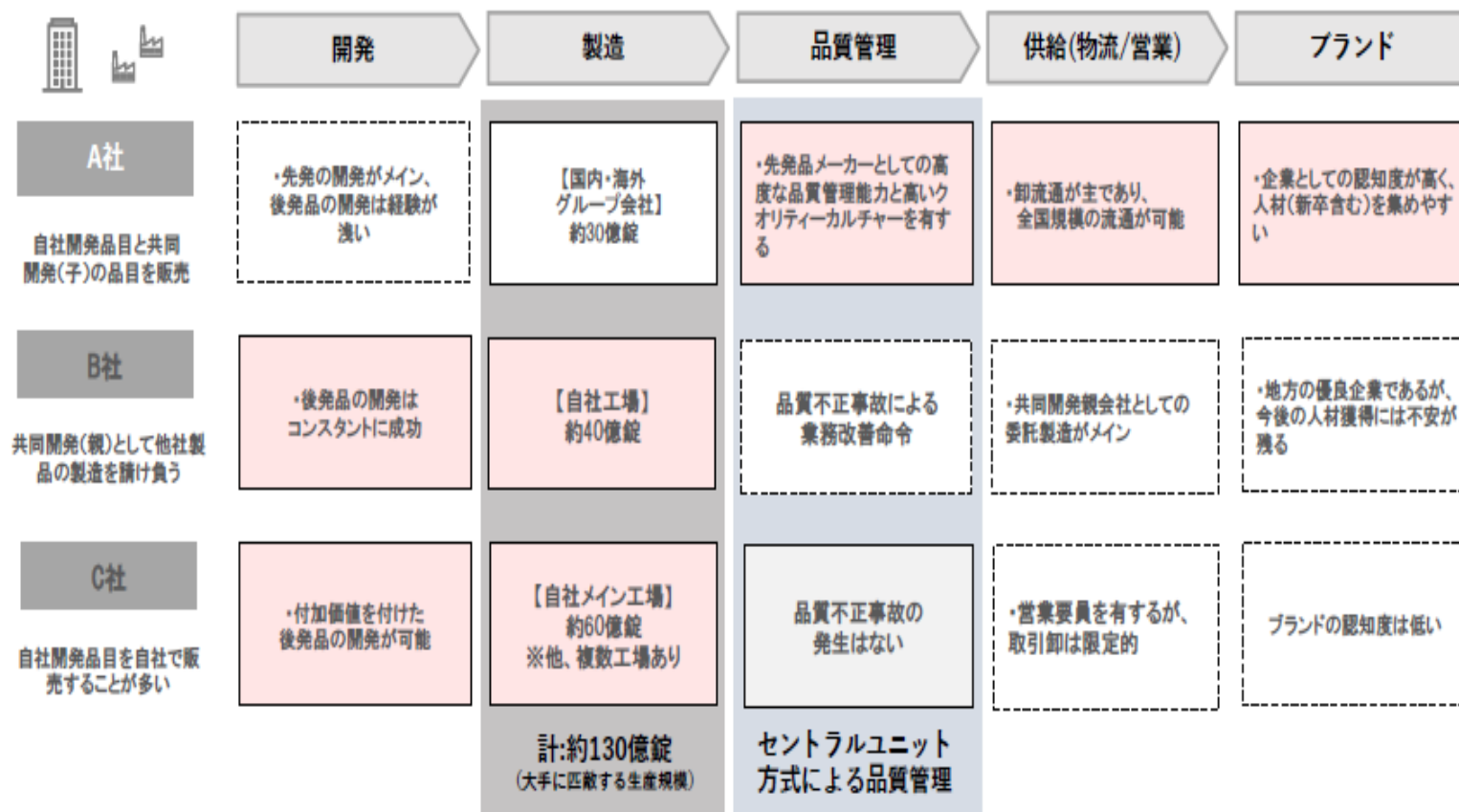
- GEメーカーは現状約200企業ほど
- 大手3社と中堅企業10社程度、多くの小規模企業が乱立している

業界再編後の全体イメージ図



# “協業体制”のイメージ

- バリューチェーンの上流から下流部分への流れの中で各社それぞれが強みと弱みを持っている
- 各社の強みを生かし、相互に補完できる“協業体制”を形成することで全体最適を実現できる体制の構築を目指す



A社中心の品質管理を専門とする組織を設置し、品質管理を一貫して行い人材の有効活用を図る

## 目的

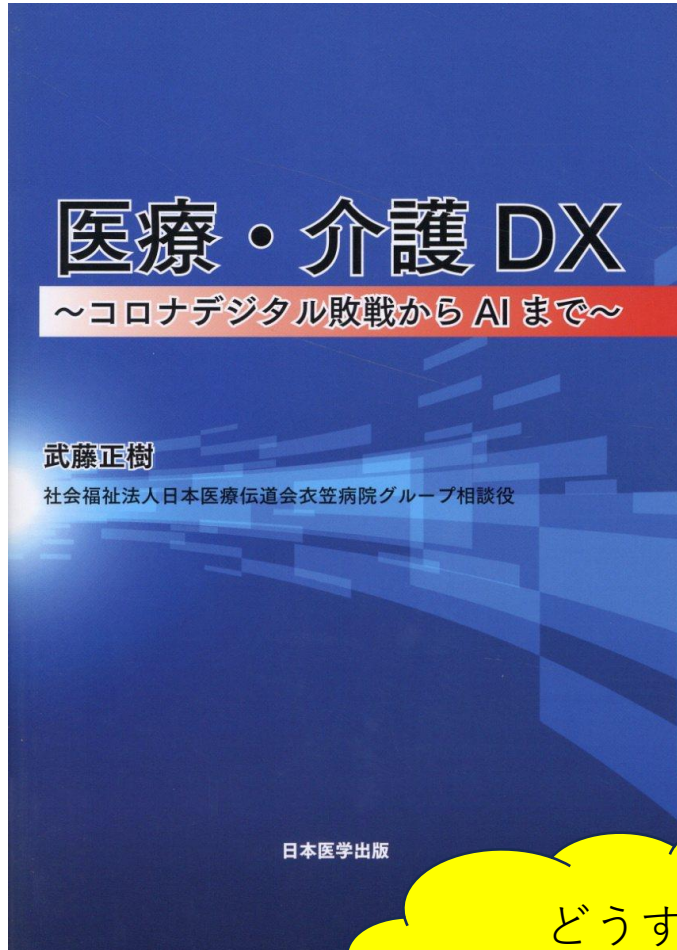
- コンソーシアム内の品質基準を統一し、品質の確保を担保
- コンソーシアムに加わるすべての企業における品質基準の底上げを図る

# まとめと提言

- 2024年診療報酬改定の最大課題は「高齢者救急をどこで診るか？」
- 高齢者救急を受け入れる地域包括医療病棟の新設
- 重症度、医療・看護必要度が平均在院日数も含め見直しされた
- 後発医薬品産業の企業再編は待ったなし

# 医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAI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

どうする  
マイナトラブル

# 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外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)