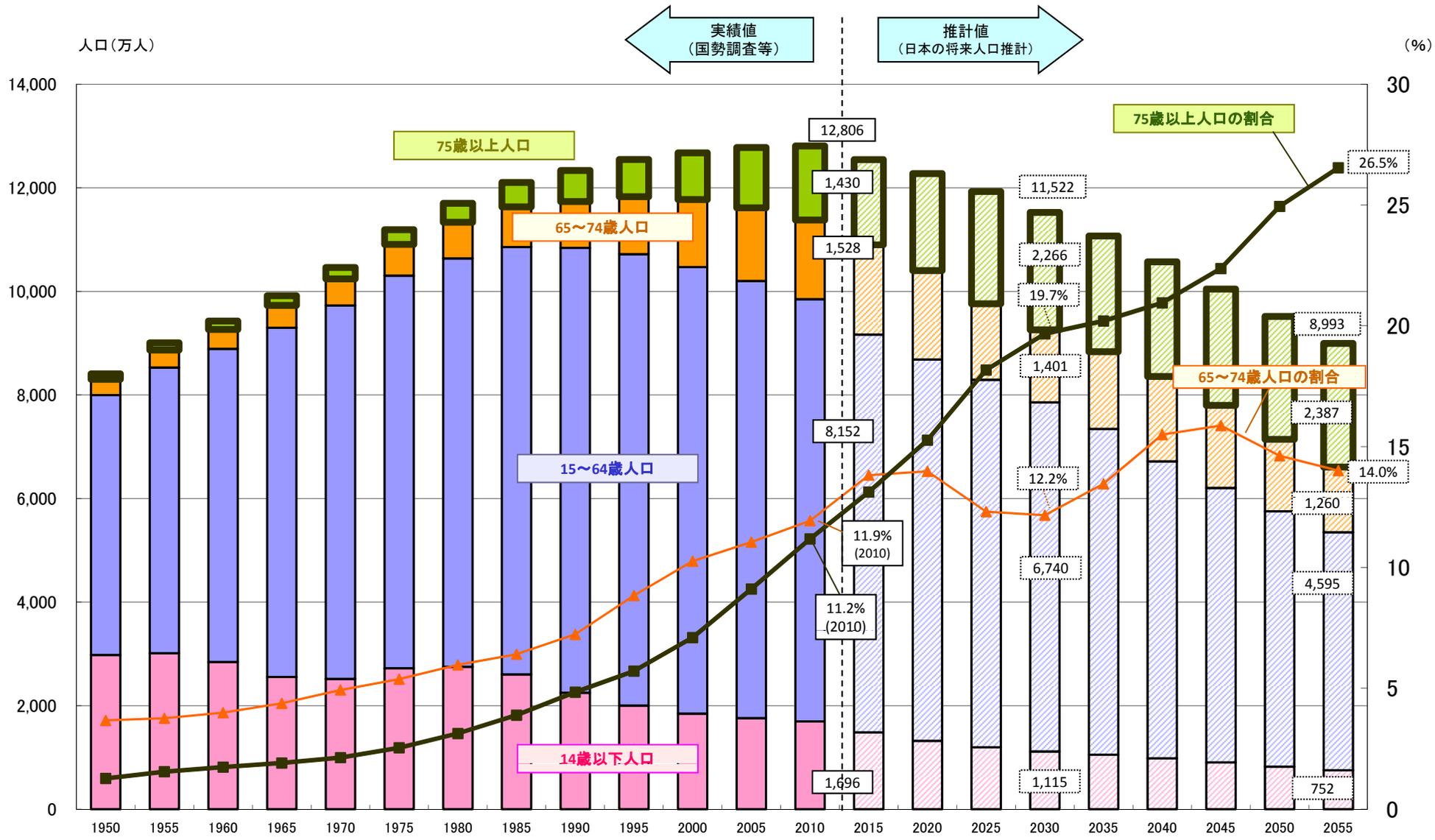


入院・外来・在宅医療について(総論)

平成23年10月5日

我が国の現状と 医療・介護に係る長期推計

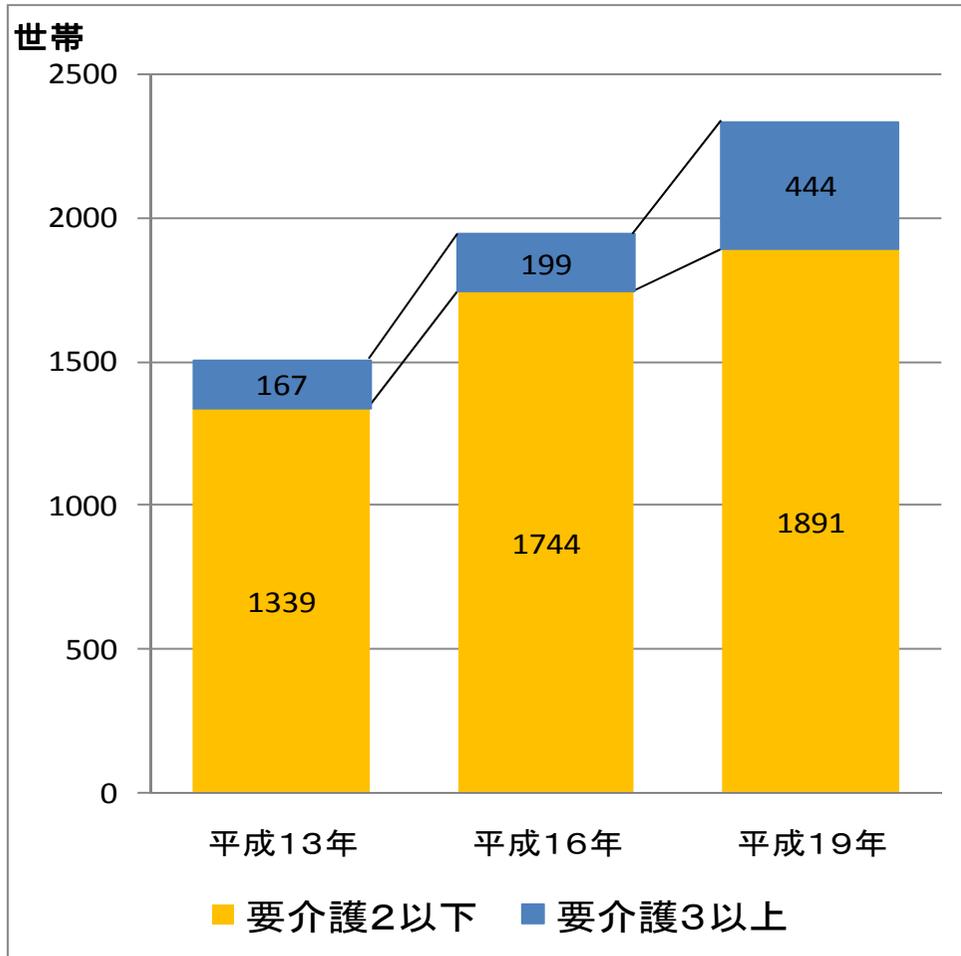
人口推計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

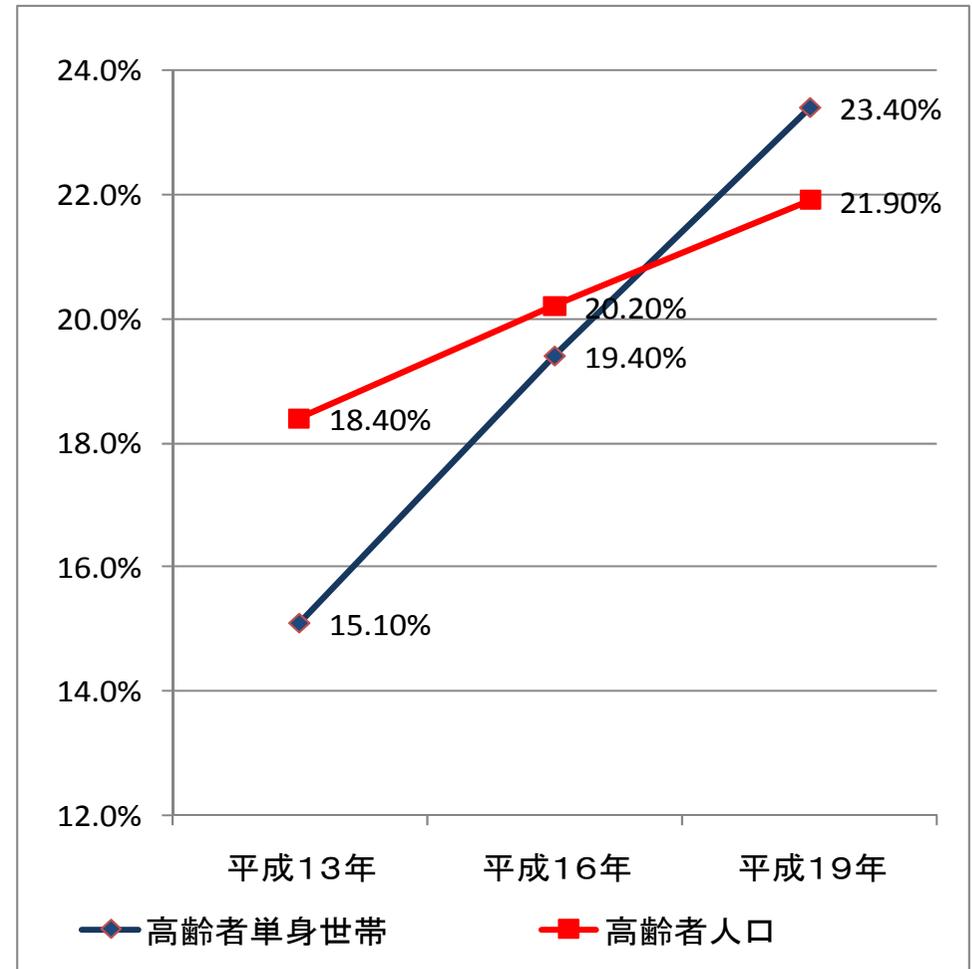
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



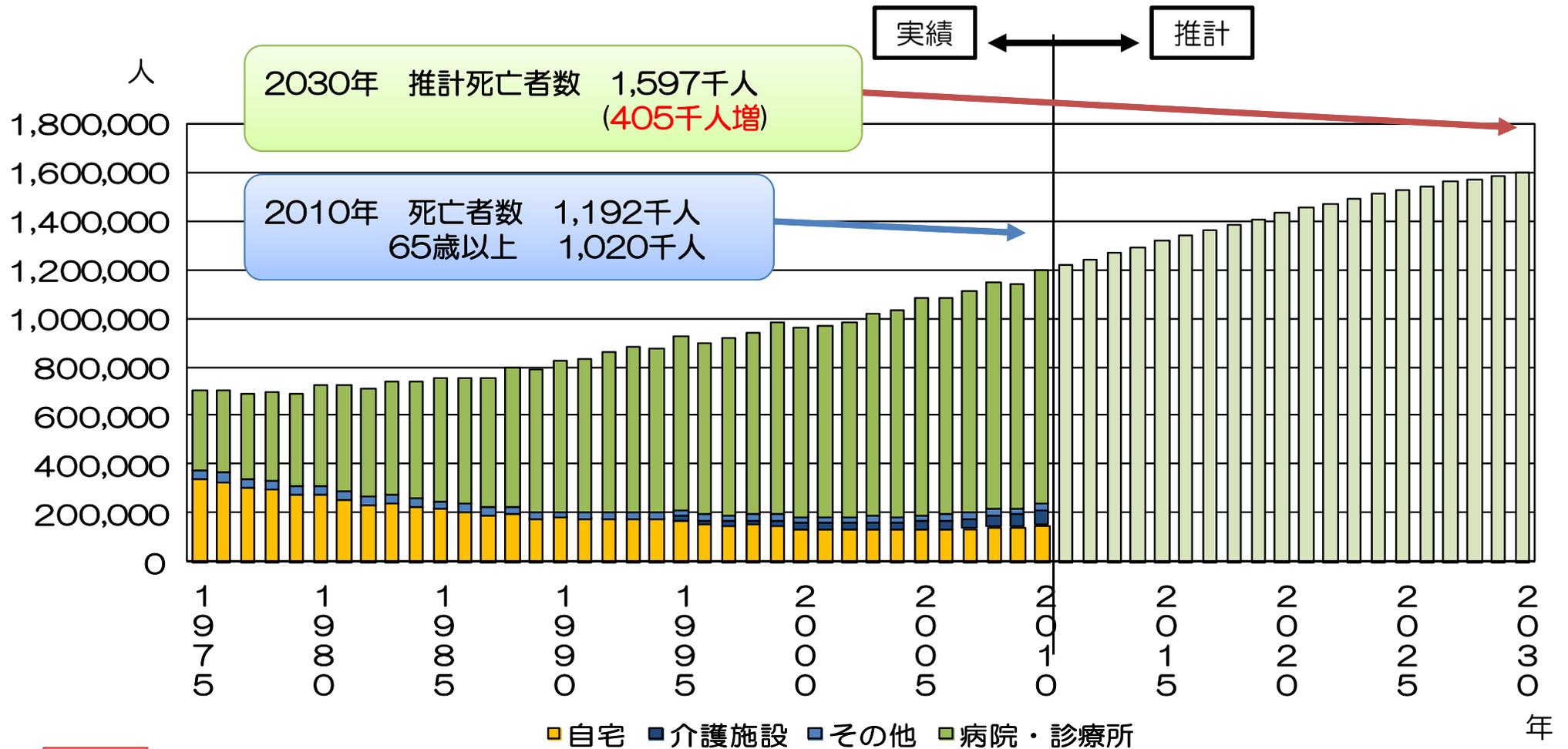
()介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



(出典)国民生活基礎調査から作成

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

介護施設は老健、老人ホーム

社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

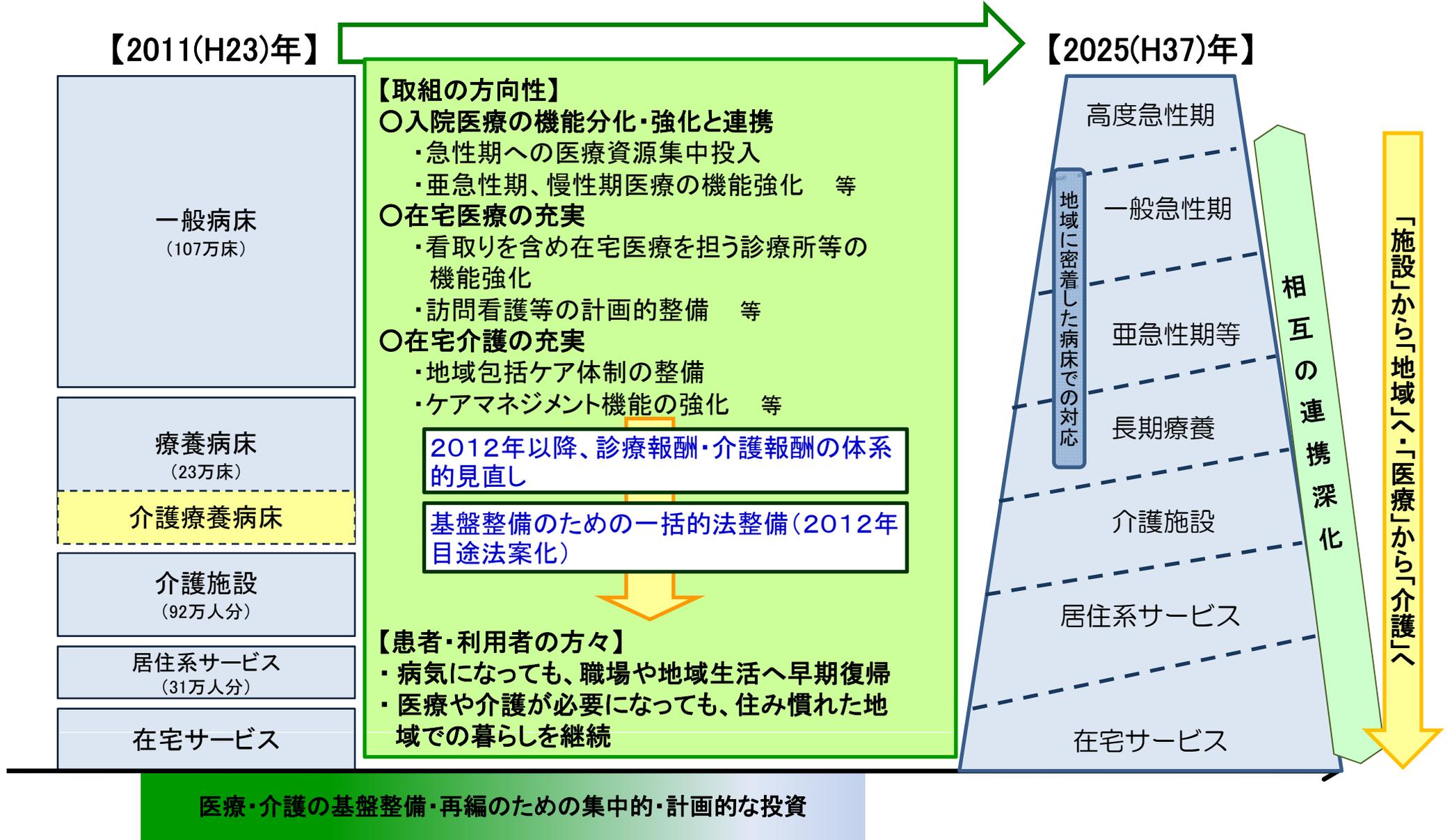
II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防

- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

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



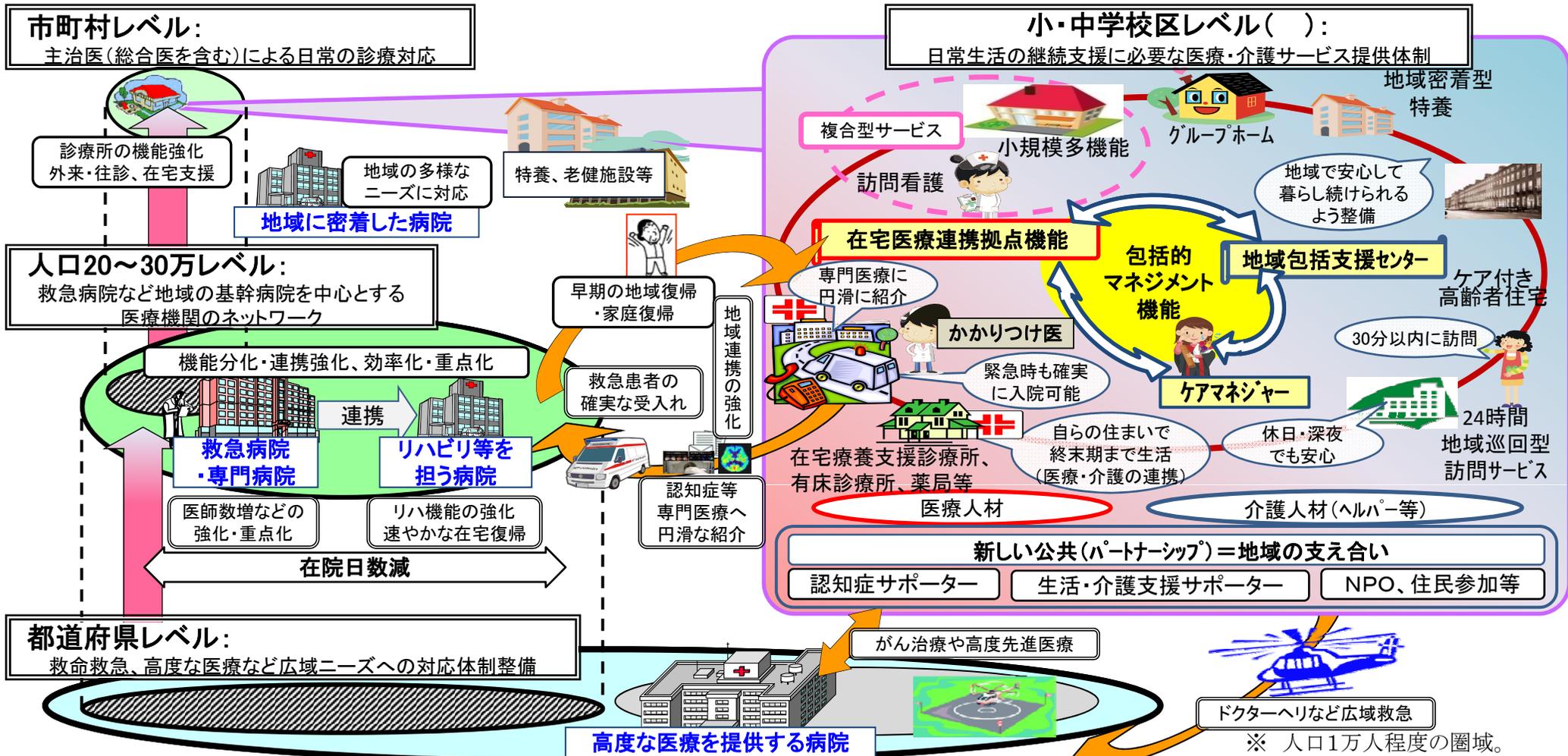
医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

- 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の充実と重点化・効率化
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)
体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性Ⅲ等 75日程度 亜急性Ⅱ等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 （注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

(参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素 (2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) <p>(現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> ・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

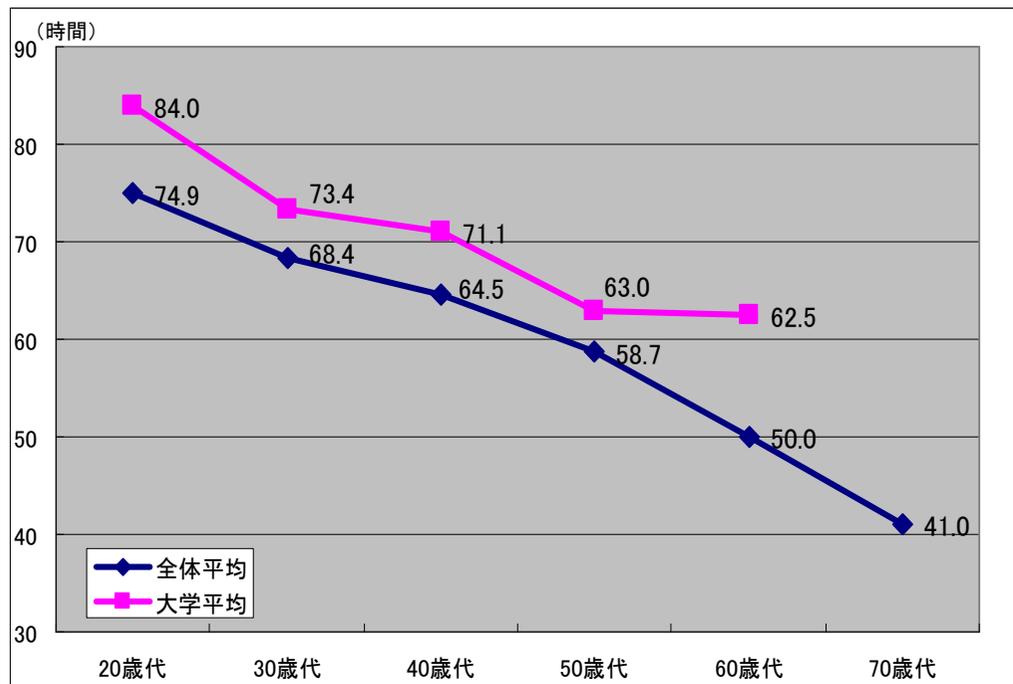
出典:平成23年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議(参考資料1-2)医療・介護の長期推計(抄)

入院医療の機能分化について

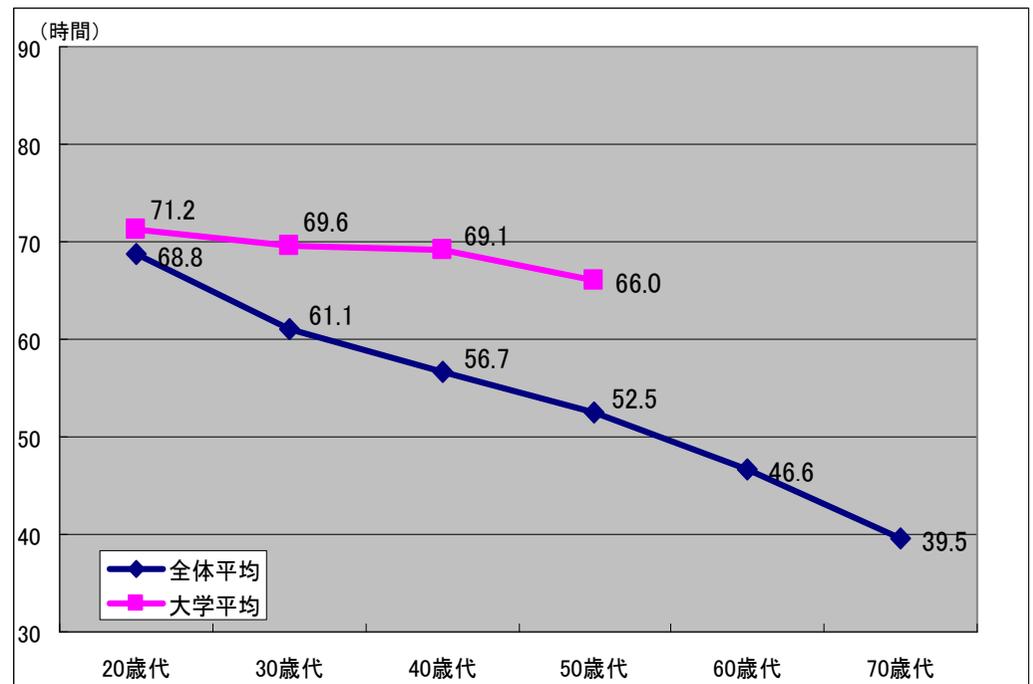
- ・ 高度急性期・一般急性期医療について

病院勤務医師の1週間の病院滞在時間 病院全体と大学病院との比較

男性



女性



※ 滞在時間とは、診療、教育、会議等の業務時間に加え、休憩時間、自己研修、研究といった時間も含む
病院に滞在する時間

平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査より集計
回答医師数(病院全体:6650人、大学病院:1093人)

急性期医療提供体制の各国比較(2009年)

国名	急性期病棟 平均在院日数	人口千人 当たり 急性期 病床数	急性期病床百 床当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	急性期病床百 床当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	18.5	8.11	26.6	2.15 (2008年)	117.9	9.54 (2008年)
ドイツ	7.5	5.66	64.3	3.64	194.1	10.98
フランス	5.2	3.47	94.3#	3.27#	236.5#	8.21#
イギリス	6.8	2.68	101.0	2.71	361.3	9.68 (予測値)
アメリカ	5.4	2.66 (2006年)	93.6	2.44	413.8#	10.8#

➡ 日本は、人口当たりの病床数が多く、人口当たりの医療従事者数が少ないため、病床当たりの医療従事者数が低い水準となっており、また平均在院日数が長い

(出典):「OECD Health Data 2011」

注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等および総臨床看護職員数を急性期病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

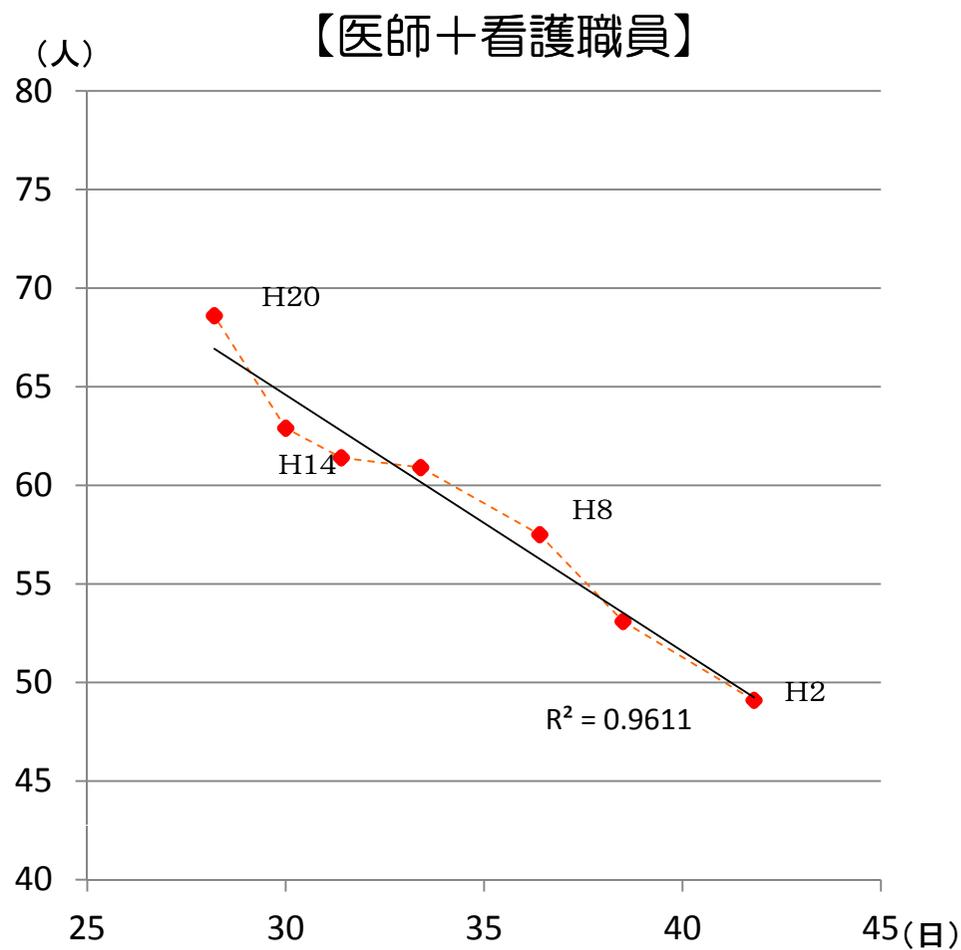
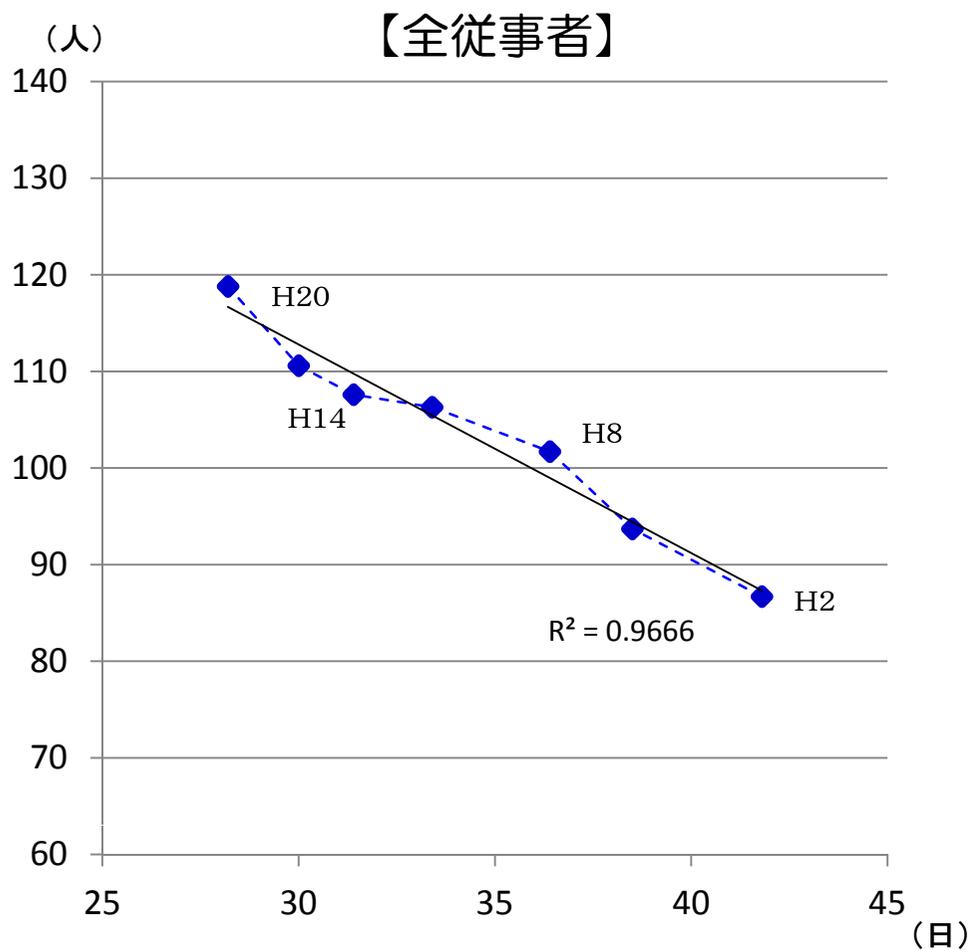
日本: 病院・診療所の一般病床、感染症病床 ドイツ: 急性期病床のみ フランス: 外科病床、産科病床、その他の急性期病床

イギリス: NHSの全病床(北部アイルランド以外は長期病床を含む) アメリカ: AHA(American Hospital Association)に登録されている短期一般病床

100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

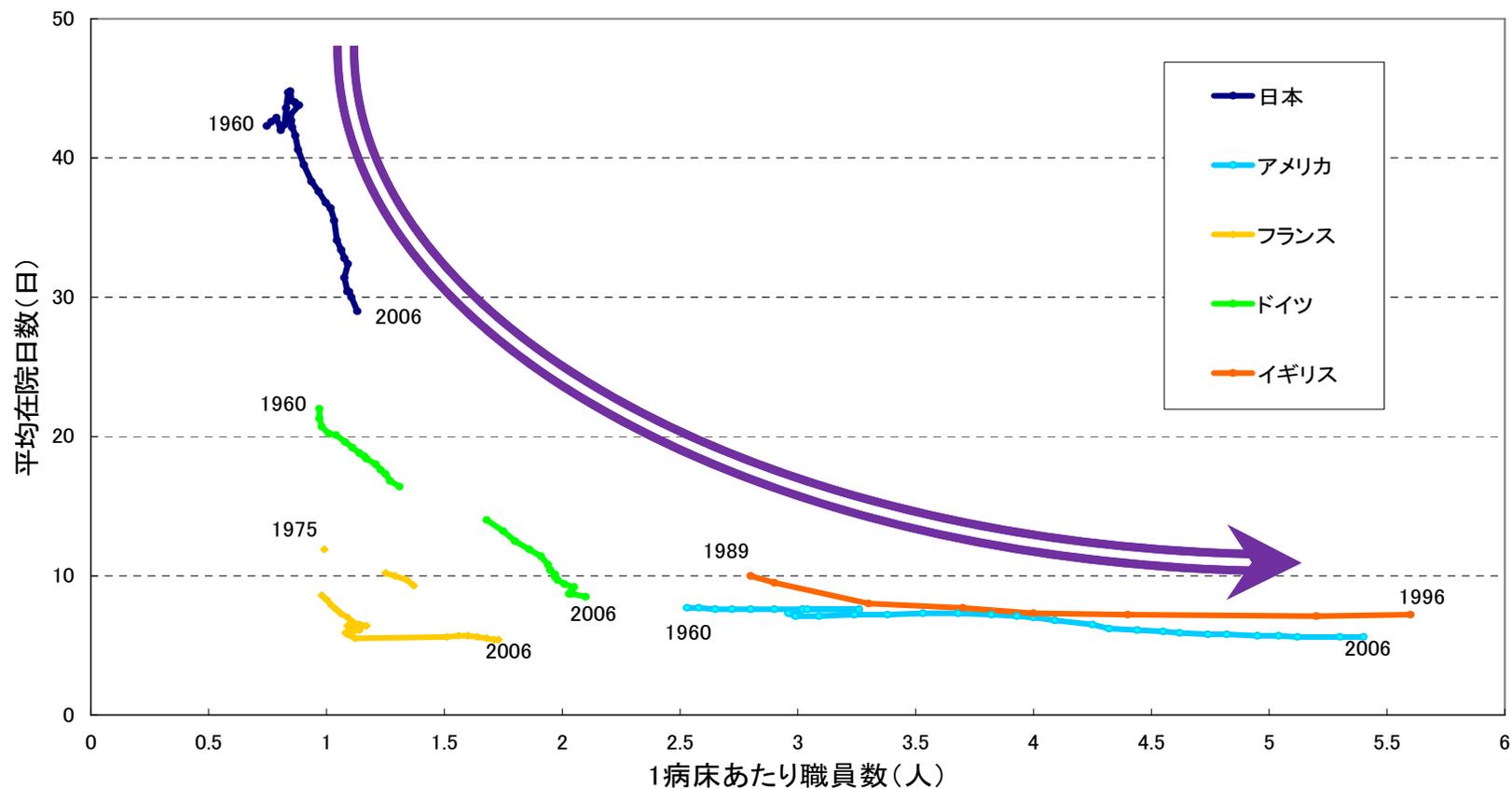
	<平成2年>		<平成8年>		<平成14年>		<平成20年>
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師+看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日



各年「病院報告」を基に作成

平均在院日数と1病床当たり職員数

海外においても、病床あたりの医療従事者数と平均在院日数の間には、相関関係がみられる

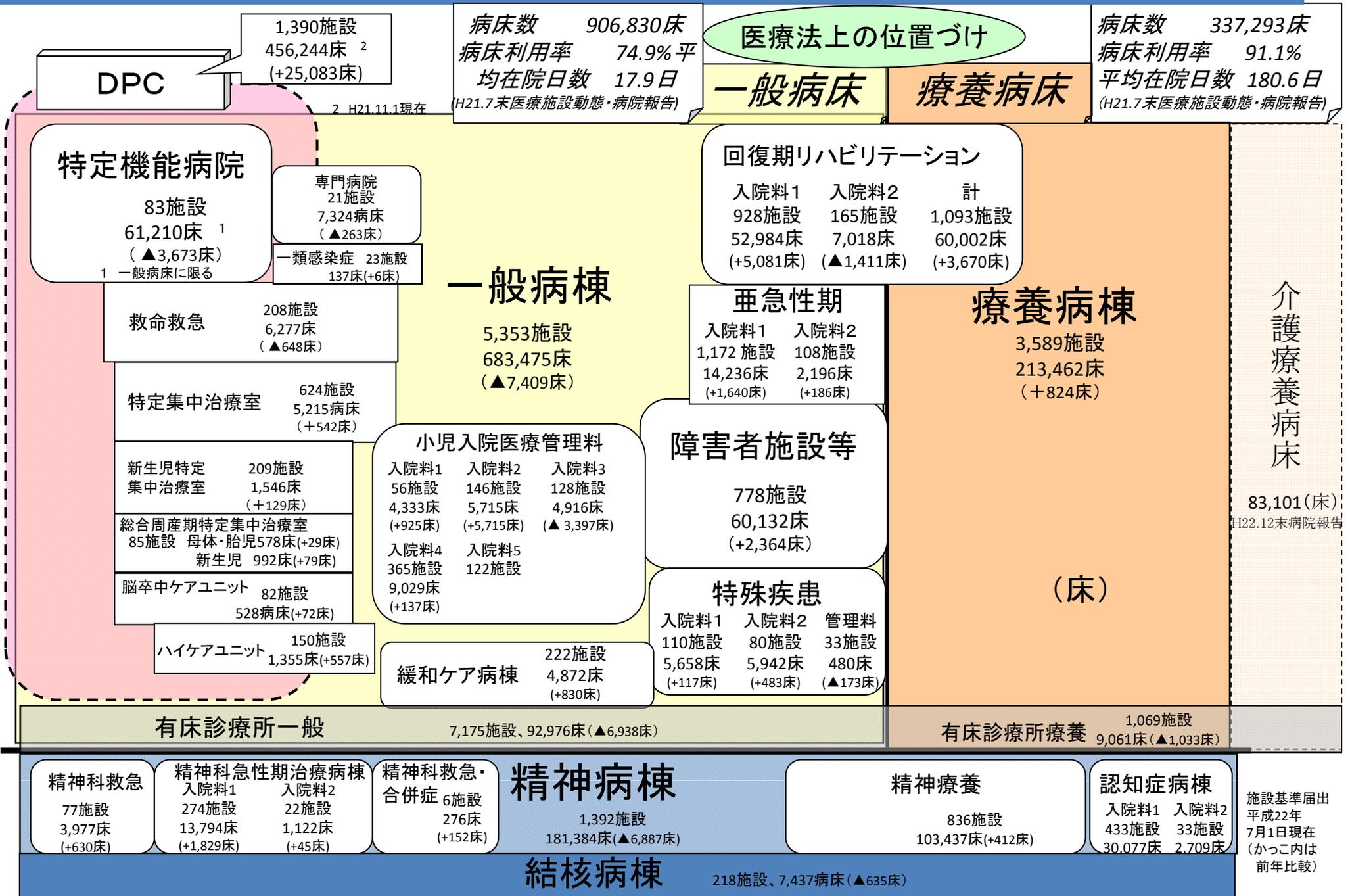


(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」
 (注) 1. 日本は一般病院の数値である。
 2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。



病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある

病院の機能に応じた分類(イメージ)



病院の機能分化について(現在の入院料を基準としたイメージ)
 <一般病床の例>

高度急性期

亜急性期等

出来高

特定機能病院入院基本料(専門病院入院基本料を含む)

7:1 約5.9万床(特28日, 専30日)

10:1 約0.8万床(特28日, 専33日)

(特):特定機能病院入院基本料 (専):専門病院入院基本料

一般病棟入院基本料

7:1 約31.6万床(19日)

10:1 約23.4万床(21日)

13:1 約3.3万床(24日)

15:1 約6.5万床(60日)

看護配置に応じた評価の例

():平均在院日数要件

DPC/PDPSを選択可能

(注)一部、出来高の評価が変わる

包括(特定入院料)

約4.1万床

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料(19日)
- 新生児特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料
- 一類感染症患者入院医療管理料
- 小児入院医療管理料(21日-28日)

病棟の機能に応じた評価の例

約1.7万床

- 特殊疾患病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 緩和ケア病棟入院料

約7.6万床

- 亜急性期入院医療管理料
- 回復期リハビリテーション病棟入院料

現行の病床数

計約42万床

計約24万床

計約2万床

計約17万床

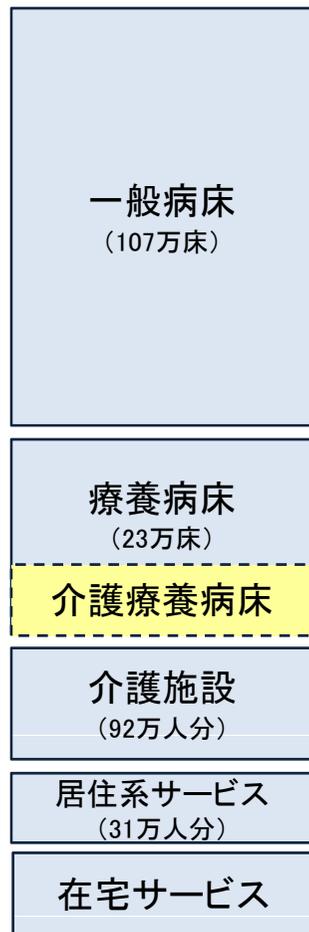
○入院基本料においては、看護配置に応じた評価のベースに加えて出来高評価により医療提供に応じた評価を行い、特定入院料においては、病棟の機能に応じた包括評価を行っているが、必ずしも高度急性期から亜急性期等の患者の状態に応じた評価体系にはなっていない。

○社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として、高度急性期 18万床、一般急性期 35万床、亜急性期等 26万床、地域一般病床 24万床としているが、診療報酬上の評価として、それぞれどの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。

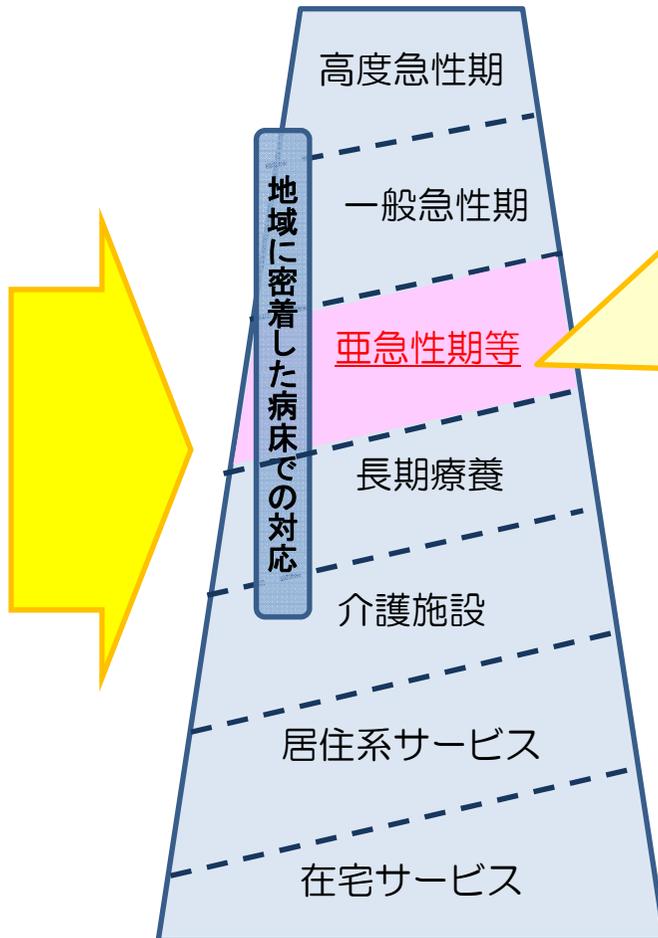
・ 亜急性期等医療について

亜急性期等の病棟に期待される役割について

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】

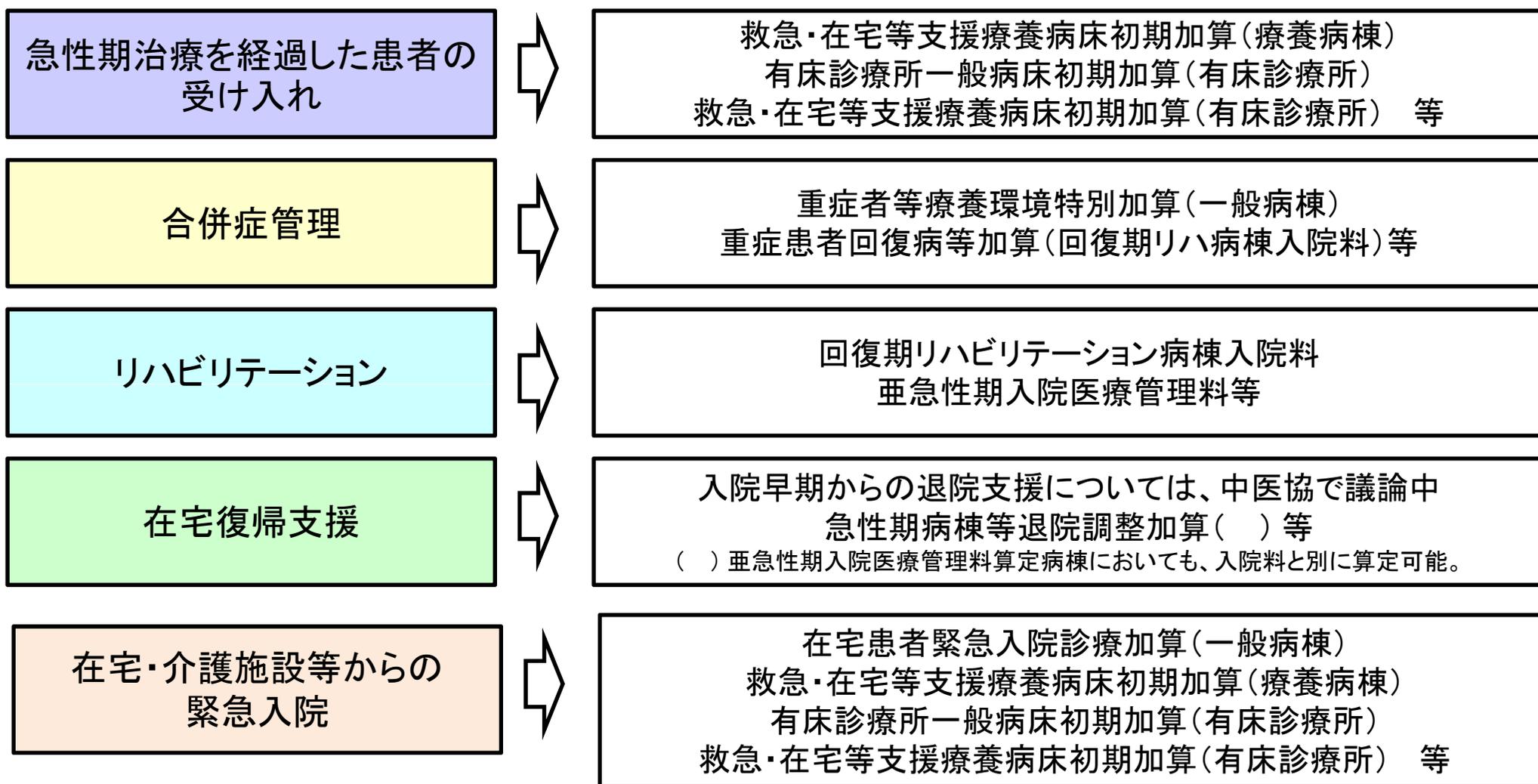


- 急性期病院からの医療必要度の高い者の受け皿
- リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制
- 退院支援等在宅復帰機能
- 在宅療養患者の急性増悪時の対応機能

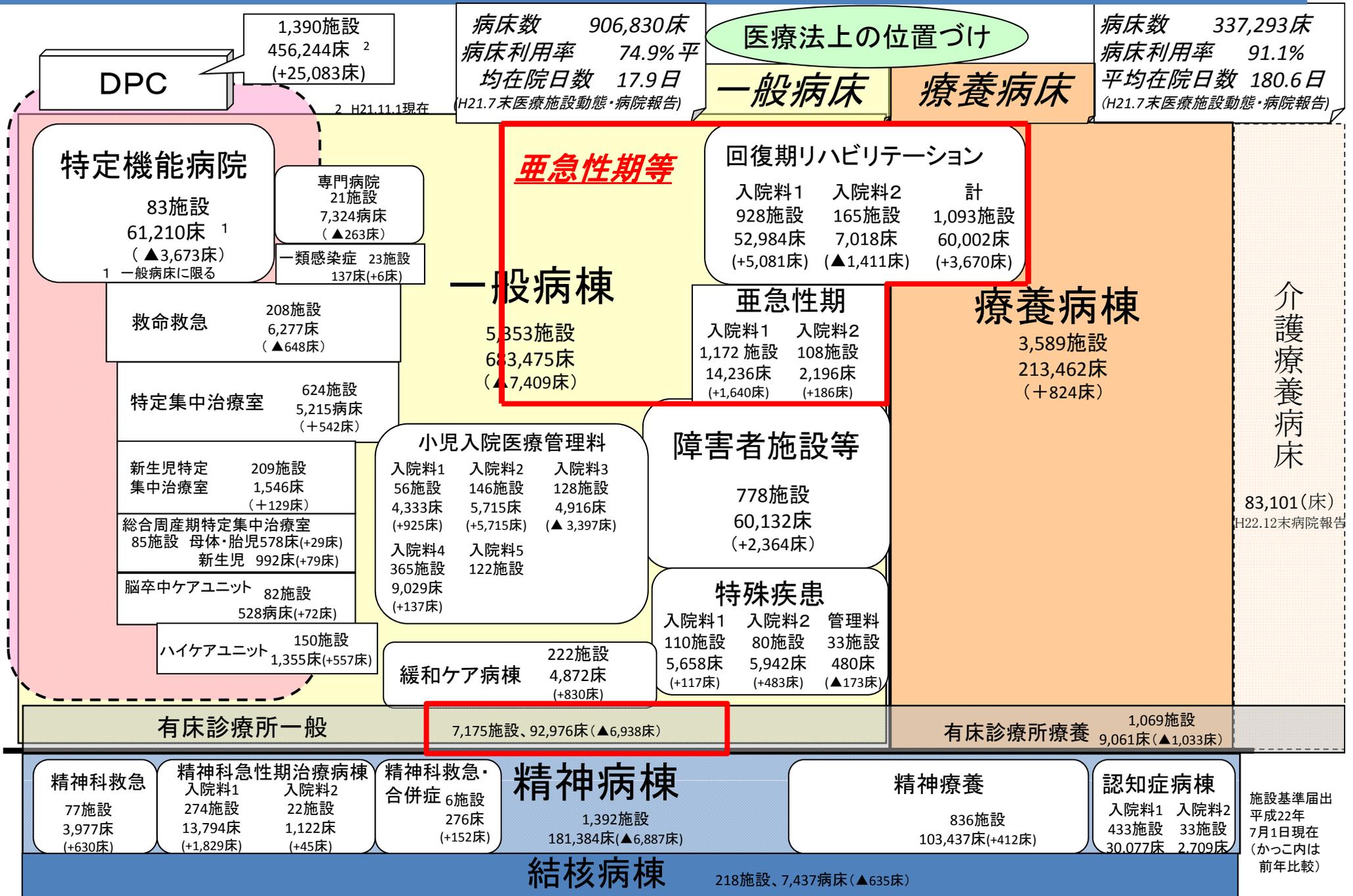
(社会保障改革に関する集中検討会議資料より亜急性期等に関する記載を保険局医療課で抜粋)

亜急性期等病床に求められる機能

亜急性期等病床に求められる機能は回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料等の入院料のほか、一般病棟や療養病棟、有床診療所の入院基本料等加算で評価されている。



病院の機能に応じた分類(イメージ)



亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料1 2,050点 (90日算定可能)
一般病棟の病室単位で算定

一般病床数の1割以下*1

一般病棟入院基本料

亜急性期
入院医療
管理料1

亜急性期入院医療管理料2 2,050点 (60日算定可能)
一般病棟の病室単位で算定

一般病床数の3割以下*2

一般病棟入院基本料
 (200床未満の病院に限る)

亜急性期入院医療
管理料2

<共通の要件>

- ・看護職員配置 13:1以上(看護師比率7割以上)
- ・在宅復帰率6割以上
- ・診療管理体制加算を算定していること
- ・専任の在宅復帰支援担当者が勤務していること など

<亜急性期入院医療管理料2のみの要件>

- ・治療開始日より3週間以内に
- 7:1入院基本料等を算定している病床からの転床または転院してきた患者が2/3以上

*1 合併症を有する患者の割合が回復期のリハビリテーションを必要とする患者の1割以上である場合については3割以下



*2 他の保健医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合は5割以下

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点
 (疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)
病棟単位で算定

回復期リハビリテーション病棟入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点
 (疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)
病棟単位で算定

回復期リハビリテーション病棟入院料2

<共通の要件>

- ・看護職員配置15:1以上(看護師比率4割以上)、看護補助者30:1以上、専任医師1名以上、専従理学療法士2名・作業療法士1名以上
- ・回復期リハビリテーションを要する状態の患者が8割以上入院していること
- ・1日あたり平均2単位以上リハビリテーションを提供している

<回復期リハビリテーション病棟1のみの要件>

- ・直近6ヶ月以内に新たに入院した患者のうち2割以上が重症の患者であること
- ・在宅復帰率6割以上



など

亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

亜急性期入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料

(別に算定可(注))

(放射線治療)・すべて	
(麻酔)・すべて	
(手術)・すべて	
(処置)・1000点を超えるもの	
(精神科専門療法)・すべて	
(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬)	
・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可	
(医学管理等)・すべて	
(入院基本料等加算)	・医療安全対策加算
・臨床研修病院入院診療加算	・褥創患者管理加算
・医師事務作業補助体制加算	・救急搬送患者地域連携受入加算
・地域加算	・総合評価加算
・離島加算	・急性期病棟等退院調整加算
・栄養管理実施加算	

(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬)	
・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(医学管理等)・地域連携診療計画退院時指導料()のみ	
(入院基本料等加算)	・医療安全対策加算
・臨床研修病院入院診療加算	・褥創患者管理加算
・医師事務作業補助体制加算	・救急搬送患者地域連携受入加算
・地域加算	・総合評価加算
・離島加算	
・栄養管理実施加算	



(包括範囲)

亜急性期入院医療管理料 (1、2)2050点 リハビリテーション提供体制加算 50点

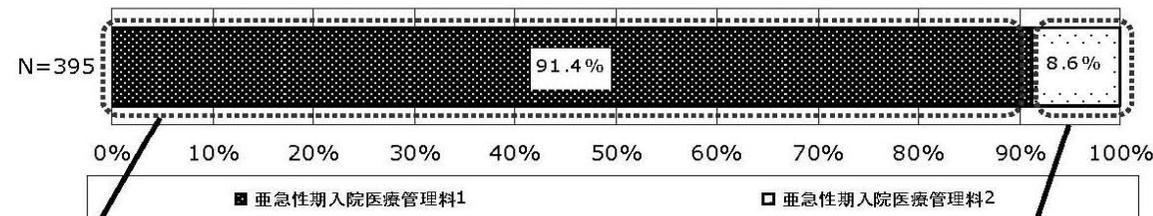
回復期リハビリテーション病棟入院料 (1)1720点、(2)1600点等 重症患者回復病棟加算50点 休日リハビリテーション提供体制加算60点 リハビリテーション充実加算40点

(注)別に算定可能としている診療報酬項目を示したものであり、必ずしもすべての項目が算定されているわけではない

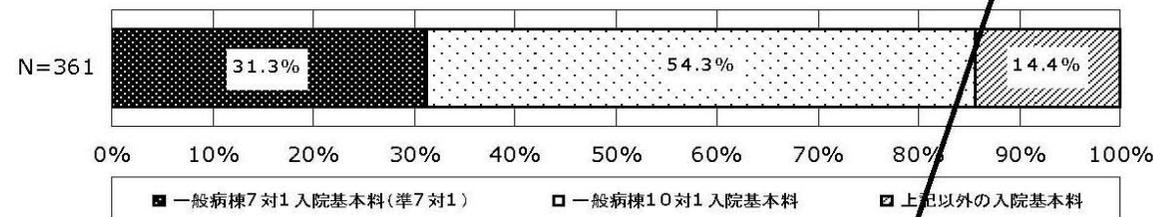
亜急性期入院医療管理料について

亜急性期入院医療管理料1の85.6%が「一般病棟7対1入院基本料」、「一般病棟10対1入院基本料」算定病棟で算定されており、亜急性期入院医療管理料2の85.2%が「7対1」、「10対1」算定病棟で算定されている。

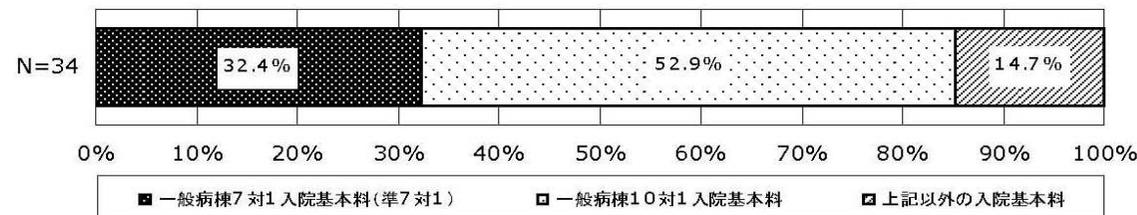
図表 3-20 算定している診療報酬



・亜急性期入院医療管理料1における入院基本料



・亜急性期入院医療管理料2における入院基本料



出典:平成21年度検証部会調査

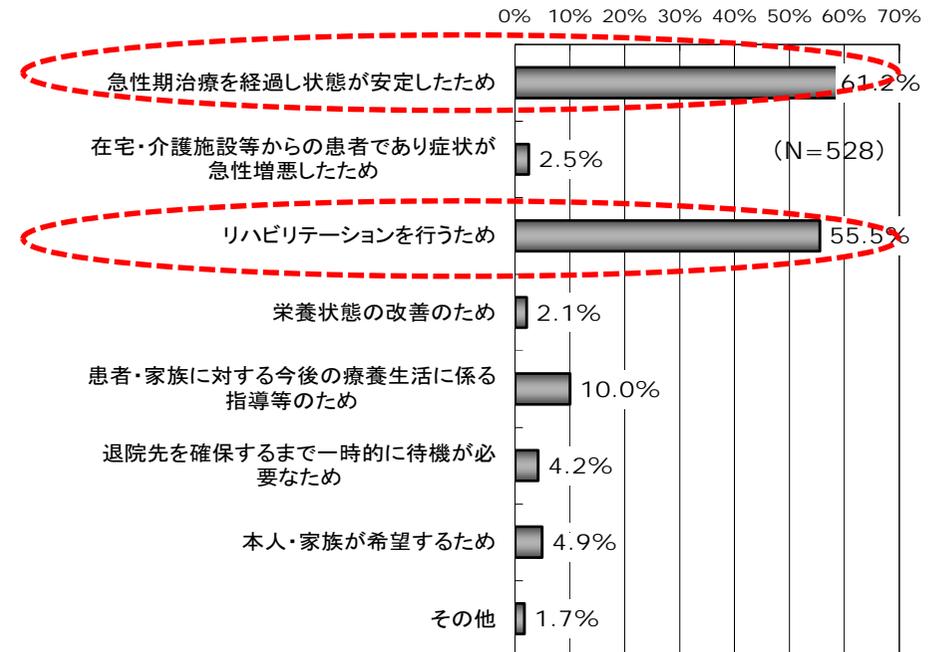
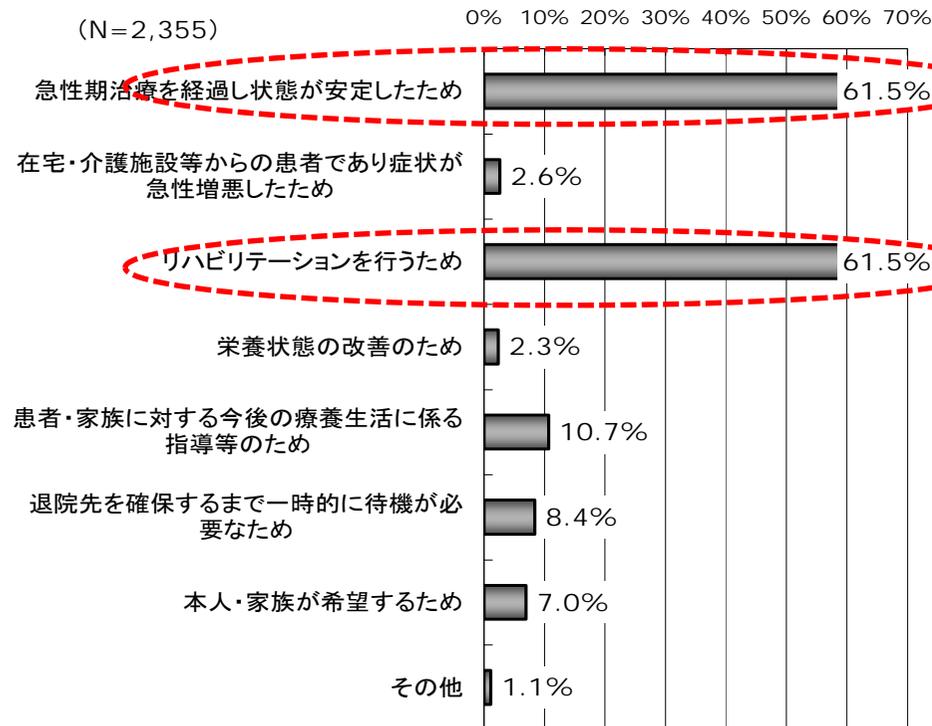
亜急性期入院医療管理料について

亜急性期入院医療管理料を算定する病室に入室した背景としては、「急性期治療を経過し状態が安定したため」、「リハビリテーションを行うため」が多い。

○ 入室した背景(図表3-83)

[亜急性期入院医療管理料1]

[亜急性期入院医療管理料2]



出典:平成21年度検証部会調査

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成23年度調査）
亜急性期入院医療管理料算定病棟におけるリハビリテーション見直しの影響調査の概要

亜急性期病棟におけるリハビリテーションの実施状況について

- リハビリテーション担当者の配置
- 回復期リハビリテーションを必要とする患者数
- 退院時リハビリテーション指導料算定回数
- 疾患別リハビリテーションの実施対象人数、実施単位数

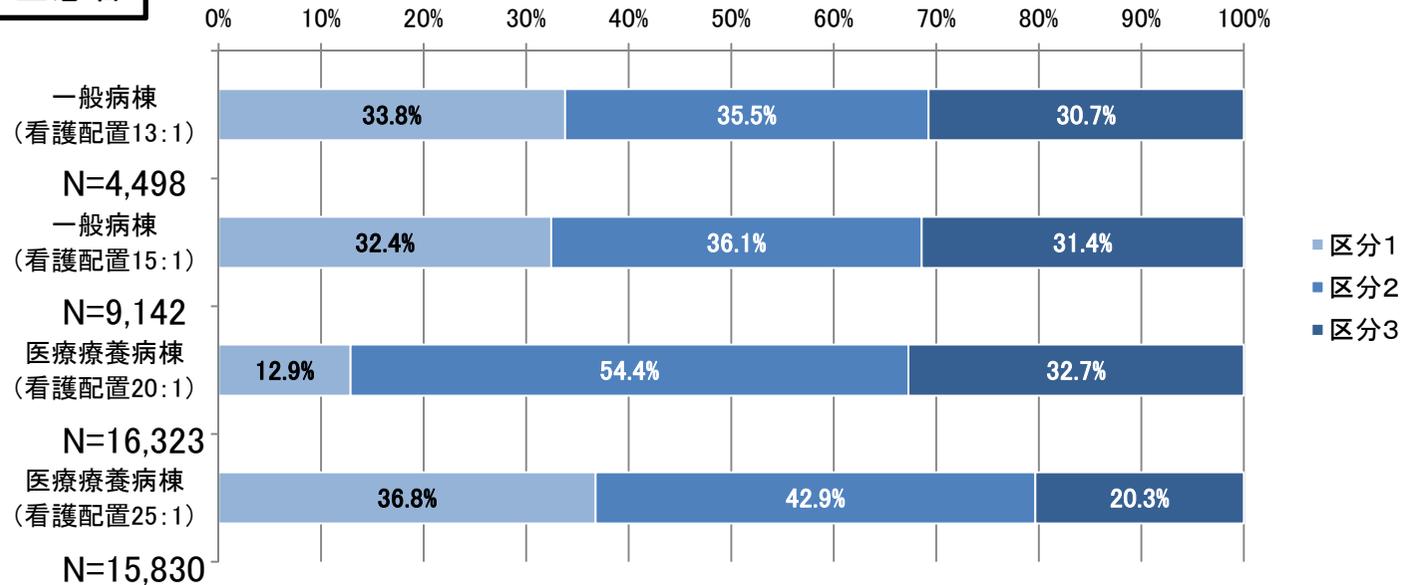
亜急性期病棟における患者状態の変化について

- 入棟時の合併症
- 入棟前、退棟後の居場所の変化
- 日常生活機能評価の推移（入棟時、退棟時）
- バーセル指数の推移（入棟時、退棟時）
- FIMの推移（入棟時、退棟時）
- 疾患別リハビリテーション実施単位数の推移（入棟後1週間、退棟前1週間）

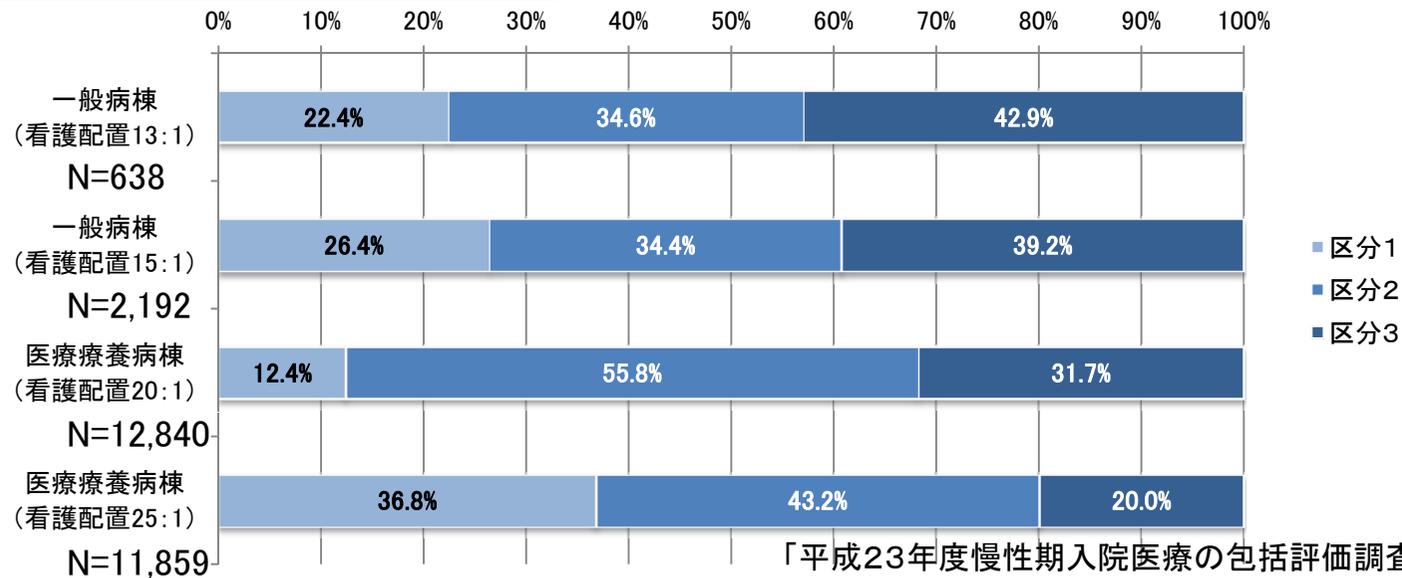
長期療養について

病棟ごとの医療区分の比較

全患者



(再掲) 在院90日超えの患者のみ



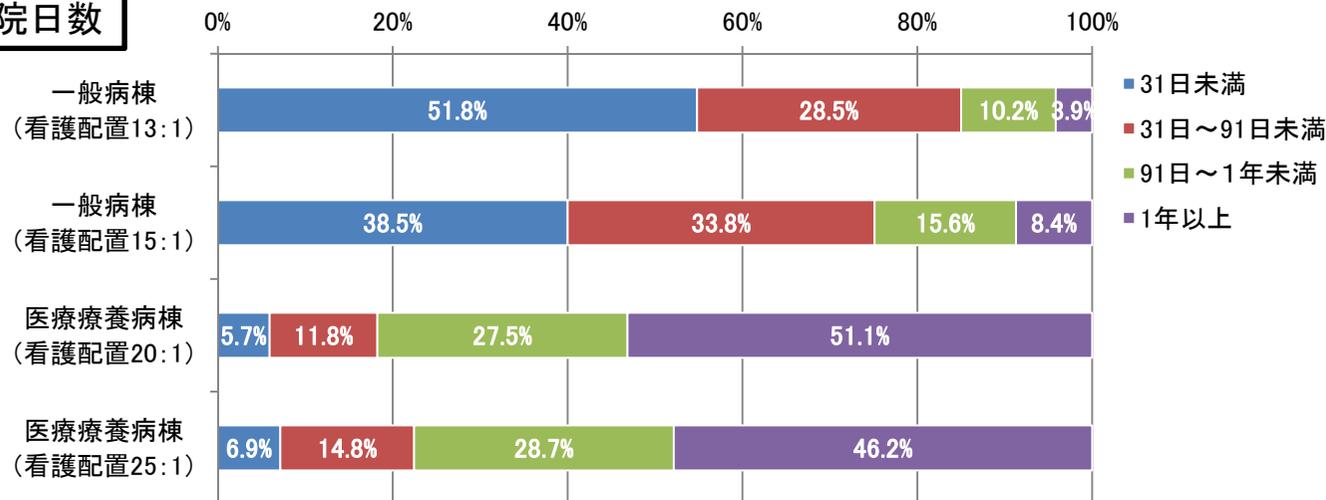
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

一般病棟(13:1,15:1)と療養病棟における 入院患者の年齢構成と在院日数

年齢構成

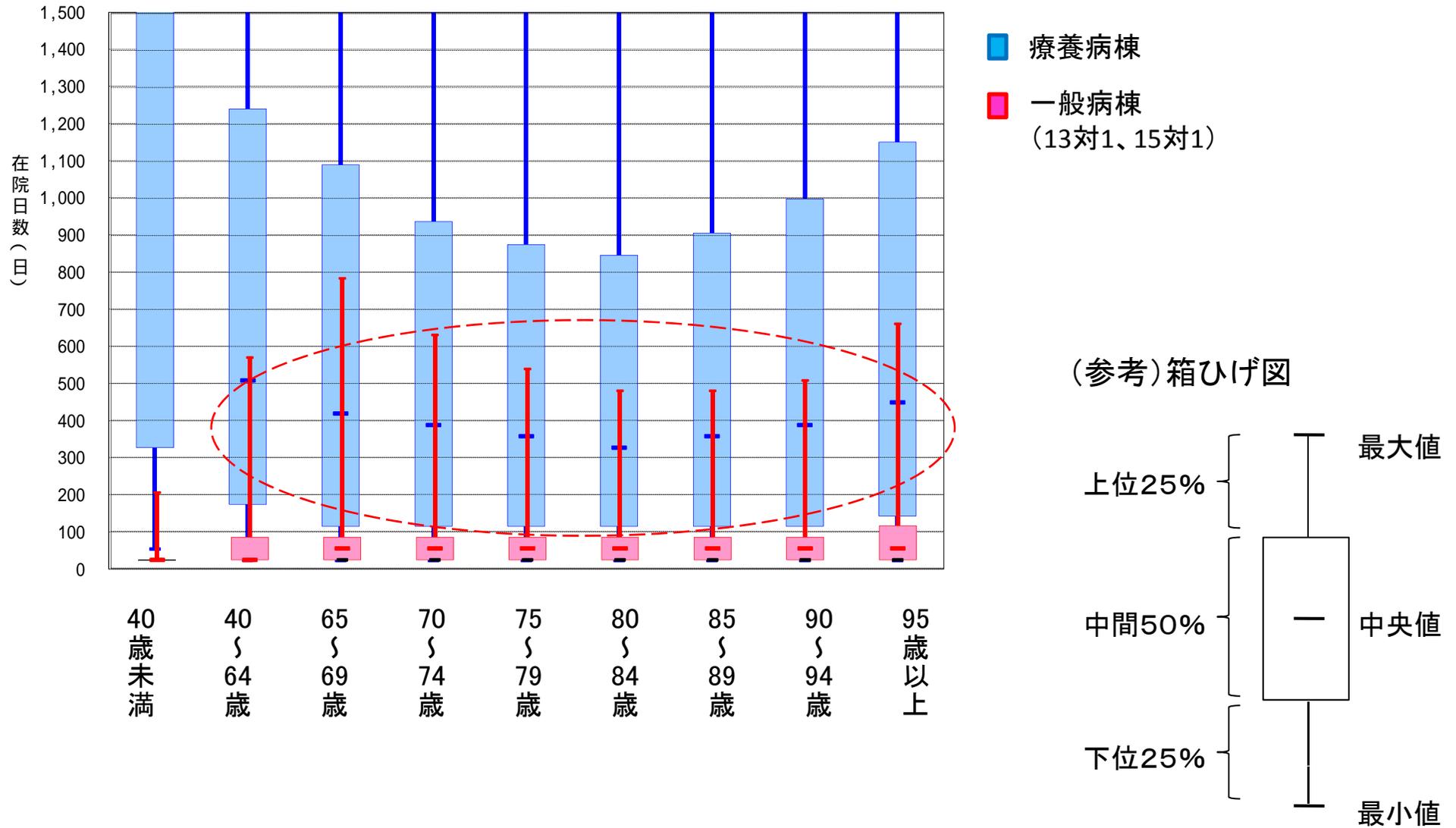


在院日数



「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

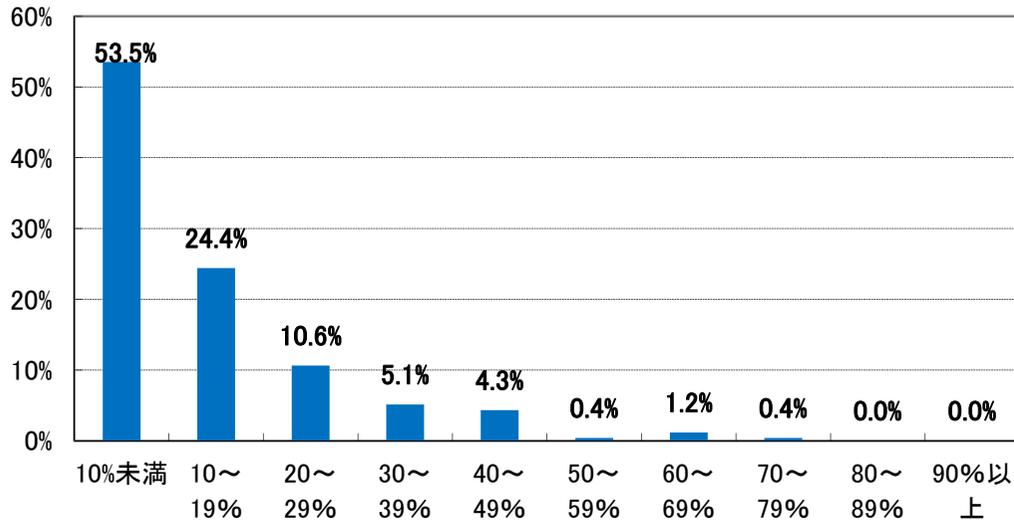
年齢と在院日数とのクロス集計(箱ひげ図)



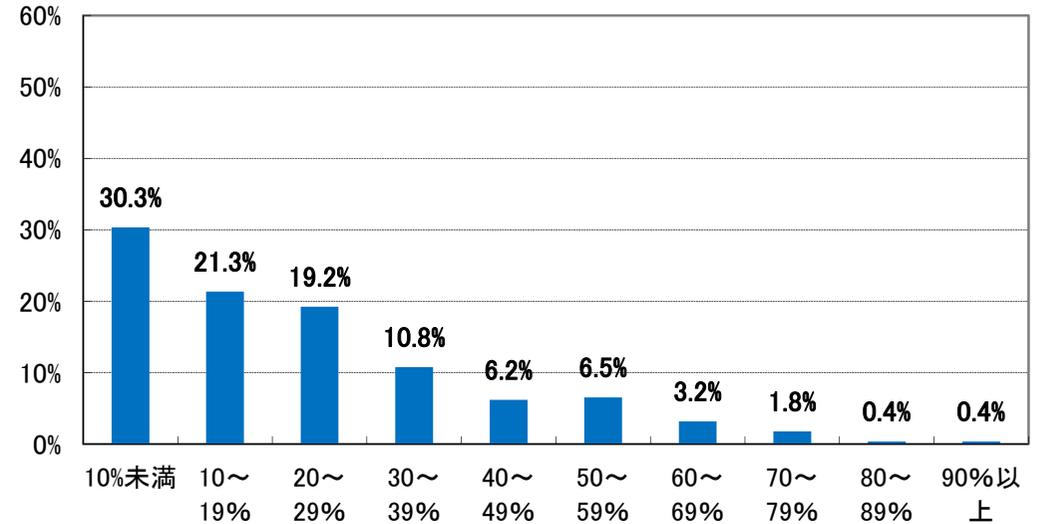
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

病棟ごとの在院日数90日超え患者の割合

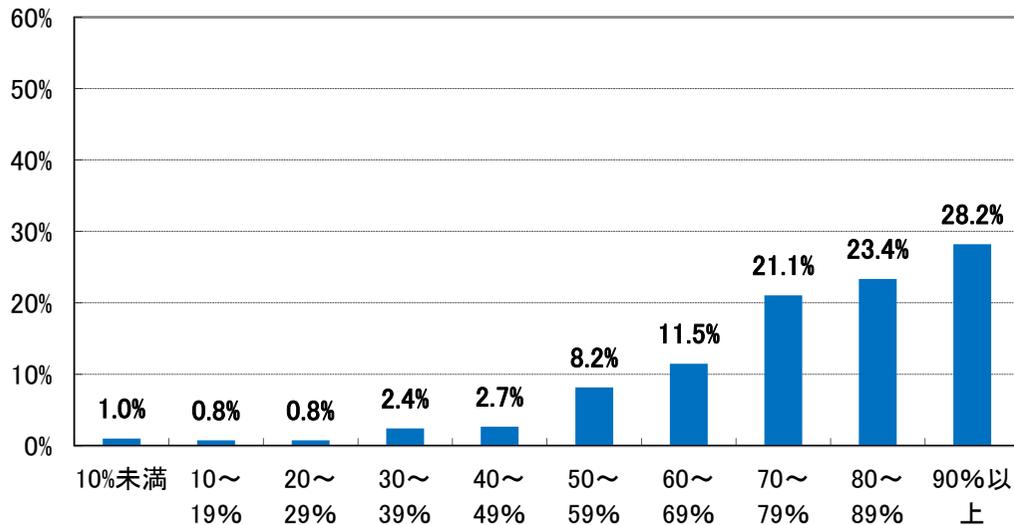
一般病棟(看護配置13:1) N=254施設



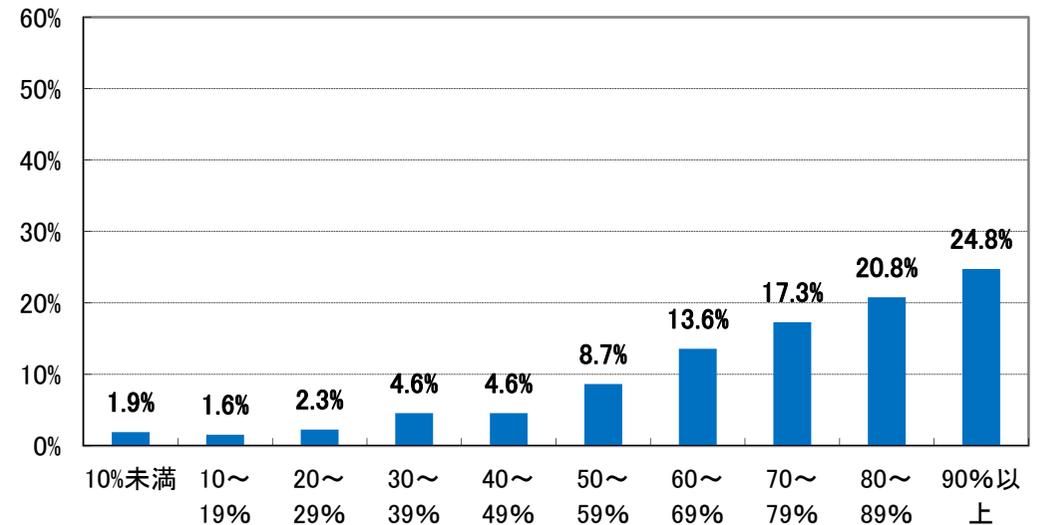
一般病棟(看護配置15:1) N=783施設



医療療養病棟(看護配置20:1) N=567施設



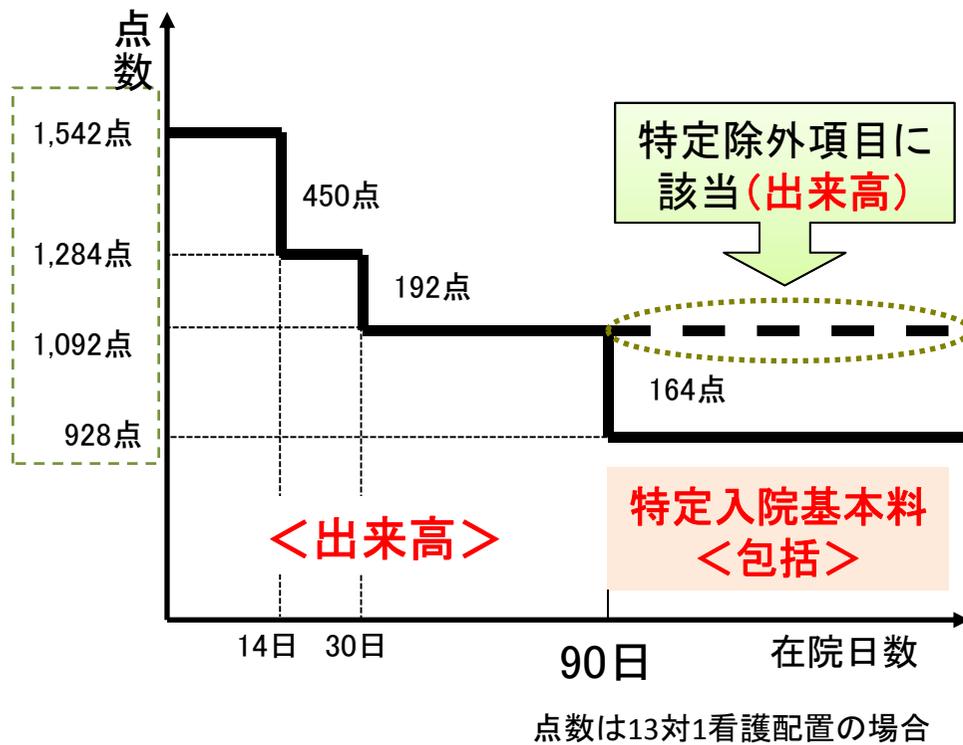
医療療養病棟(看護配置25:1) N=832施設



「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

一般病棟入院基本料と療養病棟入院基本料

一般病棟入院基本料



療養病棟入院基本料 1

【算定要件】

20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

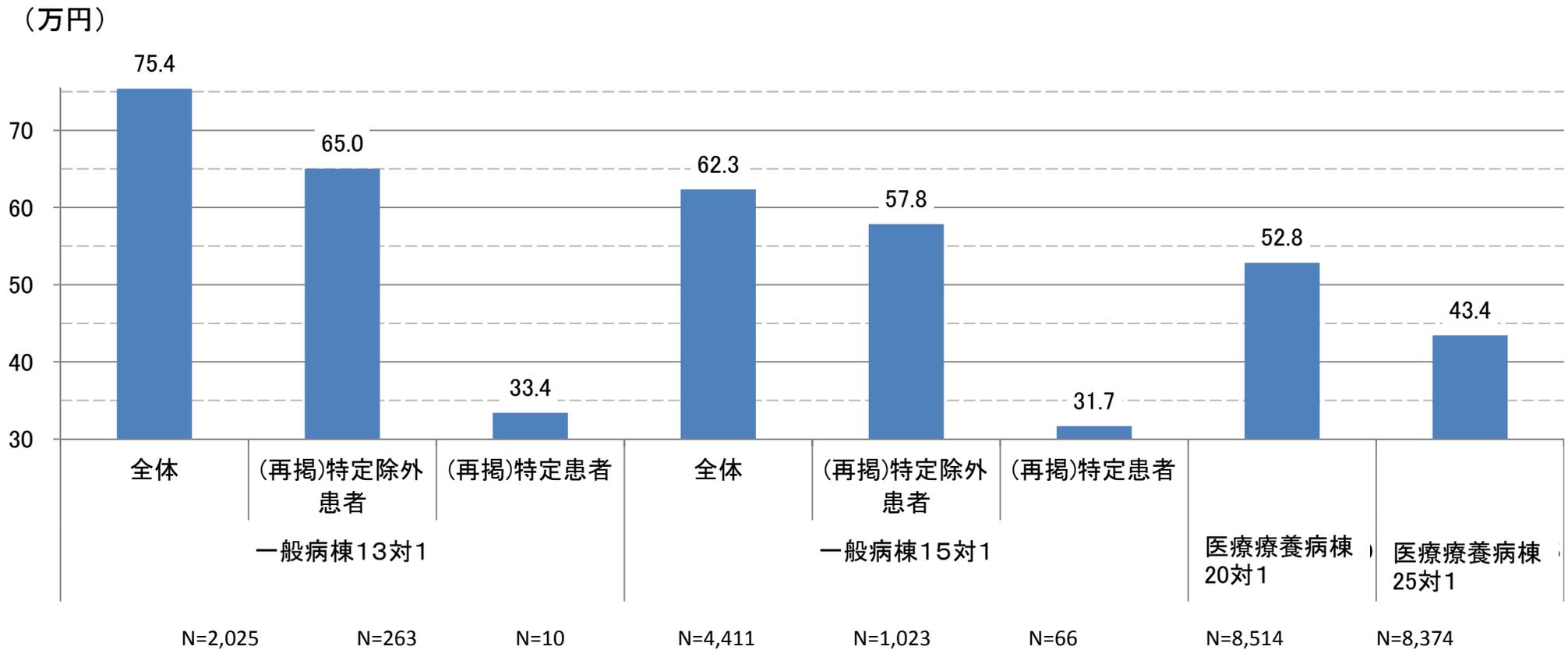
【算定要件】

25:1配置

(単位:点)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

病棟ごとのレセプト請求金額の比較



※患者1人1月当たりの請求額

「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

特定除外患者の分析

	一般病棟13対1	一般病棟15対1
在院日数90日超え患者に占める割合	96%	94%

特定除外項目	一般病棟13対1		一般病棟15対1	
	該当患者数	構成比%	該当患者数	構成比%
1号 難病患者等入院診療加算を算定する患者	1	0%	16	1%
2号 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	2	1%	3	0%
3号 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等	24	9%	204	18%
4号 悪性新生物に対する治療を実施している状態	-	-	12	1%
5号 観血的動脈圧測定を実施している状態	-	-	-	-
6号 リハビリテーションを実施している状態	25	9%	48	4%
7号 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	1	0%	2	0%
8号 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	29	10%	71	6%
9号 人工呼吸器を使用している状態	1	0%	18	2%
10号 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	5	2%	60	5%
11号 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態	-	-	2	0%
12号 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	1	0%	26	2%
項番不明	188	68%	656	59%
合計	277	100%	1,118	100%

「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

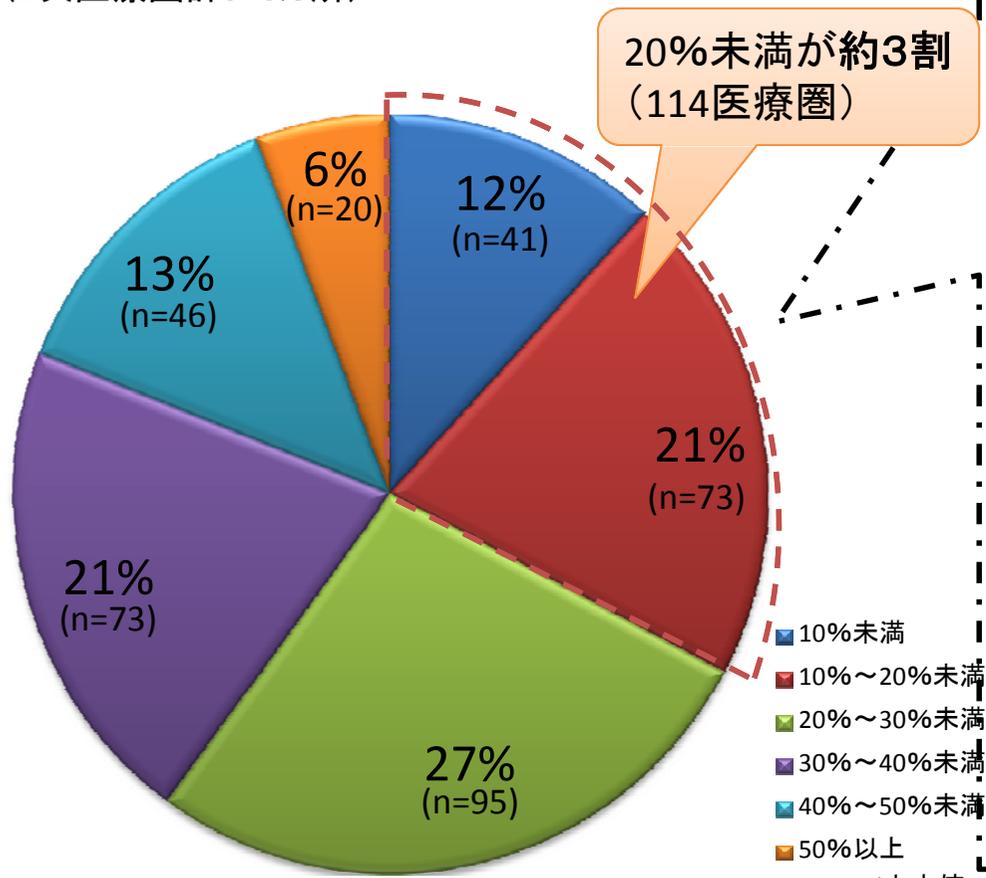
医療区分

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

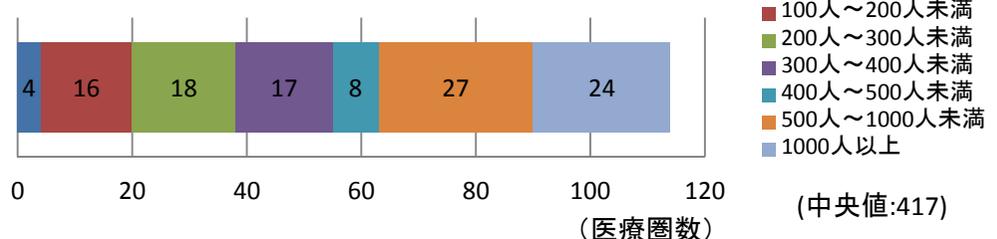
地域に密着した病床について

地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

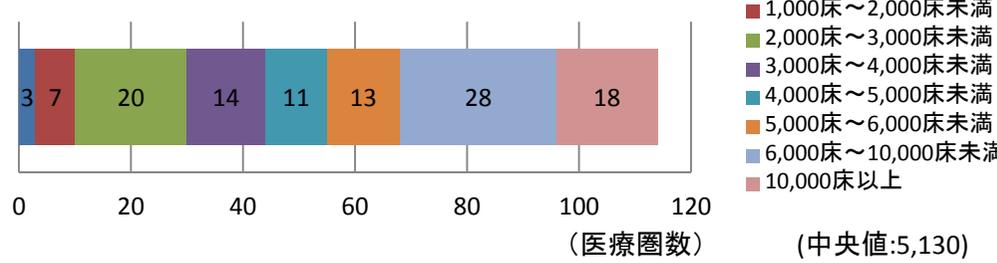
2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348力所)



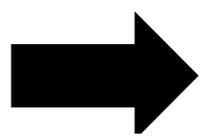
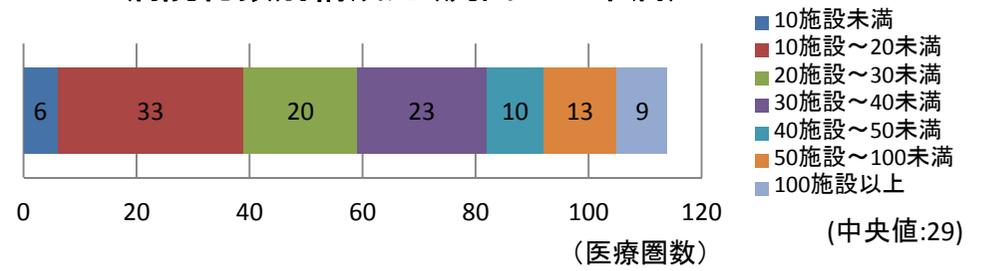
医師総数別構成比(流出20%未満)



病床総数別構成比(流出20%未満)



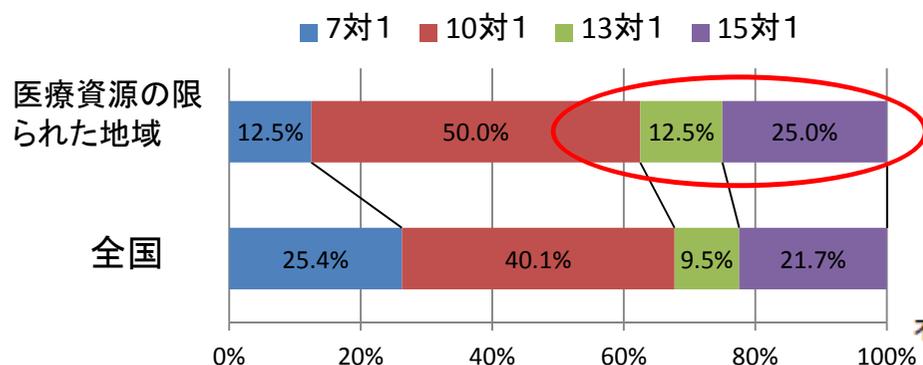
病院総数別構成比(流出20%未満)



患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

地域の一般病院の看護基準と患者層について①

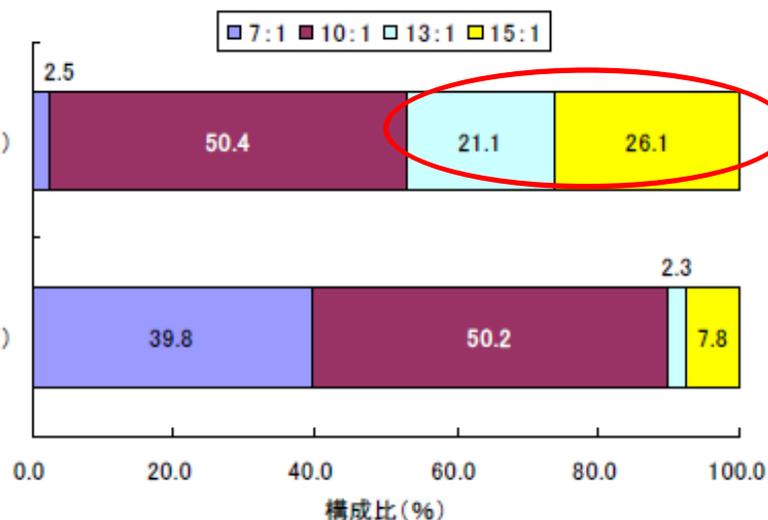
一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
 (患者流出割合が低く病床数が少ない地域)



患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比²⁾
 (自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)

自治体病院の立地条件別看護基準別構成比
 (2009年・一般病院)



*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」

(注)不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

- ・第1種不採算地区病院:直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
- ・第2種不採算地区病院:直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在すること

原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域



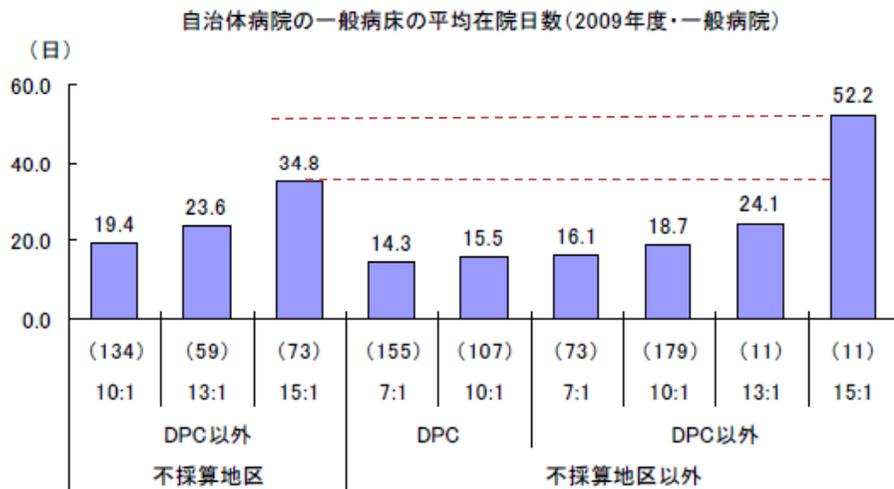
医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

出典:1)医療課調べ

2)日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について一入院基本料15:1に注目した分析ー(自治体病院の例)

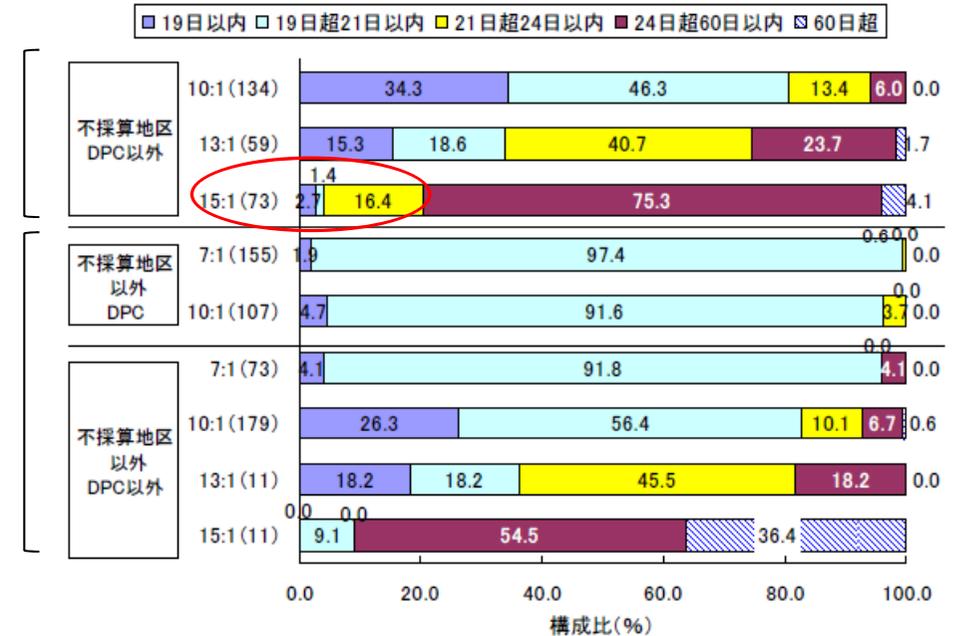
地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)



*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

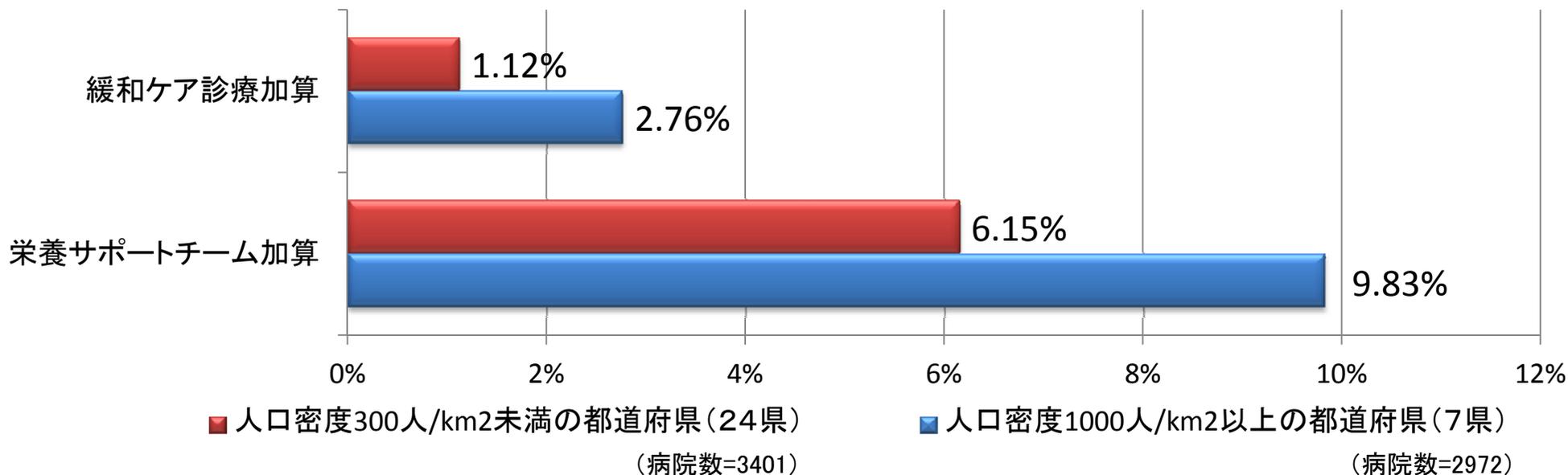
一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内



限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。

加算の届出施設割合の地域差について

人口密度別届出施設数の割合(都道府県別)



● 緩和ケア診療加算の要件

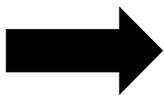
以下の緩和ケアに係る専従のチームを設置

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 等

● 栄養サポートチーム加算の要件

以下の栄養管理に係るチームが設置

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
 - イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
 - エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士
- なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい 等



専従・専任要件のある加算について、人口密度の高い地域と低い地域で届出施設数の割合に差がある。

地域に密着した病床について

期待される役割

- 医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する

<医療提供が困難と考えられる地域の例>

1) 不採算地区病院(病床規模要件150床未満) <病院数:約310施設>

- 第1種不採算地区病院
直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること。
 - 第2種不採算地区病院
直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在すること
原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域
- (参考)総務省:「公立病院に関する財政措置の改正要綱」

2) 2次医療圏の病床数が少ない地域

(例) 1,000床未満の地域 <病院数:約200施設>

・42医療圏

2,000床未満の地域 <病院数:約840施設>

・113医療圏

3) 離島加算に係る地域

- 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島

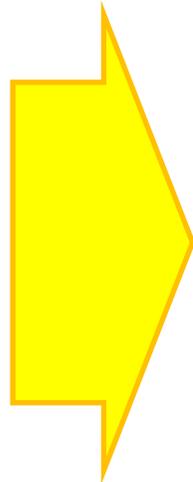
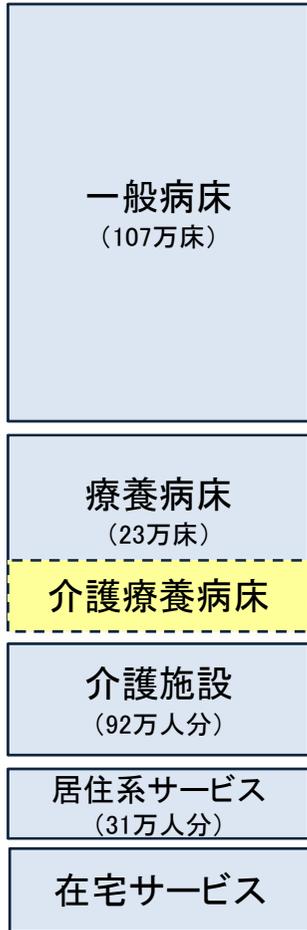
○医療提供が困難な地域等における地域に密着した病床について、社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として地域一般病床は24万床としているが、今後、医療提供が困難な地域等の範囲を明確にする必要がある。

○その上で、地域に密着した病床が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供することの診療報酬上の評価について、検討する必要がある。

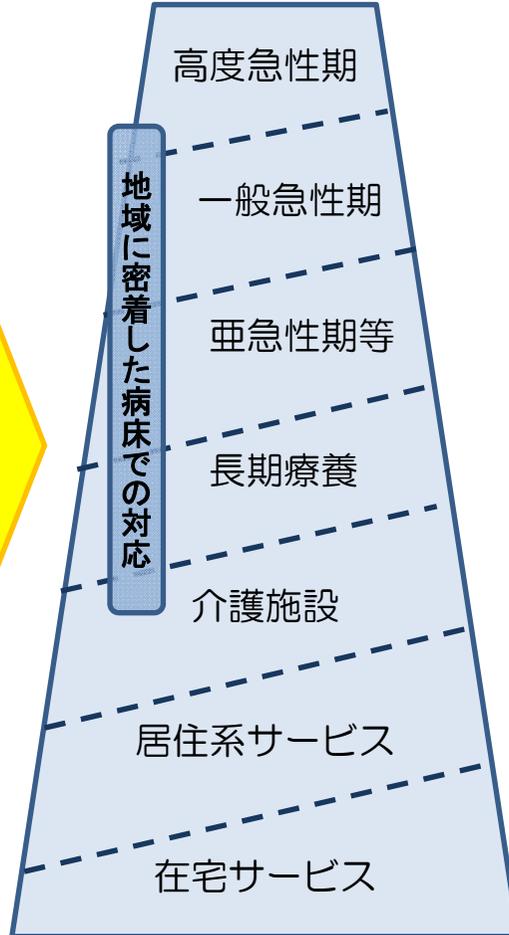
入院医療の機能分化に向けた 今後の方向性について

入院医療の機能分化のイメージ

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



- 患者の状態に応じた入院医療
- 病院勤務医の負担軽減
- 平均在院日数の減少
- 地域の特性に応じた医療体制

方向性

- 入院医療の機能分化
 - ・ 急性期への医療資源の集中的な投入と専門分化
 - ・ 急性期以外の患者を受け入れる病床の確保
 - ・ 地域のニーズを支える長期療養（医療療養）の構築
 - ・ 一体的な対応を行う地域に密着した病床の確保

○ 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定)

入院医療の機能分化に向けた課題と今後の方向性

- 高度急性期や一般急性期を含めた医療を行う病院においては、勤務医の負担が大きい。
- また、日本は病床当たりの医療従事者の数が少ないが、病床当たりの医療従事者数と平均在院日数は一定の相関関係が認められることから、病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期の患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていくことが必要である。
- 一方で、現行の診療報酬体系は、看護配置に応じた評価や病院の機能に応じた評価体系となっているが、必ずしも高度急性期、一般急性期、亜急性期等に応じた評価体系となっていない。また、病棟の機能毎にそれぞれの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。
- 慢性期入院医療を行う場として医療療養病棟があるが、一般病棟(看護配置13:1又は15:1)においても在院日数が90日を超えるような長期入院患者が一定程度存在している。また、両者の診療報酬上の評価は異なっている。
- 医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する場合がある。

【今後の方向性】



- 病院医療従事者の負担を軽減させつつ、患者の状態に応じた診療を行い、かつ平均在院日数を減少させるために、急性期への医療資源の集中投入を含めた入院医療の機能分化を進めていくべきではないか。
- その際、病棟機能毎に必要な病床数の検討も含め、高度急性期、一般急性期、亜急性期等の患者の状態に応じた診療報酬体系について、今後検討が必要ではないか。
- 一般病棟で在院日数90日を超えるような長期入院患者の大部分は特定除外患者(出来高払い)であり、医療療養病棟の長期入院患者(包括払い)と診療報酬上の評価が異なっているため、様々な状態の患者が混在せざるをえない地方の病院の特性に配慮しつつ、慢性期の患者の診療報酬体系について整理すべきではないか。
- 地域に密着した病床における、高度急性期医療から亜急性期医療までの一体的な対応について、地域に密着した病床の範囲や診療報酬上の評価について、今後検討が必要ではないか。

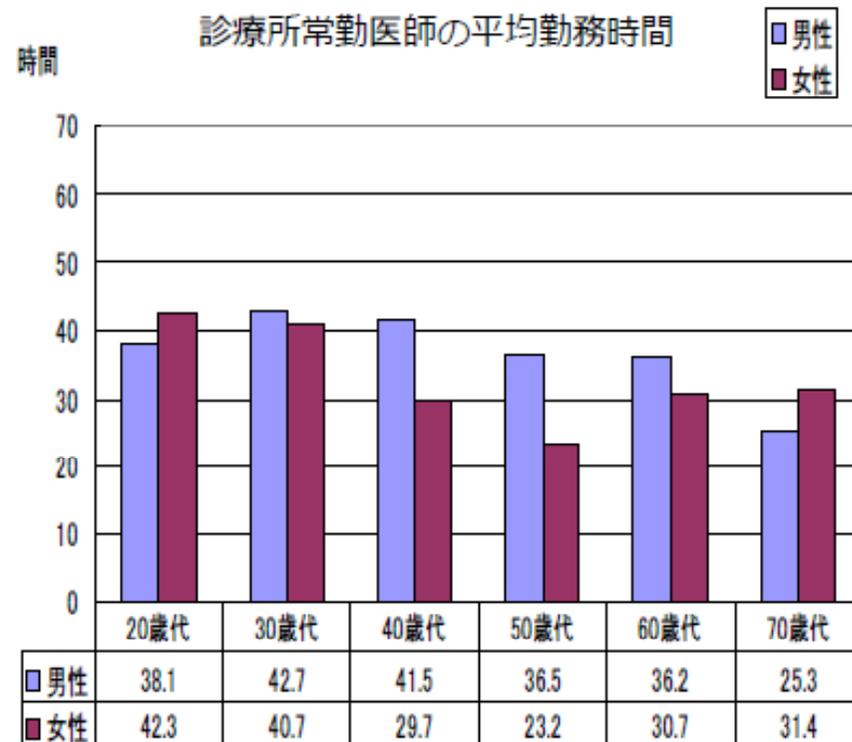
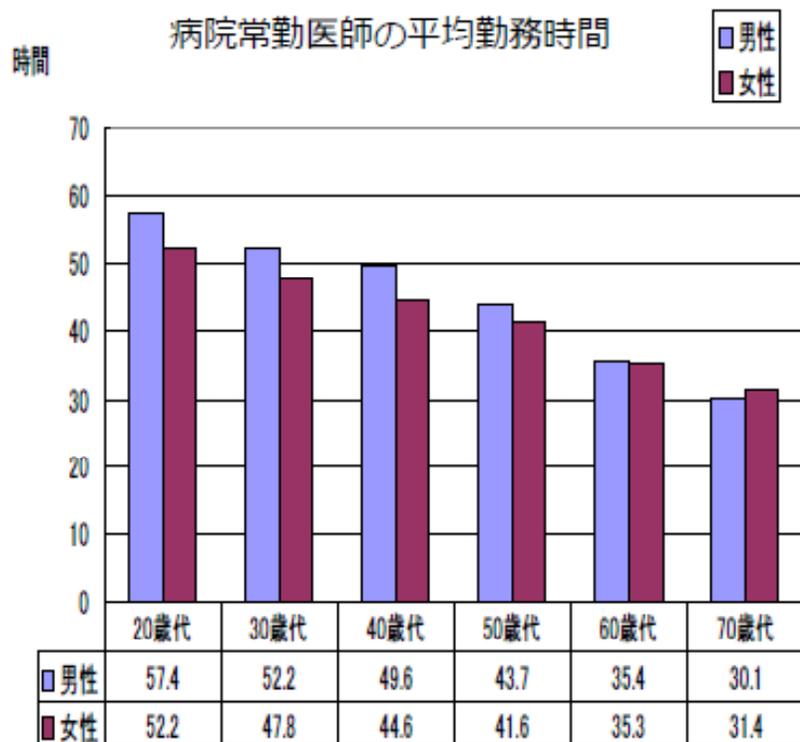
外来医療の役割分担に向けて

「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による医師の従業時間

医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究を除いたものを従業時間とすると、年齢階級別の従業時間は次のとおり。

(病院常勤医の平均従業時間は平均で週48時間だが、診療所常勤医の平均従業時間は平均すると週40時間を下回る)

※ なお、休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた、病院常勤医師が医療機関に滞在する時間は、平均週63時間。



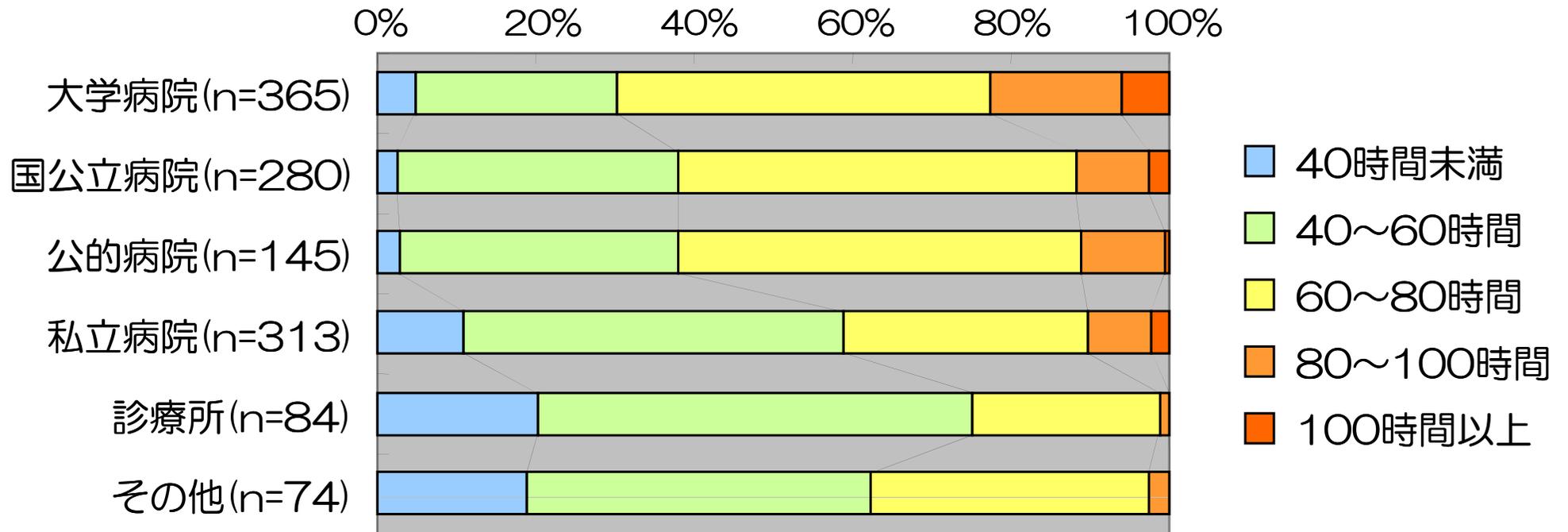
(出典) 「日本の医師需給の実証的調査研究」

回答医師数(病院常勤医師:6650人、無床診療所医師:473人)

施設と勤務時間

外科医の週平均勤務時間は**59.5時間**、**診療所勤務者が47.7時間**、**病院勤務者が68.8時間**

各施設別の勤務時間

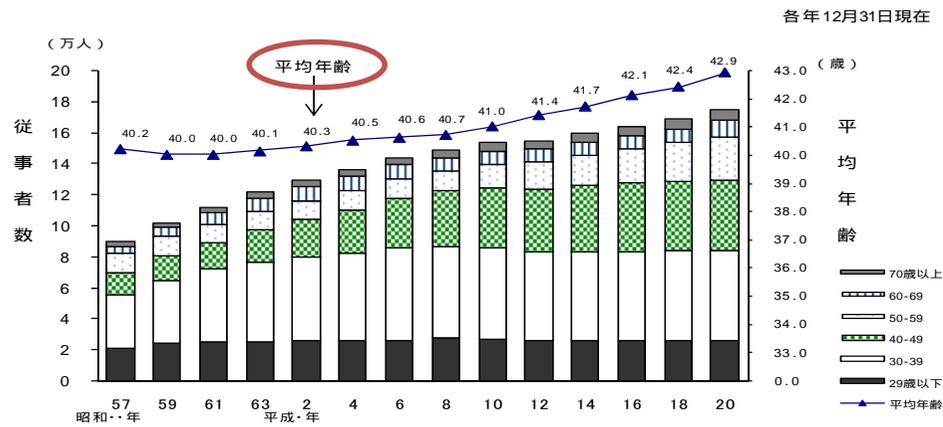


2009年(日本外科学会 アンケート調査 より)

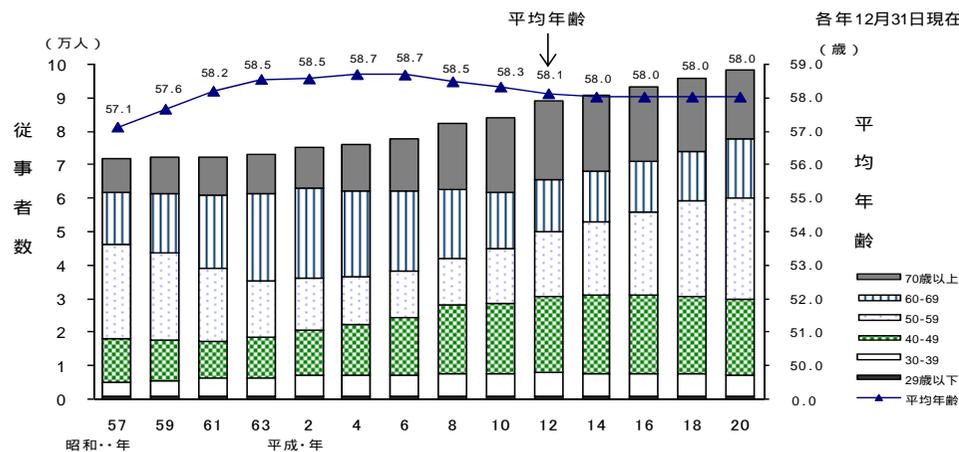
施設の種別・年齢階級別にみた医師数

年齢別にみた医師の従事先の推移

○ 年齢階級別にみた**病院**に従事する医師数及び平均年齢の年次推移

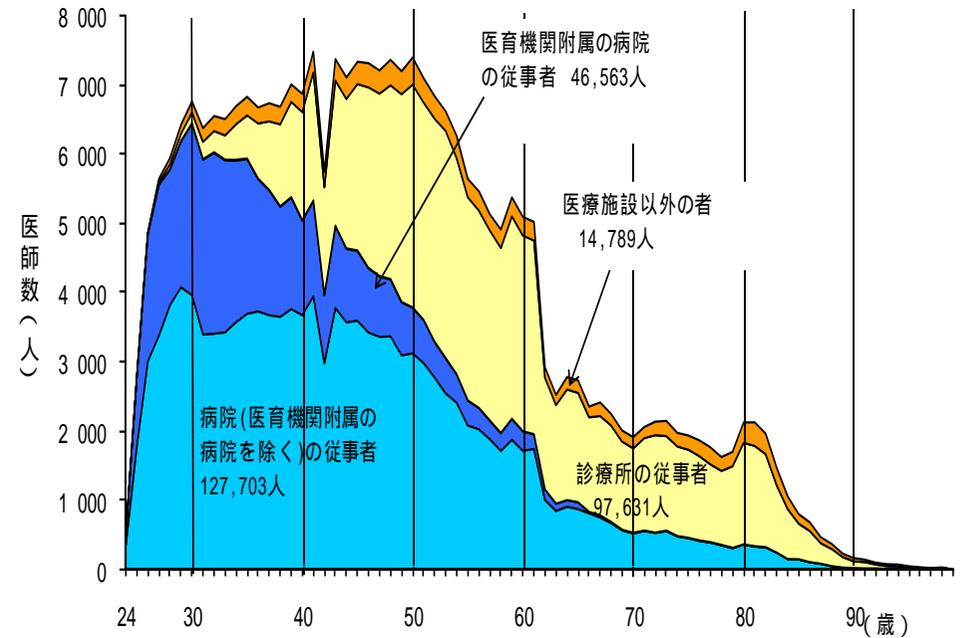


○ 年齢階級別にみた**診療所**に従事する医師数及び平均年齢の年次推移



○ 施設の種別にみた医師数の年齢別割合

	40歳	50歳	60歳
病院	73.4%	51.2%	39.2%
診療所	22.8%	43.5%	55.5%
その他	3.8%	5.3%	5.3%

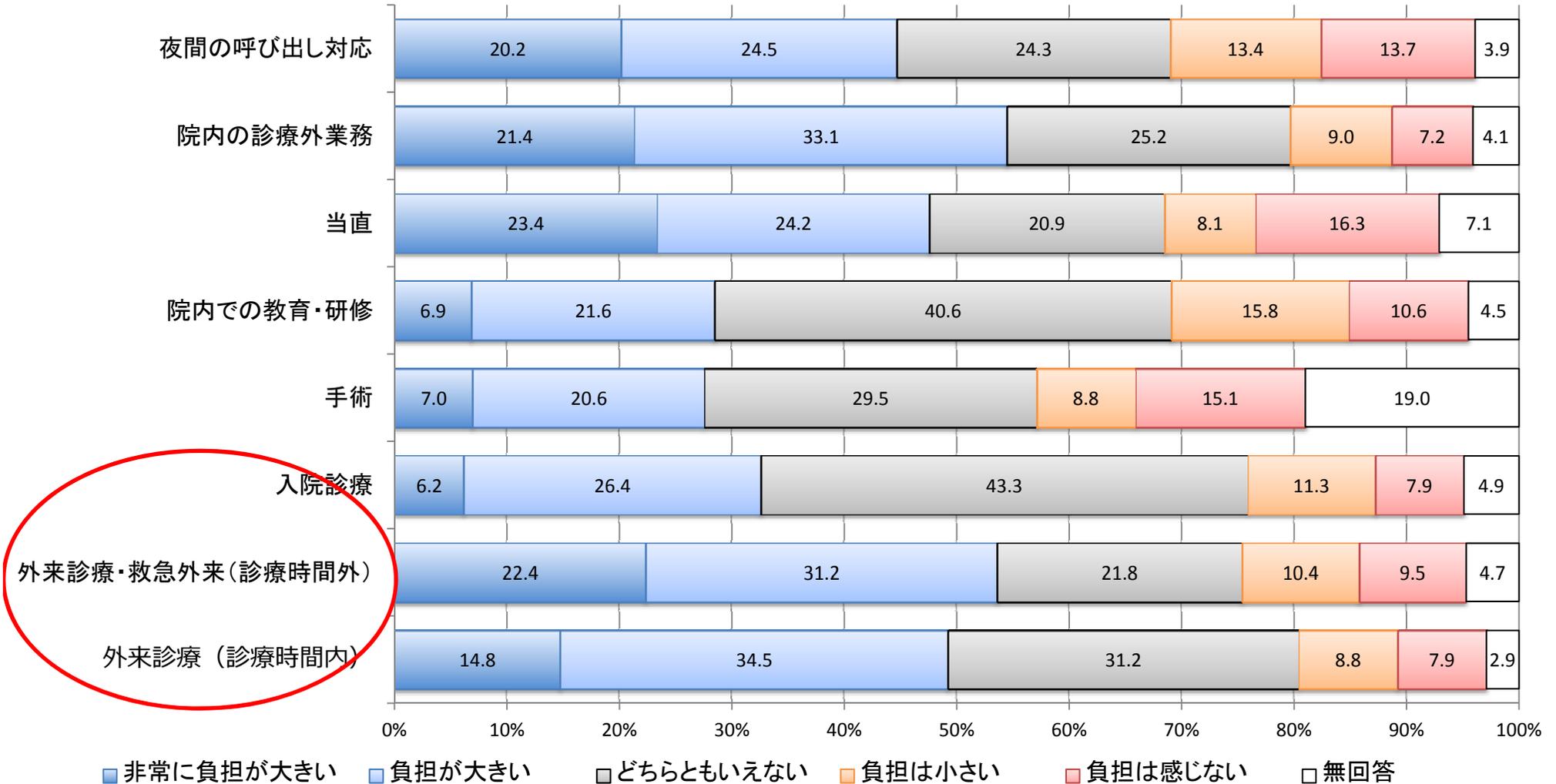


出典:平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査

病院勤務医の業務ごとの負担感

医師票

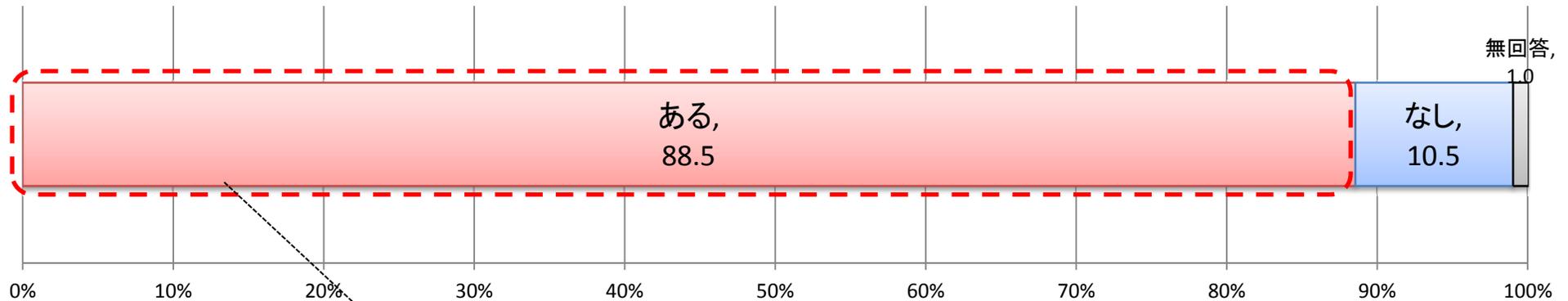
業務ごとの負担感(n=1,300)



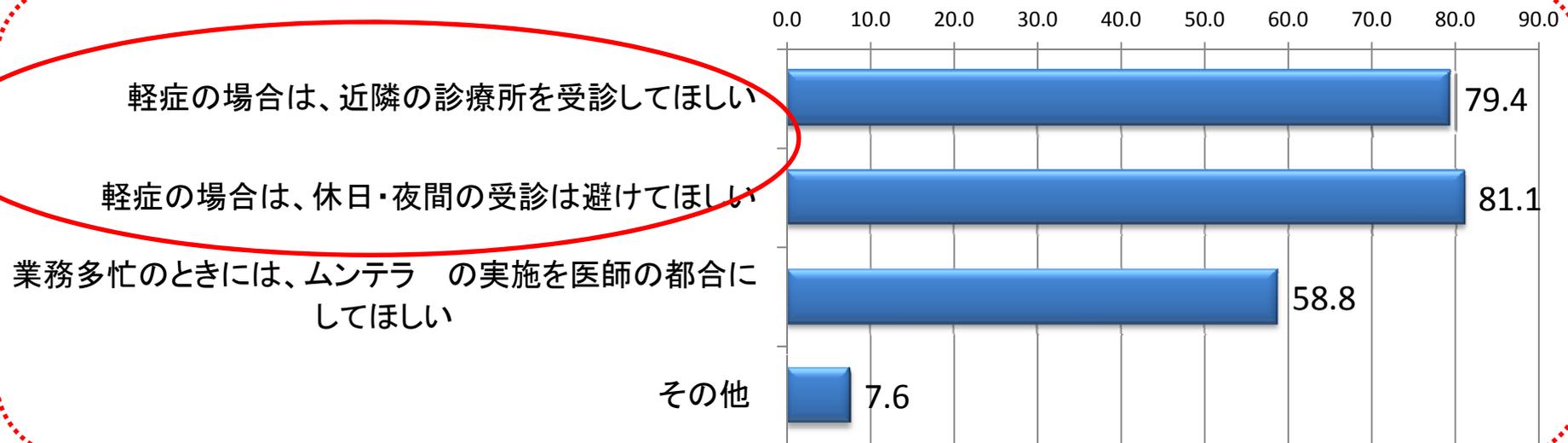
外来医療における役割分担について

医師票

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



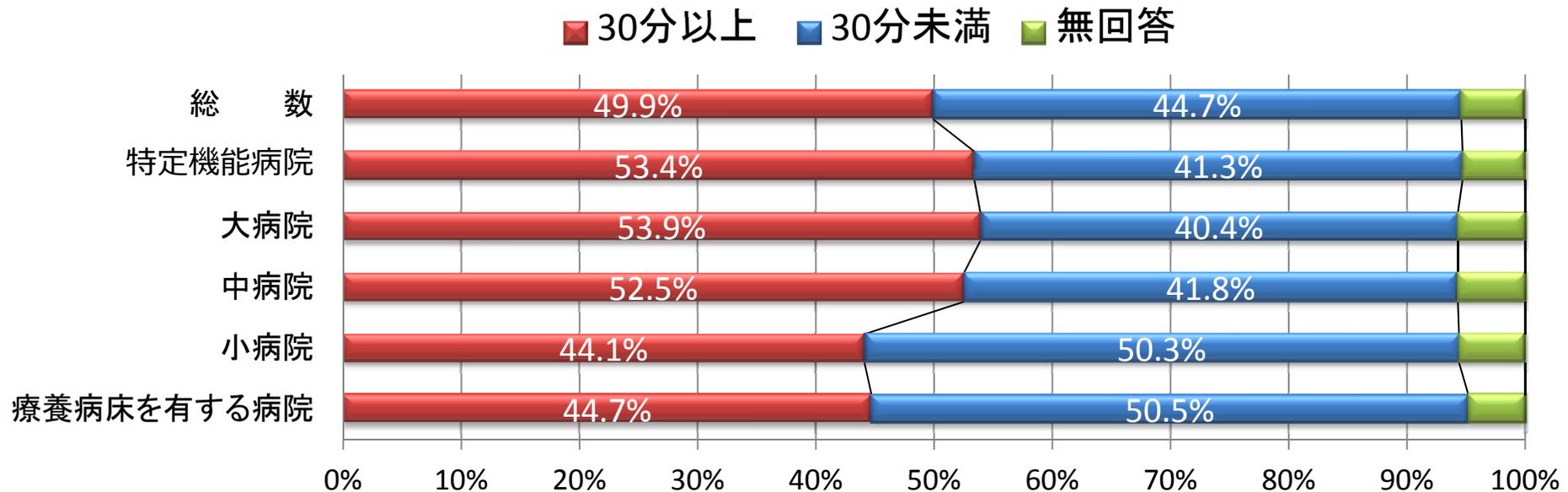
協力してほしい内容(n=1,150)



患者・家族へ病状や治療方針等について説明を行うこと

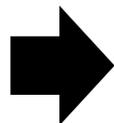
平成21年度「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」

外来患者の診察前の待ち時間



医師による診察を受けていない者は除いた
予約した場合は予約した時刻からの待ち時間

- ・大病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院
- ・中病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院
- ・小病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院



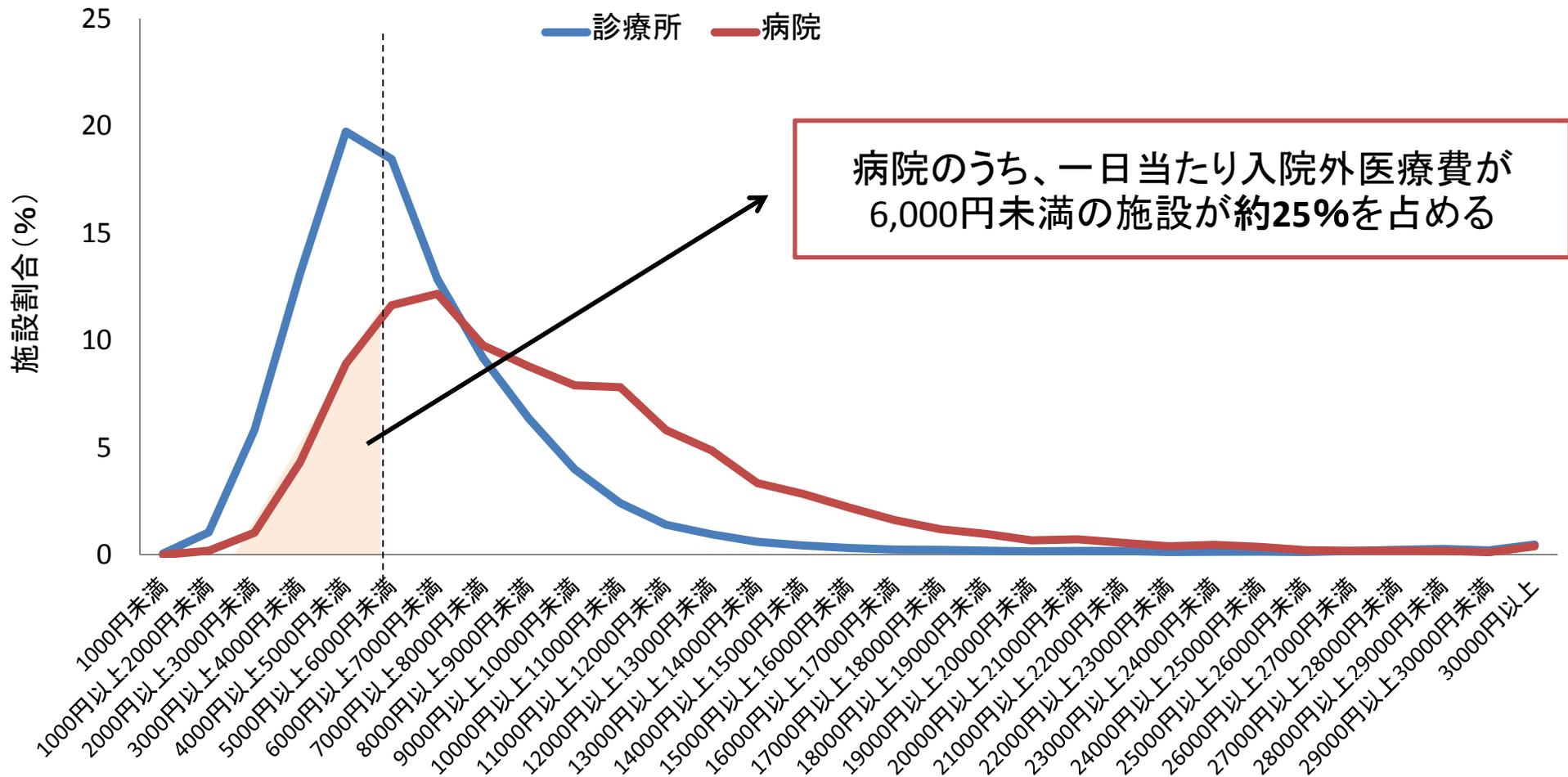
- ・ 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

調査対象

	総数	特定機能病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を有する病院
施設数	484施設	35施設	69施設	142施設	115施設	123施設
有効回答数(外来患者票)	100,946	23,072	32,367	27,474	9,464	8,569

出典:平成20年受療行動調査

医療機関別一日あたり入院外医療費 (2010年6月分)



病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する

出典: 最近の医療費の動向(メディアス)[概算医療費(保険局調査課特別集計)]

外来単価別の主傷病名について

【対象データ】 病院数・・・19病院(主傷病の定義が90%以上の施設), レセプト件数・・・1,367,780件

単価 2000円未満の主傷病名 件数降順TOP20

MDC6コード	MDC6名称	件数	平均単価
999999	対象コードなし	16,700	¥1,194
050140	高血圧性疾患	15,677	¥1,358
040100	喘息	8,321	¥1,431
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	7,439	¥1,296
07034x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	6,163	¥1,281
080050	湿疹、皮膚炎群	5,872	¥1,379
010060	脳梗塞	5,656	¥1,317
090010	乳房の悪性腫瘍	3,913	¥1,067
060140	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	3,434	¥1,285
060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	3,170	¥1,299
070230	膝関節症(変形性を含む。)	2,781	¥1,284
888888	主傷病なし	2,770	¥1,029
060020	胃の悪性腫瘍	2,668	¥1,148
110200	前立腺肥大症等	2,628	¥1,384
030340	血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	2,566	¥1,380
100300	代謝性疾患(糖尿病を除く。)	2,508	¥1,322
120070	卵巣の良性腫瘍	2,227	¥932
030350	慢性副鼻腔炎	2,182	¥1,344
071030	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	1,885	¥1,313
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	1,822	¥1,135

単価 2000円未満 対象コードなし詳細

レセプトコード	病名	件数	平均単価
7840024	頭痛	697	¥1,270
8833170	血尿	584	¥1,438
9999407	眼内レンズ挿入眼	552	¥1,543
8840549	めまい症	396	¥1,334
9999203	妊娠	350	¥850
8841308	めまい	339	¥1,309
8832576	胸部異常陰影	228	¥861
0000999	高血圧症	227	¥1,356
0000999	右膝前十字靭帯損傷	154	¥762
0000999	喘息	154	¥1,571
0000999	左膝前十字靭帯損傷	147	¥758
0000999	血管攣縮性狭心症	117	¥1,341
8836917	体重増加不全	115	¥1,195
0000999	狭心症	111	¥1,358
5789012	便潜血	110	¥1,031
8839176	冷え症	88	¥1,353
0000999	逆流性食道炎(再燃再発を繰返す維持療法)	86	¥1,383
0000999	皮脂欠乏性皮膚炎	85	¥1,287
0000999	更年期障害	85	¥1,355
7811016	嗅覚障害	82	¥1,284

単価 2000~4000円未満の主傷病名 件数降順TOP20

MDC6コード	MDC6名称	件数	平均単価
999999	対象コードなし	14,753	¥3,043
050140	高血圧性疾患	7,403	¥2,955
080050	湿疹、皮膚炎群	6,756	¥2,853
110200	前立腺肥大症等	6,073	¥2,526
010230	てんかん	4,349	¥3,666
040100	喘息	4,134	¥3,111
020110	白内障、水晶体の疾患	3,902	¥3,144
020220	緑内障	3,817	¥3,132
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	3,704	¥2,974
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	3,009	¥3,257
100080	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	2,581	¥3,197
030270	上気道炎	2,495	¥3,278
07034x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	2,491	¥3,061
070230	膝関節症(変形性を含む。)	2,459	¥3,246
888888	主傷病なし	2,176	¥3,075
010060	脳梗塞	2,096	¥2,984
050070	頻脈性不整脈	1,972	¥2,990
010160	パーキンソン病	1,853	¥3,578
080080	痒疹、蕁麻疹	1,814	¥2,935
161060	詳細不明の損傷等	1,591	¥3,101

単価 2000~4000円 対象コードなし詳細

レセプトコード	病名	件数	平均単価
9999407	眼内レンズ挿入眼	1,821	¥3,157
7840024	頭痛	694	¥3,054
8833170	血尿	406	¥2,744
8840549	めまい症	345	¥2,982
8841308	めまい	335	¥2,968
8832576	胸部異常陰影	265	¥3,171
8845182	白内障術後	219	¥2,950
8839433	頻尿症	187	¥2,549
0000999	発作性心房細動	175	¥2,727
9999203	妊娠	143	¥2,923
8839710	腹痛症	94	¥2,877
8830971	嘔吐症	82	¥3,286
7910004	蛋白尿	75	¥3,248
7882002	尿管	72	¥2,748
2392194	皮下腫瘍	69	¥2,928
5789012	便潜血	69	¥2,766
6900011	対象コードなし	65	¥2,628
7865004	胸痛	61	¥2,928
8844607	ペースメーカー植え込み後	60	¥3,569
0000999	両)白内障	59	¥3,253

888888 主傷病なし ... 「主傷病名」が定義されていないもの
 999999 対象コードなし ... 腹痛、嘔吐、胸部異常陰影など(ICD10のRコードに該当)や眼内レンズ挿入眼、ペースメーカー植え込み後など(ICD10のZコードに該当)、DPCの疾患名にひもづかないもの

0000999 フリーテキスト入力 of 病名(いわゆるワープロ病名)コードが設定されないためICD10コードにひもづけられず、「対象コードなし」となる

外来単価別の診療行為について

単価 2000円未満の診療行為内訳 (TOP20)

平均単価の低い施設の例。(民間 500床クラス) N = 24,773

多くの症例が 診察料+処方せん料、あとは安価な検査等の実施であることがわかる。

レセプトコード	診療行為名称	単価	算定回数
112011310	外来診療料	¥700	24,294
120002910	処方せん料(その他)	¥680	
120002710	処方せん料(7種類以上)	¥400	16,524
113002310	皮膚科特定疾患指導管理料(2)	¥1,000	493
160170170	検体検査管理加算(1)	¥400	394
160061710	尿・糞便等検査判断料	¥340	339
160170310	残尿測定検査(超音波によるもの)	¥550	225
112006270	外来診療料(乳幼児)加算	¥380	149
120001210	処方料(その他)	¥420	144
120001810	調基(その他)	¥80	122
140049810	鼓室処置(片)	¥550	116
643310190	大塚生食注 20mL	¥61	106
120002370	薬剤情報提供料	¥100	102
160095710	B-V	¥130	97
120000710	調剤料(内服薬・浸煎薬・屯服薬)	¥90	96
130000510	皮内、皮下及び筋肉内注射	¥180	90
160084510	スリットM(前眼部)	¥480	88
160155510	経皮的動脈血酸素飽和度	¥300	81
620008993	ゲンタシン軟膏0.1% 1mg	¥15	70
111000110	初診	¥2,700	67
140012950	膿腫穿刺	¥800	66



外来単価別 受診回数・金額割合

外来単価別 受診回数・金額割合 (200床～499床)

外来単価別 受診回数・金額割合 (500床～)

対象期間: 2010年4月～2011年7月

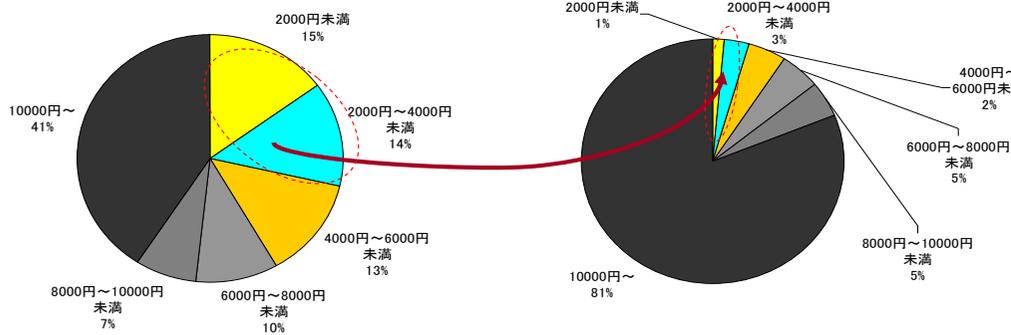
対象期間: 2010年4月～2011年7月

受診数、金額割合を比較したところ、**0円～4,000円未満**の受診数割合は**29%**であるのに対し、合計金額の割合ではわずか**4%**である。

外来受診数、金額割合を比較したところ、**0円～4,000円未満**の患者割合は**24%**であるのに対し、合計金額の割合ではわずか**2%**である。

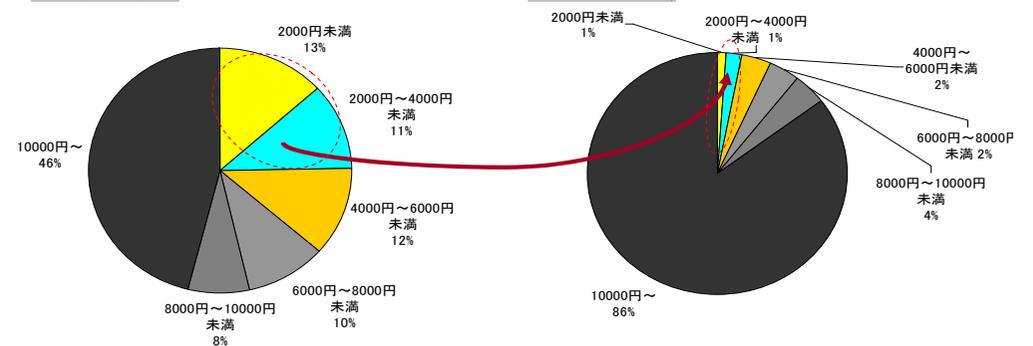
外来受診割合

外来金額割合



外来受診割合

外来金額割合



【対象データ】

病院数 …… 56病院 (200～499床 35病院、500床～21病院)

レセプト件数 …… 3,858,655件 (200～499床 2,006,030件、500床～1,852,625件)

患者動態分析

患者動態分析(A病院)の外来患者調査 (2010年4月データ)

救急と紹介への取り組みが重要

	外来患者数		外来単価(円)	内入院患者数	入院占有率	入院確率(%)	入院単価(円)	症例あたりの平均単価(円)
	人数	%						
救急車	300	2.2%	31,139	186	22.8%	62.0%	1,177,445	761,155
紹介	1,559	11.2%	18,300	477	58.5%	30.6%	713,544	236,620
一般初診	561	4.0%	12,952	78	9.6%	13.9%	682,094	107,789
一般再診	11,464	82.6%	13,324	75	9.2%	0.7%	745,920	18,204
	13,884	100.0%		816	100.0%			

紹介状持参で救急車搬送患者は救急車でカウント

救急車患者1人=紹介患者3人=初診患者7人=再診患者40人

患者動態分析(B病院)の外来患者調査 (2005年9月データ)

救急と紹介への取り組みが必要

	外来患者数		外来単価(円)	内入院患者数	入院占有率	入院確率(%)	入院単価(円)	収益貢献度(円)
	人数	%						
救急車	207	1.2%	11,693	79	16.2%	38.2%	513,031	207,488
紹介	705	4.1%	12,290	116	23.8%	16.5%	429,738	82,999
一般初診	1,365	7.9%	10,044	55	11.3%	4.0%	437,330	27,665
一般再診	15,017	86.8%	7,324	238	48.8%	1.6%	397,984	13,632
	17,294	100.0%		488	100.0%	2.8%		

紹介状持参で救急車搬送患者は救急車でカウント

救急車患者1人=紹介患者2.5人=初診患者7.5人=再診患者15人

患者動態分析(C病院)の外来患者調査 (2005年6-8月データ)
2005年6月から8月の外来データからの平均

	外来患者数		外来単価(円)	内入院患者数	入院占有率	入院確率(%)	入院単価(円)	セグメント別の収益貢献度
	人数	%						
救急車	113	0.6%	13,286	55	10.2%	48.7%	677,402	342,995
紹介	497	2.6%	11,949	44	8.0%	8.8%	602,792	64,709
一般初診	874	4.6%	8,078	41	7.5%	4.6%	543,538	33,265
一般再診	17,527	92.2%	10,263	402	74.3%	2.3%	518,582	22,143
	19,011	100.0%		542	100.0%	2.8%		

紹介状持参で救急車来院は救急車にカウント

救急車患者1人=紹介患者5人=初診患者10人=再診患者15人

患者動態分析(D病院)の外来患者調査 (2005年4-11月データ)
救急患者が最も収益貢献度が高く、次に紹介患者が高い

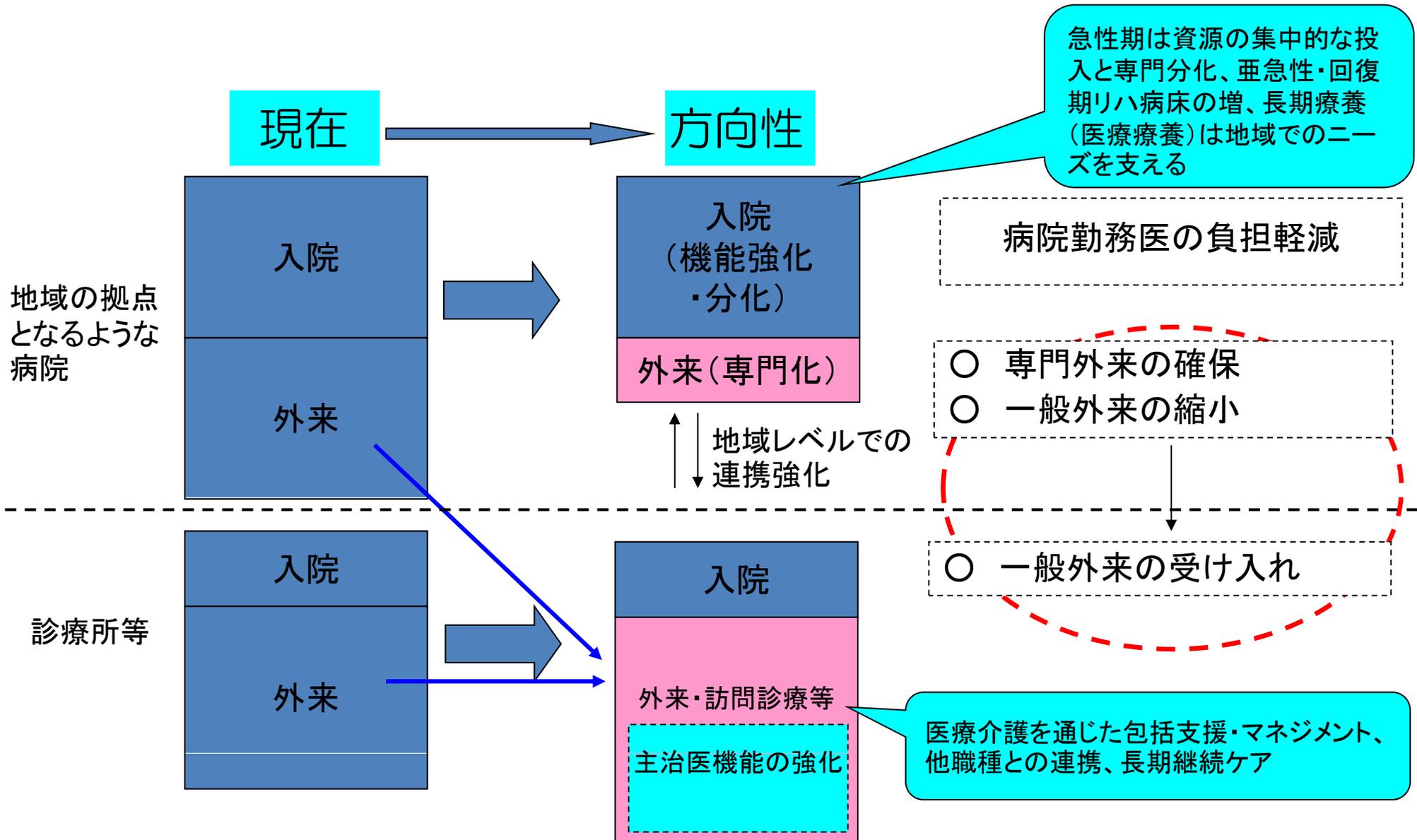
外来患者	外来患者数		外来1日単価*円	+	内入院患者数	入院占有率%	入院移行率%	×	一入院単価(DPC)円	=	収益貢献度円
	人数	%									
救急車	1,775	0.7%	11,030		988	24.7%	55.7%		939,465		534,312
紹介	5,828	2.3%	18,350		507	12.7%	8.7%		638,381		73,889
救急外来	12,984	5.1%	7,870		864	21.6%	6.7%		625,380		49,770
初診	9,177	3.6%	8,940		445	11.1%	4.9%		480,642		32,491
再診	223,074	88.2%	10,900		1,197	29.9%	0.5%		665,453		14,227
合計	252,838	100.0%			4,001	100.0%					

* 入院移行患者を母数に含める

救急車患者1人=紹介患者7.2人=救急外来10.7人=初診患者16.4人=再診患者37.6人

出典: グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン作成資料 

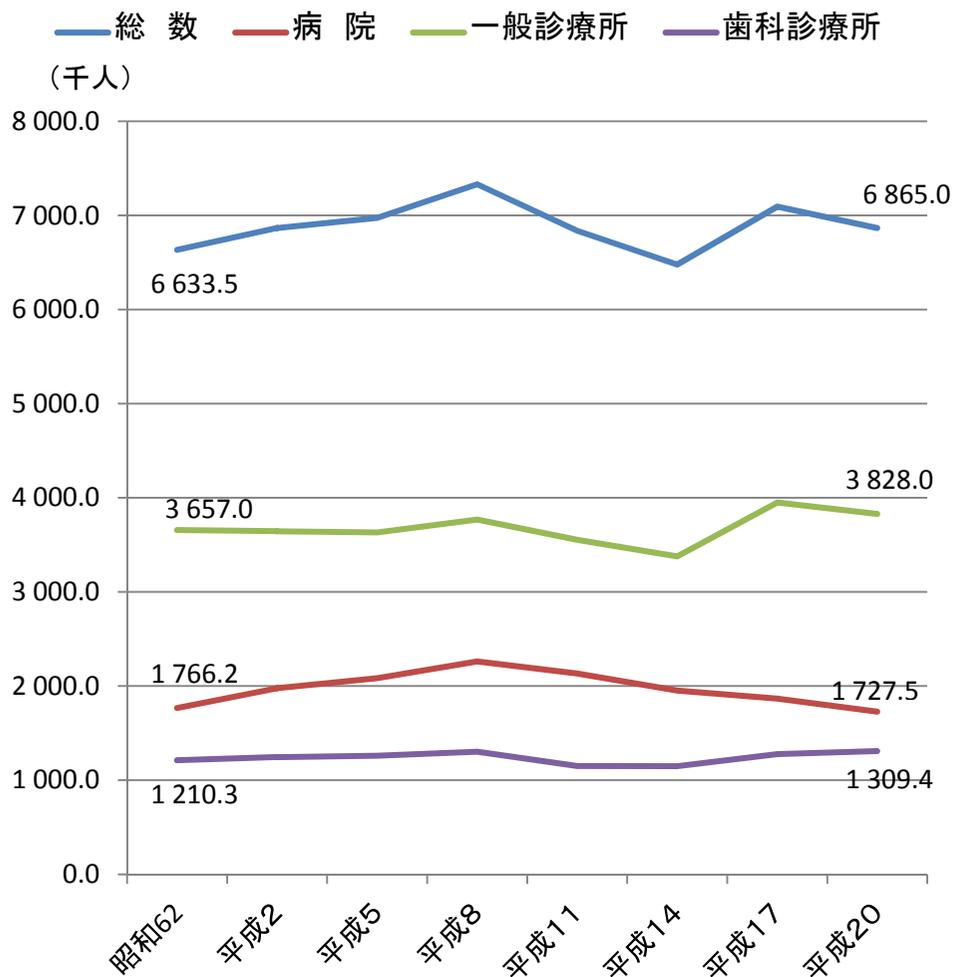
外来医療の役割分担のイメージ



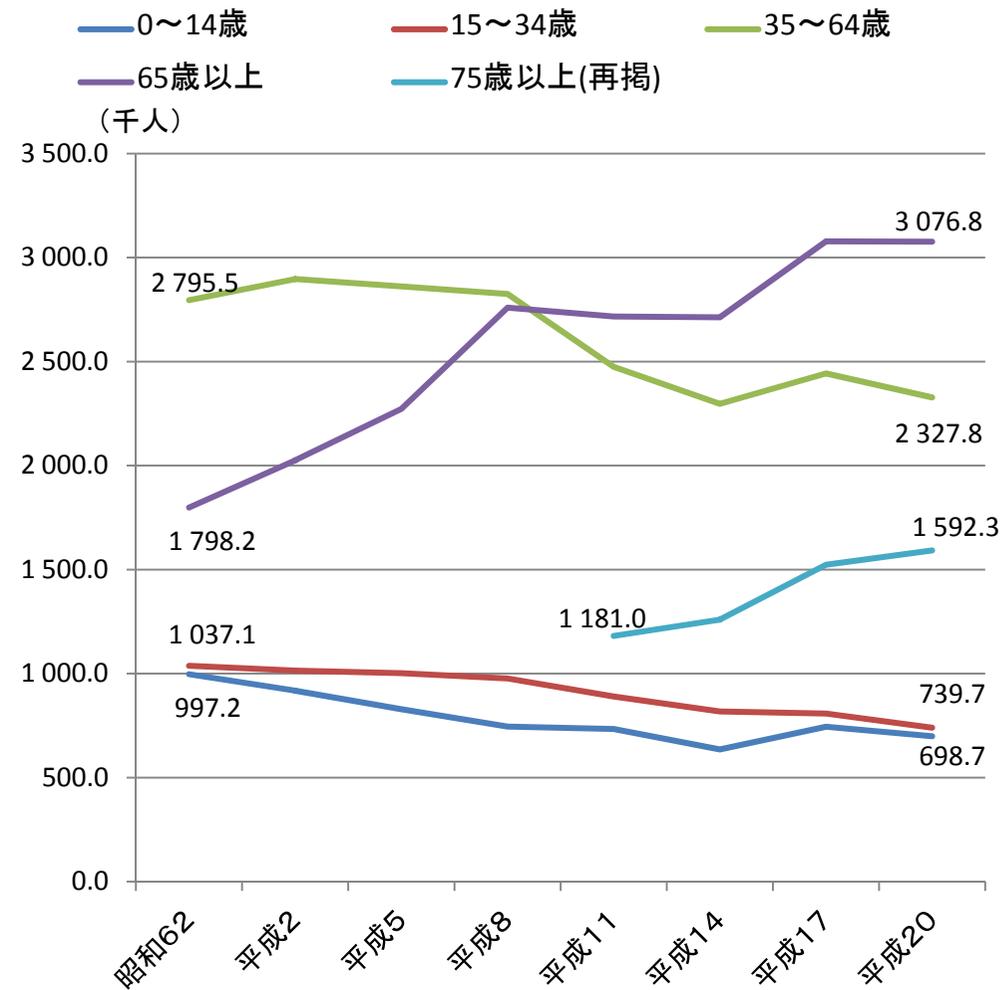
外来受診の状況

平成20年患者調査によると、調査日における推計外来患者数は、病院が170万人強、一般診療所が380万人強、歯科診療所が130万人強となっている。

＜推計外来患者数(施設種類別)＞



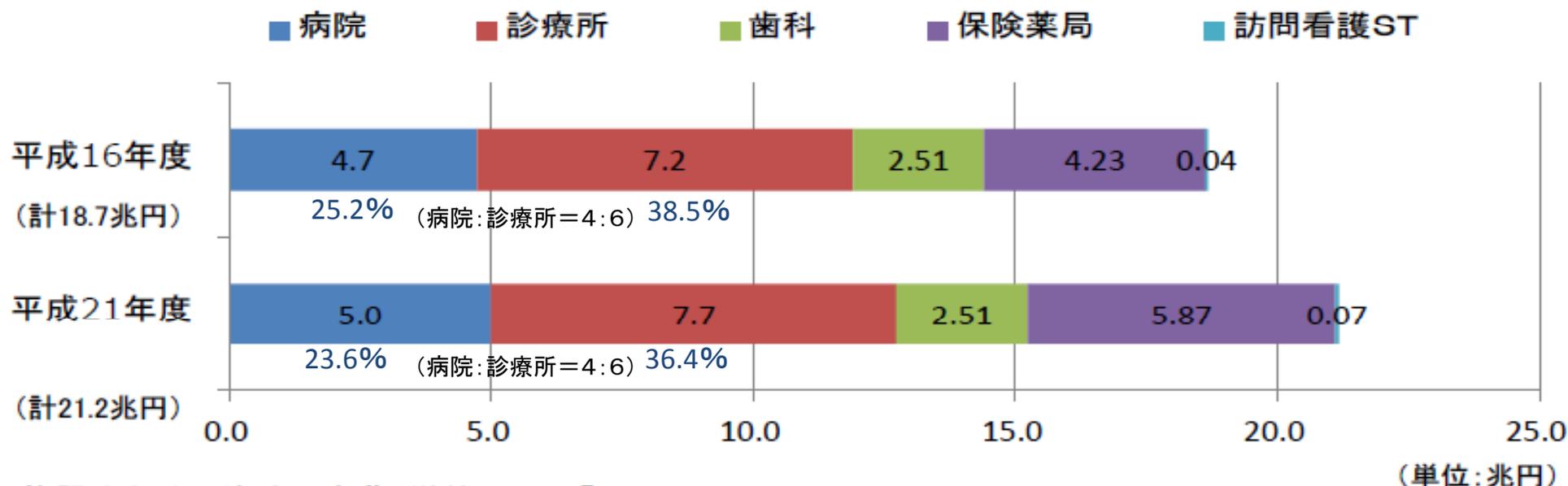
＜推計外来患者数(年齢階級別)＞



各年の患者調査に基づき作成

医療費(入院外)の施設種類別の状況

○ 入院外の医科診療費について病院、診療所の種類別内訳で見ると、平成16年度、平成21年度とも、概ね病院:診療所=4:6で推移している。



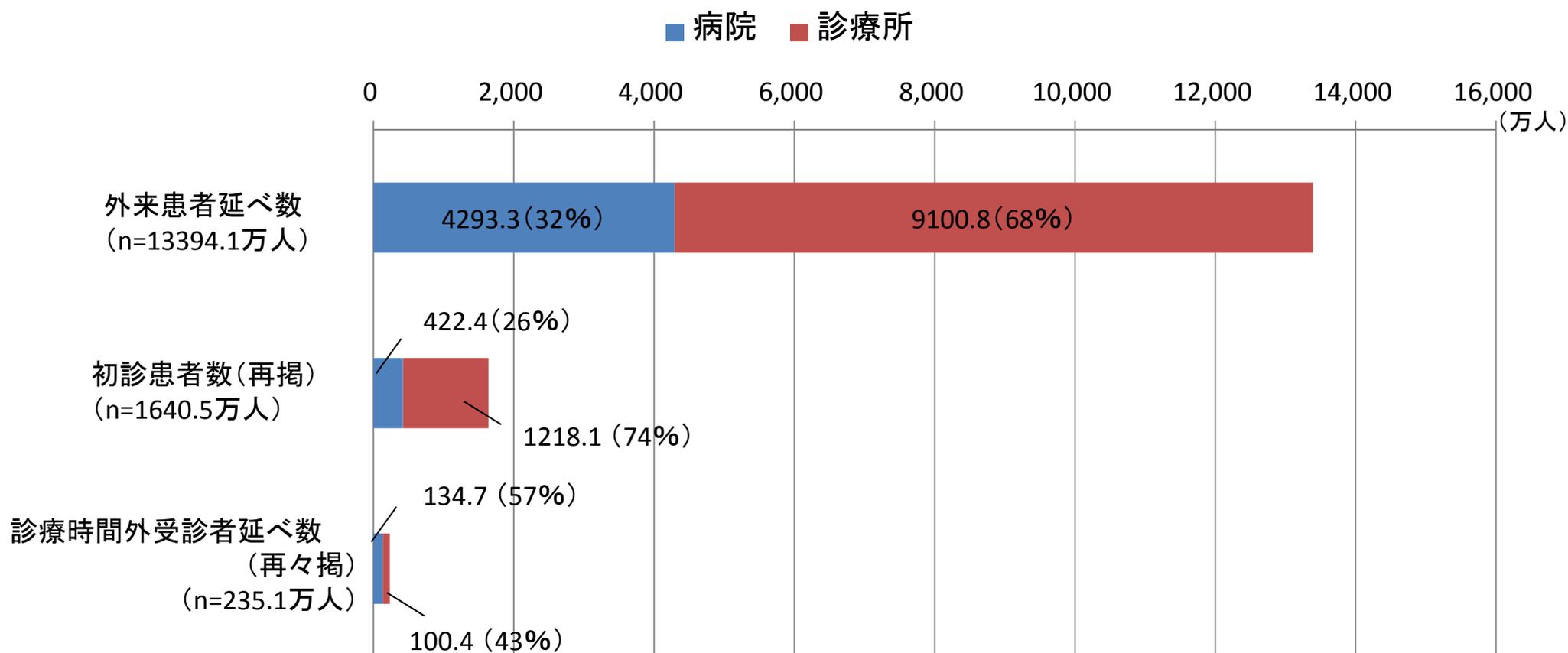
【1施設当たり入院外医療費(単位:万円)】

	医 科		歯 科		保険薬局
	病 院	診 療 所	病 院	診 療 所	
平成16年度	51,740	8,719	4,693	3,722	9,432
平成21年度	56,848	9,167	4,618	3,634	11,778

「医療費の動向(年度版)」より作成

外来患者の受入状況

- 平成20年9月の外来患者についてみると、病院は4293.3万人、一般診療所は9100.8万人であり、病院に対する一般診療所の比率は2.1。
- 同様に初診患者についてみると、病院は422.4万人、一般診療所は1218.1万人であり、病院に対する診療所の比率は2.9。
- 同様に診療時間外に受診した患者についてみると、病院は134.7万人、一般診療所は100.4万人であり、病院に対する診療所の比率は0.8。



平成20年医療施設調査に基づき作成

入院・外来別患者の受診状況

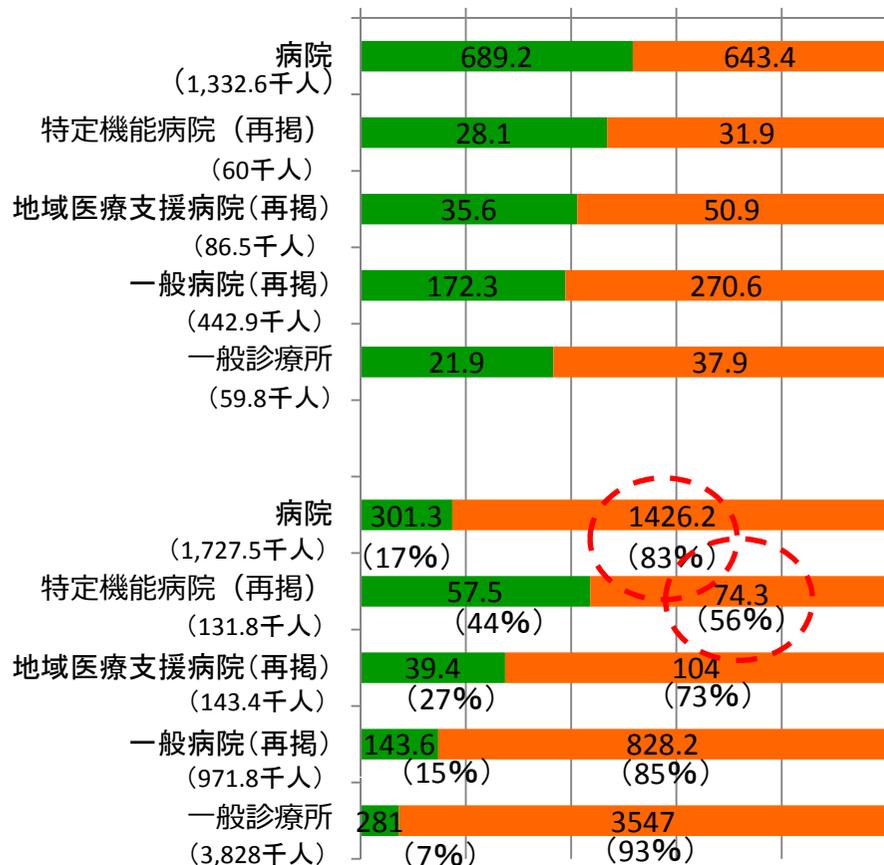
- 病院で受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で83%。
- 特定機能病院を受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で56%。

いずれもグラフ内の数値は、人数(単位:千人)

＜紹介の有無別推計患者数＞

入院

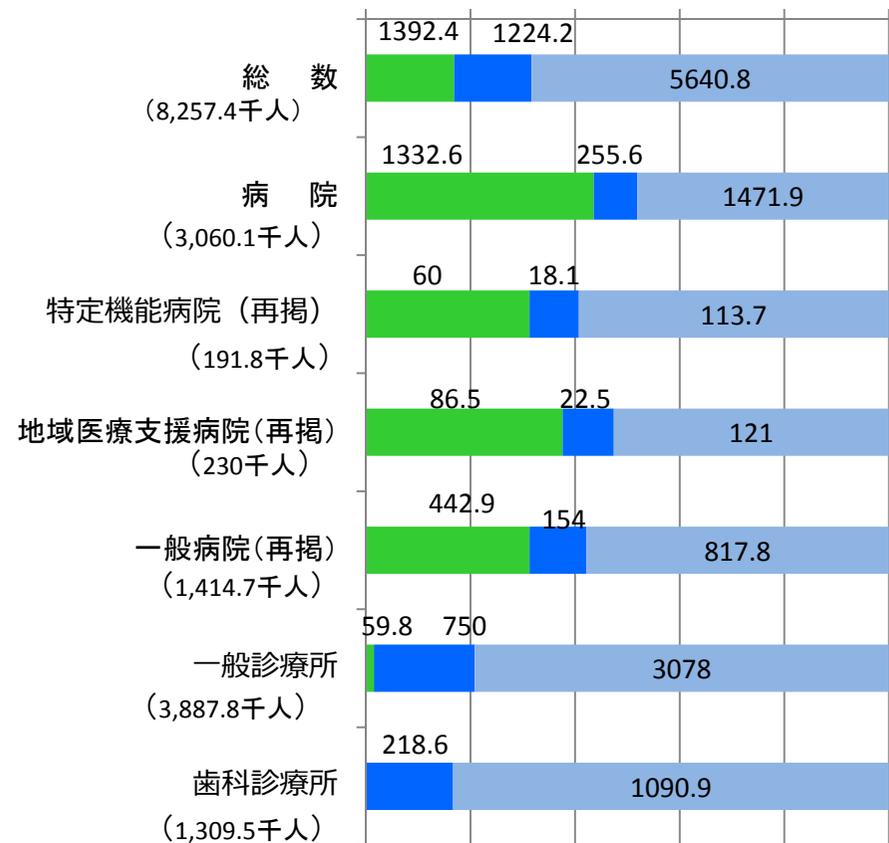
■ 紹介あり ■ 紹介なし
0% 20% 40% 60% 80% 100%



外来

＜入院・外来別推計患者数＞

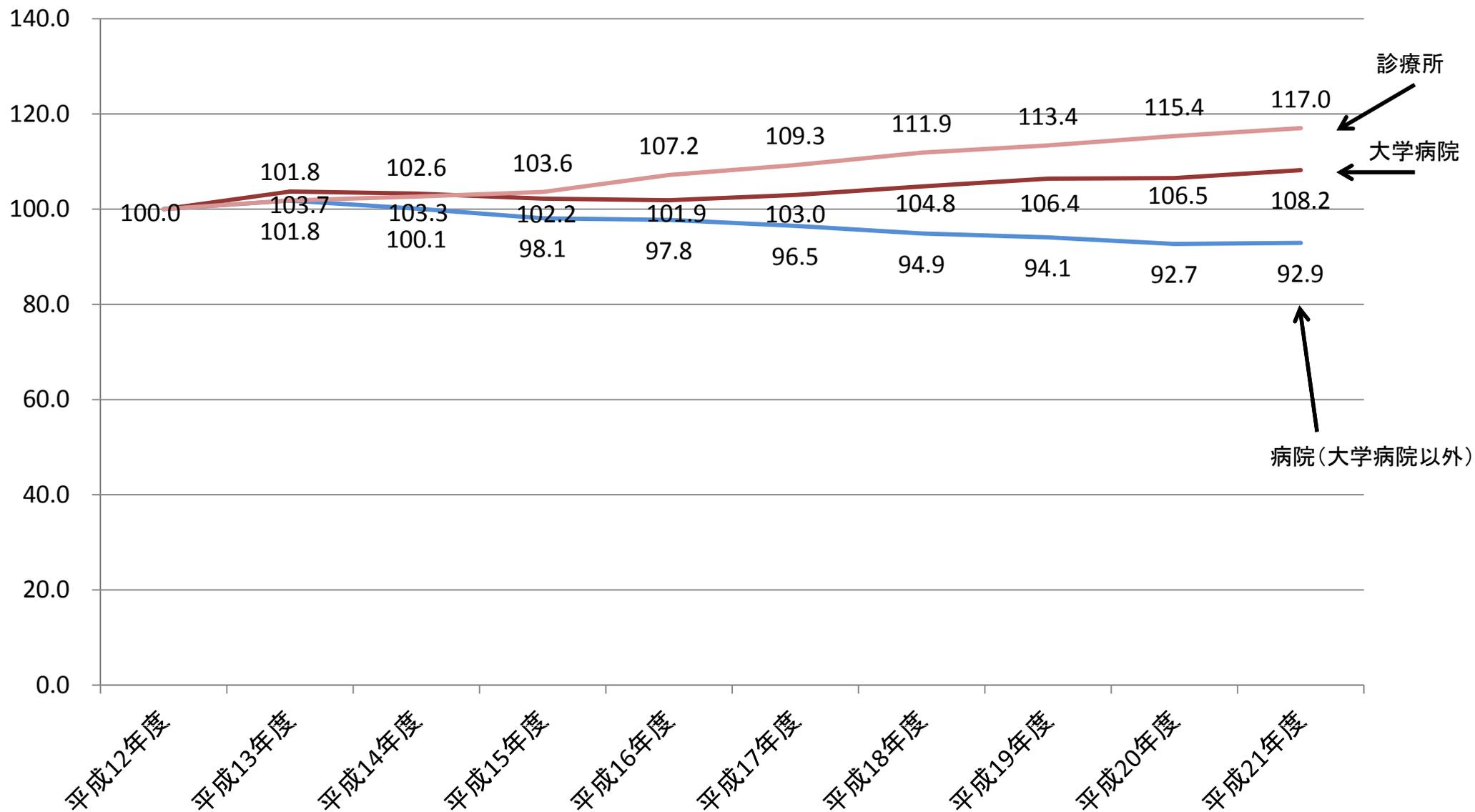
■ 入院 ■ 外来(初診) ■ 外来(再来)
0% 20% 40% 60% 80% 100%



* 「一般病院」は、精神科病院、結核療養所、特定機能病院、地域医療支援病院、療養病床を有する病院のいずれにも当たらない病院。

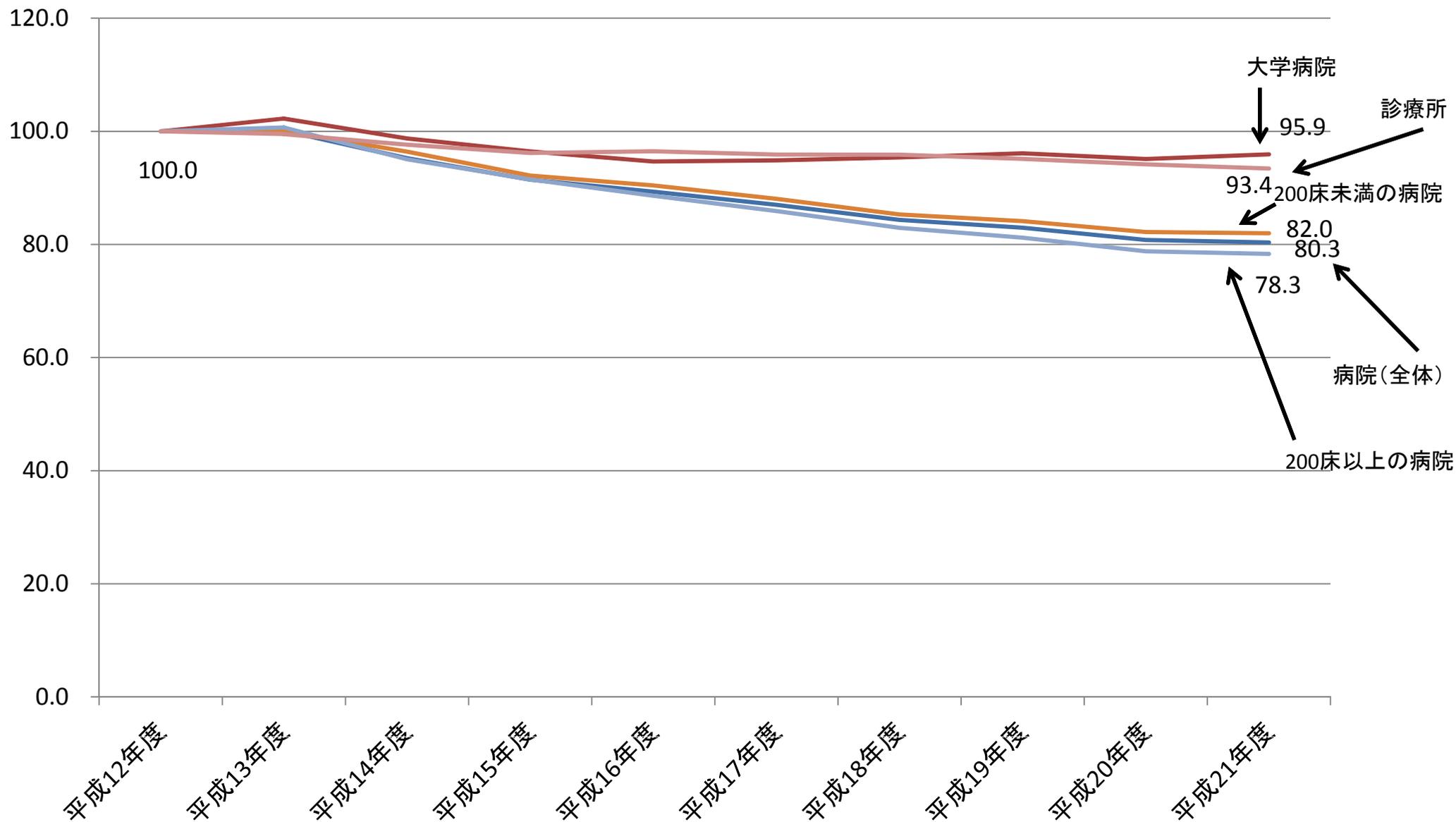
平成20年患者調査に基づき作成
(医療部会資料を基に保険局医療課作成)

1施設あたり入院外件数の推移 (平成12年度を100とした場合)



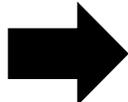
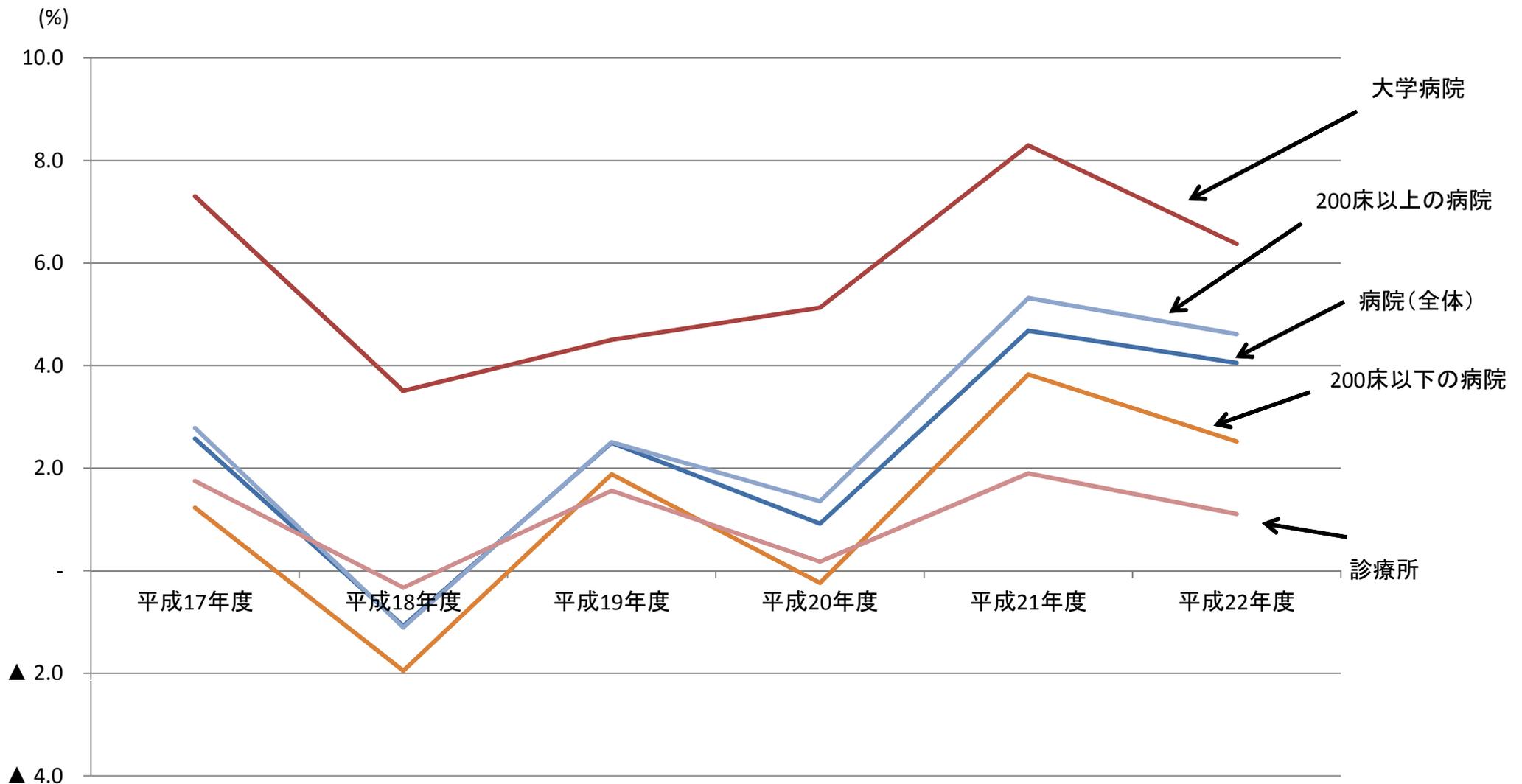
出典: 概算医療費データベース

入院外 1施設あたり受診延日数の推移 平成12年度を100とした場合



出典：医療費の動向

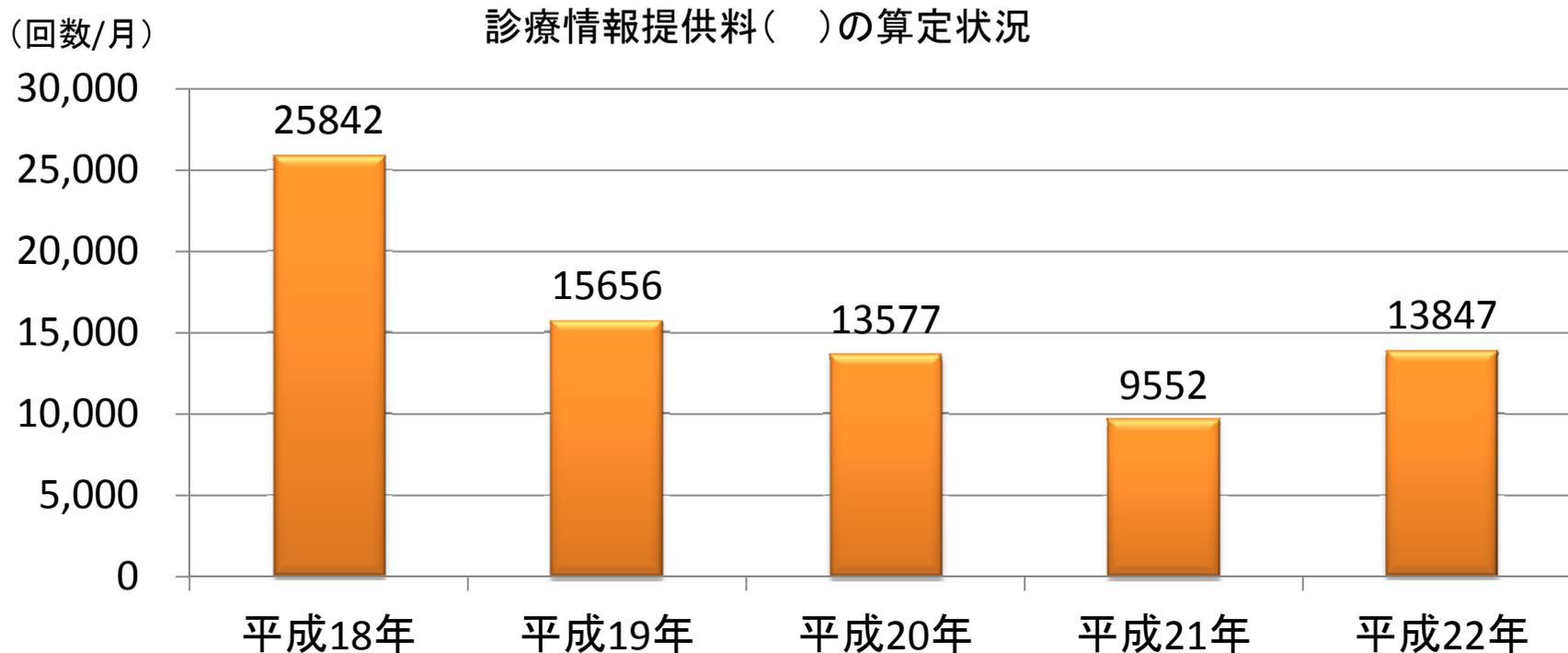
入院外 1施設あたりの医療費の伸び率 (対前年度比)



外来の医療費について、診療所に比べ、特に大学病院や200床以上の病院において伸び率が高くなっている。

出典:《メディアス》最近の医療費の動向

セカンド・オピニオンの利用状況



診療情報提供料() 500点

セカンド・オピニオンを推進するものとして、主治医がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定(入院患者も算定可)

診療情報提供料()の算定回数は概ね横ばいであり、セカンド・オピニオンの利用は限られている。

出典:社会医療診療行為別調査

外来受診の役割分担に向けた課題と今後の方向性

- 外来診療や救急外来は医師にとって負担が大きい業務であり、軽症の場合は、近隣の診療所を受診してほしいなど考える医師が多い傾向がある。また、特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。加えて、医療資源の投入量が低い患者を診療することは病院経営の観点からも望ましくない。
- 外来医療の役割分担のイメージとして、病院において専門外来の確保及び一般外来の縮小を行い、診療所において一般外来の受け入れを拡大することが考えられる。
- 一方、現在の外来患者数は、病院が約170万人、一般診療所が約380万人であり、1施設当たりの入院外件数や外来の医療費の伸び率については大学病院以外と比べ大学病院で高くなる傾向があった。
- 病院においては、診療所等からの紹介患者に対する専門外来やセカンド・オピニオンなどの役割を担うことが期待されるが、病院で外来受診した患者のうち「紹介なし」は83%など、それらの利用は限られている。また、病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する。

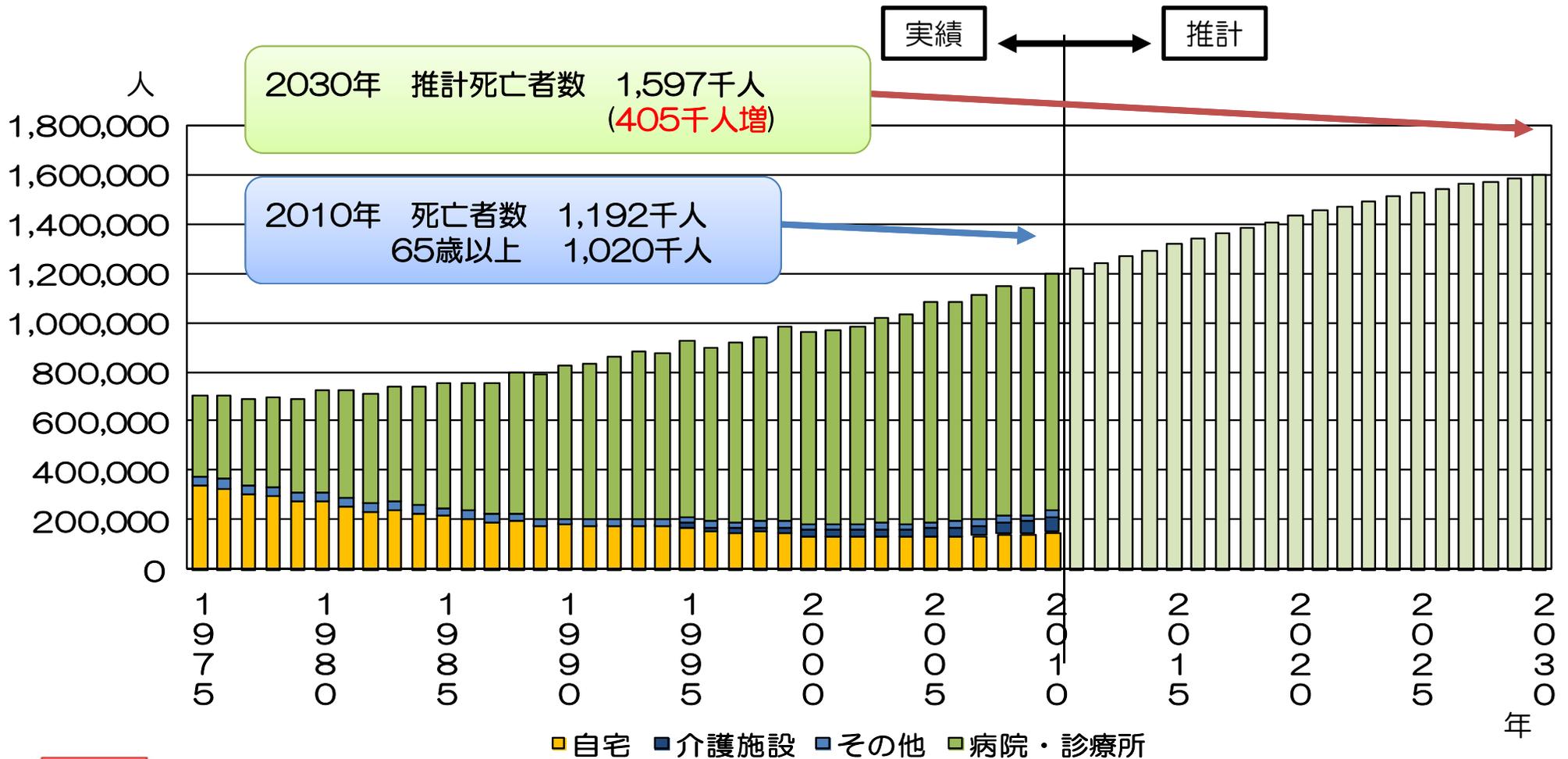
【今後の方向性】



- 病院において専門外来やセカンド・オピニオン等の役割を担い、診療所において一般外来の受け入れを拡大するために、外来医療の役割分担を進めていくべきではないか。
- 外来受診の役割分担に向けた対応として、医療機関などの連携を強化すること等により、必要な時に迅速にサービスを受けられるような医療体制の構築が望まれるが、専門医療機関等において、専門的な外来やセカンド・オピニオンをより積極的に行うことや、地域における取組により、診療所等と地域の拠点病院が連携をして外来受診を行っていることへの評価について、どのように考えるか。

在宅医療の充実に向けて

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計（再掲）



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

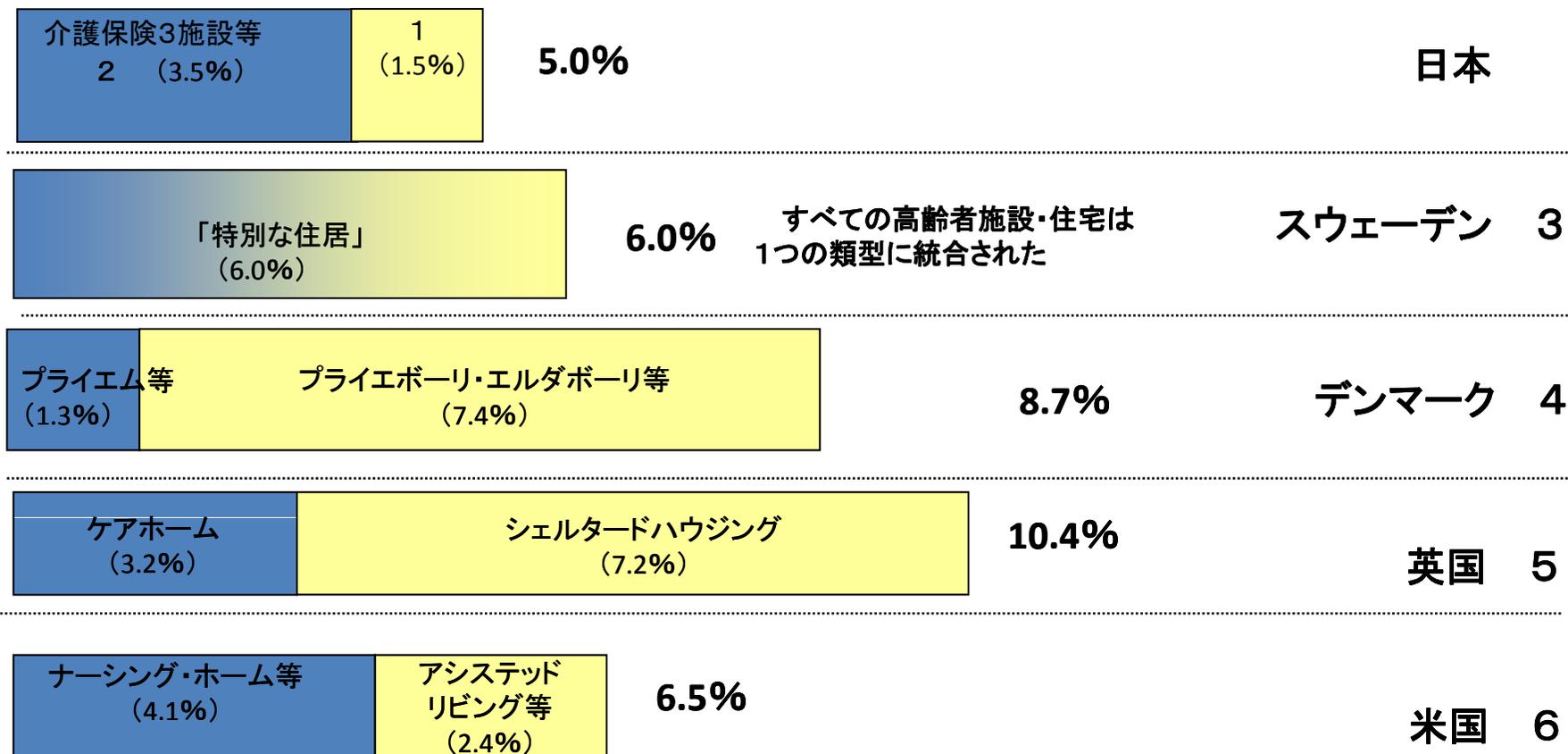
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

介護施設は老健、老人ホーム

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)

2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)

3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

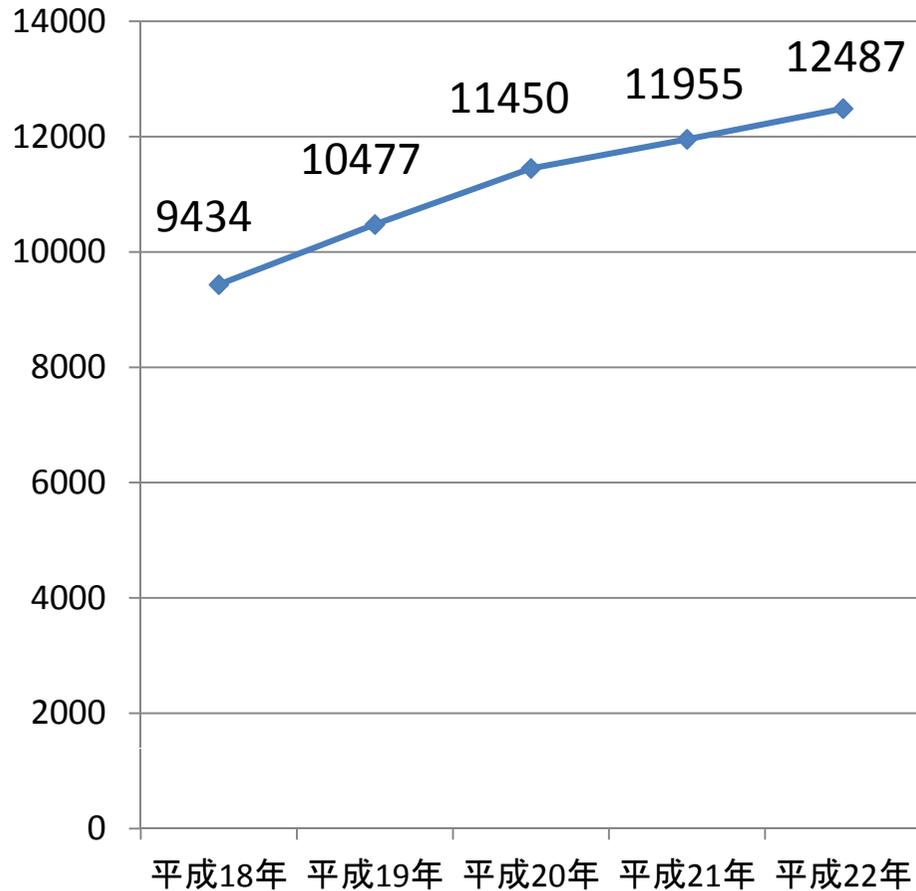
4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計

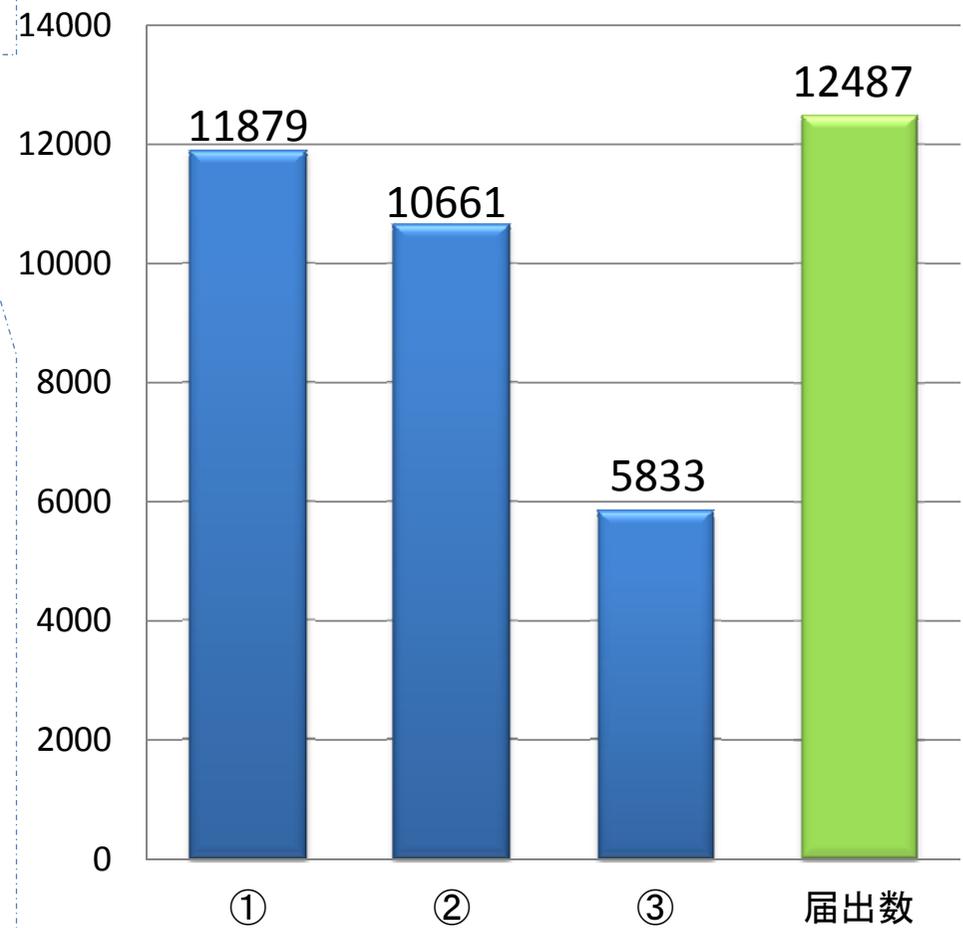
6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

在宅療養支援診療所の届出数の推移

在宅療養支援診療所 届出数



在宅療養支援診療所の内訳 (平成22年)

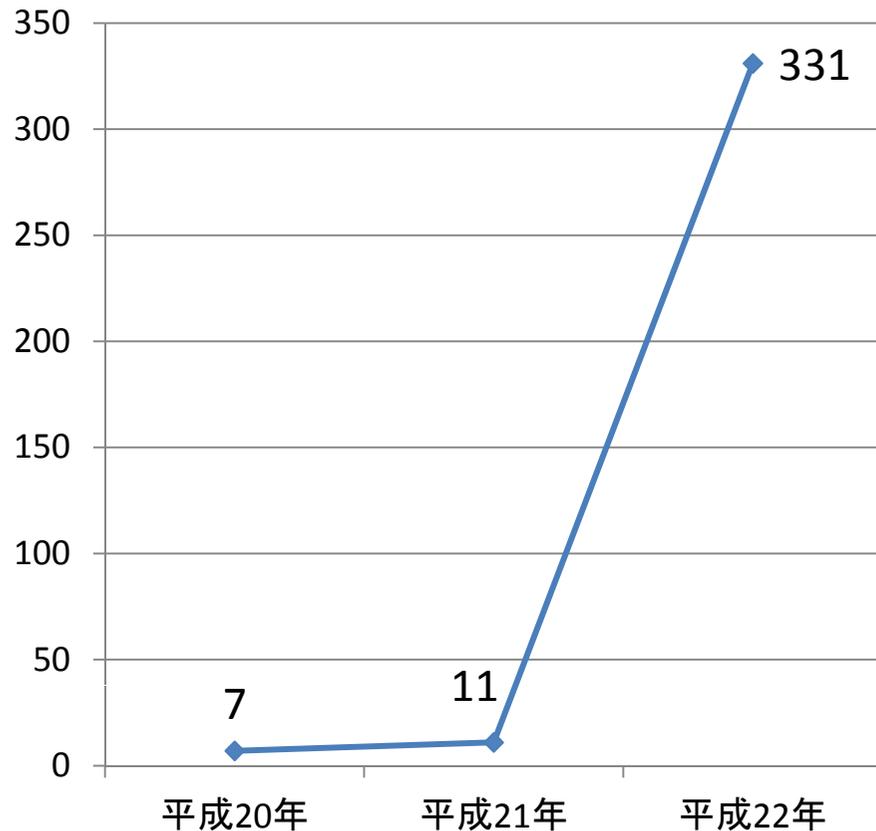


- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

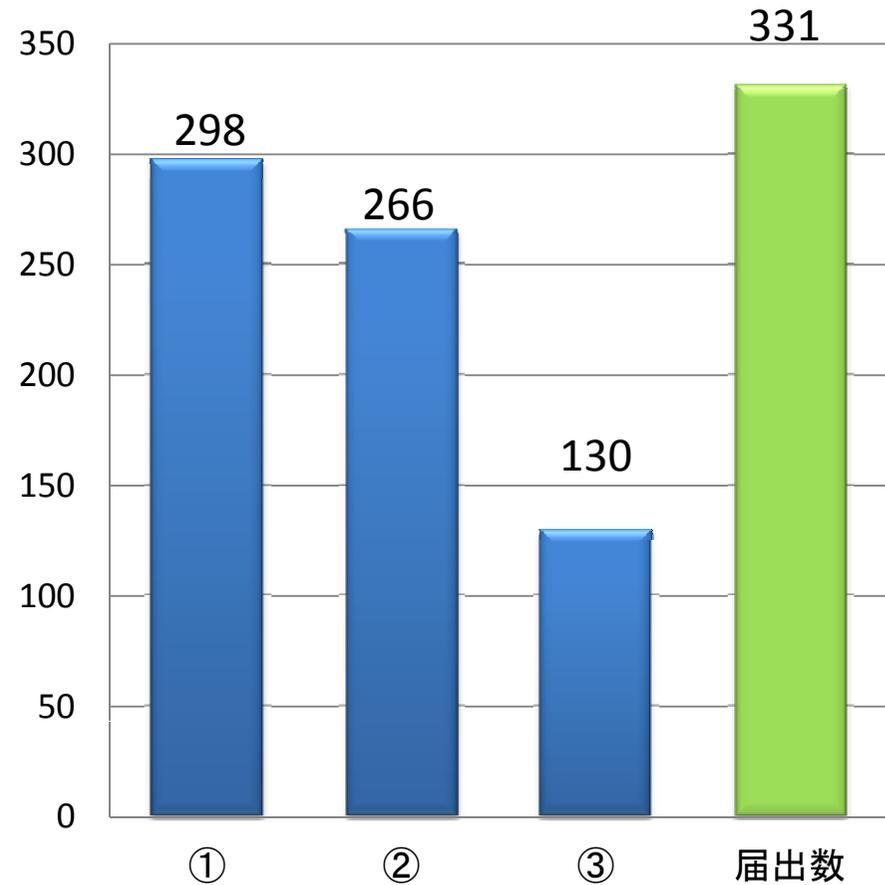
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅療養支援病院の届出数の推移

在宅療養支援病院 届出数



在宅療養支援病院の内訳 (平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅療養支援診療所・病院の診療報酬上の取扱いについて

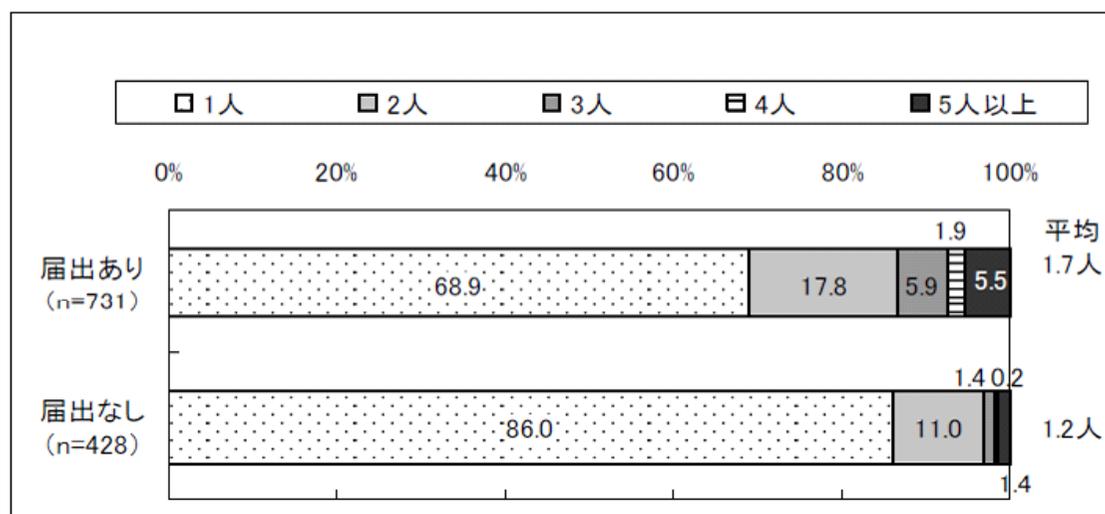
	在宅療養支援診療所等	その他診療所
C000 往診料 緊急時や夜間、深夜の加算	650点(時間内緊急) 1,300点(夜間) 2300点(深夜) 【在支診の連携医療機関も算定可】	325点(時間内緊急) 650点(夜間) 1,300点(深夜)
C001 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	10,000点	2,000点
C002 在宅時医学総合管理料	4,200点(処方せんを交付する場合) 4,500点(処方せんを交付しない場合)	2,200点(処方せんを交付する場合) 2,500点(処方せんを交付しない場合)
C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料	3,000点(処方せんを交付する場合) 3,300点(処方せんを交付しない場合)	1,500点(処方せんを交付する場合) 1,800点(処方せんを交付しない場合)
B004 退院時共同指導料1	1,000点 【在宅療養支援診療所のみ】	600点

その他、有床診療所入院基本料 一般病床初期加算(1日につき100点、7日まで)の要件や、訪問看護基本療養費 緊急訪問看護加算(1回2650円)の要件として在宅療養支援診療所等が定められている。

1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別) 及び在宅医療を行っている病院数について

- 在宅医1人で対応している診療所は、在宅医療支援診療所の届出ありでは**68.9%**、届出なしでは**86.0%**
- 複数の在宅医がいる診療所は、在宅医療支援診療所の届け出ありでは**31.1%**、届け出なしでは**14.0%**
- 往診料を算定している病院数は1,614(全体の18%)
在宅患者訪問診療を算定している病院数は 2,582(全体の29%)
(平成20年9月の1ヶ月間)

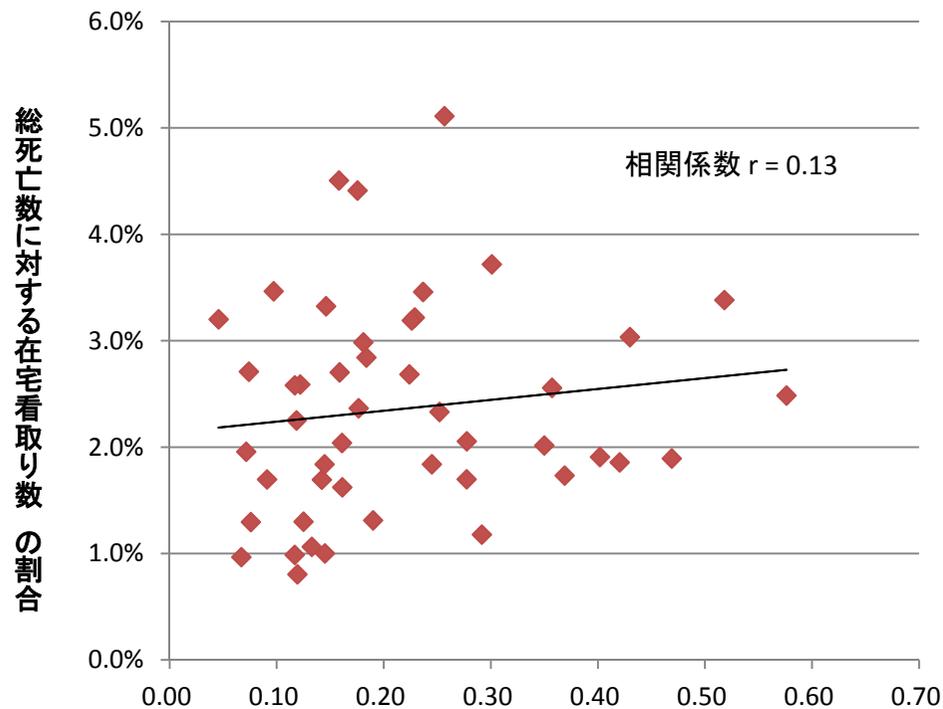
1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別)
(n=1,159 無回答を除く)



出典：日医総研「在宅医療を担う診療所の現状と課題「診療所の在宅医療機能に関する調査」の結果から（2011年4月26日）」
医療施設調査

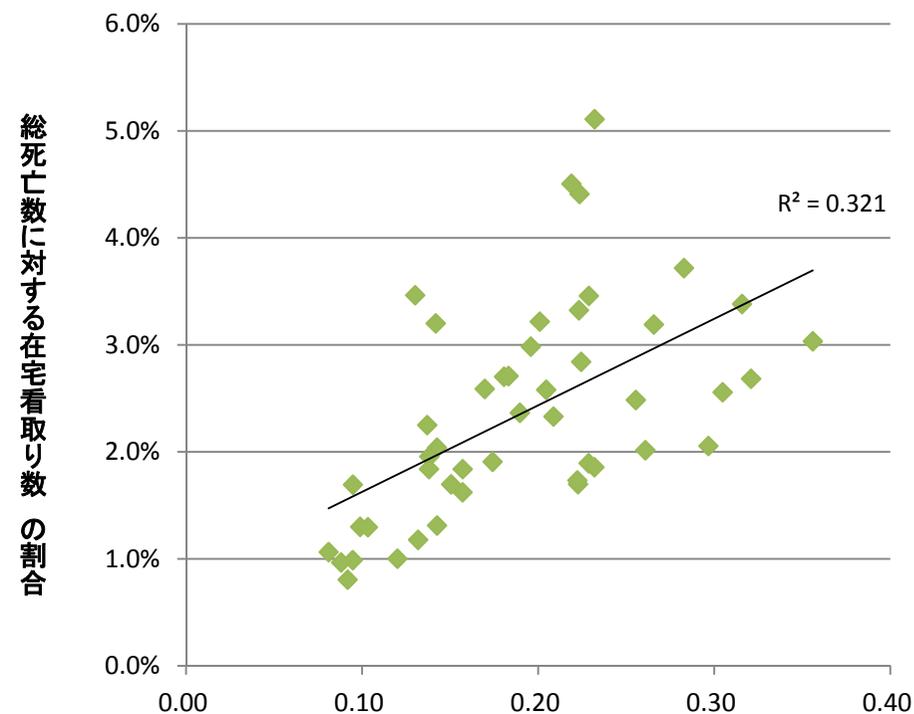
在宅療養支援診療所と在宅看取り数 の関係 (都道府県別)

在宅看取りなし機関



65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所数
(在宅看取りなし機関)

在宅看取り数1名以上機関

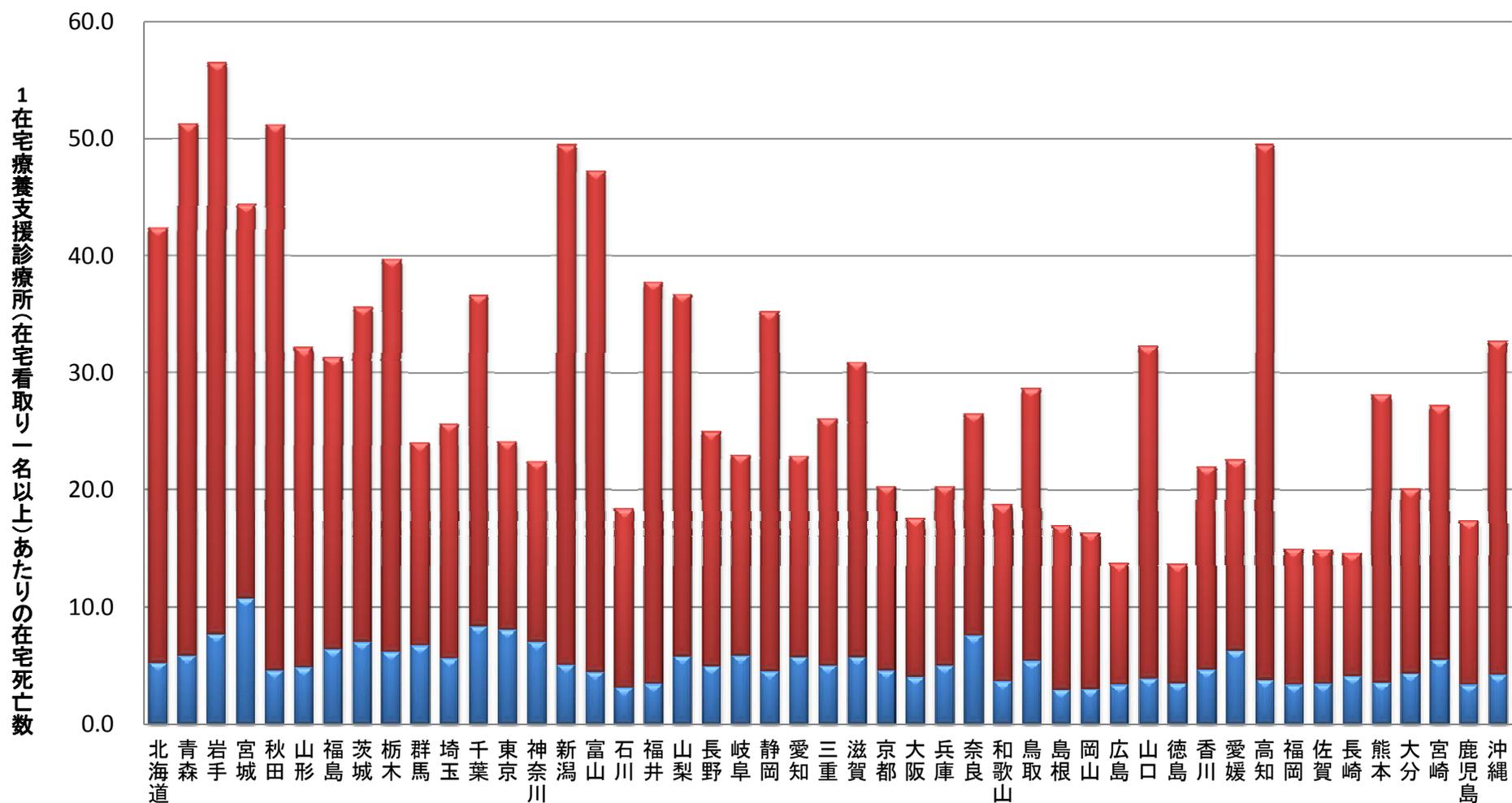


65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所
(在宅看取り1名以上機関)

() 在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と 在宅死亡の比較(都道府県別分布)



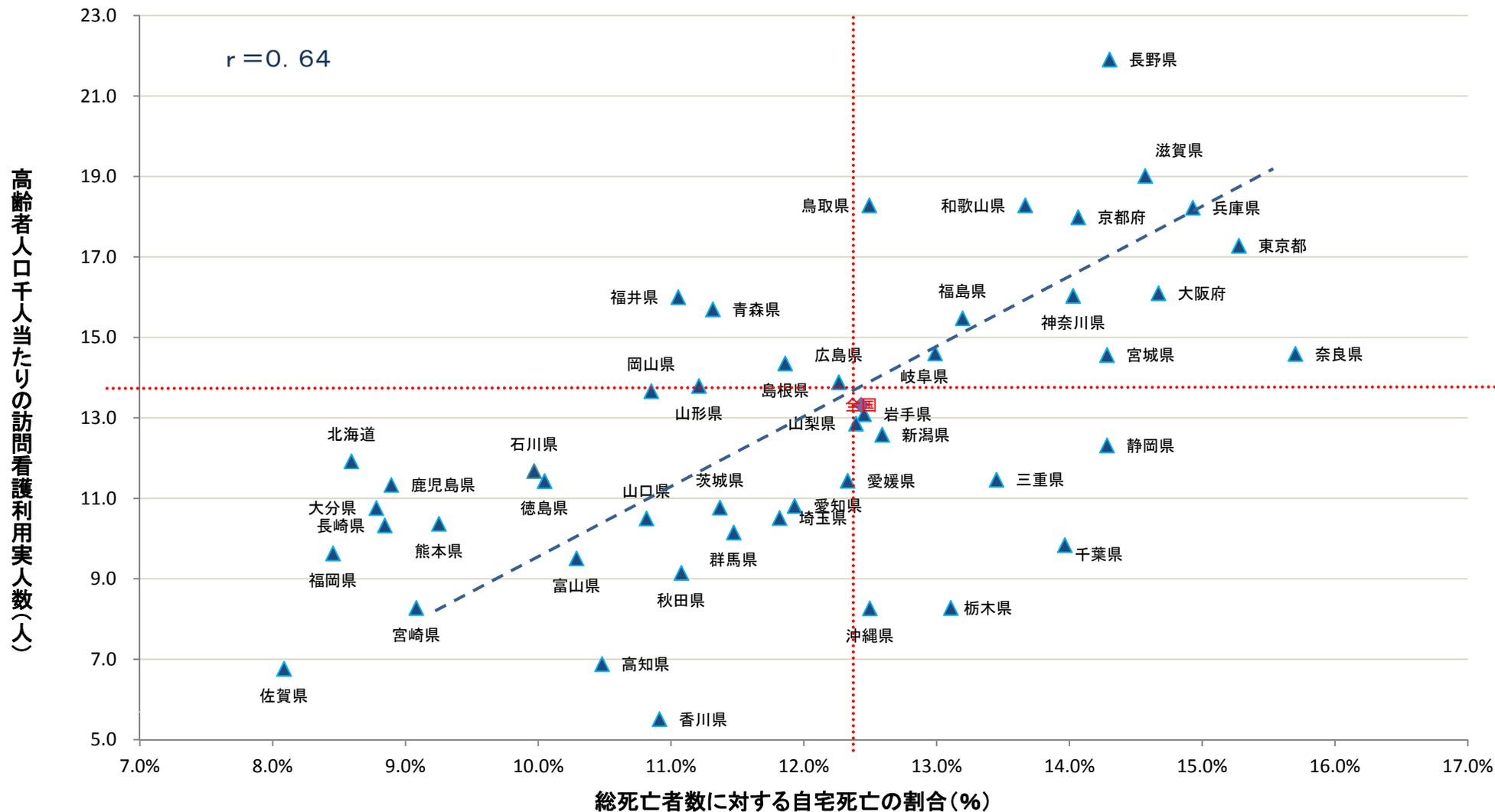
■ その他の在宅死亡数

■ 在宅療養支援診療所が看取っている在宅死亡数

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

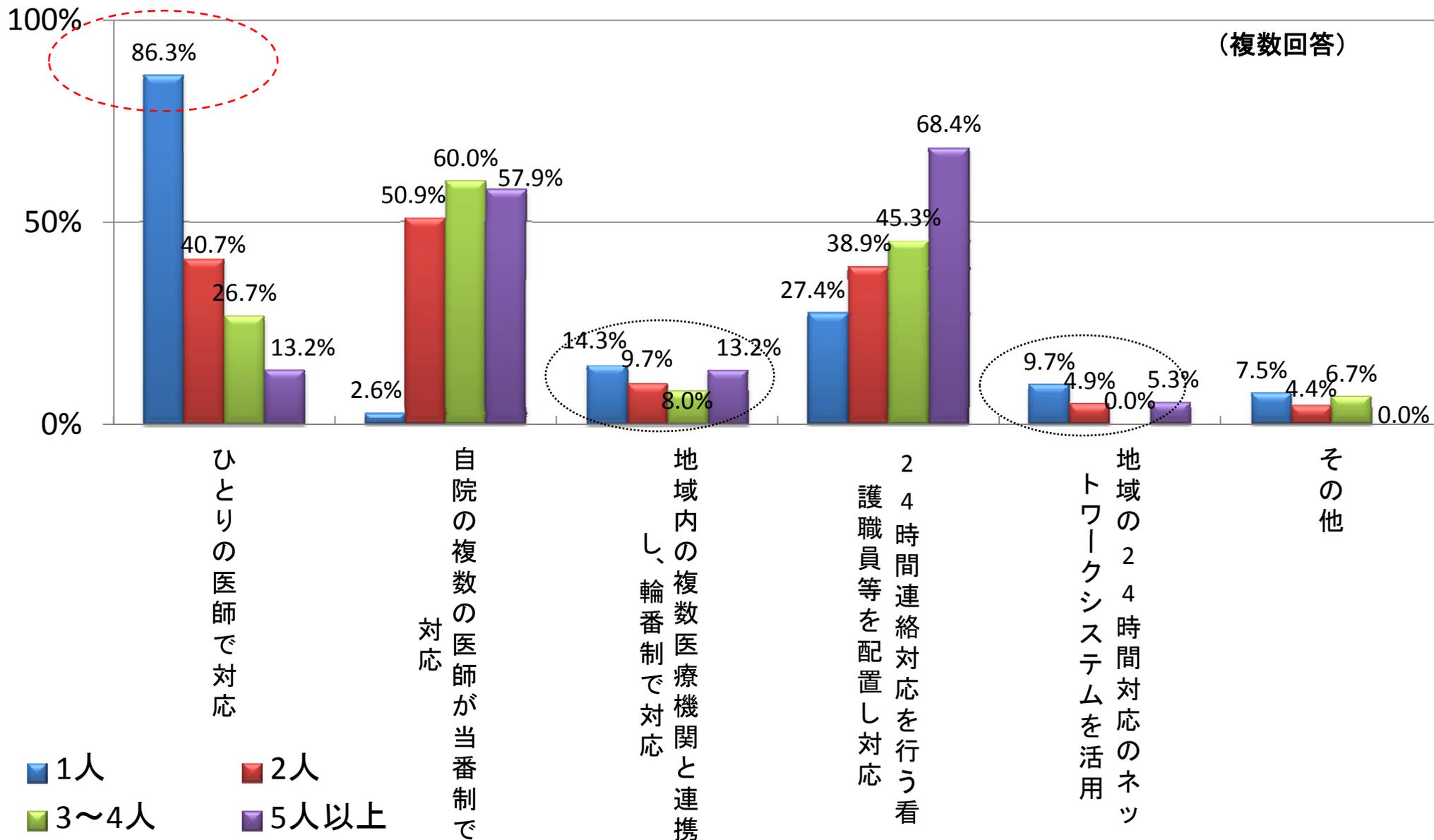
訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



(出典)介護サービス施設・事業所調査(平成21年), 人口動態調査(21年)をもとに厚生労働省にて作成

在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制（複数回答）



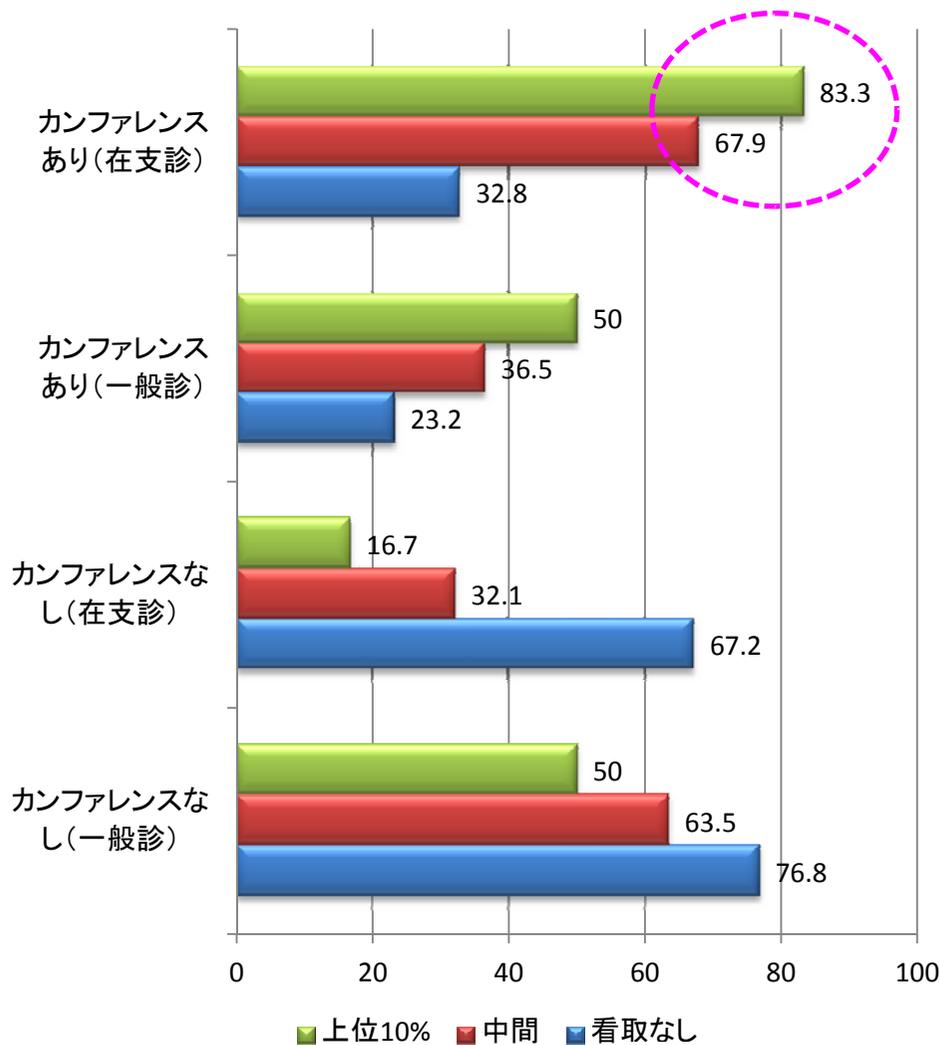
(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

介護や看護に関わる他施設とのカンファレンス開催

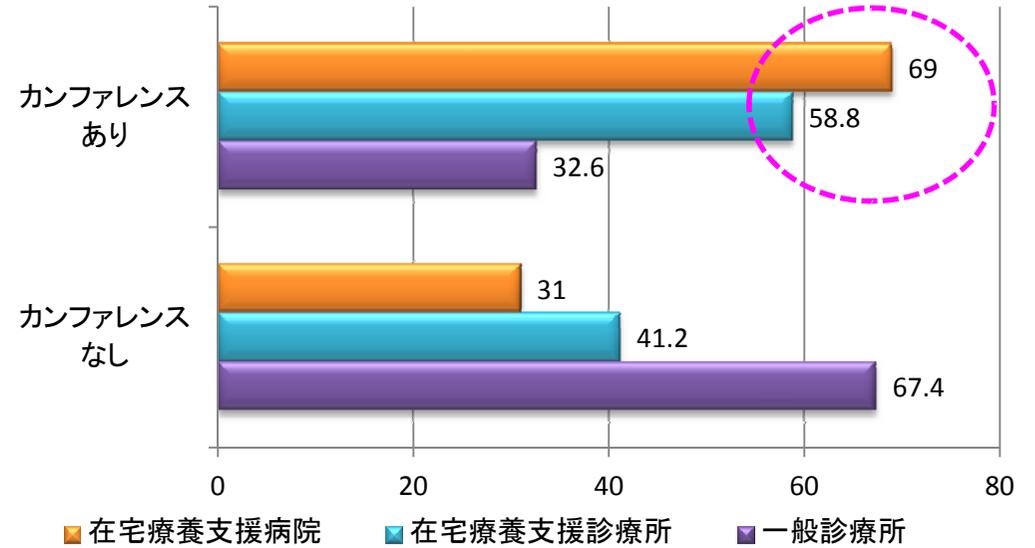
看取り数別



在宅療養支援病院 上位10%看取り数カットポイント12件
 在宅療養支援診療所 上位10%看取り数カットポイント15件
 一般診療所 上位10%看取り数カットポイント5件

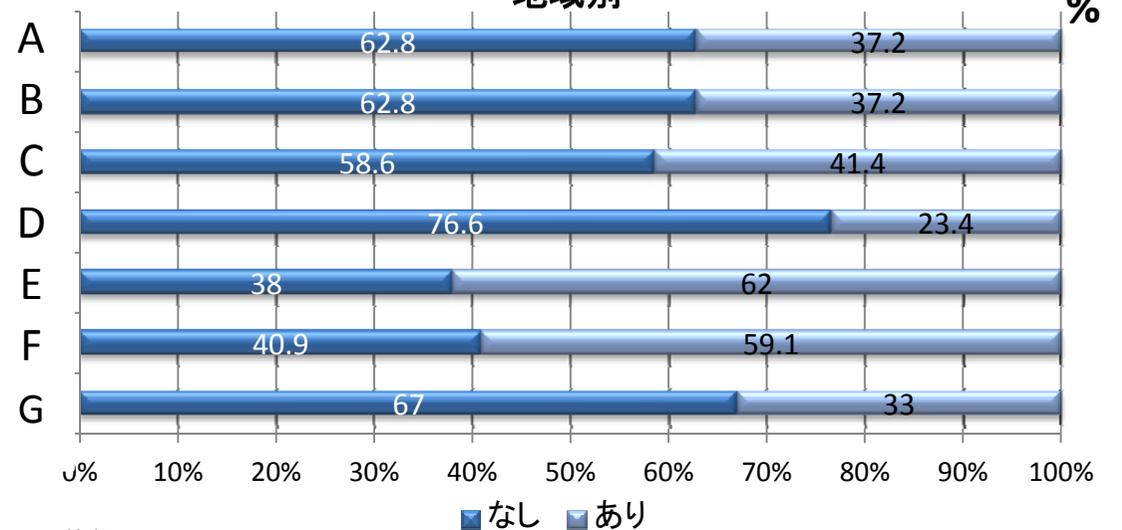
%

医療機関別



%

地域別



%

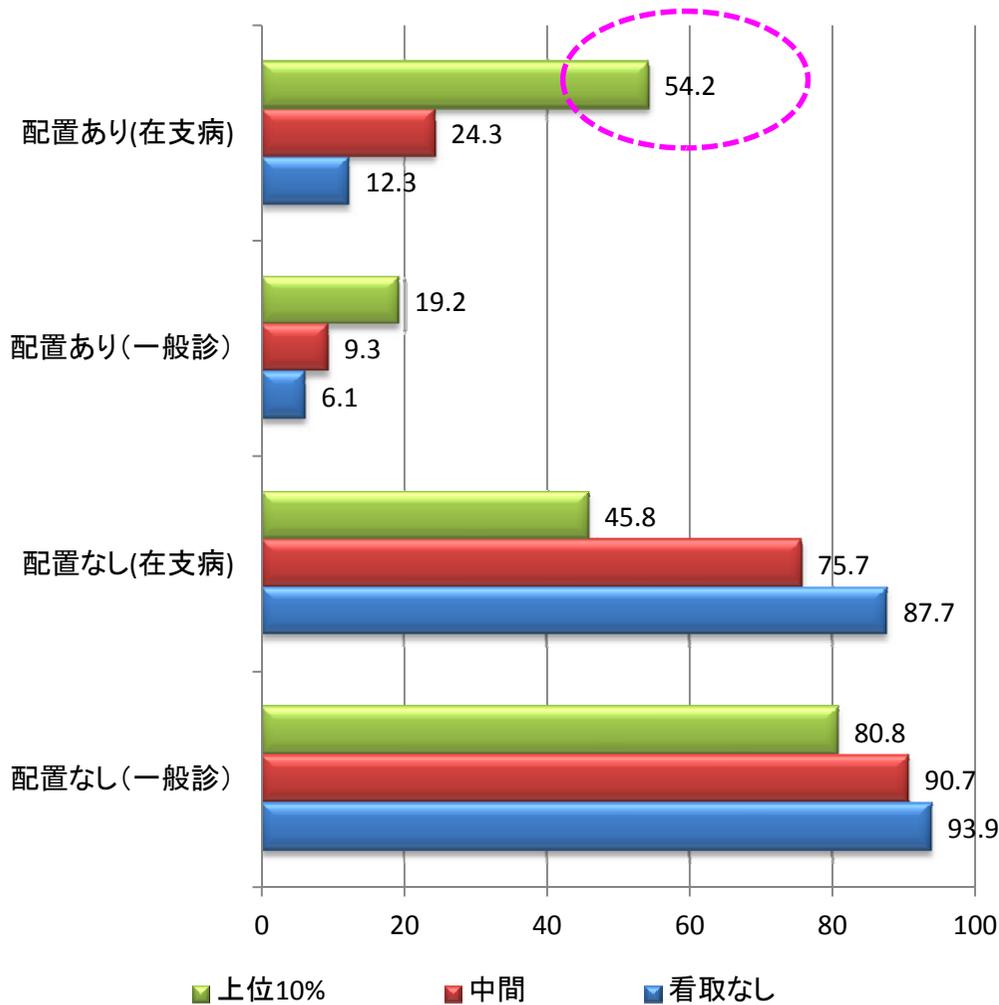
n=在宅診: 258施設
 一般診: 372施設
 在宅病: 62施設

出典: 武林亭 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究(2011)

地域医療連携に関わる職員の配置

看取り数別

%

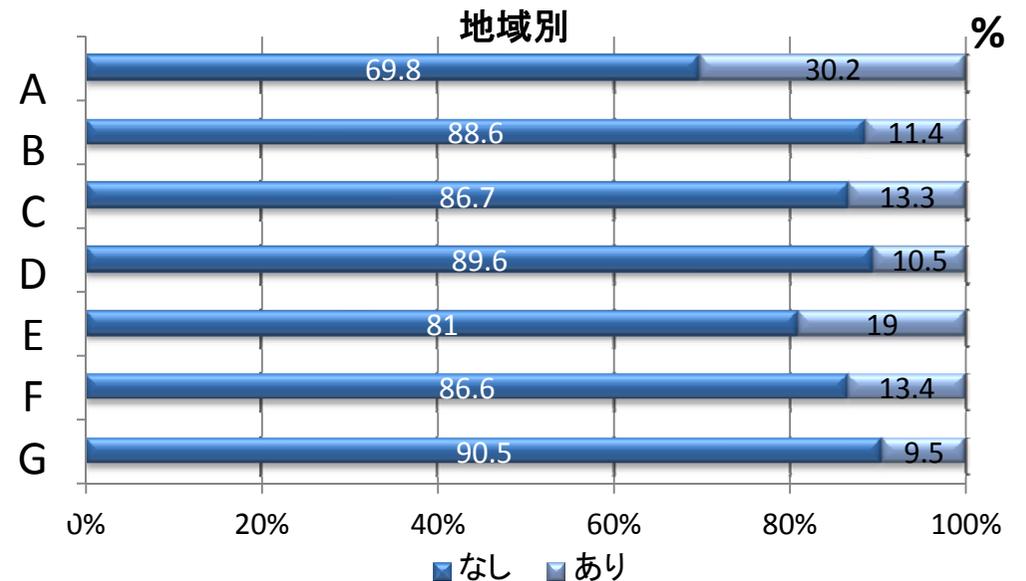
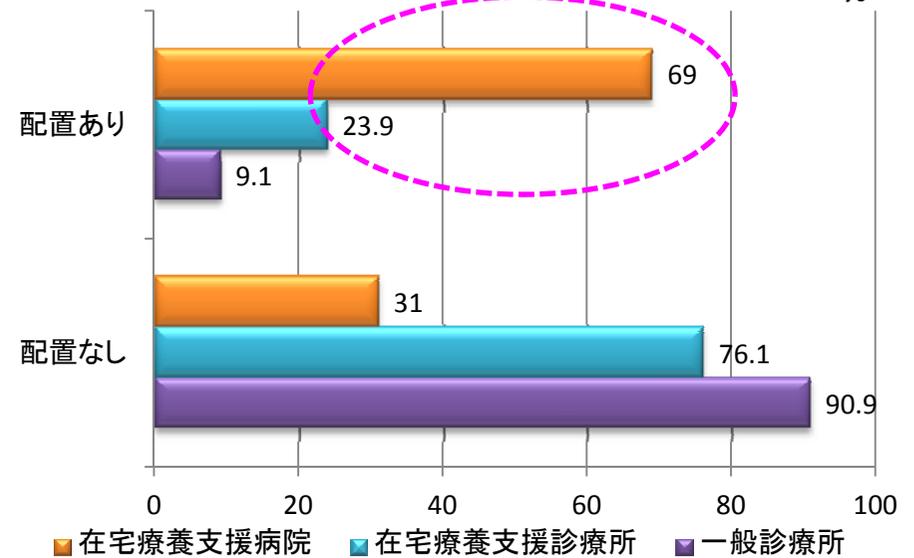


在宅療養支援病院 上位10%看取り数カットポイント12件
 在宅療養支援診療所 上位10%看取り数カットポイント15件
 一般診療所 上位10%看取り数カットポイント5件

n=在支診: 258施設
 一般診: 372施設
 在支病: 62施設

医療機関別

%



武林亭 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究(2011)

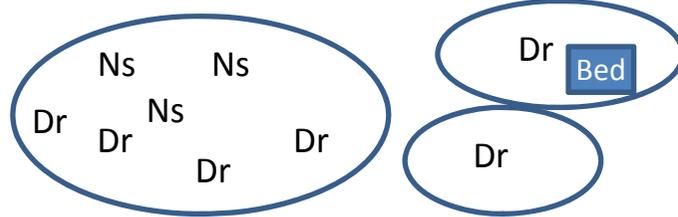
在宅療養支援診療所・病院について

現状

Dr

24時間対応への負担感から在支診の届出を行わない医療機関もある。

在宅療養支援診療所(在支診)

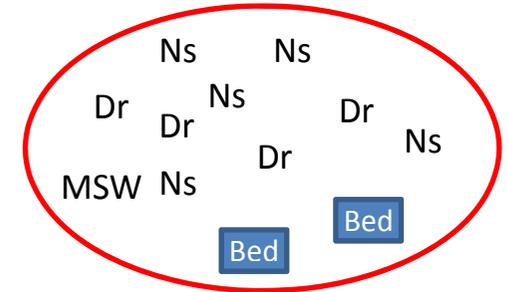


- ・在支診の約7割は1人医師
- ・24時間対応への負担感が強い。
- ・看取りを行わない在支診が約50%

在支病・在支診の機能分担も不明確

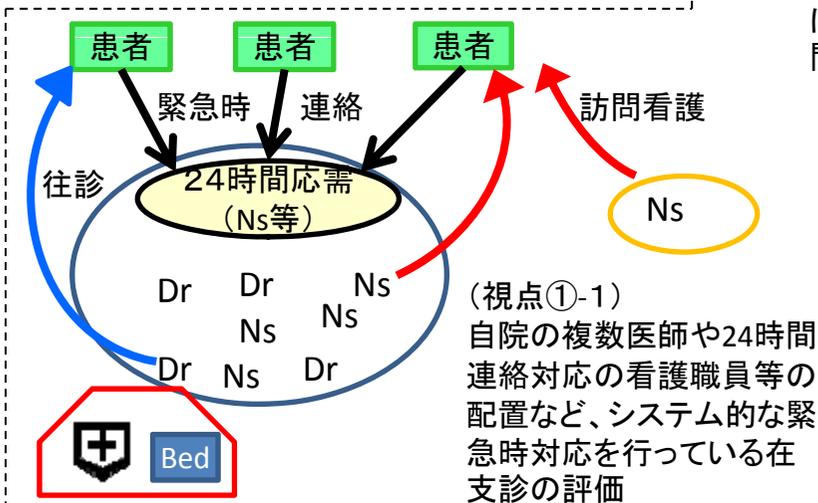


在宅療養支援病院(在支病)

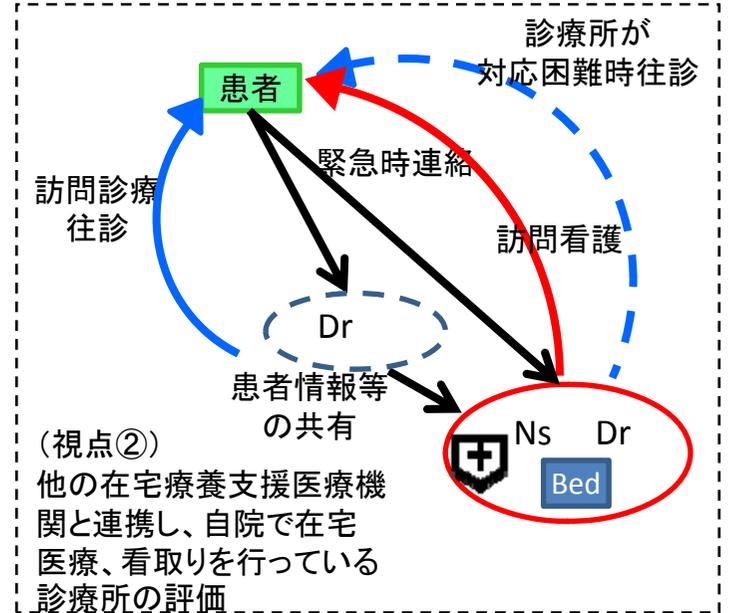


検討の視点

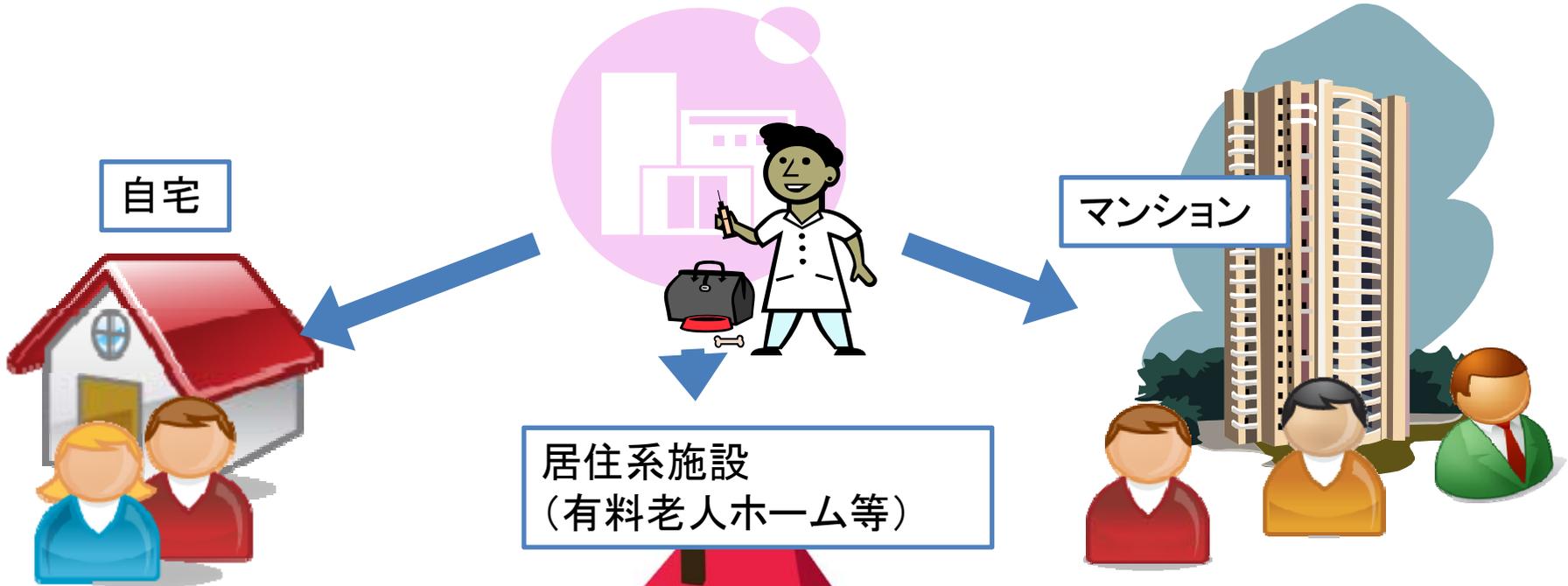
①在宅医療特化型



②在宅療養支援医療機関連携型



在宅患者訪問診療料(イメージ) <平成20年>



1人の場合

訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料1 + 処置料等
 2人目 初・再診料等 + 処置料等

1人の場合

訪問診療料2 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料2 + 処置料等
 2人目 訪問診療料2 + 処置料等

1人の場合

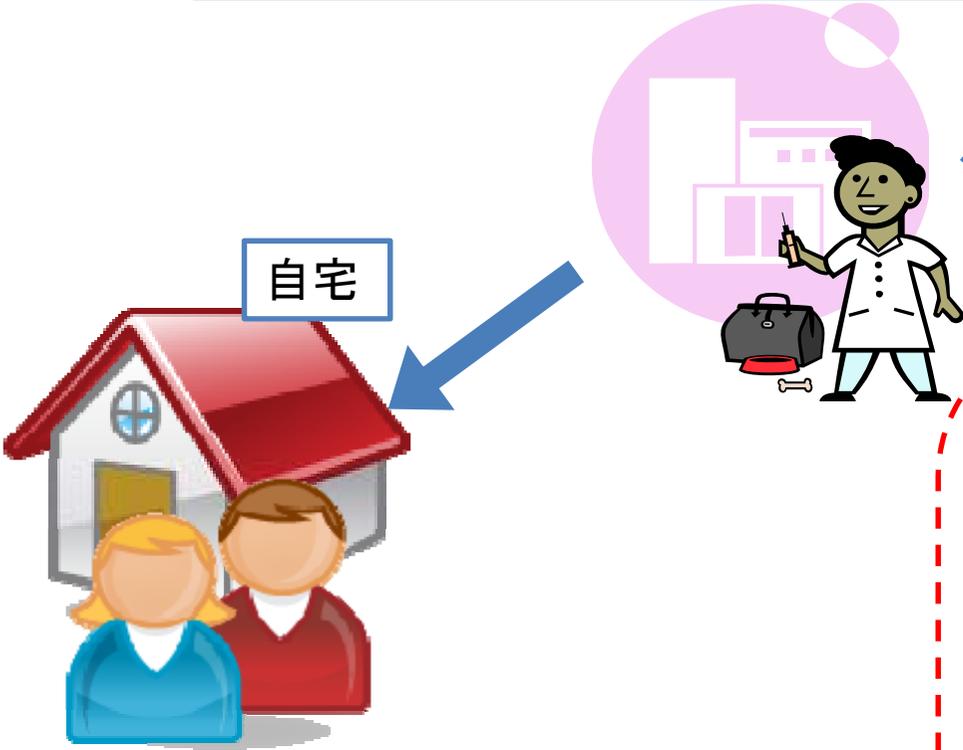
訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料1 + 処置料等
 2人目 訪問診療料1 + 処置料等
 3人目 訪問診療料1 + 処置料等

訪問診療料1(自宅) 830点
 訪問診療料2(居住系施設) 200点

在宅患者訪問診療料(イメージ) <平成22年>
 (同一建物居住者で同一日に訪問する場合)



施設類型ではなく、同一建物の訪問人数により整理

居住系施設
 (有料老人ホーム等)

マンション



1人の場合

訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料1 + 処置料等
 2人目以降 初・再診料等 + 処置料等

訪問診療料1(自宅) 830点
 訪問診療料2(同一建物居住者) 200点

1人の場合

訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料2 + 処置料等
 2人目以降 訪問診療料2 + 処置料等

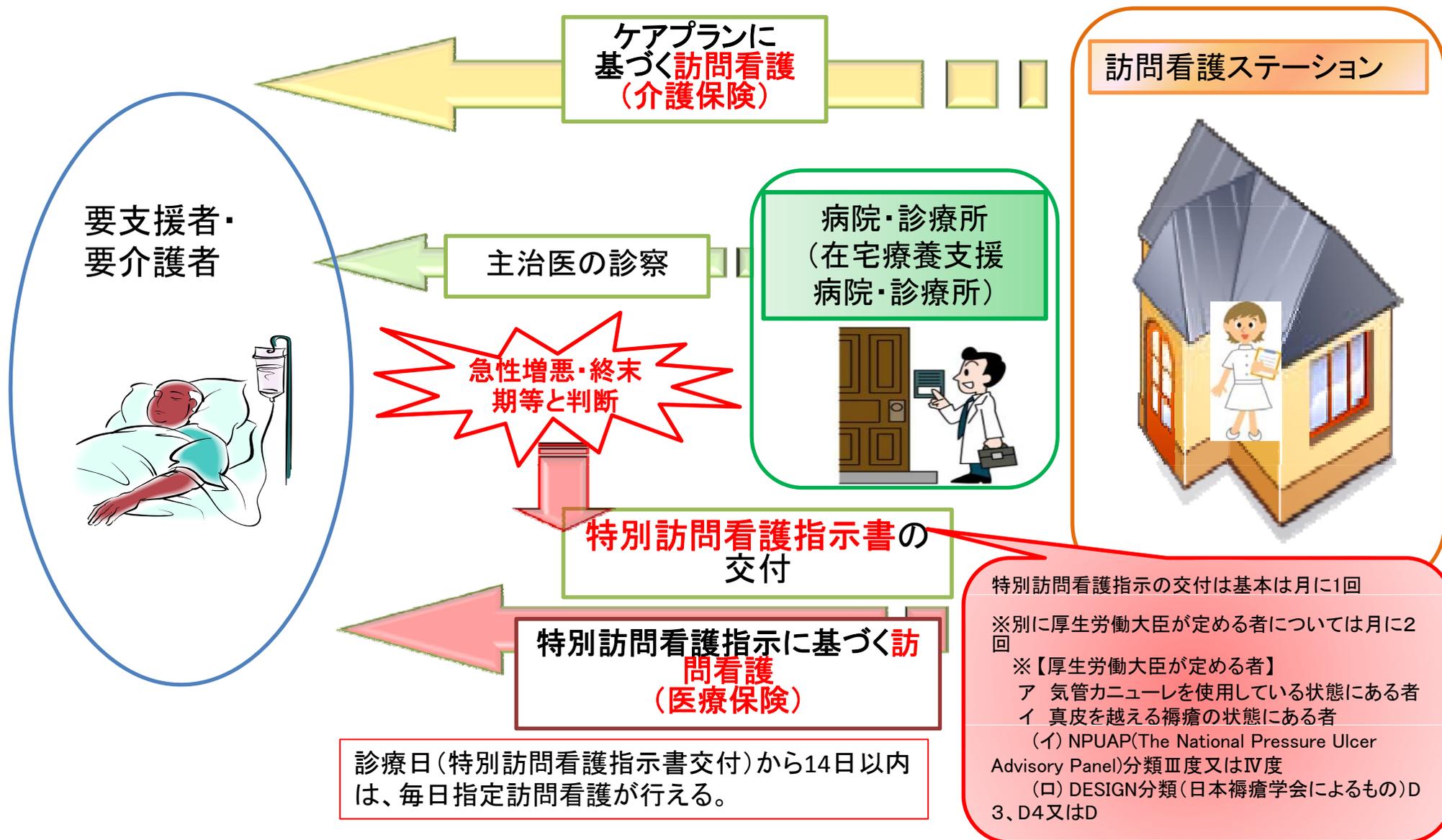
訪問診療料等の見直し＜平成22年度診療報酬改定＞

訪問診療料1	830点	歯科 訪問診療料1	830点	在宅患者訪問看護 ・指導料	555点	在宅患者訪問薬剤管理 指導料1	500点
訪問診療料2	200点	歯科 訪問診療料2	380点	同一建物居住者 訪問看護・指導料	430点	在宅患者訪問薬剤管理 指導料2	350点

平成20年度改定で居住系施設への訪問診療料等が創設され、平成22年度改定で施設類型にとらわれず、複数の患者に対して訪問診療等を行った場合の評価を整理した。
赤字部分がH22改定で変更部分

	同一建物居住者で同一日に訪問する患者数	平成20年			平成22年		
		同一世帯 (戸建て)	居住系施設 等	マンション	同一世帯 (戸建て)	居住系施設等 施設類型にとらわれず同一建物居住者	マンション
訪問診療料	1人	830	200	830	830	830	830
	2人以上	1人目 830 2人目 初再診等	200	830	1人目 830 2人目 初再診等	200	200
歯科訪問 診療料 (平成22年度以降、 診療時間が20分 以上の場合)	1人	830	830/380	830	830	830	830
	2人以上	1人目 830 2人目 初再診	1人目 830/380 2人目 830/380/ 初再診	830	380	380	380
在宅患者 訪問看護 ・指導料	1人	555	430	555	555	555	555
	2人以上	555	430	555	430	430	430
在宅患者訪問薬 剤管理指導料	1人	500	350	500	500	500	500
	2人以上	500	350	500	350	350	350

要介護認定者への訪問看護 (介護保険から医療保険に移るイメージ)



在宅医療における事例

口から食事を取れない「経管栄養」の要介護者だけを対象に入居者を募り、アパート形式で自治体の監督を免れる自称「寝たきり専用賃貸住宅」が急増している。1人月約百万円の入居費用の8割以上が介護保険と医療保険で賄われ、訪問看護の医療保険が不正請求されている疑いもあることが本誌の取材で分かった。

入居者には、1日3回の訪問看護が毎日行われ、介護保険の限度額(自己負担を含め月額36万円)をいずれも24万円超過。本来なら自己負担となるが、「賃貸住宅」に訪問診療する医師が特別訪問看護指示書を定期的に発行するという「想定外の手法」(厚生労働省)で超過分を医療保険で請求していた。

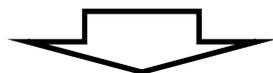
厚生労働省は、有料老人ホームなど施設に訪問診療する医師の報酬額は戸別の訪問診療の4分の1以下にするよう指導しているが、「賃貸住宅＝アパート」であることを理由に戸別扱いで報酬を請求していた。

出典：平成22年5月7日(金)東京新聞

在宅医療の充実に向けた課題と今後の方向性

- 75歳以上人口の増加や若年世代の減少、高齢者の単独世帯の増加等に伴い、在宅医療の需要は高まってきており、社会保障改革に関する集中検討会議においても、看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化等が提示されている。
- 増加する在宅医療の需要に対応するために、診療報酬においては、在宅療養支援診療所/病院等の評価を行っているが、在宅療養支援診療所のうち過去1年間において1名も看取りを行っていない機関が約半数あり、在宅における看取り機能を充実させるために、地域の在宅医療を支える医療機関をより一層増やす必要がある。
- 要介護認定者等については、訪問看護を介護保険から提供することになっているが、急性増悪等の頻回な訪問看護が必要な患者等医療の必要性が高い患者については、一時的に医療保険からの訪問看護を提供することになっている。また、これらの仕組みを使って一部で不適切な運用をしているという指摘がある。

【今後の方向性】



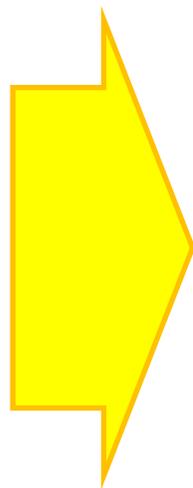
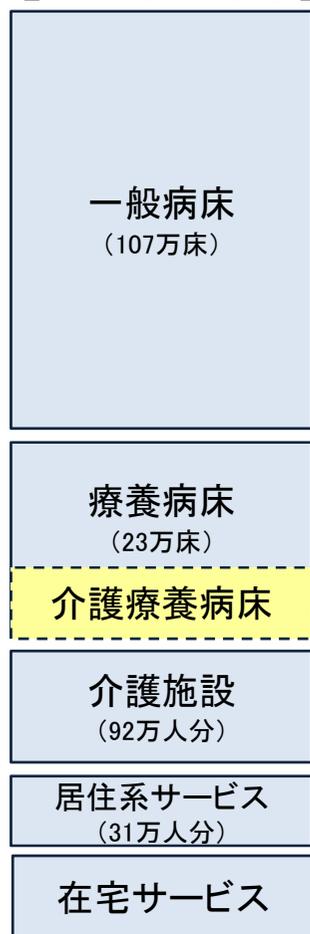
- 看取りをより多く行っている医療機関の方が、カンファレンスの開催頻度や地域医療連携に関わる職員の配置が多い傾向があるが、在宅医療を担う診療所等の機能強化等を行うために、①自院に複数の医師や24時間連絡対応を行う看護職員等を配置するなど、システム的な緊急時対応を行っている在支診、②在支病等と連携し、自院で在宅医療、看取りを行っている診療所、③周辺に診療所がない場合に、訪問診療、往診を行う在支病の評価についてどのように考えるか。
- 他の在宅療養支援医療機関と連携し、自院で在宅医療、看取りを行っている診療所の評価について、どのように考えるか。
- 医療の必要性が高い要介護認定者に対する訪問看護等、患者の状態に応じて必要な医療が適切に提供されるような仕組みが必要ではないか。同時に、このような仕組みが適正に運用されるような検討が必要ではないか。

今後の目標と課題

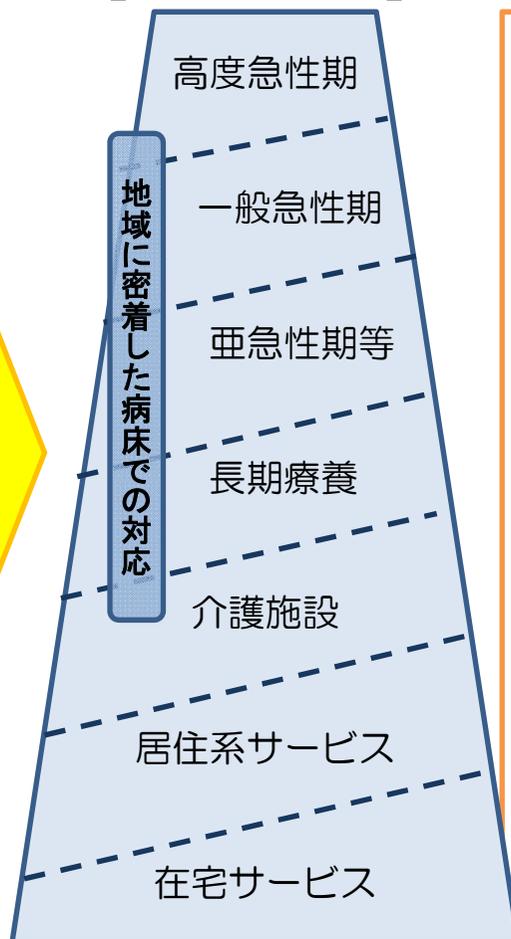
<目標> 将来に向けた医療・介護サービス提供体制の構築

高齢者が増加し、社会全体としての医療・介護ニーズが高まる中で、

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



課題

●増大する医療ニーズに対応するために

「必要とする高いレベルの医療が必要なのに受けられない」「入院が必要なのに入院する施設がない」、といったことが起きないように、高機能、かつ効率的な医療提供体制を構築する。

<具体的におこなうこと>

- ・医療機関の機能の明確化と連携の強化
(医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築も含)
- ・質の高い医療のための安心・安全の医療機関内環境の整備
- ・がん、認知症など、充実が求められる分野や新しい医療技術の適切な評価

●安心した在宅・介護施設生活を保障するために

在宅・介護施設で生活していても、緊急時も含め、必要なときに必要な医療サービスを受けることができるよう、裾野の広い医療提供体制を構築する。

<具体的におこなうこと>

- ・医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ・在宅/介護施設における医療提供サービスの充実

○社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定)

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

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

