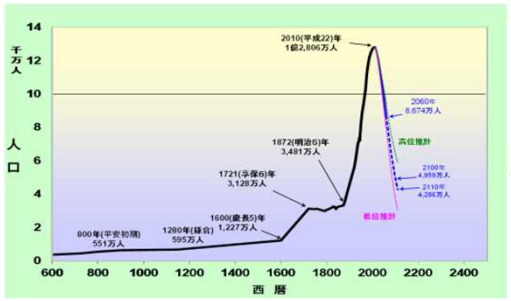
Ⅰ　30年度診療報酬改定の背景

改定説明会資料（概要）
３０．３．５

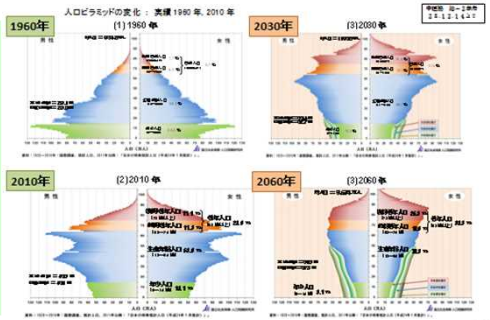
平成30年度診療報酬改定の背景

急激な社会環境の変化

■歴史上も特異な人口激変



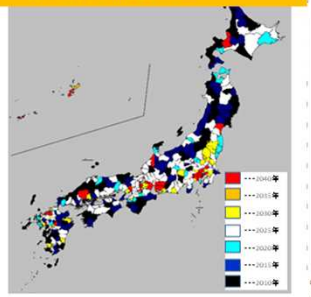
■マクロの急速な少子高齢化



■地域差を伴う高齢化の進展

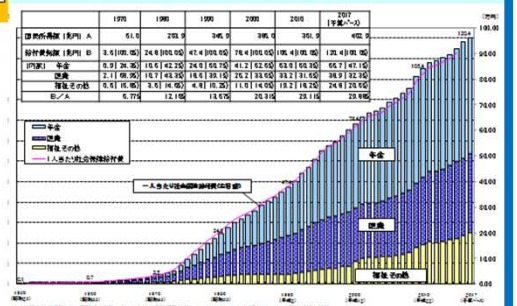
高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



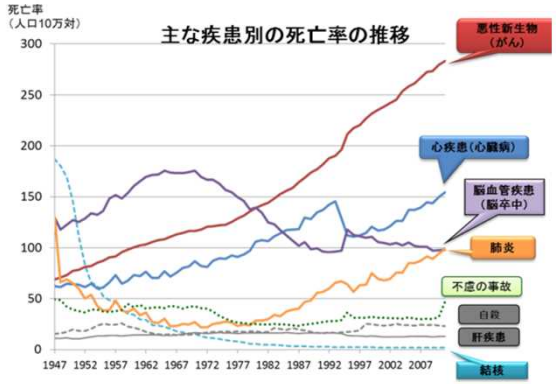
■伸び続ける社会保障費

社会保障給付費の推移

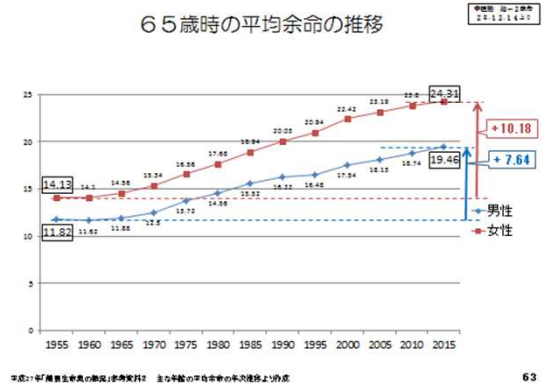


ケアニーズの変化

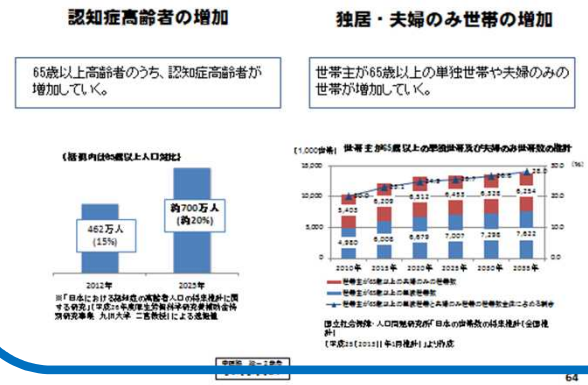
■感染症から生活習慣病へ



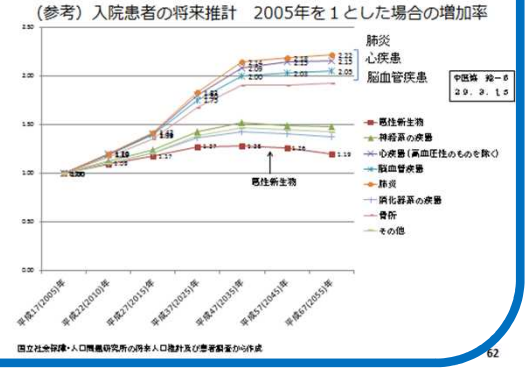
■高齢者自身の変化



■住まい方の変化・認知症の増加



■将来的な医療需要の変化



技術革新と持続可能性の調和

■高額技術の台頭



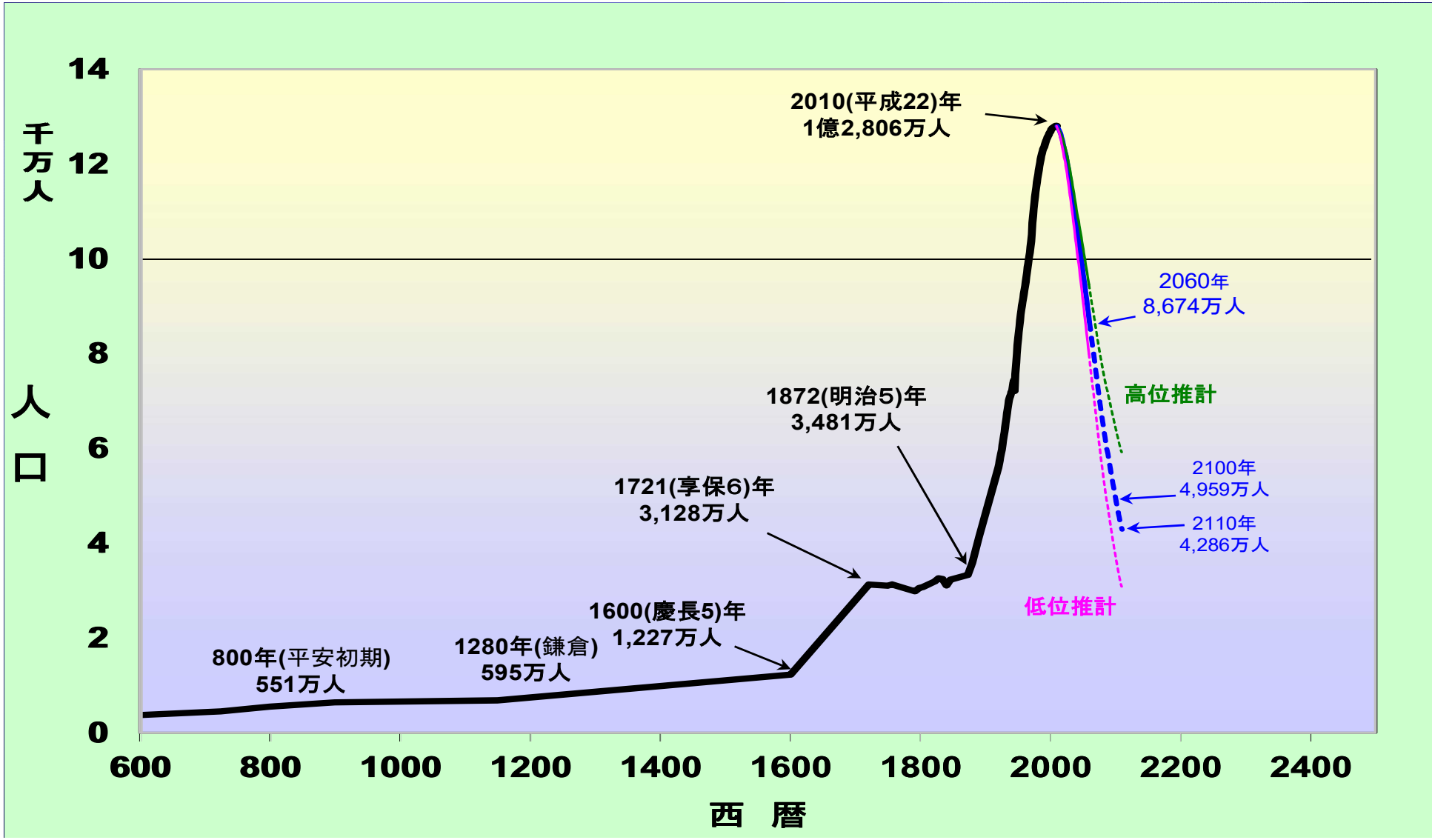
■ICT、ビッグデータへの期待、



求められる対応（改定の基本方針）

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進
Ⅱ　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実
Ⅲ　医療従事者の負担軽減働き方改革の推進
Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

日本人口の歴史的推移



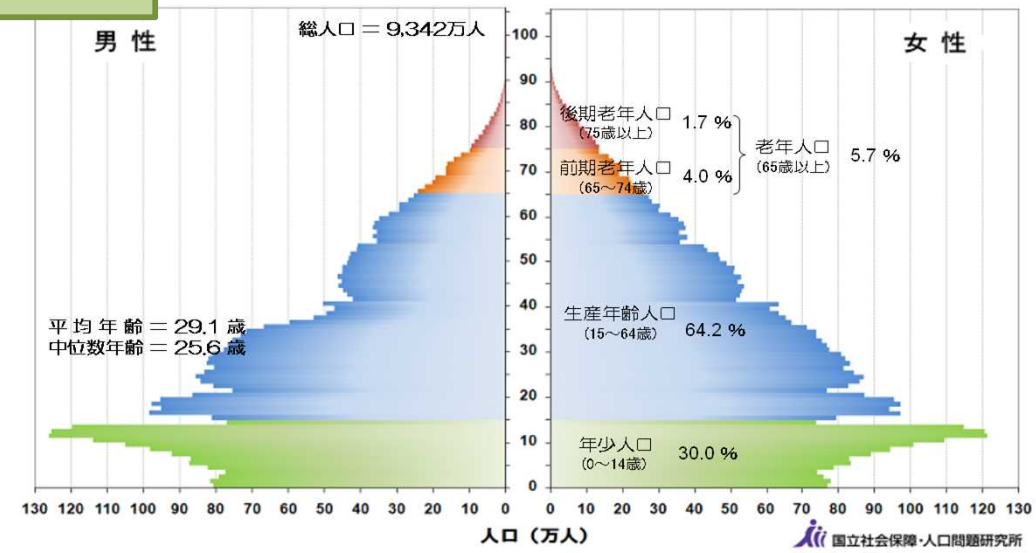
資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」）2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年１月推計[死亡中位推計]）.

提供：国立社会保障・人口問題研究所　森田朗所長

人口ピラミッドの変化 ： 実績 1960 年, 2010 年

1960年

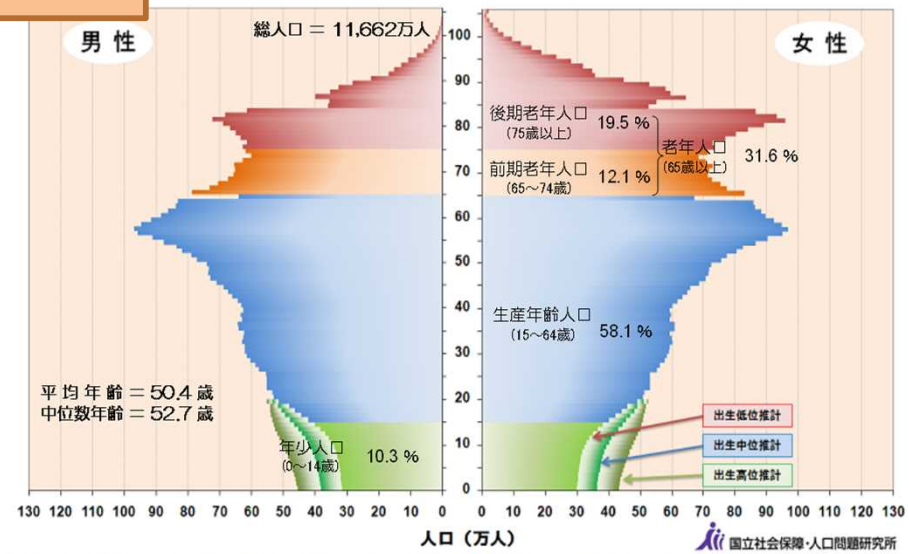
(1) 1960 年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

2030年

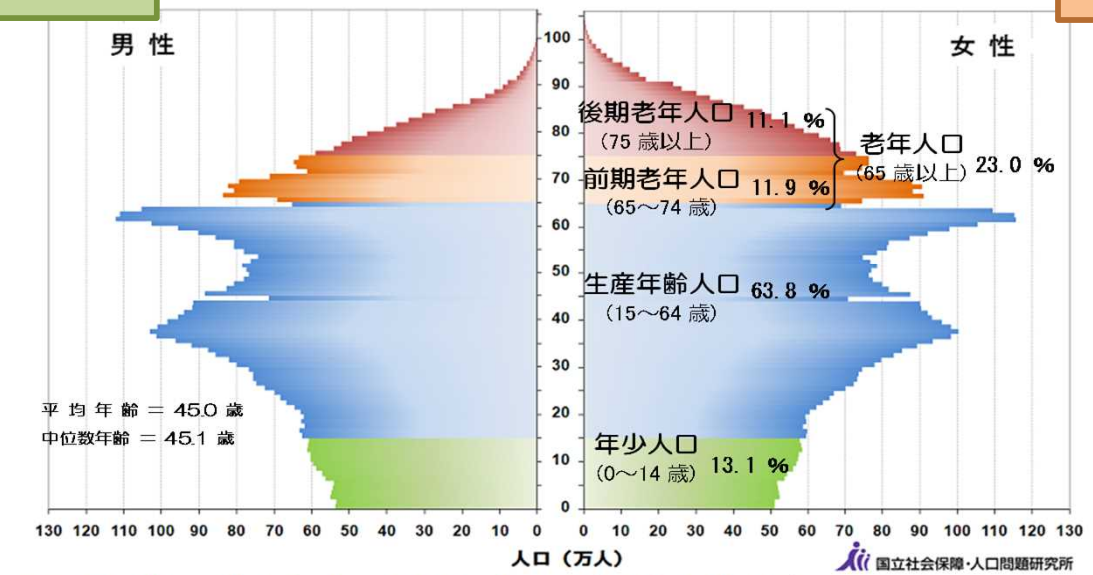
(3) 2030 年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

2010年

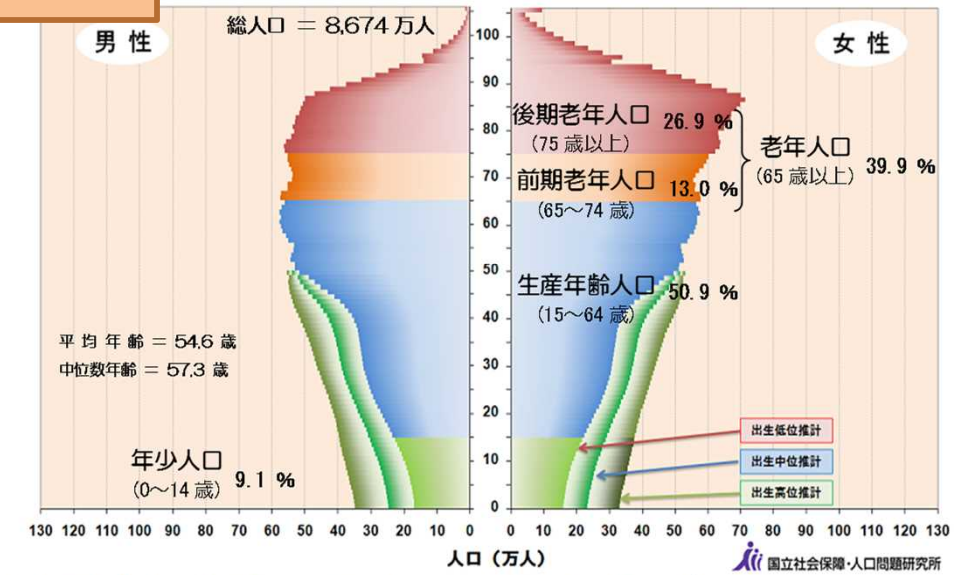
(2) 2010 年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

2060年

(3) 2060 年

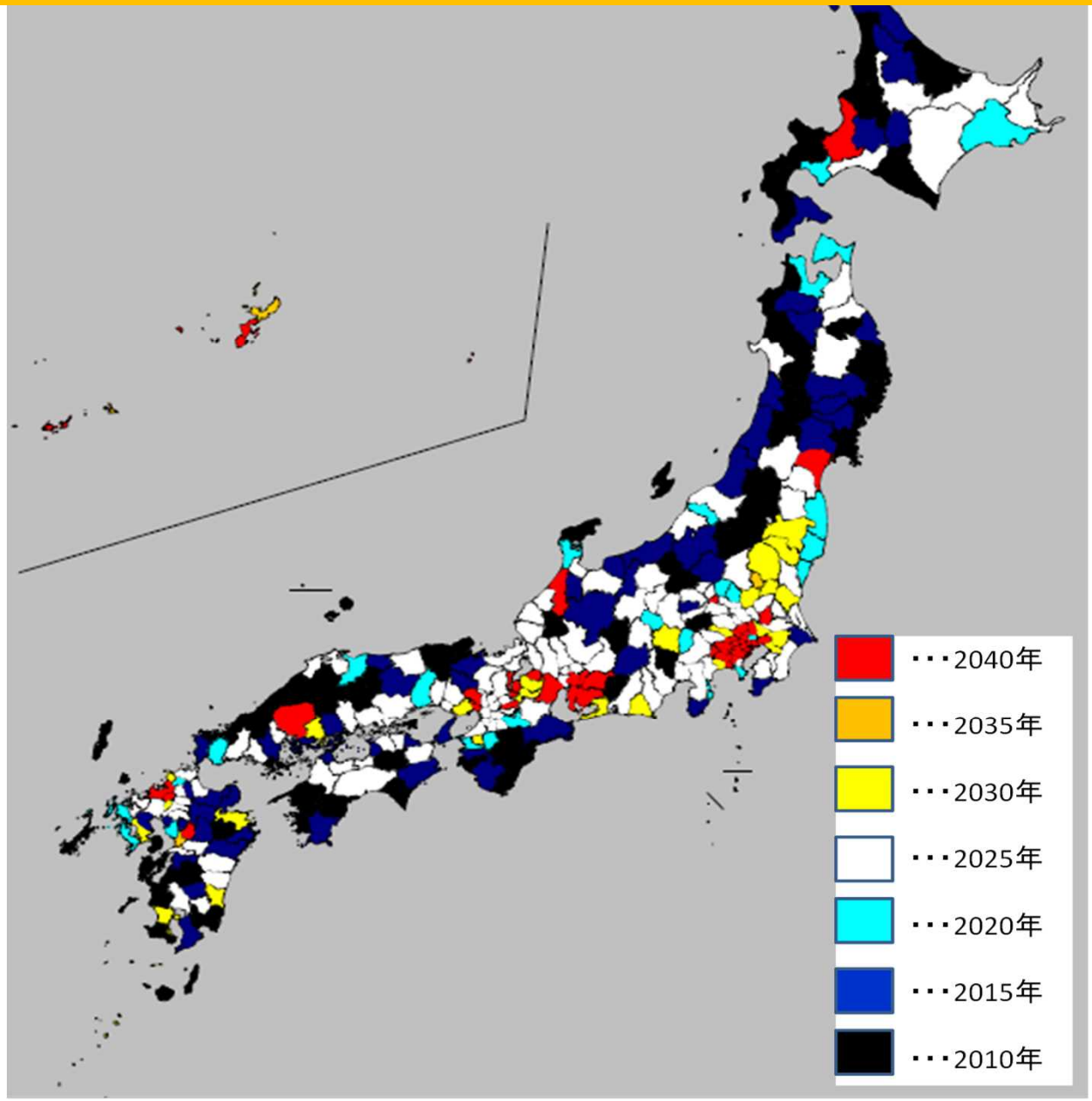


資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

提供：国立社会保障・人口問題研究所　森田朗所長

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



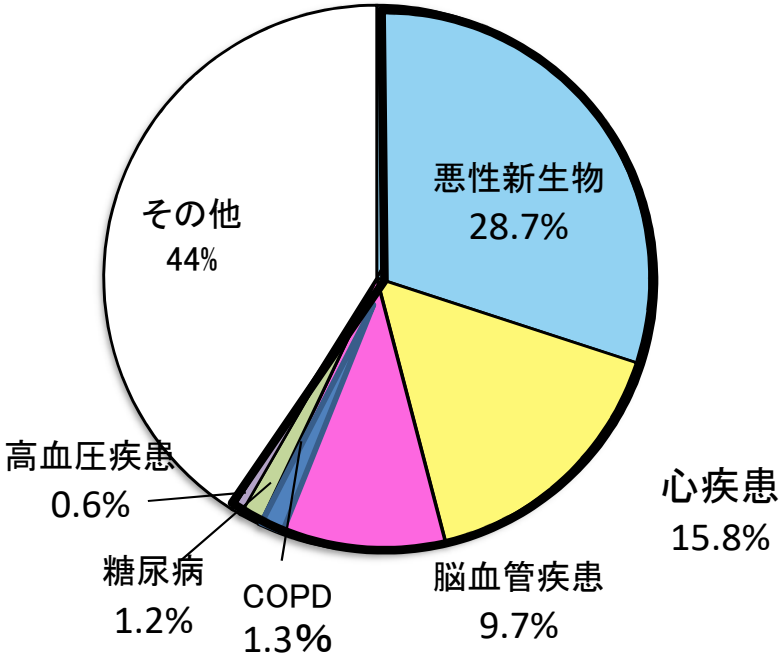
出典：社会保障制度国民会議 資料 （平成25年4月19日 第9回
資料3－3　国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の約6割

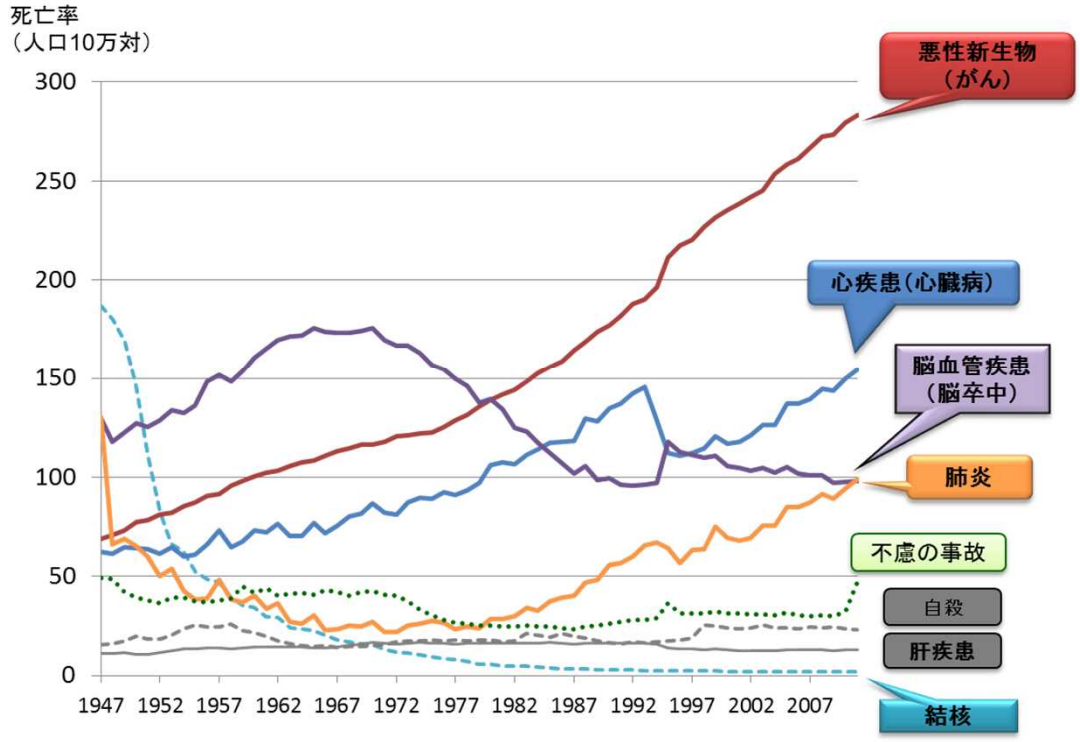
我が国の疾病構造は感染症から
生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合（平成24年）
生活習慣病・・・57.2%



（出所）「平成24年度人口動態統計」

主な疾患別の死亡率の推移

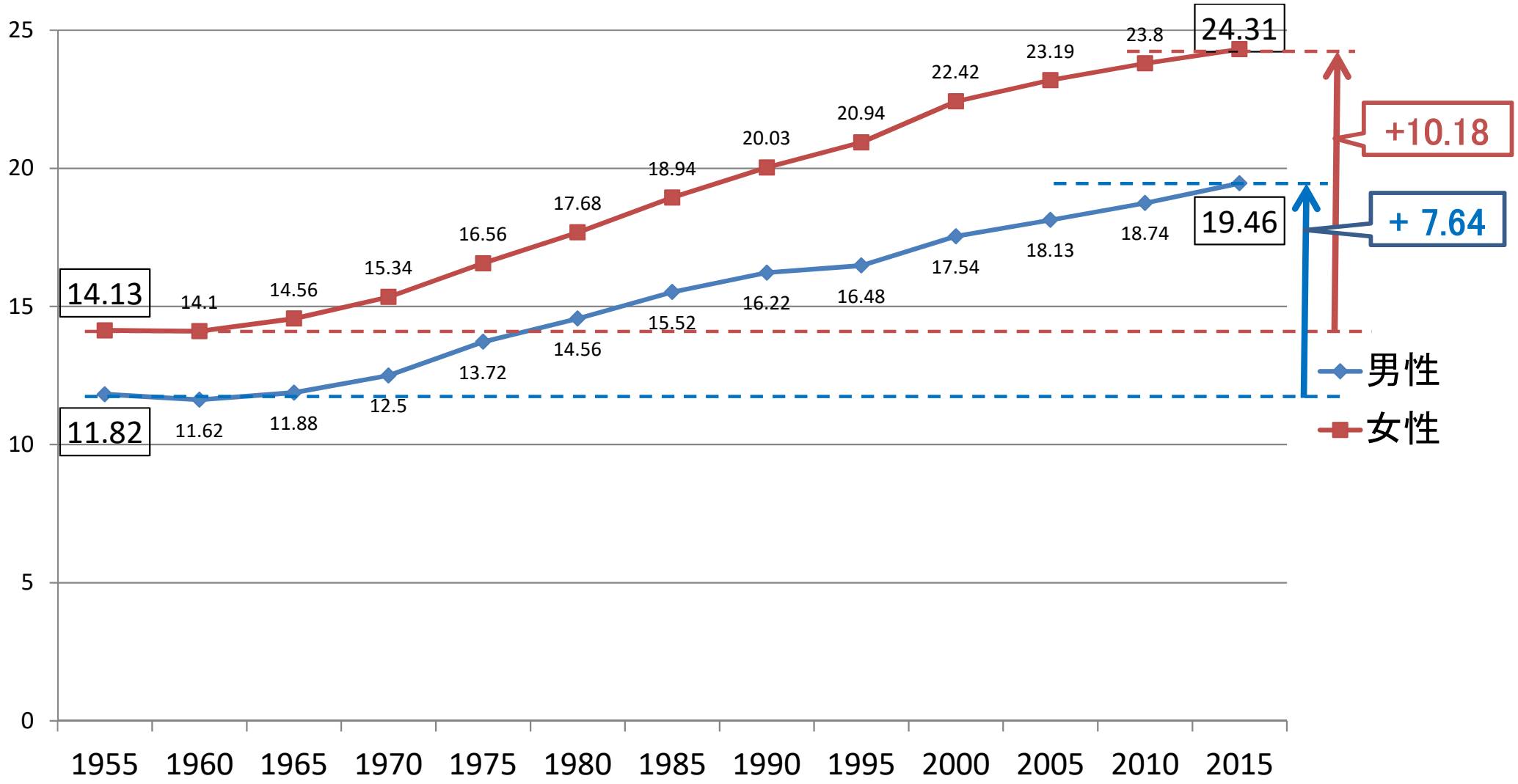


（出所）「人口動態統計（1947～2011年）」

※　生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費（28.3兆円）の約3割（8.9兆円）を占める。　（出所）「平成24年度国民医療費」

中医協　総－２参考
２８.１２.１４（改）

６５歳時の平均余命の推移

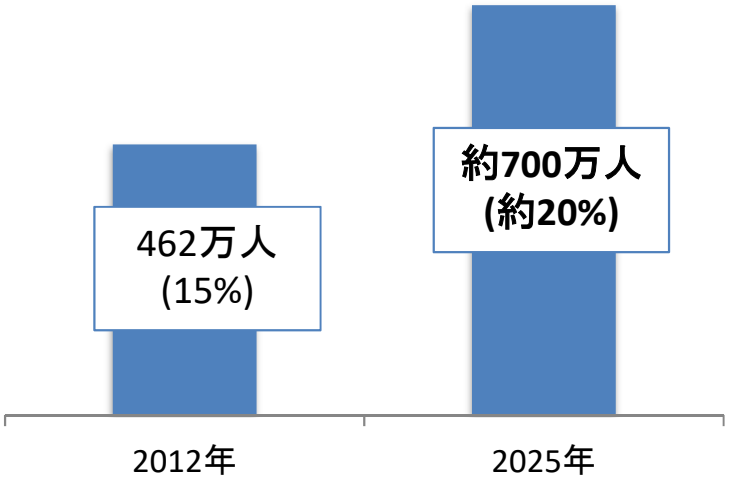


平成27年「簡易生命表の概況」参考資料2　主な年齢の平均余命の年次推移より作成

認知症高齢者の増加

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。

（括弧内は65歳以上人口対比）

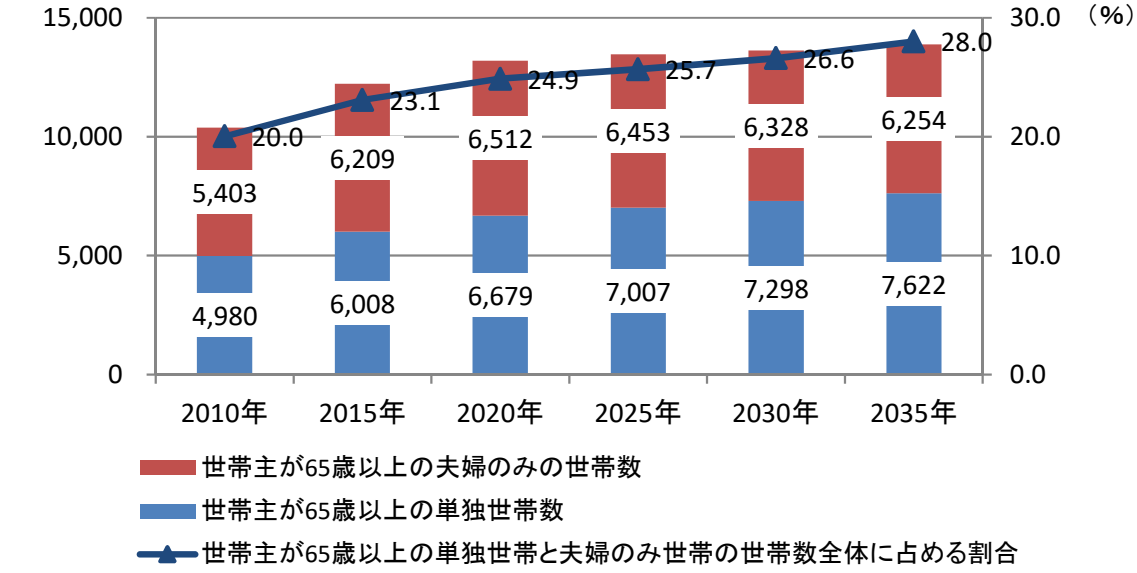


※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

独居・夫婦のみ世帯の増加

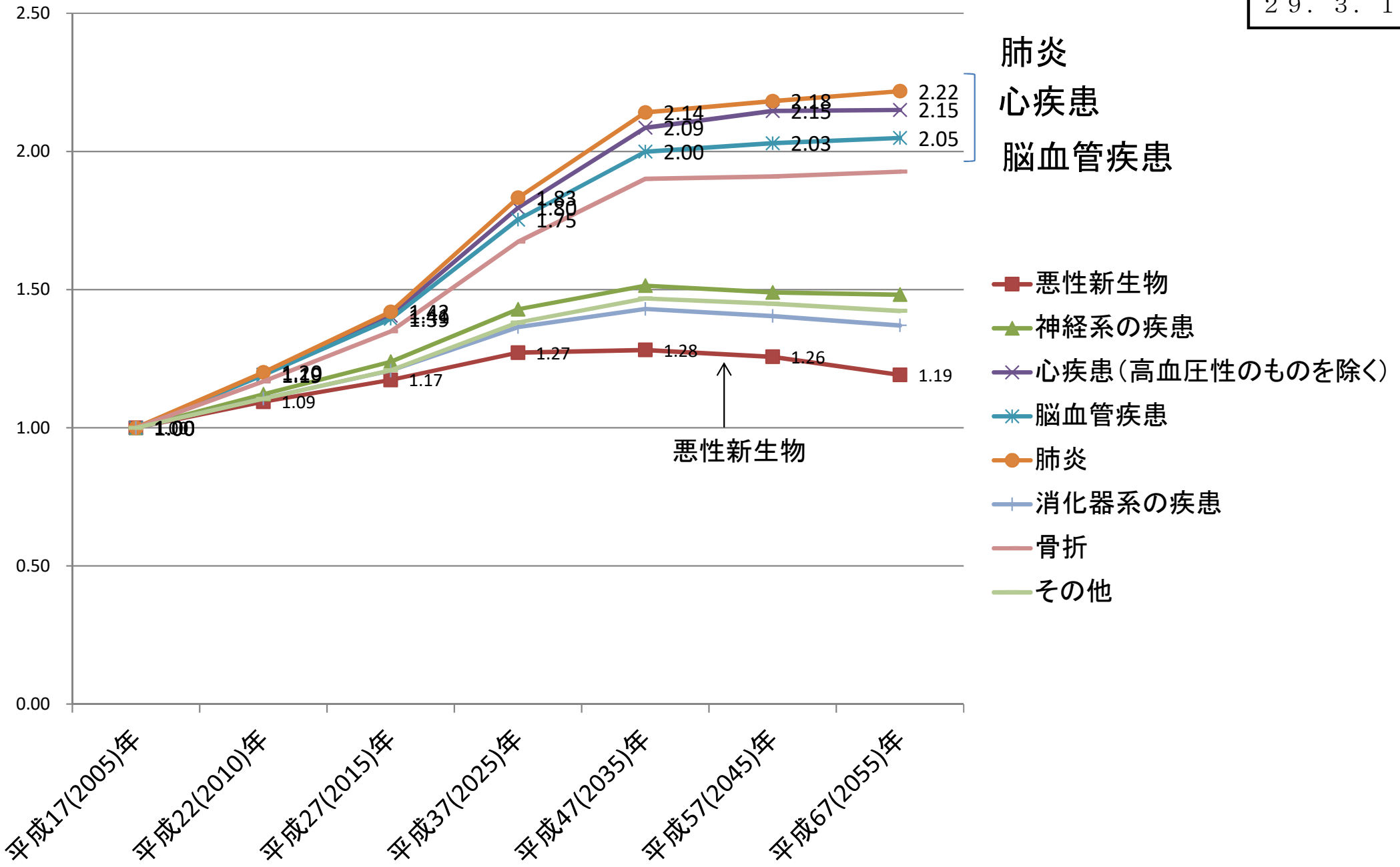
世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）
（平成25（2013））年1月推計）」より作成

（参考）入院患者の将来推計　2005年を１とした場合の増加率

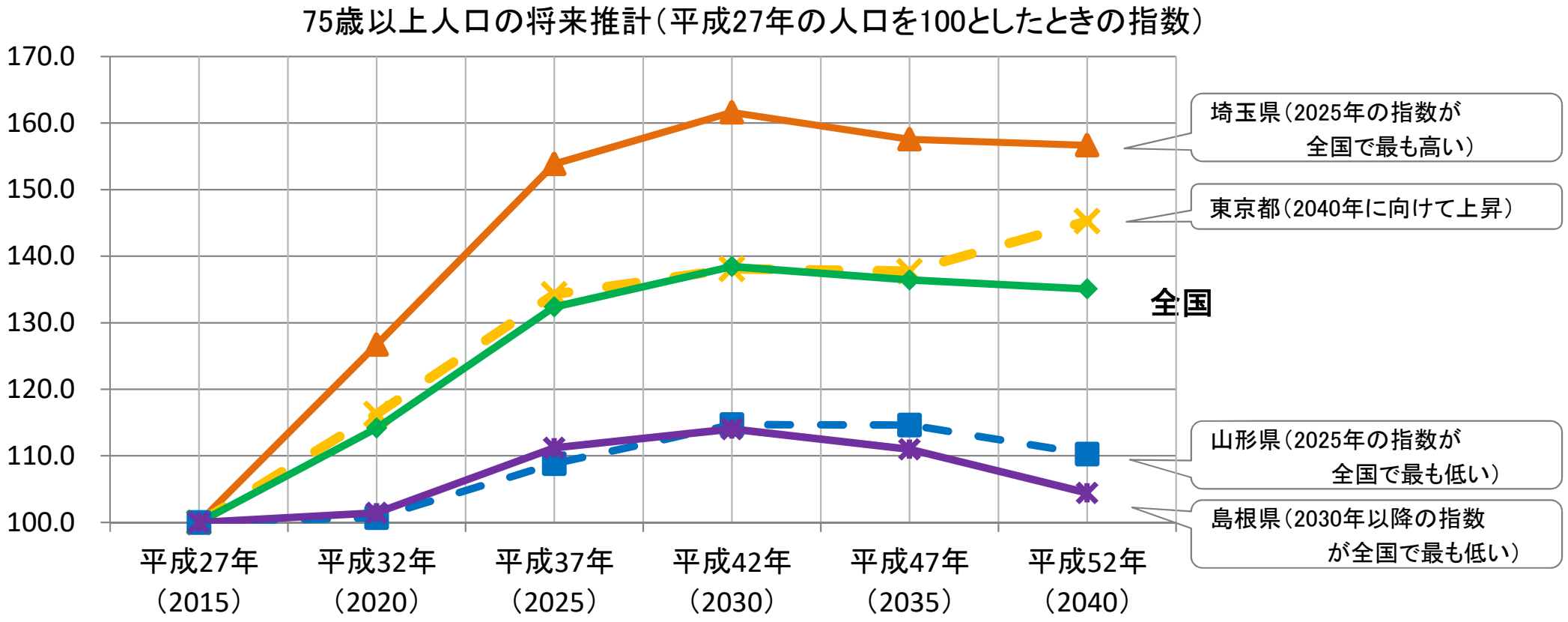


国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成

2015～2025～2040年の各地域の高齢化の状況

○　75歳以上人口は、多くの都道府県で2025 年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇

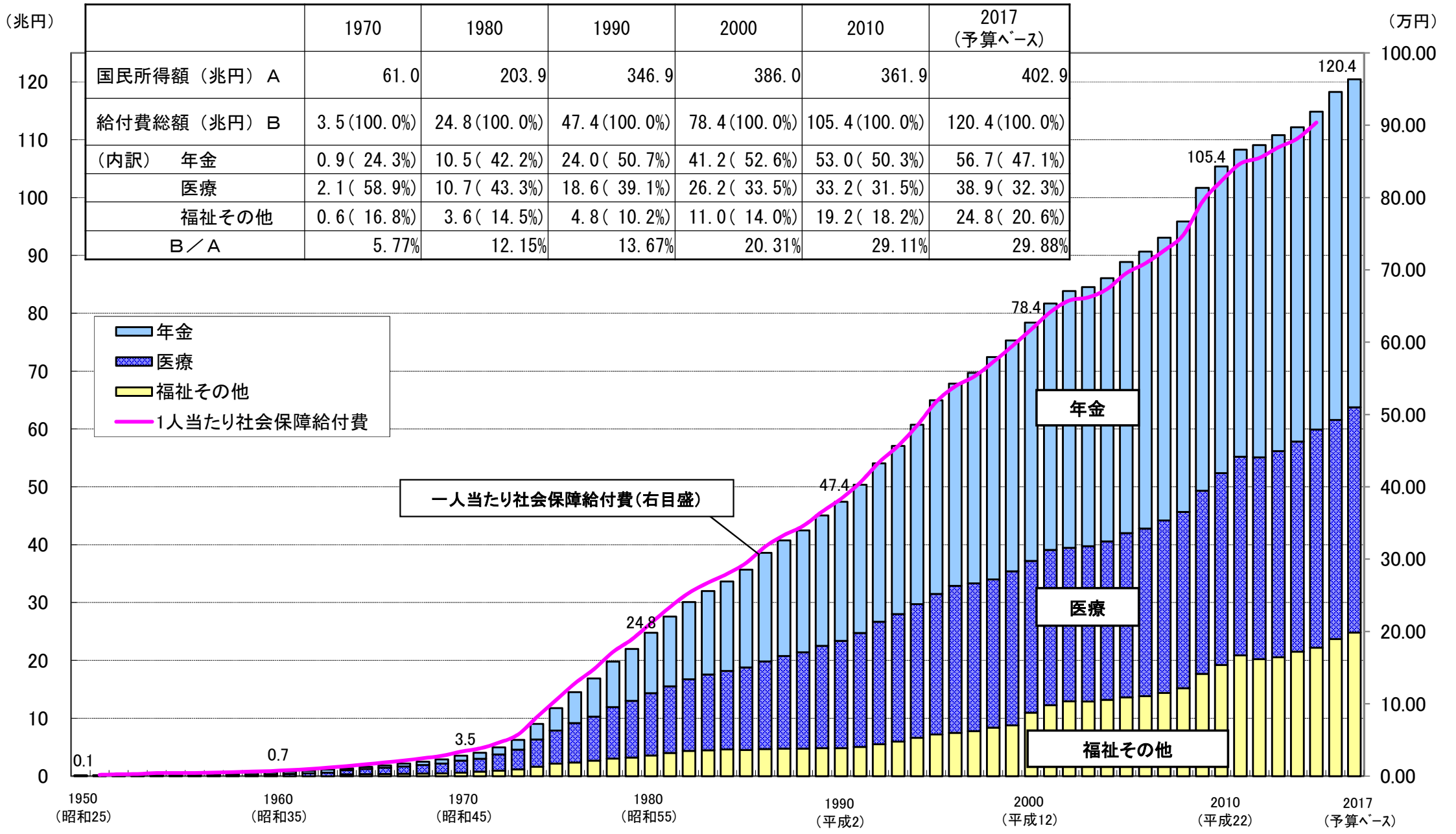
○　2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

社会保障給付費の推移

	1970	1980	1990	2000	2010	2017（予算ﾍﾞｰｽ）
国民所得額（兆円） A	61.0	203.9	346.9	386.0	361.9	402.9
給付費総額（兆円） B	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.4（100.0%）	78.4（100.0%）	105.4（100.0%）	120.4（100.0%）
（内訳）　年金	0.9（ 24.3%）	10.5（ 42.2%）	24.0（ 50.7%）	41.2（ 52.6%）	53.0（ 50.3%）	56.7（ 47.1%）
医療	2.1（ 58.9%）	10.7（ 43.3%）	18.6（ 39.1%）	26.2（ 33.5%）	33.2（ 31.5%）	38.9（ 32.3%）
福祉その他	0.6（ 16.8%）	3.6（ 14.5%）	4.8（ 10.2%）	11.0（ 14.0%）	19.2（ 18.2%）	24.8（ 20.6%）
B／A	5.77%	12.15%	13.67%	20.31%	29.11%	29.88%

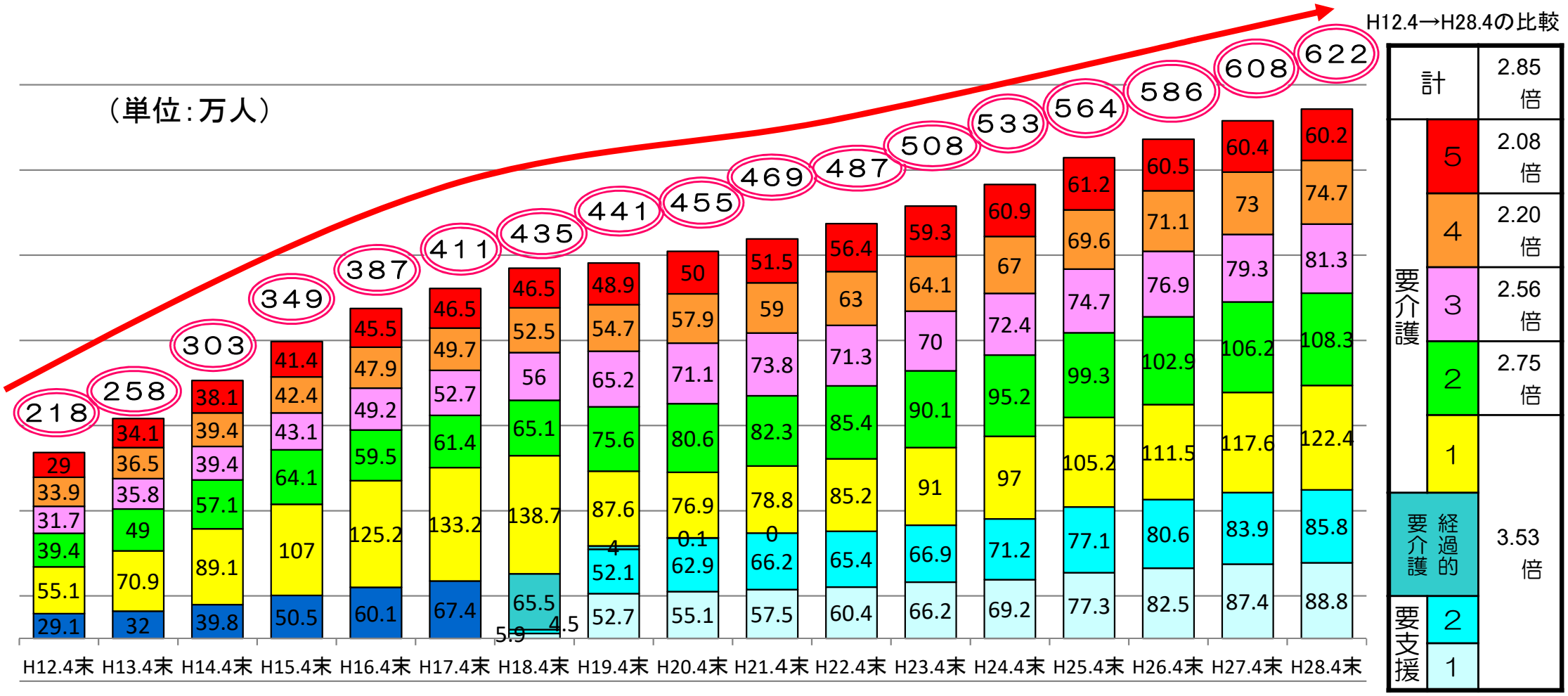


資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2017年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成30年1月22日閣議決定）」

（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2017年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

要介護度別認定者数の推移

要介護（要支援）の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2．85倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



注１）陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注２）楢葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

（出典：介護保険事業状況報告）

介護費の伸び率の要因分解

	平成18（2006）	平成19（2007）	平成20（2008）	平成21（2009）	平成22（2010）	平成23（2011）	平成24（2012）	平成25（2013）	平成26（2014）	平成27（2015）
介護保険事業計画	第３期			第４期			第５期			第６期
介護費	6.4兆円	6.7兆円	7.0兆円	7.5兆円	7.8兆円	8.3兆円	8.8兆円	9.2兆円	9.6兆円	9.9兆円
介護費の伸び率	−0.2%	4.9%	4.2%	7.3%	4.8%	5.4%	6.5%	4.6%	4.6%	2.3%
うち高齢化の影響	4.9%	4.8%	4.3%	4.3%	3.2%	4.2%	4.2%	3.9%	3.8%	2.9%
うち高齢化の影響以外	−4.9%	0.1%	−0.2%	2.9%	1.6%	1.2%	2.1%	0.7%	0.8%	−0.6%
うち介護報酬改定	−1.45%	−	−	3.0%	−	−	1.2%	−	0.63%	−2.27%
うち介護報酬改定以外	−3.5%	0.1%	−0.2%	−0.1%	1.6%	1.2%	0.9%	0.7%	0.1%	1.8%

【資料】介護給付費実態調査（厚生労働省）、国勢調査、人口推計10月１日現在人口（総務省）

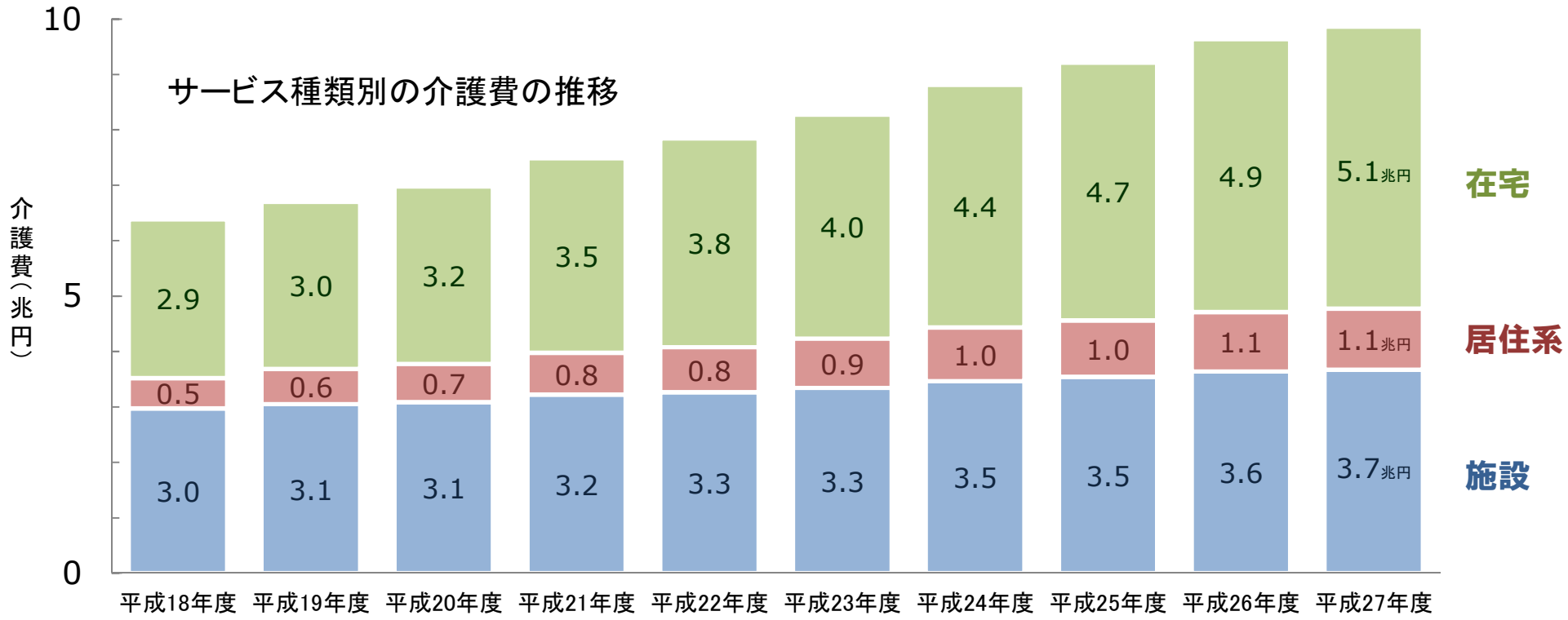
（注１）介護費には、償還払いの費用（福祉用具購入、住宅改修費等）及び地域支援事業に係る費用は含まれていない。

（注２）平成18年４月の介護報酬改定は▲0.5%[平成17年10月改定分を含めると▲2.4%]であり、平成17年10月改定分は平成18年度前半まで影響することから、平成18年度の介護報酬改定の影響を平成18年４月改定分（▲0.5）＋平成17年10月改定分の半年分の影響（（▲2.4－▲0.5）/２）とした。

（注３）高齢化に起因する伸びは、前年度の利用状況を基に人口の違いによる影響を推計したものである。したがって、”高齢化以外のその他”に下記が含まれることに留意が必要

- 施策の影響（制度改正等の影響）
- 施設給付の見直し（平成17年10月）
- 新しい予防給付の導入、地域密着型サービスの創設（平成18年４月） ※新予防給付導入による経過措置は平成20年度末まで
- 定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設（平成24年４月）
- 家族形態の変化（高齢単身世帯の増加等）に伴うサービス利用構造の変化等
- 医療から介護への流れに伴う介護ニーズの増　　等

サービス類型別介護費の動向（平成18～27年度）



■伸び率（対前年度）の推移

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
施設	2.6%	1.1%	4.4%	1.4%	2.5%	3.5%	2.2%	2.7%	0.9%
うち高齢化	5.2%	4.6%	4.5%	3.0%	4.5%	4.4%	4.1%	4.0%	3.0%
うち高齢化以外	▲ 2.5%	▲ 3.4%	▲ 0.1%	▲ 1.6%	▲ 1.9%	▲ 0.9%	▲ 1.8%	▲ 1.2%	▲ 2.0%
居住系	16.3%	9.6%	9.0%	7.5%	9.1%	9.1%	5.3%	5.3%	2.5%
うち高齢化	4.9%	4.5%	4.5%	3.5%	4.5%	4.5%	4.2%	4.1%	3.1%
うち高齢化以外	10.9%	4.9%	4.4%	3.8%	4.3%	4.5%	1.1%	1.1%	▲ 0.5%
在宅	5.2%	6.1%	9.6%	7.4%	7.2%	8.3%	6.4%	5.9%	3.3%
うち高齢化	4.4%	4.0%	3.9%	3.2%	3.8%	4.0%	3.7%	3.6%	2.7%
うち高齢化以外	0.7%	2.0%	5.5%	4.1%	3.3%	4.1%	2.6%	2.2%	0.5%

【資料】介護給付費実態調査（厚生労働省）、人口推計、国勢調査（総務省）を基に作成
　〇施設　：介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設
　〇居住系：特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護
　〇在宅　：上記以外のサービス
（注1）予防サービス、補足給付を含む。市区町村が直接支払う償還払いの費用（福祉用具購入、住宅改修費等）及び地域支援事業に係る費用は含まない。
（注2）高齢化の伸びは、年齢階級別の１人当たり費用を固定して、人口構成の変化のみを反映させた場合の伸びをあらわす。
（注3）高齢化以外の伸びには、介護報酬改定の影響、制度改正効果、医療から介護への移行に伴う影響などが含まれる。

伸びの分解　診療種別（入院・外来）の推計

医療費の伸びについて、人口要因を除いたその他の要因による伸びを入院・外来等の診療種別で見た場合、以下の通り。

	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸びから人口増の影響及び高齢化の影響を除いた分（診療報酬改定、医療の高度化、患者負担の見直し　等）	2.2%	2.3%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.7%
医科入院	0.6%	1.6%	0.2%	0.4%	−0.0%	0.1%	0.2%
医科入院外＋調剤	1.6%	0.6%	1.7%	0.0%	1.1%	0.4%	2.4%
うち、調剤	1.0%	0.6%	1.2%	0.0%	0.8%	0.2%	1.5%
その他 歯科、訪問看護、療養費　等	−0.1%	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
（再掲）診療報酬改定分		0.19%		0.004%		0.10%	

(注) 平成21年度～平成25年度については、国民医療費の診療種類別、年齢階級別人口１人当たり医療費を元に推計。また、平成26年度及び平成27年度については、平成25年度の診療種類別、年齢階級別人口１人当たり国民医療費と平成26年度及び平成27年度の年齢階級別人口を元に推計。

医療費の「その他」を要因とする伸び

○　人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1%程度であったが、平成27年度は3%近い水準。この「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	−0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%	3.8%
診療報酬改定（消費税対応分を除く） ②		−1.0%		−3.16%		−0.82%		0.19%		0.004%		−1.26%	
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	−0.1%	−0.1%	0.0%	−0.2%	−0.2%	−0.2%	−0.2%	−0.1%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%
診療報酬改定のうち、消費税対応の影響 ⑤												1.36%	
その他（①−②−③−④−⑤） ・医療の高度化 ・患者負担の見直し　等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%	2.7%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担　等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担　等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70−74歳 2割負担(※)	

注1：医療費の伸び率は、平成25年度までは国民医療費の伸び率、平成26年度以降は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

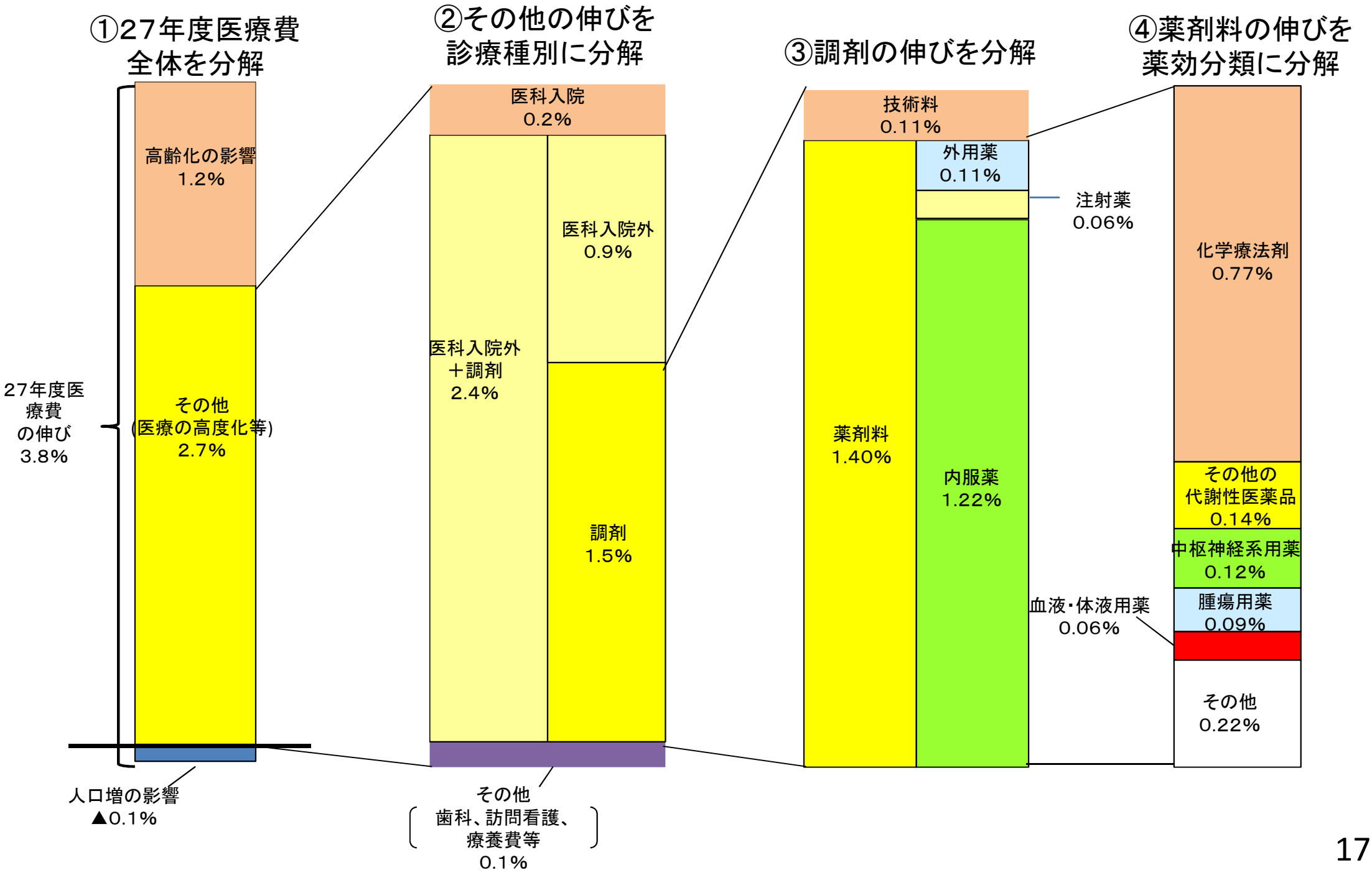
注2：平成27年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢階級別（5歳階級）国民医療費と平成27年度の年齢階級別（5歳階級）人口からの推計である。

注3：「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。

注4：平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

※70−74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

医療費の伸びの分解　まとめ（平成27年度）



世界売上上位15品目（2001年・2014年）

○　2001年と2014年の世界売上げ上位品目を比較すると、近年は、１品目の売上高が大きく増加している。また、バイオ医薬品の占める割合が増加している。

2001年

	製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高（百万ドル）	前年比伸び率
1	ｿﾞｺｰﾙ(ﾘﾎﾟﾊﾞｽ)	ｼﾝﾊﾞｽﾀﾁﾝ	高脂血症薬	ﾒﾙｸ	6,670	26%
2	ﾘﾋﾟﾄｰﾙ	ｱﾄﾙﾊﾞｽﾀﾁﾝ	高脂血症薬	ﾌｧｲｻﾞｰ	6,449	28%
3	ｵﾒﾌﾟﾗｰﾙ/ﾌﾟﾘﾛｾﾞｯｸ	ｵﾒﾌﾟﾗｿﾞｰﾙ	抗潰瘍剤PPI	ｱｽﾄﾗｾﾞﾈｶ	5,684	▲7%
4	ﾉﾙﾊﾞｽｸ	ｱﾑﾛｼﾞﾋﾟﾝ	降圧剤Ca拮抗剤	ﾌｧｲｻﾞｰ	3,582	7%
5	ﾒﾊﾞﾛﾁﾝ/ﾌﾟﾗﾊﾞｺｰﾙ	ﾌﾟﾗﾊﾞｽﾀﾁﾝ	高脂血症薬	三共/BMS	3,509	5%
6	ﾌﾟﾛｸﾘｯﾄ/ｴﾌﾟﾚｯｸｽ	ｴﾎﾟｴﾁﾝｱﾙﾌｧ	腎性貧血	J&J	3,430	27%
7	ﾀｹﾌﾟﾛﾝ	ﾗﾝｿﾌﾟﾗｿﾞｰﾙ	抗潰瘍剤PPI	武田薬品/TAP	3,212	25%
8	ｸﾗﾘﾁﾝ/D	ﾛﾗﾀｼﾞﾝ	抗ﾋｽﾀﾐﾝ剤	ｼｪﾘﾝｸﾞ･ﾌﾟﾗｳ	3,159	5%
9	ｾﾚﾌﾞﾚｯｸｽ	ｾﾚｺｷｼﾌﾞ	Cox2阻害剤	ﾌｧﾙﾏｼｱ	3,114	19%
10	ｼﾞﾌﾟﾚｷｻ	ｵﾗﾝｻﾞﾋﾟﾝ	精神分裂病薬	ｲｰﾗｲ･ﾘﾘｰ	3,087	31%
11	ｸﾞﾙｺﾌｧｰｼﾞ	ﾒﾄﾌｫﾙﾐﾝ	糖尿病薬	独ﾒﾙｸ/BMS	2,682	55%
12	ｾﾛｸｻｯﾄ/ﾊﾟｷｼﾙ	ﾊﾟﾛｷｾﾁﾝ	抗うつ剤SSRI	ｸﾞﾗｸｿ･ｽﾐｽｸﾗｲﾝ	2,674	16%
13	ﾊﾞｲｵｯｸｽ	ﾛﾌｪｺｷｼﾌﾞ	Cox2阻害剤	ﾒﾙｸ	2,555	18%
14	ｿﾞﾛﾌﾄ	ｾﾙﾄﾗﾘﾝ	抗うつ剤SSRI	ﾌｧｲｻﾞｰ	2,366	11%
15	ｴﾎﾞｼﾞｪﾝ(ｴｽﾎﾟｰ)	ｴﾎﾟｴﾁﾝｱﾙﾌｧ	腎性貧血	ｱﾑｼﾞｪﾝ	2,150	10%

2014年

	製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高（百万ドル）	前年比伸び率
1	ﾋｭﾐﾗ	ｱﾀﾞﾘﾑﾏﾌﾞ	関節ﾘｳﾏﾁ/ｸﾛｰﾝ病	ｱｯｳﾞｨ/ｴｰｻﾞｲ	12,902	17%
2	ｿﾊﾞﾙﾃﾞｨ/ﾊｰﾎﾞﾆ	ｿﾌｫｽﾌﾞﾋﾞﾙ/ﾚﾃﾞｨﾊﾟｽﾋﾞﾙ	慢性C型肝炎	ｷﾞﾘｱﾄﾞ･ｻｲｴﾝｼｽﾞ	12,410	NEW
3	ﾚﾐｹｰﾄﾞ	ｲﾝﾌﾘｷｼﾏﾌﾞ	関節ﾘｳﾏﾁ/ｸﾛｰﾝ病	J&J/ﾒﾙｸ/田辺三菱	9,909	2%
4	ｴﾝﾌﾞﾚﾙ	ｴﾀﾈﾙｾﾌﾟﾄ	関節ﾘｳﾏﾁ/ｸﾛｰﾝ病	ｱﾑｼﾞｪﾝ/ﾌｧｲｻﾞｰ/武田	8,927	2%
5	ﾘﾂｷｻﾝ	ﾘﾂｷｼﾏﾌﾞ	抗がん剤/抗ﾘｳﾏﾁ	ﾛｼｭ/ﾊﾞｲｵｼﾞｪﾝ	8,744	▲2%
6	ﾗﾝﾀｽ	ｲﾝｽﾘﾝｸﾞﾗﾙｷﾞﾝ	糖尿/ｲﾝｽﾘﾝｱﾅﾛｸﾞ	ｻﾉﾌｨ	8,432	12%
7	ｱﾊﾞｽﾁﾝ	ﾍﾞﾊﾞｼｽﾞﾏﾌﾞ	転移性結腸がん	ﾛｼｭ/中外製薬	7,021	6%
8	ﾊｰｾﾌﾟﾁﾝ	ﾄﾗｽﾂｽﾞﾏﾌﾞ	HER2乳がん	ﾛｼｭ/中外製薬	6,865	7%
9	ｱﾄﾞｴｱ/ｾﾚﾀｲﾄﾞ	ｻﾙﾒﾃﾛｰﾙ/ﾌﾙﾁｶｿﾞﾝ	抗喘息/COPD	GSK/ｱﾙﾐﾗﾙ	6,620	▲24%
10	ｸﾚｽﾄｰﾙ	ﾛｽﾊﾞｽﾀﾁﾝ	高脂血症/ｽﾀﾁﾝ	塩野義/ｱｽﾄﾗｾﾞﾈｶ	6,372	▲5%
11	ｼﾞｬﾇﾋﾞｱ	ｼﾀｸﾞﾘﾌﾟﾁﾝ/配合剤	2型糖尿病/DPP4	ﾒﾙｸ/小野薬品/ｱﾙﾐﾗﾙ	6,355	1%
12	ｴﾋﾞﾘﾌｧｲ	ｱﾘﾋﾟﾌﾟﾗｿﾞｰﾙ(経口)	総合失調症	大塚製薬/BMS	5,928	17%
13	ﾘﾘｶ	ﾌﾟﾚｶﾞﾊﾞﾘﾝ	神経疼痛/てんかん	ﾌｧｲｻﾞｰ/ｴｰｻﾞｲ	5,389	12%
14	ﾚﾌﾞﾘﾐｯﾄﾞ/ﾚﾌﾞﾗﾐﾄﾞ	ﾚﾅﾘﾄﾞﾐﾄﾞ	多発性骨髄腫	ｾﾙｼﾞｰﾝ	4,980	16%
15	ﾉﾎﾞﾗﾋﾟｯﾄﾞ/ﾉﾎﾞﾐｯｸｽ	ｲﾝｽﾘﾝｱｽﾊﾟﾙﾄ/混合	糖尿/ｲﾝｽﾘﾝｱﾅﾛｸﾞ	ﾉﾎﾞ･ﾉﾙﾃﾞｨｽｸ	4,871	3%

※　網掛けはバイオ医薬品。下線は抗体医薬品。

出所：ユートブレーン（ファルマ・フューチャー2002 NO.136）、ゼジデム・ストラテジックデータ（株）ユート・ブレーン事業部刊「Pharma Future（2015年5月号）」をもとに厚生労働省が作成した資料から引用。

Ⅱ　30年度改定の各改定項目における現状と課題

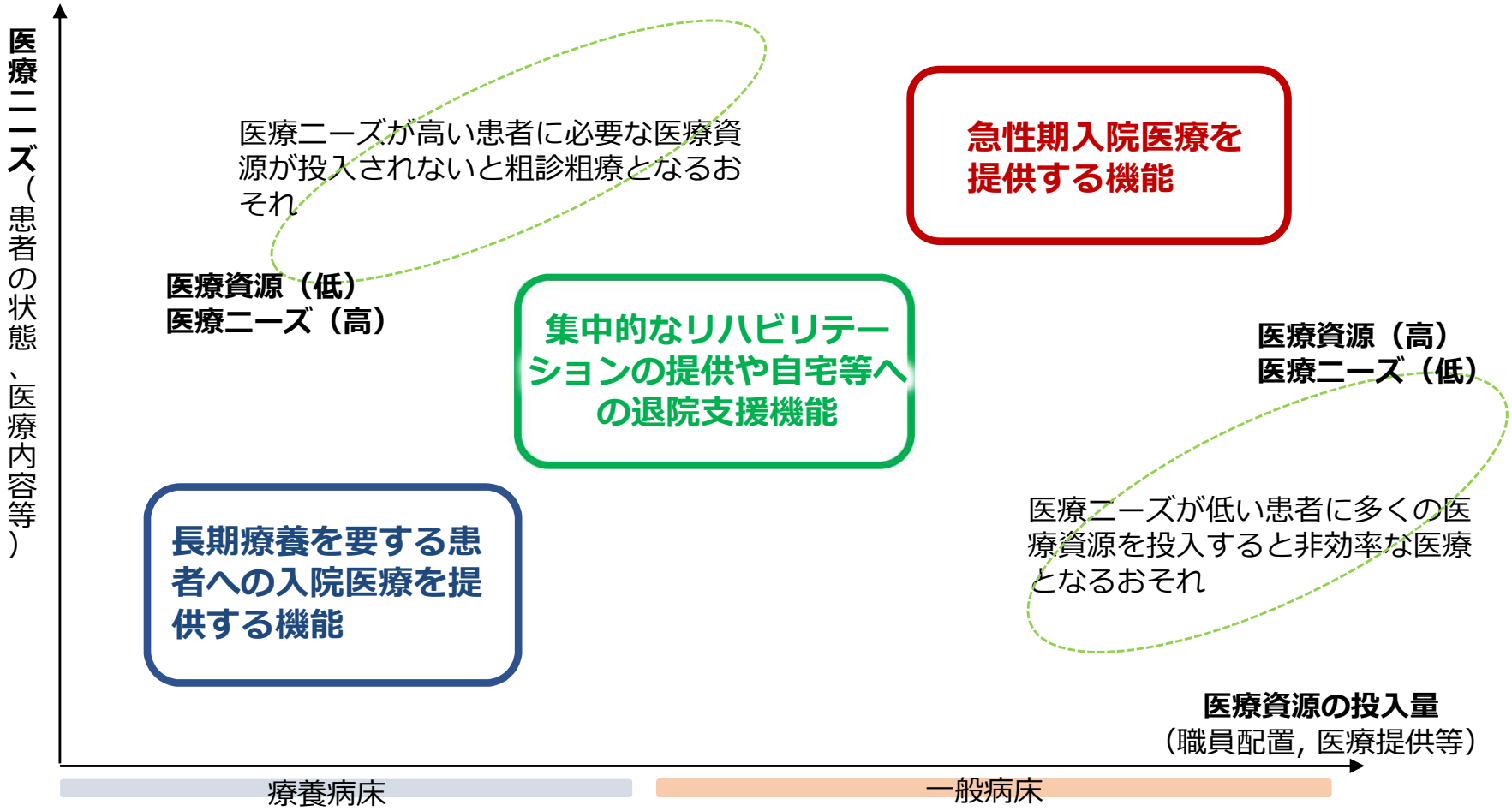
１－（１）入院医療
－医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や入退院支援の推進

改定説明会資料（概要）
３０．３．５

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

○　入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。

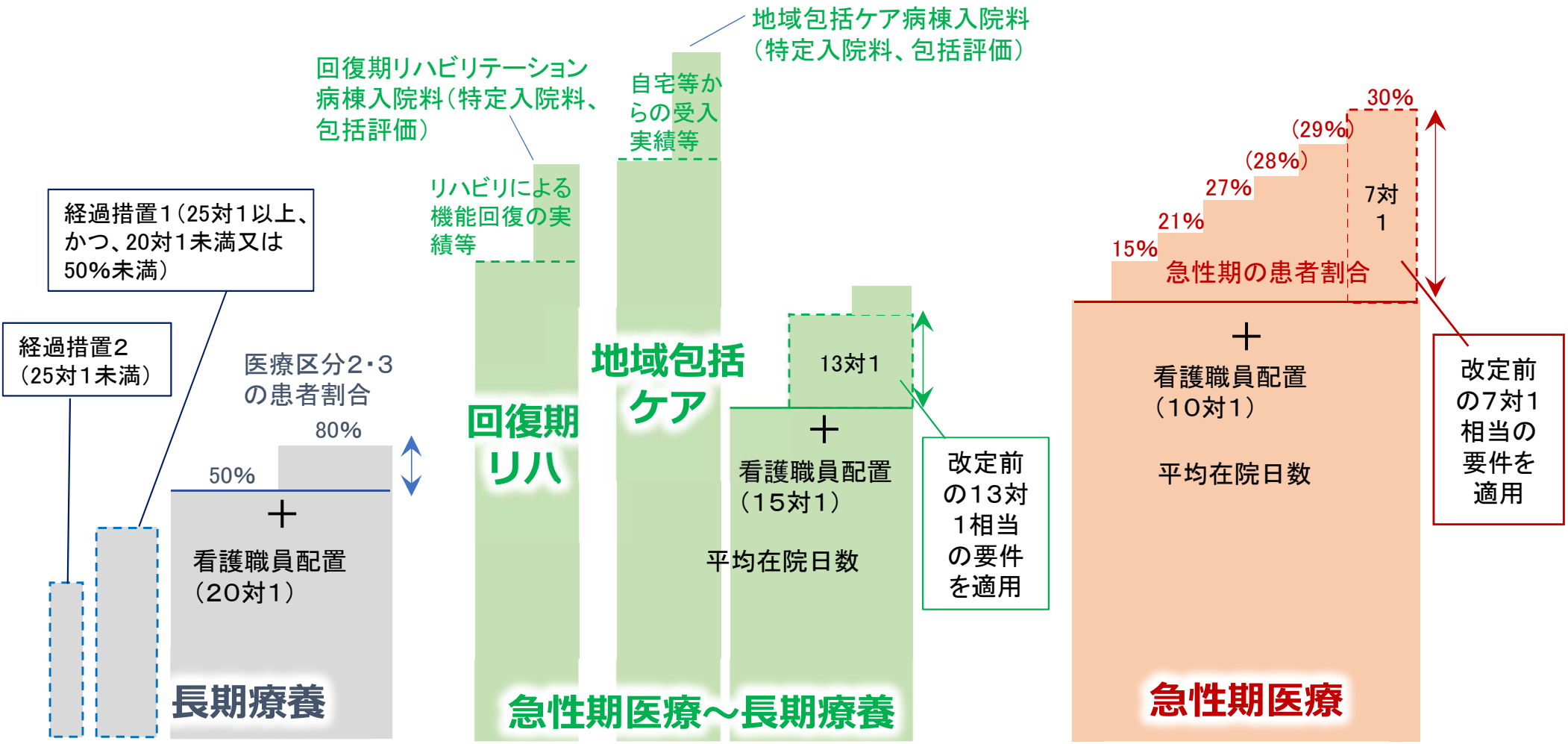
○　患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



改定説明会資料（概要）
３０．３．５

新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料（２０対１、２５対１）を再編・統合	一般病棟入院基本料（１３対１、１５対１）等を再編・統合	一般病棟入院基本料（７対１、１０対１）を再編・統合

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

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の位置付け

一般病床
（H29.6末医療施設動態・病院報告）
病床数　891,492床
病床利用率　73.3%
平均在院日数　15.7日

療養病床
（H29.6末医療施設動態・病院報告）
病床数　327,088床
病床利用率　87.8%
平均在院日数　145.5日

DPC
1,664施設　483,747床※2（▲11,480床）
※2　H29.4.1現在

- 特定機能病院：84施設　58,343床※1（▲500床）　※1　一般病床に限る
- 専門病院：22施設　7,283床（▲106床）
- 一類感染症：28施設　93床（▲2床）
- 救命救急：387施設　6,498床（+206床）
- 新生児特定集中治療室：230施設　1,615床（+45床）
- 特定集中治療室：655施設　5,528床（▲91床）
- 新生児治療回復室：195施設　2,733床（+112床）
- 小児特定集中治療室：7施設　84床（+36床）
- 総合周産期特定集中治療室：121施設　母児・胎児　749床（+7床）　新生児　1,525床（+38床）
- 脳卒中ハイケアユニット：138施設　1,004床（+85床）
- ハイケアユニット：管理料1　422施設　4,122床／管理料2　55施設　521床／合計　477施設　4,643床（+279床）

一般病棟入院基本料
631,389床（▲15,899床）
※　特別入院基本料を含む

- 小児入院医療管理料：入院料1　68施設　4,932床（▲16床）／入院料2　191施設　6,776床（+3,546床）／入院料3　109施設　2,627床（▲610床）／入院料4　373施設　8,221床（▲115床）／入院料5　131施設　ー
- 回復期リハビリテーション：入院料1　602施設　38,710床（+5,166床）／入院料2　707施設　34,296床（▲1,622床）／入院料3　148施設　6,024床（+53床）／計　1,457施設　79,030床（+3,597床）
- 地域包括ケア病棟（入院医療管理料）：入院料1　1,486施設　42,829床／入院料2　108施設　2,712床／計　1,594施設　45,541床
- 緩和ケア病棟：374施設　7,539床（+509床）
- 障害者施設等：862施設　66,800床（▲170床）
- 特殊疾患：入院料1　111施設　5,876床（▲105床）／入院料2　91施設　6,562床（+159床）／管理料　31施設　494床（▲143床）

療養病棟入院基本料
221,514床（▲184床）

介護療養病床
52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成28年7月1日現在
（かっこ内は前年比較）

有床診療所一般
5,667施設　75,459床（▲2,755床）

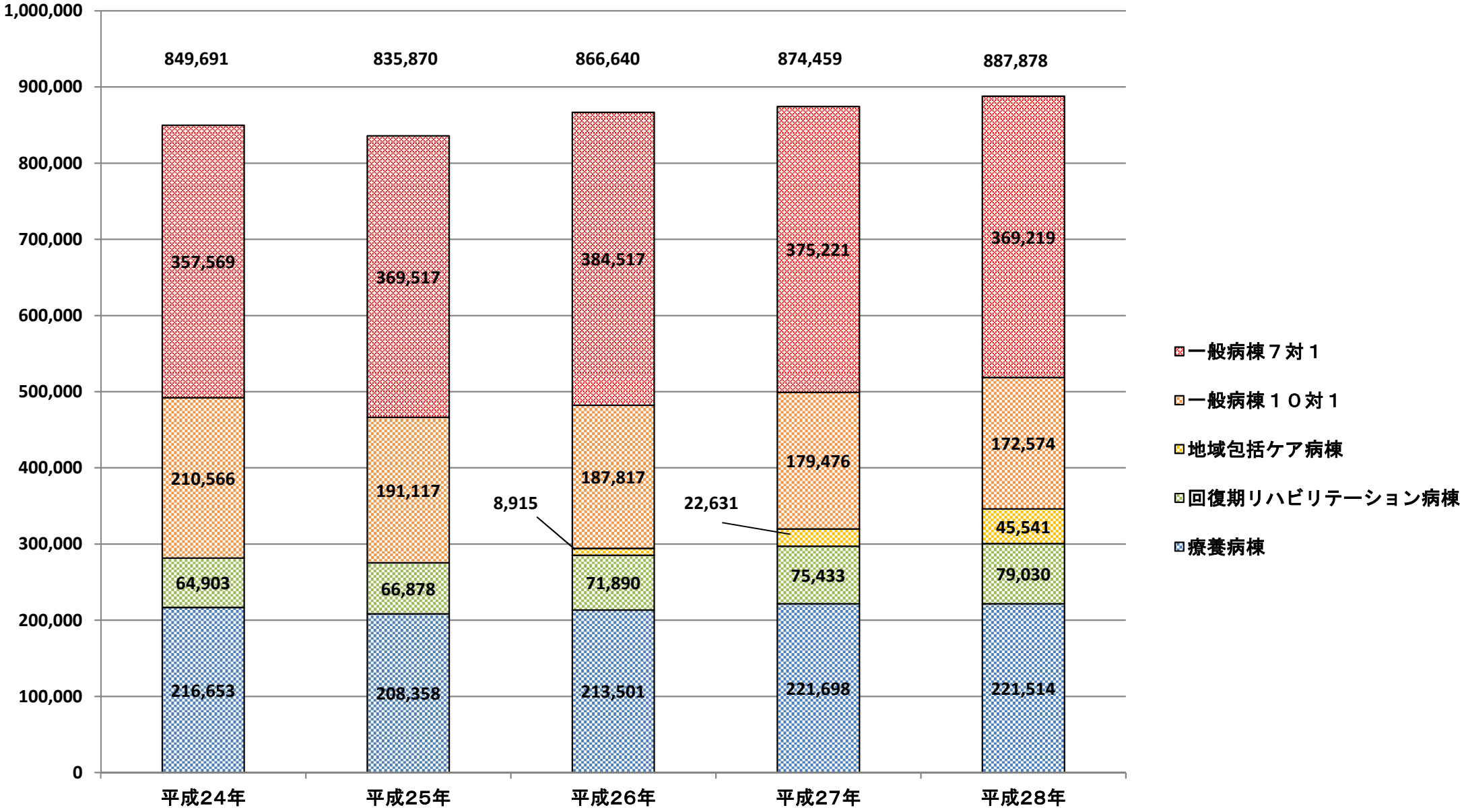
有床診療所療養
701施設　6,402床（▲448床）

精神病棟
1,310施設　160,120床（▲3,775床）

- 精神科救急：134施設　8,012床（+853床）
- 精神科急性期治療病棟：入院料1　337施設　15,936床（+332床）／入院料2　14施設　690床（+550床）
- 精神科救急・合併症：9施設　322床（▲60床）
- 児童・思春期精神：34施設　1180床（+78床）
- 精神療養：830施設　94,282床（+406床）
- 認知症治療病棟入院料：入院料1　497施設　34,458床（;667床）／入院料2　11施設　936床（▲230床）

結核病棟
193施設　4,767床（+57床）

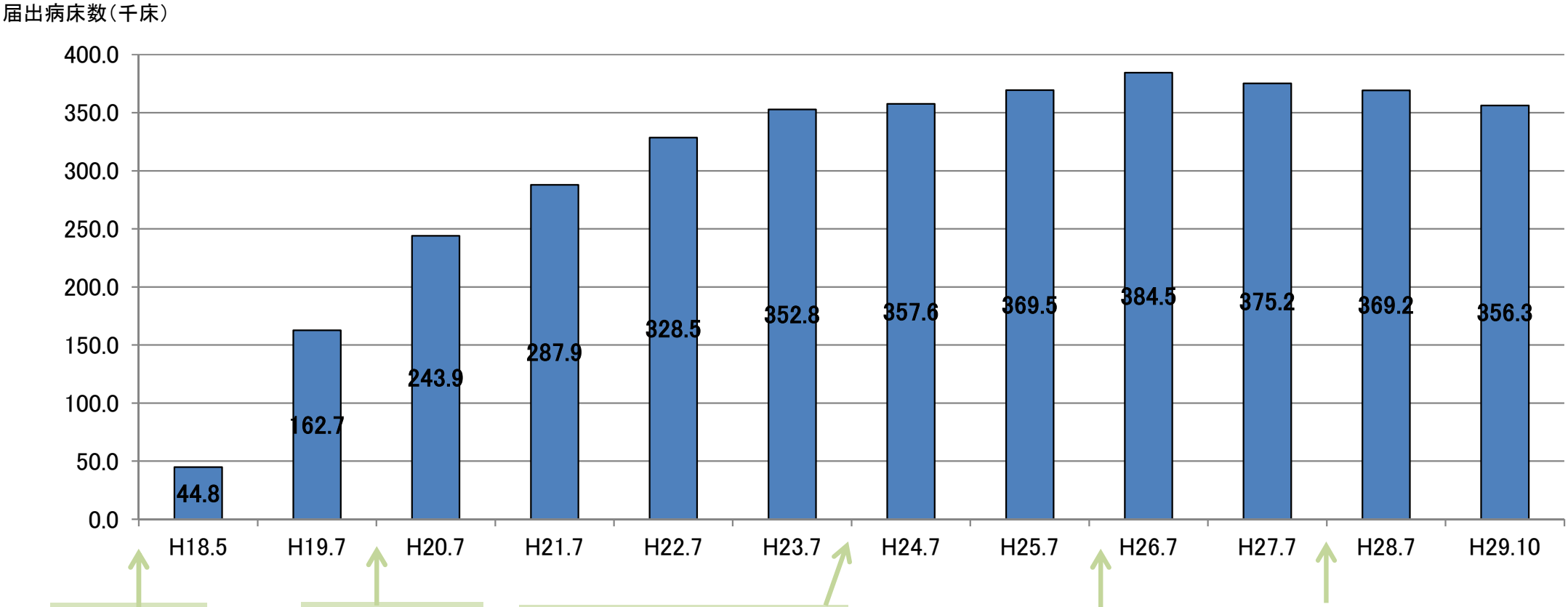
病棟種別ごとの病床数の年次推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月報告）

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

○　7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
○　平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

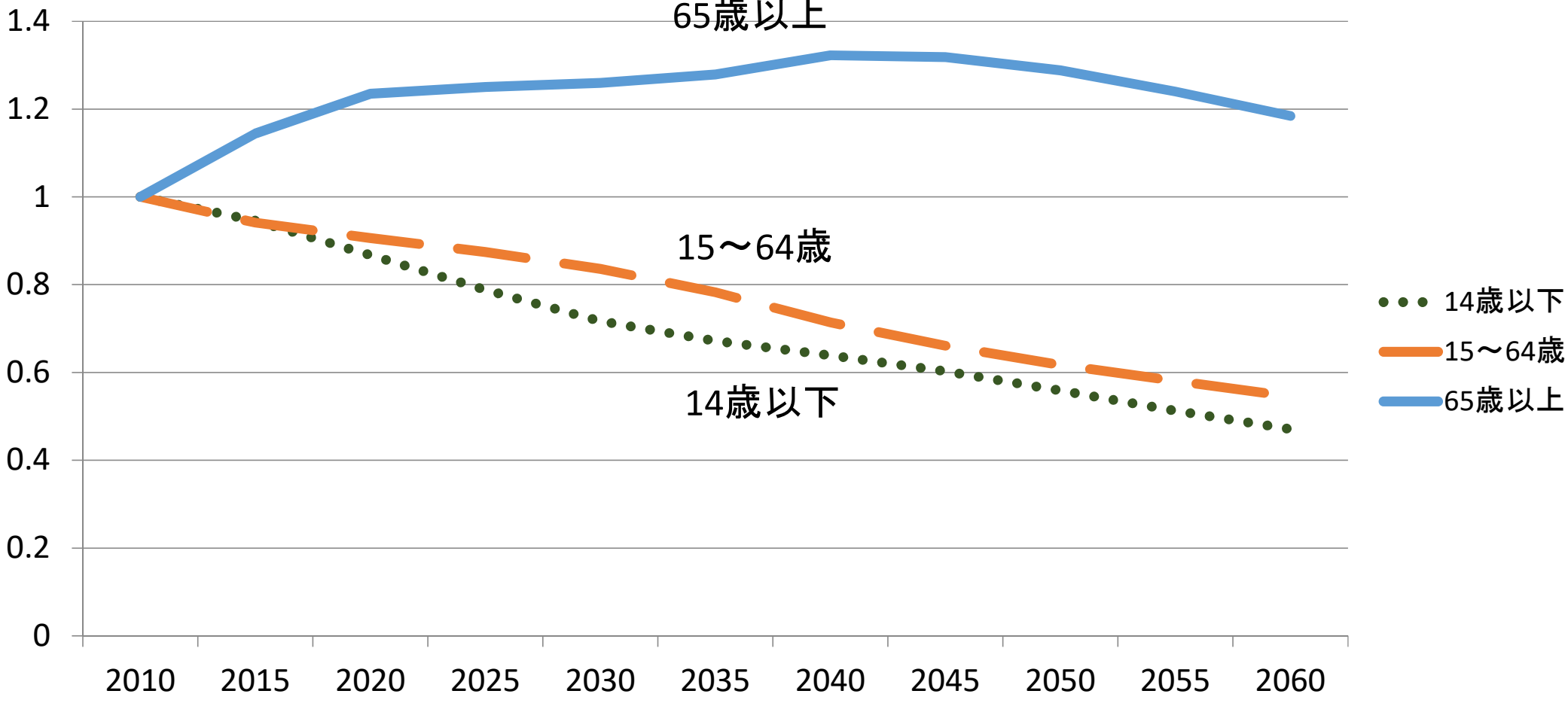
出典：保険局医療課調べ（各年7月報告）

出典：保険局医療課調べ

入院医療ニーズの将来予測①　～年齢構成～

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。

（参考）年齢階層別の日本の人口の推移

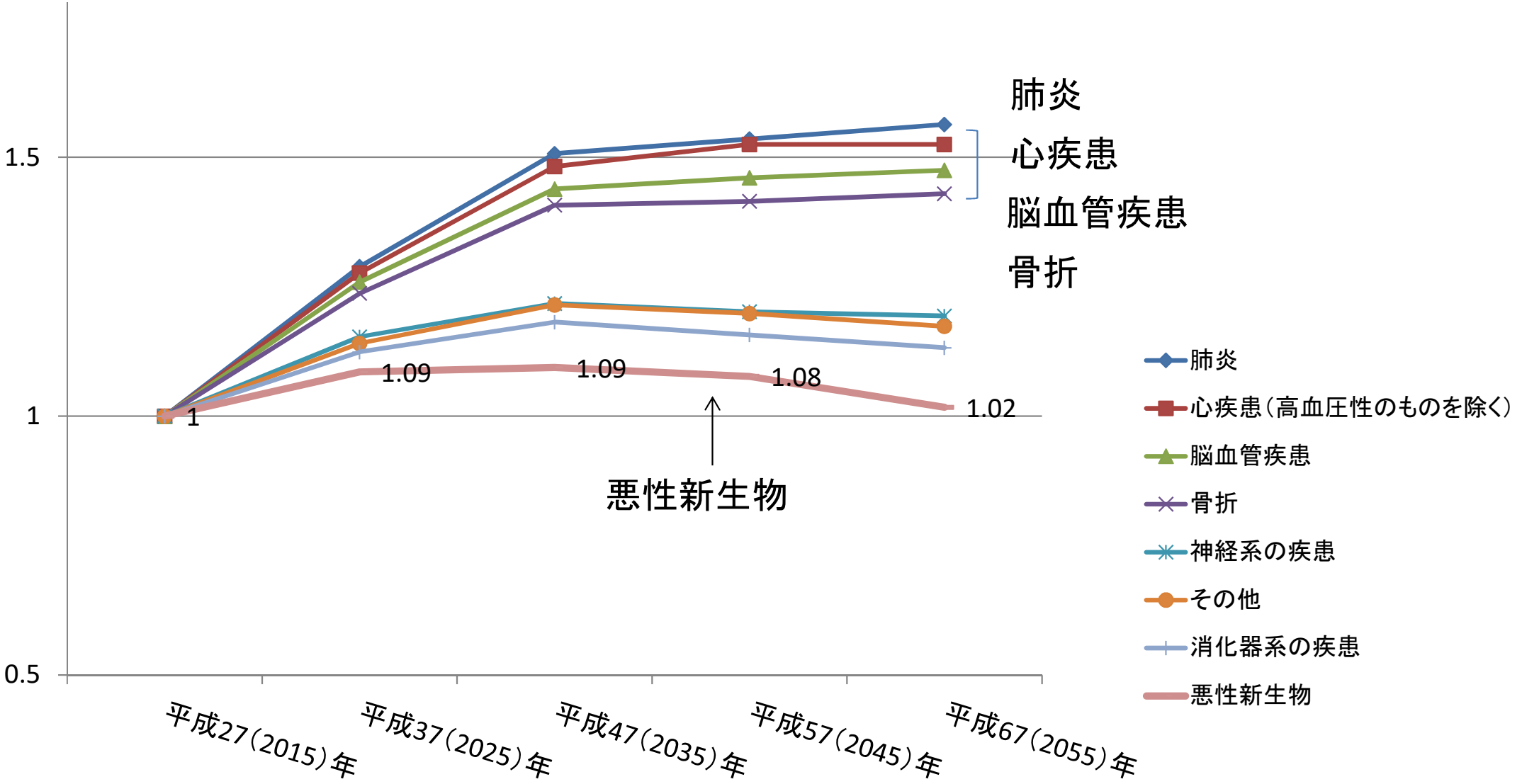


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

（出所）　総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）
厚生労働省「人口動態統計」
（平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%）

入院医療ニーズの将来予測②　～疾患構成～

（参考）入院患者の将来推計　2015年を１とした場合の増加率



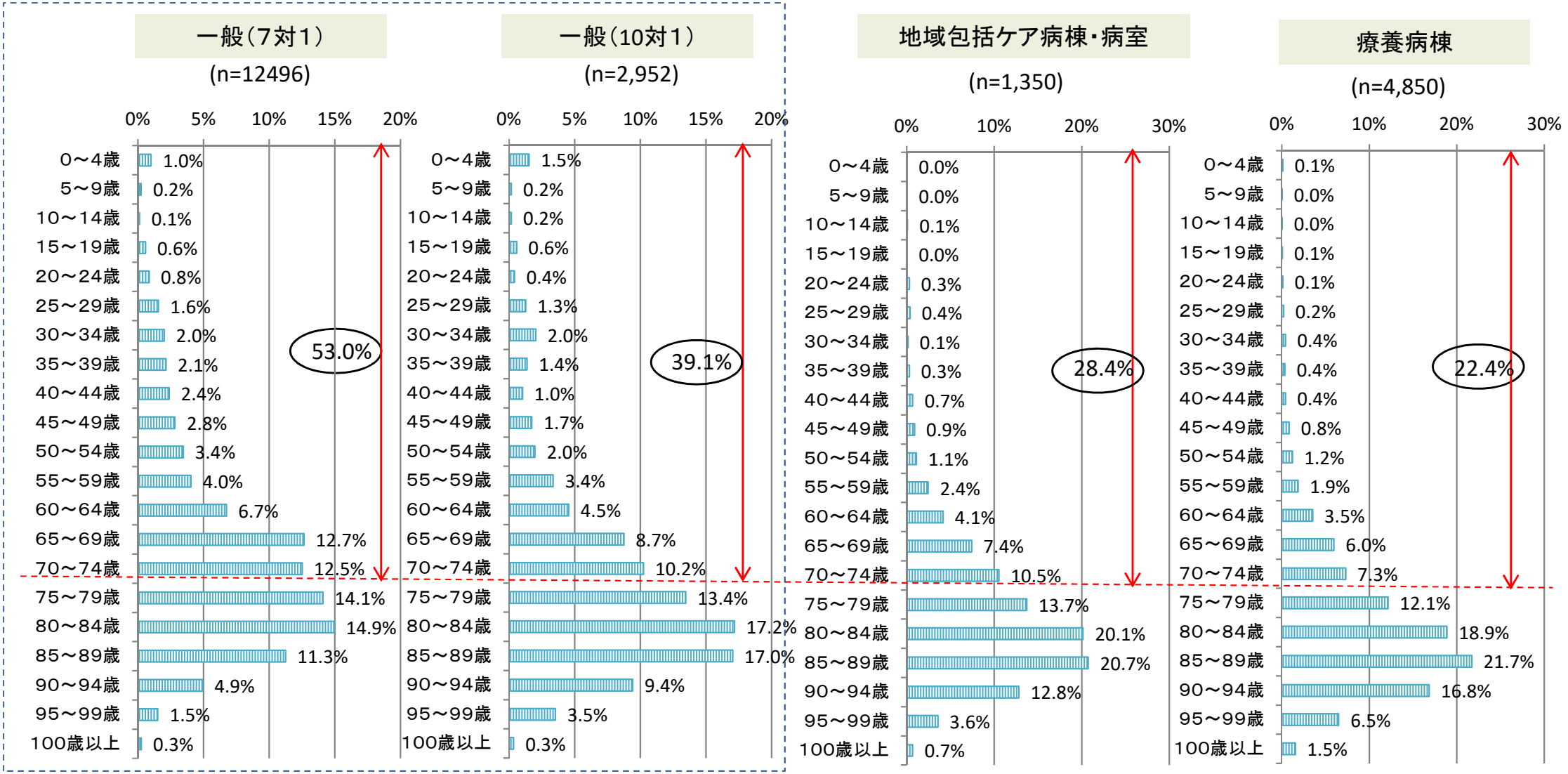
国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成

参考

一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

診調組　入－1
２９．６．７

○　一般病棟（7対1）の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。



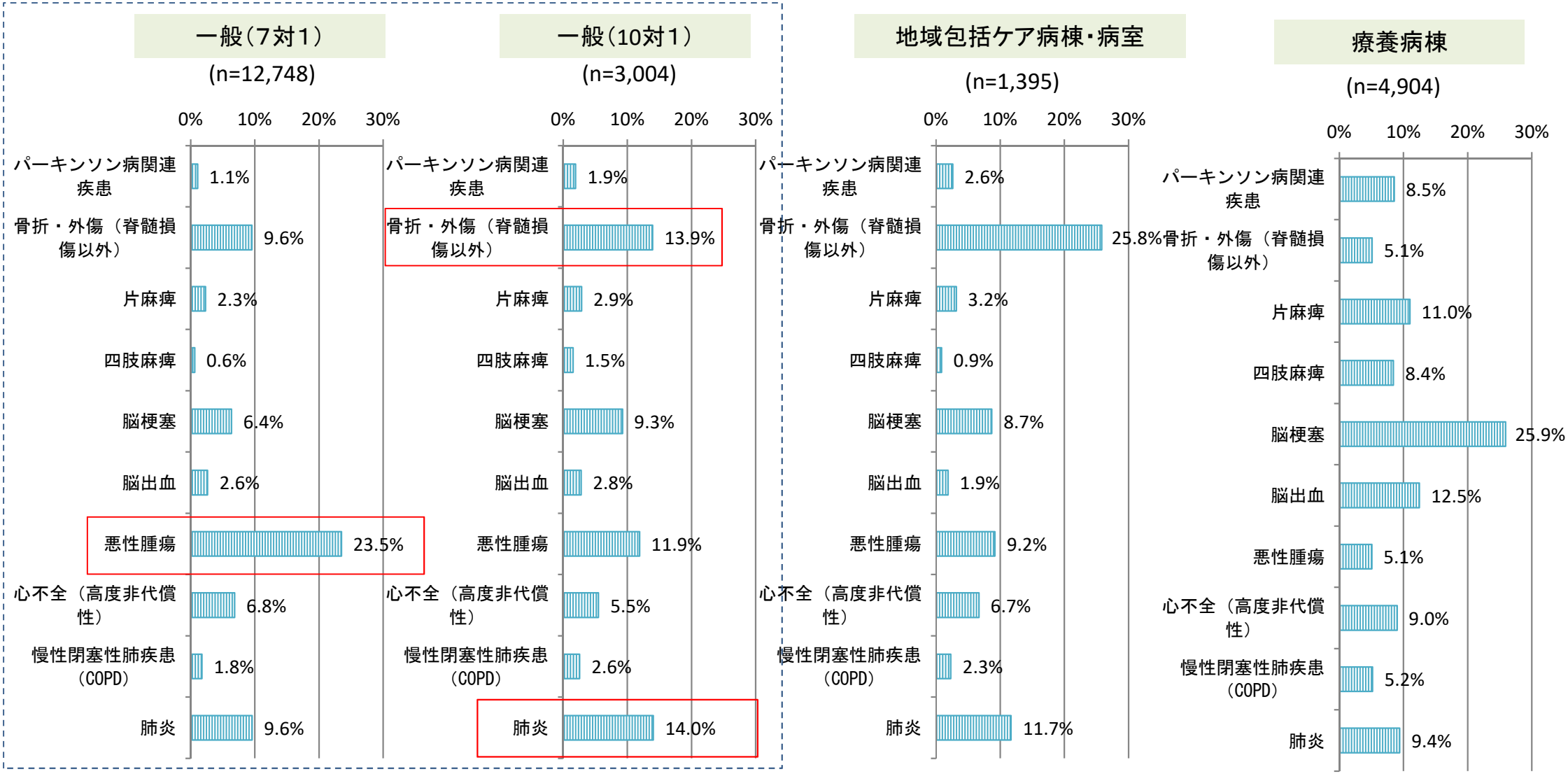
出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

参考

一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

診調組　入－1
２９．６．７

○　一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患をみると、一般病棟（7対1）では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟（10対1）では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）　※主要なものを事務局で抜粋

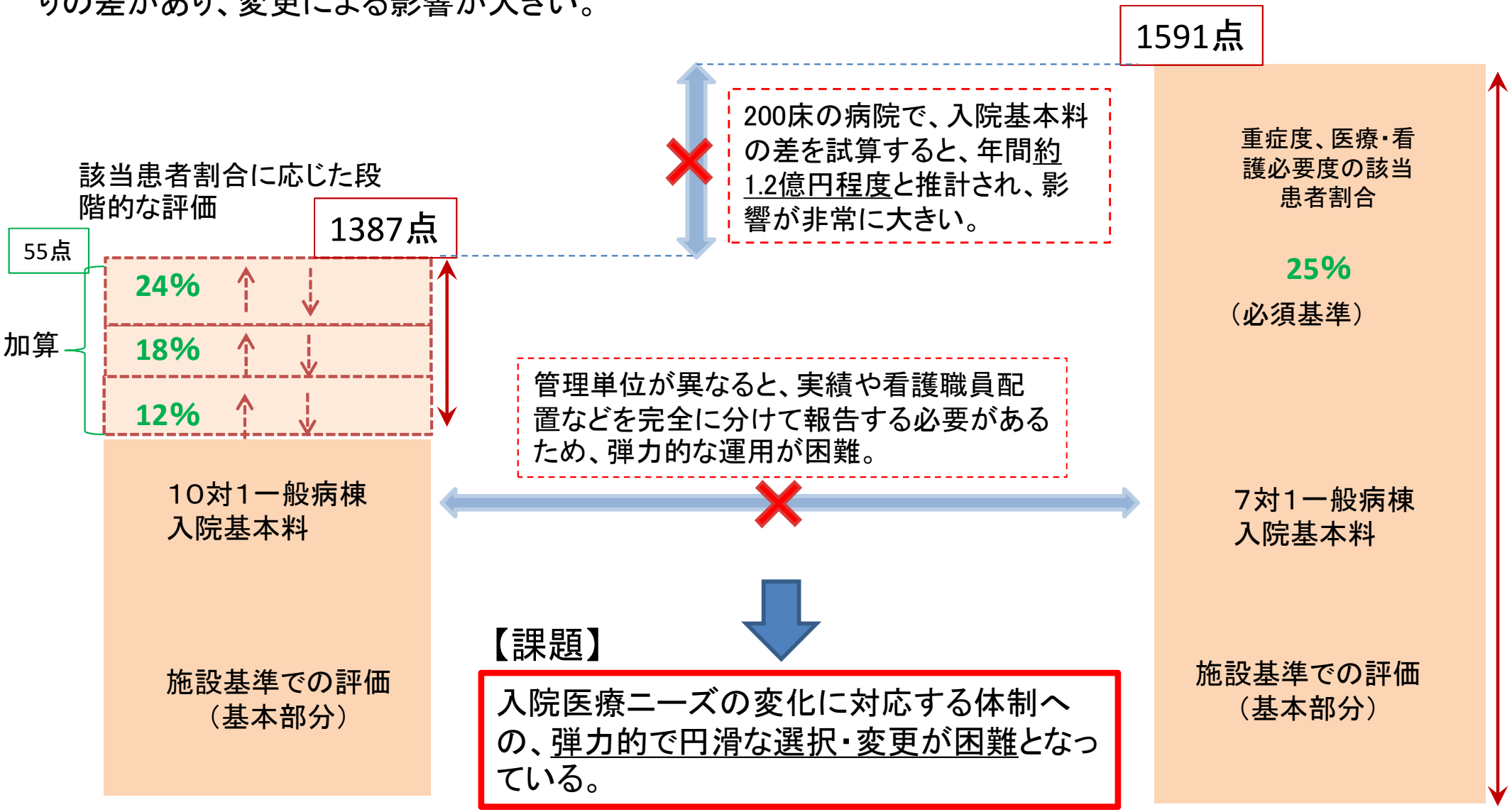
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の主な報酬・施設基準について

	10対1	7対1
入院基本料	1,332点	1,591点
主な加算	14日以内　450点　　15日以上30日以内　192点	
	急性期看護補助体制加算（14日まで） 25対1（5割以上）　160点 25対1（5割未満）　140点 50対1　120点、　75対1　80点	
	重症度、医療・看護必要度に係る加算 加算1　55点（患者割合　24%以上） 加算2　45点（患者割合　18%以上） 加算3　25点（患者割合　12%以上）	
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上
平均在院日数	21日以内	18日以内
重症度、医療・看護必要度	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。	基準を満たす患者割合が25%以上
医師の員数		常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上
在宅復帰率		8割以上

一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の比較

○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の評価方法を比較すると、7対1一般病棟では、施設基準の基準値（25%）として設定されているが、10対1一般病棟では、該当患者割合に応じた3段階の加算での評価となっている。

○　7対1一般病棟入院基本料と、10対1一般病棟入院基本料と加算（24%）の点数の和を比較すると、約200点余りの差があり、変更による影響が大きい。



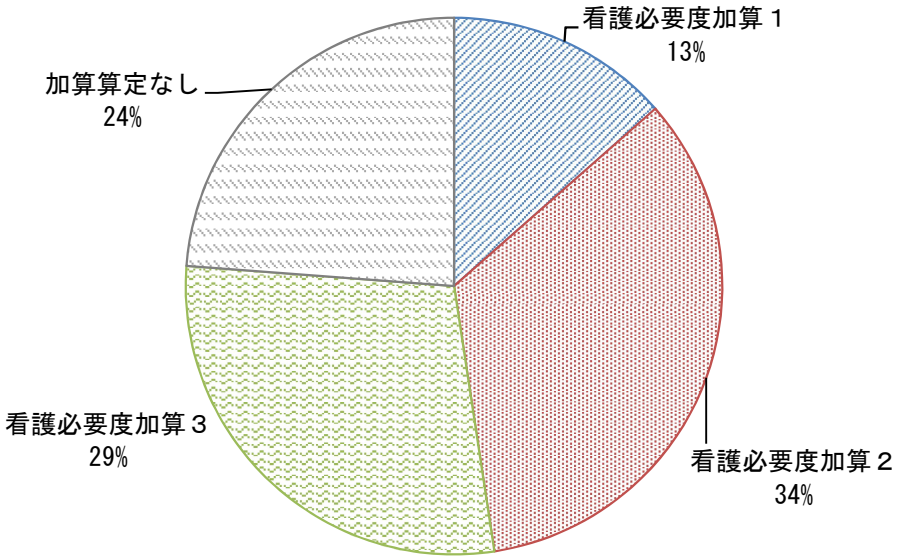
参考

一般病棟（10対1）の加算による評価について

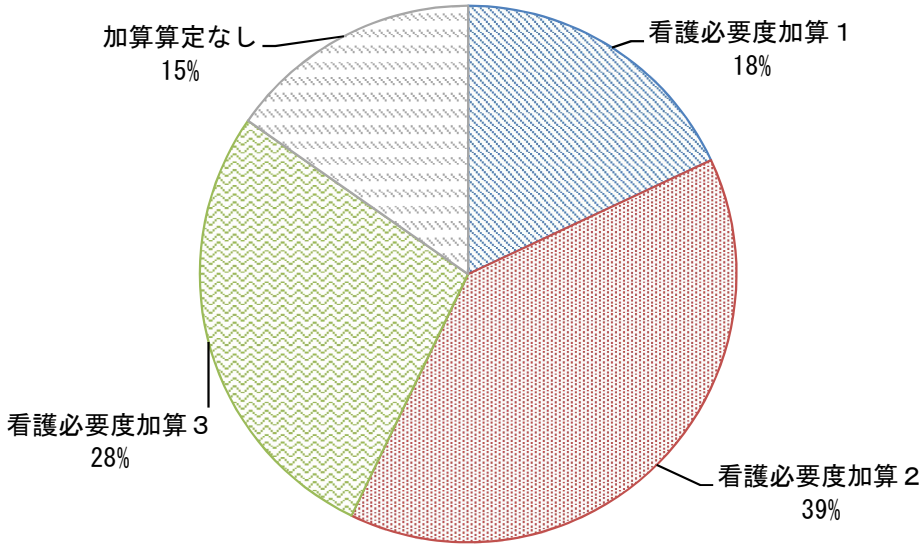
【加算の概要】

名称	点数（1日につき）	施設基準
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

届出医療機関数(n=2,216)



届出病床数(n=169,733)



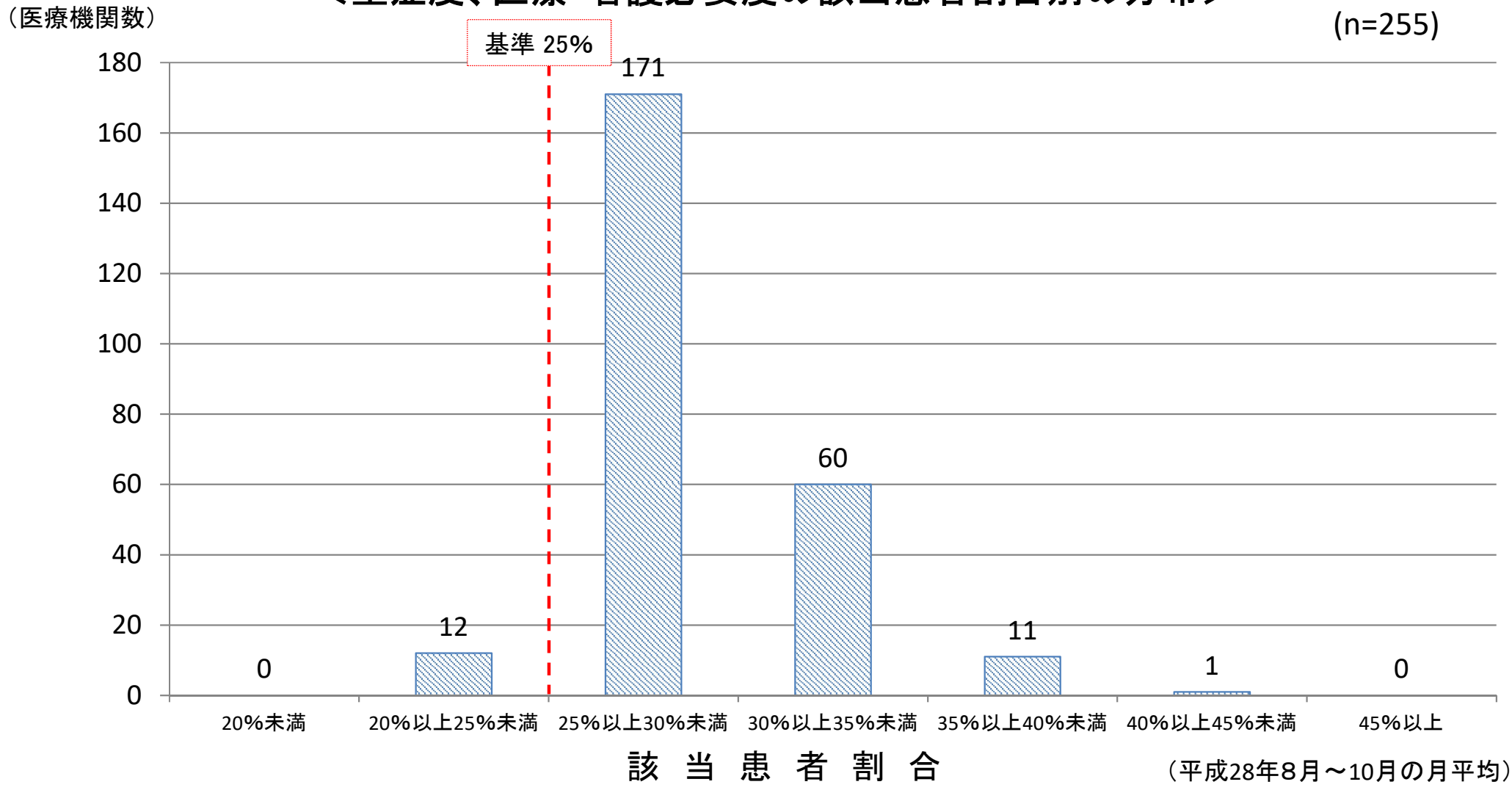
出典：保険局医療課調べ（平成29年4月）

一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

参考

○　一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%～30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞



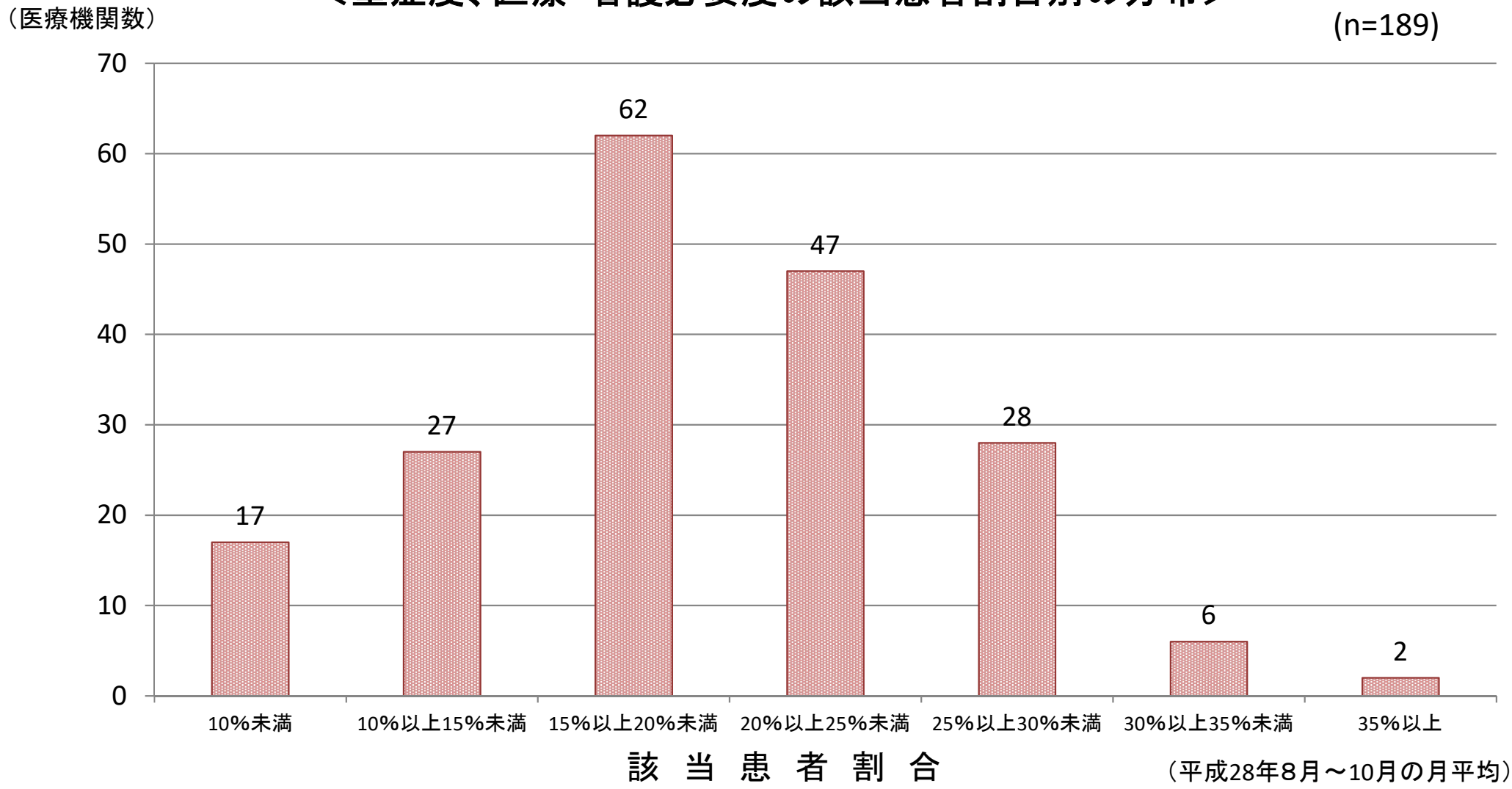
出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

一般病棟（10対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関

参考

○　一般病棟（10対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が15%～20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

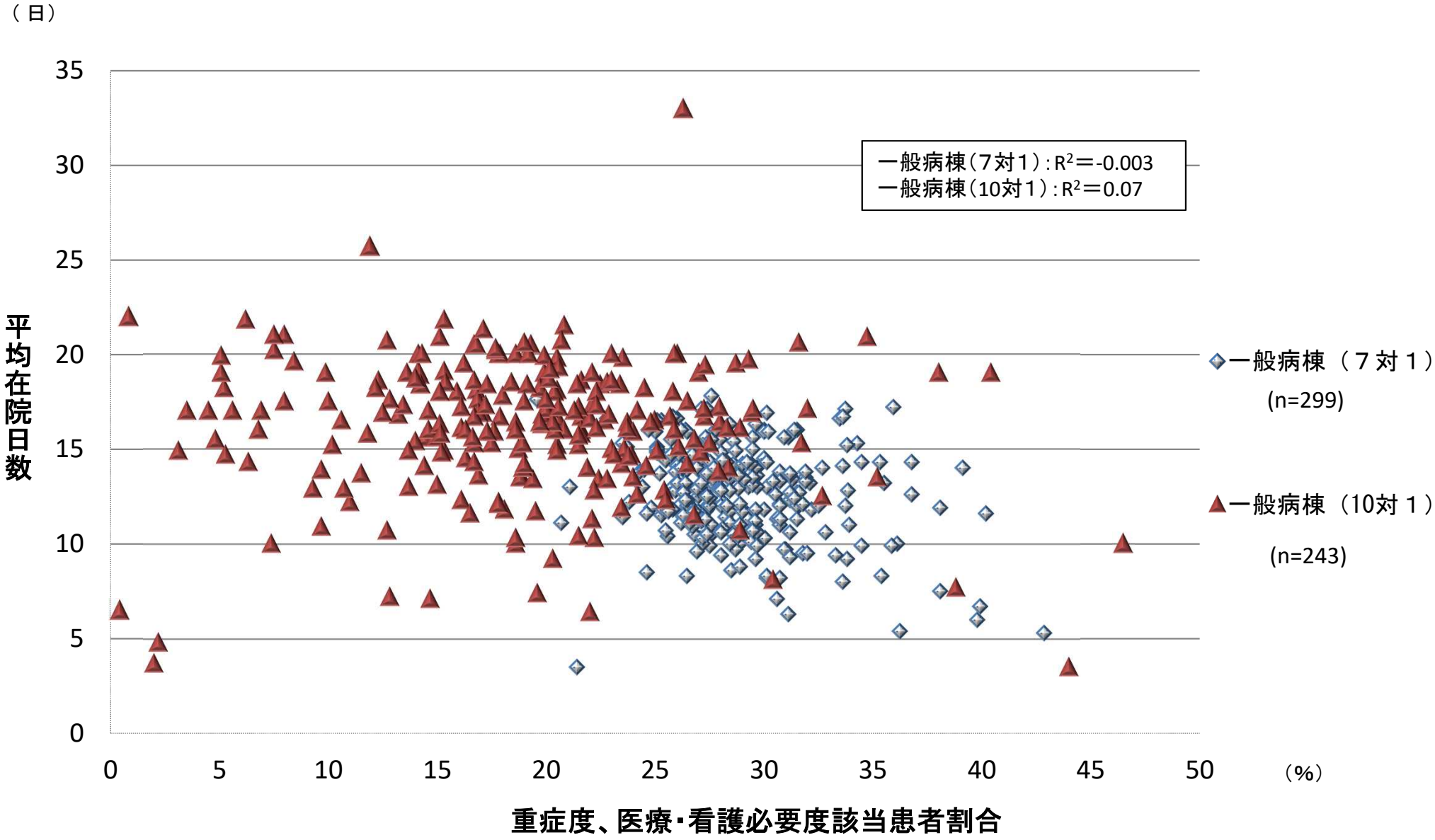


出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

参考

診調組　入－１
２９．８．２４

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係

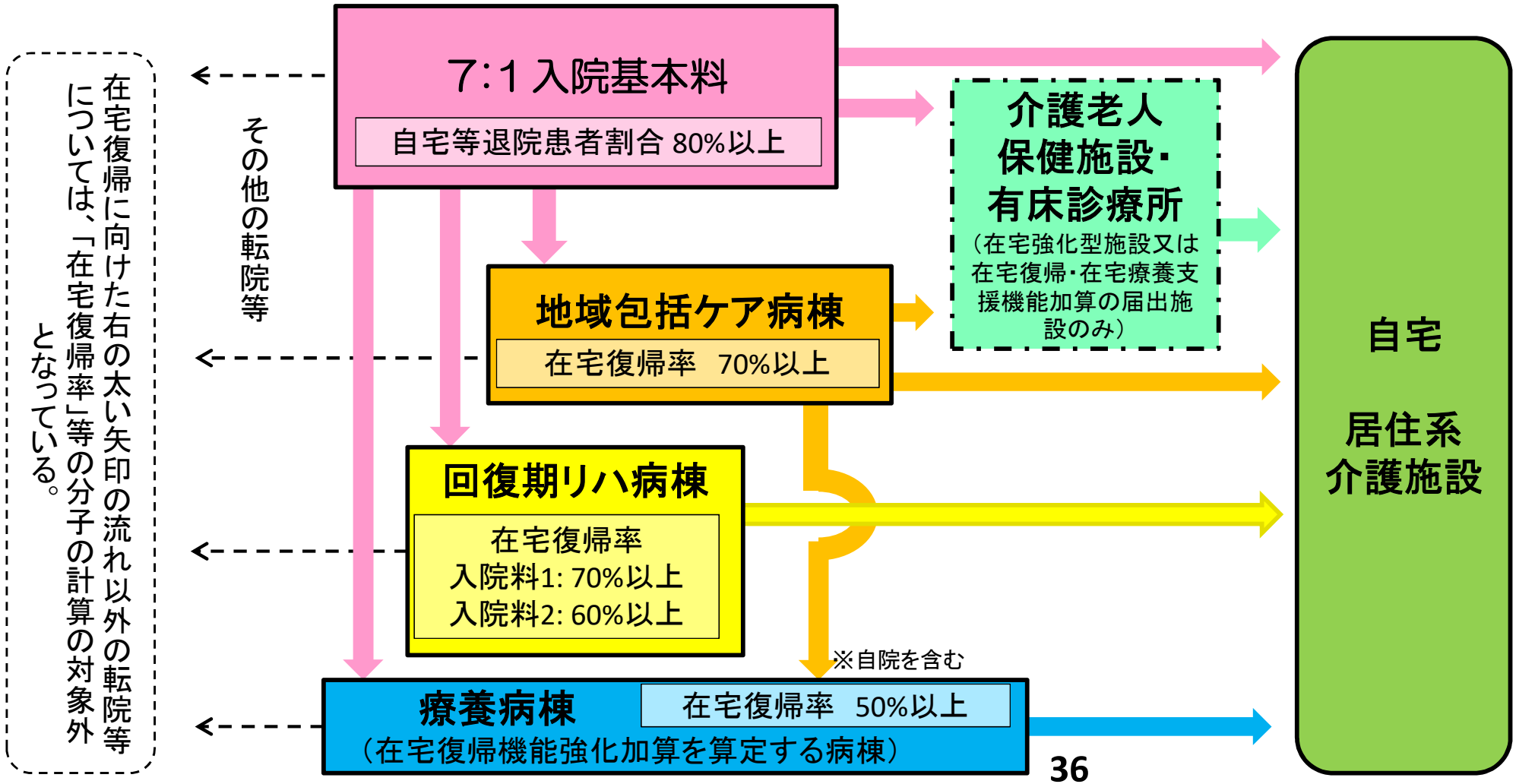


出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。

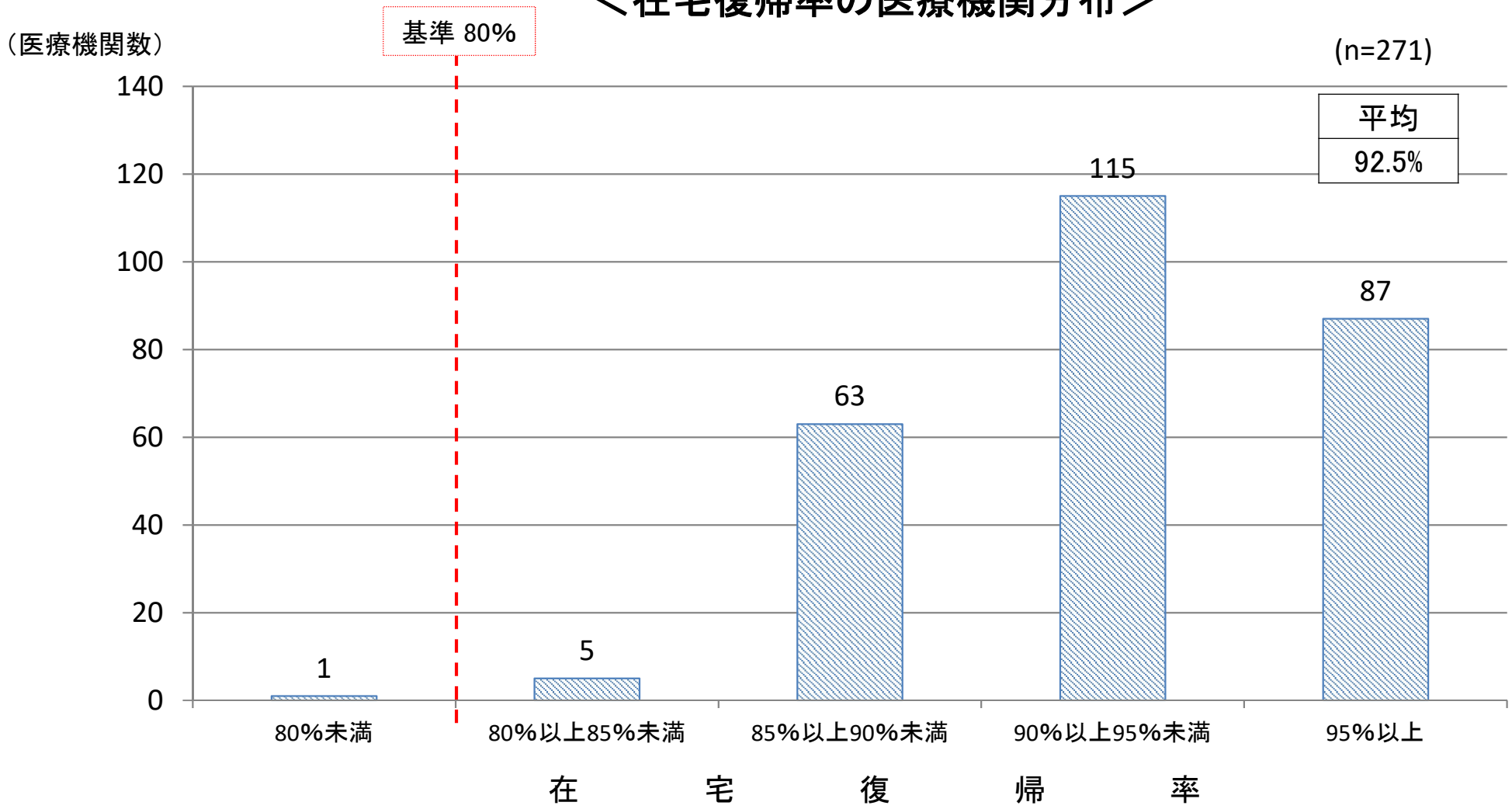


一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組　入－1
２９．６．７

○　一般病棟（7対1）の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が90%を超える医療機関が全体のおよそ7割5分を占めた。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



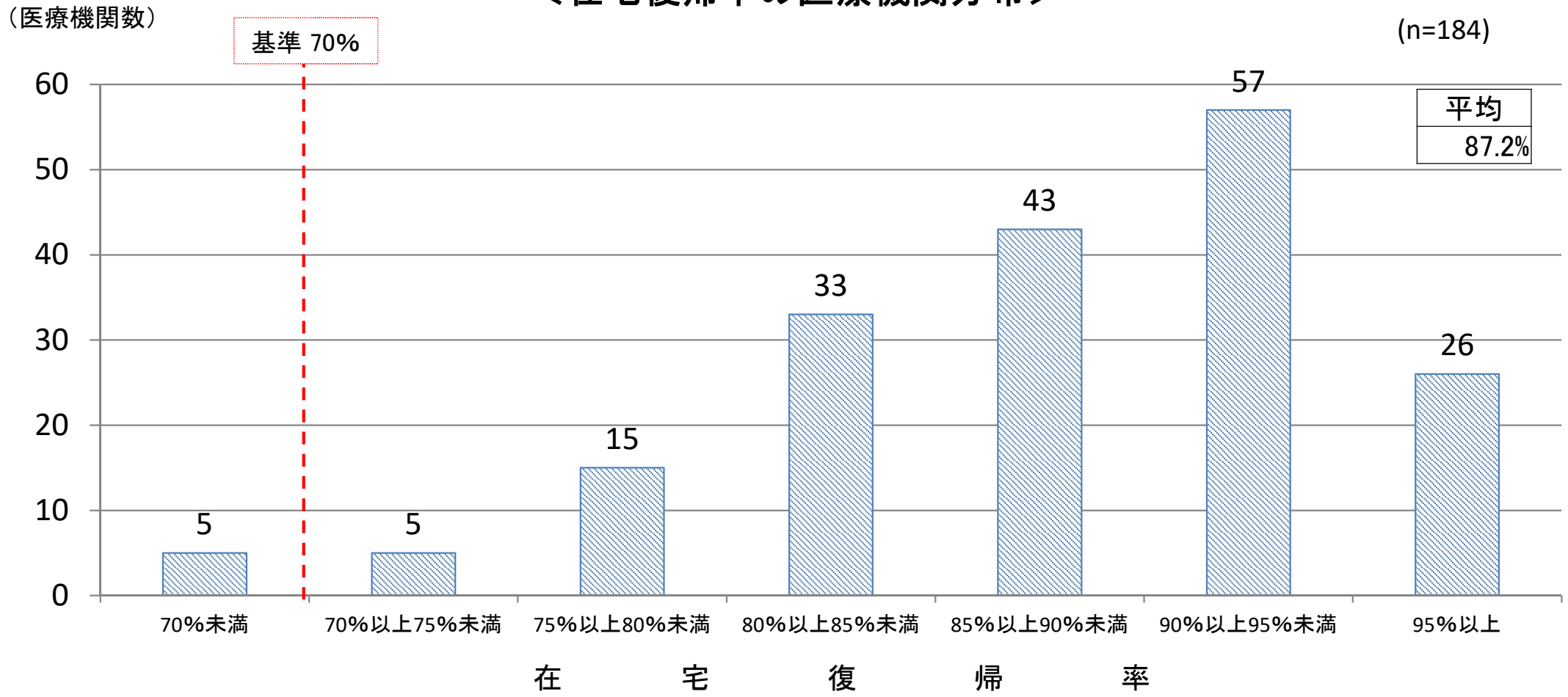
出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室における在宅復帰率の状況

診調組　入－1
２９．６．７

○　地域包括ケア病棟・病室届け出ている医療機関の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞

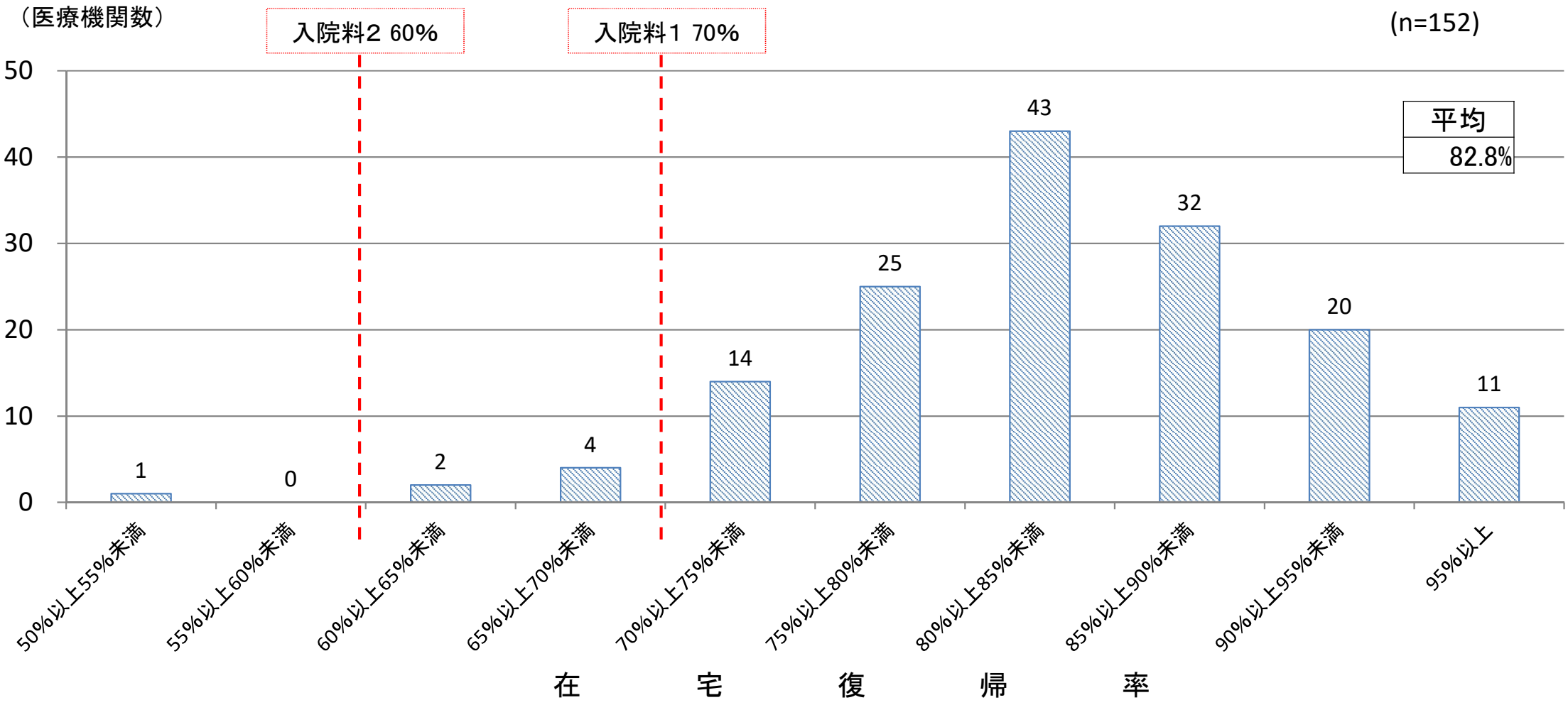


出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率の状況

○　回復期リハビリテーション病棟を届け出ている医療機関の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が施設基準を大きく上回る医療機関が多数存在した。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



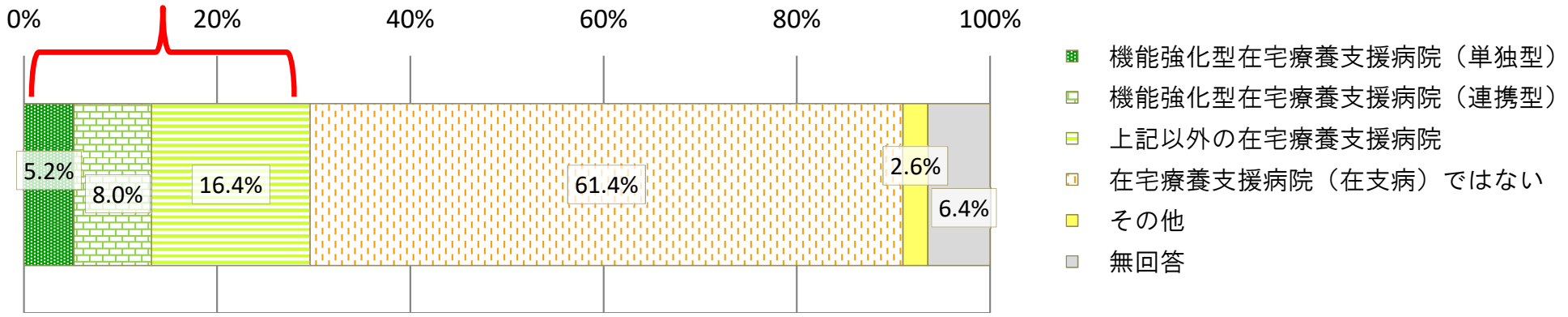
出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟(病室)を有する病院の在宅医療提供状況

○　地域包括ケア病棟(病室)を有する病院において、在宅療養支援病院は約3割。
○　訪問看護部門を設置している病院のうち、24時間対応及び休日・祝日対応をしている病院は、ともに約45%。

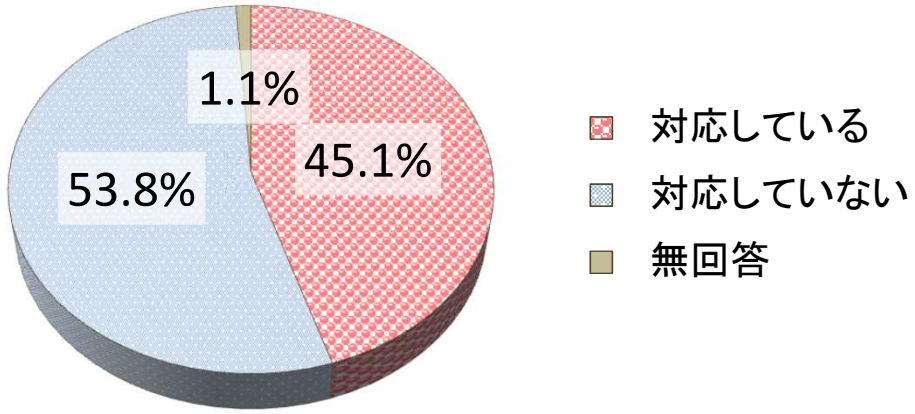
約3割

＜在宅療養支援病院の届出区分＞

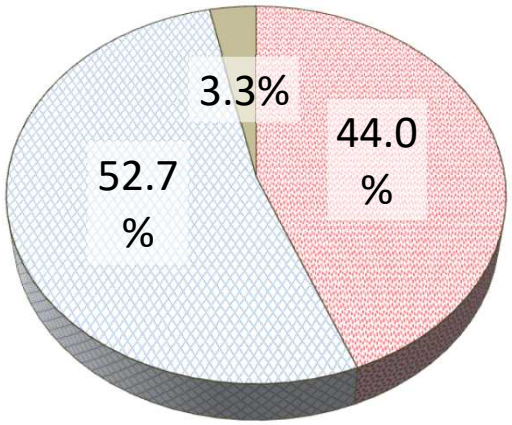


＜訪問看護部門の24時間対応＞

（n=91病院）



＜訪問看護部門の休日・祝日対応＞

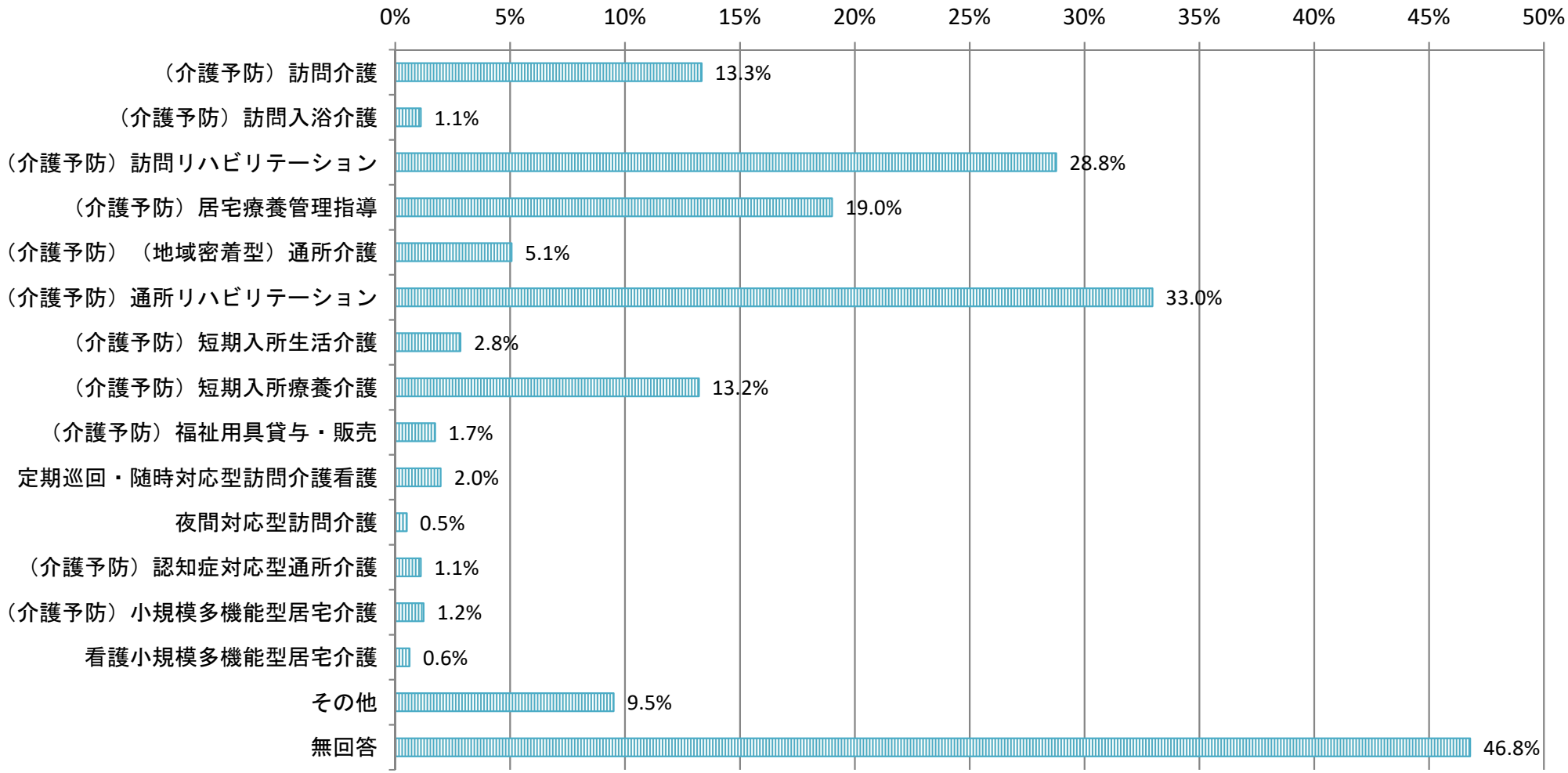


出典：保険局医療課調べ（地域包括ケア病棟調査：施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院の併設する介護保険サービス事業所の状況

○　地域包括ケア病棟を有する病院において、併設する介護サービス事業所の状況をみると、無回答以外では、「（介護予防）通所リハビリテーション」と回答した病院が最も多い。

＜併設する介護保険サービス事業所の状況＞　（n=810施設）



出典：保険局医療課調べ（地域包括ケア病棟調査：施設票）

第309回中医協総会(27.10.28)
鈴木委員提出資料より抜粋

2015年10月28日　日本医師会・四病院団体協議会からの提言

地域包括ケア病棟のあり方(病院機能の視点より)

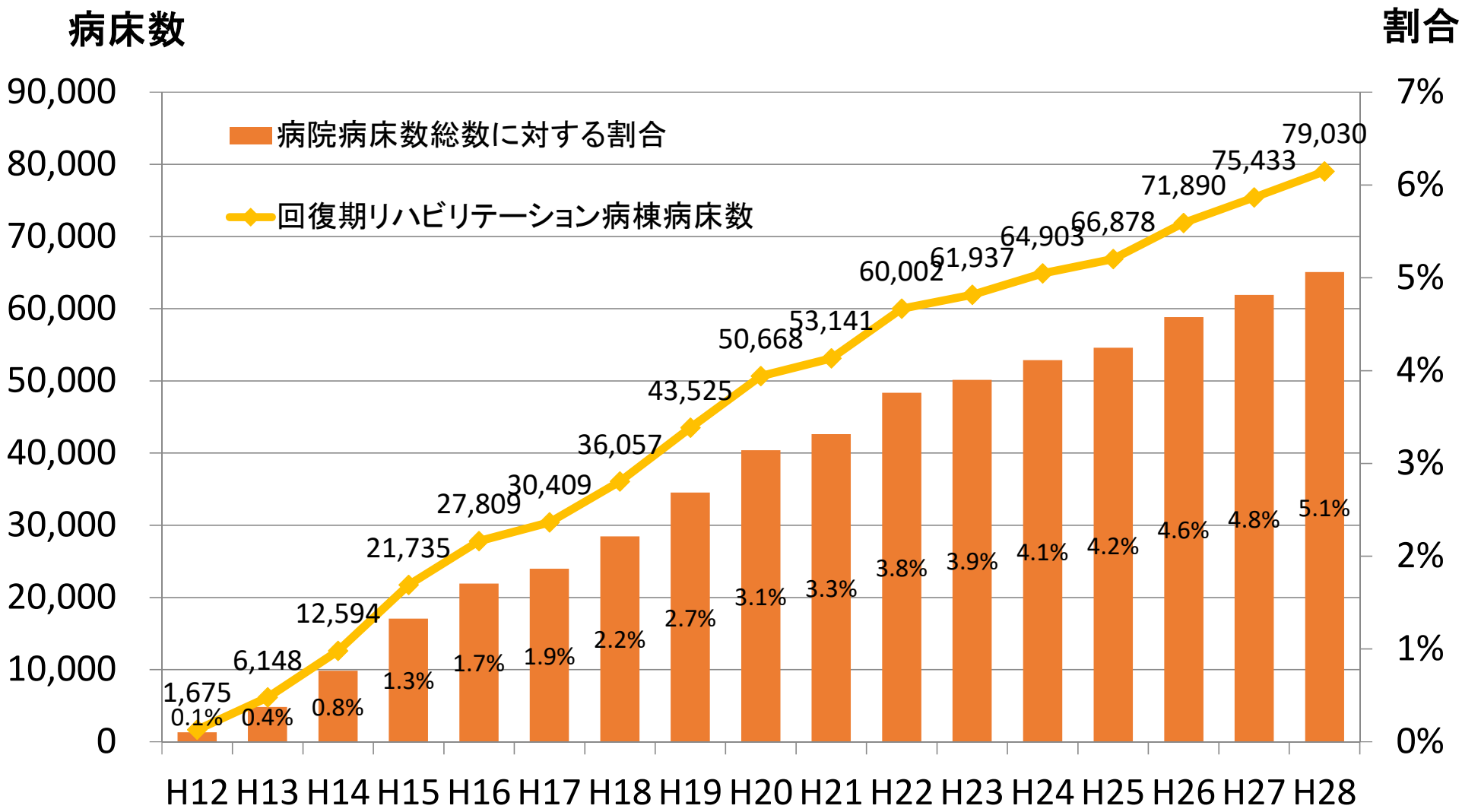
平成26年診療報酬改定において、「地域包括ケア病棟」が新設された。その機能は、・急性期病院からの急性期後の受け入れ、・在宅療養、介護施設等からの急性増悪の受け入れ、・在宅・生活復帰の支援、とされている。しかしながら、現時点のデータからは、その機能は急性増悪時の受け入れ(手術、検査、治療)等の実施は極めて少なく、リハビリテーションに代表される急性期後の医療が主体となっている。

今後の超高齢化を踏まえれば、地域包括ケア体制の中で患者情報を共有し、急変時には24時間365日二次救急に対応する機能を持つ病院が必要と考える。そして、地域包括ケアを推進するためには、こうした入院受け入ればかりではなく、退院後に安心して療養できるための支援を行うなどの**地域の医療・介護連携を支援する病院**を、地域ごとに整備することが不可欠である。

そのためには、地域包括ケア病棟を病院機能という視点から位置付け、診療報酬において評価する必要がある。

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数の推移

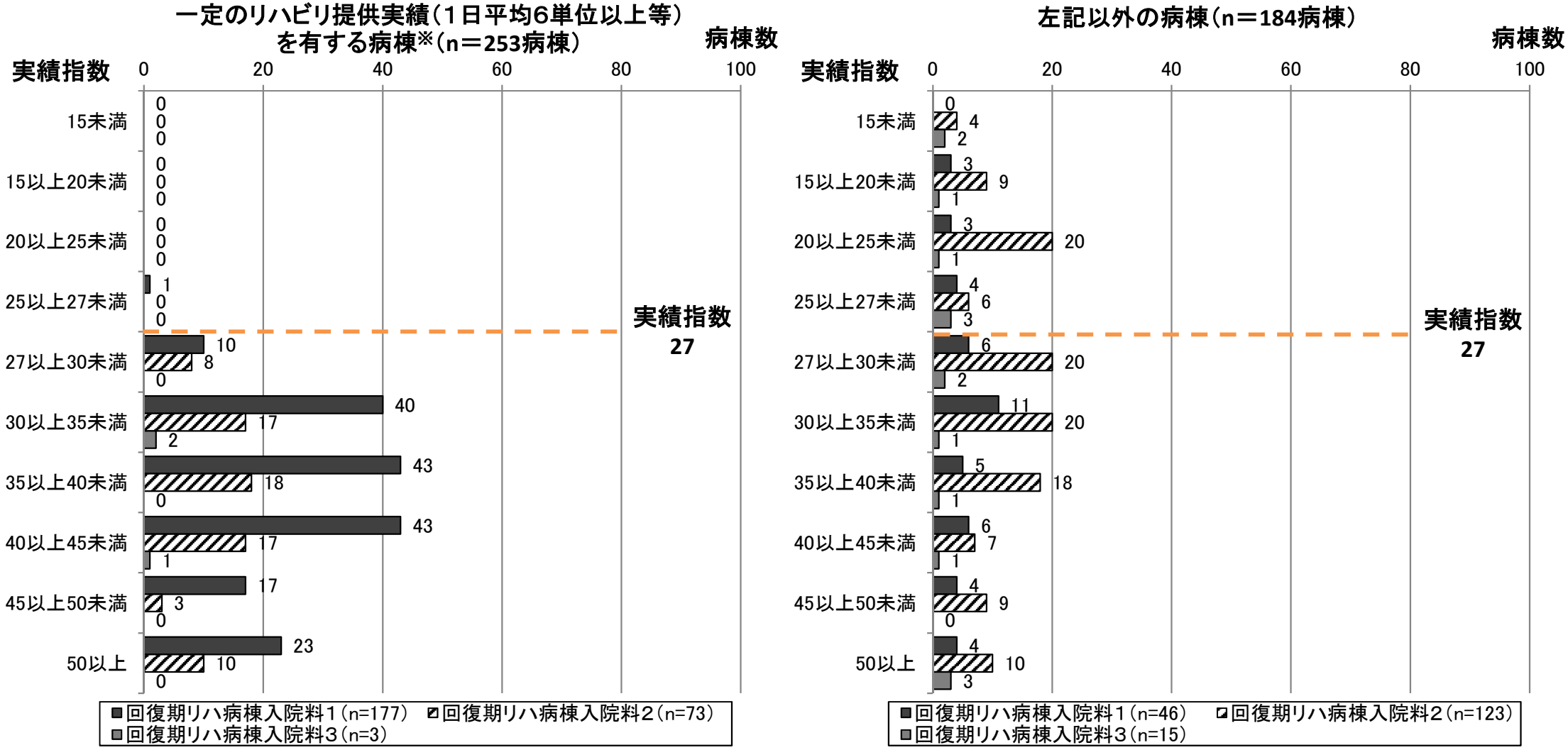
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は、約8万床で直近10年でおよそ2．2倍に増加している。



出典：回復期リハビリテーション病棟の病床数は保険局医療課調べ
総病床数は平成12-28年医療施設（動態）調査・病院報告（毎年6月末 病院病床数）

実績指数別の分布②

○　回復期リハビリテーション病棟で、一定のリハビリ提供実績（１日平均６単位以上等）を有する病棟※については、ほぼ全てが実績指数が27以上であった一方で、それ以外の病棟については、実績指数は幅広く分布していた。



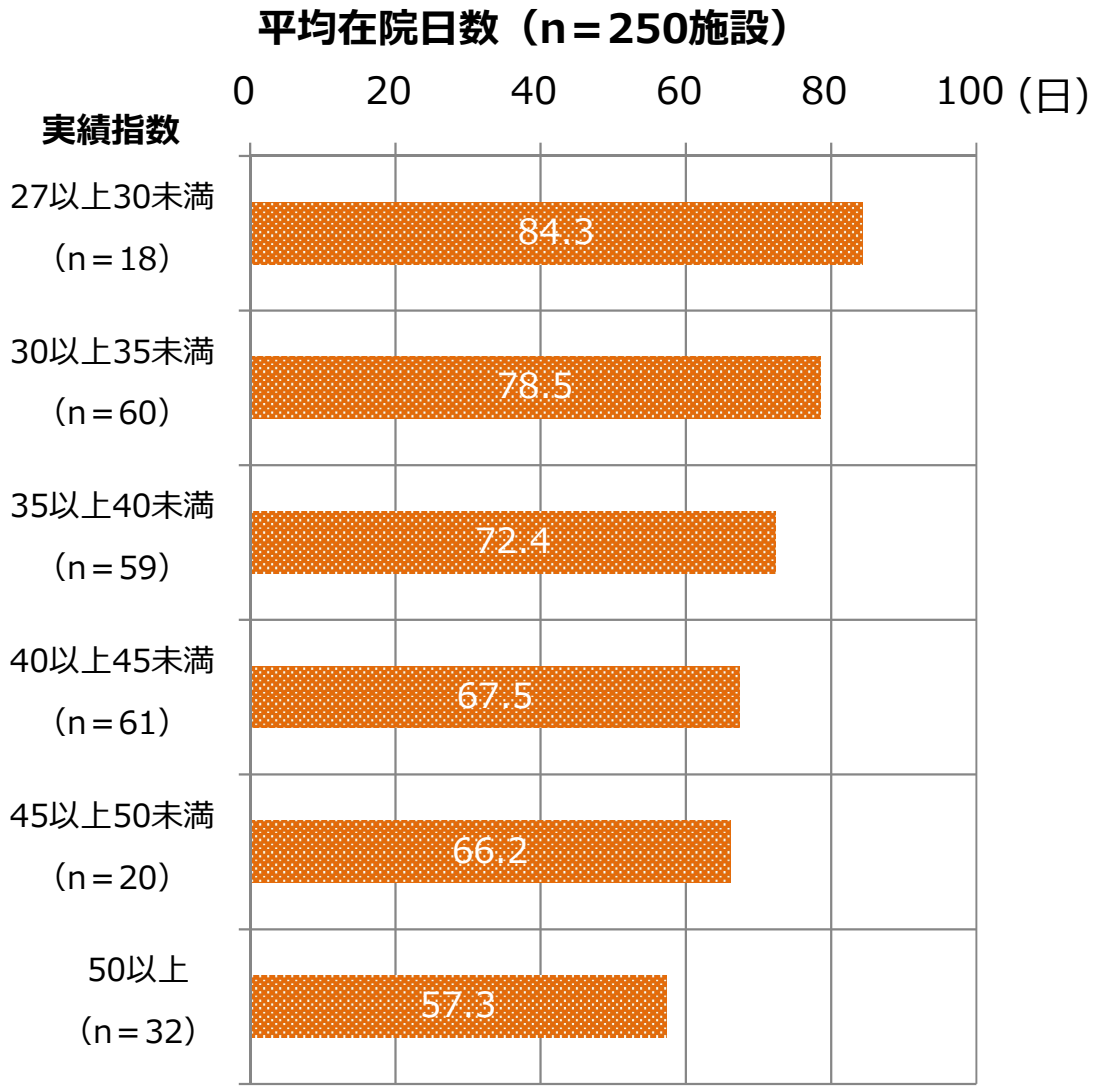
注：実績指数については、平成29年１月から６月のデータ。

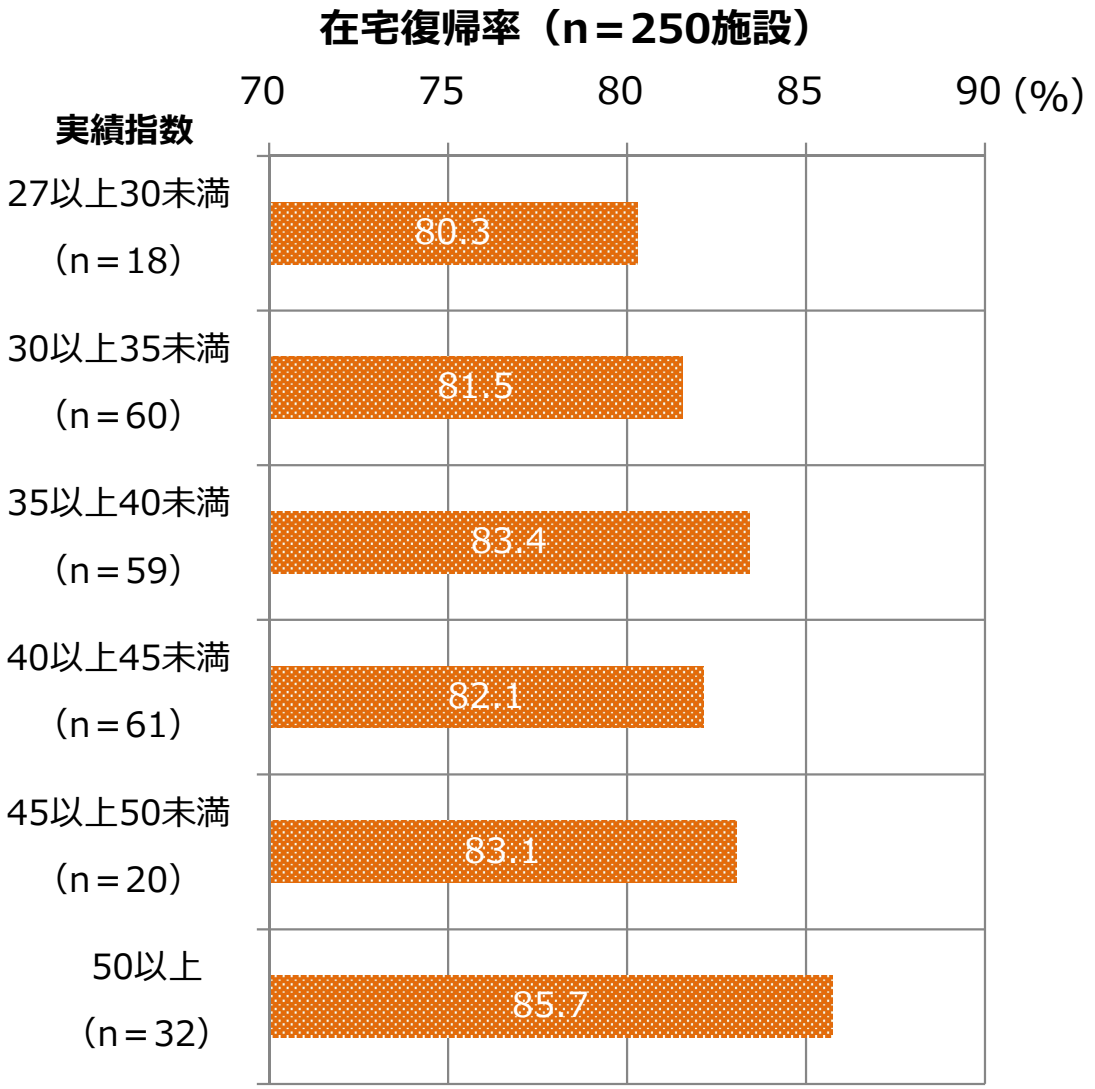
※　一定のリハビリ提供実績を有する病棟とは、過去６か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が１日平均６単位以上である病棟。

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○　実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。





※　回復期リハビリテーション病棟のうち、**一定のリハビリ提供実績を有する病棟**（過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟）について分析。実績指数27未満については、n＝1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

参考

療養病棟入院基本料について（平成28年4月以降）

療養病棟入院基本料１

【施設基準】
①看護配置：20：1以上　②**医療区分2・3の患者が8割以上**

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，810点	1，412点	967点
ADL区分2	1，755点	1，384点	919点
ADL区分1	1，468点	1，230点	814点

※特別入院基本料　576点（生活療養を受ける場合　562点）

療養病棟入院基本料２

【施設基準】
①看護配置25：1以上　②**医療区分2・3の患者が5割以上**

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，745点	1，347点	902点
ADL区分2	1，691点	1，320点	854点
ADL区分1	1，403点	1，165点	750点

医療区分

医療区分3

【疾患・状態】
・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
【医療処置】
・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（常時流量３L/分以上を必要とする状態等）

医療区分2

【疾患・状態】
・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）　・慢性閉塞性肺疾患（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）
【医療処置】
・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）
・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）

医療区分1　医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3：　23点以上
ADL区分2：　11点以上～23点未満
ADL区分1：　11点未満

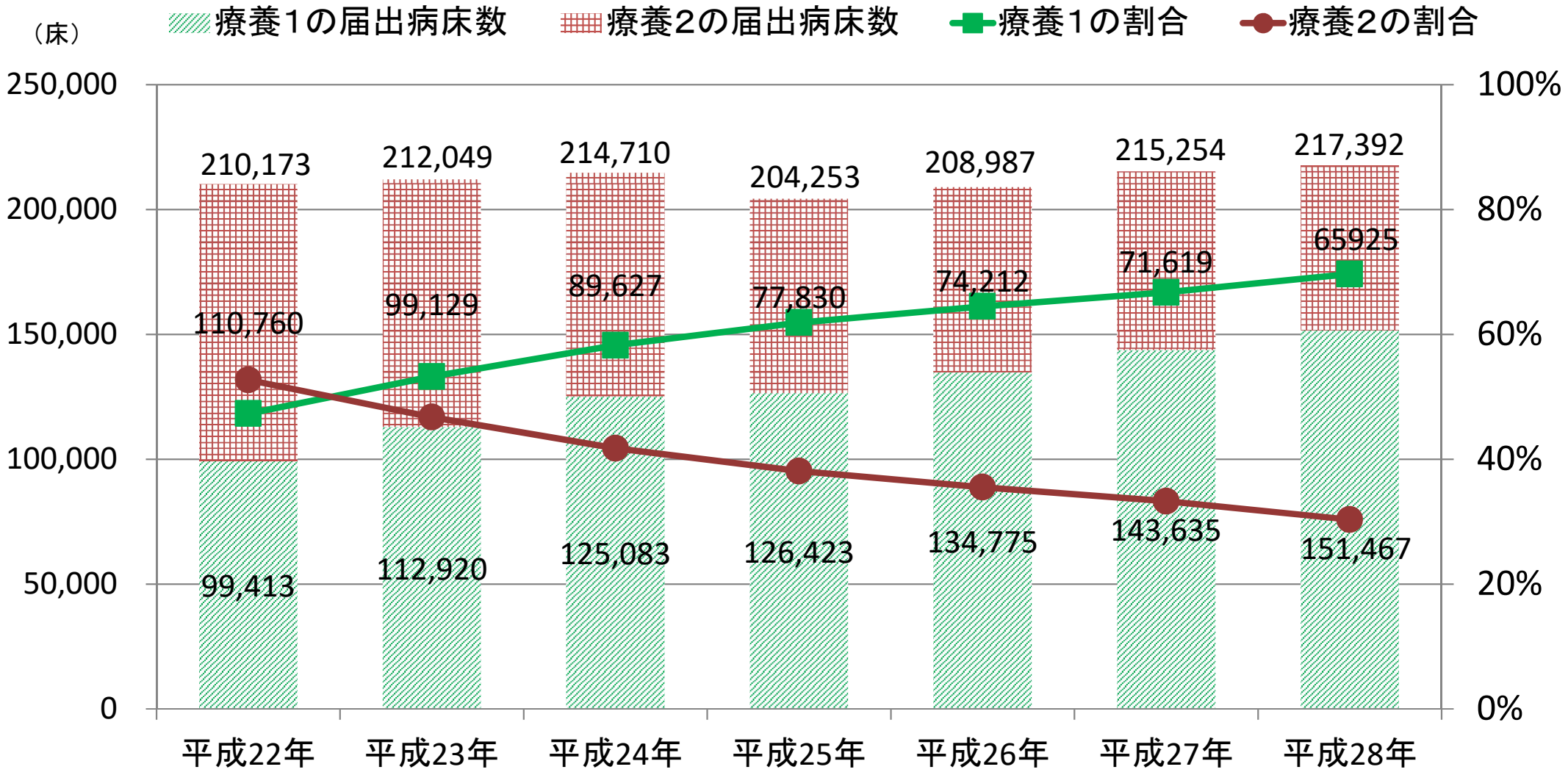
当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（　0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、
4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存　）

項目	支援のレベル
a　ベッド上の可動性	0～6
b　移乗	0～6
C　食事	0～6
d　トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

参考

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

○ 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
○ 療養1の病床数は増加傾向。

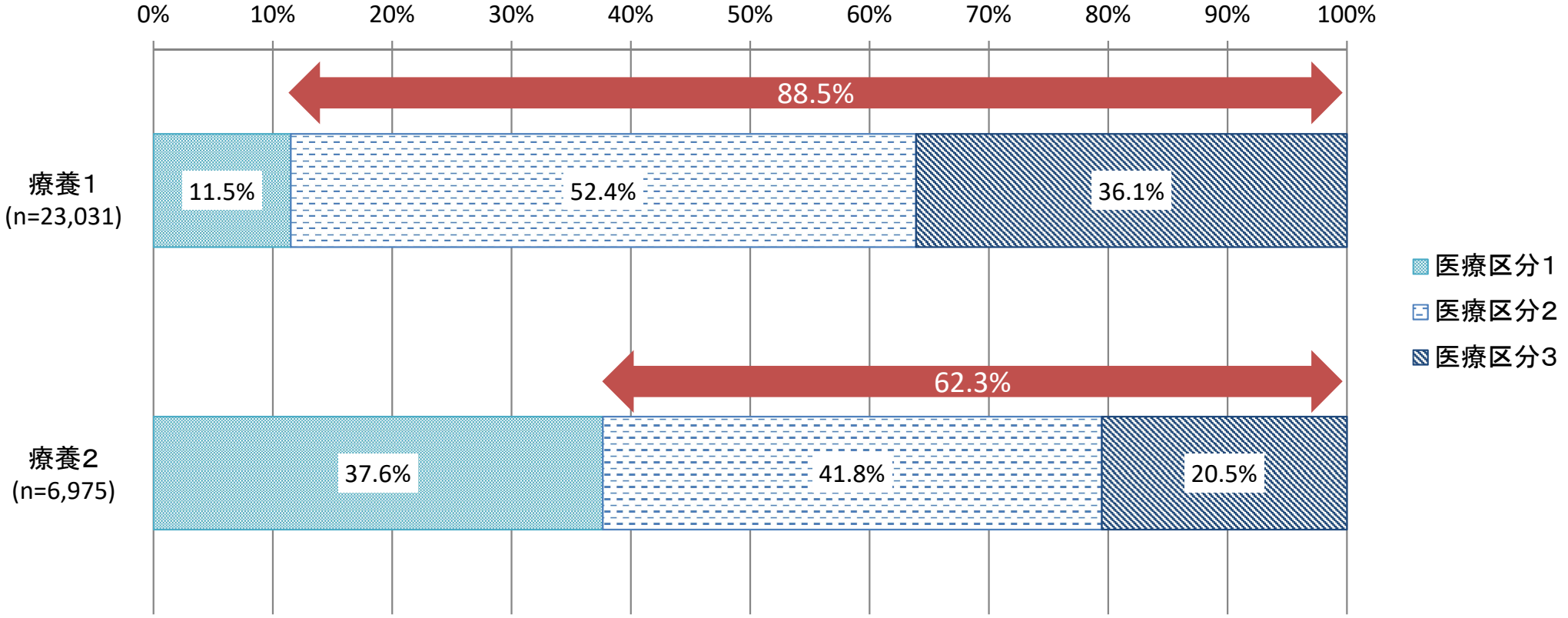


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

療養病棟入院患者の医療区分

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

療養病棟入院患者の医療区分の割合

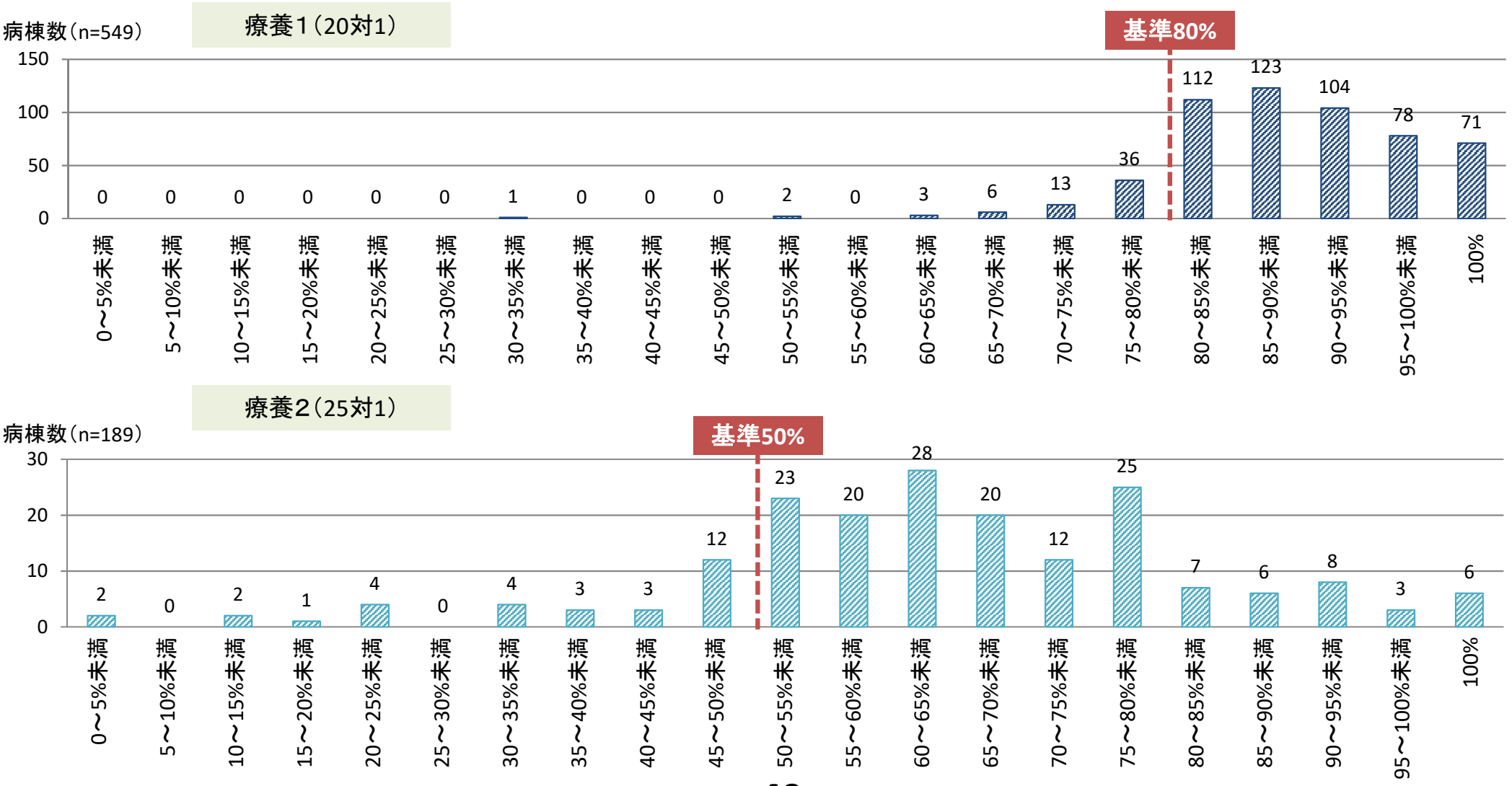


出典：平成29年度入院医療等の調査（病棟票）

各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

○　療養1（20対1）を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、施設基準の80%を超える医療機関は全体の9割弱であった
○　療養2（25対1）を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、施設基準の50%を超える医療機関は全体の8割強であった。

＜各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布＞



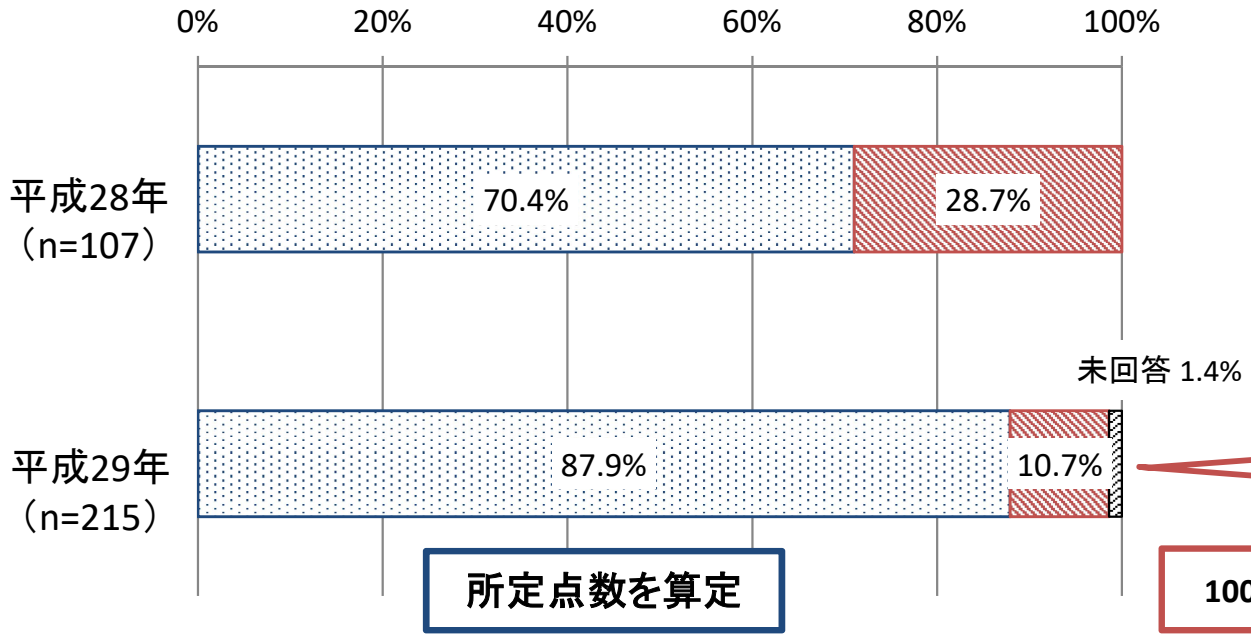
出典：平成29年度入院医療等の調査（病棟票）

参考

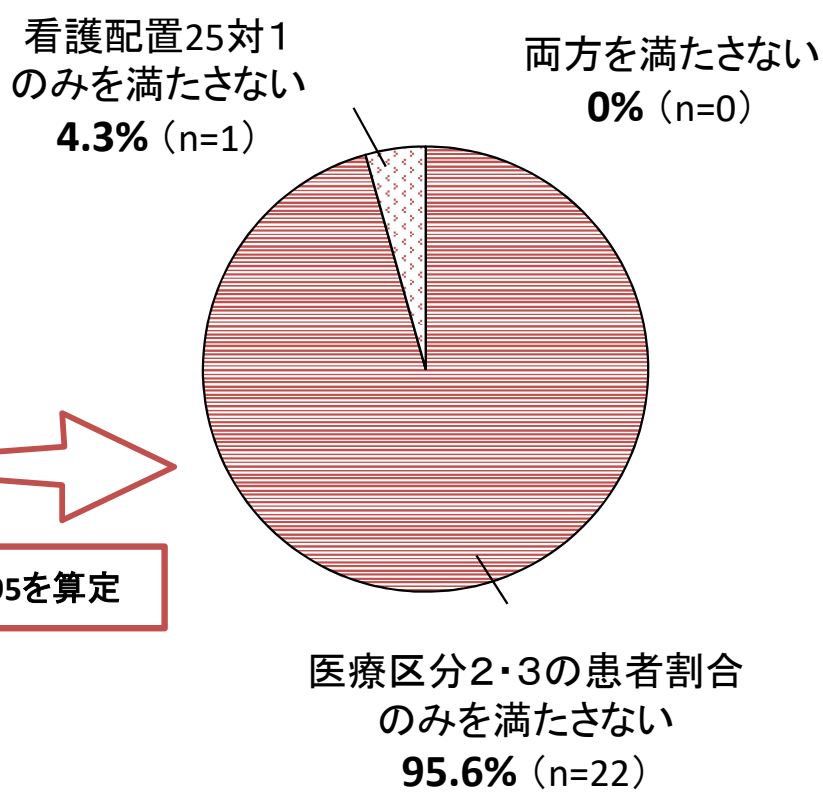
療養病棟入院基本料2の算定の内訳

○　療養病棟入院基本料2の届出病棟のうち、所定点数の100分の95を算定する病棟は、平成29年度調査では回答病棟全体の約10%であり、平成28年度調査より割合が減少した。
○　100分の95を算定する理由の内訳をみると、1病棟を除き、「医療区分2・3該当患者割合のみを満たさないため」であった。

療養病棟入院基本料2の算定の内訳



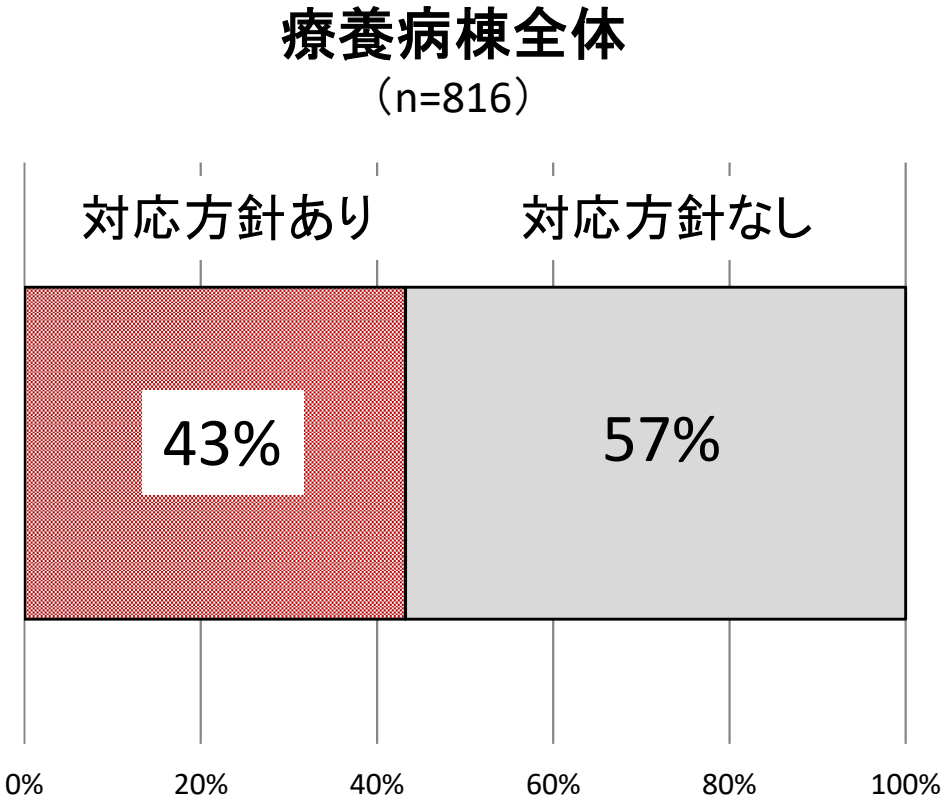
100分の95を算定する理由（n=23）

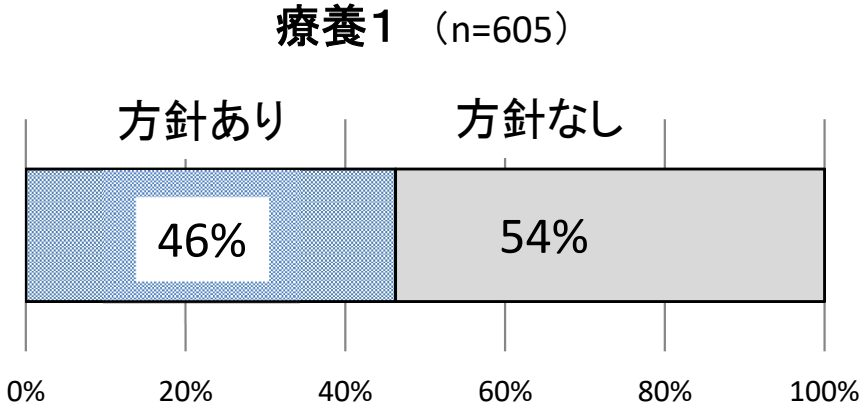


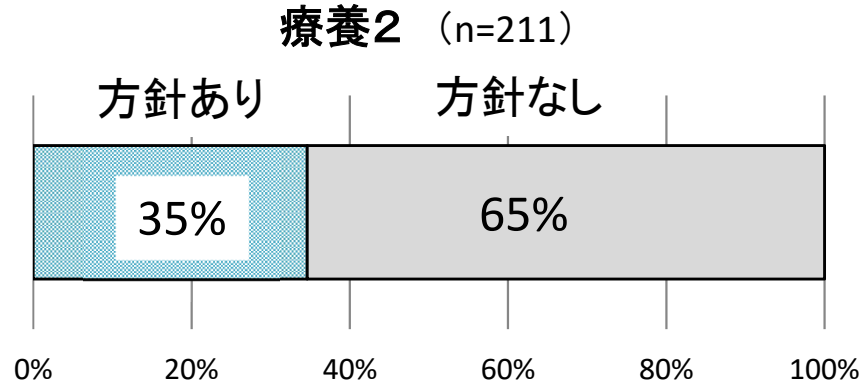
出典：平成28年度・29年度入院医療等の調査（病棟票）

看取り患者に対する対応方針の有無（療養病棟）

○　療養病棟のうち、看取りの患者に対する対応方針を定めている病棟の割合は、全体の約4割であった。
○　対応方針を定めている病棟は、療養1の病棟の方が、療養2の病棟に比べ、やや多い傾向にあった。





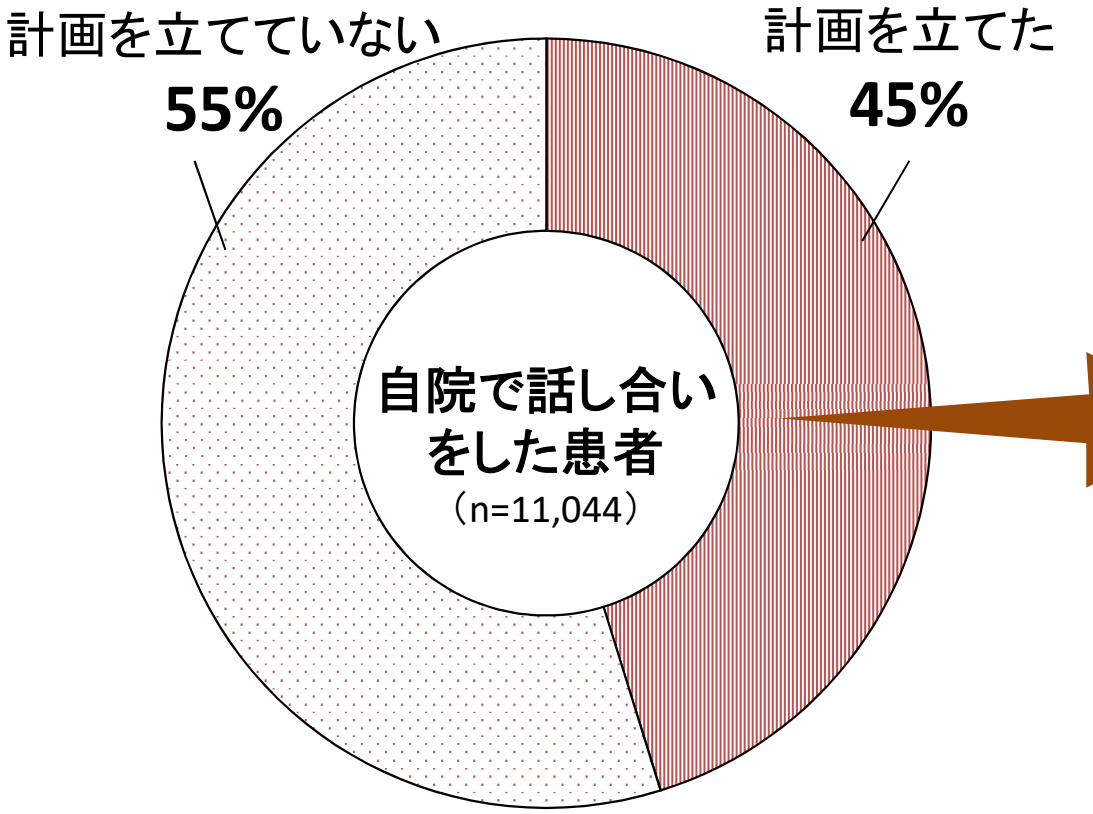


出典：平成29年入院医療等の調査（病棟票）

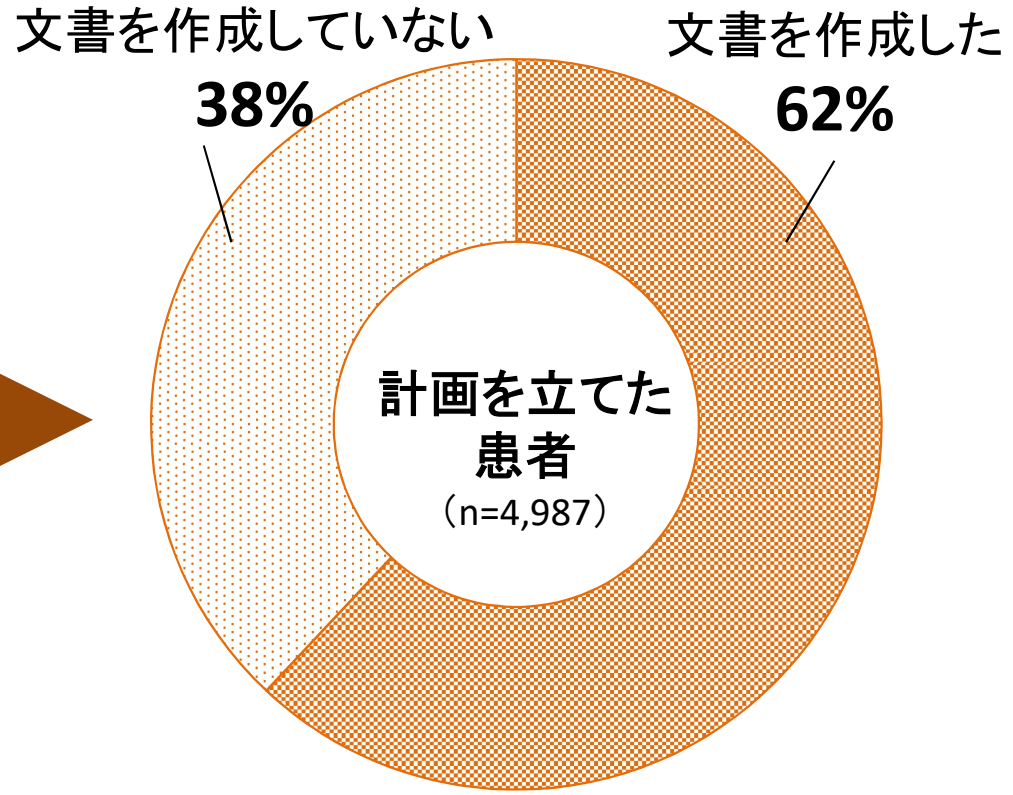
療養病棟における看取りに関する取り組み②
計画、文書の作成

○　患者・家族と話し合いをした患者のうち、人生の最終段階における医療について計画を立てた患者は、半分弱であった。
○　計画を立てた患者のうち、意思決定の内容について文書を作成した患者は、約6割であった。

人生の最終段階における医療について計画を立てたか



「計画を立てた」患者において意思決定した内容について文書を作成したか

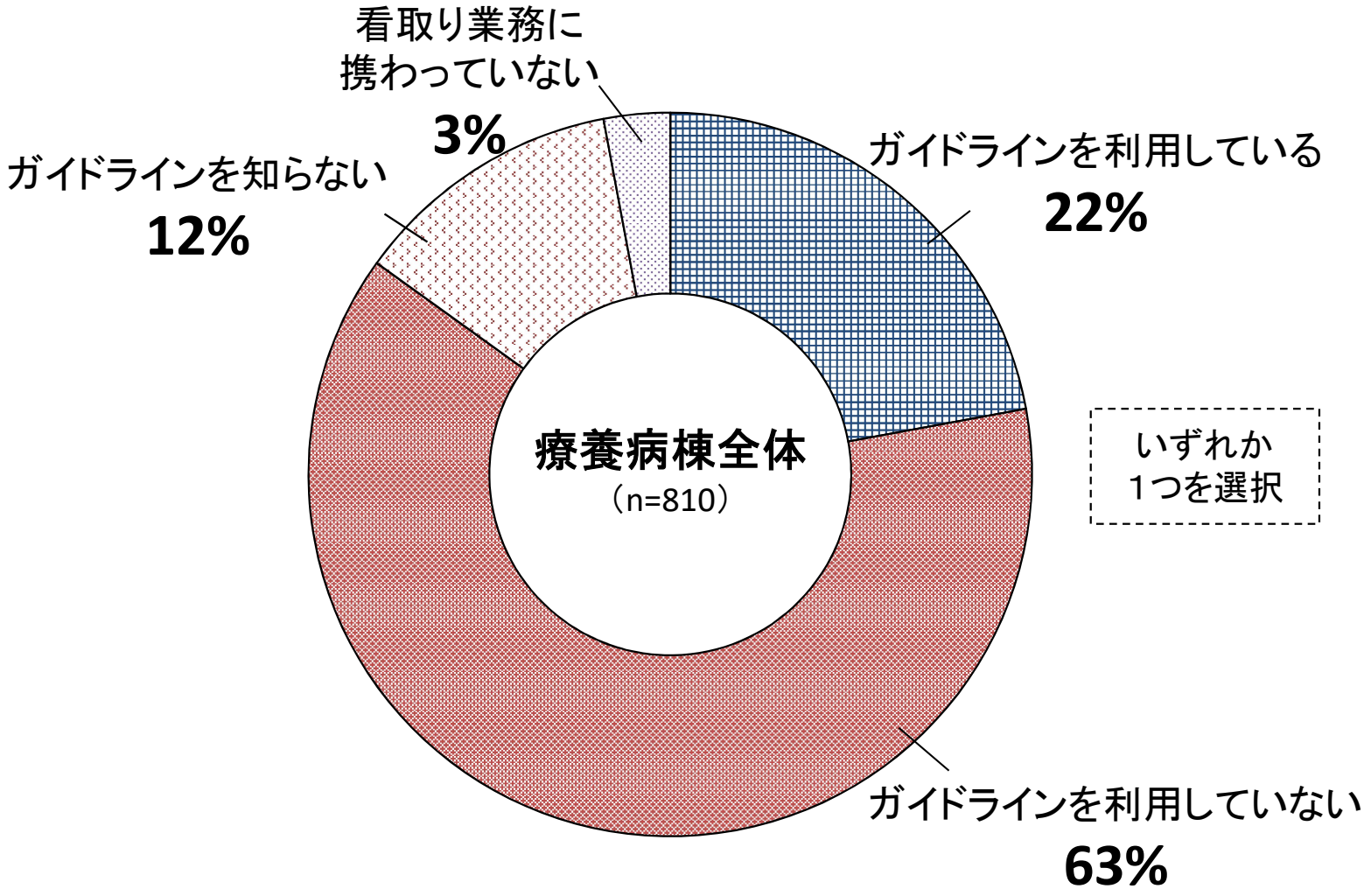


出典：平成29年入院医療等の調査（病棟票）　平成28年10月～平成29年3月の6ヶ月間

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの利用状況 （療養病棟）

診調組　入－1
２９．１０．５

○ 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を利用している病棟は、約2割であった。
○ 「ガイドラインを知らない」とした病棟が約１割である一方、「利用していない」と回答した病棟は約6割を占めた。



出典：平成29年入院医療等の調査（病棟票）

DPCデータ（様式１）のその他の項目について

- 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- 全ての患者のデータを提出する必要があり、病棟グループ毎に作成する。
- 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

様式1で提出するデータ （主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成）

性別
郵便番号
入院年月日
入院経路
紹介の有無
在宅医療の有無
退院年月日
退院時転帰
退院後の在宅医療の有無
診療科
病棟
身長

ADL（入院時、退院時）
FIM（回リハ病棟で、入退棟時）
認知症高齢者の日常生活自立度
体重
主傷病のICDコード
JCS（入院時、退院時）
手術情報
がん患者のTNM分類
急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の急性期重症度分類
自傷行為・自殺企図の有無
産科患者情報　等

慢性期の病棟においては、主に急性期の入院患者の診療内容等に関する項目については、提出を**任意**としてはどうか。

慢性期の病棟におけるデータ提出項目（案）

DPCデータ様式１の既存の項目のうち、慢性期の病棟において提出を求める主な項目

○　患者の基本情報
○　入院年月日、退院年月日、退院時転帰、退院後の在宅医療の有無
○　ADL（入院時、退院時）
○　認知症高齢者の日常生活自立度
○　主傷病等のICDコード　　等

DPCデータ様式１の中で、慢性期の病棟において新たに提出を求める項目（入退院時に入力）

○　慢性期の患者に特徴的な症状・状態のうち、医療区分・ADL区分情報に含まれない項目
＜項目案＞
- 摂食・嚥下機能障害の有無
- 低栄養の有無

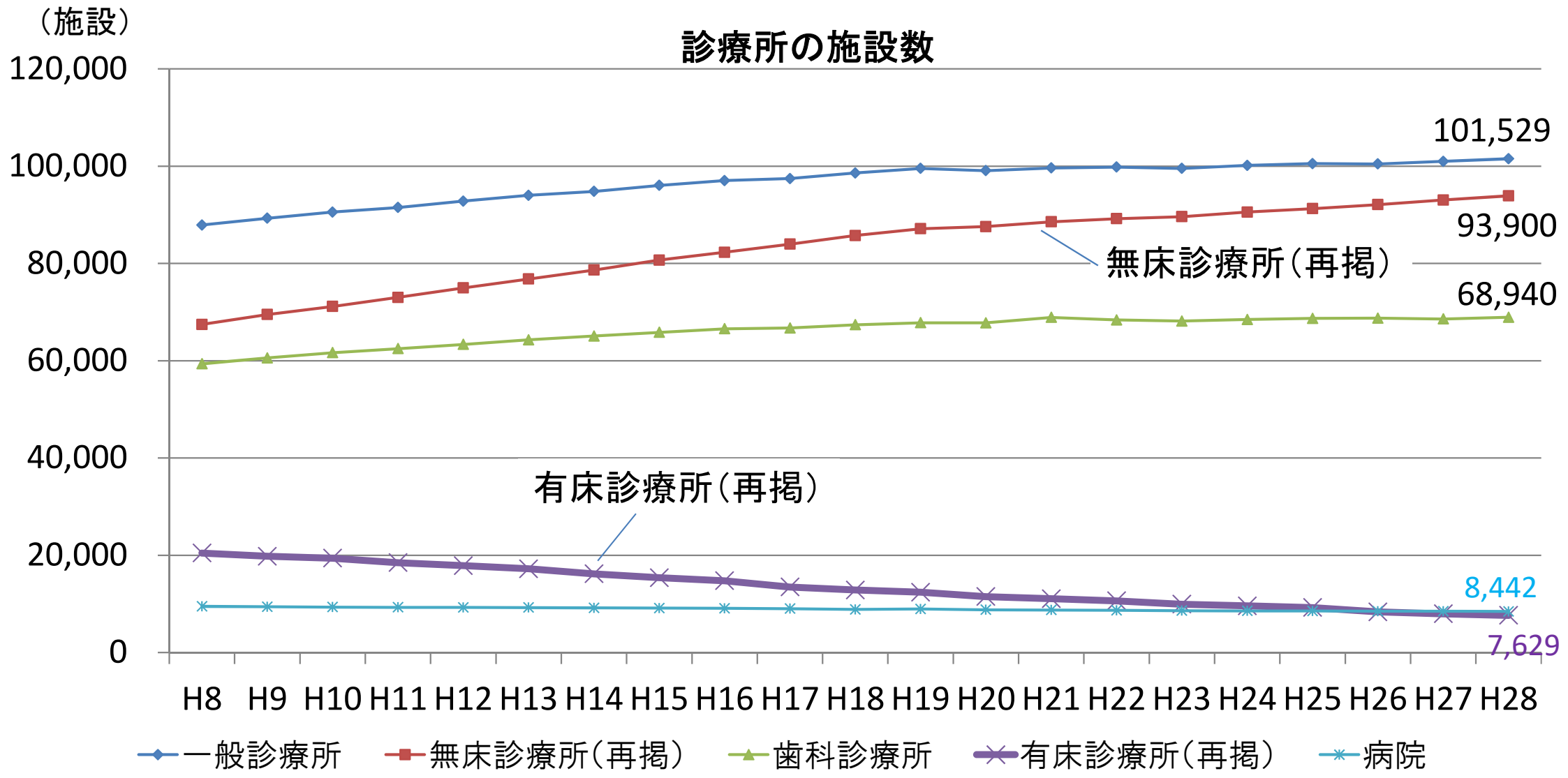
○　要介護度　（認定のある場合のみ入力）

○　認知症高齢者の日常生活自立度（現状の３段階入力を６段階入力とする）

有床診療所の施設数の年次推移

診調組　入－1
２９．８．４

○　施設数の年次推移をみると、近年、有床診療所は減少傾向、無床診療所は増加傾向にある。

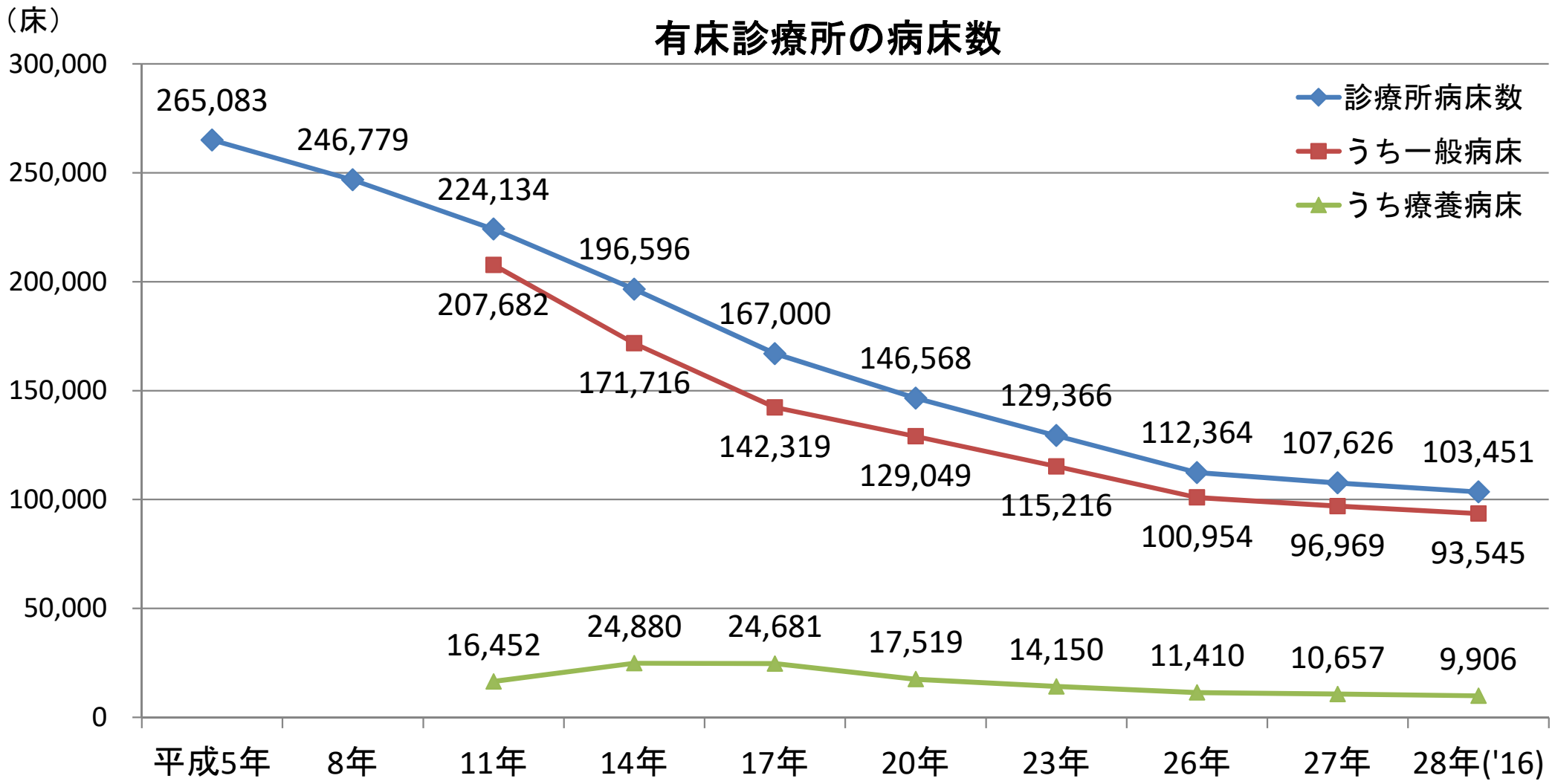


出典：各年医療施設調査

有床診療所の病床数の年次推移

診調組　入－１
２９．８．４改

○　有床診療所の病床数は減少傾向にあり、平成11年と平成28年を比較すると、半分以下に減少している。

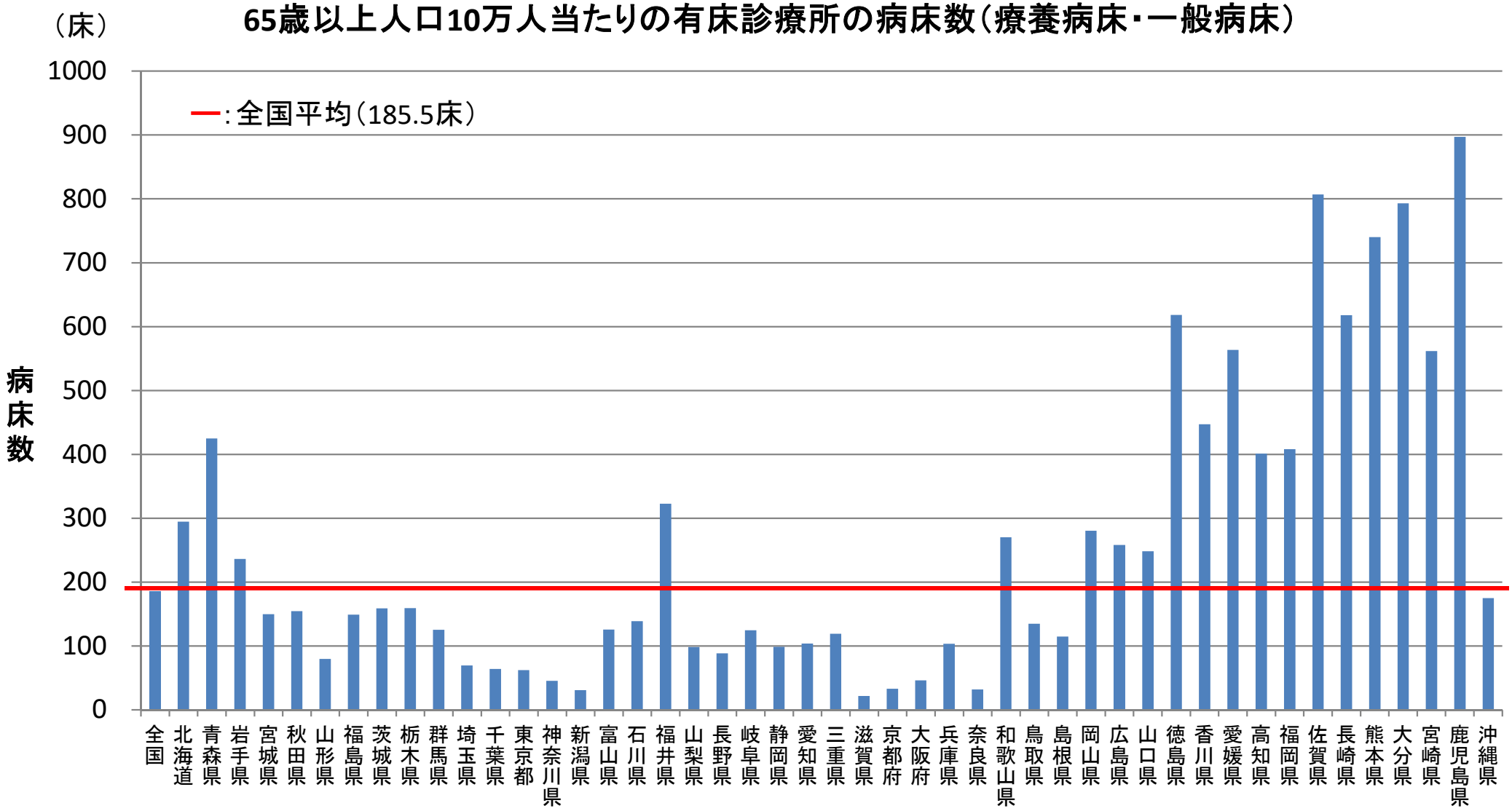


出典：　平成28年医療施設調査

都道府県別の有床診療所の病床数

診調組　入－１
２９．８．４

○　都道府県別に、65歳以上人口10万人あたり有床診療所の届出病床数をみると、都道府県間のばらつきは大きくなる。



出典：（病床数）厚生労働省　平成26年医療施設（静態・動態）調査
（65歳以上人口）総務省　住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成28年1月1日時点）

有床診療所が地域で果たしている役割・機能②（診療科別）

○　有床診療所の役割・機能は、

- 主とする診療科が内科、外科の場合は、「在宅医療の拠点」「在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」などの地域医療の割合が多く、
- 主とする診療科が産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の場合は、「専門医療」の割合が多く、
- 主とする診療科が整形外科の場合は、「専門医療」「在宅・介護施設への受け渡し」の割合が多かった。

主に専門医療

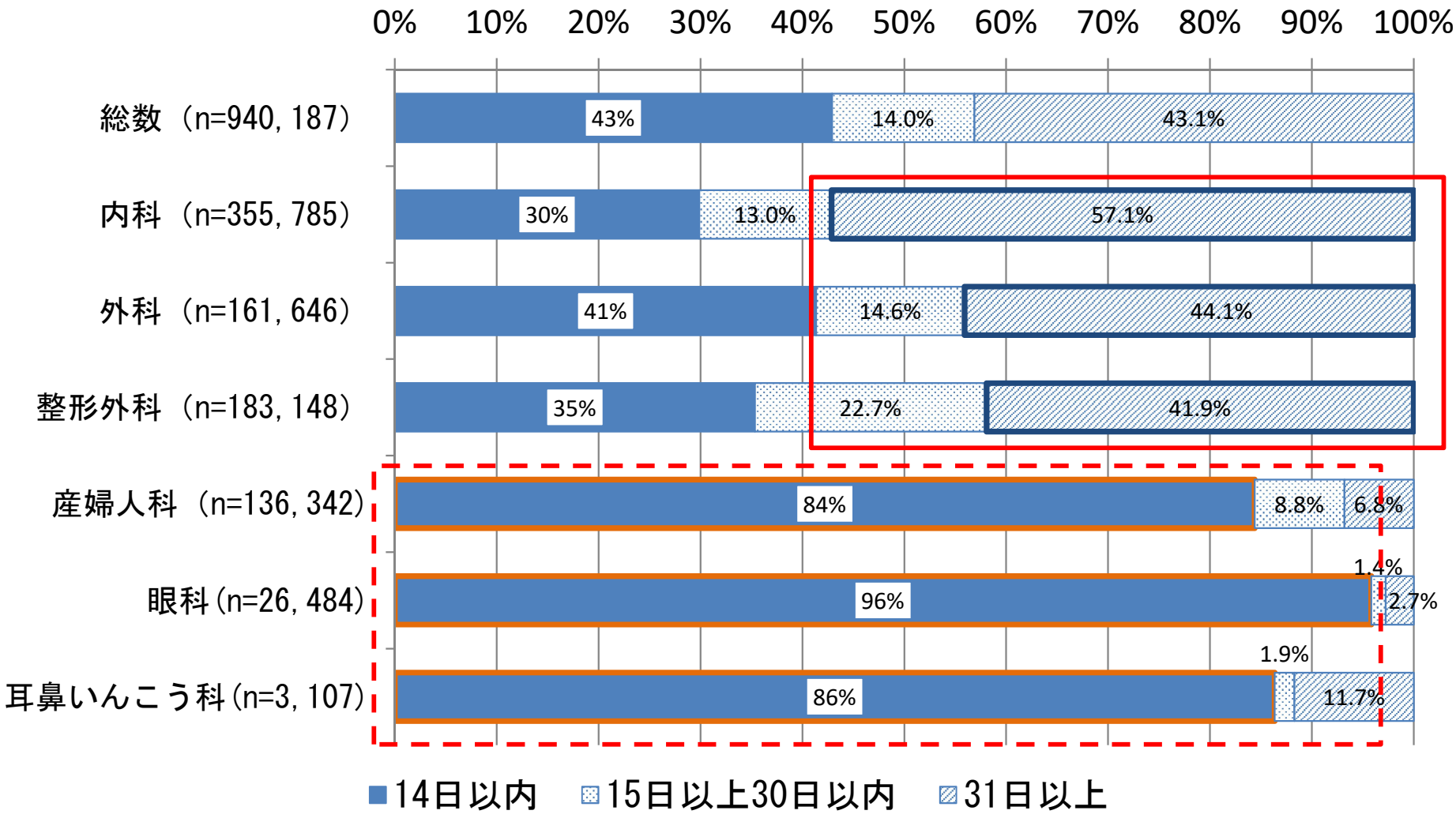
主に地域医療

	内科		外科		整形外科		産婦人科		眼科		耳鼻咽喉科	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
総数	922	100%	128	100%	377	100%	1,165	100%	591	100%	72	100%
専門医療	200	22%	40	31%	250	66%	732	63%	402	68%	44	61%
緊急時対応	405	44%	71	55%	208	55%	533	46%	133	23%	16	22%
在宅医療の拠点	433	47%	55	43%	77	20%	11	1%	13	2%	4	6%
在宅・介護施設への受け渡し	547	59%	80	63%	210	56%	35	3%	20	3%	4	6%
終末期医療	468	51%	64	50%	40	11%	8	1%	3	1%	0	0%
何れの機能にも該当しない	82	9%	9	7%	13	3%	228	20%	120	20%	6	8%
休棟中	144	16%	23	18%	52	14%	58	5%	40	7%	12	17%

出典：平成27年度病床機能報告
　平成27年度調査の報告対象の有床診療所は7,168施設であり、このうち平成28年3月31日までに6,627施設（92.5%）から報告がなされた。データクリーニングを行い、最終的に6,332施設（88.3%）を集計対象として分析

有床診療所・入院後日数別の入院基本料算定状況（診療科別）

○　有床診療所の入院後日数別の入院基本料の算定回数を診療科別にみると、
- 内科・外科・整形外科では、４～５割程度が「31日以上」の入院基本料を算定。
- 産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科では、８～９割が「14日以内」の入院基本料を算定。

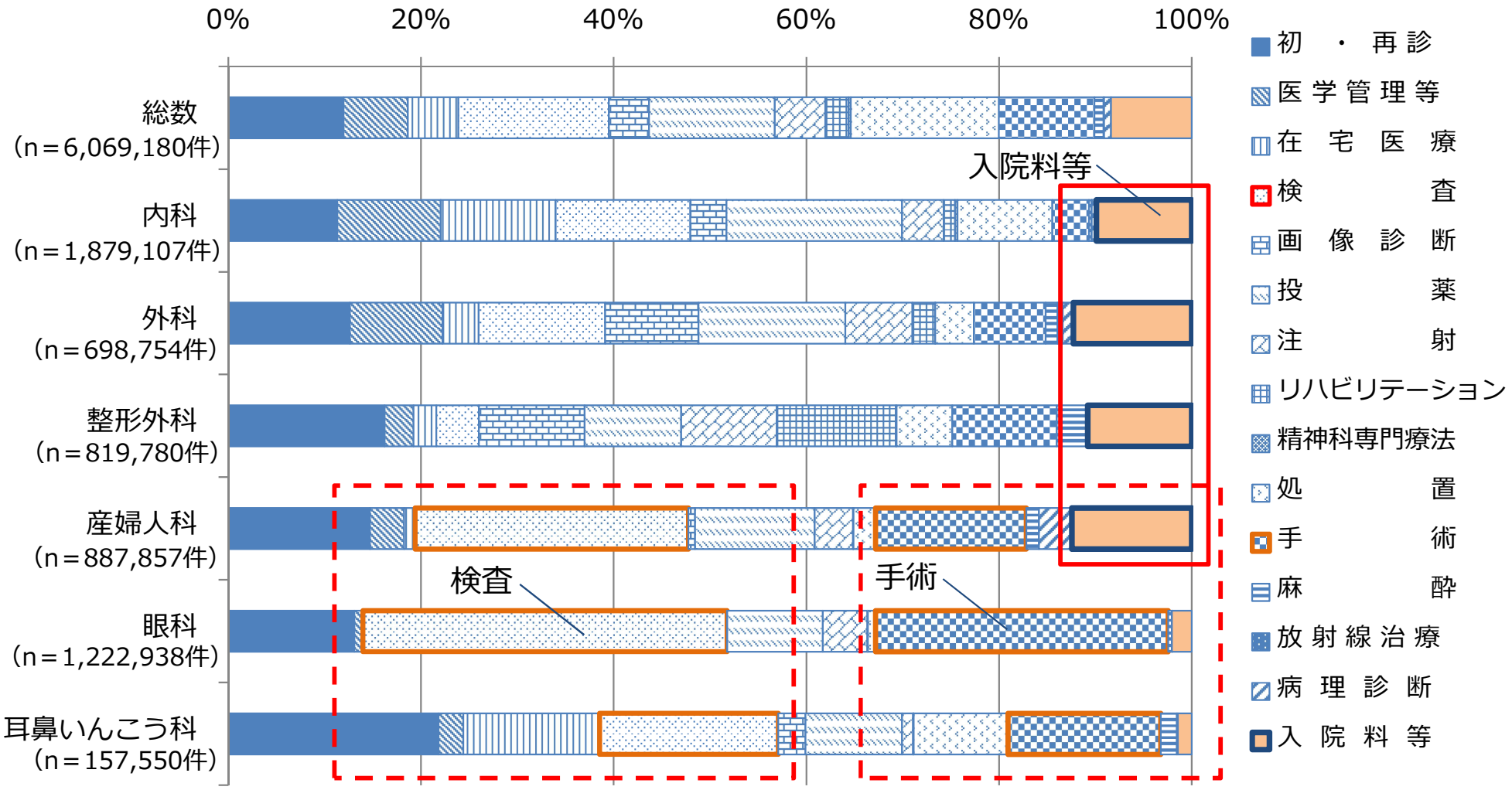


※算定回数ベース

出典：社会医療診療行為別統計平成28年6月審査分）

有床診療所・診療科別の医科診療総点数に占める各診療行為の内

○　有床診療所の医科診療総点数に占める各診療行為の内訳を診療科別にみると、
- 内科・外科・整形外科・産婦人科は、「入院料等」の割合が他科と比較して高く、
- 産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科は、「検査」「手術」の割合が高い。

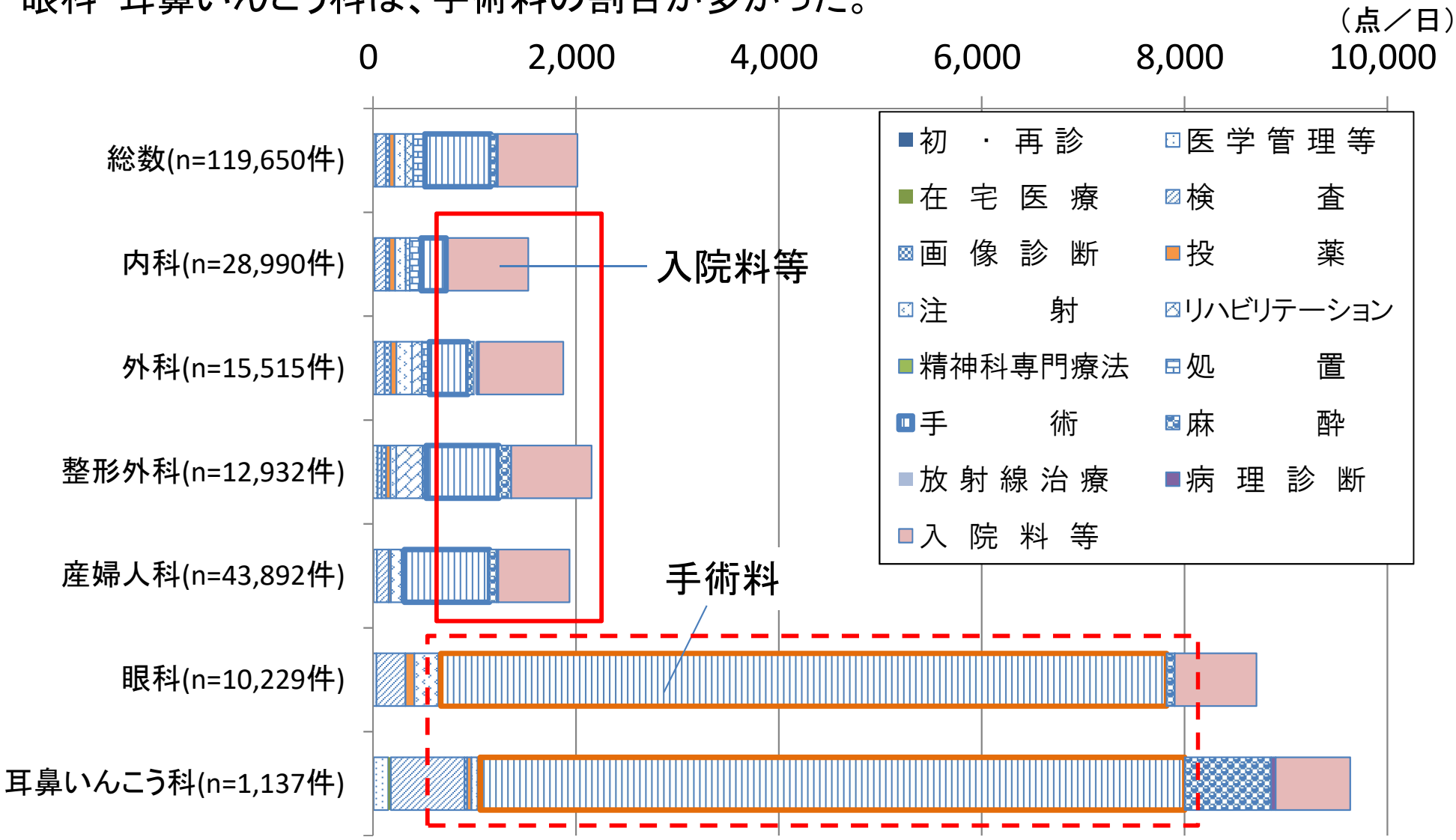


注）入院・入院外を含む各診療行為の点数について、医科診療総点数に対する割合を算出。

出典：社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）

有床診療所・診療科別の入院レセプト１日当たり平均点数

○　有床診療所の入院レセプト1日当たり平均点数を診療科別にみると、
- 内科・外科・整形外科・産婦人科は、入院料等が占める割合が多く、
- 眼科・耳鼻いんこう科は、手術料の割合が多かった。



注）算定点数を診療実日数で割り戻して算出。

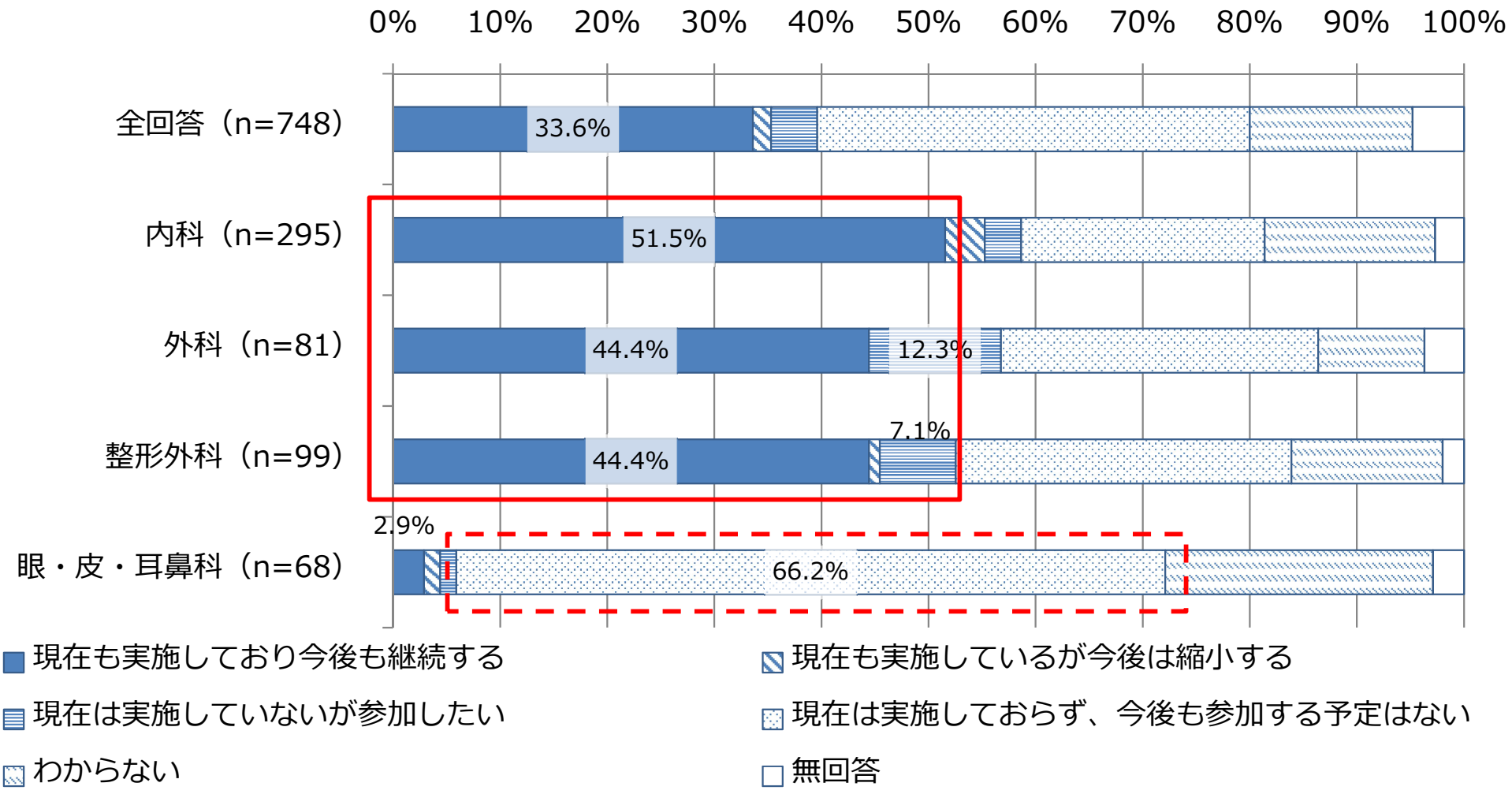
出典：社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）

有床診療所の介護サービスへの参入状況

○　有床診療所の介護サービスへの参入状況については、

・　内科、外科、整形外科は、４～５割が「現在も実施しており今後も継続する」であり、外科、整形外科は、約１割が「現在は実施していないが参加したい」であった。

・　眼・皮・耳鼻科は、約７割が「現在は実施しておらず、今後も参加する予定はない」であった。

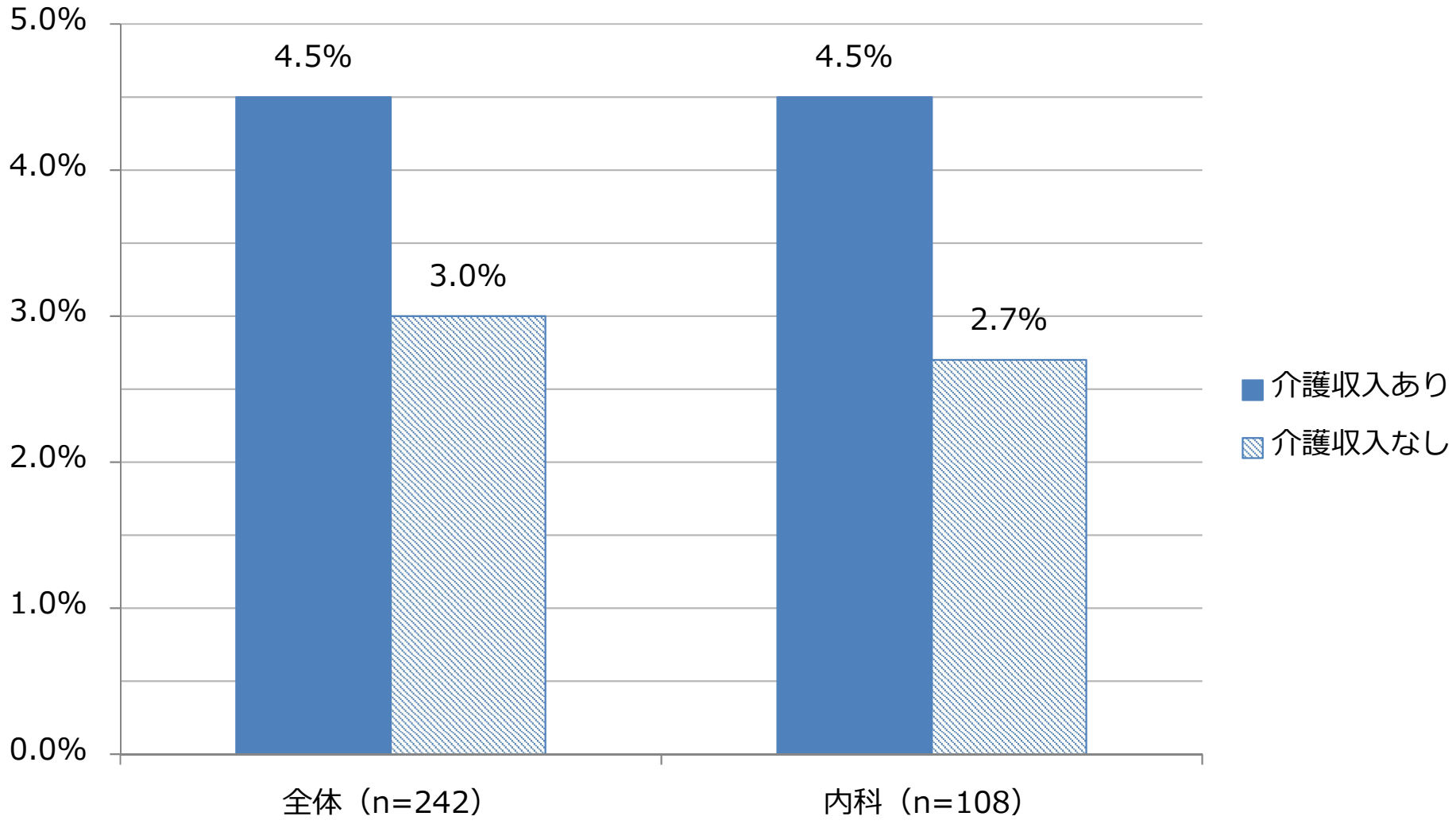


出典：平成29年有床診療所の現状調査（2017年10月31日　日本医師会総合政策研究機構）

有床診療所の介護収入の有無と経常利益率

○　有床診療所の経常利益率を介護収入の有無別に比較すると、介護収入のある有床診療所の方が経常利益率が高い傾向がみられた。

<介護収入の有無別にみた有床診療所の経常利益率>

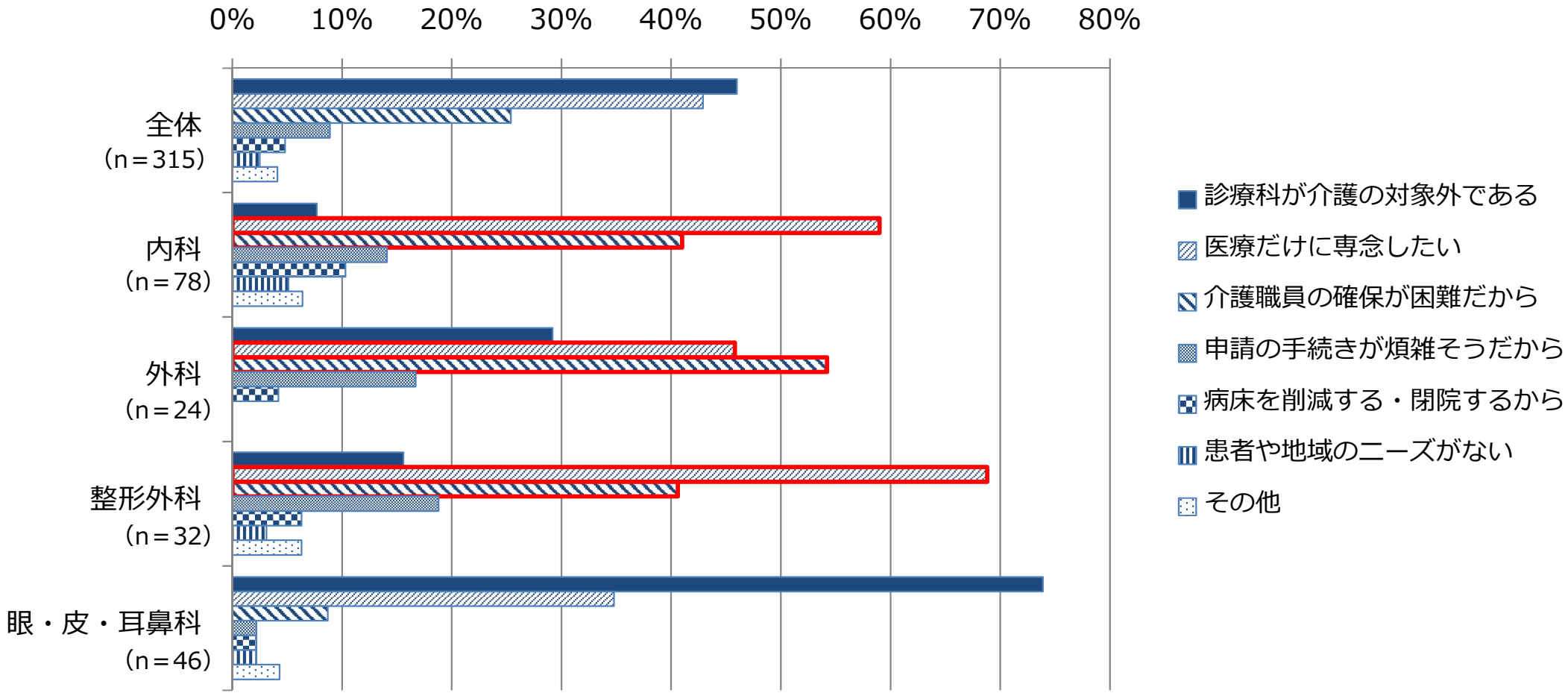


出典：平成29年有床診療所の現状調査（2017年10月31日　日本医師会総合政策研究機構）

有床診療所の介護事業に参加しない理由

○ 有床診療所の介護事業に参加しない理由は、
- 内科・外科・整形外科では、「医療だけに専念したい」「介護職員の確保が困難だから」が多く、
- 眼・皮・耳鼻科では、「診療科が介護の対象外である」が最も多かった。

<有床診療所の介護事業に参加しない理由>



注：無回答を除く

出典：平成29年有床診療所の現状調査（2017年10月31日　日本医師会総合政策研究機構）

有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例（案

○　有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）については、施設の空床利用や、病床の介護サービスベッドとしての活用などにより、医療と介護を組み合わせたサービスの提供が考えられる。

＜地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例＞

医療サービス

有床診療所

又は

無床診療所

＋

介護サービス（例）（多様なサービスの組み合わせが可能）

短期入所療養介護※

- 施設の空床を利用し、主にかかりつけの患者を対象として、医療ニーズを有する利用者への宿泊サービスを提供する

※　診療所における短期入所療養介護は、医療法上の病床により提供されるものであるため、有床診療所との組み合わせで提供される。

看護小規模多機能型居宅介護

- 施設の空床を一部宿泊室に転換し、通所・宿泊・訪問（看護・介護）を医療機関併設の介護サービスとして提供

介護医療院※

- 医療機関併設の介護医療院として、長期療養が必要な重度の要介護者に対応

※　介護医療院の基準・報酬等は介護給付費分科会で議論予定。

改定説明会資料（医科Ⅰ）
３０．３．５

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

➢ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))	改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))
在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。	次のいずれかに該当すること。 ① 介護サービスを提供していること。 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

➢ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

（新）　介護連携加算1　　192点(1日につき)
（新）　介護連携加算2　　38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して 15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]
介護連携加算1　(1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。
介護連携加算2　(1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

➢ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))	改定後(点数、施設基準(抜粋))
入院日から起算して15日以降に1日につき5点	入院日から起算して15日以降に1日につき20点
(3) 平均在院日数が 60日以内であること。	(3) 平均在院日数が 90日以内であること。

＜参考＞有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

改定説明会資料（概要）
３０．３．５

入退院支援の評価（イメージ）

➢ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設
- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加
- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅 → 入院 → 外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】
- （入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- 入院生活に関するオリエンテーション
- 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成　等



病棟



≪入退院支援の対象となる患者≫
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院　／　・要介護認定が未申請
- **虐待を受けている又はその疑いがある**
- **生活困窮者**
- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無に関わらず、必要な**養育又は**介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等



【退院時共同指導】
- 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】
- 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

退院支援に係る診療報酬の変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）
・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）
平成12年：急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価
平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）
・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、
地域連携診療計画退院時指導料
・対象疾患；大腿骨頸部骨折
平成20年：地域連携診療計画管理料等の
対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算
平成22年：介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、新生児退院調整加算
平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

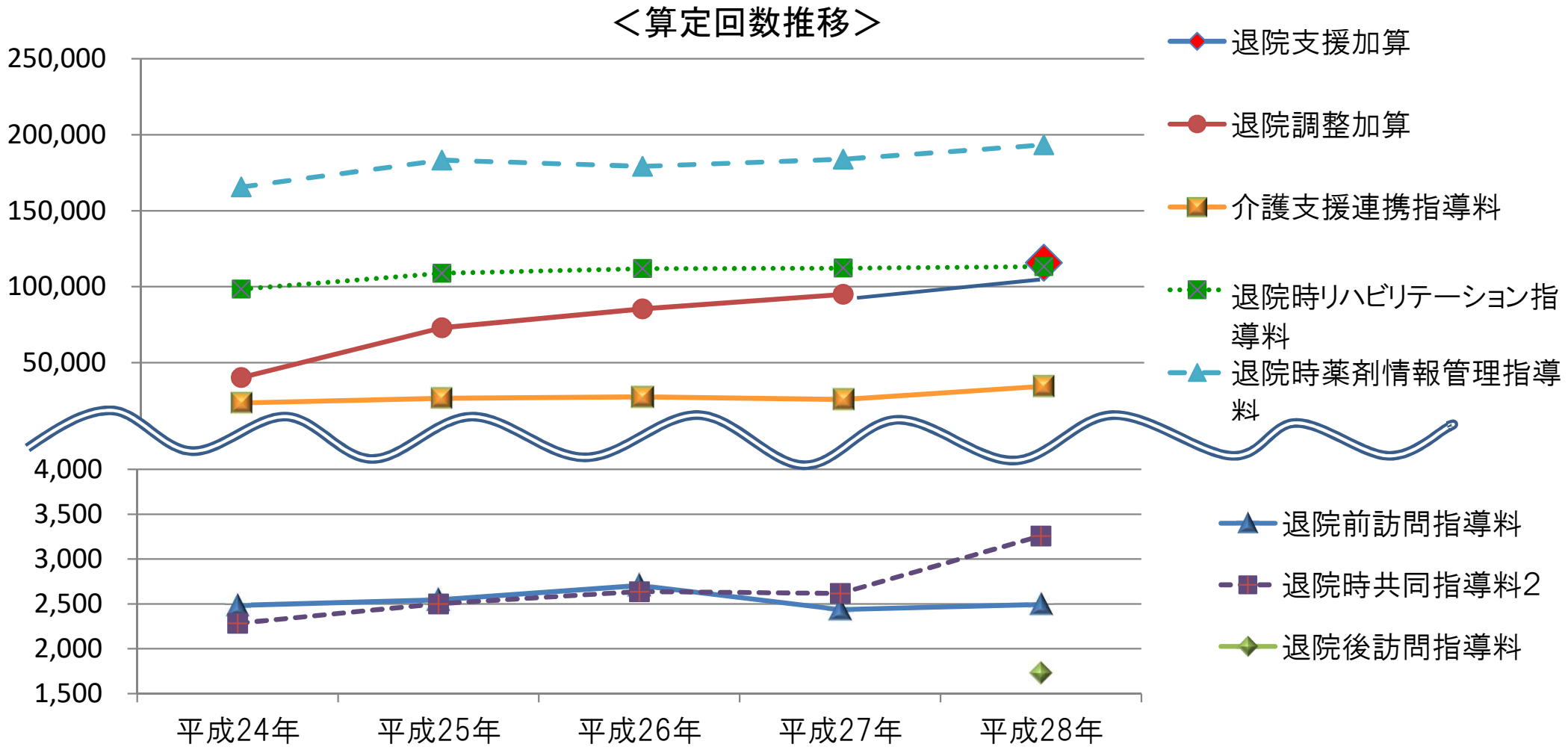
【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算１・２・３、地域連携診療計画加算
・入院早期からの取組を実施
・連携する医療機関等と日頃からの関係づくり

退院に向けた支援・連携に関する主な評価③～算定状況

診調組　入－１
２９．８．２４

○　退院支援・連携に関する算定回数は全体的に増加している。特に退院支援加算（退院調整加算）及び介護支援連携指導料、退院時共同指導料2といった連携に関する算定が増えている。

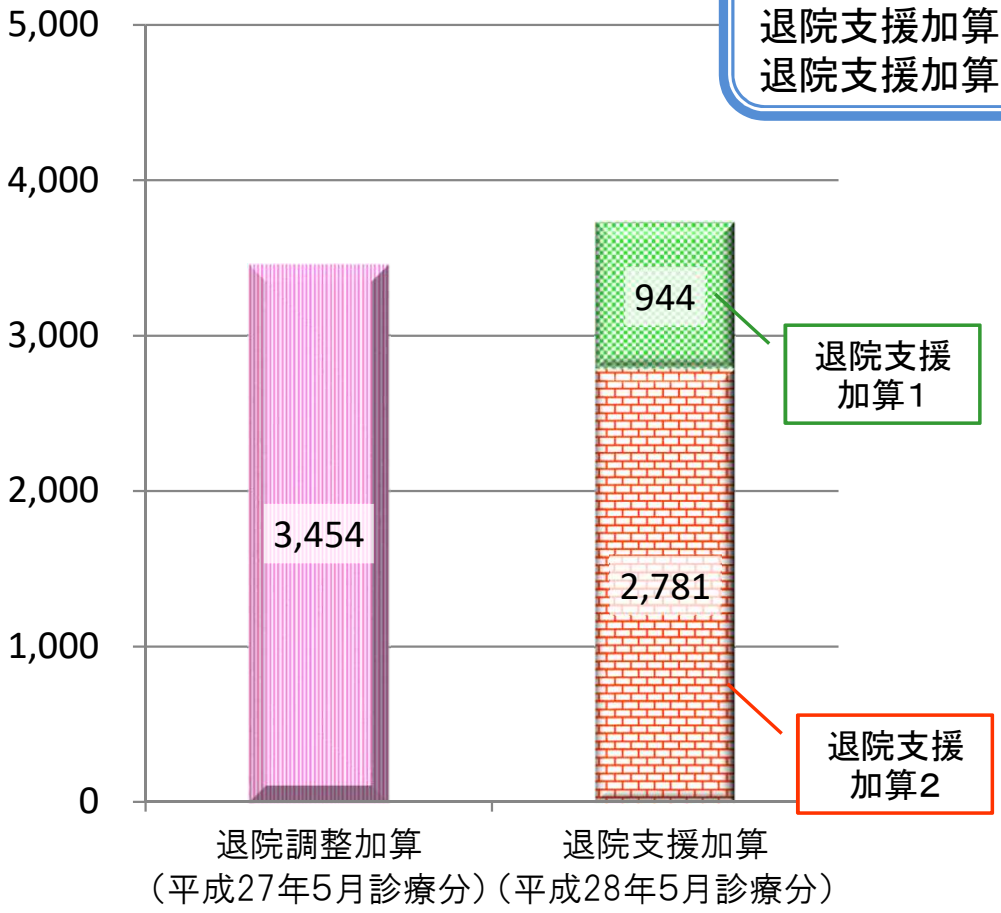


出典：社会医療診療行為別統計

退院支援加算の算定状況①～算定数

○　平成28年度診療報酬改定後、退院支援加算を算定する医療機関は増えている。
○　退院支援加算1を算定する医療機関数は、退院支援加算2より少ないが、医療機関あたりの算定件数が多い。

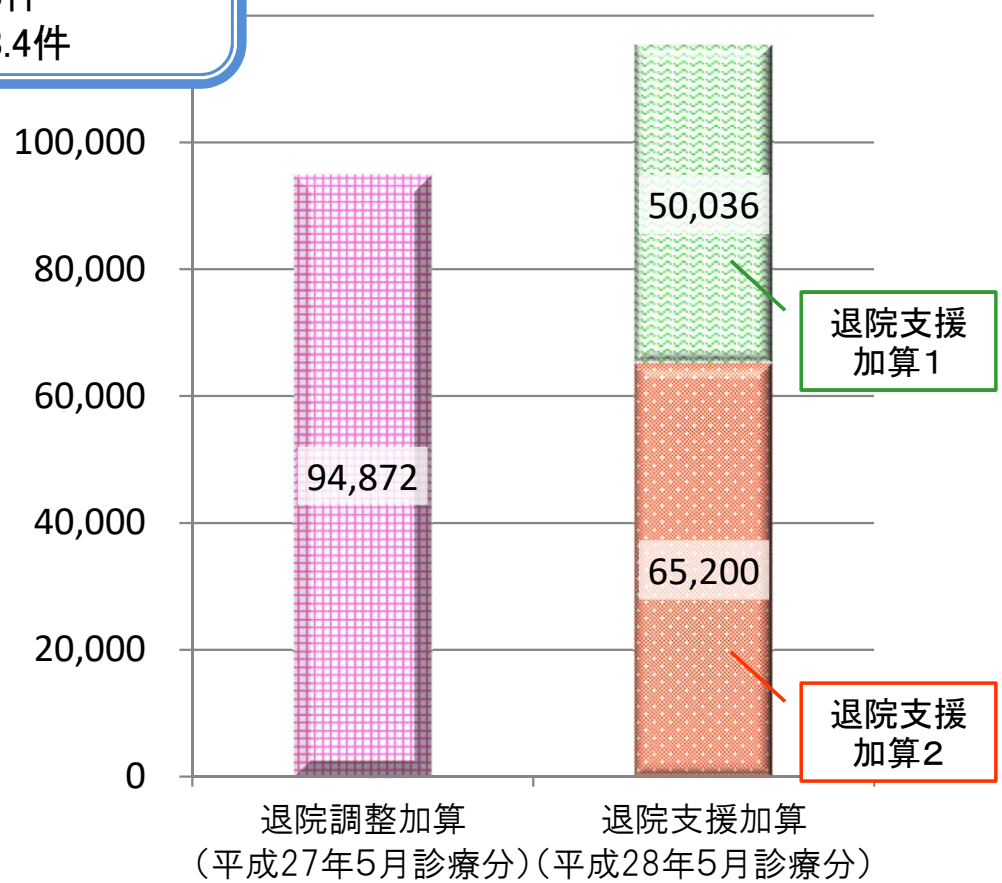
＜算定医療機関数＞



医療機関あたりの算定件数

退院調整加算	27.4件
退院支援加算１	53件
退院支援加算２	23.4件

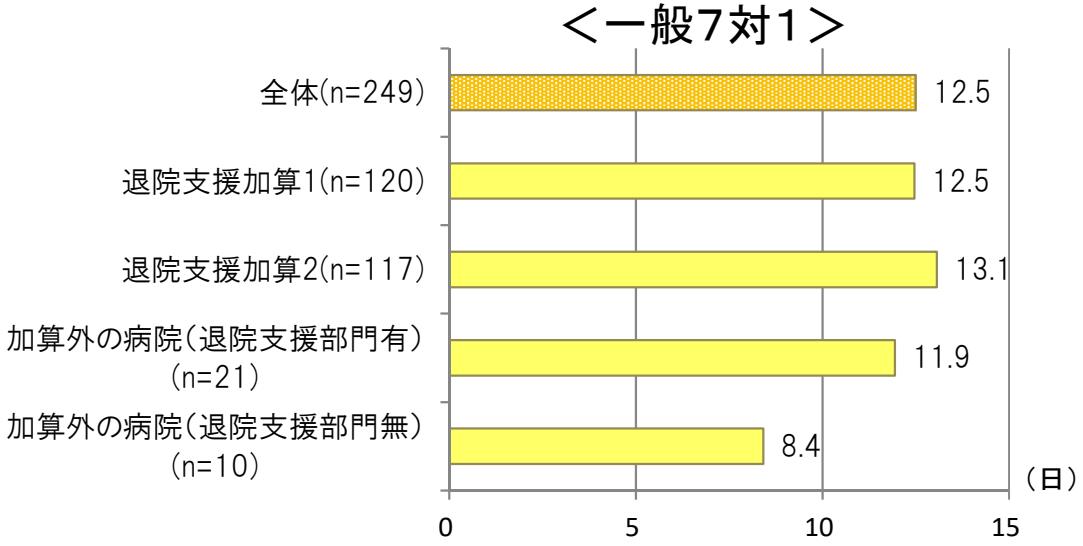
＜算定件数＞

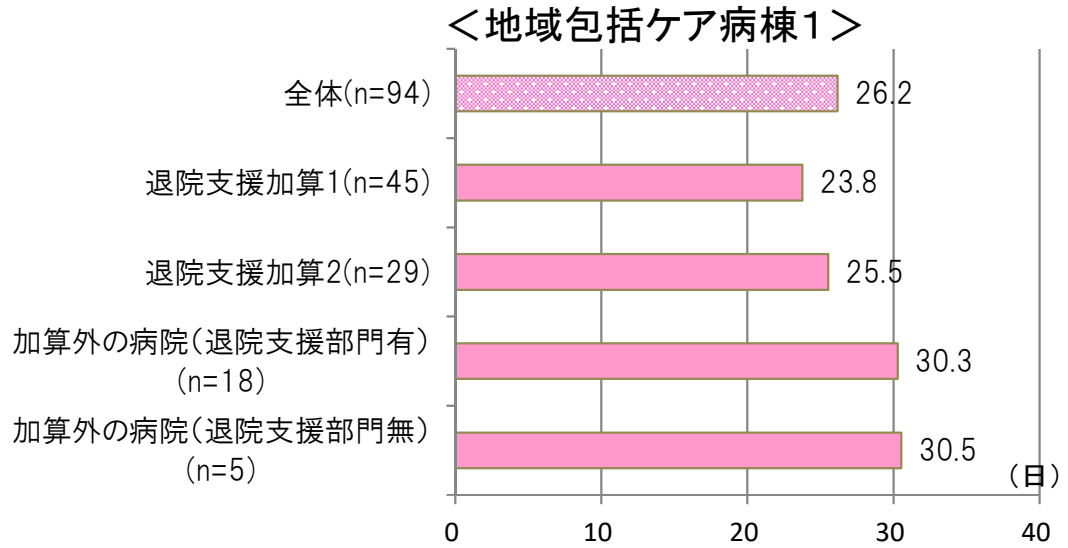


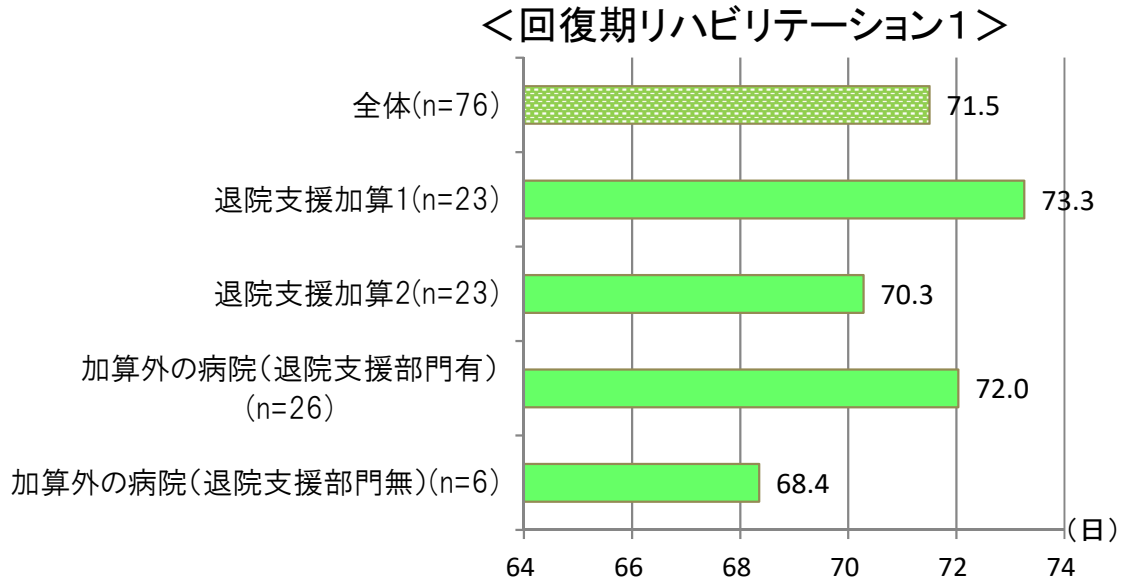
出典：NDBデータ

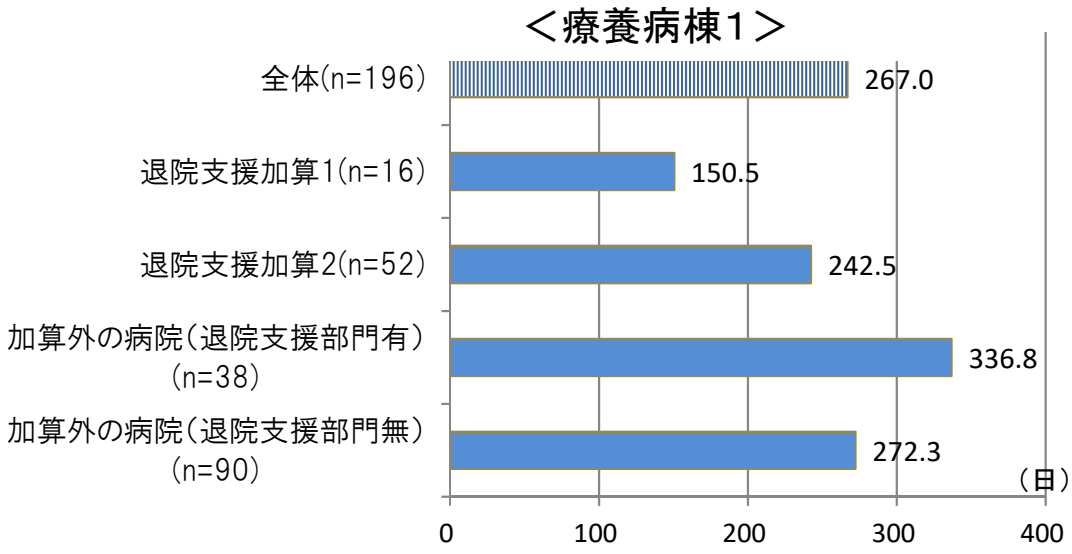
退院支援加算の算定状況①～平均在院日数

○　退院支援に係る体制別でみた平均在院日数は、回復期リハビリテーション病棟を除き、退院支援加算１を算定する病棟がやや短い傾向である。









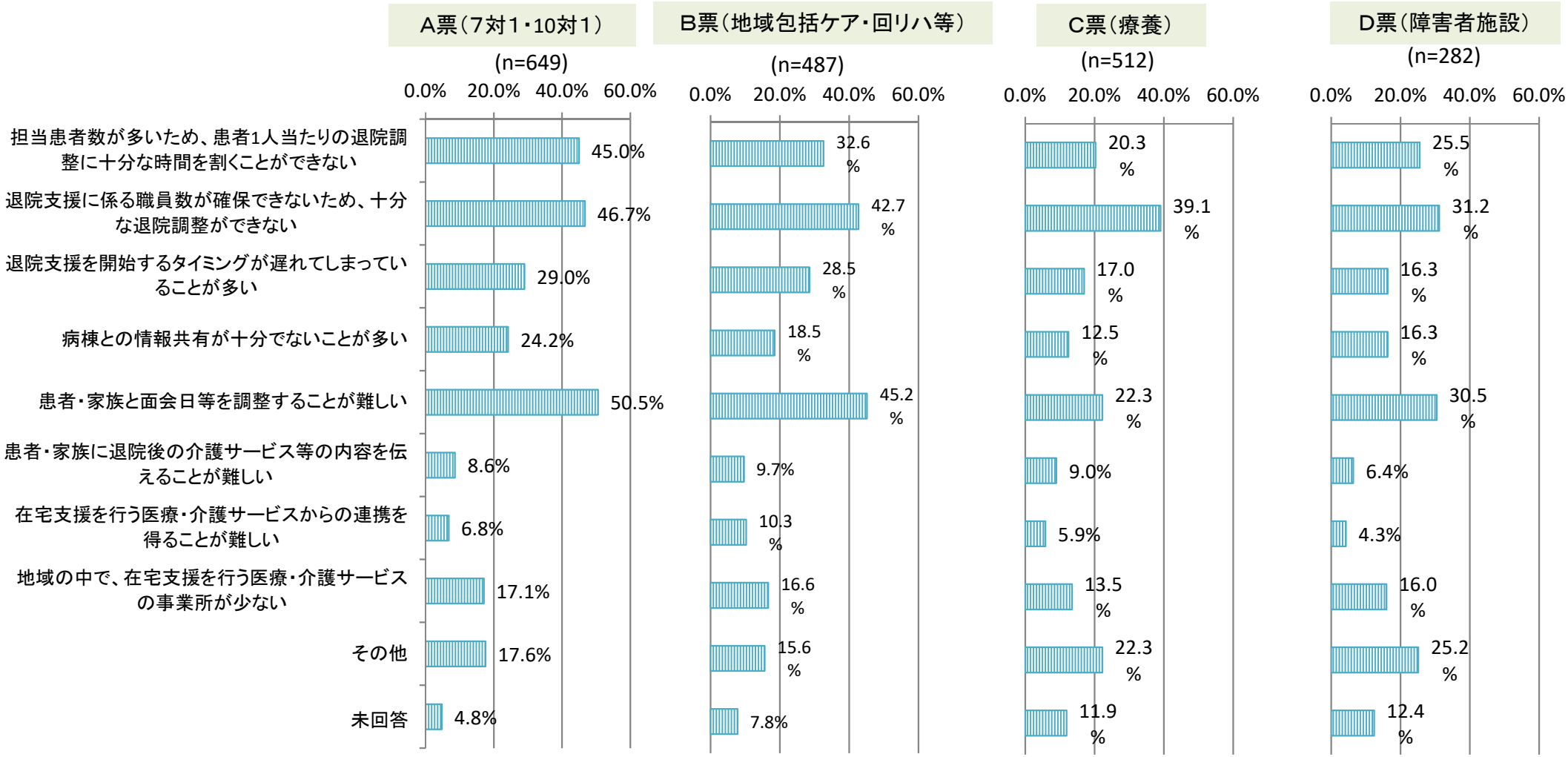
出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項

診調組　入－1
２９．６．７

○　退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項についてみると、A・B票では、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」という回答が最も多く、C・D票では、「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」という回答が最も多かった。

＜退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項＞

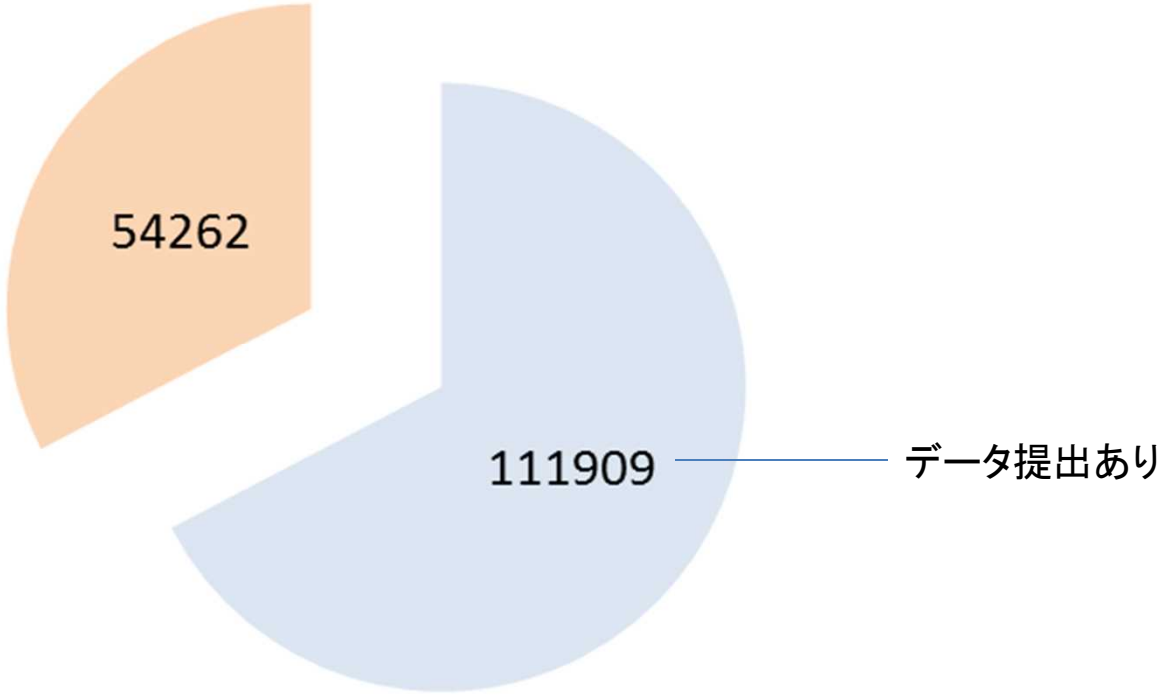


出典：平成28年度入院医療等の調査（施設票）

データ提出加算の算定病床の割合（10対１入院基本料）

○ 10対１入院一般病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は67%であった。

10対1入院基本料届出病床数（n=166,171）

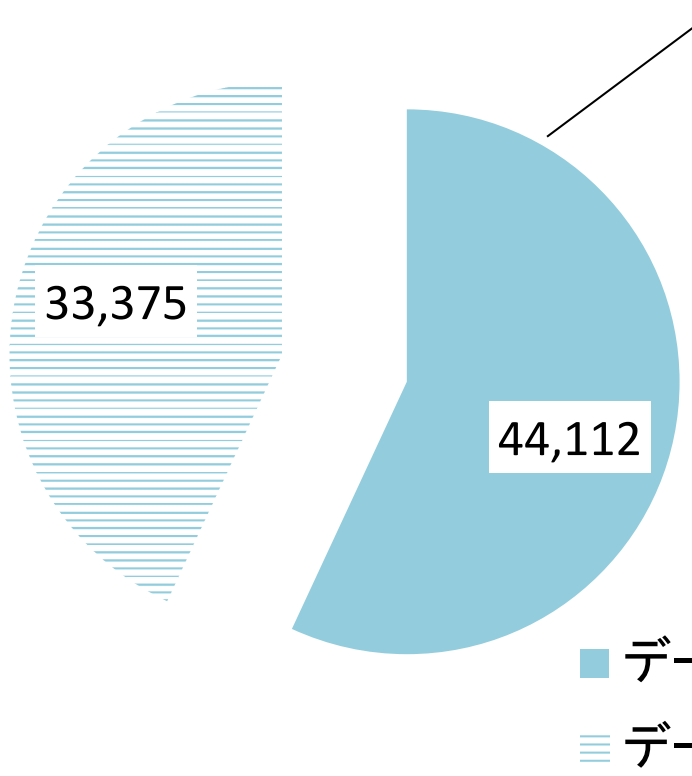


出典：平成28年DPCデータ

データ提出加算の算定病床の割合（回復期リハ病棟）

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、57%であり、その中で回復期リハビリテーション病棟入院料1の占める割合が最も多い。

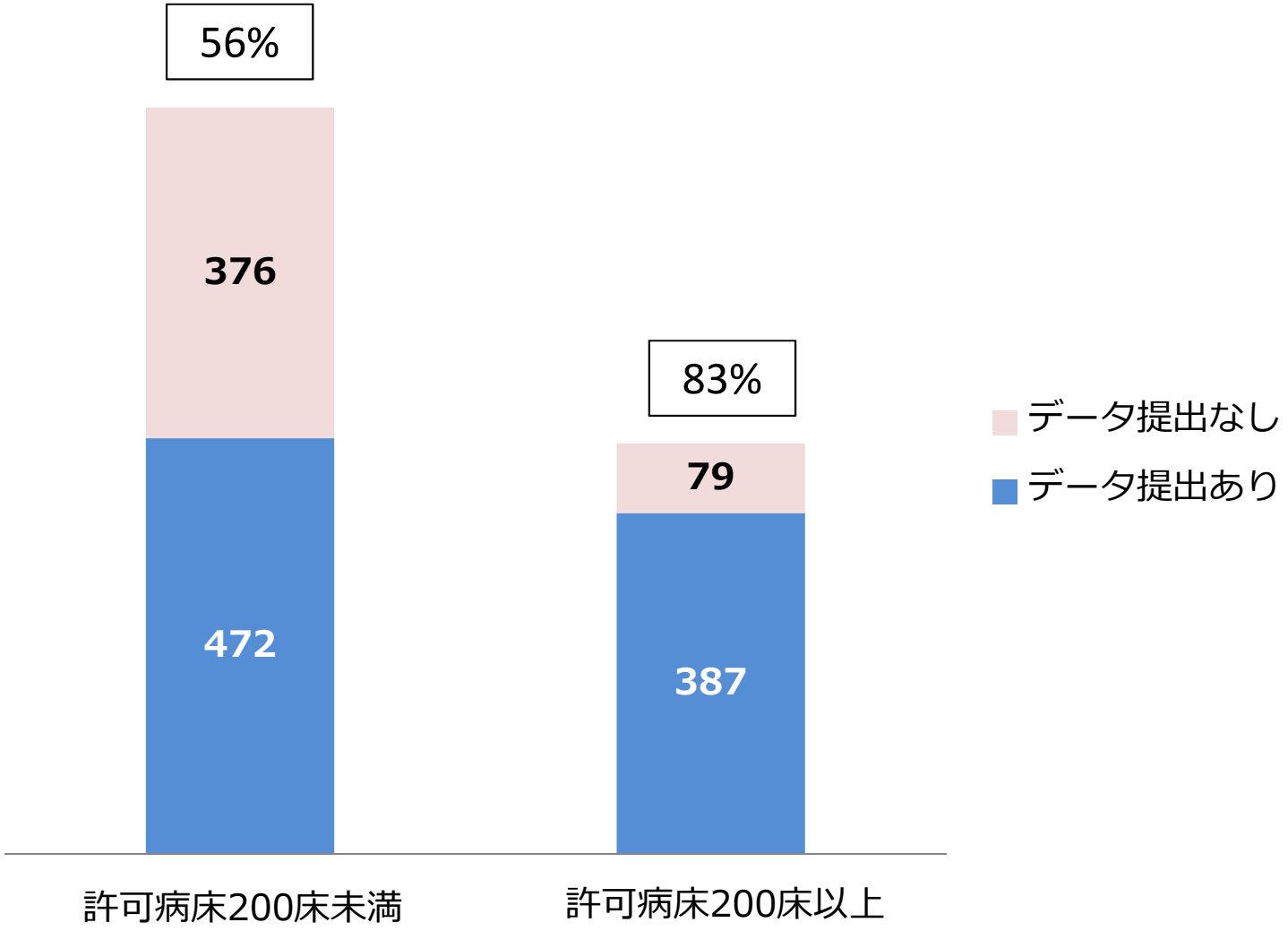
回復期リハ届出病床数（n=77,487）



出典：平成28年DPCデータ、保険局医療課調べ

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

○　回復期リハビリテーション病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は56%、200床以上の病院は83%がすでにデータを提出している。

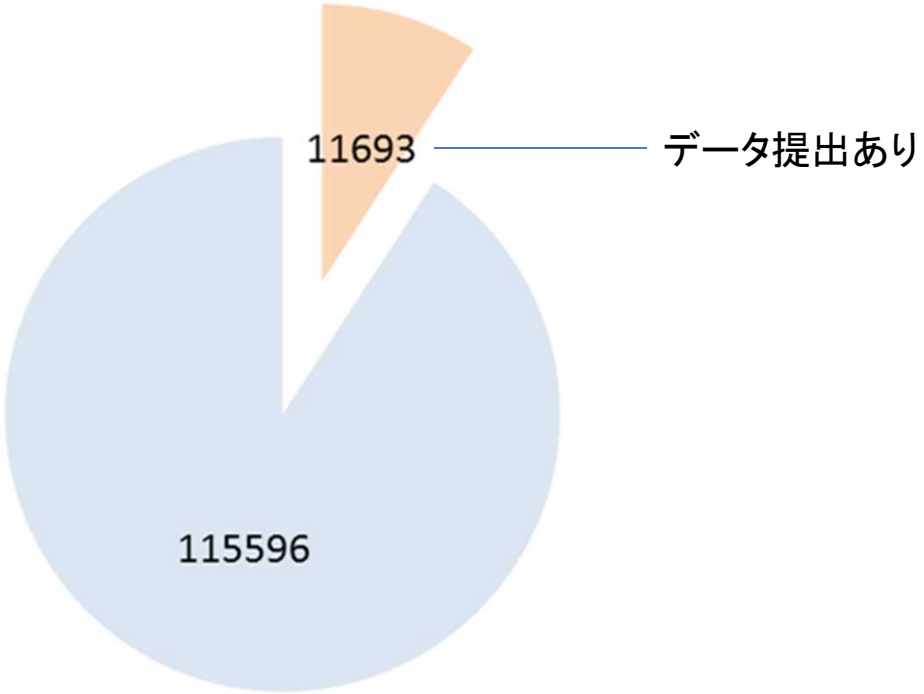


出典：保険局医療課調べ（平成27年７月１日時点）

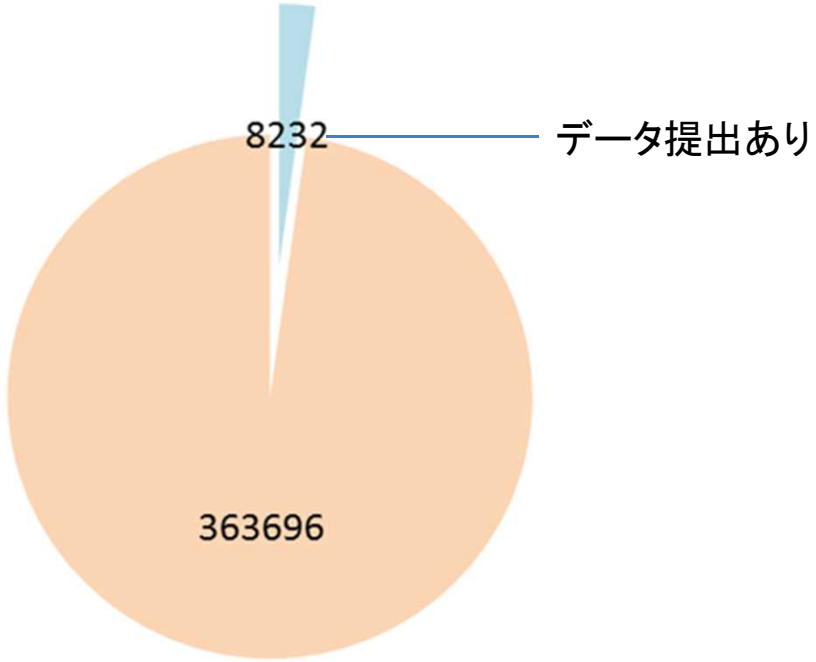
データ提出加算の算定病床の割合（13対1、15対1入院基本料）

○ 13対1、15対1入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、それぞれ9.1%と.2.2%であった。

13対1一般病棟入院基本料届出病床数（n=127,289）



15対1一般病棟入院基本料届出病床数（n=371,928）

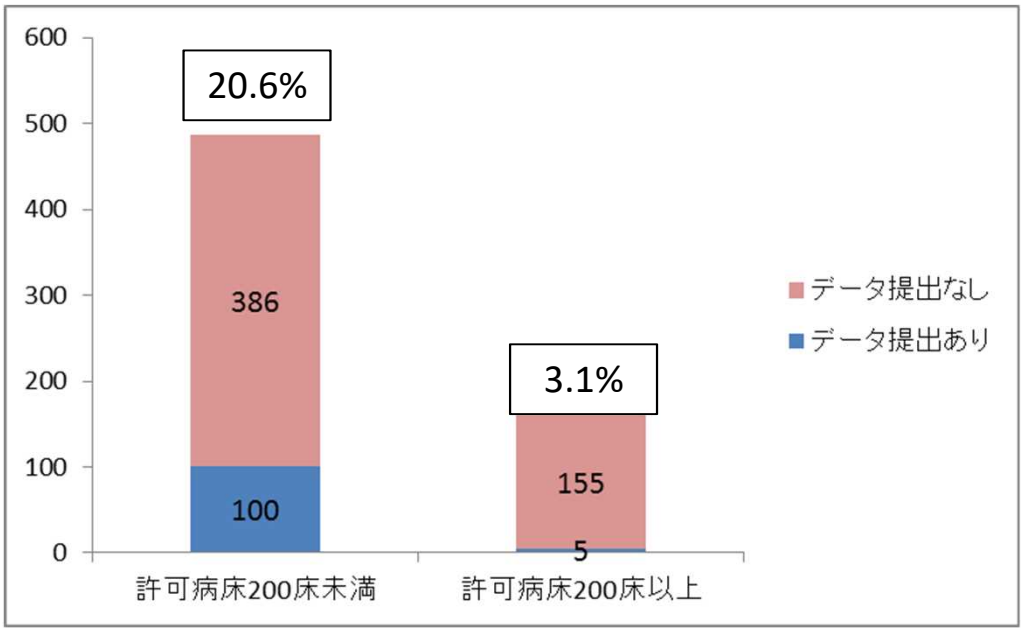


出典：平成28年DPCデータ

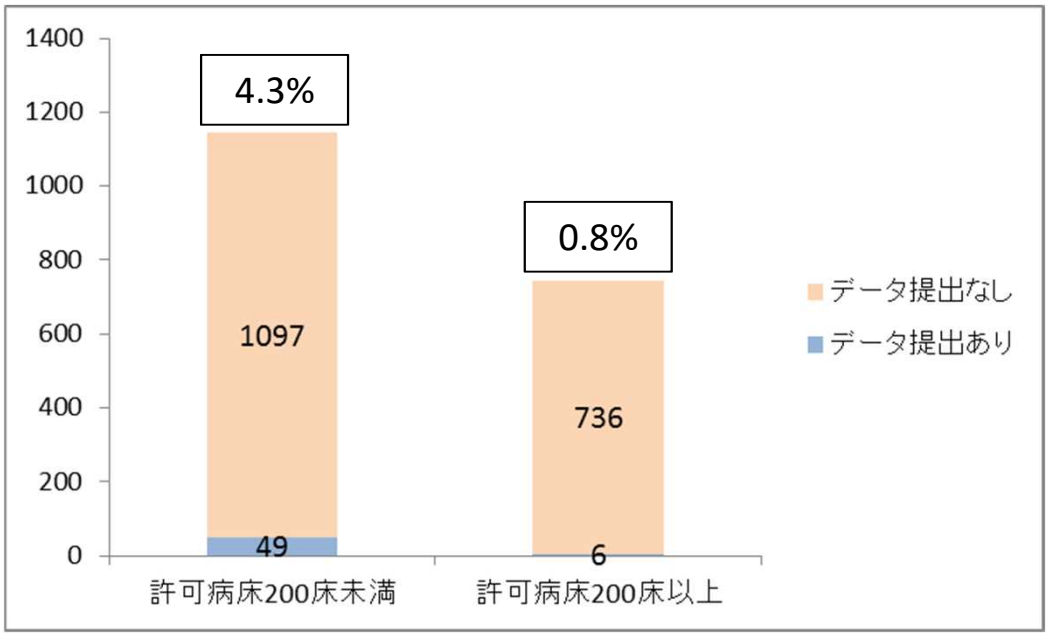
13対1、15対1入院基本料を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

○　13対1、15対1入院基本料を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床以上の医療機関でそれぞれ3.1%と0.8%の病院がデータ提出をしている。

１３対１



１５対１

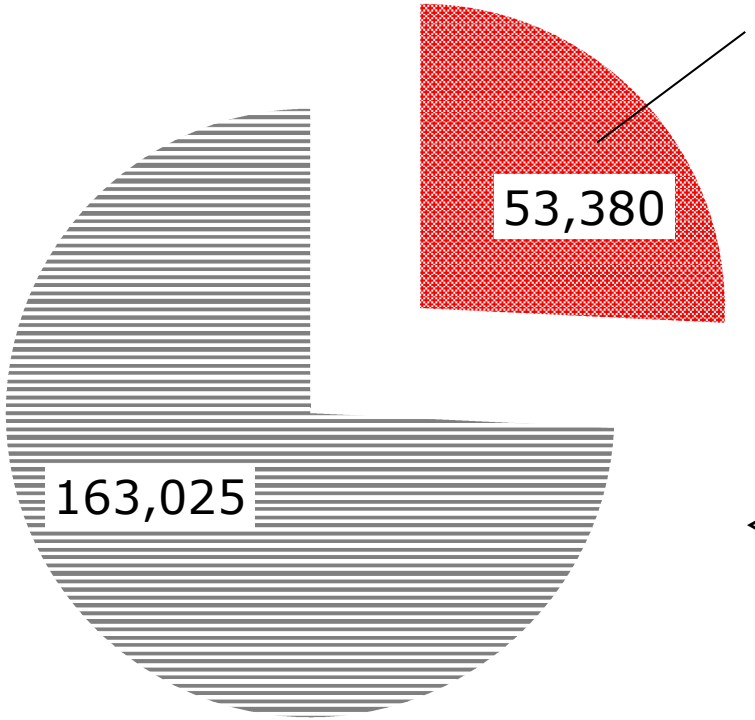


出典：保険局医療課調べ（平成27年７月１日時点）

データ提出加算の算定病床の割合（療養病棟）

○ 療養病棟入院基本料届出病床のうち、データ提出加算届出病床の割合は、約1/4である。

療養病棟入院基本料届出病床数（n=216,405）



25%

療養１：40,494(75.9%)
療養２：12,619(23.6%)
特別　：267(0.5%)

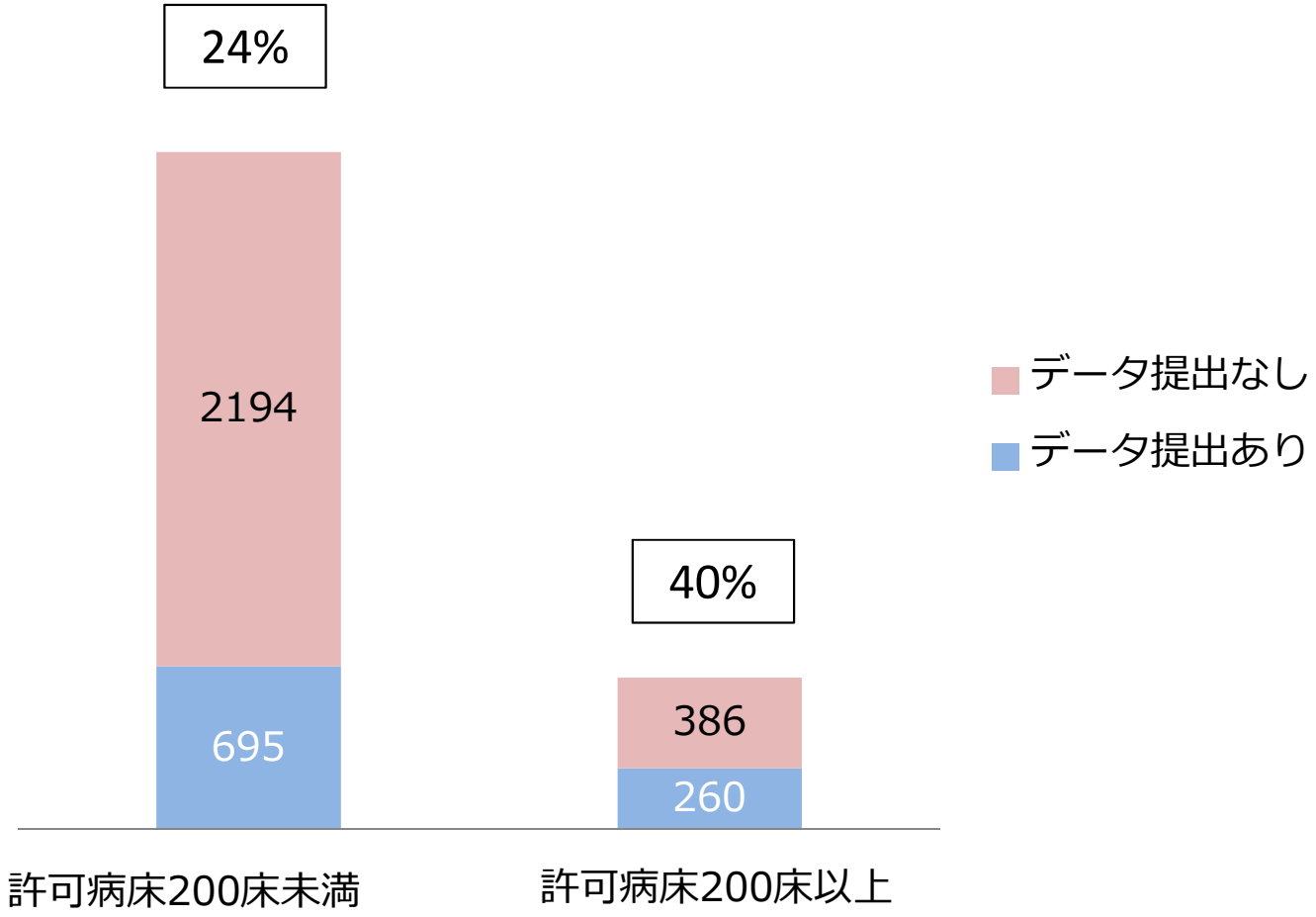
＜参考：各入院料区分における算定割合＞

療養１：28.2%
療養２：16.7%
特別　：20.9%

出典：平成28年DPCデータ

療養病棟を有する病院の病床規模別のデータ提出の現状

○　療養病棟を有する病院の病床規模別でデータの提出の現状をみると、200床未満の病院は24%、200床以上の病院は40%がすでにデータを提出している。



出典：保険局医療課調べ（平成27年７月１日時点）

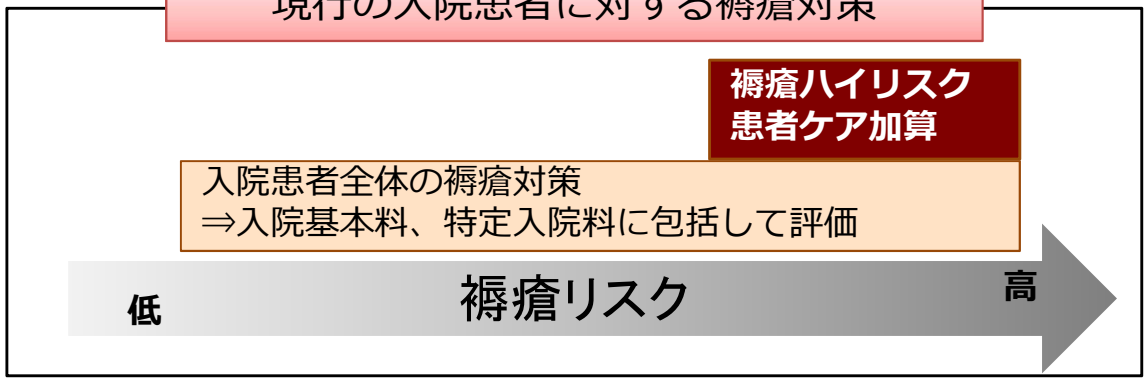
褥瘡有病率の推移

○　褥瘡有病率の経年推移を見ると、2000年代は大きく減少していったが、2010年は上昇しており、医療器具による圧迫などでできる褥瘡が指摘されるようになってきた。

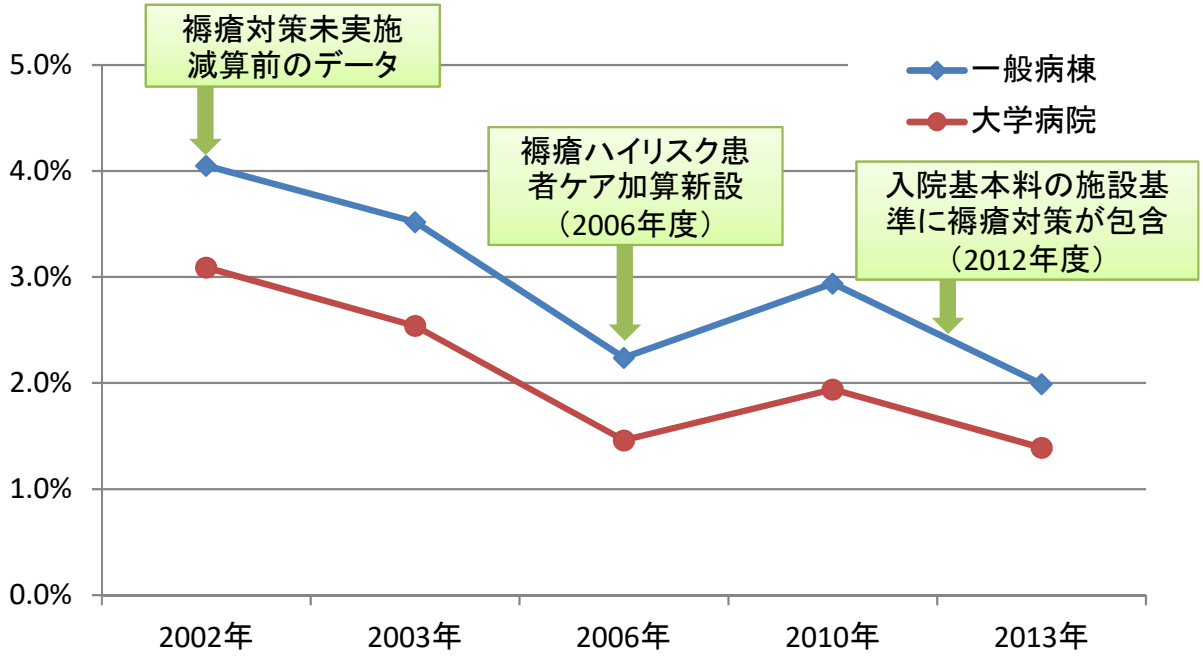
褥瘡対策の経緯

H14年（2002年）	**入院基本料における褥瘡対策の評価** ・褥瘡対策未実施減算の新設。医療安全管理体制の整備や褥瘡対策が行われていない場合に、入院基本料等から減算する仕組みを導入。
H16年（2004年）	**褥瘡患者管理加算の新設** ・褥瘡対策について、ハイリスク患者等に対する診療計画の作成や必要な器具の整備などについて、加算評価。
H18年（2006年）	**褥瘡対策未実施減算の廃止** ・褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みを廃止し、入院基本料の算定要件化。 **褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設** ・急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づき、総合的な褥瘡対策を実施する場合を評価。
H20年（2008年）	**褥瘡評価実施加算の新設** ・療養病棟・有床診療所療養病棟入院基本料において、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行うことについて、加算評価。
H24（2012年）	**褥瘡患者管理加算の見直し** ・褥瘡患者管理加算について、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価。

現行の入院患者に対する褥瘡対策



■褥瘡有病率の推移



出典：日本褥瘡学会実態調査

ADL維持向上等体制加算における褥瘡のアウトカム評価について

○　ADL維持向上等体制加算は、施設基準において、アウトカム評価として院内褥瘡発生率が1.5%未満であることを求めている。
○　１病棟のみでADL維持向上等体制加算を算定する場合は、当該病棟において１人でも新たに褥瘡が発生すると、施設基準を満たさなくなる。

ADL維持向上等体制加算

[対象病棟]
一般病棟（7対1、10対1）、特定機能病院（一般病棟）、専門病院（7対1、10対1）

[施設基準]
⑴　当該病棟に、常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名＋専任1名以上

⑵　当該医療機関に、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、適切なリハビリテーションに係る研修を修了した常勤医師が1名以上

⑶　当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上

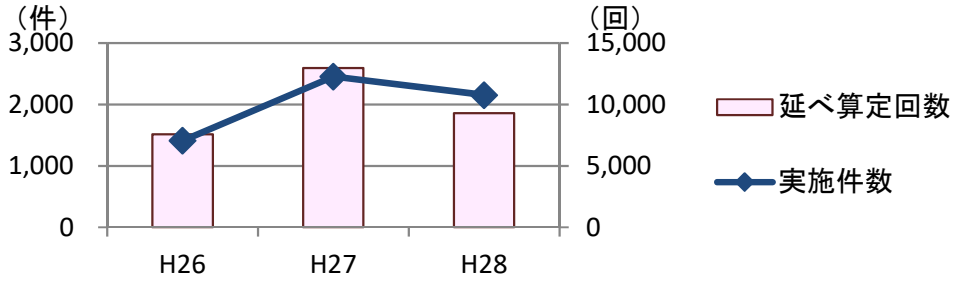
⑷　アウトカム評価として、以下のいずれも満たすこと
ア　直近1年間において、当該病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
イ　当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること

■ １人新規褥瘡発生した場合の「院内発生した褥瘡を保有している入院患者の割合」

入院患者数	褥瘡保有患者割合
入院患者数40人	2.5%
入院患者数45人	2.22%
入院患者数50人	2％
入院患者数55人	1.82%
入院患者数60人	1.67%

例えば１病棟のみでADL維持向上等体制加算を届け出る場合、当該病棟の入院患者数が60人であっても、１人新たに褥瘡が発生すると、ADL維持向上等体制加算の施設基準を満たさなくなる。

（参考）ADL維持向上等体制加算の算定状況



出典：社会医療診療行為別調査･統計（各年６月審査分）

療養病床における褥瘡対策の評価

○　療養病床に入院中の患者は、入院時に入院基本料の施設基準において求めている褥瘡のリスク評価を行い、入棟後は医療区分の項目の一つとして褥瘡に関する評価が行われている。さらに、ADL区分３の患者は、特に褥瘡等が生じやすい状態であることから、「褥瘡評価実施加算」の対象となる。
○　「褥瘡評価実施加算」は、ADL区分３の患者のうち９割以上で算定されている。

療養病床における褥瘡対策

褥瘡評価実施加算（ADL区分３のみ）

医療区分・ADL区分に係る評価票における評価［毎日］
（褥瘡に対する治療を実施している状態）

入院患者全体の褥瘡対策
⇒療養病棟入院基本料に包括して評価

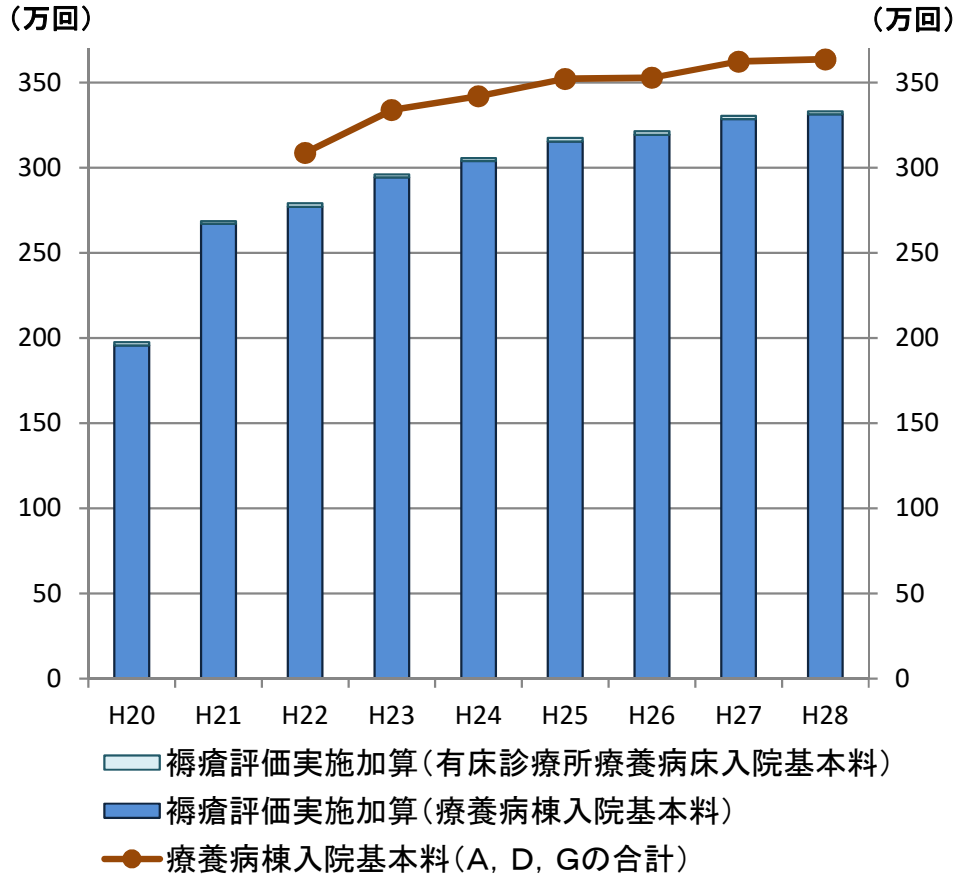
褥瘡評価実施加算（１日につき）　15点

［対象病棟］
療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している病棟・病床

［対象患者］
ADL区分3の状態

［施設基準］
ADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添6の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

■褥瘡評価実施加算の算定状況



注）療養病棟入院基本料Ａ・Ｄ・Ｇは、ＡＤＬ区分３の患者が算定する入院基本料である。

出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年６月審査分）

療養病床の患者における褥瘡の状態①

○　療養病棟の患者のうち、褥瘡を保有している入院患者は8.9%であり、そのうち入院時に既に褥瘡を保有していた患者は4.0%、入院中に新たに褥瘡が発生した患者は4.8%である。
○　入院時保有率・新規発生率共に、３割弱の医療機関は０%であるが、１割以上の医療機関は保有率・発生率が10%を超えており、医療機関間の差が大きい。

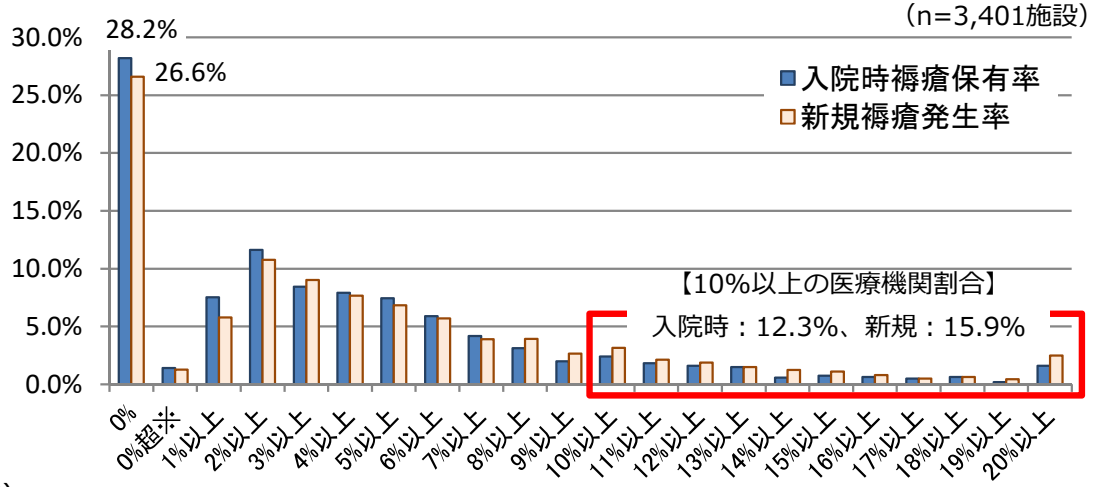
■療養病棟に入院中の患者における褥瘡保有状況

平成28年６月１日時点の状況（平成28年６月１日時点の全入院患者数＝201,442人））

	全療養病棟入院患者数に占める割合	（再掲）療養1（20対1）	（再掲）療養2（25対1）
①入院患者のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数	8.9%	9.0%	8.7%
② ①のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数	4.0%	4.3%	3.5%
③ ①うち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数	4.8%	4.6%	5.2%

■入院時褥瘡保有率、新規褥瘡発生率の分布

（n=3,401施設）



※「0%超」に0%は含まない

■療養病棟の医療機関別の褥瘡保有率×新規発生率（平成28年）（n=3,407医療機関（有効回答のみに限る））

入院時褥瘡保有率 ＼ 入院中の新規褥瘡発生率	0～2%	（うち、0%）	2%～4%	4%～6%	6%以上	合計
0～2%	531（15.6%）	431（12.7%）	231（6.8%）	164（4.8%）	343（10.1%）	1,269（37.2%）
（うち、0%）	432（12.7%）	389（11.4%）	151（4.4%）	115（3.4%）	267（7.8%）	965（28.3%）
2%～4%	193（5.7%）	131（3.8%）	166（4.9%）	102（3.0%）	221（6.5%）	682（20.0%）
4%～6%	130（3.8%）	92（2.7%）	104（3.1%）	97（2.8%）	191（5.6%）	522（15.3%）
6%以上	296（8.7%）	257（7.5%）	172（5.0%）	130（3.8%）	336（9.9%）	934（27.4%）
合計	1,150（33.8%）	911（26.7%）	673（19.8%）	493（14.5%）	1,091（32.0%）	3,407（100.0%）

出典：保険局医療課調べ（平成28年７月の各医療機関からの報告による）

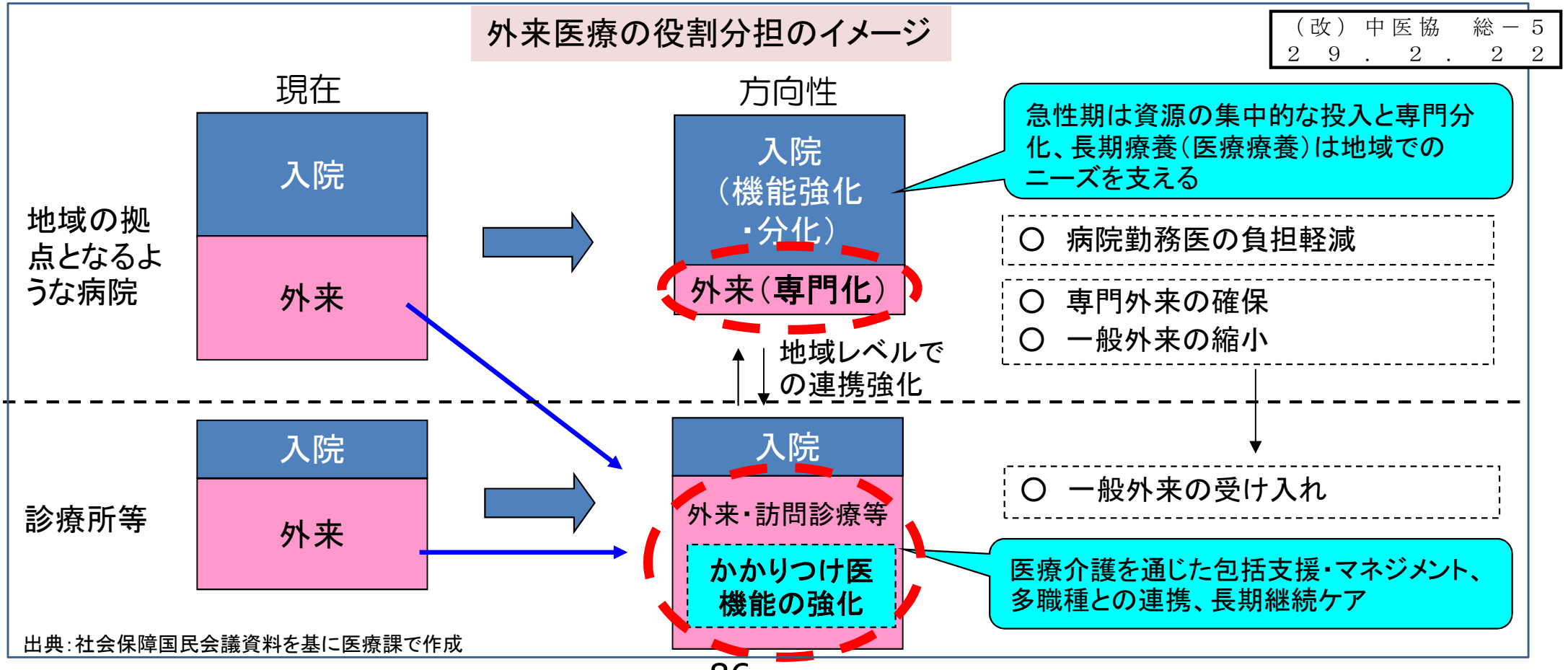
１－（２）外来医療
－外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価

外来医療の今後の方向性（イメージ）

社会保障制度改革国民会議報告書（H25年8月6日）抜粋

○　新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
○　フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
○　大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
○　医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



出典：社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

病床規模に関する要件（大病院）の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

➢ 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行（対象病院）	改定後（対象病院）
特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院	特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

［経過措置］

・ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

➢ 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

［対象］

○ 初診料及び外来診療料　※ 平成30年９月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く）に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

※1については平成31年３月31日まで、※2については平成30年９月30日までの経過措置を設ける

○ 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。



○ 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

※ 平成 30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

かかりつけ医機能評価の充実



・がん患者に対しての治療と仕事の両立のために産業医と情報共有・連携を評価

・かかりつけ医とかかりつけ歯科医の間の情報共有の評価

・末期のがん患者についてケアマネージャーと在宅主治医との連携を強化

情報共有・連携



情報共有・連携



連携



情報提供

訪問診療への移行



・生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化

・かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能の評価
・地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
（※）複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を行うことを評価
・小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和



・外来から訪問診療に移行した患者への在宅医療の提供実績の評価

改定説明会資料（概要）
３０．３．５

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

➢ かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

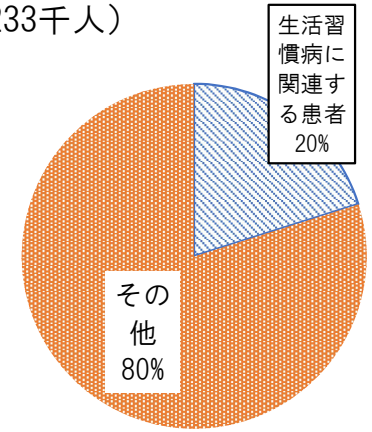
初診料
小児かかりつけ診療料（初診時）

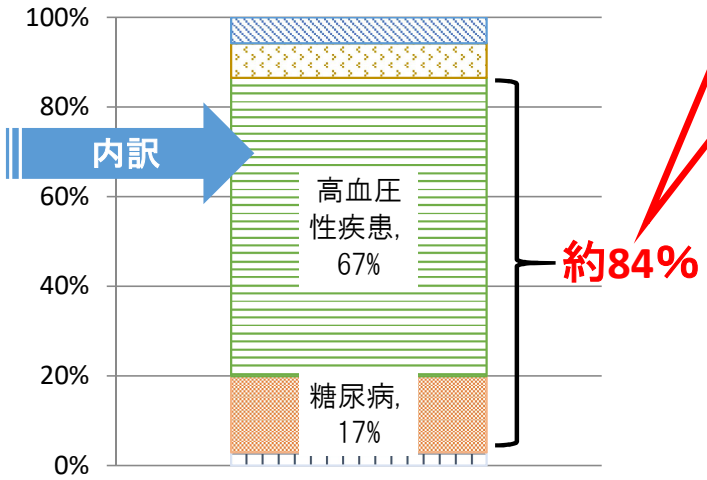
（新）　機能強化加算　80点



［算定要件］
地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出をしている保険医療機関（診療所又は 200床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

＜一般診療所の推計外来患者数＞
（ 4,233千人）

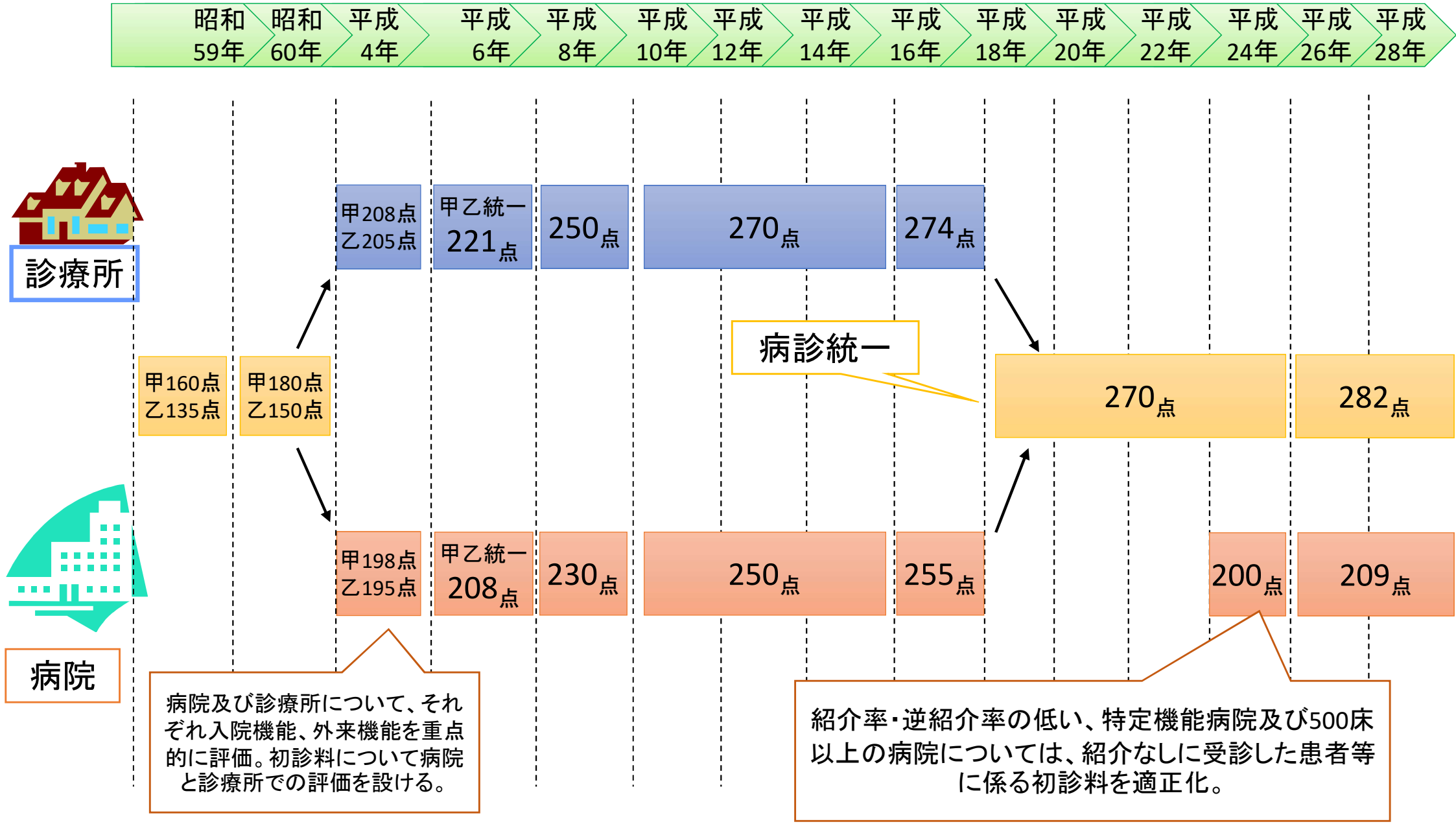




［評価の対象となる患者の範囲（イメージ）］

再診の患者	初診の患者
地域包括診療料等の対象患者（生活習慣病や認知症を有する患者　等）	機能強化加算の対象患者

初診料の評価の変遷


昭和59年
昭和60年
平成4年
平成6年
平成8年
平成10年
平成12年
平成14年
平成16年
平成18年
平成20年
平成22年
平成24年
平成26年
平成28年
診療所
甲208点
乙205点
甲乙統一
221点
250点
270点
274点
甲160点
乙135点
甲180点
乙150点
病診統一
270点
282点
病院
甲198点
乙195点
甲乙統一
208点
230点
250点
255点
200点
209点
病院及び診療所について、それぞれ入院機能、外来機能を重点的に評価。初診料について病院と診療所での評価を設ける。
紹介率・逆紹介率の低い、特定機能病院及び500床以上の病院については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料を適正化。

再診料・外来管理加算の評価の変遷

診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す

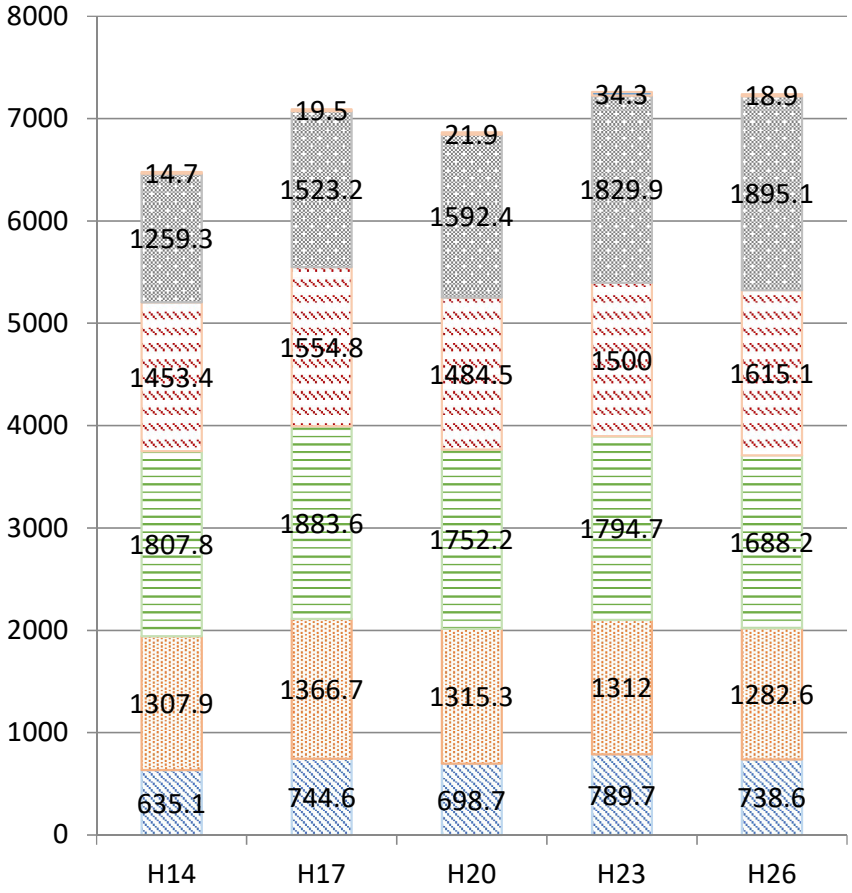


推計外来患者の年齢階級別の推移

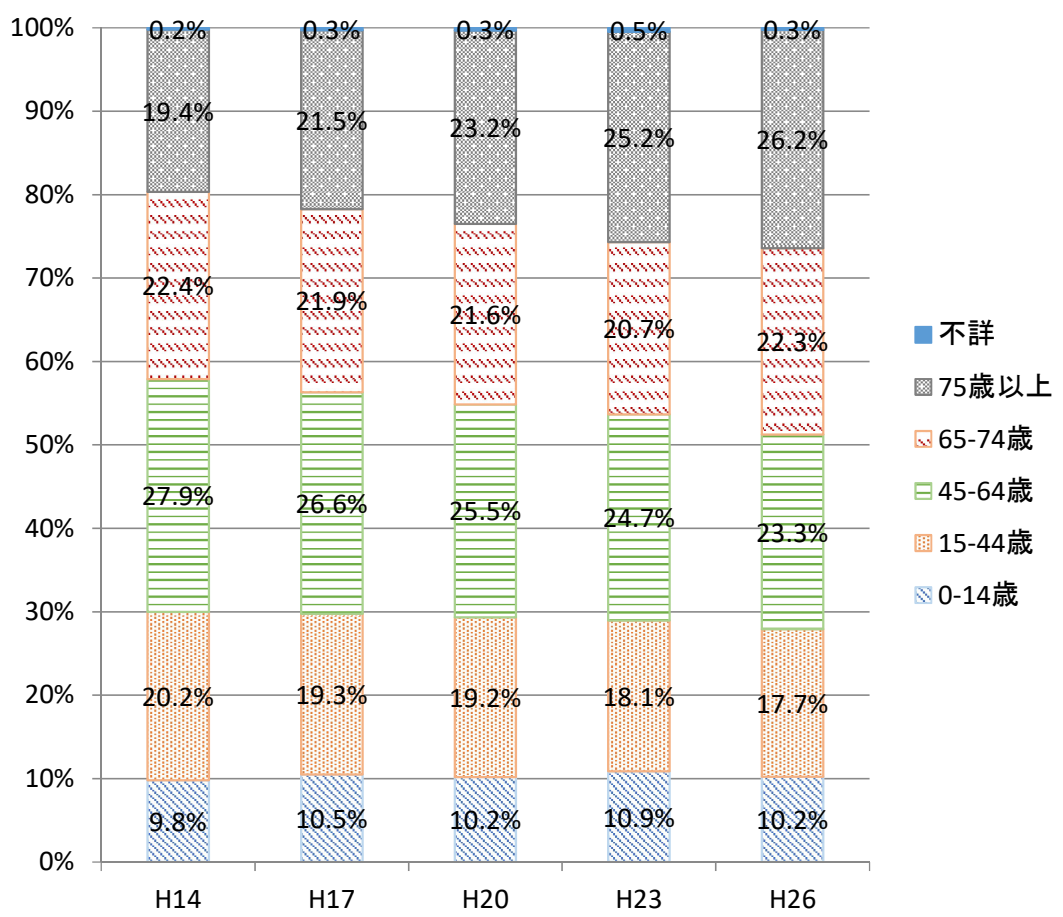
○　ここ数年、推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。

（千人）

年齢階級別推計外来患者数の推移



推計外来患者数の年齢階級別割合の推移

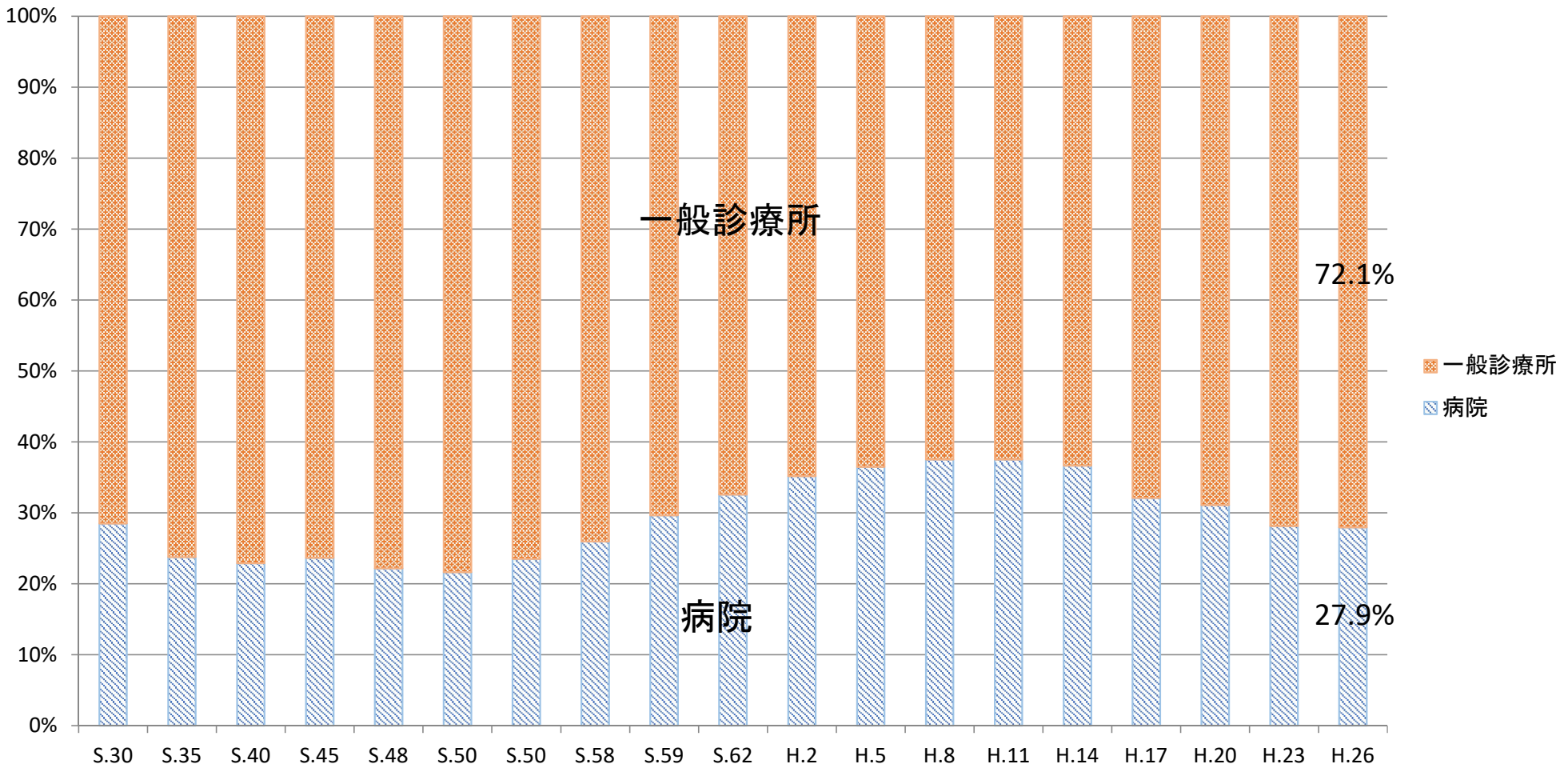


※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数である。

出典：患者調査

推計外来患者の病院･一般診療所の内訳の推移

○ 推計外来患者数の内訳は、近年、一般診療所の割合が増加傾向である。

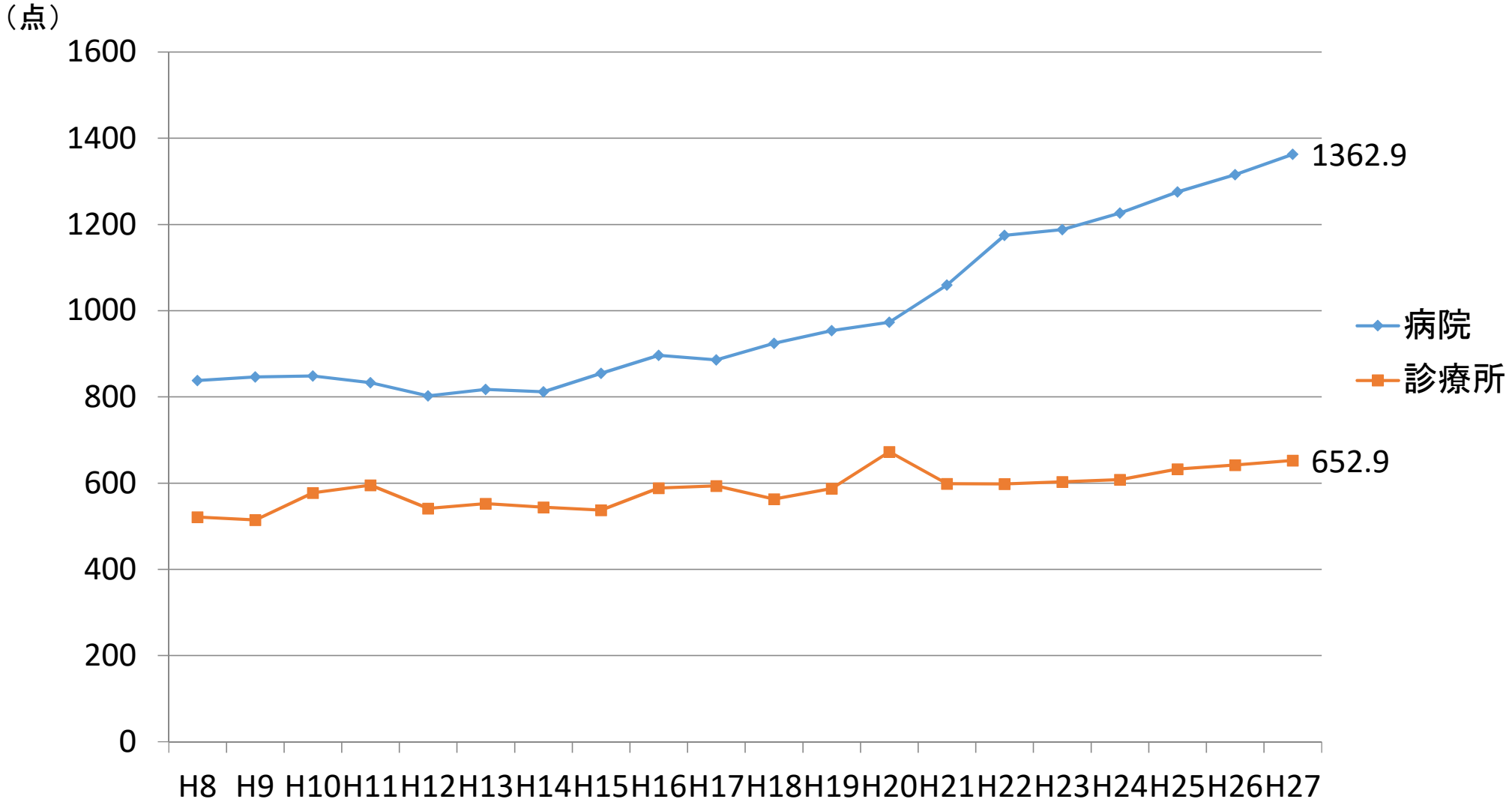


※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数である。

出典：患者調査

入院外一日当たりの診療報酬点数の推移

○　入院外一日当たりの診療報酬点数は、増加傾向であるが、近年、診療所と比較して病院の伸びが大きい。



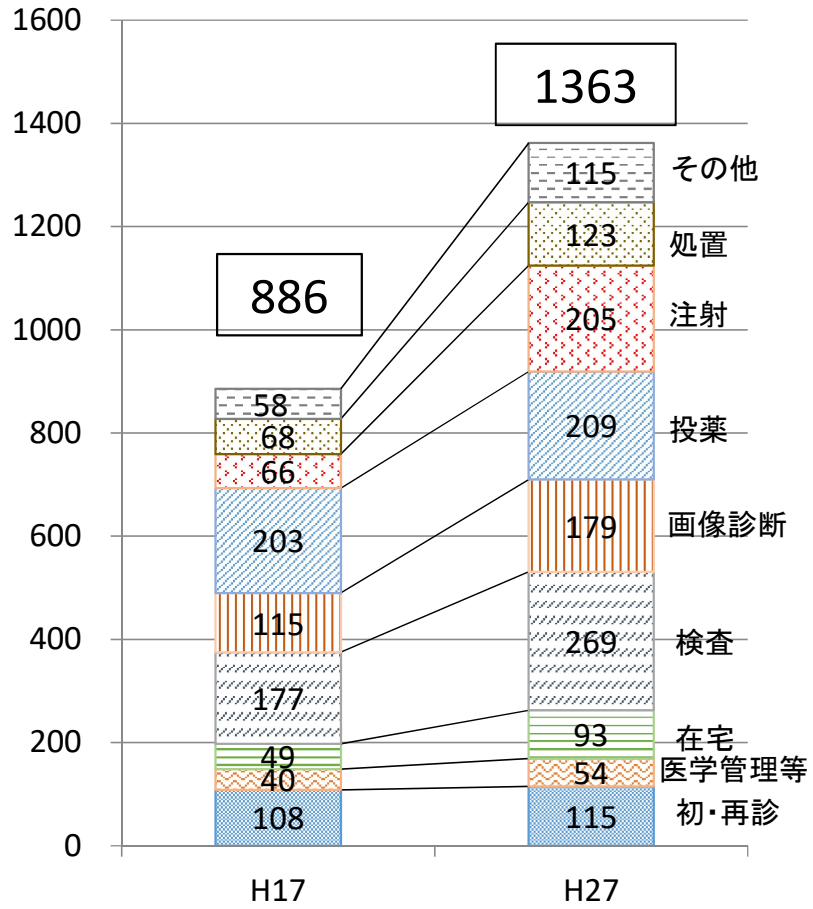
出典：社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移（病院）

○　病院における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、検査、画像診断、注射の診療報酬が寄与している。

（点）

病院



	寄与率
初・再診	1.5%
医学管理等	2.9%
在宅医療	9.2%
検査	19.2%
画像診断	13.4%
投薬	1.3%
注射	29.1%
処置	11.5%
その他	11.9%

「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

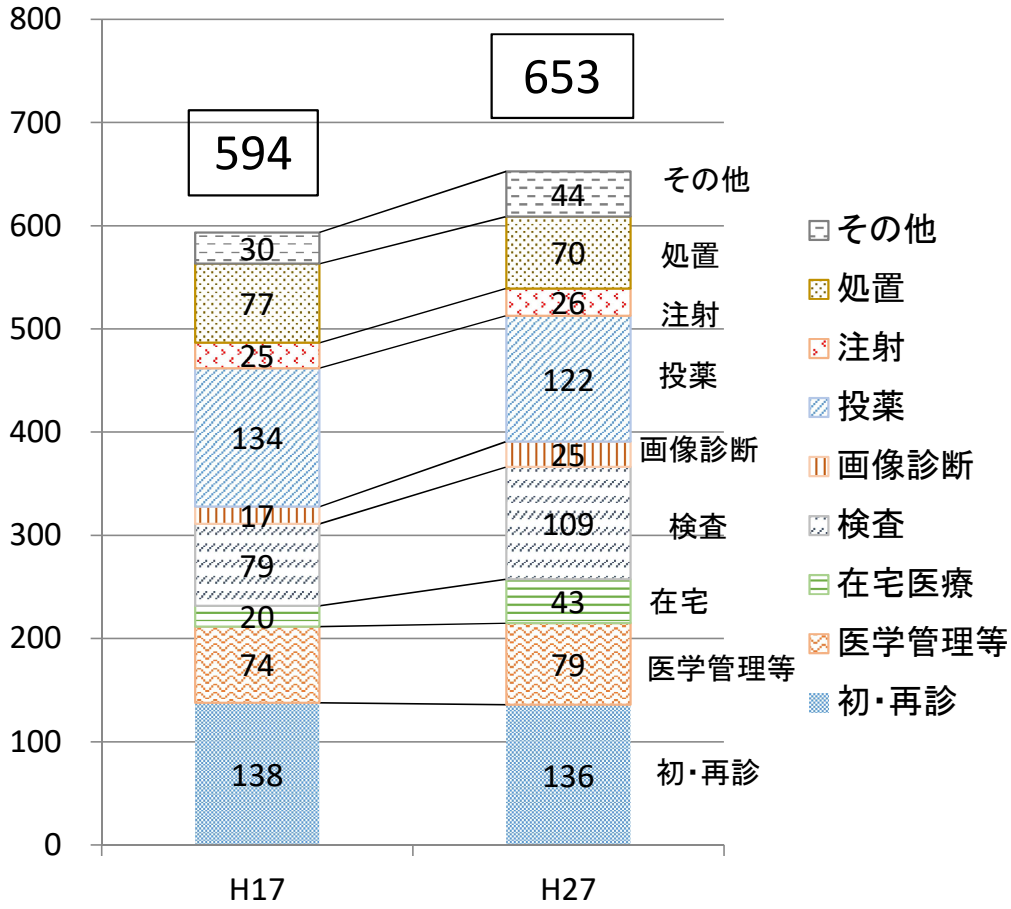
出典：社会医療診療行為別調査(各年6月)

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移（診療所）

○　診療所における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、在宅医療、検査の診療報酬が寄与している。

（点）

診療所



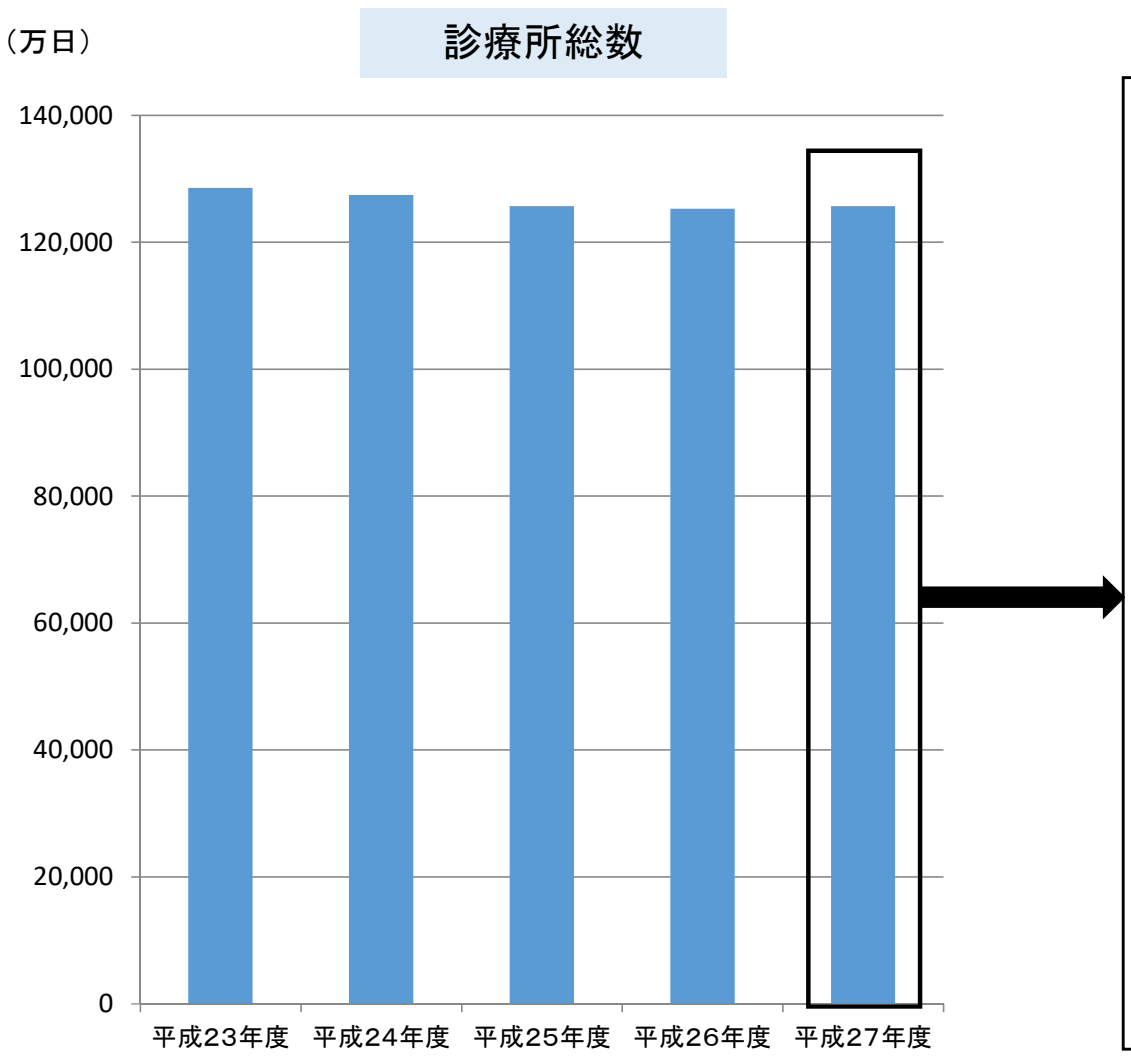
	寄与率
初・再診	−3.1%
医学管理等	8.7%
在宅医療	38.0%
検査	49.6%
画像診断	13.4%
投薬	−20.5%
注射	2.9%
処置	−11.7%
その他	22.8%

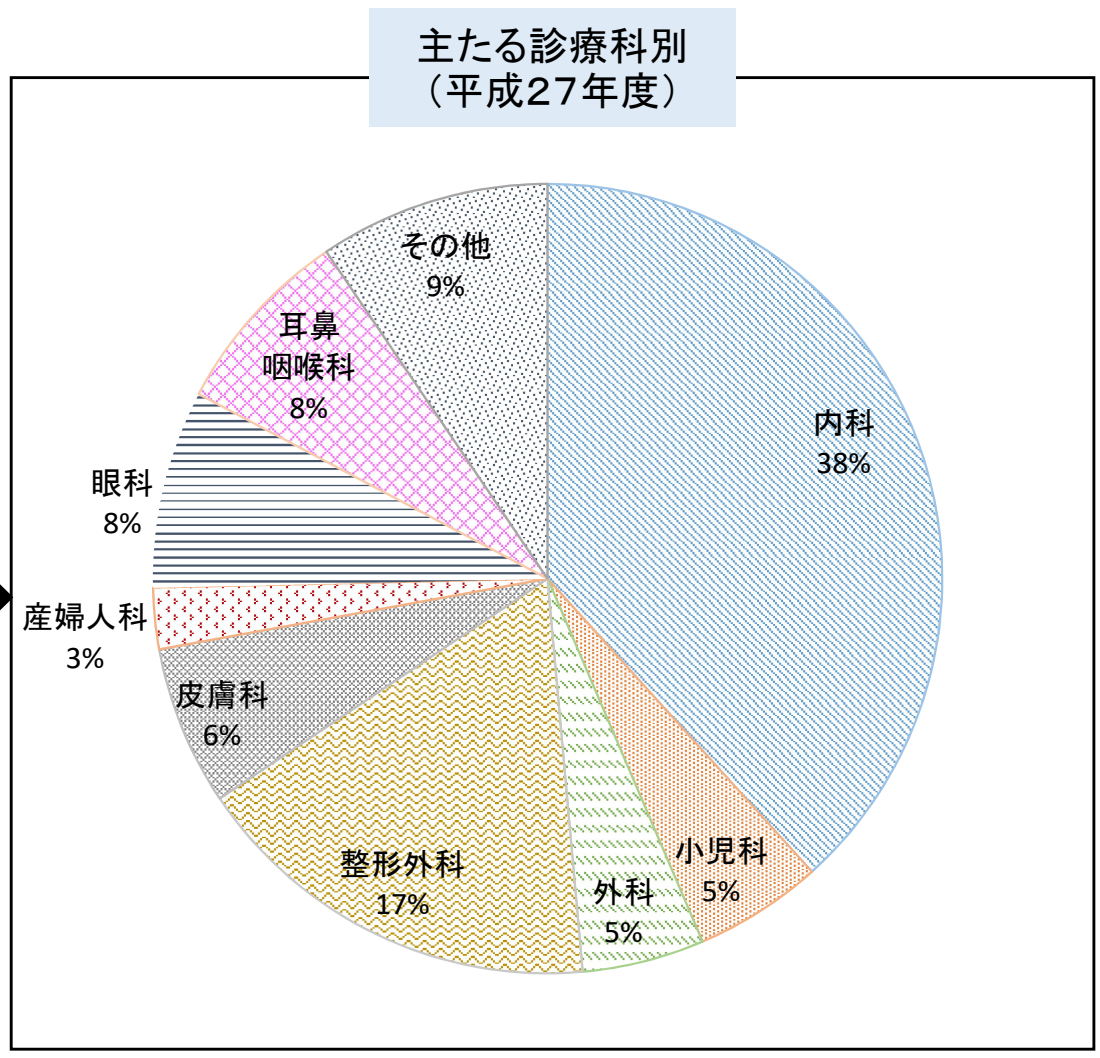
「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

出典：社会医療診療行為別調査(各年6月)

診療所の入院外受診延日数の診療科別内訳

○　診療所の入院外受診延日数を診療科別に見ると、内科が最も多く、次いで整形外科が多い。



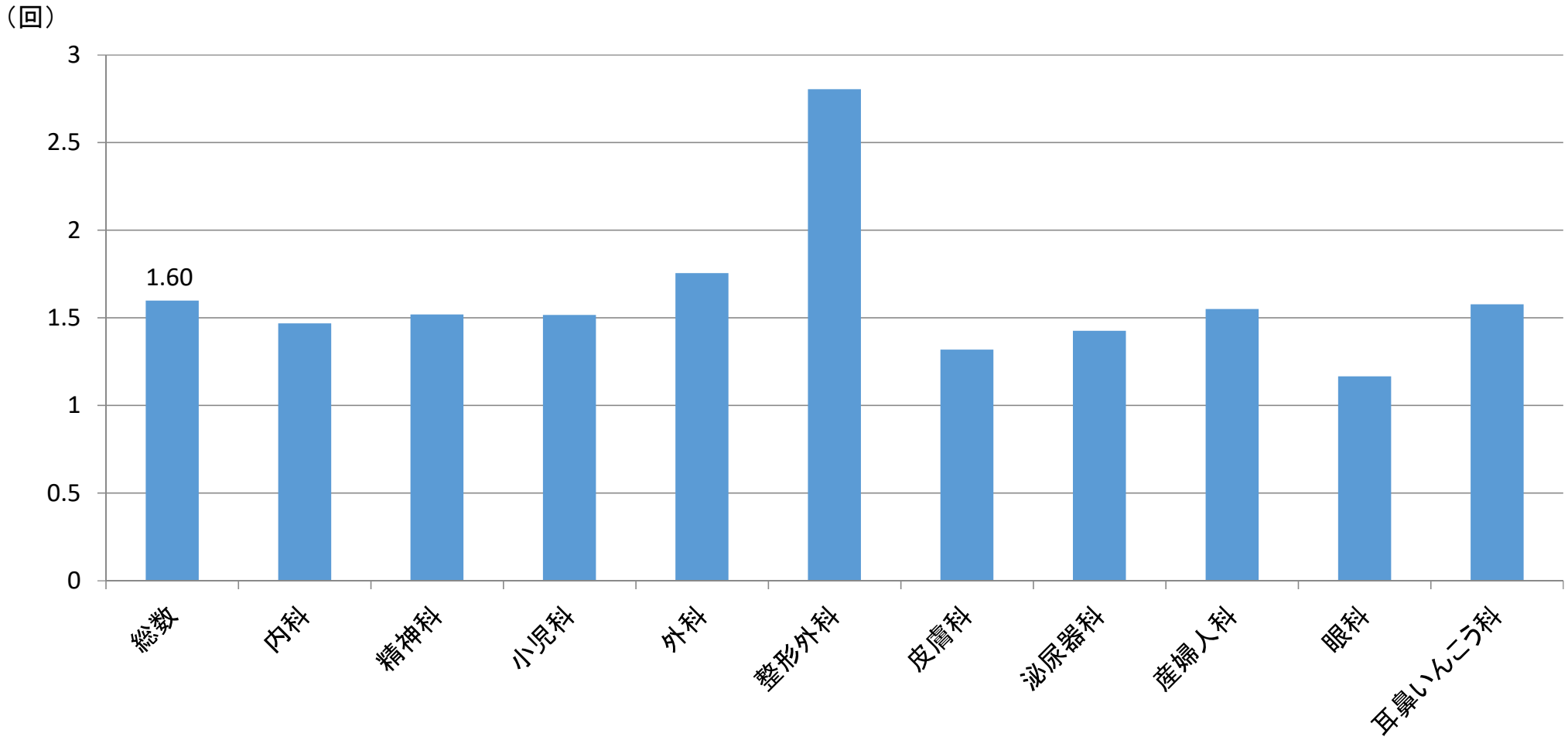


※入院外受診延日数は、入院外の診療報酬明細書に記録される診療実日数を積算したものである。

出典：医療費の動向

診療科別入院外一件当たり受診頻度（診療所）

○　診療所の受診頻度は、整形外科でやや高い傾向にある。



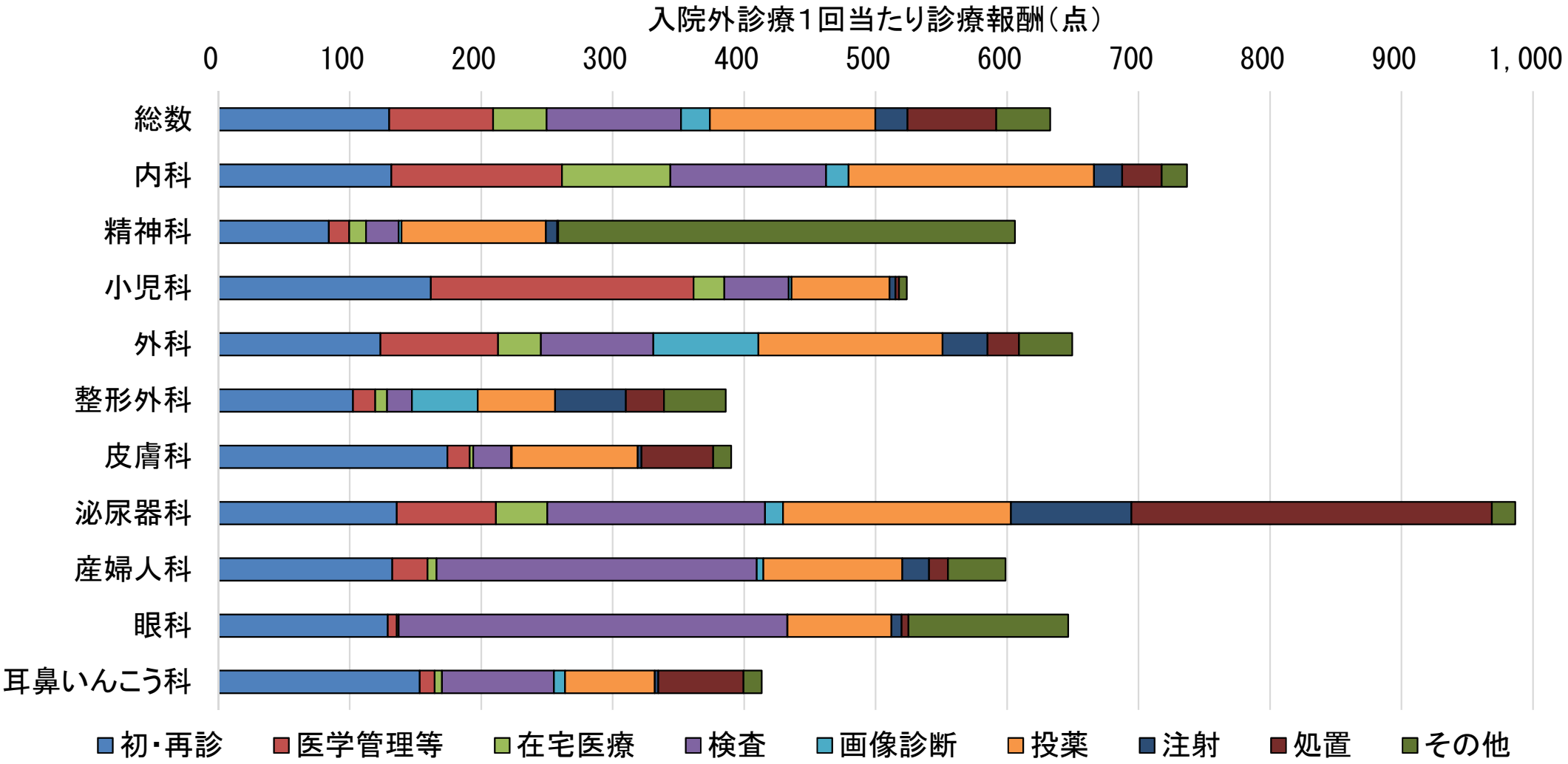
※月当たり入院外受診回数とは、入院外レセプト件数を診療実日数で除したもの。（各医療機関において、個々人が1ヶ月に受診した回数の平均値。）

出典：平成27年社会医療診療行為別統計

※元資料からデータを平成27年度分のものに更新

受診１回当たりの診療報酬構成（診療所、診療科別）

○　診療所受診１回当たりの診療報酬には科目ごとに多様性がある。



「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断等が含まれる。
診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分
「泌尿器科」の処置には、人工腎臓及び特定保険医療材料等が含まれる。

出典：平成25年社会医療診療行為別調査　※元資料に注書きを追加

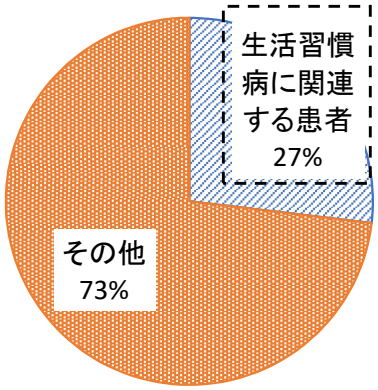
傷病分類別にみた推計外来患者数③

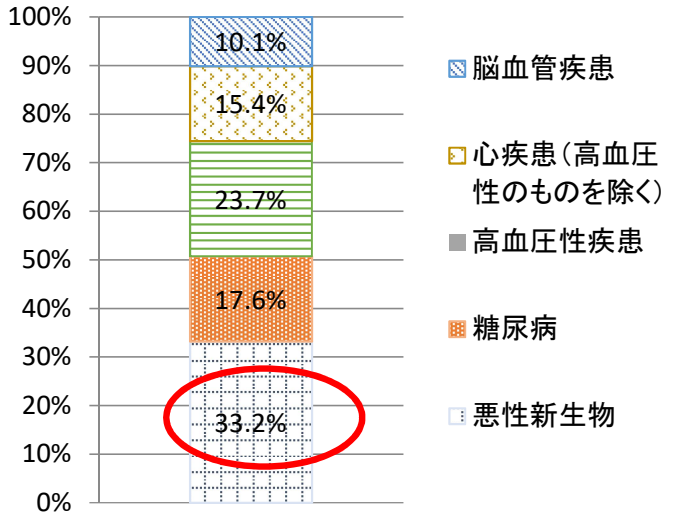
○　推計外来患者数のうち、生活習慣に関連する主な疾患（高血圧性疾患、脳血管疾患、心疾患、糖尿病、悪性新生物（※））の患者は、全体の約2割を占める。

○　生活習慣に関連する主な疾患の患者数の内訳をみると、病院では悪性新生物が最も多く、一般診療所では高血圧性疾患が最も多い。

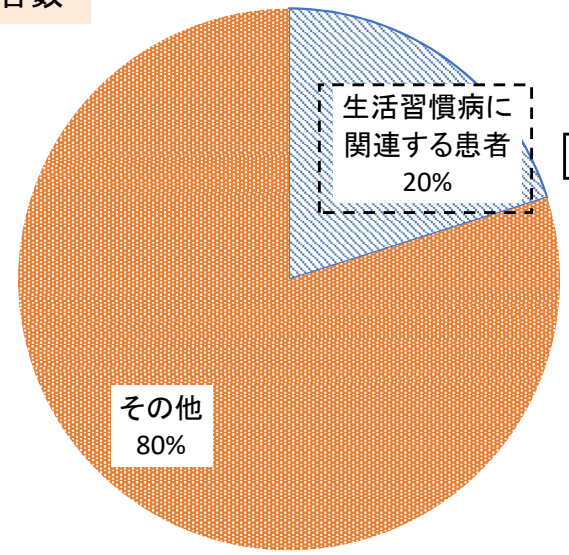
（※悪性新生物には、大腸がん、肺がん以外の悪性新生物も含まれている。）

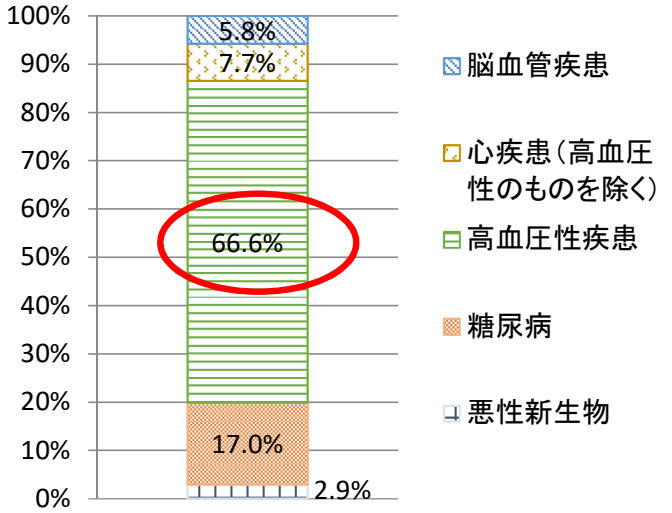
病院の推計外来患者数
（1641.9千人）





一般診療所の推計外来患者数
（4233千人）





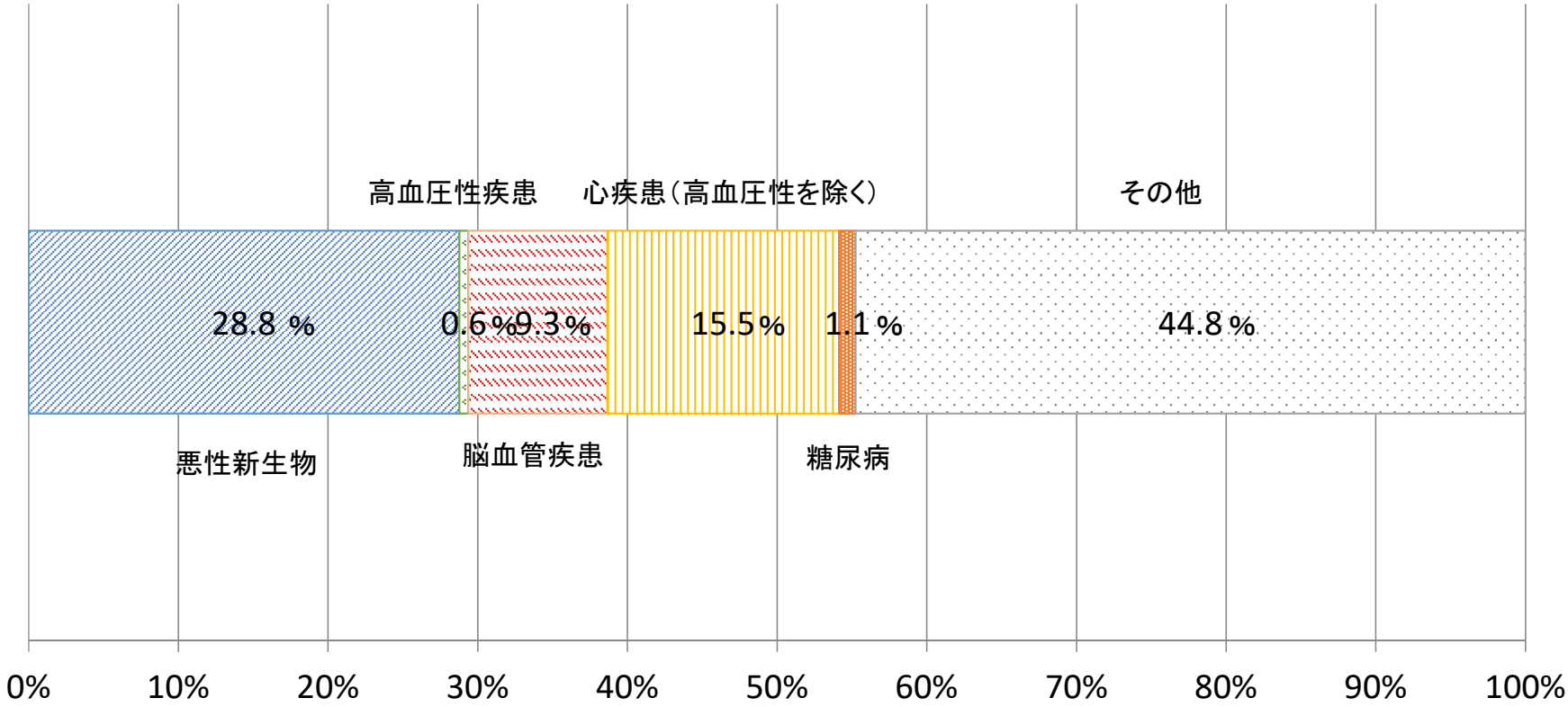
出典：平成２６年患者調査

死因に占める生活習慣病の割合について

○　死因の中で生活習慣に関連する主な疾患の占める割合は5割を超える。

（※悪性新生物には、大腸がん、肺がん以外の悪性新生物も含まれている。）

死因に占める生活習慣病の割合



出典:人口動態調査（平成25年度）

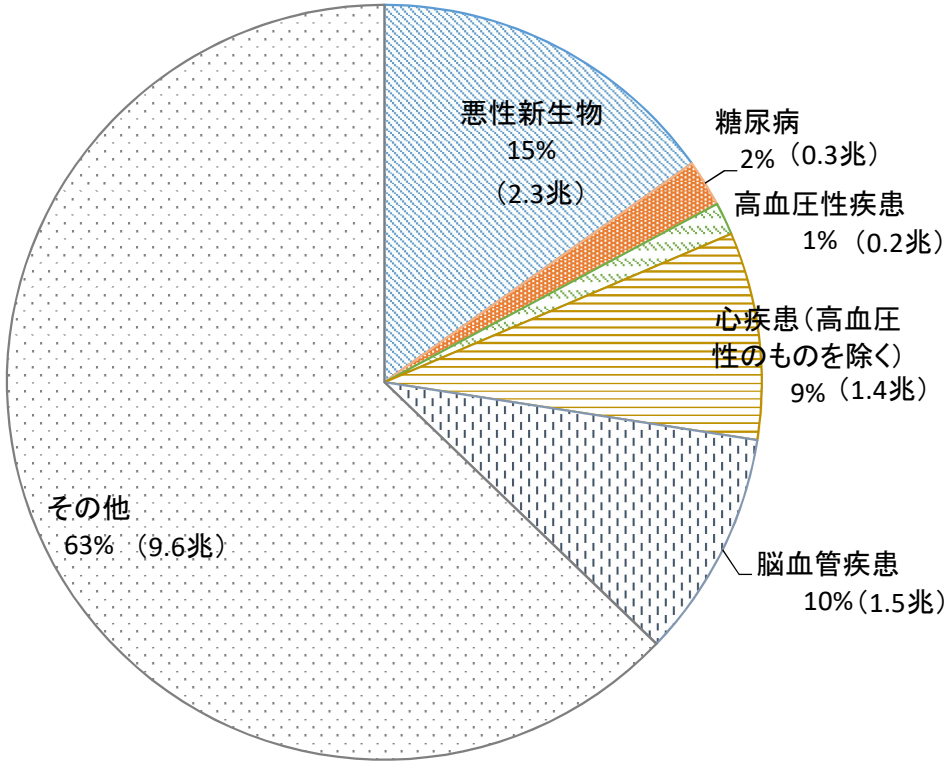
傷病分類別にみた医療費

○　生活習慣に主に関連する疾患に関する医療費は、入院・入院外とも全体の約3割を占める。

○　生活習慣に主に関連する疾患に関する医療費の内訳をみると、入院は悪性新生物が、入院外は高血圧性疾患に関するものが最も多い。　（※悪性新生物には、大腸がん、肺がん以外の悪性新生物も含まれている。）

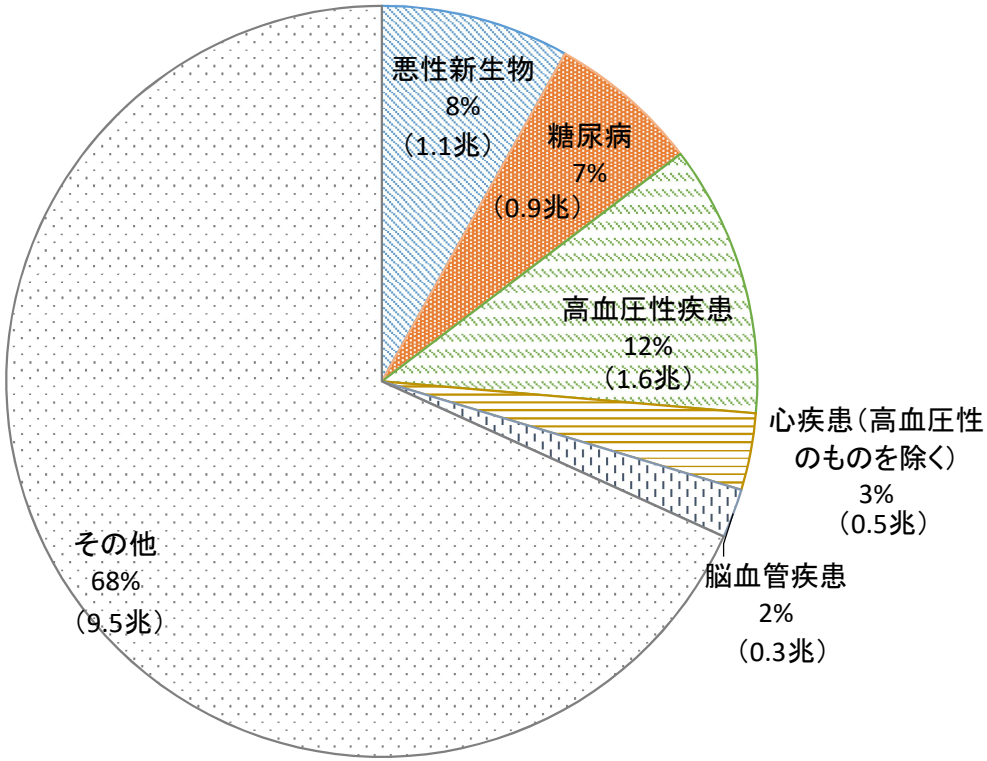
入院

（15.3兆円）



入院外

（14.0兆円）



※当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの

出典：国民医療費（平成26年度）

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

中医協　総－１
３０．１．１０

－　日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）（抜粋）－

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医機能のイメージ（案）
～生活習慣病を有する患者の例～

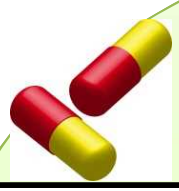
①予防・外来

②入院

③在宅



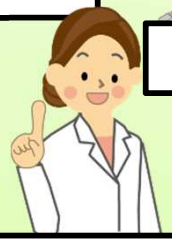
かかりつけ医機能



処方



生活指導



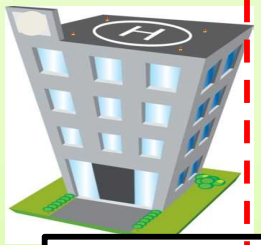
・服薬指導
・薬剤師との連携



健康相談



24時間の対応



必要に応じ専門医療機関等の紹介



・要介護認定の支援
・介護支援専門員との連携



在宅医療の提供

①日常的な医学管理と重症化予防

②専門医療機関等との連携

③在宅療養支援、介護との連携

疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割（案）
～生活習慣病を有する患者の例～

中医協　総－１
３０．１．１０

例：内服と生活習慣の改善を必要とする場合

①日常的な医学管理と重症化予防

○疾病教育
　疾病への理解、自己管理を促す

○生活指導
　食事、運動等の生活習慣の改善を促す

○治療方針の決定
　運動療法、食事療法、薬物治療等（理学療法士、管理栄養士、薬剤師等との連携）

○服薬管理

○服薬指導（薬剤師との連携）

○治療効果の評価
　必要に応じ、治療方針の見直しや専門医療機関と連携し、精密検査等

○重症化の予防、早期介入

等

例：合併症のために入院が必要な場合

②専門医療機関等との連携

○専門医療機関への紹介、助言
　精密検査の依頼
　合併症に対する治療
　治療方針の見直し
　追加的治療の導入

○合併症に応じた療養指導
　在宅医療を行う場合の管理や療養指導

○急性増悪への対応
　24時間対応、専門医療機関等との連携

等

例：ADLが低下し、通院が困難になった場合

③在宅療養支援、介護との連携

○在宅医療を行う場合の管理や療養指導

○服薬管理

○服薬指導（薬剤師との連携）

○要介護状態等に応じた療養指導

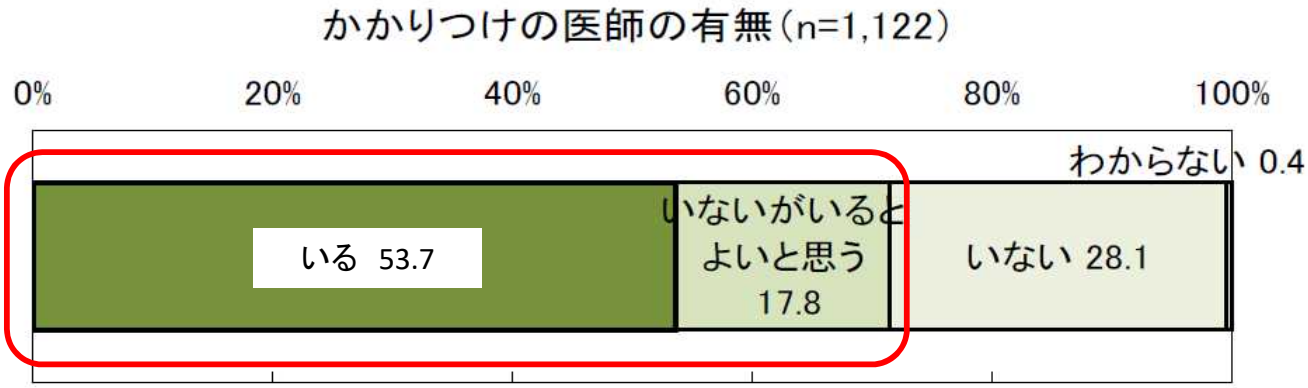
○介護との連携
　主治医意見書の作成
　介護支援専門員との連携

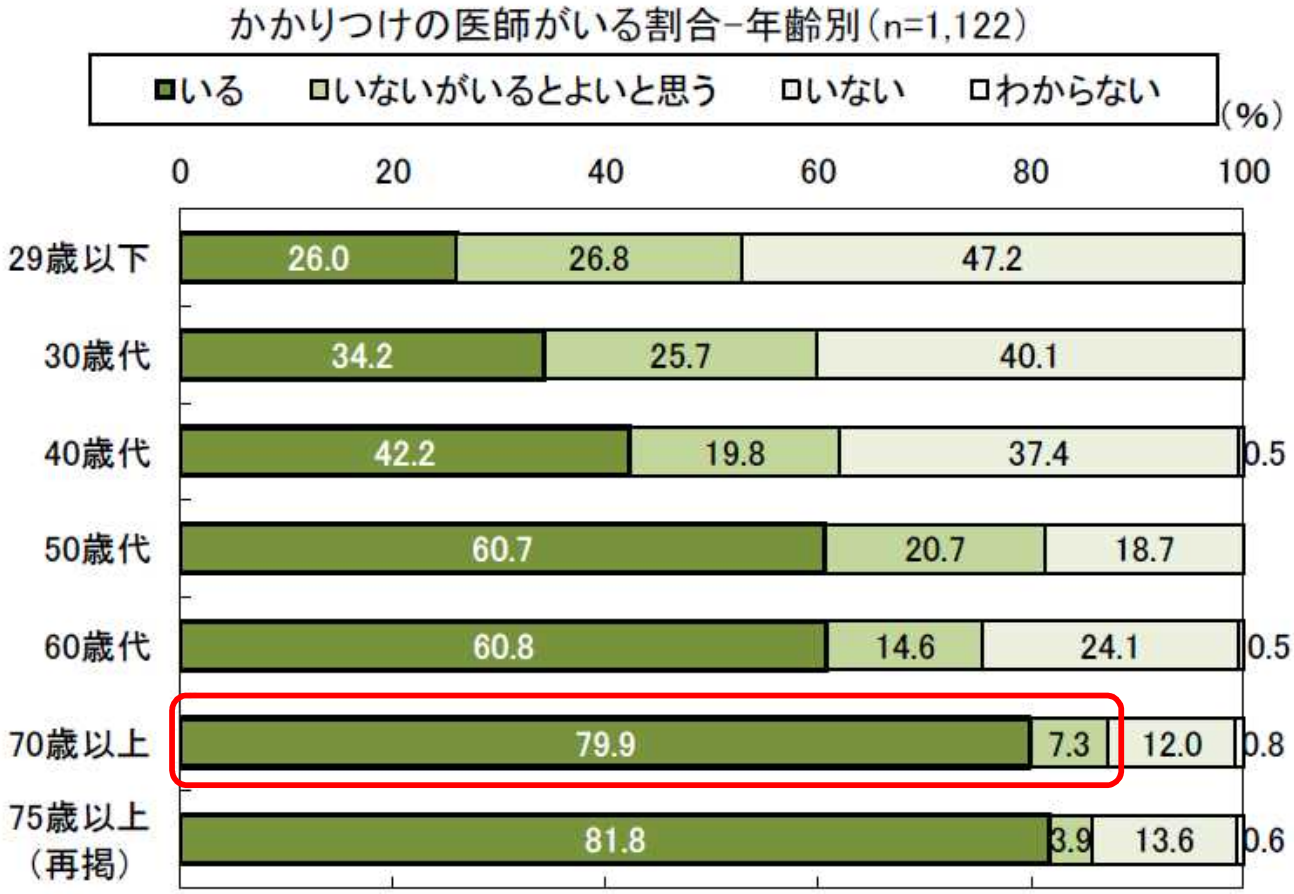
○急性増悪への対応
　24時間対応、専門医療機関との連携

○看取り支援

等

かかりつけ医の有無





○かかりつけ医が「いる」と答えた者の割合は53.7%、「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者は71.5%であった。

○年齢別にみると、かかりつけ医が「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者の割合は、70歳以上では80%以上であった。

【設問】
Q9．かかりつけ医は、一般に健康のことを何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師のことです。あなたには、かかりつけの医師がいますか。

出典：　日本医師会総合政策研究機構　第5回日本の医療に関する意識調査（ 2014年12月24日）

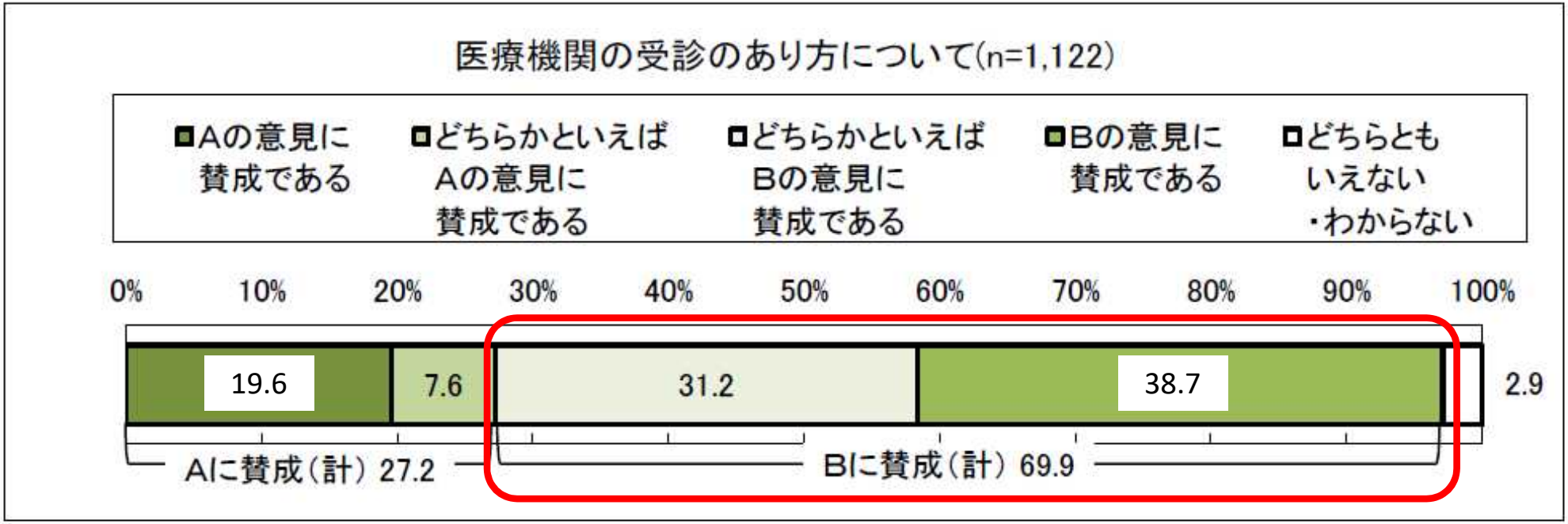
医療機関の受診のあり方に関する考え

○　医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

Q21　医療機関の受診のあり方として、次のＡとＢの２つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。

Ａ　病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する

Ｂ　最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する

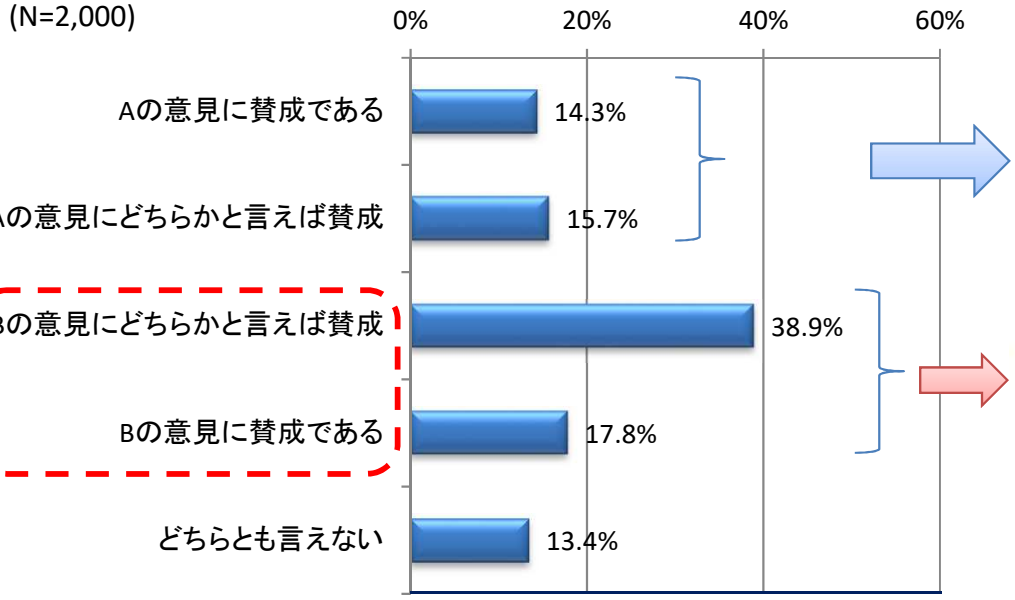


出典：　日本医師会総合政策研究機構　第5回日本の医療に関する意識調査（ 2014年12月24日）

（参考）

医療機関の受診のあり方に関する考え

○ 医療機関の受診のあり方に関するAとBの2つの考え方の賛否について回答を求めた
A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する
B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する



[N=599]	件数	割合
その都度、そのときの症状に応じて専門医に診察をしてほしいから	447	74.6%
いつも高度な医療機能をもつ大病院を受診したいから	114	19.0%
いつも同じ医師の診断ばかり受けていては不安だから	109	18.2%
その他	18	3.0%
わからない	27	4.5%

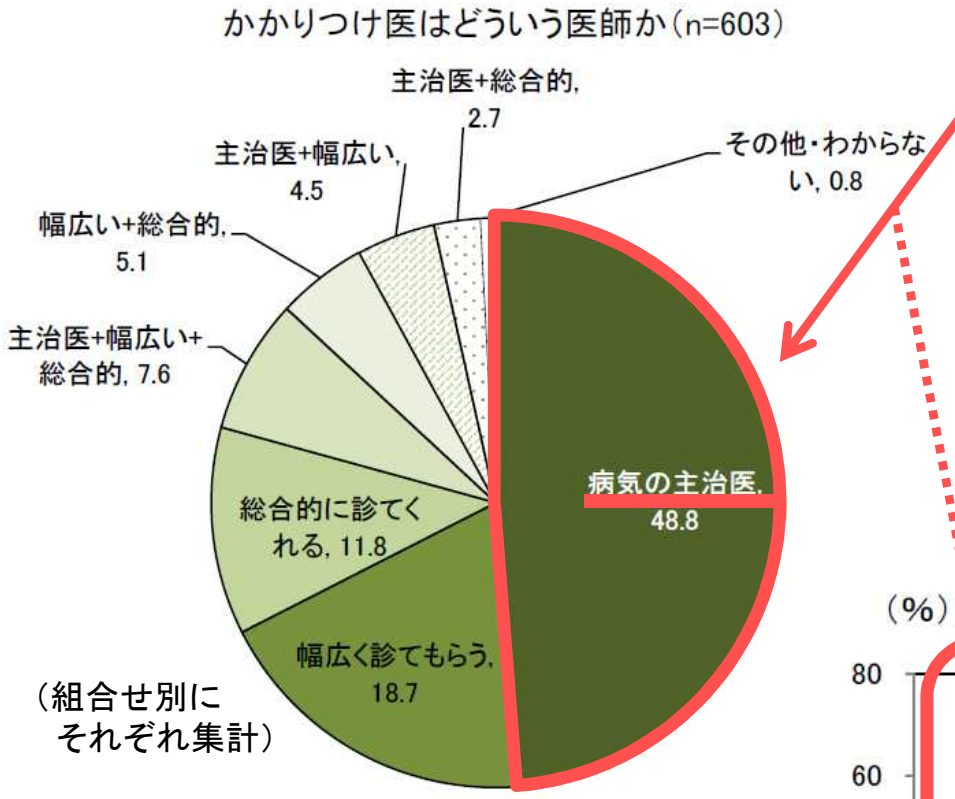
[N=1,133]	件数	割合
自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから	659	58.2%
まずは、自分のことをよく知っている医師に受診した方が安心だから	655	57.8%
医師によって診断結果が異なるのが不安だから	128	11.3%
その他	30	2.6%
わからない	16	1.4%

出典：平成23年11月17日「医療に関する国民意識調査」－調査結果報告の要旨－健康保険組合連合会

○ 「Aの意見に賛成」と「Aの意見にどちらかといえば賛成」が合計30.0%（前回調査※33.0%）。
○ 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」が合計56.7%（前回調査※53.0%）と上昇。
○ 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」と答えた人のうち、**「自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから」**と答えた人が58.2%、**「まずは、自分のことをよく 知っている医師に受診した方が安心だから」**と答えた人が57.8%存在した。

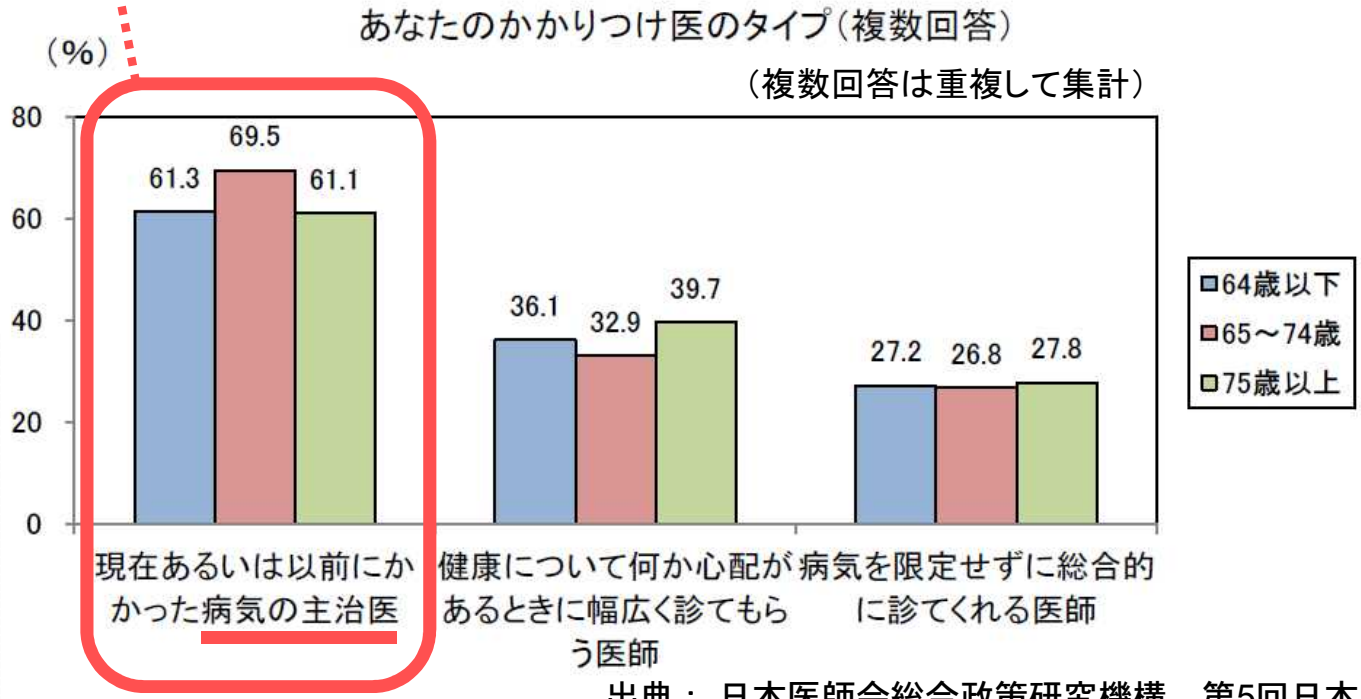
※ 前回調査は平成19年度に実施

かかりつけ医はどのような医師か（複数回答）



○かかりつけ医がいると回答した人のうち、どのような医師かの問いに対し、「病気の主治医」のみを選択した者の割合は約50%。
　また、「幅広く診てもらう」又は「総合的に診てくれる」をひとつでも選択した者の割合は約50%。

○年齢別にみると、「健康について何か心配があるときに幅広く診てもらう」又は「病気を限定せずに総合的に診てくれる」を選択した者の割合は、それぞれ30%台（32.9～39.7%）と約27%。

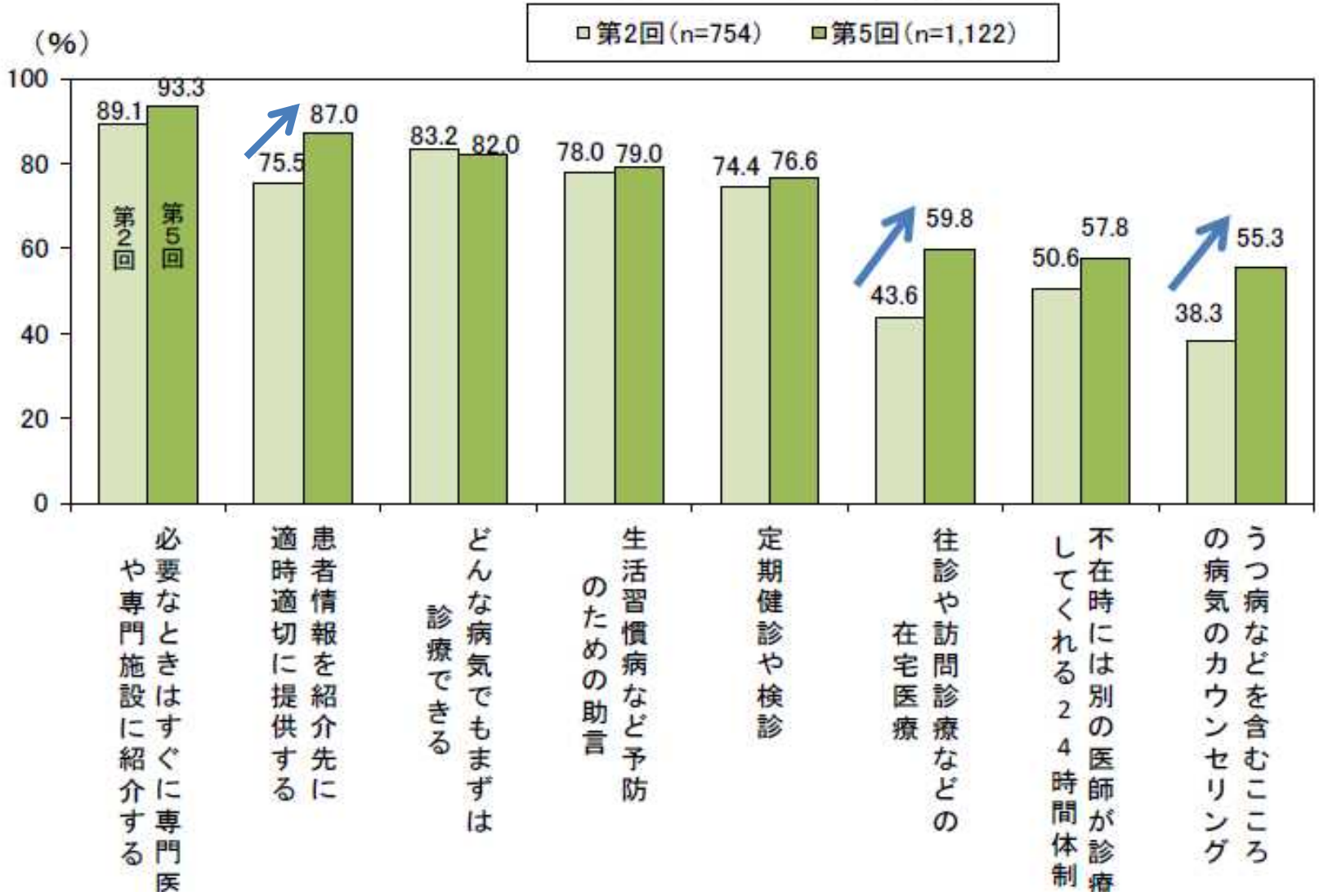


【設問と選択肢】
Q9．－SQ1
あなたにとって、かかりつけ医はどういう医師ですか。
　この中から当てはまるものをすべてあげてください。
（ア）現在あるいは以前にかかった病気の主治医
（イ）健康について何か心配があるときに幅広く診てもらう医師
（ウ）病気を限定せずに総合的に診てくれる医師
（エ）その他
　わからない

出典：日本医師会総合政策研究機構　第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）

かかりつけ医に望む医療や体制（2006年と2014年の比較）

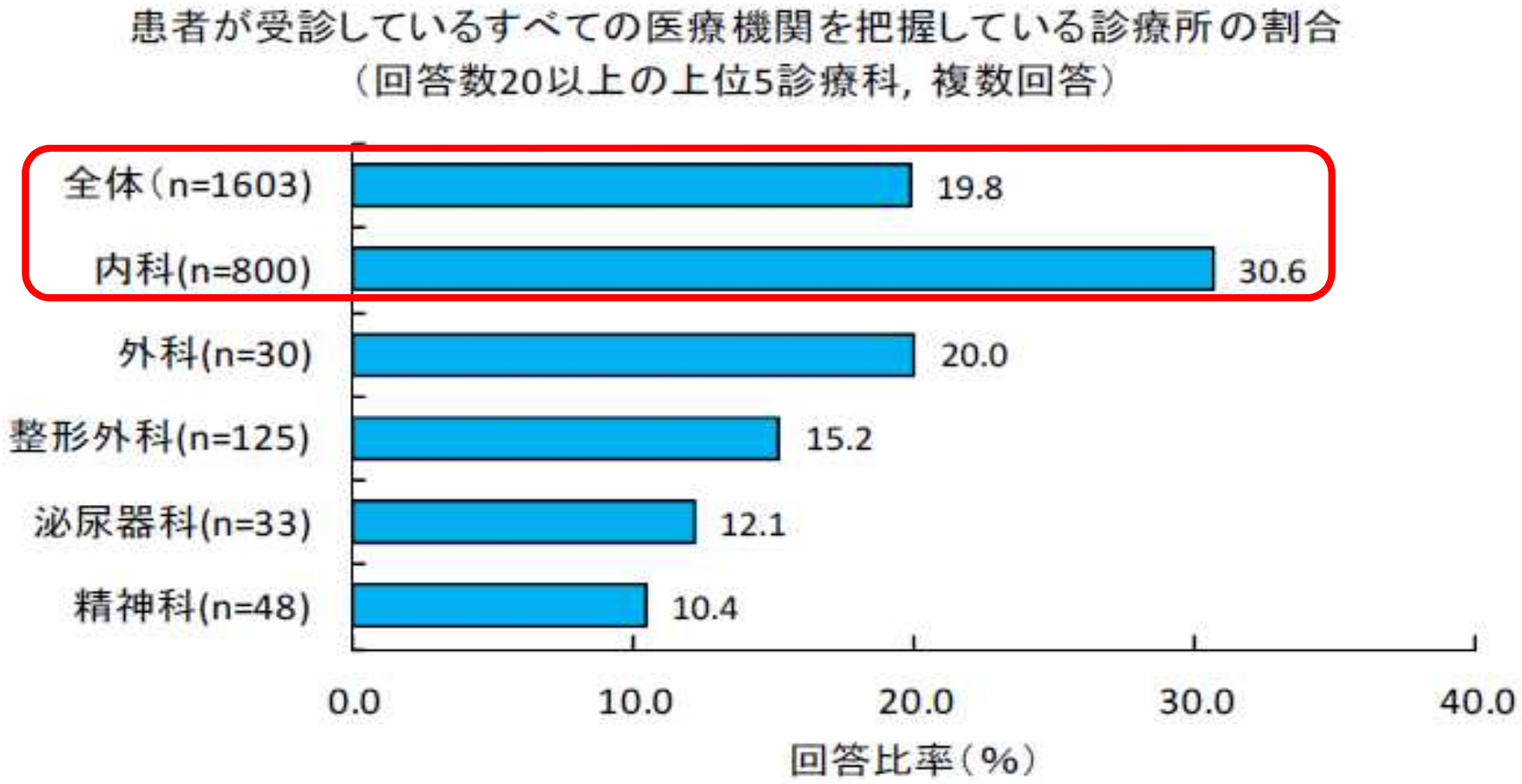
○　かかりつけ医に望む医療や体制に関する回答（複数回答）について、第5回（2014年）の調査と第2回（2006年）の調査を比較すると、患者情報の紹介先への提供、在宅医療、こころの病気のカウンセリングなどへの割合の増加がみられた。



日本医師会総合政策研究機構「第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）」をもとに、保険局医療課で作成

診療所における通院患者の他院受診状況の把握

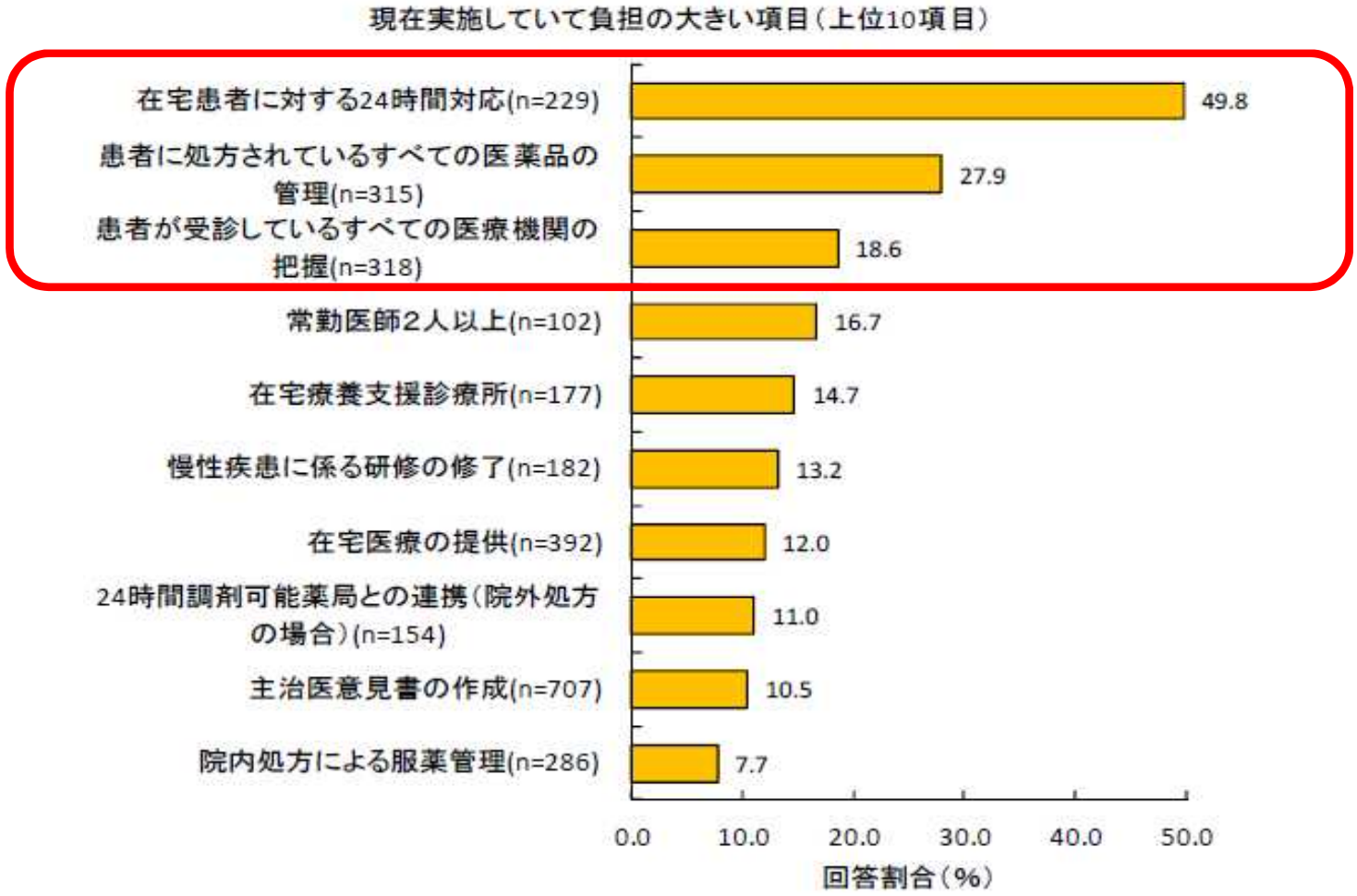
○　診療所全体の19.8%、内科の診療所の30.6%が、患者が受診しているすべての医療機関を把握していると回答していた。



出典：　日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」　結果（概要版）（2017年2月15日）

診療所におけるかかりつけ医の業務に対する負担感

○　実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

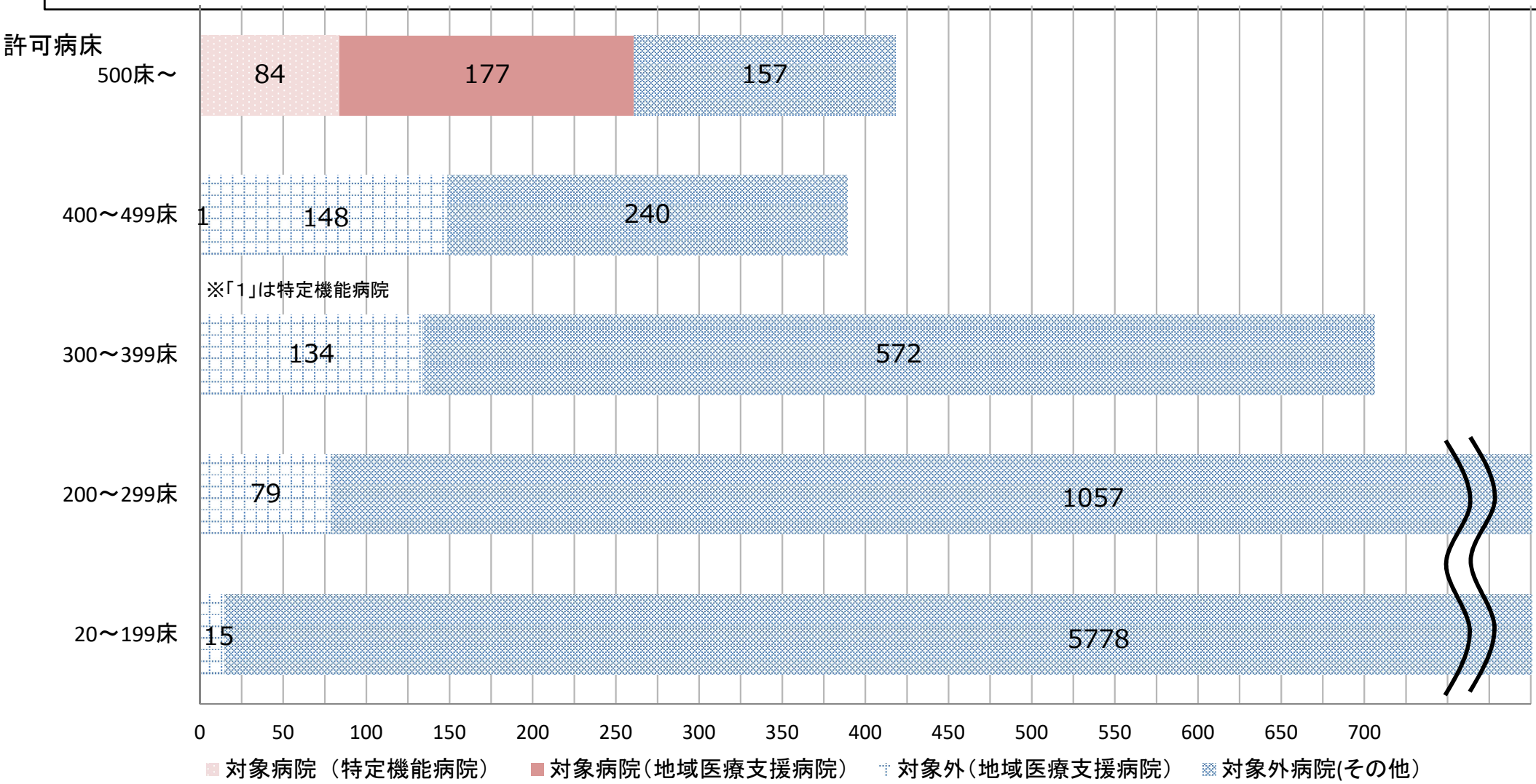


*n数は現在実施している診療所数。「回答割合＝負担と回答した診療所÷実施している診療所」

出典：　日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」 結果（概要版）（2017年2月15日）

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の対象病院数
（病床規模別・病院機能別の病院数）

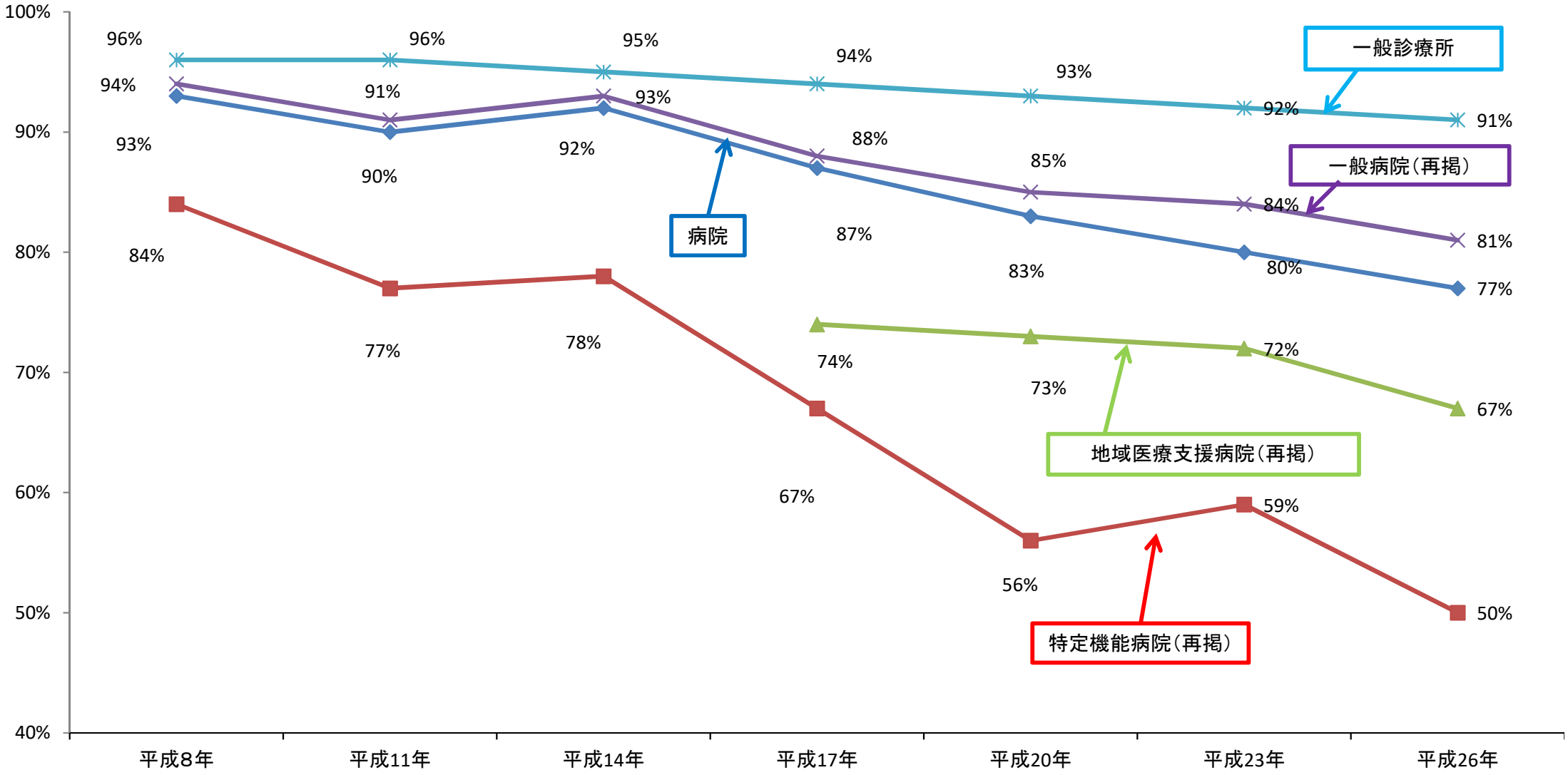
○　紹介状なしで大病院を受診した場合に定額負担の徴収が義務づけられている病院は262病院。
（特定機能病院：85　地域医療支援病院：177　※特定機能病院は平成29年４月、地域医療支援病院は平成29年６月現在　）
○　地域医療支援病院の病床規模別の病院数は以下の通り。　※対象病院数は、許可病床数で集計しているため、対象外病院も一部含まれる。



（出所）平成28年医療施設調査、特定機能病院一覧を基に医療課において作成

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（施設別）

○　特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として５割と高い水準にある。



（出所）平成８年～平成26年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

大病院調査の結果①

＜500床以上の病院における対応状況＞

紹介状を持たない患者から受診時に定額負担を徴収する制度について、平成28年4月から徴収が義務化された500床以上の病院※のうち、94.2%が平成28年10月時点で医科・初診時の徴収金額を5,000円以上6,000円未満としていた。

※特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院

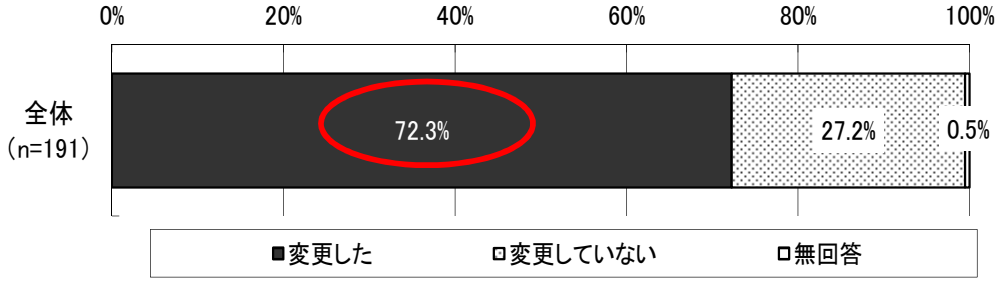
なお、医科・初診時の徴収金額を平成28年４月以降変更した500床以上の病院は72.3%で、そのうち、94.3%が5,000円未満だった金額を5,000円以上に引き上げていた。

図表 225　初診に係る受診時の定額負担の金額別分布（医科）【500床以上の病院】
（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	191	1	16	39	65	12	54	1	0	1	2
	100.0	0.5	8.4	20.4	34.0	6.3	28.3	0.5	0.0	0.5	1.0
平成28年4月	191	1	12	12	8	1	145	1	1	8	2
	100.0	0.5	6.3	6.3	4.2	0.5	75.9	0.5	0.5	4.2	1.0
平成28年10月	191	1	0	0	0	0	180	1	1	7	1
	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	94.2	0.5	0.5	3.7	0.5

（注）「～1000円未満」の１施設は、地域医療支援病院の承認を取り下げており、義務化対象外施設となっている。

図表 210　平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況 【500床以上の病院】



図表 226　平成28年10月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数（医科、平成27年10月時点の定額負担額別）
【500床以上の病院のうち、金額変動があった施設】（単位：上段「件」）

		平成27年10月時点→平成28年10月時点				計
		増額		減額		
		5000円未満	5000円以上	5000円未満	5000円以上	
平成27年10月時点	0円	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	1～4999円	0 0.0%	132 94.3%	0 0.0%	0 0.0%	132 94.3%
	5000円以上	0 0.0%	8 5.7%	0 0.0%	0 0.0%	8 5.7%
計		0 0.0%	140 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	140 100.0%

（注）・金額変動があった病院140施設を集計対象とした（「金額変動なし」49件、「金額無回答」2件が集計対象外）。
・上記の図表は、平成27年10月時点と比較して平成28年10月時点の受診時の定額負担単価（医科）が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成28年10月時点の定額負担単価（医科）が「5000円未満」、「5000円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成27年10月時点の定額負担単価（医科）別にみたもの。

大病院調査の結果②

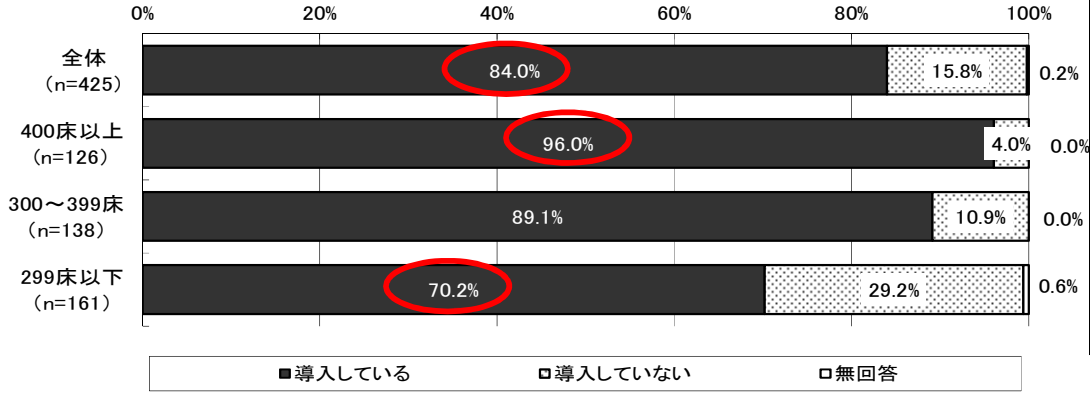
＜200床以上500床未満の病院における対応状況＞

中医協　検－４－１
２９．５．３１

定額負担の徴収が義務化されていない200床以上500床未満の病院※では、定額負担を徴収している病院は84.0%で、病床数別にみると400床以上で96.0%、299床以下で70.2%となっていた。

200床以上500床未満の病院のうち、平成28年４月以降、医科・初診時の定額負担の金額を5,000円以上としている病院数は増加しているものの依然として10%に満たなかった。病床数別にみると平成28年10月時点で400床以上の病院の19.0%は5,000円以上であった。※一般病床が200床以上500床未満の病院

図表 207　初診時選定療養費を徴収する制度の導入状況
【200床以上500床未満の病院】



図表 231　初診時選定療養費の金額別分布（医科）
【200床以上500床未満の病院】　（単位：上段「件」、下段「%」）

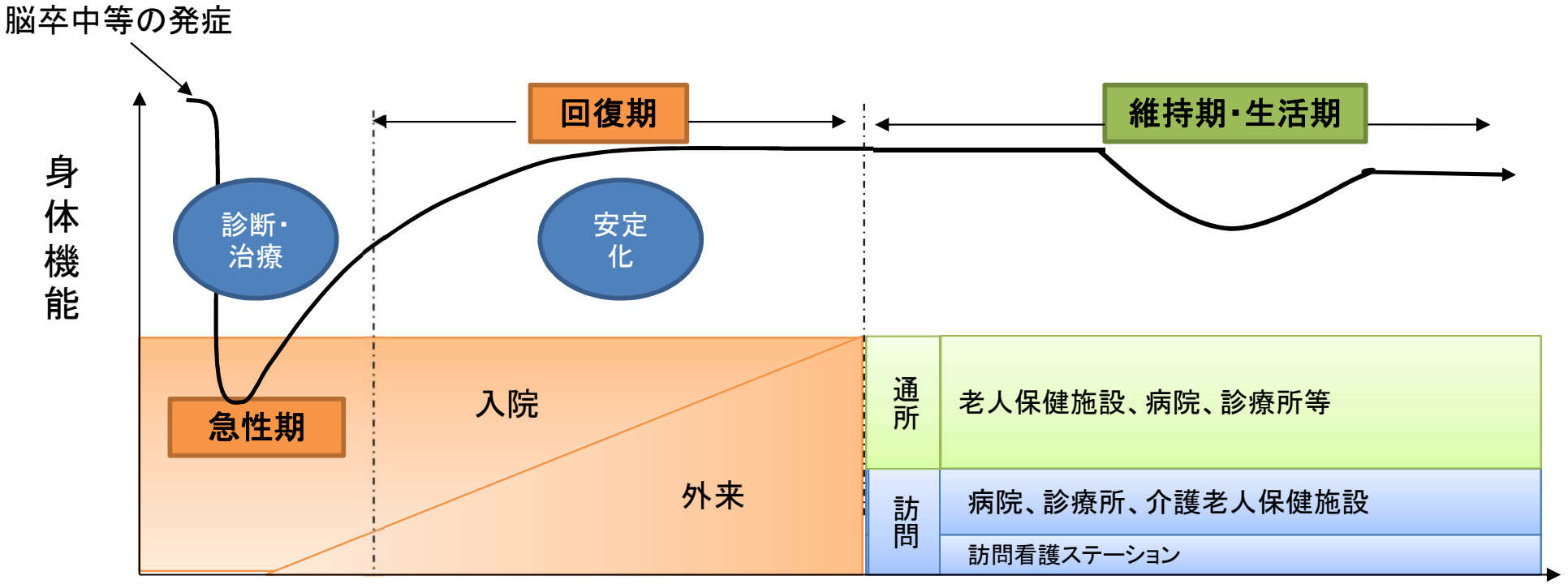
	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	357	27	126	111	63	8	13	0	0	1	8
	100.0	7.6	35.3	31.1	17.6	2.2	3.6	0.0	0.0	0.3	2.2
平成28年4月	357	24	122	111	58	8	26	0	0	1	7
	100.0	6.7	34.2	31.1	16.2	2.2	7.3	0.0	0.0	0.3	2.0
平成28年10月	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0

図表 232　初診時選定療養費の金額別分布（平成28年10月、医科、病床規模別）
【200床以上500床未満の病院】　（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
全体	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0
400床以上	121	3	22	39	29	3	21	1	0	1	2
	100.0	2.5	18.2	32.2	24.0	2.5	17.4	0.8	0.0	0.8	1.7
300～399床	123	4	46	42	21	3	6	0	0	0	1
	100.0	3.3	37.4	34.1	17.1	2.4	4.9	0.0	0.0	0.0	0.8
299床以下	113	17	51	27	11	1	2	0	0	0	4
	100.0	15.0	45.1	23.9	9.7	0.9	1.8	0.0	0.0	0.0	3.5

リハビリテーションの役割分担

中医協　総－3	中医協　総－1－1
２９．１０．２５	２３．１２．７改



役割分担：主に医療保険（急性期・回復期）／主に介護保険（維持期・生活期）

	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	**改善**	**改善**	維持・改善
ADL	**向上**	**向上**	維持・向上
活動・参加	再建	再建	**再建・維持・向上**
QOL	―	―	**維持・向上**
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

（資料出所）日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」（青海社）より厚生労働省老人保健課において作成

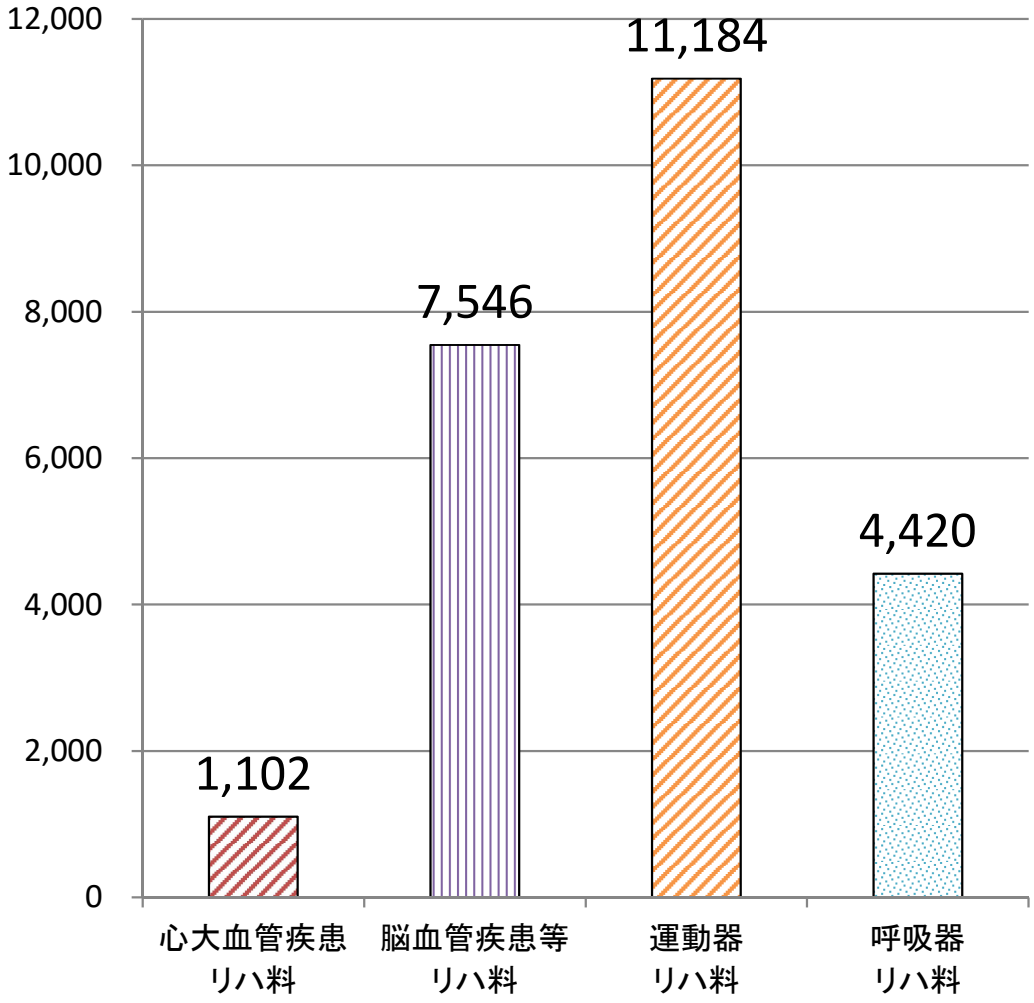
医療保険の疾患別リハビリテーションの概要

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)
設備	機能訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所：45㎡以上)	100㎡以上 (診療所：45㎡以上)
人員配置	医師	専任の常勤医：2名↑	専任の常勤医：1名↑	専任の常勤医：1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT：5名↑ ②専従常勤OT：3名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST：1名↑ ①～③の合計：10名↑	①専従常勤PT：1名↑ ②専従常勤OT：1名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST：1名↑ ①～③の合計：4名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
―	点数	245点	200点	100点
―	標準的算定日数	180日		
―	対象患者	脳血管疾患、脳腫瘍等の中枢神経疾患、パーキンソン病等の慢性の神経筋疾患、高次脳機能障害　等の患者		

		運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)	運動器(Ⅲ)
設備	機能訓練室	100㎡以上 (診療所：45㎡以上)	100㎡以上 (診療所：45㎡以上)	45㎡以上
人員配置	医師	専任の常勤医：1名↑	専任の常勤医：1名↑	専任の常勤医：1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT ②専従常勤OT ①②の合計：4名↑	以下のいずれかを満たしていること。 ア　専従常勤PT：2名↑ イ　専従常勤OT：2名↑ ウ　合計：2名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
―	点数	185点	170点	85点
―	標準的算定日数	150日		
―	対象患者	・上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により一定程度以上の運動機能等の低下を来している患者		

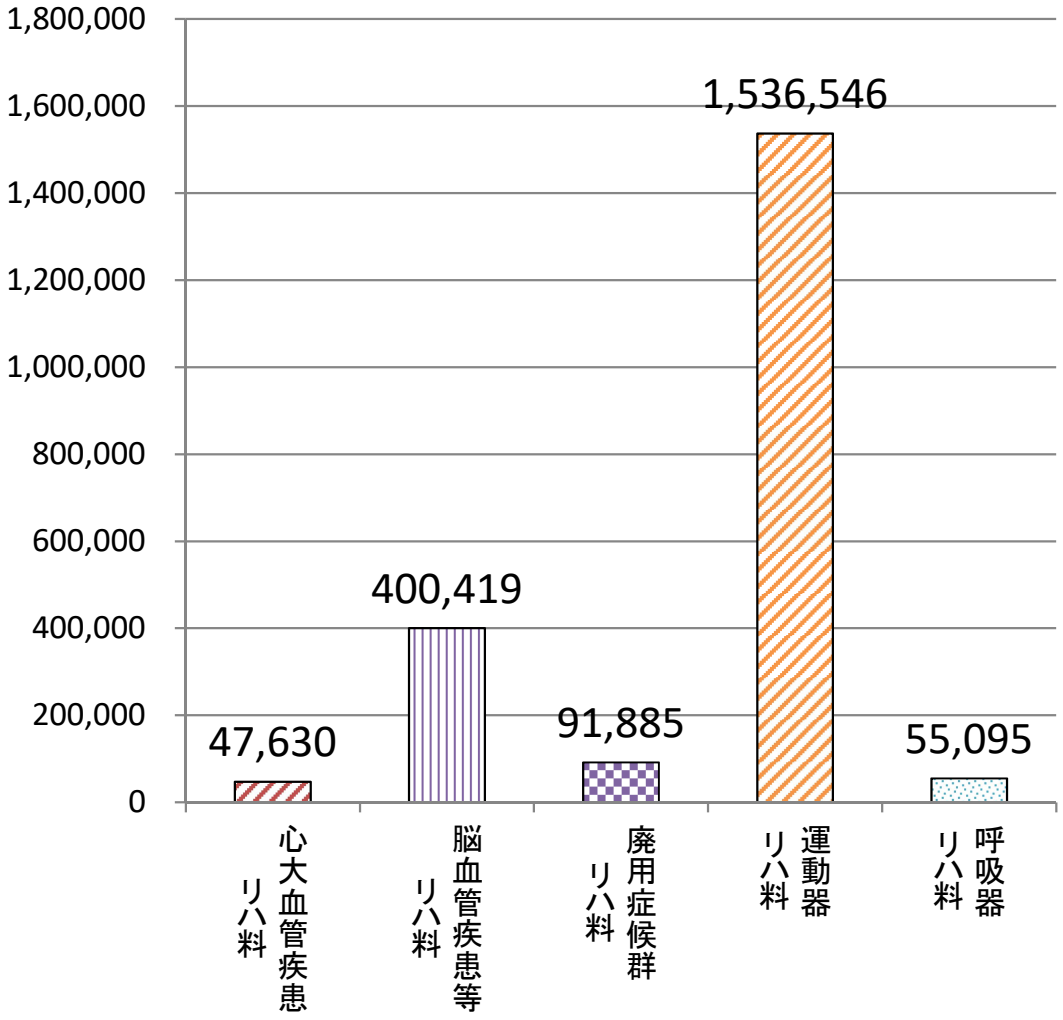
疾患別リハビリテーション料の施設基準届出数・月あたり算定件数

疾患別リハ料の施設基準届出数



出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）

疾患別リハ料の月あたり算定件数



出典：平成28年社会医療診療行為別統計
（平成28年6月審査分）

参考

標準的算定日数を超過した要介護被保険者等による疾患別リハビリ料の状況（まとめ）

脳血管疾患等リハビリテーション料や運動器リハビリテーション料等を算定した患者の2～3%が、標準的算定日数を超過した要介護被保険者等が算定する点数を算定していた。

上段：算定件数（全体に占める割合）
下段：算定回数（全体に占める割合）

	入院外レセプト（総数）		入院外レセプト（後期高齢者医療）	
	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対する点数	その他（※）	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対する点数	その他（※）
脳血管疾患等リハ料等	10,202　(5.8%) 73,542　(6.7%)	166,335　(94.2%) 1,017,466　(93.3%)	5,931　(21.1%) 41,581　(18.9%)	22,227　(78.9%) 177,943　(81.1%)
運動器リハ料	24,571　(1.9%) 141,146　(2.3%)	1,250,518　(98.1%) 5,988,969　(97.7%)	21,121　(4.6%) 121,176　(4.8%)	437,002　(95.4%) 2,414,181　(95.2%)
計	34,773　(2.4%) 214,688　(3.0%)	1,416,853　(97.6%) 7,006,435　(97.0%)	27,052　(5.6%) 162,757　(5.9%)	459,229　(94.4%) 2,592,124　(94.1%)

（※）標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者を含む。

出典：平成28年度社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）

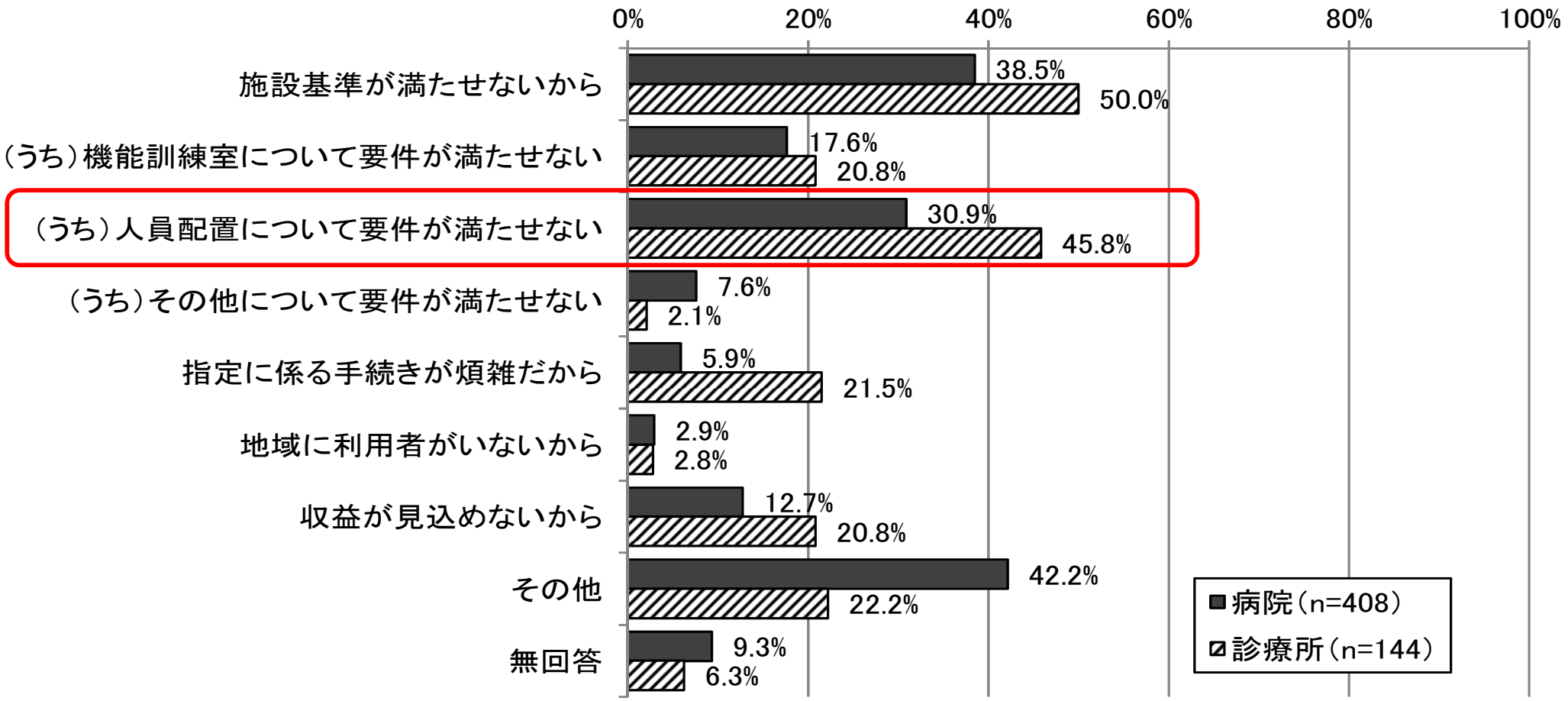
医療保険と介護保険のリハビリテーションの施設基準について

○　医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合、双方の施設基準を満たす従事者の配置が必要なため、どちらか一方のみを実施している場合よりも加配が必要になる場合がある等の課題がある。

	医療保険の脳血管疾患等リハの施設基準	介護保険の通所リハの施設基準	課題
機能訓練室	（Ⅰ）160㎡以上 （Ⅱ）100㎡以上 （Ⅲ）100㎡以上 （診療所：45㎡以上）	3㎡×定員以上	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、「（疾患別リハの患者数＋通所リハの利用者数）×3㎡」の面積基準を満たすように定員数を制限しなくてはならない。
リハビリ実施中の従事者の配置	患者とPT等：1対1で実施 施設基準： （Ⅰ）専従常勤PT：5名以上、専従常勤OT：3名以上、言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST：1名以上（合計10名以上） （Ⅱ）専従常勤PT：1名以上、専従常勤OT：1名以上、言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST：1名以上（合計4名以上） （Ⅲ）専従常勤PT、OT、STのいずれかが1名以上	利用者と、PT等・看護職員・介護職員：　10対1で実施、うち利用者と、PT等は100対1	◯疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、それぞれの実施人数にかかわらず、双方の施設基準をみたすリハビリテーション従事者の配置が必要である。
機械・器具	測定用器具、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡　等	必要な器具を設置	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、１～２時間の通所リハビリテーション以外では機器及び器具の共用ができない。

通所リハビリを実施していない理由

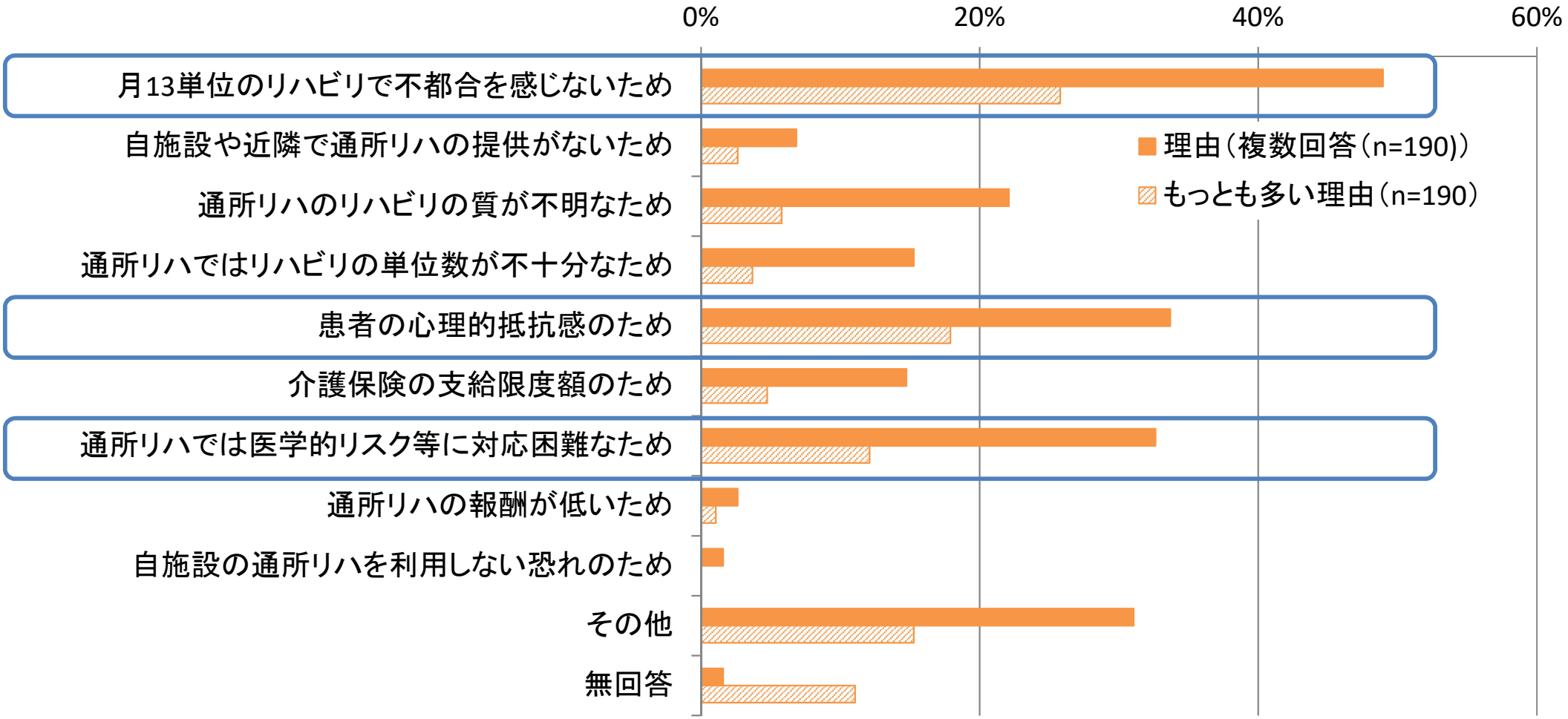
○　通所リハビリを実施していない理由として、病院・診療所ともに、「人員配置について要件が満たせない」と回答する医療機関がもっとも多かった。



出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

通所リハビリへの移行が困難な理由

○　通所リハビリの移行が困難な理由として、「月13単位のリハビリで不都合を感じないため」との回答がもっとも多く、ついで「患者の心理的抵抗感のため」「通所リハでは医学的リスク等に対応困難なため」との回答が多かった。



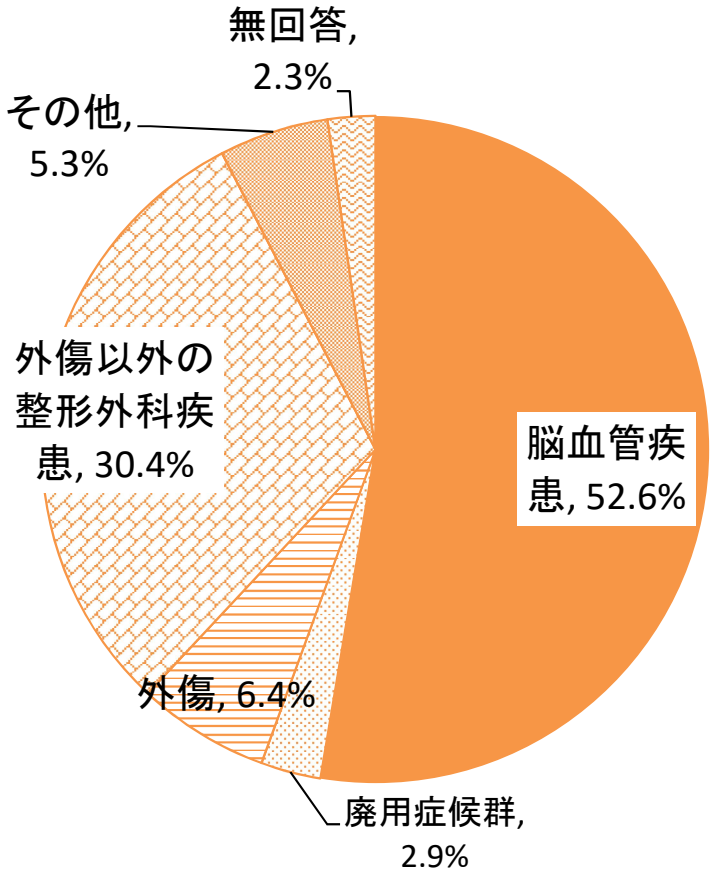
出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者の状態①

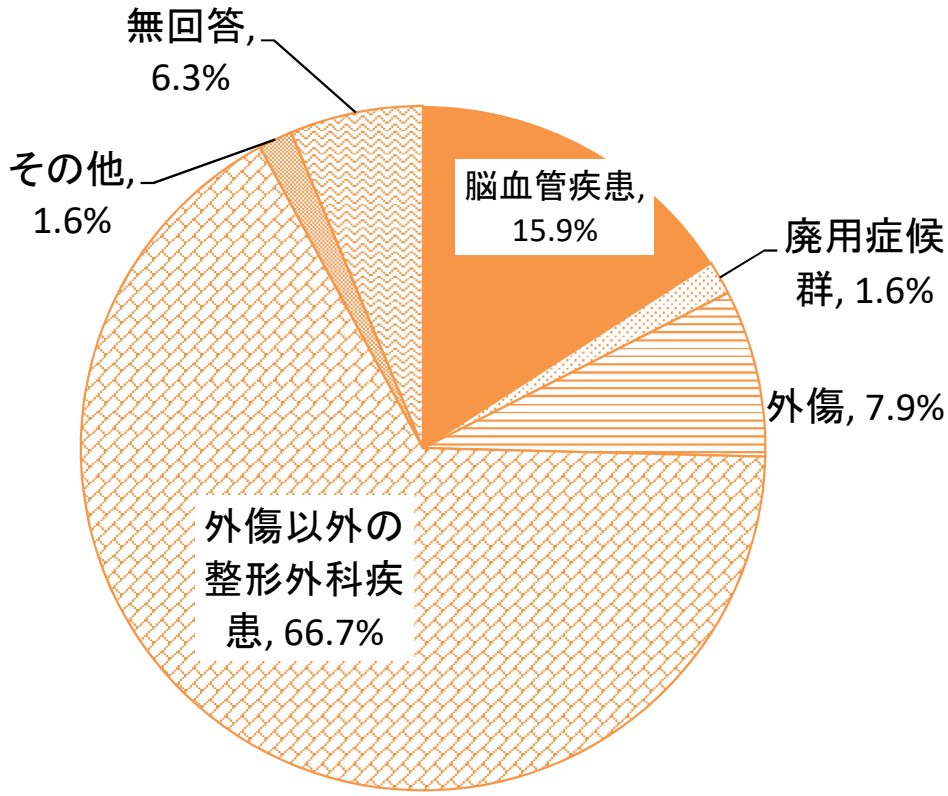
○　維持期・生活期リハビリを受ける患者（※）の主な傷病について、病院については「脳血管疾患」、診療所については「外傷以外の整形外科疾患」が多かった。

（※）通所リハビリへの移行が困難とされる患者のうち、医療から介護への移行に対する心理的抵抗感が大きい患者

維持期・生活期リハビリを受けている患者の主な傷病
（病院、n=171）



維持期・生活期リハビリを受けている患者の主な傷病
（診療所、n=63）

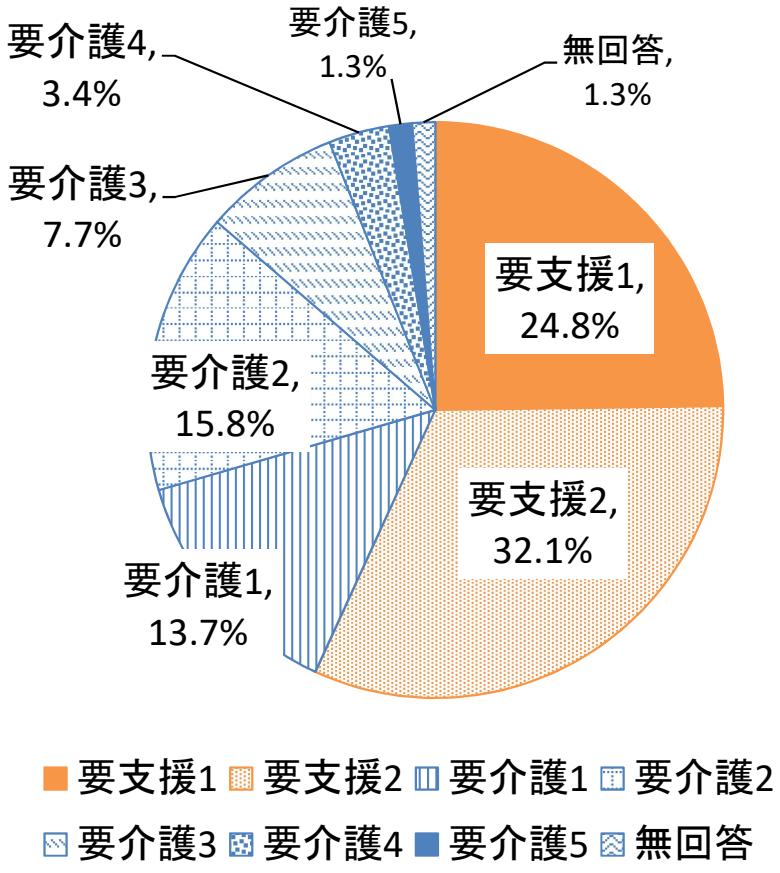


出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

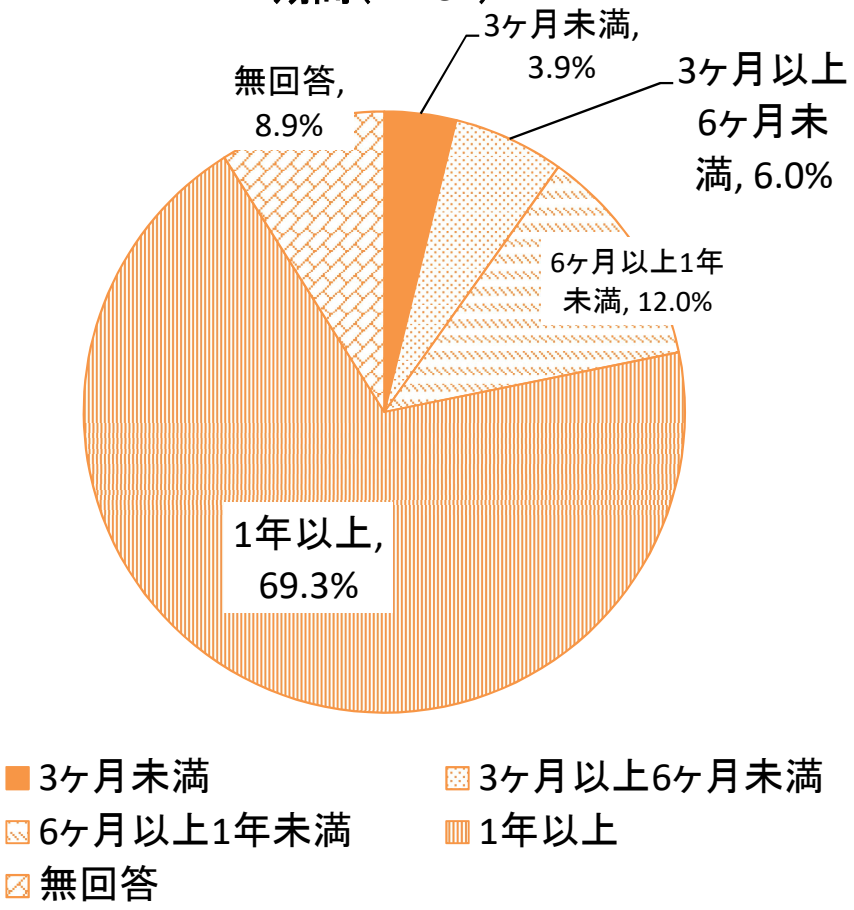
医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者の状態②

○ 医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者（※）のうち、約57%の患者が要支援状態だった。
○ 維持期・生活期リハビリになってからの期間については、「１年以上」が約69%を占めていた。
（※）通所リハビリへの移行が困難とされる患者のうち、医療から介護への移行に対する心理的抵抗感が大きい患者

維持期・生活期リハビリを受けている患者の要介護認定の状況（n-234）



維持期・生活期リハビリに移行してからの期間（n=234）



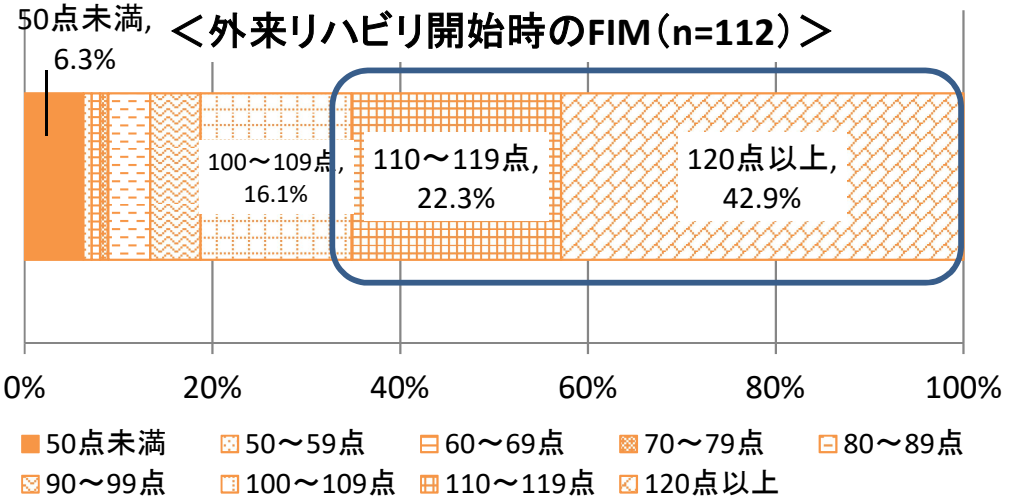
出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

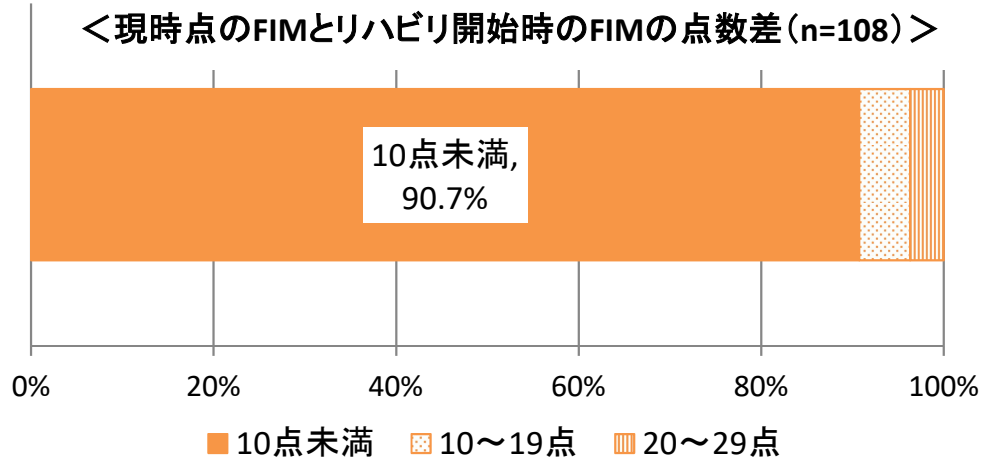
医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者の状態③

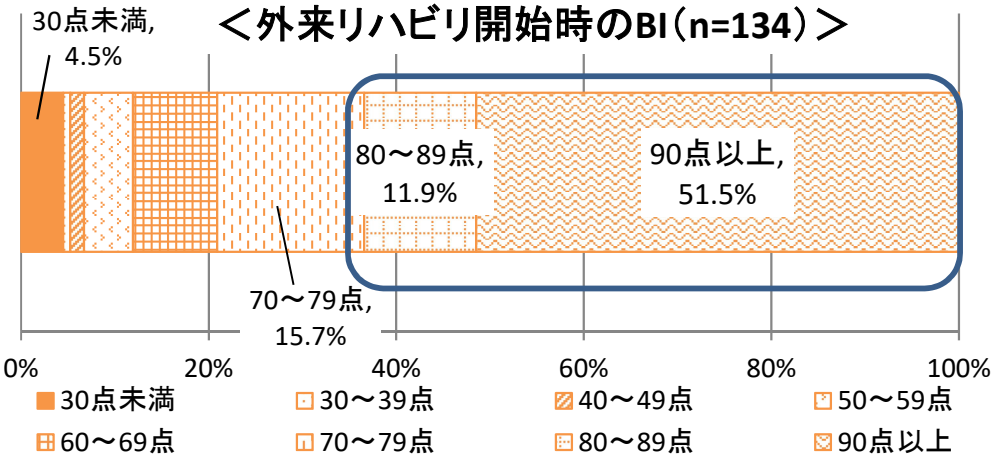
○　医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者（※）について、リハビリ開始時のADLは、FIMで110点以上、BIで80点以上の者が60%を占めていた。

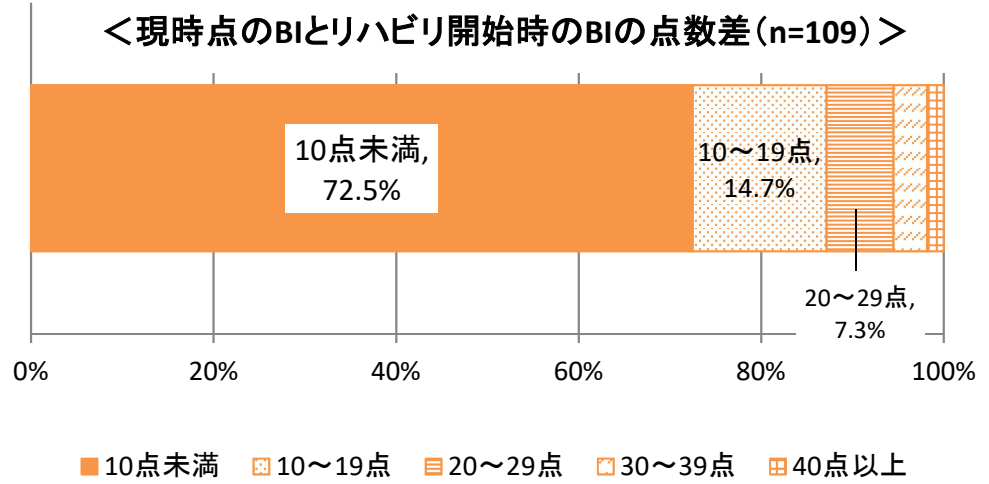
○　維持期・生活期リハビリに移行してから3ヶ月以上の者のFIM、BIをリハビリ開始時と比較すると、10点未満の点数差の者がそれぞれ91%、73%だった。

（※）通所リハビリへの移行が困難とされる患者のうち、医療から介護への移行に対する心理的抵抗感が大きい患者







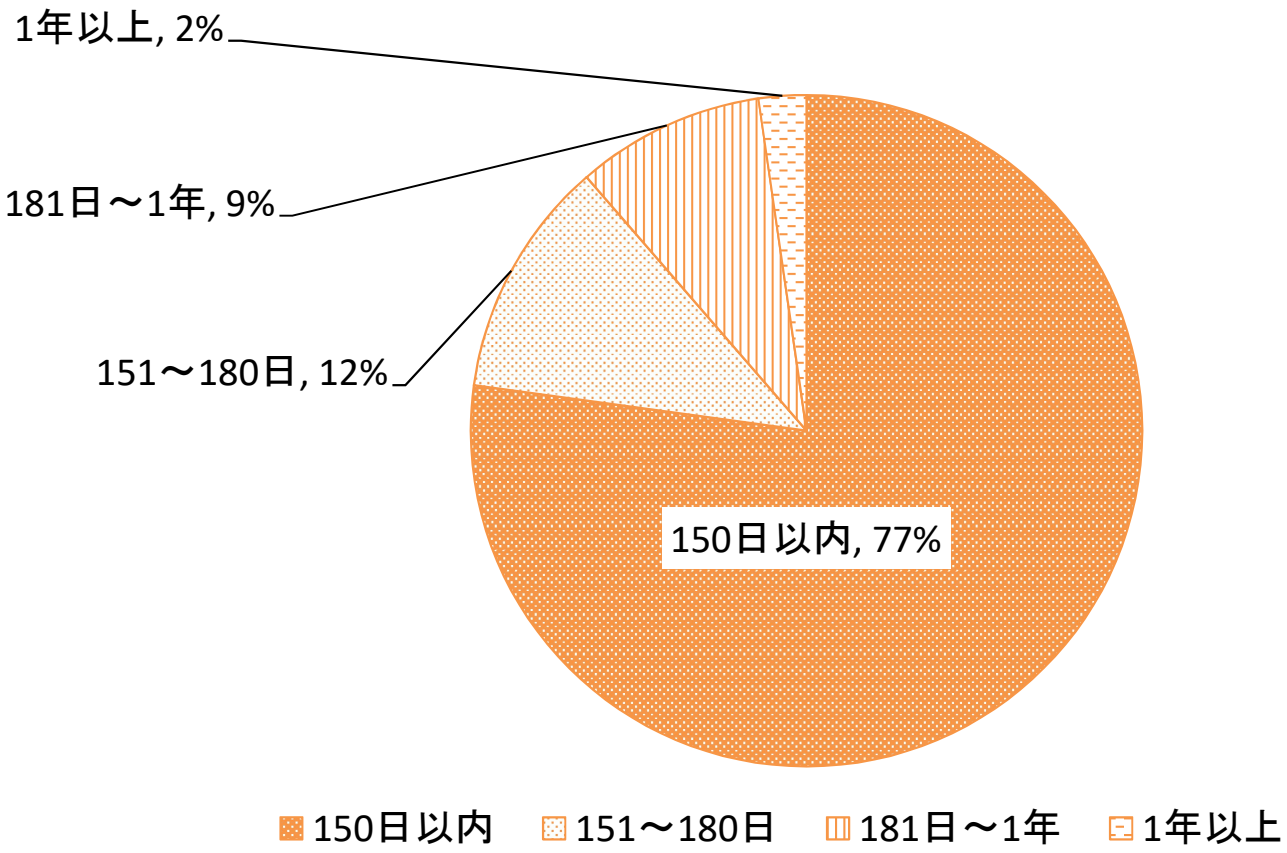


出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

リハビリテーションに期間を要する状態の例①

○　外傷性の肩関節腱板損傷については、運動器リハビリテーション治療を受けている患者のうち、約23%が150日を超えてリハビリテーションが必要となっている。

＜リハビリテーションを要する期間（発症からの期間）別の患者割合（n=87）＞



（出典：　日本臨床整形外科学会提出資料）

リハビリテーションに期間を要する状態の例②

○　末梢神経損傷（軸索断裂の状態）の患者については、リハビリテーションの効果を得るには、神経の再生に時間を要することから、300日程度の治療期間が必要になる症例がある。

＜末梢神経損傷の分類＞

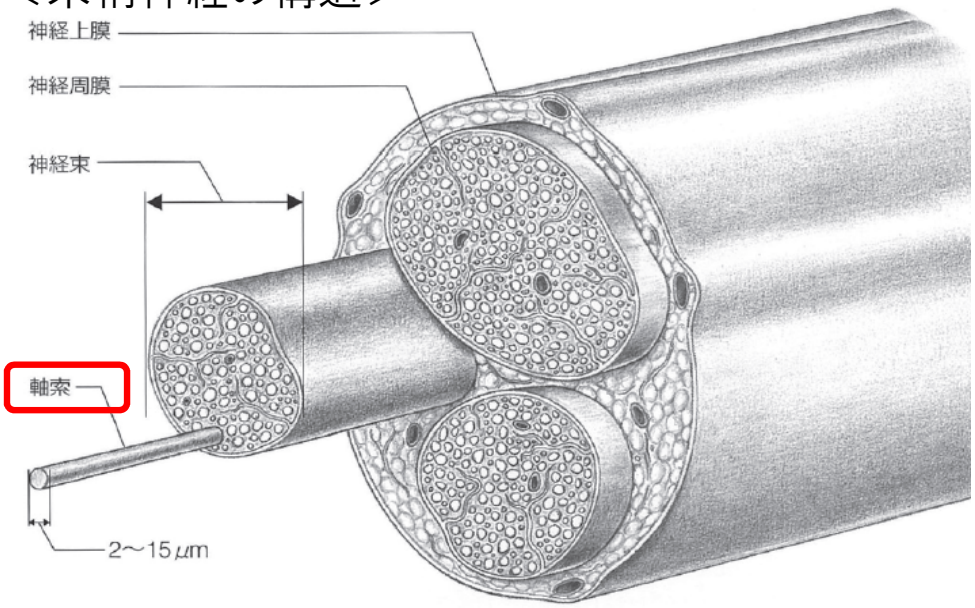
	分類	軸索の断裂	Schwann管の断裂	神経周膜の断裂	神経上膜の断裂	回復様式
一過性神経不動化	Ⅰ度	なし	なし	なし	なし	2ヶ月以内に一気に改善
軸索断裂	Ⅱ度	あり				1mm／日の速度で回復
	Ⅲ度		あり			1mm／日の速度で回復、自然回復のない場合もあり
神経断裂	Ⅳ度			あり		自然回復なし（手術適応あり）
	Ⅴ度				あり	

＜末梢神経損傷のリハビリテーション＞

○外傷後の腫脹により特に手指は不良肢位での拘縮を来しやすい。関節拘縮は機能回復を阻害することから早期から拘縮予防訓練を行う。

○ストレッチングや電気刺激により筋萎縮をある程度減弱できるが，神経が再生しなければ非可逆的な萎縮に陥る。

＜末梢神経の構造＞



出典：
1）日本臨床整形外科学会提出資料
2）金谷文則. 末梢神経損傷の治療：Jpn J Rehabil Med 2014 ; 51 : 52.60

１－（３）在宅医療
－質の高い在宅医療・訪問看護の確保

改定説明会資料（概要）
３０．３．５

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療**（裾野の拡大）**が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月１回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

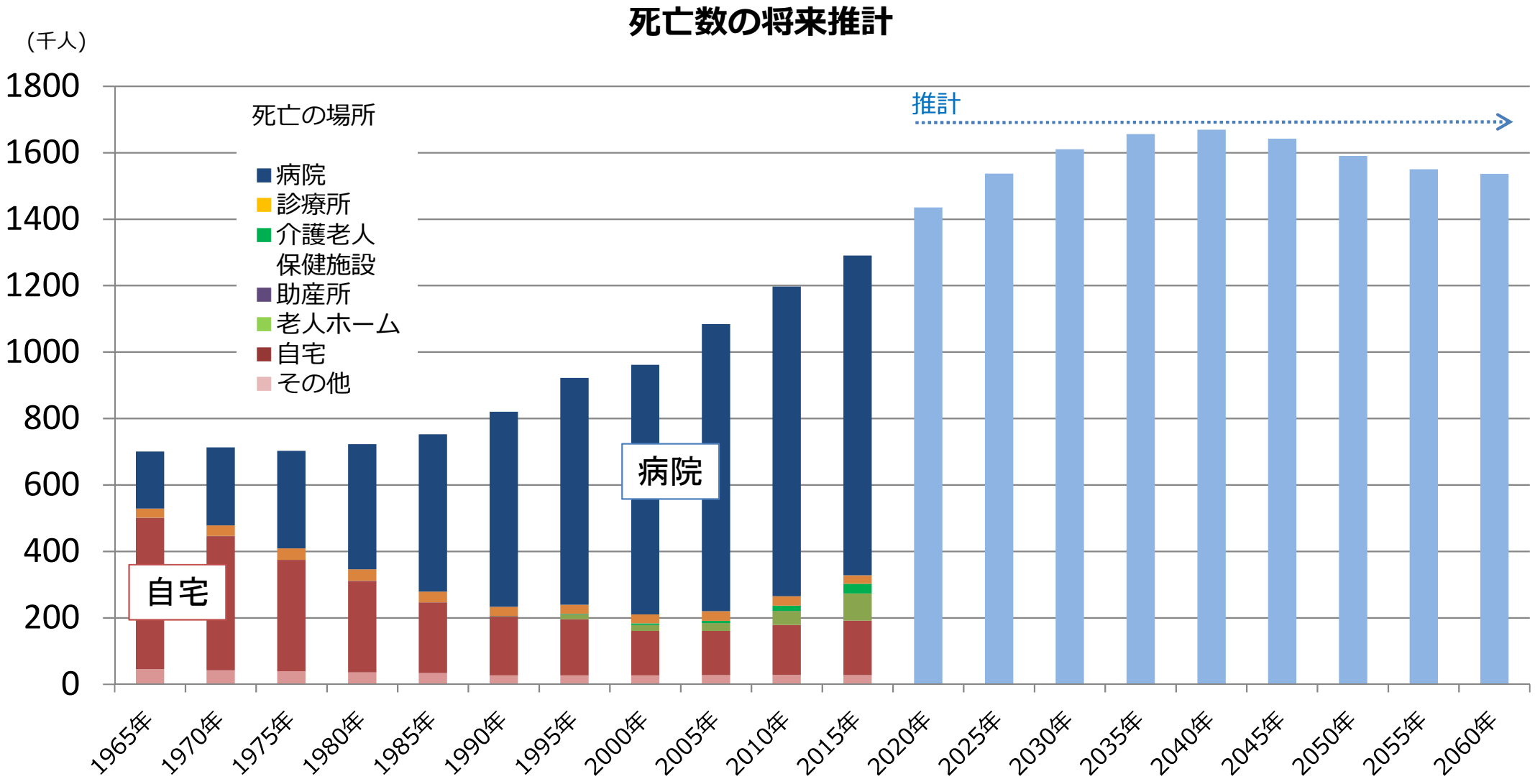
標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

死亡数の将来推計

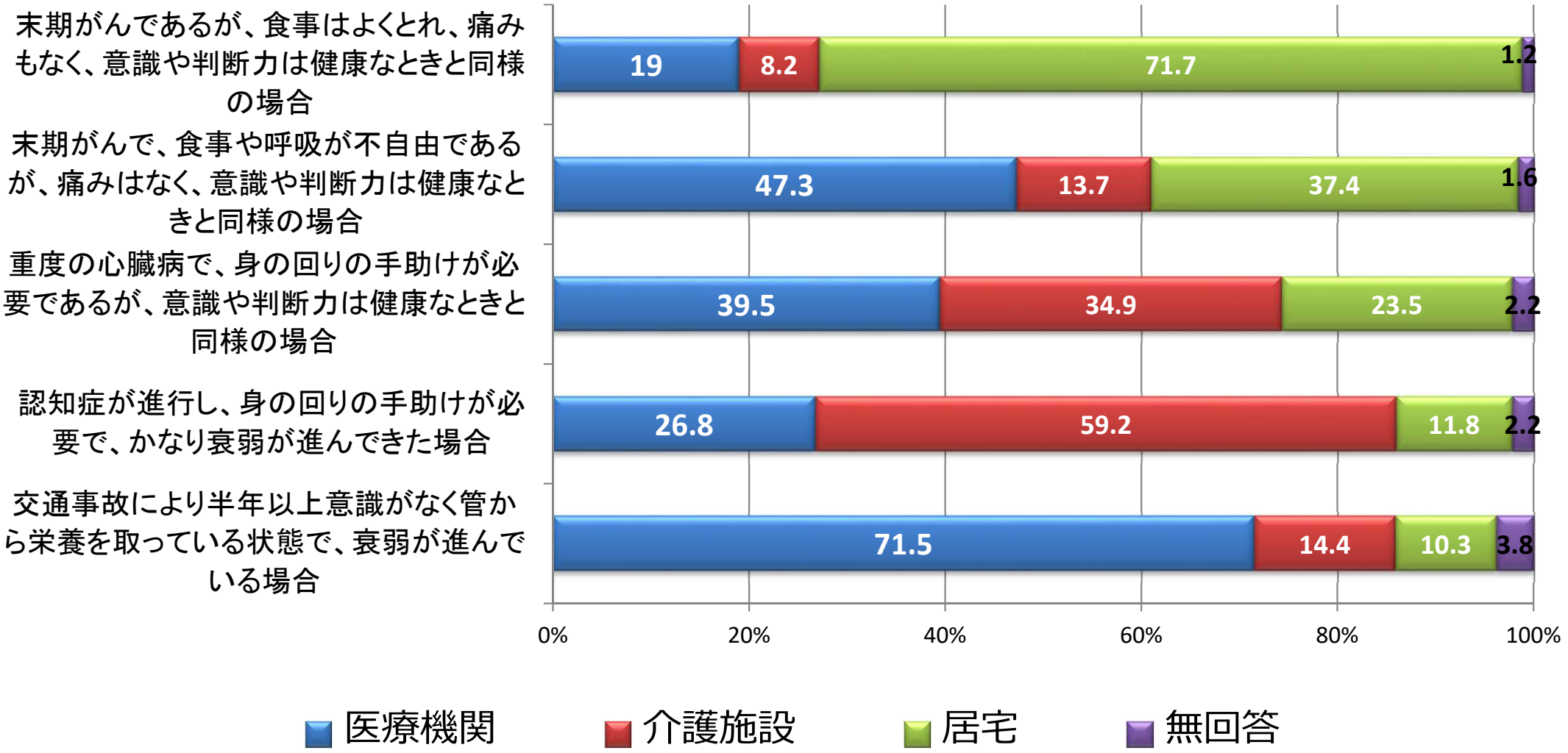
○　年間の死亡数は今後も増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と現状（2015年）では約36万人/年増加すると推計されている。
○　近年、医療機関以外の場所における死亡が微増傾向にある。



※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。
出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020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24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

参考：さまざまな状況における人生の最終段階を過ごしたい場所

■人生の最終段階を過ごしたい場所（一般国民による回答、n＝2,179）



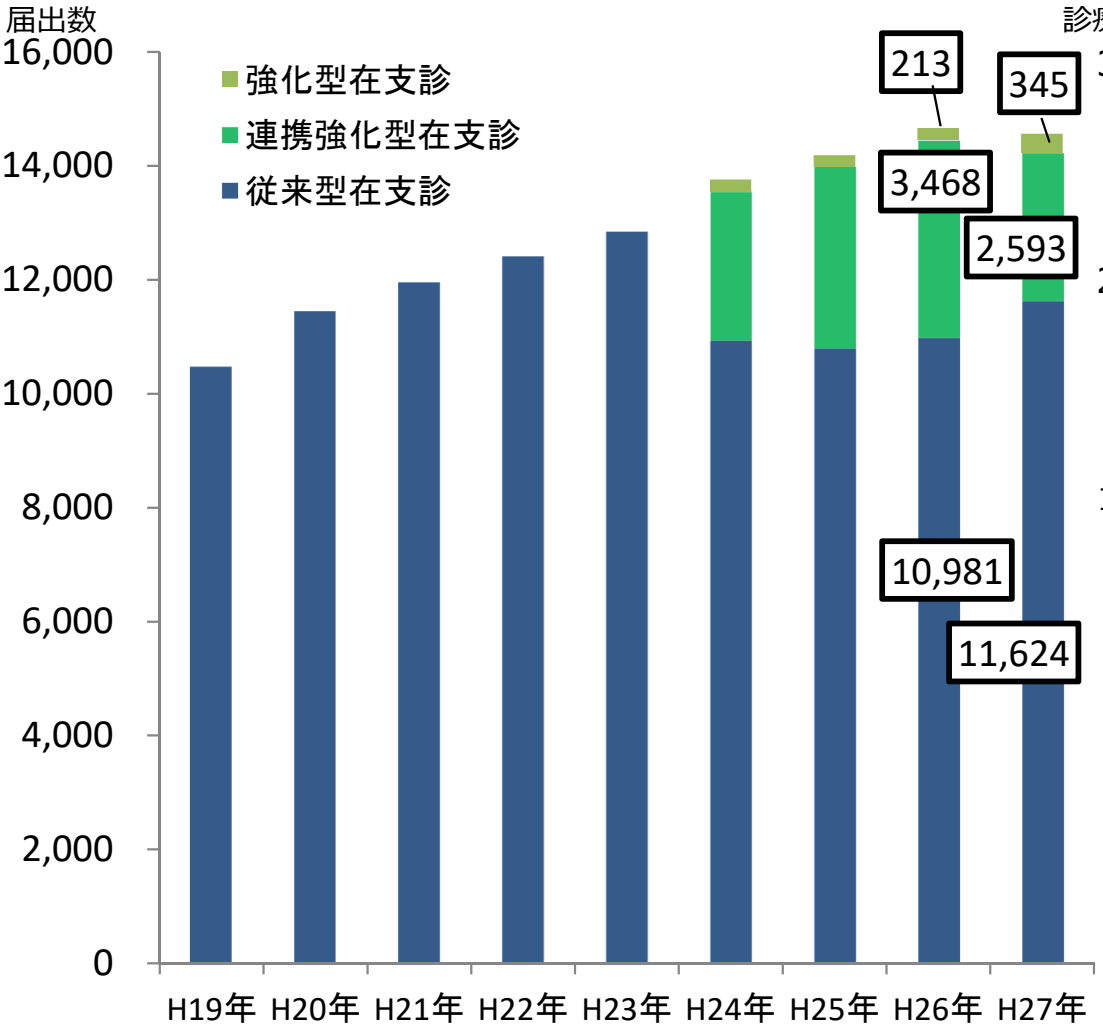
出典：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（平成26年３月）

在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

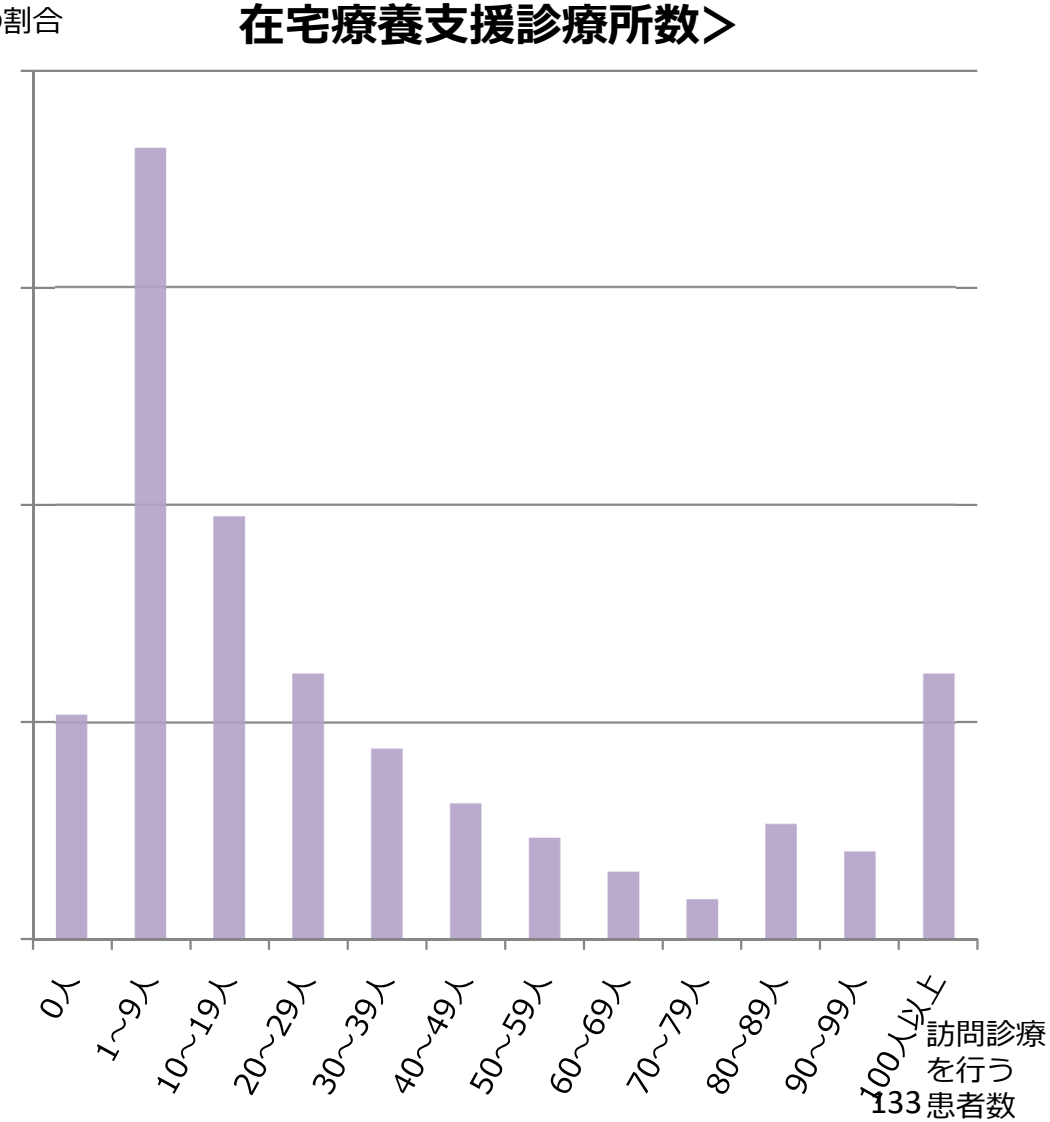
中医協　総－３
２９．１．１１

○　在宅療養支援診療所の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
○　在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。

＜在宅療養支援診療所届出数＞



＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数＞

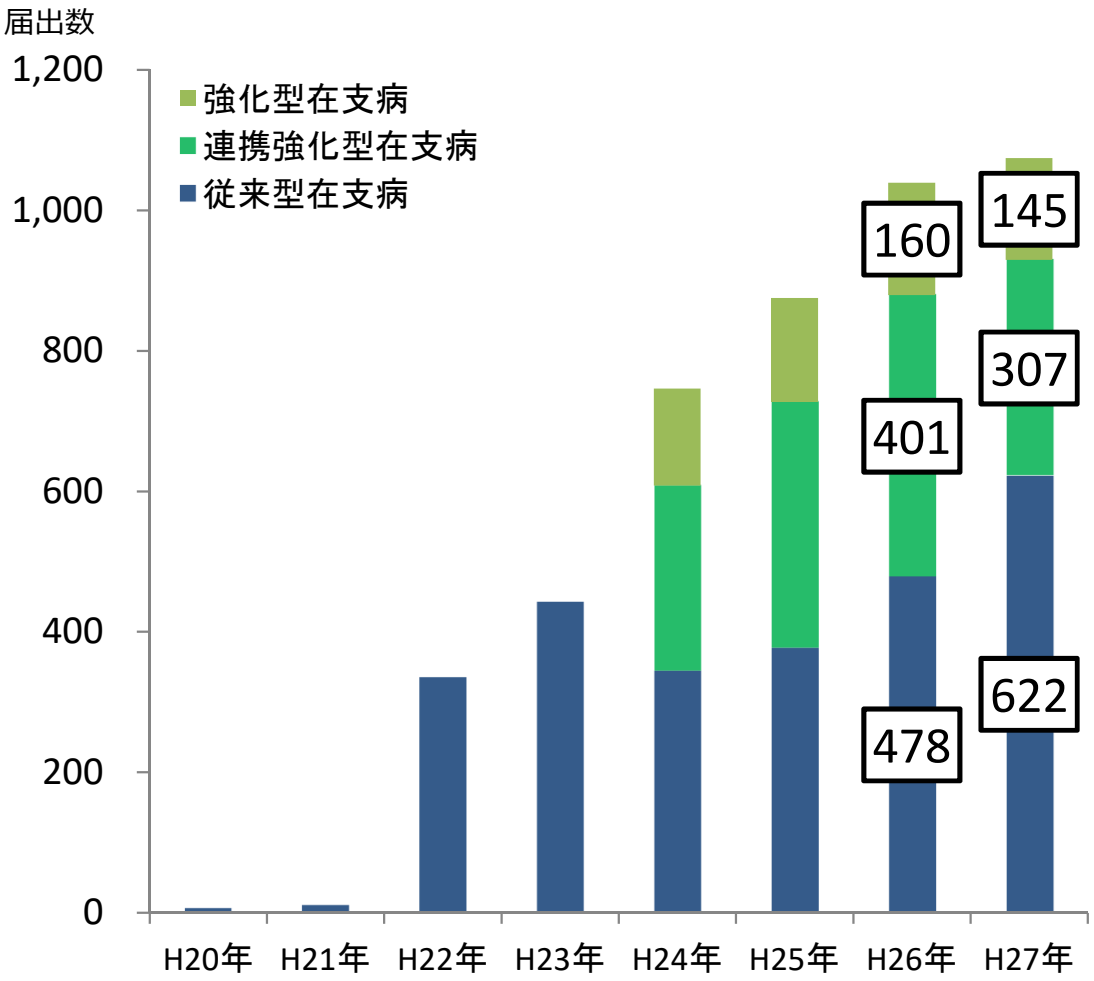


出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）
平成26年度検証部会調査（在宅医療）

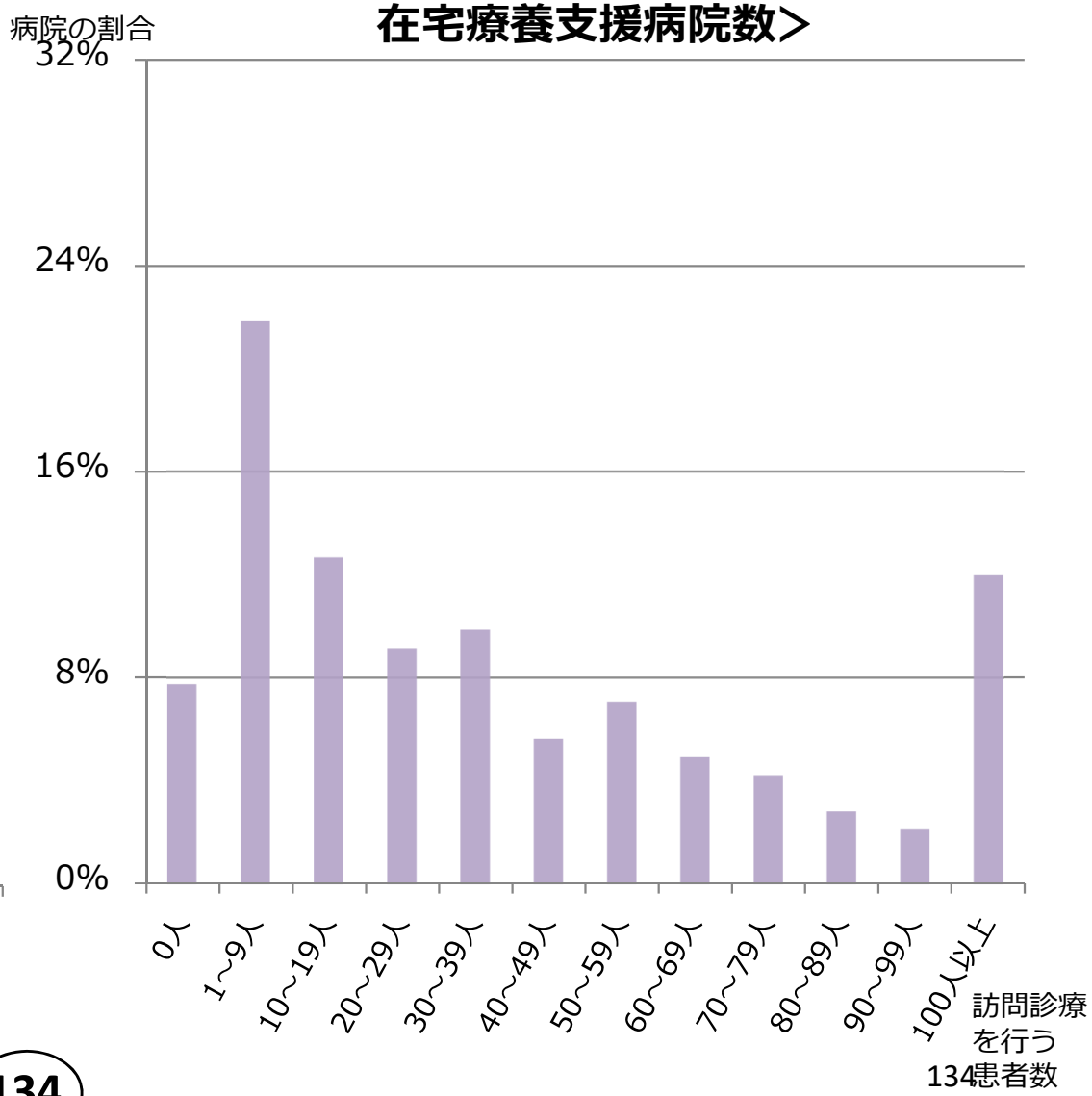
在宅療養支援病院の届出数の推移と診療状況

○　在宅療養支援病院の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
○　在宅療養支援病院のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。

＜在宅療養支援病院届出数＞



＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援病院数＞



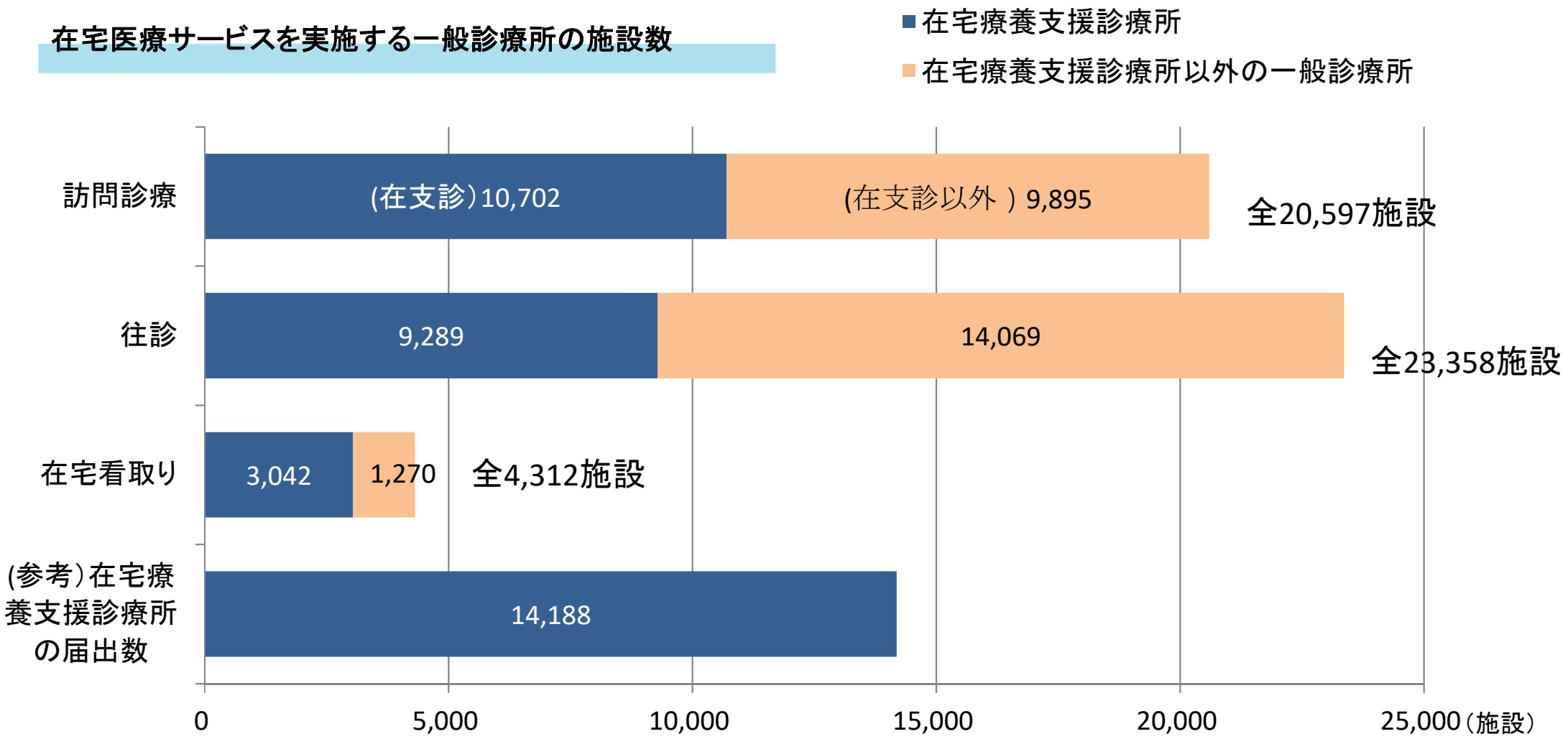
出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）
平成26年度検証部会調査（在宅医療）

在宅医療サービスを実施する診療所の属性

○　在宅医療サービス（訪問診療、往診、在宅看取り）を実施する診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所（在支診）ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。

○　在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数



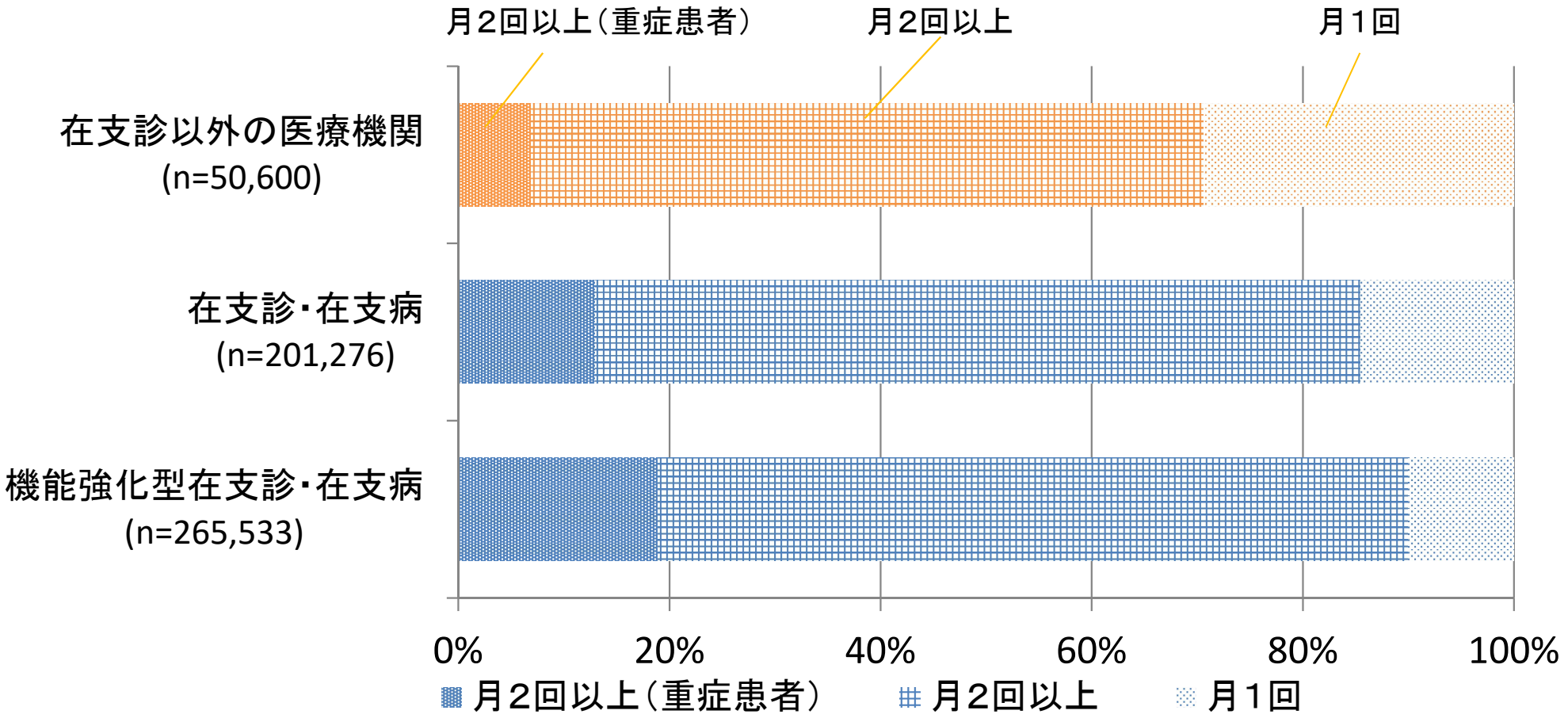
出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省）（特別集計）

在宅医療を担う医療機関の特性①～管理料の算定状況

○　在宅医療を担う医療機関（在総管又は施設総管を算定している医療機関）の管理料の算定状況をみると、「在支診以外の医療機関」は、「在支診・在支病」及び「機能強化型在支診・在支病」に比べ、重症患者（※）の割合が少ない。

※重症患者を対象とした在総管又は施設総管を算定する患者

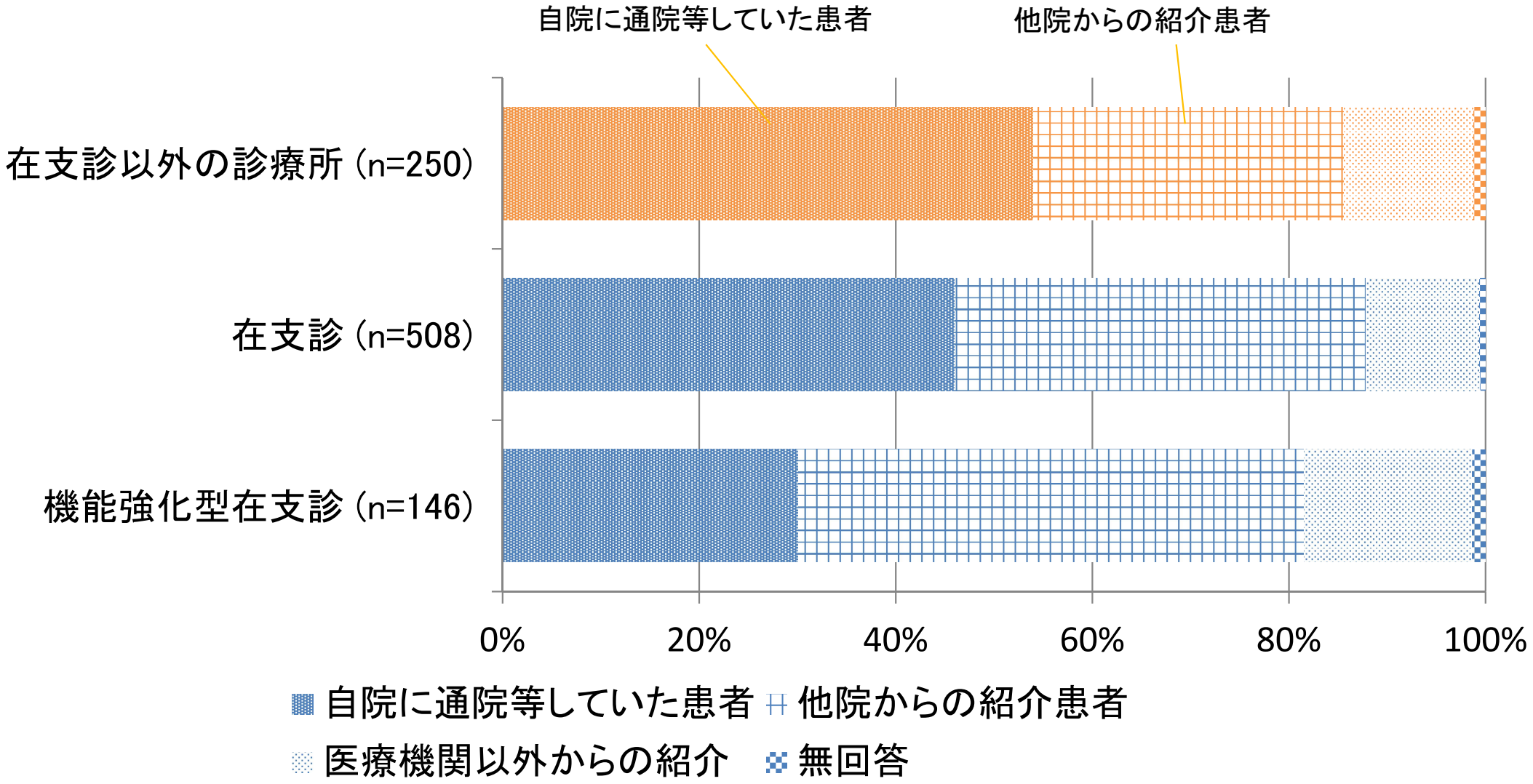
在総管及び施設総管の区分別算定状況
（状態及び訪問診療の回数に応じた区分ごとの算定状況）



（出典：NDBデータ（平成28年5月分入院外レセプト））

在宅医療を担う医療機関の特性②～受診経路～

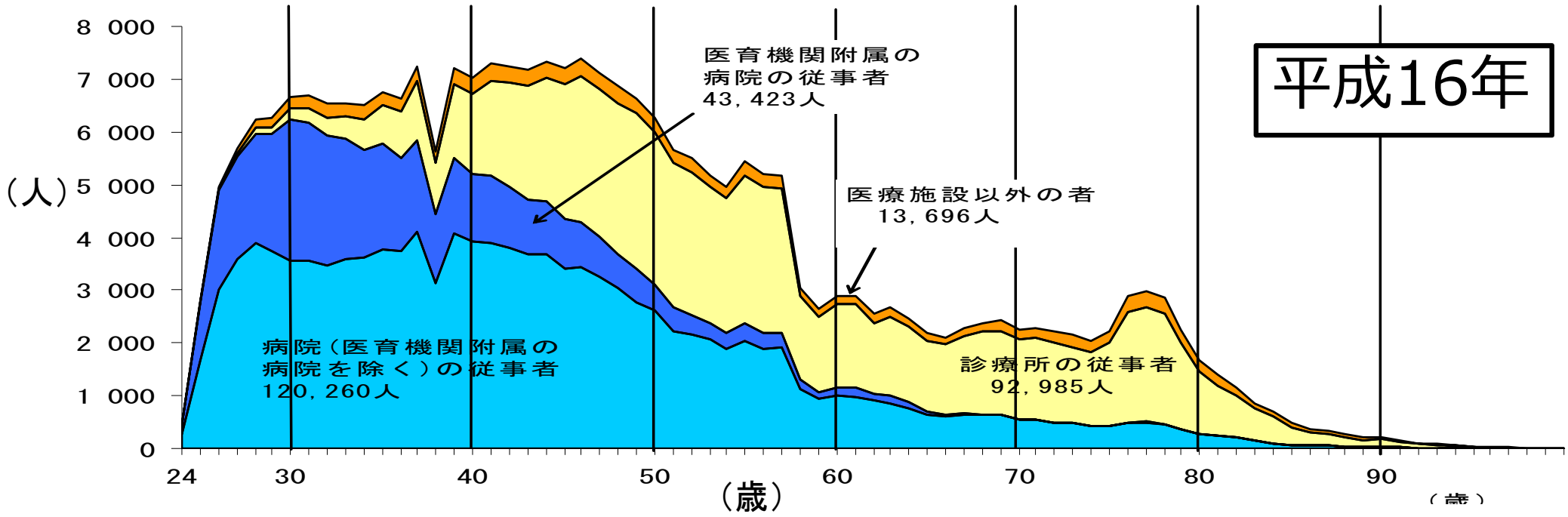
○　在宅医療を担う診療所（在総管又は施設総管を届け出ている診療所）の、在宅患者の受診経路をみると、「在支診以外の診療所」では、「在支診」及び「機能強化型在支診」に比べ、自院に通院等していた患者の割合が多い。

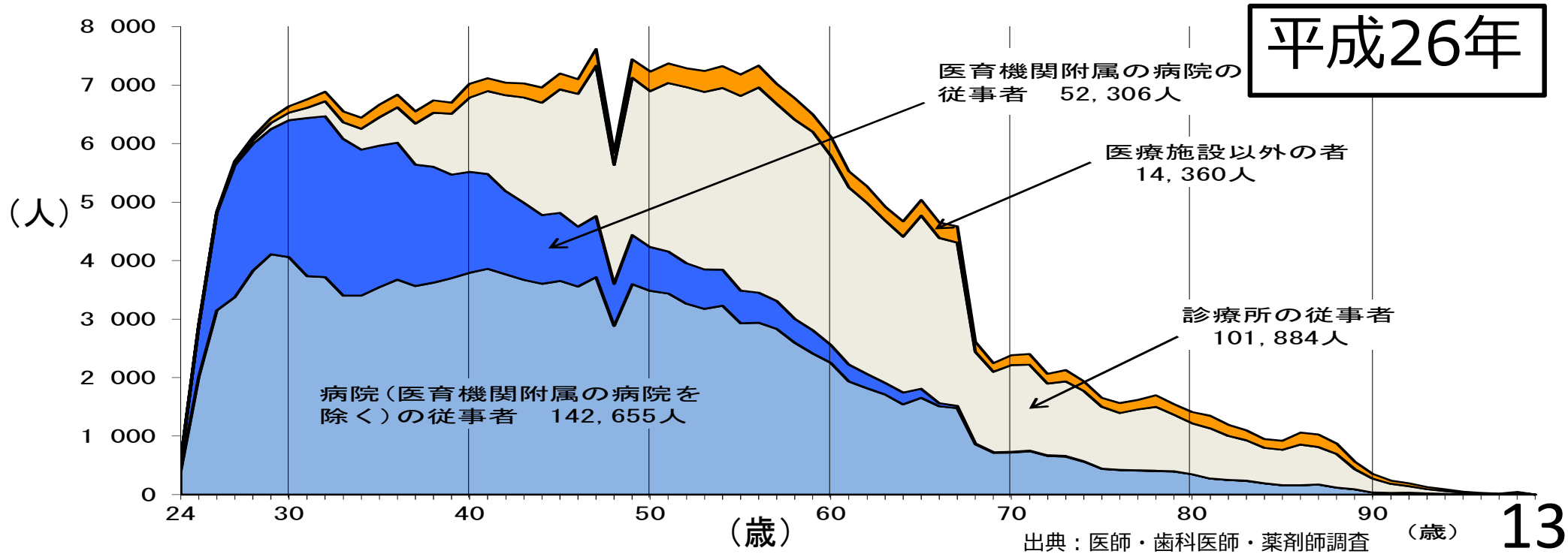


※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

（出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度））

施設の種別にみた医師数（年齢別）

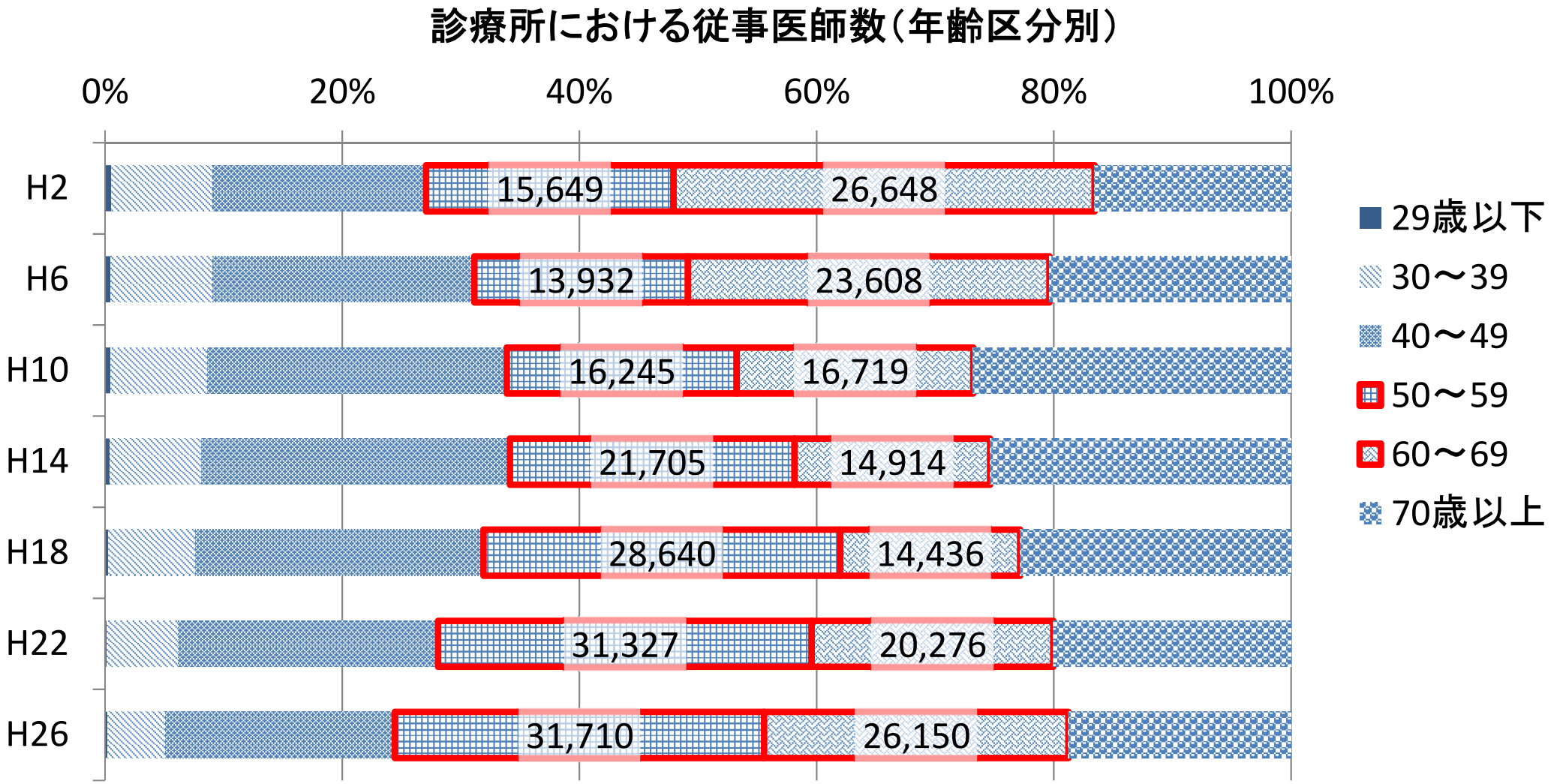




出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

診療所の医師の年齢に関する動向

○診療所の医師のうち、50代と60代の医師の割合が増加傾向にある。



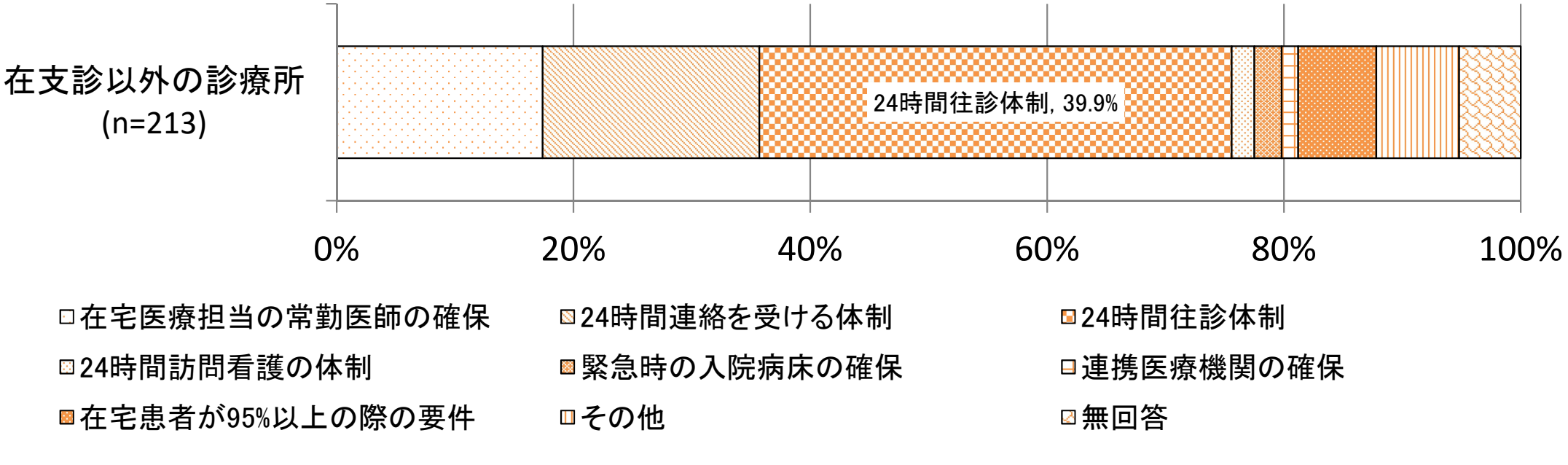
出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

在支診以外の診療所の意向

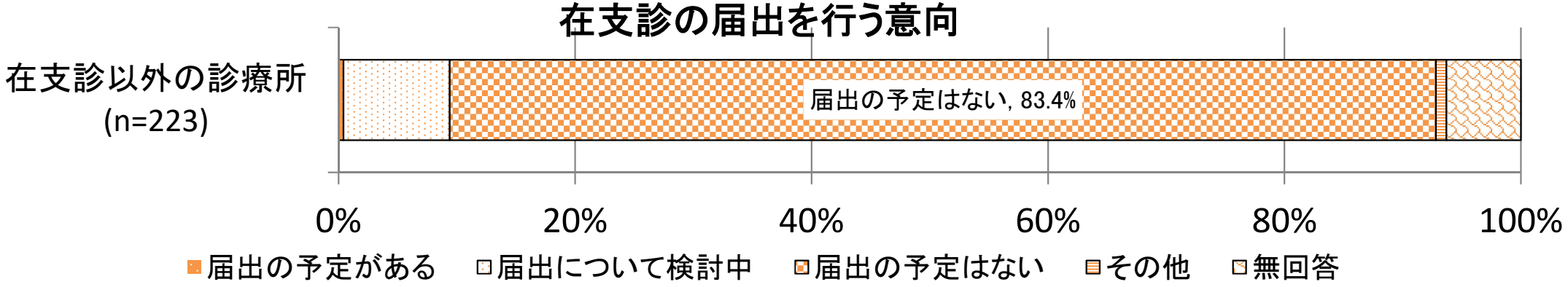
○　在宅医療を行っている診療所が在支診の届出をしていない場合の理由をみると、約40%の診療所が24時間の往診体制が困難なためと回答した。

○　在支診の届出を行う意向の有無については、約80%の診療所が「届出の予定はない」と回答した。

在支診の届出をしていない最大の理由



在支診の届出を行う意向

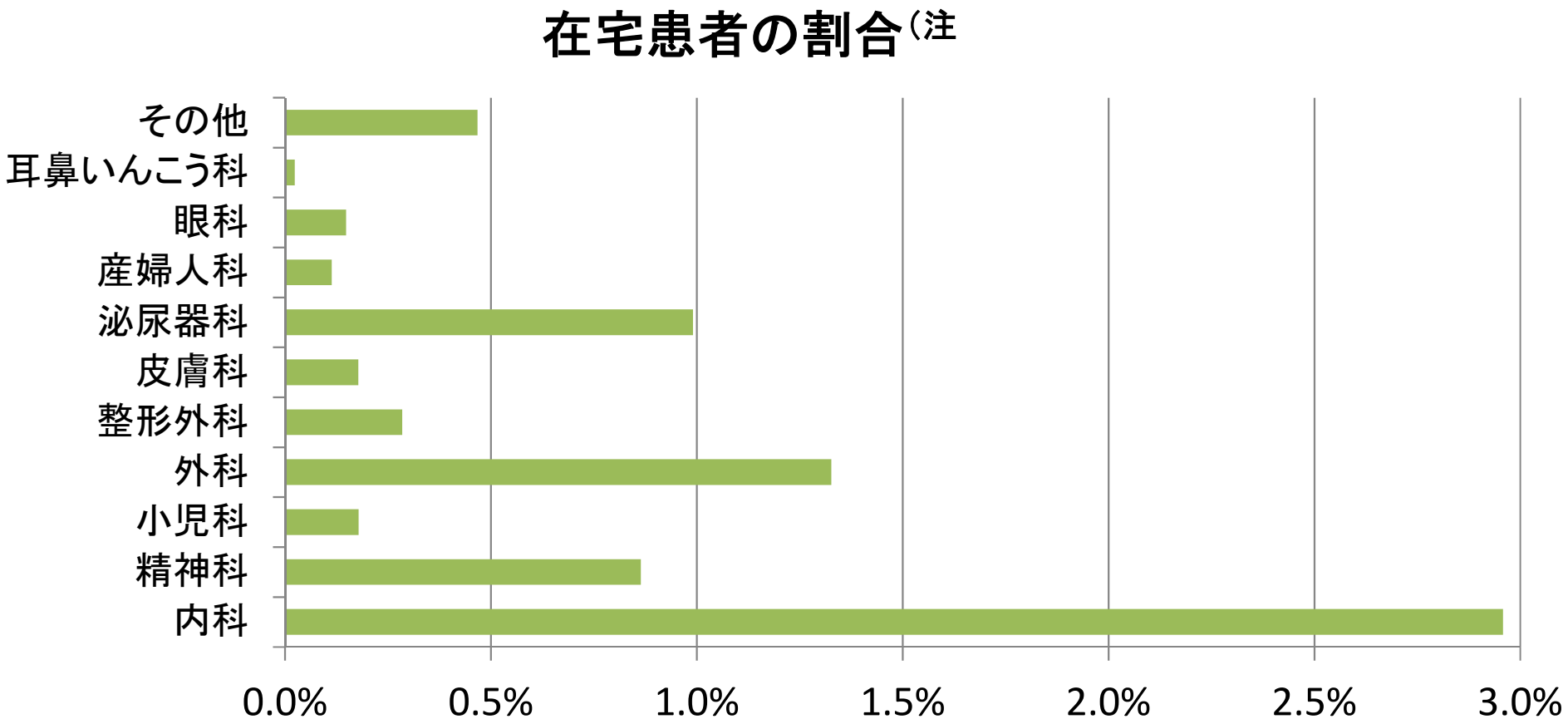


※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

（出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度））

主たる診療科別の診療所の在宅医療の実施状況

○　主たる診療科別に診療所の在宅患者の割合をみると、診療科間にばらつきがある。
○　内科・外科・泌尿器科・精神科は、他の診療科に比較して在宅患者の割合が多い。

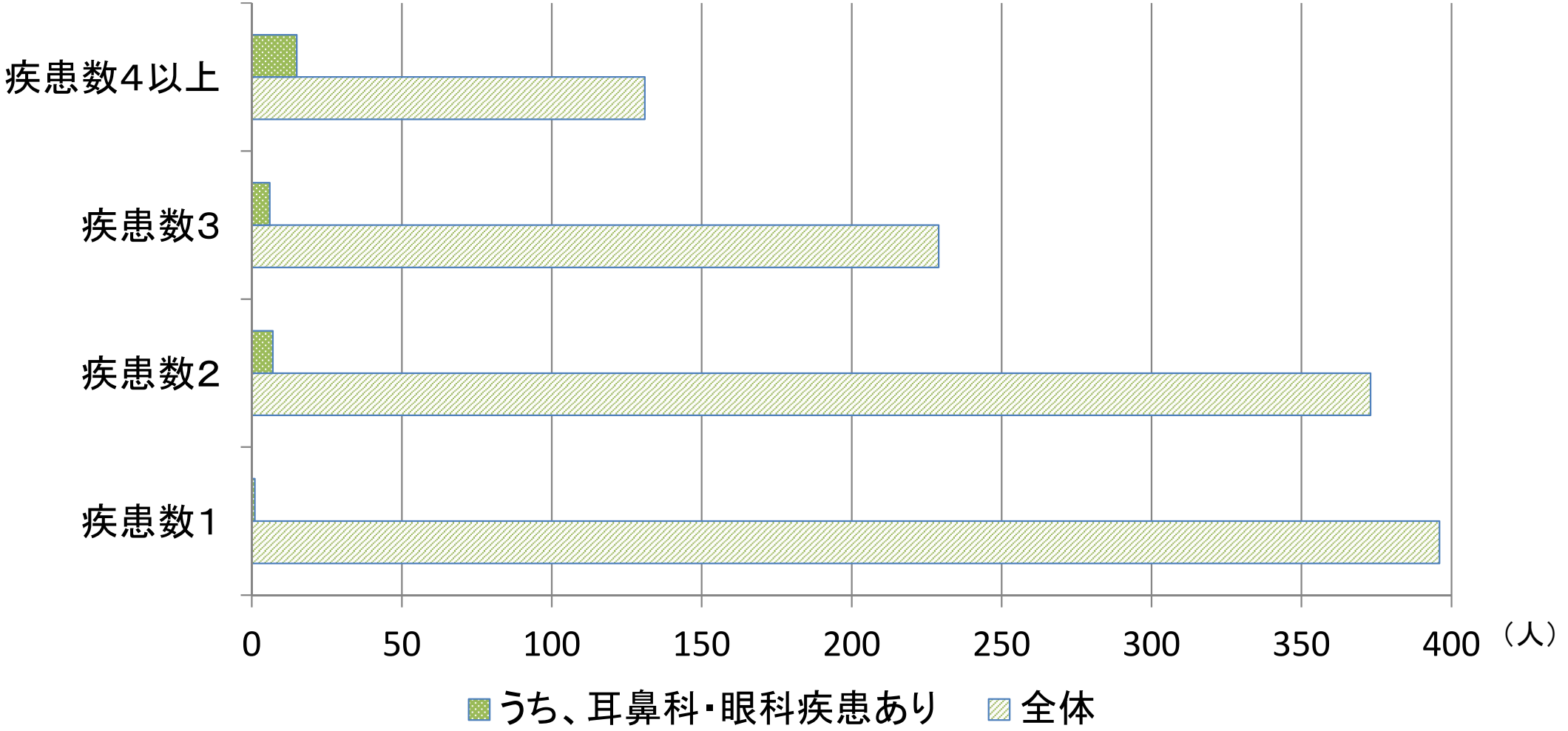


注）在宅患者の割合（%）：（往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数）÷（初再診料、往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数の合計）

（出典：平成27年社会医療診療行為別統計）

耳鼻科・眼科疾患を有する患者への訪問診療

○　訪問診療を行っている原因疾患のうち、耳鼻科疾患又は眼科疾患がある患者は少なかった。
○　訪問診療を行っている原因疾患を複数有する患者では、その他に比べ、耳鼻科疾患又は眼科疾患への訪問診療が行われている患者は多い。



※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

（出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度））

改定説明会資料（概要）
３０．３．５

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

高齢者向け住まいの概要

	①サービス付き高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設	低所得高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅又有料老人ホーム、高齢者を入居させ、状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅	老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理をする事業を行う施設	入所者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設	無料又は低額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設	入居者について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うもの
介護保険法上の類型	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護			認知症対応型 共同生活介護
主な設置主体	限定なし （営利法人中心）	限定なし （営利法人中心）	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし （営利法人中心）
対象者	次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受けている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する定義がないため、解釈においては社会通念による	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	要介護者/要支援者であって認知症である者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）
１人当たり面積	25㎡　など	13㎡（参考値）	10.65㎡	21.6㎡（単身） 31.9㎡（夫婦）　など	7.43㎡
件数※	6,342棟 (H28.9末)	11,739件(H28.6末)	957件(H27.10)	2,264件(H27.10)	13,114件(H28.10)
	特定施設入居者生活介護（地域密着型・短期利用を含む）の指定を受けている施設：　5,148件(H28.10)				
定員数※	206,929戸 (H28.9末)	457,918人(H28.6末)	64,313人(H27.10)	93,712人(H27.10)	193,400人(H28.10)
	特定施設入居者生活介護（予防・地域密着型・短期利用を含む）を受けている利用者数：　220.4 千人(H28.10)				
補助制度等	整備費への助成	なし	なし	定員29人以下：整備費等への助成	

※：①→サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム調べ、② →厚生労働省老健局調べ、③・④ → 社会福祉党調査、⑤、特定施設→介護給付費等実態調査（「定員数」の値については受給者数）

介護保険３施設の比較

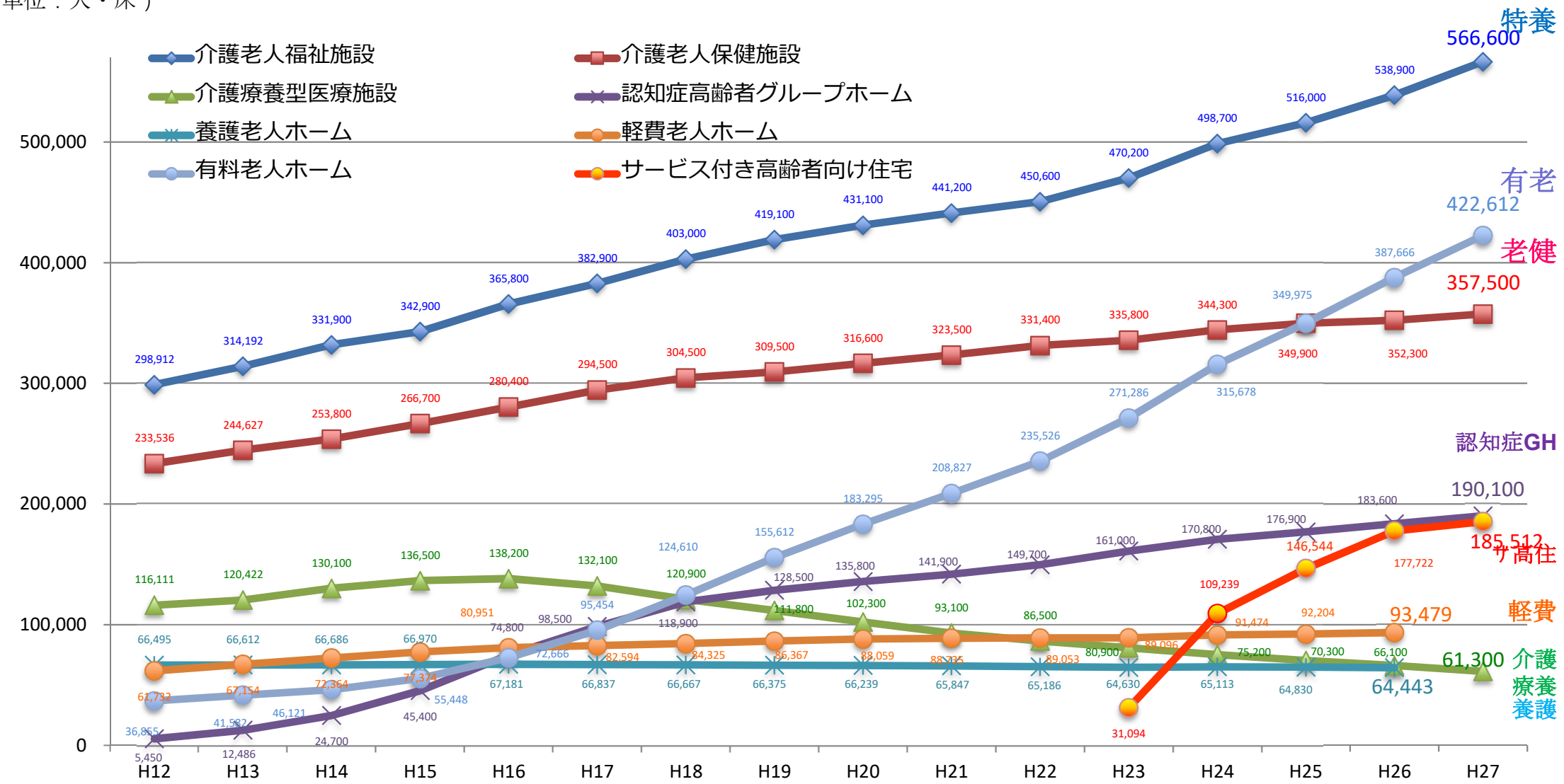
			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
基本的性格			要介護高齢者のための**生活施設** ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し**在宅復帰を目指す施設**	医療の必要な要介護高齢者のための**長期療養施設**
定義			老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1			社会福祉法人 （約94%）	医療法人 （約74%）	医療法人 （約83%）
施設数（H28.3）※2			9,507件	4,201 件	1,320 件
利用者数（H28.3）※2			572,800 人	359,400 人	59,000 人
居室面積・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3			61．8% ※平成27年8月より室料自己負担。	84．1%	95．0%
平均在所（院）日数※4			1,405日	311日	483日
低所得者（所得第3段階以下）の割合※4			80．9%	60．4%	57．2%
医師の配置基準			必要数（非常勤可）	常勤1以上　／　100:1以上	3以上　／　48:1以上
医療法上の位置づけ			居宅等	医療提供施設	病床

※１の割合は介護サービス施設事業所調査（平成26年）、※２は介護給付費等実態調査（28年4月審査分。地域密着型を含む）、※３は介護給付費実態調査（平成２５年度）（老健局高齢者支援課による特別集計）、※４は介護サービス施設事業所調査（平成26年）より。
※２の数値は地域密着型介護老人福祉施設を含む。

高齢者向け住まい・施設の定員数

○　高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

（単位：人・床）



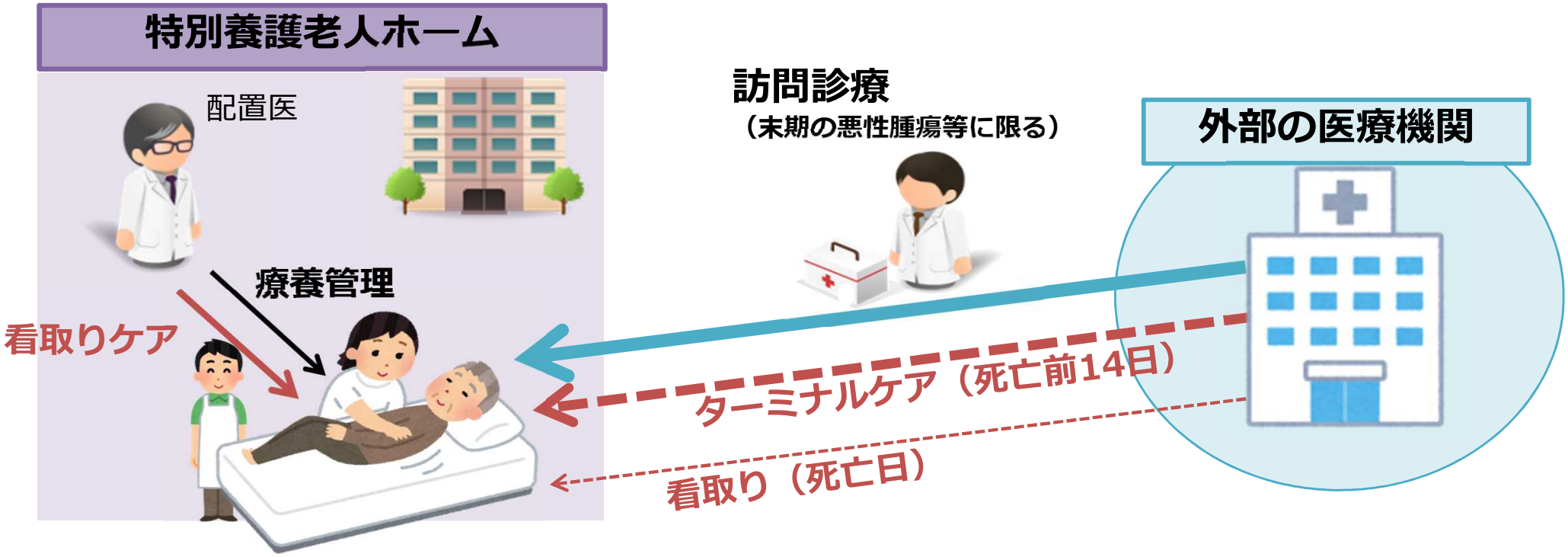
※１：介護保険３施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査（10月審査分）【H14～】（定員数ではなく利用者数）」による。
※２：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
※３：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
※４：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H2５社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24･25は基本票の数値。
※５：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。
※６：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。

医療と介護の連携に係るこれまでの議論の整理

関係者間の連携	看取り	訪問看護・リハビリ
●退院時共同指導の弾力化 ●退院患者の利用する訪問看護ステーションや介護施設への情報提供 ●在宅患者について緊急時等カンファレンスの開催の弾力化 ●介護保険施設や認知症対応型共同生活介護等において、関係者会議等の結果をふまえた口腔機能評価に基づく口腔管理を評価 ●入院中からの介護支援専門員への情報提供 ●かかりつけ医と老健施設との連携	●診療報酬上に、ガイドラインを参考にした看取り・ターミナルケアを位置づけ ●療養病棟等における在宅患者の受入に係る加算について、ガイドラインの取組を踏まえた算定要件に見直し ●在総管等の算定要件に、介護支援専門員と情報提供を要件化 ●患者の意向に沿って病院で看取った場合を評価 ●介護施設での看取りにおける介護施設と医療機関や訪問看護ステーションとの協働の推進	（訪問看護） ●訪問看護ステーションと喀痰吸引等の業務を行う介護職員等との連携 （リハビリ） ●維持期のリハビリを医療保険から介護保険に移行 ●医療保険と介護保険の両方のリハビリを提供する場合の施設基準を緩和 ●リハビリの実施に係る計画書の様式を共通化

看取り期のケアに関する医療機関と介護施設の協働（イメージ）

○　看取り期のケアに係る診療報酬は、介護報酬の看取りに係る加算との併算定ができない取扱いとなっている。



【介護報酬】

看取り介護加算	144単位 ～1280単位/日

【診療報酬】

在宅ターミナルケア加算	5000点
看取り加算	3000点

※　訪問看護の場合も看取り期のケアについて併算定できない取扱い

ターミナルケアに関連する介護保険と医療保険の取り扱い

	介護老人福祉施設	認知症対応型グループホーム	特定施設入居者生活介護
加算	看取り介護加算	看取り介護加算	看取り介護加算
算定要件（概要）	【入所者基準】 ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 【施設基準】 ○ 常勤看護師を配置し、看護職員との連携による24時間連絡できる体制を確保すること。 ○ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ○ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。	【利用者基準】 ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 【施設基準】 ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ※医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。	【利用者基準】 ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 【施設基準】 ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ※夜間看護体制加算を算定していない場合は、算定しない。
訪問診療（ターミナルケア加算・看取り加算）	➢ 看取り介護加算を算定している場合には算定できない。	－	－
訪問看護（在宅ターミナル加算、訪問看護ターミナル療養費）	➢ 看取り介護加算を算定している場合には算定できない。	➢ 介護保険の看取り介護加算を算定していない場合に限る。	➢ 介護保険の看取り介護加算を算定していない場合に限る。

給付調整

介護施設等の入居者等が算定可能な診療報酬

○　有料老人ホーム等については、医療機関と施設の位置関係によらず、基本的に全ての診療報酬が算定できる。
○　介護療養型医療施設については、算定する介護報酬によって給付調整の範囲が異なる。

住まい ⟷ 医療提供施設

	有料老人ホーム・サ高住・認知症GH	特養	老健	介護療養型医療施設	
配置医	－		－	－	
併設医療機関の医師	● 在総管以外の全ての報酬	● 検査、投薬・注射、手術　等	△ 投薬、注射 ▲ 検査、手術等	他科受診費用の算定日 ● 初・再診料、検査、手術等 ▲ 投薬・注射	施設サービス費の算定日 △ 投薬・注射
併設医療機関以外の医師		● 初・再診料 ● 医学管理料 ● 往診料 △ 訪問診療料、施設総管（末期がん等のみ） ● 検査、投薬・注射、手術等	● 初・再診料 ● 往診料 △ 投薬・注射 ▲ 検査、手術等		

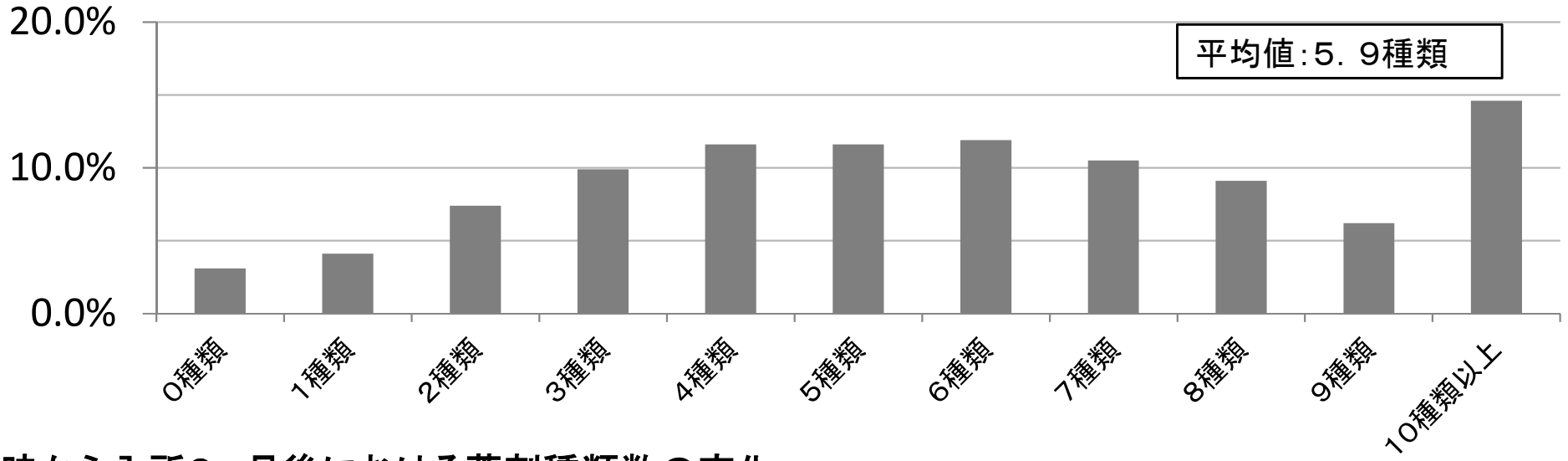
●：算定可能　▲：ほぼ全て算定可能（一部算定不可）　△：ほぼ全て算定不可（一部算定可能）

（注）特養については、配置医以外の保険医の診療に係る請求は、緊急の場合又は配置医の専門外の場合に限られる。

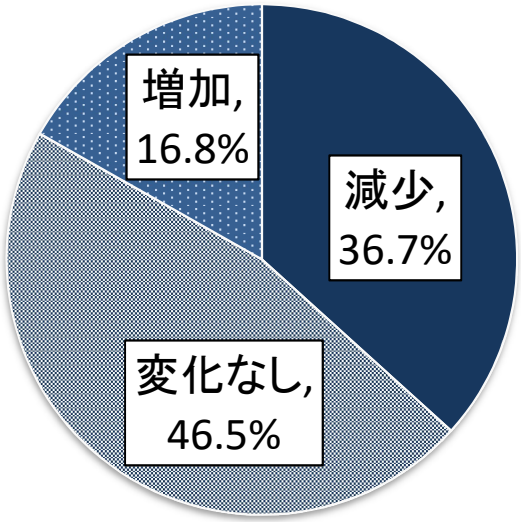
介護老人保健施設入所者の内服薬の分布

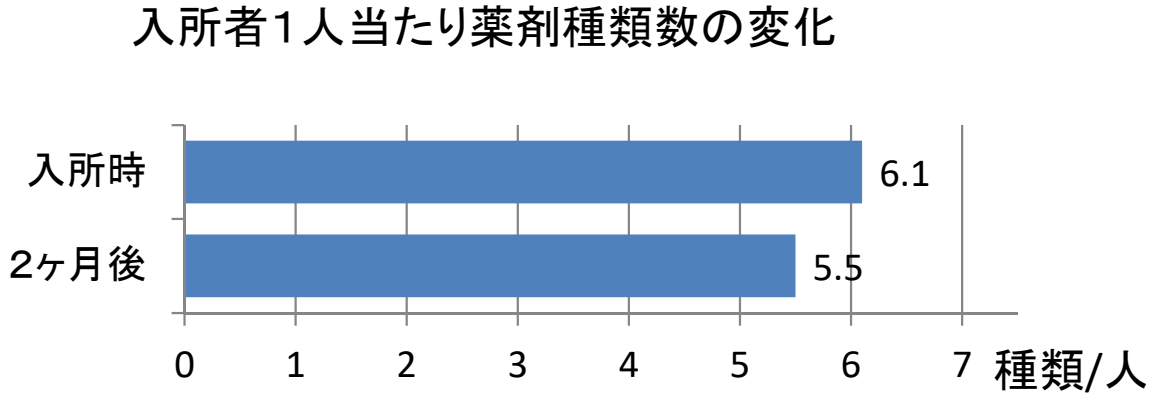
○ 老健入所者の服薬数の平均は、6種類程度だった。
○ 入所前後で、薬剤種類数が減少する者が約37%を占めた。

介護老人保健施設入所者の服薬数



入所時から入所2ヶ月後における薬剤種類数の変化



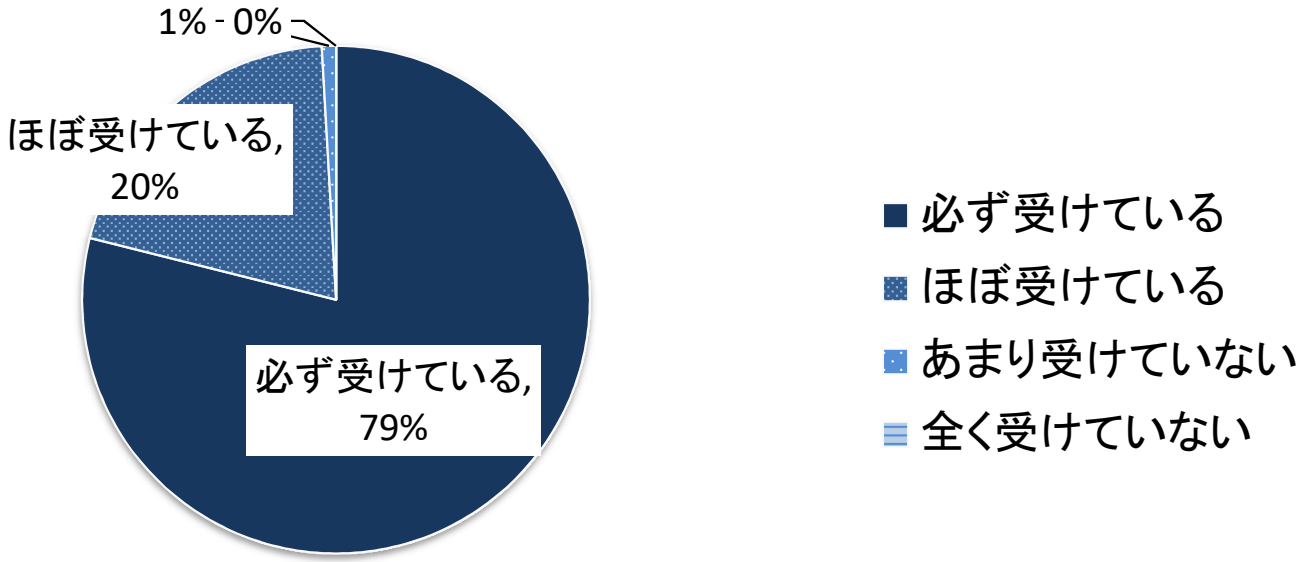


【出典】介護老人保健施設におけ薬剤調整のあり方とかかりつけ医等との連携に関する調査研究事業報告書（平成29年3月）（平成28年度老人保健健康増進等事業）

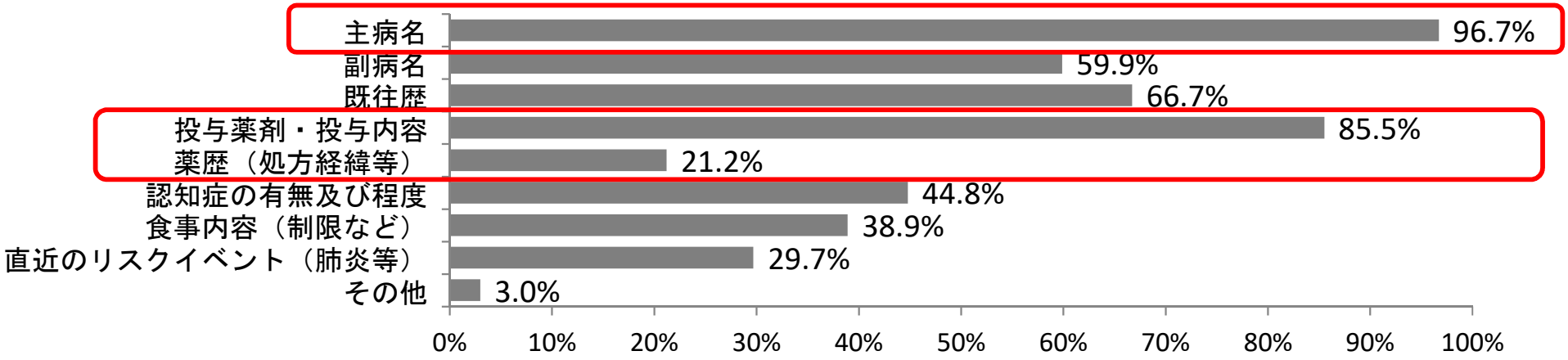
介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について①

○ 介護老人保健施設の入所者について、入所時にかかりつけ医から情報を受けている割合は79%だった。
○ かかりつけ医から入手する診療情報は、主病名・投与内容が多く、薬歴は少ない。

入所時にかかりつけ医から診療情報提供を受けているか



かかりつけ医から必ず入手する情報



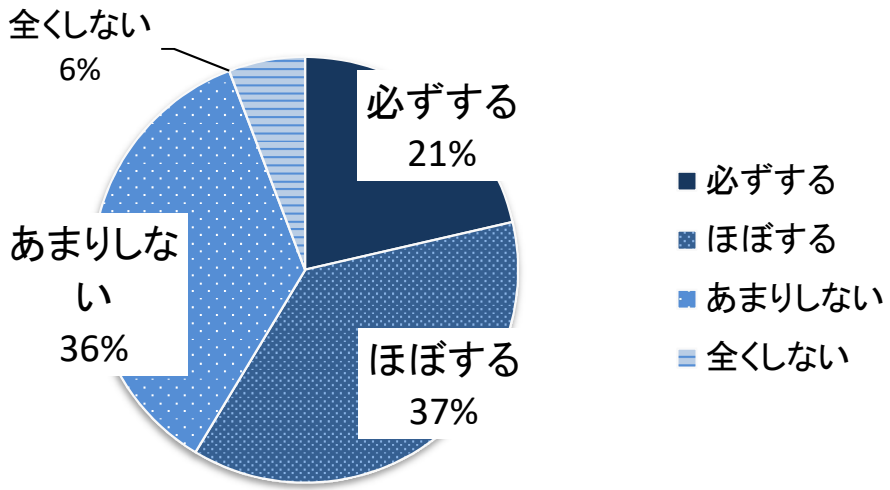
【出典】介護老人保健施設における薬剤調整のあり方とかかりつけ医等との連携に関する調査研究事業報告書（平成29年3月）（平成28年度老人保健健康増進等事業）

介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について②

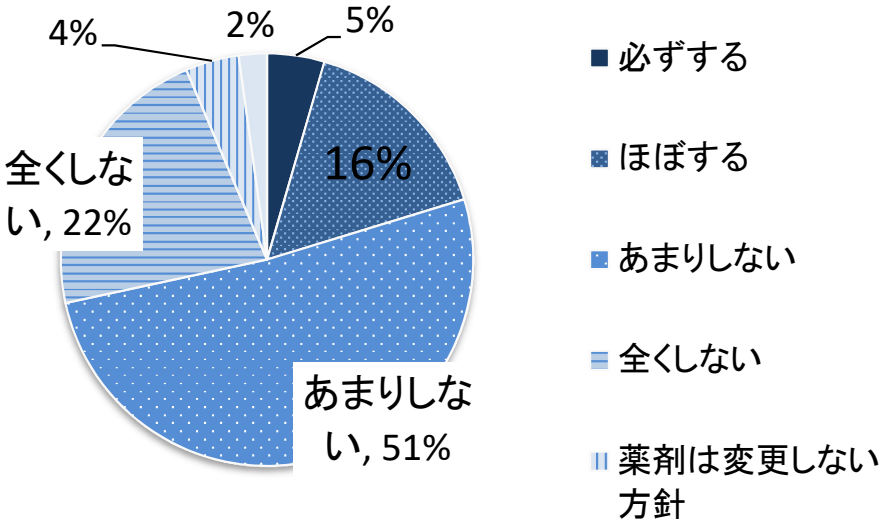
○　かかりつけ医から事前に入手していた診療情報と実際の状況が異なる場合、半数以上が、かかりつけ医の確認を「必ずする」「ほぼする」と回答していた。

○　薬剤の中止・変更に際のかかりつけ医への説明については、28～35%が「あまりしない」「全くしない」と回答していた。

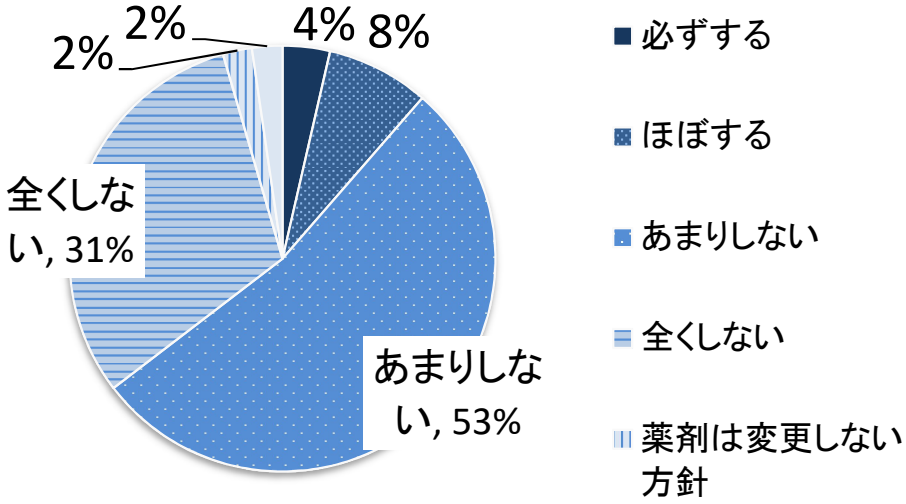
事前に入手していた診療情報と実際の状況が異なる場合、かかりつけ医への確認



入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、かかりつけ医に説明し理解を得るようにしているか



薬剤を中止・変更する際、中止・変更前にかかりつけ医に説明しているか



【出典】介護老人保健施設における薬剤調整のあり方とかかりつけ医等との連携に関する調査研究事業報告書（平成29年3月）（平成28年度老人保健健康増進等事業）

質の高い訪問看護の確保①

改定説明会資料（概要）
３０．３．５

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制
- 利用者が地域で安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や人材確保等の訪問看護の提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応
- 小児、精神疾患を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズへの、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関との連携
- 利用者の療養生活の場が変わっても、切れ目なく支援が受けられるよう関係機関との連携の推進が必要



地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価【⑤】

24時間対応体制の見直し【⑧】

複数の実施主体による訪問看護の連携強化【⑦】

小児への対応【⑪】

精神障害を有する者への支援【⑩】

訪問看護指示に係る医師との連携【⑬】

理学療法士等の訪問看護の適正化【⑧】

複数名による訪問看護の見直し【⑨】

過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】

学校への情報提供の評価【③】

自治体への情報提供の見直し【③】

入院・入所時の連携の強化【②】

退院時の医療機関等との連携の推進【②】

介護職員等との連携の推進【④】





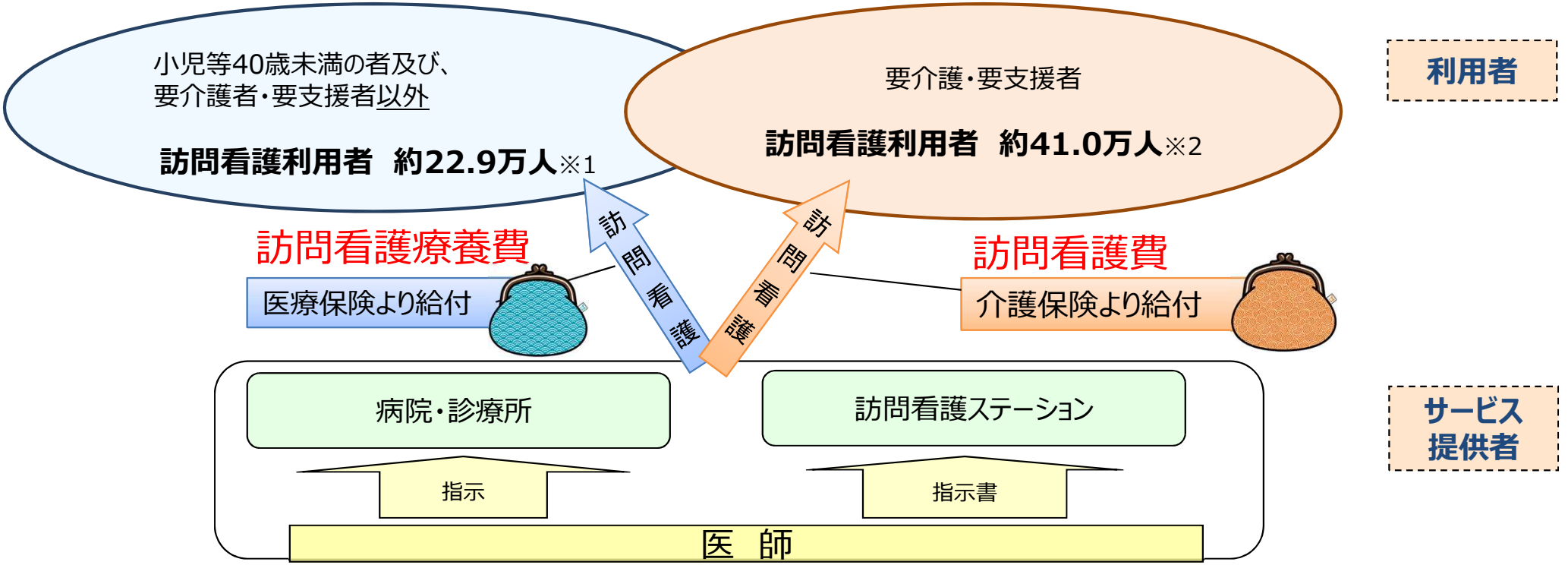
ターミナルケアの評価の見直し【②】

訪問看護の仕組み

○　疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

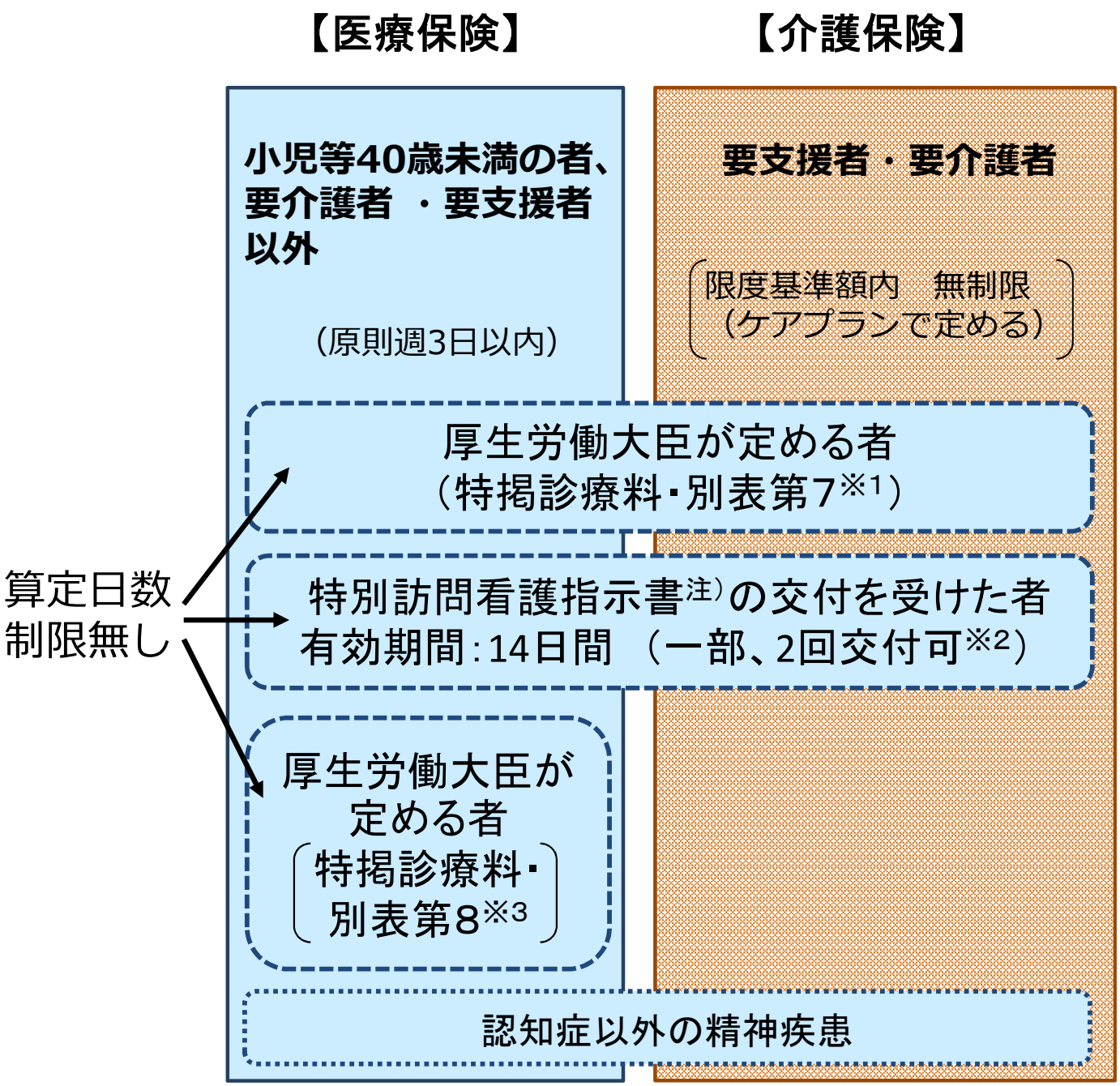
○　サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。

○　利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典：※1保険局医療課調べ（平成29年6月審査分より推計、暫定値）
※2介護給付費実態調査（平成29年6月審査分）

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図



※１：別表第７

- 末期の悪性腫瘍
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患
- 多系統萎縮症
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態

※２：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者（有効期間：28日間）

- 気管カニューレを使用している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者

注）：特別訪問看護指示書
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

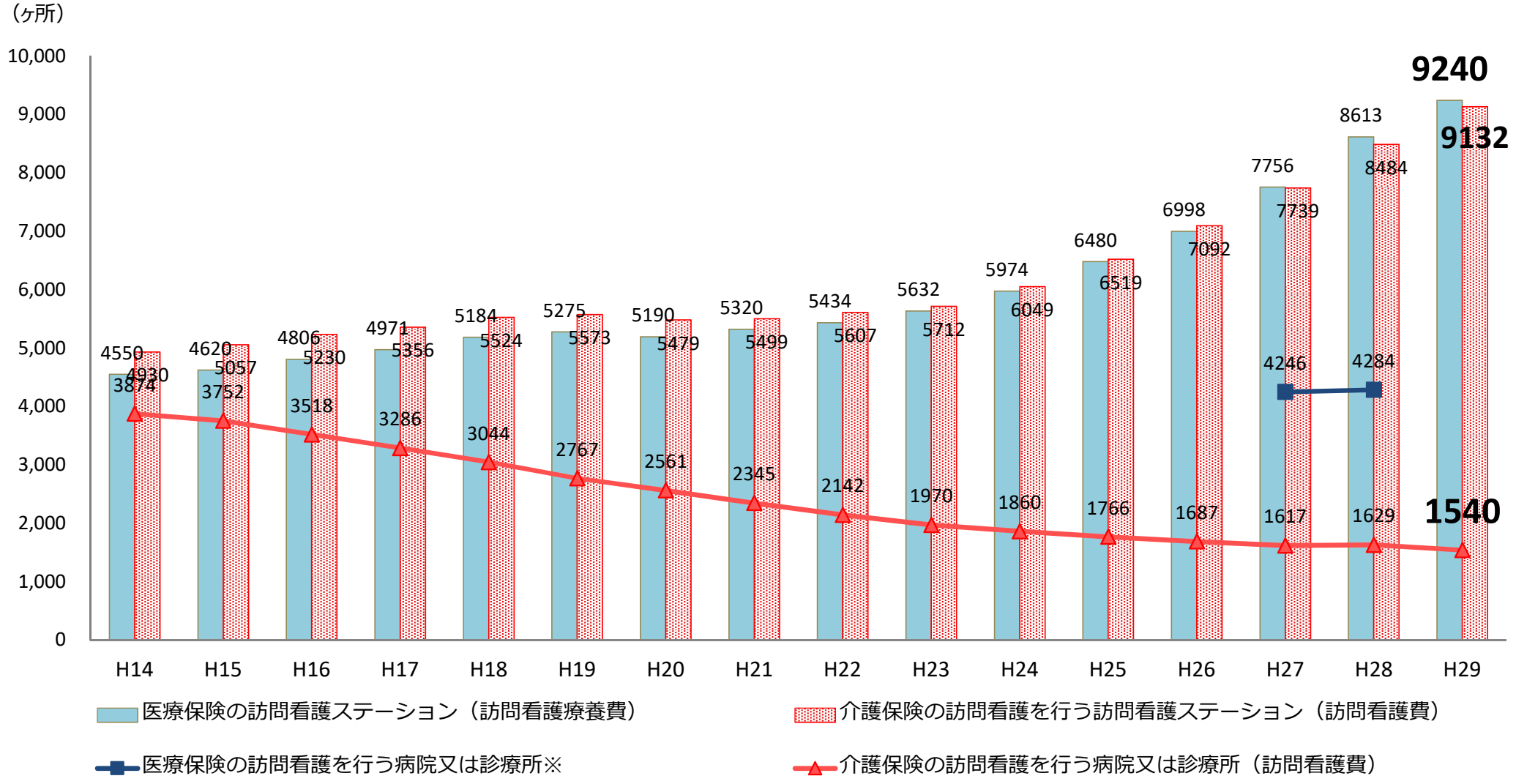
※３：別表第８

1　在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
- 在宅自己腹膜灌流指導管理
- 在宅血液透析指導管理
- 在宅酸素療法指導管理
- 在宅中心静脈栄養法指導管理
- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- 在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理

3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

○　訪問看護ステーションの数は、近年の増加が著しい。訪問看護を行う病院・診療所は、医療保険で実施する病院・診療所が多く、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料　及び精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

出典：「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年５月審査分、平成29年のみ4月審査分）、NDBデータ（各年５月診療分）、「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

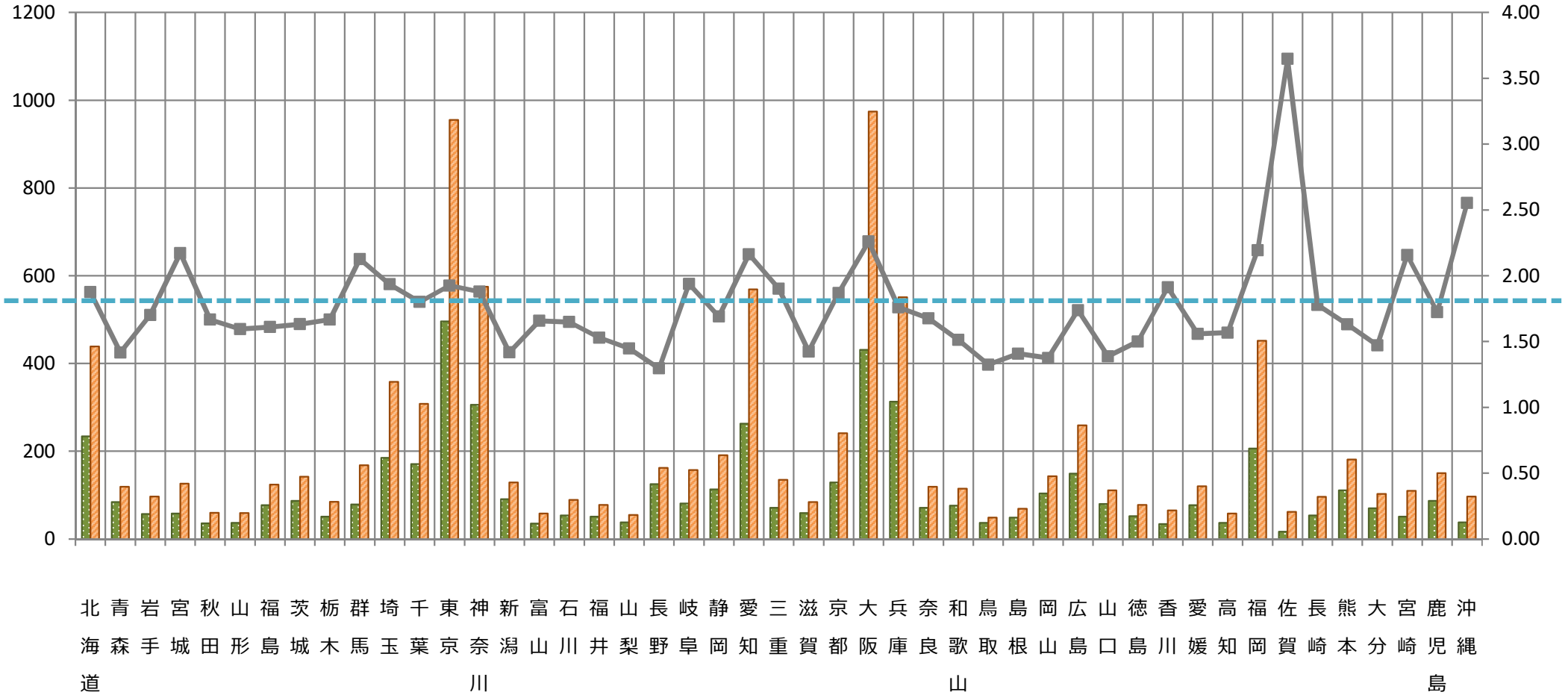
都道府県別　訪問看護ステーション数の推移（平成23年と平成28年の比較）

○　平成23年から平成28年まですべての都道府県で増加しており、最大3.6倍、最小1.3倍、全国平均で1.83倍まで増加している。

■　平成23年と平成28年の訪問看護ステーション数及び増加率

（ヶ所）

H28事業所数／H23事業所数
全国平均　1.83



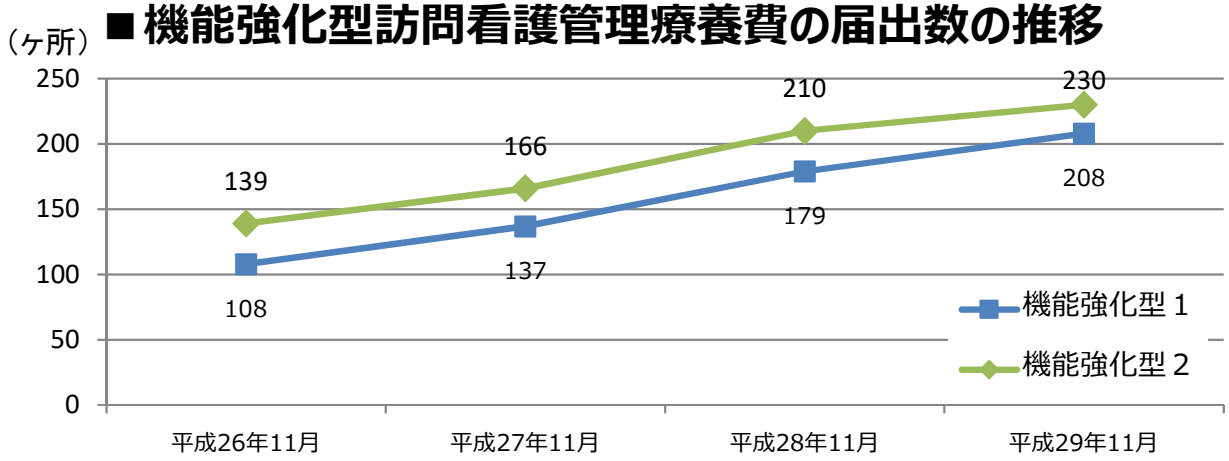
出典：平成23、28年度「介護サービス施設・事業所調査」

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

○　機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成29年11月時点で機能強化型１が208事業所、機能強化型２が230事業所であり、機能強化型１に比べ機能強化型２の届出数が多い。

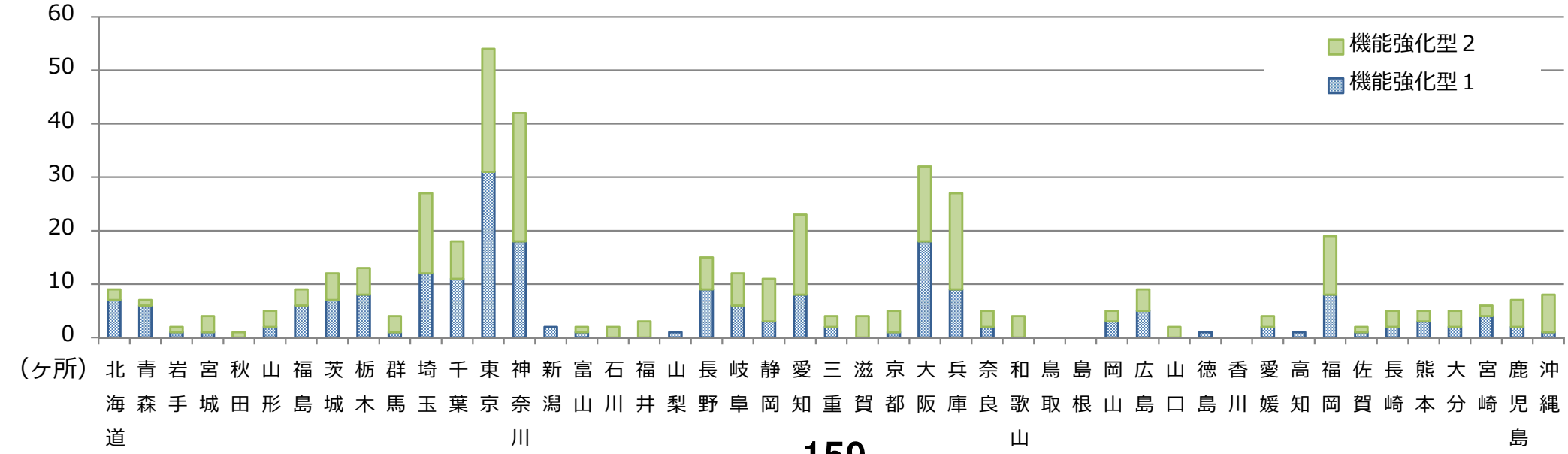
○　大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県は３県ある。

■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費１	機能強化型 訪問看護管理療養費２	計
208	230	438

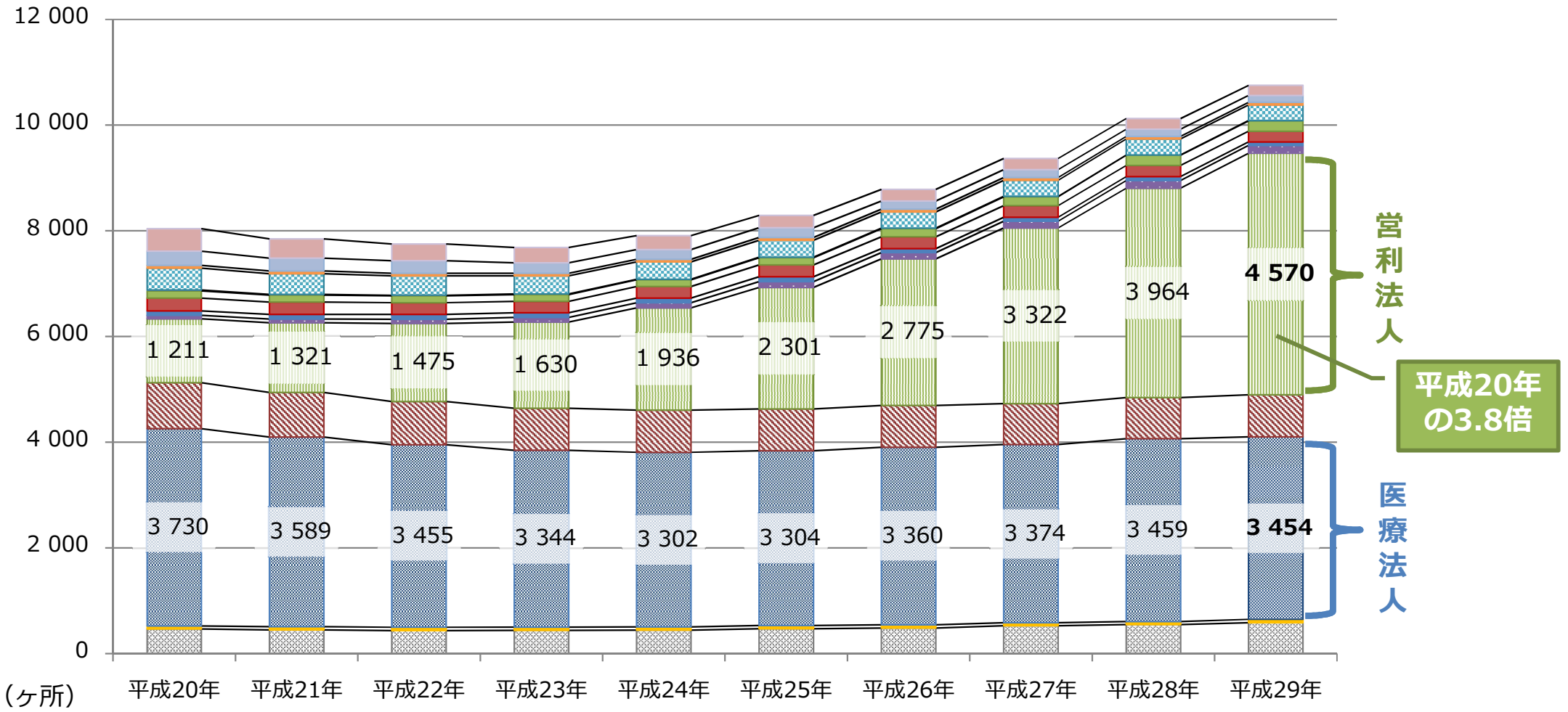
■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



出典：保険局医療課調べ（平成29年11月1日時点）

法人種別訪問看護ステーション数の推移

○　法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

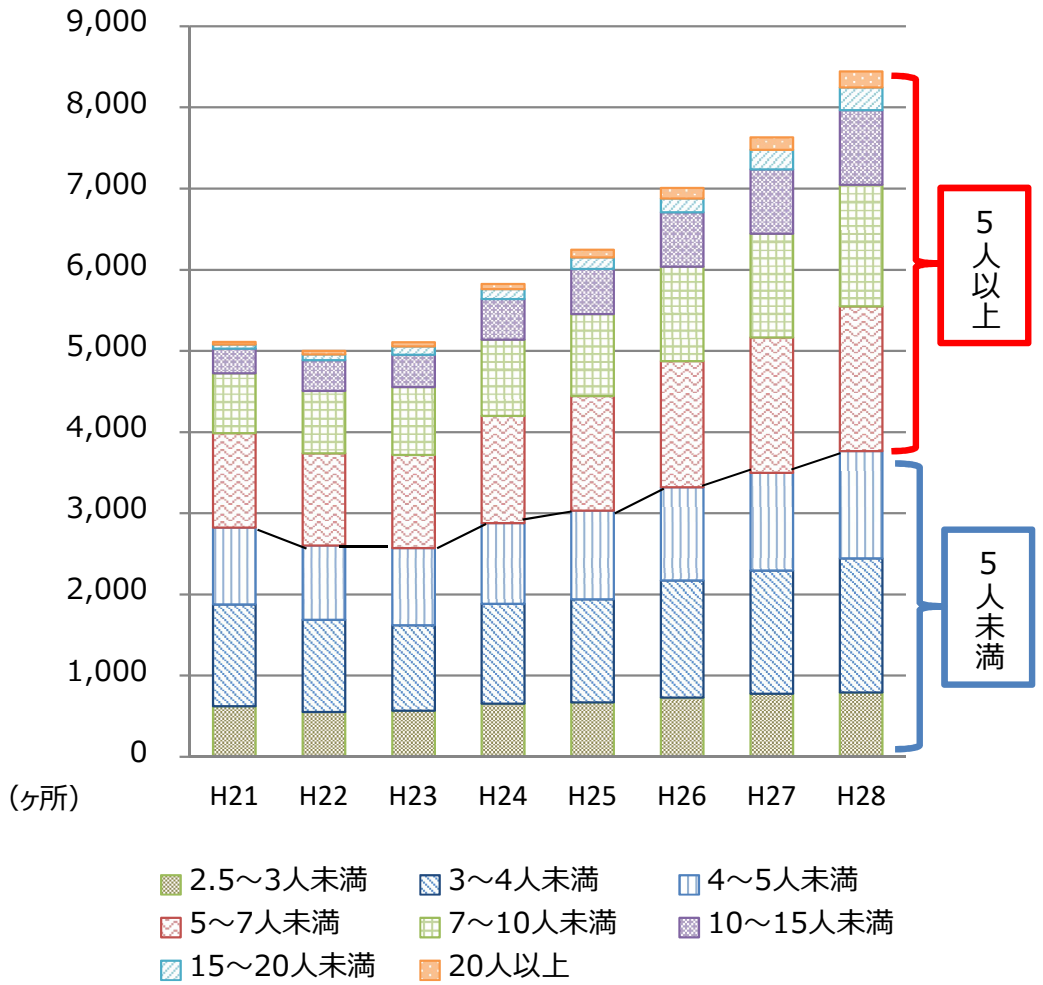


出典：介護給付費実態調査（各年4月審査分）

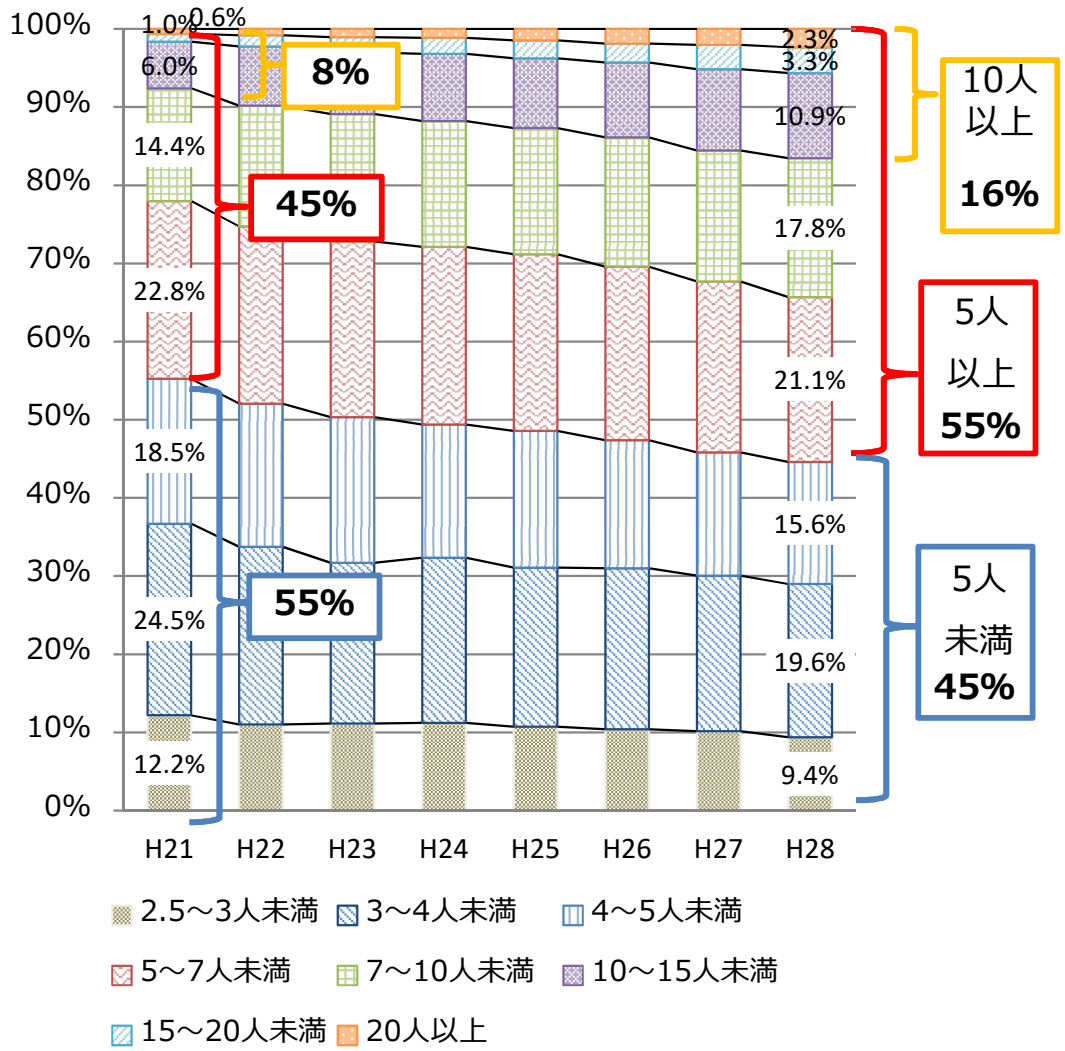
訪問看護ステーションの従業員規模別の推移

○　訪問看護ステーションの従業員は、５人未満のステーションが約半数であるが、5人以上のステーションが徐々に増えている。
○　従業員が10人以上のステーションの全体における割合は2倍となっている。

■　従業員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■　従業員規模別の訪問看護ステーション数（割合）の推移



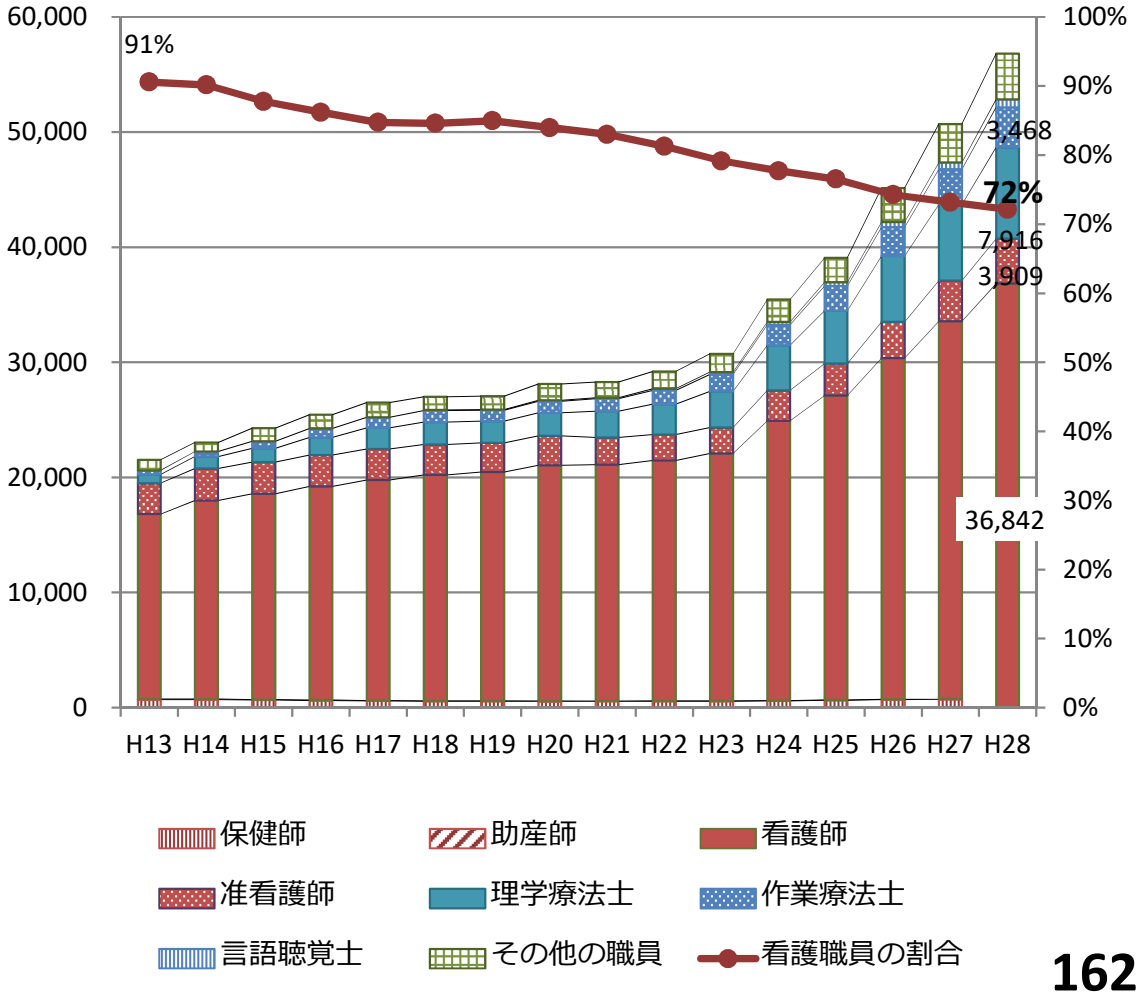
出典：介護サービス施設・事業所調査より保険局医療課にて作成

訪問看護ステーションの従事者数の推移

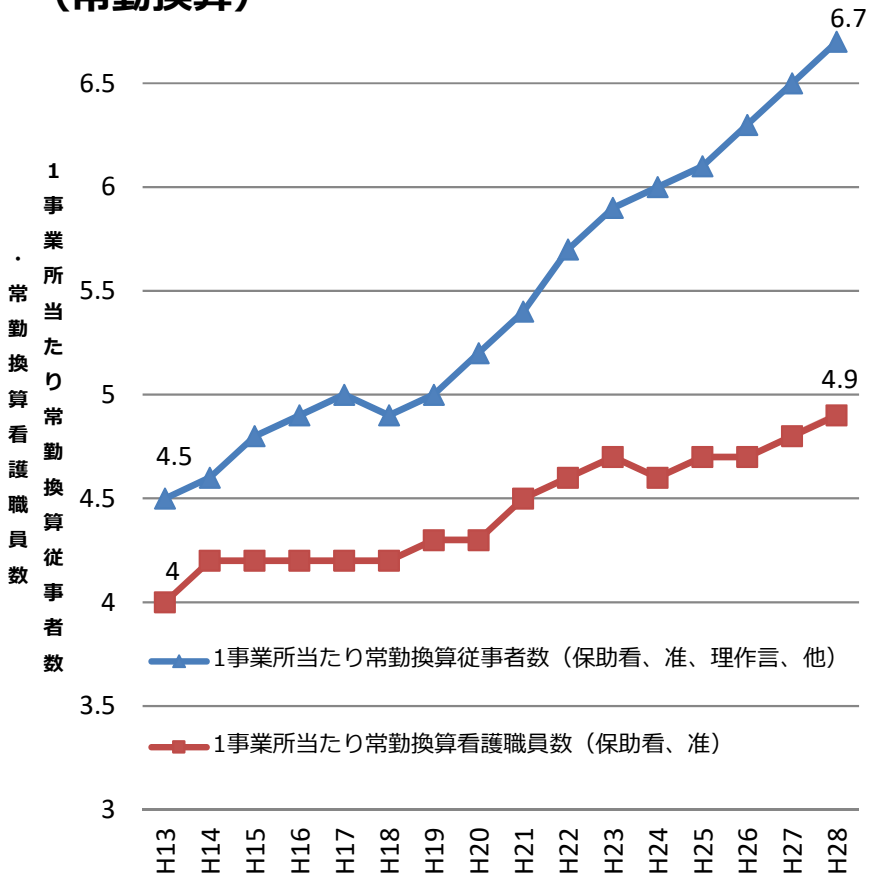
○　訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）は看護師約37,000人、准看護師約3,900人、理学療法士約7,900人、作業療法士約3,500人であり、いずれの職種も年々増加している。全従事者に占める看護職員の割合は72%であり、低下傾向である。

○　1事業所あたりの従事者数は6.7人で、そのうち看護職員は4.9人である。

■　職種別の従事者数の推移（常勤換算）



■　訪問看護ステーションの１事業所当たり従事者数（常勤換算）



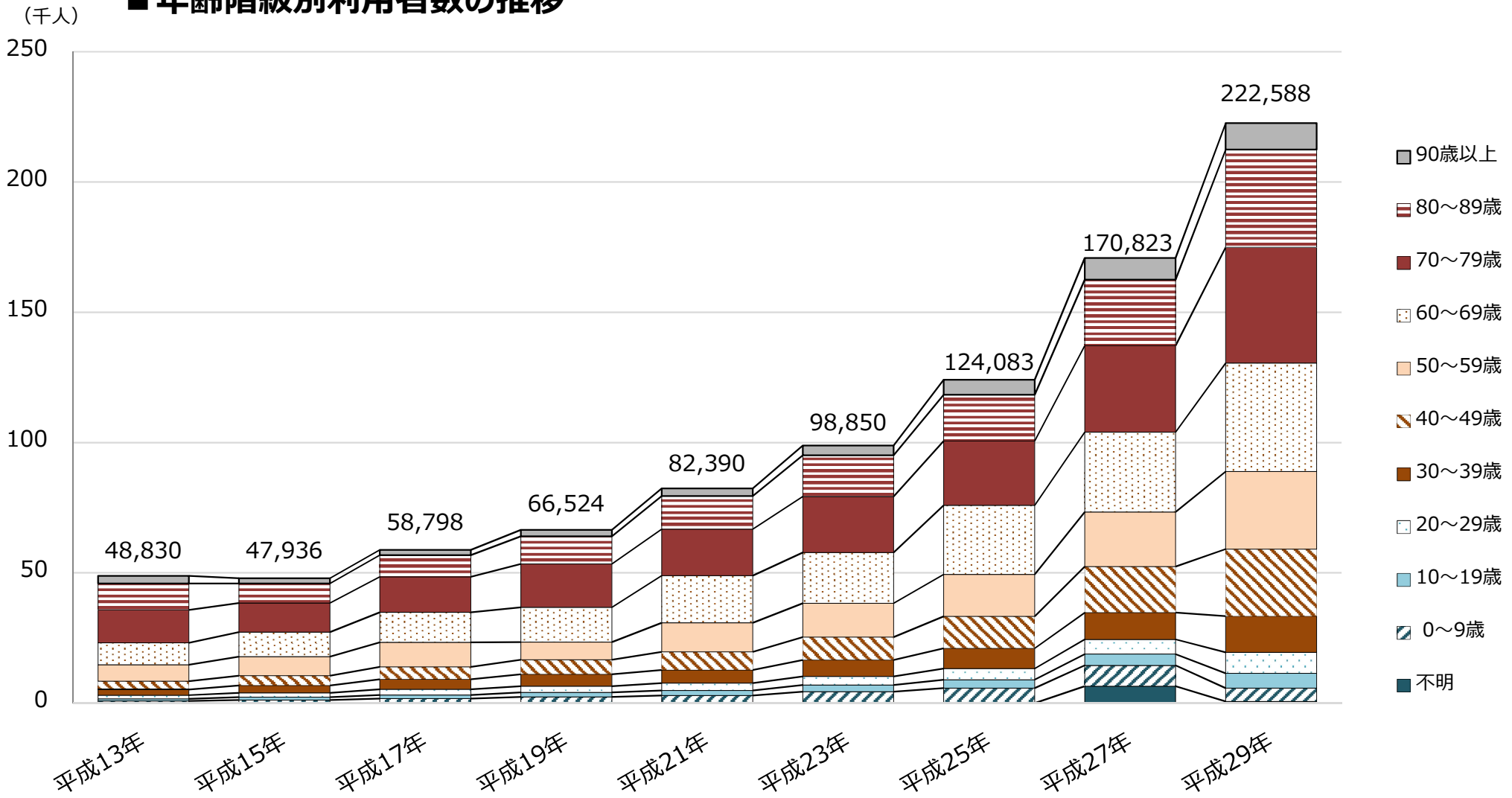
保助看：保健師・助産師・看護師　　准：准看護師
理作言：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

出典：介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーションの利用者　①利用者数の推移

○　訪問看護の利用者は高齢者が半数以上であるが、利用者数の推移は、どの年齢層も増加している。

■年齢階級別利用者数の推移



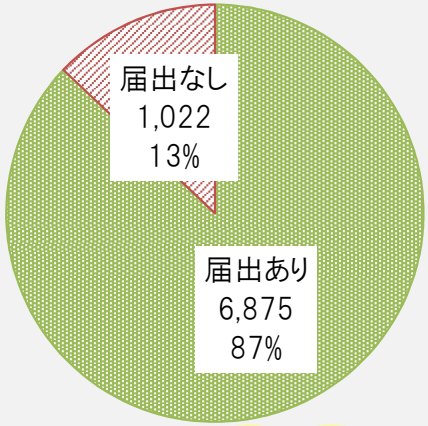
出典：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況

○　介護保険と医療保険の利用者において、加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況に大きな違いはなく、届出をしているステーションの利用者の約半数が加算の同意をしている。
○　実際に緊急訪問を利用しているのは加算に同意している者の約15%（利用者全体の8%）で、利用者1人当たりの訪問回数は約3回である。

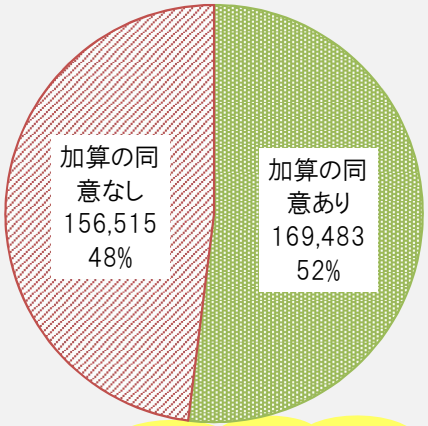
介護保険　緊急時訪問看護加算

加算の届出の有無（事業所数）



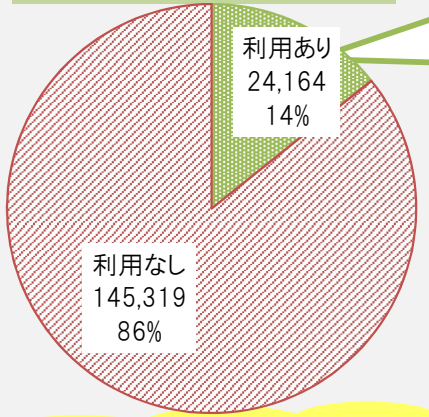
届出有のうち

加算の同意の有無（利用実人員数）



同意有のうち

緊急訪問の有無（利用実人員数）



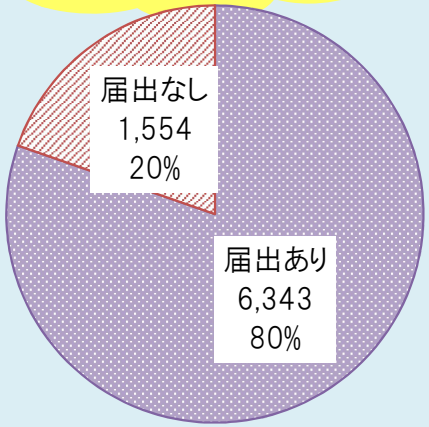
利用者1人あたりの緊急訪問回数
3.0回

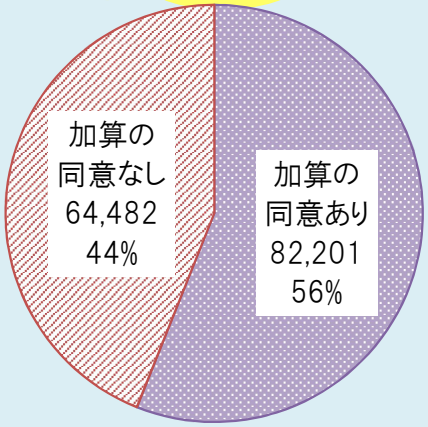
事業所の**80～90%**が届出あり

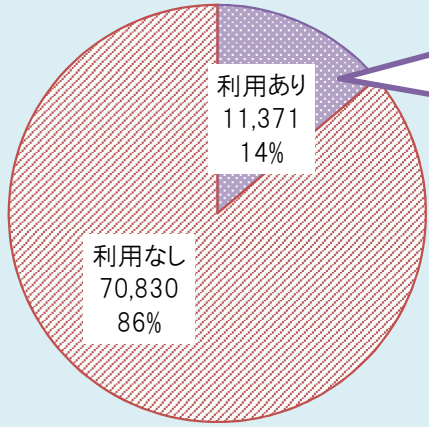
加算に同意している者は全利用者の**約半数**

実際に緊急の訪問看護を利用している者は、加算に同意している者の**約15%（利用者全体の8%）**で訪問回数は**約3回**

医療保険　24時間対応体制加算







利用者1人あたりの緊急訪問回数
2.9回

出典：平成27年介護サービス施設･事業所調査

緊急時訪問看護加算・２４時間対応体制加算：同意を得た利用者又はその家族等に対して　24時間連絡できる体制にあって、必要に応じ緊急時訪問を行う体制として届け出た場合に月１回加算