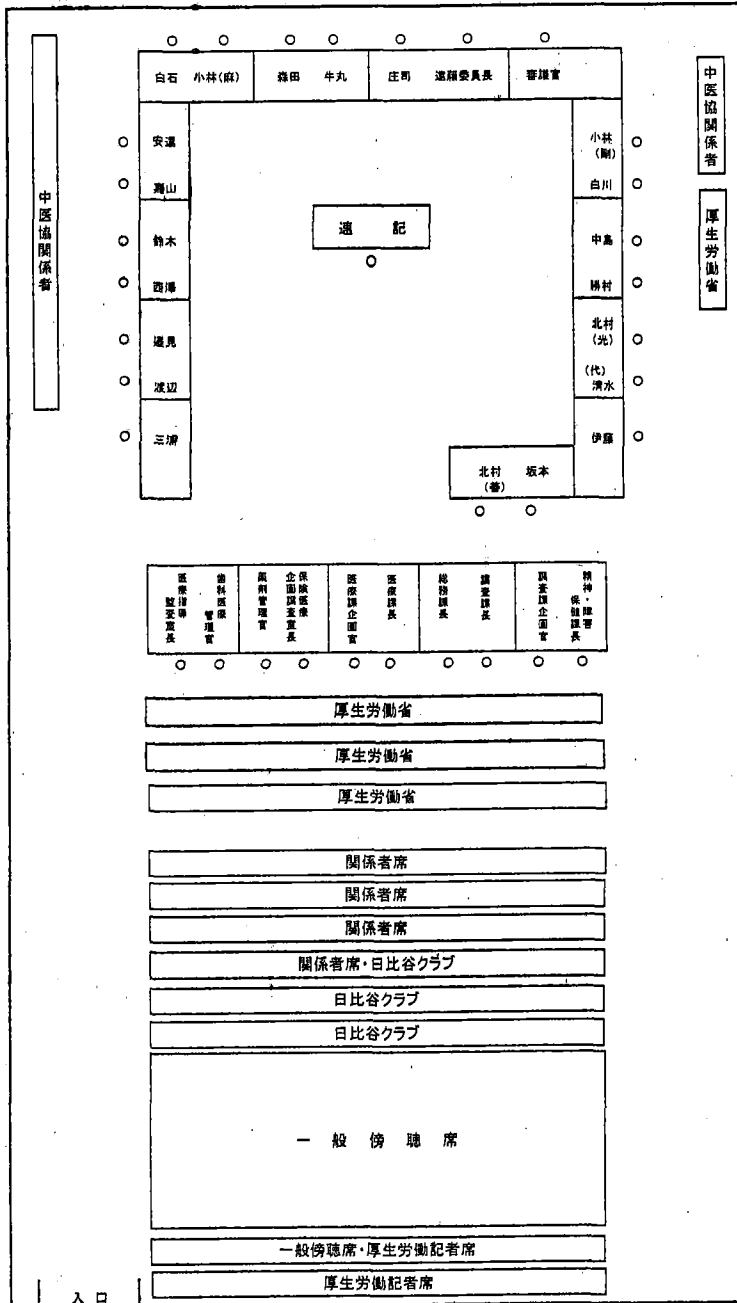


日時:平成21年11月11日(水) 9:00~12:00
 会場:全国都市会館 第1会議室(3階)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第146回)
 議事次第

平成21年11月11日(水)
 於 全国都市会館

議 題

- 認知症対策について
- 入院料について
- 在宅医療について
- 訪問看護について
- その他

認知症対策について

第1 認知症医療の提供体制について

人口の高齢化等に伴い増え続けている認知症について、医療から介護への切れ目のないサービスを提供するため、認知症疾患医療センター及び地域包括支援センター等を介したネットワーク（相談・支援体制）の整備が進められている（参考資料P1~3）。

第2 現状と課題

- 1 わが国における認知症の患者数は、増加し続けている（参考資料P4,5）。
- 2 認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等の、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、徘徊や暴力等の、中核症状に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」がある（参考資料P6,7）。
- 3 認知症疾患の患者は、患者調査では、約32万人（外来：約24万人、入院：約8万人）となっている。一方で、介護保険による推計値では、約169万人（居宅：約83万人、入所86万人）が、自立度Ⅱ以上の認知症高齢者となっており、医療保険のみではなく、介護保険の対象となる患者も多くいる（参考資料P8）。
また、特に、早期の鑑別診断、周辺症状の治療や急性期の身体合併症への対応等については、医療の提供が必要となる（参考資料P9）。
- 4 認知症疾患の入院患者では、1年を超える長期の入院となる患者も増加してきている（参考資料P10）。また、精神・行動面の症状が特に著しい重度の認知症患者を治療することを目的とした病棟である認知症疾患治療病棟（現在の認知症病棟）においても、他の精神病棟と比べ、退院が困難な傾向がある（参考資料P11）。
- 5 90日を超えて認知症病棟に入院する患者のうち約5割弱が退院可能とされているが、これらの患者が退院に結び付かない理由として、「転院・入所順番待ち」が約54%と最も多くなっている（参考資料P12）。
また、認知症による入院患者の6割強について、ADLへの濃厚な支援が必要とされている（参考資料P13）。

6 地域での認知症の診療に携わる医師のため、「認知症サポート医研修」や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が実施されている（参考資料P14）。

7 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会では、認知症の有病率等について、平成22年度までのものとして現在調査が行われており、その結果等に基づき、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能の充実について検討を行い、適切な目標値を定めることとされている（参考資料P15）。

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

1 入院医療の評価

- (1) 精神・行動面の症状が特に著しい重度の認知症患者を治療することを目的とした病棟として、精神病棟において認知症病棟入院料を設けている。

改定前	平成20年度改定後
A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料 (1日につき)	A314 認知症病棟入院料(1日につき)
【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】 (1日につき)	【認知症病棟入院料1】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,300点	イ 90日以内の期間 <u>1,330点</u>
ロ 91日以上期間 1,190点	ロ 91日以上期間 <u>1,180点</u>
【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】 (1日につき)	【認知症病棟入院料2】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,060点	イ 90日以内の期間 <u>1,070点</u>
ロ 91日以上期間 1,030点	ロ 91日以上期間 <u>1,020点</u>

【算定状況】

	平成 19 年		平成 20 年	
	実施件数	実施回数	実施件数	実施回数
老人性認知症疾患治療病棟入院料 1 (90 日以内) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 1 (90 日以内)	2,862	49,567	5,424	130,172
老人性認知症疾患治療病棟入院料 1 (91 日以上) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 1 (91 日以上)	20,183	566,345	18,324	524,843
老人性認知症疾患治療病棟入院料 2 (90 日以内) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 2 (90 日以内)	776	11,894	751	15,037
老人性認知症疾患治療病棟入院料 2 (91 日以上) 平成 20 年～ 認知症病棟入院料 2 (91 日以上)	4,023	118,674	3,233	95,516

(2) また、認知症病棟以外では、精神療養病棟又は療養病棟に、主に入院していると考えられる。

A312 精神療養病棟入院料	1,090 点
A101 療養病棟入院基本料 (1 日につき)	
1 入院基本料 A	1,709 点
2 入院基本料 B	1,320 点
3 入院基本料 C	1,198 点
4 入院基本料 D	885 点
5 入院基本料 E	750 点

【算定状況】平成 20 年 6 月審査分

	算定件数	算定回数
精神療養病棟入院料	84,124	2,442,088
療養病棟入院基本料 A	3,068	60,227
療養病棟入院基本料 B	9,863	261,015
療養病棟入院基本料 C	2,923	59,781
療養病棟入院基本料 D	2,100	49,678
療養病棟入院基本料 E	4,177	86,140

療養病床入院患者における認知症の状況

	療養病床入院患者に占める割合
アルツハイマー病 (アルツハイマー型認知症)	6.0%
アルツハイマー病以外の認知症	14.6%

出典) 平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 (厚生労働省保険局医療課)

2 外来医療の評価

かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合を評価するため、診療情報提供料 (I) の加算を設けている。

B009 診療情報提供料 (I)	250 点
注 9 認知症患者紹介加算 (1 回につき)	100 点

新

【算定件数】

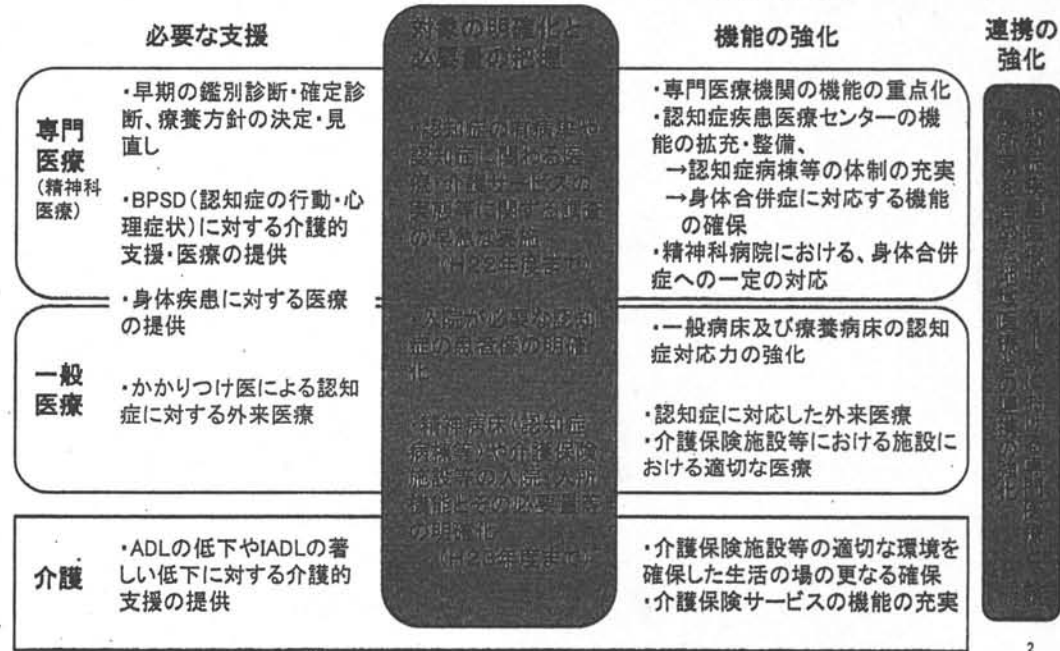
	算定件数
診療情報提供料 (I) 認知症患者紹介加算	200

第 4 論点

- 1 認知症に係る入院では、条件が整えば退院可能な患者が多くいるが、適切に介護保険と連携し、認知症にかかるネットワーク (相談・支援体制) の整備を進めて行くために、診療報酬上、どのような対応が考えられるか (参考資料 P1~3, P9~13)。
- 2 療養病棟においては医療区分や ADL 区分に応じた評価が行われているが、精神療養病棟では、患者の病態像によらず一定の評価となっている。認知症による入院患者については、ADL への濃厚な支援が必要との指摘もあるが、診療報酬上、どのような対応が考えられるか (参考資料 P8, P16, 17)。
- 3 認知症に係る外来医療について、専門医療機関と地域のかかりつけ医が連携して医療を提供していくため、診療報酬上、どのような対応が考えられるか (参考資料 P1~3, P14)。

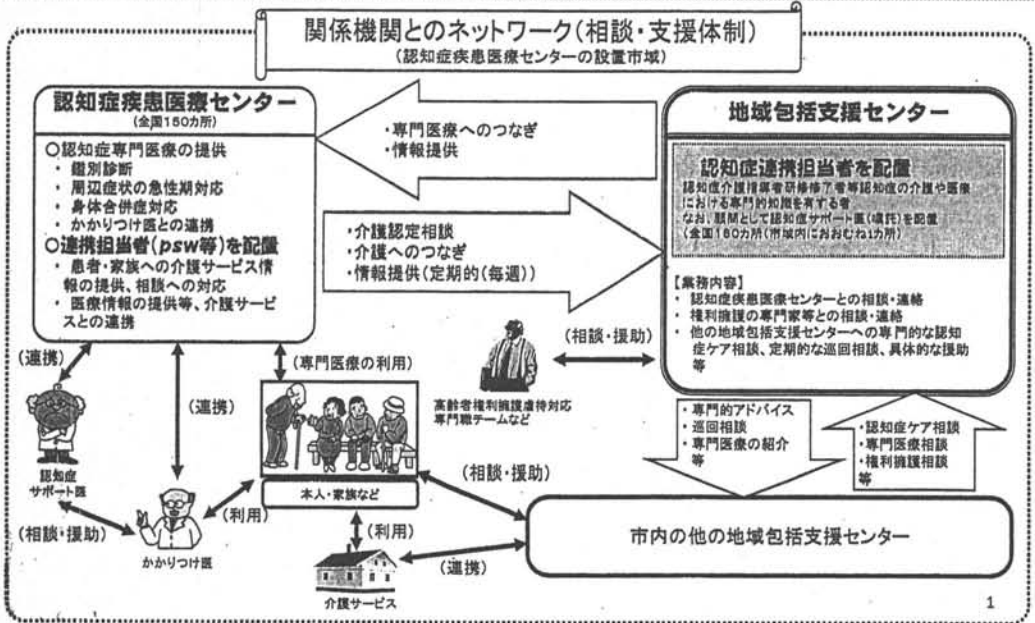
参考資料

認知症

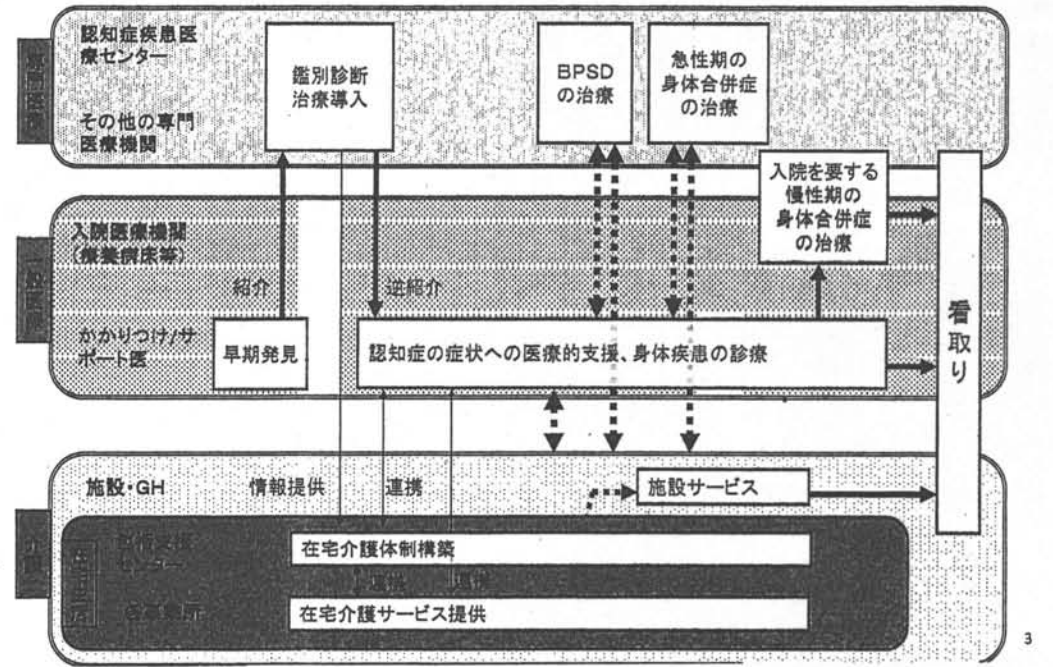


医療から介護への切れ目のないサービスを提供

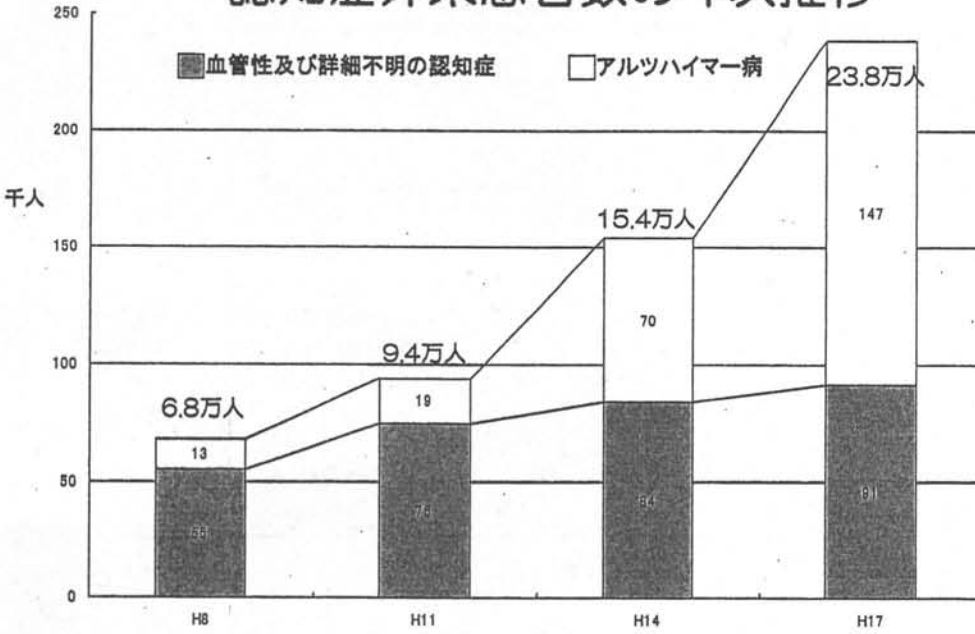
認知症疾患医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」が連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施



認知症の医療体制(イメージ)



認知症外来患者数の年次推移



【出典】患者調査

4

認知症の中核症状と周辺症状

周辺症状

- 行動障害
 - 徘徊
 - 失禁
 - 自傷・他害
- 感情障害
 - うつ
 - 不安
 - 焦燥
- 精神症状
 - 幻覚
 - 妄想
 - 作話
- 意欲の障害
 - 意欲低下
 - 意欲亢進

特徴

- 一部の患者に、経過中にみられることがある
- 出現する症状やその重症度は様々

対応

- 薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する
- 適切な治療により、多くは1~3ヶ月で改善可能

中核症状

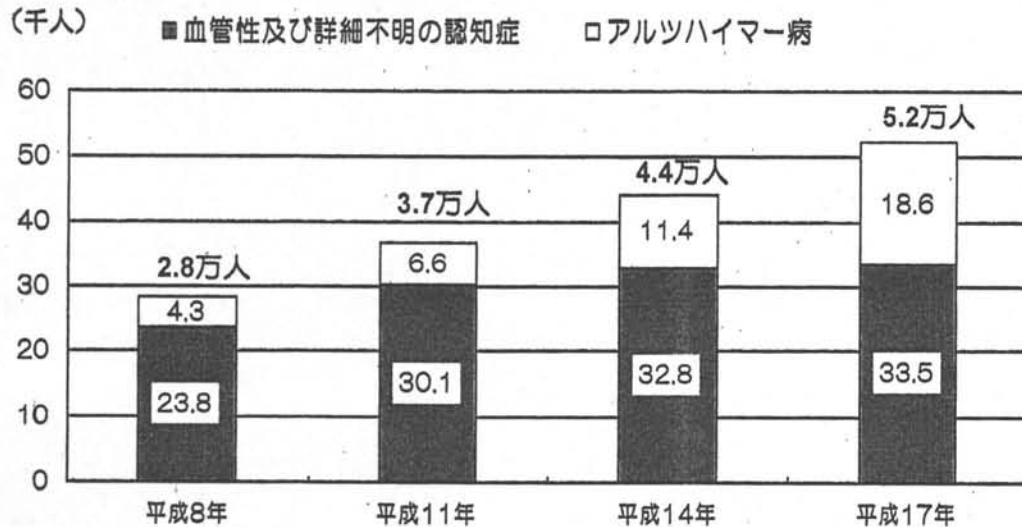
- 記憶障害
- 見当識障害
- 判断の障害
- 実行機能の障害

- すべての患者で病期を通じてみられる
- 徐々に進行し、改善は見込めない

- ドネペジル(アリセプト)投与により、進行の遅延が図られる

6

精神病床における認知症疾患入院患者数の年次推移



【出典】患者調査

5

BPSD: 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられる。「BPSD」は「周辺症状」とほぼ重なる概念である。

【行動症状】

- 暴力
- 暴言
- 徘徊
- 拒絶
- 不潔行為

【心理症状】

- 抑うつ
- 不安
- 幻覚
- 妄想
- 睡眠障害

せん妄
急激かつ一過性に意識水準が低下した状態で、1日の中で頻りに変動する
認知障害、認知機能障害に加え、BPSD(周辺)の症状が出現する
認知症に合併することも多く、認知症(BPSD)との区別が困難なこともある

7

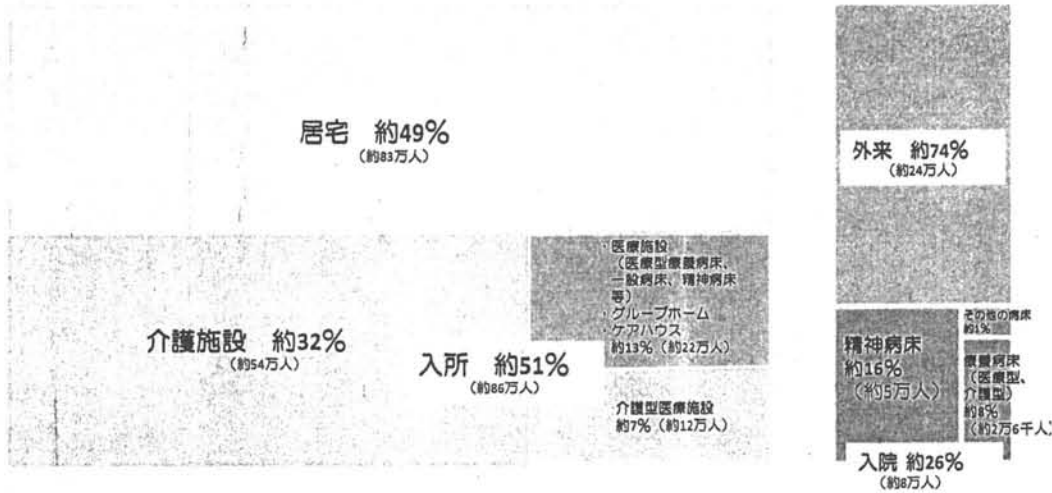
認知症疾患患者の所在

(老健局)
(平成17年における推計値)
(平成14年9月のデータを基準にしたもの)

介護
自立度Ⅱ以上の認知症高齢者
169万人

医療
血管性認知症
及び詳細不明の痴呆
アルツハイマー病
32万人

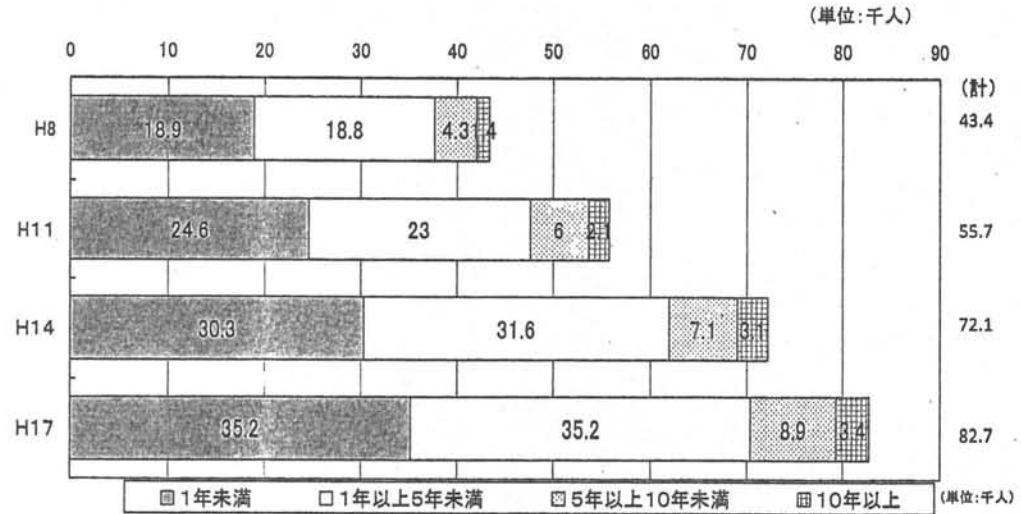
(平成17年患者調査)



※医療施設 (医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床)、居宅と外来は介護と医療で重複がある。

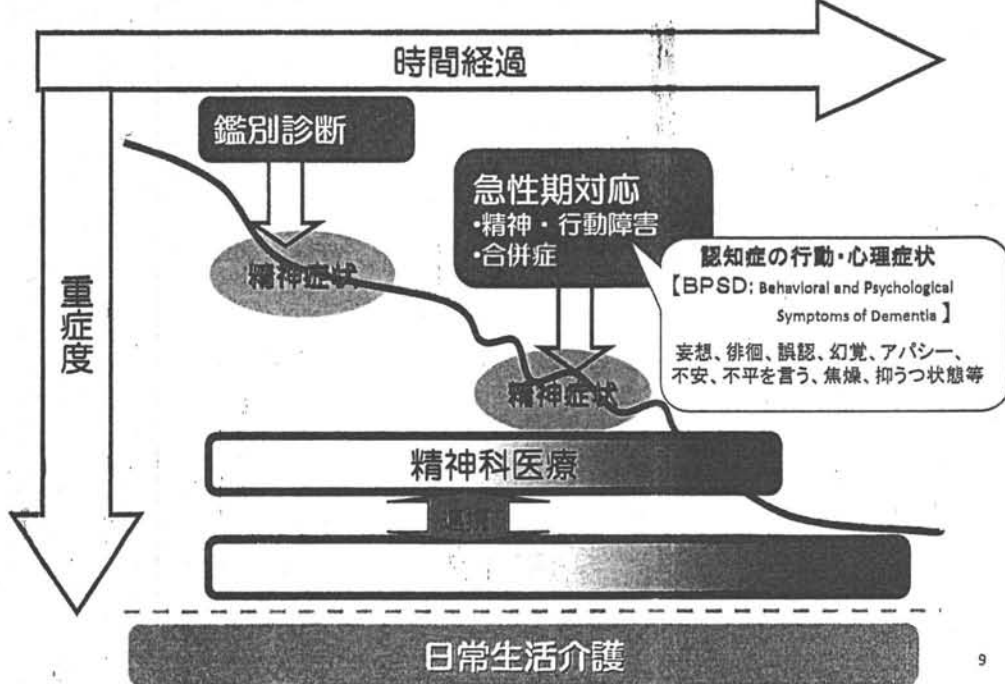
認知症疾患の入院患者の推移 (入院期間に着目して)

(※血管性及び原因不明の認知症、アルツハイマー病の合計)

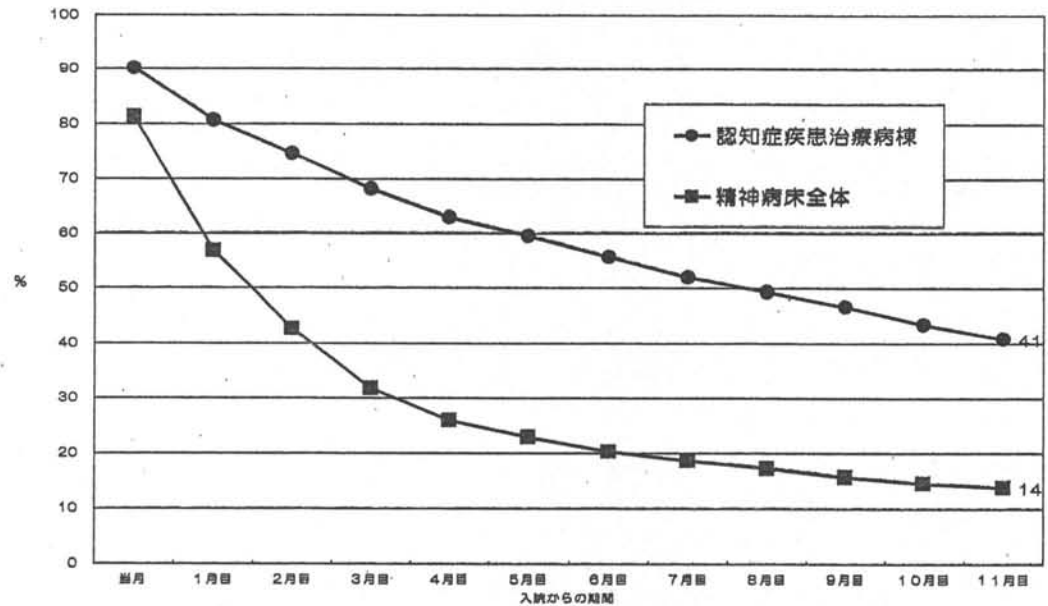


【出典】患者調査

認知症の経過と医療の必要性

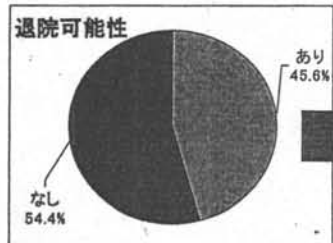


認知症疾患専門病棟入院患者の残存曲線



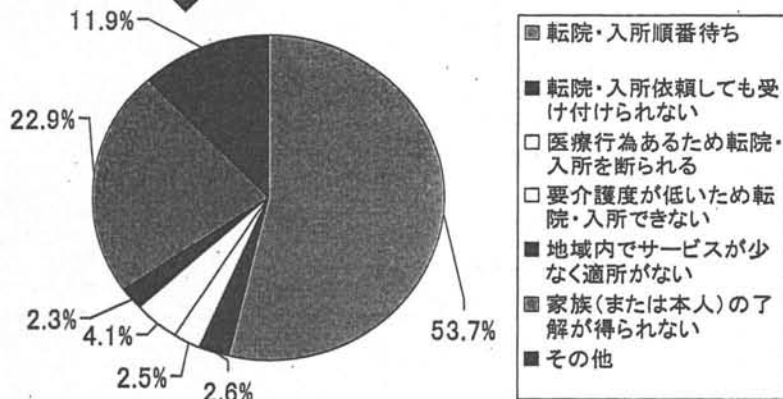
資料：平成16年 精神・障害保健課調

認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



調査対象: 民間の精神科病院 199施設において、91日以上認知症病棟に入院している患者 (有効回答数1829名)

退院可能性ありの患者が退院に結び付かない理由 (n=834)



厚生労働科学特別研究事業「認知症の突進把握に向けた戦略立案及び予備的研究」研究代表者 朝田隆 分担研究者 松原三郎

症状性を含む器質性精神障害(主に認知症)による精神病床入院患者の退院可能性と要因

居住先・支援が整った場合の退院可能性



退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

認知症地域医療支援事業

○事業内容

(1) 認知症サポート医養成研修事業

・認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成

※実施主体は都道府県及び指定都市。
国立長寿医療センターに委託して実施。
平成17-20年度で871名のサポート医を養成

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

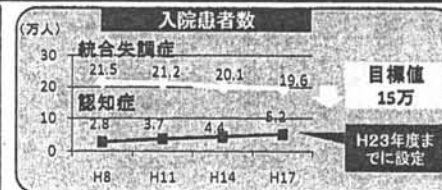
・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

※実施主体は都道府県及び指定都市
平成18年度 6,927人、平成19年度 7,672人が研修を修了

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書における目標

I 新たな目標値

- 統合失調症による入院患者数: 約15万人 (平成17年患者調査時点: 19.6万人)
- 認知症に関する目標値: 平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群) 24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群) 29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在: 31.3万床 平成27年(試算): 28.2万床
※現在の病床数との差: 6.9万床



※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方策を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定 (例: 認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備等)
- 普及啓発施策に関する目標に関して別途設定

療養病床における医療区分

	対象となる患者	診療報酬
医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法、胸腹腔洗浄 ・気管切開、気管内挿管が行われており、かつ発熱を伴う場合 ・酸素療法 ・隔離室における感染症の管理 	1709点
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺) ・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 ・傷病等によりリハビリテーションが必要(発症から30日以内) ・発熱を伴う脱水 ・発熱を伴う頻回の嘔吐 ・反復継続する体内からの出血 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端の開放創 ・せん妄 ・うつ症状 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・1日8回以上の喀痰吸引 ・気管切開、気管内挿管が行われている ・頻回の血糖チェック ・創傷、皮膚潰瘍等に対する治療 	1198～ 1320点
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	750～ 885点

16

ADL区分

0 自立	手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回
4 広範な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)

6段階で評価し合計
各項目について

項目	支援のレベル
ベッド上の可動性	
移乗	
食事	
トイレの使用	
(合計点)	

ADL区分	ADL得点
1	0～10
2	11～22
3	23～24

17

入院料について①

第1 入院医療の提供体制と評価について

- 1 日本の医師数は OECD 諸国と比較すると少ないが、看護師数、薬剤師数は人口あたりで中位から上位に位置する。病床数は人口 1000 人あたり 14.2 床と突出して多く、医療従事者が薄い配置となっている。その結果として、平均在院日数が急性期においても 19.2 日と、突出して長くなっている。(参考資料 P2-14)
- 2 高齢化が進み、今後医療の需要は増加することが見込まれる。看護職員数は増加しているが、新卒就業者数は減少している。(参考資料 P15-19)
- 3 病院の入院病床については、医療法上、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床に区分されている。診療報酬においては、医療法上の区分に加え、それぞれの病棟において提供される医療機能を評価するため、26 の区分を設定している。(基本料 7、特定入院料 19)(参考資料 P20,21)
- 4 入院料は、以前は室料、看護料、入院時医学管理料から構成されていた。平成 12 年度診療報酬改定において、入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価した現行の体系となった。(参考資料 P22-25)
- 5 入院基本料は病棟の種別、看護配置、平均在院日数等により区分された 1 日当たりの点数で規定される。特定入院料は特定の機能を有する病棟又は病床における特定の患者への療養の提供を評価しており、それぞれに必要な職種の配置を評価した包括の点数である。(参考資料 2)

第2 課題

- 1 今後の我が国の医療提供体制において、急性期、亜急性期、慢性期の区分のそれぞれについて、現行診療報酬上想定する入院患者の病態と入院患者の実態が一致しているか検証が行われている分野もある。

- 2 平均在院日数の短縮化が進む中、急性期の入院医療を提供する体制として、現状の平均在院日数、病床数、職員の配置状況が妥当であるか、議論が続けられている。
- 3 急性期の入院医療を経過した患者に対し、病状の安定化を図り、在宅復帰支援を行う亜急性期の機能の充実が求められている。
- 4 それぞれの病院が担う医療機能に応じた専門分化と、患者が適切な場所で療養を受けられるための連携が求められている。

第3 現行の診療報酬上の評価

- 1 一般病棟の入院基本料は看護配置、平均在院日数等により5段階で評価されている。平成 20 年度診療報酬改定において、地域の急性期医療を担う医療機関に対する評価として、10 対 1 入院基本料を引き上げた。7 対 1 入院基本料について、医師の配置の基準を設け、医師の配置の基準を満たさない場合に算定する準 7 対 1 入院基本料を新設した。

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

改定前	平成 20 年改定後
1 7 対 1 入院基本料 1,555 点	1 7 対 1 入院基本料 1,555 点
2 10 対 1 入院基本料 1,269 点	準 7 対 1 入院基本料 1,495 点
3 13 対 1 入院基本料 1,092 点	2 10 対 1 入院基本料 1,300 点
4 15 対 1 入院基本料 954 点	3 13 対 1 入院基本料 1,092 点
特別入院基本料 575 点	4 15 対 1 入院基本料 954 点
	特別入院基本料 575 点

届出医療機関数(上段:医療機関数/下段:病床数)

	平成 19 年	平成 20 年
一般病棟入院基本料	5,534	5,437
	715,413	700,358

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定件数	実施件数	算定件数
一般病棟入院基本料	7対1	209,477	2,208,330	247,850	2,794,321
	10対1	520,587	5,959,937	458,761	5,409,075
	13対1	135,355	1,612,763	74,292	1,049,234
	15対1	89,086	1,411,824	97,532	1,620,328
	特別入院基本料	9,179	139,916	7,597	81,925

2 高度な医療を提供していること等を考慮し、特定機能病院・専門病院入院基本料の14日以内の期間に係る加算を更に評価した。

A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合

改定前	平成20年改定後
(1)14日以内の期間の加算 652点	(1)14日以内の期間の加算 712点 改

A105 専門病院入院基本料

改定前	平成20年改定後
イ 14日以内の期間の加算 452点	イ 14日以内の期間の加算 512点 改

届出医療機関数(上段:医療機関数/下段:病床数)

	平成19年	平成20年
特定機能病院一般病棟入院基本料	81	82
専門病院入院基本料	63,779	64,523
	20	20
	5,890	6,151

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定件数	実施件数	算定件数
特定機能病院一般病棟入院基本料	7対1	5,658	70,507	12,355	155,345
	10対1	10,117	135,321	3,690	49,290
	14日以内加算	4,567	26,698	4,535	20,360
専門病院入院基本料	7対1	-	-	6,079	68,596
	10対1	11,702	167,771	2,185	29,457
	13対1	-	-	47	1,463
	14日以内加算	7,710	57,886	6,051	47,771

3 急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い入院医療を行った場合について評価するために、亜急性期入院医療管理料2を新設した。

A308-2 亜急性期入院医療管理料

改定前	平成20年改定後
亜急性期入院医療管理料 2,050点	1 亜急性期入院医療管理料 12,050点 2 亜急性期入院医療管理料 2,050点 新

届出医療機関数(上段:医療機関数/下段:病床数)

		平成19年	平成20年
亜急性期入院基本料	1	981	1,017
	2	-	45
		11,474	11,951
		-	900

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定件数	実施件数	算定件数
亜急性期入院基本料	1	15,212	223,822	16,901	261,262
	2			986	6,187

第4 論点

- 1 医療機能の分化の観点から、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期を評価するための診療報酬上の入院料の設定について、どう考えるか。(参考資料 P20-21、参考資料 2)

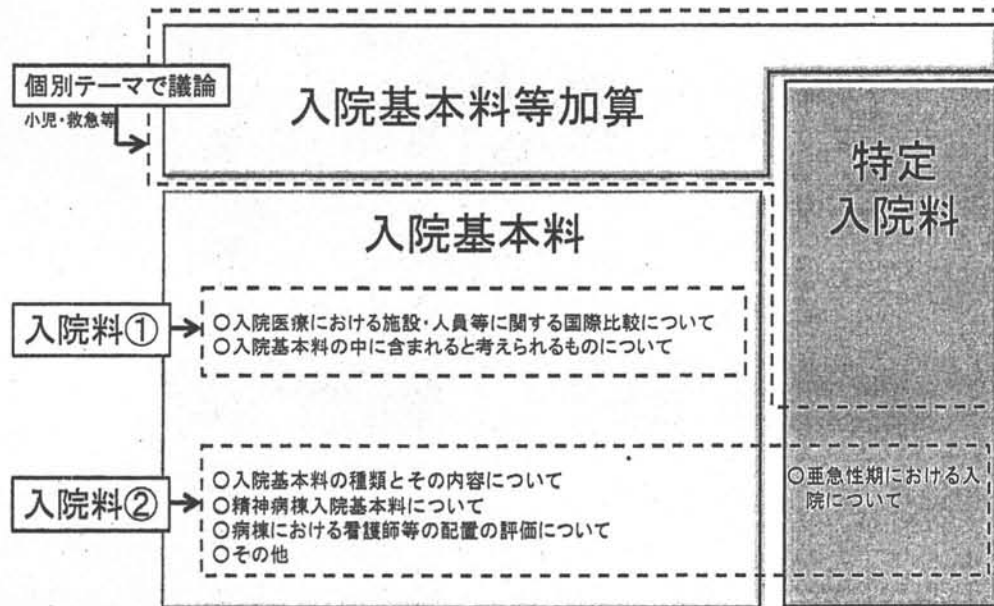
- 2 各病棟における患者像に合致しない患者の評価、特に、医療の必要度の低い長期入院者への評価をどう考えるか。(参考資料 P12,13)

国名	医師数 (病床百床当たり)	医師数 (人口千人当たり)	看護職員数 (病床百床当たり)	看護職員数 (人口千人当たり)
日本	14.3 (2004)	2.0 (2004)	63.2 (2004)	9.0 (2004)
ドイツ	40.3	3.4	115.1	9.7
フランス	45.6	3.4	103.1	7.7
イギリス	61.6	2.4	232.7	9.1
アメリカ	75.9	2.4	233.0 (2002)	7.9 (2002)

(出典)：「OECD Health Data 2007」
 ※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。
 ※ 平均在院日数の算定の対象病院はOECDの統計上、以下の範囲となっている。
 日本：全病院の病院。ドイツ：急性期病院、精神科、手術治療施設及びリハビリ施設の病院(ナースングホームの病床を除く)
 フランス：急性期病院、長期病院、精神科、その他の病院。イギリス：NHSの全病院(長期病院を除く)
 アメリカ：AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病院

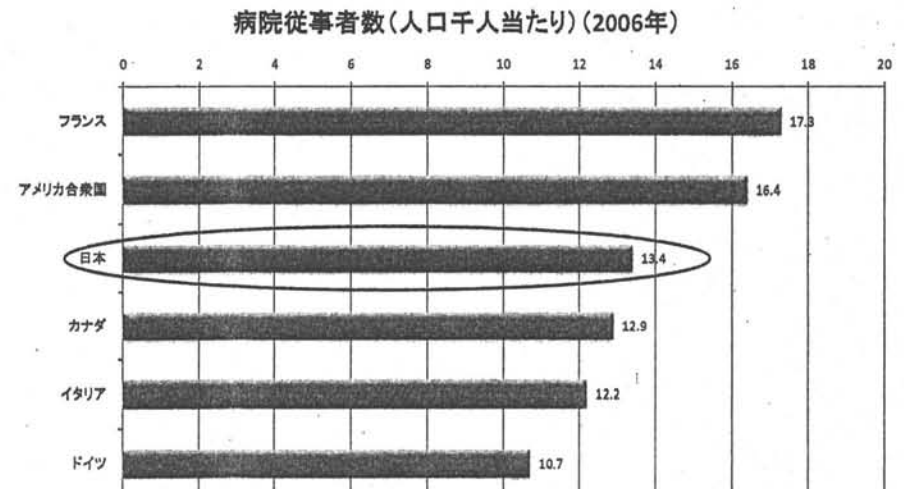
入院料① (参考資料)

入院基本料に関する議論について



人口あたり病院従事者数の国際比較

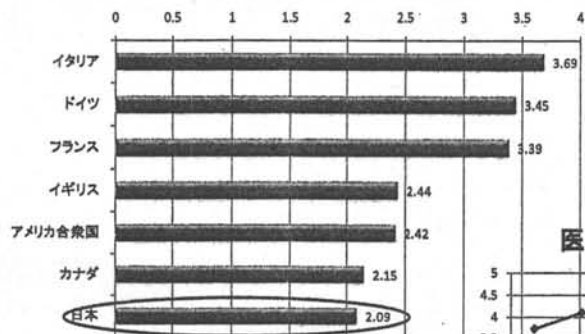
病院従事者数をG7で比較すると、日本は13.4で中位である。



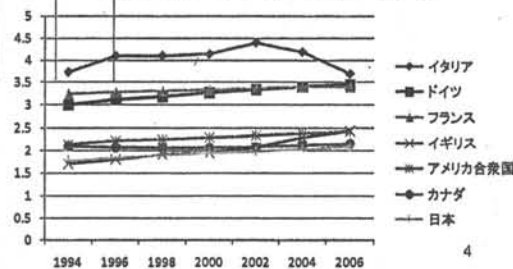
人口あたり臨床医師数の国際比較

臨床医師数を国際比較すると、日本は人口千人当たり2.09人で最下位である。

医師数(人口千人当たり)(2006年)



医師数(人口千人当たり)の推移

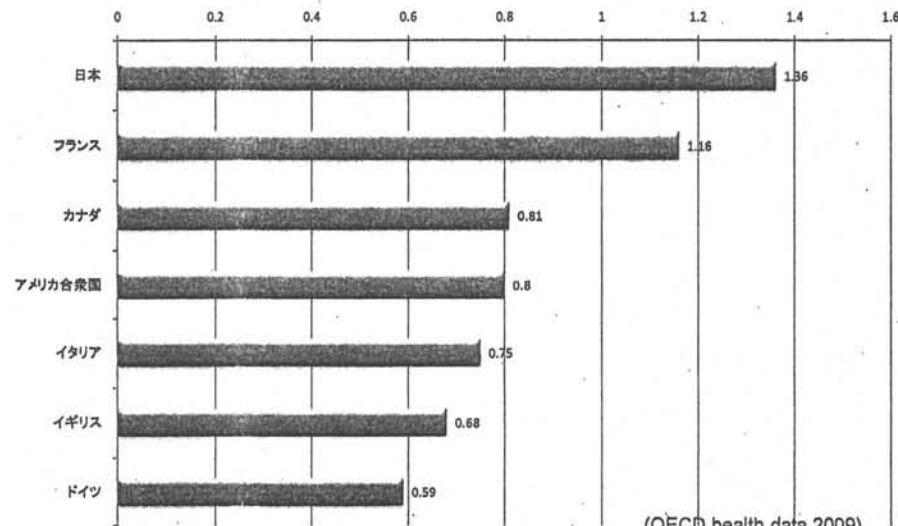


(OECD health data 2009)

人口あたり就業薬剤師数の国際比較

就業薬剤師数は、日本は人口千人当たり1.36人である。
ただし、病院・診療所で就業している薬剤師は人口千人当たり0.38人。

就業薬剤師数(人口千人当たり)(2006年)

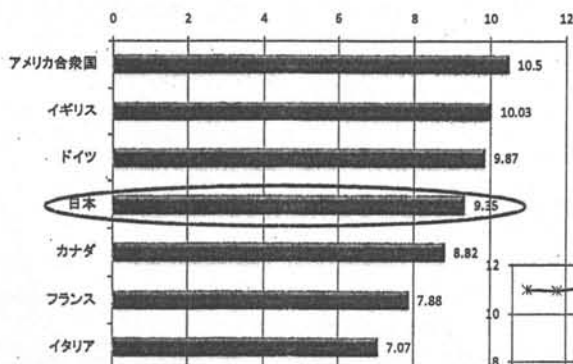


(OECD health data 2009)

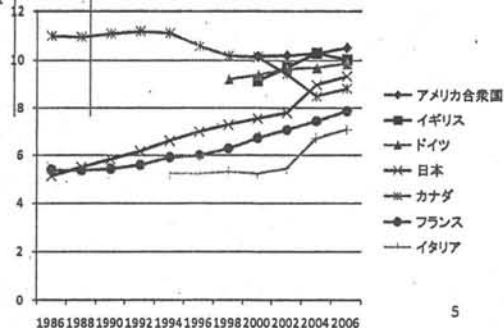
人口あたり看護職員数の国際比較

就業看護師数は、日本は人口千人当たり9.35人で中位である。

就業看護職員数(人口千人当たり)(2006年)

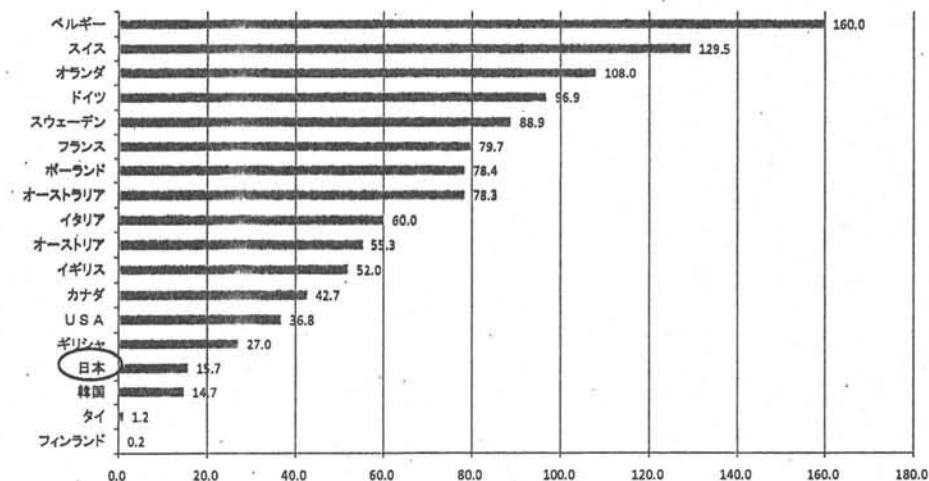


就業看護職員数の推移



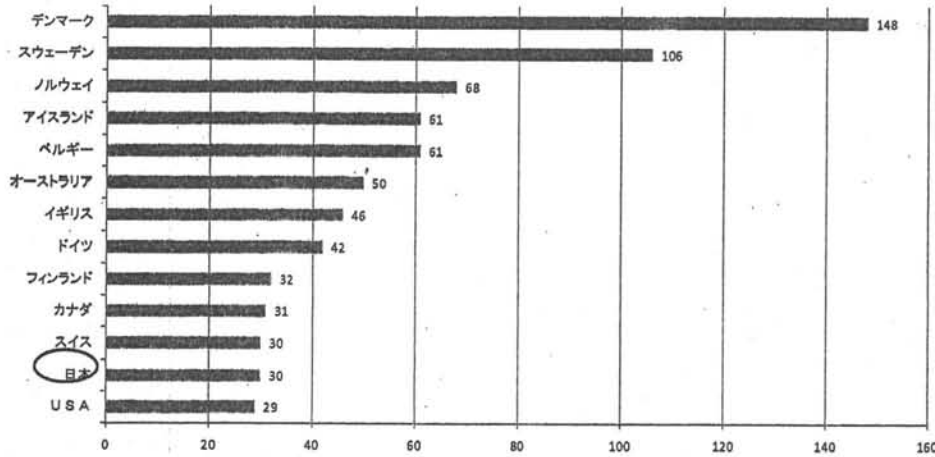
(OECD health data 2009)

人口10万人あたり理学療法士の国際比較



世界理学療法士連盟・日本理学療法士協会データ
「世界各国の理学療法士数、男女比、教育、臨床について(2003年のデータ)」より

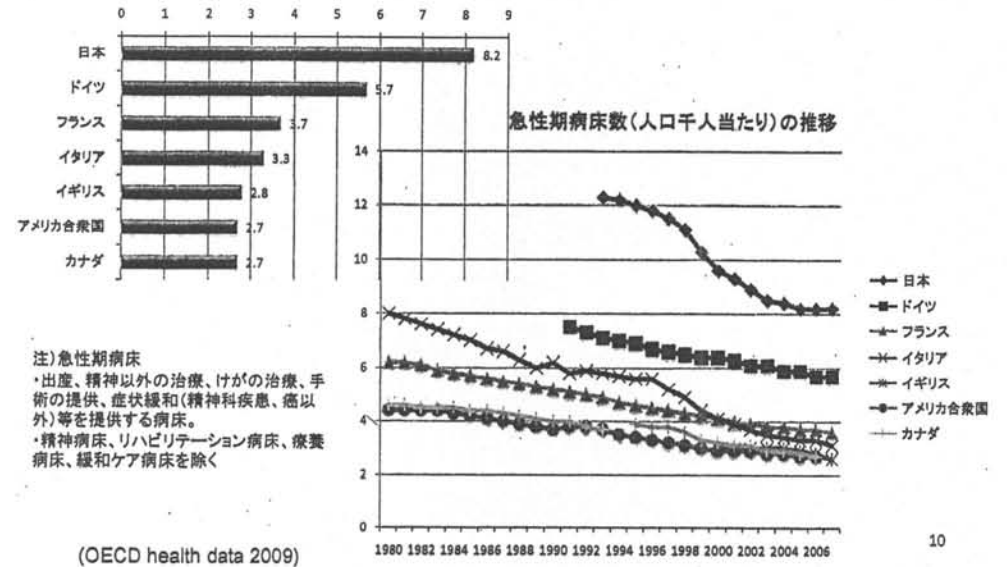
人口10万人あたり作業療法士の国際比較



2003年データ
日本作業療法士協会現職者研修会：
世界作業療法士連盟(WFOT)日本作業療法士協会 代表富岡詔子 資料より作成

急性期病床数は人口千人当たり8.2床となっており、諸外国と比較して多いが、経年的にみると減少傾向を示している。

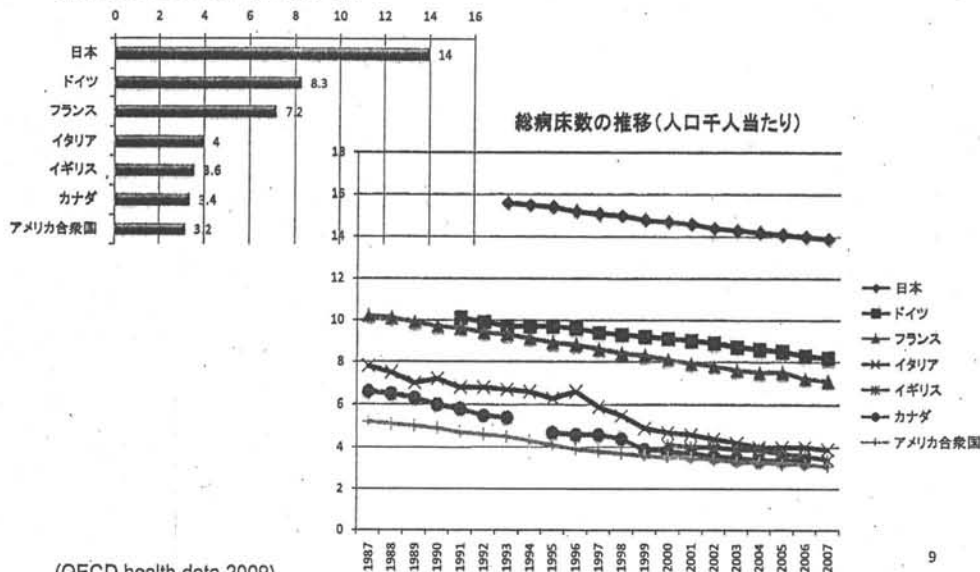
急性期病床数(人口千人当たり)(2006年)



人口あたり総病床数の国際比較

総病床数は人口千人当たり14床となっており、諸外国と比較して多い。

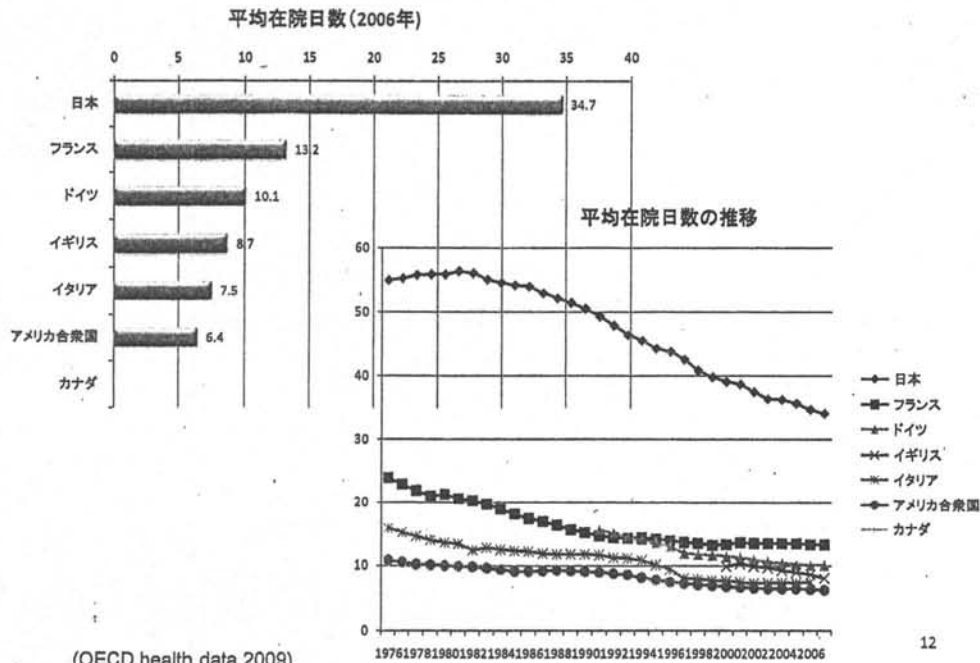
総病床数(人口千人当たり)(2006年)



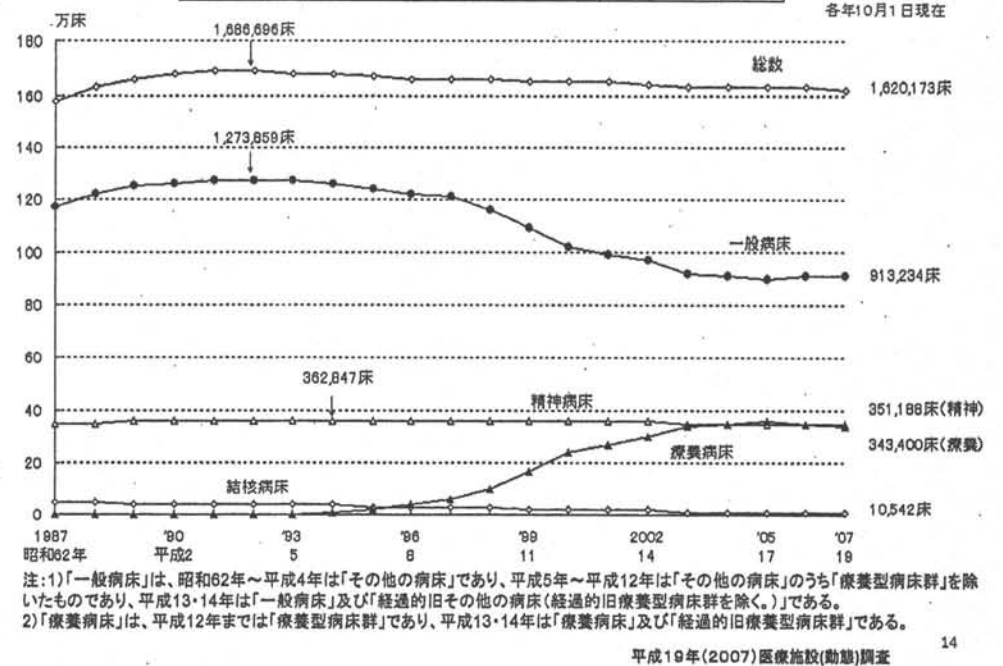
病院ごと職員配置の例

病院名	ドイツF病院	フランスH.D病院	国立T病院
病床	924	329	367
平均在院日数	7.79日	4.86日	15.8日
医師(人)	289.5	241	67
レジデント		インターン96	9
看護師	684.2	1146	327
看護助手			3
パラメディカル (PT,OT等)	301.5	15	55
栄養士			3
ハウスキーパー	8.2		
その他	483.1	326	42
職員/病床	1.9	5.54	1.4
看護師/病床	0.74(看護助手を含む)	3.48(看護助手を含む)	0.9

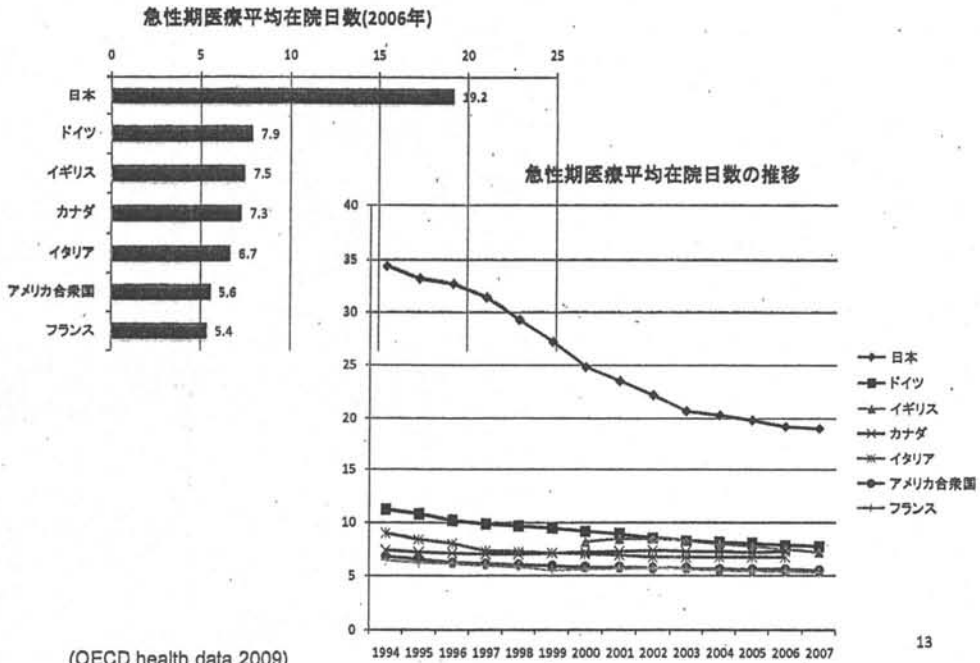
平均在院日数の国際比較



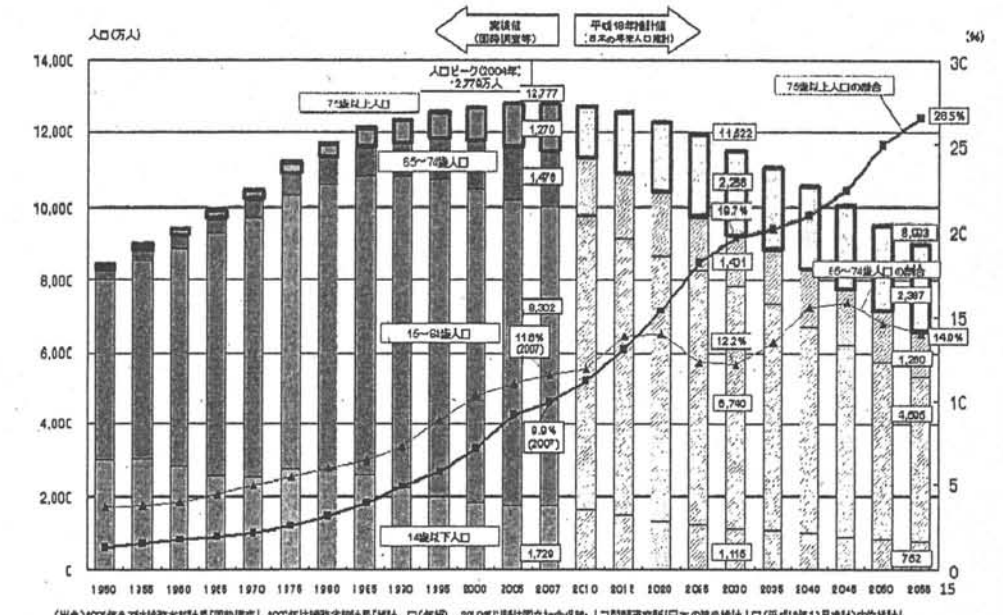
病床の種類別みた病院病床数の年次推移



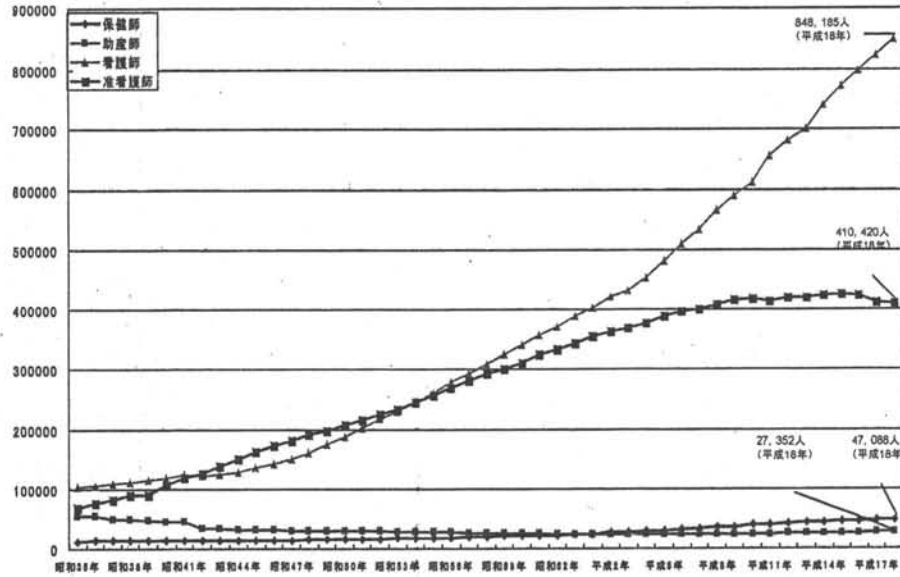
急性期平均在院日数の国際比較



人口推計

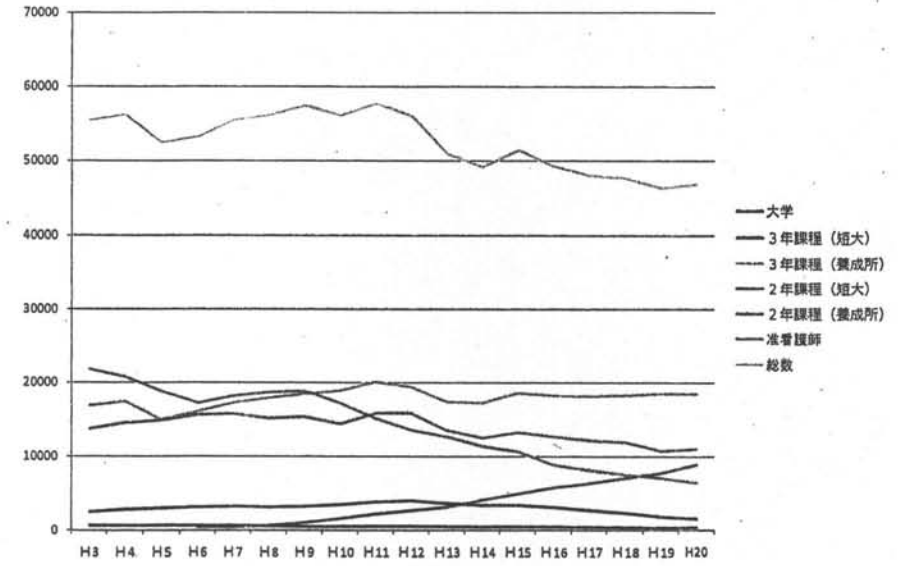


看護職員就業者数の推移



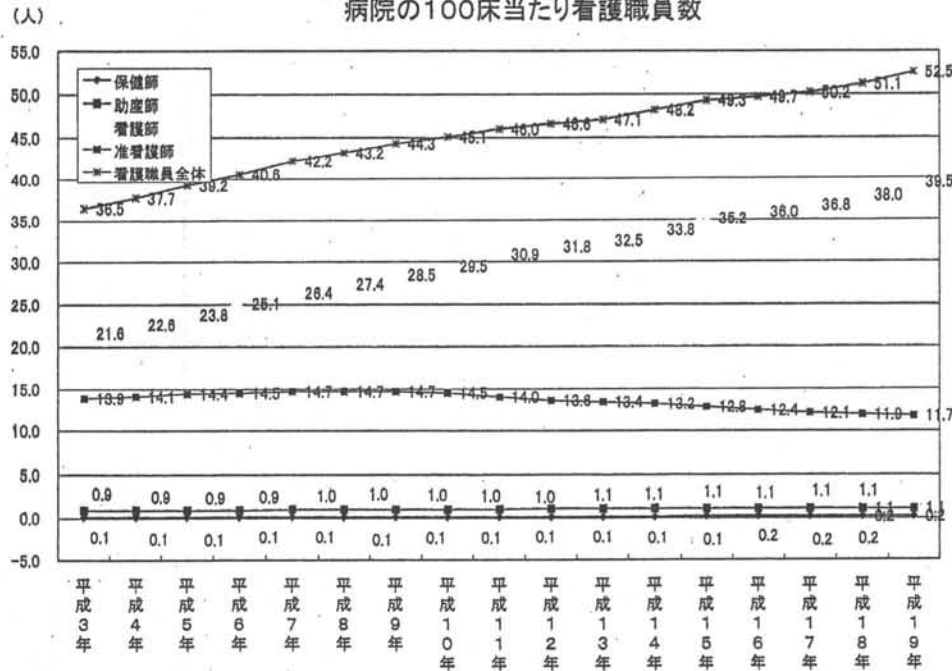
厚生労働省医政局看護課調べ
第7次看護職員需給見通しに関する検討会 H21.5.22 第1回資料

看護師・准看護師学校養成所における新卒就業者数



第7次看護職員需給見通しに関する検討会 H21.5.22 第1回資料より一部改変

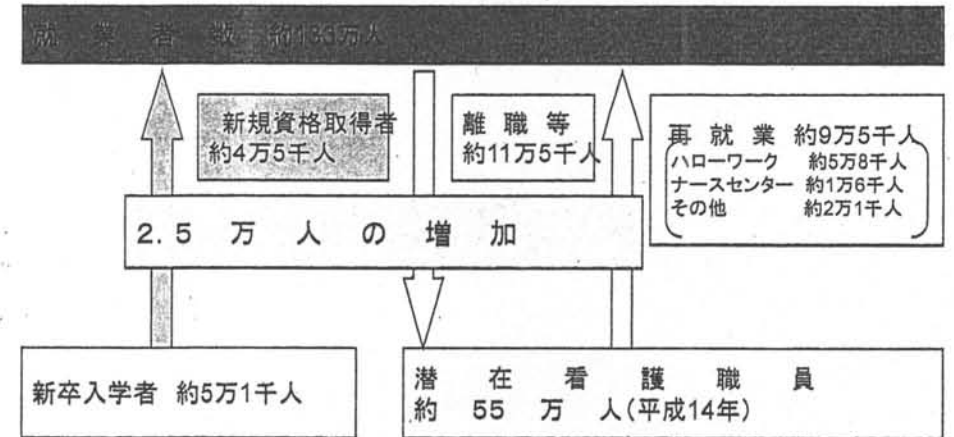
病院の100床当たり看護職員数



出典:病院報告(厚生労働省大臣官房統計情報部)

第7次看護職員需給見通しに関する検討会 H21.5.22 第1回資料

看護職員における就業者数の増加(平成18年)



- ※1 新卒入学者(2年課程の入学者は除く)、新規資格取得者(2年課程の取得者は除く)、就業者数、再就業者数は厚生労働省医政局看護課調べ
- ※2 離職等数とは、就業者数に第六次看護職員需給見通しにおける退職者数/供給見通しの5年平均の数値を乗じたもの
- ※3 平成17年から平成18年の看護職員の増加数の実績は約2.5万人である。
- ※4 新規資格取得者(2年課程の取得者は除く)は、看護師約2万9千人、准看護師約1万6千人の合計である。

第7次看護職員需給見通しに関する検討会 H21.5.22 第1回資料

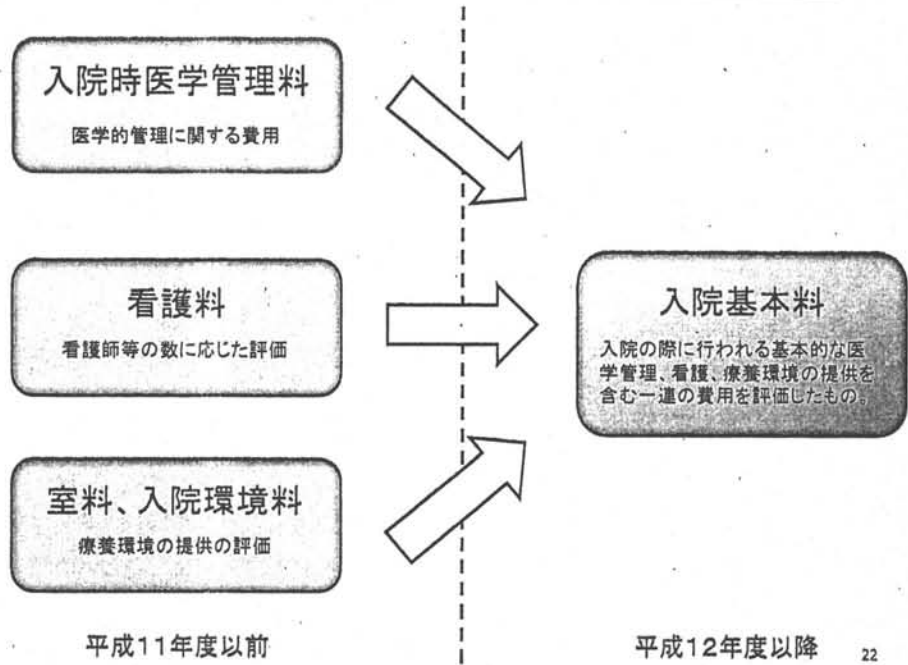
基本診療料について

基本診療料は、初診若しくは再診の際及び入院の際に行われる基本的な診療行為の費用を一括して評価するもの。

初・再診料	初診料(1回につき) 外来での初回の診療時に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。 再診料(1回につき) 外来での二回目以降の診療時に一回毎に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。	270点 病院 80点 診療所 71点
入院基本料	入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種類、看護配置、平均在院日数等により区分されている。 例)一般病棟入院基本料(1日につき) 7対1入院基本料 1,555点 10対1入院基本料 1,300点 13対1入院基本料 1,092点 15対1入院基本料 954点 なお、療養病床の入院基本料については、その他の入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射及び簡単な処置等の費用が含まれている。	
入院基本料等加算	人員の配置、特殊な診療の体制等、医療機関の機能等に応じて一日毎又は一入院毎に算定する点数。 例)入院時医学管理加算(1日につき) (急性期医療を提供する体制及び勤務医の負担軽減に対する体制を評価) 120点 診療録管理体制加算(1入院につき) (診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を評価) 30点	
特定入院料	集中治療、回復期リハビリテーション、亜急性期入院医療等の特定の機能を有する病棟又は病床に入院した場合に算定する点数。入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射、処置等の費用が含まれている。 例)救命救急入院料2(1日につき)(3日以内の場合) (救命救急センターでの重篤な救急患者に対する診療を評価) 11,200点	

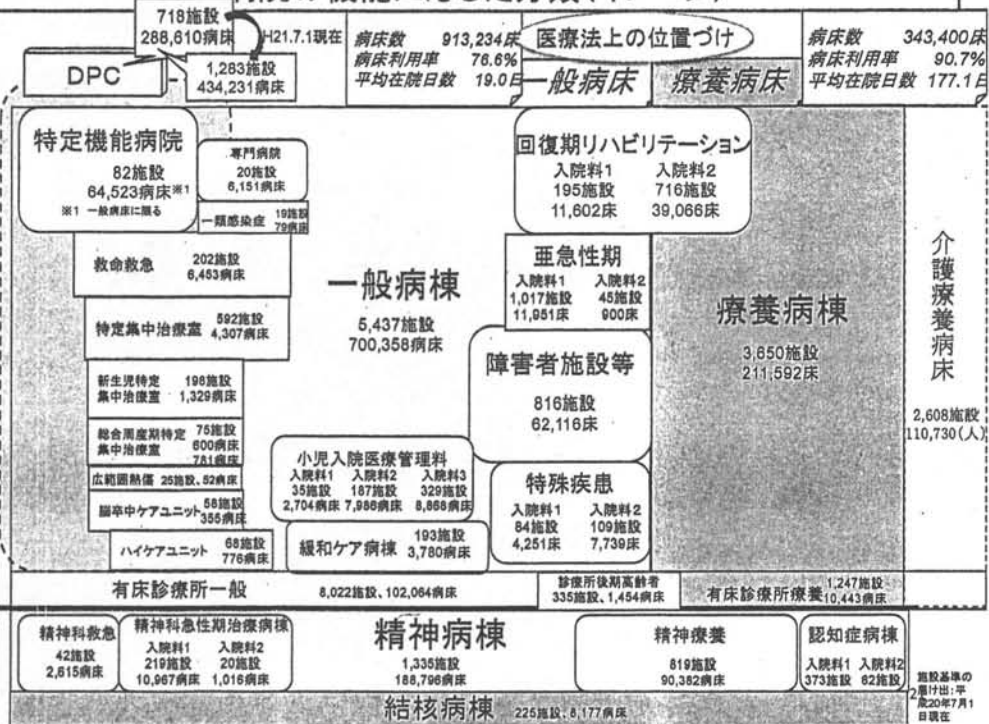
20

入院基本料の評価の変遷



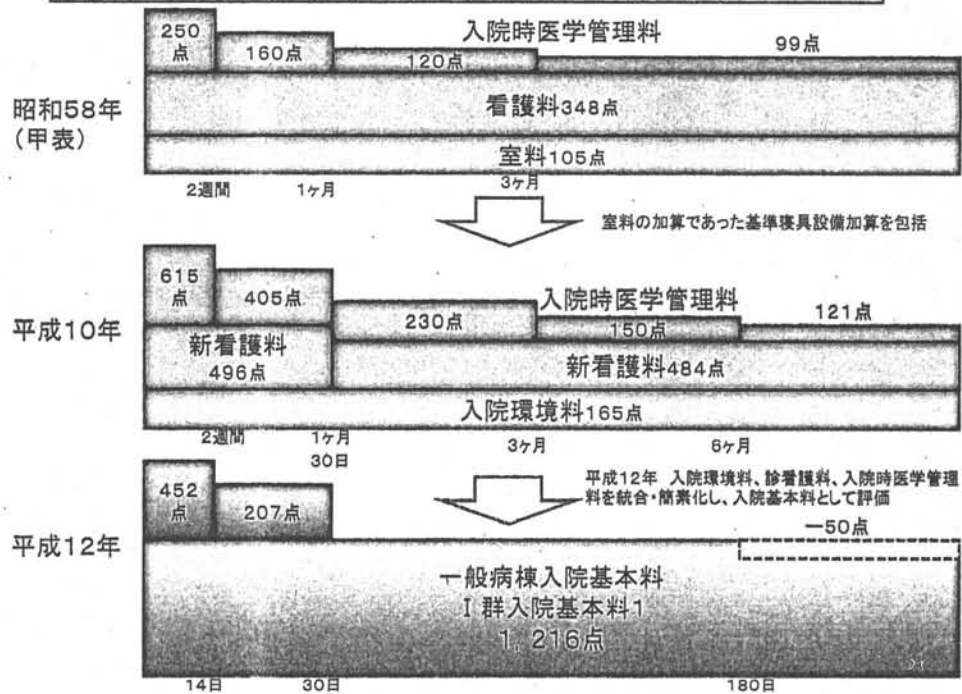
22

病院の機能に応じた分類(イメージ)



施設基準の
届け出:平
成20年7月1
日現在

入院料の評価の変遷



24

入院サービスの評価の変遷

家族による付き添い看護や、炊事用具の持ち込み等

S33 基準入院サービスの創設

入院サービスの一定の基準を設け、入院料に一定額の加算を認める仕組み

S63 2対1看護の新設…平均在院日数を要件とし、病棟を単位とする承認

老人の心身の特性に着目した老人看護料の新設(特例許可老人病院の人員体制の評価及び長期入院における適減制の導入)
入院日数の期間区分の導入(入院早期を重点的に評価)

H4 医療法標準以下の類型の評価を廃止

H5 医療法上の療養型病床群制度が施行されたのに合わせ、「療養型病床群入院医療管理料」(看護・検査・投薬・注射を包括)、「療養型病床群特定看護料」(出来高)の新設

H6 「精神療養病棟入院料」「特殊疾患療養病棟入院料」の新設、有床診療所の入院基本料を看護配置による2段階へ区分

H8 100床未満の病院に限り複合病棟の新設

「総合周産期特定集中治療室管理料」「精神科急性期治療病棟入院料」の新設

H10 2:1看護、2.5:1看護の平均在院日数の短縮、3:1看護、3.5:1看護への平均在院日数要件の導入

老人長期入院医療管理料の新設(一般病棟に6ヶ月以上入院している介護が主な高齢者の適正な評価)

24

入院サービスの評価の変遷

H12 室料、新看護、基準看護、入院医療管理料を入院基本料として統合→現行の入院基本料の体系へ

入院診療計画と院内感染防止対策を入院基本料に含めて評価
「回復期リハビリテーション病棟入院料」「一類感染症患者入院医療管理料」「特殊疾患入院医療管理料」「小児入院医療管理料」「短期滞在手術基本料」の新設

H14 入院診療計画と院内感染防止対策を全入院料へ拡大、新たに医療安全対策と褥瘡対策も基準化。

一般病棟入院基本料1、2の平均在院日数の短縮
小児入院医療管理料に看護配置の高い2区分を追加
精神科救急入院料の新設

H15 特定集中治療室管理料における患者重症度に応じた評価の導入

H16 褥瘡対策未実施減算を廃止し、新たに加算として評価した。

「ハイケアユニット入院医療管理料」「亜急性期入院医療管理料」の新設

H18 「実質看護配置」の導入、「夜間勤務等看護配置加算」の廃止。

7対1入院基本料の新設
慢性期入院医療に医療区分・ADL区分に基づく患者分類を導入
「脳卒中ケアユニット入院管理料」の新設

H20 7対1入院基本料に①看護必要度及び②医師配置の基準の導入、10対1入院基本料の引き上げ

障害者施設等入院基本料に7対1入院基本料を新設
短期滞在手術基本料3の新設
小児入院医療管理料に更なる高い区分を新設
回復期リハビリテーション病棟に質の評価の導入
亜急性期入院医療管理料2の創設
特殊疾患療養病棟の対象患者の見直し

25

入院基本料

- A100 一般病棟入院基本料
- A101 療養病棟入院基本料
- A102 結核病棟入院基本料
- A103 精神病棟入院基本料
- A104 特定機能病院入院基本料
- A105 専門病院入院基本料
- A106 障害者施設等入院基本料

療養病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
	・主として長期にわたり療養の必要な患者	なし	3,650 211,592
	主な人員基準等	主な施設基準等	
1,198点 (入院基本料Cの場合)* 検査、投薬、注射、処置等を含む	看護職員 25対1 看護補助者 25対1	看護師比率 20% ・病棟単位で褥瘡の発生割合等について継続的に測定し、備え付けていること	

* 医療区分、ADL区分により点数が異なる

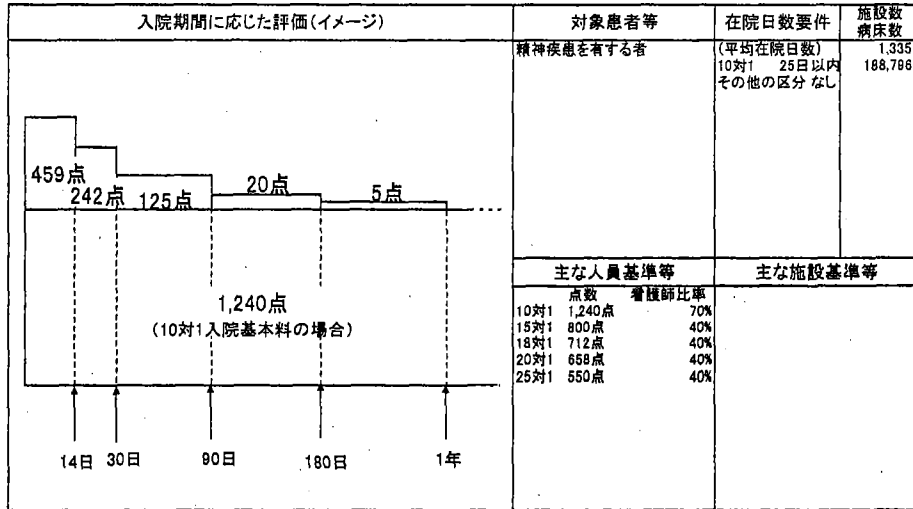
一般病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
428点 192点 1,300点 (10対1入院基本料の場合) 1,105点	救急患者、重症患者等、急性期の治療を必要とする患者	(平均在院日数) 7対1 19日以内 10対1 21日以内 13対1 24日以内 15対1 60日以内	5,437 700,358
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	点数 看護師比率 7対1 1,555点 70% 準7対1 1,485点 70% 10対1 1,300点 70% 13対1 1,092点 70% 15対1 854点 40% 15対1未満 575点	・7対1入院基本料: 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟である	
	・7対1の医師要件:当該病棟の入院患者数の10%以上の常勤医師 ・準7対1は7対1の医師の要件を満たさない場合に算定する		

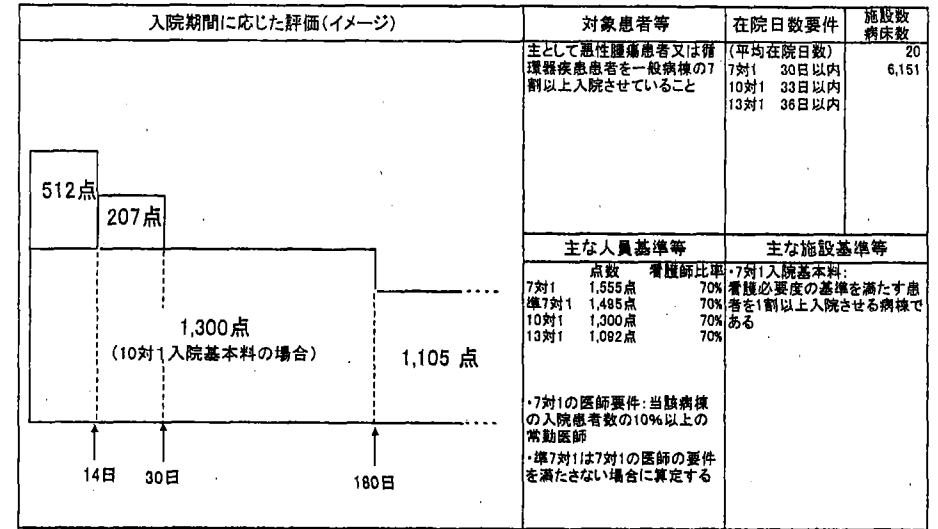
結核病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
400点 300点 100点 1,192点	結核の患者	(平均在院日数) 7対1 25日以内 10対1 25日以内 13対1 なし 15対1 なし 18対1 なし 20対1 なし	225 8,177
	主な人員配置等	主な施設基準等	
	点数 看護師比率 7対1 1,447点 70% 準7対1 1,387点 70% 10対1 1,192点 70% 13対1 949点 70% 15対1 886点 40% 18対1 757点 40% 20対1 713点 40%	・7対1入院基本料: 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること	
	・7対1の医師要件:当該病棟の入院患者数の10%以上の常勤医師 ・準7対1は7対1の医師の要件を満たさない場合に算定する		

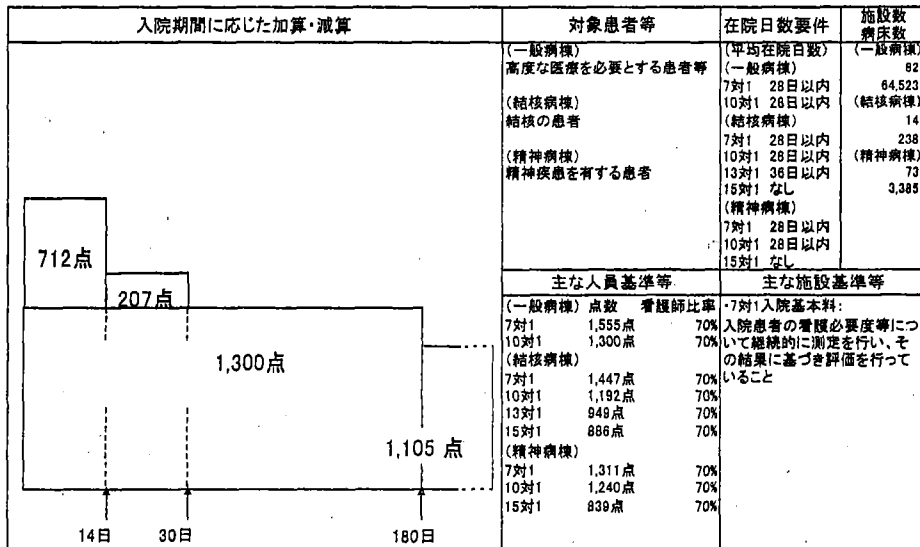
精神病棟入院基本料



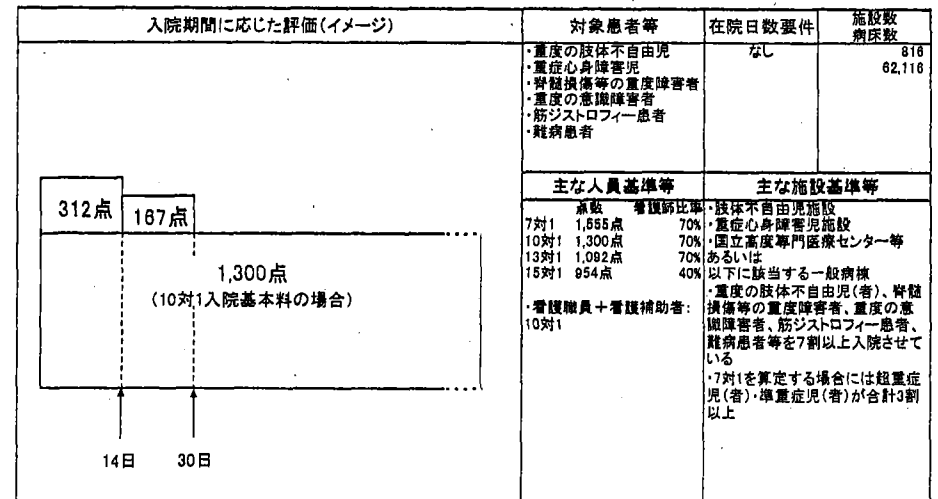
専門病院入院基本料



特定機能病院入院基本料



障害者施設等入院基本料



特定入院料

- A300 救命救急入院料
- A301 特定集中治療室管理料
- A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- A302 新生児特定集中治療室管理料
- A303 総合周産期特定集中治療室管理料(母胎・胎児集中治療室管理料)
- A304 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料)
- A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- A305 一類感染症患者入院医療管理料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A307 小児入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-2 亜急性期入院医療管理料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料
- A311 精神科救急入院料
- A311-2 精神科急性期治療病棟入院料
- A311-3 精神科救急・合併症入院料
- A312 精神療養病棟入院料
- A314 認知症病棟入院料

特定集中治療室管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>8,760点 検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p>7日 14日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ・広範囲熱傷 ・大手術後 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・14日を限度として算定 	<ul style="list-style-type: none"> 582 4,307
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること ・看護師:2対1[※] ※常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり15m² ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・ペースメーカー ・心電計 ・ポータブルエックス線撮影装置 ・呼吸循環監視装置 を特定集中治療室内に常時備えていること 	

救命救急入院料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>11,200点 10,140点 8,890点</p> <p>(救命救急入院料2の場合) 検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p>3日 7日 14日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ・広範囲熱傷 ・大手術を必要とする状態 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・14日を限度として算定 	<ul style="list-style-type: none"> 202 6,453
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要な専任の医師及び看護師が常時配置されていること (入院料2) ・看護師:2対1[※] ※常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・ペースメーカー ・心電計 ・ポータブルエックス線撮影装置 ・呼吸循環監視装置 を救命救急センター内に常時備え付けていること 	

ハイケアユニット入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>3,700点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p>21日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ・広範囲熱傷 ・大手術後 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・21日を限度として算定 	<ul style="list-style-type: none"> 68 776
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師が常時、保険医療機関内に勤務していること ・看護師:4対1[※] ※常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハイケアユニット治療室の病床数は30床以下であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・ペースメーカー ・心電計 ・呼吸循環監視装置 を治療室内に常時備えていること ・重症度の基準を満たす患者を概ね8割以上入院させる 	

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H18 新設	・脳梗塞 ・脳出血 ・くも膜下出血	・14日を限度として算定	58 355
5,700点	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の常勤医師が常時、保険医療機関内に勤務している ・看護師:3対1[※] ・常勤の理学療法士又は作業療法士:当該治療室に1名以上[※]常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室の病床数は30床以下であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・心電計 ・呼吸循環監視装置を治療室内に常時備えていること ・脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者を概ね8割以上入院させていること ・脳画像撮影及び診断が常時可能であること ・脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)、又は(Ⅲ)の周出を行っていること 	
検査、注射、処置、病理診断の一部を包括			
14日			

総合周産期特定集中治療室管理料(1 母胎・胎児集中治療室管理料)

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
	・合併症妊娠 ・妊娠高血圧症候群 ・多胎妊娠 ・胎盤位置異常 ・切迫流産 ・胎児発達遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの	・14日を限度として算定	75 800
7,000点	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、母胎・胎児集中治療室内に勤務している ・助産師又は看護師:3対1[※]常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり15m² ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となる体制があること ・都道府県知事が、総合周産期母子医療センターとして適当であると認めた病院であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・心電計 ・呼吸循環監視装置 ・分娩監視装置 ・超音波診断装置(カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。) を母胎・胎児集中治療室内に常時備え付けていること ・3床以上であること 	
検査、注射、処置、病理診断の一部を包括			
21日			

新生児特定集中治療室管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>出生体重 1,500g以上</p> <p>出生体重 1,000g以上</p> <p>出生体重 1,000g未満</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高度の先天奇形 ・低体温 ・重症黄疸 ・未熟児 ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む。) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ・大手術後 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・出生時体重1,500g以上は21日を限度として算定 ・出生時体重1,000g以上1,500g未満は80日を限度として算定 ・出生時体重1,000g未満は80日を限度として算定 	198 1,329
8,500点	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務している ・助産師又は看護師:3対1[※]常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり7m² ・救急蘇生装置(気管内挿管セット) ・新生児用呼吸循環監視装置 ・新生児用人工換気装置 ・微量輸液装置 ・経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 ・酸素濃度測定装置 ・光線治療器 を新生児特定集中治療室内に常時備えていること 	
検査、注射、処置、病理診断の一部を包括			
21日			
60日			
90日			

総合周産期特定集中治療室管理料(2 新生児集中治療室管理料)

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>出生体重 1,500g以上</p> <p>出生体重 1,000g以上</p> <p>出生体重 1,000g未満</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高度の先天奇形 ・低体温 ・重症黄疸 ・未熟児 ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む。) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・出生時体重1,500g以上は21日を限度として算定 ・出生時体重1,000g以上1,500g未満は80日を限度として算定 ・出生時体重1,000g未満は80日を限度として算定 	75 781
8,500点	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、新生児集中治療室内に勤務している ・助産師又は看護師:3対1[※]常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり7m² ・都道府県知事が、総合周産期母子医療センターとして適当であると認めた病院であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット) ・新生児用呼吸循環監視装置 ・新生児用人工換気装置 ・微量輸液装置 ・経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 ・酸素濃度測定装置 ・光線治療器 を新生児特定集中治療室内に常時備えていること ・6床以上であること 	
検査、注射、処置、病理診断の一部を包括			
21日			
60日			
90日			

広範囲熱傷特定集中治療室管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
7,890点 検査、注射、処置、病理診断の一部を包括	・第2度熱傷30%程度以上の重症 広範囲熱傷患者で医師が広範囲 熱傷特定集中治療室管理が必要 であると認めた者 ・熱傷には電撃傷、薬傷及び凍 傷が含まれる	・50日を限度とし て算定	25 52
	主な人員基準等 ・専任の医師が常時、広範囲熱 傷特定集中治療室内に勤務して いる ・看護師:2対1 [※] ※常時配置	主な施設基準等 ・治療室面積:1床あたり15m ² ・熱傷用空気流動ベッド ・救急蘇生装置(気管内挿管 セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・ペースメーカー ・心電計 ・心電図モニター装置 を特定集中治療室内に常時備 えていること	
			80日

特殊疾患入院医療管理料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H12 新設 1,943点 診療に係る費用は包括*	・脊髄損傷等の重度障害者 ・重度の意識障害者 ・筋ジストロフィー患者 ・神経難病患者	なし	39 606
	主な人員基準等 看護職員・看護補助者:10対1 看護職員比率:50% 看護師比率:20%	主な施設基準等 病室床面積: 患者1人あたり8.4m ² 以上	

※ 一部加算とインターフェロン製剤、抗ウイルス製剤、血友病治療に係る血液凝固因子等は除く

一類感染症患者入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
8,890点 検査、注射、処置、病理診断の一部を包括	・新感染症又は一類感染症に罹 患している患者 ・新感染症又は一類感染症の疑 似症患者又は無症状病原体保有 者	・14日を限度とし て算定	19 79
	主な人員基準等 ・看護師:2対1 [※] ※常時配置	主な施設基準等 ・感染症法第6条第12項に規定 する特定感染症指定医療機関 又は同法第6条第13項に規定 する第一種感染症指定医療機 関であること	
			7日
			14日

小児入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H12 新設 H14 より手厚い配置の2区分を追加 H20 手厚い人員配置の1区分を追加 4,500点 (小児入院管理料1の場合) 診療に係る費用は包括*1	・15歳未満の入院患者	(平均在院日数) ・管理料1: 21日以内 ・管理料2: 21日以内 ・管理料3: 28日以内 ^{※2} ・管理料4: なし ・管理料4: ^{※3} 当該病棟を 含めた一般病棟 の入院患者の平均 在院日数	管理料1: 35 2,704 管理料2: 187 7,986 管理料3: 329 8,888 管理料4: 105
	主な人員基準等 ・病院内の小児科常勤医師 管理料1 20名 管理料2 5名 管理料3 3名 管理料4 1名 ・看護配置 看護師比率 管理料1 7対1 ^{※3} 100% 管理料2 7対1 100% 管理料3 10対1 70% 管理料4 15対1 40% (^{※2} 夜間も含め、常時9対1の看護 師の配置)	主な施設基準等 ・小児医療を行うに十分な 体制が整備されていること	

※1 投薬・注射・麻酔等の費用を除く

回復期リハビリテーション病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H12 新設 H20 入院料1、重症患者回復病棟加算新設	・脳血管疾患又は大腿骨頭部骨折等の回復期リハビリテーションの必要性が高い患者を8割以上入院させている	なし	・入院料1 195 5,047(一般) 6,555(療養)
			・入院料2 716 13,770(一般) 25,296(療養)
1,690点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括※1	主な人員基準等 ・専任の医師:1名 ・専従の理学療法士:2名 ・専従の作業療法士:1名 ・看護職員:15対1 ・看護師比率40%	主な施設基準等 ・病室面積:患者1人あたり8.4㎡ ・患者の利用に適した浴室及び便所 ・廊下の幅:1.8mが望ましい (ただし両側に居室がある場合2.7m) (入院料1) ・新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること ・在宅復帰率が6割以上であること	
	180日※2		

※1 リハビリテーションに係る費用等を除く
 ※2 高次脳機能障害を伴う重症脳血管障害等の場合

特殊疾患病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H6 特殊疾患療養病棟新設 H18 H20に廃止予定とされた H20 特殊疾患病棟と名称変更し存続、対象患者の見直し	・脊髄損傷等の重度障害者 ・重度の意識障害者 ・筋ジストロフィー患者 ・神経難病患者	なし	・入院料1 84 4,251
			・入院料2 109 7,739
1,943点 (入院料1の場合) 診療にかかる費用は包括※1	主な人員基準等 ・看護職員+看護補助者: 10対1 ・看護職員比率:50% ・看護師比率:20% ※2	主な施設基準等 ・病棟に専任の常勤医師の配置 ・看護職員+看護補助者: 10対1 ・看護職員比率:50% ・看護師比率:20% (入院料1) ・一般病棟 ・当該病棟の入院患者の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者 (入院料2) ・一般病棟又は精神病棟 ・肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、国立高度専門医療センター等 ・当該病棟の入院患者の概ね8割以上が、重度の肢体不自由児(者)等の重度の障害者(入院料1の対象者を除く)	
	180日※2		

※1 一部加算とインターフェロン製剤、抗ウイルス製剤、血友病治療に係る血液凝固因子等は除く
 ※2 入院料2の肢体不自由児施設等については看護配置の基準なし

亜急性期病棟入院医療管理料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H16 新設 H20 入院医療管理料2、新設	(入院料1) ・急性期治療を経過した患者又は在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等 (入院料2) ・急性期治療を経過した患者	なし	・入院料1 1,017 11,951
			・入院料2 45 900
2,050点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括※1	主な人員基準等 ・看護職員 13対1 ・看護師比率70% ・在宅復帰支援担当者 1名	主な施設基準等 ・病室面積:患者1人あたり8.4㎡以上 ・診療録管理体制加算を算定していること ・在宅復帰率が6割以上であること	
	90日※2		

※1 リハビリテーション、1000点を超える処置、手術等を除く
 ※2 亜急性期入院医療管理料2の場合は90日

緩和ケア病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H2 新設 H6 対象患者に後天性免疫不全症候群を追加 H20 地域の医療機関との連携等の要件追加	・苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者	なし	・入院料1 183 3,780
			・入院料2 109 7,739
3,780点 診療に係る費用は包括※	主な人員基準等 ・常勤の医師:1名 ・看護師:7対1	主な施設基準等 ・病室面積:患者1人あたり30㎡以上 ・病室の床面積:患者1人あたり8㎡以上 ・患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室	
	90日※2		

※ 除外薬剤・注射薬の費用等を除く

精神科救急入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H14 新設 H20 地域の人口規模を考慮した要件緩和 在宅移行患者の割合が高い施設について評価引き上 3,431点 3,031点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括*1 30日 3月	新規患者 ^{※1} のうち、 ・器質性精神障害 ・精神作用物質使用による精神及び行動の障害 ・統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 ・気分障害 ・神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 ^{※3} ・成人の人格及び行動の障害 ^{※4} ・知的障害 ^{※5}	・3月を限度として算定	42 2,616
	主な施設基準等 ・1看護単位あたりの病床数は80床以下 ・当該病棟の病床のうち個室が半数以上 ・検査及びCT撮影の遅やかな実施体制 ・4割以上が新規患者 ・精神科救急外来診療が常時可能 ・時間外・休日・深夜における診療件数が年間200件以上か地域人口 ^{※6} 対2.5件以上	主な人員基準等 ・常勤医師:16対1 ・常勤精神保健指定医:病棟に1名、病院に5名以上 ・看護師:10対1 ・常勤精神保健福祉士:病棟に2名以上	主な施設基準等 ・年間30件以上あるいは地域の1/4以上の措置入院、緊急措置入院、応急入院の受け入れ(入院料1) ・新規患者のうち6割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行 (入院料2) ・新規患者のうち4割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行

※1 一部加算、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療は除く
 ※2 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者又は入院当初から当該病棟に入院している患者
 ※3 自殺、自傷行為及び崩壊障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る ※4 精神疾患を有する状態に限る
 ※5 都道府県又は1精神科救急医療圏と1機関病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は当該圏域
 ※6 措置入院、緊急措置入院、医療観察入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院

精神科救急・合併症入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H20 新設 3,431点 3,031点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括*1 30日 3月	・措置入院患者、緊急措置入院患者、応急入院患者 ・入院当初から当該病棟に入院している患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した後に当該病棟に入院した患者 ・入院前3ヶ月に精神科病棟に入院したことがない患者 主な人員基準等 ・常勤医師:16対1 ・常勤精神保健指定医:病棟に3名、病院に5名以上 ・看護師:10対1 ・精神保健福祉士:病棟に2名以上	なし	0 0
	主な施設基準等 ・救命救急センター・精神科救急医療施設・合併症ユニットを有する ・必要な検査及びCT撮影が遅やかに実施できる体制を確保 ・1ヶ月の延べ入院日数のうち4割以上が新規患者の延べ入院日数 ・新規患者のうち4割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行 ・精神科救急外来診療が常時可能 ・時間外・休日・深夜における診療件数が年間200件以上か地域人口 ^{※6} 対2.5件以上 ・当該病棟の年間新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院または合併症ユニットへ入院する患者 ・年間30件以上あるいは地域の1/4以上の措置入院、緊急措置入院、応急入院の受け入れ		

※1 一部加算、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療は除く
 ※2 都道府県又は1精神科救急医療圏と1機関病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は当該圏域

精神科急性期治療病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H18 30日以内の区分を新設 1,900点 1,600点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括*1 30日 3月	・入院前3ヶ月に精神科病棟に入院したことがない患者 ・急性増悪のため当該病棟で治療が必要な患者 ・入院当初から当該病棟に入院している患者 主な人員基準等 ・常勤精神保健指定医:病棟に1名、病院に2名以上 ・常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者:病棟に1(入院料1) ・看護師:13対1 ・看護師比率40% ・看護補助者:30対1(入院料2) ・看護職員:15対1 ・看護師比率40% ・看護補助者:30対1	なし	入院料1 219 10,967 ・入院料2 20 1,016
	主な施設基準等 ・精神科救急医療システムに参加 ・特定機能病院であるか当該病院の病床数の7割以上又は200床以上が精神科病棟 ・病棟に隔離室 ・4割以上が新規患者 ・新規患者のうち6割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行		

※1 一部加算、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療は除く

精神療養病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
H18 従来1と2に区分されていた入院料を高い基準に一本化 1,090点 診療に係る費用は包括*1 30日 3月	主として長期にわたり療養の必要な精神障害患者 主な人員基準等 ・常勤精神保健指定医:病棟に1名、病院に2名以上 ・看護職員+看護補助者:15対1 ・看護職員比率50% ・看護師比率20% ・病院に精神保健福祉士又は臨床心理技術者 ・病棟に常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤看護職員	なし	819 90,382
	主な施設基準等 ・病床床面積:患者1人につき18㎡ ・病室床面積:患者1人につき5.8㎡ ・病棟に談話室、食堂、面談室、浴室及び公衆電話 ・病院に作業療法室又は生活機能回復訓練室		

※1 一部加算と精神科専門療法、インターフェロン製剤、抗ウイルス薬剤、血液病治療に係る血液凝固因子等は除く

認知症病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>1,330点 (入院料1の場合) 診療にかかる費用は包括※1</p> <p>90日</p> <p>1,180点</p>	・精神症状・行動異常が特に著しい 重度の認知症患者	なし	・入院料1 373 ・入院料2 62
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士又は臨床心理技 術者:病院に専従1名 ・精神科医師:病院に1名 (入院料1) ・看護職員:20対1 ・看護師比率20% ・看護補助者:25対1 ・作業療法士:認知症病棟専従1名 (入院料2) ・看護職員:30対1 ・看護師比率20% ・看護補助者:25対1 ・認知症患者の作業療法の経験を 有する看護師(作業療法士が週1回 以上評価) 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟床面積:患者1人につ き18m² ・60m²以上の専用生活機能 加算室 ・生活機能訓練を患者1人 あたり1日4時間週5回行う 	

※1 一部加算と精神科専門療法、インターフェロン製剤、抗ウイルス製剤、血友病治療に係る血液凝固因子等は除く

在宅医療について

第1 在宅医療について

近年、往診や訪問看護等の充実、医療機器の進歩等により、高度な医療についても在宅で行うことができるようになってきている。在宅医療においては、病院・診療所からの訪問診療等に加えて、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等が行われている（参考資料 P1）。

第2 現状と課題

- 1 在宅医療に関する国民意識調査（保険局医療課調べ）によると、寝たきりになった場合、約 50%が在宅医療を受けることを希望している。また、平成 17 年患者調査によると、調査日に約 709 万人が外来診療を受けており、そのうち約 6 万 5 千人が在宅医療を受けていた。その一方で、病院等の入院患者に対する在宅医療の提供等による地域移行に向けた働きかけが十分に進んでいないことや、地域で受け皿となる医療機関の不足等が挙げられている（参考資料 P2～8）。
- 2 また、在宅医療を受けている患者への調査（保険局医療課調べ）によると、在宅医療を受けて良かった点として、住み慣れた場所に居続けることができたこと、自分の好きなように過ごすことができたこと等が挙げられる一方、容態が悪化したとき医師や看護師を呼ぶべきかどうか困ったこと、服薬を指示通り行うのが難しい等が挙げられた（参考資料 P9, 10）。
- 3 在宅医療を受けている患者に対する褥瘡などの専門的な技術が必要な治療においては、かかりつけ医に加えて専門医が関与する必要性が指摘されている。また、在宅透析医療や特殊な皮膚処置等の技術を含む在宅医療について、その医療提供体制や医療材料等について、診療報酬における評価が十分になされていないとの指摘がある（参考資料 P11, 12）。
- 4 人工呼吸器等を使用した治療の必要な NICU から退室する患者については、在宅に移行する場合の地域のサポート体制が十分ではないことも地域移行の進まない一因となっている（参考資料 P13～15）。

- 5 同一の場所で複数の患者の診療を行った場合、施設等と一般の住居等で診療報酬上の取扱いが異なっている（参考資料 P16）。

第3 診療報酬上の評価

- 1 平成 18 年度診療報酬改定において、患者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、在宅療養支援診療所が必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図り、24 時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築し、在宅医療の中心的な役割を担うことについて評価を行った（参考資料 P17, 18）。

【在宅療養支援診療所の要件】

- ・ 保険医療機関たる診療所であること
- ・ 当該診療所において、24 時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患者の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- ・ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
- ・ 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

G002 在宅時医学総合管理料（月 1 回）

- 1 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の場合
 - イ 処方せんを交付する場合 4,200 点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500 点
- 2 1 以外の場合
 - イ 処方せんを交付する場合 2,200 点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500 点

社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

	平成19年		平成20年	
	実施 件数	算定 回数	実施 件数	算定 回数
在宅時医学総合管理料1 在宅療養支援診療所 (処方せんを交付する)	71,175	71,175	70,170	70,170
在宅時医学総合管理料1 在宅療養支援診療所 (処方せんを交付しない)	19,057	19,057	15,122	15,122
在宅時医学総合管理料2 (1以外) (処方せんを交付する)	22,366	22,366	26,983	26,983
在宅時医学総合管理料2 (1以外) (処方せんを交付しない)	5,339	5,339	7,459	7,459

2 平成20年度診療報酬改定において、診療所のない地域において在宅医療を担っている病院が行う在宅医療について、在宅療養支援診療所と同様の評価を行った。

在宅療養支援病院の創設

[在宅療養支援病院の要件]

- ・ 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないこと
- ・ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- ・ 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること

この他、在宅療養支援診療所と同様の要件

届出医療機関数（上段：病院数/下段：診療所数）

	平成18年	平成19年	平成20年
在宅療養支援病院	—	—	7
在宅療養支援診療所	9,434	10,477	11,450

新

3 在宅における透析医療や人工呼吸を行っている患者の処置については、在宅療養指導管理料において評価している。

C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	3,800点
C102-2	在宅血液透析指導管理料	3,800点
C107	在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点

社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
在宅自己腹膜灌流指導管理料	9,256	9,256	6,517	6,517
在宅血液透析指導管理料	226	226	60	60
在宅人工呼吸指導管理料	12,985	12,985	12,357	12,357
在宅寝たきり患者処置指導管理料	23,692	23,692	31,922	31,922

(参考)

慢性透析患者数 282,622人

内訳

昼間透析	230,891人
夜間透析	42,365人
在宅血液透析	194人
腹膜透析	9,157人

わが国の慢性透析療法の現況 2008年12月31日現在（日本透析医学会）

4 後期高齢者等が多く生活する施設等に居住する患者に対して、医療関連職種が訪問診療等を行った場合についての評価を新設した。

新

C001 在宅患者訪問診療料 2 200 点 (1日につき)

[算定要件]

高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設(外部サービス利用型を含む)、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定する

社会医療診療行為別調査(各年6月審査分)

	平成 19 年		平成 20 年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
在宅患者訪問診療料 在宅療養中の患者	224,902	585,216	191,147	413,979
在宅患者訪問診療料 居住系施設入居者等			80,047	195,813

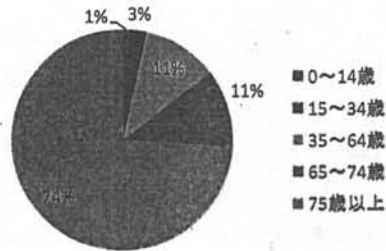
第4 論点

- 1 在宅療養支援診療所等における24時間対応体制や、入院機能を有する医療機関との連携等による緊急入院体制の確保や退院時の在宅移行支援等を行って患者のニーズに応え、在宅移行を推進する取組みについて、診療報酬上の評価をどう考えるか(参考資料 P10, 17, 18)。
- 2 質の高い在宅医療を提供するために、必要に応じて専門の医師と連携する取組や高度な在宅医療の取組みがより推進されるための診療報酬上の評価をどう考えるか(参考資料 P8, 11, 12)。
- 3 NICU 等から在宅に移行した患者を地域で支えるための診療報酬上の評価について、どう考えるか(参考資料 P13-15)。
- 4 同一の場所において、複数の患者を診察する場合の診療報酬上の取扱いについて、どう考えるか(参考資料 P16)。

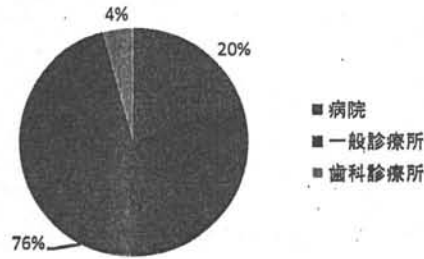
在宅医療に係る患者数

- 調査日に外来医療を受けた患者数 約709万2千人
- 調査日に在宅医療を受けた患者数 約6万5千人

在宅医療を受けた患者の年齢構成



在宅医療を受けている患者の施設の種類の構成割合

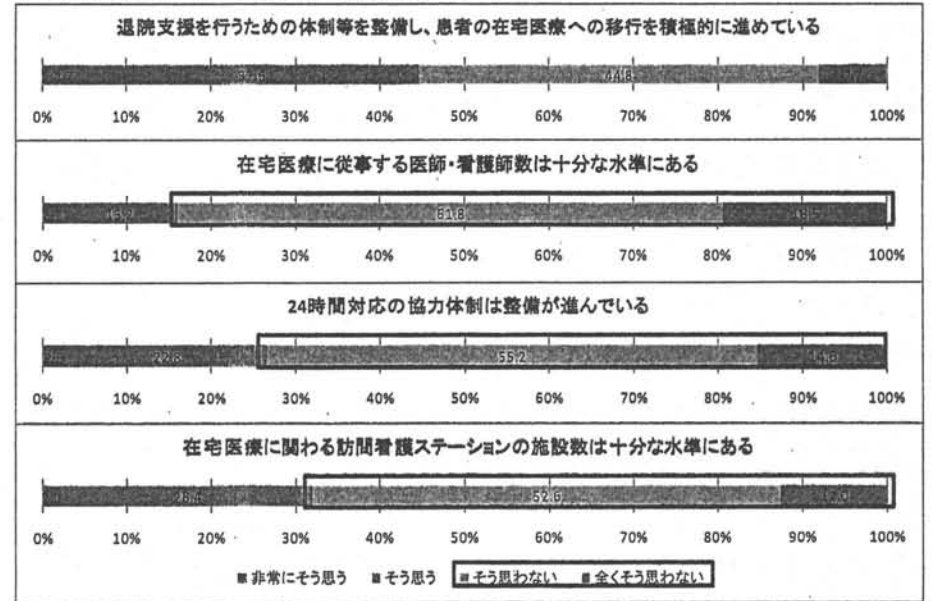


出典) 平成17年患者調査

4

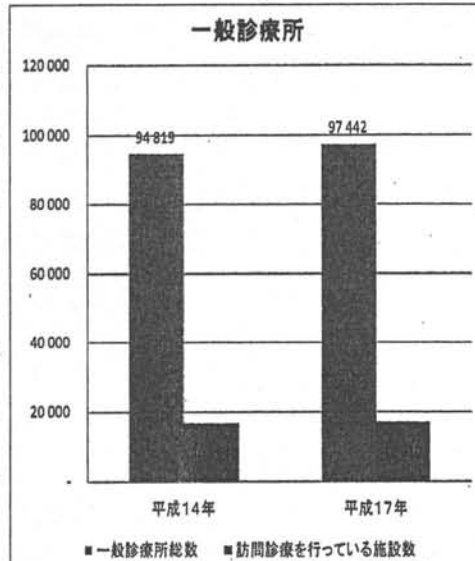
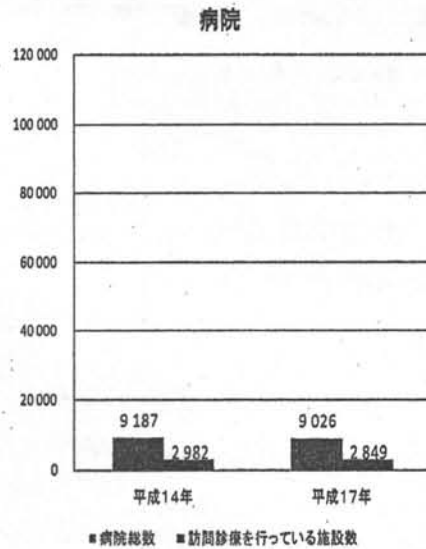
在宅医療の提供体制

○在宅医療を行う医療機関に対するアンケート調査



6

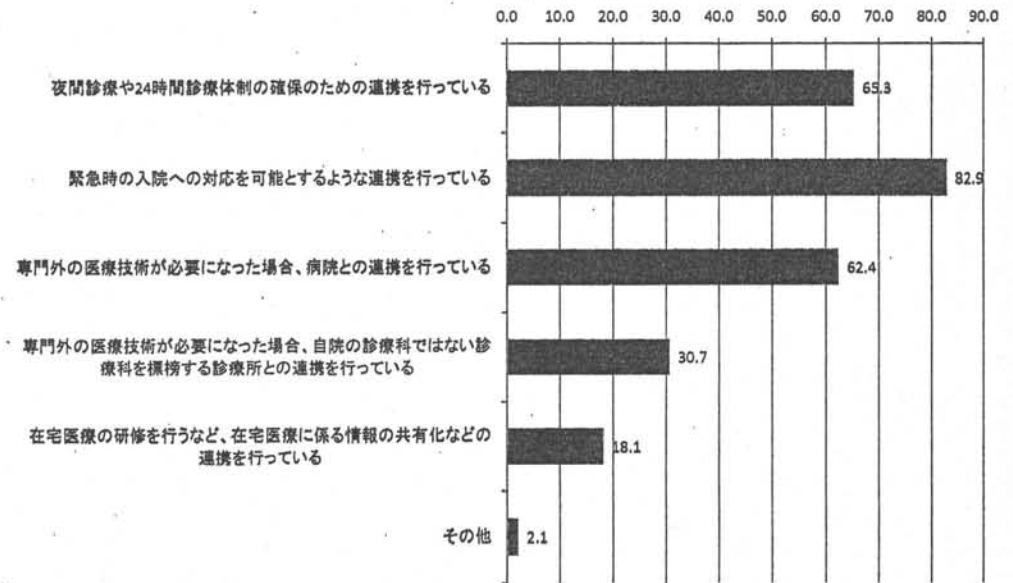
訪問診療を行っている施設数



出典) 医療施設調査

5

在宅医療の提供体制

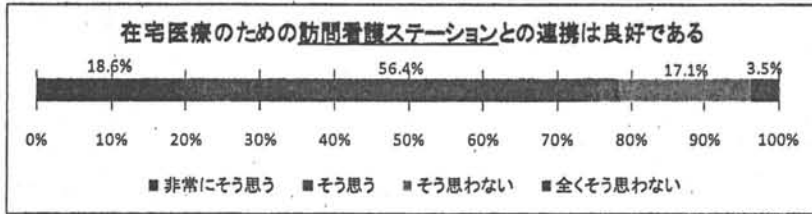
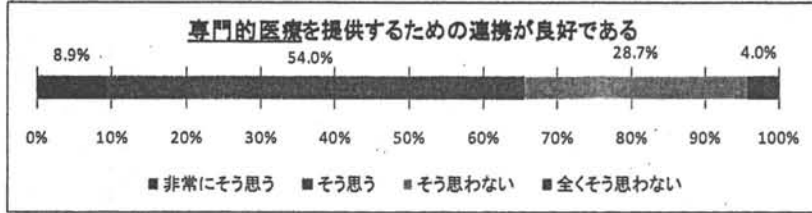
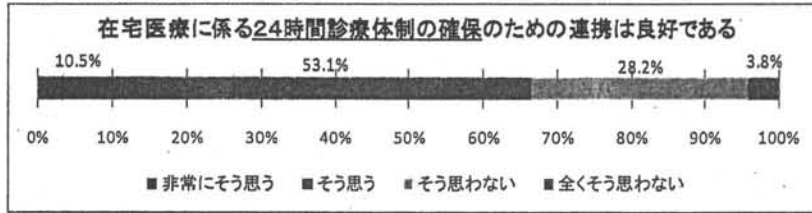


平成21年保険局医療課調べ

7

在宅医療における連携状況

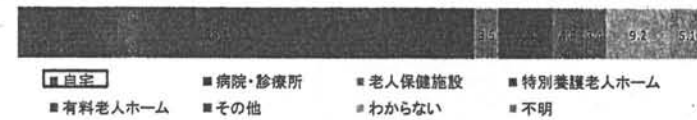
○在宅医療を行う医療機関に対するアンケート調査



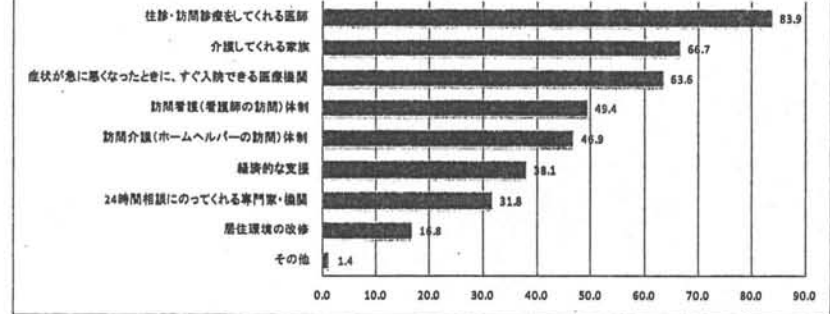
平成21年保険局医療課調べ

在宅医療に関する患者意識②

寝たきりに近い状態になった場合、どこで療養生活を送りたいか



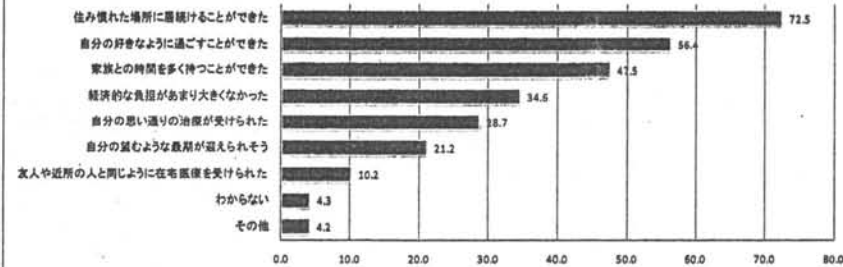
自宅で最後まで療養するために必要なこと



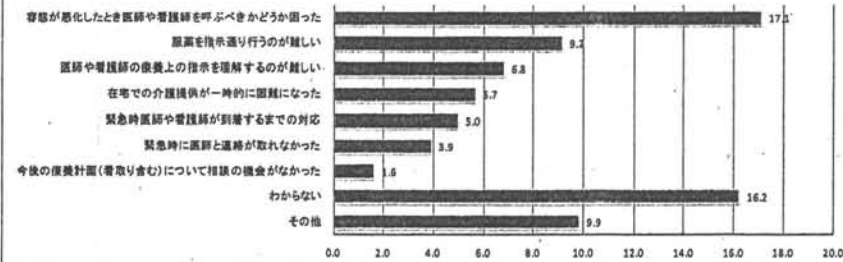
平成21年保険局医療課調べ

在宅医療に関する患者意識①

在宅医療における良かった点



在宅医療において困った点

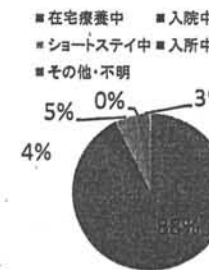


平成21年保険局医療課調べ

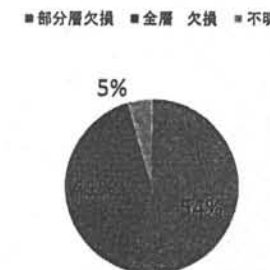
在宅療養者における褥瘡の実態

在宅療養患者における 褥瘡有病率 7.2% 発生率 4.5%
(病院、介護保険施設における有病率はそれぞれ2.5~5.2%、3%と比べて高い。)

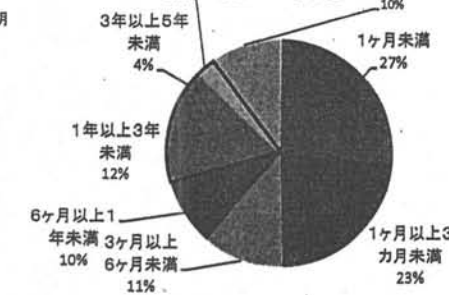
発生場所



深達度



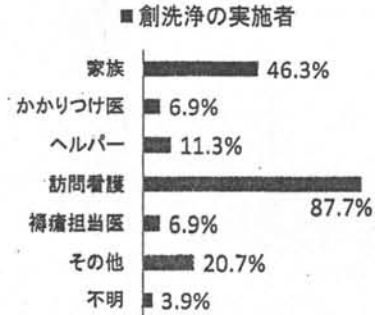
発生時期



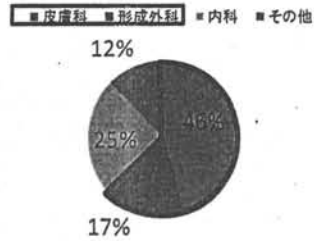
- 在宅療養患者の褥瘡のうち約90%は在宅療養中に発生
- 褥瘡のうち皮下組織まで達している深い褥瘡(全層欠損)は41%
- 発生から1年以上経過している褥瘡が18.6%である。

在宅療養者における褥瘡管理

深い褥瘡の局所管理



深い褥瘡 褥瘡担当医の診療科



- ・深い褥瘡管理においても家族、ヘルパーが実施しているものが46.3%、11.3%である。
- ・褥瘡担当医のうち約6.5割は皮膚科又は形成外科であった。

【皮膚科医師の早期介入】

皮膚科専門医の介入群(皮膚科医が往診)と非介入群(主に内科医の往診)とで比較したところ、介入群で褥瘡がより改善した。(DESIGN総点*の減少)

*DESIGNは褥瘡の深さ、浸出液、サイズ等をもって、褥瘡の状態を示す指標

平成19年老人保健健康増進等事業報告書
「在宅褥瘡ハイリスク患者ケア体制確立のための在宅版褥瘡予防・治療ガイドラインの策定・普及に関するモデル事業」日本褥瘡学会より作成

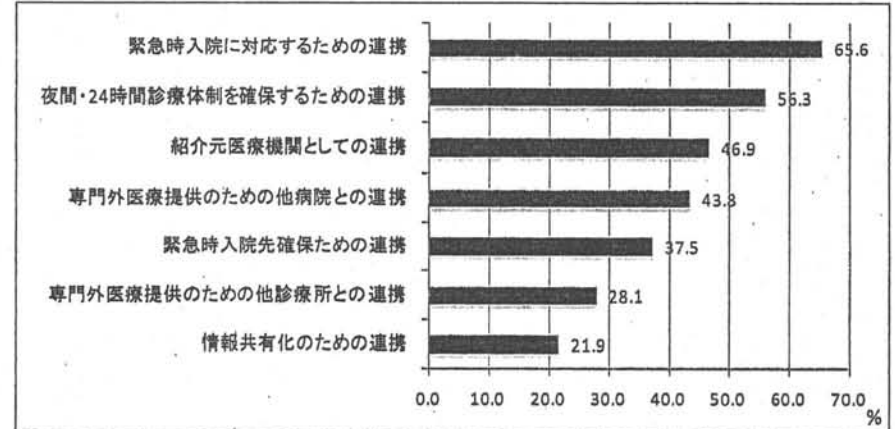
12

平成21年保険局医療課調べ

14

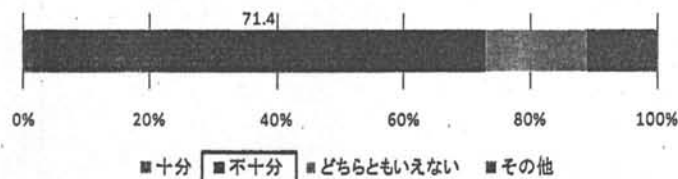
小児在宅医療における連携体制

○小児在宅医療を提供する医療機関がとっている連携について

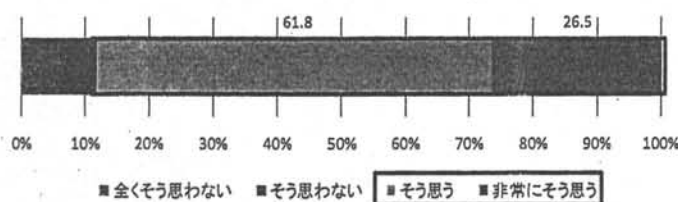


小児在宅医療の提供状況

小児在宅医療の充足状況



現在の提供できている以上に小児在宅医療のニーズがあるか

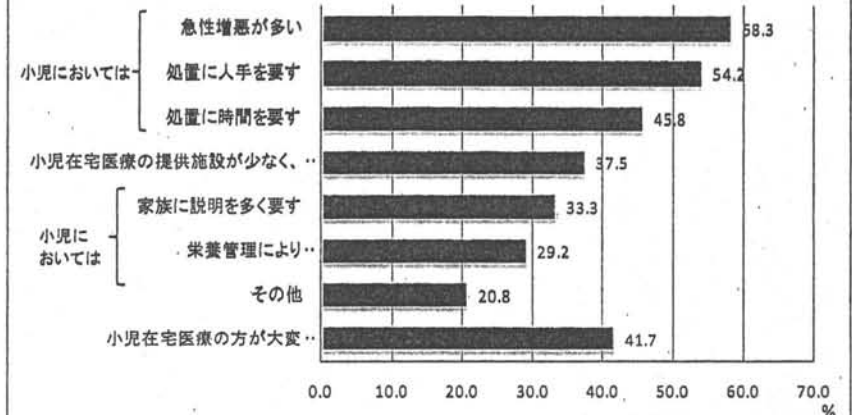


平成21年保険局医療課調べ

13

在宅医療を行う医療機関の約6割が小児の方が成人に対する在宅医療より困難な点があると回答

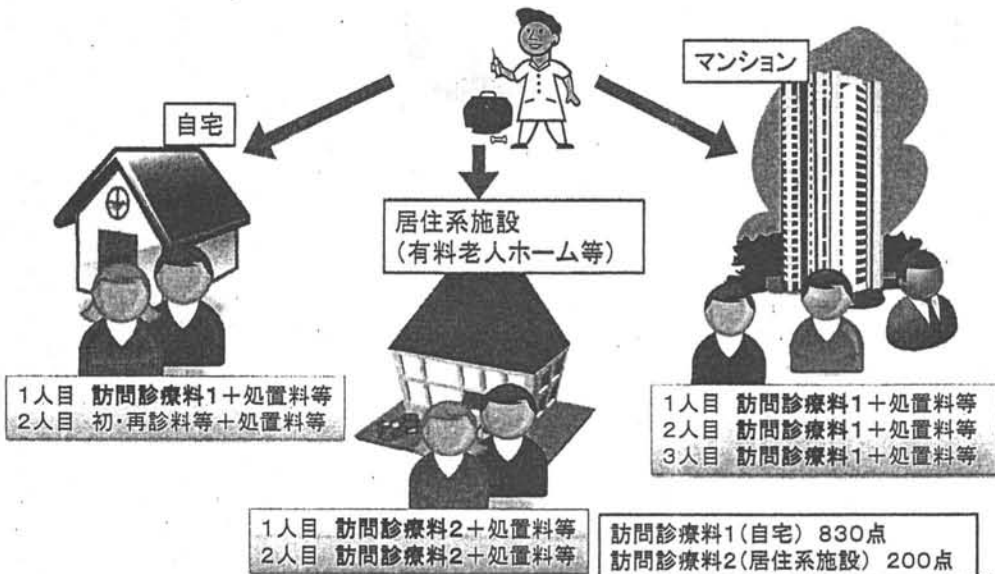
在宅医療における小児と成人の相違点



平成21年保険局医療課調べ

15

在宅患者訪問診療料(イメージ)



16

在宅療養支援診療所について

「在宅療養支援診療所」

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築

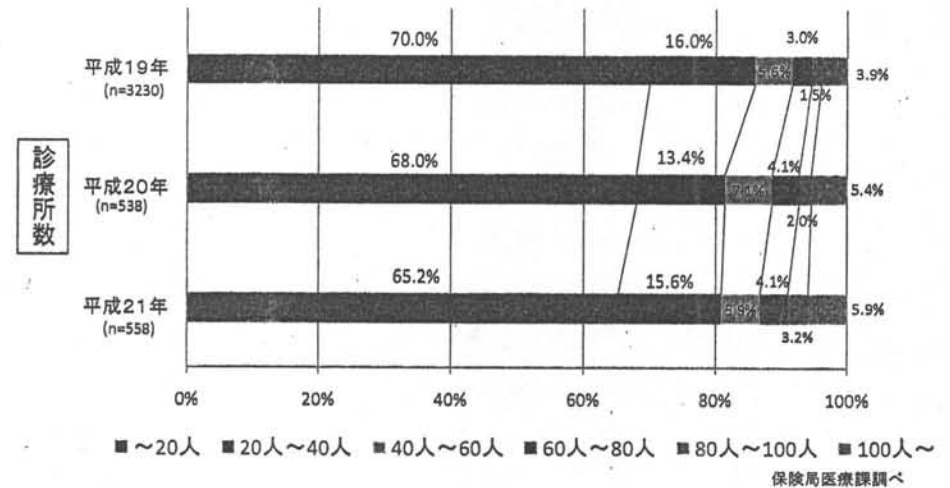
在宅医療に係る評価の充実

「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

- 入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- 在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- 在宅におけるターミナルケアに係る評価
- 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価

17

在宅患者の受け持ち数別にみる在宅療養支援診療所数割合



在宅療養支援診療所1施設当たりの在宅患者数は増加傾向にある。

18

訪問看護の推進

第1 訪問看護について

1 質の高い医療を効率的に提供するために、医療機能の分化・連携の推進が求められている。超高齢社会を迎え、地域で支える医療として在宅医療の推進が必要であり、そのなかでも訪問看護の担う役割は大きい。

第2 現状と課題

- 1 訪問看護ステーションによる訪問看護は、対象者の違いにより医療保険と介護保険の2つの制度に基づき行われている。そのため、同じようなサービスを提供していても、その算定要件や点数(単位)などが異なり、患者にとって分かりにくいとの指摘がある。(参考資料 P1~7)
- 2 近年、訪問看護ステーション数は横ばいであり、看護師等の従事者数は微増している。さらに、医療機器などを装着し、在宅療養を行う者が増えていると考えられ、利用者数も微増している。(参考資料 P8~11)また、訪問看護ステーション未設置の市町村も存在し、かつ小規模な訪問看護ステーションが未だに多い現状がある。(参考資料 P12~15)
- 3 医療保険による訪問看護においては、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要しており、訪問看護の充実を図る観点から複数名による対応等が必要な場合もある。(参考資料 P16~21)
- 4 また、NICU等を退院した重症児が安心して在宅療養できるよう、地域におけるサービスの充実が求められている。これらの重症児への訪問看護については、乳幼児の特徴を踏まえた吸引や経管栄養等の医療処置に加え、両親の支援といった看護ケアが必要となる。(参考資料 P22~24)

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

- 1 訪問看護ステーションが訪問看護計画書や訪問看護報告書を主治医に提出し、必要に応じて主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合等の評価として訪問看護管理療養費を設けている。

訪問看護管理療養費(1月に12日までを限度とする。)

イ 月の初日の訪問の場合	7,050 円
ロ 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	2,900 円

- 2 気管カニューレを使用している状態にある者や在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理等を受けている状態にある者など、特別な管理を必要とする利用者に対し、計画的な管理を行い、かつ1月に4日以上以上の訪問看護を行った場合に評価を行っている。

重症者管理加算(月1回) 2,500 円/5,000 円*(訪問看護療養費)
在宅移行管理加算(月1回) 250 点/ 500 点*(在宅患者訪問看護・指導料/居住系施設入居者等訪問看護・指導料)
*重症度等が高い場合

(算定回数)

		平成 19 年		平成 21 年(速報値)	
重症者管理加算 ^(注1) (月1回)	2,500 円	7,872	(11.1%)*	8,024	(9.7%)*
	5,000 円	8,792	(12.4%)*	11,734	(14.2%)*

		平成 19 年		平成 20 年	
在宅移行管理加算 ^(注2) (月1回)	250 点	-		-	
	500 点	-		-	

(注1) 保険局医療課調べによる。(6月審査分)

(注2) 社会医療診療行為別調査による。「-」は計数の無い場合を示す。

*全件数に占める割合

3 平成 21 年度介護報酬改定においては、複数名訪問の評価が新設され、ターミナルケア加算及び特別管理加算の要件緩和等の見直しが行われた。

【参考：介護報酬】

【指定居宅サービス介護給付費：訪問看護費】			
複数名訪問加算	30分未満	254単位/回、	30分以上 402単位/回
改定前		平成 21 年改定後	
ターミナルケア加算	1,200 単位	ターミナルケア加算	2,000 単位
		死亡日前 14 日以内に 2 回以上ターミナルケアを実施していること（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）を追加	
特別管理加算	250 単位	特別管理加算	250 単位
		対象となる状態に <u>重度の褥瘡</u> を追加	

4 平成 20 年度診療報酬改定においては、24 時間緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合の評価や、人工呼吸器を使用している状態にある者への訪問看護が2時間を超える場合の評価を新設した。

24 時間対応体制加算(月 1 回)	5,400 円(訪問看護療養費)	新
長時間訪問看護加算(週 1 回)	5,200 円(訪問看護療養費)	
長時間訪問看護・指導加算(週 1 回)	520 点(在宅患者訪問看護・指導料/居住系施設入居者等訪問看護・指導料)	

(算定回数)

	平成 19 年	平成 21 年(速報値)
24 時間連絡体制加算 ^(注1) (月 1 回)	43,134 (60.8%)*	5,184 (6.3%)*
24 時間対応体制加算 ^(注1) (月 1 回)		46,050 (55.9%)*
長時間訪問看護加算 ^(注1) (週 1 回)		890 (1.1%)*
	平成 19 年	平成 20 年
長時間訪問看護・指導加算 ^(注2)		176 (0.6%)*

(注1) 保険局医療課調べによる。(6 月審査分)

(注2) 社会医療診療行為別調査による。

* 全件数に占める割合

** 在宅患者訪問看護・指導料の全件数に占める割合

第4 論点

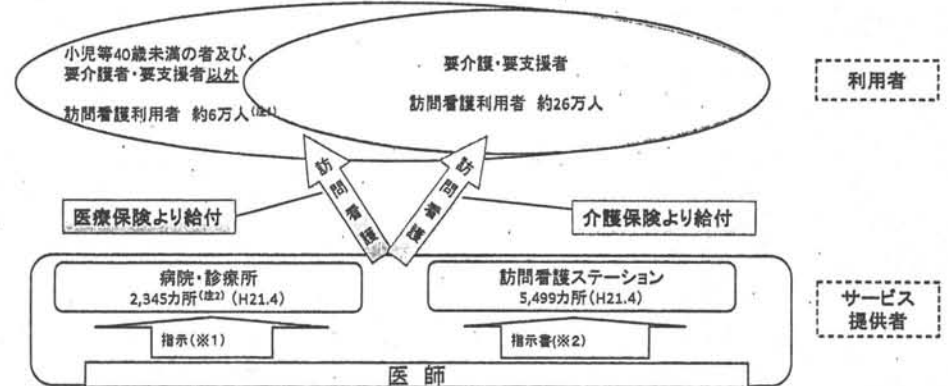
- 1 医療保険と介護保険の制度の違いによる要件等の相違をどのように考えるか。(参考資料 P2~5)
- 2 患者のニーズにより対応するため、訪問看護ステーション同士の連携による訪問看護をどのように考えるか。(参考資料 P12~15)
- 3 医療処置等の多い利用者や重症児への訪問看護についてどのように考えるか。(参考資料 P19~P24)

訪問看護とは

- 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。
- 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。

参考資料

訪問看護



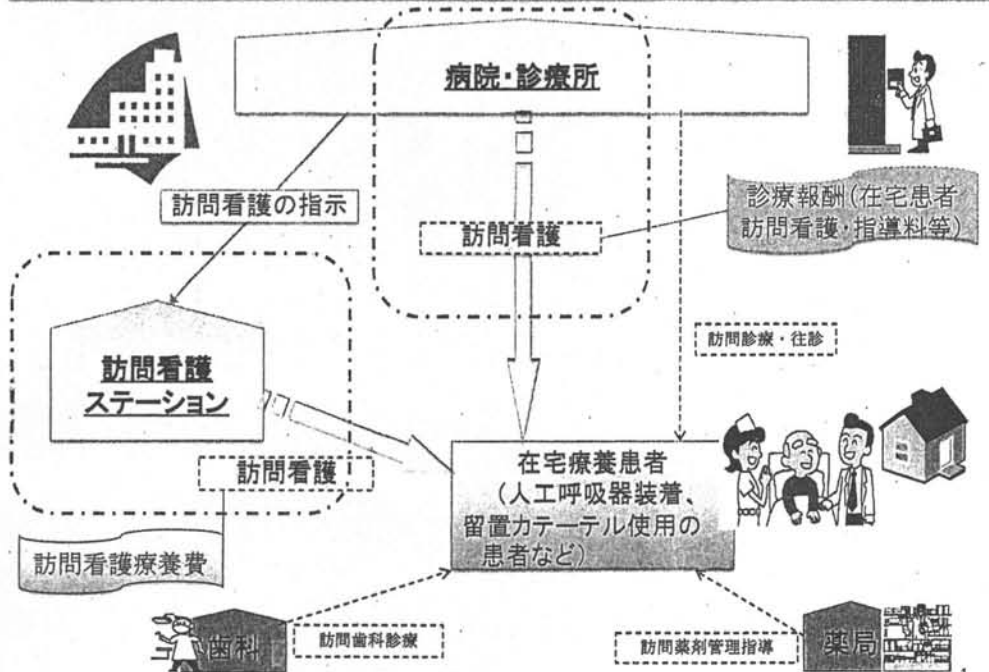
(※1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定
 (※2) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(出典)介護給付費実態調査(平成21年4月調査分)

(注1)H19年介護サービス施設事業所調査(ただし、医療機関からの訪問看護の利用者を含まない。)

(注2)医療保険のみの訪問看護実施施設は含まない。

在宅医療における訪問看護の位置づけ(イメージ)



訪問看護におけるターミナルケアに係る加算の推移

	平成12年	平成14年	平成15年	平成16年	平成18年	平成20年	平成21年
介護保険							
改定	●	-	●	-	●	-	●
点数	訪問看護ステーション 1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	2,000単位
医療機関	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	1,200単位	2,000単位
要件	①在宅で死亡した利用者(*1) ②死亡前24時間以内にターミナルケアを実施	○	○	○	○	○	○
	死亡月の前月以前の月に当該利用者に対する訪問看護を実施	○	○	○	-	-	-
	死亡日14日以内に2回以上ターミナルケアを実施(*2)	-	-	-	-	-	○
医療保険							
改定	●	●	-	●	●	●	-
点数	訪問看護ステーション 12,000円	12,000円	12,000円	12,000円	15,000円	12,000円	20,000円
医療機関	1,200点	1,200点	1,200点	1,200点	1,500点	1,200点	2,000点
要件	①在宅で死亡した患者 ②死亡前24時間以内にターミナルケアを実施	○	○	○	○	○	-
	1ヶ月以上訪問看護を実施	○	○	○	○	-	-
	死亡日14日以内に2回以上訪問看護を実施	-	-	-	-	○	○
	訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケア実施(*3)	-	-	-	-	-	○

(*1)介護保険では、平成18年から、ターミナルケアを実施中に死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等についても、ターミナルケア加算を算定することができる。

(*2)ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。

(*3)介護保険では、平成12年から当該要件あり。

医療保険・介護保険の訪問看護の対象者

医療保険

居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者

回数制限のある対象者 (週3日以内)	(40歳未満の者) (40歳以上の要支援者・要介護者でない者)
回数制限のない対象者(週4日以上)	
厚生労働大臣が定める疾病等の患者	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(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))
	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイドレーガー症候群)
	プリオン病
	亜急性硬化性全脳炎
後天性免疫不全症候群	
顎関節症	
人工呼吸器を装着している患者	

病状の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者※(14日間を限度とし、月1回まで)

※厚生労働大臣が定める以下の状態にある者は月2回まで

- ・気管カニューレを使用している
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある

介護保険

居宅要支援者・要介護者(末期の悪性腫瘍、その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者(左記)、急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く)

特定疾病の居宅要支援者・要介護者(40歳以上65歳未満)

特定疾病

- がん(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状態に至ったと判断したものに限る。)
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 初老期における認知症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

医療保険と介護保険の訪問看護の報酬体系

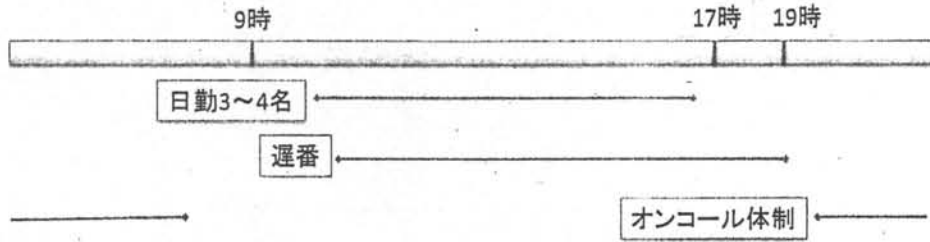
	医療保険	介護保険
報酬設定の方法	1日単位で訪問回数にかかわらず設定	時間単位で訪問回数に応じて設定(ただし、支給限度額あり)
報酬構造	<p>【訪問看護ステーション】</p> <p>訪問看護基本療養費 (週3日まで) 5,550 円 (週4日以降) 6,550 円</p> <p>※准看護師の場合は、基本療養費-500円、在宅患者訪問看護指導料-50点</p> <p>訪問看護基本療養費 (Ⅱ) 1回1-3時間 1,600 円 延長(1時間) 400 円</p> <p>※精神障害を有する者であって、障害福祉サービスを行う施設等に入所している複数の者</p> <p>訪問看護基本療養費 (週3日まで) 4,300 円 (週4日以降) 5,300 円</p> <p>※居住系施設入居者等に対して訪問看護を行う場合(准看護師の場合は、基本療養費-500円、居住系施設入居者等訪問看護指導料-50点)</p> <p>+</p> <p>訪問看護管理療養費 (月の担当) 7,050 円 (10-10日) 2,900 円</p>	<p>【訪問看護ステーション】</p> <p>訪問看護費 (20分未満) 285 単位 (30分未満) 425 単位 (60分未満) 830 単位 (90分未満) 1,198 単位</p> <p>※准看護師の場合は、所定単位90/100算定</p>
本体部分	<p>【医療機関】</p> <p>在宅患者訪問看護 (週3日まで) 555 点 (週4日以降) 655 点</p> <p>居住系施設入居者等 (週3日まで) 430 点 (週4日以降) 530 点</p>	<p>【医療機関】</p> <p>在宅患者訪問看護 (週3日まで) 230 単位 (週4日以降) 343 単位 (90分未満) 550 単位 (90分未満) 845 単位</p>
加算部分	<p>特別地域訪問看護加算(基本療養費に50/100加算)</p> <p>緊急訪問看護加算 (1日につき) 2,650 円</p> <p>難病等複数回訪問加算 (2回) 4,500 円 (3回以上) 8,000 円</p> <p>長時間訪問看護加算 (週1回) 5,200 円</p> <p>24時間対応体制加算 (1月につき) 5,400 円</p> <p>24時間連絡体制加算 (1月につき) 2,500 円</p> <p>重症者管理加算 (1月につき) 2,500 円 (重症度等の高いもの) 5,000 円</p> <p>退院時共同指導加算 (退院後1回) 8,000 円</p> <p>退院支援指導加算 (退院後1回) 6,000 円</p> <p>在宅患者連携指導加算 (1月につき) 3,000 円</p> <p>在宅患者緊急時等ケア加算(月2回まで) 2,000 円</p> <p>後期高齢者終末期相談支援療養費(1回) 2,000 円</p> <p>訪問看護ターミナルケア療養費 20,000 円</p> <p>訪問看護情報提供療養費 (1月につき) 1,500 円</p>	<p>夜間・早朝加算 (訪問看護費に25/100加算)</p> <p>深夜加算 (訪問看護費に50/100加算)</p> <p>特別地域訪問看護加算 (1回につき15/100加算)※</p> <p>中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(1回につき5/100加算)※</p> <p>中山間地域等における小規模事業所加算 (1回につき10/100加算)※</p> <p>※支給限度額に含めない</p> <p>長時間訪問看護加算 (1回につき) 300 単位</p> <p>緊急時訪問看護加算 (1月につき) 540 単位</p> <p>特別管理加算 (1月につき) 250 単位</p> <p>複数回訪問加算 30分未満 (1回につき) 254 単位 30分以上 (1回につき) 402 単位</p> <p>ターミナルケア加算 2,000 単位※</p> <p>サービス提供体制強化加算 (1回につき) 6 単位</p>

・赤字は平成20年度診療報酬改定により新設または改正された項目。

・青字は平成21年度介護報酬改定により新設または改正された項目。

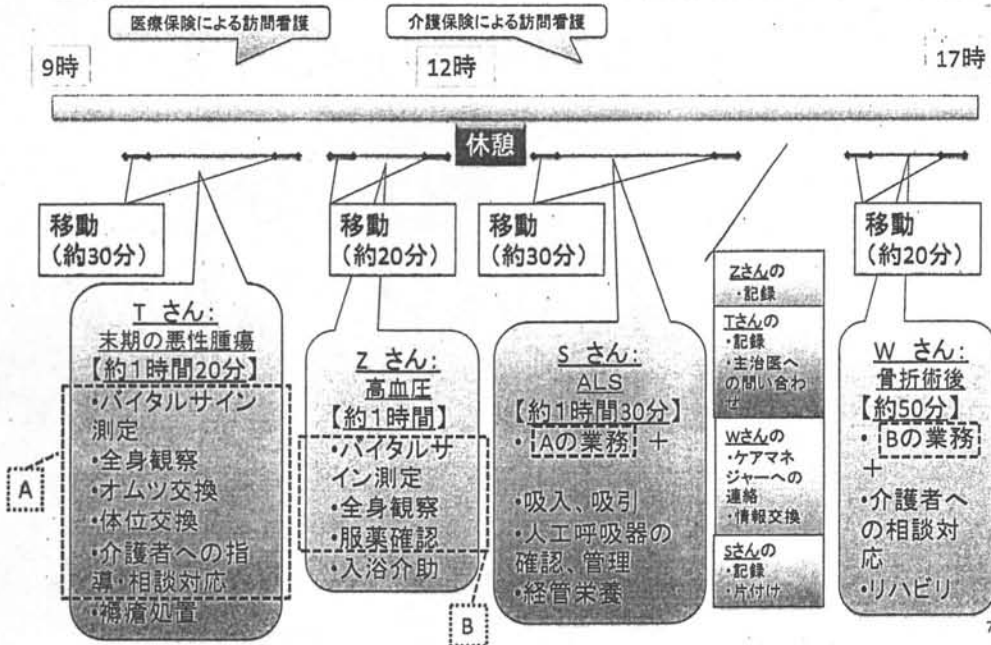
訪問看護ステーションの業務時間(例)

営業日: 月曜日～金曜日(時間外と土・日・祝日の場合はその他利用料の徴収)
 営業時間: 9時～17時
 従業者数(常勤・非常勤含む): 看護師4人、准看護師1名
 利用者: 約70名(介護保険55名、医療保険15名)、1日訪問看護回数 約15～20回
 届出している加算: 24時間対応体制加算、重症者管理加算

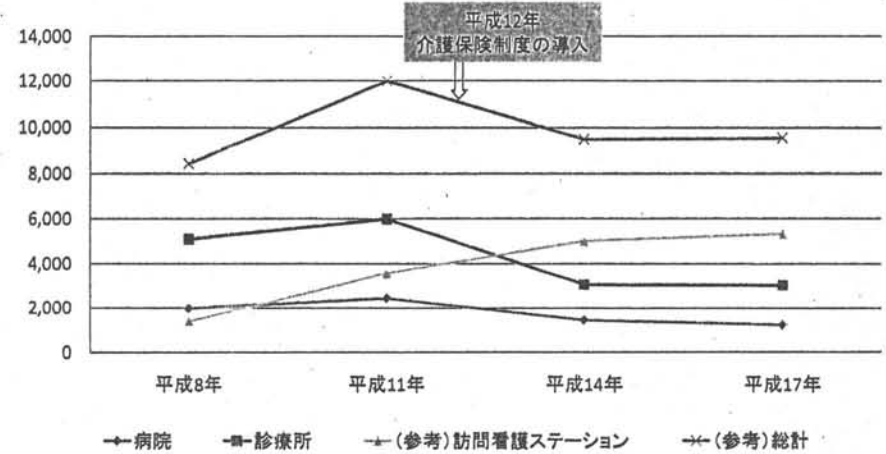


- 1人の看護職員が1日3～5件程度の訪問看護を実施
- 土・日・祝日は担当者を決め、利用者の必要に応じて対応
- 変則勤務により、夕方から夜間の訪問看護サービスを提供
- 夜間については、オンコール体制で対応(電話相談、必要時に訪問看護を実施)

訪問看護ステーションのA看護師の1日(例)



在宅患者訪問看護・指導の実施施設(医療機関)数と訪問看護ステーション数の推移

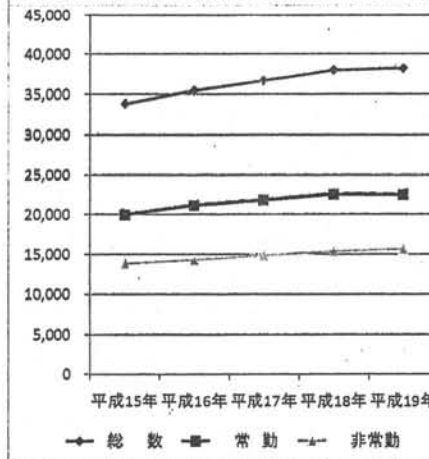


- 訪問看護を行う医療機関数は、近年、ほぼ横ばいから減少傾向
- 介護保険制度の導入により訪問看護ステーション数は増加したが、近年、ほぼ横ばい

出典: 医療機関数については、医療施設調査による
 訪問看護ステーション数については、平成11年までは訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査による

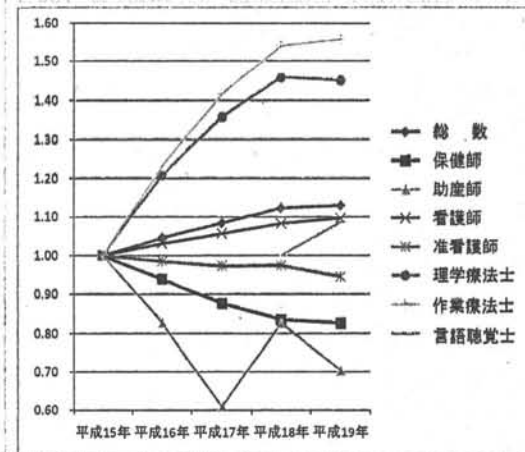
訪問看護ステーションの従事者の推移

訪問看護ステーションの従事者数の年次推移



職種別の訪問看護ステーションの従事者数※伸び

(平成15年の値を1とした場合(言語聴覚士を除く))

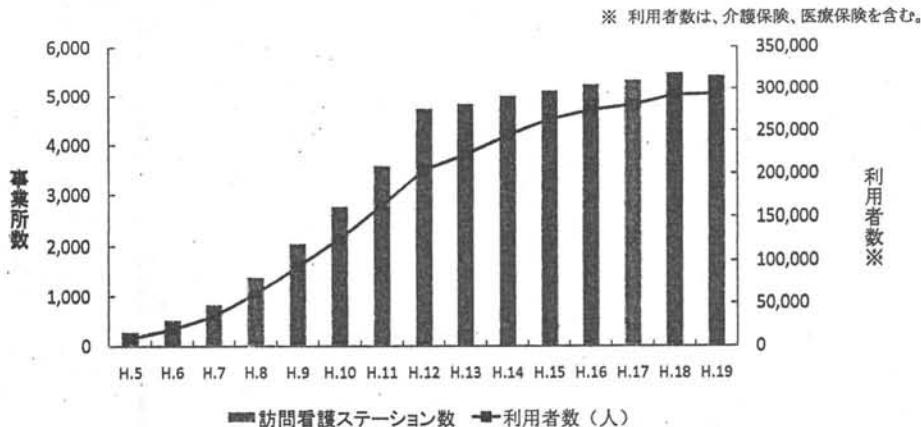


- 従事者数は微増傾向
- 理学療法士、作業療法士数の増加が著しい

※その他の職員数は含まない。平成18年以降は言語聴覚士を含む。

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数と利用者数※の推移



○「ゴールドプラン21」(平成11年12月19日)では、平成16年度の訪問看護見込量より訪問看護ステーション数は9,900か所と見込まれていた。
○しかし、訪問看護ステーション数の推移は、ほぼ横ばいで、利用者数は近年微増傾向にとどまっている。

出典：平成11年までは訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査

訪問看護事業所の設置状況

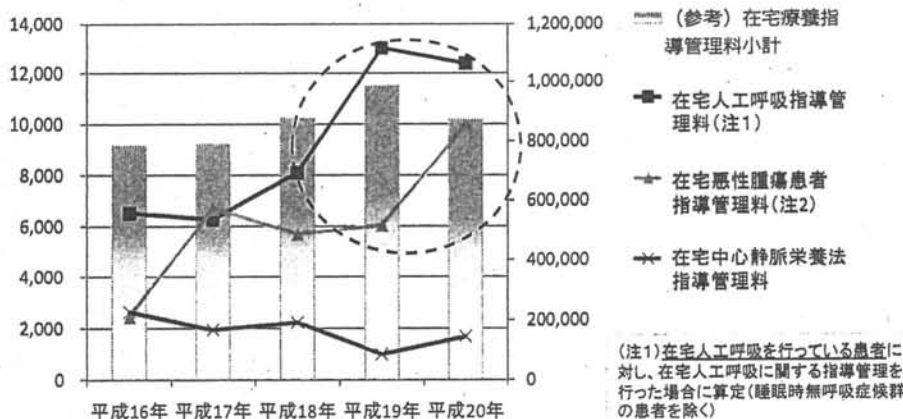
市町村の規模	市町村数	訪問看護ステーションが無い市町村数(%)
人口3,000人未満	113市町村	110市町村(97.3%)
人口3,000人以上1万人未満	379市町村	286市町村(75.5%)
人口1万人以上5万人未満	495市町村	170市町村(34.3%)
人口5万人以上10万人未満	540市町村	41市町村(7.6%)
人口10万人以上50万人未満	250市町村	4市町村(1.6%)
人口50万人以上	33市町村	0市町村(0.0%)

(2008年11月現在：全市町村数1,810)

- 人口規模が小さい市町村ほど、訪問看護ステーションの設置数が少ない
- 未設置の市町村数は611(33.8%)

出典：訪問看護の安定的提供体制のあり方に関する研究報告書、医療経済研究機構、平成21年3月

在宅療養指導管理料の算定回数の推移



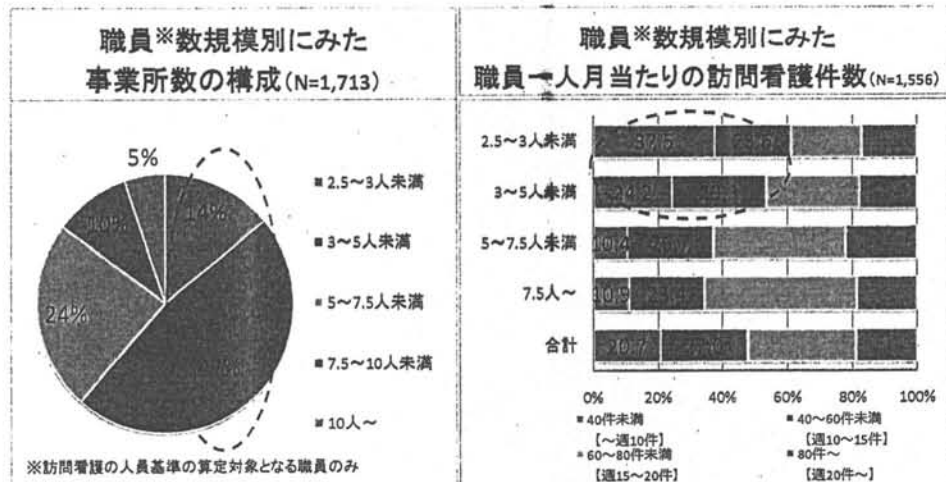
○在宅で医療機器などを装着し、在宅療養を行う者が増えていると推察できる。

(注1)在宅人工呼吸を行っている患者に対し、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定(睡眠時無呼吸症候群の患者を除く)

(注2)在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対し指導管理を行った場合に算定(輸液ポンプ等を用いて鎮痛剤注入又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なもの)

出典：社会医療診療行為別調査(各年6月審査分)

訪問看護ステーションの規模別状況①



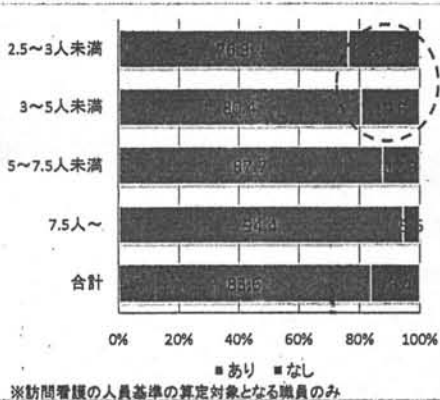
○5人未満の小規模なステーションが約65%を占めている。

○小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

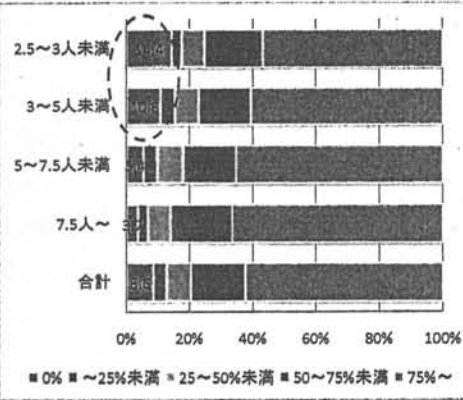
出典：訪問看護事業所の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業、日本看護協会、平成21年3月をもとに作成

訪問看護ステーションの規模別状況②

職員※数規模別に見た
24時間対応体制の有無(N=1,696)



職員※数規模別に見た
24時間連絡体制加算算定利用者数の
医療保険利用者に占める割合(N=1,082)



○小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。

出典:訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業、日本看護協会、平成21年3月をもとに作成

【参考】同一月に訪問看護が可能な 訪問看護ステーションの数

①週3回以内及び特別訪問看護指示書による訪問看護の利用者の場合:
訪問看護ステーションは1カ所

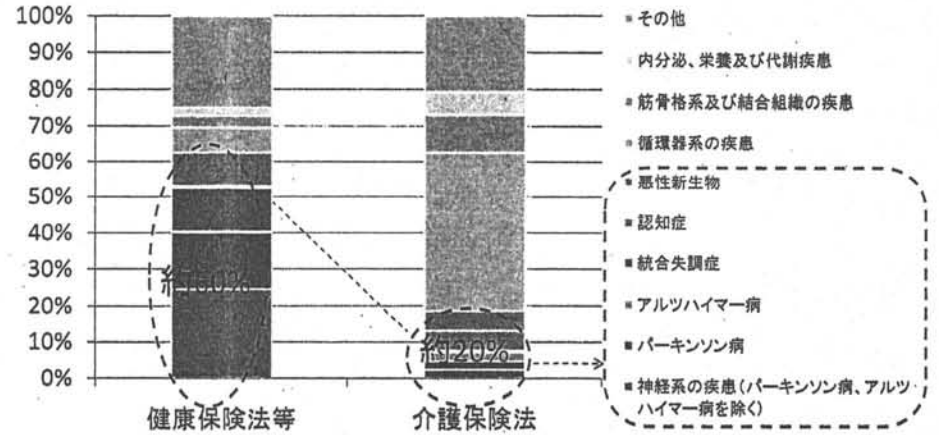


②末期の悪性腫瘍、神経難病等、週4回以上の訪問看護の利用者の場合:
訪問看護ステーションは2カ所



◆介護保険制度の支給限度枠内において、訪問看護ステーション数の制限はないが、緊急時訪問看護加算等は利用者1人につき1カ所の訪問看護ステーションしか算定できない。

医療保険の傷病分類別 訪問看護ステーション利用者数の割合

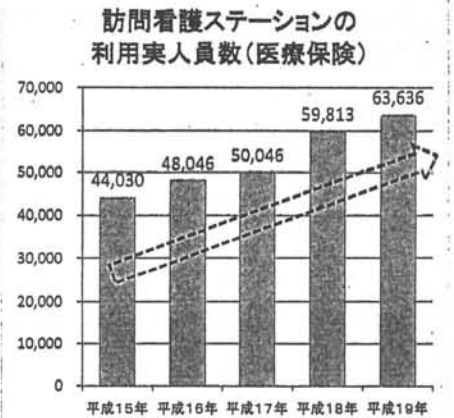
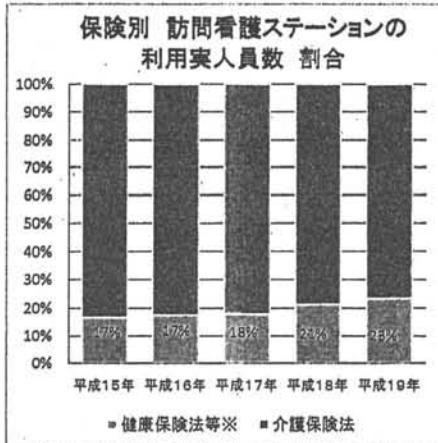


※「健康保険法等」の利用者は、介護保険法の支払いがなく、老人保健法及びそれ以外の政府管掌健康保険等の医療保険、公費負担医療等の支払いがあった者であり、以下「医療保険」とする。

○医療保険の訪問看護では、神経系の疾患、統合失調症、悪性新生物の割合で約60%で、介護保険利用者とはその疾病が異なる。

出典:平成19年 介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーションにおける 医療保険の訪問看護利用者数

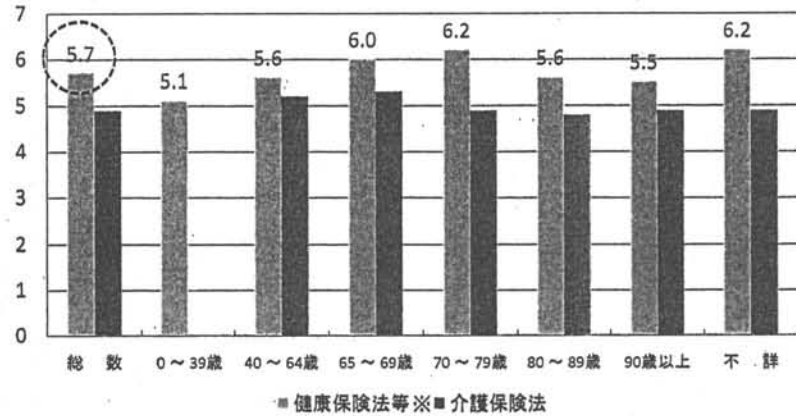


※「健康保険法等」の利用者は、介護保険法の支払いがなく、老人保健法及びそれ以外の政府管掌健康保険等の医療保険、公費負担医療等の支払いがあった者であり、以下「医療保険」とする。

○医療保険の訪問看護の利用者の割合は約2割程度
○医療保険からの訪問看護を受ける利用者数は増加傾向

出典:平成19年 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人あたりの1ヶ月の平均訪問回数

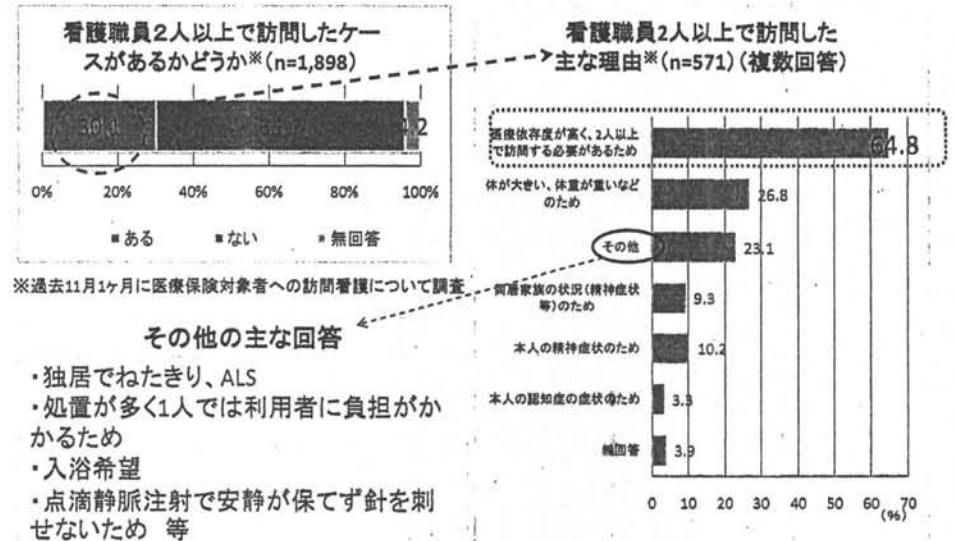


※「健康保険法等」の利用者は、介護保険法の支払いがなく、老人保健法及びそれ以外の政府管掌健康保険等の医療保険、公費負担医療等の支払いがあった者であり、以下「医療保険」とする。

○ 医療保険の訪問看護のほうがいずれの年齢区分においても訪問回数が多い。

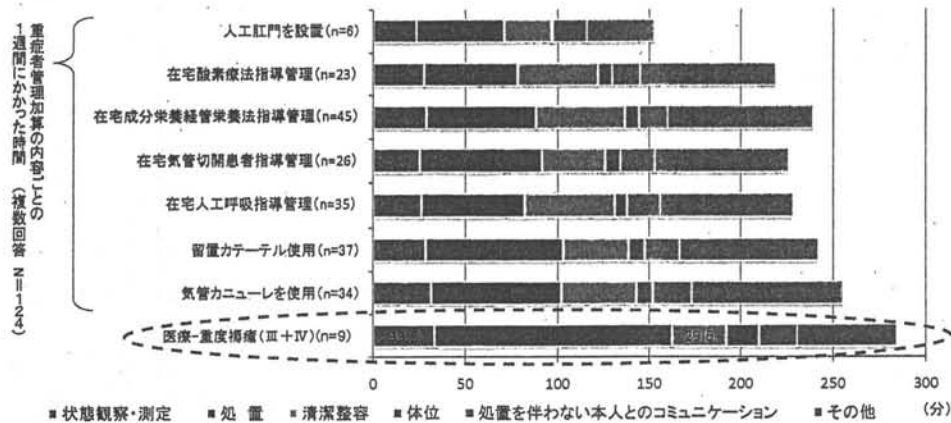
18
出典：平成19年 介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーションからの看護職員2人以上での訪問看護



20
出典：訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討 平成18年度 報告書、全国訪問看護事業協会、平成19年3月

重症者管理加算の利用者の対象項目別のケア時間と重度褥瘡のケア時間の比較



○ 重度褥瘡に係る処置等のケア時間は、すでに重症者管理加算で評価されている状態の患者のケア時間よりも長くなっている。

出典：訪問看護ステーションに係るコスト調査研究報告書、国民健康保険中央会、平成17年3月

複数名の訪問看護について

○ 訪問看護ステーションの約30%は、医療依存度が高い、利用者の身体が大きい、体重が重い、認知症の症状のため等の理由により、看護職員2人以上で訪問をしている

出典：訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討 平成18年度 報告書、全国訪問看護事業協会、平成19年3月

【参考】平成21年度介護報酬改定における評価

複数名訪問の評価

○ 同時に複数の職員が1人の利用者に対して訪問看護を行った場合について評価を行う。

・ 複数名訪問加算(新規) → 30分未満 254単位/回、30分以上 402単位/回

<算定要件>

同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合

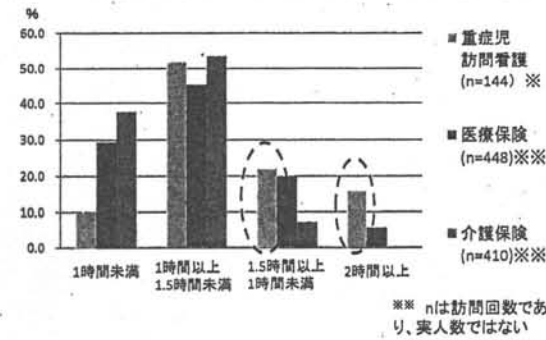
- ① 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合
- ② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③ その他利用者の状況から判断して、①又は②に準ずると認められる場合

訪問看護ステーションからの重症児への訪問看護について

重症児訪問看護※

- 対象者:0歳から小学校就学始期に達するまでの重症心身障害児(2週間あたりの訪問状況)
- 平均年齢:3.2歳
- 病因:
「脳性まひ」22.7%
「染色体異常」11.0%
- 重症児スコア:
「超重症児」34.4%
「準超重症児」32.5%
- 平均滞在時間:81.0分

重症児訪問看護滞在時間
(参考:保険種別の1回当たり訪問時間との比較)

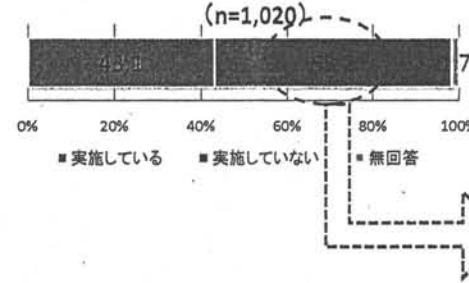


○ 医療保険では、1回の訪問看護時間が0.5~1.5時間を標準としているが、重症児では1時間未満の割合が低く、逆に1.5時間以上の割合が高い。

出典:※ 重症心身障害児の地域生活支援のあり方に関する調査研究事業報告書、日本訪問看護振興財団、平成21年3月
※※訪問看護事業の報酬体系のあり方に関する検討 報告書、全国訪問看護事業協会、平成20年3月

訪問看護ステーションにおける重症児・者への訪問看護の実施状況

重症児・者への訪問看護の実施状況 (n=1,020)



実施していない理由(複数回答) (n=563) (%)

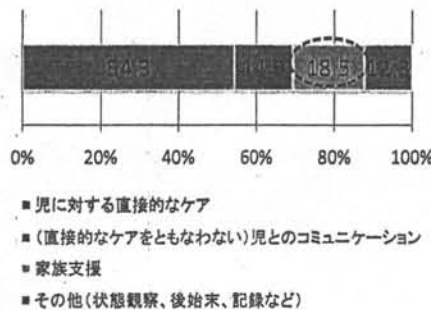
重症児への訪問看護の依頼がないため	84.5
重症児への訪問看護の経験がある職員がいないため	33.7
重症児への訪問看護の担当できる職員がいないため	25.2
スタッフが不足しているため	15.8
スタッフが抵抗感を持っているため	5.7
その他	3.9
無回答	1.2

○ 重症児の訪問看護については、訪問看護ステーションの事情により利用者のニーズに対応できない可能性がある。

出典:相談支援の機能強化を図るための調査研究事業-医療処置を必要としながら障害児・者のための- 報告書、全国訪問看護事業協会、平成21年3月

重症児訪問看護における家族支援

重症児訪問看護における滞在時間の内訳構成比 (n=131)
(1日あたりの訪問看護滞在時間は平均81.0分)



家族支援の具体的な実施内容 (主なもの) (n=131)

家族支援の具体的な実施内容(主なもの) (複数回答)	割合 (%)
話し相手・傾聴など	90.8
相談と助言(子どもへの対処法、育児不安など)	88.5
教育指導(育児や処置の方法など)	77.3

○ 重症児への訪問看護では、医療的なケアのみならず、家族の身近な存在として、心理的な面でも援助者としての役割も大きい。

出典:重症心身障害児の地域生活支援のあり方に関する調査研究事業報告書 平成21年3月、日本訪問看護振興財団

医療経済実態調査における個人医療機関の収益について

I) 示された平均収入は地域の医師たちの実感よりもかなり高い。

此の傾向は以前よりある。

I I) 考えられる原因として、結果的に高点数医療機関が多く回答しているのではないか。

「背景」：個人医療機関においては、医業収入が増加するに伴い煩雑化する経理処理を税理士や会計士に委託する。このような委託処理がされていれば実態調査に対し回答は容易。一方、医業収益の低い医療機関はこのような委託処理をしておらず、回答は大きな負担になる。
医療機関の法人化のメリットは診療報酬高点数の医療機関で大きく、法人医療機関も大半はこのような経理処理委託が行なわれている。

I I I) これらのバイアスの有無については以下の通り検証の方法はある。

1) 対象医療機関選定におけるバイアスの有無

対象医療機関の調査月のレセプト枚数を示す。：医療機関の総請求点数は概ねレセプト枚数に比例するので偏りの有無を検証できる。

2) 回答医療機関の特殊例の除外

開業医の中には、勤務医時代の高度医療技術を持ち開業後もそれを行なっている場合がある。この場合は一件あたり点数は高くなりそれによって総点数が高くなることがある。全体平均を押し上げるので、一般的ではないケースとして統計的处理により除外する必要がある。

これは、回答医療機関の総点数をレセプト数で除し、レセプト一枚あたりの点数を算出し、集団的個別指導に用いられている各診療科ごとのレセプト一枚あたり点数と比較すれば可能になる。

3) 回答医療機関の総請求点数とメディアス等の医療機関の平均点数との比較

(今回、年間データの収集があるので比較可能)

中医協・医療経済実態調査の分析

2009年11月5日

社団法人 日本医師会

目次

1	医療経済実態調査の問題点	1
1.1	調査手法について	1
1.2	経年比較を行うことの問題	5
2	カテゴリ別の損益状況	7
3	損益分岐点比率	14
4	1人当たり年間給与	17
4.1	経営リスクと給与	17
4.2	病院長（院長）の給与	19
4.3	職種別1人当たり年間給与	20
5	まとめ	24

1 医療経済実態調査の問題点

1.1 調査手法について

今回の医療経済実態調査は、大きくわけて3つの方法で収集・集計されている（表1-1）。

① 6月単月非定点調査

従来の手法で、6月1か月分だけを調査したものである。当該月に発生しない費用については、直近事業年（度）の値の12分の1を記入するので、損益状況を正確に表すものではない。また定点調査でもない。

集計は、「集計1」と「集計2」に分かれている。病院は「集計1」「集計2」の両方があるが、診療所は「集計2」だけである。したがって、病院と診療所の比較を行う際には、「集計2」を使用しなければならない。

「集計1」 医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計。すなわち介護収益がほとんどない医療機関。

「集計2」 調査に回答した全ての医療機関等の集計（有効回答施設の集計）

② 6月単月定点調査（定点観測的手法を用いた調査の試行結果）

上記①の調査から、前回・今回の両方に回答のあった施設を抽出し、定点比較を行ったものである。ただし、対象施設数が少ないという問題がある

③ 直近事業年（度）の調査（年間データ）

年間の状況を把握したものであり、今回調査から追加された。ただし、前回データがないので、経年比較は行えない。

このように、医療経済実態調査は、非定点が基本であり経年比較に適さなかった。また、6月単月の状況のみを把握しているため、信頼性にかける面もあった。そこで、日本医師会は、2008年の中医協において、決算データによって医療経営状態を把握することを提案した¹。その結果、決算データや定点観測の必要性について、おおむね了承を得られ、決算データ（直近事業年のデータ）についても調査することになった。

しかし、今回は直近1年間の調査であり、依然として経年比較を行えない。そこであらためて、診療報酬改定前年と改定年の2年分の決算データを調査することを提案する。

表1-1 医療経済実態調査の有効回答施設数

方法		一般病院		精神科病院		一般診療所	
		2007年6月	2009年6月	2007年6月	2009年6月	2007年6月	2009年6月
① 6月単月非定点	集計1	563	549	104	125	—	—
	集計2	851	790	110	127	1,155	1,047
② 6月単月定点	集計1	88	88	16	16	—	—
	集計2	—	—	—	—	—	—
③ 直近事業年(度)	集計1	—	549	—	125	—	—
	集計2	—	790	—	127	—	1,047

¹ 2008年10月22日、中医協総会提出資料。

2009年11月現在発表されているデータで、もっとも網羅的なものは、従来の6月単月非定点調査(①)であり、当面の分析にはこれを使わざるを得ない。

医業収益の伸び率は、6月単月非定点調査(①)では一般病院+14.5%、精神科病院+10.7%である(表1-2)。これに対し、定点調査のほうが経年比較上の信頼性は高いと考えられるが、医業収益の伸び率は、一般病院+7.0%、精神科病院+3.9%である。

このように、6月単月非定点調査(①)では、実際よりも医業収益が大きく、その結果、損益差額なども実態と乖離している可能性がある。

表1-2 医業収益の伸び率(2007年と2009年の比較)
—医療経済実態調査—

方法	一般病院	精神科病院
① 6月単月非定点(集計1/介護収益ほとんどなし)	14.5% (2009年6月 n=549) (2007年6月 n=563)	10.7% (2009年6月 n=125) (2007年6月 n=104)
② 6月単月定点(集計1/介護収益ほとんどなし)	7.0% (n=88)	3.9% (n=16)

また、一般診療所全体の医業収益の伸び率は+8.1%であるが、「一般診療所(その他)」の中に医業収益が2,891.0%伸びた施設がある(表1-3)。

当施設はたまたま再掲されていたが、ほかにもデータ全体に影響を与える極端な外れ値を示した施設がある可能性は否定できない。なお、医療経済実態調査では、個々のデータや分布は公表されていない。

表1-3 一般診療所の医業収益の伸び率-医療経済実態調査(8月単月非定点・集計2)-

	全体	個人	医療法人	その他	(再掲)入院収益なし	
					(再掲)入院収益なし	(再掲)有床
医業収益の伸び率	8.1%	0.4%	5.3%	53.9%	60.1%	2,891.0%
施設数(今回調査分)	1,047	510	512	25	23	1

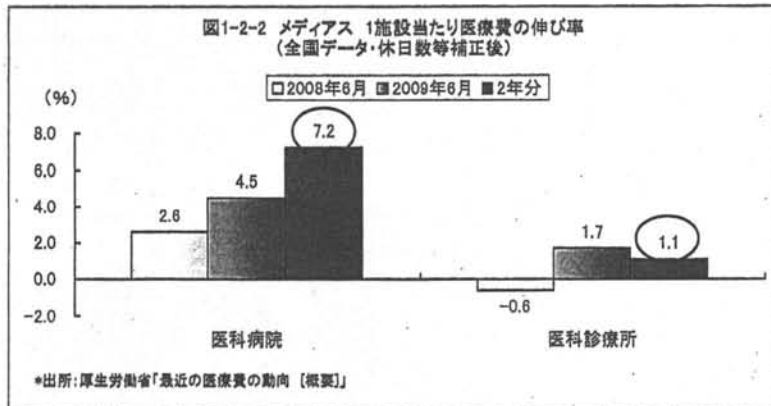
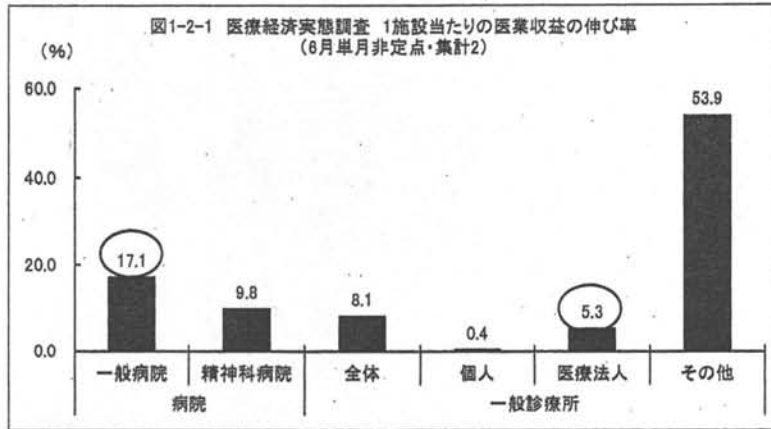
1.2 経年比較を行うことの問題

医療経済実態調査では、2年前の調査以降の1施設当たりの医業収益の伸び率は、一般病院で+17.1%、一般診療所(医療法人)で+5.3%であった(図1-2-1)。

これに対し、全国のデータを示す「メディアス」(厚生労働省「最近の医療費の動向」)をもとに、6月の1施設当たり医療費の伸び率を2年分積み上げると、医科病院+7.2%、医科診療所+1.1%であった(図1-2-2)。

医療経済実態調査の伸び率は、メディアスに比べてきわめて大きく、違和感がある。

このように、医療経済実態調査は経年比較に耐えうるものではない。したがって、以下は単年度のカテゴリ別の比較に着目して分析を行った。



2 カテゴリ別の損益状況

一般病院の開設主体別

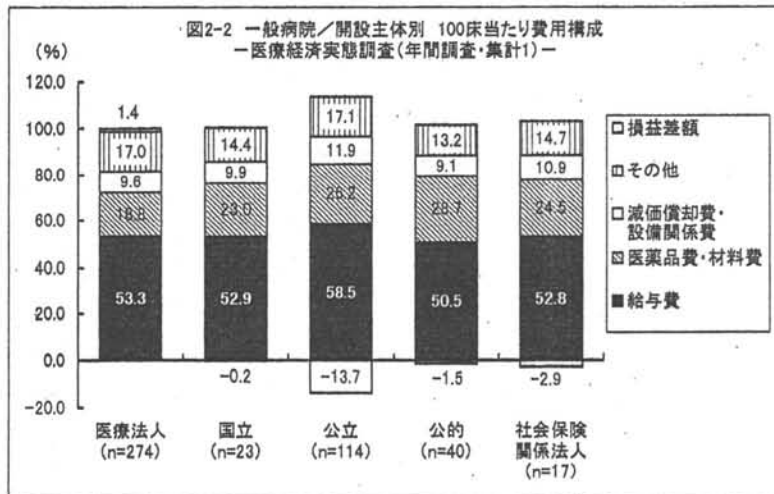
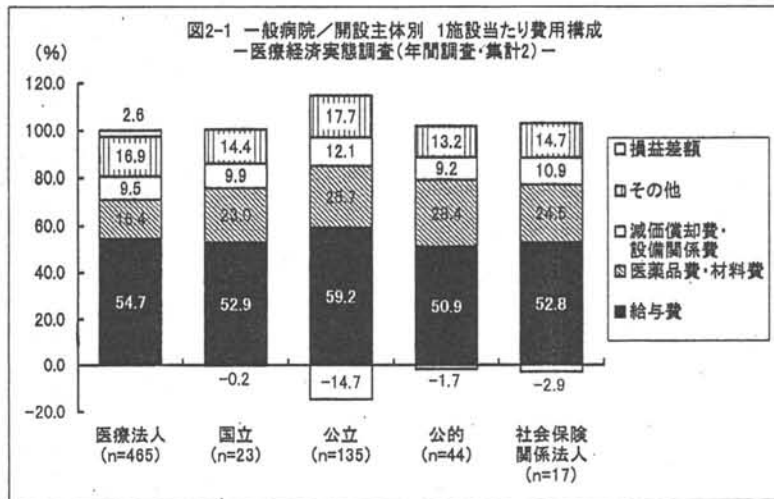
ここでは、より信頼性の高いと考えられる年間データで示した。

【すべての医療機関 (集計2)】

損益差額比率は、一般病院では、医療法人+2.6%、国立▲0.2%、公立▲14.7%、公的▲1.7%、社会保険関係法人▲2.9%であった (図2-1)。

【介護収益2%未満の医療機関 (集計1)】

医療法人の損益差額比率は、「集計2」では+2.6%であるが、「集計1」では+1.4%である (図2-2)。公的病院でも、「集計2」のほう赤字幅が小さい。医療法人や公的病院では、介護サービスによって損失を補っていることがうかがえる。



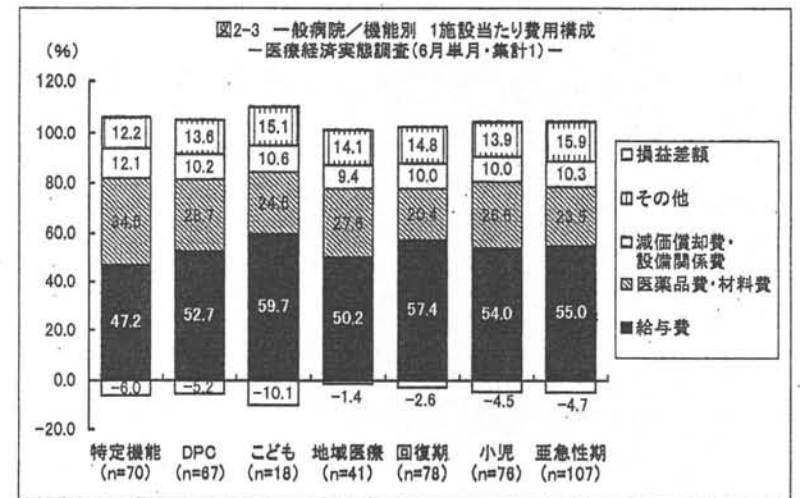
※注) 図2-1は1施設当たり、図2-2は100床当たりの費用構成であるが、構成比を計算しているので結果は同じである。

一般病院の病院機能別

「特定機能病院」は、他と比べて、医薬品費・材料費、設備関連費の比率が高かった(図2-3)。なお特定機能病院は補助金があるので、総損益差額ベースでは1.4%の黒字である。

「こども病院(小児総合医療施設)」は、もともと赤字幅が大きく、損益差額比率は▲10.1%であった。相対的に給与費率が高く、またその他の費用も高かった。

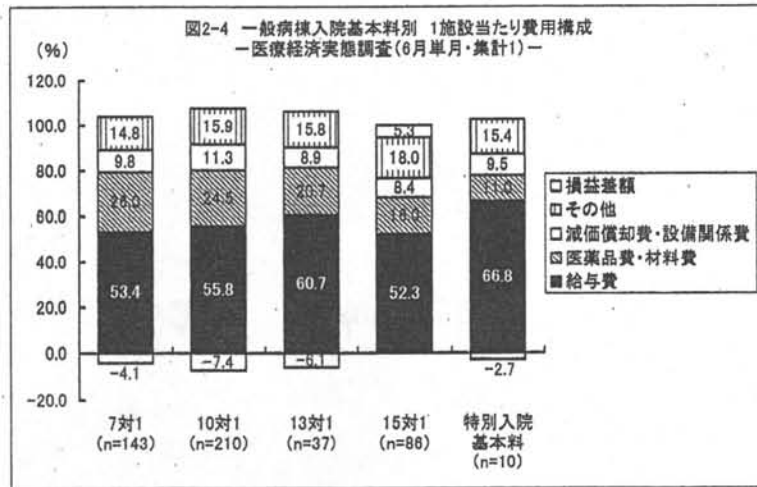
「回復期リハビリテーション病棟入院基本料算定病院」では、給与費率は高いが、医薬品費・材料費率が低く、損益差額比率は▲2.6%であった。



特定機能: 特定機能病院/DPC: DPC対象病院/こども: こども病院(小児総合医療施設)
地域医療: 地域医療支援病院/回復期: 回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院
小児: 小児入院医療管理料1・2・3算定病院/亜急性期: 亜急性期入院医療管理料算定病院

一般病院の一般病棟入院基本料別

15対1入院基本料以外のすべてで赤字であった(図2-4)。
 なお、2008年度の診療報酬改定では、10対1入院基本料が引き上げられたが、「10対1」の損益差額比率は▲7.4%であり、もっとも赤字幅が大きかった。

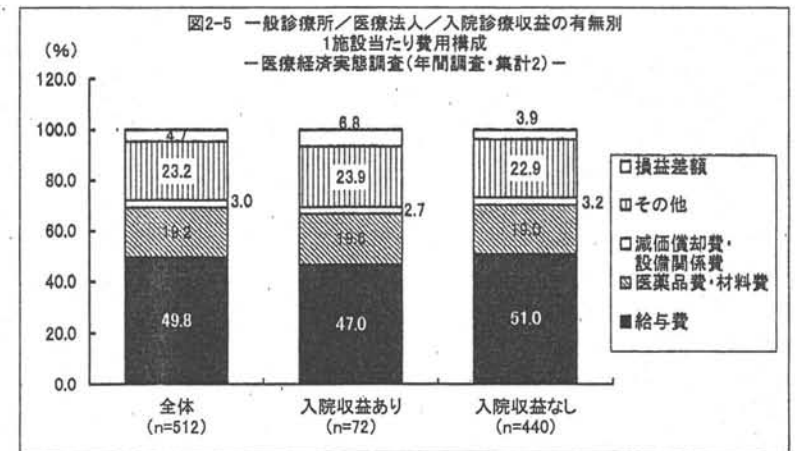


一般診療所の入院診療収益の有無別

ここでは、年間データがあるので、年間データで示している。

「入院収益あり」(すべて有床診療所)は、相対的に給与費率が低く、損益差額比率は6.8%であった(図2-5)。

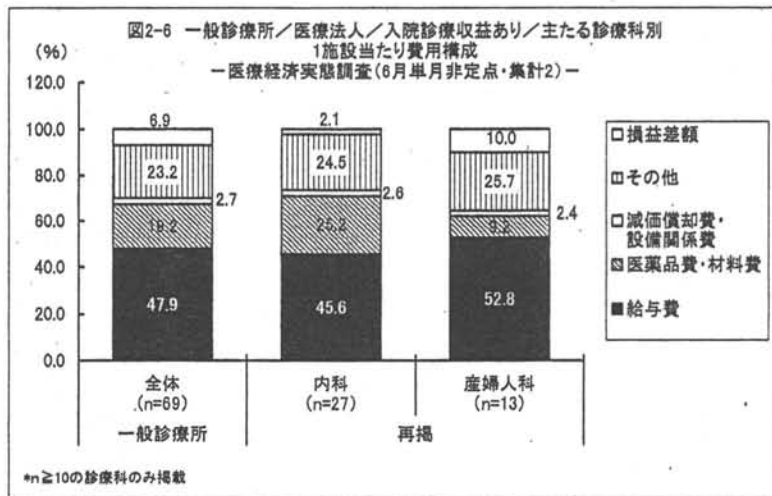
「入院収益なし」(ほとんどが無床診療所)は、「入院収益あり」に比べて給与費率が4.0ポイント高く、損益差額比率は3.9%であった。



一般診療所（医療法人）の主たる診療科別／入院診療収益あり

「入院収益あり」は、すべて有床診療所である。なお、診療科ごとの有効回答施設数が少ないので、分析結果の取り扱いには注意が必要である。

内科の損益差額比率は2.1%であった（図2-6）。産婦人科は給与費率が高い反面、医薬品費・材料費が低く、損益差額比率は10.0%であった。

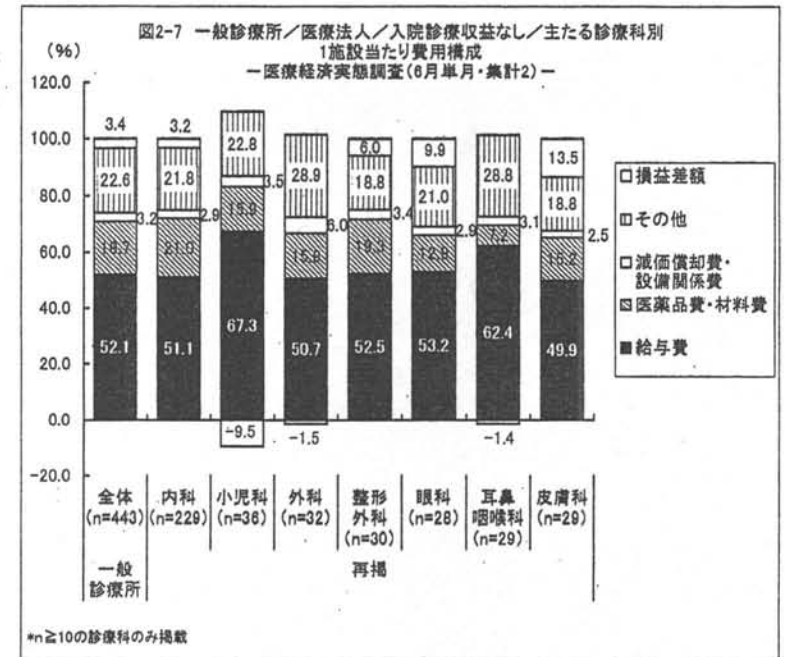


一般診療所（医療法人）の主たる診療科別／入院診療収益なし

「入院収益なし」はほとんどが無床診療所である。なお、診療科ごとの施設数が少ないので、分析結果の取り扱いには注意が必要である。

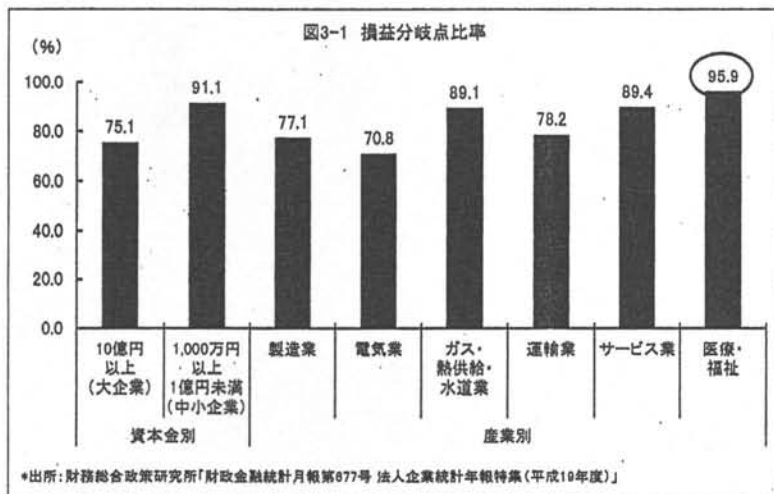
損益差額比率がマイナスであったのは、小児科▲9.5%、外科▲1.5%、耳鼻咽喉科▲1.4%である（図2-7）。小児科、耳鼻咽喉科は給与費率が60%を超えており、特に小児科では67.3%であった。

給与費率をもっとも低い皮膚科では、損益差額比率は13.5%の黒字であった。眼科では医薬品費・材料費の比率が低く、損益差額比率は9.9%の黒字であった。



3 損益分岐点比率

財務省の「法人企業統計」から計算すると、損益分岐点比率は、大企業で 75.1%、中小企業で 91.1%である（図 3-1）。また産業別では、ライフライン産業である電気業が 70.8%、ガス・熱供給・水道業が 89.1%であるが、医療・福祉は 95.9%である。医療・福祉の損益分岐点比率 95.9%は、収入があと 4.1%超減少すれば赤字に転落する水準であり、事業環境の変化（患者数や単価の変化）にきわめて弱いことを示している。



【損益分岐点比率】

「売上高＝費用」になる売上高を損益分岐点売上高という。損益分岐点比率は、「〔固定費＋（－変動費率）〕÷売上高」で算出すべきであるが、ここでは簡易的に「給与費＋減価償却費＋経費」（または販売費及び一般管理費）を固定費とし、「医薬品費・材料費・委託費」（または売上原価）を変動費として算出している。低いほど良い指標であり、一般に 80%以下で優良企業、90%以上は危険といわれている。

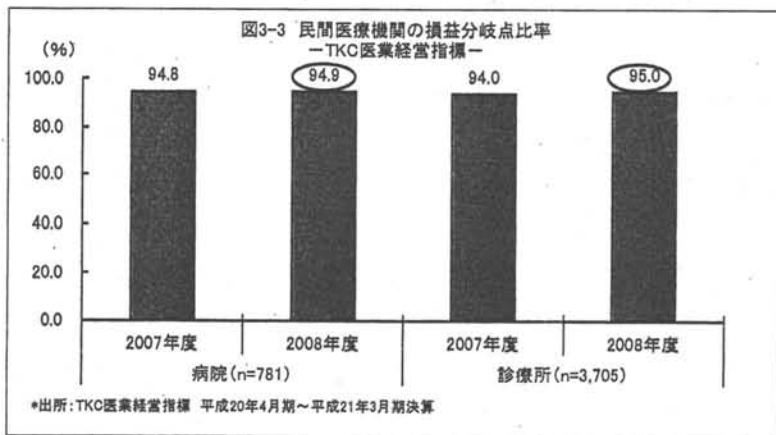
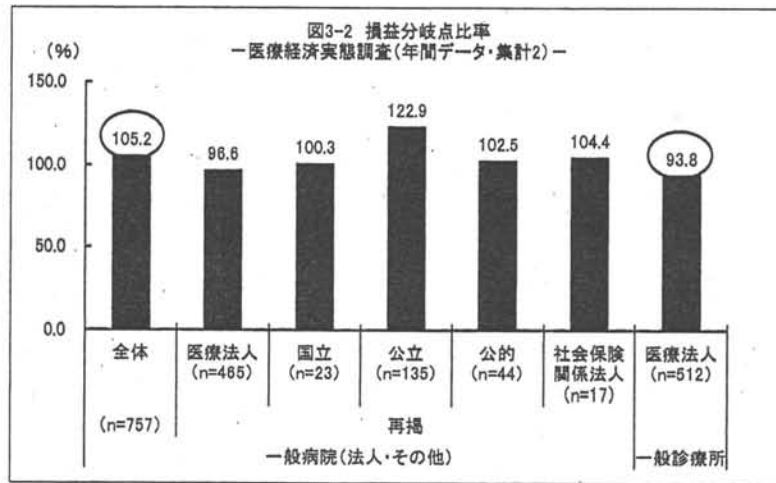
医療経済実態調査から損益分岐点比率を計算したところ、一般病院は 105.2%であった（図 3-2）。公立病院の損益分岐点比率が高いため、依然として 100%を超えている。一般診療所（医療法人）は 93.8%であった。

また日本医師会が「TKC 医業経営指標」をもとに民間医療機関の損益分岐点比率を計算したところ、2008 年度は病院 94.9%、診療所 95.0%であった（図 3-3）。診療所は医療経済実態調査でも 93.8%に達しており、病院だけでなく診療所の経営も危機的状態にあることが明らかである。

【TKC 全国会】

TKC 全国会は、会員数約 11,000 名の税理士、公認会計士のネットワークである。株式会社 TKC の開発した会計システムを利用して集積した関与先の財務データを「TKC 医業経営指標」として集計している。

「TKC 医業経営指標（M-BAST）」の編集に際しては、TKC 会員、すなわち職業会計士の守秘義務を完全に擁護するため、調査対象先については、本書の財務データとして収録してよいかどうかの確認が個々の TKC 会員に対して行われ、承認を得ることができなかった財務データは収録データから削除されています。また、一切の編集作業は、TKC 会員名および病院の名称等を、あらかじめプログラムによって無条件に削除した上で、その複数の平均値を算出して編集されています。さらに、分類集計したデータが 2 件以下の場合は、全体のデータには含まれていませんが個別の表示は省略されています。（出典：TKC 医業経営指標（M-BAST））

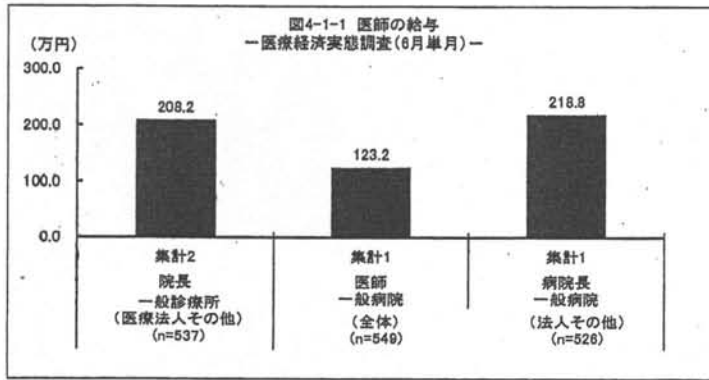


4 1人当たり年間給与

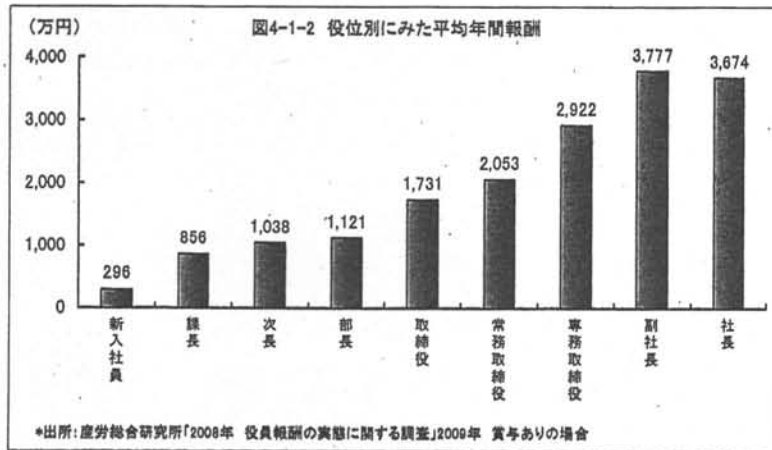
4.1 経営リスクと給与

今回の医療経済実態調査を受けて、「開業医の年収は勤務医の1.7倍」であるとの報道が相次いだ。報道で比較されたのは、医療法人等の一般診療所の院長給与208.2万円と、一般病院全体の医師の給与123.2万円である(図4-1-1)。

医療法人等では、院長も医師も「給与」として受け取るので比較は可能である。しかし、院長(病院長)には経営責任があることを考慮しなければならない。病院においても、経営者である病院長と勤務医とでは給与水準は異なり、一般企業においても、経営責任に応じて給与にしかるべき差がみられる(図4-1-2)。



※注) 1頁で述べたように、病院と診療所の比較を行う際には、「集計2」を使用しなければならない。しかし、このカテゴリの一般病院のデータは、「集計1」のみに掲載されているため、「集計1」のデータを使用している。



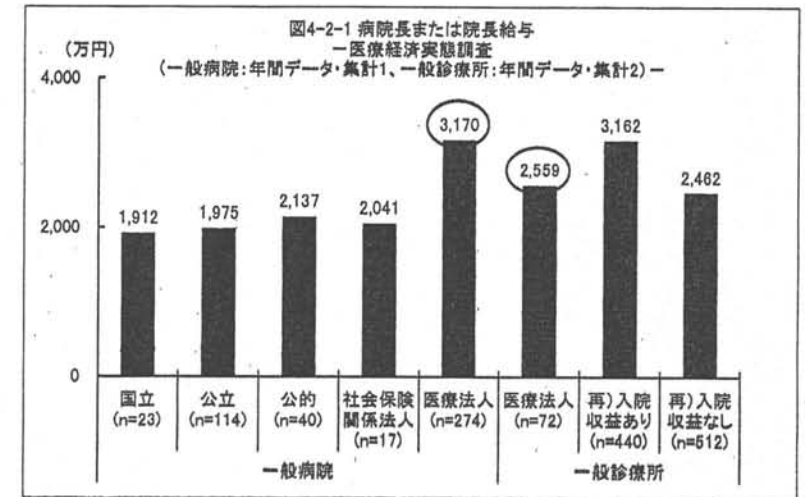
産労総合研究所「2008年 役員報酬の実態に関する調査」調査の要領

調査名:	2008年役員報酬の実態に関する調査
調査対象:	上場企業1,500社と未上場企業から任意に抽出した2,000社の計3,500社 (前回調査に回答のあった企業を含む)
調査方法:	郵送によるアンケート調査方式
調査時期:	2008年9~11月
回答状況:	有効回答130社(1,000人以上19社、300~999人48社、299人以下63社。上場企業61社、未上場企業69社)

4.2 病院長(院長)の給与

国立、公立等の病院長は、いわゆる「サラリーマン」であるので、医療法人の病院長とは単純に比較できない面もある。医療法人で比較すると、病院長(院長)の年間給与は、一般病院 3,170 万円、一般診療所 2,559 万円であった(図4-2-1)。前述の産労総合研究所の調査と比較すれば、病院長の給与は専務取締役をやや上回る水準、一般診療所の院長給与は専務取締役と常務取締役の中間水準であった。

一般診療所の入院診療収益の有無別では、入院収益ありの診療所(すべて有床診療所)が、医療法人の病院長とほぼ同じであった。



※注) 1頁で述べたように、病院と診療所の比較を行う際には、「集計2」を使用しなければならない。しかし、このカテゴリの一般病院のデータは、「集計1」のみに掲載されているため、「集計1」のデータを使用している。

4.3 職種別 1人当たり年間給与

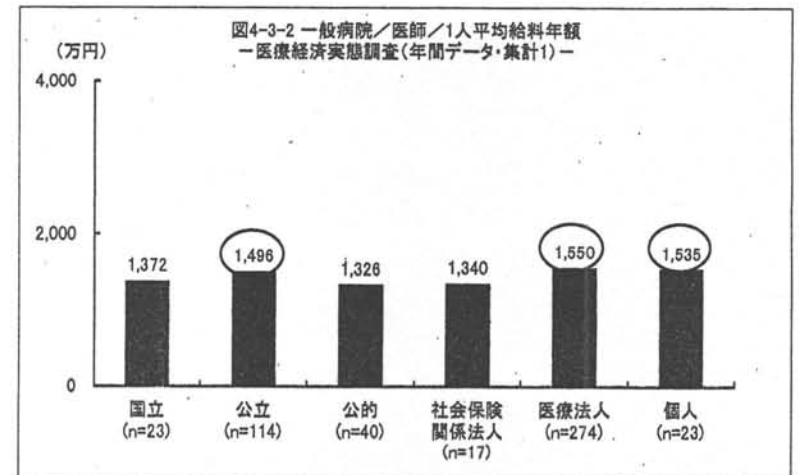
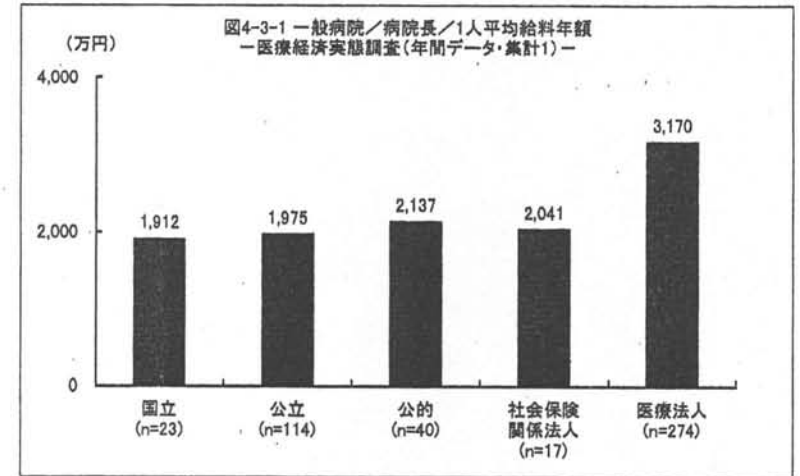
ここでは、一般病院の1人平均給料年額（以下、1人当たり年間給与）について示した。職種別職員数にもよるが、1人当たり年間給与が高い場合には、給与費率が上昇し、赤字や損益分岐点比率の悪化の要因になる。特に看護職員や事務職員は職員数が多いので、1人当たり年間給与の高さは、利益等の悪化に直結しやすい。

病院長

病院長の年間給与は、医療法人では3,170万円、国公立病院では2,000万円弱、公的および社会保険関係法人では2,000万円強であった（図4-3-1）。

医師

医師の年間給与は、医療法人では1,550万円、個人病院では1,535万円、公立病院では1,496万円であった（図4-3-2）。国立、公的、社会保険関係法人では1,300万円台であった。

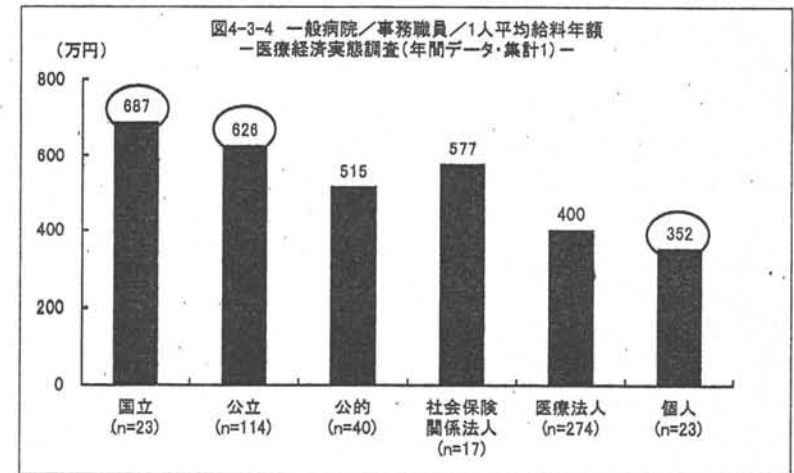
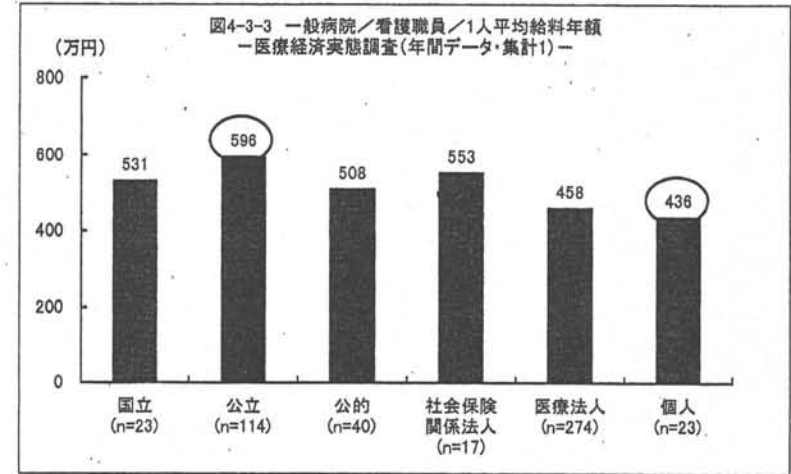


看護職員

看護職員の1人当たり年間給与は、公立病院でもっとも高く596万円であった(図4-3-3)。個人病院はもっとも低く436万円であった。公立病院と個人病院との差は約1.4倍であった。

事務職員

事務職員の1人当たり年間給与は、国立病院で687万円、公立病院で626万円であった(図4-3-4)。また医療法人、個人病院を除くカテゴリで、事務職員の年間給与は看護職員よりも高かった。個人病院では事務職員の年間給与は352万円であり、国立病院と個人病院との差は約2.0倍であった。



5 まとめ

- 医療経済実態調査は、一部の医療施設を対象にした非定点調査である。このため、医業収益だけ見ても、全国の実態を表わす「メディアス」の傾向とは大きな乖離がある。医療経済実態調査で経年比較を行うべきではない。
- 医療経済実態調査は、これまで6月1か月分の損益等を調査してきた。費用によっては直近事業年の金額の12分の1の額を記入するものもあり、経営の実態を正確に示すものとは言えなかった。そこで、日本医師会は改定前後の決算データを調査すべきであると主張してきた。その結果、今回、直近1年分の決算データが調査されるに至った。今後は経年比較を可能にすべく、調査対象医療機関に改定前後2年分の決算データを記入していただくようにすべきである。
- 日本医師会が「TKC 医業経営指標」をもとに、民間病院781施設、民間診療所3,705施設を対象に計算したところ、2008年度の損益分岐点比率は病院94.4%、診療所95.0%であった。医療経済実態調査においても、損益分岐点比率は一般病院105.2%（医療法人は96.6%）、診療所93.8%である。病院だけではなく、診療所の経営も危機的状態にある。
- 国公立病院は赤字である。地域の中核医療やへき地医療を担うなど、経営困難な状況にあることも事実であるが、一方で、国公立病院の看護職員の給与は民間個人病院の1.2～1.4倍、事務職員の給与は1.8～2.0倍である。国公立病院においても、民間病院と同じような経営努力は不可欠である。
- 医療経済実態調査が発表され、経営者である院長（病院長）と病院勤務医の給与に注目が集まっている。しかし、院長には経営責任があることを考慮すべきである。またこれまで日本医師会が主張してきたように、他の職種等と比べて病院勤務医の給与が低いことに注目すべきである。