

平成 24 年度診療報酬・介護報酬の同時改定について

平成 23 年 11 月 4 日
健康保険組合連合会

1. 診療報酬改定に関する考え方

(1) 改定率について

現下の厳しい経済・雇用情勢、保険者の財政状況、国民負担、さらには先日公表された「第 18 回医療経済実態調査結果」で病院、診療所とも収支が概ね改善されたことを踏まえると、平成 24 年度に診療報酬を引き上げることは国民の理解が得られないのではないか。

(2) 重点化の必要性について

平成 22 年度診療報酬改定で実施された病院勤務医対策や救急・産科・小児医療対策は一定の成果を挙げつつあるが、引き続き、必要度の高い医療に対しては大胆かつ重点的な評価を行うことが必要。

(3) 効率化・適正化について

高齢化の一層の進展、医療の高度化等により、国民医療費はいまや 36 兆円を超えている。効率化・適正化の観点から、ジェネリックのさらなる使用促進、ICT の活用等による取組みを推進することが不可欠。

(4) 同時改定について

社会保障と税一体改革で掲げられた重点化・効率化の具体的な施策の実現、医療と介護の同時改定を見据え、医療と介護の役割分担の明確化、連携の強化を図るべき。

2. 介護報酬改定に関する考え方

(1) 改定率について

診療報酬と同様、現下の厳しい経済情勢、賃金・物価の動向等を踏まえると、平成 24 年度に介護報酬を引き上げることも国民の理解が得られないのではないか。

(2) 適正化について

平成 22 年度の介護給付費は 7.3 兆円と、この 10 年間で約 2.3 倍に増加している。今後はさらなる高齢化により、給付費の大幅な自然増が見込まれることから、介護給付費についても適正化が求められる。要支援 1・2 のあり方、自己負担のあり方、療養病床における医療必要度の低い人の評価等の見直しを図るべきではないか。

(3) 介護職員処遇改善交付金について

「平成 23 年介護事業経営実態調査結果」をみると多くのサービスで収支状況が改善し、介護保険 3 施設の収支差率はそれぞれ 5%（税引後）を超えている。介護職員処遇改善交付金の継続並びに介護報酬による処遇改善への配慮は不要と考える。

3. 医療・介護のあり方・連携等について

- 適切な場所で医療、介護の提供が受けられるよう、急性期医療への資源の投入、医療療養病床の削減・介護療養病床の老健施設等への転換を図るなど、居住系施設への移行に向けた各種施策を講じるとともに、それに対応した報酬体系とすべき。
- 一体改革、新介護保険法で提唱されている地域包括ケアシステムについては、現在の医療・介護提供体制との整合を図りながら、構築を推進すべき。
- 在宅医療の充実、在宅への移行の促進を図るべき。そのためにも、在宅療養支援診療所の一層の拡充と連携、訪問看護 ST のサービス提供・評価を充実させるべき。

4. その他

(1) 高齢者医療制度改革について

高齢者医療制度への支援に、健保組合は保険料収入の約 45%を拠出しており、その結果、健保組合の約 9 割が赤字で財政が極度に悪化している。従って、公費の投入・拡大が必要であり、特に前期高齢者医療制度に公費を投入すべき。そのため、消費税率を引き上げることで、安定財源を確保すべきである。

(2) 介護保険制度における総報酬割の導入について

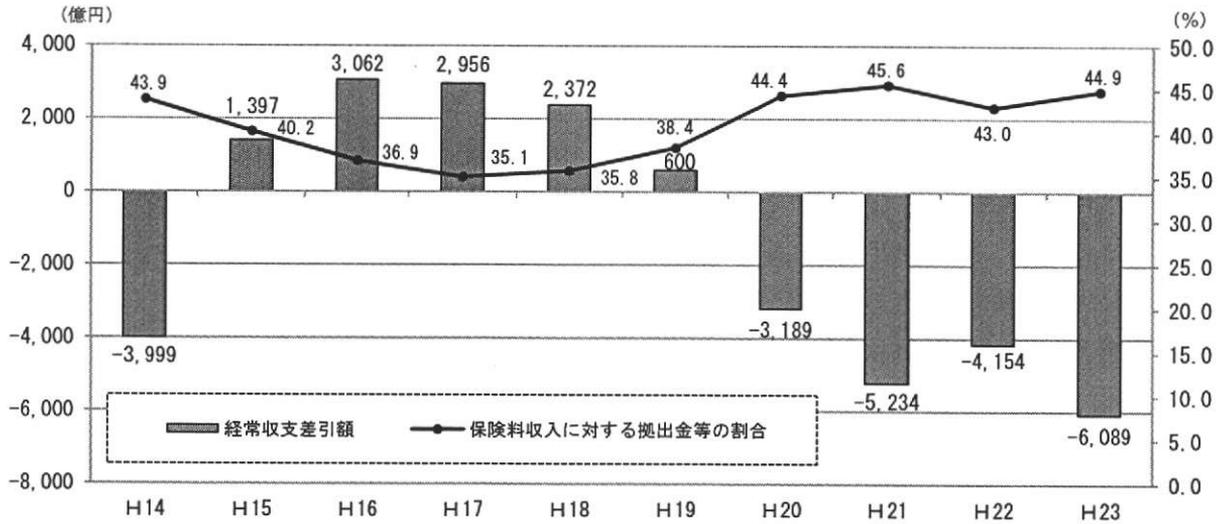
社保審・介護保険部会で、協会けんぽと健保組合の介護保険料の負担格差是正を理由に、総報酬割導入の提案があった。これに対し、健保連は下記の問題があると考えている。

- 現行の介護保険法において、第 2 号被保険者（40～64 歳）が保険料を納付する理由は、自らの親の世代が介護給付の受益者であることから、その負担を公平に分かち合うという考え方に基づくものである。従って、公平という観点から加入者割とすることが基本理念となっている。現行制度でも、各保険者の内部では、報酬に比例した保険料が賦課されている。
- 総報酬割の導入は、負担の公平を理由に提案されているが、真の狙いは国の財源確保にある。24 年度の介護職員処遇改善交付金の予算確保が難しいことから総報酬割を導入し、所得差の補填目的に協会けんぽに投入されている国庫補助（約 1,300 億円）を中止して、財源確保をしようとするもの。実質的に国庫財源の確保のために総報酬割の導入ということになれば、事業主や第 2 号被保険者の理解は得られない。
- 総報酬割の導入は、協会けんぽと健保組合の所得格差の是正は税によって行うとの基本原則の大転換。来年度予算編成上の問題で、この基本原則を安易に崩してよいのか。

○24年度以降の第1号被保険者の保険料が月額約5千円程度と想定されているのに対し、総報酬割を導入すると、第2号被保険者の保険料は最高で月額1万8千円に達する。介護給付を受けることが殆どない第2号被保険者の負担としては過大である。

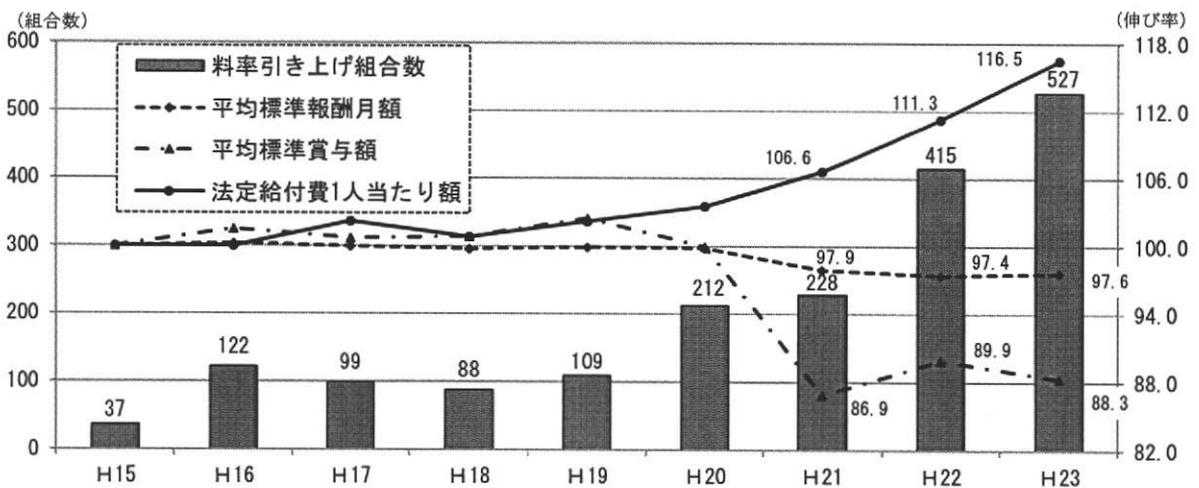
健保組合の現状について

1. 経常収支状況と保険料収入に占める拠出金等の割合の推移



(注) 平成15年度～21年度までは決算、22年度は決算見込、23年度は予算早期集計の数値である。

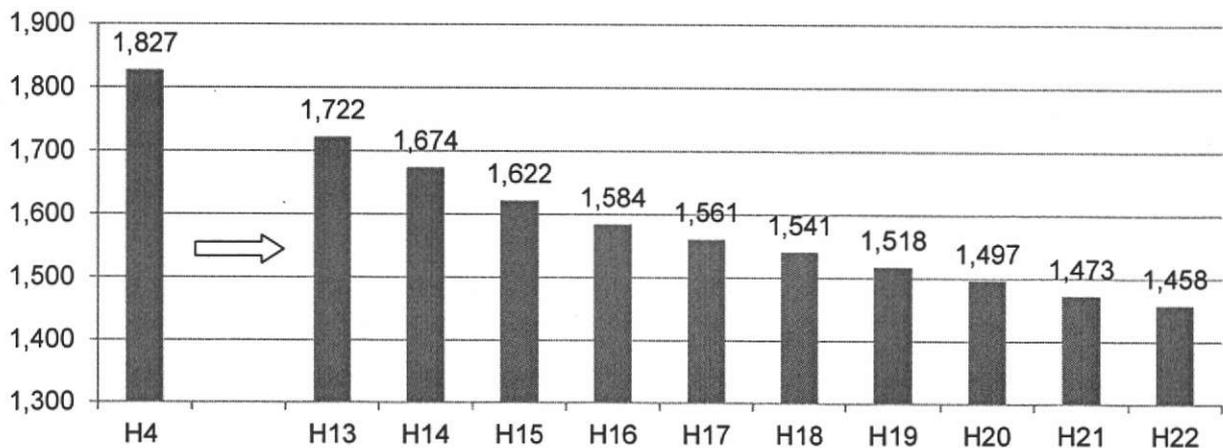
2. 標準報酬等と給付費の動向と保険料率引き上げ状況



(注1) 平成15年度～21年度までは決算、22年度は決算見込、23年度は予算早期集計の数値である。

(注2) 平均標準報酬月額・平均標準賞与額・法定給付費1人当たり額は、平成15年度を「100」とした場合の伸び率である。

3. 健保組合数の推移



(注) 健保組合数のピークは平成4年の1,827組合

民主党 厚生労働部門
医療・介護ワーキングチーム
ご説明資料

協会けんぽの財政状況 及び次期診療報酬改定について

平成23年11月4日

－ 目 次 －

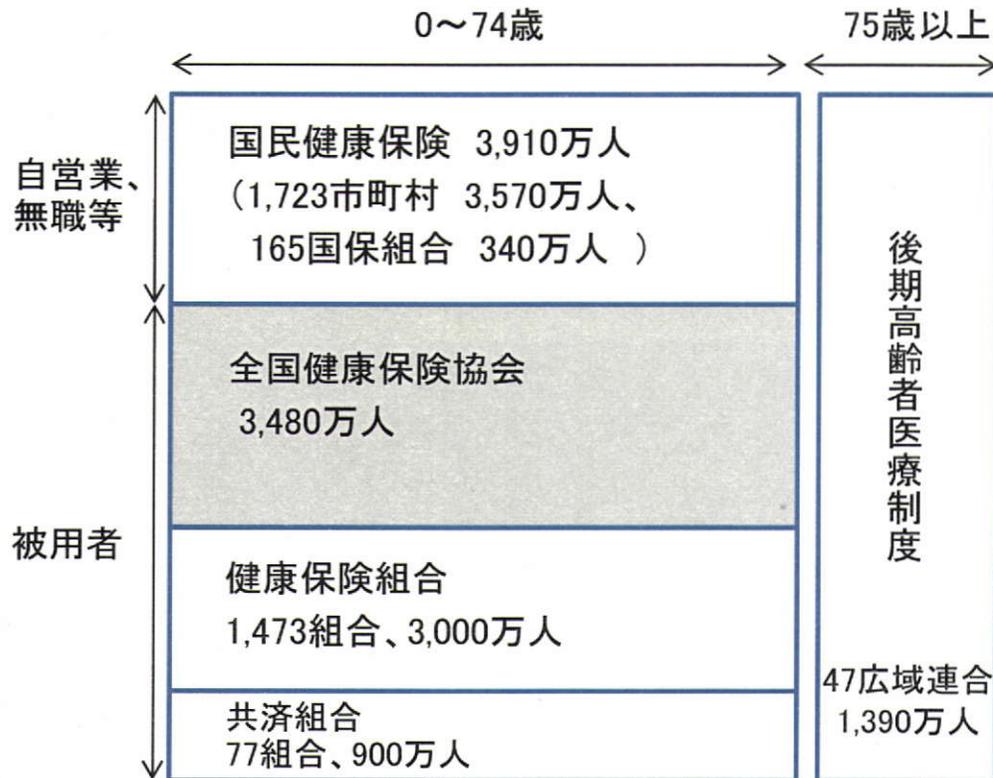
1. 協会けんぽの財政状況
2. 次期診療報酬改定について
3. 要望事項

1. 協会けんぽの財政状況

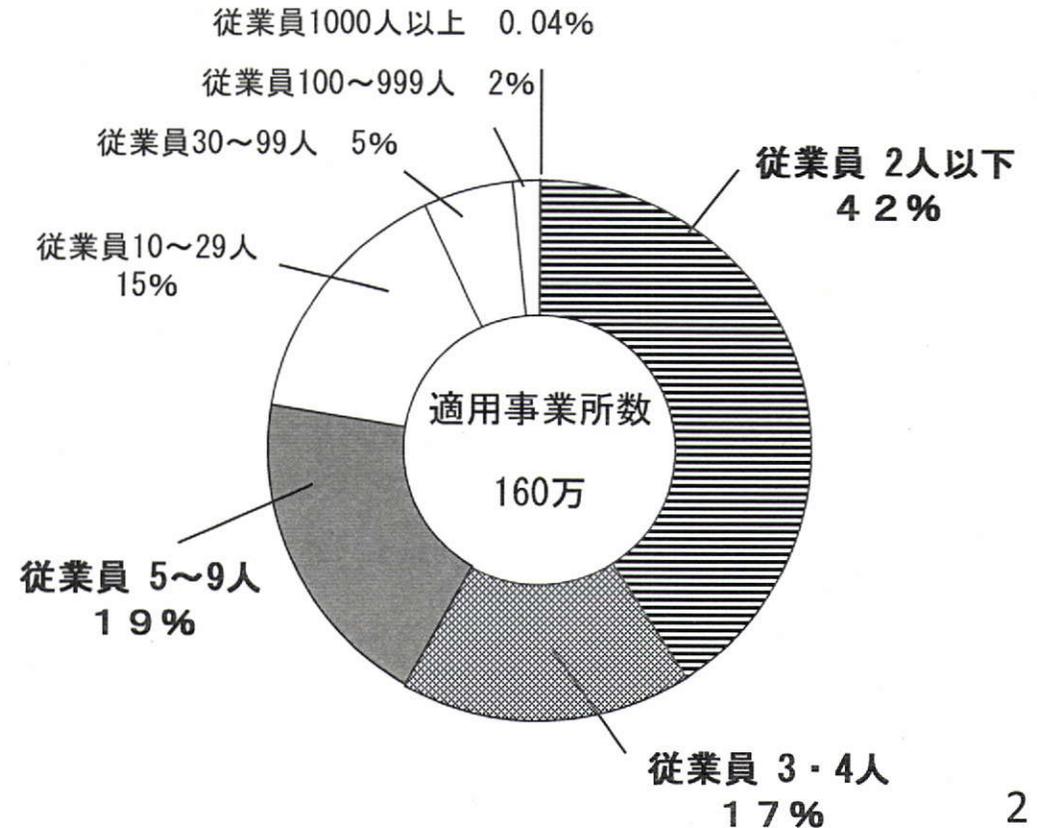
協会けんぽの事業所の規模

○ 中小零細企業が多く、事業所数の6割が従業員4人以下。
事業所数の3/4以上が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け (22年3月末)



○ 協会の事業所規模別構成 (23年7月 ※速報値)

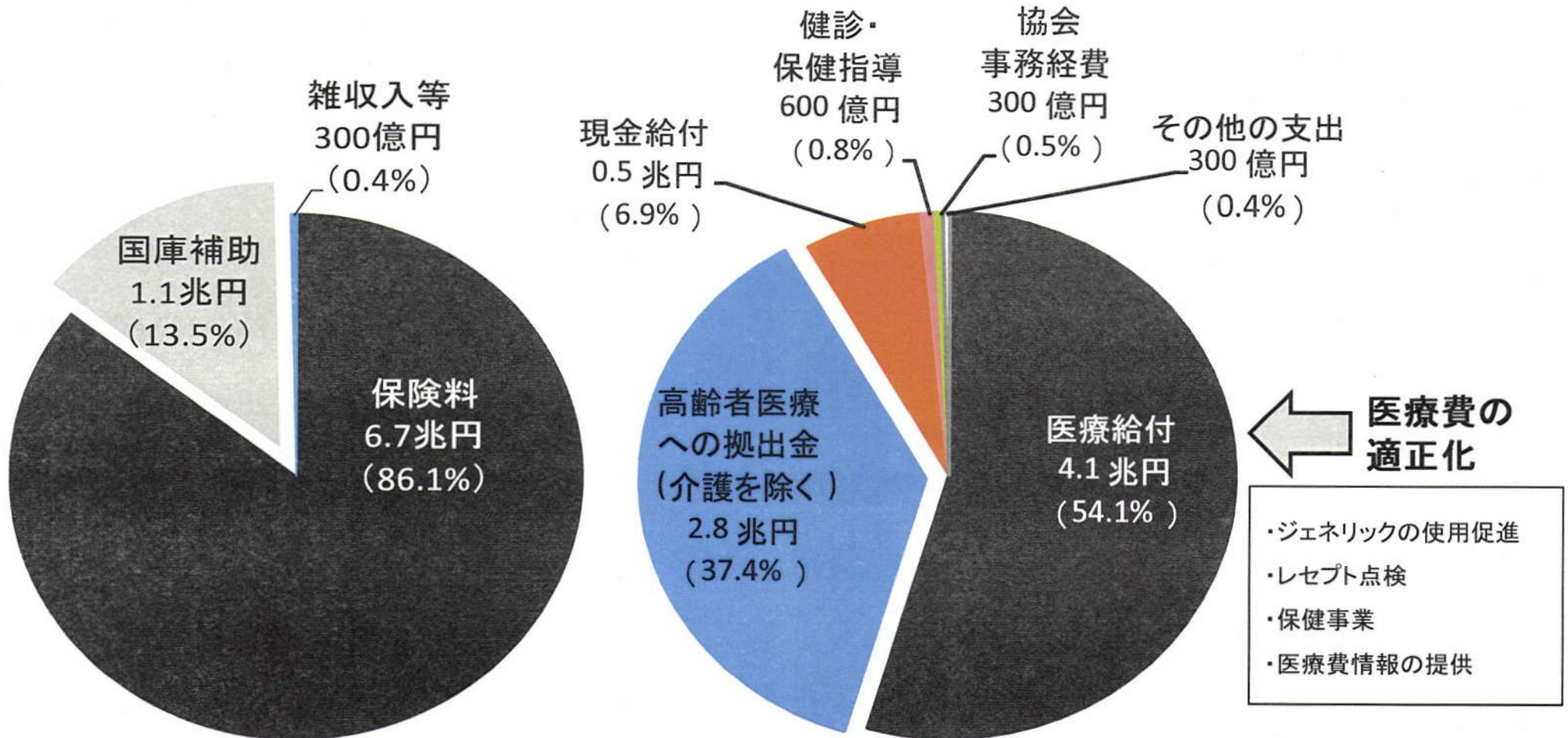


協会けんぽの財政構造(22年度決算)

収入 7兆8,200億円

(収入と支出の差は累積赤字償還に充当)

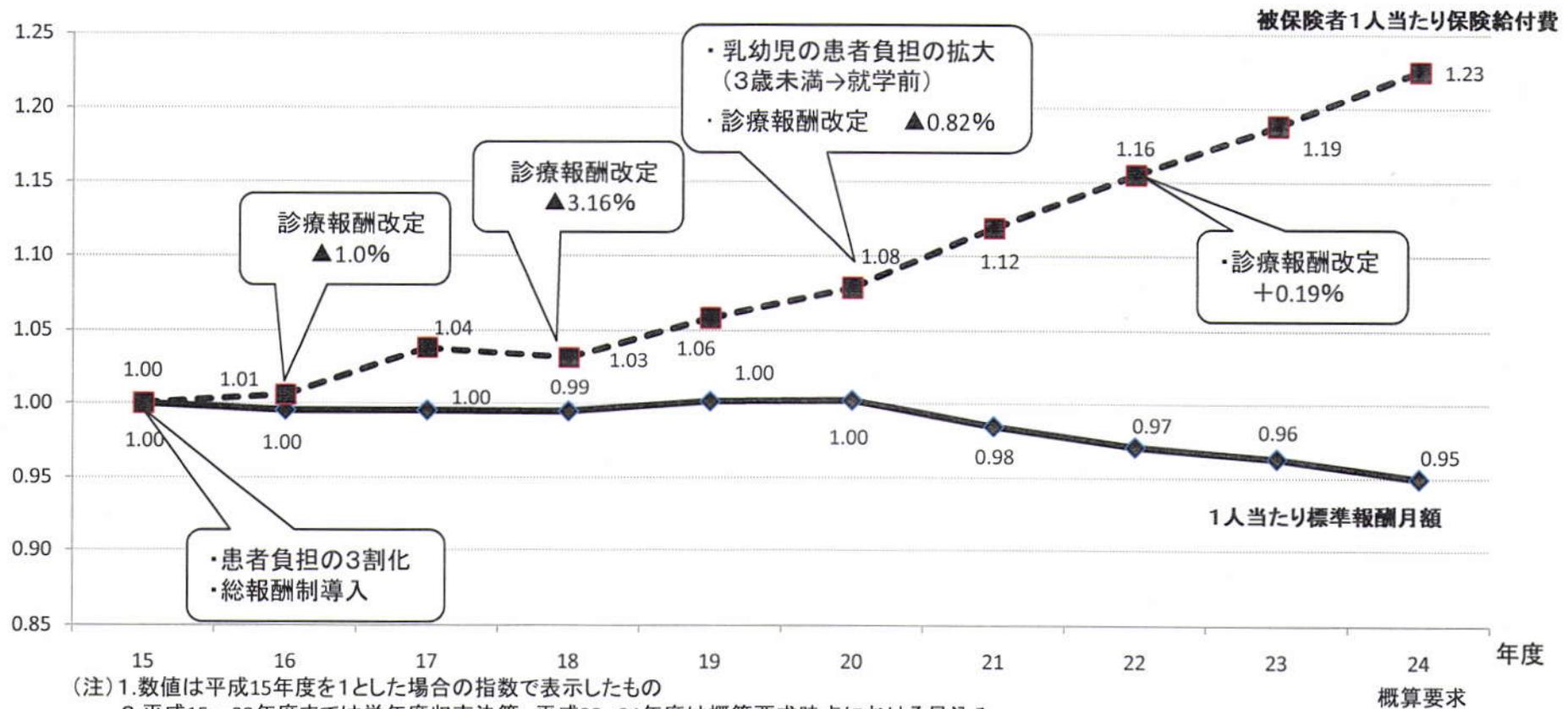
支出 7兆5,600億円



(注)端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

協会けんぽの保険財政の傾向

- 近年、医療費支出(1人当たり保険給付費)が保険料収入(1人当たり標準報酬)の伸びを上回り、格差が拡大。
- 患者負担引上げ、診療報酬のマイナス改定、老人保健制度の対象年齢引上げ等が講じられてきたが、19年度以降は、構造的赤字が顕在化。



(注) 1. 数値は平成15年度を1とした場合の指数で表示したもの

2. 平成15～22年度までは単年度収支決算、平成23、24年度は概算要求時点における見込み

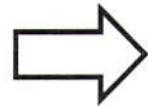
3. 24年度の「被保険者1人当たり保険給付費」は高齢受給者の者に係る自己負担引上げ凍結を継続した場合の数値

平成24年度の平均保険料率についての機械的試算(23年10月)

- 試算は概算要求時点で明らかになっているデータを使用し、24年度の保険料率を推計したもの。
- 最終的な平均保険料率の前提となる推計は、11月に明らかになる23年9月までの標準報酬月額等のデータ等を使用して再度計算するもの

23年度保険料率

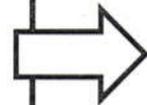
9.50%



10.14%

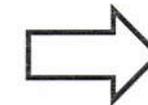
・高齢受給者(70~74歳)に係る自己負担が2割の場合

24年度保険料率



10.20%

・高齢受給者(70~74歳)に係る自己負担が1割の場合



9.89%

・国庫補助20%への引上げ

▲0.31%

+0.70%引上げ

【増減要因】

・標準報酬月額低下等による収入の減	+0.15%
・保険給付費の増	+0.17%
・高齢者医療に係る拠出金の増	+0.41%
・22年度決算の改善	▲0.07%
・その他	+0.03%

(注)端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

○ 10.2%への引上げに係る保険料負担の影響(被保険者1人当たり、労使折半前)

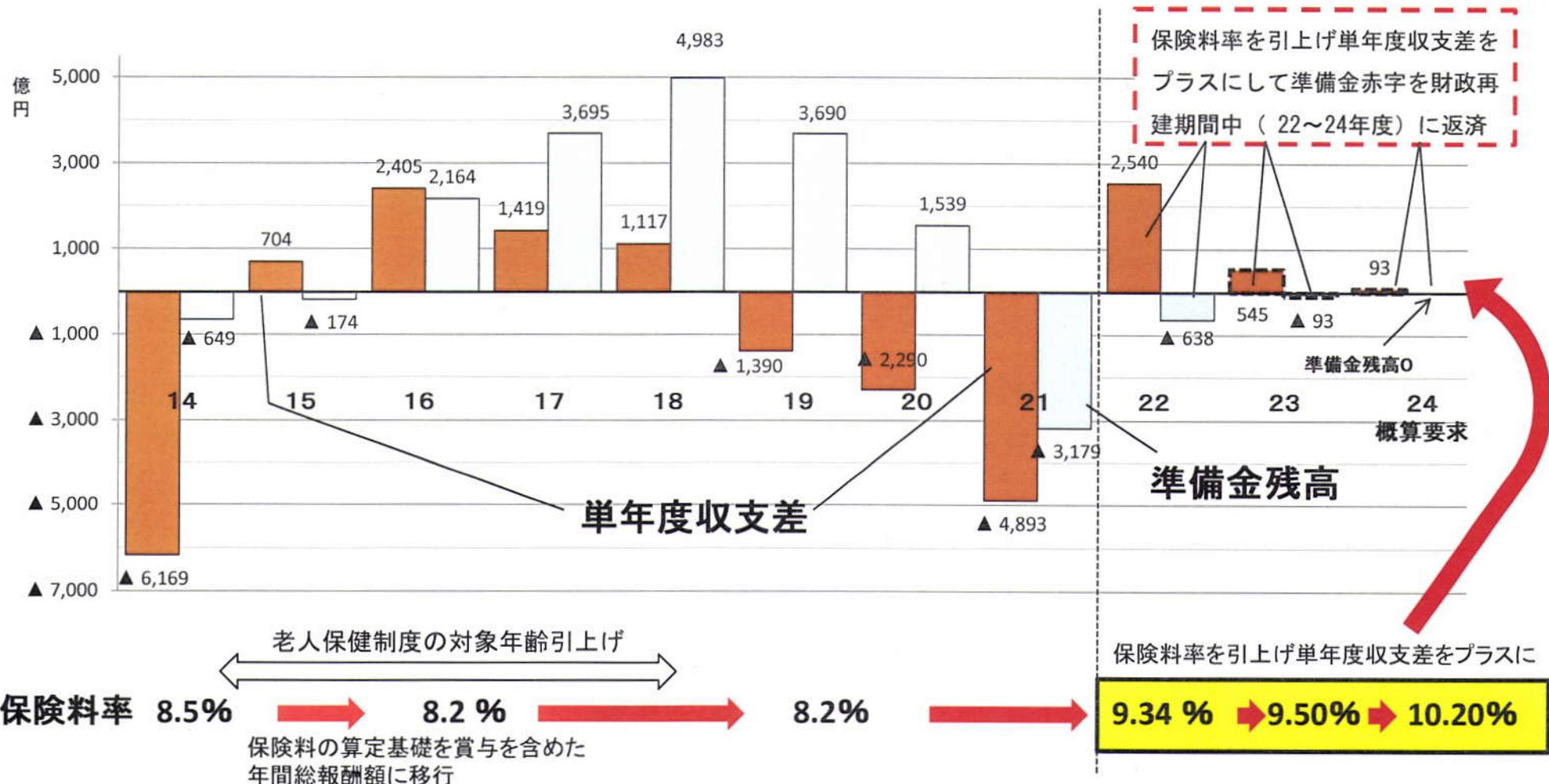
[年額] 26,284円 (356,706円→382,990円)の負担増
[月額] 2,190円 (29,726円→31,916円)の負担増

(注)標準報酬月額を280,000円、賞与月額を年1.41月とした場合の負担を算出したもの。

○ 今回の推計では、診療報酬±1%の改定で保険料率に与える影響は±0.09%(満年度)程度と見込まれる。

協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移

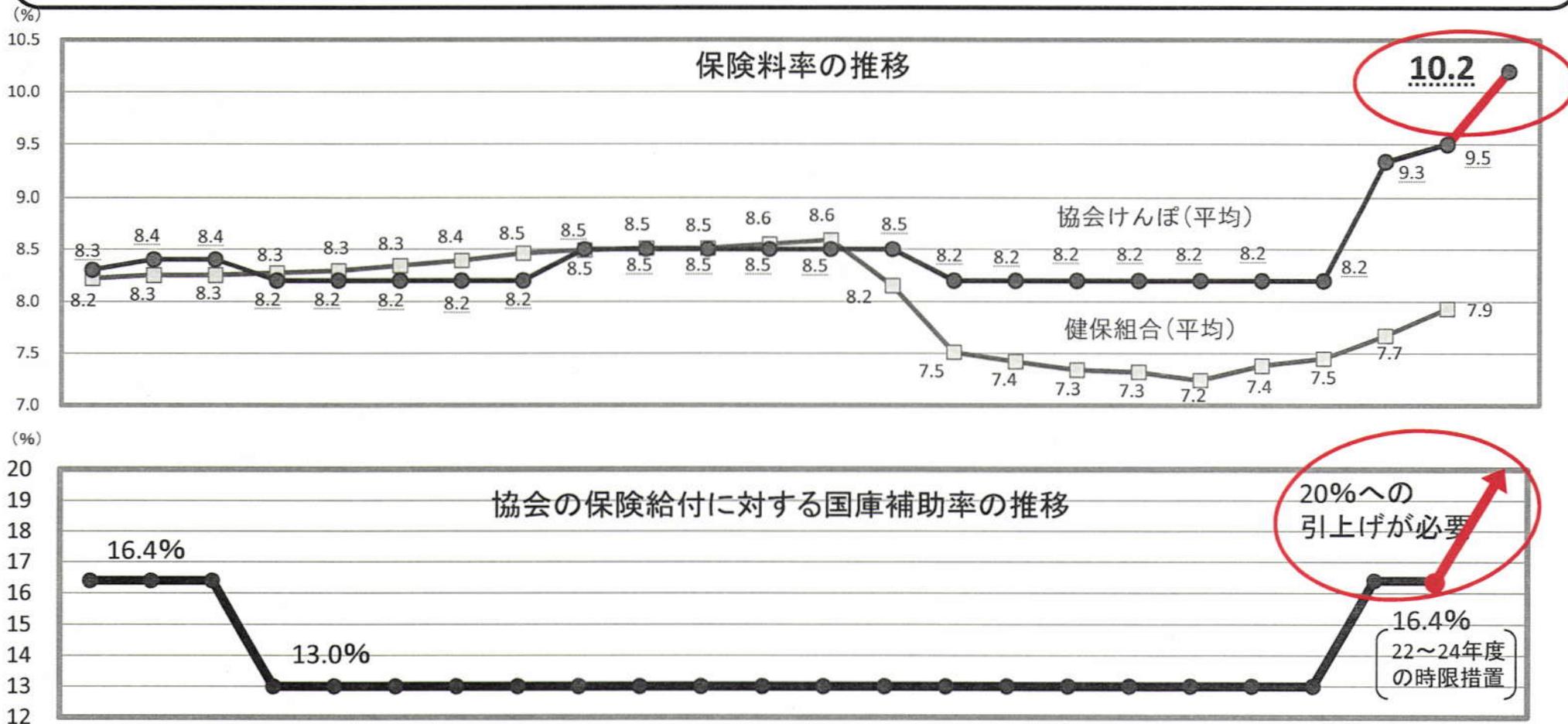
- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金は21年度末で▲3,200億円に悪化。現在、借入れを行いながら医療費を支払っている。
- この▲3,200億円の赤字は、22～24年度の3年間で返済する必要がある。



注) 1.14～22年度までは単年度収支決算、23年度、24年度は見込み。
 2.24年度の保険料率は概算要求の数値を使用し推計したものであり、高齢受給者に係る自己負担引上げ凍結を継続した場合のもの。

健保組合との保険料率格差の拡大

- 15年度から総報酬制（賞与も保険料算定の基礎とする）の導入とともに、中小企業の経営環境の悪化に伴い、保険料率格差も拡大。
- 国庫補助率について、現行の16.4%から20%への引上げ（所要2,800億円）を国に要望しているが、実現していない。



元年 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

出典：健康保険組合の保険料率は、健康保険組合連合会「健康保険組合の現勢」、平成20・21・22年度は決算。23年度は予算。24年度は概算要求

2. 次期診療報酬改定について

次期診療報酬改定について

次期改定の方向案

(H23.10.26厚生労働省医療保険部会提出資料より)

【重点課題】

- 「救急、産科、小児、外科等の医師等の医療従事者の負担軽減」
- 「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組」

【改定の視点】

- ① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
- ② 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点
- ③ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
- ④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

⇒ 上記の方向については基本的に認識を共有

協会けんぽの考え方

- 特に次の点について、医療の質の向上と効率化の視点から具体的な検討を深めるべき。
 - 住み慣れた家庭や地域で療養できる環境整備
(在宅診療、訪問看護、訪問リハビリテーションなど多職種連携の促進)
 - 生活習慣病対策の評価(糖尿病等の重症化予防)
 - ジェネリック医薬品の更なる使用促進策
 - 医薬品、医療機器等の適正な評価

- 一方、協会の厳しい財政状況を踏まえれば診療報酬全体をプラス改定する状況にはない。効率化と重点化を行いつつ、所要の見直しを行うことが必要。

3. 要望事項

診療報酬の引上げに反対せざるを得ません

- ・ 保険料率の「3年連続引上げ」「10%を超える水準」では、160万の中小零細企業と3,500万人の従業員とそのご家族は耐えられません。
- ・ 診療報酬±1%の改定で保険料率に与える影響は±0.09%程度と見込んでいます。

◆ 協会けんぽへの国庫補助割合の引上げ (現行16.4%⇒20%) ※所要2,800億円

◆ 高齢者医療制度の見直し

- ・ 公費拡充
- ・ 支援金の総報酬割の全面的な導入
- ・ 自己負担割合の見直し (70歳代前半)

參考資料

23年度の都道府県単位保険料率

- 全国平均保険料率は9.50%であるが、都道府県ごとに異なる。
- 最高は北海道、佐賀の9.60%、最低は長野の9.39%。
- 全国平均保険料率との乖離幅は-0.11%~+0.10%となっており、24年度は激変緩和措置によりこれ以上の乖離幅となる。

北海道	9.60%	石川県	9.52%	岡山県	9.55%
青森県	9.51%	福井県	9.50%	広島県	9.53%
岩手県	9.45%	山梨県	9.46%	山口県	9.54%
宮城県	9.50%	長野県	9.39%	徳島県	9.56%
秋田県	9.54%	岐阜県	9.50%	香川県	9.57%
山形県	9.45%	静岡県	9.43%	愛媛県	9.51%
福島県	9.47%	愛知県	9.48%	高知県	9.55%
茨城県	9.44%	三重県	9.48%	福岡県	9.58%
栃木県	9.47%	滋賀県	9.48%	佐賀県	9.60%
群馬県	9.47%	京都府	9.50%	長崎県	9.53%
埼玉県	9.45%	大阪府	9.56%	熊本県	9.55%
千葉県	9.44%	兵庫県	9.52%	大分県	9.57%
東京都	9.48%	奈良県	9.52%	宮崎県	9.50%
神奈川県	9.49%	和歌山県	9.51%	鹿児島県	9.51%
新潟県	9.43%	鳥取県	9.48%	沖縄県	9.49%
富山県	9.44%	島根県	9.51%		

23年度保険料引上げに際した、各都道府県支部評議会からの意見

(各都道府県支部に事業主・加入者・学識経験者から構成される評議会が設置されている)

中小零細企業の視点

- 零細企業としては、毎年保険料が上がることに對し、社会保険の脱退まで考えるほど深刻。
- 企業負担となる社会保険料などの法定福利費は、益々増加し、人を一人雇うにも厳しい。社会保険料という問題だけではなく、雇用などの現象にも多大に響く。
- 関東と関西、特に大阪では、かなり違う。政府は景気対策が打ち出せない中、各企業の売上げも伸びない。保険料が上がることは、中小零細には大変な問題。

他の被用者保険との格差

- 国民皆保険の中で、共済組合・健保組合の料率は7%半ばである一方、協会が9.5%であることを、国は無視できないはず。
- 毎年保険料率が引上げられれば、協会を辞める中小企業も益々増え、国民皆保険制度が崩壊。
- 協会になって保険料率が毎年上昇し、少しも良いことがない。

社会保障・税一体改革に係る動き

厚生労働省 提案（5月19日）

○本年5月19日 厚労省より、社会保障改革集中検討会議に「医療保険制度の機能強化策」提示

医療保険制度の機能強化

課題

- ①雇用基盤の変化
(非正規雇用の保障の弱体化)
- ②医療の高度化
(医療費の増加)
- ③高齢化 (医療費の増加・若年人口の減少)
- ④格差の拡大 (制度の基盤弱体化)
協会けんぽの財政悪化
賃金低下・毎年の保険料率引上げ

対応の方向性

- ▶ 非正規労働者も健康保険に加入できるようにし、被用者保険の適用を拡大
- ▶ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しとそのための定額負担の導入
- ▶ 高齢者医療について、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み
- ▶ 市町村国保の広域化、市町村国保・協会けんぽの財政基盤の安定化・強化

政府・与党 成案（6月30日）

○本年6月30日 「社会保障・税一体改革成案」(政府・与党社会保障改革検討本部決定)

- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - c) 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し（高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

平成24年度予算概算要求に向けて 与党から政府への要請（8月18日）

○8月18日 民主党陳情要請対応本部「平成24年度予算概算要求にむけて」

3 「国民の生活が第一」の医療・介護・子育て・教育等の一層の推進

医療・介護の分野では、地域医療対策(自治体病院・医師等)の充実、子宮頸がんワクチン等予防接種公費助成・妊婦健診・がん検診などの事業継続、協会けんぽ・国保等の財政対策、介護サービス基盤の更なる充実を求める要請が自治体から寄せられている。

・・・（中略）・・・

合理化できる部分は合理化した上で、年金・医療・介護等の社会保障制度に関わる義務的経費の自然増は原則として認め、「国民の生活が第一」の政策の一層の推進にむけた関係予算の確保が必要である。

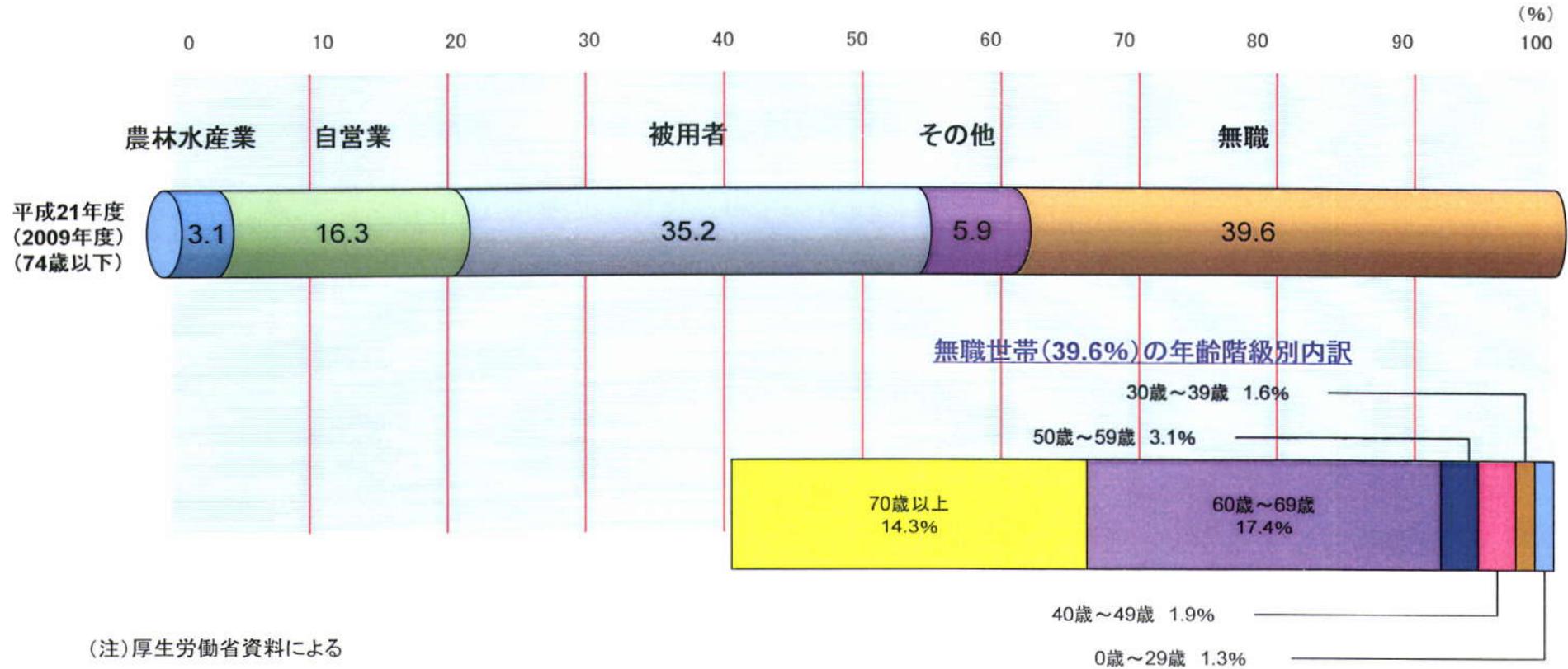
民主党厚生労働部会・第2回医療・介護WT団体ヒヤリング

(提出資料)

平成23年11月4日

国民健康保険中央会

国保(市町村)の職業構成



国保(市町村)・協会けんぽ・組合健保の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人	3,483万人 被保険者1,952万人 被扶養者1,531万人	2,995万人 本人1,572万人 家族1,423万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	36.2歳	33.9歳
65～74歳の割合	31.4% (平成21年度)	4.8% (平成21年度速報値)	2.6% (平成21年度速報値)
加入者一人当たり 平均所得(総所得金額等) (平成21年度)	91万円	139万円	195万円
加入者一人当たり 医療費 (平成21年度)	29.0万円	15.2万円	13.3万円
加入者一人当たり 平均保険料(平成21年度) <事業主負担込>	8.3万円	8.6万円<17.1万円> 〔被保険者一人あたり〕 15.2万円(30.3万円)	9.0万円<20.0万円> 〔被保険者一人あたり〕 16.9万円(37.6万円)
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の43% (都道府県負担7%)	給付費等の16.4%	財政窮迫組合に 対する定額補助
国費負担額 (平成23年度予算ベース)	3兆4,411億円	1兆1,108億円	18億円
保険料負担率 (平成21年度)	9.1%	6.2%	4.6%

- (注) 1 総所得金額等(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)を指す。
- 2 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保は速報値。
- 3 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
- 4 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金にかかる分を除き、13.0%。
- 5 公費負担額は、介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。
- 6 保険料負担率は、加入者1人当たり平均保険料を加入者1人当たり平均所得で除した額。
- 7 厚生労働省資料による。

国保(市町村)の収支状況

(単位：億円)

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度
収入(合計額)	96,369	95,722	104,727	108,627	113,541	120,970	131,168	127,166	129,061
支出(合計額)	93,710	93,737	103,271	106,989	112,222	119,601	130,746	126,451	128,143
収支差引額	2,659	1,985	1,455	1,638	1,320	1,369	422	715	919
国庫支出金精算額等	△598	722	△390	△650	△438	△857	226	109	△162
精算後単年度収支差引額	△1,838	△81	△1,472	△830	△1,121	△929	△1,064	202	△96
一般会計繰入金 (赤字補填を目的とするものを除いた場合の精算後単年度収支差引額)	△4,141	△2400	△3,855	△3,288	△3,697	△3,343	△3,620	△2,383	△2,628

(注)厚生労働省資料による

一般会計繰入金の年次推移(市町村分)

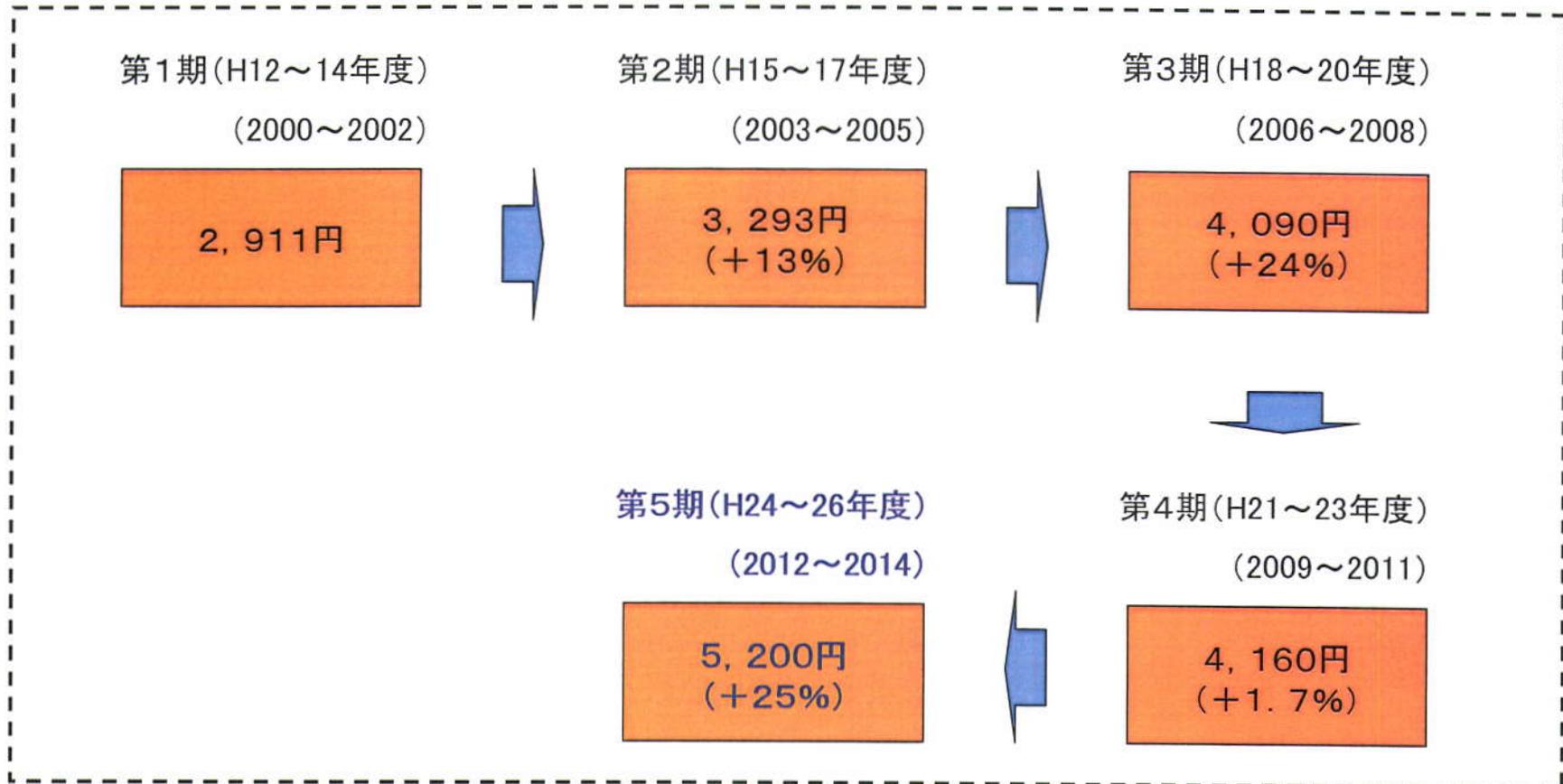
(単位:億円)

年度	法定分						法定外分	合計
	保険基盤 安定繰入金	基準超過 費用	職員 給与費等	出産育児 一時金等	財政安定化支 援事業	小計		
昭和63年度	1,000	—	—	—	—	1,000	2,569	3,569
平成元年度	1,000	—	—	—	—	1,000	2,775	3,775
2年度	988	—	—	—	—	988	2,978	3,966
3年度	1,040	—	—	—	—	1,040	2,945	3,984
4年度	1,077	32	1,130	302	640	3,180	2,268	5,448
5年度	1,110	25	1,085	317	825	3,362	2,352	5,714
6年度	1,183	22	1,145	363	969	3,681	2,585	6,266
7年度	1,282	17	1,201	403	1,140	4,043	2,916	6,960
8年度	1,602	14	1,230	409	1,212	4,467	3,108	7,575
9年度	1,777	20	1,295	405	1,270	4,766	2,864	7,631
10年度	1,948	36	1,381	418	1,124	4,907	3,060	7,967
11年度	2,152	33	1,447	421	1,197	5,250	3,305	8,555
12年度	2,482	32	1,589	441	1,291	5,835	3,197	9,032
13年度	2,718	32	1,607	448	1,063	5,868	3,465	9,333
14年度	2,940	18	1,663	453	1,063	6,137	3,680	9,817
15年度	4,023	19	1,637	449	1,004	7,132	3,831	10,963
16年度	4,234	22	1,655	437	907	7,255	3,855	11,110
17年度	4,435	14	1,689	413	910	7,462	3,858	11,320
18年度	4,574	16	1,731	434	971	7,726	3,618	11,344
19年度	4,655	12	1,864	455	934	7,920	3,804	11,724
20年度	3,726	10	1,780	441	838	6,795	3,671	10,466
21年度	3,891	12	1,766	447	856	6,972	3,601	10,573

(注)厚生労働省資料による

介護保険料の動向

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



(注)厚生労働省資料による

介護・診療報酬改定における リハビリテーションに関する要望

全国回復期リハ病棟連絡協議会
会長 石川 誠

回復期リハビリテーション

3カ所で実施される入院による回復期リハ

1. 回復期リハビリテーション病棟
2. 亜急性期病棟（病床）
3. 一般病床（疾患別リハ施設基準）

※ 分かりやすく整理することが必要

診療報酬改定結果検証に係る調査
(平成22年度調査)

回復期リハにおける質の評価、
がん患者リハの創設など、
リハビリテーション見直しの影響調査
結果概要(速報)

2011年10月26日

診療報酬改定結果検証に係る調査(平成22年度調査)
回復期リハにおける質の評価、がん患者リハの創設など、
リハビリテーション見直しの影響調査
結果概要(速報) 2011年10月26日

調査種別	発送数	有効回収数	回収率
① 回復期リハ病棟入院料の届出病院	1,064 件	393 件	36.9%
② 亜急性期入院医療管理料の届出病院	1,276 件	404 件	31.7%
③ ①・②以外の疾患別リハ料の届出病院	500 件	178 件	35.6%
④ 疾患別リハ料の届出診療所	500 件	132 件	26.4%
⑤ ①~④の外来患者票		17,225 件	
⑥ がん患者リハ料の届出病院	103 件	68 件	66.0%

施設票
病棟票

退棟患者票：回復期リハ病棟・亜急性期病棟(病室)から、
平成23年6月1カ月間に退棟した全ての患者

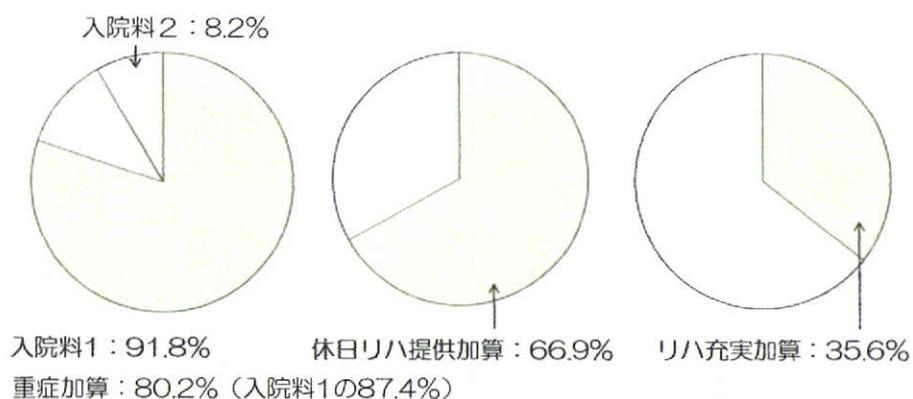
外来患者票：平成23年8月31日に疾患別リハ料を算定した
全ての外来患者

回復期リハ病棟入院料と亜急性期入院医療管理料の 診療報酬上の要件の比較

	単位	医師	看護要員	専従の リハ 専門職	在宅復帰 支援者	在宅 復帰率	入院期間の 上限	基本点数	加算
回復期リハ1	病棟	専任 1名 以上	看護師 15:1	PT 2名以上	-	60% 以上	整形外科系 60~90日	1720	重症加算:50 休日加算:60 充実加算:40
回復期リハ2			看護補助者 30:1	OT 1名以上		-	脳血管系 150~ 180日		1600
亜急性期1	病室	-	看護師 13:1	-	1名	60% 以上	90日	2050	提供加算:50
亜急性期2						老健施設 を含む	60日		

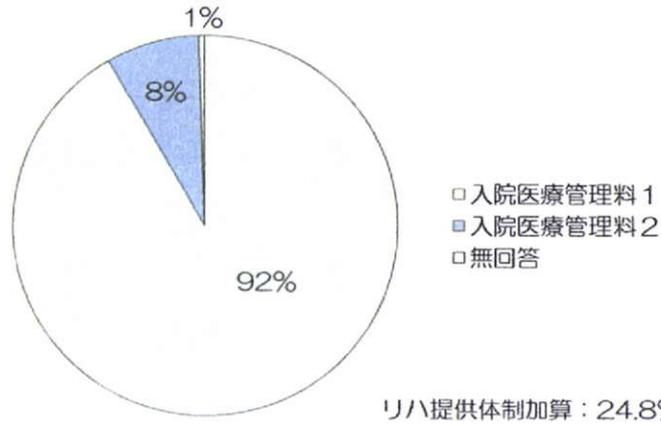
- ※ 回復期リハ病棟：回復期リハを要する患者
亜急性期病室：急性期治療を経過した患者
- ※ 回復期リハ病棟はリハを除きすべて包括払い
亜急性期はリハを含めすべて出来高払い

回復期リハ病棟の診療報酬算定状況



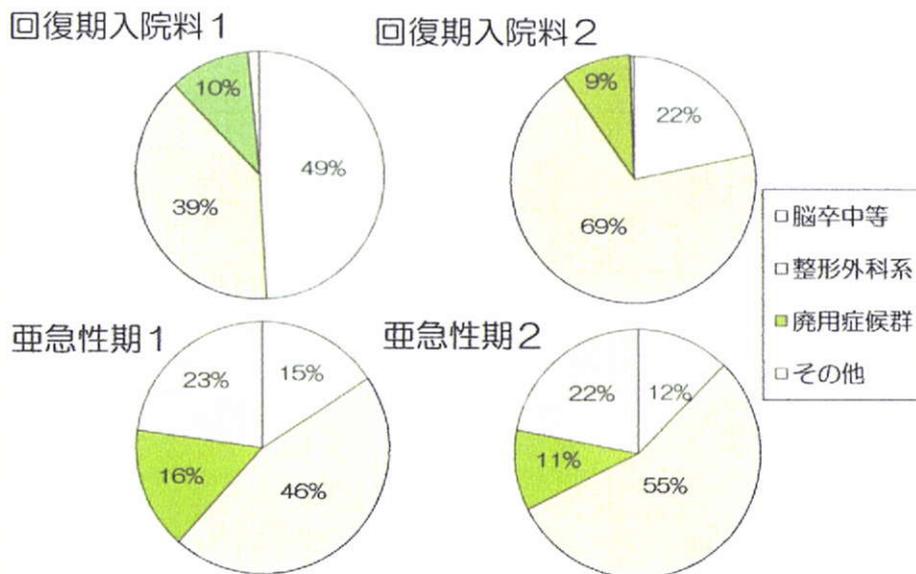
- ※ 回復期リハ病棟の大部分が入院料1であり、重症者回復加算を算定

亜急性期入院医療管理料の算定状況



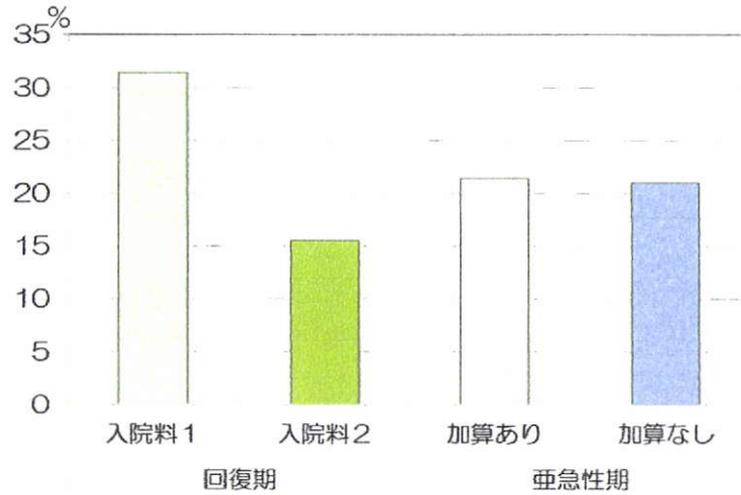
※ 亜急性期の大部分が管理料1だが、リハ提供体制加算は約1/4

入院患者の主疾患



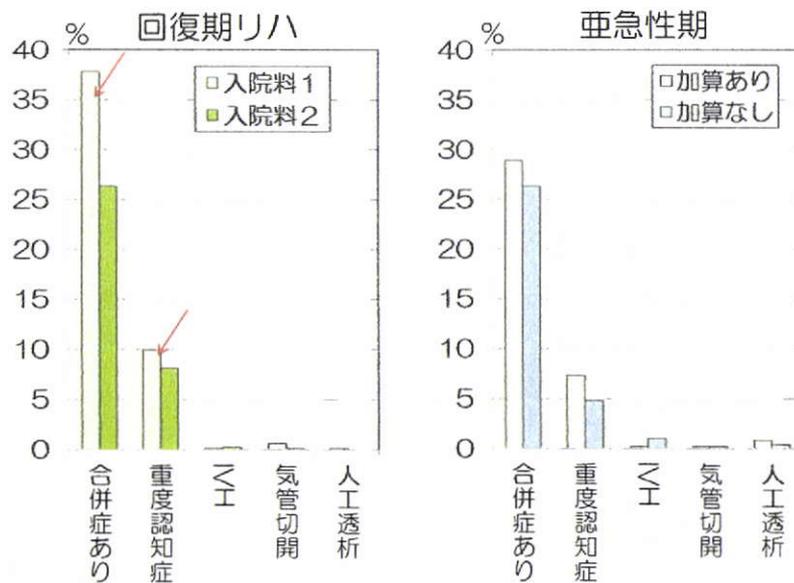
※ 脳卒中等の疾患を最も受け入れる病棟は回復期入院料1

入院時の日常生活機能評価10点以上の患者割合



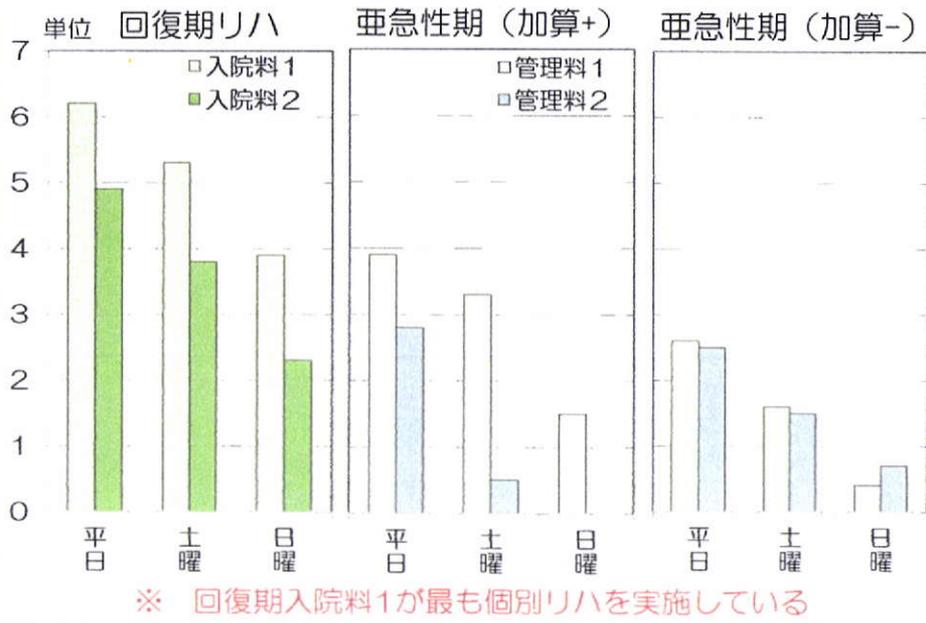
※日常生活機能評価点が高い（重症患者が多い）病棟は回復期入院料1

入院時の合併症等の状況

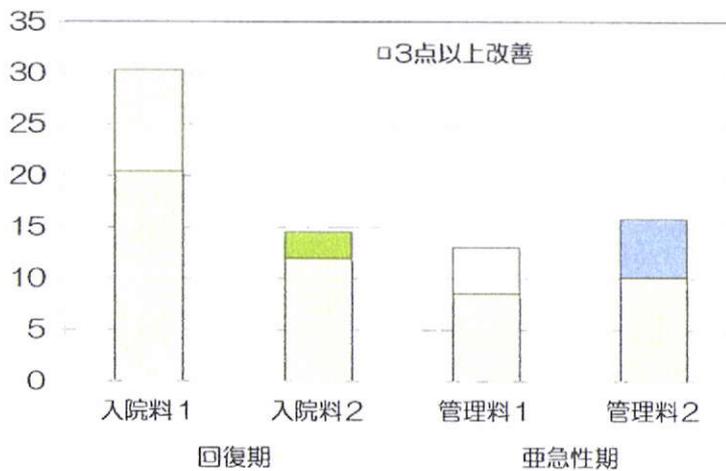


※ 合併症が最も多い病棟は回復期入院料1、医療的処置は共に少ない

患者1人1日あたり疾患別リハ算定状況

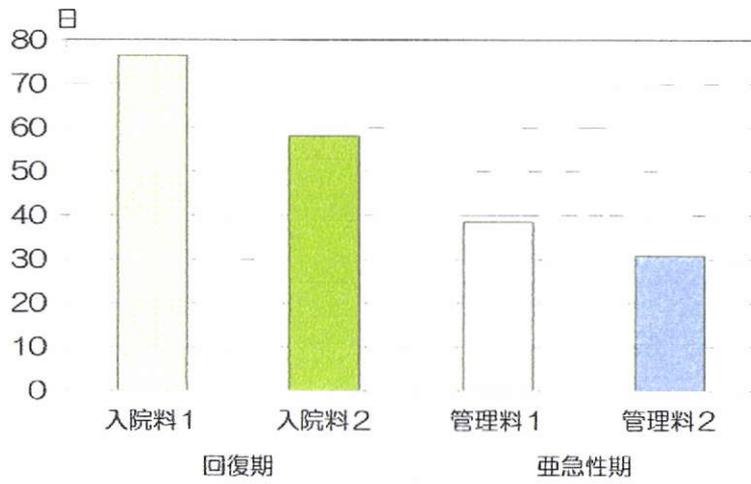


退棟患者のうち 入院時日常生活機能評価が10点以上で 退棟時に3点以上改善していた患者割合



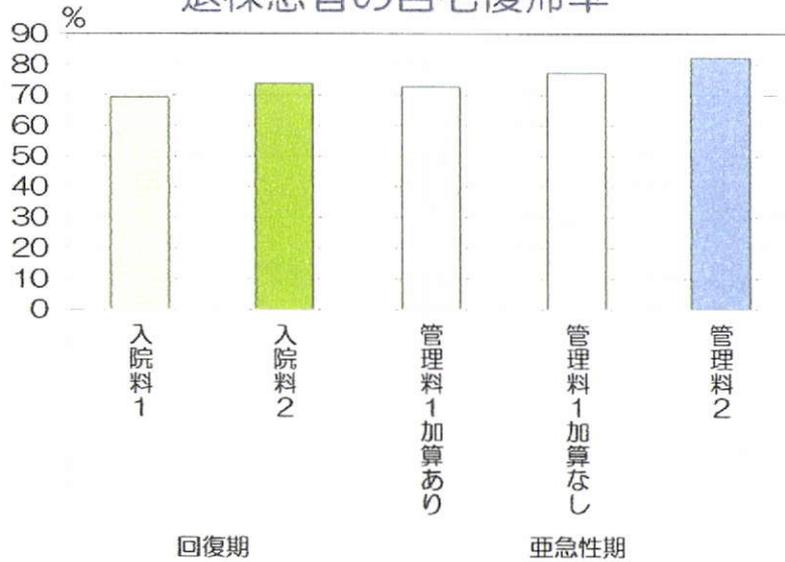
※ 回復期入院料1が最も重症患者を改善させている

平均在院日数の比較



※ 在院日数は回復期入院料1が長く、亜急性期管理料2が短い

退棟患者の自宅復帰率



※ 重症患者の多い病棟が自宅復帰率は低いが、いずれも70%以上

回復期リハ病棟連絡協議会調査より

都道府県別人口10万あたり回復期リハ病床数

2011年7月1日現在



※ 都道府県格差は4.7倍

看護必要度とは (必要看護人員算定のツール)

集中治療棟・ハイケアユニット・7：1看護病棟で使用
 重症度・看護必要度 { A項目：医療依存度
 { B項目：ADLに近似

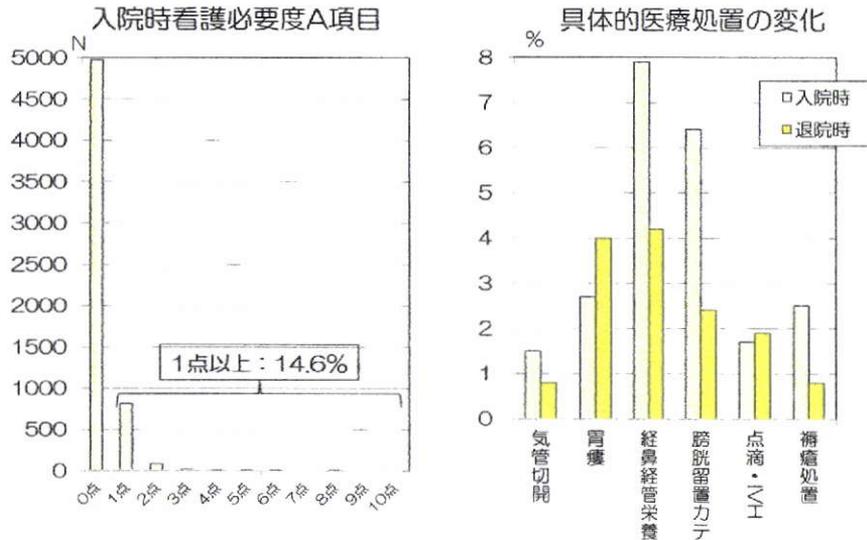
回復期リハ病棟ではB項目を「日常生活機能評価」として
 使用：19点～0点（重症が高い点数）

※ 看護必要度とBI・FIMはある程度相関するが、
 視点の異なる評価であり、共にチェックすべき

※ 「日常生活機能評価」の名称は混乱を招く !
 「回復期リハ病棟看護必要度」の名称に変更することを要望

医療的処置を必要とする患者割合

2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=5,359)



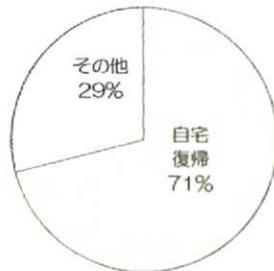
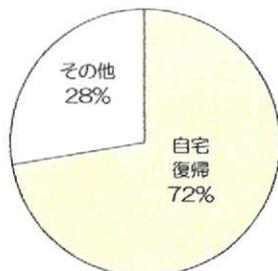
※ 医療的処置を要する患者は少ない

入院時A項目が0点・1点以上の自宅復帰率

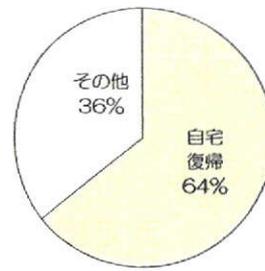
2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=5,359)

A・B両項目を調査し得た症例
N=5,359

A項目0点
N=4,576 (85.4%)



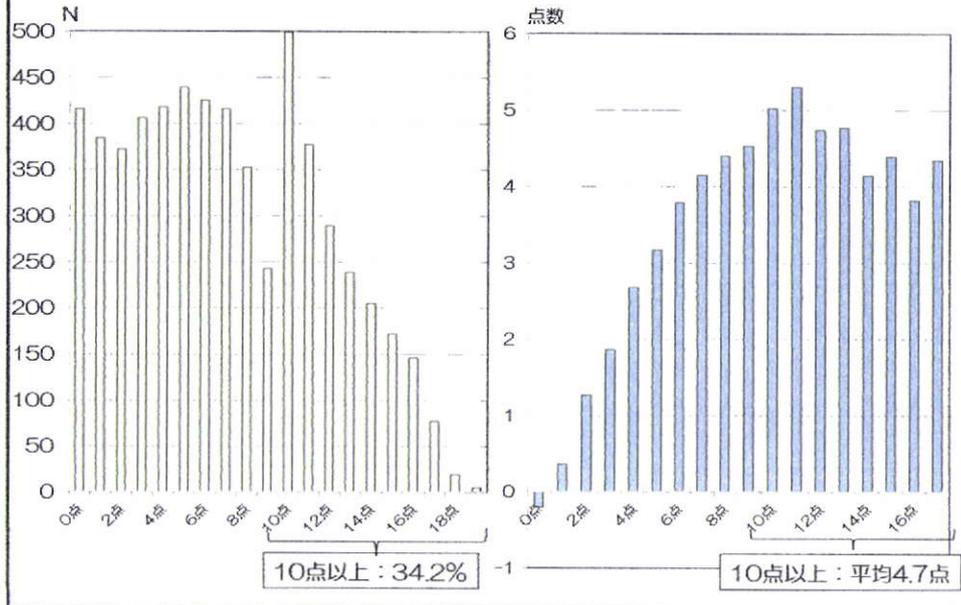
A項目1点以上
N=783 (14.6%)



※ 0点と1点以上で自宅復帰率に大きな差はない

入院時B項目得点別患者数と平均改善点数

2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=5,359)

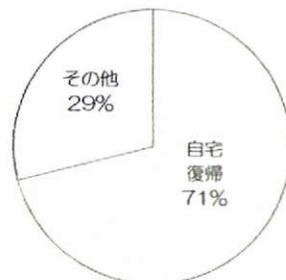
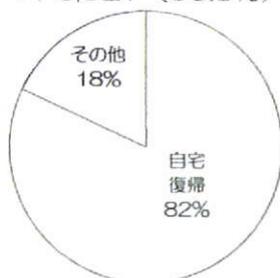


入院時B項目が10点未満・以上の自宅復帰率

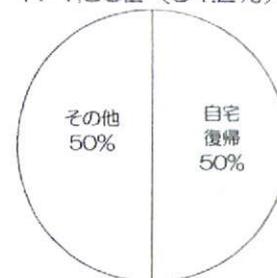
2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=5,359)

A・B項目を調査し得た症例
N=5,359

B項目10点未満
N=3,527 (65.8%)

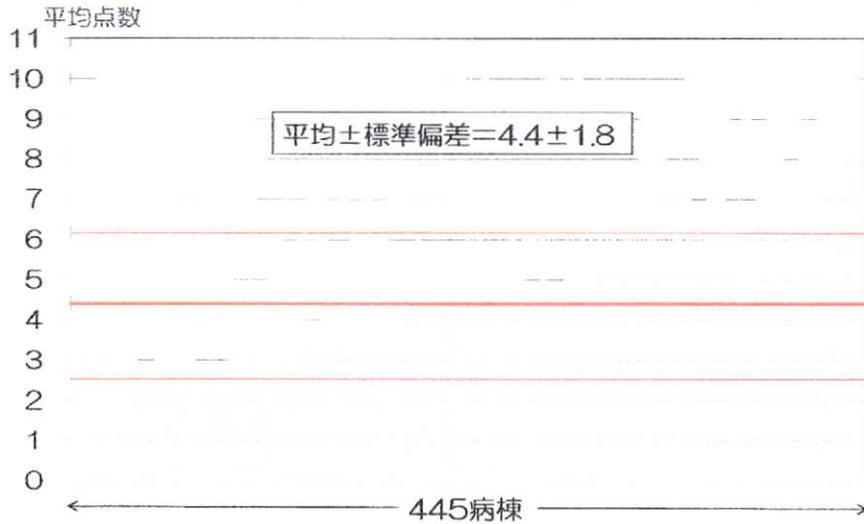


B項目10点以上
N=1,832 (34.2%)



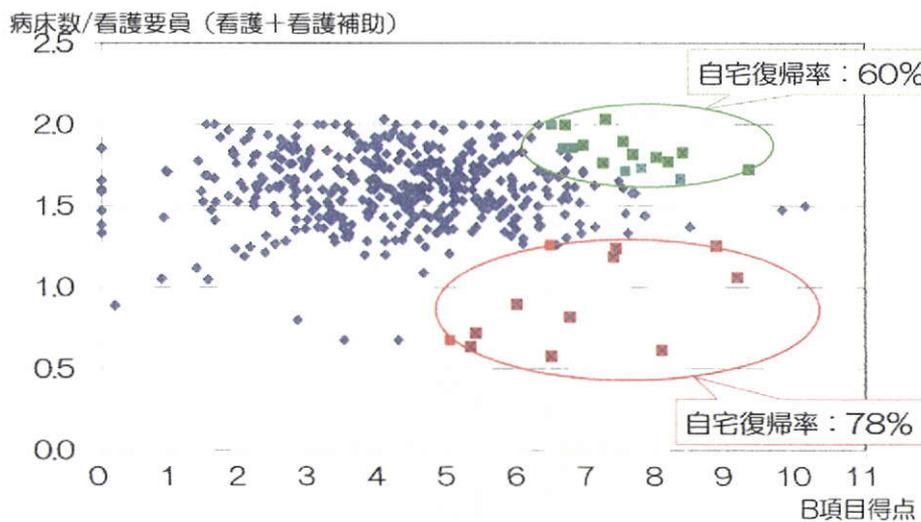
※ 10点未満と以上では自宅復帰率に顕著な差が存在

病棟毎の入院患者の平均日常生活機能評価(B項目)点数
2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=445病棟)



※ 病棟毎に重症度が異なり大きな差が存在

病棟毎の平均B項目得点と看護要員の関係
2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=445病棟)



※ 必ずしも重症者に対応した看護要員配置とは限らない
重症が多い病棟は看護要員数により自宅復帰率に格差あり

回復期リハのまとめ

- 回復期リハ病棟は重症患者、亜急性期病棟は軽症患者に対応している。
- しかし、入院基本料は亜急性期の方が高い
- 回復期リハ入院料1の病棟が脳卒中等の重症患者を受け入れ、改善させている。
- しかし、回復期リハ病棟において必ずしも重症患者に対応した看護要員配置とは限らない。
- 回復期リハ病棟において重症者が多い病棟で看護要員数の手厚い病棟は自宅復帰率が高い。

※ 評価すべきではないか

★ リハを行うには負担がかかる回復期リハを要する重症患者を積極的に受け入れ、在宅復帰率の向上に努力する病棟において、医師・看護要員・社会福祉士等の手厚い人員配置体制を評価し、回復期リハ病棟を現在の2区分から3区分に変更することを要望。

回復期リハ病棟入院料の2区分を3区分に要望

区分	リハ科 医師	看護・ 看護補助者	PT	OT	ST	社会 福祉士	入院時の 重症患者の比率	在宅 復帰率
新1	専従医 1名 以上	看護 13:1 看護補助 20:1	3名 以上	2名 以上	1名 以上	1名 以上	重症度・看護必要度 A項目1点以上 15%以上 もしくは B項目10点以上 30%以上	70% 以上
新2	専任医 1名 以上	看護 15:1 看護補助	2名 以上	1名 以上	0	0	B項目10点以上 20%以上	60% 以上
新3		30:1					規定なし	

生活期（維持期）リハビリテーション

「生活期リハ」の3種類

1. 退院・退所直後のリハ 在宅ケアにソフトランディングするリハ → 退院後の1ヶ月を3ヶ月に延長	医療保険 介護保険 併用
2. 維持を目的としたリハ → 介護保険における個別リハの13回/月を 提供可能とする通所リハ・訪問リハ等の 量的基盤整備を推進	介護保険
3. 改善を目的としたリハ 介護保険利用中に機能およびADLが低下した際 に速やかな改善を目的とするリハ → 特例として医療保険で訪問リハを短期間 集中的に実施可能に	医療保険

※ 上記の3点が適切に実施される制度設計が必要

介護保険における生活期（維持期）のリハに関しては
介護給付費分科会（10月31日）で検討

異論なし

追加の要望

訪問看護7と訪問リハの質の向上を目的に

- ★ PT・OT・STが1人1日に実施できる上限を、医療保険では14単位、介護保険では14回の上限を設定すべき。

維持目的のリハ（医療保険）

維持期リハサービスの量的基盤整備の推進を目的に

1) 通院リハによるリハサービスの確保

- ★ 標準的算定日数を超えて実施可能な13単位/月の継続

2) 外来通院における個別リハ提供の利便性向上を目的

- ★ 外来リハ医学管理料の創設
1/月以上診察することで、再診料を算定せずにPT・OT・STの個別リハの算定を可能とする。

改善目的のリハ（医療保険で新設）

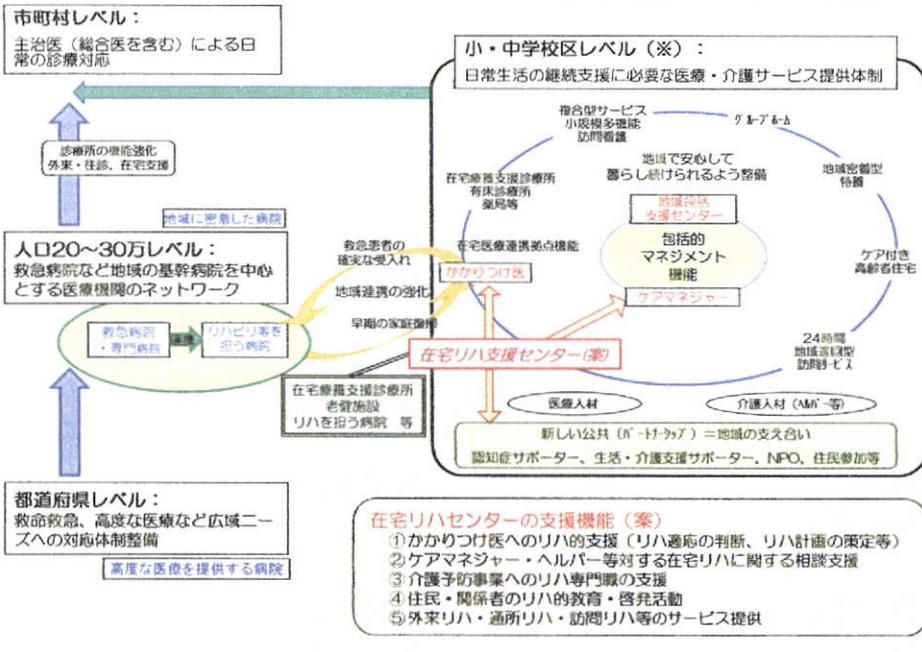
7) 介護保険による訪問リハを提供中に、機能やADLが低下した場合、速やかに状態を改善することを目的として、医療保険で集中的な訪問リハの実施を可能とする。

★ 在宅患者集中訪問リハ指導管理料の新設

1ヶ月間にパーセル指数もしくはFIMが5点以上低下した場合、3ヶ月間に2週間を限度に毎日訪問リハを医療保険で算定可能とする。

* 訪問したPT等は、提供医療機関の医師が確認・書名した「集中訪問リハ実施計画書」を開始時に、「集中訪問リハ実施報告書」を終了時にかかりつけ医に提出すること。

地域包括ケアシステムとリハ支援機能に関する提案



民主党厚生労働部門・第2回医療・介護WT団体ヒアリング

日時:2011年11月4日(金)14:00~14:15

場所:衆議院第2議員会館

「医療・介護提供体制のあり方」



一般社団法人日本慢性期医療協会 会長

医療法人平成博愛会博愛記念病院 理事長

武久 洋三

Japan Medicine

医療経済・医療経営情報誌

5/18 2011
Wednesday
No.1683

日恒協・武久会長

薬価引き下げ分、復興財源も選択肢

厚生省は、薬価引き下げ分を、復興財源として活用する可能性を検討している。復興財源として活用する可能性を検討している。復興財源として活用する可能性を検討している。

厚生省は、薬価引き下げ分を、復興財源として活用する可能性を検討している。復興財源として活用する可能性を検討している。復興財源として活用する可能性を検討している。

厚労省案 「曖昧な病床」の整理が課題
厚生省は、病床の整理が課題として挙げられている。病床の整理が課題として挙げられている。病床の整理が課題として挙げられている。

厚生省は、病床の整理が課題として挙げられている。病床の整理が課題として挙げられている。病床の整理が課題として挙げられている。

Japan Medicine 2011.5.18(水)より抜粋

1

介護事業経営実態調査における税の扱いについて (参考)各サービスの収支差率

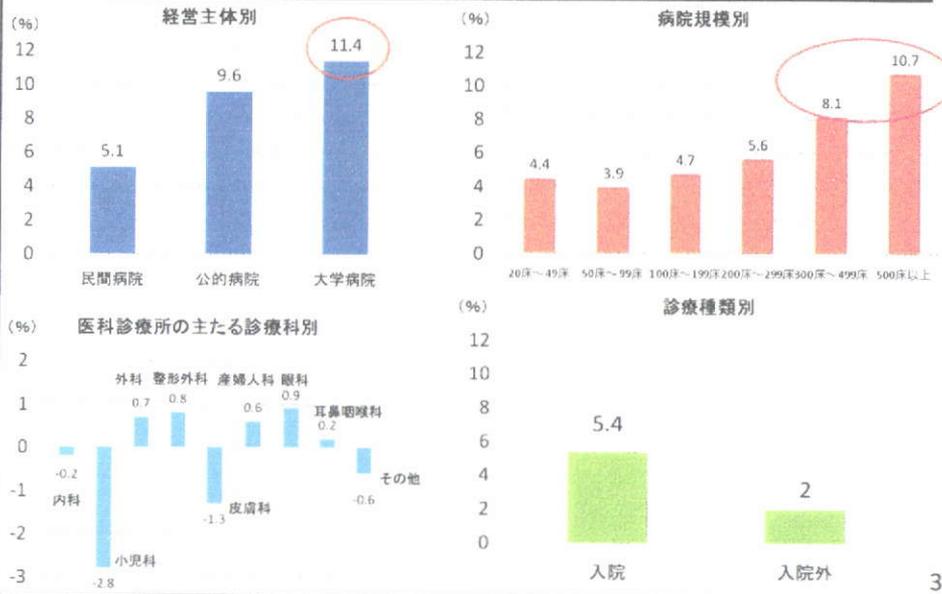
	特養	老健	療養	GH
平成20年調査収支差率	3.4%	7.3%	3.2%	9.7%
平成23年調査収支差率	9.3%	9.9%	9.7%	8.4%
処遇改善交付金／介護料収入	2.1%	1.2%	0.4%	3.0%
処遇改善交付金／総収入	1.8%	1.0%	0.3%	2.2%
法人税等差引後	(9.3%)	8.6%	5.5%	7.4%

	通所介護	認知DY	通所リハ	短期入所
平成20年調査収支差率	7.3%	2.7%	4.5%	7.0%
平成23年調査収支差率	11.6%	5.9%	4.0%	5.6%
処遇改善交付金／介護料収入	1.6%	2.4%	1.2%	2.0%
処遇改善交付金／総収入	1.4%	2.2%	1.1%	1.7%
法人税等差引後	9.2%	4.6%	1.7%	—

H23.10.17第82回介護給付費分科会 資料より

2

平成22年度診療報酬改定後の一日あたり医療費の伸び率
(平成22年4～9月対前年同期比)



17年11月何が起こったか

9月11日小泉郵政選挙自民大勝

経済財政諮問会議

厚労省に対して①混合診療の解禁

②医療費のGNPへのCAP制を強く

要求した

当時の尾辻厚労大臣は①②
いずれも拒否したが、そのかわりに
① 平均在院日数の削減
② 特定健診制度による予防政策
を約束した。

H23.10月 武久洋三 作成

5

療養病床転換促進室
医療費適正化対策推進室

H23.10月 武久洋三 作成

6

平成10年頃 療養環境改善に対する手厚い診療報酬
⇒改修、増改築を行う病院が多くなる

平成15年8月末 その他病床の廃止
一般病床と療養病床の届出

	病床面積	廊下幅	食堂	談話室	機能訓練室
一般	4.3m ²	1.8m	×	×	×
療養	6.4m ²	2.7m	○	○	○

全ての病床の改装済⇒医師・看護師の数と入院患者の状態で病棟を
「一般」と「療養」に分けて届出

一部しか改装できず ⇒改装できた新たな病棟 ⇒「療養」として届出
改装できていない古い病棟 ⇒「一般」として届出

全く改装しなかった ⇒全て「一般」として届出

7

一般病床の6人～10人部屋という劣悪な
条件で、90日以上入院している患者は
特定患者となるが、除外規定により、
平均在院日数に関係なく出来高払いで入院し
続けることができる制度が温存されている。

8

急性期といわれる病床の中に
実態は慢性期である患者が多く
入院しているという不思議



一般病床の社会的入院

H23.10月 武久洋三 作成

9

2011年(平成23年) 10月14日 金曜日

メディファクス

6218号

MEDIFAX

©じほう2011

MF医療情報室

メディファクス

<http://mf.jiho.jp>

株式会社じほう

●この通信は会員が直接利用される以外、コピー等による第三者への提供は固くお断りいたします

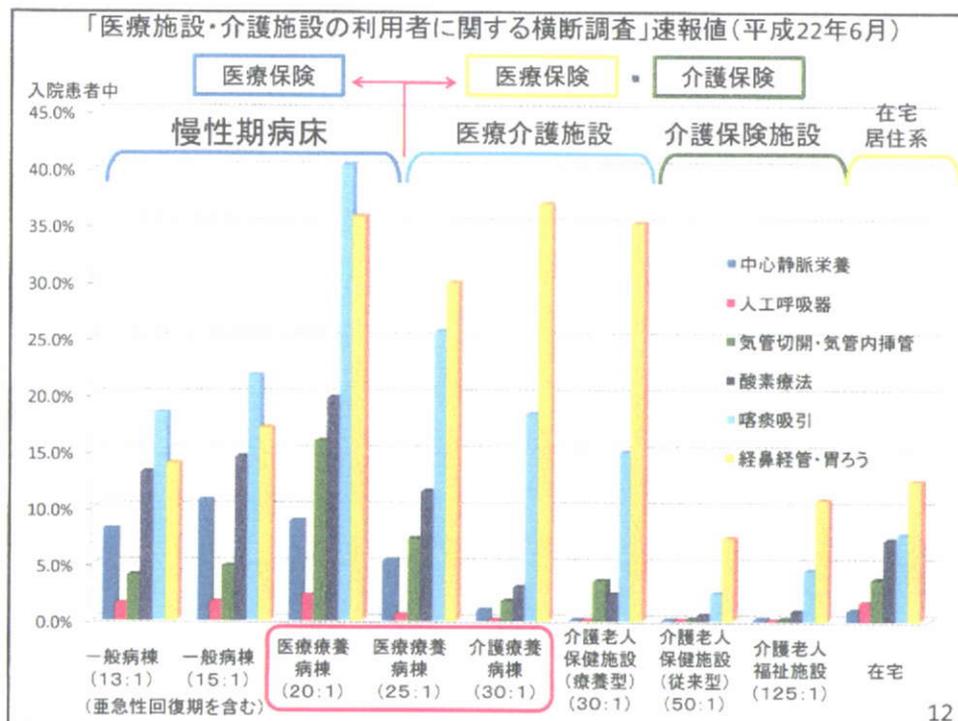
■ 「急性期」の機能分化は不可避 特定除外問題で鈴木医療課長

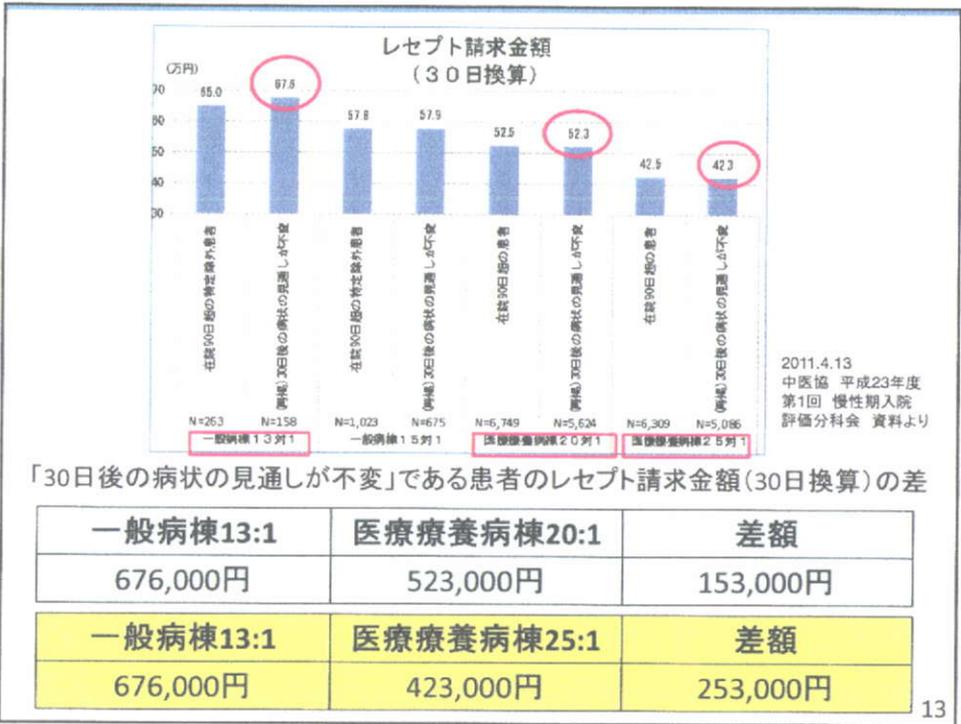
- ・ 特定除外をめぐるっては、5日の中医協総会で支払い側委員の白川修二氏(健保連専務理事)が「一般病棟13対1と15対1の在院日数90日超患者の中で、特定除外患者の占める比率が96%、95%となっている。もはや特定とはいえない」と問題意識を表明。他の支払い側委員からも「特定除外患者で項番不明患者の病態を明確にすべき」「特定除外の患者像をもっと明確にすべきだ」などの意見が出るなど、支払い側として問題意識を明確に打ち出している。

10

急性期の定義からいうと
急性期病床で30日超の入院患者は
急性期患者と言えるのか。
すでに慢性期ではないか。

2011.10月武久洋三 作成





2025年には全対象患者757万人のうち慢性期医療の受け持ち部分はその90%と想定されている。

2011.7月武久洋三 作成

15

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		地域一般病床を削減
			各ニーズの単純な病床換算		
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15~16日程度	
一般急性期	129万人/月	(※) 急性期 15日程度 慢性期 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 重症急性 5日程度 重症慢性 9日~10日程度 長期ケア 190日程度 不明対象	【一般急性期】 46万床 70%程度 100万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 92万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 18万人/月 80日程度	【亜急性期等】 26万床 80%程度 12万人/月 80日程度	77%程度 19~20日程度 29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 需要については「万床」はベッド数、「%」は平均入院日数、「日」は平均入院日数、「人/月」は月当たりの通院患者数。介護については、利用者数を表示。
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/2と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院数が若干減少し平均入院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、県人口5~7万人未満の自治体に基準患者(今後2000~1000万人程度で増加)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

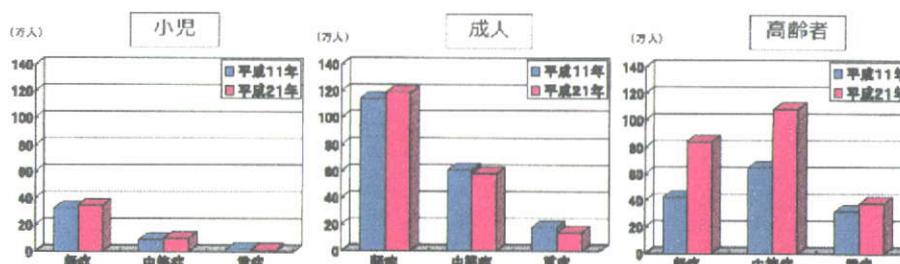
●この通信は会員が直接利用される以外、コピー等による第三者への提供は固くお断りいたします

■ 「急性期」の機能分化は不可避 特定除外問題で鈴木医療課長

- ・ 現行の一般病棟入院基本料が看護配置の手厚さに対応したものと
 となっている点にも言及し「これは急性期患者だから、ということが
 前提になっている。そこに慢性期や亜急性期の患者が混在すると、
 人員配置のストラクチャーと患者ニーズにミスマッチが起こる。そ
 の部分の是正は必要ではないか」

救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の増加率は、年齢別では高齢者が高く、重症度別では軽症・中等症が高い。



平成11年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	1.9万人	18.0万人	31.7万人
中等症	9.3万人	61.2万人	64.8万人
軽症	32.2万人	114.2万人	42.2万人

平成21年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.9万人 0.9万人減 -32%	14.1万人 3.9万人減 -22%	37.8万人 6.2万人増 +20%
中等症	10.2万人 0.9万人増 +10%	68.4万人 2.9万人減 -5%	108.4万人 43.8万人増 +87%
軽症	34.8万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.8万人 42.0万人増 +100%

「救急・救助の現状」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

特養の入所者が熱が出た際に、救急車を呼んでも、搬送先の2次救急病院が「高齢者だから」と断ったら、3次救急病院へ搬送され、高い入院費がかかることとなる。

2011.10月武久洋三 作成 19

特養・老健にはレントゲンも設置できないこととなっている。

2011.10月武久洋三 作成 20

医療・介護負担対照表

2011.4月

	名 称	点数 (点/日)	10日間入院(円)	20日間入院(円)	10日間入院した 場合の1日平均(円)
高度急性期	救命急入院料2	8,890~11,200	1,008,300	1,363,900 <small>(ただし14日が限度)</small>	100,830
	特定集中治療管理料	7,700~9,200	875,000	1,183,000 <small>(ただし14日が限度)</small>	87,500
	ハイアクト入院医療管理料	4,500	450,000	900,000	45,000
一般病種	7:1入院基本料	1,555~2,005	200,500	385,520	20,050
	10:1入院基本料	1,300~1,750	175,000	334,520	17,500
	13:1入院基本料	1,092~1,542	154,200	292,920	15,420
	15:1入院基本料	954~1,384	138,400	261,320	13,840
亜急性期	亜急性期入院医療管理料	2,050	205,000	410,000	20,500
回復期	回復期リハビリテーション病種入院料	1,600~1,770	160,000~177,000	320,000~354,000	16,850
医療療養	療養病種入院基本料(A~1)	722~1,758	72,200~175,800	144,400~351,600	12,400
介護保険 施設サービス	介護療養型医療施設 (施設サービス費(1)従来型個室・多床室)	683~1,334	68,300~133,400	136,600~266,800	10,085
	介護療養型老人保健施設 (施設サービス費(1)従来型個室・多床室)	735~1,164	73,500~116,400	147,000~232,800	9,495
	介護老人保健施設 (施設サービス費(1)従来型個室・多床室)	734~1,022	73,400~102,200	146,800~204,400	8,780
	介護老人福祉施設 (施設サービス費(1)従来型個室・多床室)	589~933	58,900~93,300	117,800~186,600	7,610

※ただし、単純平均であり、基本部分のみで出来高は含まない。

高度急性期病床で治療しなくてもいいような患者がミスマッチングで高度急性期に搬送された場合、療養病床で治療できる病状の患者はただちに療養病床を中心とする慢性期病床に転入院することにより、節約できる金額は1患者1日当たり約9万円にもなる。患者の病状に合わせて診療機能別病院で治療することが望ましい。

21

急性期病床の50万床の10%がトリアージ対象者であれば、

$$\underline{5万人 \times 9万円 = 45億円}$$

45億円 × 365日 = 1兆6,425億円もの医療費が
浪費されていることになる。

この半分を高度急性期病院に、そして残りの半分を慢性期医療
以後のシステムに注入すれば、すべて解決するかもしれない。

急性期治療の終わった患者はできるだけ
早くPost acute機能のある病院に転院
することにより医療費の削減ができる。

2011.10月武久洋三 作成 23

- 現在の平均在院日数は180日なので、医療療養病床が約24万床として、1ヶ月4万人の入院があることになる。
- 平均在院日数を120日とすると、1ヶ月6万人の入院となる。
- 高度急性期病院からの転院による入院が1万人、急性期病院からの転院による入院が1万人増えると仮定すると、高度急性期病院における1ヶ月のレセプト請求金額を150万円、急性期病院における1ヶ月のレセプト請求金額を100万円としたら、療養病床におけるレセプト請求金額との差はそれぞれ、約100万円、50万円であり、

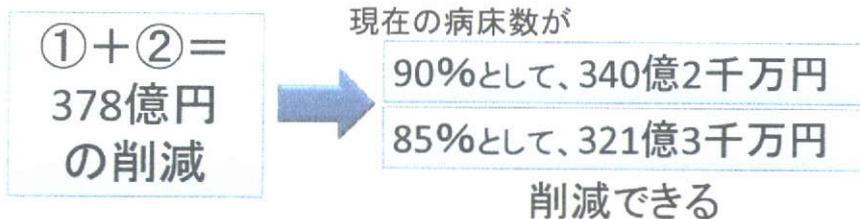
$$100\text{万円} \times 1\text{万床} \times 12\text{ヶ月} = 1,200\text{億円}$$

$$50\text{万円} \times 1\text{万床} \times 12\text{ヶ月} = 600\text{億円}$$

年間 1,800億円を削減できる

2011.10月武久洋三 作成 24

- 一般病床13対1、15対1に入院している特定除外患者の出来高算定と医療区分による包括算定のレセプト請求金額(30日換算)の最大差額が253,000円であるので、包括性により10万円の減額となると仮定したら、



*H21.12.2中医協診療報酬基本問題小委員会(第152回)参考資料より

2011.10月武久洋三 作成

25

- 一般病床(7:1)、(10:1)約60万床のうち、10%(6万床)が特定除外患者であると仮定する。
- 一般病床(7:1)の1ヶ月当たりのレセプト請求額を約150万円、一般病床(10:1)の1ヶ月当たりのレセプト請求額を約100万円、医療療養病床の1ヶ月当たりのレセプト請求額は約50万円であるので、それぞれの差額を100万円、50万円とすると

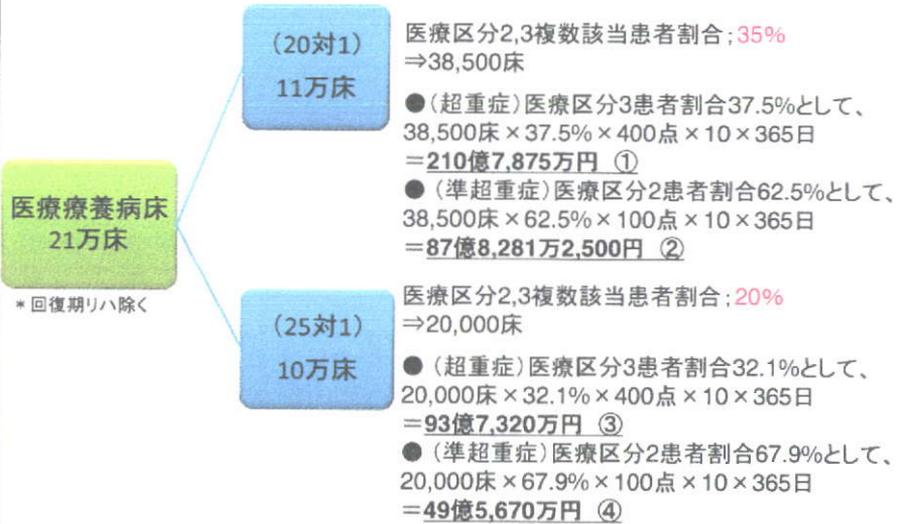


① + ② = 5,400億円の削減

2011.10月武久洋三 作成

26

- 医療療養病床20対1、25対1において、医療区分2、3の該当2項目以上該当する患者に対し、「超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算」をつけるとしたら、



①+②+③+④=441億9,146万2,500円の増額

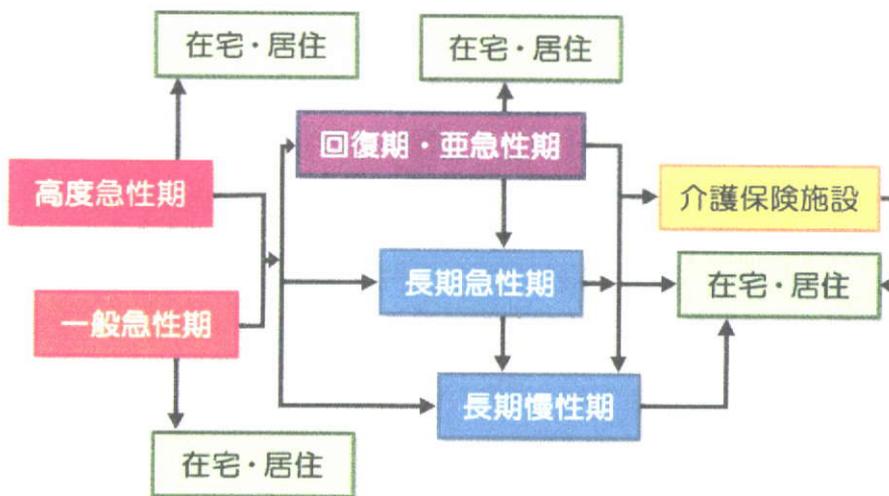
医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み	現状(2011年)		現状実態(2011年)		
	一般病床 7:1~15:1 亜急性期 回復期リハ	107万床 19~60日	高度急性期 急性期 実質慢性期 亜急性期 回復期リハ	30万床 19~21日 20万床 20~30日 30万床 19~60日 1.2万床 6万床	
	医療療養 20:1,25:1	25万床 180日	医療療養 20:1,25:1	23万床 60~180日	一般 90 万 床
	介護療養	9万床 300日	介護療養	8万床 300日	
	精神病床	35万床 300日	精神病床	35万床 300日	療 養 34 万 床
	(入院小計)	176万床	(入院小計)	159万床	
	特養 老健	42万人分 32万人分	特養 老健	42万人分 32万人分	
	居住系	31万人分	居住系	31万人分	
	在宅	237万人分	在宅	237万人分	
	大計	518万人分	大計	501万人分	

これからの医療の流れ



2011.10月武久洋三 作成 31

将来の医療・介護体制予測



2011.10月武久洋三 作成 32

在宅医療支援がなければ
地域包括ケアシステムは
絵に描いた餅になってしまう

2011.10月武久洋三 作成

33

在宅療養支援ネットワーク

在宅療養協力
診療所(主治医)

在宅療養
支援診療所
(往診専門)

在宅療養
支援病院
(200床以下)

在宅療養後方病院
(病床制限なし)

2011.10月武久洋三 作成

34

在宅療養協力診療所の概念

- 無床診療所
- 外来 午前・午後
- 往診 午後 10件以上／月

在宅療養後方病院の概念

- ベッド数の制限なし
- 公私の別なし
- 高度急性期病院は除く
- 往診は連携先からの依頼時のみ行う
- 緊急受入れに対応すること
- 迅速に治療し、短期で在宅復帰させる努力をすること

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない

2007.9月武久洋三 作成