

2015.4.18 8Beat

基礎から学ぶ 医療政策の裏側

城西大学経営学部

教授 伊関友伸

経歴

- 1987年埼玉県庁入庁
- 県民部県民総務課、川越土木事務所管理課、出納局出納総務課、総合政策部計画調整課、健康福祉部県立病院課、社会福祉課、県立精神保健総合センターに勤務
- 1995～6年度大和町企画財政課長（県派遣）
- 2004年4月から城西大学経営学部助教授
- 総務省公立病院に関する財政措置のあり方等検討会委員（2008年度）
- 医学書院「病院」編集委員
- 特定非営利活動法人ハンズオン埼玉代表理事
- 研究テーマ：行政学（行政評価、公的組織の変革、地域医療問題、自治体病院の経営変革）
- 博士（福祉経営：日本福祉大学から授与）

伊関友伸
Isaki
Tomotoshi



まちの病院が
なくなる!?

地域医療の崩壊と
再生

伊関友伸
著



再生への処方箋

地域医

まちに病院を!

住民が地域医療をつくる

伊関 友伸

まちに病院があることを、
あたりまえとっていませんか?

夕張市の 崩壊した

夕張市立総合病院を
著者が自治体病院の
危機打開への処方箋



自治体病院の歴史 住民医療の歩みとこれから

伊関 友伸

城西大学経営学部マネジメント総合学科教授

三輪書店

病院

3

地域医療構想

堺常雄 × 伊関友伸

果たなるべき大規模の
構想をたどりえるか

大塚洋行出版

今回は

- 基礎から学ぶ医療政策の裏側として、社会保障・税一体改革が医療現場にどのように影響を与えるかについて考える

国の社会保障政策は どのように動くか

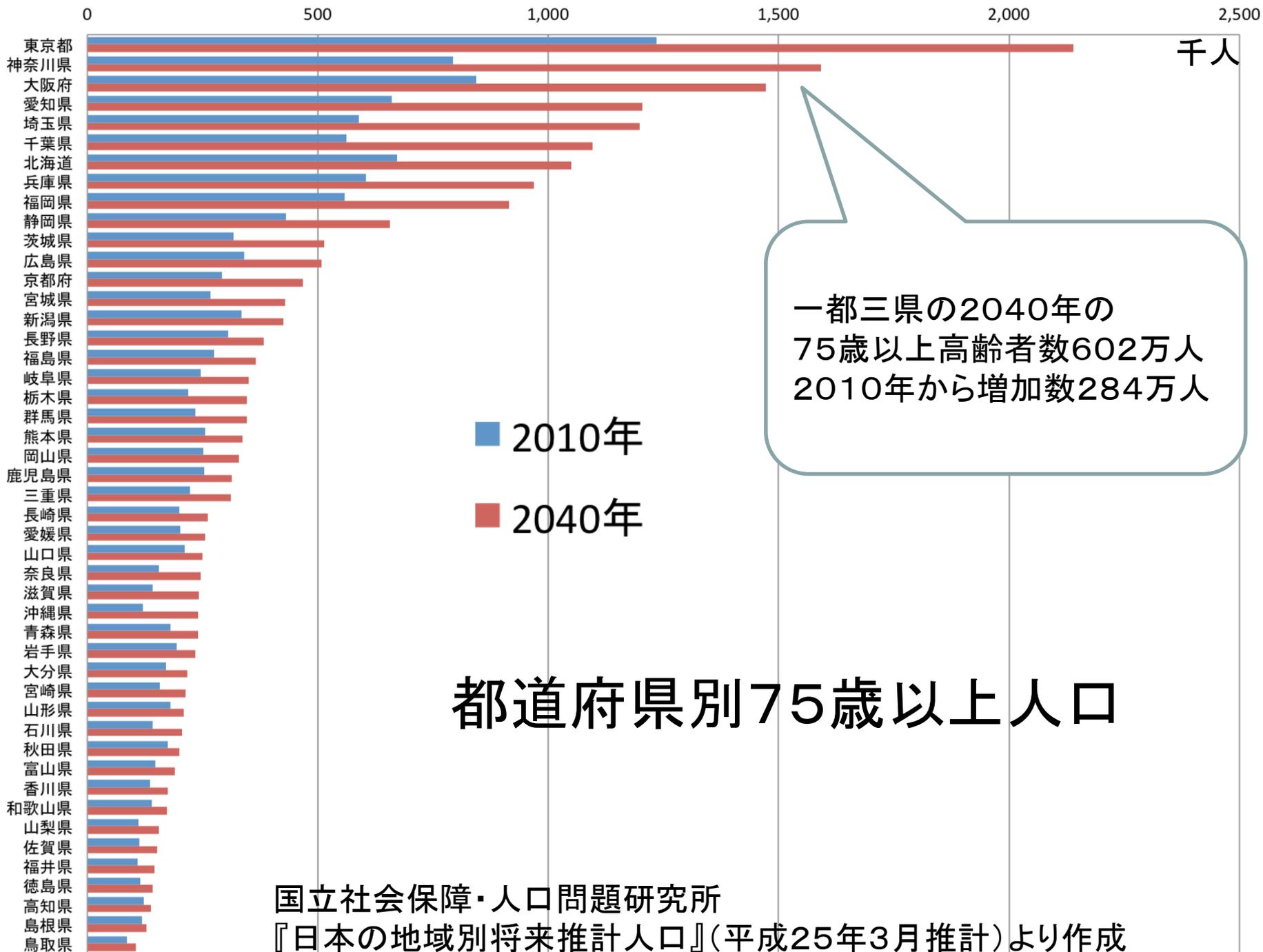
- 社会保障政策をめぐる現状は
どのような状況にあるか
- 具体的に国はどのような政策
を展開しているか

社会保障政策を めぐる環境

- 人口の急激な高齢化
- 公債に頼る国家財政

人口の急激な
高齢化

都道府県別高齢化のグラフ



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

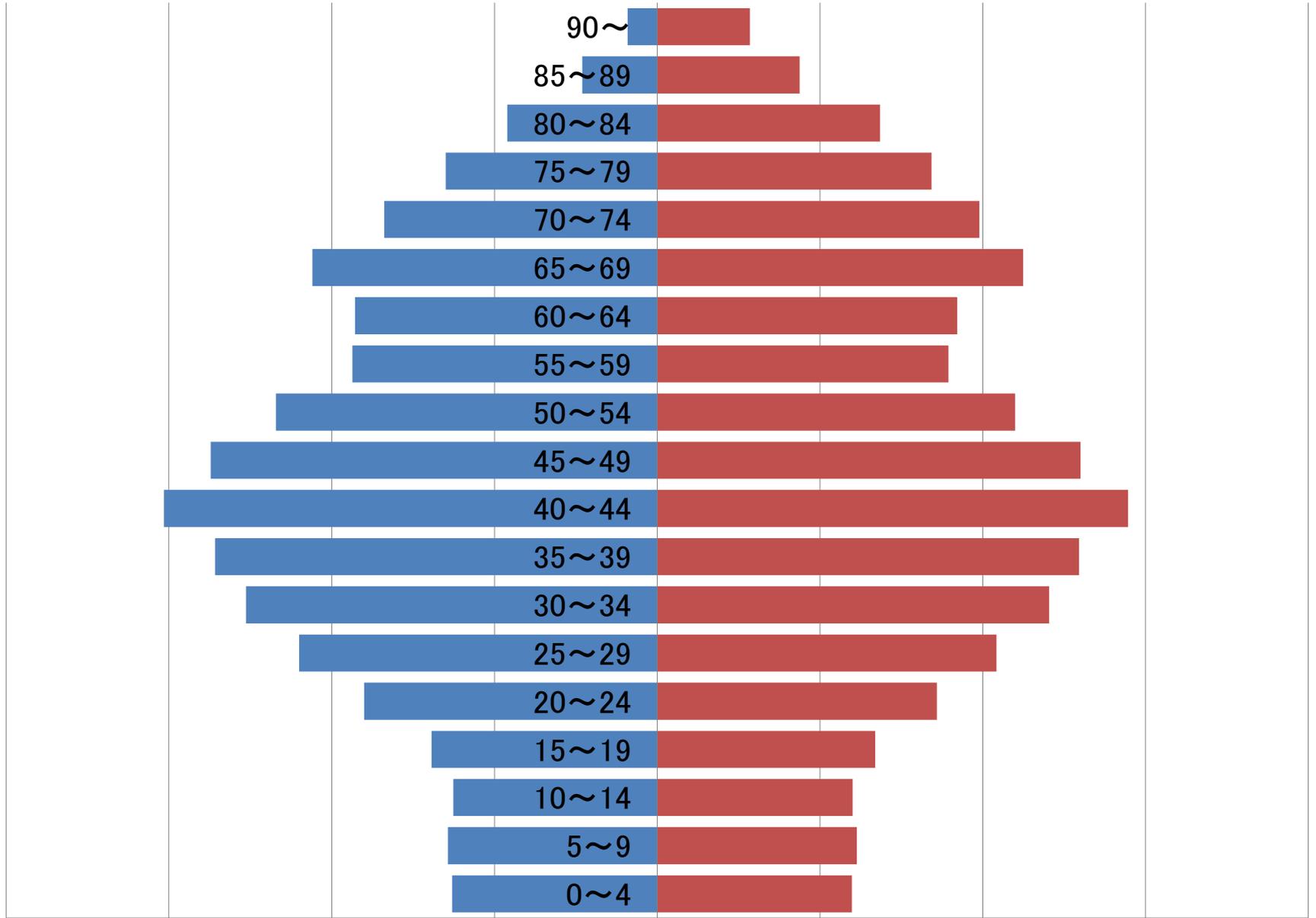
東京都の将来人口

国立社会保障・人口問題研究所

『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)より作成

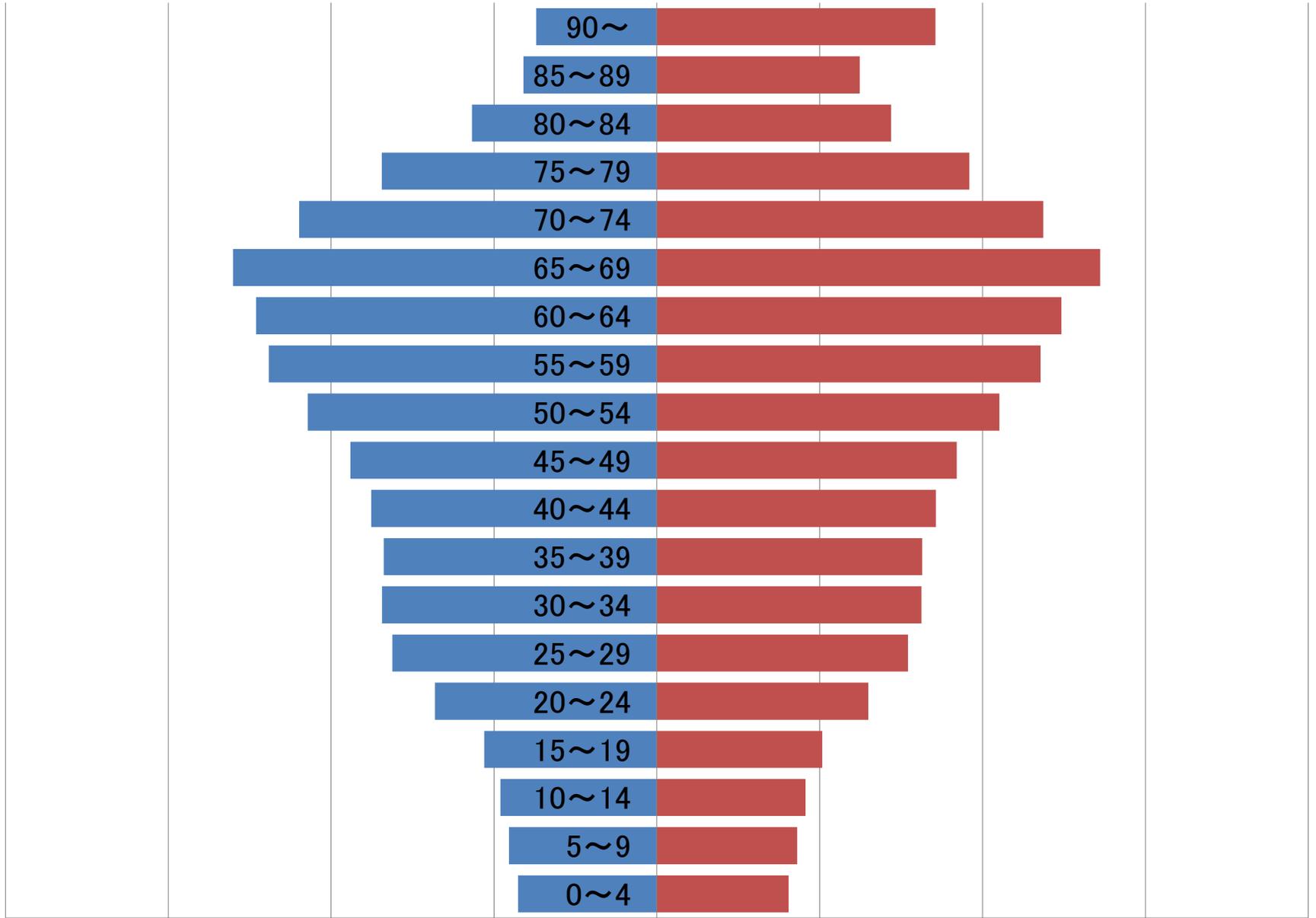
2015年

人



2040年

人



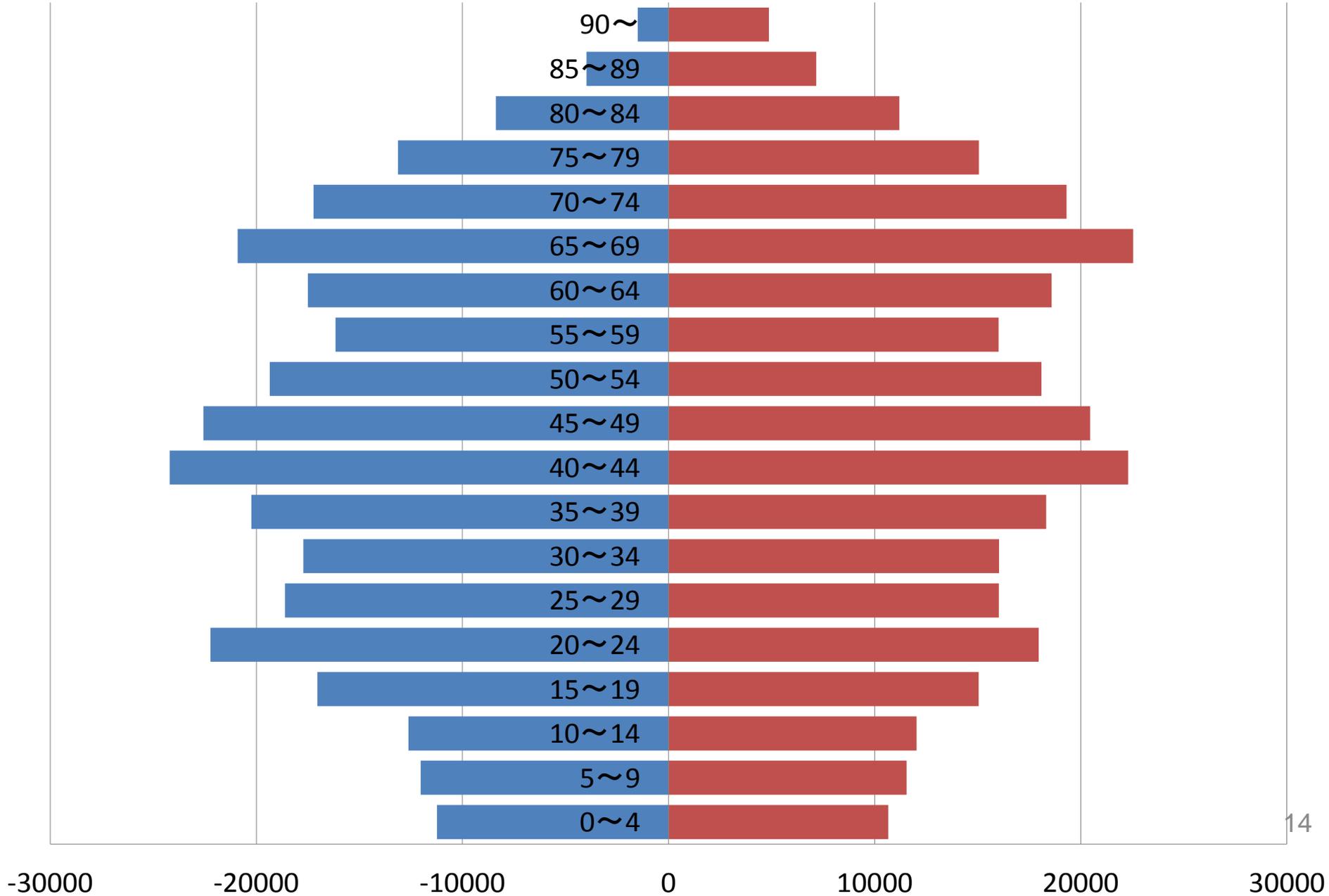
八王子市の将来人口

国立社会保障・人口問題研究所

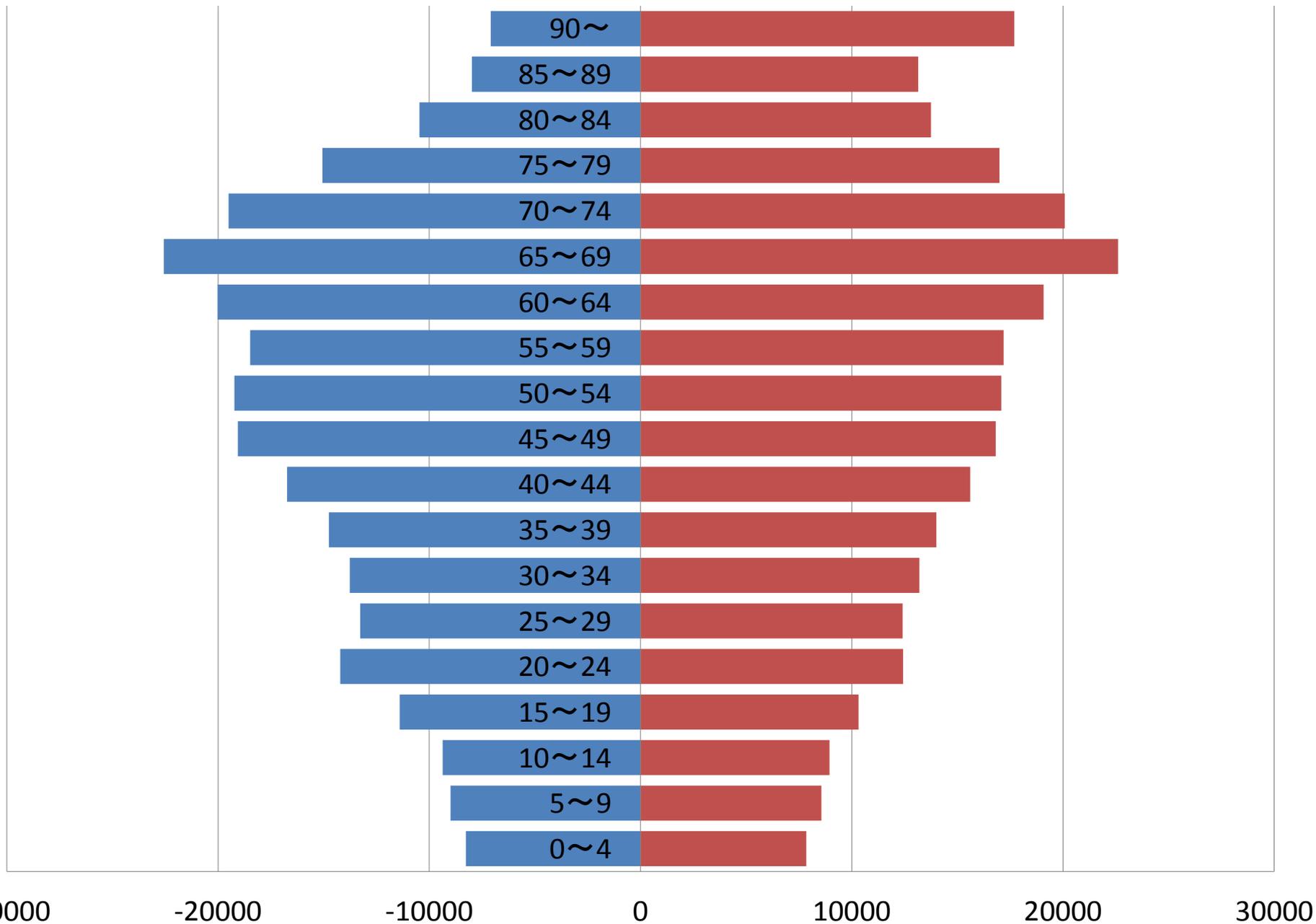
『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)より作成

2015年

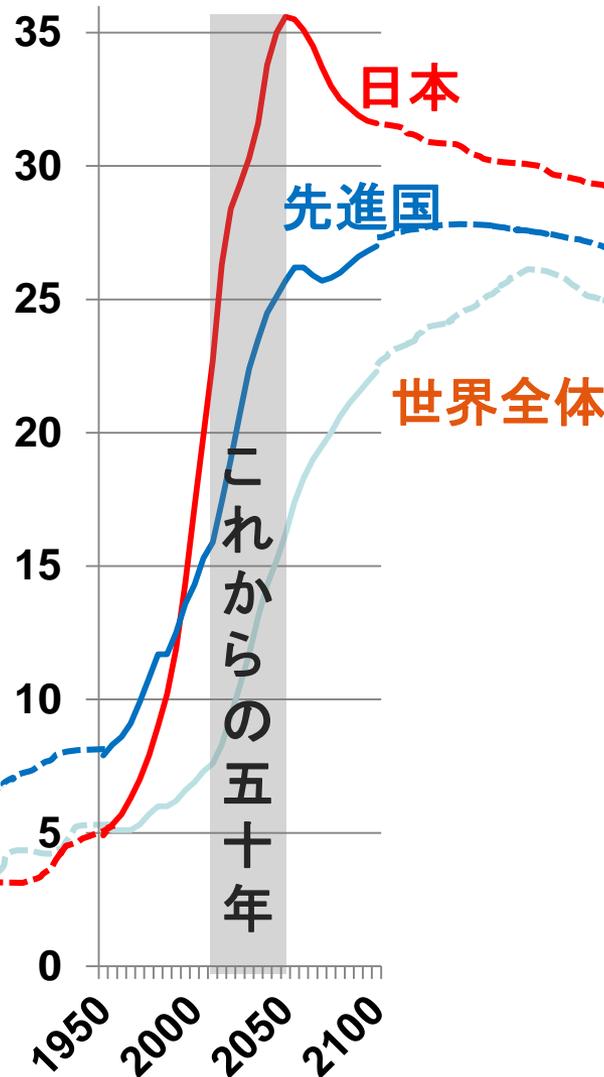
人



2040年



世界と日本の高齢化超長期推移



千葉県健康福祉部保健医療担当部長
井上肇氏資料を一部改変

Source ; UN Population Prospects

絶対的な医療資源不足

- 爆発的な高齢者の増加に対し、絶対的に医師・看護師などのマンパワーや入院病床などの医療資源が不足することが予測される
- 入院のための病床・スタッフ不足
- 救急のためのスタッフ不足
- 専門外来のためのスタッフ不足
- 医療のための財源の不足

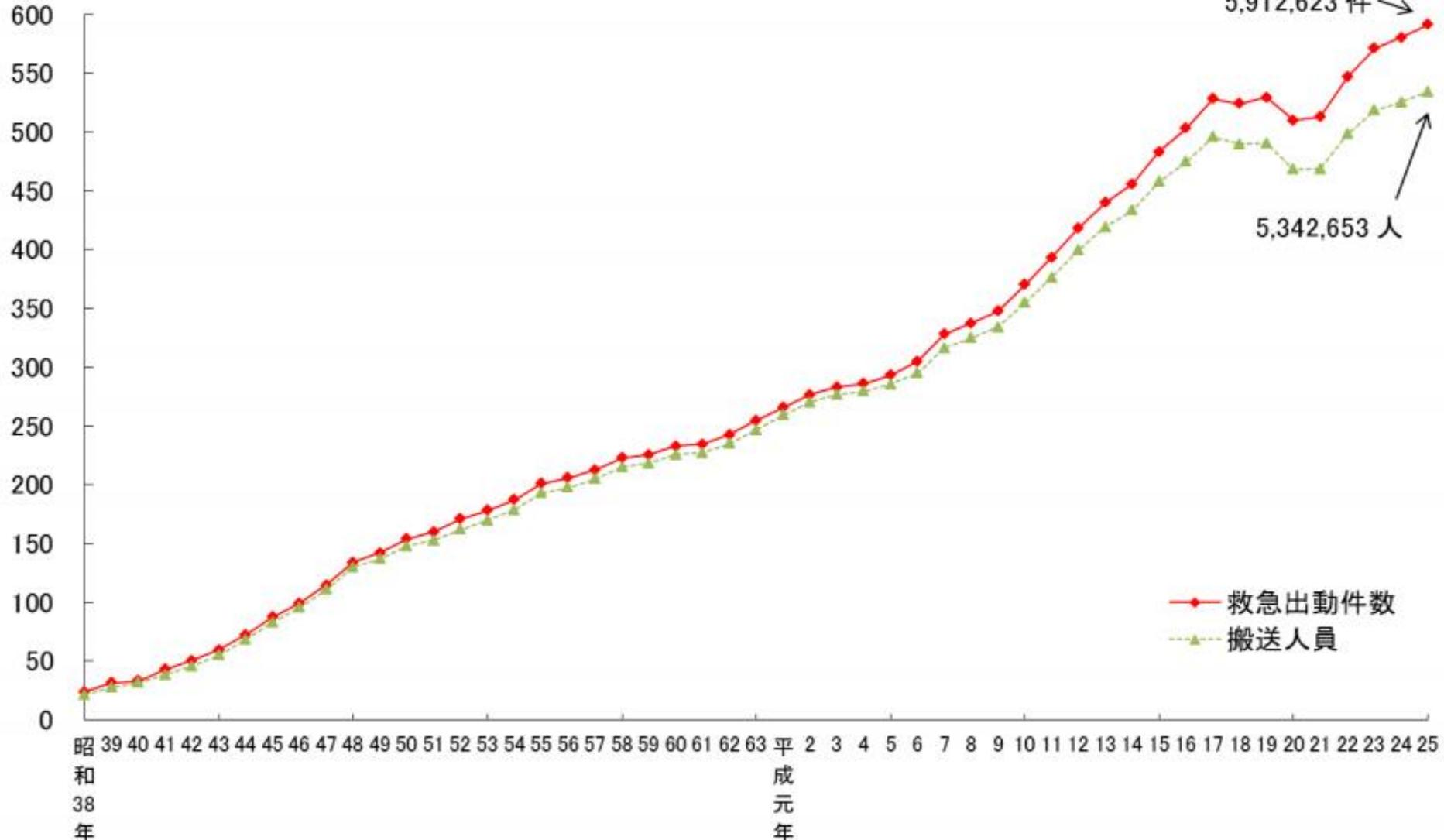
119番から病院まで所要38分、過去
最長 東京は54分 消防庁11年調査
日本経済新聞 2012/12/1

- 救急通報を受けてから救急車で病院に収容するまでの時間は、2011年に全国平均で38分6秒かかり、調査を始めた1985年以降で最も遅くなっていたことが1日までに、総務省消防庁の集計で分かった。

- 病院収容までの時間は、過去最長だった前年より42秒遅くなっており、過去最多の570万7655件となった全国の救急出動件数の伸びや、一人暮らしの高齢者ら搬送先の決定に時間がかかる例が増えているのが影響した。
- 都道府県別で最も時間がかかっていたのは、東京の54分36秒で、埼玉43分36秒、千葉43分12秒が続いた。最短は福岡の29分12秒。(以下略)

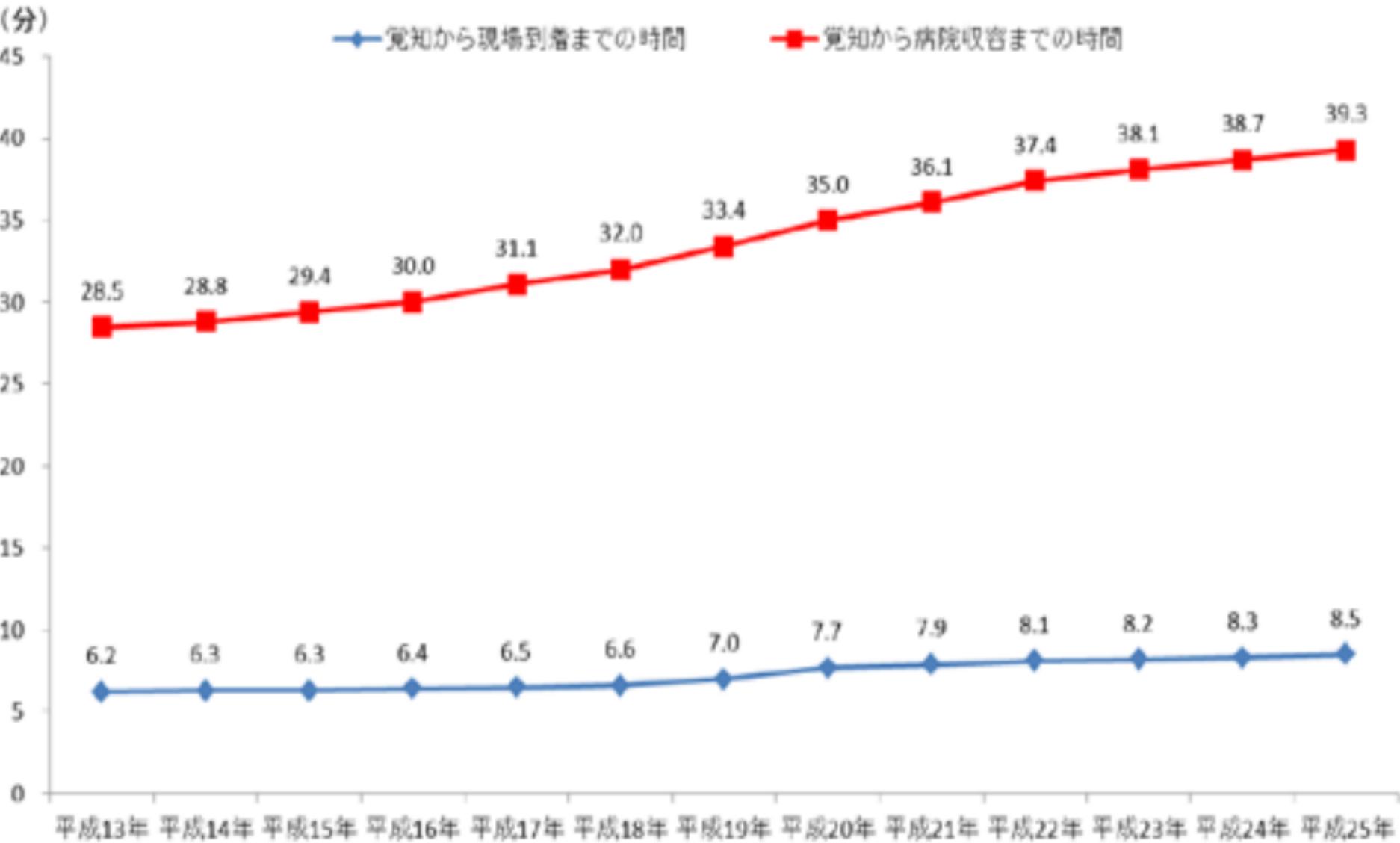
全国救急出動件数及び搬送人員の推移

(百万件・百万人)



(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員については消防防災ヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

全国救急出動件数及び搬送人員の推移



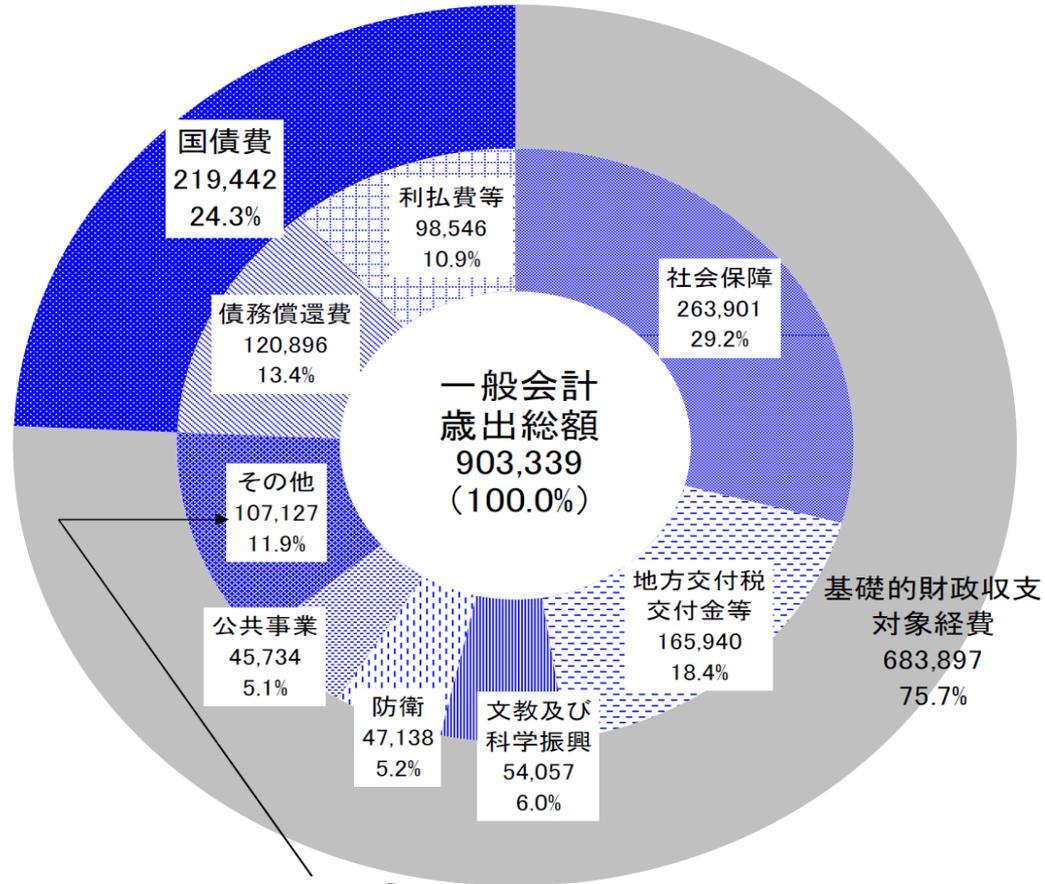
総務省消防庁「平成26年版救急救助の現況」

公債発行に頼る
国家財政

H24国一般会計歳出予算

(単位:億円)

予算(平成24年4月5日成立)

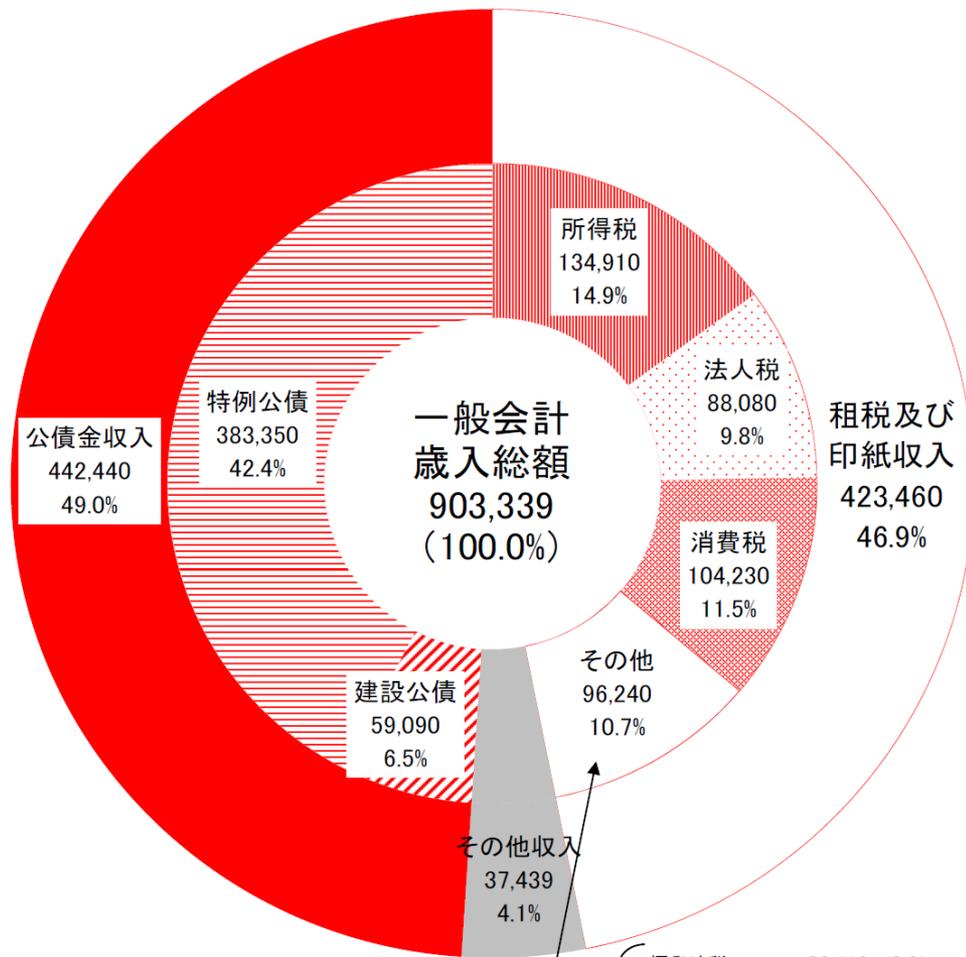


食料安定供給	11,041	(1.2)
中小企業対策	1,802	(0.2)
エネルギー対策	8,202	(0.9)
恩給	5,712	(0.6)
経済協力	5,216	(0.6)
その他の事項経費	57,047	(6.3)
経済危機対応・地域活性化予備費	9,100	(1.0)
予備費	3,500	(0.4)
東日本大震災復興特別会計繰入	5,507	(0.6)

H24国一般会計歳入予算

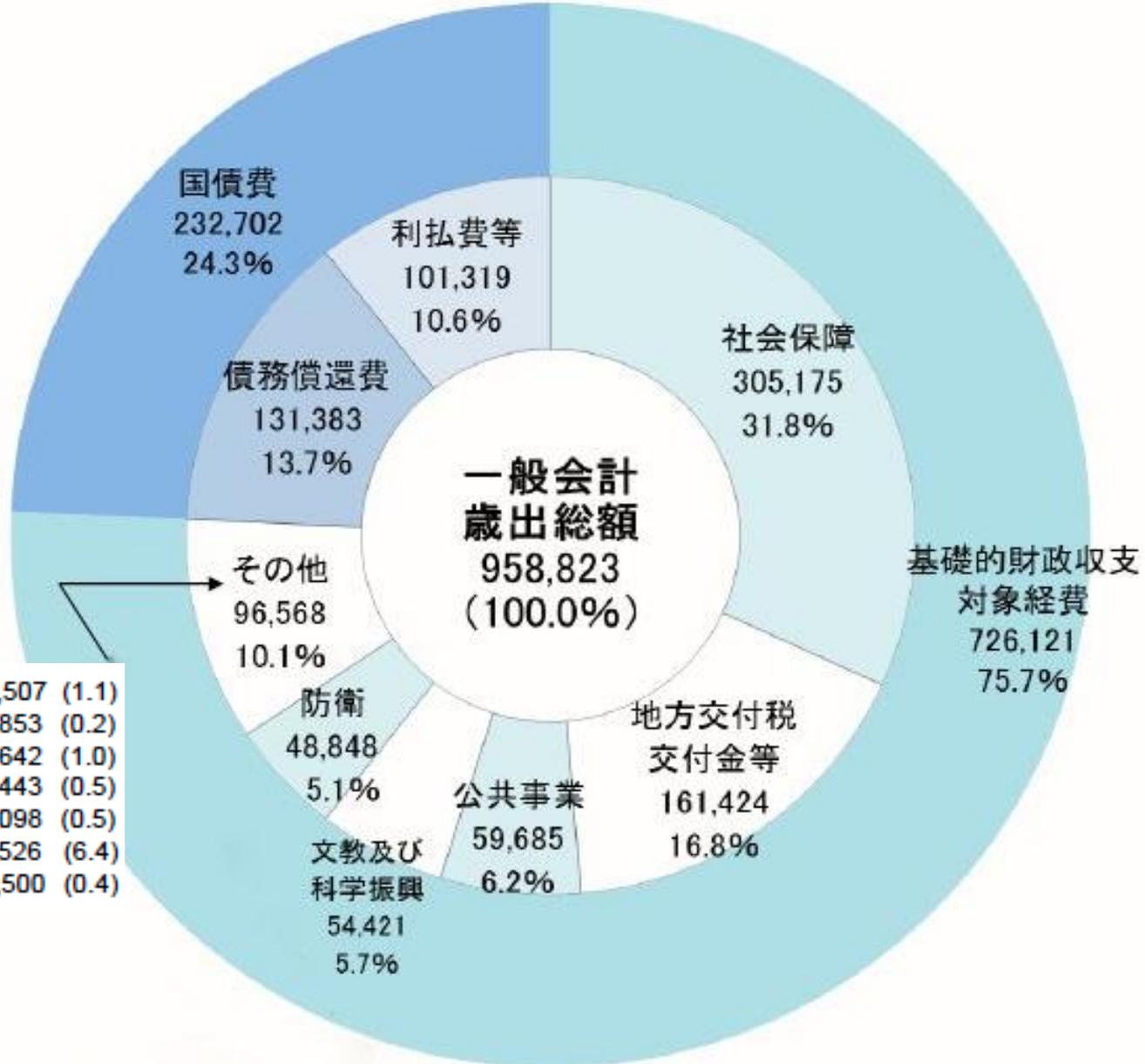
(単位: 億円)

予算(平成24年4月5日成立)



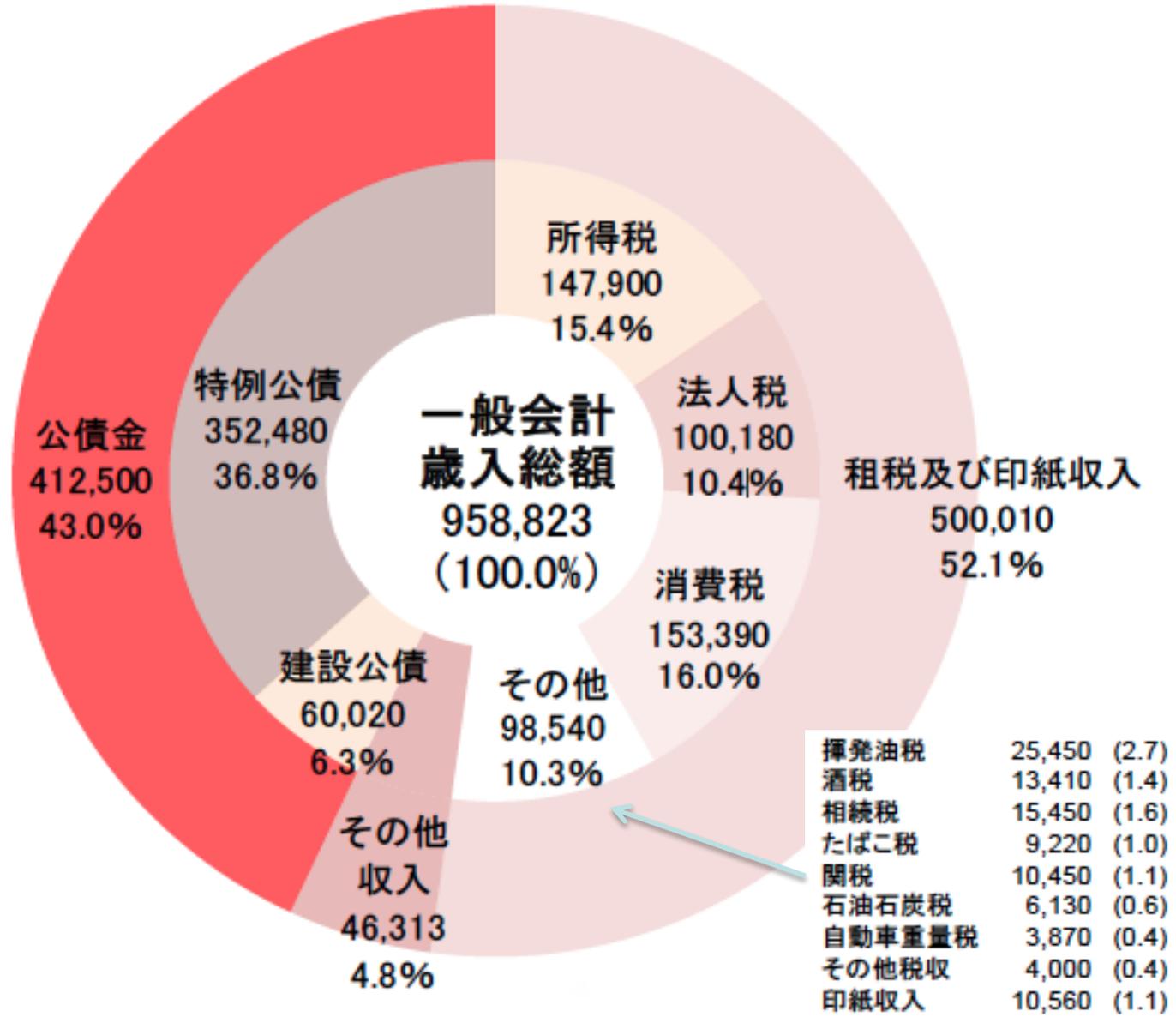
揮発油税	26,110	(2.9)
酒税	13,390	(1.5)
相続税	14,300	(1.6)
たばこ税	9,450	(1.0)
関税	9,100	(1.0)
石油石炭税	5,460	(0.6)
自動車重量税	4,170	(0.5)
その他税収	3,940	(0.4)
印紙収入	10,320	(1.1)

H26国一般会計歳出予算



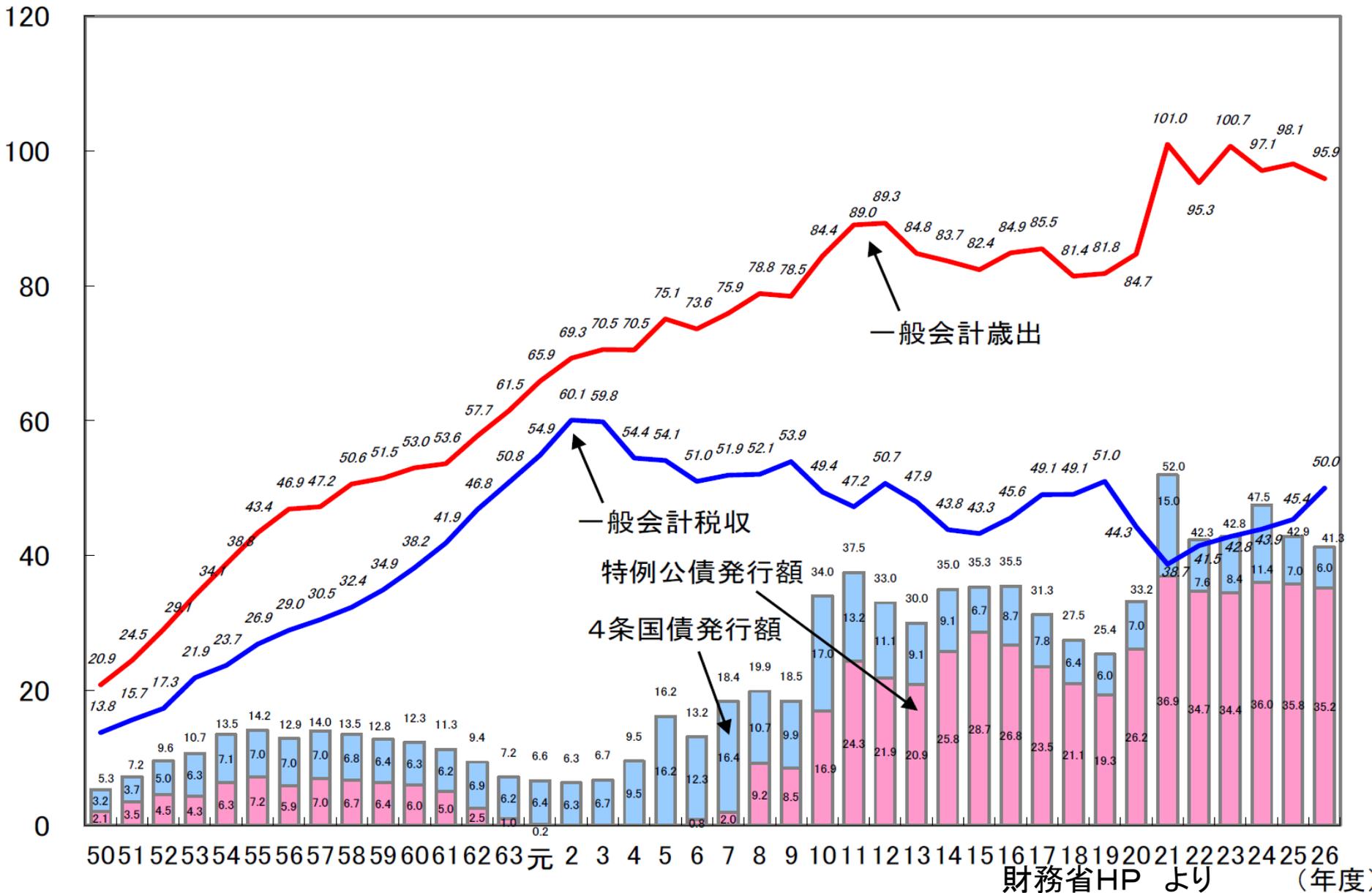
食料安定供給	10,507	(1.1)
中小企業対策	1,853	(0.2)
エネルギー対策	9,642	(1.0)
恩給	4,443	(0.5)
経済協力	5,098	(0.5)
その他の事項経費	61,526	(6.4)
予備費	3,500	(0.4)

H26国一般会計歳入予算



財政の危機的状況（国の公債発行残高）

(兆円)

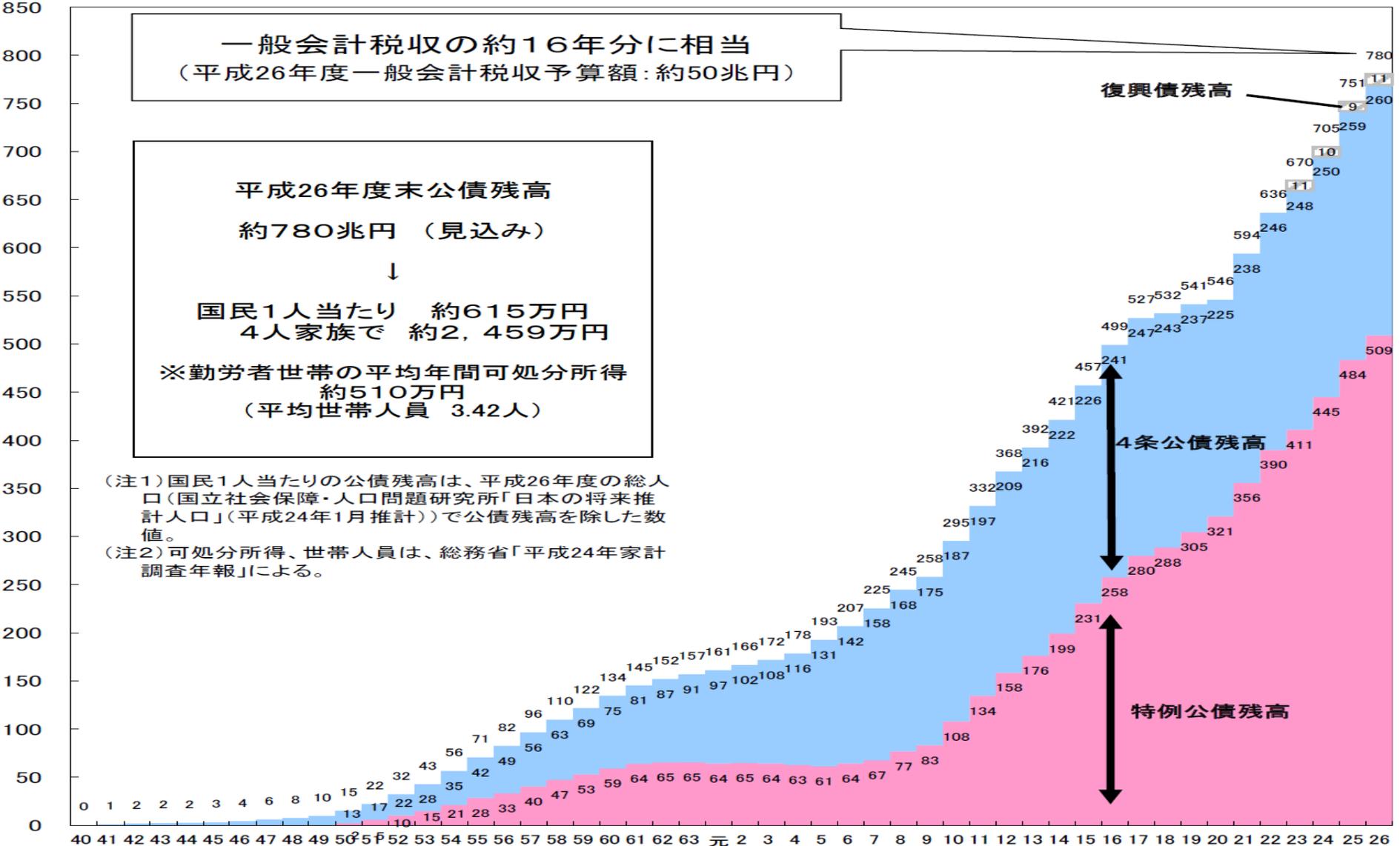


財務省HP より (年度)

国債の累積発行残高

780兆円

(兆円)



財務省HP より

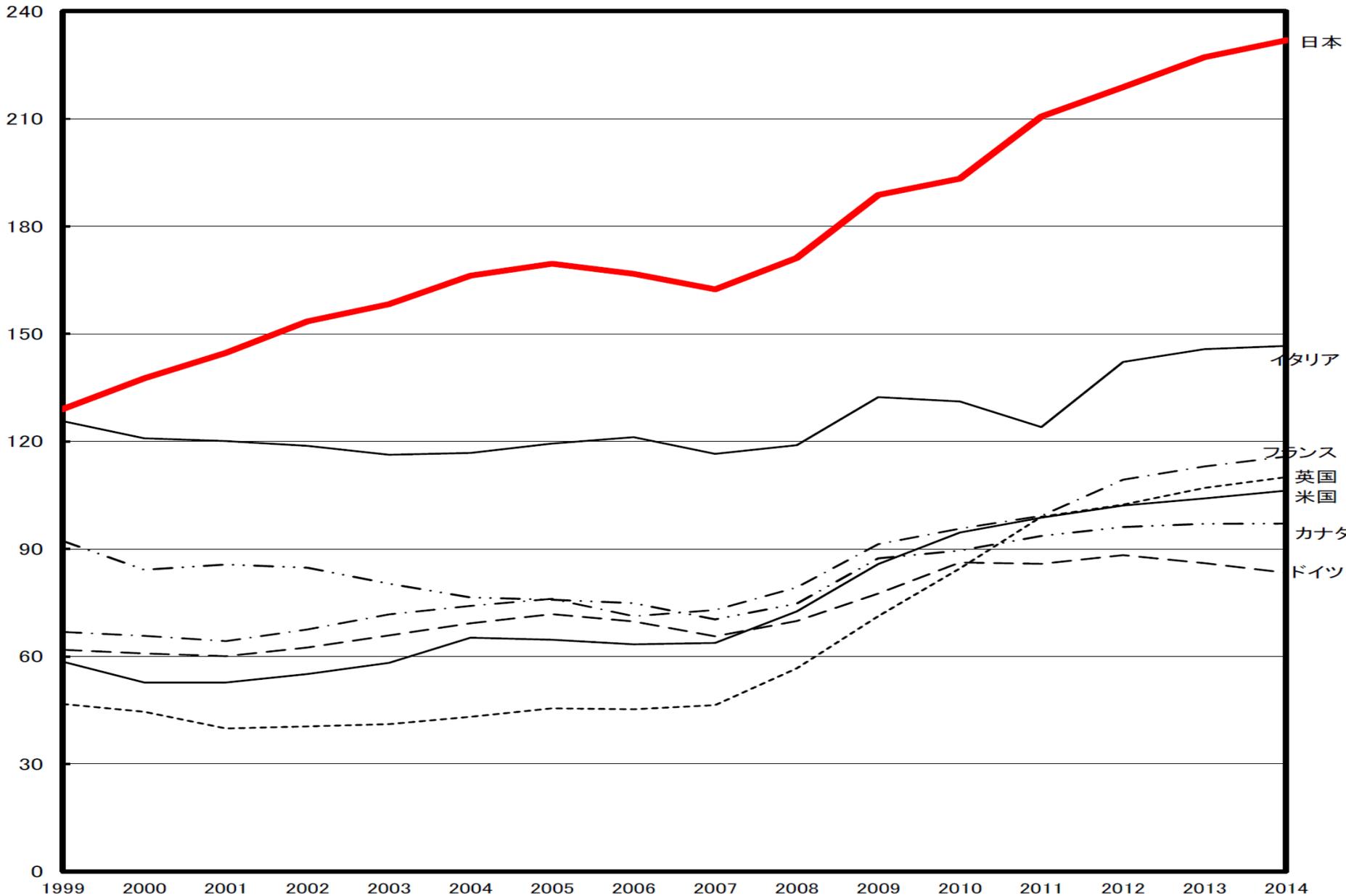
国と地方の長期債務残高

(単位:兆円程度)

	平成10年度末 (1998年度末) ＜実績＞	平成15年度末 (2003年度末) ＜実績＞	平成20年度末 (2008年度末) ＜実績＞	平成21年度末 (2009年度末) ＜実績＞	平成22年度末 (2010年度末) ＜実績＞	平成23年度末 (2011年度末) ＜実績＞	平成24年度末 (2012年度末) ＜実績＞	平成25年度末 (2013年度末) ＜実績見込＞	平成26年度末 (2014年度末) ＜政府案＞
国	390 (387)	493 (484)	573 (568)	621 (613)	662 (645)	694 (685)	731 (720)	779 (751)	811 (786)
普通国債 残高	295 (293)	457 (448)	546 (541)	594 (586)	636 (619)	670 (660)	705 (694)	751 (723)	780 (755)
対GDP比	58% (57%)	91% (89%)	112% (110%)	125% (124%)	133% (129%)	141% (139%)	149% (147%)	155% (149%)	156% (151%)
地方	163	198	197	199	200	200	201	201	200
対GDP比	32%	40%	40%	42%	42%	42%	43%	41%	40%
国・地方 合計	553 (550)	692 (683)	770 (765)	820 (812)	862 (845)	895 (885)	932 (921)	980 (952)	1,010 (985)
対GDP比	108% (108%)	138% (136%)	157% (156%)	173% (171%)	179% (176%)	189% (187%)	197% (195%)	202% (197%)	202% (197%)

債務残高の国際比較(対GDP比)

(%)

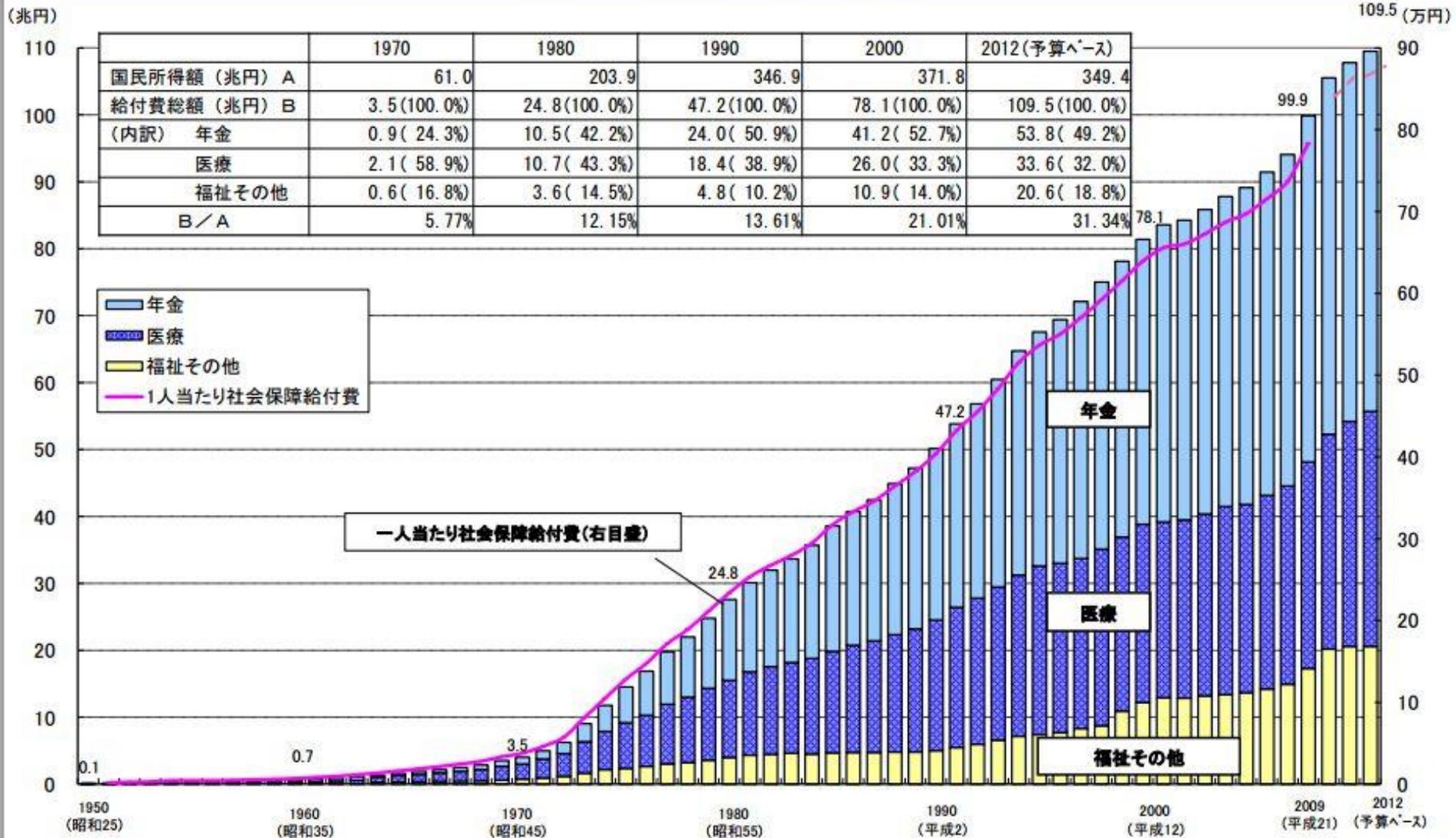


財務省HP より

急増する

社会保障関係費

社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2010年度～2012年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2012年度の国民所得額は「平成24年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成24年1月24日閣議決定)」

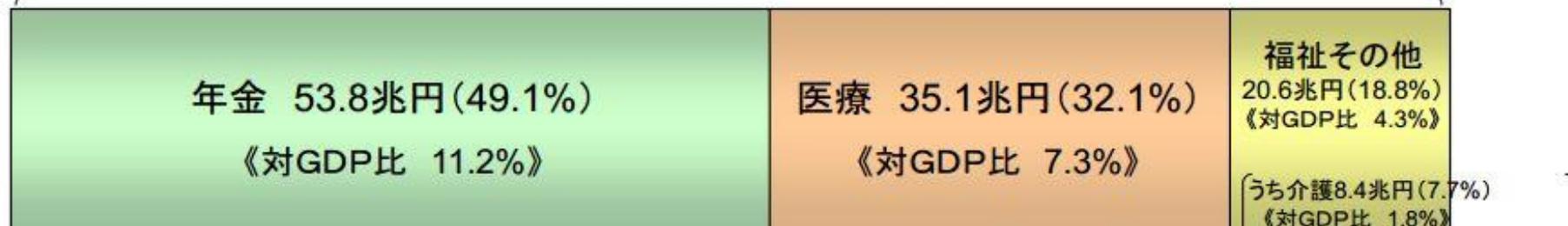
(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2009並びに2012年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2012年度予算ベース)

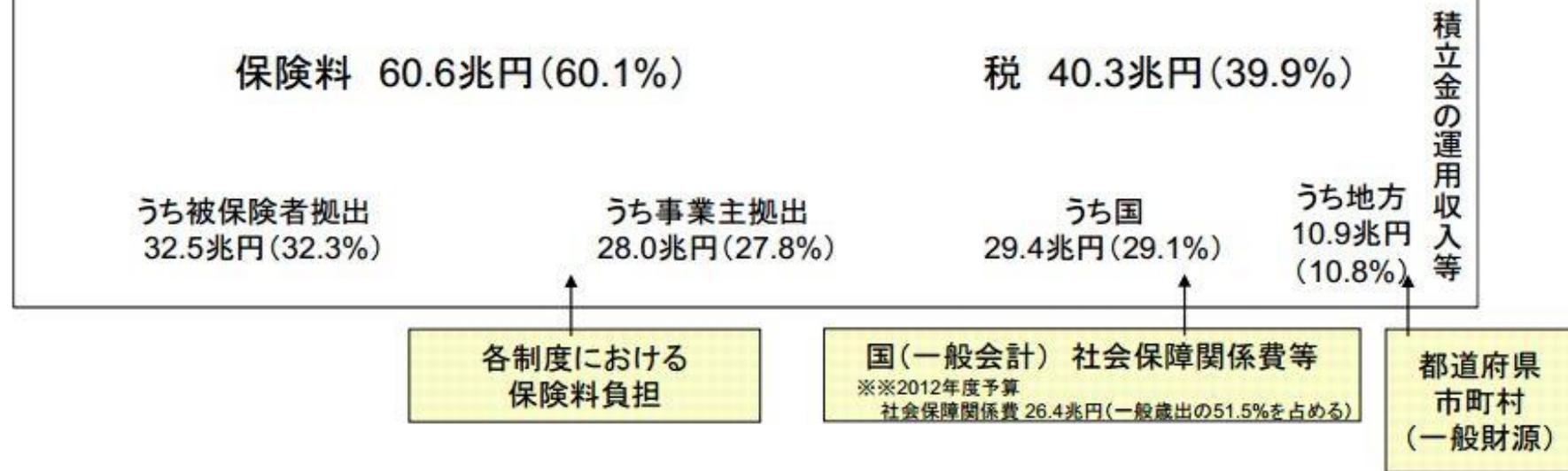
社会保障給付費(※) 2012年度(予算ベース) 109.5兆円 (対GDP比 22.8%)

【給付】

社会保障給付費



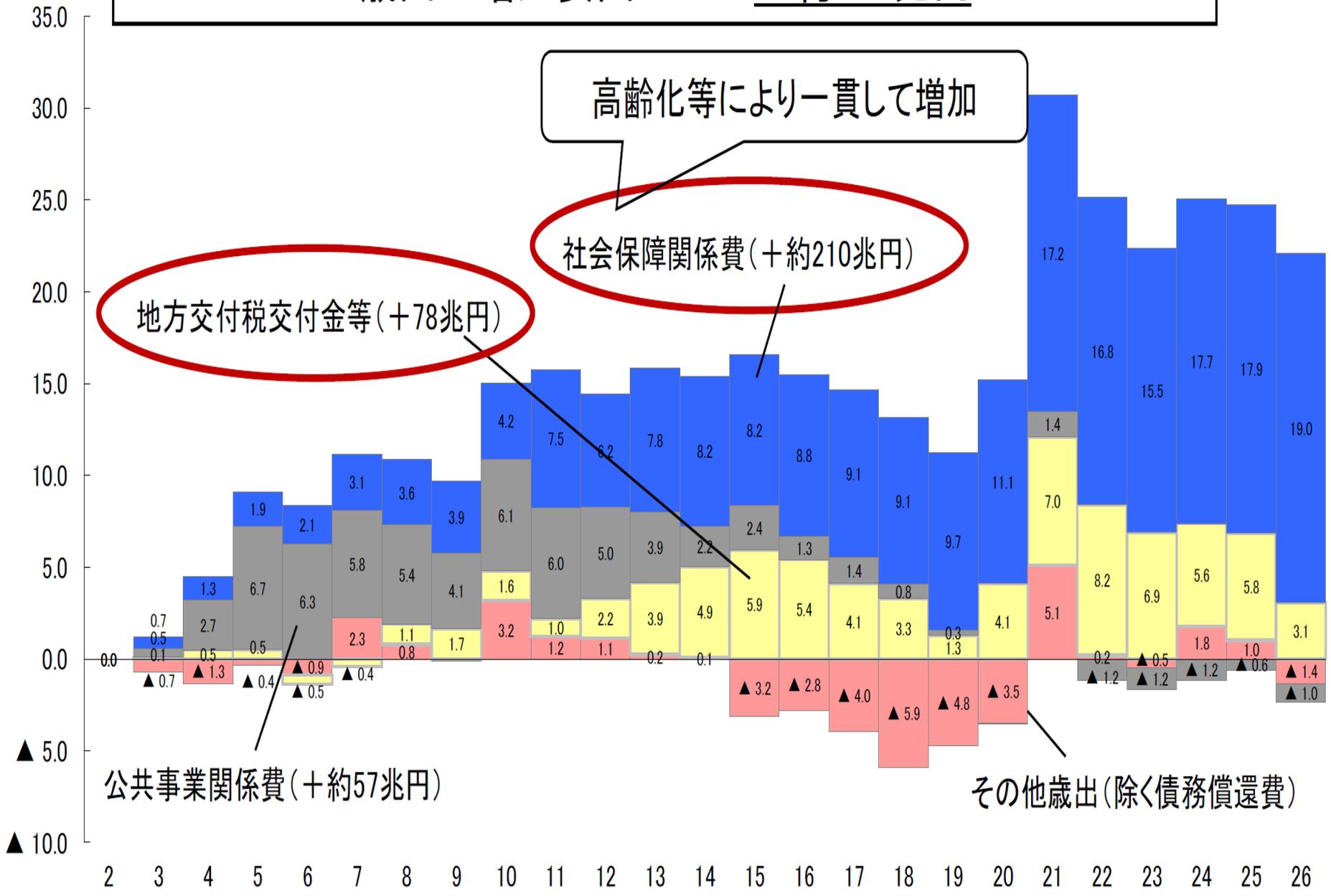
【負担】



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

歳出の増加要因 : ＋約334兆円

(兆円)



高齢化等により一貫して増加

社会保障関係費(＋約210兆円)

地方交付税交付金等(＋78兆円)

公共事業関係費(＋約57兆円)

その他歳出(除く債務償還費)

ワークショップ1

- 平成26年度の国の一般会計
予算を見て自由に議論をして
ください

国の進める

社会保障・税一体改革

福田内閣「社会保障国民会議」

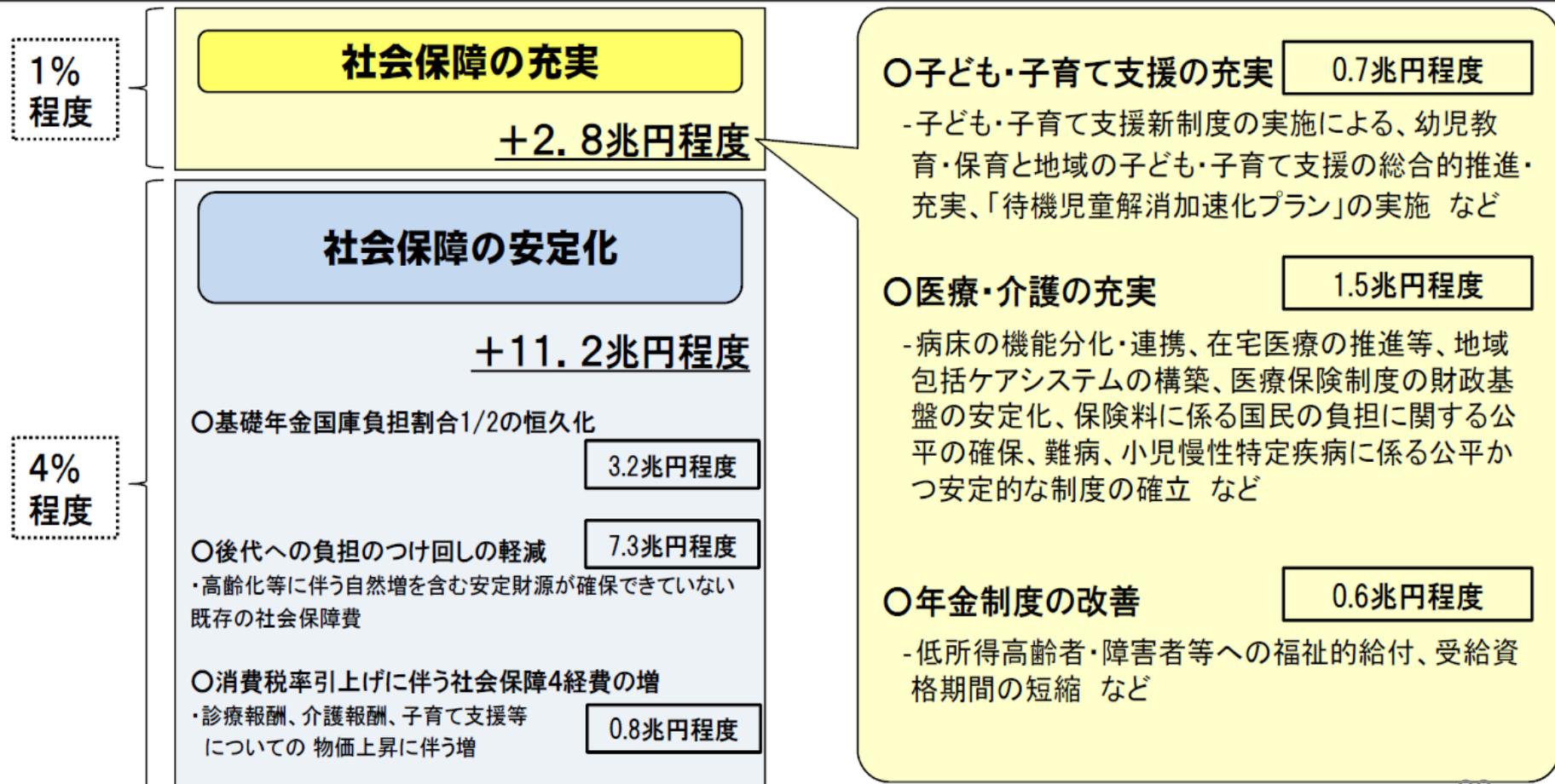
- 「社会保障・税一体改革」の議論は、平成20年1月に福田内閣が設置した「社会保障国民会議」から始まる
- 小泉医療構造改革による歪みを見直し
- 必要なサービスはきちんと確保、その一方消費増税などによる税源を確保する
- 厚労省などの官僚主導の政策

社会保障・税一体改革

- 平成22年10月に民主党の菅直人総理を本部長とする「政府・与党社会保障改革検討本部」を設置
- 平成24年2月には社会保障・税一体改革大綱が閣議決定
- 同年6月、民主・自民・公明の3党が「社会保障・税一体改革」に対して合意を行う
- 同年8月、合意を受け修正を行った「社会保障と税の一体改革関連法案」が成立

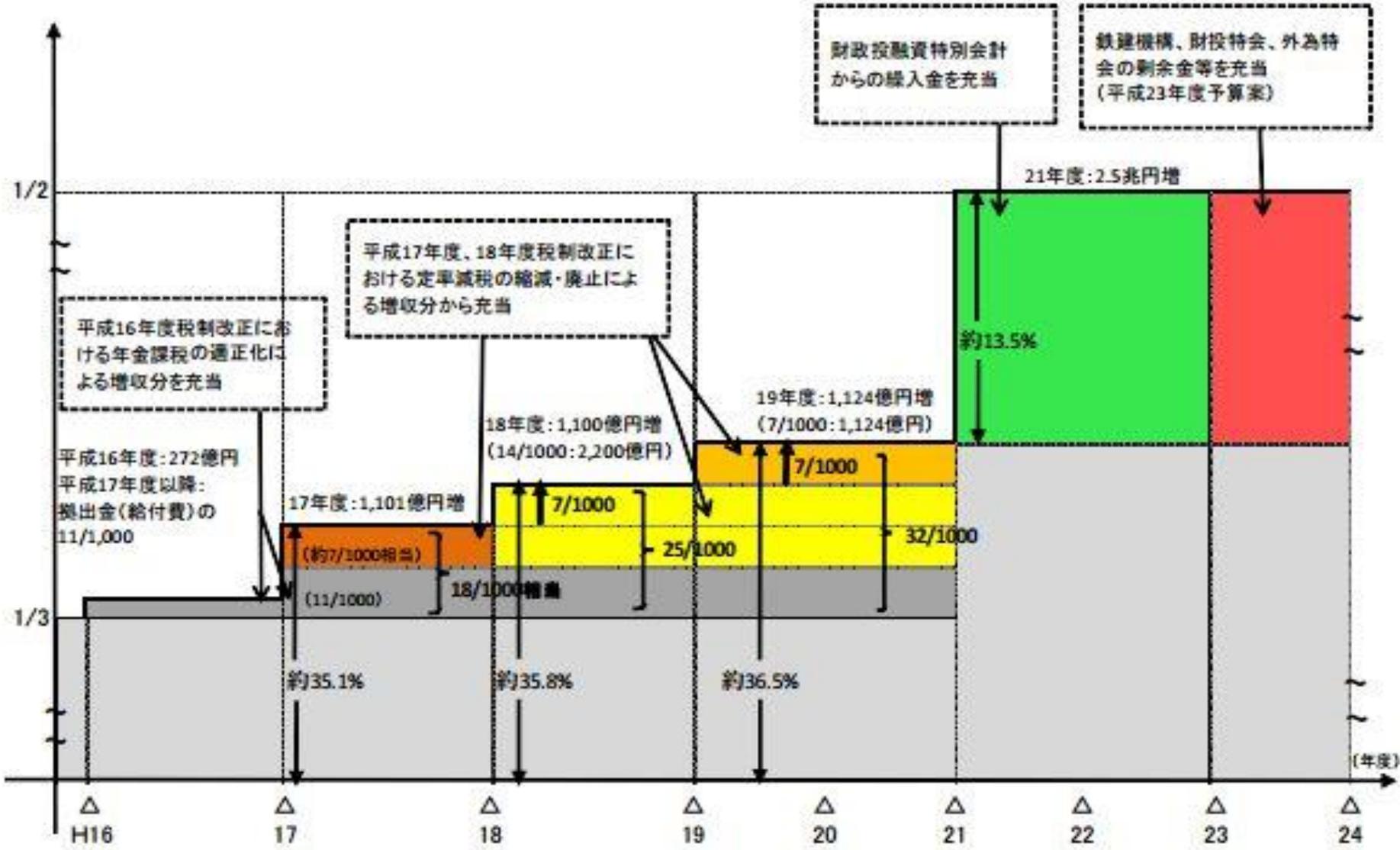
消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
(* 税制抜本改革法の規定に基づき、経済状況等を総合的に勘案して、最終的に判断)
- 消費税収の使い途は、国分については、これまで高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっていたが、今回、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない



(注) 税制抜本改革法に沿って消費税率が平成27年10月に10%に引き上げられ、増収分が平成29年度に満年度化した場合、5%引き上げ分の14.0兆円程度のうち、1%程度の2.8兆円程度が充実に充てられる。

基礎年金国庫負担割合の引上げ



社会保障・税一体改革が目指す 医療・介護サービス提供体制改革

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

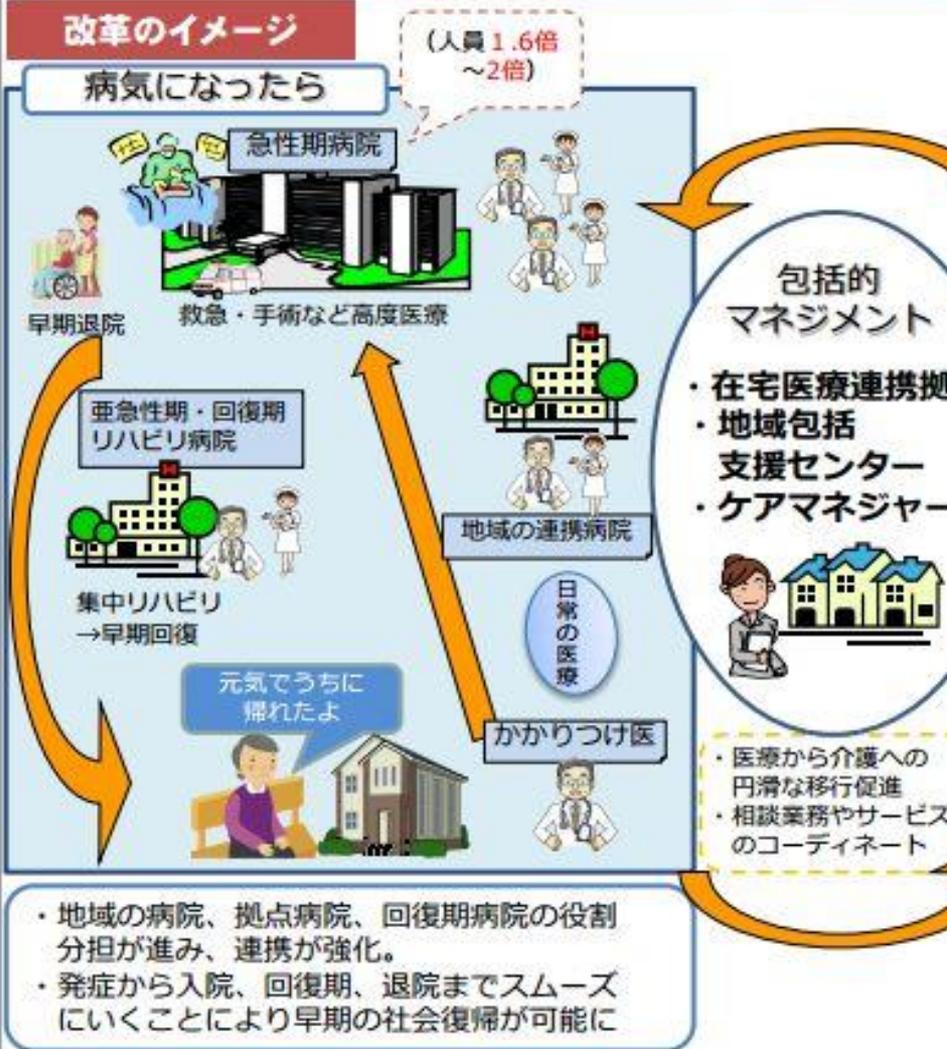
○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
- ・在宅介護の充実

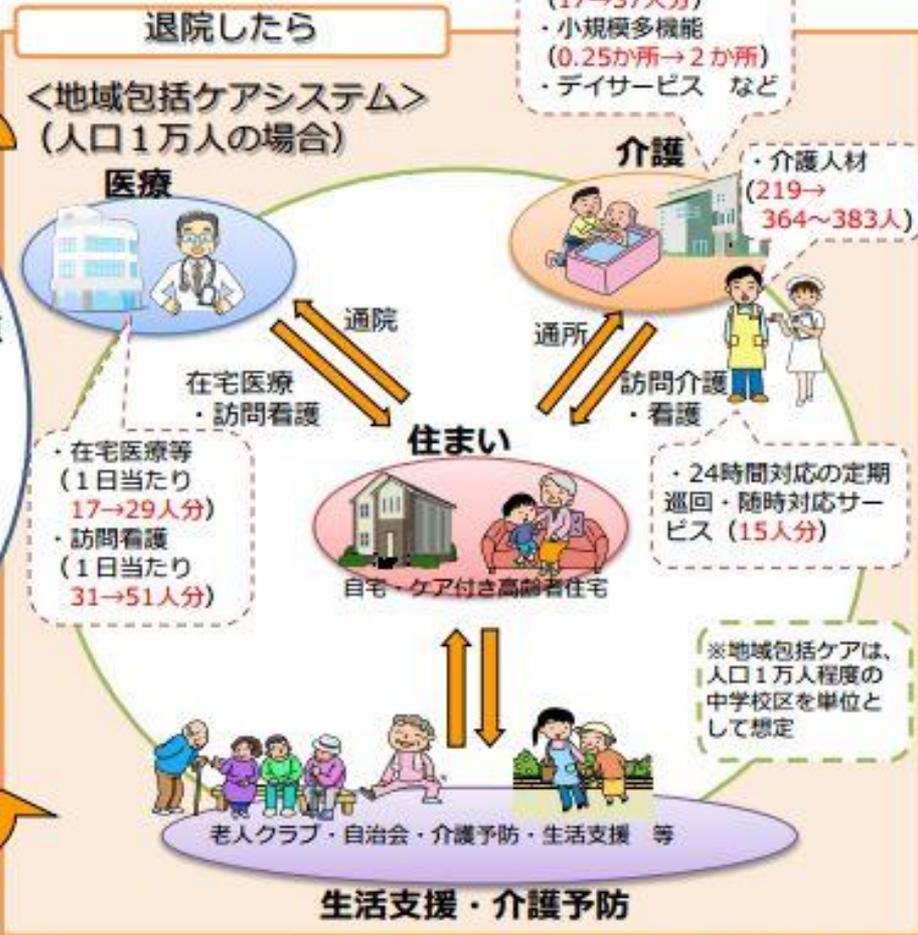
- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に



※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの 3

病気になったら

(人員 1.6倍
~2倍)

急性期病院



救急・手術など高度医療



早期退院

亜急性期・回復期
リハビリ病院



集中リハビリ
→早期回復



地域の連携病院

日常の医療

かかりつけ医



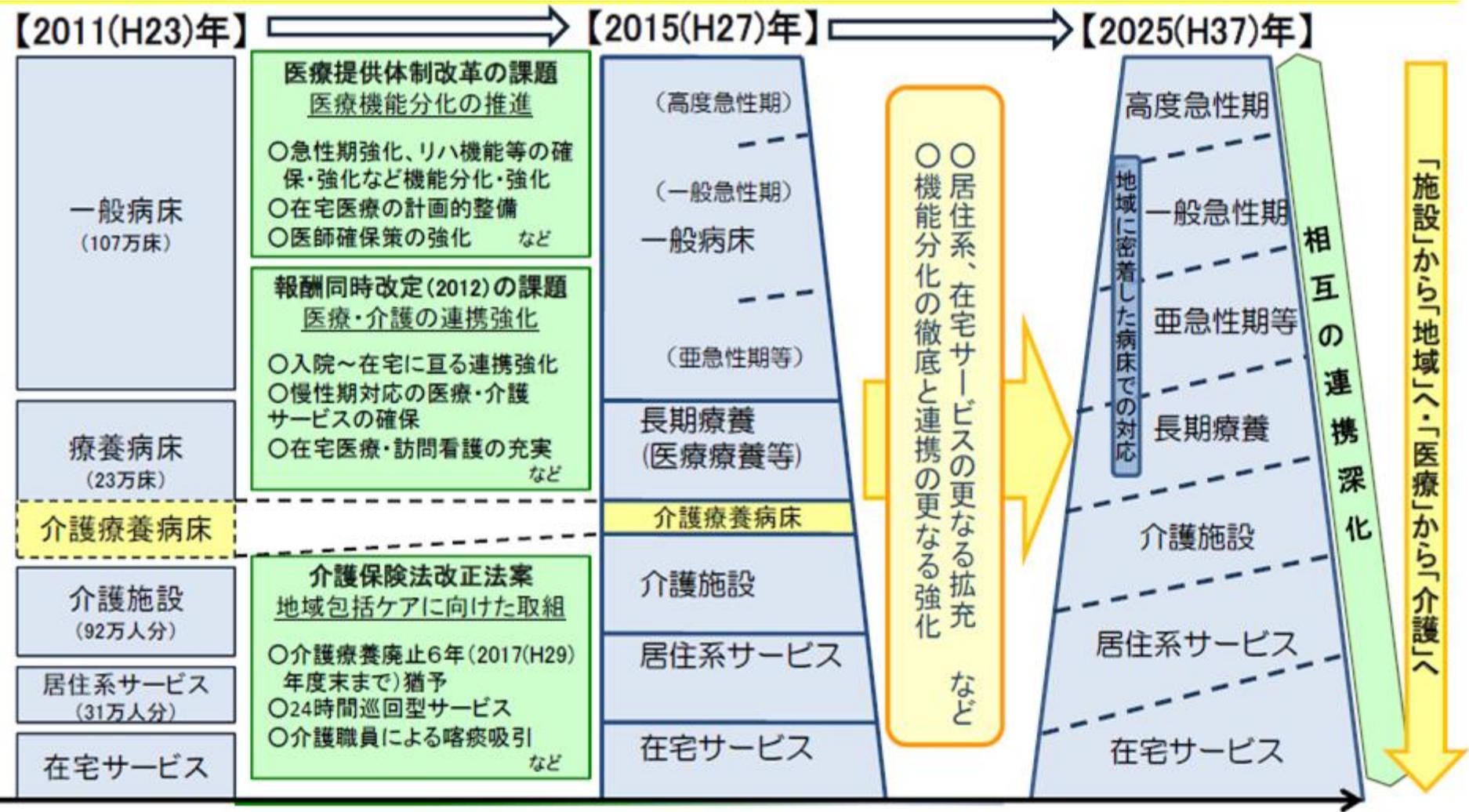
元気でうちに
帰れたよ



医療機関の機能分化

- 一般病床の中に新たな類型として「急性期病床群」を創設
- 医師や看護師などの医療人材を集中して投入
- 一般急性期、亜急性期、長期療養の医療機関と医療連携を行う

医療・介護機能再編のイメージ

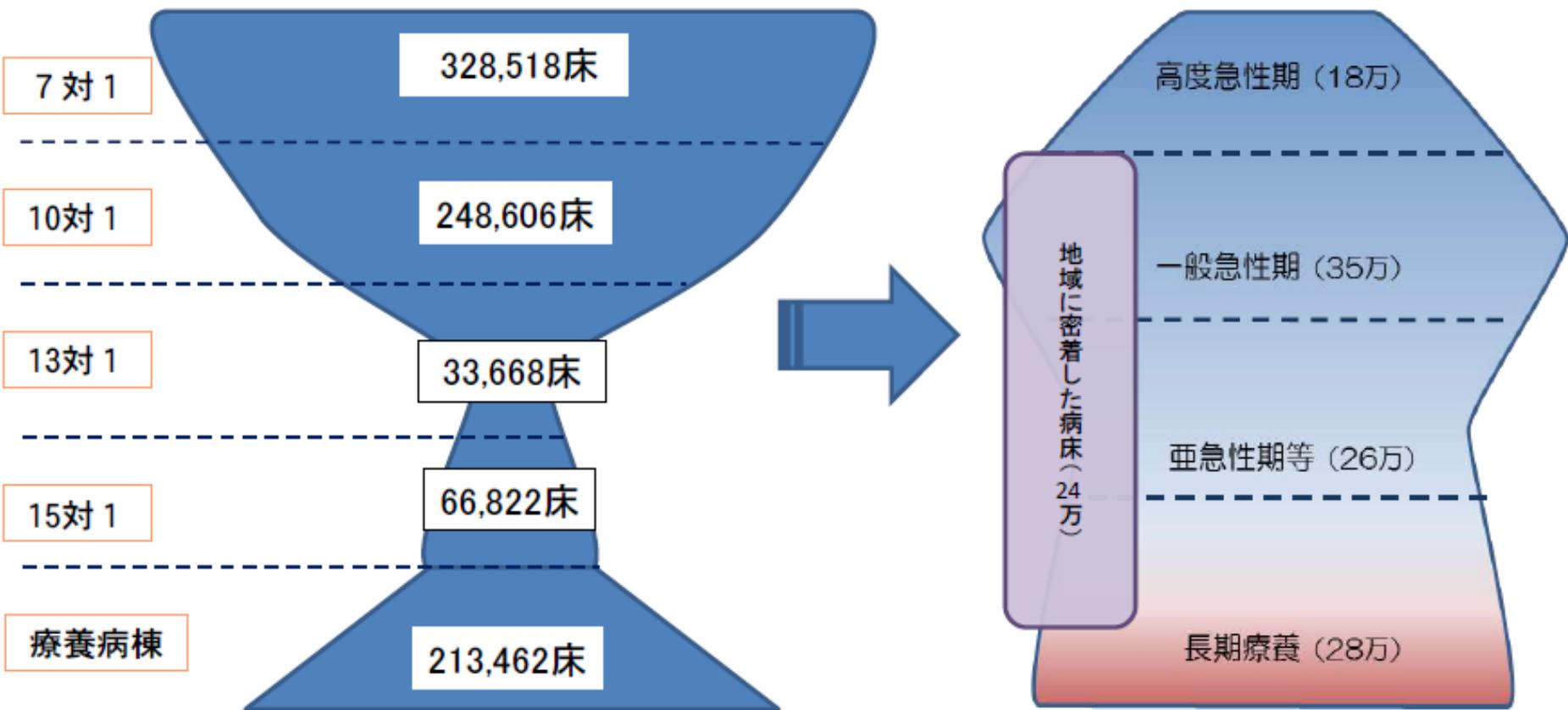


医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

医療介護総合確保推進法

- 平成26年6月24日、参議院で「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案（医療介護総合確保推進法）」が成立した
- 第1次ベビーブーム世代が75歳以上の高齢者となる2025（平成37）年を見据えて、医療と介護のあり方を見直し、持続可能なサービス提供体制の確立を目指す法律

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、月額上限あり）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

医療介護総合確保推進法の概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

医療政策における
都道府県の果たす
役割が大きくなる

都道府県から勧告も

- 地域医療構想(ビジョン)は、厚労省からのガイドラインと詳細データにより策定される予定
- 都道府県は病床機能の分化、連携推進を進めるための要請に従わない場合、医療機関名の公表や各種補助金の交付対象から外す権限を有する

選択を迫られる病院

- 地方の病院は、患者のかなりの数を高齢者が占め、急性期病院としての存続はぎりぎりという病院も少なくない
- 急性期病院としての存続をあきらめると大学医局からの医師引き揚げが起きる危険性もある

国民健康保険の 保険者問題

政府 医療保険制度改革関 連法案を閣議決定

3月3日NHKニュース

- 政府は3日の閣議で、赤字が続く国民健康保険の財政基盤を強化するため、平成30年度から運営主体を市町村から都道府県に移すことを柱とした医療保険制度改革関連法案を決定しました

- 医療保険制度改革関連法案は、高齢者の比率が高く、年間3000億円を超える赤字が続いている国民健康保険の財政基盤を強化するため、国が行う財政支援を拡充したうえで、平成30年度から運営主体を市町村から都道府県に移すとしています

都道府県が財政運営の責任者に

- 都道府県は県内の統一的な国保の運営方針を定め、市町村ごとの分賦金決定及び標準保険料率等の設定、保険給付に要する費用の支払い、市町村の事務の効率化・広域化等の促進を実施
- 市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、保険料の徴収、資格管理・保険給付の決定、保健事業など、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

- 財政運営に当たっては、都道府県が医療費の見込みを立て、市町村ごとの分賦金の額を決定することとし、市町村ごとの分賦金の額は、市町村ごとの医療費水準及び所得水準を反映する
- 国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

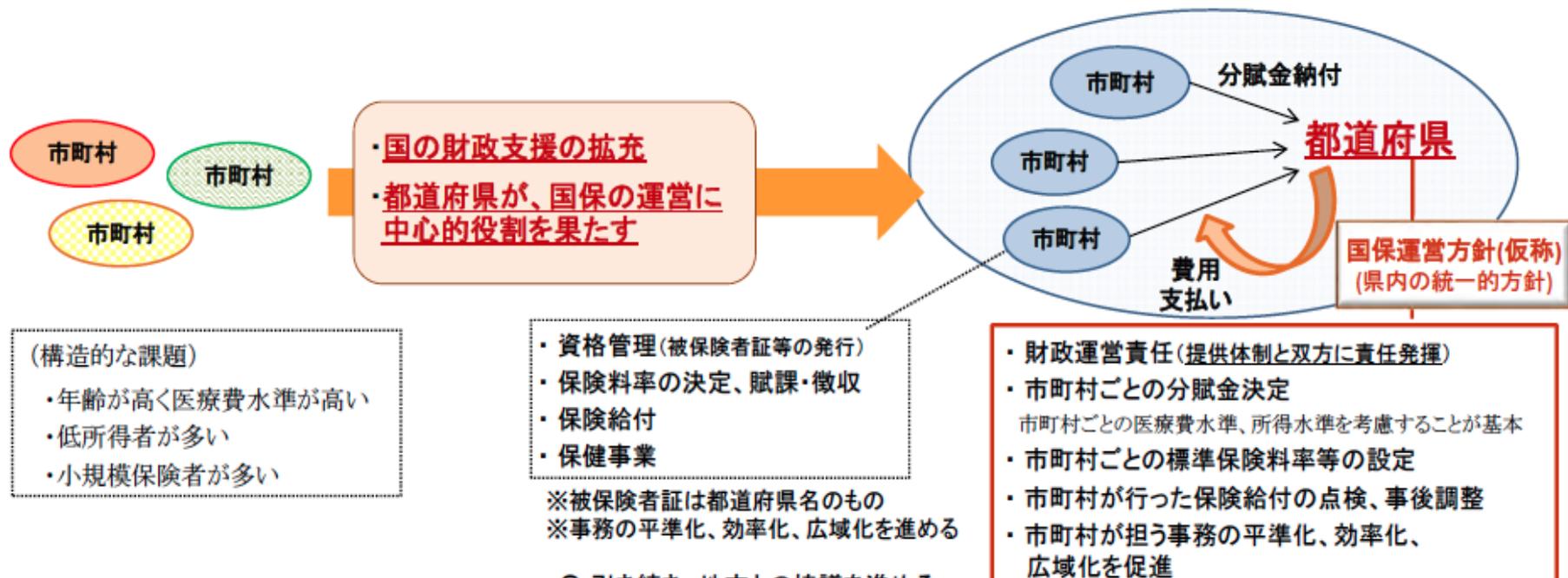
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の**国保運営に中心的な役割**を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・保険料負担の平準化を更に進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】 **市町村が個別に運営**

【改革後】 **都道府県が中心的役割**



※ 国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

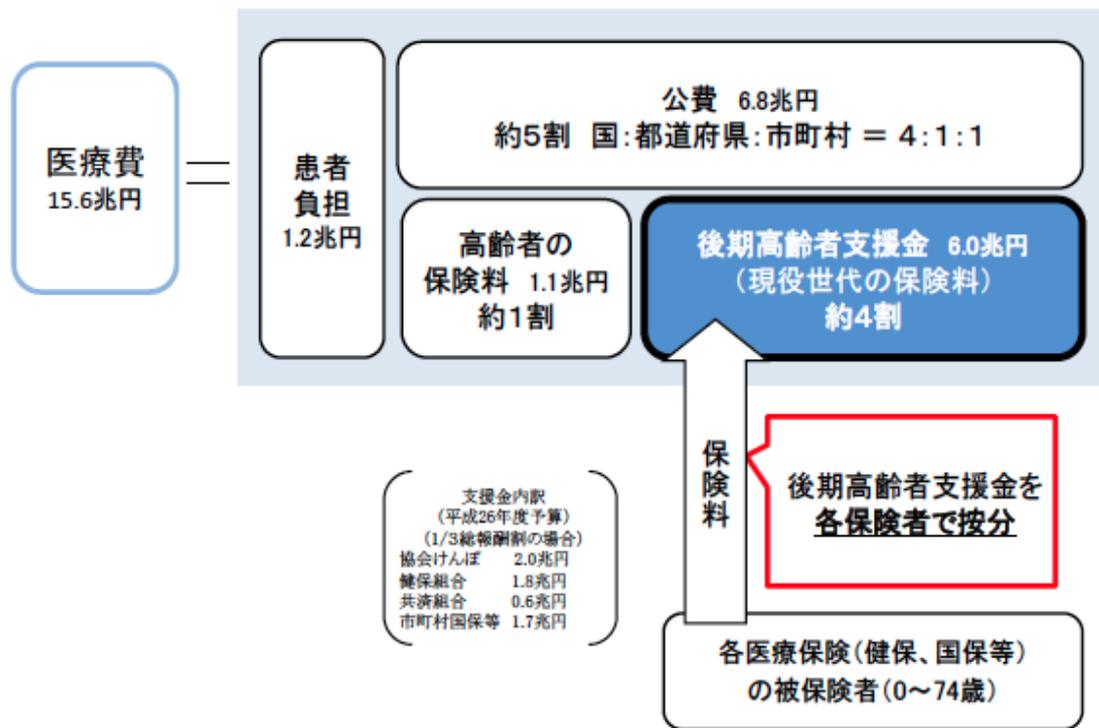
後期高齢者支援金の 全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とし、制度の持続可能性を確保する観点から、
 - 総報酬割部分（現行制度では3分の1）を平成29年度から全面総報酬割を実施
- 収入の多い企業組合・共済保険の負担増

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

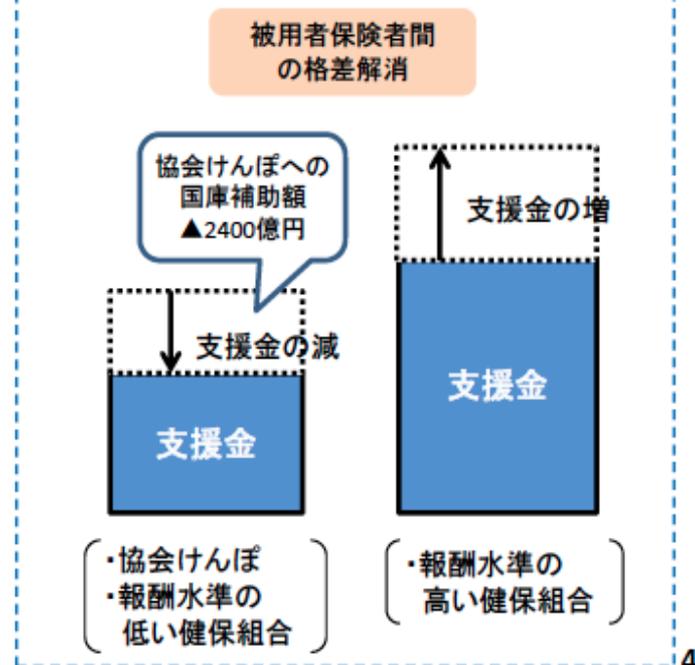
- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、**総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施**
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕



被用者保険・国保の 高額所得者の負担増

- 今回の医療保健制度の改革では、被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ、国保の保険料（税）の賦課限度額の引上げが行われる
- 高額所得層の負担増がなされている

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)



平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

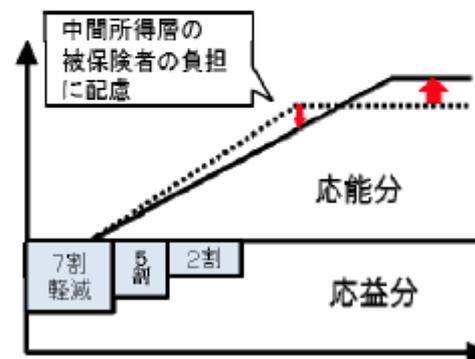
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(現在、年間81万円)

○ **より負担能力に応じた負担とする観点**から、被用者保険の仕組みとの**バランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ**

○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成27年度は4万円引上げ

賦課限度額の引上げの仕組み

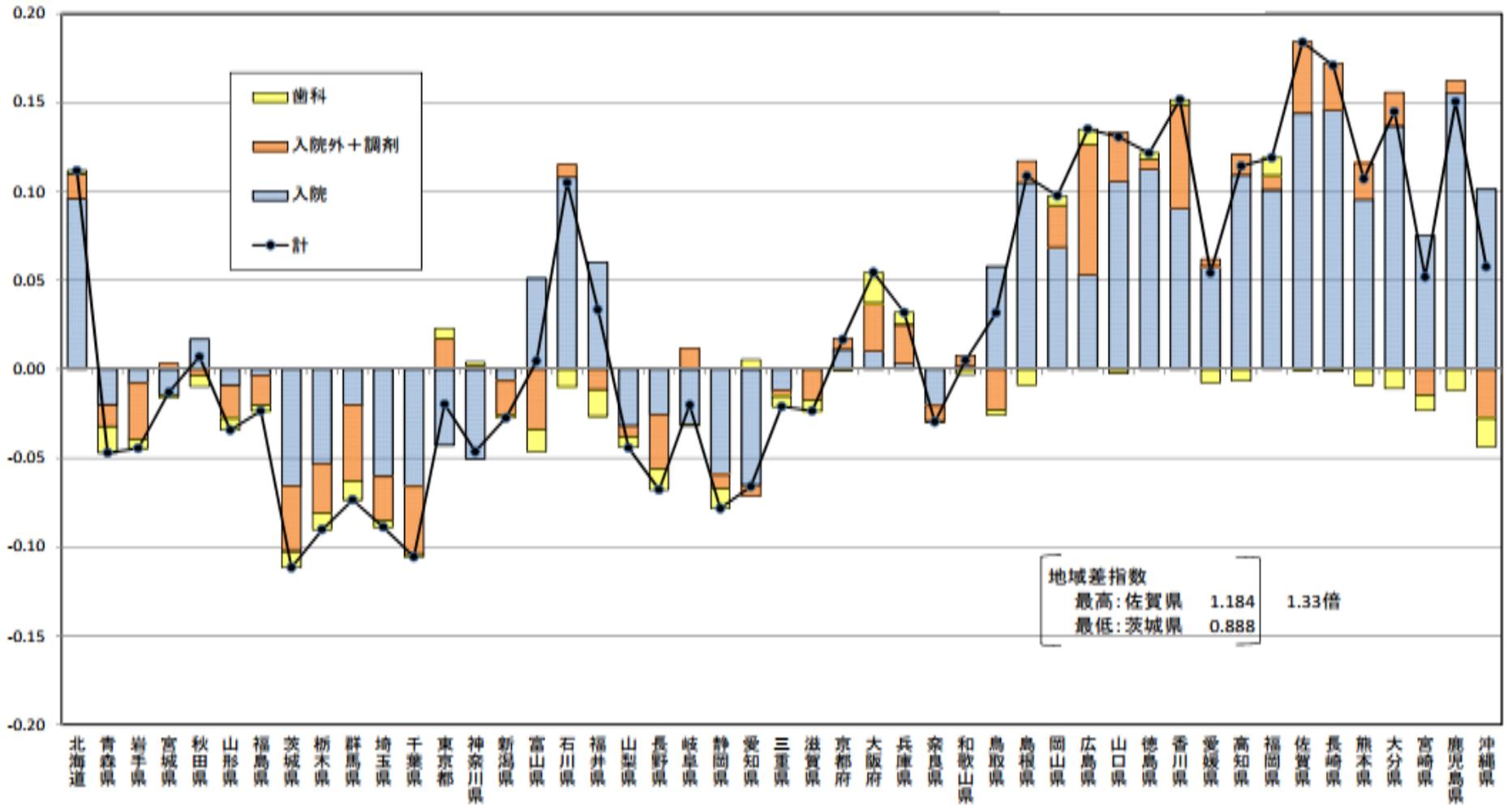


国保運営が都道府県単位になることで、一層医療費の効率化に取り組む必要が生じる

H23都道府県別地域差指数に対する各種寄与度

a 診療種別寄与度

(市町村国民健康保険)



H23医療費の地域差(医療費マップ)

医療費抑制の両輪

- 地域医療構想ガイドラインと国保保険者の都道府県移行は、国が医療費抑制政策を誘導するの車の両輪になると考える

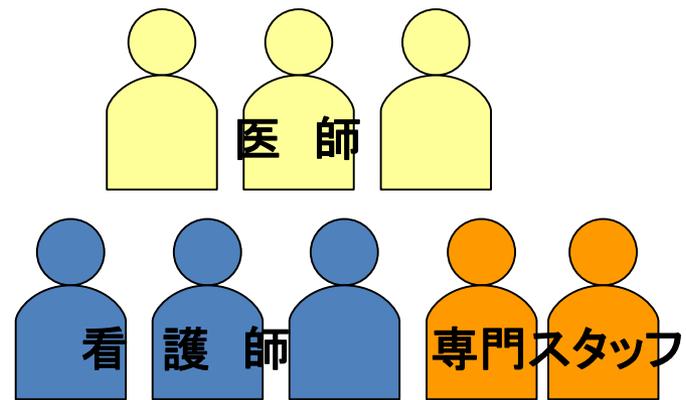
H26診療報酬改定

- 現在、地域の病院に大きな影響を与えているのが、H26年度診療報酬改定

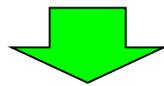
急性期病院の生き残り をかけた競争

病院の2極化現象

医療の高度・専門化に
対応した急性期病院

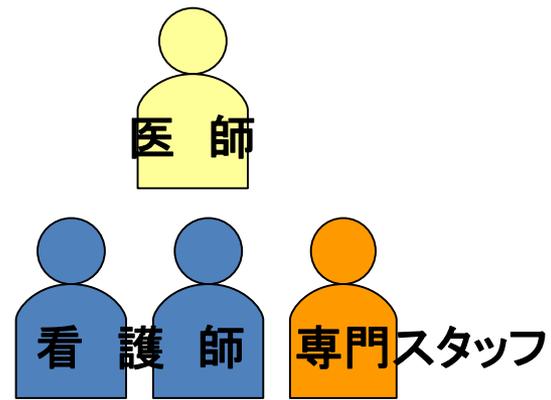


手厚い医師・看護師、医療スタッフの配置
高額な医療機器

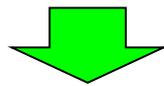


最新の高度・専門医療を提供
短い平均在院日数、大量の患者を早いベッドの回転数で受け入れ
高い診療報酬(高い入院基本料+医療加算)

医療の高度・専門化に
対応できない病院



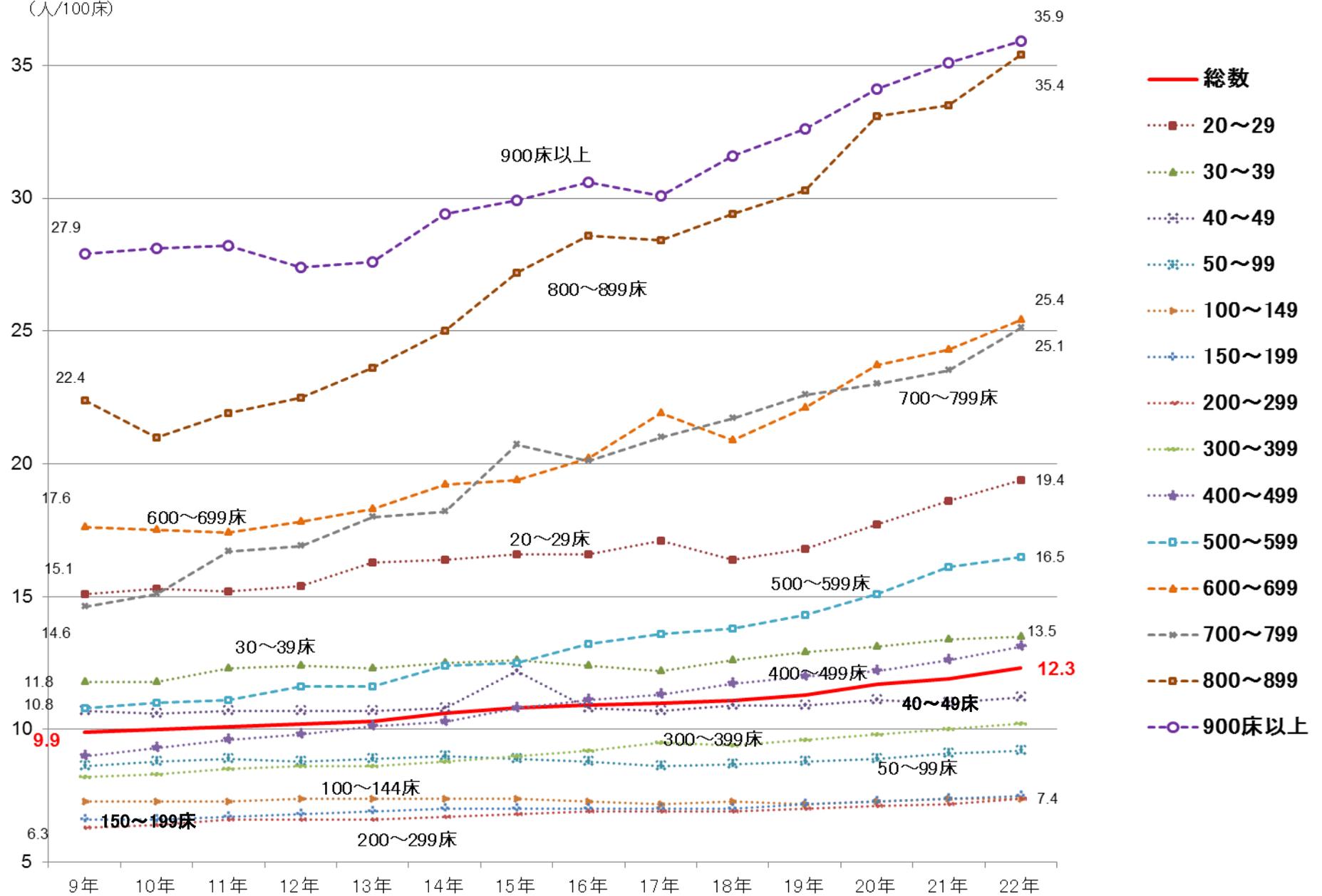
少ない医師・看護師などの医療スタッフ
人数が少なく、高額な医療機器を十分
使いこなせない、採算割れとなることも
多い



人員が少なく、最新の高度・専門医療を提供できない
平均在院日数は長くなる、患者も他の医療機関に流れやすくなる、社会的入院で病床を埋めることも多い
低い診療報酬(低い入院基本料+医療加算を取れない)

病床規模別1病院100床当り常勤換算医師数の推移

(人/100床)



厚生労働省医政局指導課「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」
医療施設調査「病院報告」より作成

総合入院体制加算の充実

- 平成26年診療報酬では、一定の実績を持つ医療機関に対して、「総合入院体制加算1」をつくり、評価を行う
- これからも実績を有する高度急性期病院への評価を充実する動きは進むと考える

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑧

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

- 総合入院体制加算について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。
なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

(新) 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点

[施設基準]

- ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。

ア 人工心肺を用いた手術	40件／年以上	エ 放射線治療(体外照射法)	4,000件／年以上
イ 悪性腫瘍手術	400件／年以上	オ 化学療法	4,000件／年以上
ウ 腹腔鏡下手術	100件／年以上	カ 分娩件数	100件／年以上
- ② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。
- ③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- ④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。
- ⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 120点

- ※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

7対1入院基本料 要件の厳格化

- H26改定で診療報酬単価の高い7対1入院基本料の要件が厳格化された
- 7対1病院だけでなく、高齢者を多数受け入れている中小病院が影響を受ける結果となった

7対1入院基本料等の見直し

➤7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

- ① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉

高度急性期・急性期

地域包括ケア病床・回復期等

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期IIを除く)

平成26年改定
自宅等退院患者割合
の導入
7対1の自宅等退院患者割合:
75%以上

在宅復帰率
回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

平成26年改定
在宅復帰率の導入
地域包括ケア病棟1:
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

老健

診療所等

長期療養

外来 訪問サービス等

**在宅復帰率に係る加算の
評価**

療養: 在宅復帰率**50%**以上の評価

平成26年改定

【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外※ > 3割
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑥

7対1入院基本料における自宅等に退院した患者の割合

- 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。

<計算式>

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

= 75%以上

[経過措置・留意事項]

- ① 平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成26年9月30日までの間は本基準を満たしているものとする。
- ② 新しく7対1入院基本料を届け出る場合も、直近6月間の実績が上記を満たしている必要がある。

長期療養患者の受け皿の確保等について②

療養病棟における在宅復帰機能の評価

➤ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

在宅復帰力のない病院 には患者が回ってこない

- 患者の集まっている7対1病院は、自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を取った療養病棟、居住系介護施設等、在宅強化型老健施設にしか患者を送らなくなった

中小病院の 病床利用率が激減

- 7対1入院基本料を取り、患者を集めている急性期病院が、高齢者を長期入院させている中小病院に送らなくなった
- 結果として中小病院の病床利用率が激減している

一般病床における 入院基本料要件の厳格化

- 平均在院日数の算定の基礎となる短期滞在手術の除外
- 重症度・看護必要度の見直し
- 90日を超えた患者の報酬見直し
- 高齢者の長期入院中心の病院が減収となる改定が行われた

短期滞在手術基本料の見直し②

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合	16,773点
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	9,383点
D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合	9,638点
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	6,130点
D413 前立腺針生検法	11,737点
K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術	17,485点
K093-2 関節鏡下手根管開放手術	20,326点
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	43,479点
K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	27,093点
K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合	21,632点
K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満	20,112点
K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術	27,311点
K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法	9,850点
K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術	12,371点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)	29,093点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)	24,805点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満の場合)	56,183点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)	51,480点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満	14,661点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上	18,932点
K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)	13,410点
K867 子宮頸部(腔部)切除術	18,400点
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524点

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合 <u>(削除)</u>
	<u>(削除)</u>
2	呼吸ケア <u>(喀痰吸引のみの場合を除く)</u>
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓剤の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

中小病院の存続の危機

- 入院患者を減らし、1日入院単価の伸びない中小病院は、収益を減らし、存続の危機に直面している

医療政策の動きは加速

- 平成26年度末の衆議院議員選挙で安倍自民党政権が勝利
- 現在の医療政策にブレーキをかける政策プレイヤーは存在しなくなった
- 今後一層加速する可能性が高い

八王子の医療体制は
どのような状況にあるのか

医療機関

- 人口当たりの一般病床数は区部・多摩地域で一番少ない
- 人口当たり療養病床数は、東京都内において上位にある
- 無床診療所数は東京都内において中位から下位にある

患者数の将来推計

- 八王子市の入院患者は、2035年に向けて増加の一途をたどり、164%に達する見込み
- 八王子市の疾病別入院患者の将来推計では、呼吸器系の疾患が210%増（高齢者の肺炎が中心）、循環器系の疾患が200%増となる見込み
- 外来患者は120%と入院患者に比べて上昇率は少ない
- 循環器系の外来患者は151%増加するが、かなりの疾患で外来患者は頭打ちとなる

今後の八王子市の 医療

- 後期高齢者の急増に対して、医療提供能力が追いつかない可能性が高い

ワークショップ②

- これからの八王子市の医療のあり方について議論してください