

厚生労働省提出参考資料

右上の番号は、経済・財政再生計画改革工程表の項目番号

- 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。
 1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
 2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
 3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

- 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。
- その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。

「地域医療介護総合確保基金」(H28年度予算は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、

| | |
|--------------------|------------------|
| 1 病床の機能分化・連携に関する事業 | 2 在宅医療の推進 |
| 3 介護施設等の整備に関する事業 | 4 医療従事者の確保に関する事業 |
| 5 介護従事者の確保に関する事業 | |

が対象。
医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。
- また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

- 地域医療構想との整合性を確保しつつ、医療従事者の需給を見通し、その確保策、地域偏在対策等について検討する「医療従事者の需給に関する検討会」を昨年12月より開催。

医師、看護職員、理学療法士・作業療法士のそれぞれに分科会を設置し、都道府県が平成29年度中に第7次医療計画を策定するに当たり、医療従事者の確保対策について具体的に盛り込むことができるよう、各分科会とも平成28年内にとりまとめ予定。
- 医師需給分科会については、当面の医師養成数の基本的方針や今後検討を深める医師偏在対策の事項を本年6月に中間とりまとめ。今後、医師偏在対策については、実効性のある地域偏在・診療科偏在対策について年末に向けて議論。

基本的考え方

- 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。

(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

- ・ 「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。
 - 「地域医療介護総合確保基金」
「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」を活用して、整備を推進。
- ・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・統合的に確保。

(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

- ・ (1)に加えて、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」を設置し、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、具体的な改革の選択肢の整理等を実施。
- ・ 検討会の報告を踏まえ、平成28年6月から社会保障審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」において、制度改正に向けた議論を開始。平成28年内を目途にとりまとめ。

設置の趣旨

「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1未満の病床」については、平成29年度末にその設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。

こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置する。

委員

（◎は座長、○は座長代理）

- | | | | |
|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|
| ・阿部 泰久 | （日本経済団体連合会常務理事） | ・白川 修二 | （健康保険組合連合会副会長・専務理事） |
| ・荒井 正吾 | （全国知事会 / 奈良県知事） | ・鈴木 邦彦 | （日本医師会常任理事） |
| ・市原 俊男 | （高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事） | ・鈴木 森夫 | （認知症の人と家族の会常任理事） |
| ・井上 由起子 | （日本社会事業大学専門職大学院教授） | ・瀬戸 雅嗣 | （全国老人福祉施設協議会副会長） |
| ・井上 由美子 | （高齢社会をよくなる女性の会理事） | ・武久 洋三 | （日本慢性期医療協会会長） |
| ・岩田 利雄 | （全国町村会 / 東庄町長） | ・田中 滋 | （慶應義塾大学名誉教授） |
| ・岩村 正彦 | （東京大学大学院法学政治学研究科教授） | ・土居 丈朗 | （慶應義塾大学経済学部教授） |
| ◎ 遠藤 久夫 | （学習院大学経済学部教授） | ○ 永井 良三 | （自治医科大学学長） |
| ・遠藤 秀樹 | （日本歯科医師会常務理事） | ・西澤 寛俊 | （全日本病院協会会長） |
| ・岡崎 誠也 | （全国市長会 / 高知市長） | ・東 憲太郎 | （全国老人保健施設協会会長） |
| ・加納 繁照 | （日本医療法人協会会長） | ・平川 則男 | （日本労働組合総連合会総合政策局長） |
| ・亀井 利克 | （三重県国民健康保険団体連合会理事長 / 名張市長） | ・松本 隆利 | （日本病院会理事・社会医療法人財団新和会理事長） |
| ・川上 純一 | （日本薬剤師会常務理事） | ・見元 伊津子 | （日本精神科病院協会理事） |
| ・小林 剛 | （全国健康保険協会理事長） | ・横尾 俊彦 | （全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長） |
| ・齋藤 訓子 | （日本看護協会常任理事） | ・吉岡 充 | （全国抑制廃止研究会理事長） |
| ・柴口 里則 | （日本介護支援専門員協会副会長） | | |

スケジュール

月1回程度のペースで開催を予定し、検討を進め、年内のとりまとめを目指す。

なお、検討状況・結果については、関係部会に報告することとし、それぞれの制度改革との整合性を図るものとする。

(参考) 医療療養病床と介護療養病床の現状

| | | 医療療養病床 | | 介護療養病床 |
|-----------|---------------|---------------------|--|---|
| | | 20対1 | 25対1 | |
| 人員 | 医師 | 48対1(3人以上) | 48対1(3人以上) | 48対1(3人以上) |
| | 看護師及び 准看護師 | 20対1 (医療法では、4対1) | 25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度未 まで経過的に6対1が認められている。) | 6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度未 まで経過的に6対1が認められている。) |
| | 看護補助者 | 20対1 (医療法では、4対1) | 25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度未 まで経過的に6対1が認められている。) | |
| | 介護職員 | | | 6対1 |
| 施設基準 | | 6.4㎡以上 | 6.4㎡以上 | 6.4㎡以上 |
| 設置の根拠 | | 医療法(病院・診療所) | 医療法(病院・診療所) | 医療法(病院・診療所) |
| 病床数 | | 約13.7万床(1) | 約7.6万床(1) | 約6.1万床(2) |
| 財源 | | 医療保険 | 医療保険 | 介護保険 |
| 報酬(例)(3) | | 療養病棟入院基本料1 | 療養病棟入院基本料2 | 療養機能強化型A、療養機能強化型B、 その他 |

(1) 施設基準届出(平成26年7月1日現在)

(2) 病院報告(平成27年8月分概数)

(3) 療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

(注) 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

③

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

| 入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者) | 入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者) | |
|--|--|--|
| | 医療区分 (医療区分、以外の者) | 医療区分、 (スモン、筋ジス等) |
| <p>640円</p> <p>保険給付 280円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> <p>別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p> | <p>554円</p> <p>保険給付 94円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 460円</p> | <p>554円</p> <p>保険給付 194円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> |
| | <p>398円</p> <p>保険給付 78円</p> <p>自己負担 (光熱水費) 320円</p> | <p>398円</p> <p>保険給付 398円</p> |

(参考) 介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担

| 一般所得者 (介護保険の給付なし) | 低所得者 (介護保険の補足給付あり) |
|--------------------------------|---|
| <p>全額自己負担 金額は施設との契約による</p> | <p>1380円</p> <p>補足給付 730円</p> <p>自己負担 650円</p> <p>自己負担 370円</p> |

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1日) (居住費:1日)

介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

上記補足給付の自己負担額は、市町村非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日)
上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。
上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。
(注)平成27年国保法等改正により、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。ただし、難病・小児慢性特定疾病患者等は、1食260円で据え置き。

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者等は負担額を据え置く。

| <平成27年度以前> | | <平成28年度> | | <平成30年度> | | | | |
|----------------------------|---------|----------|---------------------|----------|---------|------|------|--|
| | 負担額(1食) | | 負担額(1食) | | 負担額(1食) | | | |
| 一般所得 | 260円 | ⇒ | 一般所得 | 360円 | ⇒ | 一般所得 | 460円 | |
| 低所得 (住民税非課税) | 210円 | } | 低所得者は、引き上げない。(据え置き) | | | } | | |
| 低所得 (住民税非課税で 一定所得以下) | 100円 | | | | | | | |

(対象者数 約70万人)

(食材費) (食材費 + 調理費)

難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費における標準負担額

③

- 入院時の食事代については、一般病床・精神病床等、65歳未満の療養病床、65歳以上の療養病床のうち医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者（一般所得）について、1食260円の自己負担であったが、平成27年国保法等改正により、低所得者及び難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引き上げられる。
- 入院時の居住費については、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設との負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の者を対象に、一日320円の自己負担を求めている。
- ただし、療養病床の医療区分ⅡⅢの者については、医療度の必要性が高いことを踏まえ、居住費負担を求めている。

| | | 療養病床 | | 一般病床・精神病床等 |
|-------|------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------|
| | | 医療区分 | 医療区分 | |
| 65歳未満 | 一般所得 | 食費460円/食 (H30.4~) | | |
| | 低所得 | 食費210円/食 (注1) | | |
| 65歳以上 | 一般所得 | 食費460円/食 (注2) 居住費320円/日 | 食費460円/食 (H30.4~) 居住費0円 | 食費460円/食 (H30.4~) |
| | 低所得 | 食費210円/食 (注1) 居住費320円/日 | 食費210円/食 居住費0円 | 食費210円/食 (注1) |
| | 低所得 (70歳以上のみ) | 食費130円/食 (注3) 居住費320円/日 (注3) | 食費100円/食 居住費0円 | 食費100円/食 |

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 老齢福祉年金を受給している場合は、一食100円、居住費0円

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立

- 地域のかかりつけ医が、患者の状態や価値観も踏まえ、適切な医療を円滑に受けられるようサポート。

現状と課題

○かかりつけ医の定義

- ・「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」
(日医・四病協の合同提言(H25.8)より)

○診療報酬での評価

- ・平成26年度改定において、複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療を行うこと評価する「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新たに創設。

地域包括診療料122か所、地域包括診療加算6,536か所(H26.7)
利用者数：計約119万人(H26.5現在)

○患者負担の在り方

- ・患者負担は原則3割である中で、患者にかかりつけ医の受診を促すための方策が課題

○総合診療専門医の養成

- ・総合的な診療能力を有する医師を、「総合診療専門医」として新たな専門医に位置づけ、平成29年度以降に養成を開始。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人：69.4%
(平成23年健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査報告書」より)

今後の対応方針・スケジュール

○かかりつけ医普及促進のためのモデル事業の実施を中心とした総合的な診療を行うかかりつけ医普及促進のための方策

- 〔27年度〕28年度予算に、かかりつけ医の業務の実態把握、効果検証等を行う調査研究事業を計上。
- 〔28年度～〕調査研究事業を実施しつつ更なる取組を検討。

○診療報酬での評価

- 〔28年度改定〕かかりつけ医機能の更なる強化を中医協で検討
- 〔30年度改定〕引き続き、中医協で検討

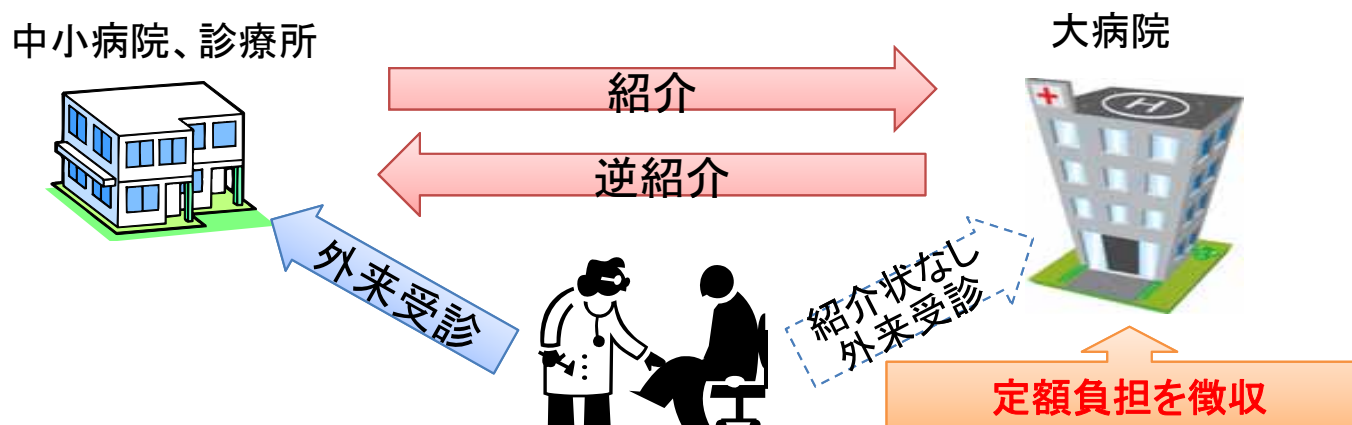
○患者負担の在り方の検討

- 〔28年度〕紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入
- 〔29年度以降〕上記の効果を踏まえつつ、関係者の意見を聞きながら検討

○総合診療専門医の養成支援

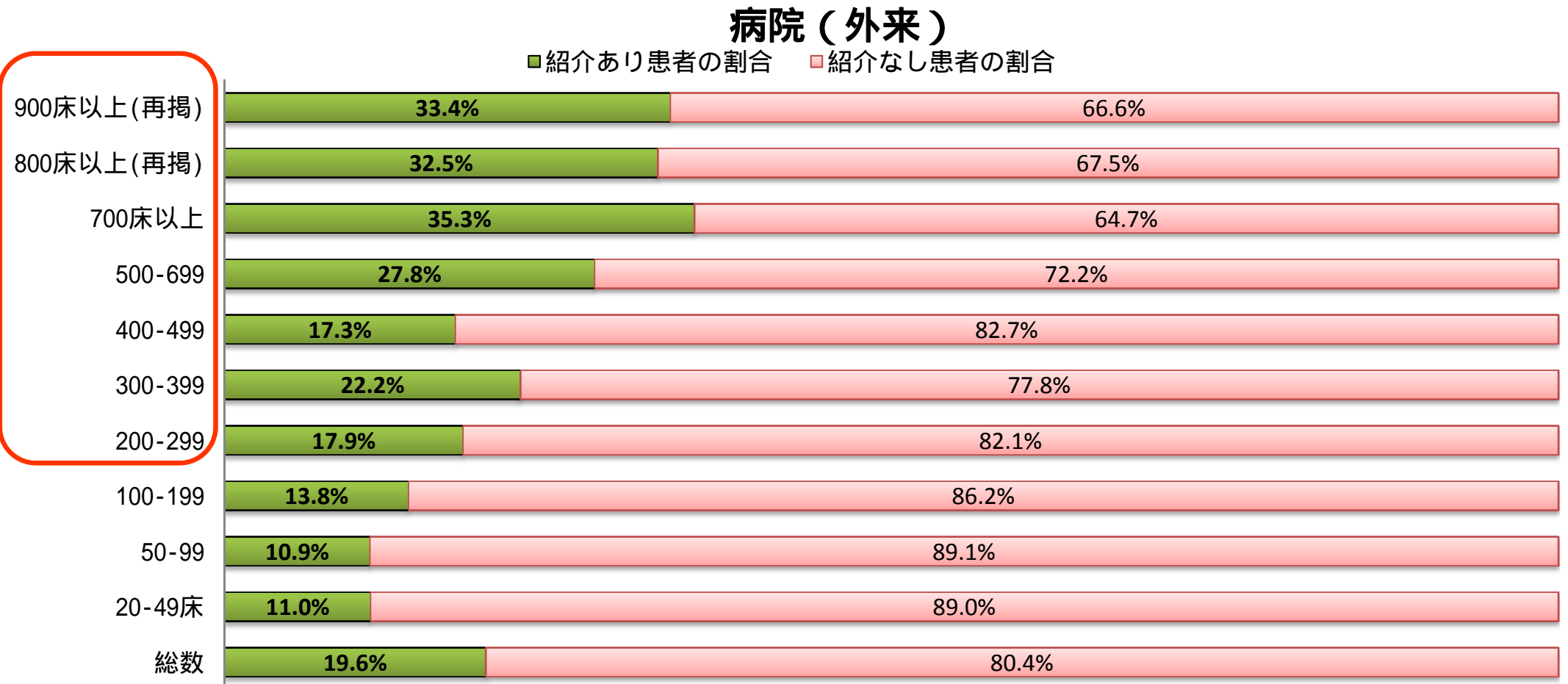
- 〔28年度〕総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を計上
- 〔29年度〕総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を引き続き支援するための予算を検討

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



病床規模別の紹介率の状況

病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。



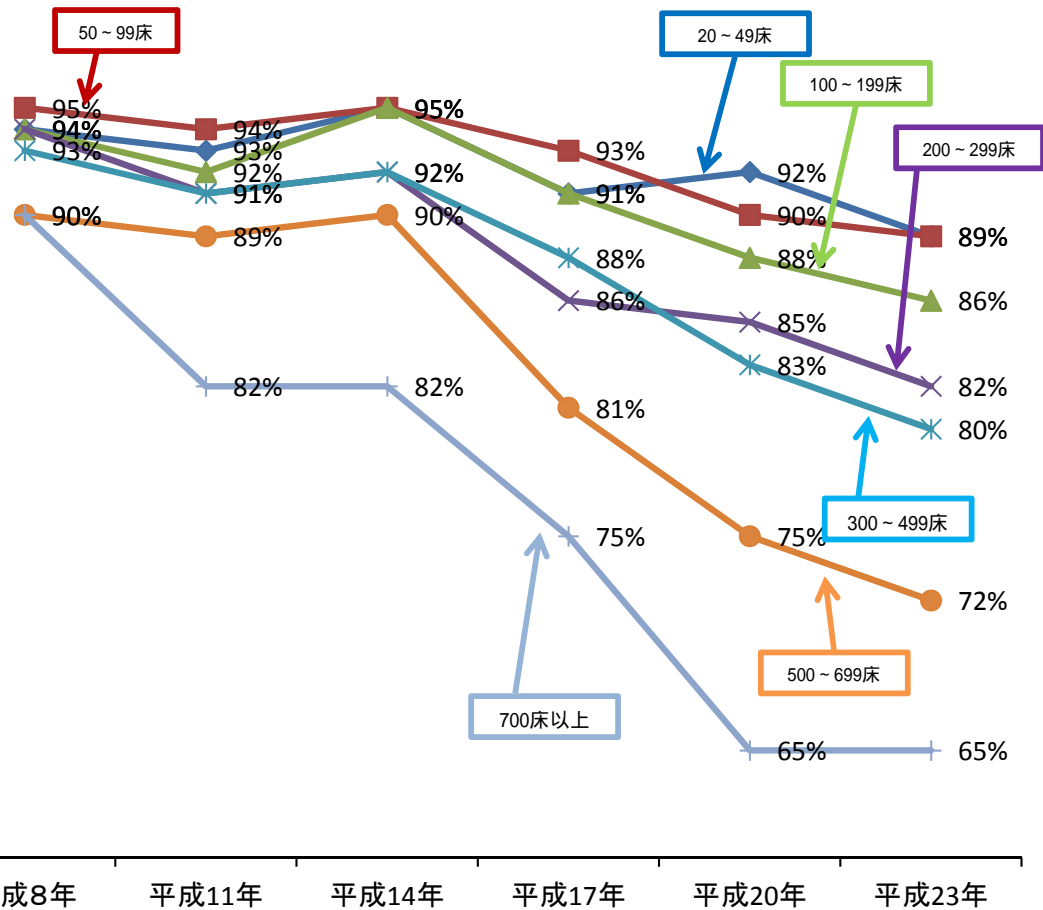
紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

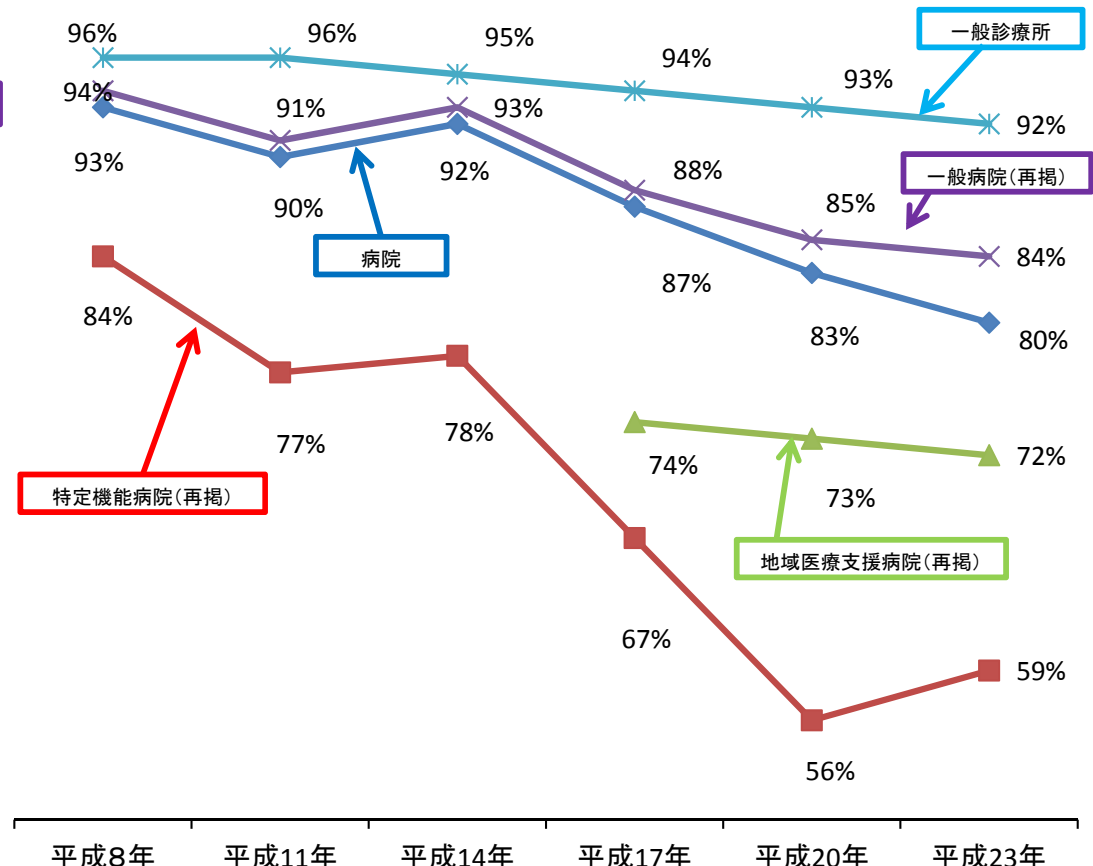
紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約7割と高い水準にある。
 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。

<病床数別>



<施設別>



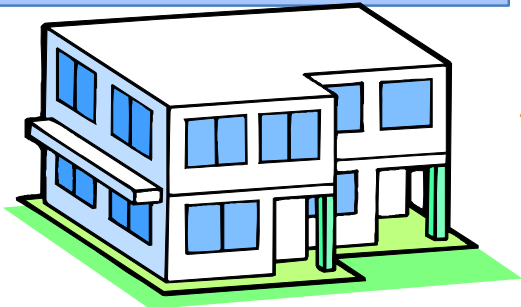
(出所) 平成8年~平成23年患者調査を基に作成。
 注: 平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

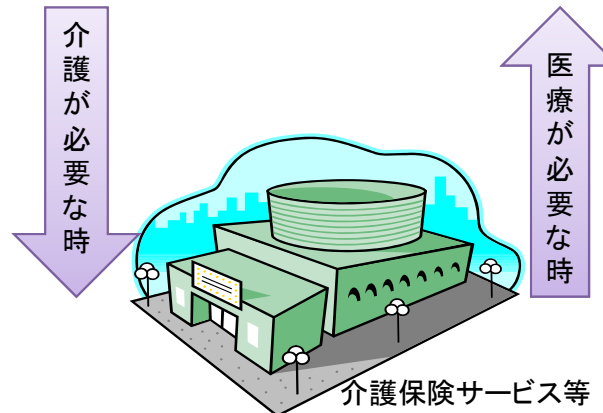
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護保険サービス等

主治医機能の評価(その1)

平成26年度診療報酬改定
(平成28年度診療報酬改定で
施設基準を一部見直し)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- 1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
- 2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- 3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が**2人以上()**在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

()平成28年度診療報酬改定で「3人以上」から「2人以上」に見直し。

主治医機能の評価(その2)

平成26年度診療報酬改定
(平成28年度診療報酬改定で
施設基準を一部見直し)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- 1 対象医療機関は、診療所
- 2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- 3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

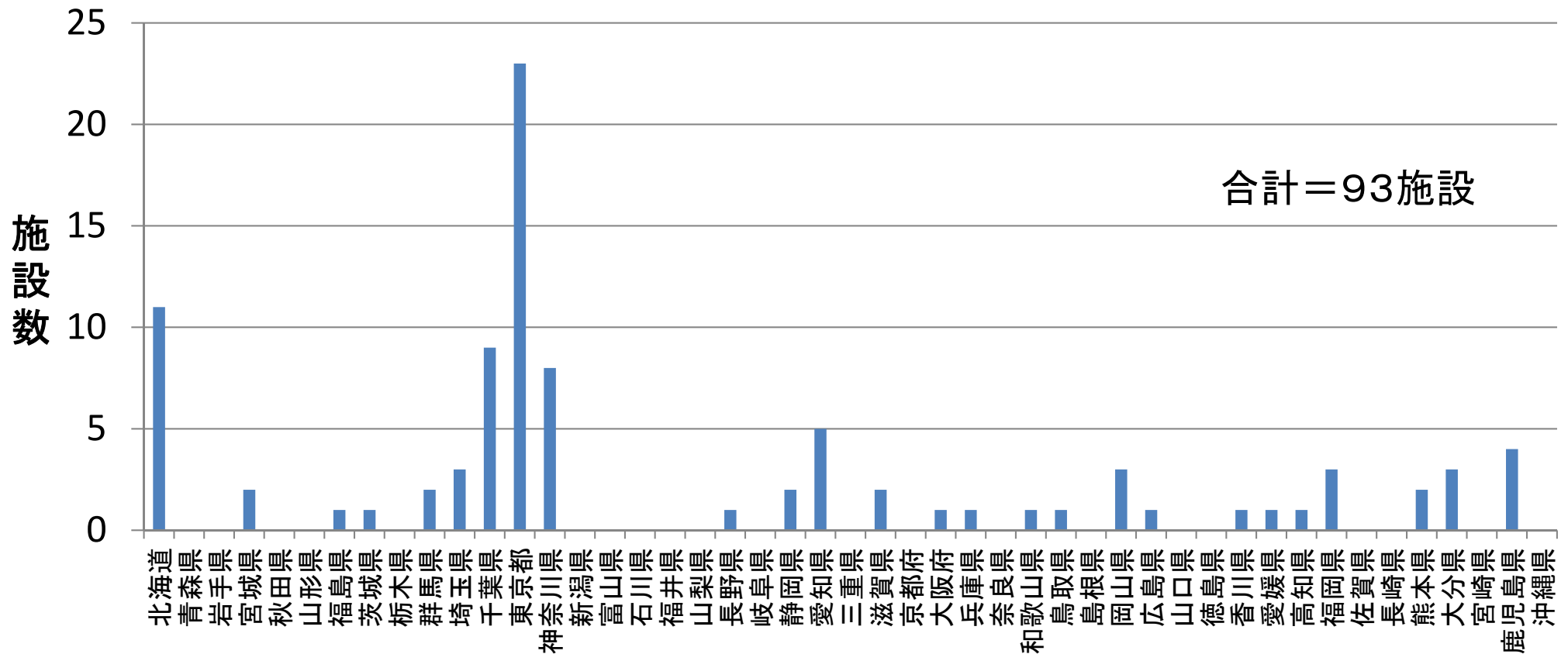
- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
 - イ) 常勤医師が2人以上()在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること

()平成28年度診療報酬改定で「3人以上」から「2人以上」に見直し。

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況①

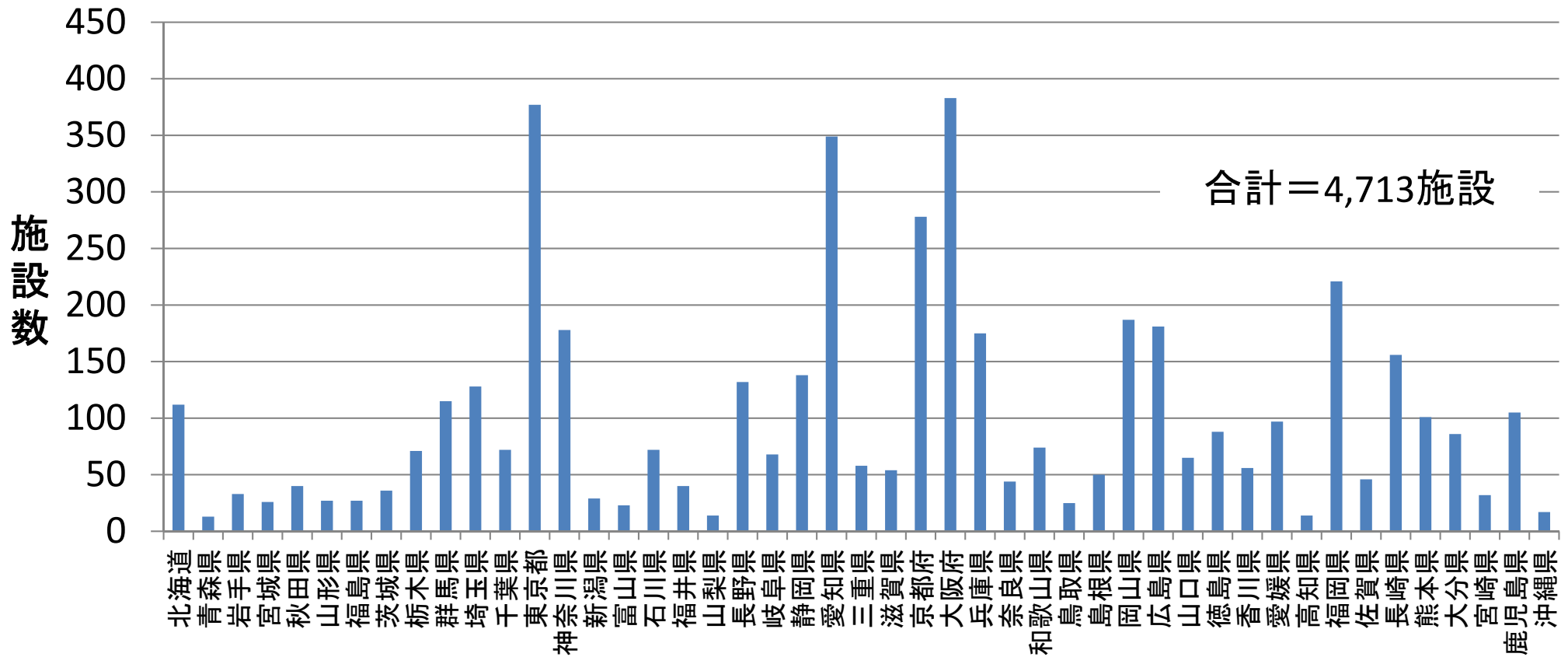
地域包括診療料を届け出た施設数



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況②

地域包括診療加算を届け出た施設数



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

認知症に対する主治医機能の評価

➤ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 **以外に1以上の疾患**を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も **受けていない**。
 - ① 1処方につき**5種類を超える内服薬**
 - ② 1処方につき**3種類を超える向精神薬**
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 **以外に1以上の疾患**を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も **受けていない**。
 - ① 1処方につき**5種類を超える内服薬**
 - ② 1処方につき**3種類を超える向精神薬**
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

介護費用の構造と要素

- 介護費用は様々な要因によって変動するため、介護費用を構成する要素に分けて分析することが有効である。
- 介護サービス費用を構成する要素は、大きく以下の通りである。

介護費用(1月当たり)

施設サービス: 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設
 居住系サービス: 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護
 在宅サービス: 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、特定福祉用具販売、住宅改修、居宅介護支援、介護予防支援、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、

$$= \text{①-1 施設サービス費用} + \text{①-2 居住系サービス費用} + \text{①-3 在宅サービス費用}$$

$$\text{①サービス費用} = \text{②サービス受給者数} \times \text{サービス利用者1人1月当たり費用}$$

$$\text{②サービス受給者数} = \text{③認定者数} \times \text{サービス受給率}$$

$$\text{③認定者数} = \text{第1号被保険者数} \times \text{要支援・要介護認定率}$$

構成要素である「要支援・要介護認定率」「受給率」「サービス利用者1人1月当たり費用」及び「施設・居住系と在宅サービスのバランス」に着目して介護費用の地域差分析を行う

地域差を生じる要素と分析の視点

要支援・要介護認定率

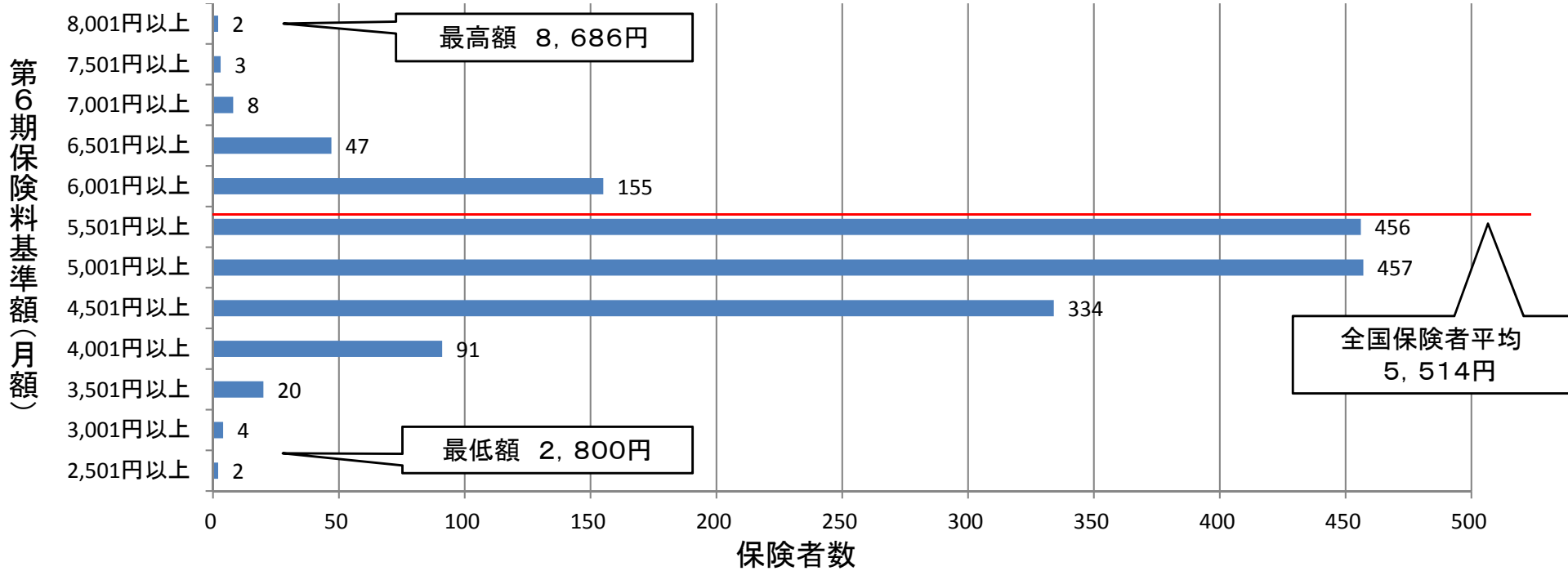
サービス受給率

サービス利用者1人1月当たり費用

- 第1号被保険者(65歳以上人口)のうち介護サービスを利用する可能性がある高齢者(要支援・要介護者)の割合に他の保険者と乖離があれば、介護予防等の取組の観点から分析する。

- 要支援・要介護者が利用しているサービスを「受給している高齢者の割合(サービス受給率)」の観点から見ることで、どのサービスの受給者に地域差があるかを分析する。
- 「受給しているサービスの単価(サービス利用者1人1月当たり費用)」の観点から見ることで、サービスの利用のされ方(日数・回数等)に地域差があるかを分析する。

第6期保険料基準額（月額）の保険者分布



保険料基準額高額保険者

保険料基準額低額保険者

| 保険者名(都道府県名) | 第6期基準額(月額) |
|-------------|------------|
| 天川村(奈良県) | 8,686 |
| 飯舘村(福島県) | 8,003 |
| 黒滝村(奈良県) | 7,800 |
| 美咲町(岡山県) | |
| 双葉町(福島県) | 7,528 |
| 三島町(福島県) | 7,500 |
| 大熊町(福島県) | |
| 葛尾村(福島県) | 7,450 |
| 三戸町(青森県) | |
| 瀬戸内町(鹿児島県) | 7,300 |

| 保険者名(都道府県名) | 第6期基準額(月額) |
|-------------|------------|
| 三島村(鹿児島県) | 2,800 |
| 音威子府村(北海道) | 3,000 |
| 中札内村(北海道) | 3,100 |
| 檜枝岐村(福島県) | 3,340 |
| 興部町(北海道) | 3,500 |
| 平取町(北海道) | |
| 登別市(北海道) | 3,700 |
| 奥尻町(北海道) | |
| 遠軽町(北海道) | |
| 四街道市(千葉県) | |