

○有床診療所入院基本料届出施設（施設数 10,258）のうち看護職員を5人以上配置している施設の看護師配置状況

看護職員を5人以上配置している施設							
	全体		I 群 1 (看護職員10人以上)		I 群 2 (看護職員5人以上)		
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	
合計	5,904	100.0%	1,642	100.0%	3,444	100.0%	
看護師配置数	0人	1,177	19.9%	90	5.5%	919	26.7%
	1人	1,147	19.4%	107	6.5%	858	24.9%
	2人	905	15.3%	122	7.4%	637	18.5%
	3人	698	11.8%	183	11.1%	425	12.3%
	4人	527	8.9%	230	14.0%	230	6.7%
	5人	384	6.5%	173	10.5%	158	4.6%
	6人	257	4.4%	145	8.8%	82	2.4%
	7人	195	3.3%	114	6.9%	58	1.7%
	8人	147	2.5%	100	6.1%	35	1.0%
	9人	125	2.1%	92	5.6%	19	0.6%
	10人以上	342	5.8%	286	17.4%	23	0.7%

(平成16年7月1日現在医療課調査)

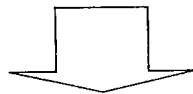
平成18年度診療報酬改定における
医療機能の分化・連携について

1 平成18年度改定の基本方針と医療機関の分化・連携の具体的対応

「平成18年度診療報酬改定の基本方針（社会保障審議会医療保険部会、及び医療部会策定）」の記載事項への具体的な対応は以下の通り。

1. 『質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機関の分化・連携を進め急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作ることが必要である。

このため、地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に係る評価の在り方について検討するべきである。』



【具体的対応】

- 地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価
- がん診療拠点病院に係る評価（紹介による悪性腫瘍患者に対する入院医療を評価）
- 地域連携小児夜間・休日診療料の見直し
- ハイリスク妊産婦共同管理料（仮称）の新設

2. 『また、高齢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、また、身近な人に囲まれて在宅での最後を迎えることも選択できるよう、支援していく体制を構築することが必要である。

このため、入院から在宅への円滑な以降を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価の在り方について検討するべきである。』

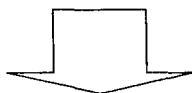


【具体的対応】

- 在宅療養支援診療所（仮称）の評価
- 入院から在宅療養への円滑な移行の促進
- 在宅療養における24時間対応体制の評価
- 患者の重症度等を反映した訪問看護の評価の見直し
- 在宅におけるターミナルケア及び看取りに係る評価の見直し
- 自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進

3. 『さらに、我が国の医療については、諸外国と比べ平均在院日数が長いという指摘があり、医療機関の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図っていくことが必要である。

このため、平均在院日数の短縮の促進に資するような入院医療の評価の在り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等について検討するべきである。』



【具体的対応】

- DPCによる支払対象病院の拡大
- 診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数の見直し
- DPCにおける入院期間Ⅰの設定方法の見直し
- DPCによる包括評価の範囲の見直し
- DPCにおける調整係数の見直し
- 急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価

4. 『このほか、病院・診療所の機能分化・連携を推進する観点から、病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方について検討するべきである。』

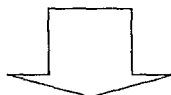


【具体的対応】

- 初再診料、外来診療料等の見直し

5. また、平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方で以下とされている。

『具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導するのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とすべきである。』



【具体的対応】

- 紹介率については様々な不合理な点が指摘されており、紹介患者加算は、患者負担の観点からは、紹介なしで病院を受診するよりも高くなるという側面があることから、医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導することを意図した当該加算については廃止し、病院及び診療所が有する機能そのものに着目し適切に評価を行うこととする。

2 医療機関の分化・連携の推進について

(1) 紹介患者加算等に対する指摘

- 病院紹介患者加算、紹介外来加算等については、以下の問題点が指摘されている。

【病院紹介患者加算（病院外来）】

- ・ 紹介率の算定方法には様々な不合理点が内在している。
- ・ 紹介率の高い病院を紹介状ありで受診すると、患者の自己負担は増加することとなり、患者の受療行動の観点からは、病診の機能分化に寄与していない。
- ・ 病院の紹介率に応じて患者の自己負担が異なるなど、患者にとっ

て分かりにくいものとなっている。

【紹介外来加算、急性期入院加算（入院医療）】

- ・ 外来の紹介率が入院料に反映されること、紹介状の有無に拘わらず、全ての入院患者について算定される等、合理的でない。
- ・ 紹介率、平均在院日数等を組み合わせて評価を行っているが、平均在院日数等は別途入院基本料等加算においても評価されており、重複した評価がなされている。
- ・ 患者にとって分かりにくい複雑な体系となっている。

(2) 病院の機能分化・連携の推進について

- 病院の機能分化・連携については、「1」の具体的対応に加えて、診療情報提供の評価、200床以上病院における紹介なし患者に対する特定療養費の適用等により、引き続き推進する。
- 医療機関の診療行動や患者の受療行動を診療報酬により誘導するのではなく、急性期入院医療の評価、救急医療の評価、在宅医療の評価といった病院、診療所が本来有する機能について適切に評価を行うことにより、適切な病院・診療所の機能分化・連携を推進する。

(参考)

紹介率を基礎とした紹介患者加算等の届出状況について

○病院紹介患者加算（初診料に対する加算）

	点数	施設基準等		届出病院数
紹介患者加算1	400点	紹介率80%以上	地域医療支援病院、 特定機能病院に限る	69
紹介患者加算2	300点	紹介率60%以上		27
紹介患者加算3	250点	紹介率50%以上	施設基準に適合する病 院	251
紹介患者加算4	150点	紹介率30%以上		1,041
紹介患者加算5	75点	紹介率20%以上		585
紹介患者加算6	40点	紹介率20%未満	上記以外の病院	基準なし

○紹介率を基準とした入院基本料等加算

	点数	施設基準等	届出病院数
紹介外来加算（紹介 外来特別加算）	100点 (140点) * 14日 を限度	・許可病床数200床以上 ・紹介率30%以上 (・入院以外の患者数が入院患者数の1.5 倍以下)	765 (234)
急性期入院加算	155点 * 14日 を限度	・紹介率30%以上 ・平均在院日数17日以内 ・診療録管理体制加算の届出等	470
急性期特定入院加算	200点 * 14日 を限度	・紹介率30%以上 ・平均在院日数17日以内 ・入院以外の患者数が入院患者数の1.5倍 以下 ・診療録管理体制加算の届出等	76
地域医療支援病院入 院診療加算2	900点 (入院初 日)	・紹介率80%以上	49

* 届出病院数：平成16年7月1日現在（保険局医療課調べ）

* 我が国における病院数は9,077施設、200床以上病院2,757施設（平成16年度医療施設調査）