

〔平成21年8月26日（水）〕
13時30分～16時00分
金融庁共用第1特別会議室

第9回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

- 1 平成22年度の診療報酬改定に向けた検討について
- 2 その他

（配布資料）

- 資料1 診療報酬改定の基本方針の検討について
資料2 「平成20年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について
資料3 救急医療、周産期医療等の現状について
資料4 社会保障国民会議最終報告（平成20年11月4日）
資料5 診療報酬と補助金の関係について

（委員提出資料）

- 海辺委員提出資料
竹嶋委員提出資料

（参考資料）

- 参考資料1 第8回社会保障審議会医療部会（21.7.9）における主なご意見
参考資料2 第32回社会保障審議会医療保険部会（21.7.15）における主なご意見
参考資料3 平成20年度診療報酬改定の基本方針
参考資料4 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子
参考資料5 主な施設基準の届出状況等
参考資料6 病院勤務医の負担軽減の実態調査について
参考資料7 後発医薬品の使用状況調査について

診療報酬改定の基本方針の検討について

【総論】

○ これまでの診療報酬改定の基本方針においては、「改定の視点」等を定めるとともに、この「視点」を踏まえた改定の「方向」を定めている。

○ 具体的には、平成18年度改定の基本方針においては、以下の4つの「改定の視点」を定めるとともに、この視点を踏まえ、24時間診療ができる在宅医療に係る評価や、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価等の「方向」を定めた。

（改定の視点）

- ① 患者からみて分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
- ② 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・連携を推進する視点
- ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価のあり方について検討する視点
- ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討する視点

○ 平成20年度改定の基本方針においては、上記4つの視点に加え、「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」を緊急課題として位置づけ、ハイリスク妊産婦への対応に係る評価や、病院勤務医の事務負担の軽減に係る評価等の「方向」を定めた。

また、後期高齢者医療については、後期高齢者医療の在り方に関する特別部会において、生活を重視した医療などの観点から診療報酬を構築すべきことを内容とした「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」が取りまとめられ、改定の基本方針には、この骨子の趣旨を十分に踏まえた改定を行うべきとの内容が盛り込まれたところである。

○ 平成22年度改定の基本方針においても同様の構成とすることが考えられるが、前回改定の実施状況、医療現場の実態、厳しい保険財政、最近の閣議決定等において社会保障の機能強化の必要性が指摘されていること、後期高齢者医療制度の見直し等が指摘されていること等を踏まえ、基本方針に盛り込むべき「視点」や「方向」

について御検討をいただきたい。

【論点】

○ 前回までの視点・緊急課題は、誰もが安心・納得して、質の高い医療を効率的に受けられるようにするために必要なものとして、引き続き、基本方針の中に視点等として位置付けることとするか。

○ 前回の部会では、改定の「視点」に相当するものとして、「救急・産科等の体制強化」や「勤務医の負担軽減」を求める声が多かったが、具体的にどのような「方向」で改定を行うことが考えられるのか。

〈考えられる「方向」の例〉

- ・ 地域連携による救急患者の受け入れの推進
- ・ 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価の充実
- ・ 新生児等の救急搬送を担う医師等の活動の評価
- ・ 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化
- ・ 医療クランクの配置の促進 等

○ その他、どのような「視点」・「方向」が考えられるか。

〈考えられる「視点」・「方向」の例〉

※ 患者からみて分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

- ・ 医薬品の患者への情報提供等を通じた医療安全対策の推進
- ・ 高齢者の心身の特性を踏まえた医療の提供 等

※ 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・連携を推進する視点

- ・ 急性期医療の機能強化
- ・ 回復期リハビリテーション等の機能強化
- ・ 質の高い精神科入院医療の評価
- ・ 在宅医療・在宅歯科医療の充実 等

※ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価のあり方について検討する視点

- ・ 手術等の医療技術の適正評価 等

※ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討する視点

- ・ 後発医薬品の使用促進 等

「平成20年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について

基本方針	平成20年度改定での主な対応	実施状況
【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減		
<p>(産科・小児科への重点評価)</p> <p>ア 産科や小児科の診療科における病院勤務医の負担軽減を図る観点から、産科医療については、ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応が充実するよう、また、小児医療については、これまでの評価の充実等も踏まえつつ、特に手厚い体制の専門的な医療を提供する医療機関に対しての評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の評価の充実（心疾患を合併している等のリスクの高い妊産婦に対し、妊娠及び分娩に係る入院診療を行った場合を評価） ・ 妊産婦緊急搬送入院加算の新設（緊急搬送された妊産婦を入院させた場合を評価） ・ 超重症児(者)入院診療加算(6歳未満)の増点(継続して人工呼吸を行っている等の重症な小児に対して入院診療を行った場合を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数(H20.7) ・ ハイリスク妊娠管理加算：1,722施設 ・ ハイリスク分娩管理加算：623施設(708施設) ・ 妊産婦救急搬送入院加算：1,273施設 ・ 算定状況(H20.6審査分) ・ 超重症児(者)入院診療加算(6歳未満)：12,739回 <p>(参考)産科・産婦人科を標榜する病院数：1,616施設(H17.10)、1,576施設(H18.10)、1,539施設(H19.10)</p>
<p>(診療所・病院の役割分担等)</p> <p>イ 病院勤務医の負担軽減や診療所と病院との機能分担と相互連携を進める観点から、診療所における夜間開業の評価の在り方や、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間・早朝等加算の新設(夜間・早朝の軽症の救急患者を診療所において診察した場合を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数 ・ 夜間・早朝等加算：36,881施設(H20.7) ・ 算定状況(H20.6審査分) ・ 夜間・早朝等加算：2,595,336回(診療所における初診・再診回数に対する3.2%) <p>(参考)診療所数：99,545施設(H21.3) 内科診療所：63,283施設(H17.10)</p>
<p>(病院勤務医の事務負担の軽減)</p> <p>ウ 病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制の充実を促進するための評価の在り</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時医学管理加算の見直し(複数の診療科による総合的な急性期医療を提供する体制及び病院勤務医の負担の軽減に対する体制等を評価) ・ 医師事務作業補助体制加算の新設(医師の事務 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数(H21.6) ・ 入院時医学管理加算：173施設(88施設) ・ 医師事務作業補助体制加算：1,056施設(730施設)

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>方について検討すべきである。</p>	<p>作業を補助する従事者を配置している場合を評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ハイリスク分娩管理加算（前述）に、病院勤務医の負担軽減に資する体制を整備することを算定要件に追加 	<ul style="list-style-type: none"> 中医協検証部会における評価 実際に負担軽減策の一環として業務分担を進めている項目について、「静脈注射及び留置針によるルート確保」、「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。
<p>(1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点</p>		
<p>(医療費の内容の情報提供)</p> <p>ア 平成18年度診療報酬改定では、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みの在り方について検討すべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> レセプトのオンライン請求が義務化された医療機関に対して、患者から求めがあった場合の明細書発行の義務付け 	<ul style="list-style-type: none"> 中医協検証部会において、明細書の発行状況等に関する調査を実施中 (参考) オンライン請求を行っている病院数：6,693施設（全病院の約76%）(H21.5)
<p>(分かりやすい診療報酬体系等)</p> <p>イ 平成18年度診療報酬改定では、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組を行ったが、医療費の内容の分かる領収書や明細書の発行の広がりも踏まえ、分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件について、さらに必要な見直しを行うべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1入院あたりの支払方式の試行的導入（小児に鼠径ヘルニアの手術を行った場合について導入） 従来の歯科疾患別の医学管理の評価から、口腔を一単位とした評価（歯科疾患管理料）に統合し、簡素化 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況（H20.6審査分） 1入院あたりの支払方式による鼠径ヘルニア手術：922回 出来高支払方式による鼠径ヘルニア手術：10,090回
<p>(生活を重視した医療)</p> <p>ウ 患者の生活を重視する視点から、がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価の在り方について検討すべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患した勤労者、</p>	<ul style="list-style-type: none"> 外来放射線治療加算の新設（外来で放射線治療を行った場合を評価） 外来化学療法加算（外来で化学療法を行った場合の加算）について、医師の配置等による質の高 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数(H20.7) 外来放射線治療加算：412施設 外来化学療法加算(※)：1,146施設 糖尿病合併症管理料：507施設

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>自営業者等が無理なく継続して受診できるよう、夕刻以降の診療所の開業の評価の在り方について、検討するべきである（緊急課題のイの一部再掲）。</p>	<p>い体制を評価する区分の新設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病合併症管理料の新設（糖尿病の重症化予防のための外来での糖尿病足病変に対する重点的な指導・管理を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 外来放射線治療加算：138,177 回 ・ 外来化学療法加算（※）：95,801 回 ・ 糖尿病合併症管理料：612 回 <p>※ 20 年度改定で新設された区分のみを集計</p>
<p>（保険薬局の機能強化）</p> <p>エ 診療所の夜間開業等に伴い、患者が必要な医薬品の提供を受けられるようにするため、地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間・休日等加算の新設（地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 夜間・休日等加算：1,705,060 回（処方せん受付回数に対する3.3%）
<p>(2) 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・連携を推進する視点</p>		
<p>（質が高い効率的な入院医療の推進）</p> <p>ア 医療計画見直し等の医療法改正を踏まえ、病院等の医療機能の分化・連携を図るとともに、医療資源を効果的・効率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、引き続き、平均在院日数の短縮に取り組んでいくことが必要である。このため、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在り方や拡大等について、引き続き、検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ DPC 対象病院の拡大 ・ 地域連携診療計画管理料（診療計画を複数の連携医療機関間で共有し、一貫した診療を行った場合の評価）の対象疾患に脳卒中を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ DPC 対象病院：534 病院（H20.4）、1,283 病院（H21.7） ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 地域連携診療計画管理料：405 施設（209 施設） ・ 中医協検証部会において、地域連携診療計画管理料に関する調査を実施中
<p>（質の評価手法の検討）</p> <p>イ 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法についても検討して</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、寝たきり防止と家庭復帰を目的としてリハビリを集中的に行うことを目的とした回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率等の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 回復期リハビリテーション病棟：911 施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料：1,085,337

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>いくべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療療養病床における褥瘡評価実施加算（長期臥床等の患者については褥瘡の発症リスクが高いため、継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行っていることを評価） 	<p>回</p> <ul style="list-style-type: none"> 褥瘡評価実施加算：1,957,571回
<p>(医療ニーズに着目した評価)</p> <p>ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 7対1入院基本料における看護必要度と医師配置基準の導入（手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入） 準7対1入院基本料の新設（7対1入院基本料の医師配置基準を満たさない場合の評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 算定件数（H20.6審査分） 7対1入院基本料：3,031,113回（2,282,155回） 中医協検証部会において、7対1入院基本料に関する調査を実施中
<p>(在宅医療の推進)</p> <p>エ 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料（他の医療機関に診療状況を示す文書を添えての患者の紹介を評価）の加算要件の拡大（他院等への紹介について退院時のみではなく退院した月の翌月までに紹介した場合にも算定可能に変更） 在宅患者連携指導料の新設（医師、歯科医師、看護師等が患者の医療・福祉情報を共有し、療養上必要な助言を行うことの評価） 在宅療養支援歯科診療所の新設（在宅医療を歯科医療面から支援する歯科診療所の機能の評価） 在宅患者訪問薬剤管理指導料の増点（関係職種との一層の連携を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数（H20.7） 在宅療養支援診療所：11,450施設（10,477施設） 在宅療養支援歯科診療所：3,039施設 （参考）歯科医療機関数：68,075施設（H20.7末） 算定状況（H20.6審査分） 診療情報提供料（退院時診療状況添付加算）：89,964回（77,914回） 在宅患者連携指導料：603回 在宅患者訪問薬剤管理指導料：24,220回（22,620回）

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(歯科医療の充実)</p> <p>オ 歯科診療に関する指針の見直し等を踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科疾患管理料の新設（従来の歯科疾患別の医学管理の評価から、口腔を一単位とした継続的な歯科疾患管理の評価に統合） ・ 歯周疾患の治療体系の見直し（歯周基本治療の2回目以降の評価及び歯周病安定期治療の新設等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 歯科疾患管理料：9,663,420 回 （参考）算定状況（H19.6 審査分） ・ 歯科口腔衛生指導料：1,932,476 回 ・ 歯周疾患指導管理料：7,346,778 回 ・ 歯科疾患総合指導料1及び2：138,677 回 ・ 歯科疾患継続指導料：5,520 回 ・ 歯科疾患継続管理診断料：1,214 回 合計：9,424,665 回 ・ 歯周基本治療：30,273,342 回（28,959,872 回）
<p>(3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p>		
<p>(がん医療の推進)</p> <p>ア 「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進が求められているが、放射線療法や化学療法の普及、がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来放射線治療加算の新設（外来で放射線治療を行った場合を評価） ・ 外来化学療法加算（外来で化学療法を行った場合の加算）について、医師の配置等による質の高い体制を評価する区分の新設 ・ がん性疼痛緩和指導管理料の新設（疼痛の緩和の目的で麻薬を投与している患者に対し、計画的な治療管理や指導を行った場合を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数(H20.7) ・ 外来放射線治療加算：412 施設 ・ 外来化学療法加算(※)：1,146 施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 外来化学療法加算(※)：95,801 回 ・ がん性疼痛緩和指導管理料：6,872 回 ※ 20年度改定で新設された区分のみを集計
<p>(脳卒中対策)</p> <p>イ 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数が急増しており、発症後生命が助かったとしても後遺症が発生する頻度が高いことから、医療計画に沿って、発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携診療計画管理料（診療計画を複数の連携医療機関間で共有し、一貫した診療を行った場合の評価）の対象疾患に脳卒中を追加 ・ 超急性期脳卒中加算の新設（脳卒中患者に対して、発症早期にt-PA（血栓を溶解する薬剤）を用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数(H20.7) ・ 地域連携診療計画管理料：405 施設（209 施設） ・ 超急性期脳卒中加算：651 施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 地域連携診療計画管理料：1,133 回（247 件）

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>構築等が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。</p>	<p>いた治療を行うことを評価する項目)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 超急性期脳卒中加算：412 回
<p>(自殺対策・子どもの心の対策)</p> <p>ウ 我が国の自殺者の増加に対応するため、内科等で身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に精神科医療と連携する取組や、救急外来に搬送された自殺企図者に対して再度の自殺企図の防止のための精神科医を含めた総合的な診療が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。</p> <p>また、子どもの心の問題については、必要な医療が十分に提供されるよう、長時間や長期間にわたることが多い外来診療や、心の問題を専門に取り扱う医療機関についての評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料（他の医療機関に診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行うことを評価）について、精神科医連携加算を新設 救命救急入院料について、自殺企図による患者を精神保健指定医が診察した場合の加算の新設 児童・思春期精神科入院医学管理加算の増点等（児童及び思春期の精神疾患患者に対して入院診療を行った場合の評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況（H20.6 審査分） 診療情報提供料の精神科医連携加算：757 回 救命救急入院料の自殺企図による患者を精神保健指定医が診察した場合の加算：160 回 児童・思春期精神科入院医療管理加算：3,264 回（3,174 回）
<p>(医療安全の推進と新しい技術等の評価)</p> <p>エ 医療の基礎である医療安全の更なる向上の観点から、このための新しい取組等に対する評価の在り方を検討するべきである。また、医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器安全管理料の新設（医療機器の安全管理のために臨床工学技士等を配置していることを評価） 難治性骨折の超音波治療等の先進医療技術や、中医協医療技術評価分科会において優先的に保険導入すべきとされた小児の食物アレルギー検査等の新規医療技術 66 技術について保険導入 歯科外来診療環境体制加算の新設（歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境整備を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数（H20.7） 医療機器安全管理料：2,477 施設 歯科外来診療環境体制加算：2,868 施設（参考）歯科医療機関数：68,075 施設（H20.7 末） 算定状況（H20.6 審査分） 歯科外来診療環境体制加算：207,973 回 中医協検証部会において、歯科外来診療環境体制加算に関する調査を実施中

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

(イノベーション等の評価)

オ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討するべきである。

<薬価制度等>

- ・ 新薬の補正加算率の引上げ及び加算要件の緩和(革新的な新薬の適切な評価)
- ・ 原価計算において営業利益率にメリハリをつける算定方式を導入(革新的な新薬の適切な評価)
- ・ 迅速な保険導入(決定区分 C1(新機能)決定後保険適用までの期間の短縮)
- ・ 補正加算の見直し(有用性加算の統合、改良加算の新設、原価計算方式における営業利益率調整)(革新的な医療機器の適切な評価)

<後発医薬品>

- ・ 処方せん様式の見直し(処方医が処方薬の後発医薬品への変更差し支えがあると判断する場合にのみ、処方せんに署名)
- ・ 療養担当規則等において、保険医や保険薬剤師に対する後発医薬品の使用又は調剤の努力義務を規定
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の新設(後発医薬品の調剤率が処方せんベースで30%以上の薬局を評価)

<医薬品>

- ・ 改正された薬価算定の基準に基づき、新薬の薬価算定を適切に実施
- ・ 原価計算における営業利益率調整 10 成分(うち 1 成分は減算)(H20 改定以降 H21.6 薬価収載分迄)

<医療機器>

- ・ 決定区分 C1 は 10 製品(※)
- ・ 有用性加算 4 製品、改良加算 1 製品、原価計算方式営業利益率調整 1 製品(※)

※ H20 改定以降 H21.8.1 迄

- ・ 届出薬局数(H20.7)
- ・ 後発医薬品調剤体制加算： 34,941 施設(参考) 保険薬局数： 50,933 施設(H20.4)
- ・ 算定状況(H20.6 審査分)
- ・ 後発医薬品調剤体制加算： 38,470,240 回
- ・ 中医協検証部会における評価
- ・ 後発医薬品の使用の広がりがあまり感じられない。
- ・ 薬局も医療機関・医師もまだ後発医薬品に関する理解不足や不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。
- ・ 患者調査の結果から、実際に後発医薬品を使用することがその後の積極的な使用につながる面があると考えられる。

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(オンライン化・IT化の促進)</p> <p>カ 保険医療機関においては、レセプトのオンライン化が段階的に義務付けられることとなっており、これを含めたIT化は、患者、医療機関、保険者、審査支払機関等それぞれにメリットがある。オンライン化が義務付けられる時期が到来していない保険医療機関において、引き続き、オンライン化への対応を含めたIT化が積極的に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 電子化加算の算定要件について、レセプトオンライン化が義務化される医療機関を対象から除外 	<ul style="list-style-type: none"> 届出医療機関数 (H20. 7) 電子化加算：91,643 施設 (75,884 施設) 算定状況 (H20.6 審査分) 電子化加算 12,100,000 回 (14,464,165 回)
<p>(4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p>		
<p>(新しい技術への置換え)</p> <p>ア 医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである (3)のエの一部再掲)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 検査項目の適正化 (統廃合) 点眼等の高度な技術を要しない処置を基本診療料に包括化 中耳炎等の専門的医学管理や指導の評価を新設 歯科における一部の処置等の評価の見直し (既存のラバーダム防湿処置及び歯肉息肉除去術に係る費用を基本診療料に包括) 	<ul style="list-style-type: none"> 検査項目統廃合 (728→710 項目へ適正化)
<p>(後発品の使用促進等)</p> <p>イ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討するべきである (3)のオの再掲)</p>	<p>((3)のオを参照)</p>	<p>((3)のオを参照)</p>

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(市場実勢価格の反映)</p> <p>ウ 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬価調査の結果に基づき薬価改定を実施 ・ 11成分30品目について市場拡大再算定を実施 ・ 医療機器等の海外平均価格をもとに14区分で再算定を実施 ・ 医療機器の市場実勢価格を踏まえた評価を全区分について実施し、488区分において価格を引き下げ(全714区分) ・ 臨床検査料金の調査に基づいた検査料金の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬価について▲1.1%、医療材料について▲0.1%の引下げ
<p>(医療ニーズに着目した評価)</p> <p>エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである((2)のウの再掲)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 7対1入院基本料における看護必要度と医師の配置基準の導入(手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入) ・ 準7対1入院基本料の新設(7対1入院基本料の医師配置基準を満たさない場合の評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定件数(H20.6審査分) ・ 7対1入院基本料:3,031,113回(2,282,155回) ・ 平成21年度検証部会調査において、7対1入院基本料に関する調査を実施中。
<p>(その他効率化や適正化すべき項目)</p> <p>オ 平成18年度診療報酬改定においては、コンタクトレンズに係る診療等に関して適正化を行ったところであるが、実態を十分に踏まえて、さらに効率化・適正化すべきと認められる項目については、適正な評価を行うよう検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンタクトレンズ検査料の見直し(コンタクトレンズ装用目的で受診した患者に対する検査等を包括的に評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況(H20.6審査分) ・ コンタクトレンズ検査料:927,270回(1,175,216回)

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子関係		
(1) 外来医療について		
<p>(後期高齢者を総合的に診る取組の推進)</p> <p>○ 前述の後期高齢者の心身の特性等を踏まえれば、外来医療においては、主治医は次のような役割を担うことが求められている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握すること。 ・ 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること。 ・ 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有すること。 <p>主治医がこのような取組を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者診療料の新設（定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことに対する評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 後期高齢者診療料：9,563 施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 後期高齢者診療料：42,736 回 <p>（参考）診療所数：99,545 施設（H21.3）</p> <p>内科診療所数：63,283 施設（H17.10）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中医協検証部会における評価 ・ 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中で約9割が算定しておらず、今後の課題である。 ・ 患者においては、診療が良くなったという受け止めとそうでない受け止めが混在しており、一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。
<p>(薬歴管理)</p> <p>○ 外来医療を受ける後期高齢者は、服薬している薬の種類数が多いこと、入退院も少なく服薬に関わる医療関係者も多くなると考えられることから、薬の相互作用や重複投薬を防ぐ必要がある。このため、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師及び看護師）や患者自身が、服用している医薬品の情報を確認できるような方策を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養担当規則等において、医師が診察する場合や保険薬剤師が調剤を行う場合に患者の服薬状況や薬剤服用歴を確認することを規定 ・ 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の新設（「お薬手帳」を用いた情報の管理と共有に対する評価） ・ 外来服薬支援料の新設（患者が薬局に持参した調剤済みの薬剤について、一包化等により服薬管理を支援した場合を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料：13,050,960 回 <p>（参考）処方せん受付回数：14,226,840 回</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来服薬支援料：4,400 回

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>(関係者、患者・家族との情報共有と連携)</p> <p>○ 外来医療を受ける後期高齢者は、他の医療や介護・福祉サービスが必要な場合や、現に受けている場合も少なくない。後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携が進められるよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者診療料の新設（定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことに対する評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 後期高齢者診療料：9,563施設 ・ 算定状況（H20.6審査分） ・ 後期高齢者診療料：42,736回 ・ 中医協検証部会における評価 ・ 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中で約9割が算定しておらず、今後の課題である。 ・ 患者においては、診療が良くなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在しており、一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。
<p>(2)入院医療について</p>		
<p>(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)</p> <p>○ 後期高齢者の生活を重視するという視点からも、慢性期のみならず急性期を含む入院医療において、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うとともに、後期高齢者の入院時から、地域の主治医との適切な連携の下、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行う必要がある。退院後の療養生活に円滑に移行するためには、個々人の状況に応じ、退院後の生活を見越した診療計画が策定され、それに基づく入院医療が提供され</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者総合評価加算の新設（退院後の生活を念頭に病状の安定が見込まれる早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行ったことに対する評価） ・ 後期高齢者退院調整加算の新設（適切な退院先に退院できるよう、退院困難要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことに対する評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 後期高齢者総合評価加算：1,041施設 ・ 後期高齢者退院調整加算：2,621施設 ・ 算定状況（H20.6審査分） ・ 後期高齢者総合評価加算：2,049回 ・ 後期高齢者退院調整加算：4,807回

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>ることが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。</p>		
<p>(入院中の評価とその結果の共有)</p> <p>○ 退院後の後期高齢者の生活を支えるには、入院中に行われた総合的な評価の情報が、在宅生活を支えることとなる医療関係者や介護・福祉関係者に共有されることが重要である。この入院中の評価の実施や、カンファレンス等を通じ、評価結果について在宅を支える関係者との共有が進むよう、診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時共同指導料の見直し（入院中の医療機関の医療従事者と在宅療養を担う医療機関の医師が共同で行う指導について、医師以外の他職種の医療関係者で行う場合を評価） ・ 後期高齢者退院時薬剤情報提供料の新設（入院中に使用した主な薬剤の情報管理と共有を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 退院時共同指導料：1,618 回 ・ 後期高齢者退院時薬剤情報提供料：34,639 回
<p>(退院前後の支援)</p> <p>○ 患者は退院直後が最も不安となる場合が多いとの指摘があるが、このようなケースについては、退院直後の時期をまず重点的に支えることにより、円滑に在宅生活に移行することができるようにすることが重要である。このため、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前の指導等に取り組むことができるような診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者退院調整加算の新設（適切な退院先に退院できるよう、退院困難な要因を有する後期高齢者患者に対する退院調整を評価） ・ 後期高齢者外来継続指導料の新設（入院中に行われた診療内容等について、退院後に外来を担当する医師に円滑に引き継がれる取組を評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 届出医療機関数（H20.7） ・ 後期高齢者退院調整加算：2,621 施設 ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 後期高齢者退院調整加算：4,807 回 ・ 後期高齢者外来継続指導料：51 回
<p>(3)在宅医療について</p>		
<p>(情報共有と連携)</p> <p>○ 後期高齢者の在宅療養を医療面から支えるには、主治医等が中心となって、医療従事者間の情報の共有や連携を図りながら、それぞれの役割をしっかりと担う必要がある。</p> <p>後期高齢者の生活を支えるには、医療関係者の</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者連携指導料の新設（医師、歯科医師、看護師等が患者の医療・福祉に関する情報を共有し、療養上必要な助言を行うことの評価） ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の新設（患者の急変等に際し、関係する医療従事者が一堂に 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況（H20.6 審査分） ・ 在宅患者連携指導料：603 回 ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料：50 回

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>みならず、介護・福祉関係者との相互の情報の共有や連携を行う必要がある。主治医等とケアマネジャーが中心となって、カンファレンス等を通じて、主治医による総合的な評価を含めた情報の共有や連携が図られるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<p>会しカンファレンスを開催することに対する評価)</p>	
<p>(病院等による後方支援)</p> <p>○ また、病状の急変時等入院が必要となった場合に、円滑に入院できるようにするとともに、在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先の医療機関においても引き続き提供されるようにするべきである。このような医療機関間の連携が強化されるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算の新設(後期高齢者の病状の急変時における入院を評価) ・ 在宅患者緊急入院診療加算の評価の充実(在宅療養支援診療所等の医師と入院医療機関が連携して緊急入院先を事前に定めていることを評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況 (H20.6 審査分) ・ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 : 50 回 ・ 在宅患者緊急入院診療加算 : 493 回
<p>(在宅歯科診療)</p> <p>○ 全身的な健康維持や誤嚥性肺炎予防の観点等からも、要介護者等の継続的な口腔機能の維持・管理が重要であるとともに、在宅において適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者から歯科診療に係る情報提供が歯科医療従事者になされるなどの連携を進めることが必要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の新設(在宅療養支援歯科診療所による後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況 (H20.6 審査分) ・ 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 : 22,627 回 (参考) 歯科訪問診療料の算定状況 (H20.6 審査分) : 146,093 回
<p>(在宅療養における服薬支援)</p> <p>○ 後期高齢者の在宅療養において、薬の「飲み忘れ」等による状態悪化を招くことのないよう、本人や家族、介護を担う者による日々の服薬管理等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の増点(関係職種との一層の連携を評価) ・ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の新設(患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定状況 (H20.6 審査分) ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料 : 24,220 回 (22,620 回)

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>の支援を推進することが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<p>の急変時など緊急的な訪問薬剤管理指導を評価)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料：3,760回
<p>(訪問看護)</p> <p>○ 安心して安全な在宅療養を支えるには、訪問看護の役割が大変重要であるが、退院前後の支援、緊急時の対応を含めた24時間体制の充実、患者の状態に応じた訪問の実施などが更に取り組みられるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 退院時共同指導料の見直し(地域での在宅療養を担う医師が実施する共同指導について、看護師等による実施についても評価) 長時間訪問看護・指導加算の新設(人工呼吸器を使用している患者の2時間を超える訪問看護を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況(H20.6審査分) 退院時共同指導料：1,618回 長時間訪問看護・指導加算：176回 <p>(参考)訪問看護ステーション数：5,407施設(H19.10)</p>
<p>(居住系施設等における医療)</p> <p>○ 居住系施設を含む様々な施設等を利用している後期高齢者について、その施設等の中で提供されている医療の内容や施設の状況等も踏まえつつ、外部からの医療の提供に対する適正な評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 居住系施設入居者等への在宅患者訪問診療料の新設(特別養護老人ホーム等の施設入居者であって通院が困難な者に対する訪問診療を評価) 特定施設入居時医学総合管理料の新設(特別養護老人ホーム等の施設入居者であって通院が困難な者に対する計画的な医学的管理を評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況(H20.6審査分) 在宅患者訪問診療料(居住系施設入居者)：196,955回 特定施設入院時医学総合管理料：30,162回
<p>(4)終末期における医療について</p>		
<p>(終末期の医療)</p> <p>○ 患者が望み、かつ、患者にとって最もよい終末期医療が行われるよう、本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等について、医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等について、あらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p> <p>また、在宅患者の看取りについて、訪問診療や</p>	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者終末期相談支援料の新設(後期高齢者の終末期において、医師、看護師、その他の関係職種と患者及びその家族等がその後の診療方針について話し合うことを評価) 	<ul style="list-style-type: none"> 平成20年7月より凍結措置中 中医協検証部会における評価 <p>一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。</p>

注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

<p>訪問看護が果たしている役割を踏まえて、その診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>		
<p>(疼痛緩和ケア)</p> <p>○ 緩和ケアについては、入院、外来、在宅を問わず、疼痛緩和を目的に医療用麻薬を投与している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことを評価することで、質の高い療養生活を送ることができる体制を整備する必要がある。また、在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の服薬指導に当たっては、患者宅での適切な保管管理、廃棄等の方法について、調剤した薬剤師が患者及びその家族への指導を行うとともに、定期的にその状況を確認していくことが必要であり、これらの取組が進むような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅及び外来患者に対する麻薬管理指導加算において、薬剤師による麻薬の保管状況等の確認及び残薬の適切な取扱方法等に関する指導を要件化するとともに、外来については増点。 	<ul style="list-style-type: none"> 算定状況 (H20.6 審査分) 薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算：18,600 回 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算：5,760 回 <p>(参考：H19 の外来患者の麻薬管理指導加算は全体で 38,340 回)</p>

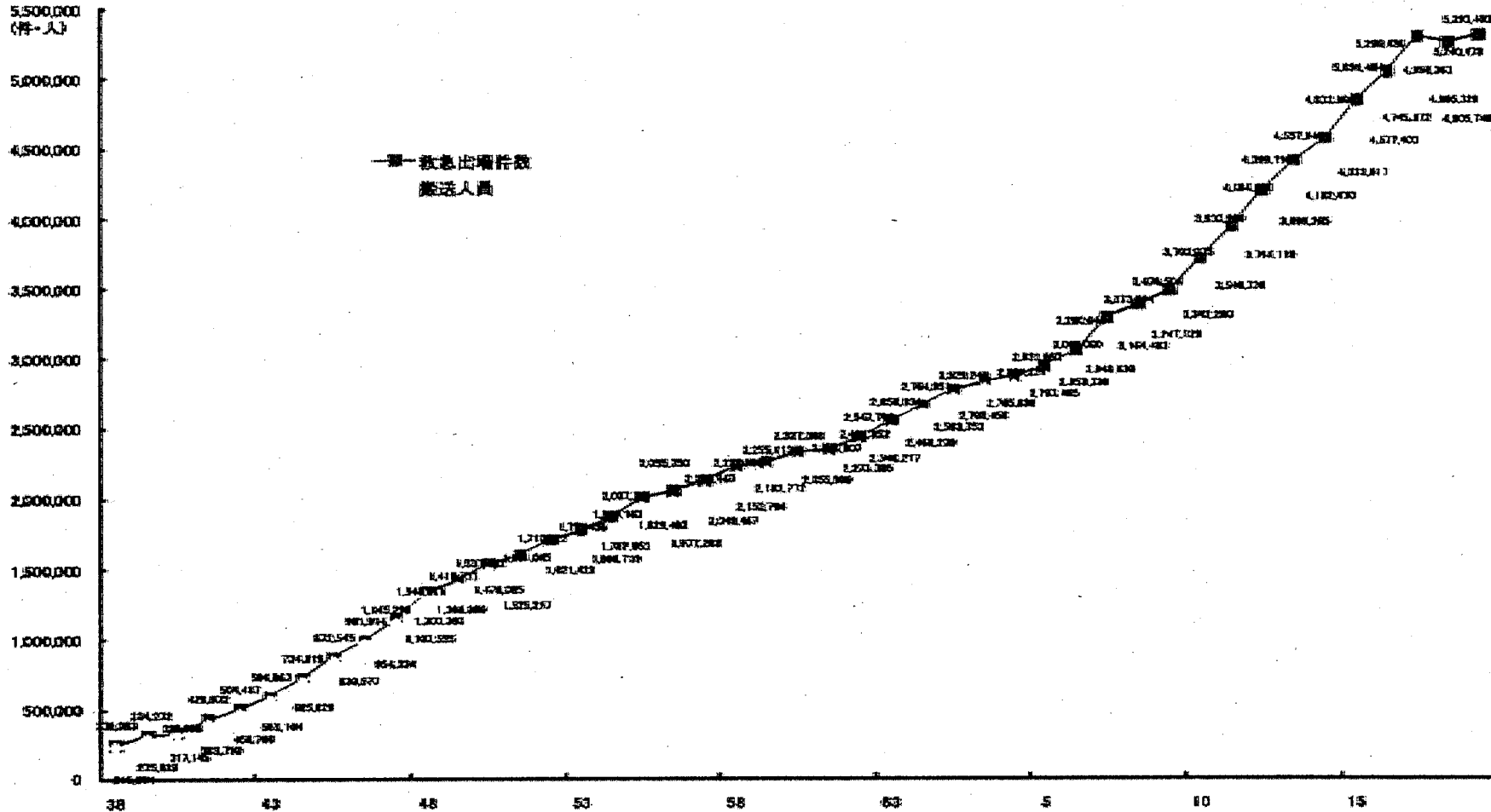
注：実施状況欄に記載されている括弧内の数値は、その前に記載されている数値の1年前の数値である。

救急医療、周産期医療等の 現状について

1. 救急医療の現状

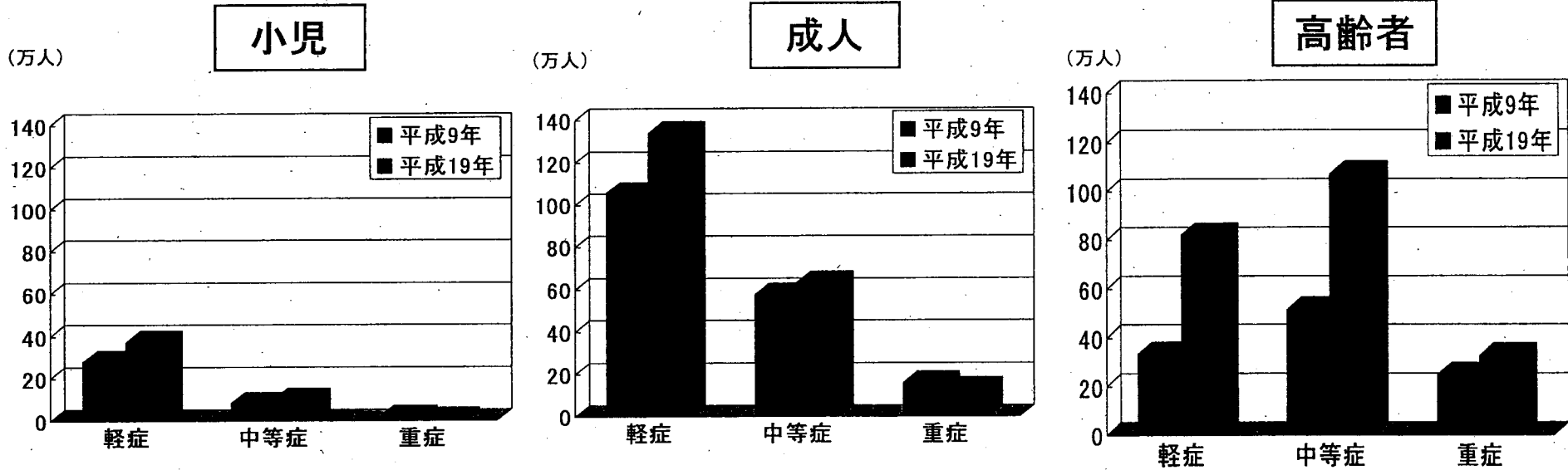
救急出場件数及び搬送人員の推移

救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで急速に増加。



10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

救急搬送件数の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成9年中

	小児	成人	高齢者
全体			
重症	1.9万人	16.1万人	24.9万人
中等症	8.5万人	57.7万人	51.4万人
軽症	28.2万人	105.7万人	33.4万人

平成19年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体			
重症	1.2万人 0.7万人減 -37%	13.6万人 2.5万人減 -16%	32.8万人 7.9万人増 +31%
中等症	10万人 1.5万人増 +17%	63.3万人 5.6万人増 +9%	107.2万人 55.8万人増 +108%
軽症	37.3万人 9.1万人増 +32%	133.9万人 28.2万人増 +26%	82.1万人 48.7万人増 +145%

救急医療体制の整備状況の推移

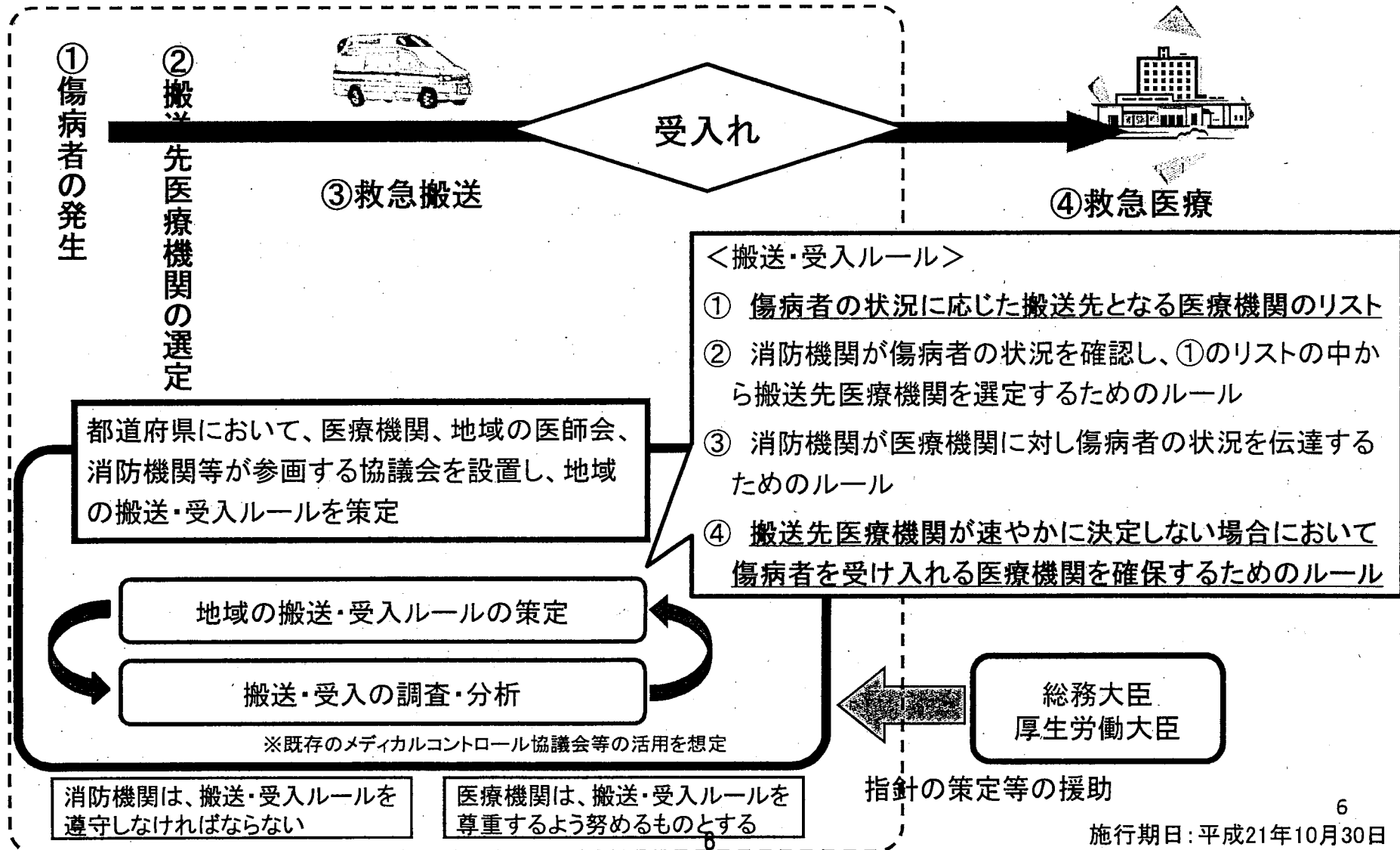
(各年3月31日時点)

		16年	17年	18年	19年	20年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	170	178	189	201	208
二次救急 (入院を要する 救急)	入院を要する救急医療 施設 (施設数)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	(地区数)	(403)	(411)	(411)	(408)	(405)
一次救急 (初期救急)	休日夜間急患センター (施設数)	510	512	508	511	516
	在宅当番医制 (実施地区数)	683	677	666	654	641

(厚生労働省医政局調べ)

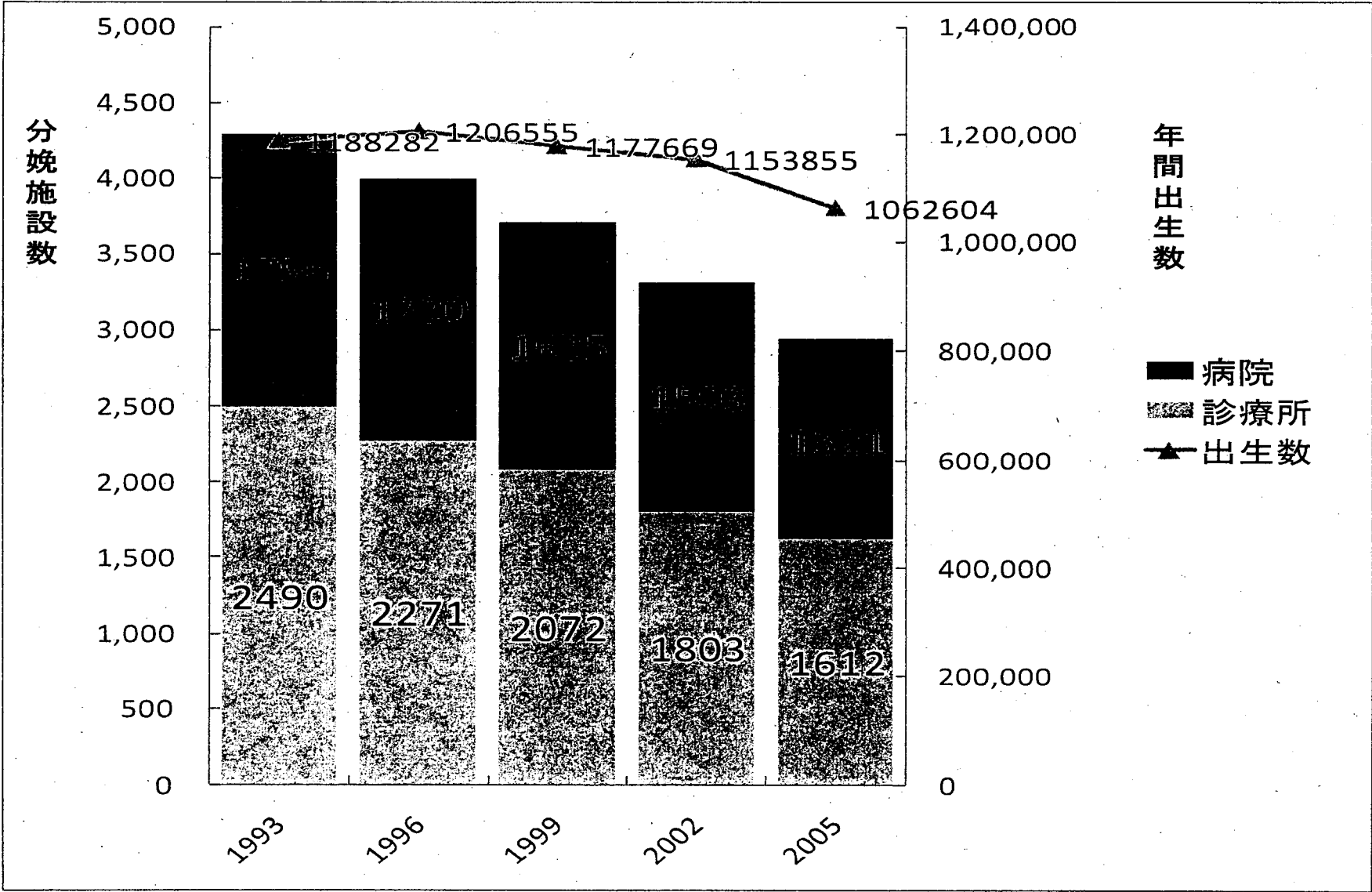
消防法の一部を改正する法律の概要 (平成21年5月1日公布)

○ 傷病者の搬送及び受入れを円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。



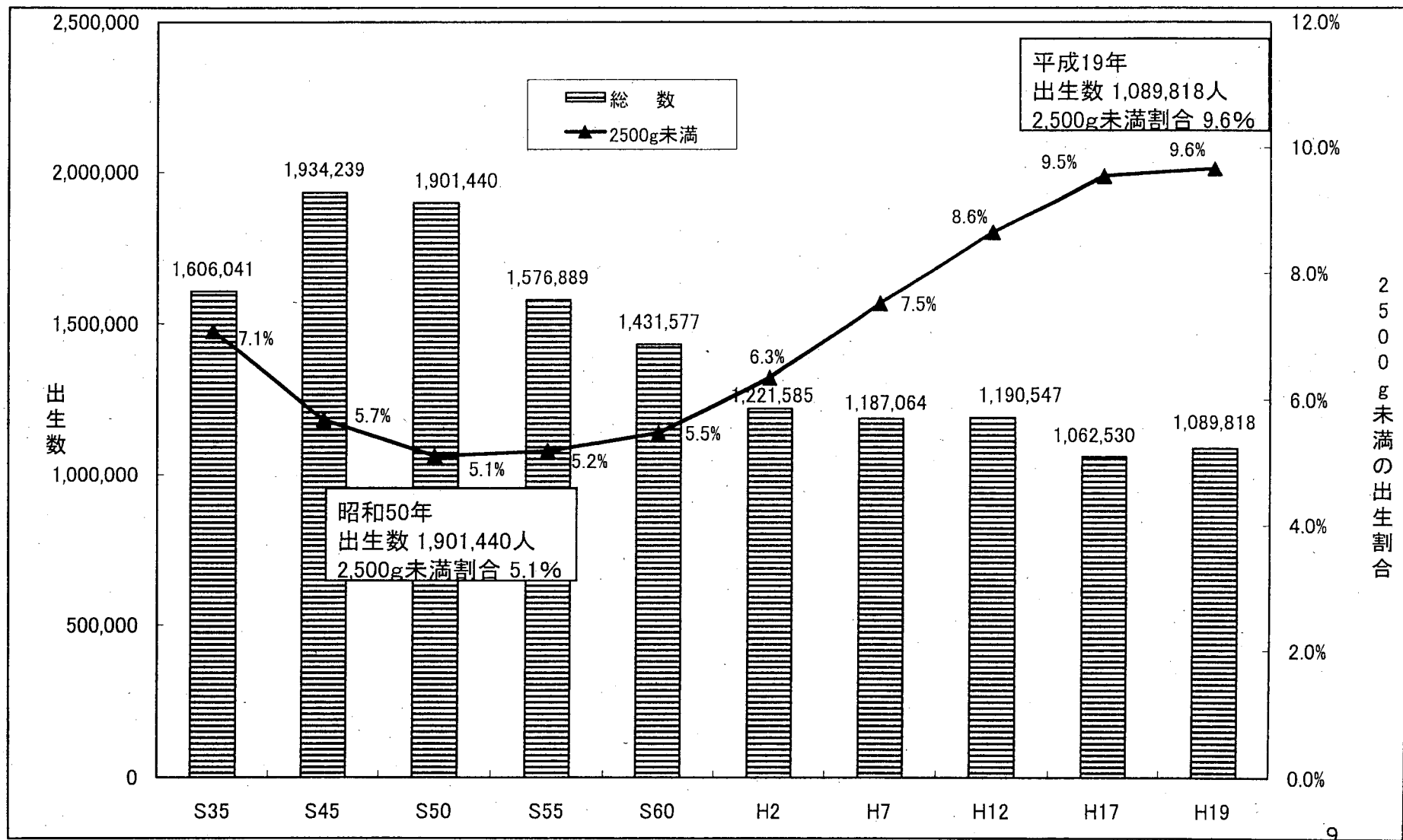
2. 周産期医療の現状

分娩施設数の推移



出生数及び出生時体重2,500g未満の出生割合の推移

この20年で、出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児の割合が増加している。



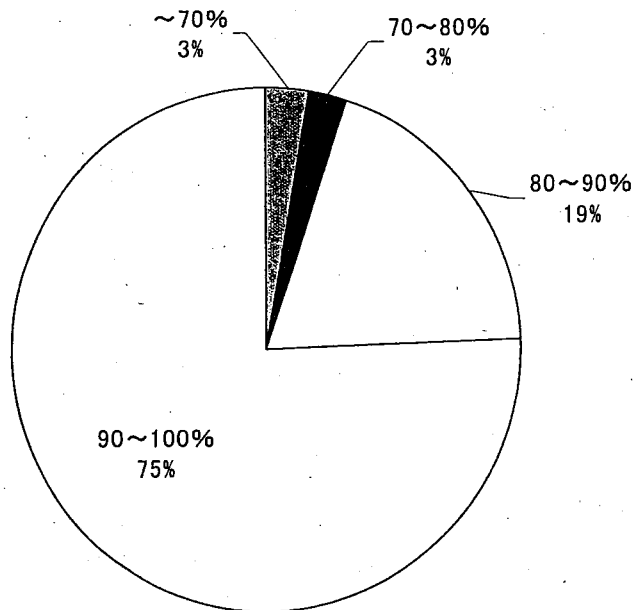
母体及び新生児の搬送受入れ

- 約8割の総合周産期母子医療センターにおいて、新生児集中治療管理室(NICU)の病床利用率が90%超。母体・新生児の搬送受入れが困難である理由として、「NICU満床」と回答したセンターは9割を超えている。

「周産期医療に係る実態調査(平成20年10月実施)」結果にみる現状について

NICU病床利用率について
(総合周産期母子医療センター19年度実績)

NICU病床利用率90%超のセンターは約8割



母体及び新生児搬送受入れができなかった理由について
(総合周産期母子医療センター19年度実績)

受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

母体	理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数		49	31	12	30
割合(%)※		92.5%	58.5%	22.6%	56.6%

新生児	理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数		41	5	12
割合(%)※		97.6%	11.9%	28.5%

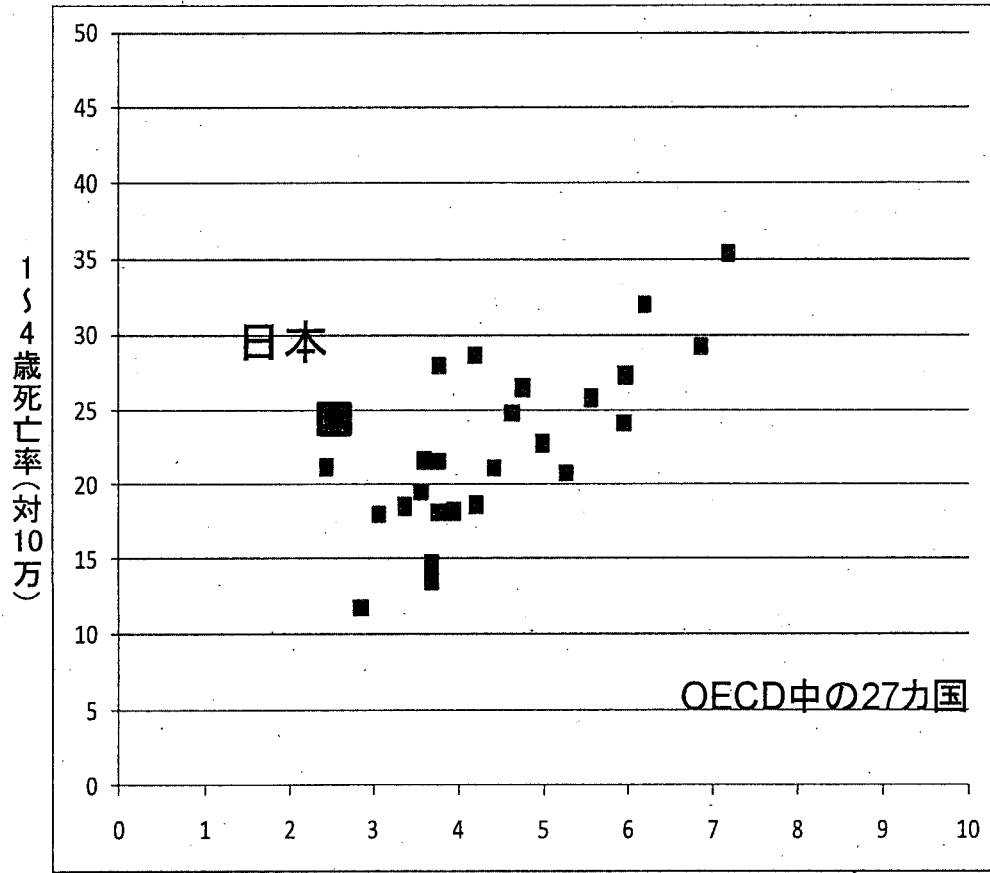
※回答センター数に対する割合

3. 小児救急医療の現状

1～4歳児の死亡率の国際比較

○ 我が国は、乳児死亡率は低いにも関わらず、1-4歳児死亡率は高く、他の国と異なる状況にある。
 ※ 乳児死亡率(生後1年未満の死亡の出生1,000に対する比率)

乳児死亡率と1-4歳児死亡率の関係



1-4歳児死亡率の国際比較

ランク	国名	1-4歳児死亡率
1	Finland	11.85
2	Ireland	13.60
3	Greece	14.85
4	Norway	18.05
5	Germany	18.20
6	Italy	18.25
7	Czech Republic	18.60
8	Switzerland	18.70
9	France	19.55
10	Canada	20.85
11	Netherlands	21.15
12	Sweden	21.25
13	Spain	21.65
14	Austria	21.70
15	United Kingdom	22.85
16	New Zealand	24.20
17	Japan	24.55
18	Denmark	24.85
19	Belgium	25.85
20	Australia	26.55
21	Poland	27.35
22	Republic of Korea	27.95
23	Portugal	28.70
24	United States of America	29.25
25	Hungary	32.00
26	Slovakia	35.35
27	Mexico	76.60

小児救急医療体制の整備状況

救命救急センターの小児救急専門病床数

(平成19年12月1日現在)

施設名	救命救急センター運営病床数	
	総数 (床)	小児救急専門病床 (床)
A	36	6
B	30	1
C	42	6
D	32	2
E	31	2
F	30	2
合計6施設	201床	19床

厚生労働省医政局指導課調べ

小児専門病院の小児集中治療室の病床数

(平成20年3月31日現在)

小児集中治療室の病床の内訳	施設数 (数)	小児集中治療室 病床数	
		術後用 (床)	重症・ 救急用 (床)
術後患者用病床のみ有り	3	16	0
重症・救急患者用病床のみ有り	6	0	65
術後患者用病床と 重症・救急患者用病床有り	3	36	20
術後患者用病床と 重症・救急患者用病床の区分なし	3	23	
合計	15施設	160床	
		(52)	13(85)

小児総合医療施設協議会調べ

4. 救急医療等に係る課題と必要な支援

救急医療等に係る課題と必要な支援

救急医療等に係る課題

救急医療の需要増加

- ・救急搬送件数の増加
- ・地域の搬送・受入ルールが不明確
- ・管制塔機能やコーディネーター機能が不十分
- ・低出生体重児等ハイリスク分娩の増加

周産期

小児

- ・1～4歳児死亡率が高い

救急患者受入体制の不足

- ・救急医療機関の減少
- ・勤務医の疲弊

- ・分娩施設の減少
- ・NICUの不足
- ・産科医・小児科医の不足・疲弊
- ・重篤な小児救急患者の受入体制の不足

「出口の問題」

- ・後方病床との連携不足
- ・在宅医療との連携不足

- ・後方病床(回復期治療室、一般小児病床等)の対応能力の不足

- ・病院間搬送の体制不足

必要な支援

円滑な搬送・受入体制の構築

- 地域の搬送・受入ルールに協力する救急医療機関を支援

救急医療機関への支援

- 確実に患者を受け入れる救急医療機関を支援
- 実績に応じて救命救急センター・二次救急医療機関や周産期母子医療センターを支援
- 救急医療に参加する診療所を支援
- 小児の救命救急医療を担う医療機関を支援
- 小児の集中治療・専門的医療を提供する小児集中治療室を支援

後方病床・在宅療養の機能強化

- 後方病床の手厚い配置を支援
- 在宅療養者への診療支援を支援

地域の医療機関等との連携強化

- 救命救急センター・二次救急医療機関と支援医療機関や在宅医療との連携を支援
- 周産期母子医療センターと分娩施設や在宅医療との連携を支援
- 母体・新生児の施設間搬送を担う医師等の活動を支援

救急医療を担う医師の勤務環境の改善

- 医師の処遇改善の取組を支援、実績に応じた医師への手当支給を支援

① 医療・介護にかかる需要の増大

75歳以上高齢者の増大・家族介護力の低下・地域のサポート力の低下等々により医療・介護サービス需要は増大。需要に応えるサービス確保のための将来の財源確保が大きな課題となることは不可避。

② 不十分・非効率なサービス提供体制

我が国の病院は、人的・物的資源の不足、非効率が指摘される一方で、救急医療問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など様々な課題に直面している。これらの課題に対し現段階でできる緊急の対策を講じていくことが必要だが、同時に構造問題の解決への取組が不可欠である。

③ サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

④ 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要だが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての見直しも必要。診療報酬・介護報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

⑤ 医療・介護に関する将来試算の実施

あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用(フロー・ストック)が必要なのかを推計する試算を早急に実施。費用推計試算を踏まえ、財源の確保方策について検討を行う。

(急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

(慢性期医療)

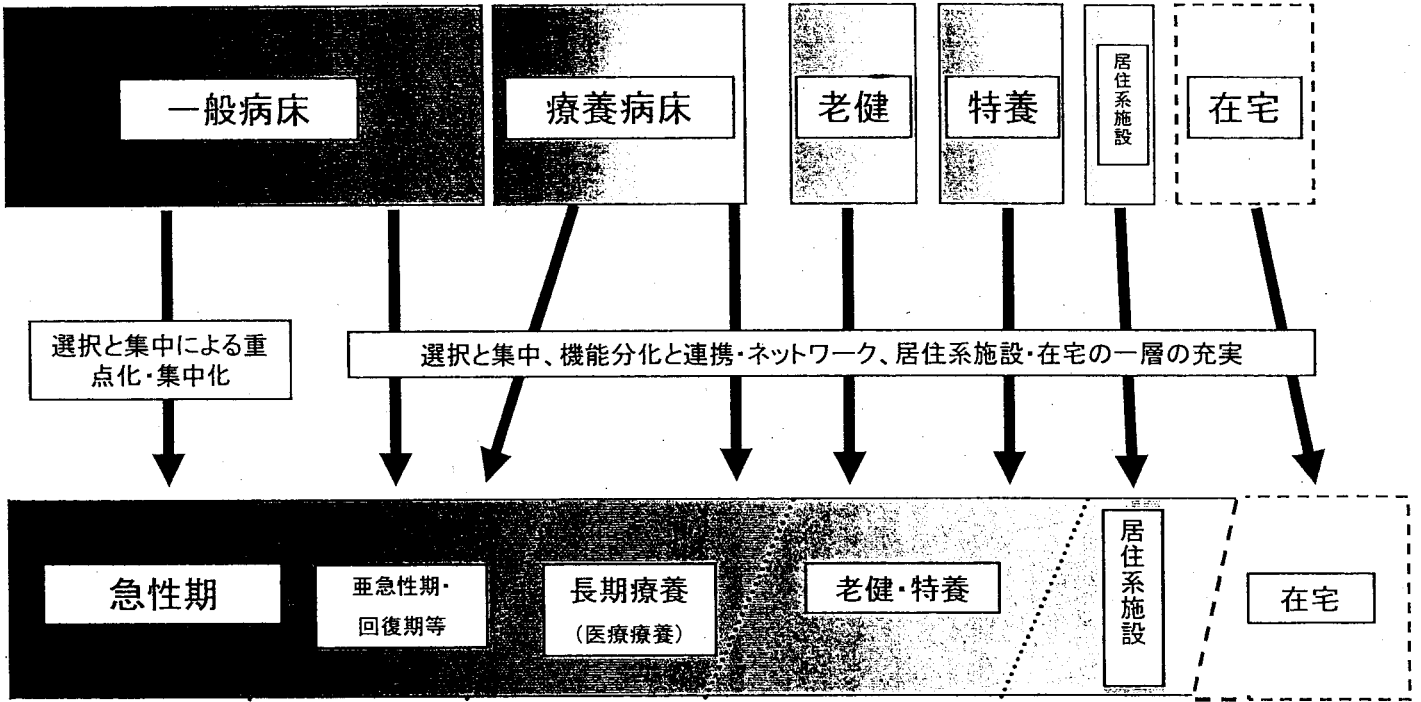
- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

(在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリアケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

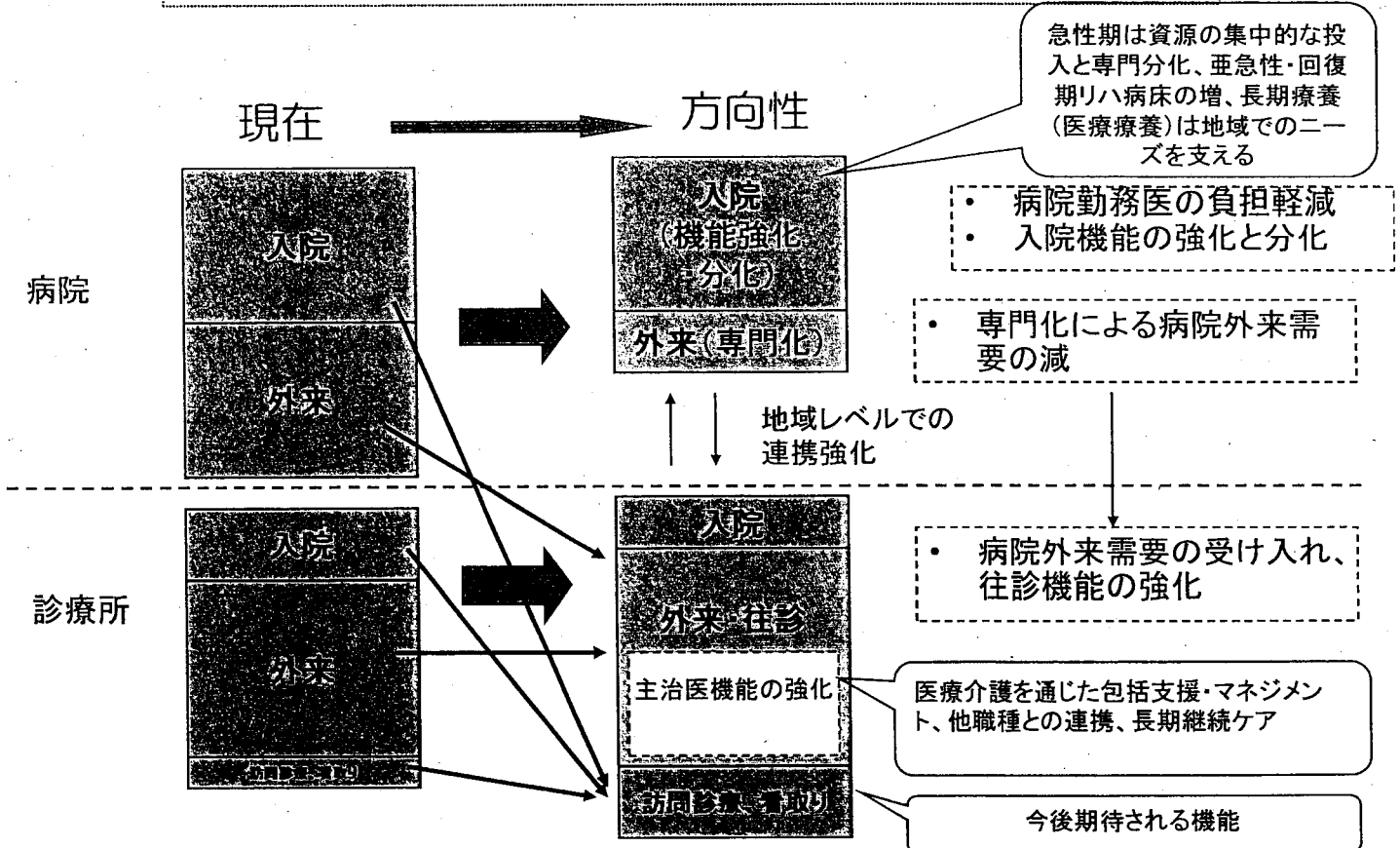
現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

(「入院中心」→「在宅・往診の強化による地域での療養中心」といった方向性のイメージ)



(参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

		2025年		
				B3シナリオ
充実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	・急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	(施設から在宅・地域へ)	約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	約43万人/日増加	(同左)
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機能 施設の充実 約95万人/日	(同左)	(同左)
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6~1.7倍 程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4~1.5倍程度)	・1.7~1.8倍程度	(同左)
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効率化 ・重点化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・急性期:平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等:75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[急性15.5日(高度急性20.1日、一般急性13.4日)、亜急性期等75日]、病床数133万床)	・急性期:平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等:60日 44万床	・高度急性:16日/26万床 ・一般急性:9日/49万床 ・亜急性期・回復期等: 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院/介護施設利用者数に対する数)	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	・生活習慣病予防により外来患者 数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同左)	(同左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで △0.3%、その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同左)	(同左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	(同左)

入院・施設・居住系サービス基盤(利用者を支えるベッド数・定員数等)のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B3シナリオ	B3シナリオ	
急性期	【一般病床】103万床 78% 20.3日	【一般病床】133万床 78% 20.3日 (参考) 急性:15.5日 高度急性:20.1日 一般急性:13.4日 亜急性期等:75日	80万床 70% 12日 一般病床の職員の 58%増 (急性病床の20%増) 退院患者数 140万人/月	67万床 70% 10日 一般病床の職員の 100%増 退院患者数 141万人/月	・高度急性26万床 退院患者数 70% 34万人/月 一般病床の職員の 116%増 ・一般急性49万床 退院患者数 70% 113万人/月 9日 一般病床の職員の 80%増
亜急性期・回復期等	退院患者数 119万人/月	退院患者数 154万人/月	52万床 90% 75日 コメディカル等を 20%増 退院患者数 19万人/月	44万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月	40万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月
長期療養(医療療養)	23万床 93%	39万床 93%	21万床 98%	23万床 98%	23万床 98%
介護施設 特養 老健	84万人分 42万人分 42万人分 (老健+介護療養)	169万人分 85万人分 83万人分	146万人分 76万人分 70万人分	149万人分 78万人分 72万人分	149万人分 78万人分 72万人分
居住系 特定施設 グループホーム	25万人分 11万人分 13万人分	47万人分 22万人分 25万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分

(注)各欄数字については、上段はベッド数など整備数、中段はその平均稼働率、下段は平均在院日数。その下に、人員配置を強化する場合の内容を記載。

(参考)亜急性期・回復期に係る入院料の届出状況

			届出医療機関数		
			平成18年	平成19年	平成20年
【亜急性期入院医療管理料】 ・ 看護職員の実質配置が13対1以上 ・ いずれかの疾患別リハビリテーション料を届出している。 ・ 退院患者のうち、転院した者等を除く割合が6割以上 等 ・ 一般病床のうち、当該病室の病床数の割合等に応じて1及び2に区分	1	病院数 病床数	848 10,102	981 11,474	1,017 11,951
	2	病院数 病床数			45 900
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・ 病棟における回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院 ・ 看護職員の実質配置が15対1以上(4割以上が看護師) ・ 看護補助者の実質配置が30対1以上 等 ・ 新規入院患者のうち重症の患者の割合等に応じて1及び2に区分	1	病院数			195
		一般病棟 病棟数 病床数			115 5,047
		療養病棟 病棟数 病床数			140 6,555
	2	病院数	670	794	716
		一般病棟 病棟数 病床数	326 14,326	366 16,137	311 13,770
		療養病棟 病棟数 病床数	470 21,731	598 27,388	561 25,296

診療報酬と補助金の関係について

1. 基本的な考え方

(1) 診療報酬について

- 診療報酬は、以下のような特徴を有している。
 - ① 「個々の患者に対する診療行為に着目して支払われる。」
 - ② 全体としては必要な費用が賄えるように設定しているものの、個別の診療報酬点数は、「必ずしも厳密な原価計算を行い設定しているものではなく」、費用を負担する側と診療を担当する側との協議を踏まえつつ、その時々医療課題に適切に対応していく観点から設定している。
 - ③ 「保険料や窓口負担に影響を与える」ものであり、被保険者間の公平を図る観点から、「全国一律の点数設定が原則」である。
- また、診療報酬は、「医療機関に対して支払われる」ものであり、その「使途は各医療機関の裁量」に任されている。

(2) 補助金について

- 一方、補助金とは「特定の事業の促進を期するため、国又は地方公共団体が公共団体・私的団体・個人に交付する金銭給付」であり、個々の患者に対する診療行為に着目して支払われるものではなく、政策目的に照らして、地域において必要な医療提供体制の構築を促す観点から、奨励的な予算補助事業（施設・設備整備費、運営費、人材確保等）を実施している。
ただし、補助金には、基本的に、国の負担分のほか、都道府県の負担分や事業主（病院等）の負担分が存在する。
- 具体的には、以下のような費用等を対象として、予算補助事業を実施している。
 - ① 小児救急に関する電話相談などにおいて、「診療行為と直接関連しない費用」
 - ② 救急医療等の医療提供体制確保に係る費用で、個々の医療機関の特性等により「診療報酬で賄いきれなかった費用」

③ へき地医療等、「地域特性から特に必要となる費用」

※ 平成21年度補正予算において、都道府県に「地域医療再生基金」を設置し、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する地域医療再生計画に基づき、地域の医師確保、救急医療の強化等の取組を支援することとしている。

※ ②及び③については、患者負担等が過度に増加しないよう配慮する側面もある。

○ なお、補助金については、診療報酬とは異なり、対象経費を特定して支給するものである。

(3) その他

○ 公立病院については、診療報酬や補助金のほか、救急医療、精神科病院、不採算地区病院等の不採算部門に要する経費のうち、その経営に伴う収入によって充てることができないと認められるものに相当する額について、地方公共団体の一般会計からの繰り入れが認められている。

○ 補助金については、近年の三位一体改革等で、病院群輪番制病院に関する補助金や、公立の救命救急センターに関する補助金など、国から地方への税源移譲とともに一般財源化されたものもある。

2. 具体例

【救急医療関係】

- ・ 診療報酬では、「救命救急入院料」や「救急医療管理加算」など、救急医療の特性を踏まえた点数を設定。
- ・ 予算補助事業では、救命救急センターの診療報酬で賄いきれなかった費用の一部を補助する「救命救急センター運営事業」など、地域において必要な救急医療提供体制を構築するため、一定の救急医療機関の運営費等の助成を実施。

【医療クレークの配置関係】

- ・ 診療報酬では、医療クレークを配置する等の要件を満たした医療機関に

ついて、入院料加算を設定。

※ 医療クラークの配置により、勤務医の負担が軽減され、より良質な医療が提供できることを評価

- ・ 予算補助事業では、医療クラークが研修を受ける際の代替職員の雇い上げに要する費用に対して助成を実施。

【勤務医負担軽減関係】

- ・ 診療報酬では、勤務医負担軽減計画を策定する等の要件を満たした医療機関について、入院料加算を設定。

※ 勤務医負担軽減計画策定により、勤務医の負担が軽減され、より良質な医療が提供できることを評価

- ・ 予算補助事業では、個々の医師に対する分娩手当や救急勤務医手当などに対して助成を実施。

診療報酬と補助金の比較について

	診療報酬	補助金
<p>特性等</p>	<p>○ 以下のような特性を有している。</p> <p>ア <u>個々の患者に対する診療行為に着目</u>して支払われる。</p> <p>イ 全体としては必要な費用が賄えるように設定しているものの、個別の診療報酬点数は、<u>必ずしも厳密な原価計算を行い設定しているものではなく、費用負担者と診療担当者との協議を踏まえつつ、その時々医療課題に適切に対応していく観点から設定</u>している。</p> <p>ウ 保険料や窓口負担に影響を与えるものであり、被保険者間の公平を図る観点から、<u>全国一律の点数設定が原則</u>である。</p>	<p>○ <u>特定の事業の促進を期するため</u>交付されるものであり、政策目的に照らして、地域において<u>必要な医療提供体制の構築を促す観点</u>から実施</p> <p>※ 個々の診療行為に着目して支払われるものではない。</p> <p>※ 施設・設備整備費、運営費、人材確保等の事業を実施</p> <p>○ 以下のような費用等を対象として、事業を実施</p> <p>ア 小児救急に関する電話相談などにおいて、<u>診療行為と直接関連しない費用</u></p> <p>イ 救急医療等の医療提供体制確保に係る費用で、<u>個々の医療機関の特性等により、診療報酬で賄いきれなかった費用</u></p> <p>ウ へき地医療等、<u>地域特性から特に必要となる費用</u></p> <p>※ 平成21年度補正予算において、都道府県に「地域医療再生基金」を設置し、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する地域医療再生計画に基づき、地域の医師確保、救急医療の強化等の取組を支援することとしている。</p>

支給される報酬等の使途	○ 各医療機関の裁量に任されている。	○ 対象経費を特定して支給される。(使途が限定されている。)
具体例	<p>【救急医療関係】</p> <p>○ 「救命救急入院料」や「救急医療管理加算」など、救急医療の特性を踏まえた点数を設定。</p> <p>【医療クランクの配置関係】</p> <p>○ 医療クランクを配置する等の要件を満たした医療機関について、入院料加算を設定。</p> <p>※ 医療クランクの配置により、勤務医の負担が軽減され、より良質な医療が提供できることを評価</p> <p>【医師確保対策関係】</p> <p>○ 勤務医負担軽減計画を策定する等の要件を満たした医療機関について、入院料加算を設定。</p> <p>※ 勤務医負担軽減計画策定により、勤務医の負担が軽減され、より良質な医療が提供できることを評価</p>	<p>【救急医療関係】</p> <p>○ 救命救急センターの診療報酬で賄いきれなかった費用の一部を補助する「救命救急センター運営事業」など、地域において必要な救急医療提供体制を構築するため、一定の救急医療機関の運営費等の助成を実施。</p> <p>【医療クランクの配置関係】</p> <p>○ 医療クランクが研修を受ける際の代替職員の雇い上げに要する費用に対して助成を実施。</p> <p>【医師確保対策関係】</p> <p>○ 分娩手当や救急勤務医手当などに対して助成を実施。</p>
事業規模	○ 34.1兆円(平成20年度概算医療費) うち、医科医療費は、26.0兆円(病院18兆円、診療所8兆円)	○ 847億円(平成21年度予算における医師等人材確保対策、救急医療対策、周産期医療対策等) ※ 経済危機対策として、平成21年度補正予算で都道府県に「地域医療再生基金」(総額3,100億円)を設置することとしている。

平成 21 年 8 月 26 日

社会保障審議会医療部会
部会長 齋藤 英彦殿

社会保障審議会医療部会
委員 海辺陽子
(癌と共に生きる会 副会長)

社会保障審議会医療部会のあり方について

社会保障審議会医療部会のあり方について、以下の通り意見を提出いたします。

1. 中央社会保険医療協議会をはじめとする関連部会との整合性について。

「平成 20 年度の診療報酬改定の基本方針」は平成 19 年 12 月 3 日の社会保障審議会医療保険部会ならびに医療部会でまとめられ、中医協には平成 19 年 12 月 12 日に報告されたが、中医協ではすでに同年の 8 月には基本的な考え方が伝えられ、社会保障審議会医療部会の審議と並行してすでに中医協で審議・討議が行われていた。中医協においては、社会保障審議会医療部会及び医療保険部会での基本方針、ならびに診療報酬改定率を踏まえて具体的な診療報酬点数の設定、厚生労働大臣への答申が行われるはずであるが、その答申に関しては社会保障審議会両部会での確認あるいは基本方針との整合性の検証がなされているとは言い難い。よって、大臣への答申の前にも整合性の検証を行うプロセスが必要である。

2. 論点整理および議事進行のあり方について。

医療の危機が叫ばれて久しいが、“聖域なき構造改革”・「医療制度改革大綱」の施行以前から地域格差や地域医療の疲弊は起こっていたと考えるべきである。論点整理の資料は、平成 17 年度、平成 19 年度に議論されていたものほとんど変化がなく、現在ある問題を解決するためには不十分である。集中的に資源を投下するのが資料のように「産科・小児科・救急」だけで果たして十分なのか、不採算となっている部門について細かく検証する必要がある。

また、基本方針でとりあげられる各論には、関係する他の評議会や審議会などで検討された内容や提案が盛り込まれあるいは吟味されているかどうかは明らかではなく、その透明性を改善する必要がある。

言うまでもなく、委員は出身団体等の利害にとらわれることのないように配慮すべきである。

議事進行については、部会においてあらかじめ次回部会の論点を提示し、その論点について次回部会までに各委員より書面による意見を募集しとりまとめたうえで、議

論を進める必要がある。医療部会によって出された意見は部会長の権限において整理・優先順位をつけ、それに基づき討議されるべきである。また、議論の設定について、診療報酬全体のあり方と個別論点を切り分け、整理して進めるとともに、個別論点については有志委員が主体となるワーキンググループを設置すること等も検討すべきである。

3. 医療の提供体制に関する審議について

当部会においては、第8回社会保障審議会医療部会において、西澤委員から指摘のあった「医療の提供体制に関する審議」も行われるべきであると考え。その際には、事実を客観的に把握するデータの提示を前提とし、医療者、患者や市民、行政、立法など広く医療現場の声を集約し反映させる仕組みを取り入れるべきである。

なお、「医療の提供体制に関する審議」においては、あるべき医療の将来像に向け各々が反省・努力する姿勢を明らかにし、平成20年6月26日に日本学術会議から要望された「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」を考慮すべきである。

以上

平成 21 年 8 月 26 日

社会保障審議会医療部会
部会長 齋藤 英彦殿

社会保障審議会医療部会
委員 海辺陽子
(癌と共に生きる会 副会長)

診療報酬のあり方について

診療報酬のあり方について、ご検討並びにご配慮を賜りたく、意見を提出いたします。

なお、この意見書は、「社会保障審議会医療部会のあり方について」にて提案したように、社会保障審議会医療部会における議論を有益にすべく、診療報酬全体のあり方に関わる論点と個別論点とを切り分け、事前に委員より提出された意見書に基づき整理された議論を進めるために、診療報酬全体のあり方に関わる論点提示の一例として提出するものです。

1. 医療の質および医療安全の評価の推進について

- 医療費の増加による国民の負担増は避けられないにせよ、負担増に対する国民の理解を得るためには負担増と併せて、医療の質および医療安全を担保するシステムの構築を進め、医療の質および医療安全を評価・検証できるシステムや資源に診療報酬を配分することが必要である。
- 具体的には、良質の医療提供、医療安全の推進、医療の現況の“見える化”のための情報提供などに対して、診療報酬にて積極的に評価を進めるとともに、米国や英国などを参考に、「医療の質・医療安全検証機構」などの第三者機関の設置を検討する必要がある。

2. 医療の均てん化の推進について

- 介護領域において実施されている「地域別単価」の考え方を診療報酬にも導入し、医療資源の不足や偏在を考慮しつつ、地域係数の導入によりその是正を進めることが必要である。
- へき地や離島など、医療格差の生じやすい地域での IT 化の促進に対して、診療報酬の加点を考慮する。

3. 患者負担の大きい領域に対する支援について

- 長期にわたり高額の患者負担を強いられている疾患を選定し、その疾患については患者負担を 1 割ないし 2 割にするなどの対応が必要である。

以上

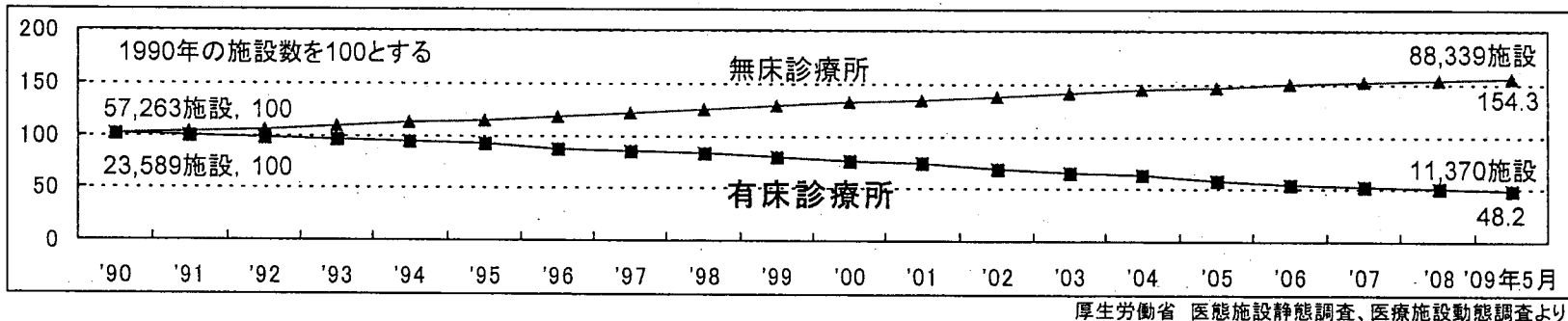
社会保障審議会医療部会 資料

地域医療再生
—特に有床診療所の評価について—

2009年8月26日
日本医師会

なぜ今、「有床診療所」か

1990年に23,589施設あった有床診療所は現在、11,370施設にまで減少している。(病床数は27.2万病床から14.5万床に減少)



しかし、地域の医療提供の現状をみると...

- ・緊急時の対応で病院の負担増大。緊急時の対応に住民は不安
- ・病院と在宅、病院と無床診療所のつながりが必要とされている
- ・医療の必要性の高い要介護者への対応が十分でない
- ・地域全体の地域連携ネットワークの構築が必要とされている



有床診療所を有効に活用することが地域医療の再生につながる

有床診療所の役割

- ・住民の身近にある有床診療所は、国民の病床ニーズに効率よく応えることができる。病院、介護施設の間をつなぐ役割を果たせる。
- ・24時間対応の急性期医療に加え、かかりつけ医の役割も果たしている。

今までの提供体制の議論では、有床診療所は無床診療所を含めた「診療所」としてひと括りか、病院病床の付随的な存在、として扱われてきた。

前回報酬改定前の中医協では、支払い側から「有床診の実態がよくわかるようにしてほしい」「実態がわかれば議論も進むであろう」と意見が出されている。



有床診療所の役割に対する理解を広く得るべき

有床診療所の5つの機能

有床診療所は大別して5つの機能を果たしている。それぞれの有床診はひとつの機能だけでなく、複数の機能を持つことが多い。また、地域ニーズに応じてそれぞれの地域で必要な機能を果たしている。

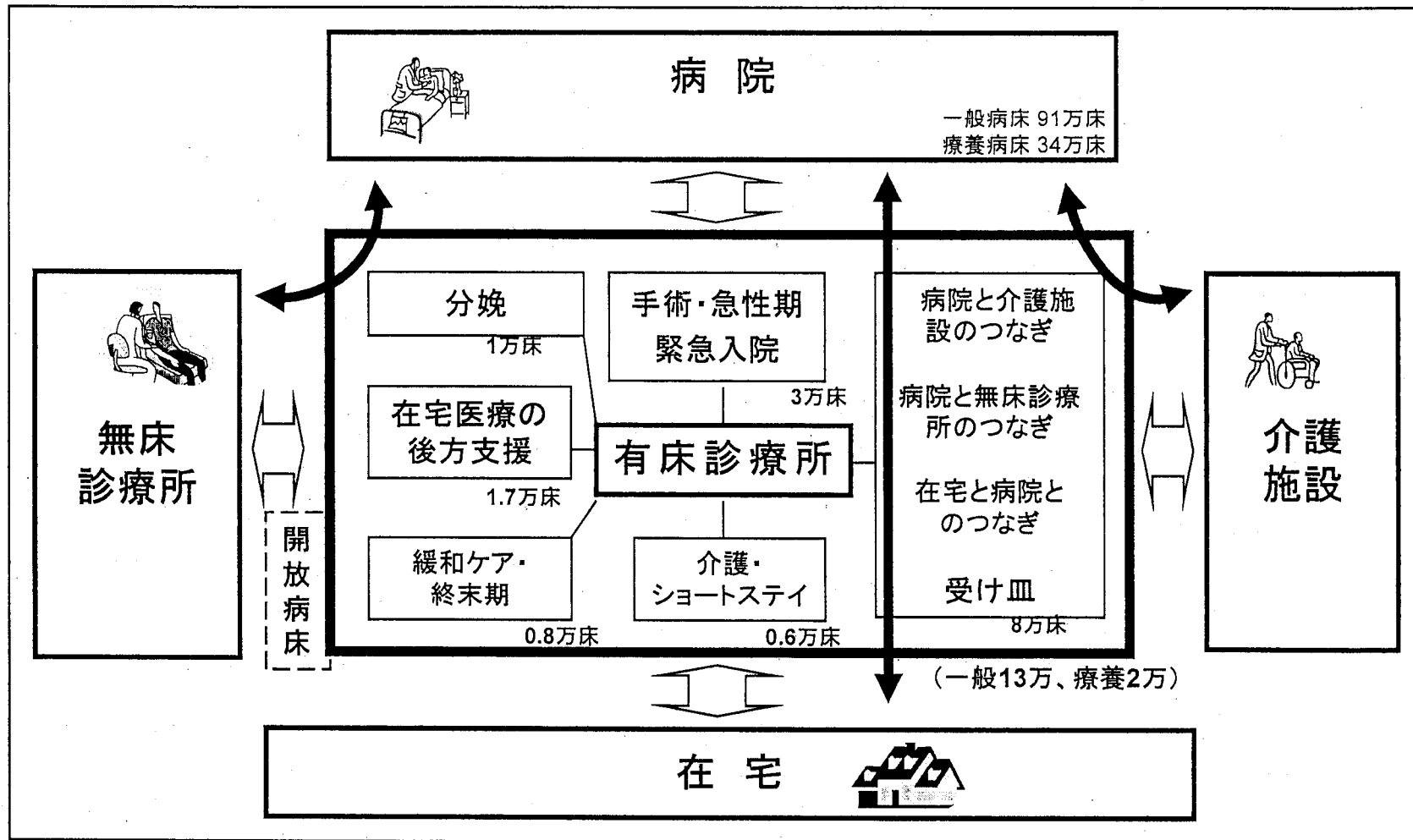
- ・ 地域医療のなかで専門医療・急性期医療を担い病院の負荷を軽減する※
（夜間・休日の緊急時も含む）
- ・ 地域の病院からの早期退院患者を含めた患者の受け皿として機能
- ・ 地域の在宅医療の拠点診療所として在宅医療の後方支援に病床を活用
- ・ 終末期医療などのニーズが高まる分野への取り組みを行なう
- ・ 特にへき地・離島では唯一の入院施設として機能



病床閉鎖が続く中、これらの機能を今後も果たしていくための方策が急務

※産科については全国の48.0%を占める523,199件の出生が有床診療所における分娩である(病院は50.8%)。(平成19年人口動態統計)

医療提供体制における今後の位置づけ



医療提供体制のなかで日本固有の「有床診療所」の位置づけを明確にし、貴重な医療資源である15万床を有効に活用すべき

図中の病床数はすべての病床が利用されるという仮定で既存調査より算出。急性期患者は全体の19.8%、在宅医療からの患者は11.0%、終末期もしくは緩和ケアの患者は5.3%、内科的治療とリハビリは53.3%。分娩を実施している産科施設が1700施設、産科が平均6床とした。

今後の方策

- それぞれの地域で有床診療所の機能を生かしていく
- 医療提供体制のなかで有床診療所の位置づけを確立する
- 地域連携(有床診同士も含む)のさらなる取り組みを行なう
- 病院、無床診療所、介護施設の隙間を埋めるわが国特有の医療提供施設として、地域の医療計画に組み入れる

経営基盤の安定化必要

国民へのアピールも必要

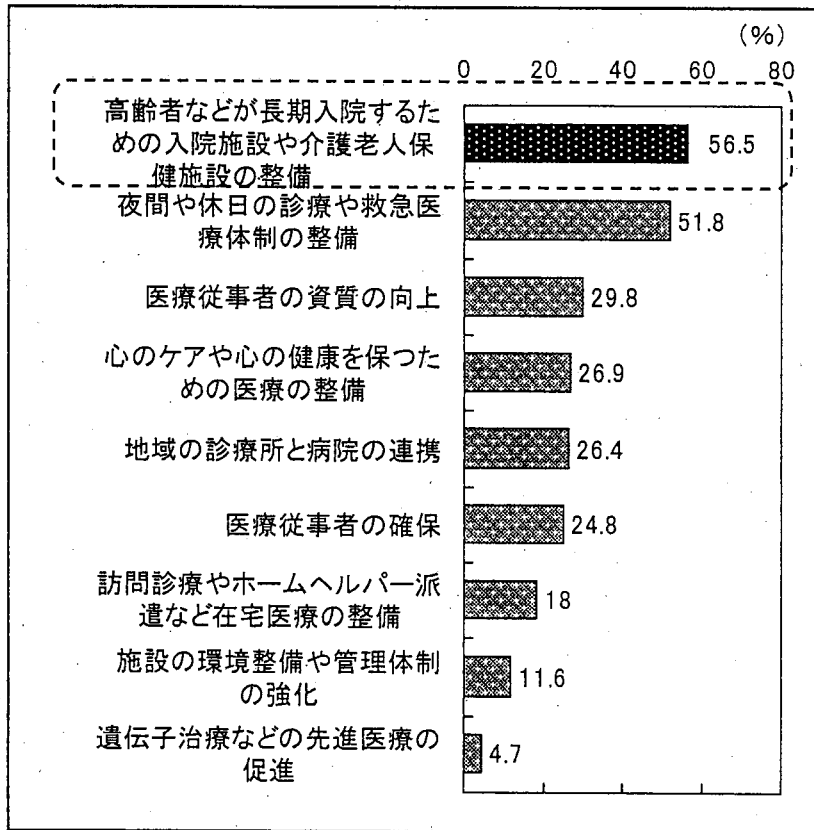
長期的には小規模な病床を有効に利用する手法を検討

参考資料

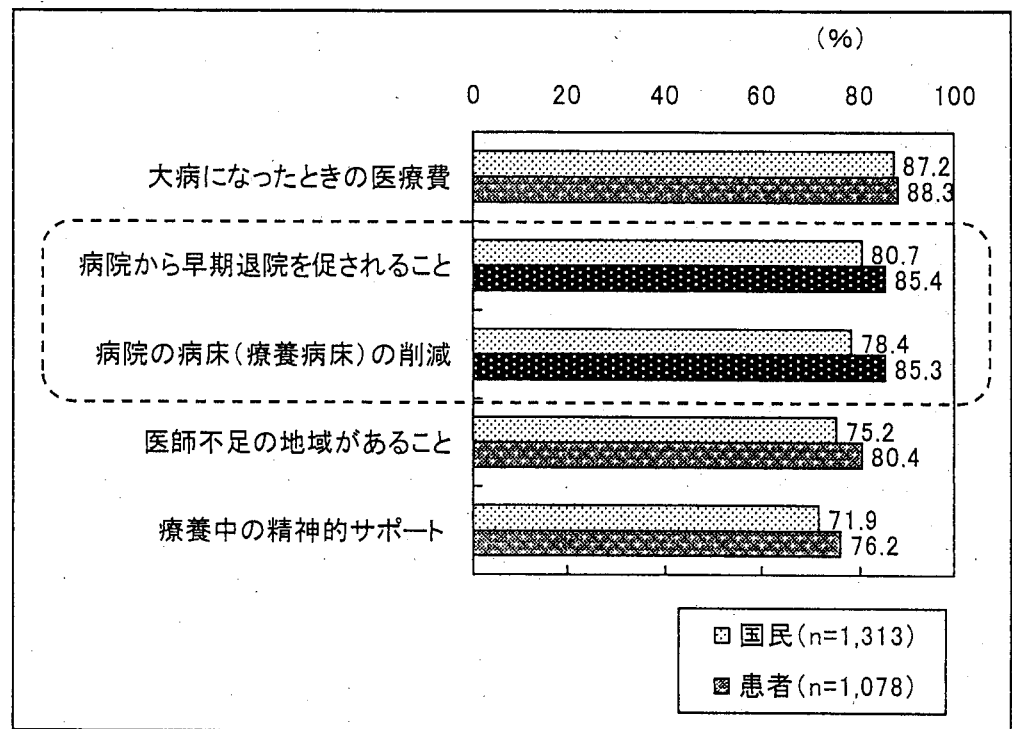
国民の病床に対する意識

国民が考える最重点課題は「高齢者などが長期入院するための入院施設」である。2年前の調査では救急医療体制がトップであったがそれに置き換わった。また、病院からの早期退院、病床の削減に対する不安も高い。

医療における重点課題(3つまで)(n=1,313)



不安に感じること



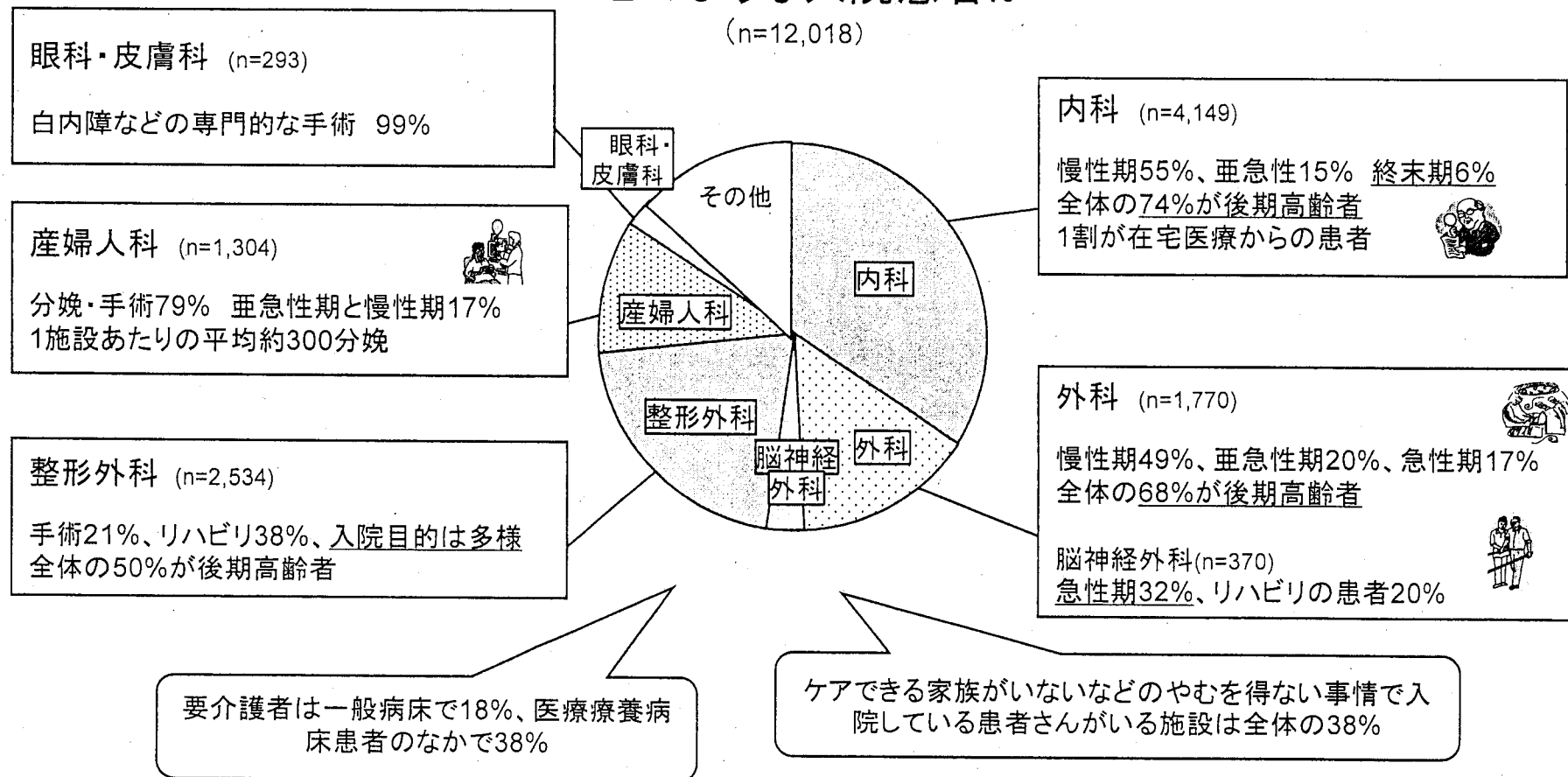
「第3回 医療に関する意識調査」2008年

有床診療所の入院患者

有床診療所は地域事情に応じて、診療科にとらわれず、急性期、慢性期など多様な入院患者を受け入れている。急性期から在宅医療、終末期にいたるさまざまな病態の患者へ一貫した医療提供が可能である。

どのような入院患者か

(n=12,018)



「平成20年有床診療所の現状把握のための調査」

参考資料 - 2

運営上の課題

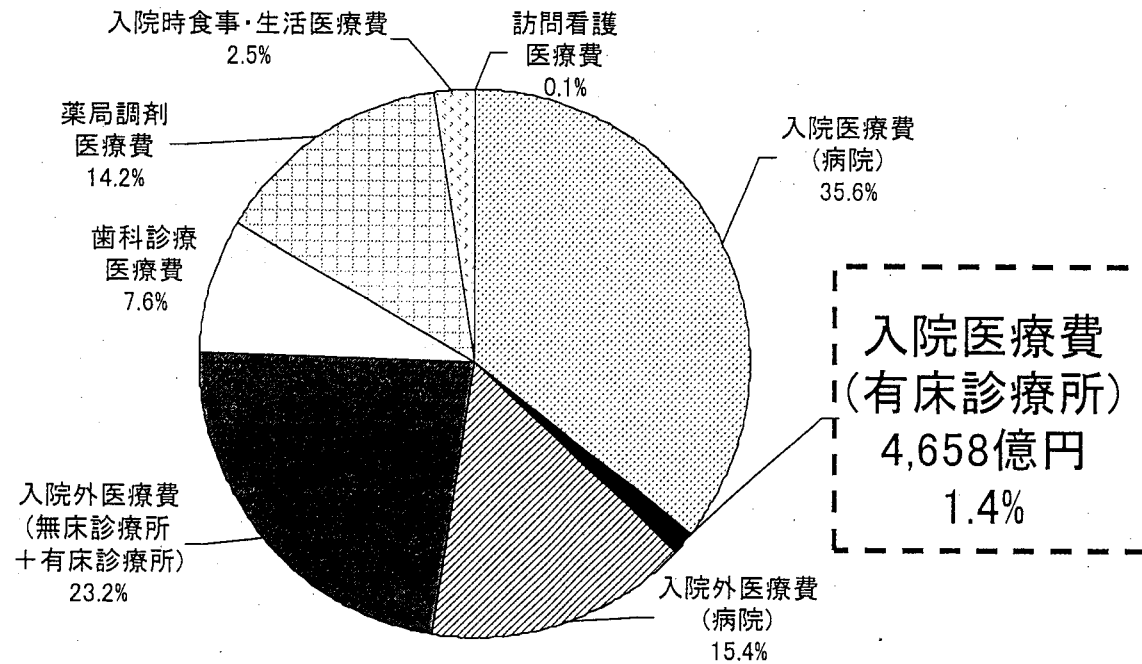
- 夜間の看護職員の確保と人件費
- 24時間対応の医師の負担大(疲弊)

- 継承者がいない・医師の高齢化
- 要介護患者、認知症患者への対応
- 終末期医療の負担大
- 在宅医療のための人員不足

国民医療費

平成18年度国民医療費33.1兆円のうち、有床診療所の入院医療費は1.4%の4700億円である。

平成18年度国民医療費(33兆1,276億円)



厚生労働省「平成18年度国民医療費の概況について」

参考資料 - 4

有床診療所(一般病床)の入院基本料

	有床診療所入院基本料 1	有床診療所入院基本料 2
看護配置基準 ※看護師・准看護師	5人以上 (1医療機関あたり)	1人以上5人未満 (1医療機関あたり)
7日以内	810点	640点
8日～14日	660点	480点
15日～30日	490点	320点
31日以上	450点	280点

(参考) 病院(一般病棟)の入院基本料

	10対1入院基本料	15対1入院基本料
看護配置基準 ※看護師・准看護師	10対1以上 (1病棟あたり)	15対1以上 (1病棟あたり)
14日以内	1,728点	1,382点
15日～30日	1,492点	1,146点
31日以上	1,300点	954点

※初期加算を含む

参考資料 - 5