

第33回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成21年8月27日（木）
16時00分～18時00分
全国都市会館 3階第1会議室
（東京都千代田区平河町2-4-2）

（議 題）

平成22年度の診療報酬改定に向けた検討について

（資 料）

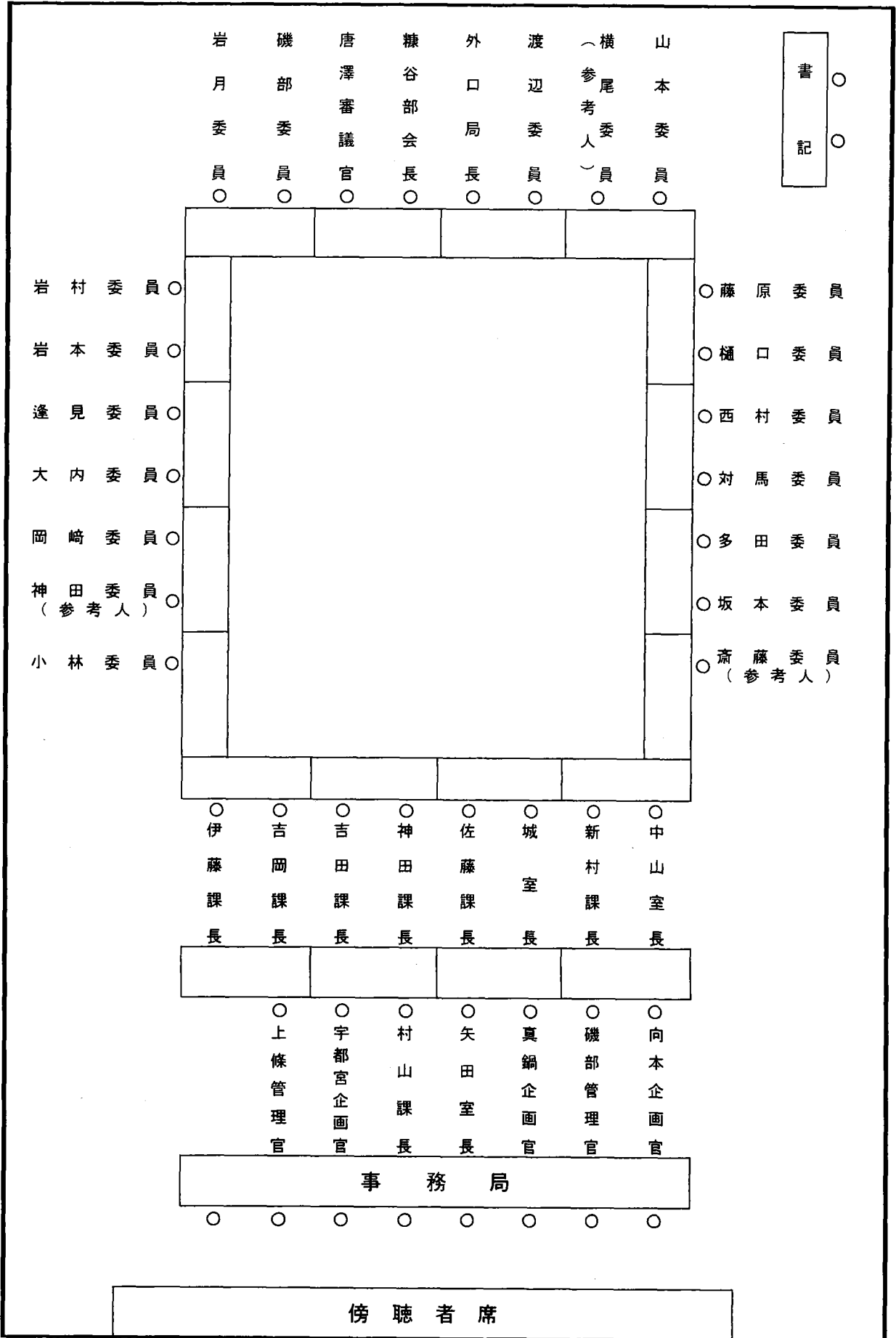
- 資料1 診療報酬改定の基本方針の検討について
- 資料2 「平成20年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について
- 資料3 救急医療、周産期医療等の現状について
- 資料4 社会保障国民会議最終報告（平成20年11月4日）
- 資料5 診療報酬と補助金の関係について

- 参考資料1 平成20年度診療報酬改定の基本方針
- 参考資料2 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子
- 参考資料3 主な施設基準の届出状況等
- 参考資料4 病院勤務医の負担軽減の実態調査について
- 参考資料5 後発医薬品の使用状況調査について
- 参考資料6 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7 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

第33回 社会保障審議会医療保険部会

平成21年8月27日(木)16:00 ~ 18:00

全国都市会館 3階「第1会議室」



社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成21年7月15日現在

○磯部 力	立教大学法学部教授
岩月 進	日本薬剤師会常務理事
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
※ 逢見 直人	日本労働組合総連合会副事務局長
大内 尉義	東京大学大学院医学系研究科教授
岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長
※ 神田 真秋	全国知事会社会文教常任委員会委員長、愛知県知事
見坊 和雄	全国老人クラブ連合会相談役・理事
小林 剛	全国健康保険協会理事長
齊藤 正憲	日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長
坂本 すが	日本看護協会副会長
多田 宏	国民健康保険中央会理事長
対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
西村 周三	京都大学副学長
※◎糠谷 真平	独立行政法人国民生活センター顧問
樋口 恵子	高齢社会をよくする女性の会理事長
藤原 淳	日本医師会常任理事
※ 山本 文男	全国町村会会長、福岡県添田町長
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長、佐賀県多久市長
渡辺 三雄	日本歯科医師会常務理事

(注1) ※は社会保障審議会の委員、他は臨時委員。

(五十音順、敬称略)

(注2) ◎は医療保険部会長、○は医療保険部会長代理。

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

平成21年8月27日	資料
第33回社会保障審議会医療保険部会	2

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"> 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>方について検討するべきである。</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 <p>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>
<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るべきである。</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 <p>(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>
<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るべきである。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ことから、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 <p>※ 20年度改定で新設された区分のみを集計</p>
<p>(脳卒中对策)</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に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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者診療料：42, 736 回 <p>（参考）診療所数：99, 545 施設（H21. 3） 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>(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るべきである。</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（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るべきである。</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>○ 安心で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。

平成21年8月27日

資 料

第33回社会保障審議会医療保険部会

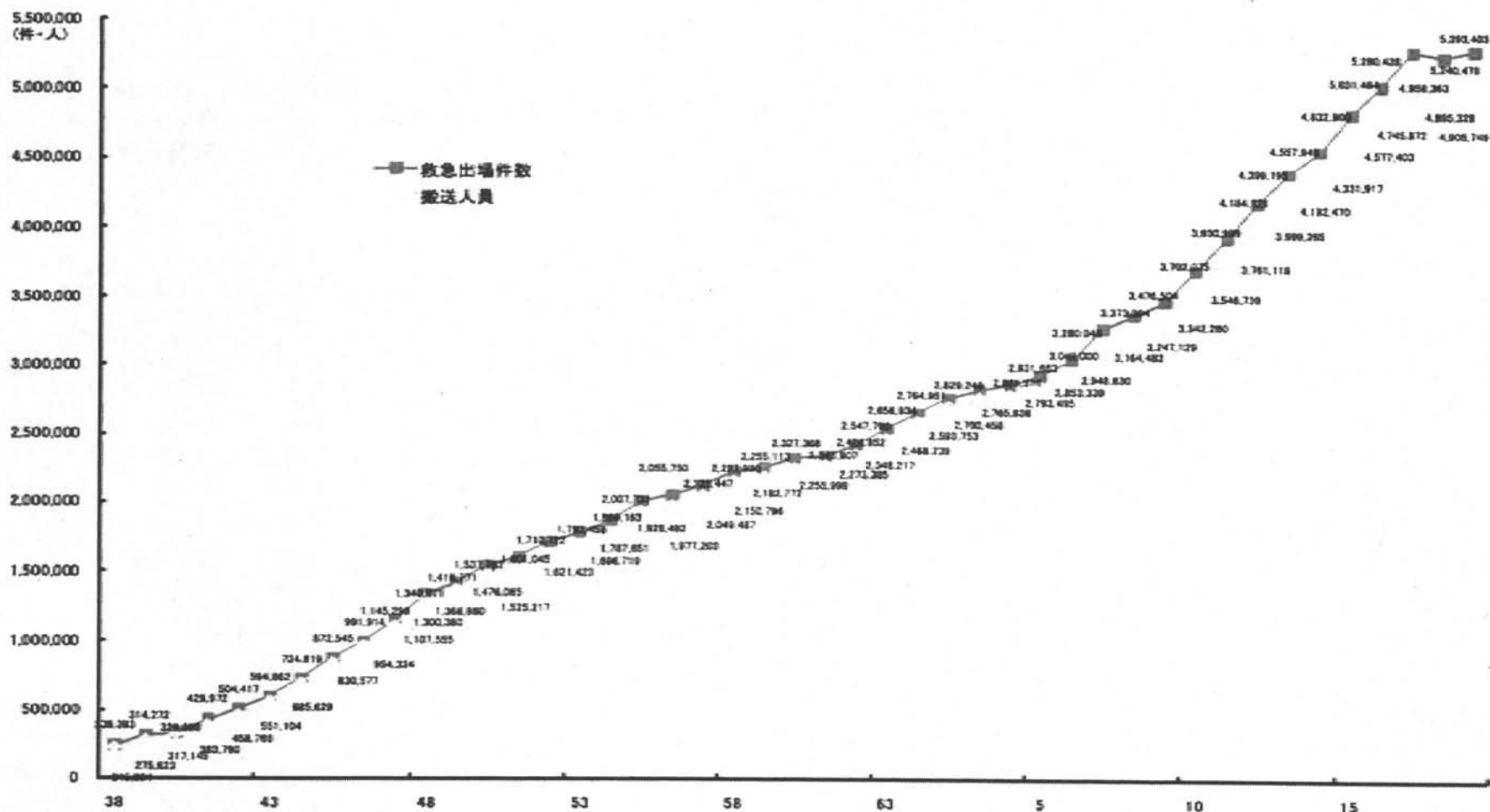
3

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

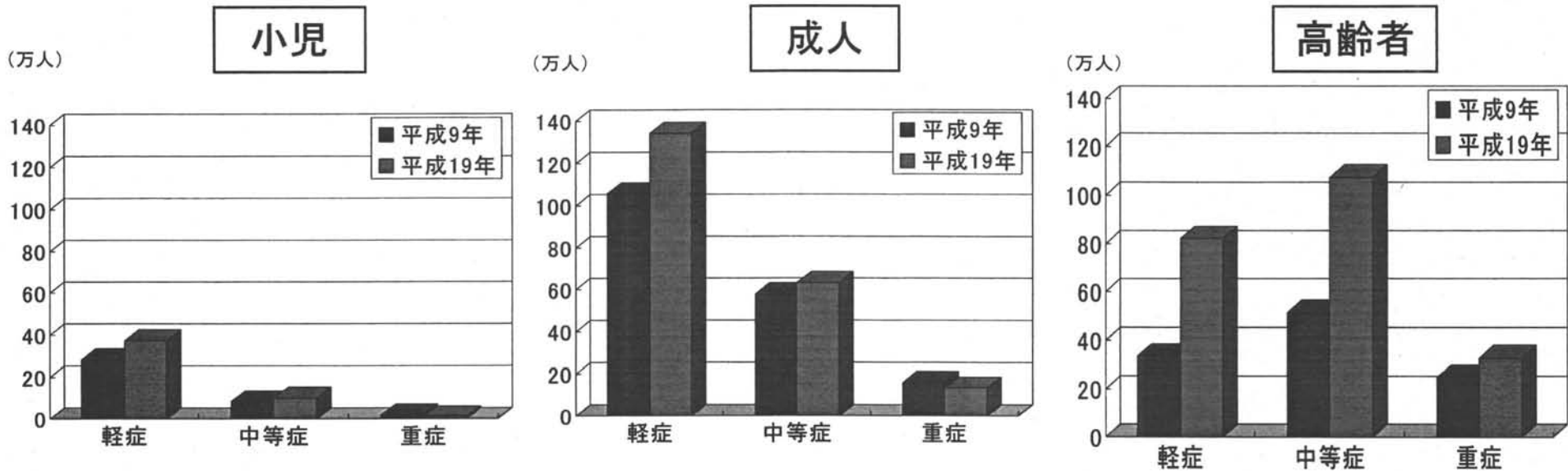
救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで急速に増加。



- (注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

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・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

救急医療体制の整備状況の推移

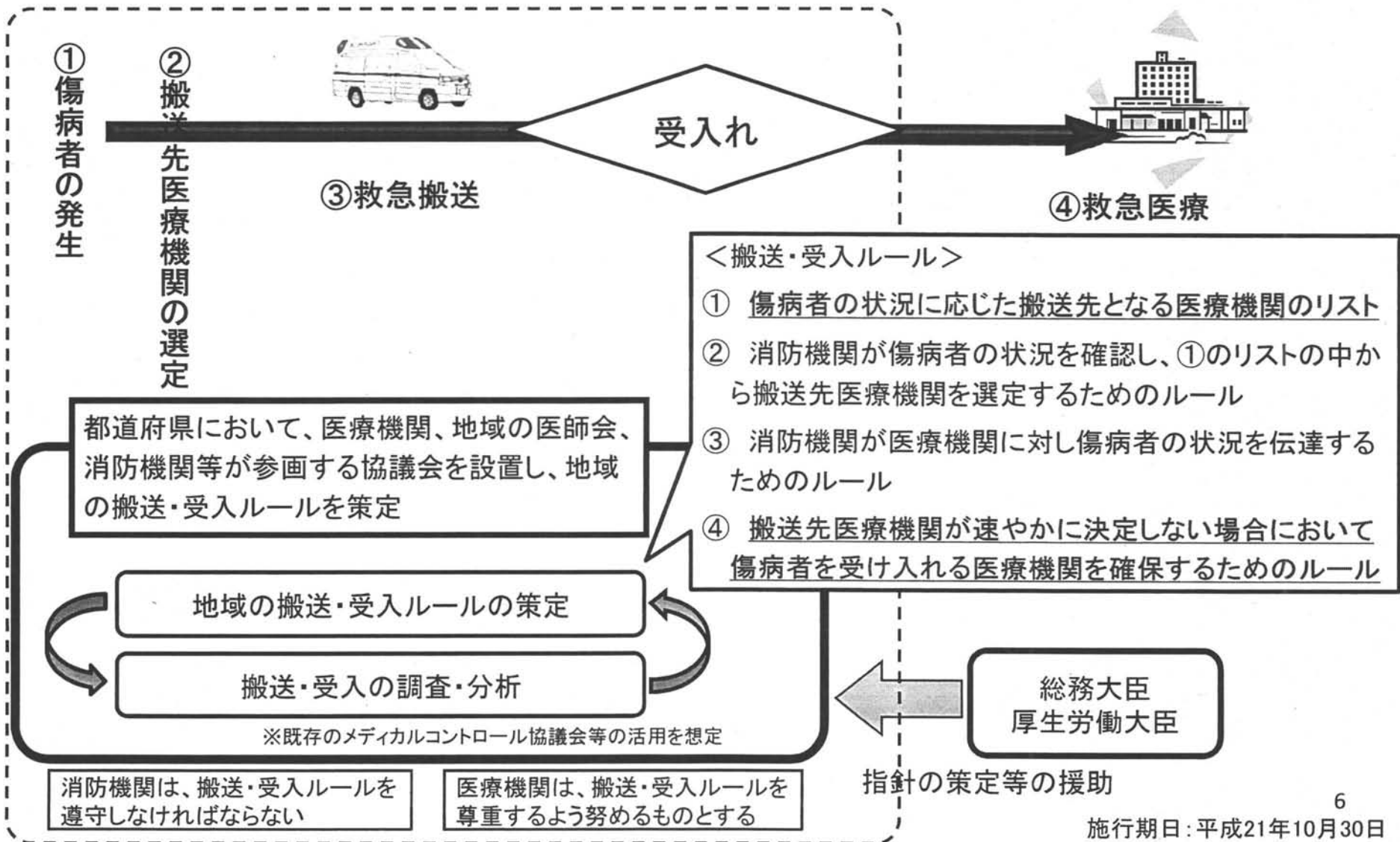
(各年3月31日時点)

		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)

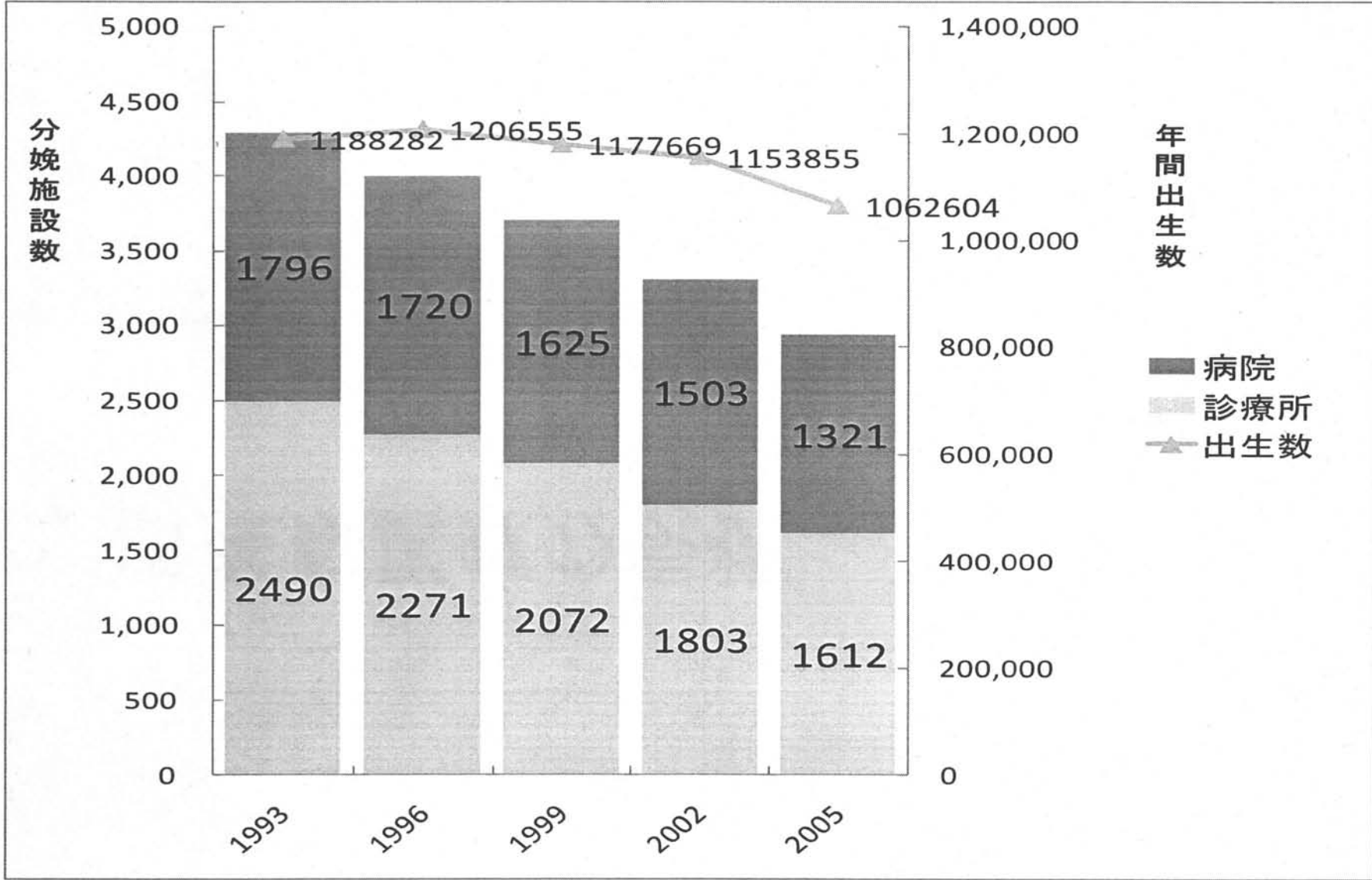
消防法の一部を改正する法律の概要 (平成21年5月1日公布)

○ 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。



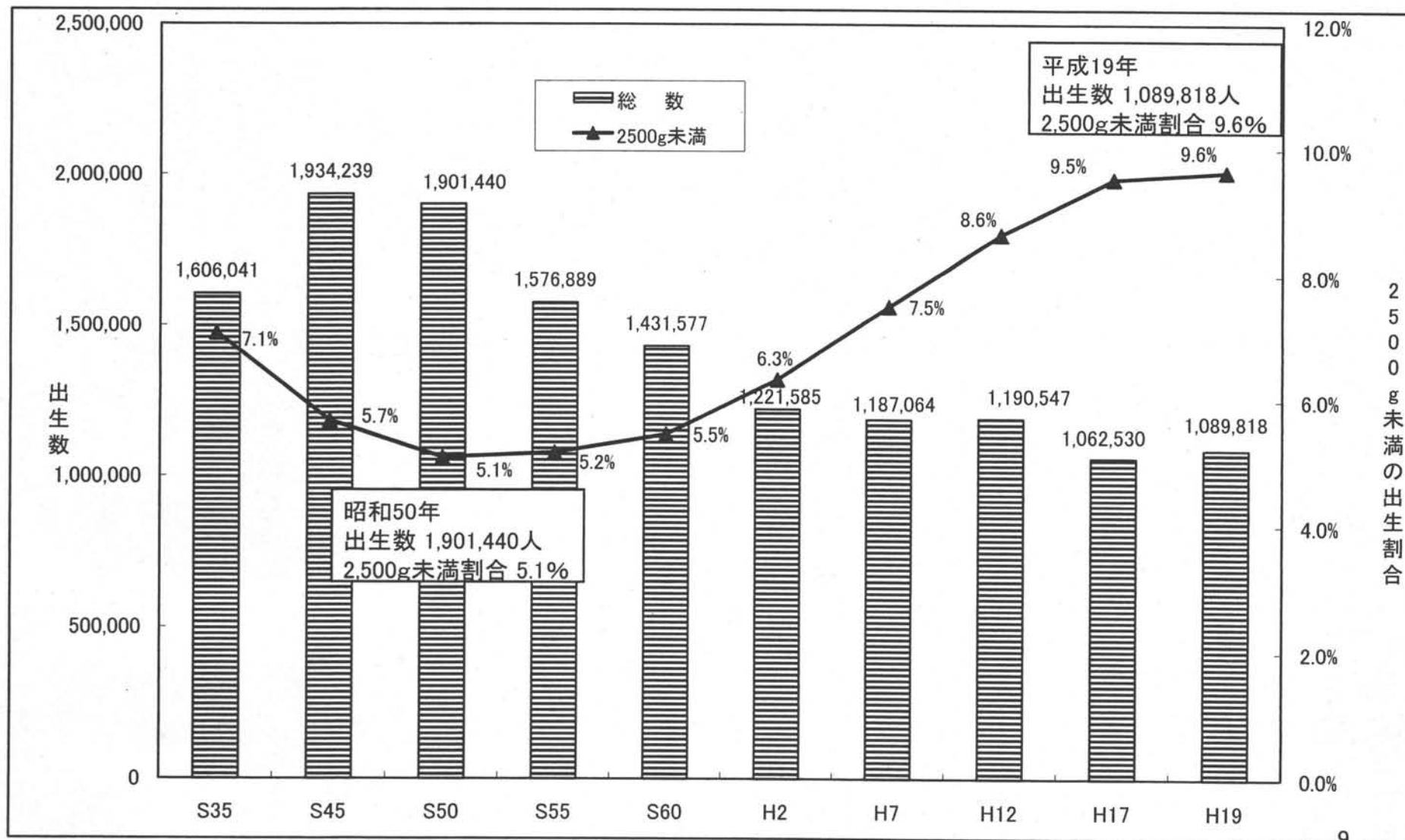
2. 周産期医療の現状

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。



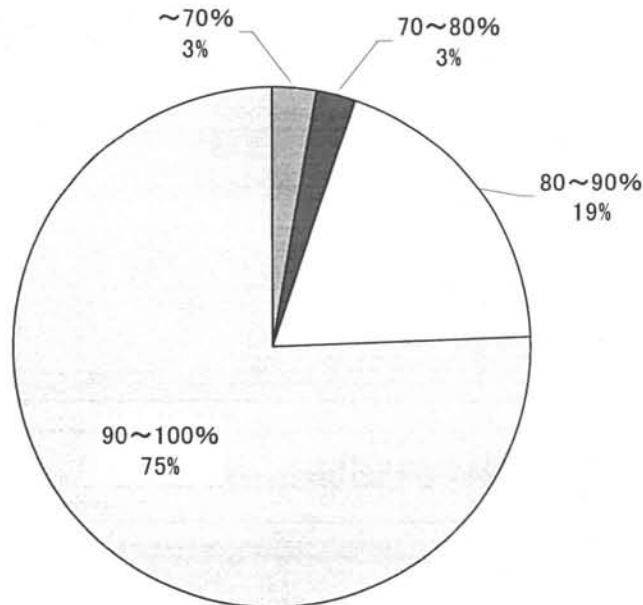
母体及び新生児の搬送受入れ

- 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%

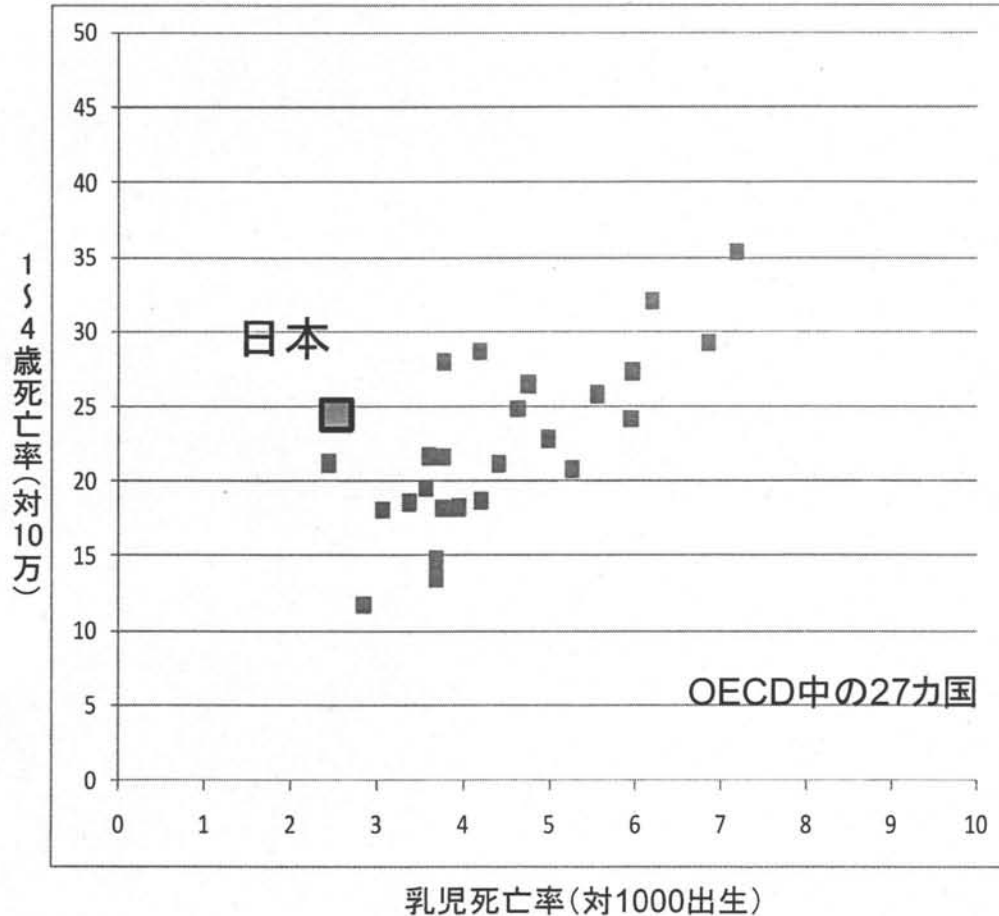
※回答センター数に対する割合

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

周産期

- ・低出生体重児等ハイリスク分娩の増加

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

社会保障国民会議最終報告(平成20年11月4日)**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)

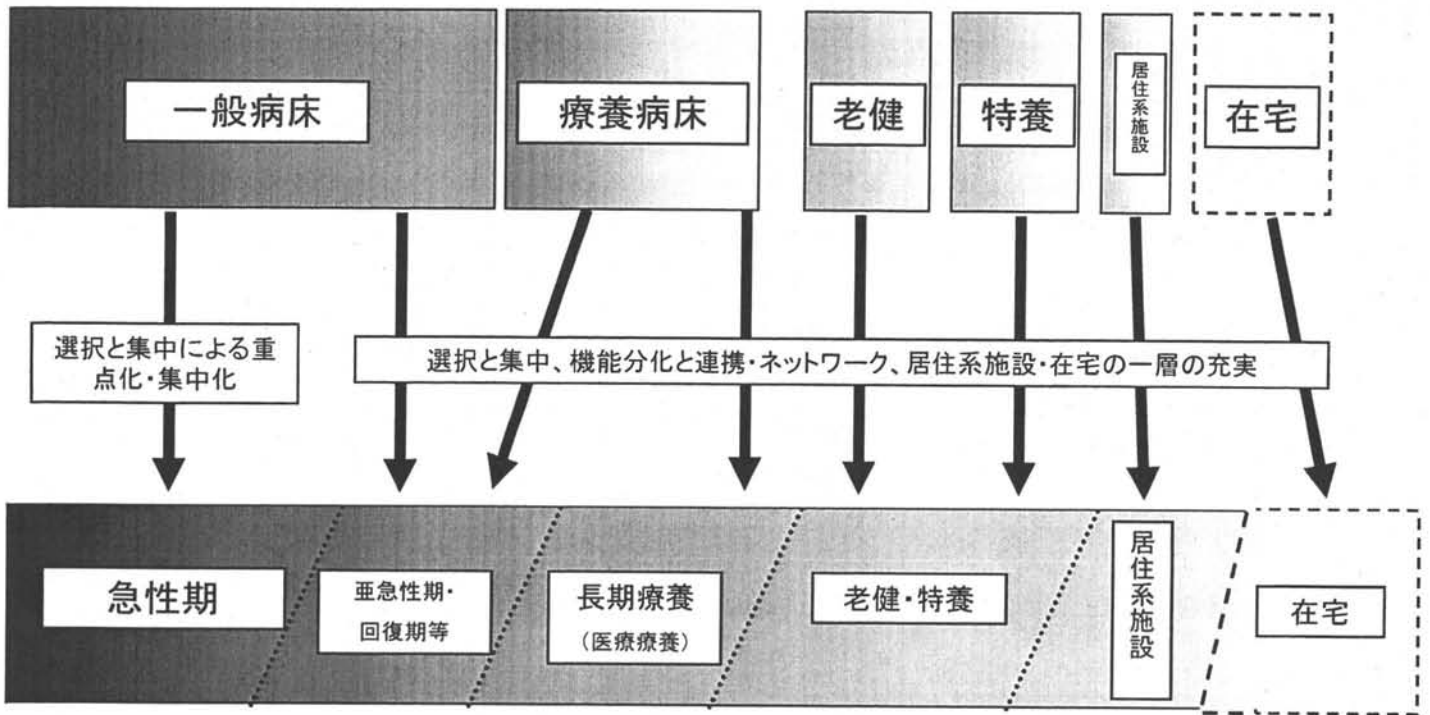
- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

(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)

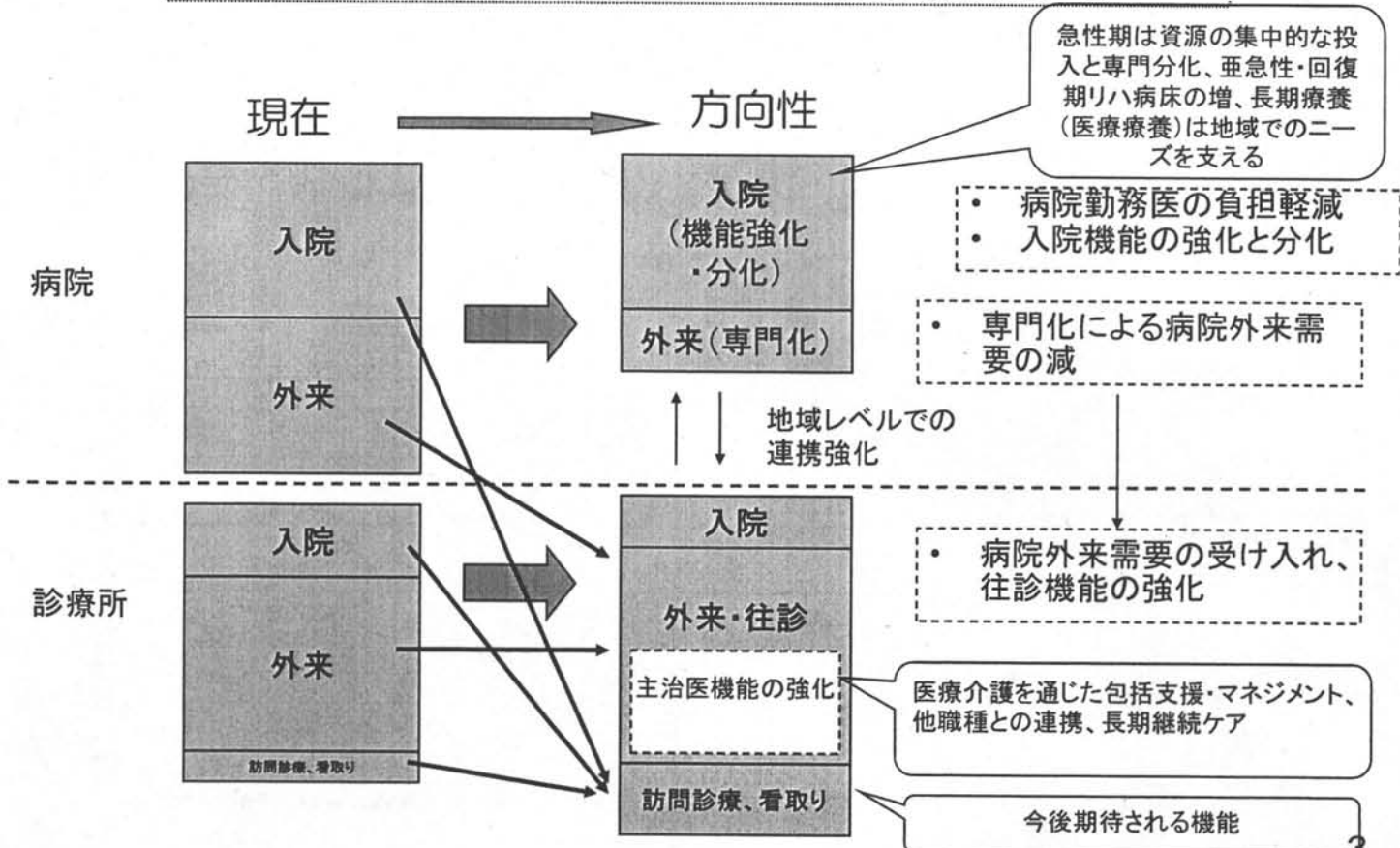
現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



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		
		B1シナリオ	B2シナリオ	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
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・居住系・在宅介護利用者 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)	・居住系・在宅介護利用者 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 (Aシナリオでは25+数万人/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 (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])	・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	B1シナリオ	B2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 16日 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 退院患者数 90% 19万人/月 75日 コメディカル等を 20%増	44万床 退院患者数 90% 20万人/月 60日 コメディカル等を 30%増	40万床 退院患者数 90% 20万人/月 60日 コメディカル等を 30%増
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 病床数			115 5,047
		療養病棟 病床数			140 6,555
	2	病院数	670	794	716
		一般病棟 病床数	326 14,326	366 16,137	311 13,770
		療養病棟 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「用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、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。

【医療クランクの配置関係】

- ・ 診療報酬では、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。
 - ※ 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
- ・ 予算補助事業では、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。

【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。

平成20年度診療報酬改定の基本方針

平成19年12月3日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成20年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- (1) 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠であり、各地域で必要な医療の確保を図るためにも、不断の取組が求められる。
- (2) したがって、今回改定においても、前回改定に際して当部会が策定した「平成18年度診療報酬改定の基本方針」（平成17年11月）に示した「基本的な医療政策の方向性」、「4つの視点」等（別紙参照）を基本的に継承しつつ、以下の現状を十分に認識して対応するべきである。
- (3) すなわち、現在、産科や小児科をはじめとする医師不足により、地域で必要な医療が受けられないとの不安が国民にある。医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが安心・納得して地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていけるよう、万全を期す必要がある。
- (4) 平成20年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、基本的な医療政策の方向性や地域医療を巡る厳しい現状を十分に認識した上で行う必要がある。具体的には、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。

2 今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点から）

【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

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を図るためには、産科や小児科への重点評価を行いつつ、病院内での取組及び病院が所在する地域での取組を推進することが必要となる。

（産科・小児科への重点評価）

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。

（診療所・病院の役割分担等）

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。

（病院勤務医の事務負担の軽減）

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方について検討するべきである。

(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

患者にとって安全・安心・納得の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。

(医療費の内容の情報提供)

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るべきである。

(分かりやすい診療報酬体系等)

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。

(生活を重視した医療)

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るべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患した勤労者、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)。

(保険薬局の機能強化)

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。

※ 「病院勤務医の事務負担の軽減」(緊急課題のウ)は、この(1)の視点にも位置付けられる。

(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

質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・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、患者が安心・納得して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充実していくことが必要である。

(質が高い効率的な入院医療の推進)

- 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。

(質の評価手法の検討)

- 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いくべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

- 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。

(在宅医療の推進)

- 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。

(歯科医療の充実)

- 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。

※ 「産科・小児科への重点評価」（緊急課題のア）、「診療所・病院の役割分担等」（同イ）、「病院勤務医の事務負担の軽減」（同ウ）は、この(2)の視点にも位置付けられる。

(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

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については、国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。

(がん医療の推進)

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。

(脳卒中対策)

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。

(自殺対策・子どもの心の対策)

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。

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。

(医療安全の推進と新しい技術等の評価)

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。

(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。

(オンライン化・IT化の促進)

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。

※ 「産科・小児科への重点評価」(緊急課題のア)、「病院勤務医の事務負担の軽減」(同ウ)は、この(3)の視点にも位置付けられる。

(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

国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。

(新しい技術への置換え)

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)。

(後発品の使用促進等)

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)。

(市場実勢価格の反映)

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。

(医療ニーズに着目した評価)

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)。

(その他効率化や適正化すべき項目)

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。

3 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日。後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)が定められたところであるが、中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)においては、この趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

4 終わりに

中医協におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民・患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

平成18年度診療報酬改定の基本方針(抄)

平成17年11月25日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方(抄)

- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
 - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき適切な選択を行うなど患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質(QOL)を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、経済・財政とも均衡がとれ、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。

- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
 - 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
 - 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在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在り方について検討する視点

- 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しようとするのではなく、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るべきである。

- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子

平成19年10月10日

社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会

- 第164回国会においては、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）が成立し、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。参議院厚生労働委員会の審議過程においては、当該制度に関して附帯決議（平成18年6月13日）がなされ、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること」とされた。
- 当特別部会では、この附帯決議を踏まえ、後期高齢者医療の在り方について、平成18年秋より12回にわたり部会を開催し、議論等を重ねてきた。この中では、有識者からのヒアリングを行うとともに、本年4月に「後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方」を取りまとめることと併せ、広く国民的な議論に供すべくパブリックコメントを実施するとともに、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において意見を聴取し、検討に当たっての参考としたところである。
- このような過程を経て、今般、平成20年4月に新たに創設される後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子について、次のように取りまとめた。この趣旨を十分に踏まえた上で、今後、中央社会保険医療協議会におかれては、具体的な診療報酬案の検討が進められることを希望する。

1. 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項)

- 後期高齢者には、若年者と比較した場合、次に述べるような心身の特性がある。
 - (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
 - (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
 - (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。
- こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。
 - ・ 後期高齢者の生活を重視した医療
 - 一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どの

ような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

- ・ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

- ・ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

- もとより、高血圧や糖尿病に対する各種指導や投薬・注射、骨折に対する手術等のように、後期高齢者に対する医療の多くは、その範囲や内容が74歳以下の者に対するものと大きく異なるものではなく、患者個人の状態に応じて提供されることが基本となる。

すなわち、医療の基本的な内容は、74歳以下の者に対する医療と連続しているもので、75歳以上であることをもって大きく変わるものではない。

- これらのことから、後期高齢者にふさわしい医療は、若年者、高齢者を通じた医療全般のあるべき姿を見据えつつ、先に述べた後期高齢者の特性や基本的な視点を十分踏まえて、構築していくべきである。

2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

- 我が国の国民皆保険制度は「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という理念を基本としている。高齢者に対する医療についても、これまで、この考え方に基づくとともに、累次の老人診療報酬の改定等により、在宅医療の推進、入院療養環境の向上や長期入院の是正、あるいは漫然・画一的な診療は行わないことや、複数医療機関での受診や検査、投薬等はみだりに行わないことといった取組を行ってきたところである。

- 後期高齢者医療制度の施行に伴う新たな診療報酬体系の構築に当たっては、診療報酬全体の在り方に係る検討を着実に進めながら、高齢者医療の現状を踏まえ、このような老人診療報酬の取組を更に進めるとともに、診療報酬全体の評価体系に加え、1. に述べた後期高齢者にふさわしい医療が提供されるよう、次に述べる方針を基本とするべきである。

(1) 外来医療について

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進)

- 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。
 - ・ 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。

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。

(薬歴管理)

- 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。

(関係者、患者・家族との情報共有と連携)

- 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。

(2) 入院医療について

(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)

- 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。

(入院中の評価とその結果の共有)

- 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。

(退院前後の支援)

- 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。

(3)在宅医療について

(情報共有と連携)

- 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。

後期高齢者の生活を支えるには、医療関係者のみならず、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べきである。

(病院等による後方支援)

- 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べきである。

(在宅歯科診療)

- 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べきである。

(在宅療養における服薬支援)

- 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べきである。

(訪問看護)

- 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べきである。

(居住系施設等における医療)

- 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べきである。

(4) 終末期における医療について

(終末期の医療)

- 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べきである。

また、在宅患者の看取りについて、訪問診療や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べきである。

(疼痛緩和ケア)

- 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。

3. 留意すべき事項

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進について)

- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会においては、後期高齢者を総合的に診る取組を行う主治医について、いわゆる主治医の「登録制度」を導入すべきという指摘や、患者のフリーアクセスの制限は適当でないという指摘があった。

本特別部会としては、現在は総合的に診る取組の普及・定着を進める段階であり、主治医についても、患者自らの選択を通じて決定していく形を想定している。中央社会保険医療協議会におかれては、これらを念頭に置いて具体的な診療報酬案の検討が進められるよう希望する。

また、診療報酬における検討に加え、研修、生涯教育等を通じて、主治医の役割をより適切に担うことができる医師が増加し、患者が生活する地域でこのような医師による診療を受けられるような環境整備が図られていくことも、併せて期待したい。

(その他の留意事項について)

- 後期高齢者の生活を総合的に支えるためには、述べてきたように、医療関係者や介護・福祉関係者間の連携及び情報の共有が必須のものである。
- また、医療関係者の連携、情報共有等により、頻回受診、重複検査や重複投薬を少なくし、後期高齢者の心身への必要を超えた侵襲や薬の相互作用等の発生を防止するとともに、医療資源の重複投入の抑制につながると考えられる。
- 併せて、今後の個々具体的な診療報酬体系の検討に当たっては、今回取りまとめた方向に沿った医療が第一線においてしっかりと提供されるための診療報酬上の評価の設定や、医療を受ける後期高齢者の生活と密接に関係する介護保険制度との関係にも十分配慮するべきである。
- さらに、新たな制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。

(以上)

(参考)

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」の設置の趣旨及び審議事項

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。

後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議いただくため、社会保障審議会に専門の部会を設置したものの。

2 特別部会委員（○：部会長）

遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
鴨下	重彦	国立国際医療センター名誉総長
川越	厚	ホームケアクリニック川越院長
高久	史麿	自治医科大学学長
辻本	好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
○糠谷	真平	独立行政法人国民生活センター顧問
野中	博	医療法人社団博腎会野中病院院長
堀田	力	さわやか福祉財団理事長
村松	静子	在宅看護研究センター代表

（50音順、敬称略）

（委員の所属・役職は平成19年10月1日現在）

「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」開催経緯

平成18年

10月 5日 第1回開催

10月25日 第2回開催

有識者からのヒアリング①：後期高齢者の心身の特性等について

11月 6日 第3回開催

有識者からのヒアリング②：地域医療の現状について①

11月20日 第4回開催

有識者からのヒアリング③：地域医療の現状について②

12月12日 第5回開催

有識者からのヒアリング④：終末期医療について

平成19年

2月 5日 第6回開催

後期高齢者医療について（フリーディスカッション）

3月29日 第7回開催

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」（案）について

4月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」取りまとめ

4月11日～5月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」御意見の募集

6月18日 第8回開催

御意見の募集の結果について
後期高齢者の入院医療について

7月 6日 第9回開催

後期高齢者の外来医療について
後期高齢者の在宅医療について

7月30日 第10回開催

特別部会におけるこれまでの議論等について

9月 4日 第11回開催

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）（たたき台）について

10月 4日 第12回開催

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）について

主な施設基準の届出状況等

- 診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出等が必要となる主なものについて、各年7月1日現在における届出状況を取りまとめたものである。
- 平成20年度に新設された項目については、**新**を付している。
- 届出状況については、地方厚生(支)局において閲覧に供することとしている。

○ 病床を有する保険医療機関数の推移

		平成18年	平成19年	平成20年
病院	施設数	9,161	8,986	8,855
	病床数	1,575,178	1,563,065	1,559,914
有床診療所	施設数	12,508	11,907	11,594
	病床数	152,147	149,501	144,710

1 初診料関係

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段: 病院数 / 下段: 診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
新 夜間・早朝等加算	・1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所 等	-	-	(診療所数) 36,881
電子化加算	(許可病床数が400床未満の保険医療機関のうち)	5,026	6,135	6,402
	・診療報酬請求に係る電算処理システムの導入	53,386	69,749	85,241
	・個別の費用ごとに区分して記載した領収証の 交付			
	・その他選択的に具備すべき要件のいずれか に該当			
	選択的要件別内訳 (複数選択あり 病院・診療所計)			
	光ディスク等による請求	5,789	7,250	11,656
	試行的オンラインシステムを活用した請求	446	581	1,511
	求めがあった時に詳細な明細書を交付し、 その旨を院内の分かりやすい場所等に表示	46,500	62,164	77,821
	バーコード、電子タグ等による医療安全対策	550	710	927
	インターネットを活用した予約システム	1,647	2,032	3,054
診療情報の電子的提供	4,678	5,837	7,984	
検査、投薬等に係るオーダーリングシステム	3,306	4,651	5,507	
電子カルテによる診療録管理	11,124	14,512	19,812	
医用画像管理システム	8,272	10,967	19,480	
遠隔医療支援システム	76	99	126	

2 入院料等関係

(1) 入院基本料

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/中段:病棟数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
一般病棟入院基本料	・一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から15対1に区分	5,629	5,534	5,437
		17,102	16,038	15,207
		731,566	715,413	700,358
療養病棟入院基本料	・療養病棟における医療区分等に応じて区分	3,741	3,708	3,650
		5,881	5,749	4,992
		220,071	209,968	211,592
結核病棟入院基本料	・結核病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から20対1に区分	236	236	225
		275	265	240
		9,696	9,220	8,177
精神病棟入院基本料	・精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて10対1から20対1に区分	1,385	1,381	1,335
		3,854	3,600	3,362
		207,385	197,812	188,796
特定機能病院入院基本料	・特定機能病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から10対1に区分	一般病棟 81	81	82
		1,443	1,440	1,472
		64,596	63,799	64,523
	・特定機能病院の結核病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から15対1に区分	結核病棟 13	14	14
		12	14	14
		238	238	238
	・特定機能病院の精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から15対1に区分	精神病棟 72	72	73
		75	76	78
		3,422	3,345	3,385
専門病院入院基本料	・専門病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から13対1に区分	16	20	20
		129	133	138
		5,652	5,890	6,151
障害者施設等入院基本料	・児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設等の一般病棟 ・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟 ・上記について、看護実質配置・看護師比率に応じて10対1から15対1に区分	590	778	816
		1,187	1,403	1,497
		44,693	60,521	62,116
有床診療所入院基本料	・看護配置に応じて1及び2に区分	8,703	8,485	8,022
		-	-	-
有床診療所療養病床入院基本料	・看護配置及び看護補助配置基準を満たしたもの	107,310	106,494	102,064
		1,670	1,283	1,247
		-	-	-
		13,103	10,594	10,443

(2) 入院基本料等加算

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
入院時医学管理加算	・特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院 ・急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されている ・病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されている 等	192 -	206 -	改 88 -	
臨床研修病院入院診療加算	・単独型又は管理型臨床研修病院、協力型臨床研修病院 ・診療録管理体制加算の届出を行っている 等	1,203 -	1,259 -	1,365 -	
新 超急性期脳卒中加算	・脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師の配置 ・薬剤師が常時配置されている 等	- -	- -	651 -	
新 妊産婦緊急搬送入院加算	・緊急の分娩にも対応できる十分な整備 等	- -	- -	1,273 -	
診療録管理体制加算	・1名以上の診療記録管理者の配置 ・診療記録管理を行うに必要な体制、適切な施設及び設備の整備 等	2,457 703,720	2,718 746,799	2,913 783,669	
新 医師事務作業補助体制加算	・急性期医療を担う病院 ・医師の事務作業を補助することに十分な体制が整備 等	- -	- -	730 179,177	
特殊疾患入院施設管理加算	・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟又は精神病棟 ・看護要員の実質配置が10対1以上 等	883 56,051	856 55,646	872 65,907	
新生児入院医療管理加算	・新生児入院医療管理が必要な新生児を概ね7割以上入院させている一般病棟の病室 ・小児科医師の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師数の比が6対1以上 等	72 742	70 722	78 825	
療養環境加算	・1床あたりの平均床面積が8平方メートル以上ある病室 等	1,775 209,430	1,958 226,662	2,848 245,054	
重症者等療養環境特別加算	・常時監視を要し、重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等の配置 ・個室又は2人部屋の病床であって、重症者等を入院させるのに適したもの 等	2,375 -	2,428 -	2,469 -	
療養病棟療養環境加算	・長年にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、必要な器械・器具が具備されている機能訓練室、適切な施設 ・医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 等 ・床面積、廊下幅等に応じて1～4に区分	1	1,387 85,156	1,547 98,710	1,611 101,269
		2	906 33,050	707 33,315	655 26,803
		3	946 31,436	930 40,539	903 34,005
		4	171 7,487	160 7,387	153 6,919

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
診療所療養病床療養環境加算	<ul style="list-style-type: none"> ・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 ・医療法施行規則に定める医師及び看護師等の員数以上の配置 ・上記について、1床あたりの床面積・廊下幅、食堂・談話室の有無等に応じて1及び2に区分等 	1	720	662	603
		2	4,590	4,788	4,708
			1,135	948	820
			7,546	6,444	5,732
緩和ケア診療加算	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアに係る専従のチーム(医師2名、看護師及び薬剤師)の設置 ・(財)日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている等 		66	87	87
			-	-	-
精神科応急入院施設管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」により都道府県知事が指定する精神病院 ・医療保護入院のための必要な専用病床の確保等 		209	232	246
			-	-	-
精神病棟入院時医学管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法施行規則に定める医師の員数(療養病棟に係るものに限る)以上の配置 ・当該地域の精神科救急医療体制確保のため整備された精神科救急医療施設等 		283	309	293
			-	-	-
新精神科地域移行実施加算	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行を推進する部門を設置、組織的に実施する体制が整備 ・当該部門に専従の精神保健福祉士が配置等 		-	-	243
			-	-	-
新精神科身体合併症管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置 ・精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟等 		-	-	874
			-	-	-
児童・思春期精神科入院医療管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室 ・当該病棟又は治療室に常勤医師が2名以上配置(うち1名以上は精神保健指定医) ・看護師の実質配置が10対1以上等 		9	13	15
			520	631	671
がん診療連携拠点病院加算	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療連携拠点病院の指定を受けている等 		134	301	358
			-	-	-
栄養管理実施加算	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の管理栄養士が1名以上配置されている ・患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士等医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能等を考慮した栄養管理計画を作成等 		7,995	8,337	8,449
			-	-	-
医療安全対策加算	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等を医療安全管理者として配置 ・医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制を整備 ・当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置等 		1,080	1,409	1,522
			423,249	505,528	529,515
褥瘡患者管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられている ・褥瘡対策を行う適切な設備を有する等 		7,564	7,602	7,739
			1,246,145	1,244,381	1,235,131
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等を褥瘡管理者として配置 ・褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行う体制の整備等 		186	280	344
			-	-	-
新ハイリスク妊娠管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・専ら産婦人科又は産科に従事する医師が1名以上配置等 		-	-	1,722
			-	-	-

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
ハイリスク分娩管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置 常勤の助産師が3名以上配置 1年間の分娩実施件数が120件以上で、実施件数等を当該保険医療機関に掲示 等 	702 281,194	708 267,079	623 240,549
新 退院調整加算	<ul style="list-style-type: none"> 病院にあつては退院調整に関する部門を設置、当該部門に十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置 診療所にあつては退院調整を担当する専任の者が配置 等 	-	-	2,613 -
新 後期高齢者総合評価加算	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の総合的な機能評価を適切に実施 後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が1名以上配置 等 	-	-	1,041 -
新 後期高齢者退院調整加算	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の総合的な機能評価を適切に実施 病院にあつては退院調整に関する部門を設置、当該部門に十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置 診療所にあつては退院調整を担当する専任の者が配置 等 	-	-	2,621 -

(3) 特定入院料

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
救命救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師の常時配置 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設 等 特定集中治療室管理料の施設基準を満たしているかに応じて1及び2に区分 	188 4,772	197 5,602	202 6,453
特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	554 3,750	569 3,966	592 4,307
ハイケアユニット入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 常時、入院患者数と看護師数の比が4対1以上 特定集中治療室に準じる設備 重症度等を満たしている患者8割以上 等 	52 670	59 685	68 776
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 病院の治療室を単位とし、治療室の病床数は30床以下 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師の常時配置 常時、入院患者数と看護師数の比が3対1以上 	28 186	49 289	58 355
新生児特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	199 1,302	199 1,280	198 1,329

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)				
		平成18年	平成19年	平成20年		
総合周産期特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	66	72	75		
		(病床数) 501 (病床数) 732	(病床数) 486 (病床数) 831	(病床数) 600 (病床数) 781		
母体・胎児集中治療室管理料 新生児集中治療室管理料						
広範囲熱傷特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	24 51	24 51	25 52		
一類感染症患者入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 等 	15 83	16 35	19 79		
特殊疾患入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・脊髄損傷等の重度障害者等を概ね8割以上入院させている病室 ・看護要員の実質配置が10対1以上 ・病棟における5割以上が看護職員(うち2割以上以上が看護師) 等 	62 1,154	52 817	39 606		
小児入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院以外の病院で小児科を標榜している病院 ・医療法施行規則に定める医師の員数以上の配置 等 ・常勤医師数、平均在院日数及び看護配置等に応じて1～4に区分 			1 2,704		
		1	165 8,301	190 9,166	2 7,986	
		2	290 8,277	300 9,029	3 8,868	
		3	105 -	110 -	4 -	
回復期リハビリテーション病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・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(4割以上が看護師)が15対1以上 ・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 			195		
		1	一般病棟		(病棟数) 115 (病床数) 5,047	
			療養病棟		(病棟数) 140 (病床数) 6,555	
				670	794	716
		2	一般病棟	(病棟数) 326 (病床数) 14,326	(病棟数) 366 (病床数) 16,137	(病棟数) 311 (病床数) 13,770
			療養病棟	(病棟数) 470 (病床数) 21,731	(病棟数) 598 (病床数) 27,388	(病棟数) 561 (病床数) 25,296

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
亜急性期入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 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	848 10,102	981 11,474	1,017 11,951
		2			45 900
特殊疾患病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 看護要員の実質配置(5割以上が看護職員)が10対1以上 看護職員の2割以上が看護師 等 該当患者の症状等に応じて1及び2に区分 	1	114 6,386	92 5,117	84 4,251
		2	190 12,490	144 8,982	109 7,739
緩和ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 末期の悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の罹患患者が入院 看護師の実質配置が7対1以上 等 		164 3,135	181 3,498	193 3,780
精神科救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に5名以上の精神保健指定医の配置 看護師の実質配置が10対1以上 等 精神科救急医療施設 等 		22 1,481	32 2,023	42 2,615
精神科急性期治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 精神科救急医療施設 医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 当該病棟に1名以上かつ当該医療機関に2名以上の精神保健指定医の配置 等 看護配置等に応じて、1及び2に区分 	1	163 7,517	198 9,997	219 10,967
		2	10 516	14 709	20 1,016
新精神科救急・合併症入院料	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 当該医療機関に精神科医5名以上且つ当該病棟に精神保健指定医3名以上の配置 看護師の実質配置が10対1以上 等 		- -	- -	0 0
精神療養病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 長期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 等 精神保健指定医・看護配置等に応じて、1及び2に区分 		794 72,413	799 94,021	819 90,382
認知症病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟において、看護職員の最小必要数の割合が2割以上 等 看護配置等に応じて、1及び2に区分 ※平成20年度より取りまとめを実施 	1	- -	- -	373 -
		2	- -	- -	62 -

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
診療所後期高齢者医療管理料	・看護師の実質配置が15対1以上 ・看護職員又は看護補助者を1名以上配置し、夜間における緊急時の体制を整備 ※平成20年度より取りまとめを実施	-	-	335 1,454

3 短期滞在手術基本料

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
短期滞在手術基本料	・麻酔の形態、回復室の有無、看護配置等に応じて、1及び2に区分	1	89	90	93
			98	105	111
		2	110	114	123
			34	37	38

4 医学管理等

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
ウイルス疾患指導料	・専任の医師、専従の看護師、専任の薬剤師の配置 ・当該療法を行うにつき十分な体制及び構造設備 等	46	54	54	
		0	1	2	
高度難聴指導管理料	・人工内耳埋込術の施設基準を満たすか、十分な経験を有する常勤医師配置 等	702	697	690	
		2,026	2,099	2,204	
喘息治療管理料	・専任の看護師又は准看護師の常時1人以上配置 ・喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具の具備、緊急時の入院体制の確保 等	237	245	274	
		173	194	253	
新糖尿病合併症管理料	・糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師配置 ・糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤看護師配置 等	-	-	386	
		-	-	121	
小児科外来診療料	・小児科を標榜する医療機関	1,324	1,285	1,272	
		15,344	15,393	15,690	
地域連携小児夜間・休日診療料	・当該保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師と別の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師との連携体制 等 ・医師の配置、24時間診療体制の有無に応じて1及び2に区分	1	87	86	95
			219	231	252
		2	50	62	64
			3	3	3

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
ニコチン依存症管理料	・禁煙治療の経験を有する医師、専任の看護職員の配置 ・医療機関の敷地内禁煙 等	554	934	1,196	
		2,362	3,928	5,604	
開放型病院共同指導料 (I)	・当該病院の存する地域の全ての医師、歯科医師の利用の為に開放され、専用の病床を有する病院 等	729	761	796	
地域連携診療計画管理料	・対象疾患は大腿骨頭部骨折及び脳卒中 ・一般病棟の入院患者の平均在院日数が17日以内 等	78	209	改 405	
		-	-	-	
地域連携診療計画退院時指導料	・地域連携診療計画管理料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者を受け入れることができる体制が整備されている 等	164	604	改 1,274	
		58	144	205	
ハイリスク妊産婦共同管理料	・産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関である ・年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している 等	(I)	122	191	236
		(II)	340	498	646
		-	157	184	-
新医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等 ・臨床工学技士、医師配置等に応じて、1及び2に区分	1	-	-	2,103
		2	-	-	186
薬剤管理指導料	・薬剤師の配置 ・医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設 等	5,531	5,563	5,603	
		-	-	8	
新後期高齢者診療料	・診療所又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない病院 ・後期高齢者の身心の特性を踏まえた当該療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤医師が配置	-	-	25	
		-	-	9,538	
在宅療養支援診療所	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等	9,434	10,477	11,450	
新在宅療養支援病院	・当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない ・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等	-	-	7	

5 在宅医療

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
在宅時医学総合管理料	・診療所又は許可病床数が200床未満の病院 ・在宅医療の調整担当者が1名以上配置されている 等	732 14,409	852 15,856	1,039 17,263
在宅末期医療総合診療料	・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること ・在宅末期医療を提供するにつき必要な体制の整備、緊急時の入院体制の整備 等	- 8,177	- 8,736	6 9,574
在宅患者訪問薬剤管理指導料	・行う旨を地方厚生(支)局長に届け出た保険薬局	(薬局数) 34,448	(薬局数) 35,667	(薬局数) 37,550

6 検査

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
血液細胞核酸増幅同定検査	・院内検査を行っている病院、診療所 ・臨床検査を専ら担当する常勤医師の配置 等	466 1	447 1	456 2
検体検査管理加算	・院内検査を行っている病院、診療所 等 ・臨床検査を担当する常勤医師の有無、常勤臨床検査技師の配置の有無等に 応じて、1～3に区分	1 3,428	1 3,481	1 3,402
		217	241	240
		1,617		
		30		
		2 757	2 760	3 548
		1	1	1
新 遺伝カウンセリング加算	・遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤医師が配置 ・患者又はその家族に対して、カウンセリングの内容が文書交付され、説明がなされている	- -	- -	90 13
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	381 5	387 4	451 2
人工臓腑	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	(医療機関数) 87	(医療機関数) 85	(医療機関数) 51
長期継続頭蓋内脳波検査	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	259 -	264 -	280 -
光トポグラフィー	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・一定割合以上、別の保険医療機関からの依頼により検査を実施 等	0 0	0 0	0 0
神経磁気診断	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・3年以上の経験を有する常勤医師の配置 等	25 1	25 1	28 1

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
⑨神経学的検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	-	-	1,144
		-	-	779
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・一定割合以上、別の保険医療機関からの依頼により検査を実施 等	8	9	6
		0	0	0
補聴器適合検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な装置・器具 等	233	245	256
		213	234	258
コンタクトレンズ検査料1	・当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が3割未満である 等	1,353	1,398	1,276
		5,595	5,712	5,526
小児食物アレルギー負荷検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	386	410	509
		8	13	184

7 画像診断

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
画像診断管理加算	・放射線科を標榜する医療機関 ・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・画像診断を専ら担当する常勤医師により、すべての核医学診断、コンピュータ断層診断が行われているか等に応じて1及び2に区分	1	751	792	875
		2	156	164	195
遠隔画像診断	(送信側)・離島等に所在する保険医療機関 ・画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器、施設 等 (受信側)・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	(病院数) 57	(病院数) 90	(病院数) 117
		受信側	18	30	42
ポジトロン断層撮影(PET)	・画像診断を担当する常勤医師の配置 ・断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定)		32	51	60
			82	110	141
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(PET-CT)	・画像診断を担当する常勤医師の配置 ・断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定)		-	-	-
			74	118	149
		28	33	41	

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
CT撮影	・当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等	2,370 434	3,122 738	3,692 1,047
MRI撮影	・当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等	1,561 163	1,770 238	1,907 285
⑨冠動脈CT撮影加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・当該特殊撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	-	-	314 6
⑨心臓MRI撮影加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・当該特殊撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	-	-	454 0

8 注射

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
外来化学療法加算	・必要な機器及び十分な専用施設 等 ・看護師及び薬剤師が化学療法の経験を5年以上有するか等に応じて、1及び2に区分	1,228 171	1,440 282	1 2 1,074 72 612 287
⑨無菌製剤処理料	・無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 ・無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されている 等	-	-	(医療機関数) 1,704 (薬局数) 168

9 リハビリテーション

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
心大血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	160 1	217 1	286 5
		(Ⅱ)	123 14	122 17	111 16
脳血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分	I	1,495 49	I 1,808 60	I 1,980 61
		II	3,589 1,255	II 3,399 1,366	II 1,060 259 III 2,240 1,082
運動器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	4,225 2,677	4,466 3,103	4,637 3,292
		(Ⅱ)	1,169 643	1,062 644	976 644
呼吸器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	2,435 69	2,561 87	2,719 105
		(Ⅱ)	1,016 175	997 168	967 165
難病患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		51 52	45 51	41 51
障害児(者)リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		221 68	205 66	220 94
⑨ 集団コミュニケーション療法料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		- -	- -	1,028 93

10 精神科専門療法

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
精神科ショート・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて、大規模、小規模に区分 	大規模なもの	301 57	369 80	416 90
		小規模なもの	247 76	279 121	306 152
精神科デイ・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて、大規模、小規模に区分 	大規模なもの	605 160	639 177	663 187
		小規模なもの	444 266	442 268	435 275
精神科ナイト・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 		120 75	122 85	127 93
精神科デイ・ナイト・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 		234 93	260 102	277 113
医療保護入院等診療料	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤精神保健指定医1名以上 ・行動制限最小化に係る委員会の設置 等 		1,199 0	1,219 0	1,247 0

11 処置

	施設基準の概要	届出医療機関数			
		平成18年	平成19年	平成20年	
エタノールの局所注入	<ul style="list-style-type: none"> ・専門の知識及び5年以上の経験医師 ・必要な器械・器具の具備 等 	甲状腺	212	268	346
		副甲状腺	186	243	321

12 手術

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方切除術に限る)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	69	83	103
内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術に限る)、内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	7	6	6
新)頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	40
脳刺激装置植込術、頭蓋内電極植込術又は脳刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	482	498	520
脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	672	709	732
人工内耳埋込術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	96	96	99
新)上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	24
同種死体肺移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	6	6	6
新)生体部分肺移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	5
経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	263	256	308
経皮的中隔心筋焼灼術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	282	294	315
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	2,713	2,734	2,958
両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	235	266	291
埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	251	292	328
新)両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	216

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
大動脈バルーンパンピング法(IABP法)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	1,566	1,595	1,617
補助人工心臓	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	152	149	143
埋込型補助人工心臓	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	5	5	5
同種心移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	7	6	6
同種心肺移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	3	3	3
体外衝撃波胆石破碎術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	416	423	429
生体部分肝移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	68	68	72
同種死体肝移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	9	10	12
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	8	8	10
新 腹腔鏡下小切開副腎摘出術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	32
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	866	889	897
新 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	34
同種死体腎移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	126
生体腎移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等 ※平成20年度より施設基準を設けている。	-	-	148
新 焦点式高エネルギー超音波療法	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	4

	施設基準の概要	届出医療機関数			
		平成18年	平成19年	平成20年	
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	27	35	41	
⑨ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	35	
医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6に掲げる手術	・必要な体制及び医師の配置 ・実施件数の院内掲示、手術内容の患者への説明及び文書提供 等	3,970	4,645	4,677	
輸血管理料	・必要な医師及び従事者の配置 ・輸血剤の適正使用 等 ・医師及び従事者の配置等に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	138	217	260
		(Ⅱ)	606	733	827

13 麻酔

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
麻酔管理料	・算定する旨を地方厚生(支)局長へ届け出た麻酔科を標榜する保険医療機関	2,710	2,739	2,800

14 放射線治療

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
放射線治療専任加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	423	438	452
⑨ 外来放射線治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が1名以上配置 ・当該治療を行うために必要な機器、施設 等	-	-	412
高エネルギー放射線治療	・年間合計100例以上実施 等	558	575	589
⑨ 強度変調放射線治療(IMRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	-	-	47
直線加速器による定位放射線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	131	159	195

15 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製料

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段: 病院数 / 下段: 診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
術中迅速病理組織標本作製	(送信側)・離島等に所在する保険医療機関等 ・病理組織標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等 (受信側)・病理診断を担当する常勤医師の配置 ・病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	42 0	58 1	69 0
		受信側	21 -	30 -	36 -

16 歯科

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
地域歯科診療支援病院 歯科初診料	・常勤の歯科医師、看護職員及び歯科衛生士の配置 ・当該歯科医療にかかる紹介率 等	176	152	224
新 歯科外来診療環境体制加算	・歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤歯科医師の配置 ・歯科衛生士の配置、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等	-	-	2,868
臨床研修病院入院診療加算	・単独型若しくは管理型臨床研修病院又は協力型臨床研修病院 ・研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認する体制 ・臨床研修を行うにつき十分な体制の整備 等	48	96	80
新 地域歯科診療支援病院入院加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること ・地域において歯科診療を担う別の保険医療機関との連携体制が確保されていること	-	-	86
新 医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等	-	-	75
歯科治療総合医療管理料	・当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること ・歯科衛生士又は看護師の配置 等	10,652	10,391	10,544
新 在宅療養支援歯科診療所	・後期高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置 ・当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備 等	-	-	3,039
地域医療連携体制加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出をした病院等と連携している診療所 ・緊急時の連携体制の確保 等	8,791	8,586	8,578
新 齲蝕歯無痛的高洞形成加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等	-	-	1,436
歯科点数表第2章第9部の通則4に掲げる手術	・必要な体制の整備及び歯科医師の配置 ・実施件数の院内掲示、手術内容の患者への説明及び文書提供 等	79	99	72

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
⑨ 歯周組織再生誘導手術	・歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が1名以上配置	-	-	4,936
補綴物維持管理料	・補綴物の維持管理を行う旨を地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関	66,639	67,270	67,372
歯科矯正診断料	・障害者自立支援法に基づく都道府県知事の指定 ・十分な専用施設 等	780	894	967
顎口腔機能診断料	・障害者自立支援法に基づく都道府県知事の指定 ・十分な専用施設 等	659	690	756

17 調剤

	施設基準の概要	届出薬局数		
		平成18年	平成19年	平成20年
⑨ 後発医薬品調剤体制加算	・処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が3割以上 ・後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の見えやすい場所に掲示 等	-	-	34,941

18 その他

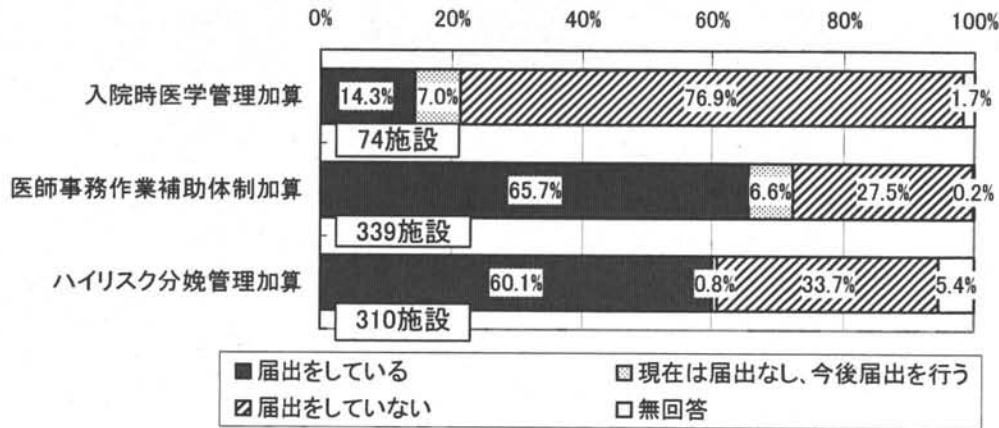
	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
入院時食事療養(I)	・管理栄養士又は栄養士により行われている ・「厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する基準に該当する保険医療機関でない 等	8,377 1,733	8,420 1,823	8,414 1,811

病院勤務医の負担軽減の実態調査について

(平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査より抜粋)

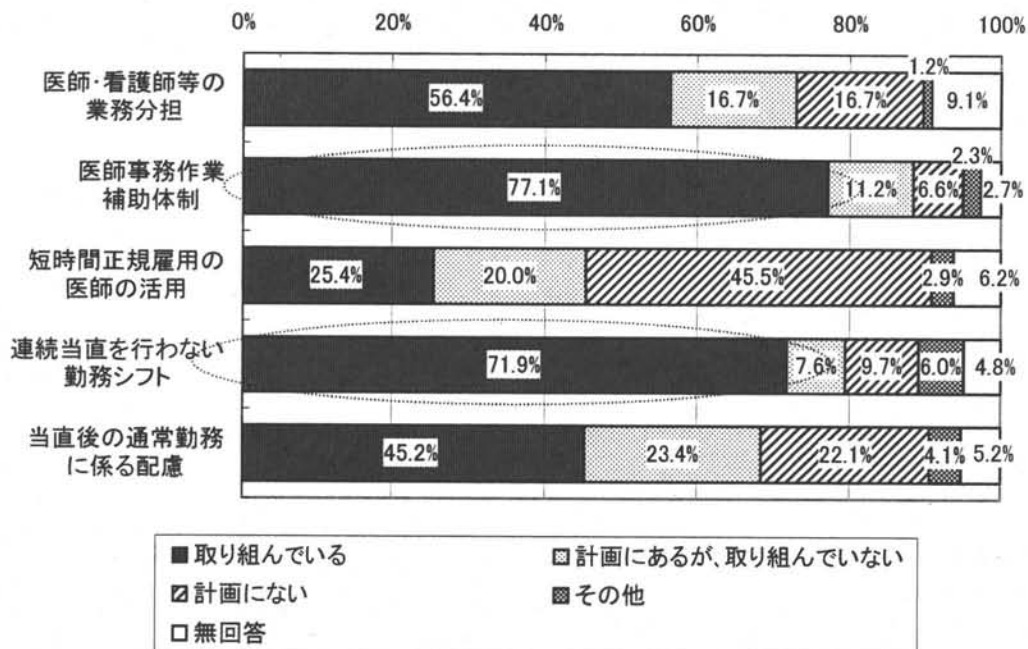
○ 施設基準の届け出状況

図表 2 施設基準の届出状況 (n=516)



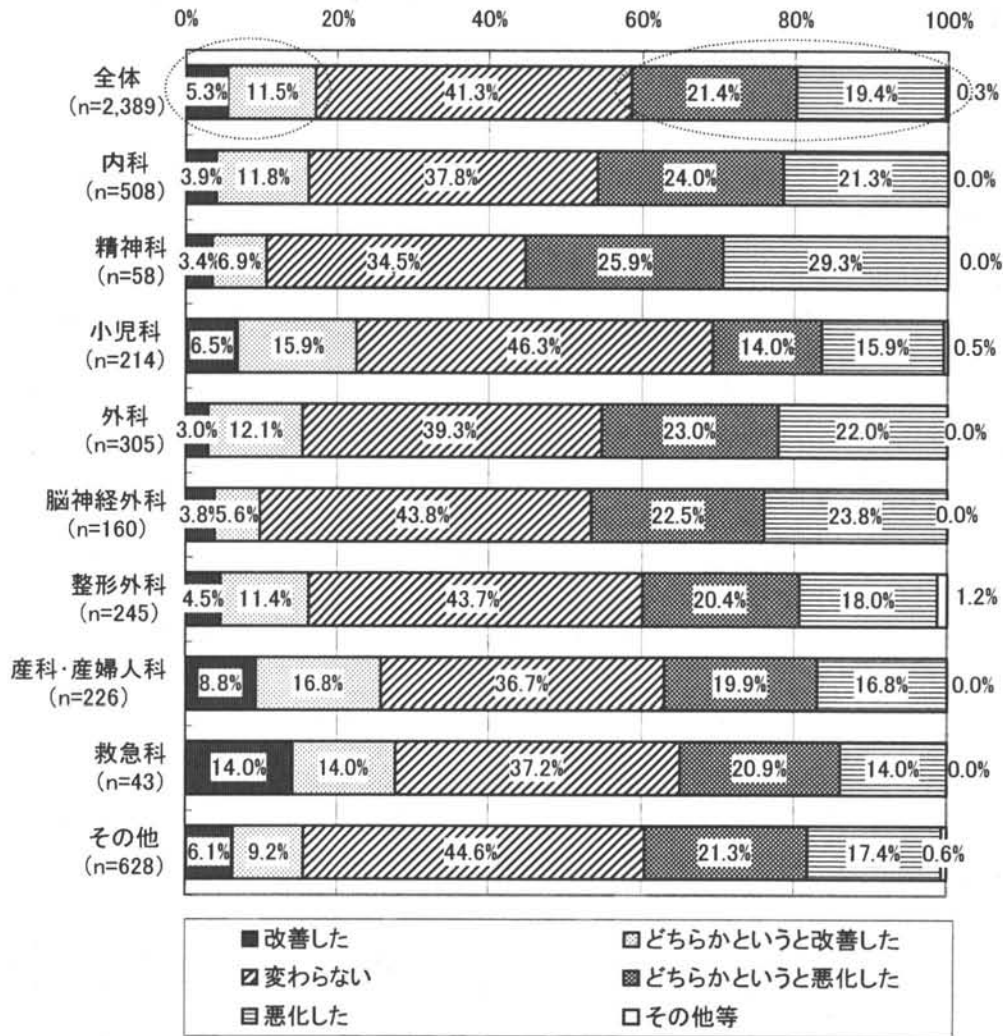
○ 病院勤務医の負担軽減策の実施状況

図表 37 負担軽減策の取組み状況 (施設, n=516)



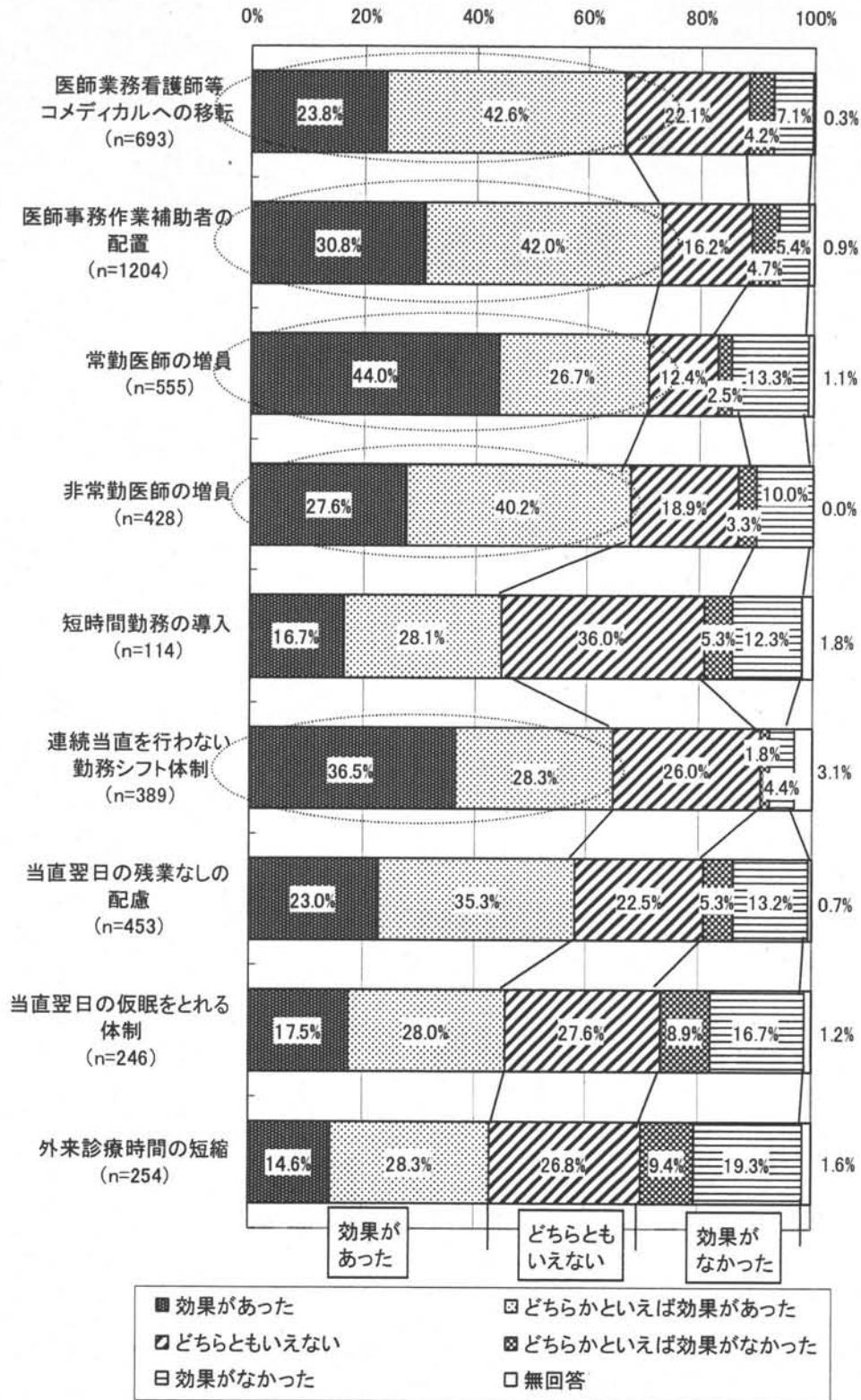
○ 各診療科における医師の勤務状況の変化

図表 128 各診療科における医師の勤務状況の変化(医師責任者)
1年前と比較して



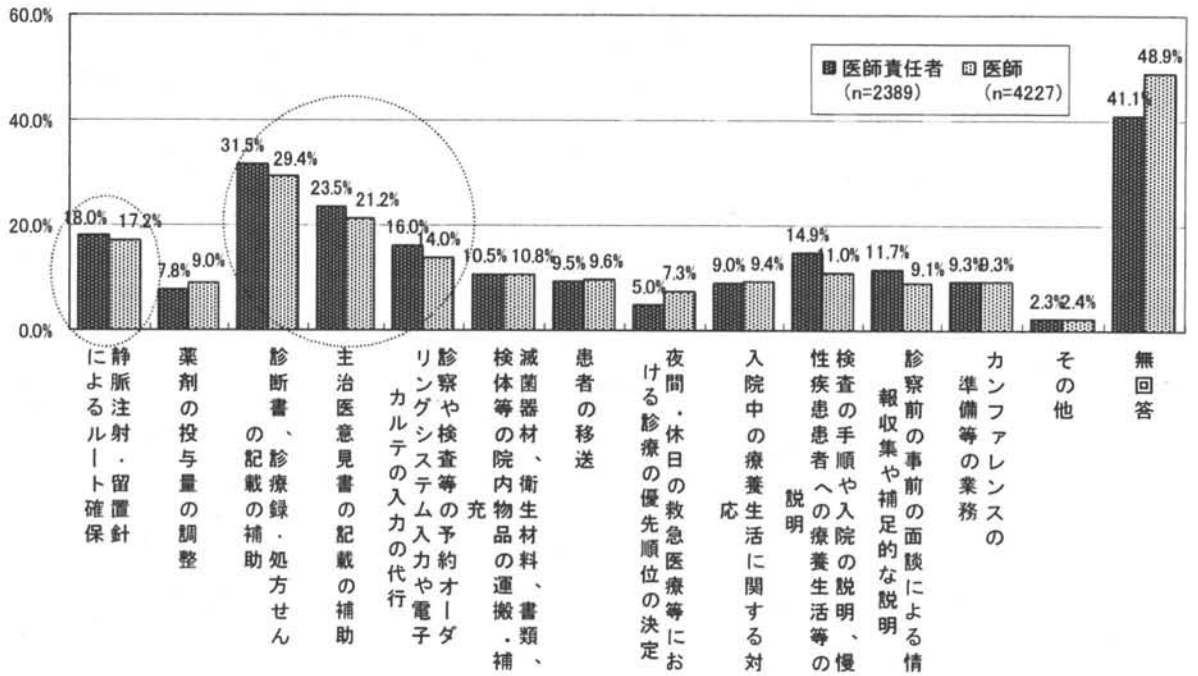
○ 取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果

図表 140 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果(医師責任者)



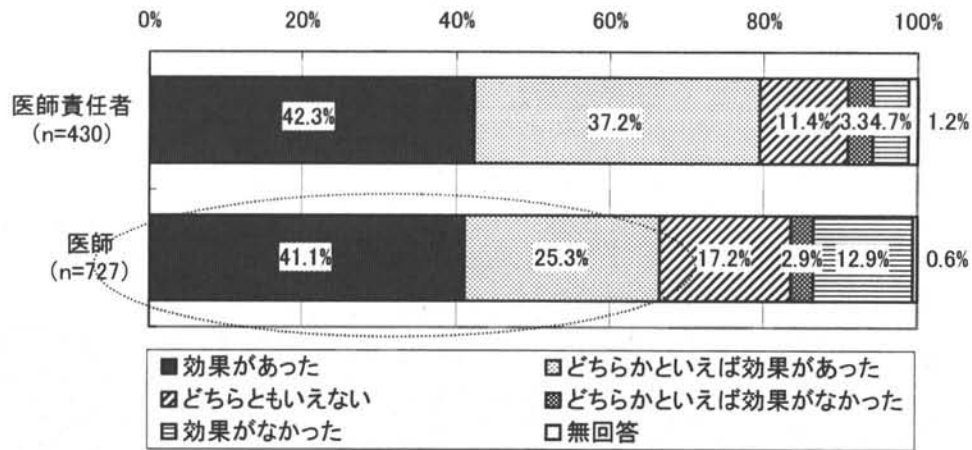
○ 業務分担の効果

図表 163 業務分担の進捗状況(医師責任者・医師)

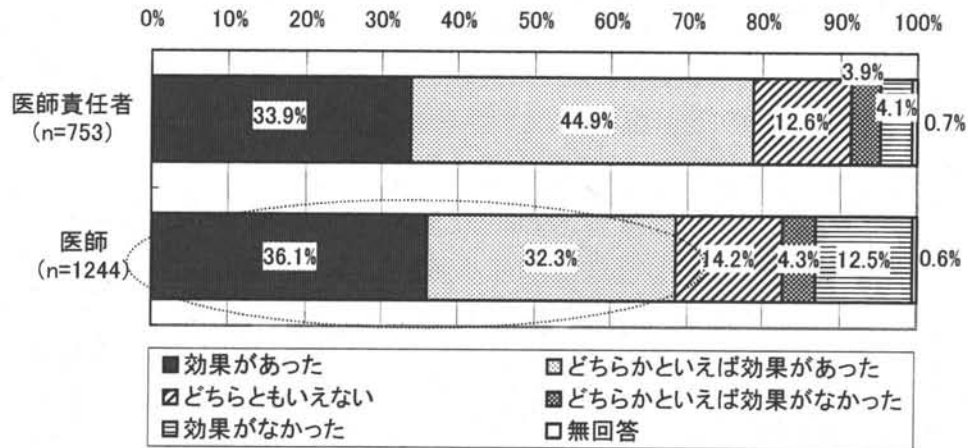


図表 164 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)

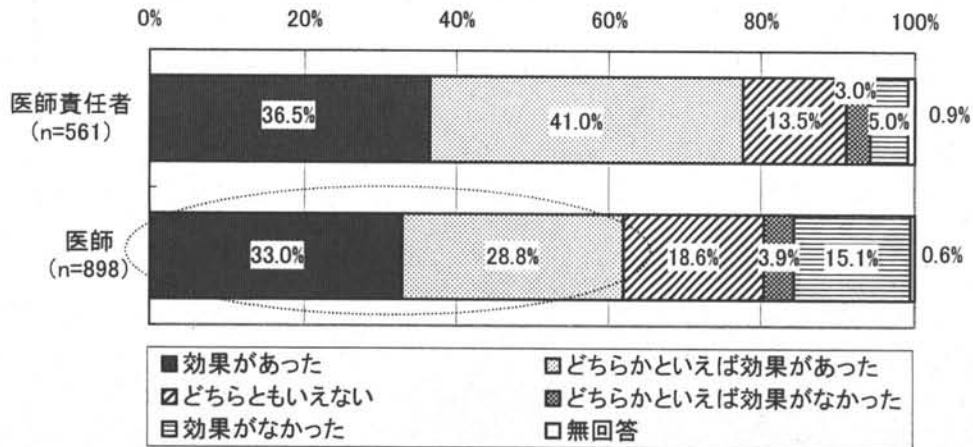
～①静脈注射及び留置針によるルート確保～



図表 166 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)
 ～③診断書、診療録・処方せんの記載の補助～



図表 168 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)
 ～④主治医意見書の記載の補助～



○ 検証部会としての評価(概要)

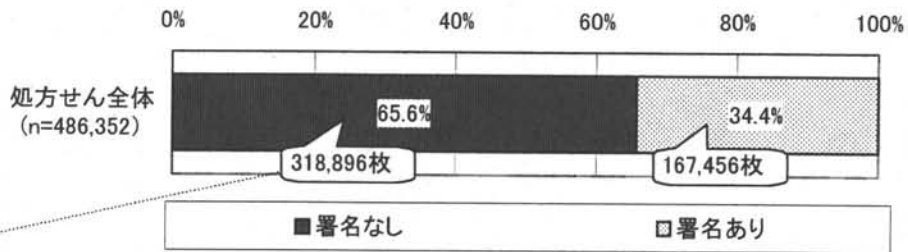
- ・ 調査結果が示すように、病院勤務医の状況はよいとは言えない。
- ・ 病院勤務医の負担軽減は診療報酬の設定のみで解決できるものではないが、効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。
- ・ 特に施設における病院勤務医の負担軽減策の取り組みの有無で、入院・外来診療に係る医師の業務負担には大きな差違は認められないが、実際に負担軽減策の一環として業務分担を進めている項目について「静脈注射および留置針によるルート確保」、「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められるものもある。特に、後者の二つは多くの医師が負担だと感じている業務であり、それだけに業務分担の効果が大きく表れたと思われる。今後も引き続き更なる改善策の検討が必要だと考えられるが、その際には、現場の医師の方が医師責任者より業務分担の効果が小さいと受け止める傾向があることを踏まえ、より効果的な方策を検討する必要がある。
- ・ 「入院時医学管理加算」については、平成 20 年7月1日現在の施設基準の届出数が 88 施設と少ないことが指摘される。病院勤務医の負担軽減に繋がるように、施設基準の要件の見直し等について検討する必要があると考えられる。
- ・ 勤務医負担軽減に関する計画については、医師責任者及び医師の認知度が低く、施設を挙げての体系的な取り組みが求められる。

後発医薬品の使用状況調査について

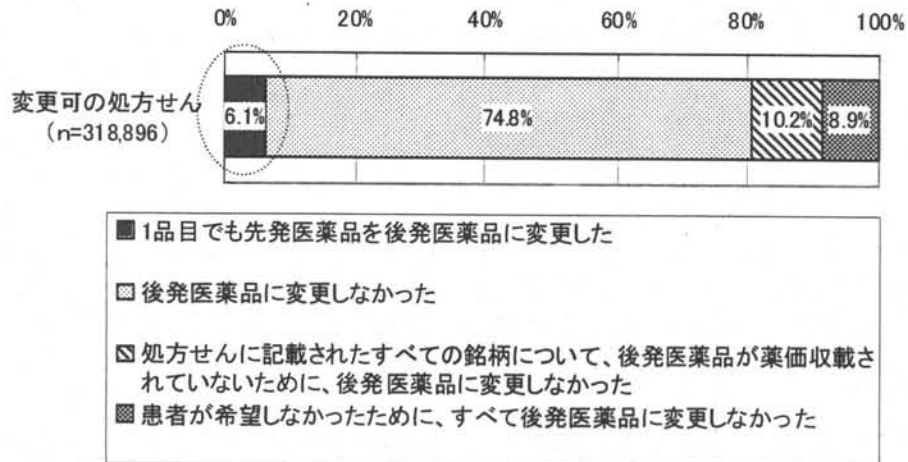
(平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査より抜粋)

○ 「後発医薬品への変更不可」欄に署名のある処方せんの発行状況

図表 19 すべての処方せんにおける、「後発医薬品への変更不可」欄の
処方医の署名等の有無 (平成 20 年 12 月 1 か月分の処方せんベース)

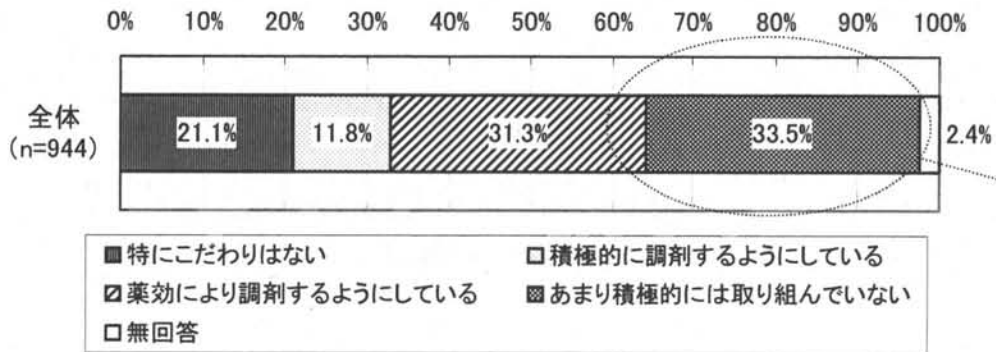


図表 20 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん
(n=318,896) における、後発医薬品への変更状況
(平成 20 年 12 月 1 か月分の処方せんベース)

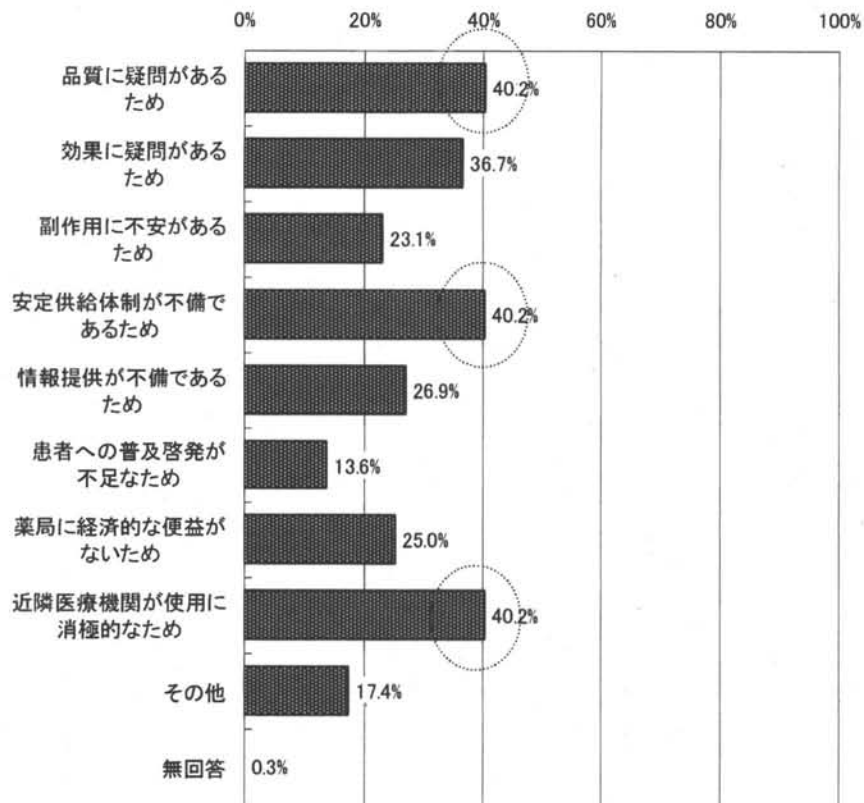


○ 後発医薬品調剤に関する保険薬局の考え方

図表 46 後発医薬品調剤に関する考え方

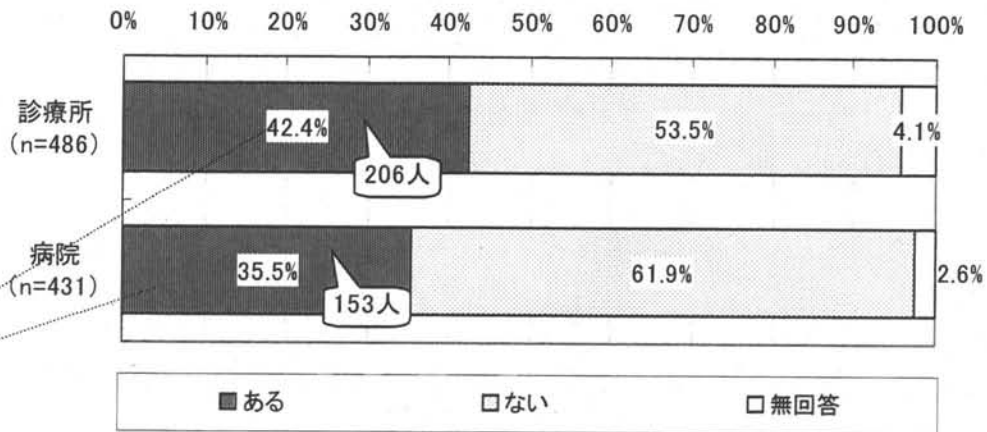


図表 47 後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由
(複数回答、n=316)

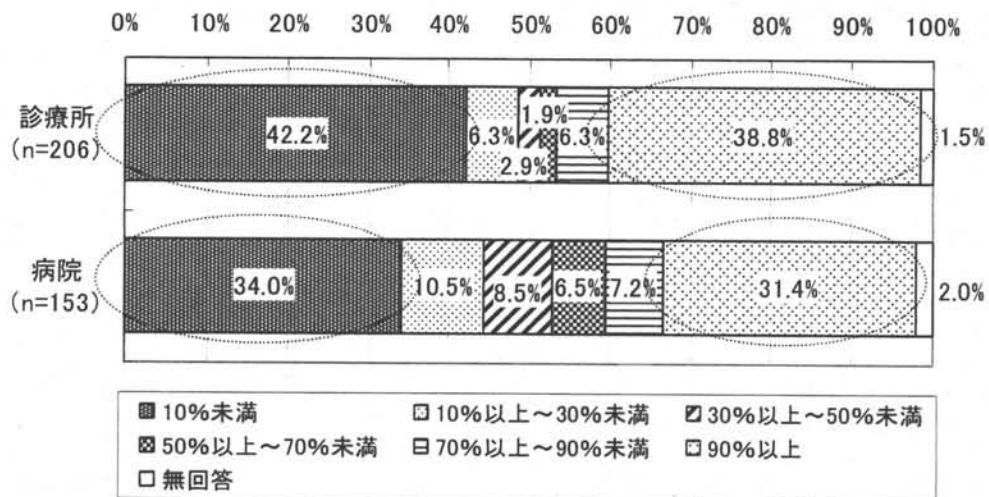


○ 処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名状況

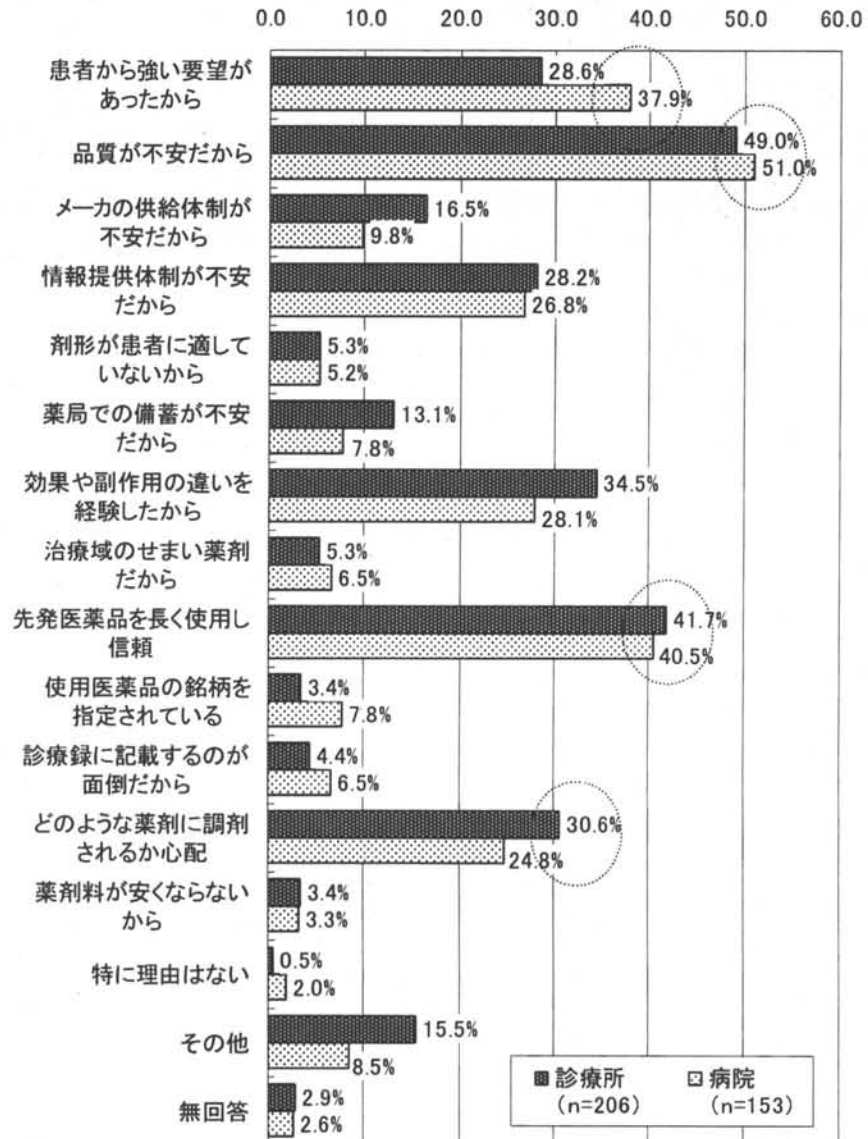
図表 79 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無
(医師ベース)



図表 80 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した処方せんの割合 (医師ベース)

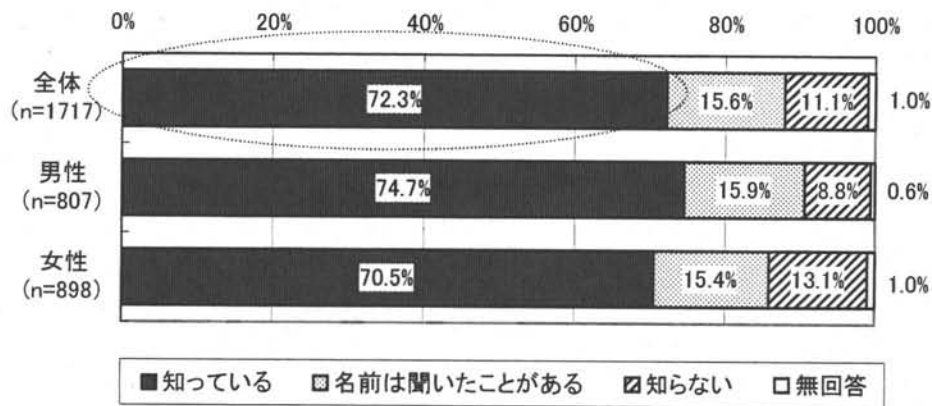


図表 81 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由
(医師ベース、複数回答)

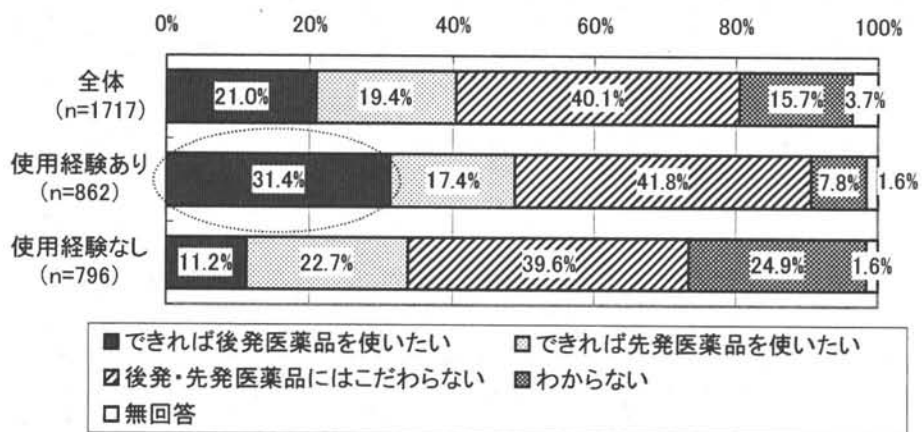


○ 後発医薬品に関する患者の認知状況

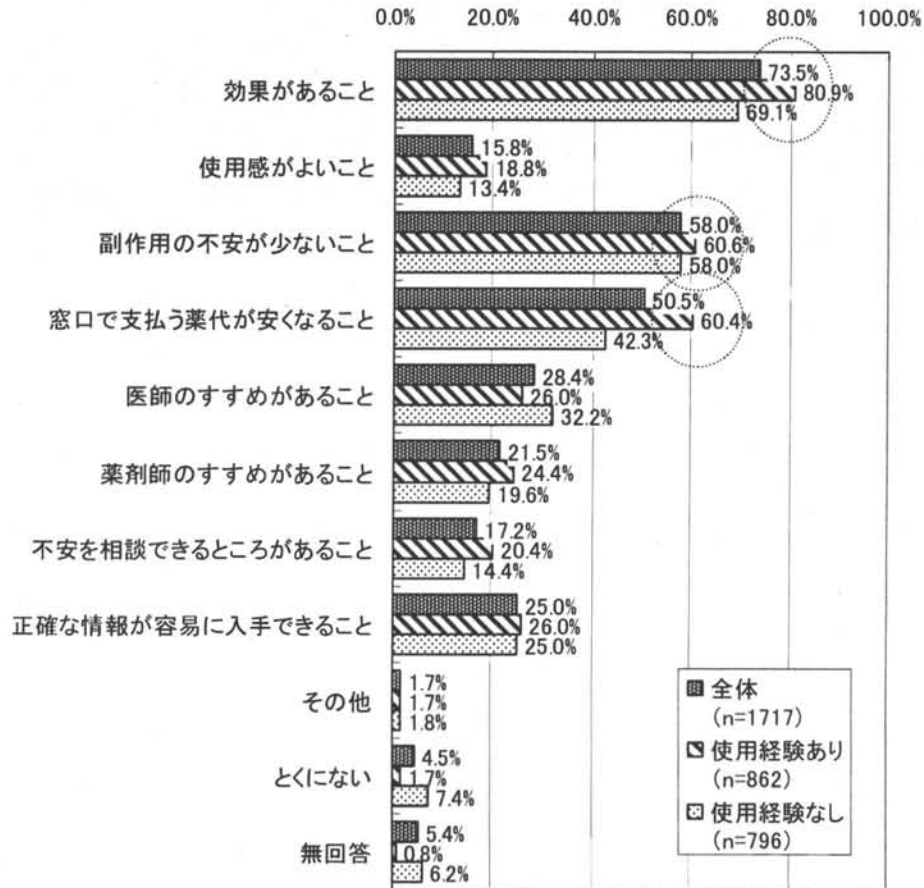
図表 104 後発医薬品の認知状況（男女別）



図表 125 後発医薬品使用に対する考え方（後発医薬品の使用経験別）



図表 130 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと
 (複数回答、後発医薬品の使用経験の有無別)



○ 検証部会としての評価（概要）

- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの割合は6.1%であるなど、後発医薬品の使用の広がりがあまり感じられない。
- ・ 33.5%の薬局が後発医薬品調剤について「あまり積極的は取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」という回答が多く、また「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、約5割の医師が「品質が不安だから」と回答するなど、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。
- ・ 医療機関・医師についてみれば、一部において、後発医薬品を使用しないとの強い意思表示をしていることが見受けられる。
- ・ 他方、薬局についていえば、先発医薬品から後発医薬品への変更割合が未だ低いものと考えられる。薬局側が後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない原因を、更に踏み込んで究明する必要がある。
- ・ 患者側に目を転じると、後発医薬品使用に対する考え方において、「使用経験あり」の患者の「できれば後発品を使いたい」という割合が高いことから、実際の利用が後発医薬品の積極的な使用につながる面があると考えられる。
- ・ また、後発医薬品を使用するにあたって必要なこととして、「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」といった回答の割合が高いことから、更なる後発医薬品の信頼性の向上に努めるべきである。

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

1. 診療報酬関係

① 産科・小児科、救急医療関係

- ・救急や産科・小児科のあり方について、骨太では、「選択と集中」とあるが、1 箇所に集めていくことに関しては一概にこれがいいとは限らない。点だけではだめで面として整備していかなければならない。
- ・DPCにおいて、小児医療を機能評価係数により評価してほしい。
- ・病院の小児科は不採算。大きな拠点病院を持てばよいというが、地方では、結局その病院に行くのに3時間も4時間もかかってしまう。小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。
- ・在宅介護は高齢者だけのものと捉えられがちだが、そこに小児も入れて欲しい。小児の長期に入院している患者は、いわば福祉であり、こういった患者のレスパイトを医療保険で見ることができれば、病院に行く必要がなくなり、小児の病棟が長期入院の患者で一杯になることはなくなる。
- ・小児を含めた在宅医療が大きな問題。在宅医療を支える視点で、ショートステイを医療において導入していけばよいのではないか。

② 外科

- ・医師が増える中で、外科医は話題の産婦人科医以上に減っている。ハイリスクローターンで、つぶしもきかない。様々な原因があるが、診療報酬の手術手技料の点数が低すぎるので上げてほしい。

③ 精神科

- ・精神の入院基本料は低い。（15対1の場合）結核より860円も安い。検証して欲しい。

④ 歯科医療

- ・地域歯科医療は平成 18 年度診療報酬改定で疲弊し、現在、崩壊の危機に瀕している。歯科医療が全身的な健康状態の改善に寄与することは、多くのエビデンスによって明確になってきている。また、地域医療における医科・歯科・調剤の連携は重要であり、特に高齢者の在宅医療においては、医科等からのオファーがあれば、連携できる体制を歯科は整えつつあるので、その推進を検討されたい。

⑤ チーム医療

- ・30 種くらいの職種によって医療がなされているが、それぞれの評価がなされて

いない。前回改定において、事務クランクや臨床工学技士、MSWの退院支援などは評価されたが、まだたくさんある。

⑥ 勤務医負担軽減

- ・医療セクレタリィーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。
- ・医師不足の問題について、安心・安全を前提とした上での役割分担の推進が必要。通知により、実力のあるナースには、トリアージや外来を任せられるようになってきているので、今後、評価の対象になるのではないか。
- ・奈良県の裁判で判決が下され、時間外勤務に対する給与支払が命ぜられたが、これを支払うとなると病院経営に大きな影響が出る。この判決により、地域の入院医療はどんどん崩壊していく。入院基本料を増点してほしい。

⑦ 医療安全

- ・医療安全確保については、医薬品をどうコントロールするのかという視点が重要。情報提供・品質管理など医薬品を安全に提供できる体制を構築すべき。

⑧ 有床診療所

- ・6月中旬に有床診療連が要望を出していたが、これは前向きに評価してもよいのではないか。

※診療報酬に関する要望内容

- ・入院基本料の全体的な引き上げ
- ・入院基本料の逡減制の変更
- ・2段階の看護配置基準を、4人未満、4～7人未満、7人以上の3段階に変更し、実態に近い評価に変える
- ・複数医師配置加算の引き上げ
- ・入院時医学管理加算の新設

⑨ 財源

- ・財源の確保は重要であるが、国民に負担を求めることになる。透明性・質の確保が必要。
- ・地域医療が崩壊しているのは共通の認識で、これには診療報酬の大幅引き上げが必要。前回の診療報酬改定では、医療部会で出された問題について、中医協で議論しようとしたら、やることは沢山あるのに財源が少なかった。財源の議論が必要だ。

⑩ 効果的・効率的な医療

- ・医療の現場も疲弊していると言うが、日本経済全体が疲弊している。そういう中で補正予算で社会保障については大きく措置されているが、これは借金で賄われ

ており、有効な使い方をするべき。地域医療のネットワークを構築する際、医療機関ごとに役割を明確にし、「選択と集中」により、効果的・効率的な医療の仕組み作りを議論していくべきである。将来世代にツケを回してはならない。

⑪ その他

- ・診療報酬の算定根拠が国民からみると不明確。例えば社会保険病院などは経営努力で黒字になったが、また赤字になってしまった。これでは改定がおかしいと判断せざるをえない。中医協にしてもタウンミーティングをするなど、国民に開かれた会議にするべき。

2. 診療報酬関係以外

① 医療部会における議論のあり方等について

- ・平成 20 年度診療報酬改定の際に、患者からみてわかりやすいなどの 4 つの視点に緊急課題を加えて基本方針を決めたが、中医協での検証結果等を踏まえて、医療部会でもこの 4 つの視点がどうなったかの検証が必要。
- ・医療部会の位置づけは、診療報酬の議論だけをするという位置づけではなく、医療の提供体制についても議論する場であり、開催を多くして欲しい。
- ・診療報酬と医療提供体制の話はかぶるところもあれば別の面もある。両者をキチンと分けて議論すべき。
- ・落としどころを考えながらの議論が必要であり、すべての要望には応えられないのではないか。状況が改善するにはかなり時間がかかり、すぐに解決できるという幻想は持たないでほしい。
- ・我々は努力していく姿勢が大事で、この議事録を読む人から「またこんな意味のない議論をして」と思われなければならない。
- ・今回の発言を踏まえ、次回はさらに進化した議論をすべき。

② 医療のあり方全般

- ・医療は提供者だけではなく国民のためであるし、医療は消費ではない。医療を社会の再生産・投資と考えていくべきである。
- ・これまで、機能分担や透明性の確保を進めてきたが、それらによる問題も顕在化してきている。
- ・中期プログラムの安心強化の 3 原則の中に、安心と責任のバランスとあるが、現時点ではバランスが欠けていると認識。権利と義務のバランスがとれておらず、医師の権利が守られていない。医師に期待されるのはありがたいが、医師も人間。例えば、総合医的な機能を求めると、知識が浅くなってしまう。DPCなどは、ごくわずかの者しか分からないテーマを議論している。昔は、中小病院などが総合医的な役割を多少は担いかなりの部分の対応ができていたと思うが、信頼関係

の上に成り立っていた。それが地域医療崩壊で崩れてしまった。

- ・機能分担を進めると、シームレスではなくなる。事務クランクを進めると、責任の問題でトラブルが発生する。訪問看護で解決できる問題は多いが、実際にやってみると、役割分担の問題で訪問看護ステーションは崩壊。透明性といわれても、とても対応できない。
- ・現状の医療崩壊は、国民含め各々が反省すべき。本気で取り組んで10年経ってやっとどうにかなるかというものだと思う。

③ 産科・小児科、救急医療関係

〔全般〕

- ・骨太2009では特に小児科・救急など「ほころび」の修復が唱われている。そのなかで勤務医の負担を軽減する上での役割分担、また、地域におけるそれぞれの施設・機関の役割について、どのようにこれらを組み直していくかが課題。
- ・女性医師の結婚産休問題で、小児科・産科などは減っている。報酬を上げればよいというものではなく、就労支援の取組が必要ではないか。

〔産科〕

- ・周産期母子医療センターの指定基準の見直しが遅れている。具体的内容を明示してほしい。
- ・ハイリスクの出産を産科医が時間をかけて対応できるようにするために、助産師がノーマルな出産やローリスクな出産を取り扱うことの推進が必要。

〔救急医療〕

- ・救急の入口において軽症患者が多い。小児は「#8000」があるが、大人についても相談できる場が必要。診療報酬で対応すべきとは思わないが、予算上で措置すべき。
- ・救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。

④ 歯科医療について

- ・今回「骨太の方針2009」のなかに「8020運動」の推進が明記されたことは画期的である。「8020運動」が健康寿命の延伸に貢献できることから、財政的支援が必要である。

⑤ 精神医療について

- ・医療観察法では、指定入院医療機関の整備が遅れて、300床くらい足りない。現実には、鑑定入院で引き受けた病院が継続して受け入れている。

⑥ 総合医関係

- ・総合的な視点に立った医師、病院を確立し、地域医療の入口としての役割を担ってもらいたい。保健指導とのつながりにより、保険者にとって重要なパートナーとなる。
- ・全人的、診療科横断的な「総合診療医」の育成が必要であり、医学部のカリキュラムの充実、診療科の標榜、研修の財政支援を行うとともに、登録医制度については、モデル事例から始めて、普及度合いも見ながら、多面的に考えていくべき。ドイツでは、専門医としての「一般医」が存在し、国民から期待と信頼を得ている。

⑦ 勤務医負担軽減

〔職種ごとの役割分担〕

- ・職種ごとの役割分担について医政局長通知を出されているが、現場ではなかなか進まないのが、立法化してもう少し拘束力を強くしてほしい。

〔医師の加重労働〕

- ・医師の超過勤務は恒常的だ。経営上の都合ではなく、実態として医師が足りていない。そのため超過勤務となり、労働基準法に抵触した場合、労働基準監督署から指導されてしまう。

⑧ 医師不足・医師偏在

- ・へき地の医療は敬遠する人も多く、医師確保が大変。
- ・医療崩壊は、地域医療の崩壊が大きい。主として地方の公立病院、次が、大学病院。教育、臨床、研究と3つの役割を担っているが、独法化により臨床に偏ってしまっている。研修医も大学離れの傾向にあり、医療のトップランナーが危機に至っている。
- ・予算・診療報酬だけで医師不足は解消できない。地域医療計画の中に必要な診療科ごとの医師数を盛り込む等も検討すべき。
- ・医師偏在の問題で、以前、医療部会において管理者要件の議論をしたが、今後、議論を再開してはどうか。

⑨ 補助金

- ・地域再生基金に関して、産科・小児科は大切であるが、いろいろな疾患があることから4疾病5事業にも使えることをわかりやすく明示してほしい。
- ・様々な補助金があるが、補助が全額ではなく病院も持ち出しが必要になっており、病院経営は厳しいなかでは活用できない。
- ・地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、関係団体や医師会とよく相談

して決めていって欲しい。

- ・医師へ手当を直接支給する補助金があるが、就業規則の改正が必要であり、使いづらい。病院のフリーハンドで使えるようにして欲しい。
- ・地域医療再生基金については現場からの積み上げでやるしかない。
- ・地域医療再生基金により、施設や運営費については手当ができるが、問題は人材確保と診療報酬の見直し。この問題が解決されない限り、地域医療再生基金では中核的な医療機関にしか事業化をお願いできない。

⑩ その他

〔国民へのわかりやすさ〕

- ・医療の「見える化」をするべき。そのためにはデータを集めることが必要。
- ・質や安心の確保が重要だが、安心と医療のビジョン具体化懇談会の中間とりまとめを見ても具体的ではない。国民にわかりやすく説明することが必要。
- ・適切な情報を患者に迅速に提供することが求められている。

〔患者負担について〕

- ・患者負担3割は、限界まできている。
- ・一律3割の制度に疑問を感じる。高額療養費制度もあるが、これは前年度の所得に応じてのもの。病気になり働けなくなって子供もいるような場合、その時点で3割の支払いは困難になる。
- ・日本はOECD諸国に比べ、患者負担は10%ほど高い。したがって患者負担を増やす方向ではだめで、国民から広く薄く求めることが必要である。

〔その他〕

- ・死亡者が増加しているので、看取りについても迅速に対応してほしい。
- ・医師は患者を診たくて医師という職業に就いており、医師がマネジメント感覚を持っているかというのは疑問。

(平成21年7月1日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
上田 清司	全国知事会（埼玉県知事）
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
大西 秀人	全国市長会（香川県高松市長）
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
※加藤 達夫	国立成育医療センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会医療部長
近藤 勝洪	（社）日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	（社）日本看護協会常任理事
◎※齋藤 英彦	名古屋セントラル病院院長
鮫島 健	（社）日本精神科病院協会会長
水田 祥代	九州大学理事・副学長
※竹嶋 康弘	（社）日本医師会副会長
○ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML代表
堤 健吾	（社）日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会部会長補佐
中川 俊男	（社）日本医師会常任理事
西澤 寛俊	（社）全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	（社）日本医療法人協会会長
邊見 公雄	（社）全国自治体病院協議会会長
村上 信乃	（社）日本病院会副会長
山本 信夫	（社）日本薬剤師会副会長
※山本 文男	全国町村会会長（福岡県添田町長）
※渡辺 俊介	日本経済新聞社論説委員

※：社会保障審議会委員

◎：部会長 ○：部会長代理

第 3 2 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

I 診療報酬関係

1 診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」について

- ① 骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないか。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議（6月3日）でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。
- ② 国民皆保険を守り、安心して質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方にに基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。
- ③ 診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。
- ④ 全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。

地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。

国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということになると大変だ。産科や小児科へということは結構だと思うけれど、医療の現状を見ると、むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口20～30万人に1つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。

- ⑤ 病院と診療所の再診料の格差是正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。

「選択と集中」の考え方に基づいて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考えていく必要がある。

前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではないか。

- ⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。

2 厳しい保険者財政について

- ・ 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。
- ・ 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。
- ・ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳しい状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を上げるような状況ではない。
- ・ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。
- ・ 健保組合全体で 21 年度予算 6 兆円に対して、赤字が 6,150 億円で 1 割にも達する。20 年度から 2 年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。

3 個別分野の診療報酬について

① 歯科医療

- ・ 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。骨太 2009 にも 8020 運動が明記された。平成 20 年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。
- ・ 平成 8 年から平成 19 年まで、歯科医療費は 2 兆 5 千億円程度で推移している。1 診療所単位で見ると、この間に保険収入は約 15% の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。

② かかりつけ医

- ・ 高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が利他的に医療を受けていては、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。
- ・ 後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち 1 割の患者しか利

用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75歳以上の9割弱が1～2箇所しか受診していない。かかりつけ医は、医療費の削減にはつながらないのではないか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。

③ 救急医療

- ・ 救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。

4 予算と診療報酬

- ・ 救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないか。
- ・ 予算で対応しているところ、診療報酬でみるところの役割分担も考えるべき。

5 その他

- ・ 診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになるだろうか。

II 診療報酬以外

- ・ これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないか。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか。
- ・ 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。
- ・ 昨年富山県に行ったら、救急搬送のその年度増加分の9割が高齢者であった。在宅の高齢者医療が不十分なこと、また、老健施設や特別養護老人ホームで救急対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないか。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。
- ・ 少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。
- ・ 後期高齢者の制度は、何故75歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成21年7月15日現在

○磯部	力	立教大学法学部教授
	岩月 進	日本薬剤師会常務理事
	岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
※	逢見 直人	日本労働組合総連合会副事務局長
	大内 尉義	東京大学大学院医学系研究科教授
	岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長
※	神田 真秋	全国知事会社会文教常任委員会委員長、愛知県知事
	見坊 和雄	全国老人クラブ連合会相談役・理事
	小林 剛	全国健康保険協会理事長
	齊藤 正憲	日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長
	坂本 すが	日本看護協会副会長
	多田 宏	国民健康保険中央会理事長
	対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
	西村 周三	京都大学副学長
※◎	糠谷 真平	独立行政法人国民生活センター顧問
	樋口 恵子	高齢社会をよくする女性の会理事長
	藤原 淳	日本医師会常任理事
※	山本 文男	全国町村会会長、福岡県添田町長
	横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長、佐賀県多久市長
	渡辺 三雄	日本歯科医師会常務理事

(注1) ※は社会保障審議会の委員、他は臨時委員。

(五十音順、敬称略)

(注2) ◎は医療保険部会長、○は医療保険部会長代理。