

1. 医科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年1月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
222AABZI00193000	オーソフォス XG 3D	シロナデンタルシステムズ株式会社	CT撮影装置
222AABZX00197000	ホルタ心電計 AR12 plus	有限会社シラー・ジャパン	ホルタ心電計
222ACBZX00050000	デジタルX線TVシステム Raffine DREX-RF50	東芝メディカルシステムズ株式会社	診断用X線装置
222ACBZX00082000	東芝スキャナ Alexion TSX-032A	東芝メディカルシステムズ株式会社	CT撮影装置
222ACBZX00085000	エレス	株式会社サンメディカル	低周波治療器
222AGBZX00263000	眼科用超音波画像診断装置 AVISO	株式会社コーナン・メディカル	超音波検査装置(I)
222AGBZX00265000	多局所網膜電位図刺激装置 LE-4100	有限会社メイヨー	視角誘発電位検査装置
222AGBZX00265000			網膜電位測定装置
222AGBZX00269000	パルゼア インテリバフ	株式会社キラー・アンド・ワイナー	眼圧計
222AGBZX00270000	パルゼア デスクトップ	株式会社キラー・アンド・ワイナー	眼圧計
222AIBZX00026000	アルクスディグマII	カポデンタルシステムズジャパン株式会社	筋電計(1)
22200BZX00636000	BOWA LIGATIONデバイス	株式会社ジェイエスエス	電気手術器
22200BZX00861000	核医学診断用装置 Discovery NM 530c	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社	エミッションCT装置
22200BZX00903000	サンソーバーeIII	帝人ファーマ株式会社	酸素供給調節器

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年1月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
21600BZZ00294000	OXIAカスタムセット	株式会社ジェイ・エム・エス	127 人工心肺回路(3) 心筋保護回路	¥23,600
21600BZZ00294000			127 人工心肺回路(6) 個別機能品 ① 貯血槽	¥11,200
22100BZX01038000	Genesis Single 8 ニューロスティミュレータ	セント・ジュード・メディカル株式会社	086 脊髄刺激装置用リット(2) アダプター	¥35,000
222AABZX00205000	ニプロSTJキット	ニプロ株式会社	026 栄養カテーテル(2) 腸瘻用	¥4,350
222ABBZX00190000	ディスポーザブルトリプルルーメンバルーン V-System	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	136 胆道結石除去用カテーテルセット(2) 経内視鏡バルーンカテーテル ② トリプルルーメン	¥47,900
222ADBZX00101000	メマリザーバCP	泉工医科工業株式会社	127 人工心肺回路(6) 個別機能品 ④ 心筋保護用貯液槽	¥12,300
222ADBZX00106000	イレウスチューブⅢ	富士システムズ株式会社	030 イレウス用ロングチューブ(2) スプリット機能付加型	¥38,500
22200BZX00623000	前腕骨圧迫プレートⅢ	瑞穂医科工業株式会社	061 固定用内副子(プレート)(1) ストレートプレート(生体用合金 I・S)	¥22,900
22200BZX00623000			061 固定用内副子(プレート)(2) ストレートプレート(生体用合金 I・L)	¥32,600
22200BZX00761000	プレジジョン プラス SCS システム	ポストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	086 脊髄刺激装置用リット(1) リットセット ① 4極	¥170,000
22200BZX00761000			087 埋込型脳脊髄電気刺激装置(5) 疼痛除去用(16極以上用)充電式	¥1,820,000
22200BZX00812000	アパセラム-L5	HOYA株式会社	078 人工骨(2) 専用型 ④ 椎弓・棘間用	¥41,900
22200BZX00894000	WEDGE ELBOW 人工関節	ナカシマメディカル株式会社	066 人工肘関節用材料(1) 上腕骨側材料	¥340,000
22200BZX00894000			066 人工肘関節用材料(2) 尺骨側材料	¥294,000
22200BZX00896000	人工橈骨頭	ナカシマメディカル株式会社	066 人工肘関節用材料(3) 橈骨側材料	¥214,000
22200BZX00900000	デルニエール	クリエートメディック株式会社	010 血管造影用マイクロカテーテル(1) オーバーサワイヤー ① 選択的アプローチ型 アプレートあり	¥50,300
22200BZX00900000			012 血管造影用ガイドワイヤー(3) 微細血管用	¥17,600
22200BZX00902000	骨補填材B2	株式会社カタリメディック	078 人工骨(1) 汎用型 ② 吸収型 A 顆粒・ファイバー	1g当たり¥14,900
22200BZX00902000			078 人工骨(1) 汎用型 ② 吸収型 I 多孔体	1mL当たり¥15,700
22200BZX00904000	LCP メディアルディスタルティビダプレート(滅菌)	シンセス株式会社	061 固定用内副子(プレート)(7) 骨端用プレート(生体用合金 I)	¥89,200
22200BZX00911000	アルジサイト Ag	スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント株式会社	008 皮膚欠損用創傷被覆材(2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型	1cm当たり¥13
22200BZX00913000	プロテクタ XT CRT-D	日本メドトロニック株式会社	144 両室ペースング機能付き埋込型除細動器	¥4,190,000
22200BZX00915000	フットプリント PK スーチャーアンカー	スミス・アンド・ネフュー エンドスコピー株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(8) その他のスクリュー ② 特殊型 A 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアンカー型	¥34,300
22200BZX00917000	NexGen CR-Flex モバイルシステム	ジンマー株式会社	058 人工膝関節用材料(2) 脛骨側材料 ② 全置換用材料(Ⅱ)	¥182,000
22200BZX00917000			058 人工膝関節用材料(4) インサート(Ⅰ)	¥67,400
22200BZX00918000	NexGen CR-Flex XL 関節面モバイルサーフェイス	ジンマー株式会社	058 人工膝関節用材料(4) インサート(Ⅰ)	¥67,400
22200BZX00921000	パリアックスフットシステム	日本ストライカー株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(1) 一般スクリュー(生体用合金 I)	¥6,790
22200BZX00921000			061 固定用内副子(プレート)(7) 骨端用プレート(生体用合金 I)	¥89,200
22200BZX00921000			063 固定用内副子用ワッシャー、ナット類(1) ワッシャー(Ⅰ)	¥3,030
22200BZX00931000	マキシフラックス	ニプロ株式会社	040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(5) ヘモダイヤリター	¥2,790
22200BZX00934000	コンプリヘンシブ ショルダー プライマリシステム	バイオメット・ジャパン株式会社	065 人工肩関節用材料(2) 上腕骨側材料	¥624,000
22200BZX00935000	アクセント DR ACC	セント・ジュード・メディカル株式会社	112 ペースメーカー(6) デュアルチャンハ(Ⅳ型)	¥1,160,000
22200BZX00944000	WSIエクスパタイズスパイナルシステム	株式会社ピーター・ブレイム・ジャパン	064 脊椎固定用材料(1) 脊椎ロッド	¥49,900
22200BZX00944000			064 脊椎固定用材料(4) 椎体フック	¥76,000
22200BZX00944000			064 脊椎固定用材料(5) 脊椎スクリュー(固定型)	¥82,200
22200BZX00944000			064 脊椎固定用材料(6) 脊椎スクリュー(可動型)	¥112,000
22200BZX00944000			064 脊椎固定用材料(7) 脊椎コネクター	¥48,900
22200BZX00944000			064 脊椎固定用材料(8) トランスバース固定器	¥71,300
22000BZX01455000	ミチビキ	ハナコメディカル株式会社	010 血管造影用マイクロカテーテル(1) オーバーサワイヤー ③ テッチャブルコイル用	¥63,200
22200BZX00946000	ニュアンスSR	フクダ電子株式会社	112 ペースメーカー(1) シングルチャンハ	¥859,000
22200BZX00949000	ニュアンスDR	フクダ電子株式会社	112 ペースメーカー(6) デュアルチャンハ(Ⅳ型)	¥1,160,000

新たな保険適用 区分C1(新機能)(新たな機能区分が必要で、技術は既に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年1月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
22200BZX00645000	オキシニウム フェモラル ヘッド	スミス・アンド・ネフュー オーソペディックス株式会社	057 人工股関節用材料(2) 大腿骨側材料 ③ 大腿骨ステムヘッド イ 大腿骨ステムヘッド(Ⅱ)	¥125,000
22200BZX00698000	ガードワイヤ・プロテクションシステム	日本メドトロニック株式会社	133 血管内手術用カテーテル(7) 血管内血栓異物除去用留置カテーテル ② 頸動脈用ステント併用型 イバルーン型	¥188,900
22200BZX00712000	リジェネレックス ポーラス ヒップ システム	バイオメット・ジャパン株式会社	078 人工骨(3) 特殊型	¥195,000
22200BZX00808000	トラベキュラーメタル モジュラー寛骨臼システム	ジンマー株式会社	057 人工股関節用材料(1) 骨盤側材料 ① 臼蓋形成用カップ(Ⅰ) イ 特殊型	¥199,000
22200BZX00838000	AXIUM デタッチャブル コイルシステム	イーヴィースリー株式会社	133 血管内手術用カテーテル(11) 塞栓用コイル ① コイルエ 水圧式・ワイヤー式デタッチャブル型	¥129,000

新たな保険適用 区分C2(新機能・新技術)(新たな機能区分が必要で、技術が評価されていないもの) 保険適用開始年月日:平成23年1月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
22200BZX00118000	KYPHON BKP システム	メドトロニックソファモアダネック株式会社	164 椎体形成用材料セット	¥371,000
22200BZX00119000	KYPHON BKP 骨セメント HV-R	メドトロニックソファモアダネック株式会社	079 骨セメント(4) 脊椎用(Ⅱ)	1g当たり¥528
22200BZX00661000	X-STOP PEEK インプラント	メドトロニックソファモアダネック株式会社	165 脊椎棘間留置材料	¥223,000

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
22200BZX00643000	イントラレース FS レーザー	エイエムオー・ジャパン株式会社	眼科用レーザー手術装置
22200BZX00660000	ELVeSレーザー	株式会社インテグラル	レーザー手術装置(Ⅰ)

2. 歯科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年1月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
21400BZY00240000	プロマックス	株式会社ジーシー	歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置
219AFBZX00178000	プロマックス 2D/3D	株式会社ジーシー	歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置
222AABZI00193000	オーソフォス XG 3D	シロナデンタルシステムズ株式会社	パノラマ断層撮影装置
222AFBZX00056000	プロマックス 3D Max	株式会社ジーシー	歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置
222AIBZX00026000	アルクスディグマII	カポデンタルシステムズジャパン株式会社	下顎運動路描記装置
222AKBZX00131000	ナソヘキサグラフIII	株式会社ジーシー	下顎運動路描記装置

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年1月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
222ABBZX00173000	クリアフィル SA セメント オートミックス	クラレメディカル株式会社	046 歯科用合着・接着材料 I (粉末・液)	1g¥441
222ACBZX00056000	ハイコバルト H (インゴット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00056000			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00056A01	シリウスキャスト・インゴット	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00056A01			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00056A02	バイオキャスト (インゴット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00056A02			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00056A03	ハイキャストロイ (インゴット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00056A03			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00057000	ハイコバルト-H ショット	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00057000			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00057A01	バイオキャスト (ショット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00057A01			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00057A02	ハイキャストロイ (ショット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00057A02			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00057A03	デンタロイ (ショット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00057A03			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00072000	ハイコバルト-S (ショット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00072000			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00072A01	ドリームキャストII (ショット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00072A01			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222ACBZX00081000	アクリジェットII	ハイデンタル・ジャパン株式会社	045 義歯床用熱可塑性樹脂	1g¥22
222ACBZX00081A01	アクリポリマーII	ハイデンタル・ジャパン株式会社	045 義歯床用熱可塑性樹脂	1g¥22
222ACBZX00080000	ハイコバルト-S (インゴット)	ハイデンタル・ジャパン株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g¥27
222ACBZX00080000			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g¥28
222AFBZX00133000	ボンドフィルSB	サンメディカル株式会社	046 歯科用合着・接着材料 I (粉末・液)	1g¥441
222AFBZX00133000			049 歯科充填用材料 I	1g¥704
222AFBZX00133000			051 歯科充填用材料 III	1g¥16
222AKBZX00110000	フィルテック シューブリーム ウルトラ フロー コンポジットレジン	スリーエム ヘルスケア株式会社	049 歯科充填用材料 I	1g¥704

先進医療専門家会議における第2項先進医療の科学的評価結果

整理番号	技術名	適応症等	保険給付されない費用 ^{※1※2} (「先進医療に係る費用」)	保険給付される費用 ^{※2} (「保険外併用療養費」)	総評	その他 (事務的対応等)
237	前眼部三次元画像解析	緑内障、角膜ジストロフィー、角膜白斑、角膜変性、水疱性角膜症、角膜不正乱視、円錐角膜、水晶体疾患、角膜移植術後に係るもの	5千円 (1回)	3千円	適	別紙 1

※1 医療機関は患者に自己負担を求めることができる。

※2 典型的な1症例に要する費用として申請医療機関が記載した額。

※3 原則として21日以降の受付の場合は翌月受付分として処理している。

【備考】

○「第2項先進医療」は、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴わず、未だ保険診療の対象に至らない先進的な医療技術。

○「第3項先進医療(高度医療)」は、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴い、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とした、先進的な医療技術。

(別添様式第3号)

先進医療の名称	前眼部三次元画像解析
適応症	
緑内障、角膜ジストロフィー、角膜白斑、角膜変性、水疱性角膜症、角膜不正乱視、円錐角膜、水晶体疾患、 角膜移植術後に係るもの	
内容	
<p>(先進性)</p> <p>干渉光やレンズにあおりをつけて焦点深度を深くする Scheimpflug カメラによる Scheimpflug 像を利用した非侵襲かつ非接触の眼球検査法であり、角膜、隅角、虹彩などの病変及び前眼部の光学的特性を3次元かつ数値的に解析できる唯一の方法である。</p> <p>(概要)</p> <p>現在、眼科疾患を診断するためには、検眼鏡あるいは前眼部および眼底写真による検査が必須であるが、従来の検査法では、眼球表面上に現れている変化を観察することができるのみであり、その診断精度には限界がある。また、所見の判断は観察者の主観に左右される面もあり、その所見を広く第三者にも客観的情報として共有する手段が少ない。前眼部3次元画像解析は、これまでの眼科的検査では行えなかつた、角膜、隅角、虹彩などの断層面の観察や立体構造の数値的解析が行える唯一の方法である。また、前眼部の光学的特性を不正乱視を含んで数値的解析ができる唯一の方法である。本解析法には、干渉光と Scheimpflug 像を用いて角膜等を断層的に観察する方法がある。いずれの方法も、装置にコンピューターが内蔵されており、取得データのファイリング、画像劣化のない半永久的保存、取得データの数値的解析などが行え、従来の眼科的検査では得られない情報の入手と情報管理が行える。又、解析結果は電子カルテシステムに組み入れることも可能である。</p> <p>(効果)</p> <p>この技術導入により、前眼部の 3 次元画像と数値的情報が得られ、病態のより深い理解や疾病の診断精度の向上を下記のとおり得られた。従来の装置では観察困難であった、角膜混濁症例の前眼部断層像を取得でき、角膜混濁症例の隅角を撮影し、その状態に合わせて角膜移植の時期及び術式の選択、緑内障手術の時期および術式の選択など適切な加療方針を立てることができる。</p> <p>たとえば、表層角膜移植を予定していても、極端に角膜厚が薄い部位が存在すると、手術中に予期せぬ穿孔がその菲薄部位で生じてしまい、全層角膜移植に移行することを余儀なくされることがあるが、この技術導入によって角膜厚分布を3次元的に把握することによって、角膜の透明性が不良であっても菲薄化部位を検出することが可能となり、術中の合併症を未然に防止することが可能である。また、全層角膜移植においては、虹彩前癒着の部位でそのまま全層で病的角膜を切除すると、その部で虹彩が損傷したり出血などの合併症が生じうる。その際に本技術を導入することによって、切除前に虹彩前癒着を解離すれば、術中合併症を未然に回避することができる。同様に角膜混濁によって隅角や虹彩前癒着の評価が困難な症例に対して緑内障手術を施行する際に、合併症のリスクが少ない手術部位を決定し、術式をより安全性の高いものを選択する上で本技術は有用である。</p>	

先進医療の名称	前眼部三次元画像解析
内容(前ページからのつづき)	
<p>このように本技術を導入することによって、従来の保険で承認された技術のみによる診断、治療に比べ、診断の精度を向上させ、手術適応の時期、術式の選択、切開部位の選択、切開範囲の選択などをより適切に決定することができる。このことにより、手術による侵襲を軽減し、術中術後の合併症を軽減、あるいは未然に予防することに加え、より良好な視機能を獲得することが可能な、治療の質の向上が期待される。</p>	
(先進医療に係る費用)	
1回につき5,000円。	
実施科	
眼科	

先進医療評価用紙(第1号)

先進技術としての適格性	
技術の名称	前眼部三次元画像解析
適 応 症	<input type="checkbox"/> A. 妥当である。 B. 妥当でない。(理由及び修正案: _____)
有 効 性	<input type="checkbox"/> A. 従来 of 技術を用いるよりも大幅に有効。 B. 従来 of 技術を用いるよりもやや有効。 C. 従来 of 技術を用いるのと同程度、又は劣る。
安 全 性	<input type="checkbox"/> A. 問題なし。(ほとんど副作用、合併症なし) B. あまり問題なし。(軽い副作用、合併症あり) C. 問題あり(重い副作用、合併症が発生することあり)
技 術 的 熟 度	<input type="checkbox"/> A. 当該分野を専門とし経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 B. 当該分野を専門とし数多く経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 C. 当該分野を専門とし、かなりの経験を積んだ医師を中心とした診療体制をとっていないと行えない。
社会的妥当性 (社会的倫理的 問題等)	<input type="checkbox"/> A. 倫理的問題等はない。 B. 倫理的問題等がある。
現時点での 普 及 性	A. 罹患率、有病率から勘案して、かなり普及している。 <input type="checkbox"/> B. 罹患率、有病率から勘案して、ある程度普及している。 C. 罹患率、有病率から勘案して、普及していない。
効 率 性	既に保険導入されている医療技術に比較して、 <input type="checkbox"/> A. 大幅に効率的。 B. やや効率的。 C. 効率性は同程度又は劣る。
将来の保険収 載の必要性	<input type="checkbox"/> A. 将来的に保険収載を行うことが妥当。なお、保険導入等の評価に際しては、 以下の事項について検討する必要がある。 [_____] B. 将来的に保険収載を行うべきでない。
総 評	総合判定: <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 否 コメント: 有効性、安全性等すべての項目から適と判定する。

当該技術の医療機関の要件(案)

先進医療名及び適応症：前眼部三次元画像解析	
・実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (眼科) ・ 不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (眼科専門医) ・ 不要
当該診療科の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (4) 年以上 ・ 不要
当該技術の経験年数	要 () 年以上 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
当該技術の経験症例数 注1)	実施者 [術者] として (10) 例以上 ・ 不要 [それに加え、助手又は術者として () 例以上 ・ <input checked="" type="checkbox"/>]
その他 (上記以外の要件)	
・医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (眼科) ・ 不要
実施診療科の医師数 注2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 具体的内容：常勤医師 1 名以上
他診療科の医師数 注2)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 具体的内容：
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	要 () ・ <input checked="" type="checkbox"/>
病床数	要 (床以上) ・ <input checked="" type="checkbox"/>
看護配置	要 (対 1 看護以上) ・ <input checked="" type="checkbox"/>
当直体制	要 () ・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急手術の実施体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
院内検査 (24 時間実施体制)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要
倫理委員会による審査体制	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 審査開催の条件：
医療安全管理委員会の設置	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> (10 症例以上) ・ 不要
その他 (上記以外の要件、例；遺伝加 カ リ ク の実施体制が必要 等)	
・その他の要件	
頻回の実績報告	要 (月間又は 症例までは、毎月報告) ・ <input checked="" type="checkbox"/>
その他 (上記以外の要件)	

注1) 当該技術の経験症例数について、実施者 [術者] としての経験症例を求める場合には、「実施者 [術者] として () 例以上 ・ 不要」の欄に記載すること。

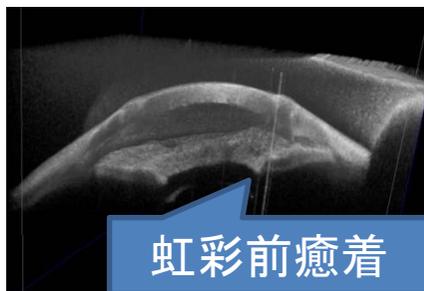
注2) 医師の資格 (学会専門医等)、経験年数、当該技術の経験年数及び当該技術の経験症例数の観点を含む。例えば、「経験年数 年以上の 科医師が 名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。

技術名: 前眼部三次元画像解析

先進性: 干渉光やレンズにあおりをつけて焦点深度を深くするScheimpflugカメラによるScheimpflug像を利用した非侵襲かつ非接触の眼球検査法であり、角膜、隅角、虹彩などの病変及び前眼部の光学的特性を3次元かつ数値的に解析できる唯一の検査法

概要: 下記の例に示す如く、得られた三次元画像、その断層像や数値を用いて、前眼部疾患の診断、治療計画、治療後の評価を行う。

角膜移植後

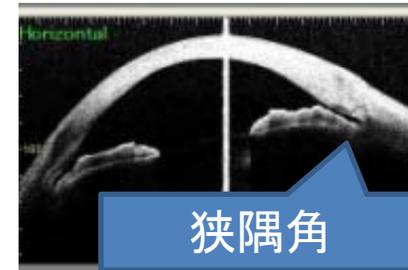


虹彩前癒着

従来の細隙灯顕微鏡検査では虹彩前癒着の判定は困難で、隅角鏡検査は術直後は危険で施行困難

前眼部三次元画像検査で角膜移植後の診断治療の質の向上

角膜移植後前、緑内障

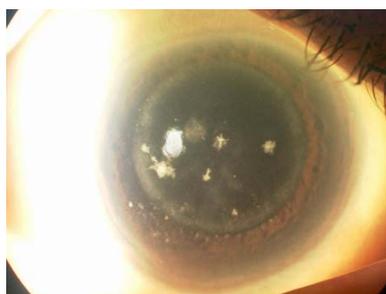
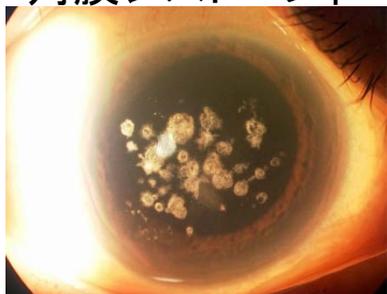


狭隅角

従来の細隙灯顕微鏡検査では角膜混濁で隅角の判定は困難

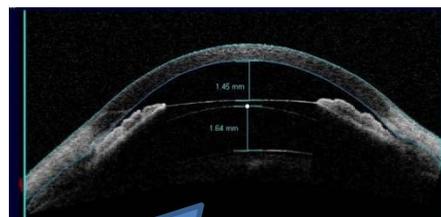
前眼部三次元画像検査で狭隅角が判明し、緑内障発作や角膜移植時の虹彩損傷を回避できる

角膜ジストロフィ

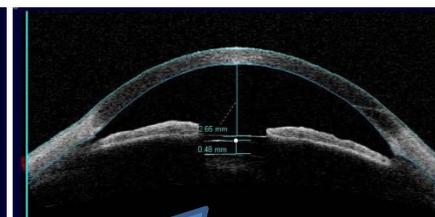


従来の細隙灯顕微鏡検査では混濁の深さの数値化は困難で、前眼部三次元画像検査で深さを測定して、エキシマレーザー治療的角膜切除術を施行し、削りすぎや取り残しを未然に防ぐことができる

有水晶体眼内レンズ

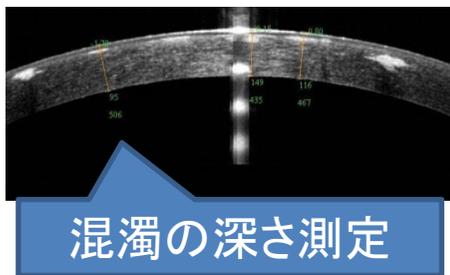


サイズが大き過ぎる



適正のサイズ

従来の細隙灯顕微鏡検査では有水晶体眼内レンズ角膜内皮からの距離や水晶体からの距離を数値化することは困難で、前眼部三次元画像検査で深さを測定して、合併症へ対応し、術前検査で適切なサイズの有水晶体眼内レンズを選択することができる。



混濁の深さ測定

期待される効果: 苦痛や副作用をもたらすことなく、前眼部疾患の診断の精度を向上させ、治療の質を向上させることができる

DPC 制度(DPC/PDPS)の概要と基本的な考え方

1 . DPC 制度(DPC/PDPS)の概要

(1) これまでの経緯

DPC 制度 (DPC/PDPS) は、閣議決定に基づき平成 15 年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。

- DPC/PDPS の導入に先立って、平成 10 年 11 月から国立病院等 10 病院における 1 入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行が実施された (平成 16 年 3 月まで)。
- 試行開始後の検討で、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1 入院当たりの包括評価制度と比較して 1 日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1 日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示された。(別紙 1)
- これらを踏まえ、平成 15 年度から、特定機能病院を対象に、定額算定方式として在院日数に応じた 1 日あたり定額報酬を算定する、という現行の DPC/PDPS が導入された。(別紙 2)
- 以降、DPC/PDPS の対象病院は段階的に拡大され、平成 22 年 7 月 1 日現在で 1,391 病院となり、全一般病床 (約 91 万床) の約 50.4% (約 46 万床) を占めるに至っている。(別紙 3)

(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針 (平成 15 年 3 月 28 日閣議決定) より抜粋

急性期入院医療については、平成 15 年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

「DPC」という呼称については、診断群分類に基づく 1 日あたり定額報酬算定制度を意味する場合と、患者分類としての診断群分類を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があった。

本来 DPC (Diagnosis Procedure Combination) は の意味で作られた略称であり、支払制度の意味は含まれない。このため、支払制度としての DPC 制度の略称については DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) とすることで平成 22 年 12 月 16 日の DPC 評価分科会において整理された。

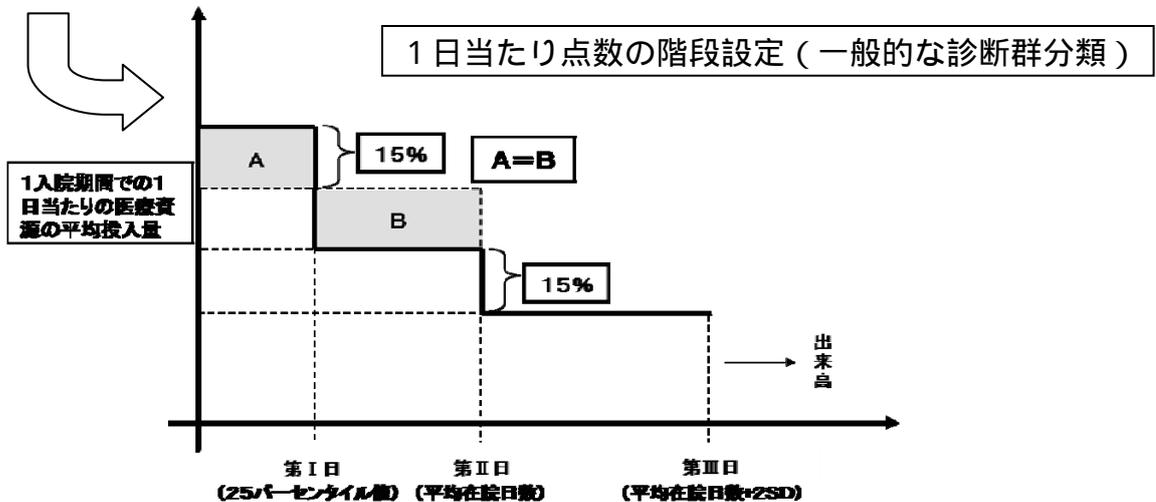
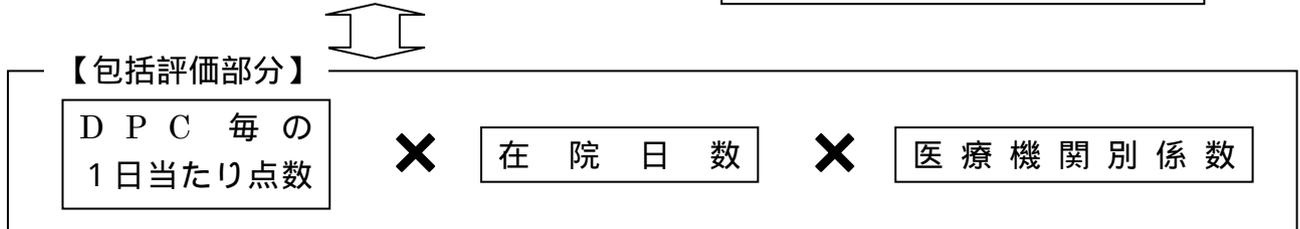
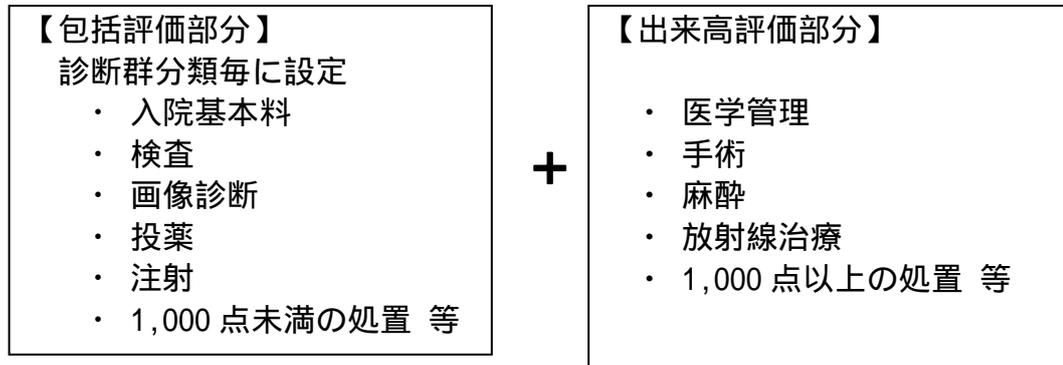
(2) DPC 包括評価の概要

DPC (診断群分類) の導入

入院期間中に医療資源を最も投入した「傷病名」と、入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより分類された患者群である。現在 2,658 の診断群分類が設定されており、このうち、1,875 分類について、均質性が担保されていると考えられたことから、1日当たりの包括点数が設定されている。

包括点数の設定方法

診療報酬の額は、DPC (診断群分類) 毎に設定される包括評価部分と出来高評価部分の合計額となる。包括評価部分は、1日当たり点数 (3段階の階段設定) に在院日数と医療機関ごとに設定された係数 (医療機関別係数) を乗じて算出される。



2 . DPC 制度(DPC/PDPS)の基本的な考え方

(1) 包括評価に係る前提条件

(包括評価の基本原則)

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群とする。

前提 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが、個別的には許容する必要がある（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療の中では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウトライヤー（外れ値）処理として除外等の対応を行う（後述）。

前提 包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出

- 制度設計に際し、包括評価（定額点数）のあり方や具体的な手法については様々な議論や検討がなされたが、
 1. 既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたこと、
 2. 既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難なこと（データや評価体制が不十分）等から、包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

(包括評価の設定は医療資源投入量を評価して設定すべき、という考え方から逆に見れば、出来高報酬制度における点数を医療資源投入量の近似値として使用（準用）している、と見ることもできるが、制度設計としては、出来高見合いの報酬（点数）設定が基本となっている。)

- このことから、包括評価（定額点数）の水準の是非についての議論は、DPC/PDPS 単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

（２）包括評価の実際

包括評価の対象患者

- 急性期入院医療の定額払い方式の試行において採用された包括範囲を基本としつつ、一部修正をして DPC/PDPS として導入している。

イ 対象病棟

一般病棟入院患者

ロ DPC（診断群分類）の設定

- ・ 医療資源を最も投入した「傷病名」
- ・ 入院期間中に提供される手術、処置、化学療法等の「診療行為」
- ・ 併存症の有無を表す「副傷病」等

により臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある患者群を臨床家の思考方法に近い形で分類し、DPC ごとに定額点数を設定する。

臨床的な観点から一つの DPC としての診療行為の評価が不適切な場合（代替性がない場合）、当該 DPC を包括評価から除外又は分岐により細分化することにより対応する。

ハ 包括評価からの除外（別紙４）

（ア） 急性期以外の患者に係る特定入院料を算定する患者

- ・ 緩和ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の急性期以外の患者に係る特定入院料（基本全包括）の算定対象となる患者
- ・ 医師数が医療法標準の 100 分の 70 以下の病院に入院する患者

（イ） データ上均質性の担保できない患者群（一部再掲）

- ・ 報酬設定の根拠となるデータ（出来高点数の実績データ）から見て一つの DPC として均質性が確保できていない（件数不足又はデータ変動大きい）患者群
- ・ 特定の手術・処置（原則直近の診療報酬改定に新しく保険導入されたもの）を算定した患者
- ・ 新規の高額薬剤（当該薬剤を使用した場合の標準的薬剤費が、分類されうる診断群分類における薬剤費の平均 + 1SD を超える薬剤）を使用した患者

(ウ) 例外的に高額な費用を要する特殊な患者等（急性期入院医療の定額払い方式の試行において採用された対象を一部修正）

- ・ 24時間以内の死亡患者（新生児は生後1週間以内）
- ・ 臓器移植患者
- ・ 治験対象患者
- ・ 先進医療対象患者

包括評価の対象とする診療報酬項目（包括範囲）

- 包括評価の対象として設定されている出来高診療報酬項目は、入院基本料等、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション・精神科専門療法における薬剤料、処置（1,000点未満）、病理標本作製料等である。（別紙5）
- これらは、DPC/PDPSに先行して実施された国立病院等10病院における急性期入院医療の定額払い方式の試行において採用された包括範囲を修正したものであり、当時の検討を踏まえ、実施の有無によって報酬が大きく異なる手術料をはじめとする技術料的な色彩の強い診療報酬項目を除外するとともに、薬剤等のいわゆるモノ代や入院基本料等の施設管理運営の範疇に入るような項目を中心に評価する、という方向に沿って設定されたものであった。（別紙6）

【参考】

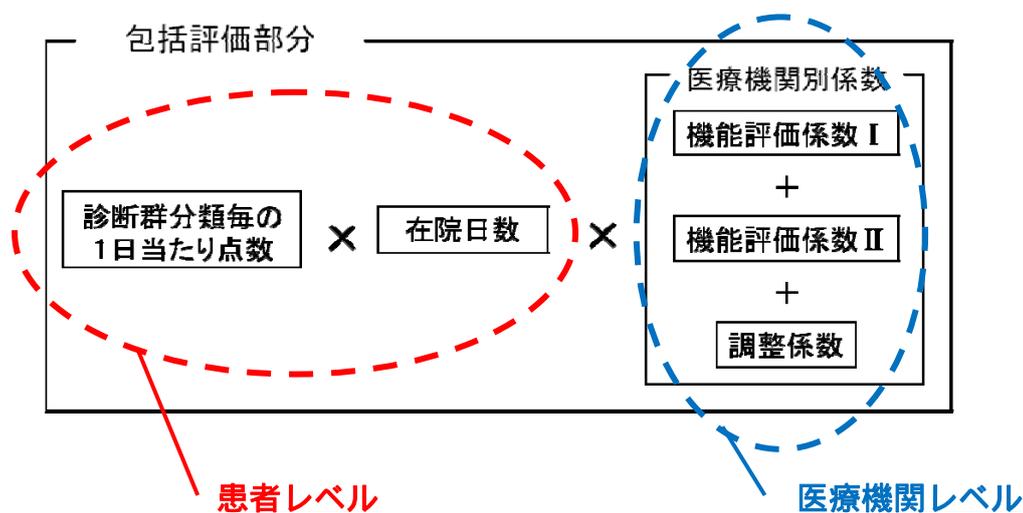
支払い方式	長所	短所
出来高払い	患者の状態に応じた医療サービスの提供が容易（過少診療の予防） 新しい医療を保険診療に取り入れることが容易	過剰診療を誘発する恐れ 請求、審査支払い事務の複雑化
包括払い	過剰診療の防止 請求、審査支払い事務の簡素化	過少診療の恐れ 診療内容の不透明化

包括評価（1日あたり定額点数）の設定方式

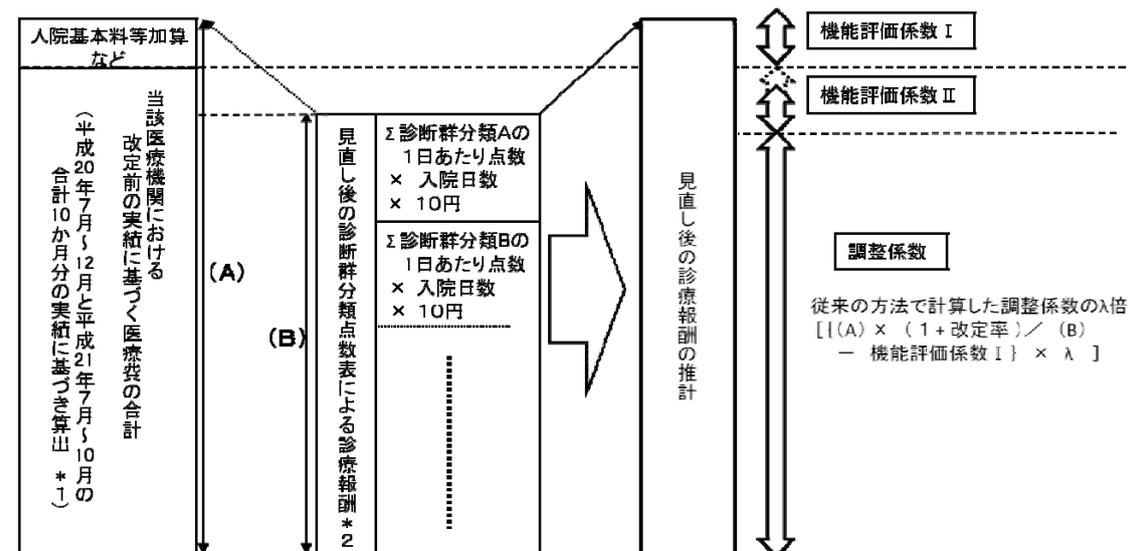
- 急性期入院医療における平均在院日数等の診療のバラツキの実態(制度導入当時)を踏まえ、診療の効率化推進と早期退院インセンティブの度合のバランスから、一件あたり定額ではなく、一日あたり定額を採用した。(再掲別紙1)
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定する方式となっている。(別紙7)
- また、例外的に在院日数が長期化する患者(アウトライヤー)については、平均在院日数 + 2SD(標準偏差)を超えた部分について、出来高診療報酬を算定することで対応している。

医療機関別係数の設定方式

- DPC/PDPSの包括評価では、患者レベルの医療資源投入量の違いをDPC(診断群分類)及び在院日数の設定により対応し、医療機関レベルの違いは医療機関別係数により対応している。



- 医療機関レベルについては、それぞれの医療機関の設備・体制や診療機能等、医療機関固有の特性を反映させるような乗数を「医療機関係数」として設定しており、主として医療提供の構造的な因子(Structure)に着目して設定された「機能評価係数」と、それ以外の要素を評価した「調整係数」により制度運用がスタートした。
- 制度導入後、「調整係数」の持つ経過措置的な役割について見直すこととされ、平成22年改定以降、「機能評価係数」が導入されることとなった(経緯等後述)。



- *1 平成22年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映したもの。
- *2 当該医療機関における平成20年7月～12月と平成21年7月～10月の入院実績に基づき算出している。

イ 機能評価係数

- 医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を係数として評価している。
- 出来高評価体系において当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算などがこれに該当し、診療録管理体制加算・医療安全対策加算等が評価対象として設定されている。(別紙8)

ロ 調整係数と機能評価係数

(ア) 調整係数の考え方

- 平成15年のDPC/PDPS導入に向けた検討時点で指摘された、特定機能病院における診療内容の実態(平均在院日数等のバラツキの存在)を踏まえ、制度導入時の激変緩和のための措置として、医療機関ごとの診療特性等の違いに対応する包括評価の補正のために、前年度の診療報酬算定実績を反映(補正)させる係数として導入された。

(イ) 調整係数見直しに係る経緯

- 制度導入後の検討において、調整係数については平成22年診療報酬改定以降、段階的に新たな機能評価係数に置き換えを進めることとされ、平成22年改定において「機能評価係数」が導入された(検討経緯は別紙9)。

(ウ) 機能評価係数 の考え方

- ・ 「調整係数」から「機能評価係数」への置換えに際して、「調整係数」が単なる診療報酬水準の補償だけではなく、重症患者への対応能力や高度医療の提供能力など、導入された包括算定方式では評価されない様々な診療コストのバラつきを補正する役割を担っていることが指摘された。
- ・ このような観点から、診療報酬算定を最適化するための方策という技術的な視点に基づき、「調整係数」が果たしている役割と「機能評価係数」で対応すべき事項が検討され、急性期入院医療の評価であること、医療全体の質の向上が期待できること、社会的に求められる機能・役割を重視すること等、7つの「基本的考え方」がまとめられた(別紙10)。
- ・ 「基本的考え方」に合致し、収集している DPC データで分析できる事項で既存の診療報酬体系における評価と重複しない項目等が繰り返し精査され、具体的な6項目が新たな機能評価係数として平成22年度改定において導入されている(別紙11)

八 調整係数の役割

(ア) 調整分(調整係数による補正)の由来

- ・ 制度導入時の激変緩和のために設定された調整係数は、前年度の診療報酬算定実績を反映(補正)するというその定義から、各医療機関に対して、前年度の包括評価水準を維持する機能を担っている。
- ・ このような調整係数の運用により得られる当該調整分の由来は各医療機関によって異なるが、基本的には以下の4つに大別されるものと考えられる。

a アウトライヤー対応分

DPC(診断群分類)毎の包括点数は、該当する過去の診療実績データ(包括範囲に対応する出来高点数)から外れ値(標準的な診療内容から逸脱した例外的な症例等;アウトライヤー)を除外した幾何平均に基づき設定されており、各DPCに該当する全症例分の出来高報酬相当額の平均値とでは一定の乖離が生じる。

b 施設毎バラつき対応分

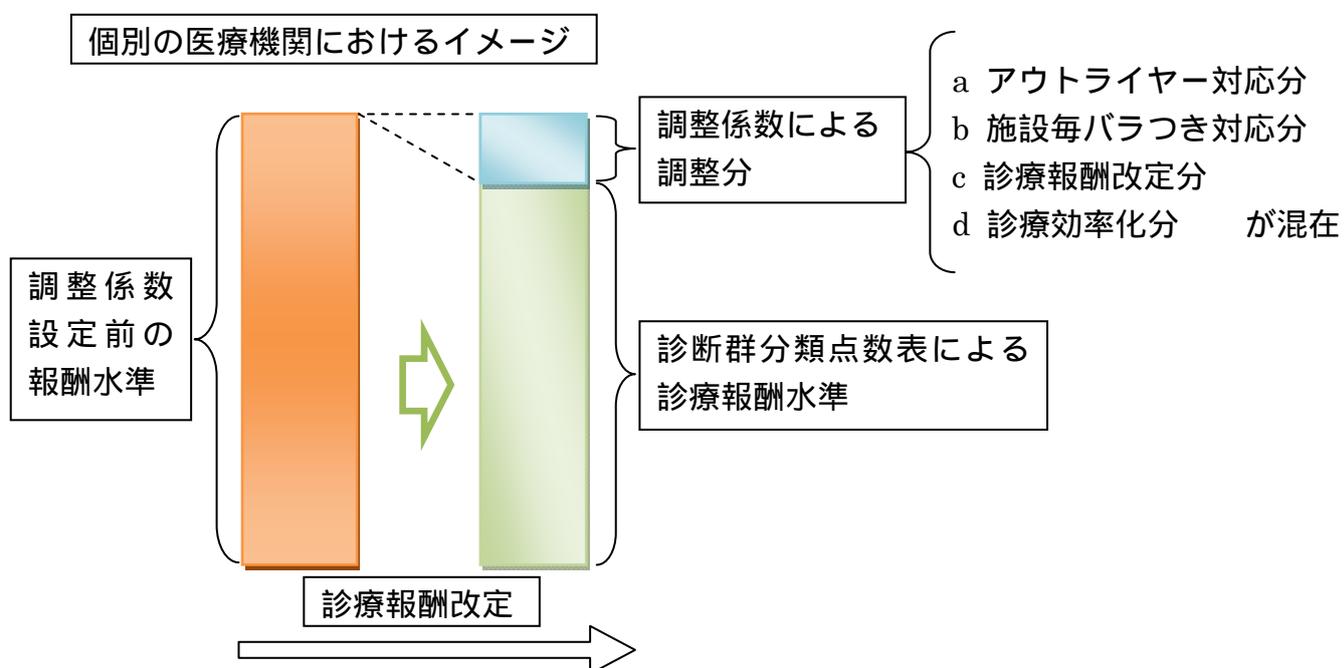
包括範囲に該当する診療内容は、個別の症例毎や医療機関毎に一定のバラつきがある。このため、全DPC対象病院の総平均と、医療機関毎の平均の間には一定の乖離が生じる。

c 診療報酬改定対応分

診療報酬改定時に設定する DPC（診断群分類）毎の包括点数は、改定前の診療実績データ（包括範囲に対応する出来高点数）に基づく平均値であるため、改定率により補正する必要が生じる。

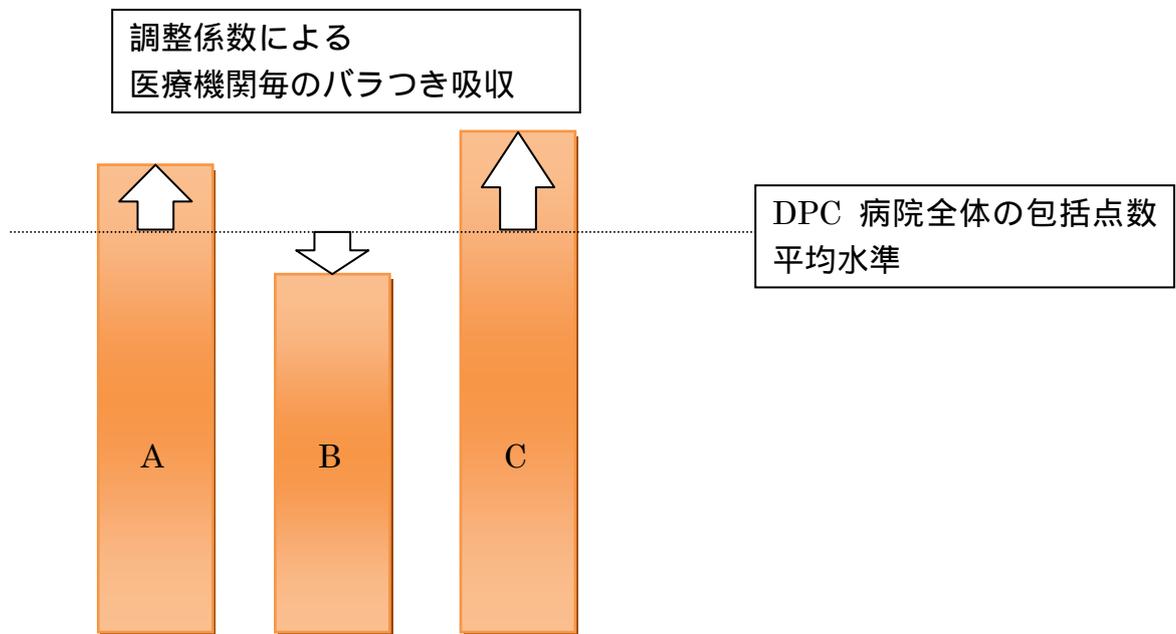
d 診療効率化分

包括評価への対応として、各医療機関で実施される診療内容の効率化が図られるため、DPC（診断群分類）毎の包括点数を設定した時点で想定していた診療内容との比較において、実際に使用された医薬品等について後発品等の廉価品への切り替えや検査・画像診断等の実施の効率化の程度に応じた乖離が生じる。



(イ) 調整分(調整係数による補正)の効用

- 各 DPC 病院で実際に実施される診療に対して得られる包括報酬の算定において、DPC 病院全体の包括点数平均水準(全体の平均値)との乖離(バラつき)を吸収することで、円滑な医療機関の運営が促進されている。(上記 a、b、c に対応)

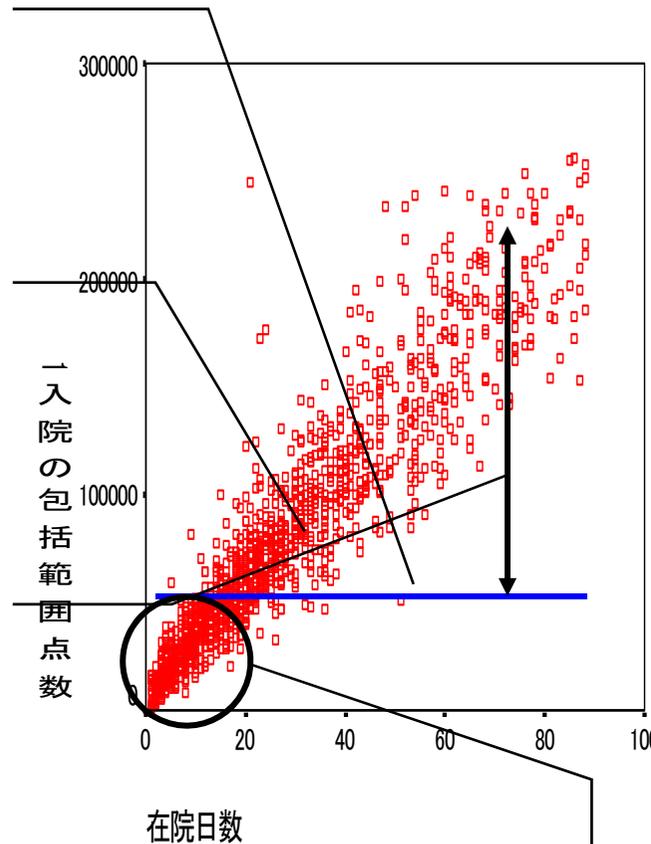


- DPC 包括評価に参加する医療機関にとって、効率化分(上記 d に相当)も含めた DPC 包括評価による報酬が出来高算定報酬との比較で病院にとって有利になる余地があれば、当該医療機関にとって DPC/PDPS(包括評価)を選択するインセンティブとなっている。

1入院当たり包括評価と1日当たり包括評価の比較

「肺がん→手術なし→副傷病なし」の場合

1入院当たり包括評価



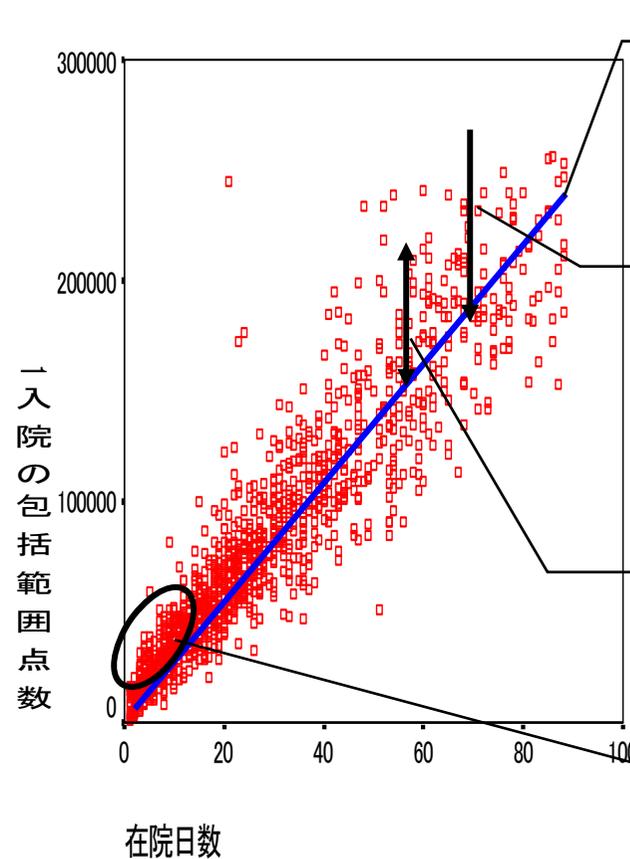
支払額は、
在院日数
に関係なく
一定。

在院日数
を短くする
強いイン
センティブ
が存在。

在院日数
がばらつ
いている
現状では、
非常に大
きな差額
が発生。

在院日数が短ければ、
黒字

1日当たり包括評価



支払額は、
在院日数に
比例。

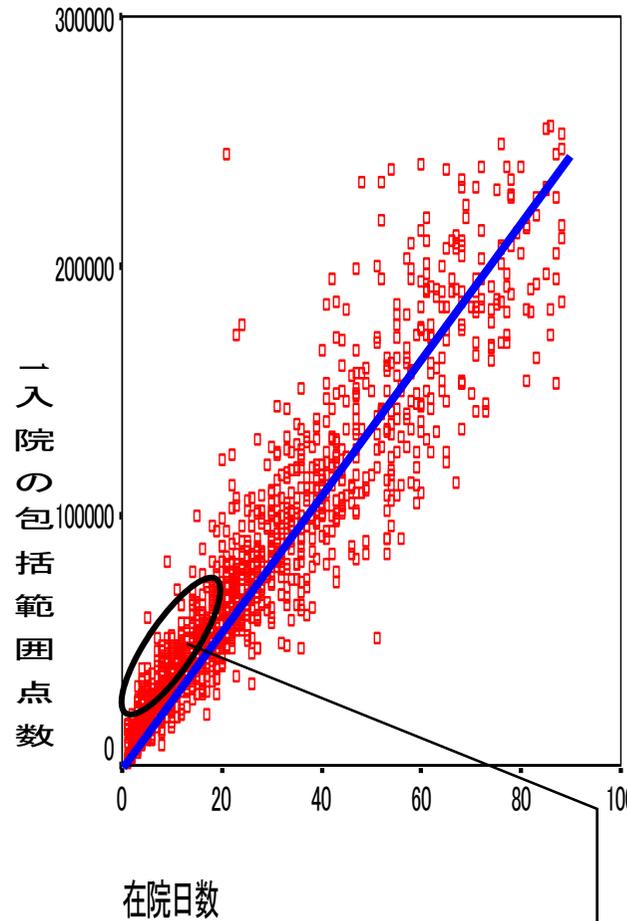
1日単価を
下げる強い
インセンティ
ブが存在。

在院日数が
ばらついて
いても、差額
は比較的小
さい。

在院日数が短くても、1
日単価が高ければ赤字

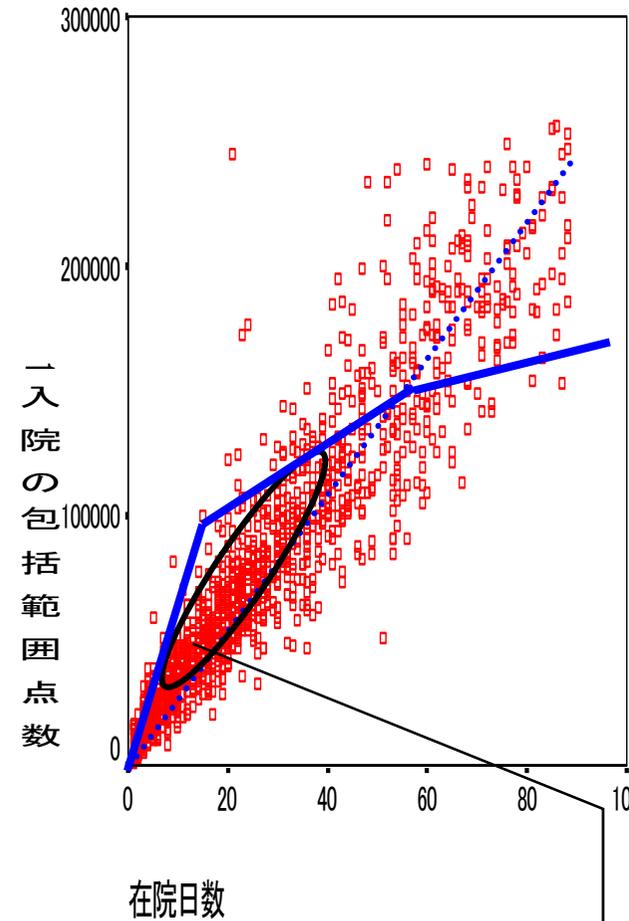
1日当たり包括評価の方法

【基本形】



在院日数が短くても、1日単価が高ければ赤字

【在院日数を加味した形】

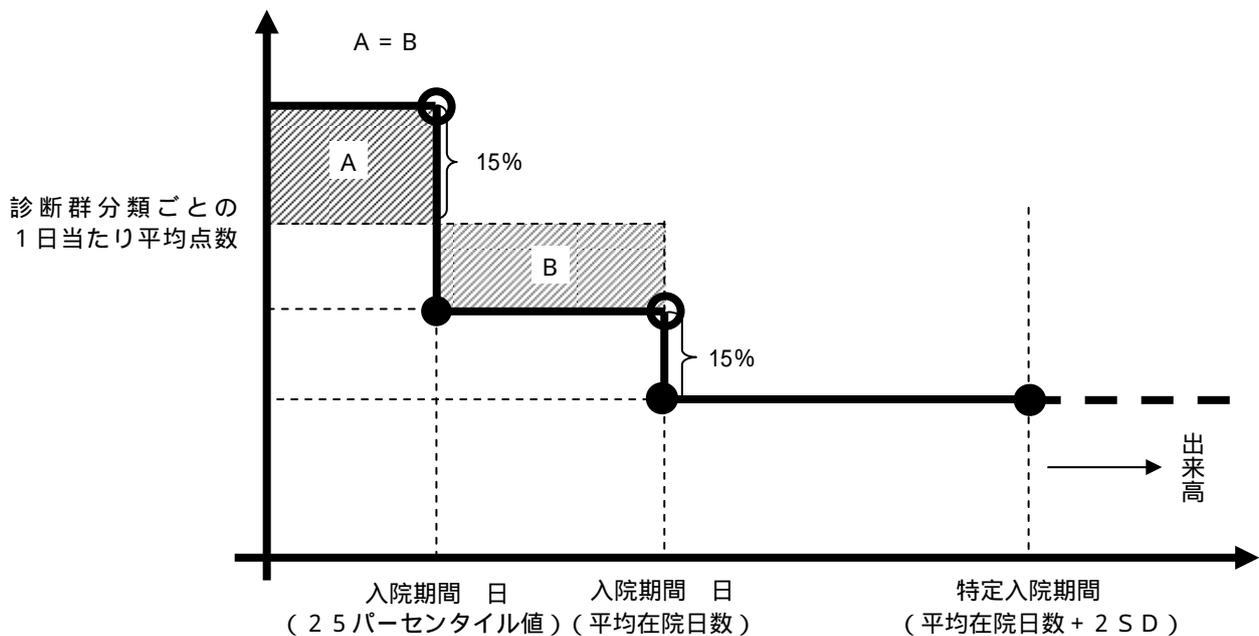


在院日数が短く1日単価が高くても黒字

入院期間に応じた点数の設定方法

包括評価部分は、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価するという観点から、基本的に3段階の入院期間に応じた点数が、診断群分類区分ごとに設定されています。

【点数設定のイメージ】



手術料等は出来高評価。

平均在院日数は、診断群分類区分ごとのもの。

入院日数の25パーセンタイル値までは平均点数に15%加算。

「入院日数の25パーセンタイル値」とは、診断群分類区分ごとの入院日数の短い患者上位25%までが含まれるという意味。

25パーセンタイル値から平均在院日数までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日あたり点数の平均点数が、1日あたり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。

平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。

入院期間が著しく長期になる場合(平均在院日数 + 2標準偏差)は、出来高により算定。

悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類および短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷などの分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値までに繰り上げて設定されている。

DPC対象病院・準備病院の規模(平成22年7月1日見込)

DPC対象病院数の変遷

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	82	82
平成16年度DPC対象病院	1	13	14	15	7	94	144
平成18年度DPC対象病院	5	30	47	71	44	162	359
平成20年度DPC対象病院	39	103	134	134	88	217	715
平成21年度DPC対象病院	133	254	261	227	137	269	1,281
平成22年度DPC対象病院	154	288	284	244	146	275	1,391
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	3,279	2,335	795	585	294	426	7,714

平成22年度DPC準備病院数

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成22年度準備病院 計	119	93	31	22	6	8	279
平成18年度新規準備病院	3	6	2				11
平成19年度新規準備病院	45	29	8	3		1	86
平成20年度新規準備病院	25	22	5	1		1	54
平成21年度新規準備病院	17	19	10	11	4	3	64
平成22年度新規準備病院	29	17	6	7	2	3	64

DPC算定病床数の変遷

病院類型	100床未満	100床以上	200床以上	300床以上	400床以上	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	66,983	66,983
平成16年度DPC対象病院	74	2,024	3,596	5,107	3,081	76,099	89,981
平成18年度DPC対象病院	326	4,676	11,839	24,268	19,466	116,613	177,188
平成20年度DPC対象病院	2,806	15,821	32,803	45,876	38,892	151,377	287,575
平成21年度DPC対象病院	9,206	38,442	64,160	77,574	60,534	183,330	433,246
平成22年度DPC対象病院	10,384	43,196	69,745	83,781	64,474	187,127	458,707
(参考)全一般病院数 (平成20年医療施設調査)	119,939	190,638	113,436	141,738	100,976	242,710	909,437

平成22年度DPC準備病院病床数

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成22年度準備病院 計	7,342	13,084	7,228	7,365	2,580	5,266	42,865
平成18年度新規準備病院	93	890	421				1,404
平成19年度新規準備病院	2,729	4,013	1,949	973		658	10,322
平成20年度新規準備病院	1,608	2,826	1,177	320		552	6,483
平成21年度新規準備病院	1,127	2,773	2,353	3,622	1,637	1,819	13,331
平成22年度新規準備病院(速報値)	1,785	2,582	1,328	2,450	943	2,237	11,325

<用語の定義>

- 平成●●年度対象病院:当該年度において、診断群分類点数表により算定している病院
- 平成●●年度参加病院:当該年度において、初めて対象病院となった病院
- 平成●●年度準備病院:当該年度において、対象病院ではなく、DPC調査に参加している病院

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

※全一般病院の病床数区分は、一般病床数による。

※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成21年12月分DPC調査データより集計(平成22年度新規準備病院のみ自己申告)

※平成22年度DPC対象病院には、平成22年7月DPC参加病院を含む。

※平成20年度参加病院は、病院の廃院により昨年度より1病院(社会保険浜松病院)減少している

急性期入院医療における包括評価制度の対象患者の変遷について

【対象患者】

一般病棟の入院患者であって、傷病名等が診断群分類に該当する者。

ただし、以下の者を除く。

【対象外患者】(印は除外される患者)	定額払い方式 試行時	DPC 制度	
		開始時	現在
年齢 15 歳未満の患者			
一連の入院治療が完結しないうちに、他医療機関に転院した患者、他医療機関より転院してきた患者			
治験の対象となっている患者			
検査入院の患者			
入院後 24 時間以内の死亡患者			
生後 1 週間以内に死亡した新生児			
臓器移植患者			
先進医療の対象患者			
急性期以外の患者に係る特定入院料（緩和ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等）を算定する患者			
医師数が医療法標準の 100 分の 70 以下の病院に入院する患者			
件数が少ない又はデータ変動の大きい診断群分類			
特定の手術・処置を算定した患者			
新規の高額薬剤を使用した患者			

DPC 制度における包括評価の範囲

項目		包括評価	出来高評価
入院料等	入院基本料	DPC 制度の対象となる入院基本料全て	
	入院基本料等加算	総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算等 (8 項目、機能評価係数 として評価)	超急性期脳卒中加算、地域加算、 呼吸ケアチーム加算等
	特定入院料	一定額を 1 日当たり点数に加算	
医学管理等		手術前医学管理料、手術後医学管理料	左記以外
在宅医療			全て
検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料 (血液採取を除く)
画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法 (主要血管)
投薬		全て	
注射		右記以外	無菌製剤処理料
リハビリテーション・ 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
処置		右記以外 (1000 点未満処置)	1000 点以上処置 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹 膜灌流に係る費用
手術・麻酔・放射線治療			全て
病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料

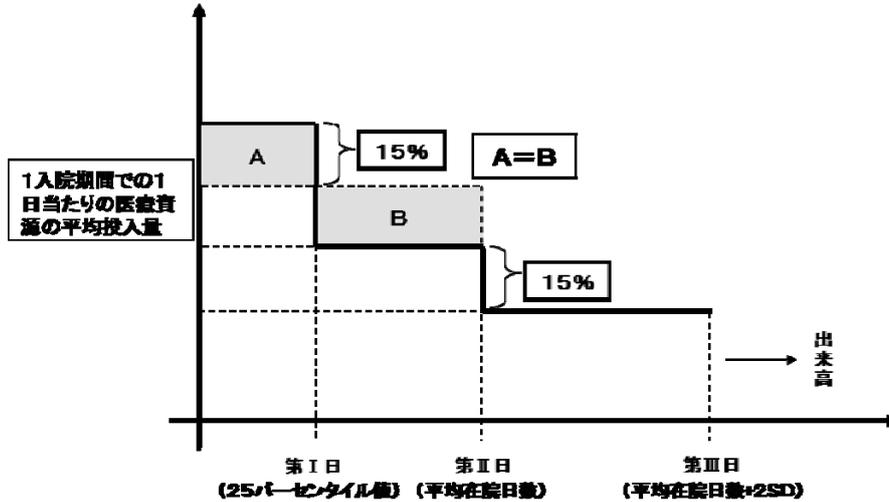
包括評価の範囲の変遷について

項 目		定額払い方式 試行時	DPC 制度 開始時	現在
入院料等	入院基本料			
	入院基本料等加算		(係数評価)	(係数評価)
	特定入院料		(加算評価)	(加算評価)
医学管理等				
在宅医療				
検査				
画像診断				
投薬				
注射				
リハビリテーション・ 精神科専門療法				
	薬剤料			
処置		(1000点未満)	(1000点未満)	(1000点未満)
手術・麻酔				
	薬剤料・ 特定保険医療材料料			
放射線治療				
病理診断				

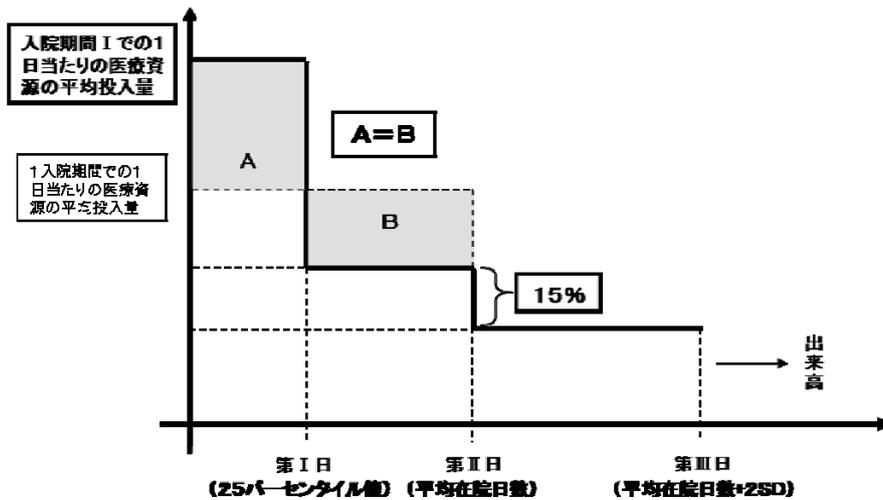
凡例： 例外なく全て包括
一部の例外を除き包括
ごく特定の点数のみ包括

1日当たりの包括点数の設定方法（3種類）について

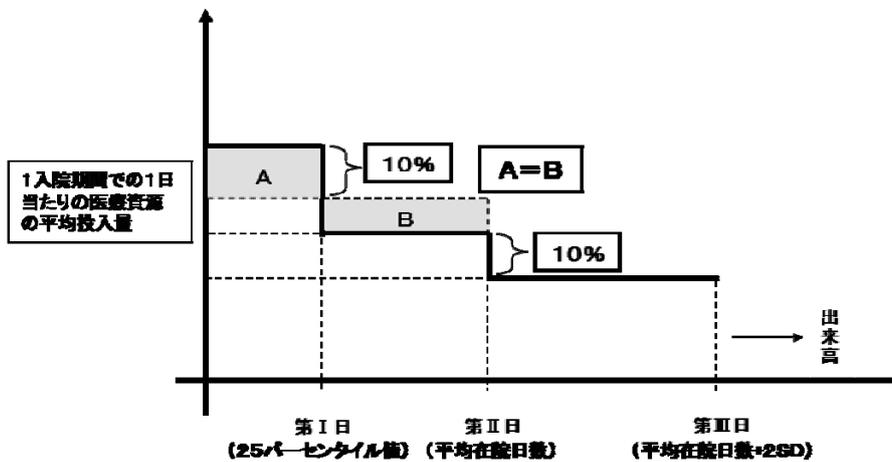
A 一般的な診断群分類



B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



機能評価係数 I

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院 基本 料	入院基本料(7対1)	0.1705	0.1190	0.1008	1,555点/日
	入院基本料(7対1特別)			▲ 0.0221	1,244点/日
	入院基本料(10対1)	0.0697	0.0182		1,300点/日
	入院基本料(10対1特別)			▲ 0.1028	1,040点/日
入院 基本 料等 加算	総合入院体制加算			0.0297	120点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0327	1,000点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0013		40点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0007		20点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0010		30点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0267		810点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0201		610点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0161		490点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0084		255点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0059		180点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0045		138点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0305		120点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0203		80点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0431		109点/日
	看護補助加算2		0.0332		84点/日
	看護補助加算3		0.0221		56点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35点(入院初日)
	感染防止対策加算		0.0032		100点(入院初日)
	検 査	検体検査管理加算(I)		0.0011	
検体検査管理加算(II)			0.0027		100点/月
検体検査管理加算(III)			0.0081		300点/月
検体検査管理加算(IV)			0.0135		500点/月
経 過 措 置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0640	▲ 0.0822	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1447	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.2866	-

機能評価係数 I として評価されているもの
 条件を満たせば算定可能
 (無色) DPC病棟では算定しないと考えられるもの

		入院基本料等加算			
入院患者全員に加算	①医療機関の評価	病院の体制の評価	A200 総合入院体制加算	A204-2 臨床研修病院入院診療加算	
			A204 地域医療支援病院入院診療加算	A207-2 医師事務作業補助体制加算	
			A207 診療録管理体制加算	A230 精神科棟入院時医学管理加算	
	看護配置の評価	地域特性の評価	A243 後発医薬品使用体制加算	A230-2 精神科地域移行実施加算	
			A207-3 急性期看護補助体制加算	A232 がん診療連携拠点病院加算	
	特殊病室の評価	療養環境の評価	A213 看護配置加算	A234 医療安全対策加算(+感染症防止対策加算)	
			A214 看護補助加算		
	条件を満たす患者個人毎に加算	②医療連携の評価	紹介・受入の評価	A218 地域加算	A229 精神科隔離室管理加算
				A218-2 離島加算	
		退院調整の評価	療養環境の評価	A224 無菌治療室管理加算	A221-2 小児療養環境特別加算
A225 放射線治療室管理加算					
③特定の疾患や病態に対する特殊診療の評価等		脳卒中	救急	A219 療養環境加算	A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
				A220 HIV感染者療養環境特別加算	A227 精神科措置入院診療加算
		小児	産科	A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算	A228 精神科応急入院施設管理加算
				A221 重症者等療養環境特別加算	A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
		精神科	精神疾患と身体疾患の合併	A222 療養病棟療養環境加算	A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
				A223 診療所療養病床療養環境加算	A238 慢性病棟等退院調整加算
	小児精神	褥瘡・重症皮膚潰瘍	A206 在宅患者緊急入院診療加算	A238-2 急性期病棟等退院調整加算	
			A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算	
	栄養管理	人工呼吸器離脱	A208 乳幼児・幼児加算	A205-2 超急性期脳卒中加算	
			A236-2 ハイリスク妊娠管理加算		
介護連携	がん	A237 ハイリスク分娩管理加算	A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算		
		A231-2 強度行動障害入院医療管理加算			
難病等	難病等	A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算	A231-4 摂食障害入院医療管理加算		
		A231-4 摂食障害入院医療管理加算	A230-3 精神科身体合併症管理加算		
		A231 児童・思春期精神科入院医療管理加算			
		A226 重症皮膚潰瘍管理加算	A235 褥瘡患者管理加算		
		A233-2 栄養サポートチーム加算	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算		
		A242 呼吸ケアチーム加算	A233 栄養管理実施加算		
		A240 総合評価加算			
		A226-2 緩和ケア診療加算			
		A210 難病等特別入院診療加算	A211 特殊疾患入院施設管理加算		

調整係数に係る議論の経緯

【平成17年11月16日 中医協・基本小委】

調整係数については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成22年度改定時に医療機関の機能を評価する係数として組み替える等の措置を講じて廃止することを検討してはどうか。

【平成18年2月15日 中医協・総会 承認】

医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年改定においては、他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

【平成18年2月15日 中医協 答申附帯意見】

DPCについては、円滑導入への配慮から制度の安定的な運営への配慮に重点を移す観点も踏まえ、調整係数の取扱いなど、適切な算定ルールの構築について検討を行うこと。

【平成19年5月16日 中医協 基本小委】

平成18年度診療報酬改定における答申及び附帯意見を踏まえ、平成20年度以降の医療機関係数の在り方について、各医療機関を適切に評価するために、調整係数の廃止や新たな機能評価係数の設定等について検討する必要がある。

【平成19年8月8日 中医協 基本小委】

新たな係数の導入について検討するとともに、DPC制度の円滑導入のため設定された調整係数については、廃止することとしてはどうか

【平成19年11月21日 中医協 基本小委】

調整係数の廃止及び新たな機能評価係数の設定について

平成20年度改定時までには、調整係数は存続することとしているが、それ以降については、調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

【平成19年12月7日 中医協 基本小委】

平成20年度以降、速やかに以下のことを検討することとする。

○ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

【平成20年2月13日 中医協・総会 承認】

DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

平成20年12月17日 中医協・基本問題小委員会において承認

1. DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
2. DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点（医療全体の質の向上）が期待できる係数を検討するべきではないか。
3. DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
4. 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。
5. DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
6. DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
7. その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

機能評価係数 (1)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	<p>[指数](平成23年4月より評価)</p> <p>①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。</p> <p>②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。</p>
2	効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した平均在院日数の相対値により評価	<p>[指数]</p> <p>= [全DPC対象病院の平均在院日数] / [当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数]</p> <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3	複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院あたり包括点数の相対値により評価	<p>[指数]</p> <p>= [当該医療機関の包括点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数] / [全病院の平均一入院あたり包括点数]</p> <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
4	カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	<p>[指数]</p> <p>= [当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数] / [全診断群分類数]</p> <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。</p>

機能評価係数 (2)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
5	地域医療 指数	地域医療への貢献による評価	<p>[指数](平成22年8月より評価) = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント)</p> <p>①「脳卒中地域連携」 脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料()」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料()」を算定している医療機関を評価</p> <p>②「がん地域連携」 「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価</p> <p>③「地域がん登録」 地域がん登録への参画の有無を評価</p> <p>④「救急医療」 医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価</p> <p>⑤「災害時における医療」 DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価</p> <p>⑥「へき地の医療」 へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価</p> <p>⑦「周産期医療」 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価</p>
6	救急医療 係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価	<p>= 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p>

DPC 制度に係る検討経過と今後の対応に関する論点について

1. 要旨

平成 24 年改定に向けた DPC 制度(DPC/PDPS)の検討については、平成 22 年 9 月 29 日開催の中医協総会です承された検討方針(参考 1)に基づき、これまで 4 回(平成 22 年 10 月 26 日、11 月 24 日、12 月 16 日、平成 23 年 1 月 13 日) DPC 評価分科会において検討を進めてきた(検討概要は参考 2)。

これらの検討により、今後の対応に関する基本的な考え方(総 - 3 - 1「DPC 制度(DPC/PDPS)の基本的考え方」とともに、平成 24 年改定での対応に向けた、幾つかの論点と今後の対応について整理がなされたところである。

上記を踏まえ、改定対応の具体案等については、引き続き、DPC 評価分科会において検討を継続してはどうか。また、その前提として、今回、これまでの検討成果に基づき整理が求められている、今後の検討の方向性に係る幾つかの論点について、以下、中医協において検討してはどうか。

2. 検討すべき課題と今後の対応等

(1) 精神病棟への対象の拡大

【総 - 3 - 1 「2.(2) 包括評価の対象患者」関連】

【論点】

- ・ いわゆる総合病院の精神病棟における身体合併症を有する精神科患者への治療についても、DPC/PDPS の対象とすることについて、どう考えるか。(現行は一般病棟入院患者に限定)

分科会での検討結果

10 対 1 の看護配置を満たさない等、資源投入量が異なる実態があると考えられることから、一般病棟の急性期病床で行われている包括評価をそのまま精神病棟に適用することは適切ではない、という指摘がなされた。

一方で、精神病棟での診療実態の評価を推進するための DPC の活用は重要であり、来年度以降の DPC/PDPS 導入影響評価において精神病棟に係るデータについても整理・分析することが必要との指摘がなされた。

検討事項

- 分科会での検討を踏まえ、DPC/PDPS 対象患者の精神病棟入院患者への拡大や来年度以降の DPC/PDPS 導入影響評価における精神病棟に係るデータの整理・分析について、どう考えるか。

(2) 1 入院当たり算定方式への移行

【総 - 3 - 1 「 2 . (2) 包括評価の設定方式」関連】

【論点】

- ・ 制度導入時、医療現場における診療のバラつきの実態等を踏まえ、1 入院当たり定額算定方式（いわゆる DRG/PPS と同様な方式）ではなく、現行の 1 日当たりの定額報酬算定方式（DPC/PDPS）が採用された。
- ・ 現行の 1 日当たり定額方式（DPC/PDPS）では一定日数以上入院しないと採算が合わない等の理由から在院日数が逆に長期化するとの指摘もある。このようなことから、現時点で 1 入院当たり定額算定方式に移行すべきではないか、との指摘について、どう考えるか。

分科会での検討結果

1 入院当たり定額算定方式（DRG/PPS）には明らかな在院日数短縮のインセンティブがある。しかし、現行 DPC/PDPS では特に高額薬剤等について一定日数以上入院しないと採算が合わないため、在院日数が逆に長期化する傾向にあり（いわゆる「最適点」が存在）入院期間 でこの傾向が顕著である、といった指摘がなされた。

一方で、以下のような課題も指摘された。

- イ) 病院間の診療のバラつきが依然として存在する中で、DRG/PPS を導入すれば、患者を退院させる強力なインセンティブが発生し大きな社会的混乱を起こすこと
 - ロ) 米国 DRG/PPS の診断群分類による算定報酬の説明力は 50% 程度でしかなく、民間保険を含む多様な医療保険制度における部分的な活用に留まっているため米国全体としては弊害は小さいが、事実上の皆保険単一診療報酬制度の我が国で導入するには問題が多すぎる
 - ハ) 我が国全体として平均在院日数が短縮傾向にあること、更に DPC/PDPS 対象病院は出来高算定病院より急峻に在院日数が低下してきており、在院日数短縮に一定の寄与が認められること
- 二) アメリカ並みの在院日数短縮が日本社会において望まれているとは考えにくいこと

以上を踏まえ、現時点では 1 入院当たりの定額報酬算定に移行する必要性は無いとの見解で分科会としての合意が得られた。

また、「最適点」の存在や在院日数長期化という弊害に対しては、1 日当たり点数の階段設定をさらに細かくすることで対応できるのではないかとの意見が示された。一方で、このような細分化は制度をより複雑化し、簡素化の流れと逆行するとともに、現状は許容範囲ではないかという見解も示された。

検討事項

- 分科会の見解を踏まえ、現時点で、現行の DPC/PDPS を 1 入院当たりの算定方式に移行することについて、どう考えるか。

(3) 調整係数見直し後の医療機関別係数の在り方

【総 - 3 - 1 「 2 . (2) 八 調整係数の役割」関連】

【論点】

- ・ 中医協で既に決定された「調整係数が果たしていた役割のうち、『前年度並の収入確保』という機能は廃止する」(平成 20 年 12 月 17 日・基本小委)という方針から、過去の報酬水準を個別医療機関毎に継続的に反映させる診療報酬の調整は適切ではないとされる。
- ・ 一方で調整係数により、包括範囲に係る診療行為のバラつきの吸収や、DPC/PDPS 参加による診療実績の開示や医療の標準化・効率化への取組みが推進される一定のインセンティブ、という効用が指摘されている。
- ・ 調整係数の廃止に伴いこれらの役割を維持するのであれば、何らかの措置が必要であり、具体的な対応としてどう考えるか。

[留意点]

今回の整理は、調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数の設定の在り方について検討するもの。これらを今後、具体的にどのようなスケジュールで導入するか、経過措置についてどのような対応をするか等については、別途検討が必要。

分科会での検討結果

- 1 【論点整理】

イ) 調整係数の運用によって得られた効用について今後の在り方

医療機関毎の医療資源投入量のバラつきについては、重症患者の多寡や地域特性等の事情が反映される部分もあることから、何らかの措置が必要であるという点について、概ね意見の一致を見た。

DPC/PDPS 参加へのインセンティブについては、現状でも出来高算定との比較で DPC/PDPS の方がある程度の高い報酬レベルを維持されている事でインセンティブが付与されており、ある種のインセンティブが付与されることについて、概ね意見の一致を見た。

ロ) 包括評価における適切な診療実態の反映

直近の診療実績データ(改定時の過去 2 年間・10 ヶ月の出来高算定点数データ)に基づき包括評価の設定を行うとともに、制度参加時点での報酬水準が結果的に維持される現行の調整の仕組みを廃止することについては、概ね意見の一致を見た。

調整係数の廃止に向けた対応として、現状で調整係数が担っている役割や機能を全て、今回改定で導入された機能評価係数 に置き換えることは、今

後さらに機能評価係数 の項目を拡大したとしても、不可能であり、機能評価係数では評価しきれない係数部分（平成22年改定の議論で提起された基本的な診療機能に対応する「基礎係数」）の設定を検討する方向で進めることが必要、との指摘がなされた。

八) 包括評価を調整する仕組みの在り方

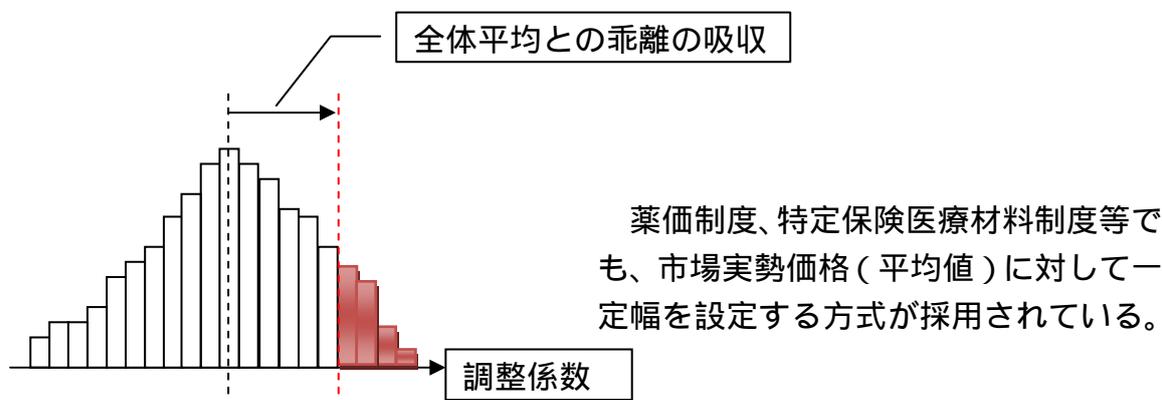
一定幅による調整は必要との指摘がある一方で、DPC/PDPSへの参加は特定機能病院を除けば医療機関の選択性になっており、退出ルールが整備されている現状では、一定幅を設定するのではなく医療機関の選択に委ねるべきではないかとの指摘もなされた。

多様な病院がDPC/PDPSに混在する中で、例えば100床規模の病院と特定機能病院を同じスケールで評価することは困難であり、全体を一本にして調整係数を置き換えるのではなく、病院を類型化したうえで、病床規模別などの病院の機能や特性を反映させた「基礎係数」を設定するなどにより、今後の機能評価係数への置き換えを進めるべき、との指摘がなされた。

<参考> 具体的な対応手法の例

i) 一定幅

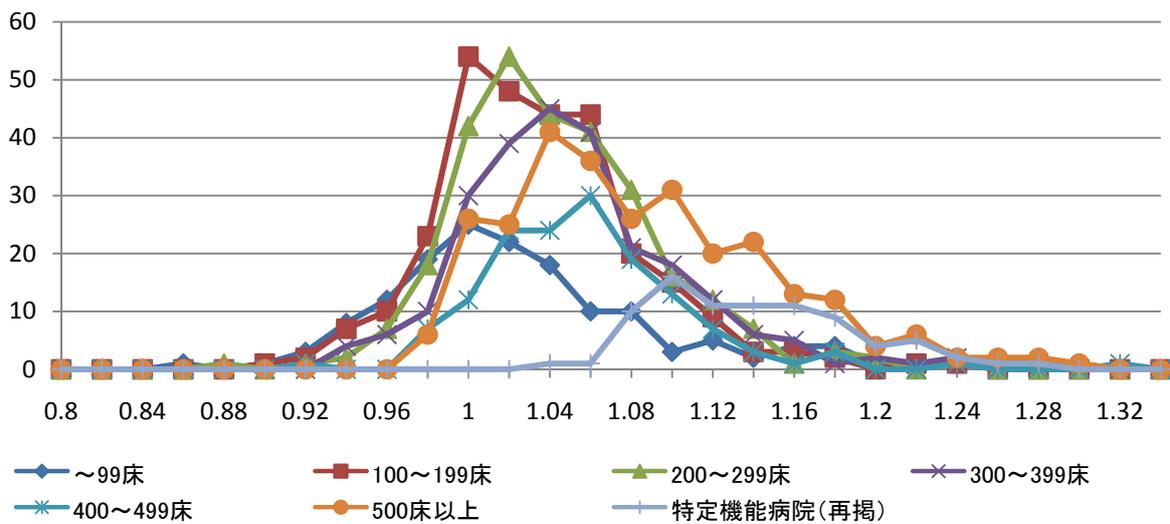
- 例えば、全 DPC 病院における出来高診療報酬の実績値を単純に平均値した包括報酬で評価した場合、概ね半数程度の対象病院については、出来高算定に相当する診療報酬額を確保できないことになり、提供される医療の質に影響を及ぼすことも懸念される。
- このため、DPC 対象病院のうち一定範囲の医療機関について、運営に支障が生じない程度の診療報酬水準を確保できるような措置が必要。
- このような観点から、DPC/PDPS に参加する医療機関の安定運営及び適正な競争環境を確保するとともに、制度への参加を促す措置として、包括報酬設定に際して、平均的報酬水準に一定幅を加味して設定する。



ii) 施設特性の反映

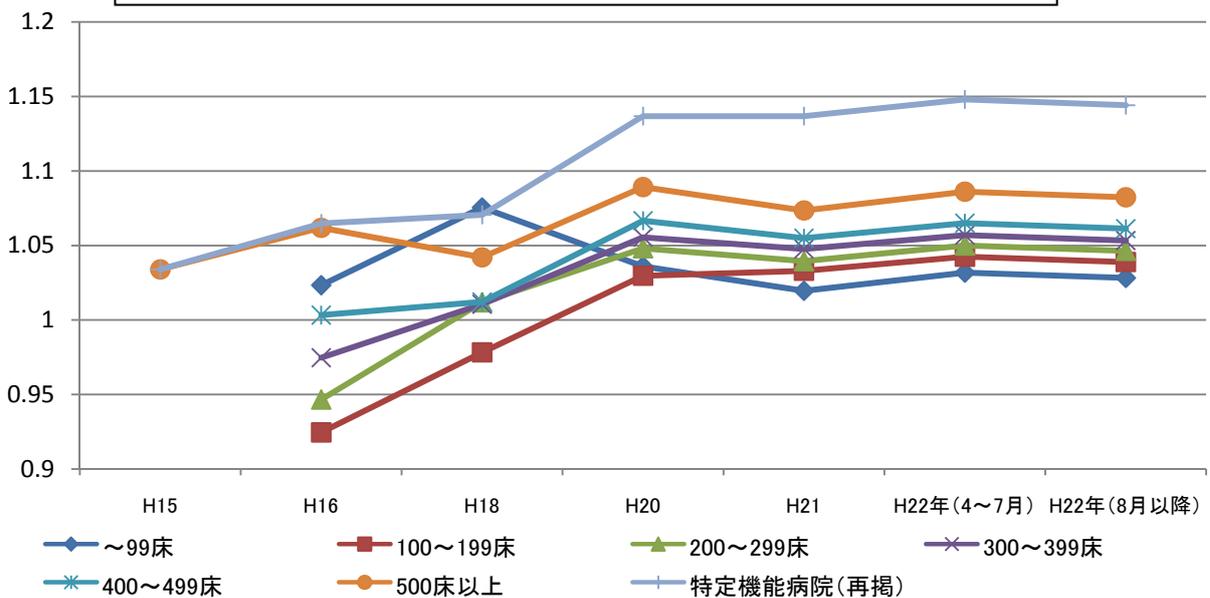
- 診療内容のバラつきが、施設の規模や施設の持つ診療特性との間で、一定の関連のあることが示唆されている。例えば、特定機能病院は他の病院との比較で施設ごと調整係数が高い傾向にあり、これは概ね、平均的な診療密度（＝包括範囲に該当する出来高相当の平均診療報酬点数）の多寡に相当すると考えられる。

調整係数の分布（H22年8月以降、病床規模別）



- 同様に、施設の病床規模に応じて調整係数の大きさが影響を受けていることから、施設のもつ体制や診療特性がこれらに何らかの形で反映されていることが示唆されている。

調整係数中央値の年次推移（病床規模別）



- 2 【具体的な対応案】

<事務局提案（たたき台）>

(1) 基礎係数の導入

包括範囲の診療報酬のうち、機能評価係数 で評価されない、基本的な診療機能に対する診療報酬を「基礎係数」により算定する。

(2) 診療のバラつきへの対応

一定幅の導入

病院毎のバラつきを一定程度吸収するとともに、医療の効率化の進展を適切に反映させる観点から、包括評価に「一定幅」を設ける。

施設特性の反映

上記(1)の DPC/PDPS に参加する病院の診療機能（施設特性）を反映させるため、DPC/PDPS 対象病院を幾つかの医療機関群に分類し（例：特定機能病院群）それぞれの医療機関群毎に「基礎係数」を設定する。具体的な医療機関群の設定方法は今後検討する。

その際、基礎係数は、効率化の進展を適切に反映するため、直近の診療実績（改定前2年間分の出来高実績データ）に基づく医療機関群毎の平均値により算出する。

(3) DPC/PDPS 参加へのインセンティブの確保

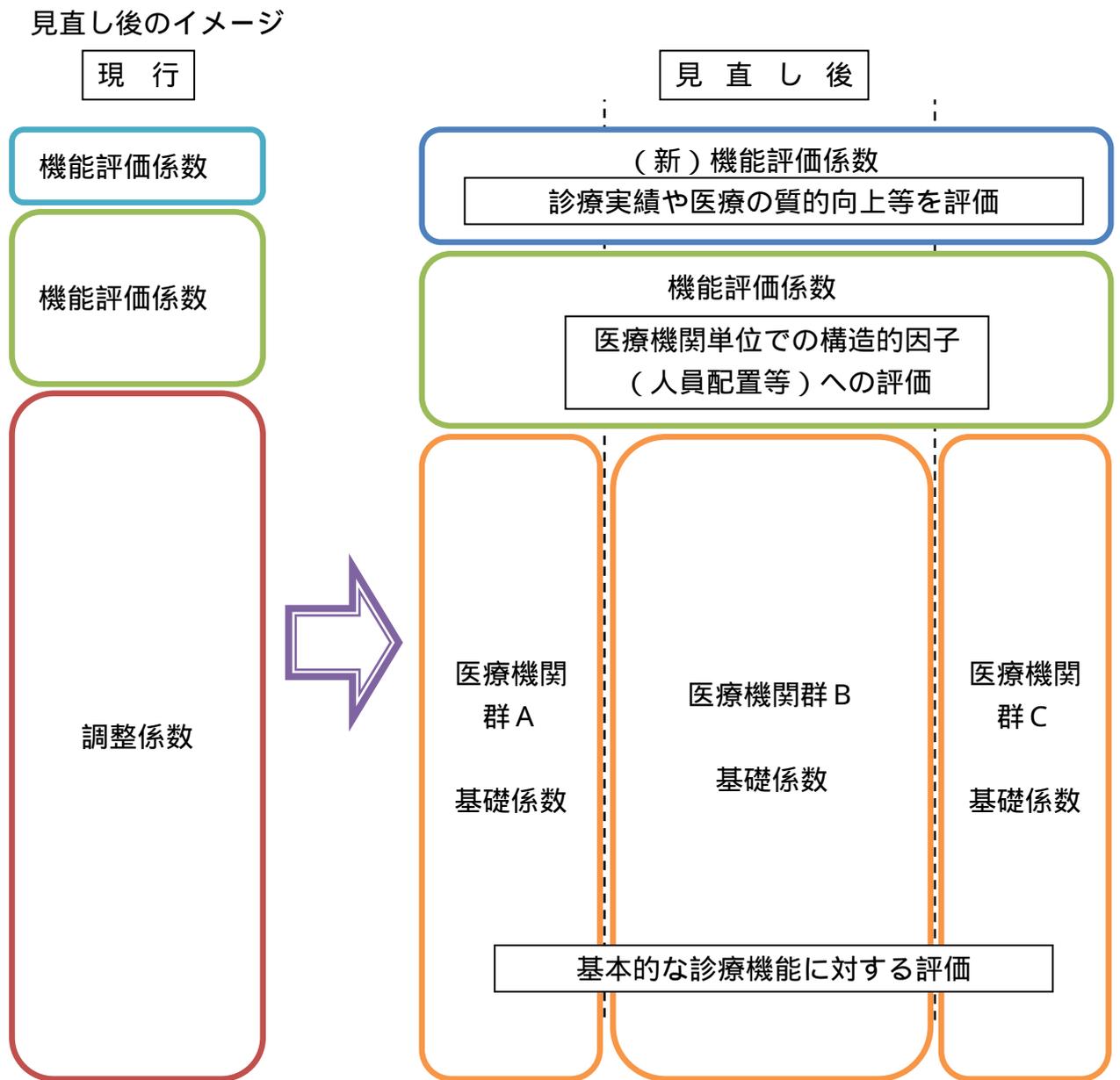
医療機関の DPC/PDPS 参加のインセンティブについては、機能評価係数として設定することとし、現行の機能評価係数 及び平成 22 年診療報酬改定において導入した機能評価係数 は、これらの趣旨を踏まえ、次の様に再整理する。

機能評価係数

医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を評価する係数として、全て出来高評価体系における点数設定を元に設定する。

(新) 機能評価係数

基礎係数及び機能評価係数 の考え方とのバランスも踏まえ、診療実績や医療の質的向上への貢献等に基づき、医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数をインセンティブとして設定する。その際、医療機関群の特性に応じた項目の設定も含め、その内容及び配分について、今後検討する。



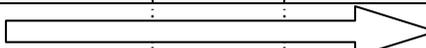
<平成 23 年 1 月 13 日 DPC 評価分科会における検討のポイント>

- 調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数のあり方について、基本的な考え方を踏まえ具体案を検討
- 上記検討では、医療機関群設定の考え方や具体的な医療機関群のあり方について重点的に議論
- 今後は、実際のデータを活用した検証結果を踏まえながら、具体的な医療機関群のあり方を検討

検討事項

- 分科会の検討成果を踏まえ、調整係数見直し後の医療機関別係数の在り方の【論点整理】及び【具体的な対応案】について、どう考えるか。
- 今回提示された【具体的な対応案】の更なる検討に向け、必要なデータ収集及び分析を踏まえながら、引き続き DPC 評価分科会において検討作業を進めてはどうか。

今後の検討スケジュール

検討課題	平成 22 年			平成 23 年							平成 24 年	
	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月～12 月	1 月～3 月
1. 基本的な考え方の整理 (1) DPC 制度における包括評価の基本的な考え方				<div data-bbox="380 295 1075 534" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DPC 制度における包括評価の考え方の整理 DPC 制度の運用における包括評価を適切なものとするための対応の整理 医療機関別係数の役割と調整係数の評価事項の整理 調整係数の役割や評価事項を踏まえた医療機関別係数のあり方の検討 </div>								
2. 具体的な事項の検討 (1) 機能評価係数Ⅱを含めた医療機関係数の具体的な評価項目				<div data-bbox="649 614 1254 694" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 医療機関別係数のあり方を踏まえた、既存項目（機能評価係数・）の評価と再整理 </div> <div data-bbox="817 702 1344 805" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 適宜特別調査等を実施 </div> <div data-bbox="1064 853 1724 917" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 新たに導入すべき項目の具体案の検討 </div>								
(2) 円滑な調整係数・置換え工程のあり方				<div data-bbox="1344 949 1825 1061" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 平成 22 年の導入の影響を踏まえた、今後の置換え行程のあり方の検討 </div>								
(3) 抗がん剤を含む高額薬剤等の取扱い				<div data-bbox="817 1125 1422 1204" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 包括対象の高額薬剤・処置等診療行為の DPC 制度における基本的な取扱いの考え方の整理 </div> <div data-bbox="974 1220 1265 1268" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ヒアリング </div> <div data-bbox="1220 1284 1814 1332" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> DPC 制度における抗がん剤等の取扱いの検討 </div>								

平成 22 年 10 月 26 日・D P C 分科会「D P C 制度の基本的考え方 に関連する論点」検討概要（検討事項と主な意見等）

包括評価の対象患者

- 24 時間以内の死亡患者（新生児は 1 週間以内）除外の考え方は、高額な場合だけでなく低額の場合も踏まえた対応であることを明確化すべきとの指摘があった。
- いわゆる総合病院の精神病棟で、身体合併症を有する精神科患者への治療を評価すべきとの現場からの意見については、10 対 1 の看護配置を満たさないことや、総合病院の精神科病棟や精神科専門病院の実態等を踏まえた検討が必要とされ、今後、これらの診療実態に関する D P C 調査研究班の分析結果を得て更に検討することとされた。

包括評価の対象とする診療報酬項目（包括範囲）

- 現行の包括範囲の設定については、平成 10 年の急性期入院医療の定額払い方式の試行時及び平成 15 年の D P C 制度導入時の検討において、手術など過剰実施恐れが低い技術料的な色彩の強い診療報酬項目について、包括範囲から除外すべきとの現場の強い要望も踏まえて出来高評価とし、いわゆるモノ代や入院基本料等の施設管理運営の範疇に入るような項目が包括評価の対象とされた経緯が示された。
- 現行制度はこのような経緯や考え方により設計されたものとして、今後の検討を進めることとされた。

包括評価の算定方式（1 日当たり定額報酬算定）

- 1 入院当たり定額算定制度（D R G / P P S）は明らかな在院日数を短縮するインセンティブがあるが、D P C 制度（1 日当たり定額報酬制度）の場合は最適点があり、一定日数以上入院しないと採算が合わない等の理由から在院日数が逆に長期化する傾向にあること、特に高額のがん剤等について入院期間でこの傾向が顕著であること、といった課題が指摘された。
- 一方で、D P C 対象病院の在院日数はそれ以外の出来高算定病院より急峻に下がっており在院日数の短縮に D P C 制度が一定の寄与をしていること、アメリカ並みの在院日数短縮が日本社会において望まれているとは考えにくいこと、などの視点から現行 D P C 制度の算定方式自体は現行の形で良いのではないかとの見解も示された。
- また、これらの問題は、現行 D P C 制度における点数設定の弾力化で対応できるとの指摘もなされた。

医療機関別係数による評価

- D P C 制度は出来高評価が基本とされているが、平成 22 年改定の機能評価係数導入では出来高に根拠のない評価が入ってきているとの指摘がなされたが、これについては理論的背景が十分に説明されていないだけではないかとの見解も示され、今後の医療機関別係数の検討で考え方を整理する必要性が示された。

平成 22 年 11 月 24 日 D P C 分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)

包括評価の対象患者 (D - 3 精神科病棟入院患者と一般病棟に入院する精神患者の比較について)

一般病棟の急性期病床で行われている包括評価をそのまま精神病棟に適用することは、医療資源の投入量がかなり異なっているため適切ではないが、精神病棟での診療実態を評価するための患者分類として D P C を適用するのであれば、現時点でも十分に活用可能であるとの指摘があった。

包括評価の対象とする診療報酬項目 (包括範囲)

いわゆるモノ代と施設管理運営費の範疇に入るものは包括という整理については、本来、特定保険医療材料費及び手術当日の薬剤費なども該当するはずなので、今後、包括の適用を検討すべきであるとの指摘があった。

包括評価の算定方式 (1 日当たり定額報酬算定)

現行 D P C 制度 (1 日当たり定額報酬算定) の算定には最適点があり、一定日数以上入院しないと採算が合わない等の理由から在院日数が逆に長期化すると指摘も踏まえ、現時点で現行の D P C 制度 (1 日当たり定額報酬算定) を見直し、D R G / P P S (1 入院当たりの定額報酬算定) に移行すべきか否かについて、検討がなされた。

現状では、病院間の診療のバラつきが依然として存在しており、ここで D R G / P P S を導入すれば、患者を退院させる強力なインセンティブが発生し大きな社会的混乱を起こすこと、また、米国 D R G / P P S の D R G (診断群分類) による説明力は 5 0 % 程度でしかない中で、米国に存在する民間保険も含めた多様な医療保険制度の中での部分的活用にとまっているから弊害は小さいが、皆保険単一制度の我が国での導入には問題が多すぎることに、更に、我が国全体として在院日数が短縮傾向にあること等が指摘され、現時点ではその必要性は無いとの見解で分科会としての合意が得られた。

また、最適点の存在や在院日数長期化という弊害に対しては、1 日当たり点数の階段設定をさらに細かくすることで対応できるのではないかとの見解が示された。一方で、このような細分化は制度をより複雑化し簡素化の流れと逆行するとともに、現状は許容範囲ではないかという見解も示された。

医療機関別係数による評価（D - 4 D P C 制度の基本的な考え方に関連する論点（2））

調整係数の問題点は、D P C 導入時点（参加時点）での最初の出来高点数と包括点数との差の調整が、それ以後の改定時（調整係数の設定）においても維持されてしまうところにあり、直近の診療実績データに基づき調整係数を再度計算してみることも検討すべきではないか、更に、以前、分科会で議論になった「基礎係数」についてもこのような直近の診療実績データに基づき設定するのが基本になるのではないかと指摘があった。

調整係数を病床規模別にみると偏りがあり、これは病床規模に応じて病院の持つ機能が異なっていることに起因するのではないかと、更に、これらの病院が同じD P C（診断群分類）点数表で評価がされているために病院機能の差が調整係数に表れているのではないかと指摘があった。

D P C 制度参加病院が努力して診療の効率化を図れば、診療密度が下がるため、結果として包括点数評価の根拠となる出来高換算点数も逡減されることになる。これに追従するように調整係数が下がれば、医療機関にとって効率化の努力をするインセンティブが無くなるため慎重にすべきではないかと指摘があった。

調整係数の役割や診療行為区分から見た内訳がどのような構造になっているのかについて、今後更に研究班によるデータ分析も行うこととされた。

その他

「D P C」という呼称については、診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度（D P C 制度）を意味する場合と、患者分類としての診断群分類（D P C）を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があった。特に、本来D P C（Diagnosis Procedure Combination）は後者の意味で作られた単語であったため、1日当たり定額報酬算定制度を意味する適切な略称について別途、整理することとされた。

【事務局整理案】

D P C に基づく 1 日当たり定額報酬算定制度

= D P C / P D P S

（Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System）

平成 22 年 12 月 16 日 D P C 評価分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)

医療機関別係数による評価

(D - 5 D P C 制度の基本的な考え方に関連する論点 (3))

調整係数の運用によって得られてきた効用についての今後の在り方

医療機関毎の医療資源投入量のバラつきについては、重症患者の多寡や地域特性等の事情が反映される部分もあることから、何らかの措置が必要であるという点について、概ね意見の一致を見た。

バラつき対応の考え方について、D P C 制度 (D P C / P D P S) は、医療の標準化や効率化の取り組みを推進することが一つの目標であることから、例えば重症患者は重症患者同士で、同じような医療資源が投入されるべきであり、安易なバラつき容認は適切ではないとの指摘がある一方で、諸外国の診断群による包括払い制度の経験も踏まえ、D P C をいくら精緻化しても限界がある (一定程度のバラつきが残る) ことから、一定範囲のバラつきを吸収しながら施設間の特性の違いにも対応する形で評価するのが現実的ではないかとの見解も示された。

D P C / P D P S 参加へのインセンティブについては、現状でも出来高算定との比較で D P C / P D P S の方がある程度の高い報酬レベルを維持されている事でインセンティブが付与されており、ある種のインセンティブが付与されることについて、概ね意見の一致を見た。

包括評価における適切な診療実態の反映

D P C / P D P S 導入時点 (制度参加時点) での最初の出来高点数と包括点数との差の調整が、それ以後の改定時 (調整係数の設定) においても維持されてしまうという現行制度の問題について、包括評価の設定について直近の診療実績データ (相当する出来高算定点数) に基づき行うとともに、制度参加時点での報酬水準を結果的に維持する現行の調整係数による調整の仕組みは廃止すべき、との指摘がなされ、これらの点については、概ね意見の一致を見た。

調整係数の廃止に向けた対応として、現状で調整係数が担っている役割や機能を全て、今回改定で導入された機能評価係数 に置き換えることは、今後さらに機能評価係数 の項目を拡大したとしても、不可能であり、機能評価係数では評価しきれない係数部分 (平成 22 年改定の議論で提起さ

れた基本的な診療機能に対応する「基礎係数」)の設定を検討する方向で進めることが必要、との指摘がなされた。

包括評価の設定で活用する“直近のデータ”については、改定時の過去2年間・10ヶ月データに基づくのが現実的ではないか、との提案があり、概ね意見の一致を見た。

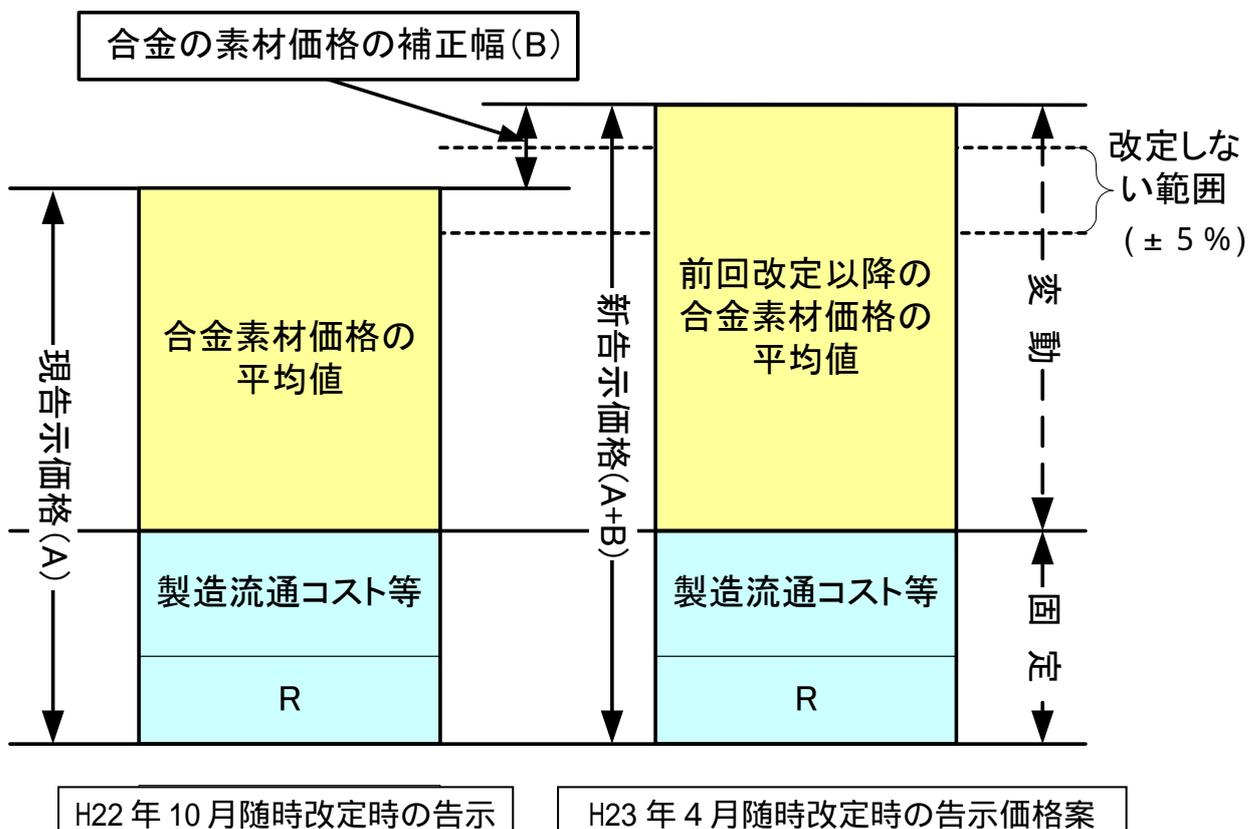
包括評価を調整する仕組みの在り方

一定幅による調整は必要との指摘がある一方で、DPC/PDPSへの参加は特定機能病院を除けば医療機関の選択性になっており、退出ルールが整備されている現状では、一定幅を設定するのではなく医療機関の選択に委ねるべきではないかとの指摘もなされた。

多様な病院がDPC/PDPSに混在する中で、例えば100床規模の病院と特定機能病院を同じスケールで評価することは困難であり、全体を一本にして調整係数を置き換えるのではなく、病院を類型化したうえで、病床規模別などの病院の機能や特性を反映させた「基礎係数」を設定するなどにより、今後の機能評価係数への置き換えを進めるべき、との指摘がなされた。

歯科用貴金属価格の随時改定について

○随時改定価格の考え方



(例) 歯科鑄造用金銀パラジウム合金の場合

平成22年10月随時改定時の告示価格(A)	802円
補正幅(B)	76円
平成23年4月随時改定時の告示価格案(A+B)	878円

歯科用貴金属の告示価格の見直しを行う際の変動幅

歯科用貴金属材料の告示価格は、従来、6ヶ月毎にその価格の変動幅が10%を超えた場合に見直しを行うこととなっていたが、平成22年度保険医療材料制度改革を踏まえ、その変動幅が5%を超えた場合に行うこととなった。

歯科用貴金属価格の随時改定について

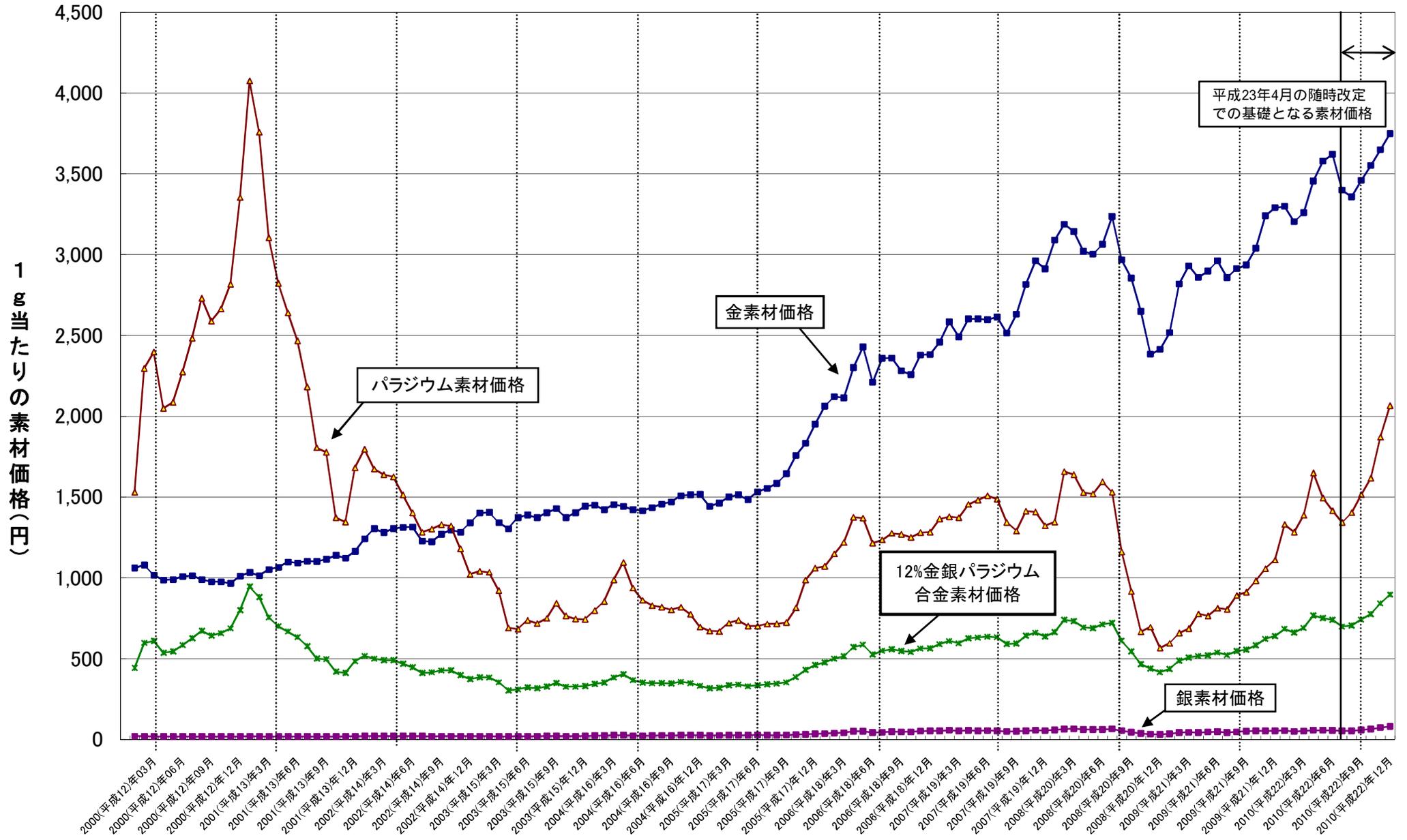
	H20年10月 随時改定	H21年4月 随時改定	H22年4月 診療報酬改定	H22年10月 随時改定	H23年4月 随時改定	H23年4月 随時改定	変動率(%)
	告示価格(円/g)	告示価格(円/g)	告示価格(円/g)	告示価格(円/g)	告示試算価格(円/g)	告示価格案(円/g)	
1 歯科用純金地金(金99.99%以上)	3,549	3,549	3,397	3,959	4,107	3,959	3.7
2 歯科鑄造用14カラット金合金 インレー用(JIS適合品)	2,925	2,925	2,332	2,660	2,746	2,660	3.2
3 歯科鑄造用14カラット金合金 鉤用(JIS適合品)	2,276	2,276	2,733	3,061	3,147	3,061	2.8
4 歯科用14カラット金合金鉤用線(金58.33%以上)	3,126	3,126	4,389	4,717	4,803	4,717	1.8
5 歯科用14カラット合金用金ろう(JIS適合品)	2,827	2,827	2,838	3,166	3,252	3,166	2.7
6 歯科鑄造用金銀パラジウム合金(金12%以上JIS適合品)	808	638	619	802	878	878	9.5
7 歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 板状(金12%以上JIS適合品)	794	592	592	805	894	894	11.1
8 歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 ハー状パラタルパー用(金12%以上JIS適合品)	826	624	698	911	1,000	1,000	9.8
9 歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 ハー状リングルパー用(金12%以上JIS適合品)	715	513	641	854	943	943	10.4
10 歯科用金銀パラジウム合金ろう(金15%以上JIS適合品)	1,504	1,504	1,101	1,230	1,295	1,295	5.3
11 歯科鑄造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	89	89	87	87	93	93	6.9
12 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	106	106	100	100	106	106	6.0
13 歯科用銀ろう(JIS適合品)	217	217	200	200	203	200	1.5
14 歯科用プラスマル(銀25%以上パラジウム5%以上)	739	739	698	698	724	698	3.7
15 歯科用プラスマル(銀25%以上)	237	237	296	296	298	296	0.7

※1 平成23年4月の随時改定において告示価格が変更となる品目: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

※2 H23年4月の随時改定における新告示価格案

※3 平成22年4月より、変動率が5%を超えた場合に告示価格の見直しを行うこととなった。

歯科用貴金属素材価格の変動推移(H12.1~H22.12)



医療保険における革新的な医療技術の取扱い に関する考え方について（その6）

1. 未承認の医療機器等に関する前回の議論等

前回、医療機器が広く国内で使用されるためには、治験等の開発支援、承認の迅速化、適切な医療保険上の評価が前提であるとの意見もあったところであるが、現在、医療機器審査迅速化アクションプログラムや平成23年度予算案等において、これらに関する取組が行われているところ。

また、前回の議論で示したとおり、医療機器には以下のような特殊性があると考えられる。

MRI等の体外診断機器、人工呼吸器等の装置、植え込み型機器等の多種多様な形態があり、その革新についても、随時改良改善を重ねていく医療機器もある。

我が国における医療機器企業等の体制等を踏まえて検討する必要がある。

個々の医療機器に応じて、薬事承認の際に治験の要否が判断されている。

医療機器の安全性・有効性に加えて、それらを使用する医師の技術や施設要件も踏まえて評価する必要がある。

2. 見直しの案及び検討の論点

(1) 国民の医療機器開発に関するニーズを踏まえて、以下のように先進医療制度（高度医療）を活用することを検討してはどうか。

国内で承認されていない医療機器のうち、

- ・ 国民、学会等によるニーズが高く、
- ・ 医療上の必要性が高いものであって、
- ・ 海外等の実績から一定の安全性や有効性が確認されているもの

等については、一般的に、企業が開発を行い速やかに薬事承認がなされることが望ましい。

現在の医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会においては、医療上の有用性として、既存の治療法等がないこと等が選定の要件とされており、改良された医療機器はその対象でない。

上記のようなものについては、新たな治験の要否を確認の上、治験が必要であるものについて、開発企業の体制や医療機器の開発計画の状況等に応じて、先進医療の申請に必要な国内での一定の実績についても、技術に応じて先進医療制度の対象とすることとする。

当該先進医療の実施に当たっては、医療機器の安全性及び有効性が、使用する医師の技術によるところが大きいこと等を踏まえ、実施可能な機関を、高度な臨床研究を実施することができるものに限定すること等により、先進医療の質を確

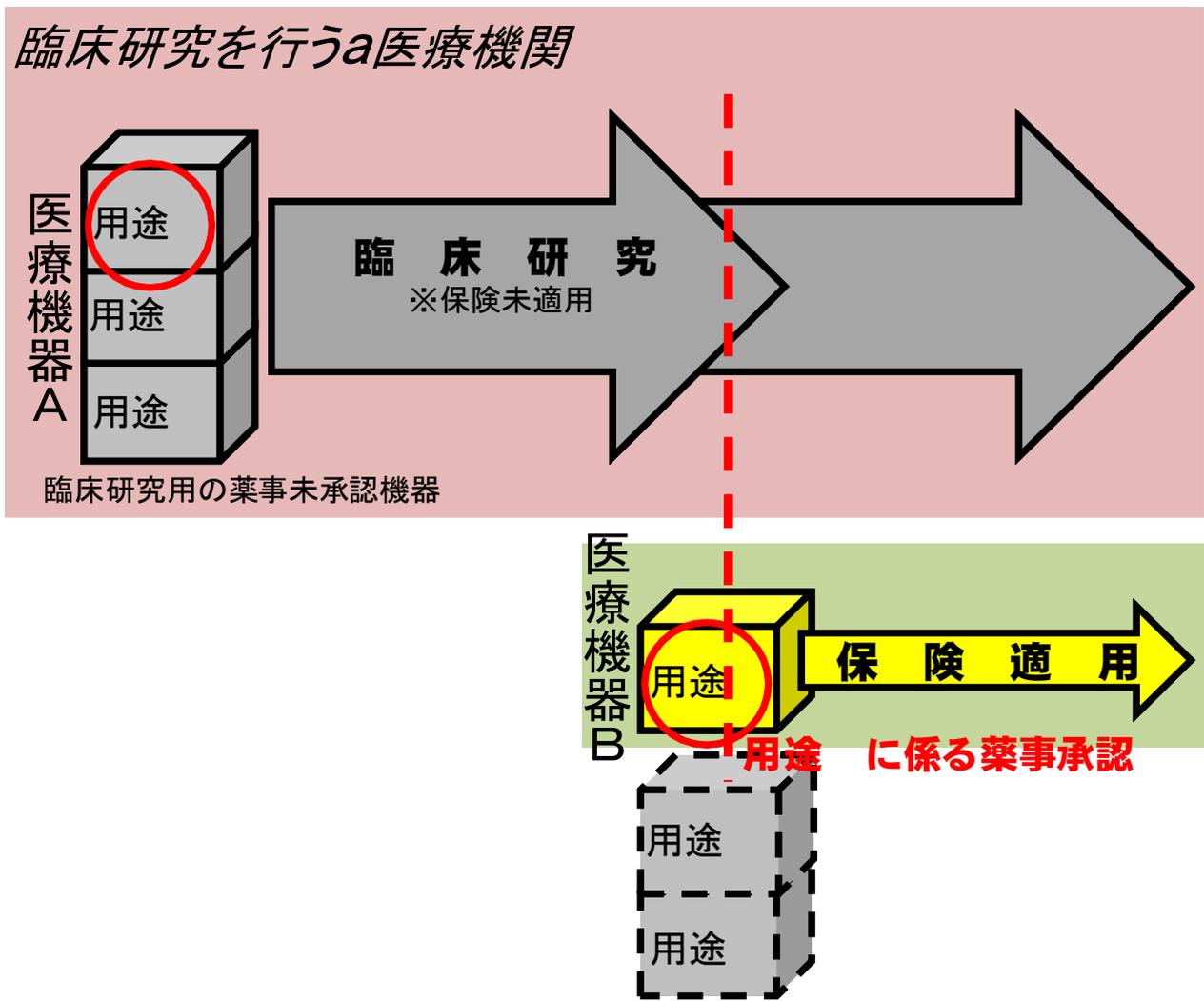
保し、当該枠組みで実施した先進医療における実績により薬事承認審査の一定程度の効率化を図る。

また、医療機器が多種多様であることを踏まえ、まずは分野を限定して運用する必要があるのではないか。

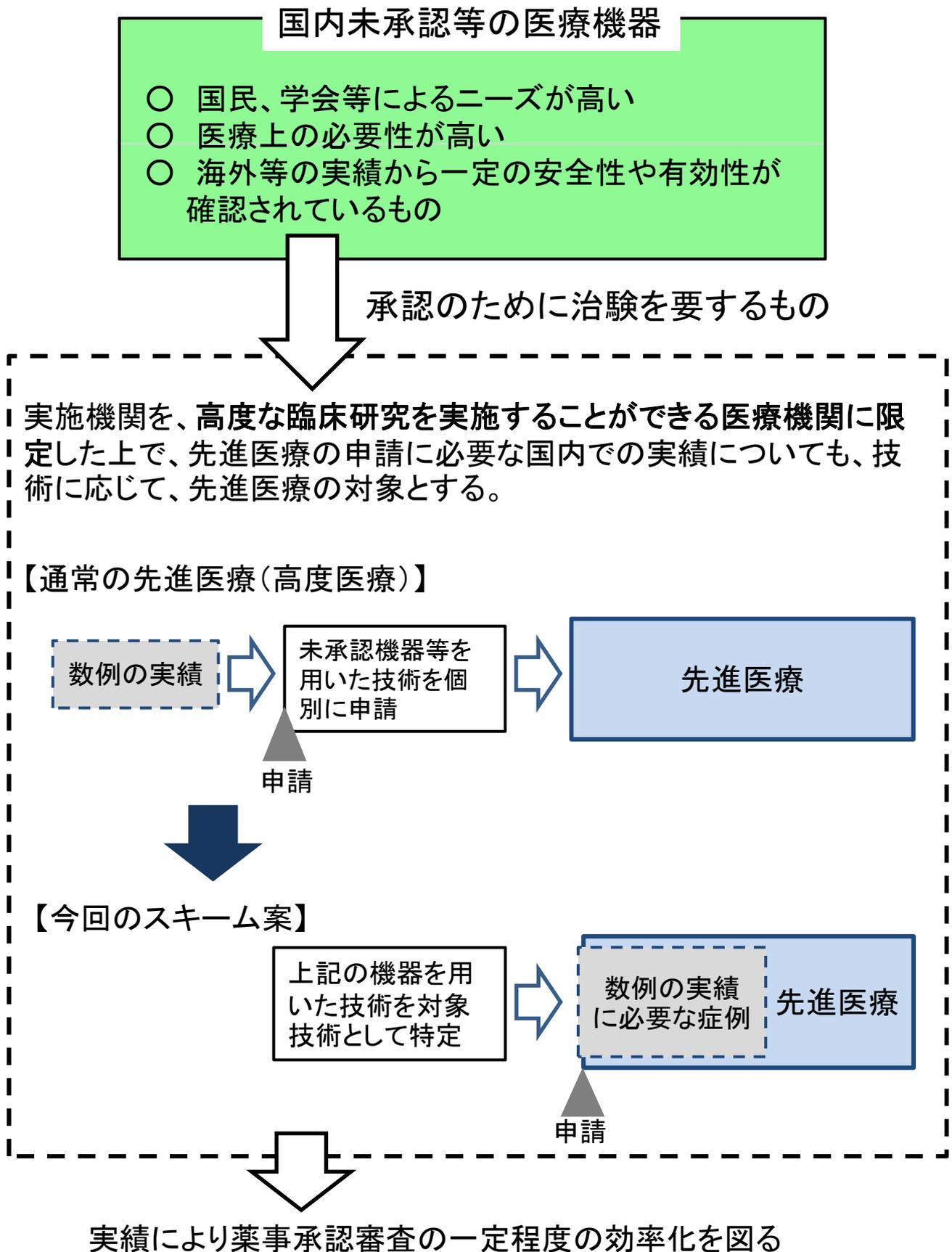
(2) その他の論点

臨床研究用の汎用性のある医療機器の取扱い

臨床研究用の汎用性のある医療機器については、その一部の用途について同等の機器が薬事承認され保険収載された場合であっても、当該機器自体は薬事承認の対象とならず、これを保険診療に使用することができない点が前回の中医協において指摘されたところ。



国民等の医療機器の開発ニーズを踏まえた先進医療制度の活用(案)



医療機器審査迅速化アクションプログラム

新医療機器の承認までの期間を19か月短縮することを目指す(平成21年度から5年間)



対策

● 相談体制の拡充強化

－ 人員の拡充

- ・医療機器の審査・相談人員を5年間で3倍増(現行35名を104名に)

－ 相談の質・量の向上

- ・相談区分の見直し
- ・開発初期段階からの助言による開発期間の短縮
- ・企業の申請準備期間の短縮 等

● 審査基準の明確化等

- ・承認基準・審査ガイドライン等の策定

● 審査体制の拡充強化

－ 人員の拡充

(同左)

－ 審査業務の充実・改善

- ・新医療機器・改良医療機器・後発医療機器の3トラック審査制の導入
- ・申請前の事前評価制度の導入による申請後の業務の効率化
- ・後発医療機器の同等性審査方式の導入等

● 情報公開の充実

- ・新医療機器の申請資料概要の公開

平成23年度予算案概要

厚生労働省

医療・健康

【地域医療支援センター運営経費】 【特別枠】

○医師の地域偏在を是正するため、地域医療支援センターを設置する都道府県を支援 【5.5億円】

- ・地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に医師不足病院への医師の配置等を行うため、都道府県(※)が実施する「地域医療支援センター」の運営について財政支援を行い、各都道府県の医師確保対策の取組を支援する。

※平成23年度は、先行的に、県内医師の地域偏在が大きい、へき地、無医地区が多い等の15の都道府県で実施予定。

(参考) 【平成22年度補正予算】

- 都道府県を単位とした高度・専門医療、救急医療等の整備・拡充等 【2,100億円】
都道府県に設置されている「地域医療再生基金」を拡充し、高度・専門医療や救命救急センターなど都道府県（三次医療圏）の広域的な医療提供体制を整備・拡充する。

【がん対策の総合的かつ計画的な推進】 【一部特別枠】

○働き盛り世代のがん予防対策など、がん対策の強化・拡充 【343億円】

- ・新たに、大腸がん検診について、働き盛りの世代（40歳、45歳、50歳、55歳、60歳）が無料で検診を受けることができるようにするとともに、女性特有のがん（乳がん、子宮頸がん）検診推進事業を継続し、市町村のがん検診体制を整備する。
- ・加えて、がん診療拠点病院の機能強化や、総合的な相談支援体制の整備などを図り、がん対策を総合的に強化する。

(参考) 【平成22年度補正予算】

- 子宮頸がん等のワクチン接種の促進 【1,085億円】
都道府県に基金を設置し、市町村における子宮頸がん予防ワクチンの接種事業に対する財政支援を行い、既存事業の検診と併せ、子宮頸がん予防対策を万全なものとする。

【国民の安心を守る肝炎対策の強化】 【一部特別枠】

○医療費助成や検査の個別勧奨などによる肝炎対策の強化 【238億円】

- ・国内最大級の感染症であるB型肝炎及びC型肝炎について、引き続き医療費助成を行うとともに、40歳以上の5歳刻みの方への肝炎ウイルス検査受検に関する自己負担の軽減が可能な個別勧奨メニューの追加、適切な治療へつなげるための人材養成など、早期発見・早期治療のための各種施策を強化する。

【HTLV-1対策の強化】

○HTLV-1関連疾患に関する研究の推進 【10億円】

- ・HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）への感染対策と、これにより発症するATL（成人T細胞白血病）やHAM（HTLV-1関連脊髄症）の診断・治療法等に関する研究を、感染症・がん・難病・母子保健対策の連携により、総合的に推進するため、HTLV-1関連疾患研究領域を創設し、研究費の拡充を図る。

【健康長寿社会実現のためのライフ・イノベーションプロジェクトの推進】 【特別枠】 (新規) 【131億円】

○難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 【57億円】

- ・難病やがん等の疾病の原因解明や診断法・治療法・予防法の開発、再生医療技術の臨床実現化のための研究等を推進する。
※難病に関する研究は、既存の事業とあわせて100億円（うち特別枠20億円）

○日本発のがんワクチン療法による革新的がん治療の開発研究事業 【13億円（再掲）】

- ・がん患者が仕事とがん治療を両立できるような日常生活の質の向上に資する新たな治療法として、日本発のがんワクチン療法の実用化に向けた臨床開発研究を強力に推進する。

○世界に先駆けた革新的新薬・医療機器創出のための臨床試験拠点整備事業 【33億円（一部再掲）】

- ・ヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床試験等の実施拠点を整備するため、対象医療機関における人材の確保、診断機器の整備等に係る財政支援を行う。（がん等の重点疾患分野ごとに拠点を選定し、計5箇所を整備する予定。）

○先端医療技術等の開発・研究推進事業（国立高度専門医療研究センター） 【43億円】

- ・国立高度専門医療研究センターの豊富な症例数、専門性等を活かし、バイオリソース（血液等の生体試料）等の蓄積、先端医療技術等の開発を進めるとともに、知的財産管理のための人材確保を行う。

○日本発シーズの実用化に向けた医薬品・医療機器薬事戦略相談推進事業 【99百万円】

- ・日本発シーズ（医薬品・医療機器の候補となる物質・技術等）の実用化に向けて、産学官からなる懇談会を設置し、相談対象範囲の選定等を検討した上で、大学・ベンチャー等を対象に、治験に至るまでに必要な試験や有効性・安全性の評価法等にかかる実質的・実務的な相談（薬事戦略相談）に応じる。

○医療情報データベース基盤整備事業 【3.7億円】

- ・全国の大学病院等5箇所に1,000万人規模のデータを収集するための医療情報データベースを構築するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に情報分析システムを構築し、医薬品等の安全対策を推進する。
※基盤整備に必要な経費の1/2を国が負担し、残りの1/2は（独）医薬品医療機器総合機構が負担

○福祉用具・介護ロボット実用化支援事業 【83百万円】

- ・福祉用具や介護ロボット等の実用化を支援するため、試作段階にある当該機器等を対象として、臨床的評価や介護保険施設等におけるモニター調査等を実施する。



健康長寿社会実現のためのライフ・イノベーションプロジェクト 平成23年度予算案:131億円
(世界に先駆けた革新的新薬・医療機器創出のための臨床試験拠点の整備事業 26億円)
(難病、がん、肝炎等の疾患の克服(うち 臨床試験) 7億円)

新薬・医療機器の創出(臨床試験拠点の整備事業/研究費)

キャッチフレーズ 「世界に先駆けて臨床試験を実施し、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出する」

背景: 我が国は世界に先駆けてヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床試験体制(人材及び設備)が不十分であるため、基礎研究成果(シーズ)が日本発であっても、インフラの整った海外で先行して実用化された後、遅れて日本に導入される状況にある。

概要: ○ 企業・研究機関が有する日本発の新規薬物・機器の早期・探索的な臨床試験を実施可能となるようインフラを整備する予定の医療機関(「がん(バイオ医薬品、診断薬等)」、「神経・精神疾患領域」、「脳心血管領域(医療機器)」等を重点分野として公募し、5か所支援)に対して、

○ 日本初の有望なシーズを評価し日本発の革新的新薬等を世界に先駆けて創出するために、

○ 早期・探索的臨床試験(具体的な開発企業の目処が立っているもの)の実施に必要な体制の整備を行う。

○ 実施医療機関の体制整備費と個別の具体的な研究費を連動させることにより迅速な実用化を図る。

整備費 5億円程度/年/機関 5箇所程度(5年継続)
研究費 1.5億円程度/年/課題 5課題程度(3~5年継続)
開発企業がなく、医師主導治験を実施する場合

目標: 新規薬物・機器について、世界に先駆けて承認又は日本での開発段階が世界中で最も進んでいる状況を実現すること。

(事業イメージ)



特定分野の早期・探索的臨床試験拠点病院

ヒトに初めての臨床試験を可能とするインフラを整備



(重点分野の例)

- ・がん
- ・神経・精神疾患
- ・脳心血管領域

・研究者・臨床研究コーディネーター等の人材
・診断機器等設備 等の体制整備

(整備費26億円)

○ 医師主導治験を実施する場合

- 以下の費用を補助
- ・治験薬の製造(GMP対応)
- ・プロトコール作成
- ・データ管理業務
- 治験相談費用 等

(研究費 7億円)

整備費と研究費の連動が必要

世界に先駆けた日本発の革新的新薬・医療機器を創出



新医薬品・医療機器の創出(薬事戦略相談事業)

キャッチフレーズ「薬事戦略相談を導入し、日本発の革新的医薬品・医療機器の創出につなげる」

背景

- 創薬の開発に要する期間・コストの増加傾向等により、シーズ探索段階の基礎研究に注力することが難しい。
- 画期的な医薬品・医療機器の開発には、有望なシーズの絶え間ない供給とその実用化への方策が重要。
- 国内では、有望なシーズを発見したアカデミア(大学)、ベンチャー等が、製品化につなげるための開発戦略に不案内ということがあり、実用化に向けての橋渡しが円滑に進められていない現状がある。

概要

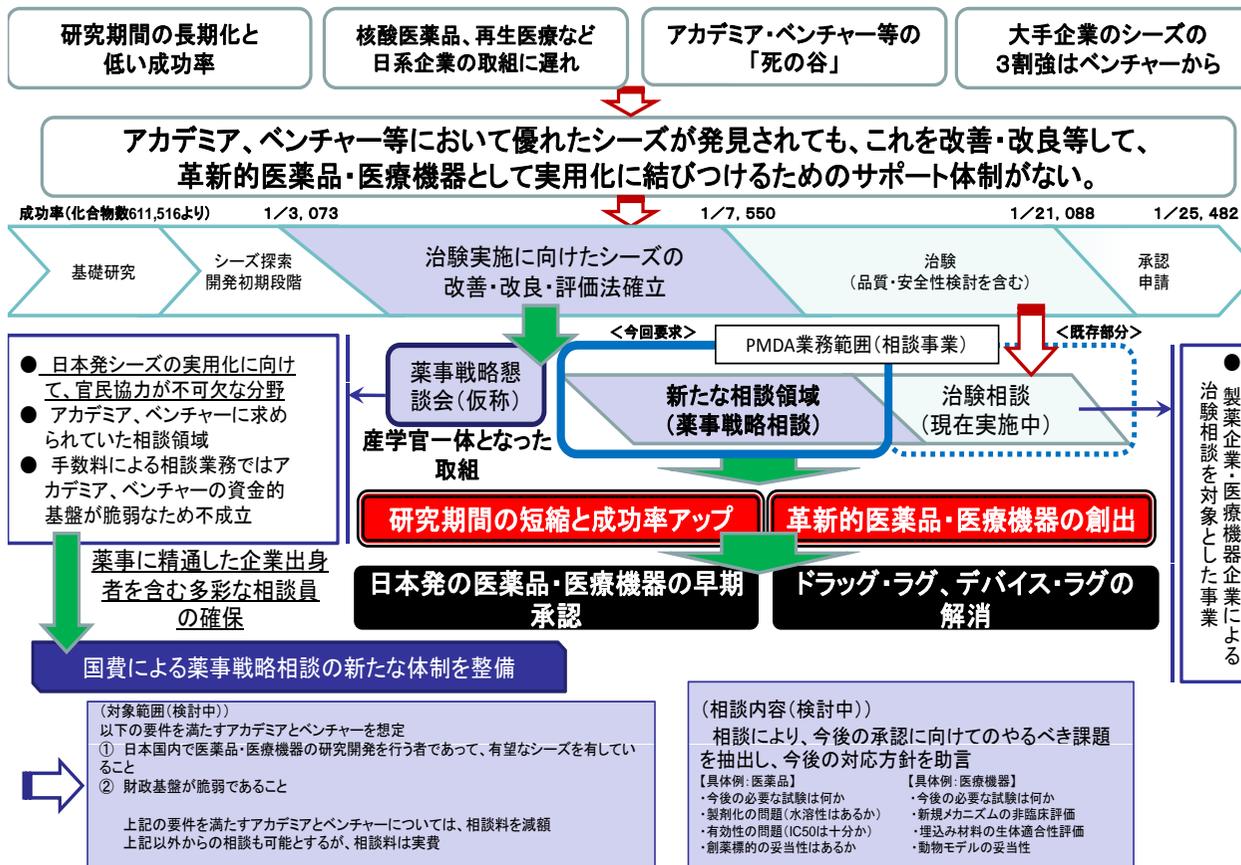
- シーズ発見後のアカデミア(大学)、ベンチャー等における、医薬品・医療機器候補選定の最終段階から、治験に至るまでに必要な試験・治験計画策定等に関する相談を主な対象とする「薬事戦略相談」を導入する。
- 「薬事戦略相談」においては、薬事に精通した製薬企業出身者を含む多彩な相談員を確保して、開発・薬事の相談に応じる。
- 官民協力により事業を推進するため、「医薬品・医療機器薬事戦略懇談会(仮称)」を設置し、相談事業の優先順位付け、実現可能性等の検討を行う。

目標

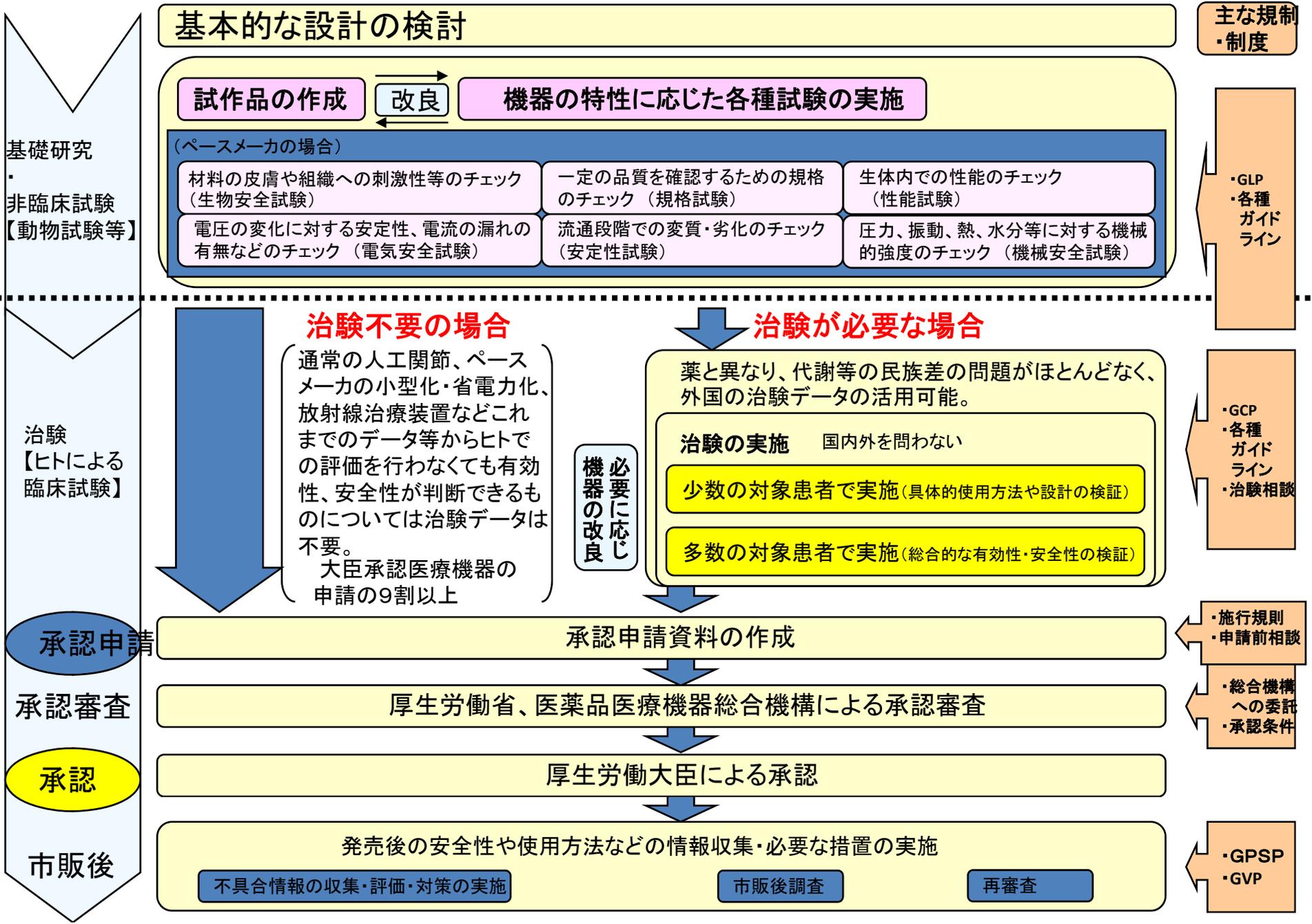
- 日本発の医薬品・医療機器の早期承認
- ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消

(事業イメージ)

日本発シーズの実用化に向けた医薬品・医療機器薬事戦略相談推進事業



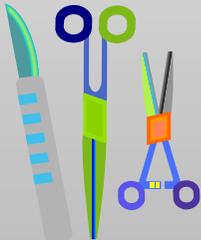
基礎研究から承認審査、市販後までの主なプロセス（大臣承認医療機器）



医療機器のクラス分類と市販前規制

(薬事法改正により平成17年4月施行)

小 ← リスク → 大

国際分類 (注1)	クラス	クラス	クラス	クラス
具体例	不具合が生じた場合でも、 <u>人体へのリスクが極めて低い</u> と考えられるもの (例) 体外診断用機器 鋼製小物(メス・ピンセット等) X線フィルム、 歯科技工用用品 	不具合が生じた場合でも、 <u>人体へのリスクが比較的低い</u> と考えられるもの (例) MRI装置、電子内視鏡、 消化器用カテーテル、超音波 診断装置、歯科用合金 	不具合が生じた場合、 <u>人体へのリスクが比較的高い</u> と考えられるもの (例) 透析器、人工骨、 人工呼吸器、 心臓血管用バルーンカテーテル 	患者への侵襲性が高く、不具合が生じた場合、 <u>生命の危険に直結する恐れ</u> があるもの (例) ペースメーカ、 人工心臓弁、 ステント 
	薬事法の分類	一般医療機器	管理医療機器	高度管理医療機器
規制	届出	第三者認証(注2)	大臣承認(総合機構で審査)	

(注1) 日米欧豪加の5地域が参加する「医療機器規制国際統合化会合(GHTF)」において平成15年12月に合意された医療機器のリスクに応じた4つのクラス分類の考え方を薬事法に取り入れている。(平成17年4月)

(注2) クラス 品目のうち、厚生労働大臣が基準を定めたものについて大臣の承認を不要とし、あらかじめ厚生労働大臣の登録を受けた民間の第三者認証機関(現在13機関)が基準への適合性を認証する制度。

医療機器規制の我が国と欧米の比較

国際分類 (GHTF)	クラス メス、ピンセット等	クラス MRI、内視鏡等	クラス 透析器、人工骨等	クラス 心臓ペースメーカー等
分類	一般医療機器	管理医療機器	高度管理医療機器	
日本	承認等不要	第三者認証 ¹	国による承認	
米国	承認等不要	国による承認 ²		
欧州	承認等不要	第三者認証 ³		

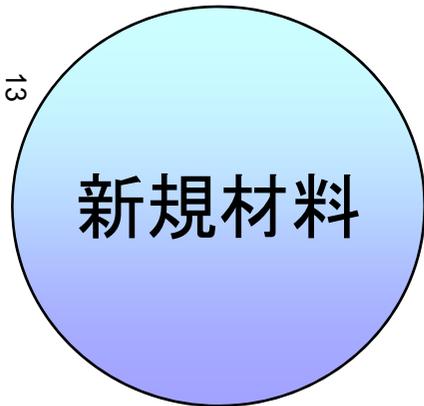
1 クラス 品目のうち、厚生労働大臣が基準を定めて指定した「指定管理医療機器」が第三者認証の対象。基準の定められていないクラス 品目は、クラス 、クラス と同様に国による承認が必要。

2 米国においてはクラス分類の考え方は本格的には導入されていないが、おおむねクラス に該当するものを承認等不要にした上で、それ以外のものについては国による承認に相当。正確に言うと、米国での法律上の定義では、新医療機器等未だ十分な安全性、有効性についての知見がないもの、及び生命に直結するものは承認、それ以外のものは事前届出とされているが、米国の事前届出は市販前に提出されたデータをFDA(米国食品医薬品庁)が審査するものであり、實際上我が国の承認審査と同様。

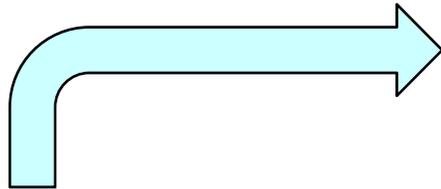
3 培養皮膚等のヒト組織・細胞由来製品については、第三者認証ではなく、欧州医薬品庁(EMA)による承認が必要。

新規材料の価格算定ルール

13



類似機能区分のあるもの



基本：類似機能区分比較方式

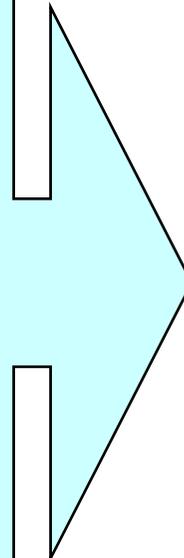
補正加算なし

補正加算あり

画期性加算	50 ~ 100%
有用性加算	5 ~ 30%
改良加算	1 ~ 20%

+

市場性加算()	10%
市場性加算()	3%

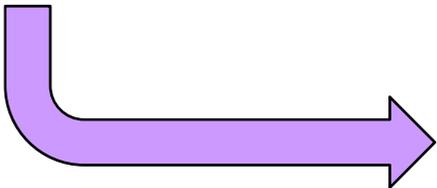


価格調整()

外国平均価格の1.5倍を超える場合は1.5倍に相当する額

英、米、独、仏の医療材料の価格を相加平均した額と比較

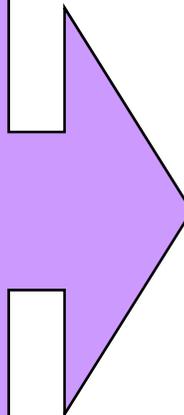
類似機能区分のないもの



特例：原価計算方式

製造(輸入)原価
販売費、一般管理費
営業利益
流通経費
消費税等

業界の実情を踏まえつつ、新規収載品の革新性の度合いに応じて±50%の範囲内で営業利益率の調整を行う



新規材料のルール

基本的なルール: 補正加算について

○画期性加算 (50~100%)

次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分

- イ 臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること

○有用性加算 (5~30%)

画期性加算の3つの要件のうちいずれか1つを満たす新規収載品の属する新規機能区分

○改良加算 (1~20%)

次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分

- イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。
- ハ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療をできることが、客観的に示されていること。
- ニ 小型化、軽量化等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適用の拡大が、客観的に示されていること。
- ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手段が可能となること等が、客観的に示されていること。

○市場性加算(Ⅰ) (10%)

薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分

○市場性加算(Ⅱ) (3%)

類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分

+

医療介護の連携について

医療介護の連携に係る議論スケジュールについて

- 医療介護の連携に係る検討事項としては、在宅医療、訪問看護のほか、リハビリテーション、退院調整、在宅における歯科医療や薬剤師業務等が考えられるが、平成 22 年度診療報酬改定の結果検証や、算定状況の推移等を待たず検討可能なものについて優先的に議論することとする。
- また、在宅歯科医療、リハビリテーション、在宅医療、医療と介護の連携状況については、平成 22 年度診療報酬改定の結果検証を平成 23 年度に調査することが予定されていることから、平成 23 年 4 月に調査項目の検討を行うこととする。

1. 現状と課題

(将来人口推計について)

我が国の将来人口推計としては、生産年齢人口(15～64歳)、年少人口(14歳以下)の占める割合が減少する一方、老年人口(65歳以上)、特に75歳以上人口の占める割合が増加。また、高齢者単身世帯における要介護3以上の者は年々増加し、今後も65歳以上の独居世帯、夫婦のみ世帯は増加する見込み。

(死亡数の年次推移について)

自宅で死亡する割合は年々減少し、病院で死亡する割合は増加する傾向にあったが、平成 18 年以降、病院死亡率は減少に転じ、在宅死亡率やがん在宅死亡率は増加。

しかしながら、今後も死亡者数の増加が見込まれており、各国と比較して全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い、我が国の看取り場所については、十分検討する必要がある。

(在宅医療に対する意識について)

終末期医療に関する調査では、できるだけ長く在宅で療養したいというニーズは強い。

一方、介護してくれる家族への負担や、急変時の対応への懸念により、最期まで自宅での療養は困難と考えている割合が高い、自宅療養を可能とする条件の1つとして、緊急時の連絡体制をあげる割合が高いことも示されている。

(2025 年に向けた、医療・介護提供について)

社会保障国民会議(平成 20 年に官邸に設置)においては、平成 37 年(2025 年)を見据えた、効率的な医療・介護提供のためのシミュレーションがなされ、一層の病床の機能分化、地域医療・介護サービスの充実が提示されている。

また、例えば訪問診療や訪問看護では、利用者宅への移動時間等訪問滞在以外に係る時間は多く、一層効率的な医療・介護サービスを検討する必要がある。

(医療提供体制について)

平成 22 年 6 月に全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象に実施された、各医療機関が必要と考えている医師数の調査においては、地域や診療科によって医師数への需要は高い状況が明らかとなっている。また、訪問診療の業務内容としては、移動時間が約 2 割を占めている。

看護職員についても、訪問看護事業所等への就職を希望する看護学生は 2 割にも関わらず、約 8 割が病院・診療所に就業しており、訪問看護ステーションに就業している者は 2.0%に過ぎず、訪問看護においては、利用者宅への訪問時間以外の準備、移動、記録、ケアカンファレンス等に多くの時間を要している。

医療提供体制としては、我が国の病床当たりの臨床医師数や、人口当たりの臨床医師数、臨床看護職員数は他国より少ない

2. 在宅療養支援診療所・病院について

在宅療養支援診療所の数は増加傾向にあるが、平成 22 年 7 月の現況の施設基準の届出のあった在宅療養支援診療所 11,879 か所のうち、過去 1 年在宅医療を提供していない機関が 1,218 か所、在宅医療を提供していても過去 1 年において 1 名も看取りを行っていない機関が 6,046 か所ある。

1 名以上看取りを行っている在宅療養支援診療所と在宅看取りの割合とでは相関関係が認められるが、在宅看取りを行っていない在宅療養支援診療所の数と在宅看取りの割合とでは相関関係が低くなる。

また、医師 1 名体制の在宅療養支援診療所は多く、緊急時の連絡体制を 1 人の医師で対応している割合や、24 時間対応に負担を感じる割合が高い傾向にある。

さらに、在宅医療提供上の課題として、緊急時の入院・入所受入病床の確保や 24 時間体制に協力可能な医師の存在が挙げられており、在宅療養支援診療所の届出を行っていない診療所が、届出を行わない理由として、24

時間連絡や往診、訪問看護を行う体制確保が難しいことをあげる傾向がある。

一方で、仮に現在の在宅看取りが1名以上の在宅療養支援診療所で在宅での死亡を看取るとすれば、1診療所あたりの年間在宅死亡者数は13.7人～56.4人に上ることとなるため、地域の在宅医療を支える医療機関をより一層増やす必要がある。

3. 訪問看護について

超高齢社会を迎え、地域で支える医療として在宅医療の推進が必要であり、特に、高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高いことから、訪問看護の担う役割は大きい。

今後、老年人口（65歳以上）、特に75歳以上人口の占める割合が増加していく中で、要介護認定率が増加し、要介護度の高い者が増加するほど、訪問看護のニーズは高まってくる。

（訪問看護ステーションの規模について）

訪問看護ステーションについては5人未満の小規模ステーションが約65%を占めているが、小規模ステーションは5人以上の大規模ステーションと比較すると職員1人当たりの訪問件数が少なく、収支の状況も悪い。

高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向にあるが、小規模ステーションと5人以上の大規模ステーションと比較すると、訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅の看取り数は少なく、24時間対応体制の届出を行っている割合が低く、オンコールの負担が多い傾向にある。

（退院直後の訪問看護について）

訪問看護ステーションが医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者等を受け入れるには1週間以上2週間程度の準備が最低限必要である。また、医療機能の分化により平均在院日数が短縮されていることを踏まえると在宅療養が必要な者においても、十分な準備期間がとれずに、緊急時の対応や家族の介護負担、今後の療養場所等の不安や困り事を有しながら在宅で療養生活をしている状況である。

（訪問看護のケア内容について）

医療保険の訪問看護は原則週3日以内である。また、75歳以上の利用者では、特別訪問看護指示書※の交付を受けて、頻回かつ1日に複数回訪問看護を利用している場合が多い。

※特別訪問看護指示書・・・診療に基づき患者の急性増悪や終末期等により一時的に頻回の訪問看護が必要な場合に月に1回を限度として交付するもの(気管カニューレを使用している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者は月2回まで)

訪問看護時のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではない。また、複数名で訪問した場合の主な理由についても、看護職員以外と役割分担が可能な業務である。

4. 論点

(在宅療養支援診療所・病院)

緊急時の連絡体制については、自宅での療養上必要とする割合が高い一方で、在宅療養支援診療所の負担感は大いだが、自院の複数の医師による当番制や、24時間連絡対応を行う看護職員等の配置など、システム的な対応を行っている在宅療養支援診療所の評価についてどのように考えるか。

また、入院機能を有する医療機関との連携等により、24時間対応や緊急入院体制を確保し、自院で看取りを行っている在宅療養支援診療所等の評価についてどのように考えるか。

地域の在宅医療において、24時間対応や緊急時入院病床を確保する上で、在宅療養支援病院に期待される役割としてはどのようなものが考えられるか。

(訪問看護)

訪問看護ステーションについては、小規模ステーションが多く、また、その業務内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではない。訪問看護ステーションにおいて、看護職員とその他の職員で役割分担を進めて効率的に訪問した場合の評価についてどのように考えるか。

在院日数が短縮しつつあり、入院から在宅療養生活へ移行するための準備に対する支援が必ずしも十分でない。このため、退院直後については、期間を限定して訪問看護の回数制限のない対象者の範囲を拡大することについてどのように考えるか。

医療介護の連携について(その2)

今後のスケジュール(案)

平成22年12月15日

- 介護保険制度の見直しについて、ヒアリング

平成23年1月21日

- 医療介護の連携に係る検討事項の整理、今後のスケジュールの確認

- 在宅医療、訪問看護について

(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションの在り方等)

(医療介護の連携に係るその他の検討事項(案))

- ・ リハビリテーションについて
- ・ 退院調整について
- ・ 在宅における歯科医療や薬剤師業務について 等

検討事項は必要に応じ追加する。



平成22年度診療報酬改定の結果検証や、算定状況の推移等を待たず検討可能なものについて優先的に議論

今後のスケジュール(案)

平成23年4月

- 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査※)における調査項目の検討

※ 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況、リハビリテーション見直しの影響、在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

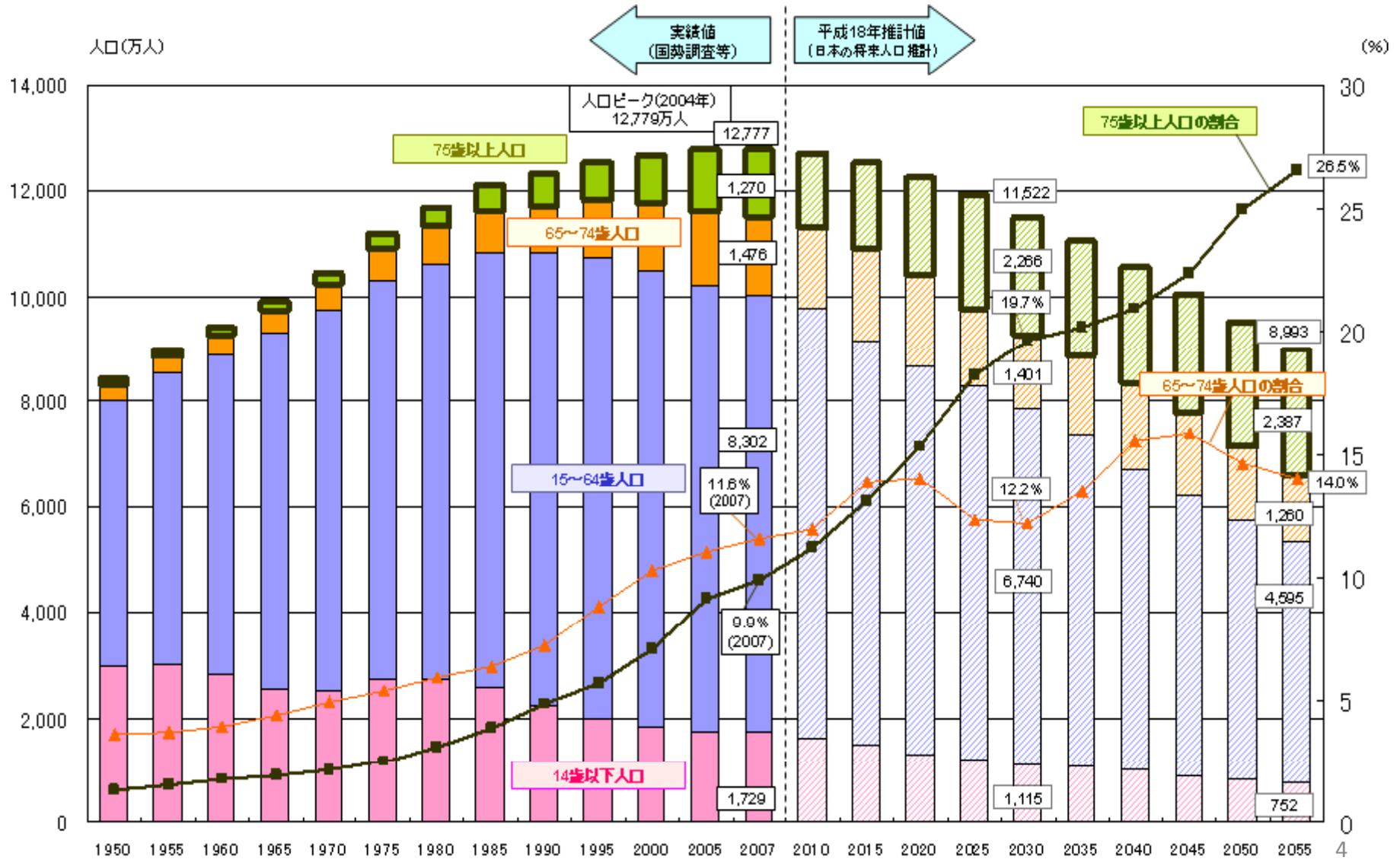
平成23年5～6月(予定)

- 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査※)の実施

平成23年9月(予定)

- 平成22年度診療報酬改定の結果検証

人口推計



(出典)2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口(年報)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

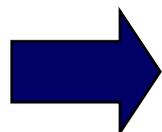
高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

		2005年	2001年	2015年	2020年	2025年
一般世帯		4,904 万世帯	5,014	5,048	5,027	4,964
世帯主が65歳以上		1,338 万世帯	1,541	1,762	1,847	1,843
	単独 (比率)	386万世帯 28.9%	471 30.6%	566 32.2%	635 34.4%	680 36.9%
	夫婦のみ (比率)	470万世帯 35.1%	542 35.2%	614 34.8%	631 34.2%	609 33.1%

(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

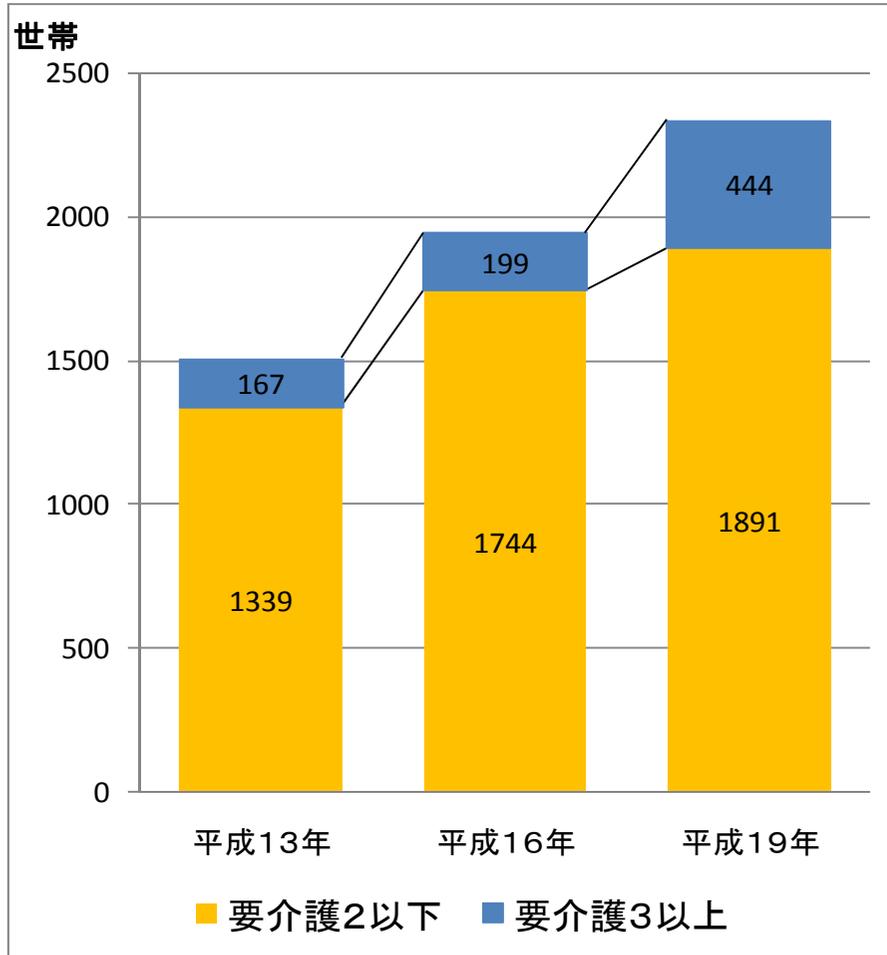
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成15年10月推計—」



「家族同居」モデル→「同居＋独居」モデル

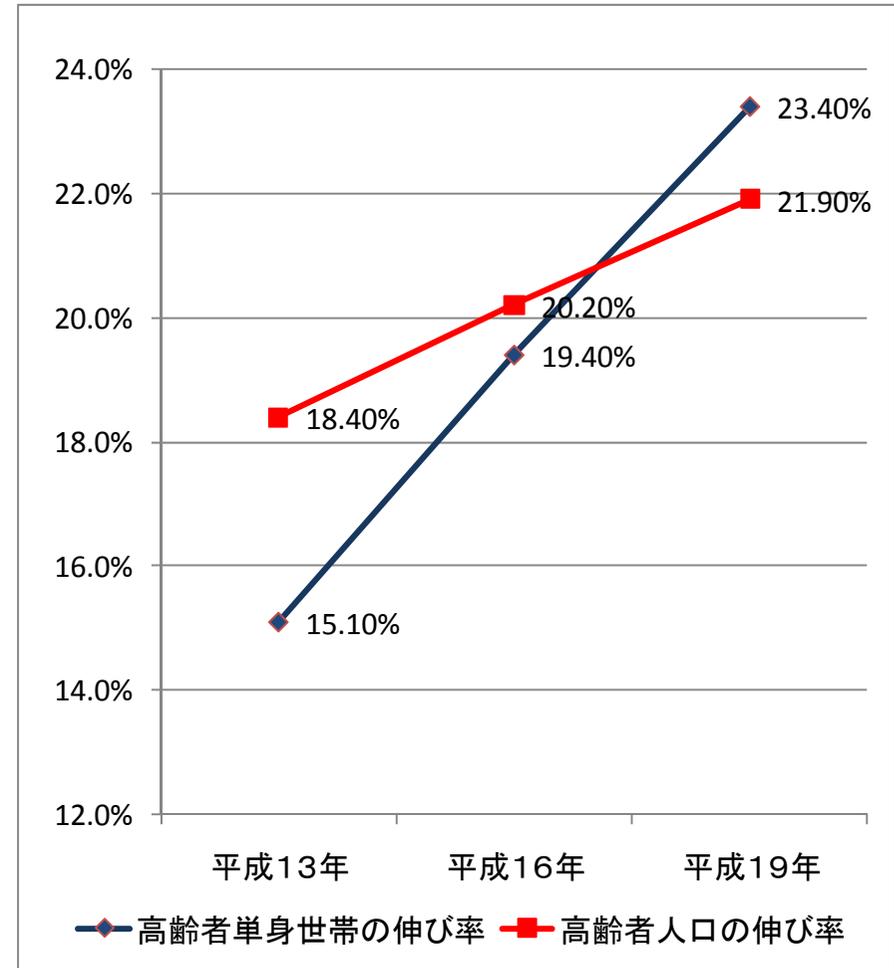
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



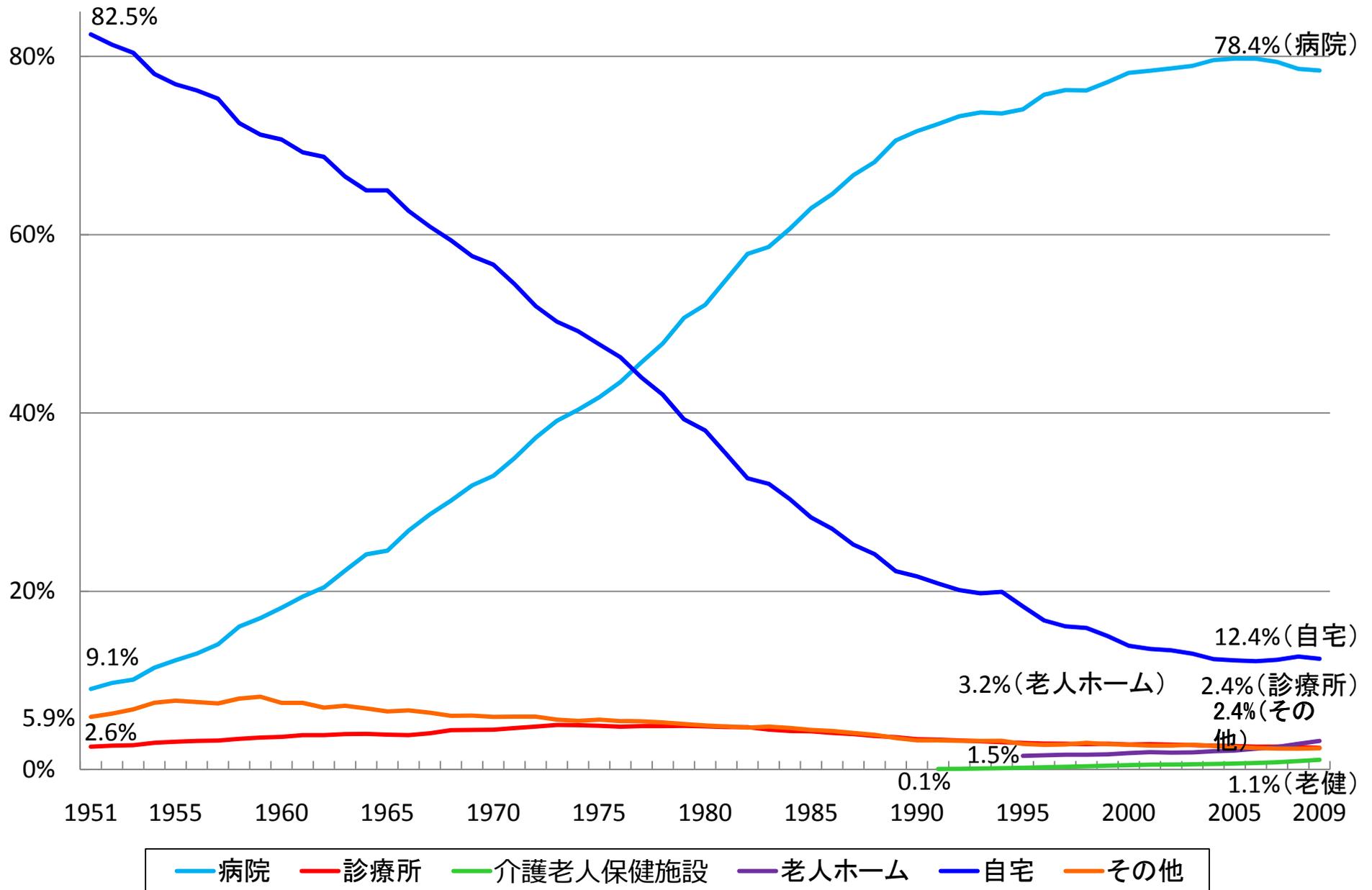
()介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の伸び率



(出典)国民生活基礎調査から作成

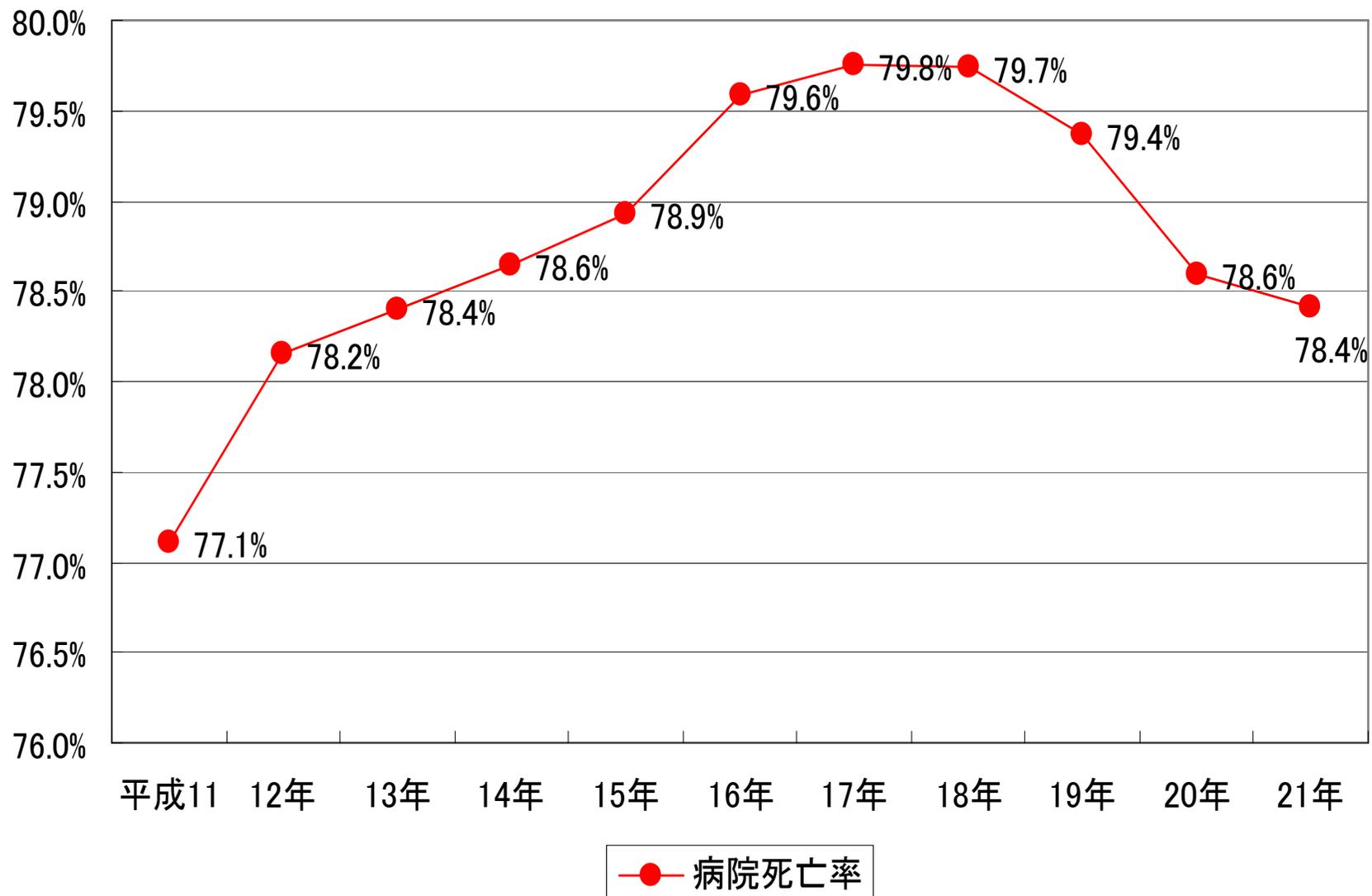
死亡場所の推移



1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

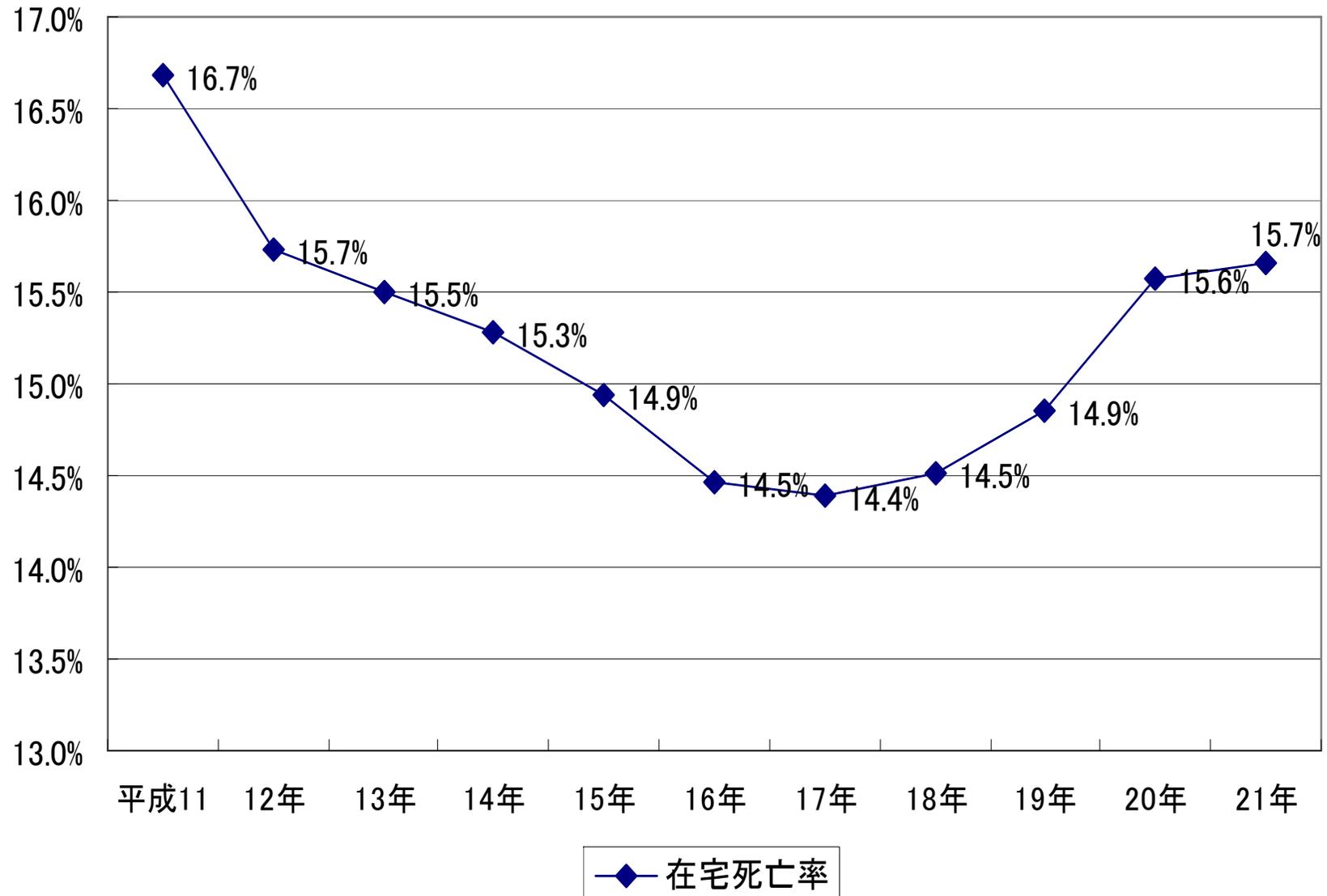
出典)厚生労働省「人口動態調査」

病院死亡率の推移(全国)



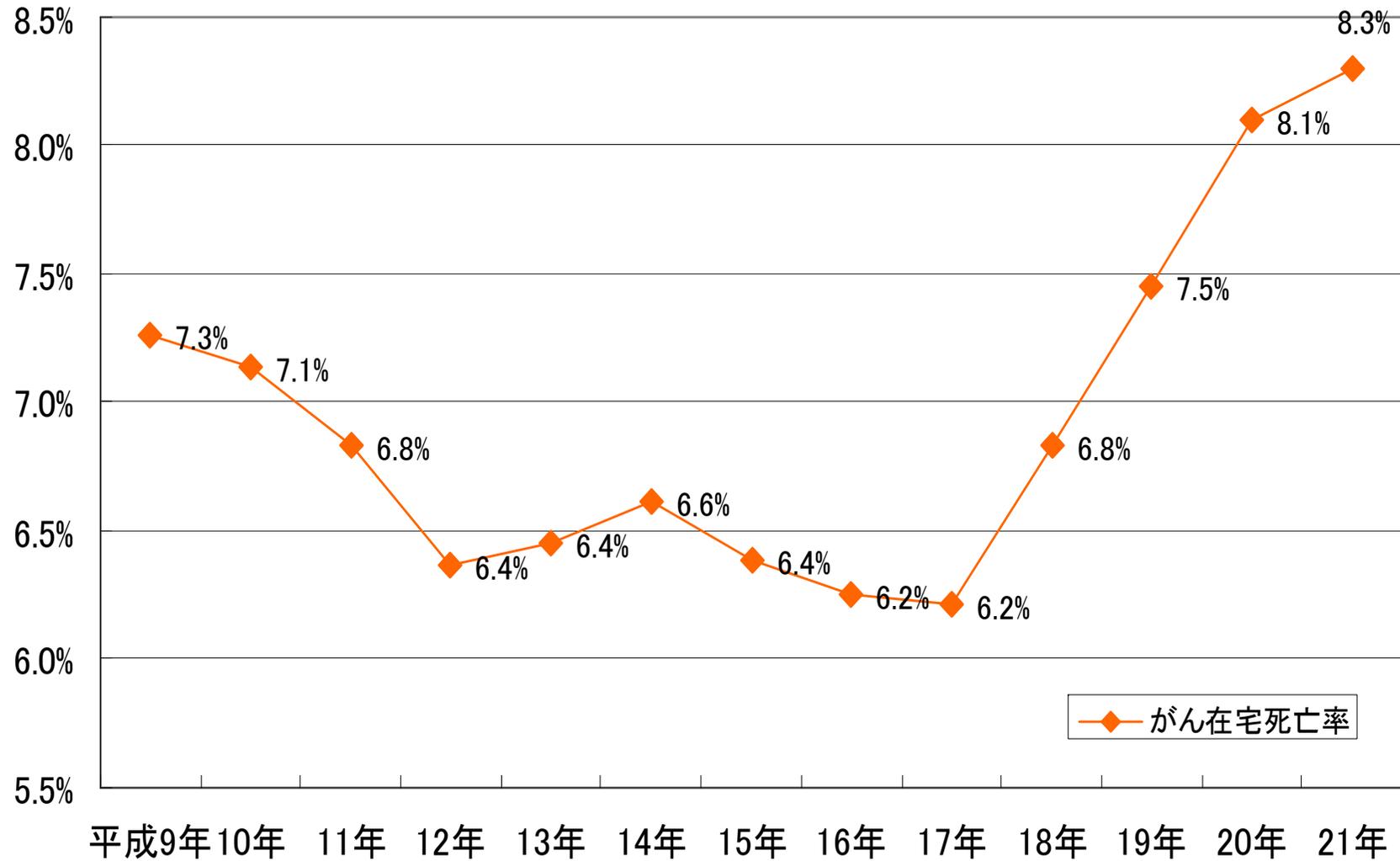
出典：1951-2009 人口動態調査(厚生労働省 人口動態・保健統計課)

在宅死亡率の推移(全国)



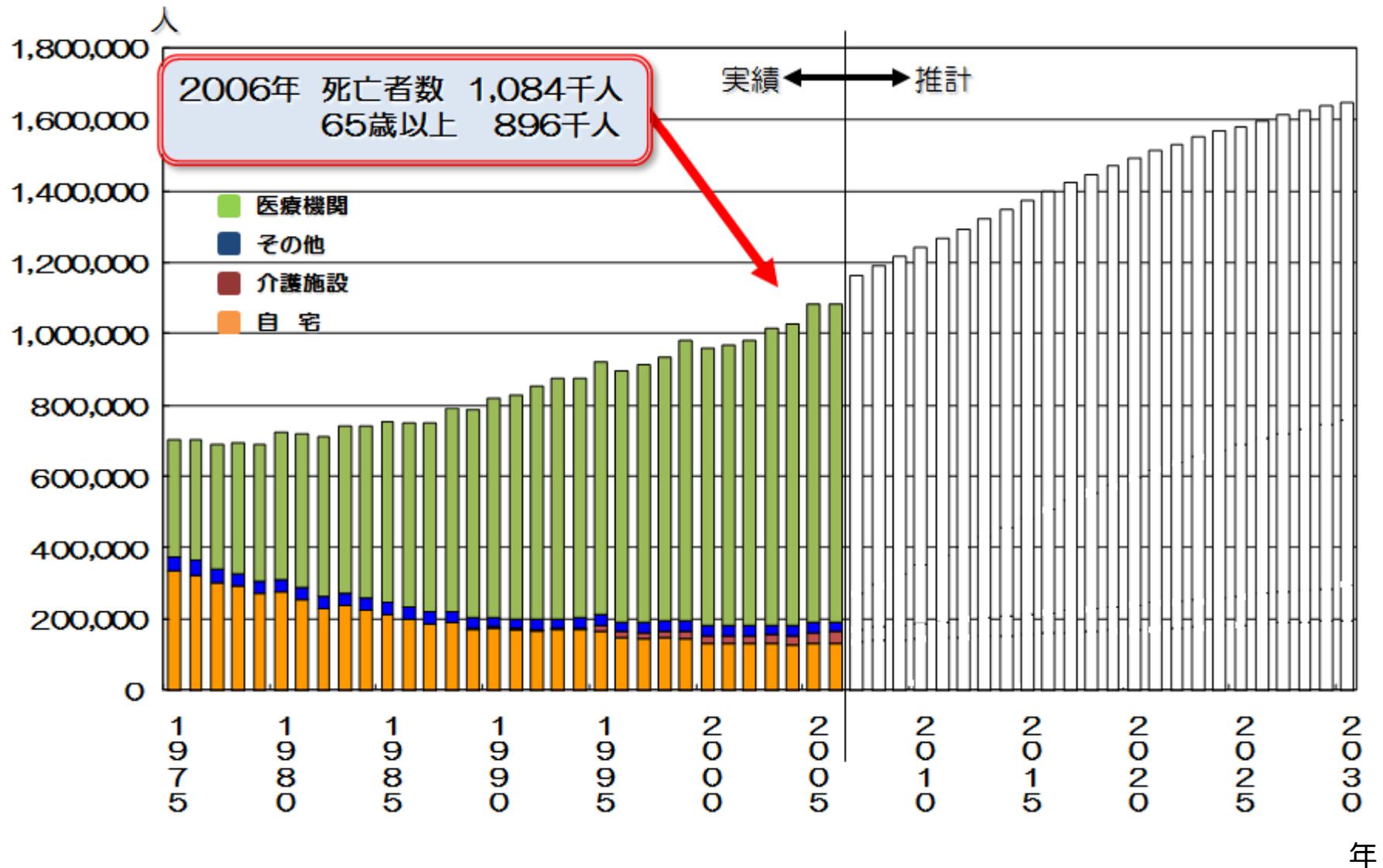
出典：1951-2009 人口動態調査(厚生労働省 人口動態・保健統計課)

がん在宅死亡率



出典：人口動態調査(厚生労働省 人口動態・保健統計課 / 総務省統計局e-stat)

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】

2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

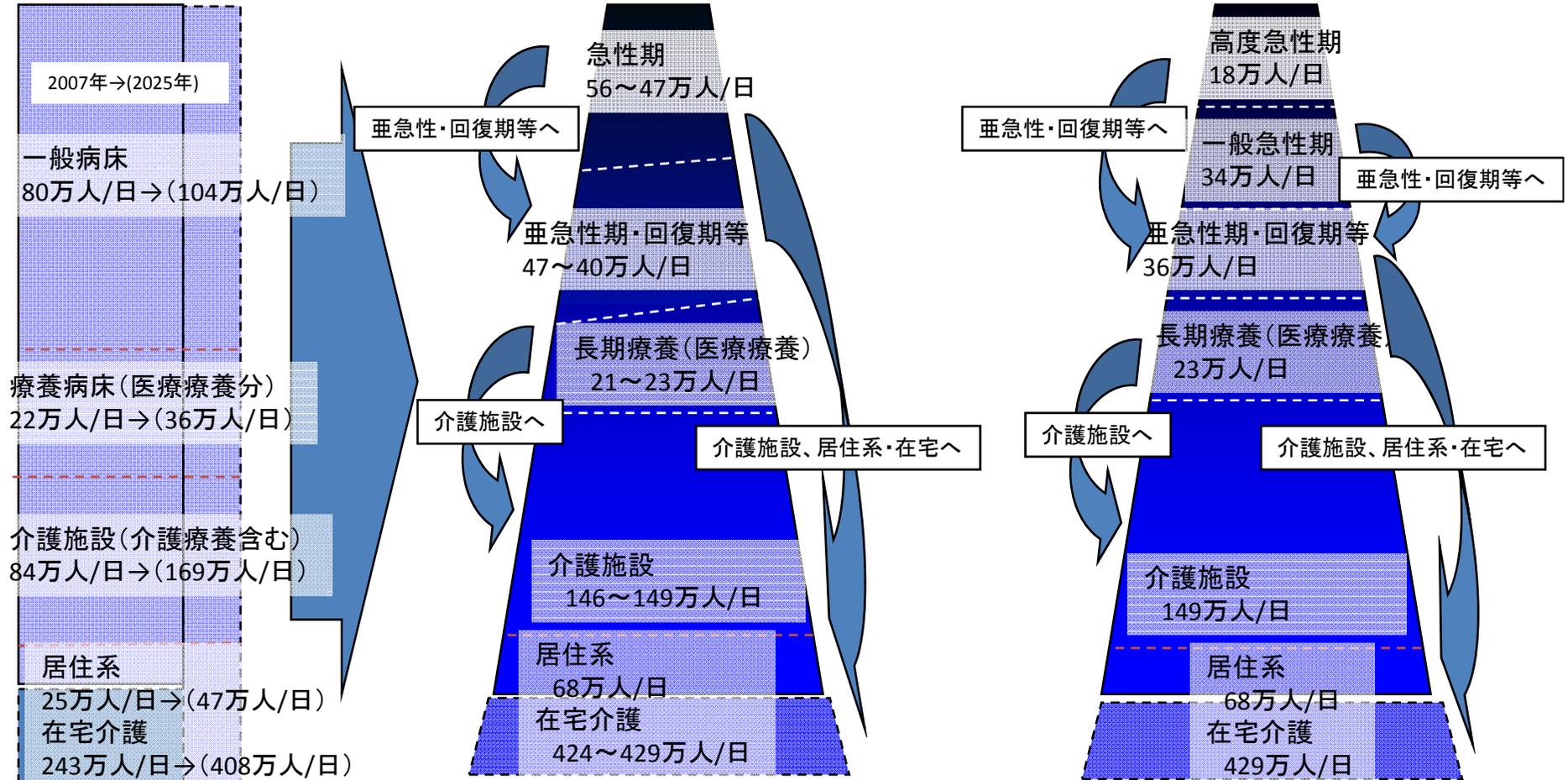
総括図

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

現状投影シナリオ(Aシナリオ)

B1、B2シナリオ ー改革シナリオー

B3シナリオ



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を機能分化(B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

12

上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。

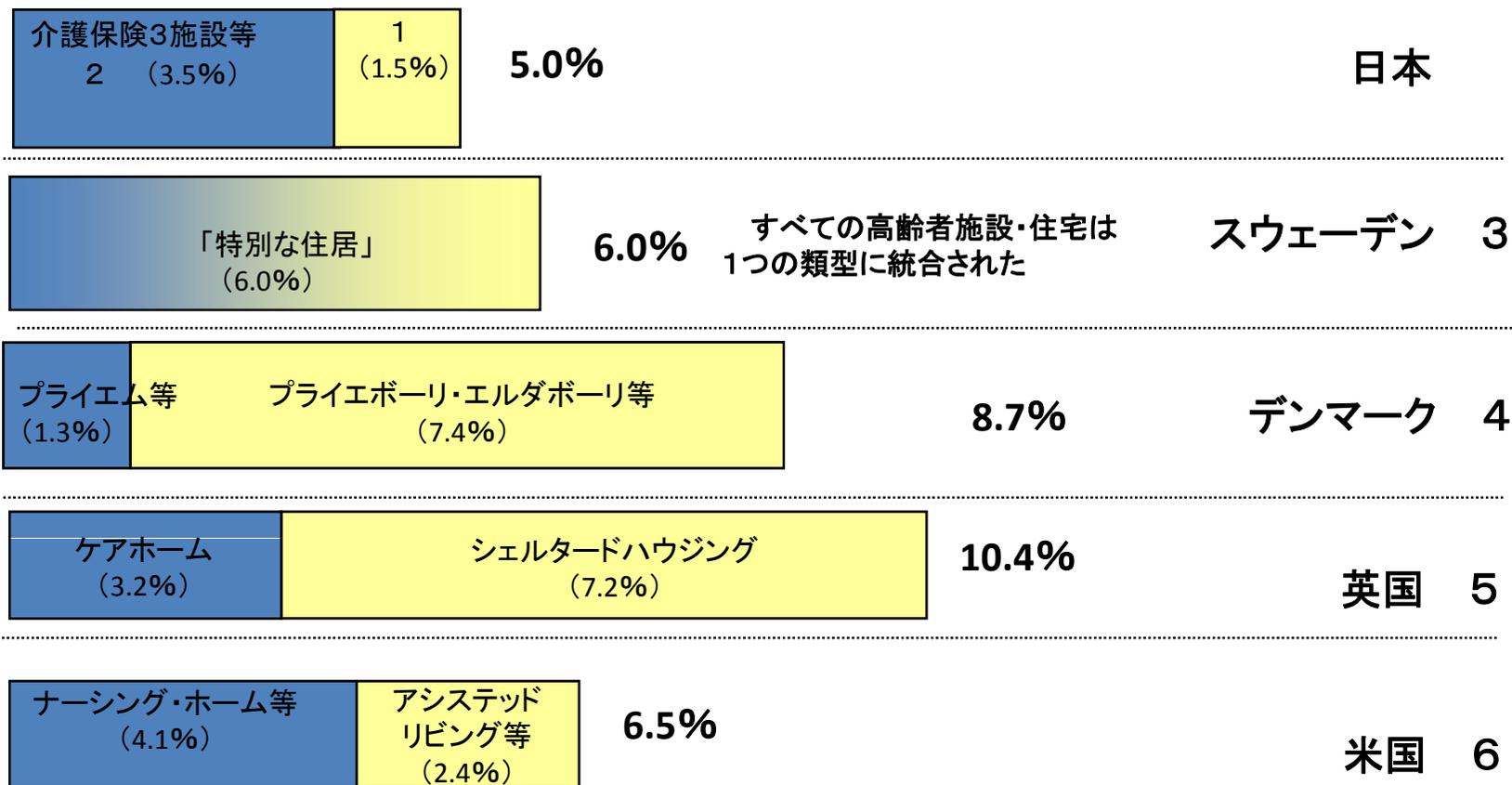
一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

出典: 社会保障国民会議資料より

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)

2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)

3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

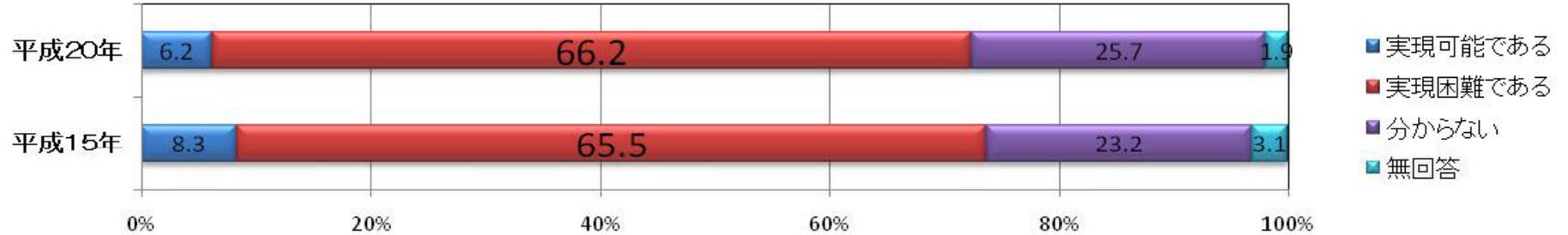
4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計

6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

自宅での療養についての国民の意識

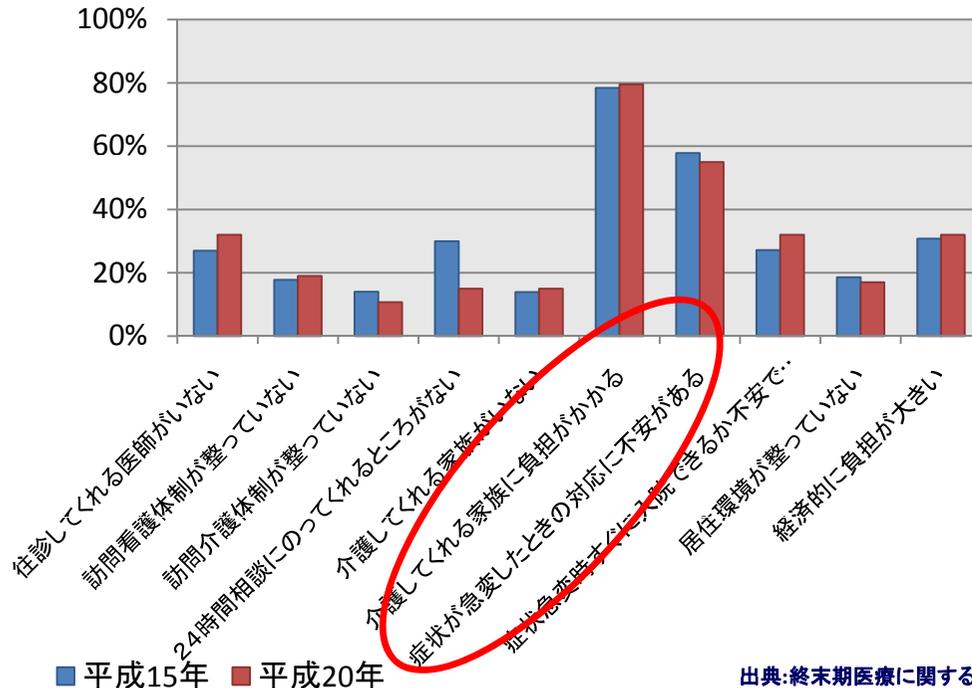
◆ 自宅での療養：60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。



出典：終末期医療に関する調査（各年）

◆ 自宅で最期まで療養することが困難な理由（複数回答）

介護してくれる家族に負担がかかる、症状が急変したときの対応に不安があるという回答が多かった。

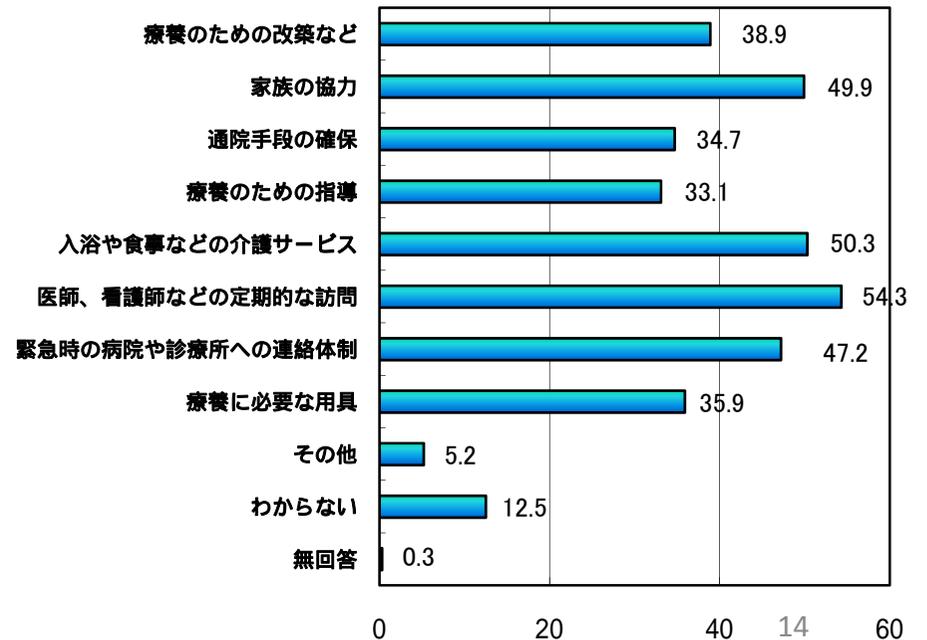


出典：終末期医療に関する調査（各年）

◆ 自宅療養を可能にする条件（複数回答）（注）

自宅での治療・療養したいと回答した者を対象

在宅医療および介護サービスの充実、緊急時の連絡体制の強化、家族の協力などの回答が多かった。



出典：厚生労働省「受療行動調査」

病院等における必要医師数実態調査の概要

病院等における必要医師数実態調査について

- <調査の目的> 全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数を調査
- <調査の期日> 平成22年6月1日現在
- <調査の対象> 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10, 262施設)
- <回収率> 病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%

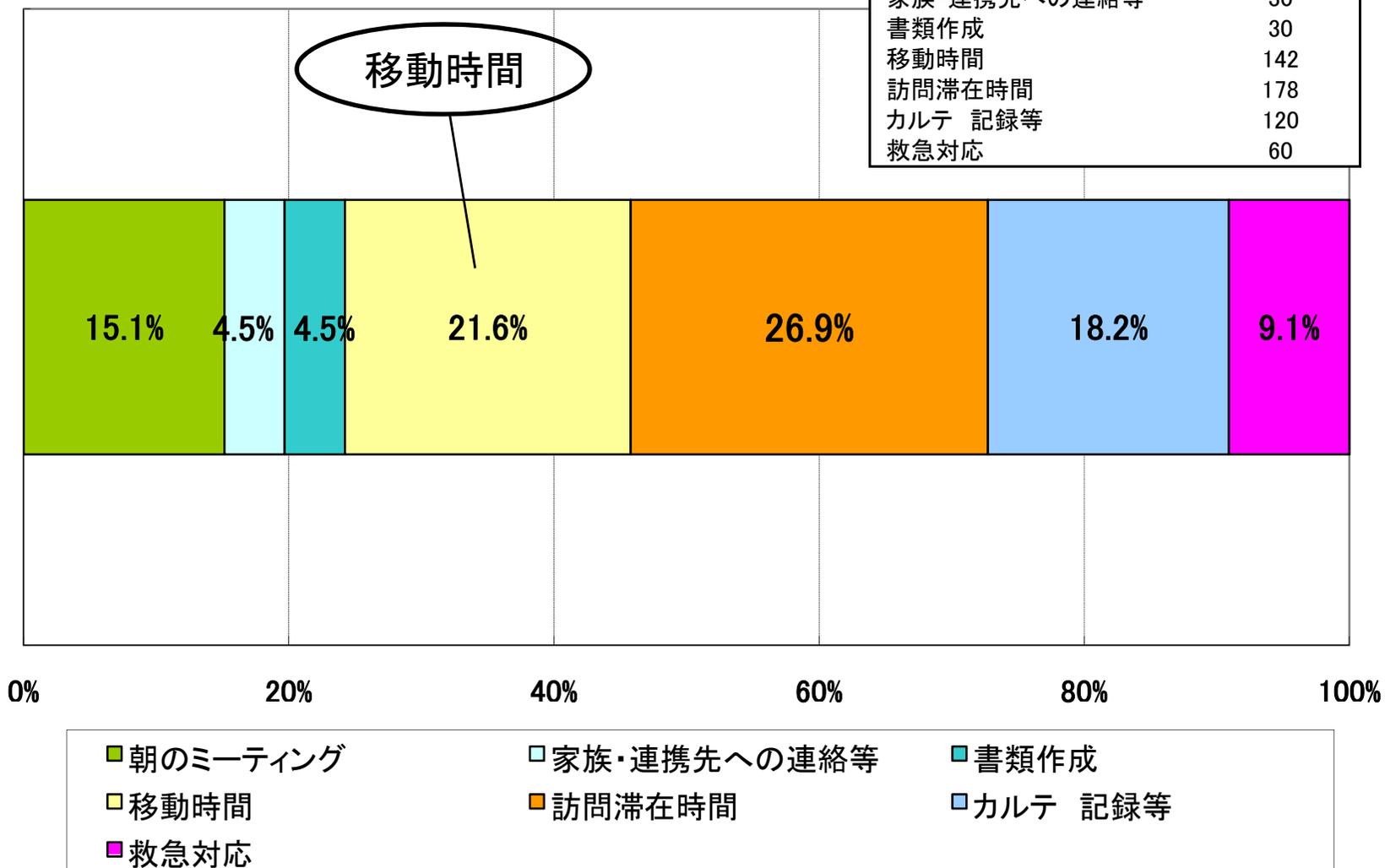
調査結果のポイント

- 現員医師数(167,063人)に対する倍率
 - ・必要求人医師数 18,288人 1.11倍
 - ・必要医師数 24,033人 1.14倍

(必要医師数 = 必要求人医師数 + 求人していないが必要と考える医師数)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県
 - ・必要求人医師数 : 島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
 - ・必要医師数 : 岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科
 - ・必要求人医師数 : リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、
 - ・必要医師数 : リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、

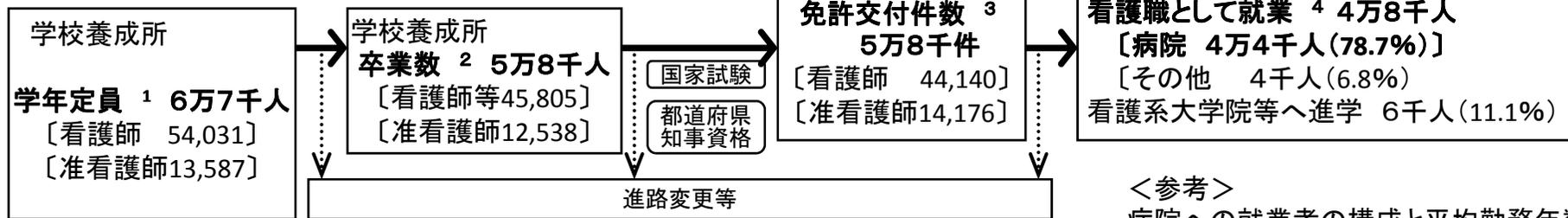
訪問診療の業務内容と内訳 (救急対応を含めて)

一日の業務内容	分
朝のミーティング	100
家族・連携先への連絡等	30
書類作成	30
移動時間	142
訪問滞在時間	178
カルテ 記録等	120
救急対応	60



看護学生の進路意向と就職先について

○一年間の看護師等養成数と資格取得後の就業数



<参考>

病院への就業者の構成と平均勤務年数

	構成比 ⁵	平均勤務年数 ⁶
大学病院	43.6%	6~7年
公立病院	19.9%	13年
私立病院	17.6%	7~8年
公的病院	13.9%	11~13年

○看護学生の進路希望、希望する就業場所、就職先を決定する条件

(1)進路希望⁷

就職 76.6%
大学院に進学 6.2%
その他 17.3%

(2)就業場所の希望⁷

(複数回答)

医療機関 83.3%
自治体保健部門 37.2%
訪問看護事業所等 19.6%
学校の保健室 15.8%
事業所の健康管理室10.5%

(3)就職先の決定条件⁸

(複数回答、上位5項目)

収入が良い
勤務時間が適当
看護内容への期待
通勤に便利
教育研修の充実

○看護教官が進路指導において重視する事項⁹

(複数回答、上位5項目)

研修体制が充実している
社会的評価が高い
卒業生が多く就職している
雇用の安定性
キャリアアップにつながる

出典

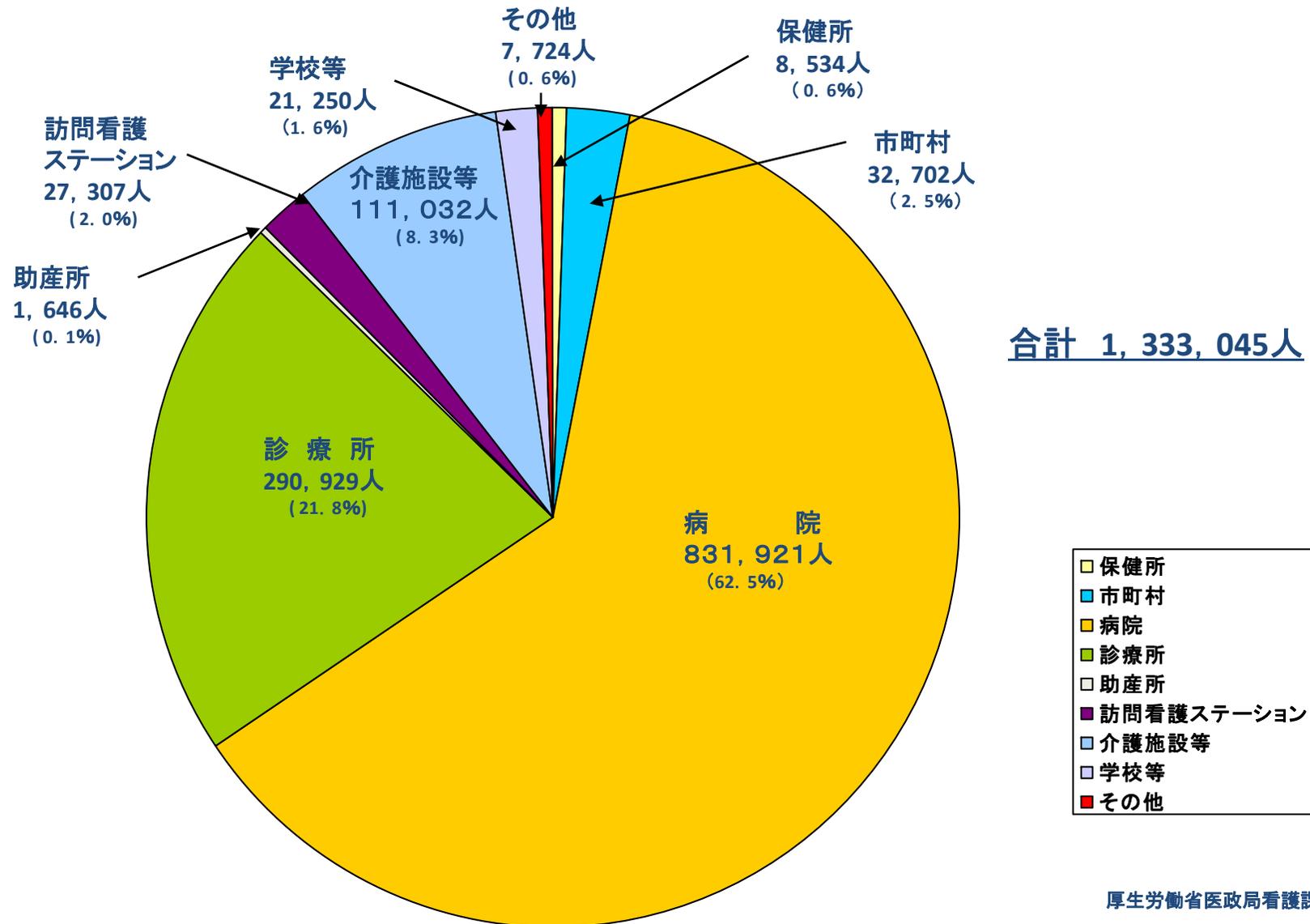
- 1)平成18年4月定員〔日本看護協会出版会「看護関係統計資料集」〕
- 2)平成18年3月卒業生数〔日本看護協会出版会「看護関係統計資料集」〕
- 3)平成17年度交付数〔日本看護協会出版会「看護関係統計資料集」〕
- 4)医政局看護課調べ
- 5)看護系大学卒業生の進路状況の調査(2001年)日本看護系大学協会
- 6)看護の必要度に係る特別調査について等
- 7)看護系大学学生の卒業後の進路希望に関する調査(2001年)、日本看護系大学協議会
- 8)1992年看護学生の進路選択に関する調査、日本看護協会
- 9)2000年看護教育基礎調査、日本看護協会

○訪問看護事業者等への就業を希望する看護学生は、就職希望者の2割に及ぶ。

○就職先を選ぶ際、学生は「収入」「勤務時間」「看護内容」等を選定の条件とする一方、看護教官は「研修体制」「社会的評価」「卒業生の存在」等を重視し指導する。

○その結果、看護職として就職する新卒者の8割が、大学附属病院等の大規模な医療機関に入職し、急性期入院医療に従事することとなっている。

看護職員の就業場所(平成18年)



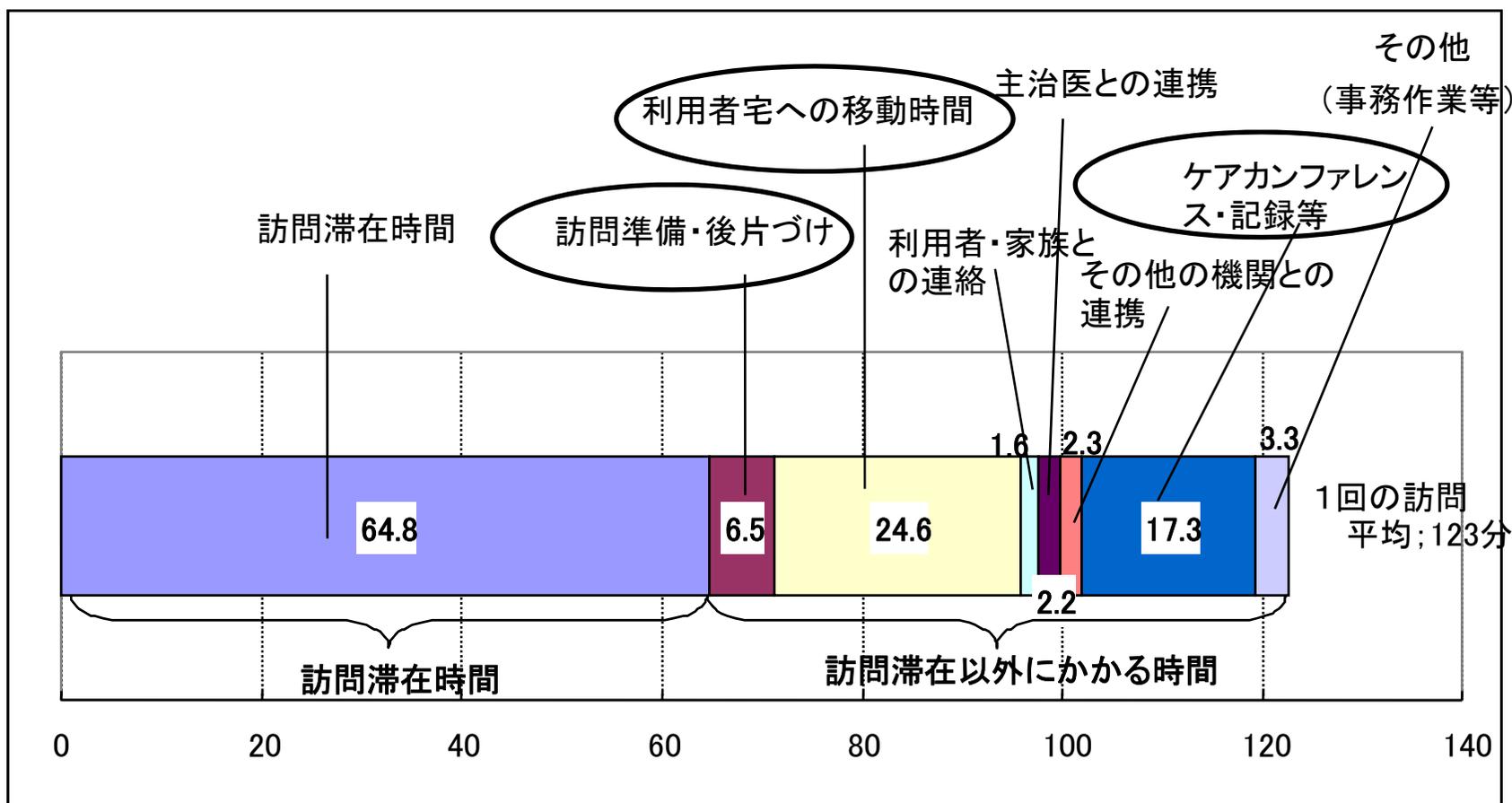
看護職員とは保健師、助産師、看護師、准看護師の総称

厚生労働省医政局看護課調べ

訪問1回あたりの訪問看護の業務内容と内訳

○ 訪問看護においては、利用者宅への訪問時間以外の準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に多くの時間を要している。

訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間



出典:平成14年度 老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書」全国訪問看護事業協会

医療提供体制の各国比較(2008年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	33.8	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	8.2	43.3	3.6	130.0	10.7
フランス	12.9	6.9	48.5#	3.3#	115.2#	7.9#
イギリス	8.1	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5 (予測値)
アメリカ	6.3	3.1 (予測値)	77.9	2.4	344.2#	10.8#

(出典):「OECD Health Data 2010」

注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

在宅医療に係る現状と課題

現状

- 75歳以上人口の増加と若年世代の減少
- 高齢者の単独世帯の増加
- 低い在宅死亡率
- 医師数・看護師数の需給ギャップ

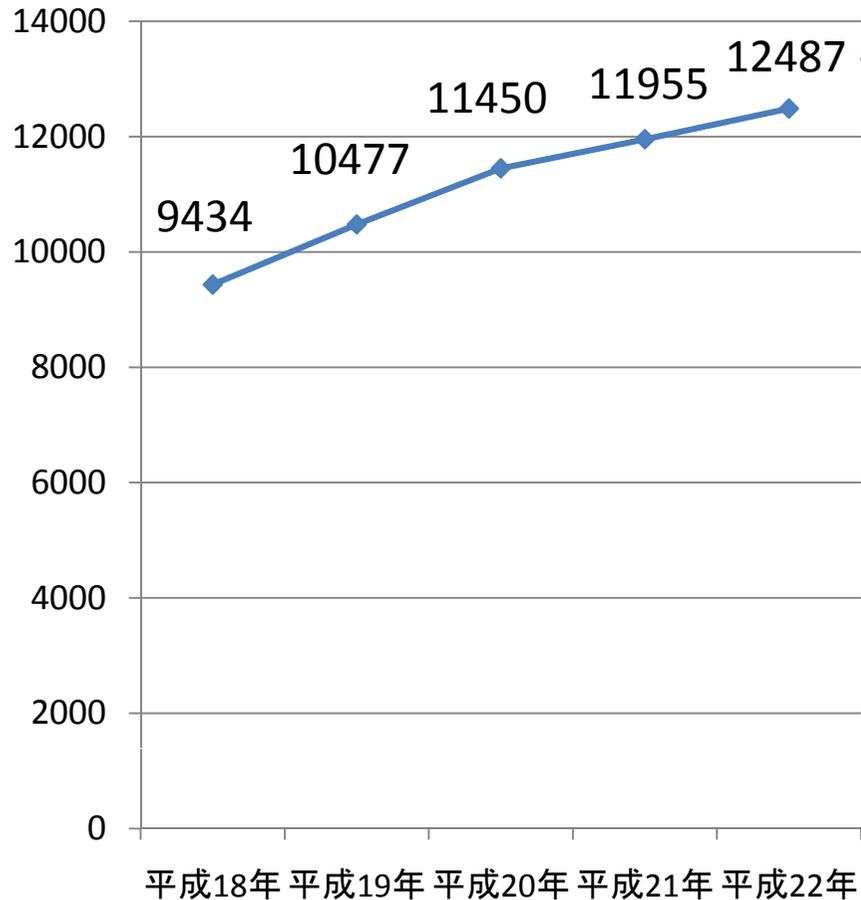
課題

- 増加する在宅医療の需要への対応
- 効率的な在宅医療の提供
- 急変時対応等、利用者のニーズにあった在宅医療の在り方

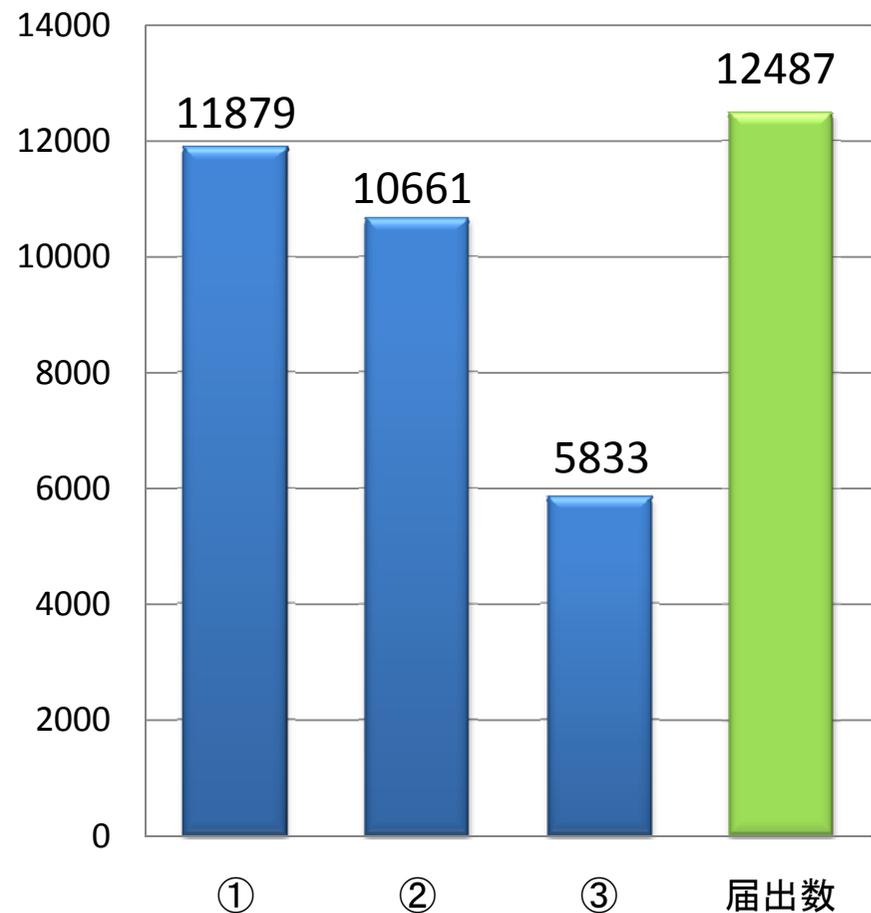
在宅療養支援診療所/病院について

在宅療養支援診療所の届出数の推移

在宅療養支援診療所 届出数



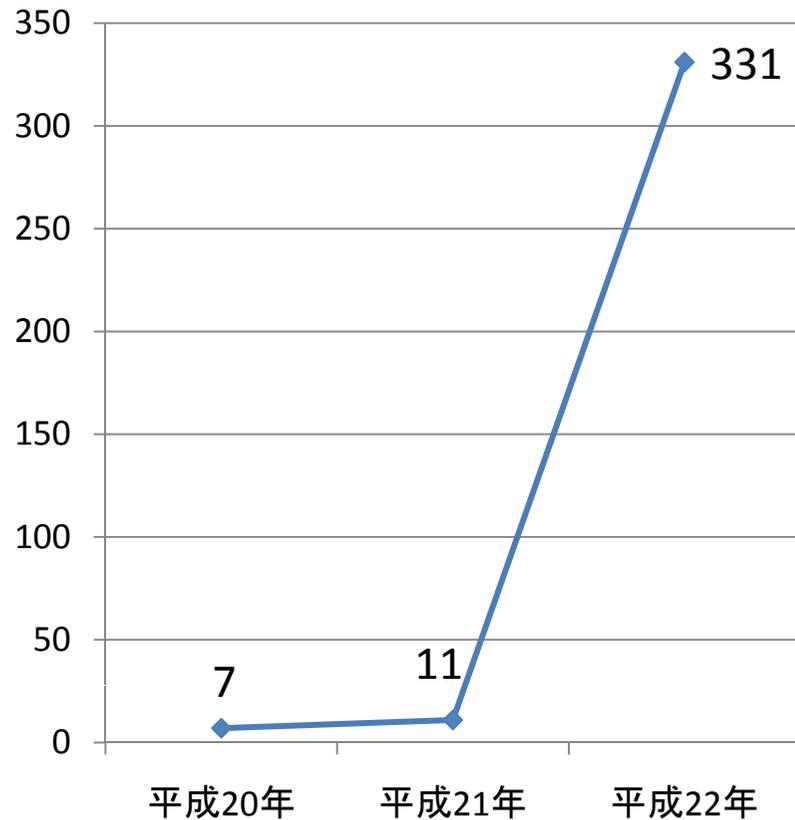
在宅療養支援診療所の内訳 (平成22年)



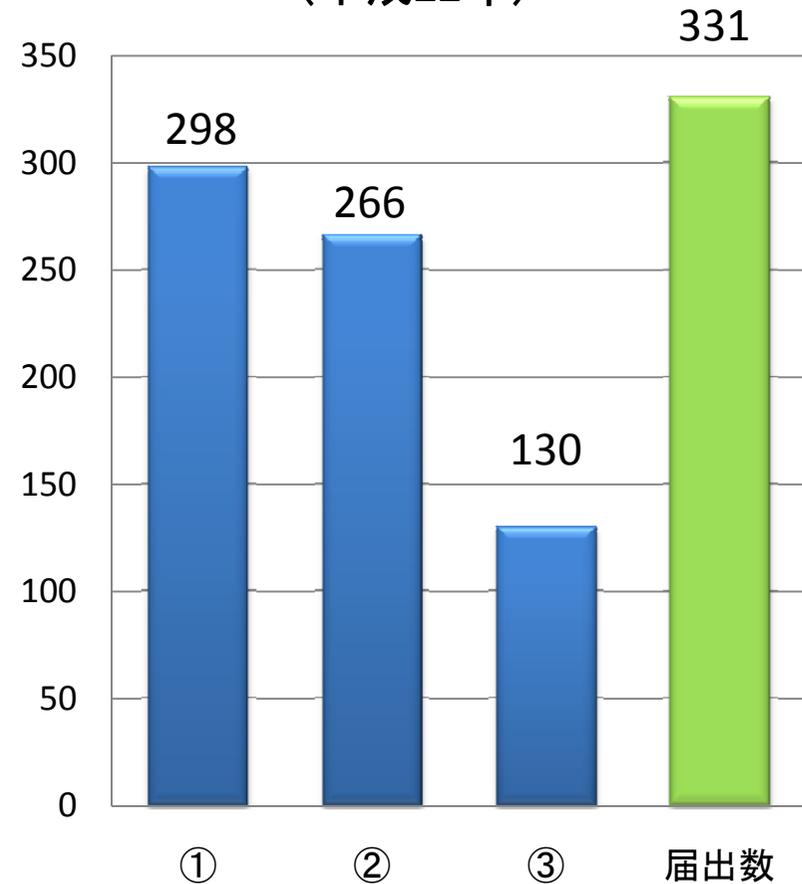
- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

在宅療養支援病院の届出数の推移

在宅療養支援病院 届出数



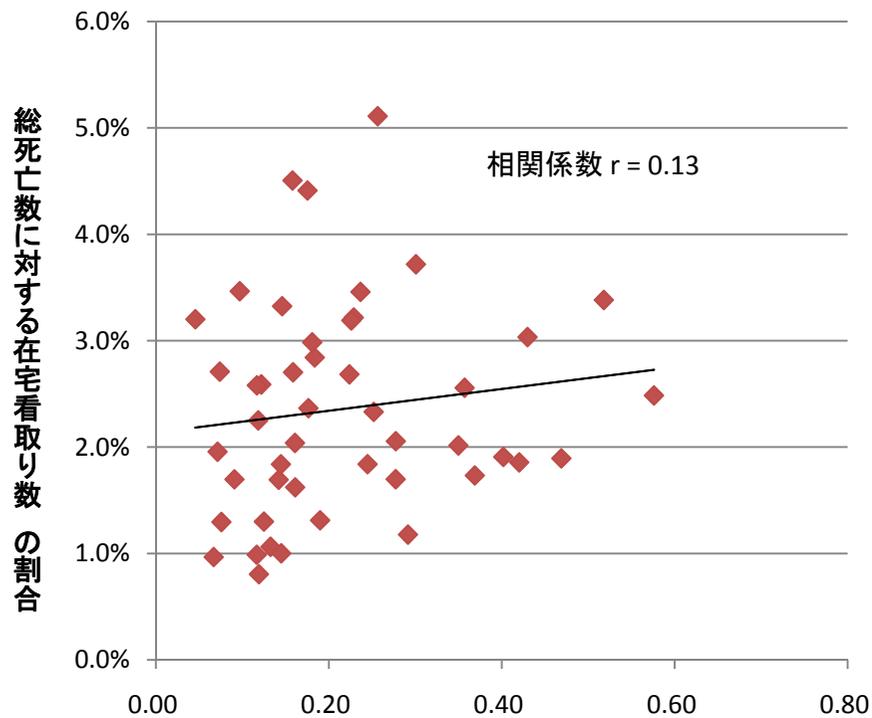
在宅療養支援病院の内訳 (平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

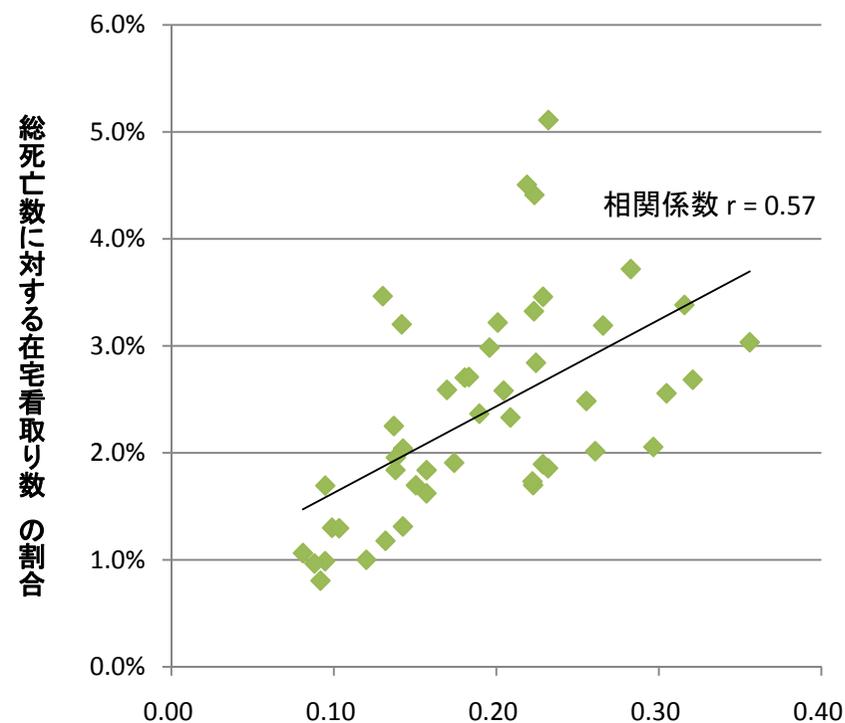
在宅療養支援診療所と在宅看取り数 の関係 (都道府県別)

在宅看取りなし機関



65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所数
(在宅看取りなし機関)

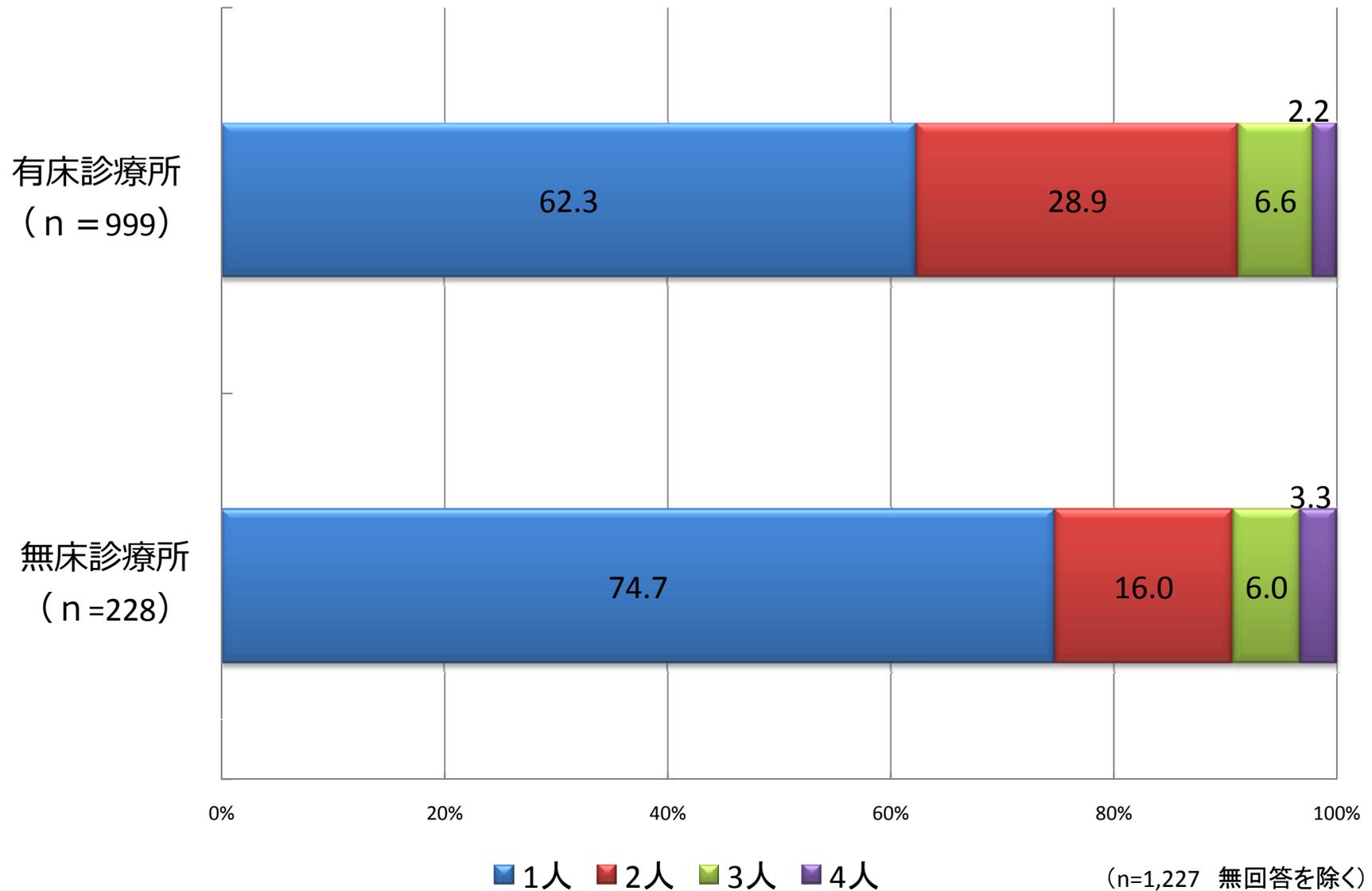
在宅看取り数1名以上機関



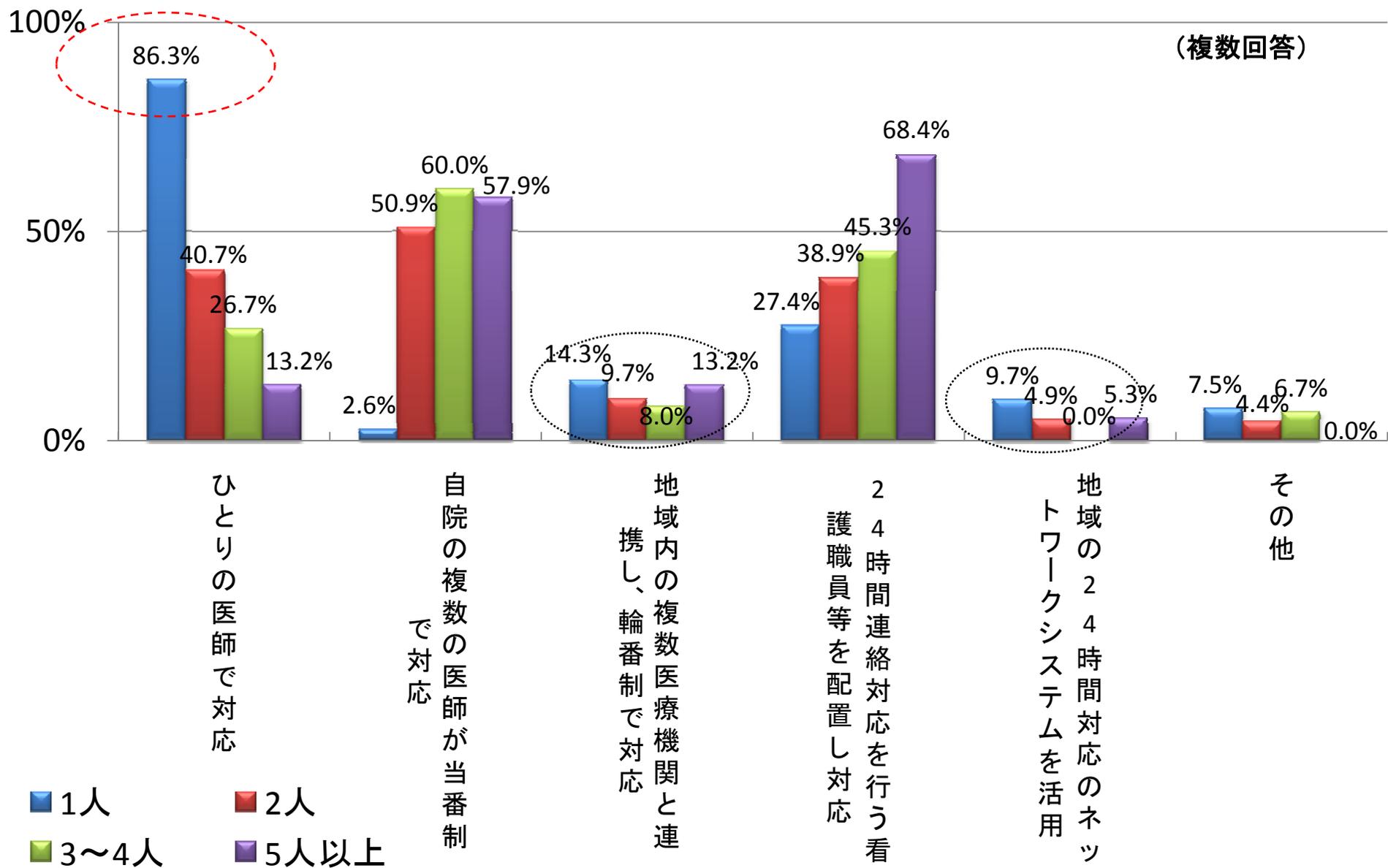
65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所
(在宅看取り1名以上機関)

() 在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

在宅療養支援診療所の医師数別の施設数



在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制（複数回答）



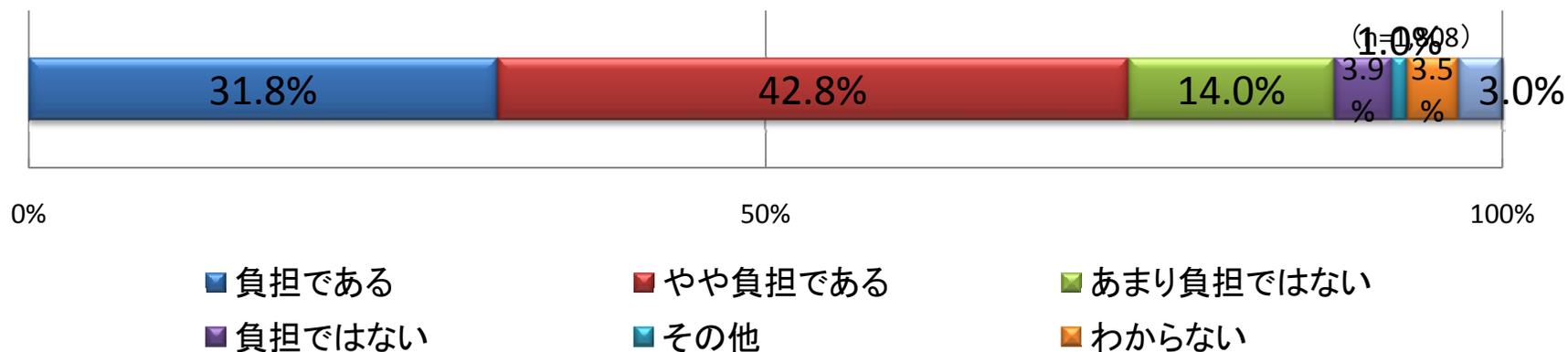
(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

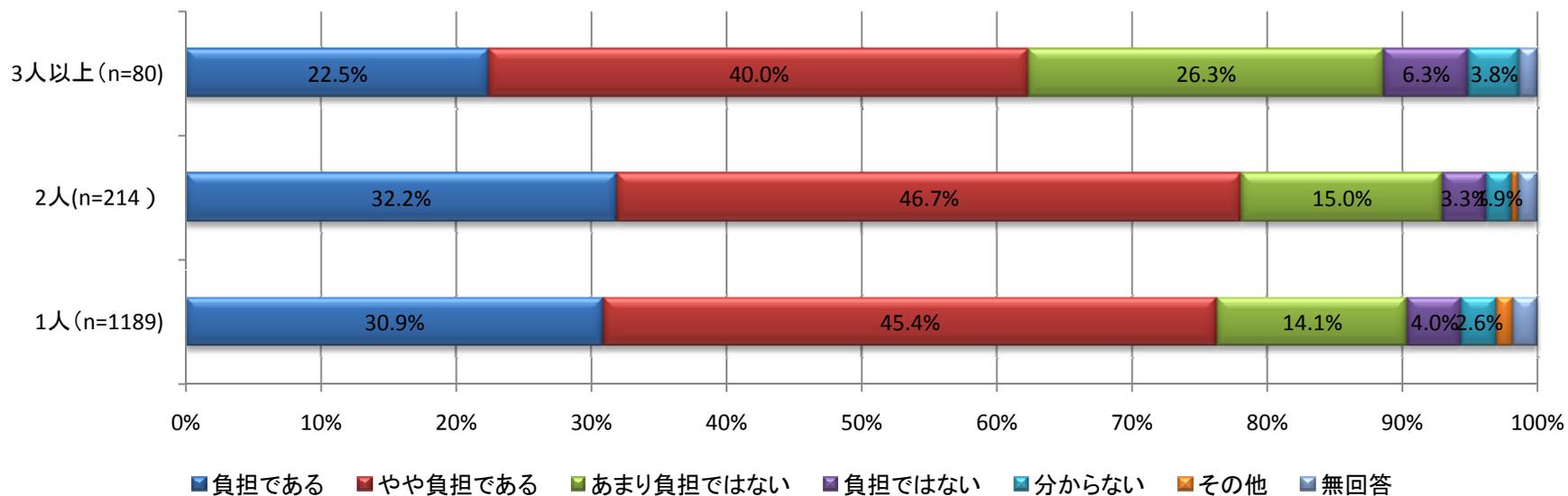
「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

在宅療養支援診療所医師の24時間体制への負担

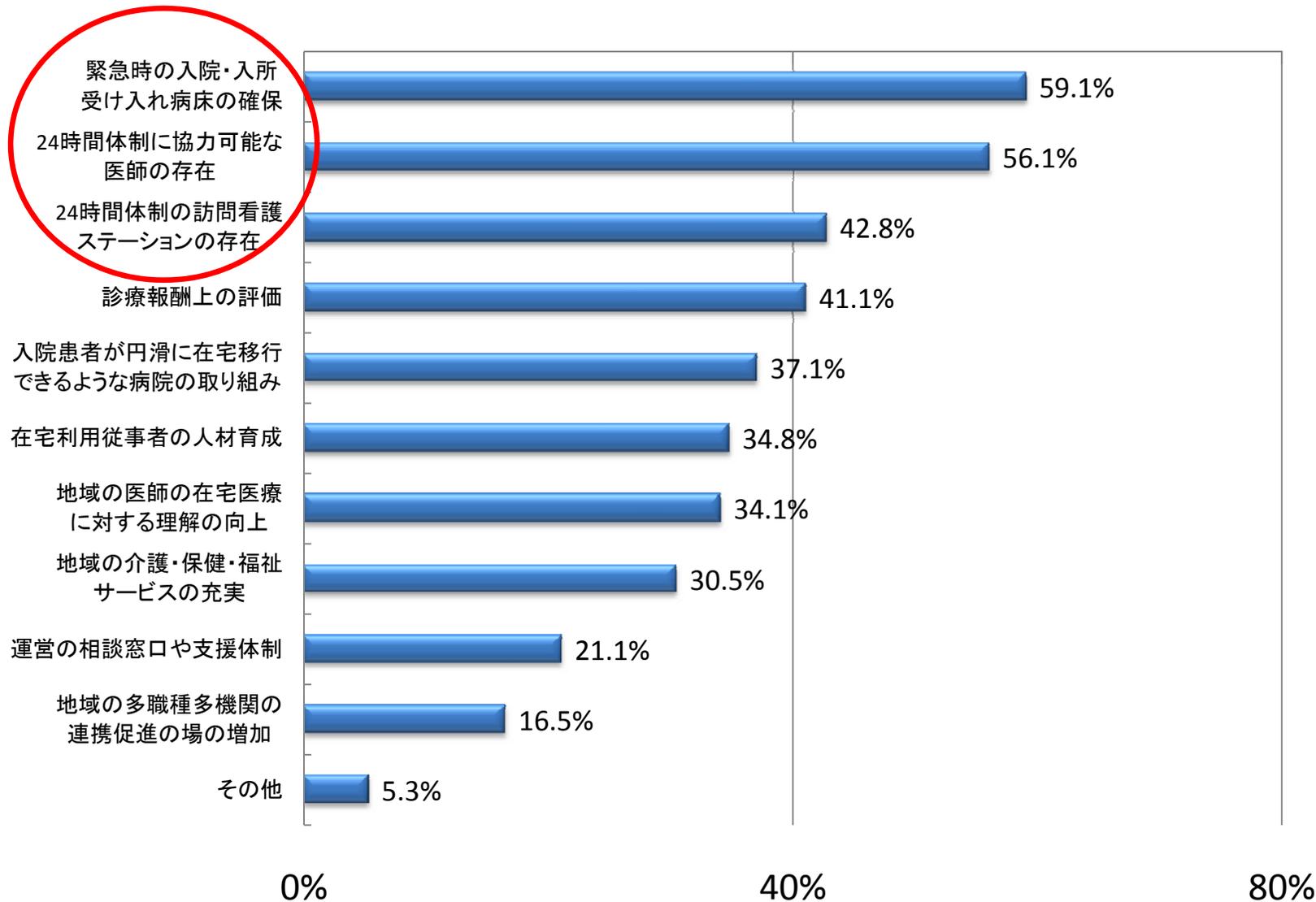
■全体



■施設規模別



在宅医療提供上の課題



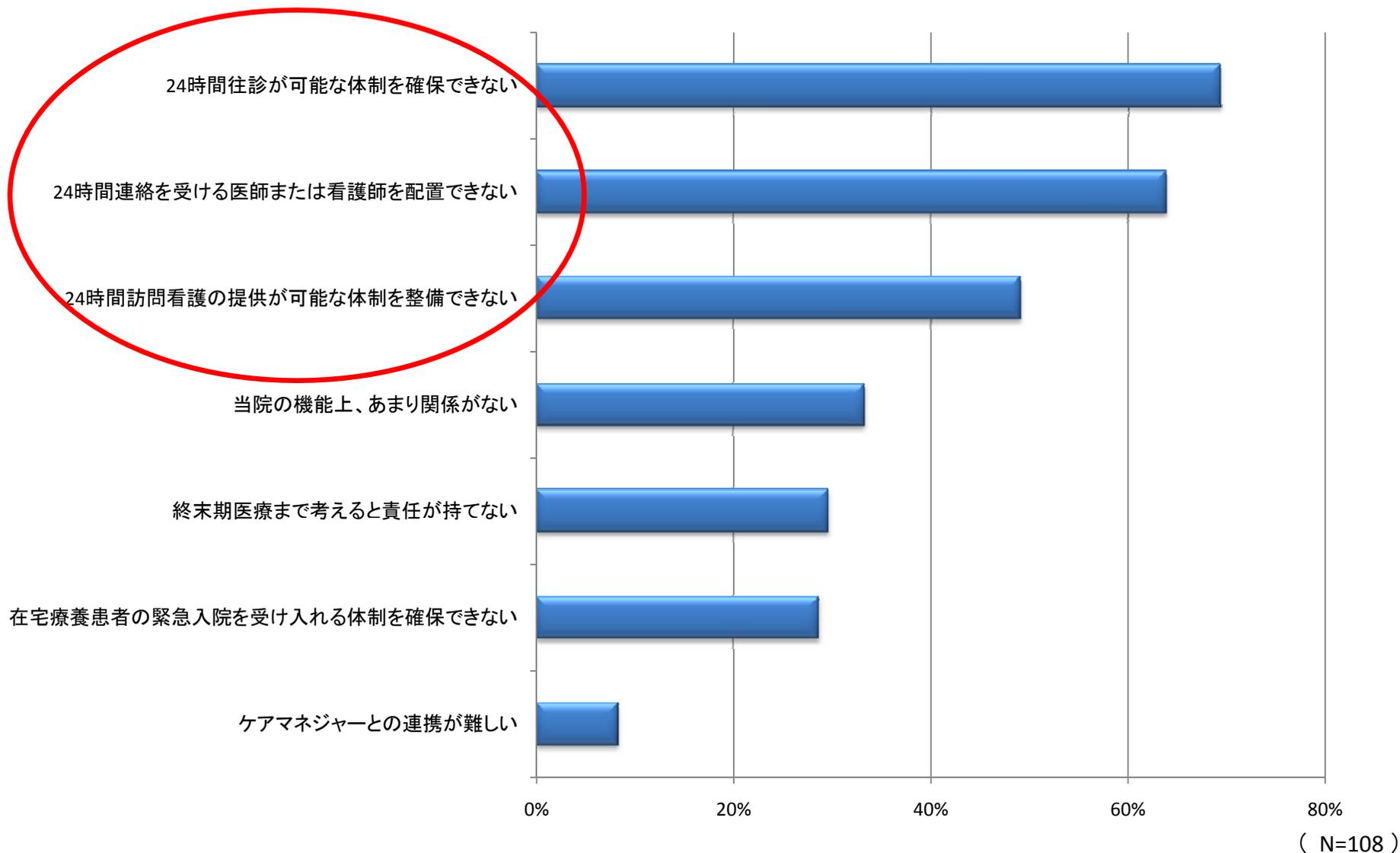
(n=1,576 複数回答 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

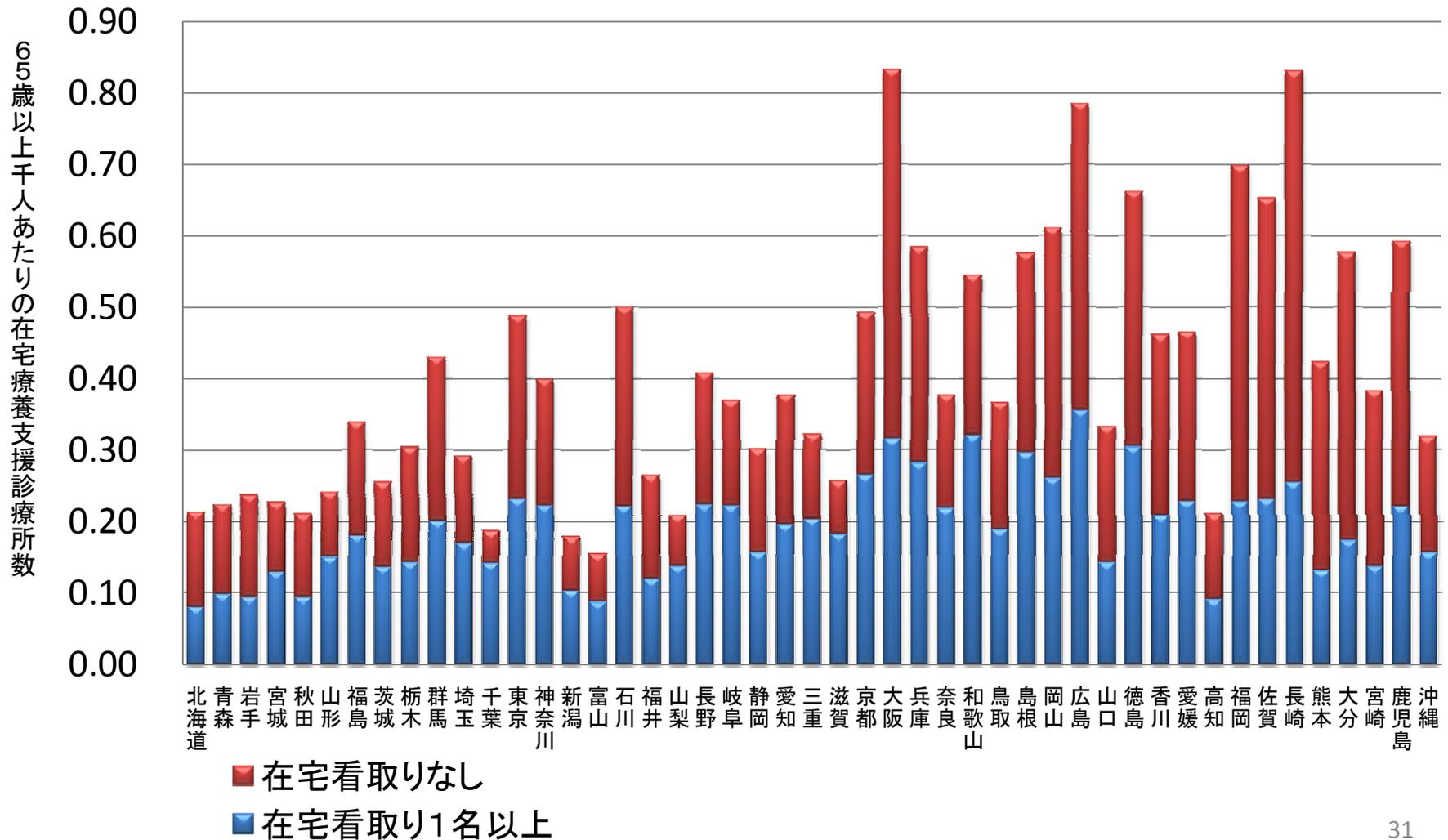
在宅療養支援診療所の届出をしていない理由

－在宅療養支援診療所以外－（複数回答）



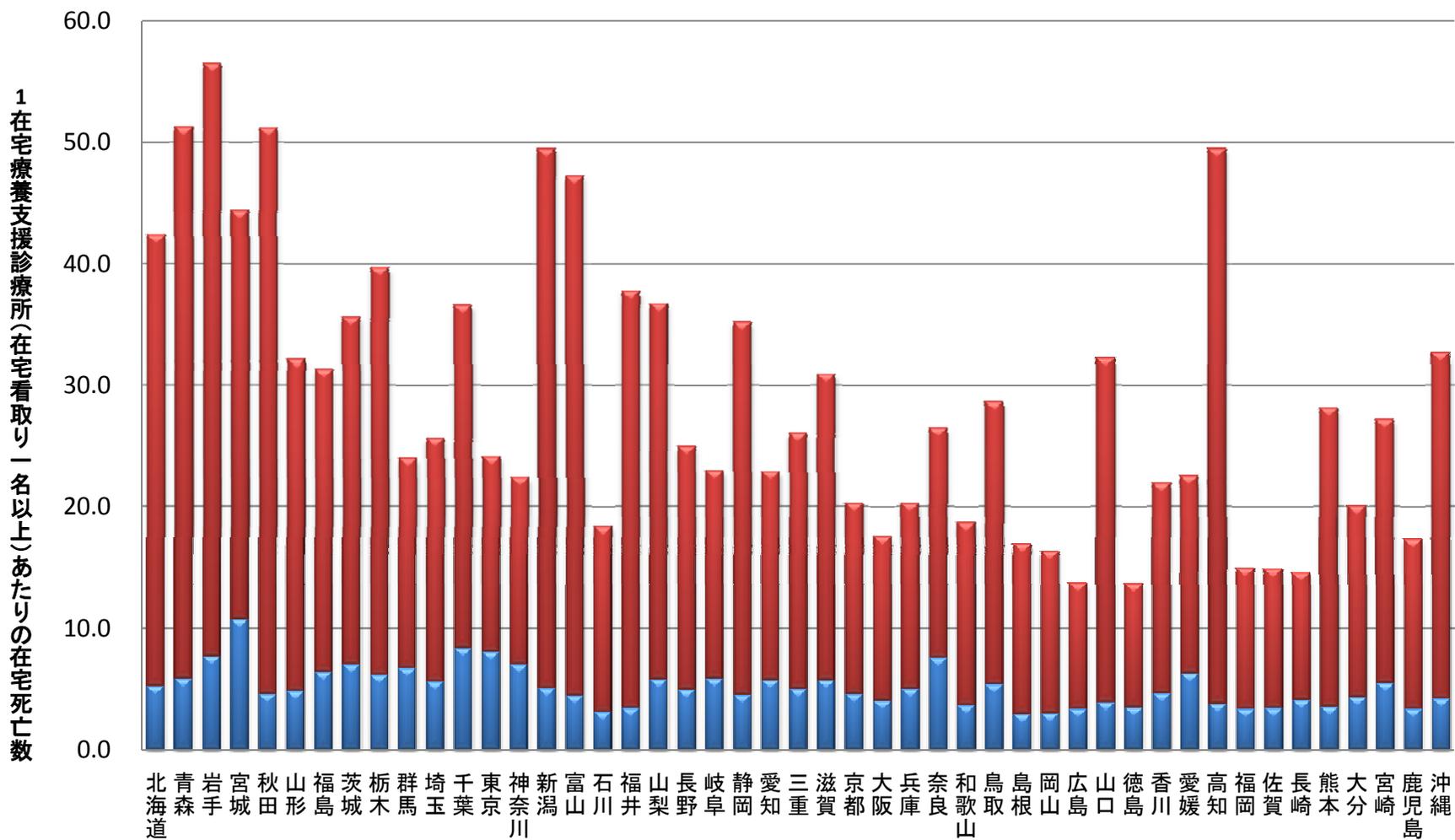
出典) 福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構/日本医師会総合政策研究機構
在宅療養支援診療所実態調査(平成19年)

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) <都道府県別分布>



■ 在宅看取りなし
 ■ 在宅看取り1名以上

在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較 (都道府県別分布)

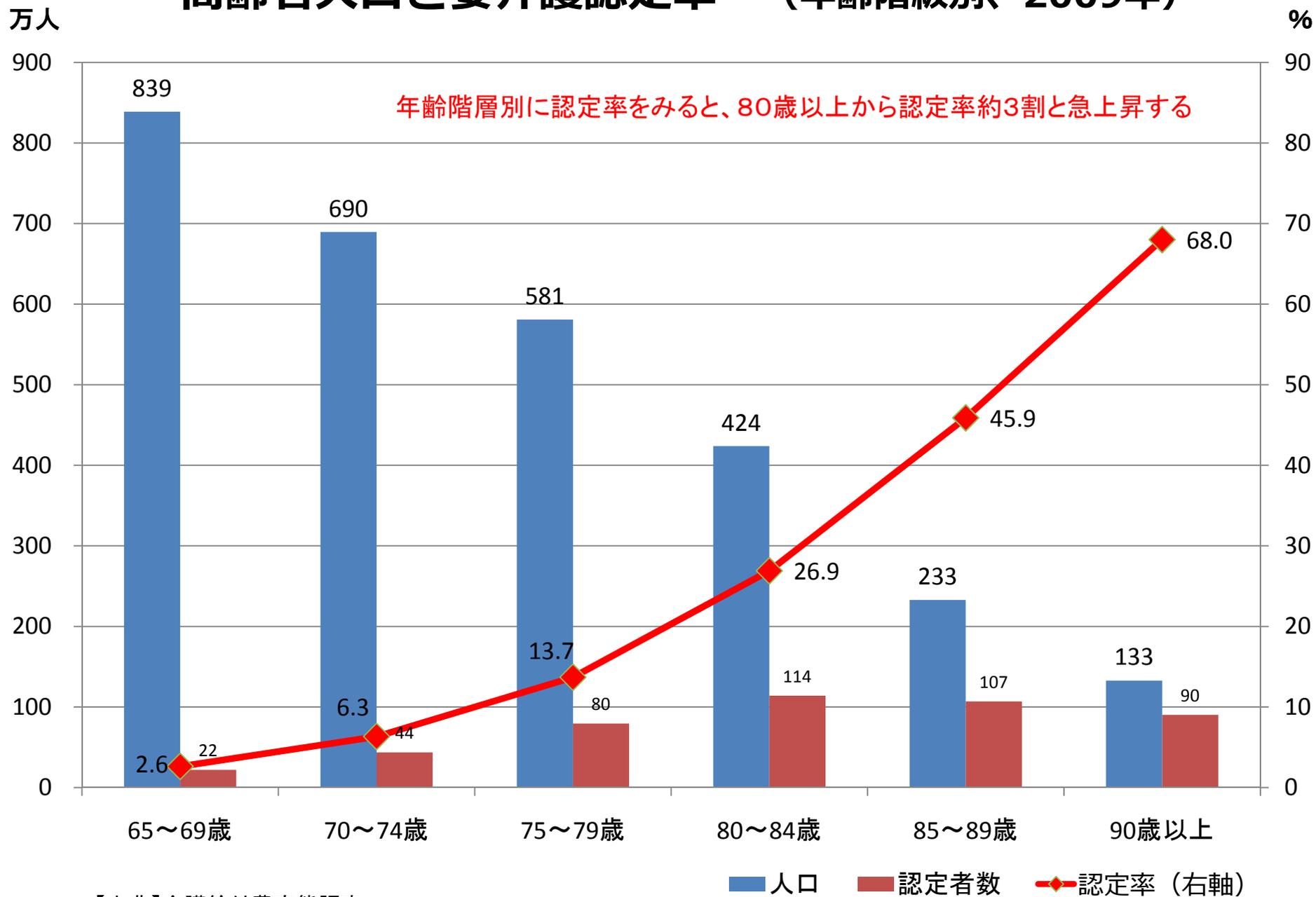


■ その他の在宅死亡数

■ 在宅療養支援診療所が看取っている在宅死亡数

訪問看護について

高齢者人口と要介護認定率 (年齢階級別、2009年)



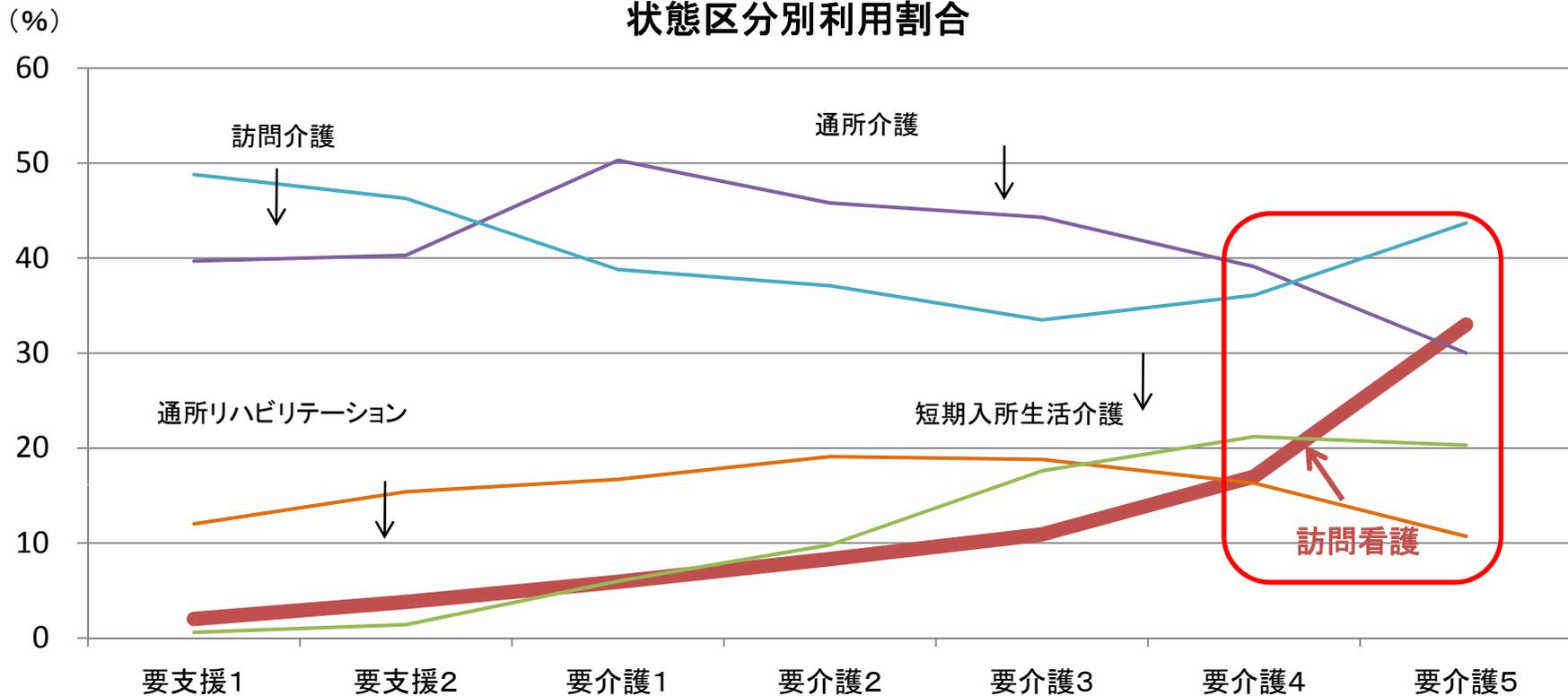
【出典】介護給付費実態調査

出典：厚生労働省「社会保障審議会第25回介護保険部会資料」

高齢者の状態像とケアマネジメント

- 重度になるほど、複数のサービスを組み合わせる必要性が増大する。また、重度になるほど、医療ニーズが高まってくる。したがって、重度者については、ケアマネジメントが適切に行われることが必要であり、その際、医療ニーズも適切に汲み取っていくことが必要である。

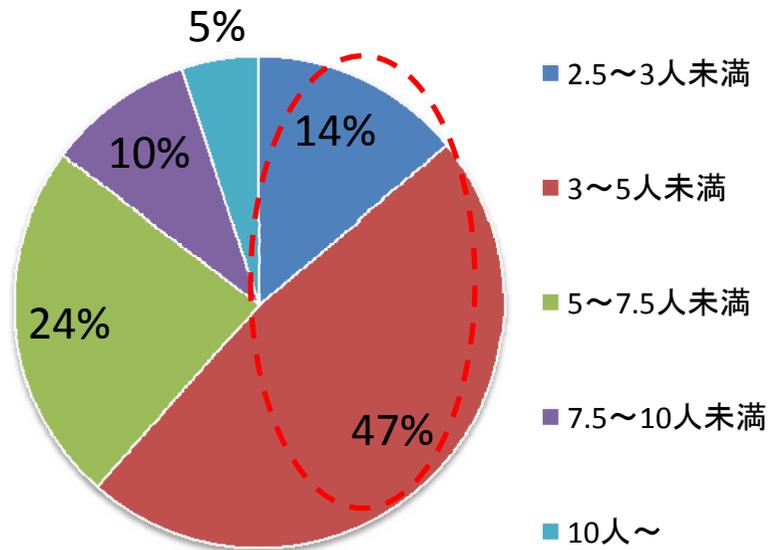
居宅サービス種類別にみた受給者の要介護(要支援)
状態区分別利用割合



重度になるほど、看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まってくる。

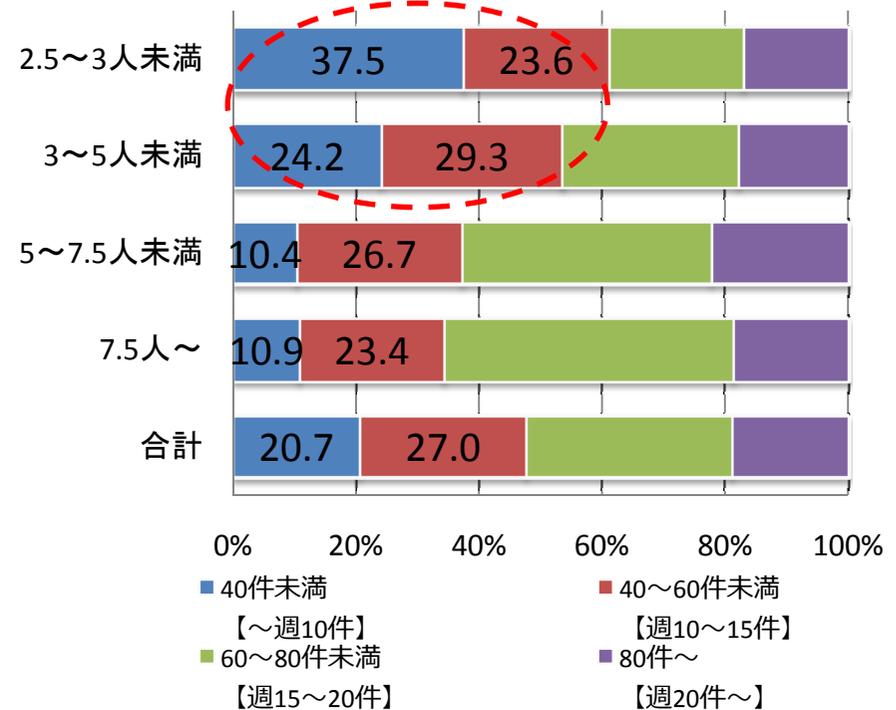
訪問看護ステーションの規模別状況①

職員数規模別にみた
事業所数の構成 (N=1,713)



訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

職員数規模別にみた
職員一人月当たりの訪問看護件数 (N=1,556)



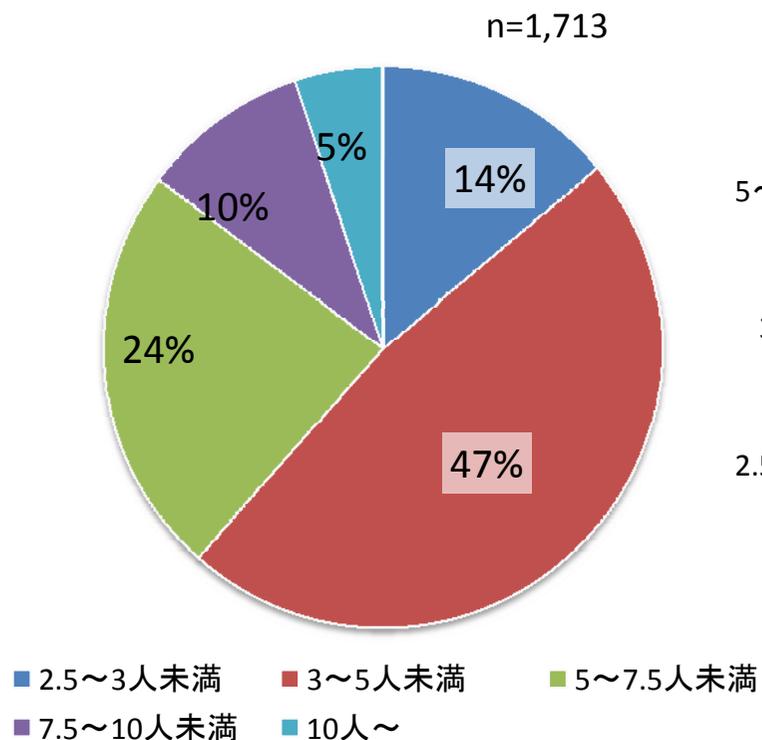
○ 5人未満の小規模なステーションが約65%を占めている。

○ 小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

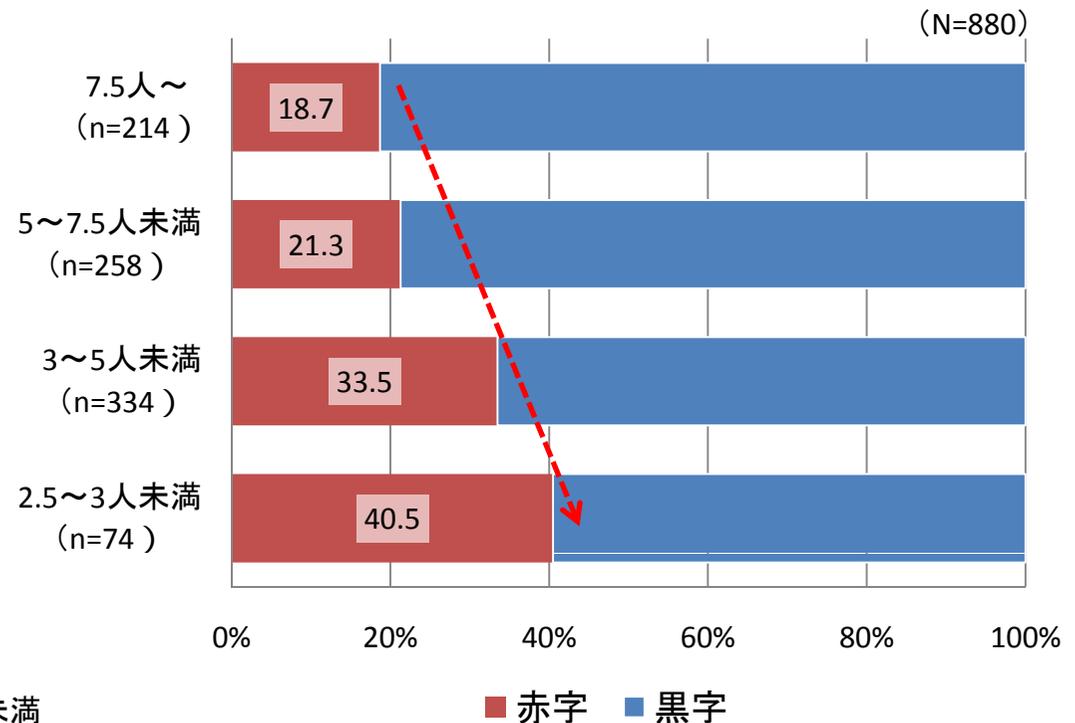
訪問看護ステーションの現状と課題

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%
(参考) 1事業所当たり看護職員数：約4.3人
- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。

職員数規模別にみた事業所数の構成
訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

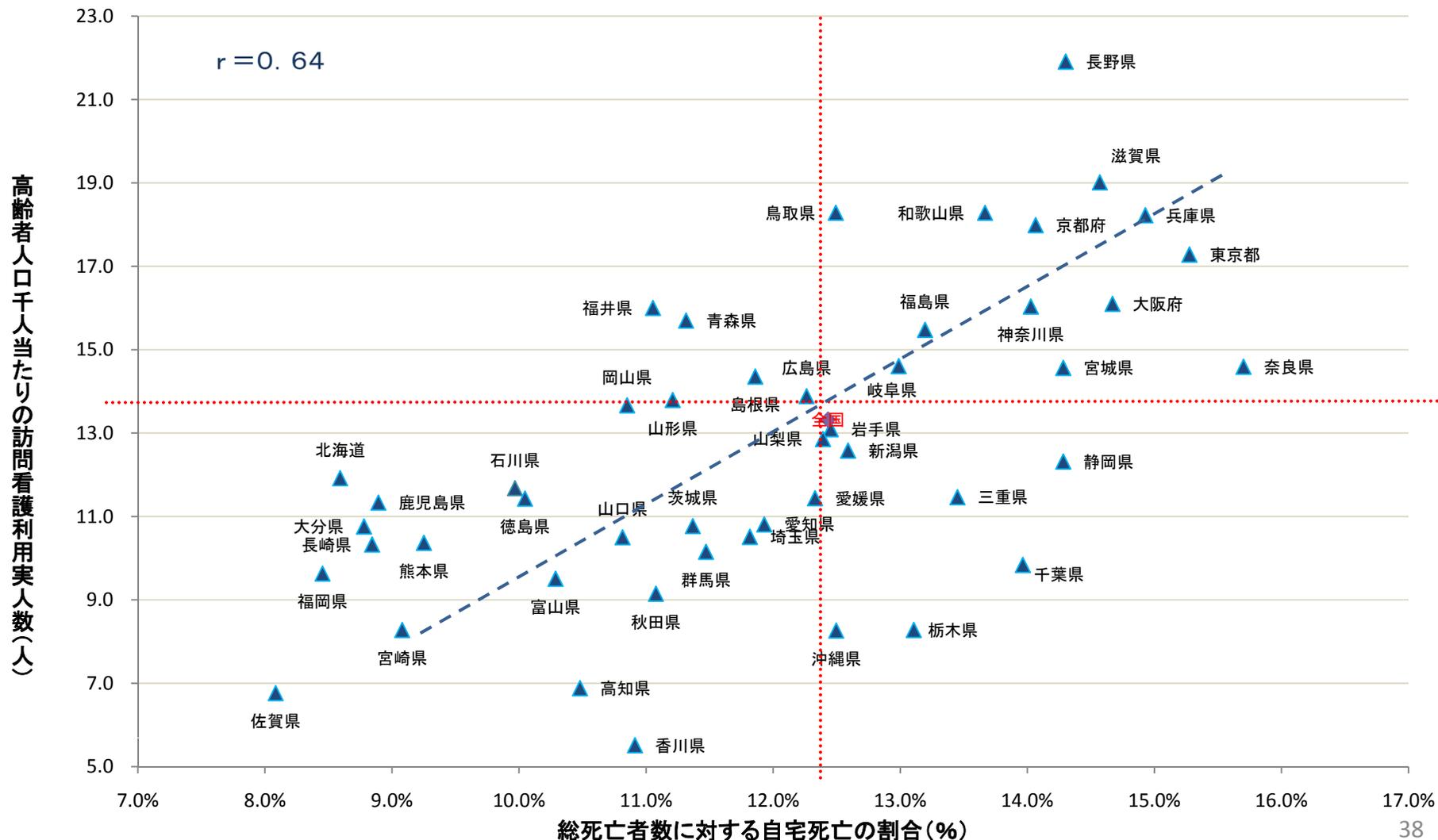


職員数規模別にみた収支の状況
訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

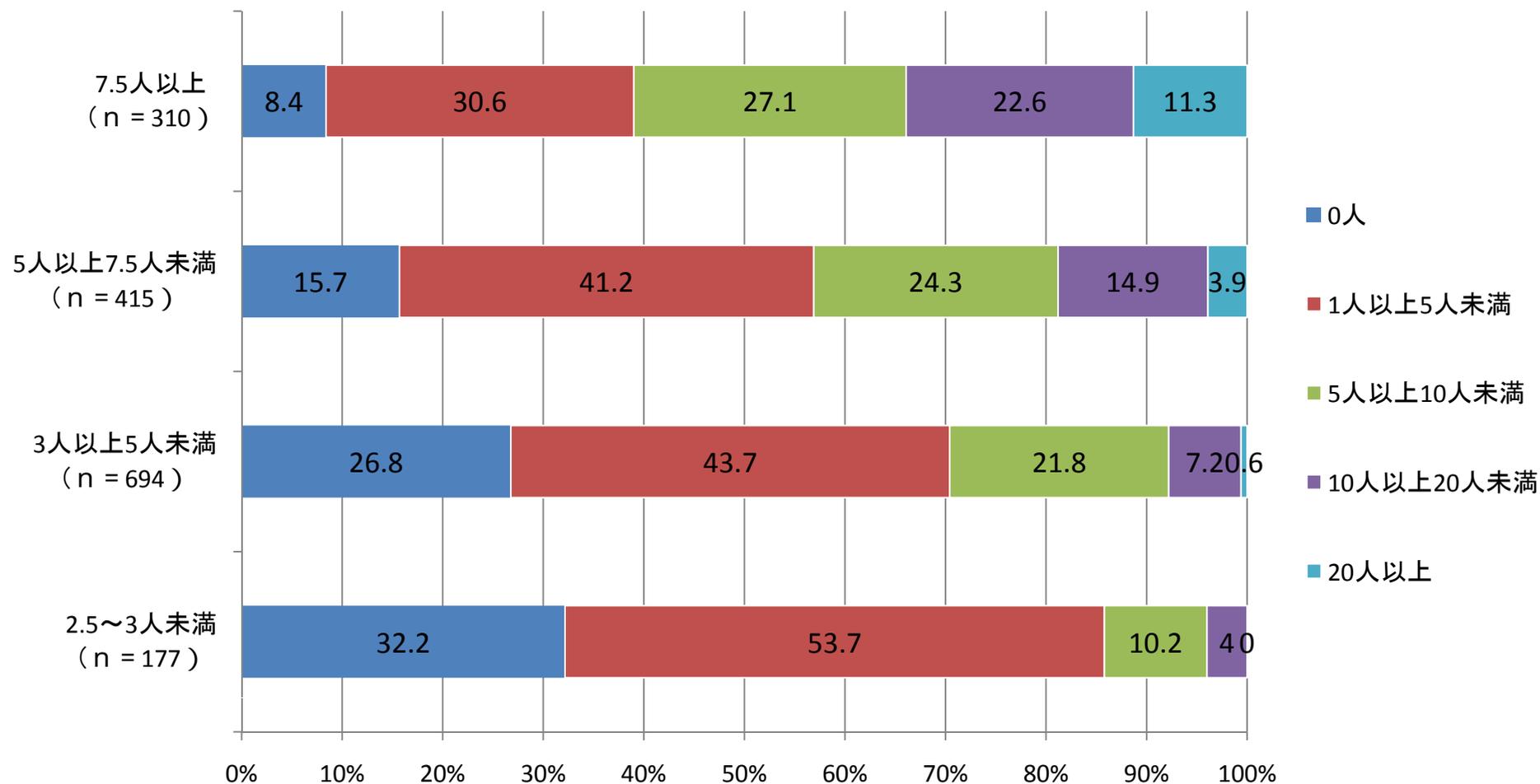


訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況

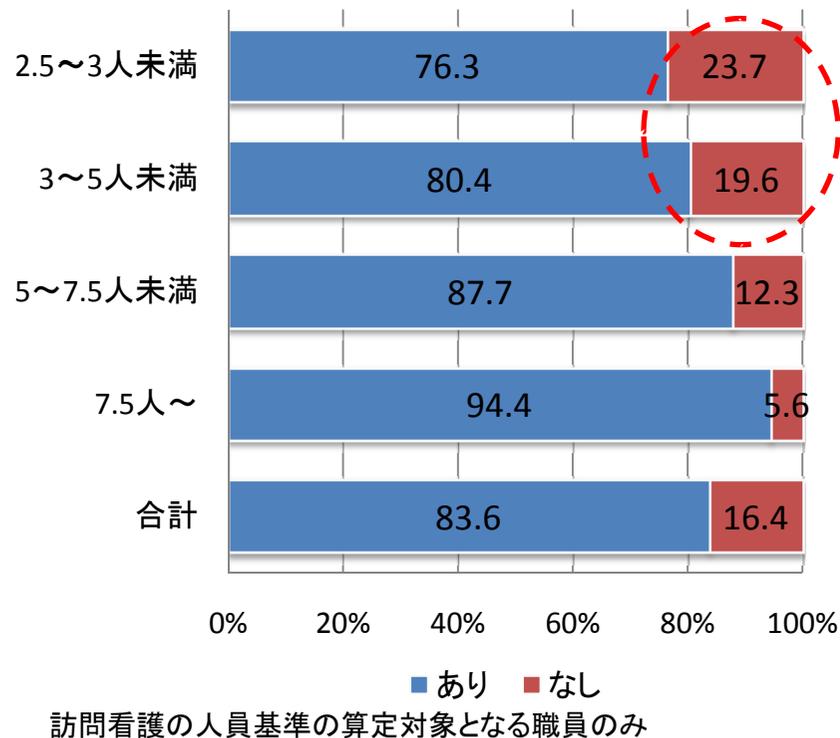


○訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

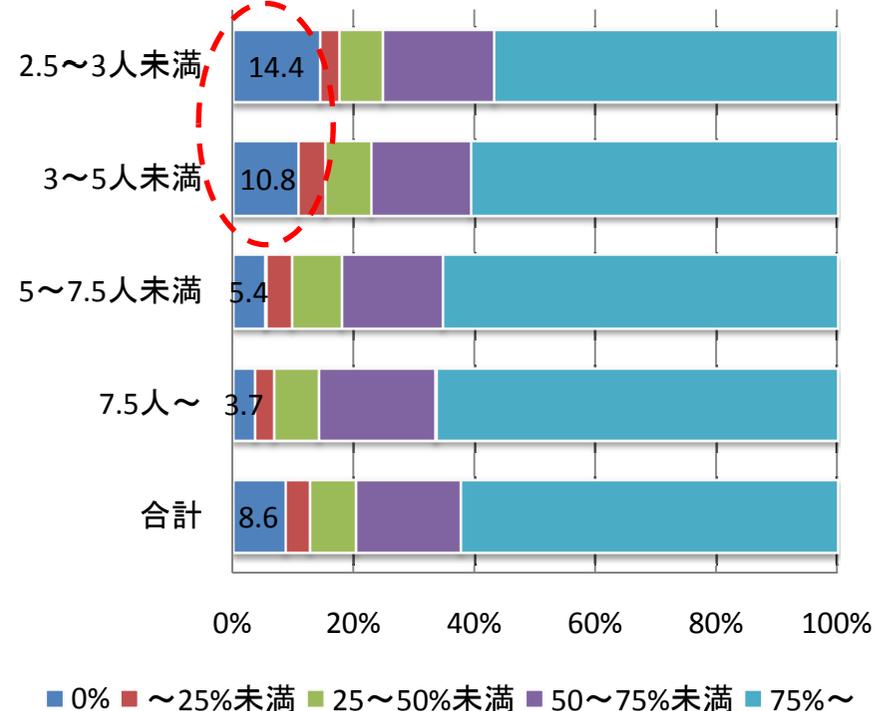
出典：平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」
(社)日本看護協会

訪問看護ステーションの規模別状況②

職員 数規模別にみた
24時間対応体制の有無 (N=1,696)

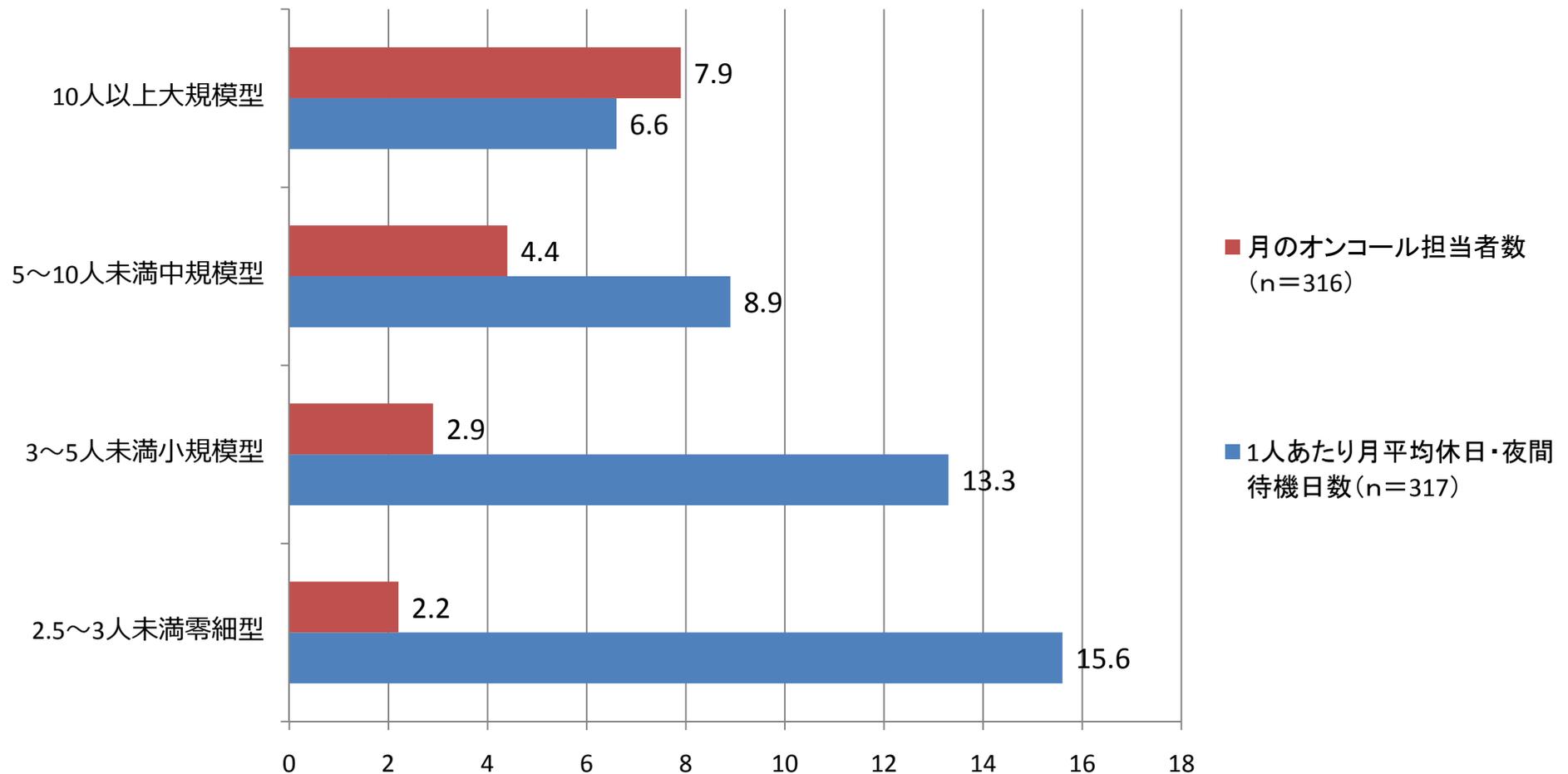


職員 数規模別にみた
24時間連絡体制加算算定利用者数の
医療保険利用者に占める割合 (N=1,082)



○小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。

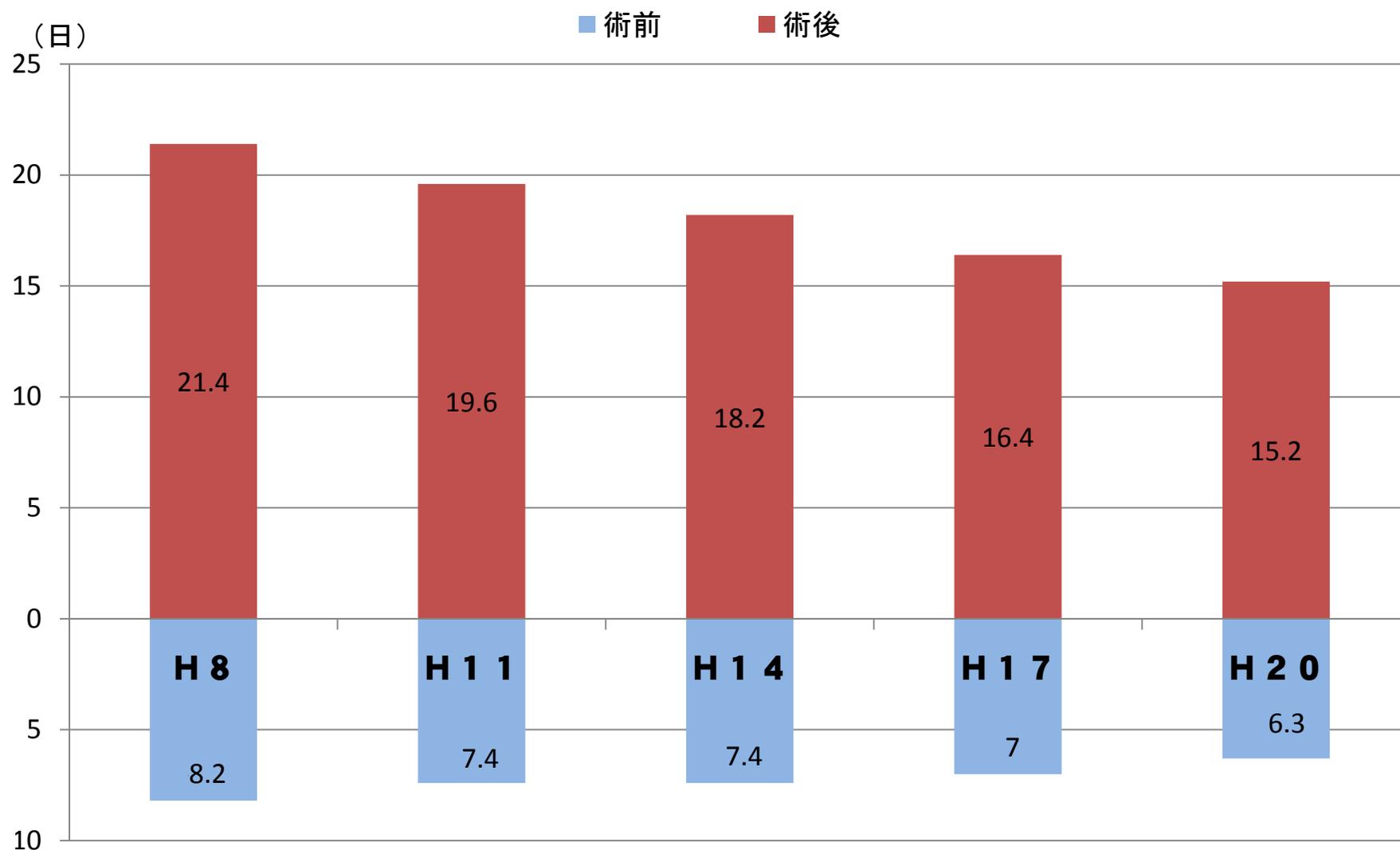
訪問看護事業所の規模別24時間 オンコール対応の状況



○訪問看護事業所の規模が小さいほど、オンコールの負担が大きい傾向がある。

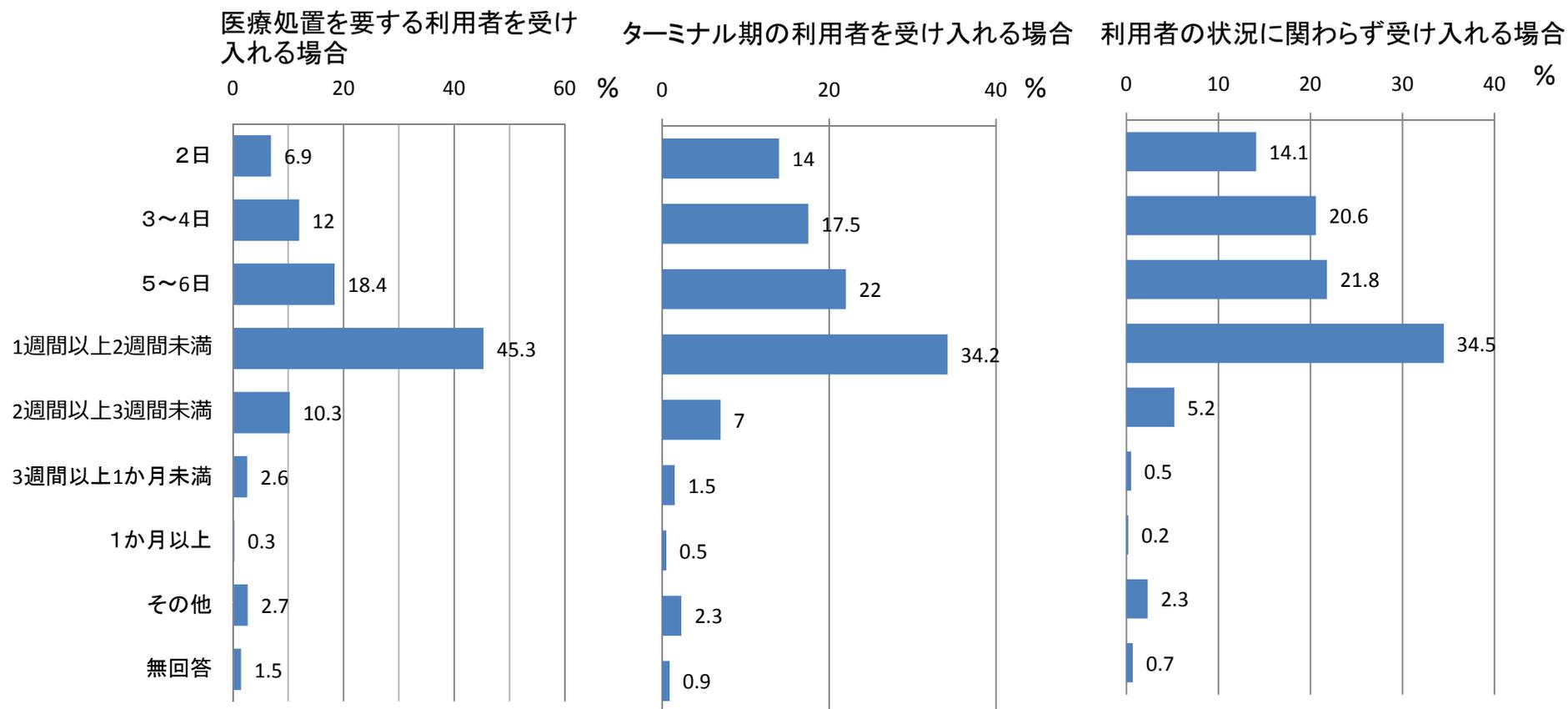
退院患者の手術前・手術後の平均在院期間(病院)

○ 平成20年患者調査によると、病院の退院患者のうち手術有りの者について平成8年と比べると、手術前の在院期間は約2割、手術後の在院期間は約3割、それぞれ短縮されている。



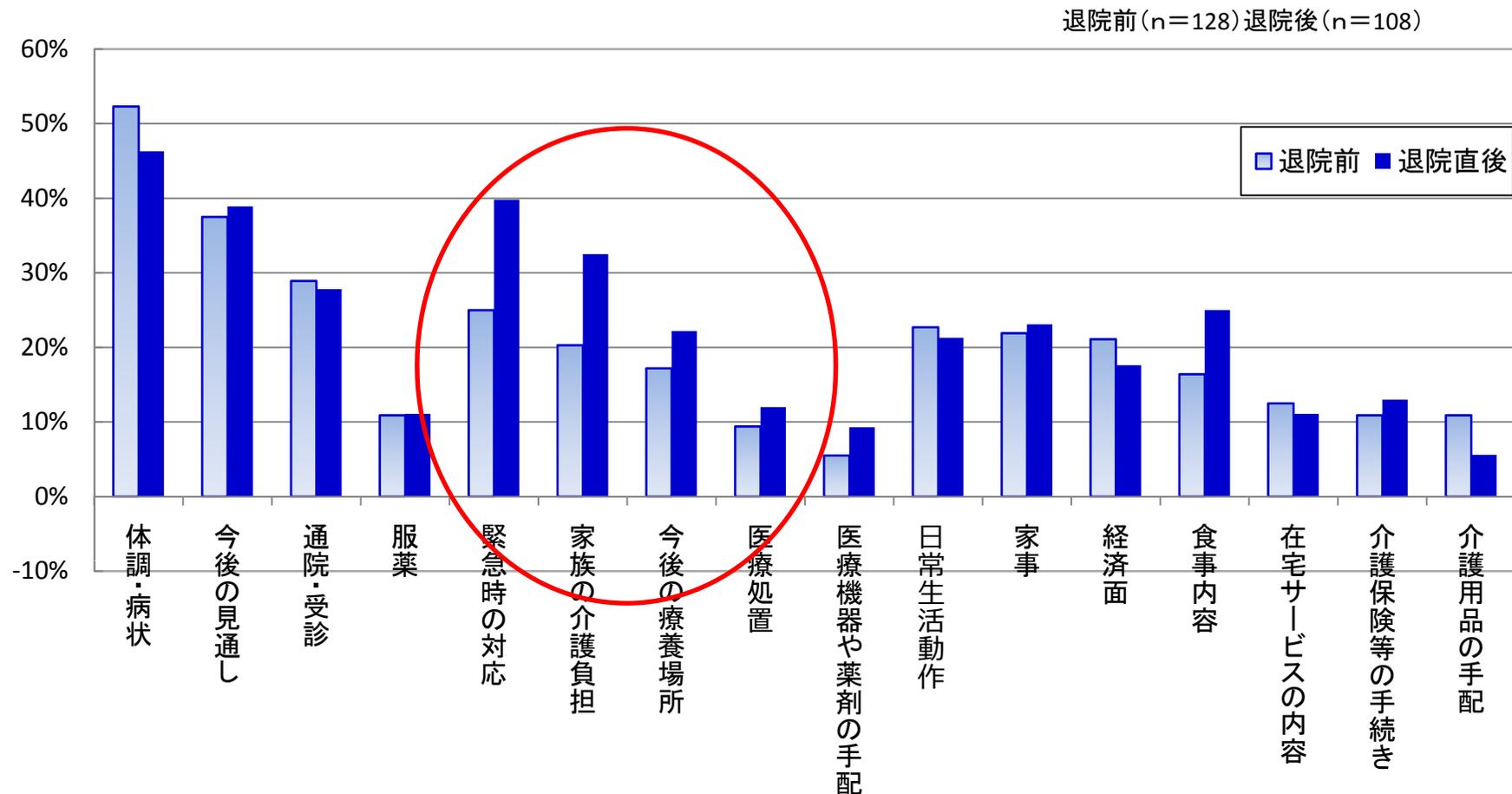
在宅への移行に必要な準備期間

医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者、また、利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。



患者が退院前後で「不安・困り事」を有する割合

退院前後の患者の不安や困り事は、1) 疾患・治療への対応について、2) 医療処置について、3) 日常生活上のことについて、4) 在宅サービスについてなどが挙げられる。特に、入院中に具体的な状況を想像しにくいことは、退院後に不安が大きくなることが予想される。



医療保険・介護保険の訪問看護の対象者

医療保険

居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者

回数制限のある対象者 (週3日以内)	(40歳未満の者) (40歳以上の要支援者・要介護者でない者)
-----------------------	------------------------------------

回数制限のない対象者(週4日以上)

厚生労働大臣が定める疾病等の患者	末期の悪性腫瘍
	多発性硬化症
	重症筋無力症
	スモン
	筋萎縮性側索硬化症
	脊髄小脳変性症
	ハンチントン病
	進行性筋ジストロフィー症
	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))
	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
	プリオン病
	亜急性硬化性全脳炎
	ライゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎
	後天性免疫不全症候群
頭髄損傷	
人工呼吸器を装着している患者	

病状の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者※(14日間を限度とし、月1回まで)

- ※厚生労働大臣が定める以下の状態にある者は月2回まで
- ・気管カニューレを使用している
 - ・真皮を越える褥瘡の状態にある

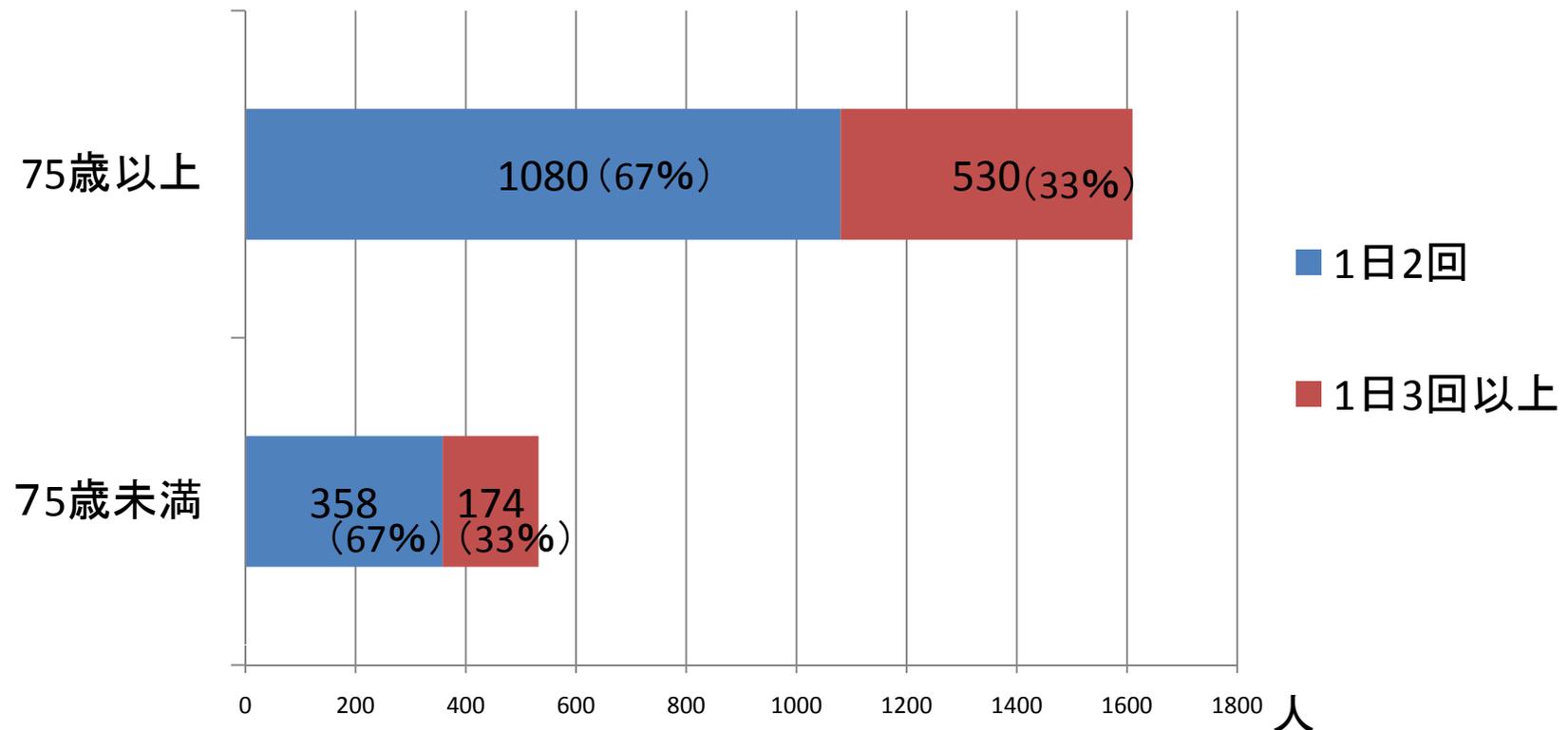
介護保険

65歳以上、又は40歳以上65歳未満で特定疾病を有する居宅要支援者・要介護者(末期の悪性腫瘍、その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者(左記のうち下線部を除く)、急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く)

特定疾病

がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
関節リウマチ
筋萎縮性側索硬化症
後縦靭帯骨化症
骨折を伴う骨粗鬆症
初老期における認知症
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
脊髄小脳変性症
脊柱管狭窄症
早老症
多系統萎縮症
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
脳血管疾患
閉塞性動脈硬化症
慢性閉塞性肺疾患
両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

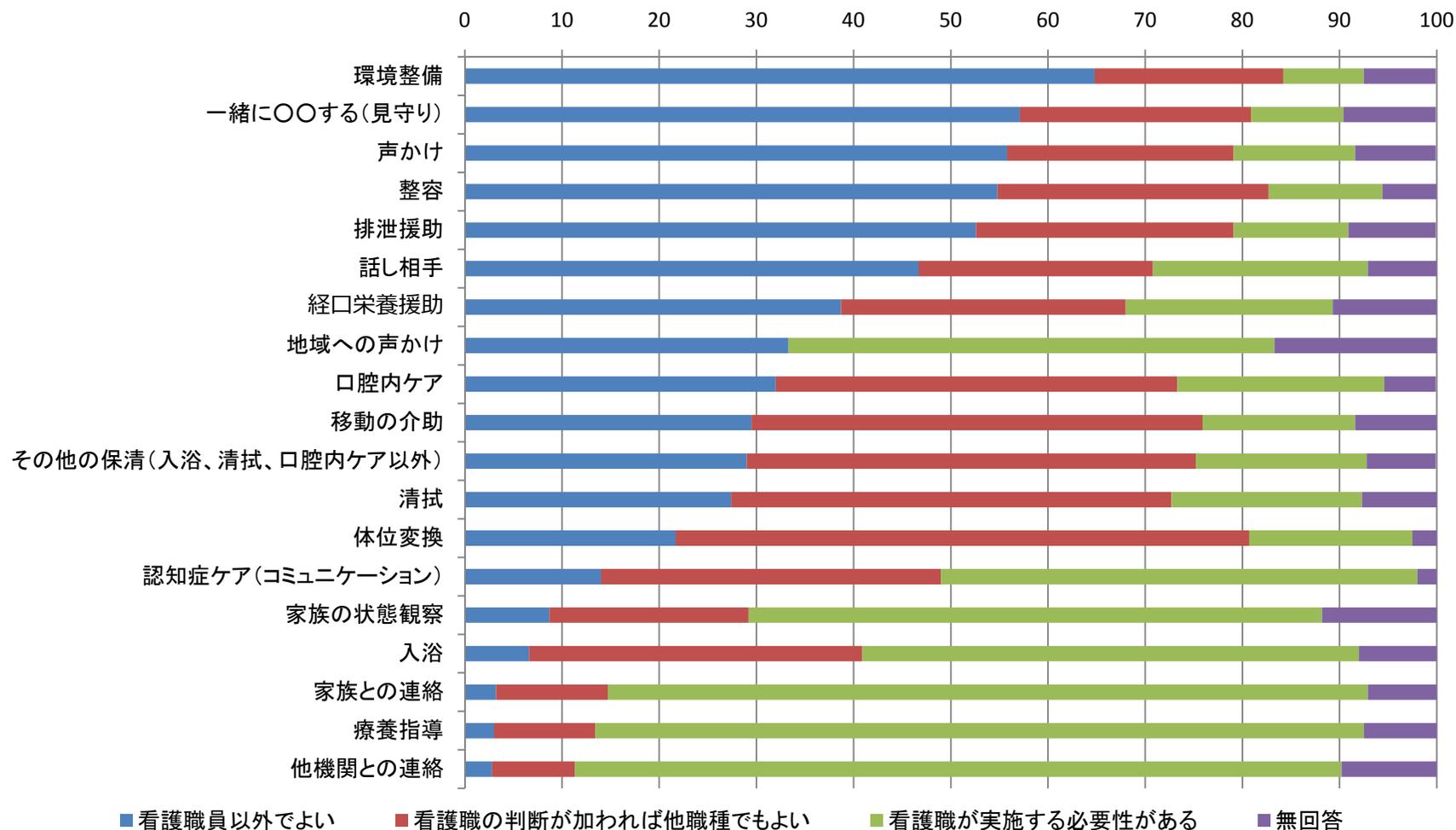
特別訪問看護指示書により1日に複数回 訪問看護を受けている利用者数



○平成21年6月の難病等複数回訪問加算の算定状況
○()内は、それぞれの年齢区分の1日2回と3回以上の占める割合

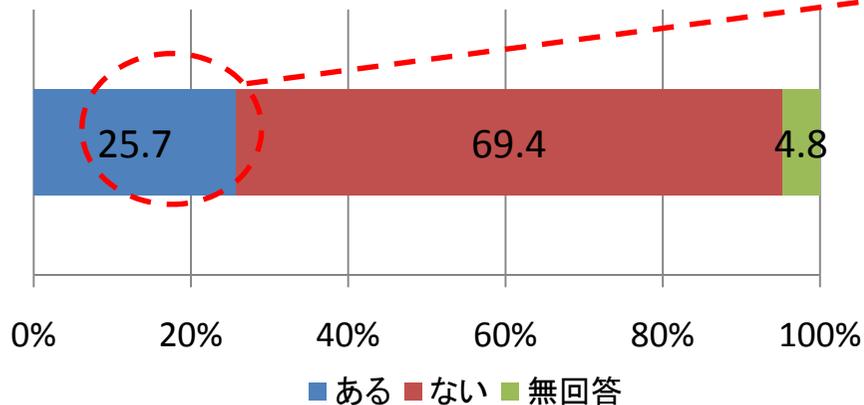
ケア内容別看護職員が実施する必要性

利用者(612人)のうち身の周りの世話に関連する行動、コミュニケーション、本人以外の働きかけを実施した利用者について、看護職以外でもよいという割合が高かった行為もあるが、看護職の判断が加われば、他職種でも良いとする行為も一定程度ある。



訪問看護ステーションからの 複数名での訪問看護

看護職員と介護職員の2人以上で訪問した
ケースがあるかどうか。(N=1898)



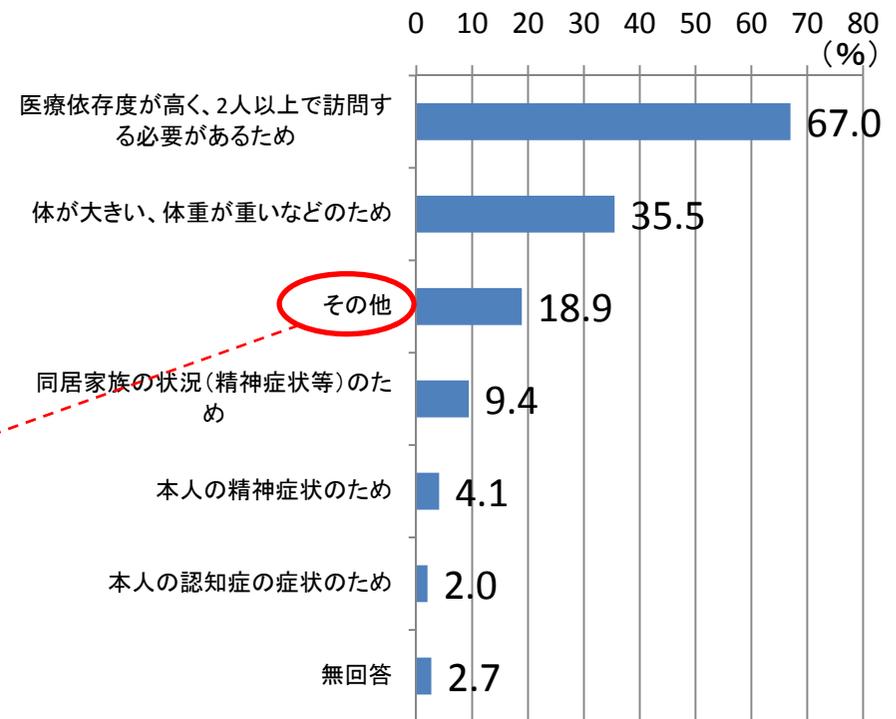
過去11月1ヶ月に医療保険対象者への訪問看護について調査

その他の主な回答

- ・ケアの役割分担、協働のため
- ・処置時間短縮のため
- ・独居で寝たきりのため
- ・本人の負担を最小限にするため

等

看護職員と介護職員の2人以上で訪問
した主な理由 (N=488) (複数回答)

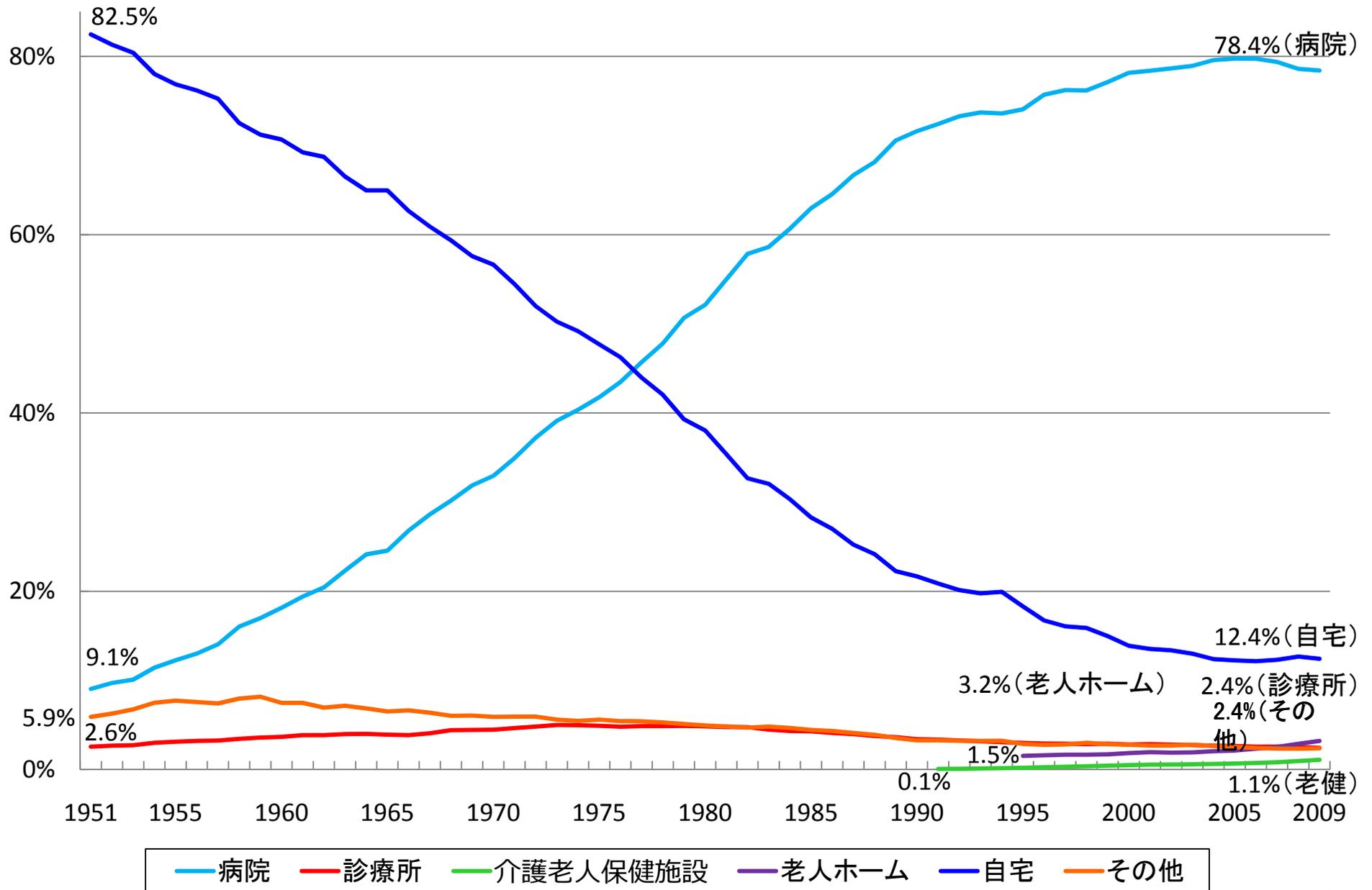


中医協 総-6-2参考

2 3 . 1 . 2 1

参考資料

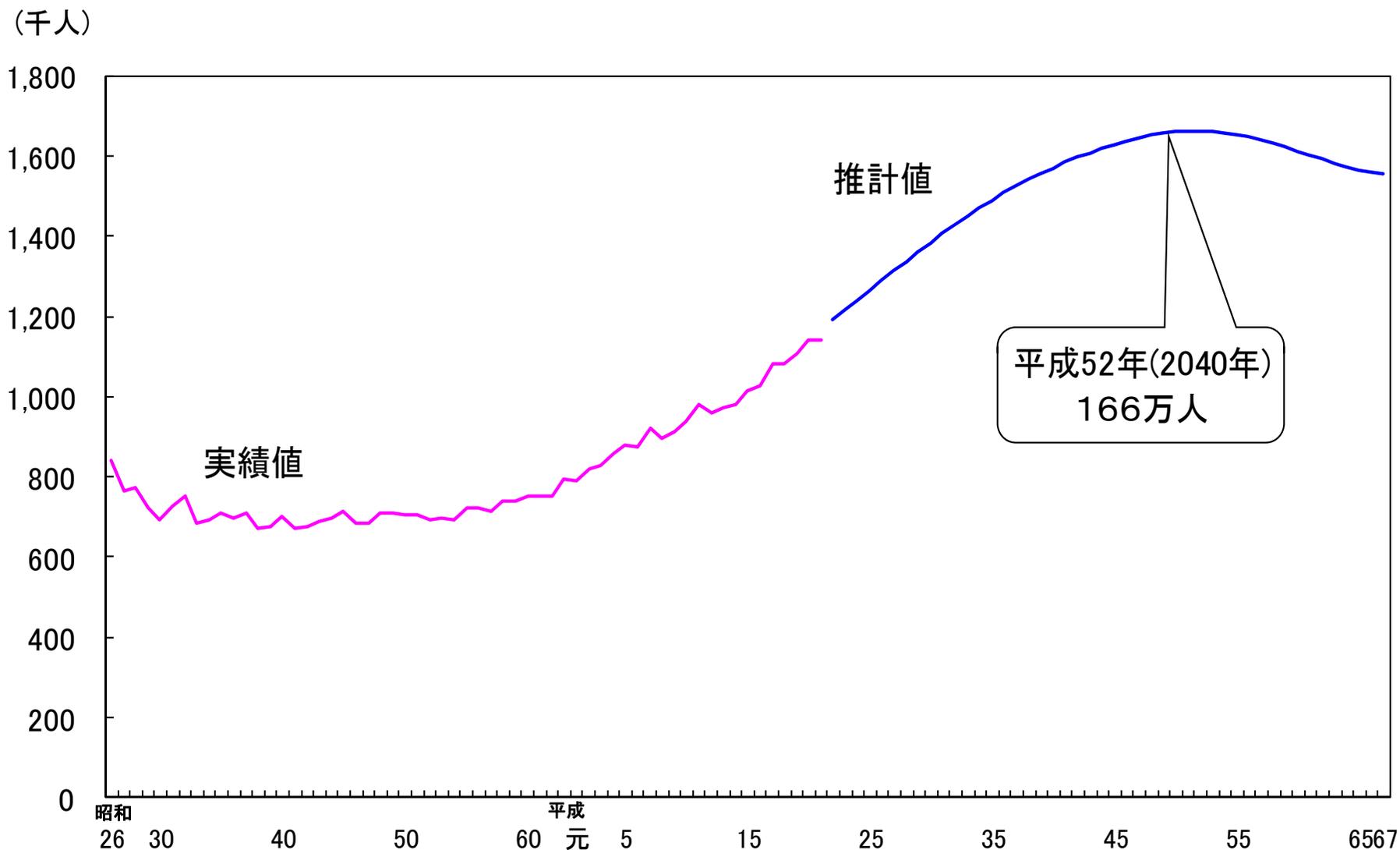
死亡場所の推移



1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

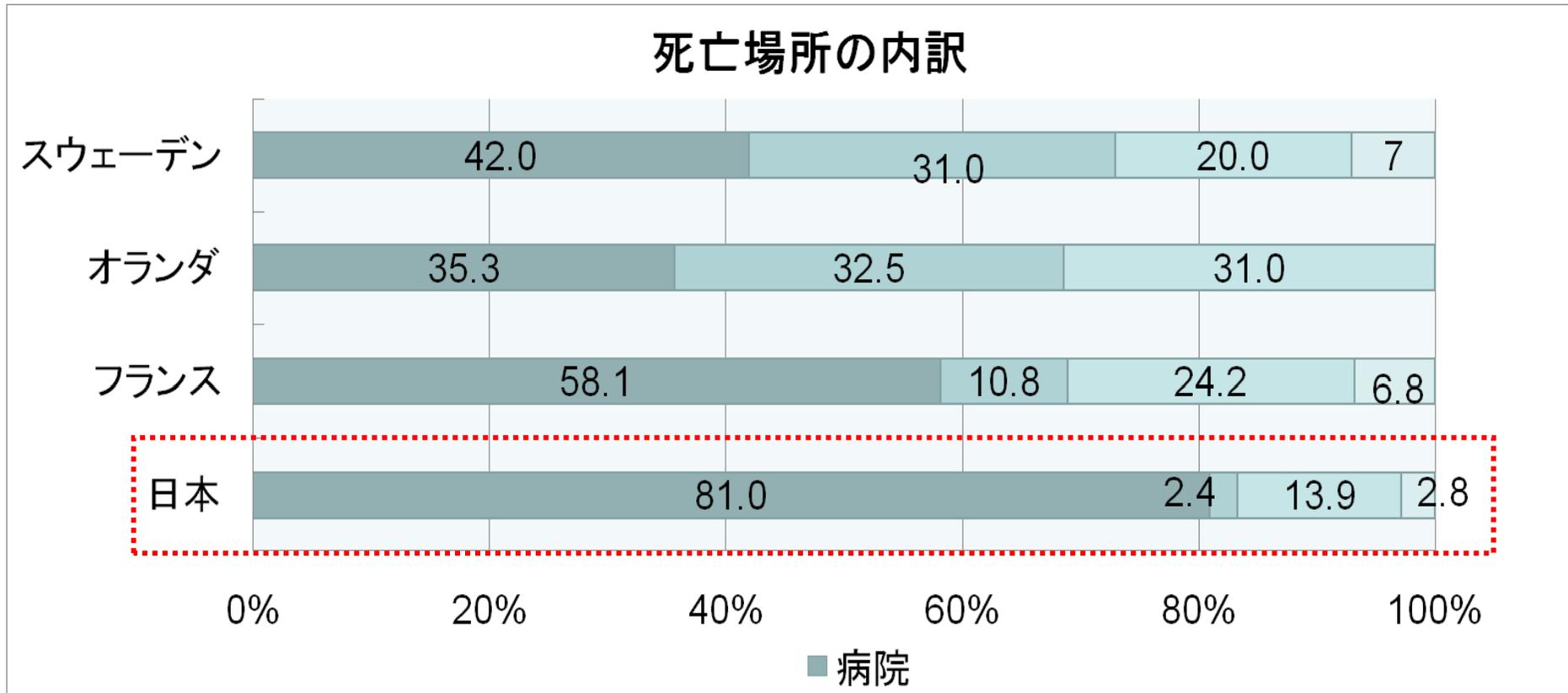
出典)厚生労働省「人口動態調査」

死亡数の年次推移



出典)平成21年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成22年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

死亡の場所（各国比較）



出典：医療経済研究機構
「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

(注) 「ナースングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料) スウェーデン：Socialstyrelsen 『Dögen angår oss alla』による1996年時点(本編 p48)

オランダ：Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス：Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本：厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

諸外国の在宅における看取りのデータ

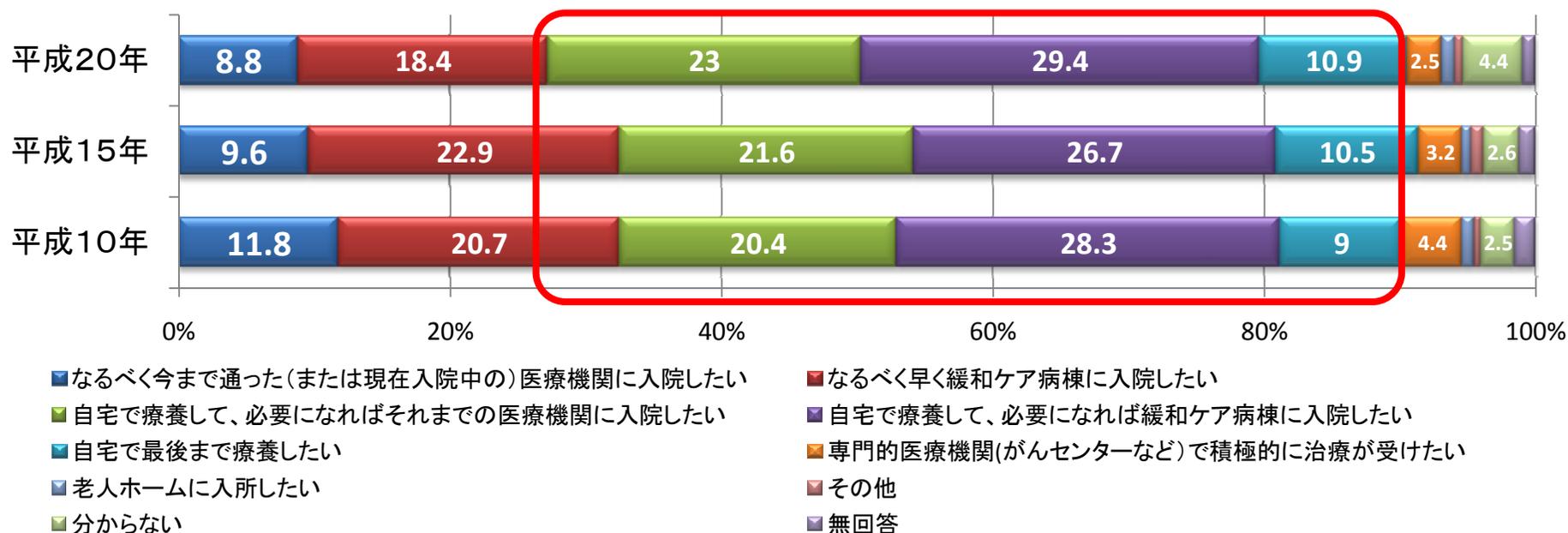
	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
面積	449,964 km ²	41,865 km ²	547,030 km ²	378,835 km ²
総人口	903万人 (2005)	1,632万人 (2005)	6,087万人 (2005)	12,776万人 (2005)
高齢化率	17.3% (2005)	13.8 (2003)	16.4% (2005)	20.0% (2005)
80歳以上人口の割合	5.3% (2004)	3.4% (2003)	4.4% (2004)	4.4% (2003)
平均寿命	男性 78.4歳 (2005) 女性 82.8歳 (2005)	男性 77.2歳 (2005) 女性 81.6歳 (2005)	男性 76.7歳 (2005) 女性 83.8歳 (2005)	男性 78.6歳 (2005) 女性 85.5歳 (2005)
子との同居率	5 %	8 %	17 %	50 %
高齢者単独世帯率	41 %	32.5 %	32 %	15 %
人口千対就業看護師数	10.6人 ('04)	14.2人 ('05)	7.7人 ('05)	9.0人 ('04)
(再)訪問看護師、地域看護師	(4.2人)	(2.7人)	(1.2人)	(0.4人)
在宅死亡率※	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%
在宅での医療、看護、介護サービス	地域看護師に簡単な医療と治療を行う権限を与え、地区内での簡単な治療を提供。	一般医の往診、高度な技術をもつ地域看護師が在宅医療・看護を提供する医療チームを設けている地域もあるが、サービス量は全体的に不足しがち。	開業看護師は医師の処方箋の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができる。介護・家事援助も並行して利用。	介護保険、医療保険サービスが利用可能。看護サービスは診療の補助として行われる。
死亡前に自宅で受けられるケア	特別住宅と同様に死亡期直前のケアが受けられる。	一般医や地域看護師による医療・看護サービス、死亡直前の緊急性の高い短期間に限り、夜間・看護師が泊まり込むサービスもある。	死亡前を特別視せず必要なケアを提供する。ただし1日2時間以上の継続的なケアが必要な段階になると在宅ケアは困難。	主治医の往診や看護師による在宅医療・看護サービスにより対応

出典： World fact book 2008、 ~ OECD Health Data 2007、

~ 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」（2002）を参考に厚生労働省にて作成。

在宅医療推進の理由

- 「患者の望む場所で過ごすこと」は、患者のQuality of Lifeの必須の構成要因であるとされ、「できるだけ長く在宅で療養したい」と回答した国民は、複数の調査で60%を超える



出典:終末期医療に関する調査(各年)

「在宅医療」が、患者のQuality of Lifeを高める1つの医療のありかたの選択肢となり得るよう、在宅医療提供体制の整備を推進していく。

医療・介護サービスのシミュレーションの前提(ポイント)

あるべき医療・介護サービスを前提＝改革(再生)への道筋を提示

不十分・非効率的なサービス提供体制

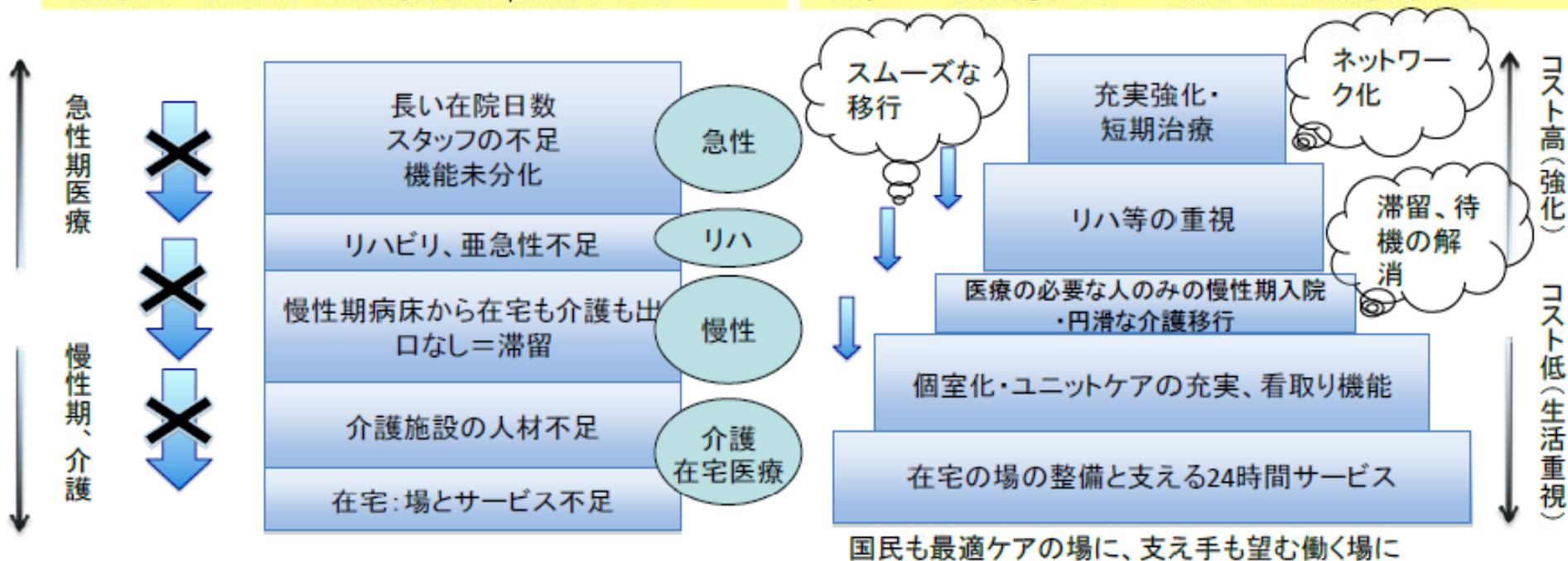
- ・病床数が多く在院日数が長い
- ・病床の機能が未分化・勤務医の疲弊
- ・地域医療、特に産科小児科救急の危機
- ・介護サービス不足、従事者不足 等

現状のままでは、問題未解決、しかも費用は増加

必要な改革＝必要なサービス強化と効率化を同時実現
→ 必要な医療・介護を効率的に確保

<現状＝非効率な資源利用・非最適化>

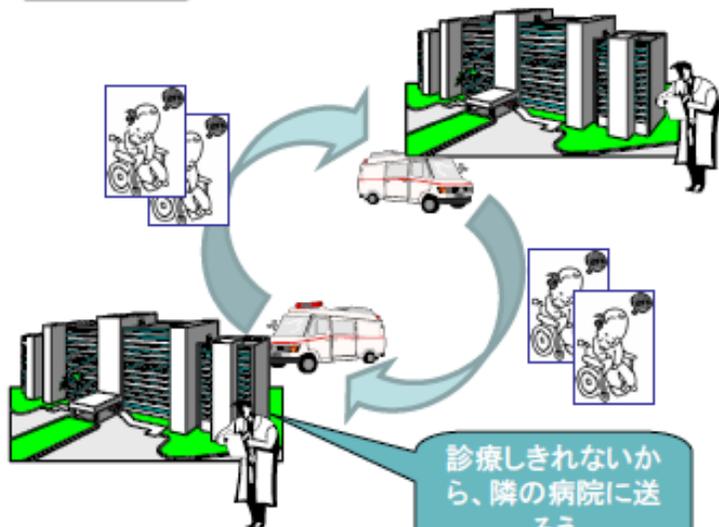
<将来＝充実強化かつ効率的な資源利用>



急性期医療の充実・強化—1 高度急性期病床整備のイメージ

現状

機能が未分化、医師が分散
一般病床約103万床



救急体制

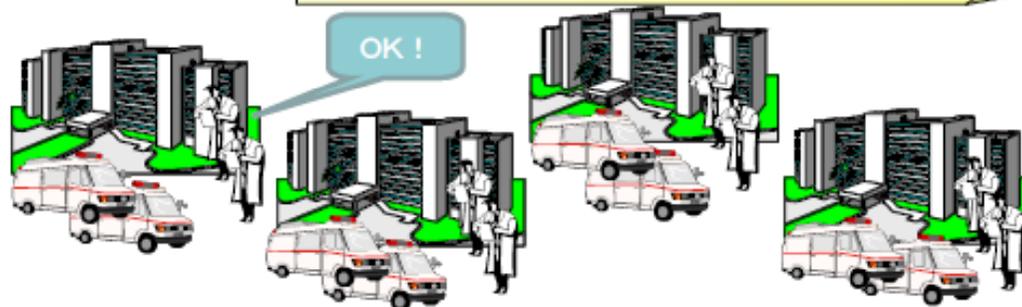
救命救急センター：210か所(ERを含む。)
ICU：6,600床
救急搬送患者：約500万人/年

医療の現状

医師もベッドも不足し、たらい回しが発生
医師は通常勤務と当直を繰り返し、疲弊
ERも救急医が足りないので十分な対応ができない
患者も安心できない

改革後

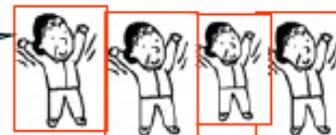
急性期の重点化、強化
約26万床の高度急性期に
一般病床の2.2倍の医師等配置



救急体制

高度急性の重点整備、人員配置倍増等で救急体制も倍増
夜間救急でも複数医師配置で体制十分
(例) ER型救命救急センター：400か所
ICU：13,000床、救急搬送患者：約650万人/年

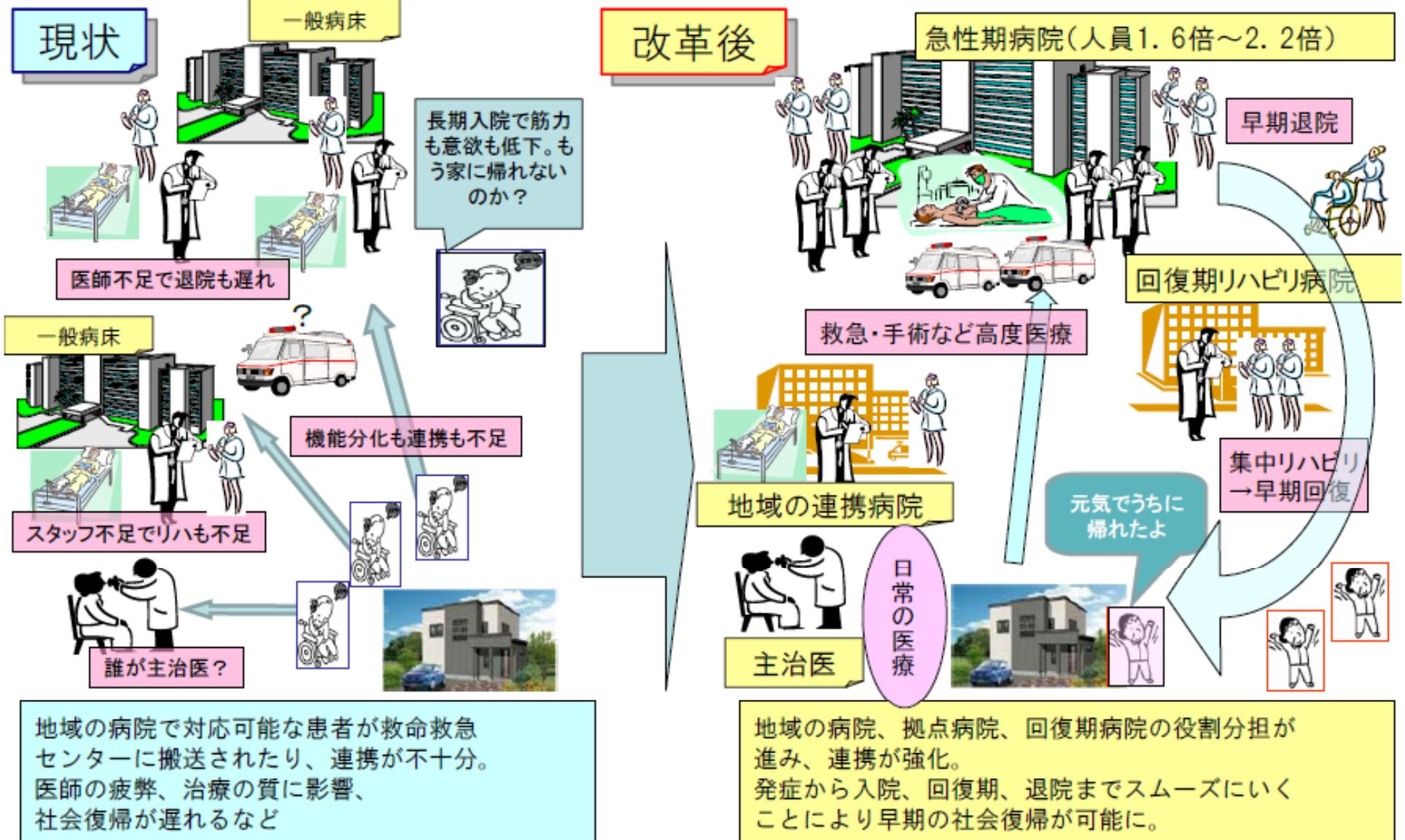
元気でうちに
帰れたよ



医療の将来像

すべての重大な症状の患者が15分以内に
ER型救命救急センターで受け入れ
医師は交代勤務制、看護師なども充実
患者は安心、脳卒中の後遺症率は半減、早期の
社会復帰も増加。車いす、寝たきりの割合が減少

急性期医療の充実・強化—2 重点化・集中化・連携強化のイメージ



現状

- 在宅サービスメニュー、量の不足
- 居住系整備不足

<人口5万人の場合>



65歳以上: 11,000人 (うち、75歳以上: 5,000人)

2025年の姿

- できる限り住み慣れた地域で暮らし続ける
- 自らの希望と選択でよりよいサービスを受けることができる
- 施設・居住系サービスをスウェーデン並みに拡充
- 24時間対応など多様な在宅サービス
- 施設も地域に密着した小規模化、ユニットケア



65歳以上: 15,000人 (うち、75歳以上: 9,000人)

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書）①

1. 基本的な考え方

- 「チーム医療」とは「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」。
- 「チーム医療」の効果は、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上。
- チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、という方向で様々な取組を進める必要。

2. 看護師の役割の拡大

- チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、①看護師が自律的に判断できる機会の拡大、②看護師の実施可能な行為の拡大、によって、能力を最大限に発揮できる環境を用意する必要。

【自律的に判断できる機会の拡大】

- 看護師の能力等に応じた医師の「包括的指示」の活用が不可欠であるため、「包括的指示」の具体的な成立要件を明確化。

【看護師の実施可能な行為の拡大】

- 看護師が実施し得るか否か不明確な行為が多いことから、その能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為を拡大する方向で明確化。 ⇒ 看護業務に関する実態調査等を早急を実施

【行為拡大のための新たな枠組み】

- 一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（特定看護師（仮称））が、従来よりも幅広い医行為を実施できる新たな枠組みを構築する必要。 ⇒ 医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的に検討

<行為例>◆CT・MRI等の実施時期の判断、読影の補助等 ◆縫合等の創傷処置 ◆副作用出現時等の薬剤変更・中止

- 当面は現行法下で試行。試行結果を検証、法制化を視野に具体的措置を検討。

※ 医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要。

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書）②

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

- 薬剤師について、現行制度の下で実施可能な業務（積極的な処方提案、患者の薬学的管理等）を明確化することにより、病棟・在宅医療等における活用を促進。
- 助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士等について、各々の専門性を最大限に活用できるよう、業務の拡大等を推進（リハビリ関係職種による喀痰吸引等）。
- 医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）について、量の確保（必要養成数の把握等）、質の確保（検定の導入等）、医療機関への導入支援等、導入の推進に向けた取組を推進。
- 介護職員について、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の医行為（喀痰吸引や経管栄養等）の実施方策を別途早急に検討。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

- 各医療スタッフの専門性の向上や役割の拡大を活かすため、医療スタッフ間の連携（医療機関内における連携、在宅医療における地域横断的な連携等）の推進が重要。



- 社会的に認知されるような新たな枠組みとして、客観的な基準（体制・設備等）に基づいてチーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みや、認定を受けたことを広告できるようにする仕組みを検討する必要。
- 認定主体として、臨床現場の関係者、医師・看護師等の医療スタッフ関係者、教育関係者、関係学会等が参画する公正・中立的な第三者機関が必要。

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

- 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、**医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。**
- このため、**医師以外の医療スタッフが実施することができる業務**を以下のとおり整理。

（平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より）

薬剤師

- ① 薬剤選択等に関する積極的な処方提案
- ② 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施
- ③ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更提案
- ④ プロトコールに基づく薬剤の変更等（医師等との協働）等

リハビリテーション関係職種

- ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引
- ② 作業療法士の業務範囲の明確化

管理栄養士

- ① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等
- ② 特別治療食の内容・形態の提案
- ③ 経腸栄養剤の種類の選択・変更の提案

臨床工学技士

- ① 喀痰等の吸引
- ② 動脈留置カテーテルからの採血

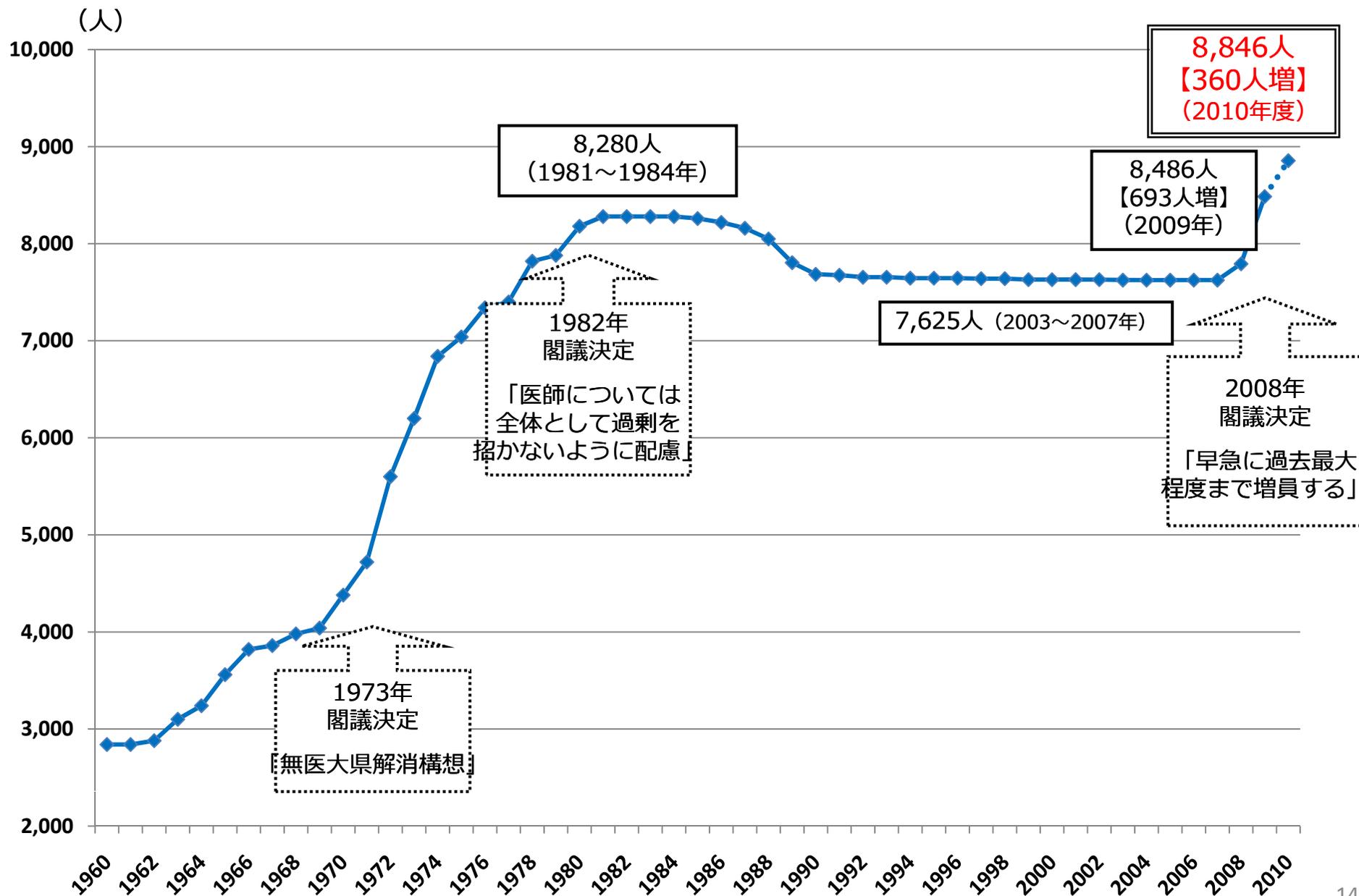
診療放射線技師

- ① 画像診断における読影の補助
- ② 放射線検査等に関する説明・相談

その他

- その他の医療スタッフの積極的な活用
- MSWや診療情報管理士等の積極的な活用
- 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

医学部入学定員の年次推移



第七次看護職員需給見通し

* 需給見通しに基づいた看護職員の確保を図るため、看護職員確保に資する基本的資料として、平成23年から平成27年までの5年間の看護職員需給見通しを平成22年12月に策定。

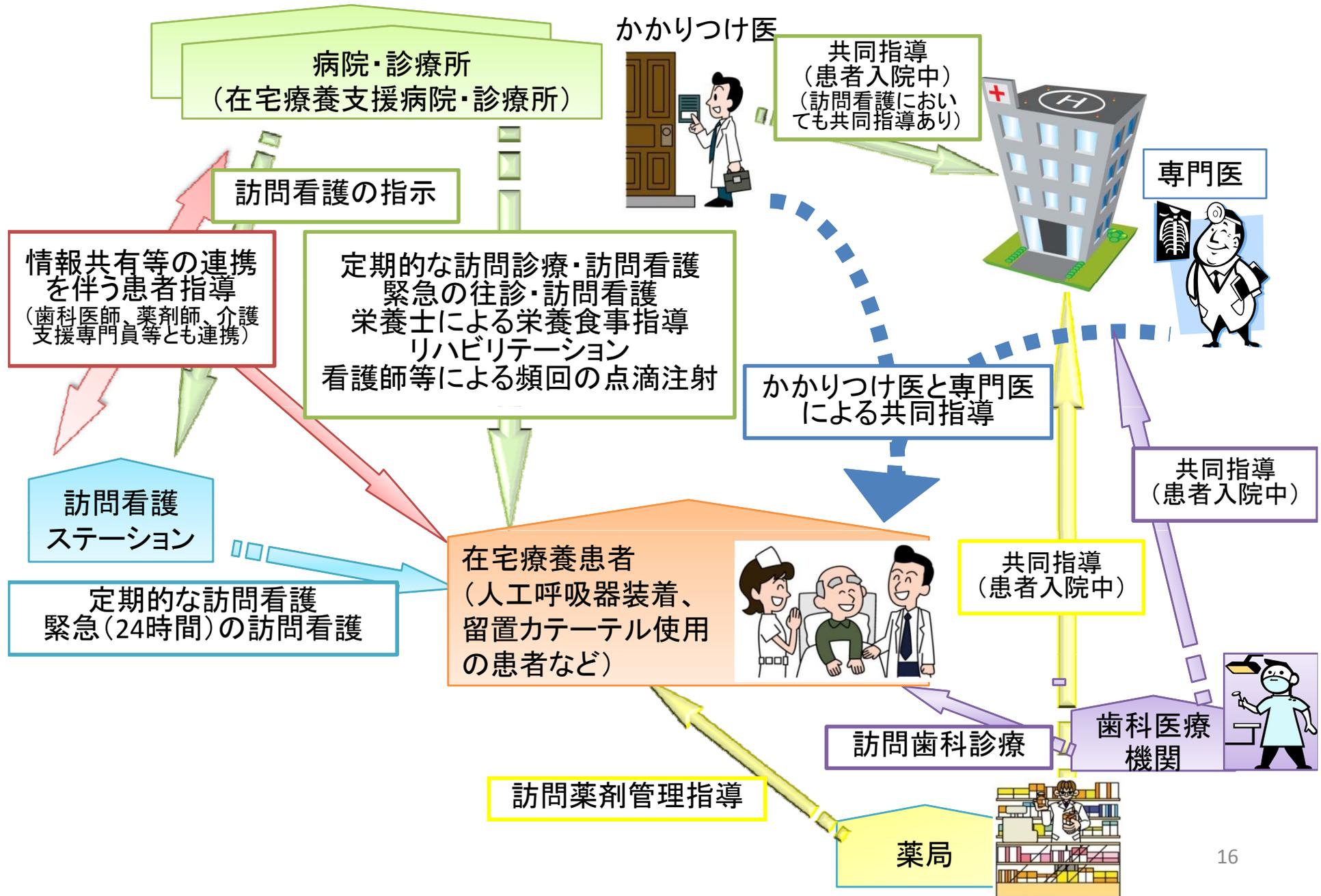
* 看護職員需給見通しを着実に実施していくため、「定着促進」、「再就業支援」、「養成促進」などの看護職員確保等について一層の推進を図ることが必要不可欠。

(単位：人、常勤換算)

区 分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
需 要 見 通 し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
① 病 院	899,800	919,500	936,600	951,500	965,700
② 診 療 所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③ 助 産 所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④ 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤ 介 護 保 険 関 係	153,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥ 社会福祉施設、在宅 サービス(⑤を除く)	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦ 看 護 師 等 学 校 養 成 所	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧ 保 健 所 ・ 市 町 村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨ 事業所、研究機関等	13,800	14,000	14,100	14,300	14,500
供 給 見 通 し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
① 年当初就業者数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
② 新卒就業者数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③ 再就業者数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④ 退職等による 減 少 数	144,600	145,900	147,900	149,900	152,100
需要見通しと供給見通しの差	56,000	51,500	42,400	29,500	14,900
(供給見通し/需要見通し)	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

在宅医療の提供体制



在宅療養支援診療所の施設基準

- (1) 診療所であること。
- (2) 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- (3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、**二十四時間往診が可能な体制を確保**し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、**二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保**し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (5) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。
- (6) 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- (7) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (8) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (9) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

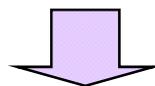
在宅療養支援病院の施設基準

- (1) 保険医療機関である病院であって、許可病床数が200床未満のもの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ものであること。
- (2) 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- (3) 当該病院において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (4) 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
- (5) 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (6) 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- (7) 訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- (8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (10) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

「在宅療養支援診療所」の創設（18年度診療報酬改定）

基本的な考え方

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築



在宅医療に係る評価の充実

「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

- 入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- 在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- 在宅におけるターミナルケアに係る評価
- 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価¹⁹

「在宅療養支援病院」の創設(20年度診療報酬改定)

基本的な考え方

診療所のない地域において、在宅医療の主たる担い手となっている病院の機能を評価し、在宅療養支援診療所と同様に、在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を可能とする



在宅医療に係る評価の充実

地域連携の視点から、退院時に検査結果や画像等を添付した際の加算の要件を緩和

介護療養型老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、他の保険医療機関の医師が行った場合に評価

在宅医療に関連した診療報酬(22年度)

訪問診療の評価

- 患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価

往診料 650点 → 720点

- 小児に対する在宅医療の評価

① 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

① 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

① 在宅移行早期加算 100点

居住系施設等訪問診療料の見直しについて

➤ 訪問診療料の分類を、施設の類型ではなく、同一建物の訪問人数により整理。

訪問診療料1(自宅)	830点
訪問診療料2(居住系施設)	200点

訪問診療料1(下記以外)	830点
訪問診療料2(同一建物の複数患者)	200点

同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

居住系施設		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料2
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

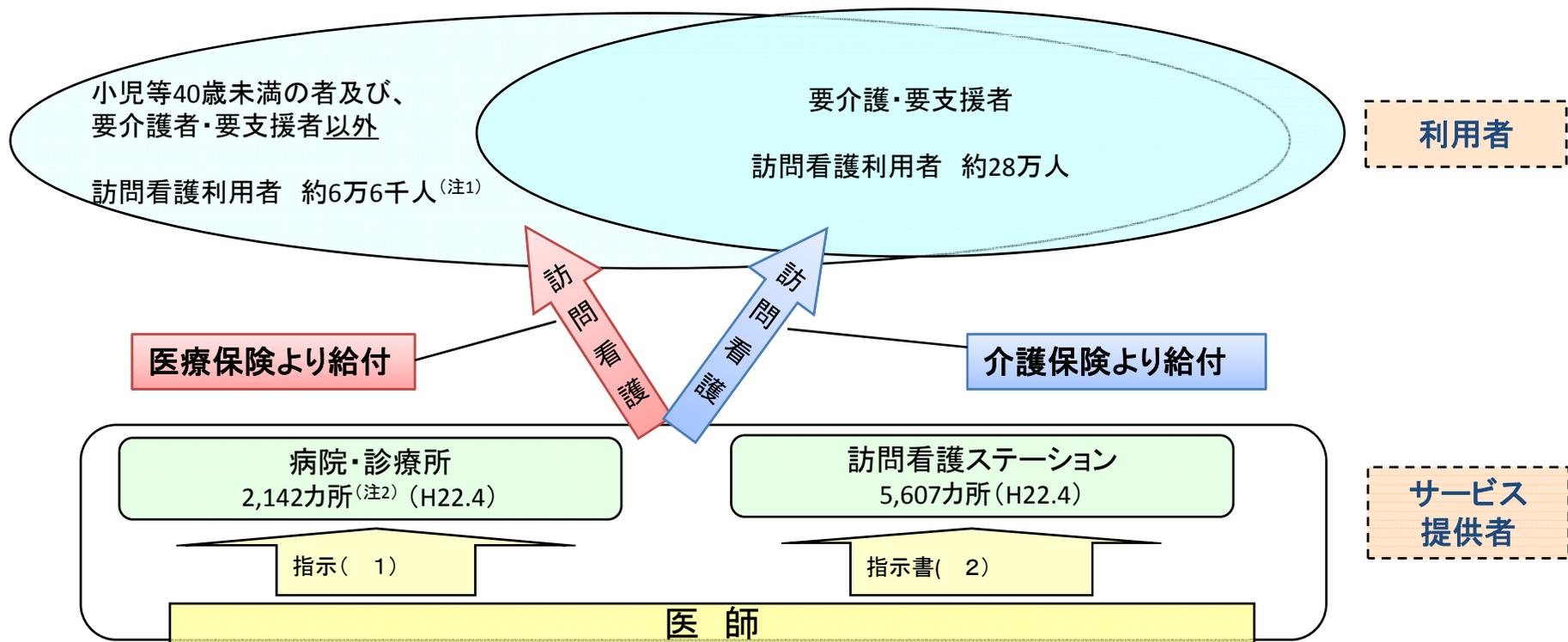
施設類型に関係なく同一建物		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

高齢者円滑入居賃貸住宅、マンション等		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	訪問診療料1

訪問診療料以外にそれぞれの患者に対して処置料等も算定する。

訪問看護とは

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



- (1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定
- (2) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(出典)介護給付費実態調査(平成22年4月審査分)

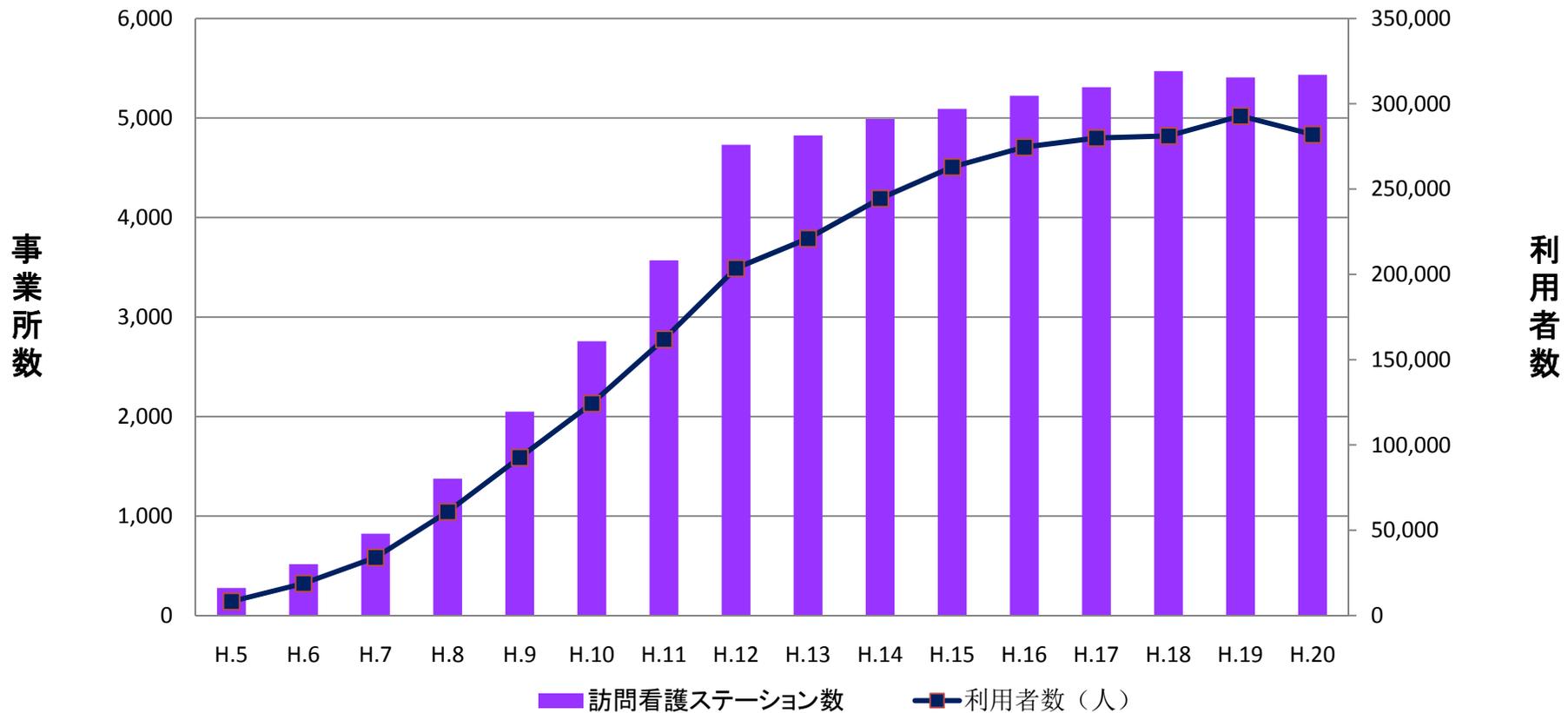
(注1)H20年介護サービス施設事業所調査(ただし、医療機関からの訪問看護の利用者を含まない。)

(注2)医療保険のみの訪問看護実施施設は含まない。

医療保険と介護保険の訪問看護の報酬体系

	医療保険	介護保険	
報酬設定の方法	1日単位で訪問回数にかかわらず設定	時間単位で訪問回数に応じて設定(ただし、支給限度額あり)	
報酬構造	【訪問看護ステーション】	【訪問看護ステーション】	
	訪問看護基本療養費(Ⅰ) (週3日まで) 5,550 円 (週4日以降) 6,550 円	在宅患者訪問看護・指導料 (週3日まで) 555 点 (週4日以降) 655 点	訪問看護費 (20分未満) 285 単位 (30分未満) 425 単位 (60分未満) 830 単位 (90分未満) 1,198 単位
	訪問看護基本療養費(Ⅱ) 1回1~3時間 1,600 円 延長(1時間) 400 円	同一建物居住者訪問看護・指導料 (週3日まで) 430 点 (週4日以降) 530 点	【医療機関】 230 単位 343 単位 550 単位 845 単位
	※精神障害を有する者であって、障害福祉サービスを行う施設等に入所している複数の者		
	訪問看護基本療養費(Ⅲ) (週3日まで) 4,300 円 (週4日以降) 5,300 円		
	※同一建物居住者に対して訪問看護を行う場合(准看護師の場合は、基本療養費-500円、同一建物居住者訪問看護・指導料-50点) +		※准看護師の場合は、所定単位90/100算定
	訪問看護管理療養費 (月の初日) 7,300 円 (2~12日まで) 2,950 円		※原則、1単位は10円である。
			早期・夜間加算 (訪問看護費に25/100加算) 深夜加算 (訪問看護費に50/100加算)
			特別地域訪問看護加算 (1回につき15/100加算) (支給限度額に含めない) 中山間地域等にサービスを提供する場合 (1回につき10/100加算) 中山間地域等における小規模事業所の評価 (1回につき5/100加算)
	加算部分	特別地域訪問看護加算(基本療養費に50/100加算)	
緊急訪問看護加算 (1日につき) 2,650 円		緊急訪問看護加算 (1日につき) 265 点	
難病等複数回訪問加算 (2回) 4,500 円 (3回) 8,000 円		難病等複数回訪問加算 (2回) 450 点 (3回) 800 点	
長時間訪問看護加算 (週1回) 5,200 円		長時間訪問看護加算 (週1回) 520 点	
24時間対応体制加算 (1月につき) 5,400 円			
24時間連絡体制加算 (1月につき) 2,500 円			
重症者管理加算 (1月につき) 2,500 円 (重症度の高いもの) 5,000 円		在宅移行管理加算 (退院1月) 250 点 (重症度の高いもの) 500 点	
退院時共同指導加算 (退院後1回又は2回) 6,000 円			
退院支援指導加算 (退院後1回) 6,000 円			
在宅患者連携指導加算 (1月につき) 3,000 円		在宅患者連携指導加算 (1月につき) 300 点	
在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで) 2,000 円		在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで) 200 点	
複数名訪問看護加算 4,300 円		複数名訪問看護加算 430 点	
※准看護師と訪問の場合は、-500円		※准看護師と訪問の場合は、-500円	
乳幼児加算(3歳未満) (1日につき) 500 円		乳幼児加算(3歳未満) (1日につき) 50 点	
幼児加算(3歳以上6歳未満) (1日につき) 500 円		幼児加算(3歳以上6歳未満) (1日につき) 50 点	
訪問看護ターミナルケア療養費☆ 20,000 円	在宅ターミナルケア加算☆ 2,000 点		
訪問看護情報提供療養費 (1月につき) 1,500 円	☆ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む		
		長時間訪問看護加算 (1回につき) 300 単位 緊急時訪問看護加算 (1月につき) 540 単位 特別管理加算 (1月につき) 250 単位 複数名訪問加算 30分未満 (1回につき) 254 単位 30分以上 (1回につき) 402 単位 ターミナルケア加算 2,000 単位 (支給限度額に含めない) サービス提供体制強化加算 (1回につき) 6 単位	

訪問看護ステーション数と利用者数 の推移

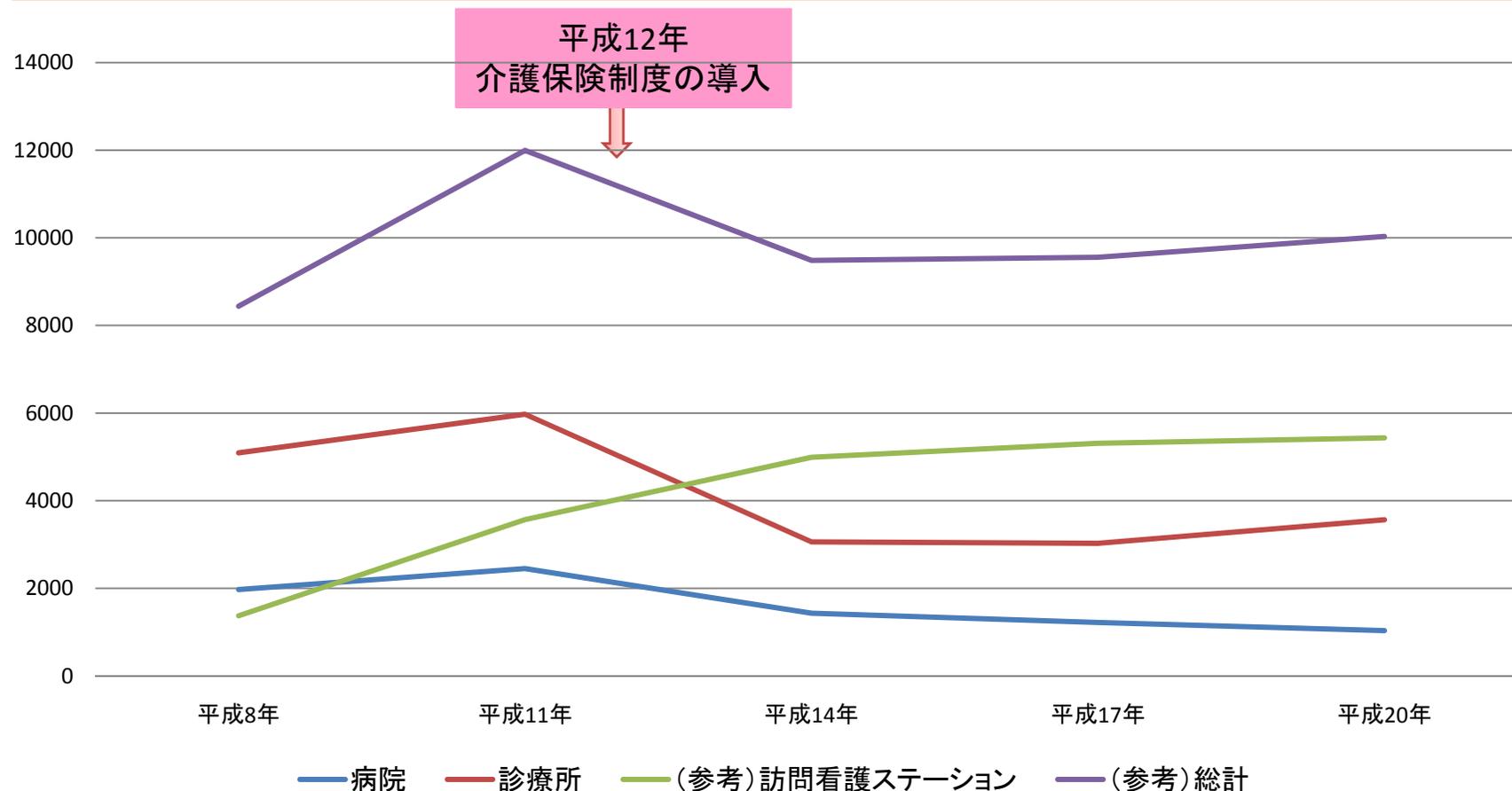


	H.5	H.6	H.7	H.8	H.9	H.10	H.11	H.12	H.13	H.14	H.15	H.16	H.17	H.18	H.19	H.20
訪問看護ステーション数	277	516	822	1,374	2,048	2,756	3,570	4,730	4,825	4,991	5,091	5,224	5,309	5,470	5,407	5,434
利用者数 (人)	8,262	18,789	34,093	60,815	92,622	124,310	161,910	203,573	221,005	244,475	262,925	274,567	279,914	281,160	292,839	281,917

(出典：平成11年までは訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査)

利用者数は、介護保険、医療保険を含む。

在宅患者訪問看護・指導の実施設（医療機関）数と訪問看護ステーション数の推移



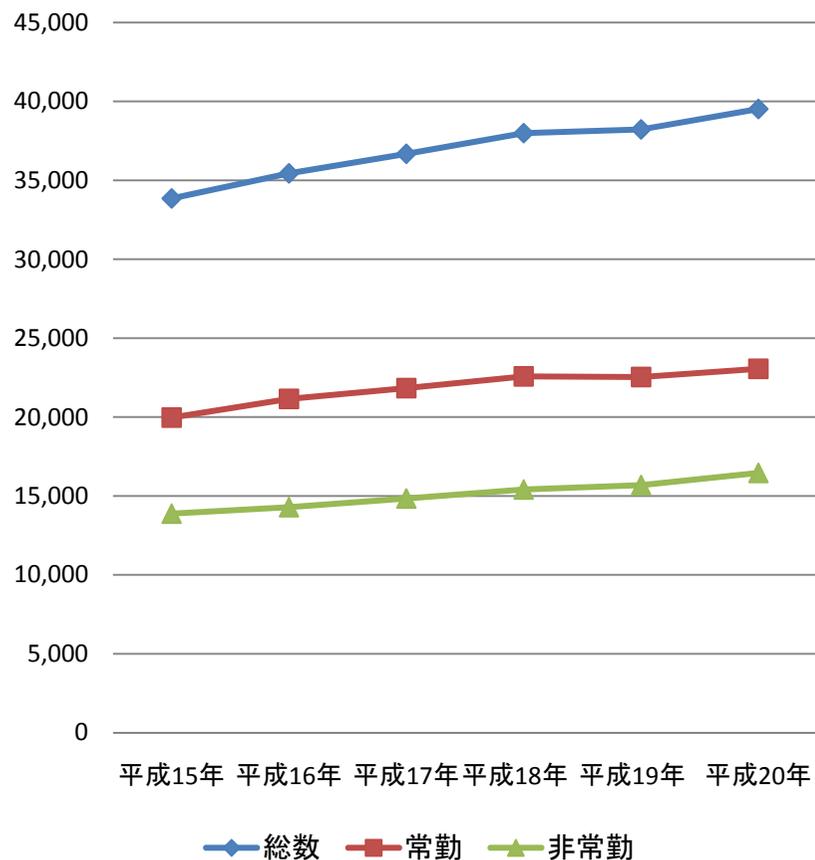
- 訪問看護を行う医療機関数は、近年、ほぼ横ばいから減少傾向
- 介護保険制度の導入により訪問看護ステーション数は増加したが、近年、ほぼ横ばい

出典：医療機関数については、医療施設調査による

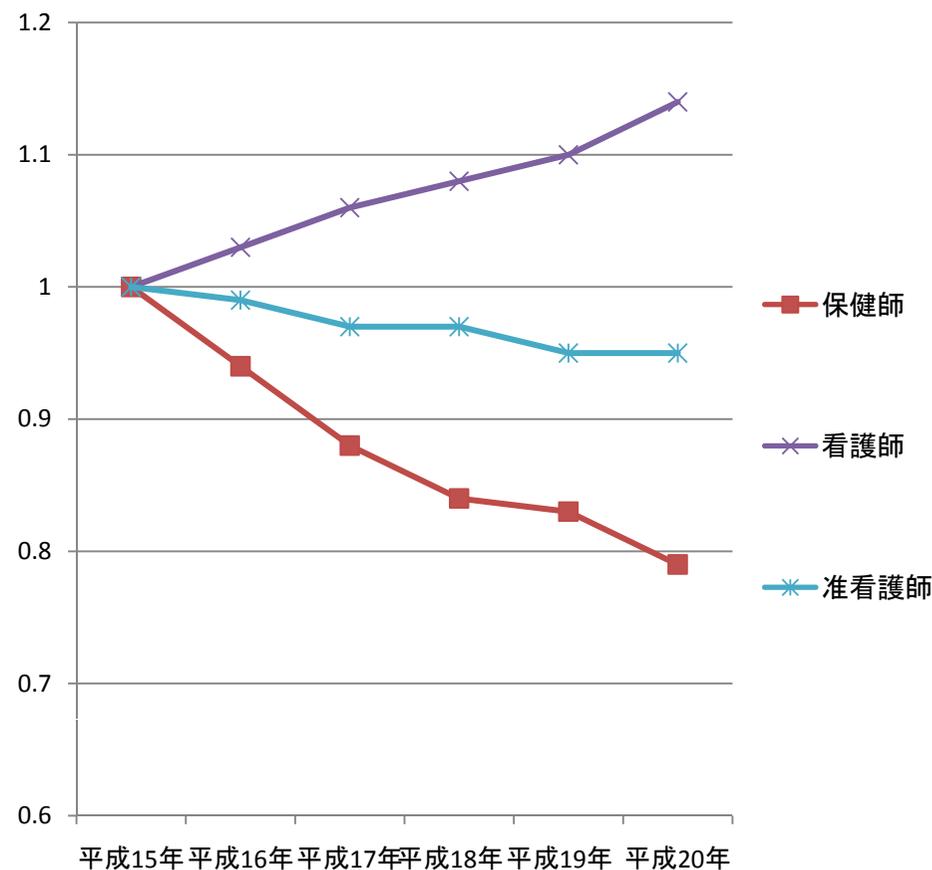
訪問看護ステーション数については、平成11年までは訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査による 26

訪問看護ステーションの従事者の推移

訪問看護ステーションの従事者の年次推移

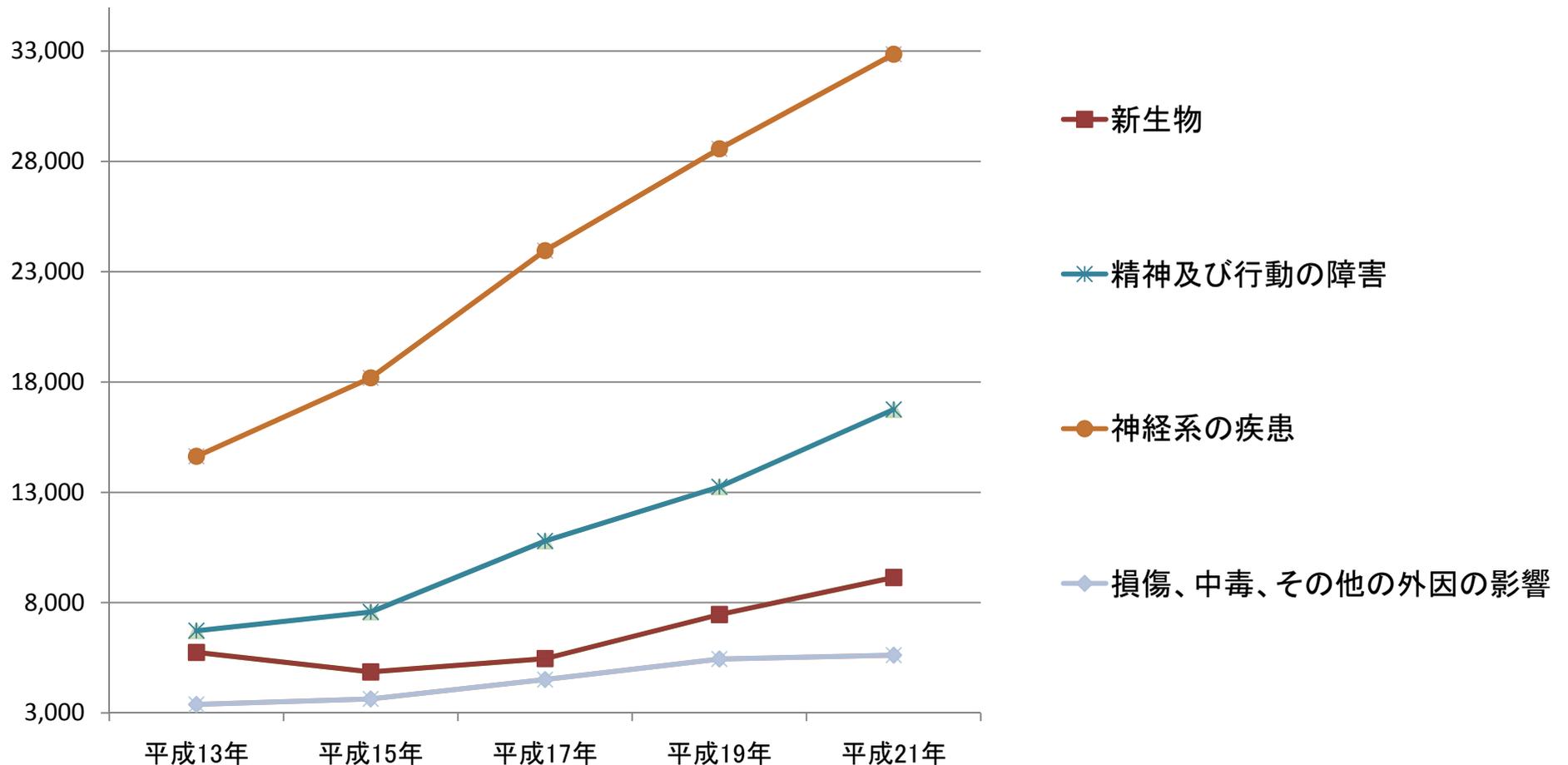


訪問看護ステーションにおける看護職員数の年次推移



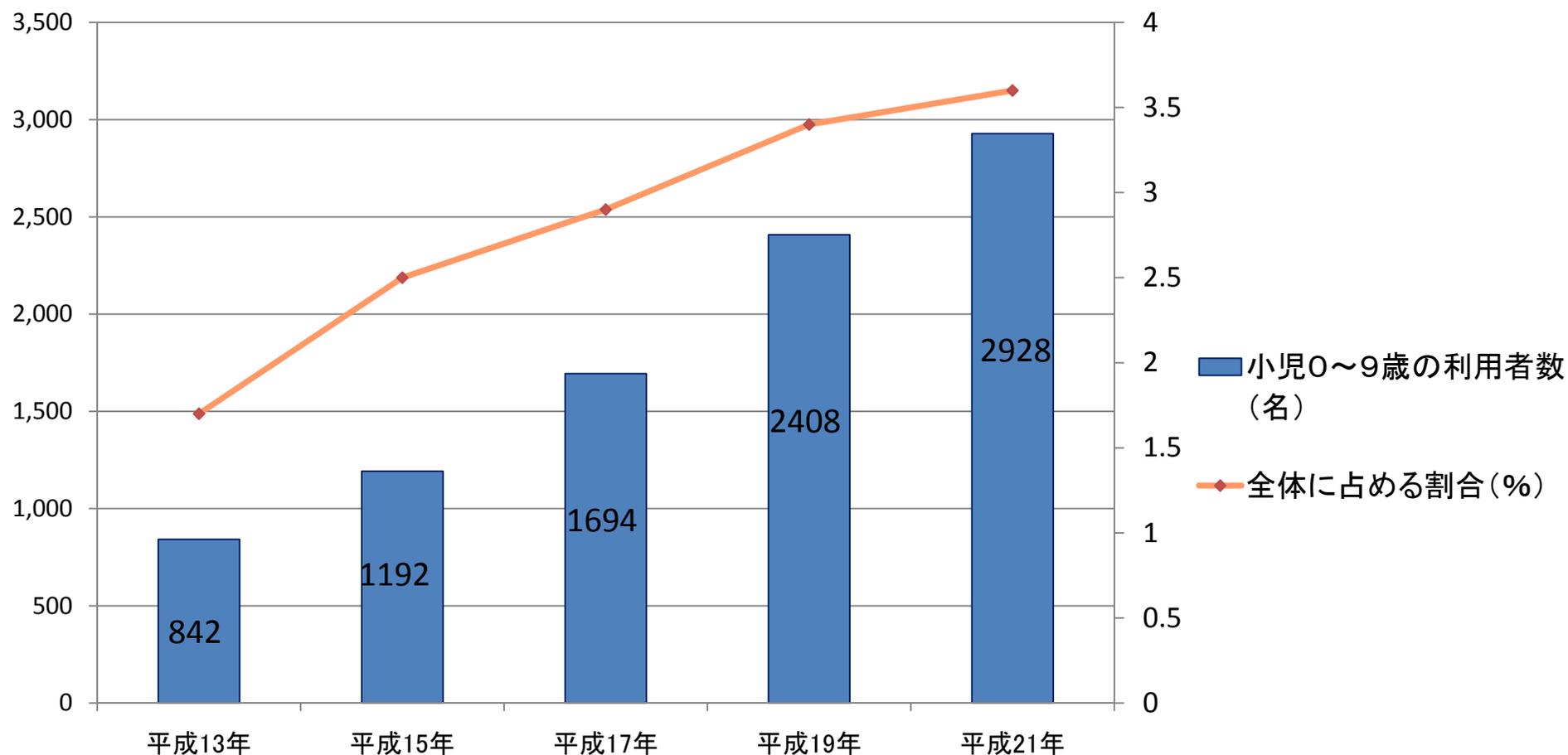
○ 従事者数は微増傾向

医療保険の訪問看護基本療養費()の 傷病分類別1ヶ月の利用者数の推移



全19疾病分類のうち、特に増加の著しい4疾病のみ抜粋

医療保険の訪問看護における小児(0~9歳)の利用者数及び全体に占める割合の推移



○医療保険からの訪問看護を受ける小児(0~9歳)の利用者は増加傾向にある。

訪問看護の推進について(平成22年度診療報酬改定)

患者のニーズに応じた訪問看護の推進

¹訪問看護療養費、²在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

- ①**末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者 2カ所→**3カ所**
- ②**特別訪問看護指示書の指示期間中**に**週4日以上**の訪問看護が必要な利用者 1カ所→**2カ所**

患者のニーズに応じた訪問看護の推進

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日) 7,050円→7,300円 (2日目～12日目まで) 2,900円→2,950円

乳幼児等への訪問看護の推進

➤ **乳幼児等への訪問看護**の評価

乳幼児加算(3歳未満) 500円 ¹/50点 ²(1日につき)

新 幼児加算(3歳以上6歳未満) 500円 ¹/50点 ²(1日につき)

患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ **重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)**のある者を重症者管理加算 ¹/在宅移行管理加算 ²の対象として追加

訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

➤ 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、**ターミナルケア**を行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、**医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合**においても評価

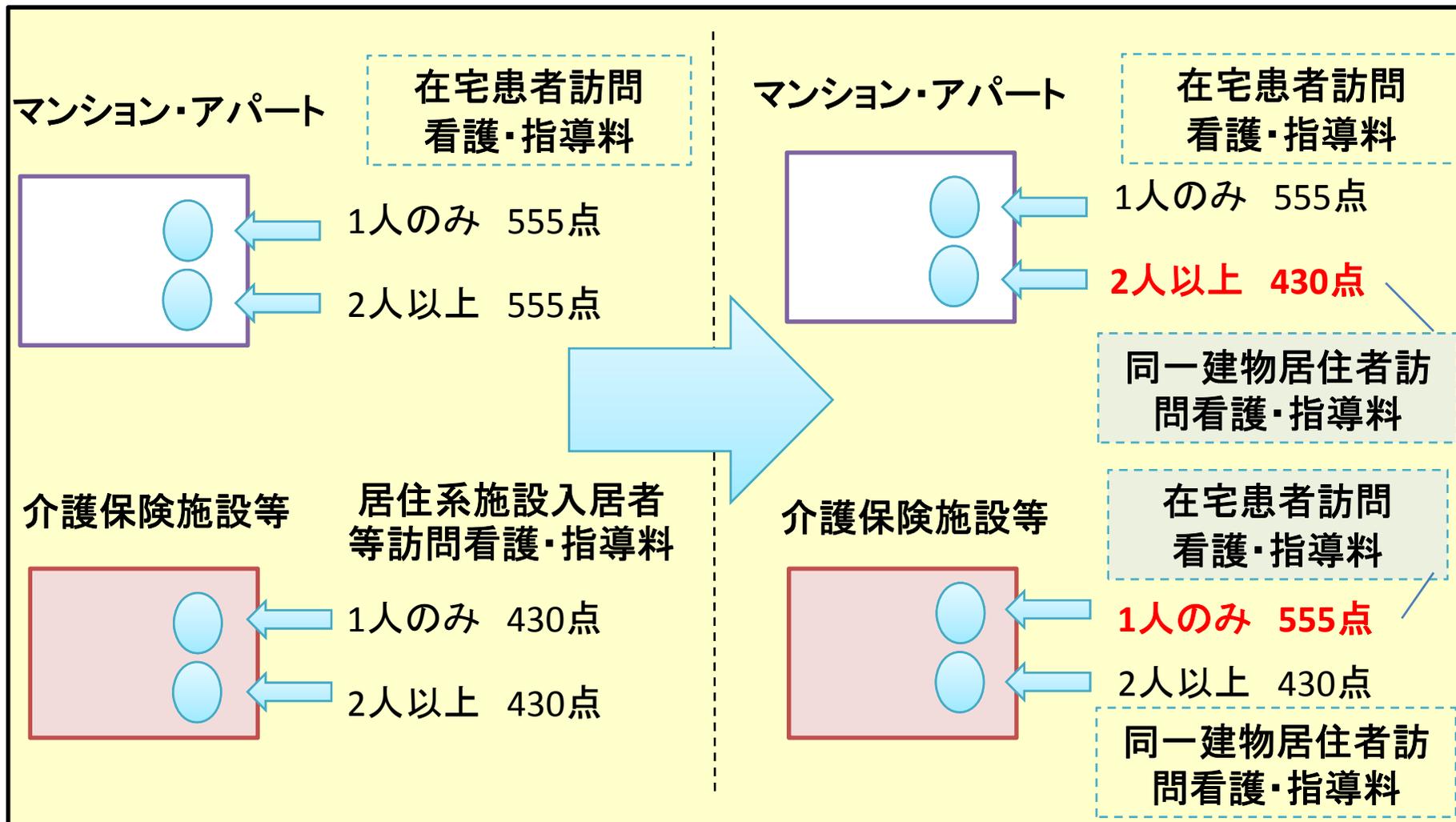
訪問看護ターミナルケア療養費 ¹/ターミナルケア加算 ²

同一建物に居住する複数の患者に対する訪問看護

算定イメージ(医療機関からの訪問看護の場合)

【現行】

【改定後】



同一日に同一の医療機関より対象となる患者に訪問看護を行う場合

訪問看護支援事業について

1 目的

高齢化の進展に伴い、要支援者・要介護者の増加により、在宅療養者の増加が見込まれるなか、在宅医療の推進が重要課題となっていることから、訪問看護サービスの安定的な供給を維持し、訪問看護を必要とする者に必要な訪問看護を提供する体制を整備することにより、在宅療養環境の充実を図ることを目的とする。

2 実施主体

都道府県・政令指定都市とする。なお、都道府県等は、事業を適切に実施することができる認められる関係団体等に委託することができるものとする。

訪問看護支援事業

【患者・家族等】在宅療養を望んでいる患者、家族の需要あり

【訪問看護ステーション】事業所規模が小さいため、訪問件数、看取り件数などが少なく、利用者・家族のニーズに応えることが困難

課題の解決策として

訪問看護支援事業の実施

都道府県訪問看護推進協議会の設置

地域の事情に応じた広域対応訪問看護ネットワークセンター事業の運営方法を含む訪問看護安定供給のための方策の検討、計画立案、評価及び支援

広域対応訪問看護ネットワークセンターの事業(例)

請求業務等支援事業

- ・訪問看護ステーションより送付された記録等を基にレセプト作成、料金請求等
- ・看護記録を基にデータ処理を行い実績等を資料化し訪問看護ステーションへ提供

コールセンター支援事業

- ・新規利用者・家族等からの相談受付内容により、適宜、訪問看護ステーションへ連絡
- ・訪問看護に関する情報の発信

医療材料等供給支援事業

- ・医療材料等の供給が効率的に行われるようなシステム整備への支援

訪問看護事業の推進

- 利用者・家族のニーズに応える質の高い訪問看護の提供
- 安全・安心の療養環境の整備



医療機関からの在宅へスムーズな移行



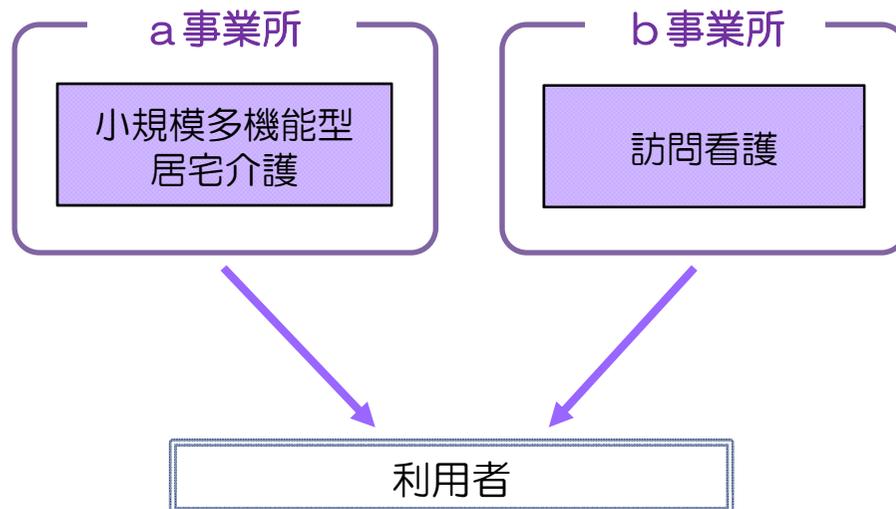
在宅療養の充実

出典：第1回訪問看護支援事業に係る検討会 資料2 p.10

複合型サービスの創設

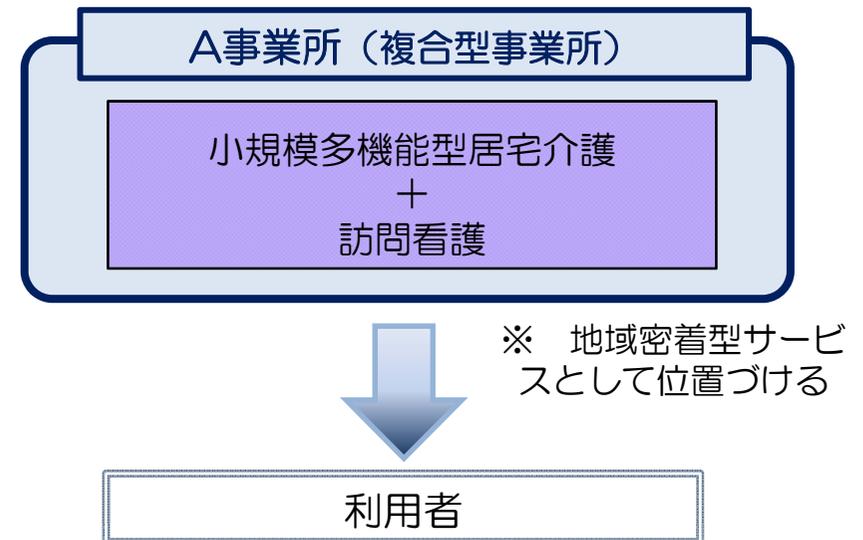
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供する複合型事業所を創設する。
- これにより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになる。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。

現行制度



- それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整が行いにくく、柔軟なサービス提供が行いにくい。
- 小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスだが、現行の小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていない。

創設後

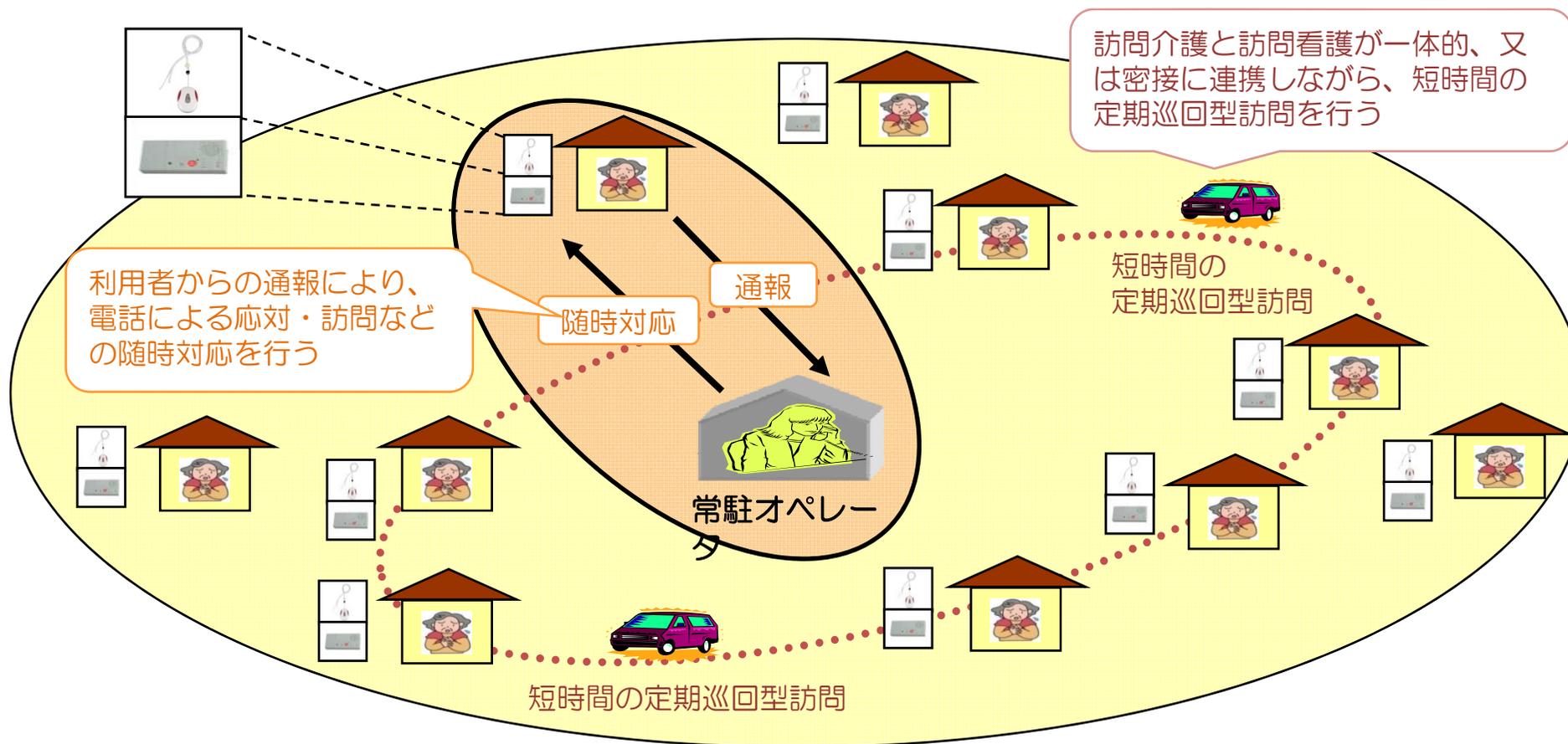


- 1つの事業所から、サービスが組み合わされて提供されるため、サービス間の調整が行いやすく、柔軟なサービス提供が可能。
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することが可能。34

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

○重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。

ケアコール端末



※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村（保険者）が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。