

平成23年9月22日(木)  
10時～12時30分  
中央合同庁舎第5号館12階  
専用第15・16会議室

## 第21回

# 社会保障審議会医療部会

## 議事次第

- 医療提供体制のあり方について
- 次期診療報酬改定の基本方針の検討について
- その他

### (配布資料)

- 資料1 社会保障審議会医療部会(9/22)資料
- 資料2-1 次期診療報酬改定の基本方針の検討について
- 資料2-2 過去の診療報酬改定の基本方針における視点等
- 資料2-3 平成22年度診療報酬改定の基本方針
- 資料2-4 「平成22年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について
- 資料2-5-1 次期診療報酬改定の基本方針の検討について(参考資料)
- 資料2-5-2 被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について
- 資料2-6 第20回社会保障審議会医療部会(7/21)各委員の発言要旨等  
参考資料

(平成23年9月22日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
上田 清司	全国知事会 (埼玉県知事)
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
小野 精一	全国町村会 (山形県小国町長)
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
光山 由一	(社) 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会 部会長補佐
近藤 勝洪	(社) 日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	(社) 日本看護協会常任理事
※ 齋藤 英彦	(独) 国立病院機構名古屋医療センター名誉院長
水田 祥代	九州大学名誉教授
田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
永井 良三	東京大学大学院教授
中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
山本 信夫	(社) 日本薬剤師会副会長
※ 横倉 義武	(社) 日本医師会副会長

※：社会保障審議会委員

# 社会保障審議会医療部会(9/22)資料

○救急・周産期医療	3
○医療法人	53
○情報提供・広告	82

# 【救急・周産期医療について】

# <救急医療体制について>

# 救急医療体制体系図

## 救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（244カ所）

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

平成23年5月16日現在

ドクターヘリ（27カ所）

平成23年6月13日現在

## 入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（409地区、3,278カ所）

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

共同利用型病院（10カ所）

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

平成23年3月31日現在

## 初期救急医療

在宅当番医制（632地区）

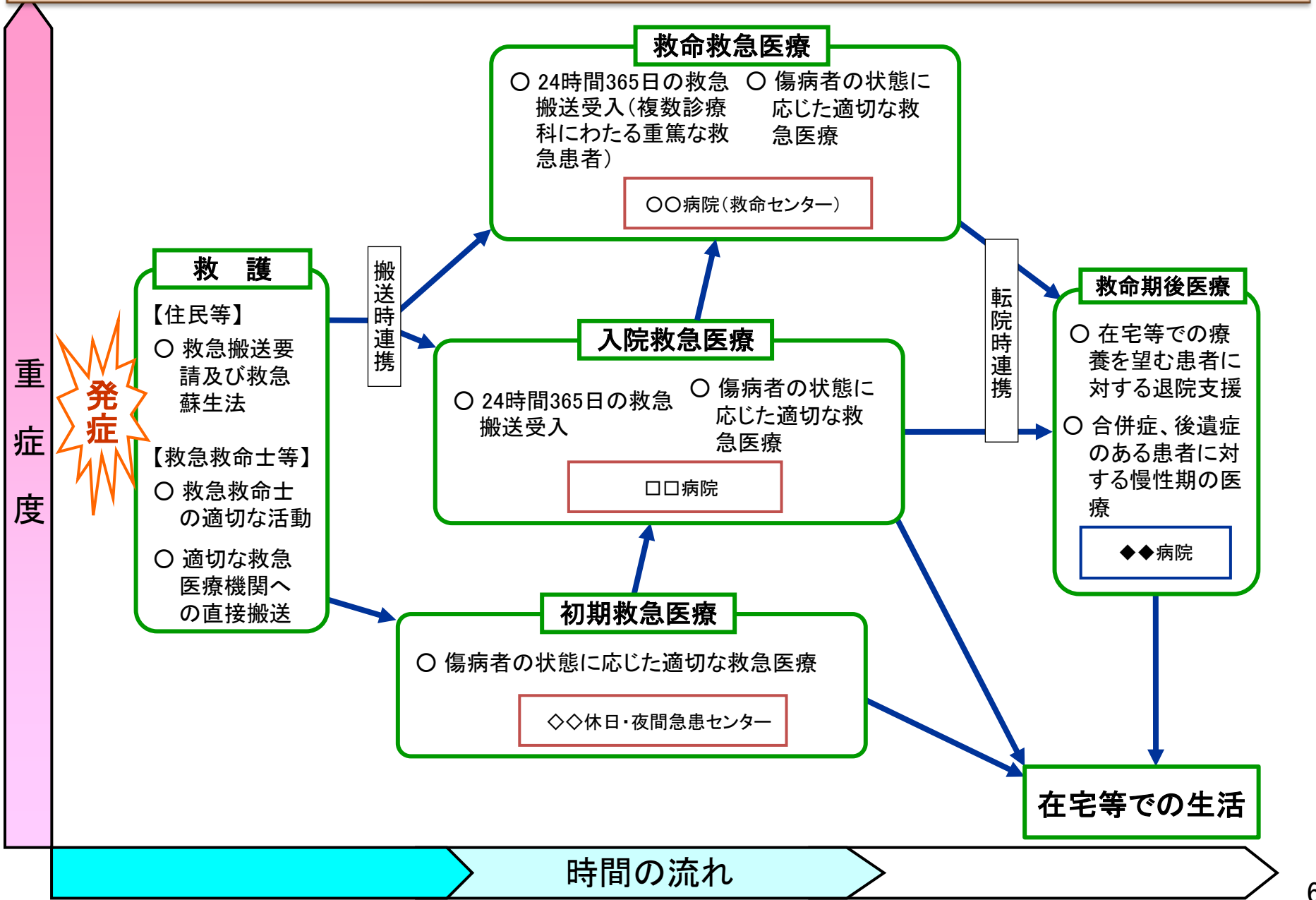
○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

休日夜間急患センター（553カ所）

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

平成23年3月31日現在

# 医療計画に基づく救急医療の医療体制





# 救急医療の医療体制

	【救護】	【救命医療】	【入院救急医療】	【初期救急医療】	【救命期後医療】
機能	病院前救護活動	救命救急医療	入院を要する救急医療	初期救急医療	救命救急医療機関等からの転院受け入れ
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>●周囲の者による救急搬送要請・救急蘇生法</li> <li>●MC体制による救急救命士の適切な活動</li> <li>●適切な救急医療機関への直接搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●24時間365日の救急搬送受入</li> <li>●傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>●傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅等での療養を望む患者に対する退院支援</li> <li>●合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療</li> </ul>
医療機関例		<ul style="list-style-type: none"> <li>●救命救急センターを有する病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●休日・夜間急患センター</li> <li>●休日や夜間に対応できる診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●療養病床又は精神病床を有する病院</li> <li>●回復期リハビリテーション病棟を有する病院</li> </ul>
求められる事項(抄)	<p>【住民等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●救急蘇生法の実施、救急搬送要請</li> </ul> <p>【救急救命士等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●救急蘇生法等に関する講習会の実施</li> <li>●MC協議会のプロトコルに則した判断・処置</li> <li>●精神科救急医療体制との連携</li> </ul> <p>【メディカルコントロール(MC)協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●救活動プロトコルの策定・検証・改訂</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●重篤な救急患者の常時受入</li> <li>●高度な治療に必要な施設・設備</li> <li>●救急医療に関する知識・経験を有する医師</li> <li>●急性期のリハビリテーション実施</li> <li>●MC体制の充実</li> <li>●地域の救命救急医療の充実強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急医療に関する知識・経験を有する医師</li> <li>●必要な施設・設備</li> <li>●早期のリハビリテーション実施</li> <li>●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始</li> <li>●医療従事者に対する研修の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急患者に対する外来診療</li> <li>●近隣医療機関との連携</li> <li>●対応可能時間等の周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●気管切開等のある患者の受入体制</li> <li>●遷延性意識障害等を有する患者の受入体制</li> <li>●精神疾患を合併する患者の受入体制</li> <li>●居宅介護サービスの調整</li> </ul>
連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医搬送先医療機関の選定、搬送手段の選定、傷病者の速やかな搬送</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>●診療機能の事前周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●退院の困難な患者を受け入れることができる医療機関との連携</li> </ul>	
指標による現状把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>●住民の救急蘇生法講習受講率</li> <li>●AEDの設置台数とその配置</li> <li>●救急救命士が同乗している救急車の割合</li> <li>●周囲の者による救命処置実施率</li> <li>●救急救命士の特定行為件数</li> <li>●搬送先決定に一定時間を要した件数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急医療施設の数と配置</li> <li>●1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率</li> <li>●受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急医療施設の数と配置</li> <li>●二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急医療施設の数と配置</li> <li>●診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護保険によるリハビリテーション実施施設数</li> </ul>
	●心肺停止患者の一ヶ月後の予後				

# 救急医療体制の整備状況

- 三次救急医療機関については、着実に増加している。
- 二次救急医療機関については、ほぼ同一水準で推移しており、救急利用の増加に対応していない。

(各年3月31日時点)

		18年	19年	20年	21年	22年	23年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	189	201	208	214	221	235
二次救急 (入院を要する救急)	入院を要する救急医療施設 (施設数)	3,214	3,153	3,175	3,201	3,231	3,278
	(地区数)	(411)	(408)	(405)	(401)	(407)	(409)
初期救急	休日夜間急患センター (施設数)	508	511	516	521	529	553
	在宅当番医制 (実施地区数)	666	654	641	643	636	632

(厚生労働省医政局調べ)

# 救命救急センターについて①

## 趣旨

重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県が策定する医療計画等に基づき救命救急センターの指定を行う。

## 役割

- 重症及び複数の診療科領域にわたる、すべての重篤な救急患者を、原則として24時間体制で必ず受け入れる  
※高度救命救急センターは、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者も受け入れる
- 初期救急医療施設及び第二次救急医療施設の後方病院として救急搬送患者を受け入れる
- 医学生、臨床研修医等に対する救急医療の臨床教育を行う

## 指定要件

- 施設
  - ・救命救急センターの責任者が直接管理する概ね20床以上の専用病床を有すること  
※地域救命救急センターは専用病床10床以上20床未満
  - ・救命救急センターの責任者が直接管理する専用病床及び専用の集中治療室(ICU)を適当数有すること
  - ・専用の診察室(救急蘇生室)、緊急検査室、放射線撮影室及び手術室等を設けること
  - ・診療に必要な施設は耐震構造であること(併設病院を含む。)
- 設備
  - ・救命救急センターとして必要な医療機器及び重傷熱傷患者用備品等を備えること
  - ・必要に応じて、以下のものを確保する  
...ヘリポート、ドクターカー、急性期の重篤な心臓病、脳卒中の救急患者等の治療に必要な専用医療機器、心電図受信装置

# 救命救急センターについて②

## ○ 人員体制

- ・専門的な三次救急医療に精通した専任の医師を適当数有すること
- ・重篤な救急患者の看護に必要な専任の看護師を適当数有すること
- ・診療放射線技師及び臨床検査技師等を常時確保すること
- ・小児救急専門病床(小児専門集中治療室)を設置する救命救急センターは、救命救急センター内又は本院に小児の救急患者への集中治療に対応する小児科医師を確保すること
- ・緊急手術ができるよう、必要な人員の動員体制を確立しておくこと
- ・救命救急センターの責任者は、高度な救急医療、救急医学教育に精通した医師である専任の医師とすること  
(例:日本救急医学会指導医等)
- ・救命救急センターは、専門的な三次救急医療に精通している専任の医師を適当数有すること  
(例:日本救急医学会認定医等)
- ・内科、外科、循環器科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、小児科、眼科、耳鼻科、麻酔科及び精神科等の医師を確保出来る体制を有すること
- ・救急救命士への必要な指示体制を常時有すること
- ・必要に応じて、以下のものを確保する
  - …心臓病の内科系専門医とともに外科系専門医を、脳卒中の内科系専門医とともに外科系専門医を専任で確保すること
  - …重傷外傷に対応する専門医師を専任で確保すること

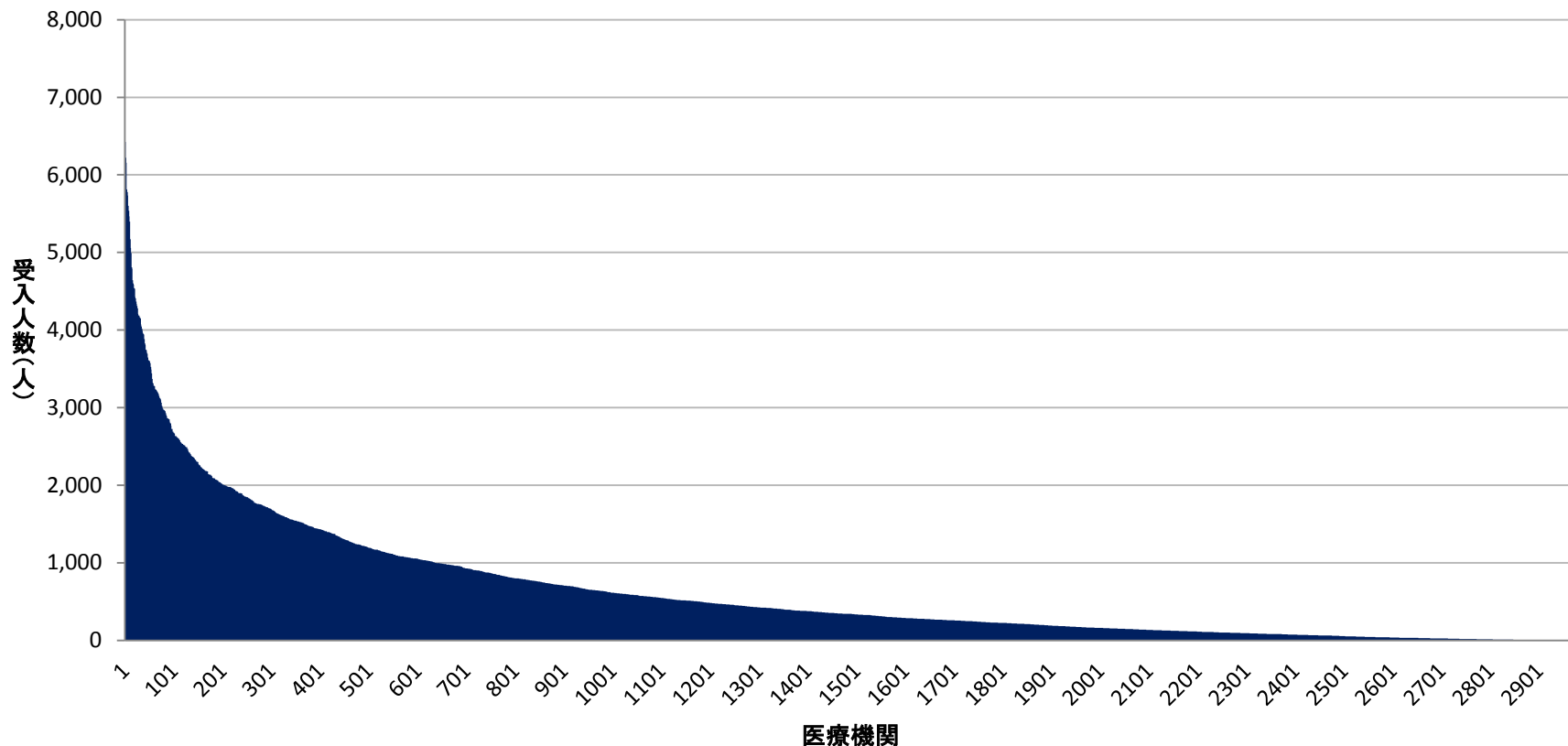
※救命救急センター数(平成23年5月16日現在)…244施設(うち、高度:27施設、地域:5施設)

# 二次救急医療機関の状況について

(一施設当たりの時間外における年間救急搬送患者数)

- 救急車により搬送される救急患者を多数受け入れている病院と、そうでない病院に大きな差 (最大6,576、最小0)
- 時間外における年間救急搬送患者が0の病院もある。
- 救命救急センターにおける年間救急搬送患者受入数 (24時間) の平均値は4,001件

※ 都道府県の医療計画上、二次救急医療機関以上として位置付けられている医療機関 (救命救急センターを除く)

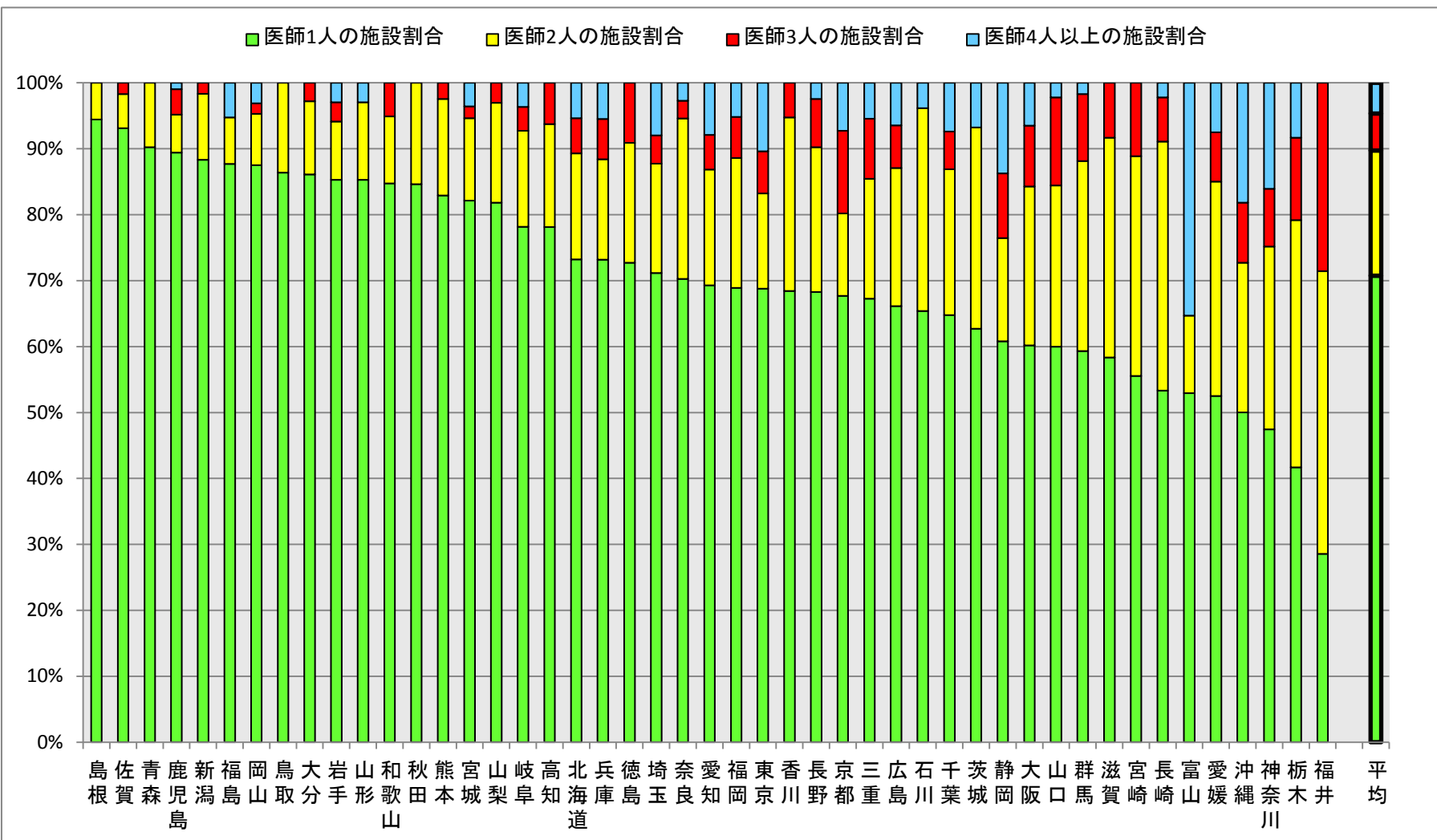


厚生労働省医政局指導課調べ (平成21年度実績)

※各都道府県から報告のあった二次救急医療機関の実績に基づき作成

# 二次救急医療機関の状況について(当番日の医師数)

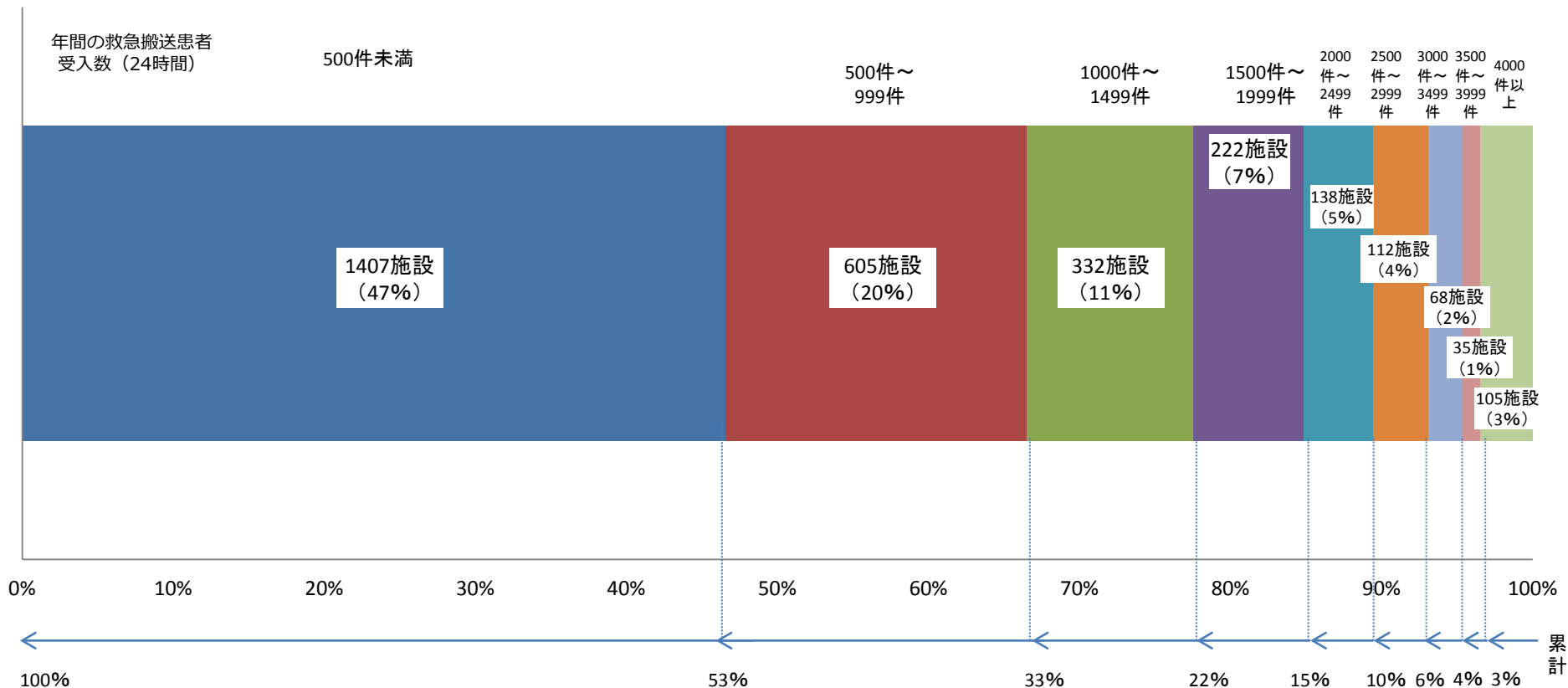
- 当番日における救急担当の医師の数が1名であるところが71%。 2名以下で90%。
- 複数医師がいる病院は、内科系1名、外科系1名、小児科1名といった状況。



厚生労働省医政局指導課調べ(平成21年度実績)  
 ※各都道府県から報告のあった二次救急医療機関の実績に基づき作成

# 二次救急医療機関における年間救急搬送患者の受け入れ状況

- 二次救急医療機関について、年間の救急搬送患者受入数（24時間）の区分毎に該当する施設数及び割合を示したもの。
- 救命救急センターにおける年間救急搬送患者受入数（24時間）の平均値は4,001件

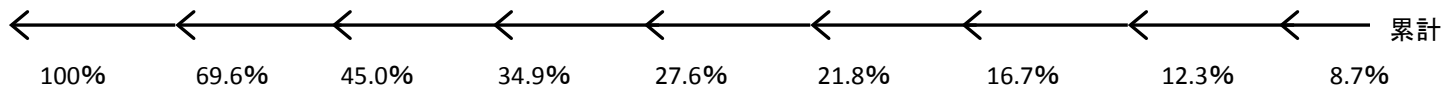


厚生労働省医政局指導課調べ（平成21年度実績）  
 ※各都道府県から報告のあった二次救急医療機関の実績に基づき作成

# 救急搬送患者受入数別 二次救急医療機関の分布①

【神奈川県の場合】

医療圏	二次救急医療機関数	年間救急搬送患者受入数（24時間）別 施設数								
		500件未満	500件～999件	1000件～1499件	1500件～1999件	2000件～2499件	2500件～2999件	3000件～3499件	3500件～3999件	4000件以上
横浜北部	16	4	2	3	1	1	—	1	2	2
横浜西部	16	2	3	2	2	—	2	3	—	2
横浜南部	12	—	7	—	—	1	—	2	1	1
川崎南部	11	5	3	1	1	—	—	—	—	1
川崎北部	6	4	—	1	1	—	—	—	—	—
横須賀・三浦	16	7	4	1	1	—	1	—	—	2
湘南東部	15	6	3	1	3	—	1	—	1	—
湘南西部	4	1	—	—	—	1	—	—	—	2
県央	18	7	3	2	—	1	3	—	1	1
相模原	14	1	6	2	1	3	—	—	—	1
県西	10	5	3	1	—	1	—	—	—	—
計	138施設	42施設	34施設	14施設	10施設	8施設	7施設	6施設	5施設	12施設
(構成比率)	100.0%	30.4%	24.6%	10.1%	7.3%	5.8%	5.1%	4.4%	3.6%	8.7%



厚生労働省医政局指導課調べ（平成21年度実績）

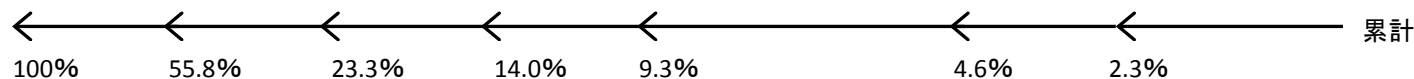
※神奈川県から報告のあった二次救急医療機関の実績に基づき作成



# 救急搬送患者受入数別 二次救急医療機関の分布②

## 【長野県の例】

医療圏	二次救急医療機関数	年間救急搬送患者受入数（24時間）別 施設数								
		500件未満	500件～999件	1000件～1499件	1500件～1999件	2000件～2499件	2500件～2999件	3000件～3499件	3500件～3999件	4000件以上
佐久	3	1	—	1	1	—	—	—	—	—
上小	10	6	4	—	—	—	—	—	—	—
諏訪	5	2	2	—	—	1	—	—	—	—
上伊那	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—
飯伊	7	5	2	—	—	—	—	—	—	—
木曾	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
松本	8	4	2	1	—	1	—	—	—	—
大北	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
長野	3	—	1	1	—	—	—	—	1	—
北信	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—
計	43施設	19施設	14施設	4施設	2施設	2施設	0施設	1施設	1施設	0施設
(構成比率)	100.0%	44.2%	32.5%	9.3%	4.7%	4.7%	0.0%	2.3%	2.3%	0.0%



厚生労働省医政局指導課調べ（平成21年度実績）

※長野県から報告のあった二次救急医療機関の実績に基づき作成

# 二次救急医療機関の救急専門部署における専従医師の配置状況

- 救急専門の部署を設置している二次救急医療機関の数は433施設あり、うち、専従の医師を確保している施設は283施設であった。

救急専門の部署を設置している二次救急医療機関における専従医師の配置数別の施設数

専従医師数	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	計
施設数	150施設	112施設	71施設	24施設	22施設	54施設	433施設
構成割合	34.6%	25.9%	16.4%	5.5%	5.1%	12.5%	100.0%
	← (433施設) (100.0%)	(283施設) (65.4%)	(171施設) (39.5%)	(100施設) (23.1%)	(76施設) (17.6%)	(54施設) (12.5%)	(累計)
(参考) 21年度末現在の二次救急医療機関数(3,231施設)に対する構成割合。	← <13.4%>	<8.8%>	<5.3%>	<3.1%>	<2.4%>	<1.7%>	(累計)

厚生労働省医政局指導課調べ（平成21年度実績）

※各都道府県から報告のあった二次救急医療機関の実績に基づき作成

# 「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間取りまとめ(平成20年7月30日)概要

## 安心と希望の医療確保ビジョン

### 2 地域で支える医療の推進 (1) 救急医療の改善策の推進

#### ア 救急医療の充実

- ①量的充実
  - ・調査に基づく初期、二次、三次救急の更なる整備
- ②質的充実
  - ・管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成
  - ・医師等の交代勤務制の整備
  - ・地域全体の各医療機関の連携
    - 急性期を脱した患者を受け入れる病床の確保等
    - 救急患者の効率的な振り分け等
  - ・医療機関と消防機関との連携強化
    - 救急患者受入コーディネーターの配置等
  - ・住民との情報共有

#### イ 夜間・救急利用の適正化

- ①国民への普及啓発
  - ・夜間救急外来の適正利用等
- ②小児救急電話相談事業(#8000)の拡充等

## 主な提言内容

### 第三次救急医療機関の充実

#### 救命救急センターに対する新しい評価

- ・求められる機能の明確化、第三者の視点・検証が可能な評価、地域特性等を勘案した評価項目を導入
  - ・交代勤務制を含む病院勤務医の労働環境改善に係る評価項目を追加
  - ・評価結果をできる限り詳細に国民へ情報提供
- 等

#### 救命救急センターの整備のあり方

- ・救命救急センターと同等の実績等がある施設であれば新たに救命救急センターとして位置づけ
  - ・ヘリコプター等による搬送やITの活用も検討
- 等

### 第二次救急医療機関の充実

#### 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備

- ・地域の実情に応じた取組を支援
  - ・救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図る
  - ・全ての第二次救急医療機関について、診療体制や活動実績に関する調査を実施し、診療実績に応じた支援を検討
- 等

夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援

## 救急搬送における課題と円滑な受入れ推進について

#### 医療機関と消防機関の連携

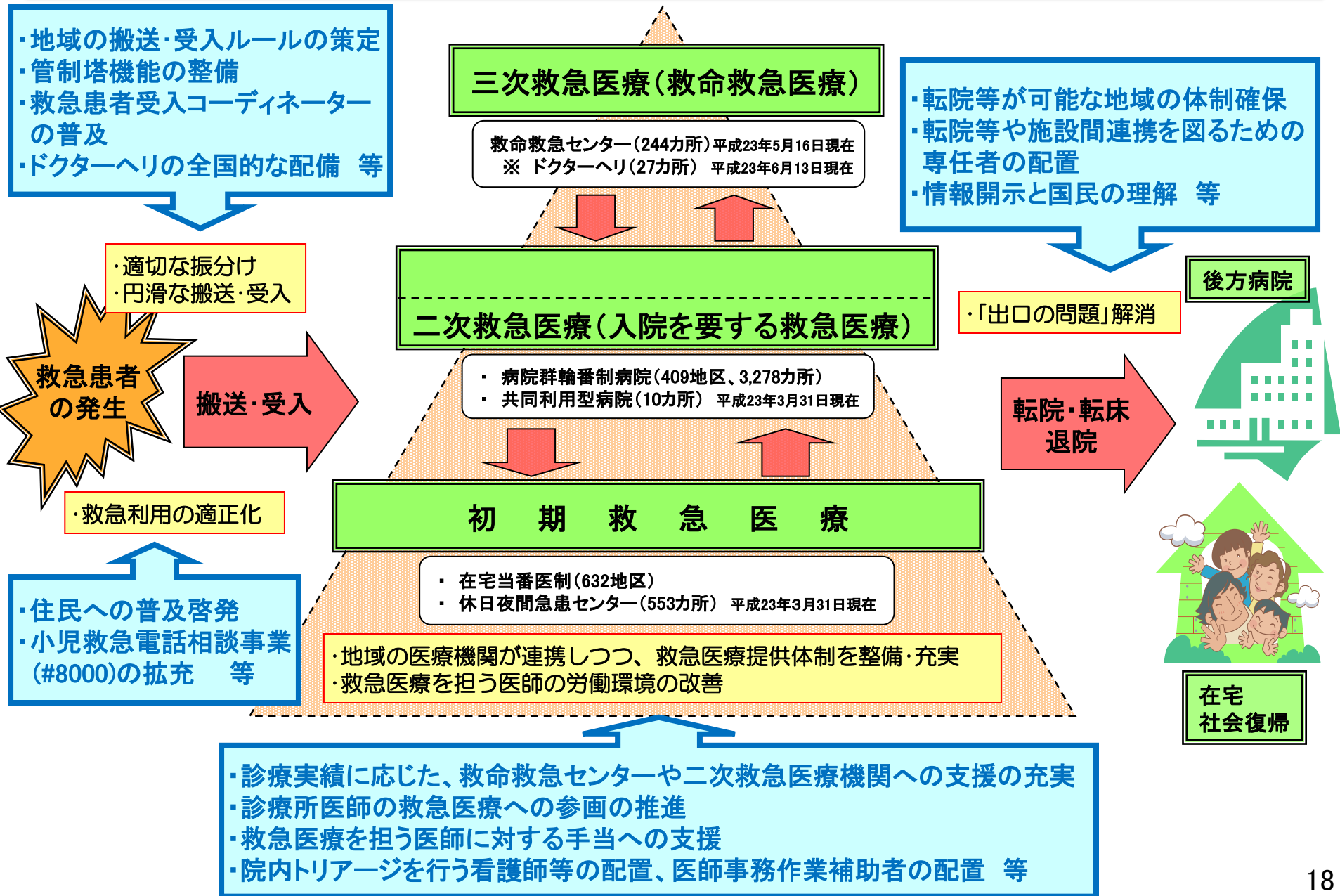
- ・病状に応じて適切な受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける管制塔機能を整備
  - ・地域の実情に精通した医師等の救急患者受入コーディネーターの普及
  - ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充を検討
- 等

#### 円滑な受入れ推進に向けた対応

- ・診療所医師の夜間・休日の外来診療や救急医療への参画を推進
  - ・院内トリージを適切に行える医療従事者の育成と配置
  - ・救急医療体制の現状や転床・転院等に関する国民に理解を求める
- 等

- ・ER型救急医療機関については、まず正確な実態把握を行う

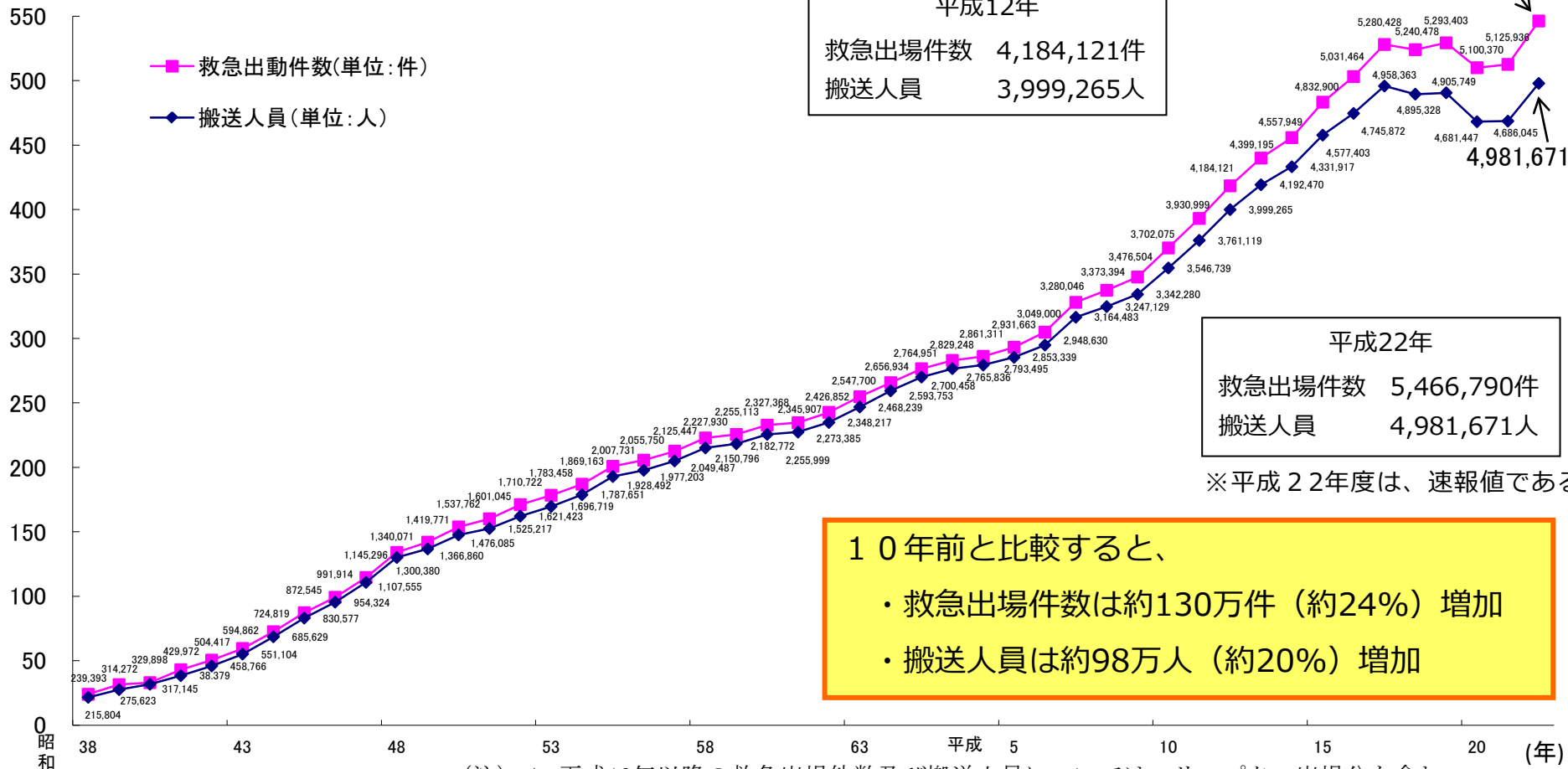
# 救急医療に関する施策



# 救急出動件数および搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、増加傾向にあり、近年は高止まりしている。

(万件・人)



平成12年  
救急出場件数 4,184,121件  
搬送人員 3,999,265人

平成22年  
救急出場件数 5,466,790件  
搬送人員 4,981,671人

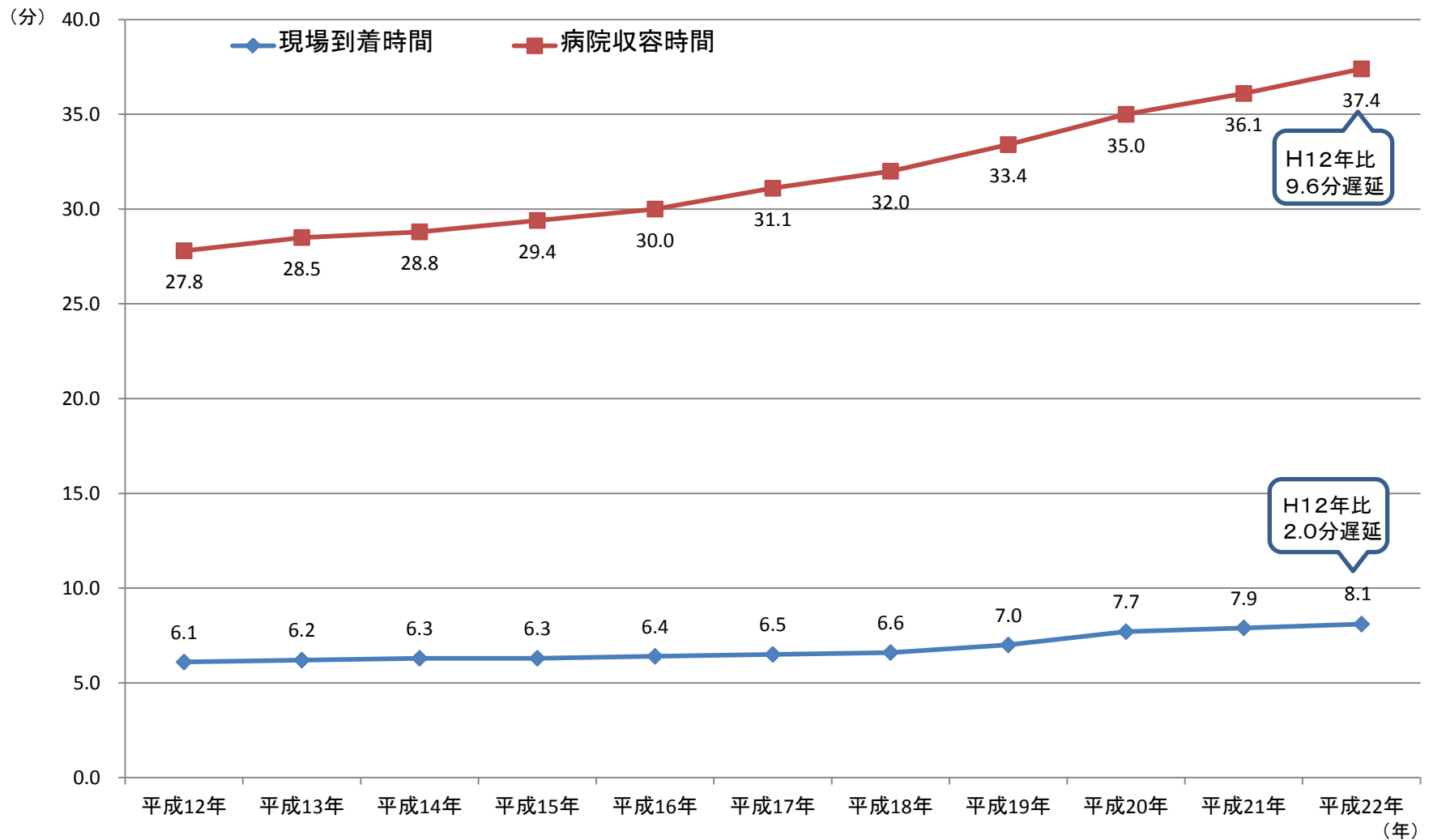
※平成22年度は、速報値である。

10年前と比較すると、

- 救急出場件数は約130万件（約24%）増加
- 搬送人員は約98万人（約20%）増加

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

# 救急隊の活動時間の推移



救急搬送の現場到着時間、病院収容時間共に延伸

# 救急搬送における医療機関の受入状況(重症以上傷病者)

○ 医療機関の照会回数4回以上の事案が16,381件(全体の3.8%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が20,849件(4.8%)ある。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数
		重症以上傷病者	件数	357,226	58,524	10,913	4,741	727	432,131	16,381	5,468
	割合	82.7%	13.5%	2.5%	1.1%	0.2%	100%	3.8%	1.3%	0.2%	

現場滞在時間区分ごとの件数

		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	計	30分以上	45分以上	60分以上
		重症以上傷病者	件数	255,541	155,786	15,336	3,444	1,898	171	432,176	20,849
	割合	59.1%	36.0%	3.5%	0.8%	0.4%	0.04%	100%	4.8%	1.3%	0.5%

○ 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。

4回以上の事案、30分以上の事案の割合が  
いずれも全国平均を上回る団体



都道府県	4回以上	30分以上
宮城県	6.2%	7.3%
茨城県	4.4%	6.4%
栃木県	5.3%	5.8%
埼玉県	10.3%	14.6%
千葉県	5.8%	11.2%
東京都	8.5%	9.6%
神奈川県	4.0%	7.4%
大阪府	8.8%	5.2%
兵庫県	6.0%	5.5%
奈良県	10.0%	9.8%
全国平均	3.8%	4.8%



# 受入困難事例の推移

○ 受入困難事例：照会回数4回以上もしくは現場滞在時間30分以上の事例

## 照会回数4回以上の事案の推移

	H20		H21		H22	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者搬送事案	14,732	3.6%	13,164	3.2%	16,381	3.8%
産科・周産期傷病者搬送事案	749	4.6%	517	3.2%	587	3.8%
小児傷病者搬送事案	9,146	2.8%	9,569	2.8%	10,924	3.2%
救命救急センター搬送事案	16,721	3.7%	15,618	3.2%	20,395	3.8%

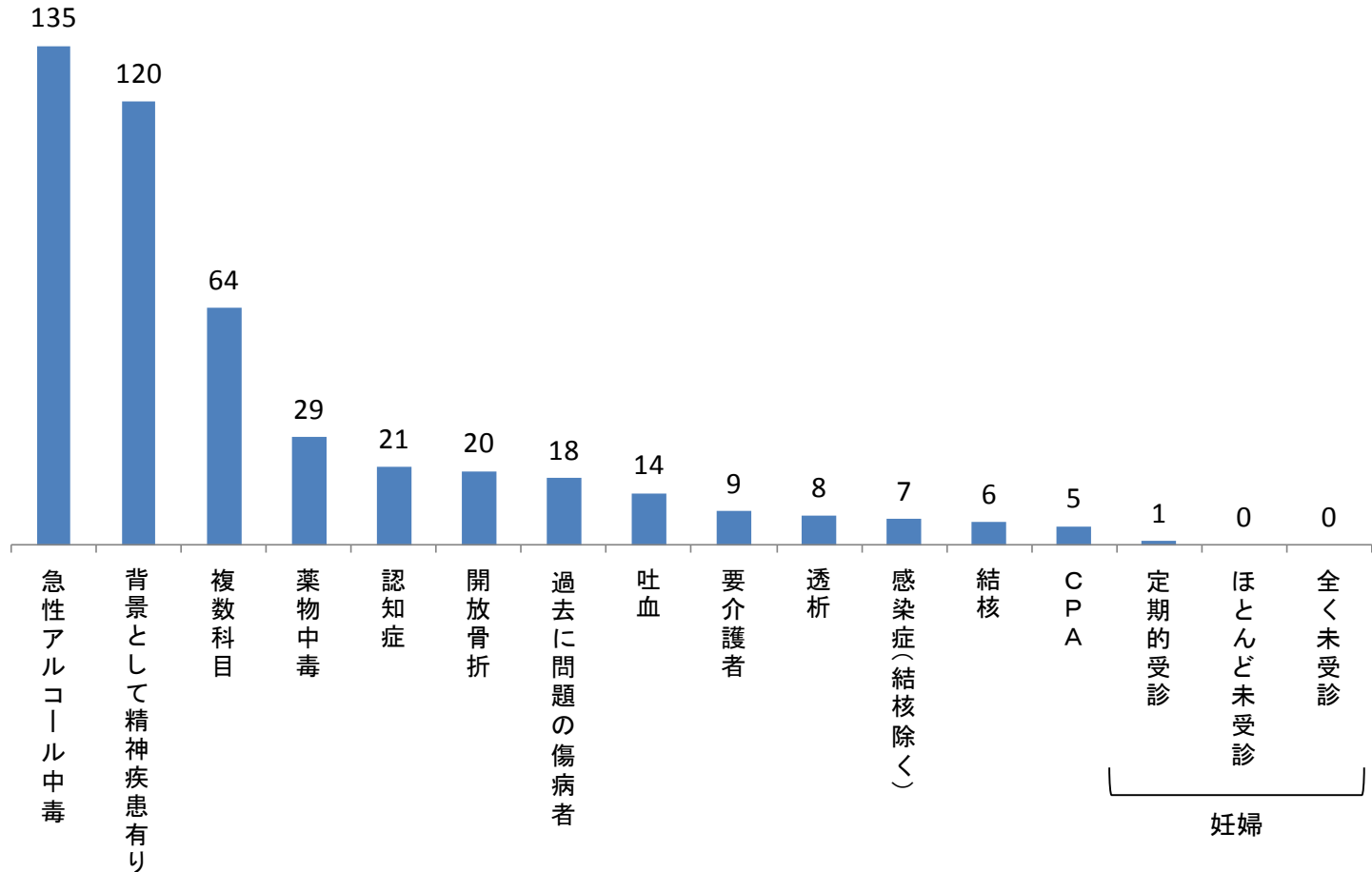
## 現場滞在時間30分以上の事案の推移

	H20		H21		H22	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者搬送事案	16,980	4.1%	17,826	4.3%	20,849	4.8%
産科・周産期傷病者搬送事案	1,029	6.3%	970	6.1%	1,077	6.9%
小児傷病者搬送事案	5,905	1.8%	6,953	2.0%	8,618	2.5%
救命救急センター搬送事案	19,876	4.4%	21,837	4.5%	27,322	5.0%

救急搬送に関する搬送先医療機関調整における照会回数4回以上の事案及び現場滞在時間30分以上の事案共に件数、割合が増加



# 医療機関から受入困難理由として明確な回答があった内容



※ 平成20年12月1週間の東京都の全数調査(対象:9,414事案)による。

※ 救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を計上(457件)しており、1事案において複数の医療機関が傷病者背景を受入困難理由として明確に回答した場合は、延べ数として集計している。

# 消防法の改正「搬送・受入ルールの策定」(平成21年10月)

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

① 傷病者の発生

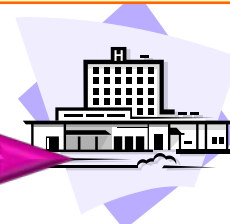
② 搬送先医療機関の選定



③ 救急搬送

受入れ

④ 救急医療



都道府県において、医療機関、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールの策定

地域の搬送・受入ルールの策定

搬送・受入の調査・分析

※既存のメディカルコントロール協議会等の活用を想定

<搬送・受入ルール>

- ① 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

消防機関は、搬送・受入ルールを遵守しなければならない

医療機関は、搬送・受入ルールを尊重するよう努めるものとする

指針の策定等の援助

総務大臣  
厚生労働大臣

施行期日：平成21年10月30日

# 消防法第35条の5【実施基準の策定】

## ○消防法 (昭和23年7月24日法律188号) (抄)

### 第7章の2 救急業務

#### 第35条の5

都道府県は、消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準(実施基準)を定めなければならない。

②実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。

1 傷病者の心身等の状況(傷病者の状況)に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準

2 前号に掲げる基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称

3 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

4 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

5 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準

6 前2号に掲げるもののほか、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

7 前各号に掲げるもののほか、傷病者の搬送及び傷病者の受入の実施に関し都道府県が必要と認める事項

# 消防法第35条の5【実施基準の策定】

## 実施基準

都道府県が策定・公表(第1項)

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト(第2項第2号)
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準(第2項第4号)
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準(第2項第5号)
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するための基準(第2号第6号)

等

※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。

総務大臣  
厚生労働大臣

情報提供  
等の援助

・医学的知見  
に基づく  
・医療計画と  
の調和

基準策定時  
に意見聴取

協議会

消防機関

搬送に当たり、  
実施基準を遵守

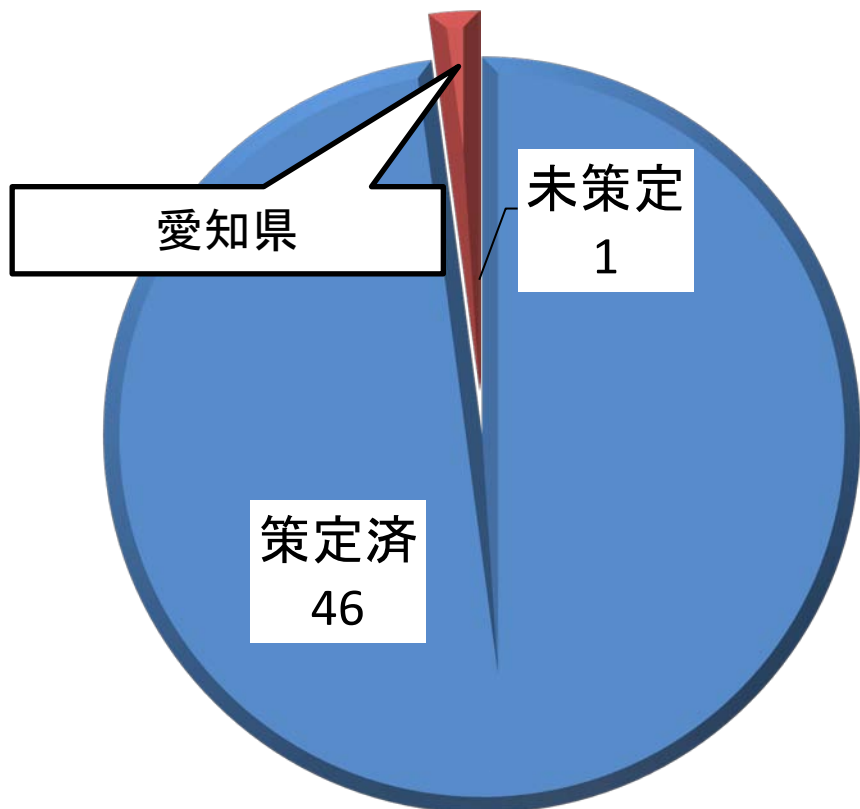
医療機関

受入れに当たり、  
実施基準の尊重に努める

# 各都道府県における実施基準の策定状況

## ＜策定済団体の策定期期＞

策定期期	団体名
平成22年3月	石川県、東京都、鹿児島県、愛媛県
平成22年4月	香川県
平成22年5月	栃木県
平成22年9月	三重県
平成22年11月	福井県、茨城県
平成22年12月	宮崎県、長野県、山口県、和歌山県、埼玉県、京都府、北海道、青森県、秋田県、福島県、岐阜県、大阪府、兵庫県、徳島県、長崎県
平成23年1月	奈良県
平成23年2月	熊本県、富山県、山形県
平成23年3月	高知県、鳥取県、岡山県、群馬県、山梨県、滋賀県、千葉県、佐賀県、神奈川県、静岡県、福岡県、大分県
平成23年6月	宮城県、島根県、新潟県
平成23年7月	沖縄県
平成23年8月	広島県
平成23年9月	岩手県（7日）



（平成23年9月7日現在）

# 消防法第35条の5【実施基準】の具体例

## ○福井県の例

### 傷病者の搬送および受入れに関する実施基準(概要)

本県の現状

救急搬送における医療機関の受入搬送実態調査

受入照会2回以内の搬送先医療機関決定の割合(平成21年)			
	重症	周産期	小児
福井	99.2%	100.0%	98.3%
全国	93.6%	93.3%	93.6%

(総務省消防庁: 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査より)

策定に当たっての考え方

- 現状における傷病者の搬送および受入れ体制を基本とする。
- 消防機関と医療機関とのさらなる連携強化を図る。
- 医学的知見に基づくとともに、第5次福井県保健医療計画との調和を図る。

## 救急搬送のフロー

傷病者の観察(観察カード)

実施基準で取り上げる症例(分類基準) 第2項第1号

循環器系疾患

脳卒中疑い  
心筋梗塞疑い

・脳疾患と心疾患の重症搬送件数の割合36.7%

小児

・後遺症を残す可能性のある急性疾患を念頭に置く必要あり

妊産婦

・妊産婦特有の傷病を念頭に置く必要あり

精神疾患

・症状によって搬送先の選定が困難

発症3時間以内

YES  
NO

対応可能な受入れ医療機関(医療機関リスト) 第2項第2号

- t-PA投与対応可能な脳卒中急性期医療機関(10機関)  
※t-PAとは、脳梗塞の超急性期に用いる血栓を溶かす薬
- 全ての脳卒中急性期医療機関(12機関)
- 心筋梗塞急性期医療機関(11機関)  
※一時受入れ可能な医療機関を含む。

小児救急夜間輪番医療機関(8機関)  
または救急医療機関(64機関) ※重複機関あり

かかりつけ医療機関  
総合周産期母子医療センター(1機関)  
周産期医療支援病院(1機関)  
地域周産期母子医療センター(5機関)

精神科救急情報センターが情報を提供する医療機関

かかりつけ医の有無

有  
無

高度な医療を必要とする場合

最終的に受入れる医療機関(受入医療機関確保基準) 第2項第6号

三次医療機関

福井県立病院  
杉田玄白記念  
公立小浜病院

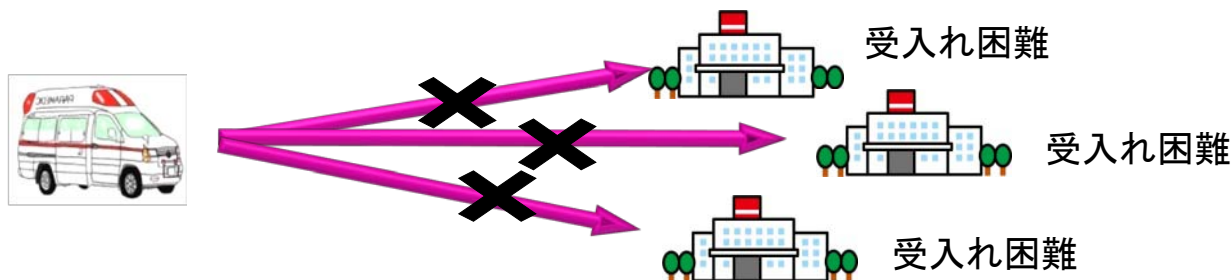
総合周産期母子医療センター(福井県立病院)  
周産期医療支援病院(福井大学医学部附属病院)

※当該医療機関で対応できない場合の流れ



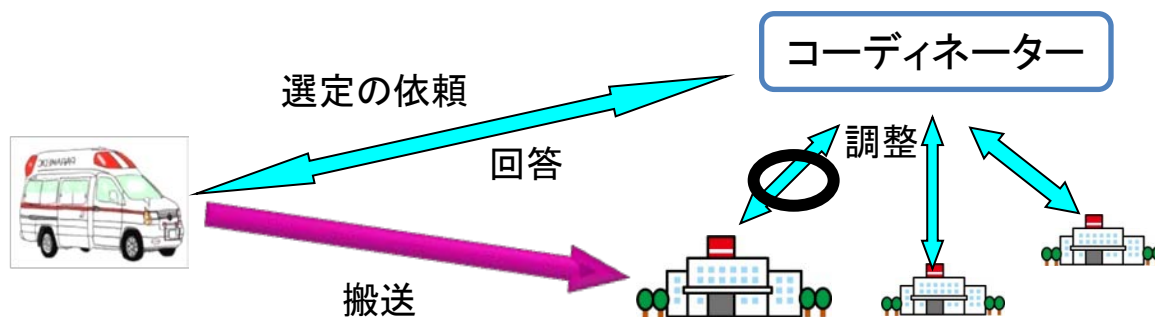
# 消防法第35条の5第2項第6号(医療機関確保基準)

搬送先医療機関が速やかに決定しない場合



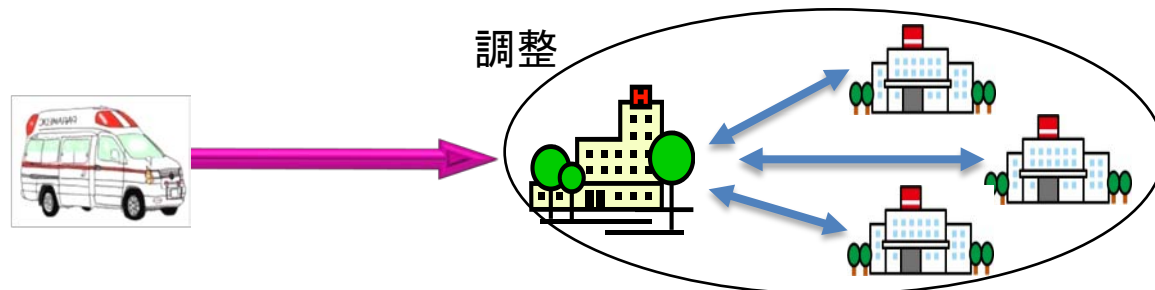
(例) コーディネーターによる調整

コーディネーターが受入医療機関の調整を行い、その調整結果に基づき受入れを実施



基幹病院による調整

地域の基幹病院が、地域内で患者受入調整を行うとともに、自院での受入れにも努める



# 消防法第35条の5第2項第6号(医療機関確保基準) 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合のルール策定状況①

項目	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	
重症度・緊急度等に応じた対応の区別							○		○				○	○											
に搬送先医療機関が速やかに決定しない場合のルール策定状況	照会回数	○			○		○						○	○	○	○			○	○		○			
	現場滞在時間等	○		○		○		○	○	○			○	○	○	○			○	○		○			○
	1号基準～5号基準によっても受入先が速やかに決まらない場合		○		○								○					○	○						
	その他						○			○			○									○			
受入医療機関を確保する場合の設定	コーディネーターによる調整											○	○												
	指令による調整						○						○												
	基幹病院による調整	○											○		○	○	○					○			○
	当番病院における調整	○			○								○												
	一時受入・転院	○	○	○			○	○	○				○	○	○	○			○			○	○		○
	機能別に最終的な受入医療機関をあらかじめ設定					○	○	○	○	○			○			○	○	○	○						
	当番病院における受入れ	○					○	○					○	○							○		○		
	三次病院による受入れ					○				○					○			○				○	○	○	○
	隣接医療圏に受入照会	○						○												○					
	繰り返し受入要請							○					○												
その他			○				○			○	○										○	○			

※平成23年9月7日現在、愛知県は実施基準を未策定

(出典:総務省消防庁資料)



# 消防法第35条の5第2項第6号(医療機関確保基準) 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合のルール策定状況②

項目		滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	合計	
重症度・緊急度等に応じた対応の区別				0	0			0						0		0									9	
に搬送先医療機関が速やかに決定しない場合のルール策定状況	照会回数	0		0	0			0		0	0	0	0	0	0				0				0		21	
	現場滞在時間等	0		0	0		0	0		0	0	0	0	0	0			0	0				0		27	
	1号基準～5号基準によっても受入先が速やかに決まらない場合		0	0			0		0		0	0	0	0		0	0							0	17	
	その他			0		0														0	0				9	
受入医療機関を確保する場合の設定	コーディネーターによる調整			0												0									7	
	指令による調整																								2	
	基幹病院による調整				0					0	0								0						14	
	当番病院における調整																								3	
	一時受入・転院	0				0	0				0								0	0		0			22	
	機能別に最終的な受入医療機関をあらかじめ設定			0														0		0			0	0	17	
	当番病院における受入れ	0		0				0			0				0	0				0				0	15	
	三次病院による受入れ	0		0			0	0			0	0					0	0			0		0	0	20	
	隣接医療圏に受入照会	0	0								0															6
	繰り返し受入要請											0			0											4
その他		0	0	0					0	0	0		0	0	0					0	0		0		18	

(出典:総務省消防庁資料)

## ○受入困難事案患者受入医療機関支援事業

都道府県が策定する実施基準等に基づき、消防機関等からの要請に応じて受入困難事案<sup>(注)</sup>患者を確実に受入れる救命救急センター及び第二次救急医療機関に対して、空床確保等の体制整備に必要な経費について補助を行う。

(注)受入困難事案とは、急性アルコール中毒、背景として精神疾患有り、複数科目、薬物中毒、認知症、開放骨折、過去に問題の傷病者、吐血、要介護者、透析、感染症（結核除く）、結核、CPAなどを指す。

# 周産期医療体制について

# 周産期医療の体制

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる「総合周産期母子医療センター」やそれを支える「地域周産期母子医療センター」の整備、地域の医療施設と高次の医療施設の連携体制の確保など、周産期医療ネットワークの整備を推進している。

- NICUの病床数（平成14年 2,122床 → 平成17年 2,341床 → 平成20年 2,310床）
- 平成26年度までに、出生1万人当たりNICU25～30床を目標に整備を進める（現状：平成20年度21.2床）（「子ども・子育てビジョン」平成22年1月29日閣議決定）
- 都道府県別では、32都道府県が出生1万人当たり25床に満たない状況。また41都道府県が出生1万人当たり30床に満たない状況

## 周産期関係医療機関

### 周産期母子医療センター

#### 総合周産期母子医療センター

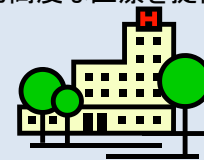
- 機能: ①母体及び新生児に対するきわめて高度な医療を提供  
②産科合併症以外の合併症を有する母体への対応  
③ドクターカーを保有し、要請のあった地域の医療施設へ派遣  
④地域のNICU等の空床状況等の把握



搬送

#### 地域周産期母子医療センター

機能: 周産期に係る比較的高度な医療を提供



搬送

#### 地域の医療施設

- ・病院
- ・診療所
- ・助産所



#### 地域療育支援施設

機能: 長期入院児が在宅に移行するためのトレーニング等



一時的な受入れ

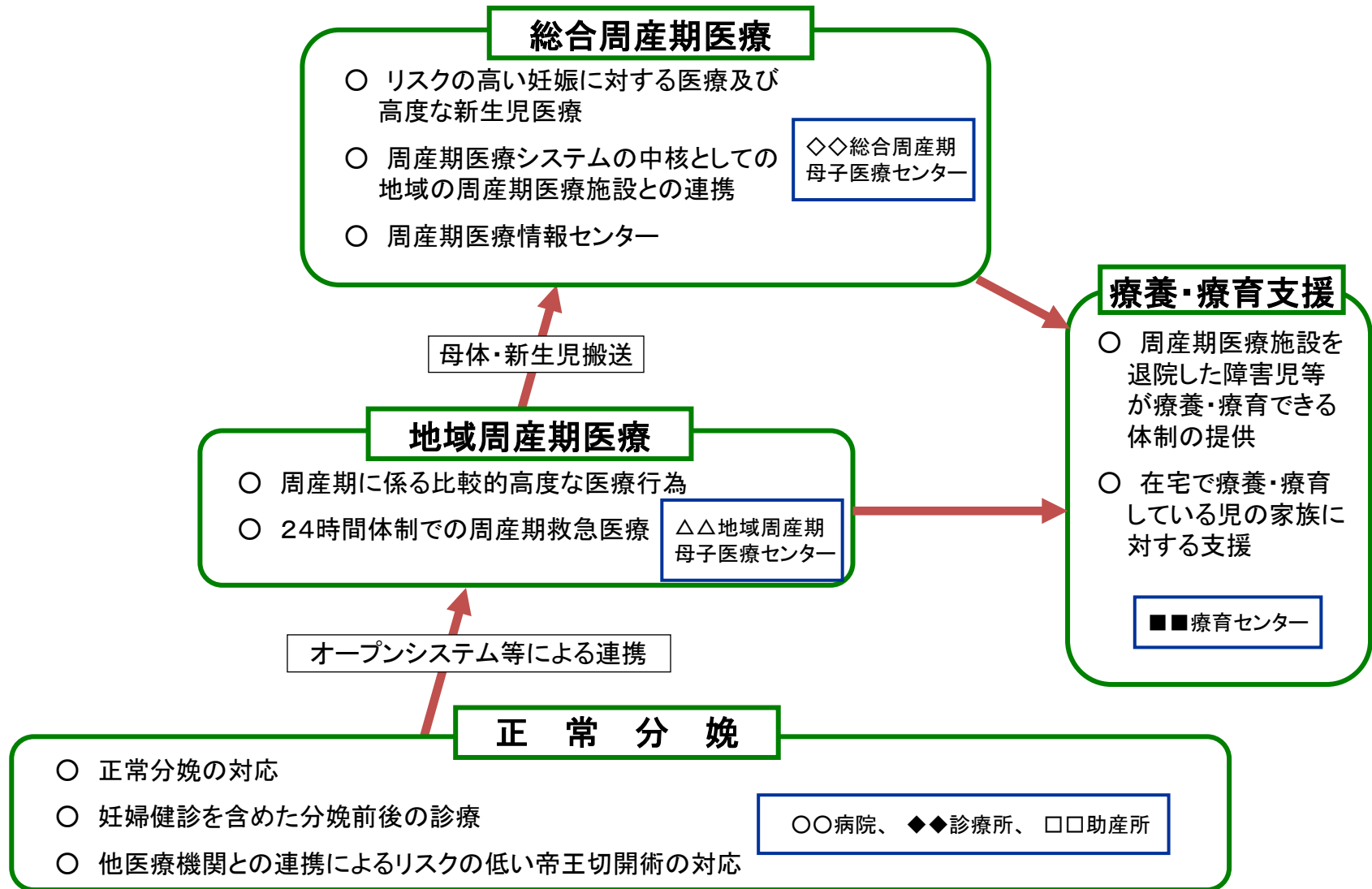
在宅移行促進

在宅



# 医療計画に基づく周産期医療の体制

分娩のリスク



時間の流れ

# 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書概要

- 周産期医療と救急医療の確保と連携を推進するため、平成20年11月から具体的な対応等について検討を行い、平成21年3月4日に報告書を取りまとめた。

- 1 厚生労働省の組織の連携強化による縦割りの解消
- 2 妊婦の救命救急にも対応できるよう、周産期医療対策事業の見直し  
(産科合併症以外の母体救命救急への対応能力等の診療機能を明示する)
- 3 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー
- 4 地域におけるネットワーク
- 5 医療機関等におけるリソース維持・増強
- 6 救急患者搬送体制の整備
- 7 搬送コーディネーター配置等による救急医療情報システムの整備
- 8 地域住民の理解と協力の確保
- 9 対策の効果の検証と改良サイクルの構築

# 周産期医療体制整備計画について

- 都道府県は、周産期医療協議会<sup>(※)</sup>の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を平成22年度中に策定。

※ 保健医療関係機関・団体の代表、地域の中核となる総合周産期母子医療センター等の医療従事者、  
医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表等で構成

- 周産期医療体制整備計画には、
  - ・ 総合・地域周産期母子医療センター等の設置数、診療機能、病床数等
  - ・ 中長期的な観点から、地域の医療需要に見合う十分な医療を提供することを目標とした医療施設や医療従事者に関する整備・確保方針等を盛り込む。

- 策定に当たっての留意事項

- (1) 都道府県は、出生1万人対25床から30床を目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進めるものとされている。
- (2) 都道府県は、地域の実情に応じ、GCU、重症児に対応できる一般小児病床、重症心身障害児施設等の整備を図るものとされている。また、在宅の重症児の療育・療養を支援するため、訪問看護やレスパイト入院等の支援が効果的に実施される体制の整備を図るものとされている。

※平成23年8月31日現在、青森県・福島県・長崎県・宮崎県の4県が計画未策定

# 周産期母子医療センターについて

## 趣旨

地域における周産期医療の適切な提供を図るため、周産期医療体制整備計画を踏まえ、必要な機能、診療科目、設備等を有する医療施設を都道府県が指定又は認定。

## 役割

- 総合周産期母子医療センター
  - ・母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療の提供
  - ・産科合併症以外の合併症を有する母体に対応
  - ・地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携
- 地域周産期母子医療センター
  - ・産科及び小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療の提供
  - ・総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携

## 指定(認定)要件

- 総合周産期母子医療センター
  - ・原則として、三次医療圏に一か所整備
  - ・産科及び新生児医療を専門とする小児科、麻酔科その他の関係診療科を有する
  - ・当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図る
  - ・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数は6床以上、NICU(新生児集中治療室)の病床数は9床以上
  - ・適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする等
- 地域周産期母子医療センター
  - ・総合周産期母子医療センター一か所に対して数か所の割合で整備
  - ・産科及び小児科を有するものとする等

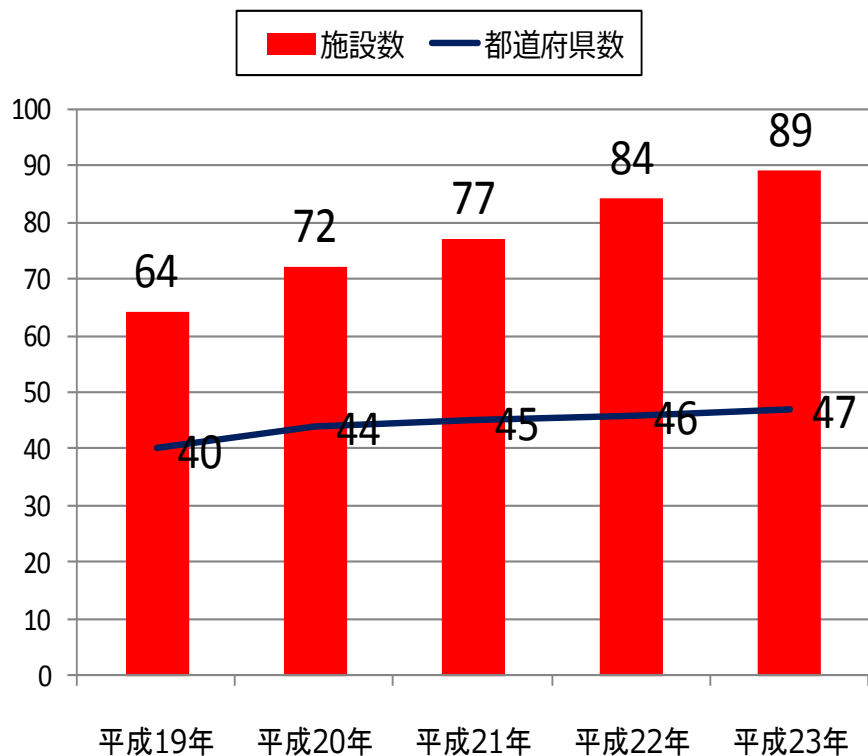
※指定を受けている総合周産期母子医療センター(平成23年4月1日現在)・・・89施設  
認定を受けている地域周産期母子医療センター(平成23年4月1日現在)・・・279施設



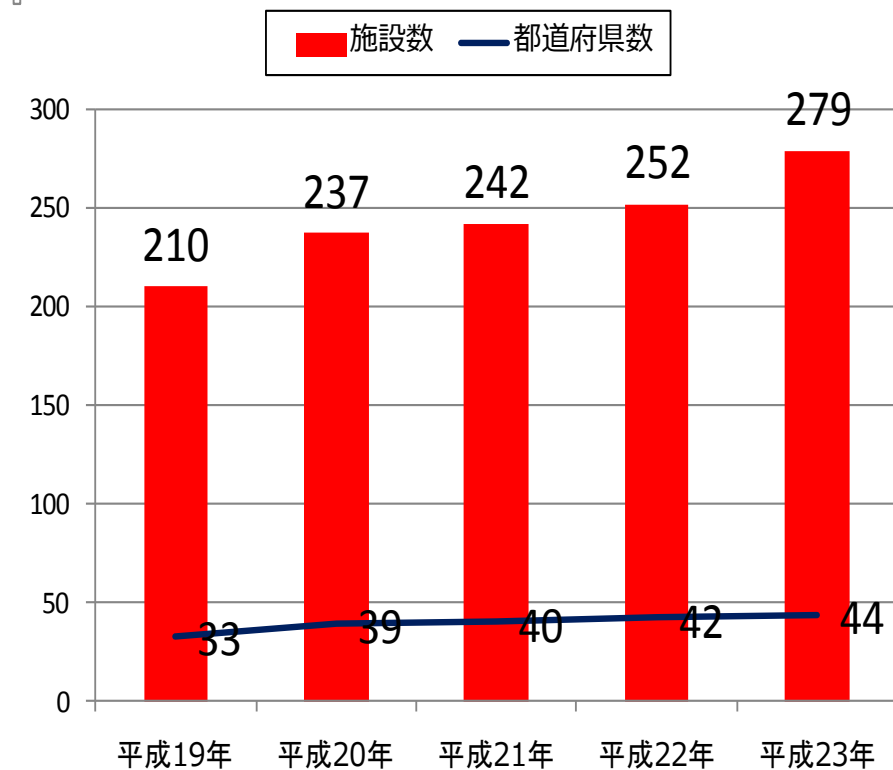
# 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの施設数と所在都道府県数はいずれも増加している。

## 総合周産期母子医療センター数の推移



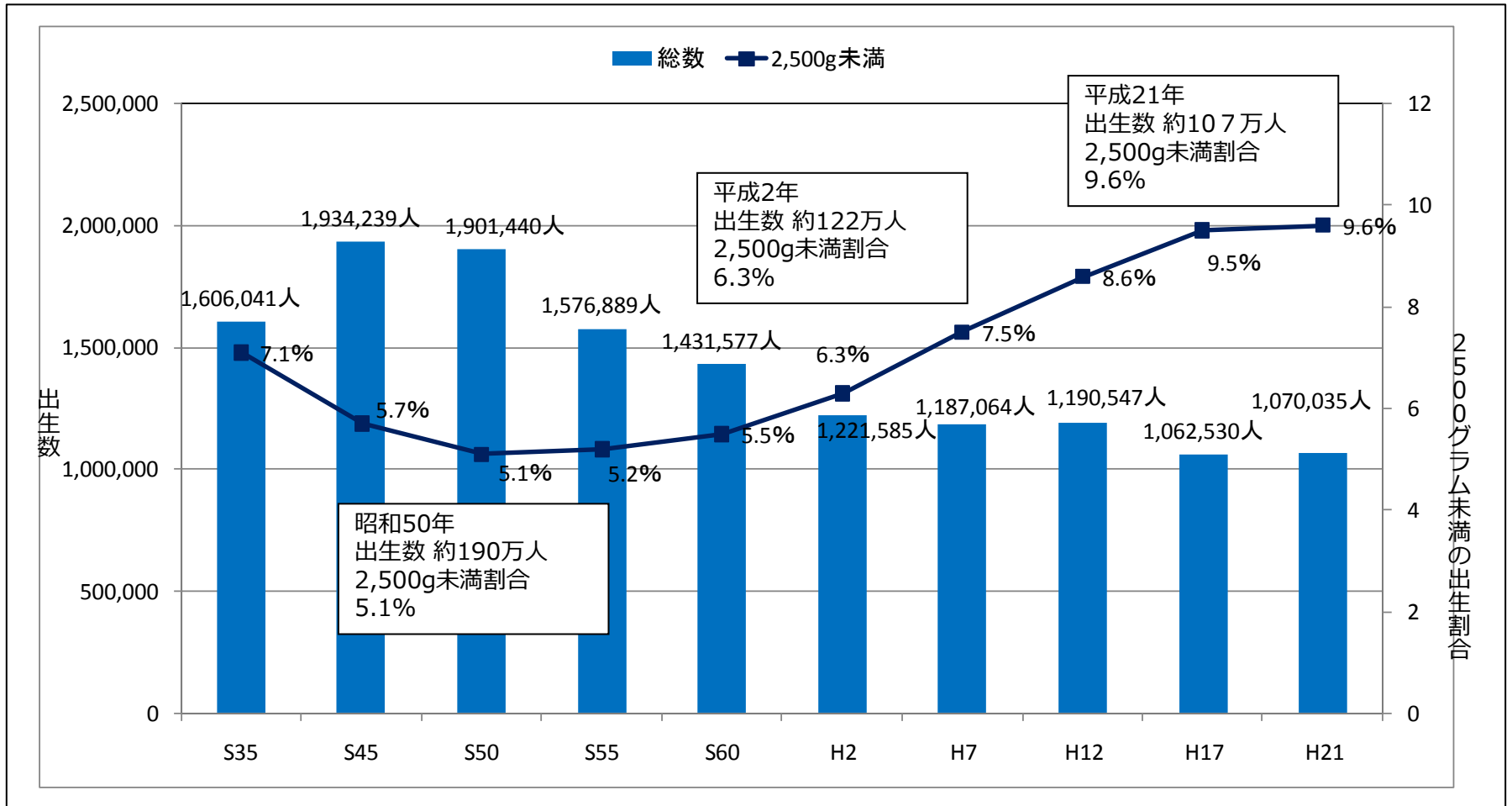
## 地域周産期母子医療センター数の推移



(厚生労働省医政局指導課調べ)

# 出生数の推移

この20年で、出生数は減少しているが、低出生体重児の割合が増加している。



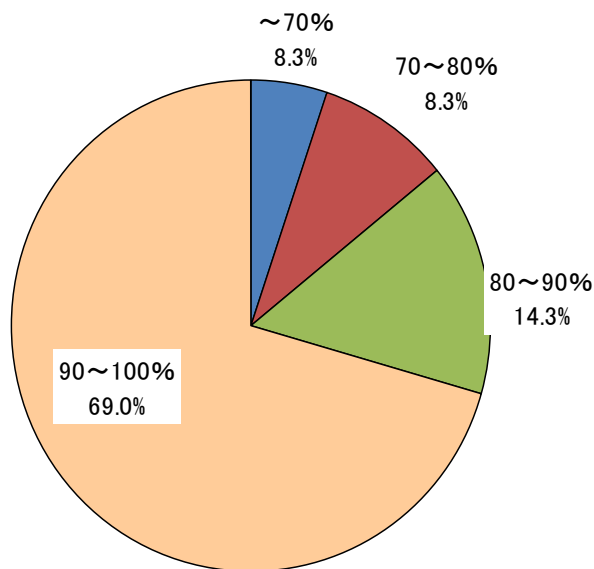
# 母体及び新生児の搬送受入

- 約7割の総合周産期母子医療センターにおいて、NICU（新生児集中治療管理室）の病床利用率が90%超。母体・新生児の搬送受入れが困難である理由として、「NICU満床」と回答したセンターは9割を超えている。

## 「周産期医療ネットワークに関する実態調査（平成23年1月実施）」結果にみる現状について

NICU病床利用率について  
(総合周産期母子医療センター84施設における21年度実績)

### NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



母体及び新生児搬送受入れができなかった理由について  
(総合周産期母子医療センター 21年度実績)

### 受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

母体	理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
	センター数	64/67	40/67	22/67	39/67
割合(%)※		95.5%	59.7%	32.8%	58.2%

新生児	理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
	センター数	50/54	5/54	17/54
割合(%)※		92.6%	9.3%	31.5%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合

# NICU(新生児集中治療室)の必要病床数について

- NICUの必要病床数について、これまで出生1万人対20床としていたが、今後は、出生1万人対25～30床を目標に更なる整備を進める。

- 平成6年のNICU必要数は  
約2床/出生1,000 (厚生省心身障害研究、分担研究者; 多田裕)
- 平成17年現在のNICU整備数は  
2,341床(医療施設調査)あるいは2,052床(診療報酬届出数)
- 平成19年度厚労科学研究でのNICU必要数は  
約3床/出生1,000 (約3,000床、平成6年に比較して約50%増加)  
不足しているNICU病床の総数 700床～1000床  
うち早急に整備すべき病床 200床～500床

## 「周産期医療体制整備指針」



出典) 厚生労働科学研究「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価とフォローアップ・介入による改善・向上に関する研究

低出生体重児の増加等によって、NICUの病床数が不足傾向にあることから、都道府県は、出生1万人対25～30床を目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進めるものとする。

## 「周産期医療体制整備計画」に見る各都道府県のNICU整備目標

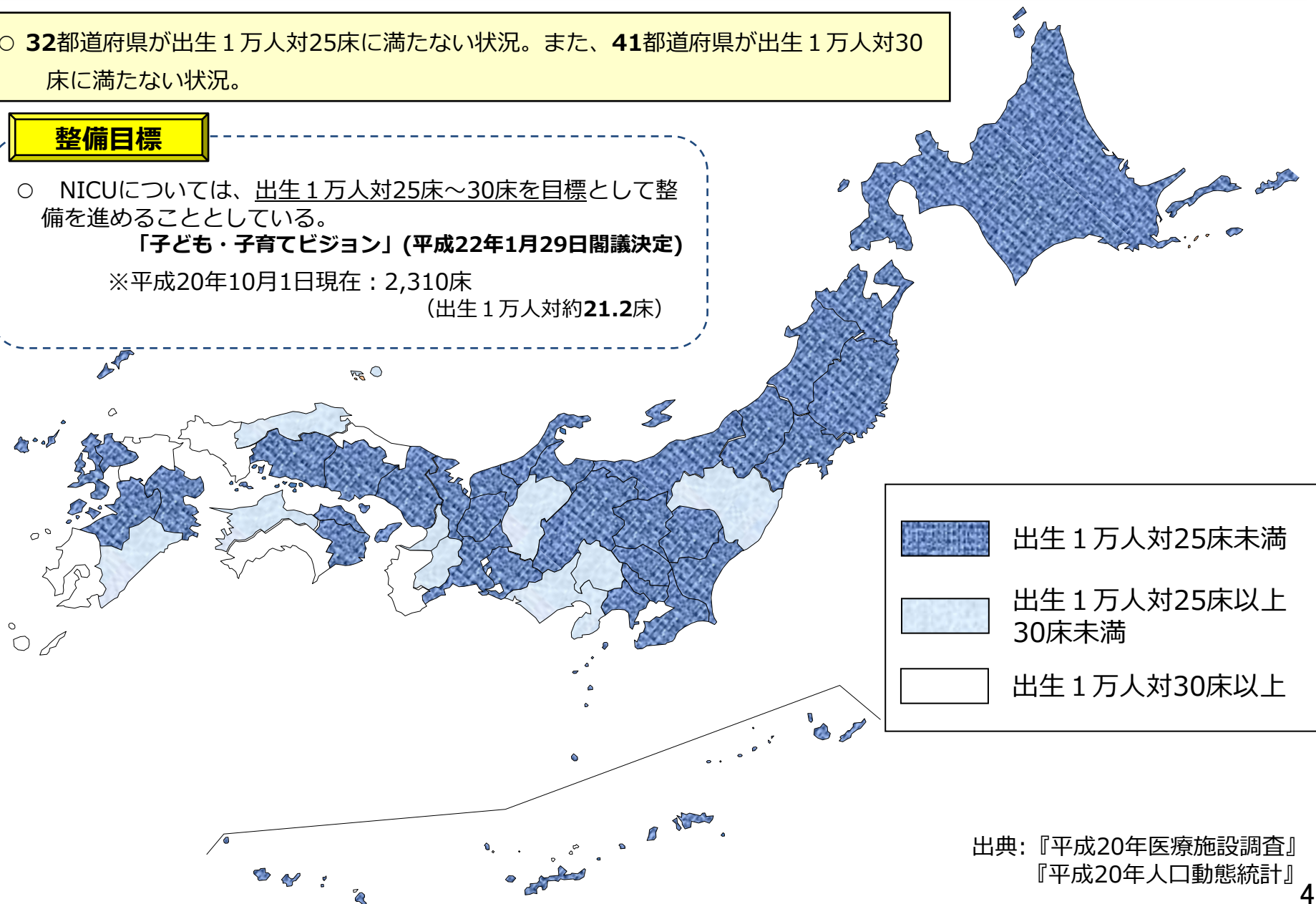
東京都320床、愛知県210床、大阪府234床 等

# NICUの整備状況(平成20年度)

- 32都道府県が出生1万人対25床に満たない状況。また、41都道府県が出生1万人対30床に満たない状況。

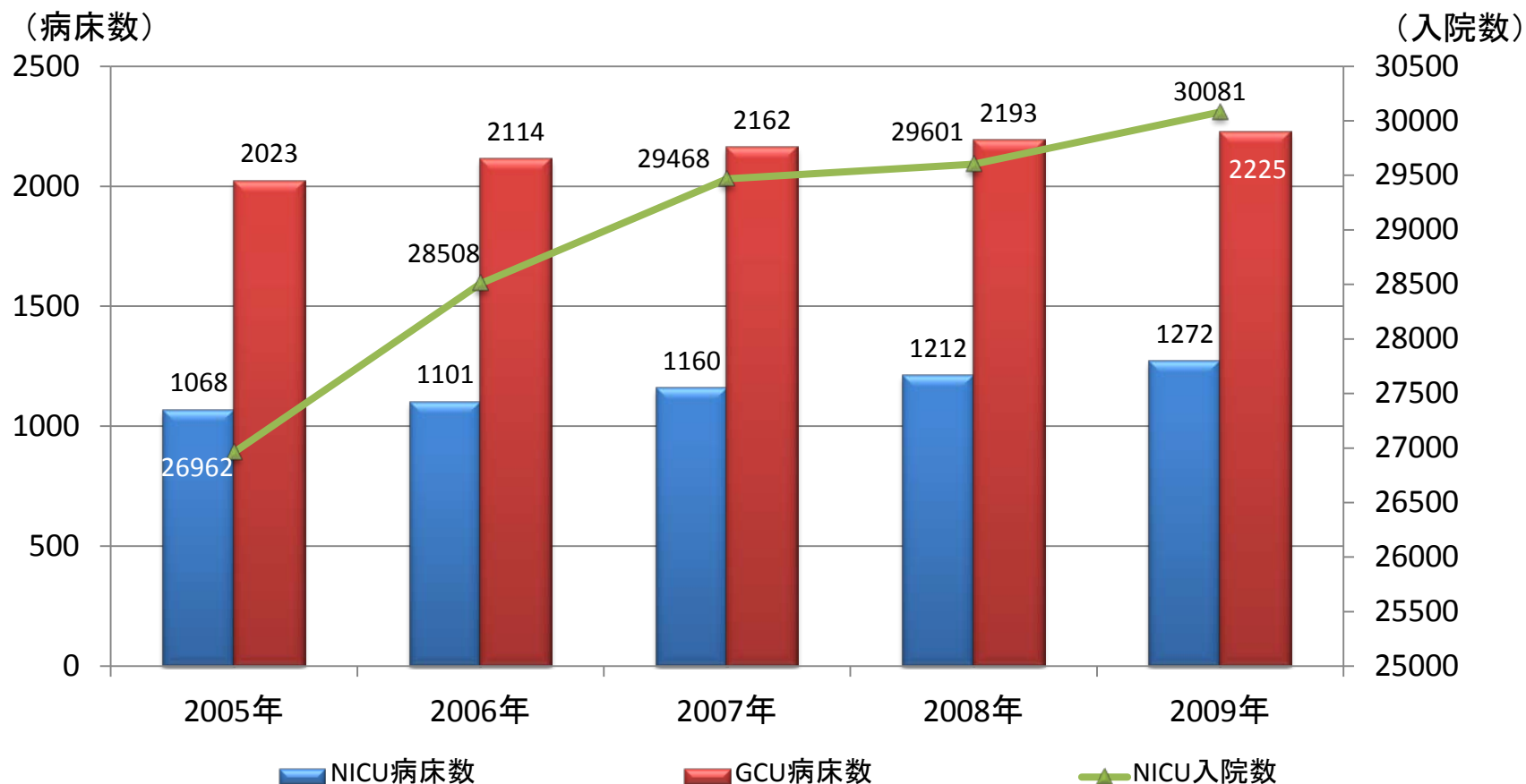
## 整備目標

- NICUについては、出生1万人対25床～30床を目標として整備を進めることとしている。  
「子ども・子育てビジョン」(平成22年1月29日閣議決定)  
※平成20年10月1日現在：2,310床  
(出生1万人対約21.2床)



出典：『平成20年医療施設調査』  
『平成20年人口動態統計』

# NICU・GCUの病床数・NICU入院数の変化(参考)



(2011年2月21日集計)

平成22年度「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」  
によるアンケート調査結果

# 長期入院児の転帰

- 研究班の報告書によると、年間の長期入院児の発生数のうち、約55%（約120名）に対する受入れ施設あるいは在宅支援体制を整える必要がある。

長期入院児\*の年間発生数：  
約220例（約2.2例/出生1万人）  
\*12ヶ月以上のNICU入院児を長期入院児とした

(参考) 年間NICU入院 約36,000例

死亡退院：約15%

自宅退院：約30%

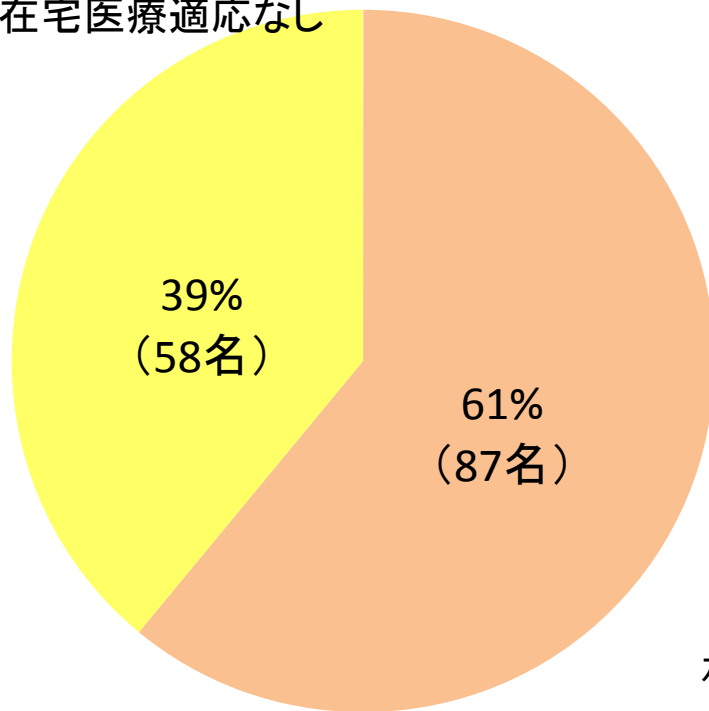
約55%（約120名）の症例に対し、受入れ施設  
あるいは在宅支援体制を整える必要がある。

# NICUから在宅医療への移行の阻害要因

- 研究班が行った新生児施設へのアンケート調査によると、長期人工換気患者がNICUを退院できない理由の上位は、「病状が安定しない」24%、「家族の受け入れ不良」20%、「家族の希望なし」18%であった。

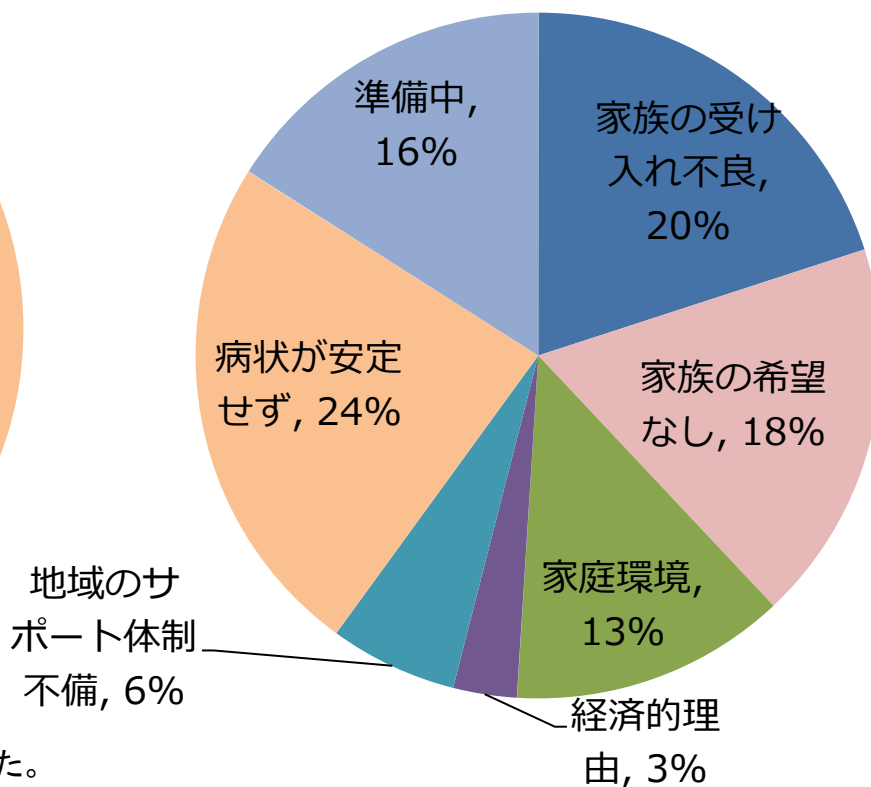
長期人工換気患者\*(n=145)

- 在宅医療適応あり
- 在宅医療適応なし



NICU入院中の長期人工換気患者

退院できない理由

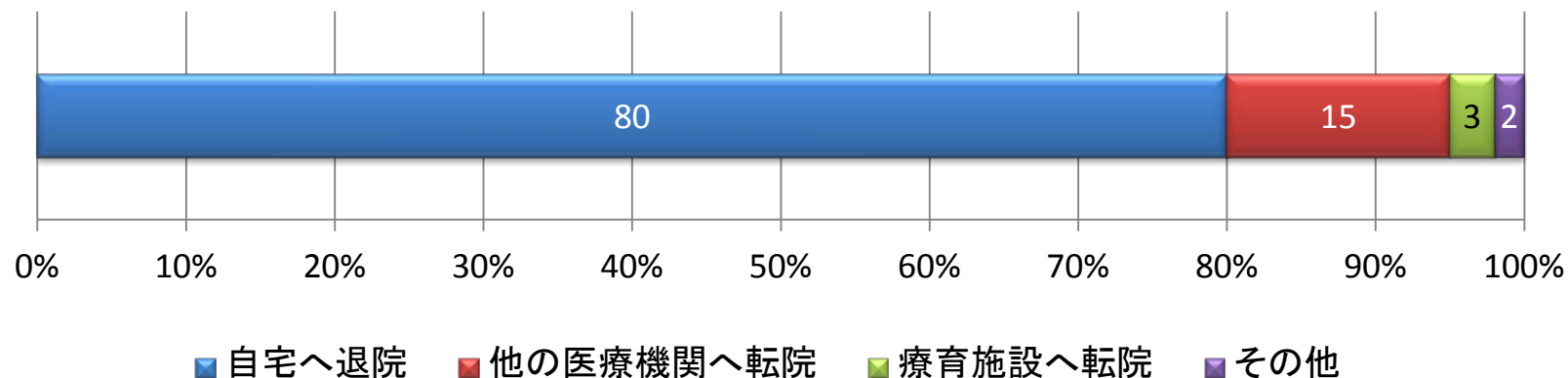


\*6ヶ月以上人工換気患者を長期人工換気患者とした。

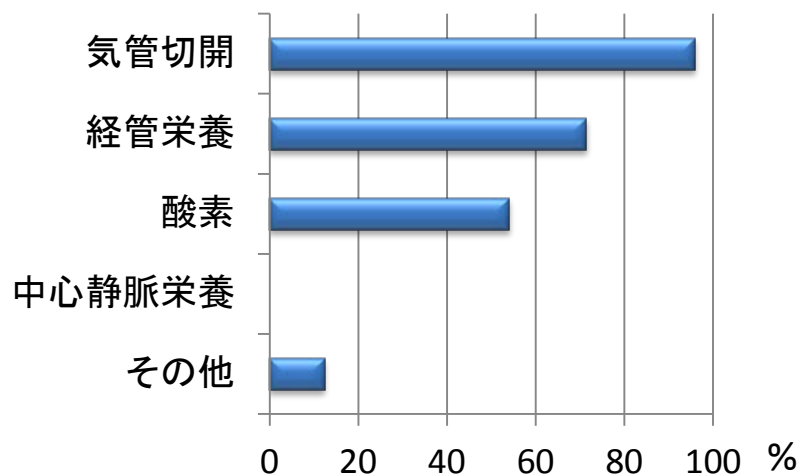


# 人工呼吸管理を必要として1年以内に退院した児の退院先

○自宅へ退院する児が80%であった。



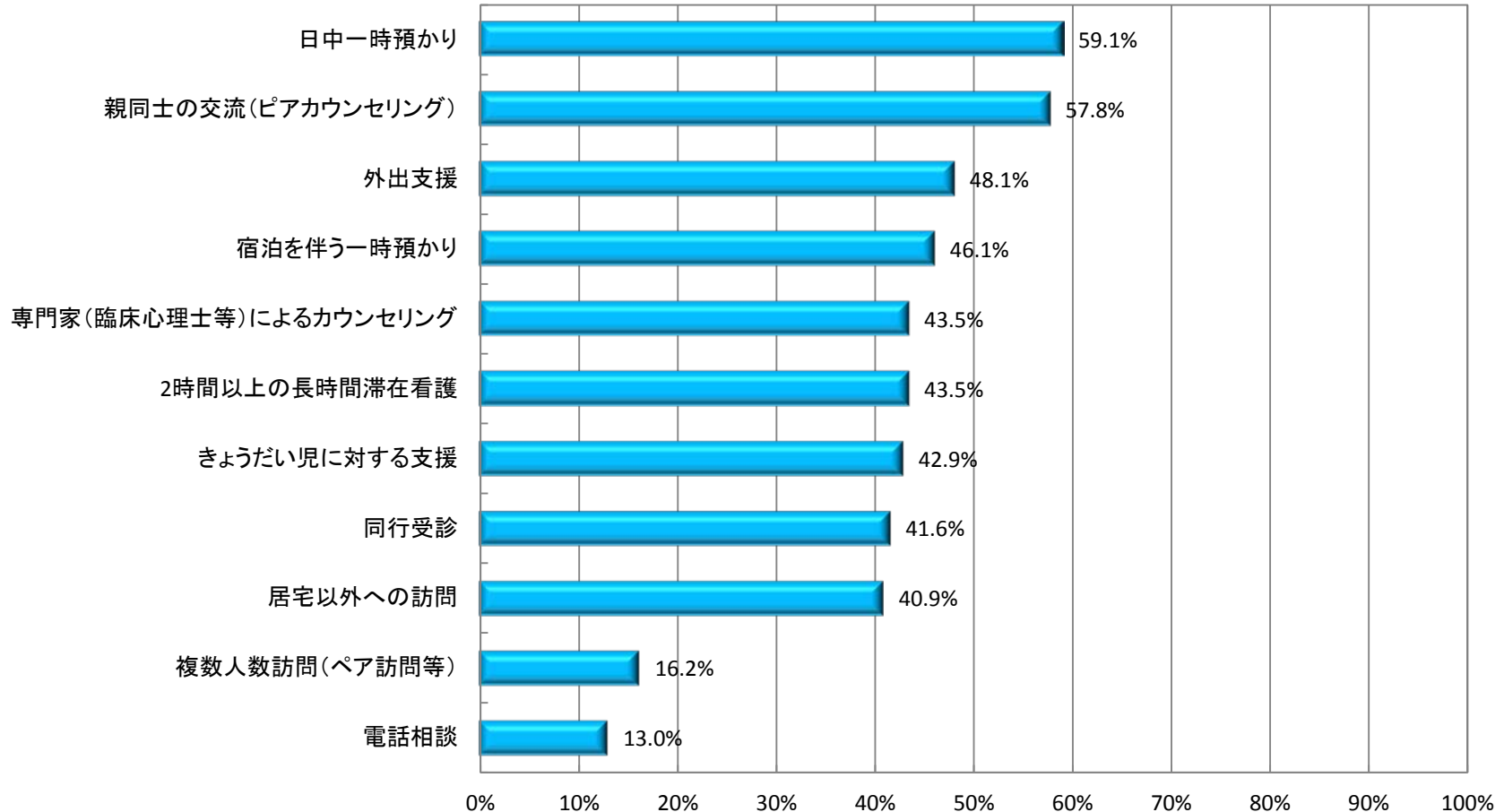
## 退院時に必要とした医療的ケア



# 在宅の重症心身障害児の親のサービスニーズ

## ■重症心身障害児の親のサービスニーズ

重症心身障害児の親のサービスニーズとして「日中一時預かり」、「親同士の交流」、「外出支援」、「宿泊を伴う一時預かり」などのニーズが高い。

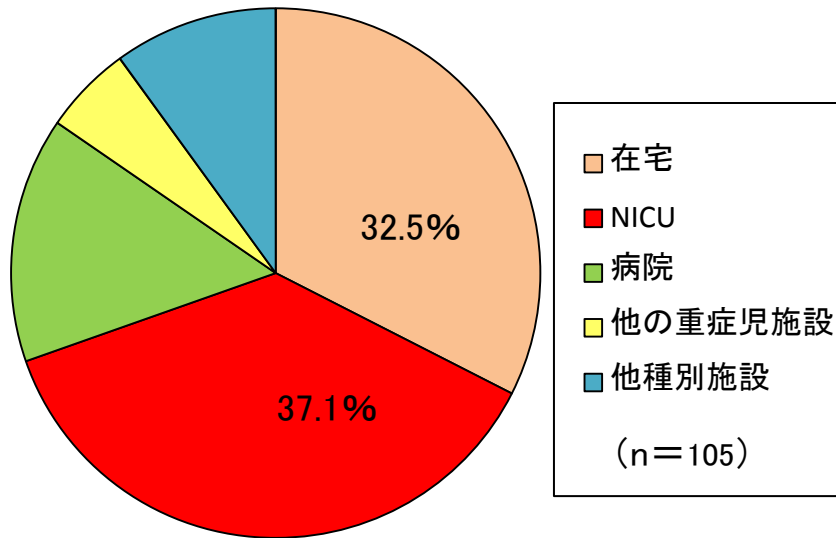


出典) (財)日本訪問看護振興財団 平成21年3月  
重症心身障害者の地域生活支援に関する調査研究事業

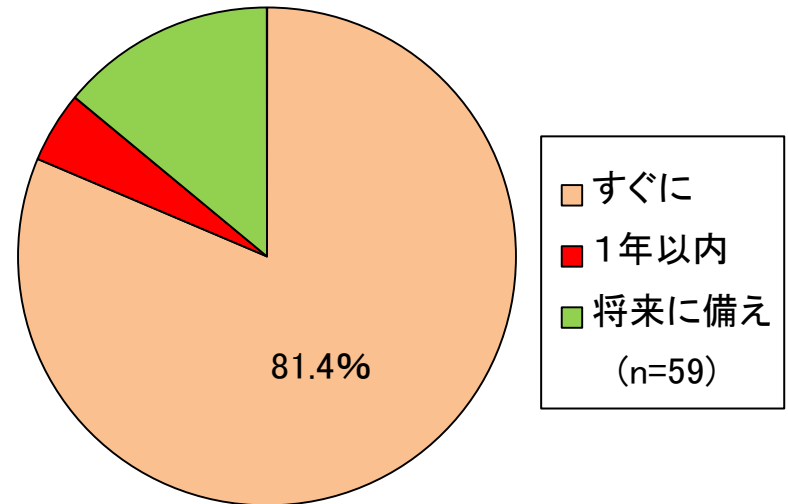
# 重症心身障害児施設における入所待機の状況

- 研究班が行った重症心身障害児施設へのアンケート調査によると、入所待機のうち0～5歳では待機場所は新生児集中治療室（NICU）が最も多く37%を占めていた。また、待機場所がNICUの重症児は入所希望時期が「空き次第すぐに」が81.4%と極めて高かった。

## 待機状況（場所）（0～5歳）



## 入所希望時期（NICU）



# 障害児に対するサービス

在宅医療等

福祉サービス

自立支援給付

自立支援医療

- 育成医療
- 精神通院医療

補装具

障害者  
相談支援  
事業

訓練等給付

- 自立訓練
- 共同生活援助(グループホーム) 等

介護給付

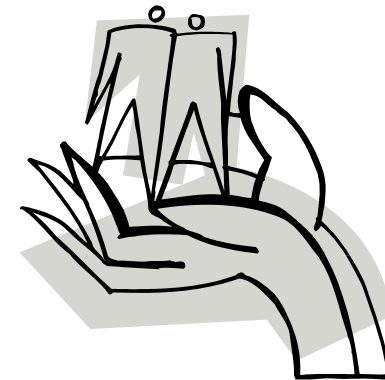
- 居宅介護(ホームヘルプ)
- 行動援護
- 重度障害者等包括支援
- 児童デイサービス
- 短期入所(ショートステイ) 等

医療保険

- 訪問診療
- 訪問看護
- 在宅での療養指導管理

補助事業

- 地域療育支援施設運営事業
- 日中一時支援事業



# 在宅療養児の受入れへの支援

## ○地域療育支援施設運営事業

NICU等に長期入院している小児が家族とともに在宅で生活していくために必要な知識及び技術を習得するため、家族がトレーニング等を行う地域療育支援施設の運営費に対する補助を行う。

## ○日中一時支援事業

NICU等に長期入院していた小児の在宅移行後、家族の介護等による負担を軽減するため、小児の定期的な医学管理及び一時的な受入れの体制を整備している医療機関の運営費に対する補助を行う。

# 救急医療・周産期医療に関する論点

○二次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、多くの救急受入実績を有する等地域の救急医療において、より大きな役割を果たしている医療機関の位置づけと支援について、どのように考えるか。また、そのような医療機関の要件について、どのように考えるか。

例)・救急車の受入台数

・休日・夜間の診療体制(当直する医師数など) など

○平成21年の改正消防法に基づき、都道府県は傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を定め、受入困難事例等への対応をおこなうことになっているが、救急搬送の現状等を踏まえ、どのように考えるか。

○周産期医療の提供体制については、都道府県が昨年度策定することになっていた周産期医療体制整備計画に基づき体制の充実を図っているが、その着実な実施について、どのように考えるか。

○出生に占める低出生体重児の割合は増加しているが、こうした児の在宅療養等に向けた支援体制について、どのように考えるか。

# 【医療法人について】

<規制・制度改革について>



# 医療法人の再生支援・合併に係る閣議決定

## 「規制・制度改革に係る方針」（平成23年4月8日閣議決定）（抄）

### 「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」

国民皆保険制度を守ることを前提として、以下を行う。

- ① 医療法人と他の法人の役職員を兼務して問題ないと考えられる範囲の明確化を図る。  
＜平成23年度措置＞
- ② 医療法人が他の医療法人に融資又は与信を行うことを認めることの必要性について検討する。  
＜平成23年度検討・結論＞
- ③ 法人種別の異なる場合も含めた医療法人の合併に関するルールの明確化や、医療法人が合併する場合の手続の迅速化について検討する。＜平成23年度検討・結論＞

### ＜参考＞

## 「規制・制度改革に関する分科会中間とりまとめ」（平成23年1月26日）（抄）

### 「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」

- ① 「持分のある医療法人」について、一定の要件を満たした再生事例であり、かつ非営利性を妨げない範囲において、営利法人の役職員が医療法人の役員として参画することや、譲受法人への剰余金配当等を認める。＜平成23年度措置＞
- ② 医療法人が他の医療法人に融資又は与信を行うことを認める。＜平成23年度措置＞
- ③ 医療法人が合併する場合の都道府県知事の認可条件として定められている医療審議会の意見聴取の義務を撤廃し、法人種別の異なる場合も含めて、医療法人の合併・再編に関するルートを明確化する。＜平成23年度措置＞

# 医療機関の非営利性の確認について

- 医療法においては、営利を目的として病院等を開設しようとする者に対しては、開設の許可を与えないことができることとしているほか、医療法人は剰余金の配当をしてはならないことを規定している。
- また、開設許可時の審査にあたっては、開設者が実質的に医療機関の運営の責任主体たり得ること及び営利を目的とするものでないことについて確認するよう通知している。

## 根拠規定

### 医療法(昭和23年法律第205号) (抄)

第7条 1～4 (略)

5 営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第1項の許可を与えないことができる。

第54条 医療法人は、剰余金の配当をしてはならない。

### 「医療機関の開設者の確認及び非営利性の確認について」(平成5年2月3日付け厚生省健康政策局総務課長・指導課長連名通知) (抄)

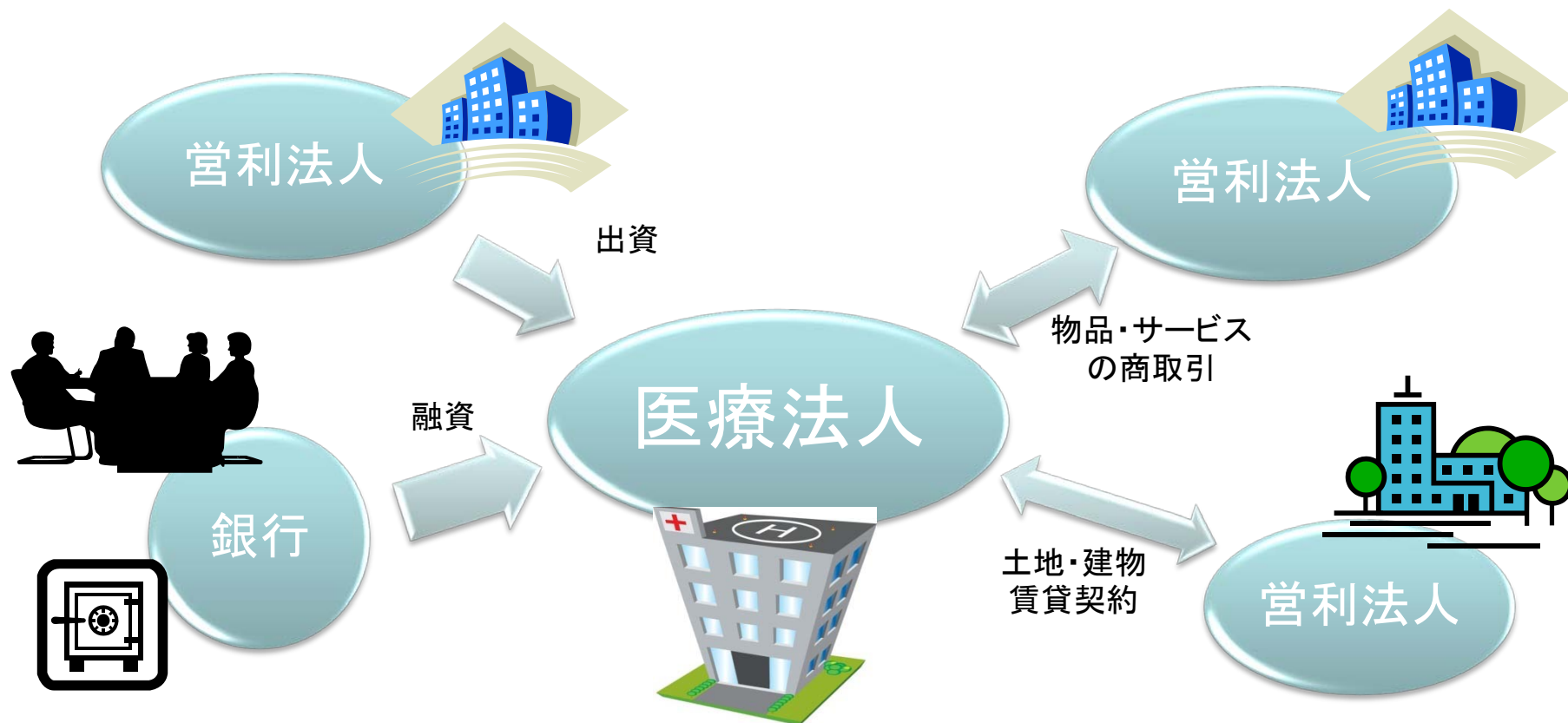
<医療機関の開設者に関する確認事項(主なもの)>

- 開設者が、他の第三者を雇用主とする雇用関係(雇用契約の有無に関わらず実質的に同様な状態にあることが明らかなものを含む。)にないこと。
- 開設者である法人の役員が、当該医療機関の開設・経営上利害関係にある営利法人等の役職員と兼務している場合は、医療機関の開設・経営に影響を与えることがないものであること。
- 第三者から資金の提供がある場合は、医療機関の開設・経営に関与するおそれがないこと。

<非営利性に関する確認事項(主なもの)>

- 医療機関の開設主体が営利を目的とする法人でないこと。
- 医療機関の運営上生じる剰余金を役職員や第三者に配分しないこと。
- 医療法人の場合は、法令により認められているものを除き、収益事業を営営していないこと。

# 医療法人と営利法人の関係について



(医療法人の役員と営利法人の役職員との兼務について)

医療法人の役員と営利法人の役職員の兼務を認めるに当たり、医療法人と当該営利法人との間でその存在の確認が必要な経済行為については、主に上記のとおりである。

# 医療法人の役員と営利法人の役職員の兼務について

## 現状と課題

### 【現状】

- 兼務に当たっては、医療機関の開設・経営に影響を与えることがないものとしている。
- 都道府県における運用例として、「商取引がある場合は兼務を認めない」、「取引内容が適正であれば兼務を認める」などがある。
- また、営利法人から出資を受けている場合は、「兼務を認めない」とする例が多い。
- 兼務を認める場合であっても、「全役員の過半数を超えない」との要件を定めている例がある。

### 【課題】

- 開設時に確認しても、継続的に確認することが難しい。
- 医療法人の役員変更の場合、事後に届け出る仕組みがあるが、法人の内部手続を経て変更されているため、問題が判明しても指導が難しい。



## 今後の取扱いについて

地域によるバラツキの是正や指導の透明性を確保するため、医療法人の役員と営利法人の役職員との兼務について、例えば以下のとおりとすることについてどう考えるか。

- 取引関係がある場合は、原則として認めないが、やむを得ない場合などにあっては、その取引が適正であることを条件として兼務を認める。
- 医療法人が出資を受けている場合にあっては、兼務を認めない。
- 医療法人が融資を受けている場合にあっては、事業再生の場合などに限り、兼務を認める。その場合、全役員の過半数を超えないなどの条件を付ける。

# 医療法人の業務範囲と剰余金

利益

利益

## 本来業務（第39条）

病院、診療所、老健施設の経営

### 附随業務:

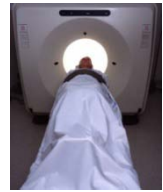
患者、患者家族等を対象とした業務(病院駐車場、売店等)

## 附帯業務（第42条）

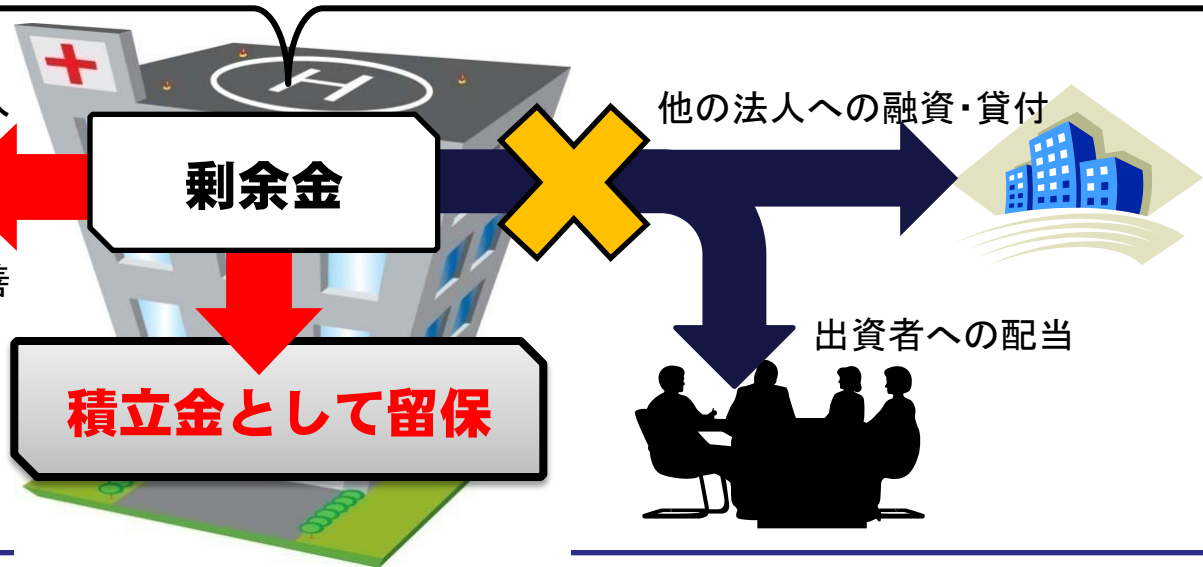
医療関係者の養成施設、研究所、保健衛生に関する業務、社会福祉事業 等のうち限定的に認められる業務

## その他業務

収益業務: 社会医療法人、特別医療法人のみに認められる業務



- ・医療機器の購入
- ・施設整備
- ・職員の処遇改善



## 医療法第54条(剰余金配当の禁止)医療法人は、剰余金の配当をしてはならない。

(逐条解説)「剰余金の配当」とは、損益計算上の利益金を社員に対して分配することである。これを禁止することにより、医療法人はその本質上、営利法人たることを明確に否定しているものといえる。結局、医療法人は、剰余金の配当を禁止される結果、収益を生じた場合には、施設の整備・改善、法人の職員に対する給与の改善等に充てるほか、**全て積立金として留保すべきこととなる**わけである。また、配当ではないが、事実上利益の分配とみなされる行為も禁止している。

# 医療法人が他の医療法人に融資等を行うことについて①

## 融資を業として行うことについて

- 医療法人のうち社会医療法人は、その収益を当該社会医療法人が開設する病院、診療所又は介護老人保健施設の経営に充てることを目的として、厚生労働大臣が定める業務(収益業務)を行うことができる。
- ただし、融資を業として反復継続して行う場合については、日本標準産業分類(平成21年総務省告示第175号)にいう金融業・保険業に該当し、当該業務については、社会医療法人が実施可能な業務には含めていない。
- これは、金融業・保険業は、「資金の融通、保険料の払込・支払を反復継続して行うため、負債比率が必然的に大きくなり、財務体質を悪化させる可能性がある」という考え方に基づくもの。

## 法令上の根拠

### 厚生労働大臣の定める社会医療法人が行うことができる収益業務(平成19年厚生労働省告示第93号)

第1条 医療法(昭和23年法律第205号)第42条の2第1項に規定する厚生労働大臣が定める業務は、次条各号に掲げる収益業務であって、次の要件に該当するものとする。

一 一定の計画の下に収益を得ることを目的として反復継続して行われる行為であって、社会通念上業務と認められる程度のものであること。

二～四 (略)

第2条 収益業務の種類は、日本標準産業分類に定めるもののうち、次の各号に掲げるものとする。

一～十三 → 農業、林業、漁業、製造業、情報通信業、運輸業、卸売・小売業、不動産業(「建物売買業」、「土地売買業」を除く)、飲食店・宿泊業、医療・福祉(病院、診療所又は介護老人保健施設に係るもの及び医療法第42条各号(附帯業務)に掲げるものを除く)、教育・学習支援業、複合サービス事業、サービス業



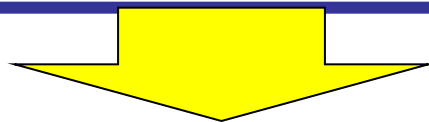
# 医療法人が他の医療法人に融資等を行うことについて②

## 医療法人への融資の現状

医療法人においては、地域での連携先である他の医療法人が経営難である場合、資金に余裕があっても資金援助することはできない。

一方、銀行などの資金の出し手としては、営利法人の経営再建では出資により将来における配当収入も期待されるのに対し、医療法人の経営再建では融資しかできないため、リスクに対するメリットが小さい。

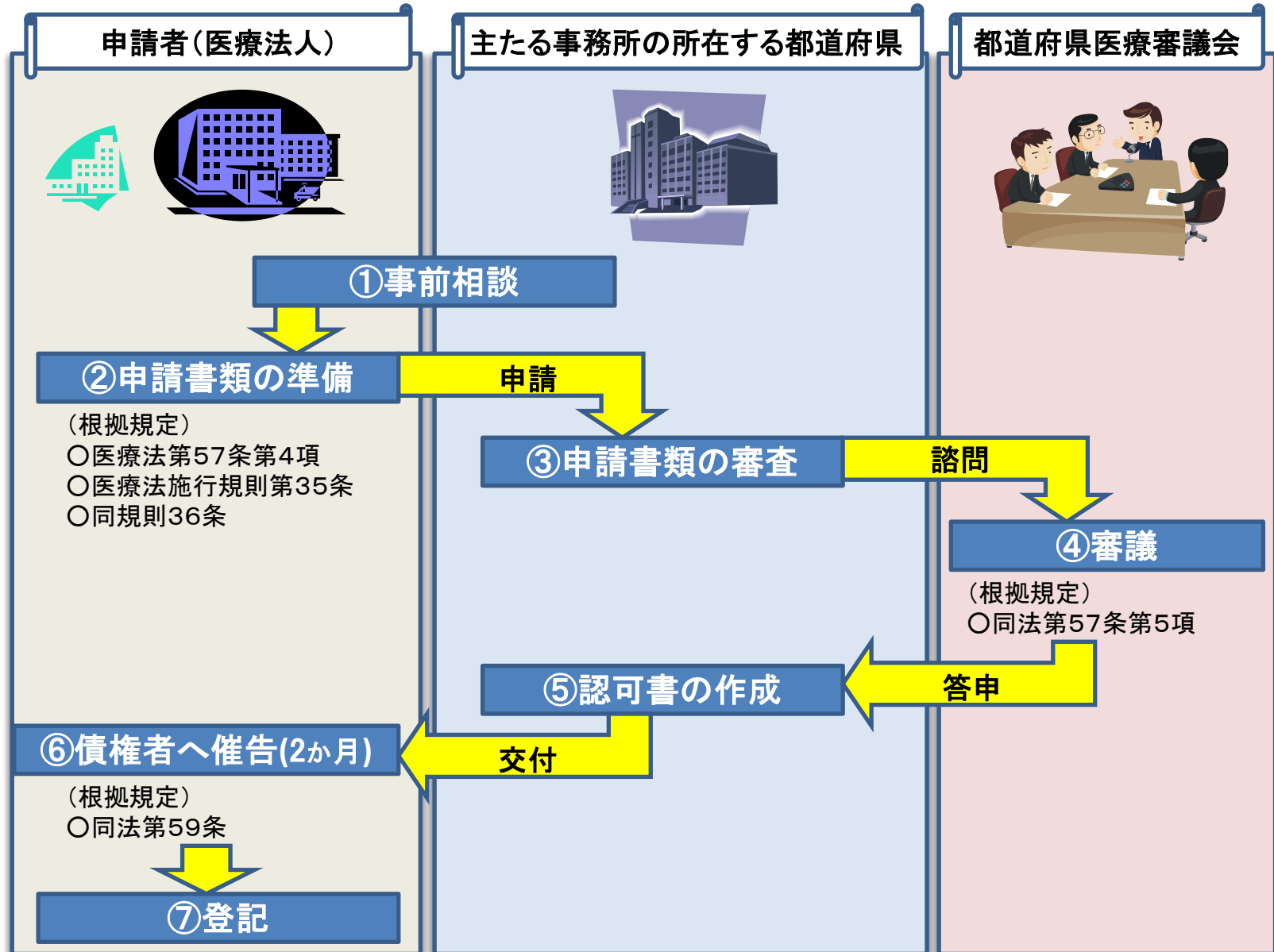
こうしたことから、医療法人は経営難に陥ると資金調達が難しくなりがちで、地域医療の安定の観点からも、資金の供給元を増やすことは意義がある。



## 今後の方向性について

- 地域医療の安定のため、医療法人が例外的に他の医療法人に対して融資を行うことについて、例えば次のような条件の下で行うということについてどう考えるか。
  - ・ 融資が業とみなされない範囲(特定性・非反復性)であること
  - ・ 融資対象となる医療法人と同一の医療圏内であり、既に医療連携を行っていて、かつ、医療連携を継続することが自らの医療機関の機能を維持・向上するために不可欠であること
  - ・ 融資を行う医療法人は、資金の余裕があり、かつ社員総会の議決(財団法人においては評議員会の同意)を得た上、都道府県への届出を行うこと
  - ・ 国において貸付限度額等を規定すること
- 与信については、どう考えるか。

# 医療法人の合併手続について





# 合併認可時の都道府県医療審議会の意見聴取義務について

合併認可時の医療審議会の意見聴取義務を廃止することの是非について都道府県へ意見照会を行った結果、都道府県からは次のような反対意見が多かった。

## 都道府県からの主な意見

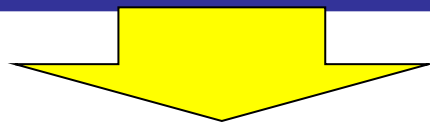
- 「設立」「解散」手続との整合性がとれない。
- 「合併」による地域医療、医療計画への影響など医療審議会の意見を聴くことは重要。
- 行政処分の公平性、客観性を確保する観点から必要。
- 医療審議会の開催回数の見直しや、部会・分科会を置くことにより事務処理の迅速化を図ることは可能。

# 今後の医療法人の合併手続について

## 都道府県医療審議会の意見聴取手続について

医療法人の合併は、法人運営の健全性の確保のため、都道府県において慎重な審査を行う必要があり、次のようなことから、都道府県医療審議会の意見聴取手続の省略による迅速化は不適當ではないか。

- ① 都道府県医療審議会を行わないことによって、医療法人の適切、安定的・継続的な事業運営が可能でない合併を認可するおそれがある。
- ② 医療法人の合併手続に関しては、職員の処遇の検討や諸規程の整備等も同時に行う必要があり、どこまで必要性があるのか。



## 今後の取扱いについて

- 例えば、都道府県医療審議会の意見聴取義務は存続させつつ、仮に当該審議会での手続が合併を行う上での支障となるおそれのある場合には、開催回数の増加や合併認可等を行う部会・分科会の設置を都道府県に求めることとすることについてどう考えるか。
- 例えば、持分あり医療法人と持分なし医療法人とが合併する場合の取扱いについて、周知を図ることとすることについてどう考えるか。

<持分なし医療法人への移行について>

# 解散時の残余財産の帰属先の制限について (医療法第44条第4項関係)

残余財産の帰属すべき者を限定し、医療法人の非営利性の徹底を図る。  
『①国、②地方公共団体、③公的医療機関の開設者、④財団又は持分の定めのない社団の医療法人、⑤都道府県医師会又は郡市区医師会』のうちから選定

## 《従前の取扱い》

定款、寄附行為の定めるところにより、その帰属する者に帰属  
※ 合併、破産による解散を除く。

## 【問題点】

出資者の残余財産分配請求権を保証

- ◇ 営利法人と同様な取扱いとの指摘
- ◇ 国民皆保険で支える資源が医療の継続性に使われない。

## 非営利性の徹底

- ◆ 残余財産の帰属先について、個人(出資者)を除外
- ◆ 新設医療法人は、財団又は持分なし社団に限定

## 経過措置

- ◆ 既設医療法人は、当該規定を『当分の間』適用せず
- ◆ 新法適用の医療法人へは、自主的な移行とするが、定款変更後は後戻り禁止

# 「医業経営の非営利性等に関する検討会」報告書(H17.7)

## 【医療法人を取り巻く近年の動向】

- 平成15年3月「これからの医業経営の在り方に関する検討会」が、効率性・透明性・安定性の観点から報告書を取りまとめた。厚生労働省では、この報告書の提言に基づき改革を進めてきている。
- 平成16年12月に閣議決定された「今後の行政改革の方針」においては、一般的な非営利法人制度としつつ、公益性を有する非営利法人を判断する仕組み等についての本格的な検討が行われており、その方向性については、民間非営利部門の医療法人に期待される役割と軌を一にしている。

## 【医療法人制度改革の考え方】

### （医療法人に求められる将来像）

- 健やかで安心できる生活を保障するという社会保障制度の使命を果たしながら、限られた社会保障の財源を有効に活用するため、医療提供体制の有力な担い手として今後とも民間非営利部門の医療法人が中心となることが必要。

### （医療法人制度をめぐる考え方の整理）

- 昭和25年の医療法人制度創設以来、医療法人は「剰余金を配当してはならない」という民間非営利法人であり、今後ともその考え方は維持。一方で、制度の運用面や実体面において「営利を目的としない」法人の考え方が明確になっておらず、必要な規律など適切な対応が必要。
  - ・医業経営の基本原則(理念)を医療法に規定することを検討すべき
  - ・剰余金の配当禁止の趣旨について、厚生労働省において周知徹底等に努めるべき
  - ・残余財産の帰属先について、国、地方公共団体等に帰属することを医療法に規定すべきなお、当分の間、経過措置を設けることで、既に設立されている医療法人の経営に支障がないように配慮すべき
- 公益性の高い医療サービスを担う医療法人内部のガバナンスの強化と情報開示の徹底を通じ、医療法人自らが積極的に地域社会に貢献できる法人制度を新たに創設。

規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申—官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」—」(平成16年12月)

### 【問題意識】

- 医療機関の過半を占める医療法人の大宗は「持分の定めのある社団医療法人」であり、剰余金の配当こそ禁止されてはいるものの、脱退・解散時の出資者の払戻・分配請求権が保証されている。
- 医療法人への個人の出資分は個人財産であることに伴い、出資者の高齢化や死亡により、医療法人に対する個人出資分の返還請求訴訟も起きている。こうした医療法人の経営の安定性を脅かす問題に対応するためには、①非営利法人の形態に転換する、②個々の出資分を株式の形態に変え、法人への返還請求を防ぐという2つの対応が考えられる。
- 平成18年の医療制度改革の一環として、非営利性の徹底と経営の透明性の確保等を基本的な方向性とする医療法人制度改革が予定されているが、現行においても出資者の財産権の放棄を前提とした法人形態が選択可能であるにもかかわらず、ごく一部にとどまる現状からすると、今後も実質的に営利法人に近い持分のある医療法人が多数存続する可能性は大きい。

### 【具体的施策】

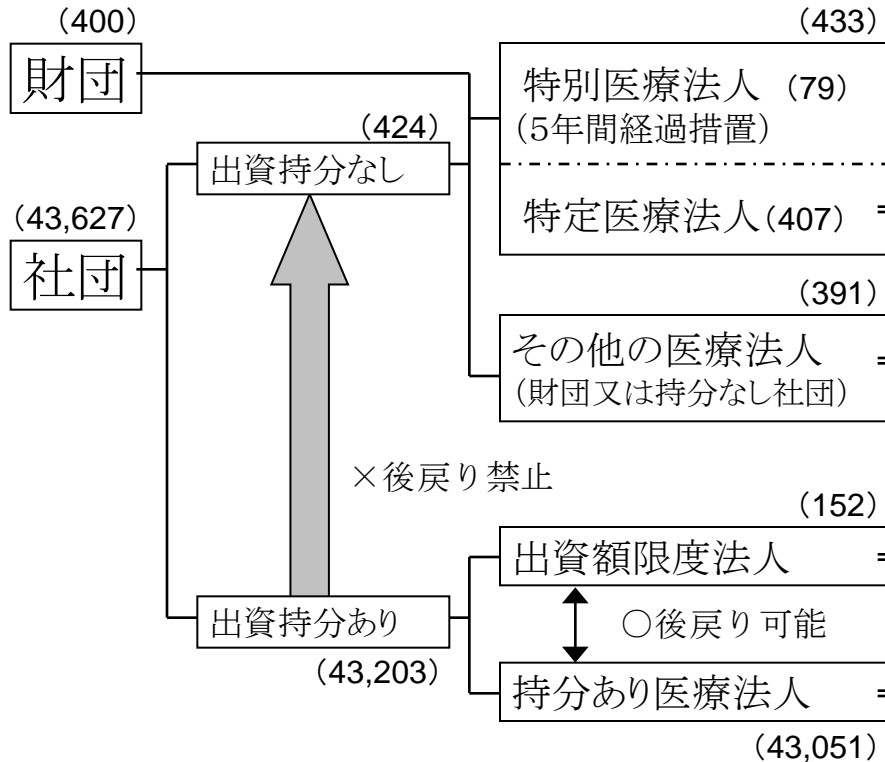
医療機関相互の競争を促進し、良質な医療サービスが提供されるよう、株式会社による医療機関経営への参入をはじめ医療機関経営の多様化を促すとともに、(中略)複数の医療法人にまたがるグループ経営の実現、規模の経済性の追求によるコスト抑制等により経営の近代化を進められるようにするため、当面、以下の措置を講ずるべきである。

- ・構造改革特区における株式会社の医療への参入要件の緩和(平成17年度中に措置)
- ・医療法人から医療法人への出資等の容認(平成17年度中に措置)
- ・持分のない新たな医療法人の創設(平成18年の医療制度改革で措置)

# 改正医療法に伴う医療法人の移行

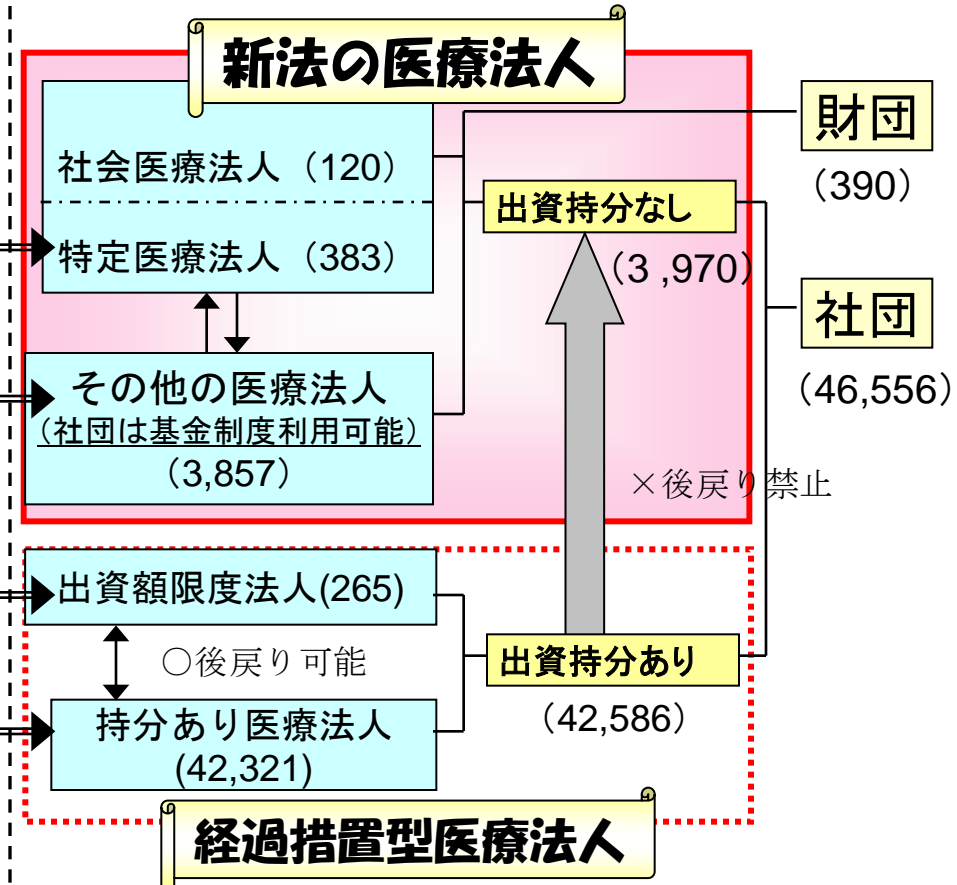
## 【法施行前の状況】

( )は平成19年3月末現在の法人数



## 【平成19年4月1日以降】

( )は平成23年3月末現在の法人数



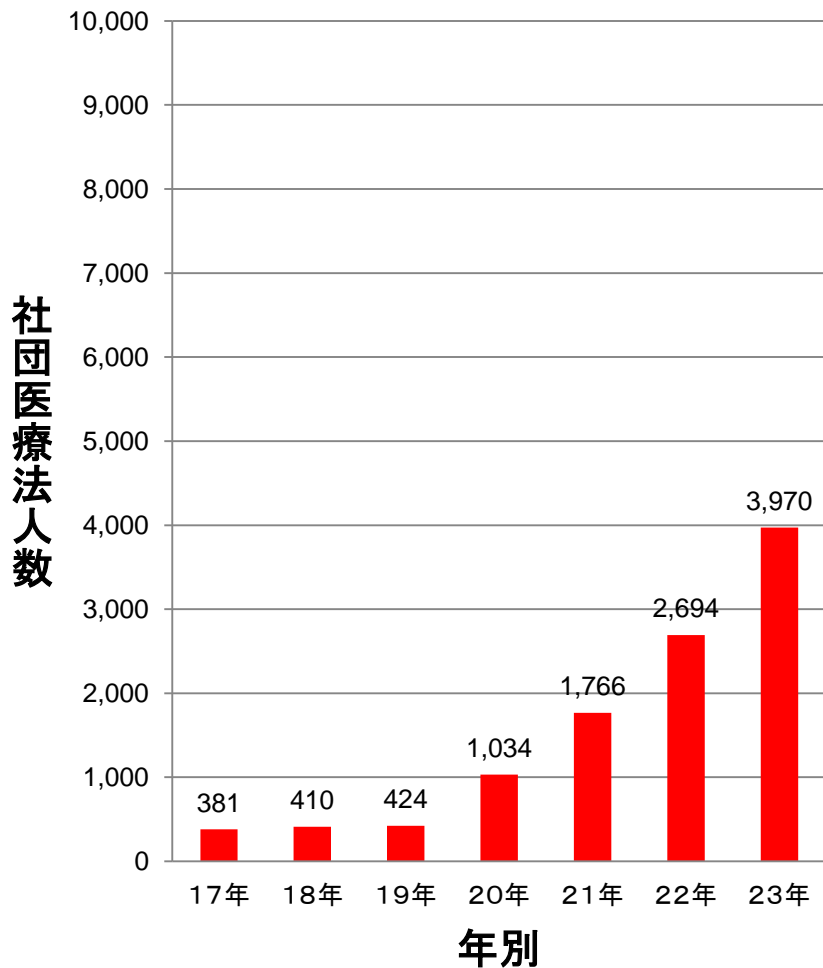
平成19年4月1日に自動的に移行  
(注：法施行に伴う必要な定款変更等は別途必要)

## 平成19年4月以降設立できる医療法人は、新法の医療法人のみ

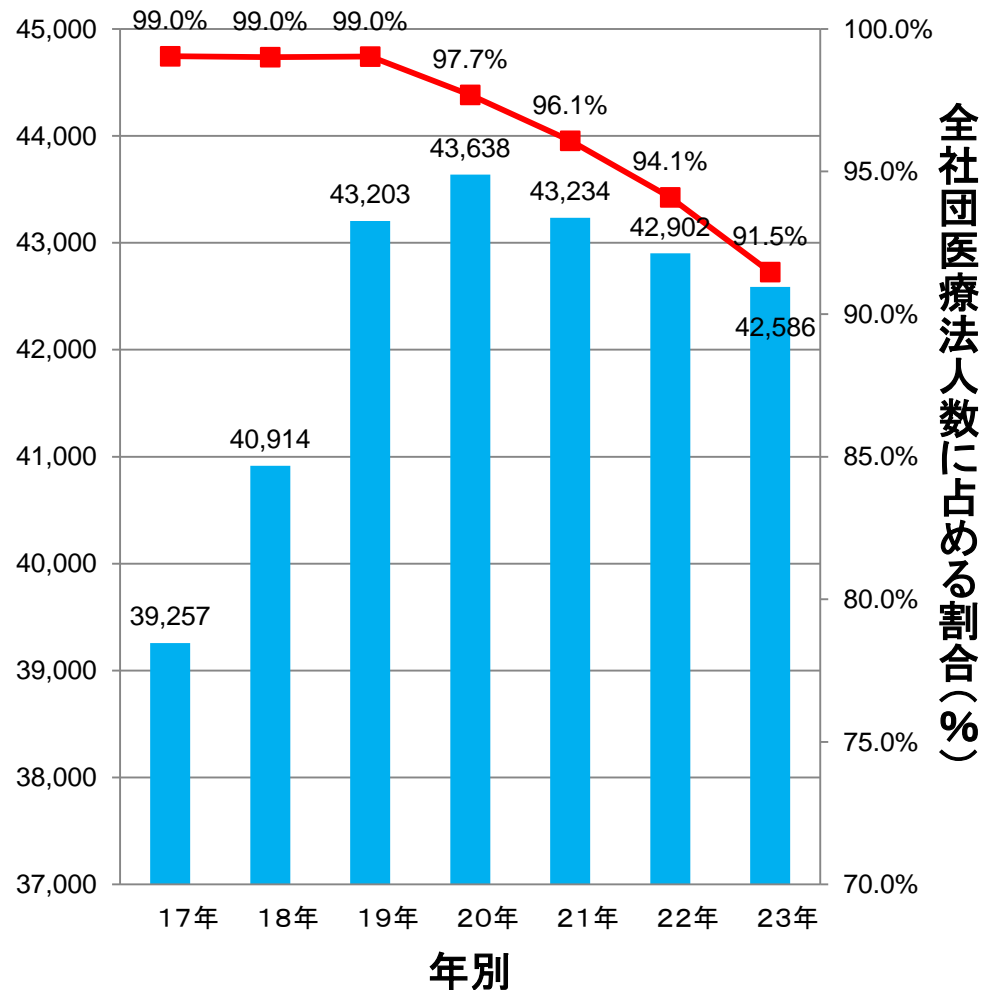
- ・経過措置型医療法人(旧法の医療法人)を平成19年4月以降設立することは不可
- ・持分あり医療法人から出資額限度法人への定款変更は平成19年4月以降も可能

# 持分の有無による社団医療法人数の推移

## 持分なし



## 持分あり



※1 毎年3月末現在

※2 厚生労働省の調査による



# 持分なし医療法人への移行促進策について（現状）

## 実態調査

- 「医療法人の現状と課題に関するアンケート調査」(23年4月 四病院団体及び日本医師会)
  - ・ 持分あり医療法人については、持分なし医療法人への移行の意向、移行理由、移行課題、移行に必要な支援制度等について調査
- 「出資持分のない医療法人への円滑な移行に関する調査研究」(22年度医療施設安定化推進事業)
  - ・ 上記アンケート調査を踏まえ、さらにヒアリング調査を実施

## 移行マニュアル

- 移行を検討する法人向けに、「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」を作成、厚労省ホームページに掲載
  - ・ 内容： 課題の確認、移行の選択肢、移行の手順など

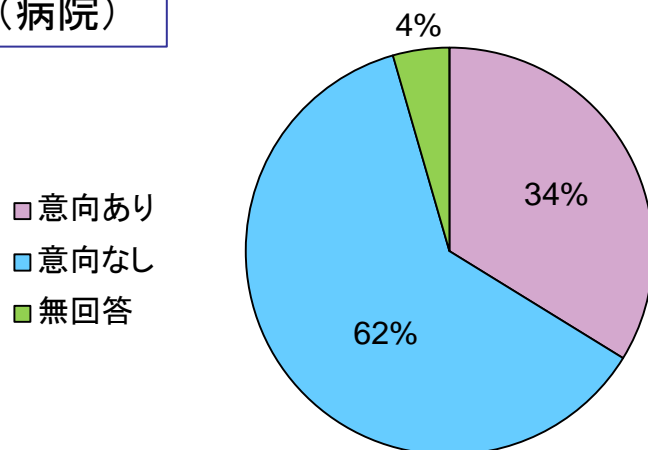
## 税制措置

- 持分なし医療法人移行の際に贈与税が非課税となる基準の一部緩和(20年度税制改正)
- 社会医療法人や特定医療法人における法人税や固定資産税等の非課税・軽減措置(社会医療法人の税制優遇については20年度、21年度税制改正)

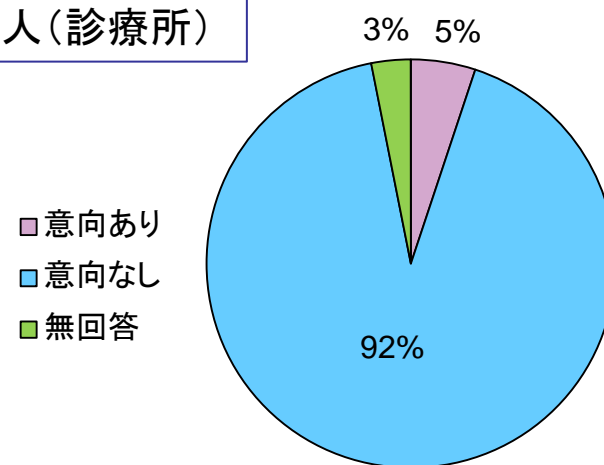
# 医療法人の現状と課題に関するアンケート調査結果

## 持分なしに移行する意向はあるか

医療法人(病院)



医療法人(診療所)



## 移行する主な理由

- 出資者の相続の発生や社員の退社等による出資持分の払戻請求に左右されず、病院・診療所を安定して経営するため。
- 法人の非営利性を徹底し、地域社会の公器としての医療法人となるため。

## 移行しない主な理由

- 出資持分はオーナーシップの源泉であり、放棄できないため。
- 相続税を支払っても、医療法人を子孫に承継させたいため。

# 持分なし医療法人へのさらなる移行促進策について

医療法人の非営利性を徹底するため、解散時の残余財産の帰属先について個人(出資者)が除外されたところであるが、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行が十分に進んでいるとは言えない。地域医療の担い手が死亡して相続が発生することがあっても医療を継続して安定的に提供していくためには、医療法人による任意の選択を前提としつつ、さらなる移行促進策を検討していくことが重要である。

そのため、以下のような取組を行うことについて、どう考えるか。

## 医療法への位置づけ(案)

- 移行について計画的な取組を行う医療法人を認定する仕組みを導入する。
  - ・ 移行検討の定款変更、移行計画の作成などを要件とする。
- 認定を受けた医療法人に対しては、都道府県が指導、助言等の支援を行う。
- その他、必要な規定を検討する。

## 普及・啓発(案)

- 都道府県会議など幅広い機会を捉えて、持分なし医療法人への移行の意義や「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」の活用等について周知を行う。

## その他(案)

- 所要の税制措置及び融資制度について検討

<社会医療法人について>

# 社会医療法人制度の概要

○社会医療法人は、平成18年医療法改正において、公立病院改革が進む中で、民間の高い活力を活かしながら、地域住民にとって、不可欠な救急医療等確保事業を担う、公益性の高い医療法人として制度化された(都道府県知事の認定)。

○社会医療法人における医療保健業の法人税等は非課税となっている。

都道府県知事  
の認定



医療審議会

審査

法人運営の安定化

## 社会医療法人

## 公立病院等

医療計画に記載された  
救急医療等確保事業

改正医療法 第30条の4  
第2項第5号

- イ 救急医療
- ロ 災害時における医療
- ハ へき地の医療
- ニ 周産期医療
- ホ 小児医療  
(小児救急医療を含む)

- 認定要件
- 役員、社員等については、親族等が3分の1以下であること
  - 定款又は寄附行為において、解散時の残余財産を国に帰属する旨定めていること
  - 救急医療等確保事業を実施していること

- 医療保健業の法人税非課税
- 救急医療等確保事業を行う病院・診療所の固定資産税等の非課税

収益事業の実施

社会医療法人債の発行

公立病院等との新たな  
役割分担・連携の構築

## 社会医療法人制度創設の背景

今まで自治体立病院をはじめとした公的医療機関が担ってきた「公益性の高い医療サービス」を民間非営利部門の医療法人も担うことによって、地域の医療の質を一層向上させていきたいという要求も高まっており、特別医療法人制度を見直すことによって、公益性の高い医療を行う新たな医療法人制度の確立が提言された。

（「医業経営の非営利性等に関する検討会報告」平成17年7月22日）

へき地医療や小児救急医療など地域で特に必要な医療の提供を担う医療法人を新たに社会医療法人として認定し、これらの医療に社会医療法人を積極的に参加させることにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を図る。

医療法人は、自主的にその運営基盤の強化を図るとともに、その提供する医療の質の向上及びその運営の透明性の確保を図り、その地域における医療の重要な担い手としての役割を積極的に果たすように努めなければならない。（医療法第40条の2）

特に社会医療法人については、当該法人が開設する病院又は診療所の所在地の都道府県が作成する医療計画に記載された「救急医療等確保事業」を行うこととされている。（医療法第42条の2第1項第4号）

# 社会医療法人の認定要件

## 1. 救急医療等の事業に関する要件

### 【主な要件】

- 救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児救急医療の医療連携体制を担う医療機関として医療計画に記載されていること
- 救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児救急医療について、以下の実績を有していること 等

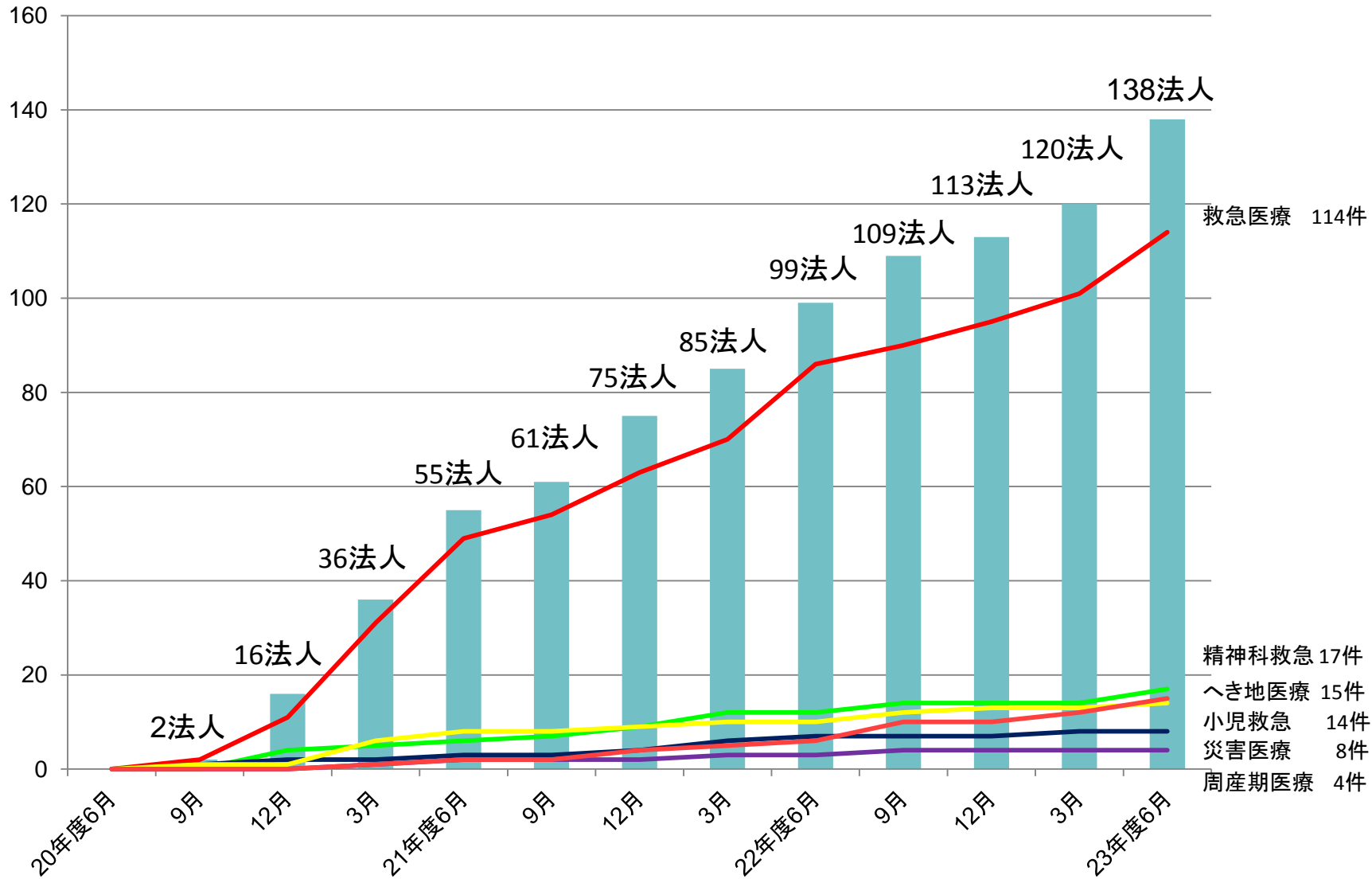
救急医療	休日・夜間・深夜加算算定件数(初診)／初診料算定件数＝20%以上、又は、夜間休日搬送受入件数＝年間750件以上 ※精神科救急：年間時間外診療件数＝3力年で人口1万対7.5件
災害医療	救急医療の基準の8割の実績を有しており、かつ、DMAT(災害派遣医療チーム)を保有し防災訓練に参加したこと
へき地医療	病院の場合は、週1回を超えて巡回診療・医師派遣を行っていること(直近に終了した会計年度の延べ派遣日数(派遣日数を医師数で乗じた日数)が53日以上であること) へき地における診療所の場合は、週4日を超えて診療をおこなっていること(直近に終了した会計年度の診療日が209日以上であること。)
周産期医療	ハイリスク分娩管理加算＝年1件以上、かつ、分娩件数＝年500件以上、かつ、母体搬送受入件数＝年10件以上
小児救急医療	乳幼児休日・夜間・深夜加算算定件数(初診)／乳幼児加算初診料算定件数＝20%以上

## 2. 公的な法人運営に関する要件

### 【主な要件】

- 役員等についての同族性が排除されていること
- 法人解散時の残余財産が国、地方公共団体又は他の社会医療法人に帰属する(持分がない)こと
- 社会保険診療に係る収入金額が全収入金額の8割を超えること
- 理事等に対する報酬について、支給の基準を定め、公開していること 等

# 社会医療法人認定数の推移



※各月末時点の社会医療法人認定数を計上している。



# 社会医療法人の救急医療等確保事業実施状況

(平成23年7月1日現在)

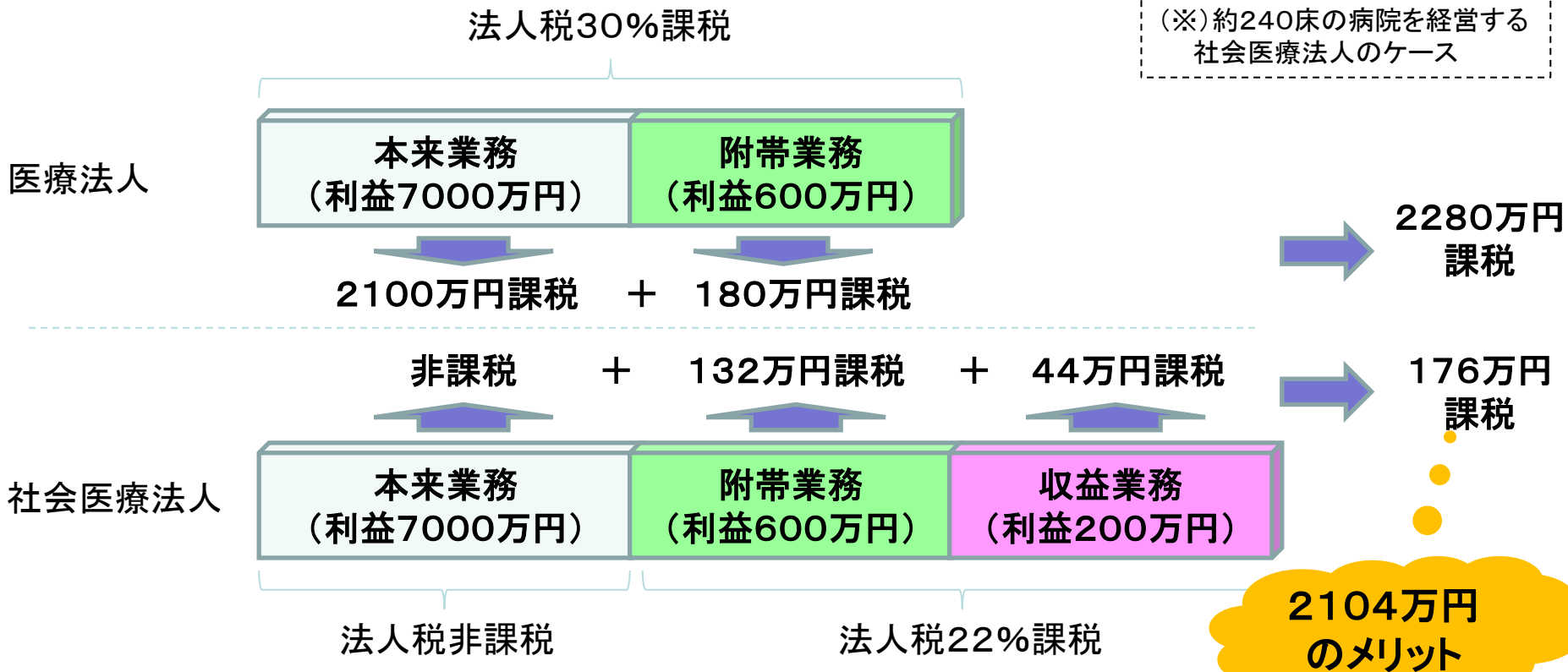
都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	合計	
	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京都	神奈川県	新潟	富山	石川	福井	山梨	長野	岐阜	静岡県	愛知県	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫県	奈良	和歌山	鳥取	島根	岡山	広島	山口	徳島	香川県	愛媛	高知	福岡	佐賀	長門	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄	大臣所管		
法人数	14	1			2	2	3		2	1	2	6	4	2	2		2			3	3		6	1	1		4	17	2	1	1	2	3	6	5	2		2	4	1	8	1	3	2	4	1	6	3	3	138
救急医療等確保事業	救急	8	1		1		1		2	1	2	4	4	2	2		1			1	2		5		1	4	18	2	1	1		1	5	5	2		1	3	1	11	1	3	1	3	1	3	3	6	114	
	精神救急	2			1	2	1					2					1		1	1				1												2	2									1			17	
	災害	1																						1												1		1	2				1						8	
	産期	1																										2												1									4	
	小児救急	1									1	1	1												1													1	1			1				1			14	
	へき地	6					1												1					1														1					1	1		2			15	
	計	19	1	0	0	2	2	3	0	2	1	3	7	5	2	2	0	2	0	0	3	3	0	6	1	3	4	25	2	1	1	2	3	6	6	2	0	3	4	2	15	1	4	2	5	1	6	4	6	172

※ 救急医療等確保事業は、医療法人が開設する病院等ごとに認定要件を満たしている件数を計上しているため、社会医療法人数と一致しない

# 社会医療法人の税制上のメリット

- 医療保健業については、法人税が非課税
- 医療保健業以外の業務については、法人税率は軽減税率(22%)が適用
- 救急医療等確保事業を行う病院・診療所の固定資産税・都市計画税・不動産取得税が非課税
- 本来業務に充当する収益業務の収益をみなし寄付金として、所得の50%を限度に非課税

## 医療法人と社会医療法人の法人税の取扱いの比較(モデルケース※)



# 社会医療法人制度の見直しについて

社会医療法人制度については、認定後の法人の事業の拡大や縮小等が生じることを前提とした柔軟な仕組みとなっていない。

## 現状と課題

- 1 社会医療法人は、「救急医療等確保事業（中略）に係る業務を当該病院又は診療所の所在地の都道府県において行っていること」（医療法第42条の2第1項第4号）が認定要件の一つとされており、認定要件を欠くに至ったときは、当該認定が取り消されることとなっている。  
このため、社会医療法人の認定を受けた医療法人は、それまで病院等を開設していない都道府県に進出しようとした場合、その認定が取消しとなることが指摘されている。
- 2 社会医療法人の認定が取り消された場合、取り消された日前の法人税法上の収益事業以外の事業による所得金額の累積額は、当該社会医療法人の認定が取り消された日からその会計年度終了日までの期間の所得金額の計算上、益金の額に算入され課税される。

## 見直しについての考え方

- 1 社会医療法人の認定を受けている法人が新たに進出した都道府県で病院等を開設等した場合、例えば、認定取消を3年間猶予し、経過期間後にその実績が社会医療法人認定要件を満たすことができた場合には、認定取消は行わないものとするについてどう考えるか。
- 2 社会医療法人の認定が取り消された場合、際限のない課税の遡及期間により法人自体の存続が困難となることについて、地域医療確保の観点からどう考えるか。

**【情報提供・広告について】**

# 情報提供・広告についての今後の対応

## 1 これまでの議論

第13回(平成22年11月11日)及び第17回(平成23年3月9日)医療部会において、医療機能情報提供制度や医療広告規制などについて、主に次のような意見が出されているところ。

### (1)医療に関する情報の提供等

- ・広告の仕方も含め、情報提供のあり方そのものの検討が必要。
- ・医療の質に関する指標(アウトカム指標やプロセス指標など)の公表を推進してはどうか。その際は、指標を標準化することが重要。ただし、全ての分野についての指標を評価・公表することは難しいため、分野を絞ってもいいのではないか。

### (2)医療機能情報提供制度について

- ・地域で各医療機関が特化し、役割分担・連携していることについて、患者に理解してもらう工夫が必要。
- ・海外の例も参考にしながら工夫できるのではないか。

### (3)医療広告規制について

- ・病院のホームページは「広告」と考えるべきだが、規制は技術的に困難。各都道府県の医療機能情報提供制度のホームページからリンクされているという保証や、第三者認証といった工夫が必要。

## 2 今後の対応(案)

「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」を再開し、以下の課題についてより具体的に検討することとしたい。

- ・医療機能情報提供制度や医療広告規制のあるべき姿
- ・医療の質に関する指標の公表のあり方
- ・医療機能情報提供制度の対象項目や運用のあり方
- ・病院のホームページの取扱い 等

## (参考)医療情報提供のあり方等に関する検討会 (平成18年9月～)

### 趣旨

平成17年12月8日にとりまとめられた社会保障審議会医療部会の「医療提供体制に関する意見」において、①都道府県が医療機関から報告のあった情報を整理して公表する制度の対象とする「一定の情報」の範囲、②広告できる事項の見直し等の課題について、厚生労働省に少人数の検討会を設けて議論し、必要な対応をとることとされたことを踏まえ、平成19年4月の法施行に向けた検討等を行うため、医政局長による検討会として設置。

### 委員

(五十音順、敬称略)

飯倉 裕之	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局部長
内田 健夫	社団法人日本医師会常任理事
大井 利夫	社団法人日本病院会副会長
小方 浩	健康保険組合連合会副会長
小暮 義雄	栃木県保健福祉部医事厚生課長
須藤 祐司	社団法人日本医療法人協会副会長
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
長谷川 敏彦	日本医科大学医療管理学教室主任教授
宮武 剛	目白大学生涯福祉研究科・人間学部子ども学科教授

※委員名、役職は第1回検討会開催時のもの

# (参考)医療情報提供のあり方等に関する検討会(平成18年9月～)

## 開催状況

### 第1回(平成18年9月22日)

- 都道府県が医療機関から報告のあった情報を整理して公表する制度の対象とする「一定の情報」の範囲

### 第2回(平成18年10月31日)

- 都道府県が医療機関から報告のあった情報を整理して公表する制度の対象とする「一定の情報」の範囲
- 広告規制の見直し等

### 第3回(平成19年2月1日)

- 広告できる事項の見直し及び広告に関するガイドラインの策定について

### 第4回(平成19年3月2日)

- 広告できる事項の見直し及び広告に関するガイドラインの策定について

### 第5回(平成20年2月6日)

- 医療機能情報提供制度について
- 医療広告について

### 第6回(平成20年9月26日)

- 医療機能情報提供制度及び医療広告における産科医療補償制度の取り扱いについて
- アウトカム評価に関する研究の状況について

## 次期診療報酬改定の基本方針の検討について

### 1. これまでの基本方針

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

#### (1) 平成18年度改定

改定の「視点」として以下の4点を定め、24時間診療ができる在宅医療に係る評価や、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価等の「方向」を定めた。

- ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質の向上（QOL）を高める医療を実現する視点
- ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
- ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

#### (2) 平成20年度改定

平成18年度改定の「基本的な医療政策の方向性」や「視点」等を継承するとともに、「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」を緊急課題として位置づけ、ハイリスク妊産婦への対応に係る評価や、病院勤務医の事務負担の軽減に係る評価等の「方向」を定めた。

#### (3) 平成22年度改定

我が国の医療がおかれた危機的な状況を解消するため、重点課題として、

- ① 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
  - ② 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）
- を定め、地域連携による救急患者の受入れの推進の評価や、医療クレークの配置の促進等の医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価等の「方向」を定めた。

また、改定の「視点」としては、平成18年度改定及び平成20年度改定における「視点」も踏まえつつ、

- ① 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
- ② 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点



③ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

の4点を定め、それぞれ、がん医療の推進、認知症医療の推進等に対する評価、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現等に対する評価、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価、市場実勢価格を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正な評価等の「方向」を定めた。

以上のような、過去に掲げてきた医療提供体制の充実及び適正な医療保険制度の運営に必要な視点を踏まえつつ、今回の診療報酬改定の基本方針においては、どのような「視点」や「方向」を盛り込むべきか、ご議論いただきたい。

## 2. 次期改定に向けた背景及び論点等

- 誰もが安心して質の高い医療を受けることができるとともに、限られた医療資源や財源を重点的かつ効率的に投入するために、前回の4つの「視点」について引き続き今回も「視点」として位置付けてはどうか。その際、修正すべき点はあるか。また、それぞれの具体的な検討の「方向」については、どのようなものが考えられるか。
- また、今般の診療報酬改定は、6年に1度の介護報酬との同時改定であり、医療・介護の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築に向けた評価の在り方の検討について、どのように基本方針に位置付けていくべきか。
- こうした検討において、社会保障・税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）において掲げられている、今後の医療・介護のあるべき姿として、病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実等についてどのように踏まえていくか。
- さらに、東日本大震災による被災により明らかとなった、災害時における医療提供体制の問題点等を踏まえた災害に強い医療の在り方に関する評価や、被災地への診療報酬上の対応の在り方について基本方針に位置付ける必要があるのではないか。

※「視点」や「方向」の例

(視点の例)

- 医療機関等の機能分化、質が高く効率的な医療の提供
- 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質に配慮した医療

(方向の例)

- ・ 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
- ・ 慢性期入院医療の適正な評価
- ・ 医療従事者の負担軽減に向けた評価の在り方（勤務体制等の改善の評価、外来診療の適正な評価、医師と病棟薬剤師等の他職種と役割分担と連携等の評価）

(視点の例)

- 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

(方向の例)

- ・ 身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価
- ・ 認知症の早期診断等、認知症に対する精神科医療の適切な評価
- ・ 緩和ケア、小児がんを含む、がん医療の適切な評価
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
- ・ 手術等の医療技術の適切な評価
- ・ 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価 等

(視点の例)

- 効率化余地がある領域を適正化する視点

(方向の例)

- ・ 後発医薬品の使用促進
- ・ 市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の評価 等

【医療と介護の機能強化・連携に関するもの】

- ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
- ・ 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
- ・ 在宅での療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
- ・ 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
- ・ 維持期のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携
- ・ 介護施設における医療提供の評価の在り方

**【東日本大震災を踏まえた災害対応に関するもの】**

- ・ 今後の災害対策の充実を促進するための評価の在り方
- ・ 補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地における診療報酬上の対応策

	平成18年改定	平成20年改定	平成22年改定
重点課題等	—	<p>【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実</li> <li>・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価</li> <li>・診療所における夜間開業の評価</li> <li>・大病院が入院医療の比率を高めることの促進策</li> <li>・医師以外の者による書類作成等の体制の促進</li> </ul>	<p>【重点課題】 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域連携による救急患者の受入れの推進</li> <li>・救急患者を受け入れる医療機関に対する評価</li> <li>・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価</li> <li>・後方病床、在宅療養の機能強化</li> <li>・手術の適正評価</li> </ul>
	—	—	<p>【重点課題】 2. 病院勤務医の負担軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師以外の医療職が担う役割の評価</li> <li>・医療職以外が担う役割の評価</li> <li>・医療クレークの配置の促進</li> <li>・地域の医療・介護関係職種との連携の評価</li> </ul>
視点	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬の名称等の位置づけを含めた分かりやすい診療報酬体系への見直し</li> <li>・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進</li> <li>・生活習慣病等の重症化予防の推進</li> </ul>	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・明細書を発行する仕組み</li> <li>・分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件の見直し</li> <li>・がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価</li> <li>・夕刻以降の診療所の開業の評価</li> <li>・地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価</li> </ul>	<p>① 患者から分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬を患者等に分かりやすいものにするための検討</li> <li>・医療安全対策の推進に対する評価</li> <li>・患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価</li> <li>・疾病の重症化予防などに対する適切な評価</li> </ul>
	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価</li> <li>・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価</li> <li>・DPCの支払対象病院の拡大</li> <li>・病院と診療所の初再診料の格差等の外来医療の評価の在り方の検討</li> </ul>	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診断群分類別包括評価(DPC)の支払対象病院の在り方、拡大等</li> <li>・提供された医療の結果により質を評価する手法</li> <li>・7対1基本料等について医療ニーズに着目した評価</li> <li>・医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価</li> <li>・歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価</li> </ul>	<p>② 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進に対する評価</li> <li>・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進</li> <li>・介護職種も含めた多職種間の連携などに対する適切な評価</li> </ul>
	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産科や小児科、救急医療等の適切な評価</li> <li>・IT化の集中的な推進</li> <li>・医療技術のについて、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化</li> </ul>	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価</li> <li>・脳卒中にかかる発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等に向けた評価</li> <li>・救急搬送された自殺企図への自殺防止のための精神科医を含めた総合的な診療の評価</li> <li>・子どもの心の問題に係る外来診療や専門的な医療機関の評価</li> <li>・医療安全の更なる向上のための新しい取組に対する評価</li> <li>・医薬品、医療機器に係るイノベーションの評価と後発医薬品の更なる使用促進</li> <li>・IT化の積極的な推進</li> </ul>	<p>③ 充実が求められる領域を適切に評価していく視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療の推進</li> <li>・認知症医療の推進</li> <li>・新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進</li> <li>・肝炎対策の推進</li> <li>・質の高い精神科入院医療の推進</li> <li>・歯科医療の充実</li> <li>・新しい医療技術や医薬品等についての、イノベーションの適切な評価</li> </ul>
	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性期入院医療の評価</li> <li>・入院時の食事に係る評価</li> <li>・外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価</li> <li>・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価</li> <li>・かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価</li> <li>・後発医薬品の使用促進</li> <li>・医薬品、医療材料、検査の市場実勢価格等を踏まえた評価</li> </ul>	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価</li> <li>・後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策</li> <li>・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価</li> </ul>	<p>④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の使用促進</li> <li>・市場実勢価格調査等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価</li> <li>・相対的に治療効果が低くなった技術について、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価</li> </ul>
点			

## 平成 22 年度診療報酬改定の基本方針

平成 21 年 12 月 8 日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

**I 平成 22 年度診療報酬改定に係る基本的考え方****1. 基本認識・重点課題等**

- 医療は、国民の安心の基盤であり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するため、医療提供者や行政、保険者の努力はもろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、各人がそれぞれの立場で不断の取組を進めていくことが求められるところである。
- 我が国の医療費が国際的にみても GDP に対して極めて低水準にあるなかで、これまで医療現場の努力により、効率的で質の高い医療を提供してきたところであるが、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊してきている。
- 前回の診療報酬改定においても、こうした医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、依然として危機的な状況に置かれている。
- このような状況については、前回改定の改定率が必ずしも十分でなかったために、医療現場が抱える各種の課題が解消できなかったと考えられることから、今回の改定においては、医療費全体の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった。一方で、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活も厳しい状況に置かれており、また、保険財政も極めて厳しい状況にある中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。また、配分の見直しのみでは医療危機を食い止めることは困難なところまできているので、今回は医療費全体の底上げと配分の見直しの両者により対応すべきとの意見があった。

- このような議論を踏まえた上で、平成22年度診療報酬改定においては、**「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」**及び**「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」**を改定の**重点課題として取り組む**べきである。
- また、その際には、診療報酬だけで現在の医療が抱える課題の全てを解決できるものではないことから、診療報酬が果たすべき役割を明確にしつつ、地域特性への配慮や使途の特定といった特性を持つ補助金をはじめとする他の施策との役割分担を進めていくべきである。

## **2. 改定の視点**

- 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、がん対策や認知症対策など、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、「**充実が求められる領域を適切に評価していく視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、「**患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、「**医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置

付けるべきである。

- 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「**効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

## Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

### 1. 重点課題

#### (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 我が国の医療が置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくためには、それぞれの地域で関係者が十分に連携を図りつつ、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制をさらに充実させていくことが必要である。
- このため、地域連携による救急患者の受入れの推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

#### (2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の過酷な業務に関する負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員、さらには定着を図ることが出来るような環境を整備することが必要である。
- このため、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価など、入院医療の充実を図る観点からの評価について検討するとともに、医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。

- また、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を果たしていけるような仕組みが適切に機能することが、病院勤務医の負担の軽減につながると考えられることから、この点を踏まえた診療報酬上の評価について検討するべきである。

## **2. 4つの視点**

### **(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点**

- 国民の安心・安全を確保していくためには、我が国の医療の中で充実が求められている領域については、診療報酬においても適切に評価していくことが求められる。
- このため、がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価について検討するべきである。
- 一方、手術以外の医療技術の適正評価についても検討するとともに、新しい医療技術や医薬品等については、イノベーションの適切な評価について検討するべきである。

### **(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点**

- 医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者の視点に立った場合、分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現することが求められる。
- このため、医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどを検討するほか、医療安全対策の推進や、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価について検討するべきである。

### **(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受け



られるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。

- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

#### **(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

- 医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。
- このため、後発医薬品の使用促進や、市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価などについて検討するべきである。
- また、相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

### **Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について**

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

#### **IV 終わりに**

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

## 「平成 22 年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について

基本方針	平成 22 年度改定での主な対応	主な実施状況
<b>1. 重点課題</b>		
<b>(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域連携による救急患者の受入れの推進</li> <li>・ 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価</li> <li>・ 新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価</li> <li>・ 急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化</li> <li>・ 手術の適正評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における救急医療機関に緊急入院した後、状況の落ち着いた患者の早期転院支援を評価した救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算の新設</li> <li>・ 地域の開業医等との連携により、救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関を評価した地域連携夜間・休日診療料の新設</li> <li>・ 地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する院内トリアージ加算の新設</li> <li>・ 合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院についてハイリスク分娩管理加算及び妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに対象疾患を拡大</li> <li>・ NICU の確保を推進するために新生児特定集中治療室管理料の評価の引き上げ及び新生児特定集中治療室管理料 2 の新設</li> <li>・ 外傷等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数 (H21.7 の届出医療機関数)</li> <li>・ 救急搬送患者地域連携紹介加算：506 施設</li> <li>・ 救急搬送患者地域連携受入加算：1,879 施設</li> <li>・ 地域連携小児夜間・休日診療料 1：344 施設 (379 施設)</li> <li>・ 地域連携小児夜間・休日診療料 2：79 施設 (71 施設)</li> <li>・ 地域連携夜間・休日診療料：180 施設</li> <li>・ ハイリスク妊娠管理加算：1,952 施設 (1,780 施設)</li> <li>・ 妊産婦緊急搬送入院加算：1,471 施設 (1,324 施設)</li> <li>・ 新生児特定集中治療室管理料：209 施設 (194 施設)</li> <li>・ 救命救急入院料：333 施設 (211 施設)</li> <li>・ 特定集中治療室管理料：639 施設 (616 施設)</li> <li>・ 新生児治療回復室入院医療管理料：102 施設</li> <li>・ H22.6 の算定状況</li> <li>・ 有床診療所一般病床初期加算：137,749 回</li> <li>・ 地域連携小児夜間・休日診療料 院内トリアージ加算：20,781 回</li> </ul> <p style="color: red; text-align: center;">＜中医協診療報酬改定結果検証部会の評価＞</p>

	<p>的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料に小児加算を新設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ NICU の満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、NICU からハイリスク児を直接受け入れる後方病床である新生児治療回復室（GCU）について、その受入れを評価する新生児治療回復室入院医療管理料の新設</li> <li>・ 地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者等を受け入れた場合の入院早期の評価として有床診療所一般病床初期加算の新設</li> <li>・ 外保連試案を活用した手術料の引き上げ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要件緩和を行ったハイリスク分娩管理加算や超重症児（者）入院診療加算、新たな評価区分として見直しを行った新生児治療回復室入院医療管理料について大きく算定件数が増加。</li> <li>・ 救急医療に従事する1施設当たりの医師数、看護職員数について、専従・選任とも概ね増加。</li> <li>・ 改定による救急医療の充実についての自己評価は約半数が無回答であるが、充実できたとの回答は約2割となっており、その理由として、診療報酬のさらなる充実はもちろんのこと、医師や看護師などの人材不足をあげている医療機関が多かった。</li> </ul>
<p><b>(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）</b></p>		
<p>○入院医療の充実を図る観点からの評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価</li> <li>・ 看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価</li> </ul> <p>○医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療クラークの配置の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を評価するため、一般病棟入院基本料の入院早期加算の引き上げ</li> <li>・ 急性期入院医療について、病院勤務医負担軽減及び役割負担を推進するため、急性期看護補助体制加算の新設、他職種からなるチームによる取り組みを評価するため、栄養サポートチーム加算及び呼吸ケアチーム加算の新設</li> <li>・ 病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目の拡大</li> <li>・ 急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、書類作成業務が大きな負担となっていること等か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急性期看護補助体制加算：1,648 施設</li> <li>・ 栄養サポートチーム加算：431 施設</li> <li>・ 呼吸ケアチーム加算：179 施設</li> <li>・ 医師事務作業補助体制加算：1,605 施設 (1,098 施設)</li> </ul> </li> <li>・ H22.6 の算定状況（H21.6 の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般病棟入院基本料 14 日以内の期間の加算 ：2,400,157 回（2,989,779 回）</li> </ul> </li> <li>・ 中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施</li> </ul>

	ら医師事務作業補助者体制加算の引き上げを行うとともに、より多くの医師事務補助者を配置した場合の評価を新設	施中
○診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が連携しつつ、それぞれの役割を果たしているような取組の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期病棟等退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価の新設</li> <li>手厚い看護職員の配置を行う有床診療所入院基本料の評価を新設するとともに、実態を踏まえた評価区分の見直し</li> <li>地域連携診療計画において、退院後の通院医療等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供を評価するため、地域連携診療計画退院計画加算及び地域連携診療計画退院時指導料2の新設 <ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の医療機関の医師等がケアマネージャーと連携して患者に対して、退院後の介護サービスについて情報供給を行った場合の介護支援連携指導料を新設</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7の届出医療機関数（H21.7の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期病棟等退院調整加算：3,306施設（2,895施設）</li> <li>有床診療所入院基本料：7,175施設（7,842施設）</li> </ul> </li> <li>H22.6の算定状況（H21.6の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> <li>地域連携診療計画退院時指導料（I）：5,076回（2,027回）</li> <li>地域連携診療計画退院計画加算：1,210回</li> <li>介護支援連携指導料：12,972回</li> </ul> </li> </ul>
<b>2. 4つの視点</b>		
<b>(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>がん医療の推進</li> <li>認知症医療の推進</li> <li>新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進</li> <li>肝炎対策の推進</li> <li>質の高い精神科入院医療の推進</li> <li>歯科医療の充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関ががん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うこと等を評価するがん治療連携計画策定料（計画策定病院）及びがん治療連携指導料（連携医療機関）の新設</li> <li>認知症患者に対して、専門的な医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医が</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7の届出医療機関数（H21.7の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携計画策定料：231施設</li> <li>がん治療連携指導料：766施設</li> <li>認知症専門診断料：193施設</li> <li>肝炎インターフェロン治療計画料：1,262施設</li> <li>精神科病棟入院基本料：1,320施設（1,344施設）</li> <li>歯科技工加算：7,178施設</li> </ul> </li> </ul>

	<p>その後の管理を行うことについて評価した認知症専門診断管理料及び認知症専門医療機関連携加算の新設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新型インフルエンザ等が発生した際に対応するため、陰圧室管理環境整備に対する評価として、二類感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算の新設</li> <li>・ 肝炎治療の専門医療機関において、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを評価した肝炎インターフェロン治療計画料の新設</li> <li>・ 精神科病棟において、15 対 1 を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、精神病棟入院基本料 13 対 1 の新設</li> <li>・ 障害者の心身の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導を評価した歯科衛生実地指導料 2 の新設</li> <li>・ 歯科医療機関内に歯科技工士を配置し、その技能を活用する取組を評価した歯科技工加算の新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症専門医療機関連携加算：58 回</li> <li>・ 二類感染症患者療養環境特別加算 陰圧室加算：15,268 回</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;中医協診療報酬改定結果検証部会の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成 22 年度改定で新設された歯科技工加算については、現在の歯科診療所における入れ歯修理の期間については、内部の歯科技工室で修理する限り、9 割は当日の修理が完了しており、加算創設によるものとまではいえないが、患者の要望にあった修理が行われているという点において有効に活用されている。</li> <li>・ 精神入院医療、在宅歯科医療及び障害者歯科医療については、中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施中</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術以外の医療技術の適正評価</li> <li>・ 新しい医療技術や医薬品等について、イノベーションの適切な評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 先進医療専門家会議や医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の先進医療技術及び新規保険収載提案技術の保険導入</li> <li>・ 新規に区分 C 2 で保険適用された医療材料について、技術料を新設するとともに、その他の医療材料についても診療行為の実態を踏まえて適切な評価体系に見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.7 の届出医療機関数 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 画像誘導放射線治療(IGRT)：179 施設</li> <li>・ 皮下連続式グルコース測定：194 施設</li> </ul> </li> <li>・ H22.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胃・十二指腸ファイバースコピー 狭帯域光強調加算：18,626 回</li> </ul> </li> </ul>

**(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点**

<ul style="list-style-type: none"> <li>医療の透明化や診療報酬を患者等に分かりやすいものとする</li> <li>医療安全対策の推進</li> <li>患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現</li> <li>疾病の重症化予防などに対する適切な評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療の透明化や患者への情報提供の観点から明細書発行義務化の拡大</li> <li>患者の納得、わかりやすさという観点から病院と診療所の再診料の統一</li> <li>患者からの休日・夜間の問い合わせに対応可能な診療所を評価する地域医療貢献加算の新設</li> <li>外来管理加算における時間の目安を廃止し、「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から要件を追加</li> <li>医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、要件を緩和した評価の新設</li> <li>患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて、在宅血液透析指導管理料の評価を引き上げるとともに、要件の見直し</li> <li>リンパ浮腫指導管理料について、入院中のリンパ浮腫に係る指導管理を行った患者に対し、外来において再び指導管理を行った場合を評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数 (H21.7 の届出医療機関数) <ul style="list-style-type: none"> <li>明細書発行体制加算：59,661 施設</li> <li>地域医療貢献加算：19,556 施設</li> <li>医療安全対策加算：2,639 施設 (1,602 施設)</li> <li>在宅血液透析指導管理料：72 施設</li> </ul> </li> <li>H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況) <ul style="list-style-type: none"> <li>再診料：73,730,046 回 (病院：13,553,002 回、診療所：63,622,086 回)</li> <li>外来管理加算：33,494,820 回 (33,919,070 回)</li> <li>リンパ浮腫指導管理料：1,402 回 (1,617 回)</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;中医協診療報酬改定結果検証部会の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>明細書無料発行の原則義務化については、平成 22 年度改定における措置により着実に進んでおり、患者の認知も進んでいる。</li> <li>一方で、毎回同じ内容であることや、内容が分かりにくい等の理由により発行を希望しない患者も一定数おり、明細書の有効活用のためにも、患者への一層の周知を進める必要がある。</li> </ul> <p>&lt;中医協診療報酬改定結果検証部会の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来管理加算の要件見直しについては、実際に診療内容等を変更した例は少なく、これまでと同様の診療内容で充分要件に該当しているようである。</li> </ul>
--	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療貢献加算については、24 時間の電話対応や時間外診察対応等、患者に対して非常に手厚い対応を行っている。ただし、患者に対する時間外対応等の一層の周知が必要</li> </ul>
<b>(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進</li> <li>在宅医療、訪問看護、在宅歯科医療の推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定機能病院等の大規模病院においては高度な医療の提供が求められており、検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を行う場合を評価した検体検査管理加算（Ⅳ）の新設</li> <li>大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、より充実した人員配置を評価した運動器リハビリテーション料の新設</li> <li>在宅医療における症状増悪等の対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう往診料の評価の引き上げ</li> <li>小規模な訪問看護ステーションが未だ多く、利用者のニーズに対応できない場合があるため、訪問看護療養費の算定可能な訪問看護ステーション数の制限の緩和</li> <li>歯科訪問診療の実態も踏まえ、よりわかりやすい診療報酬体系とする観点から、歯科訪問診療料の算定要件の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>検体検査管理加算（Ⅰ）：3,458 施設（3,647 施設）</li> <li>検体検査管理加算（Ⅱ）：2,018 施設（1,820 施設）</li> <li>検体検査管理加算（Ⅲ）：214 施設（530 施設）</li> <li>検体検査管理加算（Ⅳ）：461 施設</li> </ul> </li> <li>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）：3,977 施設</li> <li>運動器リハビリテーション料（Ⅱ）：5,156 施設（8,195 施設）</li> <li>運動器リハビリテーション料（Ⅲ）：1,498 施設（1,610 施設）</li> <li>H22.6 の算定状況（H21.6 の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> <li>往診料：153,809 回（228,114 回）</li> <li>歯科訪問診療料 1：155,417 回（154,169 回）</li> <li>歯科訪問診療料 2：238,124 回（150,244 回）</li> </ul> </li> <li>中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施中</li> </ul>
○ 医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者総合評価加算について、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数（H21.7 の届出医療機関数） <ul style="list-style-type: none"> <li>総合評価加算：1,096 施設（1,318 施設）</li> </ul> </li> </ul>



	必要性等を位置付け、対象者を 65 歳以上の患者等に拡大	
<b>(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の使用促進</li> <li>市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件を数量ベースでの後発医薬品の使用割合に変更</li> <li>医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価</li> <li>検体検査の実施料の衛生検査所等調査に基づく適正化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H22.7 の届出医療機関数 (H21.7 の届出医療機関数) <ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品調剤体制加算：23,864 施設 (37,520 施設)</li> <li>後発医薬品使用体制加算：1,520 施設</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;中医協診療報酬改定結果検証部会の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>依然として薬局における後発医薬品の調剤はあまり進んでいない。後発医薬品の調剤にあまり積極的に取り組まない薬局は昨年より減少しているものの 2 割以上存在している。</li> <li>また、後発医薬品に対する医師の疑問を解消していくための更なる取組が必要。</li> <li>なお、後発医薬品の使用状況については、平成 23 年度も調査を実施中。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>デジタルエックス線撮影について、アナログ撮影と比較して多くの利点を有していることから、平成 21 年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、アナログ撮影と区別を明確化するためデジタルエックス線撮影料を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H22.6 の算定状況 (H21.6 の算定状況) <ul style="list-style-type: none"> <li>単純撮影 デジタル撮影：6,504,901 回 (単純撮影 デジタル映像化処理加算：2,477,613 回)</li> <li>造影剤使用撮影 デジタル撮影：80,832 回 (造影剤使用撮影 デジタル映像化処理加算：40,907 回)</li> </ul> </li> </ul>
<b>後期高齢者医療の診療報酬について</b>		

<p>○ このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとすべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算については、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳に記載し、管理できる取組を評価しているが、こうした取組は年齢を問わず重要であることから、名称を手帳記載加算とし、対象者を全年齢に拡大</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H22.6の算定状況（H21.6の算定状況） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤情報提供料 手帳記載加算：2,052,517回 (1,289,944回)</li> </ul> </li> </ul>
---	--	--

注：届出医療機関数については、平成23年9月6日時点の医療課調べの数値である。