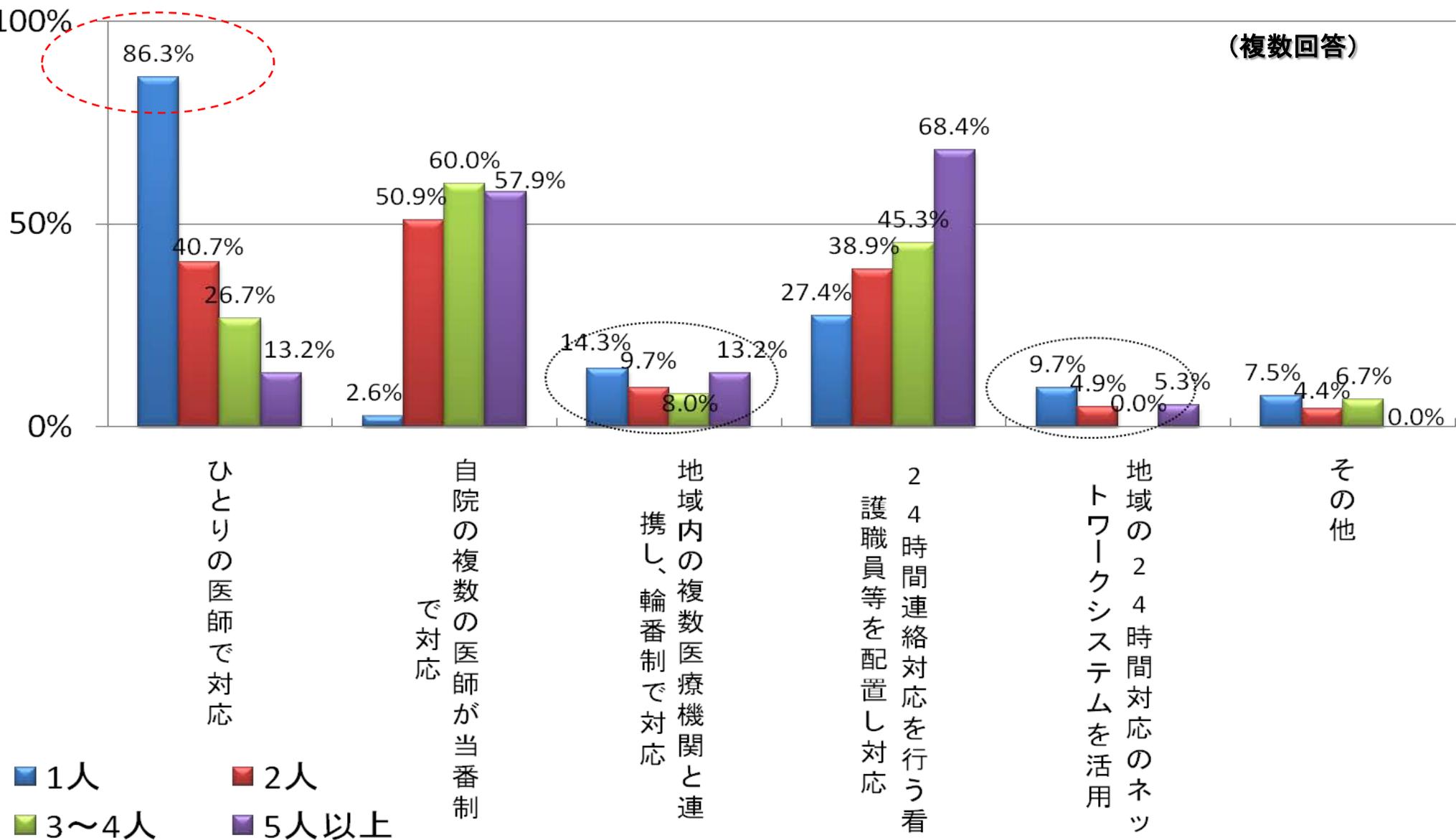


11 在宅医療の現状

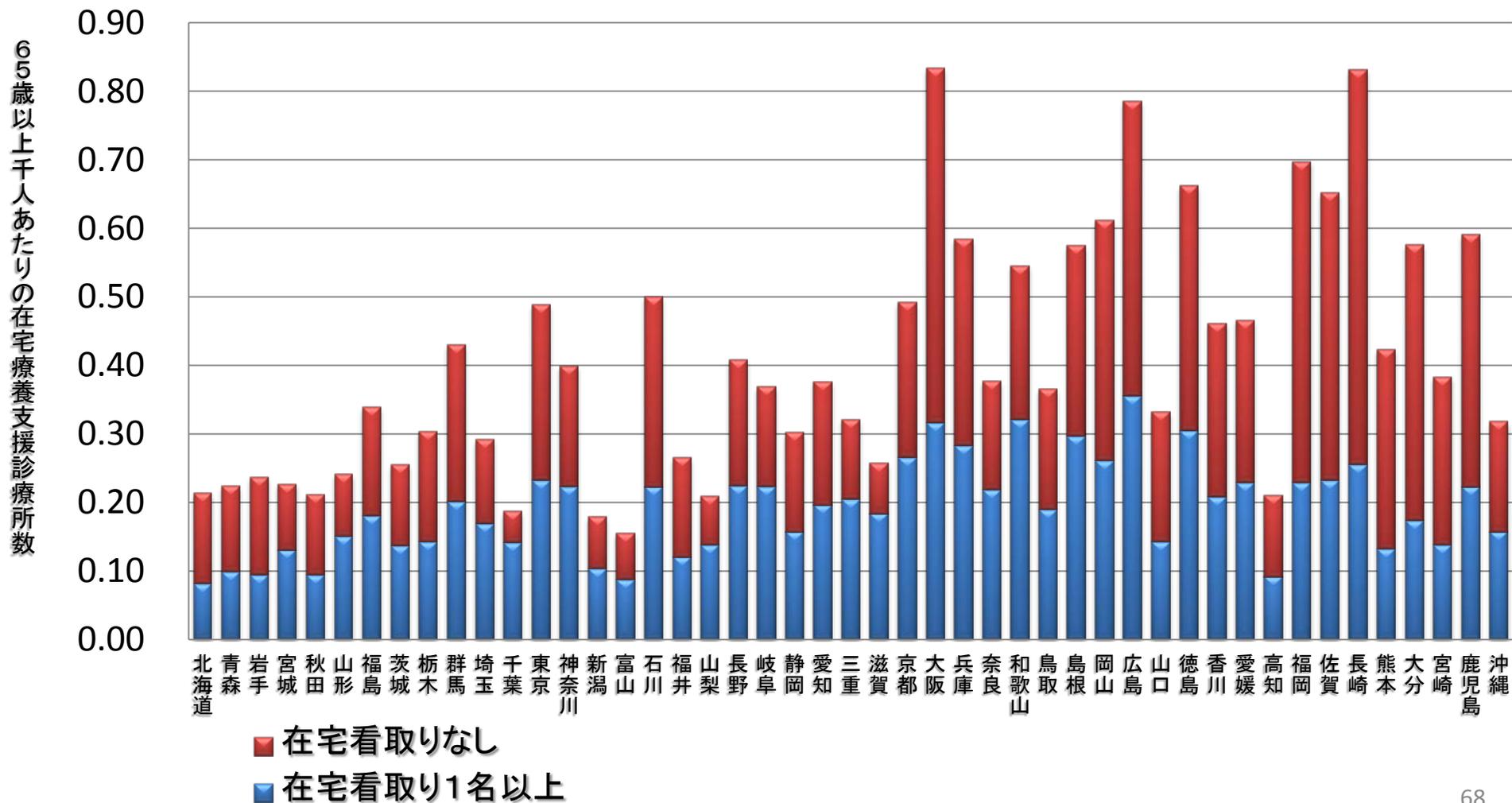
在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制（複数回答）

（複数回答）

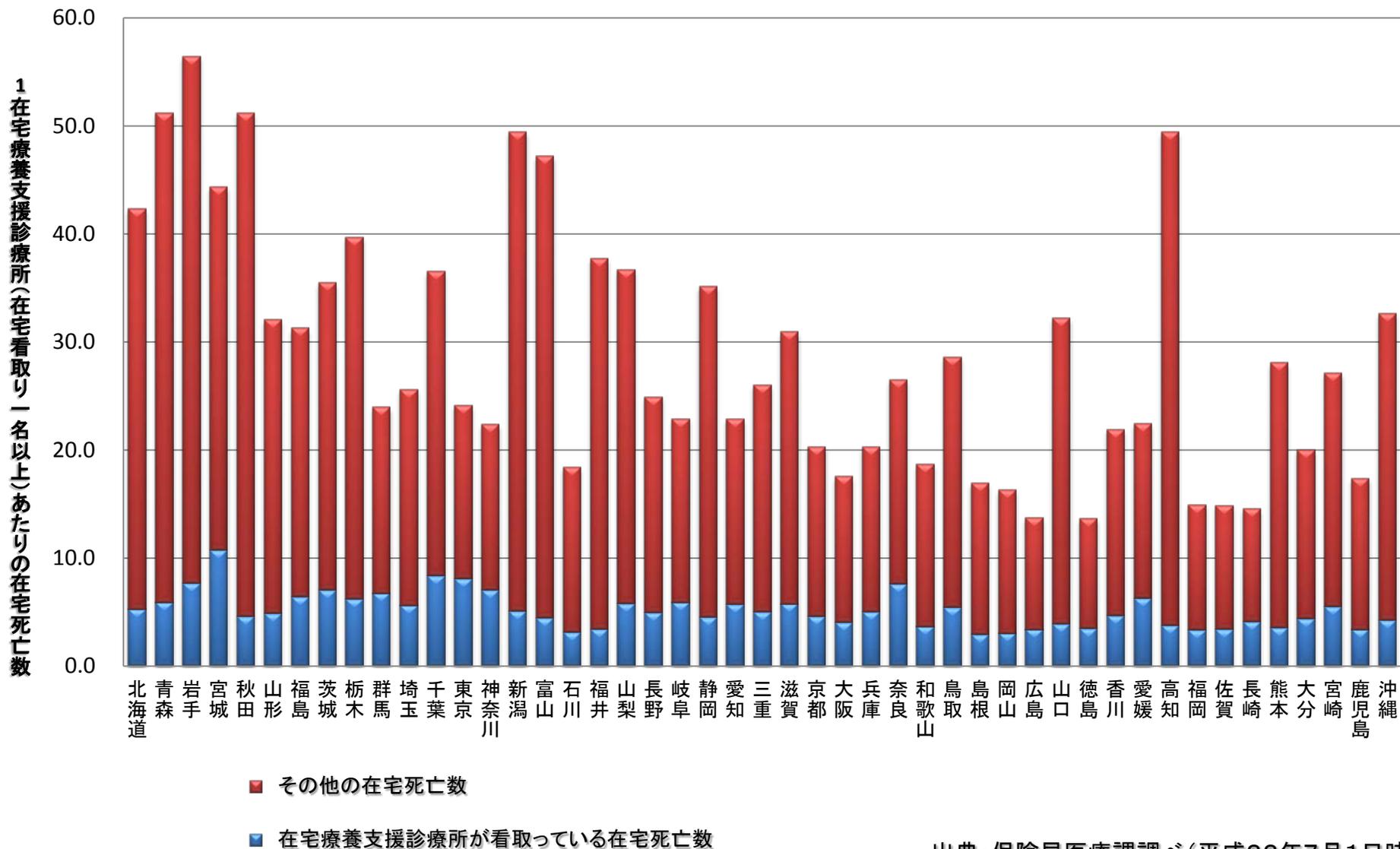


(n=1,228 無回答を除く)

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>

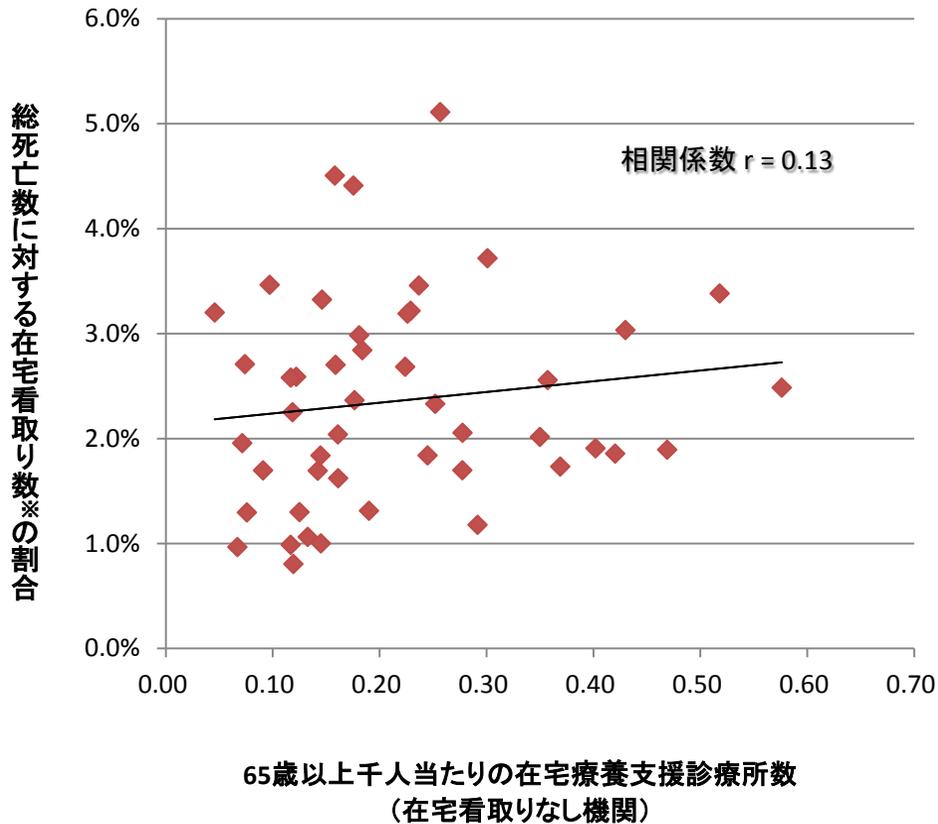


在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較 (都道府県別分布)

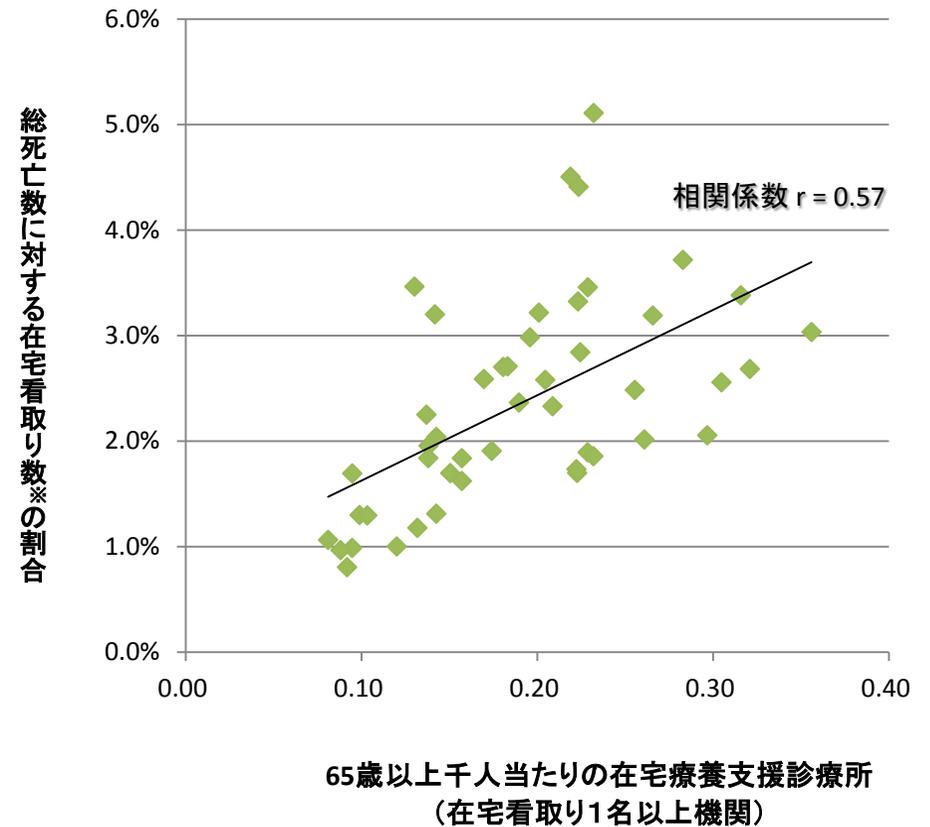


在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

在宅看取りなし機関



在宅看取り数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

12 在宅歯科医療の現状

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

歯科治療が必要であるにもかかわらず、歯科治療を受診した者が少ない

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1% 平均現在歯数:7.1本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要のあるものは38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- 歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齲蝕治療、歯周治療の順であった。
- 実際に歯科治療を受診した者は26.9%

※ 在宅歯科医療を実施した歯科医療機関の割合は、18.2%(H17医療施設調査)

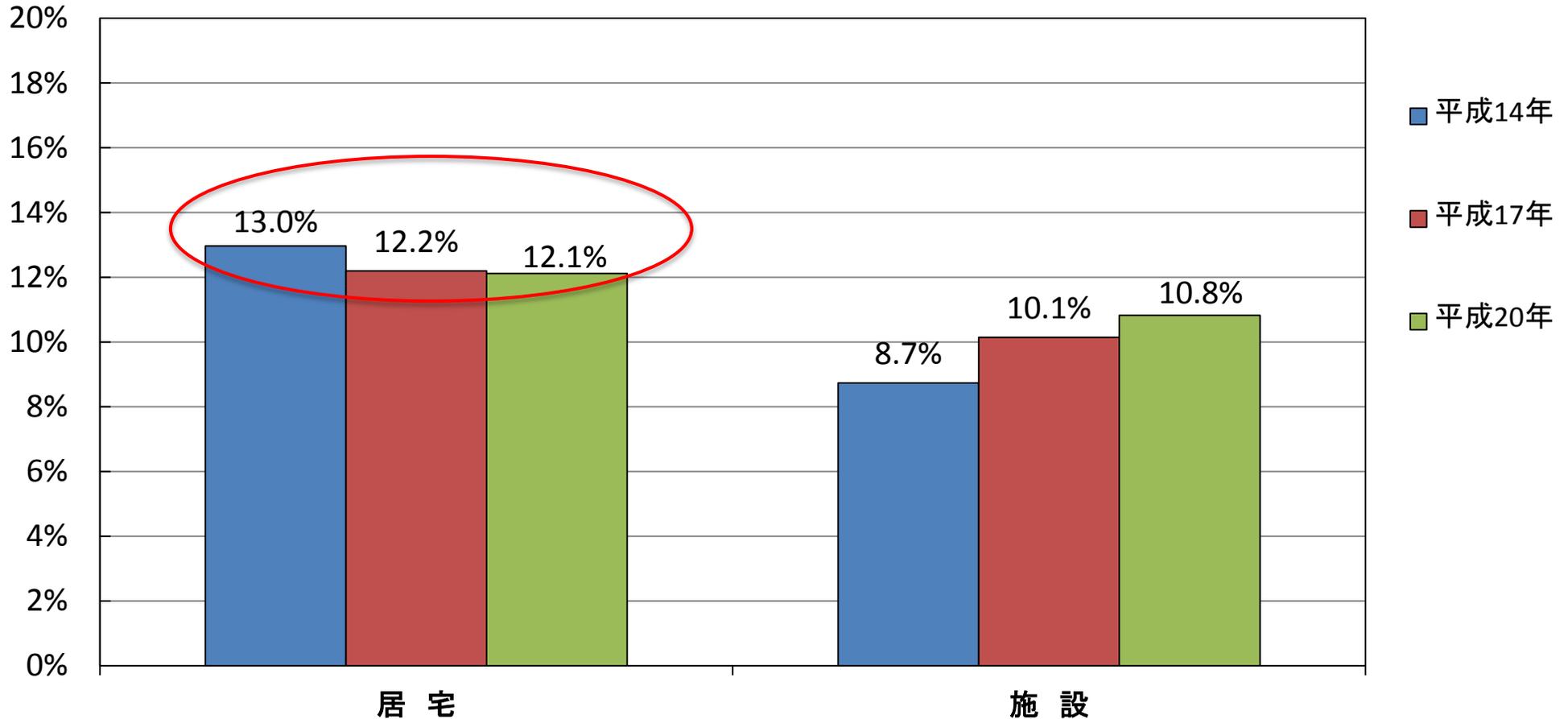


歯科医療の必要性と実際の受診には、おおきな隔たりがある。

出典:情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究(平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)。研究代表者:河野正司 新潟大学教授)

訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

訪問先別の訪問歯科診療を実施歯科診療所数のうち、施設を訪問して実施している歯科診療所は増加しているが、居宅を訪問している歯科診療所は増加していない。



(医療施設調査)

在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

在宅歯科医療の実施状況別にみた医療職との連携の状況

在宅に限らず、高齢 や基礎疾患のある 患者の主治医との 連携	全 体 (n=3,274)	未実施 (n=2,056)	実 施 (n=1,218)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=1,031)	10～49人 (n=125)	50人以上 (n=62)
				連携している	1,822 (55.7%)	1,087 (52.9%)
あまり取れてない	775 (23.1%)	440 (21.4%)	335 (27.5%)	290 (28.1%)	27 (21.6%)	18 (29.0%)
連携していない	677 (20.7%)	529 (25.7%)	148 (12.2%)	138 (13.4%)	8 (6.4%)	2 (3.2%)

在宅歯科医療の実施状況別にみた介護職との連携の状況

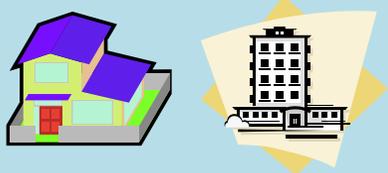
介護保険を利用し ている患者の、ケア マネジャー等介護 保険関連職種との 連携	全 体 (n = 2,983)	未実施 (n = 1,821)	実 施 (n = 1,162)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n = 977)	10～49人 (n = 126)	50人以上 (n = 59)
				連携している	385 (12.9%)	142 (7.8%)
あまり取れてない	623 (20.9%)	265 (14.6%)	358 (30.8%)	293 (30.0%)	46 (36.5%)	19 (32.2%)
連携していない	1,975 (66.2%)	1,414 (77.6%)	561 (48.3%)	513 (52.5%)	33 (26.2%)	15 (25.4%)

高齢者等の主治医との連携が取れていると回答した在宅歯科医療を実施している歯科医師は約60%、介護保険関係職種との連携が取れていると回答した歯科医師は約21%となっている。

出典：東京都内における在宅歯科医療に関する基礎調査。東京都歯科医師会会員
へのアンケート調査より。(老年歯学：23(4)、417-423、2009)

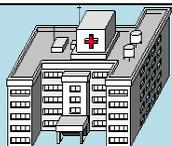
在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の評価

居宅・居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院(介護療養型医療施設等含む。)



入院中の通院困難な患者

通院困難な患者

在宅歯科医療の提供

・介護老人保健施設

・介護老人福祉施設



入所中の通院困難な患者

在宅歯科診療^{※1}で実施される、

- ・う蝕治療
- ・有床義歯の作製や修理
- ・歯科疾患の指導管理

歯科疾患在宅療養管理料(③) ^{※2}

その加算である口腔機能管理加算(④) ^{※3}

訪問歯科衛生指導料(②)など など

※1: 歯科訪問診療料を算定した場合の一部の処置料、手術料、有床義歯修理の加算等も含む。

※2: 居宅・居宅系施設の通院困難な患者について、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は、算定できない。

※3: 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師実施した場合。



1回の治療が20分以上の場合→歯科訪問診療料(①)

(1回の治療が20分未満の場合→初・再診料)

在宅歯科医療に係る診療報酬上の主な項目

① 歯科訪問診療料

常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者が対象。診療時間が20分以上の場合の歯科訪問診療が対象。

同一建物に居住する通院困難な患者1名のみには歯科訪問診療を行う場合と複数名に行う場合では点数が異なる。

② 訪問歯科衛生指導料

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合。

③ 歯科疾患在宅療養管理料

患者又はその家族に対して、歯科疾患の状況等を踏まえた管理計画の内容(全身の状態や口腔内の状態及び管理の方法の概要等)について説明し、文書により提供した場合。

④ 口腔機能管理加算(歯科疾患在宅療養管理料の加算)

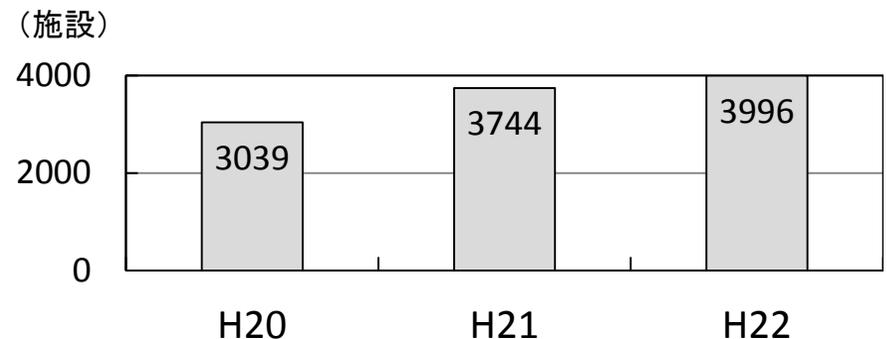
在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書(口腔機能の状態及び管理方法の概要等)を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合。

在宅療養支援歯科診療所

[施設基準]

- 1 歯科訪問診療料を算定している実績があること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

[届出医療機関数の推移(各年6月末現在)]



13 在宅における薬剤師業務について

高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導

○ 一部の高齢者向けの住宅・施設の入所者に対する訪問薬剤管理指導は、診療・介護報酬上評価されない。

施設の種類	①介護老人保健施設	②特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム (ケアハウス)
根拠法	介護保険法 第8条	老人福祉法 第20条の5 (介護保険法第8条)	老人福祉法 第20条の4	老人福祉法 第20条の6
配置基準	医師○ 薬剤師○	医師○ 薬剤師×	医師○ 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤 管理指導料 (医療保険)	×	×※1 (○)※2	×※1	○※3、4 要介護者等＝ 介護保険適用
居宅療養 管理指導費 (介護保険)	×	×	○	その他＝ 医療保険適用

【※1】特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて(H18.3.31 保医発第0331002号(H22.3.30 保医発第0330第2改正))

【※2】末期の悪性腫瘍の患者には、医療保険で在宅患者訪問薬剤管理指導料等の訪問薬剤管理指導が算定可能

【※3】軽費老人ホームA型(入所者が50名以上)の場合は医師の配置が必要となるため在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導②

施設の種類	⑤有料老人ホーム	⑥適合高齢者専用賃貸住宅	⑦認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
根拠法	老人福祉法第29条	高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条	老人福祉法第5条の2 介護保険法第8条
配置基準	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)	○ 要介護者等＝介護保険適用※4	○ 要介護者等＝介護保険適用※4	×※4 (要介護者等を対象としているため、介護保険適用)
居宅療養管理指導費(介護保険)	その他＝医療保険適用	その他＝医療保険適用	○

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

薬剤管理指導の実施に至るパターン(イメージ)

診療・介護報酬上
評価されている部分

A: 医師の指示型

医師・
歯科医師
からの指示

薬剤師訪問
訪問の意義・目的説明

診療・介護報酬上 **評価されていない部分**

B: 薬局提案型

薬剤師が疑問視

C: 介護支援専門員提案型

介護支援専門員から
薬局への相談

D: 多職種提案型

看護師、訪問介護員など多くの
医療・介護職、
そして家族からの相談

薬剤師が訪問して状況把握

⇒薬剤師介入の必要性があると判断⇒患者に訪問の意義・目的説明

医師・歯科医師に情報提供

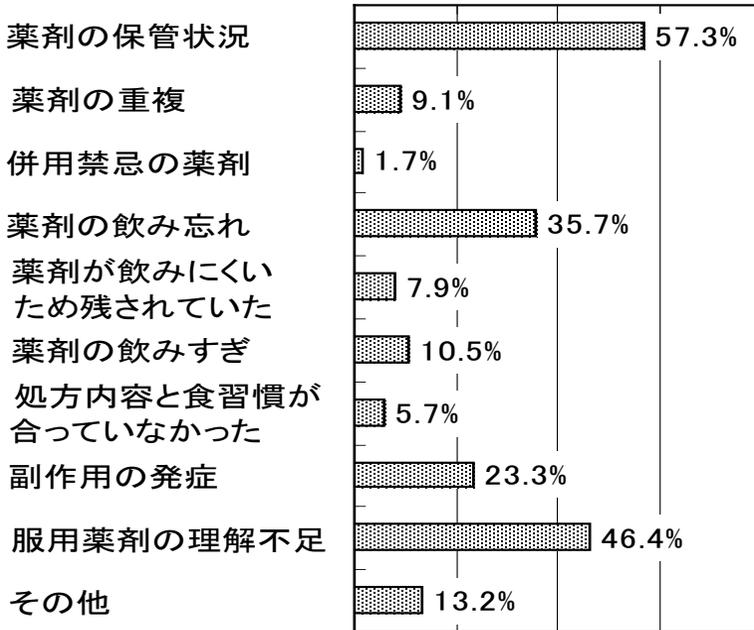
⇒訪問の必要性報告⇒訪問指示を出してもらう

患者同意を得て薬剤管理指導開始

在宅医療への薬剤師の関与とその意義

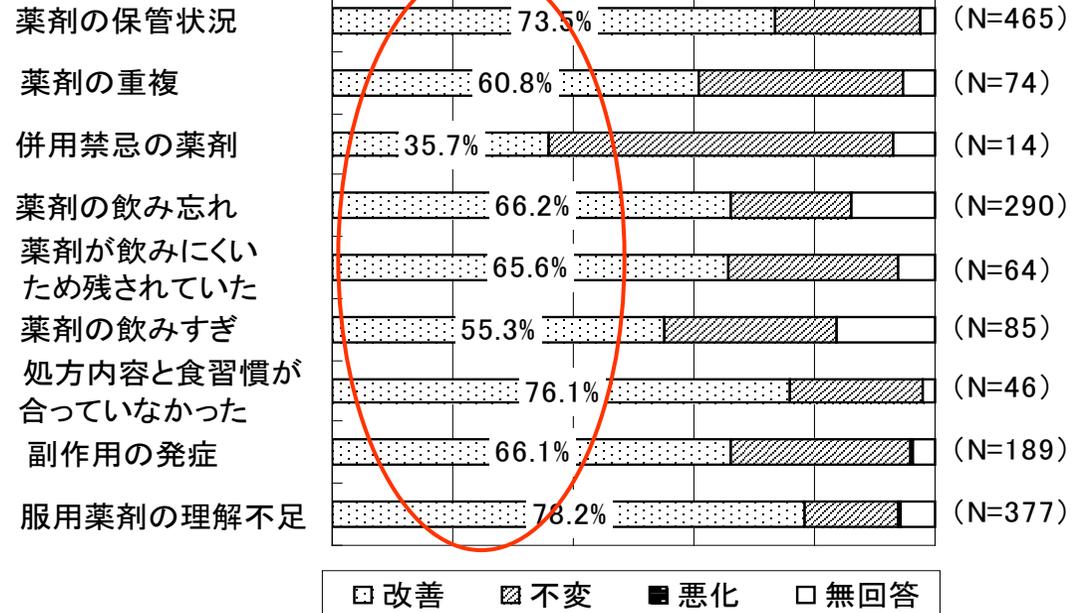
在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の開始時に
発見された薬剤管理上の問題点

(N=812) 0% 20% 40% 60% 80%



在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の取り組みの効果

0% 20% 40% 60% 80% 100%



(参考)

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計
=約500億円

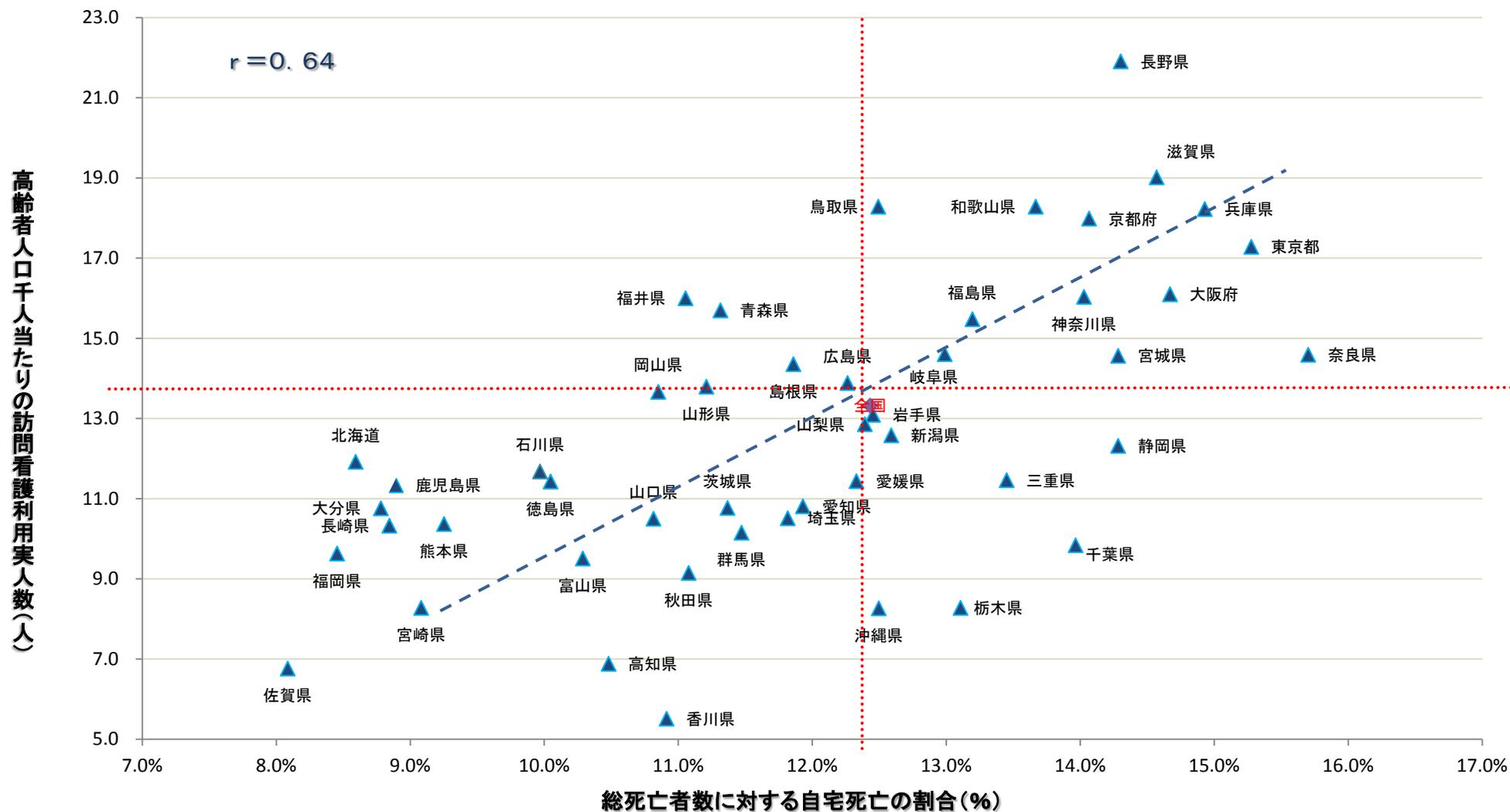


在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される
飲み残し薬剤費の粗推計
=約400億円

14 訪問看護について

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。

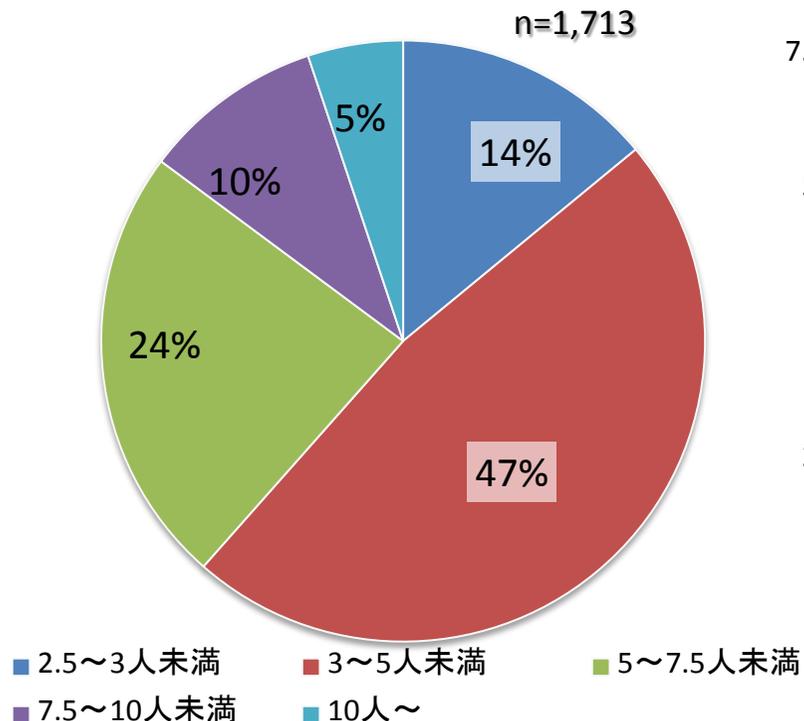


訪問看護ステーションの現状と課題

- 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。

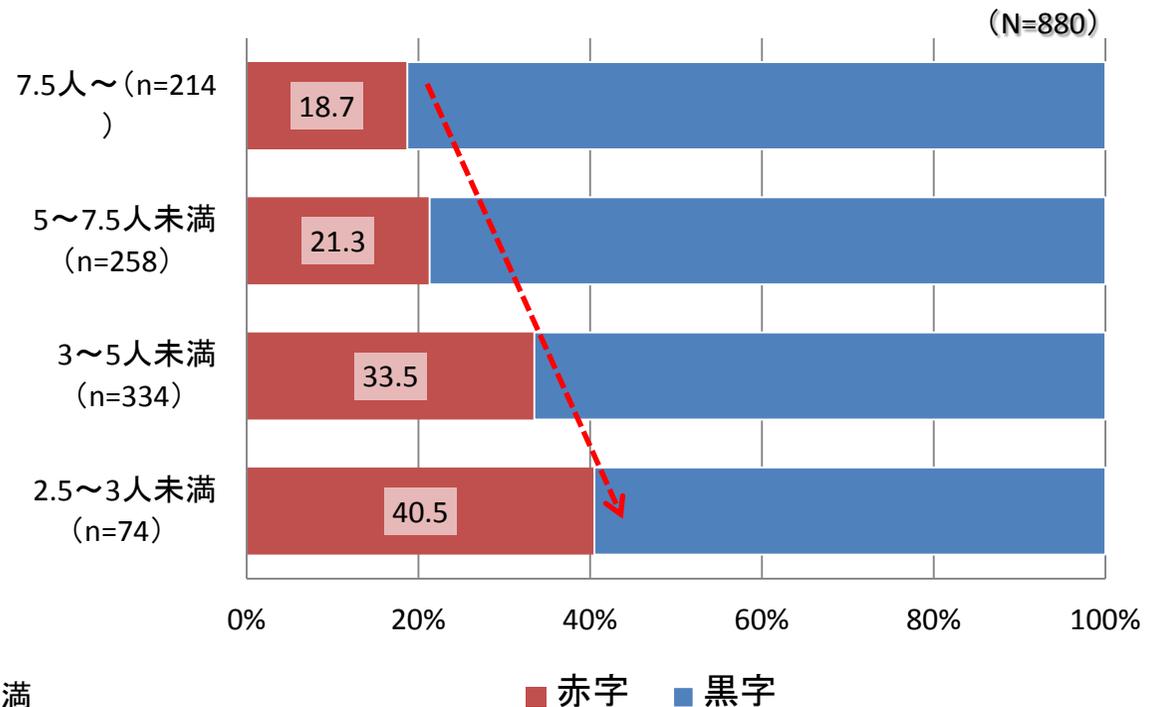
職員*数規模別にみた事業所数の構成

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

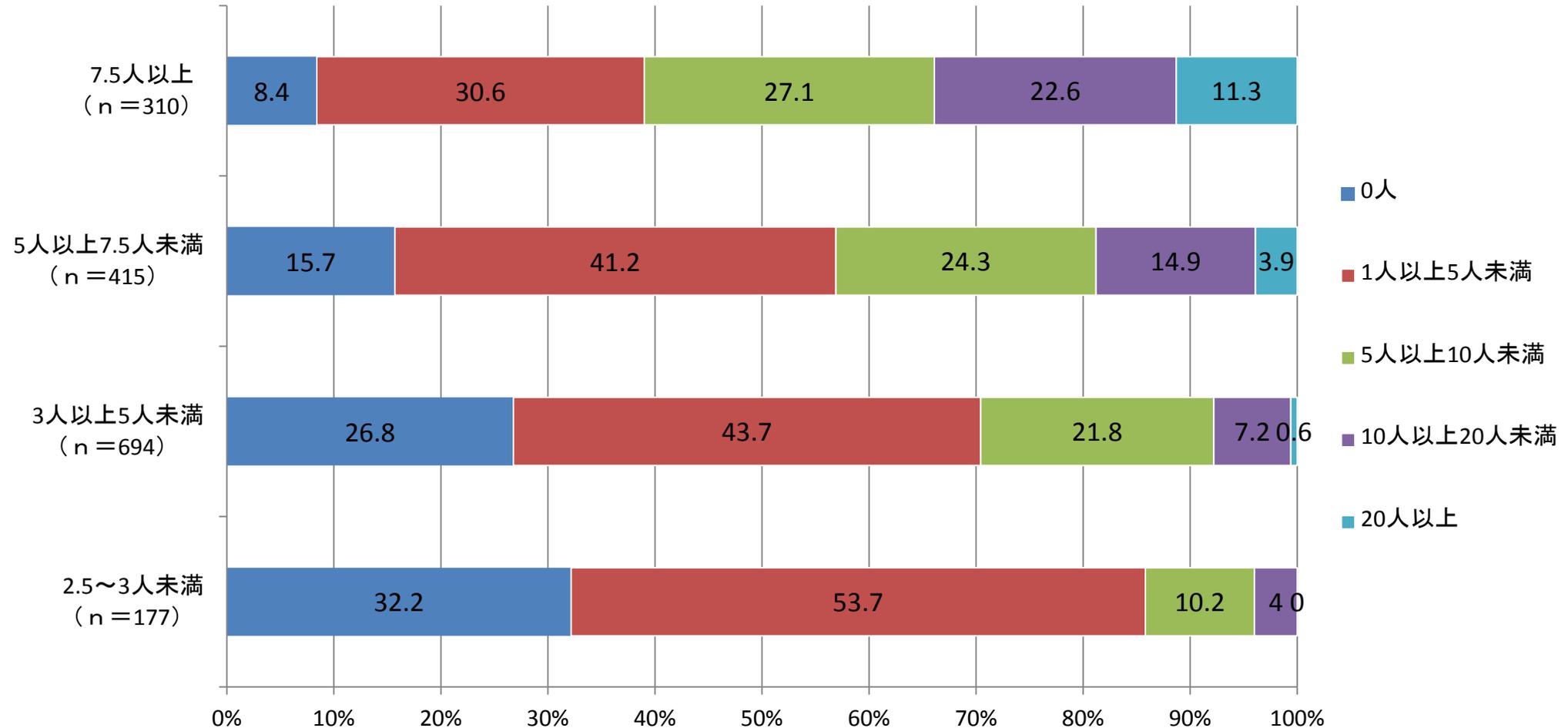


職員*数規模別にみた収支の状況

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

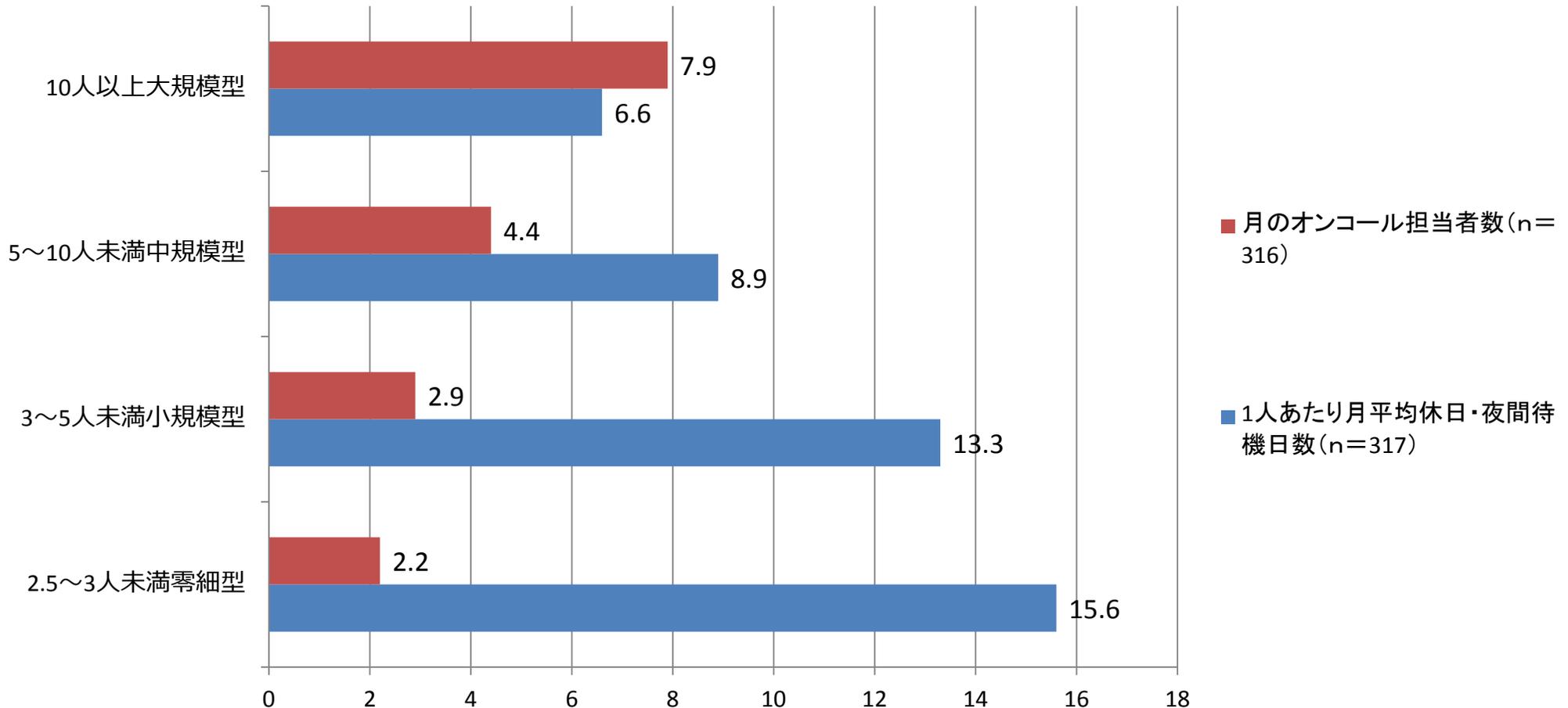


訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



○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。

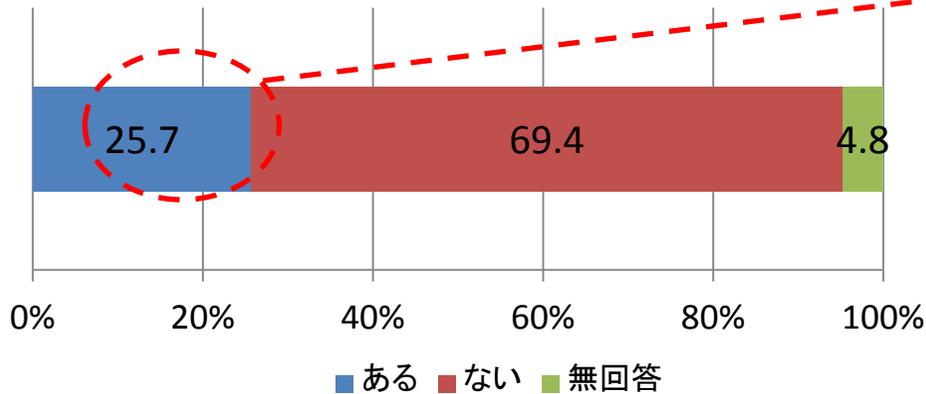
訪問看護事業所の規模別24時間 オンコール対応の状況



○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。

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)



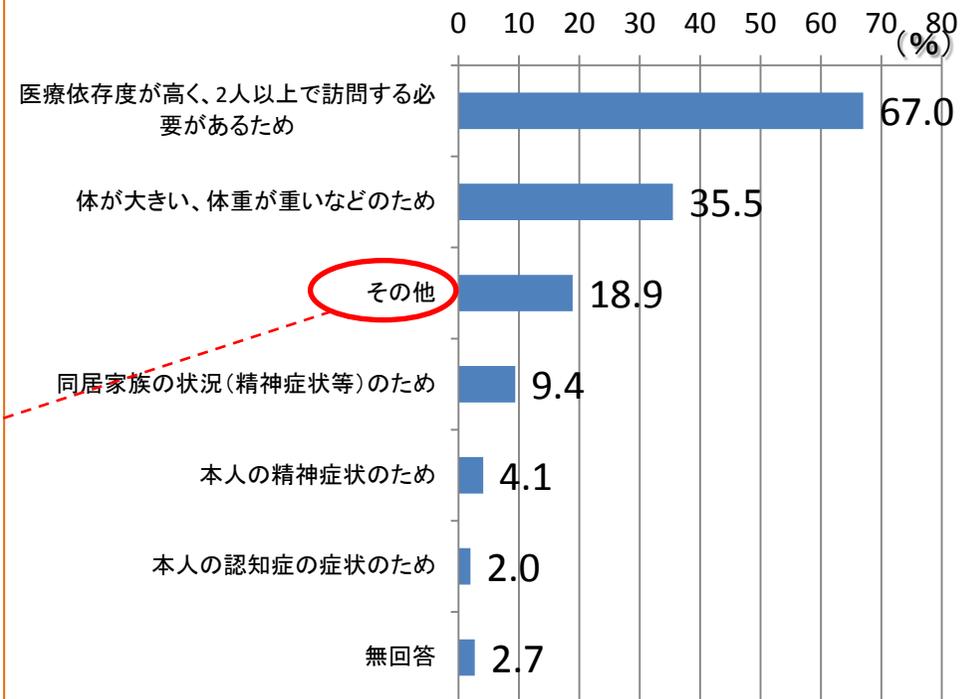
※過去11月1ヶ月に医療保険対象者への訪問看護について調査

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

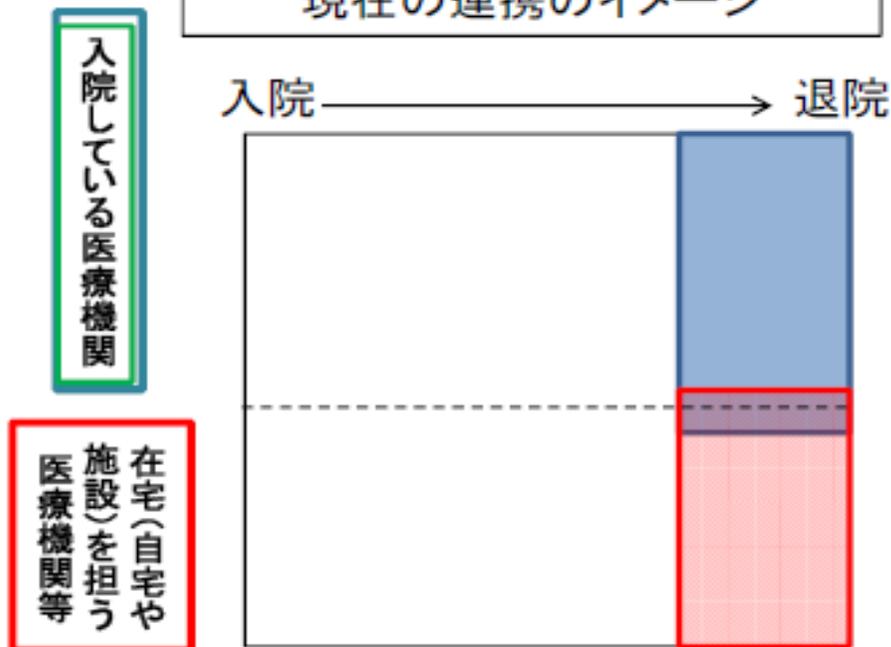
看護職員と介護職員の2人以上で訪問した
主な理由※(N=488)(複数回答)



15 退院調整について

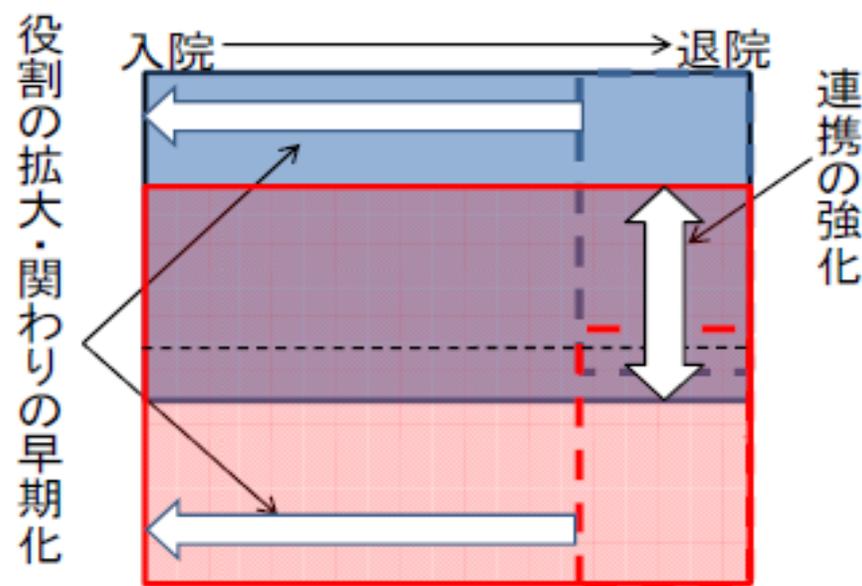
入院と在宅のそれぞれを担う医療機関の退院支援に係る連携の評価のイメージ

現在の連携のイメージ



- ・入院後症状の安定が見込まれた時期からの退院調整
- ・在宅療養を担う医療機関の入院医療機関における退院後の療養上の指導のみ評価
- ・退院時期を中心とした連携

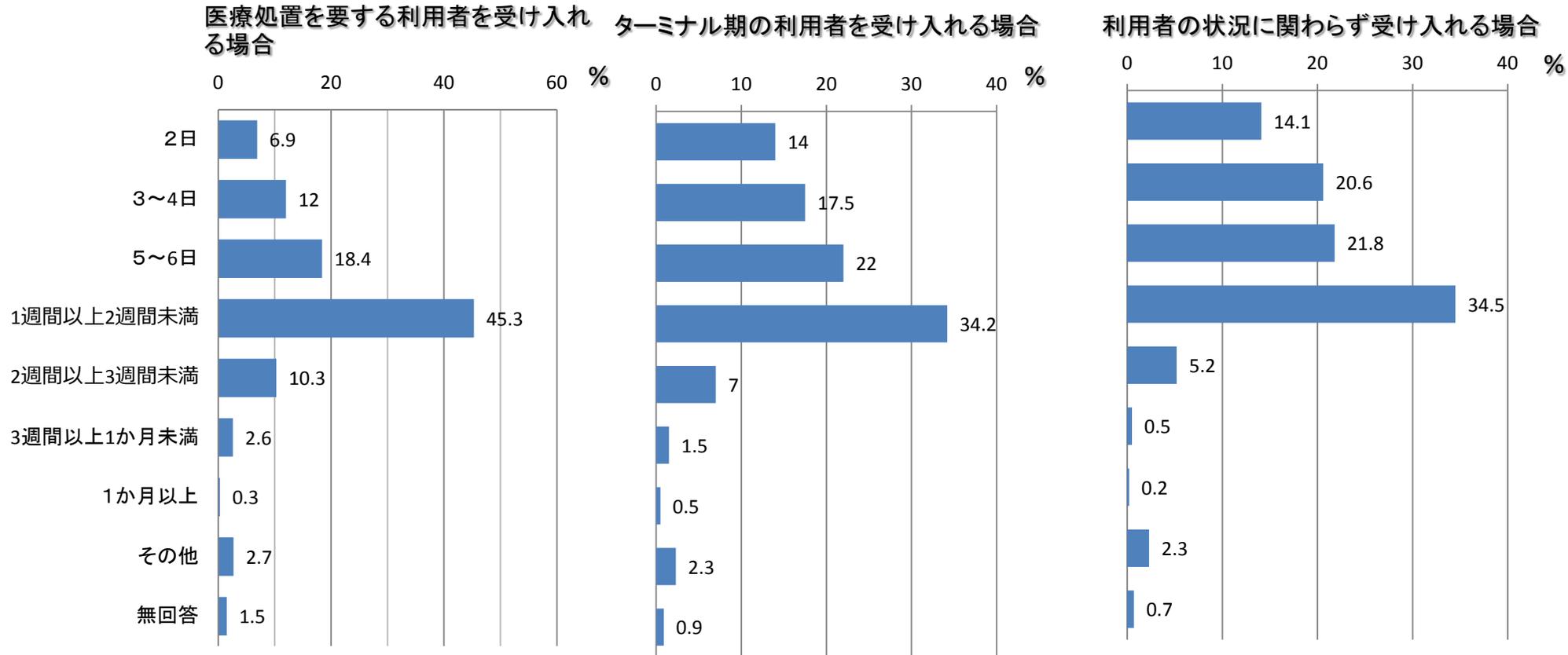
将来の連携のイメージ



- ・医療機関において入院早期から退院後の生活を見越した退院支援を行う
- ・退院支援における在宅療養を担う医療機関の役割を強化
- ・入院医療と在宅療養を担う医療機関の連携を強化

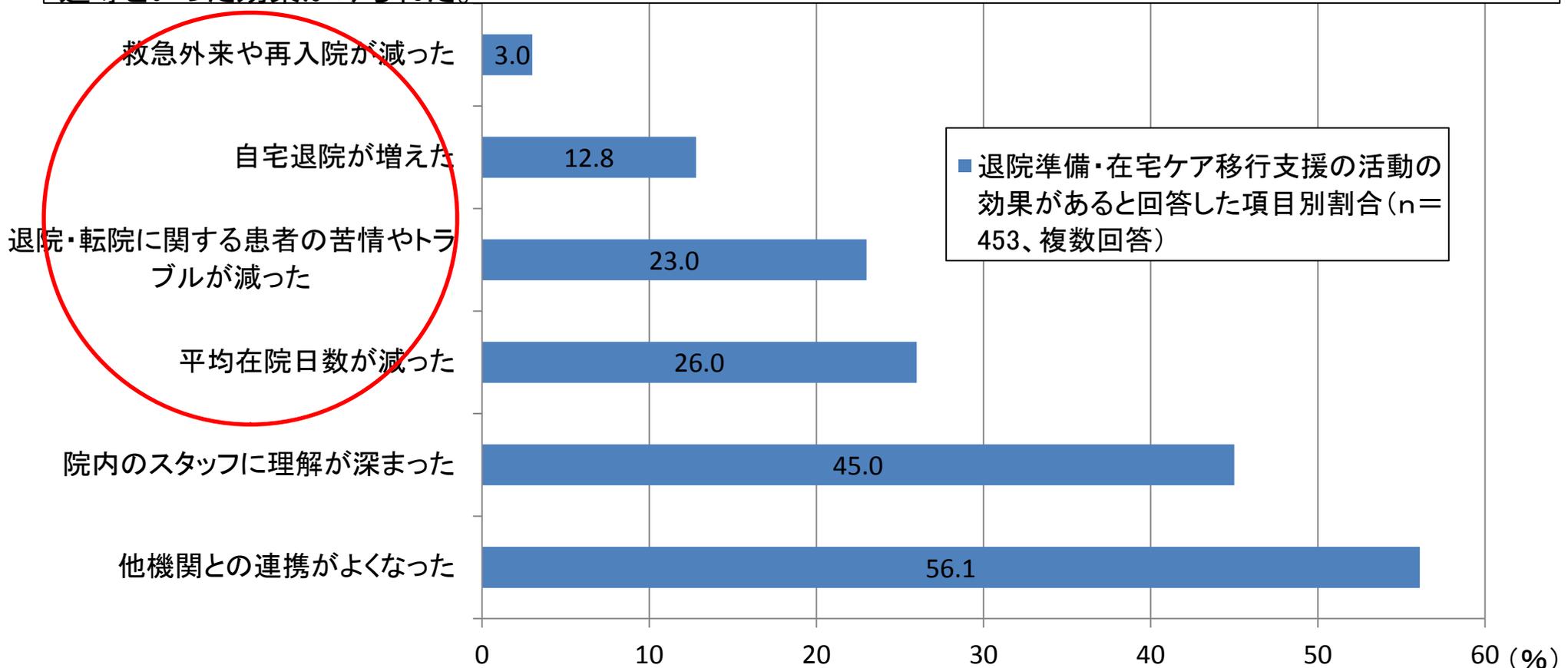
在宅への移行に必要な準備期間

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。



退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

入院中あるいは退院後(再入院を繰り返す場合は再入院前)に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。

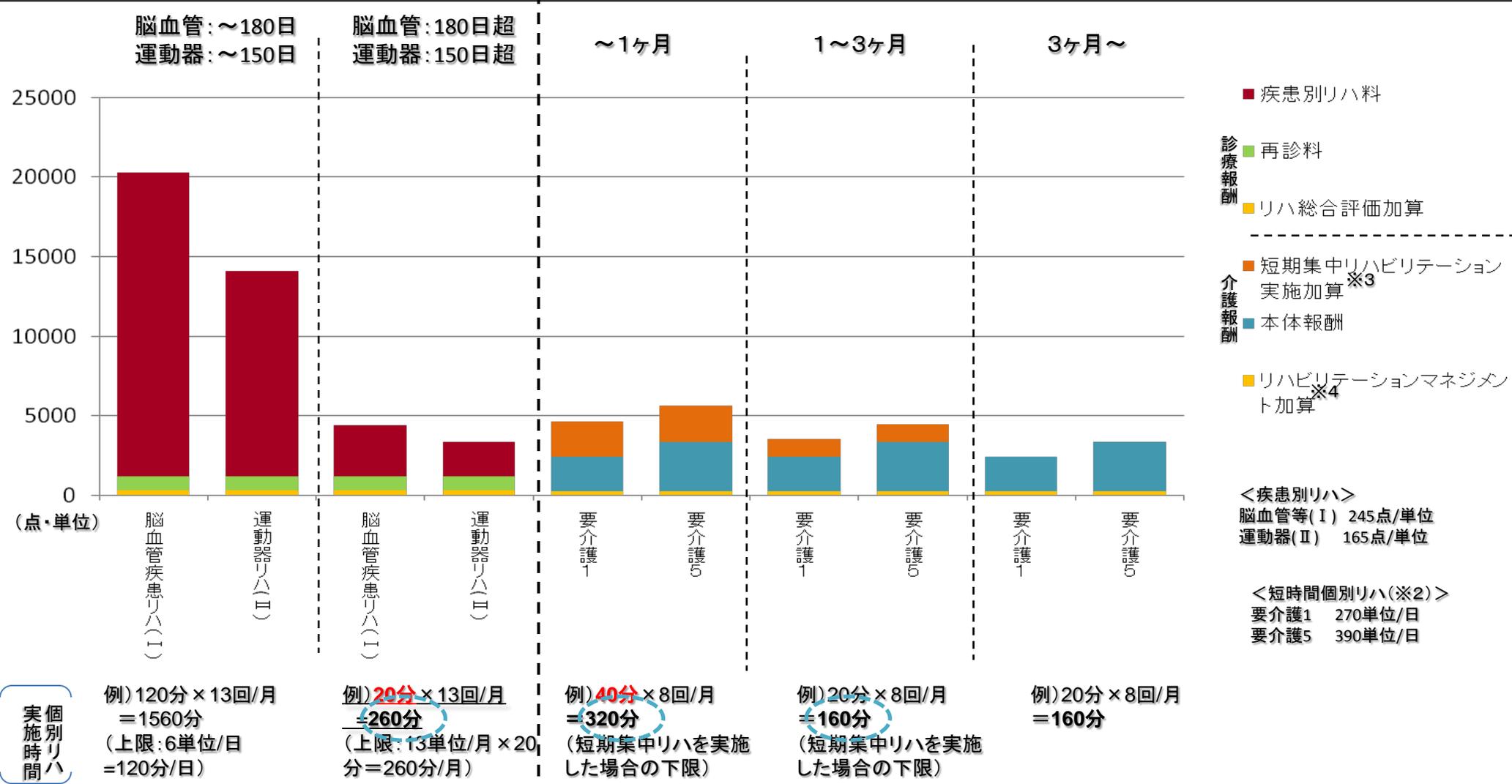


出典：平成18年度老人保健健康増進等事業 退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 報告書

16 リハビリテーションについて

疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

【医療保険※1】（急性期・回復期） → 【医療保険※1】（生活期（維持期）） → 【介護保険（通所リハビリテーション：短時間個別リハ※2の場合）】（生活期（維持期））



※1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。

※2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。

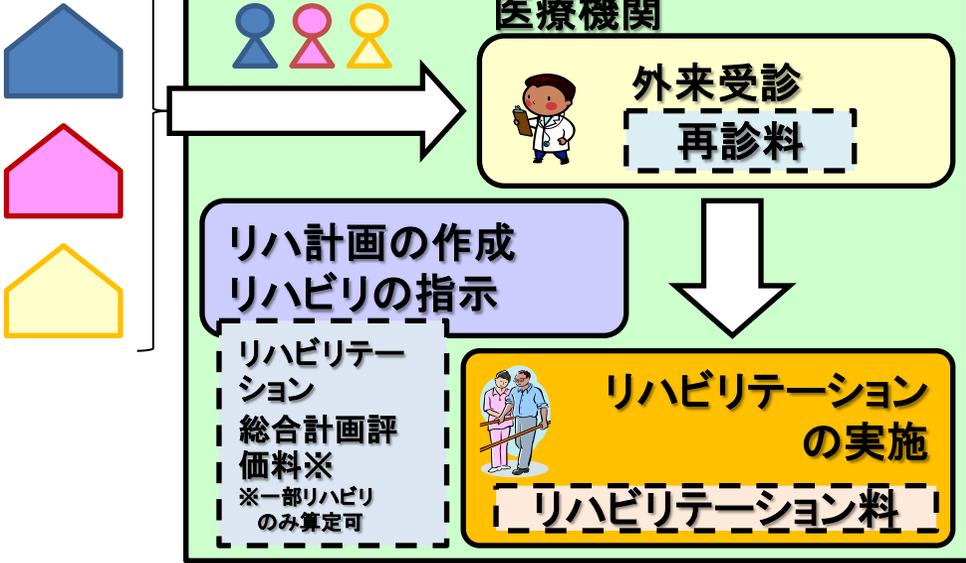
※3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内:週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。

退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内:週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。

※4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

入院外のリハビリテーションについて

外来リハビリテーション

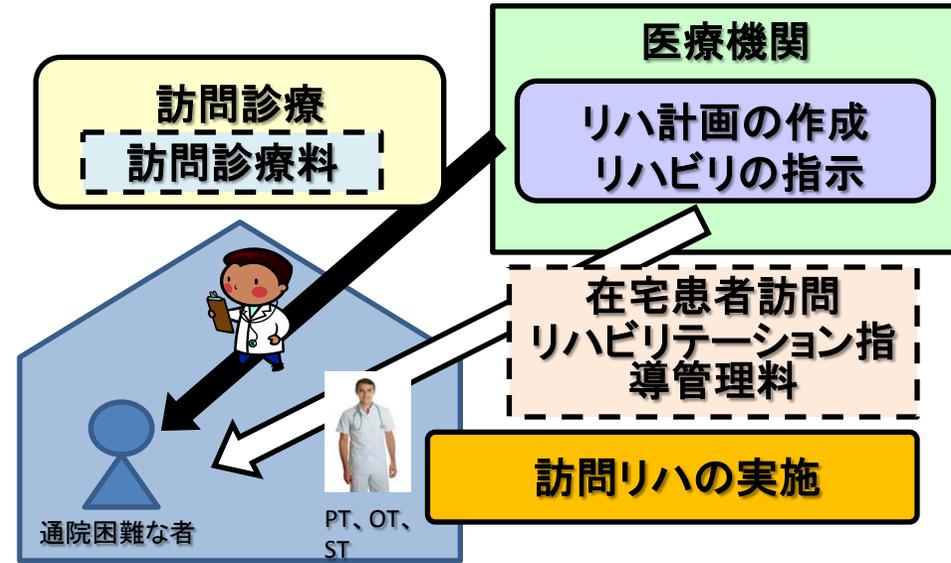


- 定期的^にリハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- リハビリ提供時に基本的な診察が前提
- 医療機関内でのリハビリ提供のため、急変時対応が訪問の場合より容易
- 訪問リハビリの患者と比較して、状態像がよい

(費用のイメージ)

$$\left[\begin{array}{c} \text{初・再診料} \\ \text{(定期的な評価)} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{c} \text{再診料} \\ \text{リハビリ料} \\ \text{(日々のリハビリ)} \end{array} \right] \times \text{リハビリ毎}$$

訪問リハビリテーション



- 定期的^にリハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- リハビリ提供時に必ずしも診察を要さない
- 居宅等でのリハビリ提供のため、急変時対応が外来の場合より困難
- 外来リハビリの患者と比較して、状態像が悪い

(費用のイメージ)

$$\left[\begin{array}{c} \text{訪問診療料} \\ \text{(定期的な評価)} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{c} \text{在宅患者訪問} \\ \text{リハビリテーション} \\ \text{指導管理料} \\ \text{(日々のリハビリ)} \end{array} \right] \times \text{リハビリ毎}$$

※上記は説明のための簡潔な模式図

17 介護施設において提供される医療 について

介護保険施設等の主な人員配置基準等

	小規模多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護 (認知症グループホーム)	特定施設入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	
1人当たり居室(宿泊室)面積	7.43㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上	
1部屋の定員数	原則個室	原則個室	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下	
主な 人員 配置 基準	医師			必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上	
	看護職員	(通い)3:1以上 (訪問)1以上 (宿泊)提供時間 帯を通じて夜勤1 以上、宿泊1以上 ※うち看護職員1 以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	6:1以上	
	介護職員		利用者100人の場 合、看護3人	入所者100人 の場合、看護3人		6:1以上	
	リハビリテーション 専門職※1				PT・OT・ST いずれかが 100:1以上	PT及びOTが 適当数	
	機能訓練指導員※2			1以上	1以上		
	生活(支援)相談員			100:1以上 (うち1名常勤)	常勤1以上 100:1以上	100:1以上	
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	1以上	1以上	1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1以上

注：特定施設入居者生活介護は、外部サービス利用型を除く。

※1：理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者

介護施設において提供される医療のイメージ

	自宅	特定施設 入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型医 療施設
手術・放射線治療 急性増悪時の医療等					
特殊な検査 (例:超音波検査など) 簡単な画像診断 (例:エックス線診断など)			医療保険で給付		
投薬・注射 検査(例:血液・尿など) 処置(例:創傷処置など)					特定診療費※2
医学的指導管理				介護保険で給付	

緊急時施設療養費※1

※1) 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

※2) 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。

例1) 簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている。

例2) 医療用麻薬、抗悪性腫瘍剤等一部の投薬・注射については、介護老人保健施設の入所者についても診療報酬を算定できる。

18 災害医療について

災害医療等のあり方に関する検討会

目的

東日本大震災後の対応の中で明らかとなった問題に対して、災害医療体制の一層の充実を図る観点から、災害医療等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催する。

検討内容

- (1) 災害医療におけるDMAT及び災害拠点病院の役割について
- (2) 災害時における医療機関等の連携について 等

構成員

井伊久美子	日本看護協会常任理事
石井 正三	日本医師会常任理事
石原 哲	医療法人社団誠和会白鬚橋病院長
生出泉太郎	日本薬剤師会副会長
大友 康裕	東京医科歯科大学救急災害医学分野教授
小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長
酒井 和好	公立陶生病院長
佐藤 保	日本歯科医師会常務理事
佐藤 裕和	岩沼市健康福祉部長
高桑 大介	蔵野赤十字病院事務部調度課長
内藤万砂文	長岡赤十字病院救命救急センター長
野原 勝	岩手県福祉保健部医療推進課総括課長
和田 裕一	国立病院機構仙台医療センター院長

検討スケジュール

- 7月13日 第1回
- 災害拠点病院等のあり方について
 - 東日本大震災での災害拠点病院の診療状況等について
- 7月27日 第2回
- 災害医療のあり方について
 - 東日本大震災での災害医療について

平成23年中 報告書とりまとめ

医療計画における災害医療の位置づけ

○ 4疾病5事業については、医療計画に明示し、医療連携体制を構築。

4 疾病

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき
省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

〈医療法施行規則第30条の28〉

- **がん**
- **脳卒中**
- **急性心筋梗塞**
- **糖尿病**

5 事業 [= 救急医療等確保事業]

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

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

・ 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

災害拠点病院指定要件と論点の整理

	現在の要件	論点案	
建物の耐震性	耐震構造を有する	耐震構造を全ての建物が有するべきか	
災害時用の通信回線	記載無し	最低限備えるべき通信手段は何か (衛星電話・衛星インターネット等)	
EMIS	原則端末を有する	災害時に確実に入力できる体制を整えるべきではないか	
自家発電機	ライフラインの維持機能を有する	自家発電機の適切な容量はどれくらいか	
水	ライフラインの維持機能を有する	診療機能に影響しないよう確保すべきか	
備蓄	食料・水	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	医薬品等	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	自家発電機等の燃料	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
流通の確保	記載無し	災害時の物資の供給が不足しない方策はあるか(関係団体との協定の締結等)	

※現在の指定要件では、「基幹災害拠点病院については、災害医療の研修に必要な研修室を有すること」となっている

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

1. 入院診療関連

(1) 看護職員の不足に対する措置

被災等による看護職員の不足に対応するため、入院基本料の算定における看護配置基準について以下のような要件緩和を行う。

	月平均入院患者数	<ul style="list-style-type: none"> 必要な看護職員数 看護職員と入院患者の比率 看護師と准看護師の比率 	看護職員の月平均夜勤時間数
通常時	直近1年間の平均値	1割以内かつ1月以内の変動は可能 (100床未満は3月以内) (従前の入院基本料を算定)	1割以内かつ3月以内の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)
緩和措置	<div style="text-align: center;">↓</div> 直近1年間の平均値 又は <u>震災後、患者数が減少した後の平均値</u>	<div style="text-align: center;">↓</div> <u>2割以内</u> の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)	<div style="text-align: center;">↓</div> <u>2割以内</u> の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)

(2) 退院の受け皿となる後方病床の不足に対する措置

津波等による被害に伴い、退院の受け皿となる後方病床が機能しておらず、入院期間が長引くことにより、震災前の入院基本料の平均在院日数要件を満たすことができなくなるため、以下の要件緩和を行う。

	月平均在院日数
通常時	1割以内かつ3月以内の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)
緩和措置	<div style="text-align: center;">↓</div> <u>2割以内</u> の変動は可能 (従前の入院基本料を算定)

(例) 一般病棟入院基本料の平均在院日数の要件

7対1 19日以内 10対1 21日以内 13対1 24日以内 15対1 60日以内

(3) 保険医療機関の全壊等に伴う入院機能の移転に対する措置

現行制度においては、保険医療機関は全ての被保険者に対して開放性を有することが必要であり、外来を行わない医療機関は保険医療機関として認めていないところ。

今回の被災により保険医療機関が全壊したことにより、従来の入院患者等を移動させて他の医療機関を利用して入院診療を行う場合には、外来を開設しなければならないが、被災地で医師が不足している現状においてはこれが大変困難となっている。このため、このような場合には、当該医療機関において外来を開いていない場合であっても、保険医

療機関として認めることとし、被災地における医師の不足を反映した取扱いとする。

2. 外来診療関連

医療機関の不足やアクセスの困難さに対する措置

現行においては、新医薬品の処方日数は、薬価収載後1年間は1回の処方につき14日分を限度としているところ。

被災地において、患者の住居の周囲にあった保険医療機関が全て機能していない場合や、最寄りの医療機関までの交通手段の無い仮設住宅に入居した場合等、やむを得ない事情がある場合においては、頻繁に医療機関を受診することが困難であるため、当該患者に対する14日間の処方制限を緩和する。（適用は9月12日から）

3. 在宅医療関連

入院機能を有する医療機関の減少による入院を要する患者に係る病床不足に対する措置

①在宅訪問診療料における算定回数の緩和措置

被災地においては、入院診療を行う医療機関が不足していることにより、通院困難な患者に対してやむをえず在宅により診療を行う場合には、在宅訪問診療料の算定可能回数について週3回を緩和し、病床の不足に対応する。

②在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費の算定回数の緩和措置

被災地においては、入院診療を行う医療機関が不足していることにより、通院困難な患者に対してやむをえず訪問看護を行う場合には、算定可能回数について週3回を緩和し、病床の不足に対応する。

③在宅医療のみを行う保険医療機関の指定

周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。

4. 歯科診療

カルテの滅失等に伴うクラウン・ブリッジ維持管理の対象部位の治療の際の措置

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出を行った保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対する治療に際して、診療録等が震災によって滅失したため（当該医療機関が原子力災害の警戒区域等であり診療録を移転先で確認できない場合も含む）、歯冠補綴物又はブリッジの装着日が不明な場合で、保険者及び患者（その家族等）のいずれへ確認を行っても装着日が不明である場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に「東日本大震災の被災により歯冠補綴物又はブリッジの装着日不明」と記載の上、当該装着日から2年が経過したものとして取り扱って差し支えないこととする。

※対象地域は岩手県、宮城県及び福島県とする

※緩和措置の期限は、当面、平成23年度末までとする

※上記の内容について9月6日付けで通知を発出したところ

なお、診療報酬改定時については、補助金や補償との役割分担をふまえ、財源の状況も含めて、震災対策に係る診療報酬の在り方について検討を行うこととする。

被災地訪問・意見交換会での主なご意見(未定稿)

要望の詳細は、整理中であり、今後変更されうる。

	算定要件の緩和に関すること	加算に関すること	その他
経営に関すること	医療従事者の流出、施設の損害に対応した施設基準の緩和をお願いしたい	診療報酬を特例的に加算して欲しい 被災地における特例加算を創設した際には、患者の自己負担や保険料・保険者の負担についての配慮も必要	後発医薬品が多すぎて、被災時に揃えられない
医療スタッフに関すること	看護師が避難してしまい、人員基準を満たせない	医師、看護師が不足しているので、被災地支援特別加算を創設して欲しい	医師や看護師が避難してしまい、医療スタッフが集まらない
	従来の医療機関が全壊。外来は仮設で再開、入院は離れた病院を活用。それぞれに人員配置を満たすことが負担。入院のみの保険医療機関が認められていないことも負担	震災により医師数が減っているため、医師事務作業補助体制加算を特定機能病院にも認めて欲しい	医師の地方勤務を義務づけて欲しい
医療提供体制に関すること	後方病床が壊滅する中で退院させることができず、在院日数が長めになり、算定要件を満たせなくなってしまう 訪問診療を行う際の制限(訪問回数制限)の緩和をお願いしたい		新薬の処方制限は14日以内とされているが、仮設住宅に住んでいる方などは交通機関がなくなり、医療機関まで通えないので、処方日数制限の緩和が必要
その他	カルテが流された場合など、クラウン・ブリッジ維持管理料の算定要件を緩和して欲しい	電源対策、カルテの2重保存などを評価して欲しい 原発への不安加算、危険加算を創設して欲しい	一部負担金支払い免除の期間延長

中医協委員の被災地の医療関係者への訪問・意見交換について

概要

- ・ 8月1日から3日まで会長及び公益委員、一号側委員、二号側委員及び保険局職員が参加し、岩手県、宮城県、福島県の3県を訪問した。
- ・ 被災地の医療関係者や自治体等の方々から直接お話をお聞きするとともに、仮設診療所、仮設住宅、避難所などにも訪問した。
- ・ 被災地の医療関係者からのご意見・ご要望については、「医療従事者（特に医師）が不足している」、「診療報酬制度でも支援していただきたい」といった共通なものがあった。一方で、中核病院が被災した地域、後方病床を有する医療機関が被災した地域、原発の影響がある地域などそれぞれの地域ごとの特色がみられた。
- ・ また、要望の内容については、社会の在り方・医療全般に関する総合的な要望から、具体的な診療報酬の点数に関するものまで様々であった。

未定稿

第 20 回社会保障審議会医療部会 (23 年 7 月 20 日) 各委員の発言要旨

1 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6 年に 1 回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(邊見委員)

2 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(日野委員)
- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、どのような議論が行われたのかも分からない。それを基本方針の中に反映させる意味があるのか。(中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(光山委員)

3 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成 24 年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成 24 年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基

本方針とすべき。(西澤委員)

- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(斎藤部長)
- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(小島委員 (伊藤参考人))

4 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作りたい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。(横倉委員)
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価の仕方をすべき。(相澤委員)
- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護という地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(部会長代理)
- ・ 診療所の機能の一つに、いわゆる日常生活の療養指導を確実にやっていただく機能を求めていきたい。(斎藤 (訓) 委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないかと。(水田委員)
- ・ 登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医というのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(横倉委員)

5 医療従事者の勤務状況について

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。(横倉委員)
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。(小島委員 (伊藤参考人))

6 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(近藤委員)

7 その他

- 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(中川委員)
- 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(中川委員)
- 皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(小島委員 (伊藤参考人))
- 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(高智委員)
- 診療報酬と医療計画がある程度連動性をもっていくという方向で検討すべき。(光山委員)
- 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(海辺委員)
- 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。(山本委員 (森参考人))
- 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(山崎委員)
- 昭和23年に40対1となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(部会長)
- 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(樋口委員)

(参考：未定稿)

第44回社会保障審議会医療保険部会(23年7月21日) 各委員の発言要旨

1 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(高原委員)

2 改定率・改定時期について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(斎藤委員)
- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(逢見委員)
- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということ考えると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(逢見委員)

3 薬剤関連

- ・ DPCに含まれている薬剤費はカウントされないので、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。(高原委員)
- ・ 後発品の薬価は安いですが、実際には加算があつて、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。(高原委員)

- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販薬医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があつて、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。(安部委員)

4 その他

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。(岡崎委員)

目次

- 歯科口腔保健の推進に関する法律の概要・・・・・・・・・・ 1
- 第22回社会保障審議会(平成23年8月29日)提出資料(抄)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 復興に向けたロードマップについて(抄)・・・・・・・・・・ 6

< 歯科口腔保健の推進に関する法律の概要 >

歯科口腔保健の推進に関する法律の概要

- 口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割
- 国民の日常生活における歯科疾患の予防に向けた取組が口腔の健康の保持に極めて有効

国民保健の向上に寄与するため、歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持(以下「歯科口腔保健」)の推進に関する施策を総合的に推進

基本理念

- ① 国民が、生涯にわたって日常生活において歯科疾患の予防に向けた取組を行うとともに、歯科疾患を早期に発見し、早期に治療を受けることを促進
- ② 乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期における口腔とその機能の状態及び歯科疾患の特性に応じて、適切かつ効果的に歯科口腔保健を推進
- ③ 保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育その他の関連施策の有機的な連携を図りつつ、その関係者の協力を得て、総合的に歯科口腔保健を推進

責務

- ①国及び地方公共団体、②歯科医師、歯科衛生士等、③国民の健康の保持増進のために必要な事業を行う者、④国民について、責務を規定

歯科口腔保健の推進に関する施策

- ① 歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発等
- ② 定期的に歯科検診を受けること等の勧奨等
- ③ 障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策等
- ④ 歯科疾患の予防のための措置等
- ⑤ 口腔の健康に関する調査及び研究の推進等



実施体制

基本的事項の策定等

国：施策の総合的な実施のための方針、目標、計画その他の基本的事項を策定・公表
都道府県：基本的事項の策定の努力義務

口腔保健支援センター

都道府県、保健所設置市及び特別区が設置〔任意設置〕
※センターは、歯科医療等業務に従事する者等に対する情報の提供、研修の実施等の支援を実施

※国及び地方公共団体は、必要な財政上の措置等を講ずるよう努める。

厚生労働省：関係部局との横断的な連携が必要なため「歯科口腔保健推進室」を設置

<第22回社会保障審議会(平成23年8月29日)
提出資料(抄)>

医療・介護改革①

～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～

社会保障と税の一体改革成案における該当部分の抜粋

○ 社会保障改革の具体策、工程及び費用試算(抜粋)

Ⅱ
医
療
・
介
護
等
①

A 充実(金額は公費(2015年))

B 重点化・効率化(金額は公費(2015年))

○ 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～

- ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等)
- ・ 在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等) (8,700億円程度)

+

+

- ・ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等
- ・ 施設のユニット化 (2,500億円程度)

- ・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ (2,400億円程度)

- ・ 平均在院日数の減少等 (▲4,300億円程度)
- ・ 外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等) (▲1,200億円程度)
- ・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減

- ・ 介護予防・重度化予防
- ・ 介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)



・上記を踏まえ、診療報酬・介護報酬の体系的見直しについては、平成24年度以降順次実施。
また、基盤整備のための一括的な法整備については、平成24年を目途に法案を提出。

・主な検討の場の検討事項、最近の開催状況、今後のスケジュールは以下のとおり。

【社会保障審議会医療部会】

- 主な検討事項 ・病院・病床の機能、地域における医療機関間や医療・介護間の連携、医療計画、在宅医療の推進 等
- 最近の開催状況 ・昨年10月より、計9回開催され、病床区分の在り方などの議論が行われている。直近では7月20日に開催。
・本年7月に一体改革成案について報告。
- 今後のスケジュール ・引き続き議論を進め、年内を目途に制度改革案及び診療報酬改定の基本方針をとりまとめる予定。

【社会保障審議会医療保険部会】

- 主な検討事項 ・一体改革成案の内容の具体化と診療報酬改定の基本方針について議論を行う。
- 最近の開催状況 ・本年7月に一体改革成案について報告。
- 今後のスケジュール ・引き続き議論を進め、年内を目途に診療報酬改定の基本方針をとりまとめる予定。

【中央社会保険医療協議会】

- 主な検討事項 ・診療報酬改定の基本方針に基づき、医療と介護の連携、医療機能の分化、基本診療料のあり方、慢性期入院医療のあり方、病院勤務医等の負担軽減等に関して、診療報酬点数の改定案の審議を行う。
- 最近の開催状況 ・平成22年改定以降、概ね月2回程度のペースで審議を実施。
- 今後のスケジュール ・社会保障審議会から示される改定の基本方針を受け、改定に向けた議論を進める。

【社会保障審議会介護保険部会・介護給付費分科会】

- 主な検討事項 ・地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等
- 最近の開催状況 ・介護保険部会において、これらの議題について議論し、昨年11月に「介護保険制度の見直しに関する意見」をとりまとめ。
・それを受けた介護保険法等の改正により、24時間定期巡回・随時対応型サービス等を創設（平成24年4月施行）
・介護給付費分科会は、本年4月より、計7回開催し、新設するサービスの報酬の在り方、リハビリ・軽度者への対応、認知症への対応等について議論。
- 今後のスケジュール ・引き続き、平成24年度改定に向けた議論を進めるとともに、必要な検討を行う。

<復興に向けたロードマップについて(抄)>

復興に向けたロードマップについて(抄)

- 医療の復興
- 介護の復興
- 公衆衛生の復興
- 食品の安全確保
- 地域福祉の復興
- 障害児・者支援の復興、心のケア・地域精神医療の充実
- 子ども・子育ての復興
- 雇用の復興
- 労働者の労働条件・安全衛生等の確保



平成23年9月9日
厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

医療の復興に向けた施策ロードマップ

分野・段階ごとの達成目標
 予算措置以外
 予算措置
 (23…23年度当初、24…24年度当初、23①、②、③…23年度一次補正、二次補正、三次補正)

		一次・二次補正	三次補正	24年度以降～	復興基本方針等
医療提供体制の再構築	(1) 医療施設の整備	<p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">避難所等への医療提供</p> <p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">当面の医療機能の確保 ※現地点で復旧</p> <p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">新たな医療提供体制への再編 ※全壊病院を中心に機能の集約、連携等を検討(県等との調整)</p> <p>23① 約50箇所(7月26日時点) ※基準額を超える部分などについては、地域医療再生基金を活用</p> <p>23① 復旧</p> <p>23③ 一次補正不足分の追加</p> <p>23③ 地域医療再生基金の積み増し</p> <p>23③ 被災県による医療分野の復興計画(8月下旬以降、順次)</p> <p>23② 医療機関の二重ローン救済 利率の引き下げ等(約500件の融資実績)</p> <p>23③ 被災地向け在宅医療連携拠点事業(地域医療再生基金の積み増し分)の実施 ※24年度も実施(箇所数は未定)</p> <p>地域全体の被災状況や復興計画などを勘案し、復旧費又は地域医療再生基金を活用</p> <p>連動</p> <p>再編</p> <p>仮設診療所等の整備</p> <p>医療施設等の復旧整備</p> <p>医療提供体制の再編</p> <p>(病院の被災状況) ・全壊10箇所 ・一部損壊290箇所 ※被災3県の21/23二次医療圏で発生</p> <p>在宅医療の推進</p> <p>仮設診療所等の役割は、仮設住宅への入居状況、医療機関等の復旧・復興に伴い、終息へ ・建物は解体、診療機能は、復旧する医療機関などへ引継ぎ</p>			<p>○病院・病床機能の分化・強化、集約、連携</p> <p>○「急性期、亜急性期、回復期リハ」、「在宅医療」という医療機能の切れ目のない連携の下に、入院期間の短縮と在宅医療への流れを推進</p>
	(2) マンパワーの確保	<p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">当面の被災地の医療従事者の確保</p> <p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">被災地での医療従事者の育成・確保(中期的)</p> <p>関係団体、都道府県等から派遣 被災者健康支援連絡協議会も活用</p> <p>23① 重点分野雇用創造事業の活用</p> <p>23③ 地域医療再生基金(22年度補正)の活用</p> <p>23 地域医療支援センター 岩手・福島に設置(23年度) ※短期的には、重点分野雇用創造事業と地域医療再生基金を併用することで人材確保・流出防止策を実施 中長期的には、地域医療支援センターが中心となって、地域医療再生基金も活用しながら安定的な人材を確保</p> <p>医療チームの派遣</p> <p>被災地での人材確保・流出防止策</p>			<p>○地域医療支援センターを拠点として、偏在を解消しつつ、地域における医療従事者を育成・確保</p> <p>○チーム医療の推進により、医師の業務負担を軽減しつつ、質の高い医療サービスを効率的に提供</p>
	(3) 診療情報の整備	<p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">診療情報の共有化</p> <p>診療情報共有の基盤整備</p> <p>23③ 情報連携基盤の整備(全壊等により医療機能が大きく低下した地域を対象(箇所数は未定)) ※医療提供体制復興のための基金のメニューとして位置付け (注)情報基盤整備については、セキュアなネットワークを確保しつつ整備</p>			<p>○医療機関における情報化を推進し、医療機関間の切れ目のない連携を実現</p>
	(4) 災害医療体制の整備	<p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">医療施設等の防災対策の推進</p> <p>●被災3県以外も含む</p> <p>災害時の拠点の整備、耐震強化等</p> <p>災害医療等のあり方検討 2011.07～検討会開催(年内目途でとりまとめ)</p> <p>23③ 耐震化基金の積み増し・衛星電話の整備等</p>			<p>○東海、南海、首都圏直下型等の災害も想定した全国の災害医療体制を整備</p>

(注) 全国の災害拠点病院618箇所(被災3県は33箇所)

医療の復興に向けた施策ロードマップ

分野・段階ごとの達成目標
 予算措置 (23…23年度当初、24…24年度当初、
 23①、②、③…23年度一次補正、二次補正、三次補正)

		一次・二次補正	三次補正以降	24年度以降～	復興基本方針等
医療提供体制の再構築	(5) 一部負担金及び保険料の免除等	被災者に対する配慮			○被災者が安心して保健・医療等を受けられるよう、環境整備を進める。
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">一部負担金及び保険料の免除等</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">保険者への財政支援</div>	東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律の制定 ● 23①	→		
(6) 診療報酬の特例措置	被災地の医療機関等に対する配慮			○被災者が安心して保健・医療等を受けられるよう、環境整備を進める。	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">算定要件の緩和</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">加算措置</div>	当面の間、実施。 補助金や補償との役割分担を踏まえ、改定時まで検討。	→		-----> 必要に応じ、緩和措置を継続。 ----->

医療の復興に向けた施策の方針

分野ごとの考え方

(1) 医療施設の整備

- まず仮設診療所等の整備、医療機関等の復旧等により当面の医療機能を確保した上で、次に都道府県のプランづくりとそれに対する支援等をとおして中長期的な医療提供体制の再編を図る(8月下旬以降、被災県の復興計画の中で具体化)。具体化に当たっては、復興の主体である県、関係市町村等の打ち出す方向性について、国が助言し、調整を進める。その際、全半壊した医療機関のすべてを単に復旧するのではなく、医療機能の集約・連携、在宅医療の推進等の方向性を踏まえ、新たな医療提供体制のモデルとなるような形での復興を目指す。

(2) マンパワーの確保

- 関係団体等からの医療チームの派遣(各県内での対応を基本へ)や被災地からの人材流出防止に向けた取組により当面の被災地の医療従事者を確保。中長期的には、地域医療支援センター、地域医療再生基金を活用し医師の地域偏在の解消も考慮しながら、被災地における医療従事者の育成・確保を進める。

(3) 診療情報の整備

- ネットワークの安全性を確保しつつ、情報連携基盤を整備することにより診療情報の共有化を進めもって医療機関間の連携を推進する(全壊により医療機能が大幅に低下した地域を対象)。

(4) 災害医療体制の整備

- 災害に強い地域医療体制の検討(災害拠点病院の在り方を含む。)を行い、個々の医療機関の耐震性の強化と合わせて、首都圏直下型等の災害も想定した全国の災害医療体制の整備を進める。

(5) 医療復興に向け、県・市町村及び国が協働して、街づくりの在り方等地域の实情に即した医療提供体制の在り方を検討し、各県にて、8月下旬以降、順次復興計画を策定し、復興後の具体像とスケジュールを明らかにしていく。

(6) 医療機関等を受診した際の一部負担金等の免除

- 住宅が全半壊等した方、主たる生計維持者が死亡又は行方不明の方、原発の事故に伴う政府の避難指示等の対象となっている方などは、被災地以外の市町村に転入した場合を含めて、医療機関に一部負担金等の自己負担を支払わずに受診することができることとしている。(来年2月末まで。入院時食事療養費等の標準負担額の免除措置については、来年2月末までの間で別途定める期限までの間(当初は8月末までを予定していたが、9月以降も当面、実施)。)

(7) 保険料の免除等

- 震災により、従業員に対する報酬の支払いに著しい支障が生じている事業所等や、主たる生計維持者の住宅が全半壊等した世帯等の保険料の減免、徴収猶予及び納期限の延長を実施。

(8) 保険者への財政支援

- 一部負担金の免除や、保険料の減免を行った保険者への財政支援措置を実施。

(9) 医療機関等への配慮

- 医療機関等は、免除した一部負担金等を含め診療に要する費用の全額(10割)を審査支払機関に請求できることとしている。
- また、被災者の方を数多く受け入れた医療機関等については、医療法上の許可病床数を大幅に超過して入院患者を受け入れた場合や、看護師の配置基準を満たさなくなった場合、入院患者の平均在院日数が基準を超えることとなった場合であっても、入院料の減額措置を行わないこととしている。

補正予算等での対応

- 一次補正、二次補正では仮設診療所等の整備、医療機関等の復旧など、当面の医療機能の確保を進めた(約50箇所)。
- また、東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律、一次補正及び事務連絡により、医療保険制度においても前述の措置を実施。
- ★○ 三次補正では医療機関等の復旧や医療従事者の確保など当面の医療機能の確保に加え、都道府県による医療分野の復興計画の実現のための地域医療再生基金の積み増しをするなどにより、情報連携基盤を整備・活用しながら、効果的・効率的な医療提供体制の再構築を進めるとともに、医療機関等の防災対策を進める。
- 被災地における診療報酬の算定要件の更なる緩和措置については、事務連絡により、入院基本料の算定における看護配置基準の緩和などを9月上旬に実施したところ。また、被災地における診療報酬の加算措置について、補助金や補償との役割分担を踏まえて、財源も含めて改定時まで検討。