

後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子（案）

第 1 基本的考え方

- 1 後発医薬品の使用促進のための環境整備としては、これまで、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、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等の取組を行ってきた。
後発医薬品の使用割合は着実に増加してはいるものの、政府目標の達成のためには一層の使用促進が必要であり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。
- 2 これらの状況を踏まえ、平成 24 年度診療報酬改定においては、これまでの中央社会保険医療協議会総会及び診療報酬改定結果検証部会における議論に基づき、後発医薬品の更なる使用促進のために、以下のような環境整備を行うこととしてはどうか。
- 3 なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の範囲については、平成 22 年 4 月以降、先発医薬品の薬価より高い品目を除外してきたところであるが、平成 24 年 4 月以降は、これに加え、先発医薬品の薬価と同額の品目についても、除外することとする。

第 2 具体的内容

- 1 保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し
 - (1) 現在、後発医薬品調剤体制加算として、後発医薬品の使用割合（数量ベース）が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用しているところである。
検証部会の調査結果では、保険薬局における使用割合は増加している一方で、当該加算を算定している保険薬局は約半数にとどまり、対応が二極化していることにかんがみ、当該加算の要件を 22%以上、

30%以上及び 35%以上に改めるとともに、評価については、軽重をつけることとする。

(2) なお、現状、「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」は、1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きいため、数量が大きく算出されること、かつ後発医薬品が存在しないことから、後発医薬品の使用割合（数量ベース）を算出する際に除外しているところであるが、同様の観点から、「漢方製剤」及び「生薬」についても除外することとする。

2 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に関する情報提供

ジェネリック医薬品軽減額通知には一定の効果がみられているものの、検証部会の調査結果では実際に受取っている患者はまだ少ない。

また、保険薬局で後発医薬品への変更を希望していながら、「後発医薬品がない薬であること」や「既に後発医薬品が処方されていること」を知らない場合がある。

このため、後発医薬品に関する情報提供を充実させる手段として、保険薬局での調剤に際し患者に渡される「薬剤情報提供文書」を活用して後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格、在庫情報）を提供した場合に、薬学管理料の中で評価を行うこととする。

3 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

現在、後発医薬品使用体制加算として、医療機関の薬剤部門が後発医薬品の使用を促進するための体制を整えるとともに、後発医薬品の採用品目数の割合が 20%以上の医療機関について、診療報酬上の評価を行っているところである。

医療機関における使用を更に促進するためには、医療関係者や患者の信頼を確保することが重要であり、「後発医薬品の品質確保」について、これまでのアクションプログラムに基づく取組に加え、更なる取組を行う必要がある。（5 後発医薬品の品質確保 参照）

その上で、このような取組と併せて、当該加算の要件（採用品目数の割合 20%以上）に「30%以上」の評価を加えることとする。

4 一般名処方の推進及び処方せん様式の変更等

- (1) 検証部会の調査結果では、保険薬局が後発医薬品への変更を進めるための要件として「一般名処方が普及すること」との回答が最も多かった。保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する場合には、一般名による処方を行うことを推進することとする。
- (2) なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。
- (3) 現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更することとする（別紙）。

5 後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、これに加え、以下の取組についても実施する。

厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する（その中で、例えば、先発医薬品と後発医薬品の「賦形剤」は異なること等について説明する）。

ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

(別紙) 新たな処方せんの様式(案)

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

様式第二号 (第二十三条関係)

公費負担者番号		保 険 者 番 号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女	電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名	(印)			
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	-----------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
--------	------	---

現行の「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄を廃止し、個々の処方薬について変更の可否を明示する

備 考	保険医署名
--------	-------

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

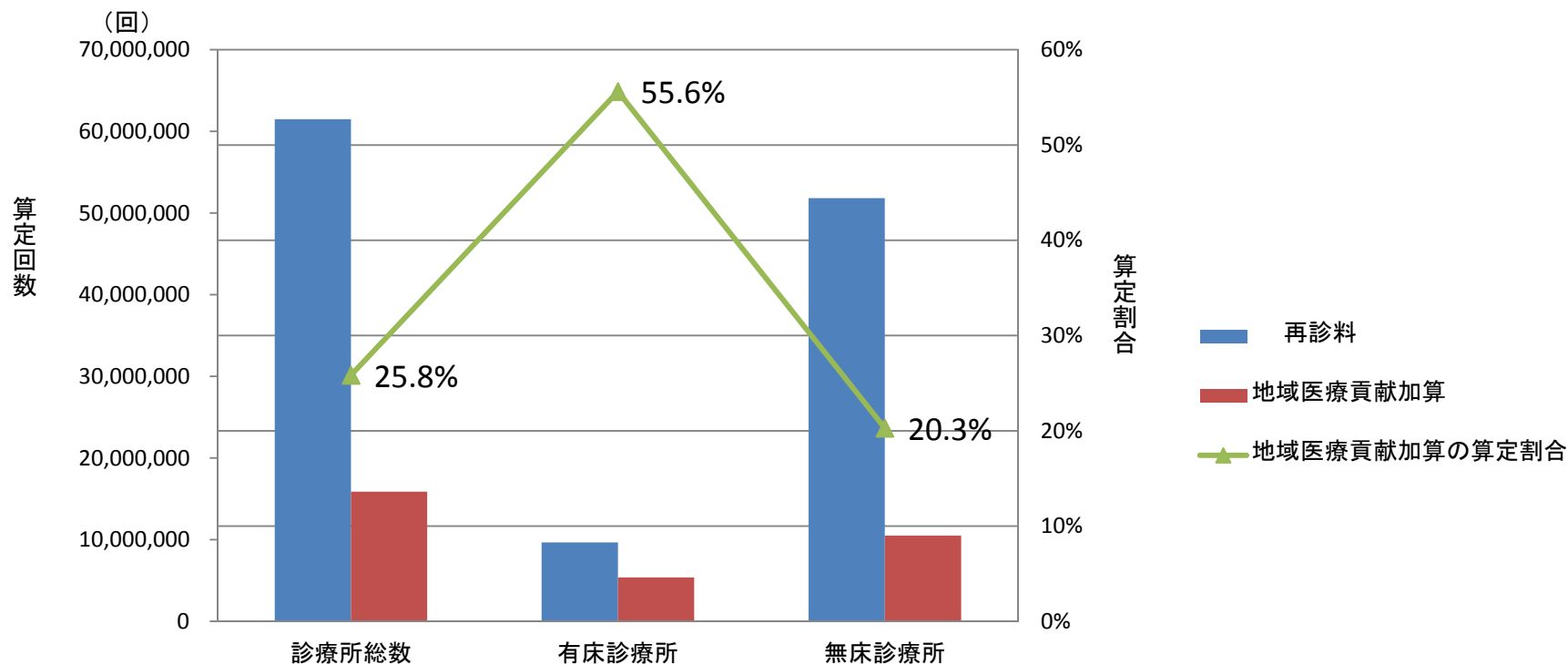
宿題事項について

平成23年12月14日

地域医療貢献加算に係る診療報酬の算定回数

御指摘事項：有床診療所は地域医療貢献加算が取りやすいと考えられるが、無床診療所にとってどのような状況だったのか示してほしい。（鈴木委員）

地域医療貢献加算の診療所の種別算定回数について



(注)再診料は、電話等による場合、同日再診、同日電話等再診を含む

出典：平成22年社会医療診療行為別調査

糖尿病に関する指導管理の主な評価について

	診療報酬項目	算定対象	点数	対象施設
投薬	特定疾患処方管理加算 (処方料、処方せん料の加算) (プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を評価したもの。)	◆ 糖尿病等の疾患をもつ入院中の患者以外の患者に対して処方を行った場合 ※特定疾患 悪性新生物、糖尿病、高血圧性疾患、胃潰瘍等	65点/月 (28日間以上の処方) 又は 18点/月2回	診療所 病院 (200床未満)
	特定疾患療養管理料 (プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したもの。)	◆ 治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月に2回に限り算定	診療所 225点 病院(100床未満) 147点 病院(200床未満) 87点	診療所 病院 (200床未満)
医学管理等	生活習慣病管理料 ※ 糖尿病合併症管理料以外の医学管理等、検査、投薬、注射、病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれる	◆ 患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定(入院中の患者を除く) ◆ 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合 (別途療養計画書有り)	処方せんを交付する場合 800点/月 処方せんを交付しない場合 1200点/月	診療所 病院 (200床未満)
	糖尿病合併症管理料	◆ 糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	170点/月	診療所 病院
	外来・入院栄養食事指導料	◆ 糖尿食等の特別食を必要とするものに対し、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、月1回(入院中は2回)に限り算定する。	130点	診療所 病院

御指摘事項：糖尿病に関する診療報酬の算定件数について示してほしい。(小林委員)

糖尿病に関する主な診療報酬の算定回数

糖尿病に係る投薬・医学管理等の算定回数について

	点数	回数		
		平成20年	平成21年	平成22年
処方料 特定疾患処方管理 加算 (処方期間28日未満)	18点	6,508,989/月	5,681,571/月	5,226,823/月
処方料 特定疾患処方管理 加算 (処方期間28日以上)	65点	3,767,206/月	4,183,497/月	4,016,676/月
処方せん料 特定疾患処方管理 加算 (処方期間28日未満)	18点	6,220,488/月	6,577,563/月	6,008,153/月
処方せん料 特定疾患処方管理 加算 (処方期間28日以上)	65点	6,144,576/月	7,920,319/月	7,677,579/月
特定疾患療養管理料 (診療所)	225点	17,308,488/月	18,905,157/月	18,328,829/月
特定疾患療養管理料 (許可病床数が100床未満の病院)	147点	1,857,275/月	1,901,053/月	1,700,208/月
特定疾患療養管理料 (許可病床数が100床以上200床未満の病院)	87点	1,835,988/月	1,877,120/月	1,547,660/月
生活習慣病管理料1 処方せんを交付する (糖尿病)	800点	32,284/月	35,828/月	46,745/月
生活習慣病管理料2 処方せんを交付しない (糖尿病)	1,280点	11,158/月	2,636/月	16,631/月
外来栄養食事指導料	130点	218,967/月	226,832/月	170,761/月
入院栄養食事指導料	130点	85,261/月	72,448/月	88,646/月
集団栄養食事指導料	80点	17,496/月	13,572/月	21,155/月
糖尿病合併症管理料	170点	612/月	6,676/月	5,590/月

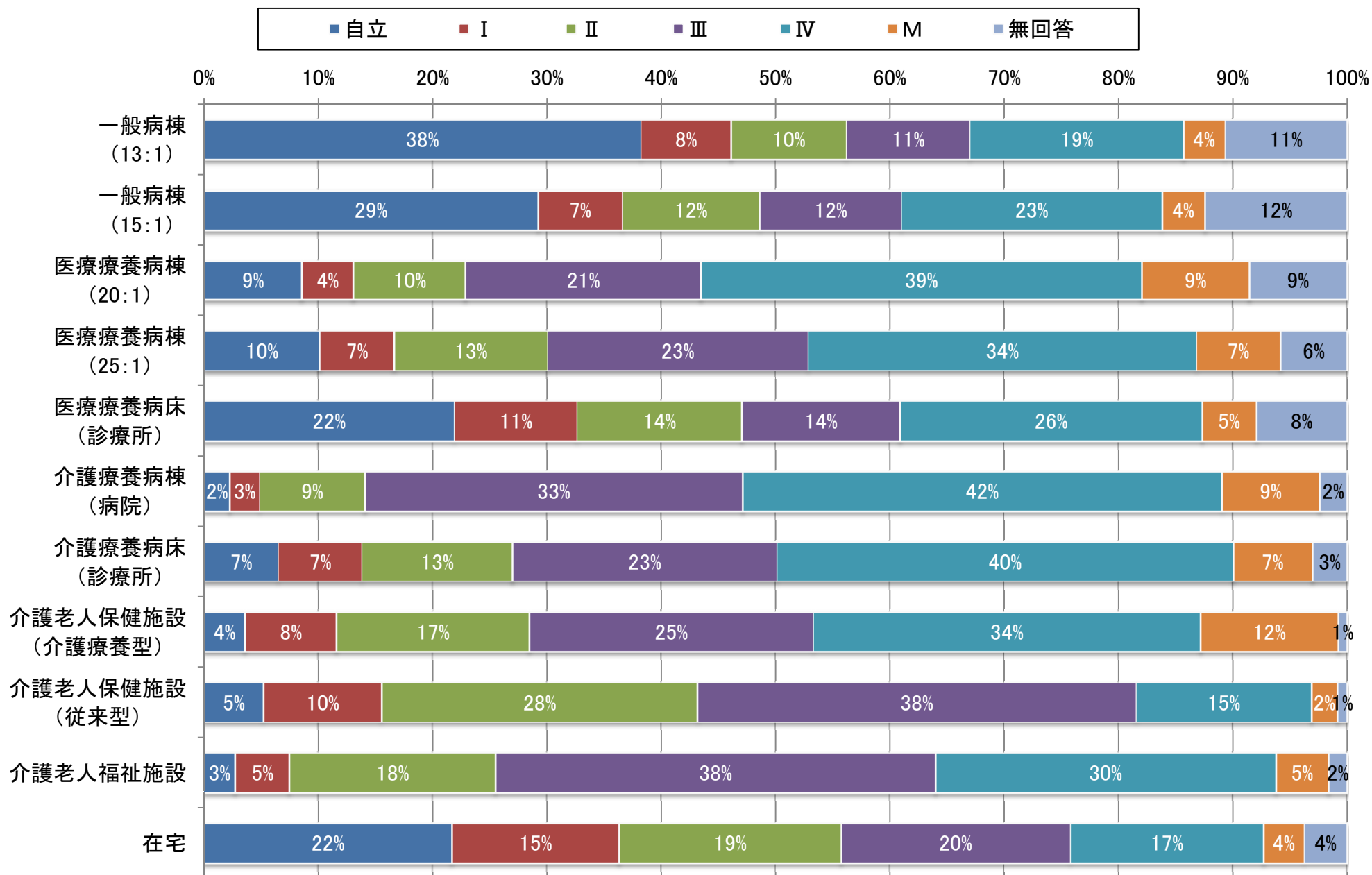
出典：平成22年社会医療診療行為別調査

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
a	家庭外で上記 の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
b	家庭内でも上記 の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
a	日中を中心として上記 の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
b	夜間を中心として上記 の状態が見られる。	ランク aに同じ
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

御指摘事項：認知症高齢者の日常生活自立度の分布を示してほしい。(白川委員)

「認知症高齢者の日常生活自立度」の施設ごとの分布



「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

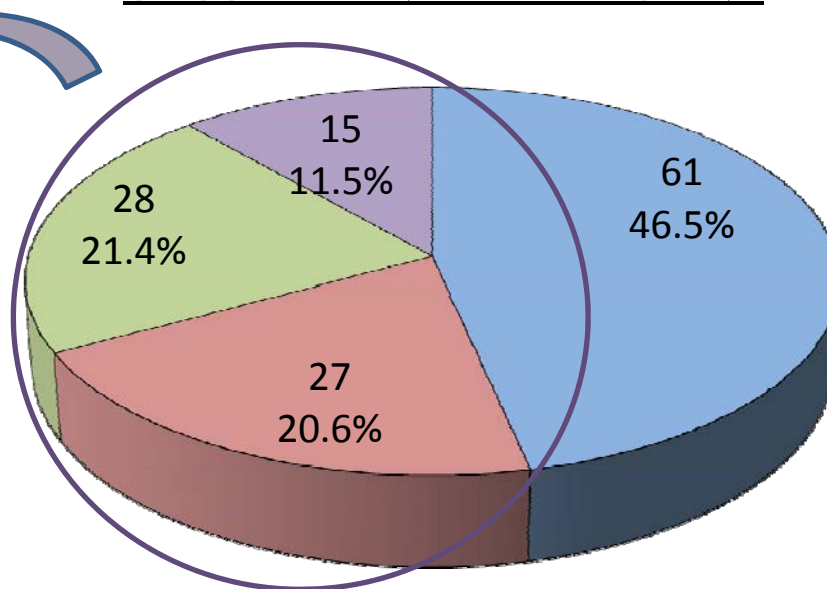
認知症疾患医療センターの状況

御指摘事項: 認知症の診療を行っている神経内科医の割合及び認知症疾患医療センターの精神科単科病院と総合病院の割合を示してほしい。(嘉山委員)

精神病床数別の施設数

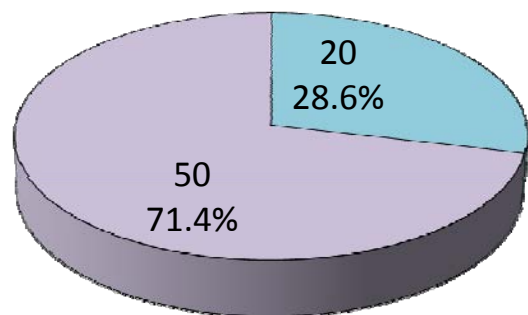
N=131
(平成23年10月1日現在)

- 精神病床のみ
- 精神病床半分以上
- 精神病床半分以下
- 精神病床なし



神経内科標榜の有無

N=70



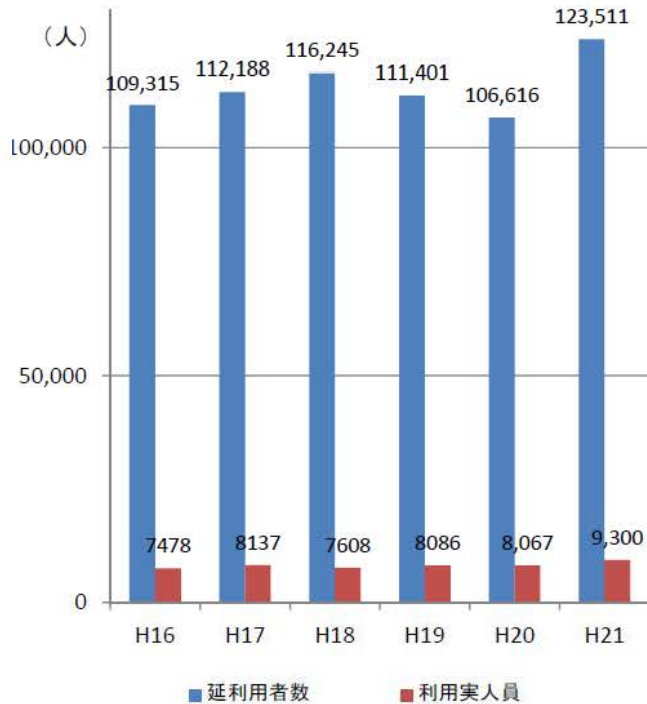
- 標榜なし
- 標榜あり

精神・障害保健課調べ

重度認知症患者デイ・ケア料 1,040点

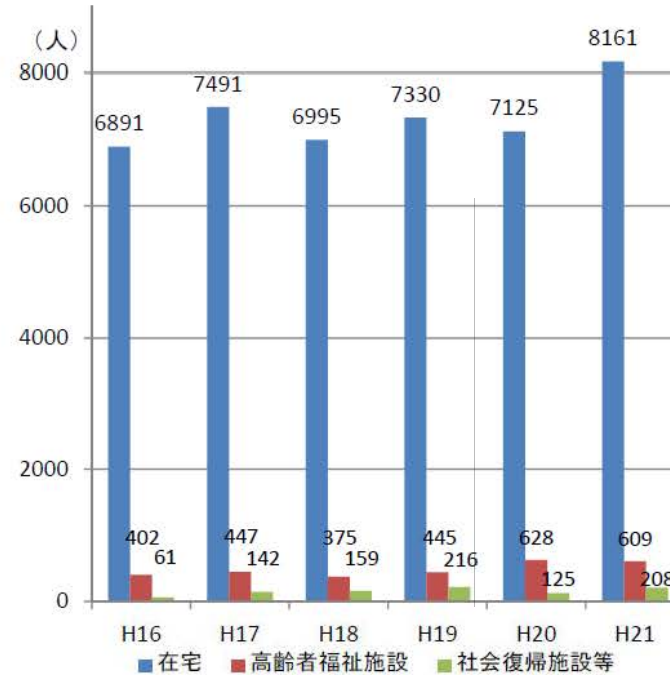
- 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、1日につき6時間以上行った場合に算定する
- 精神科医1人以上、専従の作業療法士及び看護師がそれぞれ1人以上、専従の精神科病棟の勤務経験がある看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれかが1人以上勤務していること

重度認知症患者デイ・ケアの利用患者数



※各年1ヶ月間の総利用者数、利用実人員
※平成16・17年は老人性痴呆疾患デイ・ケア

重度認知症患者デイ・ケア利用実人員の居住地



※高齢者福祉施設とは、介護保険における施設サービス、高齢対象グループホームを指す。
※社会復帰施設の他にグループホーム、ケアホーム、障害者支援施設、福祉ホームB型を含む
※各年1ヶ月間の総利用者数、利用実人員
※平成16・17年は老人性痴呆疾患デイ・ケア
精神障害保健課調べ

御指摘事項: 重度認知症患者デイケアで行う医療の具体的な内容について示してほしい。
(北村委員)

重度認知症患者デイ・ケアプログラムの医療行為について

医師、あるいは医師の指示のもと看護師が下記の医療行為を行う。

薬剤管理

○糖尿病で、インスリン注射が必要な通所者の場合、在宅での自己管理が困難なため、デイケアでインスリン注射を行う等、在宅医療の管理も行っている。

○服薬コンプライアンスが不良の患者が多く、他科(内科等)の処方薬もデイ・ケアで預かり、必要な場合、かかりつけの内科医等と連携して、通所時間内の服薬に変更し管理している。

糖尿病、高血圧等の管理

○糖尿病の通所者では、高血糖や低血糖を予防するため、必要に応じて血糖測定等を行う。

○高血圧の通所者では、血圧の変動に応じて血圧測定を行い、状態観察や服薬調整を行う。

皮膚科処置等

○独居者が多く、家庭で行うように指示されている処置ができていない、また外傷に気付いていないこともあり、医師の指示のもと看護師が処置を行っている。

緊急的な対応

○認知症患者は、適切な室温コントロールや十分な水分摂取が難しいため、特に夏等は脱水症が起こりやすく点滴等を行うことがある。

重度認知症患者デイ・ケアプログラムの作業療法について

作業療法士が個々の通所者に合わせて行う個別プログラムと、グループで行うグループプログラムを実施する。

個別プログラム(例)

課題プリント

漢字の読み・書き、1桁の計算問題等

ADL訓練

入浴、更衣等

趣味・役割活動

洗濯物干し、掃除、パズル等

グループプログラム(例)

現実見当を促す活動

Reality Orientation法

回想

回想ゲーム、写真回想

粗大な身体運動

歌体操、風船バレー等

平成22年診療報酬改定 非定型抗精神病薬加算

- 統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度にしていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価

非定型抗精神病薬加算(1日につき)

10点



非定型抗精神病薬加算(1日につき)

非定型抗精神病薬加算1 15点

非定型抗精神病薬加算2 10点

※以下の特定入院料への加算

A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料

A311-3精神科救急・合併症入院料、A312精神療養病棟入院料

〔算定要件〕

- (1)非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が2種類以下であること
- (2)非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合

御指摘事項:精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料に対する非定型抗精神病薬加算1の算定割合を示してほしい。(小林委員)

非定型抗精神病薬加算に関する診療報酬の算定回数①

精神科救急入院料における非定型抗精神病薬加算の算定回数について

	点数			回数		
	平成20年	平成21年	平成22年	平成20年	平成21年	平成22年
精神科救急入院料 合計				28,884回/月	70,620回/月	68,338回/月
精神科救急入院料 非定型抗精神病薬治療管理 加算	10点	10点	/	14,059回/月 (48.7%)	29,913回/月 (42.4%)	/
精神科救急入院料 非定型抗精神病薬 加算1(2種類以下)	/	/	15点	/	/	40,924回/月 (59.9%)
精神科救急入院料 非定型抗精神病薬 加算2(1以外)	/	/	10点	/	/	2,405回/月 (3.5%)

精神科急性期治療病棟入院料における非定型抗精神病薬加算の算定回数について

	点数			回数		
	平成20年	平成21年	平成22年	平成20年	平成21年	平成22年
精神科急性期治療病棟入院料 合計				256,887回/月	243,415回/月	175,910回/月
精神科急性期治療病棟入院料 非定型抗精神病薬治療管理 加算	10点	10点	/	97,261回/月 (37.9%)	96,220回/月 (39.5%)	/
精神科急性期治療病棟入院料 非定型抗精神病薬 加算1(2種類以下)	/	/	15点	/	/	77,955回/月 (44.3%)
精神科急性期治療病棟入院料 非定型抗精神病薬 加算2(1以外)	/	/	10点	/	/	8,580回/月 (4.9%)

出典：平成22年社会医療診療行為別調査

非定型抗精神病薬加算に関する診療報酬の算定回数②

精神療養病棟入院料における非定型抗精神病薬加算の算定回数について

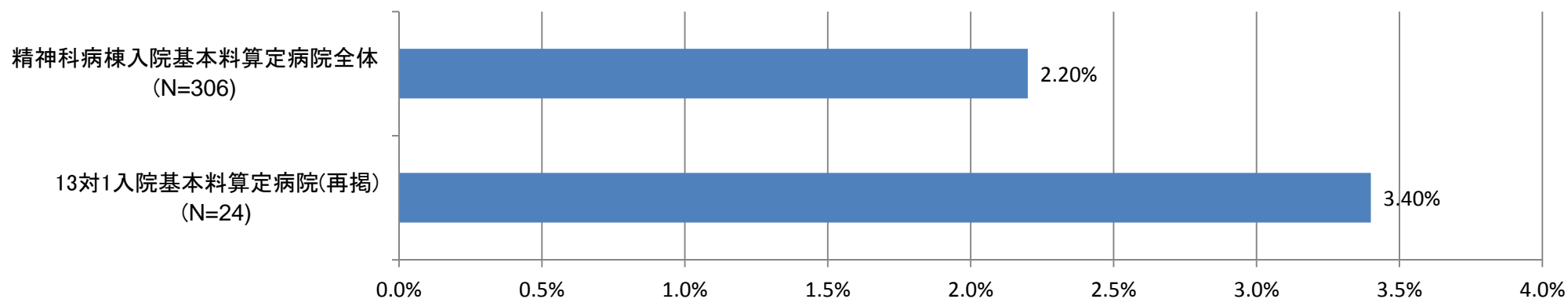
	点数			回数		
	平成20年	平成21年	平成22年	平成20年	平成21年	平成22年
精神療養病棟入院料	1,090点	1,090点	1,050点	2,442,088回/月	2,205,362回/月	2,515,462回/月
精神療養病棟入院料 非定型抗精神病薬治療管理 加算	10点	10点	/	1,067,557回/月 (43.7%)	992,178回/月 (45.0%)	/
精神療養病棟入院料 非定型抗精神病薬 加算1(2種類以下)	/	/	15点	/	/	997,533回/月 (39.7%)
精神療養病棟入院料 非定型抗精神病薬 加算2(1以外)	/	/	10点	/	/	236,375回/月 (9.4%)

出典：平成22年社会医療診療行為別調査

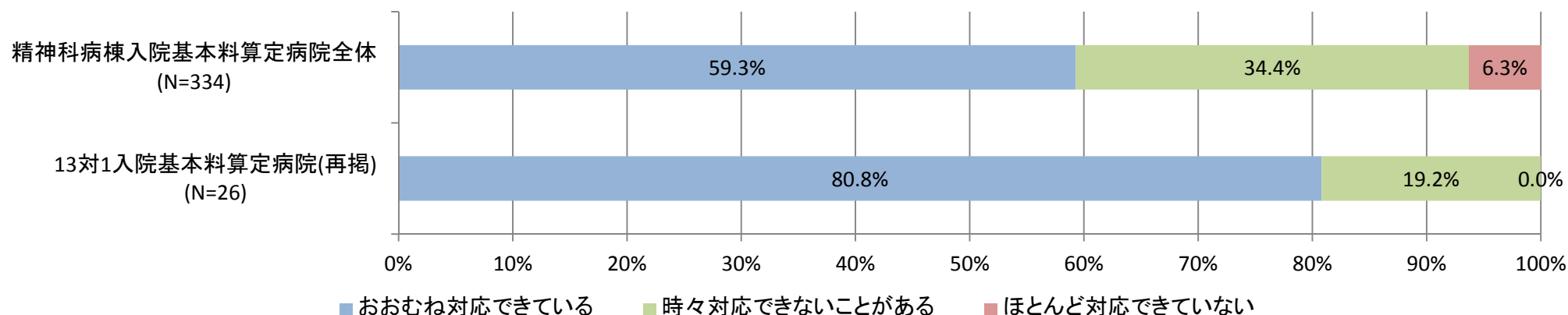
13対1精神科病棟入院基本料算定病棟における 身体合併症への対応状況

御指摘事項:13対1精神科病棟入院基本料の算定病棟における精神科身体合併症管理加算の算定割合と身体合併症の対応状況を示してほしい。(安達委員)

精神科身体合併症管理加算算定割合



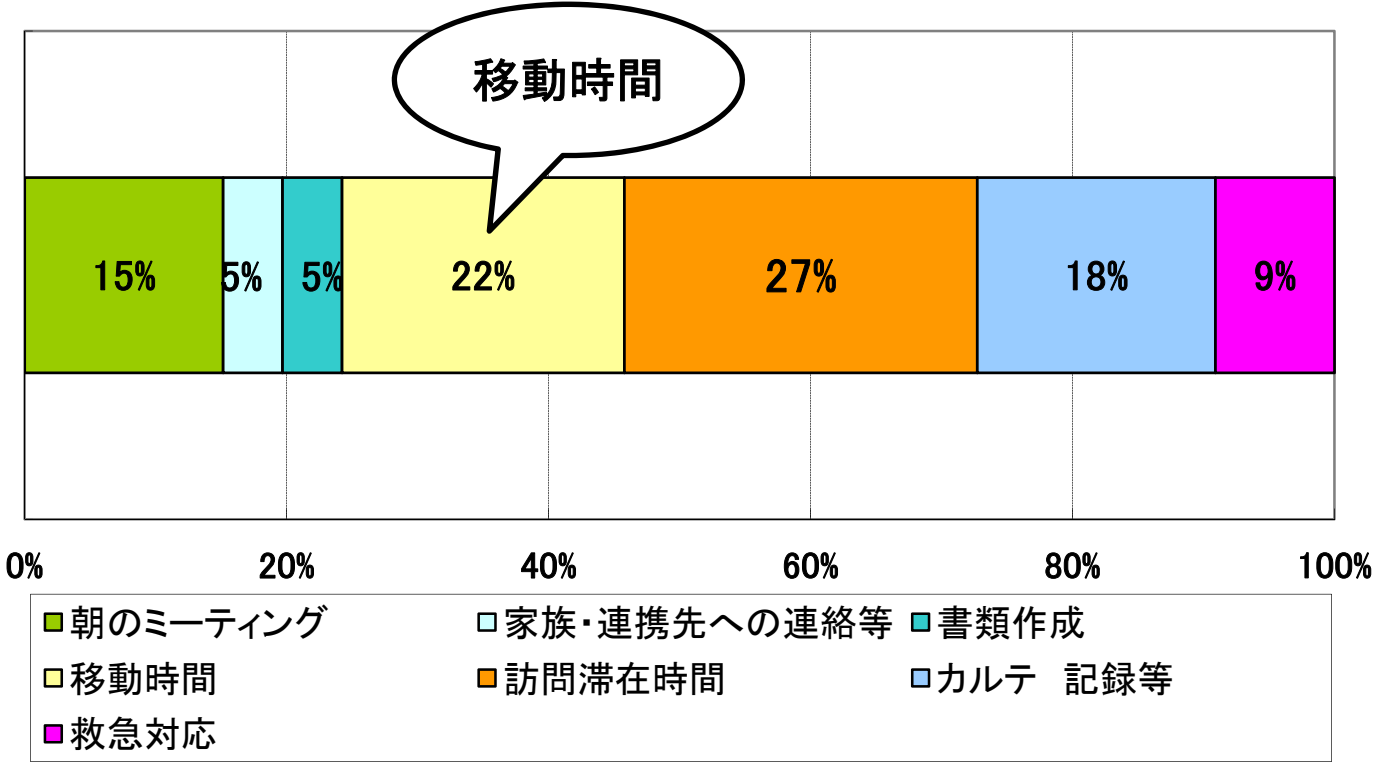
身体合併症への対応状況



出典:平成23年度検証調査「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査」

訪問診療の業務内容と内訳

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



出典: 仙台往診クリニック・川島孝一郎院長御提供資料を基に保険局医療課で作成

訪問診療にかかる時間のうち、約2割は移動時間が占めている。

御指摘事項: 何件を訪問したデータなのか。滞在一件当たりの移動時間を示してほしい。(西澤委員)

訪問診療(医師)の訪問件数、時間、距離等

対象: 仙台往診クリニック 常勤医師 5名
非常勤医師 6名

平成22年12月1日～7日の定期訪問診療

調査内容

(上記期間内)

医師11名による延べ26日分勤務状況から

延べ	訪問件数	257 件
	滞在時間	77.1 時間
	移動時間	61.7 時間
	移動距離	1474 km

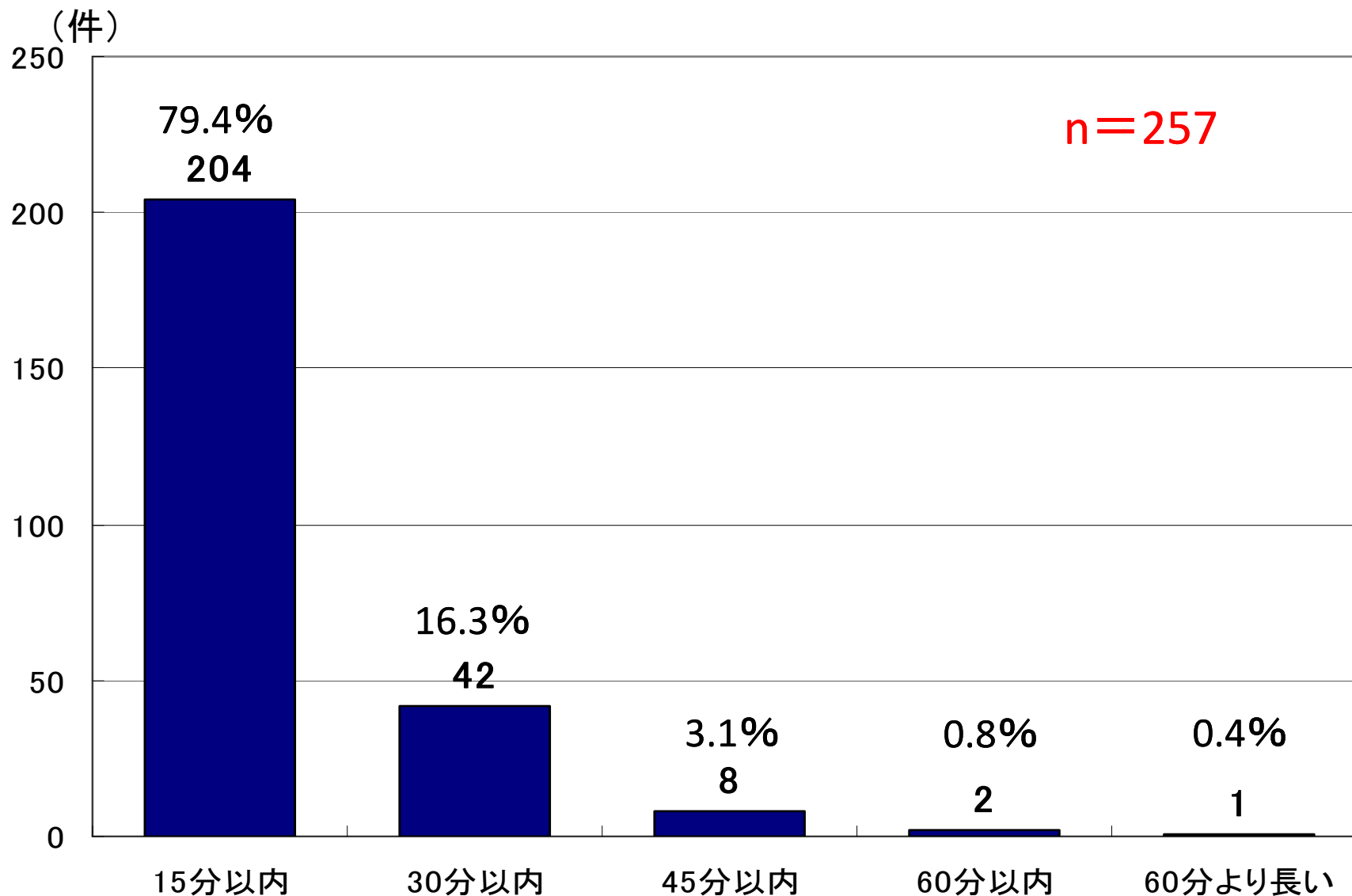
医師1人・1日あたり

出発時間	平均	12:06
訪問件数		10 件
診療滞在時間	約	3.0 時間 (178 分)
移動時間	約	2.4 時間 (142 分)
移動距離		56.7 km
帰院時間	平均	17:44 (16:30～19:50)

1回訪問あたり

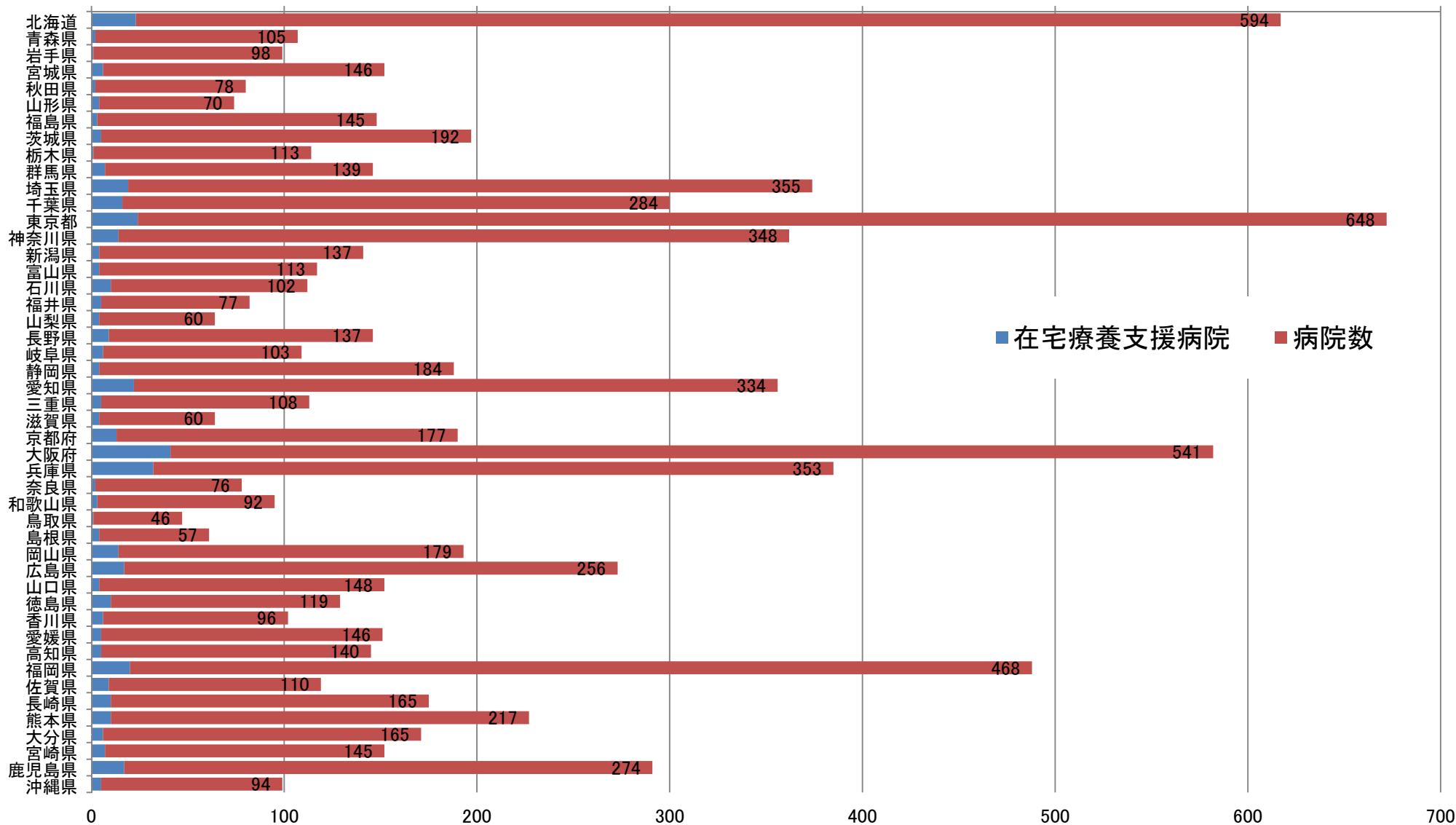
診療滞在時間	18.0 分
移動時間	14.4 分
移動距離	5.7 km

訪問診療の移動時間別件数と内訳



御指摘事項：在支病の地域分布、都市部とそれ以外の差を示してほしい。(白川委員)

都道府県別在宅療養支援病院／病院



出典：医療課データ 平成23年7月/平成20年 医療施設調査

在宅療養支援病院の地域分布

全国計	335病院
都市部* ¹	157病院
その他の地域	178病院

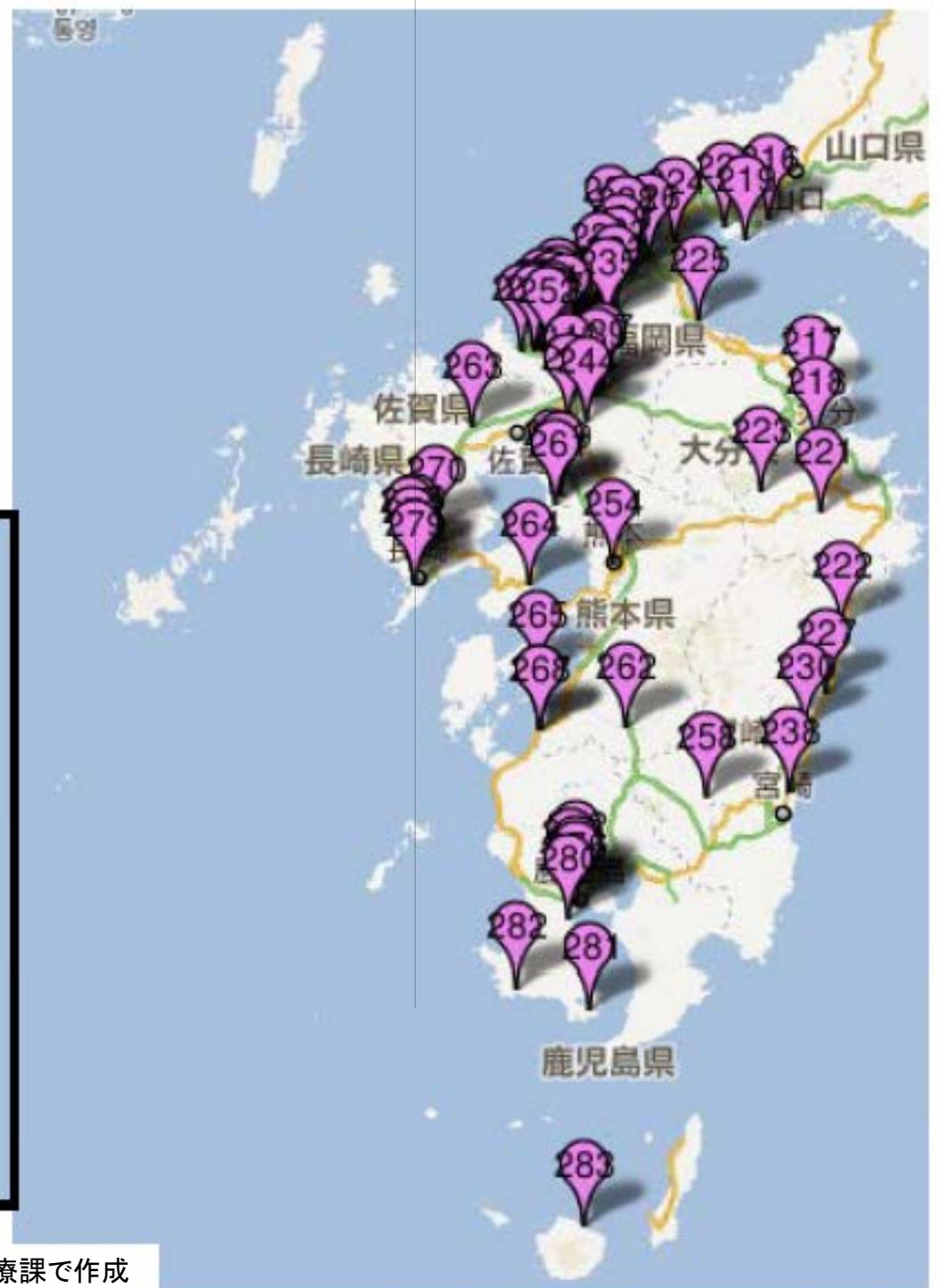
平成22年7月時点

* : 人口20万人以上の都市







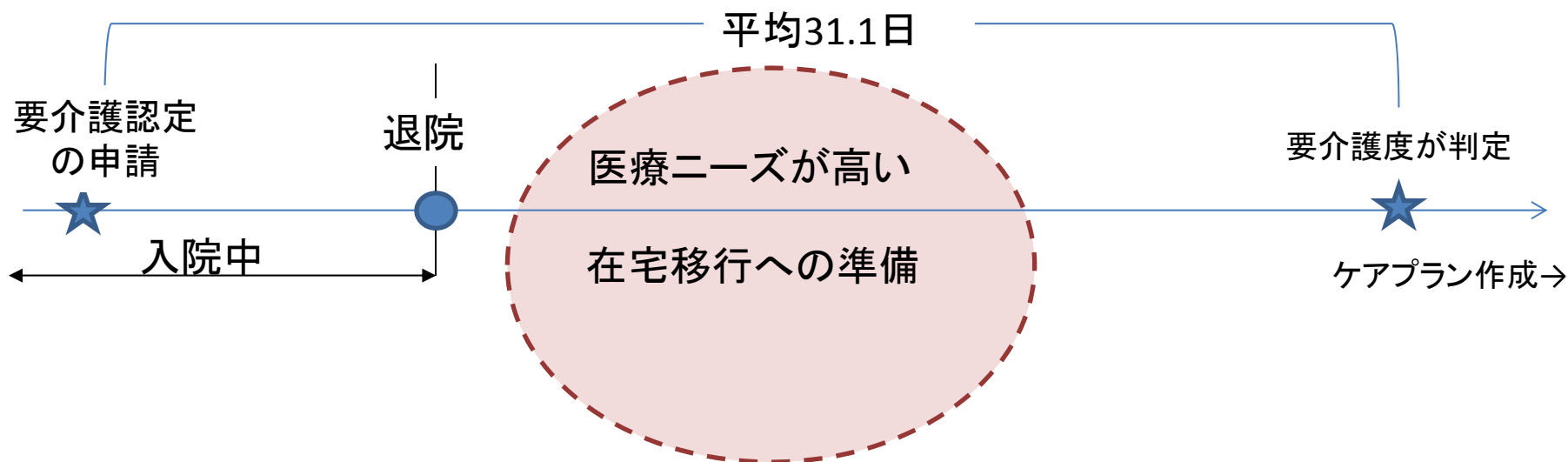


(注)全ての在宅療養支援病院を反映しているものではない。

出典:「WAM NET」(独立行政法人福祉医療機構)のデータを基に保険局医療課で作成

現在の退院前後の患者の状況

退院直後の患者については、医療ニーズが高いこと、また、入院中に要介護認定の申請を行っても、**判定されるまでに平均31.1日**かかることを踏まえると、退院直後の一定期間の訪問看護について、どのように考えるか。



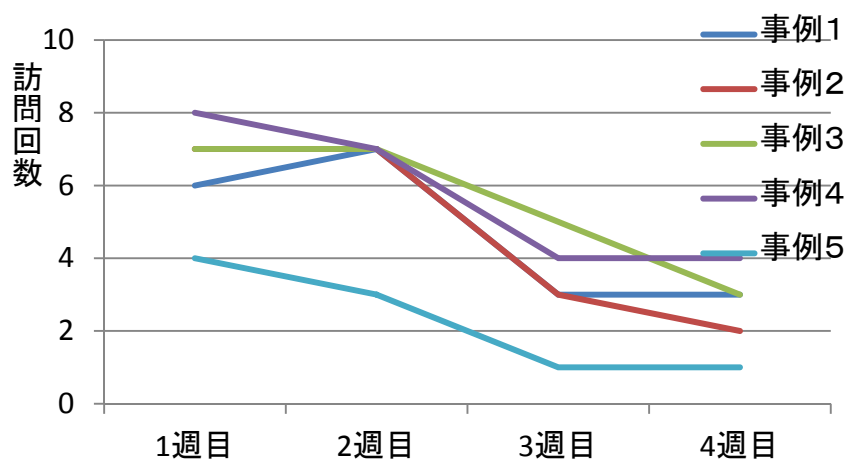
- 要介護被保険者等への訪問看護は介護保険の訪問看護の対象
(要介護被保険者でなければ、医療保険)
- 要介護認定は申請日にさかのぼって行われ、暫定的に訪問看護の利用は可能であるが、要介護認定が非該当となると医療保険の訪問看護となる。

御指摘事項:退院直後に医療保険の訪問看護が必要な要介護者のニーズとはどのようなものか示してほしい。(北村、白川委員)

退院直後に集中的な訪問看護の必要性が高いケース

■全国訪問看護事業協会からのヒアリング(主な事例)

事例	1	2	3	4	5
年齢	73歳女性(66歳弟、60歳妹との3人暮らし)	75歳女性(夫と2人暮らし)	80歳女性(独居)	77歳男性(76歳妻と44歳息子と3人暮らし)	76歳女性(60代妹と二人暮らし)
疾患	S状結腸捻転手術後四肢麻痺	膀胱癌(非末期)術後人工膀胱造設	糖尿病	肝硬変、糖尿病胆管腫瘍(術後)	胃がん(非末期)
必要な医療処置	人工肛門(以下、ストマ)、褥瘡管理	人工膀胱ケア	インスリン注射	IVH管理(皮下埋め込み型ポート)	IVH管理(皮下埋め込み型ポート)
退院当日	訪問有り	退院翌日に訪問	退院翌日に訪問	訪問有り	訪問有り
退院後1月以降	1回/週	1回/週に減らす提案中	1回/週	3回/週	1回/週



《行った看護の内容と効果(まとめ)》

実際に提供した看護	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医に連絡。今後の方針の確認 ・予防: 褥瘡予防(ケアマネに連絡し、エアマット導入) ・人工肛門やポート等周囲の皮膚の消毒・管理方法を指導 ・インスリン注射に加え、保管方法、針の廃棄方法を指導 ・足りない薬剤や医療材料等について調整 ・輸液バック交換・薬剤注入・刺針・抜針、ルート類管理指導
得られた効果	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の早期治癒、悪化予防 ・症状改善による介護負担軽減 ・医療処置等のセルフケアの確立・自信向上・在宅療養維持

退院直後の訪問看護について

退院直後の医療ニーズに対応するために

《現行》

特別訪問看護指示は、医師が診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要を認めて、指示を出すもの（原則月1回）

一時的に頻回な訪問看護が必要な事例の例示→急性増悪、終末期等

ただし、厚生労働大臣の定める者 については、月2回

気管カニューレを使用している状態にある者

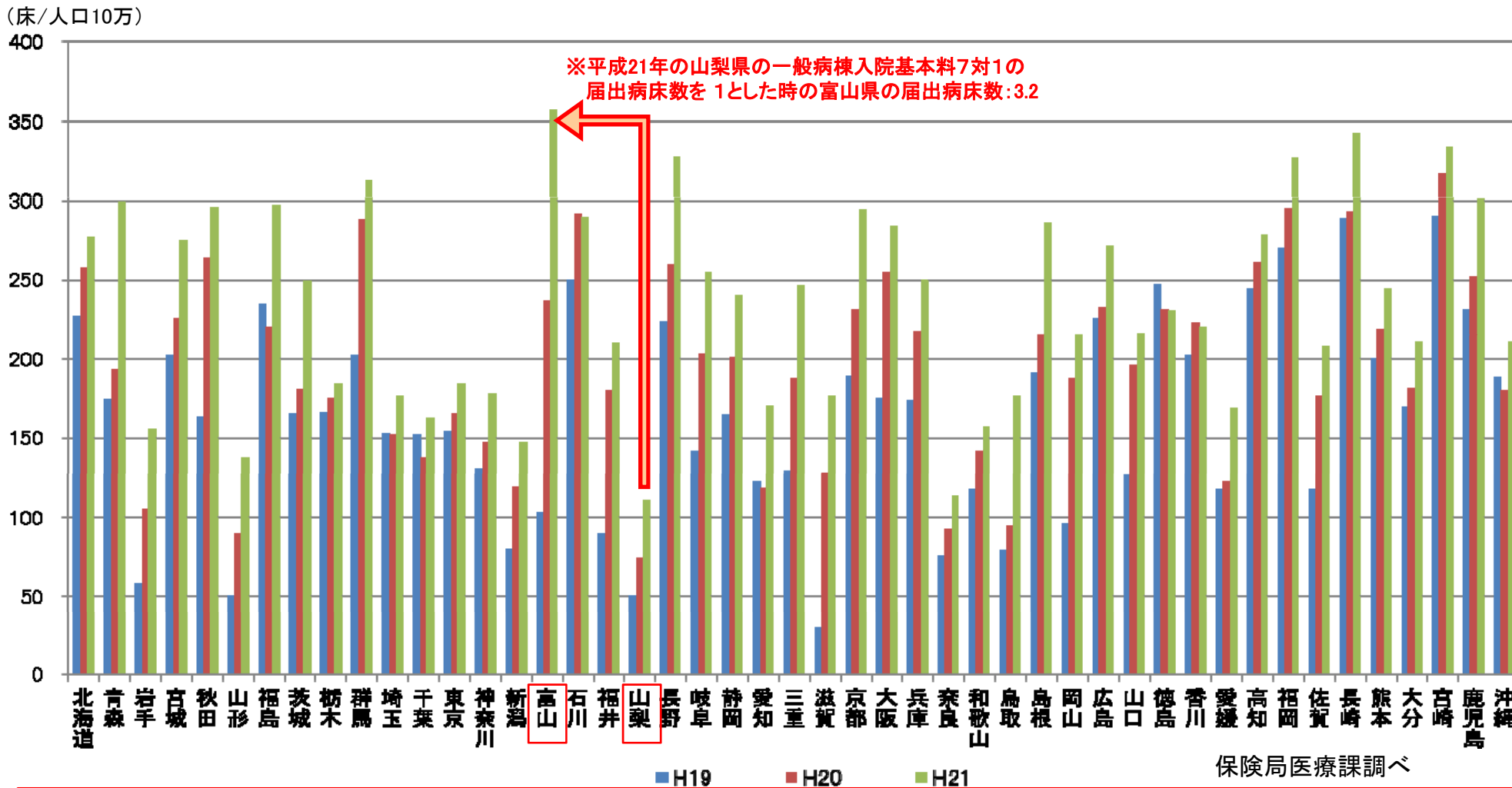
真皮を越える褥瘡の状態にある者

一時的に頻回な訪問看護が必要な事例の例

例えば、退院直後に医師が必要な訪問看護の必要性を認めた場合に

特別訪問看護指示を交付できることにしてはどうか。

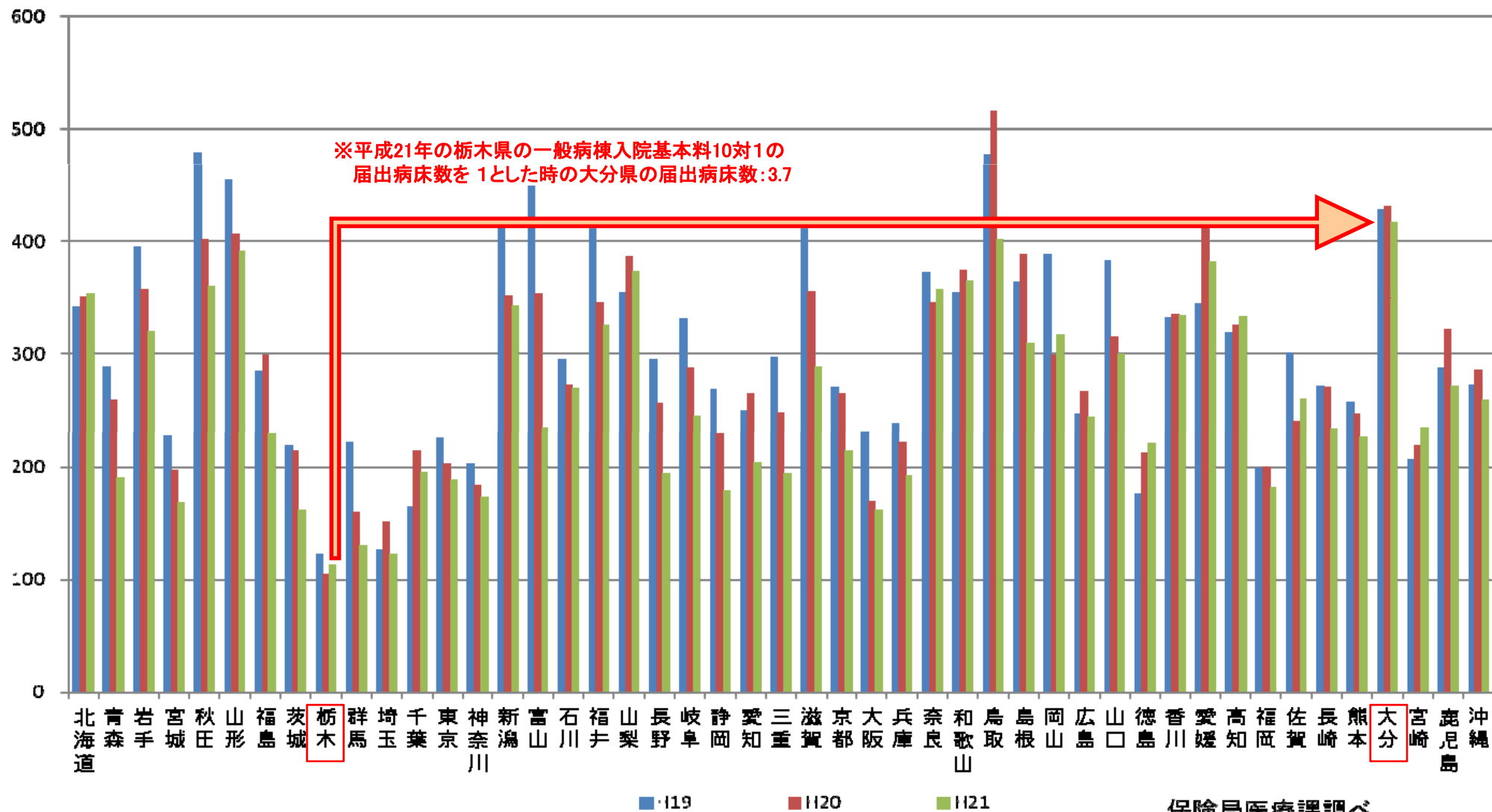
都道府県別人口10万人あたりの一般病棟入院 基本料7対1届出病床数の推移



御指摘事項: 一般病棟入院基本料10対1の都道府県別医療機関数の分布データを示してほしい。
 (西澤委員)

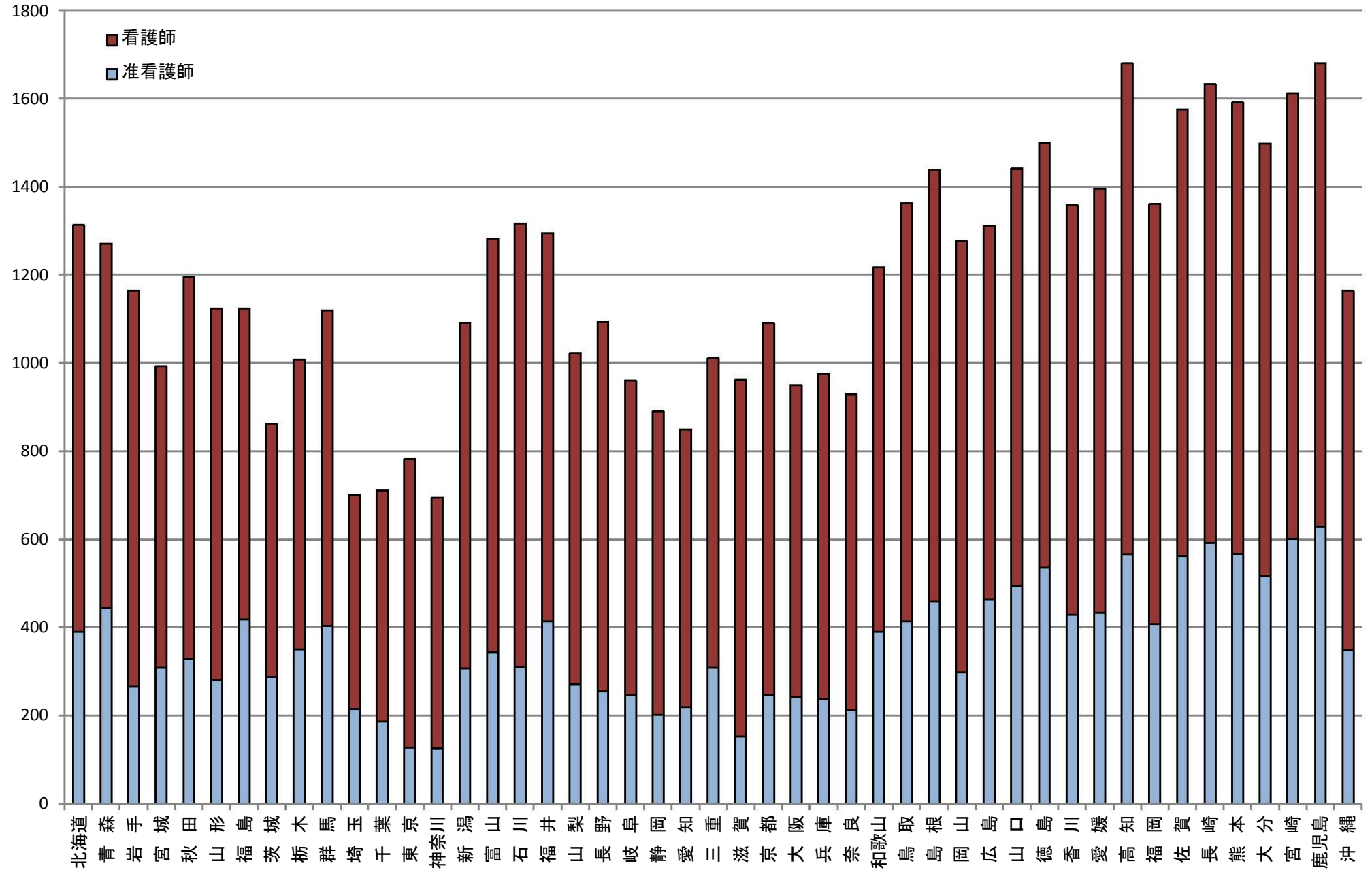
都道府県別人口10万人あたりの一般病棟入院 基本料10対1届出病床数の推移

(床/人口10万)



人/人口10万

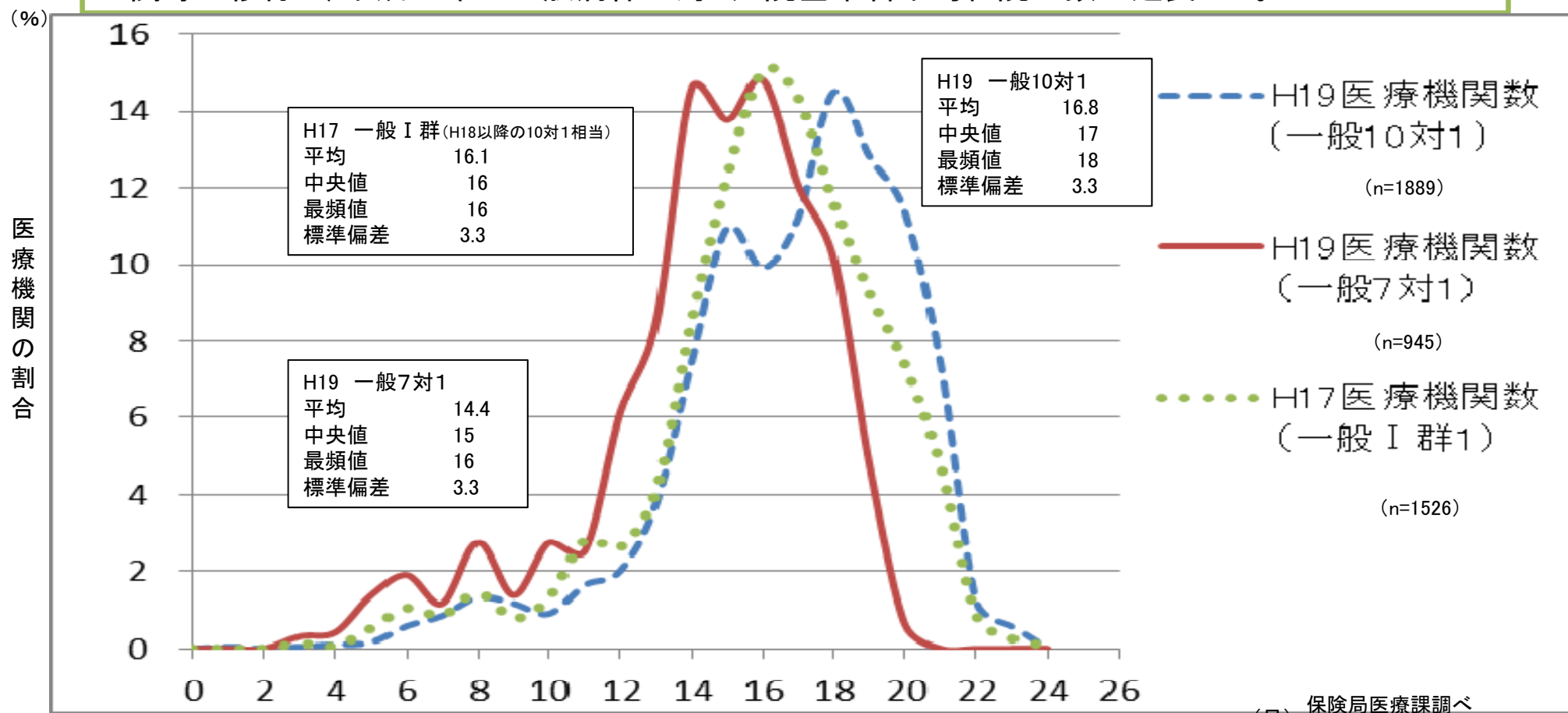
都道府県別就業看護職員数(人口10万対)



平成22年 衛生行政報告例

一般病棟10対1入院基本料届出医療機関 平成17年と平成19年の平均在院日数の比較

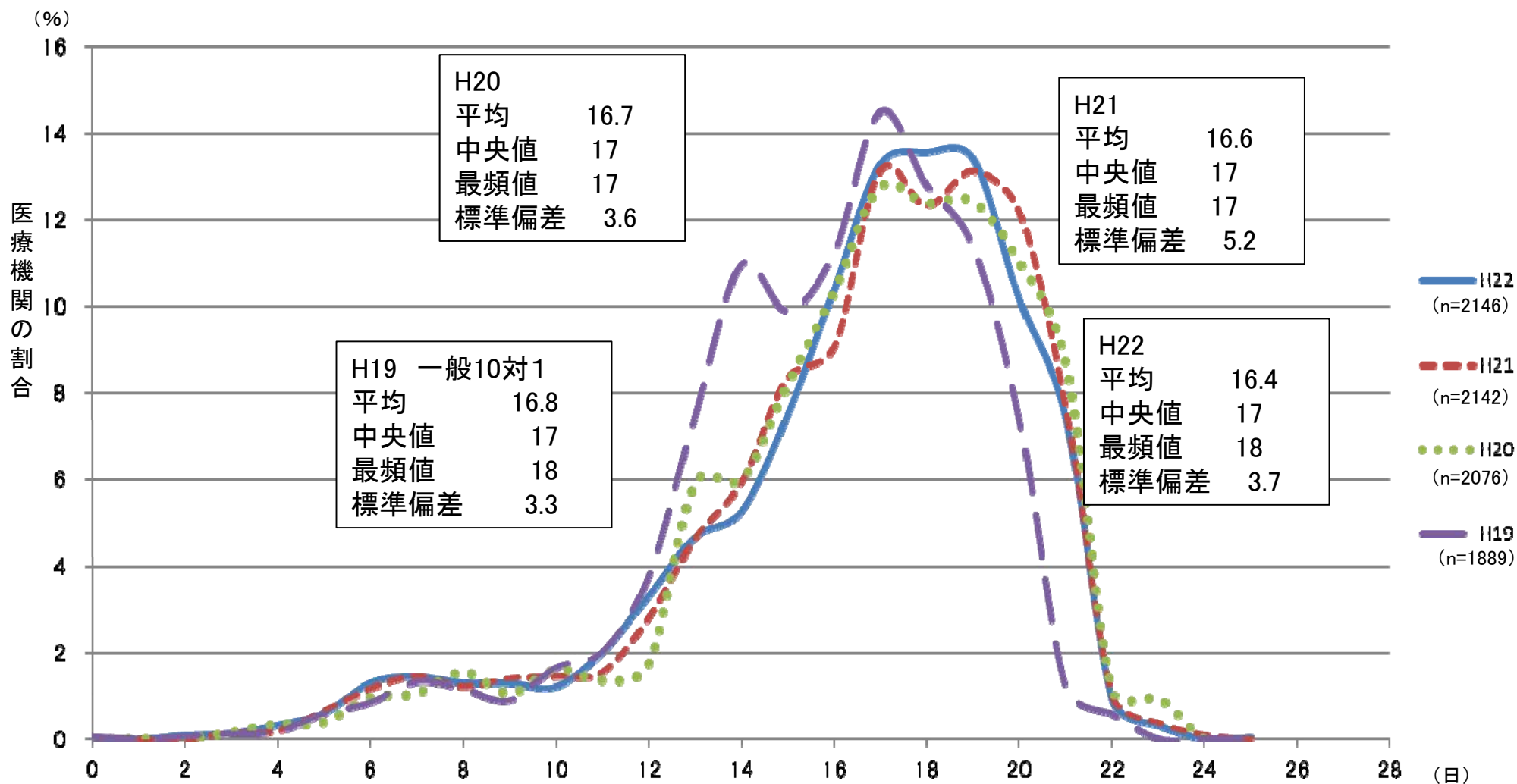
○平成18年度の診療報酬改定で一般病棟7対1入院基本料が創設されたことにより、一般病棟入院基本料I群1届出医療機関は、一般病棟7対1や10対1入院基本料届出医療機関等に移行し、平成19年の一般病棟10対1入院基本料平均在院日数が延長した。



御指摘事項: H20、H21、H22の一般病棟入院基本料10対1の平均在院日数の分布を示してほしい。
 (西澤委員)

一般病棟10対1入院基本料届出医療機関における 平均在院日数の推移

○一般病棟10対1入院基本料の平均在院日数は、3年間ほぼ横ばいで推移している。



保険局医療課調べ

御指摘事項:入院曜日別平均在院日数について、n数と調査対象病院について正確なデータを示してほしい。(万代委員)

入院曜日、退院曜日と平均在院日数 (DPC参加病院)

→退院曜日 ↓入院曜日	土	日	月	火	水	木	金	入院日計
土	19.29	11.77	16.04	15.95	17.01	18.27	18.94	16.88
日	17.10	18.40	13.68	12.45	14.27	15.98	16.83	15.01
月	16.47	17.47	18.76	11.83	11.16	14.02	15.32	14.21
火	15.30	16.69	17.97	18.66	10.93	10.79	13.86	13.96
水	13.60	14.71	16.87	17.81	18.66	10.66	10.79	13.87
木	10.80	12.85	15.42	17.44	18.53	19.61	10.82	14.22
金	11.23	14.14	17.16	17.82	18.87	20.09	20.44	16.63
退院日計	13.81	14.97	16.89	15.64	14.29	13.99	13.89	14.65

入院曜日、退院曜日毎割合 (DPC参加病院)

→退院曜日 ↓入院曜日	土	日	月	火	水	木	金	入院日計
土	0.9%	0.7%	1.0%	1.1%	1.0%	0.9%	0.9%	6.5%
日	0.7%	0.3%	0.9%	1.2%	1.0%	0.8%	0.8%	5.8%
月	2.9%	1.2%	2.2%	4.1%	4.6%	3.2%	3.2%	21.6%
火	2.7%	1.1%	2.0%	2.2%	3.9%	4.0%	3.2%	19.2%
水	2.8%	1.2%	1.9%	2.1%	2.0%	3.6%	4.1%	17.7%
木	3.5%	1.3%	2.0%	2.0%	1.8%	1.7%	3.5%	15.7%
金	3.2%	1.2%	1.9%	2.0%	1.8%	1.6%	1.8%	13.5%
退院日計	16.7%	7.1%	11.9%	14.7%	16.1%	15.8%	17.6%	100.0%

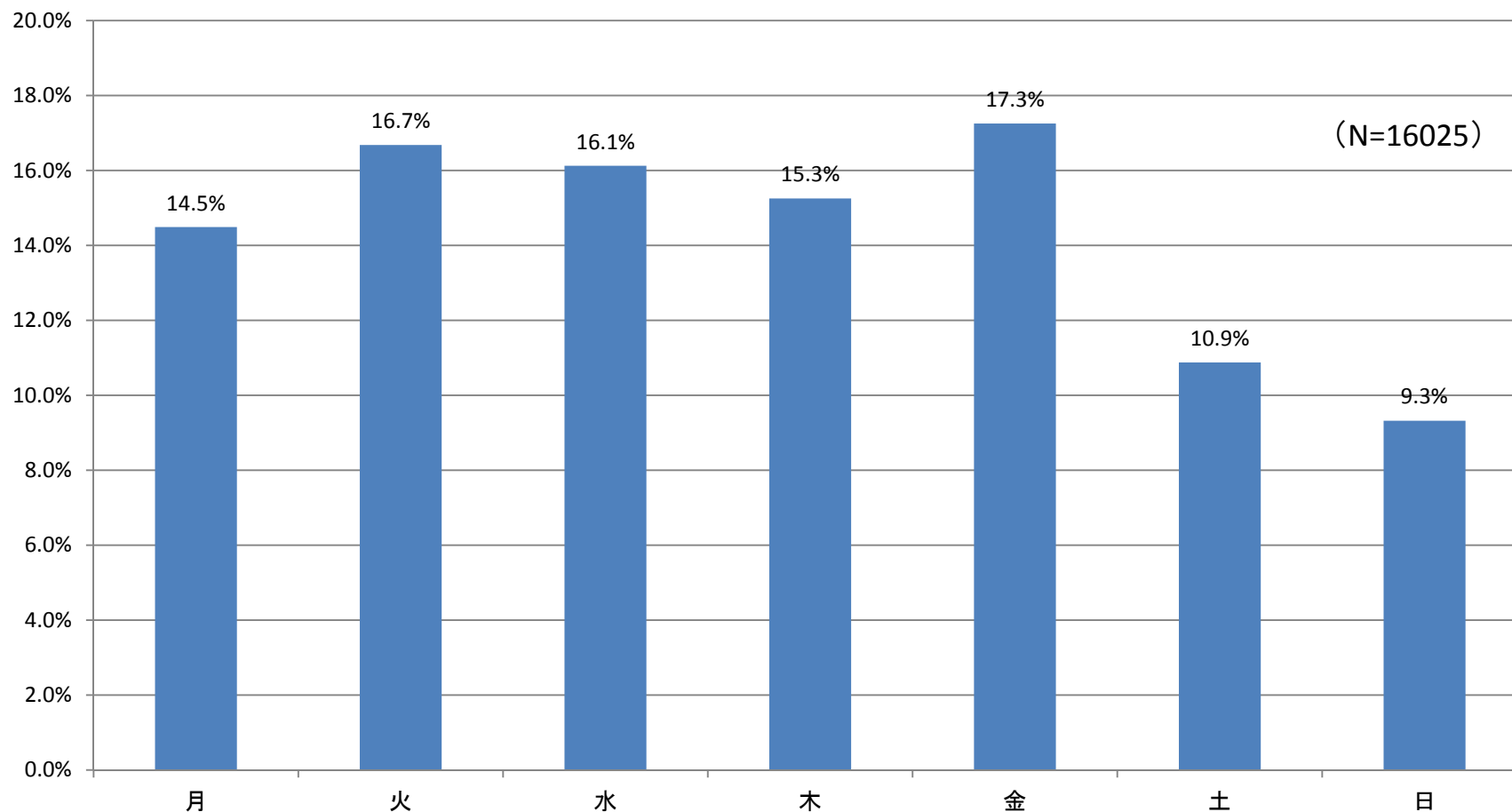
N=6,139,100人

出典：平成21年度DPCデータ

主な手術の曜日別実施割合

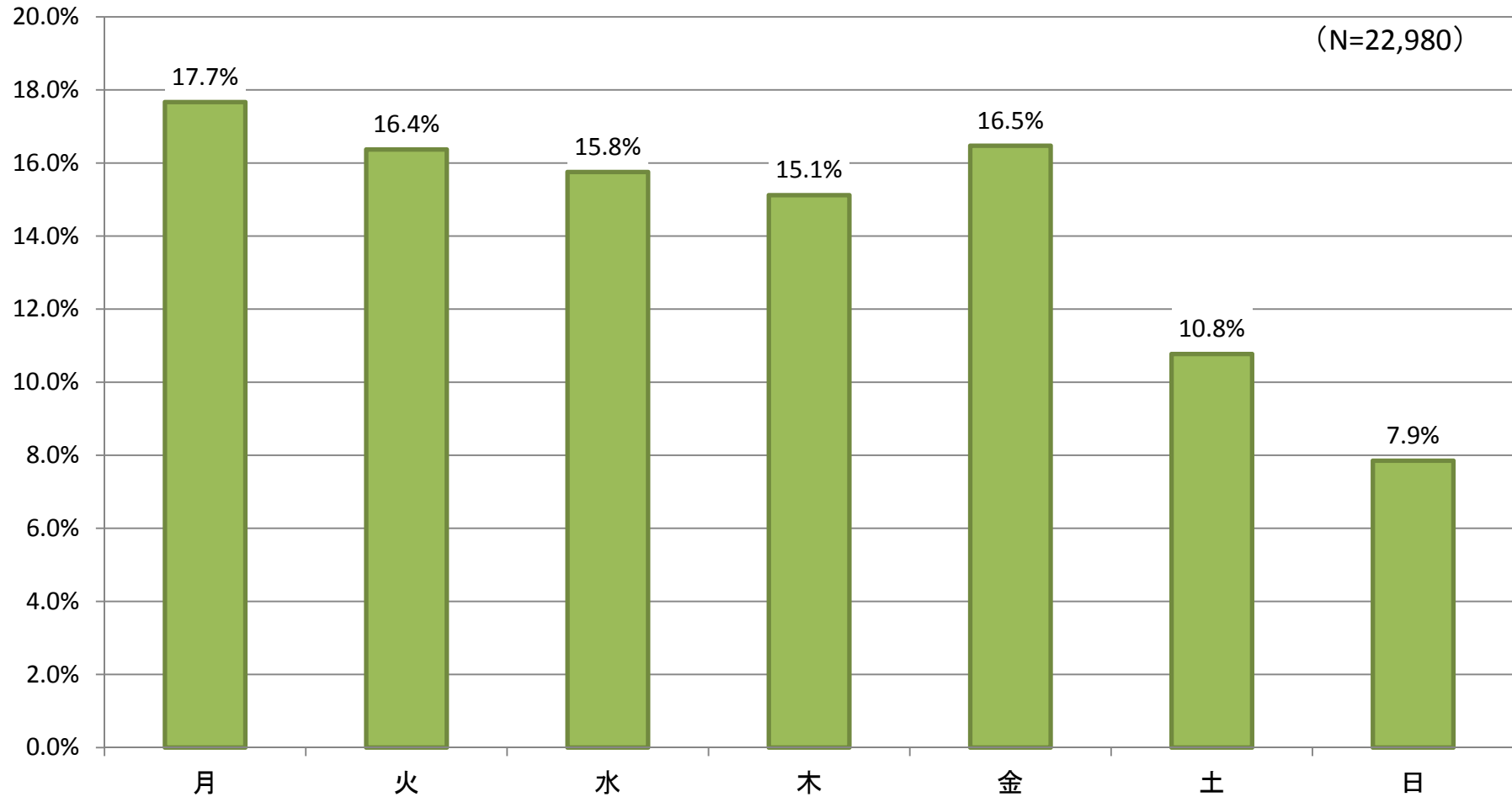
御指摘事項: 緊急に行う可能性がある手術については、帝王切開以外の手術を例を示してほしい。
(嘉山委員)

緊急帝王切開術



主な手術の曜日別実施割合

虫垂切除術 (腹腔鏡手術でないもの)

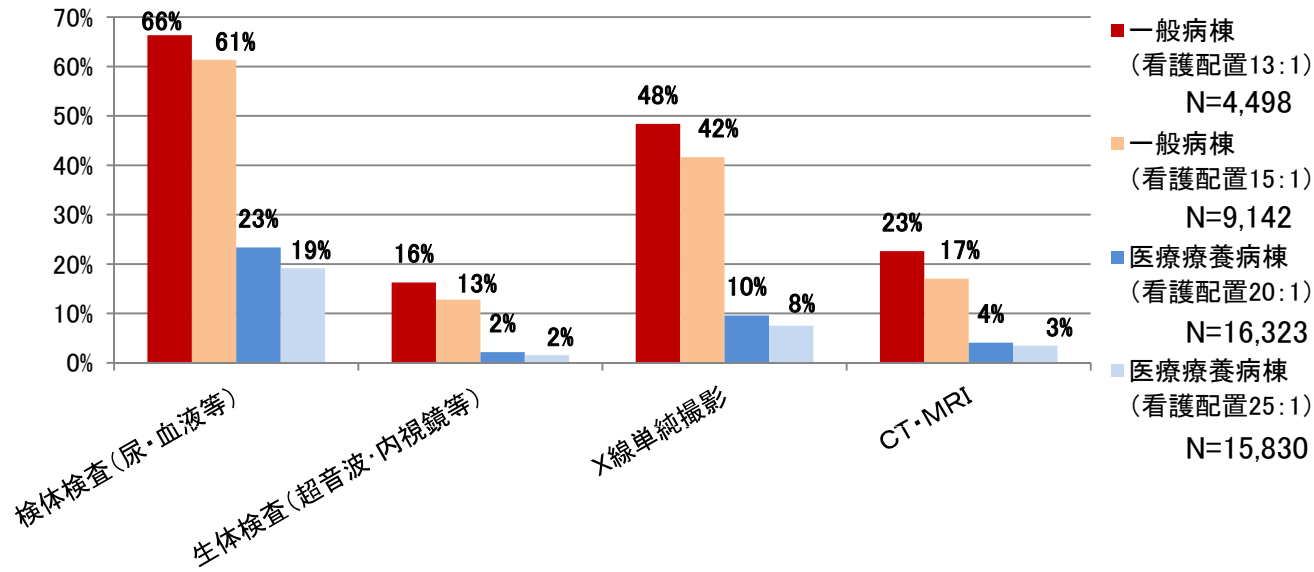


出典:平成21年度DPCデータ

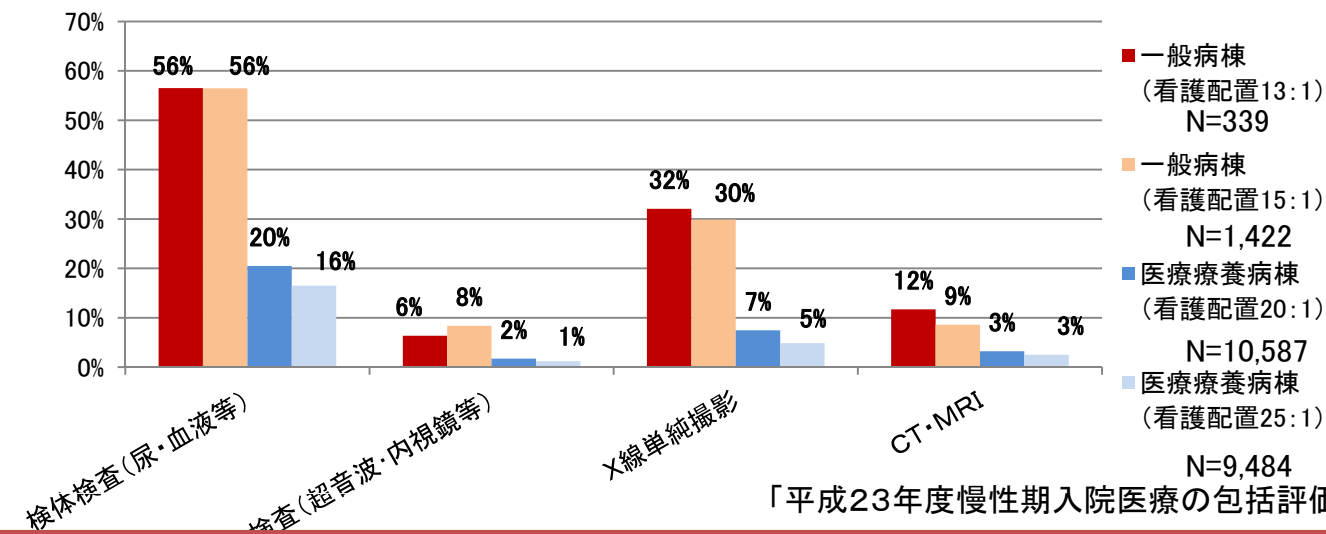
11月25日中医協
総-1:P98より
入院医療

直近一週間の検査の実施状況

全患者



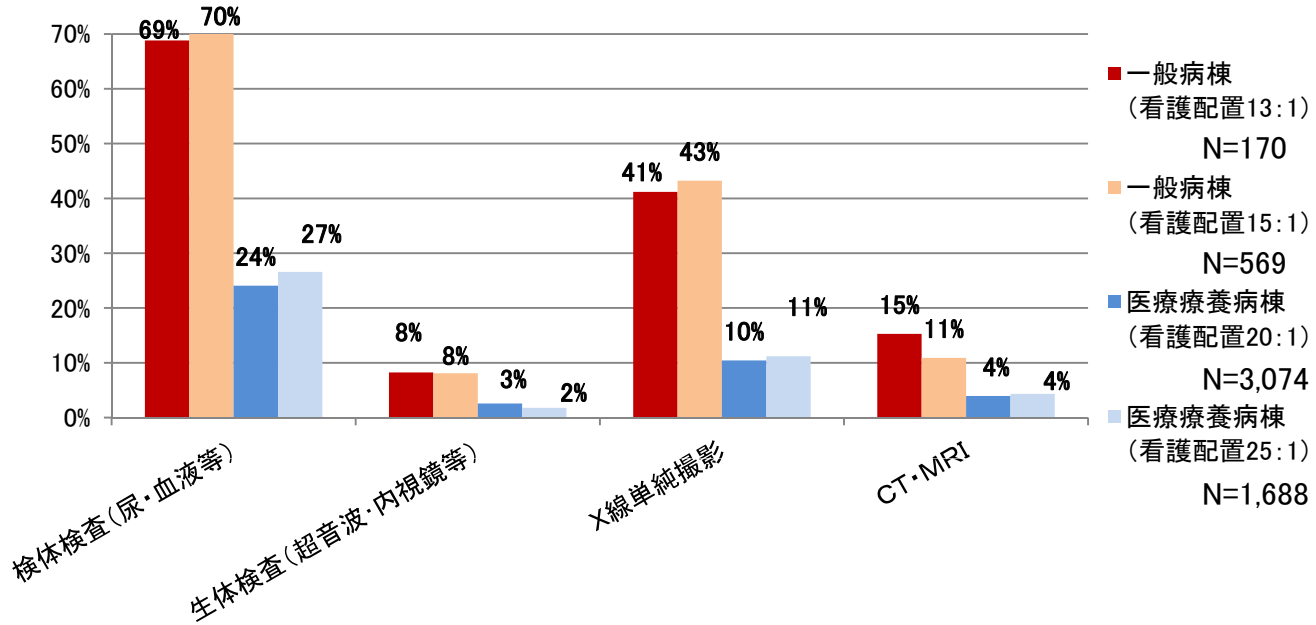
「在院90日超え」かつ「30日後の病状の見通しが不変」の患者について集計



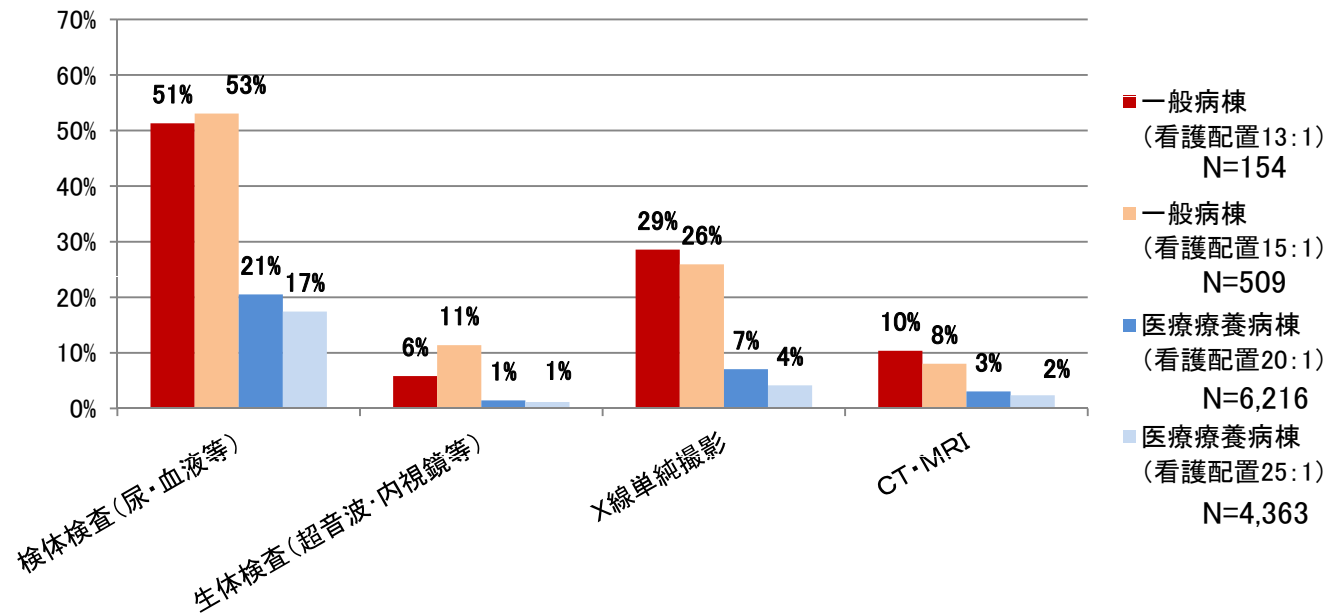
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

御指摘事項 : 13対1、15対1病棟の長期入院患者の医療区分ごとのデータを示してほしい。
(安達委員)

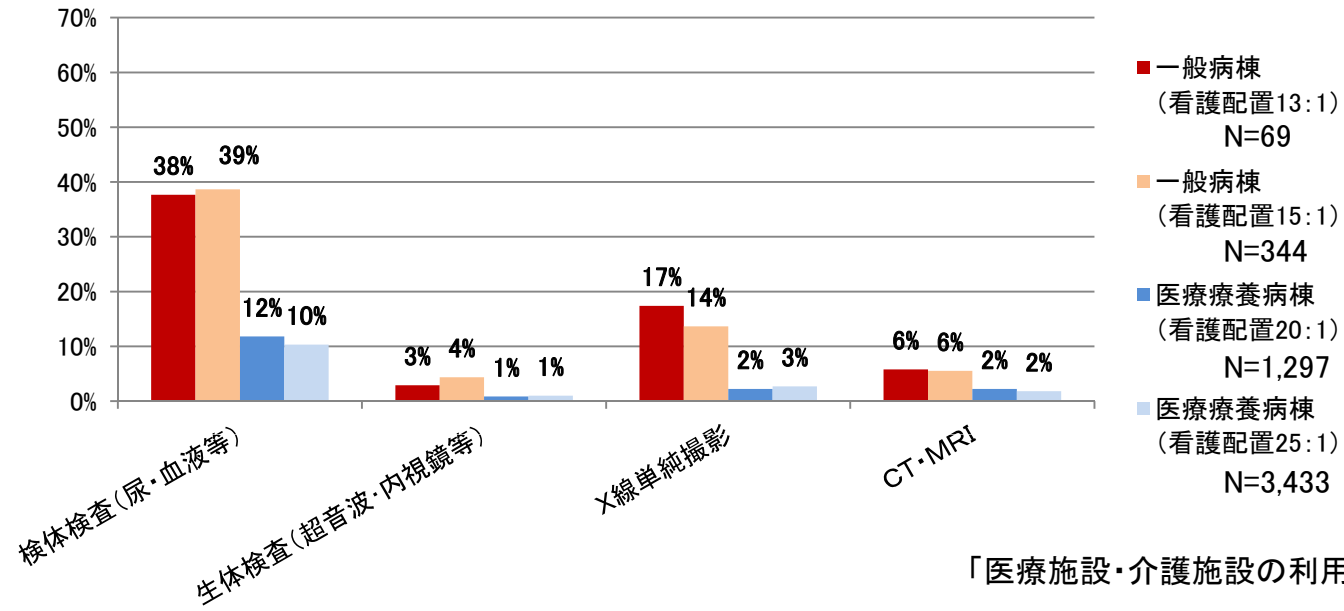
(再掲)医療区分3の患者について



(再掲)医療区分2の患者について



(再掲)医療区分1の患者について



「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係①

特定除外項目		備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分(参考)
1	難病等入院診療加算を算定する患者	多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋委縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 AIDS/HIV 多剤耐性結核(陰圧管理) 等	スモン	3
			多発性硬化症	2
			筋委縮性側索硬化症	2
			パーキンソン病関連疾患	2
			その他の難病(スモンを除く。)	2
2	重症患者等療養環境特別加算を算定する患者	以下のいずれかに該当し、個室又は2人部屋で入院。 ア 病状が重篤であって絶対安静が必要 イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要する	感染隔離室における管理	3
			脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺)	2
3	重度の肢体不自由者※1、 脊髄損傷等の重度障害者※1、 重度の意識障害者※2、 筋ジストロフィー患者及び難病患者等	※1 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。 ※2 JCSⅡ-3以上又はGCS8点以下、 あるいは無動症	筋ジストロフィー	2
			医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
4	悪性新生物に対する治療※3(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態	※3 ・肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与える臓器障害を有する腫瘍用薬による治療 ・放射線治療 ・末期の悪性新生物に対する治療	24時間持続点滴	3
			経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養を実施、かつ発熱又は嘔吐を伴う	2
			悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要な場合)	2
			頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態	2
5	観血的動脈圧測定を実施している状態		うつ状態	2
			中心静脈栄養を実施	3

(注) 矢印の対応関係については、各特定除外項目に該当する患者に対して実施されることが比較的容易に想定される医療行為等を含めている。

特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係②

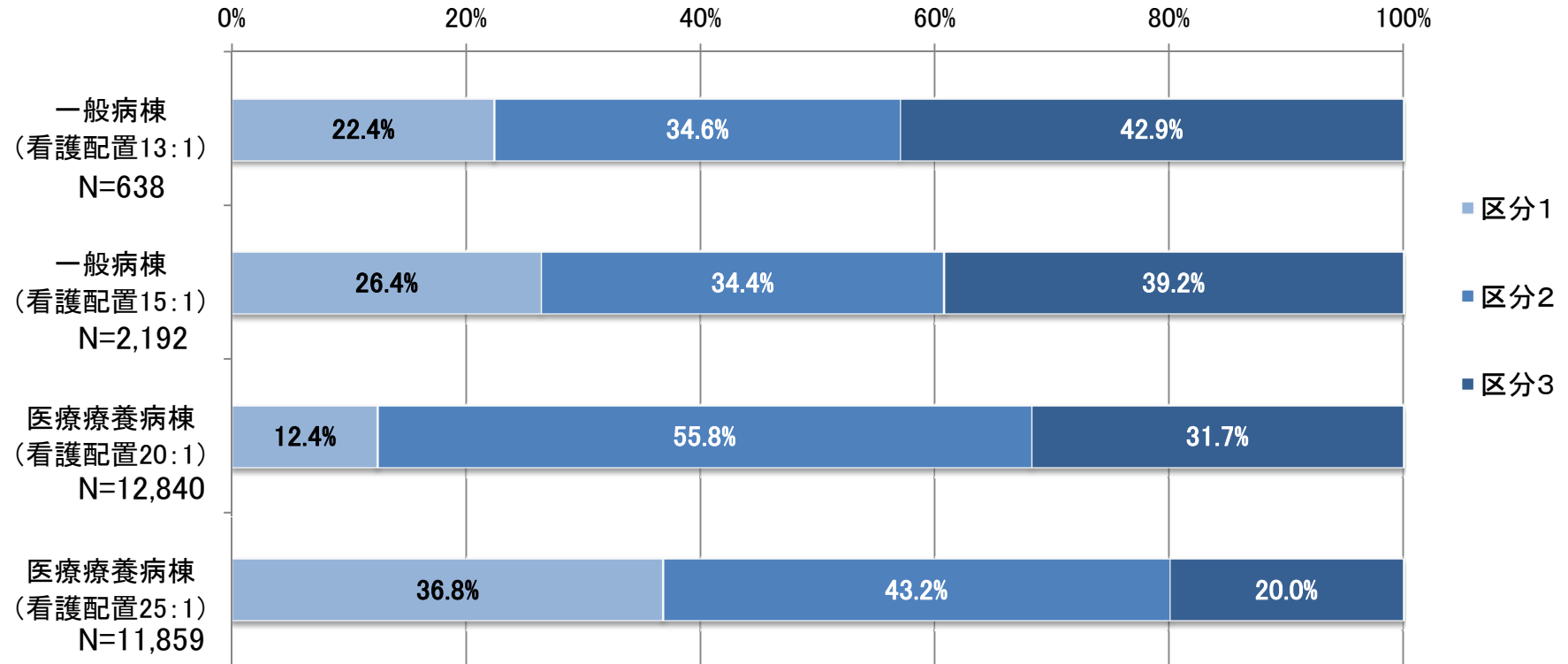
特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分 (参考)
6	リハビリテーションを実施している患者	リハビリテーションが必要(原因傷病等の発症後30日以内)	2
7	ドレーン若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施	3
8	頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	1日8回以上の喀痰吸引 (夜間も含め3時間に1回程度)	2
9	人工呼吸器を使用している状態	人工呼吸器を使用	3
10	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	気管切開又は気管内挿管が行われている(かつ発熱を伴う)	2 (3)
11	麻酔を用いる手術を実施してから30日以内	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
12	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を実施	2
		24時間持続点滴	3
		創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍・蜂巣炎等の感染症に対する治療を実施	2

(注) 特定除外項目は、急性期や急性増悪時に相当すると考えられる項目も含んでいると考えられ、すべての項目において医療区分採用項目に合致するかどうかには検討の余地がある。

御指摘事項: 特定除外を廃止し、医療区分ごとにすると医療区分1、2、3がどのぐらいの割合になるのか示してほしい。(西澤委員)

施設ごとの医療区分の分布

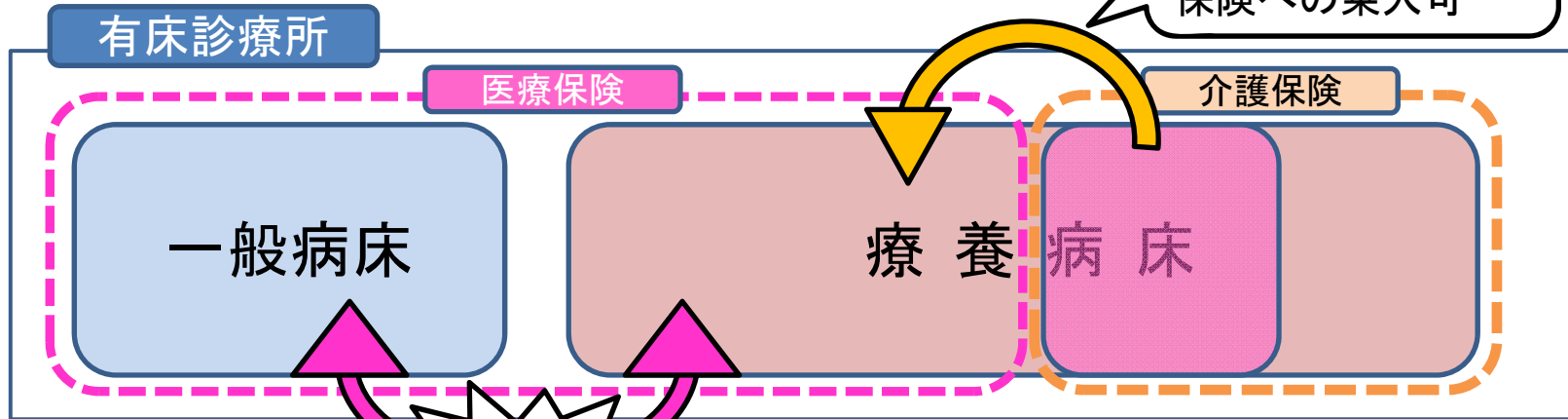
在院90日超えの患者のみ集計



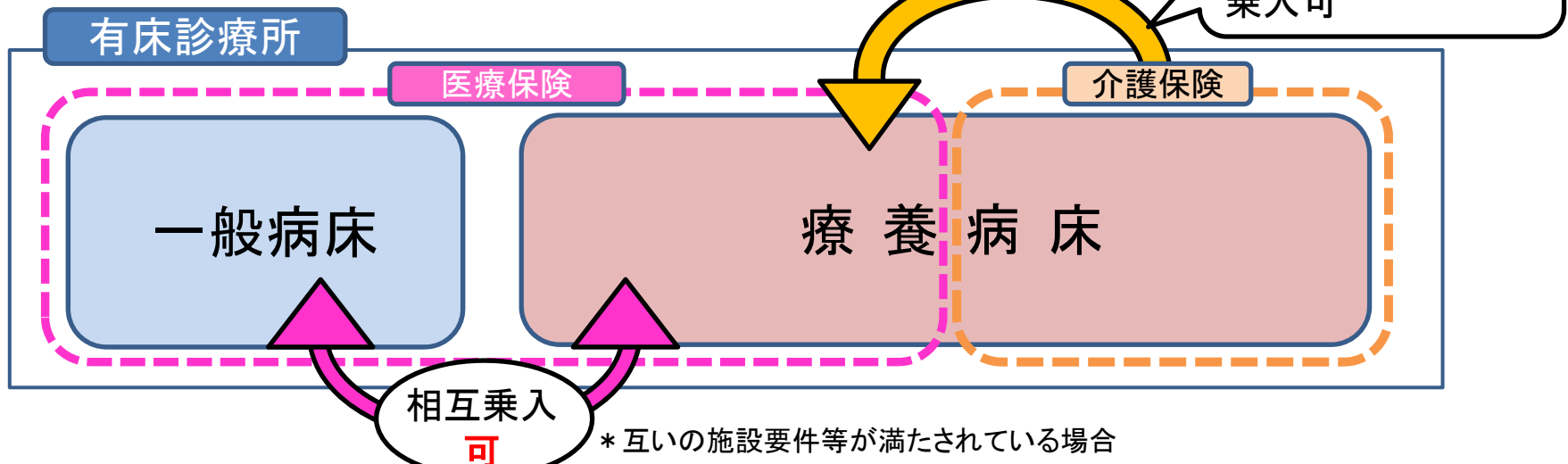
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

今後の有床診における診療報酬・介護報酬のイメージ

【現行】



【今後】



要件を緩和

御指摘事項:具体的なイメージがよくわからないので、具体的なイメージを示してほしい。(白川委員)

有床診療所に対する診療報酬上の評価

基本料	有床診療所 入院基本料1	有床診療所 入院基本料2	有床診療所 入院基本料3	有床診療所 療養病床入院基本料	診療所型 介護療養施設 サービス費		
病床種別	一般			療養		療養	
点数	14日以内:760点 15日以上 30日以内:590点 31日以上:500点	14日以内:680点 15日以上 30日以内:510点 31日以上:460点	14日以内:500点 15日以上 30日以内:370点 31日以上:400点	医療区分 ADL区分	1 2 3	602点 520点 975点 871点 764点	要介護1:775単位 要介護2:827単位 要介護3:879単位 要介護4:930単位 要介護5:982単位 (*1)
包括範囲	出来高			検査・投薬・注射・病理診 断・一部の画像診断及び処 置包括		検査・投薬・注射・ 病理診断・一部の 画像診断及び処 置包括	
看護職員	7以上	4以上7未満	1以上4未満	6対1		6対1	
看護補助者	—			6対1		6対1	
届出病床数 (22年7月時点)	92,976床*2			9,061床*2		5,149床*3	
	●病床 一人部屋 6.3㎡/床以上 二人部屋～ 4.3㎡/床以上			●病床 6.4㎡/床以上		●病床 6.4㎡/床以上	

*1:診療所型介護療養施設サービス費()<多床室>の場合、*2:保険局医療課調べ、*3:厚生労働省病院報告より

2室8床の要件緩和について

<例> **有床診療所**

医療療養(包括)
6床

介護療養(包括)
13床

要介護者が入院



医療提供の必要性が増加した場合

通常は介護療養

現行のルール

【通常】

医療療養に転床

介護療養



【医療療養が満床の場合】

医療療養が満床

医療保険の
給付対象に

介護療養

医療保険の
給付を受け
られない



【既に介護療養8床も医療保険
の給付対象としている場合】

医療療養が満床

既に8床を医療保険対象に

介護
療養

医療保険の
給付対象に



【改正案】

医療療養が満床

8床を超えて医療保険対象に

一般病床と療養病床の相互乗入について

<例>

有床診療所

一般病床(出来高)
7床

医療療養(包括)
12床

長期療養を必要とする患者が入院

急性増悪により密度の高い
医療が必要となった場合

通常は医療療養

【通常】 一般病床に転床

医療療養

包括算定では、
密度の高い医療
を提供しにくい

【一般病床が
満床の場合】 一般病床が満床

医療療養

【改正案】 一般病床が満床

療養病床でも一般病床の報酬
が算定可能に

出来高算定となり、
密度の高い医療を
提供しやすくなる

現行のルール

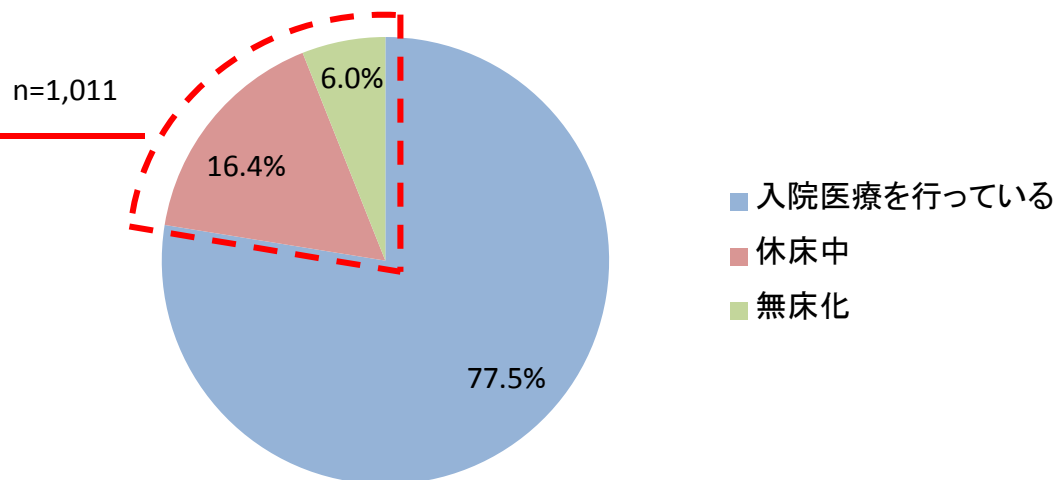
有床診療所の看護配置について

病床数	療養病床 1,069診療所			一般病床 7,175診療所									
	看護職員	看護補助者	看護要員合計	看護区分	1			2			3		
	6:1	6:1		看護職員	9	8	7	6	5	4	3	2	1
19	4	4	8		○	○	-	-	-	△	△	△	△
18	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
17	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
16	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
15	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
14	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
13	3	3	6		○	○	○	○	-	-	△	△	△
12	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
11	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
10	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
9	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	△	△
8	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	-	△
7	2	2	4		○	○	○	○	○	○	-	-	△
6	1	1	2		○	○	○	○	○	○	○	○	△
5	1	1	2		○	○	○	○	○	○	○	○	△
4	1	1	2		○	○	○	○	○	○	○	○	△

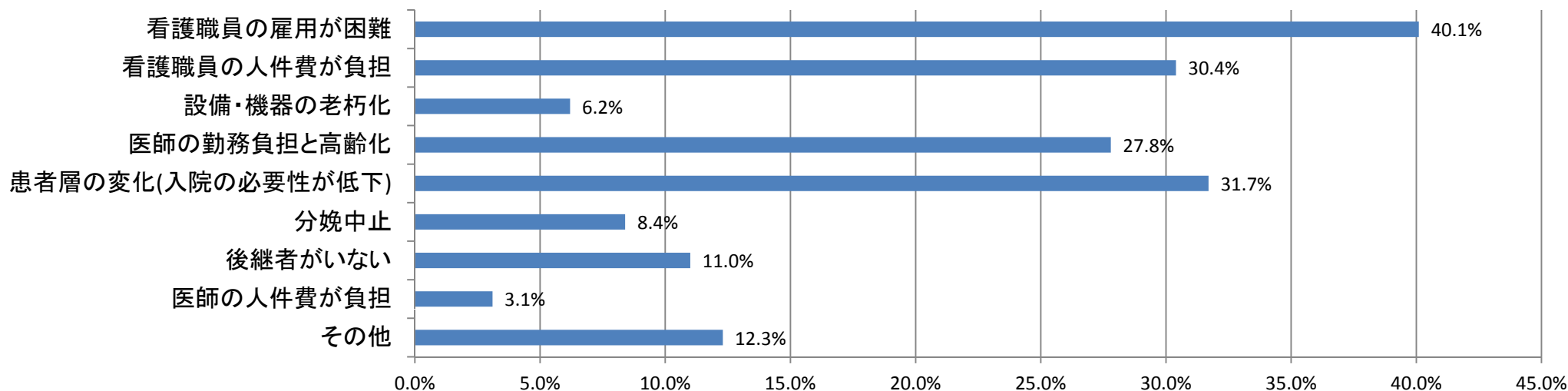
※黒枠部分(○の部分)は病室の面積要件を満たしていれば、療養病床入院基本料を算定できる。
赤枠部分は、△の部分について、一般病床の入院基本料を算定できる。

有床診療所の現状について

御指摘事項:有床診療所は施設数、病床数ともに減少しているが、その理由を示してほしい。
(安達委員)



<休床中、無床化の理由>

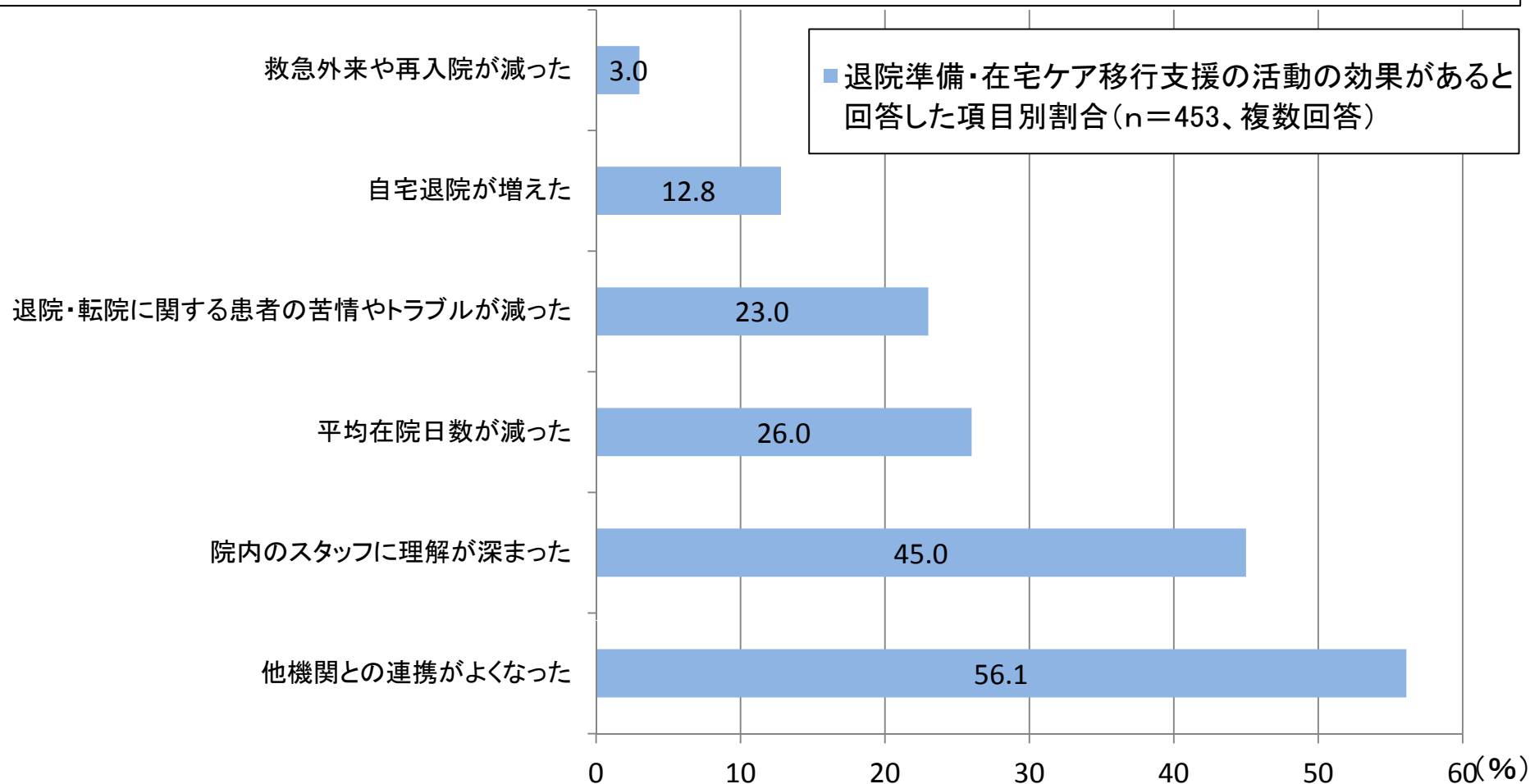


出典:「日医総研ワーキングペーパー No.242 平成23年有床診療所の現状調査」を元に保険局医療課で作成。

退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

平成23年
2月2日
中医協資料

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。



御指摘事項: 調査対象となった病院の特性や退院調整部門で働く職種等のデータを示してほしい。
(西澤委員)

調査対象の特性等について

【対象】

WAM-NETから抽出した一般病床が100床以上の病院
3212施設に対して、郵送配布・回収による自記式アンケート調査を実施。

(有効回答数は453施設で有効回答率14.1%)

【病床規模等】

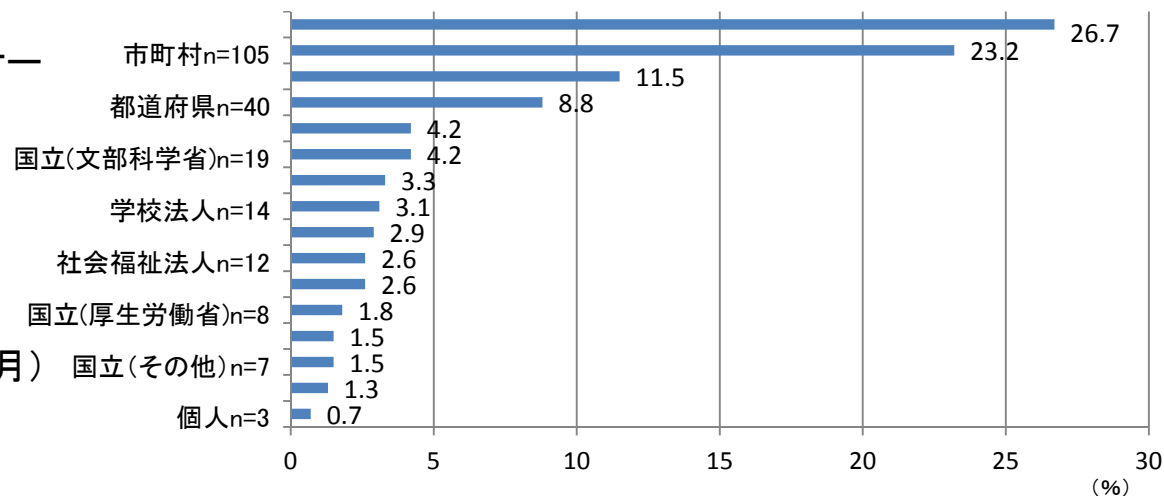
○一般病床の数:平均330床

(標準偏差:227.85 最小値:100 最大値:1358)

○一般病床の平均在院日数:平均19.3日(平成18年11月)

(標準偏差: 16.81 最小値:5.5 最大値:220)

【病院の設置主体(n=453)】



【退院準備・在宅ケア移行支援部署の設置状況 (n=453)】

病院への部署の設置	n	%
部署を設置している	314	69.3
今後部署を設置する予定	16	3.5
設置していない	116	25.6
無回答	7	1.5

【退院準備・在宅ケア移行支援部署への職員の配置状況 (n=314)】

	部署が1箇所 (n=254)		部署が2箇所 (n=60)			
	n	%	第1の部署		第2の部署	
			n	%	n	%
責任者の職種						
医師	102	40.2	13	21.7	13	21.7
看護師	41	16.1	21	35	20	33.3
保健師	2	0.8	2	3.3	2	3.3
MSW	68	26.8	17	28.3	19	31.7
事務職員	35	13.8	7	11.7	4	6.7
その他	2	0.8			1	1.7
職員の職種 (複数回答)						
医師	104	40.9	19	31.7	10	16.7
看護師	148	58.3	37	61.7	26	43.3
保健師	0	0	9	15	5	8.3
MSW	229	90.2	33	55	29	48.3
事務職員	151	59.4	23	38.3	16	26.7
その他	31	12.2	9	15	13	21.7

クリニカルパスの普及・体制の現状

- 98%の病院でパスを作成・使用していた。
- 50種類以上のパスを使用している病院が過半数であった。
- パスを導入して達成されたこととしては、医療ケアの標準化(70.9%)と業務改善(67.6%)が多かった。
- 入院患者に対するパス使用率は年々増加しており、30%以上の患者に適応している病院は約半数であった。

■対象

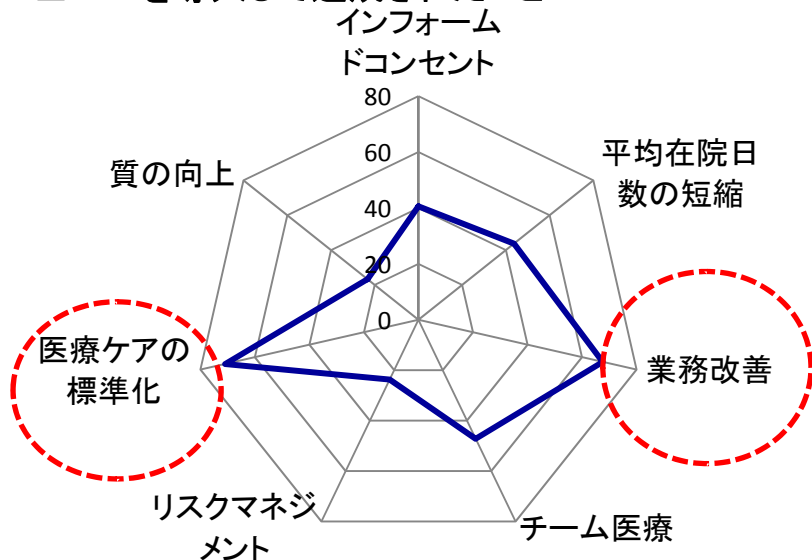
300床以上の全国の一般病院(法人会員施設を除く) 1,037施設
 および日本クリニカルパス学会の法人会員の病院 395施設の
 計 1,432施設 (566病院から回答:回収率:39.5%)

■パスの使用状況

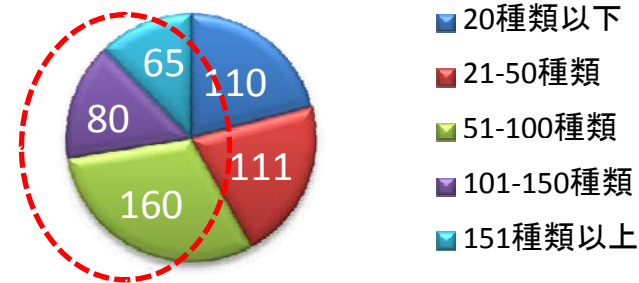
パスを作成・使用している **546病院/557病院(98%)**

(パスを導入していない11病院のうち、4病院が今後作成・使用を予定)

■パスを導入して達成されたこと

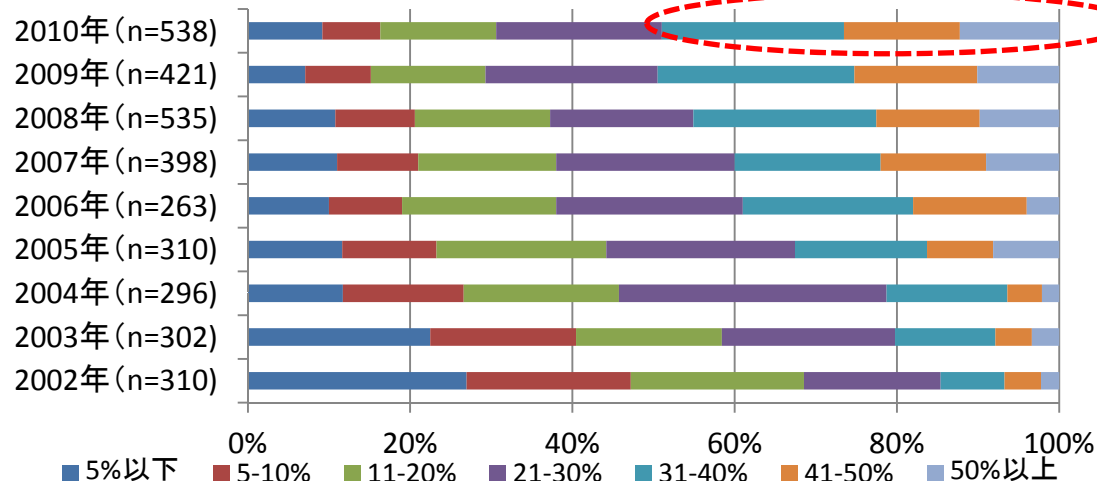


■使用しているパスの種類



■入院患者に対するパス使用率の変化

(クリニカルパス学会の定例調査結果の経年比較)



クリニカルパス学会 クリニカルパスの普及・体制の現状と課題 ~第10回(平成22年)アンケート結果から~日本クリニカルパス学会誌 Vol.13 No.1 2011

御指摘事項: 日本クリニカルパス学会の法人会員以外のデータを示してほしい。(鈴木委員)

クリティカルパスの導入率

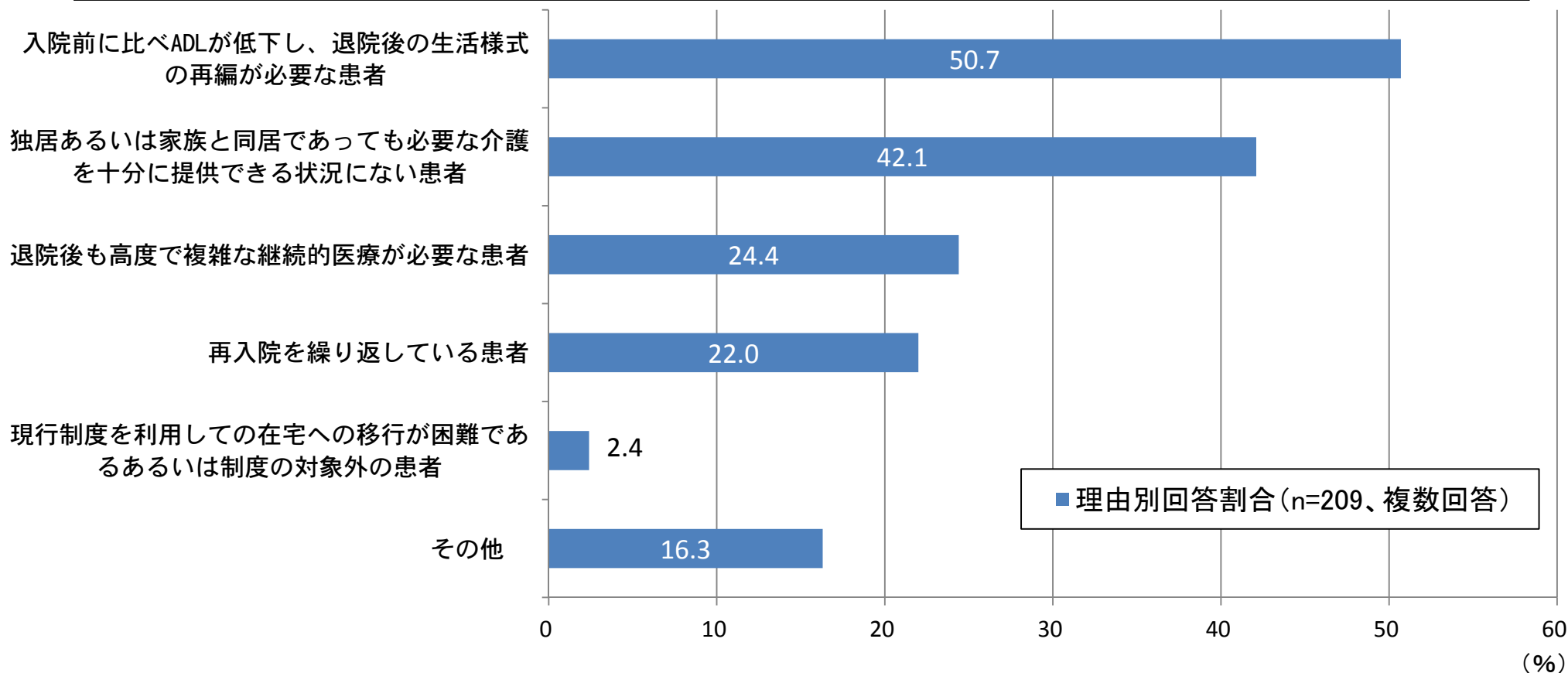
○対象を200床以上の病院とする調査結果においても、クリティカルパスの導入率は、91%と高い割合であった。

■対象 200床以上のすべての病院（発送数2134 回答数830；回答率39%）

病床規模	回答数	クリティカルパス 導入病院数	導入率
200～299床	273	229	84%
300～399床	273	199	93%
400～499床	128	122	95%
500～999床	197	189	96%
1000床以上	19	19	100%
無回答/不明	0	0	-
計	830	758	91%

在宅医療移行管理担当部署が 「在宅医療移行ハイリスク者」と判断した理由

※モデル事業実施施設(8病院)において、入院後48時間以内に病棟看護師が入院患者全員に対して行ったアセスメント(第一段階)結果をもとに、概ね入院から1週間後、在宅医療移行管理担当部署の担当者がアセスメント(第二段階)を行い、「在宅医療移行ハイリスク者」と判断した209名の患者についてその理由を尋ねた。



御指摘事項: 調査対象となった病院の特性や退院調整部門で働く職種等のデータを示してほしい。
(西澤委員)

調査対象の特性等について

【モデル事業実施施設：先進的に在宅医療移行管理に取り組んでいる全国の病院8施設】

〈各施設の許可病床数〉

	一般病床	療養		精神病床	その他	合計
		介護	医療			
A病院	392	—	—	—	87	479
B病院	556	—	—	50	—	606
C病院	203	—	—	—	—	203
D病院	346	—	—	—	—	346
E病院	600	—	40	112	69	821
F病院	744	—	—	—	—	744
G病院	1,122	—	—	60	—	1,182
H病院	520	104	52	—	—	676

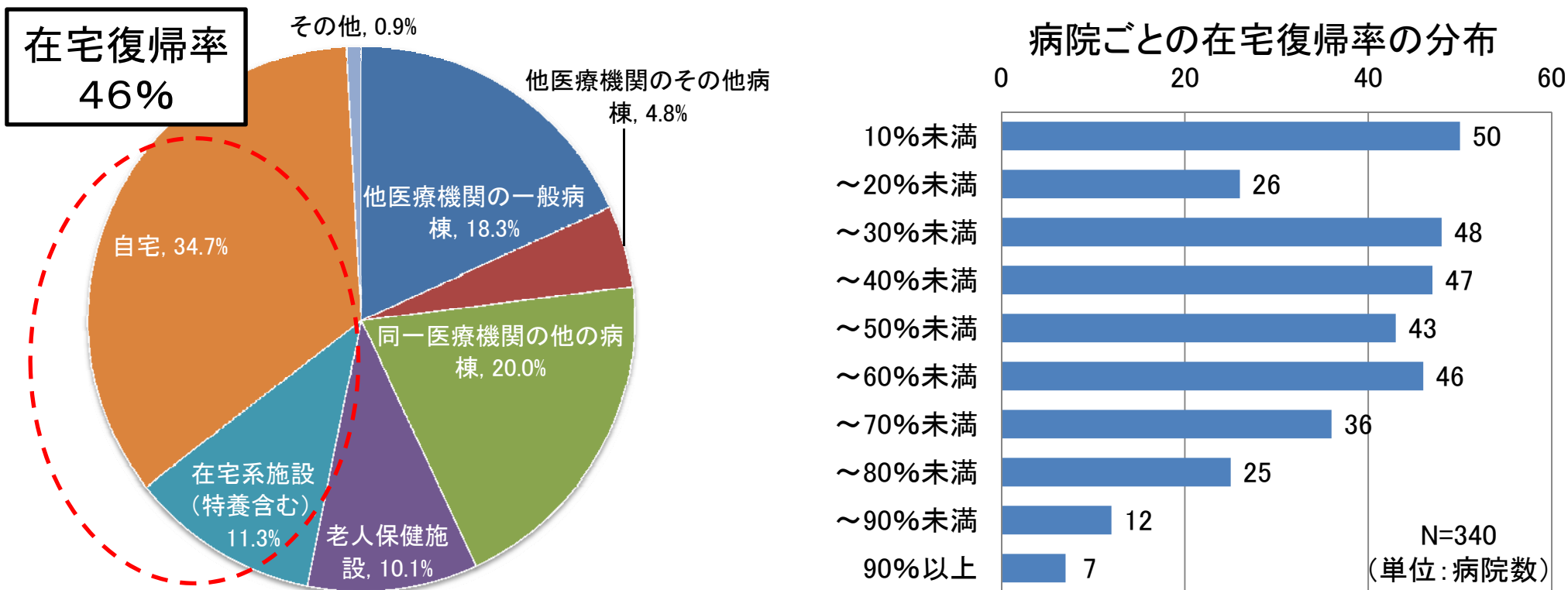
〈各施設の在宅医療移行管理に関わる職員体制〉

	医師		看護師		事務職員		保健師		MSW		その他	
	専従	専任 (兼務)	専従	専任 (兼務)	専従	専任 (兼務)	専従	専任 (兼務)	専従	専任 (兼務)	専従	専任 (兼務)
A病院	—	1	3	1	4	—	—	—	4	—	—	—
B病院	—	—	—	2	2	—	1	—	5	—	—	—
C病院	—	—	—	—	—	4	—	1	—	2	—	—
D病院	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—	—	—
E病院	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6	—	—
F病院	—	—	—	1	—	10	—	—	5	—	—	161
G病院	—	—	2	—	1	—	—	—	4	—	1	—
H病院	—	—	1	2	—	—	—	1	—	2	—	1

出典：平成19年度老人保健健康増進等事業 在宅医療移行管理のあり方に関する研究 報告書

療養病棟の在宅復帰率

- 現在、回復期リハ病棟では、在宅復帰率が評価の項目として取り上げられており*、回復期リハ病棟の在宅復帰率は、死亡退院した患者を除いた退院患者数を分母とし、他の保険医療機関へ転院した者、介護老人保健施設へ入所した患者を除いた数を分子として、在宅復帰率を算出することになっている。
(* 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準における在宅復帰率:6割以上)
- 回復期リハ病棟と同様の方法で療養病棟の在宅復帰率を算出した場合、46%であった。



出典:日本慢性期医療協会

御指摘事項:療養病棟の医療区分ごとの在宅復帰率を示してほしい。(鈴木委員)

医療療養病床における入院時の医療区分と退院先

(%)

		医療区分3の患者		医療区分2の患者		医療区分1の患者		
退院先全体の患者数(人)		2,118人		2,639人		1,699人		
退 院 先	自 宅	13.7%	19.4%	23.3%	30.8%	32.0%	40.7%	
	施 設	特別養護老人ホーム		3.9%		3.4%		4.3%
		その他の居住系施設		1.9%		4.1%		4.4%
	老人保健施設	3.9%		5.3%		10.4%		
	病 院	一般病床	11.4%		15.6%		12.0%	
		医療療養病床	2.9%		2.6%		2.8%	
		介護療養型医療施設	3.6%		4.7%		6.7%	
		回復期リハ病棟	1.6%		2.5%		2.1%	
		その他	2.4%		3.5%		3.7%	
	その他・不明		0.1%		0.6%		0.7%	
死 亡		54.7%		34.4%		21.1%		
在宅復帰率		42.8%		46.9%		51.5%		

注1)在宅復帰率:

(分母)死亡退院した患者を除いた退院患者数

(分子)死亡退院した患者を除いた退院患者数から、他の医療機関へ転院した患者、介護老人保健施設へ入所した患者を除いた数

注2)入院時の医療区分が判明している患者についてのみ集計

出典:日本慢性期医療協会(医療療養病床における退院患者個別調査より)

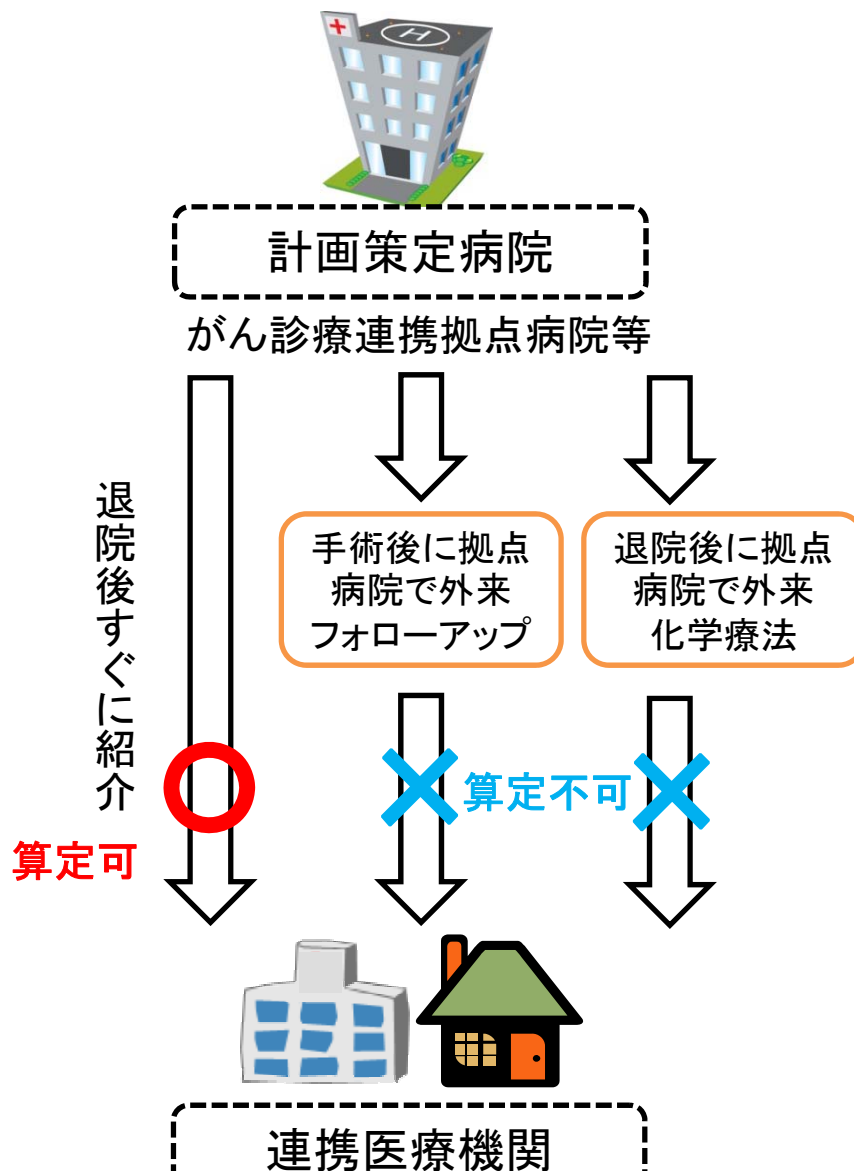
がん診療の連携に関する評価と課題について②

がん治療連携計画策定料

750点(退院時)



がんの治療目的に入院した患者に対して退院時に算定できるが、**当該病院で外来フォローアップを行った後に連携医療機関に紹介した等**の場合には算定できない。



御指摘事項:がん拠点病院の外来が増えてしまうが、総合入院体制加算との整理について示してほしい。(万代委員)

(答)

現在、「総合入院体制加算」については、病院勤務医の負担軽減等の観点から、外来縮小の取り組み等を要件としているところであるが、「外来化学療法又は外来放射線療法」に係る専門外来については、例外的な取り扱いとしている。

また、全体退院患者のうち、化学療法や放射線療法を併用せず手術のみを受けたがん患者の割合は数パーセントであるため、大きな影響は無いものと考えられる。

<参考1>

総合入院体制加算の施設基準(平成22年3月5日 保医発0305第2号より抜粋)

1 総合入院体制加算に関する施設基準等

(4) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

<参考2>

平成20年度患者調査より

	全退院患者	うち悪性新生物の患者	うち手術を受け、かつ、化学療法や放射線療法を受けた患者
患者数(千人)	1259.6	69.4	15.4
割合	100%	5.5%	1.2%