

医療連携について

平成23年12月2日

医療連携の項目

- ① 退院調整
- ② 救急医療
- ③ 周産期・小児医療
- ④ 精神科医療
- ⑤ がん診療
- ⑥ 認知症診療
- ⑦ 慢性期医療

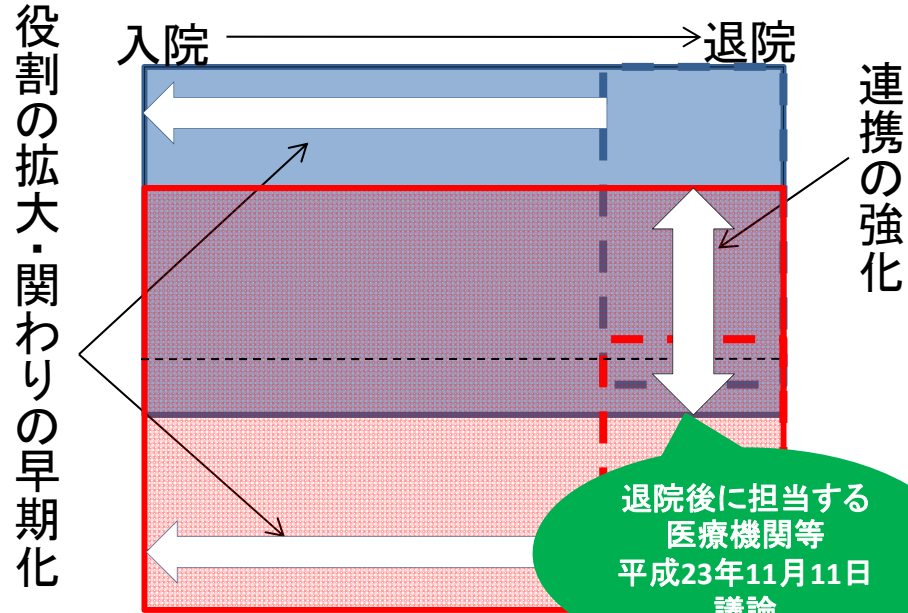
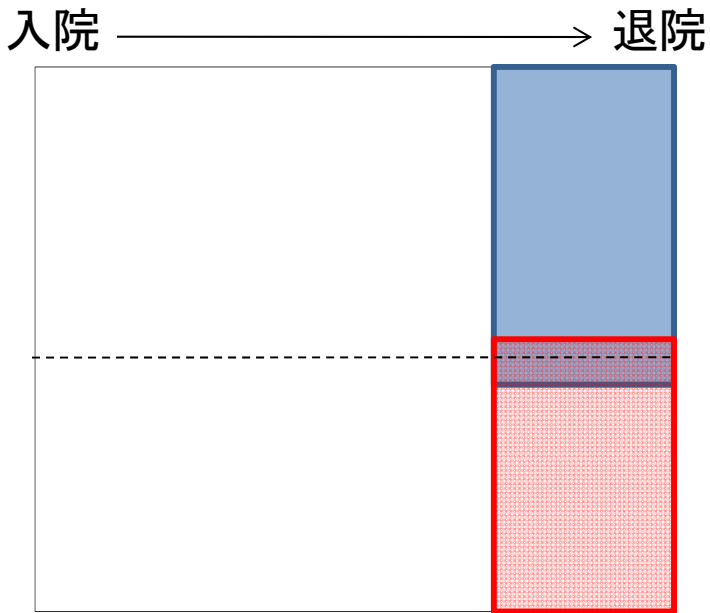
退院調整

退院支援に係る入院医療と在宅医療のそれぞれを担う医療 機関連携の評価のイメージ

現在の連携のイメージ

将来の連携のイメージ

入院している医療機関
在宅（自宅や施設）を担う医療機関



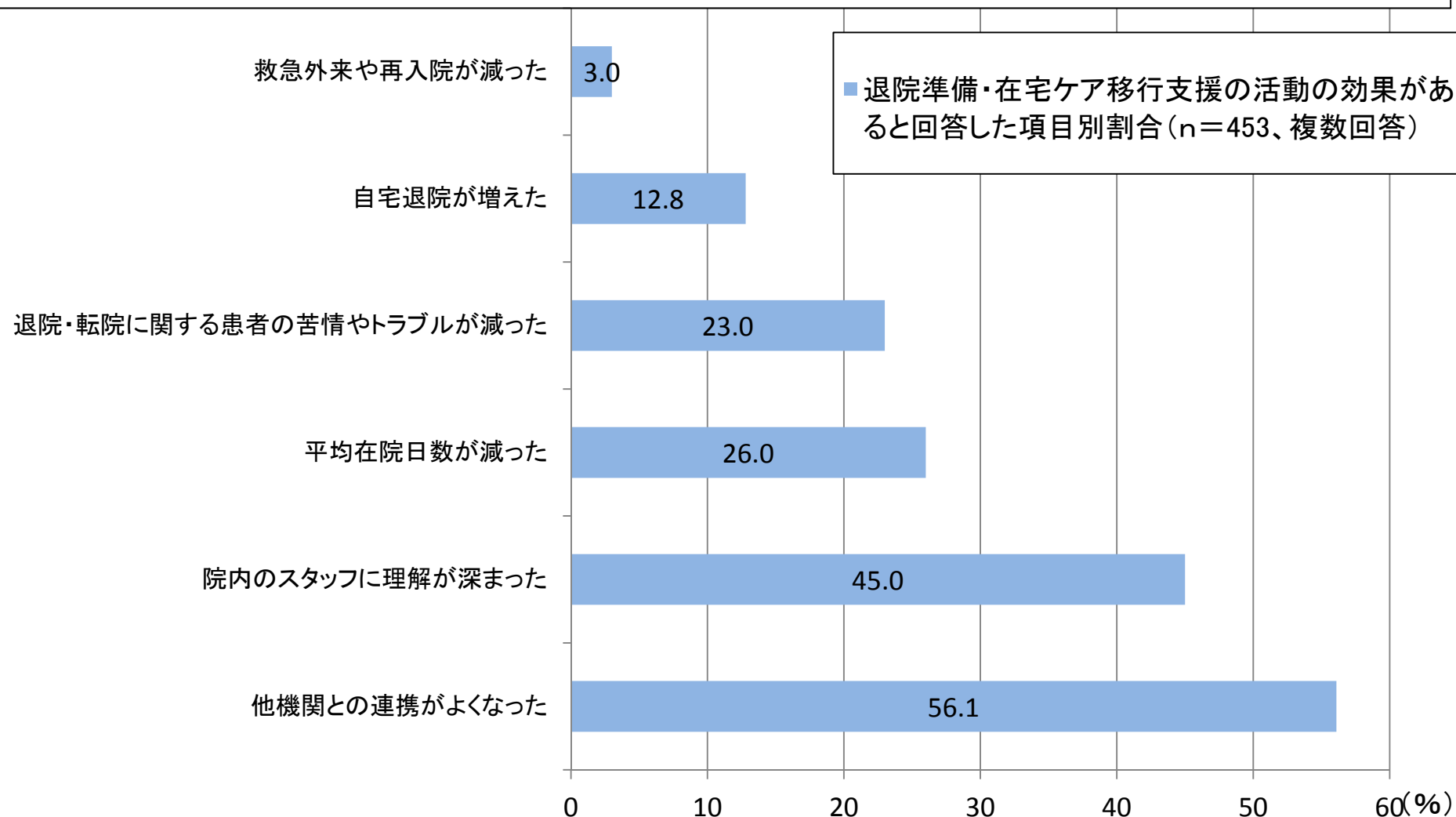
- ・入院後症状の安定が見込まれた時期からの退院調整
- ・在宅療養を担う医療機関の入院医療機関における退院後の療養上の指導のみ評価
- ・退院時期を中心とした連携

- ・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

退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

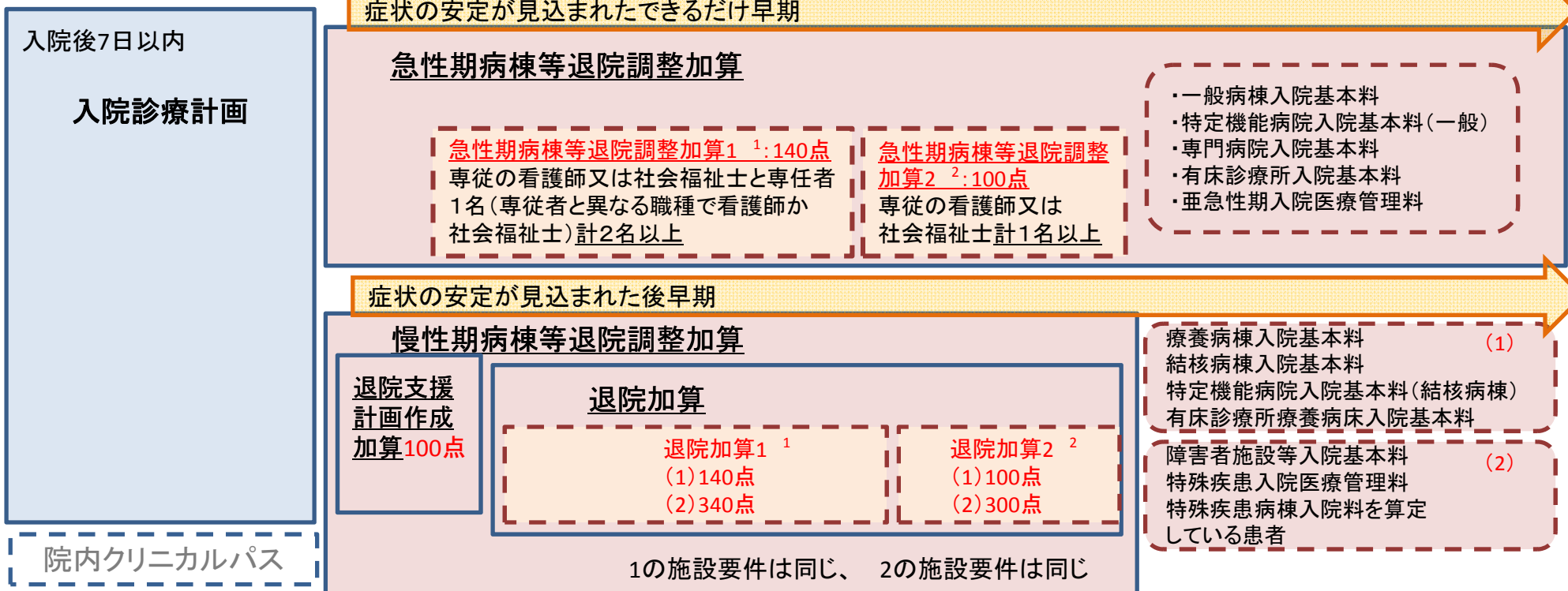
平成23年
2月2日
中医協資料

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。



出典: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 平成18年度 報告書 医療経済研究機構、平成19年3月

入院から退院までの流れのイメージ(現行)



退院時共同指導料³(退院後の生活等について在宅医療機関との調整)

【在宅医療機関側】 退院時共同指導料¹: 在支診1000点(在支診以外600点)

3と 4は併算定不可

【入院医療機関側】 退院時共同指導料²: 300点(3者加算⁵2000点)

⁵: 在宅を担う医療機関の医師又は看護師、歯科医師等、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、介護支援専門員のうち3者以上と共同して指導した場合に算定

地域連携診療計画管理料⁴(大腿骨頸部骨折及び脳卒中)

: いわゆる地域連携クリニカルパス(転院後又は退院後の治療を総合的に管理)

【計画策定病院】 地域連携診療計画管理料: 900点

【2段階目の医療機関】 地域連携診療計画退院時指導料 : 600点(退院時)

【3段階目の医療機関】 地域連携診療計画退院時指導料 : 300点(入院していた医療機関に情報提供した場合)

地域連携クリニカルパス(大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外)

入院診療計画

入院から退院までの流れのイメージ(現行)

■全患者に対して入院中に、入院診療計画を作成し、説明を行うことになっているが、院内クリニカルパスの普及により、より詳細な入院診療計画が立てられ患者に説明が行われている医療機関が増加している。



院内クリニカルパス

【論点】

＜入院診療計画＞

一定の基準を満たした院内クリニカルパスを活用している医療機関は、項目が網羅されていれば、入院診療計画の代替ができることを明確化してはどうか。

入院診療計画書

（患者氏名） _____ 印

平成 年 月 日

病種（病室）	
主治医以外の担当医名	
在宅復帰支援担当医名 *	
病名 （他に考え得る病名）	
症 状	
治 療 計 画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変更し得るものである。
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。
 注3) *印は、重症性入院医療機関に転院を決定する患者にあっては必ず記入すること。

（主治医氏名） _____ 印

（本人・家族） _____

診療報酬上、参考として示している様式であり、ここに示している項目が全て記載されていれば、当該様式と同じでなくても差し支えないが、そのことについて周知不足等により、患者用に院内クリニカルパス、保存用に当該様式を作成している医療機関がある。

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

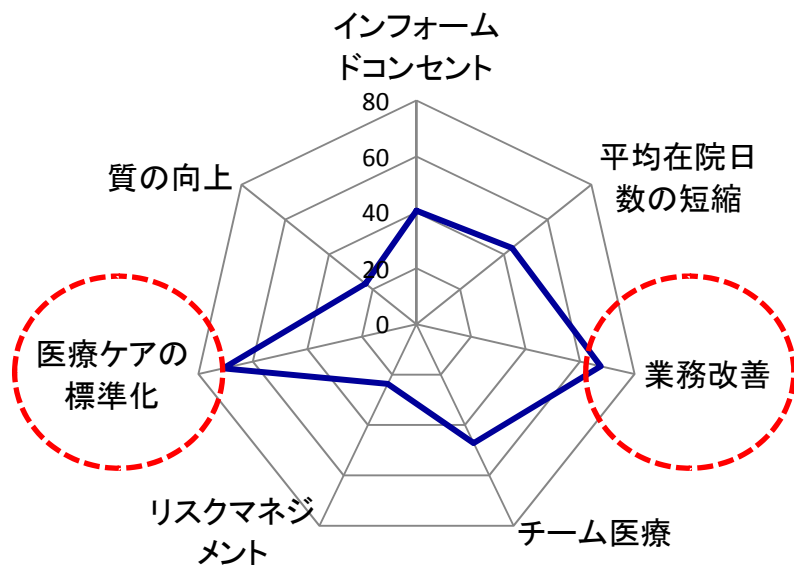
300床以上の全国の一般病院（法人会員施設を除く） 1,037 施設
 および日本クリニカルパス学会の法人会員の病院 395 施設 の
 計 1,432 施設 （566病院から回答：回収率：39.5%）

■パスの使用状況

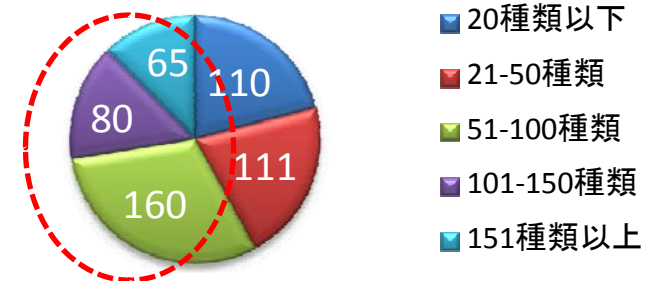
パスを作成・使用している **546病院/557病院(98%)**

（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

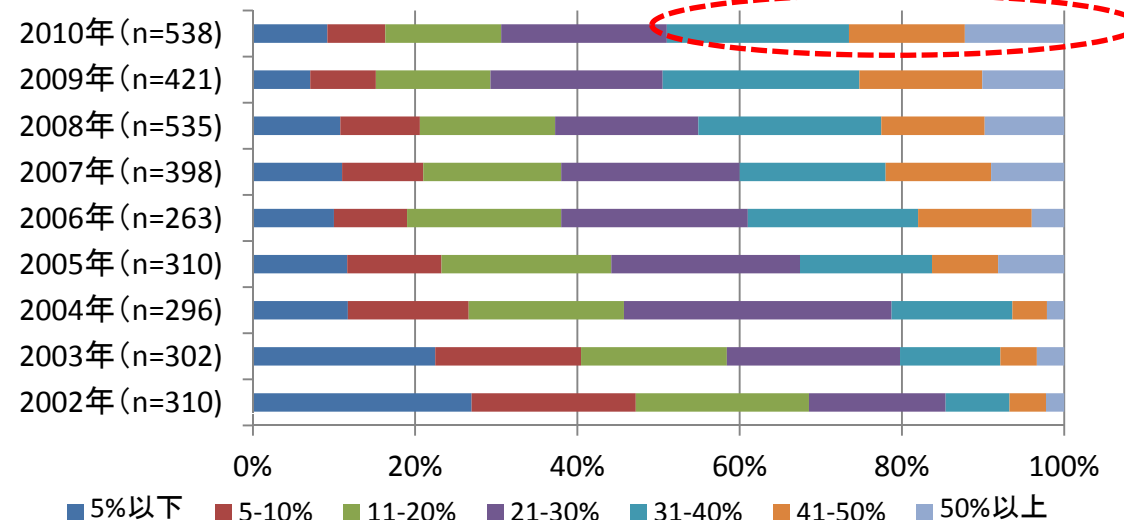


■使用しているパスの種類



■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）



早期からの退院調整について

早期からの退院支援の効果

- 方法 RCT(ランダム化比較試験)
- 対象 スクリーニングで、高リスクと判定された内科、神経内科および術後の高齢者
介入群:417人(平均年齢66.6歳) 対照群418人(平均年齢67.9歳)
- 介入内容 介入群:早期から(入院3日目から)の系統的な退院支援・調整をスタート
対照群:医師からの紹介があれば退院支援を実施、通常は何も行わない
- 結果 下記の通り
- 早期から退院支援をした介入群は、対照群と比較し、予定外の再入院率、予定外の再入院日数が有意に少なかった。
また、自宅への退院者数、退院9ヶ月後の自宅滞在率においては、対照群よりも有意に多かった。

結果

○予定外の再入院率

・退院4ヶ月後

介入群:103/417(24%)

対照群:147/418(35%)

P<0.001

・退院9ヶ月後

介入後:229/417(55%)

対照群:254/418(61%)

P=0.08

○予定外の再入院の日数

・退院9ヶ月後

介入群:10.1±8.3

対照群:12.1±9.1

P=0.001

○自宅へ退院者数

介入群:330/417(79%)

対照群:305/418(73%)

P<0.05

○退院後9ヶ月時点での自宅滞在率

介入群:259/417(62%)

対照群:225/418(54%)

P<0.05

○患者のヘルスアウトカム

・ Barthel score (scale 1 to 100)

退院1ヶ月後の平均値(SD)

介入群 85.3 (21.0)

対照群 86.5 (21.0)

○死亡数 (退院後9ヶ月時点) 介入群 66/417(16%) 対照群 66/417(16%)

退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果

入院1週間以内にスクリーニングを行い、退院困難が予測されるハイリスク患者(N=23)に対し、入院後10日前後に早期退院支援を行った。

また、スクリーニングの結果ハイリスク患者として抽出されなかった患者(N=17)に対して通常の退院支援を行った。

○在院日数は実施群で短かったが、統計学的有意差はなかった。しかし実施群のほうが有意に分散が小さく、早期退院支援の実施は、入院の長期化を予防できる可能性が示唆される。

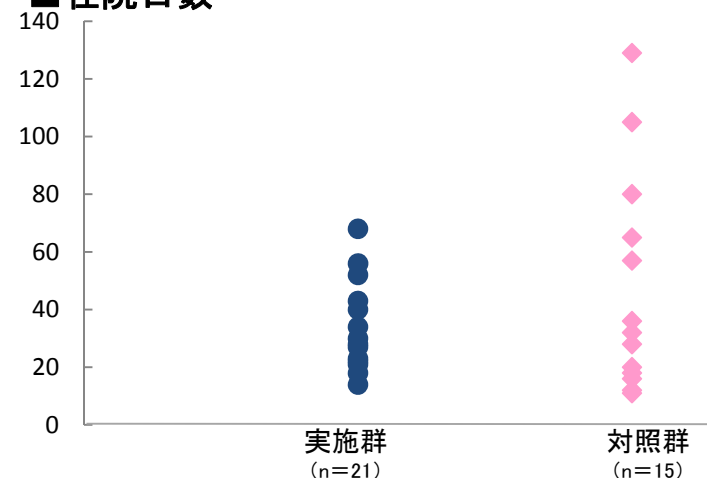
○実施群では、退院後の患者および家族の不安が軽減した。

○実施群のほうが退院時に多様なサービスの導入がみられた。

■退院時のサービス導入状況

	実施群 (n=21)	対照群 (n=15)
自宅退院	19	13
転院	2	2
かかりつけ医 訪問看護	6	2
ホームヘルプ	7	1
デイケア	2	1
行政・在宅介護支援センター	2	0
医療機器メーカー	9	0
その他	2	1
	1	0

■在院日数



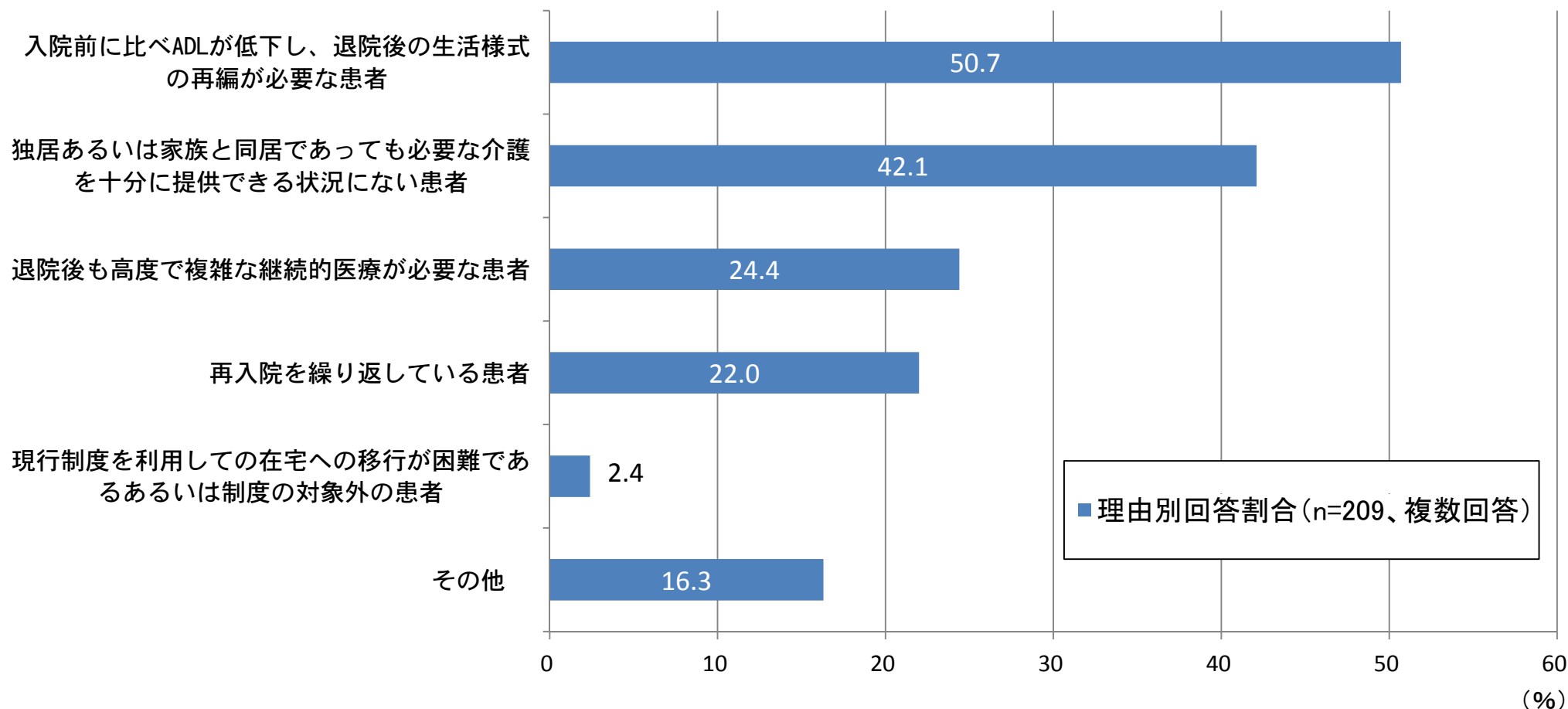
■退院時と退院後のSTAI(不安感の尺度)と介護負担感の変化—実施群と対照群の比較—

	退院時		ns	退院後		***	退院後の退院時からの変化		***
	実施群	対照群		実施群	対照群		実施群	対照群	
本人状態不安	41.4±11.3	37.7±5.7	ns	36.5±12.3	38.3±6.1	***	4.9±2.9	1.5±5.8	***
本人特性不安	39.9±10.7	35.8±6.5	ns	39.4±10.7	35.1±6.3	ns	0.6±0.9	0.6±1.4	ns
家族状態不安	46.4±10.1	42.3±9.7	ns	38.6±11.0	41.1±8.1	**	8.4±8.4	2.0±8.1	*
家族特性不安	42.1±12.0	39.8±9.4	ns	41.3±12.7	40.8±9.6	ns	0.8±1.8	0.5±1.9	ns
介護負担感	25.9±13.3	34.6±17.3	ns	19.9±9.3	29.0±17.4	ns	6.1±8.1	5.5±10.0	ns

平均±標準偏差 *: $p<0.05$ **: $p<0.01$ ***: $p<0.001$ ns:not significant

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。



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

退院支援部署に依頼があった患者の特性

○退院支援部署に退院支援の依頼のあった患者の特性として、高齢、悪性新生物、認知症、急性呼吸器感染が挙げられた(左図)。また、退院調整を行った者と行わなかった者の比較では、実施した者において緊急入院・再入院の者、自宅以外の退院先を希望する者、移動・排泄に対し介助が必要な者、家庭での介護問題がある者、介護保険が未申請の者、在院日数の長い者が多く、これらの者に対して退院支援が必要であることが示唆されている(右図)。

	退院支援 n=335				
	依頼なし群 n=312		依頼あり群 n=23		
在院日数	26.5±20.3		82.0±74.6		**
	n	%	n	%	
性(男性)	199	63.6	13	56.5	ns
年齢(65歳以上)	215	68.9	21	91.3	*
疾患の有無					
悪性新生物	60	20.5	9	40.9	*
認知症	11	3.8	4	18.2	*
急性呼吸器疾患	29	9.9	8	36.4	**
脳血管障害	35	11.9	2	9.1	ns
慢性呼吸器疾患	58	19.8	4	18.2	ns
心疾患	118	40.3	7	31.8	ns
骨・関節疾患	71	24.2	9	40.9	ns
転院先(死亡者除く)					
転科・転院	37	12.6	6	27.3	
老人保健施設	3	1.0	2	9.1	
自宅	251	85.7	14	63.6	**
不明	2	0.6	0	0	

	非実施 n=74	実施 n=53	
年齢	69.5± 12.9	79.3± 7.4	***
家族形態 (独居・夫婦のみ)	37	27	ns
緊急入院・再入院	16	28	**
自宅以外の 退院先希望	1	3	**
入院時 医療処置あり	0	8	ns
移動(要介助)	10	26	**
排泄(要介助)	9	24	**
家族での介護問題	20	27	*
介護保険状況 (必要だが未申請)	6	37	***
在院日数	20.3± 13.6	33.6±24. 5	***

* : p<0.005 ** : p<0.001 ns: not significant

田口樹美ら 老年病科における高齢者の退院困難要因と退院に向けた援助の検討 第5回高齢者介護・看護・医療フォーラム, 東京都, 2001

X²検定 * : p<0.005 ** : p<0.001 ns: not significant

Murashima, Nagata et al. Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: Implications for improving hospital programs Nursing and Health Sciences, 2(3), 153-161, 2001

退院困難な要因の例

- 悪性腫瘍、認知症、急性呼吸器感染症
- 高年齢、入院形態(緊急・再入院)、自宅以外の退院先希望、在宅での介護状況(介護協力者無)、移動に介助が必要、排泄に介護が必要、家族での介護問題、介護保険の申請が未申請、在院日数
- 再入院を繰り返す者、入院前後でADLが低下し生活の再編が必要な者、退院後の継続的な医療処置が必要な者、独居あるいは家族と同居でも必要な介護を十分に受けられる状況にない者 等

退院調整加算のイメージ(現行)

急性期病棟等退院調整加算

退院調整を行う時期: 症状の安定が見込まれたできるだけ早期

研修受講者である医師等による抽出に総合的な機能評価を行った場合に、総合評価加算がある。

退院困難な要因を有する患者を抽出する体制¹

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者²
- ・在宅での療養を希望するもの

退院調整

退院

急性期病棟等退院調整加算には、退院までが含まれている。

慢性期病棟等退院調整加算

退院調整を行う時期: 症状の安定が見込まれた後早期

慢性期病棟等退院調整加算では、退院支援計画作成と退院がそれぞれ評価されている。

退院支援計画作成加算

- ・退院支援の必要性を評価
- ・在宅での療養を希望するもの

退院調整

退院加算

退院

- ・退院困難な要因を有する患者の抽出について明確な要件なし
- ・特に慢性期病棟等退院調整加算については、退院困難者の抽出は規定していない。

- 1 ・入院後できるだけ早期から心理的・社会側面からの評価を行っていること
・症状安定が見込まれたできるだけ早期に患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っている。

※2 以下の特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る
(特定疾病)

がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症(法第八条第十六項に規定する認知症をいう。以下同じ)、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

退院調整加算のイメージ(改正案)

- 退院調整加算については、急性期、慢性期を問わず、共通のものとしてはどうか。
- 抽出する者の要件を明確にし、早期に調整を行うこととしてはどうか。

退院調整加算

退院調整を行う時期: 入院7日以内

退院困難な要因を有する患者を抽出する体制

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者
- ・在宅での療養を希望するもの

退院調整 → 退院

例えば、退院困難な要因を有する者について以下のものを加えて、当該者については早期から退院支援を計画することとしてはどうか。

- ・再入院を繰り返す者
- ・入院前後でADL低下し生活の再編が必要な者
- ・退院後の継続的な医療処置
- ・独居あるいは家族と同居でも必要な介護を十分に受けられる状況にない者 等

退院調整の充実 (地域との連携)

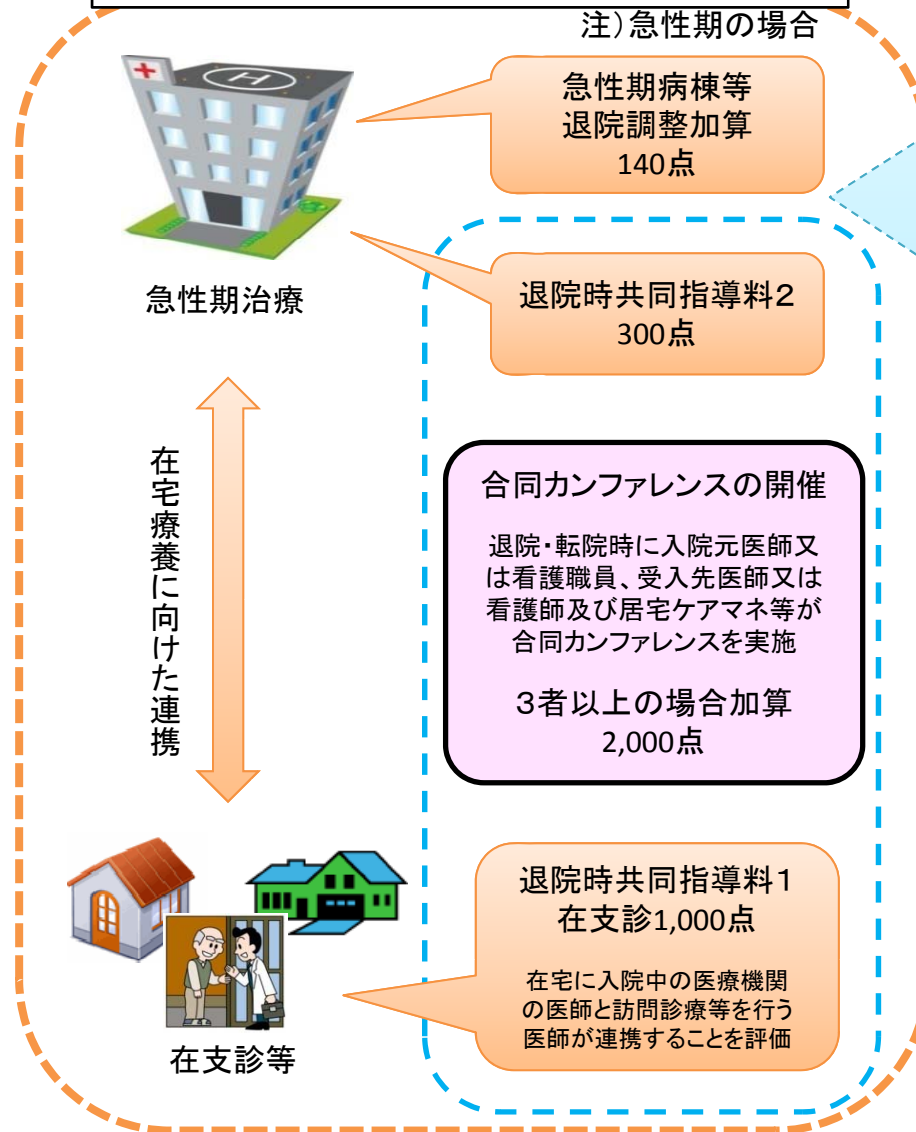
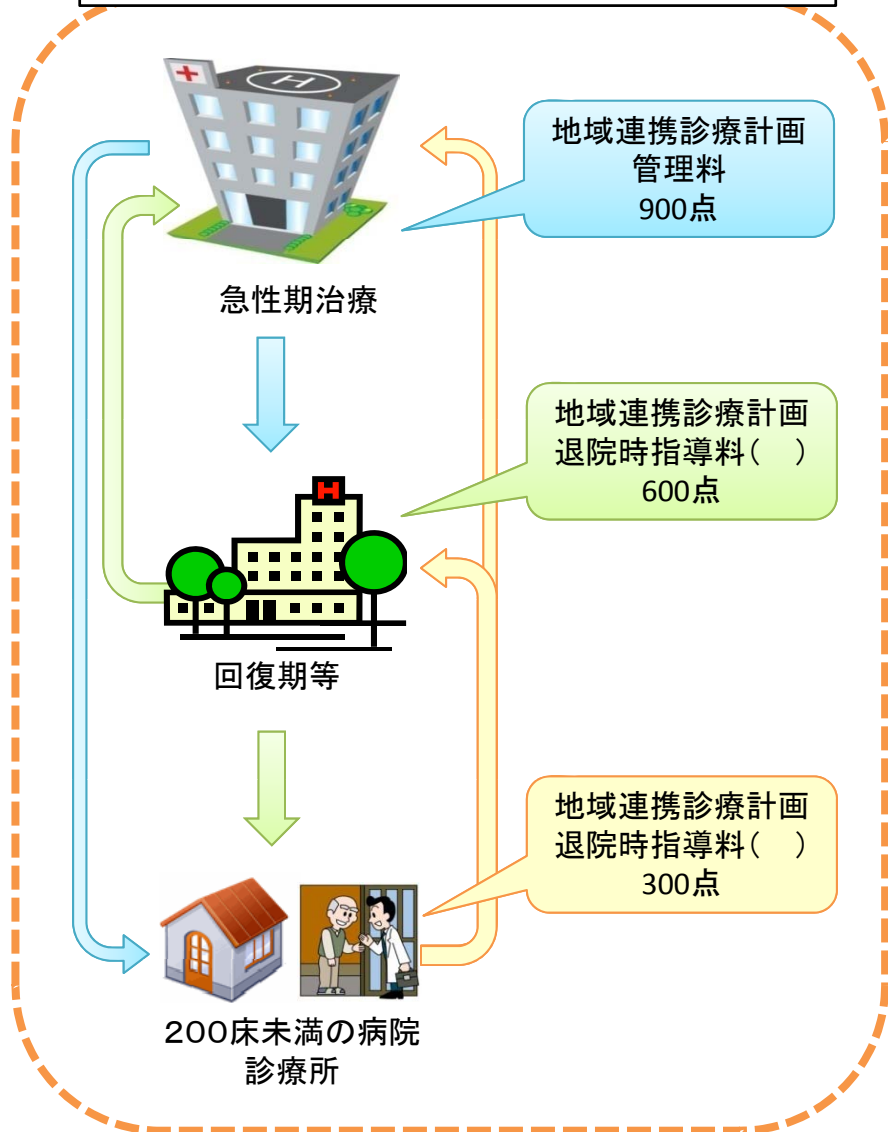
現行の退院調整等に関する評価のイメージ

脳卒中または大腿骨頸部骨折の患者

左記以外の退院困難な患者

地域連携パスで評価

退院調整、共同指導で評価



一部の医療機関では、脳卒中・大腿骨頸部骨折以外の地域連携パスを活用して、退院調整を行っている。

退院調整の充実

(地域との連携)

退院支援や退院時共同指導時に一定の基準を満たした地域連携クリニカルパスを活用している場合の評価を行ってはどうか。

(別紙様式6)	退院支援計画書	現行の退院調整支援計画の参考様式
(患者氏名)	_____ 殿	
		平成 年 月 日
病棟(病室)		
病名 (他に考え得る病名)		
患者以外の相談者	家族・その他関係者()	
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)		
退院に係る問題点、 課題等		
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要		
予想される退院先		
退院後に利用が予想され る社会福祉サービス等		
注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。		
	(退院支援計画担当者)	印
	(本人)	

地域連携診療計画の例(大腿骨頸部骨折一患者用)

入院診療計画書 大腿骨頸部骨折に対し手術(人工骨頭置換術・骨接合術)を受けられる方へ 平成 年 月 日							
(様)		(主治医)	(看護師)	(理学療法士)			
経過	入院日～手術前日 入院日(/ /)	手術当日	術後1日目～2日目 (/ /)～(/ /)	術後3日目～7日目 (/ /)～(/ /)	術後8日目～退院 (/ /)～(/ /)	転院先病院 (/ /)～	
検査	★手術をするための必要な検査をします ・血液検査・尿検査 ・心電図・レントゲンなど	★血液検査 出血が多い時は、輸血します	★血液検査 ★レントゲン 	★血液検査 (術後7日目)	★レントゲン		
活動・リハビリ	★痛みに応じて車椅子に乗れます 	★ベッド上安静  ★手術後、脱臼予防のため、股間に枕をはさみます	★病棟又はリハビリ室で訓練します ★座位訓練を開始します ★手術した足は脱臼しやすくなっています(人工骨頭の場合) ・脚(あし)を内股にしない様注意しましょう ・寝る時は股の間にまくらはさみます	★リハビリ室で訓練します ★平行棒内での起立から徐々に歩行訓練を開始します 			
処置	★必要に応じて毛を剃ります ★売店でT字帯を購入して下さい ★弾性靴下を準備します ★貴重品は、家族の方に預けましょう	★手術に行く前にめがね・入れ歯・時計などをはずします ★化粧・マニキュアはできません ★看護師が手術室まで案内します ★家族の方は、手術が終わるまで待機して下さい(2階待合室にて) 《手術後》 ☆心電図モニターをつけ必要時、鼻から酸素を吸入します ☆手術した脚(あし)に、血を貯める袋が入ってきます ☆血栓予防の為、器械で足の裏をマッサージします	★消毒(1日1回) ★血を貯めていた管を抜きます ★心電図モニター・酸素吸入をはずします ★機械で膝の曲げ伸ばし運動をします ★足背運動(足首を動かす)を行なってください ★車椅子に乗れ歩行訓練が始まるまで弾性靴下をはきます	★傷がきれいになったらガーゼをとります ★術後14日目抜糸 			
治療・薬剤	★必要に応じて痛み止めを使用します ★服用中のお薬があればお知らせ下さい 	★食事が摂れるまで点滴をします ★抗生薬の点滴をします ★必要時、痛み止めのお薬を使用します	★食事がとれたら点滴を停止了 ★抗生薬と胃薬の注射をします(場合によっては、胃薬の注射をします) ★痛みがある時は、痛み止めのお薬を使用します(お薬が必要な時は、お知らせ下さい)  				
食事	★手術前日まで食事はできます ★手術前日の夜中の0時から、飲んだり食べたりできません(あめ玉やガムも食べられません!) (食べてしまうと手術ができません!) ★手術後許可が出たら、お水や食事がとれます	★食事の制限はありません ★栄養士が訪問することがあります 					
清潔	★手術前日に風呂に入ります(ヘルパーがお手伝いします)	★体を拭きます 	★シャワー浴ができます(一人で入れるまでヘルパーがお手伝いします)				
排泄	★排便の確認をします	★手術後尿の管が入っています	★尿の管をぬきます ★車椅子でトイレまで行けます(車椅子が上手になるまでお手伝いします)				
説明	★入院計画書の説明 《手術前日》 ★手術説明 ★麻酔科説明 家族の方へ手術日の来院時間を確認してお帰り下さい	★手術の経過について説明 		《退院時》 ★退院 オリエンテーション ★紹介先病院への紹介状があります 			

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。
 ※入院中の計画書であり、入院期間・経過など入院中の状況によって変わります。
 ※上記の診断計画について{ }から説明を受けました。

受領者: _____

リハビリの途中段階で他の施設へ転院される患者様も転院先の病院又は施設で同じ様にリハビリが進められます。

当院にて術前又は術後翌日より、生活改善目的にリハビリが開始されます。

基本的に骨折前の歩行状態を目標とします。1段階低く設定する場合があります。

リハビリ訓練の目安を記してあります。参考にしてください。

屋外歩行へ

□階段昇降ができた

杖歩行へ

□平行棒を杖だけで歩けた
□片手だけで平行棒内を歩けた

歩行器歩行へ

□歩行器を使って歩けた
□肩の力を抜いて歩いた

平行棒内歩行へ

□つかまえて立てた
□立って骨折していない足を前に出せた

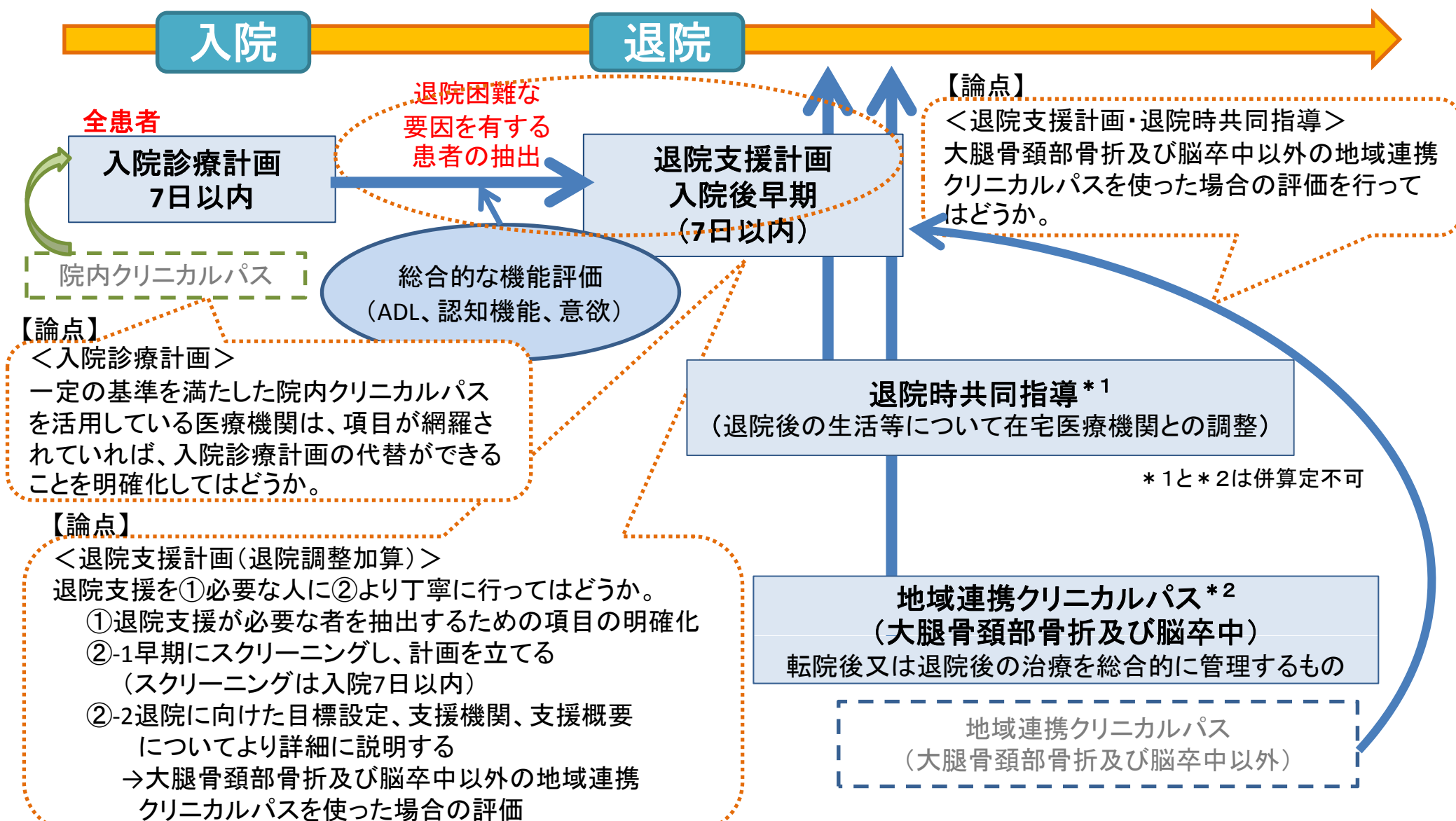
平行棒内起立

ころばないように注意して訓練を進めてください。

なんでもご相談ください

浦添総合病院・整形外科

入院から退院までの流れのイメージ(改正案のまとめ)

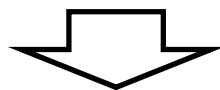


診療報酬上、参考として示している様式であり、ここに示している項目が全て記載されていれば、当該様式と同じでなくても差し支えないが、そのことについて周知不足等により、患者用に院内クリニカルパス、保存用に当該様式を作成している医療機関がある。

退院調整に係る課題と論点

【課題】

- 院内クリニカルパスを作成し、これを用いて患者に説明している場合、入院診療計画について、「実際にはこれを用いず、入院基本料等を算定するためだけに様式に記入している」との指摘がある。
- 退院調整加算は、慢性期病棟と急性期病棟とで、対象患者、退院調整の時期等について違いがある。
- 慢性期病棟等退院調整加算については、退院支援の必要性を評価することになっているが、退院困難な要因を有する者についての抽出は行わず、在宅療養を希望する者に退院調整を行っている。
- 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の地域連携クリニカルパスを活用している医療機関も増加してきている。



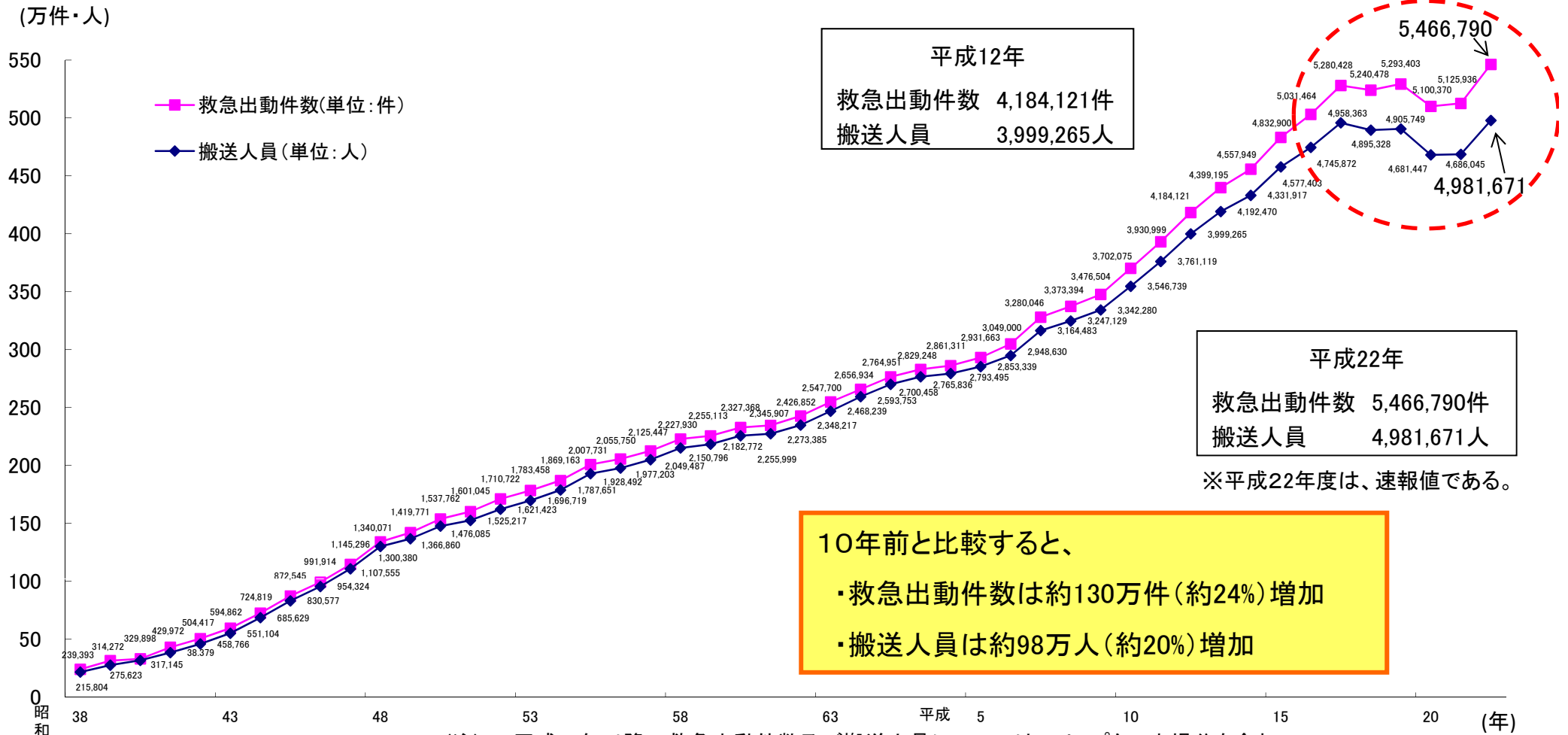
【論点】

- 一定の基準を満たしている院内クリニカルパスを用いて患者に説明している場合には、これらを代用してはどうか。
- 現在、慢性期病棟等退院調整加算と急性期病棟等退院調整加算が算定できる病棟の入院患者について、退院早期に退院支援困難者を抽出し、その結果、困難な者については早期に退院支援を行ってはどうか。（また、退院困難な者を抽出するための項目の例示に、具体的な項目を追加してはどうか。）
- 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の一定の基準をみたしている地域連携クリニカルパスを活用し、退院調整や退院時共同指導を行った場合の評価を行ってはどうか。

救急医療

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。

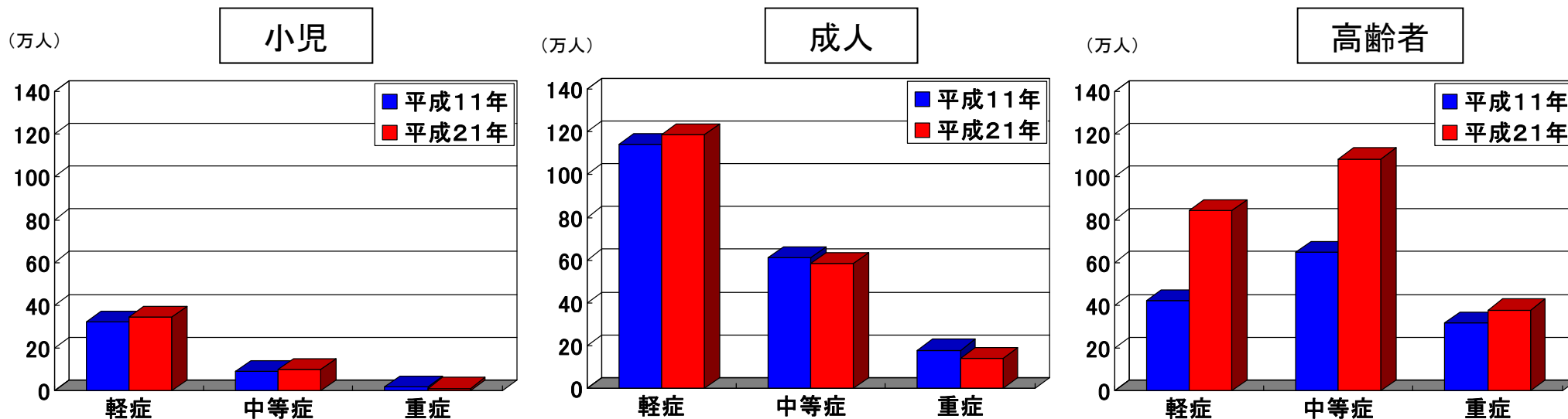


(注) 1:平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。
2:各年とも1月から12月までの数値である。

「平成23年救急・救助の概要」(総務省消防庁)

救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の増加率は、年齢別では高齢者が高く、重症度別では軽症・中等症が高い。



平成11年中

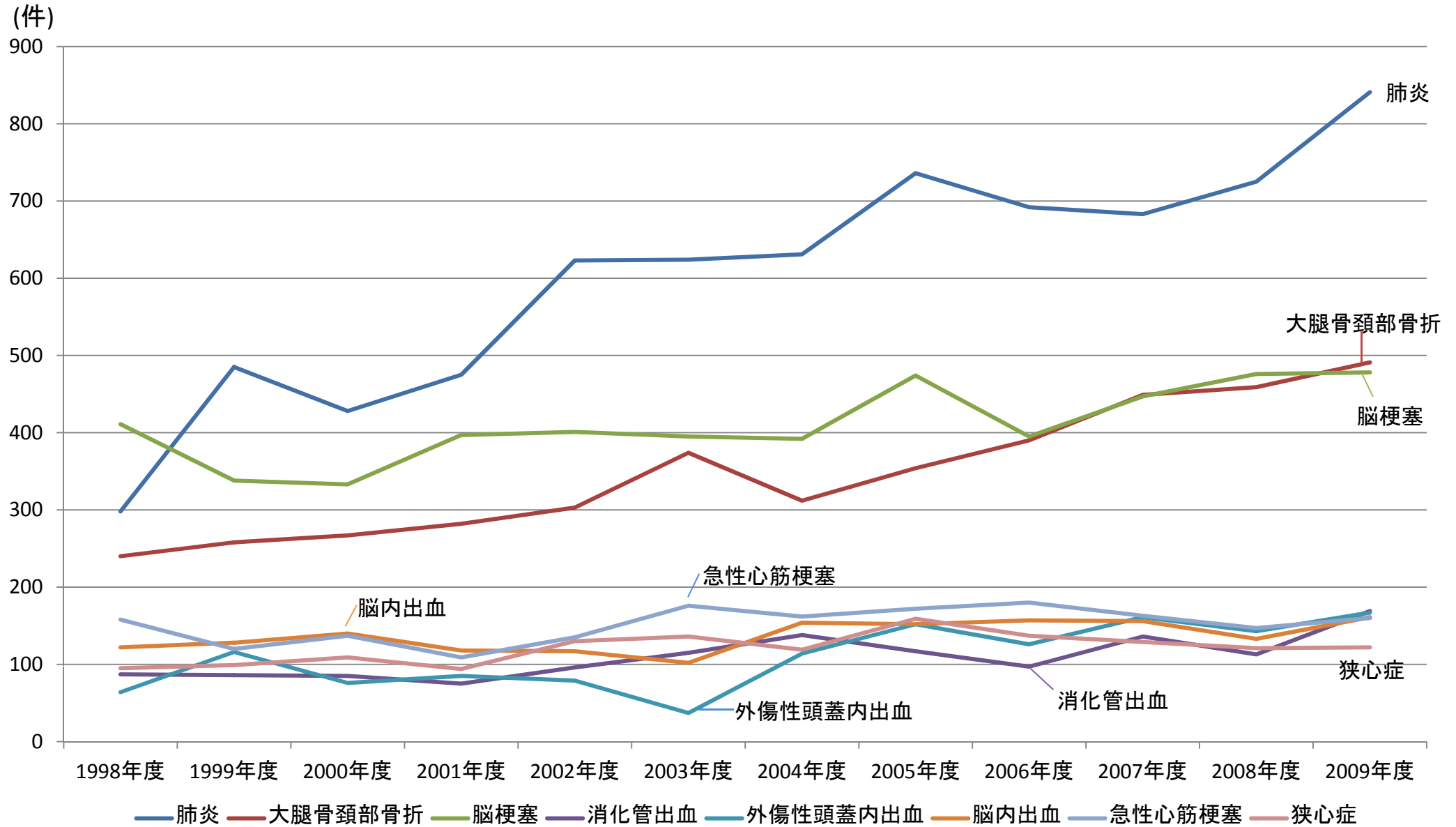
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体	32.2万人	114.2万人	42.2万人
重症	1.9万人	18.0万人	31.7万人
中等症	9.3万人	61.2万人	64.8万人
軽症	32.2万人	114.2万人	42.2万人

平成21年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体	34.6万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.2万人 42.0万人増 +100%
重症	1.3万人 0.6万人減 -32%	14.1万人 3.9万人減 -22%	37.9万人 6.2万人増 +20%
中等症	10.2万人 0.9万人増 +10%	58.4万人 2.8万人減 -5%	108.4万人 43.6万人増 +67%
軽症	34.6万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.2万人 42.0万人増 +100%

「平成22年度版救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

70歳以上の疾患別救急搬送数推移



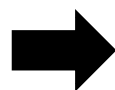
(長崎地区(長崎市・時津町・長与町)のデータ)

長崎リハビリテーション 栗原正紀病院長 ご提供資料

救命救急センター等搬送事例の推移

- 救急自動車等による総搬送件数及び重症以上傷病者搬送事案、産科・周産期傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案の4区分に該当する事案の推移

	平成20年	平成22年	
	件数	件数	
総搬送人員	4,678,626	4,985,632	(+6.6%)
重症以上傷病者搬送事案	530,132	548,678	(+3.5%)
産科・周産期傷病者搬送事案	40,542	41,699	(+2.9%)
小児傷病者搬送事案	359,557	378,681	(+5.3%)
救命救急センター搬送事案	541,734	638,141	(+17.8%)



➤ 総搬送人員件数の伸びとともに、重症以上傷病者の搬送事案等も増加しているが、特に救命救急センターへの搬送事案が増加している。

出典：平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（消防庁）

ベッド満床を理由に受入に至らなかった事例の推移

□ 「ベッド満床」を理由として、救急医療機関に受入に至らなかった事例の推移

	平成20年	平成22年	
	件数	件数	
重症以上傷病者搬送事案	25,420	28,489	(+12.1%)
産科・周産期傷病者搬送事案	546	365	(-33.2%)
小児傷病者搬送事案	3,425	4,833	(+41.1%)
救命救急センター搬送事案	21,445	27,801	(+29.6%)

➤ ベッド満床を理由に救急医療機関の受入に至らなかった事例は産科・周産期傷病者搬送事案では減少しているが、その他(重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案)では増加している。

出典：平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(消防庁)

22年改定における救急医療の評価の充実について

救急搬送患者の受入の評価

- 地域における救急医療の中核を担う医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるように、緊急入院した患者について、早期転院支援の評価を新設

① 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点

② 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

○救急搬送患者地域連携紹介加算

- ① 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理加算又は脳卒中ケアユニット入院医療管理加算を算定していること。
- ② 受入医療機関とあらかじめ連携していること。

○救急搬送患者地域連携受入加算

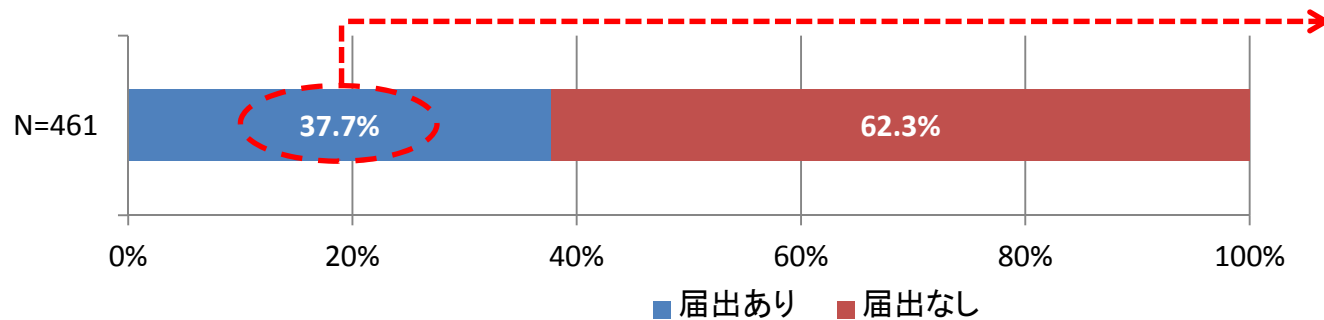
紹介元医療機関とあらかじめ連携していること。

救急搬送患者地域連携紹介加算の状況

(平成22年改定の要点)

あらかじめ連携している医療機関に5日以内に転院した場合の評価を新設
(紹介加算:500点、受入加算:1,000点、転院時)

【救急搬送患者地域連携紹介加算届出の有無】



1施設あたり連携医療機関数

病院	有床診療所	合計
10.0	0.7	10.7

【1施設あたり算定患者数】

(連携医療機関10施設未満)

	平成21年10月	平成22年10月
緊急入院した患者数	314.5人	313.5人(100%)
他の病院への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	4.9人	5.7人(1.8%)
有床診療所への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	1.1人	1.4人(0.4%)

N=42

(連携医療機関10施設以上)

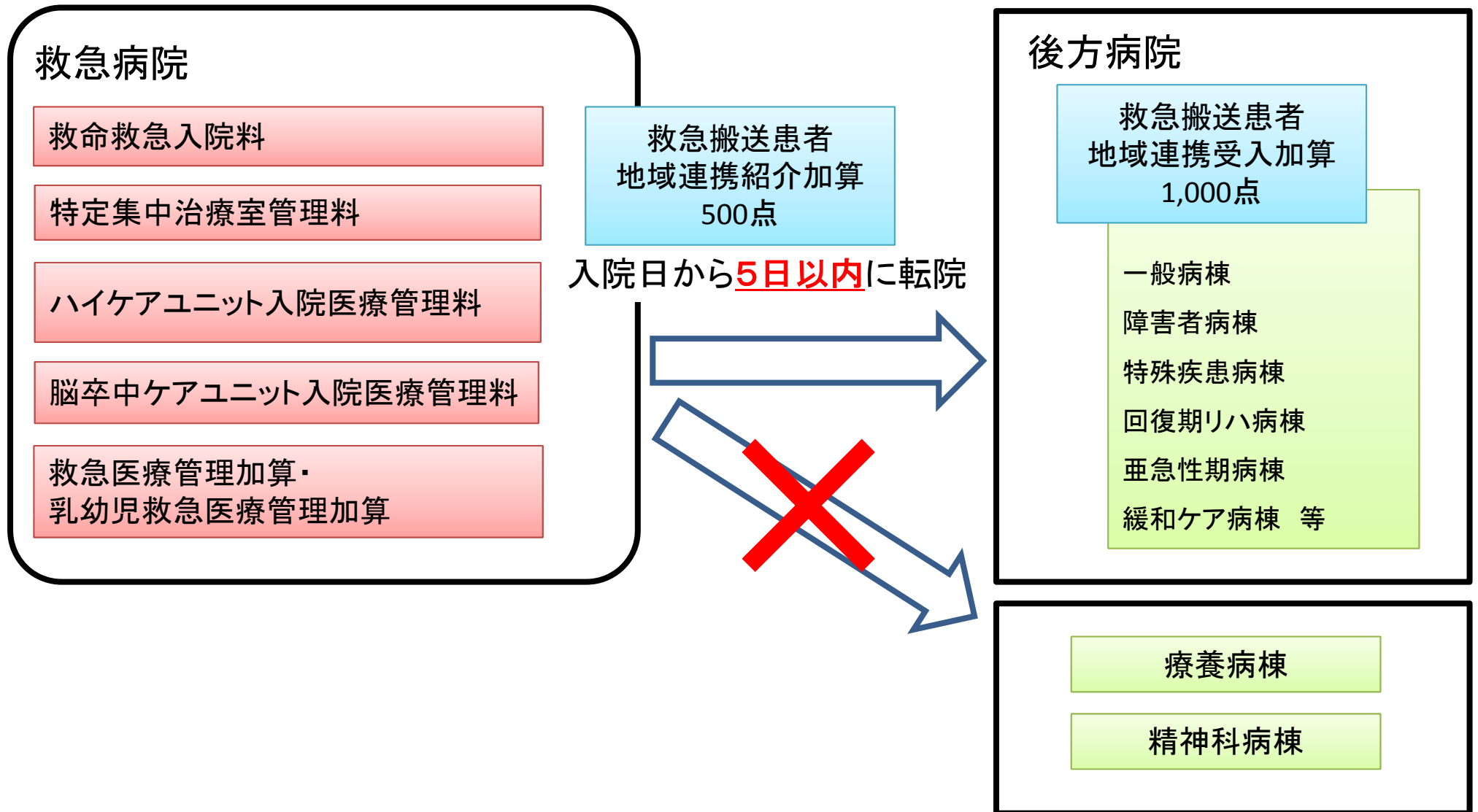
	平成21年10月	平成22年10月
緊急入院した患者数	335.5人	328.3人(100%)
他の病院への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	14.2人	12.4人(3.8%)
有床診療所への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	0.6人	0.5人(0.2%)

N=23

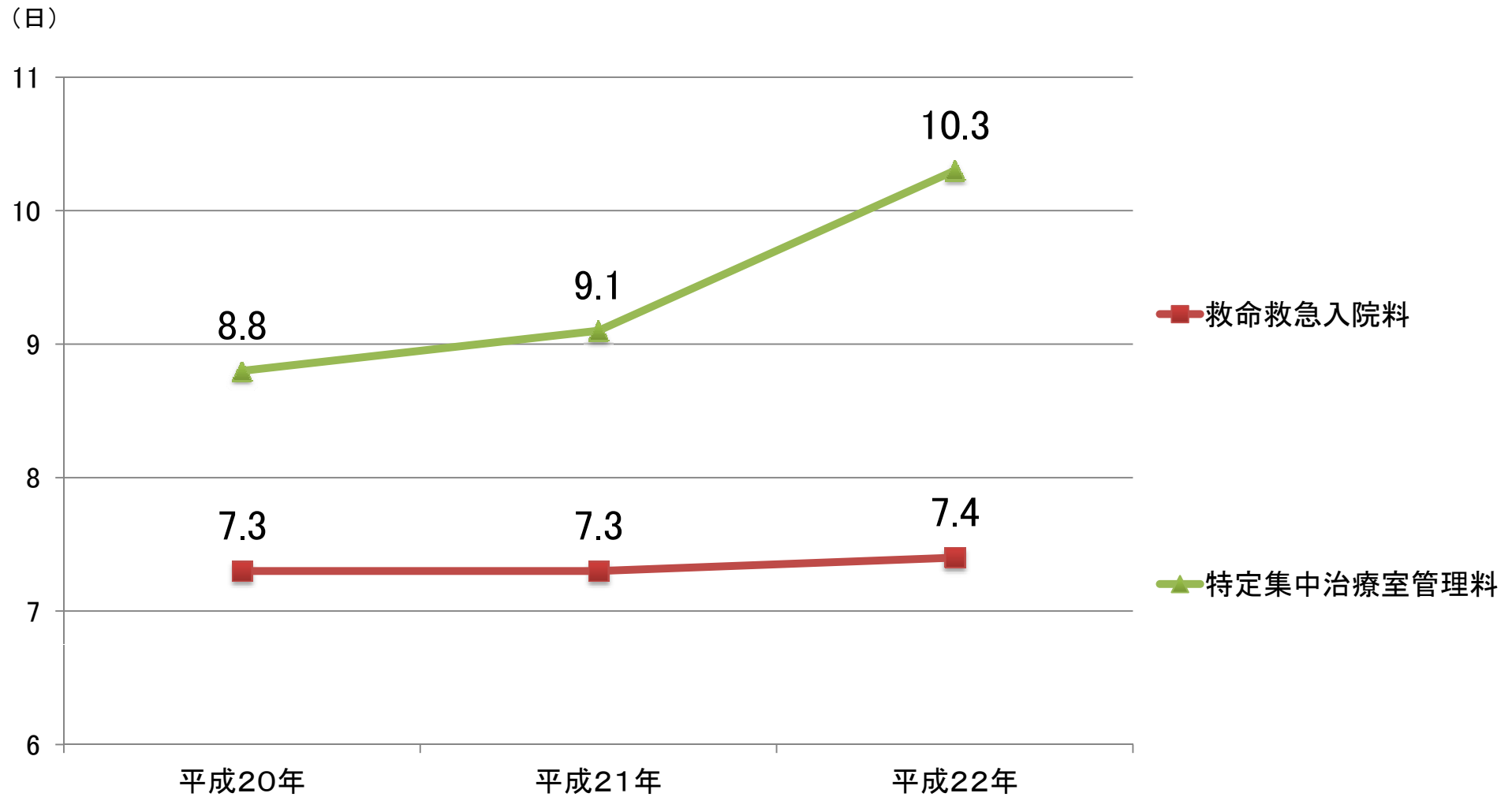
出典:平成22年度検証調査

救急医療の連携に係る主な診療報酬について

(模式図、現状)



救急医療に係る特定入院料の 平均在院日数の推移

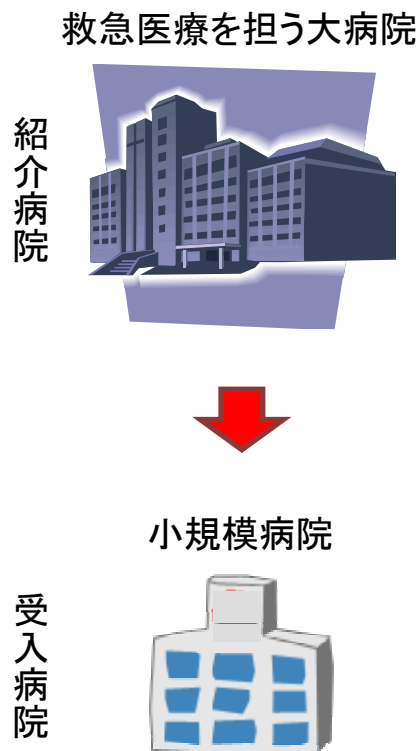


保険局医療課調べ

救急搬送患者地域連携にかかる紹介病院と受入病院の関係

1. 大病院から小病院へ転院させる場合 2. 中規模病院同士で患者を転院させる場合

【通常想定されるパターン】



例) A病院は脳卒中の専門病院で、亜急性期病棟も持ち、
B病院は外傷の専門病院で、回復期リハ病棟を持っているとする。
あらかじめ、A病院を紹介病院、B病院を受入病院として届出た場合。

【パターン①】

脳卒中の患者を転院させる場合



【パターン②】

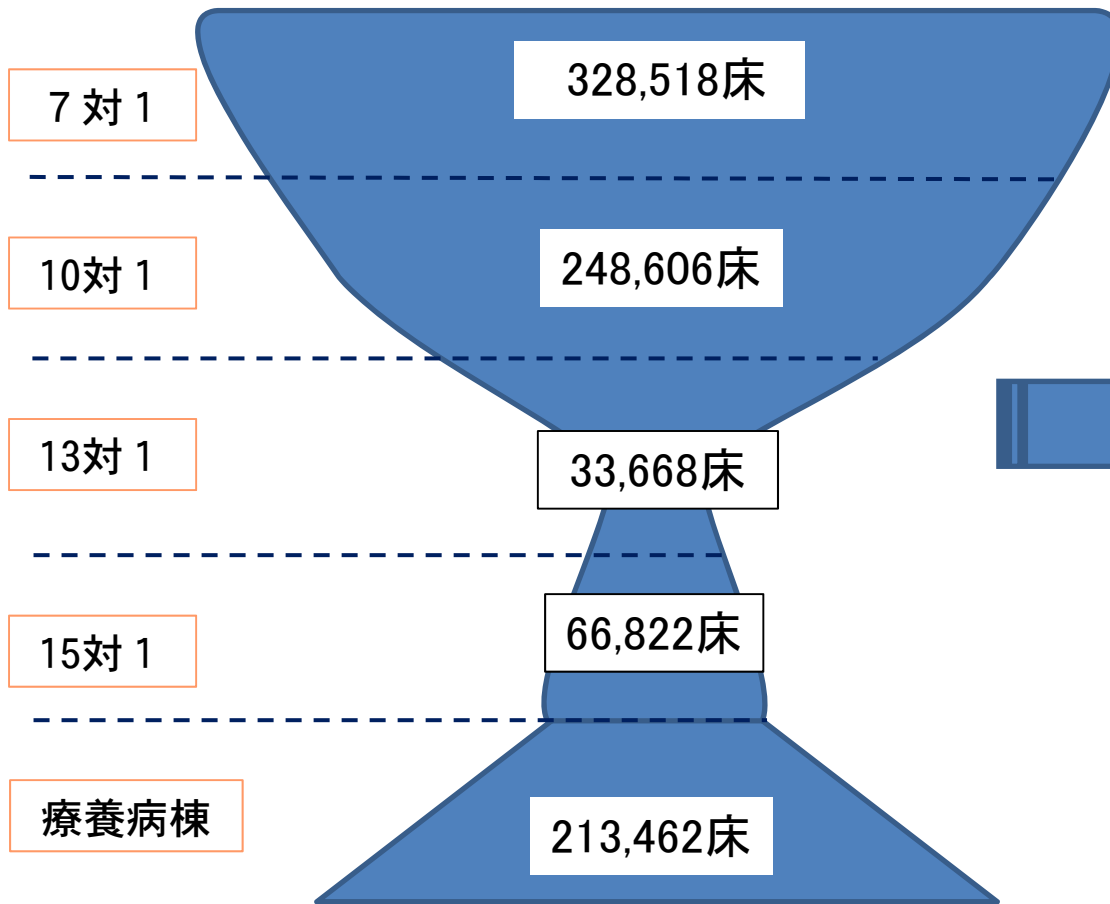
外傷の患者を転院させる場合



注) 現在、あらかじめ紹介病院と受入病院とが協議を行い、両者の関係を届出ることが必要であり、紹介病院と受入病院の関係は、1方向の関係しか認められていない。

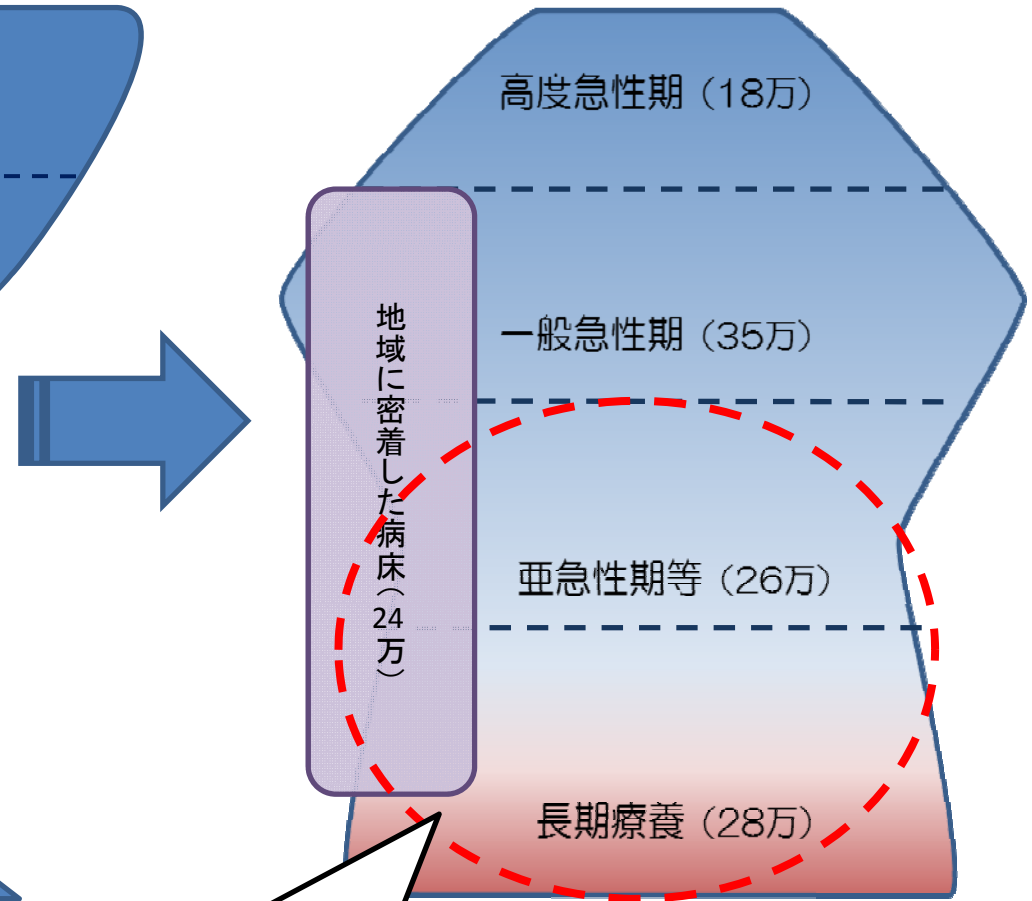
今後の救急医療の後方受入の場

<2010(H22)年の病床数>



保険局医療課調べ

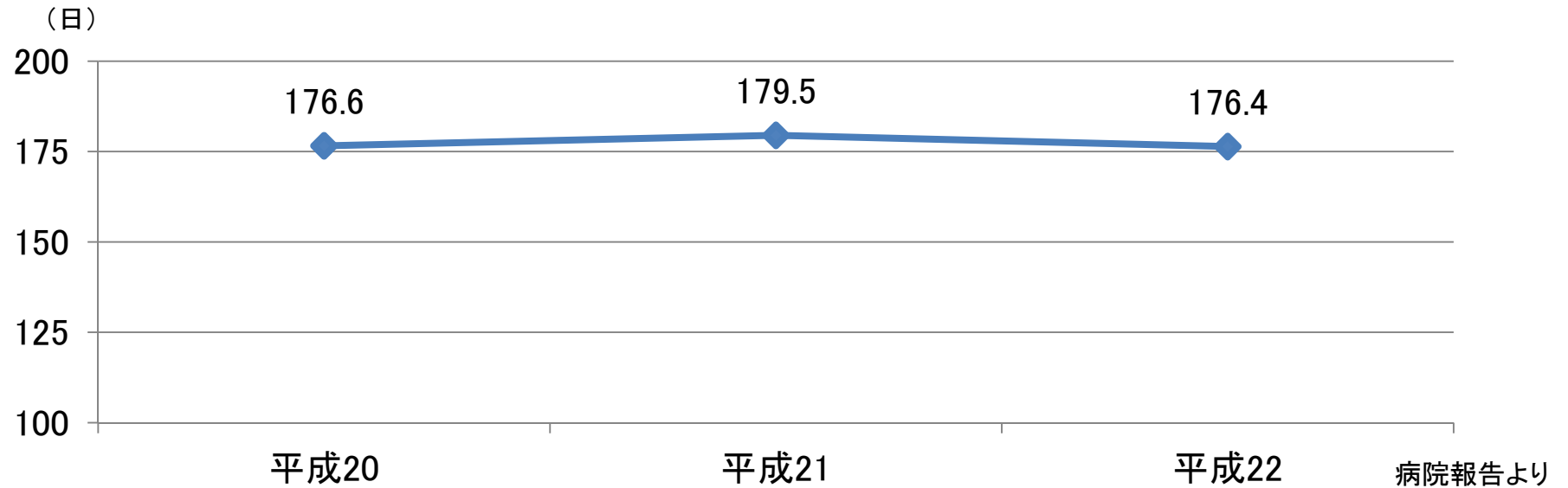
<2025(H37)年のイメージ(再掲)>



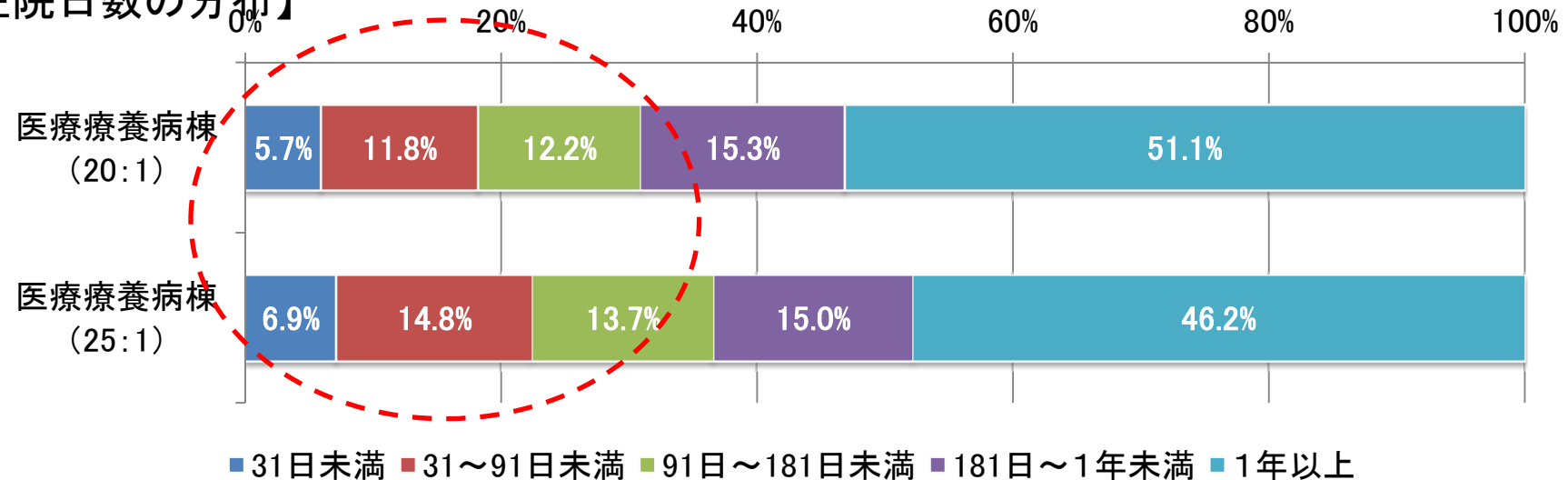
今後は、亜急性期・長期療養を担う医療機関の受入機能を強化することが必要ではないか。

療養病床の在院日数

【平均在院日数の推移】



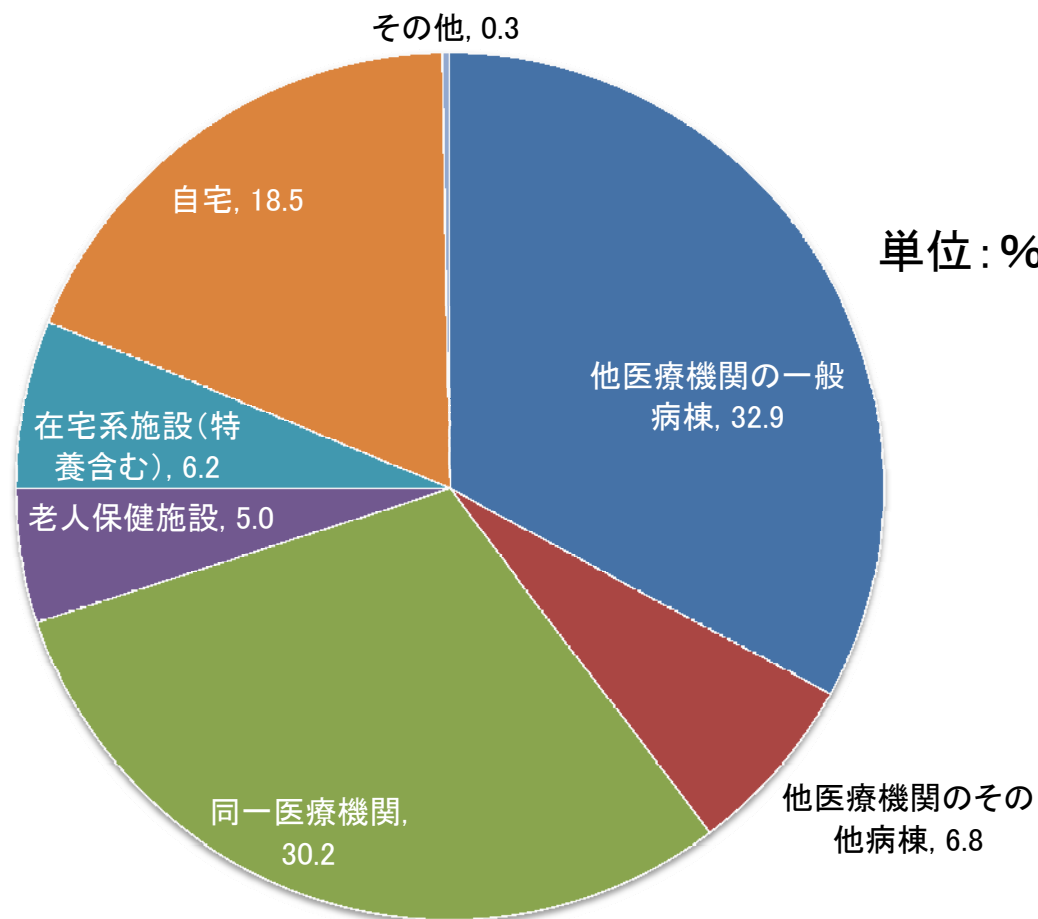
【在院日数の分布】



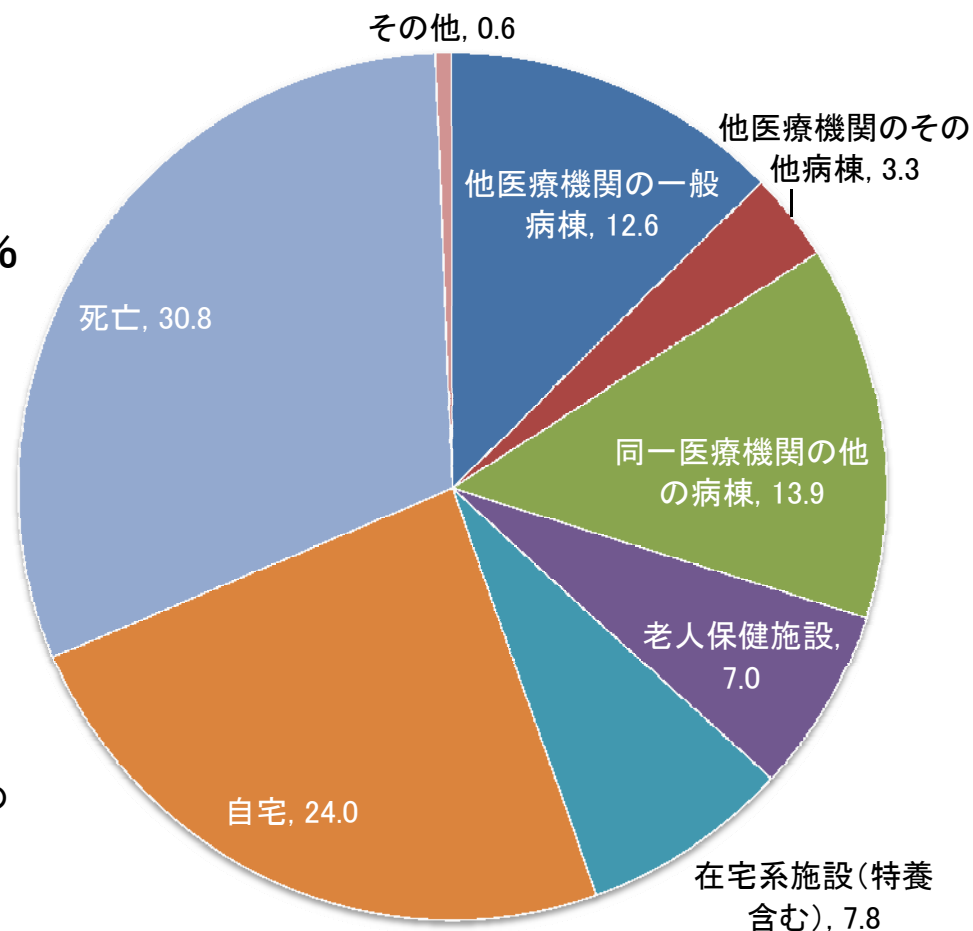
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

療養病棟の入退院経路

【入院経路】



【退院経路】



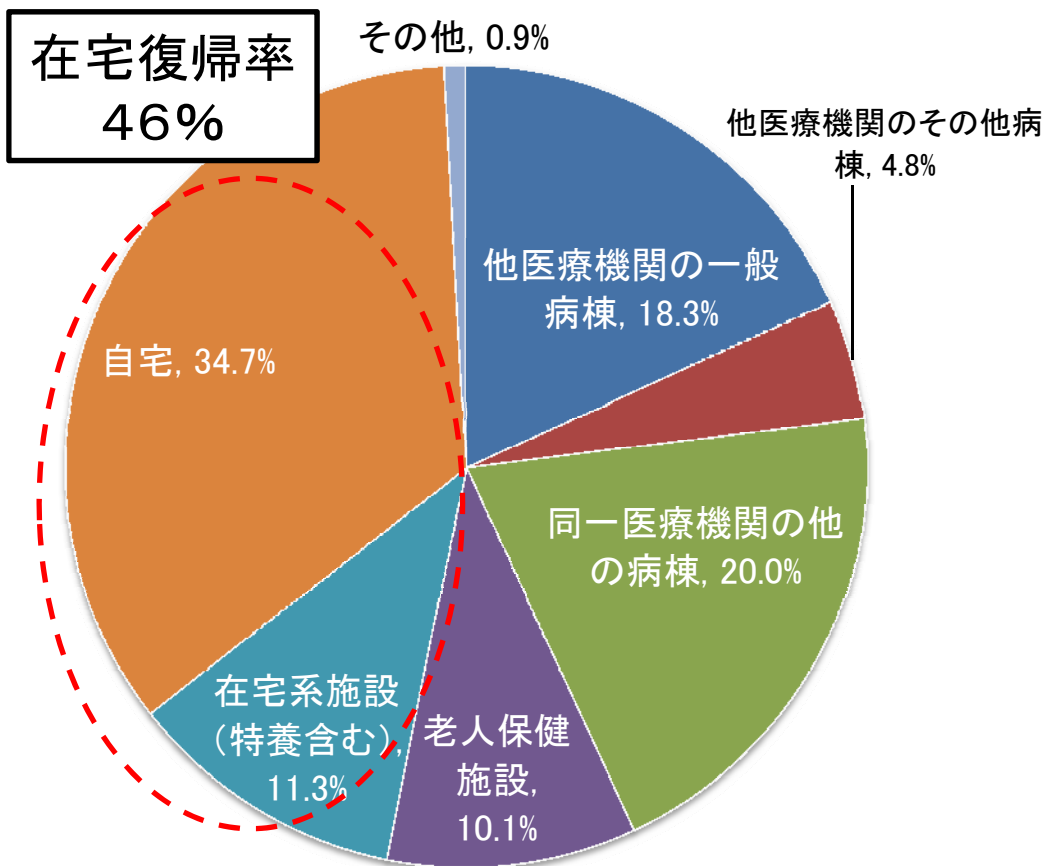
対象病院：療養病棟入院基本料算定する340病院

対象患者：平成21年度の6ヶ月間に入院した患者21,429名と退院した患者21,473名

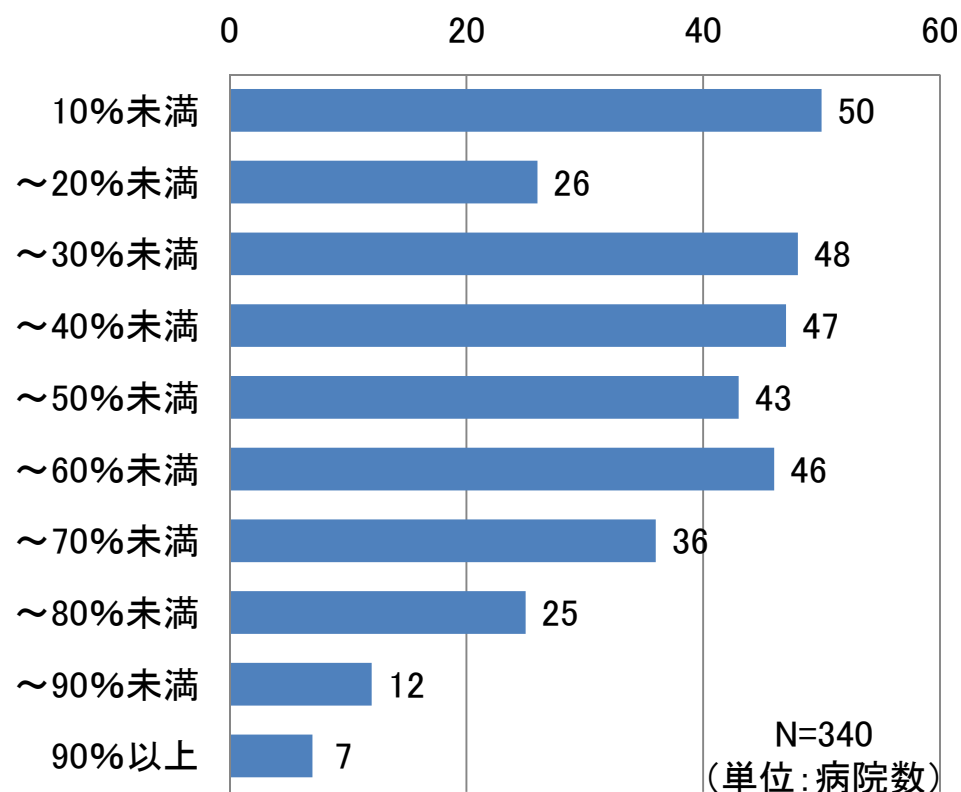
出典：日本慢性期医療協会

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。



病院ごとの在宅復帰率の分布



出典:日本慢性期医療協会

22年改定における療養病床と有床診の評価について

療養病床の初期加算の創設

➤ 後方病床機能の評価

救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。

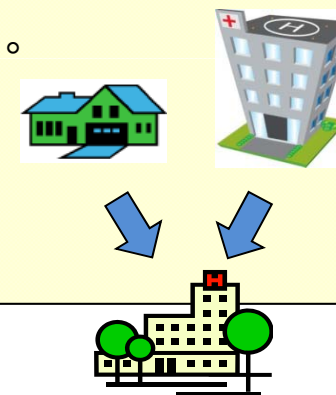
地域医療を支える有床診療所の評価

➤ 後方病床機能の評価

有床診療所一般病床初期加算 100点(7日以内、1日につき)

以下のいずれかを満たす、地域医療を支える有床診療所(一般病床)を評価する。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を伴う手術を年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。



後方病床(療養病棟、有床診療所)の受入状況

(平成22年改定の要点)

救急病院や介護施設、自宅からの入転院に対する評価を新設

(療養病床:1日150点、有床診療所一般病床:1日150点、ともに14日まで)

【療養病棟】 N=88

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		766人	802人 (+4.7%)
直前の居場所	自宅	360人	352人
	病院	274人	317人 (+15.7%)
	特養等施設	132人	133人

【有床診療所一般病床】 N=231

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		2579人	2594人 (+0.6%)
直前の居場所	自宅	2222人	2237人
	病院	180人	196人 (+8.9%)
	特養等施設	137人	145人

○ 療養病棟、有床診療所の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は増加していた。

出典:平成22年度検証調査

【算定状況】

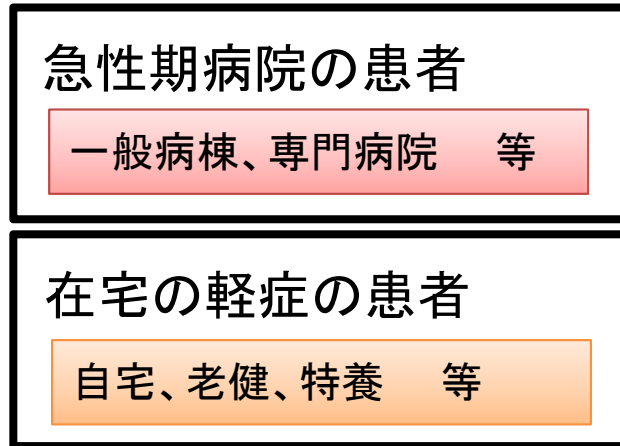
社会医療診療行為別調査 (6月審査分)	平成22年	
	実施件数	割合
療養病棟入院基本料	240,848	-
救急・在宅等支援療養病床初期加算(病院)	23,351	9.7%
有床診療所療養病床入院基本料	7,300	-
救急・在宅等支援療養病床初期加算(有床診)	319	4.4%

社会医療診療行為別調査 (6月審査分)	平成22年	
	実施件数	割合
有床診療所入院基本料	115,258	-
有床診療所一般病床初期加算	30,760	2.7%

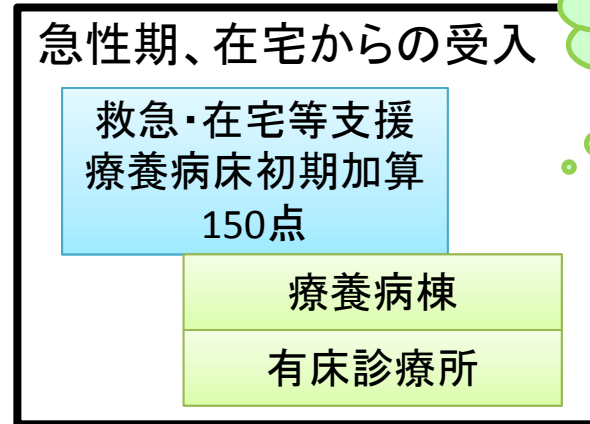
後方受入機能に係る主な診療報酬について

(模式図)

【現状】

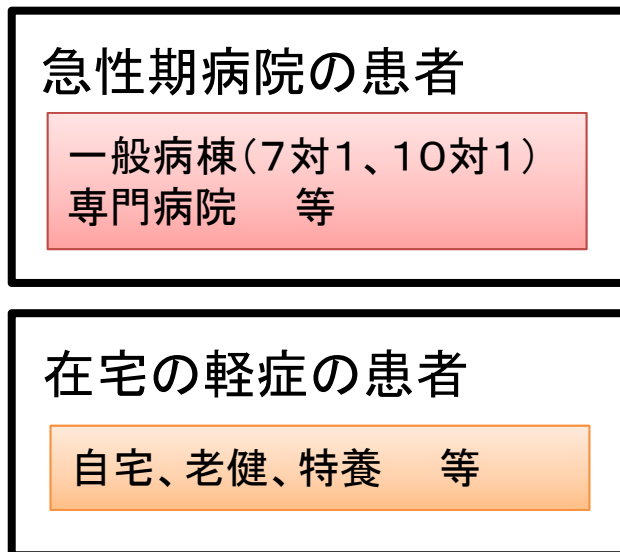


受入

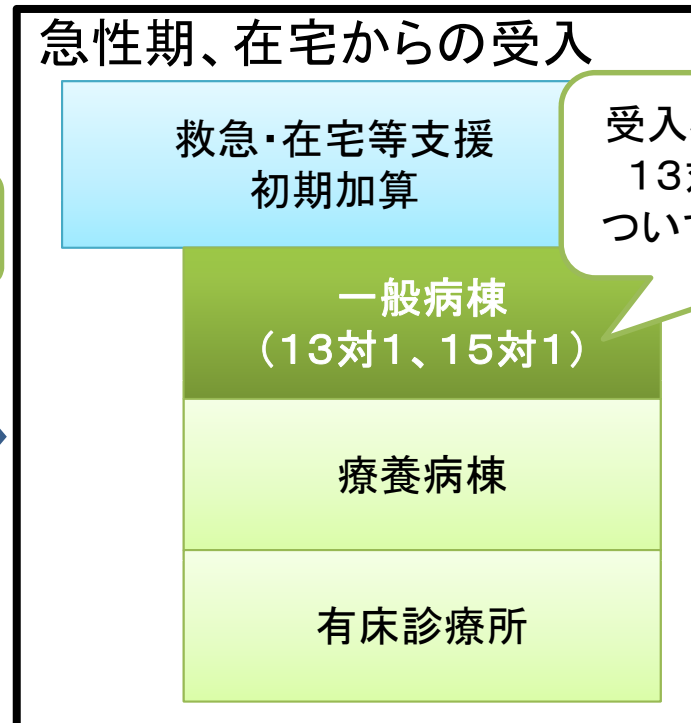


受入機能の強化が必要

【今後のイメージ】



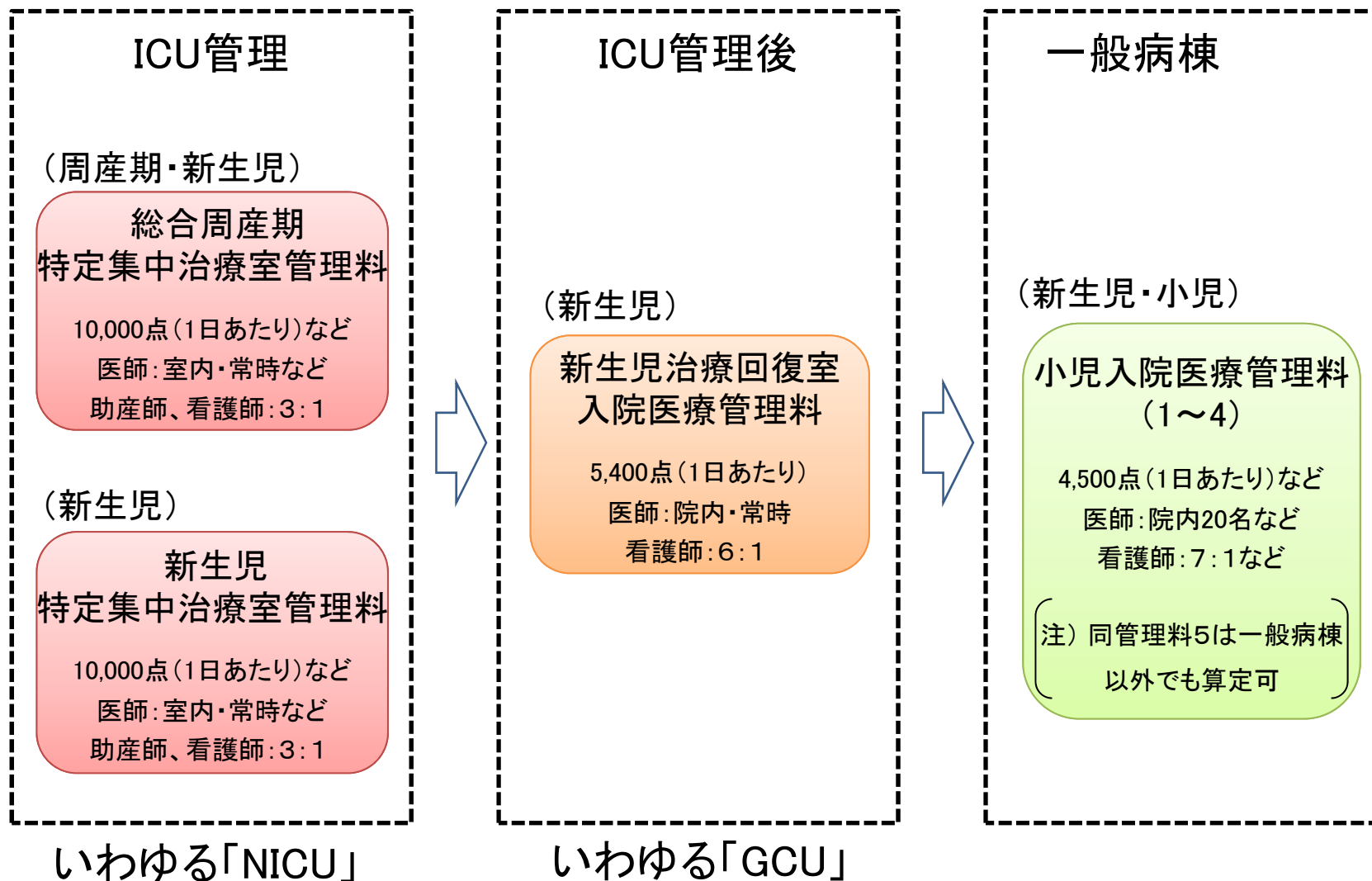
受入の充実



受入機能の強化のため、
13対1・15対1病棟に
ついて拡充してはどうか。

周産期・小児医療

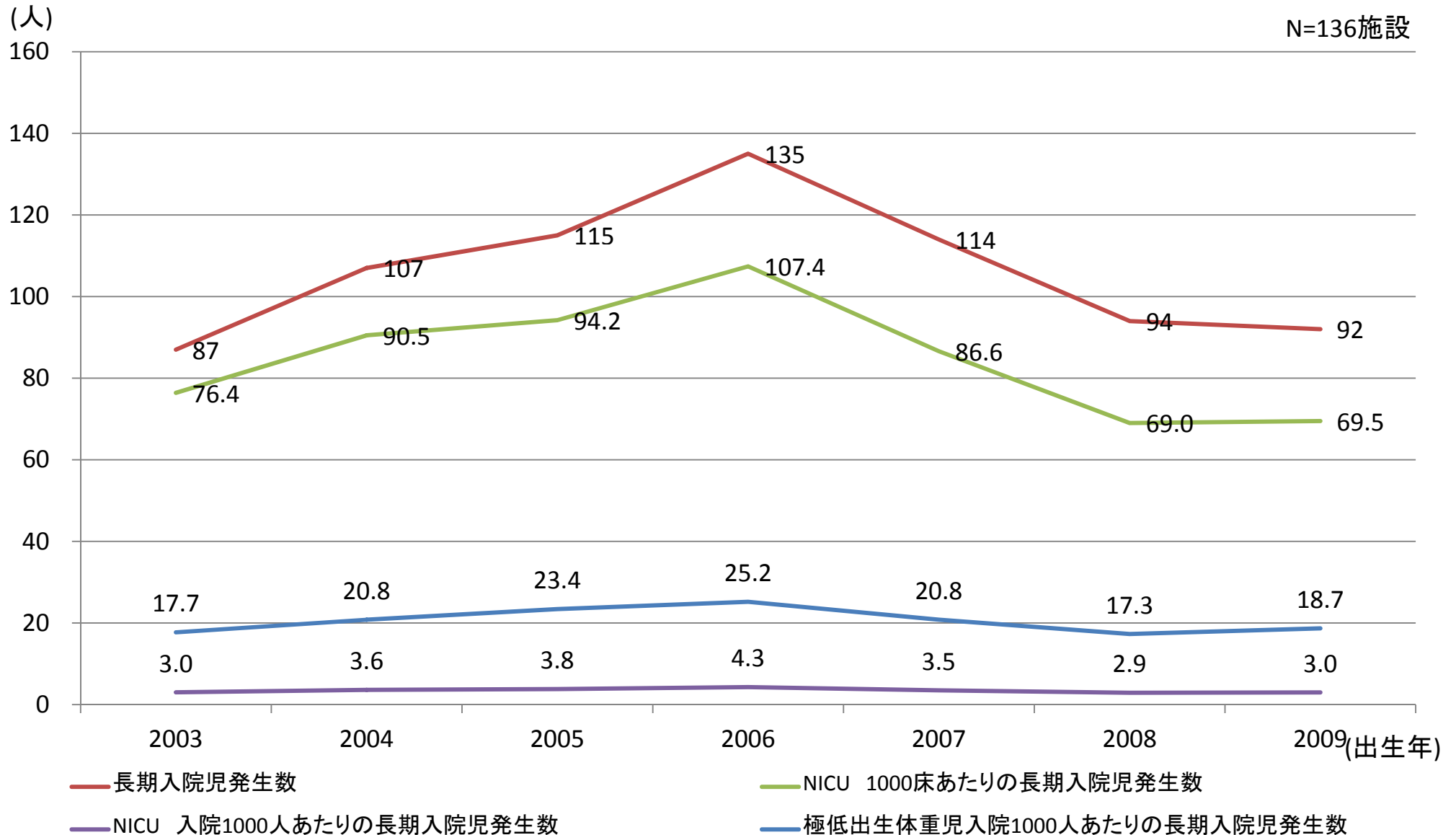
周産期・小児医療に係る特定入院料について (模式図)



注) 医師、看護師等については、基本的な要件を記載した。また、他職種の配置要件や施設基準等が別にある。

長期入院児*発生数の推移

*長期入院児とは新生児期から1年以上継続して同一の新生児医療施設に入院した、あるいは入院中の症例



出典:平成22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究「NICU長期入院児の動態調査」より

22年改定における新生児医療の評価の充実について

NICU入院患者等の後方病床の充実

- NICU入院患者等に係る退院調整加算の新設、及び障害者施設等においてNICU退院患者の受入れの評価の新設

⑧ 新生児特定集中治療室退院調整加算 300点(退院時1回)

専従の看護師又は社会福祉士(施設基準:いずれかが1名以上)がNICU入室児又は退室後の患児の退院調整を行った場合に、退院時に算定

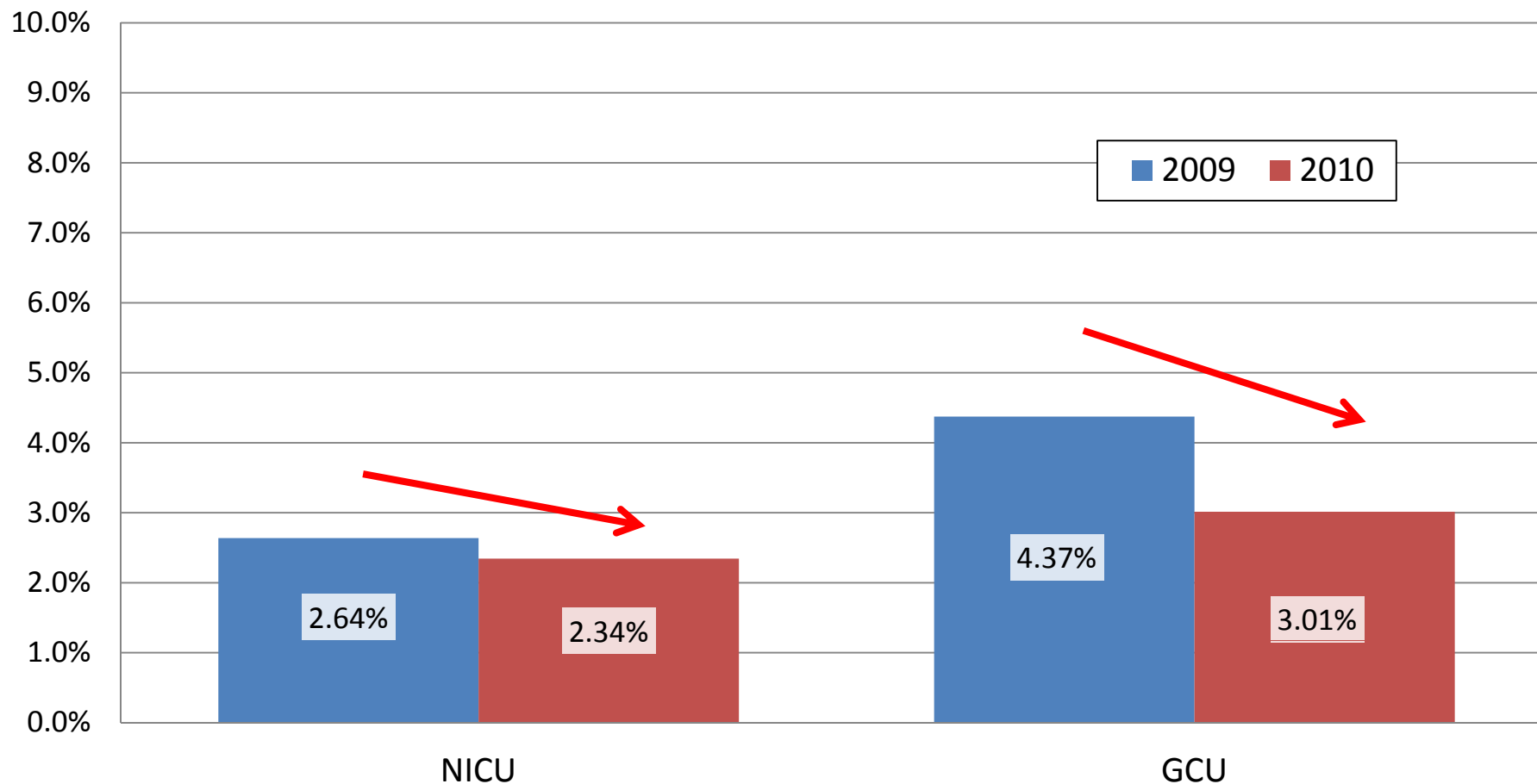
⑧ 重症児(者)受入連携加算 1,300点(入院初日)

NICU退室後の患児を障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受入れた場合に算定

長期入院児*入院割合の推移

*長期入院児とは新生児期から1年以上継続して同一の新生児医療施設に入院した、あるいは入院中の症例

N=138施設(2009)
136施設(2010)



出典:平成21・22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究「NICU長期入院児の動態調査」より

新生児特定集中治療室等における退院調整の状況

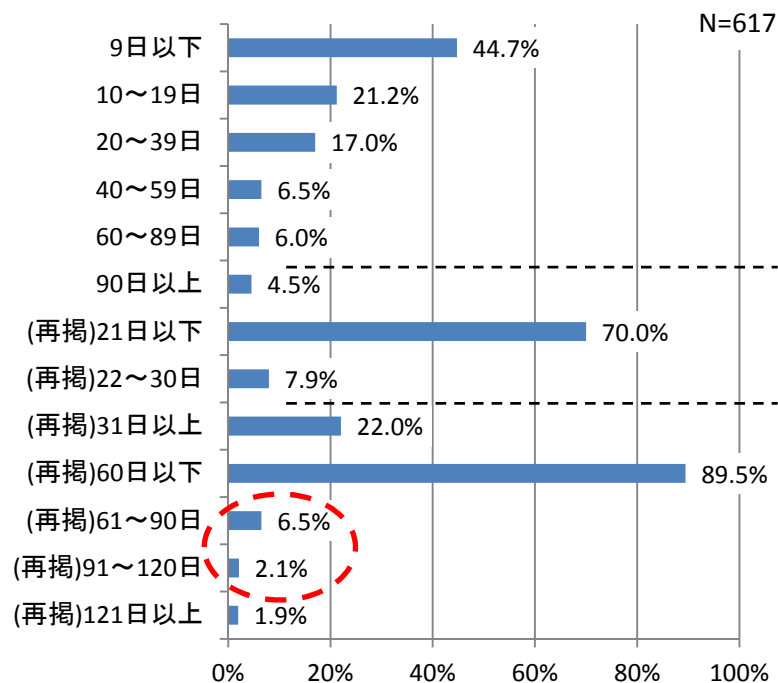
(平成22年改定の要点)

退院調整支援に関する部門が設置されており、専従の看護師又は社会福祉士が配置されている場合に、新生児特定集中治療室退院調整加算(300点、退院時)として新たに評価する。

【NICU,GCUの通算在室日数】

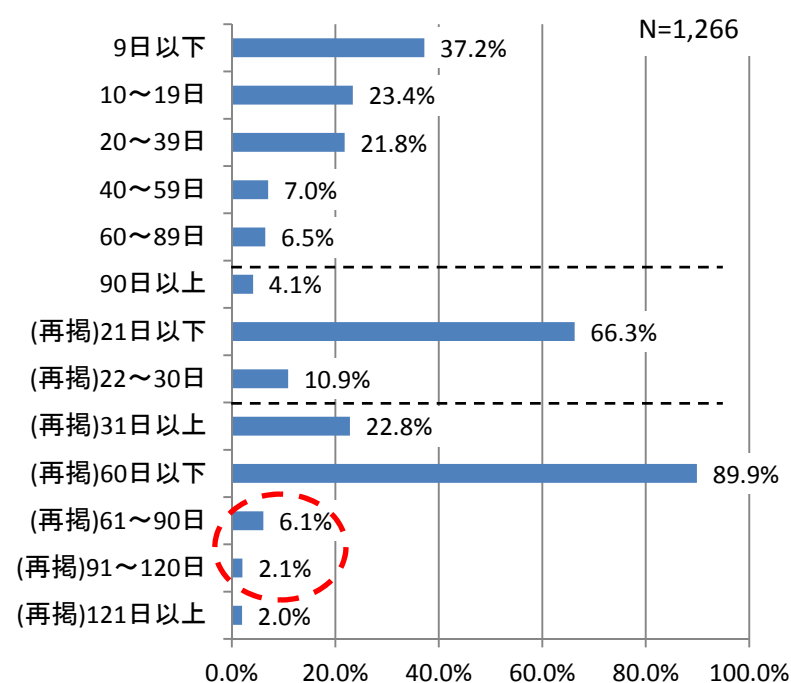
【加算算定件数有りの病院の入院患者】

※平均の通算在室日数:23.9日



【加算算定件数無しの病院の入院患者】

※平均の通算在室日数:24.6日



- ・ 検証調査で調査対象とした救急病院における、NICU退院患者に対する調査では、新生児集中治療室退院調整加算のある医療機関とない医療機関で通算の在宅日数は「ある」が23.9日で、「ない」が24.6日であった。
- ・ 90日を超える者の割合に差はなかった。

出典:平成22年度検証調査

新生児特定集中治療室等から小児病棟への 超重症児・準超重症児の受入の状況

(平成22年改定の要点)

- 超重症児(者)、準重症児(者)入院診療加算について、人工呼吸器等の医学管理が必要な状況が新生児期から続く場合は6か月以上状態が継続していなくても算定可とする。

* 超重症児(者)、準重症児(者)入院診療加算: 介助なしには座位が保持できず、人工呼吸器を使用する等の医学管理が必要な児(者)、またはそれに準ずる状態の児(者)を入院診療した場合に算定できる。NICUやGCUでは算定できないが、小児入院医療管理料や一般病棟では算定できる。

超重症児(者): 800点、準重症児(者): 200点(6歳未満の場合)(1日につき)

【NICUを持つ救急医療機関における算定状況】

(超重症児(者)入院診療加算)

	平成21年10月	平成22年10月
全体	47.7件	62.8件 (+31.7%)
三次救急病院	60.0件	83.3件 (+38.8%)
二次救急病院	44.1件	56.5件 (+28.1%)

(準超重症児(者)入院診療加算)

	平成21年10月	平成22年10月
全体	52.0件	72.9件 (+40.2%)
三次救急病院	40.9件	54.7件 (+33.7%)
二次救急病院	56.2件	80.5件 (+43.2%)

(平成21年、22年の届出状況、算定件数の回答のあった293施設(三次救急76、二次救急211)でのまとめ)

- 調査対象としたNICUを持つ救急病院での超重症児(者)加算、準超重症児(者)加算の算定件数は増加していた。
- 当該加算は、NICUやGCUでは算定できず、小児入院医療管理料等の小児一般病棟で算定できることから、病院内(病棟間)でのNICUから小児一般病棟への受入は進んでいることが示唆された。

出典: 平成22年度検証調査

救急病院から後方病院への 新生児特定集中治療室等入室患児の受入の状況

(平成22年改定の要点)

- ・ NICU退室後の患児を、障害児施設等入院基本料算定病棟等に退院調整を経て受け入れた場合に加算として新規に評価(1,300点、入院初日)

		平成21年10月		平成22年10月	
		人数	割合	人数	割合
転院してきた患者数(他院で緊急入院していた者に限る)		1098人	100.0%	1160人	100.0%
加 算	超重症児(者)入院診療加算	11人	1.0%	12人	1.0%
	準超重症児(者)入院診療加算	3人	0.3%	7人	0.6%
	重症児(者)受入連携加算			3人	0.3%

(平成21年、22年の届出状況、算定件数の回答のあった129施設でのまとめ)

- ・ 他院で緊急入院していて転院してきた患者のうち、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算、重症児(者)受入連携加算を算定している者は、それぞれ全体の1%弱であった。
- ・ 転院患者のうち、これらの加算を算定している者が少ないことから、病院間でのNICUから小児一般病棟への受入はまだまだ進んでいないことが示唆された。

出典:平成22年度検証調査

22年改定における小児在宅医療の評価について

訪問診療の評価

➤ 小児に対する在宅医療の評価

⑨ 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

乳幼児・幼児加算の算定状況

平成22年度 社会医療診療行為別調査	実施件数		
	合計	病院	診療所
在宅患者訪問診療料	301,562	60,110	241,452
乳幼児・幼児加算	550	550	-
算定割合	0.18%	0.91%	-

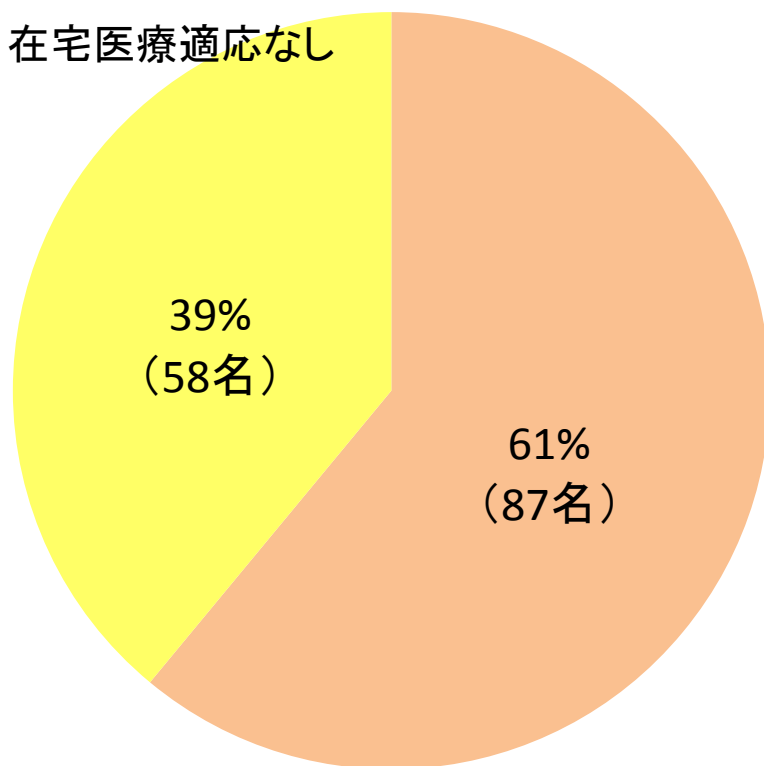
6月審査分のデータ

NICUから在宅医療への移行の障害要因

○ 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、「家族の受け入れ不良」20%、「家族の希望なし」18%であり、家族への支援が課題である。

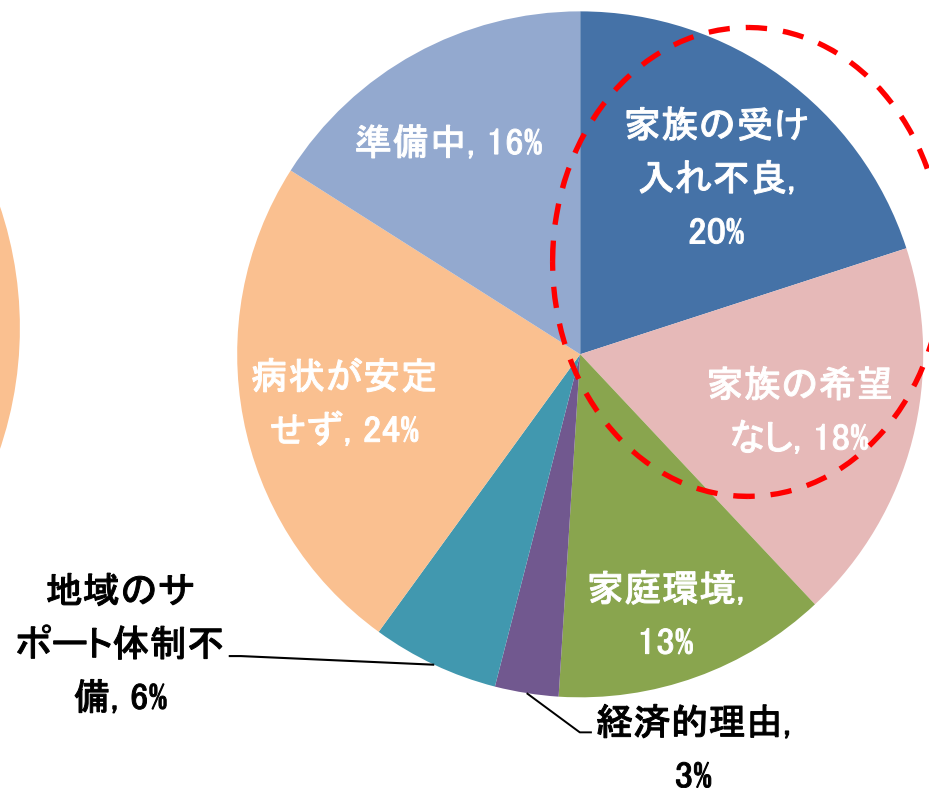
長期人工換気患者*(n=145)

- 在宅医療適応あり
- 在宅医療適応なし

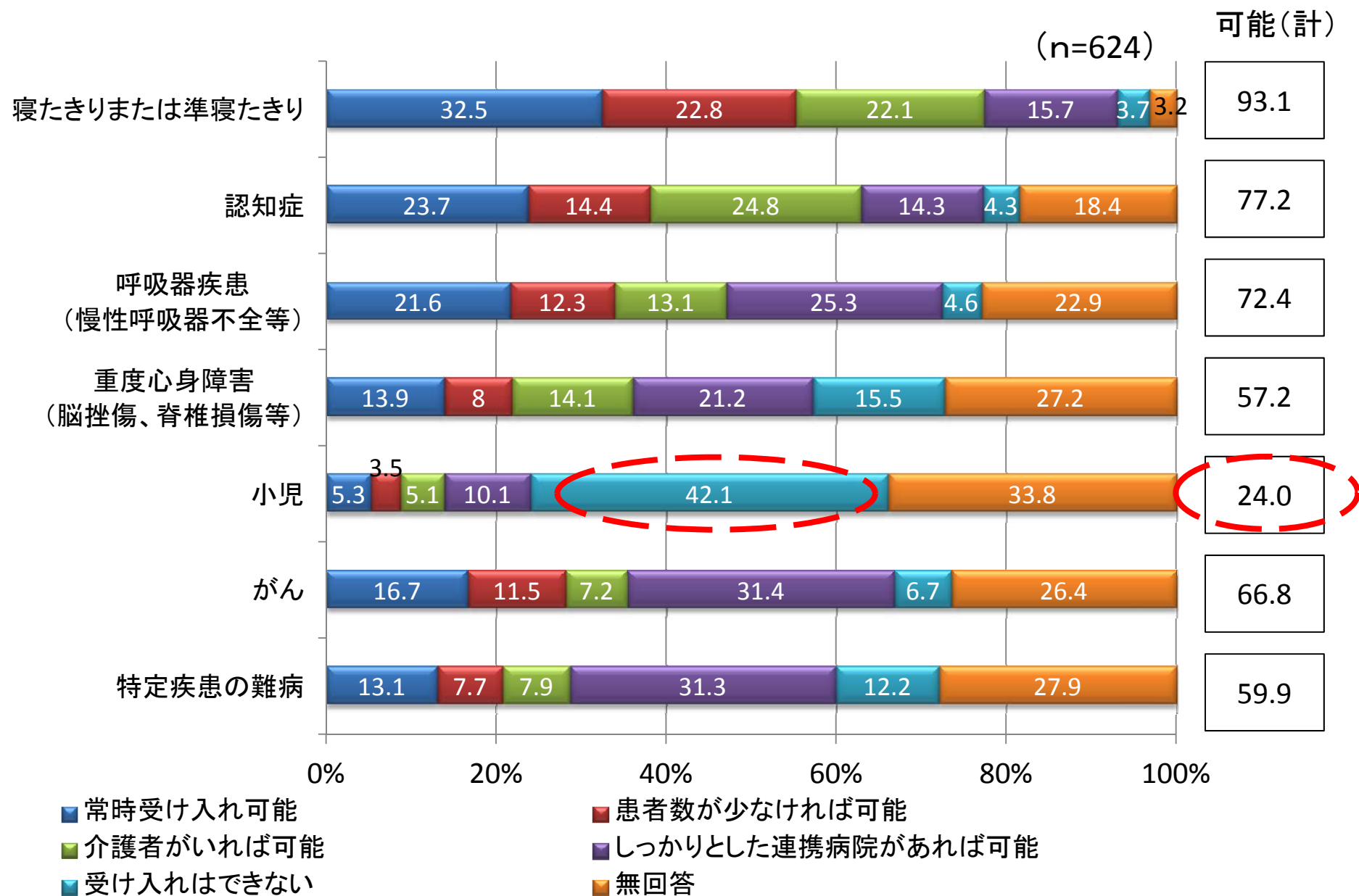


*6ヶ月以上人工換気患者を長期人工換気患者とした。

NICU入院中の長期人工換気患者
退院できない理由



傷病別にみた在宅医療を担う診療所の受け入れ状況



長期NICU入院児の在宅医療移行における問題点とその解決

小児在宅医療に関する経験についての調査

対象：在宅療養支援診療所 11,928ヶ所（回収：1,409ヶ所）

- 小児（19歳まで）を在宅で診療した経験のある診療所＝367ヶ所（26%）
- 小児（19歳まで）を10人以上診療した経験のある診療所＝31ヶ所（2.2%）

Q1「小児科領域の患者を今後在宅にて診療しようと思えますか？」

A:「診療したい」または、「状況によっては診療したい」687ヶ所（48.7%）

Q2「小児科領域の患者を在宅で診療することについて感じている難しさをお答え下さい」

A:「小児の経験がないのでわからない」 671ヶ所（47.6%）

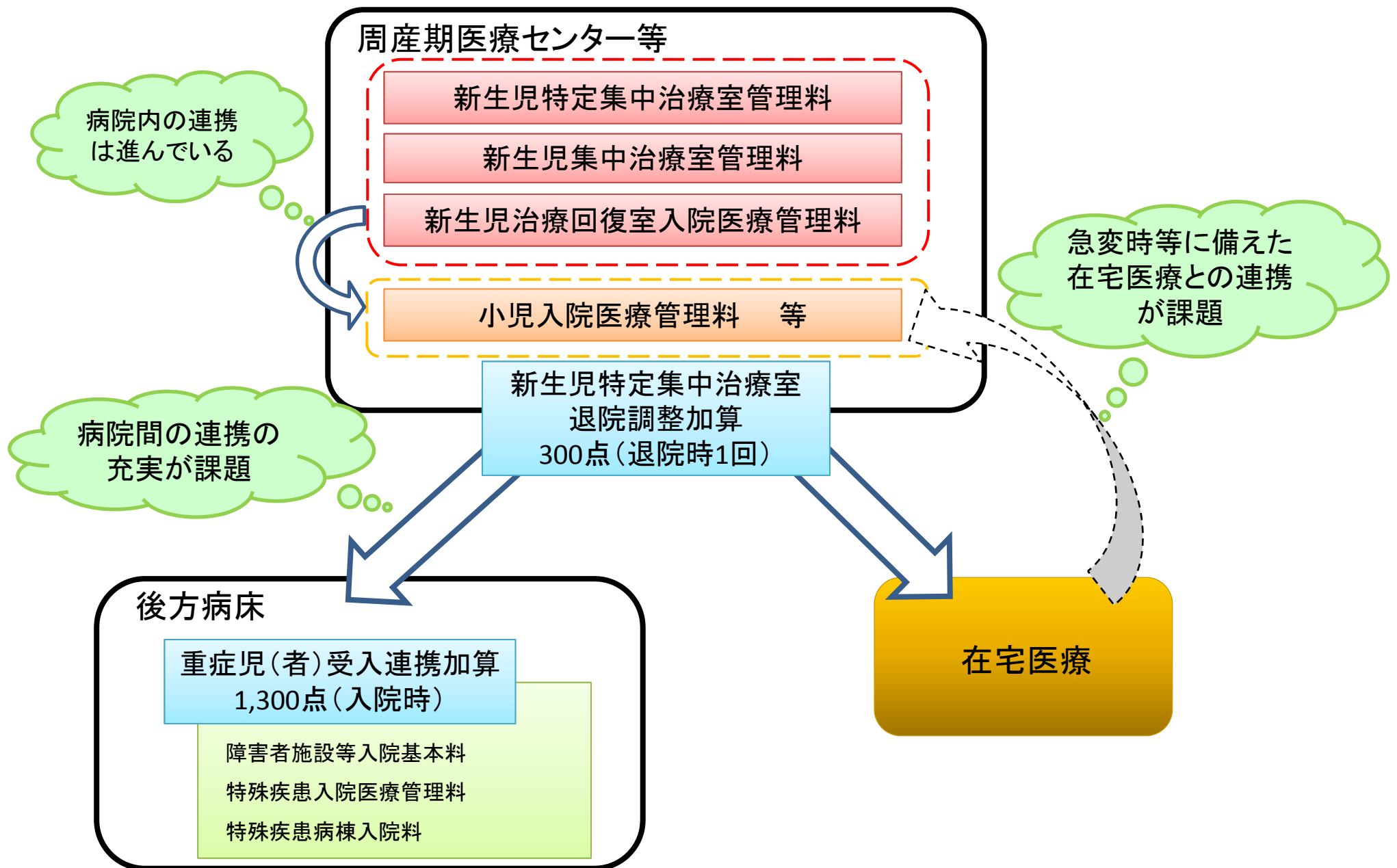
Q3「小児科の患者を診療するにあたり、これならば診療できると思うものを答え下さい」

A:「紹介元の病院がいつでも受け入れてくれる」 550ヶ所（39.0%）

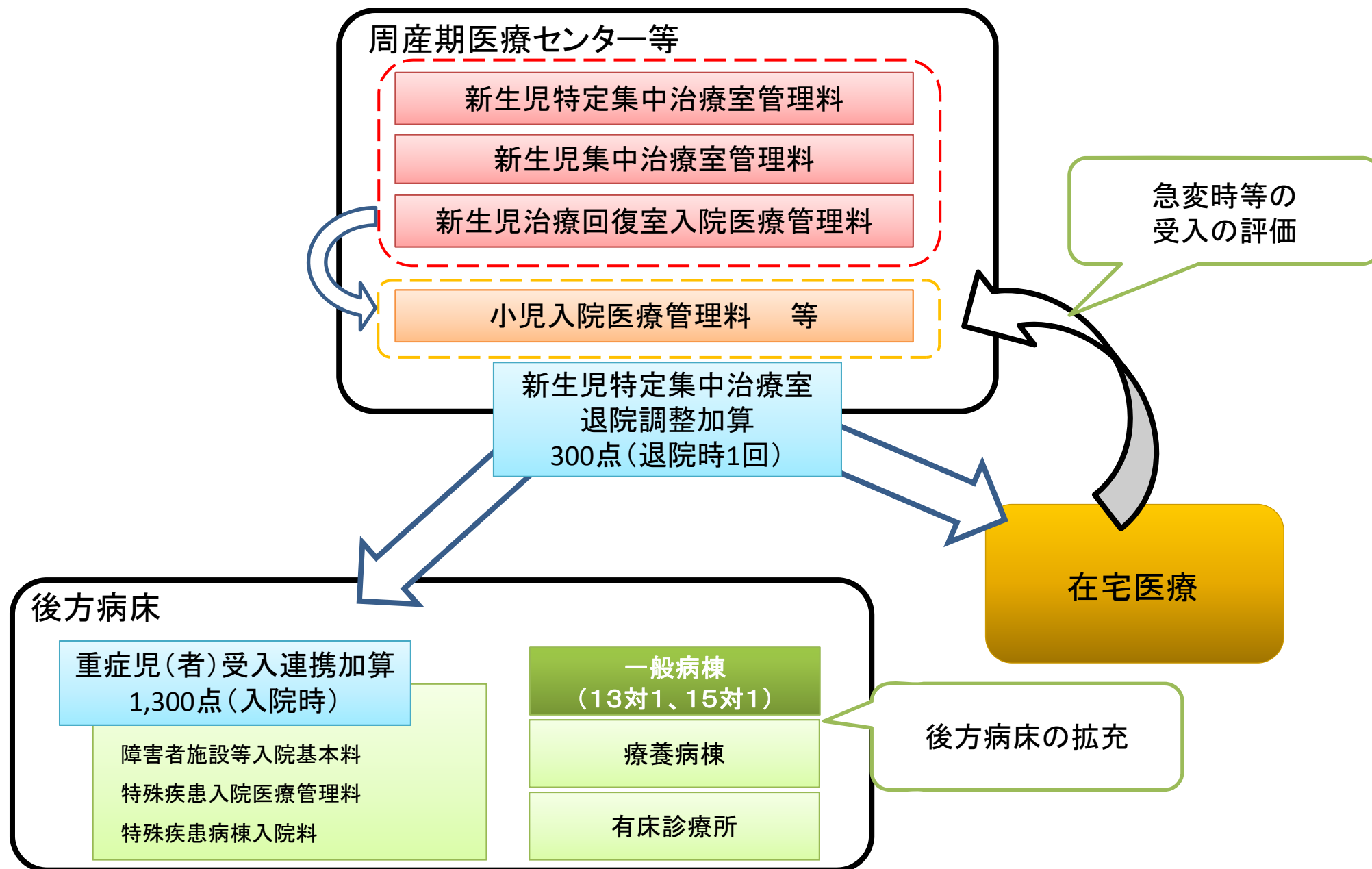
A:「小児科医とのグループ診療なら診療しても良い」 393ヶ所（27.9%）

■ 小児の診療に関する適切なサポート体制が必要

周産期・小児医療に係る主な診療報酬について (模式図、現状)



周産期・小児医療に係る診療報酬の今後のイメージ



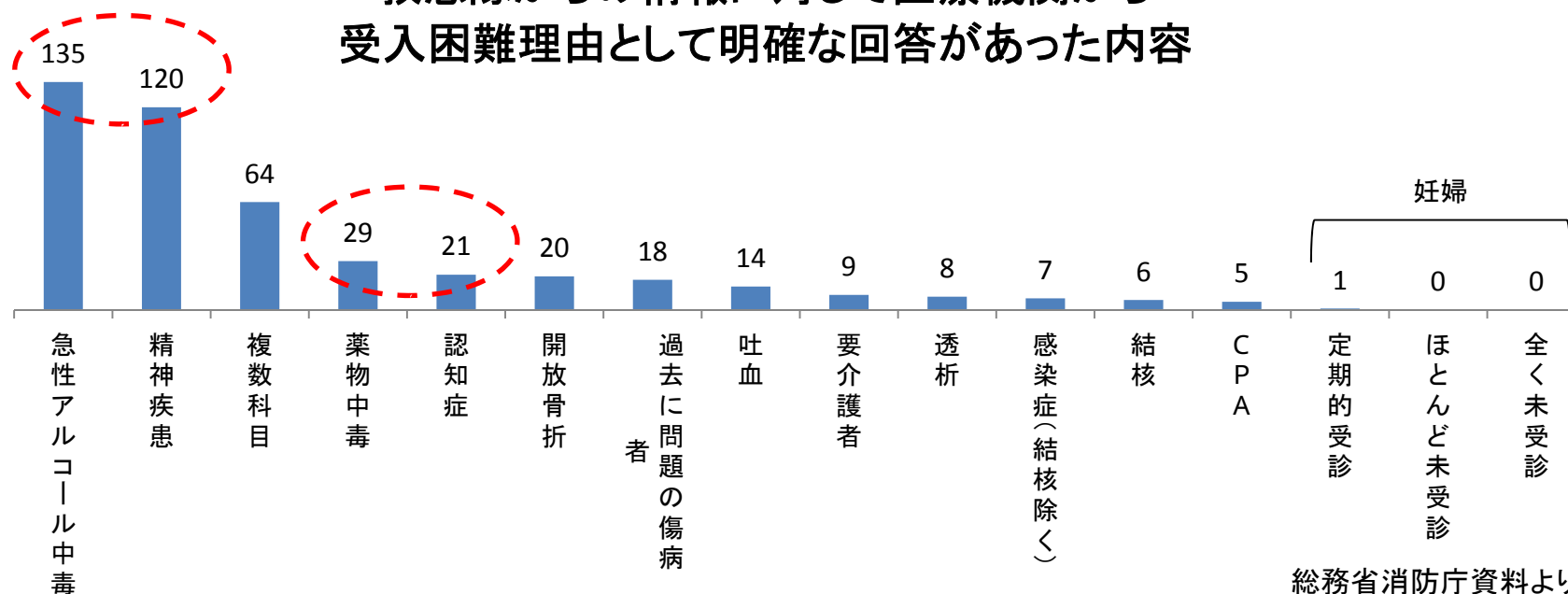
精神科医療

精神科救急患者の状況

	平成17年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
精神科救急情報センターへの 夜間・休日の電話相談件数	81,122	123,411	129,513	134,742
夜間・休日の受診件数	30,243	39,677	42,624	40,049
夜間・休日の入院件数	12,096	14,999	15,535	15,666
精神病床入院患者数に対する 夜間休日入院件数の割合	3.7%	4.9%	—	—

精神・障害保健課調べ

救急隊からの情報に対して医療機関から 受入困難理由として明確な回答があった内容



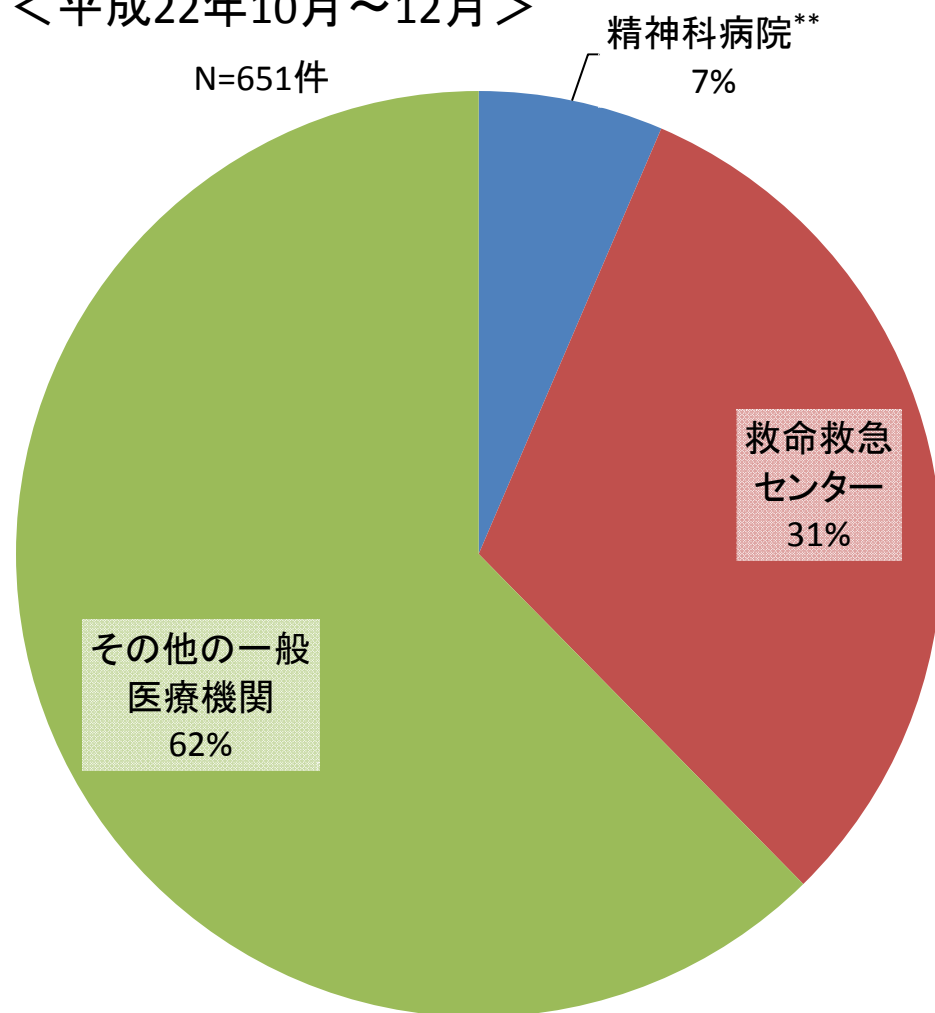
総務省消防庁資料より作成

身体症状を有する精神疾患患者*の救急搬送先 ～栃木県の例～

*精神科通院歴、自殺企図等、救急隊接触時に把握できた傷病者

**総合病院等をのぞく

<平成22年10月～12月>

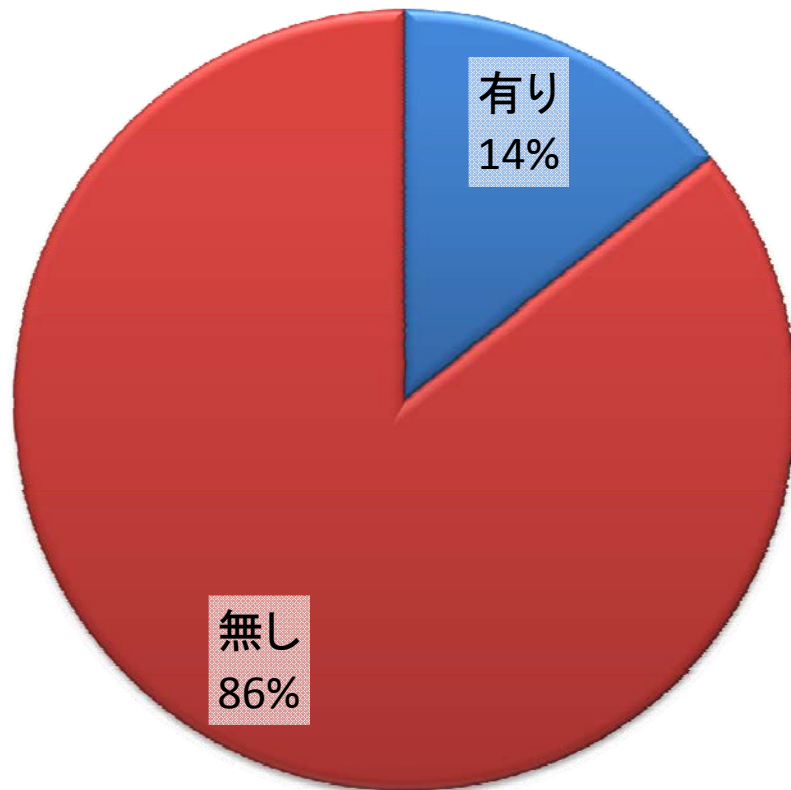


身体症状を有する精神疾患患者のうち、精神科病院に救急搬送される患者は7%であり、93%が救命救急センターや、その他一般の医療機関に救急搬送されている。

二次・三次救急病院における精神病床の有無

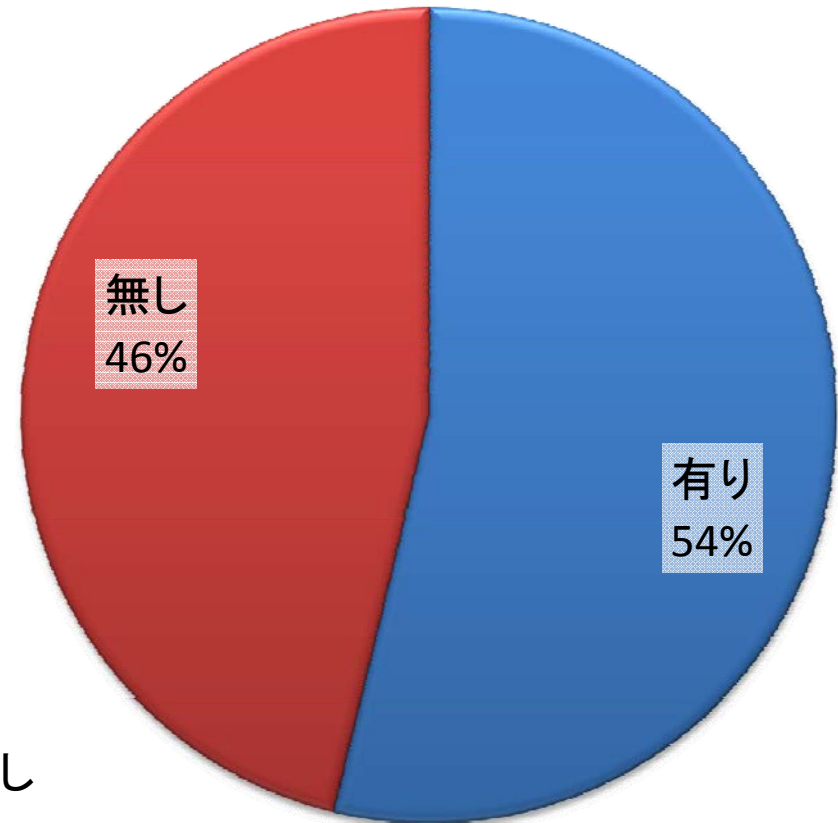
<二次救急病院>

N=349医療機関



<三次救急病院>

N=93医療機関



■ 有り ■ 無し

出典：平成23年度検証調査

注) 検証調査で回答のあった医療機関における精神病床の有無について

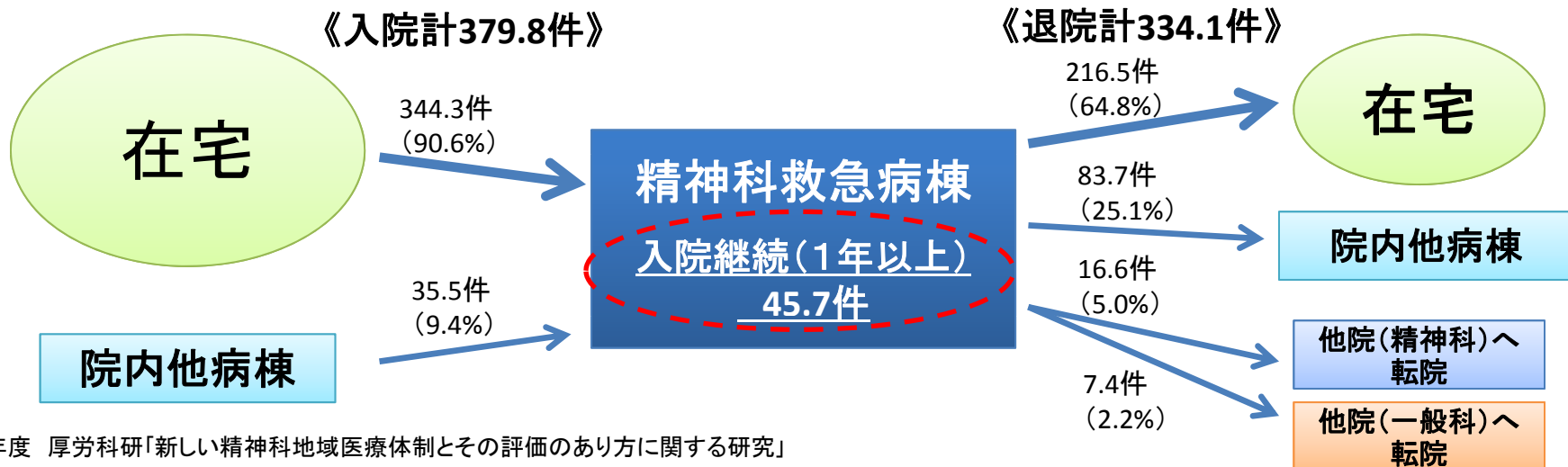
精神科救急病棟の現状

精神科救急病棟の平均像(12施設)
— 2003年度 —



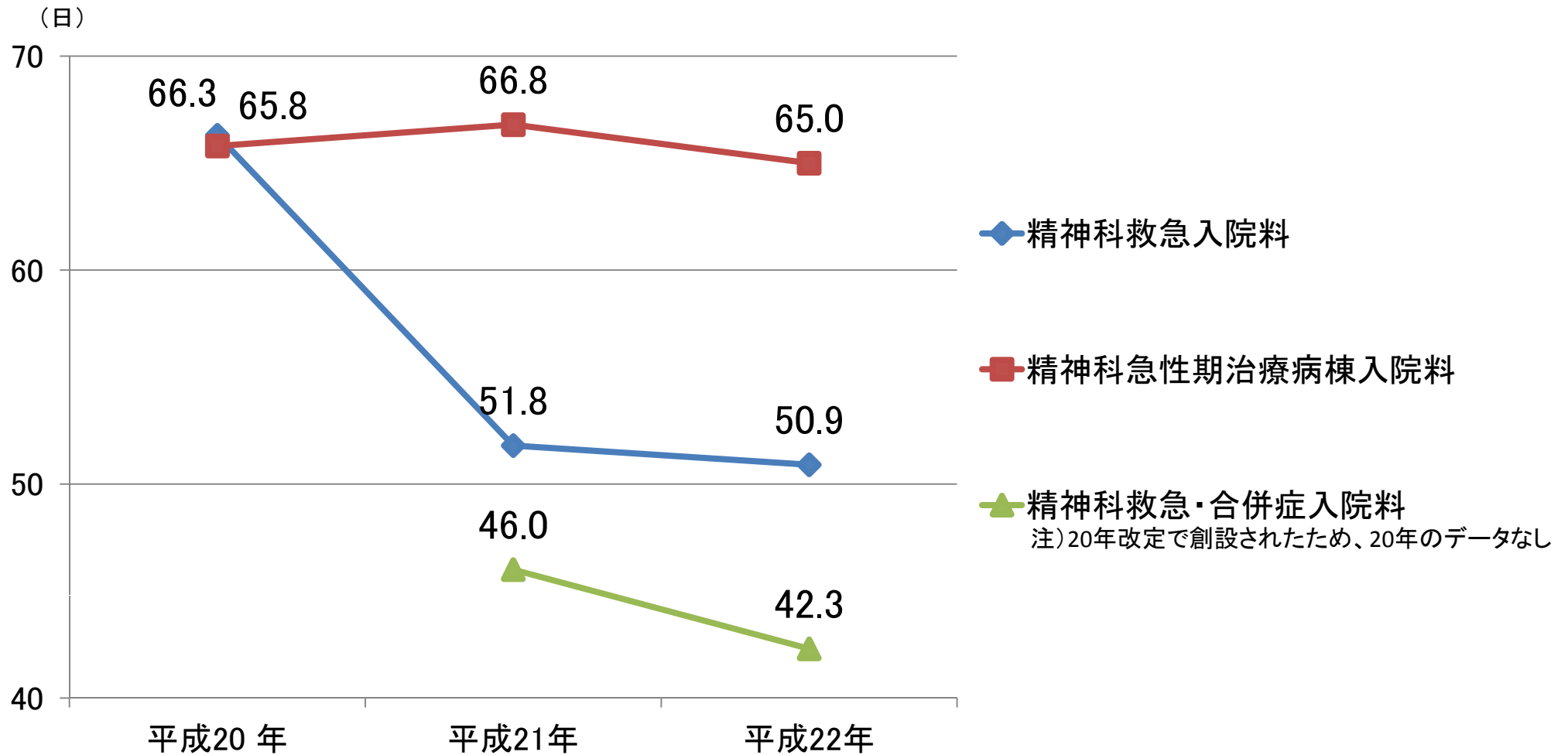
平成16～18年度 厚労科研「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」

精神科救急病棟の平均像(51施設)
— 2009年度 —



平成22年度 厚労科研「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

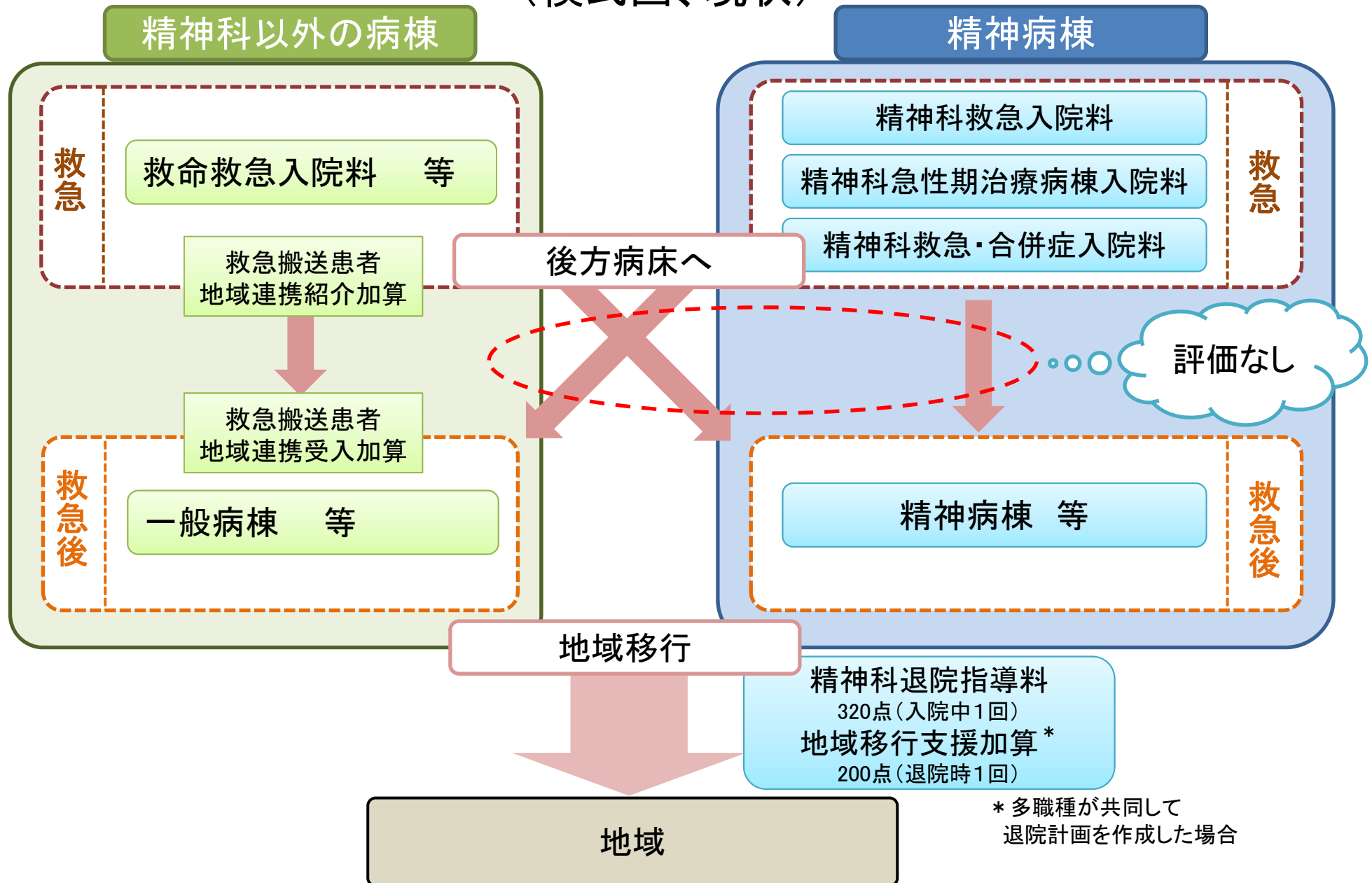
精神科救急に係る特定入院料の 平均在院日数の推移



保険局医療課調べ

精神科医療の連携に係る主な診療報酬について

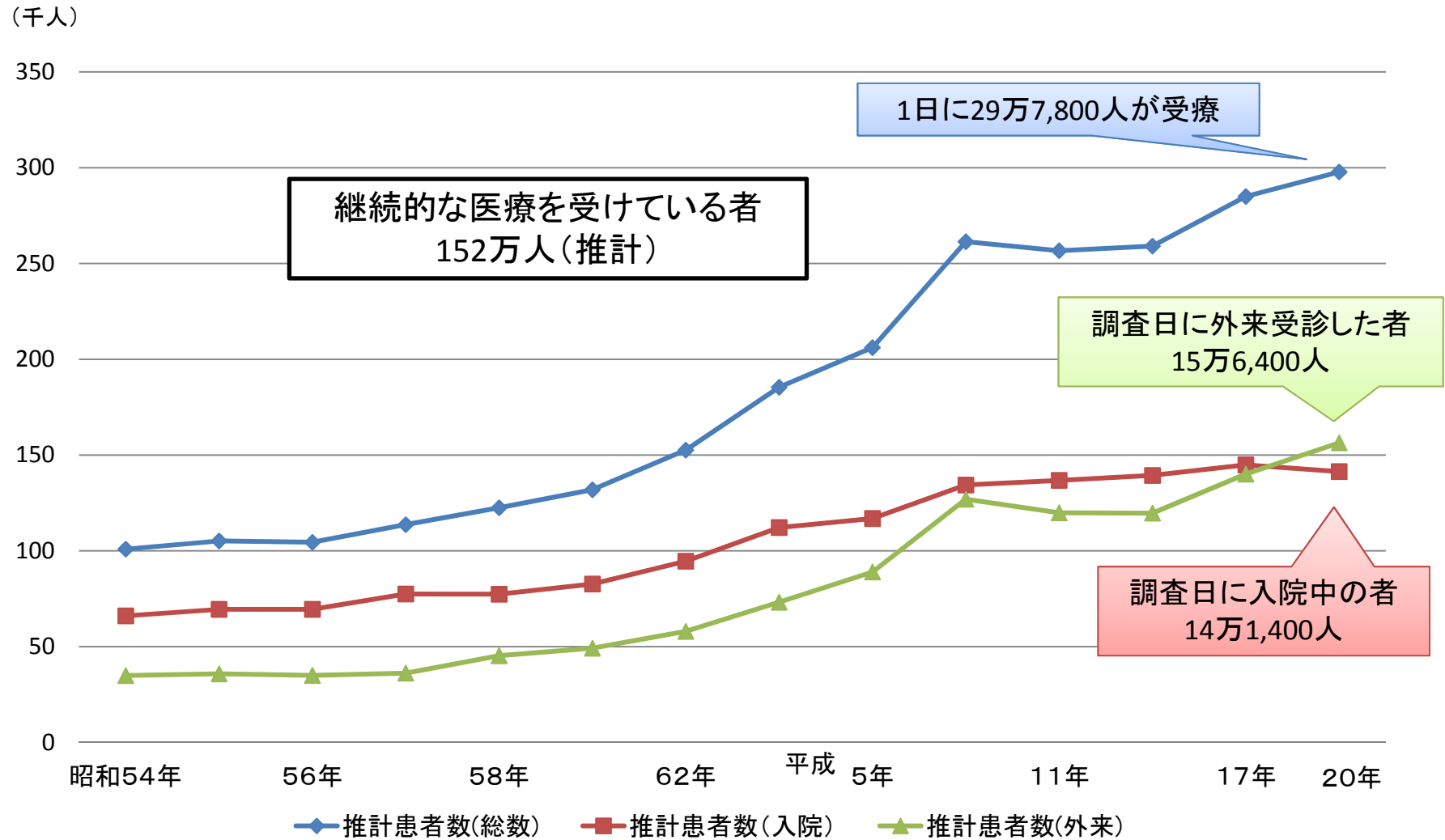
(模式図、現状)



* 多職種が共同して退院計画を作成した場合

がん診療

がん患者数の年次推移



平成8年から第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)を適用している。
厚生労働省「H20年患者調査」より

<国立がんセンターがん対策情報センターによる推計値(平成17年)>

がん診療連携拠点病院制度

47都道府県（388カ所） H23年4月1日現在

- ・都道府県がん診療連携拠点病院： 51病院
- ・地域がん診療連携拠点病院： 335病院
- ・国立がん研究センター中央病院及び東病院

厚生労働省

(独) 国立がん研究センター
がん対策情報センター



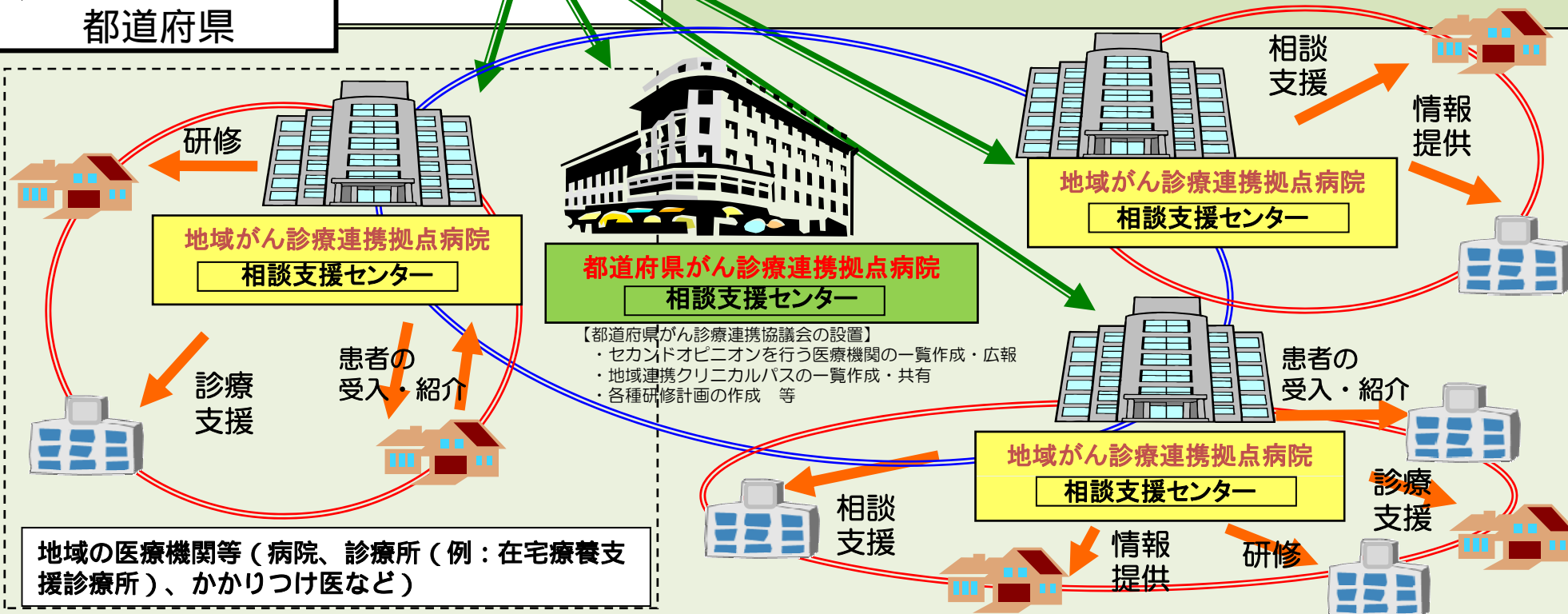
協力・支援

< 拠点病院の役割 >

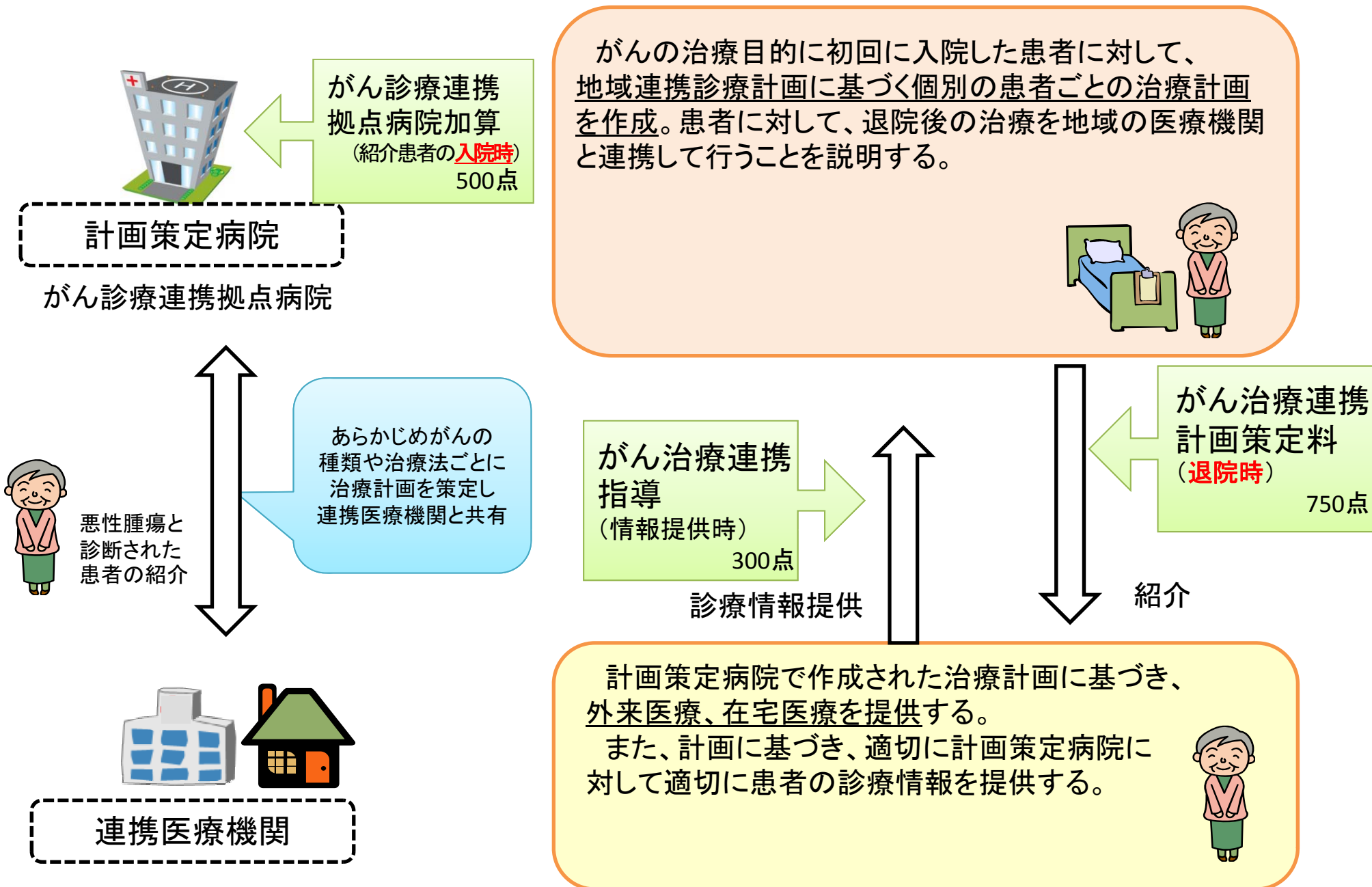
- 専門的ながん医療の提供等
(手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施や治療の初期段階からの緩和ケアの実施等)
- 地域のがん診療の連携協力体制の構築
(研修や診療支援、患者の受入・紹介等)
- がん患者に対する相談支援及び情報提供

医師、看護師、薬剤師等
によるチーム医療の提供

都道府県

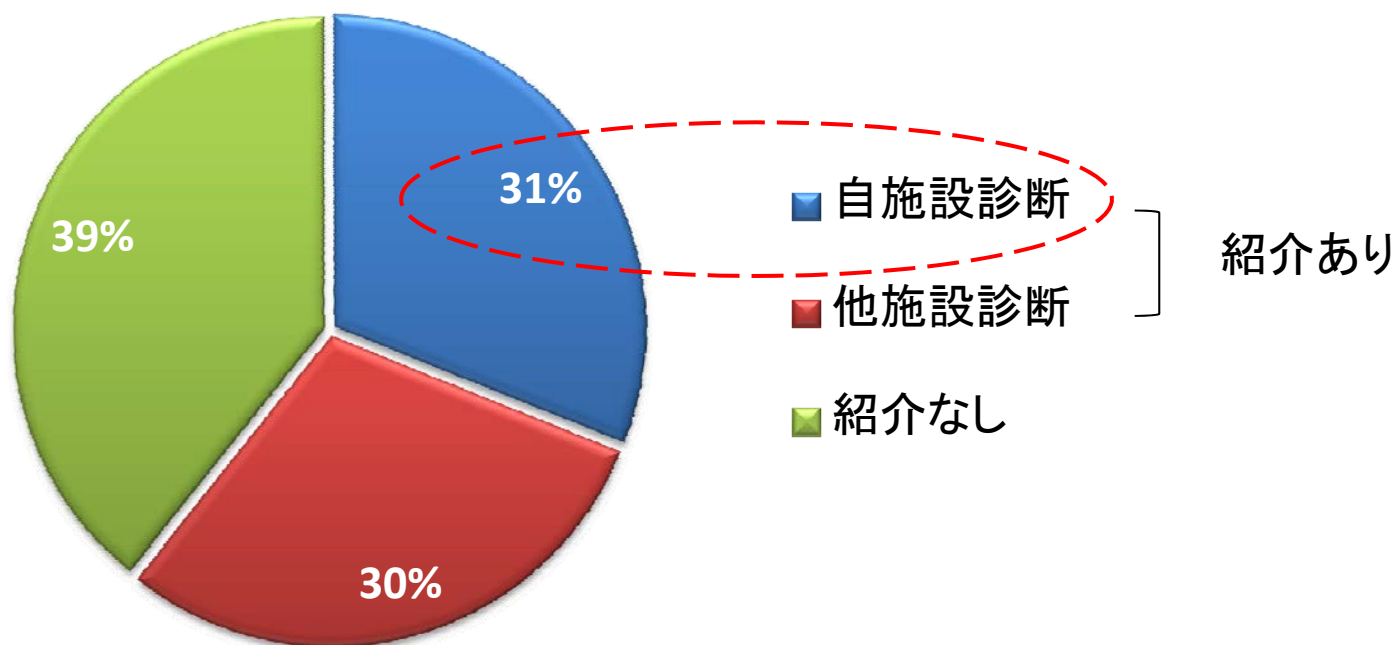


がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



がん診療連携拠点病院への紹介患者について

がん診療連携拠点病院の患者の紹介有無と診断施設の割合



がん診療連携拠点病院に紹介される患者のうち、約半数は未診断である。

がん診療の連携に関する評価と課題について①

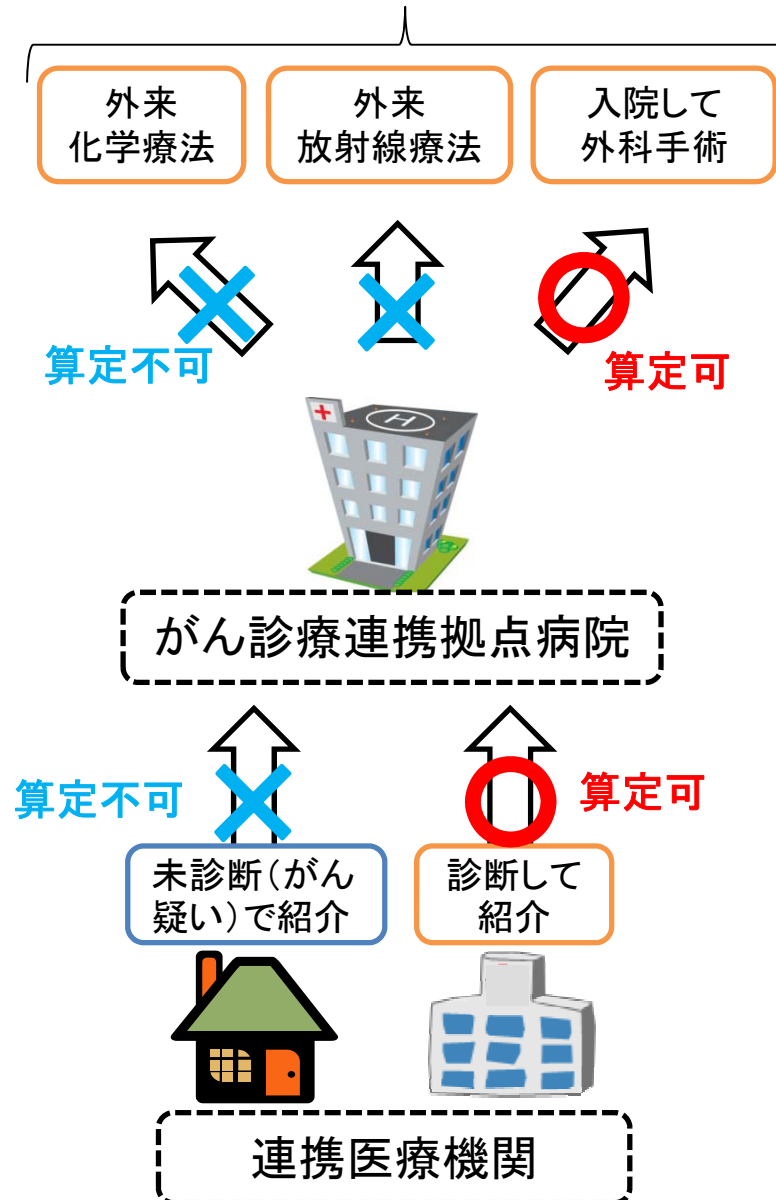
がん診療連携拠点病院加算

500点(入院初日)



悪性腫瘍と診断されて紹介された患者を入院させた場合に算定できるが、未診断で紹介された患者や、外来診療を行う患者等については算定できない。

主な治療内容の例



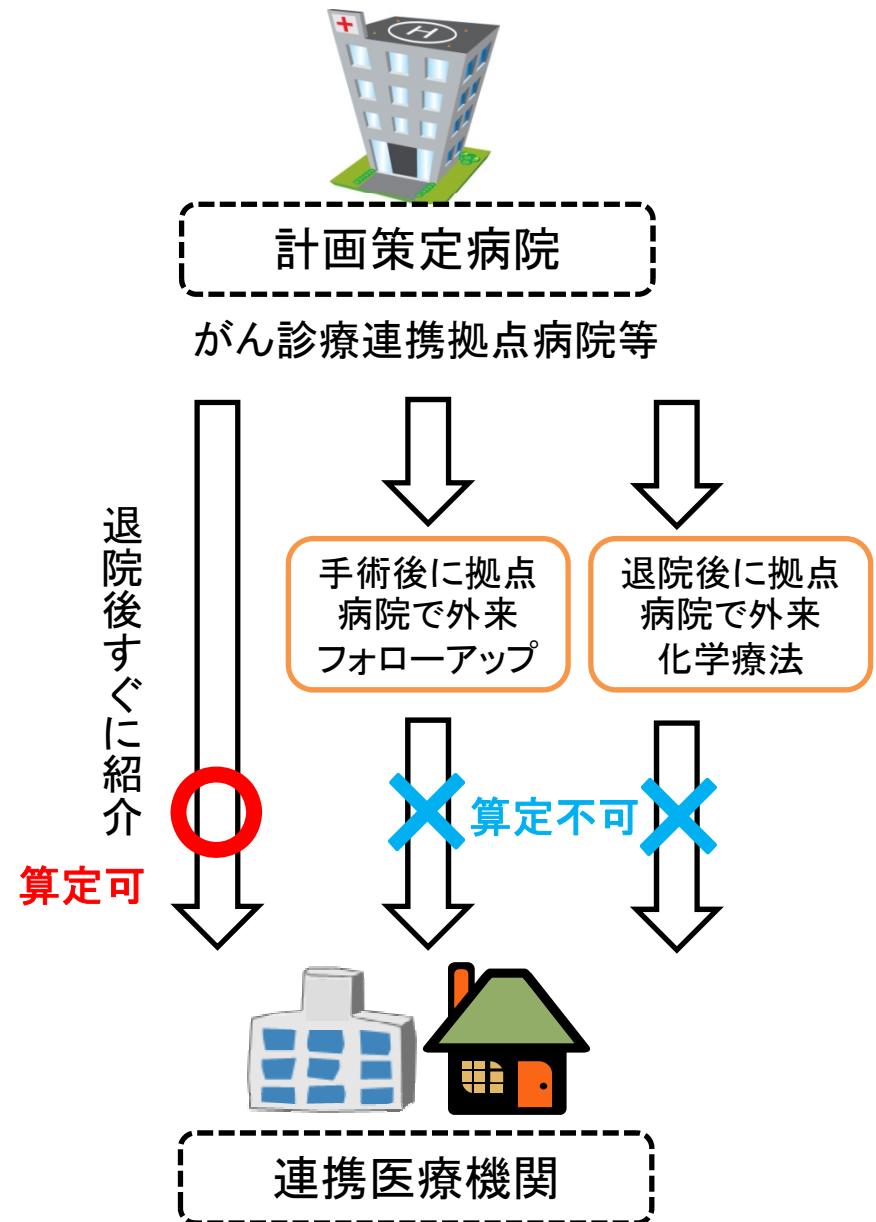
がん診療の連携に関する評価と課題について②

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。



認知症診療

認知症の早期鑑別の重要性について

認知症専門外来を受診した患者(275人)のうち、前医での診断結果が明らかな患者(204人)について前医での診断と専門外来での診断との比較

図1 紹介患者の前医での診断

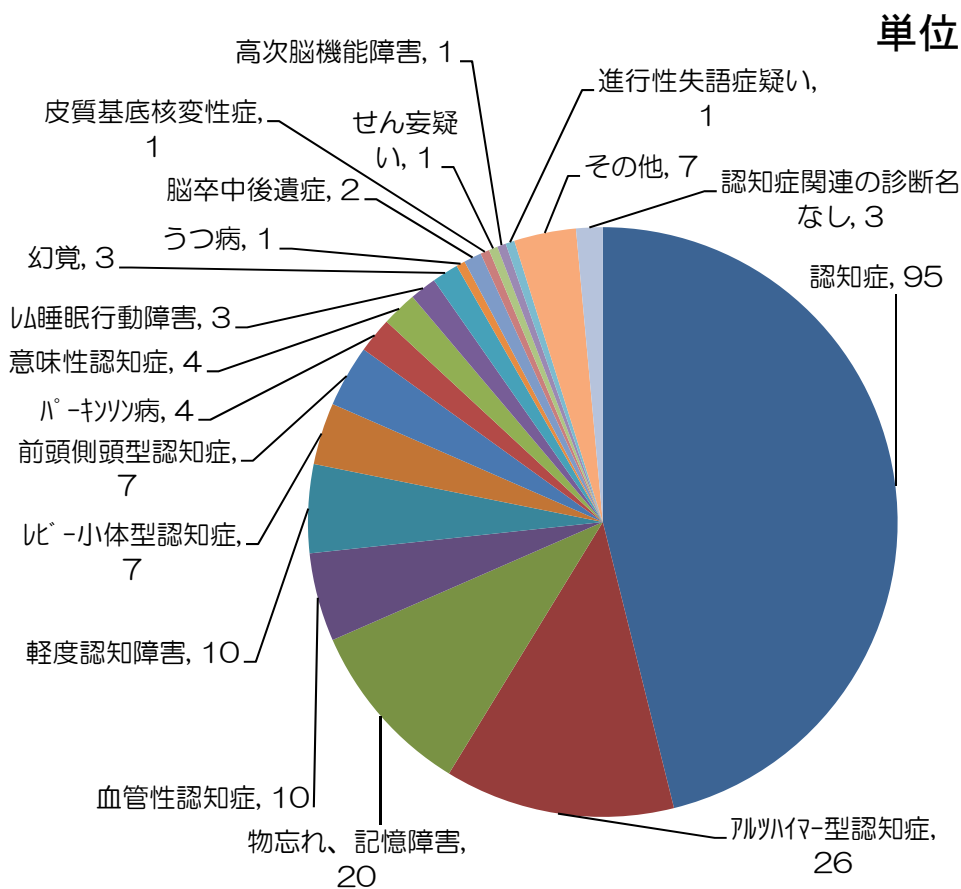
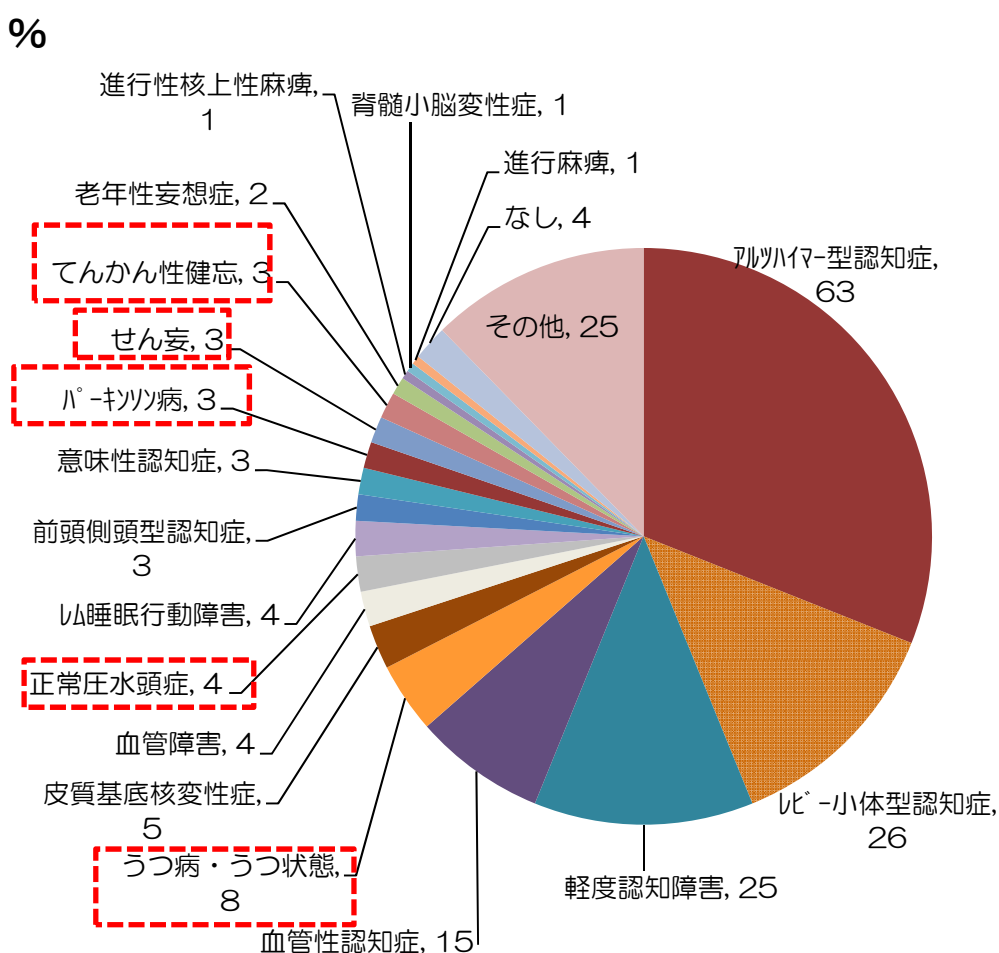


図2 紹介患者の認知症専門外来での診断



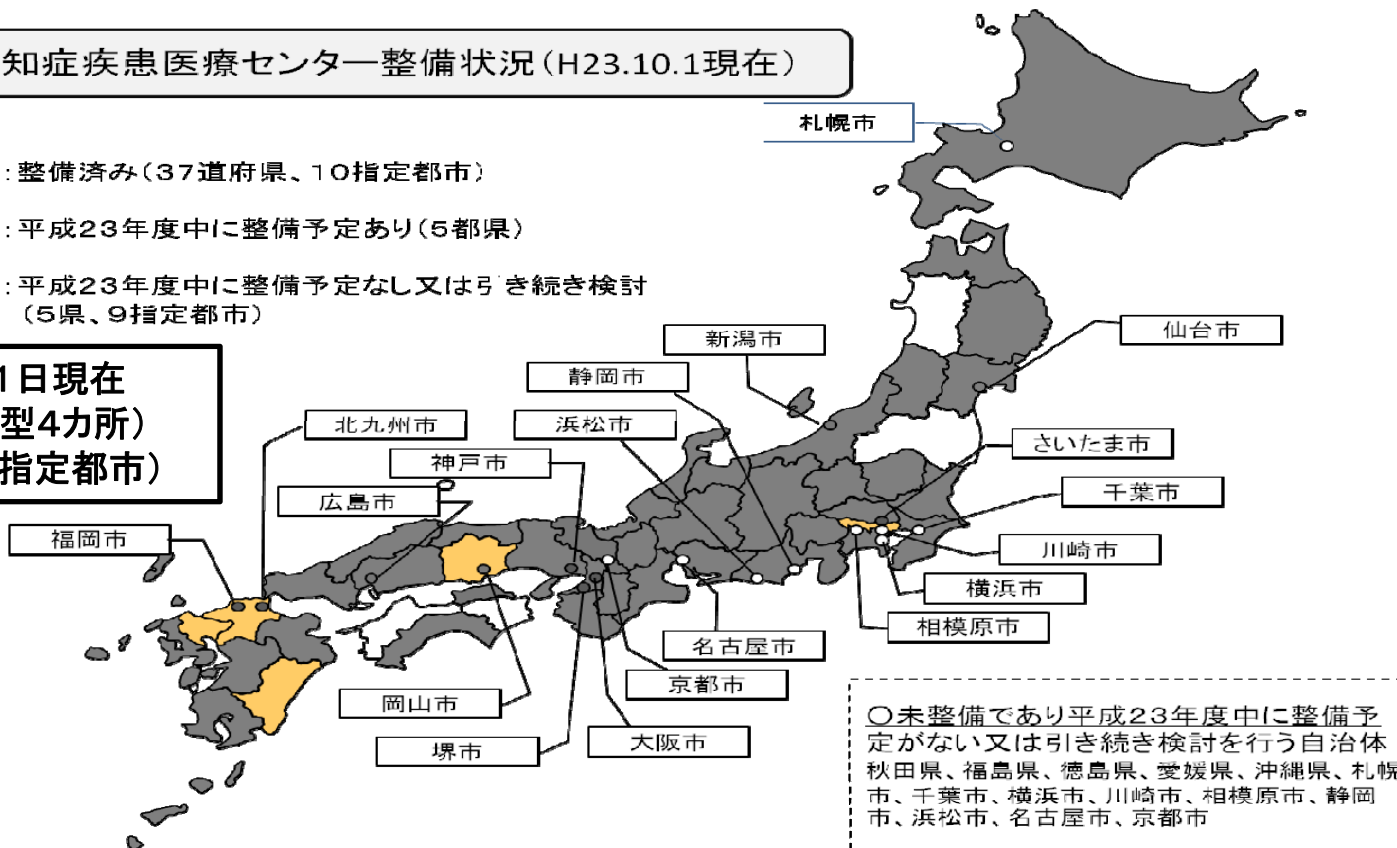
平成21年度 厚生労働科学研究「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」(主任研究者 池田学)

認知症疾患医療センター整備状況と事業実績

認知症疾患医療センター整備状況(H23.10.1現在)

- :整備済み(37道府県、10指定都市)
- :平成23年度中に整備予定あり(5都県)
- :平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討(5県、9指定都市)

H23年10月1日現在
131カ所(基幹型4カ所)
(37道府県・10指定都市)



事業実績の年次推移

(件)

	センター数		鑑別診断		外来	
	数	増減	数	増減	数	増減
20年度	14	-	3,095	-	16,289	-
21年度	66	(+371%*)	12,336	(+299%*)	110,124	(+576%*)
22年度	97	(+593%*)	23,597	(+662%*)	185,762	(+1040%*)

平成22年度から基幹型、地域型に分け事業を実施
(平成22年度の基幹型は1カ所)

(精神・障害保健課調べ)

認知症診断の連携に関する主な診療報酬

認知症専門医紹介加算

病院・診療所等



専門医療機関

- **認知症の疑いのある患者**について、専門医療機関での鑑別診断等の必要性を認め、当該専門医療機関に対して、診察状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。

認知症専門医療機関連携加算

病院・診療所等



専門医療機関

- 認知症専門医療機関において、**既に認知症と診断された外来患者の症状増悪時**に当該専門医療機関に診察状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に算定

認知症専門診断管理料

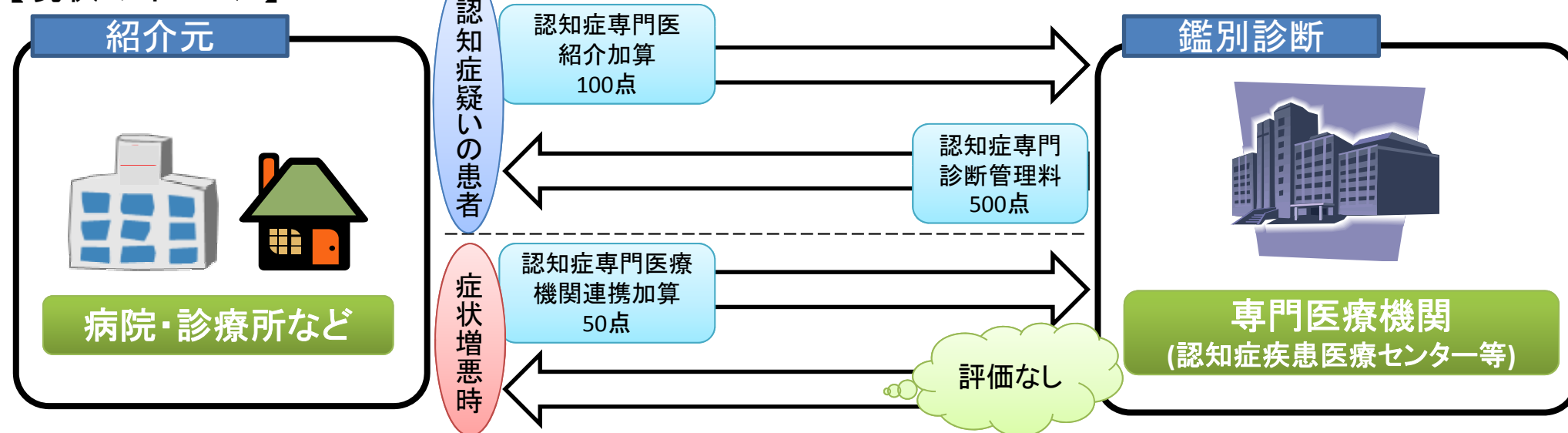
病院・診療所等



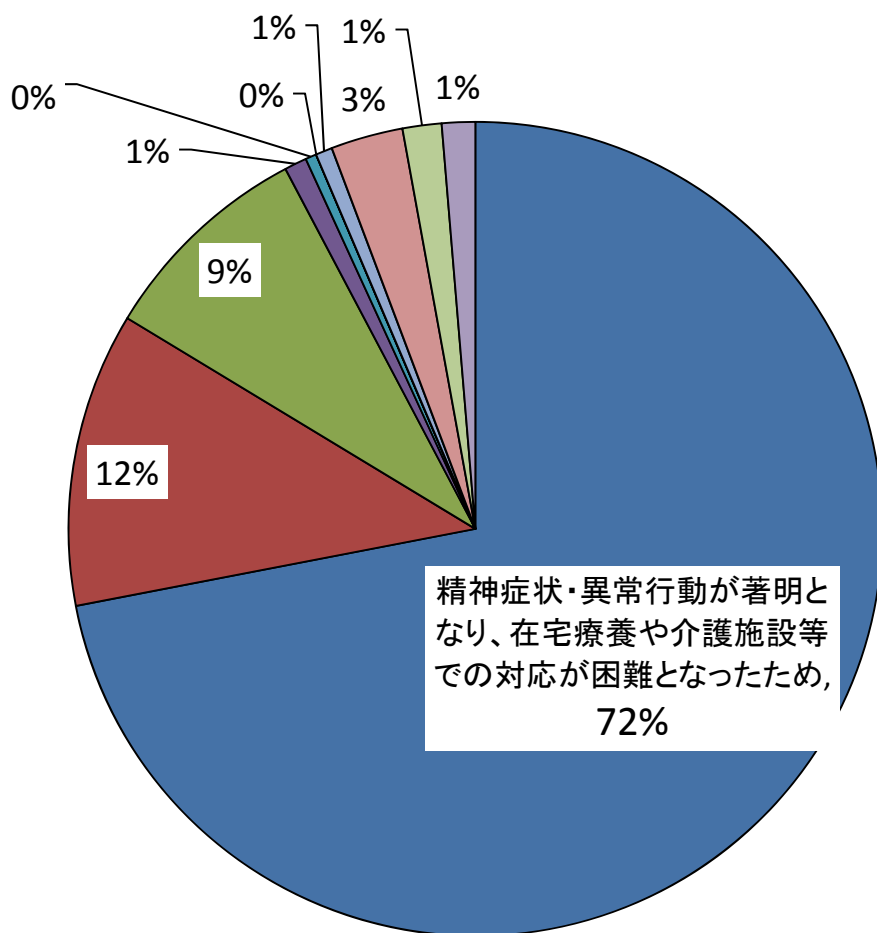
専門医療機関

- 認知症疾患医療センター等の専門機関が、紹介された患者に対して**認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、紹介を受けた他の保険医療機関**に文書で報告した場合に算定

【現状のイメージ】



精神病床における認知症入院患者の入院理由

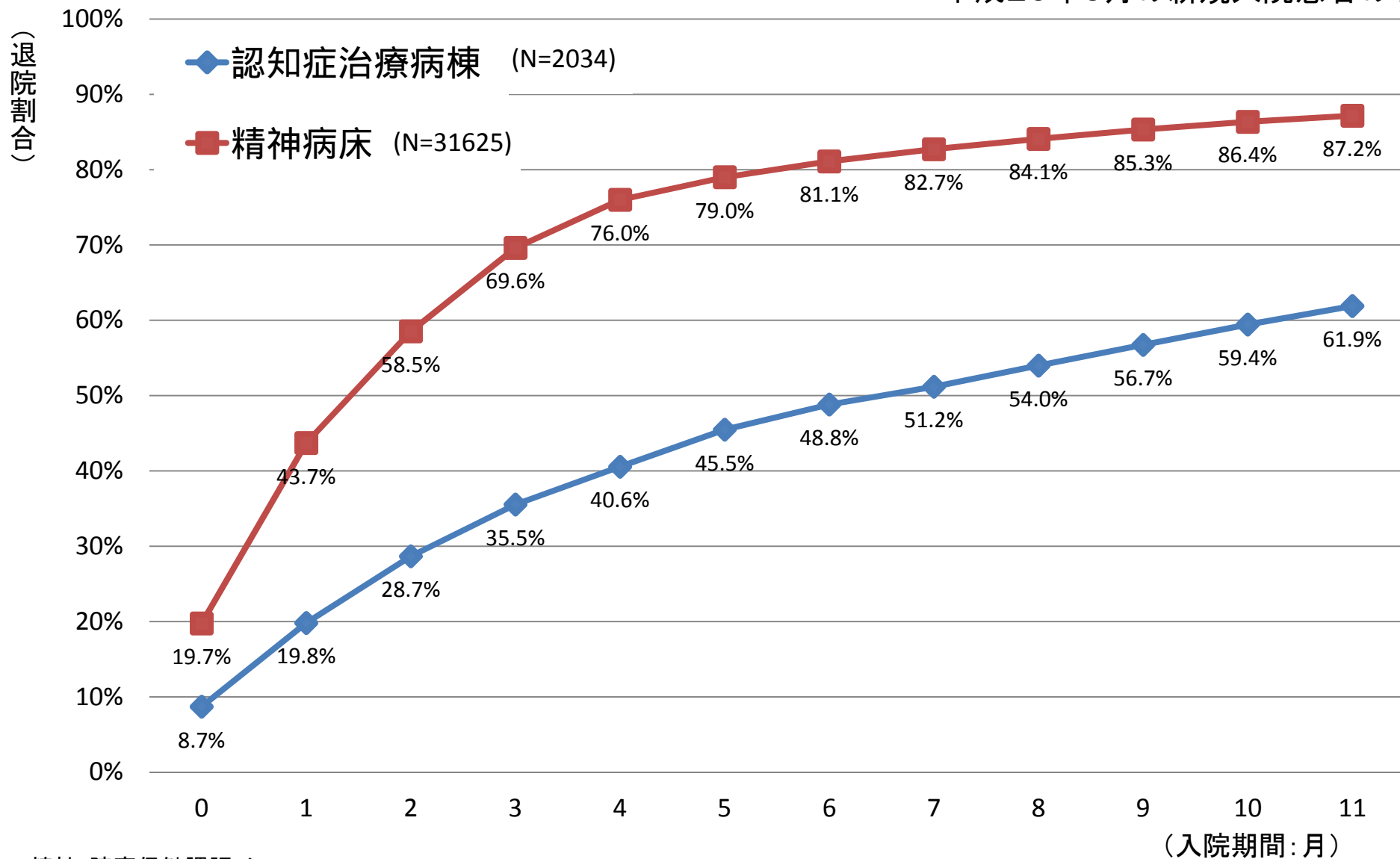


(N=453)

- 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
- 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
- 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要なため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
- 上記以外で、家族等が強く希望するため
- その他

新規入院患者の月ごとの退院割合 (退院曲線)

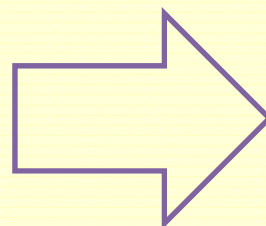
* 平成20年6月の新規入院患者のデータ



22年改定における認知症病棟入院料の見直し

- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(BPSD)等の対応を行う役割**を担っているため、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改め、特に手厚い対応が必要な入院早期の評価を引き上げた。

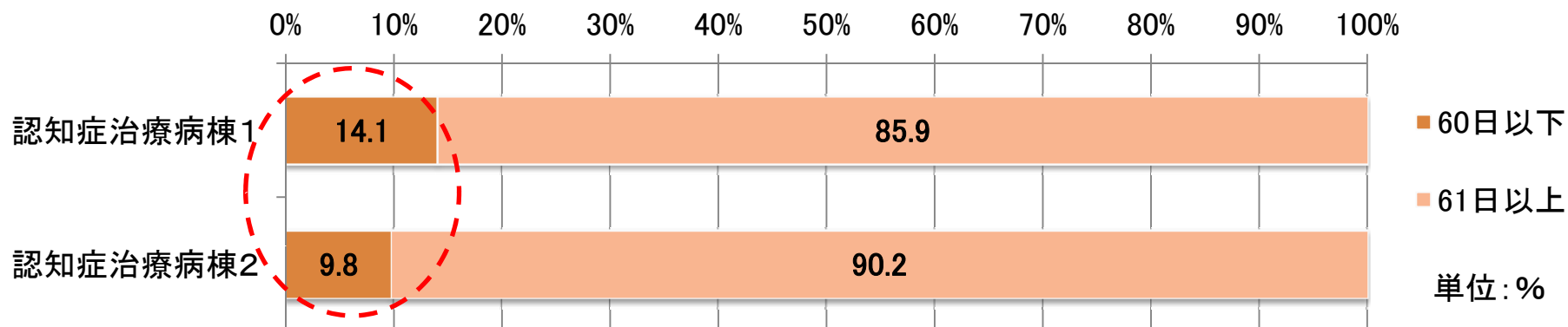
認知症病棟入院料1 (20対1)	
イ 90日以内の期間	1,330点
ロ 91日以上	1,180点
認知症病棟入院料2 (30対1)	
イ 90日以内の期間	1,070点
ロ 91日以上	1,020点



認知症治療病棟入院料1 (20対1)	
イ 60日以内の期間	1,450点 
ロ 61日以上	1,180点
認知症治療病棟入院料2 (30対1)	
イ 60日以内の期間	1,070点
ロ 61日以上	970点 

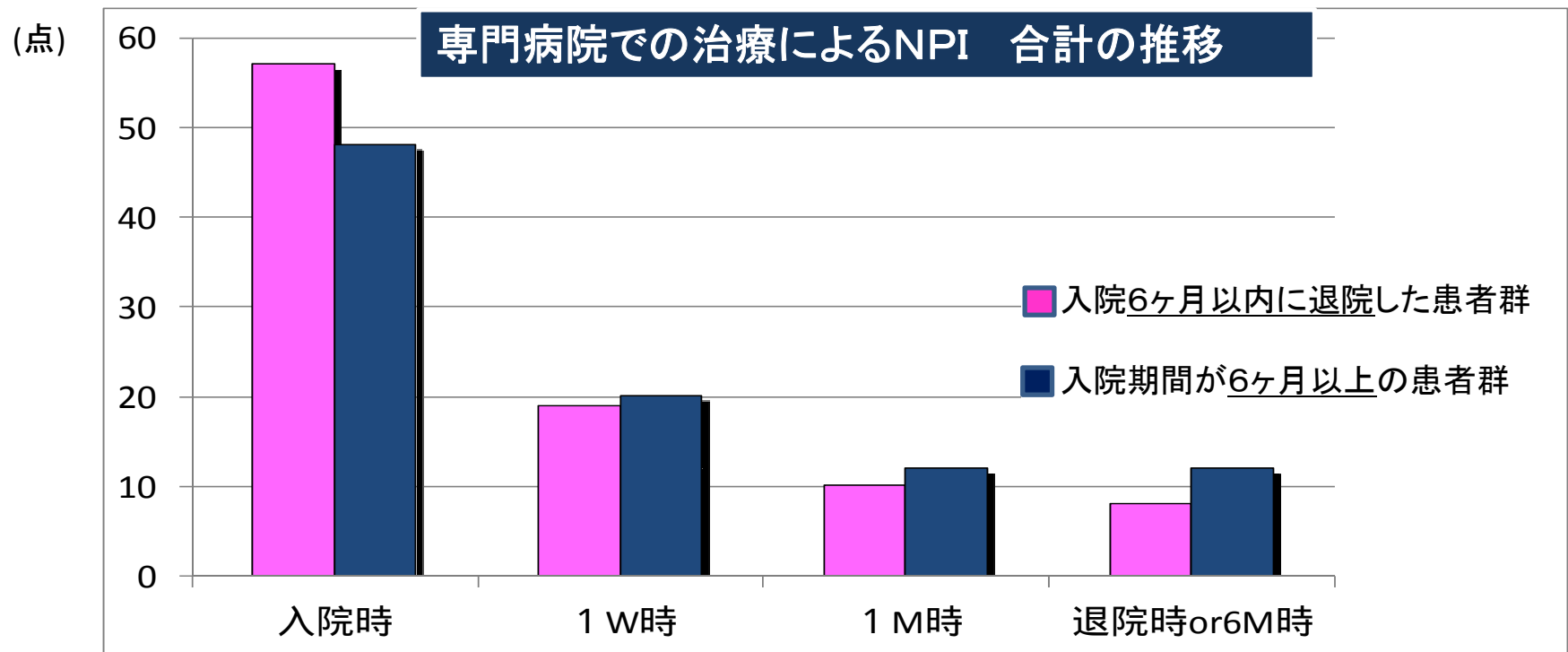
認知症治療病棟1:看護職員20対1・看護補助者25対1
 認知症治療病棟2:看護職員30対1・看護補助者25対1

【在院日数の状況】



出典: 社会医療診療行為別調査

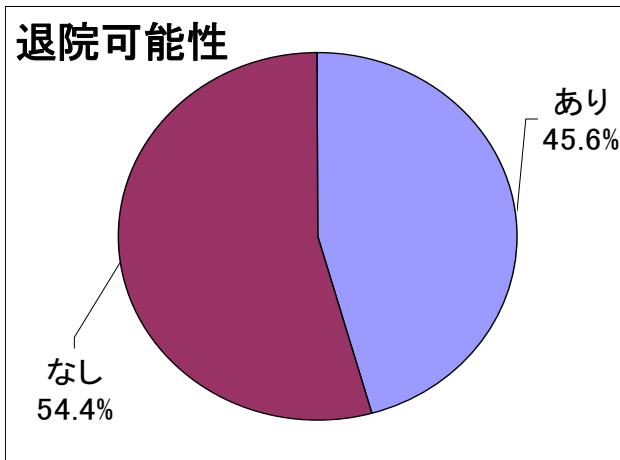
入院経過に伴うBPSD症状の変化



*NPI(Neuro Psychiatric Inventory)とは、BPSDの有無、程度、変化を半定量的に評価。

- 入院後6ヶ月以内に退院した患者群と入院期間が6ヶ月以上の患者群**共に、入院1ヶ月時点でBPSDはほぼ改善**している。
- BPSDの治療に要する期間は約1ヶ月が妥当と考えられ、入院後、すみやかに退院に向けてサービス調整を行う必要がある。

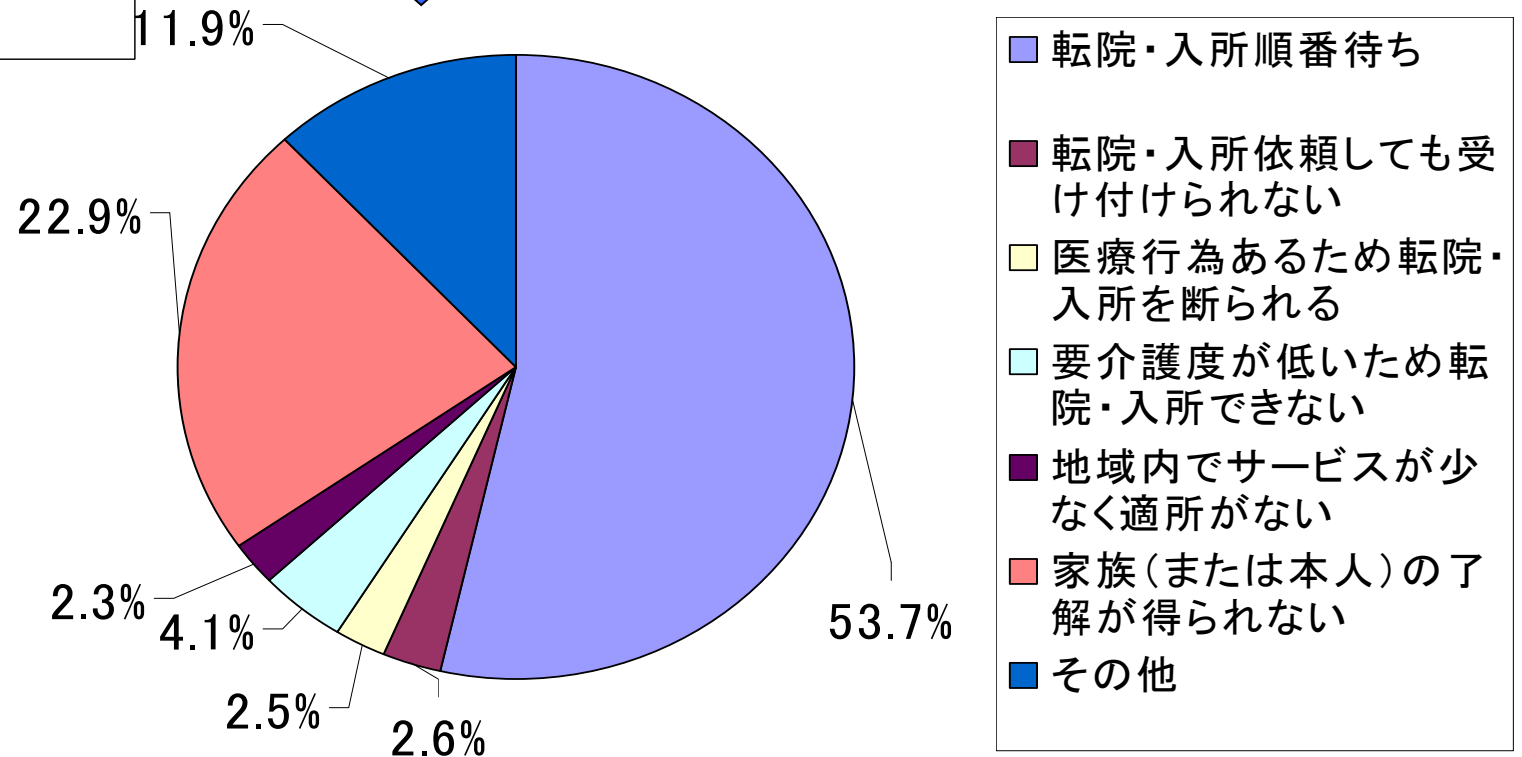
認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



調査対象：民間の精神科病院 199施設において、
91日以上認知症病棟に入院している患者
(有効回答数1829名)

退院可能性ありの患者が 退院に結び付かない理由

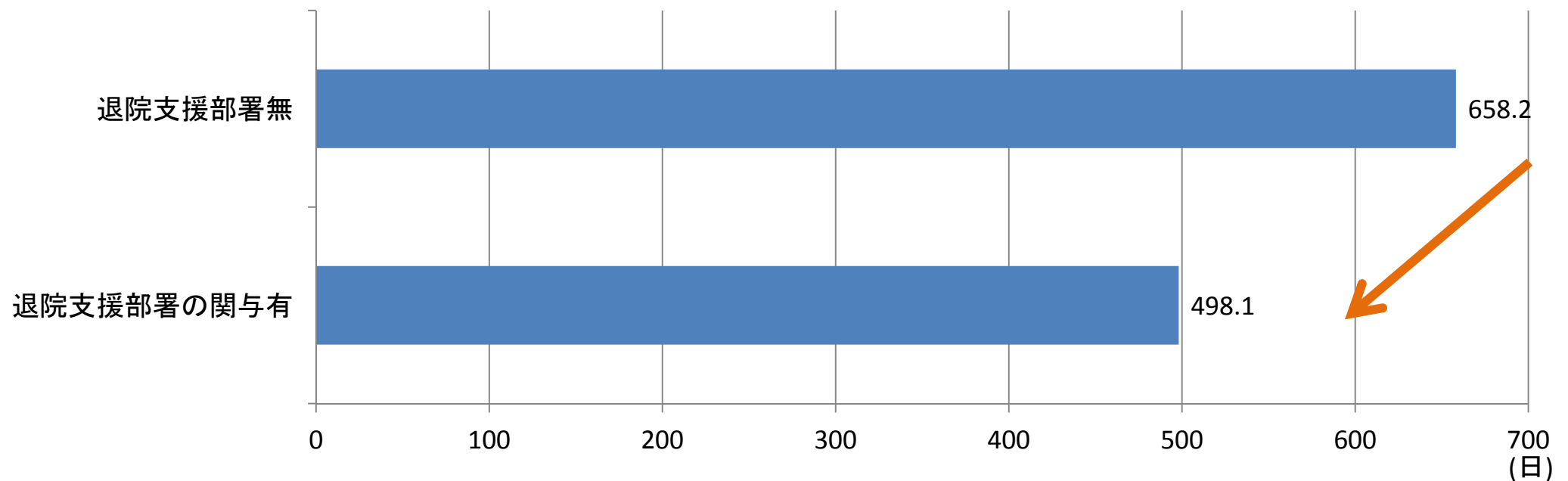
(n=834)



認知症治療病棟における 退院支援部署の有無による平均在院日数の違い

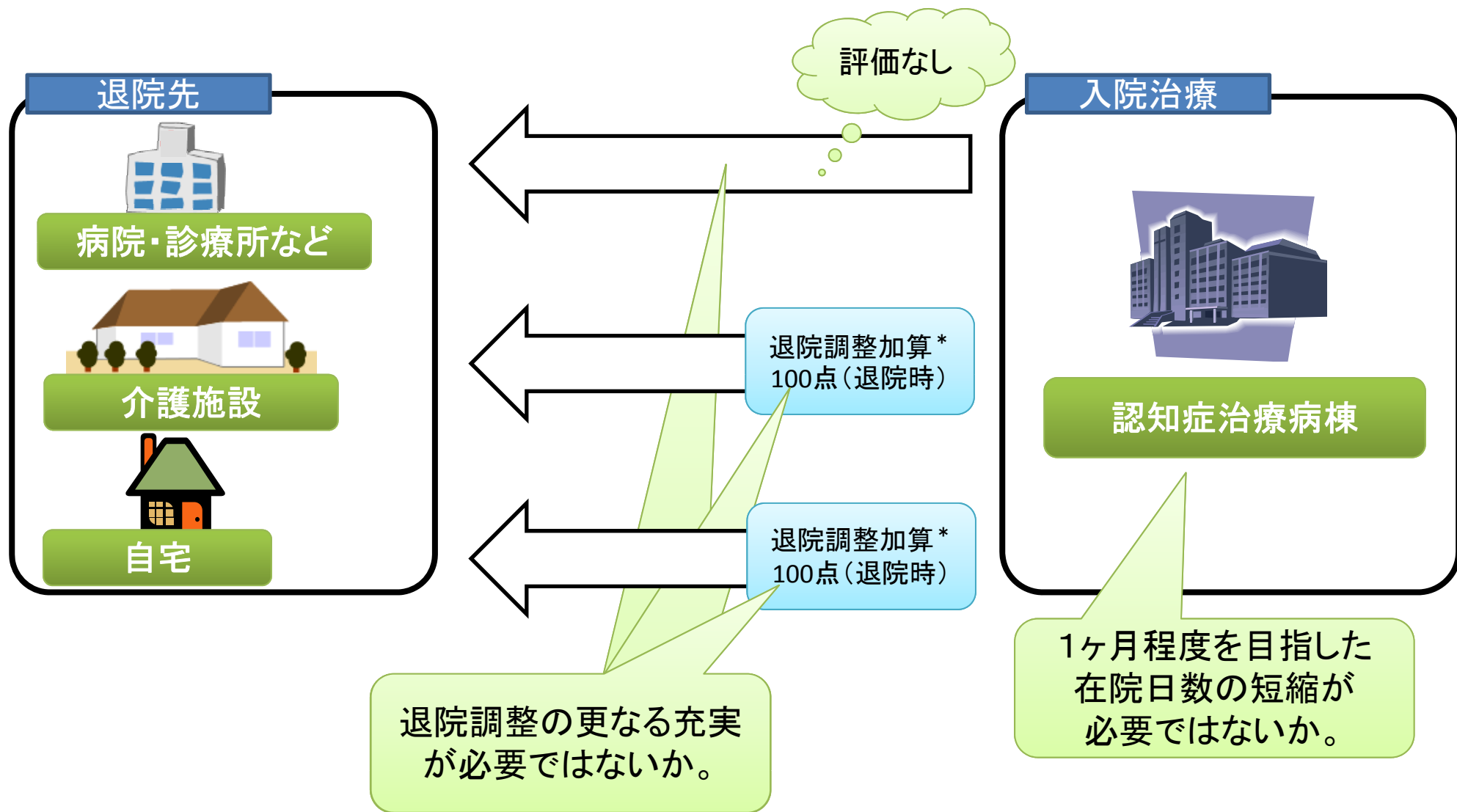
認知症治療病棟入院料（平成23年6月）

N=422



出典：平成23年検証調査

認知症入院医療の診療報酬における主な評価 (模式図、現状)

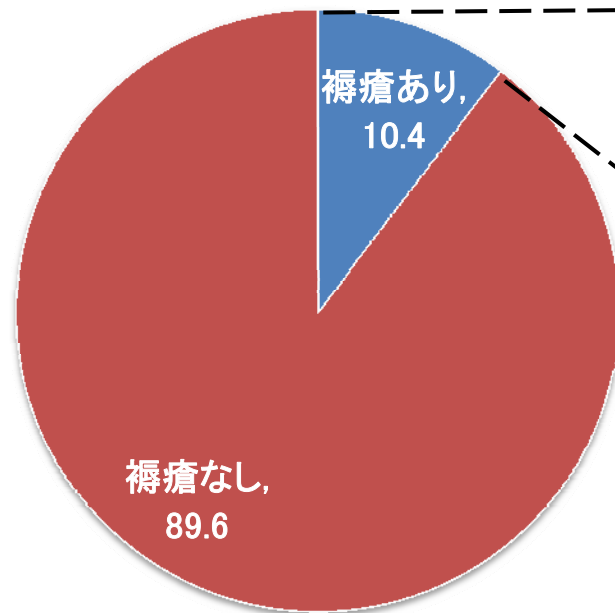


*現在の算定要件は「当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。」であり、退院支援部署の設置等は要件化されていない。

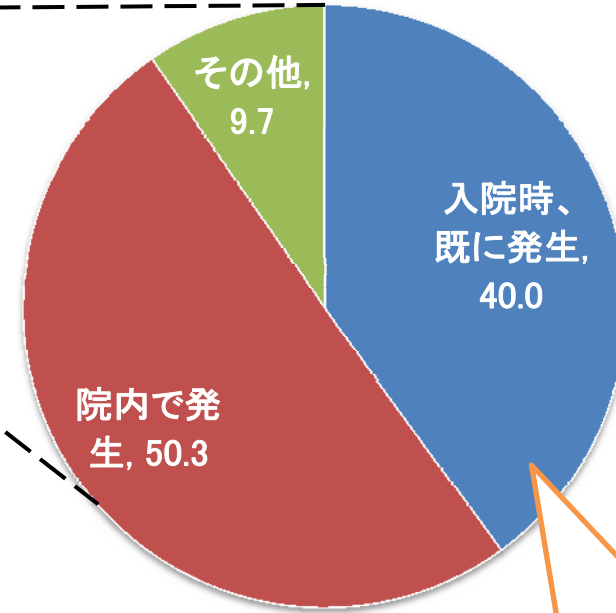
慢性期医療

療養病棟における褥瘡の状況について

【褥瘡の有無】



【褥瘡の発生場所】



対象病院：療養病棟入院基本料算定する684病院
対象患者：平成20年度の6ヶ月間に入院した患者40,016名

入院時、既に発生している褥瘡が後方病院における受入の妨げとなっている。

療養病棟入院基本料と褥瘡について

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】
20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】
25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

褥瘡に対する治療を行っている状態* → 医療区分2

* 第2度(皮膚の部分的喪失)以上または2カ所以上の褥瘡があり、褥瘡の治療を実施している患者

治療により褥瘡が治ると → 医療区分1

治療後、報酬が減額する。

褥瘡に関するQI(Quality Indicator)

QI(Quality Indicator)

- ◆ 医療療養病棟における褥瘡等に関する治療・ケアの内容を評価する指標であり、慢性期分科会において平成19年に提唱された。
- ◆ QIの値は0%～100%に分布し、100%に近いほど、当該病棟の治療・ケアの質に問題がある可能性がある。

注) 現行では、個別の病院に対して、QIを公表することは義務づけられていない。

【QIの状況】

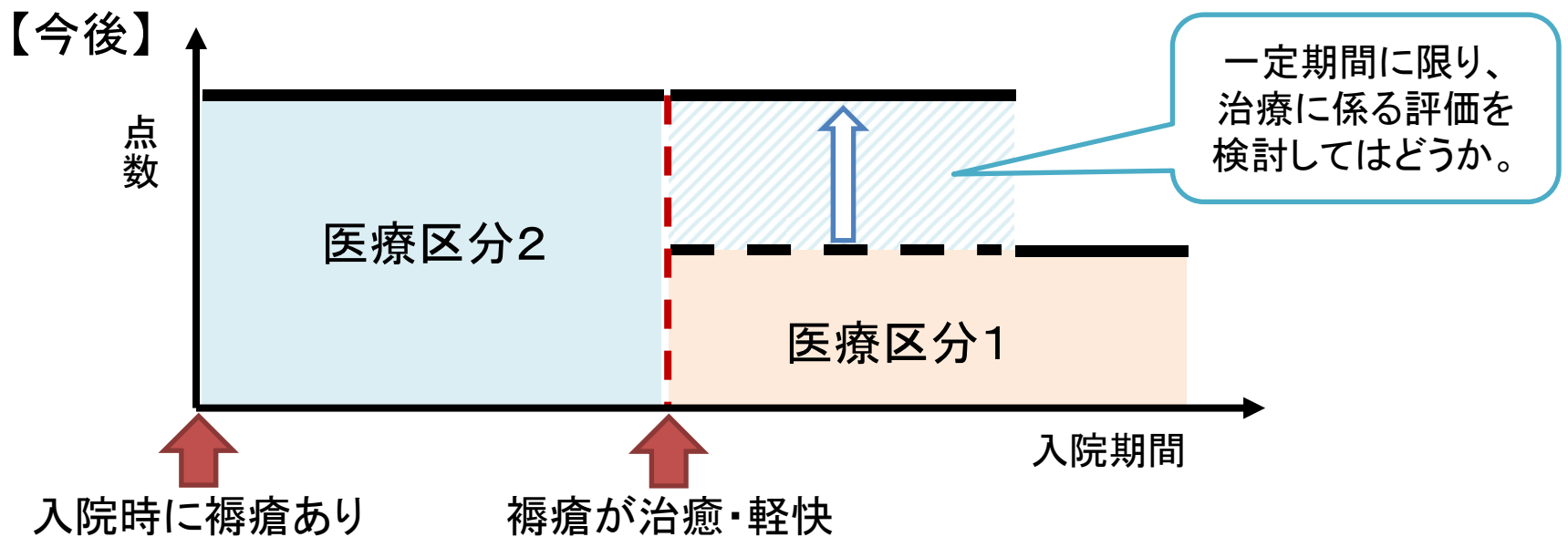
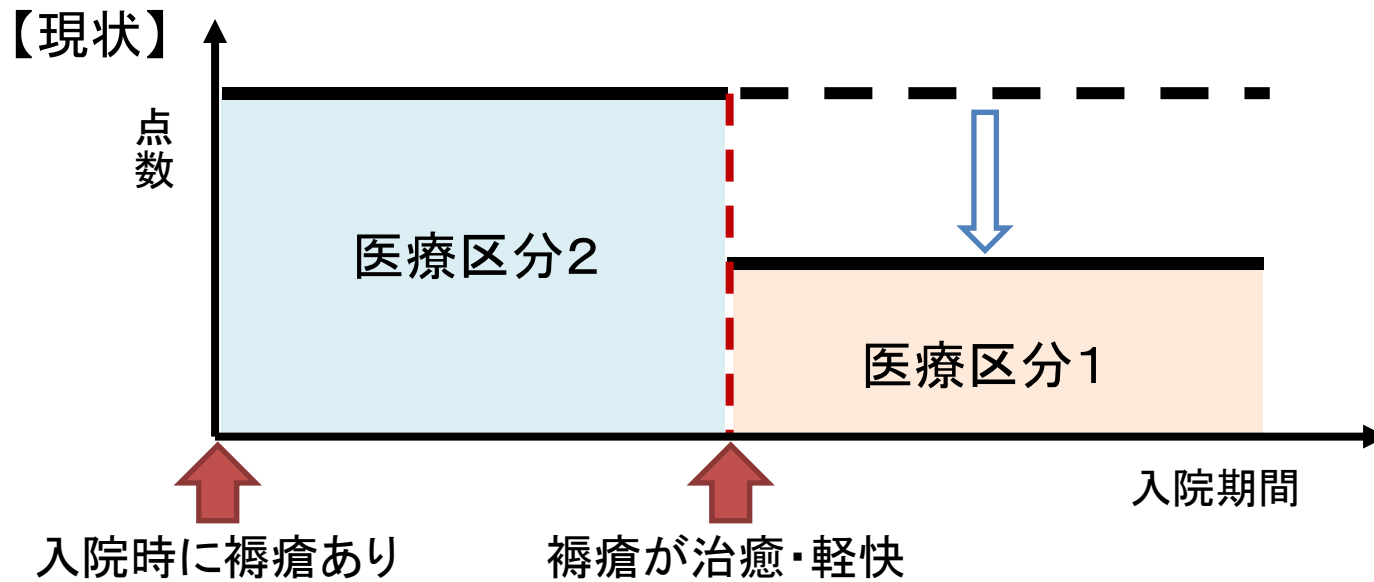
年次	QI算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
平成18年度調査	20病院	2,057人	10.8%	5.7%	3.2%	20.8%	6.4%	17.0%	22.2%	0病院	0.0%
平成20年度調査	20病院	1,832人	9.8%	4.8%	1.4%	22.4%	7.1%	12.7%	19.5%	1病院	5.0%
平成22年度調査	20病院	771人	5.2%	5.3%	0.0%	20.0%	0.0%	8.8%	15.7%	1病院	5.0%

※過去3回の調査、いずれにも回答のあった20病院についてのデータを算出。

(参考) Q I の算出方法	分子	分母
	第2度以上または2カ所以上の褥瘡があり、褥瘡の治療を実施している患者 ※「第2度」の褥瘡: 皮膚の部分的喪失; びらん、ただれ、水疱、浅いくぼみ	全患者

「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

褥瘡の治療に係る評価のイメージ



医療連携の充実に向けた課題と論点

【課題】

- 救命救急センターへの軽症・中等症の患者搬送件数が増加し、受入れできない事例も増加している。
- 救急搬送患者地域連携紹介・受入加算は、一定の効果は認められたが、活用は限定的である。
- 療養病棟等における、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受入れを評価する初期加算は、一定の効果は認められたが、活用は限定的である。
- 小児のNICUから院内の小児一般病棟への転棟は進んでいるが、重症児(者)受入連携加算を算定するような後方病院への転院や在宅療養への移行が課題である。
- 精神疾患を有する救急搬送患者の多くは精神科病院ではなく、救命救急センターや一般病院で受入れられており、救急後の精神科病院との連携が課題である。
- がん診療に係る連携の評価を行っているが、診療内容が多様化し、活用は限定的である。
- 認知症対策として早期の鑑別診断が課題であるとともに、入院の主たる原因であるBPSDについては概ね1ヶ月程度の治療で改善するとの報告がある一方で、入院患者のほとんどが60日以上入院している。
- 急性期後の患者等を慢性期病院で受入れる上で、入院時既に発生している褥瘡が連携の妨げとなっている。

【論点】

- 救急病院と後方病院とのより一層の連携を図るため、救急搬送患者地域連携紹介・受入加算の要件について、どのように考えるか。
- 亜急性期・慢性期病院における、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受入機能の充実を図るための退院調整や医療連携に対する評価について、どのように考えるか。
- NICUに入院した小児について、後方病院への転院や在宅療養への移行を図るための退院調整や医療連携に対する評価について、どのように考えるか。
- 一般救急や精神科救急と連携して、精神疾患を有する救急搬送患者の紹介・受入を行っている精神科分野における医療連携に対する評価について、どのように考えるか。
- がん診療における医療連携の評価に係る要件について、どのように考えるか。
- 認知症専門医療機関と地域の医療機関との連携の推進、入院期間の短縮を図るための退院調整に対する評価について、どのように考えるか。
- 慢性期病院で急性期後の患者等を受入れるに当たって、褥瘡の治療に係る評価について、どのように考えるか。併せて、医療の質に関する内容の公表について、どのように考えるか。

医薬品価格調査（薬価本調査）の速報値について

1. 平均乖離率 : 約 8.4%

注1) 平成23年9月取引分について、販売サイドから10月26日までに報告があったものの集計結果である。

注2) 平均乖離率とは、

(現行薬価×販売数量)の総和 - (実販売単価×販売数量)の総和

(現行薬価×販売数量)の総和

で計算される数値である。

2. 後発品シェア

数量ベース : 22.8%

金額ベース : 8.8%

注) 数量ベースとは薬価単位ごとの数量の割合であり、金額ベースとは薬価ベースでの金額の割合である。

3. 東日本大震災の影響による調査票配布時等の配慮

(1) 津波等により甚大な被害のあった地域及び原発避難地域等に所在するため調査票を発送しなかった客体数、震災等の影響により調査協力が得られなかった客体数

○卸売業者 26客体 全数(5,867客体)に対する割合0.4%

○病院 19客体 全数(902客体)に対する割合2.1%

○診療所 35客体 全数(1,000客体)に対する割合3.5%

○保険薬局 42客体 全数(1,598客体)に対する割合2.6%

(2) 全体に対する、岩手県、宮城県、福島県の販売サイド客体からの報告件数及び報告薬価ベース金額の割合は約5%であり、前回本調査(平成21年9月)と同様の回答となっている。

医薬品価格調査（薬価本調査）速報値の内訳

(1) 投与形態別

区 分	乖離率 (%)	薬価ベース占有率 (%)
内 用 薬	8.9	67.7
注 射 薬	7.4	22.4
外 用 薬	7.6	9.9
歯科用薬剤	1.3	0.0
合 計	8.4	100.0

(2) 主要薬効群別

		乖離率 (%)
(内 用 薬)	血圧降下剤	9.6%
	消化性潰瘍用剤	10.8%
	高脂血症用剤	10.1%
	精神神経用剤	8.2%
	その他の血液・体液用薬	9.0%
	その他のアレルギー用薬	10.5%
	糖尿病用剤	9.1%
	他に分類されない代謝性医薬品	8.3%
	血管拡張剤	11.6%
	その他の中枢神経系用薬	6.3%
(注 射 薬)	他に分類されない代謝性医薬品	9.7%
	その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）	7.4%
	血液製剤類	3.3%
	その他の抗腫瘍薬	5.7%
	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの	9.2%
(外 用 薬)	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	8.0%
	眼科用剤	7.5%
	その他の呼吸器官用薬	7.6%
(歯科用薬剤)	その他の歯科口腔用薬	2.9%

(参考) 東日本大震災の影響による調査票配布時等の配慮の詳細

(1) 津波等により甚大な被害のあった地域及び原発避難地域等に所在するため調査票を発送しなかった客体数

	岩手県	宮城県	福島県	合計
卸売業者	4	9	5	18
病院	0	0	1	1
診療所	1	1	1	3
保険薬局	2	1	2	5
合計	7	11	9	27

(2) 震災等の影響により調査協力が得られなかった客体数

	青森	岩手	宮城	福島	茨城	栃木	千葉	新潟	合計
卸売業者	0	1	6	1	0	0	0	0	8
病院	0	3	4	3	5	0	3	0	18
診療所	0	1	8	4	4	5	8	2	32
保険薬局	0	13	7	2	9	2	3	1	37
合計	0	18	25	10	18	7	14	3	95

平成23年度に実施する医薬品価格調査（薬価本調査）について（案）

1 趣旨

薬価基準改正の基礎資料を得ることを目的として、薬価基準に収載されている全医薬品について、保険医療機関及び保険薬局に対する医薬品販売業者の販売価格及び一定率で抽出された医療機関等での購入価格を調査

2 調査期間

平成23年度中の1か月間の取引分を対象として調査を実施
（参考）前回（平成21年度）の実績は別紙参照

3 調査の対象及び客体数

（1）販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する営業所等の全数を対象
調査対象の客体数 約6,000客体

（2）購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により10分の1の抽出率で抽出された病院を対象

調査対象の客体数 約900客体

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により100分の1の抽出率で抽出された診療所を対象

調査対象の客体数 約1,000客体

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により30分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象

調査対象の客体数 約1,600客体

4 調査事項

薬価基準に収載されている医薬品の品目ごとの販売（購入）価格及び販売（購入）数量を調査

5 東日本大震災の影響による調査票配布時等の配慮

- (1) 調査客体となる医薬品販売営業所等及び病院等のうち、下記の区域等に所在するものに対しては、調査票の発送は行わない。
- ① (社)日本損害保険協会が津波や火災によって甚大な被害(流失や焼失)のあった街区として認定した全損地域
 - ② 郵便事業(株)によって郵便物等の配達困難地域となっている区域
 - ③ 原子力災害対策特別措置法(平成11年法律第156号)第15条第3項の規定による避難のための立退き又は屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域となった地域
 - ④ 同法第20条第3項の規定による計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象となっている区域
- (2) 調査客体となる医薬品販売営業所等及び病院等のうち、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(平成23年法律第40号)第2条第3項に規定する特定被災区域に所在するものに対しては、調査協力の了承を得た上で調査を実施する。
- (3) 有効回答の集計・分析の際に、被災区域に所在する調査客体からのデータを除いた集計を別途行うなどの措置を必要に応じ講ずる。

(参考1) 前回本調査(平成21年9月)における全数に対する、岩手県、宮城県、福島県の報告取引件数及び報告薬価ベース金額の割合
 ・いずれも約5%であり、前回の全体の平均乖離率(約8.4%)については、当該3県を除いて集計しても約8.4%である。

(参考2) 前回本調査における岩手県、宮城県、福島県の調査客体系数

	岩手県	宮城県	福島県	合計	全調査客体系数
卸売業者	102	166	95	363(6.3%)	5,722
病院	10	22	15	47(5.4%)	876
診療所	9	14	16	39(3.9%)	1,009
薬局	26	32	24	82(5.0%)	1,617
合計	147	234	150	531(5.7%)	9,224

(参考3) 医薬品価格調査の業務分担

厚生労働省	請負業者	都道府県
調査企画及び調査実施 ・調査要領作成 ・調査票作成 ・調査客体名簿作成(全損地域等除外含む) ・紙回答(購入サイド)のパンチ入力	調査に付随する業務 ・調査票印刷(中和印刷*) ・回答用CD-R作成、購入サイド 客体抽出、データ集計(シーディーエス*) ・都道府県への調査票梱包、発送(協新流通テクノロジー*)	調査に付随する業務 ・調査客体への発送(特定被災区域に関する調査協力確認含む)及び回収

*平成23年度はまだ契約を行っていないため、請負業者は平成19、21年度実績。

(別紙)

前回(平成21年度)「医薬品価格調査(薬価本調査)」の実績

1 調査期間

平成21年9月取引分を対象として平成21年10月1日から同年10月31日までの間に実施

2 調査の対象及び客体数

(1) 販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する営業所等の全数を対象

調査対象客体数 5,722 客体
(その回収率61.3%)

(2) 購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により10分の1の抽出率で抽出された病院を対象

調査対象客体数 876 客体
(その回収率75.7%)

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により100分の1の抽出率で抽出された診療所を対象

調査対象客体数 1,009 客体
(その回収率57.4%)

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により30分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象

調査対象客体数 1,617 客体
(その回収率65.4%)

3 調査事項

薬価基準に記載されている医薬品の品目ごとの販売(購入)価格及び販売(購入)数量を調査

特定保険医療材料価格調査（材料価格本調査）の速報値について

1 . 平均乖離率 : 約 7 . 7 %

注 1) 平成 2 3 年 5 ~ 9 月取引分（ただしダイアライザー、フィルム、歯科材料、保険薬局調査分については平成 2 3 年 9 月取引分のみ）について、販売サイドから 1 1 月 1 1 日までに報告があったものの集計結果である。

注 2) 平均乖離率とは、

(現行材料価格 × 販売数量) の総和 - (実販売単価 × 販売数量) の総和

(現行材料価格 × 販売数量) の総和

で計算される数値である。

2 . 東日本大震災の影響による調査票配布時等の配慮

(1) 津波等により甚大な被害のあった地域及び原発避難地域等に所在するため調査票を発送しなかった客体数、震災等の影響により調査協力が得られなかった客体数

医療機器販売業者	2 6 客体	全数 (6,552 客体) に対する割合 0.4%
病 院	4 5 客体	全数 (2,182 客体) に対する割合 2.1%
一般診療所	3 8 客体	全数 (1,201 客体) に対する割合 3.2%
歯科診療所	3 1 客体	全数 (1,103 客体) に対する割合 2.8%
歯科技工所	3 客体	全数 (113 客体) に対する割合 2.7%
保 険 薬 局	3 6 客体	全数 (1,596 客体) に対する割合 2.3%

(2) 全体に対する、岩手県、宮城県、福島県の販売サイドの客体からの報告件数の割合は約 7 % であり、前回本調査（平成 2 1 年 9 月）と同様の回答となっている。

(参考) 東日本大震災の影響による調査票配布時等の配慮の詳細

(1) 津波等により甚大な被害のあった地域及び原発避難区域等に所在するため調査票を発送しなかった客体数

	岩手県	宮城県	福島県	合計
医療機器販売業者	0	1	2	3
病院	0	1	5	6
一般診療所	0	0	2	2
歯科診療所	0	1	1	2
歯科技工所	0	0	0	0
保険薬局	1	0	1	2
合計	1	3	11	15

(2) 震災等の影響により調査協力が得られなかった客体数

	青森	岩手	宮城	福島	茨城	栃木	千葉	新潟	合計
医療機器販売業者	0	1	20	2	0	0	0	0	23
病院	0	8	5	5	16	5	0	0	39
診療所	1	7	8	1	2	9	7	1	36
歯科診療所	0	4	5	3	3	12	2	0	29
歯科技工所	0	0	0	1	0	1	1	0	3
保険薬局	0	9	10	3	4	8	0	0	34
合計	1	29	48	15	25	35	10	1	164

平成 2 4 年度診療報酬改定の基本方針

平成 2 3 年 1 2 月 1 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

平成 2 4 年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識

国民にとって健康やそれを支える医療は生活の基盤である。超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要である。

こうした背景を踏まえとりまとめられた「社会保障・税一体改革成案」(平成 23 年 6 月 30 日政府・与党社会保障改革検討本部決定)に沿って、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等)、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025 年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである。

また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。

さらに、貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。

中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置など、あらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点課題

次期診療報酬改定においては、「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、上記のような基本的な認識の下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。

現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成24年度改定においては、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。

また、今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。

3. 改定の視点

がん医療、認知症医療など、国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要であり、「**充実が求められる分野を適切に評価していく視点**」を改定の視点として位置付けることとする。

患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが求められており、「**患者等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、改定の視点として位置付けることとする。

持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要であり、「**医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。

医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化

に関する自覚も重要であり、「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

1. 重点課題

(1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。

このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

(2) 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。

このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における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(生活期)のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

2. 四つの視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。

このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進などに関する適切な評価について検討するべきである。

さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、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についても検討するべきである。

(2) 患者等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

患者の視点に立った医療の実現のため、受けた医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていくことが必要である。

このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討するべきである。

(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。

このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて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

今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、効率化余地がある

領域については適正化を推進していくことが、患者負担や保険料への影響等の観点からも重要である。

このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討するべきである。

また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

将来を見据えた課題

診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。

その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。

また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。

さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

医療サービスの機能強化と効率化・重点化
(行政刷新会議の評価結果等)

ワーキンググループB

B5-2

社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化

- (論点①)医療サービスの価格はどうか。
- (論点②)今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。
- (論点③)病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

方向性

国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。その中で、勤務医と開業医、また診療科目間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体(医師の人件費等)については、

「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があった
ことを重く受け止めて対応されたい。

加えて、中長期的な検討課題として提案された
地域・診療科目間の偏在の解消など、医師不
足の問題に対応する医療供給体制の在り方
について、社会保障審議会で検討の上、行政刷
新会議に報告されたい。

また、診療報酬の加算が効果的に待遇改善に
つながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心
に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

論点①②

医師不足を改善するため、中期的に開業医と勤務医の収入をバランスさ
せることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める 8名

医師不足を改善するため、リスクや勤務時間に応じて、診療科ごとの報酬
配分を見直す 9名

診療報酬本体(医師の人件費等)を

ア. 増やす 0名

イ. 据え置く 6名

ウ. 抑制 3名

その他 2名

(注:重複あり)

論点③

病院に対する加算を行った場合には、勤務医の人件費増につながるよう、
条件付けを行うべき 7名

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療科・部門の
勤務医に院内で重点的に処遇するよう、条件づけを行うべき 8名
病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療科・部門の
病院勤務医の待遇を現在以上に改善する必要はない 0名
その他 3名
(注:重複あり)

とりまとめ(提言)

国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。その中で、勤務医と開業医、また診療科目間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体(医師の人件費等)については、「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があったことを重く受け止めて対応されたい。

加えて、中長期的な検討課題として提案された地域・診療科目間の偏在の解消など、医師不足の問題に対応する医療供給体制の在り方について、社会保障審議会で検討の上、行政刷新会議に報告されたい。

また、診療報酬の加算が効果的に待遇改善につながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

評価者の提言内容(評価シートに記載された提言事項)

(論点①)医療サービスの価格はどうあるべきか。

(論点②)今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。

- 勤務医の待遇改善、報酬アップ。但し、開業医でも、産科・小児科は待遇維持または改善すべき。
- 救急対応(急性期)の病院、医師への配分及び産科、小児科、内科、外科の報酬は上げ、皮膚科、眼科は大きく下げるべき。
- (開業医と勤務医の収入を)中長期的には均衡させる。
- (診療報酬本体を)極力抑制する。
- 地方における医師不足に対応するため、地域の国立大学病院の医学部に「県内枠」を設けて、地元の高校出身者を増やすことも検討すべき。
- ドイツのような公的医療保険における開業医の配置規制についても検討すべき。
- 開業医と勤務医のリスクや勤務状況をもっと直視した診療報酬のつけ方を改めてゆく。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 「医師不足」がある以上、開業医と勤務医の平準化を進める方向で診療報酬配分を改めるべき。
- 眼科や皮膚科、泌尿器科といった医師数が増加している診療科には、特にターゲットを当てて診療報酬を引き下げる直接的な方策を講じるべき。
- 物価や民間企業の給与が下がる状況の下で、診療報酬本体のは据え置く(ゼロ改定)べき。今後も診療報酬改定時には、物価や民間企業給与の動向と連動させるべき。
- 勤務医に対して開業医の時間当たり報酬が相対的に高いため勤務医から開業医へシフトが生じている。これが医師不足の原因の一つ。格差を平準化させるべきだ。
- 診療別の価格が想定的に高い医師分野に民間が集まる傾向があるため、不足する診療科の報酬を想定的に引上げるべき。
- 自由参入(開業の場所、診療科目)にもかかわらず、医療サービスの価格が固定されており、医師の処遇は相当に恵まれている。報酬を引下げるべきだ。
- 公的病院の統合を進め、病床数を削減する。
- 医療は保険・公的負担で賄われている以上、厚労省は医療機関に対する管理を強化する。
- 供給側の効率化がここでの議論の中心であり、そのためには、病院・診療所でどのように機能分化が行われるべきかの議論が必要。
- ①規模による病院の機能に着目して、②勤務医であっても担っている機能に応じて、③報酬配分を見直すべき。その際、病院の集約化をすすめたり、医療法人のガバナンスの改革を行うべき。そのうえで、ホスピタルフィーの導入も検討すべき。
- 医療法人制度改革で法人のガバナンスをどのようにしていくのかの制度設計が必要になる。持分権の廃止だけで病院のガバナンスが改善するとは思えない。
- 医師不足、給与(収入)を含めて医師の待遇・格差の実態を正しく捉えることから議論を始めるべき。エビデンスベースの診療報酬の改正が不可欠。
- 中長期的には“ドクターフィー”の導入を。
- 当面は全病院調査(病院・医師センサス)の実施と実態の分析を。
- 診療報酬はマクロ＝総額を増やすのではなく政策目的に即したメリハリのある配分を。
- 医師不足の実態を地方自治体の方がより情報を有しているならば、診療報酬決定の一部(例±10%)を地方に分権化しては？
- 財政的に診療報酬が増やせない現状では勤務医の収入を増やす為に、開業医の収入を減らす方向も、タブーなく踏み込むべきだ。
- リスクの高い外科、産婦人科や、過労状態にある小児科の報酬はリスクや労働環境に応じて増加させるべき。
- 勤務医を増やす。開業医を減らす。メリハリをつけるべき。もちろん地域別の診療科別の医師不足の状況を勘案して、地域、診療科別のメリハリをつけるべき。
- 収入のみならず勤務時間や勤務地を考えないと医師不足は改善しないが、まず、当面の対応策と

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

して開業医と勤務医間の収入面での改善(平準化)を進める。

- 上記の方法論として、リスクが高い、また、勤務時間に応じて診療科ごとに報酬配分を見直す。病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。
- 開業医・勤務医、診療科目によって上げるところと下げるところを設ける。

(論点③)病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

- 病院加算の内、一定の割合を Doctor Fee として勤務医に配分されるようにすべき。
- 上記中、条件の厳しい診療料の勤務医への Doctor Fee を厚くすることを義務付けるべき。
- ドクターフィーを導入する(中長期)
- 勤務医とのバランスをとるよう開業医への診療報酬は抑制
- 病院間の連携、看護師との業務分担の見直しの徹底
- 現行制度では病院経営の効率化＝収益性の向上を通じて勤務医の給与を増やすしかない？
- 地方の勤務医については定期的に都市部の大病院で検修を受けて技能の向上を促す仕組みがあっても良いのではないか？
- ドクターフィー、ホスピタルフィーの導入を通じて勤務医の待遇改善を進めるとともに、小病院を減らして大病院に集約化を促進すべき。
- 単純に給与を上げるだけでなく勤務医の労働時間、労働条件を改善するよう、病院数等の統合を図る。
- 各病院別の人件費割合や給与等を公開して政策評価の為の具体的な指標を定めるべき。
- 診療科別の給与や労働時間等も統計をとって公開すべき。
- 地域単位当たりの効率化が不足。公立病院などを垂直統合して、職能分化に基づく医療施設のダウンサイジングが必要。
- 医師でなくても可能な医療サービスは極力看護師、介護師でも供給可能に。これを行うことで医療コストを引き下げることが可能。同時に医師は医師でしかできない業務に従事可能。
- 病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。
- 病院については、400床(又は500床以上)の病院と200床未満の中小病院は別けて考えるべき。前者は高次の医療サービスを担うが、後者は診療所とあまり変わらない。
- (選択肢①について)高次機能を担う大病院については、人件費増を認めてもいい。
- (選択肢②について)そのとおりである。
- (選択肢③について)高次機能病院と療養型病院とは区別して議論すべき。療養病床のあり方については、もう少し考える必要がある。
- 療養病床の監理及び診療報酬の改善について、現在の診療報酬の包括化の区分はまだ改善の余地がある。介護療養病床の他施設への転換をすすめるスピードをあげるべき。
- 地域医療、特に過疎地勤務の医師の報酬、待遇を改善(アップ)すべき。その為には、地域＝保険者が一定程度診療報酬を決められるよう、スピード感を持って決断すべき。
- 勤務条件が厳しい診療科目や地域の医師や看護職員の待遇改善につながるよう条件付けを行うべき。

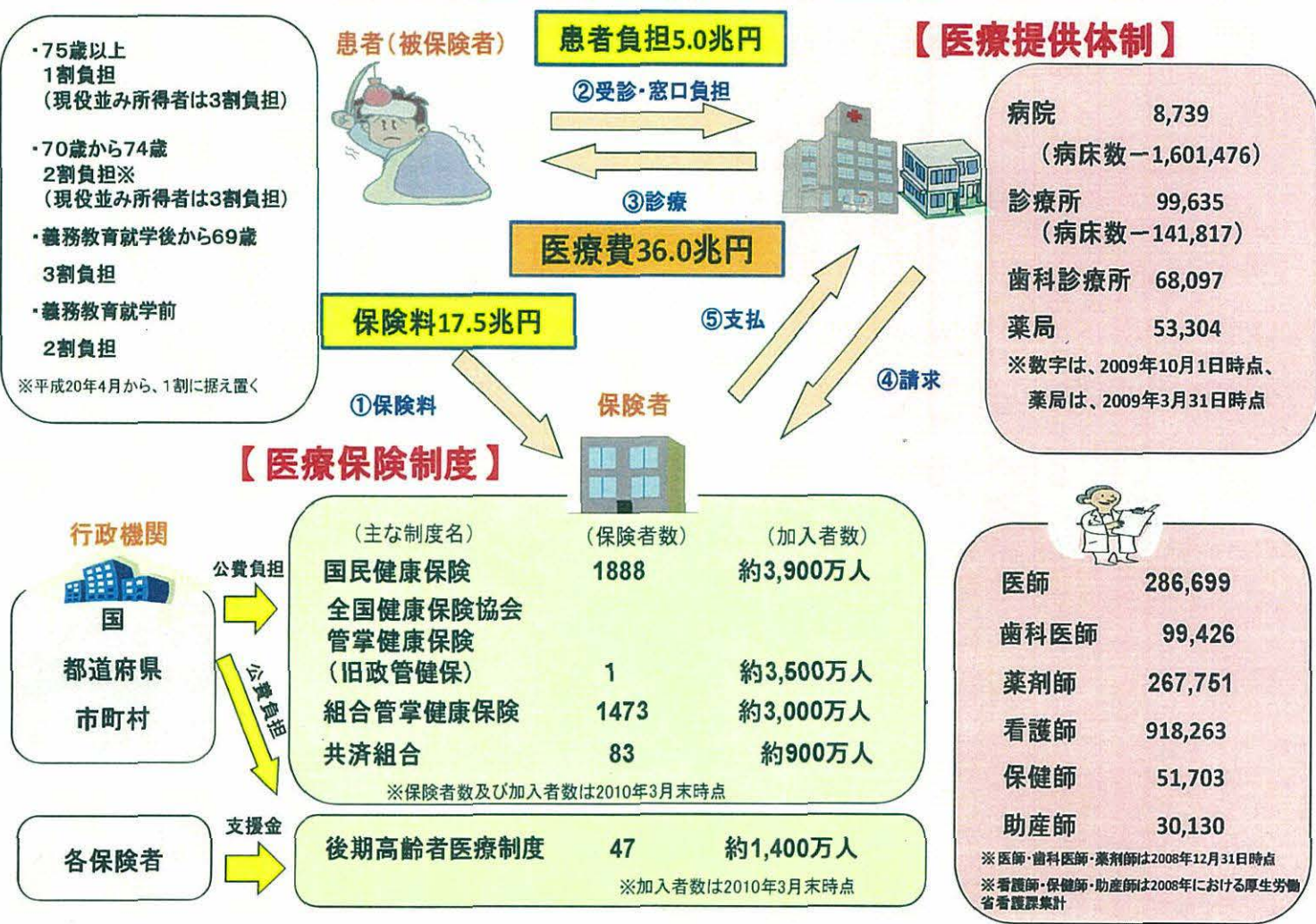
施策・事業シート							
施策/事業名	医療サービスの機能強化と効率化・重点化						
担当府省庁	厚生労働省	担当部局庁・課室	保険局・医政局	作成責任者	保険局総務課長 木下 賢志 医政局総務課長 池永 勲彦		
主な関係法令	医療保険制度：健康保険法、国民健康保険法、高齢者医療確保法 医療提供体制：医療法、医師法等			主な関係府省庁	財務省、総務省		
主な計画(閣議決定等)	社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)			主な審議会等	社会保障審議会医療保険部会・医療部会、中央社会保障医療協議会		
関係施策名	医療保険給付費国庫負担金等						
施策/事業目的 (ミッション/何のために)	○少子高齢化の進行、経済状況の変化、医療の高度化等に対応し、「社会保障・税一体改革成案」を踏まえ、地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図るとともに、セーフティネット機能を強化し、給付の重点化・制度運営の効率化を図り、誰もが良質な医療サービスを受けられるようにする。						
施策/事業目標 (ターゲット/どこまで)	○健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、各医療保険者に対し医療費等に要する費用の一部を負担する。(主な国庫負担割合：協会けんぽ：164/1000、市町村国保：34/100及び9/100、後期高齢者医療：3/12及び1/12 等) ○国民が安心して良質な医療を受けることができる体制を整備する。						
主な手段	○国民健康保険制度、健康保険制度、高齢者医療制度 ○医療保険給付費国庫負担金等						
主な成果目標及び 成果実績	成果指標		単位	20年度	21年度	22年度	目標値 (何年度)
		成果実績	-	-	-	-	-
		達成度	-	-	-	-	-
主な対象 (誰/何を対象に)	国民						
施策①	医療保険制度						
施策/事業概要	制度等 (主要5件)	名称 (保険者数)	①市町村国保 (1,723)	②協会けんぽ (1)	③健保組合 (1,473)	④後期高齢者医療 広域連合(47)	⑤国民健康保険組 合 (165)
		制度 概要	国民健康保険制度	健康保険制度	健康保険制度	後期高齢者医療制 度	国民健康保険制度
		給付費 (21年度実績)	8,555,005 百万円	4,451,273 百万円	3,344,264 百万円	11,040,294 百万円	496,810 百万円
		うち国庫負 担・補助(21 年度実績)	2,937,358 百万円	955,626 百万円	2,841 百万円	3,543,944 百万円	301,140百万円
		加入者数(21 年度実績)	36,059 千人	34,807 千人	29,951 千人	13,616 千人	3,475 千人
事業等 (主要)	事業 概要	名称	I 医療保険給付費 国庫負担金等	II 後期高齢者医療 制度事業費補助金	III 高齢者医療運営 円滑化等補助金	IV 健康保険組合給 付費等臨時補助金	V 国民健康保険組 合出産育児一時金 等補助金
		予算額等 (24 概算)	8,741,306 百万円	6,314 百万円	30,879 百万円	1,642 百万円	4,729 百万円
		事業 概要	全国健康保険協会 管掌健康保険(以 下、「協会けんぽ」と いう。)、国民健康保 険及び後期高齢者 医療等の健全な運 営を図るため、健康 保険法、国民健康保 険法及び高齢者の 医療の確保に関する 法律等に基づき、医 療費等に要する費用 の一部を負担する。	後期高齢者医療広 域連合(以下「広域 連合」と言う。)に 対して、後期高齢者 医療に係る事業を円滑 に実施するために、 広域連合が実施す る、健康診査事業、 保険者機能強化事 業及び特別高額医 療費共同事業に要 する経費の一部につ いて補助するもので ある。	高齢者医療制度の 基盤の安定化を図る ため、被用者保険の 保険者の後期高齢 者支援金等の負担 を緩和するための助 成及び特定保健指 導等の実施に対する 助成を行う。	健康保険事業の運 営に支障を来す恐れ のある健保組合に対 し、国庫補助により 事業の円滑な運営を 図り、解散抑止に資 する。	国保組合に対し、① 「出産育児一時金補 助金」、②「高額医療 費共同事業補助 金」、③「国民健康保 険特別対策費補助 金(平成23年度から 廃止)」を交付するこ とにより、国民健康 保険事業の適正な 運営を確保すると ともに、国保組合財政 の安定化に資するこ とを目的とする。

施策②		医療提供体制				
制度等 (主要5件)	名称					
	制度					
	給付費					
	うち国庫負担・補助					
事業等 (主要)	名称	I.医療提供体制推進事業	II.へき地における医療提供等の実施	III.災害時における医療提供体制の確保	IV.チーム医療実証事業	
	予算額等	25,939百万円	1,385百万円	154百万円	365百万円	
	事業概要	<p>都道府県が策定する医療計画に基づく、救急医療対策、周産期医療対策、看護職員確保対策、歯科保健医療対策等の事業を実施するため、医療施設等の運営及び設備整備等に必要な経費について財政支援を行う。</p> <p>巡回診療等によるへき地における住民の医療の確保等のための財政支援を行う。</p> <p>地震等大規模災害発生時に一人でも多くの命を救うため、急性期に活動する災害派遣医療チーム(DMAT)の養成や、被害状況等を迅速かつ的確に把握するための広域情報ネットワークの構築など、災害時における医療提供体制の確保のための財政支援を行う。</p> <p>看護師、薬剤師等医療関係職種の活用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各職種の業務の効率化・負担軽減等を図るとともに、質の高い医療サービスを実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行う。</p>				
	名称	医療保険給付費国庫負担金等	救命救急センター運営事業	へき地医療拠点病院運営事業	広域災害・救急医療情報システム経費	チーム医療実証事業
役割分担	国が実施する必要性(他の主体による実施の可否)	全国健康保険協会管掌健康保険(以下、「協会けんぽ」という。)、国民健康保険及び後期高齢者医療等の健全な運営を図るため、健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、医療費等に要する費用の一部を負担するものであり、国が実施する必要がある。	医療計画に基づき行われる、救命救急センターの全国的な整備を推進するため、国が支援を行う必要がある。	へき地においては、地理的条件等から医療機関を容易に利用できない状況にある。このため、国がナショナルミニマムとして医療提供体制を支援し、等しく医療を受けられる環境を整備する責務がある。	広域災害医療体制の確保を図るため、国が主体となって、全国的な災害医療情報等の集約を行う必要がある。	本事業の目的は、「チーム医療」を全国的に推進、普及していくことにあるため、国で実施する必要性がある。また、「チーム医療」の推進は、医療提供体制に関する施策全般に関わるものであり他の施策と整合性をとらなければならず、また、医療関係職種の業務拡大という資格法上の対応にもつながる可能性があるため、国が関与する必要がある。
	地方との連携・役割分担(地方公共団体による実施状況)	-	国が運営方針を示し、県が医療計画を定め、県の要請に基づき医療機関が実施。	国が運営基準を作成し、都道府県が実施。	県が運営する救急医療情報センターと連動し、各地域の情報収集を行う。	-
	民間との連携・役割分担(民間による実施状況)	-	-	-	-	本事業は、医療現場におけるチーム医療の取組の効果・課題等のデータを収集することを目的としており、医療機関に委託して実施している。
従事者数(概数)		医師数286,699人、歯科医師数99,426人、看護師918,263人等(平成20年現在)				
国内産業規模		-				

	課題	検討状況	
これまでに指摘されている課題と検討状況	<p>地域の実情に応じた医療サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。</p> <p>※社会保障・税一体改革成案における医療提供体制に係る改革の主な検討項目</p> <p>①病院・病床機能の分化・強化と連携 ②地域間・診療科間の偏在の是正 ③在宅医療の充実</p>	<p>社会保障審議会医療保険部会・医療部会、中央社会保険医療協議会において検討中。</p>	
	<p>医療保険制度のセーフティネットとしての機能を強化するとともに、給付の重点化、制度運営の効率化を図る。</p> <p>※社会保障・税一体改革成案における医療保険制度改革の主な検討項目</p> <p>①短時間労働者への被用者保険の適用拡大 ②高額療養費の自己負担限度額の見直しと受診時における定額負担の導入 ③高齢者医療制度の見直し ④国保の財政の安定化・強化・広域化</p>	<p>社会保障審議会医療保険部会において検討中。</p> <p>※被用者保険の適用拡大については、社会保障審議会短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会において、年金改革とあわせて検討中。</p> <p>※「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」を設け、事務レベルのワーキンググループを平成23年2月より計5回開催（平成23年10月24日には政務レベルの協議を開催）</p>	
	番号・対象(事業等)	評価結果	対応状況の概要
	34・後発品のある先発品などの薬価の見直し	<p>事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日、12月8日）において『市販類似薬は保険外とする』ことについて議論を行った上で、保険外とすることは見送った。」とのことであり、その後、次回診療報酬改定に向けて事業仕分け第1弾における「後発品のある先発品などの薬価の見直し」の評価結果に則して、どの範囲を保険適用外にするかについての議論は行われていない。</p>	<p>「市販類似薬品は保険外とする」ことについては、医療保険部会において議論したところ（平成22年12月2日）、高齢の女性（漢方薬）や小児（うがい薬・かぜ薬）を中心に、国民生活に大きな影響を与えることとなるから、患者負担になるものであり、反対とのことであった。</p> <p>平成23年10月26日に開催された医療保険部会においても、「市販品類似薬品は保険外とする」ことについては、「安価な薬剤を選択しづらくなり、かえって高額な薬剤が増える」「日本の患者負担は小さくないが、その負担がさらに大きくなる」といった反対意見があった。</p>
	35・その他医療関係の適正化・効率化（①レセプト審査の適正化対策）（②国保中央会・国保連に対する補助金（国保連・支払基金の統合））	<p>事業仕分け第1弾の評価結果を受け、『厚生労働省内に「審査支払機関の在り方に関する検討会」を設けて議論を行っている』とのことであるが、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化（①レセプト審査の適正化対策、②国保中央会・国保連に対する補助金（国保連・支払基金の統合）」の評価結果に則したレセプト審査率と手数料の連動及び国保連・支払基金の統合といった見直しが行われていない。</p>	<p>「レセプト審査率と手数料の連動」と「国保連と支払基金の統合」については、厚生労働省の「審査支払機関の在り方に関する検討会」において、平成22年4月以降11回にわたり議論を行い、同年12月に「議論の中間的整理」をとりまとめ、公表。その中で、</p> <p>①審査手数料と査定率との連動は、「審査委員会の審査は、医師又は歯科医師の専門的知見に基づく判断であり、審査手数料と査定率との連動は、査定のインセンティブになりえない。」</p> <p>②国保連・支払基金の統合は、「組織の在り方について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討。」と整理されたところ。</p> <p>②について、支払基金と国保連では、審査手数料の引き下げとともに、審査の質の向上と判断基準の統一化のため、共通の「審査情報提供事例」の改訂・公表（23年9月）や、都道府県レベルの判断基準の統一化のための会議の設置（47都道府県のうち39都道府県で実施）に取り組んでいる。</p>

<p>これまでの事業仕分け・規制仕分けにおける対象、評価結果、対応状況の概要</p>	<p>36・その他医療関係の適正化・効率化(③入院時の食費・居住費のあり方)</p>	<p>事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会(平成21年11月25日、12月8日)において、食費・居住費(光熱水費)の引上げの範囲・対象者、引き上げ額をどうするか等について議論を行った上で、見直しを盛り込むことについては見送った。」とのことであるが、その後、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化(③入院時の食費・居住費のあり方)」の評価結果に則した次回診療報酬改定に向けて入院時の食費・居住費の見直しが行われていない。</p>	<p>入院時の食費・居住費の見直しは、昨年の社会保障審議会医療保険部会において議論を行ったが、見直しを行わないとの合意が得られたため、23年度に対応は行っていない。 また、今年の社会保障審議会医療保険部会でも11月9日に議論を行ったが、負担の引き上げには、反対や慎重な意見が多かった。</p>
	<p>A-10所得水準の高い国民健康保険組合への補助金の見直し</p>	<p>見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)</p>	<p>平成22年12月の予算大臣折衝の結果、事業仕分けの結論に沿って見直しを行うこととし、国民健康保険法の改正が必要な事項は、平成24年4月からの実施を念頭に、前通常国会に提出することを目指していたが、一括改正を予定していた高齢者医療制度廃止法案の調整が整わず、前通常国会への提出は見送った。 国保組合に対する国庫補助の見直しについては、社会保障・税一体改革成案に盛り込まれているため、医療保険制度改革の一環として、次期通常国会への法案提出を目指している。 なお、法律改正が必要でない事項については、平成23年度から見直しを実施済。</p>
	<p>A-15高齢者医療運営円滑化等補助金</p>	<p>見直しを行う(運営に困難をきたしている保険者に限定)</p>	<p>対応済み(運営に困難をきたしている保険者に助成対象を限定)</p>
	<p>2-9 医師確保、救急・周産期対策の補助金等(一部モデル事業)</p>	<p>予算要求の縮減(半額)</p>	<p>○診療報酬改定を踏まえた削減、 ○真に必要な事業への絞り込みに伴う削減、 により予算要求からほぼ半額に縮減。</p>
	<p>A-9 医師確保、救急・周産期対策の補助金等</p>	<p>見直しを行う</p>	<p>診療報酬改定で対応可能な事業の廃止等を行うとともに、不用額を確実に反映。</p>
<p>特記事項</p>			

我が国の医療制度の概要



施策／事業名
 施策等の全体像・仕組みがわかる1枚物の資料を貼付。(自由記述・ボツ絵可)
 【※既存の1枚紙をそれぞれ添付】
 施策・事業シート(施策等の全体像)
 医療サービスの機能強化と効率化・重点化

施策・事業シート(関連事業一覧)					
施策/事業名		医療サービスの機能強化と効率化・重点化			
事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0021	中毒情報センター情報基盤整備費	財団法人日本中毒情報センターが行う以下の事業に必要な経費(情報システム運用経費等)について、財政支援を行う。 (1)化学物質等によって起こる急性中毒に関する情報の収集及び提供 (2)(1)により収集した情報の整理集積 (3)急性中毒に関する情報提供に必要な基礎資料の作成(4)24時間体制で医師の適切な指示が受けられる体制の確保	15	15	15
0022	救急医療支援センター運営事業	「救急医療支援センター」として、小児科を含む専門医を休日・夜間に常駐させ、ITネットワークを活用する等により、地域の二次医療機関及び救命救急センターの診断・治療の支援を行う医療機関に対して財政支援を行う。	109	109	109
0025	へき地における医療提供体制整備の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療拠点病院等への医療従事者の派遣要請に関すること。 ・へき地医療拠点病院における医師・歯科医師等派遣登録業務、当該人材のへき地診療所等及び特例措置許可病院への派遣業務に係る指導・調整に関すること。 ・へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関すること。 ・へき地診療所等への医師の派遣(へき地診療所等の医師の休暇時等における代替医師の派遣を含む。)の実施に関すること。 ・へき地従事者に対する研修計画・プログラム作成、キャリア形成推進に関すること。 ・ドクタープール機能の機能の強化 ・へき地医療支援機構交流促進会議の開催。 	248	294	259
0026	へき地における医療提供等の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。 ・へき地診療所等への代診医等の派遣及び技術指導、援助に関すること。 ・特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。 ・派遣医師等の確保に関すること。 ・へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。 ・総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。 ・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。 	1,408	1,385	1,337
0027	医療施設の耐震化	未耐震の災害拠点病院、救命救急センター、二次救急医療機関が行う耐震化のための新築、増改築、耐震補強工事について、各都道府県に基金を設置し費用を助成する。	36,059	21	21
0029	災害時における医療提供体制の確保	DMAT養成研修では災害時に限られた医療物資や場所・時間、また人的制約を受けるなど、非常に厳しい環境を想定した医療活動や、トリアージや航空機内での医療提供など特殊かつ専門的な知識を受講者に習得させるとともに、災害時を想定した実動訓練、ヘリコプターでの情報収集、広域災害に対応できる効果的な広域情報ネットワークの構築を行い、災害時の医療体制の確保を図る。	147	6,444	195

事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0030	へき地歯科巡回診療車運営事業	歯科医療の提供が不十分なへき地における住民(人口概ね15,000人)の歯科医療の確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等購入費、自動車燃料費、自動車維持費)	6.4	4	4
0031	沖縄へき地歯科診療班運営事業	歯科医療の提供が不十分な沖縄県のへき地における住民の歯科医療確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等消耗品費、会議費)	4.2	4.2	4.2
0032	離島歯科診療班運営事業	歯科医療の提供が不十分な離島における住民の歯科医療確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等購入費)	1.9	1.9	1.9
0033	医療問題調査費	我が国における医療体制の一層の質的な充実等を図るため、現在の医療体制の問題やあり方等について検討会を開催して、有識者を招聘し検討を行う。	20	20	49
0034	医療機能情報集約システム経費	病院等から各都道府県に提出された医療機能情報について、各都道府県から厚生労働省に電子媒体で提出させ、当該情報を集約し、データベース化する。	12	12	12
0035	医療施設指導等経費	救急・災害・へき地医療及び院内感染に関する諸方策等の検討、医療計画の推進にかかる指導、医療機関の経営管理改善施策の推進、医療法人設立許可等の事務処理と適正な管理運営のための指導及び医療監視業務等の指導を行う。	9	9	9
0036	地域医療支援中央会議	「地域医療支援中央会議」を開催し、地域医療の確保に関する好事例の収集・調査・紹介を行う。	3	3	3
0037	地域医療推進専門家養成事業	医療計画の推進は、都道府県における主体的な施策の実施が必要である。そのため、地方自治体職員には、関係法令及び制度についての理解、関係データの収集、評価及び分析手法等の実践的技術、関係者間の調整能力等を身につけるための研修を行う。	2	2	2
0039	医療施設経営安定化対策費	医療施設経営に影響を与える諸制度や環境に関して、調査課題を設定した上で、民間シンクタンクの調査ノウハウ等を活用して調査研究するものである。	17	17	17

事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0045	医療施設の施設整備の支援	下記の事業等について病院等の建物の整備を行う場合の経費の補助を行う。 ・へき地関係：へき地医療拠点病院、へき地診療所、過疎地域特定診療所、へき地保健指導所、離島等患者宿泊施設 ・臨床研修関係：研修医のための研修施設、臨床研修病院、研修医環境整備 ・産科：産科医療機関施設整備 ・医療計画等の推進に関する事業 ・施設環境等の改善に関する事業 ・医療従事者の養成力の発揮に関する事業	8,315	9,263	4,842
0063	女性医師支援センター事業	・女性医師に関するデータベースをコンピュータに構築し、他方、医師の採用を希望する医療機関の情報収集を行い、就業希望条件が適合する女性医師に対して当該医療機関を紹介し、採用に至るまでの間の支援を行う。また、女性医師バンクの啓発普及並びに必要に応じて実情把握調査を行う。 ・就業を希望する女性医師に対して最近における医療についての知識及び技術を修得させ、現場復帰を容易にするための講習、医師の採用を希望する医療機関に対する環境整備等に関する講習会及び若手女性医師・女子医学生を対象として女性医師のキャリア継続に関する講習会等の実施及び支援を行う。	156	150	175
0066	看護師等養成所運営費	看護職員確保の一つである「養成力の確保」として、看護師等養成所の教育内容の充実を図り、看護教育の魅力を高め、養成所の運営の適正化を図るため、養成所の運営を行う。	4,937	4,577	4,512
0068	中央ナースセンター事業	求人・求職情報の提供や無料職業紹介など、潜在看護職員の再就業の促進を図る。	114	114	114
0069	看護職員確保対策特別事業	厚生労働大臣が認める者が創意工夫を凝らし、地域の実情に応じた効果的・効率的な看護職員の離職防止対策をはじめとした総合的な看護職員確保対策に関する特別事業について助成し、より具体的な事業展開を図る。	71	66	66
0217	医療保険給付費国庫負担金等	健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、各医療保険者に対し医療費等に要する費用の一部を負担する。 (主な国庫負担割合：協会けんぽ：164/1000、市町村国保：34/100及び9/100、後期高齢者医療：3/12及び1/12等)	8,072,046	8,393,427	8,741,306
0220	後期高齢者医療制度事業費補助金	①健康診査事業（補助率1/3） 生活習慣病の早期発見により、疾病の重症化を防ぐために実施する事業。 ②保険者機能強化事業（補助率1/2・定額補助） 後期高齢者の医療費の適正化及び保険料収納対策等の保険者機能強化に取り組むために実施する事業。 ③特別高額医療費共同事業（定額補助） 著しく高額な医療給付費の発生による後期高齢者医療制度の財政に与える影響を緩和するために実施する事業。	5,962	6,327	6,314

事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0222	高齢者医療運営円滑化等補助金	<p>①高齢者支援金等負担金助成事業 後期高齢者支援金等の拠出金負担が重い被用者保険の保険者(健保組合・共済組合)に対する助成事業(平成21年度までは社会保険診療報酬支払基金が助成事業を実施)</p> <p>②被用者保険運営円滑化推進事業 保険者が共同で組織した団体が実施する特定健康診断等の支援、法令に基づき高齢者医療関係業務を行う社会保険診療報酬支払基金のシステム改修等に対する助成事業(平成21年度までは社会保険診療報酬支払基金が助成事業を実施)</p>	32,949	31,663	30,879
0224	健康保険組合給付費等臨時補助金	法定給付費の増嵩により財政窮乏となっている健康保険組合(保険料率が93.4%以上、法定準備金割合が3か月相当未満、保険給付費等に要する保険料換算率(財源率)が59%超)を対象に、当該組合の給付費の一部を補助する。	2,441	1,845	1,642
0255	国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	<p>①出産育児一時金(42万円)の1/4相当分を補助</p> <p>②一件当たり100万円を超える高額レセプトについて、全国国民健康保険組合協会において再保険事業を実施しているが、同事業に対する各国保組合が負担する拠出金の1/4相当分を補助</p> <p>③医療費適正化特別対策事業(レセプト点検体制の充実・強化、医療費通知の充実・強化等)及び適用の適正化特別対策事業(研修・広報、データ整備等)に対する補助並びに高齢者医療制度改正に伴う激変緩和のための補助(平成23年度から廃止)</p>	8,688	4,778	4,729
0833	医療の質の評価・公表等推進事業	<p>臨床指標を選定し、協力病院の臨床データを収集・分析し、臨床指標を用いた医療の質の評価・公表を行い、評価や公表に当たっての問題点の分析等を行う。</p> <p>・特定の分野について、評価・公表等を行う具体的な臨床指標を選定する。</p> <p>・関連する複数の医療機関から臨床データを集計・分析し、具体的な臨床指標の作成を行い、ホームページ等を通じて国民に対し公表する。</p> <p>・臨床データの提供のあった医療機関の関係者等による委員会を開催し、国民に有用な臨床指標の公表のあり方等に関する諸課題について分析・改善策の検討を行う。</p>	30	20	18
0835	医療計画に関する見直し等の検討・推進支援経費	<p>検討会において主に以下の点について検討を行う。</p> <p>1. 医療法第30条の6に基づく計画の目標達成状況等の調査、分析及び評価のあり方</p> <p>2. 医療法第30条の8に基づく、次期計画作成に向けての指針の改訂</p>	19	15	3

論点別シート

テーマ名	B5-2	社会保障: 医療サービスの機能強化と効率化・重点化
視点	治療や薬にかかるお金(医療費)は誰が払っているのか。 なぜ医療費は増えるのか。高齢者が増えることが原因か。	
論点	1-1、2-1	医療サービスの価格はどうあるべきか。
作成	厚生労働省	

● 国民医療費の負担(財源)

- 治療や薬にかかる費用(医療費)は、患者が窓口で払う定率の自己負担のほか、保険料と税(公費)によってまかなわれている。

(※)国民医療費の負担(財源別) 平成21年度実績

国民医療費36兆円

うち、税(公費):14兆円(38%)、保険料:18兆円(49%)、患者負担:5兆円(14%)

- 医療費が増大すれば、税(公費)、保険料、患者負担のいずれもが増加し、国民負担の増につながる。

● 国民医療費の増加要因

- 国民医療費の増加率の要因別内訳をみると、人口の高齢化、医療の高度化等による影響が大きい。

(※)国民医療費増加率の要因別内訳(平成20年度実績)

増加率:2.0

うち、診療報酬改定及び薬価基準改正による影響:▲0.82 人口増:▲0.1

人口の高齢化:1.3 その他:1.5

- 医療費は、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大し、2025年には61.2兆円となる見通し。

(※)医療費の将来推計は、

「改革シナリオ」:サービス提供体制について機能強化や効率化を行った場合
(高齢者負担率の見直し後)

医療費の伸び率はケース①、パターン1 : 伸び率計3.3

うち診療報酬改定等:0.4 人口増:▲0.3 医療の高度化等1.9%

人口の高齢化:1.1 提供体制の見直し等:0.1

● 医療サービスの価格について

- 保険医療機関及び保険薬局が行う保険診療の価格は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会(中医協)の議論を踏まえ、診療報酬として決定している。

- 診療報酬は、2年に1回改定される。改定は、

①予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、

②社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、

③中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施される。

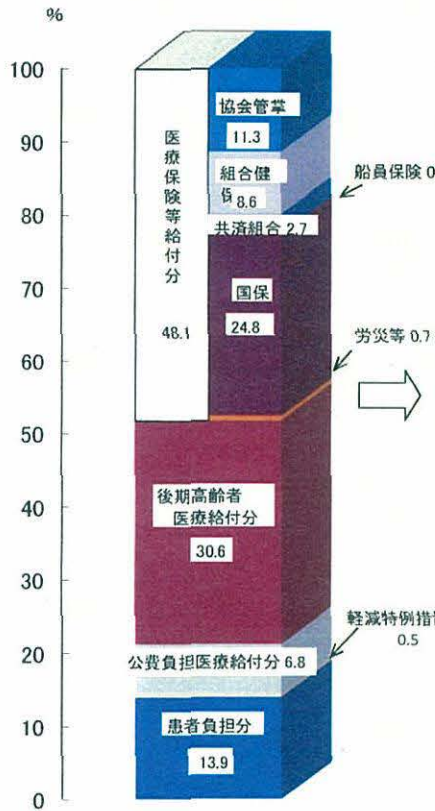
(参考)平成22年度 診療報酬+薬価等(ネットの改定率):+0.19%

(診療報酬本体:+1.55% 薬価:▲1.36%)

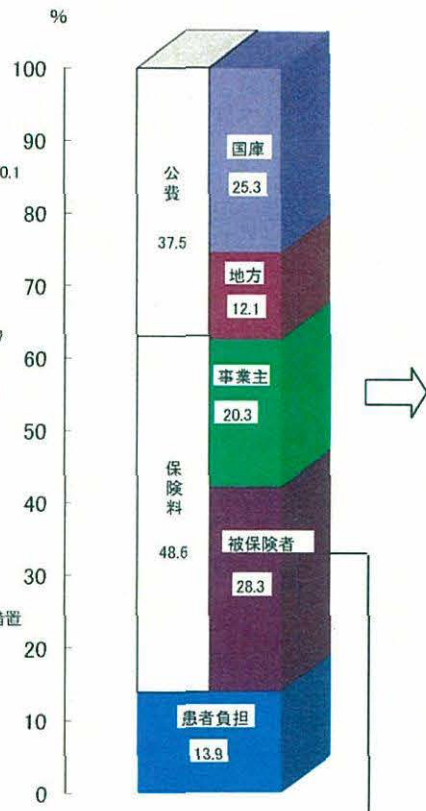
国民医療費の構造（平成21年度）

国民医療費 36兆67億円
一人当たり医療費 282,400円

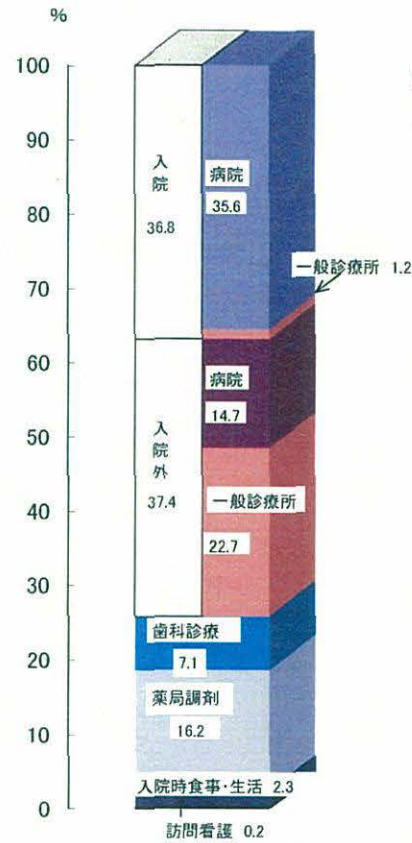
国民医療費の制度別内訳



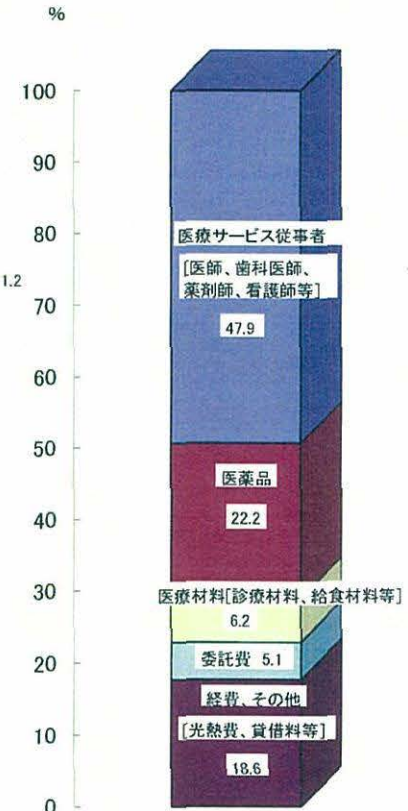
国民医療費の負担（財源別）



国民医療費の分配



医療機関の費用構造

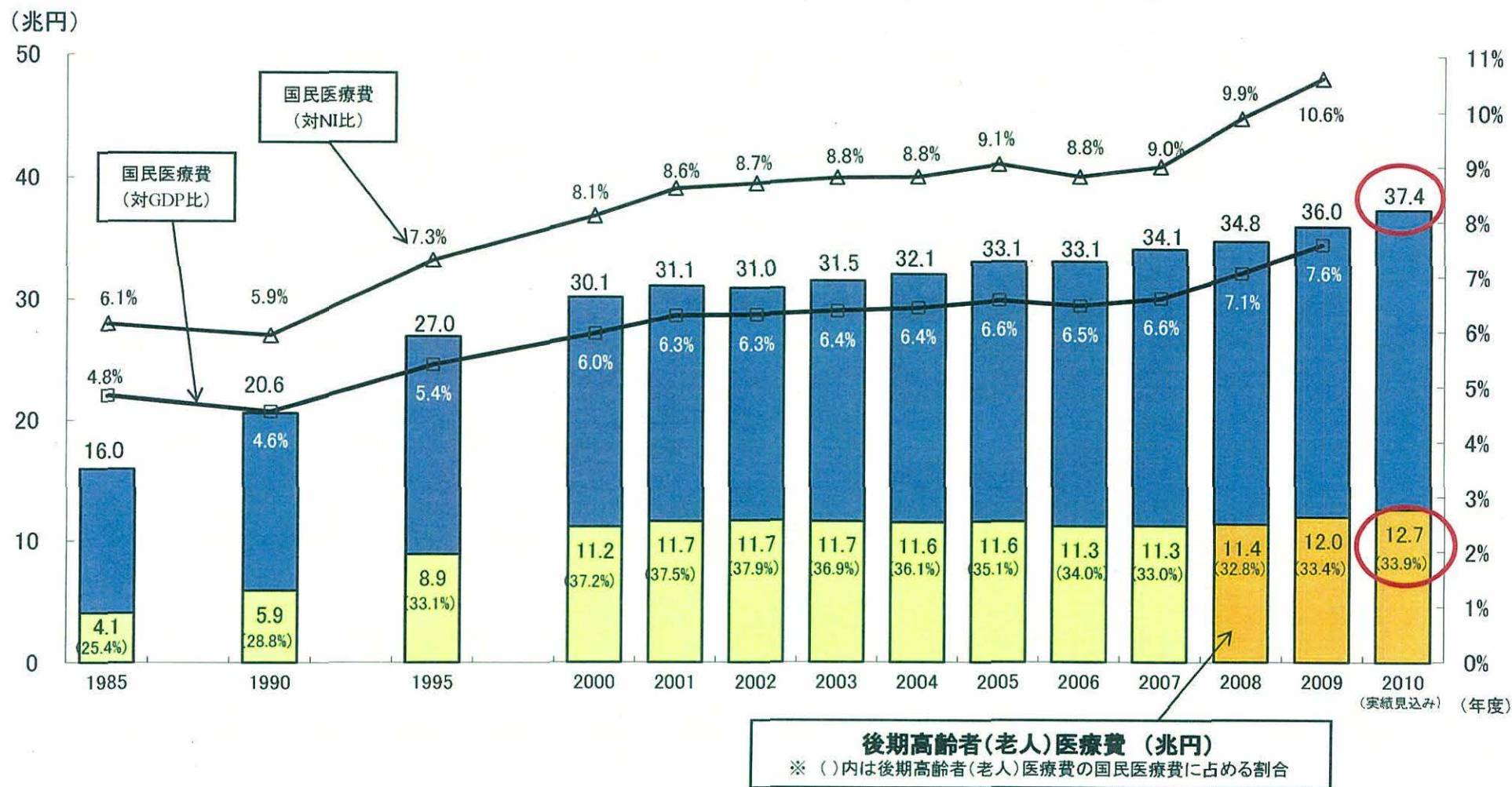


●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●平成21年度国民医療費、医療経済実態調査（平成21年6月）結果等に基づき推計

国民医療費の動向

- 国民医療費は、年々増加し、2010年には37.4兆円に達する見込み。
- そのうち、75歳以上の高齢者の医療費は12.7兆円であり、全体の約3割を占めている。



【出典】厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算確報」(2010年12月)

(注) 2010年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。

「平成20年度 国民医療費」厚生労働省(平成23年3月)

国民医療費増加率の要因別内訳の年次推移

(単位:%)

	63年度	平成 元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度
増 加 率	3.8	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	0.5	0.76	1.0	—	2.5	0.0	1.95
人 口 増	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2
人口の高齢化	1.3	1.3	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5
そ の 他	1.6	2.7	1.5	4.0	3.0	2.0	2.1

	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度
増 加 率	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	△ 1.8	3.2
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	0.75	0.8	0.38	△ 1.3	—	0.2	—
人 口 増	0.4	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3
人口の高齢化	1.6	1.7	1.7	1.6	1.7	1.7	1.6
そ の 他	1.7	2.8	△ 0.7	1.7	1.8	△ 4.0	1.3

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
増 加 率	△ 0.5	1.9	1.8	3.2	△ 0.0	3.0	2.0
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	△ 2.7	—	△ 1.0	—	△ 3.16	—	△ 0.82
人 口 増	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	△ 0.1
人口の高齢化	1.7	1.6	1.5	1.8	1.3	1.5	1.3
そ の 他	0.4	0.2	1.2	1.3	1.8	1.5	1.5

注: 平成8年度から平成14年度の増加率は、患者負担分推計額を訂正したため、各年度の報告書に掲載されている数値と異なる場合がある。