

医療機器の保険適用について（平成24年1月収載予定）

区分C1（新機能）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
①	リストアセンサー	日本メドトロニック株式会社	1,980,000 円	類似機能区分 比較方式	有用性加算(ハ) 10%	0.85
②	アセンダカテーテル	日本メドトロニック株式会社	85,000 円	類似機能区分 比較方式	有用性加算(ロ) 20% 市場性加算(Ⅱ) 3%	0.84

区分C 2 (新機能・新技術)

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
③	CT用直腸カテーテル	日本メドラッド株式会社	特定保険医療材料としての価格は設定しない			
	プロトCO2L カテーテルセット	エーディア株式会社				
④	ドルニエエイポス ウルトラ	ドルニエメドテックジャパン 株式会社	特定保険医療材料としての価格は設定しない			
⑤	SJMプレッシャワイヤ サルタス	セント・ジュード・メディカル 株式会社	171,000 円	類似機能区分 比較方式	なし	1.28

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 リストアセンサー
 保険適用希望企業 日本メドトロニック株式会社

決定区分	主な使用目的
C1 (新機能)	<p>本品は、知覚神経に関与する神経系に電気刺激を与えることによって疼痛を軽減することを目的とした植込み型疼痛緩和用ステイミュレータである。</p> <p>本品は、内蔵した加速度センサにより、患者の体位変化に応じて、あらかじめ設定した刺激パラメータを自動的に選択することができ、体位変化に応じた疼痛緩和を行うことができる。</p>

○ 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	暫定価格
1,980,000 円	087 埋込型脳・脊髄電気刺激装置 (5) 疼痛除去用 (16 極以上用) 充電式 1,820,000 円 有用性加算 (ハ) 10%	0.85	1,820,000 円

[参考]

○ 企業希望価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	暫定価格
2,624,000 円	087 埋込型脳・脊髄電気刺激装置 (4) 疼痛除去用 (16 極以上用) 1,600,000 円 画期性加算 65%	1.13	1,600,000 円

○ 諸外国におけるリストプライス


アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
未発売 (承認申請中)	2,299,038 円 (17,286.00 ポンド)	2,548,772 円 (22,555.50 ユーロ)	2,145,756 円 (18,988.99 ユーロ)	2,331,189 円

1 ポンド=133 円
 1 ユーロ=113 円
 (平成 22 年 8 月～平成 23 年 7 月の
 日銀による為替レートの平均)

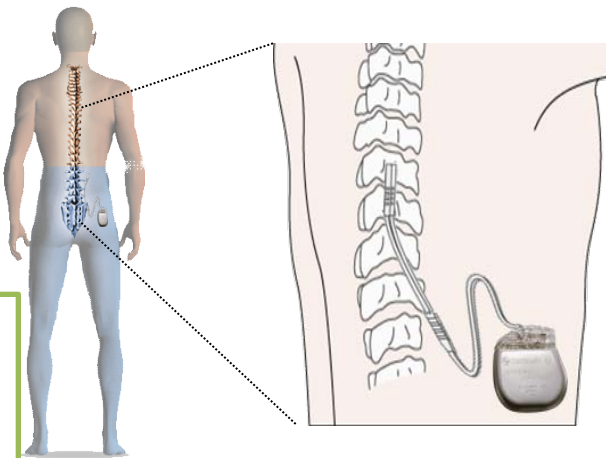
製品概要

1 販売名	リストアセンサー
2 希望業者	日本メドトロニック株式会社
3 使用目的	<p>本品は、知覚神経に關与する神経系に電気刺激を与えることによって疼痛を軽減することを目的とした植込み型疼痛緩和用スティミュレータである。</p> <p>本品は、内蔵した加速度センサにより、患者の体位変化に応じて、あらかじめ設定した刺激パラメータを自動的に選択することができ、体位変化に応じた疼痛緩和を行うことができる。</p>

本品

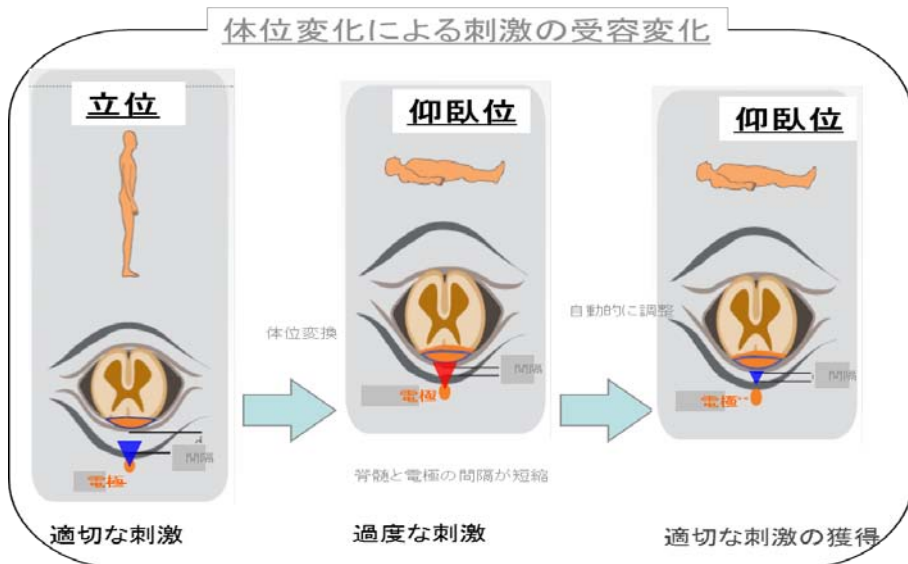


本体(及び別売のリード)



脊髄刺激療法
(Spinal Cord Stimulation, SCS)
硬膜外腔に電極を留置し、植込み型神経刺激装置により、電氣的に脊髄を刺激することにより、疼痛を緩和する。

4 構造・原理



患者の体位変換により、脊髄と電極の距離が変化し、不快な刺激となり、その都度調節が必要になることが知られている。

→本品は患者の体位変化を検知し、予め体位ごとに設定した刺激プログラムに自動で切り替える機能を持つ。これにより、患者の活動状態に合わせた刺激が可能となった。

体位変換を検知する機能がOffの場合と比較した、Onの状態	大幅な痛みの悪化	軽度の痛みの悪化	不変	軽度の痛みの改善	大幅な痛みの改善	合計
合計	1	1	6	23	40	71

RestoreSensor PMA-S Medtronic on file

71名中63名の患者(89%)において、痛みの改善が見られた 4

製品概要

1 販売名	アセンダカテーテル
2 希望業者	日本メドトロニック株式会社
3 使用目的	<p>本品は、バクロフェン髄注用のプログラム式植込み型輸液ポンプとともに体内に植込み、髄腔内にバクロフェンを投与するのに使用するカテーテルである。</p> <p>コネクタ部や素材の工夫により、不具合の発生が少なくなることが期待される。</p>

本品



本品はこのカテーテル部分



バクロフェン髄注療法とは
バクロフェンを専用の埋込型ポンプシステムを用いて、作用部位である脊髄へ直接投与することにより、重度の痙性麻痺に対して痙縮改善効果を示す治療法
対象疾患: 脳脊髄疾患に由来する重度痙性麻痺

現在の課題

損傷・破損



折れ・捩れ



移動

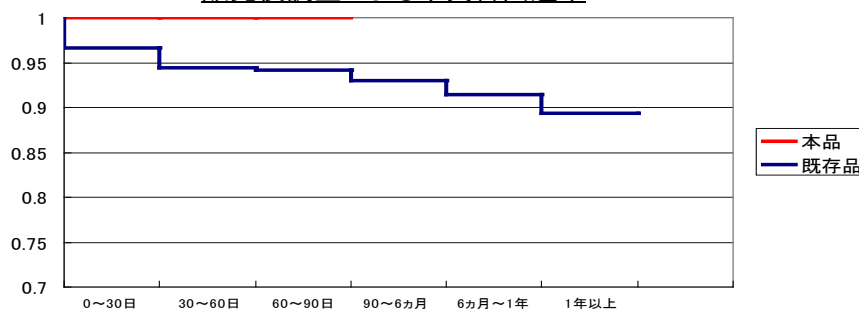


カテーテルが髄腔挿入部から落ち込んで、創内でループを形成している

4 構造・原理

バクロフェン髄注の長期連用中に、カテーテルの不具合により髄腔内投与が中断されると、けいれん発作などの有害事象を引き起こすことがある

販売後調査による不具合回避率



企業販売後調査より

[参考]

○ 企業希望価格

希望企業 ／販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	暫定価格
CT用直腸カテーテル ／日本メドラッド株式会社	2,883 円	原価計算方式	0.94	(なし)
プロトCO2L カテーテルセット ／エーディア株式会社	3,135 円	原価計算方式	1.50 (外国価格調整を受ける)	(なし)

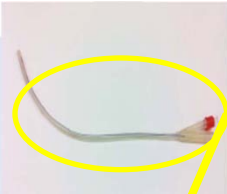
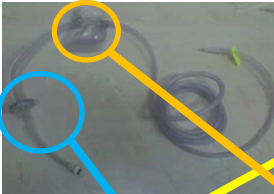


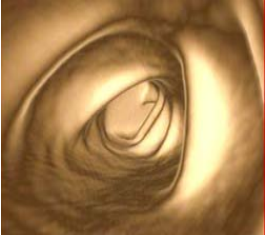
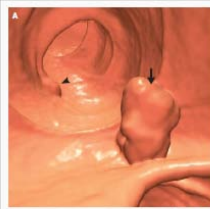




○ 諸外国におけるリストプライス

希望企業 ／販売名	アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均 価格
CT用直腸カテーテル ／日本メドラッド株式会社	未発売	2,375 円 (17.86ポンド)	3,390 円 (30ユーロ)	3,390 円 (30ユーロ)	3,052 円
プロトCO2L カテーテルセット ／エーディア株式会社	1,726 円 (20.8ドル)	2,046 円 (15.5ポンド)	2,735 円 (24.2ユーロ)	1,853 円 (16.4ユーロ)	2,090 円

1 ポンド=133 円
 1 ユーロ=113 円
 (平成22年8月～平成23年7月の
 日銀による為替レートの平均)

1 ドル =83 円
 1 ポンド=132 円
 1 ユーロ=113 円
 (平成22年9月～平成23年8月の
 日銀による為替レートの平均)

製品概要

<p>1. 2 販売名 ／希望業者</p>	<p>CT用直腸カテーテル ／日本メドラッド株式会社 プロトCO2L カテーテルセット／エーディア株式会社</p>
<p>3 使用目的</p>	<p>本品は、CT撮影等を行う際に、経肛門的に直腸に挿入し、大腸に二酸化炭素を注入するためのカテーテルである。主にCT撮影の際に使用する。 本品を用いてCTを撮影し、三次元画像処理を行うことで、注腸造影や下部消化管内視鏡に類似した画像を得ることができる。</p>
<p>4 構造・原理</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px; border: 1px solid black;">製品</div> <div style="text-align: right;">プロトCO2L カテーテルセット</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>CT用直腸カテーテル</p>  </div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>直腸に挿入する部分</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>二酸化炭素を送気する 機器の汚染を防ぐための フィルター</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>排泄を回収するための バッグ</p> </div> </div> <div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>本品を用いることの有用性</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;">      </div> <div style="width: 45%;">   </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>注腸造影と比較し、少ない苦痛で、注腸造影と類似した画像を得ることができる。</p> <p>内視鏡を挿入することなく、内視鏡に近い画像を得ることができ、腫瘍の形状の評価に利用できる。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>注腸造影と比較し、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全検査時間が10～15分程度で終わり短時間 ・腸管以外の腹部臓器の観察も可能である <p>などのメリットがある。</p> </div> </div>

David H Kim, et al: CT colonography versus Colonoscopy for the Detection of Advanced Neoplasia. N Engl J Med; 2007; 357; 1403--12より抜粋

自動CO2注入装置を用いて、CT画像を三次元画像処理を行う有用性について

BACKGROUND

Computed tomographic (CT) colonography is a noninvasive option in screening for colorectal cancer. However, its accuracy as a screening tool in asymptomatic adults has not been well defined.

METHODS

We recruited 2600 asymptomatic study participants, 50 years of age or older, at 15 study centers. CT colonographic images were acquired with the use of standard bowel preparation, stool and fluid tagging, mechanical insufflation, and multidetector-row CT scanners (with 16 or more rows). Radiologists trained in CT colonography reported all lesions measuring 5 mm or more in diameter. Optical colonoscopy and histologic review were performed according to established clinical protocols at each center and served as the reference standard. The primary end point was detection by CT colonography of histologically confirmed large adenomas and adenocarcinomas (10 mm in diameter or larger) that had been detected by colonoscopy; detection of smaller colorectal lesions (6 to 9 mm in diameter) was also evaluated.

RESULTS

Complete data were available for 2531 participants (97%). For large adenomas and cancers, the mean (\pm SE) per-patient estimates of the sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and area under the receiver-operating-characteristic curve for CT colonography were 0.90 ± 0.03 , 0.86 ± 0.02 , 0.23 ± 0.02 , 0.99 ± 0.01 , and 0.89 ± 0.02 , respectively. The sensitivity of 0.90 (i.e., 90%) indicates that CT colonography failed to detect a lesion measuring 10 mm or more in diameter in 10% of patients. The per-polyp sensitivity for large adenomas or cancers was 0.84 ± 0.04 . The per-patient sensitivity for detecting adenomas that were 6 mm or more in diameter was 0.78.

CONCLUSIONS

In this study of asymptomatic adults, CT colonographic screening identified 90% of subjects with adenomas or cancers measuring 10 mm or more in diameter. These findings augment published data on the role of CT colonography in screening patients with an average risk of colorectal cancer. (ClinicalTrials.gov number, NCT00084929; American College of Radiology Imaging Network [ACRIN] number, 6664.)

CT画像を三次元画像処理を用いて処理した場合、直径1mmかそれ以上の腫瘍については、約90%の感度・特異度で発見することができる。

Table 2. Estimated Per-Patient Accuracy in Detecting Adenomas or Cancers on CT Colonography.*

Performance Measure	Size of Adenoma or Cancer Detected on Optical Colonoscopy					
	≥ 5 mm	≥ 6 mm	≥ 7 mm	≥ 8 mm	≥ 9 mm	≥ 10 mm
Sensitivity						
Value (95% CI)	0.65 (0.58–0.73)	0.78 (0.71–0.85)	0.84 (0.78–0.91)	0.87 (0.80–0.93)	0.90 (0.83–0.96)	0.90 (0.84–0.96)
No. of patients	282	210	174	154	120	109
Specificity						
Value (95% CI)	0.89 (0.851–0.923)	0.88 (0.840–0.920)	0.87 (0.831–0.914)	0.87 (0.825–0.909)	0.86 (0.817–0.902)	0.86 (0.813–0.900)
No. of patients	2249	2321	2357	2377	2411	2422
Positive predictive value						
Value (95% CI)	0.45 (0.389–0.513)	0.40 (0.335–0.463)	0.35 (0.299–0.397)	0.31 (0.256–0.355)	0.25 (0.209–0.292)	0.23 (0.194–0.273)
No. of patients	423	423	423	423	423	423
Negative predictive value						
Value (95% CI)	0.95 (0.941–0.965)	0.98 (0.971–0.984)	0.99 (0.980–0.992)	0.99 (0.984–0.994)	0.99 (0.990–0.998)	0.99 (0.991–0.998)
No. of patients	2108	2108	2108	2108	2108	2108
Area under ROC curve						
Value (95% CI)	0.80 (0.763–0.828)	0.84 (0.810–0.878)	0.87 (0.833–0.902)	0.88 (0.842–0.913)	0.89 (0.853–0.930)	0.89 (0.854–0.933)
No. of patients	2531	2531	2531	2531	2531	2531

* Values for detection of lesions on CT colonography were averaged among radiologists. Sensitivity indicates the proportion of patients who had lesions (of the specified size) detected on optical colonoscopy that were also detected on CT colonography. Specificity indicates the proportion of patients who had no lesions detected on optical colonoscopy or on CT colonography. Positive predictive value indicates the proportion of patients with CT colonographic findings (of the specified size) that were also detected on optical colonoscopy. Negative predictive value indicates the proportion of patients with no lesions of the specified size detected on CT colonography who also had no lesions detected on optical colonoscopy. The receiver-operating-characteristic (ROC) curve plots sensitivity versus the false positive rate, and the area under the ROC curve represents the accuracy of CT colonography.

出典: Accuracy of CT Colonography for Detection of Large Adenomas and Cancers

C. Daniel Johnson, M.D., M.M.M., Mei-Hsiu Chen, Ph.D., Alicia Y. Toledano, Sc.D., Jay P. Heiken, M.D., Abraham Dachman, M.D., Mark D. Kuo, M.D., Christine O. Menias, M.D., Betina Siewert, M.D., Jugesh I. Cheema, M.D., Richard G. Obregon, M.D., Jeff L. Fidler, M.D., Peter Zimmerman, M.D., Karen M. Horton, M.D., Kevin Coakley, M.D., Revathy B. Iyer, M.D., Amy K. Hara, M.D., Robert A. Halvorsen, Jr., M.D., Giovanna Casola, M.D., Judy Yee, M.D., Benjamin A. Herman, S.M., Lawrence J. Burgart, M.D., and Paul J. Limburg, M.D., 10

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ドルニエエイポス ウルトラ
 保険適用希望企業 ドルニエメドテックジャパン株式会社

決定区分	主な使用目的
C 2 (新機能・新技術)	本品は、保存療法を6か月以上受けても効果のない難治性の足底腱膜炎に対して、衝撃波を用いて治療を行う。

○ 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
	特定保険医療材料として設定せず、 新規技術料において評価 (次回改定までは既存技術料を準用)		なし

[参考]

○ 企業希望価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
	特定保険医療材料として設定せず、 新規技術料において評価 (次回改定までは既存技術料を準用)		なし

○ 諸外国におけるリストプライス

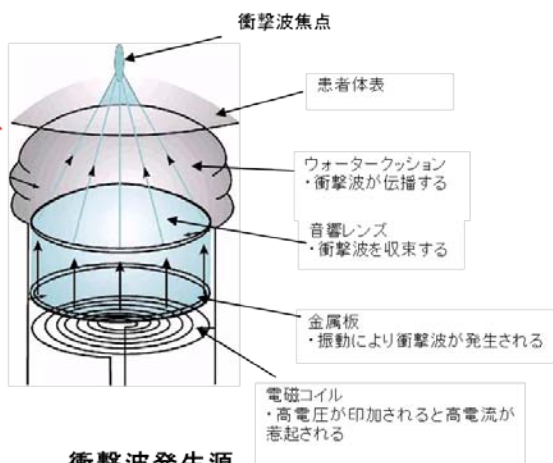
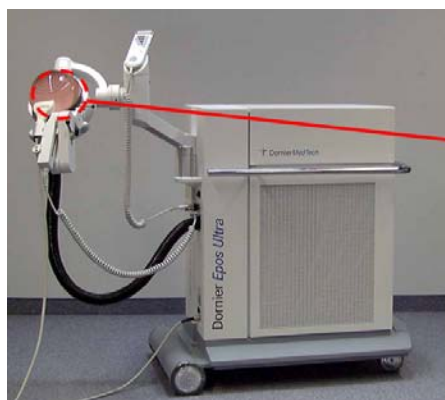
アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
48,404,604円 (583,188ドル)	比較できず (他機種を販売中)			48,404,604円

1ドル = 83円
 (平成22年9月～平成23年8月の
 日銀による為替レートの平均)

製品概要

1 販売名	ドルニエエイポス ウルトラ
2 希望業者	ドルニエメドテックジャパン株式会社
3 使用目的	本品は、保存療法を6か月以上受けても効果のない難治性の足底腱膜炎に対して、衝撃波を用いて治療を行う。

本品

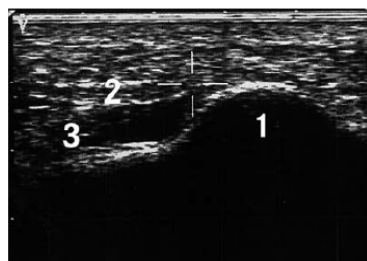


使用方法

- ①患者を腹臥位・仰臥位または座位にする
- ②位置を合わせる(下図)



4 構造・原理



超音波での、踵骨における足底腱膜の付着部の焦点

1. 踵骨
2. 足底腱膜
3. 足の筋肉

- ③照射を行う。治療時間は、60～90分程度
治療は、単回または2～4週間くらい間隔で複数回行うこともある

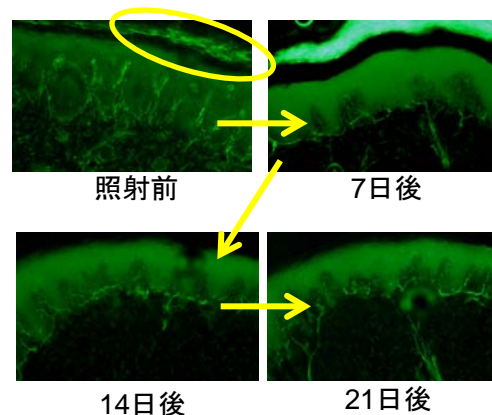
作用機序

衝撃波により疼痛が改善する機序として、

- ・腱付着部における血管新生が誘導される
- ・疼痛伝達物質 (CGRP) を減少させ、中枢への疼痛伝導を抑制される

CGRP: Calcitonin gene-related peptide (カルシトニン遺伝子関連ペプチド)

等が考えられている。



ラット足底に衝撃波を照射すると、自由神経終末が変性し、その後再生されることがわかっている

外科的療法と比較した本治療法の有用性について

Abstract

Background Planter fasciitis is a common cause of heel pain in adults. Many treatment options exist. Most of patients resolve with conservative management. Approximately 10% of patients develop persistent and often disabling symptoms.

Patients and methods This prospective study includes 37 patients with an established diagnosis of chronic plantar fasciitis, aiming to compare two different techniques of treatment. First group includes 17 patients with a mean age of 42 years treated by endoscopic plantar fasciotomy (EPF); the mean follow-up was 11 months. Second group includes 20 patients with a mean age of 45 years treated by extracorporeal shock Wave Therapy (ESWT); the mean follow-up was 7.6 months.

Results In the first group (EPF), using the visual analog scale the average post-operative pain was improved from 9.1 to 1.6. Post-operatively, 58.8% had no limitation of functional activities, 35.3% had minimal limitation of activities and 5.9% had moderate limitation of activities. Concerning patient satisfaction, 82.3% of patients were completely satisfied, 11.8% of patients were satisfied with reservation and 5.9% of patients were unsatisfied. For the second group (ESWT), using the visual analog scale the average post-operative pain was improved from 9 to 2.1. Post-operatively, 50% had no functional limitation of activities, 35% had minimal limitation of activities, 10% had moderate limitation of activities, and 5% had severe limitation of activities. Concerning patient satisfaction, 75% of patients were completely satisfied and 25% were satisfied with reservation or unsatisfied.

Conclusion Because of better results with endoscopic release versus the benefits of no complications, no immobilization, and early resumption of full activities with ESWT, we conclude that ESWT is a reasonable earlier line of treatment of chronic plantar fasciitis before EPF.

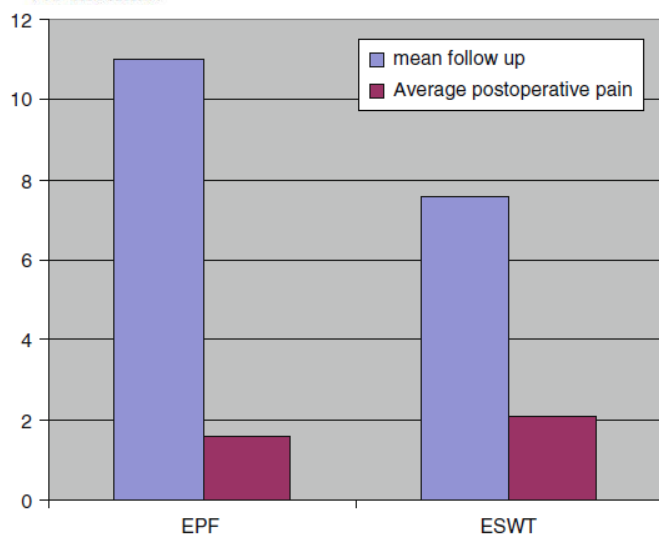


Fig. 2 Mean follow-up duration and post-operative pain scale

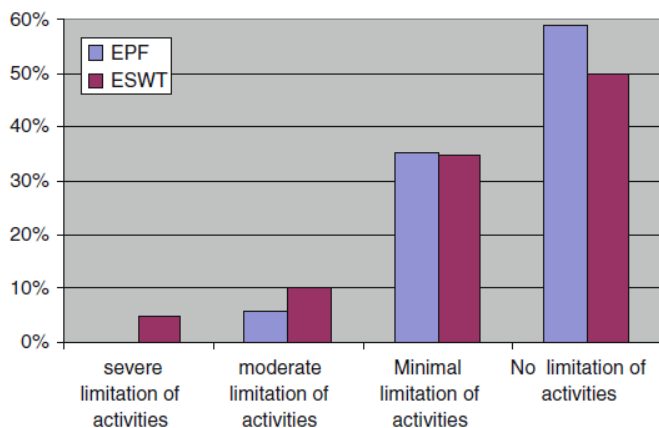


Fig. 3 Post-operative limitation of activities

EPF: Endoscopic Plantar Fasciotomy
鏡視下(内視鏡下)足底筋膜切開術

ESWT: Extracorporeal Shock Wave Therapy
体外衝撃波療法

慢性足底腱膜炎の治療において、外科的治療と比較し、体外衝撃波を用いた治療の方が、合併症が少ない、固定する必要がない、また早期に患部を動かすことができる点から、本治療を外科的治療前の第一選択とすることの有用性が考えられた。

出典: Endoscopic plantar fasciotomy versus extracorporeal shock wave therapy for treatment of chronic plantar fasciitis
Ahmed Mohamed Ahmed Othman, et al
Arch Orthop Trauma Surg (2010) 130:1343–1347

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 SJM プレッシュワイヤ サルタス
 保険適用希望企業 セント・ジュード・メディカル株式会社

決定区分	主な使用目的
C 2 (新機能・新技術) (既存区分の名称 ・定義の変更)	本品は、脳血管を除く中心循環系及び非中心循環系の血管に挿入し、血管内圧及び血液相対温度の測定により血行動態の評価を目的に使用する、遠位部に圧センサーを有するガイドワイヤーである。 狭窄の程度を評価することを目的に使用する

○ 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	暫定価格
171,000 円	014 冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー (2) 圧センサー型 171,000 円 補正加算なし	1.28	171,000 円

[参考]

○ 企業希望価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	暫定価格
171,000 円	014 冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー (2) 圧センサー型 171,000 円 補正加算なし	1.28	171,000 円

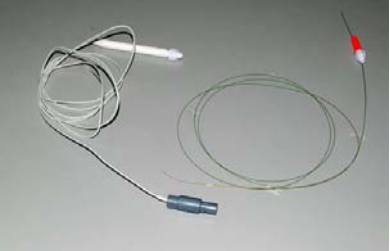
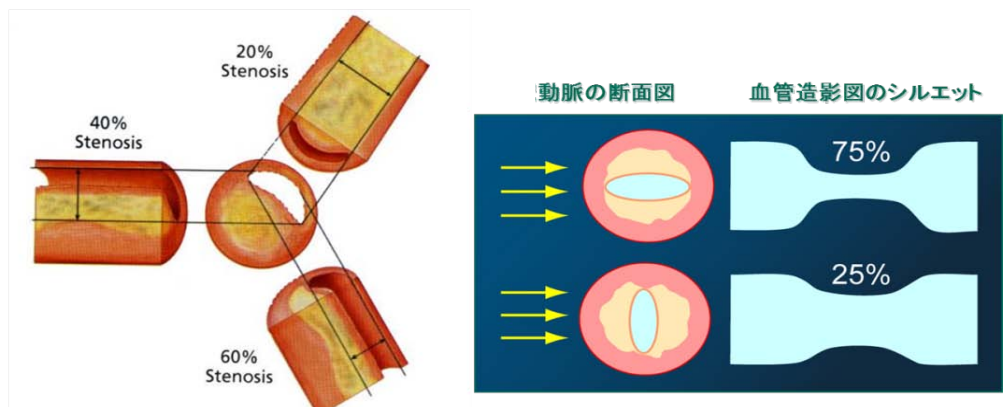
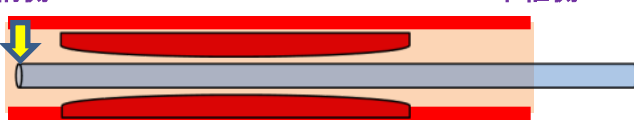
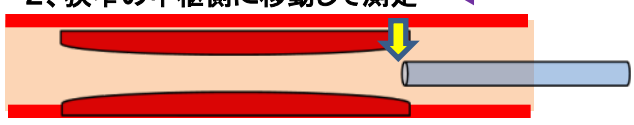

○ 諸外国におけるリストプライス

アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
132,800 円 (1,600 ドル)	137,280 円 (1,040 ポンド)	131,984 円 (1,168 ユーロ)	131,984 円 (1,168 ユーロ)	133,512 円

1 ドル = 83 円 1 ポンド = 132 円 1 ユーロ = 113 円 (平成 22 年 9 月～平成 23 年 8 月の 日銀による為替レートの平均)
--

製品概要

1 販売名	SJM プレッシュワイヤ サルタス
2 希望業者	セント・ジュード・メディカル株式会社
3 使用目的	本品は、脳血管を除く中心循環系及び非中心循環系の血管に挿入し、血管内圧及び血液相対温度の測定により血行動態の評価を目的に使用する、遠位部に圧センサーを有するガイドワイヤーである。 狭窄の程度を評価することを目的に使用する

4 構造・原理	<div data-bbox="321 414 935 673" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; margin: 0;">本品</p>  </div>
	<div data-bbox="321 683 771 745" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ADD8E6;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">本品と既存品との比較(模式)</p> </div> <div data-bbox="321 756 664 797" style="margin-top: 10px;"> <p>① 造影検査のみの場合</p> </div> <div data-bbox="335 808 1328 1212" style="margin-top: 10px;">  </div> <div data-bbox="706 1212 1363 1336" style="margin-top: 10px;"> <p>造影検査であまり狭窄していないように見えても、実際には強い狭窄がある場合がある。 逆に、強い狭窄があるように見えても、実際には拡張術の必要がない場合がある。</p> </div> <div data-bbox="335 1367 1113 1408" style="margin-top: 20px;"> <p>② カテーテルを用いて、狭窄前後の血圧を測定する方法</p> </div> <div data-bbox="321 1419 1363 2030" style="margin-top: 10px;"> <p style="margin-left: 20px;">1、狭窄より末梢側で測定</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; margin-right: 10px;">末梢側</div> <div style="flex-grow: 1;">  </div> <div style="writing-mode: vertical-rl; margin-left: 10px;">中枢側</div> </div> <p style="margin-left: 20px;">2、狭窄の中枢側に移動して測定</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; margin-right: 10px;">通常の方法</div> <div style="flex-grow: 1;">  </div> </div> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; margin-right: 10px;">本品</div> <div style="flex-grow: 1;">  </div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>① カテーテルにより狭窄部の血流に影響を与える場合がある</p> <p>② 狭窄の中枢と末梢で、同時に血圧を測定することができない</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>本品を用いることで、末梢と中枢の血圧を同時に、かつカテーテルの影響をより少なく測定することができる。</p> </div> </div>

腎動脈狭窄に対し、狭窄部前後の血圧を測定することの有用性について

Objectives

We investigated the comparative accuracy of renal translesional pressure gradients (TPG), intravascular ultrasound (IVUS), and angiographic parameters in predicting hypertension improvement after stenting of renal artery stenosis (RAS).

Background

The degree of RAS that justifies stenting is unknown.

Methods

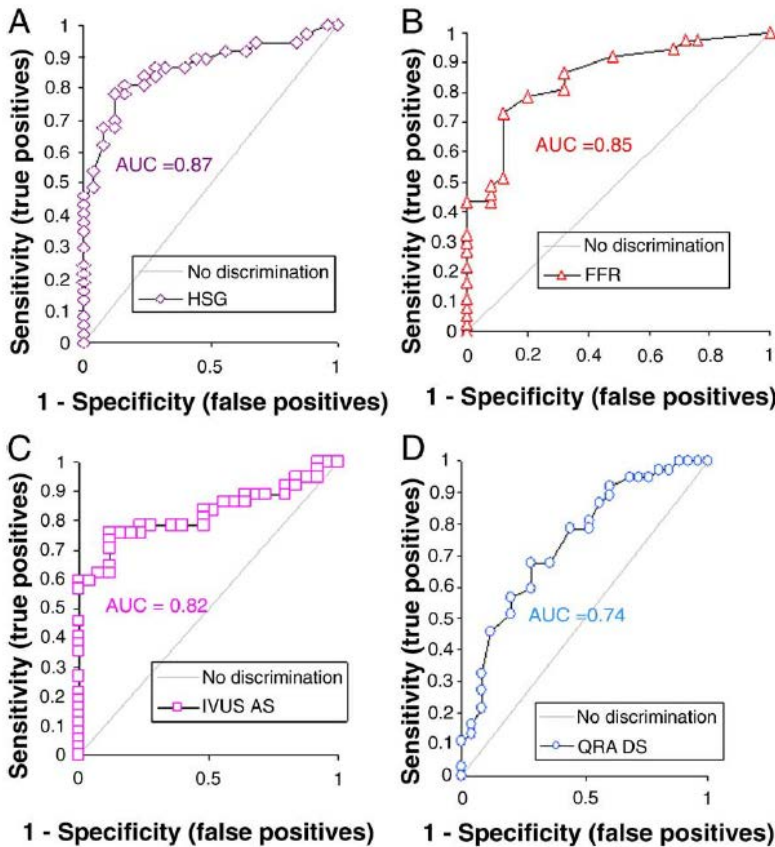
In 62 patients with RAS, TPG (resting and hyperemic systolic gradient [HSG], fractional flow reserve, and mean gradient) were measured by a pressure guidewire; IVUS and angiographic parameters (minimum lumen area and diameter, area stenosis, and diameter stenosis) were measured by quantitative analyses.

Results

The HSG had a larger area under the curve than most other parameters and an HSG ≥ 21 mm Hg had the highest sensitivity, specificity, and accuracy (82%, 84%, and 84%, respectively) in predicting hypertension improvement after stenting of RAS. The average IVUS area stenosis was markedly greater in RAS with an HSG ≥ 21 mm Hg versus < 21 mm Hg (78% vs. 38%, respectively; $p < 0.001$). After stenting, hypertension improved in 84% of patients with an HSG ≥ 21 mm Hg ($n = 36$) versus 36% of patients with an HSG < 21 mm Hg ($n = 26$) at 12 months, $p < 0.01$; the number of antihypertensive medications was significantly lower in patients with an HSG ≥ 21 mm Hg versus < 21 mm Hg (2.30 ± 0.90 vs. 3.40 ± 0.50 , respectively; $p < 0.01$). By multivariable analysis, HSG was the only independent predictor of hypertension improvement (odds ratio: 1.39; 95% confidence interval: 1.05 to 1.65; $p = 0.013$).

Conclusions

An HSG ≥ 21 mm Hg provided the highest accuracy in predicting hypertension improvement after stenting of RAS, suggesting that an HSG ≥ 21 mm Hg is indicative of significant RAS. (J Am Coll Cardiol 2009;53: 2363-71) © 2009 by the American College of Cardiology Foundation



(注)

HSG: Hyperemic Systolic Gradient

充血時収縮期圧較差

FFR: Fractional Flow Reserve

血流予備量比

IVUS AS: IntraVascular UltraSound Area Stenosis

IVUS(血管内超音波)による狭窄領域

QRA DS: Diameter Stenosis

by Quantitative Renal Angiography

定量的腎血管造影による狭窄径

治療による腎血管性高血圧の改善を予測する指標として、血管内超音波検査(IVUS)や造影で得られた指標(QRA DS)よりもHSGやFFRとよばれる狭窄部の血圧差による指標の方がより正確である可能性がある。

出典: Prediction of Hypertension Improvement After Stenting of Renal Artery Stenosis

Comparative Accuracy of Translesional Pressure Gradients, Intravascular Ultrasound, and Angiography

Journal of the American College of Cardiology Vol. 53, No. 25, 2009

Massoud A. et al.

1. 医科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年11月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
22200BZX00546000	ダイナスコープ8000シリーズ DS-8500システム	フクダ電子株式会社	心電計(Ⅱ)
22200BZX00546000			モニタ
22300BZX00089000	ラングベンチレータALV3000	株式会社アイビジョン	人工呼吸器
22300BZX00095000	スーパーテクトロンHX606R	株式会社テクノリンク	低周波治療器
22300BZX00117000	XT オート	パシフィックメディコ株式会社	在宅人工呼吸器(Ⅲ)
22300BZX00380000	TomoHDシステム	株式会社日立メディコ	治療用粒子加速装置(Ⅱ)
22300BZX00382000	BiPAP エーバップス	フィリップス・レスピロニクス合同会社	人工呼吸器
22300BZX00382000			在宅人工呼吸器(Ⅰ)
22300BZX00382000			在宅人工呼吸器(Ⅲ)
22300BZX00392000	ネーザルCPAPシステム SLE1000	株式会社佐多商会	人工呼吸器
223AABZX00109000	パルスオキシメータ HPO-1600-FP	パシフィックメディコ株式会社	パルスオキシメータ
223AABZX00110000	電子内視鏡 EC-590ZP	富士フイルム株式会社	内視鏡
223AABZX00111000	電子内視鏡 EG-580RD	富士フイルム株式会社	内視鏡
223AABZX00112000	眼底視野計 maia	株式会社トプコン	眼底カメラ(Ⅰ)
223ABBZX00110000	大腸ビデオスコープ OLYMPUS PCF TYPE Y0038	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	内視鏡
223ABBZX00111000	上部消化管汎用ビデオスコープ OLYMPUS GIF TYPE Y0052	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	内視鏡
223ABBZX00117000	マルチCCDデジタルラジオグラフィ NAOMI-2001	株式会社アールエフ	デジタル撮影装置
223ABBZX00118000	マルチCCDデジタルラジオグラフィ NAOMI-2002	株式会社アールエフ	デジタル撮影装置
223ABBZX00119000	マルチCCDデジタルラジオグラフィ NAOMI-2004	株式会社アールエフ	デジタル撮影装置
223ABBZX00128000	富士フイルム DR-ID 700	富士フイルム株式会社	デジタル撮影装置
223ACBZX00061000	ディスクバリー MR750w	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社	MRI装置
223ACBZX00063000	心電計(解析機能付) MAC600	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社	心電計(Ⅱ)
223AFBZX00099000	フィンガーチップOximeter	パシフィックメディコ株式会社	パルスオキシメータ
223AGBZX00146000	カブトウルレーAMP	株式会社アイビジョン	モニタ
223AGBZX00179000	ケンコーデジタルラジオグラフィ KXDR-560P	株式会社ケンコー・トキナー	デジタル撮影装置
223AGBZX00182000	デジタルラジオグラフィ CXDI-80C Wireless	キヤノン株式会社	デジタル撮影装置
223AHBZX00005000	高気圧治療モニタ HBOM-2100	フィンガルリンク株式会社	モニタ
223AIBZX00025000	アンピュラトリー血圧計 Oscar2	株式会社エス・エム・アイ・ジャパン	長時間自由行動下血圧計
223ALBZX00016A01	オキシヤング S-106	OXiM株式会社	パルスオキシメータ

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年11月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
20700BZY00860000	カミノ・ブレッシャー・モニタリング・カテーテル	株式会社佐多商会	024 脳・脊髄腔用カテーテル(2) 脳圧測定用	¥75,200
21500BZZ00010A02	CKA Cシステム	日本メディカルマテリアル株式会社	057 人工股関節用材料(2) 大腿骨側材料 ② 大腿骨ステム(Ⅱ)	¥398,000
22300BZX00253000	胸腰椎後方ロッド固定システム	瑞穂医科工業株式会社	064 脊椎固定用材料(1) 脊椎ロッド	¥49,900
22300BZX00253000			064 脊椎固定用材料(4) 椎体フック	¥76,000
22300BZX00253000			064 脊椎固定用材料(5) 脊椎スクリュー(固定型)	¥82,200
22300BZX00253000			064 脊椎固定用材料(6) 脊椎スクリュー(可動型)	¥112,000
22300BZX00253000			064 脊椎固定用材料(7) 脊椎コネクター	¥48,900
22300BZX00253000			064 脊椎固定用材料(8) トランスバース固定器	¥71,300
22300BZX00366000			Target デタッチャブル コイル	日本ストライカー株式会社
22300BZX00383000	フットプリント Ultra PK スーチャーアンカー	スミス・アンド・ネフュー エンドスコープ株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(8) その他のスクリュー ② 特殊型A 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアン	¥34,300
22300BZX00384000	モジュラーネック<CoCr>	ライト・メディカル・ジャパン株式会社	057 人工股関節用材料(2) 大腿骨側材料 ① 大腿骨ステム(Ⅰ) A 標準型	¥557,000
22300BZX00384000			057 人工股関節用材料(2) 大腿骨側材料 ② 大腿骨ステム(Ⅱ)	¥398,000
22300BZX00385000	ENDURANTステントグラフトシステム	日本メトロニック株式会社	146 大動脈用ステントグラフト(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	¥1,610,000
22300BZX00385000			146 大動脈用ステントグラフト(2) 腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	¥286,000
22300BZX00386000	アフィニティPixie人工肺	日本メトロニック株式会社	124 ディスホーザブル人工肺(膜型肺)(1) 体外循環型(リザーバー機能あり)	¥157,000
22300BZX00386000			124 ディスホーザブル人工肺(膜型肺)(2) 体外循環型(リザーバー機能なし)	¥138,000
22300BZX00388000	バイオメットOSS	バイオメット・ジャパン株式会社	059 オプション部品(4) 再建用強化部品	¥610,000
22300BZX00388000			070 下肢再建用人工関節用材料(2) 再建用大腿骨近位補綴用材料	¥955,000
22300BZX00388000			070 下肢再建用人工関節用材料(3) 再建用大腿骨遠位補綴用材料	¥773,000
22300BZX00388000			070 下肢再建用人工関節用材料(4) 再建用大腿骨表面置換用材料	¥642,000
22300BZX00388000			070 下肢再建用人工関節用材料(5) 再建用脛骨近位補綴用材料	¥739,000
22300BZX00388000			070 下肢再建用人工関節用材料(6) 再建用脛骨表面置換用材料	¥844,000
22300BZX00390000	NexGen LPS-Flex プロロング モバイル サーフェイス	ジンマー株式会社	058 人工膝関節用材料(4) インサート(Ⅰ)	¥67,400
22300BZX00393000	LCP ディスタルフィブラプレートシステム(滅菌)	シンセス株式会社	061 固定用内副子(プレート)(7) 骨端用プレート(生体用合金Ⅰ)	¥89,200
22300BZX00396000	MDM アンクル プレート システム	株式会社日本エム・ディ・エム	060 固定用内副子(スクリュー)(1) 一般スクリュー(生体用合金Ⅰ)	¥6,790
22300BZX00396000			061 固定用内副子(プレート)(7) 骨端用プレート(生体用合金Ⅰ)	¥89,200
22300BZX00397000	遠心性血液ポンプ HPMシリーズ NSH-R	泉工医科工業株式会社	125 遠心性体外循環用血液ポンプ(1) 一般型 ① 抗血栓性あり	¥72,600
223ADBZI00085000	LMA ファーストラック ETT SU	泉工医科貿易株式会社	027 気管内チューブ(1) カフあり ② カフ上部吸引機能なし A 標準型	¥776
223AIBZX00030000	キュティメド シルテックL	テルモ・ビーエスエヌ株式会社	008 皮膚欠損用創傷被覆材(1) 真皮に至る創傷用	1cm ² 当たり¥8
223AIBZX00030000			101 皮膚欠損用創傷被覆材(1) 真皮に至る創傷用	1cm ² 当たり¥8
22300BZX00312000	カネカ PTCA カテーテル CO-R5	株式会社カネカ	130 心臓手術用カテーテル(1) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル ③ ハーフフュージョン型	¥153,000

新たな保険適用 区分C1(新機能)(新たな機能区分が必要で、技術は既に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年11月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	類似機能区分	暫定価格(円)
22300BZX00329000	SensiTherm 食道モニタリングシステム	セント・ジュード・メディカル株式会社	114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極(2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ① 標準型	¥81,900

新たな保険適用 区分C2(新機能・新技術)(新たな機能区分が必要で、技術が評価されていないもの) 保険適用開始年月日:平成23年11月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	類似機能区分	暫定価格(円)
22300BZX00308000	ウォールフレックス 大腸用ステント	ポストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	157 胃十二指腸用ステントセット	¥258,000

「ウォールフレックス 大腸用ステント」の留意事項

当該材料を使用した場合の手技料は、区分番号「K651」内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術の所定点数を算定する。

2. 歯科

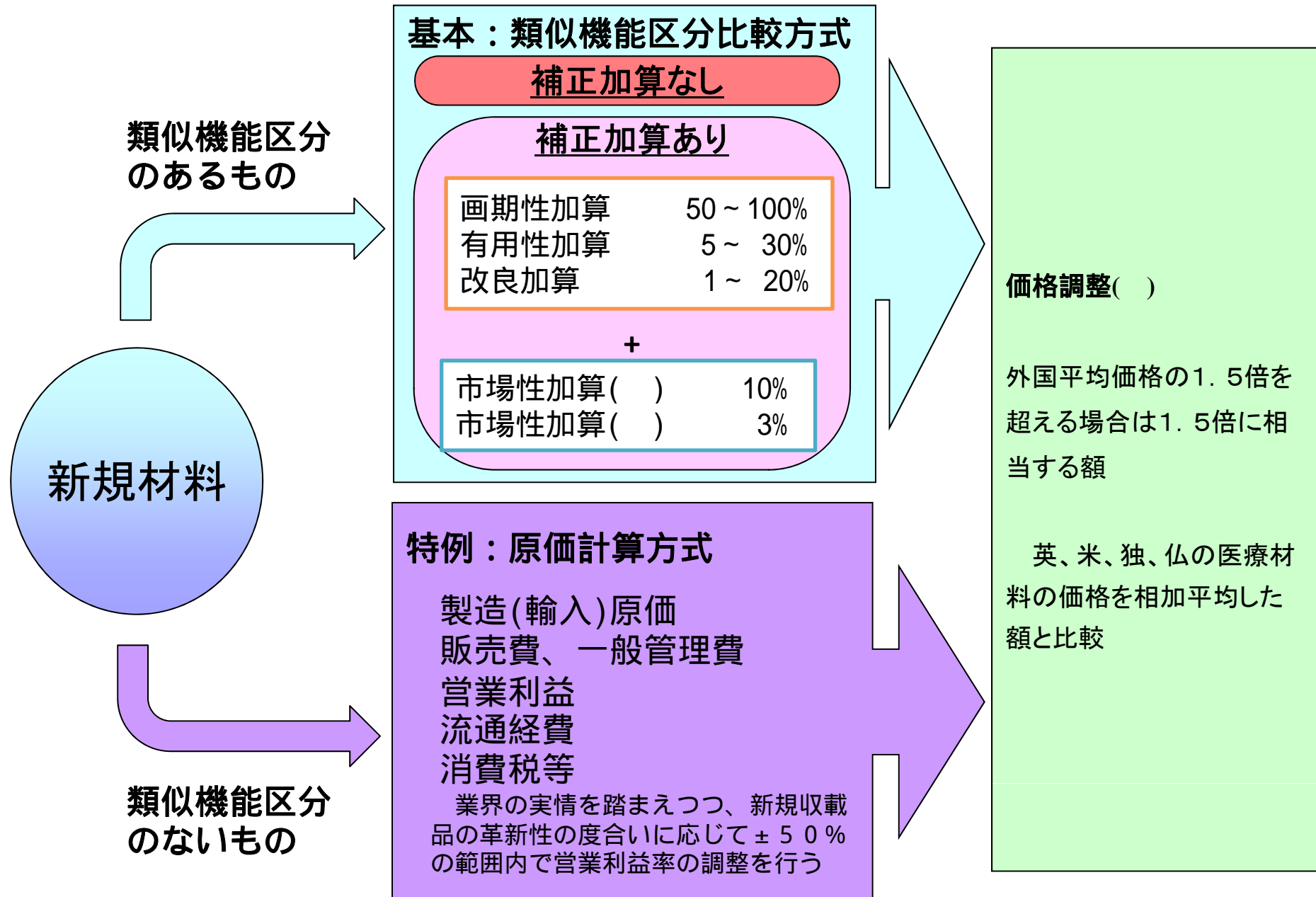
新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年11月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
223AHBZX00006000	オサダアピット11	長田電機工業株式会社	歯科用根管長測定器

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年11月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
21600BZY00141000	フェイスボウ	株式会社バイオデント	015 フェイスボウ	1個¥738
223AGBZX00171000	ECCブラケット	株式会社バイオデント	004 ダイレクトボンド用ブラケット	1個¥286
223AKBZX00130000	FLIツインブラケット	株式会社ロッキーマウンテンモリタ	004 ダイレクトボンド用ブラケット	1個¥286
223AKBZX00131000	FLIチューブ	株式会社ロッキーマウンテンモリタ	005 チューブ	1個¥422
223AKBZX00132000	FLIクリア	株式会社ロッキーマウンテンモリタ	004 ダイレクトボンド用ブラケット	1個¥286
223AKBZX00134000	ジーシー ジーセムカプセル	株式会社ジーシー	046 歯科用合着・接着材料 I (粉末・液)	1g¥441
223AKBZX00174000	ツツミダ シルバープリン	堤田貴金属工業株式会社	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上 JIS適合品)	1g¥128

新規材料の価格算定ルール



新規材料のルール

基本的なルール: 補正加算について

○画期性加算 (50~100%)

次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分

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

○有用性加算 (5~30%)

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

○改良加算 (1~20%)

次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分

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

○市場性加算(Ⅰ) (10%)

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

○市場性加算(Ⅱ) (3%)

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

+

補正加算の計算方法

1 基本的考え方

- (1) 一つの補正加算に該当する場合
加算額＝算定値× α (補正加算率)
- (2) 二つの補正加算に該当する場合
加算額＝算定値×($\alpha_1 + \alpha_2$)

2 各補正加算率の計算方法

補正加算率(α)の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B) / \log(0.5B/B)}$$

- A: 当該新規収載品の属する新規機能区分に
対して適用される率(%)
- B: 当該新規機能区分の類似機能区分が
属する分野の基準材料価格を相加平均した額
- X: 類似機能区分の算定値

各加算に定める適用率Aの範囲は

画期性加算	$50 \leq A \leq 100$
有用性加算	$5 \leq A \leq 30$
改良加算	$1 \leq A \leq 20$
市場性加算(Ⅰ)	$A = 10$
市場性加算(Ⅱ)	$A = 3$

この範囲に応じて、加算率 α の値は以下の条件で設定されている

$$0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$$

具体的には

画期性加算:	$25/100 \leq \alpha \leq 150/100$
有用性加算:	$2.5/100 \leq \alpha \leq 45/100$
改良加算:	$0.5/100 \leq \alpha \leq 30/100$
市場性加算(Ⅰ):	$5/100 \leq \alpha \leq 15/100$
市場性加算(Ⅱ):	$1.5/100 \leq \alpha \leq 4.5/100$

である。

補正加算率を計算する場合の一例

「112 ペースメーカー」の分野にある機能区分を類似機能区分として、加算を計算する場合

分野	112 ペースメーカー		
機能区分	(1) シングルチャンバ	859,000円	分野の相加平均 1,215,857円
	(2) 削除		
	(3) デュアルチャンバ(型・ 型)	919,000円	
	(4) 削除		
	(5) デュアルチャンバ(型)	833,000円	
	(6) デュアルチャンバ(型)	1,160,000円	
	(7) トリプルチャンバ(型)	1,540,000円	
	(8) トリプルチャンバ(型)	1,600,000円	
	(9) トリプルチャンバ(型)	1,600,000円	

類似機能区分を「(1)シングルチャンバ」として
有用性加算5%を加算する場合

A: 有用性加算5%

$$A = 5\%$$

B: 類似機能区分先が属する分野の材料価格の
相加平均

$$B = 1,215,857円$$

X: 類似機能区分先の価格

$$X = 859,000円$$

$$\text{補正加算率 } \alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B) / \log(0.5B/B)}$$

$$= 6.13\%$$

類似機能区分を「(9)トリプルチャンバ(型)」として
有用性加算5%を加算する場合

A: 有用性加算5%

$$A = 5\%$$

B: 類似機能区分先が属する分野の材料価格の
相加平均

$$B = 1,215,857円$$

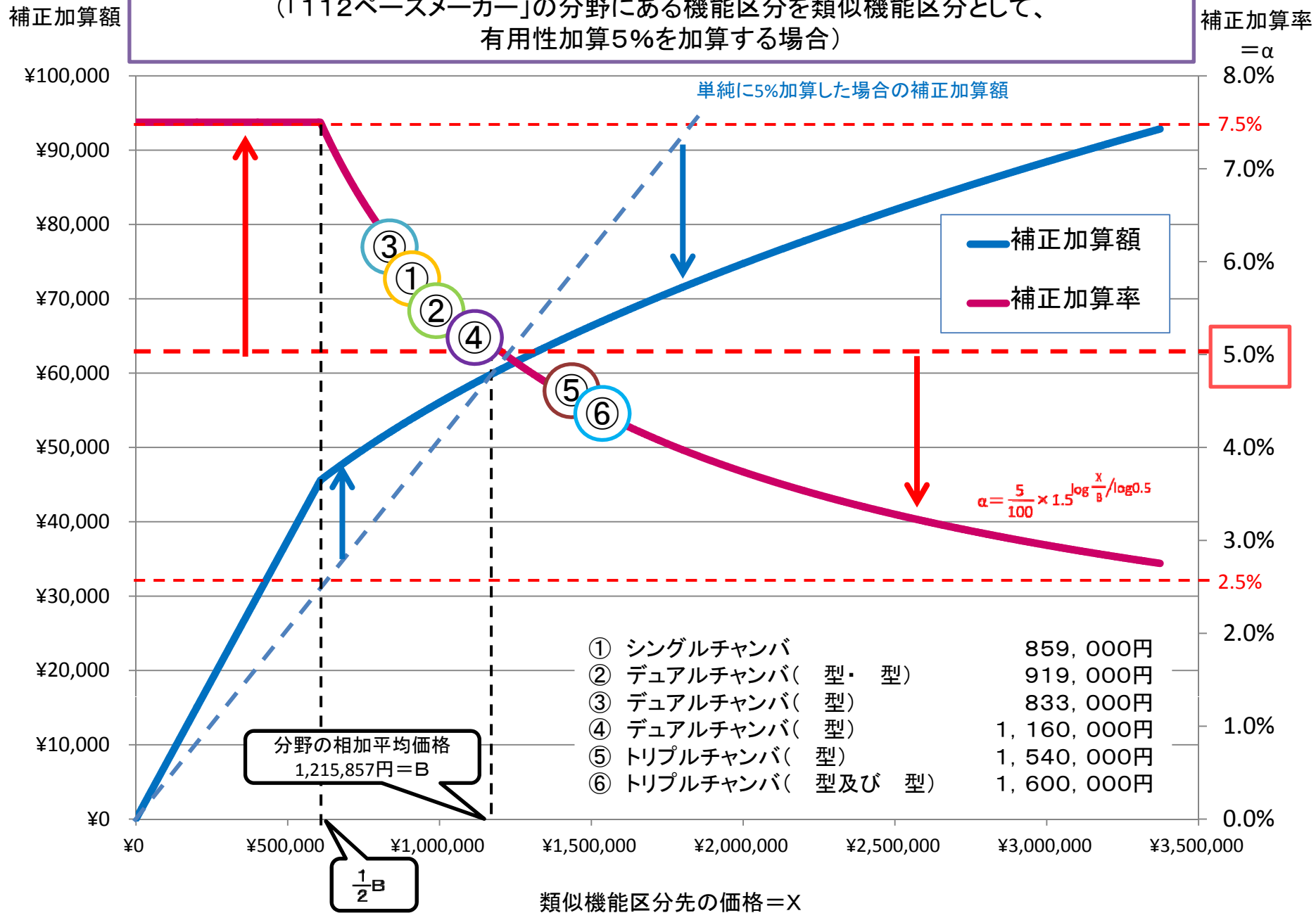
X: 類似機能区分先の価格

$$X = 1,600,000円$$

$$\text{補正加算率 } \alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B) / \log(0.5B/B)}$$

$$= 4.26\%$$

補正加算率及び補正加算額の関係について
 (「112ペースメーカー」の分野にある機能区分を類似機能区分として、
 有用性加算5%を加算する場合)



臨床検査の保険適用について(平成23年12月保険収載予定)

区分 E3(新項目)

測定項目	測定方法	主な測定目的	点数
尿中総ヨウ素	可視吸光光度法	甲状腺中毒症における尿中総ヨウ素濃度の測定	200点

(参考)

- ・ 保険適用希望業者 日立化成工業株式会社
- ・ 商品名 ヨードモニット
- ・ 参考点数 D001 13 尿中ポルフォビリノゲン 200点
- ・ 判断料 D026 1 尿・糞便等検査判断料 34点

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

【区 分】 E3(新項目)

【測定項目】 尿中総ヨウ素

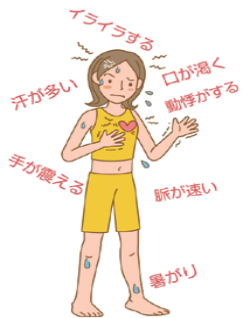
【測定方法】 可視吸光光度法

【主な対象】 甲状腺機能中毒症

【有用性】 ① 既存の方法では、放射性ヨウ素の摂取率を測定する必要があり、核種を扱える専門の施設が必要であったが、本品では必要ない。

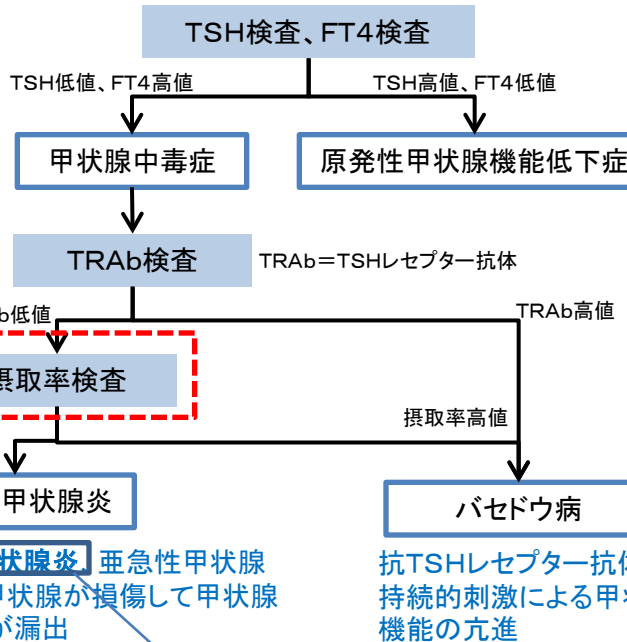
② 妊婦など、放射性ヨウ素を投与できない患者についても、検査を行うことができる。

検査の内容



甲状腺中毒症
⇒血中の甲状腺ホルモン
(T3,T4)が高い状態

甲状腺疾患(特に甲状腺中毒症)の検査フローチャート
製造承認申請書 添付資料概要より



本検査を行った場合

- ・バセドウ病: 甲状腺ホルモン合成が亢進するため、ヨウ素は甲状腺に集まり、尿中のヨウ素は減少。
- ・破壊性甲状腺炎: 甲状腺の破壊により甲状腺に集積されていたホルモンやヨウ素が血中に放出、尿中のヨウ素は増加。

既存技術との比較

臨床性能試験結果より

- 【判定基準】 ①まず、FT4を測定する
②1週間ヨウ素制限を行う、尿中ヨウ素と尿中クレアチニン値を測定し、1日あたり尿中ヨウ素排泄量(UI)を算出する。また同時にFT3を測定する
③以下の基準に当てはめる

PT: 無痛性甲状腺炎
GD: バセドウ病

無痛性甲状腺炎 UI/FT4 ≥ 82
UI/FT3 ≥ 38
TRAb × 100/UI < 3

検査値	PT	GD	計	PTである確率(%)	GDである確率(%)
3項目全部がPT基準内	42	2	44	95%	5%
2項目がPT基準内	3	7	10	30%	70%
1項目がPT基準内	2	7	9	22%	78%
3項目全部がPT基準外	2	86	88	2%	98%
計	49	102	151	-	2

UI: 尿中ヨウ素量(μg/日)
FT4: 血清中FT4濃度(ng/dL)
FT3: 血清中FT3濃度(pg/mL)
TRAb × 100: 血清中TRAb(%)を100倍した値

外来医療について

平成23年11月30日

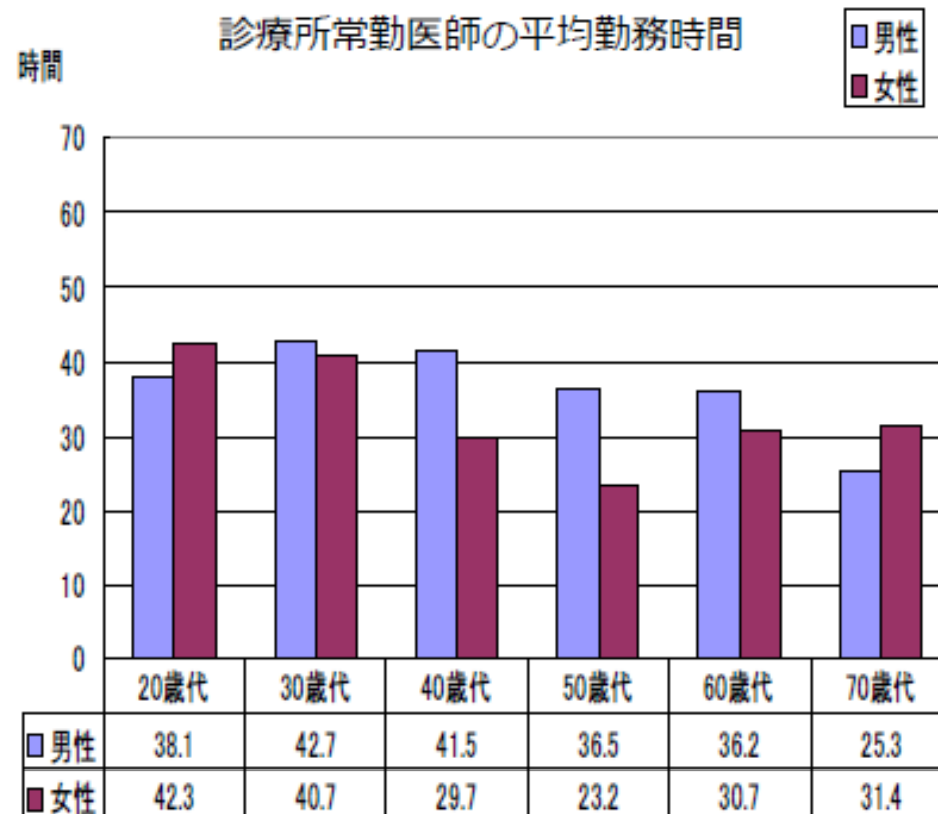
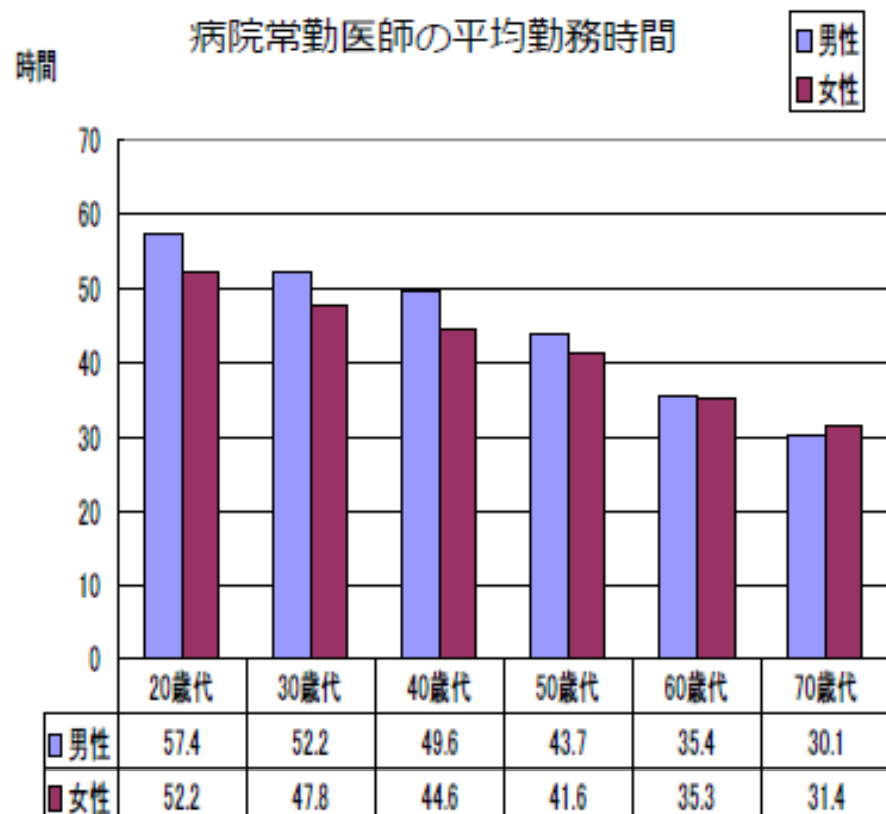
1. 特定機能病院等での専門特化外来
2. 複数科受診
3. 他医療機関受診

「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による医師の従業時間

医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究を除いたものを従業時間とすると、年齢階級別の従業時間は次のとおり。

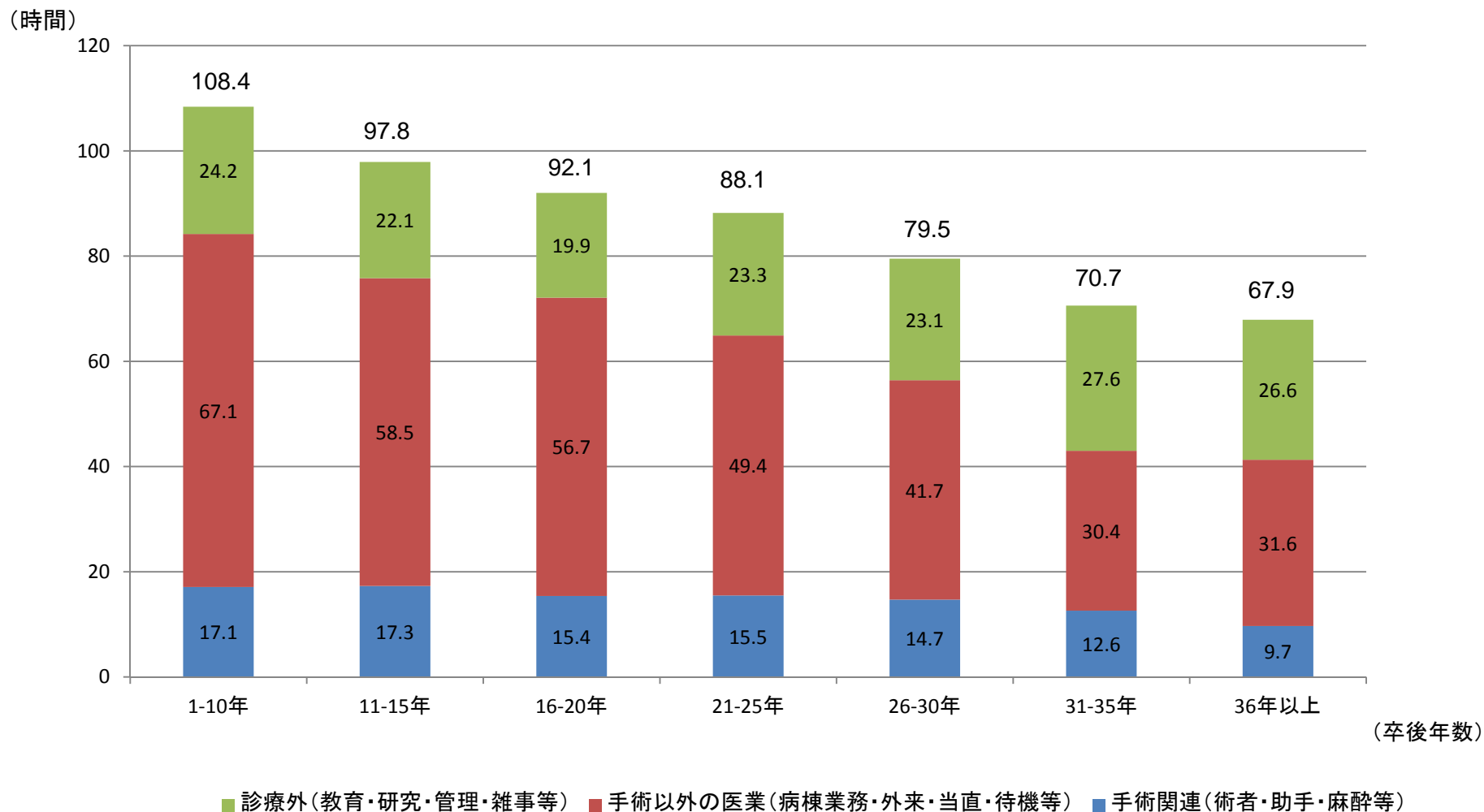
(病院常勤医の平均従業時間は平均で週48時間だが、診療所常勤医の平均従業時間は平均すると週40時間を下回る)

※ なお、休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた、病院常勤医師が医療機関に滞在する時間は、平均週63時間。



出典：日本の医師需給の実証的調査研究

外科医の職務分類毎の勤務時間(週平均)



n=1744 (男性1594名,女性177名,不明33名)

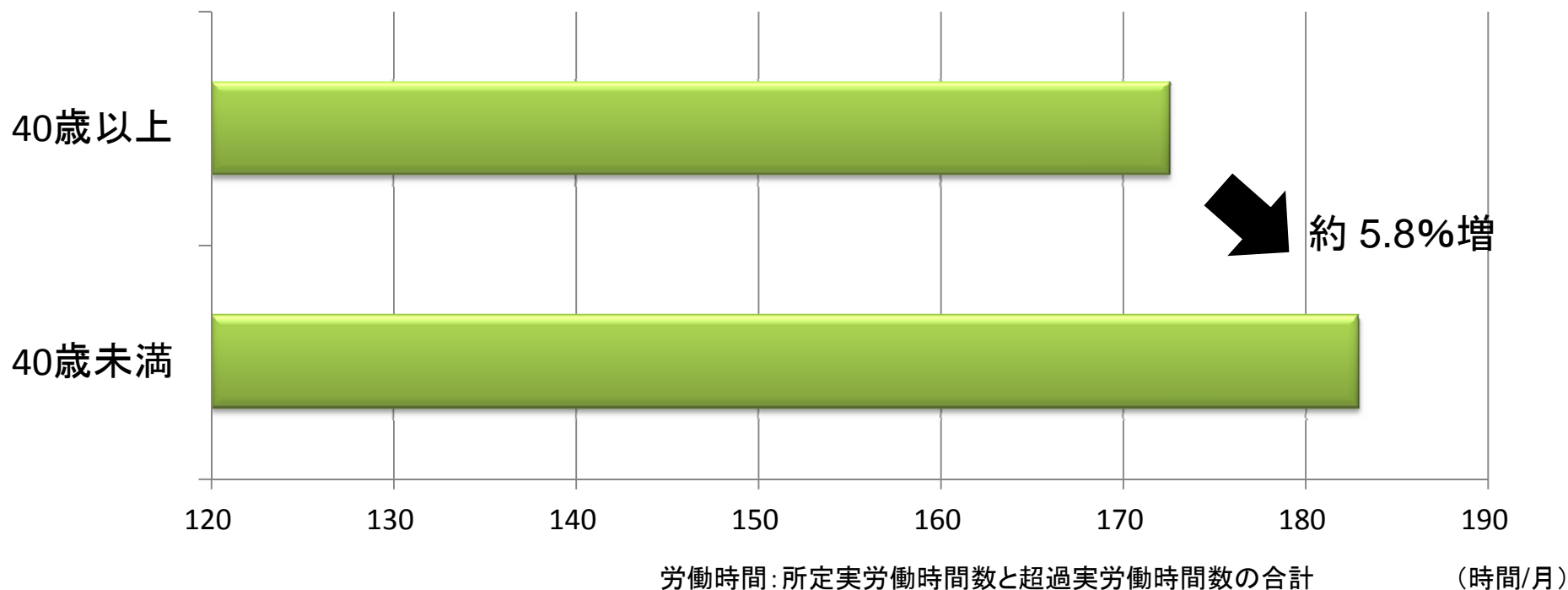
出典: 日本外科学会雑誌 111(4):258-267, 2010 遠藤久夫
「外科医はどれだけ働いているのかー卒後年数と所属施設タイプを考慮したタイムスタディ分析ー」

医師の年齢別労働時間

医師(男性)

労働時間数

<企業規模計(10人以上)を対象とした調査>



調査対象(n数について^(注))

20 ~ 24歳	510	50 ~ 54歳	2500
25 ~ 29歳	8690	55 ~ 59歳	1810
30 ~ 34歳	7790	60 ~ 64歳	2610
35 ~ 39歳	9630	65 ~ 69歳	860
40 ~ 44歳	6110	70歳~	830
45 ~ 49歳	4330		

(注)n数について(労働者数)

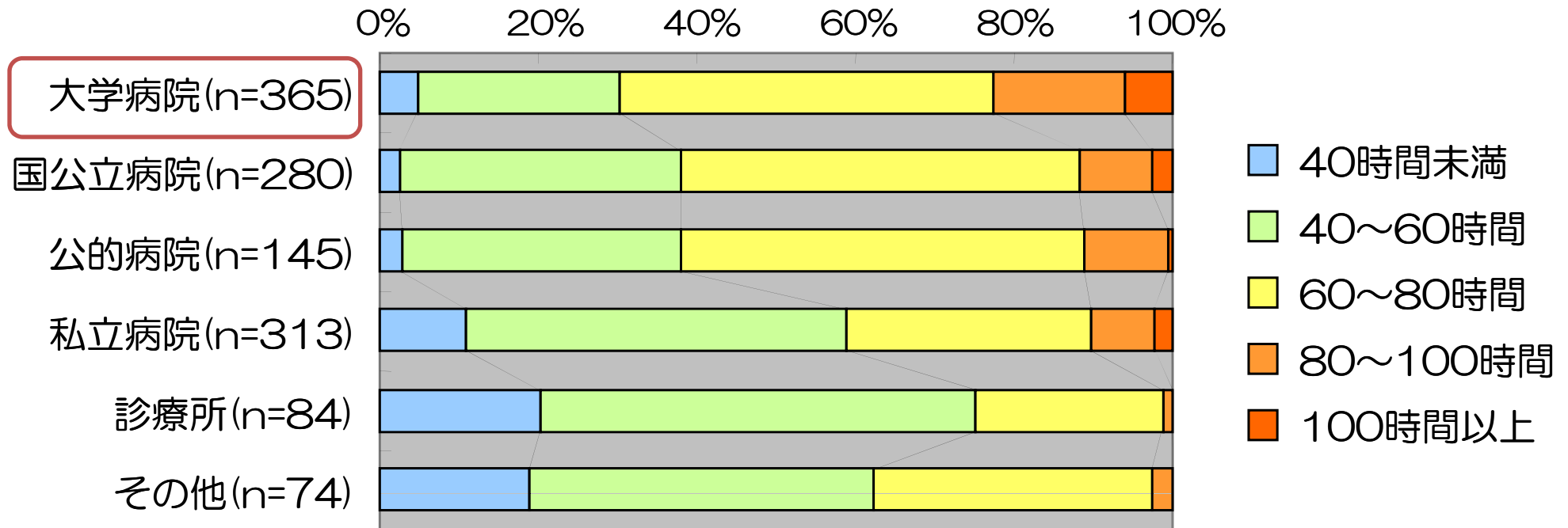
推計労働者数を示す。本調査は抽出調査であるので、調査した労働者の数ではなく、母集団に対応する数字として推計(復元)した労働者の数である。

出典:平成22年賃金構造基本統計調査

施設と勤務時間

外科医の週平均勤務時間は**59.5時間**、**診療所勤務者が47.7時間**、**病院勤務者が68.8時間**

各施設別の勤務時間

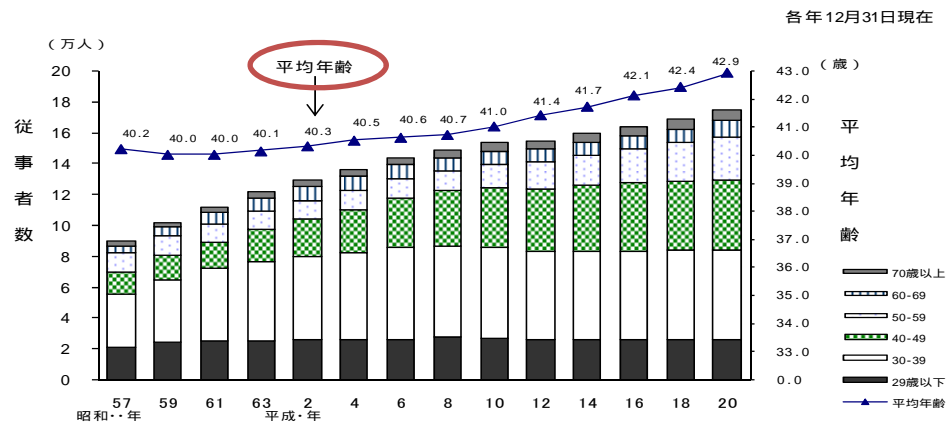


2009年(日本外科学会 アンケート調査 より)

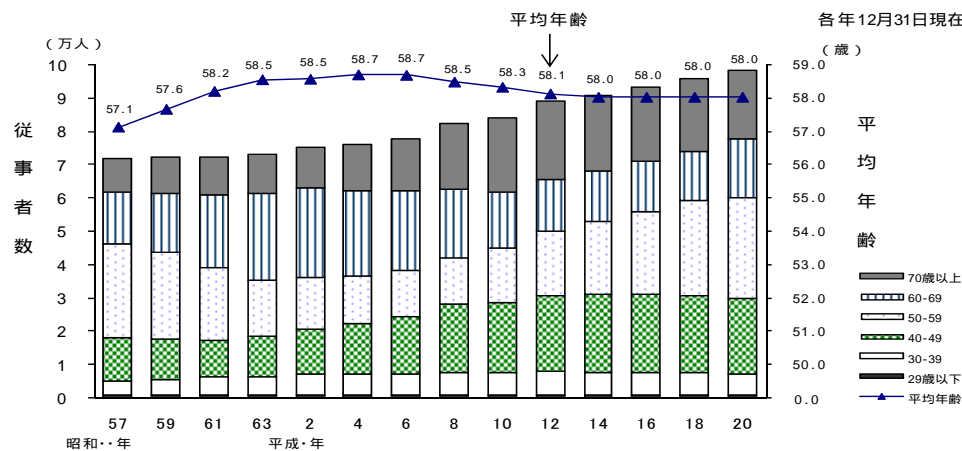
施設の種別・年齢階級別にみた医師数

年齢別にみた医師の従事先の推移

○ 年齢階級別にみた**病院**に従事する医師数及び平均年齢の年次推移

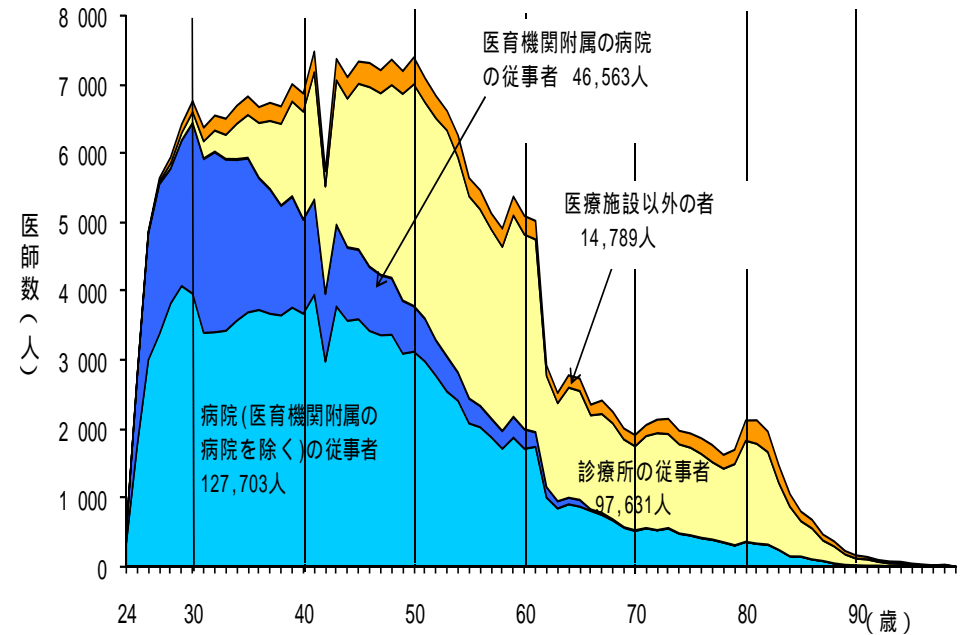


○ 年齢階級別にみた**診療所**に従事する医師数及び平均年齢の年次推移



○ 施設の種別にみた医師数の年齢別割合

	40歳	50歳	60歳
病院	73.4%	51.2%	39.2%
診療所	22.8%	43.5%	55.5%
その他	3.8%	5.3%	5.3%



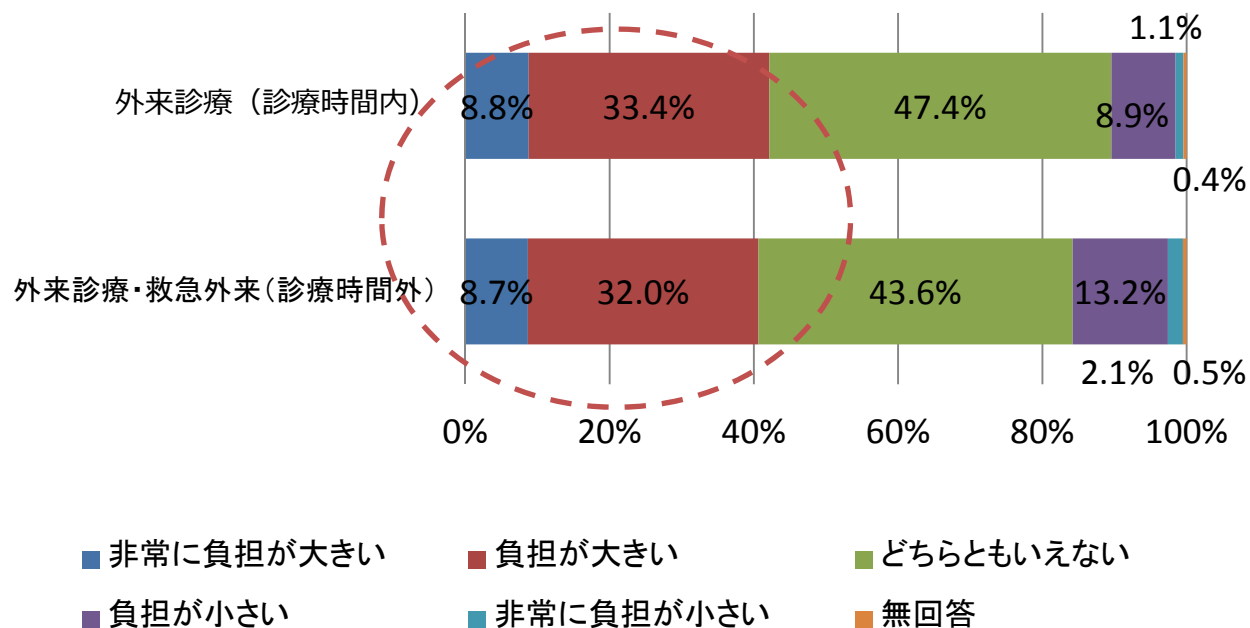
出典:平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査

病院勤務医の外来業務の負担感(平成22年度検証調査)

医師調査

業務負担感が大きい理由(複数回答)

業務負担感



	外来診療(診療時間内)		外来診療・救急外来(診療時間外)	
	件数	構成比	件数	構成比
1回あたりの所要時間が長いため	919	42.0%	241	13.6%
作業が多いため	1109	50.7%	269	15.2%
作業が煩雑なため	418	19.1%	138	7.8%
突発的に発生し、その後の予定に影響するため	252	11.5%	1001	56.5%
必ずしも医師が実施しなければならない業務ではない	177	8.1%	56	3.2%
診療内容が専門化・高度化したため	479	21.9%	272	15.3%
体力的負担が大きい	336	15.3%	675	38.1%
精神的負担が大きい	656	30.0%	674	38.0%
患者の要求が高度化しているため	715	32.7%	522	29.4%
その他	82	3.7%	69	3.9%
無回答	78	3.6%	75	4.2%
合計	2189		1773	

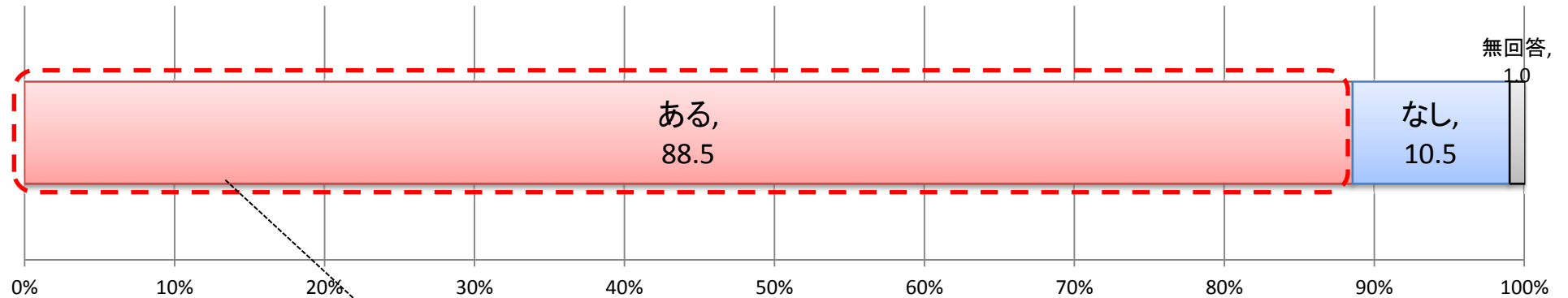
依然として外来の業務負担感は大きい

出典:平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)
病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)(案)

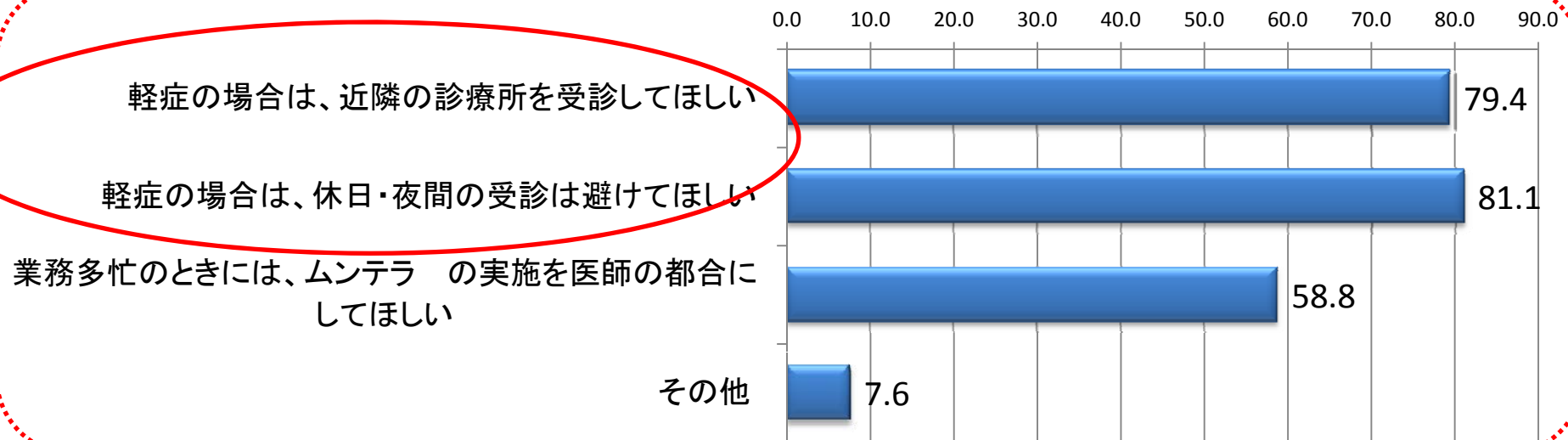
外来医療における役割分担について

医師票

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



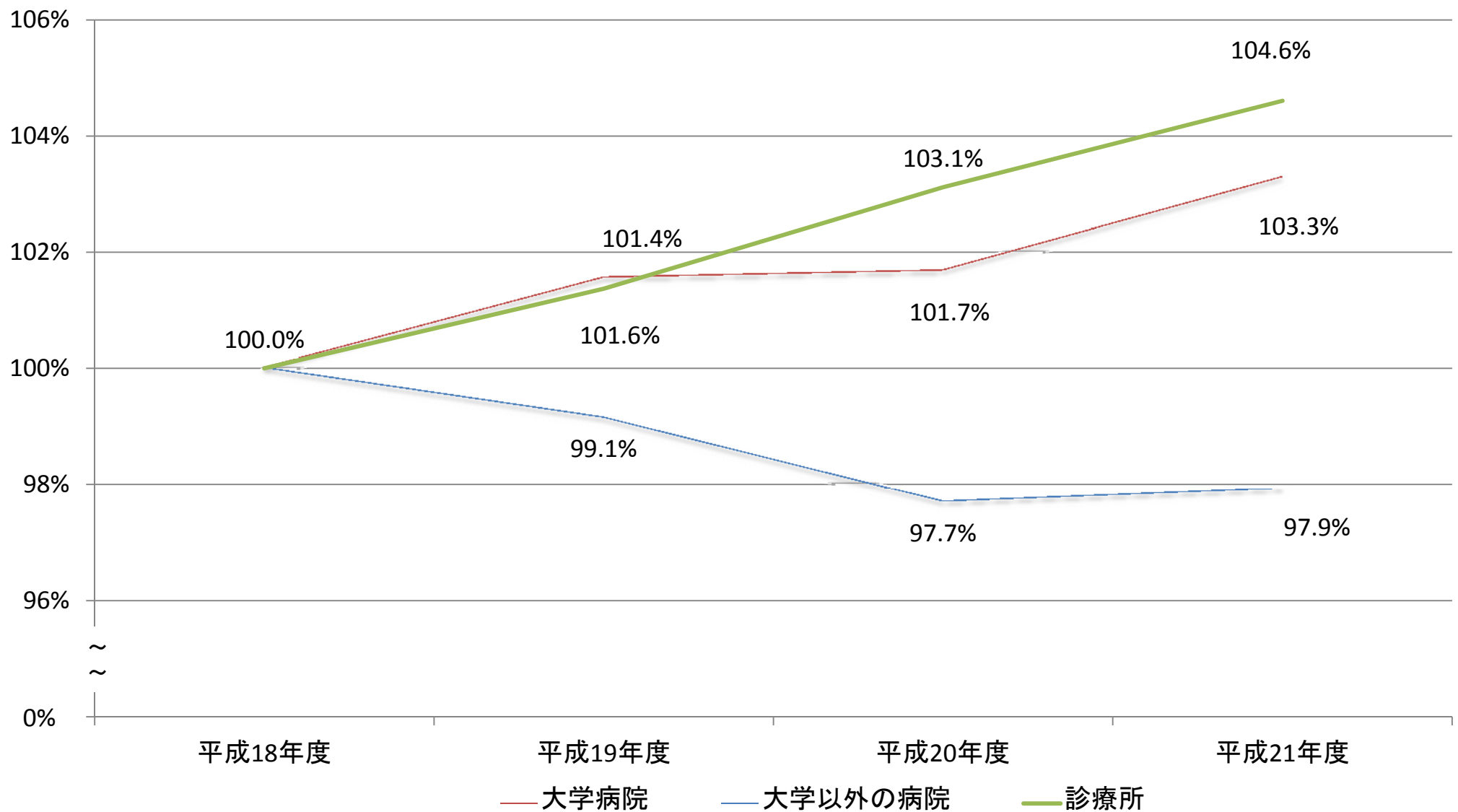
協力してほしい内容(n=1,150)



患者・家族へ病状や治療方針等について説明を行うこと

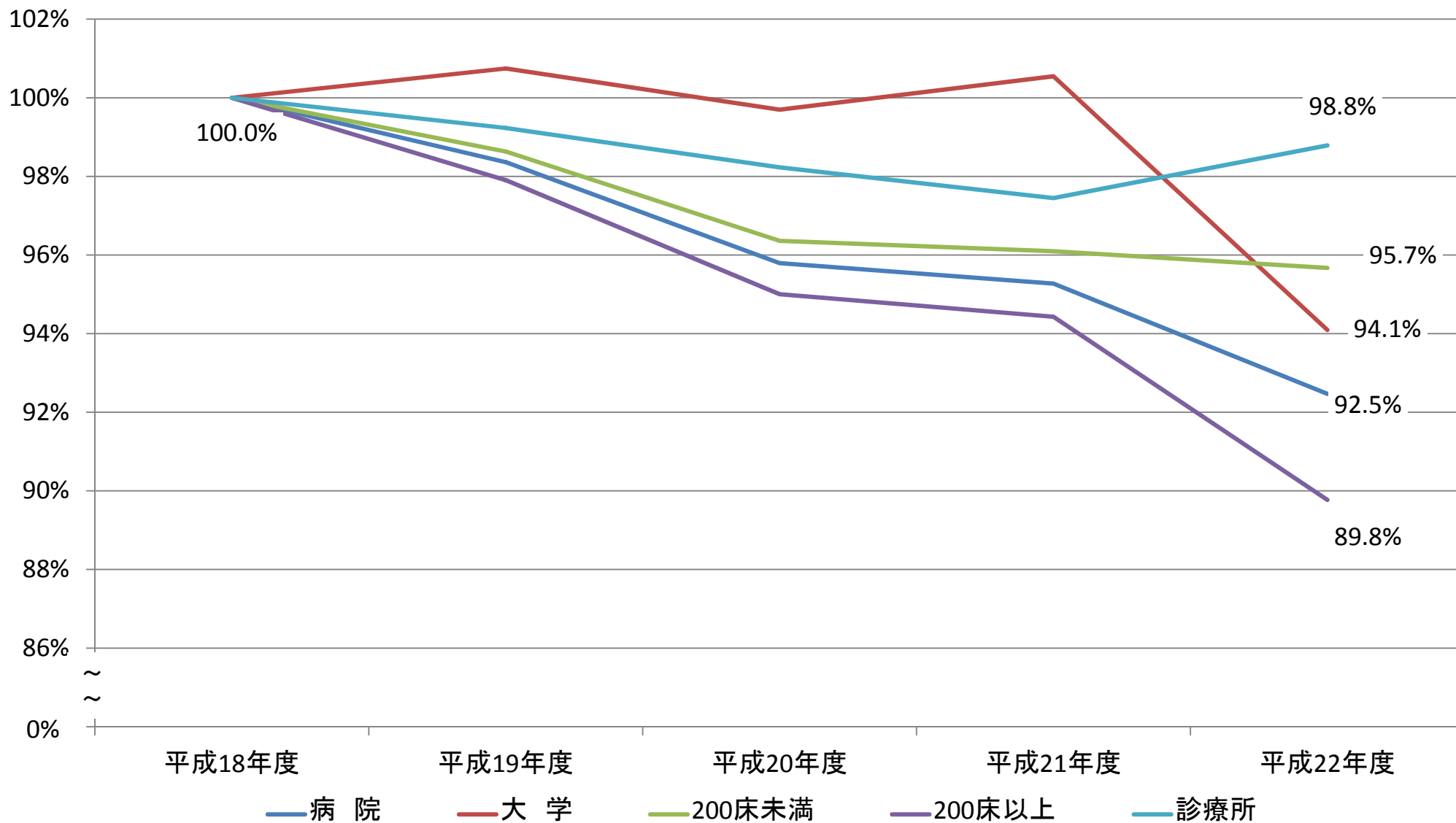
平成21年度「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」

1施設あたり入院外件数の推移 (平成18年度を100とした場合)



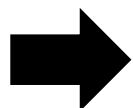
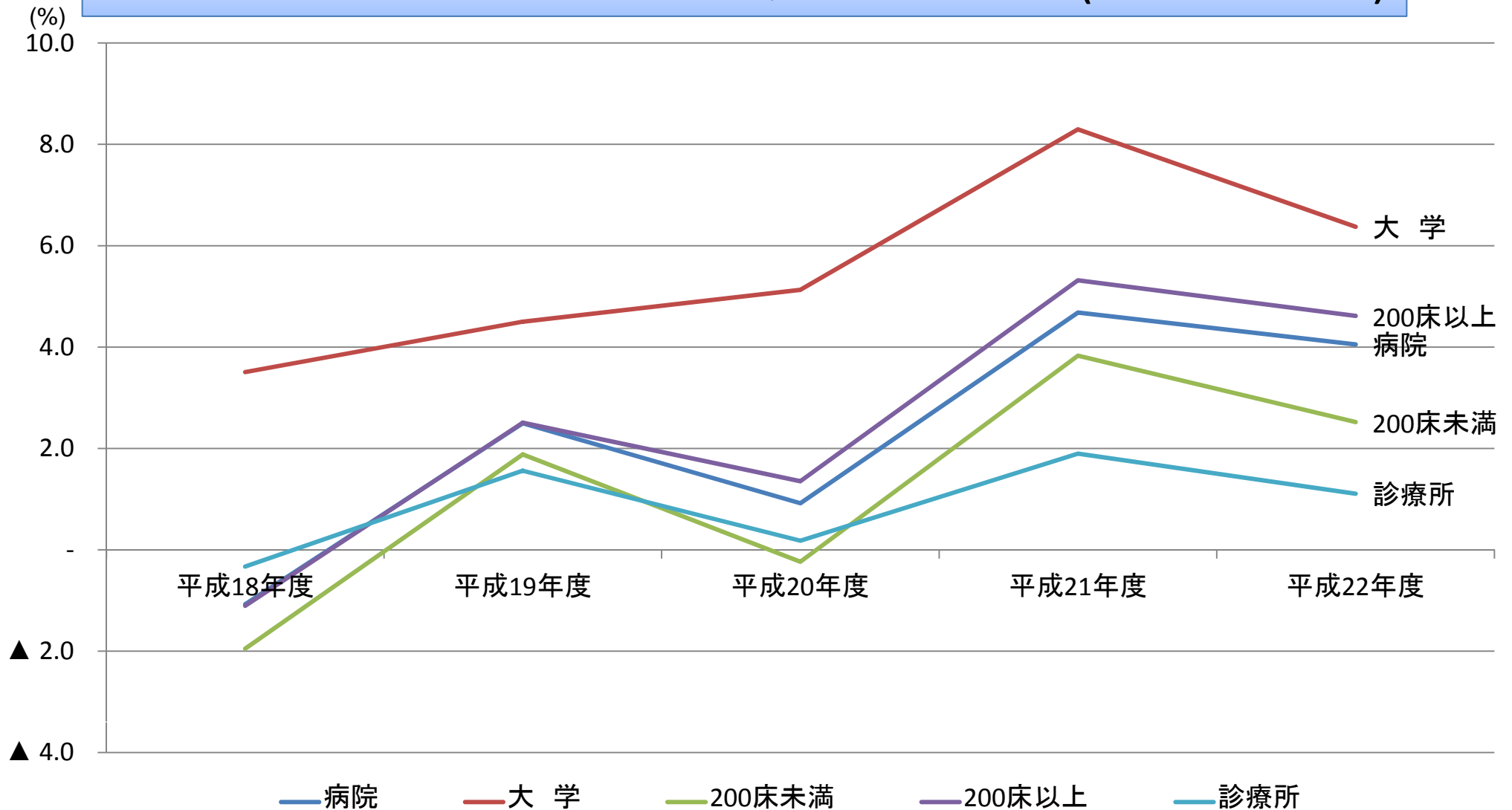
出典: 概算医療費データベース

入院外 1施設あたり受診延日数の推移 (平成18年度を100とした場合)



出典: 医療費の動向

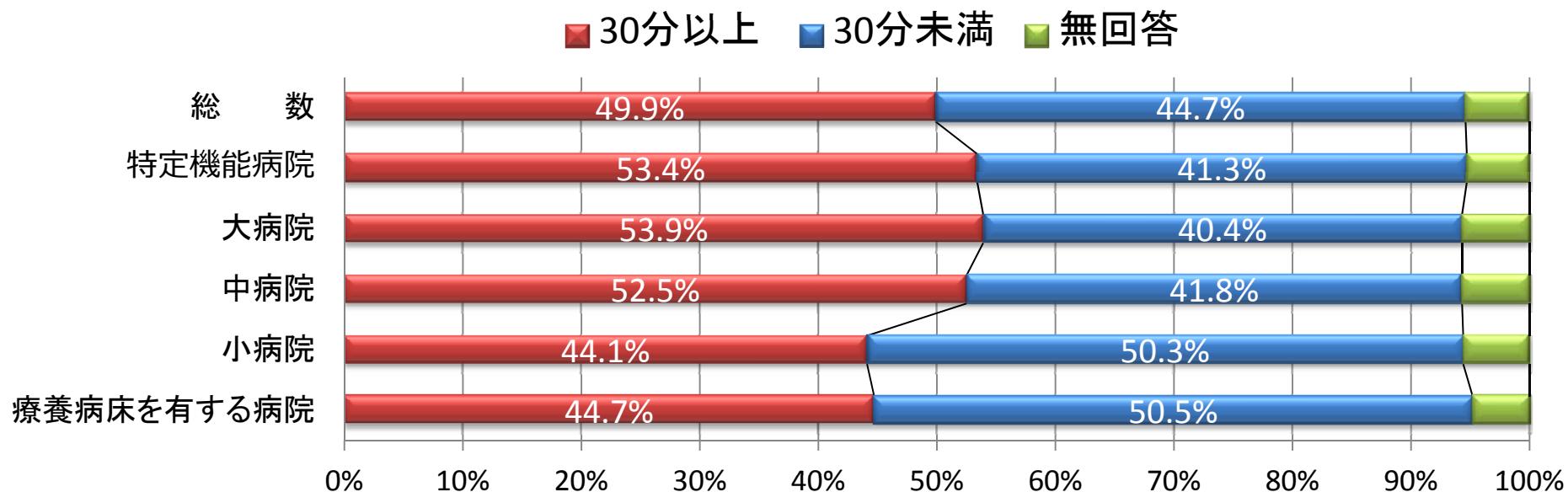
入院外 1施設あたりの医療費の伸び率 (対前年度比)



外来の医療費について、診療所に比べ、特に大学病院や200床以上の病院において伸び率が高くなっている。

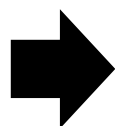
出典:《メディアス》最近の医療費の動向

外来患者の診察前の待ち時間



医師による診察を受けていない者は除いた
予約した場合は予約した時刻からの待ち時間

- ・大病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院
- ・中病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院
- ・小病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院



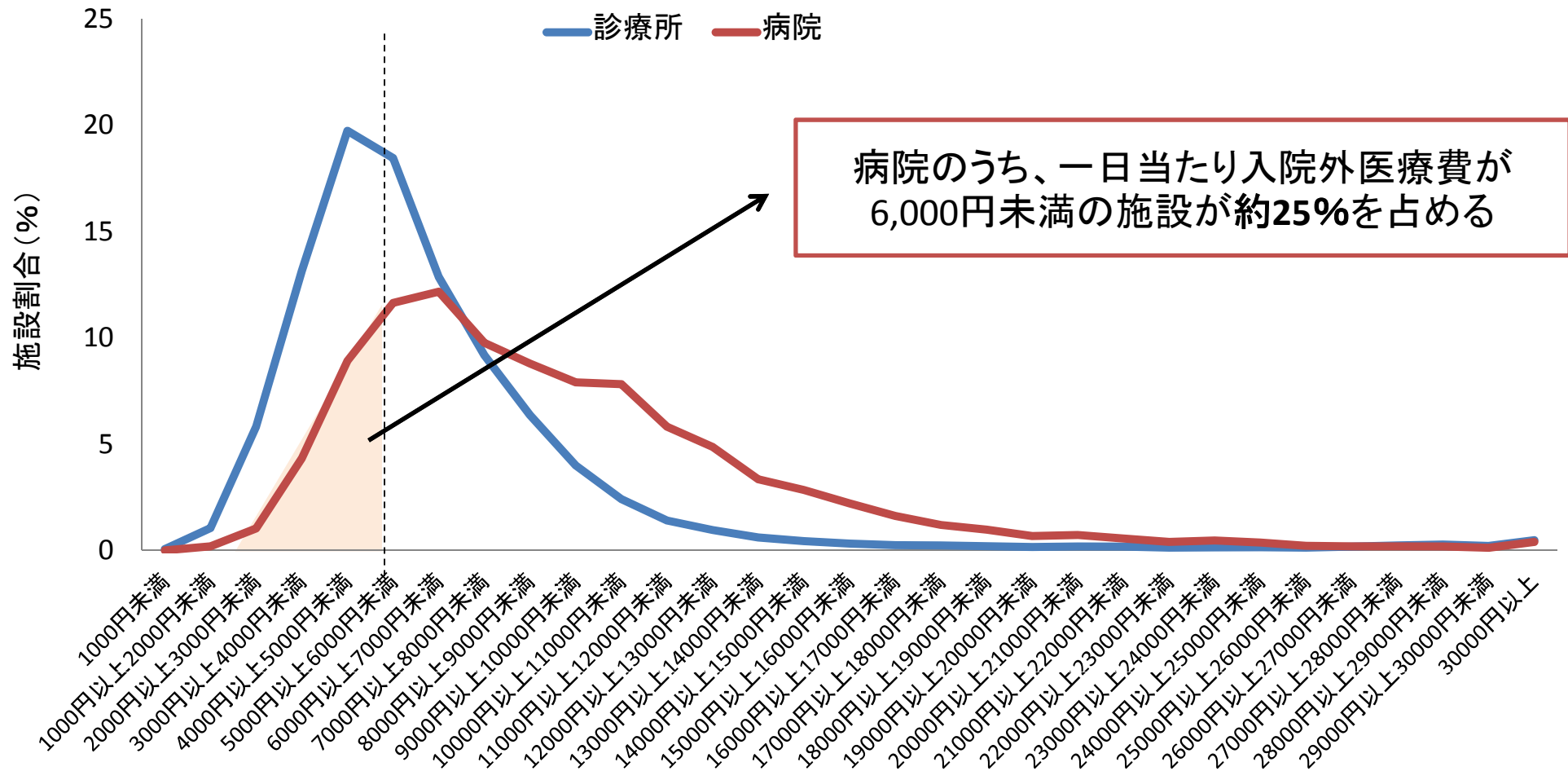
- 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

調査対象

	総数	特定機能病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を有する病院
施設数	484施設	35施設	69施設	142施設	115施設	123施設
有効回答数(外来患者票)	100,946	23,072	32,367	27,474	9,464	8,569

出典:平成20年受療行動調査

医療機関別一日あたり入院外医療費 (2010年6月分)



病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する

出典: 最近の医療費の動向(メディアス) [概算医療費(保険局調査課特別集計)]

患者動態分析

患者動態分析(A病院)の外来患者調査 (2010年4月データ)

300床台 公的病院(救急救命センター 地域医療支援病院 がん診療拠点病院)
救急と紹介への取り組みが重要

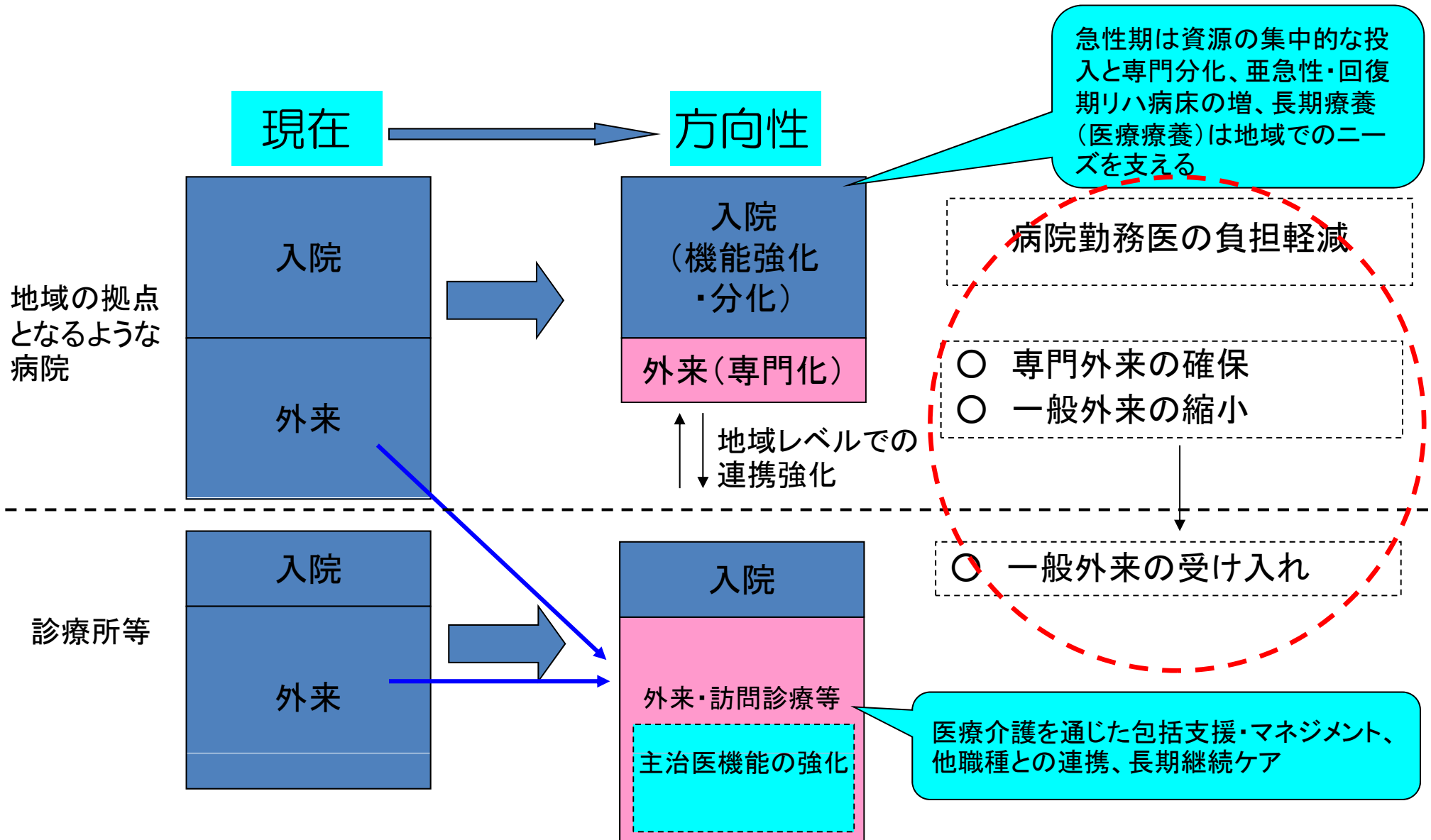
	外来患者数		外来単価 (円)	内入院 患者数	入院 占有率	入院 確率 (%)		入院 単価 (円)	症例あたりの 平均単価 (円)
	人数	%							
救急車	300	2.2%	31,139	186	22.8%	62.0%		1,177,445	761,155
紹介	1,559	11.2%	18,300	477	58.5%	30.6%		713,544	236,620
一般初診	561	4.0%	12,952	78	9.6%	13.9%		682,094	107,789
一般再診	11,464	82.6%	13,324	75	9.2%	0.7%		745,920	18,204
	13,884	100.0%		816	100.0%				

紹介状持参で救急車搬送患者は救急車でカウント

救急車患者1人＝紹介患者3人＝初診患者7人＝再診患者40人



外来医療の役割分担のイメージ



入院・外来別患者の受診状況

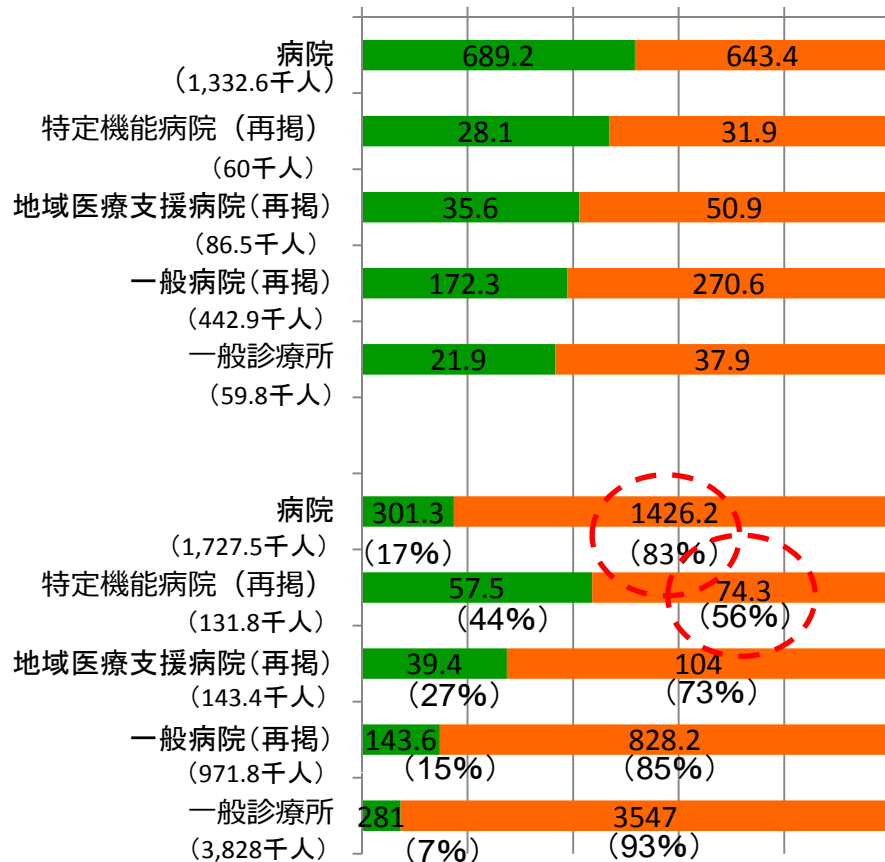
- 病院で受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で83%。
- 特定機能病院を受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で56%。

いずれもグラフ内の数値は、人数(単位:千人)

＜紹介の有無別推計患者数＞

入院

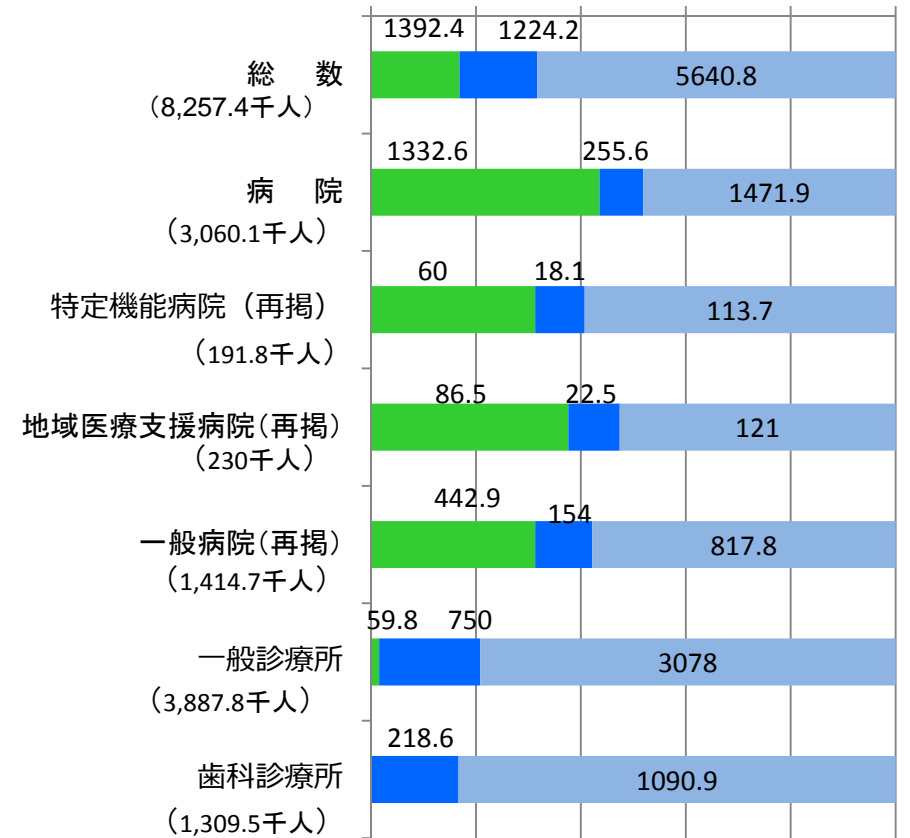
■ 紹介あり ■ 紹介なし
0% 20% 40% 60% 80% 100%



外来

＜入院・外来別推計患者数＞

■ 入院 ■ 外来(初診) ■ 外来(再来)
0% 20% 40% 60% 80% 100%



* 「一般病院」は、精神科病院、結核療養所、特定機能病院、地域医療支援病院、療養病床を有する病院のいずれにも当たらない病院。

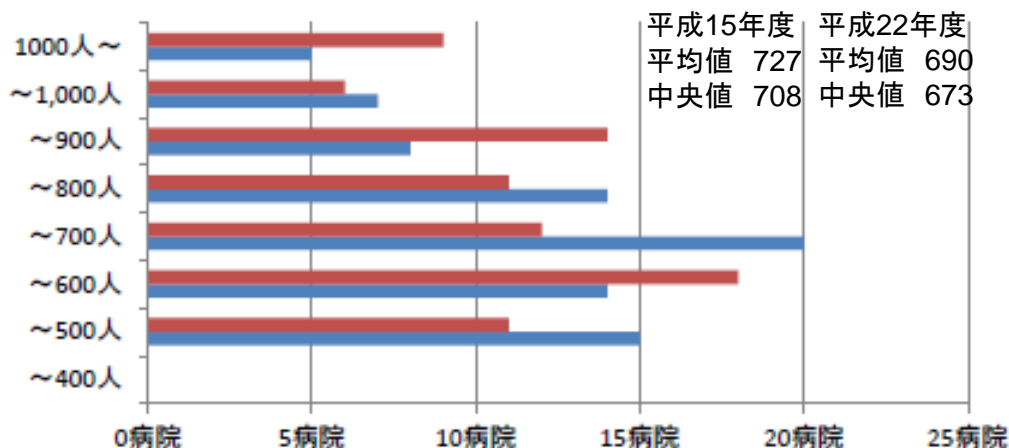
平成20年患者調査に基づき作成
(医療部会資料を基に保険局医療課作成)

特定機能病院の現状(業務報告から)

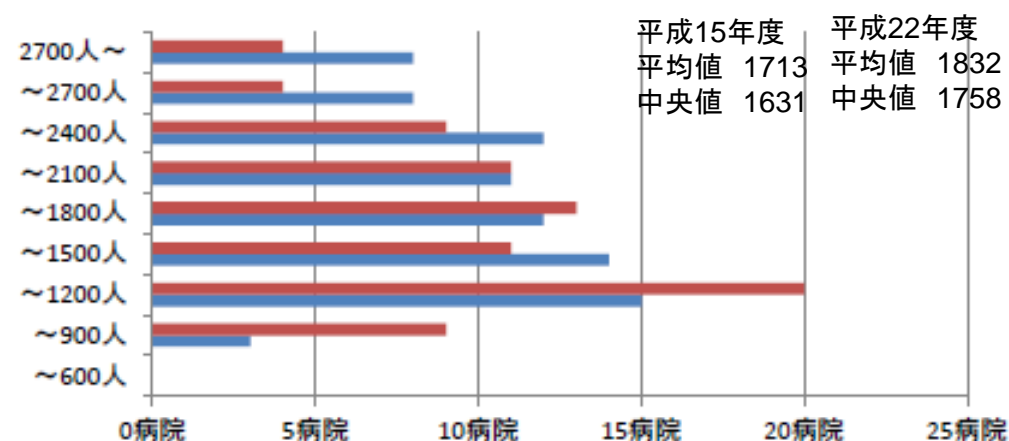
■ 平成15年度業務報告(81病院)

■ 平成22年度業務報告(83病院)

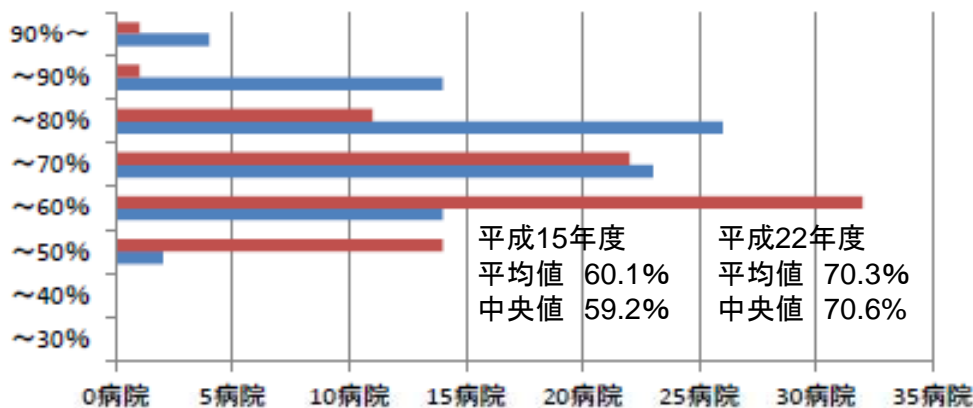
1日平均入院患者数



1日平均外来患者数



紹介率



$$\text{紹介率} = (A+B+C) / (B+D)$$

- A: 紹介患者の数
- B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数
- C: 救急用自動車によって搬入された患者の数
- D: 初診の患者の数

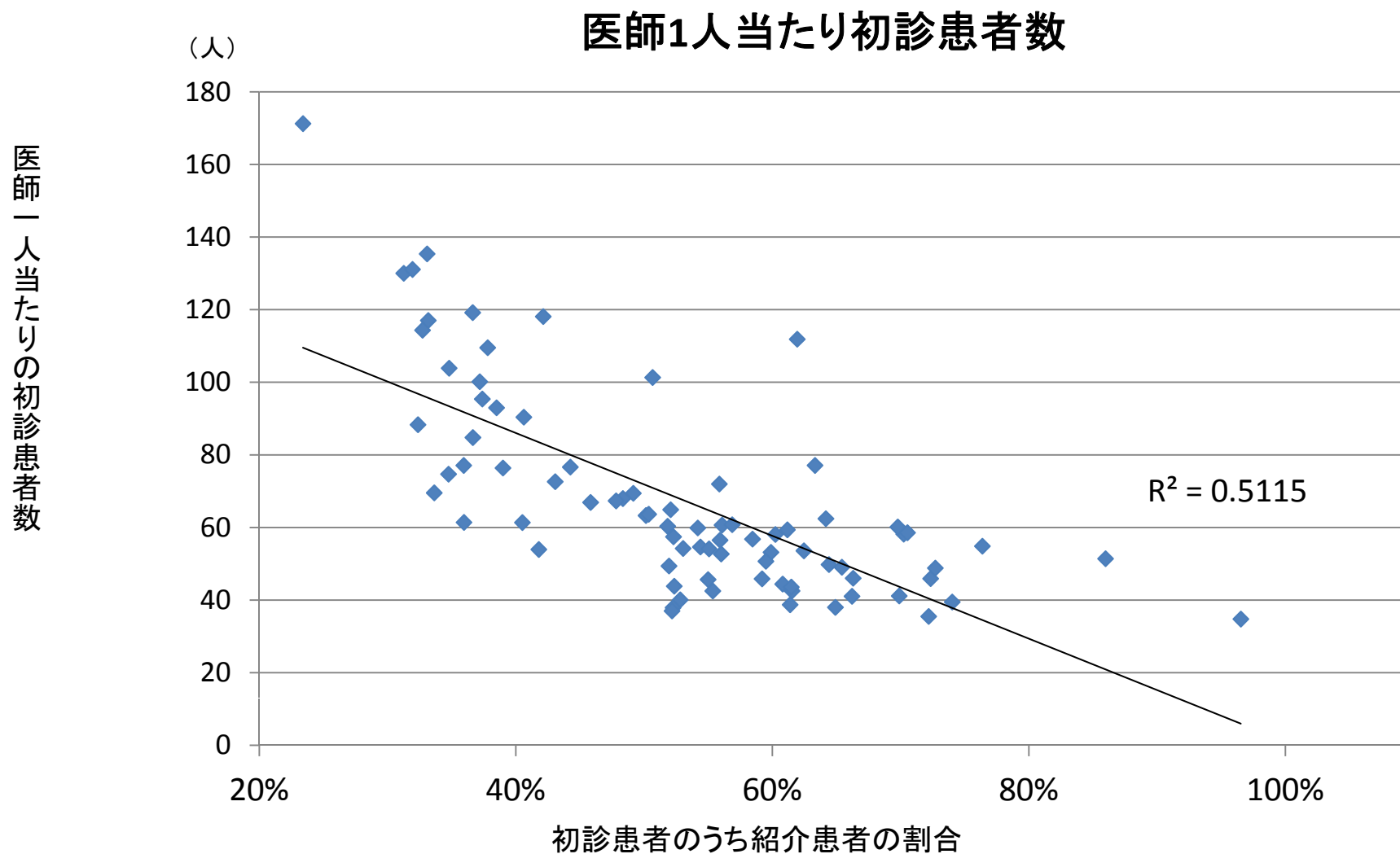
(注) 紹介率30%以上が特定機能病院の承認要件

注) 1日平均入院患者数、同平均外来患者数、紹介率については、業務報告書を提出する年度の前年度の実績

注) 特定機能病院の病床数の平均は、総数は869.6床、一般病床は823.4床。

出典: 特定機能病院の業務報告
 (平成15年度、平成22年度)

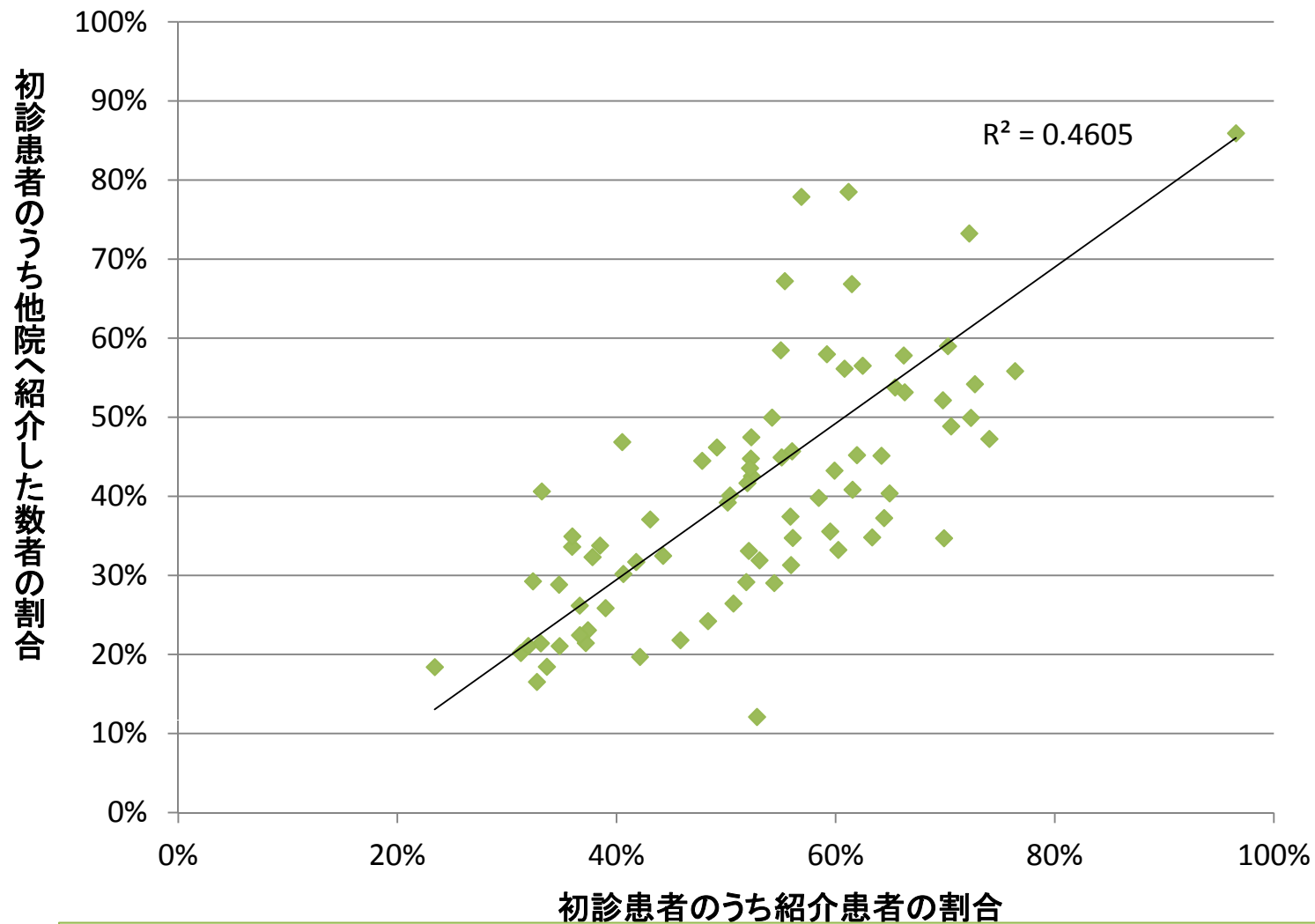
特定機能病院における紹介患者の割合と初診患者数



特定機能病院の外来において、紹介患者の割合が高いほど、医師一人当たりの初診患者数は減少する

出典：特定機能病院の業務報告

特定機能病院における紹介患者と逆紹介患者の割合



また、紹介患者の割合が高い特定機能病院ほど、逆紹介率も高く、機能分化を進めている

出典：特定機能病院の業務報告

病院と診療所の機能分担の推進に関する事項

200床以上の病院の初診に関する事項

- 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができる。

200床以上の病院の再診に関する事項

- 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院(一般病床が200床未満に限る)又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができる。

外来診療料に関する事項

- 外来診療料は、医療機関間の機能分担の明確化、請求の簡素化を目的として設定されたものであり、一般病床の病床数が200床以上の病院において算定する。

出典：通知「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について(最終改正：平成22年3月26日 保医発0326 第2号)

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価①(平成22年改定)

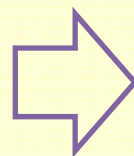
実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大する。

3項目から8項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- 入院時医学管理加算
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算



改定後

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算
- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②（平成22年改定）

[算定要件]

- ① 病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ② 勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。
- ③ 役割分担の推進のための多職種からなる委員会等を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④ 今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤ 目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

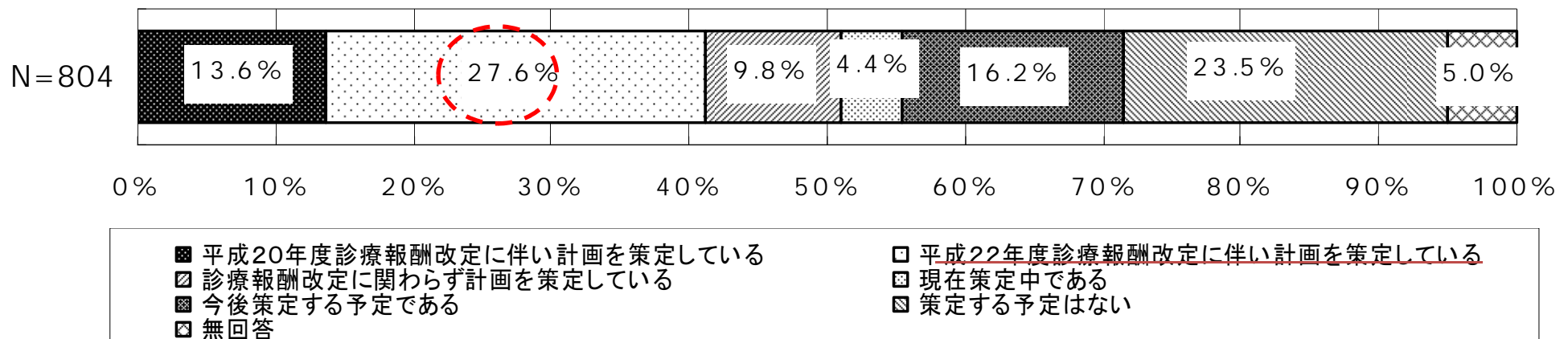
(様式抜粋)

(1) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画
<input type="checkbox"/> 医師・看護師等の業務分担 <input type="checkbox"/> 医師に対する医療事務作業補助体制 <input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の医師の活用 <input checked="" type="checkbox"/> 地域の他の医療機関との連携体制 <input type="checkbox"/> 交代勤務制の導入 <input checked="" type="checkbox"/> 外来縮小の取組み <input type="checkbox"/> その他
(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等
<input type="checkbox"/> 勤務時間（平均週 時間(うち、残業 時間)） <input type="checkbox"/> 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 回) <input type="checkbox"/> 当直翌日の通常勤務に係る配慮(<input type="checkbox"/> 当直翌日は休日としている <input type="checkbox"/> 当直翌日の業務内容の配慮を行っている <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)) <input type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定 <input type="checkbox"/> その他
(3) 職員等に対する周知（有 無）
具体的な周知方法()
(4) 役割分担推進のための委員会又は会議
ア 開催頻度（ 回/年）
イ 参加人数（平均 人/回）参加職種()

勤務医負担軽減策の取り組み状況①

施設調査

図表4-60 勤務医の負担の軽減策および処遇の改善に資する計画の策定状況



平成22年度診療報酬改定を期に一定程度勤務医負担軽減策の計画策定が進んでいる

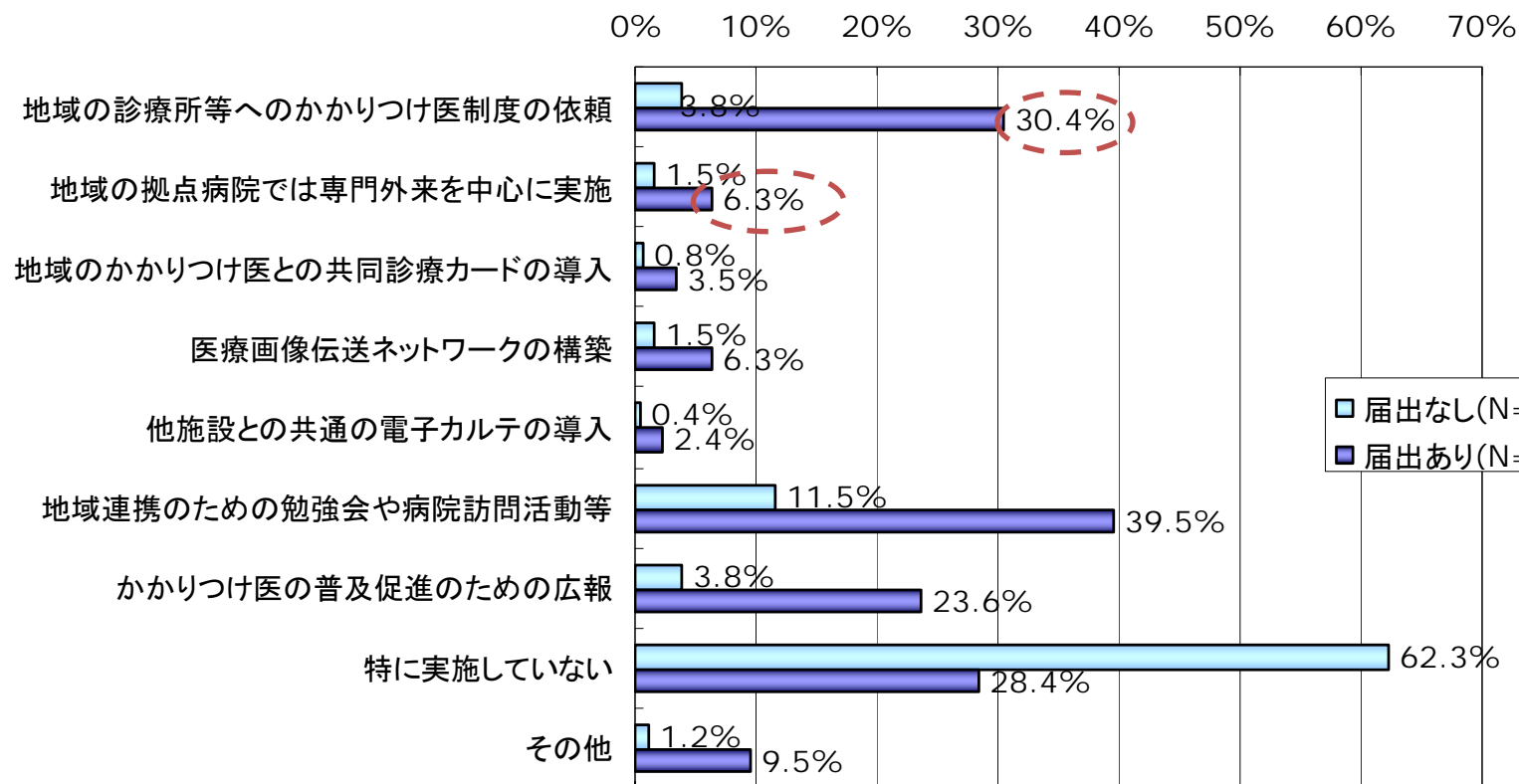
出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）
 病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要（速報）（案）

勤務医負担軽減策の取り組み状況②

施設調査

・加算の有無との関係

図表4-70 外来縮小に向けた地域での取り組み（加算有無別）（複数回答）



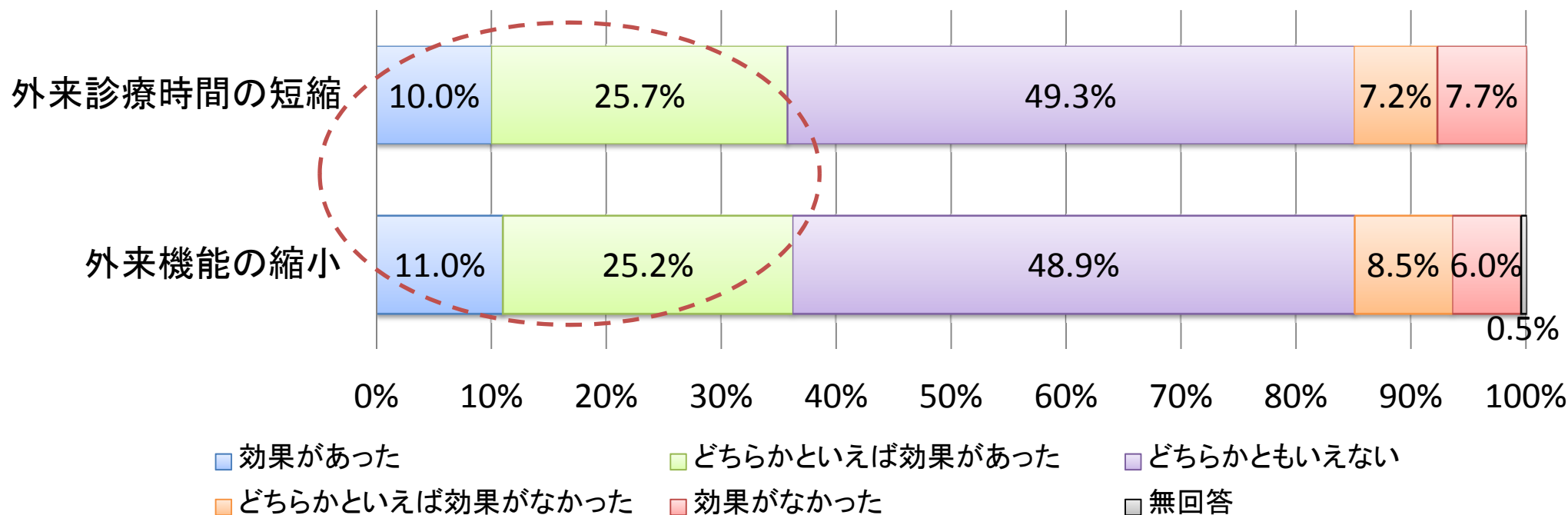
注. 「届出あり」は「医師事務作業補助体制加算」「急性期看護補助体制加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「総合入院体制加算」「ハイリスク分娩管理加算」「救命救急入院料」「小児入院医学管理料」のいずれかの届出をしている施設、「届出なし」はこれらのすべてに届出をしていない施設。

勤務医負担軽減が要件となっている加算の届出がある施設は、全ての項目で、取り組み率が高くなっている。

外来縮小による病院勤務医の負担軽減の効果

医師調査

図表5-30 負担軽減の効果



外来機能の縮小は「勤務医の負担軽減」に一定程度効果があった

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）
 病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要（速報）（案）

(参考)地域住民による救急利用の適正化のための取組例

県立柏原病院の小児科を守る会

メンバー : 地域住民 計20名 (丹生裕子代表をはじめ、全員が育児中の母親)

発足経緯 : 平成19年4月、兵庫県立柏原(かいばら)病院の小児科が閉鎖される可能性があるとの報道をきっかけとして発足

これまでの活動 :

○兵庫県に小児科医増員を求める署名活動

○コンビニ受診(*)減少等に向けた地域住民への啓発活動 (小児救急冊子の作成・配布等)

* 「軽症にもかかわらず、二次救急のための夜間外来を自己都合で受診すること」とされている

○柏原病院小児科外来の窓口に医師への感謝を伝えるため「ありがとうポスト」の設置 等

(参考)活動に当たっての3つのスローガン

1. コンビニ受診を控えよう
2. かかりつけ医を持とう
3. お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう

 活動の結果、発足の翌年は、柏原病院小児科の時間外を受診者数が半分以下に減少

「県立柏原病院の小児科を守る会」HP、医学書院「公衆衛生」(2010年12月号)等に基づき作成

兵庫県立柏原病院 : 兵庫県・丹波市内の医療機関。病床数(一般)303床。

外来縮小の取り組み状況

施設調査

(3) 勤務医の負担軽減策の取り組み状況

① 取り組み状況

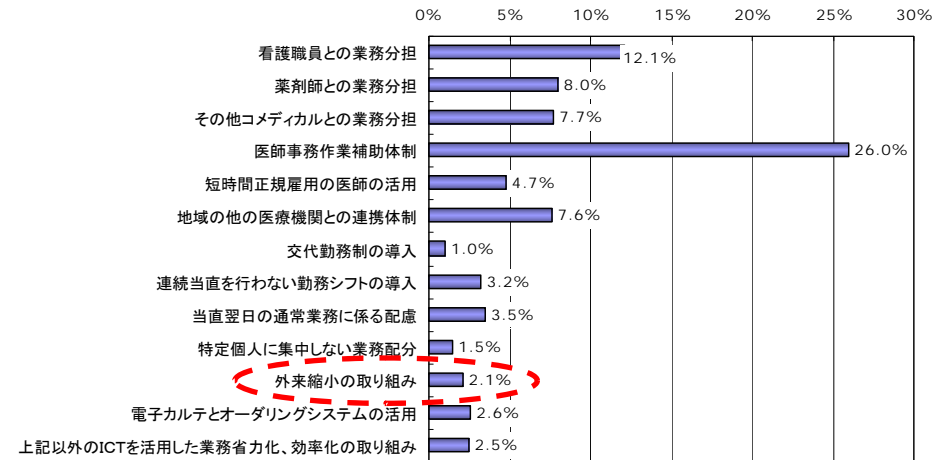
図表4-67 勤務医の負担軽減策の取組状況

	計	取り組んでおらず、今後も取り組む予定はない		取り組んでいないが、今後取り組む予定である		取り組んでいる		無回答	
		件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比
看護職員との業務分担	804	119	14.8%	96	11.9%	507	63.1%	82	10.2%
薬剤師との業務分担	804	144	17.9%	125	15.5%	447	55.6%	88	10.9%
その他コメディカルとの業務分担	804	142	17.7%	129	16.0%	443	55.1%	90	11.2%
医師事務作業補助体制	804	187	23.3%	140	17.4%	418	52.0%	59	7.3%
短時間正規雇用の医師の活用	804	353	43.9%	138	17.2%	207	25.7%	106	13.2%
地域の他の医療機関との連携体制	804	102	12.7%	101	12.6%	523	65.0%	78	9.7%
交代勤務制の導入	804	513	63.8%	68	8.5%	101	12.6%	122	15.2%
連続当直を行わない勤務シフトの導入	804	151	18.8%	56	7.0%	510	63.4%	87	10.8%
当直翌日の通常業務に係る配慮	804	236	29.4%	153	19.0%	321	39.9%	94	11.7%
特定個人に集中しない業務配分	804	164	20.4%	147	18.3%	382	47.5%	111	13.8%
外来縮小の取り組み	804	443	55.1%	63	7.8%	199	24.8%	99	12.3%
電子カルテとオーダーリングシステムの活用	804	132	16.4%	246	30.6%	362	45.0%	64	8.0%
上記以外のICTを活用した業務省力化、効率化の取り組み	804	244	30.3%	212	26.4%	198	24.6%	150	18.7%

複数回答 (N=804)

② 平成22年度診療報酬改定を期に取り組んだ内容

図表4-68 平成22年度診療報酬改定を期に取り組んだ内容 (複数回答)



複数回答 (N=804)

ただし、外来縮小の取り組みは、まだあまり進んでいない

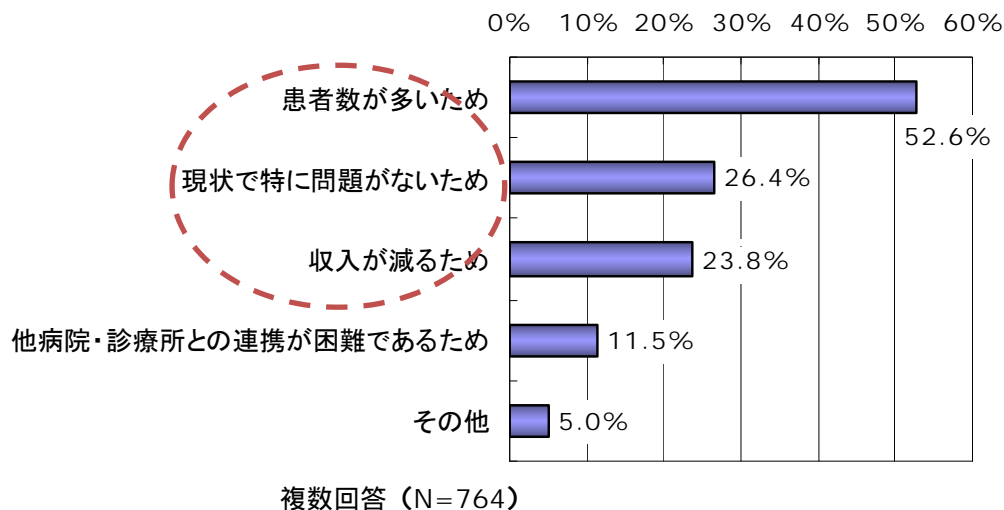
出典: 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要 (速報) (案)

外来縮小の取り組みが困難な理由

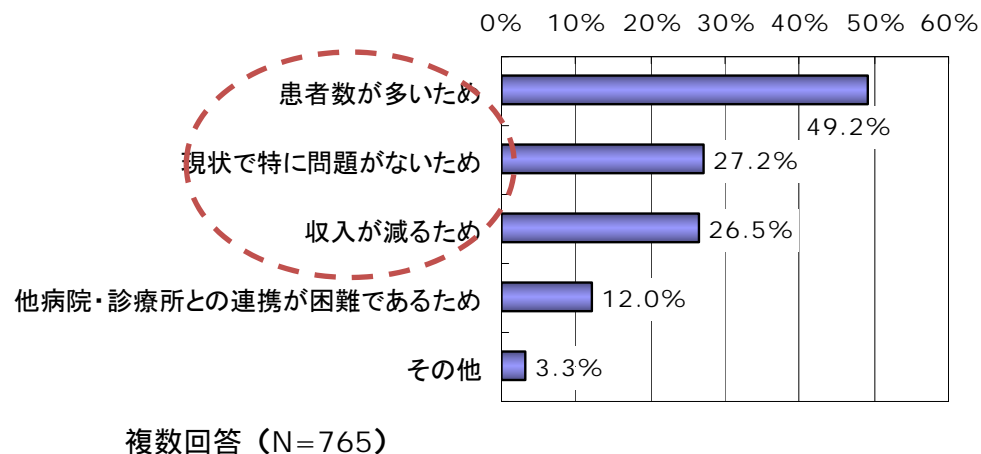
負担軽減策を取り組まない・取り組むことができない理由（複数回答）

医師調査

図表5-37-12 外来診療時間の短縮



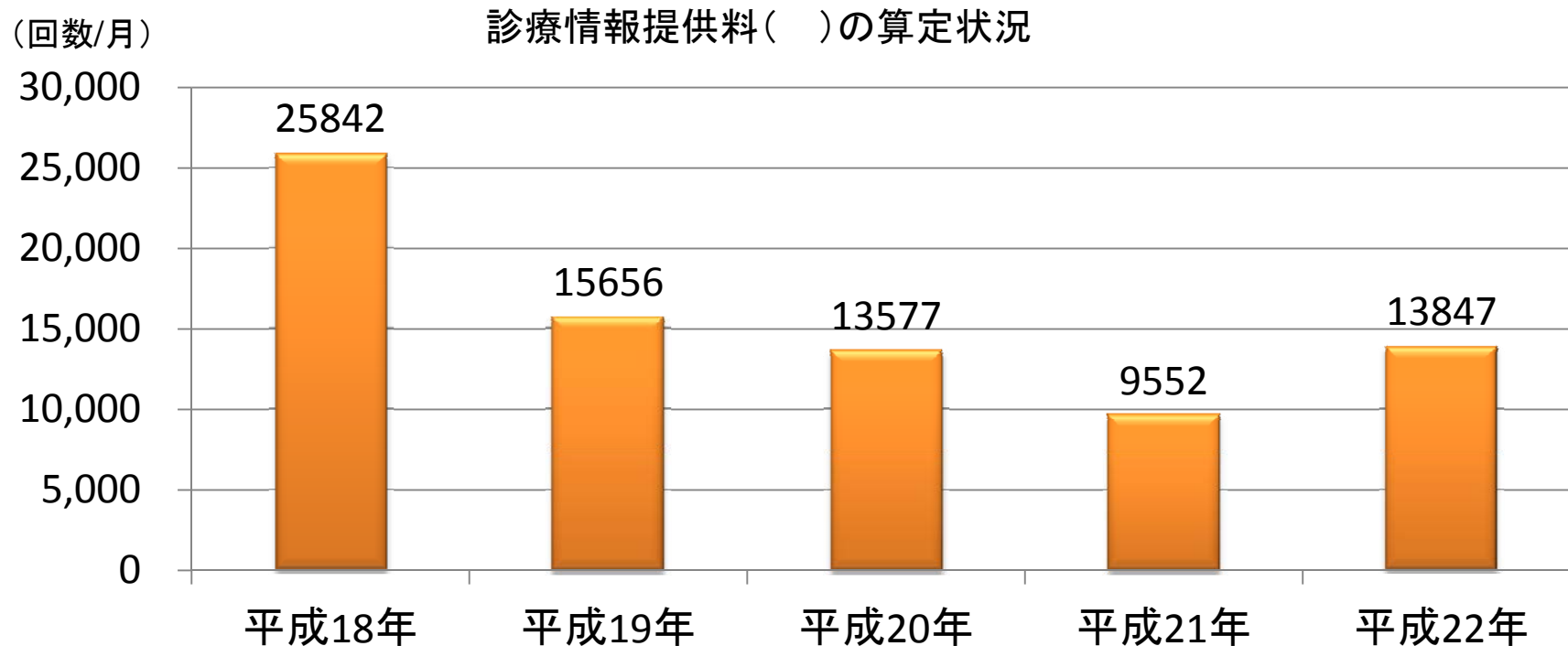
図表5-37-13 外来機能の縮小



- ・患者数が多いため、外来縮小の取り組みが困難な施設が約50%ある
- ・また、現状で特に問題がない場合や、収入への影響から取り組んでいない例もそれぞれ1/4程度ある

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）
病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要（速報）（案）

セカンド・オピニオンの利用状況

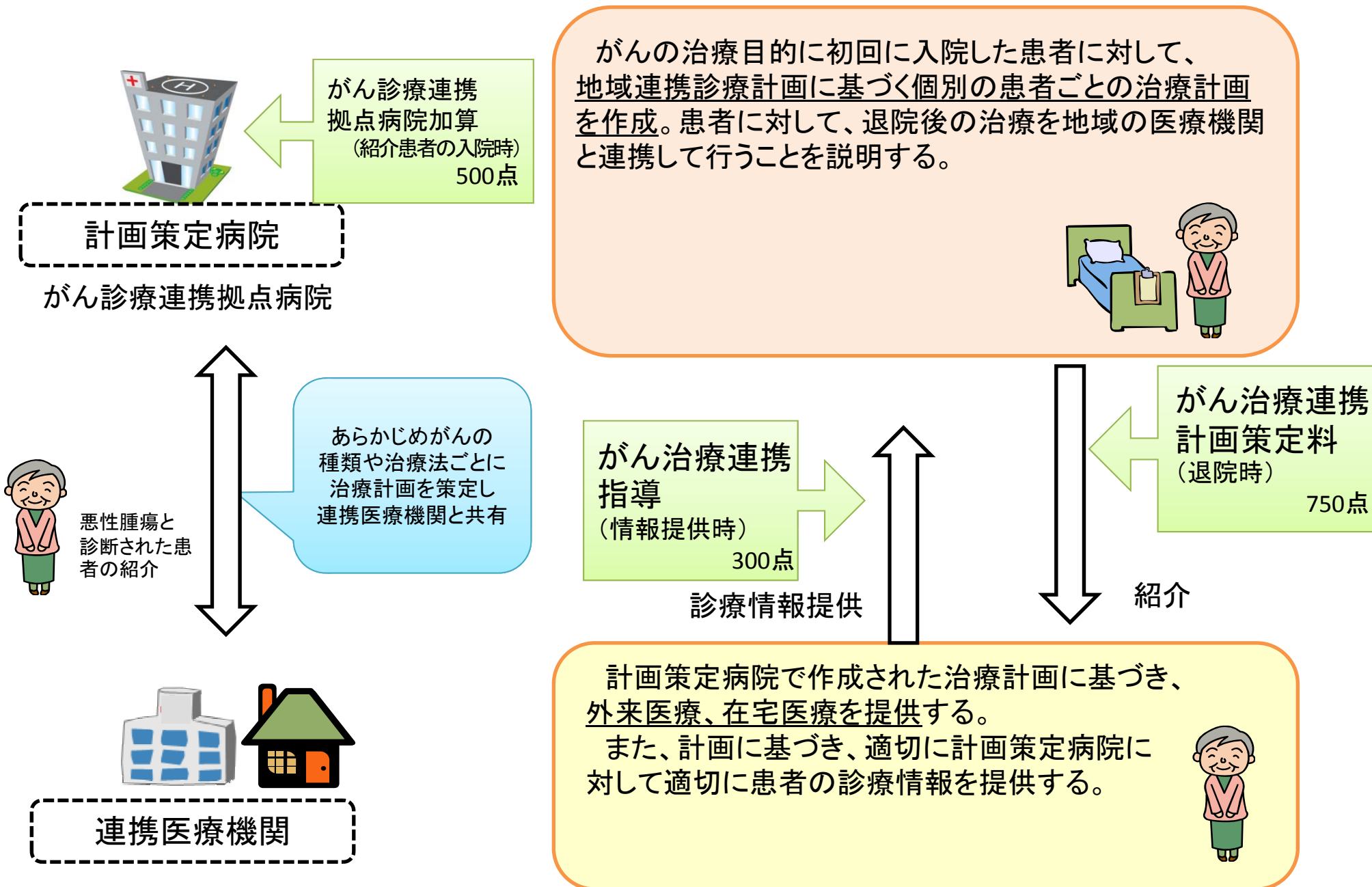


診療情報提供料() 500点

セカンド・オピニオンを推進するものとして、主治医がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定(入院患者も算定可)

診療情報提供料()の算定回数は概ね横ばいであり、セカンド・オピニオンの利用は限られている。

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



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

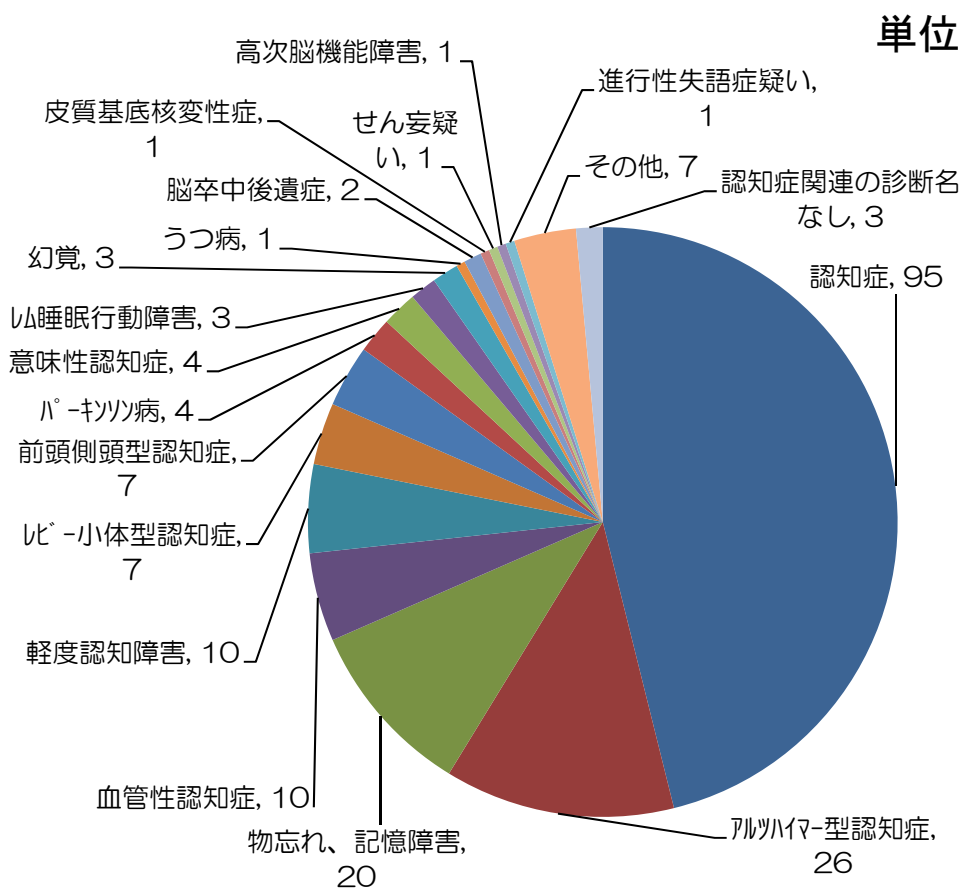
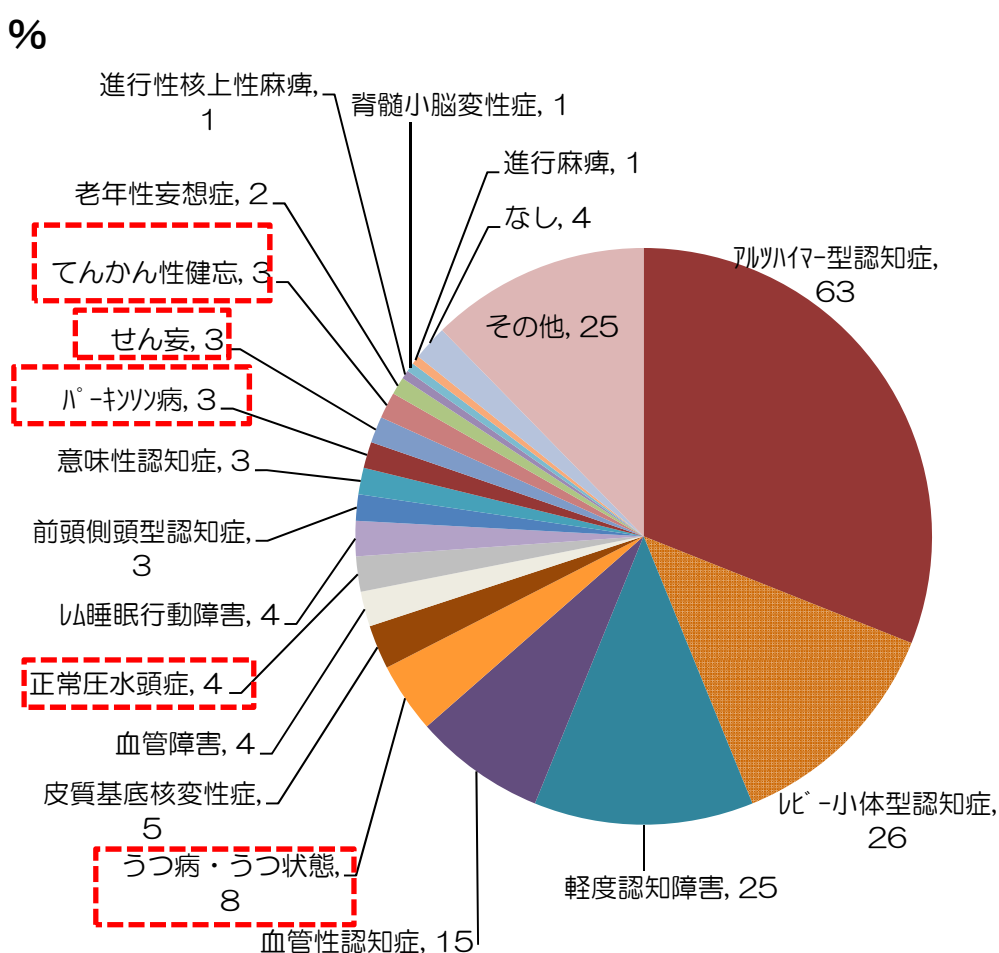


図2 紹介患者の認知症専門外来での診断



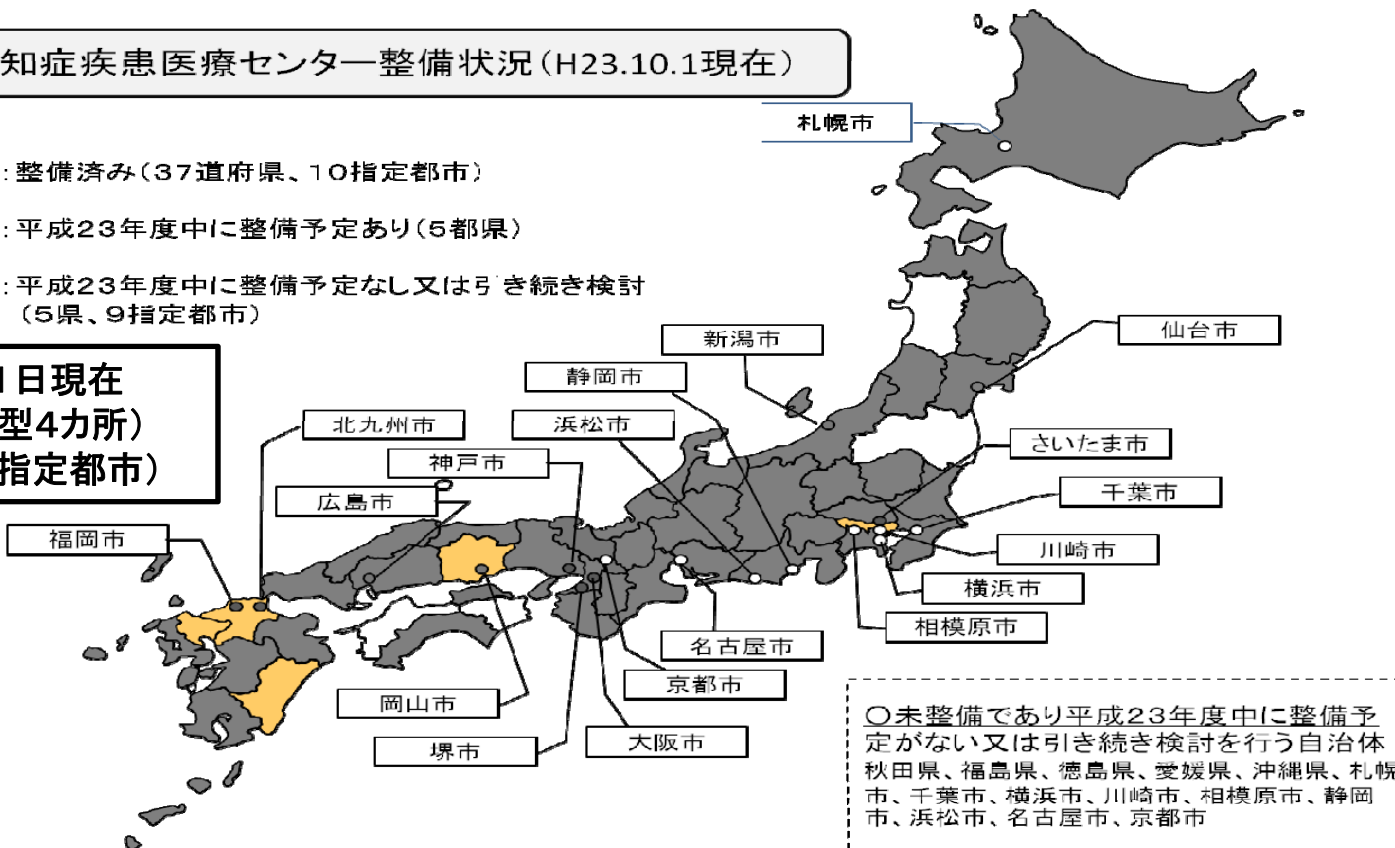
平成21年度 厚生労働科学研究「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」(主任研究者 池田学)

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

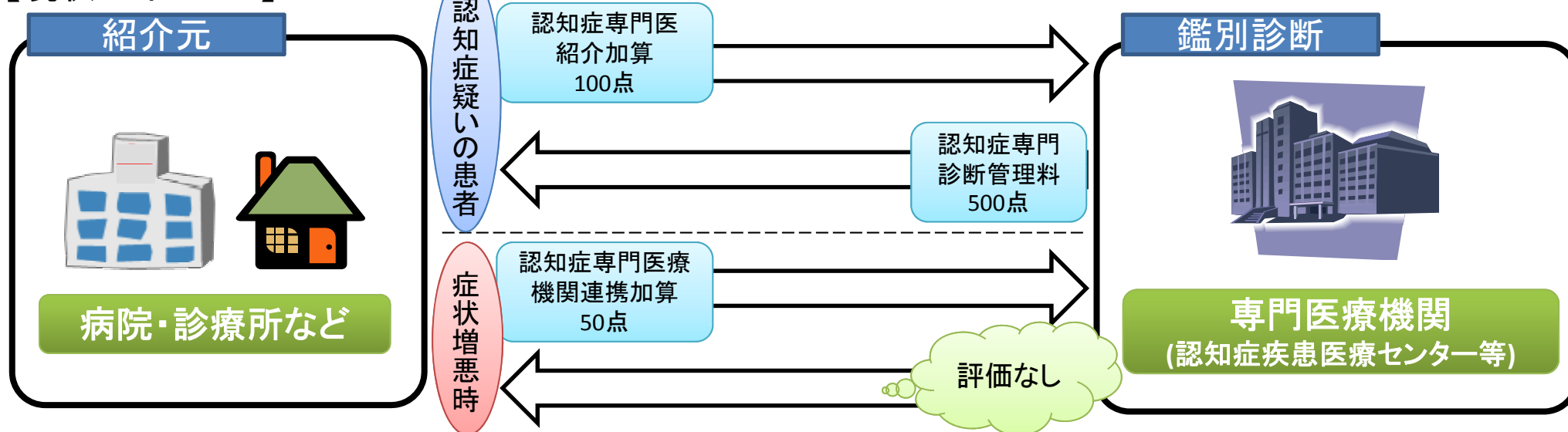
病院・診療所等



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】



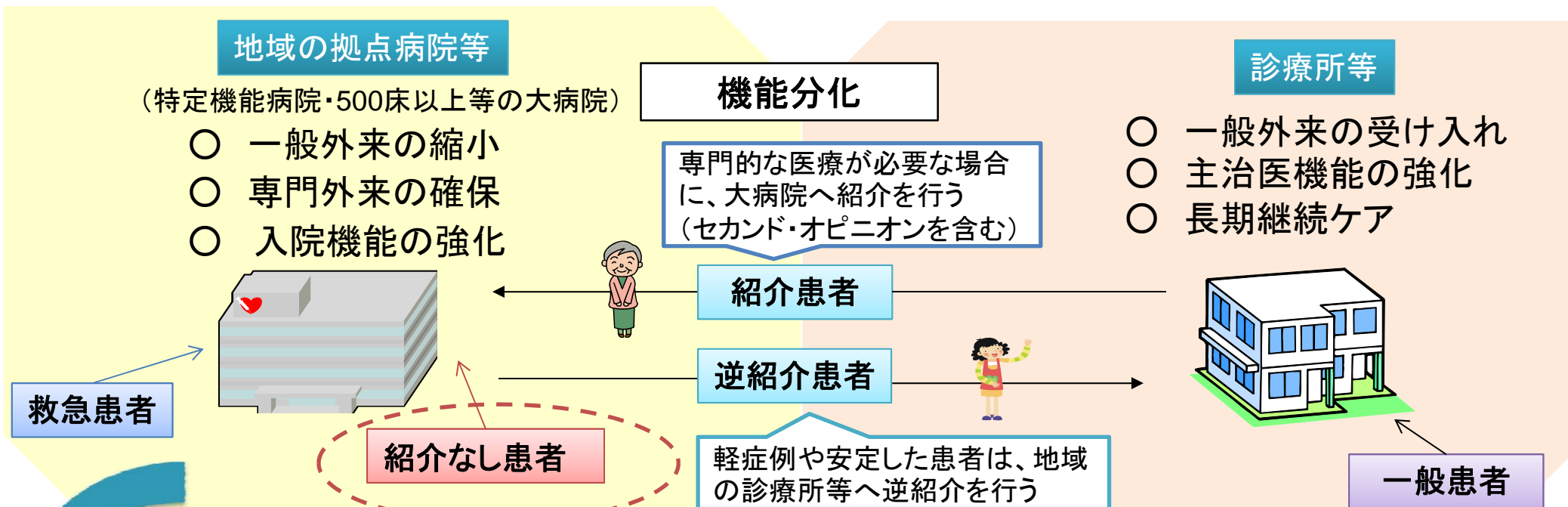
セカンドオピニオンについて

- 診療情報提供料()500点

「治療法の選択等に関して第三者の意見を求める患者からの要望を受けて、診療方針を記載した文書等を患者に提供をした医療機関」が算定出来る。

紹介を受けてセカンドオピニオン外来を行う医療機関については、「自由診療」で取り扱うこととなっている。

外来の機能分化に向けた改定案



初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができる(200床以上に限る)

- 外来の機能分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介率の低い特定機能病院等については、紹介なしに地域の拠点病院等を受診した患者に係る初診料・再診料(外来診療料)を適正な評価とし、すでに導入されている初診料・再診料(外来診療料)に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収する取組みと併せて評価を行ってはどうか
- 専門的な医療が必要な紹介患者を多く診察し、軽症例や安定した患者については、地域の診療所等へ逆紹介を行う取組みについて、診療報酬上の評価を行ってはどうか。
- がんや認知症における、拠点専門医療機関等との連携の評価について、がんや認知症は拠点病院等を中心とした連携の評価を行っていることも踏まえ、がんや認知症に係る専門病院等のセカンド・オピニオン外来については、保険診療上の取扱いとしないという現行の取扱いの見直しを行ってはどうか。

外来受診の役割分担に向けた課題と論点

- 外来医療の役割分担のイメージとして、拠点病院等において専門外来の確保及び一般外来の縮小を行い、診療所等において一般外来の受け入れを拡大することが考えられる。
- 一方、現在の外来患者数は、病院が約170万人、一般診療所が約380万人であり、1施設当たりの入院外件数や外来の医療費の伸び率については大学病院以外と比べ大学病院で高くなる傾向があった。
- 病院と診療所の機能分担を推進するため、初診料や再診料について、選定療養に係る事項を設ける等の評価をしており、また、病院勤務医の負担を軽減する体制において、外来縮小の取り組みを評価している。また、平成22年度改定では、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を拡大した。
- 平成22年改定後、勤務医の負担軽減策を講じる施設が一定程度増え、外来機能の縮小を行った場合は勤務医の負担軽減に一定の効果があったが、外来縮小の取り組みは十分には行われていず、外来業務の縮小が困難な理由として、患者数が多いこと等があげられる。
- 特定機能病院においては、初診患者のうち紹介患者の割合が高いほど、医師一人当たりの初診患者数は減少する傾向があった。

【論点】

- 外来の機能分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介なしに地域の拠点病院等を受診した患者に係る初診料・再診料(外来診療料)を適正な評価とし、すでに導入されている初診料・再診料(外来診療料)に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することと併せて評価を行うことについて、どのように考えるか。
- 専門的な医療が必要な紹介患者を多く診察し、軽症例や安定した患者については、地域の診療所等へ逆紹介を行う取組みについて、診療報酬上の評価をどのように考えるか。
- 病院勤務医の負担の軽減に資する新たな取組みに対する評価の新設の際には、外来縮小を原則とすることについて、どのように考えるか。
- がんや認知症については、拠点病院等を中心とした連携の評価を行っているところであり、セカンド・オピニオンを目的として専門病院等へ紹介された患者に対して、専門病院等のセカンド・オピニオン外来で行われた診療のうち、がんと認知症の拠点専門医療機関等との連携の評価については、セカンド・オピニオン外来は保険診療上の取扱いとしないという現行の取扱いを見直すことについて、どのように考えるか。

1. 特定機能病院等での専門特化外来
- 2. 複数科受診**
3. 他医療機関受診

平成18年度診療報酬改定における 同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

【通則】

同時に2以上の疾病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、初診料又は再診料(外来診療料を含む。)は、1回として算定する

【基本的考え方】

同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、初診料又は再診料を1回のみ算定することとされているが、診療に要する費用、他医療機関の受診との整合性、効率的な医療提供、患者の便益等の観点から、同一医療機関における同一日の複数診療科受診について評価を行うこととする。

【具体的内容】

同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、2つ目の診療科の初診に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定することとする。

- * なお、総合診療外来等については、1つ目の診療科とはみなさない。
- * 2つ目の診療科の初診については、加算点数は算定できない。

同一医療機関における複数科受診の算定の例(外来患者の場合)

受診回数	受診日	A科	B科	C科	D科
1回目	12月1日	初診	初診	初診	
		初診料算定 (270点)	½初診料算定 (135点)	算定できない	
2回目	12月8日	再診			初診
		再診料/外来診療料 算定 (69/70点)	平成18年度改定		½初診料算定 (135点)
3回目	12月15日	再診	再診		
		再診料/外来診療料 算定 (69/70点)	算定できない		

3つ目以降の診療科では、初・再診料は算定できない。

同一日に、2つ目の診療科を再診で受診した場合、再診料(外来診療料)は算定できない

保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科と見なさず、総合外来等を受診した後、新たに別の診療科を受診した場合の総合外来の受診は、初診料・再診料(外来診療料)を算定できない

日本病院団体協議会

「同一医療機関における同一日の複数診療科受診の状況調査」

1.調査目的

- 同一医療機関で同一日に複数科を受診した初・再診料の算定状況と受診者数の把握
- およびこれに基づく医療費への影響額の推計

2.調査対象

- 日病協加盟団体の会員(無作為抽出)

3.調査時期

- 平成22年7月の1ヵ月間

4.調査方法

- 表形式によるアンケート送付方式とし、必要事項のみ空欄に記入する形式

5.回答状況

調査表送付病院数	2, 529
回答病院数	674
回答数(%)	26. 7

日本病院団体協議会

「同一医療機関における同一日の複数診療科受診の状況調査」

調査年	病床規模	患者実人数	外来延べ数	受診科数								
					1科	%	2科	%	3科	%	4科	%
平成22年 7月	200床以上 (n=443)	6,720,885	7,443,147	外来延数	6,077,700	81.7%	1,142,642	15.4%	182,961	2.5%	39,844	0.5%
				実人数		90.4%		571,321		8.5%		60,987
	200床未満 (n=109)	462,500	502,021	外来延数	427,889	85.2%	60,562	12.1%	11,526	2.3%	2,044	0.4%
				実人数		92.5%		30,281		6.5%		3,842
	合計	7,183,385	7,945,168	外来延数	6,505,589	81.9%	1,203,204	15.1%	194,487	2.4%	41,888	0.5%
				実人数		90.6%		601,602		8.4%		64,829

(注) 受診診療科数の細分化されていない病院を除いた集計

日本病院団体協議会

「同一医療機関における同一日の複数診療科受診の状況調査」

	平成22年(平成22年7月の1ヶ月間)					
	200床未満	%	200床以上	%	合計	%
a. 集計対象病院数	164	病院	502	病院	666	病院
b. 合計病床数	21,533	床	237,701	床	259,234	床
c. 平均病床(b÷a)	131	床	474	床	389	床
(1)①初診の患者数(①=②+③+④+⑤)	89,263	14.7	1,038,730	13.0	1,127,993	13.1
②初診料(270点)を算定した患者数	70,180	11.5	679,951	8.5	750,131	8.7
③初診料(135点)を算定した患者数	3,678	0.6	55,431	0.7	59,109	0.7
④再診料を算定した患者数	10,297	1.7	212,364	2.7	222,661	2.6
⑤初再診料を算定できなかった患者数	5,108	0.8	90,984	1.1	96,092	1.1
(2)⑥再診の患者数	519,480	85.3	6,932,494	87.0	7,451,974	86.9
⑦再診を算定した患者数	471,858	77.5	6,104,634	76.6	6,576,492	76.6
⑧再診料を算定できなかった患者数	47,622	7.8	827,860	10.4	875,482	10.2
(3)⑨初診、再診の患者数合計(⑨=①+⑥)	608,743	100.0	7,971,224	100.0	8,579,967	100.0
(4)⑩初再診料を算定できなかった患者数(⑩=⑤+⑧)	52,730	8.7	918,844	11.5	971,574	11.3
⑪再診料(200床未満) / 外来診療料(200床以上)	69	点	70	点		
⑫影響額(⑩×⑪) × 10	36,383,700	円	643,190,800	円	679,574,500	円
⑬一施設あたりの影響額(⑬=⑫/a.)	221,852	円	1,281,257	円	1,020,382	円
⑭一床あたりの影響額(⑭=⑫/b.)	1,690	円	2,706	円	2,621	円

初再診の患者全体のうち、初再診料を算定できなかった患者は、200床未満で8.7%、200床以上で11.5%

(注)初再診料には外来診療料を含む

出典: 日本病院団体協議会 「同一医療機関における同一日の複数科受診の状況調査」結果概要 平成22年10月27日

日病協調査に基づいて、外来患者のうち初再診料を算定できなかった患者に対して再診料を算定した場合に増加する医療費額

①患者数割合に基づいて計算

「平成21年(2009)病院報告」(平成22年9月22日)によると、平成21年度の外来患者延数(年間)は、517,148,265人。200床未満 213,192,910人、200床以上 303,955,355人。

日病協調査によると、初再診料を算定出来なかった患者数は、200床未満8.7%、200床以上11.5%。

従って、初再診料を算定出来なかった患者数は、200床未満 18,547,783人、200床以上 34,954,866人。

患者数割合に基づいた影響額は、373億円。

200床未満	12,797,970,270円	18,547,783人 × 69点 × 10円
200床以上	24,468,406,200円	34,954,866人 × 70点 × 10円
合計	37,266,376,470円	

(注)初再診料には外来診療料を含む

出典:日本病院団体協議会「同一医療機関における同一日の複数科受診の状況調査」結果概要 平成22年10月27日

日病協調査に基づいて、外来患者のうち初再診料を算定できなかった患者に対して再診料を算定した場合に増加する医療費額

②病床数に基づいて計算

「平成21年(2009)医療施設(動態)調査報告」(平成22年9月22日)によると、平成21年10月現在における病院病床数は、1,601,476床。
200床未満 607,104床、 200床以上 994,372床。

日病協調査によると、一床あたり影響額は、
200床未満1,690円、200床以上2,706円。

病床数に基づいた影響額は、446億円。

200床未満	1,026,005,760円	607,104床 × 1690円
200床以上	2,690,770,632円	994,372床 × 2706円
合計	3,716,776,392円	
年間	44,601,316,704円	3,716,776,392円 × 12カ月

(注)初再診料には外来診療料を含む

出典：日本病院団体協議会 「同一医療機関における同一日の複数科受診の状況調査」結果概要 平成22年10月27日

対応案

現行

複数科受診算定の例

A診療科	B診療科	C診療科	算定
初診	初診	初診	初診(270点) + 初診(135点)
初診	再診	再診	初診(135点) + 再診(69点)
再診	再診	再診	再診(69点)のみ

3つ目以降の診療科では、初・再診料は算定できない。

複数科初診料は順番を問わず1/2 (135点)

再診料は2回以上算定できない。

対応案

複数科受診算定の例

A診療科	B診療科	C診療科	算定
初診	初診	初診	初診(270点) + 初診(135点)
初診	再診	再診	初診(135点) + 再診(69点)
再診	再診	再診	再診(69点) + 再診

再診料について、**2科目に限り、再診の一定の評価を行う。**

同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、2つ目の診療科の初診に限り評価をしていることを踏まえた評価

複数科受診に係る課題と論点

- 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を再診した場合は、再診料を1回のみ算定することとされている。



【論点】

- 同一日の複数科受診の再診料を全て認めた場合、経済的影響が非常に大きいものとなるが、平成18年度改定における初診料に関する評価(2科目の初診科について半額の評価を行う)をふまえて、同一日の2科目の再診に関しても一定の評価を行うことについて、どう考えるか。

1. 特定機能病院等での専門特化外来
2. 複数科受診
- 3. 他医療機関受診**

入院中患者の他医療機関受診における「算定方法」¹

入院医療機関

1 DPC対象病棟は除く

	H8	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22
出来高病棟入院料の減額		/						<u>30%</u>
特定入院料等の減額	2			85%	70%	70%	70%	70% ³

・特定入院料等：特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料または特定入院基本料

・出来高病棟：上記を除く入院基本料

2 入院料の減額を行わず、他医療機関での診療に係る費用を入院医療機関で算定し合議で精算

3 特定入院料等に含まれない診療のみが行われた場合は入院料から30%を控除する

他医療機関

	H8	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22
特定入院料等に含まれるもの		×	×	/				
初・再診料				○	○	○	○	○
医学管理等				×	×	×	×	×
在宅				×	×	×	×	×
投薬・注射				×	×	×	×	×
リハビリテーション				×	×	×	×	×
検査・画像・精神・処置・手術・麻酔・病理・放射線・短期滞在手術基本料 ¹				○	○	○	○	○
短期滞在手術基本料 ² 又は ³				×	×	×	×	×

4 (H14-H20)

専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用は算定可能



5 (H22)

専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用は算定可能。
ただし、処方料、処方せん料及び外来化学療法加算は算定不可

(参考)他医療機関における投薬の処方日数について

平成22年度改定前 → 特定入院料等算定病棟：制限なし
出来高病棟：規定なし



平成22年度改定後 → 特定入院料等算定病棟：受診日のみ処方可
出来高病棟：受診日のみ処方可*

* H22.6月4日以降は処方制限なし

入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

(入院中の患者の他医療機関受診の費用について)

H22年度改正前

出来高病棟

他医療機関受診時の規定が明確でなかった。

眼科等の専門的な外来診療を受ける場合
(特定入院料等に含まれる診療が行われた場合に限る)

特定入院料等算定病棟

A医療機関(患者入院中)

入院料から70%減額¹

外来

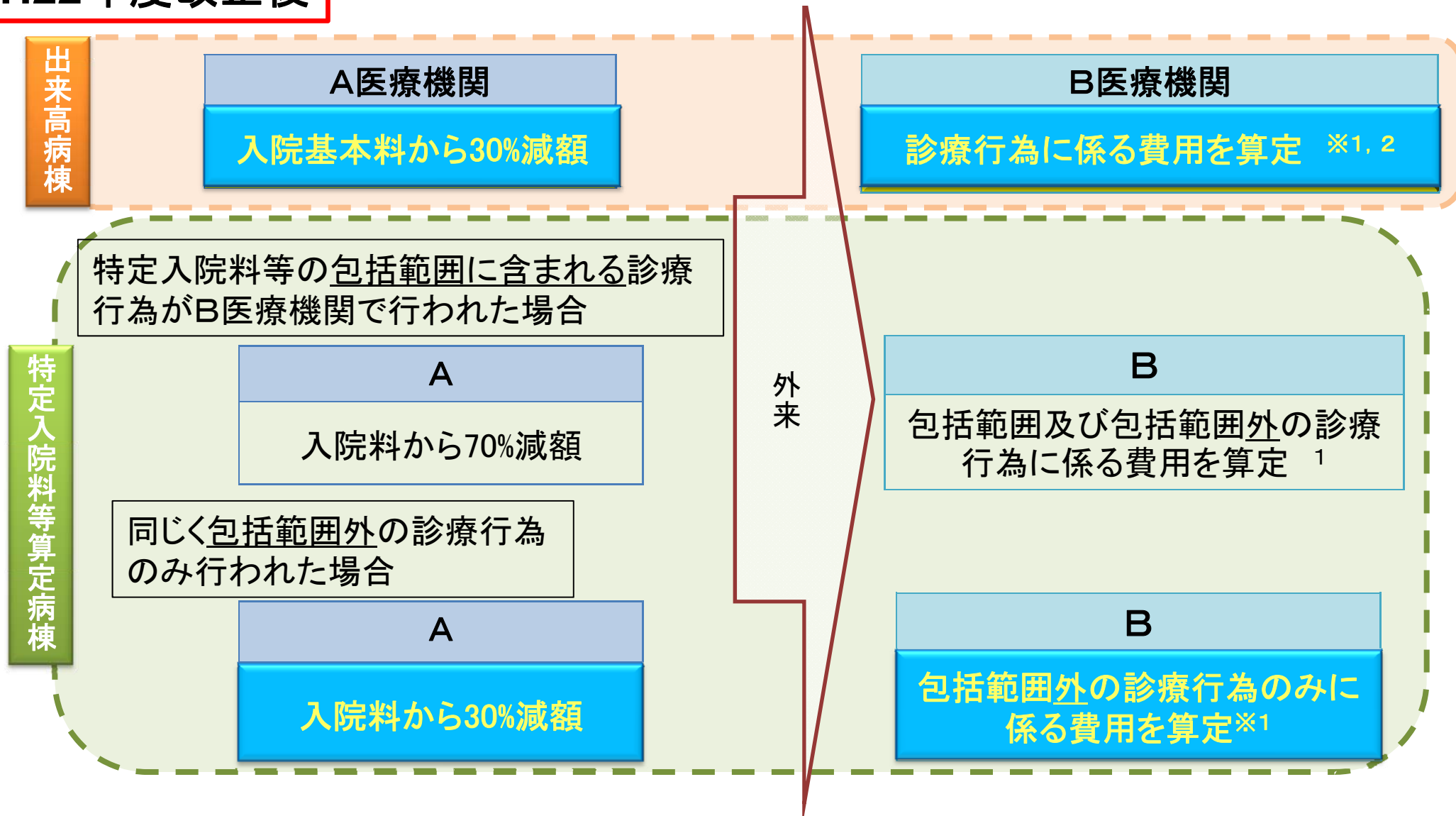
B医療機関

包括範囲及び包括範囲外の
診療行為に係る費用を算定²

¹ 特定入院料等の減額については、
平成14年度改定より 入院料の85%減額
平成16年度改定より 入院料の70%減額
となっている。

² 医学管理、在宅等は算定できない。

H22年度改正後 入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

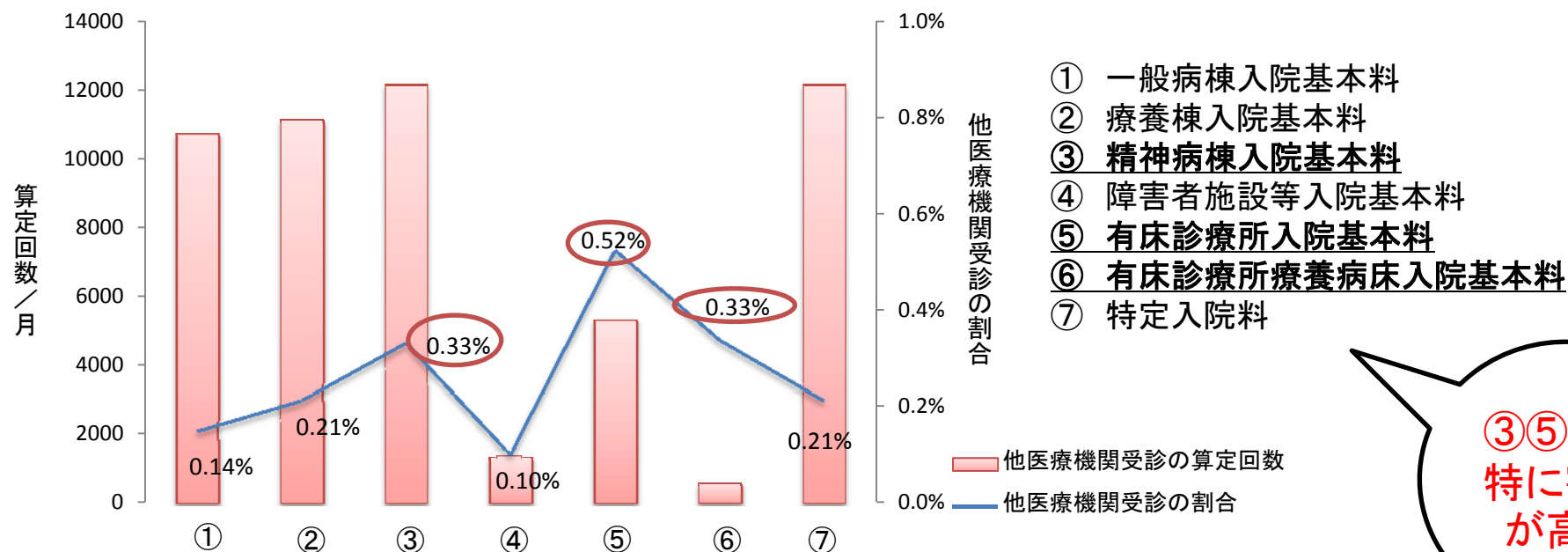


※ Bで診療に係る費用を全く請求しない場合は、AからBに合議で精算することも可能

1 医学管理、在宅等は算定できない。

2 薬剤料については、当初当日分のみ算定可とした。
6月4日より当日分以外も算定できることとした。

他医療機関受診している者の割合



結核病棟入院基本料は社会医療診療行為別調査では他医療機関受診の算定なし

(参考)

入院基本料等を算定しながら他科受診をしている者 37,137件 /月
 入院基本料等を算定しながら他科受診をしている回数 53,351回 /月
 入院基本料等の算定回数のうち他科受診をしている回数の割合 0.2%

出典：平成22年度社会医療診療行為別調査

透析入院患者の状況

慢性透析療法の要約

(日本透析医学会 我が国の慢性透析療法の現況より)

透析療養施設 4,226施設(うち、回答は4,152施設)

参考 全病院数 8,794 有床診療所 11,500

設備 ペーシェント ステーション(透析ベッド) 118,135台

能力 同時透析 116,312人

最大収納能力 393,731人

慢性透析患者 297,126人(うち2.4万人(8.2%)が入院)

・有意の残腎機能の無い患者では「最低週3回以上、週12時間以上の透析」が推奨されている。

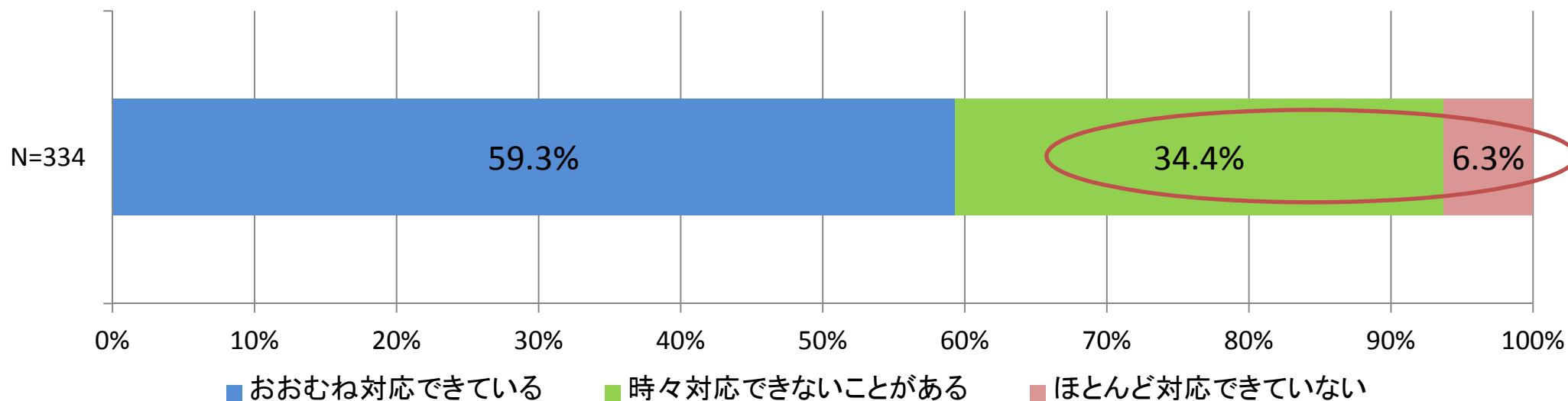
欧州のガイドライン(European Best Practice Guidelines)

◆ 透析患者は頻回の透析治療が必要であるが、慢性透析療法が可能な施設は限られている



透析患者が入院した際は、他医療機関受診が必要な場合がある

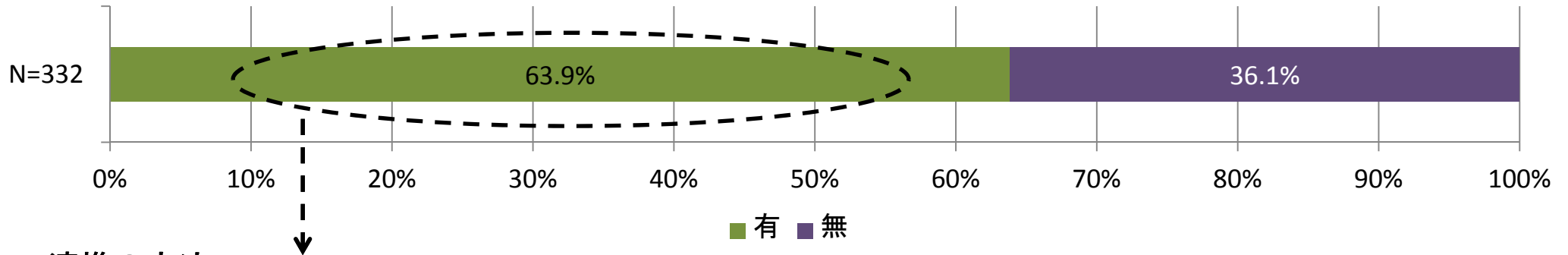
精神病棟入院基本料等算定病棟における 身体合併症患者の対応状況について



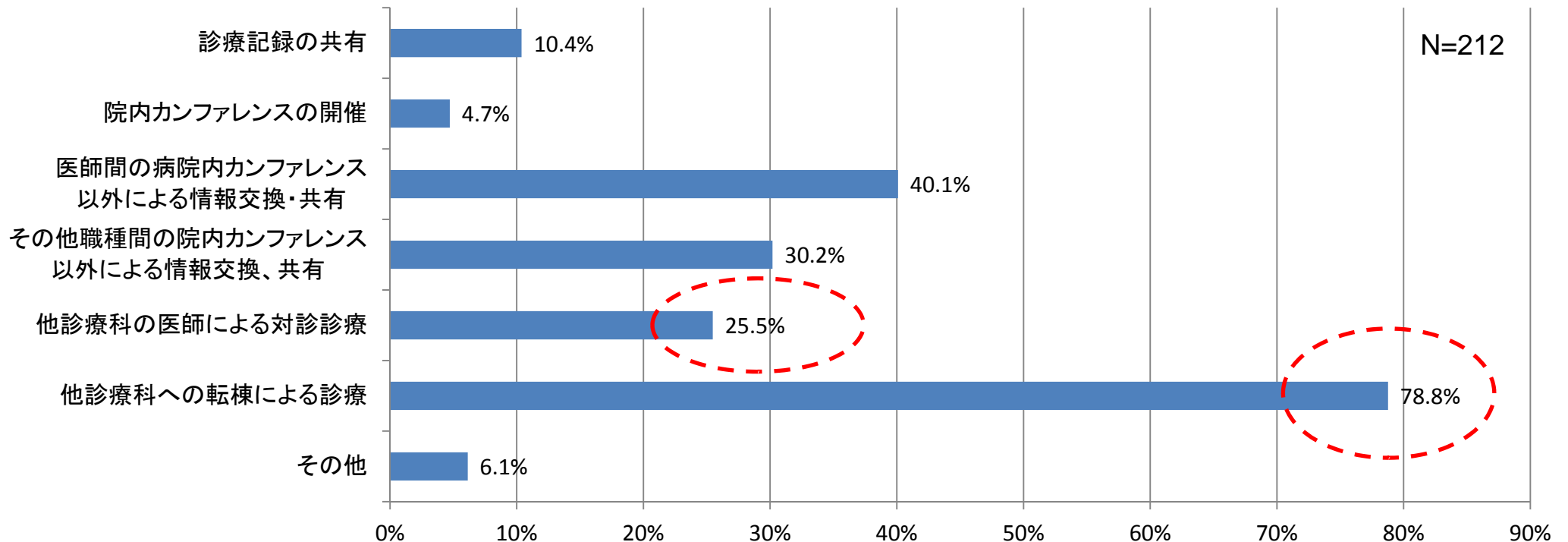
出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査検証調査」

精神病棟入院基本料等算定病棟における 院外他診療科との連携について

院外他診療科との連携の有無



連携の方法

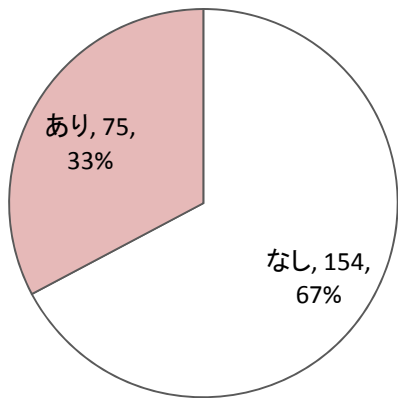


出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査検証調査」

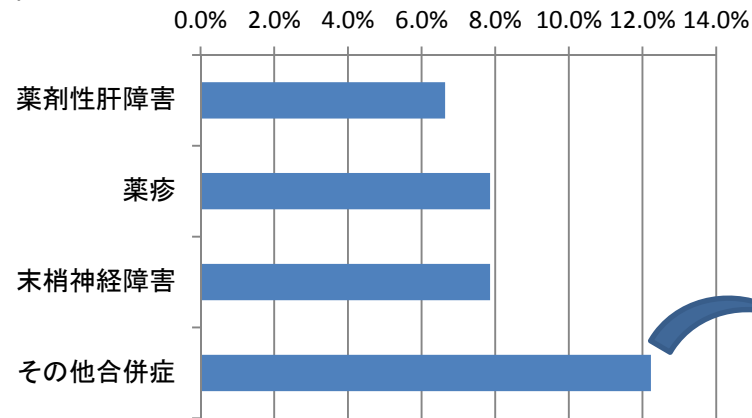
結核入院患者の合併症

- 入院時に何らかの合併症を有している割合は33%であった。合併している合併症では、糖尿病、肝疾患、悪性腫瘍、脳血管疾患が多く見られた。
- 入院中に肺炎、脳卒中等の合併症が発生する例も見られた。

入院時の合併症の有無(n=229)

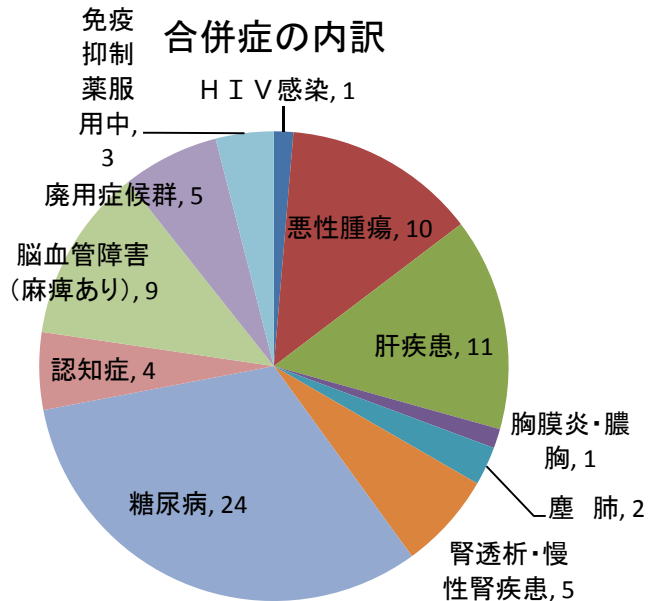


入院中の合併症発症率(n=229)

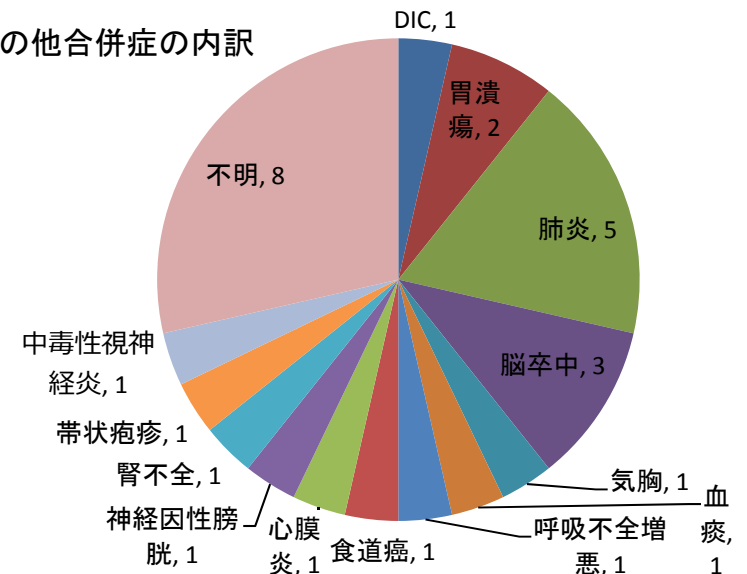


結核予防会調査(n=229)

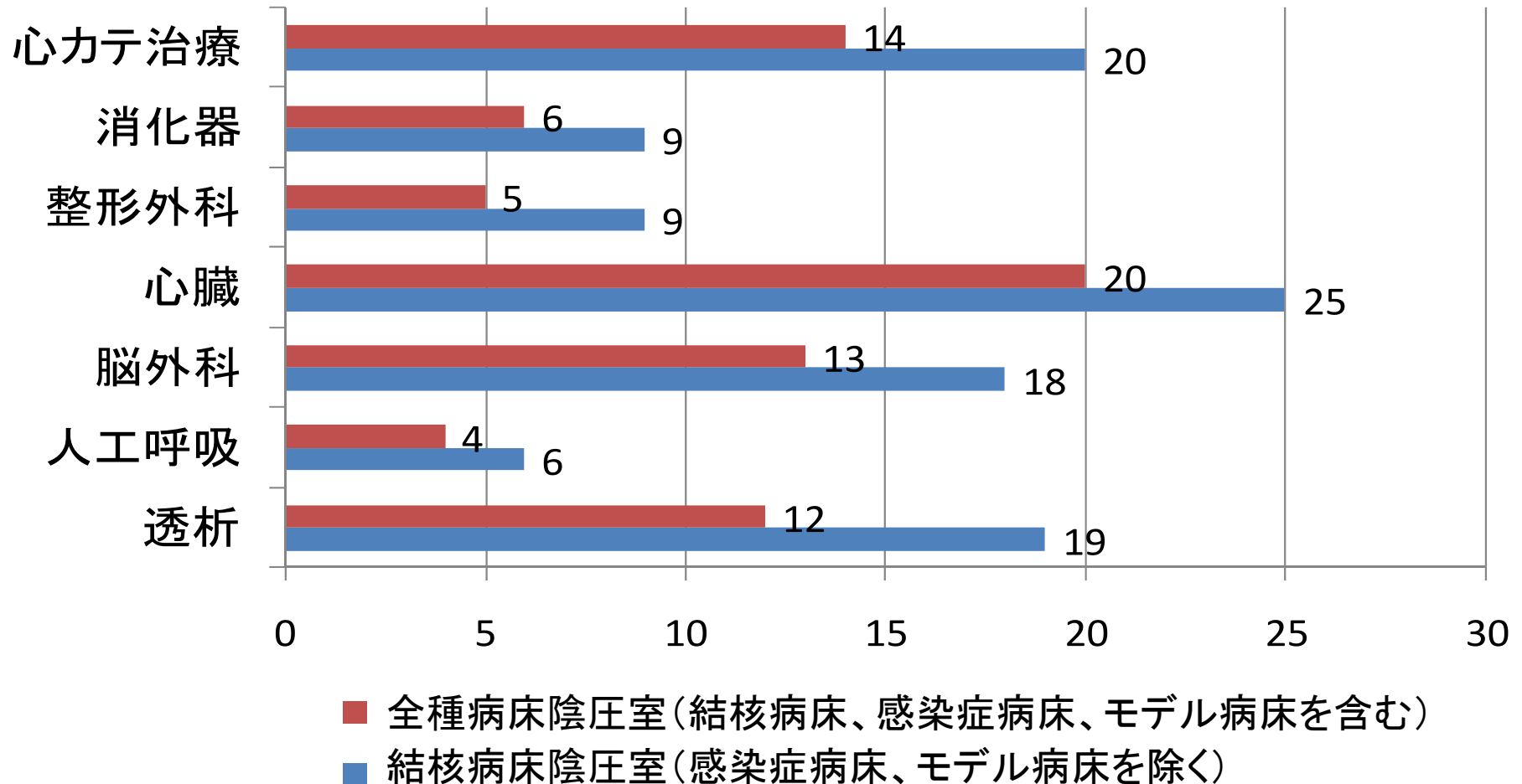
合併症の内訳



その他合併症の内訳

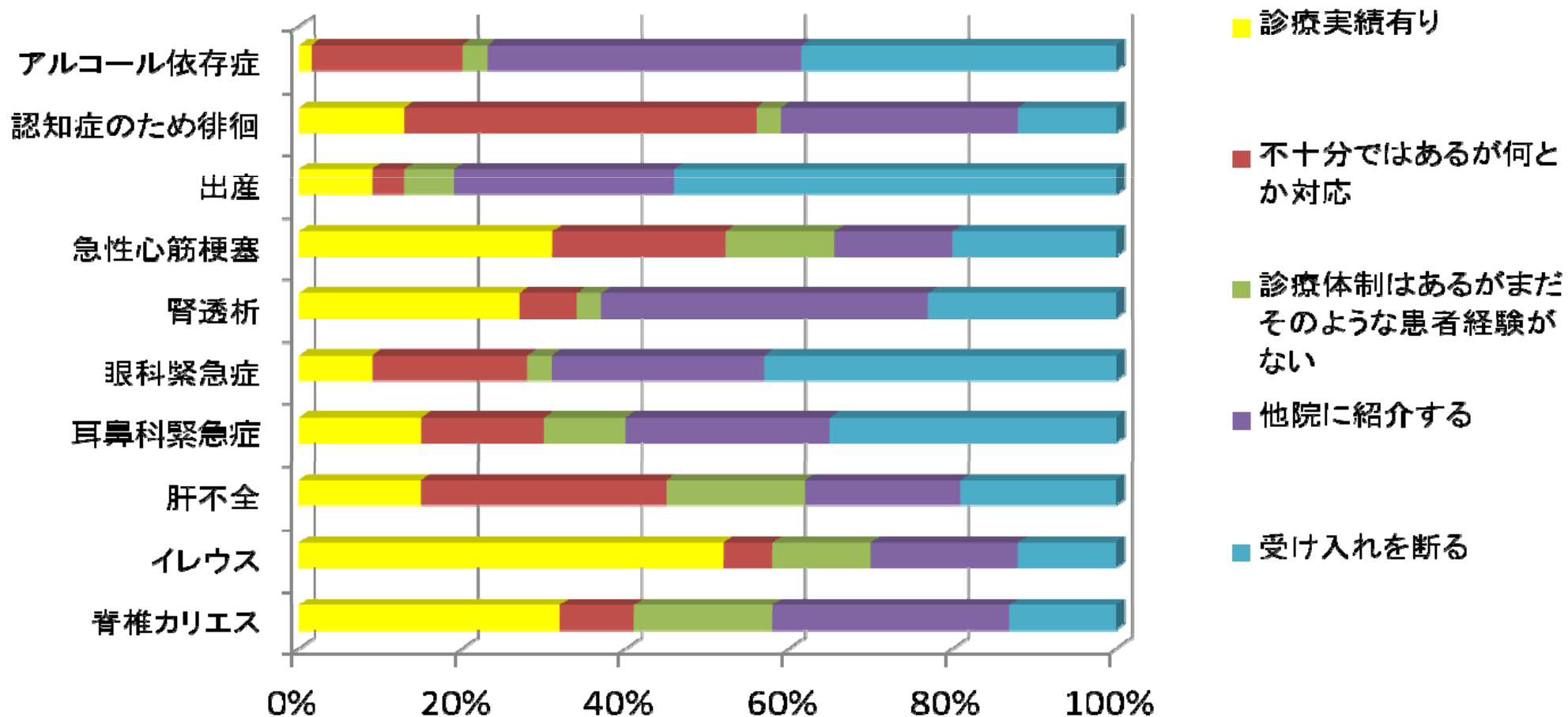


合併症に対応可能な陰圧室をもつ医療機関がない都道府県の数 <都道府県内の結核病床を有する医療機関>



【吉山崇;結核病床の今後のあり方に関する研究.
 平成20年度厚生労働科学研究「結核菌に関する研究」報告書】

感染性結核患者の合併症への対応



【重籐えり子 結核病床における合併症診療に関するアンケート調査 平成20年罹患構造の変化に対応した結核対策の構築に関する研究】

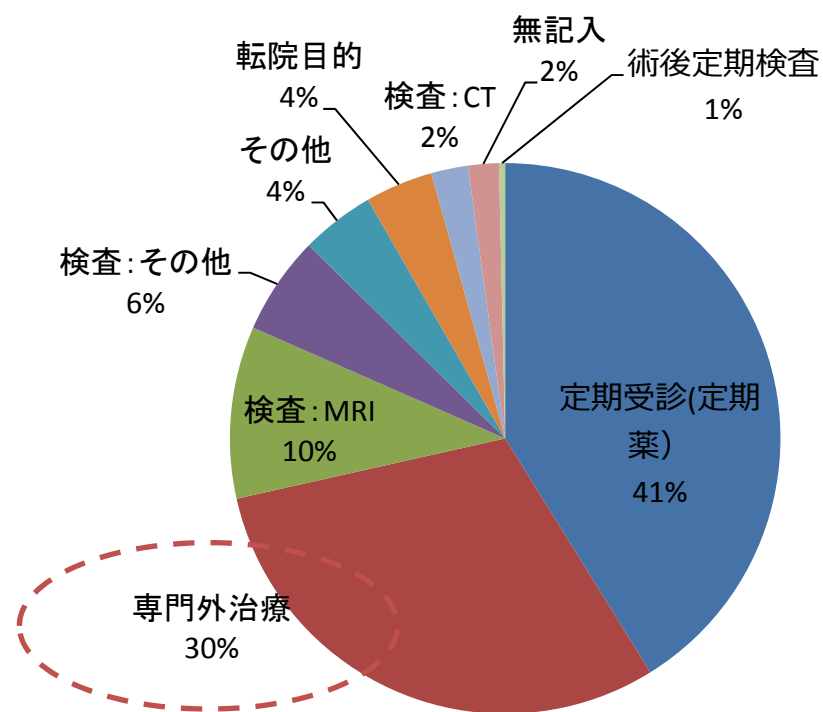
有床診療所における他科受診の状況

有床診療所連絡協議会調べ

- 回答医療機関 49施設

	延べ入院患者数	他科受診者数	他科受診者の割合
平成22年1月1日 ～3月末日	43,316人	265人	(0.6%)
平成23年1月1日 ～3月末日	44,271人	417人	(0.9%)

他科受診目的別(22・23年度)



共同利用が進められている検査について

FDG-PETの評価

- 適用疾患

てんかん若しくは虚血性心疾患の診断
悪性腫瘍(早期胃癌を除く。)の病期診断又は転移・再発の診断

- 施設共同利用率の要件の緩和

該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準
ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。(ただし、特定機能病院、がん診療連携の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律(平成二十年法律第九十三号)第四条第一項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関を除く。)

※PET:ポジトロン断層撮影

(注)その他、光トポグラフィーや中枢神経磁気刺激による誘発筋電図において、施設間での共同利用について評価を行っている。

共同利用を評価している検査を他医療機関受診で行った場合も、入院料からの減額が適用される。

H24年度改正(案)

入院中の患者の他医療機関受診の取扱い(案)

赤字が改正案



ただし、Bで診療に係る費用を全く請求しない場合は、AからBに合議で精算することも可能

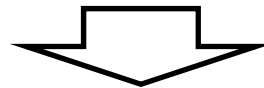
(注) 特定入院料等算定病棟: 特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料

- 1 共同利用が進められている検査のために他医療機関受診を行った場合
- 2 医学管理、在宅等は算定できない。
- 3 慢性維持透析患者外来医学管理料は算定可能(特定入院料等算定病棟については、精神病床で特定入院料を算定している者又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している者に限る)
- 4 特定入院料等に含まれない診療のみが行われた場合
- 5 精神病床で特定入院料を算定している者又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している者が透析治療のために他医療機関受診を行った場合

他医療機関受診にかかる課題と論点

- 現在、DPC 対象病院以外の医療機関において他医療機関受診を行った場合、入院基本料については30%あるいは70%を控除した点数を算定する。(DPC対象病院は合議で精算)
- 精神病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料では特に他医療機関受診の割合が高く、これはそれらの病棟で合併症を管理することが困難であることが理由としてあげられる。
- また、結核病棟においても合併症を管理することが困難である。
- 透析患者については、頻回な透析が必要であるが、透析治療が可能な医療機関は限られており、他疾患で入院した場合などは、他医療機関受診が必要となる。

【論点】



- 病棟の特徴から、他医療機関受診の必要性がやむを得ないと考えられる場合(精神病床・結核病床・有床診療所から他医療機関を透析のために受診する場合等)について、入院中の他医療機関受診の際の入院基本料の減額幅を縮小することをどう考えるか。

後発医薬品の使用促進のための 環境整備について (その2)

～課題と論点、その対応案～

1. 調剤報酬・診療報酬上の取組み

(1) あらかじめ提案された課題等

- ①後発医薬品調剤体制加算について
(調剤報酬関連)

○平成22年度診療報酬改定における後発医薬品使用促進策

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

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価する。

改定前	平成22年度改定後									
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 （処方せんの受付1回につき） 4点</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 （処方せんの受付1回につき）</p> <table border="1"> <tr> <td>1 20%以上</td> <td>6点</td> <td>改</td> </tr> <tr> <td>2 25%以上</td> <td>13点</td> <td>改</td> </tr> <tr> <td>3 30%以上</td> <td>17点</td> <td>改</td> </tr> </table>	1 20%以上	6点	改	2 25%以上	13点	改	3 30%以上	17点	改
1 20%以上	6点	改								
2 25%以上	13点	改								
3 30%以上	17点	改								
<p>[施設基準] 直近3か月間の処方せんの受付回数 のうち、後発医薬品を調剤した処方せ んの受付回数の割合が30%以上であ ること。</p>	<p>[施設基準] 直近3か月間の<u>医薬品の調剤数量</u> <u>（調剤した医薬品について薬価基準上</u> <u>の規格単位ごとに数えた数量のことを</u> <u>いう。）のうち、後発医薬品の調剤数</u> <u>量の割合が、それぞれ、上記のとおり</u> <u>であること。</u></p>									

○調剤率算出にあつての課題

(現 状)

- 一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品より高くなっていることから、これらの品目は、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外している。
- 調剤率の算出にあたり、「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、調剤数量から除外している。



(検討課題)

- 先発医薬品より高い後発医薬品の扱いについては、薬価のあり方のほか、診療報酬上の扱いをどのように考えるか。
- 調剤率算出にあたり、「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」の扱いと同様に、除外を検討すべき薬剤はないか。

○課題と論点

検証部会の調査結果では、平成23年の後発医薬品調剤率(数量ベース)は平成22年と比較してわずかではあるが増加しているとともに、個々の保険薬局においても、調剤率が高い方に移行してきている。

その一方、約半数の保険薬局は依然として本加算を算定しておらず、保険薬局の対応は二極化している。



- ◆このような状況を踏まえ、保険薬局のさらなる取組を促すため、未だ「後発医薬品調剤体制加算1」も算定出来ていない薬局に対するインセンティブを維持しつつ、全体の数量をさらに引き上げるためのインセンティブとなるよう、算定要件を含めた加算の在り方について、どのように考えるか。
- ◆調剤数量算定にあたってのインセンティブを合理的に確保する観点から、診療報酬上の後発品の扱い、あるいはその他薬剤の算定上の扱いをどのように考えるか。

【調剤率の算出方法について】

○総会（11月9日）での委員の主な発言

- 先発医薬品より高い薬価の後発医薬品の扱いは現在のもので良い。（三浦委員）
- 後発医薬品のない薬剤については、調剤率算定の上で分母から外すことも考える余地があるのではないか。（三浦委員）

○対応案



- ◆ 「先発医薬品より高い後発医薬品」については、現行どおり「診療報酬において加算等の対象となる後発医薬品」から除外してはどうか。
さらに、「先発医薬品と同額の後発医薬品」についても、除外してはどうか。
- ◆ 「生薬」及び「漢方製剤」については、後発医薬品が存在せず、処方せんを受け付けた薬局における数量ベースでの後発医薬品の使用割合を引き下げている。
薬局へのインセンティブを確保するとの観点から、「生薬」及び「漢方製剤」についても、現行の「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」の扱いと同様に、除外をすることとしてはどうか。

【参考】「生薬」及び「漢方製剤」を除外した場合の後発医薬品の使用状況割合（数量ベース）

平成23年3月審査分 ＜現行どおりの場合＞ ※「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」 を除外	平成23年3月審査分 ＜「生薬」及び「漢方製剤」を除外した場合＞	《参考》平成23年3月審査分 ＜「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、 「生薬」及び「漢方製剤」を除外しない場合＞
22.7%	24.3%	22.1%

注1) 少数点第2位以下を四捨五入している。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

出典：最近の調剤医療費の動向（調剤メディアス）（保険局調査課特別集計）

【加算の在り方について】

○総会(11月9日)での委員の主な発言

- 45%近い薬局が算定要件に達していないことは、様々な理由があつてのことであり、この仕組み(20%の評価)を維持した上でさらに目標を上げていくような検討をしていただきたい。(三浦委員)
- 現在の調剤率が22.4%であるなら、「調剤体制加算1(20%以上)」は廃止してメリハリを付けた加算の方が良いのではないか。(小林委員)

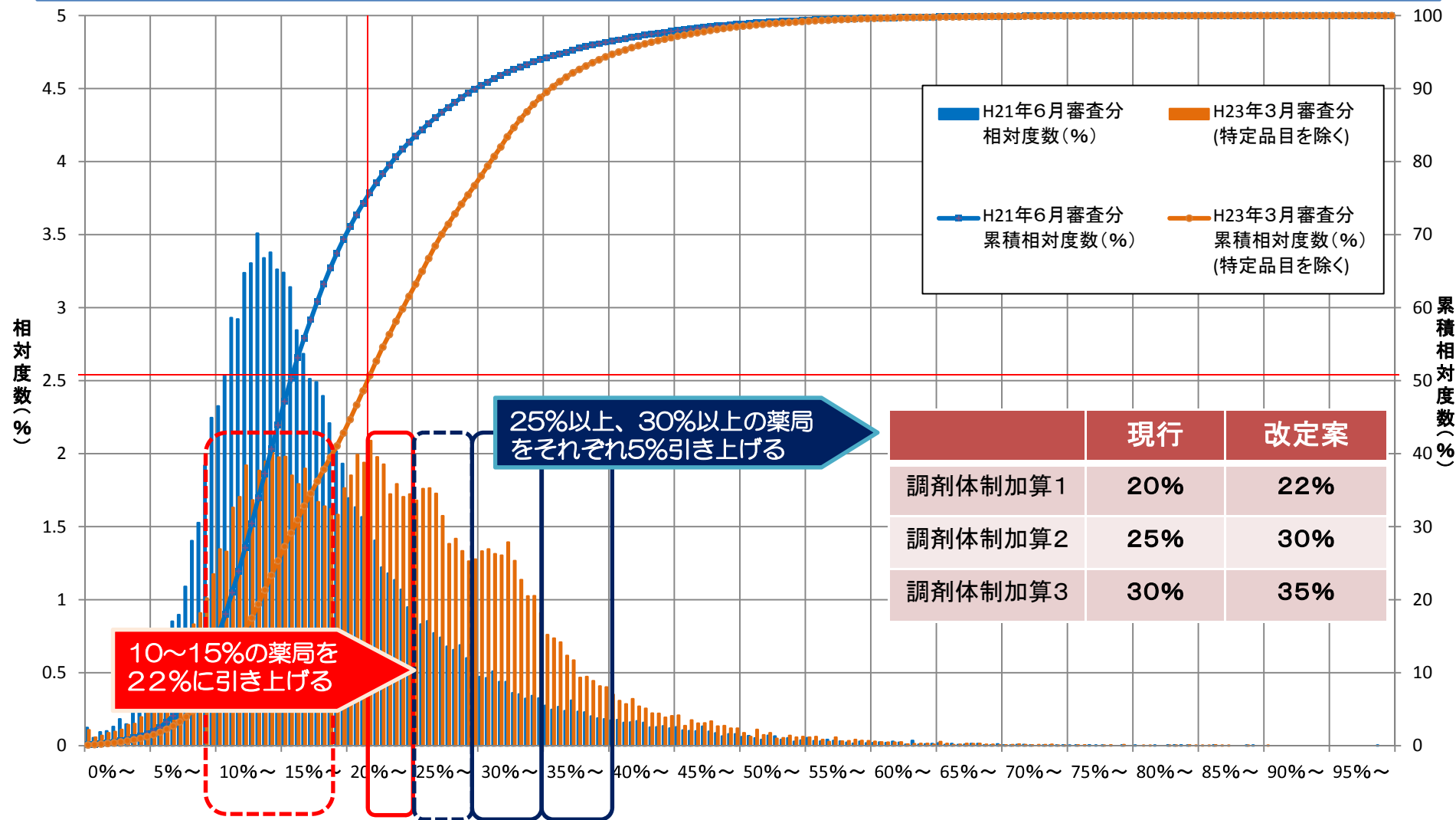
○対応案



- ◆ 「生薬」及び「漢方製剤」を除外した場合の後発医薬品全体の調剤率が2%程度上昇すること、現に加算を算定している保険薬局の更なる取組を促すために、「調剤体制加算2、3」の数量割合を引き上げてはどうか。
- ◆ また、加算を算定していない保険薬局(特に調剤率が10から15%の薬局)についても引き続き取組を促すために、「調剤体制加算1」の数量割合は算出方法を考慮し、現状維持を基本としてはどうか。
なお、点数についてはメリハリをつけてはどうか。

	現行	改定案
調剤体制加算1	20%	22%
調剤体制加算2	25%	30%
調剤体制加算3	30%	35%

後発医薬品の使用状況割合(数量ベース)別 保険薬局数の分布



注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成21年6月審査分及び平成23年3月審査分を集計対象としたものである。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 「特定品目」とは、「経腸栄養成分剤」及び「特殊ミルク製剤」をいう。

出典:最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

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について
(調剤報酬関連)

○課題と論点

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、実際に受け取っている患者はまだ少ない。

患者が後発医薬品に切り換えようと思ったきっかけの中には、薬剤師からの説明や後発医薬品に関する宣伝等の割合が高い。

一方で、薬局で後発医薬品への変更を希望しながら、「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」を知らない患者がいる。



◆このような状況を踏まえ、後発医薬品に関する情報提供(価格情報を含む)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」を活用することをどのように考えるか。

○薬剤情報提供文書における後発医薬品の情報提供例

一部の保険薬局においては、薬剤情報提供文書に、調剤した医薬品の服用に関する情報のほか、後発医薬品の備蓄状況や差額に関する情報も記載している。

<取組例>

§ 処方薬について §

ID: 000001
性別: []
氏名: []
生年月: []

平成23年10月21日
受付No: []
医療機関: []
診療科: []
処方医: []

次のお薬は、1日3回 毎食後 14日分です。
ロキソニン錠60mg
調剤コード: SANKYO/157

1回 1錠 (計42錠) 錠剤ごくうすい紅色

消炎、鎮痛、解熱剤です。
発熱によって起こっているはれをとおり、痛みをやわらげ、熱を下げる作用があります。
胃痛、吐き気、食欲不振などの胃腸症状がおこることがあります。胃、十二指腸潰瘍の既往のある方は医師に申し出て下さい。

ムコダイン錠250mg
調剤コード: KP256

1回 1錠 (計42錠) 錠剤白

呼吸器系に作用する薬です。
痰を吐き出しやすくする、気管支粘膜の修復を促すなどの作用や慢性副鼻腔炎の膿を排出する作用があります。
まれに、胃の不快感などおこることがあります。

次のお薬は、1日2回 朝夕食後服用 14日分です。
ムコスタ錠100mg
調剤コード: M33

1回 1錠 (計28錠) 錠剤白

消化器系に作用する薬です。
胃の粘膜を保護する作用と、潰瘍ができて傷ついた部分を修復する作用があるので、症状を軽くし治癒を助けます。
まれに便秘、腹部膨満感などおこることがあります。

次のお薬は、外用
ホクナリンテープ2mg (計10枚) 貼付剤白

呼吸器系に作用する薬です。
気管支をひろげて呼吸を楽にします。
手のふるえや動悸などおこることがあります。また、貼付部位がかゆくなったり赤くなったりすることがあります。

◆ 患者さまご自身が服用(使用)する大切なお薬です。お薬の内容と説明文をご確認の上、不明な点について、当薬局までご連絡下さいませようお願い致します。
◆ お薬を服用または使用した後で、何か変だなと思ったら、すぐに主治医または薬剤師にお申し出下さい。
◆ 他の医療機関(病院や医院、歯科医院など)を受診する際には、この説明文をご提示ください。
◆ お薬の写真は印刷ですので、実際のものとは若干色合いが異なる場合があります。

[]

1/1

§ 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更について § 1/2

ID: []
性別: []
氏名: []
生年月: []

平成23年10月21日
受付No: []
処方医: []
診療科: []
処方医: []

●当薬局では、以下の後発医薬品(ジェネリック医薬品)を備蓄しております。

◆ リンゾリーズ錠0.0mg

区分	写真	剤形	特性	商品名	一般名	製造会社	規格単位	単位薬剤料	1日量	処方日数	薬剤料合計	処方薬との薬剤料の差
先発		錠	普通	ロキソニン錠60mg	ロキソニン	第一三共	60mg	20.3円	3錠	14日分	853円	-
後発		錠	普通	リンゾリーズ錠0.0mg	ロキソプロフェンナトリウム錠	精進堂	0.0mg	8.5円	3錠	14日分	357円	496円

◆ C-オステン錠250mg

区分	写真	剤形	特性	商品名	一般名	製造会社	規格単位	単位薬剤料	1日量	処方日数	薬剤料合計	処方薬との薬剤料の差
先発		錠	普通	ムコダイン錠250mg	カルボシステイン錠	吉林	250mg	10円	3錠	14日分	420円	-
後発		錠	普通	C-オステン錠250mg	カルボシステイン錠	鶴原	250mg	5.6円	3錠	14日分	235円	185円

◆ レバミド錠100mg「JG」

区分	写真	剤形	特性	商品名	一般名	製造会社	規格単位	単位薬剤料	1日量	処方日数	薬剤料合計	処方薬との薬剤料の差
先発		錠	普通	ムコスタ錠100mg	ムコスタ	大塚製薬	100mg	19.3円	2錠	14日分	540円	-
後発		錠	普通	レバミド錠100mg「JG」	レバミド錠(100mg)	日本ジェネリック	100mg	11.7円	2錠	14日分	328円	212円

◆ ツロプテロールテープ2mg「日医工」

区分	写真	剤形	特性	商品名	一般名	製造会社	規格単位	単位薬剤料	1日量	処方日数	薬剤料合計	処方薬との薬剤料の差
先発		貼付剤	-	ホクナリンテープ2mg	ツロブテロール貼付剤	アポット	2mg	93.1円	-	10枚	931円	-
後発		貼付剤	-	ツロプテロールテープ2mg「日医工」	ツロブテロール貼付剤	日医工	2mg	54.9円	-	10枚	549円	382円

§ 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更について § 2/2

ID: []
性別: []
氏名: []
生年月: []

平成23年10月21日
受付No: []
処方医: []
診療科: []
処方医: []

※ 差額、および患者様負担金額はあくまで参考値です。実際の負担金額と異なる場合がございます。

■今回処方分				患者様負担差額(10割負担)
処方薬剤料合計	後発品薬剤料合計	薬剤料差額		
2,744円	1,469円	1,275円		1,275円

■年間量 ※内服薬のみ				患者様負担差額(10割負担)
処方薬剤料合計	後発品薬剤料合計	薬剤料差額		
47,268円	23,981円	23,287円		23,287円

2011/10/21 14:58:13

○総会(11月9日)での委員の主な発言

- 薬剤情報提供文書に「薬局に備蓄している後発医薬品の情報」や「後発品の値段」を記載することは可能であると考え。患者は調剤された薬剤が「先発医薬品か後発医薬品か」、「後発医薬品のない先発医薬品か」についてもわからないので、その点も情報提供をすることが必要。 (三浦委員)
- 薬を受け取ったその場で差額通知を提示すると効果があると思う。是非検討していただきたい。 (小林委員)
- 後発医薬品の値段にはばらつきがあり、リストを提示し、安い後発医薬品がない薬局では、患者が混乱を来すことから、値段の提示を義務化する際は何らかの対応を検討する必要がある。 (嘉山委員、三浦委員)



○対応案

- ◆ 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、後発医薬品に関する情報提供を行うことを評価してはどうか。
- ◆ 後発医薬品に関する情報については、次の内容としてはどうか。
 - ①後発医薬品の有無、②価格、③在庫情報

③後発医薬品使用体制加算について
(診療報酬関連)

○平成22年度診療報酬改定における後発医薬品使用促進策

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

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する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、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。

⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点（入院初日）

[算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

該当する主な入院基本料：

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（いずれも特別入院基本料を含む。）ただし、DPC算定病棟の入院患者は対象外

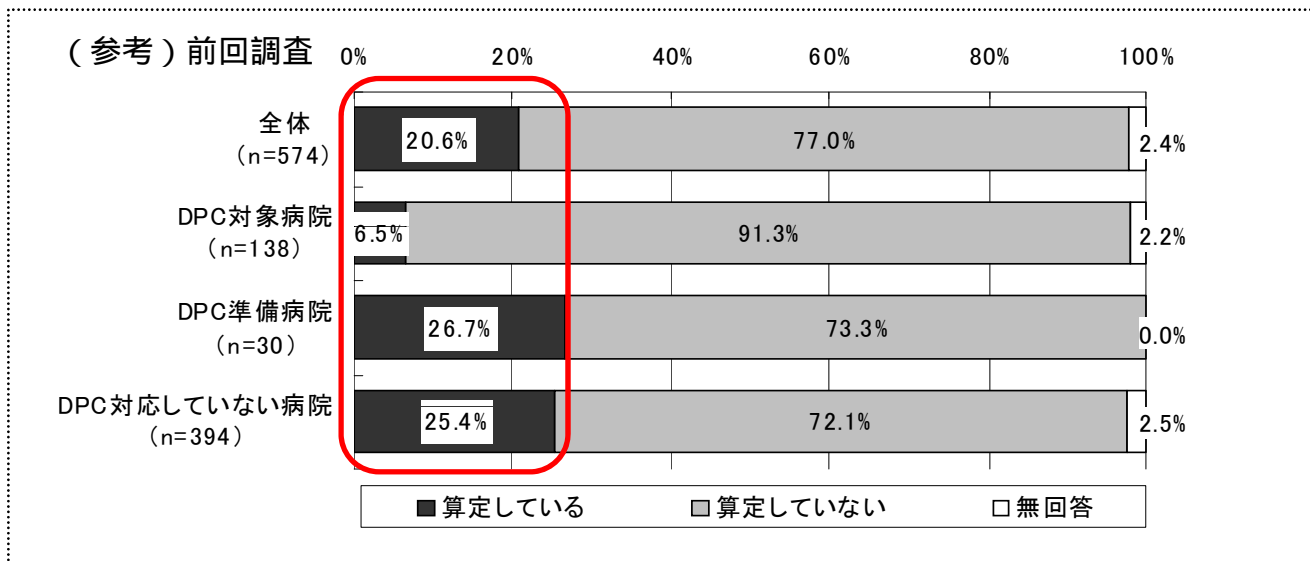
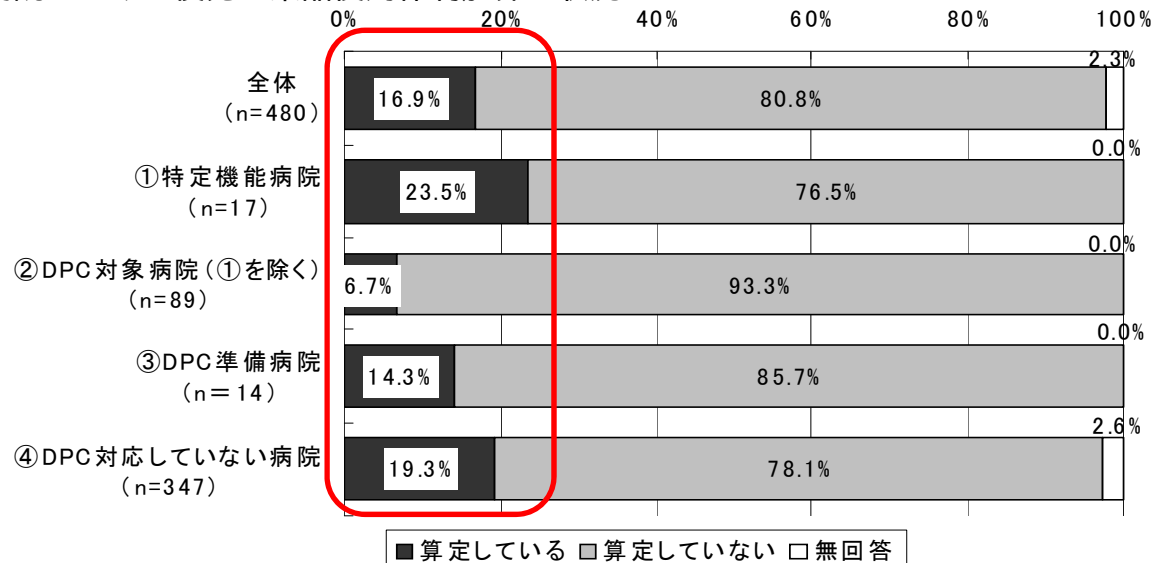
[施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

○検証調査のデータ

平成23年度調査の結果においても、加算を算定している病院は依然として少ない。

図表 101 病院における後発医薬品使用体制加算の状況



○課題と論点

平成22年度改定におい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%以上の場合の加算を創設したところである。

しかしながら、検証部会の調査結果では、加算を算定している病院は平成23年度においても、依然として少ない状況である。

また、検証部会の調査結果では、病院における入院患者への後発医薬品の使用を進める要件及び医師の使用を進める要件として、「処方する際の診療報酬上の評価」という回答があった。



- ◆このような状況を踏まえ、医療機関におけるさらなる取組をすすめるため、保険薬局における後発医薬品調剤体制加算を視野に入れつつ、どのような対応策が考えられるか。

○病院における後発医薬品の採用割合について

日本病院薬剤師会が実施した「平成23年度病院薬剤部門の現状調査」によれば、後発医薬品の採用割合(品目ベース)が「30%以上」である病院は、病院合計3,823施設のうち、398施設(10.4%)あった。

平成23年度 後発医薬品 採用割合 品目ベース (%) -総合	特定機能病院 (79施設)				DPC対象病院 (特定機能は除く) (987施設)				DPC準備病院 (120施設)				左記以外の病院 (2,637施設)				病院合計 (3,823施設)			
	施設数	施設 割合	施設数 累積	施設 割合 累積	施設数	施設 割合	施設数 累積	施設 割合 累積	施設数	施設 割合	施設数 累積	施設 割合 累積	施設数	施設 割合	施設数 累積	施設 割合 累積	施設数	施設 割合	施設数 累積	施設 割合 累積
100	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
90以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
80以上	0	0.0%	0	0.0%	2	0.2%	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	0.2%	5	0.2%	6	0.2%	7	0.2%
70以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.2%	11	0.4%	6	0.2%	13	0.3%
60以上	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	3	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	14	0.5%	25	0.9%	15	0.4%	28	0.7%
50以上	0	0.0%	0	0.0%	2	0.2%	5	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	33	1.3%	58	2.2%	35	0.9%	63	1.6%
40以上	0	0.0%	0	0.0%	4	0.4%	9	0.9%	1	0.8%	1	0.8%	99	3.8%	157	6.0%	104	2.7%	167	4.4%
30以上	0	0.0%	0	0.0%	12	1.2%	21	2.1%	2	1.7%	3	2.5%	217	8.2%	374	14.2%	231	6.0%	398	10.4%
20以上	3	3.8%	3	3.8%	108	10.9%	129	13.1%	24	20.0%	27	22.5%	670	25.4%	1,044	39.6%	805	21.1%	1,203	31.5%
10以上	14	17.7%	17	21.5%	453	45.9%	582	59.0%	33	27.5%	60	50.0%	738	28.0%	1,782	67.6%	1,238	32.4%	2,441	63.9%
1以上	62	78.5%	79	100.0%	392	39.7%	974	98.7%	54	45.0%	114	95.0%	777	29.5%	2,559	97.0%	1,285	33.6%	3,726	97.5%
0	0	0.0%	79	100.0%	13	1.3%	987	100.0%	6	5.0%	120	100.0%	78	3.0%	2,637	100.0%	97	2.5%	3,823	100.0%

出典：日本病院薬剤師会

○総会(11月9日)での委員の主な発言

○ 医療機関や医師が一番求めているのは、品質の保証である。点数を付ければ後発品の処方が増えるという浅ましい理解を持ってほしくない。患者の経済的な状況にも関連することから、後発品を使用することについては反対しない。
(安達委員)



○対応案

- ◆ 「後発医薬品の品質確保」については、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の取組を実施していくこととしており、これに加え、(後述)の取組を行うこととしたい。
- ◆ 品質確保への取組と並行し、医療機関における後発医薬品の使用に向けたさらなる取組をすすめるために、現行の採用品目数の割合「20%以上」に加え、「30%以上」の評価を加えてはどうか。

④ 処方あるいは処方せんの在り方について

○課題と論点

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は、「一般名処方が普及すること」との回答が最も多く、医師に望むこととして、「一般名処方がすすむこと」との回答があった。

その一方、医師の立場として後発医薬品の処方を進める要件として、「一般名処方を行いやすくする環境の整備」との回答があった。

検証部会の調査結果では、「後発医薬品への変更不可」欄に署名がある処方せんの割合は31.0%と減少傾向にある。

その一方、主に一部の医薬品が変更不可であるにもかかわらず、「すべてを変更不可」として署名をしたケースもあるのではないかと伺える。

また、保険薬局においては、後発医薬品の調剤について「薬効によっては取り組んでいる」との回答が29.4%あり、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこととして、「患者が希望する場合、処方せんに変更不可の署名をしないこと」、「一般名処方とすること」との回答が多かった。



◆このような状況を踏まえ、保険薬局における医薬品（特に後発医薬品）の在庫管理の負担を軽減するため、

①医師が一般名処方を行うこと、

諸外国の様式を参考にしつつ、

②個々の医薬品について、変更の可否を明示する（個別の変更不可欄を設ける等）様式に変更すること

について、どのように考えるか。

○「一般的名称への提案機能」を有する医薬品オーダーシステム
(イメージ図)



薬剤名	
1	ガスター 20
2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 一般名で処方しますか </div>
3	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">はい</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">いいえ</div> </div>

①「ガスター20」と入力してEnterキーを押すと、警告表示が出る。
「一般名で処方しますか」

②一般名処方をする場合は「はい」をクリック
↓
一般的名称に自動変更

②銘柄処方をする場合は「いいえ」をクリック
↓
銘柄名に自動変更

薬剤名	
1	ファモチジン錠20mg
2	
3	

薬剤名	
1	ガスター錠20mg
2	
3	



③院外処方せん発行時に一般的名称で薬剤名が記載される

③院外処方せん発行時に銘柄名で薬剤名が記載される

初期の改修費用、運用時のメンテナンス(医薬品情報の加除修正)費用が必要

【一般名処方の推進について】

○総会(11月9日、16日)での委員の主な発言

- 一般名処方¹の推進方策を検討していただきたい。 (三浦委員)
- 一般名処方について、検証調査の結果では薬局も望んでおり、医者も環境整備を望んでおり、一般名処方を原則として普及したら良いのではないか。 (小林委員)
- 一般名処方を行った場合、保険薬局で処方者が意図していないような高い薬剤が調剤されて205円/日を超え、7種類以上の内用薬を処方したとして、処方せん料が変わってしまうことが起こり得るので、そのあたりを配慮する必要がある。 (安達委員)

【参考】処方せん料の算定について

【処方せん料】

- | | |
|---|-----|
| 1 7種類以上の内服薬の投薬
(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)
を行った場合 | 40点 |
| 2 1以外の場合 | 68点 |

【H22. 3. 5付医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 関連部分抜粋】

(4) 多剤投与の場合の算定

ア「注2」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。



○対応案

- ◆ 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、医師が一般名処方を行うことを推進することとしてはどうか。
- ◆ なお、推進にあたり、処方せん発行システムの改修の費用として、一部の関係者によれば数十万円程度を要するといわれているが、この費用についてどのように考えるか。
- ◆ 一般名処方を行った場合の処方せん料の算定において、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち一番薬価が低いものを用いて計算することとしてはどうか。
- ◇ なお、保険薬局においては、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」に規定する「後発医薬品の調剤の努力義務」について適切に対応することとなる。

【処方せん様式の変更について】

○総会(11月9日)での委員の主な発言

- ドイツの処方せんは3カ所しかチェックできない様式であり、日本の場合は薬の種類が多い方もおり、ある程度まとめられる様式が有効である。医師の負担を増やして処方を減らそうというのは、姑息な手段である。(鈴木委員)
- 一部の病院の処方せんにおいて、後発品変更不可を事前に印刷されている例があると聞く。療担規則の趣旨に逸脱していると考えられ、個別の対応には限界があることから一歩踏み込んだ対策を検討していただきたい。(小林委員)
- 後発品を銘柄指定したうえで、後発品への「変更不可」欄に署名した処方せんが見受けられることについて、理解しがたいので対策を検討していただきたい。(小林委員)



○対応案

- ◆ 現行の処方せん様式について、「すべて後発医薬品への変更が不可の場合の署名」欄を廃止し、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してはどうか。

ドイツの処方せん様式について

ドイツにおける処方せんの様式は以下のとおりである。処方せんに代替調剤不可と記載されない場合は薬局において代替調剤が可能である。

処方せんには、調剤した薬局において薬局番号、用いた薬剤の薬局販売価格および患者自己負担額が記入され、薬局からの保険請求に用いられる。

代替調剤禁止の場合は「×」を付す

処方欄

医師の署名

※薬剤使用状況等に関する調査研究報告書
(平成23年3月)を加工

(2) 総会において、新たに提案された課題等

- ① 後発医薬品への変更調剤に係る情報提供
について

○総会(11月9日)での委員の主な発言

○ 医療機関によっては、情報提供文書やお薬手帳を見れば、次回患者が受診した時にわかるから問題ないという医療機関もあると聞いており、処方医へフィードバックする情報提供の在り方についても検討していただきたい。

(三浦委員)



○対応案

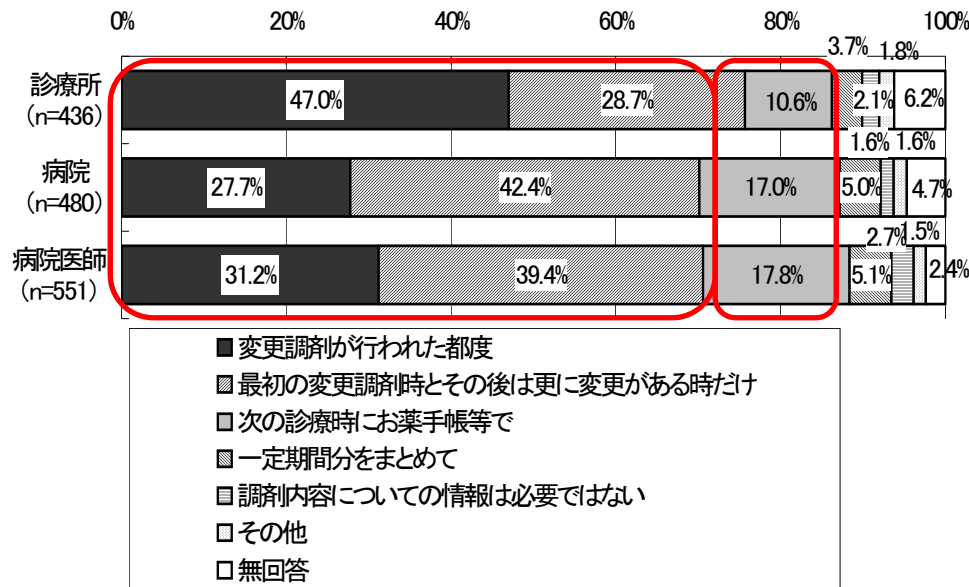
◆ 検証部会の調査結果では、医療機関・医師のうち7割は、保険薬局で後発医薬品に変更調剤した場合、「変更調剤の都度」「最初の変更調剤時及び再変更時」において情報提供することを望んでいる。

現在も医療課長通知により、「保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法により情報提供を行うことで差し支えない」こととされており、「情報提供文書」や「お薬手帳」の活用については、従来どおり当事者間の合意に基づき実施することで可としてはどうか。

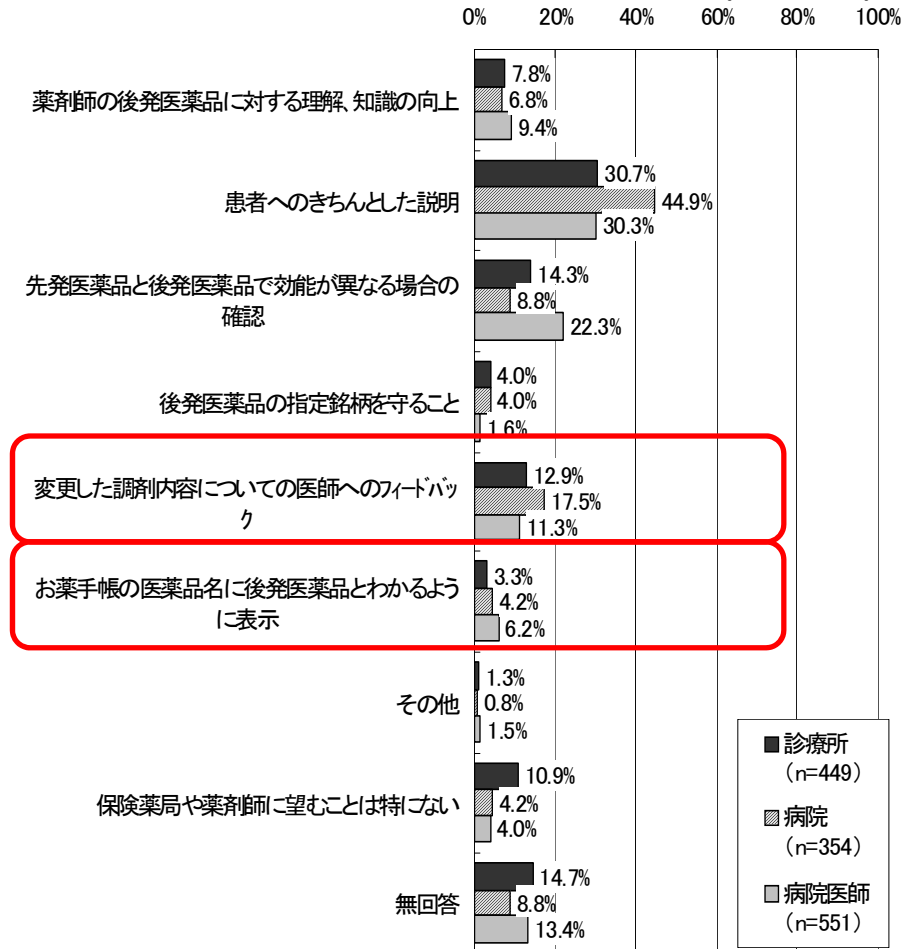
○検証調査のデータ

検証部会の調査結果では6～7割の医療機関・病院医師は「変更調剤の都度」「最初の変更調剤時及び再変更時」において情報提供されることを望んでいる。
また、「お薬手帳」を活用した情報提供を望む医療機関・医師も1割～2割存在している。

図表 119 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、望ましい情報提供のあり方



図表 136 後発医薬品の使用を進める上で、保険薬局や薬剤師に最も望むこと（単数回答）



②その他の事項について

○総会(11月9日)での委員の主な発言

- 「後発医薬品調剤体制加算」、「後発医薬品調剤加算」、「後発医薬品情報提供料」を併せたら30点となる。算定要件を含め、この内容を整理する必要があると思う。 (白川委員、北村委員)
- 医療費の効率化のために後発医薬品の使用を促進しているが、使用率は全然伸びていない。「加算によるコスト」と「その結果」がどなっているのか、薬剤費がどのくらい削減されたのか、試算をしていただきたい。 (白川委員)

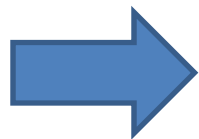


○対応案

- ◆ 「後発医薬品調剤加算」、「後発医薬品情報提供料」については、「後発医薬品調剤体制加算」の見直し等に合わせ、整理合理化することとしてはどうか。

2. 薬価について

検証部会の調査結果では、後発医薬品の薬価、品目の多さ、バラツキの改善に関する指摘がある。このことについても、薬価専門部会を中心に議論し改善すべきではないか。



薬価専門部会において、議論中

3. その他

検証部会の調査結果からは、医療機関や薬局が後発医薬品の使用を進めるための要件として、「医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底」や「メーカー・卸による情報提供体制の確保」が多く挙げられ、患者調査においても「先発品と同じ点・異なる点を説明してもらえること」が重要なこととの1つとして位置付けられていることを踏まえ、診療報酬上の評価とは別に、これらの取組をどのように進めていくべきか。

【品質の確保について】

○総会(11月9日)での委員の主な発言

- 厚生労働省として後発品の品質について、先発品と同等性を確保するために一層努力していただくことにつきる。(安達委員)
- 医師が心配することは「品質面」。患者は「品質が同等で安ければ良い」という方もいる。(鈴木委員)
- 医者だけでなく患者にも後発品に不信があり、後発医薬品への不信を解消するための政策をすすめる必要があるのではないかと。(牛丸委員)
- 後発医薬品の問題点は薬効であり、これがきちんと調べられていないので、医者の31%に不信感があるという結果が出ている。(嘉山委員)
- 固相合成の違いによる安定度の最終的な違いが、承認時は同等の結果を出すにも関わらず、ロットごとで変化する、効かないというデータが出てくるのではないかと。(安達委員)
- 非活性体も調査してデータを示していただければ、医師も品質で納得する。厚生労働省は、同一性、品質について正確なデータをきちんと出していただきたい。(万代委員)
- 臨床薬理学会において扱われた問題事例も減ってきている。後発医薬品について問題があった場合は、その都度説明していただくのが良いかもしれない。(安達委員)
- 有効性等に疑義がある後発品の割合については、治験をしなければならず、科学的に示すことは困難。医師は1品目でも後発品について印象が悪ければ、全体の印象が悪くなる。(嘉山委員)
- 後発医薬品の添付文書に、「賦形剤は、先発医薬品とは同じではない」旨を記載させたらどうか。(嘉山委員)



○対応案

- ◆ 「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くこととしているが、これに加え、以下の取組について今後実施していくこととしたい。
- ◇ 米国FDAの例にならい、厚生労働省やPMDA等が中心となって、医療関係者や国民向けの科学的な見解(Q&A方式)を作成する。
その中で、先発医薬品と後発医薬品の「賦形剤」は異なることについて説明をすることとしたい。

【科学的な見解の質問項目の例】 ～承認審査に関するもの～

- ジェネリック医薬品の承認審査の際に求められる試験項目は、先発医薬品の場合と比べて非常に少ない。このような少ない試験で先発医薬品と同様の有効性や安全性を確保できるのか。
 - ジェネリック医薬品は、先発医薬品と異なる添加剤が使われることが多い。だから、先発医薬品と比べて、同等とはいえないのではないか。
- ◇ 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、これまでもPMDAや国立医薬品食品衛生研究所のHPで公表してきたところであるが、より積極的に情報提供する。

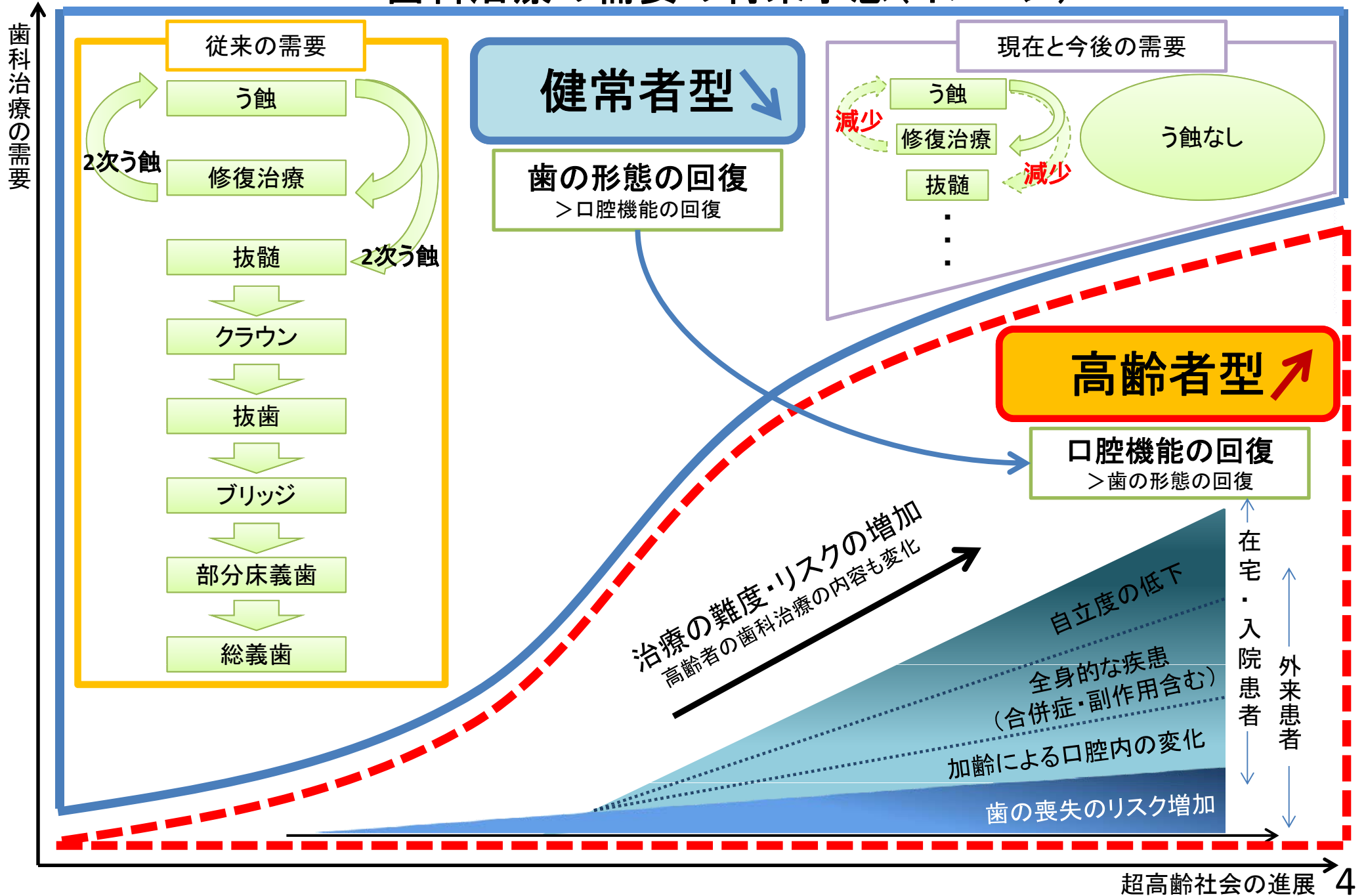
歯科診療報酬について

- 1 総論(歯科保健医療を取り巻く現状)
- 2 高齢者等に対する安心で安全な歯科医療の提供について
- 3 障害者に対する歯科医療について
- 4 周術期の口腔ケア等、チーム医療の推進について
- 5 歯や口腔機能を長期的に維持する技術等について(歯周病)
- 6 歯科用語の平易化等について
- 7 (参考)在宅歯科医療について【11月11日中医協資料】

総論

(歯科保健医療を取り巻く現状)

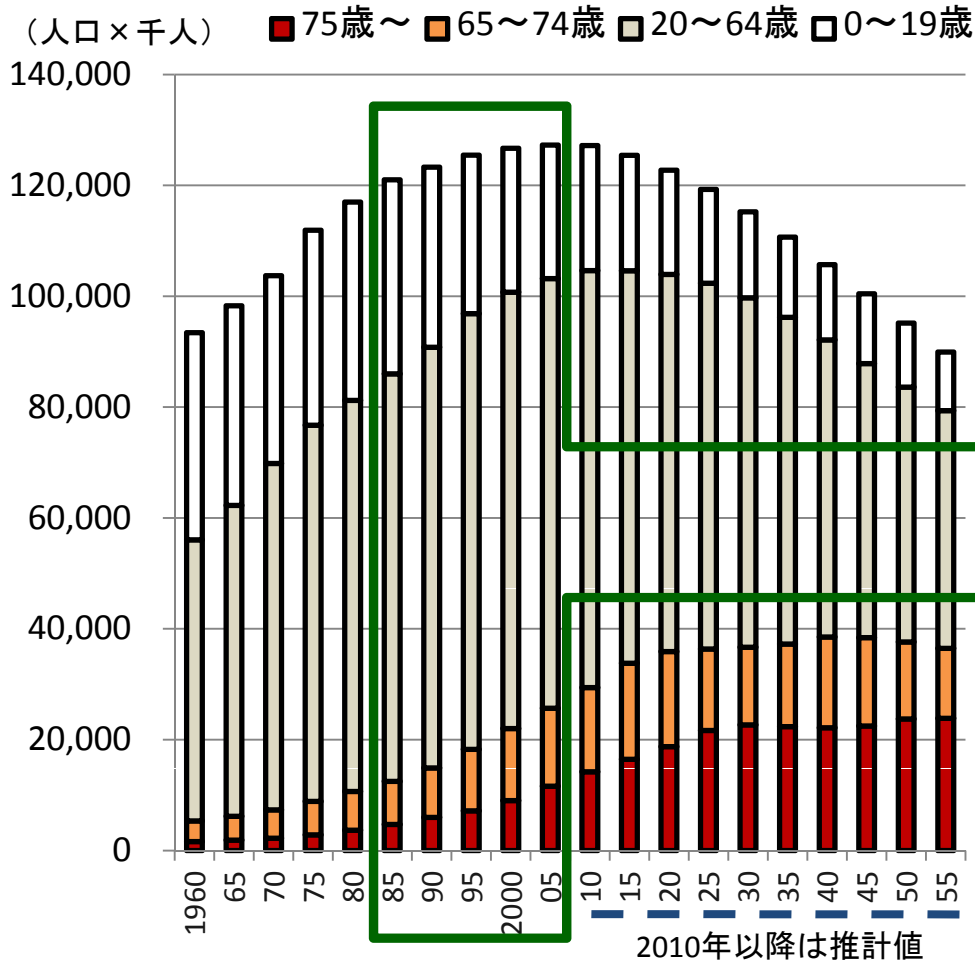
歯科治療の需要の将来予想(イメージ)



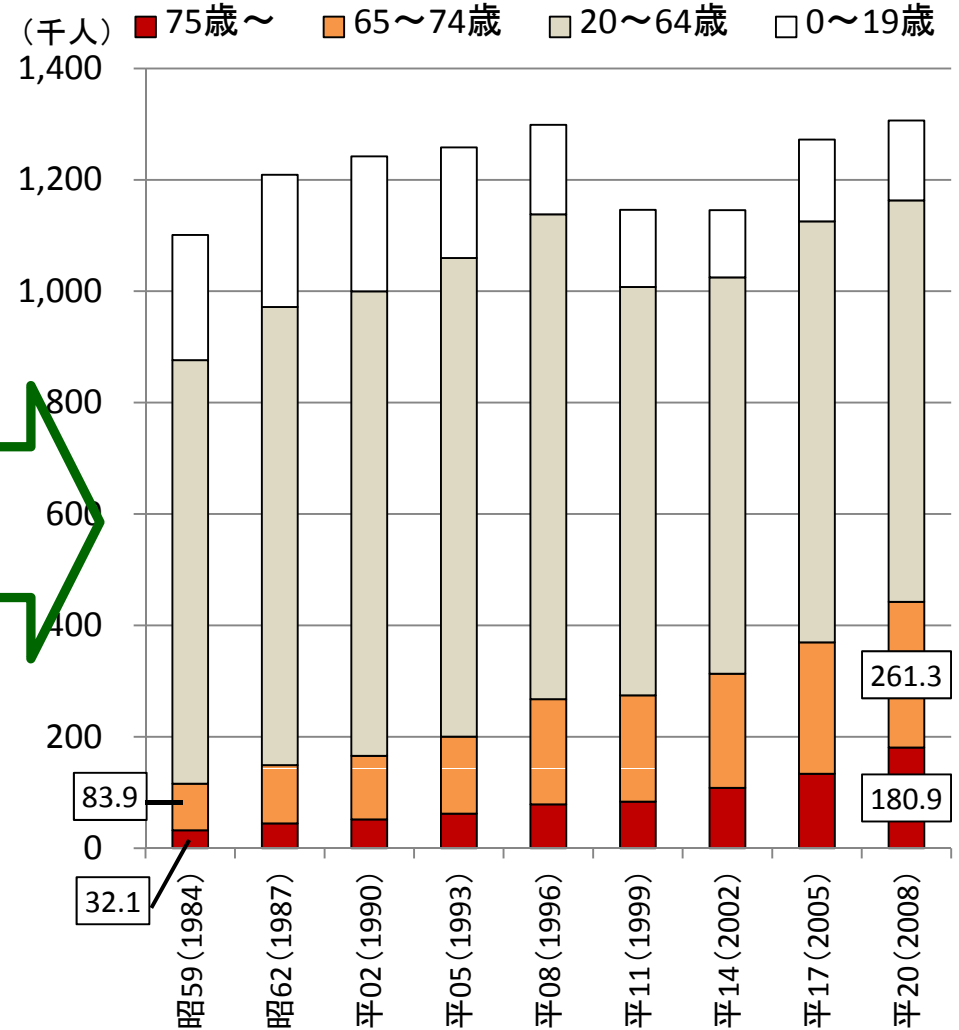
人口の推移・将来推計と歯科診療所の患者数の推移

・歯科診療所の患者数の65歳以上の割合は、約11%（昭和59年）から34%（平成20年）へと上昇しており、人口の65歳以上の割合の上昇（約10%（昭和58年）→約20%（平成17年））以上に大きく上昇。

年齢（4区分）別の人口の推移・将来推計



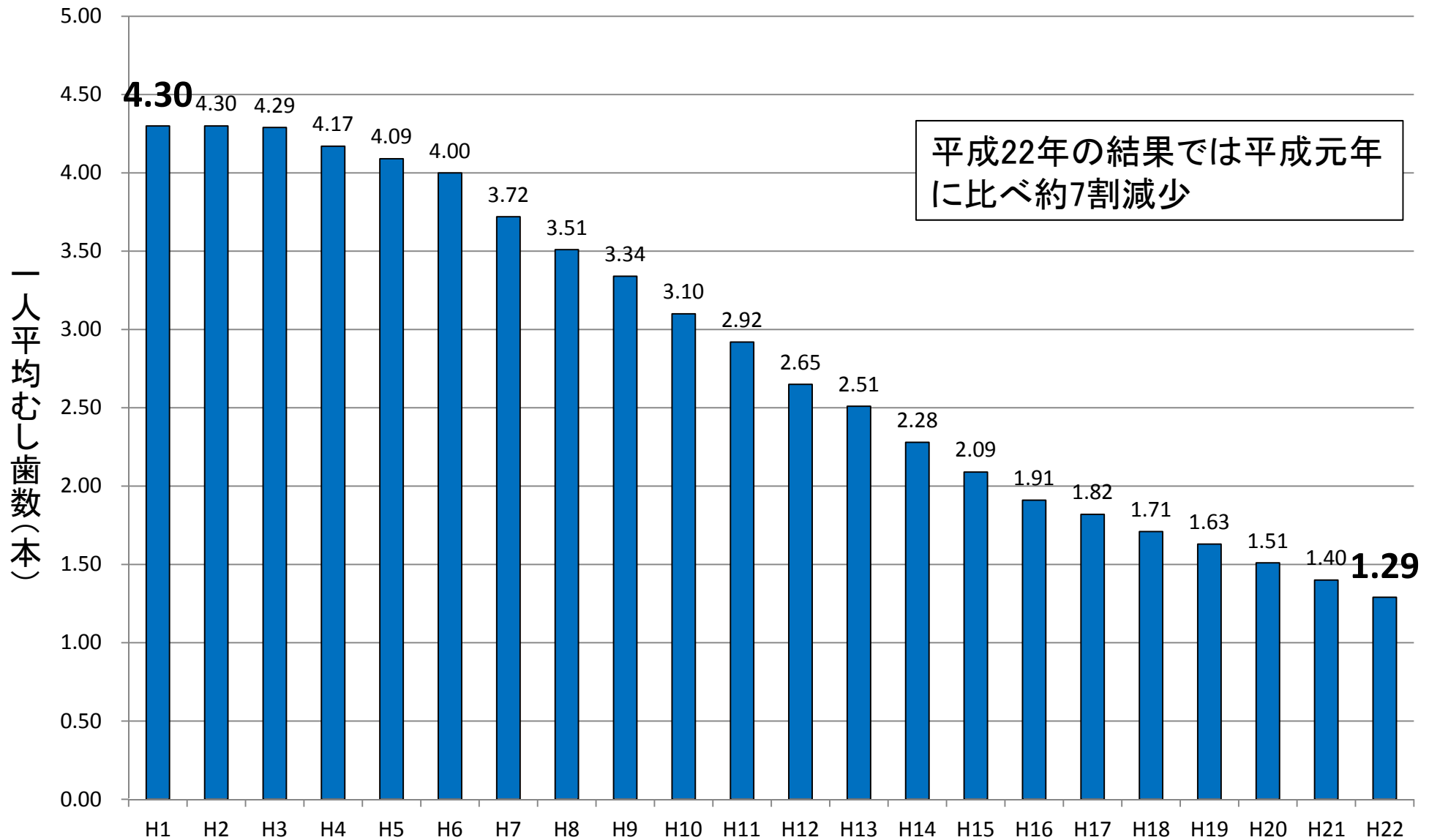
年齢（4区分）別の歯科診療所の患者数の推移



(基礎資料: 国立社会保障・人口問題研究所; 年齢(4区分別)人口の推移と将来推計)

注) 全国の歯科診療所を受診する1日当たりの推計患者数 (患者調査)

12歳児 一人平均むし歯数等の年次推移



歯科口腔保健法の概要について

(平成23年8月10日公布・施行)

【基本理念、責務】

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

【歯科口腔保健の推進に関する施策】

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

【基本的事項の策定等】

【口腔保健支援センター】

<仮称>障害者総合福祉法について

障害者自立支援法に変わる新たな法律として、内閣府の障がい者制度改革推進会議において議論

【表題】法の目的

【結論】

○この法律の目的として、以下の内容を盛り込むべきである。

- ・この法律が、憲法第13条、第14条、第22条、第25条等の基本的人権や改正された障害者基本法等に基づき、全ての障害者が、等しく基本的人権を享有する個人として尊重され、他の者との平等が保障されるものであるとの理念に立脚するものであること。
- ・(略)
- ・これらにより、この法律が、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するものであること。

【表題】障害者に対する歯科保健・歯科医療の充実

【結論】

○障害者、特にアトピーや行動障害を伴う障害者に対し、身近なところで歯科保健サービス及び歯科医療を提供する体制の整備・充実のため、院内で治療できるよう、物的設備の整備支援、歯科医師等に対する障害に関する研修、訪問治療等につき、医療法等の関連法令の規定の見直しが必要である。

【説明】

障害者にとって歯科治療を円滑に受けることが困難な状況が依然として存在する。歯科医療及び予防障害者にとって、健康保持、学習発達(特に障害児)、生活機能の回復向上に重要であり、現状の改善が不可欠である。

今後の歯科医療ニーズに対応するための 診療報酬における従来の主な対応1

1 口腔機能の維持・回復に関する対応

- ①血管障害等に伴う咀嚼機能障害等を有する患者に対する舌接触補助床に係る技術料の新設【22改定】

舌接触補助床

脳血管疾患や口腔腫瘍等により、舌の動きが悪くなっている患者に装着し、舌を口蓋に接触しやすくすることでしゃべったり飲み込んだりする機能を回復するもの



(日本顎顔面補綴学会より)



- ②術後感染症等の発現のおそれがある者に対する歯科衛生士の専門的口腔清掃「術後専門的口腔衛生処置」の新設【22改定】

- ③中等度以上の歯周病を有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的とする治療「歯周病安定期治療」を新設【20・22改定】

- ④常勤の歯科技工士が配置された歯科医療機関で、患者の求めに応じて破損した有床義歯(入れ歯)を預かり、2日以内に修理を行った場合の評価「歯科技工加算」の新設【22改定】

今後の歯科医療ニーズに対応するための 診療報酬における従来の主な対応2

2 障害を有する者に関する対応

障害者加算を算定した患者を紹介され受け入れた医療機関の評価を新設【22改定】

初診料に対する障害者歯科医療連携加算	平成22年度
地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合した病院又は障害者加算を月平均20人以上算定した歯科診療所が、他の保険医療機関から障害者加算を算定した患者を受け入れ、当該保険医療機関において障害者加算を算定した場合	100点

脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態等の著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診又は再診を行った場合に175点を加算

障害者の特性に応じた歯科衛生士が行う実地指導に係る評価を新設【22改定】

	平成20年度	➡		平成22年度
歯科衛生実地指導料1	80点		歯科衛生実地指導料1	80点
			歯科衛生実地指導料2	100点

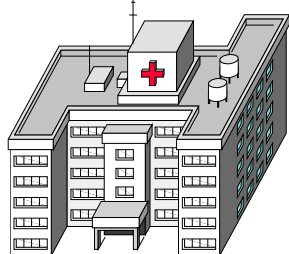
障害者歯科医療連携加算又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合した保険医療機関の歯科衛生士が、障害者加算を算定した患者に対して、15分以上の実地指導、指導内容に係る文書を提供した場合

高齢者等に対する安心で安全な 歯科医療の提供について

全身疾患を有する患者に対する総合的医学管理に関する現行の評価 (歯科治療総合医療管理料)

【趣旨】安全・安心な歯科医療を提供する観点から、全身疾患を有する患者に対するかかりつけ医からの診療情報提供に基づき歯科治療による偶発症等を防止するための評価

医科医療機関



診療情報提供料に基づく紹介

歯科医療機関



届出医療機関数: 10,789施設
(平成22年7月1日現在)

歯科治療上、必要な医療管理を行った場合
→ **歯科治療総合医療管理料【140点】**
歯科訪問診療料を算定した患者は「在宅患者歯科治療総合医療管理料」で評価

高血圧性疾患、虚血性心疾患
不整脈、心不全、喘息、慢性気管支炎
糖尿病、甲状腺機能障害
副腎皮質機能不全、脳血管障害
てんかん、甲状腺機能亢進症
自律神経失調症

【歯科治療総合医療管理料の施設基準(告示)】

- イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。
- ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。
- ハ 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
- ニ 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

【今後の方向性について】

対象疾患について、口腔内に合併症を引き起こす、がん治療で放射線治療や化学療法を受けた患者やビスホスフォネート(BP)系製剤服用患者等について検討してはどうか。

安全・安心な歯科医療の環境整備に関する現行の評価

(歯科外来診療環境体制加算)

基本的考え方

歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境整備の評価

歯科の外来診療においては、誤飲や誤嚥の恐れのある細小な器具や歯冠修復物が多用されていることや偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会が多いことなどの特性を有している。

具体的内容

歯科の特性に配慮した総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組を評価するため、歯科初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の歯科外来診療環境体制加算を平成20年度に創設

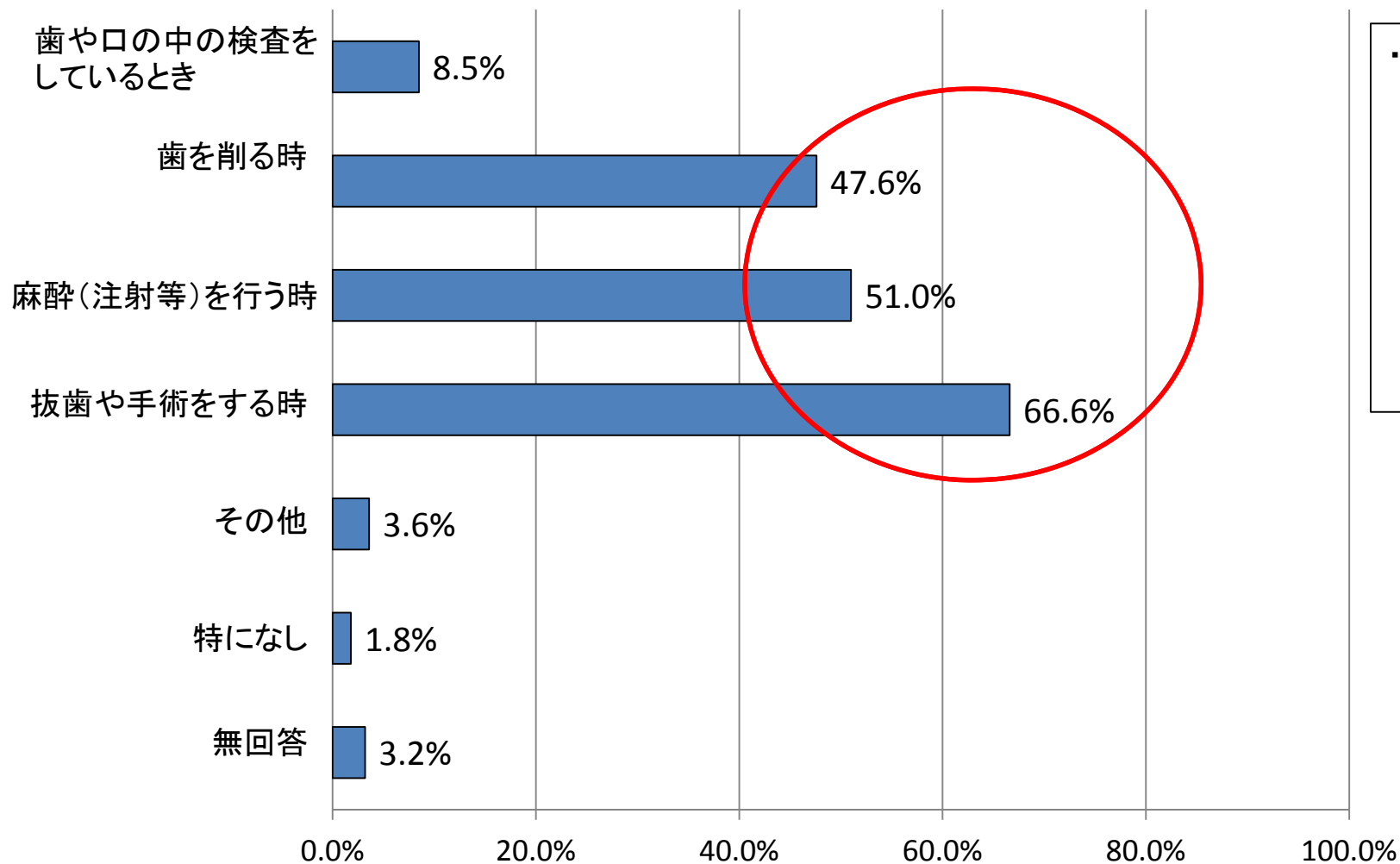
歯科外来診療環境体制加算 30点(初診時1回)

届出医療機関数: 4,729施設(平成22年7月1日現在)

[施設基準]

- 1 所定の研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 緊急時の初期対応が可能な医療機器(AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター)を設置していること
- 4 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること
- 5 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること
- 6 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること
- 7 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を整備していること
- 8 歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること

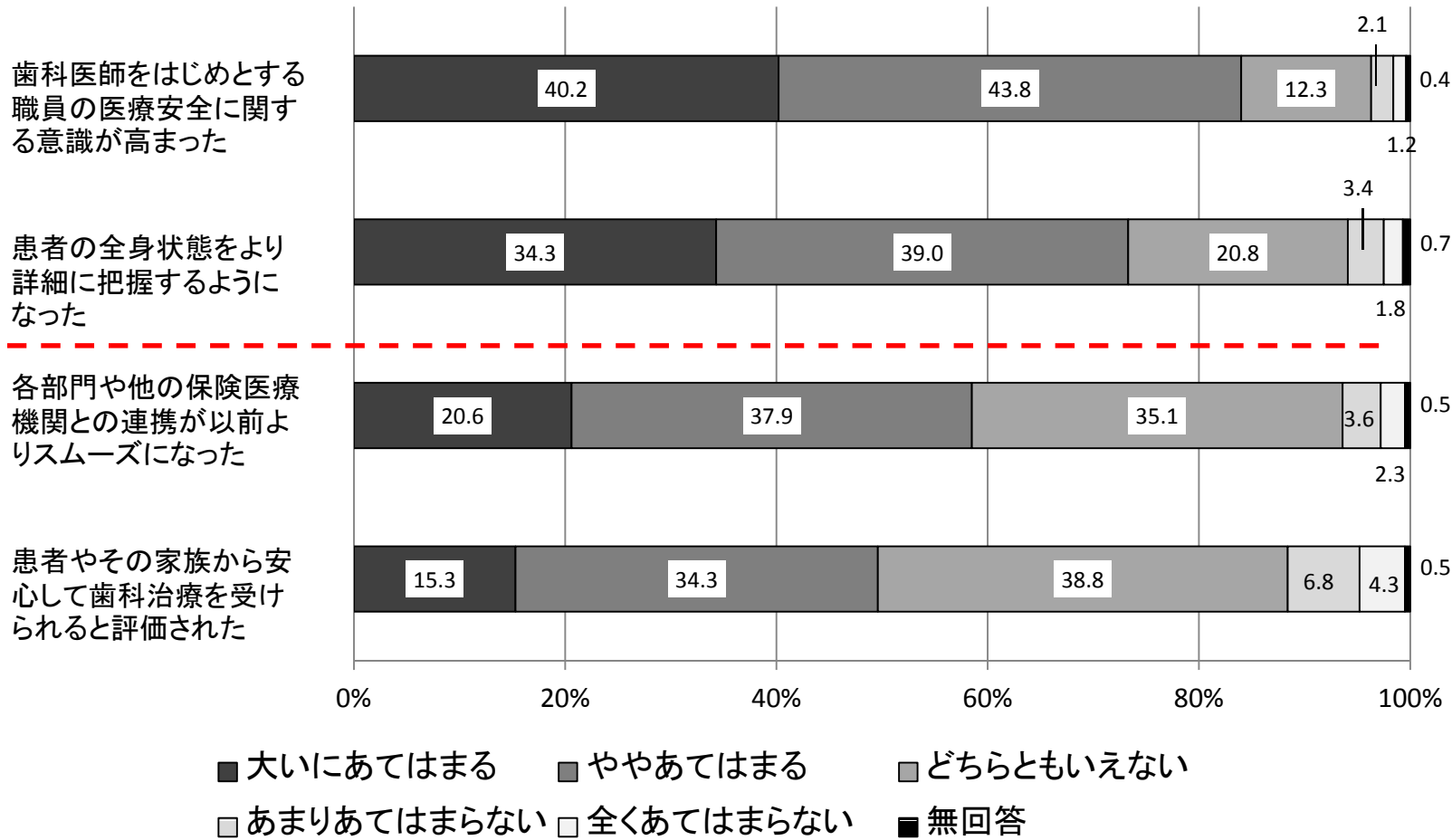
歯科診療において不安になる時 (平成21年度検証調査)



・「歯を削る」、「麻酔(注射等)を行う時」、「拔牙や手術をする時」の、歯科治療で比較的頻度が高い行為に関して不安になると回答した者が比較的多かった。

歯科外来診療環境体制加算に係る施設の評価 (平成21年度検証調査)

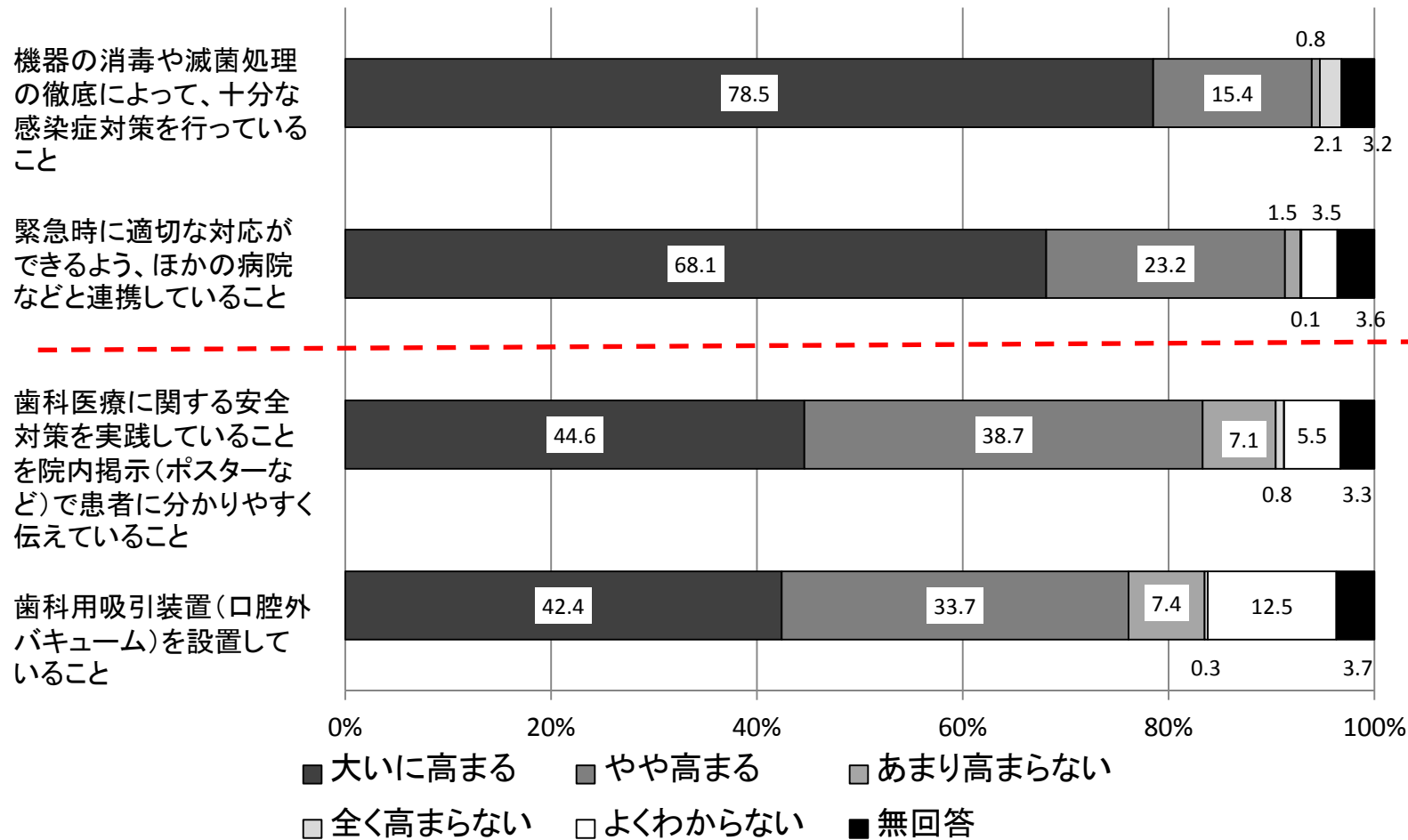
本加算による、より安全・安心な歯科医療を行う上での効果の上位2項目と下位2項目 n=562



「歯科医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識が高まった」が、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」の合計が84%と最も多かった。

歯科外来診療環境体制加算に係る患者の評価 (平成21年度検証調査)

医療機関の「安全・安心」に係る対策による歯科診療に対する安心感の変化の上位2項目と下位2項目 n=1570

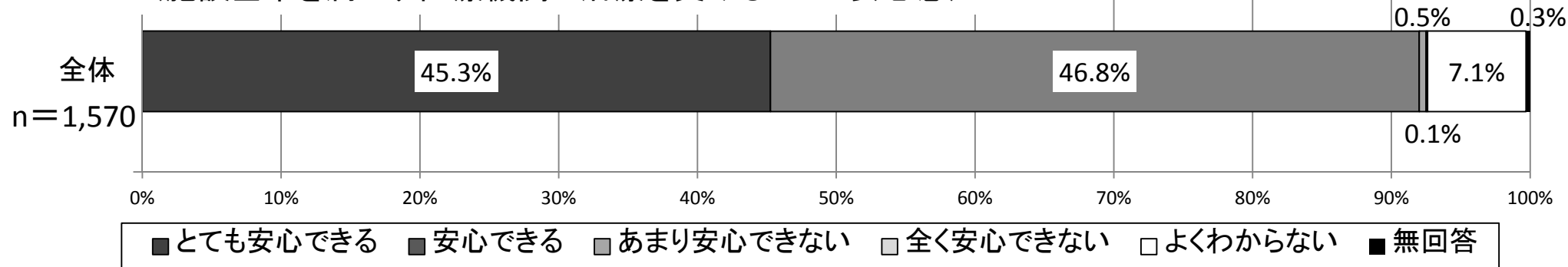


・「機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること」が、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」の合計が約94%と最も多かった。

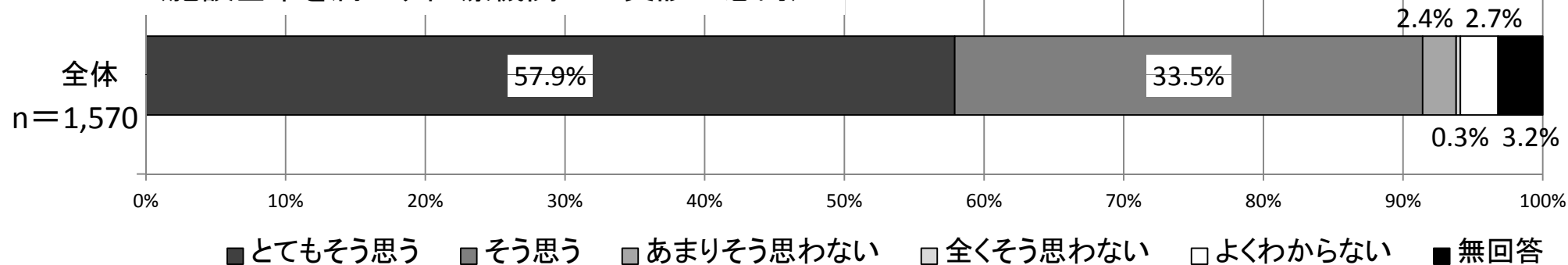
歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たしている 医療機関で治療を受けることの安心感等 (平成21年度検証調査)

- ・約92%が当該加算の施設基準を満たしている医療機関で治療を受けることについて安心であると回答している。
- ・また、約91%が当該加算の施設基準を満たしている医療機関で受診したいと回答している。

(施設基準を満たす医療機関で治療を受けることの安心感)

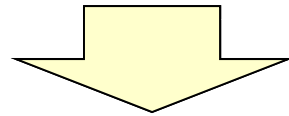


(施設基準を満たす医療機関での受診の意向)



今後の方向性について

- ・歯科医療機関を受診する患者も高齢化が進み、治療の難度やリスクが増加することから、観血的な処置が多い歯科治療では、これまで以上に安心して安全な歯科医療を提供することが求められている。
- ・「歯科外来診療環境体制加算」に関する平成21年度検証調査で、歯科治療で比較的頻度が高い、「歯を削る」、「麻酔(注射等)を行う時」、「抜歯や手術をする時」といった行為に関して不安になると回答した者が比較的多かった。
- ・本加算については、歯科医療機関側と患者側双方からの本加算に関する評価は比較的高く、患者側は、施設基準を満たす医療機関で治療を受けることについて安心できると回答した者は約92%と非常に高かった。



【今後の方向性】

○再診時に、一定の施設基準を満たした歯科医療機関で安心・安全な歯科医療を提供した場合の評価を検討してはどうか。ただし、その際は、財政影響も考慮しつつ、初診時の「歯科外来診療環境体制加算」を見直してはどうか。

障害者に対する歯科医療について

障害者の歯科医療

障害者への歯科治療の特徴など

○ 歯科治療の困難性

- ・患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られない
- ・四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ない
- ・言語によるコミュニケーションが確立しにくい

○ 特異的な歯科症状

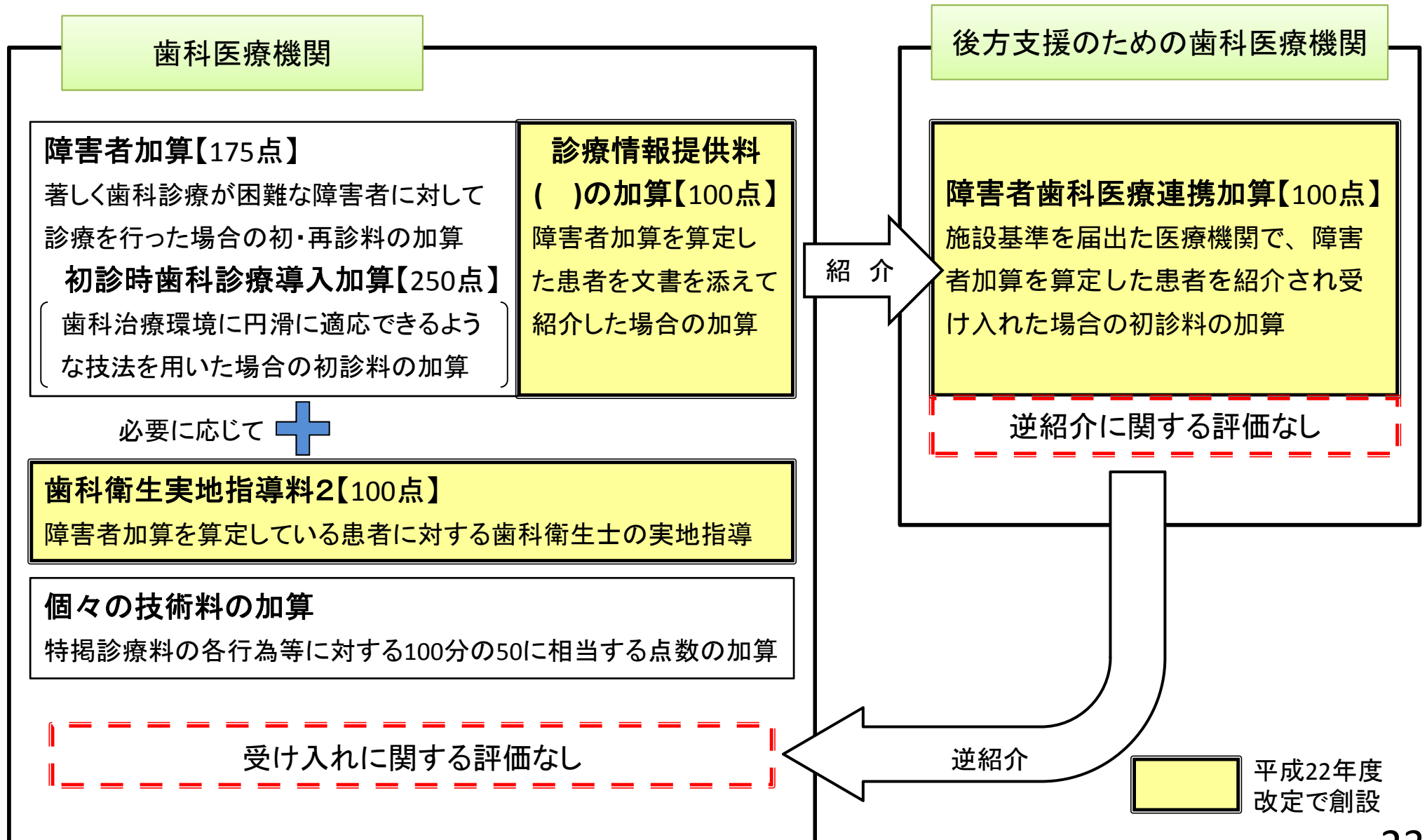
- ・口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常があり、それに対する対応として専門的知識や診断が必要
- ・口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要
- ・う蝕、歯周病、欠損という歯科疾患の症状に特異的なことがある

基本診療料に係る障害者関連の歯科診療報酬の変遷

	概 要
S49.2	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身障害者加算(+12点)」新設 →精神的欠陥又は肉体的障害を有している者であるため、著しく歯科診療が困難な者を診察した場合の初再診料の加算
S51.8	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身障害者加算」引き上げ(+12→+40点)
S53.2	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身障害者加算」引き上げ(+40点→+50点)
S56.6	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身障害者加算」引き上げ(+50点→+70点)
S61.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身障害者加算」引き上げ(+70点→+90点)
S63.6	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身障害者加算」引き上げ(+90点→+150点)
H6.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身障害者加算」が「障害者加算」に名称見直し ・「障害者加算」の引き上げ(+150点→+175点)
H12.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「障害者加算」の対象者の要件見直し →著しく歯科診療が困難な障害者について <ul style="list-style-type: none"> ・脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の得られない状態 ・知的発達障害により開口保持が出来ない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態 ・重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態 ・これらに準ずる状態 ・「初診時歯科診療導入加算(+250点)」新設 →歯科治療の環境に円滑に対応できるための方法(Tell-show-do法)を用いた場合の初診時の加算
H22.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「障害者歯科医療連携加算(+100点)」新設 →障害者加算を算定した患者を紹介され受け入れた医療機関の初診料の加算

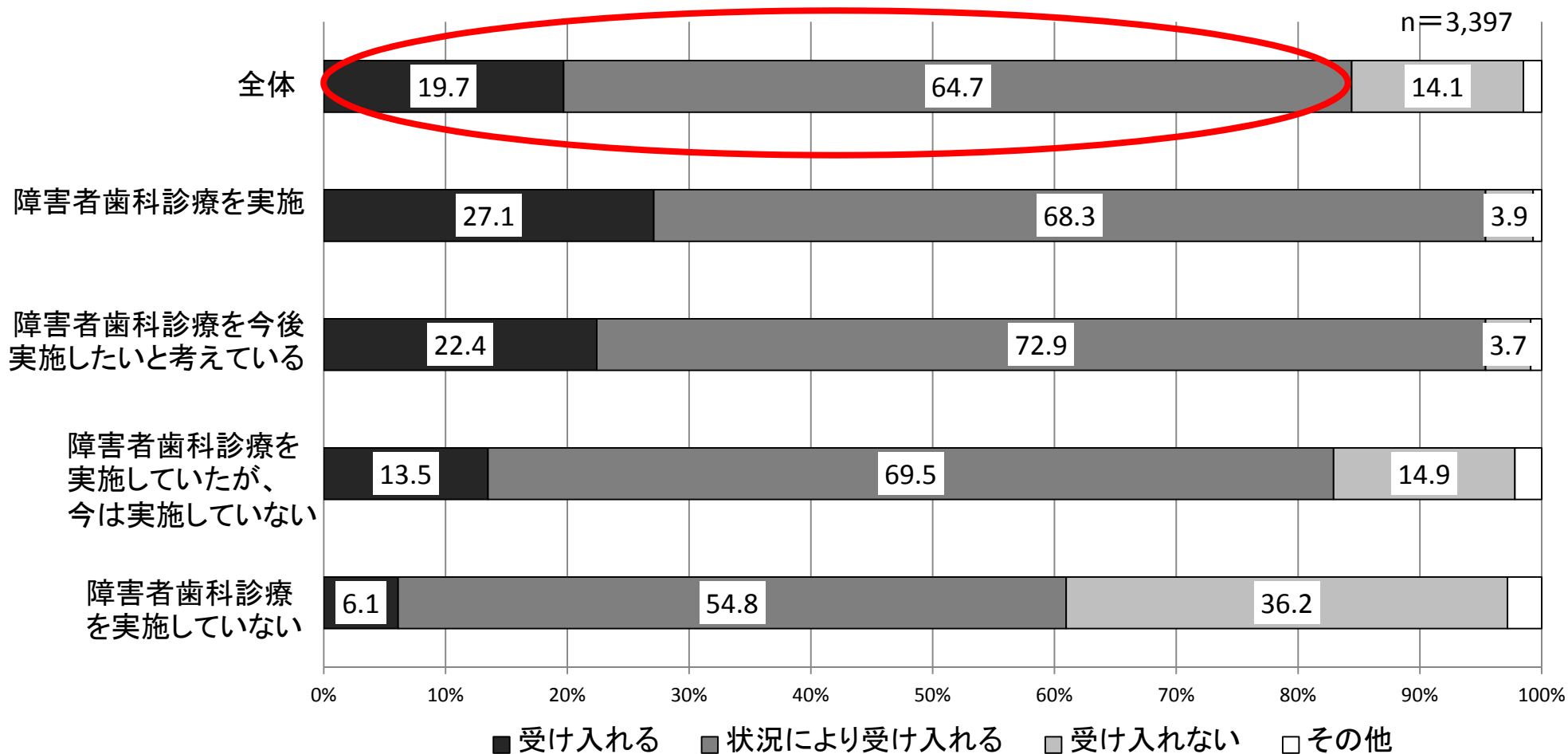
障害者歯科医療に関する現行の評価について

(基本診療料に係る歯科固有の評価)

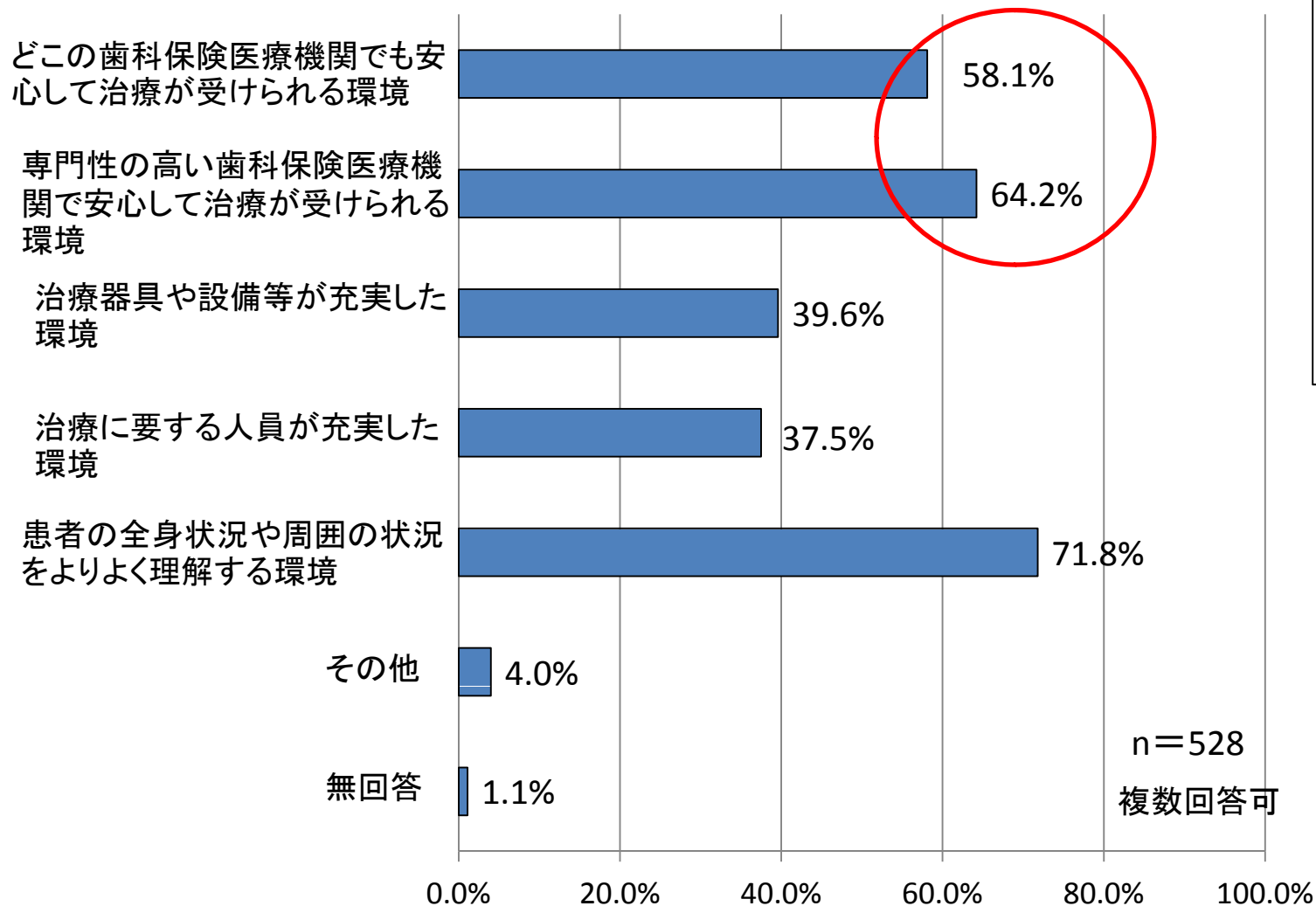


障害者歯科診療実施の有無と患者の逆紹介等の受け入れ (東京都障害者等歯科医療基盤整備及び在宅医療推進のための基礎調査より)

都立心身障害者口腔保健センターや大学病院等から患者の逆紹介や返送があった場合、その患者を受け入れる、状況により受け入れると回答した医療機関は約83%であった。



歯科医療を受けるにあたり希望すること (平成23年度検証調査)



・専門性の高い歯科医療機関で安心して治療が受けられる環境と、どこの歯科保健医療機関でも安心して治療が受けられる環境を希望している者の割合はほぼ同程度であった。

(平成23年度検証調査)

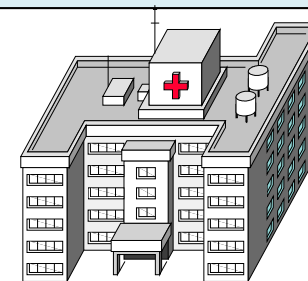
障害者歯科医療を行う医療機関間の連携に関する現行の評価について (障害者歯科医療連携加算)



歯科医療機関で障害者加算を算定

診療情報提供料
に基づく紹介

歯科診療所



病院

施設基準を満たし、届出を行った保険医療機関の外来部門において、当該患者に対して初診を行い、障害者加算を算定した場合
専門性の高い医療機関への受け入れに関する評価

施設基準【届出数：H22.7.1時点で326施設】

①次のいずれかに該当すること

- ・地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準を届け出た保険医療機関
- ・歯科医療を担当する保険医療機関(診療所)であり、かつ、障害者加算を算定した外来患者の月平均患者数が20人以上であること。

②障害者である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有している。

③緊急時に円滑な対応が出来るよう医科診療を担当する他の保険医療機関(病院に限る。)との連携体制が整備されている。

(参考)

算定回数	H22.6
障害者歯科医療連携加算	10件

障害者加算について

【概要】著しく歯科診療が困難な障害者に対して診療を行った場合の初・再診料の加算

【著しく歯科診療が困難な障害者】

- (1) 脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- (2) 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
- (3) 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- (4) これらに準ずる状態

○歯科診療報酬における「障害者加算」に関する意見（平成23年度検証調査回答内容抜粋）

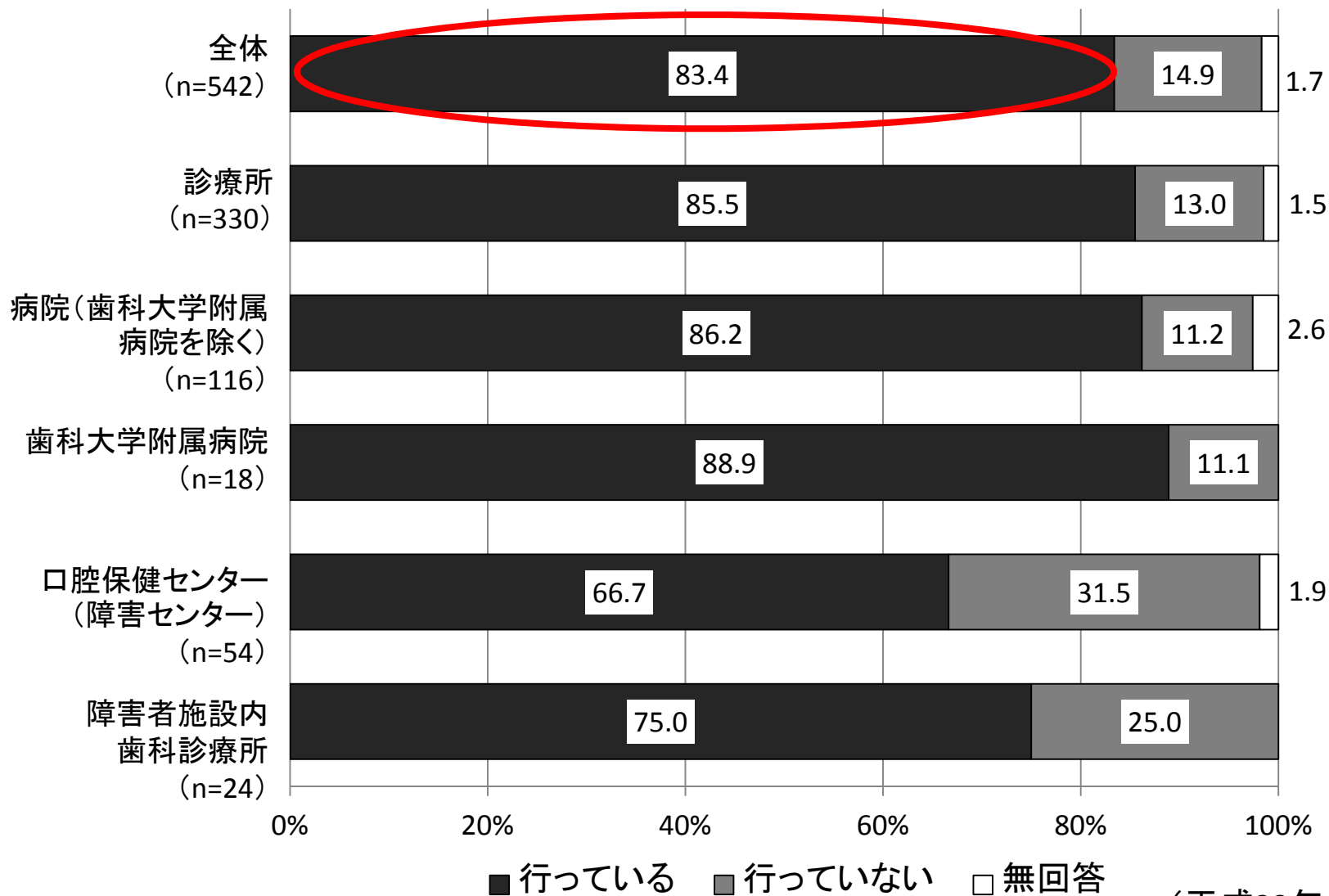
- ・患者に渡す明細書に「障害者加算」と明記されるため、加算がとりづらい。
- ・障害者加算の定義が明確でないので、認知症などは判断が分かれる。

○日本障害者歯科学会からの意見

- ・加算は著しく歯科治療が困難な場合とされているが、困難の理由を考えると治療への適応性と治療そのものの困難性がある。

障害者加算の対象とならない障害のある患者の治療の有無

(平成23年度検証調査)



・障害者に対して歯科診療を実施している医療機関において、「障害者加算」の対象とならない障害のある患者を治療しているケースが多い。

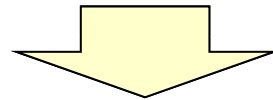
(平成23年度検証調査)

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

今後の方向性について

- ・平成23年度検証調査において、「障害者加算」を算定した患者の意見として、歯科医療を受けるにあたって、専門性の高い医療機関に限らず、どこの医療機関でも安心して治療が受けられる環境を望んでいた者が多かった。
- ・他方で、歯科診療報酬上における「障害者加算」の対象者は、著しく歯科診療が困難な「状態」に着目しており、本加算の名称と対象者の要件が必ずしも一致していないところ。なお、明細書発行により、患者に個別の診療項目が明示されることから本加算の名称に対する配慮が必要とされているところ。
- ・さらに、「障害者加算」の対象者は、著しく歯科診療が困難な状態を例示し、「これらに準ずる状態」として、個別の症例ごとに判断が行われているところ。



【今後の方向性】

- 専門性の高い医療機関への受け入れを評価した「障害者歯科医療連携加算」を活用し、患者の病態等に応じた、専門性の高い医療機関から一般の医療機関への受け入れに関する評価を検討してはどうか。
- 歯科診療報酬上における「障害者」の表現を見直してはどうか。
- 「障害者加算」の要件である、著しく歯科診療が困難な状態という基本的な考え方は堅持しつつ、まずは「これらに準ずる状態」で判断されている、症状の重い「認知症」の状態を明示してはどうか。

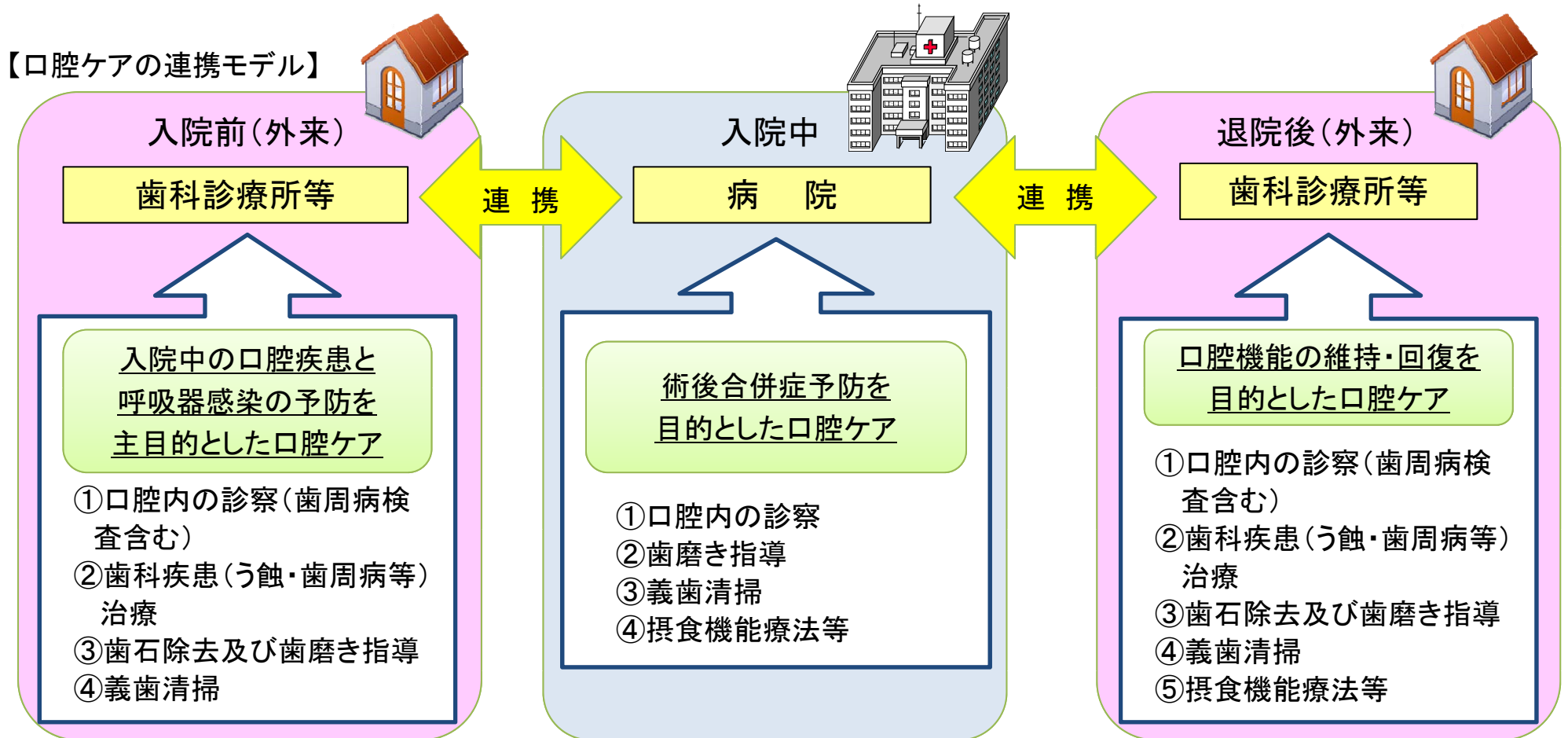
周術期の口腔ケア等、 チーム医療の推進について

入院前から退院後におけるいわゆる口腔ケアについて

【背景】

・病院における口腔ケアの目的は、主として侵襲性の大きな外科的手術後の合併症（人工呼吸器関連肺炎、がん治療における感染・口内炎対策や誤嚥性対策等）の予防である。しかしながら、全国の病院に「歯科」があるわけではなく、そのため、途切れない口腔ケアを提供するために、入院前や退院後における歯科医療機関の口腔ケア、入院中における病院での口腔ケアや病院と歯科医療機関との連携が必要となっている。

【口腔ケアの連携モデル】



チーム医療推進のための医科歯科の連携

チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集

【平成23年6月(医政局)】

5. 医科・歯科の連携(抜粋)

- 現在、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院の一部において、NST、口腔ケア、摂食嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療が実施されていることが明らかになった。他方で、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、診診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。
- 特に、病院における医科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、地域歯科医師会等との病診連携も含めた医科・歯科連携のチーム医療を推進していく必要がある。
(後略)
- また、歯科医療関係職種が配置されている病院においても、医科・歯科連携によるチーム医療が十分に実施されていない場合が認められるため、口腔ケアのみならずNSTや摂食嚥下チーム、感染制御チームなど歯科医療関係職種の関与が望まれるチームへの参加など更なる医科・歯科連携を強化・推進していくことが必要である。

入院期間中における病院内の取り組み1

（千葉大学医学部附属病院の例）

【主旨】

- ・口腔は、食物を咀嚼するという働きだけでなく、発音や呼吸という重要な役割を担っている。そのため、呼吸器感染症をはじめ、全身の疾患の発症とも密接な関連を持っている。そのため、口腔機能向上を目的とした口腔ケアは、生活の質を維持するためだけでなく、種々の疾病の予防に繋がる。

【方法】

- ・術前に他科からの紹介・口腔ケア依頼に基づき歯科医師が口腔内診査を実施。口腔内の状況に基づき、歯科治療を行うケースと歯科衛生士による口腔ケアを行うケースに分類。
- ・術後については、口腔内の状況により、口腔ケアの内容を変更している。

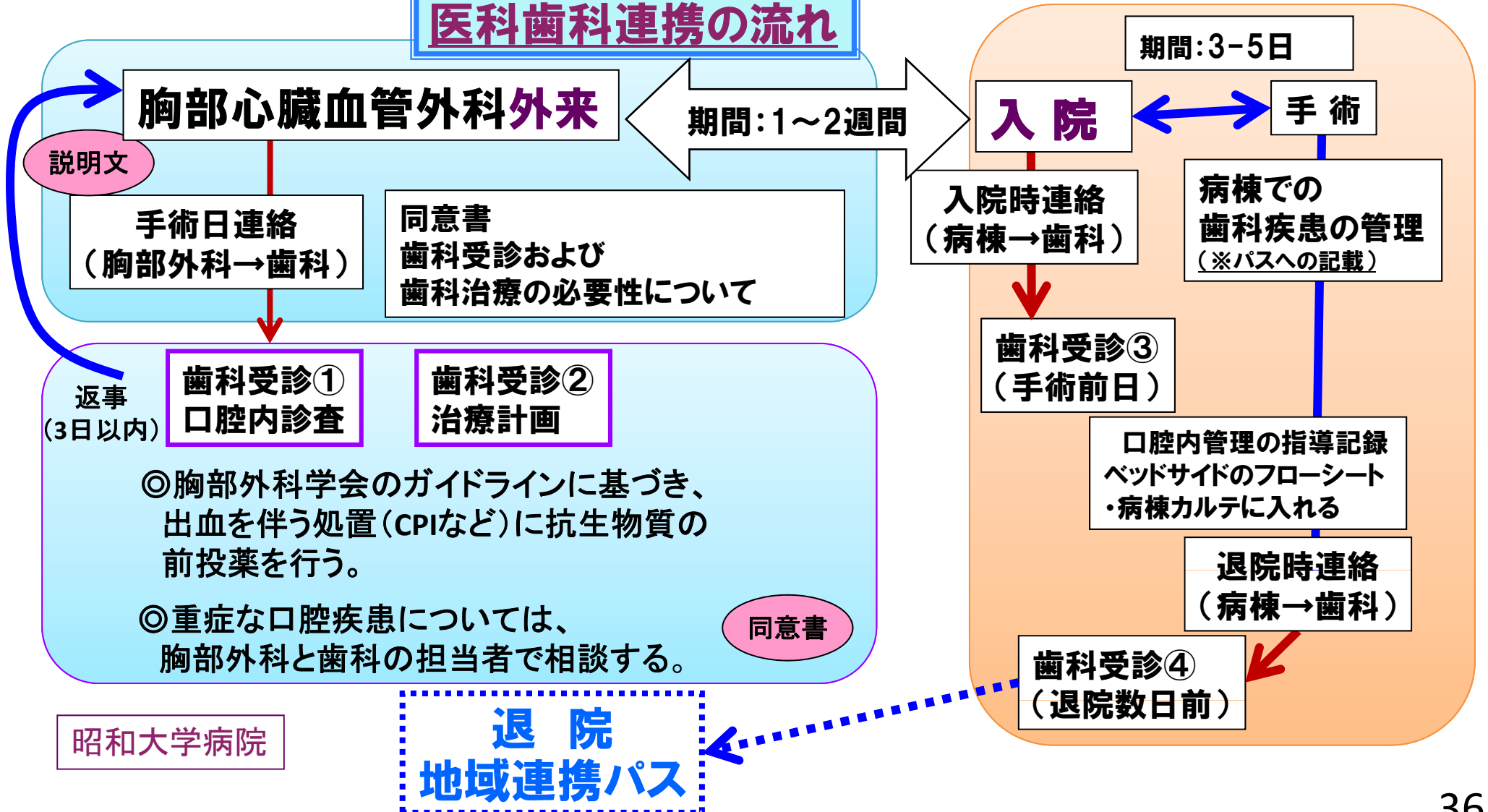
	術前（入院後から手術日）	術後	退院後
歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内診査 ・歯科治療 ・含嗽指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な口腔内診査 ・歯科治療 ・含嗽指導 ・口腔ケア用品の選択・使用 →効果判定・ケア用品の変更 	➡
歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内清掃（1週間毎） （SC・PMTC） ・歯周病検査 ・TBI（歯磨き指導） 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な外来での口腔内清掃 ・TBI ・口腔ケア用品の説明・使用 	➡
看護師	<ul style="list-style-type: none"> 口腔内清掃 （歯ブラシ・スワブ） 口腔内吸引 	➡	

入院期間中における病院内の取り組み2 (昭和大学病院の例)

急性期(周術期)チーム医療

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ
(平成22年12月9日)における向井委員提出資料より

医科歯科連携の流れ



入院期間中における病院内の取り組み3 (岡山大学病院の例)

<対象患者(疾患)>

①周術期の口腔内管理

癌の手術:頭頸部、食道、肺、婦人科(乳、子宮)など

臓器移植の手術:肺、肝臓、腎臓、心臓など

心臓血管外科の手術:弁膜症など

②易感染状態における口腔内管理

癌(白血病を含む全ての癌):放射線治療、化学療法などによる骨髄抑制状態

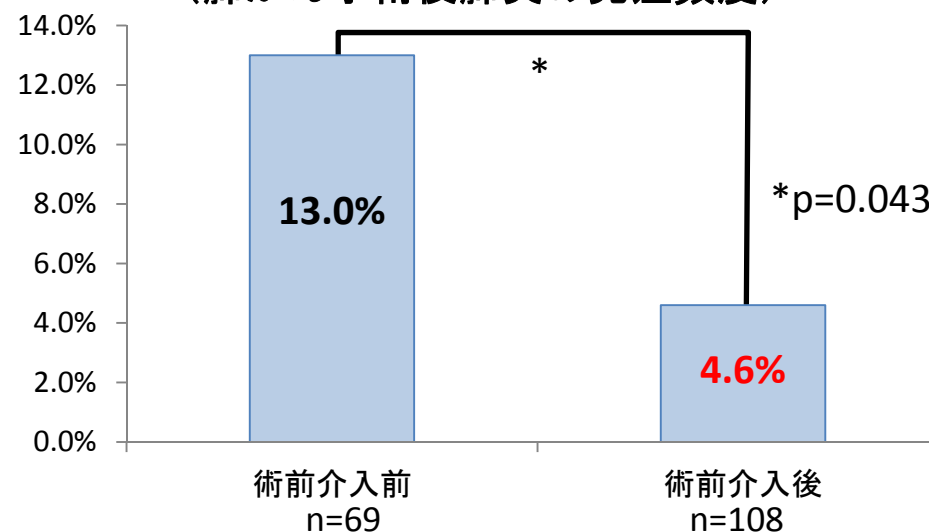
臓器移植後:免疫抑制剤などによる免疫抑制状態

<食道癌手術の周術期管理チーム介入の効果>

	介入前 (n=13)	介入後 (n=20)	P値 (t検定)
立位までの 日数	5.9±3.4	2.8±2.7	P<0.01
人工呼吸器 装着日数	6.2±5.0	4.2±9.0	n.s.
手術後の入 院日数	49.0±15.9	29.2±20.3	P<0.01

岡山大学病周術期管理センターより提供

<歯科医師の術前・術後の口腔ケア等の介入による効果> (肺がん手術後肺炎の発症頻度)



入院期間中における病院内の取り組み3 (岡山大学病院の例)

<対象患者(疾患)> 肺癌、食道癌

	術前（外来）	術前（入院）	術後（入院）	退院後
歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔内診査（歯周検査含む） 以下必要に応じて、 ・ 歯科治療（感染源除去、咬合・咀嚼機能の回復など） ・ 歯牙損傷防止用マウスプロテクターの作製 ・ 摂食・嚥下機能評価 嚥下リハビリの Protokol 作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔内診査 ・ マウスプロテクター適合確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 術後の口腔内診査 ・ 歯科治療 ・ 摂食・嚥下機能評価 ・ 飲水開始時期、食形態のアドバイス 	適宜 フォロー
歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔内清掃（歯石除去・機械的歯面清掃） ・ 口腔衛生指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術前日、口腔内の徹底清掃（プラークフリー） ・ 義歯清掃 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔衛生指導及び実施 ・ 摂食・嚥下リハビリの実施 	
看護職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科介入の必要性について説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔衛生指導及び実施 ・ 摂食・嚥下リハビリの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔衛生指導及び実施 ・ 摂食・嚥下リハビリの実施 	

入院前・退院後における病院と歯科医療機関の取り組み1

(国立がん研究センターと日本歯科医師会の連携事業の例)

【連携事業の実施の背景】

抗がん剤治療等を行うがん治療には高い頻度で様々な口腔合併症が発症する。特に、口から喉の周囲の頭頸部がんの放射線治療では100%との報告もある。また、頭頸部がん・食道がんのような侵襲の大きい手術では、局所合併症や肺炎が高い頻度で起こることが分かっており、口腔ケアをがん患者に適切行うことにより、口腔トラブルの軽減等が報告されている。

【事業概要】

がん治療における口腔内合併症の発症率の低下等を目的とした、がん治療中核施設と歯科医療機関との連携事業を国立がん研究センターと日本歯科医師会が共同で平成22年9月より講習会を実施し、平成23年1月31日より国立がん研究センターから歯科医院への紹介事業を実施するもの。

【具体的内容】

(1) 対象患者

国立がん研究センターにおいて、全身麻酔下での手術を受ける患者(年間約4,000名)のうち、東京都、埼玉県、神奈川県、千葉県、山梨県に居住する患者

(2) 連携講習会の開催

がん患者の歯科治療に関する講習会(対象:歯科医師)を平成22年9月～12月に開催し、現在、連携拡大のための追加講習会を随時実施している。

(3) がん患者の入院前の受講歯科医への紹介

がん治療前に連携講習会を受講した歯科医への紹介(口腔ケア、歯石除去、ブラッシング指導、処置等)をするもの。

・平成24年度概算要求において、国立がん研究センター委託費として、当該連携事業に係る医療従事者育成と連携体制の構築を図るための予算(10,000千円)が計上。

入院前・退院後における病院と歯科医療機関の取り組み2

(柏歯科医師会と慈恵医大柏病院・市立柏病院の連携事業の例)

【連携事業の実施の背景】

病院における口腔ケアの必要性は、主として侵襲の大きな外科的手術後の人工呼吸器関連肺炎対策、がん治療における感染・口内炎対策や脳卒中術後の誤嚥性肺炎等の合併症の予防が挙げられる。しかしながら、全国の病院で歯科があるのは約15%程であり、その全ての病院歯科が専門的口腔ケアを実施していない。

このような現状においても途切れの無い口腔ケアを提供するためには、医科と歯科との新しい連携が必要となってくる。そこで、柏歯科医師会では、慈恵医大柏病院・市立柏病院と地域歯科医院との口腔ケア病診連携を開始している。

【事業概要】

①入院前口腔ケア連携(がん対策・感染対策)

入院前にかかりつけ歯科において、口腔有害事象の説明、予防的口腔ケアと入院治療中のブラッシング指導を済ませてから入院することで、合併症を予防・軽減するシステムを実施。

②入院中口腔ケア連携

他地域からの方、入院前に口腔ケアを受けなかった方、意識障害・重度誤嚥性肺炎の方や造血幹細胞移植・頭頸部放射線治療等の重篤な合併症が予想される方に対して、医療知識を持った歯科医師が病院に訪問し、医療情報を提供してもらい、疾患別の口腔ケアを実施。

③退院後口腔ケア連携(誤嚥対策)

重度脳卒中・頭頸部外傷手術後や胃瘻手術後の嚥下障害の方に対しては、病棟看護師と医師から退院後の肺炎予防を説明し、退院後の嚥下リハビリと口腔ケアを歯科医師会が受け付けている。また、軽度の嚥下障害を認めるが、現在は肺炎兆候が無く通院可能な患者は、かかりつけ歯科への定期的な口腔ケア受診を促している。

周術期における現行の歯科診療報酬上の評価 (術後専門的口腔衛生処置)

術 前

術 後

口腔外科手術



術後専門的口腔衛生処置【80点】

＜平成22年改定で新設＞

口腔外科領域での手術を行った入院患者で術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して保険医療機関に属する歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に算定

【手術月から2月以内の期間で月1回】

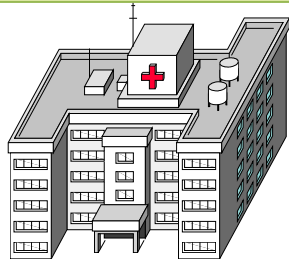


医科医療機関と歯科医療機関の連携による現行の評価

(歯科治療総合医療管理料【再掲】)

【趣旨】安全・安心な歯科医療を提供する観点から、全身疾患を有する患者に対するかかりつけ医からの診療情報提供に基づき歯科治療による偶発症等を防止するための評価

医科医療機関



診療情報提供料に基づく紹介

歯科医療機関



届出医療機関数: 10,789施設
(平成22年7月1日現在)

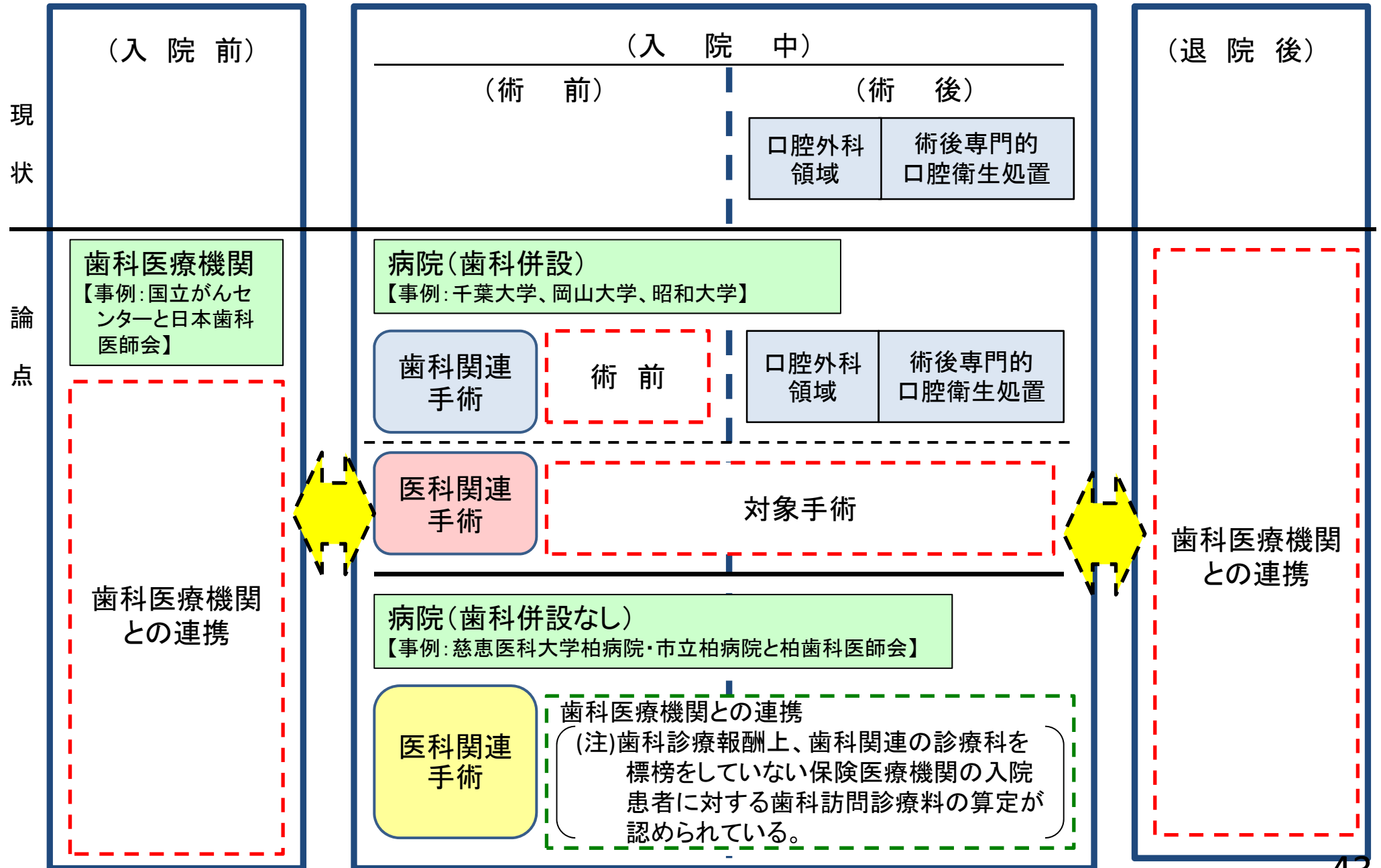
高血圧性疾患、虚血性心疾患、
不整脈、心不全、喘息、慢性気管支炎
糖尿病、甲状腺機能障害
副腎皮質機能不全、脳血管障害
てんかん、甲状腺機能亢進症
自律神経失調症

歯科治療上、必要な医療管理を行った場合
→ **歯科治療総合医療管理料【140点】**
歯科訪問診療料を算定した患者は「在宅患者歯科
治療総合医療管理料」で評価

【歯科治療総合医療管理料の施設基準(告示)】

- イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。
- ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。
- ハ 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
- ニ 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

周術期のいわゆる口腔ケアに関する論点



今後の方向性について

- ・平成22年度改定において、口腔外科領域の手術を行った入院患者に対する歯科衛生士の専門的処置に関する評価の創設以降、チーム医療に関して各方面で先進的な様々な取り組みが報告されている。
- ・平成24年度診療報酬改定の基本方針において、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減の観点から、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重点課題とされている。



【今後の方向性】

○先進的な取り組みを参考としつつ、以下の点に着目して検討してはどうか。

(1) 病院と歯科医療機関における連携

- ・歯科治療総合医療管理料の対象疾患に周術期の患者を加え、医科医療機関と歯科医療機関の連携を評価してはどうか。

(2) 歯科が併設されている病院の入院期間中の対応

- ・周術期の患者に対する歯科医師による口腔機能の包括的な管理に関する評価を検討してはどうか。

歯や口腔の機能を長期的に維持する技術等について
(歯周病)

歯を長期的に保存する技術の例

修復治療の例



(日本接着歯学会HPより)

う蝕歯即時充填形成や充填

図は、う蝕を除去し、歯科用複合レジン充填材料で治療を行っている様子。

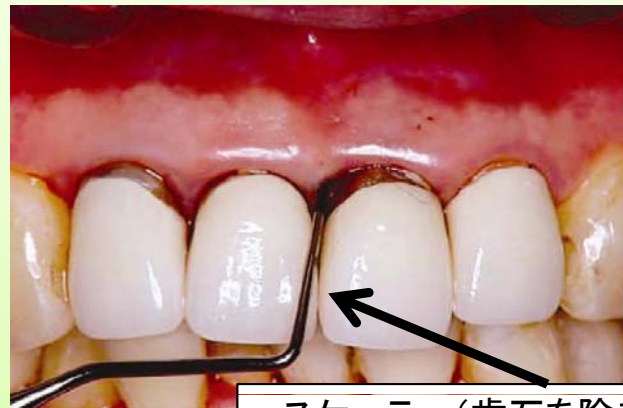
歯内治療の例



根管充填

図は、根管治療の1つの過程で、細菌に感染した根管内（いわゆる歯の神経のある部分）の歯質を除去した後に、歯科用の材料で根管内を充填している様子。

歯周治療の例



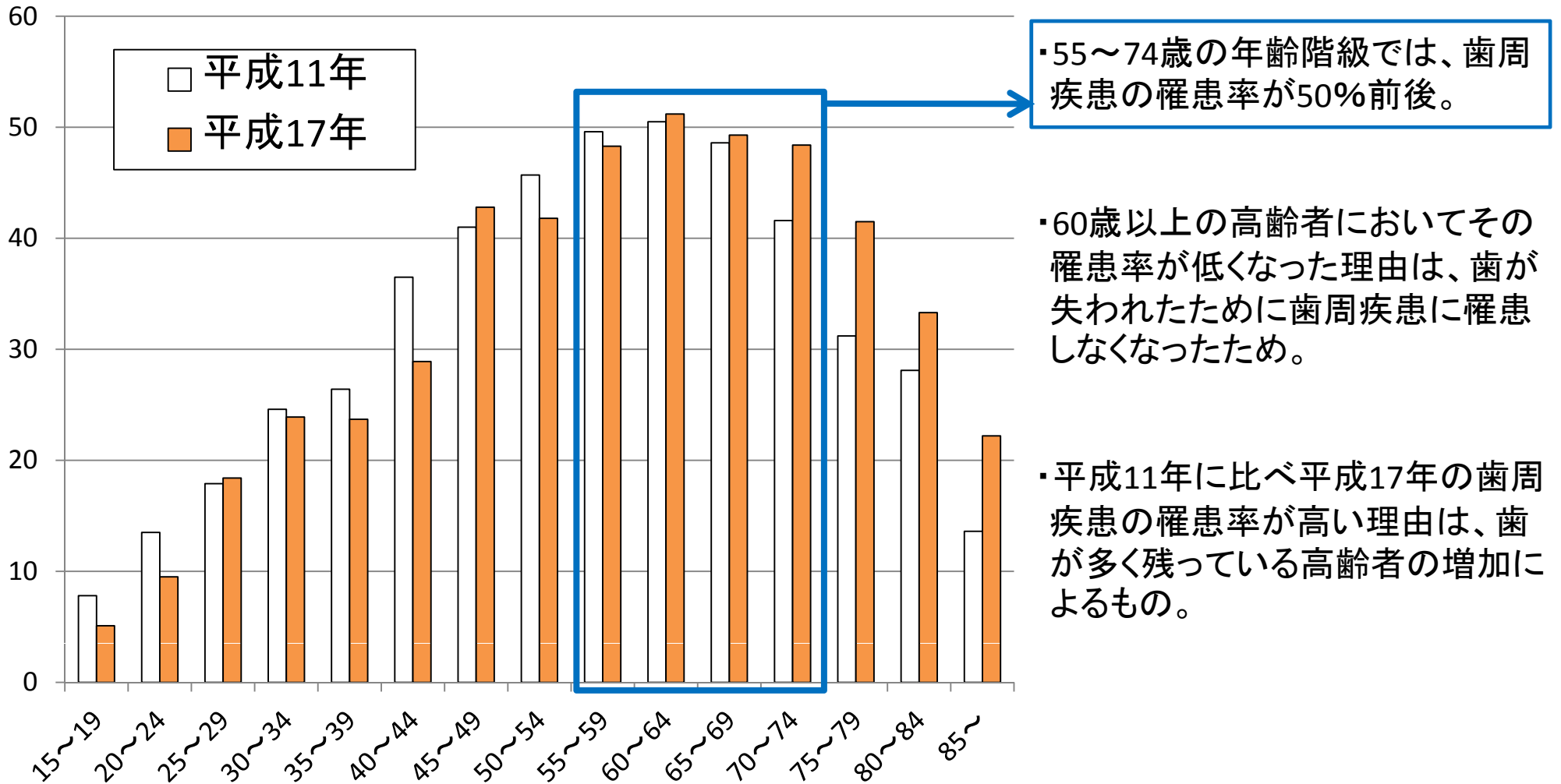
スケーラー(歯石を除去する器具)

歯周基本治療

歯肉縁下の歯石を除去している様子。

年齢階級別の歯周疾患罹患率

(%) (4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合)

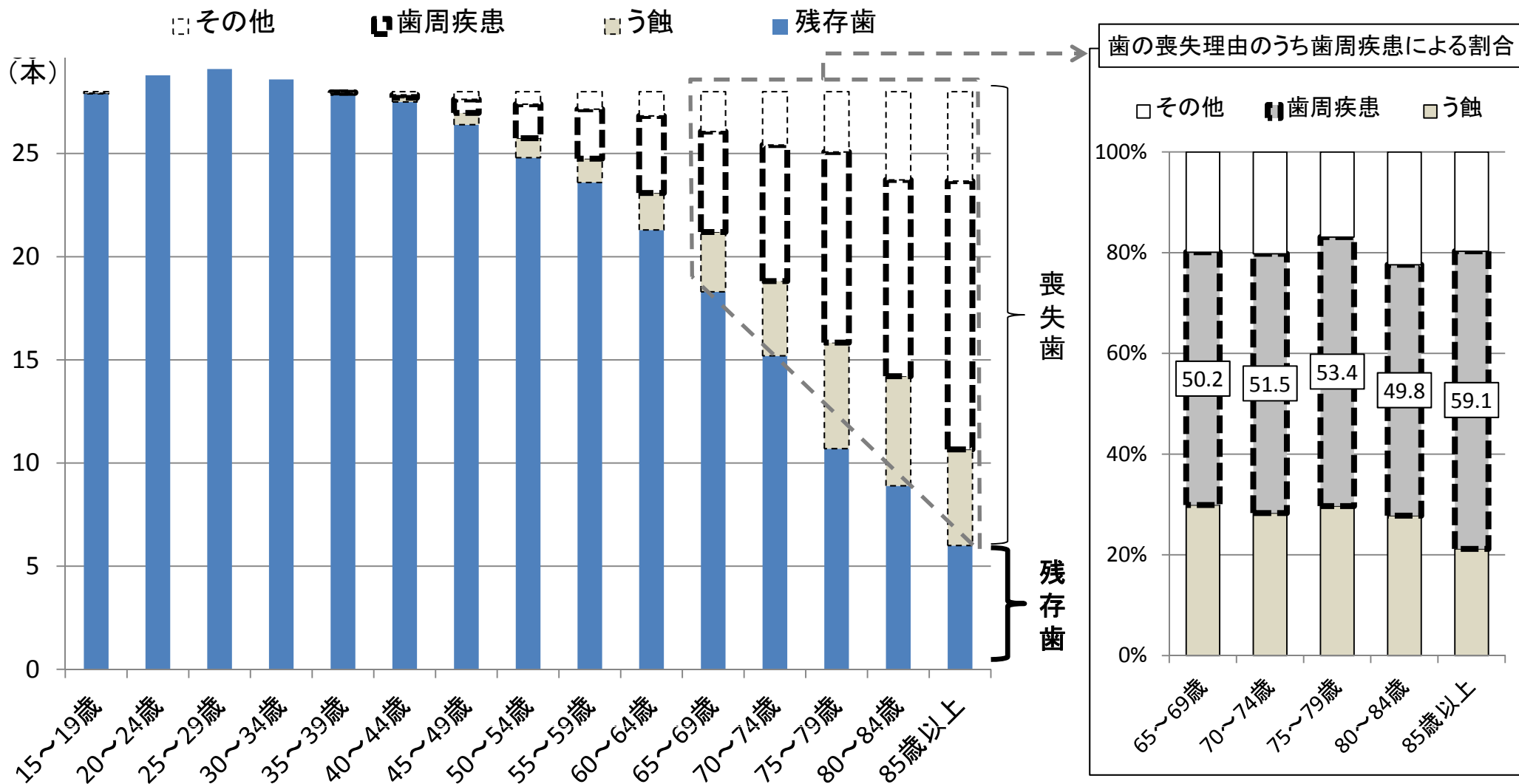


出典：歯科疾患実態調査

(昭和32年より6年ごとに実施されている調査。直近は平成17年に実施され、今年度実施予定。) 47

1人平均の現在歯数及び歯の喪失理由別歯数

- ・年齢の増加とともに歯周疾患による歯の喪失本数が顕著に増加
- ・残存歯も歯周疾患に罹患しており、歯周疾患による喪失リスクは年齢とともに増加



永久歯の抜歯原因調査(平成17年、財団法人8020推進財団)及び歯科疾患実態調査(平成17年)をもとに作成

歯周病とは

- 歯周病は、**歯の周囲組織(歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨)**の炎症や破壊を来たす疾患をいい、その原因は、歯に付着している白または黄白色の粘着性の沈着物(プラーク)中の口腔細菌が原因となって生じる炎症性疾患である。歯周病は、歯肉に限局した炎症が起こっている**歯肉炎**と、他の歯周組織にまで炎症が起こっている**歯周炎**に大別される。
- 歯周病の原因となる細菌を完全に除去することは極めて困難であり、増殖する環境があれば、再度生体に為害性を与える数に容易に増殖するため、**再発しやすい疾患**である。
- 近年は歯周病と全身疾患との関わりが注目されており、**糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向**があること等の報告がされている。
- 歯周病は、生活習慣病としても位置付けられ、治療の成功のためには、**患者個人の生活習慣の改善、自助努力が必要**である。

(「歯周病の診断と治療に関する指針」(平成19年日本歯科医学会)より)

健康な歯周組織



歯肉炎

歯肉の腫脹



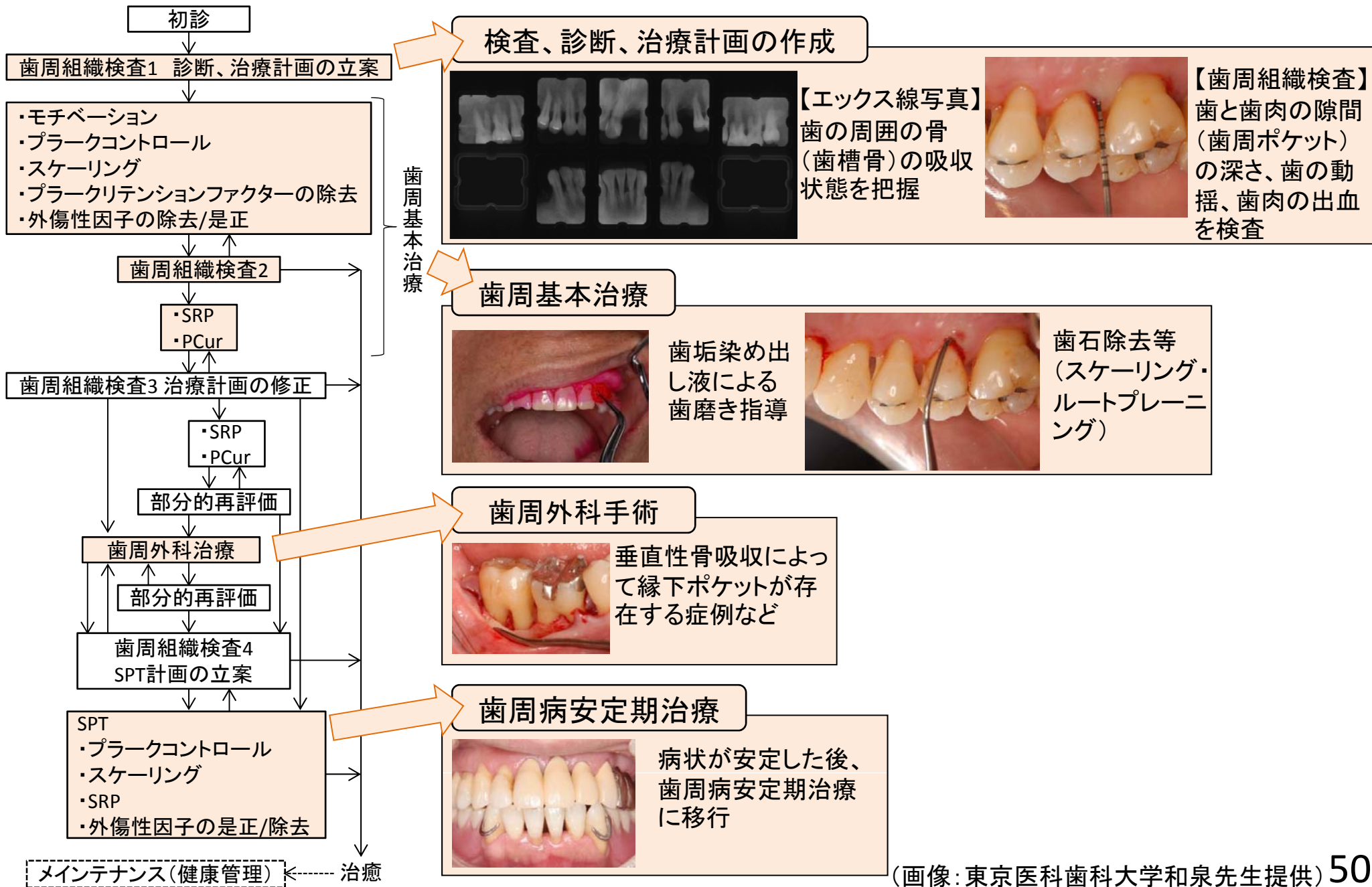
歯周炎



(口腔内写真:東京医科歯科大学和泉先生提供)

歯槽骨の吸収 49

歯周治療の基本的な流れ



歯周病安定期治療(SPT)の概要

歯周病安定期治療(SPT) Supportive Periodontal Therapy

○ 中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的として実施される治療。



(東京医科歯科大学和泉先生提供)

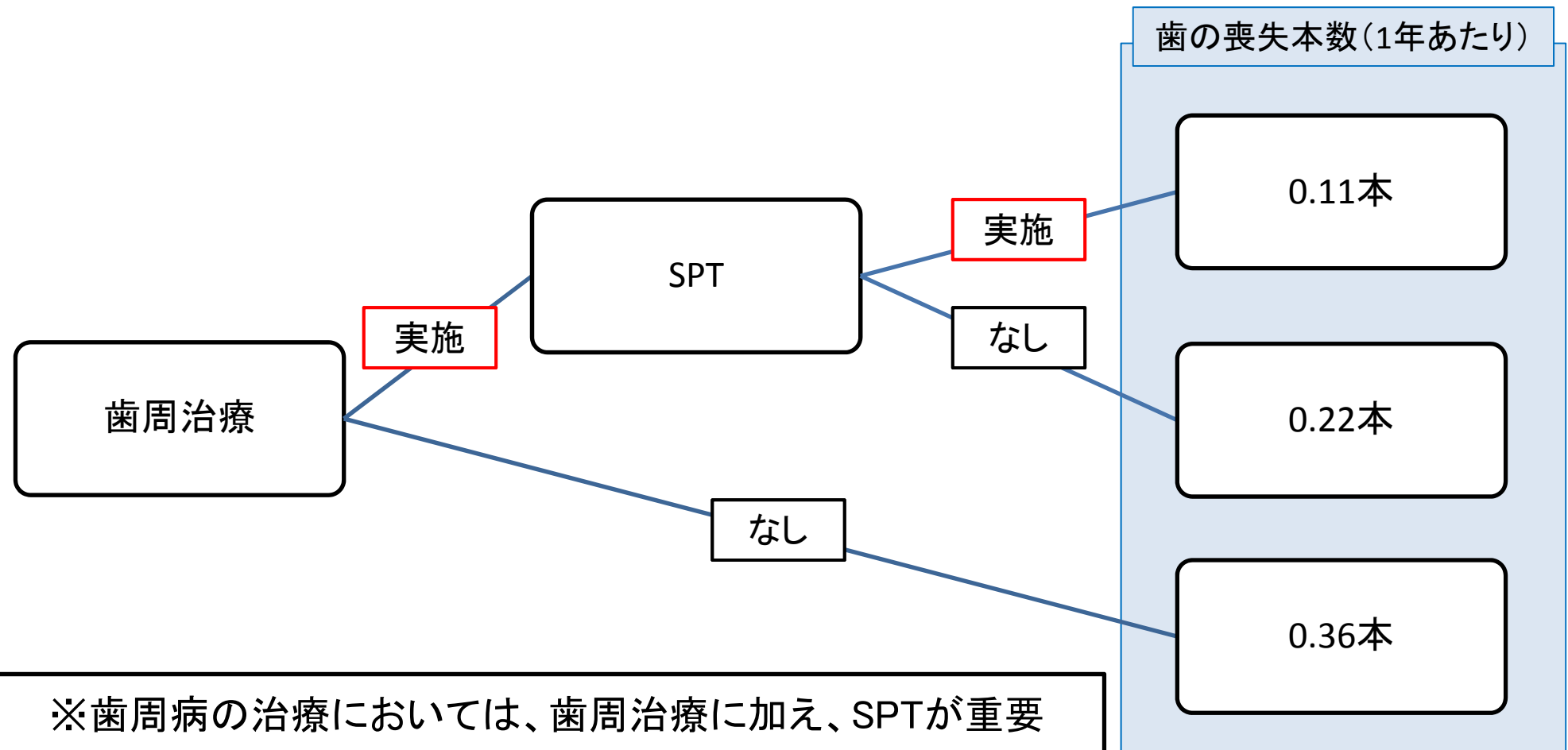
○ プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等が主体とした治療。

○ 歯周病患者の長期的な予後の観察を行ったコホート研究などから、積極的な歯周治療の後に患者のホームケアを励行するのみでは、歯周組織の健康を維持するのに十分でない場合が多く存在することが知られている。このような症例に対し、定期的なプロフェッショナルケアを継続して実施することが歯周組織の健康を維持するうえで重要な役割を果たすことが知られている。

主な診療報酬上の取扱い

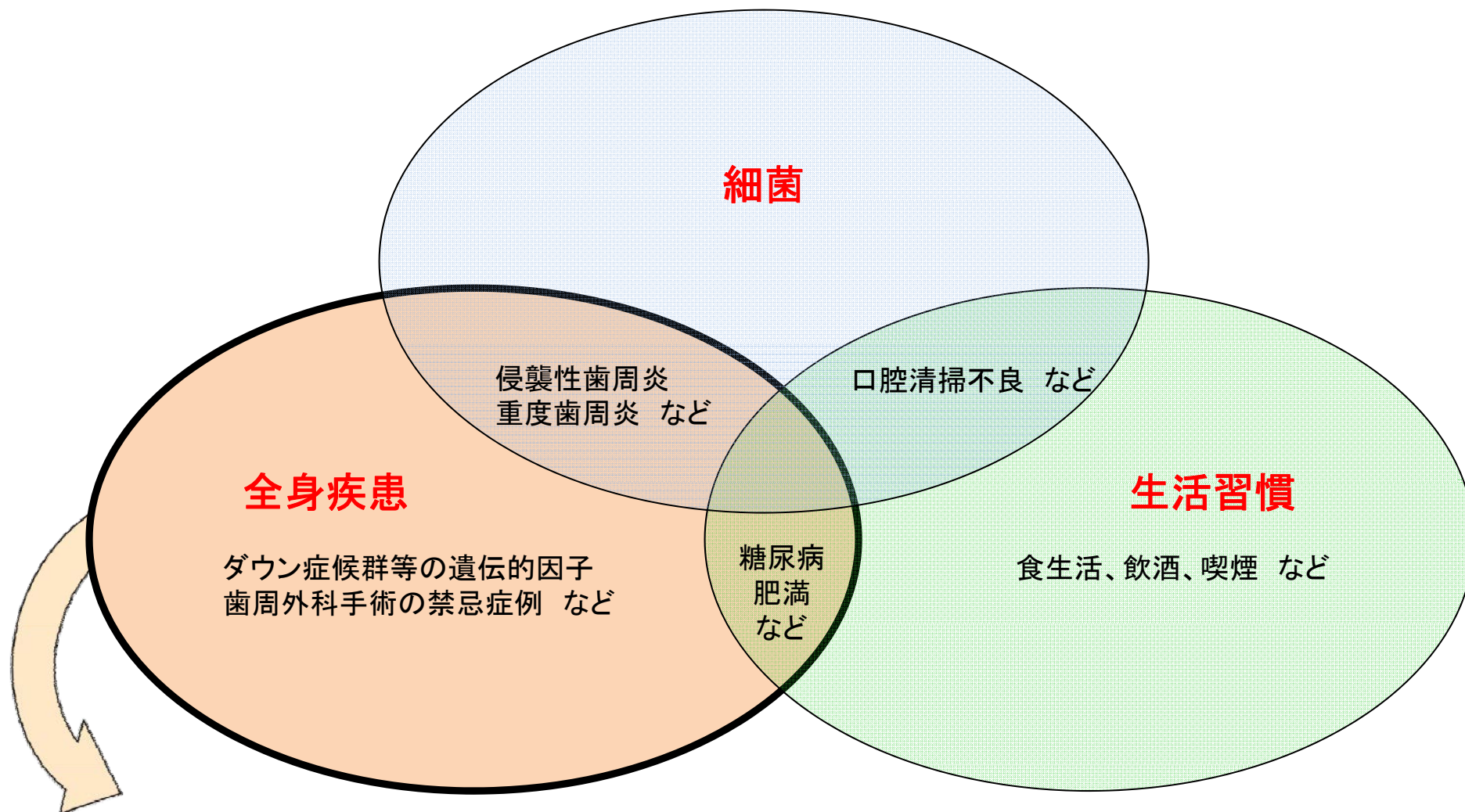
- ・一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。
- ・2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回の実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合はこの限りでない。
- ・歯周病安定期治療を開始した以降に実施した「歯周基本治療」の費用、「歯周疾患処置」及び「歯周基本治療処置」の費用は、歯周病安定期治療の所定点数に含まれ別に算定できない。

歯周治療、SPTの有無と歯の喪失本数との関係



※The long term evaluation of periodontal treatment and maintenance in 95 patients.
Becker W. et al. Int J Periodont Rest Dent, 2; 55,1984. などの結果を基に作成

歯周病のリスク要因



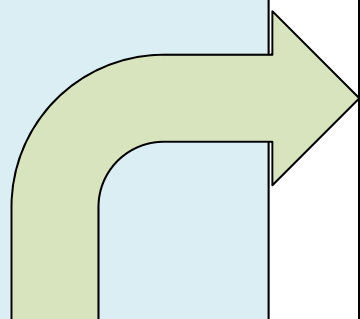
これらの全身疾患を有する者は、歯周病発症のリスクが高いだけでなく、
症状安定後の悪化のリスクや重症化のリスクも高い

歯周病患者の概要

歯周病患者

中等度以上の患者

		歯周外科手術の実施の有無	
		有	無
歯周病の悪化に関連する因子の有無	有	歯周病のハイリスク患者	
	無		



		歯周外科手術の有無	
		有	無
歯周病の悪化に関連する因子の有無	有	SPT実施間隔の短縮の対象者	SPT実施間隔の短縮の非対象者
	無		

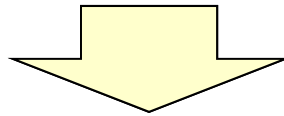
以前に進行性歯周炎と診断され、通常非外科的歯周治療を受けた疾患感受性亢進群(HSG)と正常な感受性群(NG)におけるSPTの予後を比較研究によれば、年3~4回のSPTの実施では、NGでは歯周行の悪化が見られなかったのに対し、HSGでは有意な歯槽骨吸収とアタッチメントロスが観察された。

Rosling B, Serino G, Hellstrom MK, Socransky SS, Lindhe J. Longitudinal periodontal tissue alterations during supportive therapy. Findings from subjects with normal and high susceptibility to periodontal disease. J Clin Periodontol. 2001; 28: 241-249

「歯周病の診断と治療の指針 2007」(日本歯周病学会編)、「歯周病の検査・診断・治療計画の指針 2008」(日本歯周病学会編)、「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」(日本歯科医学会監修)等を参考に作成

今後の方向性について

- ・4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合は、55～74歳の年齢階級で50%前後で、年齢の増加とともに歯周病による歯の喪失本数が顕著に増加。
- ・近年は歯周病と全身疾患との関わりが注目されており、特に、糖尿病患者は歯周病が悪化・重症化しやすい傾向があることが明らかになっている。
- ・歯周病患者の長期的な予後の観察を行ったコホート研究などから、定期的なSPT(歯周病安定期治療)を継続して実施することが、歯周病の再発リスクを低下させ、歯周組織の健康を維持するうえで重要。



【今後の方向性】

- 歯周病の悪化・重症化リスクが極めて高い患者に対する歯周病安定期治療の間隔を歯周外科手術を実施した場合に合わせて短縮してはどうか。
- 他の治療の評価も含め、歯周治療の一連の診療報酬の評価のバランスをどのように考えるか。

歯科用語の平易化等について

歯科用語の平易化等について

< 歯科用語の平易化 >

(平成22年度改定の要点)

患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語や、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目について見直し

改定前	改定後
補綴物維持管理料	クラウン・ブリッジ維持管理料
歯髄覆罩	歯髄保護処置
非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC)	歯髄温存療法
床裏装	有床義歯内面適合法
楔状欠損 (WSD)	歯質くさび状欠損

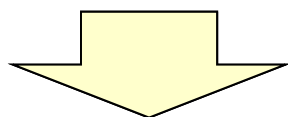
○また、歯科診療報酬点数表において、歯科診療上使用されていない用語等が掲載。

(例)「歯牙」

「圧迫麻酔」等

今後の方向性について

- ・平成22年度改定において、患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語や、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目について見直しが行われた。
- ・他方、歯科診療報酬点数表において、歯科診療上使用されていない用語が掲載されている。



【今後の方向性】

○保険診療上の歯科用語や歯科診療報酬点数表の項目については、患者の視点や関係学会からの意見等を踏まえつつ、引き続き見直しや簡素化を図ることとしてはどうか。

(参考)在宅歯科医療について
【平成23年11月11日中医協資料】

在宅歯科医療



(日本歯科大学菊谷先生提供)



(日本歯科大学菊谷先生提供)



訪問診療用ポータブルユニット

「歯科訪問診療料」に関する歯科診療報酬の主な変遷1

	概 要
S63.6	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料(480点)」新設 →常時寝たきり又はこれに準じる状態(「特定疾患治療研究事業」に掲げる疾患に罹患しており、都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者)に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価
H2.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料」の引き上げ(480点→520点)
H4.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料」の引き上げ(520点→650点)
H6.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料」の引き上げ(650点→680点)
H6.10	<ul style="list-style-type: none"> ・「往診料」及び「在宅患者訪問診療料」を「歯科訪問診療料 (620点)」と「歯科訪問診療料 (430点)」に改組 →居宅において、療養を行っている患者であって、通院困難なものに対して、患者の求めに応じて訪問歯科診療を行った場合又は当該歯科診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた場合 →「 」:「 」以外 「 」:社会福祉施設等で同時に複数の患者に対して歯科診療を行った場合
H8.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料 」及び「歯科訪問診療料 」の引き上げ(「 」620点→710点、「 」430点→460点)
H10.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料 」の引き上げ(710点→920点)
H12.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料1(920点)」と「歯科訪問診療料2(400点)」の要件を見直し →施設の種別と歯科訪問診療を行う人数で評価 →「1」:居宅又は社会福祉施設等において通院困難な患者1人に対して歯科訪問診療を行った場合 「2」:社会福祉施設等において通院困難な複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合で、1人目及び2人目以降(30分以上)の患者 ・「歯科訪問診療料2」の引き下げ(460点→400点)

「歯科訪問診療料」に関する歯科診療報酬の主な変遷2

概 要	
H14.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の対象者を明確化 →「<u>常時ねたきりの状態等</u>であって、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っており、疾病・傷病のため通院困難な患者に対し屋内で行った場合」 ・「歯科訪問診療1」及び「歯科訪問診療料2」の引き下げ（「1」:920点→830点、「2」:400点→380点）
H18.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の要件を見直し →歯科訪問診療を行った際に、当該患者又はその家族等に対して、文書提供を行った場合に算定
H20.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の要件を見直し →文書提供の要件を廃止 ・「在宅療養支援歯科診療所」を位置づけ →在宅療養を後方から支援することを目的として、歯科訪問診療料の実績があり、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた1名以上の常勤歯科医師の配置等を要件とした歯科診療所
H22.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の評価体系を簡素化 →同一建物居住者の有無と診療時間で評価 →「1」:同一建物居住者以外で20分以上診療を実施した場合 「2」:同一建物居住者で20分以上診療を実施した場合

訪問歯科診療に用いる器具の携行に関する歯科診療報酬の主な変遷

	概 要
H4.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「切削器具加算(+300点)」新設 切削器具及びその周辺装置を携行した場合の加算
H12.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「切削器具周辺装置加算」を「エアタービン及びその周辺装置(+200点)」と「歯科用電気エンジン及びその周辺装置(+50点)」に分類して評価
H20.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者等急性歯科疾患対応加算(「1回目」: +232点、「2回目」: +90点)新設 →歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置等に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行した場合の評価 →「1回目」: 1回目の歯科訪問診療時 「2回目以降」: 2回目以降の歯科訪問診療時
H22.4	<ul style="list-style-type: none"> 「エアタービン及びその周辺装置」、「歯科用電気エンジン及びその周辺装置」を「在宅患者等急性歯科疾患対応加算」に統合

訪問歯科診療における歯科衛生士等の指導に関する 歯科診療報酬の主な変遷1

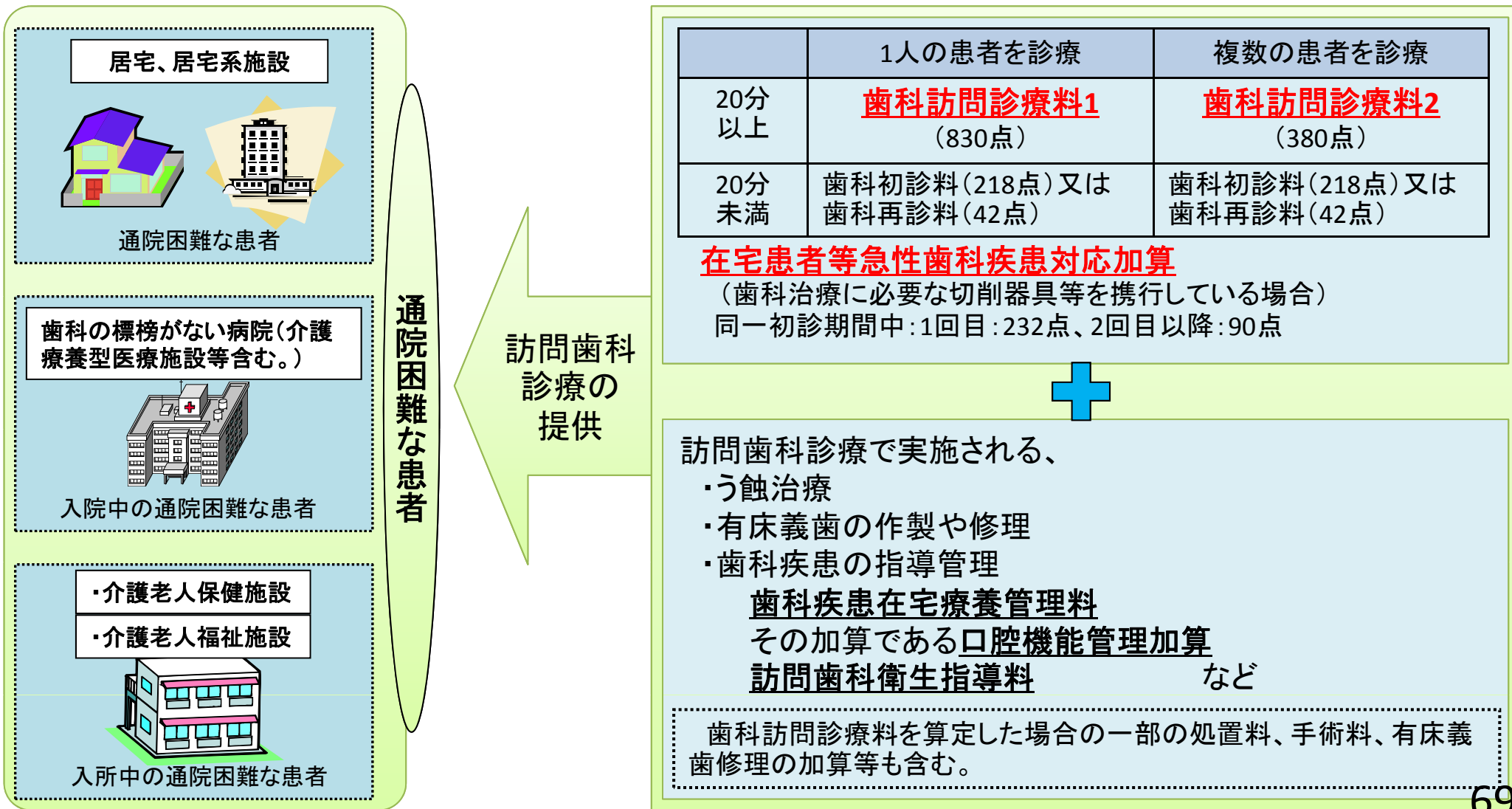
	概 要
S63.6	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問看護・指導料(230点)」新設 →家庭において療養を行っている患者であって、寝たきりの状態又はこれに準じる状態であって、保健婦又は看護婦を訪問させて療養上の指導を行った場合の評価
H2.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問看護・指導料」の要件見直し →保健婦又は看護婦に限定されていた行為について、歯科衛生士又は准看護婦による場合を追加 ・「在宅患者訪問看護・指導料」の引き上げ <li style="padding-left: 20px;">保健婦、看護婦の場合：230点→360点 <li style="padding-left: 20px;">歯科衛生士、准看護婦の場合：230点→290点
H4.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問看護・指導料」の引き上げ <li style="padding-left: 20px;">保健婦、看護婦の場合：360点→450点 <li style="padding-left: 20px;">歯科衛生士、准看護婦の場合：290点→400点
H6.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問看護・指導料」の引き上げ <li style="padding-left: 20px;">保健婦、看護婦、歯科衛生士の場合：450点→480点 <li style="padding-left: 20px;">准看護婦の場合：400点→430点
H6.10	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問看護・指導料」を「訪問歯科衛生指導料(250点)」に改組 →訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健婦、看護婦又は准看護婦が訪問して療養上の指導を行った場合の評価

訪問歯科診療における歯科衛生士等の指導に関する 歯科診療報酬の主な変遷2

	概 要
H9.4	・「訪問歯科衛生指導料」の引き上げ(250点→350点)
H10.4	・「訪問歯科衛生指導料」を「訪問歯科衛生指導料 (500点)」と「訪問歯科衛生指導料 (250点)」に分離 →「 」:「 」以外 「 」:社会福祉施設等で同時に複数の患者に対して指導を行った場合
H12.4	・「訪問歯科衛生指導料」を「複雑なもの(500点)」と「簡単なもの(80点)」に組み替え →「複雑なもの」:1対1で20分以上指導を行った場合 「簡単なもの」:1人又は複数の患者に対して指導を行った場合
H14.4	・「訪問歯科衛生指導料(複雑なもの)」を分離 1回目:500点→550点、2回目:500点→300点
H16.4	・「訪問歯科衛生指導料(複雑なもの)」を統合 1回目:550点→350点、2回目:300点→350点 ・「訪問歯科衛生指導料(簡単なもの)」を引き上げ(80点→100点)
H22.4	・「訪問歯科衛生指導料(複雑なもの)(簡単なもの)」を引き上げ 複雑なもの350点→360点 簡単なもの100点→120点

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の取扱い

- ・「歯科訪問診療料」は、訪問先に関わらず、訪問診療の「時間」及び同一建物における「患者数」で整理。
- ・個々の診療は、出来高で算定。



在宅療養支援歯科診療所について

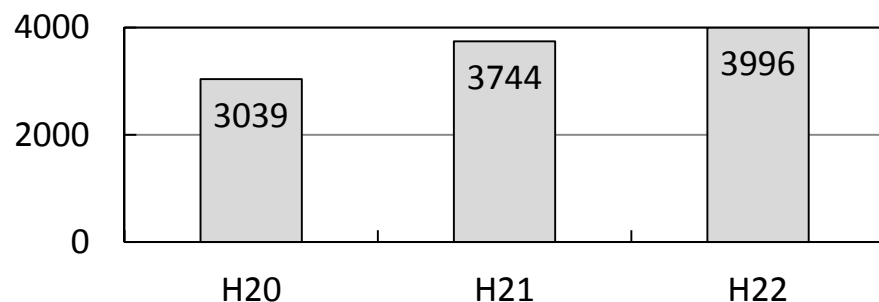
○在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

<施設基準>

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

<届出医療機関数の推移(各年6月末現在)>

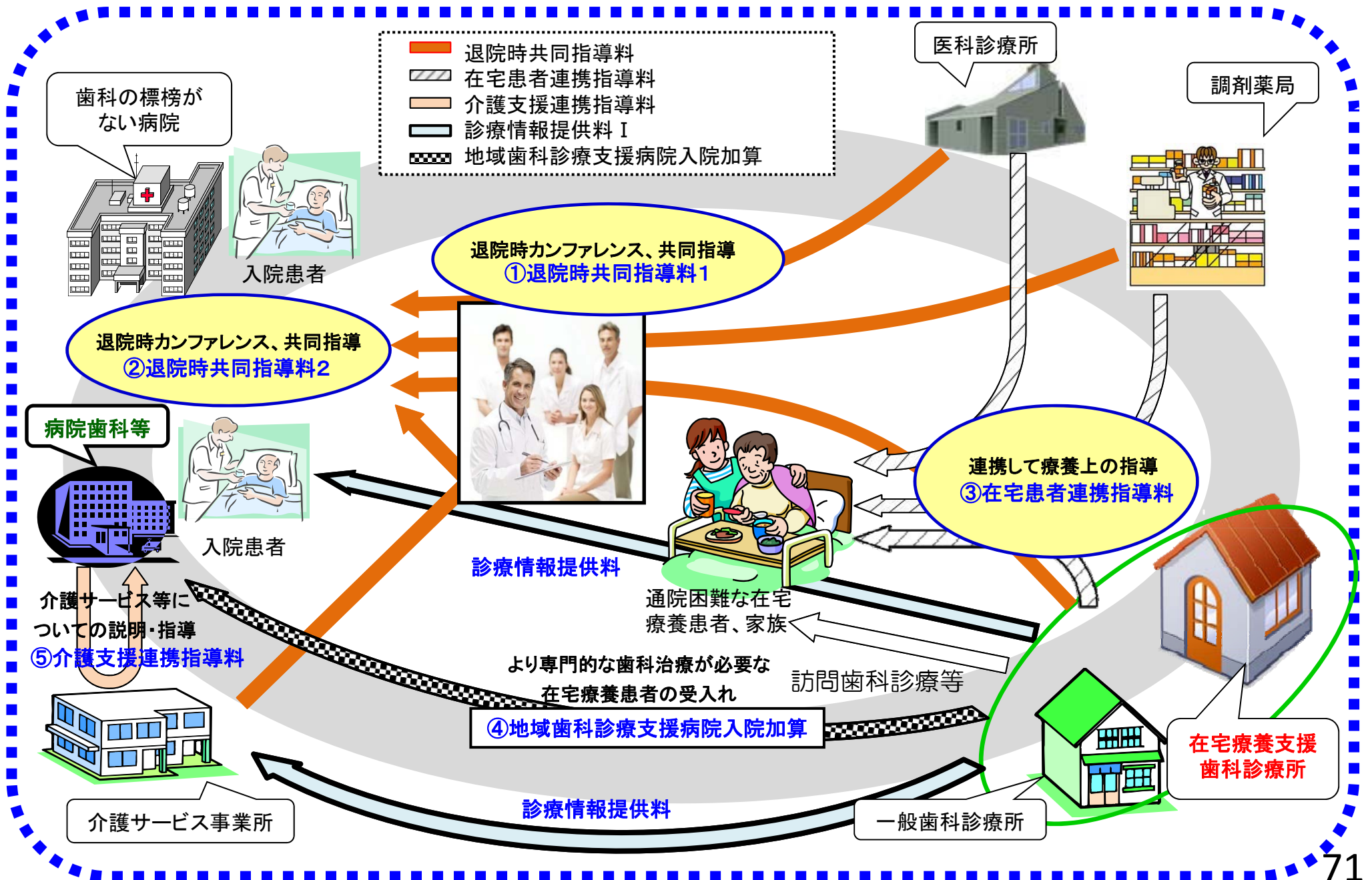
(施設)



<在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>

	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料	600点	300点
歯科疾患在宅療養管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+50点)	130点

在宅歯科医療における医療機関間の連携等に係る診療報酬上の主な対応例



在宅歯科医療における医療機関間の連携等に係る 診療報酬上の主な対応例

項目/点数/実績【H22】	概 要
①退院時共同指導料1 600点(歯援診) 300点(歯援診以外) 【0件】	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関と連携している別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 共同での説明、指導 </div>
②退院時共同指導料2 300点 【0件】	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 共同での説明、指導 </div>
③在宅患者連携指導料 900点 【0件】	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーション </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 共有された情報を踏まえた指導 </div>
④地域歯科診療支援病院入院加算 +300点 【43件】	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> 地域歯科診療支援病院 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">←</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;"> 歯科訪問診療料又は障害者加算を算定した患者で、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を入院月又は前月に算定 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 受入れ </div>
⑤介護支援連携指導料 300点 【10件】	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 保険医療機関(入院施設)の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、看護師等 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 介護支援専門員 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 共同での説明、指導 </div>

実績件数は平成22年6月社会医療診療行為別調査から抽出

医療・介護保険における口腔関連サービスの提供

- ・歯科治療に関する費用は「歯科訪問診療料」やその他特掲診療料により医療保険で給付し、居宅の要介護者に対する歯科医師または歯科衛生士による指導管理については、「居宅療養管理指導費」として介護保険により給付される。
- ・内容が重複する一部のサービス(例: 歯科疾患在宅療養管理料と居宅療養管理指導)については給付調整がかかり、医療保険と介護保険で同時に算定することができない。

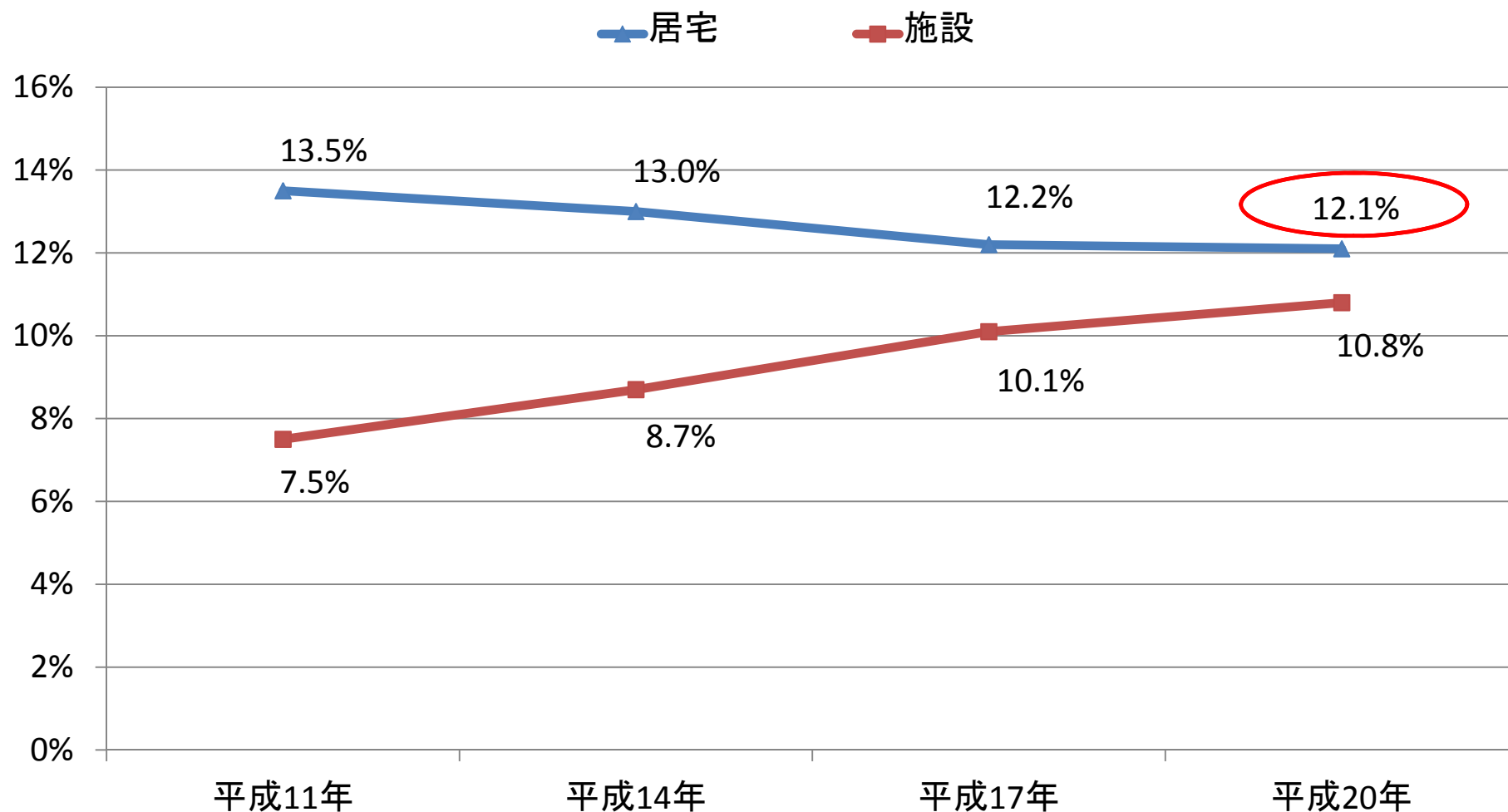
	診療報酬 (通院による歯科治療が困難な患者が対象)	介護報酬	
		要支援1・2(予防給付)	要介護1～5(介護給付)
施設	<ul style="list-style-type: none"> ○歯科訪問診療料 (診療日ごと) 歯科訪問診療1: 830点 歯科訪問診療2: 380点 ○訪問歯科衛生指導料 (月4回まで) 複雑なもの: 360点 簡単なもの: 120点 ○歯科疾患在宅療養管理料 (月1回) 在宅療養支援歯科診療所の場合: 140点 それ以外の場合: 130点 歯科疾患の状態等を踏まえた管理を評価 ・口腔機能管理加算 (月1回): 50点 口腔機能評価結果を踏まえた管理を評価 ○その他特掲診療料 (義歯管理) 		<ul style="list-style-type: none"> ○口腔機能維持管理加算 (30単位/月) ※介護保険施設が算定 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を行っている場合であって、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合を評価
居宅			<ul style="list-style-type: none"> ○居宅療養管理指導費 <u>歯科医師の場合: 500単位/回 (月2回を限度)</u> ・指定居宅介護支援事業者に対する情報提供を行わなかった場合は、100単位を減算 ①歯科医師が居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定に必要な情報提供 ②並びに利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等を行った場合を評価 <u>歯科衛生士の場合: 350単位/回 (月4回を限度)</u> ・居住系施設入所者等に対して行う場合は300単位 ①訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が当該利用者の居宅を訪問し、実地指導を行った場合を評価
病院			

在宅歯科医療推進に係る基盤整備事業(医政局)

- ①在宅歯科医療を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会(平成20年度～)
(歯の健康力推進歯科医師等養成講習会)【H22年度:7地区10会場】
高齢者・寝たきり者等に対する在宅歯科医療、口腔ケア等を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会。
- ②在宅歯科医療機器に関する歯科医療機関への補助制度(平成20年度～)
(在宅歯科診療設備整備事業)【H22年度:28都道府県】
上記①の講習会を修了した歯科医師が常勤する医療機関の在宅歯科医療に必要な機器等に関する、初度設備整備事業。
- ③在宅歯科医療連携室整備事業(平成22年度～)【H22年度:18県】
医科・介護等との連携窓口、在宅歯科医療希望者の窓口、在宅歯科医療や口腔ケア指導者等の実施歯科診療所等の紹介、在宅歯科医療に関する広報、在宅歯科医療機器の貸出しなどを行う在宅歯科医療連携室を整備する事業。
- ④予防・在宅歯科医療等対応教員養成講習会(平成22年度～)
歯科疾患の予防管理、高齢者や在宅療養者への診療、食育支援等に対応できる歯科衛生士を養成するため、歯科衛生士養成施設の教員に対して講習を行う。

訪問先別の訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

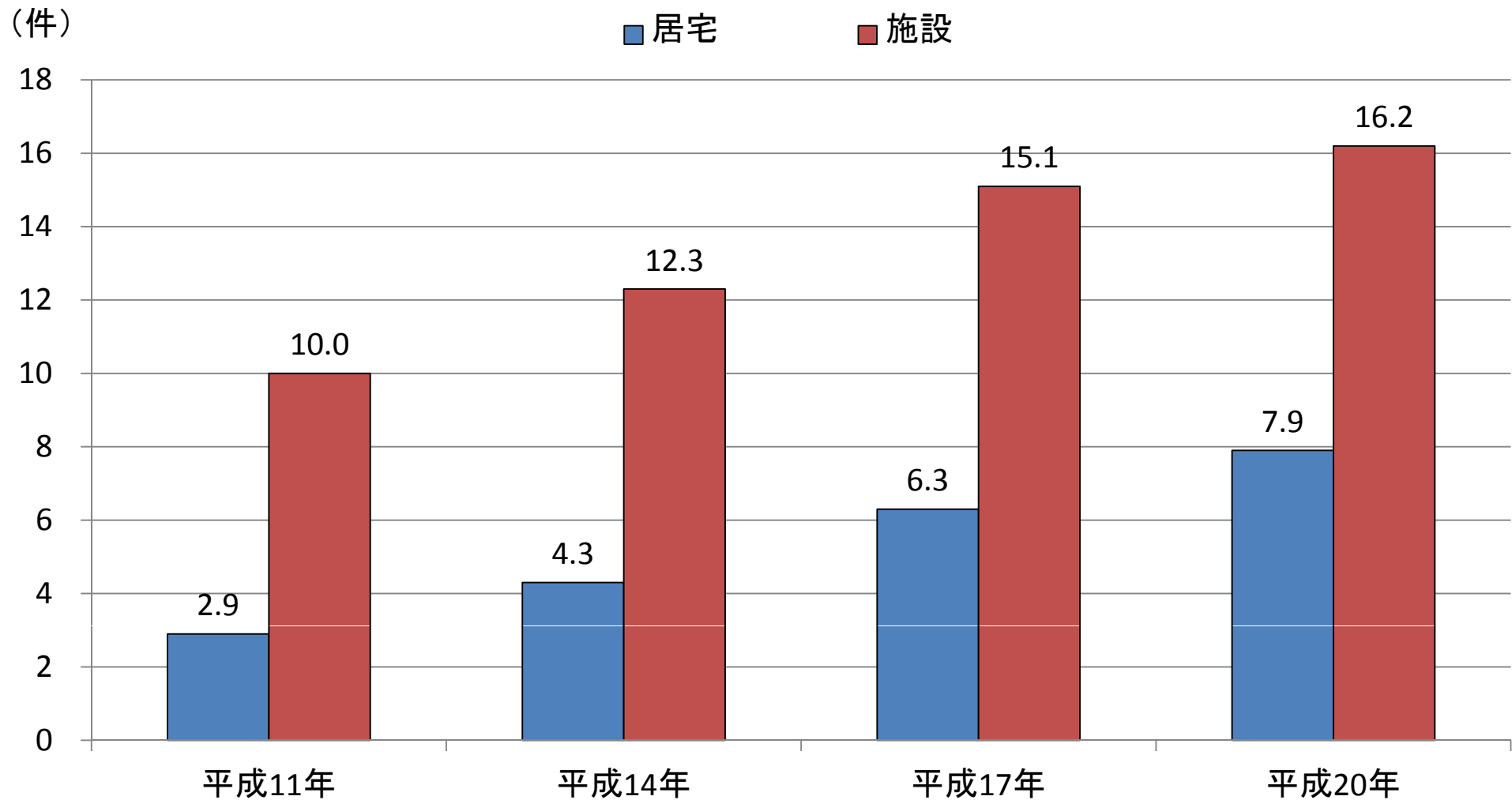
・施設において訪問歯科診療を実施している歯科診療所は増加しているが、居宅において訪問歯科診療を実施している歯科診療所は減少している。



(医療施設調査)

1 歯科診療所当たりの訪問歯科診療実施件数(毎年9月分)

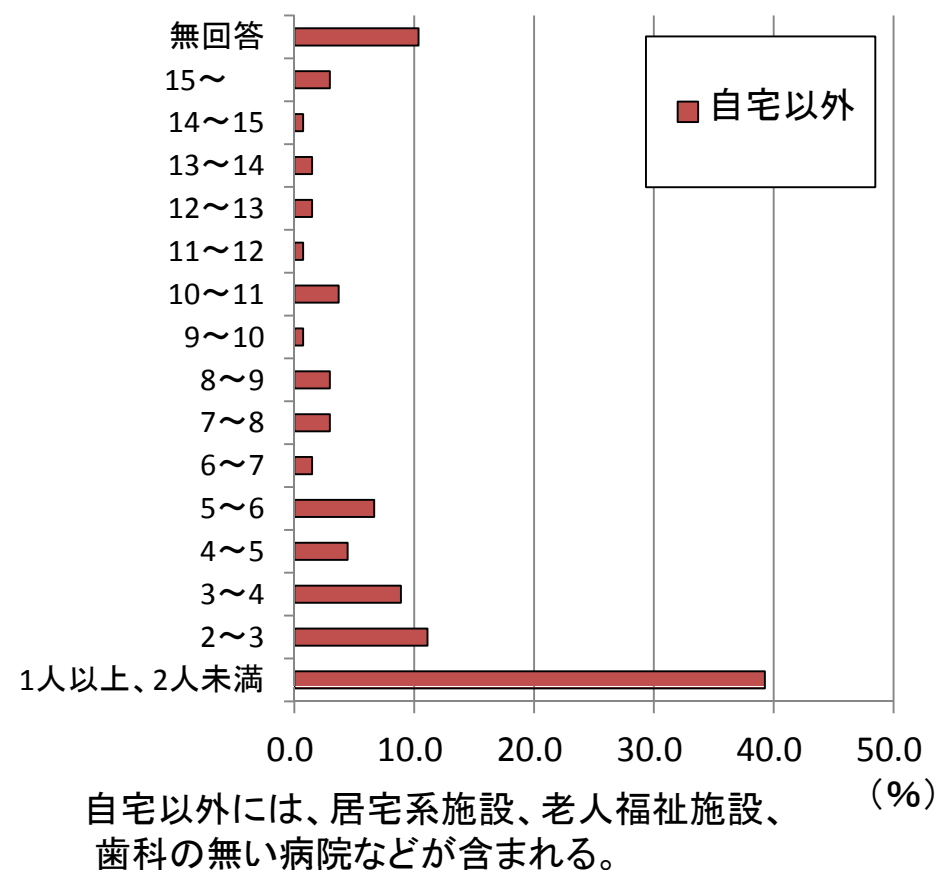
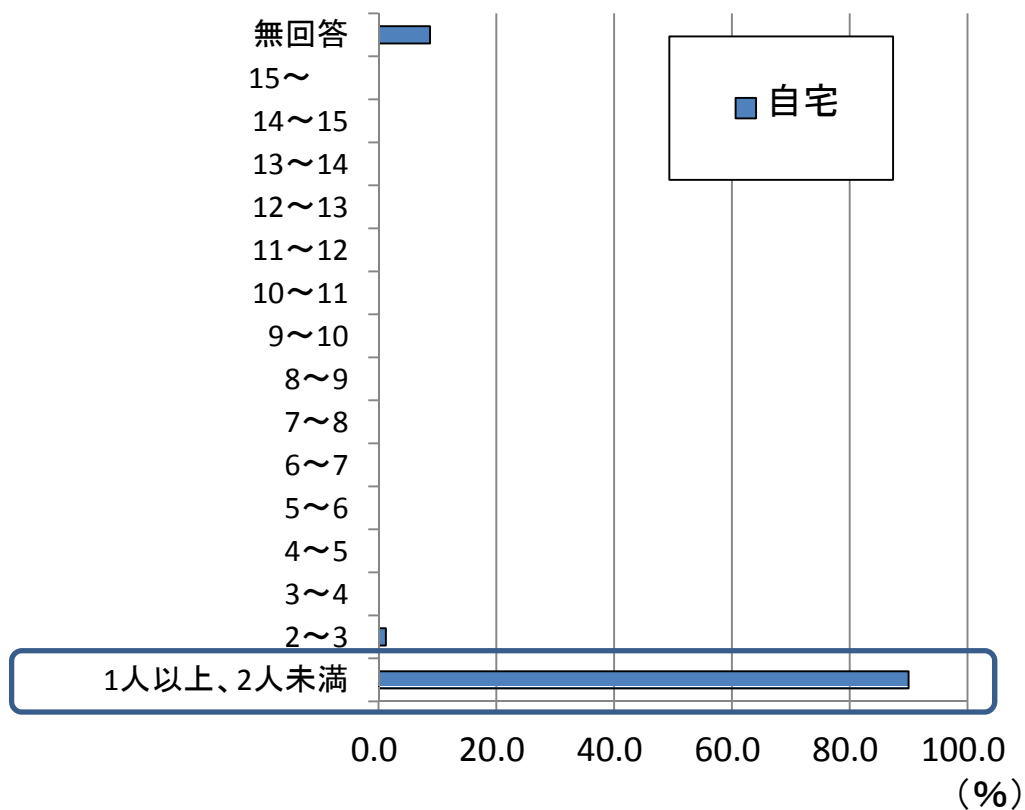
・1歯科診療所当たりの訪問歯科診療実施件数(9月分)は、調査を重ねるごとに増加。



(医療施設調査)

訪問歯科診療1回当たりの診療人数の分布

- ・訪問歯科診療の1回当たりの平均の診療人数の分布は、
 自宅では、1人以上、2人未満が90.0%、
 自宅以外では、1人以上、2人未満が39.3%、2人以上、3人未満が11.1%
- ・自宅以外では、6人未満までの割合の合計で70%を占めている



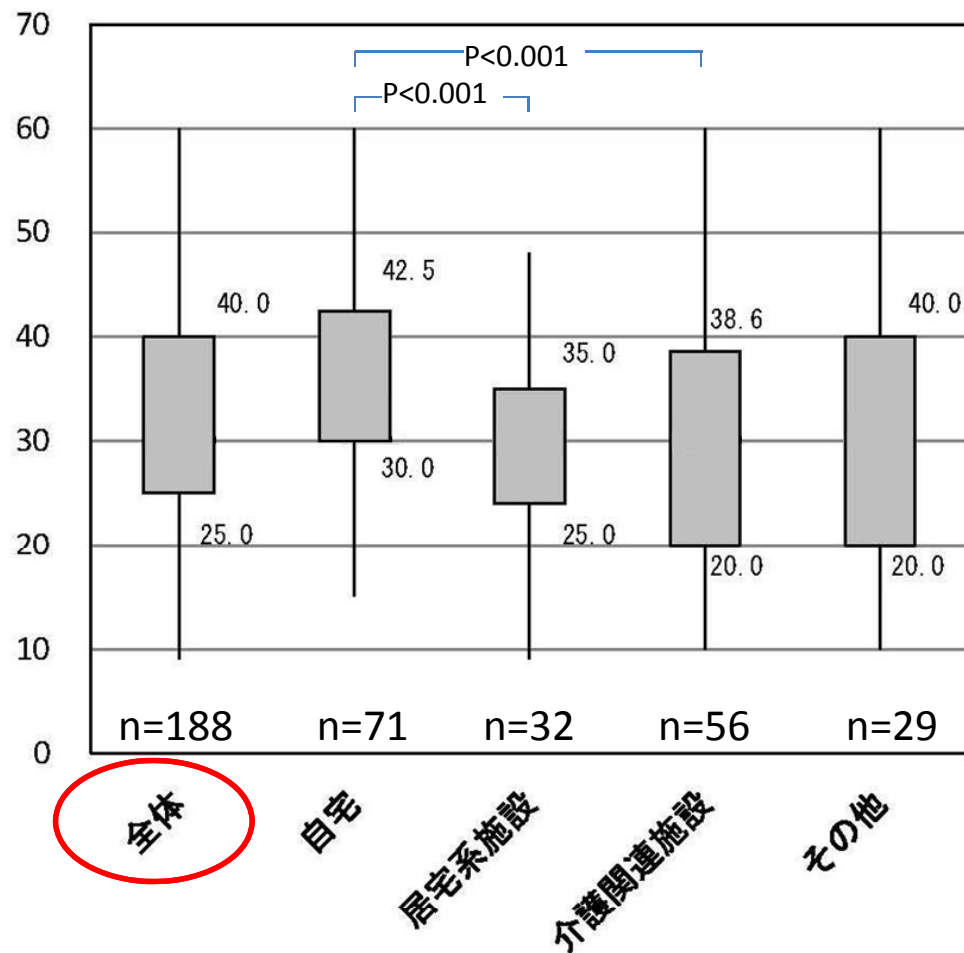
訪問歯科診療1回あたりの診療人数を加味した歯科訪問診療料の算定点数の合計

自宅の場合:818点、自宅以外の場合:1,608点

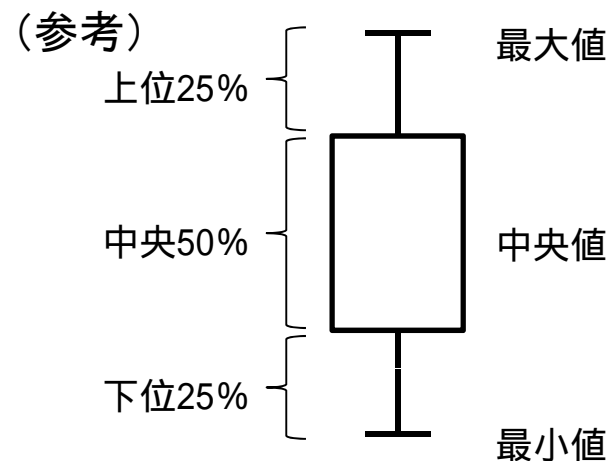
(訪問歯科診療1回あたりの診療人数と平成22年度の体系、1人あたりの診療時間が20分以上として算出)

(平成21年度医療課調査)

患者1人当たりの訪問歯科診療所要時間



- ・下位25%を除く、訪問歯科診療における患者一人当たりの所要時間は全体で25分以上となっている。
- ・下位25%を除く、訪問歯科診療における患者一人当たりの所要時間は、「自宅」が30分以上と最も長く時間を要し、「介護関連施設」と「その他」が20分以上と最も短い。

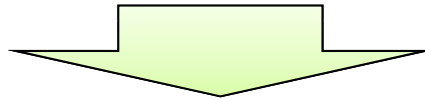


(平成21年医療課調査)

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

<要介護者の現状>

- (1) 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- (2) 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1% 平均現在歯数:7.1本
- (3) 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- (4) 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- (5) 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要があるものは38.0%
- (6) また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。



<要介護者に対する歯科治療上の課題>

- (1) **歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要**であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齲蝕治療、歯周治療の順であった。
- (2) **実際に歯科治療を受診した者は26.9%**
- (3) 要介護者は口腔内の状況が悪化しやすく、歯科治療を必要としているケースが多いにもかかわらず、歯科治療を受診した者が少ない。

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

在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

在宅歯科医療の実施状況別にみた医療職との連携の状況

在宅に限らず、高齢 や基礎疾患のある 患者の主治医との 連携	全 体 (n=3,274)	未実施 (n=2,056)	実 施 (n=1,218)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=1,031)	10～49人 (n=125)	50人以上 (n=62)
連携している	1,822 (55.7%)	1,087 (52.9%)	735 (60.3%)	603 (58.5%)	90 (72.0%)	42 (67.7%)
あまり取れてない	775 (23.1%)	440 (21.4%)	335 (27.5%)	290 (28.1%)	27 (21.6%)	18 (29.0%)
連携していない	677 (20.7%)	529 (25.7%)	148 (12.2%)	138 (13.4%)	8 (6.4%)	2 (3.2%)

在宅歯科医療の実施状況別にみた介護職との連携の状況

介護保険を利用し ている患者の、ケア マネジャー等介護 保険関連職種との 連携	全 体 (n = 2,983)	未実施 (n = 1,821)	実 施 (n = 1,162)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n = 977)	10～49人 (n = 126)	50人以上 (n = 59)
連携している	385 (12.9%)	142 (7.8%)	243 (20.9%)	171 (17.5%)	47 (37.3%)	25 (42.4%)
あまり取れてない	623 (20.9%)	265 (14.6%)	358 (30.8%)	293 (30.0%)	46 (36.5%)	19 (32.2%)
連携していない	1,975 (66.2%)	1,414 (77.6%)	561 (48.3%)	513 (52.5%)	33 (26.2%)	15 (25.4%)

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

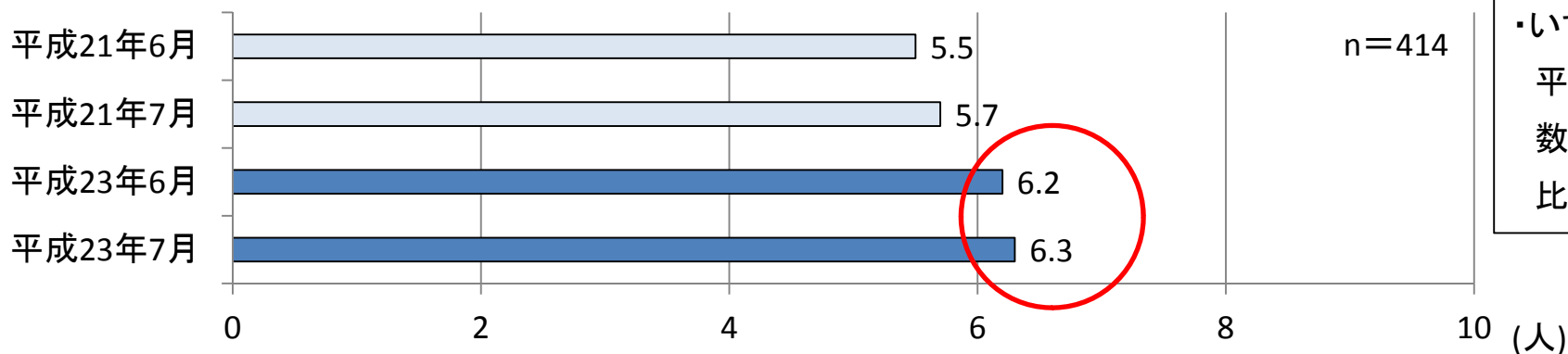
出典：東京都内における在宅歯科医療に関する基礎調査。東京都歯科医師会会員へのアンケート調査より。（老年歯学：23(4)、417-423、2009）

1 歯科医療機関当たり「歯科訪問診療料」の月平均算定患者延べ人数 (平成23年度検証調査)

(平成22年度改定の要点)

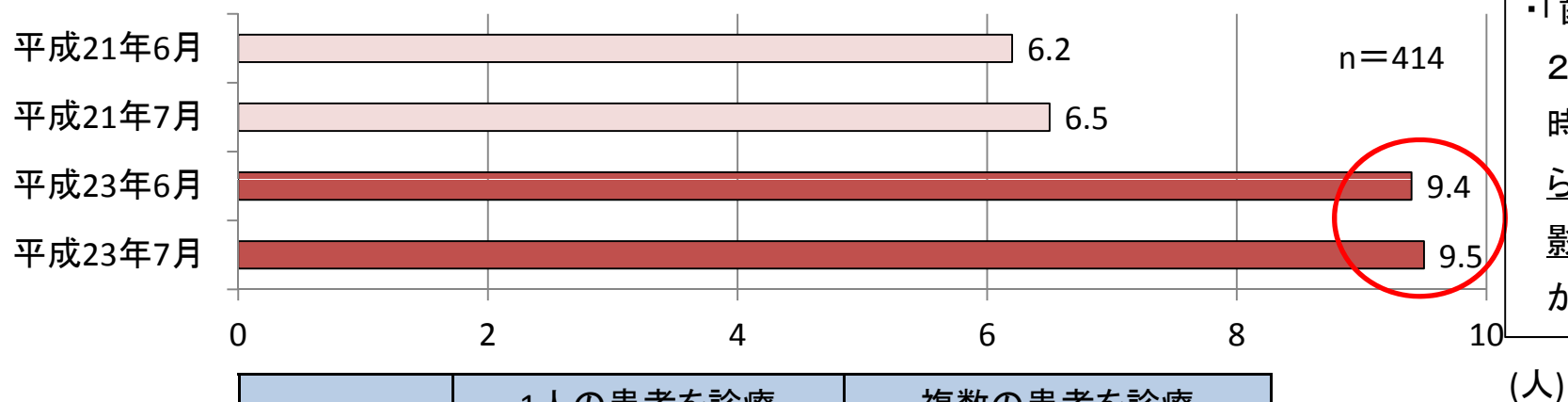
・「歯科訪問診療料」の評価体系を訪問診療の「時間」と「患者数」で整理。

「歯科訪問診療料1」の月平均算定患者延べ人数



・いずれの項目も、月平均算定延べ患者数は、平成21年と比較して増加。

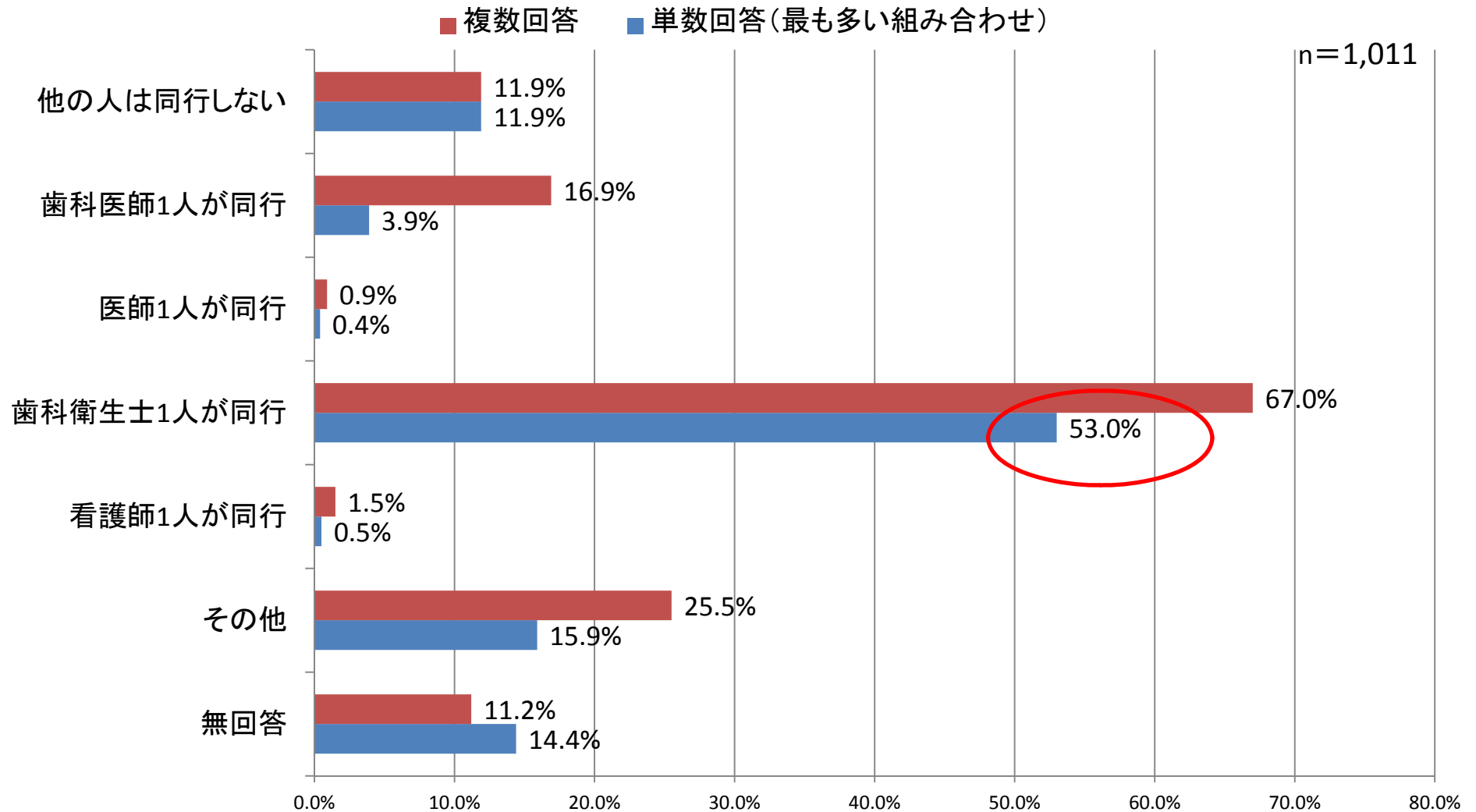
「歯科訪問診療料2」の月平均算定患者延べ人数



・「歯科訪問診療料2」は、2人目以降の時間要件を30分から20分に見直した影響等により増加が顕著。

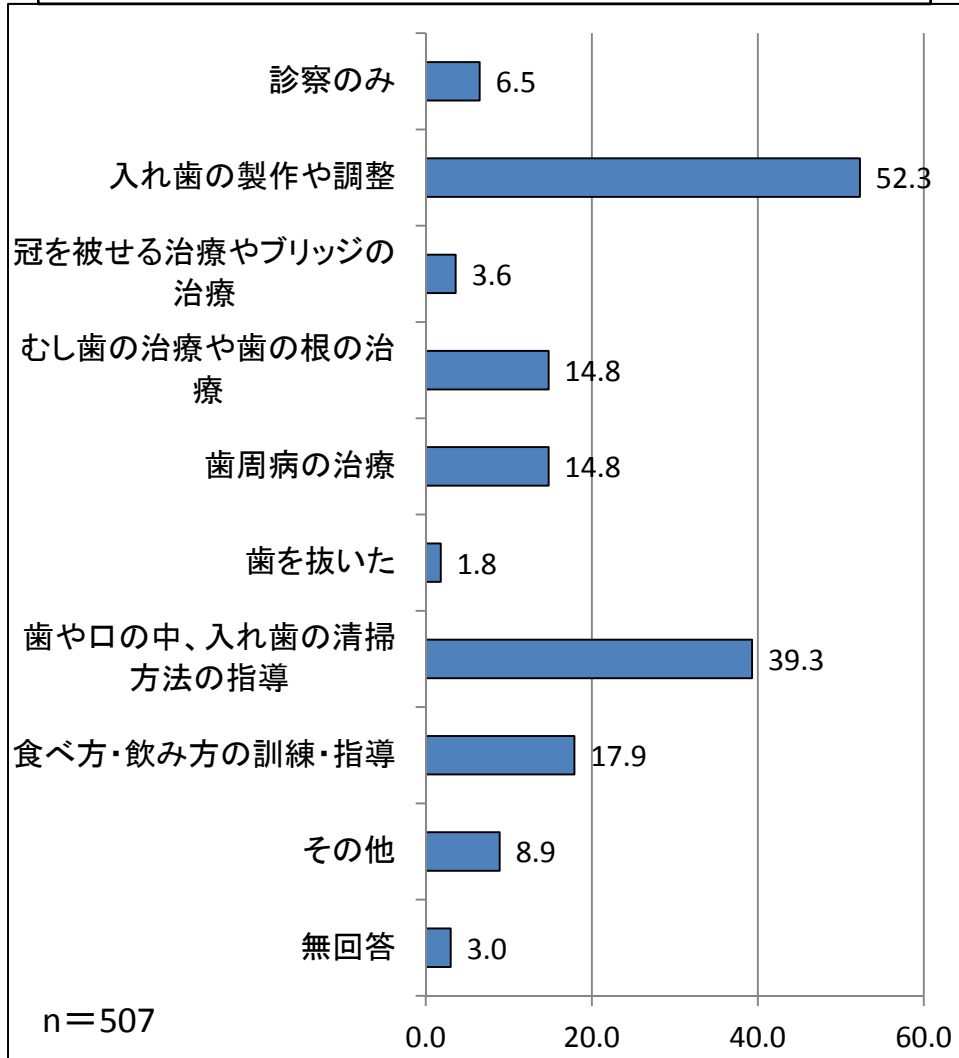
	1人の患者を診療	複数の患者を診療
20分以上	歯科訪問診療料1	歯科訪問診療料2

訪問歯科診療を行う際の同行者 (平成23年度検証調査)

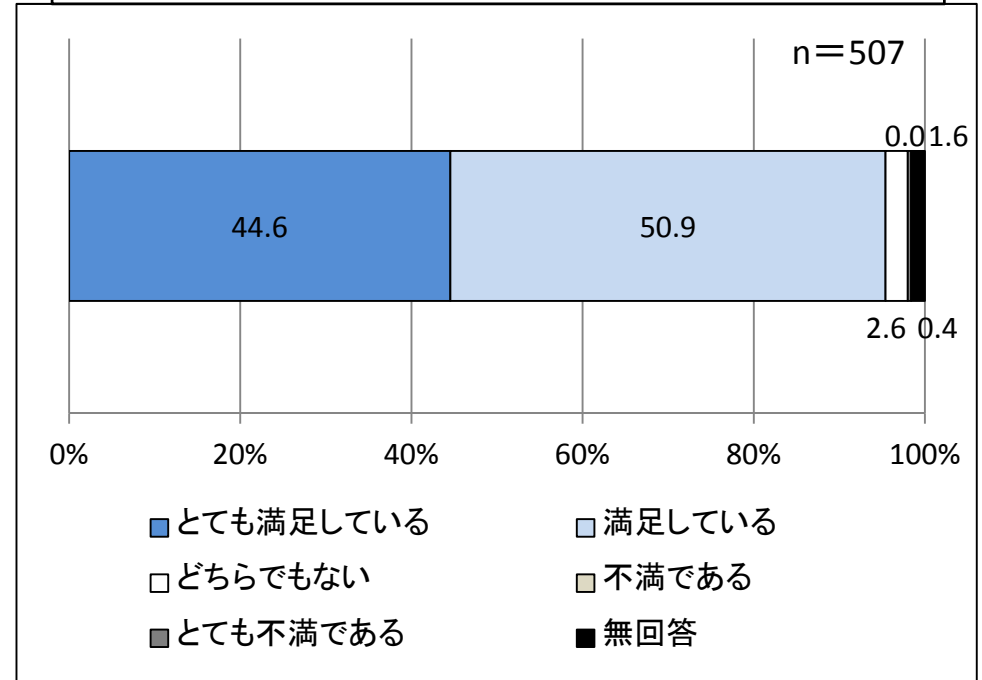


訪問歯科診療の内容・満足度 (平成23年度検証調査)

訪問歯科診療の内容

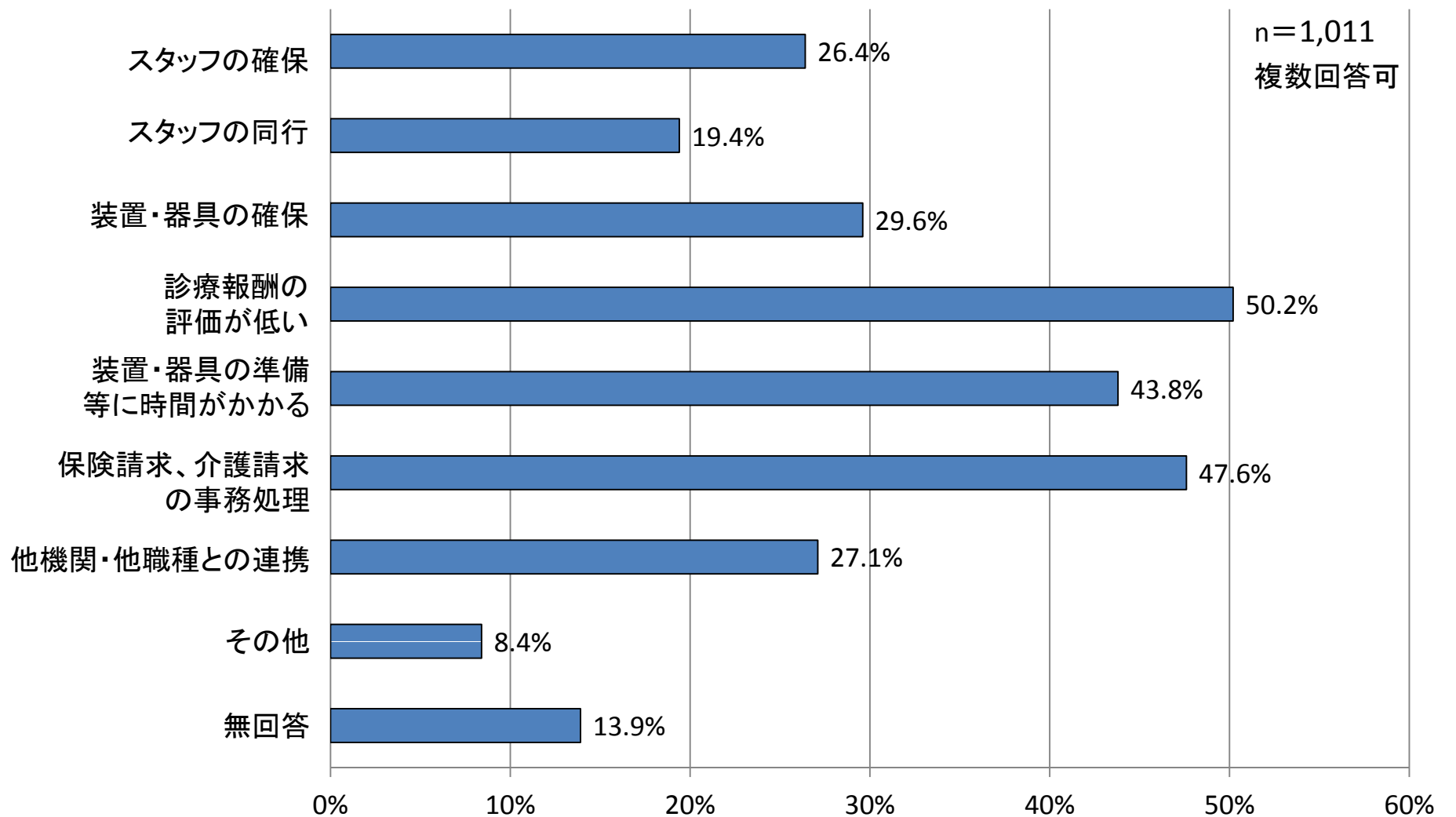


訪問歯科診療の満足度



- ・訪問歯科診療の内容は、「入れ歯の製作や調整」が52.3%、「歯や口の中、入れ歯の清掃方法の指導」が39.3%で大きな割合をして占めている。
- ・訪問歯科診療の満足度は、「とても満足している」が44.6%、「満足している」が50.9%であり、大部分の患者は診療内容に満足している。

訪問歯科診療を行う際の課題 (平成23年度検証調査)



(平成23年度検証調査)

在宅歯科医療における課題と今後の方向性について

- ・昭和63年度改定以降、「歯科訪問診療料」に関しては、改定の都度、頻繁に評価体系や点数を見直してきたところ。なお、平成22年度改定で「歯科訪問診療料」を訪問歯科診療を行う「時間」と「人数」の分かりやすい体系に整理。
- ・施設で訪問歯科診療を行う歯科医療機関は増加しているが、居宅で訪問歯科診療を行う歯科医療機関は減少している。
- ・平成20年度改定で創設された「在宅療養支援歯科診療所」数はあまり伸びていない。
- ・平成23年度検証調査で、
 - (1) 同一建物居住者に対する「歯科訪問診療料2」は著しく増加。
 - (2) 訪問歯科診療を行う際の同行者は「歯科衛生士1人」が最も多い。
 - (3) 訪問歯科診療を行う際の課題で「診療報酬の評価が低い」などと回答した者が比較的多い。



【今後の方向性】

- 「歯科訪問診療料」の評価体系を見直すべきか。また対象者の要件についてどのように考えるか。
- 一度に複数の患者に対して行う訪問歯科診療の評価についてどのように考えるか。
- 在宅歯科医療における医療機関・介護の連携に関する評価についてどのように考えるか。
- 「在宅療養支援歯科診療所」の評価についてどのように考えるか。
- 訪問歯科診療を行う際の歯科衛生士の補助に関する評価が考えられるか。

1 歯科医療機関あたりの訪問診療の延べ人数

(在宅療養支援歯科診療所と在宅療養支援歯科診療所以外の訪問歯科診療を実施する医療機関の比較)

		6月		7月	
		2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)	2009年 (平成21年)	2011年 (平成23年)
在宅療養支援 歯科診療所	平均値	26	31.6	26.1	31.9
	標準偏差	63.1	71.1	64.5	70.2
	中央値	2	4	3	4
在宅療養支援歯科診療所 以外の訪問歯科診療を実 施する医療機関	平均値	5.8	6.4	5.9	6.3
	標準偏差	36.3	41.4	36.7	42
	中央値	0	0	0	0

(出典:平成23年検証調査)

1歯科医療機関あたりの在宅患者数(粗い試算)

			実施する歯科診療所数(68,506施設)			
		実施する歯科診療所 (%)	17.9	20.0	30.0	
		施設数(施設)	12,263	13,701	20,552	
		患者の実数(万人)				
要介護者総数 (379万人)	要介護者に対する患者(%)	30.0	114	93(41)	83(37)	55(25)
	20.0	76	62(27)	55(25)	37(16)	
	15.0	57	46(21)	41(18)	28(12)	
	10.0	38	31(14)	28(12)	18(8)	
	5.0	19	15(7)	14(6)	9(4)	

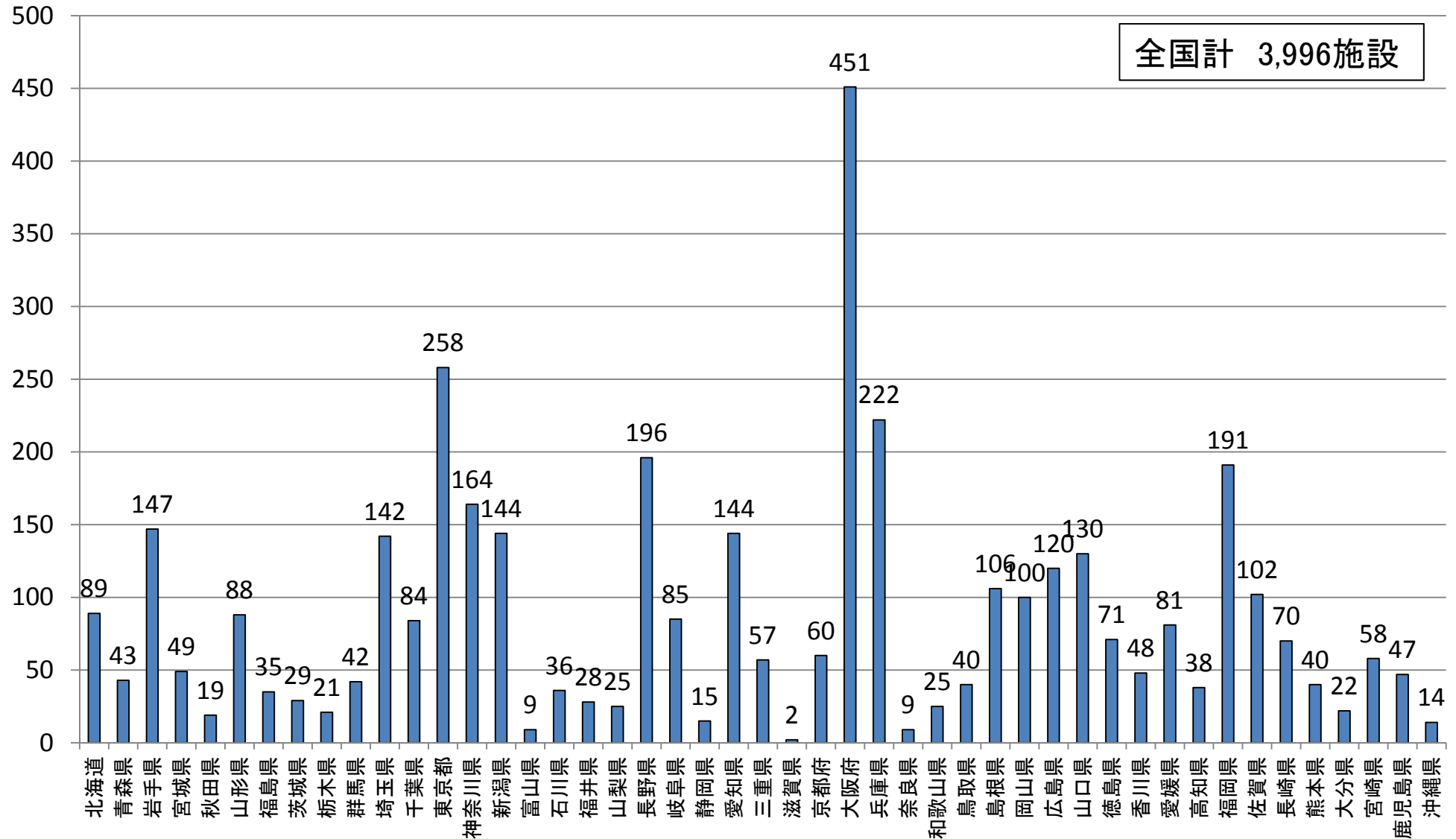
- ※1 要介護者数:平成23年6月末現在(介護保険事業状況報告(暫定))
- ※2 歯科医療機関数:平成23年6月末現在(医療施設調査)歯科診療所数
- ※3 1医療機関あたりの患者数の単位:人
- ※4 平成22年社会医療診療行為別調査によると、1患者あたり1月に1.78回の訪問診療を実施しており、()内の数値は、その数値をもとに1医療機関あたりの1週間の訪問診療患者数を試算したものの。



各前提条件における1歯科診療所あたりの在宅患者数(粗い試算)

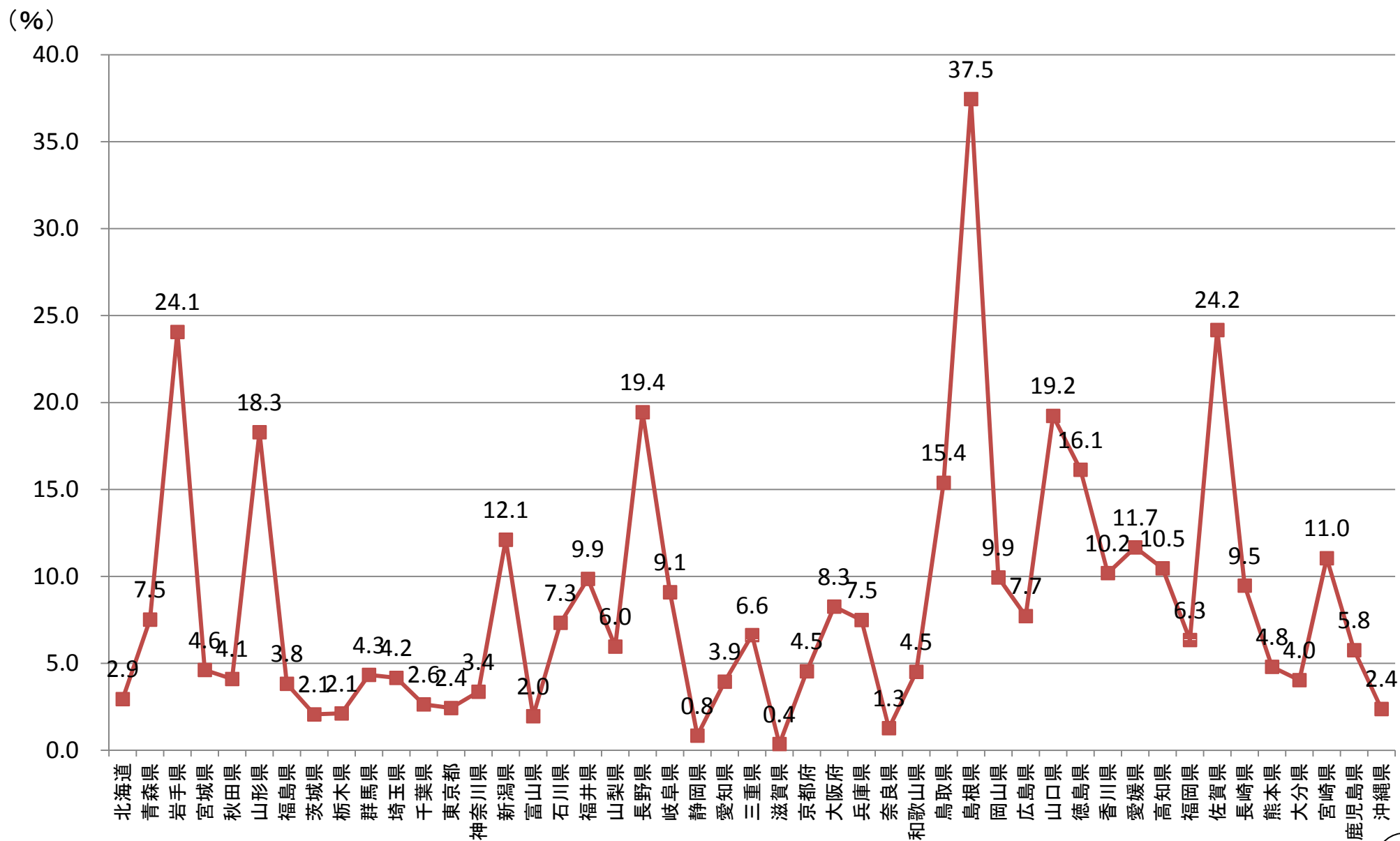
在宅療養支援歯科診療所の数(各都道府県別)

(施設)



全国計 3,996施設

在宅療養支援歯科診療所の届出割合（各都道府県別）



(平成22年7月1日現在、医療課調べ)

中医協 総 - 6
23 . 11 . 30

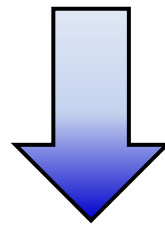
調剤報酬について

調剤報酬における検討課題

1. 後発医薬品の使用促進について
2. 在宅薬剤管理指導業務の推進について
3. 薬学的管理・指導の充実について
4. 調剤報酬における適正化・効率化について

1. 後発医薬品の使用促進について

- ① 後発医薬品調剤体制加算について
- 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について



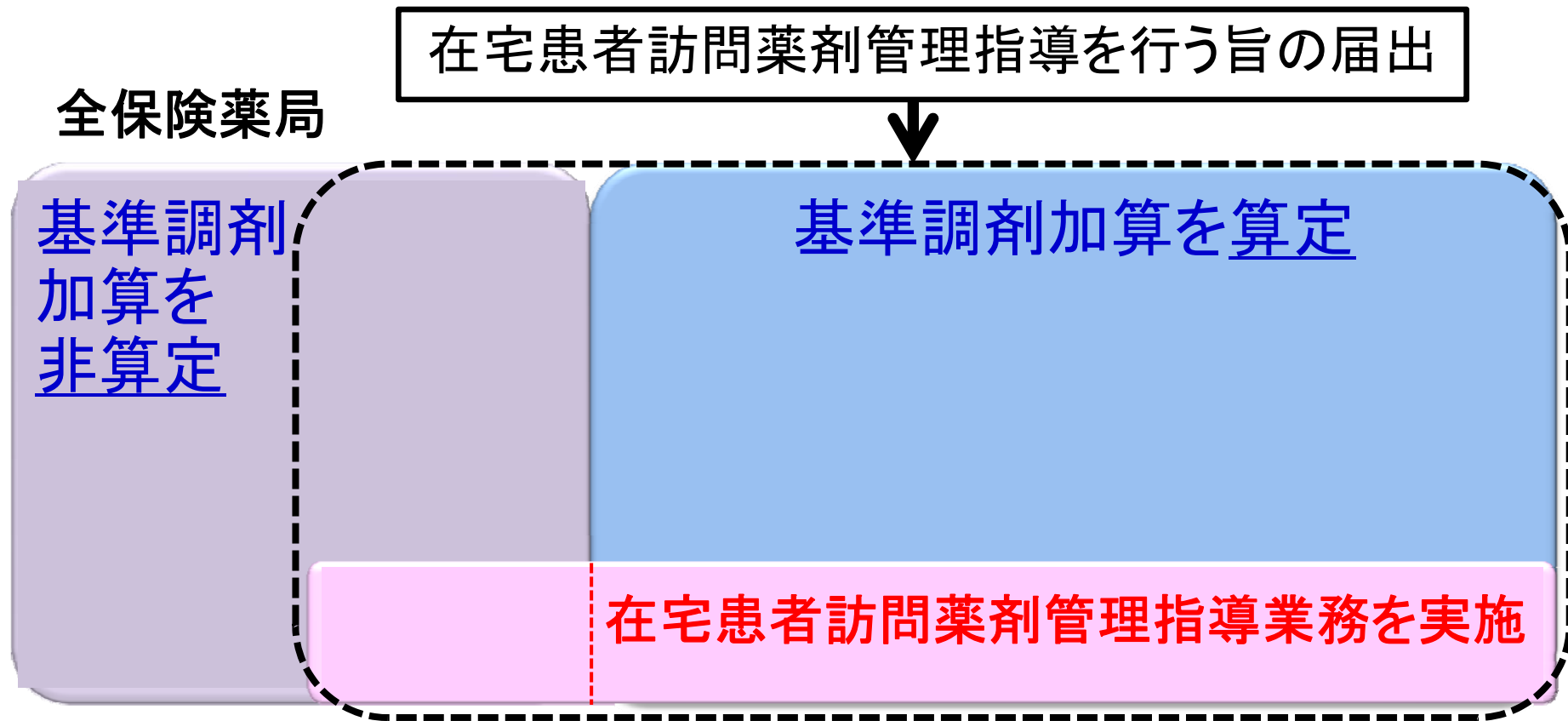
別途、議論中

2. 在宅薬剤管理指導業務の推進について

- ① 在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設について

在宅患者訪問薬剤管理指導と施設基準について

○ 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている薬局の中には、基準調剤加算の施設基準を満たしている薬局とそうでない薬局がある。



全保険薬局数	在宅患者訪問 薬剤管理指導 料届出薬局数	基準調剤加算1	基準調剤加算2
		届出薬局数	届出薬局数
51,928	38,736	20,953	5,781

保険薬局数、在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る薬局数：保険局医療課調べ（平成21年度）

施設基準に係る届出薬局数：保険局医療課調べ（平成22年度）

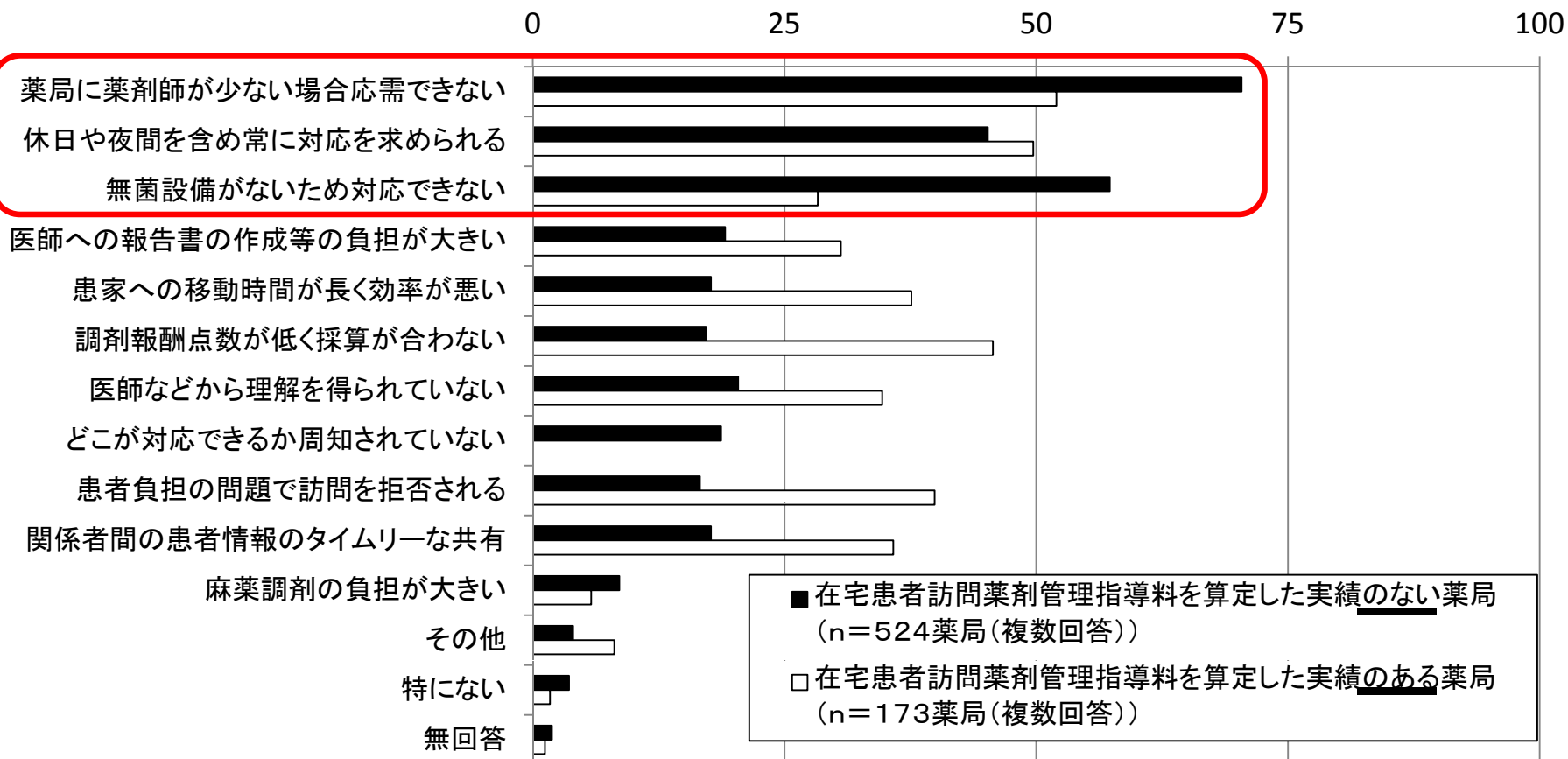
在宅での薬学的管理指導を実施する際の課題

○ 薬局が在宅での薬学的管理指導に積極的に関わっていく上で、多くの課題が指摘されている。

○ 在宅での薬学的管理指導を実施する際の課題として、休日や夜間の対応等も含めて、薬局の体制として相当程度の人員を確保する必要がある。

在宅での薬学的管理指導を推進する際の課題

(%)



出典)平成23年度厚生労働省保険局医療課委託調査

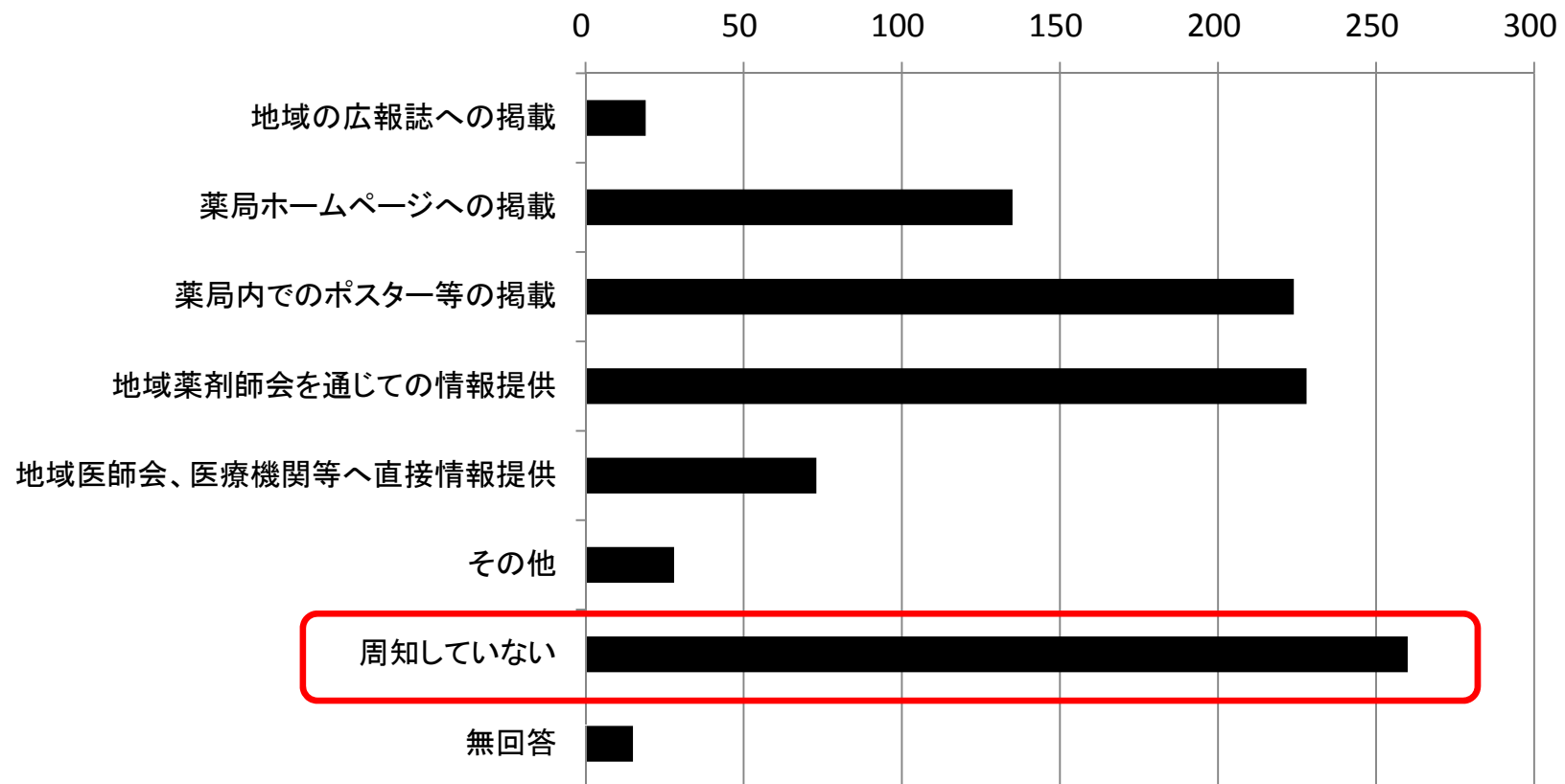
在宅医療・介護に関する薬局情報の周知について

中医協 総 - 3
23.11.11

- 在宅医療・介護への対応可否について、外部に積極的に周知していない薬局は多い。
- また、医療機関等では、どの薬局が在宅医療・介護へ対応可能であるのか知らない場合が多い。

在宅患者訪問薬剤管理指導業務への対応可否に関する薬局の周知

n=701薬局(複数回答)



出典)平成23年度厚生労働省保険局医療課委託調査

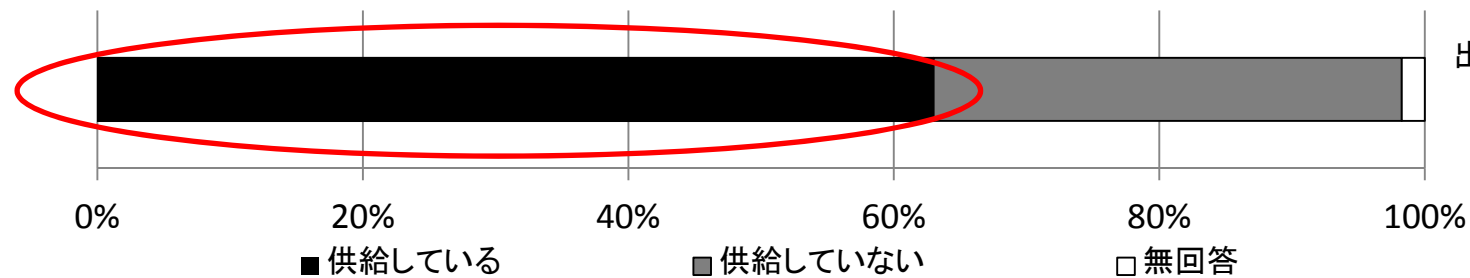
医療材料・衛生材料の供給について

中医協 総 - 3
23.11.11

- 在宅薬剤管理指導業務に取り組んでいる薬局の多くは、医療材料・衛生材料も供給している。
- 一方で、地域から薬局に対し、医療材料・衛生材料の供給について要望が届いていないケースも多い。

薬局における医療材料・衛生材料の供給

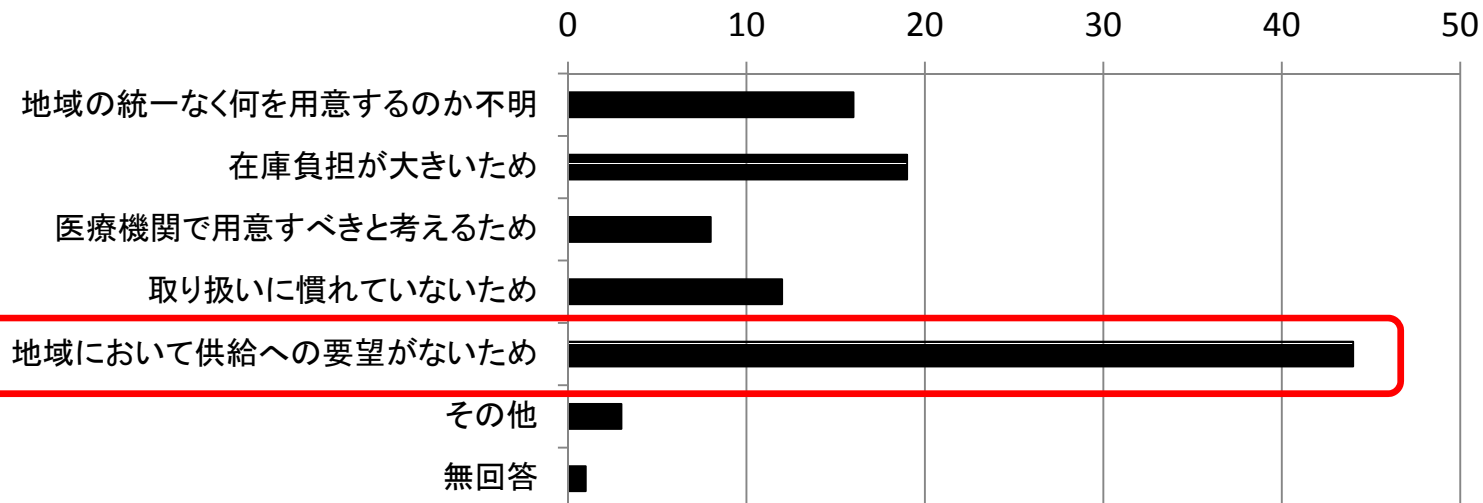
n=173薬局



出典)平成23年度
厚生労働省
保険局医療課
委託調査

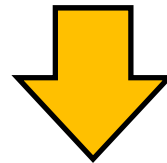
医療材料・衛生材料を供給していない理由

n=61薬局(複数回答)

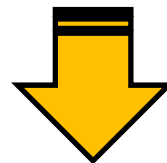


出典)平成23年度
厚生労働省
保険局医療課
委託調査

- 在宅医療へ対応可能な薬局に関する情報については、医療機関等が容易に把握できるように周知してはどうか。
- 在宅で使用される医療材料・衛生材料の供給に、薬局が積極的に関与するよう改善してはどうか。
- これらのことも含め、在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となる。



- 在宅業務に十分に対応している薬局に対しては、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を別途設け、診療報酬上評価してはどうか。



在宅業務実施薬局に対する施設基準を別途設けることに合わせ、基準調剤加算の施設基準の見直しも行ってはどうか。

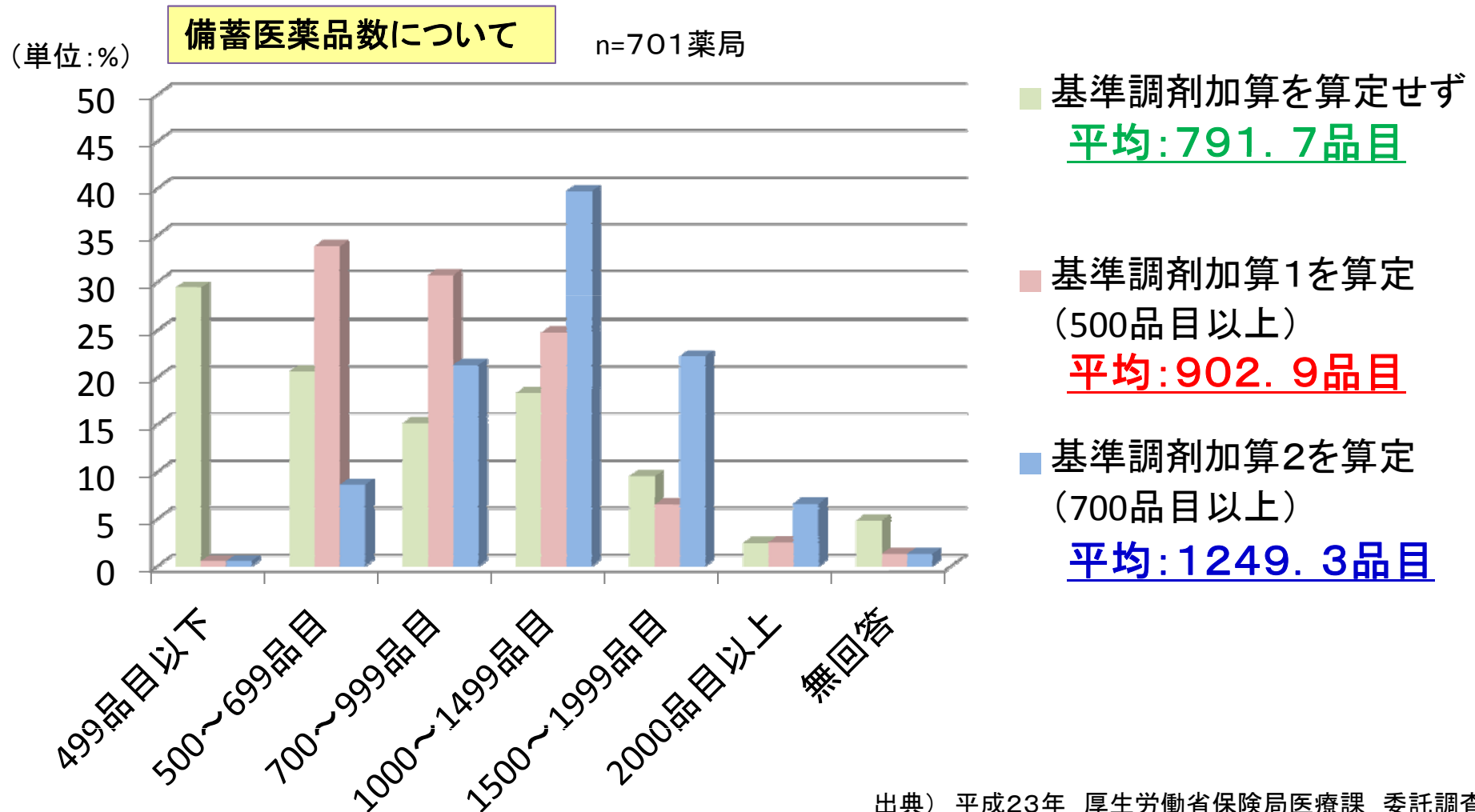
施設基準(基準調剤加算)について

【施設基準(基準調剤加算)の比較】

基準調剤加算1	基準調剤加算2
<ul style="list-style-type: none">① <u>500品目以上の医薬品を備蓄</u>② 患者ごとに薬剤服用歴管理記録を作成し、調剤に必要な薬学的管理を行い、記録に基づき必要な指導を行う③ 緊急時等の開局時間以外の時間に調剤に対応できる体制整備(地域薬剤師会等の輪番制に参加する等)④ 時間外・夜間・休日における、調剤応需が可能な近隣の保険薬局との連絡体制を確保し、連絡先等を記載した文書を、原則として初回の処方せん受付時に交付⑤ <u>在宅業務の届出と体制整備</u>⑥ 研修実施計画を作成し、研修を実施するとともに、定期的に外部の学術研修を受けさせている⑦ インターネットを通じて、定期的に医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知⑧ 調剤情報に係る情報を随時提供できる体制	<ul style="list-style-type: none">① <u>700品目以上の医薬品を備蓄</u>② 処方せん受付回数600回超の場合、集中率70%以下③ 麻薬小売業者の免許取得 ④ 基準調剤加算1の②～⑧と同じ

施設基準における備蓄医薬品数について

○ 基準調剤加算を算定していない薬局の備蓄医薬品数が、平均792品目となっており、これは現行の基準調剤加算の施設基準における備蓄医薬品数(500品目又は700品目)を超えている。



薬局の開局時間について

○ 平日の昼の時間帯に一時閉局（12～13時台に閉局し、14～15時台に再び開局）する薬局がある。

薬局の開局時間について

n=701薬局

	(回答者数)	(サンプル数)	8時以前	8時台	9時台	10時台	11時台	12時台	13時台	14時台	15時台	16時台	17時台	18時台	19時台	20時台	21時台	22時以降	無回答	平均値(時刻)
(1) 平日 / 開局	701	53000	0.4	24.0	67.8	5.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	8.9
(1) 平日 / 閉局	701	53000	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	7.7	43.6	29.6	9.2	4.3	2.7	2.0	18.8
(2) 一時閉局	88	7346	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	51.2	38.8	7.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	12.8
(2) 再び開局	88	7346	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	30.1	61.2	26.0	6.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	14.5
(3) 土曜 / 開局	635	47467	0.4	22.1	66.5	5.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.3	8.9
(3) 土曜 / 閉局	635	47467	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.5	29.5	5.6	4.3	5.4	9.0	6.8	7.2	4.7	2.8	3.0	5.3	15.3
(4) 日曜 / 開局	59	4998	0.0	5.0	38.7	44.9	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.3	9.5
(4) 日曜 / 閉局	59	4998	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	4.6	0.0	0.0	0.0	4.6	6.2	6.3	6.7	19.9	28.9	10.3	19.1

(単位: %)

(凡例) : 回答が最も多い時間帯

出典) 平成23年 厚生労働省保険局医療課 委託調査

施設基準における在宅業務の体制整備について

○ 現行の基準調剤加算の施設基準の中には、「在宅業務の届出と体制整備」の要件があるが、これは在宅業務を行うための最低限の要件となっている。

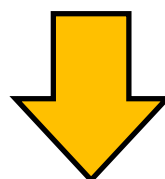
「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
(平成22年3月5日保医発0305第1号)(抜粋)

別添3 <調剤技術>

区分00-2 基準調剤加算

(5) 当該保険薬局は、地方厚生(支)局長に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備している。また、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示している。

- 基準調剤加算を算定していない薬局の備蓄医薬品数が、平均792品目となっており、これは現行の基準調剤加算の施設基準における備蓄医薬品数(500品目又は700品目)を超えている。
- 平日の昼の時間帯に、一時閉局する薬局があるが、これは近隣の特定の医療機関の開業時間に合わせたものとなっていると考えられ、好ましくないのではないか。



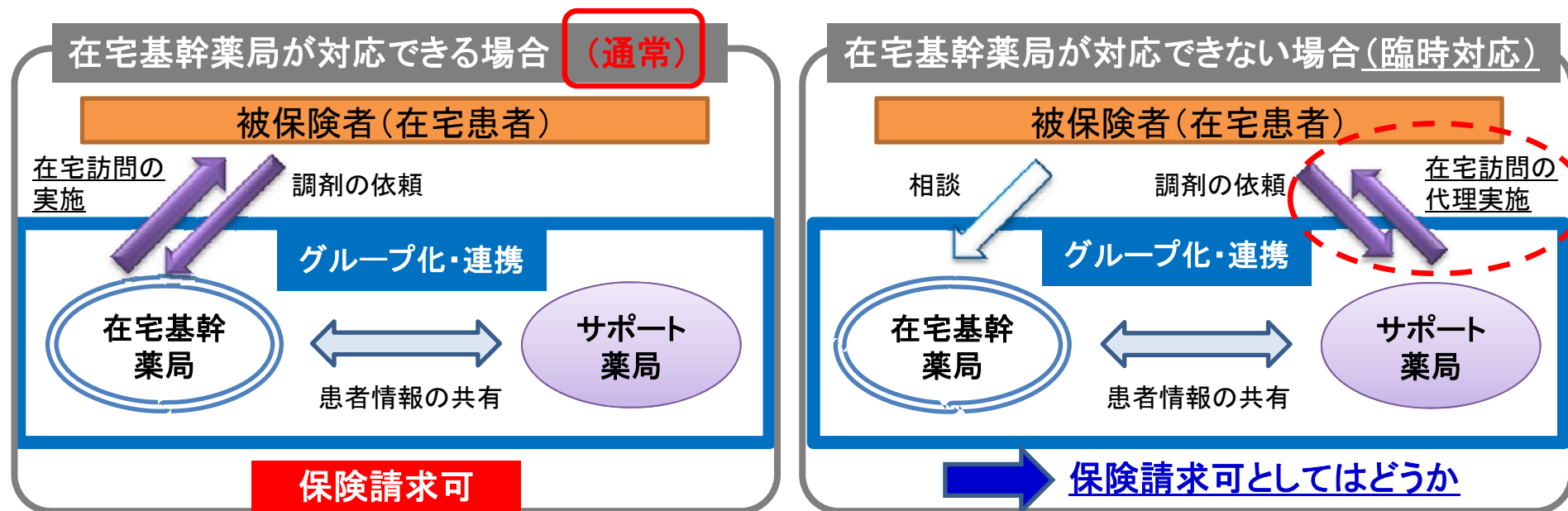
- 基準調剤加算の施設基準における備蓄医薬品数については、実態等も踏まえその品目数の要件を見直すこととしてはどうか。
- 地域医療との連携を評価するとの観点から、明らかに特定の保険医療機関の開業時間等に応じた開局時間を設定している薬局については、基準調剤加算を算定できないこととしてはどうか。

2. 在宅薬剤管理指導業務の推進について

② 在宅患者訪問薬剤管理指導料の共同算定について

小規模薬局間の連携

- 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅医療へ参画することが可能となる。
- 現状では、在宅患者訪問薬剤管理指導料については、他の薬局の薬剤師等が既に行っている場合には算定できないことから、薬局間の連携が進まず小規模薬局の在宅医療への参画が進んでいない。
- そこで、他の薬局の薬剤師等が訪問薬剤管理指導を既に行っている場合であっても、あらかじめ薬局間で連携している場合に、臨時的に行った在宅訪問についても算定可能としてはどうか。



【参考】「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 (平成22年3月5日保医発0305第1号)(抜粋)

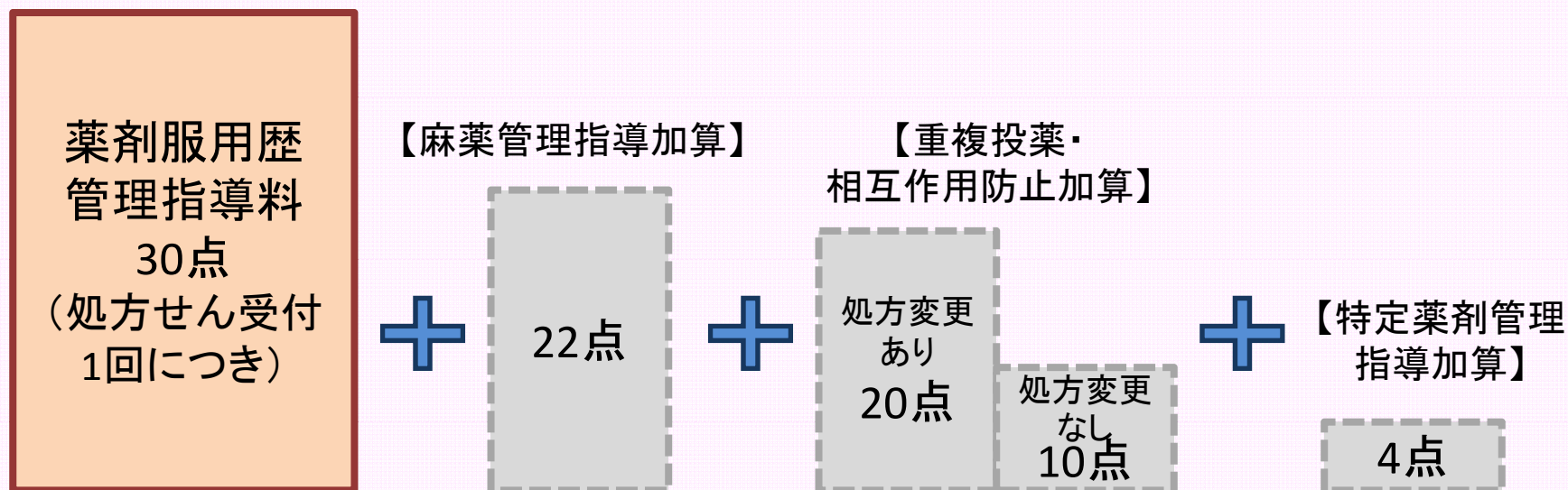
別添3 <薬学管理料> 区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(3) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」(平成20年厚生労働省告示第128号)、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

3. 薬学的管理・指導の充実について

- ① 薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料のあり方について

薬剤服用歴管理指導料(加算)について



薬剤服用歴管理指導料(処方せんの受付1回につき) 30点

患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

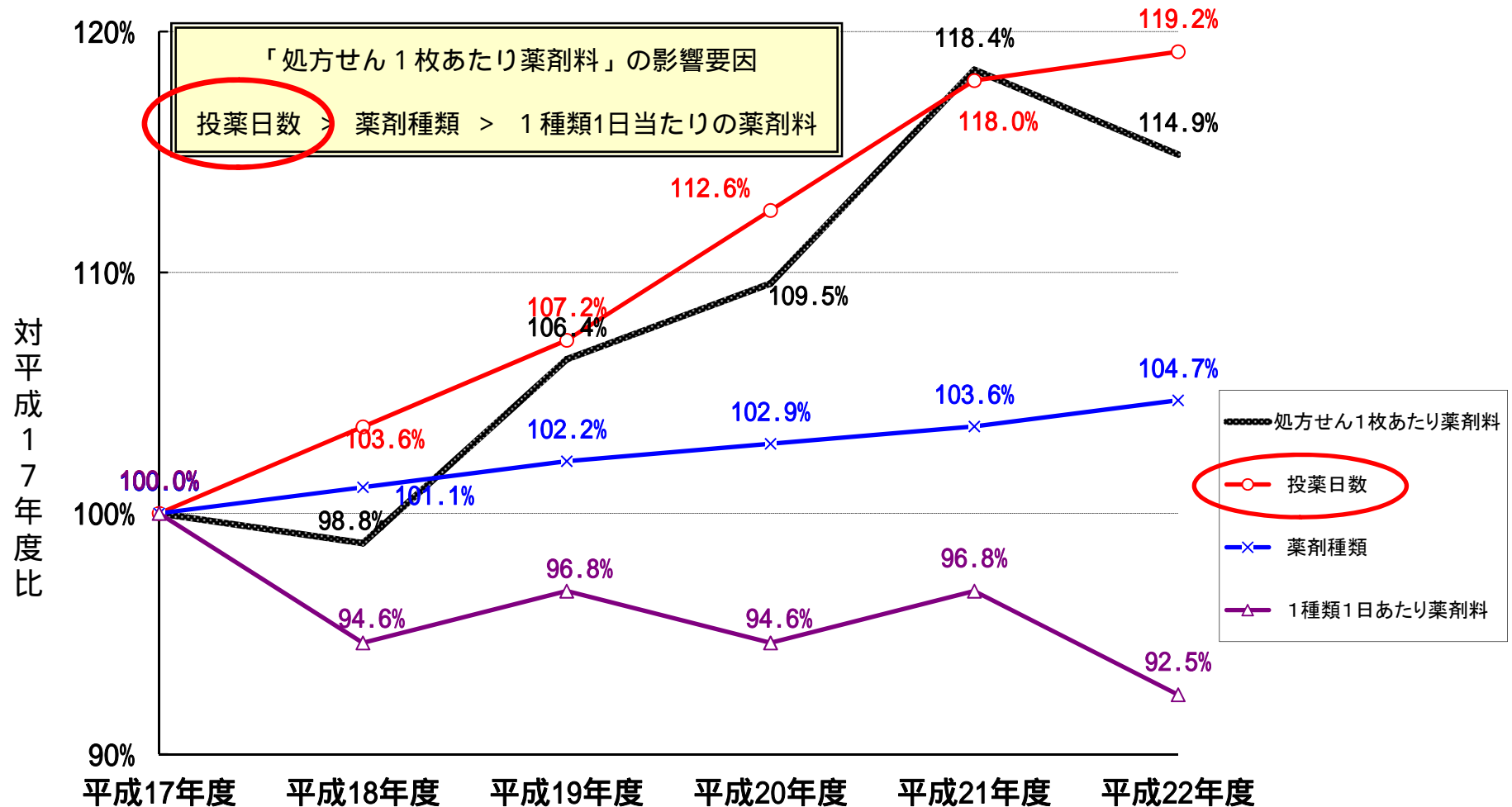
イ 患者ごとに作成された**薬剤服用歴**に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する**主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。**

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から**服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。**

処方せん1枚あたりの薬剤料(3要素分析)について

○ 処方せん1枚あたりの薬剤料が増加している要因として、投薬日数の増加(長期処方)が最も寄与している。

処方せん1枚あたり薬剤料(3要素)について



最近の調剤医療費(電算処理分)の動向の概要より(厚生労働省保険局調査課)

薬歴を活用した残薬確認について

○ 薬歴を有効活用することにより、処方せん受付時に、過去の処方、調剤記録から、患者の各時点毎の服薬(残薬)状況が容易に確認できることとなる。

電子薬歴		患者情報	処方歴	過去処方	薬/指導歴	来局歴	情報提供	未決申送り	情報BOX	届宅支援	設定																				
処方表示	カレンダー表示	調剤日表示	設定																												
最新	←	→	→	→	表示期間	6ヶ月	2010/09/19~2010/06/15	表示順	最終調剤日																						
最終調剤日	薬品名	9/19	9/18	9/17	9/16	9/15	9/14	9/13	9/12	9/11	9/10	9/9	9/8	9/7	9/6	9/5	9/4	9/3	9/2	9/1	8/31	8/30	8/29	8/28	8/27	8/26	8/25	8/24	8/23	8/22	8/21
2010/09/06	アクトス錠 30 30mg														☆																
2010/09/06	セルベックスカプセル 50mg														☆																
2010/09/06	デバケンR錠 100 100mg																														
2010/09/06	ムコサール錠 15mg																														
2010/09/06	ランソプラゾールカプセル 15mg 「アメル																														
2010/08/24	ガチプロ点眼液 0.3%																														
2010/08/24	デキサルチン口腔用軟膏 1mg/g 0.1																														
2010/08/24	デバケンR錠 200 200mg																														
2010/08/24	リアファンピシカプセル 150mg 「サンド																														
2010/08/24	ロキソニン錠 60mg																														
2010/07/13	アクトス錠 15 15mg																														
2010/07/13	イスコチン錠 100mg																														
2010/07/13	タケブロンOD錠 15 15mg																														



薬歴を活用した疑義照会の割合について

○ 薬歴を活用することにより疑義照会が行われた割合は3.15%(年間で2,300万枚)、そのうち処方変更が生じた割合は68.9%(1,580万枚)に及ぶ。

過去の疑義照会等状況調査との比較

	平成10年度	平成12年度	平成14年度	平成17年度	平成22年度	<推計> 処方せん枚数 (注6)
疑義照会の発生割合 (対処方せん枚数)	2.18%	2.38%	2.91%	3.3%	3.15% (疑義の内訳) ①薬学的内容 82.3% ②事務的内容 16.2%	2,298万枚
うち、処方変更が生じた割合	63.9%	66.3%	52.9%	59.2%	68.9%	1,583万枚 (処方変更を行わなかった場合の影響) ①健康被害があったと推測※ 20.4% ②医師の意図した薬効が得られなかったと推測※ 26.8% ※疑義照会を行った薬剤師によるもの
備考	(注1)	(注2)	(注3)	(注4)	(注5)	

(注1)「平成10年度 疑義照会等状況調査」(日本薬剤師会)

(注2)「平成12年度 疑義照会等状況調査」(日本薬剤師会)

(注3)「医薬分業における疑義照会の実態に関する研究」報告(日本大学薬学部、日本薬剤師会委託調査)

(注4)「薬局薬剤師による医療への貢献の実態に関する研究」報告(日本大学薬学部 白神誠、平成17年度厚生労働科学研究)

(注5)「平成22年薬剤服用歴の活用、疑義照会実態調査」(日本薬剤師会、保険調剤サポート薬局)

(注6)直近の処方せん枚数(平成22年度、7億2,939万枚)に基づき計算

薬剤情報提供料について

○ お薬手帳の趣旨とは、患者持参の手帳に経時的に記載された薬歴を通じて薬剤使用の適正化を図るものであるが、お薬手帳を必ず持参するとした患者は、およそ3割程度となっている。

薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき） 15点

調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を**患者の求めに応じて**手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。

本提供料の趣旨は、継続した薬剤の情報を提供することにより、**患者に経時的に記載された薬歴を所持してもらい薬剤使用の適正化を図る**ことである。

問21. 定期的に来局する患者のお薬手帳の持参状況
該当患者の構成比（％）

	全体	基準調剤加算 を非算定	基準調剤加算 を算定
(1) お薬手帳を必ず持参	32.0	28.9	34.7
(2) お薬手帳を大体持参	18.1	18.3	18.0
(3) お薬手帳はほとんど持参しない	18.3	19.4	17.4
(4) お薬手帳を持っていない	31.5	33.4	29.9

出典) 平成23年
厚生労働省保険局医療課
委託調査

薬剤服用歴管理指導料	51,747,120
薬剤情報提供料	29,531,160

出典) 平成22年社会医療診療行為別調査（6月審査分）

東日本大震災におけるお薬手帳の活用事例

○ 東日本大震災により服用薬をなくされた患者において、お薬手帳を利用することで、医療チーム間の引き継ぎをスムーズに行うことができる等、その有用性が再確認された。

【東日本大震災 被災地での薬剤師の関わり】

お薬手帳

避難所に来る救護班は、数日おき
に変わる。また、被災者が避難所
を移ることもある。

処方された医薬品をお薬手帳に
記録しておくことで、使用状況が
すぐに把握でき、医療チーム間の
引き継ぎがスムーズに行えた。



救護所

- 調剤・服薬指導
- お薬相談
- 医薬品の保管・管理

宮城県薬剤師会の →
お薬相談(宮城県南
三陸町志津川高校)



医薬品集積所

- 医薬品の保管・管理
- 救護所への医薬品供給
- 救護医薬品や一般用医薬品セットの作成・避難所への供給

薬の交付・服薬指導をする →
薬剤師(宮城県山元町)



避難所

- 医療チームの一員として
医師などとともに避難所を
巡回
- お薬相談
- 避難所の衛生管理(トイレの消毒、水質検査、害虫駆除など)

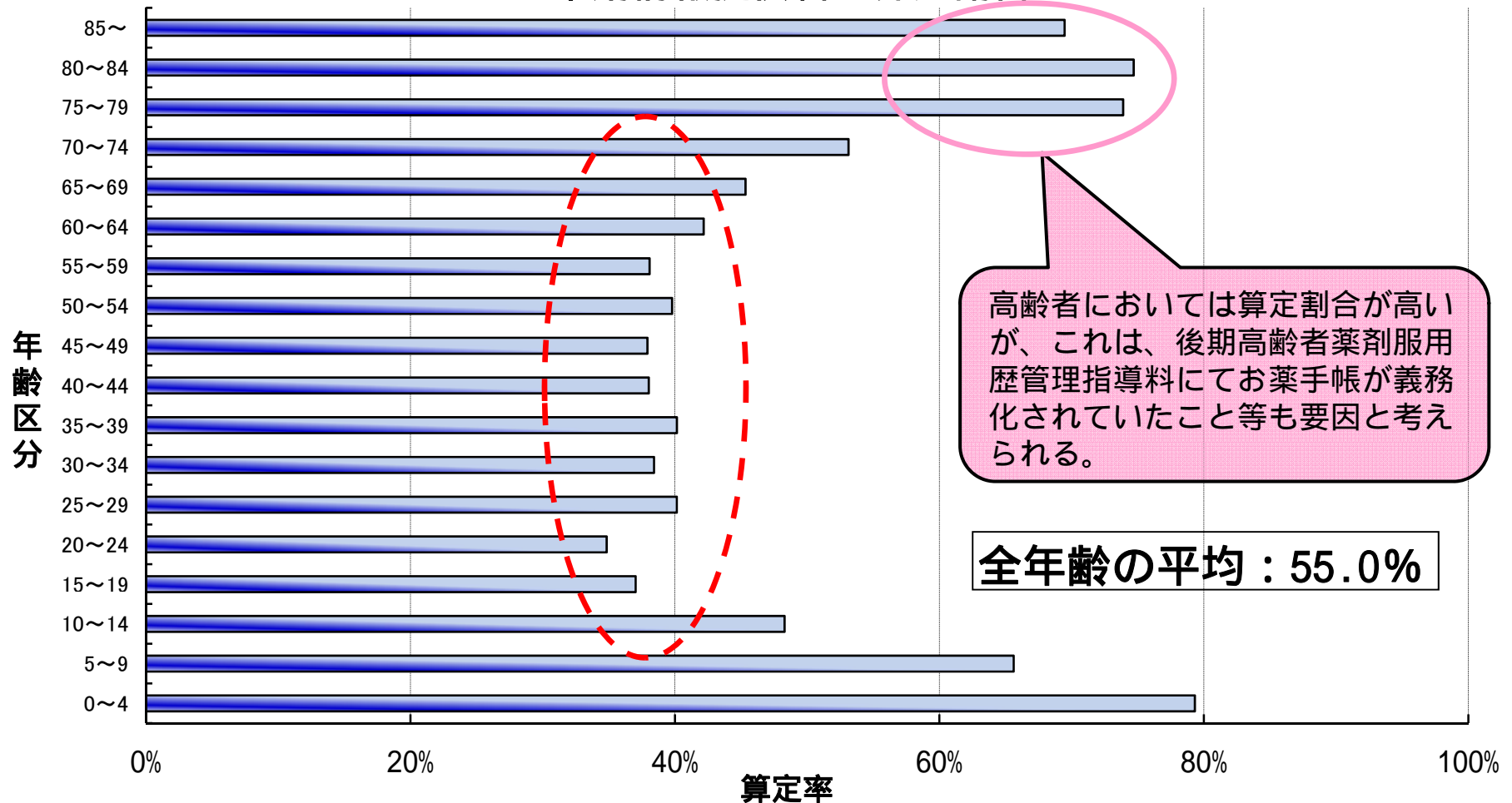


↑ 医師(白衣着用)とともに
被災者の診察にあたる薬剤師
(ベスト着用)(宮城県石巻
市湊地区仮設診療所)

お薬手帳の普及割合について

- お薬手帳の普及割合は、全体として平均55%。
- 年齢層によるバラツキが非常に大きい(高齢者及び乳幼児では比較的普及)。

薬剤情報提供料の算定割合



平成22年社会医療診療行為別調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）より

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料について

○ 平成20年から22年まで導入されていた「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」においては、お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの評価も含めた報酬体系であった。

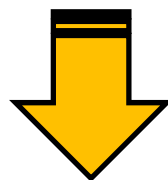
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき） 35点

患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ 1回の処方せん受付において調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、調剤日、当該薬剤の名称、用法、用量及び相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載すること。



お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することを普及させるためには、薬歴と薬剤情報提供が一体となった管理指導が不可欠であり、これに応じた報酬上の評価が必要ではないか。

- 薬歴を活用した残薬確認は有効であると考えられる。
- 薬歴を活用した疑義照会の割合:3.15%(うち、処方変更が生じた割合は68.9%) 年間で約2,300万枚(処方変更は1,580万枚)に相当。
- 東日本大震災での活用実績から、お薬手帳を通じた薬剤情報の共有の有用性が再確認された。
- お薬手帳の普及割合は、高齢者等では60%を超えているものの、平均55%にとどまっている。
- お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することを普及させるためには、薬歴との一体的な情報提供、管理指導が不可欠であり、これに応じた報酬上の評価が必要ではないか。



- 東日本大震災により、お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識される中で、薬歴と一体的な情報提供、薬学的管理指導を行うため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を合わせて診療報酬上評価することとしてはどうか。
- その際、薬歴を活用した残薬確認の効果をどのように考えるか。

3. 薬学的管理・指導の充実について

② 特定薬剤管理指導加算について

ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

薬局における患者に対する薬学的管理及び指導を充実させるため、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について指導を行った場合の評価を新設。

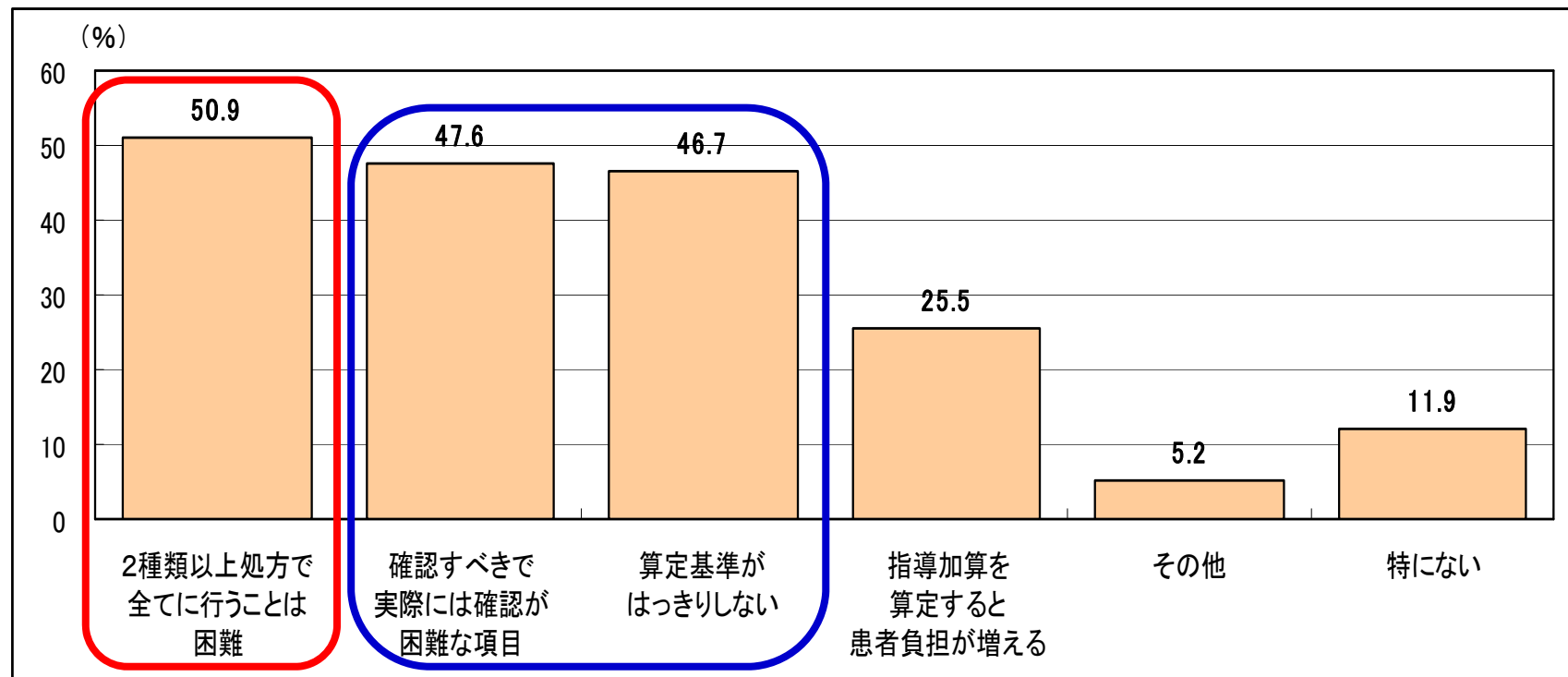
改定前	平成22年度改定後
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p><u>注 特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</u> (改)</p> <p><特に安全管理が必要な医薬品> 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV剤</p>

ハイリスク薬の薬学的管理指導について

- 処方されているハイリスク薬すべてについて特別な薬学的管理及び指導を行わないと算定できない。
- しかしながら、ハイリスク薬が複数処方されている場合、確認すべき項目が困難、算定基準がはっきりしない等の理由から、そのすべてについて特別な指導を行うことが困難な場合も多い。

ハイリスク薬の薬学的管理指導での問題点

n=701薬局(複数回答)



出典) 平成23年 厚生労働省保険局医療課 委託調査

ハイリスク薬を対象とした薬学的管理指導の標準的な方法

(1) 患者情報、臨床所見及び使用薬剤に関する十分な情報と知識に基づいて、患者の薬学的管理を行う。

薬学的管理における用法・用量の評価のために、処方せん上からは得ることのできない次の情報を患者等から収集することが望ましい。

() 体重、() 身長、() 腎機能検査値(血清クレアチニン等)、() 肝機能検査(AST・ALT等)等

(2) 以下の情報等を患者に説明する際には、患者の理解を深めるために、必要に応じて薬剤情報提供文書等を編集し活用する。また、最も重要な情報は反復させて患者の理解度を確認する。

(ア) 薬剤の効果: どういう効果があるか、いつごろ効果が期待できるか

(イ) 副作用: どのような副作用が起こりうるか、いつ頃から、どのように自覚されるか

(ウ) 服薬手順: どのように、いつ、いつまで服用するか、食事との関係、最大用量、服用を継続する意義

(エ) 注意事項: 保管方法、残薬の取り扱い、自己判断による服薬や管理の危険性

(オ) 再診の予定: いつ再診するか、予定より早く受診するのはどのような時か

(3) 指導内容等を正確に記録する。特に検査値やバイタルサインの情報を得られた時は、副作用発現の可能性の有無について、薬学的な視点から検討を行う。副作用の有無の確認を行った場合、副作用が認められなかった時も「副作用確認→異常なし」と記録する。

(4) 問題点を明確にし、記録に基づいた薬力学的及び薬物動態学的視点からの見解及び情報を、主治医等に必要に応じて適切に提供する。

(5) 応需処方せんの医療機関以外の処方薬や一般用医薬品、退院時の服薬に関する注意事項などの情報収集にも努め、応需処方せんに限定されない包括的な薬学的管理に努める。

(6) 「ハイリスク薬」とされる薬剤にはTDM対象薬剤が多く含まれており、必要に応じて医療機関と連携を取り、血中薬物濃度測定の確認等を行うことが望ましい。

出典: 平成23年4月「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」(第2版)
(社団法人 日本薬剤師会)より抜粋

ハイリスク薬の薬学的管理指導について

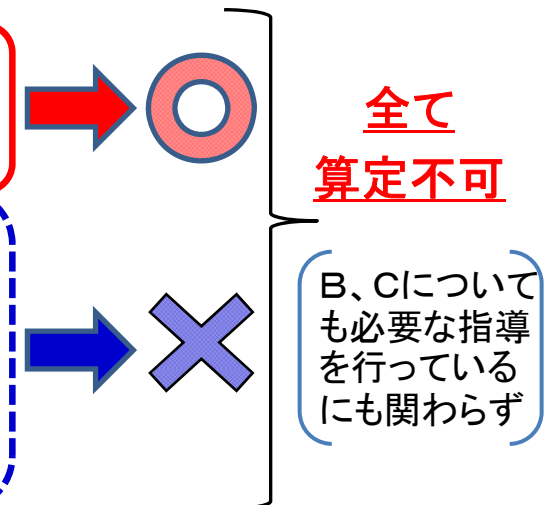
区分14-4 特定薬剤管理指導加算

(1) 処方せんの受付の際に、特に安全管理が必要な医薬品について、患者の服薬状況、効果の発現状況、注意すべき副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況、注意すべき併用薬の有無等に確認するとともに、過去の薬剤服用歴の記録を参照した上で、服用に際して注意すべき副作用やその対処方法、服用及び保管に係る取扱い上の注意事項等について詳細に説明し、必要な指導を行った場合に算定する。

(2) 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、そのすべてについて必要な薬学的管理及び指導を行うこと。ただし、処方せんの受付1回につき1回に限り算定する。

ハイリスク薬が複数処方されている場合の現状(一例として)

		副作用の確認	併用薬の確認	効果の発現状況の確認	...
A錠	ハイリスク薬としての特別な管理・指導	●	●	●	
	一般的な管理・指導	○	○		
Bカプセル	ハイリスク薬としての特別な管理・指導	●	●	▲	
	一般的な管理・指導	○	○		
C細粒	ハイリスク薬としての特別な管理・指導	▲	▲	●	
	一般的な管理・指導	○	○		

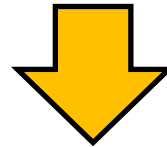


【参考】

区分B008 薬剤管理指導料(医科点数) <保険医療機関に入院している患者に対して>

2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380点

- ハイリスク薬について確認すべき項目が困難、算定要件が不明確といった理由から、算定していないケースも多い。
- 医療機関では、入院患者に対して薬学的管理指導を行っているが、薬局においては、その対象が外来患者であるため、応需した処方せんに2種類以上のハイリスク薬が含まれた場合にあっては、その全てに特別な薬学的管理指導を十分に行うことは現実的に困難な面もある。



- ハイリスク薬の算定要件の一層の明確化を図ってはどうか。
- ハイリスク薬が複数処方されている場合において、一部のハイリスク薬における特別な管理・指導で不十分な項目がある場合、適切に対応しているその他のハイリスク薬に対する特別な管理・指導を部分的に評価することをどのように考えるか。

3. 薬学的管理・指導の充実について

③ 乳幼児への薬学的管理指導の充実について

乳幼児に対する薬学的管理指導について①

○ 乳幼児への薬学的管理指導においては、患者背景等のインタビュー、年齢、体重及び調剤薬の特性を踏まえた処方監査、また、与薬者の理解度、服薬方法(器具の用法)、服薬上の注意、副作用発生時の対応等、成人に比べ服薬指導に特別な配慮が必要。

特に注意が必要な医薬品(例)

【テオフィリン製剤】

- ・ てんかん及び痙攣の既往歴のある小児〔痙攣を誘発することがある〕
- ・ 発熱している小児〔テオフィリン血中濃度の上昇や痙攣等の症状があらわれることがある〕
- ・ 6ヵ月未満の乳児〔乳児期にはテオフィリンクリアランスが一定していない。6ヵ月未満の乳児ではテオフィリンクリアランスが低く、テオフィリン血中濃度が上昇することがある〕
- ・ 低出生体重児、新生児に対する安全性は確立していない。
- ・ 小児、特に乳幼児に投与する場合には、保護者等に対し、発熱時には一時減量あるいは中止するなどの対応をあらかじめ指導しておくことが望ましい。
- ・ 小児では一般に自覚症状を訴える能力が劣るので、本剤の投与に際しては、保護者等に対し、患児の状態を十分に観察し、異常が認められた場合には速やかに主治医に連絡するなどの適切な対応をするように注意を与えること。

	年齢		6ヶ月	1歳	3歳	5歳	7歳	10歳	12歳	成人	備考
	体重		8kg	10kg	14kg	17kg	21kg	29kg	38kg		(他剤形)
	Von Harnack表		1/5	1/4	1/3	2/5	1/2	2/3	3/4	1	
気管支拡張剤	テオドールD. S 20% (200mg/g)	1日2回 (朝及び 就寝前)	6ヶ月未満:原則投与しない 0.5~1歳未満:3mg/kg 1~2歳未満:4~5mg/kg 2~15歳:4~5mg/kg							1g/回 200mg	G20% 顆粒あり

乳幼児に対する薬学的管理指導について②

○ 乳幼児に対する薬学的管理指導業務の中には、調剤技術と密接に関連しているものがある。

1. 小児の薬用量

- ・小児は成人と異なり、生体機能が発達段階にあるため、吸収、分布、代謝、排泄などの薬物体内動態や薬物感受性などが成長に伴って変化する。
- ・小児では、薬用量の間違いは大きな事故に繋がる恐れがあり、特に注意が必要である。
- ・小児の成長は早く、毎回、体重の確認は必須であり、体重から薬用量を計算して適正であるか確認する必要がある。
- ・添付文書に小児用量の記載のない薬品もあり、それらの医薬品についてはAugsbergerの換算式やvon Harnackの換算表を用いて確認する必要がある。

2. 剤形について

- ・患児個々にとって最適な剤形の選択を行う。
年齢に適した剤形の選択、服用しやすい剤形の確認、服用できない剤形の確認。
- ・最適な剤形の医薬品がない場合には、代替薬の検討や剤形の加工を行う。

3. 服薬指導について

小児には、特に下記の指導が必要になる。

- ・年齢に応じた服薬方法
- ・服薬方法の工夫
服薬を補助する飲料水などの使用、矯味矯臭に工夫をするなど薬剤師の技術を活用することも
- ・小児特有の生活リズム
乳幼児は、1日3回の食事ではなく、授乳が10回など、保育園・小学校での服薬
- ・予薬者への指導
親以外に祖父母等への指導
- ・保管管理
特に誤薬の防止

乳幼児における調剤料の加算について(現行)

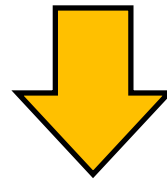
○ 乳幼児におけるこれまでの調剤上の技術評価(加算)の中には、薬学的管理指導の一環と考えられる内容が含まれている。

自家製剤加算	成人	特別の乳幼児用製剤
【内服薬及び頓服薬】 (1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の <u>内服薬</u>	20点 (7日ごと)	120点 ※1 「特別の乳幼児製剤を行った場合」とは、6歳未満の乳幼児に薬剤を調剤するときに、 <u>乳幼児が安全に、又は容易に服用できるように特別な工夫を施して製剤した場合</u> をいう。
(2)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の <u>頓服薬</u>	90点	
【液剤】	45点	75点 1
【外用剤】		同一点数

○ 通常、成人又は6歳以上の小児に対しても行うような製剤を乳幼児に対して自家製剤として行った場合は、通常の加算により算定する。なお、通常、成人又は6歳未満の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を乳幼児に対して調剤する場合において、薬剤師が必要を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、特別の乳幼児用製剤を行った場合を算定できる。

計量混合加算	成人	特別な乳幼児用製剤
【液剤】	35点	75点 ※2 「特別の乳幼児製剤を行った場合」とは、乳幼児に薬剤を調剤するときに、 <u>処方された医薬品が微量のため、そのままでは調剤又は服薬が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合</u> をいう。
【散剤又は顆粒剤】	45点	90点 2
【軟・硬膏剤】		同一点数 2

- 乳幼児に対しては、特別な薬学的管理・指導が必要である。
- 一方、調剤報酬においては、調剤技術料における自家製剤加算及び計量混合加算の中で、乳幼児製剤には特別な加算が評価されている。
- これらの中には、処方せん受付時における患者背景等の聞き取りから、服薬指導、その後のフォローも含めた薬学的管理指導の一環と考えられる内容も含まれている。



○ 現在、調剤技術料の中で評価されている乳幼児に対する薬学的管理指導については、調剤技術料における現行の扱いの整理と合わせて、別途、薬学的管理指導において評価することとしてはどうか。

4. 調剤報酬における適正化、効率化について

① 調剤基本料について

行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」 中間とりまとめ（平成23年1月26日）

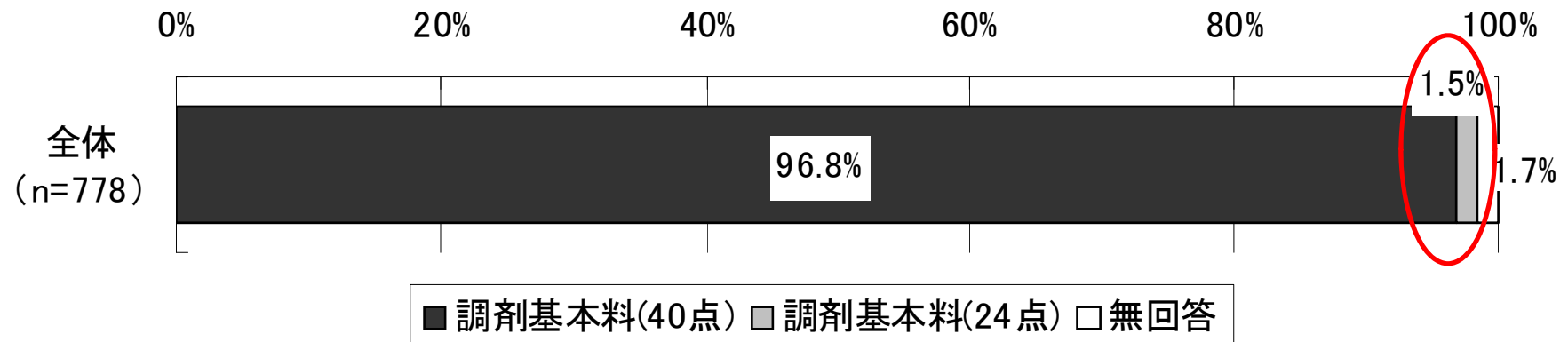
規制・制度改革事項	調剤基本料の一元化
規制・制度改革の概要	<p>保険薬局の調剤基本料は原則40点であるのに対して受付回数4000回超・特定医療機関からの集中率70%超の薬局は24点となっているが、患者にとってその質的な差は認められないため、次期診療報酬改定で調剤基本料を24点に一元化することを検討する。</p> <p><平成23年度検討、結論></p>
当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方	<p>○ 保険薬局の調剤基本料は原則40点であるが、受付回数4000回超・特定医療機関からの集中率70%超の薬局は24点となっている。しかし、その質的な差は認められない。むしろ、疑義照会率および調剤ミス発見率、さらには時間に関する患者満足度などはいわゆる「門前薬局」の方が高いとの調査結果がある。</p> <p>○ であれば、平成22年度の診療報酬改定で病院と診療所の再診料が統一されたように、調剤基本料も統一し、一律240円にすべきである。</p>

調剤基本料のあり方

○ 行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」において、規制・制度改革事項として調剤基本料の一元化が取り上げられたが、24点は、例外的なごく一部の薬局に適用されているものであり、大多数の薬局の基本料は40点で既に一本化されていると考えられる。

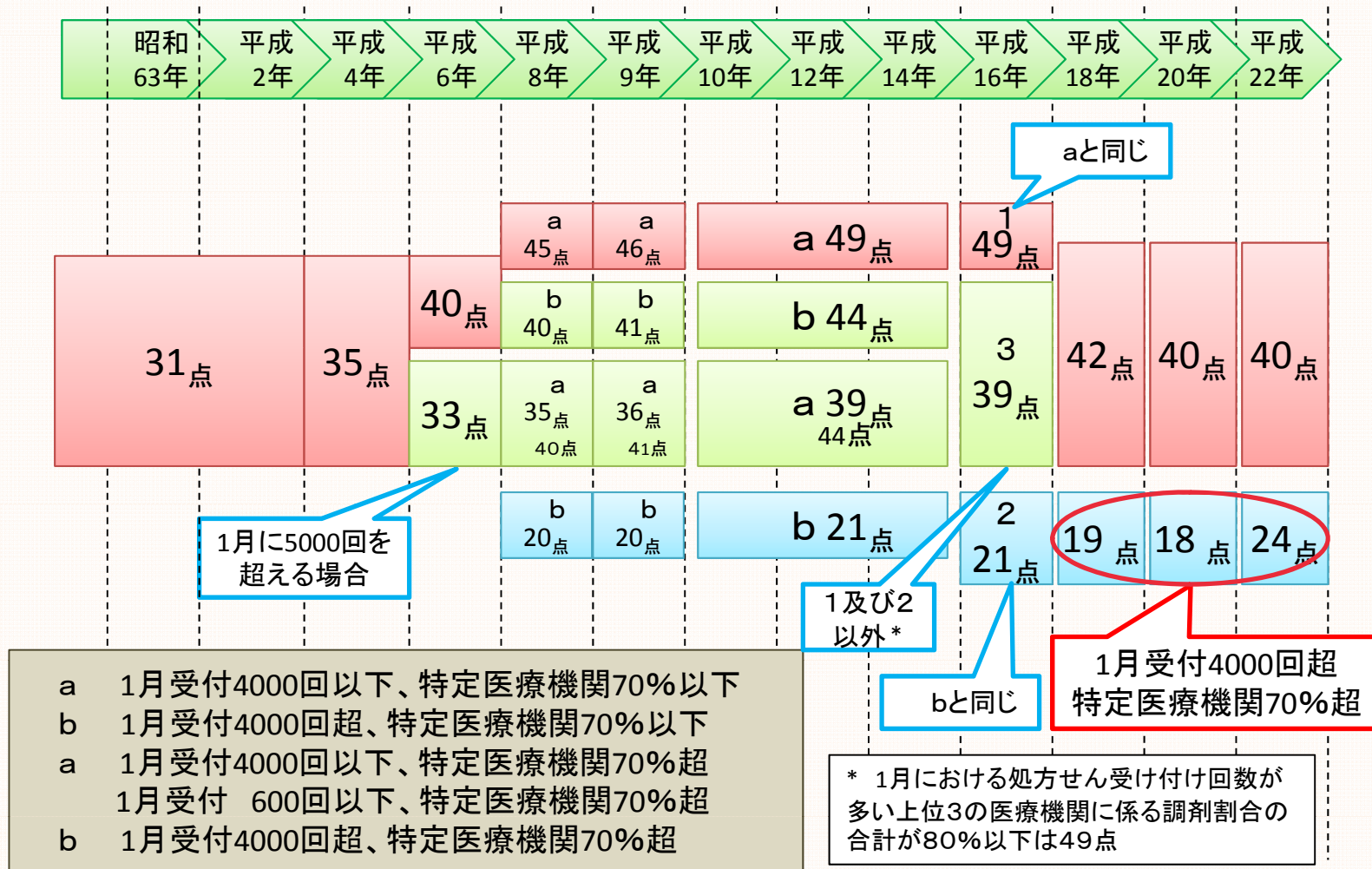
調剤基本料の算定割合(薬局)

図表 調剤基本料



出典)平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)

調剤基本料の変遷について



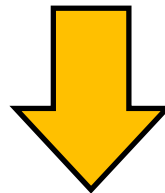
- a 1月受付4000回以下、特定医療機関70%以下
- b 1月受付4000回超、特定医療機関70%以下
- a 1月受付4000回以下、特定医療機関70%超
- 1月受付 600回以下、特定医療機関70%超
- b 1月受付4000回超、特定医療機関70%超

○ 特例24点(1月に4000枚超、集中度70%超)は、薬局の経営効率面における違いを考慮したものであるが、特例24点に該当する薬局はごく僅かである。

(処方せん枚数で4.4%、薬局数で1%程度)

○ 調剤基本料については、原則一本化されていると考えられる。

(通常40点／特例24点)



○ 調剤基本料については、経営効率面を踏まえた現行の仕組みで、原則一本化されていると考えられるが、どうか。

4. 調剤報酬における適正化、効率化について

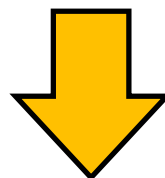
② その他

情報提供料の適正化について

○ 薬学管理料における各種情報提供については、一連の調剤・薬学的管理指導の中で様々なものが存在し、算定要件も異なっている。

調剤情報提供料 (処方せんの受付 1回につき15点)	処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定。
服薬情報提供料 (月1回に限り 15点)	処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に算定
服薬指導情報 提供加算	保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点加算する。

- 「調剤情報提供料」は、保険薬局が、**調剤に関する情報提供の必要性を認め**、保険医療機関に対して文書により情報提供するもの
- 「服薬情報提供料」は、保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は保険薬局が情報提供の必要性を認めた場合に、**服薬状況を示す情報**について保険医療機関に対して文書により情報提供するもの
 - ・ 「服薬指導情報提供加算」は、保険薬局が、**服薬指導に関する情報提供の必要性を認め**、保険医療機関に対して文書により情報提供するもの



- 「調剤情報提供料」、「服薬情報提供料」及びその加算である「服薬指導情報提供加算」については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・合理化して、診療報酬上一つの項目として評価してはどうか。
- 整理・合理化にあたっては、処方医の求めに応じた情報提供を基本とするが、薬剤師が特段の理由により、医師に情報提供の必要性を認めた場合にも算定できることとしてはどうか。

平成 23 年 11 月 25 日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会
1 号側（支払側）委員

小	林	剛
白	川	修二
花	井	圭子
花	井	十伍
北	村	光一
田	中	伸一
伊	藤	文郎

平成 24 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の基本的考え方

わが国の経済・社会情勢は、低成長が長期化する中で、急激な円高の進行により景気や雇用情勢が悪化し、賃金・物価も依然として低下傾向が続いている。さらに、今後は、高齢化に伴う社会保障負担の増大や東日本大震災の復興増税により、国民生活は一層厳しさを増すことが見込まれる。

こうした中で医療保険財政は、保険料収入を上回る医療費の伸びや高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増加により急速に悪化しており、安定的な運営をはかることが極めて重要な課題となっている。一方、第 18 回医療経済実態調査によると、医療機関の経営状況は急性期病院の収支が改善しているほか、慢性期病院や診療所、薬局も黒字が続いているなど、概ね安定的に推移している。

以上の状況を踏まえると、平成 24 年度に患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬全体の引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られない。

今回の改定では、医療機能の分化と強化、介護報酬との同時改定を踏まえた医療・介護の連携、高齢化に対応した在宅医療の充実などへの対応が求められている。また、前回改定で実施した救急・産科・小児や在宅医療、病院勤務医対策等、必要度の高い分野に対しては、引き続き重点的な評価を行うことにより、財源を効率的かつ効果的に配分すべきである。

一方、一般病床における長期入院の是正、療養病床から在宅医療への移行等による平均在院日数の縮減などの取組みのほか、後発医薬品のさらなる使用促進等の適正化対策を講じるべきである。

なお、東日本大震災における被災地へのインフラ整備策は、主に政府予算上の措置として実施し、診療報酬はこれを補完する算定要件の緩和措置等で対応することとし、救急などの不採算となる医療に対しては、引き続き補助金による支援を継続すべきである。

さらに、改定に当たっては、診療報酬改定結果検証部会や調査専門組織の報告書、医療経済実態調査等の結果を考慮するとともに、患者の視点、納得性の観点から、診療報酬体系の簡素・合理化、医療の透明化、ICTの利活用も推進すべきである。個別項目に対応する考え方については、今後の審議の進捗状況も踏まえ、改めて意見を提示することとしたい。

平成23年11月25日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿中央社会保険医療協議会
二号委員
安達 秀樹
嘉山 孝正
鈴木 邦彦
西澤 寛俊
万代 恭嗣
堀 憲郎
三浦 洋嗣**平成24年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見**

未曾有の超高齢社会を迎えつつある我が国において、国民の医療ニーズが更に増大していくことは確実であり、国民が質の高い医療を安心して受けられるセーフティネットを確保していくことは国家の責務である。本年3月11日に発生した東日本大震災は、日々の生活を支えている基盤の脆弱さを否応なく我々に突き付けたが、今回の大震災後の対応を通じて、災害時はもちろんのこと平常時においても、医療というものが国民の安心・安全の基盤として、人々の生命や生活を守るために果たしている社会的役割の重要性は広く再認識されたであろう。我々医療に携わる全ての者もまた、国民のために安心・安全で良質な医療を安定的かつ持続的に提供していかなければならない責任を改めて心に刻んでいる。我々は本年7月13日の中医協総会において「わが国の医療についての基本資料」を提出して説明を行ったが、本意見書は、そこで示した現在の医療制度の問題点に関する基本認識に基づき、平成24年度診療報酬改定に対する我々の見解を述べるものである。

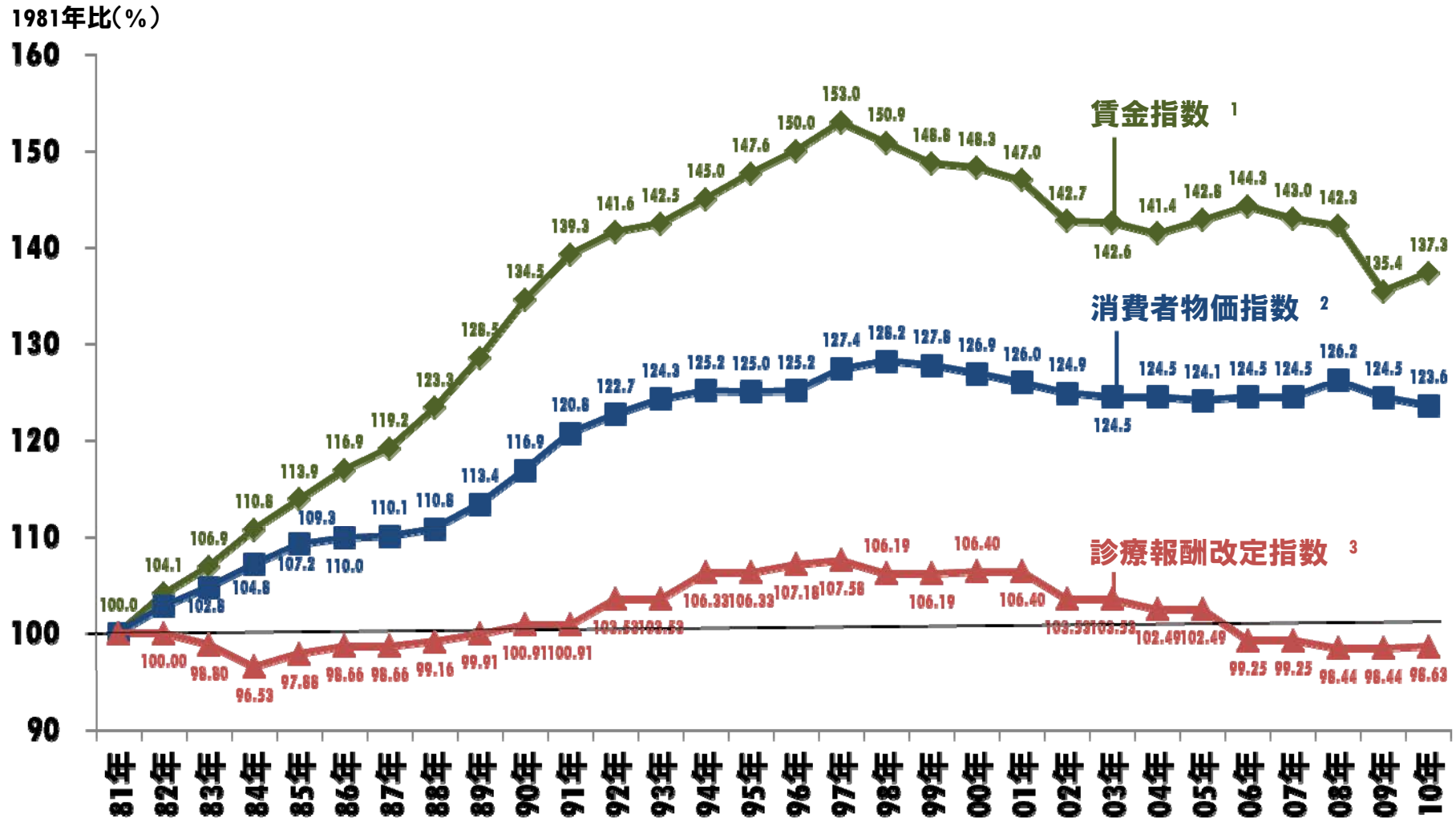
我が国では、国民皆保険の下、低水準の医療費の中で世界一の医療レベルを達成してきた。しかし、長年にわたる医療費抑制政策、とりわけ今世紀に入ってから4度にわたる診療報酬の引き下げにより、医療提供に必要なコストは抑えられ続け、国民が求める医療の質の高さとの矛盾は一方的に現場に押し付けられてきた。そして、心ある医療従事者の疲弊や医療機関の縮小・倒産等を招き、いわゆる「医療崩壊」と呼ばれる事態が引き起こされた。前回改定では実に10年振りのプラス改定となったが、その改定率はわずか+0.19%にとどまり、過去のマイナス改定分を回復するものではなかった。実際、先般の第

18回医療経済実態調査の結果においても、急性期医療を引き受ける大規模病院では、ある程度の収支の改善が見られたものの、依然として赤字が続いており、地域医療を支える中小病院や一般診療所も損益分岐点比率は90%を超える危険水準にあり、歯科診療所、保険薬局も含め、経営がなお不安定であることが示されている。つまり、これまでやっとの思いで生き残ってきた医療機関が、国民のための質の高い医療の提供にとって不可欠な設備投資を行い、更に勤務医等の負担軽減・処遇改善を進めるためには、前回のプラス改定のみでは不十分ということである。こうした厳しい状況において、今回の診療報酬改定は、財政中立の下での財源の付け替えで済ませられるようなものではない。

民主党は、診療報酬を増額し、医療崩壊を食い止めると政権公約に掲げて政権を獲得した。また、本年6月30日にまとめられた「社会保障・税一体改革成案」には幾つかの問題が含まれているものの、医療を含む社会保障の「機能強化」を実施するとし、相当の資源を投入する方向性を打ち出している。そのためには診療報酬の引き上げが不可欠であると考えるが、問題は、国家財政も保険者財政も厳しいと言われている中で、それに必要な財源を如何にして確保するかという点である。相応のコストの負担なくして、国民に対する良質な医療の提供は不可能である。しかし、我が国の場合、国際的に見て患者負担は重い、税と保険料の負担割合は低く、低所得者に配慮しながらも、税と保険料の負担を引き上げる余地はある。医療の機能維持・強化につながる負担増には国民からの理解も得られるであろう。さらに、医療費を単なる負担としてだけ捉えるべきではない。医療は人々の健康回復・保持・増進をもたらし、それが社会的にも経済的にも多くの価値の創出につながっている。しかも将来にわたって安定した雇用を地域に生み出すことで、デフレ経済下にあっても、医療は地域経済を下支えしている。診療報酬改定に当たっては、医療のこうした側面も総合的に評価する必要がある。

もちろん我々も専門家集団としての自律性を発揮し、自己改革に取り組んでいかなければならないが、医療機関の経営は依然として、医療従事者の過重労働をはじめとする現場の代償の上に辛うじて成り立っているというのが現実である。こうした状況にあって、医療従事者のみならず国民が広く抱えている将来不安を払拭するためには、根拠に基づいた適切な技術評価を反映した診療報酬改定を行い、医療再生を図ることが不可欠である。国民の生命および健康を守るために、平成24年度診療報酬改定に当たっては、診療報酬の引き上げによる医療費全体の底上げを強く求めるものである。

賃金・物価指数を大きく下回ってきた診療報酬改定指数



1 厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数(現金給与総額、事業所規模30人以上)による。2011年2月16日公表分。

2 総務省統計局「消費者物価指数年報」による。2011年8月12日公表分。

3 厚生労働省発表全体改定率による。1981年を100とした指数で、当該年度の改定率を前年度の指数にかけること、およその診療報酬単価の推移を示したもの。

(問い合わせ先)
健保連医療部
医療・情報グループ
TEL: 03-3403-0987

平成23年11月17日

「医療に関する国民意識調査」

—調査結果報告の要旨—

健康保険組合連合会

健保連は、平成19年9月に引き続き本年7月に、国民の皆様にも医療問題について幅広くアンケート形式による意識調査を実施致しました。この度、結果を取りまとめましたので、ご報告致します。

1. 医療機関の受診のあり方 (P8 図表 2-2-11~P12 図表 2-2-24)

日頃から決まった医師・医療機関を受診している人は69.4%に達し、病気になるといつも相談する医師がいる人の約9割が診療所を受診。「最初に決まった医師を受診し、医師の判断で必要に応じて病院等を受診する」に賛成する回答が56.7%と過半数を占めた。また、賛成の人も登録医制のような厳格な方法には60.1%が不安を感じているが、前回調査の79.3%から大幅に減少した。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人が回答者全体の69.4% (前回73.0%)、また、病気になるといつも相談する医師がいる人のうち、88.3% (前回82.8%) の人が一般診療所を受診しています。かかりつけ医への期待は「自宅から近く、病気や治療についてよく説明し、人柄が良い」こと。

医療機関の受診のあり方については、「最初に決まった医師を受診し、医師の判断で必要に応じて病院等を受診する」という考え方に賛成する回答が56.7% (前回53.0%) と過半数を占めました。また、賛成した人でも、一般診療所の医師を事前に選んで登録しておき、最初にその医師を必ず受診し、救急以外では病院を自由に受診できないといった厳格な方法には「不安を感じる」との回答が60.1%を占めていますが、前回調査(79.3%)に比べると大幅に減少し、「不安を感じない」が34.0% (前回11.7%) に増加しています。

2. 医療への満足度 (P25 図表 2-4-1~P27 図表 2-4-4)

「不満」を持つとの回答が前回調査時より約15ポイント増えて62.9%に上り、「医療機関への要望がある」との回答は90.0%に達している。「待ち時間を短く」「病気の状態や治療法の説明」「専門医療機関の紹介」が要望の上位に。

現在の医療の満足度については、「不満」を持つとの回答が62.9% (前回47.1%) に上り、「医療機関への要望がある」との回答は90.0% (前回79.7%) に達していま

す。医療機関への要望の内容としては、「待ち時間を短くしてほしい」（68.1%、前回 70.2%）、「病気の状態や治療法をよく説明してほしい」（54.6%、前回 53.4%）、「難しい病気の場合は、専門の医療機関を紹介してほしい」（42.8%、前回 36.5%）が上位にあがりました。

また、今後の医療のあり方として希望することについては「医療従事者の確保・育成」（66.0%、前回 71.5%）とともに、「夜間・休日の救急医療体制の整備」（45.0%、前回 64.1%）、「高度な機能を有する医療機関の整備」（44.9%）が上位にあがっています。

3. 医療費について（P29 図表 2-4-7～P32 図表 2-4-15）

国民医療費は「高い」が 65.2%、国民の負担については「重い」が 74.1% に上っている。医療費をまかなう方法は「税金」、「患者負担」で、「保険料」は大幅に減少した。抑制方法は「ジェネリック医薬品」と「病気の予防」。

わが国の国民医療費については、「高い」との回答が 65.2%（前回 71.9%）に及んでいます。

また、医療費の国民負担が「重い」との回答は 74.1%（前回 79.3%）に上り、特に「保険料が高すぎる」との回答が 53.7%（前回 62.2%）で最も多くなっています。

増加する医療費をまかなう方法としては、「税金」（34.9%）、「患者負担」（26.5%）の順で、前回調査（27.6%、5.6%）と比べ大きく増えています。一方、「保険料」は前回の 17.5%から 10.3%に大幅に減少しています。

「医療費を抑制するには？」という問には、「ジェネリック医薬品の普及」（65.5%、前回 60.9%）との回答が最も多く、次いで「特定健診・保健指導等による病気の予防」（43.3%、前回 53.5%）となっています。

4. ジェネリック医薬品について（P33 図表 2-4-16～P36 図表 2-4-24）

ジェネリック医薬品の認知度、服用経験とも大幅に上昇しており、効き目や安全性も高い割合で評価されている。服用のきっかけは「薬剤師にすすめられた」が 1 位。

ジェネリック医薬品の認知度（94.9%）、服用経験（47.4%）とも、前回調査時（74.4%、17.6%）から大きく伸びており、効き目や安全性も高い割合で評価されています。また、ジェネリック医薬品を服用するきっかけとして「薬剤師にすすめられた」（41.0%）が最も多く、逆にジェネリック医薬品を服用しなかった理由として、「薬剤師にすすめられたことがない」が 30.6%（前回 52.5%）で第 2 位（第 1 位は「病気をしないため」）となっています。

5. **明細書発行義務化について** (P39 図表 2-4-31~P41 図表 2-4-36)
「知っている」が 53.5%と過半数に達し、69.7%が必要性を認識している。

明細書発行義務化の認知度は 53.5%であり、明細書を受け取ってよかったこととして「医療費の内訳がわかりやすかった」(57.9%)、「治療・検査等の具体名がわかりやすくなった」(50.8%)が上位にあがっています。また、明細書の必要性については 69.7%が「必要だと思う」と回答しています。

6. **医療保険者への満足度** (P43 図表 2-4-41~P44 図表 2-4-42)
健保組合は共済組合に次いで 2 位。今後、充実を希望するサービスは「医療費の補助」、「医療機関情報の提供」、「ジェネリック軽減額通知」。

各医療保険者への満足度を、回答者が所属する医療保険の管掌別にクロス集計したところ、健保組合加入者の満足度は共済組合に次いで高くなっています。また、充実を希望するサービスについては「医療費の補助」(30.5%、前回 38.6%)、「医療機関情報の提供」(23.3%、前回 39.0%)、「ジェネリック軽減額通知」(22.9%)などが上位を占めています。

7. **介護サービスへの満足度、療養したい場所**
(P14 図表 2-3-1~P23 図表 2-3-17)

現在の介護の状況に対して 62.5%が「不満」。ただし、実際に家族が利用している介護サービスに対しては、6~7割が「満足」。高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所は、「自宅」が 22.6%と最も多く、「病院」は 8.0%と少数。

介護サービスについては、「やや不満」と「かなり不満」を合わせると 62.5%に及んでいます。ただ、実際に家族が利用している介護保険サービスに対しては、居宅系サービス、施設系サービスともに、6割から7割の人が満足していると回答しています。

本人が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所については、「自宅」(22.6%、前回 33.0%)が最も多く、次いで「老人保健施設」(16.0%、前回 11.5%)、「特別養護老人ホーム」(15.3%、前回 12.0%)となっており、「病院」は少数(8.0%、前回 14.3%)です。

増加する介護費をまかなう方法としては、「税金」(33.4%)、「利用者負担」(27.2%)の順で、「保険料」は 9.3%と低くなっています。

(注) 四角囲み以外の記述で、前回数値の記載がない項目は新規のものである。

医療に関する国民意識調査

報告書

平成23年11月

健康保険組合連合会

目 次

I 調査の概要

1	調査の目的	1
2	調査の方法と内容	
1	調査対象	1
2	調査方法	
3	調査内容	1
3	表章上の留意点	1

II 結果の概要

1	回答者の状況	
1	性別・年齢	2
2	所在地	
3	職業	
4	世帯の状況	
5	加入している医療保険	3
2	医療機関のかかり方	
1	最近1年間での受診状況	4
2	休日・夜間における医療機関のかかり方	5
3	医療機関を選ぶときの情報源	7
4	日頃から健康相談や、病気のとときに決まって受診している医師・医療機関の有無	8
5	日頃から健康相談や、病気のとときに決まって受診している医師・医療機関への期待	10
6	医療機関の受診のあり方に関する考え方	11
3	介護サービスについて	
1	介護の状況に対する満足度	14
2	介護保険サービスの認知度	15
3	介護サービスの利用状況	16
4	高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所	18
5	介護保険サービスの拡大・充実に関する要望	20
6	わが国の介護費について	21
7	終末期医療に関する考え方	24
4	医療全般について	
1	現在の医療の満足度・医療機関への要望	25
2	今後のわが国の医療のあり方として希望すること	27
3	わが国の医療費について	29
4	ジェネリック医薬品（後発医薬品）について	33
5	明細書発行義務化について	39
6	整骨院や接骨院、鍼灸院について	42
7	医療保険者からのサービスの満足度・充実への期待	43
5	その他	
1	特定健康診査・特定保健指導の認知度、受診状況	45
2	在宅での看取りの経験の有無・介護保険サービスの利用経験の有無	46
3	その他	46

調査項目一覧	49
--------	----

I 調査の概要

1 調査の目的

- 本調査「医療に関する国民意識調査」は、昨今の医療制度改革の流れの中で、一般国民が現在の医療に対して抱いている様々なニーズ等のデータを広く収集・分析し、今後の医療政策の検討に資する基礎資料を整備することを目的として実施した。

2 調査の方法と内容

1 調査対象

- 楽天リサーチ株式会社が保有する全国のモニターから、都道府県・性別・年齢区分の母集団比率に応じて層化して抽出した2,000人を対象とした。

2 調査方法

- インターネット調査
- 実施時期：平成23年7月
- 回収数：2,000人

3 調査内容

図表 1-2-1 調査内容

区 分	内 容
基本属性項目	年齢、性別、所在地、世帯類型、職業、加入している医療保険 医療機関の受診状況、特定健診・保健指導の認知度・受診状況 等
調 査 項 目	決まって相談・受診する医師、医療機関の状況 現在の医療・介護の満足度 医療・介護サービスに関する要望・意向 医療費・介護費に関する意向 終末期医療に関する意向 ジェネリック医薬品の認知度・服用経験、軽減額通知に関する認知度 明細書発行義務化の認知度、明細書受領経験、明細書の必要性に関する意向 整骨院や接骨院、鍼灸院における施術を受けた経験、保険適用範囲の認知度、 領収書受領経験 医療保険者からのサービスの満足度、充実を期待するサービス 等

3 表章上の留意点

- 本報告書中に示す集計数値については、合計数値と内訳数値の合計が四捨五入の関係で合致しない場合があることに留意されたい。
- なお、今回調査は前回調査と調査手法が異なるため（前は郵送調査、今回はインターネット調査）、前回調査では「無回答」についても集計していることに加え、サンプル数が異なること等から単純には比較できるものではない。そのため、前回調査のデータについてはあくまでも参考値にとどまるものである。

II 結果の概要

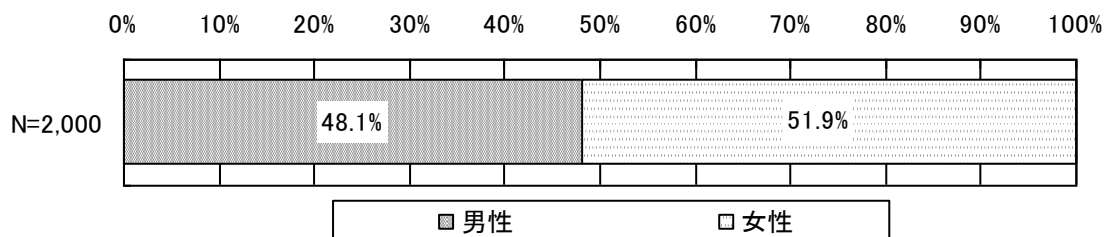
1 回答者の状況

- 本調査の回答者 2,000 人の基本的状況（性別・年齢、所在地、職業、世帯、加入している医療保険）については、図表 2-1-1～図表 2-1-6 の通りである。

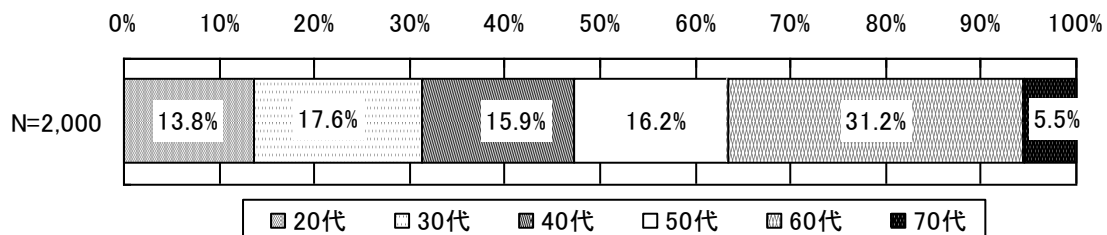
1 性別・年齢

- 年齢 平均 49.1 歳 [N=2,000]
男性 平均 48.6 歳 [N=962] 女性 平均 49.6 歳 [N=1,038]

図表 2-1-1 性別

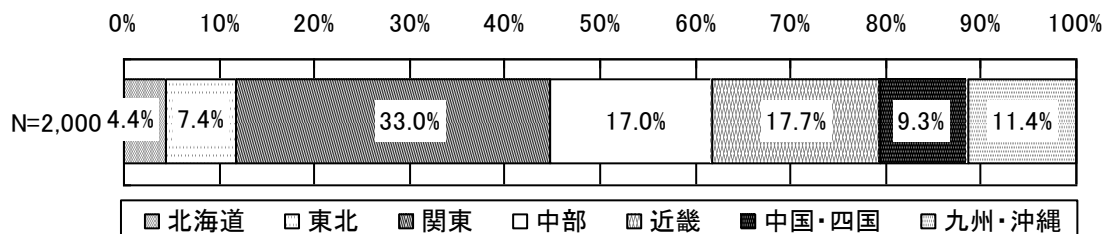


図表 2-1-2 年齢



2 所在地

図表 2-1-3 所在地（地域ブロック）



※北海道以外の地域ブロックに含まれる都府県は以下の通り。

東北：青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県

関東：茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県

中部：新潟県・富山県・石川県・福井県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県

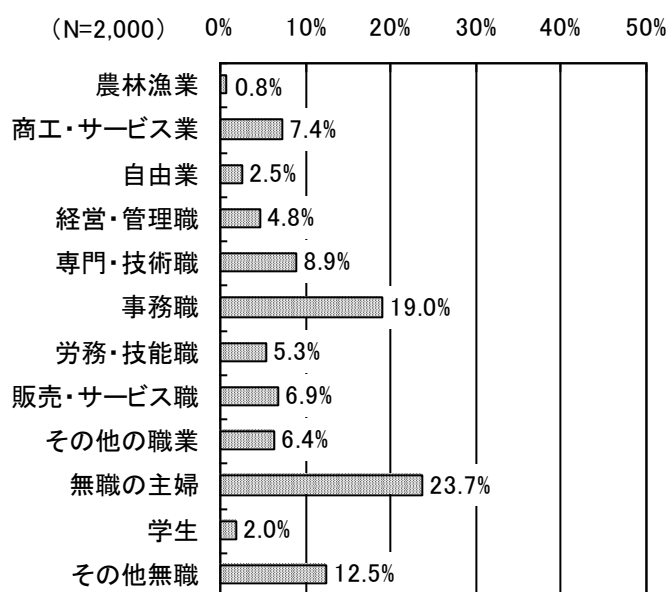
近畿：三重県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県

中国・四国：鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・徳島県・香川県・愛媛県・高知県

九州・沖縄：福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県

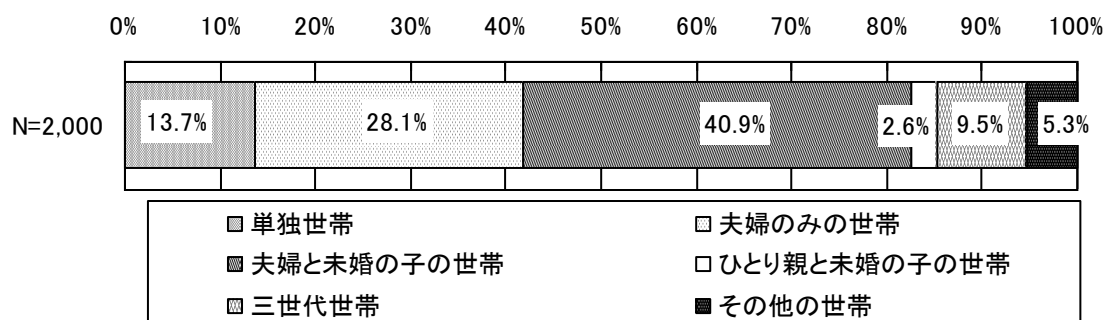
3 職業

図表 2-1-4 職業



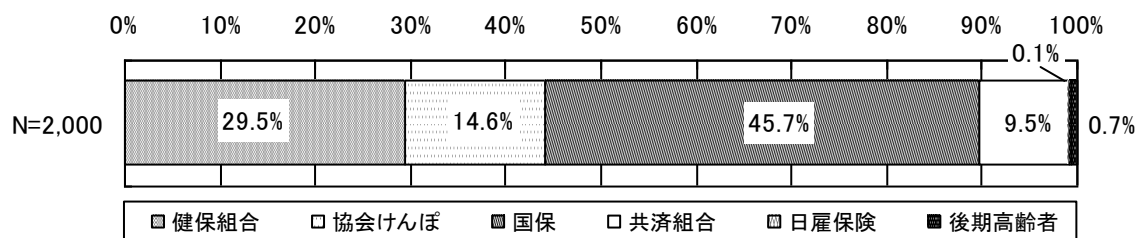
4 世帯の状況

図表 2-1-5 世帯の状況



5 加入している医療保険

図表 2-1-6 加入している医療保険

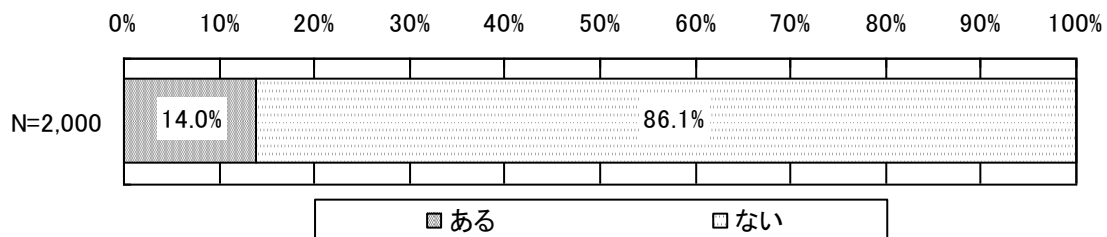


2 医療機関のかかり方

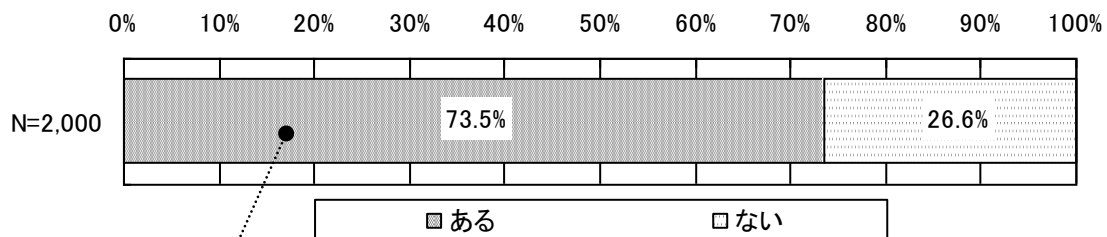
1 最近1年間での受診状況

- 最近1年間での受診状況についてみると、入院では14.0%、外来では73.5%が受診していた。外来受診において、同じ病気やケガで同時期に複数医療機関を受診した経験のある人についてその理由を尋ねたところ、「先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院で専門的な検査等を受けた」との回答が54.2%と、前回調査時の43.7%に比べ10.5ポイント増となっている。一方、「先に受診していた医療機関・医師の診察内容等に不満があり、自分の判断で他院を受診した」との回答が36.6%と、前回調査時の40.2%と比較して3.6ポイント減となっている。これらの結果から、いわゆる「はしご受診」が少なくなっていることがうかがわれる。

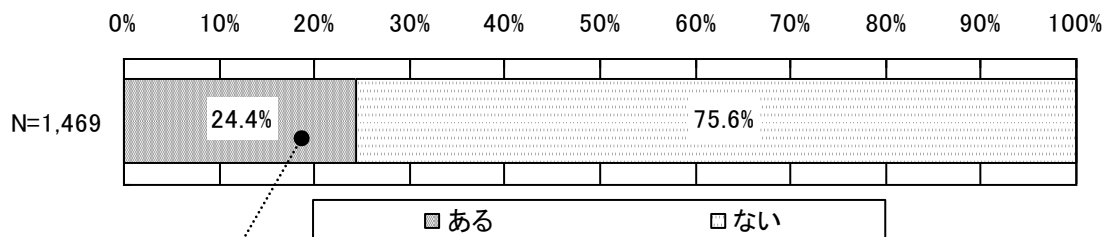
図表 2-2-1 最近1年間での入院の有無



図表 2-2-2 最近1年間での外来受診の有無



図表 2-2-3 同じ病気やケガで同時期に複数医療機関を受診した経験の有無



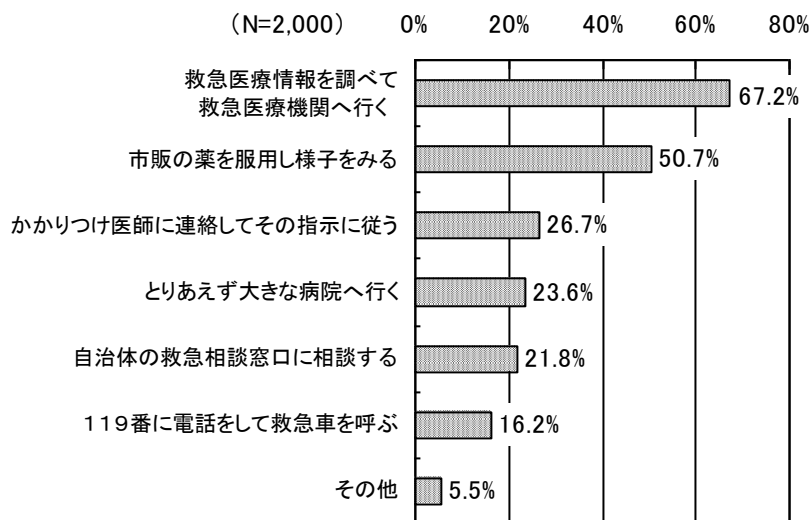
図表 2-2-4 同じ病気やケガで同時期に複数医療機関を受診した理由

[N=358]	件数	割合
先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院で専門的な検査等を受けた	194	54.2%
先に受診していた医療機関・医師の診察内容等に不満があり、自分の判断で他院を受診した	131	36.6%
先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院のセカンドオピニオン外来を受診した	32	8.9%
その他	29	8.1%

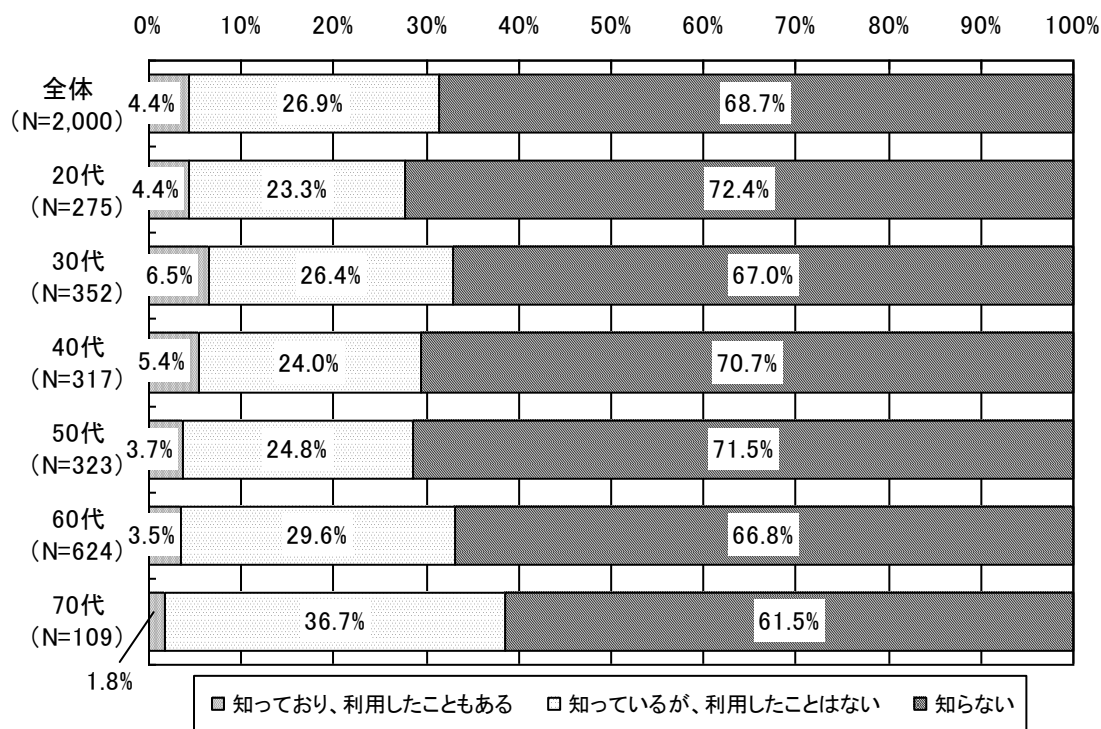
2 休日・夜間における医療機関のかかり方

- 深夜や休日などに具合が悪くなったときの対応として、「救急医療情報を調べて救急医療機関へ行く」が67.2%（前回40.0%）、「市販の薬を服用し様子を見る」が50.7%（前回36.8%）と、前回調査と比較して大幅に増加している。まずは自らで情報を調べ、様子を見るというように受診行動が変化したのではないかと推測される。
- また、小児救急電話相談（#8000）について「知らない」との回答が68.7%となっており、周知活動の強化が求められる。

図表 2-2-5 深夜や休日などに具合が悪くなったときの対応（複数回答）

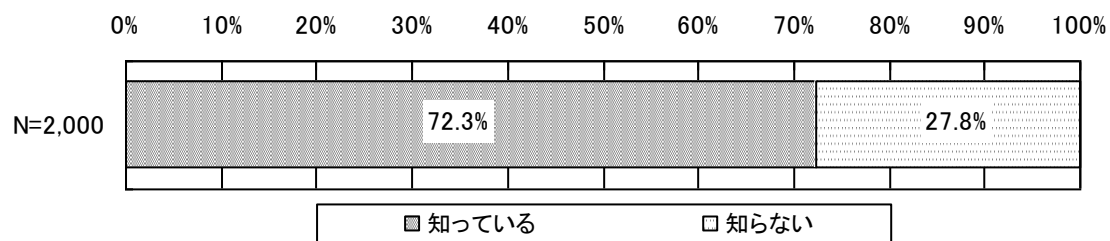


図表 2-2-6 小児救急電話相談（#8000）の認知度；年齢階層別



- 軽症患者の救急医療機関への受診が増加し、病院勤務医の負担が過重となっている現状について「知っている」との回答割合が72.3%に及んでいる。

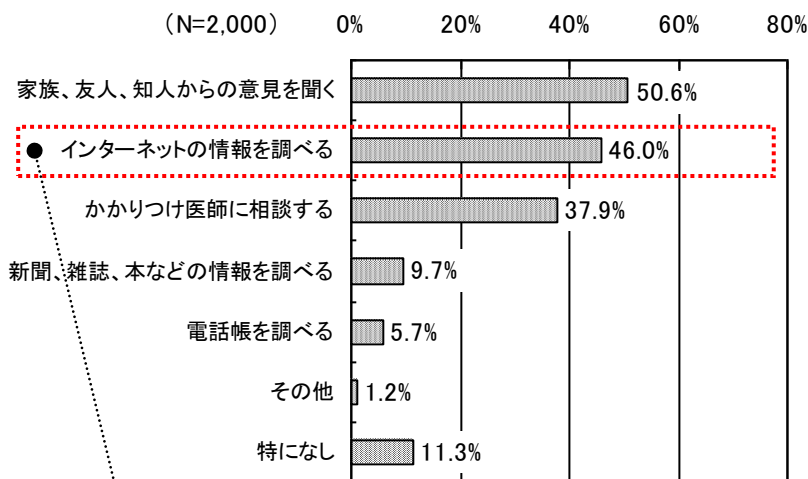
図表 2-2-7 軽症患者の救急医療機関への受診が増加し、
病院勤務医の負担が過重となっている現状の認知度



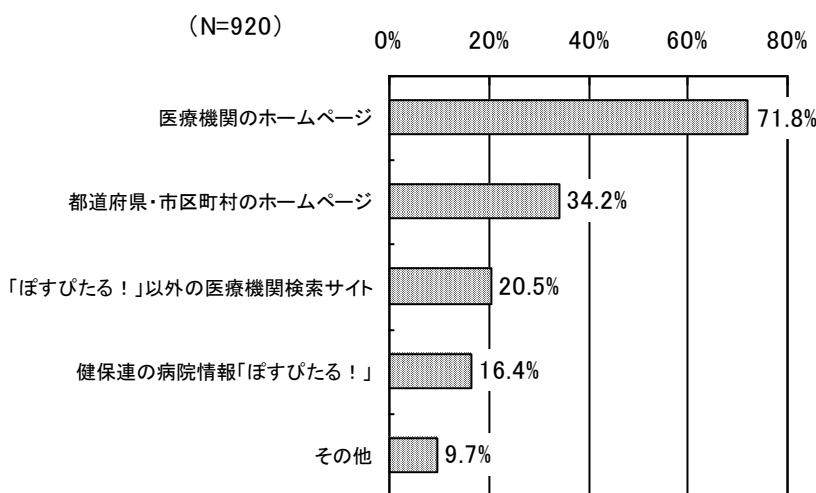
3 医療機関を選ぶときの情報源

○ 医療機関を選ぶときの情報源としては「家族、友人、知人からの意見を聞く」50.6%が最も多く、次いで「インターネットの情報を調べる」46.0%、「かかりつけ医師に相談する」37.9%などとなっている。

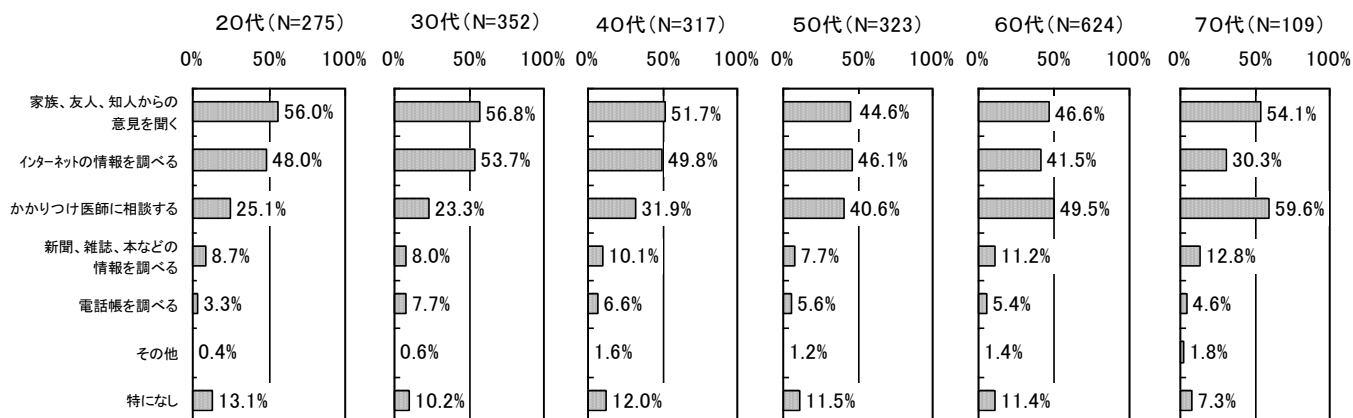
図表 2-2-8 医療機関を選ぶときの情報源（複数回答）



図表 2-2-9 医療機関を選ぶときに検索しているインターネットサイト（複数回答）



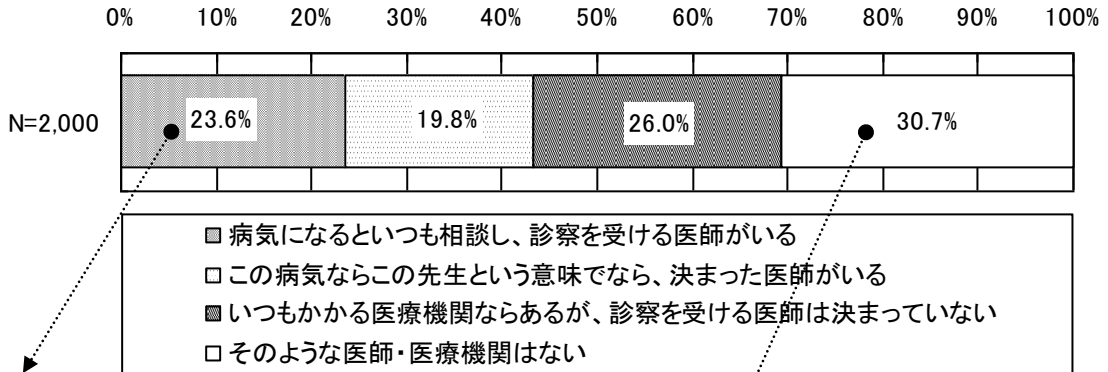
図表 2-2-10 医療機関を選ぶときの情報源（複数回答）；年齢階層別



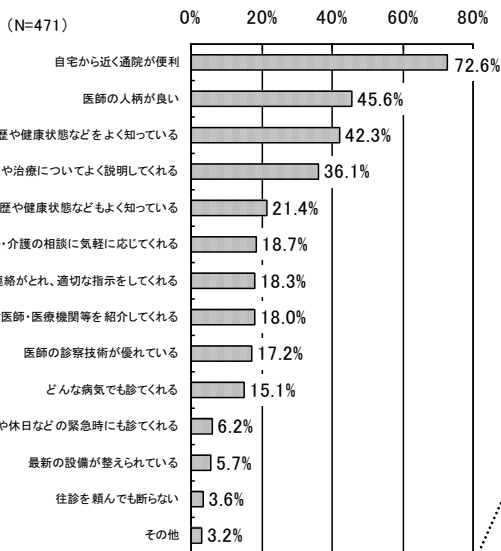
4 日頃から健康相談や、病気のとくに決まって受診している医師・医療機関の有無

○ 「日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している」人は 69.4%に達している。また、病気になるといつも相談する医師がいる人の 88.3%が一般診療所を受診している。

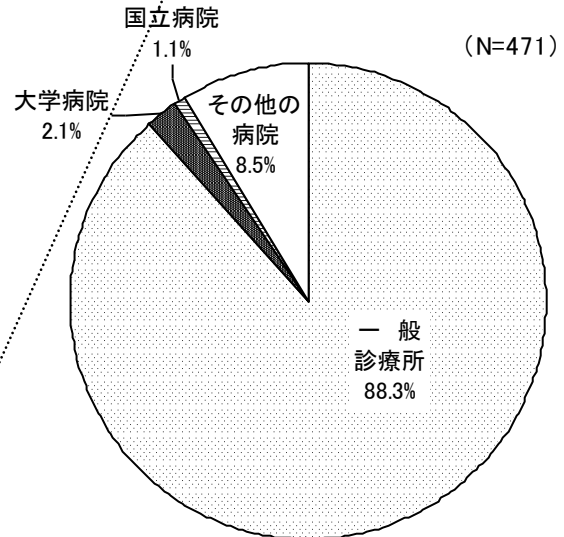
図表 2-2-11 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無



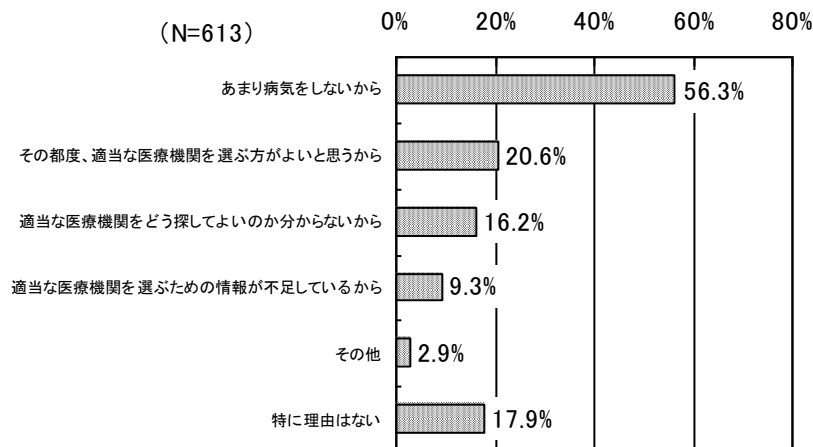
図表 2-2-12 その医師に決めた理由（複数回答）



図表 2-2-13 その医師のいる医療機関

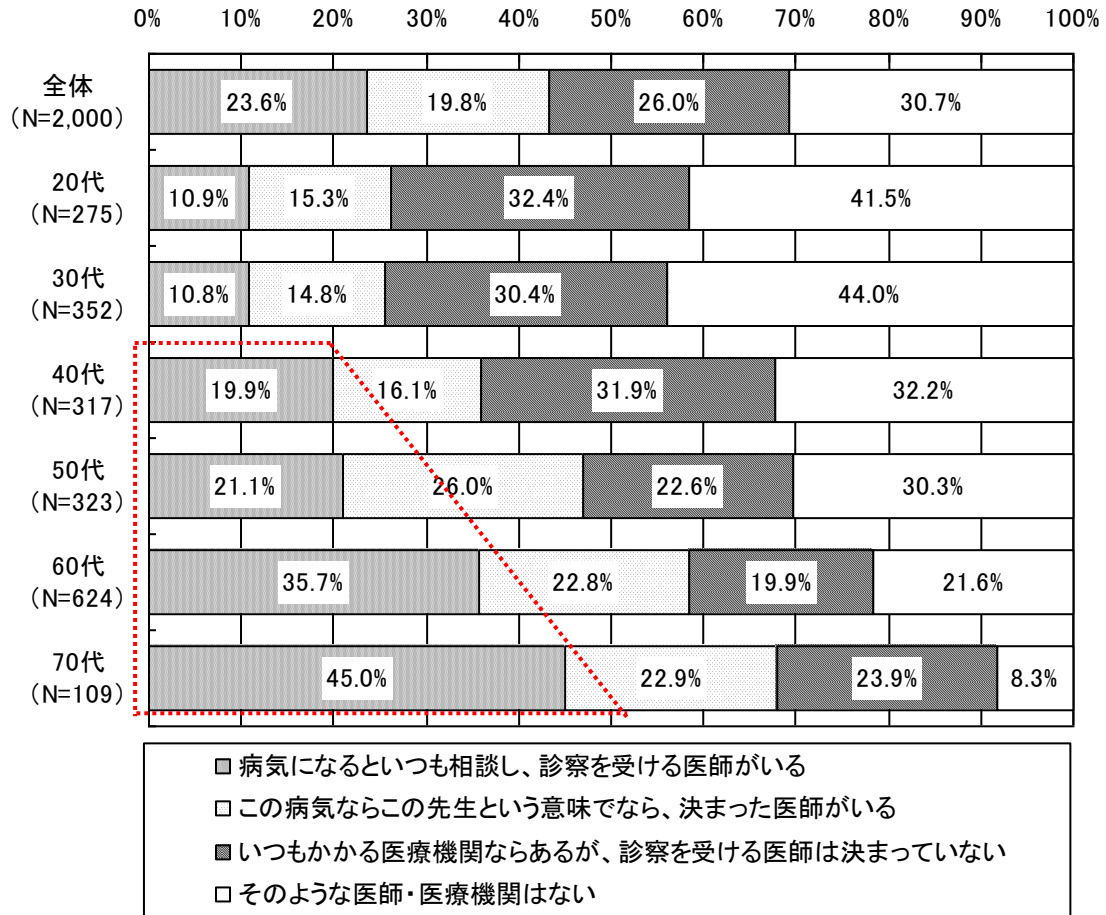


図表 2-2-14 決まった医師・医療機関をもたない理由（複数回答）



○ 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無について年齢階層別にみると、「病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる」人は、40代以上については年齢階層が上がるとともにその割合が増加傾向にあることがわかる。

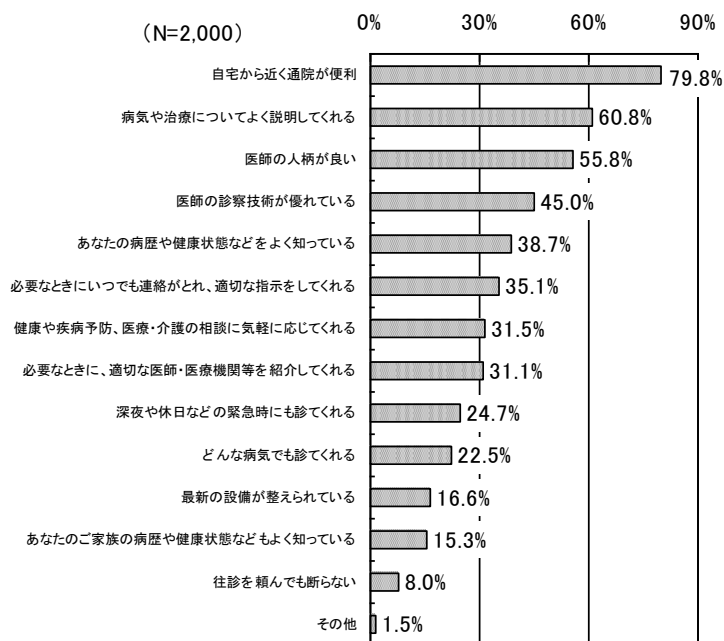
図表 2-2-15 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無；年齢階層別



5 日頃から健康相談や、病気のときに決まって受診している医師・医療機関への期待

- 日頃から健康相談や、病気のときに決まって受診している医師・医療機関へ期待することとしては、「自宅から近く通院が便利」79.8%が最も多くなっている。

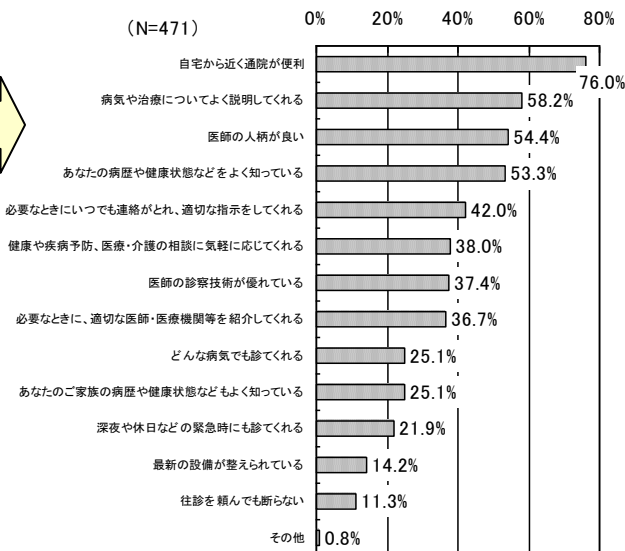
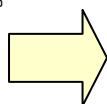
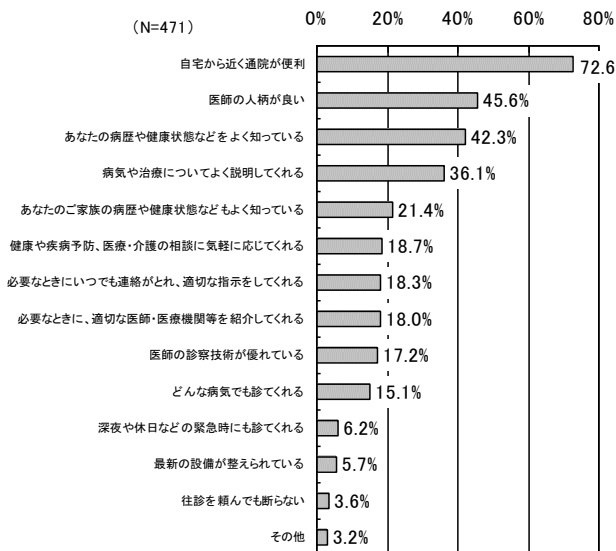
図表 2-2-16 日頃から相談・受診している医師・医療機関へ期待すること（複数回答）



[参考] 日頃から相談・受診している医師がいる人：その医師に [決めた理由] と [期待すること]

図表 2-2-17 その医師に決めた理由(複数回答)[再掲]

図表 2-2-18 期待すること(複数回答)



図表 2-2-19 [その医師に決めた理由] よりも [期待すること] において順位を上げたもの

	決めた理由	期待すること
病気や治療についてよく説明してくれる	4位	2位
必要なときにいつでも連絡がとれ、適切な指示をしてくれる	7位	5位
医師の診察技術が優れている	9位	7位
どんな病気でも診てくれる	10位	9位

6 医療機関の受診のあり方に関する考え方

○ 医療機関の受診のあり方に関するAとBの2つの考え方の賛否について回答を求めた。

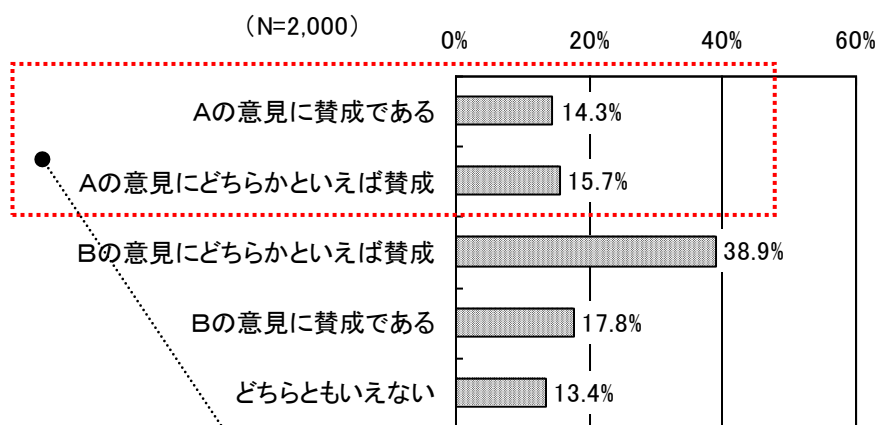
A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する

B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

その結果、「Aの意見に賛成」と「Aの意見にどちらかといえば賛成」が合わせて30.0%（前回33.0%）、「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」が合わせて56.7%（前回53.0%）、「どちらともいえない」が13.4%（前回9.0%）となった。

○ 「Aの意見に賛成」と「Aの意見にどちらかといえば賛成」の回答者にその理由を尋ねたところ「その都度、そのときの症状に応じて専門医に診察をしてほしいから」が74.6%であった。

図表 2-2-20 医療機関の受診のあり方に関する考え方



図表 2-2-21 Aの意見に賛成の理由（複数回答）

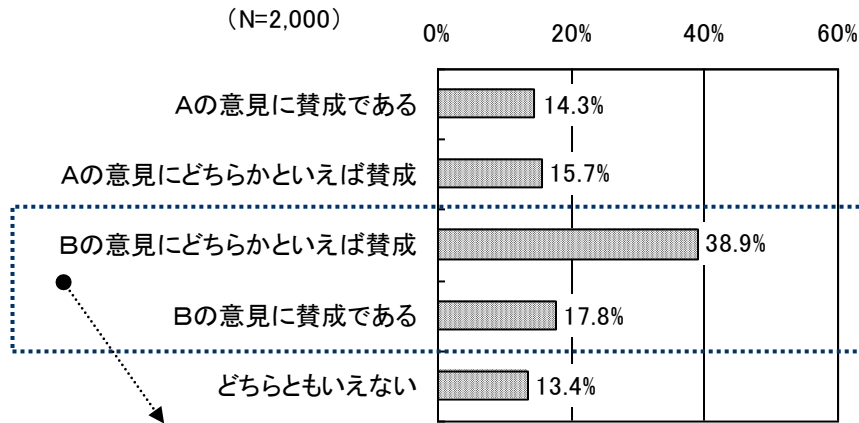
[N=599]	件数	割合
その都度、そのときの症状に応じて専門医に診察をしてほしいから	447	74.6%
いつも高度な医療機能をもつ大病院を受診したいから	114	19.0%
いつも同じ医師の診断ばかり受けていては不安だから	109	18.2%
その他	18	3.0%
わからない	27	4.5%

A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する

B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

- また、「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」の回答者にその理由を尋ねたところ「自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから」58.2%、「まずは、自分のことをよく知っている医師に受診した方が安心だから」57.8%となっている。

図表 2-2-22 医療機関の受診のあり方に関する考え方 [再掲]

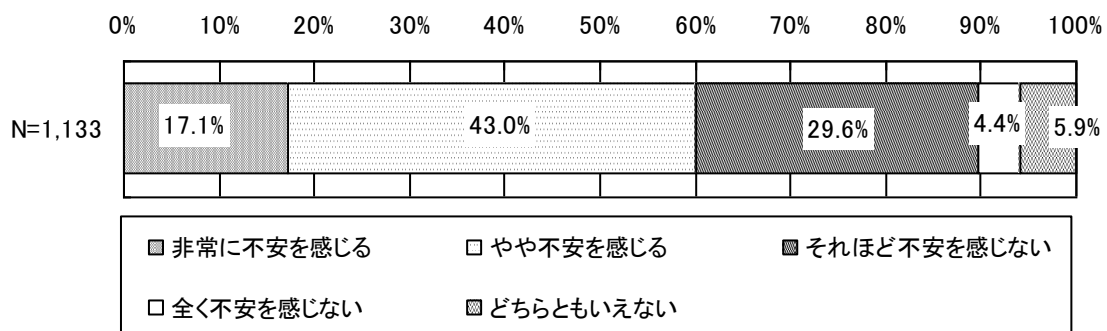


図表 2-2-23 Bの意見に賛成の理由 (複数回答)

[N=1,133]	件数	割合
自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから	659	58.2%
まずは、自分のことをよく知っている医師に受診した方が安心だから	655	57.8%
医師によって診断結果が異なるのが不安だから	128	11.3%
その他	30	2.6%
わからない	16	1.4%

- さらに、例えば、一般診療所の医師を事前に選んで登録しておき、体に何か不調を感じたときには、最初にその医師を必ず受診し、救急以外では病院を自由に受診できないといった制度については、不安を感じる人が60.1%となっている（「非常に不安を感じる」17.1%、「やや不安を感じる」43.0%）。ただし、「非常に不安を感じる」は、前回調査（41.6%）と比較して大幅に減少し、「それほど不安を感じない」29.6%（前回9.6%）、「全く不安を感じない」4.4%（前回2.1%）が増加している。こうしたことから、かかりつけ医を持つことの意義に対する国民の認識は高まっており、かかりつけ医機能を強化することによって、診療所と病院の機能分化を図っていく環境が整いつつあるのではないかと考えられる。

図表 2-2-24 上記の想定の場合の感想

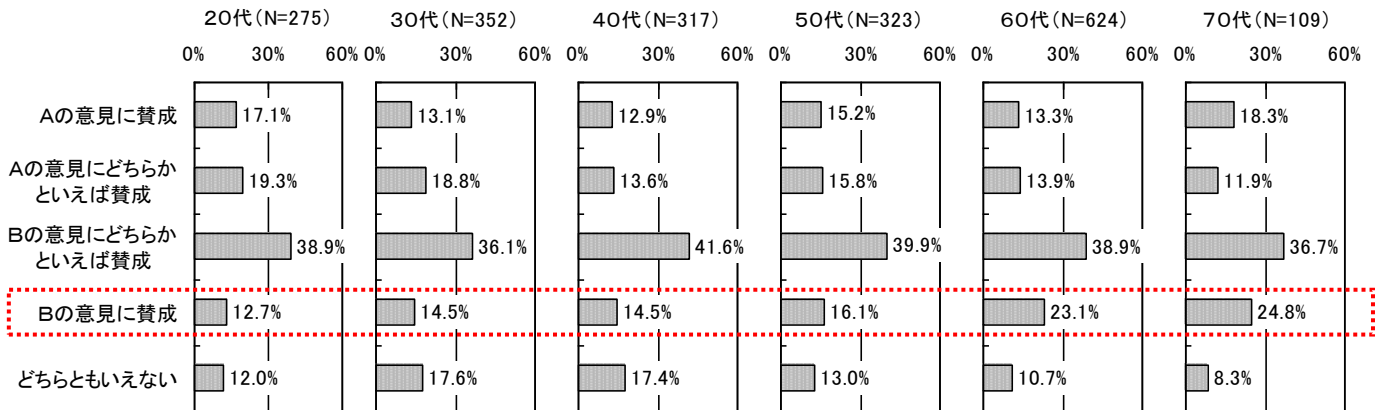


A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する

B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

- AとBの2つの考え方の賛否について年齢階層別にみると、いずれの年齢階層においても「Bの意見にどちらかといえば賛成」との回答が3割を超えている。
- また、40代以上については年齢階層が上がるとともにBの意見に賛成の回答割合が増加傾向にあることがわかる。

図表 2-2-25 医療機関の受診のあり方に関する考え方；年齢階層別

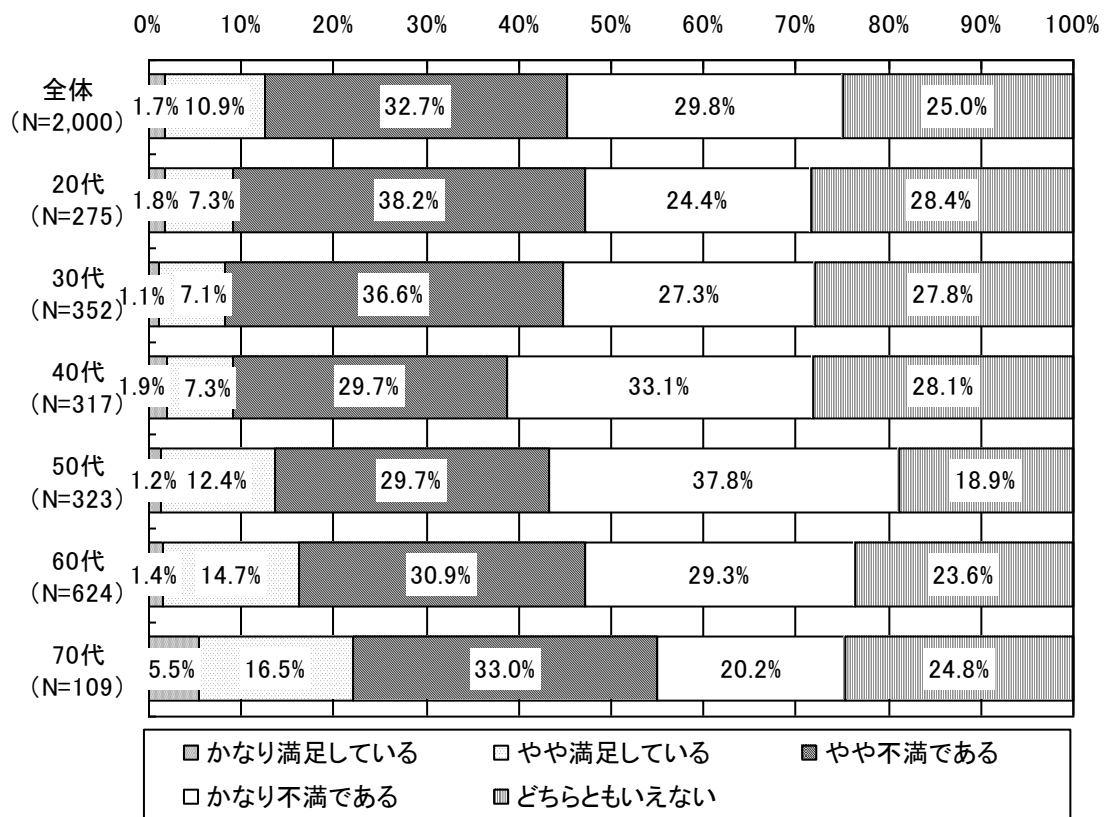


3 介護サービスについて

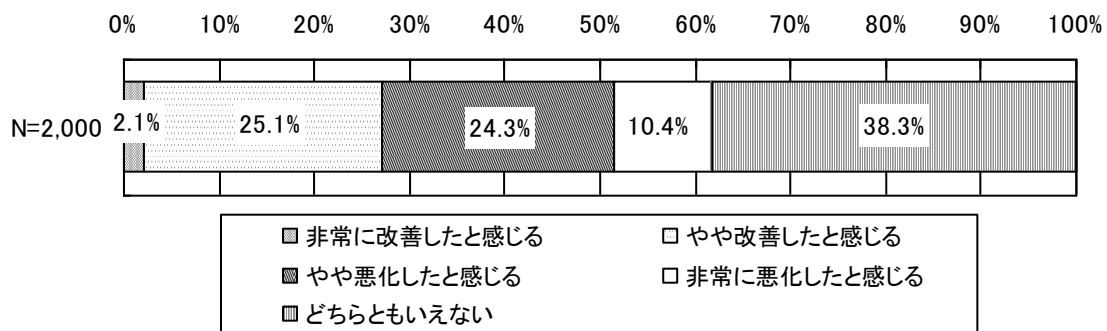
1 介護の状況に対する満足度

- 現在の介護の状況に対する満足度についてみると、「かなり満足している」と「やや満足している」を合わせると 12.6%、「かなり不満である」と「やや不満である」を合わせると 62.5%、「どちらともいえない」が 25.0%であった。ただし、年齢が上がるにつれて「やや満足している」の回答割合が増加する傾向にあった。
- また、介護保険制度が導入されて 10 年以上が経過したところであるが、わが国の介護を取り巻く環境に関する意向についてみると、「非常に改善したと感じる」と「やや改善したと感じる」を合わせると 27.2%、「非常に悪化したと感じる」と「やや悪化したと感じる」を合わせると 34.7%、「どちらともいえない」が 38.3%と意見が分かれる結果となった。

図表 2-3-1 現在の介護の満足度；年齢階層別



図表 2-3-2 介護保険制度導入後のわが国の介護を取り巻く環境に関する意向



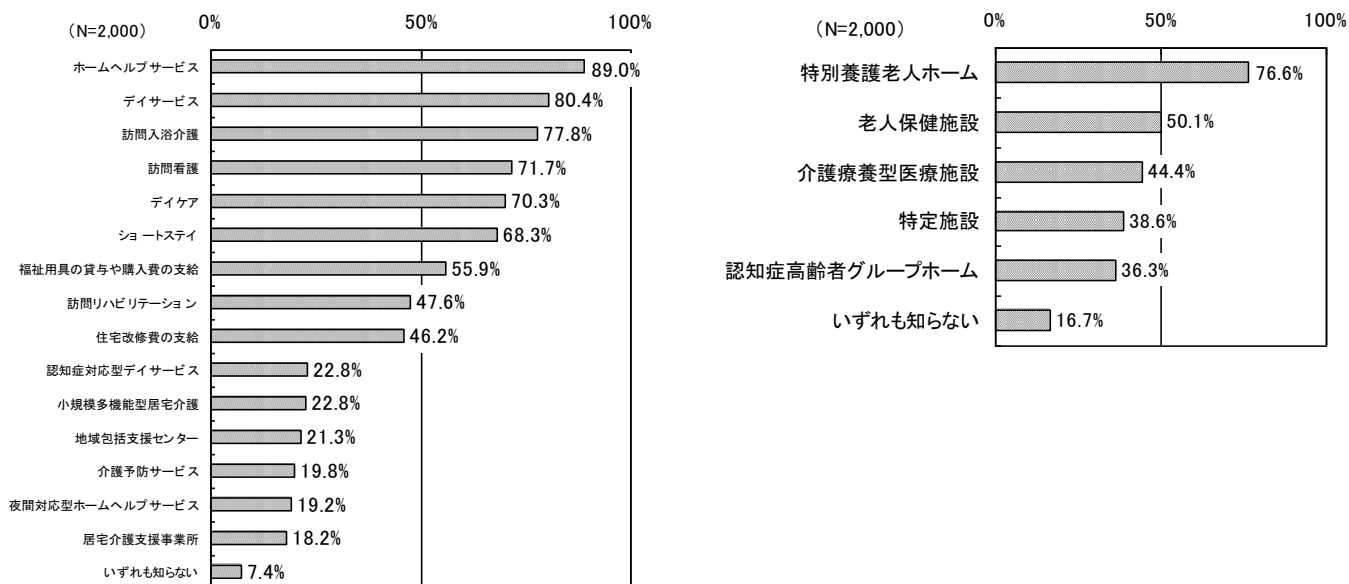
2 介護保険サービスの認知度

- 介護保険サービスの認知度についてみると、居宅サービスでは「ホームヘルプサービス」89.0%が最も高く、次いで「デイサービス」80.4%、「訪問入浴介護」77.8%などとなっている。また、施設サービスでは「特別養護老人ホーム」76.6%が最も高く、「老人保健施設」50.1%、「介護療養型医療施設」44.4%などとなっている。
- また、居宅サービスの中で「認知症対応型デイサービス」等の認知度が低い。さらに、新たに導入される24時間地域巡回型訪問サービスを「知っている」のはわずか11.7%である。今後、地域包括ケアシステムが整備されていくなかで、要介護者がニーズに応じたサービスを選択できるよう、情報提供をさらに強化することが求められる。

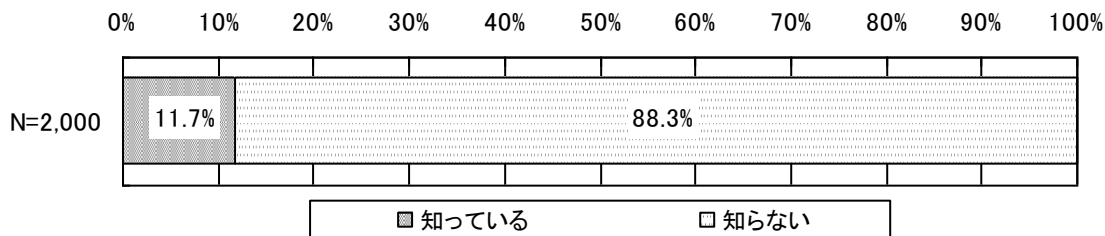
図表 2-3-3 介護保険サービス等の認知度（複数回答）

【居宅サービス】

【施設サービス】



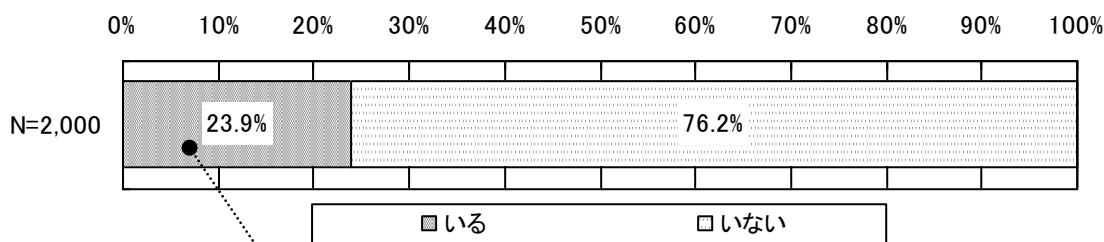
図表 2-3-4 24時間地域巡回型訪問サービスの認知度



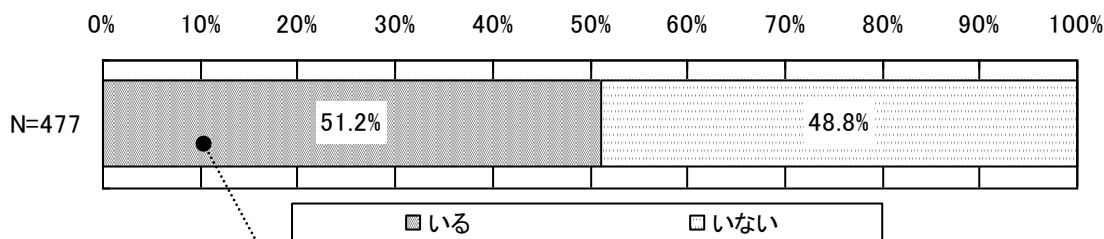
3 介護サービスの利用状況

○ 介護が必要な家族が「いる」のは23.9%で、介護保険サービスを利用している家族が「いる」のは51.2%、「いない」は48.8%となっている。家族が利用している介護保険サービスに対する満足度については、居宅サービス、介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、特定施設ともに6割以上の人が満足していると回答している。

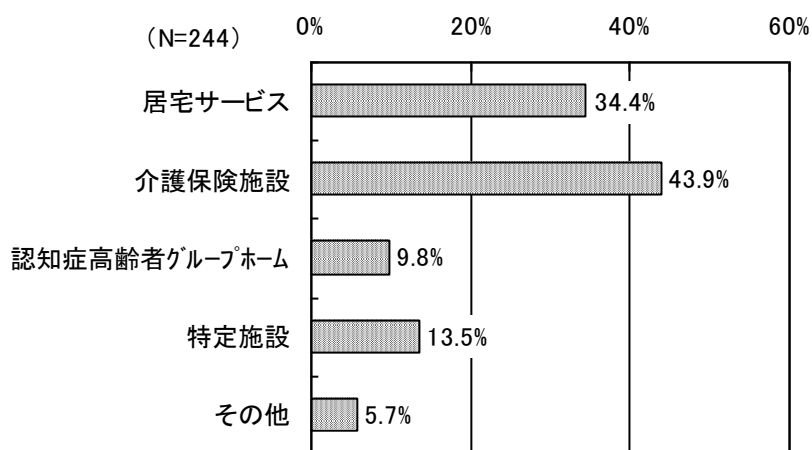
図表 2-3-5 介護が必要な家族の有無



図表 2-3-6 介護保険サービスを利用している家族の有無

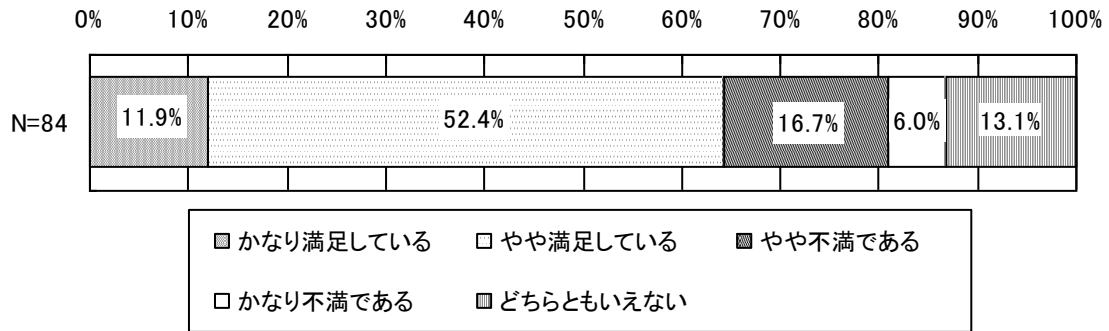


図表 2-3-7 利用している介護保険サービス（複数回答）

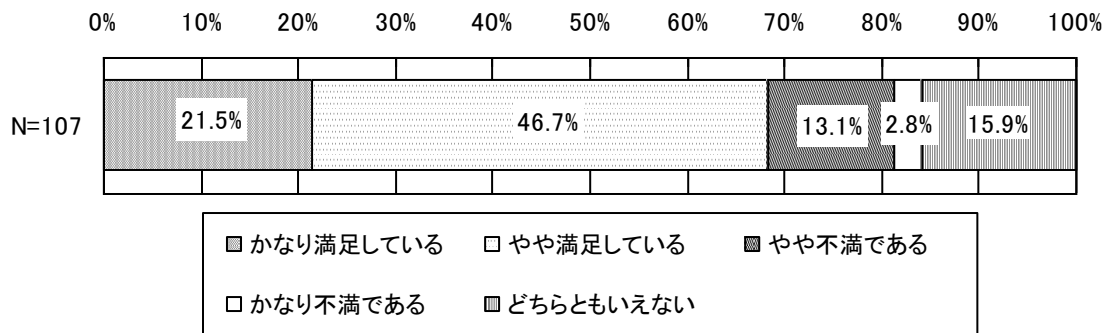


図表 2-3-8 介護保険サービスの満足度（家族が利用している人のみ）

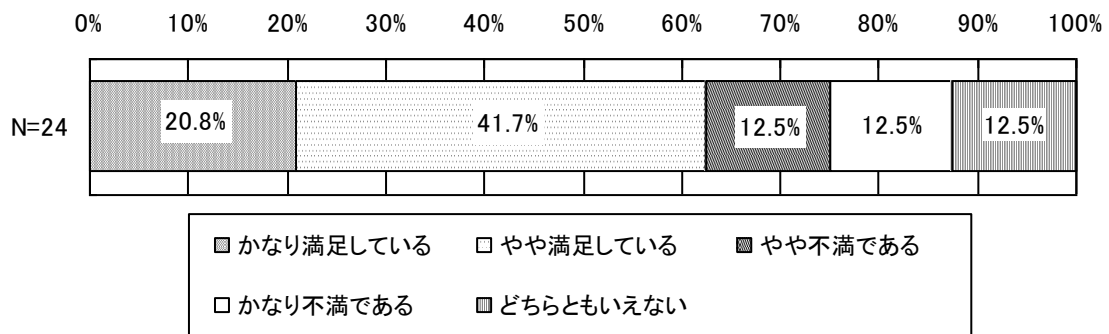
(1) 居宅サービス



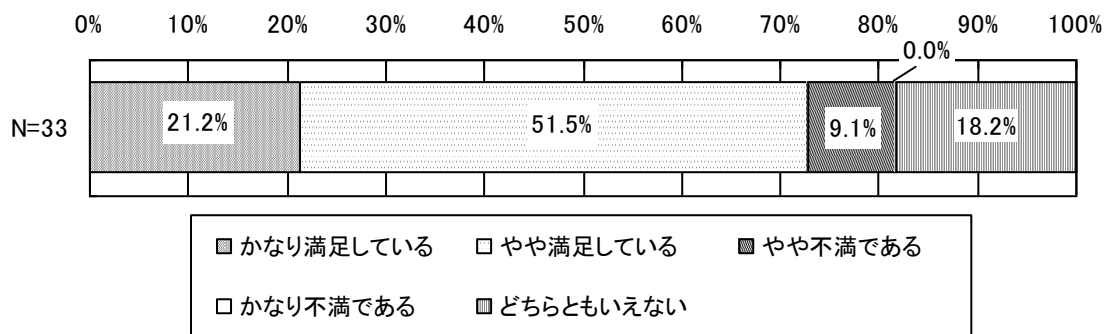
(2) 介護保険施設



(3) 認知症高齢者グループホーム



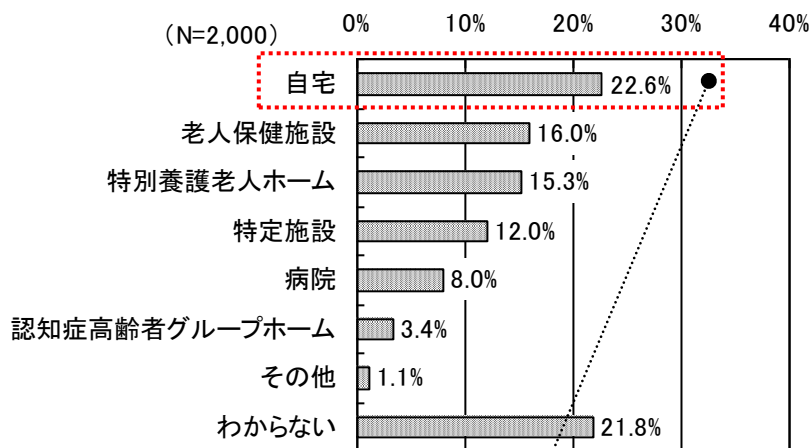
(4) 特定施設



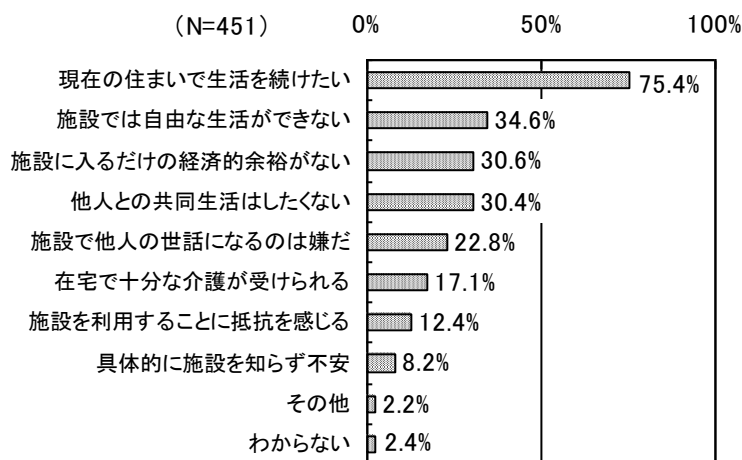
4 高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所

- 本人が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所についてみると、「自宅」22.6%が最も多く、次いで「老人保健施設」16.0%、「特別養護老人ホーム」15.3%などとなっている。前回調査と比較して、「自宅」（前回33.0%）や「病院」（前回14.3%）を希望する回答が減少し、「老人保健施設」（前回11.5%）や「特別養護老人ホーム」（前回12.0%）を希望する回答が増加している。

図表 2-3-9 本人が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所

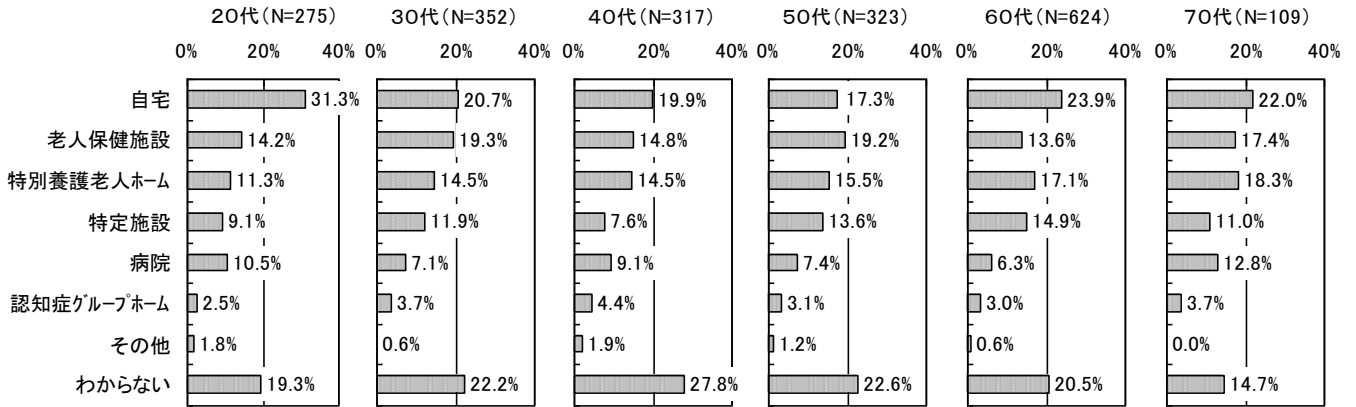


図表 2-3-10 療養場所として自宅を希望する理由（複数回答）



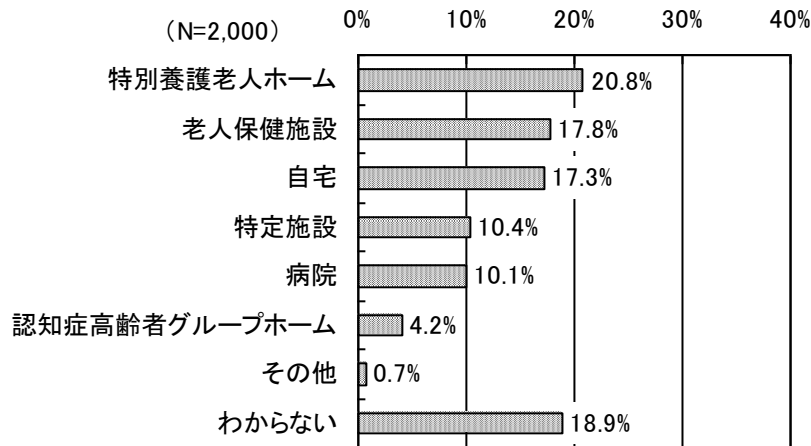
- また、全体として「病院」を希望する人が減少している中で、特に60代・70代が大幅に減少している（前回は60代以上で21.3%）。さらに、前回調査では選択肢になかった「特定施設」を希望する回答については、30代、50代、60代、70代で1割以上に及んでいる。

図表 2-3-11 本人が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所；年齢階層別



- なお、家族が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所についてみると、「特別養護老人ホーム」20.8%が最も多く、次いで「老人保健施設」17.8%、「自宅」17.3%などとなっている。

図表 2-3-12 家族が高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所



5 介護保険サービスの拡大・充実に関する要望

- 介護保険サービスの拡大・充実に関する要望についてみると、「特別養護老人ホームや老人保健施設等の施設の整備を進めてほしい」45.7%が最も多く、次いで「ホームヘルプや訪問看護等の訪問サービスの整備を進めてほしい」27.5%などとなっている。
- また、療養病床削減に関する意向についてみると、「医療スタッフが多くいる医療機関で長期療養できる病床が削減されることに不安を感じる」48.4%が最も多くなっているが、「看護職員が多くいる老人保健施設等や特定施設の整備が進むのであれば削減してよいと思う」24.3%、「往診や訪問看護等の在宅医療の整備が進むのであれば削減してよいと思う」11.0%などの削減に対して、肯定的な意見も35.3%となっている。

図表 2-3-13 介護保険サービスの拡大・充実に関する要望

	件 数	割 合
特別養護老人ホームや老人保健施設等の施設の整備を進めてほしい	914	45.7%
ホームヘルプや訪問看護等の訪問サービスの整備を進めてほしい	550	27.5%
認知症高齢者グループホームや特定施設等の整備を進めてほしい	224	11.2%
その他	51	2.6%
特になし	261	13.1%
合 計	2,000	100.0%

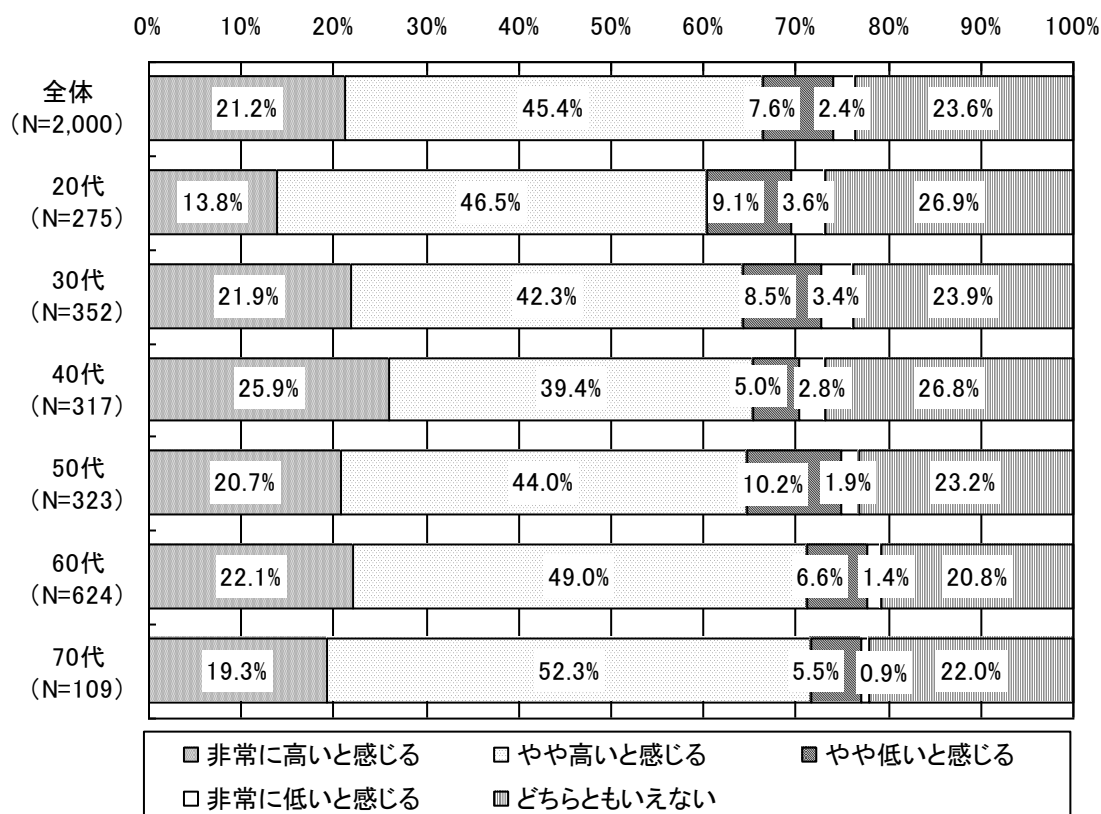
図表 2-3-14 療養病床削減に関する意向

	件 数	割 合
医療スタッフが多くいる医療機関で長期療養できる病床が削減されることに不安を感じる	967	48.4%
看護職員が多くいる老人保健施設等や特定施設の整備が進むのであれば削減してよいと思う	486	24.3%
往診や訪問看護等の在宅医療の整備が進むのであれば削減してよいと思う	220	11.0%
その他	25	1.3%
特になし	302	15.1%
合 計	2,000	100.0%

6 わが国の介護費について

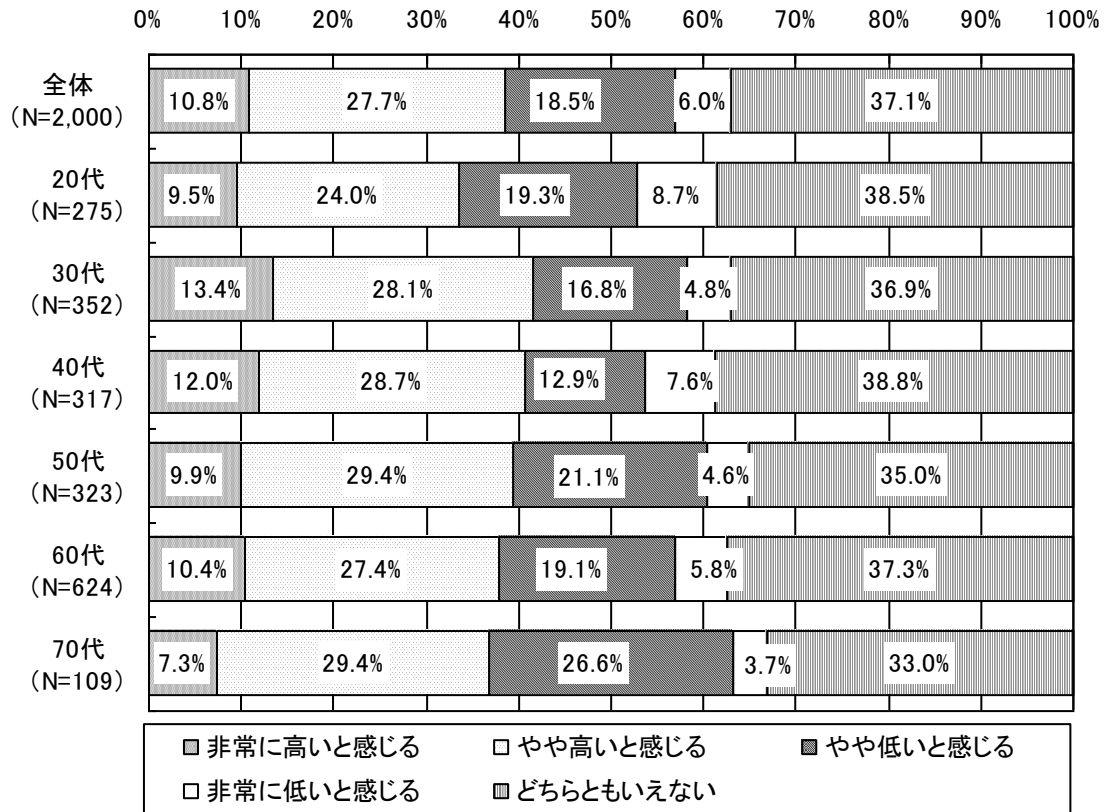
- 介護費の負担感についてみると、介護保険料については高負担感を持っているが、自己負担についてはそれほどの負担感を感じていないことがうかがわれる。
- まず、介護保険の保険料の負担感についてみると、「非常に高いと感じる」と「やや高いと感じる」を合わせると 66.6%、「非常に低いと感じる」と「やや低いと感じる」を合わせると 10.0%、「どちらともいえない」が 23.6%となっている。
- 年齢階層別にみると、40代における「非常に高いと感じる」との回答割合が 25.9%と、他の年齢階層に比較して最も高くなっている。また、60代、70代では「非常に高いと感じる」と「やや高いと感じる」を合わせた割合が7割を超えている。

図表 2-3-15 介護保険の保険料の負担感；年齢階層別



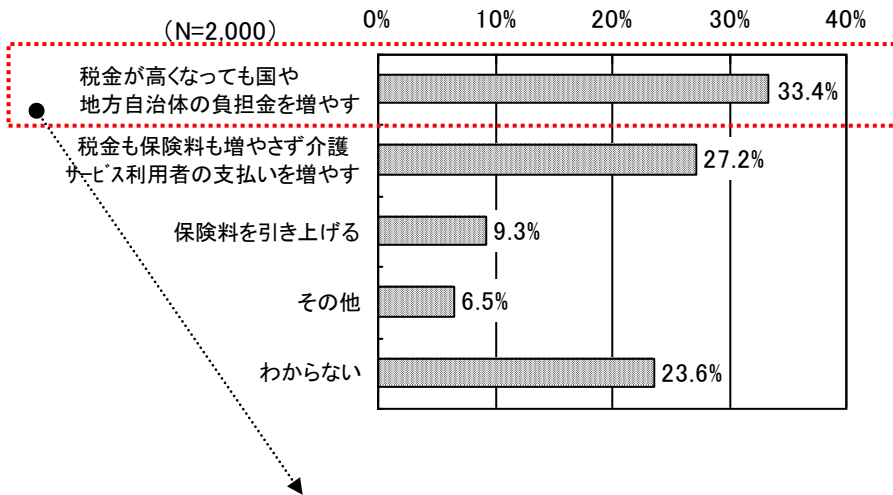
- 次に、介護保険の自己負担の負担感についてみると、「非常に高いと感じる」と「やや高いと感じる」を合わせると 38.5%、「非常に低いと感じる」と「やや低いと感じる」を合わせると 24.5%、「どちらともいえない」が 37.1%と意見が分かれる結果となった。
- ただし、年齢区分別にみると、30代以降では年齢が上がるにつれて「非常に高いと感じる」と「やや高いと感じる」を合わせた回答割合が減少する傾向にあることがわかる。

図表 2-3-16 介護保険の自己負担の負担感；年齢階層別

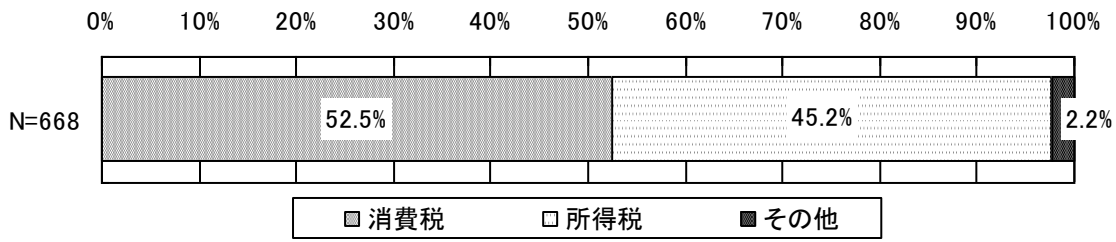


- わが国の増加する介護費をまかなう方法として望ましいものとしては、「税金が高くなっても国や地方自治体の負担金を増やす」33.4%が最も多く、次いで「税金も保険料も増やさず介護サービス利用者の支払いを増やす」27.2%などとなっている。
- また、「税金が高くなっても国や地方自治体の負担金を増やす」との回答者に介護費の財源とすべき税金について尋ねたところ、「消費税」52.5%、「所得税」45.2%と意見が分かれた。

図表 2-3-17 増加する介護費をまかなう方法として望ましいもの



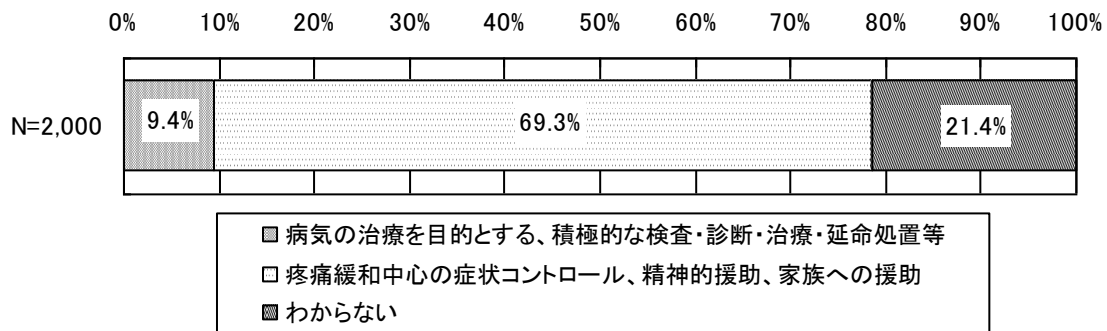
図表 2-3-18 介護費の財源とすべき税金



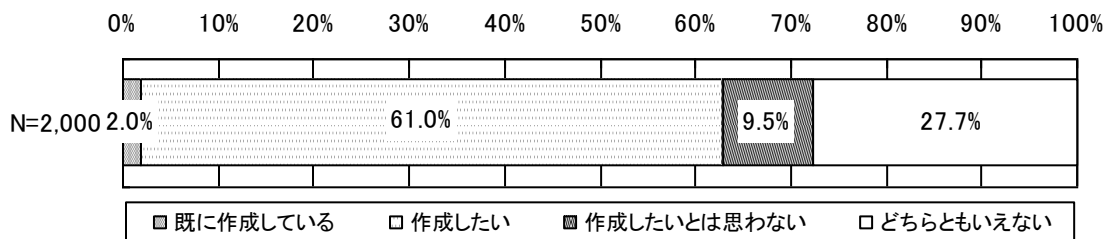
7 終末期医療に関する考え方

- 希望する終末期医療の内容は「疼痛緩和中心の症状コントロール、精神的援助、家族への援助」69.3%となっており、積極的な治療を望まない人が多数を占めている。
- 終末期医療を受けたい場所をみると、前回調査では「自宅」を希望する回答が31.0%で最も多かったのに対し、今回は「ホスピス等の緩和ケア施設」との回答が37.3%（前回29.4%）と最も多くなっている。なお、「自宅」での終末期医療については、「往診・訪問診療をしてくれる医師」、「介護してくれる家族」が療養のために必要との回答が多くなっており、こうしたニーズに応える提供体制の整備が求められる。

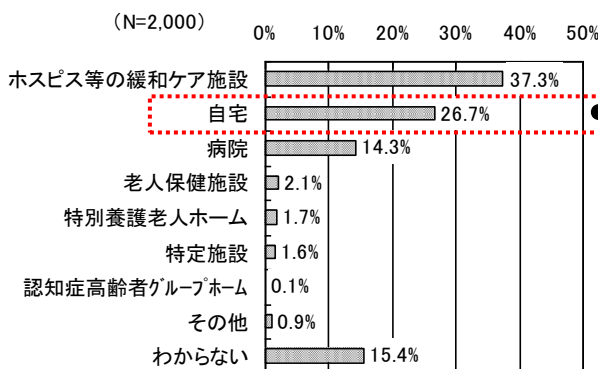
図表 2-3-19 希望する終末期医療の内容



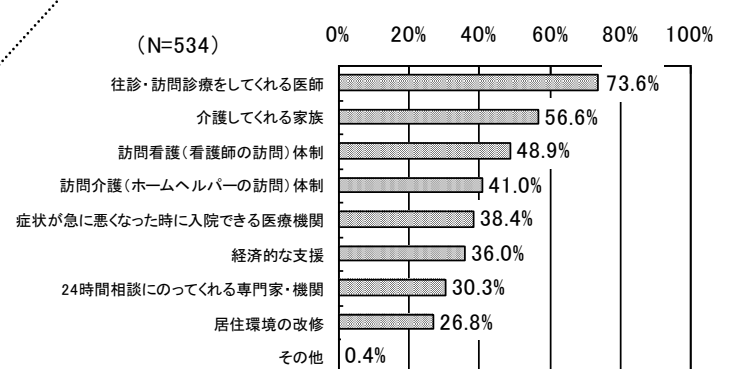
図表 2-3-20 事前の意思確認書の作成意向



図表 2-3-21 終末期医療を受けたい場所



図表 2-3-22 自宅で最期まで療養するために必要なこと(複数回答)

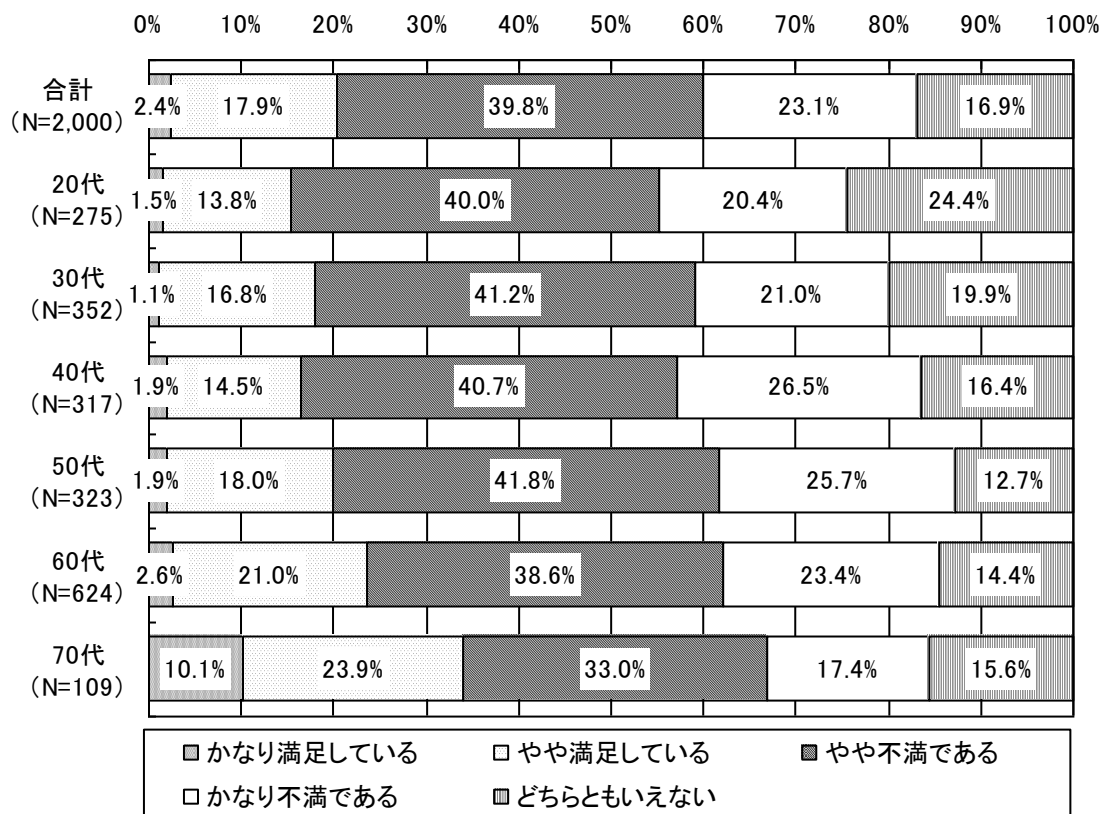


4 医療全般について

1 現在の医療の満足度・医療機関への要望

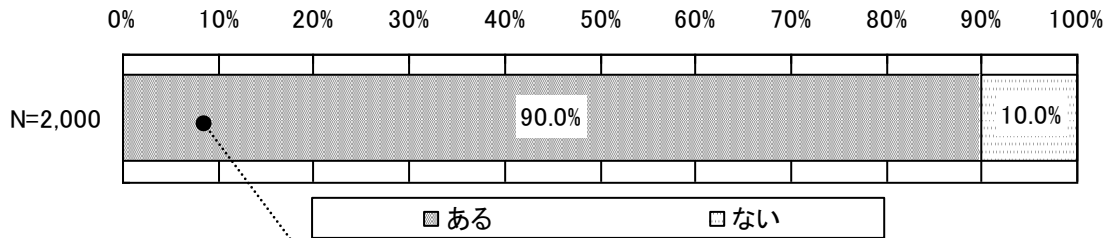
- 現在の医療の満足度についてみると、「かなり満足している」と「やや満足している」を合わせると 20.3%、「かなり不満である」と「やや不満である」を合わせると 62.9%、「どちらともいえない」が 16.9%であった。前回調査と比較して、現在の医療についての「満足」の割合が 31.1%から 20.3%に減少した一方で、「不満」の割合が 47.1%から 62.9%に増加している。ただし、40代以上については、年齢が上がるにつれて満足している人（「かなり満足している」と「やや満足している」の合計）の回答割合が増加する傾向にあった。

図表 2-4-1 現在の医療の満足度；年齢階層別

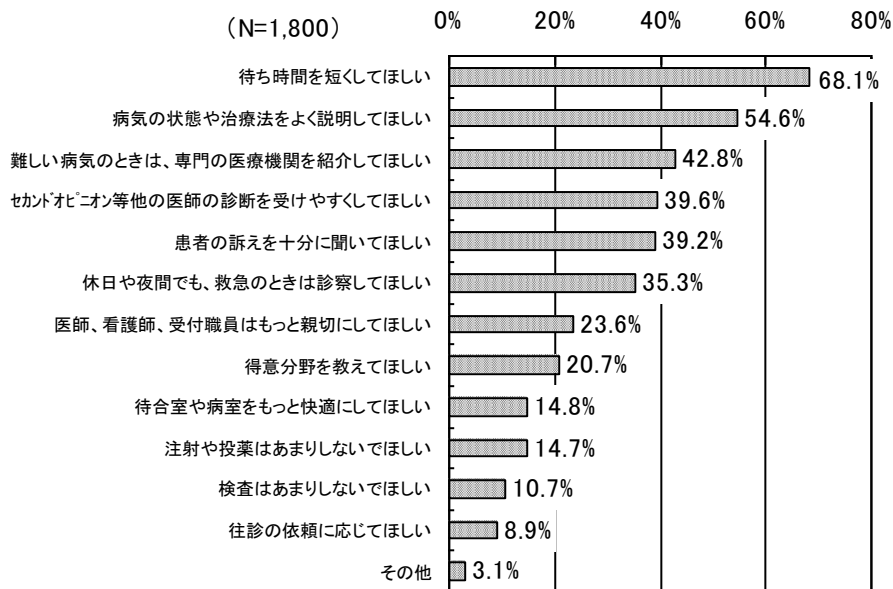


- また、医療機関に対する要望が「ある」との回答割合が前回（79.7%）から10ポイント以上増加し、90.0%に達している。
- 医療機関への要望の内容としては、「待ち時間を短くしてほしい」68.1%が最も多く、次いで「病気の状態や治療法をよく説明してほしい」54.6%、「難しい病気の場合は、専門の医療機関を紹介してほしい」42.8%などとなっている。

図表 2-4-2 医療機関への要望の有無



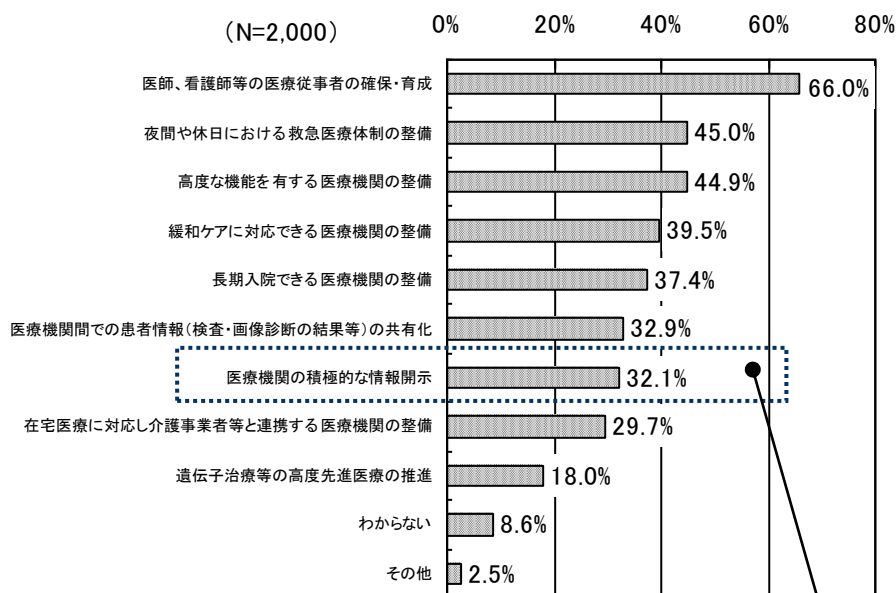
図表 2-4-3 医療機関への要望の内容（複数回答）



2 今後のわが国の医療のあり方として希望すること

- 今後のわが国の医療のあり方として希望することについては、「医師、看護師等の医療従事者の確保・育成」66.0%が最も多く、次いで「夜間や休日における救急医療体制の整備」45.0%、「高度な機能を有する医療機関の整備」44.9%などとなっている。

図表 2-4-4 今後のわが国の医療のあり方として希望すること（複数回答）

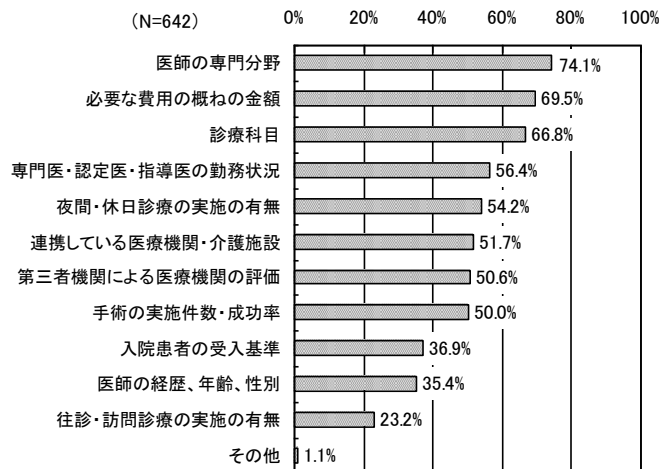
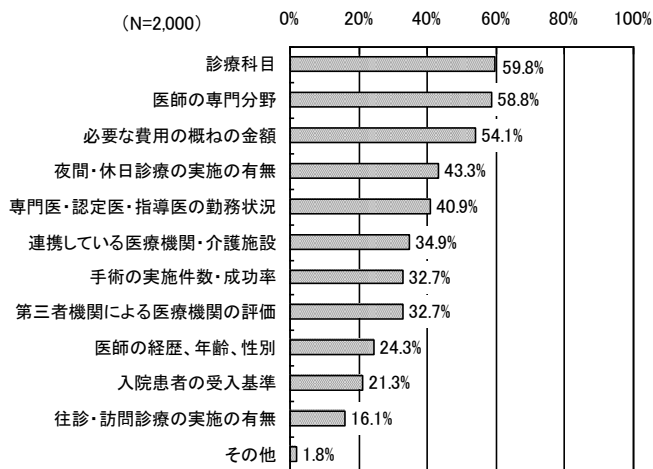


- 「医療機関の積極的な情報開示」に関連して、医療機関の情報として特にほしいことについて回答を求めたところ、「診療科目」、「医師の専門分野」、「必要な費用の概ねの金額」などの回答割合が高くなっている。

図表 2-4-5 医療機関の情報として特にほしいこと（複数回答）

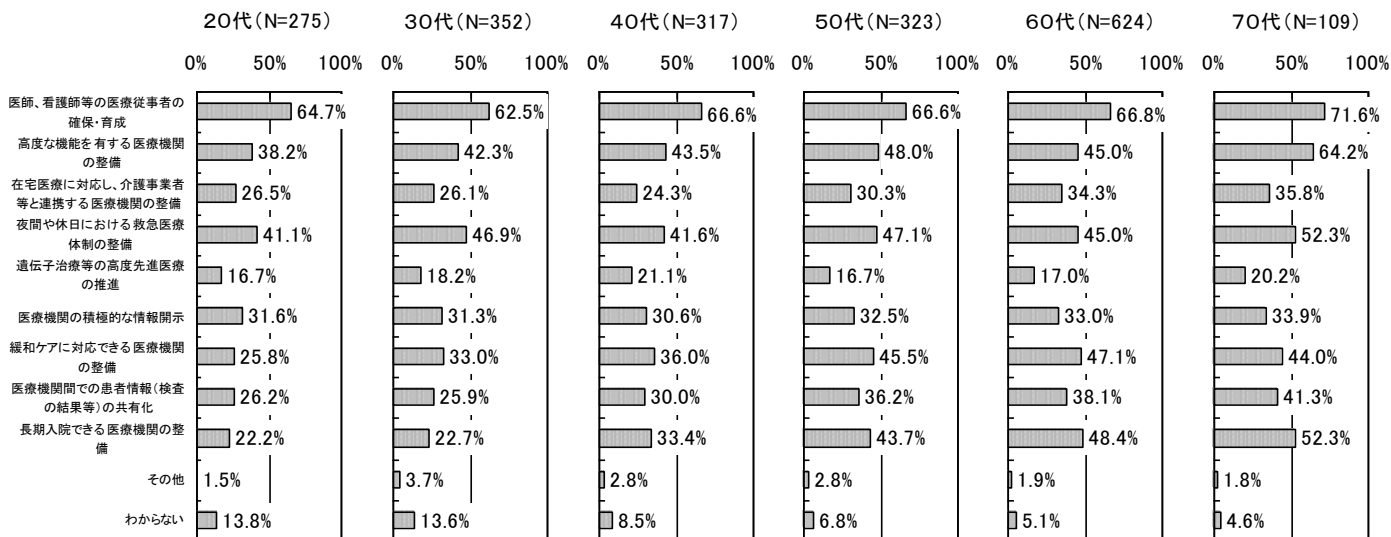
【対象者全員】

【医療機関の積極的な情報開示を希望した人】



- 今後のわが国の医療のあり方として希望することについて年齢階層別にみると、60代以外の年齢階層において「医師、看護師等の医療従事者の確保・育成」、「高度な機能を有する医療機関の整備」、「夜間や休日における救急医療体制の整備」の回答割合が多かった。
- また、「長期入院できる医療機関の整備」については、年齢階層が上がるにしたがって回答割合が多くなる傾向がみられた。

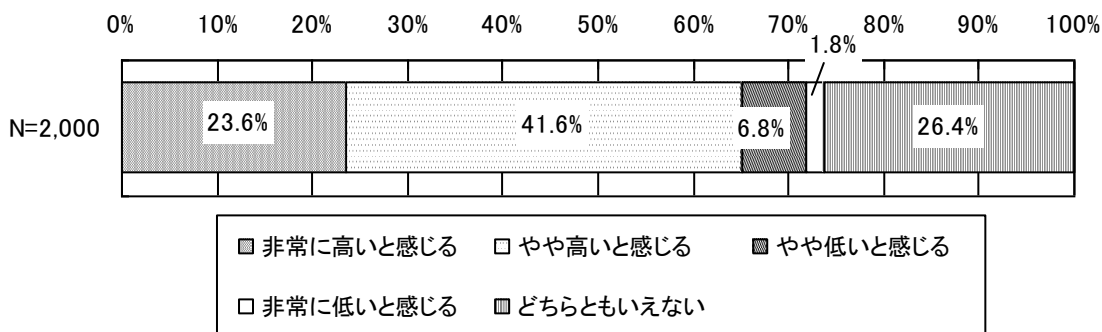
図表 2-4-6 今後のわが国の医療のあり方として希望すること（複数回答）；年齢階層別



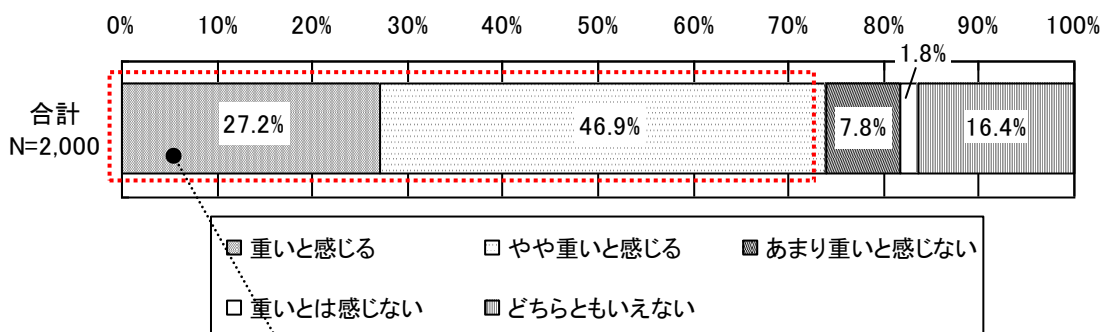
3 わが国の医療費について

- わが国の平成 20 (2008) 年度の国民医療費 34 兆 8,084 億円についての考えをみると、「非常に高いと感じる」と「やや高いと感じる」を合わせると 65.2%、「非常に低いと感じる」と「やや低いと感じる」を合わせると 8.6%、「どちらともいえない」が 26.4%であった。
- 医療費に係る国民の負担（保険料・税金・患者負担）についての考えをみると、「重いと感じる」と「やや重いと感じる」を合わせると 74.1%、「重いとは感じない」と「あまり重いと感じない」を合わせると 9.6%、「どちらともいえない」が 16.4%であった。

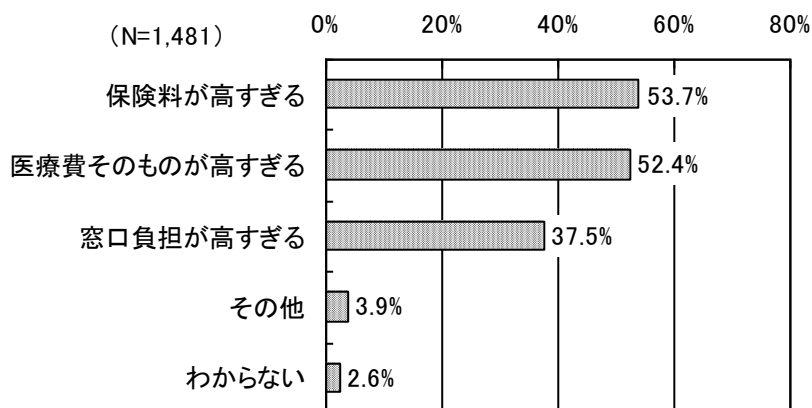
図表 2-4-7 わが国の国民医療費についての考え



図表 2-4-8 医療費に係る国民の負担（保険料・税金・患者負担）についての考え

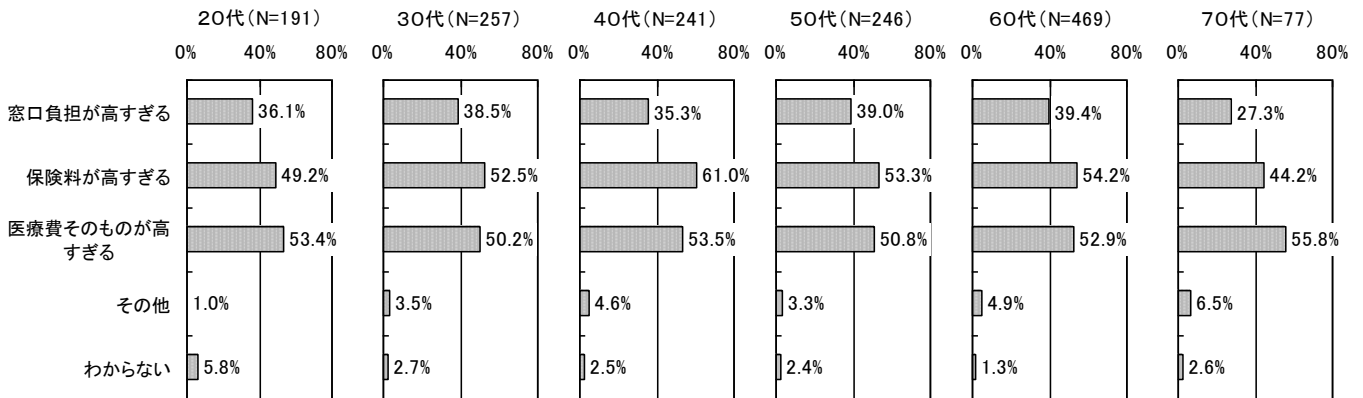


図表 2-4-9 国民の負担が重いと考える点（複数回答）



- 国民の負担が重いと感じる点について年齢階層別にみると、20代及び70代では「医療費そのものが高すぎる」との回答が最も多くなっており、その他の年齢階層では「保険料が高すぎる」との回答が最も多くなっている。また、70代では「窓口負担が高すぎる」との回答割合が、他の年齢階層に比較して低くなっている。

図表 2-4-10 国民の負担が重いと考える点（複数回答）；年齢階層別



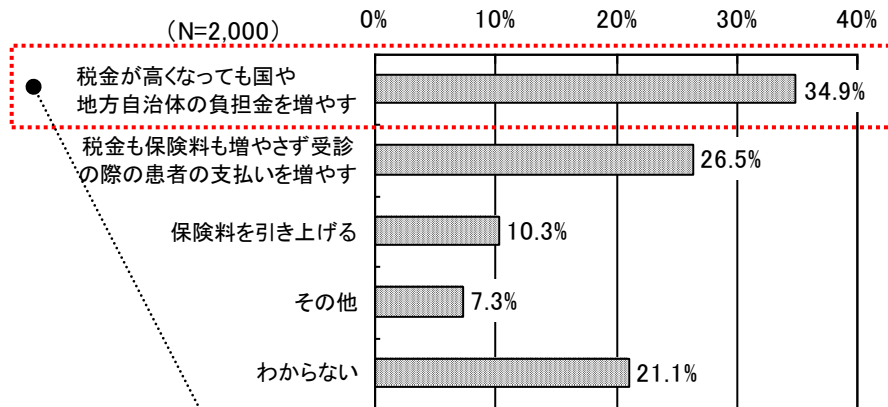
- 医療サービスと費用負担のあり方に関する意向としては、「医療サービスの水準をさらに引き上げて、それに伴う負担増は生じてもよい」との回答割合が最も多かった。

図表 2-4-11 医療サービスと費用負担のあり方に関する意向

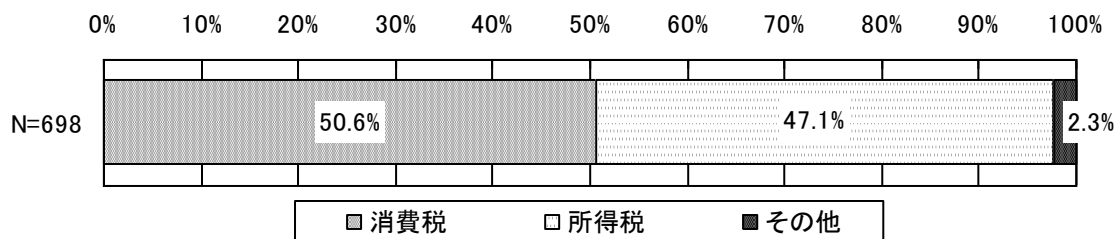
	件数	割合
医療サービスの水準をさらに引き上げて、それに伴う負担増は生じてもよい	902	45.1%
現行の医療サービスの水準を据え置いたままで、負担増はやむを得ない	653	32.7%
医療サービスの水準を今よりも低下させて、最低限の負担増がよい	274	13.7%
その他	171	8.6%
合計	2,000	100.0%

- わが国の増加する医療費をまかなう方法として望ましいものとしては、「税金が高くなって国や地方自治体の負担金を増やす」34.9%が最も多く、次いで「税金も保険料も増やさず受診の際の患者の支払いを増やす」26.5%などとなっている。前回調査と比較して、税金(前回 27.6%)、患者負担(前回 5.6%)が望ましいとの意見が増え、保険料(前回 17.5%)は減少している。
- さらに、「税金が高くなって国や地方自治体の負担金を増やす」との回答者に医療費の財源とすべき税金について尋ねたところ、「消費税」50.6%、「所得税」47.1%と意見が分かれた。

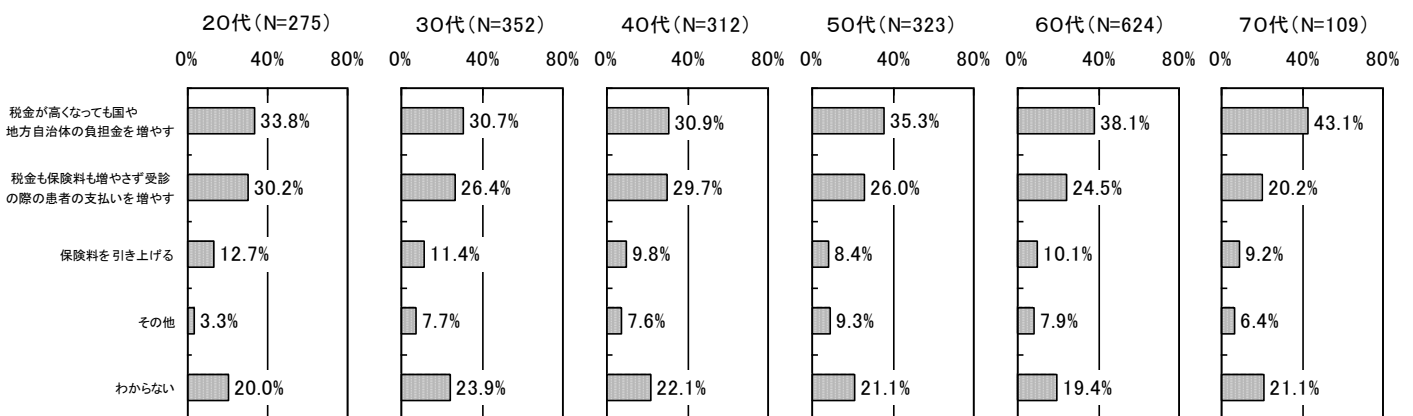
図表 2-4-12 増加する医療費をまかなう方法として望ましいもの



図表 2-4-13 医療費の財源とすべき税金

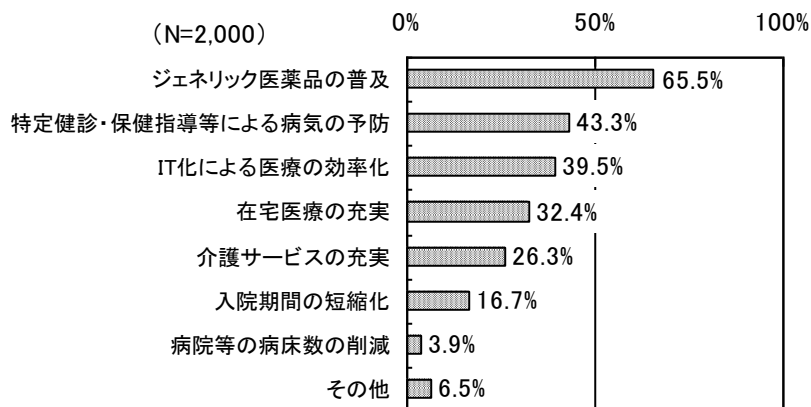


図表 2-4-14 増加する医療費をまかなう方法として望ましいもの；年齢階層別



- 医療費を抑制する方法として望ましいものとしては、「ジェネリック医薬品の普及」65.5%が最も多く、次いで「特定健診・保健指導等による病気の予防」43.3%、「IT化による医療の効率化」39.5%などとなっている。特に「IT化による医療の効率化」の回答割合は、前回調査時の24.4%と比較して15ポイントほど増加している。

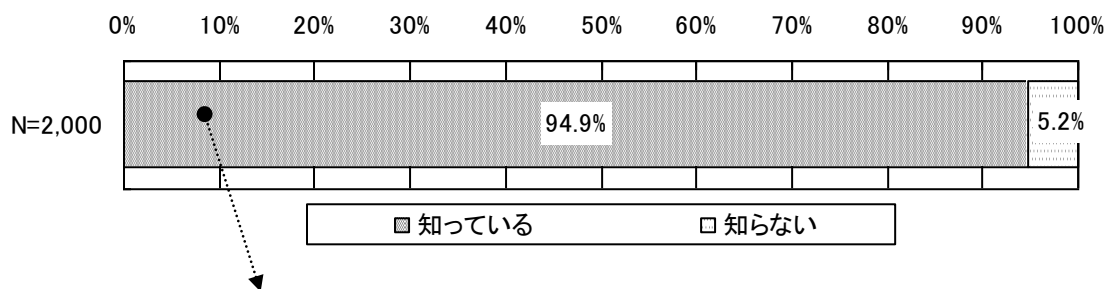
図表 2-4-15 増加する医療費の伸びを抑える方法として望ましいもの（複数回答）



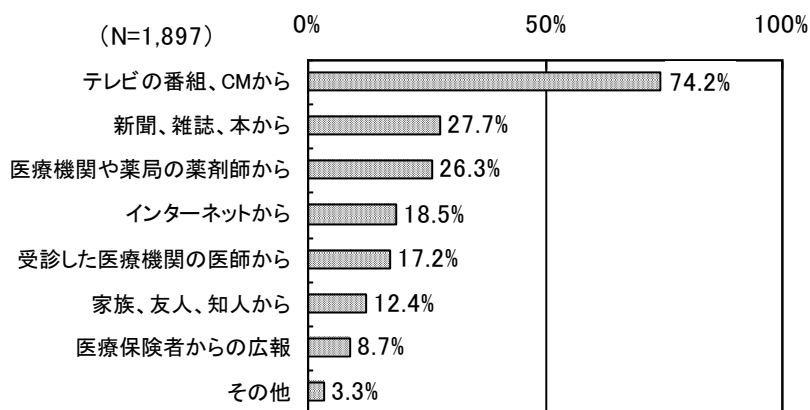
4 ジェネリック医薬品（後発医薬品）について

- ジェネリック医薬品について「知っている」との回答割合は 94.9%と、前回調査時の 74.4%と比較して 20 ポイントほど増加している。
- また、ジェネリック医薬品を知ることになった情報源については、「テレビの番組、CM」74.2%が最も多く、次いで「新聞、雑誌、本」27.7%、「医療機関や薬局の薬剤師」26.3%などとなっている。

図表 2-4-16 ジェネリック医薬品の認知度

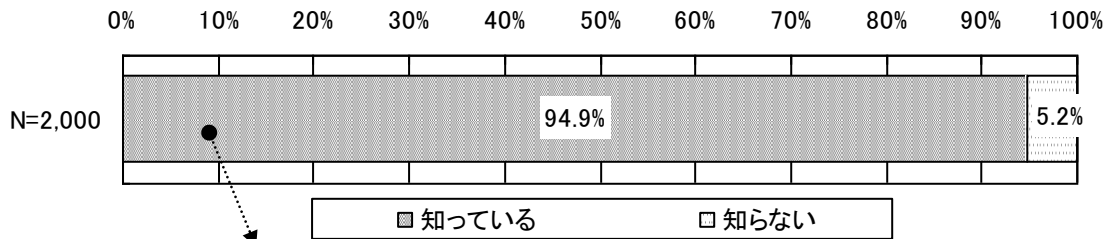


図表 2-4-17 ジェネリック医薬品を知ることになった情報源（複数回答）

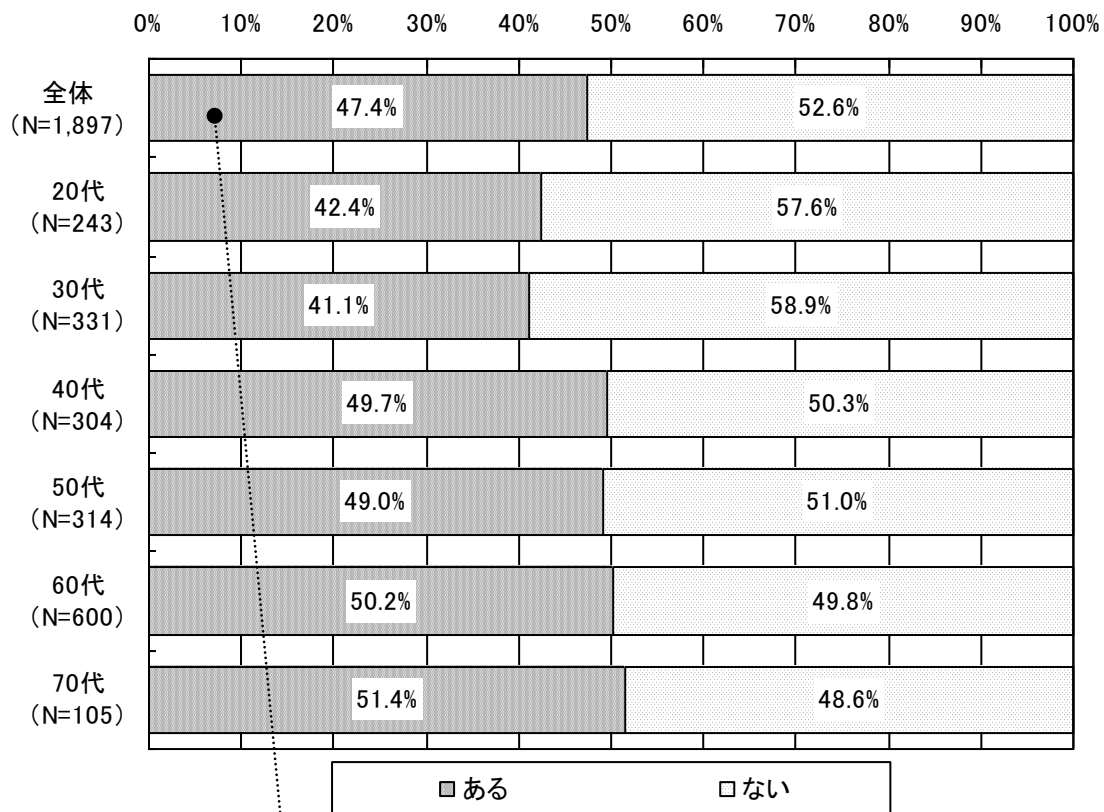


○ ジェネリック医薬品の服用経験の有無についてみると、「ある」が47.4%と前回調査時の17.6%から30ポイント増と大幅に伸びている。また、服用することになったきっかけとしては「薬局で薬剤師にすすめられた」41.0%が最も多く、次いで「医療機関で医師にすすめられた」33.7%などとなっている。

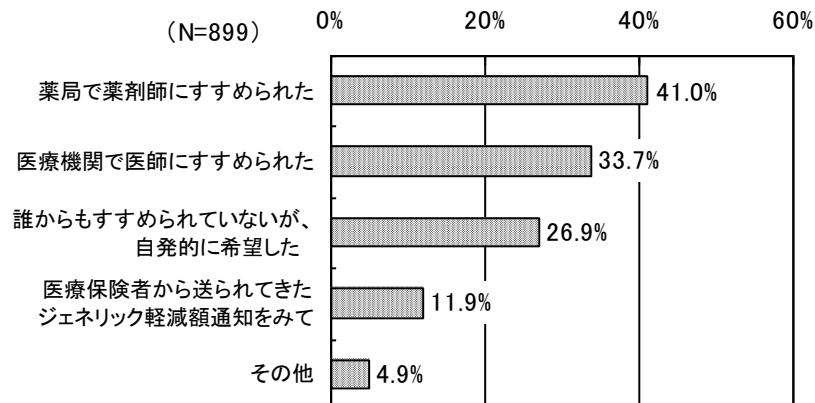
図表 2-4-18 ジェネリック医薬品の認知度 [再掲]



図表 2-4-19 ジェネリック医薬品の服用経験の有無；年齢階層別



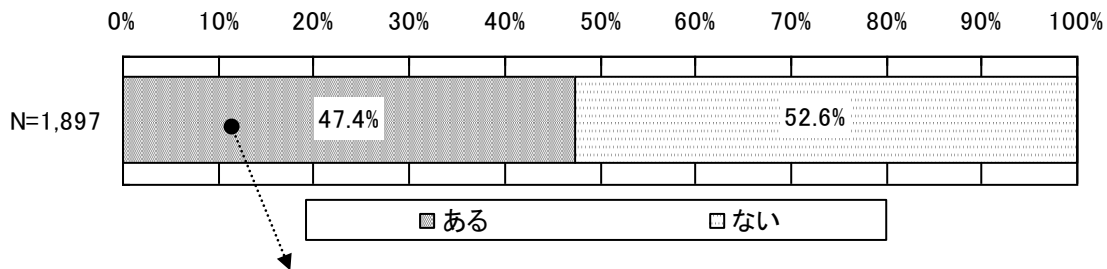
図表 2-4-20 ジェネリック医薬品を服用することになったきっかけ (複数回答)



○ ジェネリック医薬品の服用経験の有無を年齢階層別で見ると、40代以上については約半数の人がジェネリック医薬品の服用経験が「ある」と回答している（図表 2-4-19）。

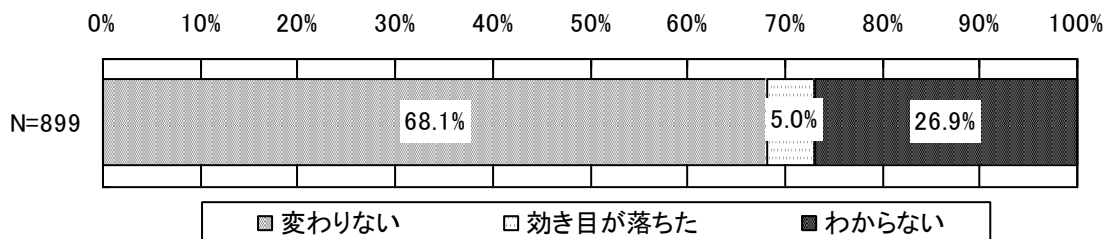
○ ジェネリック医薬品を知っていて服用経験のある人にその感想を求めたところ、薬の効き目については「変わらない」が 68.1%、薬の安全性については「不安を感じなかった」が 76.8%、窓口での負担については「かなり安くなった」が 47.6%となっている。

図表 2-4-21 ジェネリック医薬品の服用経験の有無 [再掲]

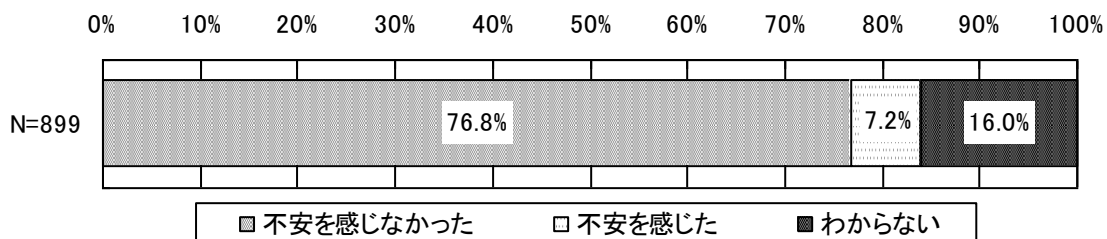


図表 2-4-22 ジェネリック医薬品を服用した感想

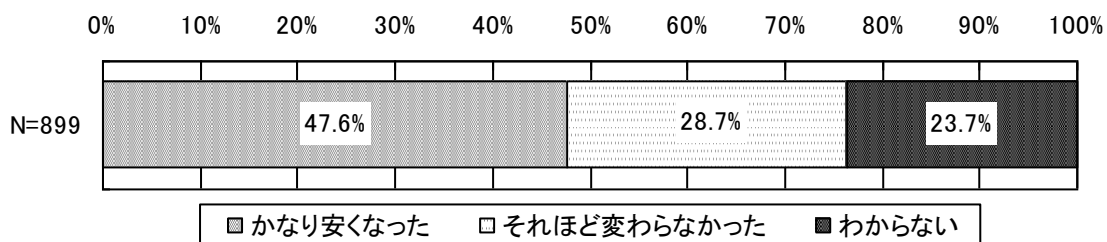
(1) 薬の効き目



(2) 薬の安全性

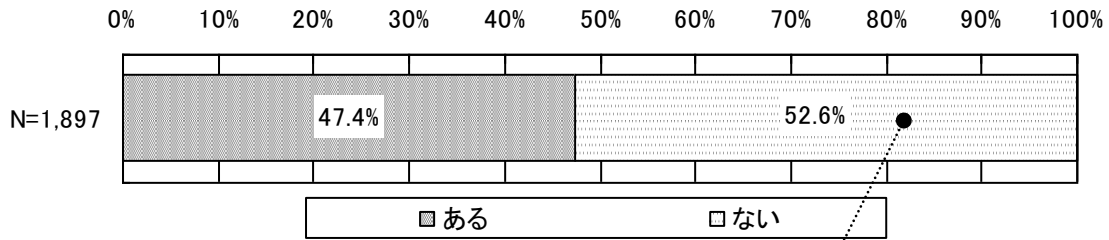


(3) 窓口での負担

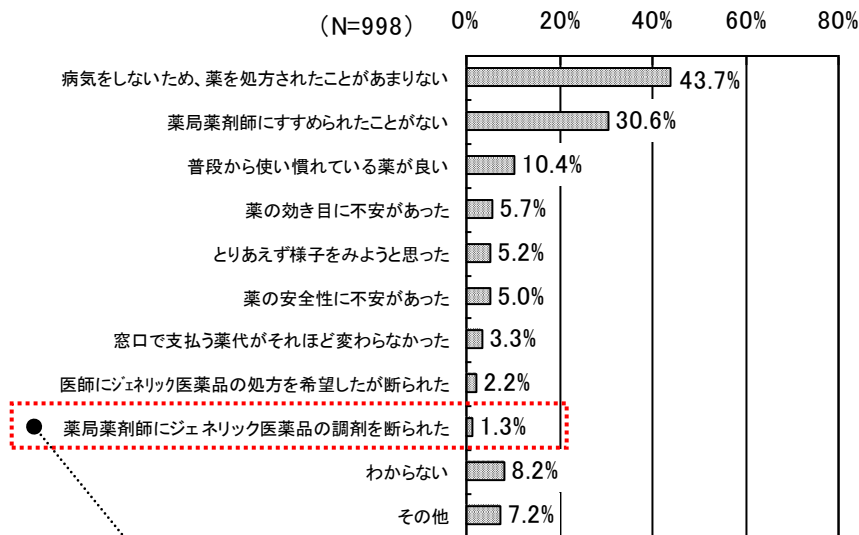


○ ジェネリック医薬品の服用経験が「ない」との回答者の服用しなかった理由をみると、「病気をしないため、薬を処方されたことがあまりない」43.7%が最も多く、次いで「薬局薬剤師にすすめられたことがない」30.6%などとなっている。ジェネリック医薬品を服用することになったきっかけ（図表 2-4-20）では、「薬局で薬剤師にすすめられた」41.0%が最も多かったことから、今後は薬局薬剤師が積極的にジェネリック医薬品をすすめていくことで、ジェネリック医薬品の使用促進の効果が見込めるのではないかと考えられる。

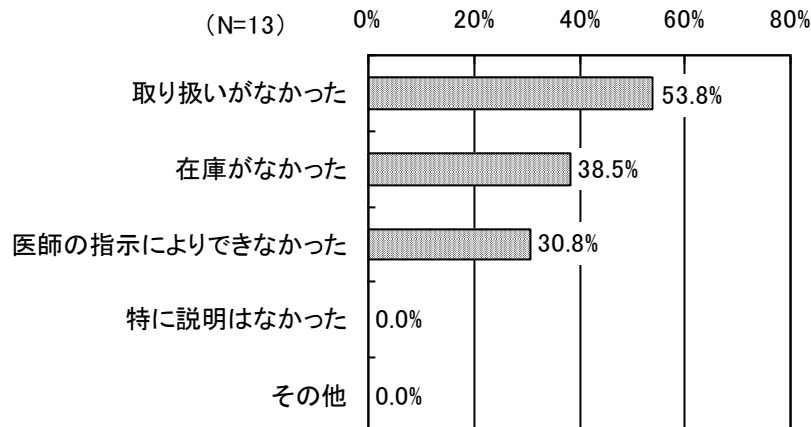
図表 2-4-23 ジェネリック医薬品の服用経験の有無 [再掲]



図表 2-4-24 服用しなかった理由（複数回答）

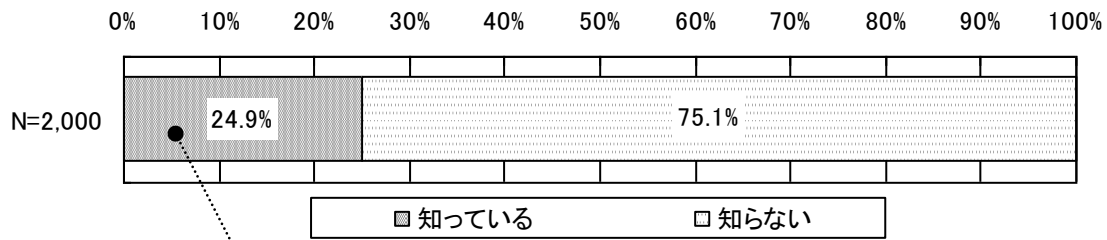


図表 2-4-25 薬局薬剤師にジェネリック医薬品の調剤を断られた理由（複数回答）

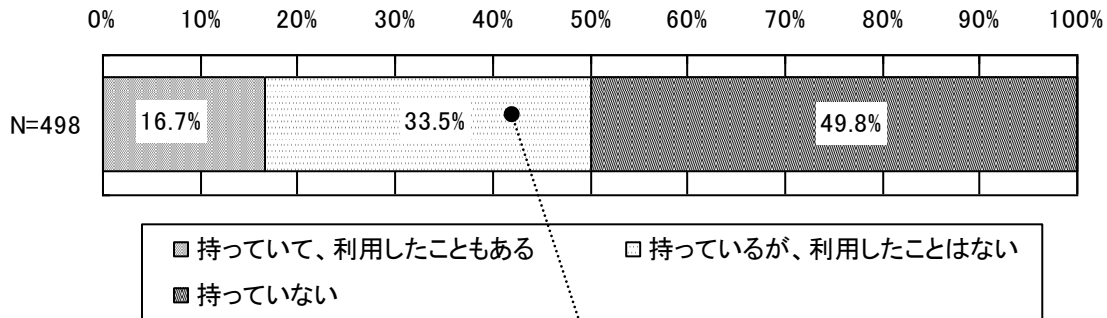


○ ジェネリック医薬品希望カードを「知っている」との回答割合は 24.9%で、そのうち「持っていて、利用したこともある」が 16.7%となっている。

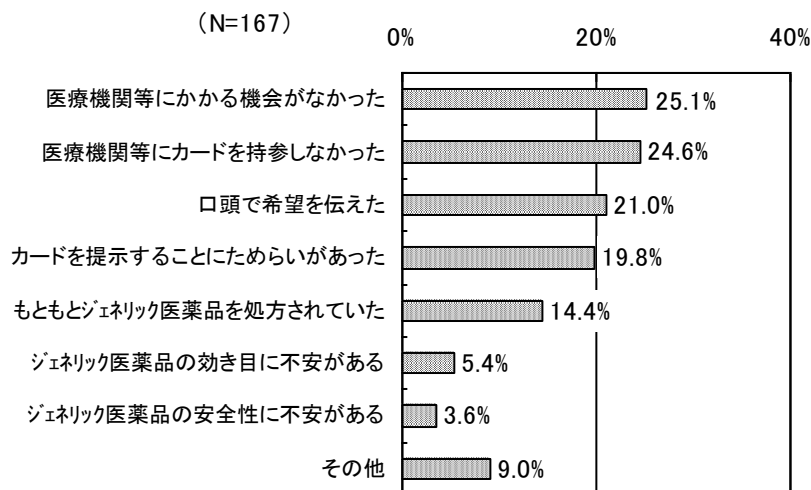
図表 2-4-26 ジェネリック医薬品希望カードに関する認知度



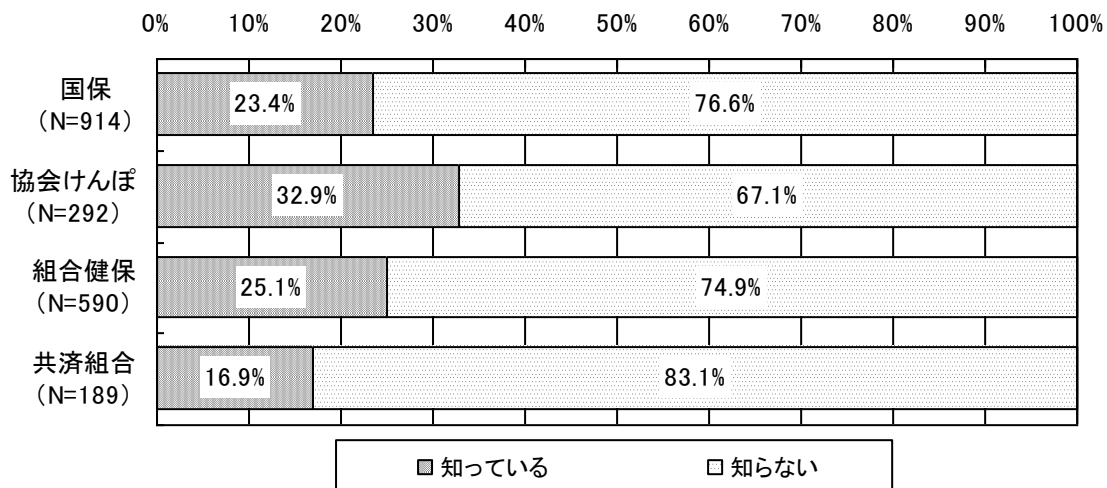
図表 2-4-27 ジェネリック医薬品希望カードの保有・利用状況



図表 2-4-28 ジェネリック医薬品希望カードを持っているのに利用しない理由（複数回答）

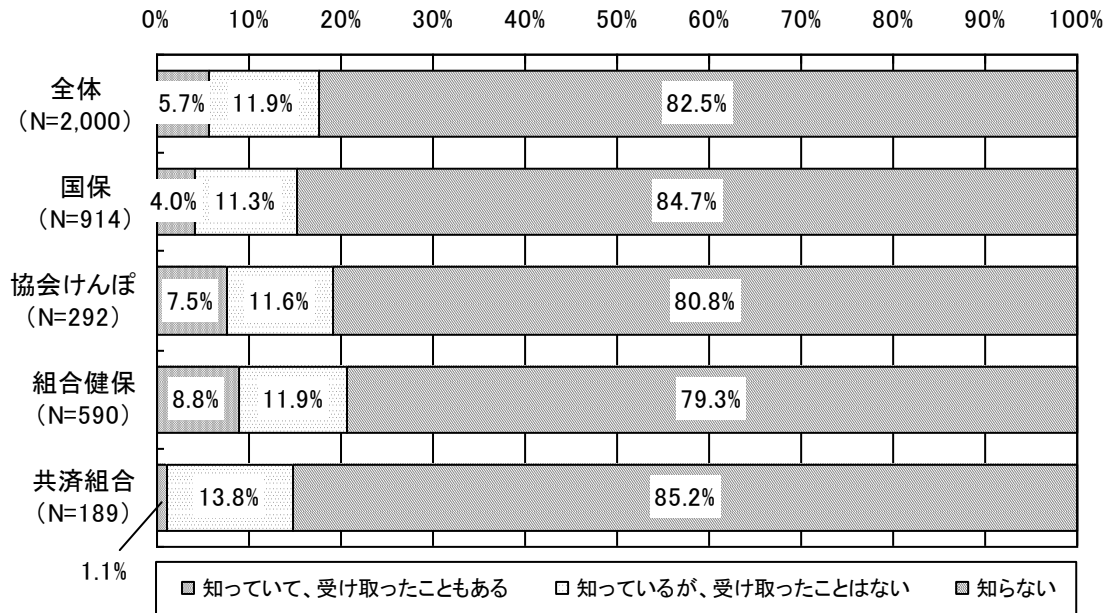


図表 2-4-29 ジェネリック医薬品希望カードに関する認知度；主要な加入医療保険別



○ ジェネリック軽減額通知について「知っていて、受け取ったこともある」は 5.7%しかなく、「知らない」が 82.5%と大変多くなっている。図表 2-4-42 において、医療保険者に対して「充実を希望するサービス」として「ジェネリック軽減額通知」が 22.9%と他のサービスと比較して高い割合となっていることから、医療保険者によるジェネリック軽減額通知の実施、普及啓発が求められていると言える。

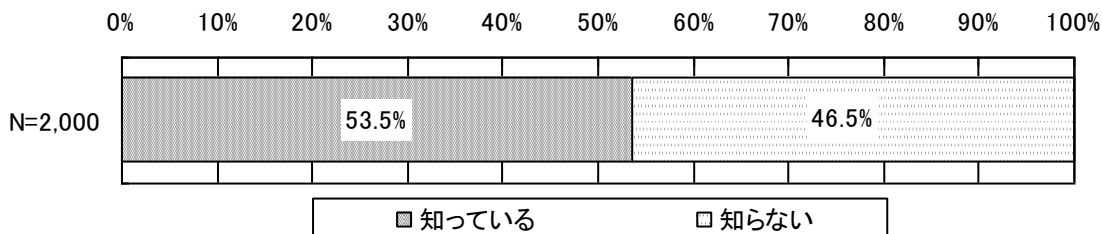
図表 2-4-30 ジェネリック軽減額通知に関する認知度；主要な加入医療保険別



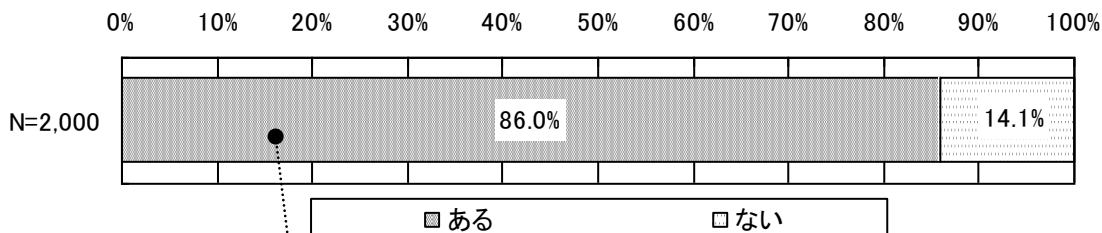
5 明細書発行義務化について

- 明細書発行義務化について「知っている」との回答割合は53.5%となっている。
- 明細書を受け取ってよかったこととして「医療費の内訳がわかりやすかった」57.9%が最も多く、次いで「治療・検査等の具体名がわかりやすくなった」50.8%などとなっている。

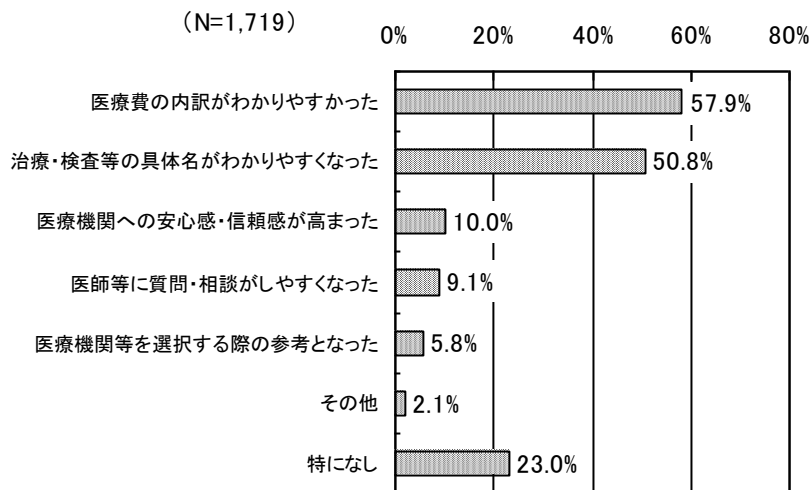
図表 2-4-31 明細書発行義務化に関する認知度



図表 2-4-32 医療機関や薬局から明細書を受け取った経験の有無

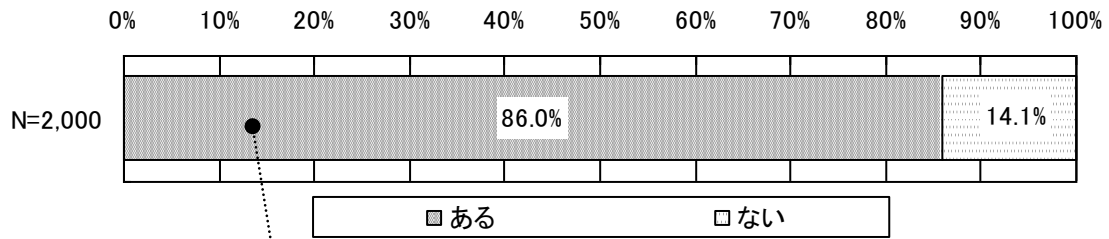


図表 2-4-33 明細書を受け取ってよかったこと（複数回答）

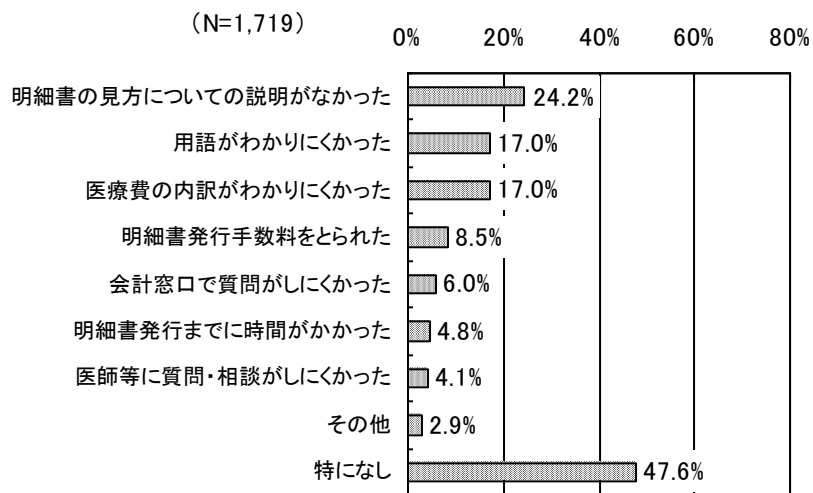


- 明細書を受け取って困ったことの原因として「明細書の見方についての説明がなかった」24.2%が最も多くなっている。そのため、今後は明細書の受領効果を高めるためにも、その見方についての情報提供を行う必要がある。

図表 2-4-34 医療機関や薬局から明細書を受け取った経験の有無 [再掲]

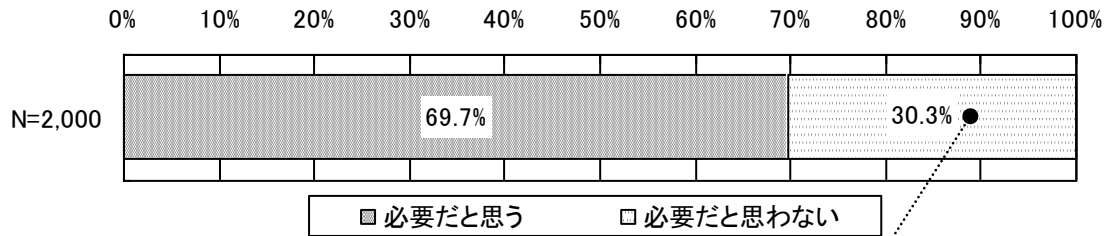


図表 2-4-35 明細書を受け取って困ったこと (複数回答)

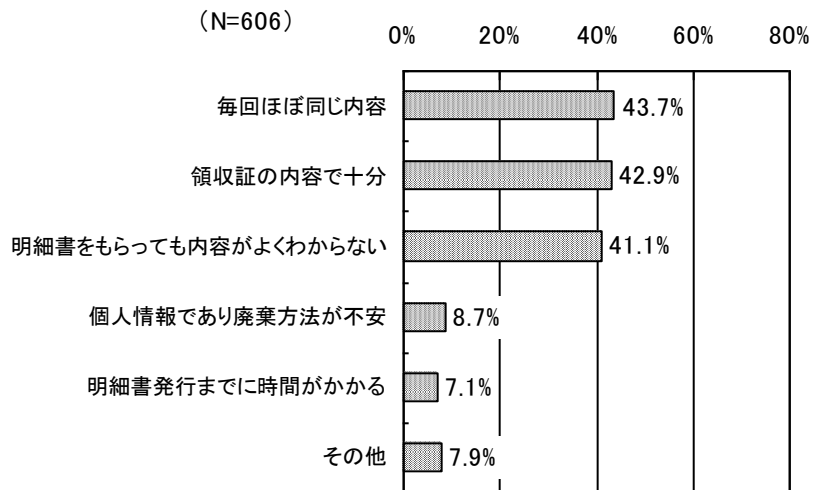


- 明細書については69.7%が「必要だと思う」と回答している。
- 明細書が必要ないと思う理由として「毎回ほぼ同じ内容」43.7%が最も多く、次いで「領収証の内容で十分」42.9%、「明細書をもらっても内容がよくわからない」41.1%などとなっている。

図表 2-4-36 明細書の必要性に関する意向



図表 2-4-37 明細書が必要ないと思う理由（複数回答）



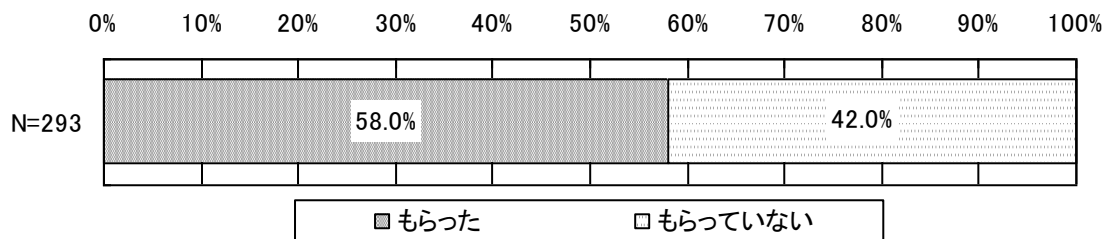
6 整骨院や接骨院、鍼灸院について

- 平成 22 年 9 月 1 日より、柔道整復についても領収書の無料発行が義務づけられたところであるが、領収書を「もらっていない」との回答が 42.0%にもものぼっており、領収書発行の徹底が求められるところである。

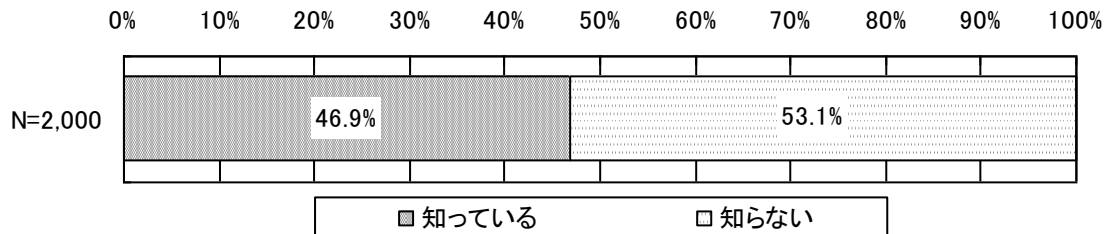
図表 2-4-38 整骨院や接骨院、鍼灸院において施術を受けた経験（複数回答）

[N=2,000]	件数	割合
整骨院や接骨院などで、柔道整復師の施術を受けたことがある	293	14.7%
鍼灸院などで、はり・きゅう、マッサージの施術を受けたことがある	191	9.6%
整骨院や接骨院、鍼灸院などで、施術を受けたことはない	1,574	78.7%

図表 2-4-39 領収書の受領の経験の有無



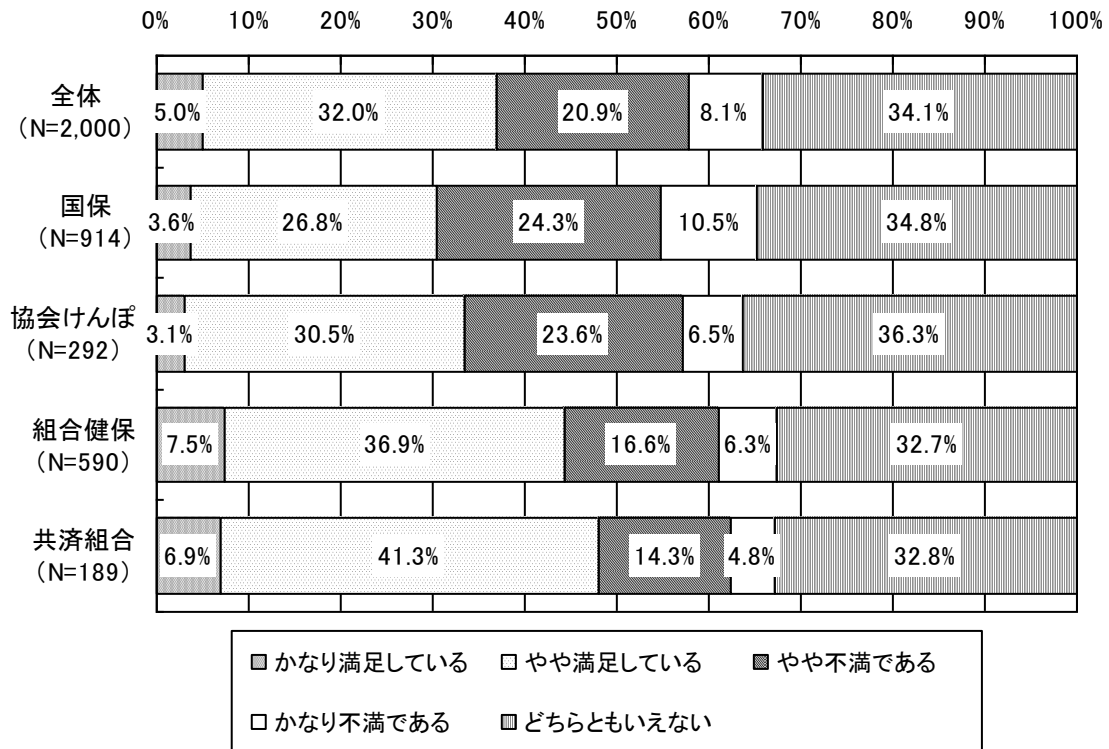
図表 2-4-40 整骨院や接骨院、鍼灸院において施術の保険適用範囲に関する認知度



7 医療保険者からのサービスの満足度・充実への期待

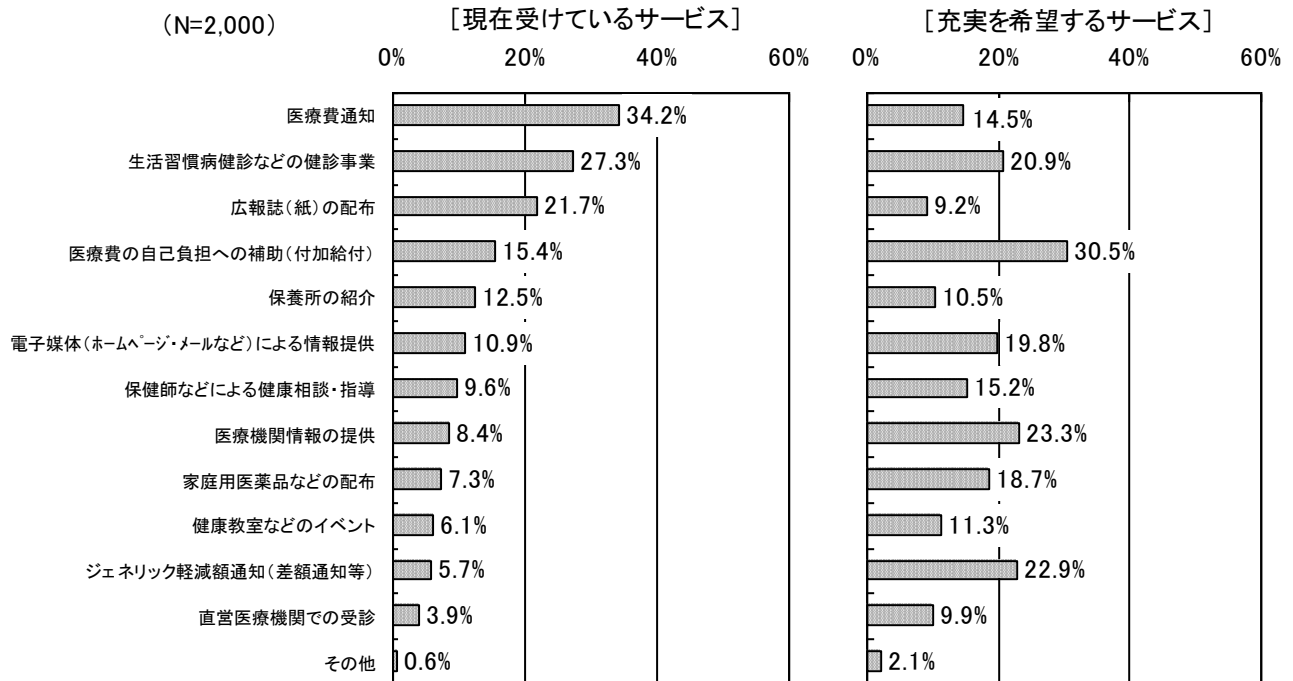
- 医療保険者からのサービスの満足度についてみると、「かなり満足している」と「やや満足している」を合わせると37.0%、「かなり不満である」と「やや不満である」を合わせると29.0%、「どちらともいえない」が34.1%と意見が分かれる結果となった。

図表 2-4-41 医療保険者からのサービスの満足度；主要な加入医療保険別

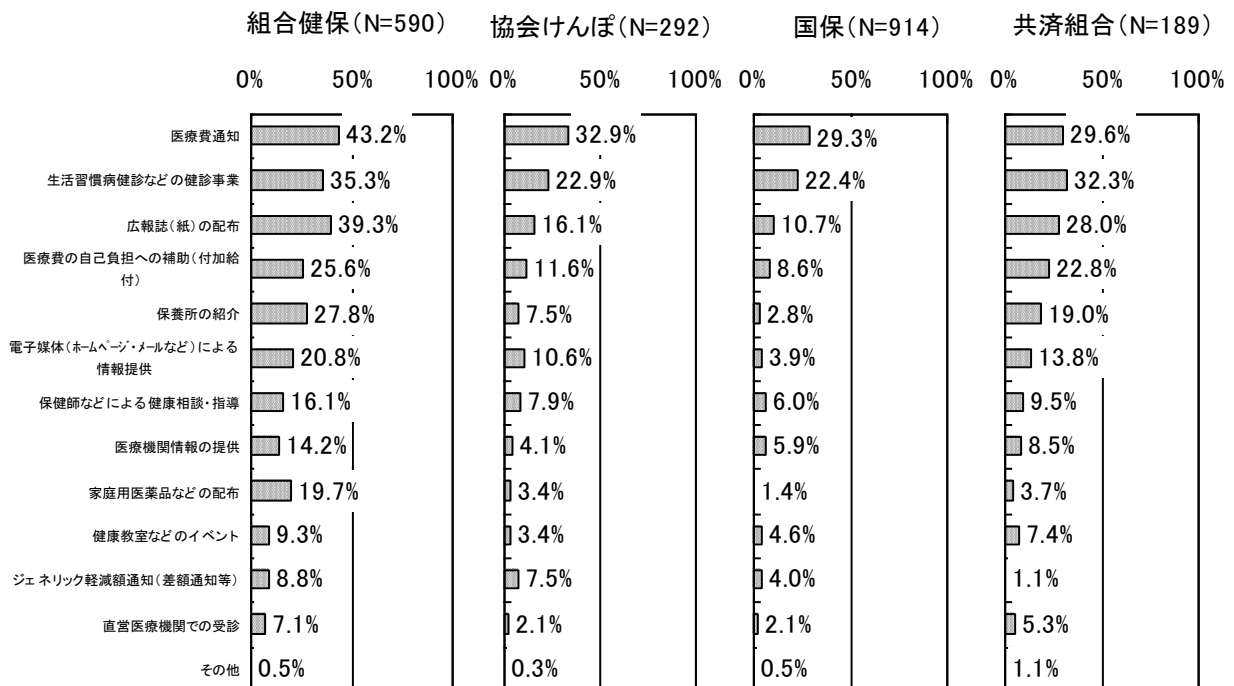


○ 今後充実を希望するサービスについてみると、「医療費の自己負担への補助」30.5%が最も多く、次いで「医療機関情報の提供」23.3%、「ジェネリック軽減額通知」22.9%などとなっている。

図表 2-4-42 医療保険者から [現在受けているサービス] と [充実を希望するサービス] (複数回答)



図表 2-4-43 医療保険者から [現在受けているサービス] (複数回答) ; 主要な加入医療保険別

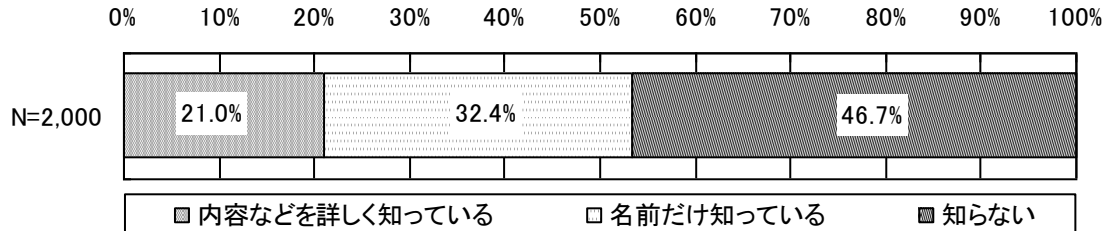


5 その他

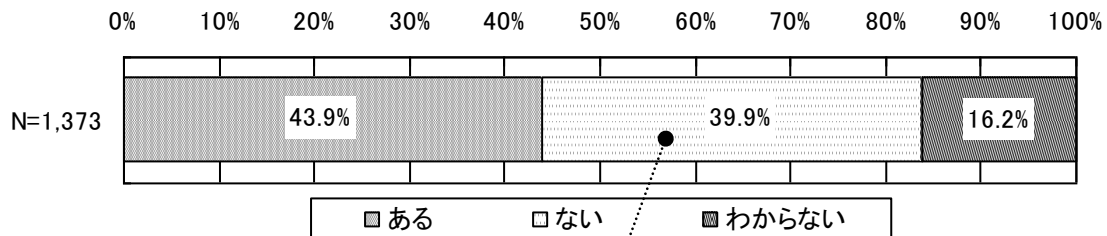
1 特定健康診査・特定保健指導の認知度、受診状況

- 特定健康診査・特定保健指導の「内容などを詳しく知っている」との回答割合が 21.0%と、前回調査時の 2.9%と比較して大幅に増加している。

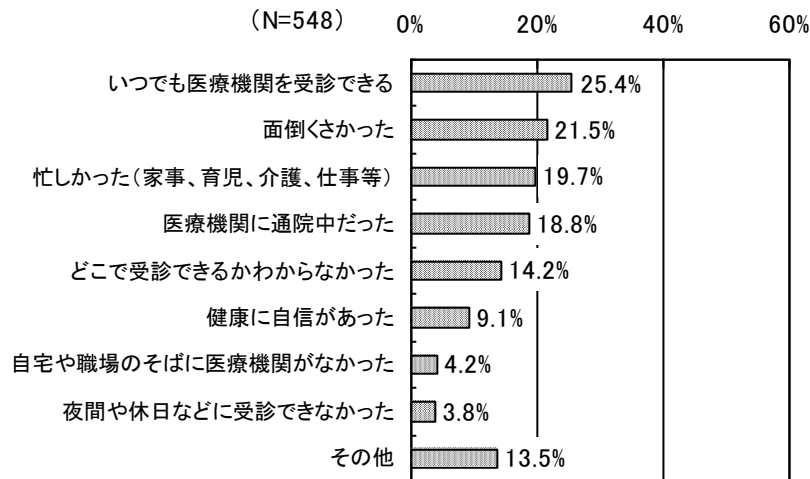
図表 2-5-1 特定健康診査・特定保健指導の認知度



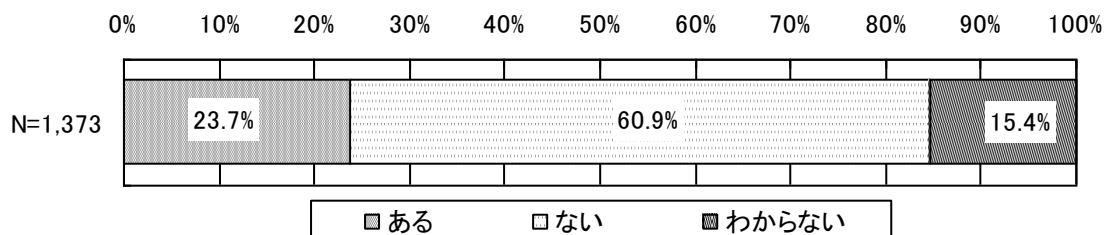
図表 2-5-2 特定健康診査の受診の有無（40歳以上のみ）



図表 2-5-3 特定健康診査を受診しなかった理由（複数回答）



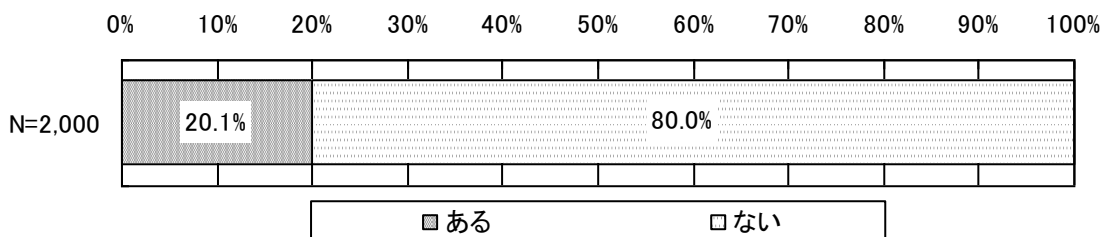
図表 2-5-4 特定保健指導の受診の有無（40歳以上のみ）



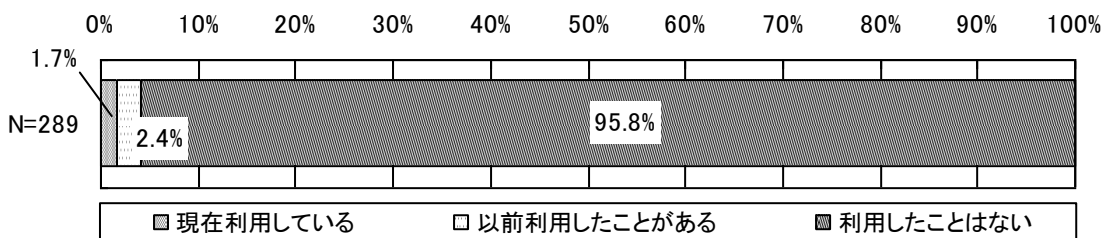
2 在宅での看取りの経験の有無・介護保険サービスの利用経験の有無

○ 家族・親族の誰かを在宅で看取った経験が「ある」人は20.1%（前回18.8%）となっている。

図表 2-5-5 家族・親族の誰かを在宅で看取った経験の有無



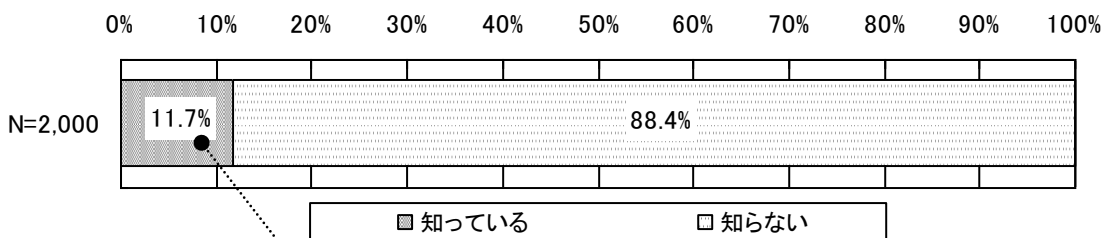
図表 2-5-6 本人による介護保険サービスの利用経験の有無（65歳以上のみ）



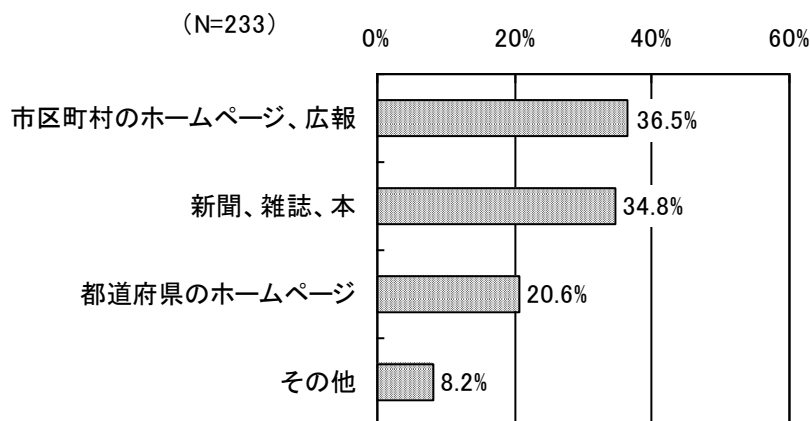
3 その他

○ 医療計画を「知っている」人は11.7%で、知ることになった情報源は「市区町村のホームページ、広報」36.5%が最も多くなっている。

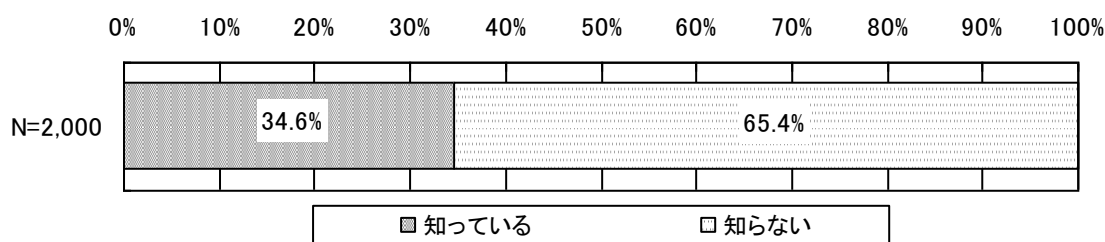
図表 2-5-7 医療計画の認知度



図表 2-5-8 医療計画を知ることになった情報源



図表 2-5-9 新たな高齢者医療制度の導入に関する認知状況



※回答の代表性について

○年齢

	回答結果		推計人口 総務省統計局（H21.10.1 現在）	
	回答数	構成割合	推計人口	構成割合
20代	275	13.8%	14,413,000	13.8%
30代	352	17.6%	18,304,000	17.5%
40代	317	15.9%	16,412,000	15.7%
50代	323	16.2%	16,875,000	16.2%
60代以上	733	36.7%	38,420,000	36.8%
合計	2,000	100.0%	104,424,000	100.0%

○地域

	回答結果		推計人口 総務省統計局（H21.10.1 現在）	
	回答数	構成割合	推計人口	構成割合
北海道	87	4.4%	4,598,000	4.4%
東北	148	7.4%	7,699,000	7.4%
関東	660	33.0%	34,597,000	33.1%
中部	340	17.0%	17,734,000	17.0%
近畿	353	17.7%	18,487,000	17.7%
中国・四国	185	9.3%	9,527,000	9.1%
九州・沖縄	227	11.4%	11,782,000	11.3%
合計	2,000	100.0%	104,424,000	100.0%

※推計人口【総務省統計局（H21.10.1 現在）】における 20 歳以上人口での集計結果。

調查項目一覽

はじめに、あなたご自身についてお尋ねします。

問1 あなたの性別はどちらですか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 男性 | 02 女性 |
|-------|-------|

問2 あなたの年齢をご記入ください。

満 歳

問3 あなたがお住まいの都道府県はどちらですか。

- | | | | | | |
|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| 01 北海道 | 02 青森県 | 03 岩手県 | 04 宮城県 | 05 秋田県 | 06 山形県 |
| 07 福島県 | 08 茨城県 | 09 栃木県 | 10 群馬県 | 11 埼玉県 | 12 千葉県 |
| 13 東京都 | 14 神奈川県 | 15 新潟県 | 16 富山県 | 17 石川県 | 18 福井県 |
| 19 山梨県 | 20 長野県 | 21 岐阜県 | 22 静岡県 | 23 愛知県 | 24 三重県 |
| 25 滋賀県 | 26 京都府 | 27 大阪府 | 28 兵庫県 | 29 奈良県 | 30 和歌山県 |
| 31 鳥取県 | 32 島根県 | 33 岡山県 | 34 広島県 | 35 山口県 | 36 徳島県 |
| 37 香川県 | 38 愛媛県 | 39 高知県 | 40 福岡県 | 41 佐賀県 | 42 長崎県 |
| 43 熊本県 | 44 大分県 | 45 宮崎県 | 46 鹿児島県 | 47 沖縄県 | |

問4 同居しているご家族をすべてお選びください。(○をいくつでも)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 01 一人暮らし | 02 配偶者(又はパートナー) |
| 03 子ども | 04 自分の父親 |
| 05 自分の母親 | 06 配偶者の父親 |
| 07 配偶者の母親 | 08 あなた又は配偶者の兄弟姉妹 |
| 09 あなた又は配偶者の祖父母 | 10 あなたの孫 |
| 11 その他() | |

問5 あなたの職業はどれですか。パート・アルバイト等含め、何らかの職業(仕事)に就いている方は01~09の選択肢からお選びください。(○を1つ)

- | | |
|--------------------|--------------------------------|
| 01 農 林 漁 業 | 例. 農業、牧畜、造園業、林業、漁業など |
| 02 商工・サービス業 | 例. 卸売業、小売業、飲食店、理髪店、修理店など |
| 03 自 由 業 | 例. 開業医、弁護士、宗教家、著述業、茶華道師匠など |
| 04 経 営 ・ 管 理 職 | 例. 官公庁・民間会社・団体の課長級以上 |
| 05 専 門 ・ 技 術 職 | 例. 病院勤務医師、裁判官、研究所研究員など |
| 06 事 務 職 | 例. 一般事務職員、教員、事務機械オペレーター、新聞記者など |
| 07 労 務 ・ 技 能 職 | 例. 各種技能工、運転手、電話交換手、職人、守衛など |
| 08 販 売 ・ サ ー ビ ス 職 | 例. 販売店員、外交員、ウェイトレス、理・美容師 |
| 09 その他の職業 () | |
| 10 無 職 の 主 婦 | |
| 11 学 生 | |
| 12 そ の 他 無 職 | |

問 6 あなたの加入している**医療保険**はどれですか。(○を1つ)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 01 組合管掌健康保険 (健保組合) | 02 全国健康保険協会 (協会けんぽ) |
| 03 船員保険 | 04 国民健康保険 (国保組合を含む) |
| 05 共済組合 (公務員、私立学校教職員) | 06 日雇保険 |
| 07 後期高齢者医療広域連合 (広域連合) | |

問 7 この1年間に病気やケガ、出産で、医療機関に**入院**したことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

問 8 この1年間に病気やケガで、医療機関の**外来を受診**したことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

問 8-1【問 8 で 01 を選んだ方のみ】あなたは、**同じ病気やケガで、同じ時期に複数の医療機関にかかった**ことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

問 8-2【問 8-1 で 01 を選んだ方のみ】その**理由**は何ですか。(○をいくつでも)

- | |
|--|
| 01 先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院で専門的な検査等を受けた |
| 02 先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院のセカンドオピニオン外来を受診した |
| 03 先に受診していた医療機関・医師の診察内容等に不満があり、自分の判断で他院を受診した |
| 04 その他 () |

問 9 平成 20 (2008) 年 4 月から 40 歳～74 歳の被保険者・被扶養者を対象に、医療保険者[※]が実施することを義務付けられた**特定健康診査・特定保健指導**についてご存知ですか。

- | | |
|---------------------|--------------|
| 01 内容などについて詳しく知っている | 02 名前だけ知っている |
| 03 知らない | |

※医療保険を運営するために保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする運営主体のことです。

問 10【40 歳以上の方のみ】**特定健康診査**を受診したことがありますか。

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 01 ある | 02 ない | 03 わからない |
|-------|-------|----------|

問 10-1【問 10 で 02 を選んだ方のみ】その**理由**は何ですか。(○をいくつでも)

- | |
|-------------------------------|
| 01 医療機関に通院中だったから |
| 02 心配なときはいつでも医療機関を受診できるから |
| 03 忙しかったから (家事、育児、介護、仕事等) |
| 04 面倒くさかったから |
| 05 健康に自信があったから |
| 06 どこで受診できるかわからなかったから |
| 07 夜間や休日などに受診できなかったから |
| 08 自宅や職場のそばに受診できる医療機関等がなかったから |
| 09 その他 () |

問 11 【40 歳以上の方のみ】 **特定保健指導**を受けたことがありますか。

01 ある

02 ない

03 わからない

問 12 現在の後期高齢者医療制度を平成 24（2012）年度末までに廃止し、平成 25（2013）年度から **新たな高齢者医療制度を導入することを政府が検討していること**をご存知ですか。

01 知っている

02 知らない

医療機関のかかりかたについてお尋ねします。

問 13 あなたは、日頃から健康の相談をしたり病気になったときに、決まって診察を受ける医師・医療機関を持っていますか。(○を1つ)

- 01 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる
- 02 この病気ならこの先生という意味でなら、決まった医師がいる
- 03 いつもかかる医療機関ならあるが、診察を受ける医師は決まっていない
- 04 そのような医師・医療機関はない

問 13-1【問 13 で 01 を選んだ方のみ】その医師に決めた主な理由は何ですか。(○をいくつでも)

- 01 自宅から近く通院が便利であること
- 02 必要なときにいつでも連絡がとれ、適切な指示をしてくれること
- 03 医師の人柄が良いこと
- 04 病気や治療についてよく説明してくれること
- 05 健康や疾病予防、医療・介護の相談に気軽に応じてくれること
- 06 どんな病気でも診てくれること
- 07 深夜や休日などの緊急時にも診てくれること
- 08 往診を頼んでも断らないこと
- 09 あなたの病歴や健康状態などをよく知っていること
- 10 あなたのご家族の病歴や健康状態などもよく知っていること
- 11 医師の診察技術が優れていること
- 12 必要なときに、適切な医師・医療機関・訪問看護ステーション等を紹介してくれること
- 13 最新の設備が整えられていること
- 14 その他 ()

問 13-2【問 13 で 01 を選んだ方のみ】その医師のいる医療機関はどれですか。(○を1つ)

- 01 一般診療所 (医院・クリニック)
- 02 大学病院
- 03 国立病院
- 04 その他の病院

問 13-3【問 13 で 04 を選んだ方のみ】日頃から健康の相談をしたり、病気になったときに決まって診察を受ける医師・医療機関を持たない主な理由は何ですか。(○をいくつでも)

- 01 あまり病気をしないから
- 02 その都度、適当な医療機関を選ぶ方がよいと思うから
- 03 適当な医療機関を選ぶための情報が不足しているから
- 04 適当な医療機関をどう探してよいのか分からないから
- 05 その他 ()
- 06 特に理由はない

問 14 あなたが、日頃から健康の相談をしたり病気になったときに、決まって診察を受ける医師・医療機関に期待することをお選びください。(○をいくつでも)

- | |
|--|
| 01 自宅から近く通院が便利であること |
| 02 必要なときにいつでも連絡がとれ、適切な指示をしてくれること |
| 03 医師の人柄が良いこと |
| 04 病気や治療についてよく説明してくれること |
| 05 健康や疾病予防、医療・介護の相談に気軽に応じてくれること |
| 06 どんな病気でも診てくれること |
| 07 深夜や休日などの緊急時にも診てくれること |
| 08 往診を頼んでも断らないこと |
| 09 あなたの病歴や健康状態などをよく知っていること |
| 10 あなたのご家族の病歴や健康状態などもよく知っていること |
| 11 医師の診察技術が優れていること |
| 12 必要なときに、適切な医師・医療機関・訪問看護ステーション等を紹介してくれること |
| 13 最新の設備が整えられていること |
| 14 その他 () |

問 15 あなたご自身やご家族が深夜や休日などに具合が悪くなったときに、主にどのような対応をしていますか。(○をいくつでも)

- | |
|---------------------------------------|
| 01 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師に連絡して、その指示に従う |
| 02 市区町村の救急相談窓口相談して、その指示に従う |
| 03 自分で救急医療情報を調べて、救急医療機関（病院・診療所）へ行く |
| 04 とりあえず大きな病院へ行く |
| 05 市販の薬を服用し様子をみる |
| 06 119 番に電話をして救急車を呼ぶ |
| 07 その他 () |

問 16 休日・夜間の子どもの急な病気にどう対処したらよいのか判断に迷ったときに、小児科医師・看護師から電話で相談を受けられる「小児救急電話相談（#8000）」をご存知ですか。

- | | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問 16-1【問 16 で 01 を選んだ方のみ】実際に利用したことはありますか。

- | | |
|--------------|--------------|
| 01 利用したことがある | 02 利用したことはない |
|--------------|--------------|

問 17 休日・夜間に軽症患者の救急医療機関への受診が増加し、病院勤務医の負担が過重となっている現状についてご存知ですか。

- | | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問 18 各都道府県で地域の実情に応じて**医療計画（地域の医療体制の整備を促進し、効率のよい医療を提供できるよう、都道府県が5年ごとに定める計画）**が策定されていることをご存知ですか。

- 01 知っている 02 知らない

問 18-1【問 18 で 01 を選んだ方のみ】どのようにしてご存知になりましたか。

- 01 都道府県のホームページ 02 市区町村のホームページ、広報
03 新聞、雑誌、本 04 その他（ ）

問 19 **医療機関の受診のあり方**として、次のAとBの2つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。（○を1つ）

- A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する
B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

- 01 A の意見に賛成である
02 A の意見にどちらかといえば賛成である
03 B の意見にどちらかといえば賛成である
04 B の意見に賛成である
05 どちらともいえない

問 19-1【問 19 で 01 又は 02 を選んだ方のみ】その**理由**は何ですか。（○をいくつでも）

- 01 いつも高度な医療機能をもつ大病院を受診したいから
02 いつも同じ医師の診断ばかり受けていては不安だから
03 その都度、そのときの症状に応じた専門医に診察をしてほしいから
04 その他（ ）
05 わからない

問 19-2【問 19 で 03 又は 04 を選んだ方のみ】その**理由**は何ですか。（○をいくつでも）

- 01 まずは、自分のことをよく知っている医師を受診した方が安心だから
02 医師によって診断結果が異なるのが不安だから
03 自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから
04 その他（ ）
05 わからない

問 19-3【問 19 で 03 又は 04 を選んだ方のみ】例えば、**一般診療所の医師を事前に選んで登録しておき、体に何か不調を感じたときには、最初にその医師を必ず受診し、救急以外では病院を自由に受診できない**としたら、どのようにお感じですか。（○を1つ）

- 01 全く不安を感じない 02 それほど不安を感じない
03 やや不安を感じる 04 非常に不安を感じる
05 どちらともいえない

介護サービスについてお尋ねします。

問 20 現在のわが国の介護の状況に対してどのようにお感じですか。(○を1つ)

- | | |
|--------------|-------------|
| 01 かなり満足している | 02 やや満足している |
| 03 やや不満である | 04 かなり不満である |
| 05 どちらともいえない | |

問 21 自宅で受ける介護保険サービスとしてご存知のものはどれですか。(○をいくつでも)

- | |
|--|
| 01 ホームヘルプサービス (ホームヘルパーの訪問) |
| 02 訪問入浴介護 (入浴車の巡回) |
| 03 訪問看護 (看護師などの訪問) |
| 04 訪問リハビリテーション (リハビリの専門職の訪問) |
| 05 デイサービス (施設に通って入浴や日常生活動作の訓練を受ける) |
| 06 デイケア (施設に通ってリハビリを受ける) |
| 07 ショートステイ (介護が必要な高齢者を施設に一時的に預ける) |
| 08 福祉用具 (ベッド・車いす・便座など) の貸与や購入費の支給 |
| 09 住宅改修費 (手すりの取り付けや段差の解消など) の支給 |
| 10 小規模多機能型居宅介護 (登録型のホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイを組み合わせたサービス) |
| 11 夜間対応型ホームヘルプサービス (通報に応じてホームヘルパーが訪問したり、夜間の定期的な巡回訪問を受けることのできるサービス) |
| 12 認知症対応型デイサービス (認知症高齢者が施設に通って入浴や日常生活動作の訓練を受ける) |
| 13 介護予防サービス (日常生活を営む上で支障のある高齢者に対するホームヘルプサービスやデイサービスなど) |
| 14 居宅介護支援事業所 (常に介護を必要とする在宅の高齢者が必要な保健医療・福祉サービスの適切な利用ができるよう援助する事業所) |
| 15 地域包括支援センター (地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために総合相談や虐待防止などの権利擁護事業などを実施する施設) |
| 16 いずれも知らない |

問 22 現在、24 時間体制で1日複数回にわたる定期・随時訪問によって訪問介護・訪問看護を提供する「24時間地域巡回型訪問サービス」の創設が検討されていることをご存知ですか。

- | | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問 23 **自宅以外で介護保険サービスを受ける施設**としてご存知のものはどれですか。(○をいくつかつでも)

- | |
|---|
| 01 介護療養型医療施設（病状が安定している長期療養患者が入院する病院・診療所） |
| 02 老人保健施設（病状安定期にあり、入院による治療の必要はないが、リハビリ、看護、介護を中心とした医療ケアが必要な高齢者向けの施設） |
| 03 特別養護老人ホーム（常に介護を必要とする高齢者を介護する施設） |
| 04 認知症高齢者グループホーム（認知症の高齢者が共同生活を営む住居） |
| 05 特定施設（一定の設備・人員を有する介護付き有料老人ホームやケアハウス、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅） |
| 06 いずれも知らない |

問 24 **【40 歳以上の方のみ】**あなたは、現在も含めて今までに、**介護保険サービスを利用したことがありますか**。ご家族ではなく、ご自身を対象とした介護サービスの利用についてご回答ください。

- | | | |
|-------------|----------------|--------------|
| 01 現在利用している | 02 以前利用したことがある | 03 利用したことはない |
|-------------|----------------|--------------|

問 25 あなたの家族の中に、現在も含めて今までに、**寝たきりなどになって、介護が必要になった方**がいらっしゃいますか。

- | | |
|-------|--------|
| 01 いる | 02 いない |
|-------|--------|

問 25-1 **【問 25 で 01 を選んだ方のみ】**介護が必要になったご家族の中で、**現在、介護保険サービスを利用している方**はいらっしゃいますか。

- | | |
|-------|--------|
| 01 いる | 02 いない |
|-------|--------|

問 25-2 **【問 25-1 で 01 を選んだ方のみ】**利用している**介護保険サービス**を教えてください。(○をいくつかつでも)

また、選ばれた介護保険サービスの**満足度**をそれぞれお選びください。(○をそれぞれ1つ)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 01 自宅で居宅サービス（訪問介護や訪問看護等）を利用している | → (01 かなり満足 02 やや満足 03 やや不満 04 かなり不満 05 どちらともいえない) |
| 02 介護療養型医療施設や老人保健施設、特別養護老人ホームを利用している | → (01 かなり満足 02 やや満足 03 やや不満 04 かなり不満 05 どちらともいえない) |
| 03 認知症高齢者グループホームを利用している | → (01 かなり満足 02 やや満足 03 やや不満 04 かなり不満 05 どちらともいえない) |
| 04 介護付き有料老人ホーム等の特定施設を利用している | → (01 かなり満足 02 やや満足 03 やや不満 04 かなり不満 05 どちらともいえない) |
| 05 その他 () | → (01 かなり満足 02 やや満足 03 やや不満 04 かなり不満 05 どちらともいえない) |

問 26 仮に、あなたご自身が高齢期に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、**どこで介護を受けたい**と考えますか。(○を1つ)

- | | | |
|---|------------------|-----------|
| 01 自宅 | 02 病院 | 03 老人保健施設 |
| 04 特別養護老人ホーム | 05 認知症高齢者グループホーム | |
| 06 特定施設 (介護付き有料老人ホームやケアハウス、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅) | | |
| 07 その他 () | | 08 わからない |

問 26-1【問 26 で 01 を選んだ方のみ】その**理由**は何ですか。(○をいくつでも)

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 01 在宅 (自宅) で十分な介護が受けられるから | 02 現在の住まいで生活を続けたいから |
| 03 施設で他人の世話になるのはいやだから | 04 他人との共同生活はしたくないから |
| 05 施設では自由な生活ができないから | 06 施設に入るだけの経済的余裕がないから |
| 07 施設を利用することに抵抗を感じるから | 08 具体的に施設を知らず、不安だから |
| 09 その他 () | 10 わからない |

問 27 仮に、ご家族のどなたかが高齢期に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、**どこで介護を受けてほしい**と考えますか。(○を1つ)

- | | | |
|---|------------------|-----------|
| 01 自宅 | 02 病院 | 03 老人保健施設 |
| 04 特別養護老人ホーム | 05 認知症高齢者グループホーム | |
| 06 特定施設 (介護付き有料老人ホームやケアハウス、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅) | | |
| 07 その他 () | | 08 わからない |

問 28 **介護保険サービスの拡大・充実に関するご要望**として最も近いものをお選びください。(○を1つ)

- | |
|-----------------------------------|
| 01 ホームヘルプや訪問看護等の訪問サービスの整備を進めてほしい |
| 02 特別養護老人ホームや老人保健施設等の施設の整備を進めてほしい |
| 03 認知症高齢者グループホームや特定施設等の整備を進めてほしい |
| 04 その他 () |
| 05 特になし |

問 29 医療機関においては、介護と医療の両方を必要とする高齢者が長期療養のために入院する介護保険適用の療養病床の廃止 (平成 23 (2011) 年度末) に伴い、療養病床を老人保健施設や有料老人ホームなどへ転換するよう促されてきました。ところが、老人保健施設等への転換があまり進んでいないことなどを理由として、廃止期限が平成 29 (2017) 年度末まで延長されることとなっています。

あなたの**療養病床の削減についての考え**として最も近いものをお選びください。(○を1つ)

- | |
|--|
| 01 医療スタッフが多くいる医療機関で長期療養できる病床が削減されることに不安を感じる |
| 02 看護職員が多くいる老人保健施設等や特定施設の整備が進むのであれば削減してよいと思う |
| 03 往診や訪問看護等の在宅医療の整備が進むのであれば削減してよいと思う |
| 04 その他 () |
| 05 特になし |

問 30 介護保険制度では原則として40歳以上の全ての国民が**保険料**を負担しており、65歳以上の被保険者の保険料は1ヵ月当たり平均で4,160円(平成21～23年度)となっています。あなたはこの負担をどのように感じますか。(○を1つ)

- | | |
|--------------|--------------|
| 01 非常に高いと感じる | 02 やや高いと感じる |
| 03 やや低いと感じる | 04 非常に低いと感じる |
| 05 どちらともいえない | |

問 31 介護保険サービスの利用者はかかる費用の原則1割分を**自己負担**として支払いますが、あなたはこの負担をどのように感じますか。(○を1つ)

- | | |
|--------------|--------------|
| 01 非常に高いと感じる | 02 やや高いと感じる |
| 03 やや低いと感じる | 04 非常に低いと感じる |
| 05 どちらともいえない | |

問 32 **増加する介護費を賄う方法**として、あなたはどの方法がよいと思いますか。(○を1つ)

- | |
|--|
| 01 <u>税金を引き上げても国や地方自治体の負担金を増やす方がよい</u> |
| 02 保険料を引き上げる方がよい |
| 03 税金も保険料も増やさずに介護サービスを利用したときの利用者の支払いを増やす方がよい |
| 04 その他 () |
| 05 わからない |

問 32-1 【問 32 で 01 を選んだ方のみ】 次のうち、**どの税金で賄うのがよい**と思いますか。

- | | | |
|--------|--------|------------|
| 01 消費税 | 02 所得税 | 03 その他 () |
|--------|--------|------------|

問 33 平成12(2000)年度に介護保険制度が導入されてから10年経ちましたが、**我が国の介護を取り巻く環境**についてどのように感じますか。(○を1つ)

- | | |
|----------------|----------------|
| 01 非常に改善したと感じる | 02 やや改善した感じる |
| 03 やや悪化したと感じる | 04 非常に悪化したと感じる |
| 05 どちらともいえない | |

問 34 あなたは今までに、**ご家族や親族等を在宅で看取ったこと**（病人を亡くなるまで看病したこと）がありますか。

01 ある	02 ない
-------	-------

問 35 例えば、あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、どのようにしたいですか。

① **どのような医療**を受けたいですか。（○を1つ）

01 病気の治療を目的として、検査・手術・延命処置などを受けたい
02 疼痛緩和*中心の症状コントロール、精神的援助、また家族への援助などを受けたい
03 わからない

※疼痛緩和：痛みなどの、病気による不快な症状などを緩和・軽減することです。

② 自分の終末期医療（死期が迫っている際の医療）の受け方について、事前に**意思確認書**のようなものを作成しておきたいと考えますか。（○を1つ）

01 既に作成している	02 作成したい
03 作成したいとは思わない	04 どちらともいえない

③ **どこで終末期の医療**を受けたいですか。（○を1つ）

01 自宅	02 病院	03 ホスピス等の緩和ケア施設*
04 老人保健施設	05 特別養護老人ホーム	06 認知症高齢者グループホーム
07 特定施設（介護付き有料老人ホームやケアハウス、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅）		
08 その他（		09 わからない

※緩和ケア施設：末期がん等による疼痛を主とした不快な症状や、不安に苦しむ患者の身体の諸症状を和らげ、平穏な心を取り戻すために援助し、本来のその人らしさを発揮して生命を全うすることを目的とする施設です。

③-1【問 35③で 01 を選んだ方のみ】**自宅で最期まで療養するためには**、主に何が必要だとお考えですか。（○をいくつでも）

01 往診・訪問診療をしてくれる医師	02 訪問看護（看護師の訪問）体制
03 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制	04 24時間相談にのってくれる専門家・機関
05 介護してくれる家族	06 居住環境の改修
07 症状が急に悪くなったときに、すぐ入院できる医療機関	08 経済的な支援
09 その他（	

医療全般についてお尋ねします。

問 36 現在のわが国の医療の状況に対してどのようにお感じですか。(○を1つ)

- | | |
|--------------|-------------|
| 01 かなり満足している | 02 やや満足している |
| 03 やや不満である | 04 かなり不満である |
| 05 どちらともいえない | |

問 37 これまでの経験から、医療機関に対して何かご要望がありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

問 37-1 【問 37 で 01 を選んだ方のみ】特にどのようなご要望がありますか。(○をいくつでも)

- | |
|----------------------------------|
| 01 病気の状態や治療法をよく説明してほしい |
| 02 患者の訴えを十分に聞いてほしい |
| 03 検査はあまりしないでほしい |
| 04 待ち時間を短くしてほしい |
| 05 往診の依頼に応じてほしい |
| 06 注射や投薬はあまりしないでほしい |
| 07 医師、看護師、受付職員はもっと親切にしてほしい |
| 08 難しい病気の場合は、専門の医療機関を紹介してほしい |
| 09 休日や夜間でも、救急のときは診察してほしい |
| 10 待合室や病室をもっと快適にしてほしい |
| 11 得意分野を教えてほしい |
| 12 セカンドオピニオン等の他の医師の診断を受けやすくしてほしい |
| 13 その他 () |

問 38 今後の医療のあり方として、特に望ましいことは何ですか。(○をいくつでも)

- | |
|---|
| 01 医師、看護師等の医療従事者の確保・育成 |
| 02 高度な機能を有する医療機関の整備 |
| 03 往診等の在宅医療に対応し、訪問看護ステーションや介護事業者等と連携する医療機関の整備 |
| 04 夜間や休日における救急医療体制の整備 |
| 05 遺伝子治療等の高度先進医療の推進 |
| 06 医療機関の積極的な情報開示 |
| 07 緩和ケアに対応できる医療機関の整備 |
| 08 医療機関間での患者情報(検査・画像診断の結果等)の共有化 |
| 09 長期入院できる医療機関の整備 |
| 10 その他 () |
| 11 わからない |

問 39 **医療機関を選ぶ**にあたり、何を参考にしていますか。(○をいくつでも)

- | |
|-------------------------------|
| 01 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師に相談する |
| 02 家族、友人、知人からの意見を聞く |
| 03 新聞、雑誌、本などの情報を調べる |
| 04 <u>インターネットの情報を調べる</u> |
| 05 電話帳を調べる |
| 06 その他 () |
| 07 特になし |

問 39-1 【問 39 で 04 を選んだ方のみ】 どのようなインターネットのサイトで調べますか。(○をいくつでも)

- | |
|-------------------------|
| 01 都道府県・市区町村のホームページ |
| 02 医療機関のホームページ |
| 03 ぽすびたる！* |
| 04 「ぽすびたる！」以外の医療機関検索サイト |
| 05 その他 () |

※健康保険組合連合会が提供している全国の病院検索サイトです。
<http://www.kenporen-hios.com>

問 40 **医療機関の情報**として特にほしいと思う情報の内容はどれですか。(○をいくつでも)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 01 診療科目 | 02 専門医・認定医・指導医の勤務状況 |
| 03 医師の専門分野 | 04 医師の経歴、年齢、性別 |
| 05 夜間・休日診療の実施の有無 | 06 往診・訪問診療の実施の有無 |
| 07 手術の実施件数・成功率 | 08 入院患者の受入基準 |
| 09 必要な費用の概ねの金額 | 10 連携している医療機関・介護施設 |
| 11 第三者機関による医療機関の評価 | 12 その他 () |

問 41 平成 20 (2008) 年度の日本の国民医療費は 34 兆 8,084 億円*で、国民所得に対する割合は 9.90%です。あなたは日本の医療費をどのように感じますか。(○を 1 つ)

- | | |
|--------------|--------------|
| 01 非常に高いと感じる | 02 やや高いと感じる |
| 03 やや低いと感じる | 04 非常に低いと感じる |
| 05 どちらともいえない | |

※平成 20 (2008) 年度のわが国の一般会計予算 (歳出) は約 83 兆円です。

問 42 平成 20 (2008) 年度の日本の国民 1 人当たり医療費は 27 万 2,600 円です。この医療費は保険料や税金、医療機関等にかかった時の患者負担などの形で国民が負担しています。**あなたはこの負担をどのように感じますか。**(○を 1 つ)

- 01 重いと感じる
- 02 やや重いと感じる
- 03 あまり重いと感じない
- 04 重いと感じない
- 05 どちらともいえない

問 42-1 【問 42 で 01 又は 02 を選んだ方のみ】あなたが**重いとお考えになっているのはどのような点**ですか。(○をいくつでも)

- 01 医療機関等にかかったときの自己負担費用が高すぎる
- 02 保険料が高すぎる
- 03 医療費そのものが高すぎる
- 04 その他 ()
- 05 わからない

問 43 今後、急速に進む少子高齢化により医療費が増加することが見込まれます。そのような状況の中で、あなたが思う**医療サービスと費用負担のありかた**について最も近いものを選びください。(○を 1 つ)

- 01 現行の医療サービスの水準を据え置いたままで、負担増はやむを得ない
- 02 医療サービスの水準をさらに引き上げて、それに伴う負担増は生じてもよい
- 03 医療サービスの水準を今よりも低下させて、最低限の負担増がよい
- 04 その他 ()

問 44 **増加する医療費を賄う方法***として、あなたはどの方法がよいと思いますか。(○を 1 つ)

- 01 税金を引き上げても国や地方自治体の負担金を増やす方がよい
- 02 保険料を引き上げる方がよい
- 03 税金も保険料も増やさずに医療機関等にかかったときの患者の支払いを増やす方がよい
- 04 その他 ()
- 05 わからない

*平成 20 (2008) 年度の国民医療費の内訳は保険料 48.8%、公費 37.1%、患者負担 14.1%です。

問 44-1 【問 44 で 01 を選んだ方のみ】次のうち、**どの税金で賄うのがよい**と思いますか。

- 01 消費税
- 02 所得税
- 03 その他 ()

問 45 **増加する医療費の伸びを抑える方法**として、あなたはどの方法がよいと思いますか。(○をいくつでも)

01 病院等の病床数の削減	02 入院期間の短縮化
03 在宅医療の充実	04 介護サービスの充実
05 ジェネリック医薬品（後発医薬品）の普及	06 IT化による医療の効率化
07 特定健診・保健指導等による病気の予防	08 わからない
09 その他（	）

問 46 **医療機関や薬局で発行される医療内容の分かる明細書**についておうかがいします。

① 平成 22（2010）年 4 月から（一般診療所は同年 8 月から、歯科診療所は平成 23（2011）年 5 月から）医療機関や薬局などで**明細書***の**無料発行が原則義務化**されたことをご存知でしたか。

01 知っている	02 知らない
----------	---------

※医療機関や薬局で受け取る「領収書」と「明細書」は以下のような違いがあります。

領収書は「初・再診料 計〇〇点」、「検査料 計〇〇点」など項目ごとの診療報酬点数しかわかりません。これに対し、明細書は「再診料 69 点」、「外来管理加算 52 点」、「D000 尿中一般物質定性半定量検査 26 点」というように詳細な値段の内訳がわかります（1 点＝10 円）。

② 今までに、医療機関や薬局で**明細書を受け取ったことがありますか。**

01 ある	02 ない
-------	-------

②-1【問 46②で 01 を選んだ方のみ】明細書を受け取って**良かったこと**は何ですか。(○をいくつでも)

01 治療・検査・薬などの具体名がわかりやすくなった	
02 医療費の内訳がわかりやすかった	
03 医師等に治療・検査・薬について質問・相談がしやすくなった	
04 医療機関等を選択する際の参考となった	
05 医療機関等への安心感・信頼感が高まった	
06 その他（	）
07 特になし	

②-2【問 46②で 01 を選んだ方のみ】明細書を受け取って**困ったこと**は何ですか。(○をいくつでも)

01 用語がわかりにくかった	
02 医療費の内訳がわかりにくかった	
03 明細書の見方についての説明がなかった	
04 会計窓口で医療費に関する質問がしにくかった	
05 医師等に治療・検査・薬についての質問・相談がしにくかった	
06 明細書発行までに時間がかかった	
07 明細書発行手数料をとられた	
08 その他（	）
09 特になし	

③ 医療機関や薬局で発行される**明細書を必要だ**と思いますか。

- | |
|---------|
| 01 思う |
| 02 思わない |

③-1 【問 46③で 02 を選んだ方のみ】 その**理由**は何ですか。(○をいくつでも)

- | |
|--------------------------|
| 01 明細書をもらっても内容がよくわからないため |
| 02 個人情報であり廃棄方法が不安であるため |
| 03 領収証の内容で十分なため |
| 04 明細書発行までに時間がかかるため |
| 05 毎回ほぼ同じ内容であるため |
| 06 その他 () |

問 47 あなたは**ジェネリック医薬品（後発医薬品）**※をご存知ですか。

- | | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

※先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される医薬品で、先発医薬品と同等であること（例えば、品質、安定性、服用後の血中濃度の推移など）を厚生労働省が認めたもので、先発医薬品に比べて価格は安くなっています。

問 47-1 【問 47 で 01 を選んだ方のみ】 ジェネリック医薬品を**どのようにしてご存知になりましたか**。(○をいくつでも)

- | | |
|------------------|------------------|
| 01 受診した医療機関の医師から | 02 医療機関や薬局の薬剤師から |
| 03 家族、友人、知人から | 04 テレビの番組、CM から |
| 05 新聞、雑誌、本から | 06 インターネットから |
| 07 医療保険者からの広報 | 08 その他 () |

問 47-2 【問 47 で 01 を選んだ方のみ】ジェネリック医薬品を服用したことがありますか。

01 ある

02 ない

問 47-3 【問 47-2 で 01 を選んだ方のみ】服用することになったきっかけは何ですか。(○をいくつでも)

01 医療保険者から送られてきたジェネリック軽減額通知(差額通知等)*をみて

02 医療機関で医師にすすめられた

03 薬局で薬剤師にすすめられた

04 誰からもすすめられていないが、自発的に希望した

05 その他 ()

※問 49 の注を参照してください。

問 47-4 【問 47-2 で 01 を選んだ方のみ】服用した感想はそれまでの先発品と比べていかがでしたか。(○をそれぞれ1つ)

(1) 薬の効き目	01 変わらない	02 効き目が落ちた	03 わからない
(2) 薬の安全性	01 不安を感じなかった	02 不安を感じた	03 わからない
(3) 窓口での負担	01 かなり安くなった	02それほど変わらなかった	03 わからない

問 47-5 【問 47-2 で 02 を選んだ方のみ】服用しなかった理由は何ですか。(○をいくつでも)

01 病気をしないため、薬を処方されたことがあまりないから

02 医師にジェネリック医薬品の処方を希望したが、断られたから

03 薬局の薬剤師にジェネリック医薬品を勧められたことがないから

04 薬局の薬剤師にジェネリック医薬品の調剤を断られたから

05 普段から使い慣れている薬が良いから

06 薬の効き目に不安があったから

07 薬の安全性に不安があったから

08 窓口で支払う薬代がそれほど変わらなかったから

09 とりあえず様子を見ようと思ったから

10 その他 ()

11 わからない

問 47-6 【問 47-5 で 04 を選んだ方のみ】薬局の薬剤師にジェネリック医薬品の調剤を断られた理由は何ですか。(○をいくつでも)

01 ジェネリック医薬品への変更が医師の指示によりできなかったから

02 ジェネリック医薬品の在庫がなかったから

03 ジェネリック医薬品の取り扱いがなかったから

04 特に説明はなかった

05 その他 ()

問 50 あなたは**整骨院や接骨院、鍼灸院**などで、平成 22（2010）年 9 月以降に施術を受けたことがありますか。（○をいくつでも）

- | |
|------------------------------------|
| 01 整骨院や接骨院などで、柔道整復師*の施術を受けたことがある |
| 02 鍼灸院などで、はり・きゅう、マッサージの施術を受けたことがある |
| 03 整骨院や接骨院、鍼灸院などで、施術を受けたことはない |

※柔道整復師とは、ほねつぎ・接骨師・整骨師として広く知られ、厚生労働大臣免許の下で打撲、捻挫、挫傷（筋、腱の損傷）、骨折、脱臼などの施術をする職業の正式名称です。

問 50-1【問 50 で 01 を選んだ方のみ】柔道整復の施術を行う整骨院や接骨院では、平成 22（2010）年 9 月から領収書の発行が義務付けられましたが、**会計の際に領収書をもらいましたか。**

- | | |
|---------|------------|
| 01 もらった | 02 もらっていない |
|---------|------------|

問 51 整骨院や接骨院、鍼灸院などで、柔道整復師やはり・きゅう、マッサージの施術を受けた場合、**健康保険の対象となる範囲が限定されていること***をご存知ですか。

- | | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

※整骨院や接骨院では急性の外傷性の骨折、不全骨折、脱臼、打撲、捻挫、肉ばなれのと看、健康保険でかかれます。ただし、外傷性ではなく、いつ負傷したかはっきりしない痛みの施術は、健康保険の対象外で、全額自己負担になります。また、鍼灸院でのはり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、特殊な疾病や症状のため、医療機関で通常行う療養を行っても効果が得られず、あんま師、はり師、またはきゅう師の施術によれば相当の効果が期待できるものとして、医師がその必要性を認めた場合に限って健康保険を使うことができます。

森田会長提出資料
23.11.30

〔 財政制度等審議会
財政制度分科会提出資料 〕

次期診療報酬改定について

平成23年11月28日

東京大学大学院法学政治学研究科教授

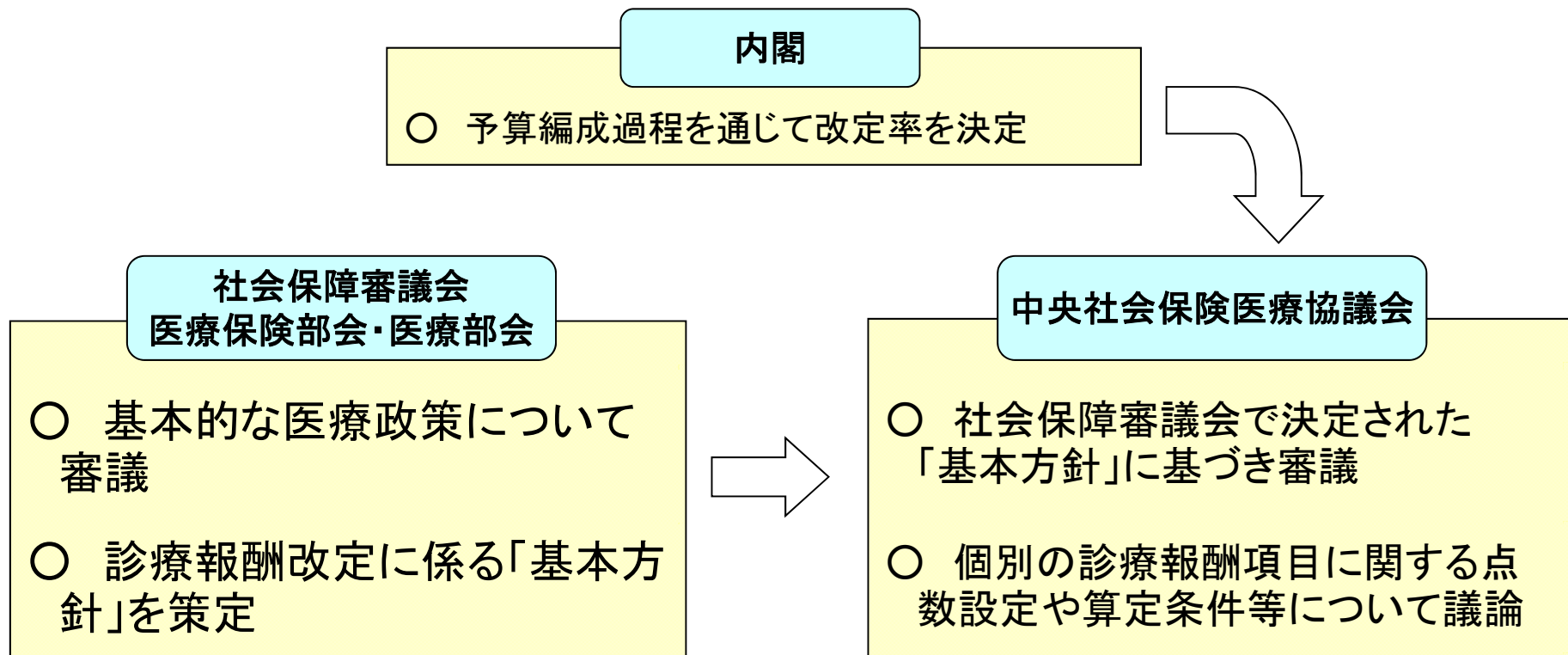
中央社会保険医療協議会会長

森田 朗

診療報酬改定における中央社会保険医療協議会の役割

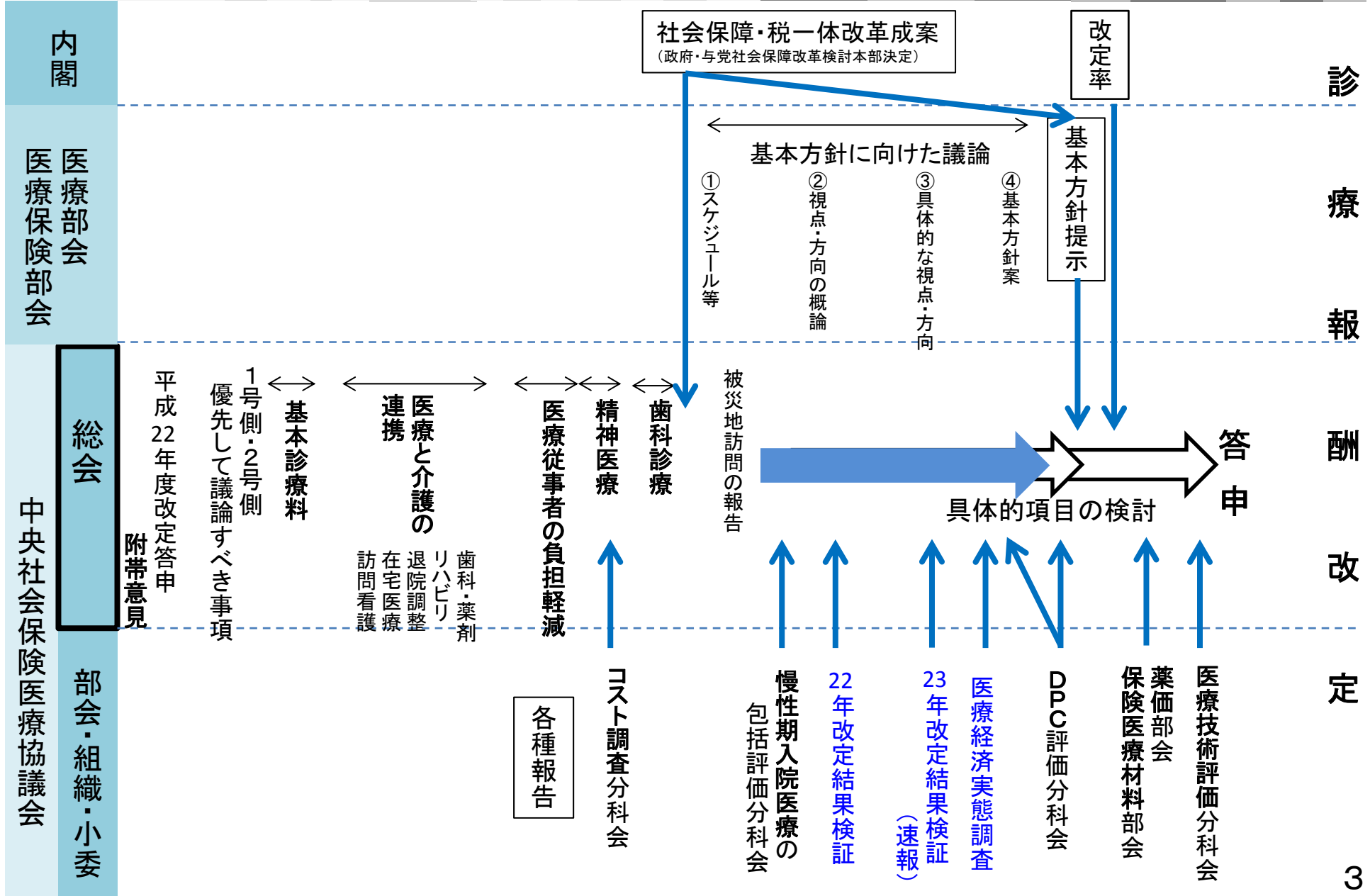
診療報酬改定は、

- 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ものである。



次期診療報酬改定に向けた検討スケジュール

平成22年	9月	10月	11月	12月	平成23年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成24年	1月	2月	3月	4月
-------	----	-----	-----	-----	-------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-------	----	----	----	----



中央社会保険医療協議会総会 開催状況

- 第194回 2011年7月27日
 - ・社会保障・税一体改革成案の報告について
- 第195回 2011年8月24日
 - ・被災地訪問・意見交換会の報告について
- 第196回 2011年9月7日
 - ・慢性期入院医療の包括評価分科会からの報告について
 - ・診療報酬改定結果検証部会からの本報告について
 - ・年末までの議論の進め方(その1)
- 第197回 2011年9月28日
 - ・年末までの議論の進め方(その2)
- 第198回 2011年10月5日
 - ・入院、外来、在宅医療について(総論)
- 第199回 2011年10月12日
 - ・外来管理加算、地域医療貢献加算について
 - ・明細書の無料発行義務化について
- 第200回 2011年10月19日
 - ・救急・周産期医療について
- 第201回 2011年10月21日
 - ・災害医療について
- 第202回 2011年10月26日
 - ・がん対策、生活習慣病対策、感染症対策について
- 第203回 2011年11月2日
 - ・精神科医療について
 - ・医療経済実態調査の報告について
- 第204回 2011年11月9日
 - ・在宅医療について(介護給付費分科会との打ち合わせの報告を含む)
 - ・後発医薬品の使用促進のための環境整備について
- 第205回 2011年11月11日
 - ・訪問看護、在宅歯科医療、在宅医療における薬剤師業務について
- 第206回 2011年11月16日
 - ・医薬品の薬価収載について
- 第207回 2011年11月18日
 - ・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会からの報告
 - ・医療経済実態調査の結果に対する見解
- 第208回 2011年11月25日
 - ・医療提供体制(その1:入院医療/高度急性期・一般急性期、亜急性期等、長期療養、有床診療所、地域特性)
 - ・診療報酬改定に関する基本的な見解(各号意見)

中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との
打ち合わせ会(2011年10月21日)
・医療と介護の同時改定に向けて(意見交換)

議題は一部抜粋

社会保障・税一体改革

今回の診療報酬改定は、「社会保障・税一体改革成案」に沿って、2025年のイメージを見据えた、あるべき医療の実現に向けた第一歩。

社会保障・税一体改革成案(抄)

(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

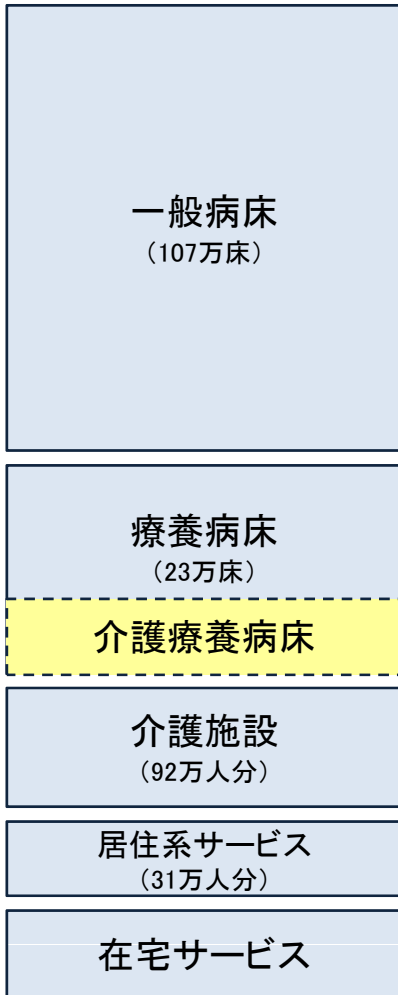
II 医療・介護等

- 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。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a)～c) (略)
 - d) その他
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- 在宅介護の充実
 - ・地域包括ケア体制の整備
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

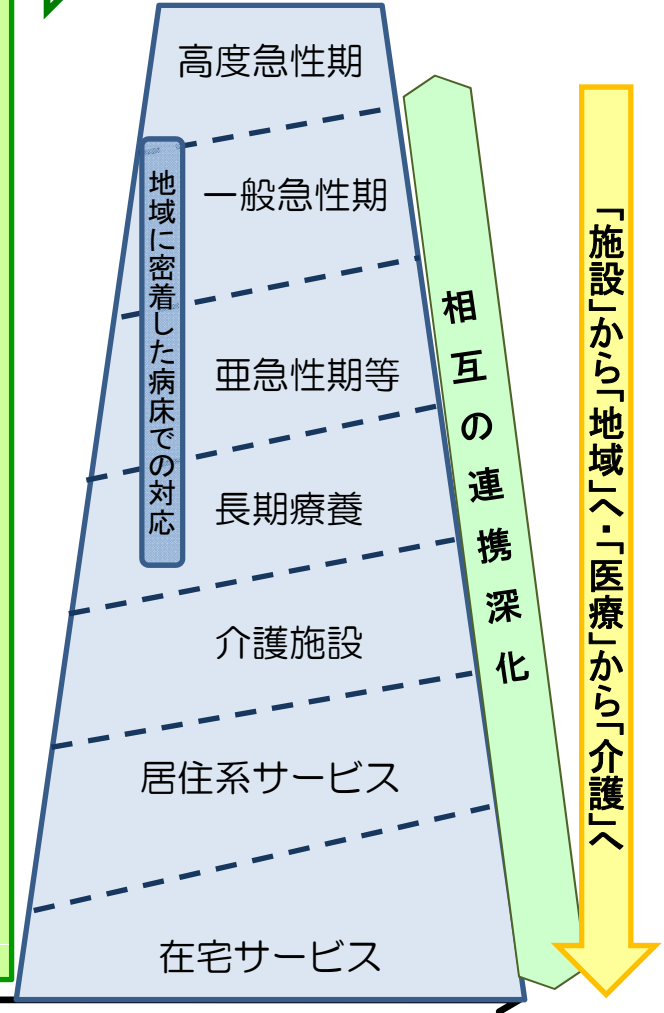
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

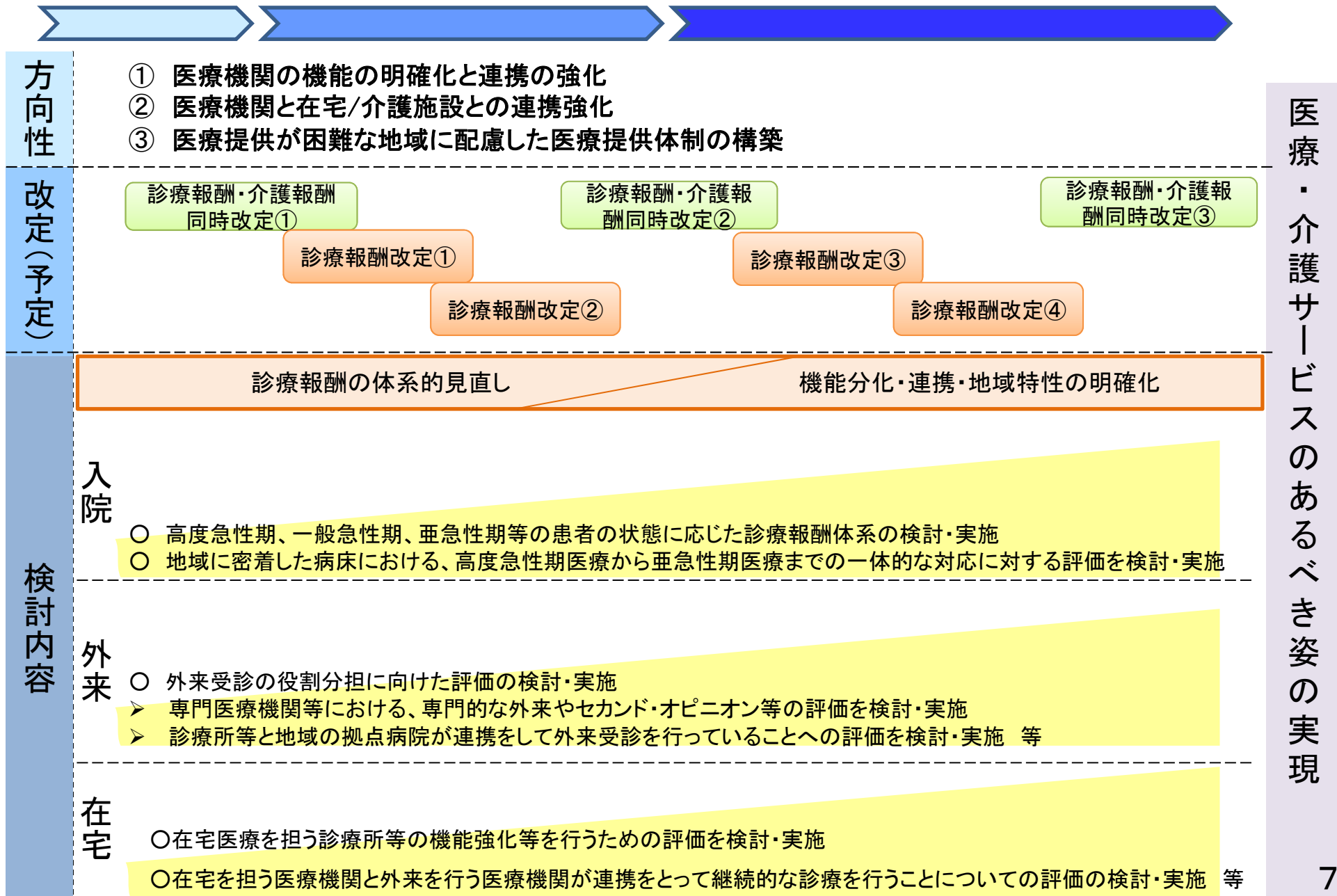
【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



平成24年度診療報酬改定に関連する調査

○ 医療経済実態調査

第18回医療経済実態調査

○ 損益差額構成比率(直近2事業年度)

・一般病院 ▲1.6→0.5%

・一般診療所(医療法人立) 5.5%→5.8%
(個人立)25.9%→26.9%

【1号側(支払側)委員の見解のポイント】

全体的な傾向として、一般病院の経営が改善し、一般診療所も黒字が続いており、安定した経営を維持している。厳しい経済・社会情勢や国民負担、保険者の財政状況なども考慮すると、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られない。

【2号側(診療側)委員の見解のポイント】

前回改定を受けて医業収益にある程度の伸びが見られたものの、これまでの相次ぐ診療報酬のマイナス改定によって経営状態が大きく悪化したところから少しばかりの改善を見せたに過ぎない。質の高い医療の提供に不可欠な設備投資、勤務医の処遇改善等を進めるためには、経営は依然として不安定。診療報酬の引き上げによる医療費全体の底上げを強く求める。

○ 薬価調査及び材料価格調査

〈今後調査結果を公表予定〉

平成24年度診療報酬改定における主な検討課題

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定)に掲げられている、病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実等に向けた評価を検討する。
 - (例)・ 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
 - ・ 慢性期の入院医療に対する適正な評価
 - ・ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進 等

- 介護報酬との同時改定であるため、医療・介護の役割分担の推進や、地域での連携体制の構築に向けた評価を検討する。
 - (例)・ 病院からの地域への早期円滑な移行の促進に向けた取組
 - ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携 等

- その他、医療保険制度の適正な運営を確保しながら、国民が安心して医療を受けることができるよう、充実すべき分野の評価や、適正化するべき分野の評価を検討する。
 - (例)・ 認知症に対する精神科医療の適切な評価
 - ・ 後発医薬品の使用促進 等

平成24年度診療報酬改定の基本方針（案）のポイント

（社会保障審議会医療保険部会・医療部会において議論中）

重点課題（案）

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- 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も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
チーム医療の推進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- 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
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、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

改定の視点（案）

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- 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
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 等
- 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
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 等
- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題（案）

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、「社会保障と税一体改革成案」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。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院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