

第64回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成25年7月25日（木）
16時00分～18時00分
場所：グランドアーク半蔵門

(議 題)

1. 産科医療補償制度について
2. 次回の診療報酬改定に向けた検討について①
3. 社会保障制度改革国民会議の議論の状況報告

(配布資料)

資 料 1 平成26年度診療報酬改定のスケジュール（案）
資 料 2 中央社会保険医療協議会における議論の状況

参考資料 1-1 日本医療機能評価機構提出資料

参考資料 1-2 第56回医療保険部会事務局提出資料1
「産科医療補償制度について」

参考資料 2-1 平成24年度診療報酬改定のスケジュール

参考資料 2-2 平成18年度～平成24年度診療報酬改定の基本方針

参考資料 2-3 平成24年度診療報酬改定の概要

参考資料 2-4 平成24年度診療報酬改定に当たっての中央社会保険医療
協議会の附帯意見

参考資料 3 第14回、第17回の社会保障制度改革国民会議資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成25年7月25日現在

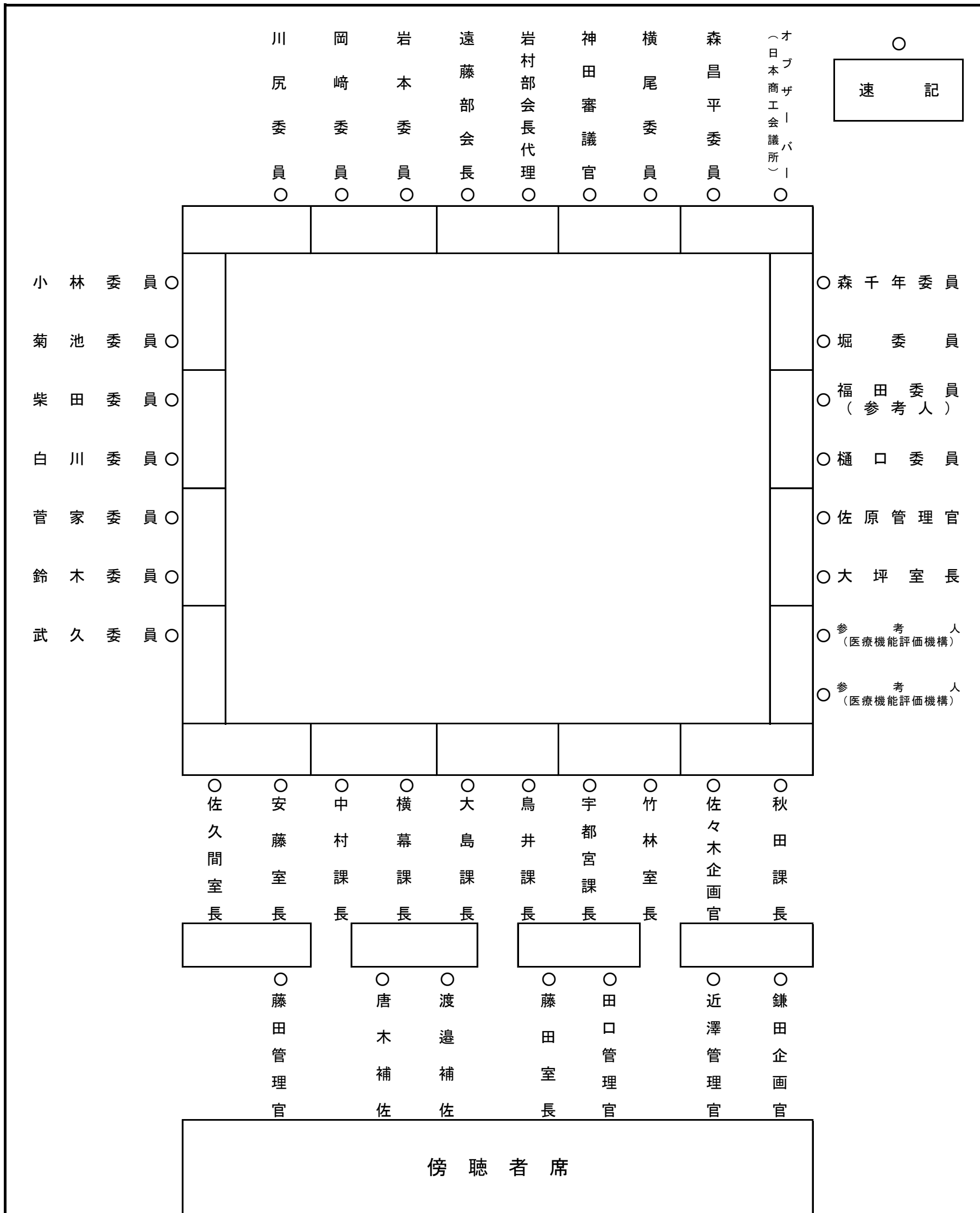
<p>本 委 員</p>	<p>えんどう ひさお ◎遠藤 久夫 すがや いさお 菅家 功 ふくだ とみかず 福田 富一</p>	<p>学習院大学経済学部教授 日本労働組合総連合会副事務局長 全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事</p>
<p>臨 時 委 員</p>	<p>いわむら まさひこ ○岩村 正彦 いわもと やすし 岩本 康志 おおたに たかこ 大谷 貴子 おかざき せいや 岡崎 誠也 かわじり たかお 川尻 禮郎 きくち れいこ 菊池 令子 こばやし たけし 小林 剛 さいとう まさやす 齋藤 正寧 しばた まさと 柴田 雅人 しらかわ しゅうじ 白川 修二 すずき くにひこ 鈴木 邦彦 たけひさ ようぞう 武久 洋三 ひぐち けいこ 樋口 恵子 ほり けんろう 堀 憲郎 もり ちとし 森 千年 もり まさひら 森 昌平 よこお としひこ 横尾 俊彦 わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>東京大学大学院法学政治学研究科教授 東京大学大学院経済学研究科教授 全国骨髓バンク推進連絡協議会顧問 全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長 全国老人クラブ連合会理事 日本看護協会副会長 全国健康保険協会 理事長 全国町村会副会長／秋田県井川町長 国民健康保険中央会理事長 健康保険組合連合会専務理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会会長 NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長 日本歯科医師会常務理事 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長 日本薬剤師会常務理事 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長 早稲田大学法学学術院教授</p>

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第64回社会保障審議会医療保険部会

平成25年7月25日(木) 16:00~18:00

グランドアーク半蔵門 「富士西の間」



平成26年度診療報酬改定のスケジュール(案)

平成25年

社会保障国民会議

4月～8月 社会保障制度改革の議論→とりまとめ

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

5月 国民会議の論点について議論

夏・秋頃 平成26年度診療報酬改定の基本方針の議論

内閣

12月下旬

予算編成過程において、診療報酬等の改定率を決定

平成26年

厚生労働大臣

1月中旬

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- ・ 社会保障審議会において策定された「基本方針」に基づき診療報酬点数の改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月上旬 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中医協

入院医療、外来医療、在宅医療のあり方について議論

10月末 医療経済実態調査結果報告

～12月

- ・ 検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

12月上旬 薬価調査・材料価格調査結果報告

1月～

- ・ 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

2月中旬

- ・ 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

平成26年4月1日 施行

中央社会保険医療協議会等における議論の状況

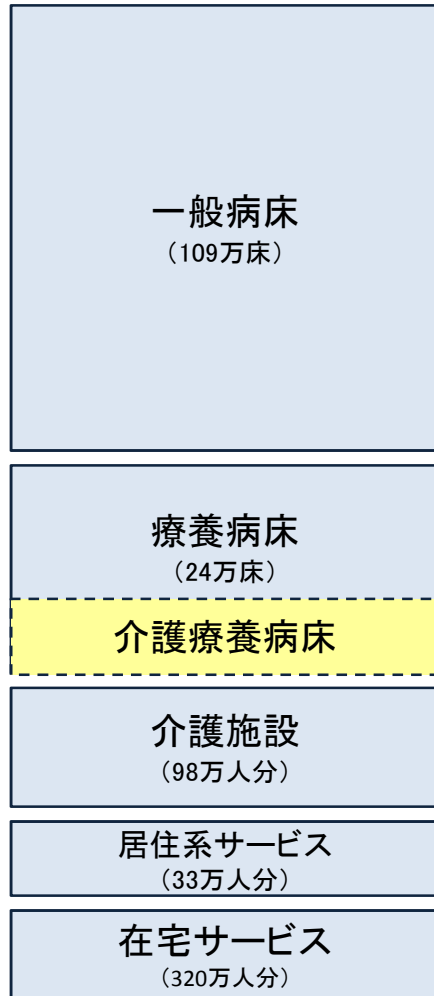
1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の経緯
2. 入院医療について
 - ①高度急性期・一般急性期について
 - ②長期療養について
 - ③亜急性期等について
 - ④地域特性について
 - ⑤有床診療所における入院医療について
3. 外来医療について
4. 在宅医療について

1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の 経緯

医療・介護機能の再編（将来像）

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します。

【2012(H24)】



【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
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・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
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

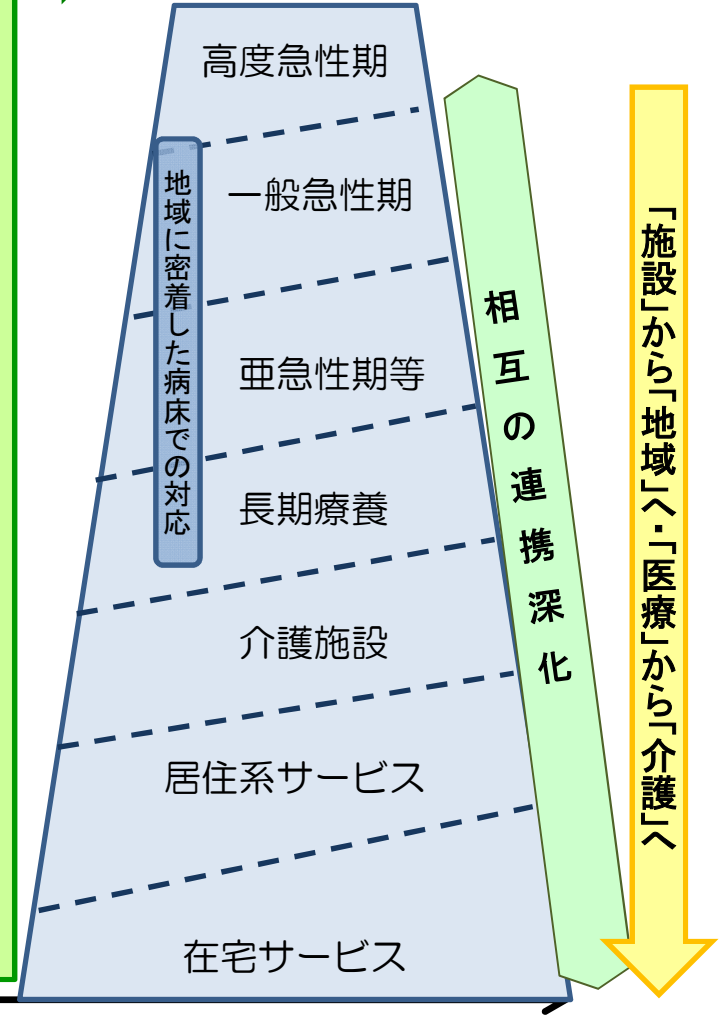
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【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)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度 - ～1.2兆円程度）

A 充実	B 重点化・効率化
<p>【子ども・子育て】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 子ども・子育て支援の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消) 	
<p>【医療・介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ <ul style="list-style-type: none"> ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度) 	<ul style="list-style-type: none"> ・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険者機能の強化を通じた医療・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、逆進性対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 <ul style="list-style-type: none"> ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 <ul style="list-style-type: none"> ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) d その他(総合合算制度～0.4兆円程度) 	<ul style="list-style-type: none"> 公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(▲200億円程度) ・介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化
<p>【年金】</p> <ul style="list-style-type: none"> ＜新しい年金制度の創設(※)＞ ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源) ＜現行制度の改善＞ ○ 最低保障機能の強化 <ul style="list-style-type: none"> ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討(●は公費への影響なし) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 物価スライド特例分の解消 <ul style="list-style-type: none"> ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 <ul style="list-style-type: none"> ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げの検討 ◆ 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) <ul style="list-style-type: none"> ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

社会保障・税一体改革大綱（抜粋）

平成24年2月17日 閣議決定

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

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

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

（1）医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

○ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・ 生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種チームケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

中	医	協	総	—	3	
2	5	.	3	.	1	3

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

重点課題

「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**
チーム医療の促進、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**
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

- **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

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

平成24年度診療報酬改定の基本方針（抜粋）

平成23年12月1日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
 等

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。

6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。

7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

(質が高く効率的な医療提供体制)

8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
- ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。

- (1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
- (2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
- (3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
- (4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
- (5)診療報酬における消費税の取扱い
- (6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取り組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

2. 入院医療について

- ①高度急性期・一般急性期について
- ②長期療養について
- ③亜急性期等について
- ④地域特性について
- ⑤有床診療所における入院医療について

2. 入院医療について

①高度急性期・一般急性期について

病院の機能に応じた分類(イメージ)

中 医 協 総 - 3
2 5 . 3 . 1 3

病床数 328,732床
病床利用率 90.3%
平均在院日数 175.2日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

病床数 898,566床
病床利用率 74.3%
平均在院日数 16.9日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

医療法上の位置づけ

一般病床

療養病床

DPC

1,505施設
479,539床※2
(+11,177床)

※2 H24.4.1現在

特定機能病院
83施設
59,888床※1
(▲1,322床)
※1 一般病床に限る

専門病院
23施設
7,581病床
(+257床)

一類感染症 24施設
139床(+2床)

回復期リハビリテーション
入院料1 入院料2 計
962施設 162施設 1,124施設
54,919床 7,018床 61,937床
(+1,935床) (±0床) (+1,935床)

救命救急 295施設
6,998床
(+721床)

特定集中治療室 647施設
5,270病床
(+55床)

新生児特定 218施設
集中治療室 1,585床
(+39床)

総合周産期特定集中治療室
95施設 母体・胎児617床(+39床)
新生児 1,122床(+130床)

脳卒中ケアユニット 86施設
552病床(+24床)

ハイケアユニット 205施設
1,891床(+536床)

一般病棟

5,288施設
671,393床
(▲12,082床)

小児入院医療管理料
入院料1 入院料2 入院料3
56施設 177施設 107施設
4,657床 7,504床 4,055床
(+131床) (+1,789床) (▲861床)
入院料4 入院料5
372施設 137施設
9,133床
(+104床)

亜急性期
入院料1 入院料2
1,199施設 121施設
15,258床 2,492床
(+1,022床) (+296床)

療養病棟
3,550施設
214,745床
(+1,283床)

介護療養病床
74,818床
(H24.8末病院報告)

障害者施設等
786施設
60,940床
(+808床)

特殊疾患
入院料1 入院料2 管理料
117施設 76施設 33施設
6,096床 5,253床 479床
(+438床) (▲689床) (▲1床)

緩和ケア病棟 231施設
4,600床
(+243床)

有床診療所一般 6,898施設、89,668床(▲3,308床)

有床診療所療養 984施設
8,507床(▲554床)

精神科救急
87施設
5,276床
(+1,299床)

精神科急性期治療病棟
入院料1 入院料2
280施設 23施設
13,820床 1,222床
(+26床) (+100床)

精神科救急・合併症 7施設
283床
(+7床)

精神病棟
1,357施設
175,905床(▲5,479床)

精神療養
841施設
103,644床(+207床)

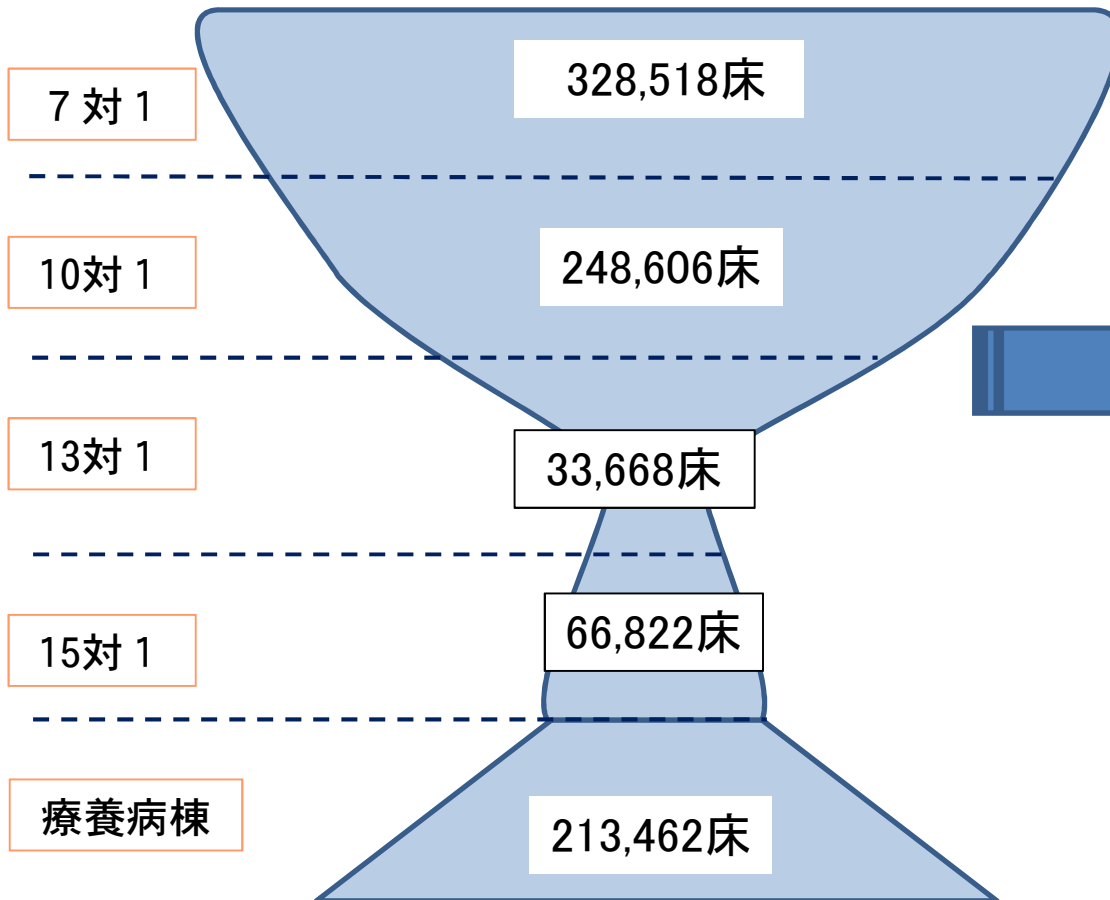
認知症病棟
入院料1 入院料2
448施設 22施設
31,378床 1,880床

結核病棟
175施設
6,060病床(▲1,147床)

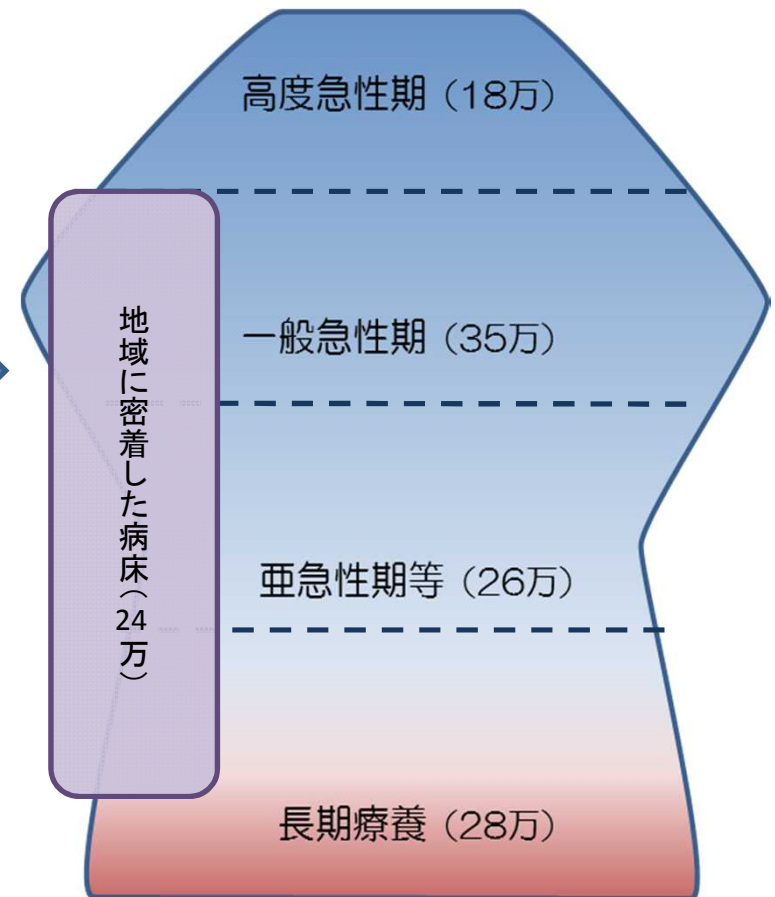
施設基準届出
平成23年7月1日
現在
(かっこ内は前年
比較)

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



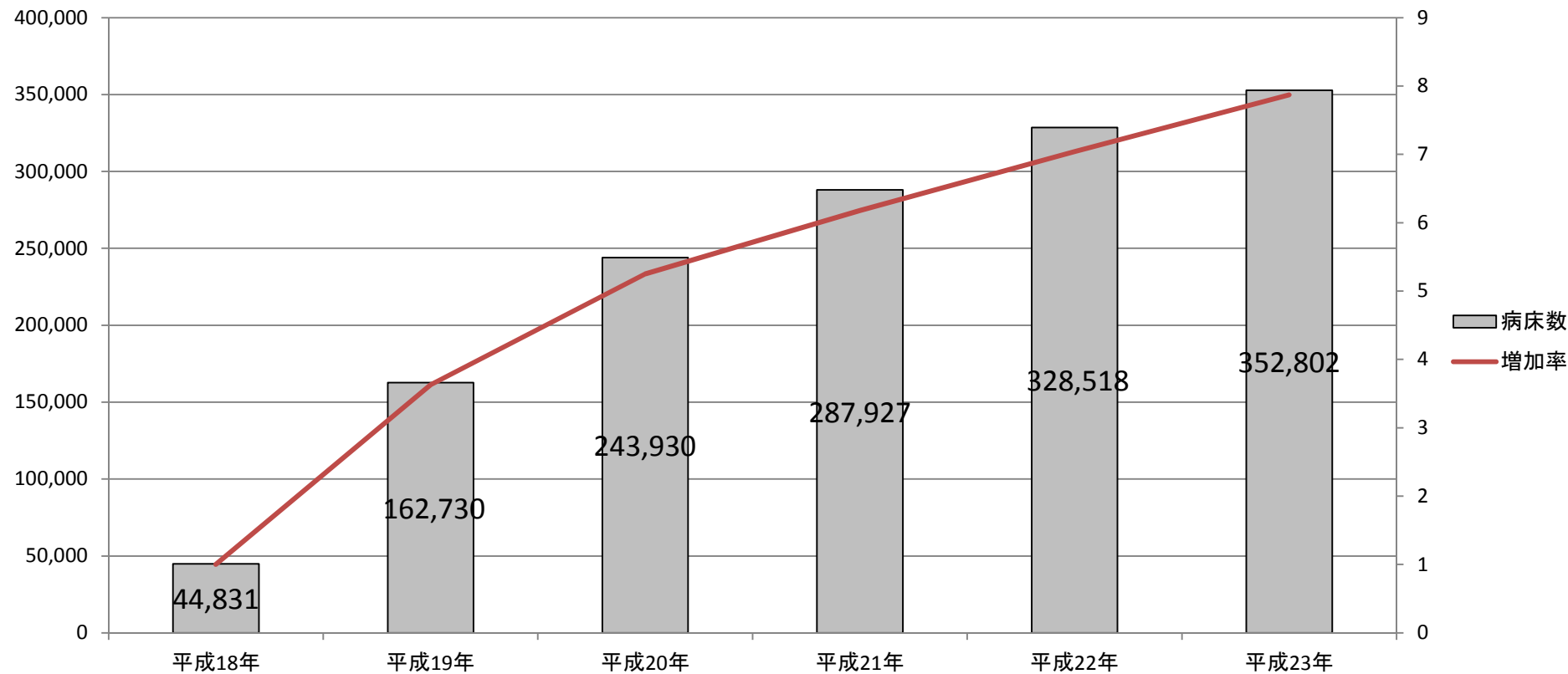
＜2025(H37)年のイメージ＞



現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

(平成18年を1とした時の伸び率)



※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

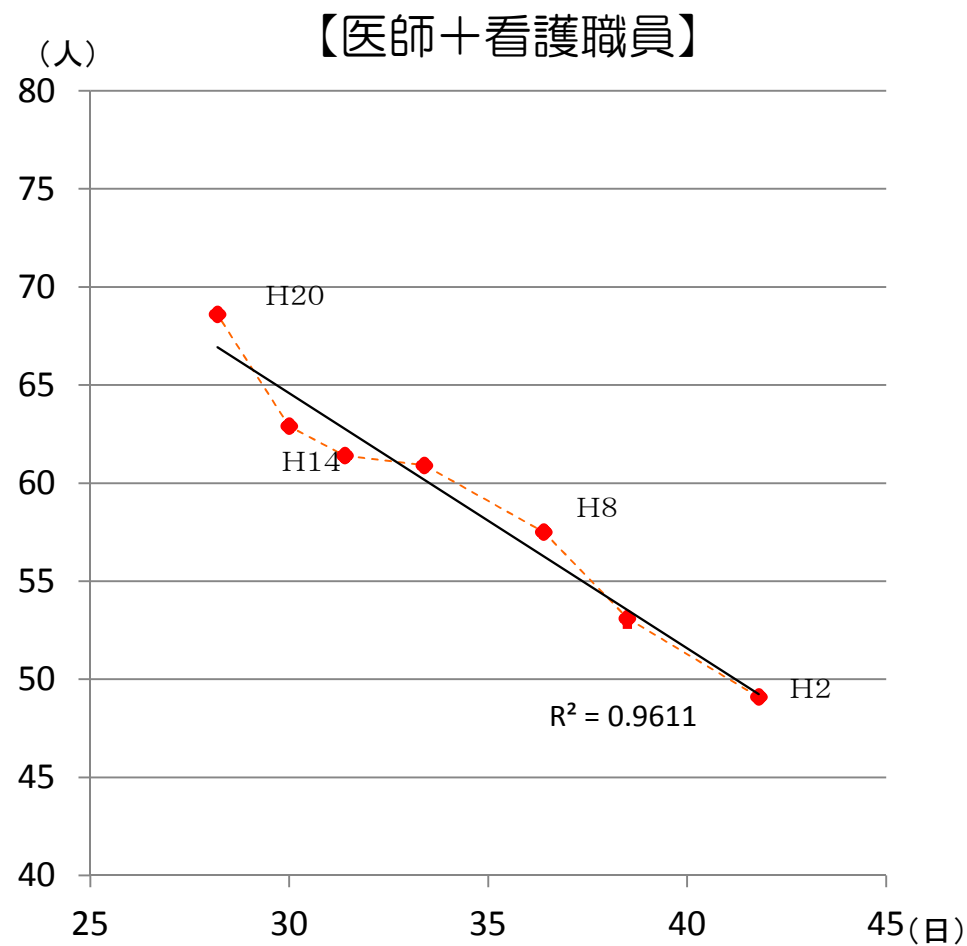
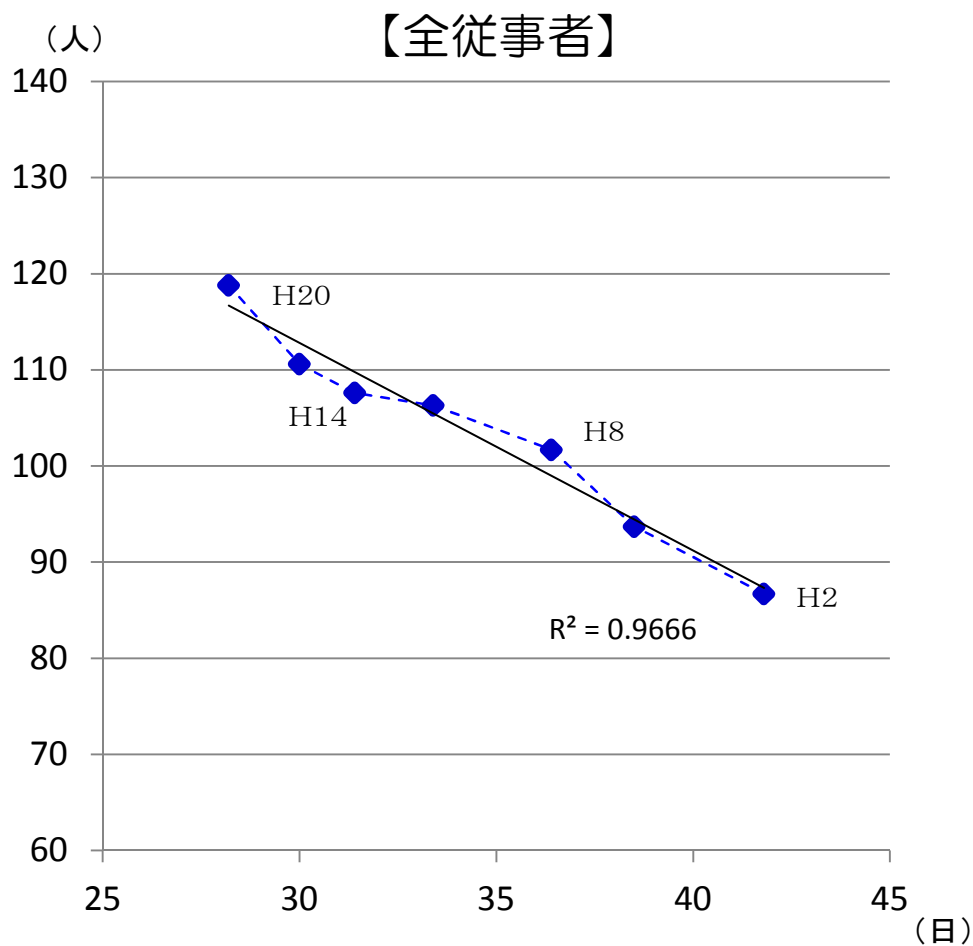
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。

100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 0 . 5

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	<平成2年>		<平成8年>		<平成14年>		<平成20年>
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師+看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日

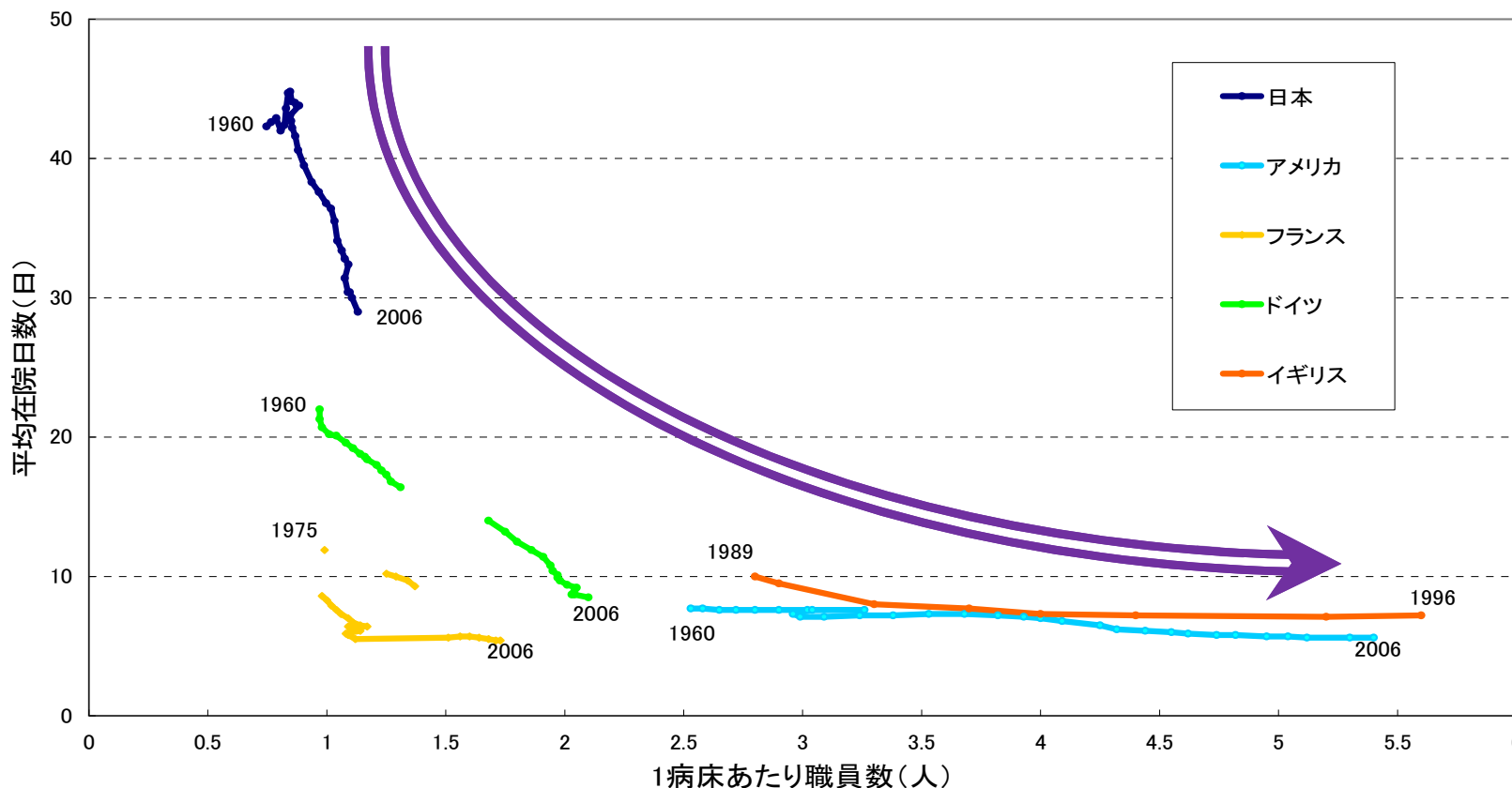


各年「病院報告」を基に作成

平均在院日数と1病床当たり職員数

(改) 中医協 総 - 2
2 3 . 1 0 . 5

海外においても、病床あたりの医療従事者数と平均在院日数の間には、相関関係がみられる



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

出典: 社会保障改革に関する集中検討会議: 医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について) <平成23年6月> を基に保険局医療課作成

(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

高度急性期・急性期

在宅復帰の流れ(イメージ)

(改)中医協 総-3
25.3.13

亜急性期・回復期等

在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上
亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

老健

診療所等

長期療養

外来・訪問サービス等

【参考】在宅復帰率(介護保険)

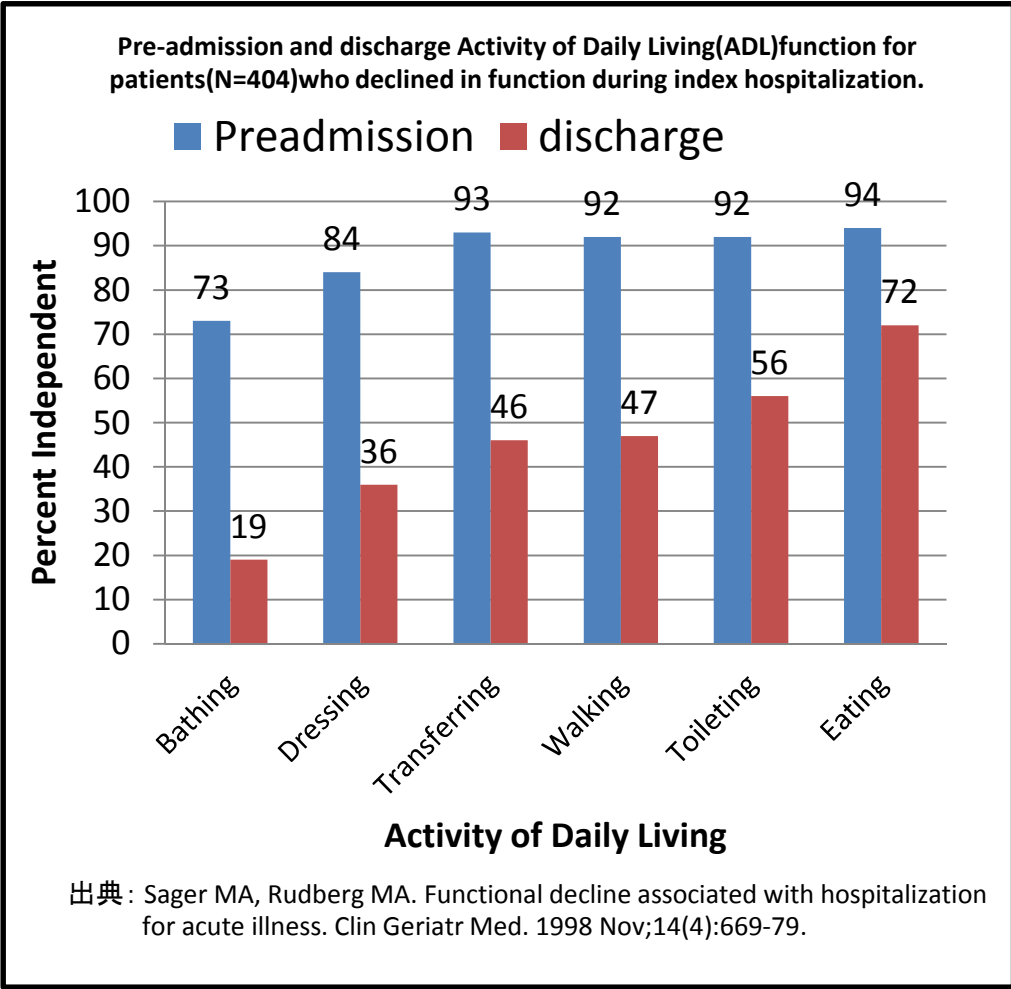
在宅復帰支援型の老健 > 5割

上記以外※ > 3割

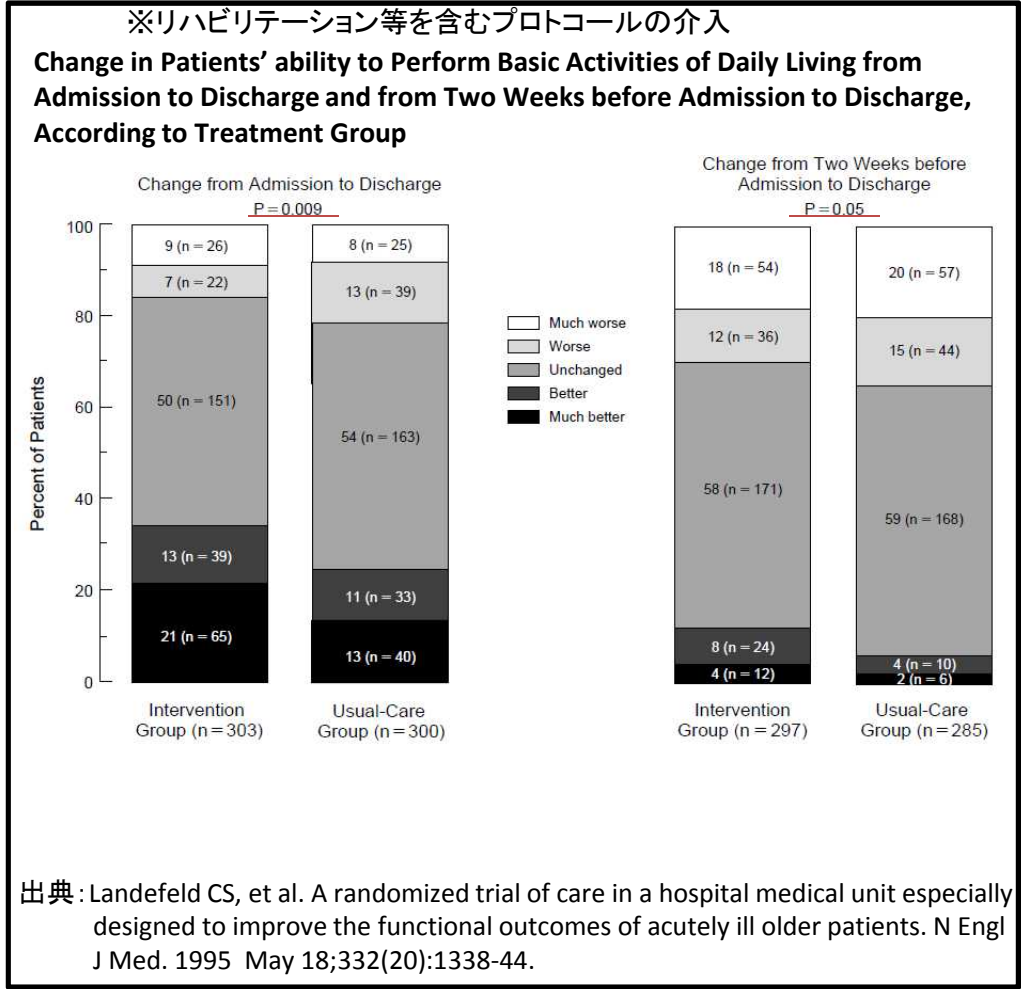
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較



入院時と退院時の通常治療群と介入群※の比較



急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを介入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

2. 入院医療について

②長期療養について

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

- 一般病棟(13対1、15対1病棟に限る)における長期療養患者の評価体系(特定除外制度)の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

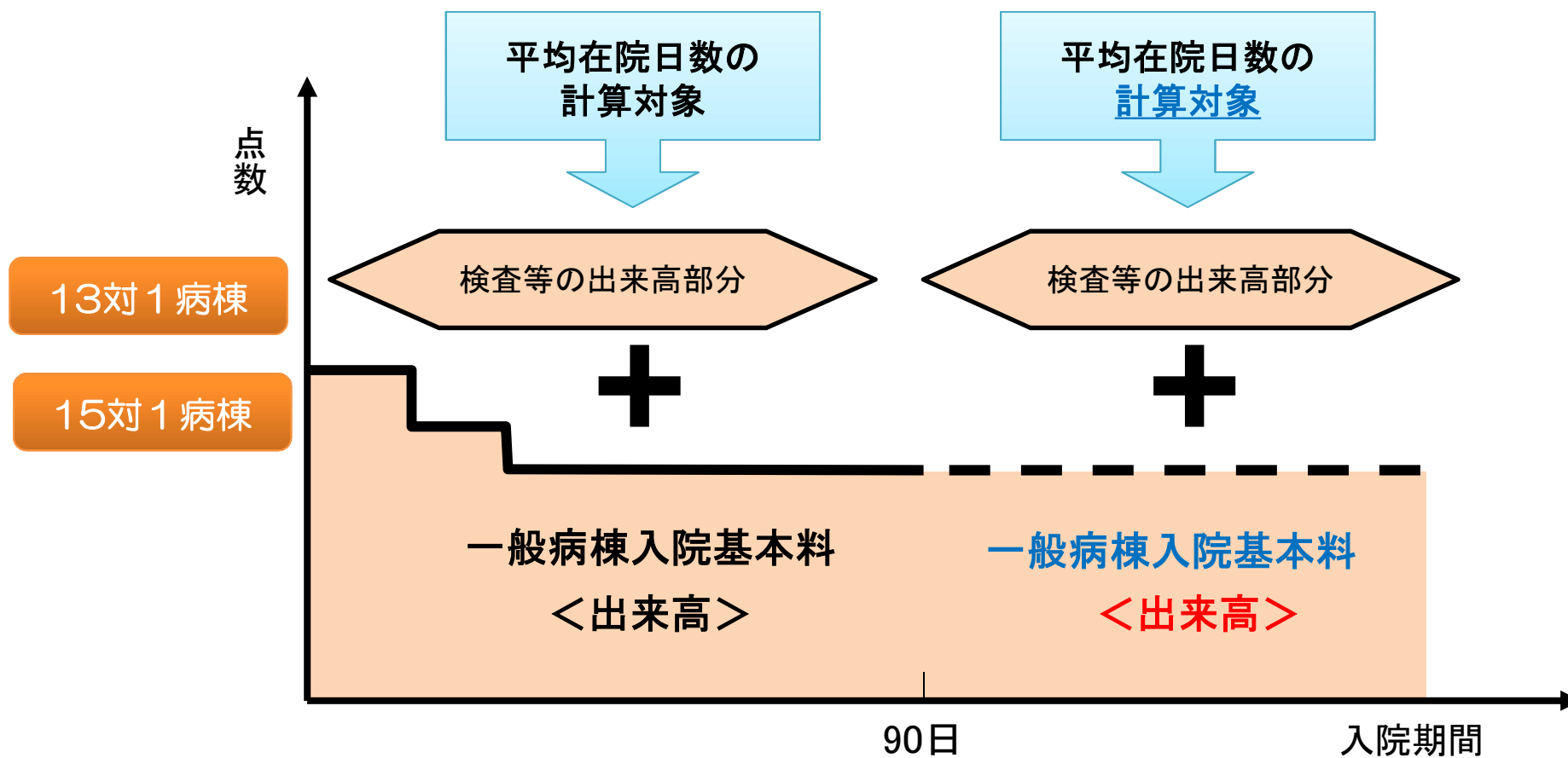
- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料(出来高)の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ②療養病棟入院基本料1と同じ評価(医療区分・ADL区分を用いた包括評価)とし、平均在院日数の計算対象外する。

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。

なお、②の場合には、地方厚生(支)局に届出を行うこと。

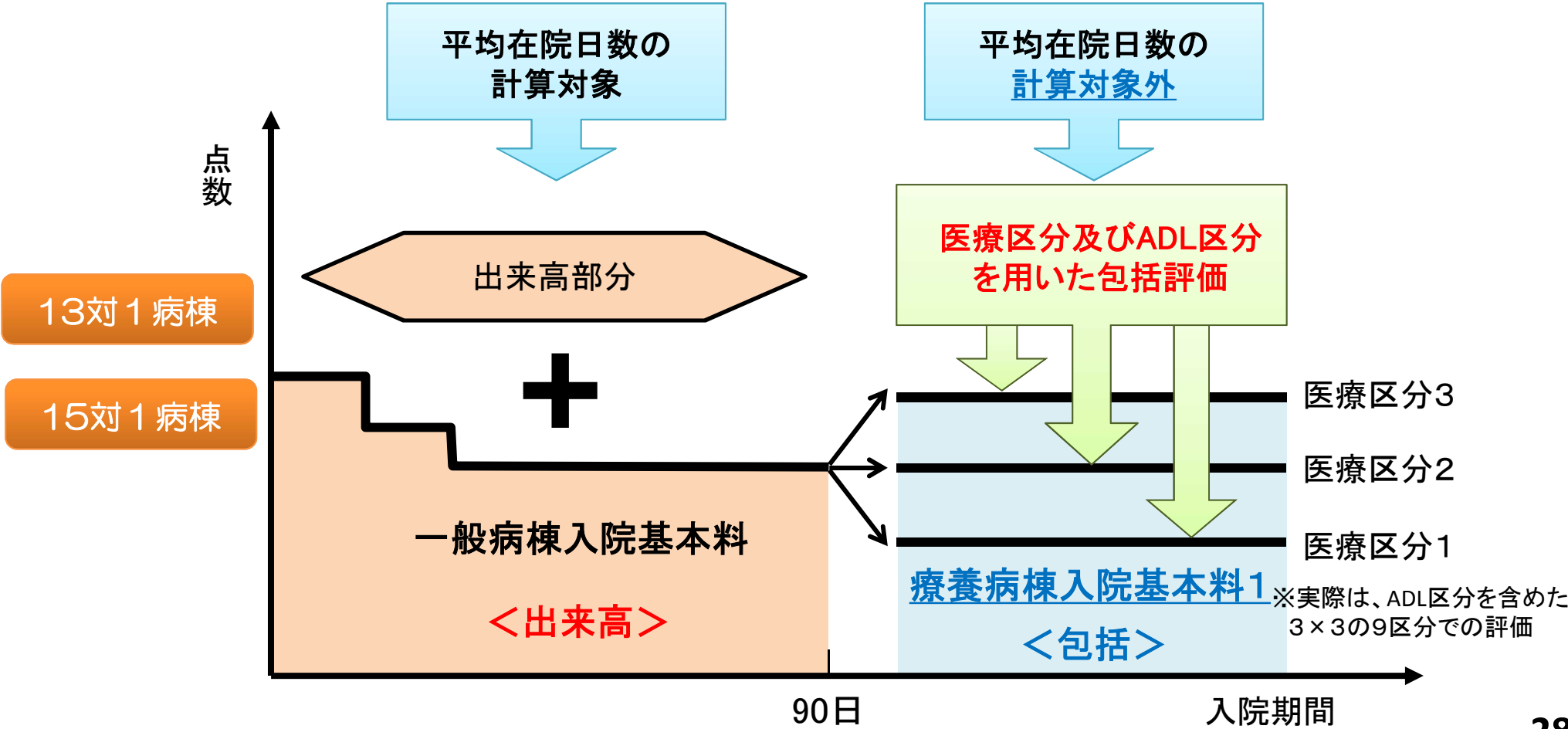
パターン①

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



パターン②

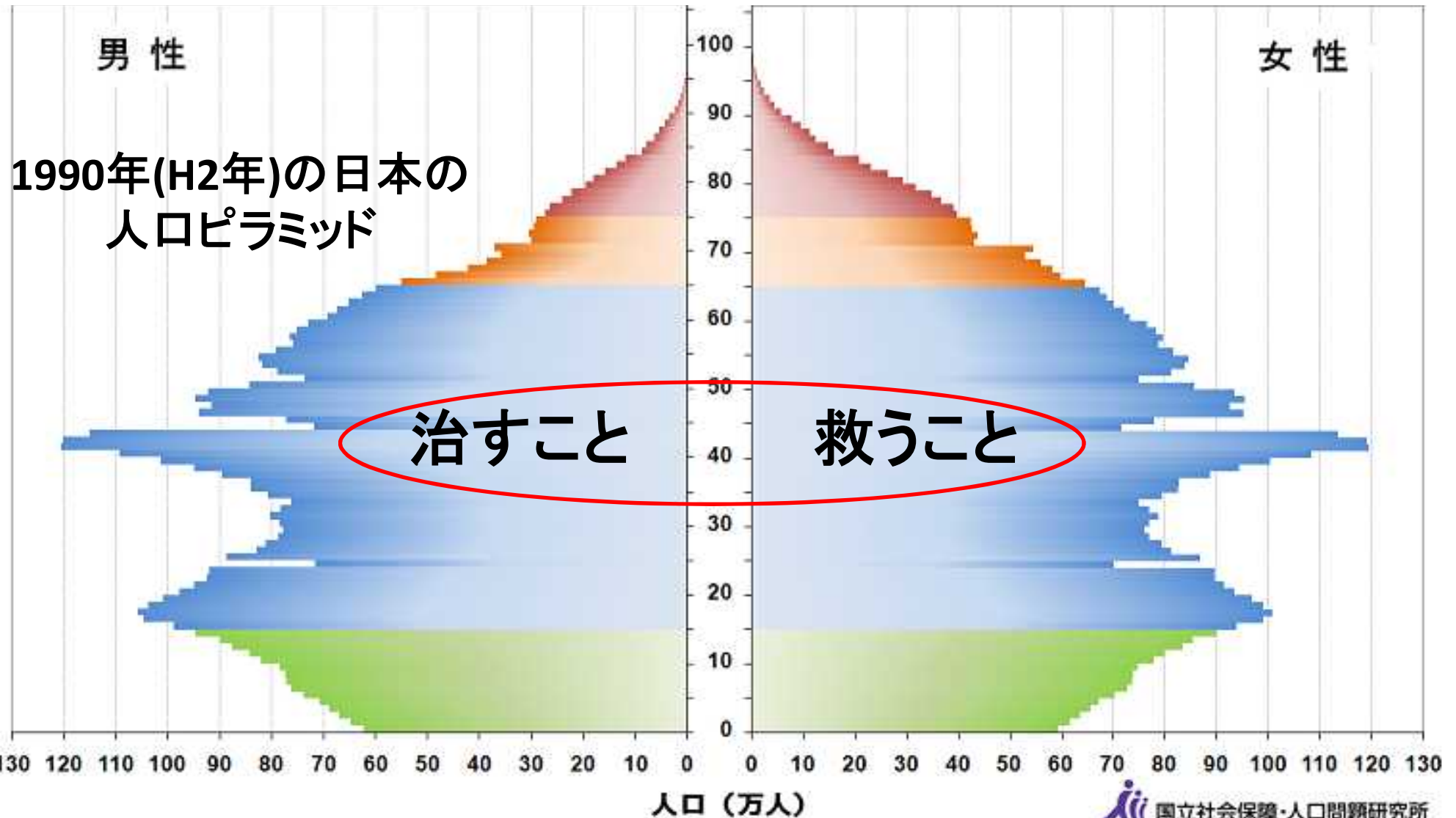
○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



2. 入院医療について

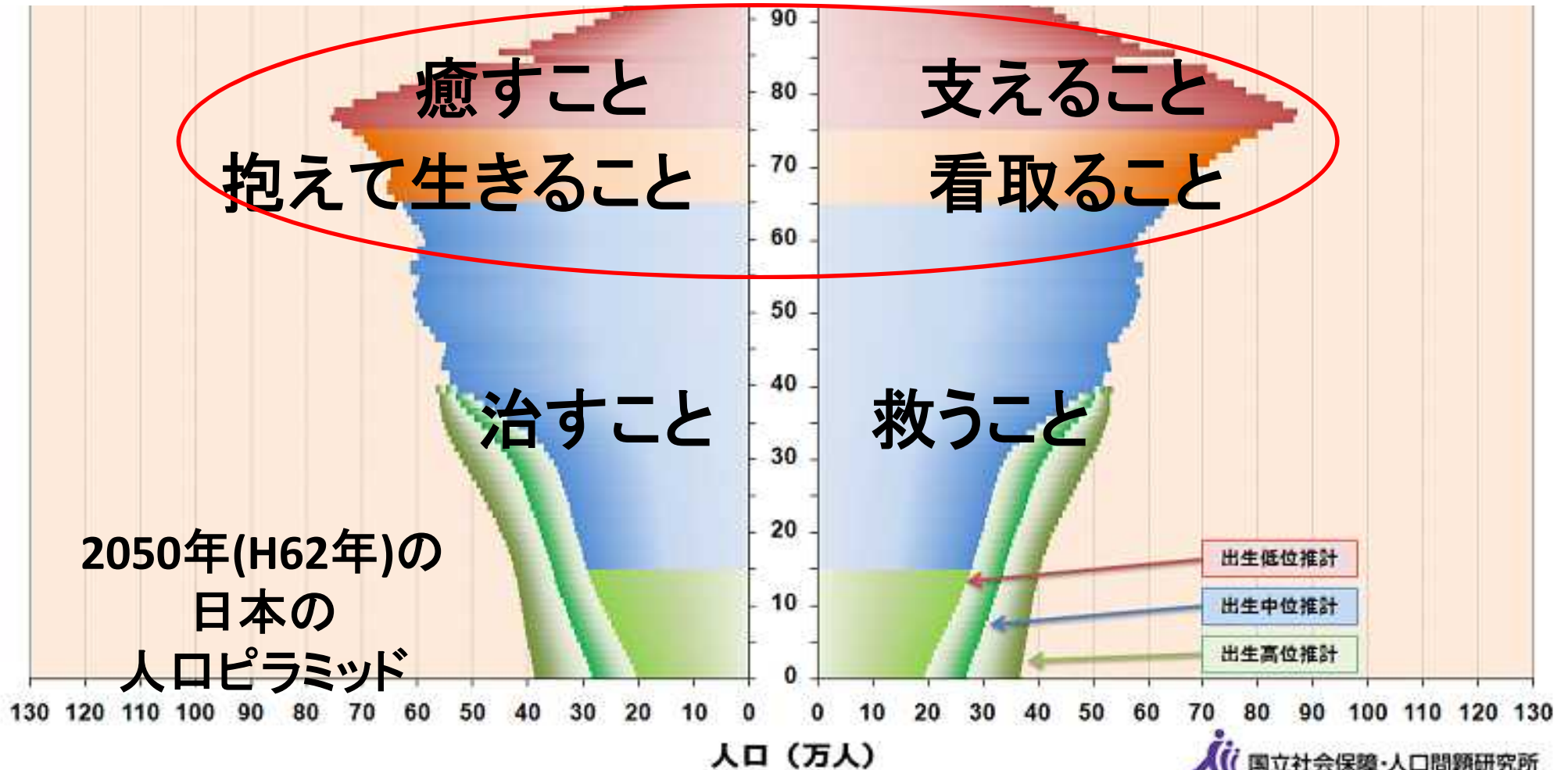
③ 亜急性期等について

多くの病気が治せた頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

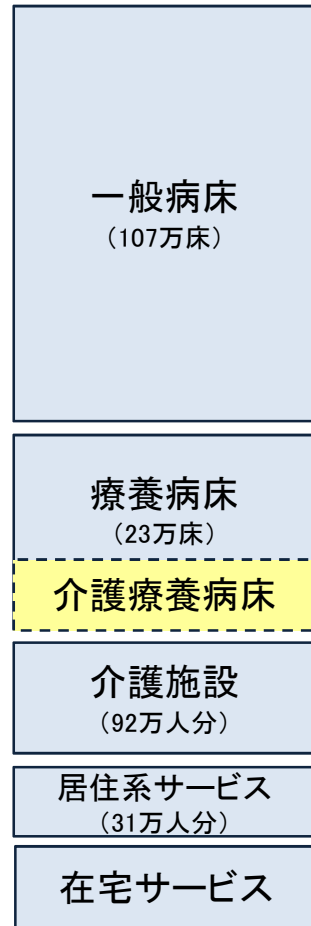
多くの病気を治せなくなる頃



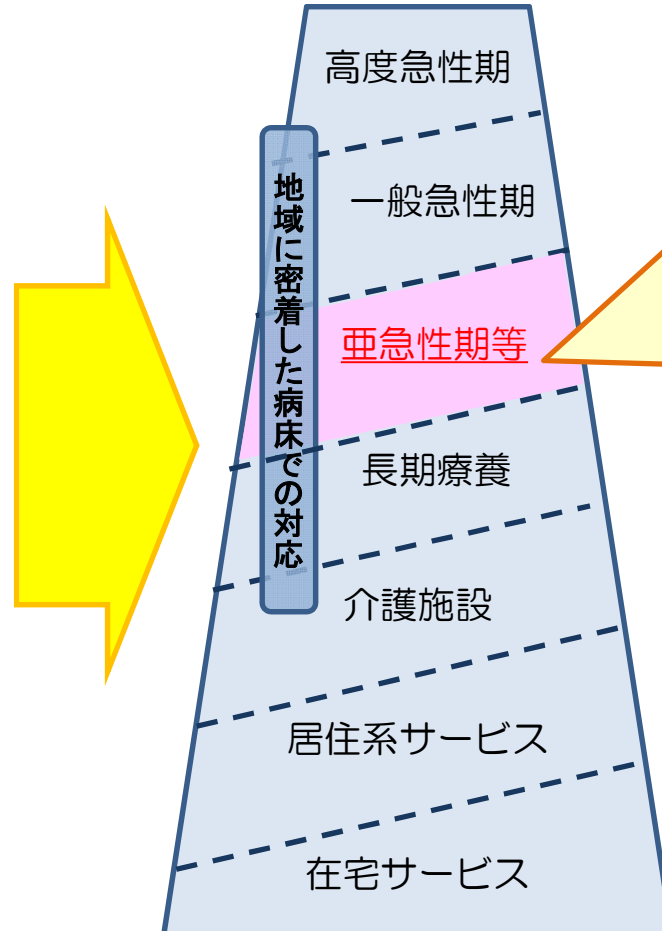
資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

亜急性期等の病棟に期待される役割について

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



- 急性期病院からの医療必要度の高い患者の受け皿
- リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制
- 退院支援等在宅復帰機能
- 在宅療養患者の急性増悪時の対応機能

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について①

項目	点数	看護配置	算定期間
A300 救命救急入院料	(救命救急入院料1の場合) 9,711点(～3日) 8,786点(4日～7日) 7,501点(8日～14日)	4対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301 特定集中治療室管理料	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日) 7,901点(8日～60日)※ ※広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者	2対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	4,511点(～21日)	4対1	21日間
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711点(～14日)	3対1	14日間
A301-4 小児特定集中治療室管理料	15,550点(～7日) 13,500点(8日～14日)	2対1	14日間
A302 新生児特定集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料1の場合) 10,011点	3対1	21日間 出生児体重1,000g未満: 90日 出生児体重1,000g～1500g: 60日

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について②

項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g~1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(~14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g~1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(~7日) 7,701点(8日~14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
A307 小児入院医療管理料4	3,011点	10対1	平均在院日数28日以内 (当該病棟を含めた一般病棟全体の入院患者)
A308-2 亜急性期入院医療管理料	1:2,061点 2:1,911点	13対1	60日間



治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

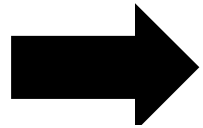
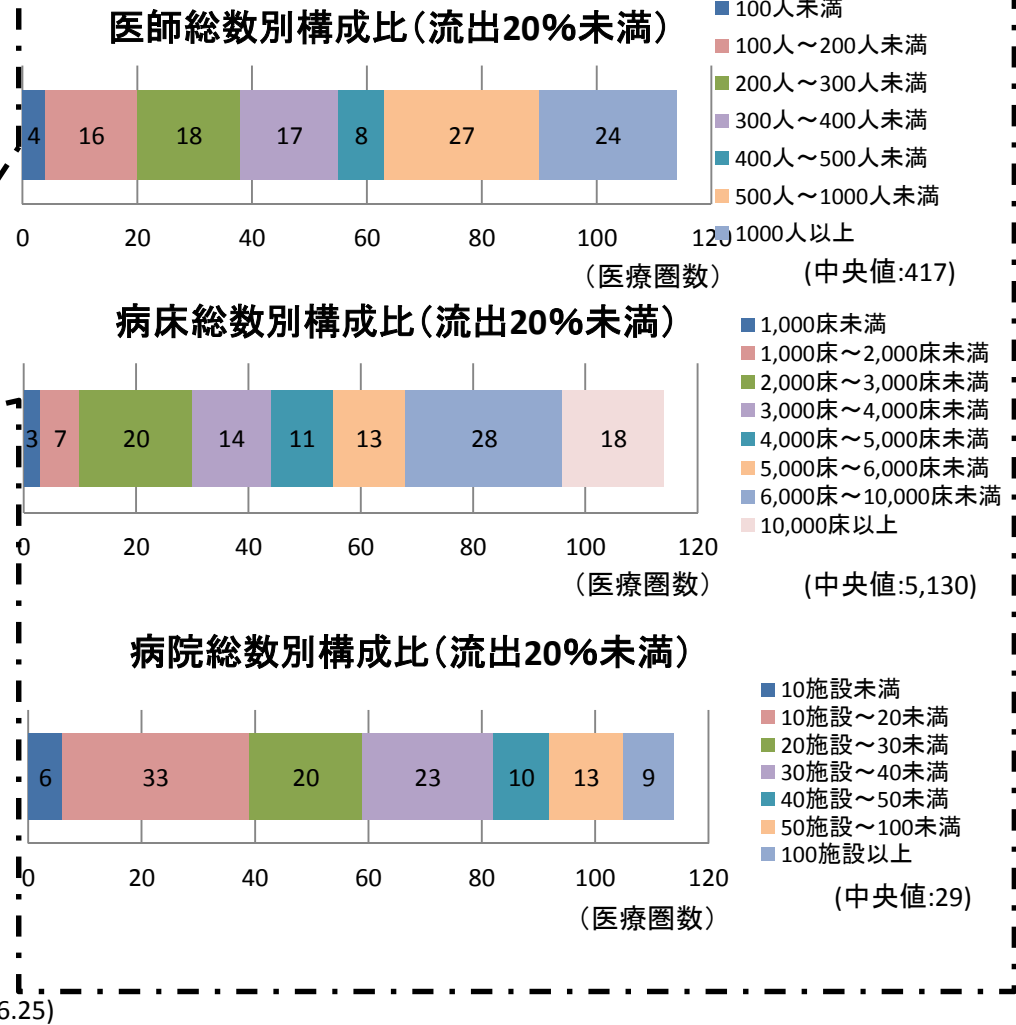
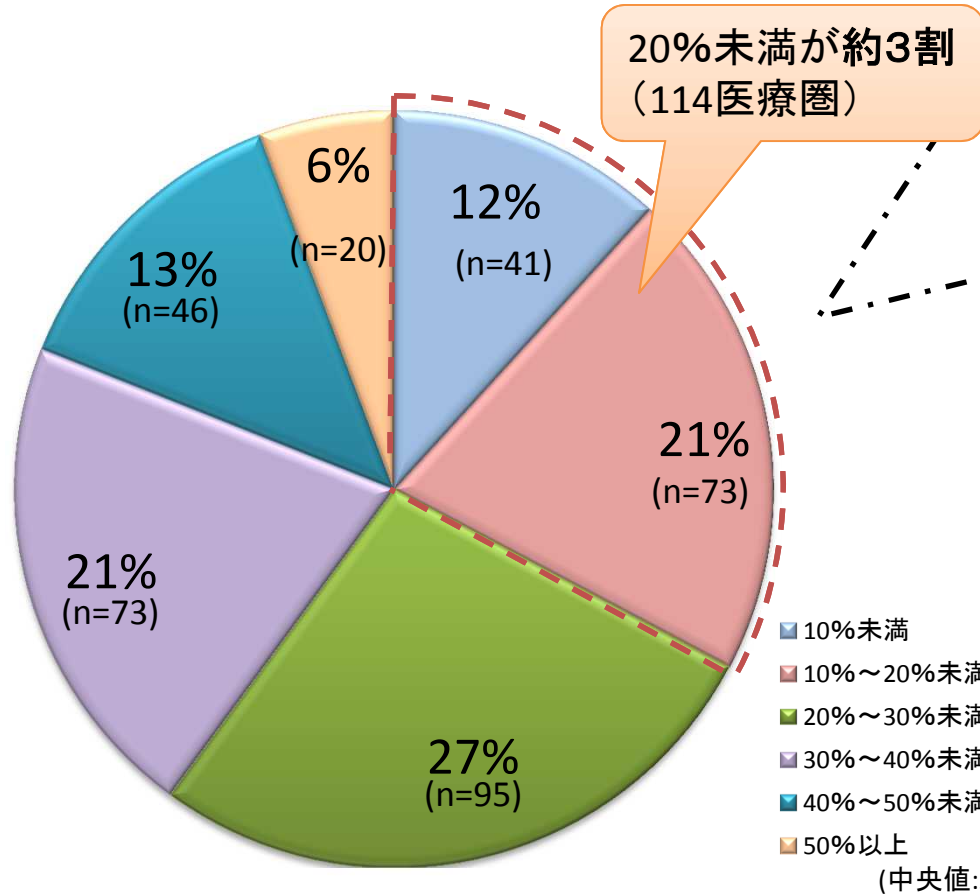
2. 入院医療について

④地域特性について

地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0

2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348力所)

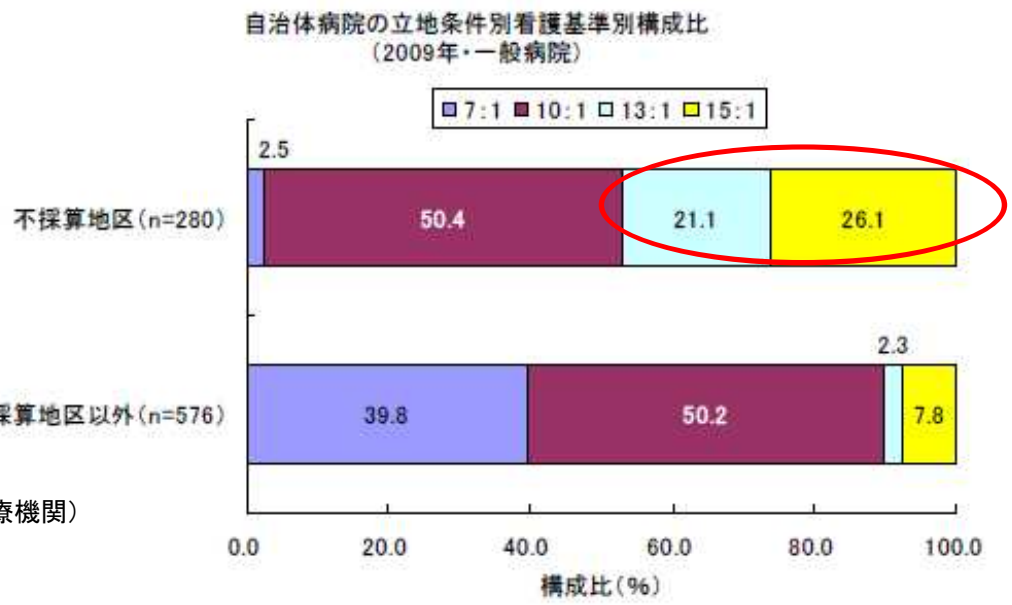
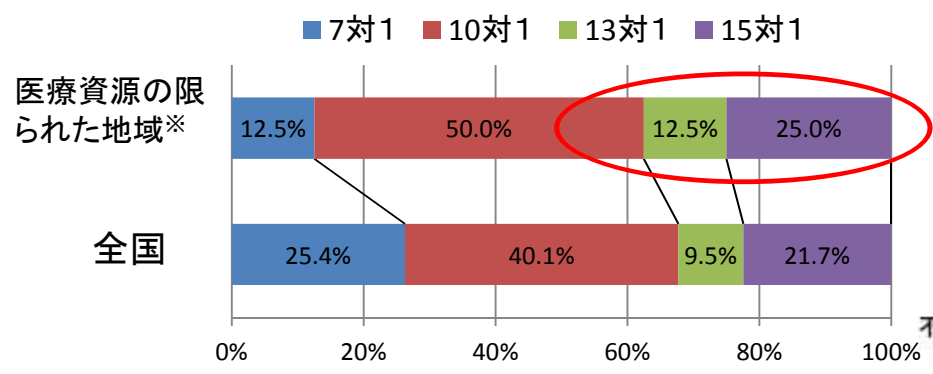


患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

地域の一般病院の看護基準と患者層について①

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
(患者流出割合が低く病床数が少ない地域)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比²⁾
(自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)



※患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」

(注)不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

- ・第1種不採算地区病院:直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
- ・第2種不採算地区病院:直近の国勢調査における「人口集中地区※」以外の区域に所在すること
- ※ 原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域



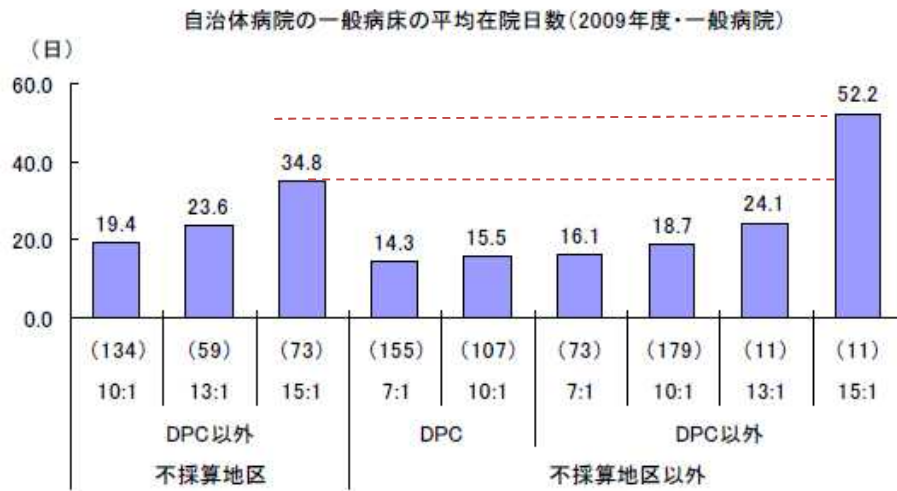
医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

出典: 1) 医療課調べ

2) 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について—入院基本料15:1に注目した分析—(自治体病院の例)

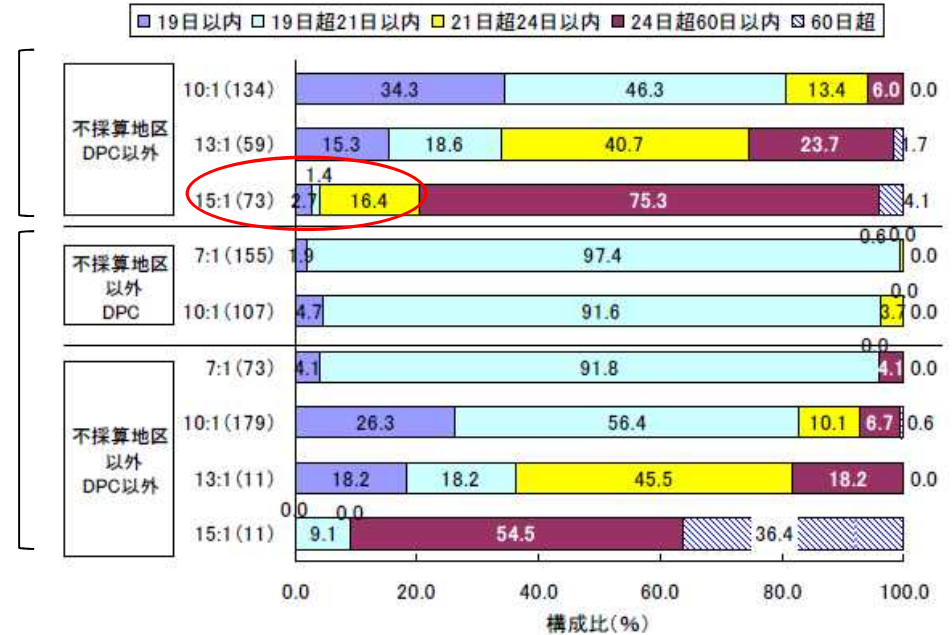
地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)



*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

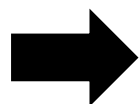
自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内



限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、**15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。**

2. 入院医療について

⑤有床診療所における入院医療について

地域医療を支える有床診療所の主な機能(入院医療)

専門医療を担う機能
(眼科、産婦人科、リハビリテーション等)

⇒ 病院と診療所の基本的な人員配置の差を勘案したうえで、充実した体制(ハイリスク妊娠管理加算等)や、リハビリテーション、手術を病院と同様に評価

地域に根ざした後方病床としての機能

病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能



有床診療所としての特性を有床診療所一般病床初期加算等で評価したうえで、病院と同様の支援機能(急性期・慢性期病棟等退院調整加算など)は病院と同様に評価

緊急時に対応する医療機能



在宅患者緊急入院診療加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等病院と同様に評価

院内で終末期医療を担う機能



看取り加算を評価(平成24年診療報酬改定)

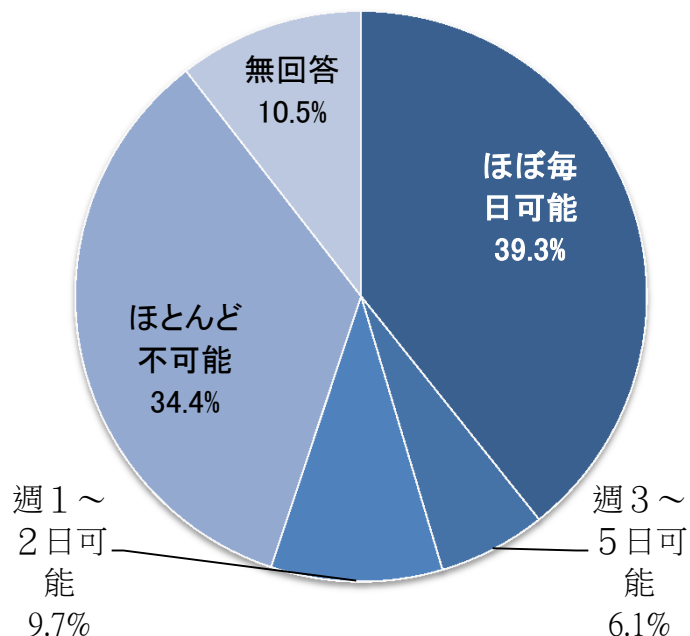
緩和ケアの提供機能



有床診療所における緩和ケア診療を評価(平成24年診療報酬改定)

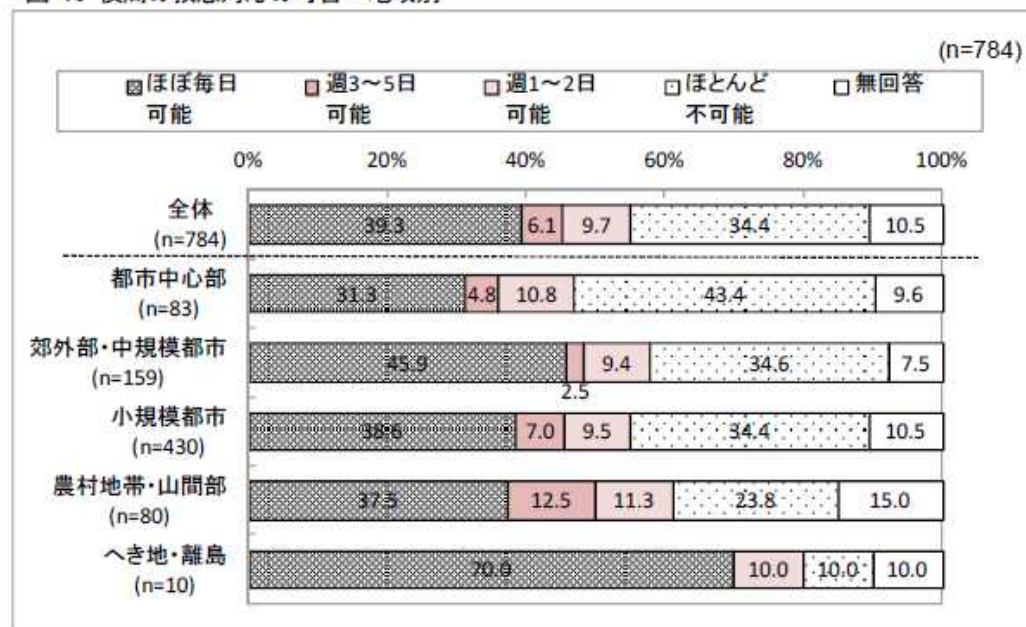
有床診療所の夜間救急の対応

【夜間救急対応の可否】N=784



【地域別】

図 13 夜間の救急対応の可否 - 地域別



※無回答を除く

【22年4月1ヶ月の緊急入院件数と医師・職員の配置状況】

緊急入院件数	医師数 (常勤換算)	看護職員 (常勤換算)	看護補助者 (常勤換算)
0件(n=317)	1.6	8.2	1.5
1~4件(n=181)	1.7	10.2	2.4
5件以上(n=125)	2.1	11.6	2.4

○都市中心部に比べて農村地帯やへき地では緊急入院に対するニーズに有床診療所がより多く対応していた。

○医師や看護職員の体制を整えることでより多くの緊急入院を受け入れていることが把握できた。

調査対象: 全国有床診療所連絡協議会会員 3,624施設
回収率: 27.9% (1,011施設) <うち有床784施設、休床・無床化施設227施設>
出典: 日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査」 **41**

後方病床としての有床診療所の受入状況

中 医 協 総 - 3
2 5 . 3 . 1 3

(平成22年改定の要点)

救急病院や介護施設、自宅からの入転院に対する評価を新設

○一般病床：有床診療所一般病床初期加算 100点（7日まで）

○療養病床：救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点（14日まで）

【入院または転院してきた患者の直前の居場所】

＜有床診療所療養病床＞ n=188(施設数)

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		125人	140人 (+12.0%)
直前の居場所	自宅	58人	67人
	病院	48人	58人 (+20.8%)
	特養等施設	14人	8人

＜有床診療所一般病床＞ n=231(施設数)

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		2579人	2594人 (+0.6%)
直前の居場所	自宅	2222人	2237人
	病院	190人	196人 (+3.2%)
	特養等施設	137人	145人

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「救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査」

○ 有床診療所の療養病床、一般病床の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は増加していた。

【入院元】 n=6,867(患者数) 一般病床および医療療養病床

	自宅(在宅医療なし)	自宅(在宅医療あり)	病院	他の有床診療所	介護施設	無回答
全体(単位%)	62.6	6.1	17.9	1.0	6.4	6.0

出典：日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査」

○ 病診連携において、有床診療所が一定の後方支援機能を果たしている。

I. 高度急性期・一般急性期について

- 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病棟における早期からのリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

II. 長期療養について

- 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
- また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実について、どう考えるか。

III. 亜急性期等について

- 回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

IV. 地域特性について

- 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

V. 有床診療所における入院医療について

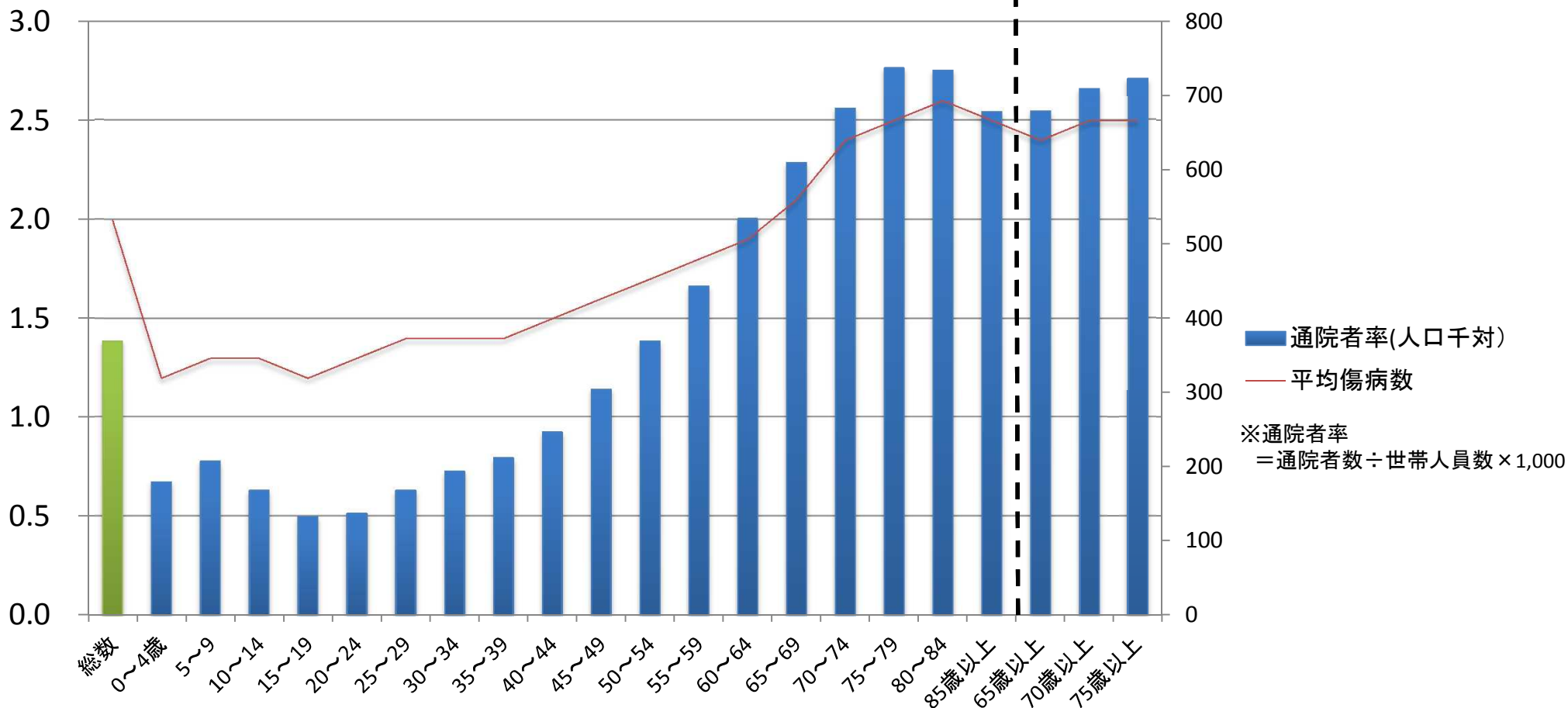
- 高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

3. 外来医療について

年齢別平均傷病数と通院者率

平均傷病数

(再掲) 通院者率(人口千対)

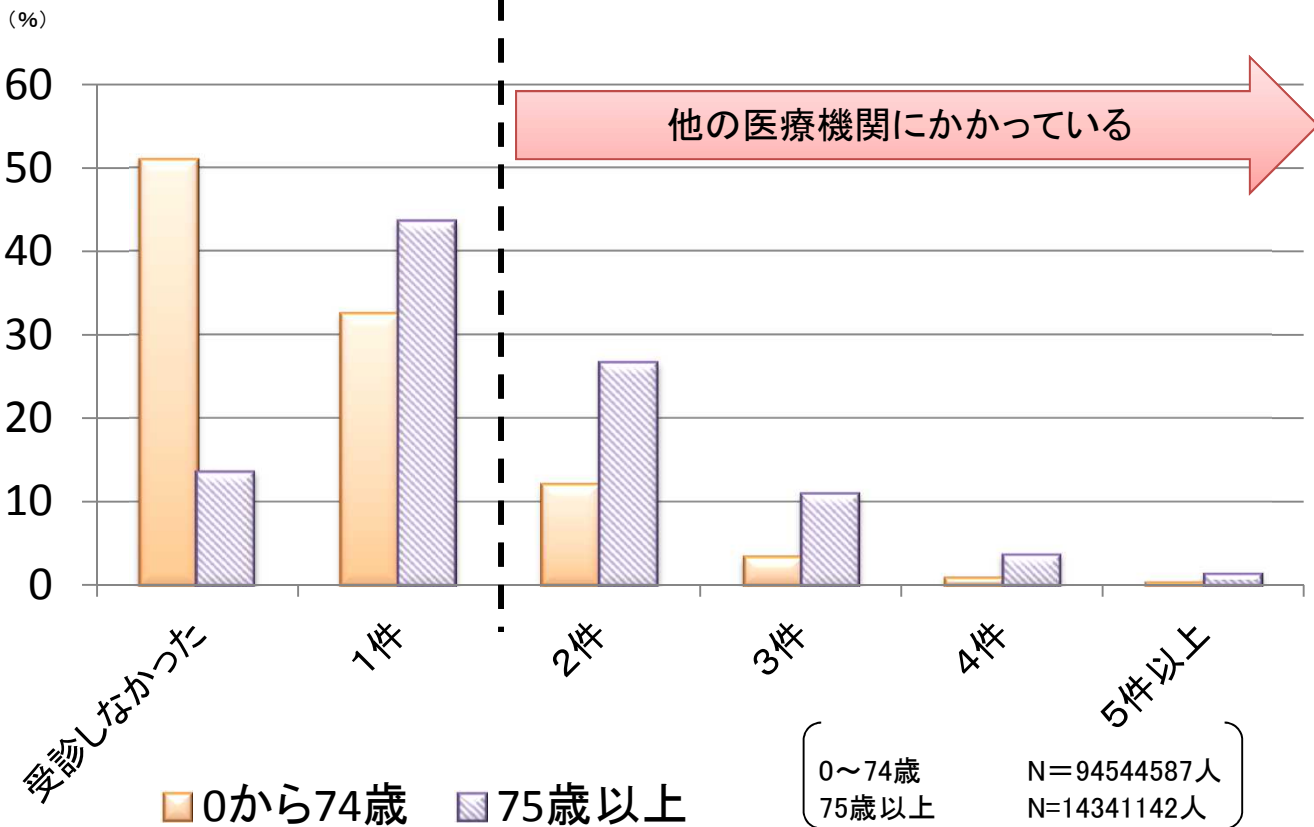


○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

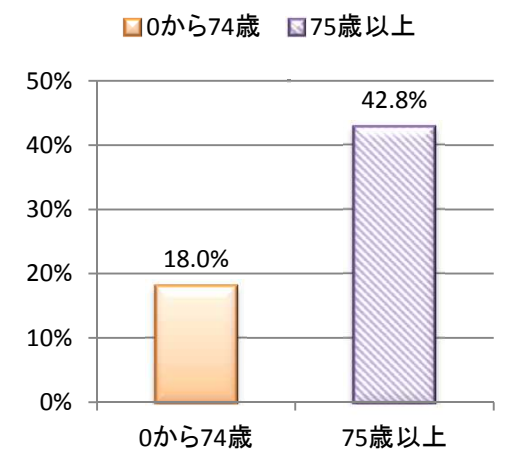
※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

受診した医療機関数別患者割合（年齢階級別）

受診した医療機関数別患者割合



他の医療機関を受診した患者の割合

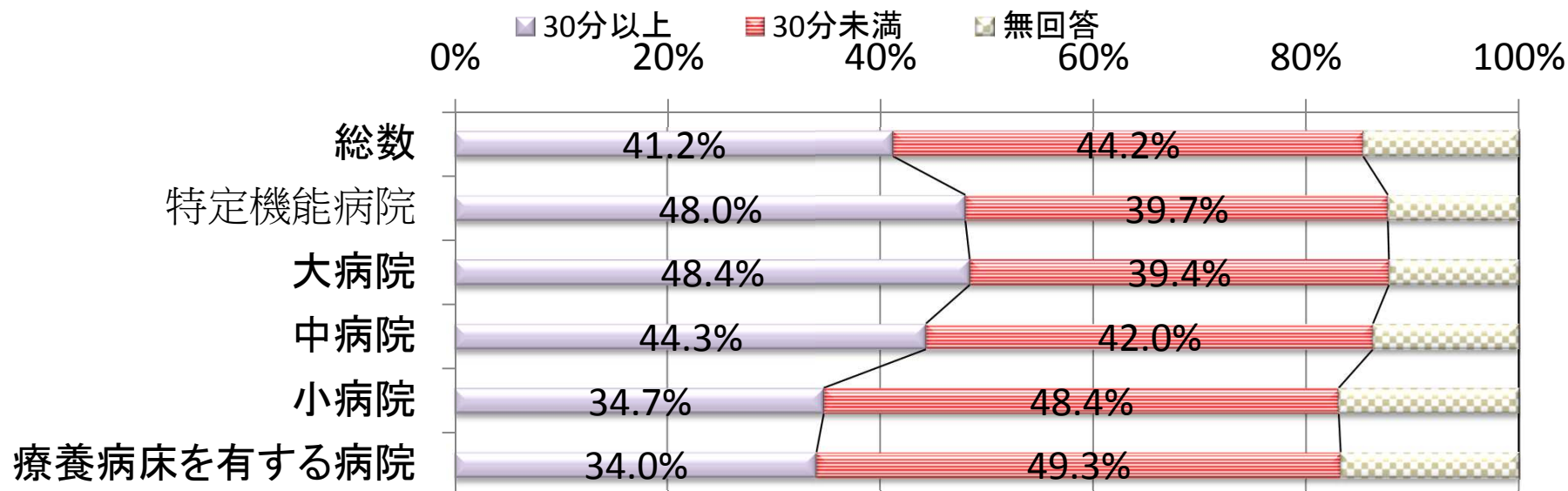


出典：平成22年度 医療給付実態調査報告をもとに医療課で作成

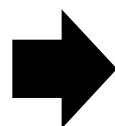
○ 75歳以上では複数の医療機関を受診している割合が高かった。

外来患者の診察前の待ち時間

中医協 総 - 1
25 . 1 . 23



- ※ 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



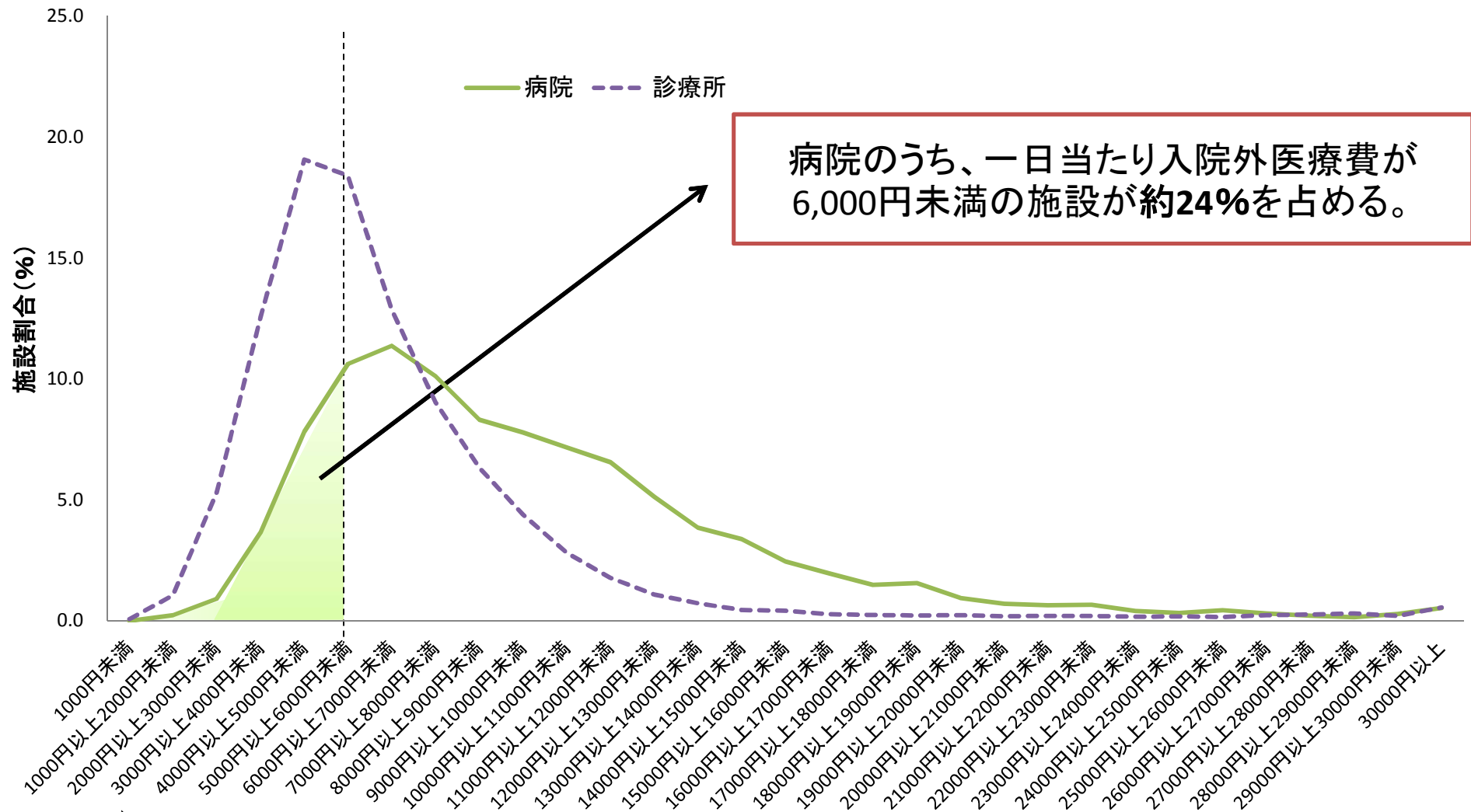
○ 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

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	485施設	35施設	69施設	143施設	120施設	118施設
有効回答数(外来患者票)	98,988	25,178	29,422	27,001	9,757	7,630

医療機関別一日あたり入院外医療費 (平成24年6月分)

(改) 中医協 総-1
25.1.23



病院のうち、一日あたり入院外医療費が6,000円未満の施設が約24%を占める。



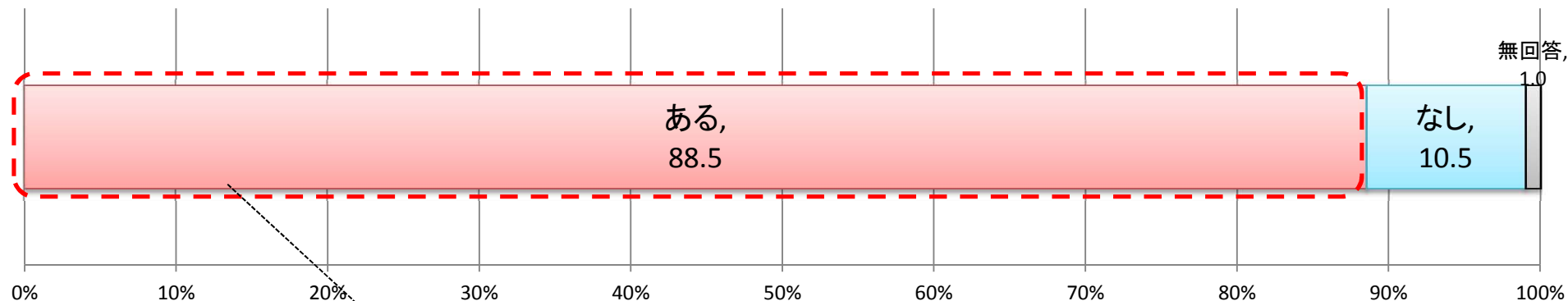
○ 病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する。

外来医療における役割分担について

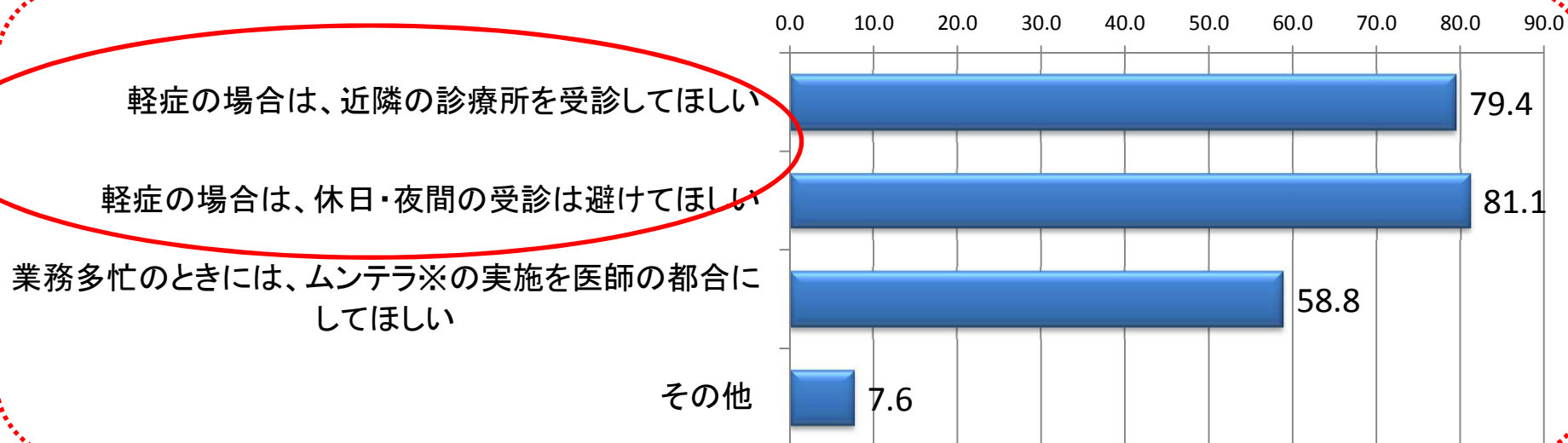
(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0

医師票

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)

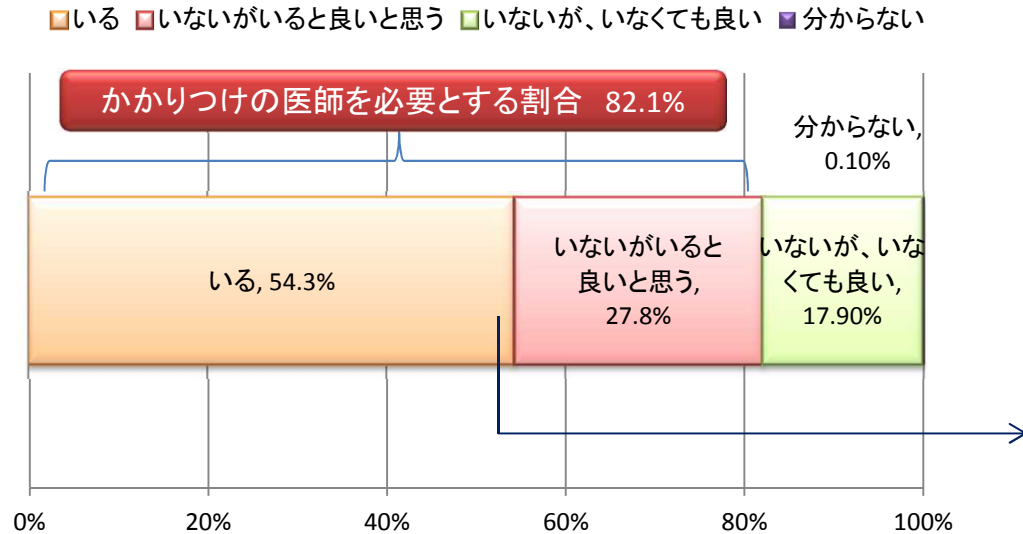


協力してほしい内容(n=1,150)

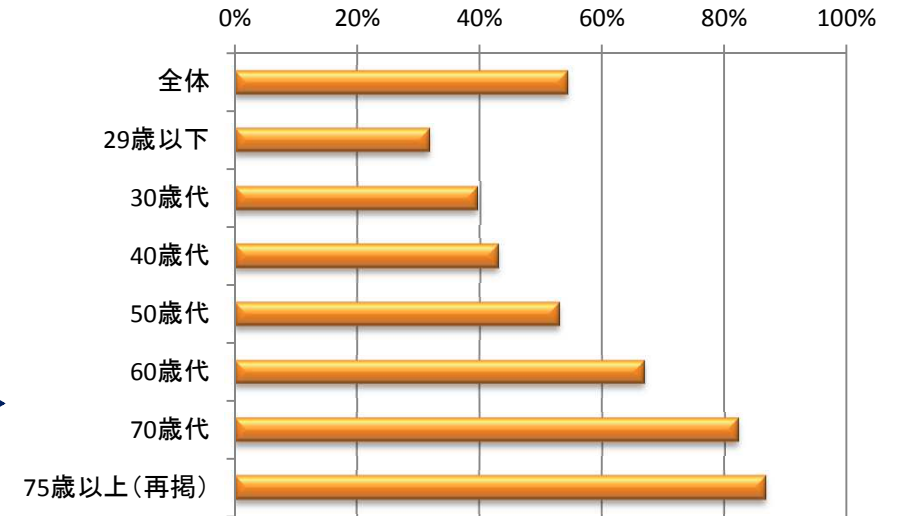


かかりつけの医師の有無

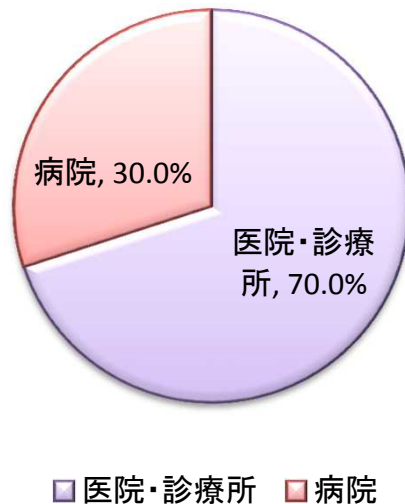
総合的に診るかかりつけの医師の有無 (n=1,246)



年齢別かかりつけの医師がいる割合 (n=1,246)



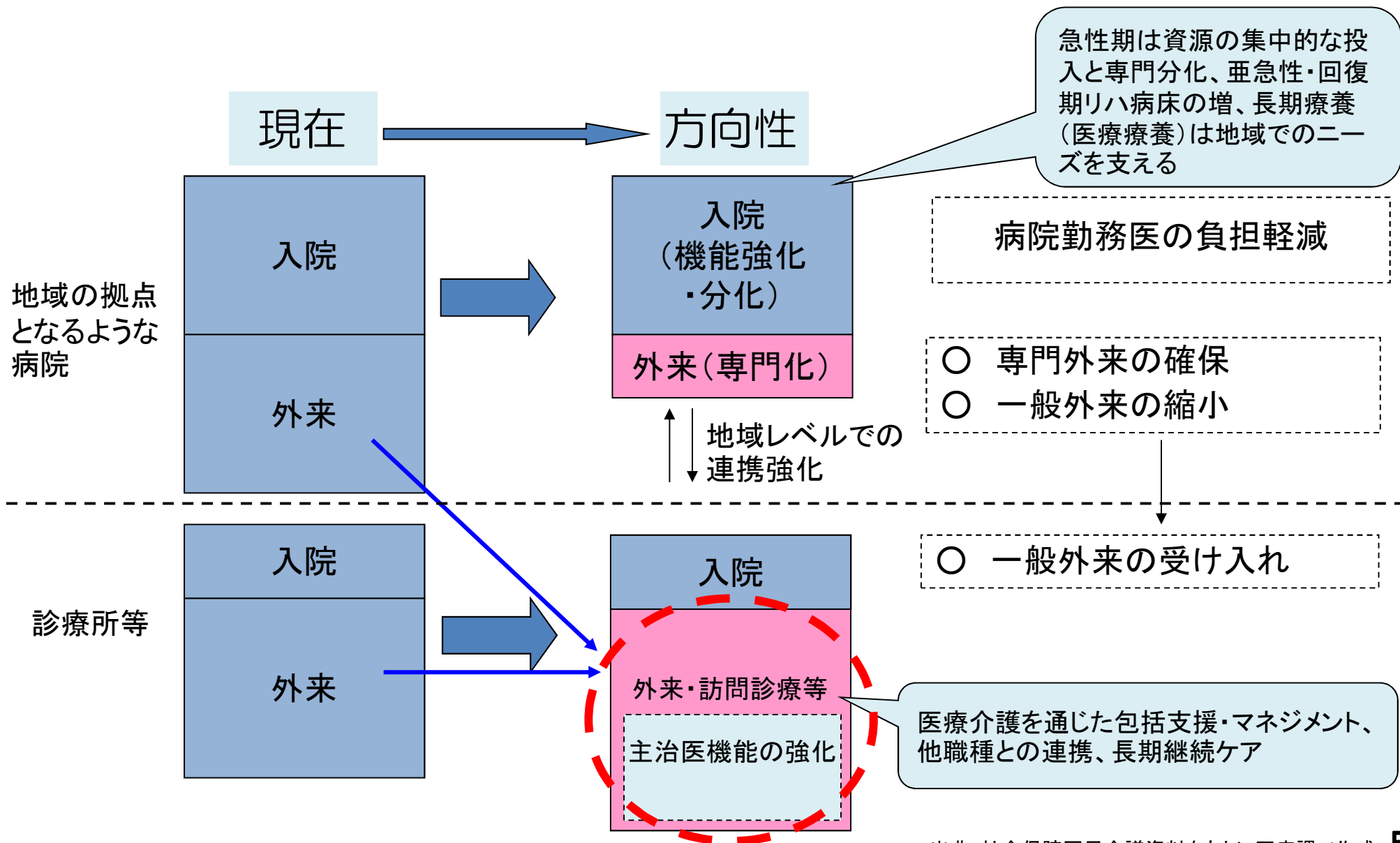
かかりつけの医師の医療機関 (n=676)



- 「病気や健康度を総合的に診療してくれる身近なかかりつけの医師がいますか」という質問に対して「いる」と回答した国民は54.3%、「いないが、いるとよいと思う」が27.8%存在し、かかりつけ医を必要とする割合は約8割であった。
- かかりつけの医師の医療機関をたずねると、病院・診療所が70.0%を占め、病院は30.0%であった。
- 年齢が上がるほどかかりつけの医師がいる割合が高くなる傾向がみられた。

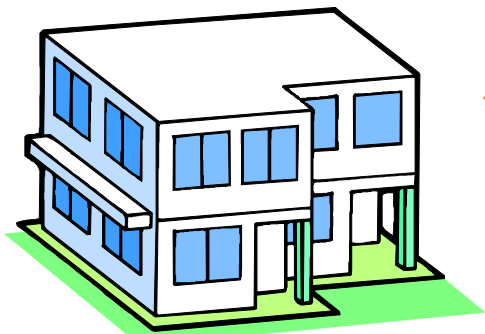
外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0



外来医療の機能分化と連携 (粗いイメージ図)

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

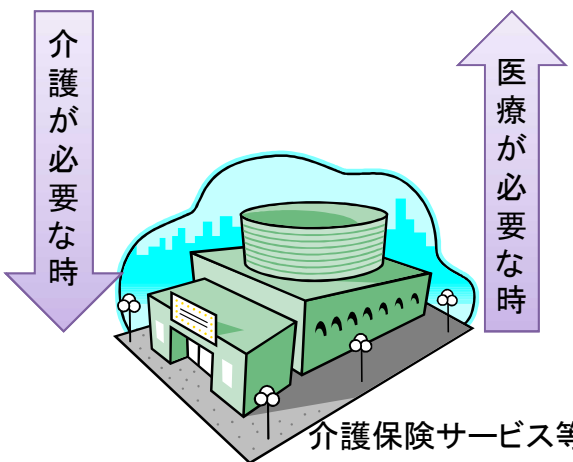


専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
 - 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
 - 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
 - 継続的な服薬や健康管理
- 等



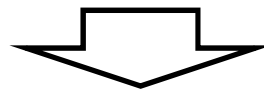
介護保険サービス等

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

主治医機能の強化の課題と論点について

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分化の観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的かつ継続的な診療を行うことが重要である。
- 現状では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。また、医療機関の選択については、まずかかりつけの医師を受診し、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ことを望む者が多く、適切に専門医療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。
- これらに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供および24時間の対応等が期待される。



【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを、総合的に評価することについて、どのように考えるか。

外来医療の課題と論点について

- 我が国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には約32%、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が更に求められる。
- 外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。
- 外来診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強であった。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的な対応、アクセスの良さ等があげられる。
- 介護保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。



【論点】

- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

4. 在宅医療について

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

中医協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

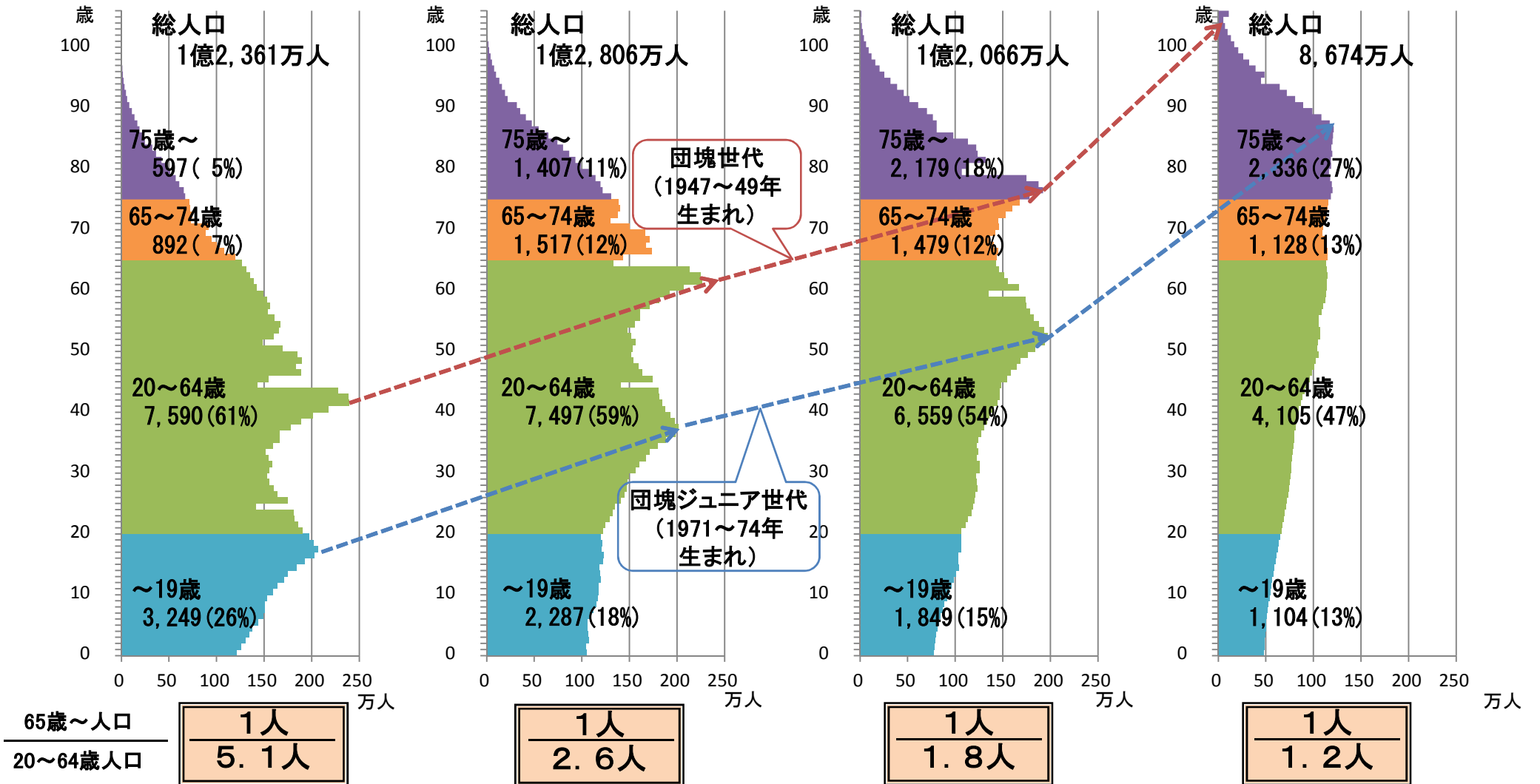
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

高齢化社会の進展に伴う課題について① (認知症高齢者の増加)

(万人)

将来推計 (年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年(2012)を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

出典:老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室推計(平成24年)

(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書)

(万人)

将来推計 (年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく

高齢化社会の進展に伴う課題について② (高齢者世帯の増加)

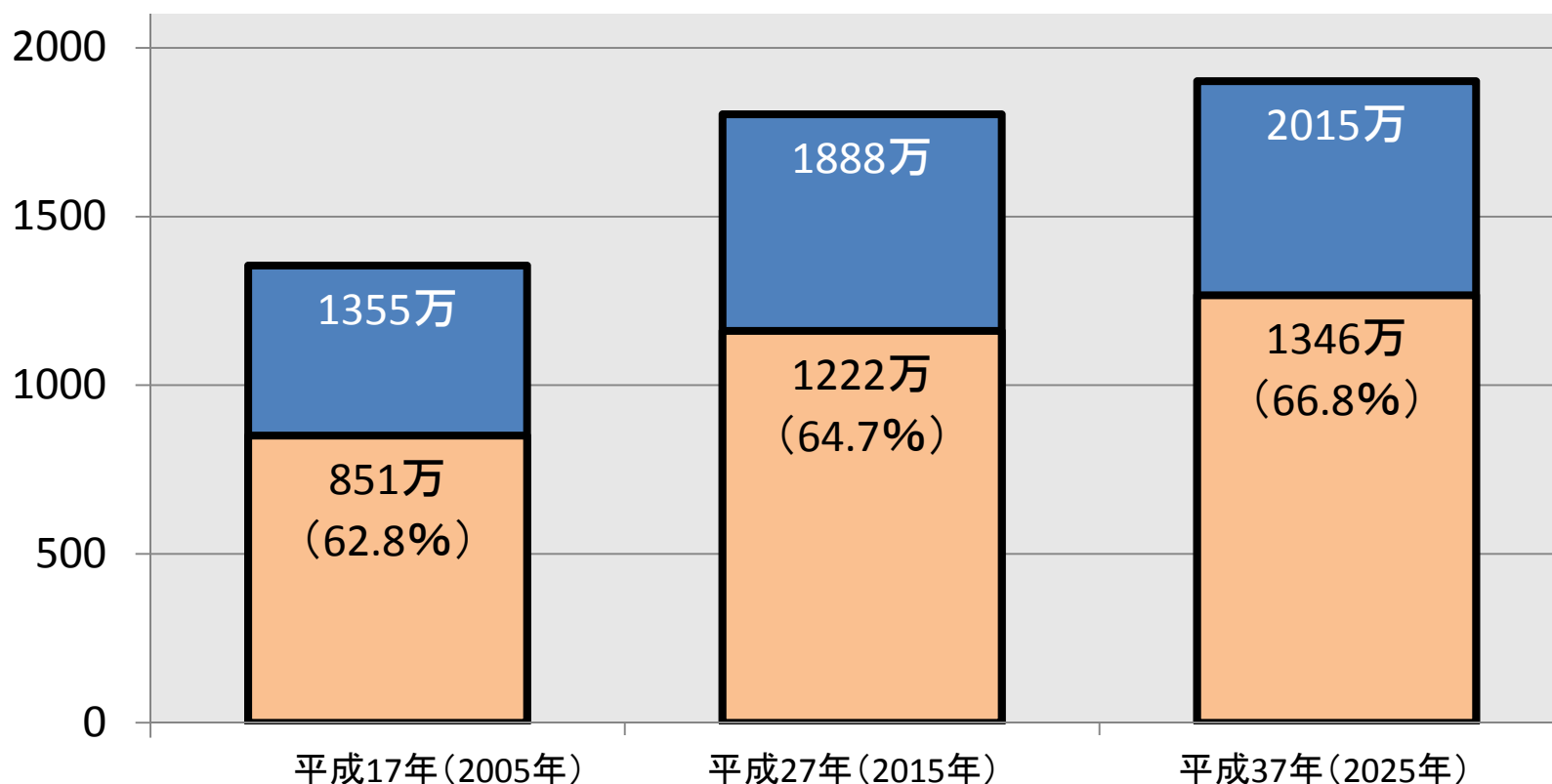
中医協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

高齢世帯の推計

(括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合)

■ 世帯主が65歳以上 ■ 単独世帯及び夫婦のみ世帯

(万世帯)



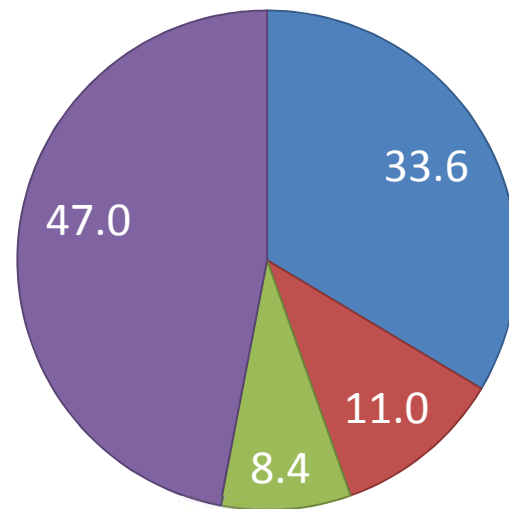
出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」2013(平成25)年1月推計

世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

高齢化社会の進展に伴う課題について③ (日本のどこで高齢者数が増加しているのか)

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

平成17→27年
高齢者 都道府県別増加数 割合(%)
(総計で800万人増加)



■ 首都圏4都県
(東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県)

■ 大阪府

■ 愛知県

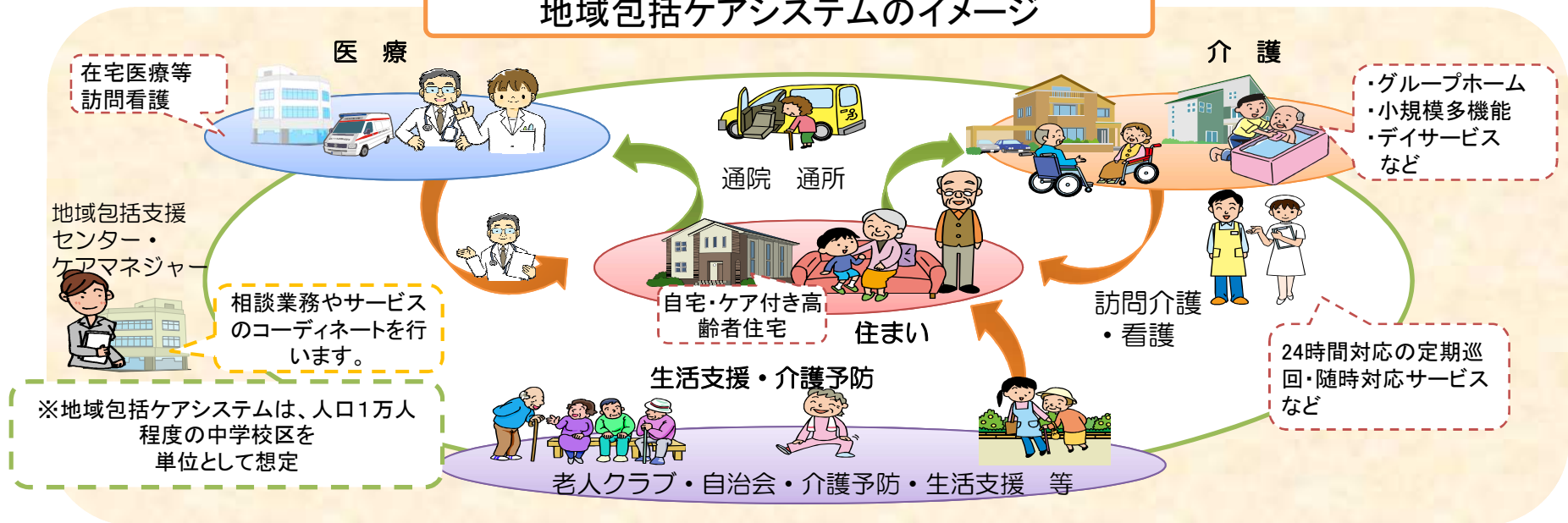
■ その他41道府県

国立社会保障・人口問題研究所
「日本の都道府県別将来推計人口」より作成

首都圏をはじめとする都市部において、今後高齢者数が急激に増加する

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、**継続的**（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）**に行われることが必須。**

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

中医協 総 - 4
25 . 6 . 26

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28/施行H23.10.20）

登録戸数：111,966戸
(平成25年5月31日現在)

1. 登録基準

(※有料老人ホームも登録可)

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

《サービス》

- ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること
(初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け)

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】

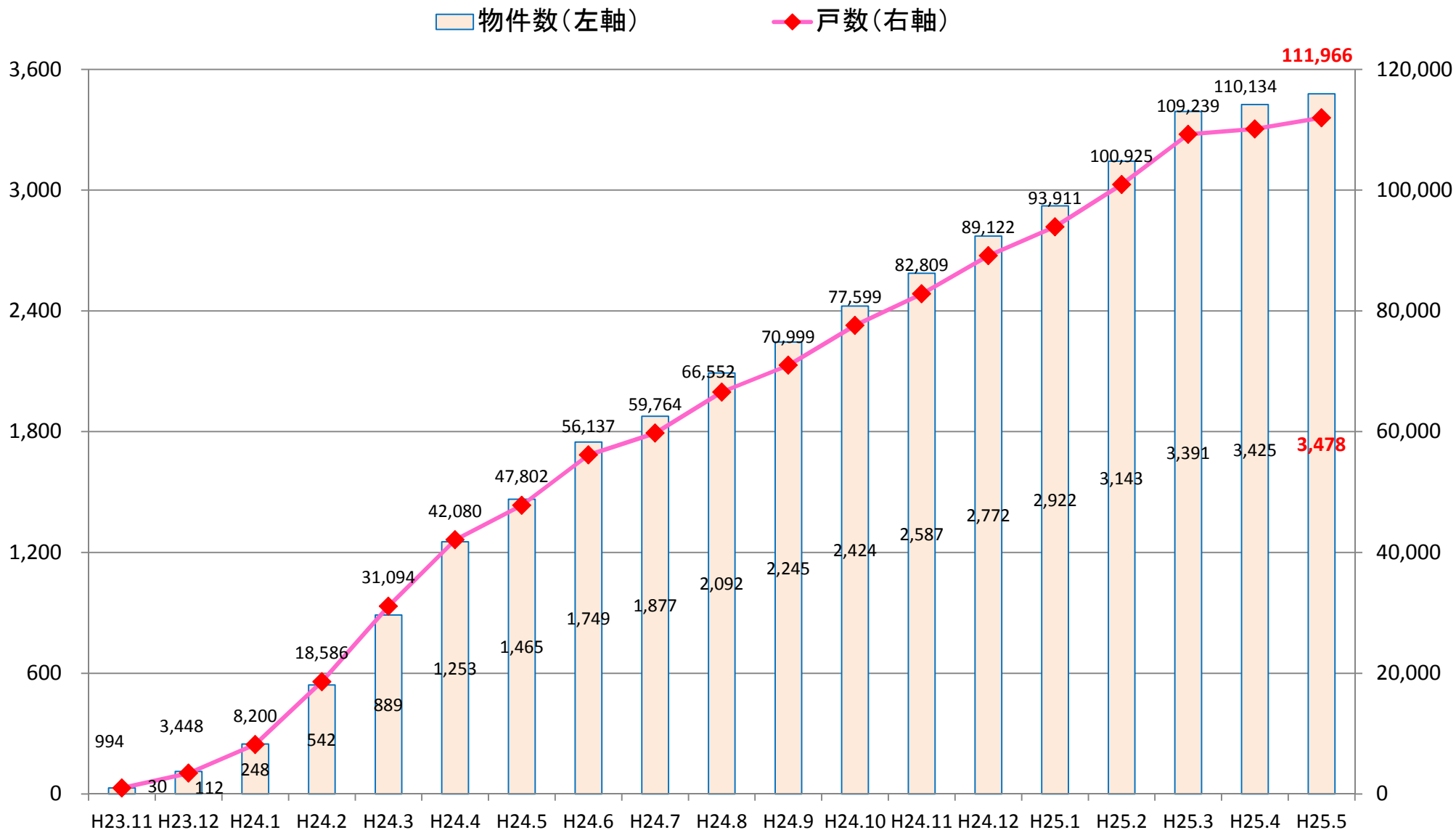
診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

中医協 総 - 4
25 . 6 . 26

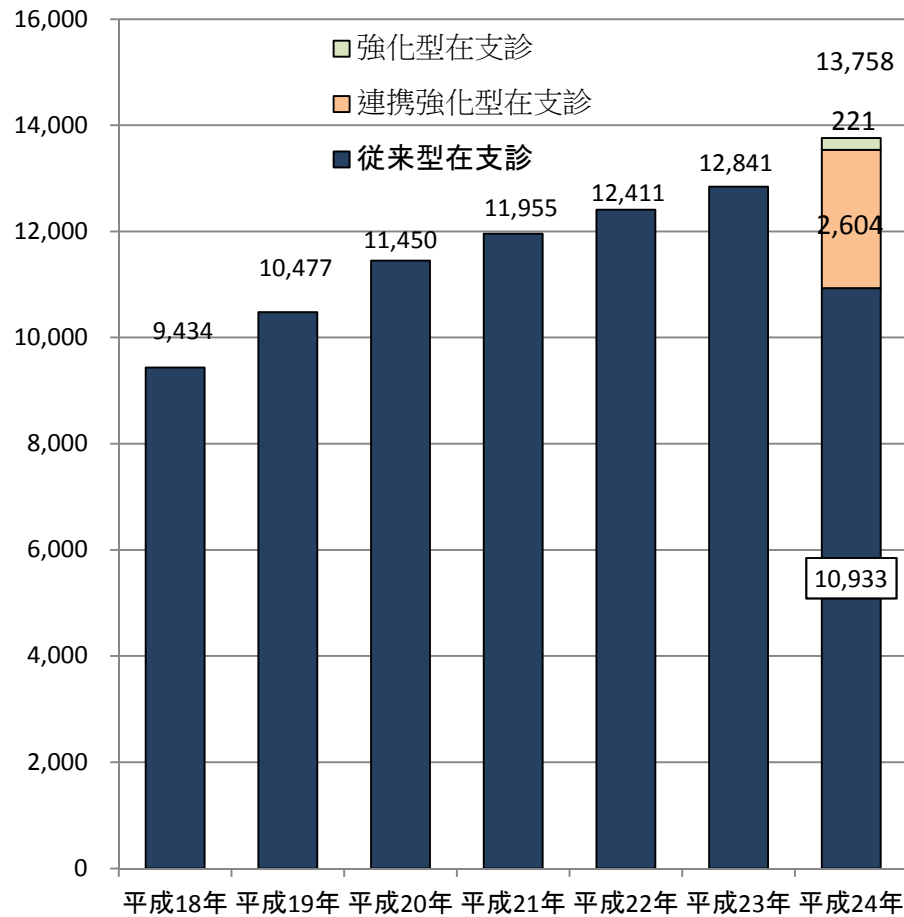
平成25年5月31日時点



在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

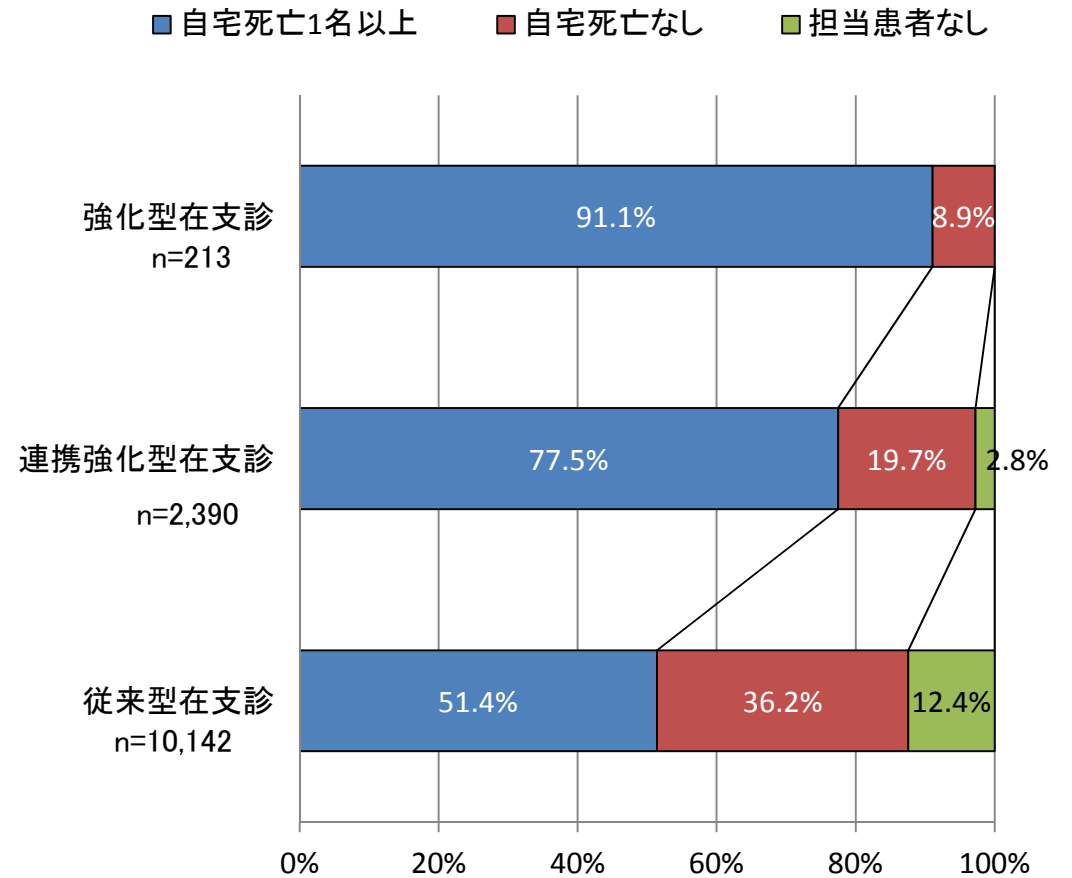
(届出数)

在宅療養支援診療所届出数



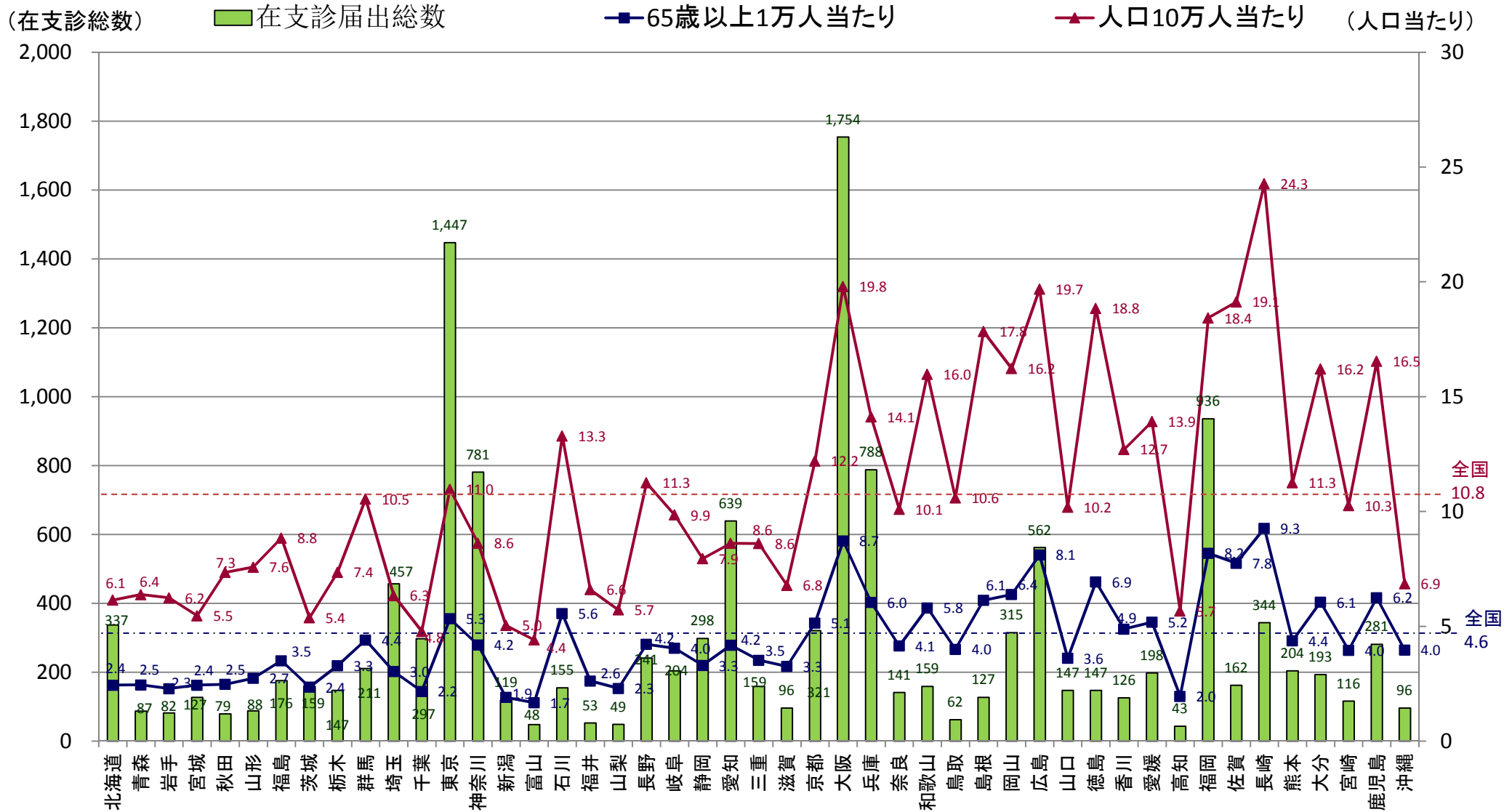
(注)連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月時点)



(注)厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

在宅療養支援診療所の都道府県別分布



(注) 在支診総数は保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)
65歳以上人口は総務省人口推計(平成23年10月1日時点)を用いて計算

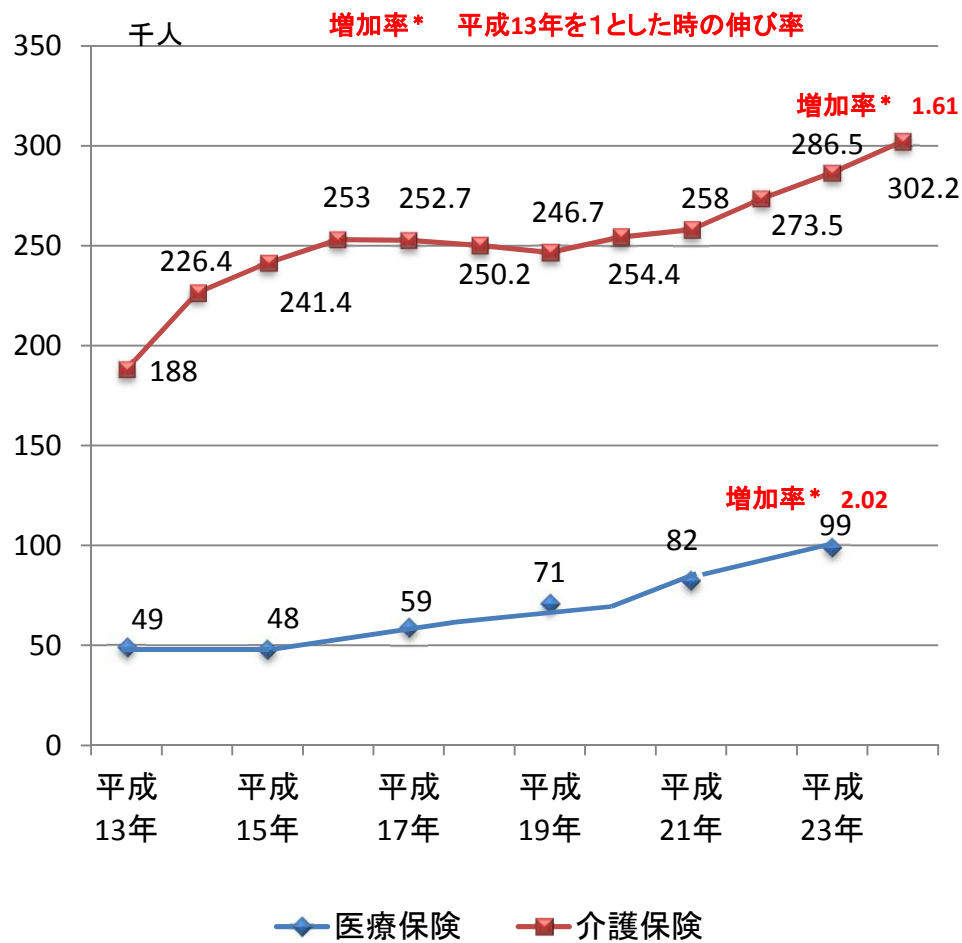
出典: 保険局医療課調べ

訪問看護の利用者数の推移

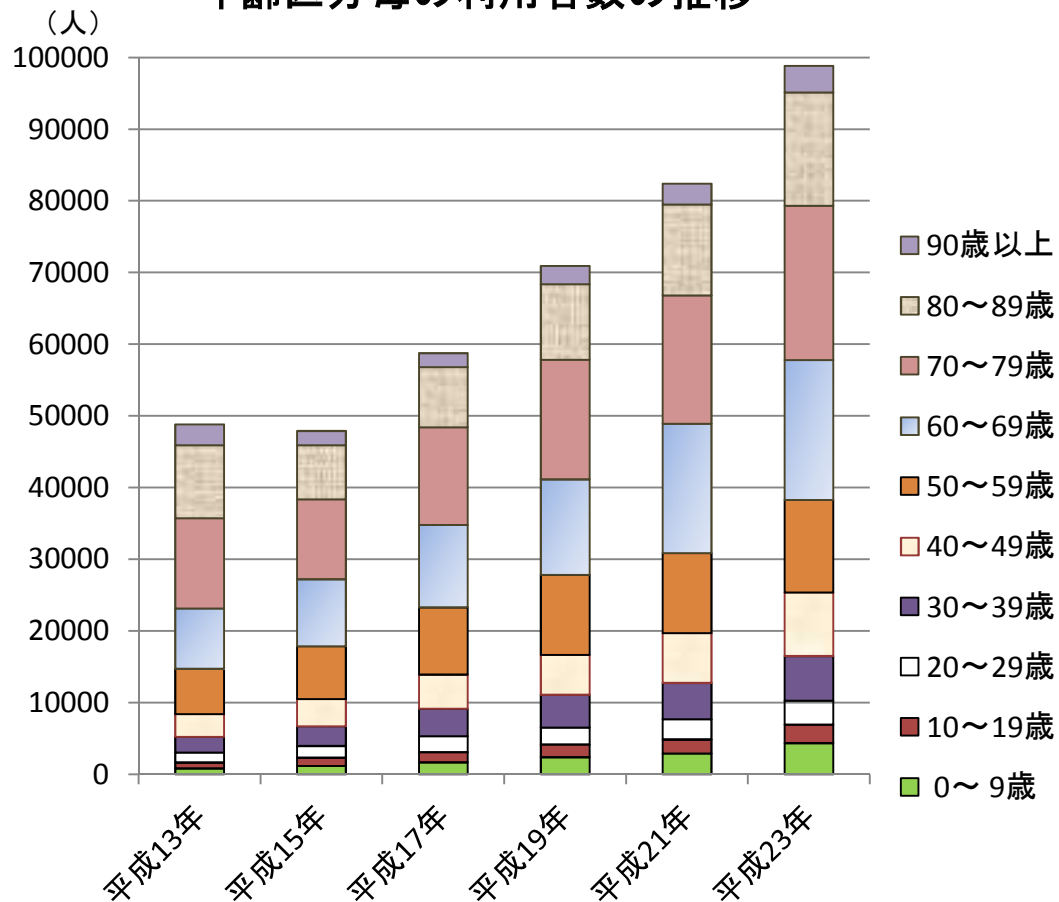
中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者は、どの年齢層も増加している。

■訪問看護利用者数の推移



■医療保険の訪問看護利用者 年齢区分毎の利用者数の推移



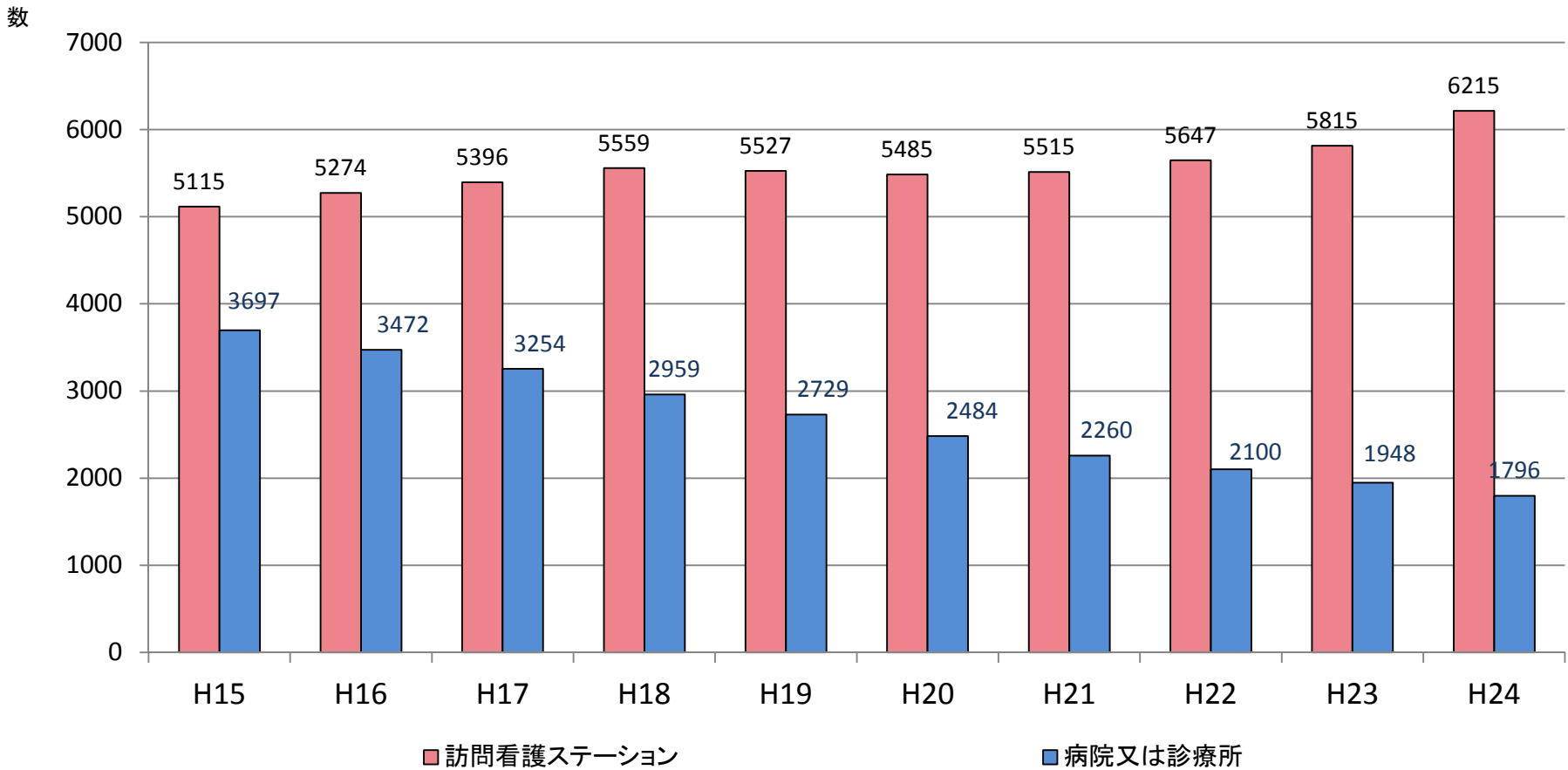
介護保険「介護給付費実態調査」各年5月審査分
医療保険「保険局医療課調べ」(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

保険局医療課調べ(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

訪問看護事業所数の推移

○ 訪問看護ステーション数は微増し、医療機関の訪問看護事業所数は減少している。

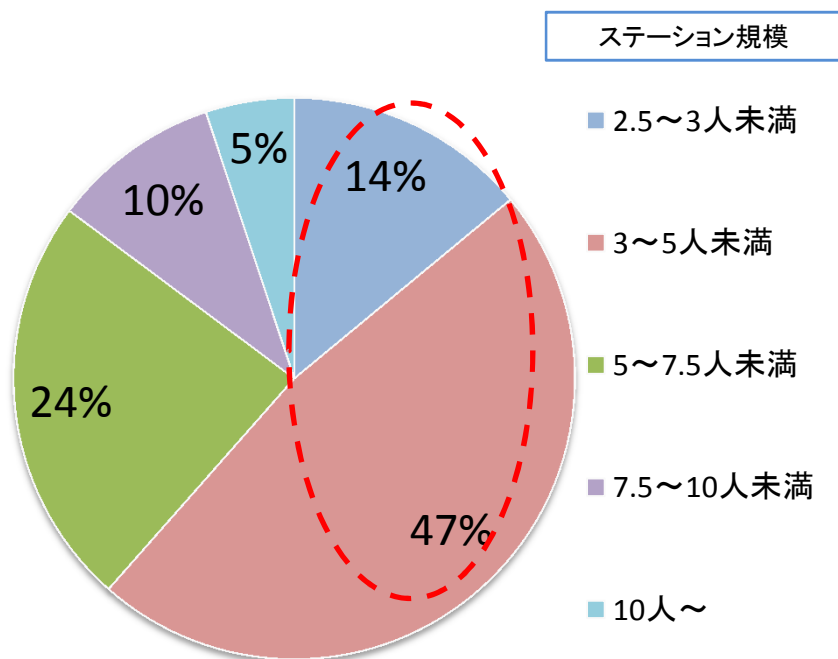
■ 訪問看護事業所数の推移



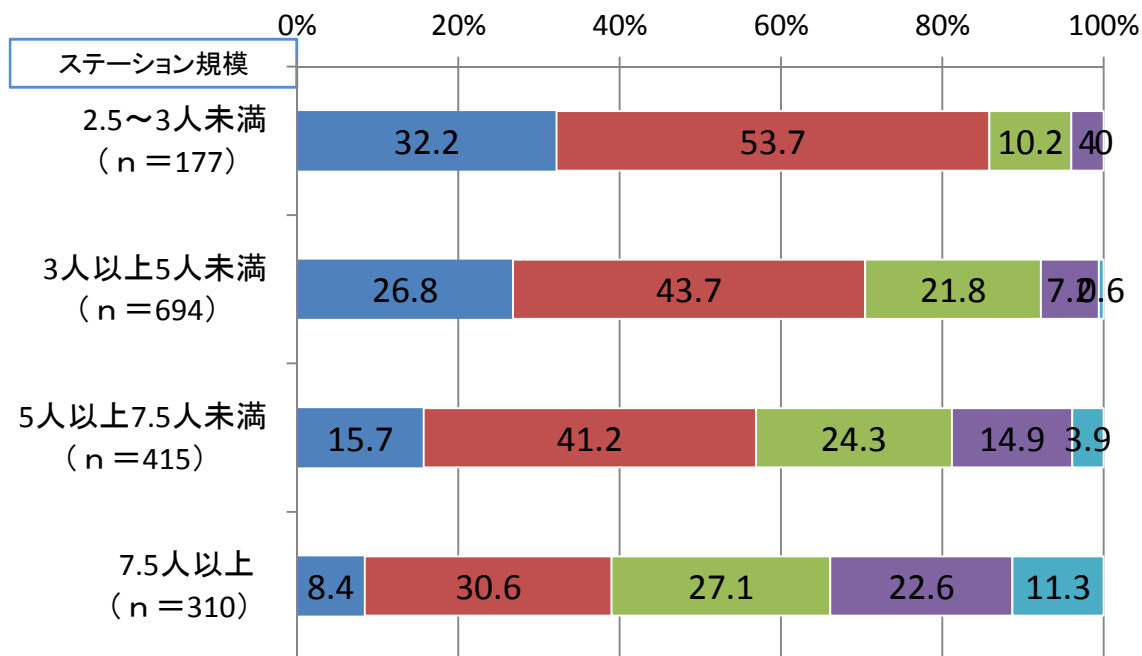
訪問看護ステーションの規模別状況

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%(参考)1事業所当たり看護職員数:約4.3人
- 訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

■職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



■訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■ 0人 ■ 1人以上5人未満 ■ 5人以上10人未満 ■ 10人以上20人未満 ■ 20人以上

在宅療養支援歯科診療所について

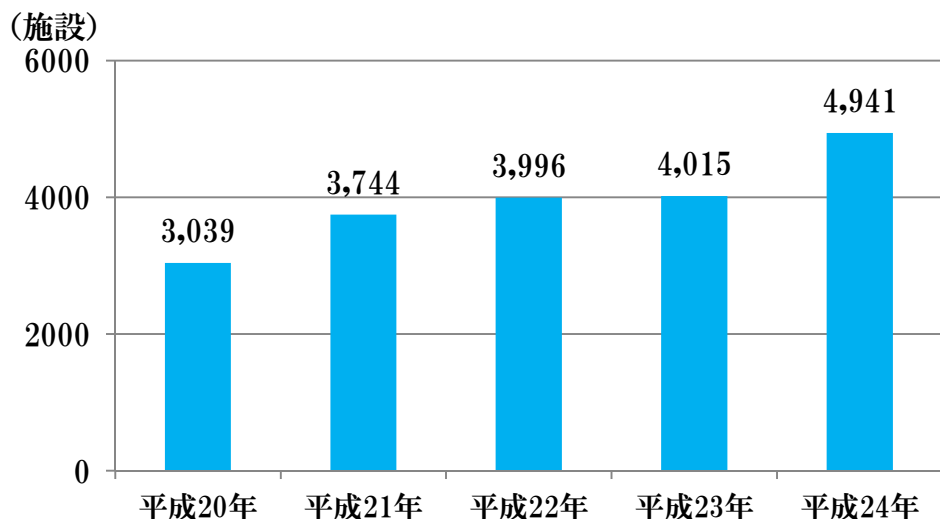
中 医 協 総 ー 3
2 5 . 5 . 2 9

◆ 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】

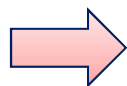
- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

<在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移>



<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 I	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+50点)	130点
歯科訪問診療補助加算 【平成24年度改定対応】	同一建物居住者以外の場合:110点 同一居住者の場合:45点	—



在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約7%にとどまっている

在宅医療における薬剤師

中医協 総 - 3
2 5 . 5 . 2 9

中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 1 1

「チーム医療の推進に関する検討会 報告書」(平成22年3月19日厚生労働省)(抜粋)

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

(1) 薬剤師

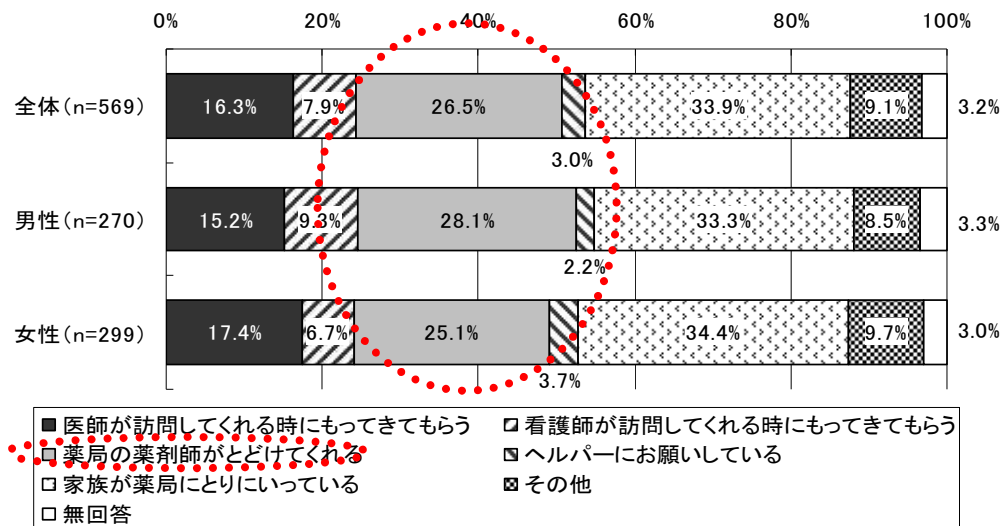
○ 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。

○ さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。

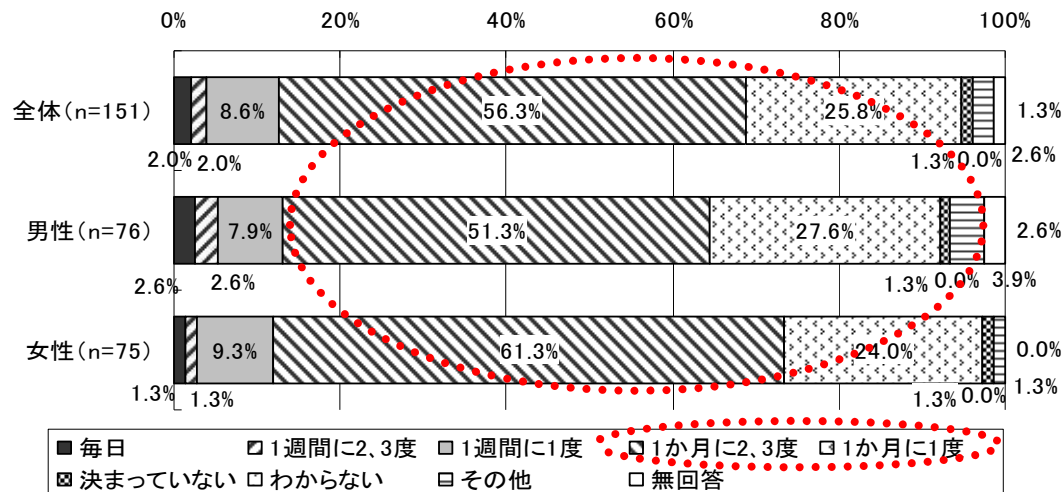
○ こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

現在の状況(参考)

＜在宅患者が普段服薬している薬の受け取り方法＞



＜薬局の薬剤師が医薬品を患家へ届ける頻度＞



〔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)在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 結果概要(速報)

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。



診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○ 診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。
(一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒～10分、一カ月当たりの訪問診療回数 ほとんど4～5回/月)



患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- ・ また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- ・ なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。



【論点】

- 在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

○ これまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきたが、これらの議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら、以下の点等について今後具体的に議論を進めることとしてはどうか。

入院医療

- ① 急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
- ② 亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
- ③ 地域の実情に応じた病棟の評価のあり方 等

外来医療

- ① かかりつけ医機能の評価
- ② 大病院の紹介外来の推進 等

在宅医療

- ① 在宅療養支援診療所・病院の評価の検討
- ② 不適切と考えられる事例への対策も含めた地域の実情に応じた在宅医療の推進 等

また、上記以外の個別の重要課題については、必要に応じて議論を行うこととしてはどうか

I. 高度急性期・一般急性期について

- 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病棟における早期からのリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

II. 長期療養について

- 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
- また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実について、どう考えるか。

III. 亜急性期等について

- 回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

IV. 地域特性について

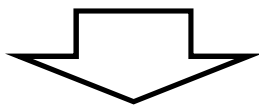
- 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

V. 有床診療所における入院医療について

- 高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

外来医療の課題と論点について

- 我が国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には約32%、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が更に求められる。
- 外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。
- 外来診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強であった。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的な対応、アクセスの良さ等があげられる。
- 介護保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。



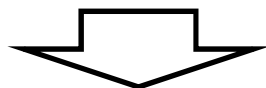
【論点】

- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

主治医機能の強化の課題と論点について

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分化の観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的かつ継続的な診療を行うことが重要である。
- 現状では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。また、医療機関の選択については、まずかかりつけの医師を受診し、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ことを望む者が多く、適切に専門医療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。
- これらに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供および24時間の対応等が期待される。

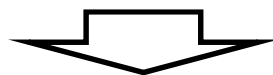


【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所的主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを、総合的に評価することについて、どのように考えるか。

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- ・ また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- ・ なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。



【論点】

- 在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

(公財) 日本医療機能評価機構提出資料

- 産科医療補償制度における制度見直しの検討状況について
..... 1
- 第57回社会保障審議会医療保険部会における質問事項について
..... 6

平成25年7月25日(木)

産科医療補償制度における制度見直しの検討状況について

1. 産科医療補償制度運営委員会における制度見直しの検討状況

- 産科医療補償制度は、早期に創設するために限られたデータをもとに設計されたことから、創設時にまとめられた「産科医療補償制度準備委員会報告書」において、「遅くとも5年後を目処に、本制度の内容について検証し、補償対象者の範囲、補償水準、保険料の変更、組織体制等について、適宜必要な見直しを行う」とされた。
- このため、産科医療補償制度運営委員会（以下、「運営委員会」という）において、平成24年2月から制度の見直しに向けた論議を開始し、補償対象範囲、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途、原因分析のあり方、調整のあり方、紛争の防止・早期解決に向けた取組み等を見直しに係る検討課題として挙げた。
- このうち、補償対象範囲、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等については、補償対象者数を明らかにした上で議論を行う必要があるが、本制度の補償申請期限は児の満5歳の誕生日までであり、制度創設年である平成21年生まれの児においては平成27年中頃まで補償対象者数は確定しない。
- しかしながら、確定前であっても当初の推計値より下回ることは明らかであることから推計値を見直すべきとの医療保険部会でのご意見等を踏まえ、補償対象範囲、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等については、平成24年10月に小児神経科医、リハビリテーション科医、産科医、新生児科医、疫学等の専門家から構成される「産科医療補償制度 医学的調査専門委員会（以下、「医学的調査専門委員会」という）」を設置し、補償対象者数の推計、および制度見直しの検討にあたって必要な脳性麻痺発症等に関するデータの収集・分析等を行い具体的な議論を行えるよう整理することとされた。
- 今般、医学的調査専門委員会における分析の結果が「産科医療補償制度医学的調査専門委員会報告書」として取りまとめられ、本年7月23日開催の第22回運営委員会において公表されたことから、補償対象者数の推計結果を説明するとともに、今後の見直しの検討の進め方等について考え方を示す。
- なお、原因分析のあり方、調整のあり方、紛争の防止・早期解決に向けた取組み等の補償対象者数の推計値等のデータがなくとも検討が可能な課題については、これまでに6回にわたって運営委員会において議論が行われ、本年6月10日に「産科医療補償制度 見直しに係る中間報告書」として取りまとめられた。同報告書の概要は別紙1のとおりである。

2. 補償対象者数の推計の見直し結果

医学的調査専門委員会において推計された結果は以下のとおりである。また、医学的調査専門委員会における検討の概要は、**別紙2**のとおりである。

① 補償対象者数の推計値：年間 481 人 (※1) (推定区間 (※2) 340 人～623 人)

※ 1 日本全国における、補償対象となる重度脳性麻痺児の年間出生数

※ 2 統計的に見た 95%信頼区間（補償対象者がこの中に収まる可能性が高い範囲。ただし、この区間を越える可能性もある）

② 補償対象者数の推計値の根拠

沖縄県において 1998 年～2007 年に出生した脳性麻痺の全例について、補償対象に該当するか否かの判断を行い、一般審査 (※3)、個別審査 (※4) のそれぞれについて、「沖縄県における補償対象となる脳性麻痺の発生数」、「沖縄県における出生数」、「2009 年の全国における出生数」より、全国における補償対象者数の推計値を算出した。

また、沖縄県における過去の脳性麻痺の発生数を、2009 年の全国の発生数にあてはめるに際しては、統計学的観点から誤差を考慮する必要があるため、真の予測値が含まれると考えられる区間について、二項分布の正規近似を用いた方法により、推計値の 95%信頼区間を算出した。

その結果、補償対象者数の推計値は 481 人、95%信頼区間は 340 人～623 人であった。

なお、創設当初と同じく沖縄を対象とした限定的な地区での数値に基づく推計ではあるものの、今回は、補償対象となる脳性麻痺の発生数について、補償対象の基準である「重症度」「在胎週数・出生体重等」「除外基準」のそれぞれについて基準に該当する割合を検討し、それらを掛け合わせることで算出していたのに対し、今回は、調査対象の全例について審査基準への適合性を一般審査と個別審査とに分けて一例一例精査して算出し、統計学的手法を用いて、より精緻な補償対象者数の推計を行った。

※ 3 在胎週数 33 週以上かつ出生体重 2,000g 以上

※ 4 在胎週数 33 週以上かつ出生体重 2,000g 未満、または在胎週数 28 週以上かつ 33 週未満

③ 補償対象者数の推計値の見直しについて

今回の推計値については、今後の補償対象者の確定件数等の実績と照らし、大きく乖離する場合等あれば、定期的に確定件数を踏まえた推計値の見直しを行うことも考慮する。

3. 平成 21 年生まれの児の補償申請状況

① 補償対象（平成 21 年生まれ）の見込み件数：年間約 480 人（推計値より）

補償対象者の確定件数 : 205 人（平成 25 年 6 月末現在。以下同じ）

審査中の件数（※1） : 8 人

申請準備中の件数（※2） : 111 人

※ 1 児または保護者から運営組織に申請が行われ補償可否の審査を行っているところであり、今後補償対象となる可能性がある件数

※ 2 保護者や分娩機関において脳性麻痺に係る診断書等の申請に必要な書類を準備しているところであり、今後補償申請が行われる見込みのある件数、および一旦補償申請が行われたものの、その時点では将来の障害程度の予測が難しいため、適切な時期に再度診断を行うことで補償対象となる可能性がある件数

② 補償対象者数が推計値を下回っている要因

今回の調査では、補償対象と考えられる児と実際の補償を受けている児の数に一定の乖離があることが明らかとなった。補償申請が行われていない要因について、審査委員会における審査事例や医学的調査専門委員会における議論、運営組織への問合せ状況等から、以下の理由が判明した。

- 医療関係者に補償対象範囲について必ずしも十分に周知されていない
- 脳性麻痺児の保護者等に本制度について必ずしも十分に認知されていない
- 重症度の判断が困難等の理由で、補償申請期限の直前まで申請が控えられている

③ 上記を踏まえた効果的な周知の取組み

補償申請に係る制度周知等については、厚生労働省や日本医療機能評価機構において、それぞれ「産科医療関係者」「脳性麻痺児に接する機会が多い医療・福祉関係者」「脳性麻痺児の保護者」等に対して、昨年 9 月頃から特に積極的に取り組んできたところ。

しかし、この度上記のような要因による補償申請の漏れが新たに判明したことから、補償申請を促す取組みをさらに強化する必要がある。具体的な取組みは以下の通りであり、順次開始している。

- 産科医療関係者および小児医療関係者に補償対象範囲を周知する取組み

- ・以下の関係団体に、申請可能な具体例を示した資料の送付、学会や研修会等の機会を利用した本制度の説明、当該団体のホームページや会報等への参考情報の掲載などを行うことにより、正確な理解に基づく補償申請の呼び掛けを促進する。

日本産婦人科医会
日本産科婦人科学会
日本助産師会
日本小児神経学会
日本リハビリテーション医学会
日本未熟児新生児学会
日本周産期・新生児医学会 等

○ 脳性麻痺児の保護者に本制度の認知を促すための取組み

- ・ 肢体不自由児施設や重症心身障害児施設等を通じ、補償対象になる可能性のある児の保護者に直接、補償申請の働きかけを行う。
- ・ 政府広報や新聞、雑誌等に、補償対象範囲や考え方等についての記事や広告等を掲載し、広く周知を行う。

以上の取組みについて、関係団体が一体となって、より効果的に行えるよう、運営組織内に「産科医療補償制度 補償申請の促進に関する緊急対策会議 (別紙3)」を設置し、補償申請の促進に取り組む。

4. 剰余金および掛金の取扱いなど今後の検討の進め方

補償対象者数推計値の481人をもとに算出すると、平成27年中頃以降、毎年約120～140億円の剰余金が、保険会社から運営組織に返戻されることが見込まれる。

今後の進め方としては、推計値公表後、返戻される剰余金および掛金の取扱いについては、補償対象者数の推計値等に基づき速やかに産科医療補償制度運営委員会において議論を行い、9月中を目途にその基本的な考え方をとりまとめ、それをもとに、社会保障審議会医療保険部会でも検討する。

産科医療補償制度運営委員会においては、剰余金および掛金の取扱いに関する基本的な考え方がとりまとまった後に、平成27年以降の制度に関し、補償対象となる脳性麻痺の基準(重症度、在胎週数・出生体重、除外基準等)や補償水準等に関する見直しについて検討を開始し、平成25年内を目途に結論を得ることとしている。また、社会保障審議会医療保険部会においても、これらについて検討する。

5. 今後の運営委員会における検討スケジュール

- 8月 推計値を踏まえた剰余金および掛金の取扱いについて
- 9月 推計値を踏まえた剰余金および掛金の取扱いについて（基本的な考え方のとりまとめ）
補償対象となる脳性麻痺の基準等および補償水準等の見直しについて
- 10月 補償対象となる脳性麻痺の基準等および補償水準等の見直しについて
- 11月 補償対象となる脳性麻痺の基準等および補償水準等の見直しについて
その他の検討課題について
- 12月 制度見直しに係る議論のとりまとめ

6. 制度運営状況

別紙4のとおり。

第57回社会保障審議会医療保険部会における 質問事項について

問 以下の事項について、見直しも含めた今後の検討の進め方およびスケジュールについて教えて欲しい。

- ① 事務経費
- ② 剰余金返還の最低水準
- ③ 運用益の取扱い
- ④ 掛金の水準
- ⑤ 剰余金の取扱い

(答)

1. 第57回社会保障審議会医療保険部会において見直しについてのご意見をいただいた事項について、見直しの検討が可能なものから検討を行い、①の保険会社における事務経費については、保険会社等においてその更なる縮減を検討した結果、平成25年は人件費・物件費17.2億円（対前年比4.77億円の減）、制度変動リスク対策費9.74億円（対前年比5.97億円の減）といたしました。
2. このうち、制度変動リスク対策費については、見直しの前提となる補償対象者数の推計に係るデータが明らかにならない中ではあったものの、制度創設から3年から4年が経過した状況にあることも踏まえ、厚生労働省および保険会社ともご相談の上、補償対象者数について仮に500人の見込みとして見直しを行ったものです。
3. 一方、②③④⑤については、医学的調査専門委員会における補償対象者数の推計結果にもとづき検討を行う必要があること、または金融庁協議が必要な補償約款や保険契約等の大幅な制度変更と直結することから、厚生労働省ともご相談の上、産科医療補償制度医学的調査専門委員会における補償対象者数の推計結果を待ち、その後速やかに産科医療補償制度運営委員会および当部会において議論を行っていただくこととしておりました。
4. この度、産科医療補償制度医学的調査専門委員会による補償対象者数の推計値が示されたことから、その結果を踏まえて産科医療補償制度運営委員会および当部会において早急に議論に着手し、平成25年内を目途に検討結果を取りまとめたいと考えております。なお、産科医療補償制度運営委員会における具体的なスケジュールは、「5. 今後の運営委員会における検討スケジュール」に記載のとおりです。

(参考) 質問事項にかかる補足説明

<掛金の水準について>

1. 平成 18 年 11 月の自民党の「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」を受けて、日本医療機能評価機構内に設置された「産科医療補償制度運営組織準備委員会」にて、本制度の補償範囲や補償額等の制度のあり方について議論が行われた。その結果を取りまとめた「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」において、『保険料（掛け金）の考え方』および『補償対象者の推計数』『補償の水準』について、以下の通りまとめられた。

『保険料（掛け金）の考え方』

- ・対象となる児の数、補償額、分娩機関の本制度への加入率等を精査して給付費を算出し、これに所要の事務処理経費を加えて総所要金額を算定し、設定する。現状ではこの収支見込みを行うに当たって必要はデータが決定的に不足している状況であり、本制度を持続的、安定的な運営を行っていくために、当面は若干余裕をもった保険料額を設定することはやむを得ないが、医療保険料を原資とすることが想定されている制度であって、過大な負担を求めるべきでない。

『補償対象者数の推計数』

- ・補償の対象となる者は概ね 500～800 人程度と見込まれる。

『補償の水準』

- ・準備一時金として数百万円を対象認定時に、分割金については総額 2 千万円程度を目処とし、これを 20 年分割にして定期的に支給する。

2. 上記を踏まえて、厚生労働省において諸掛金の水準について 3 万円が設定されたもの。

<剰余金の取扱いと、返還時の最低水準について>

1. 制度創設時には、補償対象者数が予測を上回ったらその分が保険会社の損失となり、予測を下回ったらその分が保険会社の利益となる一般的な保険の仕組みとしていた。
2. しかし制度開始後、保険会社が過大な利益を得るべきでないとのご意見があったことから、補償対象者数が予測を下回った場合の剰余金は運営組織に戻される特殊な仕組みとしたもの。
3. その際、民間保険を活用する以上は、全額返還される契約はあり得ないことから、300 人(※ 1)を最低保険料の基準とした。

※ 1 制度設計時の補償対象者数の推計値の最下限値を元に「300 人」を最低保険料の基準としたもの。

【保険契約で規定する返戻額と返戻時期】

返戻額：収入保険料－事務経費一次の①または②のいずれか大きい額

(①:3,000万円×300人

(②:この保険契約における保険金の総額(3,000万円×補償対象者数))

返戻時期：保険金の総額が確定した日(＝補償対象者数が確定した日)以降

(例.平成21年契約⇒平成27年中頃に返戻予定

平成22年契約⇒平成28年中頃に返戻予定)

4. なお、剰余金の使途については、この仕組みが導入された際の運営委員会において「本制度の趣旨に照らして適切な使途に限定して使用しなければならない。」とされた。

<運用益について>

1. 制度創設時は限られたデータを元に設計されたことから、補償対象者数が800人を上回ることも懸念された。剰余金が生じた場合に運営組織に返還する仕組みについては、上記に記載のとおり、収入保険料から事務経費と補償金の支払に必要な額を差し引いた残額を運営組織に戻し入れることとなっており、創設時より、返戻部分に利息が付く取扱いではない契約となっている。

<事務経費について>

1. この制度の事務経費は運営組織分と保険会社分より成り立っている。
2. 運営組織分については、①物件費、②人件費について、単年に要する費用を計上しており、収支相償にて運用している。具体的には、制度の普及啓発、審査、原因分析や再発防止等に係る費用である。
3. 保険会社分は、①物件費、②人件費、③制度変動リスク対策費について、その年に生まれた児の20年間の契約管理や長期間に亘る保険金支払等を長期的・安定的に行うために必要な費用である。なお、③制度変動リスク対策費は、
 - (1)医療水準向上等に伴い脳性麻痺児の生存率が統計データ取得時点より上昇するリスク
 - (2)統計データ母数が少ないため推計値が大幅に外れるリスク
 - (3)長期にわたる補償金支払い業務に伴う予期できない事務・システムリスク等の予期できないリスクに対応する費用である。

以上

「産科医療補償制度 見直しに係る中間報告書」の概要

- 産科医療補償制度（以下、「本制度」という）は平成 21 年 1 月に創設されたが、限られたデータをもとに設計されたことなどから、創設時に「遅くとも 5 年後を目処に、本制度の内容について検証し、補償対象者の範囲、補償水準、保険料の変更、組織体制等について適宜必要な見直しを行う」とされた。このため、平成 24 年 2 月より、産科医療補償制度運営委員会において制度の見直しに向けた議論を行ってきた。
- 制度見直しに係る検討課題のうち、補償対象範囲、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等については、医学的調査専門委員会の調査の結果を受けて今後議論を行うこととしており、本報告書は見直しに係る第一段階の報告書として、原因分析のあり方、調整のあり方、紛争の防止・早期解決に向けた取組み等の議論の結果を取りまとめたものである。
- 議論の結果、見直すべきとの結論に至ったものを中心に、主な内容は以下のとおりである。

【原因分析のあり方】

＜医学的評価の表現＞

- ・ 原因分析報告書の構成項目のひとつである「臨床経過に関する医学的評価」においては、再発防止および産科医療の質の向上に資することを目的に、診療行為等について医学的評価を行っている。
- ・ 医学的評価において医療水準に応じて用いる表現について、原因分析では過失の有無を判断しないことになっているにもかかわらず、それに近い表現が使われているとの意見があった。
- ・ このため、医学的評価の表現の変更の可否について論議を行ったが、過失の有無については法的観点からの検討を必要とするものであり、医学的評価の表現が直ちに過失の有無に結びつくものではないと考えられることから、**医学的評価の表現は変更しないこととする。**

＜「家族からの疑問・質問に対する回答」における回避可能性の記載＞

- ・ 原因分析においては、脳性麻痺の発症防止のための方策を提言しているが、

脳性麻痺発症の回避可能性については、責任追及につながるおそれがあるとして、原因分析報告書では言及しないこととしている。一方、同報告書の別紙として作成している「家族からの疑問・質問に対する回答」では医学的評価の範疇で可能な限りその質問に答えるとしている。

- ・ このため、矛盾しているとの意見があり論議を行ったが、家族の疑問に真摯に向き合うことが制度の信頼につながると考えられることなどから、**現状どおり医学的評価の範疇において分かる範囲で可能な限り回答することとする。**

<原因分析報告書作成の迅速化>

- ・ 原因分析報告書は、補償対象として認定された後に原因分析に着手してから送付まで、およそ半年から1年を要する旨を案内しているが、平成24年12月までに公表された188事例では平均で約13ヶ月を要しており、このうち直近の平成24年の公表事例では平均で約14.5ヶ月を要していることなどから、原因分析報告書作成の迅速化について論議を行った。
- ・ この結果、原因分析報告書は、紛争の防止・早期解決の観点からも、**早期に作成することが望ましく、保護者および分娩機関に案内している1年以内での送付を早期に達成する必要がある、当面、現状の最大対応件数の2倍の件数に対応するために体制およびフローを変更することとする。**

【調整のあり方】

- ・ 本制度においては、医学的観点から原因分析を行い、基本的には過失認定を行わないが、原因分析委員会において「重大な過失が明らかであると思料されるケース」については、法律家から構成される調整委員会に諮り、その結果にもとづき補償金と損害賠償金の調整を行うこととしている。
- ・ この「重大な過失が明らかであると思料されるケース」という表現が分かりにくく、また法的な判断を行うかのような誤解を招くことから、「一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかなケース」に見直し、この基準に該当する場合に調整委員会に諮ることとする。
- ・ また、「調整委員会」の名称も分かりにくいことから、名称を「調整検討委

員会」に変更することとする。

【紛争の防止・早期解決に向けた取組み】

- ・ 本制度においては、運営組織は基本的には過失の有無を判断しないことから、紛争解決の手段は当事者間の示談や裁判所による和解・判決等に委ね、当事者間の意見調整等を行っていない。
- ・ 今後も、法的な判断を伴う紛争解決の機能を本制度に取り入れることは行わず、現状どおりとする。
- ・ 一方で、法的な判断を伴わない取組みとして、運営組織はこれまでも保護者および分娩機関からの問い合わせなどに対応しているが、**保護者および分娩機関からの相談などについて丁寧に対応することは、紛争の防止・早期解決にもつながることから、その取組みについて今後のさらなる充実が望まれる。**

【分娩機関に対する改善に向けた対応】

- ・ 原因分析を行う中で、診療録等の不正記載が疑われた場合や、同一分娩機関における複数事案目の場合等は、分娩機関に対して強く改善を求める対応策を策定している。
- ・ これまでに原因分析が行われた事例においては、診療録等の不正記載等が疑われた事例、診療録等の記載不足のために原因分析ができなかった事例、これまでの原因分析報告書で指摘した事項等についてほとんど改善がみられることなく複数事案目が生じた事例はないが、今後そのような事例が発生した場合は、改めて運営委員会において当該事例に対する対応を検討することとする。
- ・ また、原因分析委員会において、再発防止および産科医療の質の向上の観点で日本産婦人科医会や日本助産師会による改善に向けた指導等が必要と認められた場合等について、**日本産婦人科医会や日本助産師会への事例情報の提供など、連携に向けた取組みに着手する必要がある。**

【提出されたデータの再発防止・産科医療の質の向上に向けた活用】

- ・ 再発防止および産科医療の質の向上に向けて、分娩機関等から提出された診療録等に含まれる情報を研究や教育に活用することは重要と考えられるが、それらには極めてセンシティブな個人情報が多く含まれることから、

個人情報保護法や疫学研究に関する倫理指針など、法令等を遵守した対応が求められる。また、当事者の心情面にも十分に配慮する必要がある。

- ・ このような事情を踏まえ、分娩機関等から提出された診療録等に含まれる情報の研究や教育へのさらなる活用に際しては、本制度の原因分析・再発防止の取組みの一環として、運営組織の中に関係学会・団体から推薦された委員によるプロジェクトチームを設置し分析等を行う、または個人情報および分娩機関に係る情報の取扱いや当事者の心情の十分に配慮の上で必要な情報を関係学会・団体に提供することなどを検討することとする。

【診断医への対応】

- ・ 診断書を作成する際に参考となる事例集の作成、診断書を記載しやすくするためのチェックボックス方式の大幅な導入、また将来的に診断基準自体を見直す機会がある場合に診断項目の整理等を検討することなどにより、診断医の負担軽減を図ることが必要である。
- ・ また、現時点での診断医に対する報酬の支払いは難しいと考えるが、診断医の負担に報いる方策について、今後具体的に検討することが必要である。

以 上

「産科医療補償制度 医学的調査専門委員会報告書」の概要

1. 調査の目的

医学的調査専門委員会では、次の目的のため医学的調査を実施し、これらの調査で得られたデータをもとに分析した。

- ① 現行の本制度における補償対象者数の推計を行う。
- ② 運営委員会における制度見直しの検討にあたって必要な脳性麻痺発症等に関するデータの収集・分析等を行い、具体的な議論を行えるよう整理する。

2. 調査の方法

- 沖縄県、栃木県、三重県において、それぞれの調査者により脳性麻痺に係る地域別調査を実施した。
- 沖縄県調査は、1988年から2009年に出生した脳性麻痺児について脳性麻痺児の療育を行っている施設等における診療録にもとづく調査である。
- 栃木県と三重県の調査は、2005年から2009年に出生した脳性麻痺児について身体障害者更生相談所における身体障害者診断書等にもとづく調査、および2006年から2009年に出生した脳性麻痺児について医療型障害児入所施設等における診療録にもとづく調査である。

3. 補償対象者数の推計

(1) 地域別調査結果にもとづく補償対象者数

- 調査対象のすべての脳性麻痺事例について、重症度、在胎週数・出生体重、除外基準の観点で補償対象に該当すると考えられるか否かの判断を1例ずつ行い、その結果をもとに「脳性麻痺の発生率」および「すべての脳性麻痺のうち、補償対象となる脳性麻痺の割合」を算出し、各地域でのその結果を用いて、補償対象者数の推計値を算出した。
- その結果、
 - ・ 沖縄県の調査結果にもとづく推計では、除外基準の適用に関し補償対象者数を少なく見積もると505人、多く見積もると565人であった。
 - ・ 栃木県の調査結果にもとづく推計では、除外基準の適用に関し補償対象者数を少なく見積もると1003人、多く見積もると1226人であった。
 - ・ 三重県の調査結果にもとづく推計では、除外基準の適用に関し補償対象者数を少なく見積もると941人、多く見積もると1579人であった。また、調査者が一部の施設をもとに推計した結果は496人であった。
- 地域によりばらつきがかなり大きかったが、栃木県と三重県の調査結果による推計値は、身体障害者更生相談所調査におけるデータの収集の限界、

施設調査との突合の限界等の理由で高い数値となったものと考えられる。

- 一方、沖縄県の調査は、地理的に他県とは離れているため県を越えての児の移動は少ないこと、県内の小児科医間の連携が密であり調査者らの長年にわたる取組みにより脳性麻痺児の把握が十分にされ、データの母数が最も多く、各施設での診療録等をもとに収集された情報であることなどから、最も信頼性の高いデータであると考えられる。

(2) 医学的調査専門委員会としての補償対象者数の推計

- 以上より、医学的調査専門委員会においては、沖縄県の調査結果にもとづき補償対象者数を推計することとした。
- 沖縄県調査においては 1988 年～2009 年の 22 年間に出生した脳性麻痺児を調査対象としたが、2008 年と 2009 年については、すべての脳性麻痺児が把握されていない可能性があり、本制度の補償対象となる脳性麻痺児の発生率の減少傾向の可能性も踏まえて、また統計的に信頼性を確保できるデータ数も考慮し、後半の 1998 年から 2007 年の 10 年間に出生した脳性麻痺児のデータで算出した。
- 沖縄県において 1998 年～2007 年に出生した脳性麻痺の全例について、補償対象に該当するか否かの判断を行い、一般審査（※1）、個別審査（※2）のそれぞれについて、「沖縄県における補償対象となる脳性麻痺の発生数」、「沖縄県における出生数」、「2009 年の全国における出生数」より、全国における補償対象者数の推計値を算出した。
- また、沖縄県における過去の脳性麻痺の発生数を、2009 年の全国の発生数にあてはめるに際しては、統計学的観点から誤差を考慮する必要があるため、真の予測値が含まれると考えられる区間について、二項分布の正規近似を用いた方法により、推計値の 95%信頼区間を算出した。
- その結果、補償対象者数の推計値は 481 人、95%信頼区間は 340 人～623 人であった。
- なお、創設当初と同じく沖縄を対象とした限定的な地区での数値に基づく推計ではあるものの、今回は、補償対象となる脳性麻痺の発生数について、補償対象の基準である「重症度」「在胎週数・出生体重等」「除外基準」のそれぞれについて基準に該当する割合を検討し、それらを掛け合わせることで算出していたのに対し、今回は、調査対象の全例について審査基準への適合性を一般審査と個別審査とに分けて一例一例精査して算出し、統計学的手法を用いて、より精緻な補償対象者数の推計を行った。

※ 1 在胎週数 33 週以上かつ出生体重 2,000g 以上

※ 2 在胎週数 33 週以上かつ出生体重 2,000g 未満、または在胎週数 28 週以上かつ 33 週未満

- ただし、推定区間の幅については、使用したデータの期間が特異なものではないこと、その傾向が今後も継続すること等いくつかの前提条件がある。

(3) 2009 年出生児における調査結果と補償対象者数の比較

- 2009 年に出生した脳性麻痺児について、調査の当該地域におけるこれまでの実際の補償対象者数と当該地域の調査で補償対象と考えられた脳性麻痺児の数との比較を行った。
- 沖縄県、栃木県、三重県の 3 県において、これまで補償対象と認定された件数 8 件に対して、補償対象と考えられる件数は、少なく見積ると 15 件、多く見積ると 40 件であった。
- このような補償対象者数の推計値と実績の補償対象者数の乖離に関して、分娩中の異常や仮死、除外基準等と補償対象範囲について、周知が十分されていない可能性があげられる。このため周知徹底を早期に行うことが重要と考えられる。

以 上

「産科医療補償制度 補償申請の促進に関する緊急対策会議」について

1. 緊急対策会議の目的

産科医療補償制度の制度見直しの検討にあたり、医学的調査専門委員会を平成 24 年 10 月に設置し、本制度の補償対象者数の推計を行い、報告書を取りまとめたところである。この報告書によると、1 年あたりの補償対象者数の推計値は、年間 481 人（推定区間 340 人～623 人）であり、平成 21 年生まれの児の現時点（平成 25 年 6 月末）の補償対象者数 205 名を大きく上回っており、補償対象と認定される可能性がある児がいまだに多く申請されていないと考えられる。

特に平成 21 年生まれの児は、平成 26 年 1 月以降順次補償申請期限を迎えることから、補償申請を促す取組みが喫緊の課題である。

これまで、補償申請に係る制度周知等については、厚生労働省や日本医療機能評価機構等において、それぞれ「産科医療関係者」「脳性麻痺児に接する機会が多い医療・福祉関係者」「脳性麻痺児の保護者」等に対して、昨年 9 月頃から特に積極的に取り組んできたところである。

しかし、これまでの取組において、新たに補償申請の漏れの要因が判明してきたことから、補償申請を促す取組みをさらに強化する必要が生じてきた。

このため、補償申請の促進を図ることを目的に、本制度の関係団体および関係者からなる緊急対策会議を設置し、医療関係者に補償対象範囲を周知する取組みや、脳性麻痺児の保護者に本制度の認知を促すための取組み等が関係者一体となってより効果的に実施される方策について、検討するものである。

2. 委員構成

委員一覧参照

3. 会議開催日と主な内容について

8 月に 2 回程度の開催を予定している。

第 1 回の会議においては、補償申請の漏れの要因とそれぞれの要因に対応した取組みの実施およびさらなる効果的な方策、ならびに各団体における取組みなどについて議論を行う。

補償申請の促進に関する緊急対策会議 委員一覧

【委員】

氏名	所属・役職
○石渡 勇	日本産婦人科医会 常任理事
朝貝 芳美	日本リハビリテーション医学会 理事
池田 智明	三重大学医学部産科婦人科学 教授
岩城 節子	全国重症心身障害児（者）を守る会 理事
岩下 光利	日本産科婦人科学会 副理事長
大野 耕策	日本小児神経学会 理事長
岡 明	東京大学大学院医学系研究科医学部小児科 教授
岡本 喜代子	日本助産師会 会長
北住 映二	日本重症心身障害福祉協会 業務執行理事
楠田 聡	東京女子医科大学医学部母子総合医療センター 教授
染屋 政幸	千葉県千葉リハビリテーションセンター 総合療育センター長
保高 芳昭	読売新聞東京本社 編集委員

○：座長

【オブザーバー】

厚生労働省 医政局総務課医療安全推進室

厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課

制度運営状況

1. 制度加入状況

- 全国の分娩機関の制度加入状況は表1のとおりである。

＜表1＞ 制度加入状況（平成25年7月3日現在）

区分	分娩機関数	加入分娩機関数	加入率（%）
病院	1, 206	1, 206	100.0
診療所	1, 678	1, 671	99.6
助産所	446	446	100.0
合計	3, 330	3, 323	99.8

（分娩機関数：病院・診療所は日本産婦人科医会調べ、助産所は日本助産師会調べ）

2. 審査結果の状況

- 本制度の審査結果は表2のとおりである。審査件数は全体で576件、うち補償対象が524件、補償対象外（再申請可能を含む）が52件となっている。

＜表2＞ 審査結果の累計（平成25年6月末現在）

児の生年	審査件数	審査結果		
		補償対象	補償対象外	
			補償対象外	再申請可能*
平成21年	237	205	14	18
平成22年	188	175	1	12
平成23年	122	116	2	4
平成24年	29	28	1	0
合計	576	524	18	34

※現時点では将来の障害程度の予測が難しく補償対象と判断できないものの、適切な時期に再度診断が行われることなどにより、将来補償対象と認定できる可能性がある事案

3. 原因分析の状況

- 産科医療補償制度原因分析委員会にて審議された原因分析の件数は表3のとおりである。

＜表3＞ 審議結果の累計（平成25年6月末現在）

	審議件数	承認	条件付き承認 ^{※1}	再審議 ^{※2}	保留 ^{※3}
件数	277件	157件	120件	0件	0件

※1 修正があるものの改めて審議する必要はなく、委員長預かりとなった報告書

※2 部会において修正後、再度審議する必要がある報告書

※3 審議未了となった報告書

4. 再発防止の状況

- 本制度では、原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し、数量的・疫学的な分析、およびテーマに沿った分析を行い、「再発防止に関する報告書」等として取りまとめ、国民や分娩機関、関係学会、行政機関等に提供することにより、再発防止や産科医療の質の向上を図ることとしている。
- 平成 23 年 8 月に第 1 回、平成 24 年 5 月に第 2 回、平成 25 年 5 月に第 3 回の「産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」をそれぞれ公表している。具体的には「常位胎盤早期剥離」、「臍帯脱出」、「胎児心拍数聴取」、「子宮収縮薬」、「新生児蘇生」、「吸引分娩」等のテーマについて分析を行った。

5. 各保険年度の収支状況

- 本制度の保険期間は毎年 1 月から 12 月までの 1 年間であり、各保険年度における収入保険料、保険金（補償金）、支払備金の状況は表 4 のとおりである。

<表 4> 収入保険料、保険金（補償金）、（平成 25 年 6 月末現在）（単位：百万円）

区分	収入保険料 ^{※1}	保険金 （補償金） ^{※2}	支払備金 ^{※3}	（備考） 決算確定見込時期
平成 21 年 1-12 月	(1,054,340 分娩) 31,525	(200 件) 6,000	20,610	平成 27 年中頃
平成 22 年 1-12 月	(1,083,045 分娩) 32,383	(174 件) 5,220	23,583	平成 28 年中頃
平成 23 年 1-12 月	(1,063,540 分娩) 31,800	(116 件) 3,480	24,548	平成 29 年中頃
平成 24 年 1-12 月	(1,048,337 分娩) 31,345	(28 件) 840	26,737	平成 30 年中頃

※1 掛金対象となる分娩数×29,900 円。なお、掛金は 1 分娩あたり 30,000 円である。掛金のうち 100 円は、分娩機関が廃止等した場合に補償責任を引き継ぐための費用である。

※2 平成 25 年 6 月までに確定した保険金（補償金）。[補償対象件数×3,000 万円]ただし、平成 21 年、22 年の補償対象件数は、医賠責などによる調整が行われた 5 件、1 件を除く。

※3 将来の保険金（補償金）支払いのための備金。[収入保険料－保険金（補償金）－事務経費]

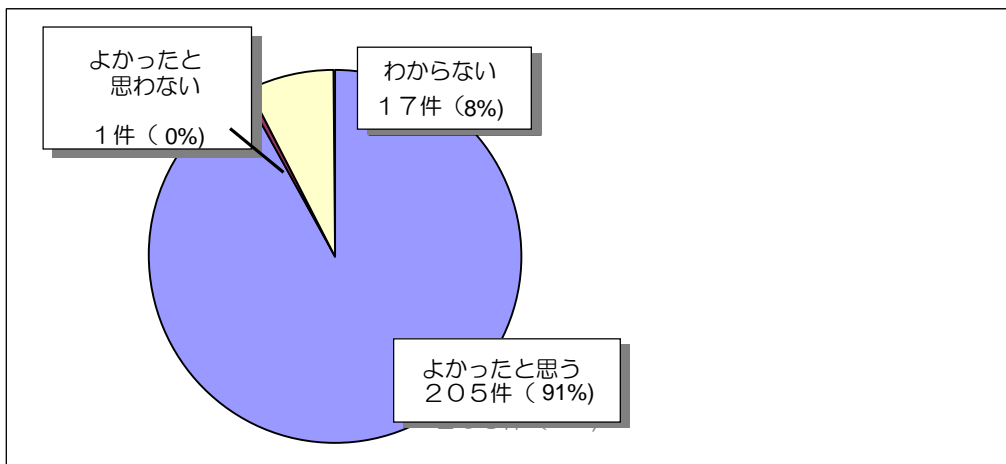
6. 本制度に係るアンケート結果

(1) 本制度全般に関するアンケート

- 本制度に対する意見等を収集することにより、本制度の評価および制度運営の課題について検証し、今後の制度見直しおよび制度運営に資することを目的に、平成24年6月までに補償対象と認定された327事例の児の保護者および児が出生した分娩機関を対象に、平成24年10月にアンケートを実施した。回答率は保護者69.0%(225/326)、分娩機関66.3%(195/294)であった。
- アンケートの「この制度があつてよかつたと思ひますか」との質問に対する回答は図1のとおりである。

<図1> 「この制度があつてよかつたと思ひますか」に対する回答

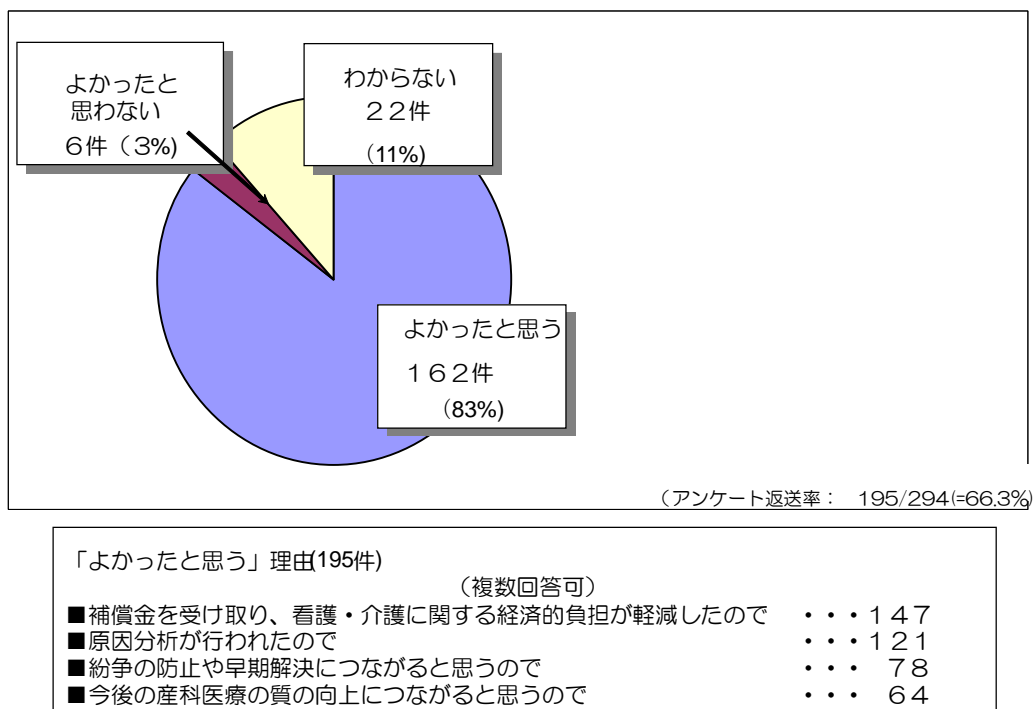
【保護者】



(アンケート返送率：225/326(=69.0%))

「よかつたと思ひます」理由(205件)	
(複数回答可)	
■ 補償金を受け取り、看護・介護に関する経済的負担が軽減したので	・・・168
■ 原因分析が行われたので	・・・152
■ 再発防止を行うことにより、脳性麻痺発症の減少に繋がると思ひますので	・・・119
■ 今後の産科医療の質の向上に繋がると思ひますので	・・・115

【分娩機関】



(2) 原因分析に関するアンケート

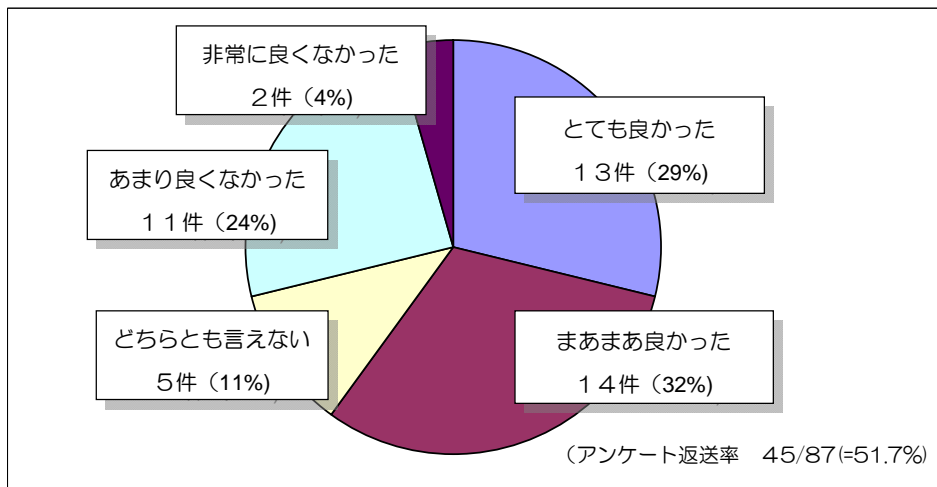
- 原因分析報告書に対する意見等を収集することにより、今後の原因分析報告書の作成等に資することを目的に、平成22年および平成23年に原因分析報告書を送付した87事例の保護者および児が出生した分娩機関を対象に、それぞれ平成23年7月および平成24年7月に原因分析に関するアンケートを実施した。回答率は両アンケート合計で保護者51.7%(45/87)、分娩機関58.6%(58/99^{※1})であった。

※1 分娩機関は、搬送元の12分娩機関も対象としたため、99機関に送付

- アンケートの「原因分析が行われたことは良かったですか」との質問に対する回答は図2のとおりである。

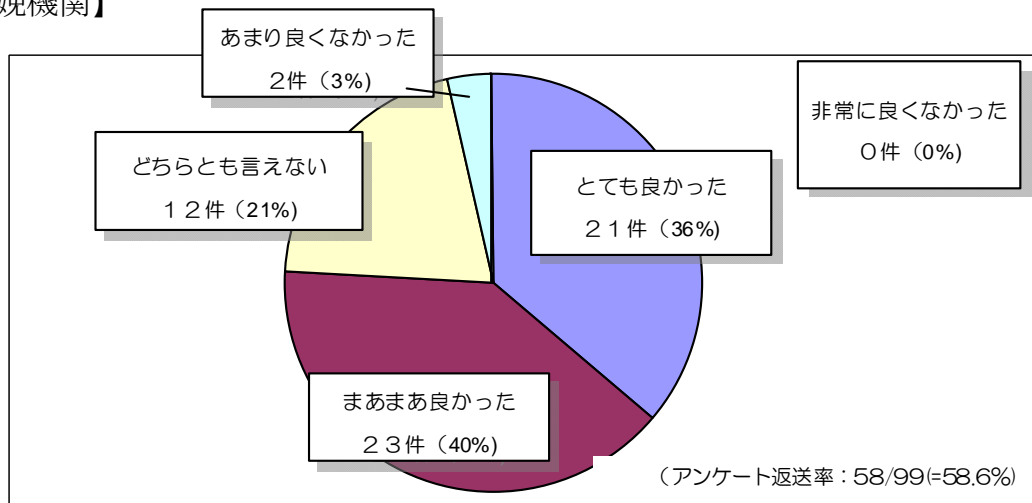
<図 2> 「原因分析が行われたことは良かったですか」に対する回答

【保護者】



「とても良かった」・「まあまあ良かった」理由(27件) (複数回答可)		「あまり良くなかった」・「非常に良くなかった」理由(13件) (複数回答可)	
■ 第三者により評価が行われたこと	・・・ 21	■ 結局原因がよくわからなかったこと	・・・ 10
■ 今後の産科医療の向上に繋がること	・・・ 11	■ 分娩機関や医療スタッフに対するご家族の不信感が高まったこと	・・・ 6
■ 原因がわかったこと	・・・ 11	■ 今後の産科医療の向上に繋がるとは思えないこと	・・・ 6
■ 分娩機関や医療スタッフに対する不信感が軽減したこと	・・・ 2	■ 公正中立な評価だと思えないこと	・・・ 5
■ その他	・・・ 6	■ その他	・・・ 4

【分娩機関】

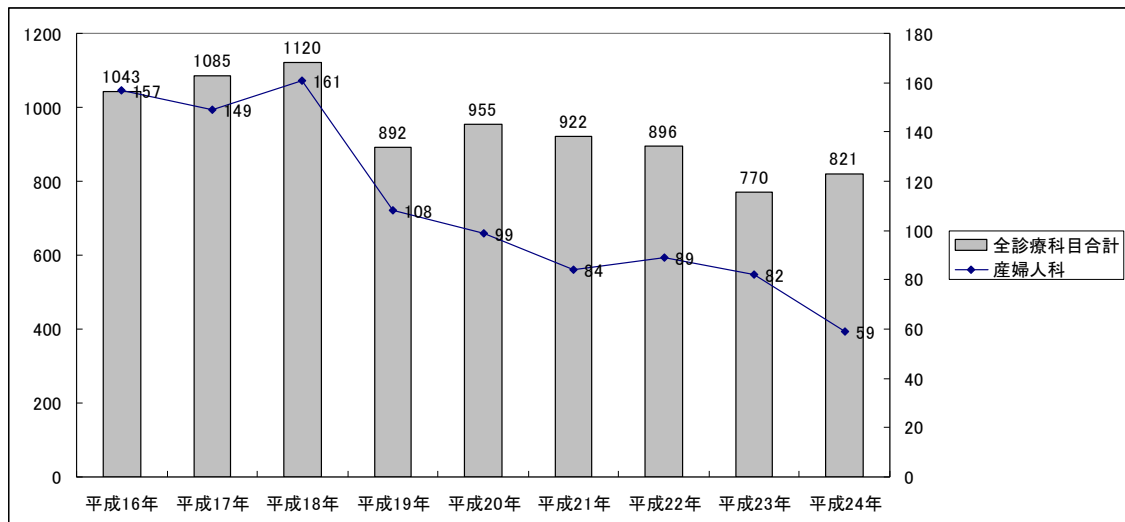


「とても良かった」・「まあまあ良かった」理由(44件) (複数回答可)		「あまり良くなかった」・「非常に良くなかった」理由(2件) (複数回答可)	
■ 第三者により評価が行われたこと	・・・ 43	■ 分娩機関や医療スタッフに対するご家族の不信感が高まったこと	・・・ 3
■ 今後の産科医療の向上に繋がること	・・・ 23	■ 公正中立な評価だと思えないこと	・・・ 2
■ 原因がわかったこと	・・・ 12	■ 今後の産科医療の向上に繋がるとは思えないこと	・・・ 2
■ 分娩機関や医療スタッフに対するご家族からの不信感が軽減したこと	・・・ 11	■ 結局原因がよくわからなかったこと	・・・ 1
■ その他	・・・ 2	■ その他	・・・ 1

7. 産婦人科における訴訟件数の推移（参考）

- 最高裁判所医事関係訴訟委員会が公表している「医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数（平成16年から平成24年）」における全診療科目合計と産婦人科の訴訟件数の推移は図3のとおりである。
- 医事関係の訴訟件数は全体的に減少傾向にあるが、その中でも産婦人科の訴訟件数は、大幅に減少している。

<図3> 産婦人科件数の訴訟（既済）件数推移比較



産科医療補償制度の概要

制度創設の経緯

平成25年7月25日

第64回社会保障審議会医療保険部会

日本医療機能評価機構
追加提出資料

産科医療補償制度は、近年の産科医の不足や、分娩を取扱わない医療機関の増加などにより、産科医療の提供が十分でない地域が生じていることを背景として、平成21年1月から(公財)日本医療機能評価機構において創設された。

本制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的とする。

補償対象

(※ 該当年に誕生した児のうち、制度創設時の対象者推計数は概ね500~800人)

○ 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺

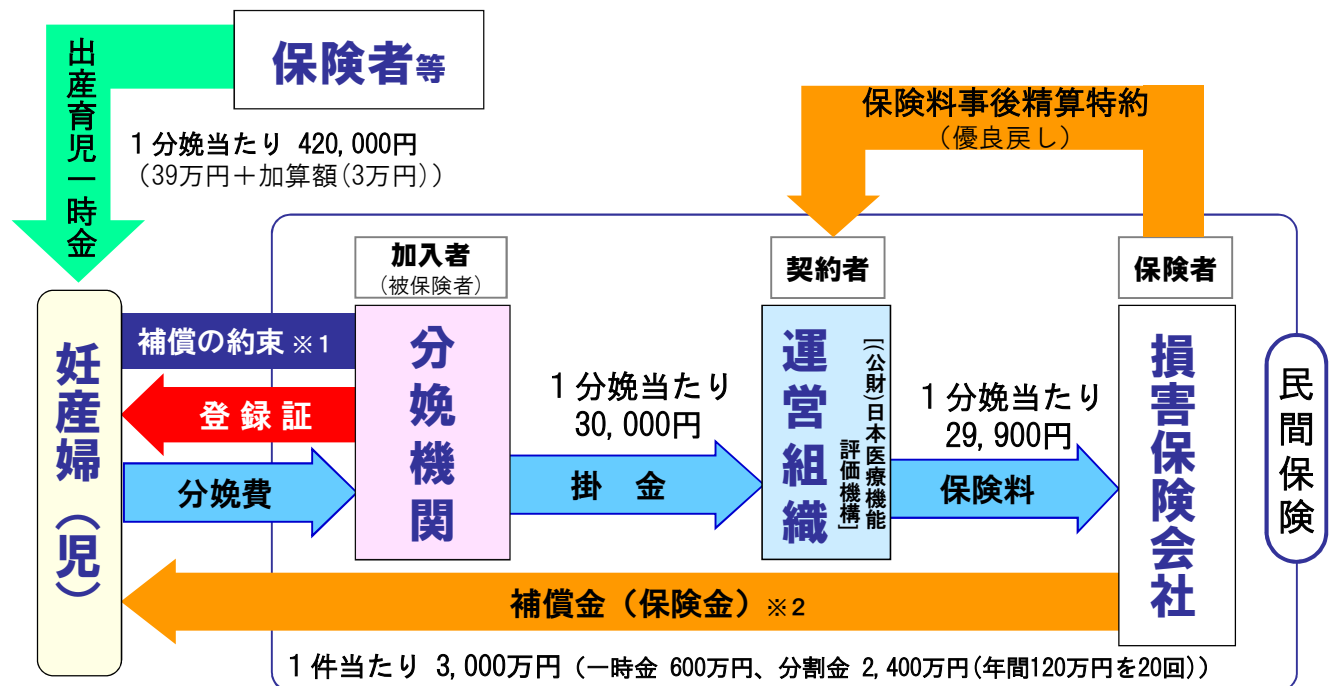
- ・出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上、または在胎週数28週以上かつ所定の要件に該当する場合
- ・身体障害者等級1・2級相当の重症者
- ・先天性要因等の除外基準に該当するもの除く

○ 補償申請期間は児の満5歳の誕生日まで (※平成21年生まれの児の場合、平成26年まで申請可能)

その他

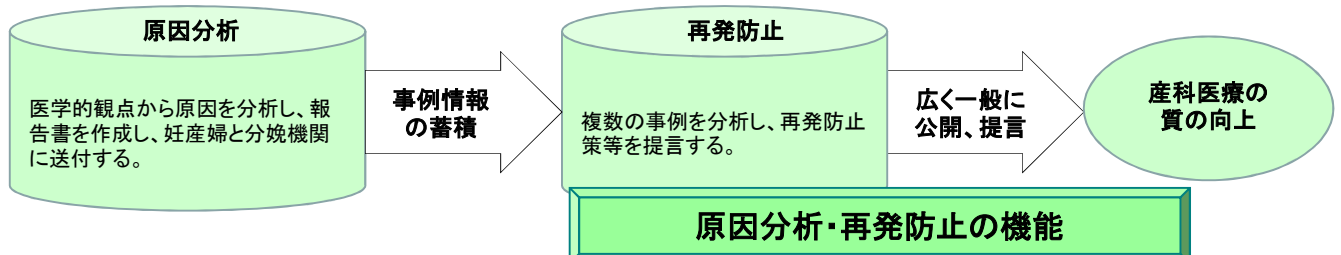
遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

<補償の機能>



※1：運営組織が定めた標準補償約款を使用して補償を約束

※2：運営組織にて補償対象と認定されると、運営組織が加入分娩機関の代わりに損害保険会社に保険金を請求し、保険金が補償金として支払われる



平成25年7月25日	第64回社会保障審議会医療保険部会	参考資料1-2
------------	-------------------	---------

平成24年7月30日	第56回社会保障審議会医療保険部会	資料1
------------	-------------------	-----

産科医療補償制度について

平成24年7月30日
厚生労働省保険局

産科医療補償制度による出産育児一時金の加算

○ 出産育児一時金の金額は政令で39万円と定められており、政令及び省令で詳細を規定している産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産した場合には、39万円に「3万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した額」とされている。

(※) 国保は条例又は規約で定めることとなっている。

○ 政令で「保険者が定める」とされている加算額については、通知において、日本医療機能評価機構が運営する産科医療補償制度の掛金が3万円であるので、3万円が基準となるものであり、合計42万円を支給すること、としている。

○健康保険法（大正11年法律第70号）

（出産育児一時金）

第一百条 被保険者が出産したときは、出産育児一時金として、政令で定める金額を支給する。

○健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）

（出産育児一時金の金額）

第三十六条 法第一百条の政令で定める金額は、三十九万円とする。ただし、病院、診療所、助産所その他の者であって、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産であると保険者が認めるときは、三十九万円に、第一号に規定する保険契約に関し被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した金額とする。

一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故（出産（厚生労働省令で定める基準に該当する出産に限る。）に係る事故（厚生労働省令で定める事由により発生したものを除く。）のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、厚生労働省令で定める程度の障害の状態となったものをいう。次号において同じ。）が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であって厚生労働省令で定める要件に該当するものが締結されていること。

二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供の適正かつ確実な実施のための措置を講じていること。

【参考】健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）

（令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準）

第八十六条の二 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準は、出生した者が、出生した時点において次の各号のいずれかに該当することとする。

- 一 体重が二千グラム以上であり、かつ、在胎週数が三十三週以上であること。
- 二 前号に掲げるもののほか、在胎週数が二十八週以上であり、かつ、厚生労働大臣が定めるものに該当すること。

（令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由）

第八十六条の三 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由は、次のとおりとする。

- 一 天災、事変その他の非常事態
- 二 出産した者の故意又は重大な過失

（令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態）

第八十六条の四 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態は、身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第15号）別表第五号の一級又は二級に該当するものとする。

（令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件）

第八十六条の五 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件は、病院、診療所、助産所その他の者（以下この条及び次条において「病院等」という。）に対し、当該病院等が三千万円以上の補償金を出生した者又はその保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、出生した者を現に監護するものをいう。）（次条において「出生した者等」という。）に対して適切な期間にわたり支払うための保険金（特定出産事故（同号に規定する特定出産事故をいう。次条において同じ。）が病院等の過失によって発生した場合であって、当該病院等が損害賠償の責任を負うときは、補償金から当該損害賠償の額を除いた額とする。）が支払われるものであることとする。

（令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置）

第八十六条の六 令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置は、病院等と出生した者等との間における特定出産事故に関する紛争の防止又は解決を図るとともに、特定出産事故に関する情報の分析結果を体系的に編成し、その成果を広く社会に提供するため、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供について、これらを適正かつ確実に実施することができる適切な機関に委託することとする。

医療保険部会での産科医療補償制度についての議論の経緯

平成19年9月20日 第27回医療保険部会

- 産科医療補償制度構築に向けてのこれまでの取り組み状況（※）について報告
（※） 平成19年2月より、厚生労働省の委託を受けた（財）日本医療機能評価機構で、産科医療補償制度運営組織準備委員会が開催され、制度構築に向けての議論が行われていた。

平成20年9月12日 第30回医療保険部会

- 産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書（平成20年1月）について報告するとともに、同報告書の内容を踏まえ、平成21年1月から創設予定の産科医療補償制度の概要について報告。産科医療補償制度の創設に伴い、出産育児一時金を引き上げることについて了解。

平成20年11月17日 第30回医療保険部会において委員より寄せられた質問事項と回答

- 第30回医療保険部会での委員からの質問に対して、以下の内容を回答として厚生労働省から公表。
 - ・ 遅くとも5年後を目処に、本制度の内容について検証し、補償対象者の範囲、補償水準、保険料の変更、組織体制等について適宜必要な見直しを行うこと。
 - ・ 仮に5年を待たずに剰余が大きく見込まれることになれば、医療部会及び医療保険部会にも適宜報告し、早期に制度を見直すことも考えられる。

平成21年1月～ 産科医療補償制度創設

平成22年11月15日 第42回医療保険部会

- 産科医療補償制度の運営状況等について報告。

平成24年度診療報酬改定のスケジュール

平成25年7月25日

第64回社会保障審議会医療保険部会

参考資料2-1

平成23年

内閣

6月30日 社会保障・税一体改革 成案

社会保障審議会

7月～12月 診療報酬改定に係る基本方針について審議

12月1日 平成24年度診療報酬改定の基本方針

内閣

12月21日
予算編成過程において、診療報酬等の改定率を決定

平成24年

厚生労働大臣

1月18日
中医協に対し、
・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
・ 社会保障審議会において策定された「基本方針」
に基づき診療報酬点数の改定案の調査・審議を行うよう
諮問

厚生労働大臣

3月5日 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中医協

10月末 医療経済実態調査結果報告

～12月
・ 検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

12月上旬 薬価調査・材料価格調査結果報告

1月～
・ 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数
の設定に係る調査・審議

2月10日
・ 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

平成24年4月1日 施行

平成24年度診療報酬改定の基本方針

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

I 平成24年度診療報酬改定に係る基本的考え方**1. 基本認識**

- 国民にとって健康やそれを支える医療は生活の基盤である。超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要である。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた「社会保障・税一体改革成案」（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。
- さらに、貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置など、あらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点課題

- 次期診療報酬改定においては、「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、上記のような基本的な認識の下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。
- 現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成24年度改定においては、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。
- また、今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。

3. 改定の視点

- がん医療、認知症医療など、国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要であり、「**充実が求められる分野を適切に評価していく視点**」を改定の視点として位置付けることとする。
- 患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが求められており、「**患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要であり、「**医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化

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

Ⅱ 平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

1. 重点課題

(1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。
- このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

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

- 今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。
- このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実、維持期(生活期)のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

2. 四つの視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

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

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

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

- 患者の視点に立った医療の実現のため、受けた医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていくことが必要である。
- このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討するべきである。

(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。
- このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて検討するべきである。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、効率化余地がある

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

- このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討するべきである。
- また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

平成22年度診療報酬改定の基本方針

平成21年12月8日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

I 平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識・重点課題等

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

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

2. 改定の視点

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

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

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

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

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

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

付けるべきである。

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

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

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

1. 重点課題

(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

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

(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

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

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

2. 4つの視点

(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

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

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

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

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

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受け

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

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

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

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

Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について

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

IV 終わりに

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

平成20年度診療報酬改定の基本方針

平成19年12月3日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成20年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- (1) 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠であり、各地域で必要な医療の確保を図るためにも、不断の取組が求められる。
- (2) したがって、今回改定においても、前回改定に際して当部会が策定した「平成18年度診療報酬改定の基本方針」（平成17年11月）に示した「基本的な医療政策の方向性」、「4つの視点」等（別紙参照）を基本的に継承しつつ、以下の現状を十分に認識して対応するべきである。
- (3) すなわち、現在、産科や小児科をはじめとする医師不足により、地域で必要な医療が受けられないとの不安が国民にある。医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが安心・納得して地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていけるよう、万全を期す必要がある。
- (4) 平成20年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、基本的な医療政策の方向性や地域医療を巡る厳しい現状を十分に認識した上で行う必要がある。具体的には、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。

2 今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点から）

【緊急課題】産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を図るためには、産科や小児科への重点評価を行いつつ、病院内での取組及び病院が所在する地域での取組を推進することが必要となる。

（産科・小児科への重点評価）

ア 産科や小児科の診療科における病院勤務医の負担軽減を図る観点から、産科医療については、ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応が充実するよう、また、小児医療については、これまでの評価の充実等も踏まえつつ、特に手厚い体制の専門的な医療を提供する医療機関に対しての評価の在り方について検討するべきである。

（診療所・病院の役割分担等）

イ 病院勤務医の負担軽減や診療所と病院との機能分担と相互連携を進める観点から、診療所における夜間開業の評価の在り方や、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する評価の在り方について検討するべきである。

（病院勤務医の事務負担の軽減）

ウ 病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制の充実を促進するための評価の在り方について検討するべきである。

(1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

患者にとって安全・安心・納得の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。

(医療費の内容の情報提供)

ア 平成18年度診療報酬改定では、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みの在り方について検討するべきである。

(分かりやすい診療報酬体系等)

イ 平成18年度診療報酬改定では、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組を行ったが、医療費の内容の分かる領収書や明細書の発行の広がりも踏まえ、分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件について、さらに必要な見直しを行うべきである。

(生活を重視した医療)

ウ 患者の生活を重視する視点から、がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価の在り方について検討するべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患した勤労者、自営業者等が無理なく継続して受診できるよう、夕刻以降の診療所の開業の評価の在り方について、検討するべきである(緊急課題のイの一部再掲)。

(保険薬局の機能強化)

エ 診療所の夜間開業等に伴い、患者が必要な医薬品の提供を受けられるようにするため、地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価の在り方について検討するべきである。

※ 「病院勤務医の事務負担の軽減」(緊急課題のウ)は、この(1)の視点にも位置付けられる。

(2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が安心・納得して早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質(QOL)を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間(在院日数を含む。)が短くなる仕組みを充実していくことが必要である。

（質が高い効率的な入院医療の推進）

ア 医療計画見直し等の医療法改正を踏まえ、病院等の医療機能の分化・連携を図るとともに、医療資源を効果的・効率的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、引き続き、平均在院日数の短縮に取り組んでいくことが必要である。このため、入院医療の評価の在り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の在り方や拡大等について、引き続き、検討するべきである。

（質の評価手法の検討）

イ 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法についても検討していくべきである。

（医療ニーズに着目した評価）

ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである。

（在宅医療の推進）

エ 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

（歯科医療の充実）

オ 歯科診療に関する指針の見直し等を踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」（緊急課題のア）、「診療所・病院の役割分担等」（同イ）、「病院勤務医の事務負担の軽減」（同ウ）は、この(2)の視点にも位置付けられる。

(3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。

(がん医療の推進)

ア 「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進が求められているが、放射線療法や化学療法の普及、がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価の在り方について検討するべきである。

(脳卒中対策)

イ 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数が急増しており、発症後生命が助かったとしても後遺症が発生する頻度が高いことから、医療計画に沿って、発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

(自殺対策・子どもの心の対策)

ウ 我が国の自殺者の増加に対応するため、内科等で身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に精神科医療と連携する取組や、救急外来に搬送された自殺企図者に対して再度の自殺企図の防止のための精神科医を含めた総合的な診療が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

また、子どもの心の問題については、必要な医療が十分に提供されるよう、長時間や長期間にわたることが多い外来診療や、心の問題を専門に取り扱う医療機関についての評価の在り方について検討するべきである。

(医療安全の推進と新しい技術等の評価)

エ 医療の基礎である医療安全の更なる向上の観点から、このための新しい取組等に対する評価の在り方を検討するべきである。また、医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

(イノベーション等の評価)

オ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討するべきである。

(オンライン化・IT化の促進)

カ 保険医療機関においては、レセプトのオンライン化が段階的に義務付けられることとなっており、これを含めたIT化は、患者、医療機関、保険者、審査支払機関等それぞれにメリットがある。オンライン化が義務付けられる時期が到来していない保険医療機関において、引き続き、オンライン化への対応を含めたIT化が積極的に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」(緊急課題のア)、「病院勤務医の事務負担の軽減」(同ウ)は、この(3)の視点にも位置付けられる。

(4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。

(新しい技術への置換え)

ア 医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである(3)のエの一部再掲)。

(後発品の使用促進等)

イ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討するべきである(3)のオの再掲)。

(市場実勢価格の反映)

ウ 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである((2)のウの再掲)。

(その他効率化や適正化すべき項目)

オ 平成18年度診療報酬改定においては、コンタクトレンズに係る診療等に関して適正化を行ったところであるが、実態を十分に踏まえて、さらに効率化・適正化すべきと認められる項目については、適正な評価を行うよう検討するべきである。

3 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日。後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)が定められたところであるが、中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)においては、この趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

4 終わりに

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

平成18年度診療報酬改定の基本方針(抄)

平成17年11月25日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方(抄)

- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
 - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき適切な選択を行うなど患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質(QOL)を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、経済・財政とも均衡がとれ、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。

- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
 - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点
 - ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
 - ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
 - ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。

- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

参考資料 4

平成18年度診療報酬改定の基本方針

平成18年度診療報酬改定の基本方針

平成17年11月25日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠である。
- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
 - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質（QOL）を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
 - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
 - ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
 - ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評

価の在り方について検討する視点

④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。
- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

2 4つの視点から見た平成18年度改定の基本方針

① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

- 必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見て分かりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。
- このため、診療報酬体系の見直しに当たっては、そもそも診療報酬体系自体を患者にとって分かりやすい体系とする視点に立って、見直しを推進すべきである。
とりわけ、診療報酬上評価されている医療のうちには、実際に提供されているが、患者が明確に分からないままに費用を負担しているものもあるとの指摘もあり、現行の診療報酬の名称等の位置付けも含め、点検を行っていくべきである。

- 患者への情報提供の推進の観点からは、患者が保険医療機関を受診等した場合に医療費の内容の分かる領収書の発行を受けられることができるよう、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組と併せ、現状を考慮して所要の経過措置を講じた上で、保険医療機関や保険薬局に医療費の個別単価など詳細な内容の分かる領収書の発行を義務付けることを視野に入れて、情報提供を強力に推進するべきである。
- また、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供する観点からは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣に起因した生活習慣病等の重症化予防を推進するための方策について検討するべきである。

② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

- 質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作ることが必要である。

このため、地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に係る評価の在り方について検討するべきである。

- また、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、支援していく体制を構築することが必要である。

このため、入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価の在り方について検討するべきである。

- さらに、我が国の医療については、諸外国と比べ平均在院日数が長いという指摘があり、医療機能の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図っていくことが必要である。

このため、平均在院日数の短縮の促進に資するような入院医療の評価の在

り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等について検討するべきである。

- このほか、病院・診療所の機能分化・連携を推進する観点から、病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方について検討するべきである。

③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。
- 例えば、産科や小児科、救急医療等については、診療科・部門による医師の偏在により地域において必要な医療が確保されていないとの指摘があることも踏まえ、特に休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保していく観点からも、これらの領域に対する診療報酬上の適切な評価について検討するべきである。
- また、医療分野においてはIT化が遅れているが、IT化を推進していくことは、被保険者、医療機関、保険者、審査支払機関等のそれぞれにとってメリットのあることであり、解決すべき課題を整理しつつ、これを集中的に推進していくための方策についても検討するべきである。
- さらに、医療の安全性の更なる向上の観点から、医療安全に係るコストの実態を踏まえつつ、診療報酬上の更なる取組の可能性についても検討していくべきである。
- このほか、医療技術については、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価を進めるとともに、新しい医療技術については、有効性、安全性等のほか、その導入の効果についても十分に確認した上で、適切に保険導入を図っていくことが必要であるが、その際には、保険導入手続の透明化・明確化の視点に十分配慮していくべきである。

④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。
- このため、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方、入院時の食事に係る評価の在り方、外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価の在り方、コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価の在り方、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価の在り方等について検討するべきである。
- また、医薬品については、画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築していく一方で、良質かつ廉価な後発医薬品の使用を促進することは、医療保険制度の持続可能性の維持に資するものであることから、後発医薬品の使用促進のための環境整備の方策についても検討するべきである。
- このほか、医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

3 終わりに

- 中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。
- また、平成18年度診療報酬改定の結果については、本基本方針に即した改定であったかどうか、実際の改定の効果がどの程度あったのか等について、中医協において検証を行い、その結果を当部会に報告いただくことを希望する。