

第8回社会保障審議会医療部会（21.7.9）における主なご意見

1. 診療報酬関係

① 産科・小児科、救急医療関係

- ・救急や産科・小児科のあり方について、骨太では、「選択と集中」とあるが、1箇所を集めていくことに関しては一概にこれがいいとは限らない。点だけではだめで面として整備していかなければならない。
- ・DPCにおいて、小児医療を機能評価係数により評価してほしい。
- ・病院の小児科は不採算。大きな拠点病院を持てばよいというが、地方では、結局その病院に行くのに3時間も4時間もかかってしまう。小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。
- ・在宅介護は高齢者だけのものと捉えられがちだが、そこに小児も入れて欲しい。小児の長期に入院している患者は、いわば福祉であり、こういった患者のレスパイトを医療保険で見ることができれば、病院に行く必要がなくなり、小児の病棟が長期入院の患者で一杯になることはなくなる。
- ・小児を含めた在宅医療が大きな問題。在宅医療を支える視点で、ショートステイを医療において導入していけばよいのではないか。

② 外科

- ・医師が増える中で、外科医は話題の産婦人科医以上に減っている。ハイリスクローリターンで、つぶしもきかない。様々な原因があるが、診療報酬の手術手技料の点数が低すぎるので上げてほしい。

③ 精神科

- ・精神の入院基本料は低い。（15対1の場合）結核より860円も安い。検証してほしい。

④ 歯科医療

- ・地域歯科医療は平成18年度診療報酬改定で疲弊し、現在、崩壊の危機に瀕している。歯科医療が全身的な健康状態の改善に寄与することは、多くのエビデンスによって明確になってきている。また、地域医療における医科・歯科・調剤の連携は重要であり、特に高齢者の在宅医療においては、医科等からのオファーがあれば、連携できる体制を歯科は整えつつあるので、その推進を検討されたい。

⑤ チーム医療

- ・30種くらいの職種によって医療がなされているが、それぞれの評価がなされていない。前回改定において、事務クレーンや臨床工学技士、MSWの退院支援な

どは評価されたが、まだたくさんある。

⑥ 勤務医負担軽減

- ・医療セクレタリーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。
- ・医師不足の問題について、安心・安全を前提とした上での役割分担の推進が必要。通知により、実力のあるナースには、トリアージや外来を任せられるようになってきているので、今後、評価の対象になるのではないか。
- ・奈良県の裁判で判決が下され、時間外勤務に対する給与支払が命ぜられたが、これを支払うとなると病院経営に大きな影響が出る。この判決により、地域の入院医療はどんどん崩壊していく。入院基本料を増点してほしい。

⑦ 医療安全

- ・医療安全確保については、医薬品をどうコントロールするのかという視点が重要。情報提供・品質管理など医薬品を安全に提供できる体制を構築すべき。

⑧ 有床診療所

- ・6月中旬に有床診議連が要望を出していたが、これは前向きに評価してもよいのではないか。

※診療報酬に関する要望内容

- ・入院基本料の全体的な引き上げ
- ・入院基本料の通減制の変更
- ・2段階の看護配置基準を、4人未満、4～7人未満、7人以上の3段階に変更し、実態に近い評価に変える
- ・複数医師配置加算の引き上げ
- ・入院時医学管理加算の新設

⑨ 財源

- ・財源の確保は重要であるが、国民に負担を求めることになる。透明性・質の確保が必要。
- ・地域医療が崩壊しているのは共通の認識で、これには診療報酬の大幅引き上げが必要。前回の診療報酬改定では、医療部会で出された問題について、中医協で議論しようとしたら、やることは沢山あるのに財源が少なかった。財源の議論が必要だ。

⑩ 効果的・効率的な医療

- ・医療の現場も疲弊していると言うが、日本経済全体が疲弊している。そういう中で補正予算で社会保障については大きく措置されているが、これは借金で賄われており、有効な使い方をするべき。地域医療のネットワークを構築する際、医療機関ごとに役割を明確にし、「選択と集中」により、効果的・効率的な医療の仕

組み作りを議論していくべきである。将来世代にツケを回してはならない。

⑪ その他

- ・診療報酬の算定根拠が国民からみると不明確。例えば社会保険病院などは経営努力で黒字になったが、また赤字になってしまった。これでは改定がおかしいと判断せざるをえない。中医協にしてもタウンミーティングをするなど、国民に開かれた会議にするべき。

2. 診療報酬関係以外

① 医療部会における議論のあり方等について

- ・平成 20 年度診療報酬改定の際に、患者からみてわかりやすいなどの 4 つの視点に緊急課題を加えて基本方針を決めたが、中医協での検証結果等を踏まえて、医療部会でもこの 4 つの視点がどうなったかの検証が必要。
- ・医療部会の位置づけは、診療報酬の議論だけをするという位置づけではなく、医療の提供体制についても議論する場であり、開催を多くして欲しい。
- ・診療報酬と医療提供体制の話はかぶるところもあれば別の面もある。両者をキチンと分けて議論すべき。
- ・落としどころを考えながらの議論が必要であり、すべての要望には応えられないのではないかな。状況が改善するにはかなり時間がかかり、すぐに解決できるという幻想は持たないでほしい。
- ・我々は努力していく姿勢が大事で、この議事録を読む人から「またこんな意味のない議論をして」と思われなければならないようにしなければならない。
- ・今回の発言を踏まえ、次回はさらに進化した議論をすべき。

② 医療のあり方全般

- ・医療は提供者だけではなく国民のためであるし、医療は消費ではない。医療を社会の再生産・投資と考えていくべきである。
- ・これまで、機能分担や透明性の確保を進めてきたが、それらによる問題も顕在化してきている。
- ・中期プログラムの安心強化の 3 原則の中に、安心と責任のバランスとあるが、現時点ではバランスが欠けていると認識。権利と義務のバランスがとれておらず、医者の権利が守られていない。医者に期待されるのはありがたいが、医者も人間。例えば、総合医的な機能を求めると、知識が浅くなってしまう。DPCなどは、ごくわずかの者しか分からないテーマを議論している。昔は、中小病院などが総合医的な役割を多少は担いかなりの部分の対応ができていたと思うが、信頼関係の上に成り立っていた。それが地域医療崩壊で崩れてしまった。
- ・機能分担を進めると、シームレスではなくなる。事務クレークを進めると、責任の問題でトラブルが発生する。訪問看護で解決できる問題は多いが、実際にやっ

てみると、役割分担の問題で訪問看護ステーションは崩壊。透明性といわれても、とても対応できない。

- ・現状の医療崩壊は、国民含め各々が反省すべき。本気で取り組んで10年経ってやっとどうにかなるかというものだと思う。

③ 産科・小児科、救急医療関係

〔全般〕

- ・骨太2009では特に小児科・救急など「ほころび」の修復が唱われている。そのなかで勤務医の負担を軽減する上での役割分担、また、地域におけるそれぞれの施設・機関の役割について、どのようにこれらを組み直していくかが課題。
- ・女性医師の結婚産休問題で、小児科・産科などは減っている。報酬を上げればよいというものではなく、就労支援の取組が必要ではないか。

〔産科〕

- ・周産期母子医療センターの指定基準の見直しが遅れている。具体的内容を明示してほしい。
- ・ハイリスクの出産を産科医が時間をかけて対応できるようにするために、助産師がノーマルな出産やローリスクな出産を取り扱うことの推進が必要。

〔救急医療〕

- ・救急の入口において軽症患者が多い。小児は「#8000」があるが、大人についても相談できる場が必要。診療報酬で対応すべきとは思わないが、予算上で措置すべき。
- ・救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。

④ 歯科医療について

- ・今回「骨太の方針2009」のなかに「8020運動」の推進が明記されたことは画期的である。「8020運動」が健康寿命の延伸に貢献できることから、財政的支援が必要である。

⑤ 精神医療について

- ・医療観察法では、指定入院医療機関の整備が遅れて、300床くらい足りない。現実には、鑑定入院で引き受けた病院が継続して受け入れている。

⑥ 総合医関係

- ・総合的な視点に立った医師、病院を確立し、地域医療の入口としての役割を担ってもらいたい。保健指導とのつながりにより、保険者にとって重要なパートナー

となる。

- ・全人的、診療科横断的な「総合診療医」の育成が必要であり、医学部のカリキュラムの充実、診療科の標榜、研修の財政支援を行うとともに、登録医制度については、モデル事例から始めて、普及度合いも見ながら、多面的に考えていくべき。ドイツでは、専門医としての「一般医」が存在し、国民から期待と信頼を得ている。

⑦ 勤務医負担軽減

〔職種ごとの役割分担〕

- ・職種ごとの役割分担について医政局長通知を出されているが、現場ではなかなか進まないで、立法化してももう少し拘束力を強くしてほしい。

〔医師の加重労働〕

- ・医師の超過勤務は恒常的だ。経営上の都合ではなく、実態として医師が足りていない。そのため超過勤務となり、労働基準法に抵触した場合、労働基準監督署から指導されてしまう。

⑧ 医師不足・医師偏在

- ・へき地の医療は敬遠する人も多く、医師確保が大変。
- ・医療崩壊は、地域医療の崩壊が大きい。主として地方の公立病院、次が、大学病院。教育、臨床、研究と3つの役割を担っているが、独法化により臨床に偏ってしまっている。研修医も大学離れの傾向にあり、医療のトップランナーが危機に至っている。
- ・予算・診療報酬だけで医師不足は解消できない。地域医療計画の中に必要な診療科ごとの医師数を盛り込む等も検討すべき。
- ・医師偏在の問題で、以前、医療部会において管理者要件の議論をしたが、今後、議論を再開してはどうか。

⑨ 補助金

- ・地域再生基金に関して、産科・小児科は大切であるが、いろいろな疾患があることから4疾病5事業にも使えることをわかりやすく明示してほしい。
- ・様々な補助金があるが、補助が全額ではなく病院も持ち出しが必要になっており、病院経営は厳しいなかでは活用できない。
- ・地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、関係団体や医師会とよく相談して決めていって欲しい。
- ・医師へ手当を直接支給する補助金があるが、就業規則の改正が必要であり、使いづらい。病院のフリーハンドで使えるようにして欲しい。
- ・地域医療再生基金については現場からの積み上げでやるしかない。
- ・地域医療再生基金により、施設や運営費については手当ができるが、問題は人材

確保と診療報酬の見直し。この問題が解決されない限り、地域医療再生基金では中核的な医療機関にしか事業化をお願いできない。

⑩ その他

〔国民へのわかりやすさ〕

- ・医療の「見える化」をするべき。そのためにはデータを集めることが必要。
- ・質や安心の確保が重要だが、安心と医療のビジョン具体化懇談会の中間とりまとめを見ても具体的ではない。国民にわかりやすく説明することが必要。
- ・適切な情報を患者に迅速に提供することが求められている。

〔患者負担について〕

- ・患者負担3割は、限界まできている。
- ・一律3割の制度に疑問を感じる。高額療養費制度もあるが、これは前年度の所得に応じてのもの。病気になり働けなくなって子供もいるような場合、その時点で3割の支払いは困難になる。
- ・日本はOECD諸国に比べ、患者負担は10%ほど高い。したがって患者負担を増やす方向ではだめで、国民から広く薄く求めることが必要である。

〔その他〕

- ・死亡者が増加しているので、看取りについても迅速に対応してほしい。
- ・医師は患者を診たくて医師という職業に就いており、医師がマネジメント感覚を持っているかというのは疑問。

(平成21年7月1日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
上田 清司	全国知事会（埼玉県知事）
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
犬西 秀人	全国市長会（香川県高松市長）
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
※加藤 達夫	国立成育医療センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会医療部長
近藤 勝洪	（社）日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	（社）日本看護協会常任理事
◎※齋藤 英彦	名古屋セントラル病院院長
鮫島 健	（社）日本精神科病院協会会長
水田 祥代	九州大学理事・副学長
※竹嶋 康弘	（社）日本医師会副会長
○ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML代表
堤 健吾	（社）日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会部会長補佐
中川 俊男	（社）日本医師会常任理事
西澤 寛俊	（社）全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	（社）日本医療法人協会会長
邊見 公雄	（社）全国自治体病院協議会会長
村上 信乃	（社）日本病院会副会長
山本 信夫	（社）日本薬剤師会副会長
※山本 文男	全国町村会会長（福岡県添田町長）
※渡辺 俊介	日本経済新聞社論説委員

※：社会保障審議会委員

◎：部会長 ○：部会長代理

第32回社会保障審議会医療保険部会(21.7.15)における主なご意見

I 診療報酬関係

1 診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」について

- ① 骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないか。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議(6月3日)でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。
- ② 国民皆保険を守り、安心して質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方にに基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。
- ③ 診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。
- ④ 全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。

地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。

国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということになると大変だ。産科や小児科へということは結構だと思うけれど、医療の現状を見ると、むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口20～30万人に1つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。

- ⑤ 病院と診療所の再診料の格差是正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。

「選択と集中」の考え方に基づいて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考えていく必要がある。

前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではないか。

- ⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・

安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。

2. 厳しい保険者財政について

- ・ 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。
- ・ 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。
- ・ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳しい状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を上げるような状況ではない。
- ・ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。
- ・ 健保組合全体で 21 年度予算 6 兆円に対して、赤字が 6,150 億円で 1 割にも達する。20 年度から 2 年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。

3. 個別分野の診療報酬について

① 歯科医療

- ・ 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。骨太 2009 にも 8020 運動が明記された。平成 20 年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。
- ・ 平成 8 年から平成 19 年まで、歯科医療費は 2 兆 5 千億円程度で推移している。1 診療所単位で見ると、この間に保険収入は約 15% の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。

② かかりつけ医

- ・ 高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が刹那的に医療を受けていては、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。
- ・ 後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち 1 割の患者しか利用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75 歳以上の 9 割弱が 1～2 箇所しか受診していない。

かかりつけ医は、医療費の削減にはつながらないのではないか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。

③ 救急医療

- ・ 救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。

4 予算と診療報酬

- ・ 救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないか。
- ・ 予算で対応しているところ、診療報酬で見るところの役割分担も考えるべき。

5 その他

- ・ 診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになるだろうか。

II 診療報酬以外

- ・ これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないか。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか。
- ・ 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。
- ・ 昨年富山県に行ったら、救急搬送のその年度増加分の9割が高齢者であった。在宅の高齢者医療が不十分なこと、また、老健施設や特別養護老人ホームで救急対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないか。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。
- ・ 少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。
- ・ 後期高齢者の制度は、何故75歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成21年7月15日現在

○磯部 力	立教大学法学部教授
岩月 進	日本薬剤師会常務理事
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
※ 逢見 直人	日本労働組合総連合会副事務局長
大内 尉義	東京大学大学院医学系研究科教授
岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長
※ 神田 真秋	全国知事会社会文教常任委員会委員長、愛知県知事
見坊 和雄	全国老人クラブ連合会相談役・理事
小林 剛	全国健康保険協会理事長
齊藤 正憲	日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長
坂本 すが	日本看護協会副会長
多田 宏	国民健康保険中央会理事長
対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
西村 周三	京都大学副学長
※◎糠谷 真平	独立行政法人国民生活センター顧問
樋口 恵子	高齢社会をよくする女性の会理事長
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長、佐賀県多久市長
藤原 淳	日本医師会常任理事
※ 山本 文男	全国町村会会長、福岡県添田町長
渡辺 三雄	日本歯科医師会常務理事

(注1) ※は社会保障審議会の委員、他は臨時委員。

(五十音順、敬称略)

(注2) ◎は医療保険部会長、○は医療保険部会長代理。

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)のイの一部再掲)。

(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。

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

社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会

- 第164回国会においては、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）が成立し、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。参議院厚生労働委員会の審議過程においては、当該制度に関して附帯決議（平成18年6月13日）がなされ、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること」とされた。
- 当特別部会では、この附帯決議を踏まえ、後期高齢者医療の在り方について、平成18年秋より12回にわたり部会を開催し、議論等を重ねてきた。この中では、有識者からのヒアリングを行うとともに、本年4月に「後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方」を取りまとめることと併せ、広く国民的な議論に供するべくパブリックコメントを実施するとともに、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において意見を聴取し、検討に当たっての参考としたところである。
- このような過程を経て、今般、平成20年4月に新たに創設される後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子について、次のように取りまとめた。この趣旨を十分に踏まえた上で、今後、中央社会保険医療協議会におかれては、具体的な診療報酬案の検討が進められることを希望する。

1. 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項)

- 後期高齢者には、若年者と比較した場合、次に述べるような心身の特性がある。
 - (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
 - (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
 - (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。
- こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。
 - ・ 後期高齢者の生活を重視した医療
 - 一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どの

ような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

・ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

・ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

- もとより、高血圧や糖尿病に対する各種指導や投薬・注射、骨折に対する手術等のように、後期高齢者に対する医療の多くは、その範囲や内容が74歳以下の者に対するものと大きく異なるものではなく、患者個々人の状態に応じて提供されることが基本となる。

すなわち、医療の基本的な内容は、74歳以下の者に対する医療と連続しているもので、75歳以上であることをもって大きく変わるものではない。

- これらのことから、後期高齢者にふさわしい医療は、若年者、高齢者を通じた医療全般のあるべき姿を見据えつつ、先に述べた後期高齢者の特性や基本的な視点を十分踏まえて、構築していくべきである。

2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

- 我が国の国民皆保険制度は「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」という理念を基本としている。高齢者に対する医療についても、これまで、この考え方に基づくとともに、累次の老人診療報酬の改定等により、在宅医療の推進、入院療養環境の向上や長期入院の是正、あるいは漫然・画一的な診療は行わないことや、複数医療機関での受診や検査、投薬等はみだりに行わないことといった取組を行ってきたところである。

- 後期高齢者医療制度の施行に伴う新たな診療報酬体系の構築に当たっては、診療報酬全体の在り方に係る検討を着実に進めながら、高齢者医療の現状を踏まえ、このような老人診療報酬の取組を更に進めるとともに、診療報酬全体の評価体系に加え、1. に述べた後期高齢者にふさわしい医療が提供されるよう、次に述べる方針を基本とするべきである。

(1) 外来医療について

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進)

- 前述の後期高齢者の心身の特性等を踏まえれば、外来医療においては、主治医は次のような役割を担うことが求められている。
 - ・ 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握すること。
 - ・ 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること。
 - ・ 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有すること。
- 主治医がこのような取組を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。

(薬歴管理)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、服薬している薬の種類数が多いこと、入退院も少なく服薬に関わる医療関係者も多くなると考えられることから、薬の相互作用や重複投薬を防ぐ必要がある。このため、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師及び看護師）や患者自身が、服用している医薬品の情報を確認できるような方策を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。

(関係者、患者・家族との情報共有と連携)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、他の医療や介護・福祉サービスが必要な場合や、現に受けている場合も少なくない。後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。

必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携が進められるよう、診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。

(2) 入院医療について

(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)

- 後期高齢者の生活を重視するという視点からも、慢性期のみならず急性期を含む入院医療において、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うとともに、後期高齢者の入院時から、地域の主治医との適切

な連携の下、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行う必要がある。

退院後の療養生活に円滑に移行するためには、個々人の状況に応じ、退院後の生活を見越した診療計画が策定され、それに基づく入院医療が提供されることが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(入院中の評価とその結果の共有)

- 退院後の後期高齢者の生活を支えるには、入院中に行われた総合的な評価の情報が、在宅生活を支えることとなる医療関係者や介護・福祉関係者に共有されることが重要である。この入院中の評価の実施や、カンファレンス等を通じ、評価結果について在宅を支える関係者との共有が進むよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(退院前後の支援)

- 患者は退院直後が最も不安となる場合が多いとの指摘があるが、このようなケースについては、退院直後の時期をまず重点的に支えることにより、円滑に在宅生活に移行することができるようにすることが重要である。このため、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前の指導等に取り組むことができるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(3) 在宅医療について

(情報共有と連携)

- 後期高齢者の在宅療養を医療面から支えるには、主治医等が中心となって、医療従事者間の情報の共有や連携を図りながら、それぞれの役割をしっかりと担う必要がある。

後期高齢者の生活を支えるには、医療関係者のみならず、介護・福祉関係者との相互の情報の共有や連携を行う必要がある。主治医等とケアマネジャーが中心となって、カンファレンス等を通じて、主治医による総合的な評価を含めた情報の共有や連携が図られるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(病院等による後方支援)

- また、病状の急変時等入院が必要となった場合に、円滑に入院できるようにするとともに、在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先の医療機関においても引き続き提供されるようにするべきである。このような医療機関間の連携が強化されるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅歯科診療)

- 全身的な健康維持や誤嚥性肺炎予防の観点等からも、要介護者等の継続的な口腔機能の維持・管理が重要であるとともに、在宅において適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者から歯科診療に係る情報提供が歯科医療従事者になされるなどの連携を進めることが必要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅療養における服薬支援)

- 後期高齢者の在宅療養において、薬の「飲み忘れ」等による状態悪化を招くことのないよう、本人や家族、介護を担う者による日々の服薬管理等の支援を推進することが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(訪問看護)

- 安心して安全な在宅療養を支えるには、訪問看護の役割が大変重要であるが、退院前後の支援、緊急時の対応を含めた24時間体制の充実、患者の状態に応じた訪問の実施などが更に取り組みされるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(居住系施設等における医療)

- 居住系施設を含む様々な施設等を利用している後期高齢者について、その施設等の中で提供されている医療の内容や施設の状況等も踏まえつつ、外部からの医療の提供に対する適正な評価の在り方について検討するべきである。

(4) 終末期における医療について

(終末期の医療)

- 患者が望み、かつ、患者にとって最もよい終末期医療が行われるよう、本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等について、医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等について、あらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

また、在宅患者の看取りについて、訪問診療や訪問看護が果たしている役割を踏まえて、その診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(疼痛緩和ケア)

- 緩和ケアについては、入院、外来、在宅を問わず、疼痛緩和を目的に医療用麻薬を投与している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養

上必要な指導を行うことを評価することで、質の高い療養生活を送ることができる体制を整備する必要がある。また、在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の服薬指導に当たっては、患者宅での適切な保管管理、廃棄等の方法について、調剤した薬剤師が患者及びその家族への指導を行うとともに、定期的にその状況を確認していくことが必要であり、これらの取組が進むような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

3. 留意すべき事項

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進について)

- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会においては、後期高齢者を総合的に診る取組を行う主治医について、いわゆる主治医の「登録制度」を導入すべきという指摘や、患者のフリーアクセスの制限は適当でないという指摘があった。

本特別部会としては、現在は総合的に診る取組の普及・定着を進める段階であり、主治医についても、患者自らの選択を通じて決定していく形を想定している。中央社会保険医療協議会におかれては、これらを念頭に置いて具体的な診療報酬案の検討が進められるよう希望する。

また、診療報酬における検討に加え、研修、生涯教育等を通じて、主治医の役割をより適切に担うことができる医師が増加し、患者が生活する地域でこのような医師による診療を受けられるような環境整備が図られていくことも、併せて期待したい。

(その他の留意事項について)

- 後期高齢者の生活を総合的に支えるためには、述べてきたように、医療関係者や介護・福祉関係者間の連携及び情報の共有が必須のものである。
- また、医療関係者の連携、情報共有等により、頻回受診、重複検査や重複投薬を少なくし、後期高齢者の心身への必要を超えた侵襲や薬の相互作用等の発生を防止するとともに、医療資源の重複投入の抑制につながると考えられる。
- 併せて、今後の個々具体的な診療報酬体系の検討に当たっては、今回取りまとめた方向に沿った医療が第一線においてしっかりと提供されるための診療報酬上の評価の設定や、医療を受ける後期高齢者の生活と密接に関係する介護保険制度との関係にも十分配慮するべきである。
- さらに、新たな制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。

(以上)

(参考)

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」の設置の趣旨及び審議事項

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。

後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議いただくため、社会保障審議会に専門の部会を設置したものの。

2 特別部会委員（○：部会長）

遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
鴨下	重彦	国立国際医療センター名誉総長
川越	厚	ホームケアクリニック川越院長
高久	史麿	自治医科大学学長
辻本	好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
○糠谷	真平	独立行政法人国民生活センター顧問
野中	博	医療法人社団博腎会野中病院院長
堀田	力	さわやか福祉財団理事長
村松	静子	在宅看護研究センター代表

（50音順、敬称略）

（委員の所属・役職は平成19年10月1日現在）

「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」開催経緯

平成18年

10月 5日 第1回開催

10月25日 第2回開催

有識者からのヒアリング①：後期高齢者の心身の特性等について

11月 6日 第3回開催

有識者からのヒアリング②：地域医療の現状について①

11月20日 第4回開催

有識者からのヒアリング③：地域医療の現状について②

12月12日 第5回開催

有識者からのヒアリング④：終末期医療について

平成19年

2月 5日 第6回開催

後期高齢者医療について（フリーディスカッション）

3月29日 第7回開催

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」（案）について

4月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」取りまとめ

4月11日～5月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」御意見の募集

6月18日 第8回開催

御意見の募集の結果について
後期高齢者の入院医療について

7月 6日 第9回開催

後期高齢者の外来医療について
後期高齢者の在宅医療について

7月30日 第10回開催

特別部会におけるこれまでの議論等について

9月 4日 第11回開催

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）（たたき台）について

10月 4日 第12回開催

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）について

主な施設基準の届出状況等

- 診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出等が必要となる主なものについて、各年7月1日現在における届出状況を取りまとめたものである。
 - 平成20年度に新設された項目については、**新**を付している。
 - 届出状況については、地方厚生(支)局において閲覧に供することとしている。
- 病床を有する保険医療機関数の推移

		平成18年	平成19年	平成20年
病院	施設数	9,161	8,986	8,855
	病床数	1,575,178	1,563,065	1,559,914
有床診療所	施設数	12,508	11,907	11,594
	病床数	152,147	149,501	144,710

1 初診料関係

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
新 夜間・早朝等加算	・1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所等	-	-	(診療所数) 36,881
電子化加算	(許可病床数が400床未満の保険医療機関のうち)	5,026	6,135	6,402
	・診療報酬請求に係る電算処理システムの導入	53,386	69,749	85,241
	・個別の費用ごとに区分して記載した領収証の交付			
	・その他選択的に具備すべき要件のいずれかに該当			
	選択的要件別内訳 (複数選択あり 病院・診療所計)			
	光ディスク等による請求	5,789	7,250	11,656
	試行的オンラインシステムを活用した請求	446	581	1,511
	求めがあった時に詳細な明細書を交付し、その旨を院内の分かりやすい場所等に表示	46,500	62,164	77,821
	バーコード、電子タグ等による医療安全対策	550	710	927
	インターネットを活用した予約システム	1,647	2,032	3,054
診療情報の電子的提供	4,678	5,837	7,984	
検査、投薬等に係るオーダーリングシステム	3,306	4,651	5,507	
電子カルテによる診療録管理	11,124	14,512	19,812	
医用画像管理システム	8,272	10,967	19,480	
遠隔医療支援システム	76	99	126	

2 入院料等関係

(1) 入院基本料

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/中段:病棟数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
一般病棟入院基本料	・一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から15対1に区分	5,629	5,534	5,437	
		17,102	16,038	15,207	
		731,566	715,413	700,358	
療養病棟入院基本料	・療養病棟における医療区分等に応じて区分	3,741	3,708	3,650	
		5,881	5,749	4,992	
		220,071	209,968	211,592	
結核病棟入院基本料	・結核病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から20対1に区分	236	236	225	
		275	265	240	
		9,696	9,220	8,177	
精神病棟入院基本料	・精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて10対1から20対1に区分	1,385	1,381	1,335	
		3,854	3,600	3,362	
		207,385	197,812	188,796	
特定機能病院入院基本料	・特定機能病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から10対1に区分	一般病棟	81	81	82
			1,443	1,440	1,472
			64,596	63,799	64,523
	・特定機能病院の結核病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から15対1に区分	結核病棟	13	14	14
			12	14	14
			238	238	238
	・特定機能病院の精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から15対1に区分	精神病棟	72	72	73
			75	76	78
			3,422	3,345	3,385
専門病院入院基本料	・専門病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて7対1から13対1に区分	16	20	20	
		129	133	138	
		5,652	5,890	6,151	
障害者施設等入院基本料	・児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設等の一般病棟 ・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟 ・上記について、看護実質配置・看護師比率に応じて10対1から15対1に区分	590	778	816	
		1,187	1,403	1,497	
		44,693	60,521	62,116	
有床診療所入院基本料	・看護配置に応じて1及び2に区分	8,703	8,485	8,022	
		-	-	-	
		107,310	106,494	102,064	
有床診療所療養病床入院基本料	・看護配置及び看護補助配置基準を満たしたもの	1,670	1,283	1,247	
		-	-	-	
		13,103	10,594	10,443	

(2) 入院基本料等加算

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
入院時医学管理加算	・特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院 ・急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されている ・病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されている 等	192 -	206 -	改 88 -	
臨床研修病院入院診療加算	・単独型又は管理型臨床研修病院、協力型臨床研修病院 ・診療録管理体制加算の届出を行っている 等	1,203 -	1,259 -	1,365 -	
新 超急性期脳卒中加算	・脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師の配置 ・薬剤師が常時配置されている 等	- -	- -	651 -	
新 妊産婦緊急搬送入院加算	・緊急の分娩にも対応できる十分な整備 等	- -	- -	1,273 -	
診療録管理体制加算	・1名以上の診療記録管理者の配置 ・診療記録管理を行うに必要な体制、適切な施設及び設備の整備 等	2,457 703,720	2,718 746,799	2,913 783,669	
新 医師事務作業補助体制加算	・急性期医療を担う病院 ・医師の事務作業を補助することに十分な体制が整備 等	- -	- -	730 179,177	
特殊疾患入院施設管理加算	・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟又は精神病棟 ・看護要員の実質配置が10対1以上 等	883 56,051	856 55,646	872 65,907	
新生児入院医療管理加算	・新生児入院医療管理が必要な新生児を概ね7割以上入院させている一般病棟の病室 ・小児科医師の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師数の比が6対1以上 等	72 742	70 722	78 825	
療養環境加算	・1床あたりの平均床面積が8平方メートル以上ある病室 等	1,775 209,430	1,958 226,662	2,848 245,054	
重症者等療養環境特別加算	・常時監視を要し、重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等の配置 ・個室又は2人部屋の病床であって、重症者等を入院させるのに適したもの 等	2,375 -	2,428 -	2,469 -	
療養病棟療養環境加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、必要な器械・器具が具備されている 機能訓練室、適切な施設 ・医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 等 ・床面積、廊下幅等に応じて1～4に区分	1	1,387 85,156	1,547 98,710	1,611 101,269
		2	906 33,050	707 33,315	655 26,803
		3	946 31,436	930 40,539	903 34,005
		4	171 7,487	160 7,387	153 6,919

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
診療所療養病床療養環境加算	<ul style="list-style-type: none"> ・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 ・医療法施行規則に定める医師及び看護師等の員数以上の配置 ・上記について、1床あたりの床面積・廊下幅、食堂・談話室の有無等に応じて1及び2に区分等 	1	720 4,590	662 4,788	603 4,708
		2	1,135 7,546	948 6,444	820 5,732
緩和ケア診療加算	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアに係る専従のチーム(医師2名、看護師及び薬剤師)の設置 ・(財)日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている等 		66 -	87 -	87 -
精神科応急入院施設管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」により都道府県知事が指定する精神病院 ・医療保護入院のための必要な専用病床の確保等 		209 -	232 -	246 -
精神病棟入院時医学管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法施行規則に定める医師の員数(療養病棟に係るものに限る)以上の配置 ・当該地域の精神科救急医療体制確保のため整備された精神科救急医療施設等 		283 -	309 -	293 -
新精神科地域移行実施加算	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行を推進する部門を設置、組織的に実施する体制が整備 ・当該部門に専従の精神保健福祉士が配置等 		- -	- -	243 -
新精神科身体合併症管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置 ・精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟等 		- -	- -	874 -
児童・思春期精神科入院医療管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室 ・当該病棟又は治療室に常勤医師が2名以上配置(うち1名以上は精神保健指定医) ・看護師の実質配置が10対1以上等 		9 520	13 631	15 671
がん診療連携拠点病院加算	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療連携拠点病院の指定を受けている等 		134 -	301 -	358 -
栄養管理実施加算	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の管理栄養士が1名以上配置されている ・患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士等医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能等を考慮した栄養管理計画を作成等 		7,995 -	8,337 -	8,449 -
医療安全対策加算	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等を医療安全管理者として配置 ・医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制を整備 ・当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置等 		1,080 423,249	1,409 505,528	1,522 529,515
褥瘡患者管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられている ・褥瘡対策を行う適切な設備を有する等 		7,564 1,246,145	7,602 1,244,381	7,739 1,235,131
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等を褥瘡管理者として配置 ・褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行う体制の整備等 		186 -	280 -	344 -
新ハイリスク妊娠管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・専ら産婦人科又は産科に従事する医師が1名以上配置等 		- -	- -	1,722 -

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
ハイリスク分娩管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置 常勤の助産師が3名以上配置 1年間の分娩実施件数が120件以上で、実施件数等を当該保険医療機関に掲示 等 	702 281,194	708 267,079	623 240,549
⑨退院調整加算	<ul style="list-style-type: none"> 病院にあつては退院調整に関する部門を設置、当該部門に十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置 診療所にあつては退院調整を担当する専任の者が配置 等 	- -	- -	2,613 -
⑩後期高齢者総合評価加算	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の総合的な機能評価を適切に実施 後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が1名以上配置 等 	- -	- -	1,041 -
⑪後期高齢者退院調整加算	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の総合的な機能評価を適切に実施 病院にあつては退院調整に関する部門を設置、当該部門に十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置 診療所にあつては退院調整を担当する専任の者が配置 等 	- -	- -	2,621 -

(3) 特定入院料

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
救命救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師の常時配置 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設 等 特定集中治療室管理料の施設基準を満たしているかに応じて1及び2に区分 	188 4,772	197 5,602	202 6,453
特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	554 3,750	569 3,966	592 4,307
ハイケアユニット入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 常時、入院患者数と看護師数の比が4対1以上 特定集中治療室に準じる設備 重症度等を満たしている患者8割以上 等 	52 670	59 685	68 776
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 病院の治療室を単位とし、治療室の病床数は30床以下 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師の常時配置 常時、入院患者数と看護師数の比が3対1以上 	28 186	49 289	58 355
新生児特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	199 1,302	199 1,280	198 1,329

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)				
		平成18年	平成19年	平成20年		
総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料 新生児集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	66	72	75		
		(病床数) 501	(病床数) 486	(病床数) 600		
		(病床数) 732	(病床数) 831	(病床数) 781		
広範囲熱傷特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 	24	24	25		
		51	51	52		
一類感染症患者入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 等 	15	16	19		
		83	35	79		
特殊疾患入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 脊髄損傷等の重度障害者等を概ね8割以上入院させている病室 看護要員の実質配置が10対1以上 病棟における5割以上が看護職員(うち2割以上以上が看護師) 等 	62	52	39		
		1,154	817	606		
小児入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院以外の病院で小児科を標榜している病院 医療法施行規則に定める医師の員数以上の配置 等 常勤医師数、平均在院日数及び看護配置等に応じて1～4に区分 			1	35	
					2,704	
		1	165	190	187	
		8,301	9,166	7,986		
		2	290	300	329	
		8,277	9,029	8,868		
3	105	110	105			
	-	-	-			
回復期リハビリテーション病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 病棟における回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院 看護職員の実質配置(4割以上が看護師)が15対1以上 看護補助者の実質配置が30対1以上 等 新規入院患者のうち重症の患者の割合等に応じて1及び2に区分 				195	
		1	一般病棟			(病棟数) 115
			療養病棟			(病棟数) 140
						(病床数) 5,047
						(病床数) 6,555
			670	794	716	
2	一般病棟	(病棟数) 326	(病棟数) 366	(病棟数) 311		
	療養病棟	(病棟数) 470	(病棟数) 598	(病棟数) 561		
	(病床数) 14,326	(病床数) 16,137	(病床数) 13,770			
	(病床数) 21,731	(病床数) 27,388	(病床数) 25,296			

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
亜急性期入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員の実質配置が13対1以上 ・いずれかの疾患別リハビリテーション料を届出している ・退院患者のうち、転院した者等を除く割合が6割以上 等 ・一般病床のうち、当該病室の病床数の割合等に応じて1及び2に区分 	1	848 10,102	981 11,474	1,017 11,951
		2			45 900
特殊疾患病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・看護要員の実質配置(5割以上が看護職員)が10対1以上 ・看護職員の2割以上が看護師 等 ・該当患者の症状等に応じて1及び2に区分 	1	114 6,386	92 5,117	84 4,251
		2	190 12,490	144 8,982	109 7,739
緩和ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・末期の悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の罹患患者が入院 ・看護師の実質配置が7対1以上 等 		164 3,135	181 3,498	193 3,780
精神科救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 ・当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に5名以上の精神保健指定医の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 等 ・精神科救急医療施設 等 		22 1,481	32 2,023	42 2,615
精神科急性期治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・精神科救急医療施設 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・当該病棟に1名以上かつ当該医療機関に2名以上の精神保健指定医の配置 等 ・看護配置等に応じて、1及び2に区分 	1	163 7,517	198 9,997	219 10,967
		2	10 516	14 709	20 1,016
新精神科救急・合併症入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センターを有する病院 ・当該医療機関に精神科医5名以上且つ当該病棟に精神保健指定医3名以上の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 等 		- -	- -	0 0
精神療養病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・長期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 等 ・精神保健指定医・看護配置等に応じて、1及び2に区分 		794 72,413	799 94,021	819 90,382
認知症病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟において、看護職員の最小必要数の割合が2割以上 等 ・看護配置等に応じて、1及び2に区分 ※平成20年度より取りまとめを実施 	1	- -	- -	373 -
		2	- -	- -	62 -

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
診療所後期高齢者医療管理料	・看護師の実質配置が15対1以上 ・看護職員又は看護補助者を1名以上配置し、夜間における緊急時の体制を整備 ※平成20年度より取りまとめを実施	-	-	335 1,454

3 短期滞在手術基本料

	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:診療所数)		
			平成18年	平成19年	平成20年
短期滞在手術基本料	・麻酔の形態、回復室の有無、看護配置等に応じて、1及び2に区分	1	89	90	93
			98	105	111
		2	110	114	123
			34	37	38

4 医学管理等

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
ウイルス疾患指導料	・専任の医師、専従の看護師、専任の薬剤師の配置 ・当該療法を行うにつき十分な体制及び構造設備 等	46 0	54 1	54 2	
高度難聴指導管理料	・人工内耳埋込術の施設基準を満たすか、十分な経験を有する常勤医師配置 等	702 2,026	697 2,099	690 2,204	
喘息治療管理料	・専任の看護師又は准看護師の常時1人以上配置 ・喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具の具備、緊急時の入院体制の確保 等	237 173	245 194	274 253	
新糖尿病合併症管理料	・糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師配置 ・糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤看護師配置 等	- -	- -	386 121	
小児科外来診療料	・小児科を標榜する医療機関	1,324 15,344	1,285 15,393	1,272 15,690	
地域連携小児夜間・休日診療料	・当該保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師と別の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師との連携体制 等 ・医師の配置、24時間診療体制の有無に応じて1及び2に区分	1	87 219	86 231	95 252
		2	50 3	62 3	64 3

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
ニコチン依存症管理料	・禁煙治療の経験を有する医師、専任の看護職員の配置 ・医療機関の敷地内禁煙 等	554 2,362	934 3,928	1,196 5,604	
開放型病院共同指導料 (I)	・当該病院の存する地域の全ての医師、歯科医師の利用の為に開放され、専用の病床を有する病院 等	729 -	761 -	796 -	
地域連携診療計画管理料	・対象疾患は大腿骨頭部骨折及び脳卒中 ・一般病棟の入院患者の平均在院日数が17日以内 等	78 -	209 -	改 405 -	
地域連携診療計画退院時指導料	・地域連携診療計画管理料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者を受け入れることができる体制が整備されている 等	164 58	604 144	改 1,274 205	
ハイリスク妊産婦共同管理料	・産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関である ・年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している 等	(I)	122 340	191 498	236 646
		(II)	157 -	184 -	- -
新医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等 ・臨床工学技士、医師配置等に応じて、1及び2に区分	1	- -	- -	2,103 186
		2	- -	- -	389 7
薬剤管理指導料	・薬剤師の配置 ・医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設 等	5,531 -	5,563 -	5,603 8	
新後期高齢者診療料	・診療所又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない病院 ・後期高齢者の身心の特性を踏まえた当該療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤医師が配置	- -	- -	25 9,538	
在宅療養支援診療所	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等	9,434	10,477	11,450	
新在宅療養支援病院	・当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない ・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等	-	-	7	

5 在宅医療

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
在宅時医学総合管理料	・診療所又は許可病床数が200床未満の病院 ・在宅医療の調整担当者が1名以上配置されている 等	732 14,409	852 15,856	1,039 17,263
在宅末期医療総合診療料	・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること ・在宅末期医療を提供するにつき必要な体制の整備、緊急時の入院体制の整備 等	- 8,177	- 8,736	6 9,574
在宅患者訪問薬剤管理指導料	・行う旨を地方厚生(支)局長に届け出た保険薬局	(薬局数) 34,448	(薬局数) 35,667	(薬局数) 37,550

6 検査

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
血液細胞核酸増幅同定検査	・院内検査を行っている病院、診療所 ・臨床検査を専ら担当する常勤医師の配置 等	466 1	447 1	456 2
検体検査管理加算	・院内検査を行っている病院、診療所 等 ・臨床検査を担当する常勤医師の有無、常勤臨床検査技師の配置の有無等に 応じて、1~3に区分	1 3,428	1 3,481	1 3,402
		217	241	240
		2 757	2 760	3 1,617
		1	1	30
548	548	548		
1	1	1		
新 遺伝カウンセリング加算	・遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤医師が配置 ・患者又はその家族に対して、カウンセリングの内容が文書交付され、説明がなされている	- -	- -	90 13
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	381 5	387 4	451 2
人工臓腑	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	(医療機関数) 87	(医療機関数) 85	(医療機関数) 51
長期継続頭蓋内脳波検査	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	259 -	264 -	280 -
光トポグラフィ	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・一定割合以上、別の保険医療機関からの依頼により検査を実施 等	0 0	0 0	0 0
神経磁気診断	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・3年以上の経験を有する常勤医師の配置 等	25 1	25 1	28 1

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
⑨神経学的検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	-	-	1,144
		-	-	779
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・一定割合以上、別の保険医療機関からの依頼により検査を実施 等	8	9	6
		0	0	0
補聴器適合検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な装置・器具 等	233	245	256
		213	234	258
コンタクトレンズ検査料1	・当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が3割未満である 等	1,353	1,398	1,276
		5,595	5,712	5,526
小児食物アレルギー負荷検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	386	410	509
		8	13	184

7 画像診断

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
画像診断管理加算	・放射線科を標榜する医療機関 ・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・画像診断を専ら担当する常勤医師により、すべての核医学診断、コンピュータ断層診断が行われているか等に応じて1及び2に区分	1	751	792	875
		2	156	164	195
遠隔画像診断	(送信側)・離島等に所在する保険医療機関 ・画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器、施設 等 (受信側)・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	57	90	117
		受信側	18	30	42
ポジトロン断層撮影(PET)	・画像診断を担当する常勤医師の配置 ・断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定)	(病院数)	82	110	141
		(診療所数)	25	34	38
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(PET-CT)	・画像診断を担当する常勤医師の配置 ・断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定)	(病院数)	74	118	149
		(診療所数)	28	33	41

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
CT撮影	・当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等	2,370 434	3,122 738	3,692 1,047
MRI撮影	・当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等	1,561 163	1,770 238	1,907 285
⑨冠動脈CT撮影加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・当該特殊撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	- -	- -	314 6
⑨心臓MRI撮影加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・当該特殊撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	- -	- -	454 0

8 注射

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
外来化学療法加算	・必要な機器及び十分な専用施設 等 ・看護師及び薬剤師が化学療法の経験を5年以上有するか等に応じて、1及び2に区分	1,228 171	1,440 282	1 1,074
				2 72 612 287
⑨無菌製剤処理料	・無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 ・無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されている 等	-	-	(医療機関数) 1,704
				(薬局数) 168

9 リハビリテーション

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
心大血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	160 1	217 1	286 5
		(Ⅱ)	123 14	122 17	111 16
脳血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分	I	1,495 49	I 1,808 60	I 1,980 61
					II 1,060 259
		II	3,589 1,255	II 3,399 1,366	III 2,240 1,082
運動器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	4,225 2,677	4,466 3,103	4,637 3,292
		(Ⅱ)	1,169 643	1,062 644	976 644
呼吸器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	2,435 69	2,561 87	2,719 105
		(Ⅱ)	1,016 175	997 168	967 165
難病患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		51 52	45 51	41 51
障害児(者)リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		221 68	205 66	220 94
新 集団コミュニケーション療法料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		- -	- -	1,028 93

10 精神科専門療法

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
精神科ショート・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて、大規模、小規模に区分 	大規模なもの	301 57	369 80	416 90
		小規模なもの	247 76	279 121	306 152
精神科デイ・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて、大規模、小規模に区分 	大規模なもの	605 160	639 177	663 187
		小規模なもの	444 266	442 268	435 275
精神科ナイト・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 		120 75	122 85	127 93
精神科デイ・ナイト・ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 		234 93	260 102	277 113
医療保護入院等診療料	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤精神保健指定医1名以上 ・行動制限最小化に係る委員会の設置 等 		1,199 0	1,219 0	1,247 0

11 処置

	施設基準の概要	届出医療機関数			
		平成18年	平成19年	平成20年	
エタノールの局所注入	<ul style="list-style-type: none"> ・専門の知識及び5年以上の経験医師 ・必要な器械・器具の具備 等 	甲状腺	212	268	346
		副甲状腺	186	243	321

12 手術

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方切除術に限る)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	69	83	103
内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術に限る)、内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	7	6	6
⑨ 頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	40
脳刺激装置植込術、頭蓋内電極植込術又は脳刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	482	498	520
脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	672	709	732
人工内耳埋込術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	96	96	99
⑨ 上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	24
同種死体肺移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	6	6	6
⑨ 生体部分肺移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	5
経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	263	256	308
経皮的中隔心筋焼灼術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	282	294	315
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	2,713	2,734	2,958
両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	235	266	291
埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	251	292	328
⑨ 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	216

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
大動脈バルーンパンピング法(IABP法)	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	1,566	1,595	1,617
補助人工心臓	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	152	149	143
埋込型補助人工心臓	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	5	5	5
同種心移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	7	6	6
同種心肺移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	3	3	3
体外衝撃波胆石破碎術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	416	423	429
生体部分肝移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	68	68	72
同種死体肝移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	9	10	12
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	8	8	10
⑨ 腹腔鏡下小切開副腎摘出術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	32
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	866	889	897
⑨ 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	34
同種死体腎移植術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	126
生体腎移植術	※平成20年度より施設基準を設けている。	-	-	148
⑨ 焦点式高エネルギー超音波療法	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	4

	施設基準の概要	届出医療機関数			
		平成18年	平成19年	平成20年	
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	27	35	41	
○新)腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき十分な専用施設 ・当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	-	-	35	
医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6に掲げる手術	・必要な体制及び医師の配置 ・実施件数の院内掲示、手術内容の患者への説明及び文書提供 等	3,970	4,645	4,677	
輸血管管理料	・必要な医師及び従事者の配置 ・輸血製剤の適正使用 等 ・医師及び従事者の配置等に応じて(I)及び(II)に区分	(I)	138	217	260
		(II)	606	733	827

13 麻酔

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
麻酔管理料	・算定する旨を地方厚生(支)局長へ届け出た麻酔科を標榜する保険医療機関	2,710	2,739	2,800

14 放射線治療

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
放射線治療専任加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	423	438	452
○新)外来放射線治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が1名以上配置 ・当該治療を行うために必要な機器、施設 等	-	-	412
高エネルギー放射線治療	・年間合計100例以上実施 等	558	575	589
○新)強度変調放射線治療(IMRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	-	-	47
直線加速器による定位放射線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	131	159	195

15 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製料

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
術中迅速病理組織標本作製	(送信側)・離島等に所在する保険医療機関等 ・病理組織標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等 (受信側)・病理診断を担当する常勤医師の配置 ・病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	42 0	58 1	69 0
		受信側	21 -	30 -	36 -

16 歯科

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
地域歯科診療支援病院 歯科初診料	・常勤の歯科医師、看護職員及び歯科衛生士の配置 ・当該歯科医療にかかる紹介率 等	176	152	224
新 歯科外来診療環境体制加算	・歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤歯科医師の配置 ・歯科衛生士の配置、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等	-	-	2,868
臨床研修病院入院診療加算	・単独型若しくは管理型臨床研修病院又は協力型臨床研修病院 ・研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認する体制 ・臨床研修を行うにつき十分な体制の整備 等	48	96	80
新 地域歯科診療支援病院入院加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること ・地域において歯科診療を担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	-	-	86
新 医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等	-	-	75
歯科治療総合医療管理料	・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 ・歯科衛生士又は看護師の配置 等	10,652	10,391	10,544
新 在宅療養支援歯科診療所	・後期高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置 ・当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備 等	-	-	3,039
地域医療連携体制加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出をした病院等と連携している診療所 ・緊急時の連携体制の確保 等	8,791	8,586	8,578
新 齲蝕歯無痛的窩洞形成加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等	-	-	1,436
歯科点数表第2章第9部の通則4に掲げる手術	・必要な体制の整備及び歯科医師の配置 ・実施件数の院内掲示、手術内容の患者への説明及び文書提供 等	79	99	72

	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成18年	平成19年	平成20年
新 歯周組織再生誘導手術	・歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が1名以上配置	-	-	4,936
補綴物維持管理料	・補綴物の維持管理を行う旨を地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関	66,639	67,270	67,372
歯科矯正診断料	・障害者自立支援法に基づく都道府県知事の指定 ・十分な専用施設 等	780	894	967
顎口腔機能診断料	・障害者自立支援法に基づく都道府県知事の指定 ・十分な専用施設 等	659	690	756

17 調剤

	施設基準の概要	届出薬局数		
		平成18年	平成19年	平成20年
新 後発医薬品調剤体制加算	・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3割以上 ・後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の見えやすい場所に掲示 等	-	-	34,941

18 その他

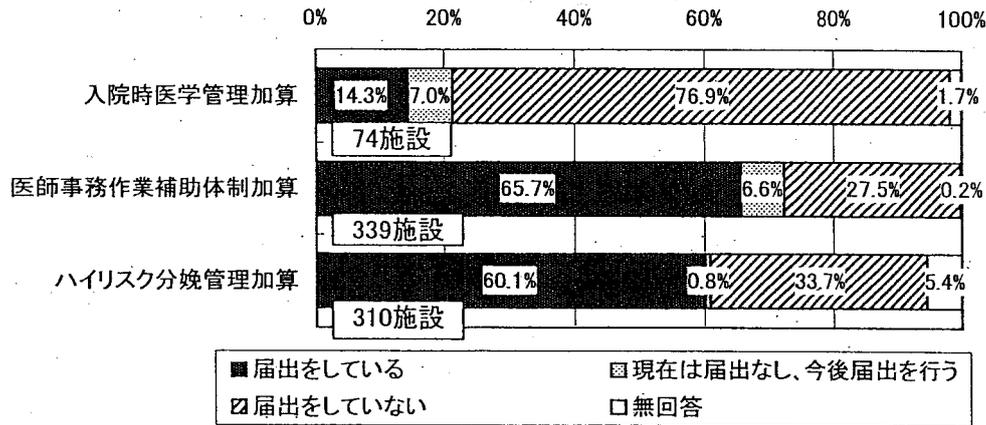
	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
入院時食事療養(I)	・管理栄養士又は栄養士により行われている ・「厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する基準に該当する保険医療機関でない 等	8,377 1,733	8,420 1,823	8,414 1,811

病院勤務医の負担軽減の実態調査について

(平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査より抜粋)

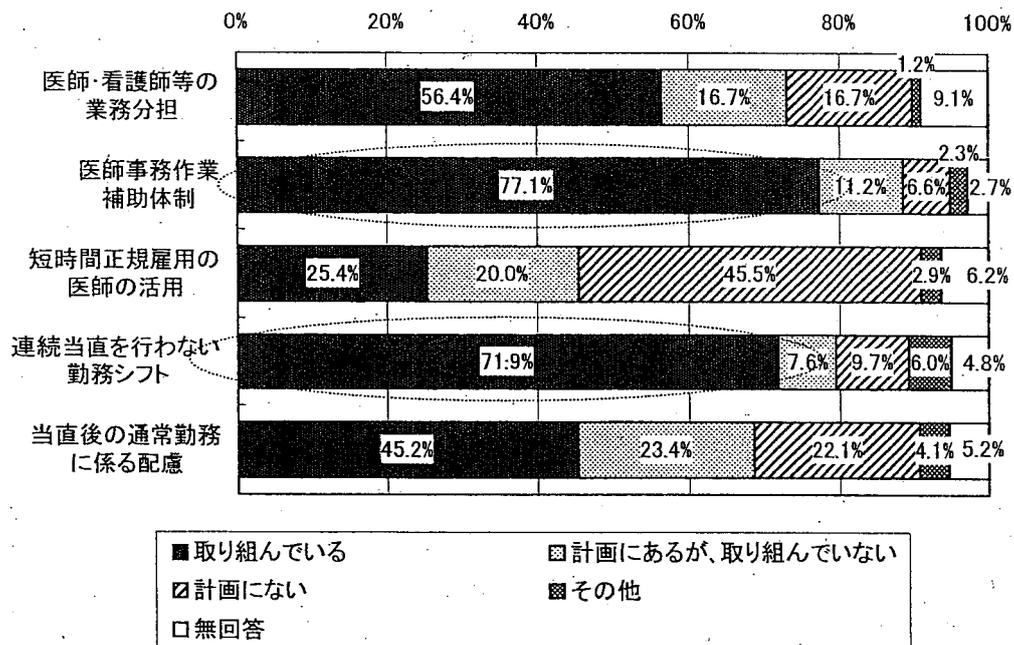
○ 施設基準の届け出状況

図表 2 施設基準の届出状況 (n=516)



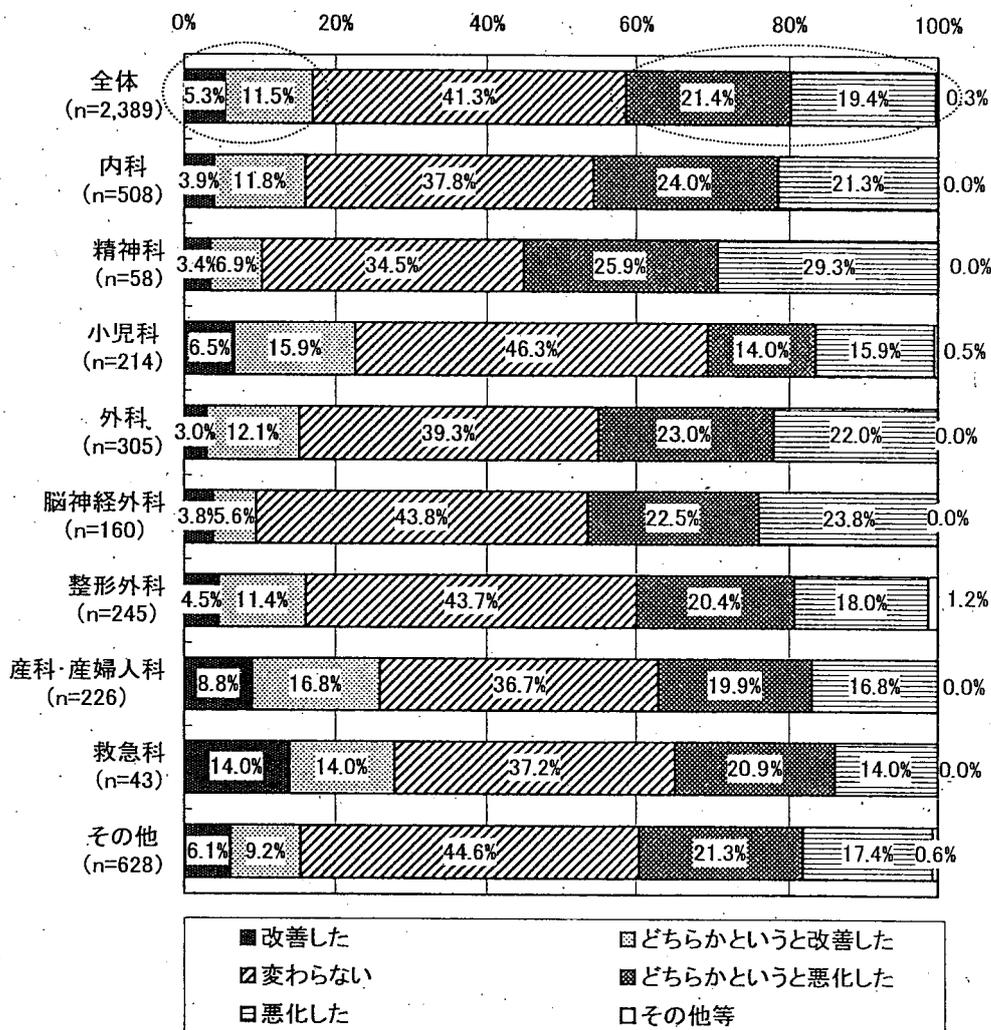
○ 病院勤務医の負担軽減策の実施状況

図表 37 負担軽減策の取組み状況 (施設, n=516)



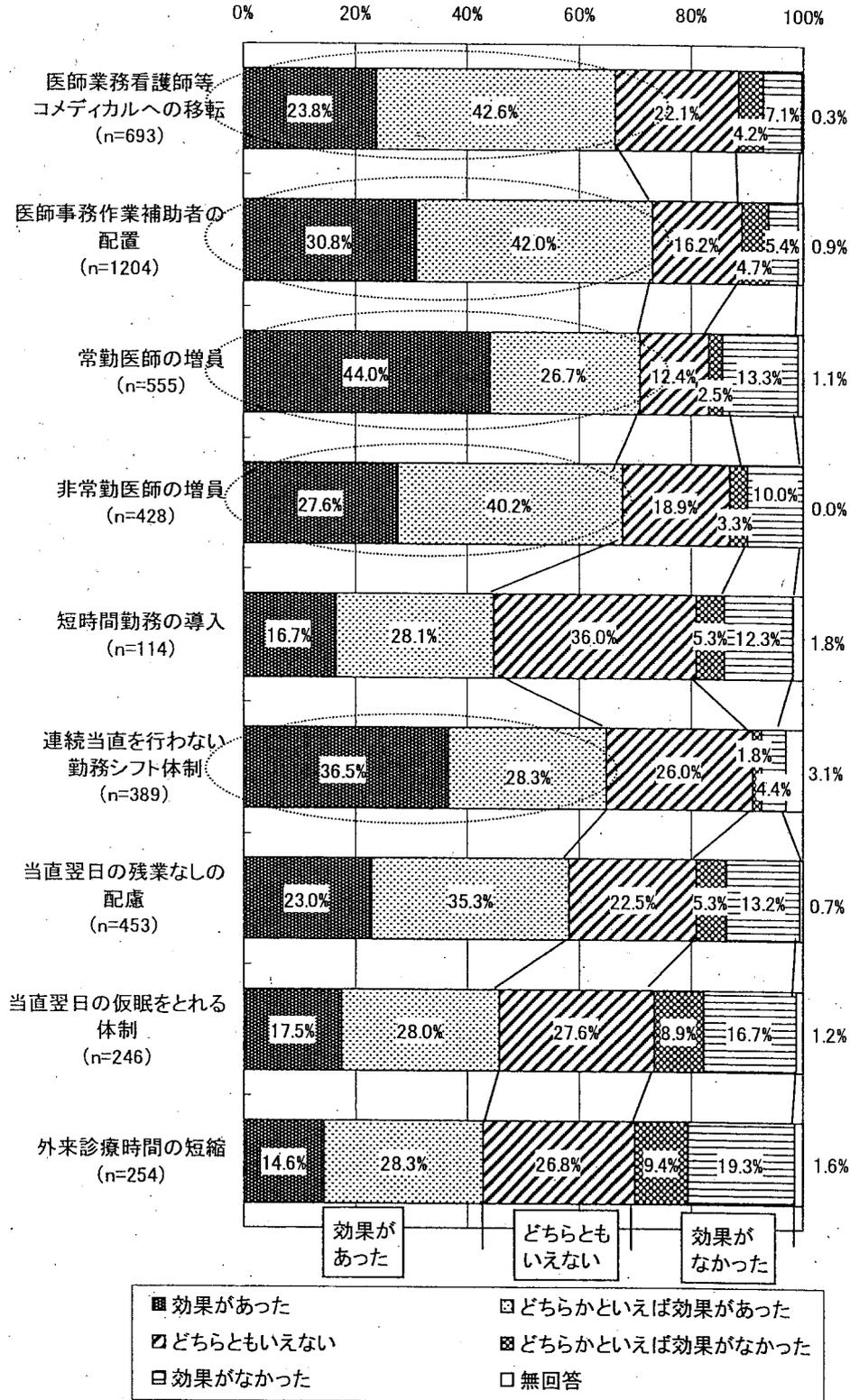
○ 各診療科における医師の勤務状況の変化

図表 128 各診療科における医師の勤務状況の変化(医師責任者)
1年前と比較して



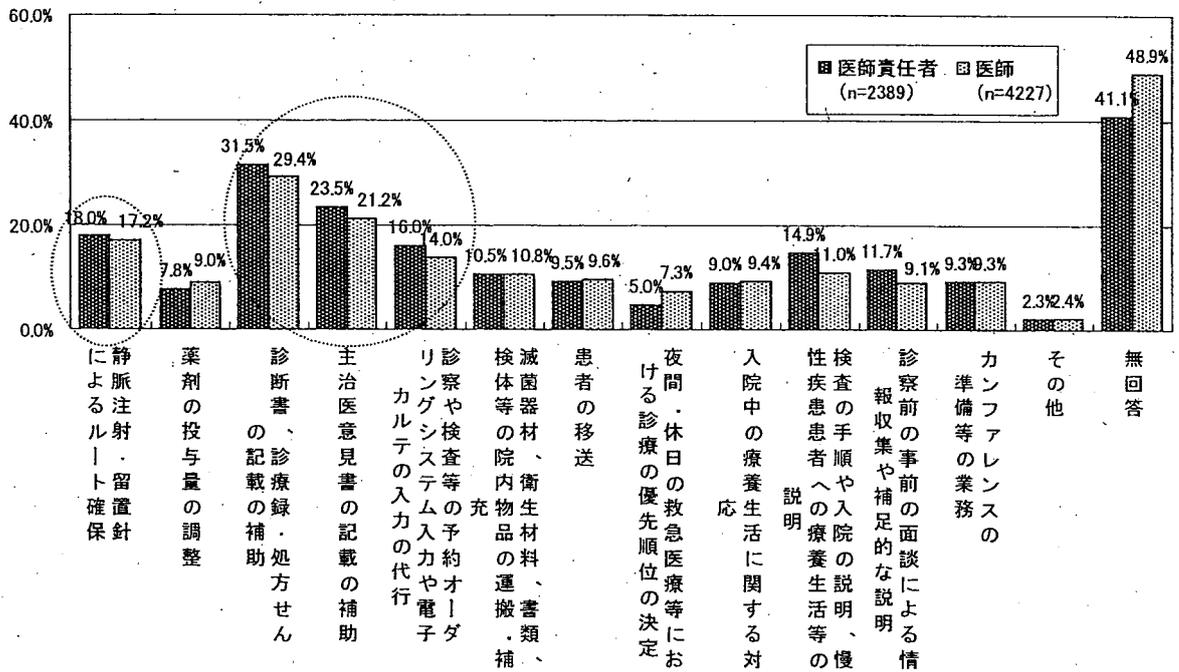
○ 取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果

図表 140 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果(医師責任者)



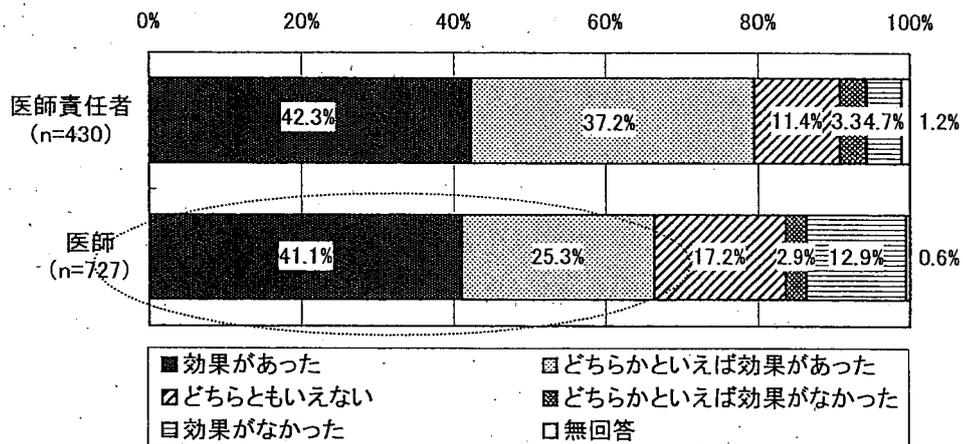
○ 業務分担の効果

図表 163 業務分担の進捗状況(医師責任者・医師)

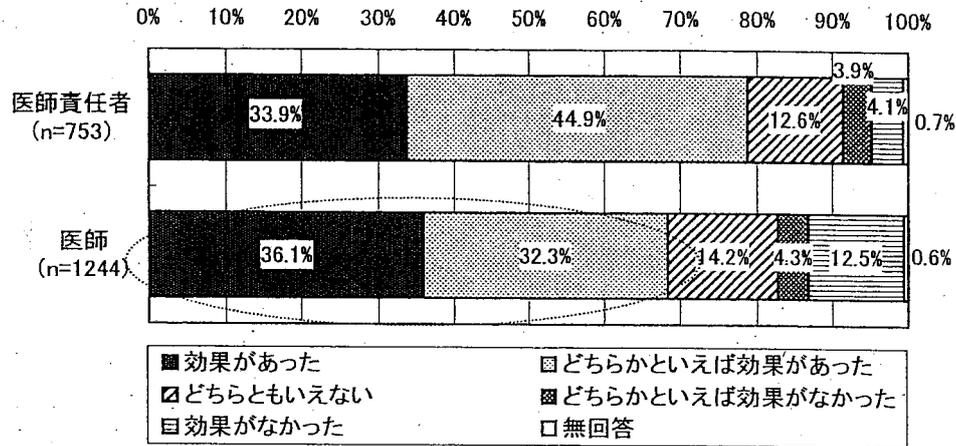


図表 164 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)

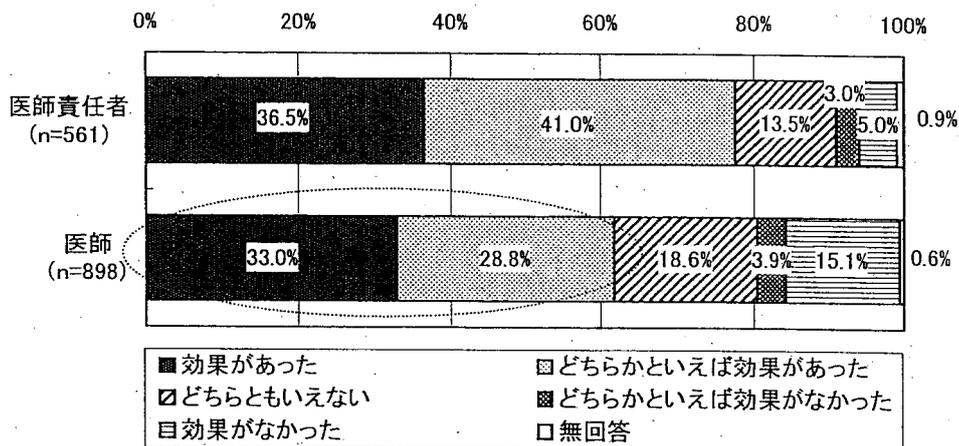
～①静脈注射及び留置針によるルート確保～



図表 166 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)
 ～③診断書、診療録・処方せんの記載の補助～



図表 168 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)
 ～④主治医意見書の記載の補助～



○ 検証部会としての評価(概要)

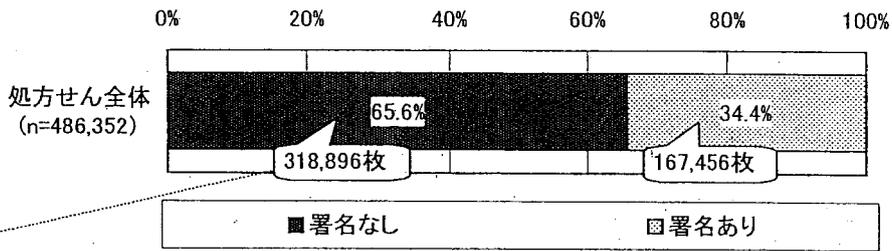
- ・ 調査結果が示すように、病院勤務医の状況はよいとは言えない。
- ・ 病院勤務医の負担軽減は診療報酬の設定のみで解決できるものではないが、効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。
- ・ 特に施設における病院勤務医の負担軽減策の取り組みの有無で、入院・外来診療に係る医師の業務負担には大きな差違は認められないが、実際に負担軽減策の一環として業務分担を進めている項目について「静脈注射および留置針によるルート確保」、「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められるものもある。特に、後者の二つは多くの医師が負担だと感じている業務であり、それだけに業務分担の効果が大きく表れたと思われる。今後も引き続き更なる改善策の検討が必要だと考えられるが、その際には、現場の医師の方が医師責任者より業務分担の効果が小さいと受け止める傾向があることを踏まえ、より効果的な方策を検討する必要がある。
- ・ 「入院時医学管理加算」については、平成 20 年7月1日現在の施設基準の届出数が 88 施設と少ないことが指摘される。病院勤務医の負担軽減に繋がるように、施設基準の要件の見直し等について検討する必要があると考えられる。
- ・ 勤務医負担軽減に関する計画については、医師責任者及び医師の認知度が低く、施設を挙げての体系的な取り組みが求められる。

後発医薬品の使用状況調査について

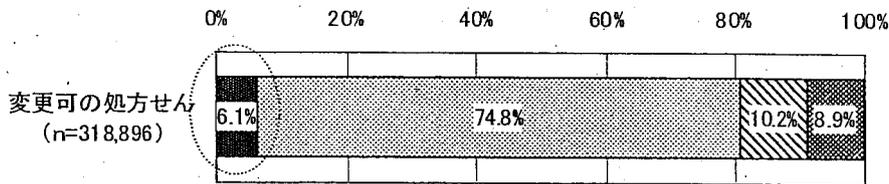
(平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査より抜粋)

○ 「後発医薬品への変更不可」欄に署名のある処方せんの発行状況

図表 19 すべての処方せんにおける、「後発医薬品への変更不可」欄の
処方医の署名等の有無 (平成20年12月1か月分の処方せんベース)



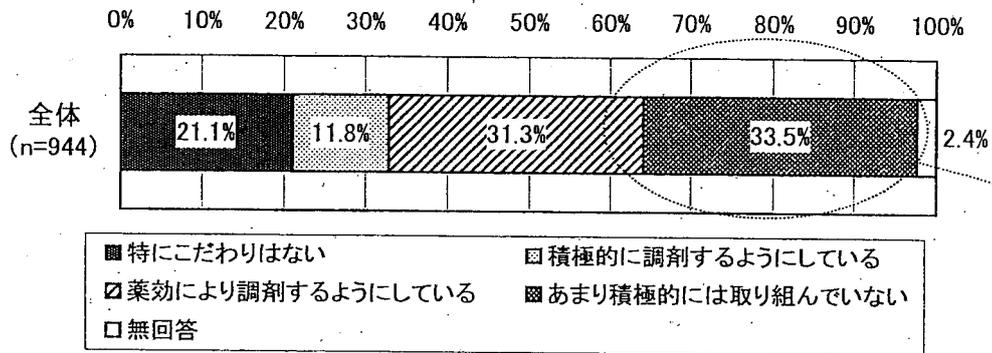
図表 20 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん
(n=318,896) における、後発医薬品への変更状況
(平成20年12月1か月分の処方せんベース)



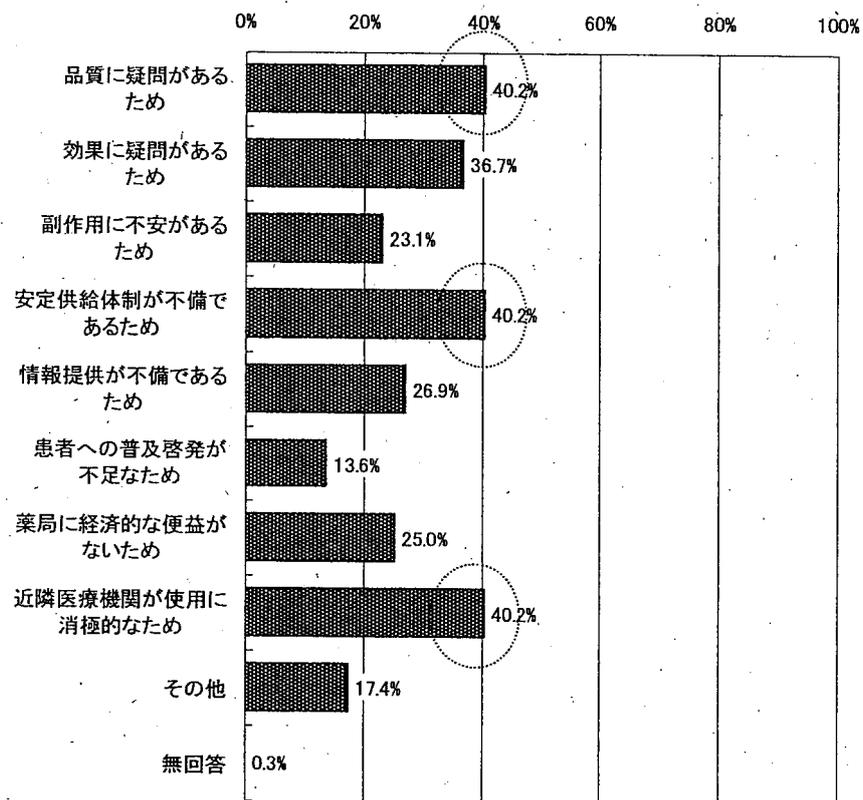
- 1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した
- 後発医薬品に変更しなかった
- ▨ 処方せんに記載されたすべての銘柄について、後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更しなかった
- ▩ 患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更しなかった

○ 後発医薬品調剤に関する保険薬局の考え方

図表 46 後発医薬品調剤に関する考え方

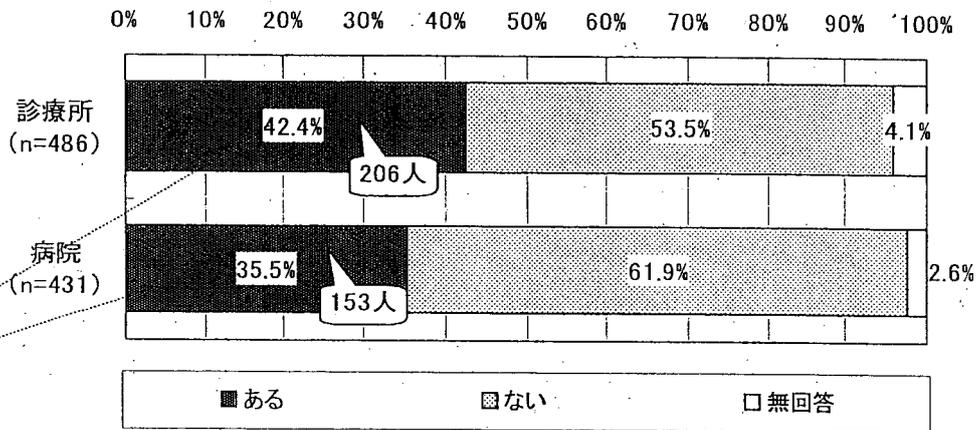


図表 47 後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由
(複数回答、n=316)

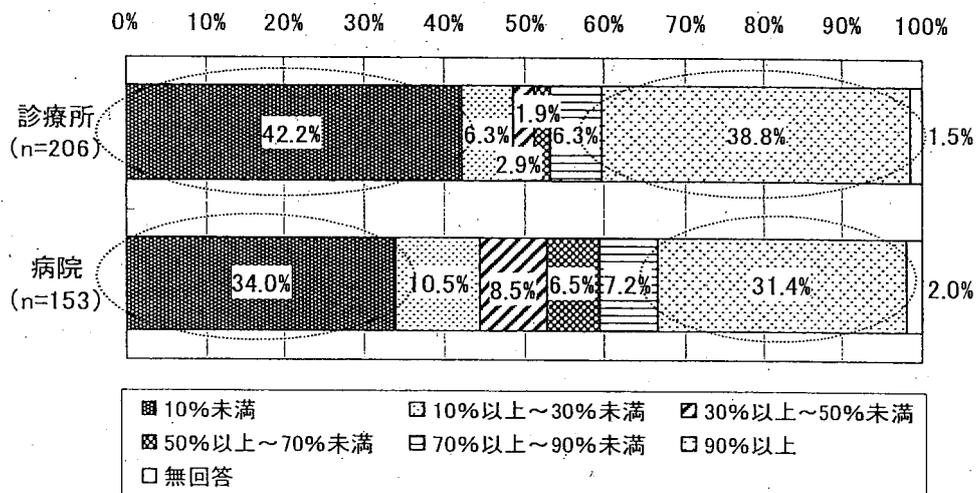


○ 処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名状況

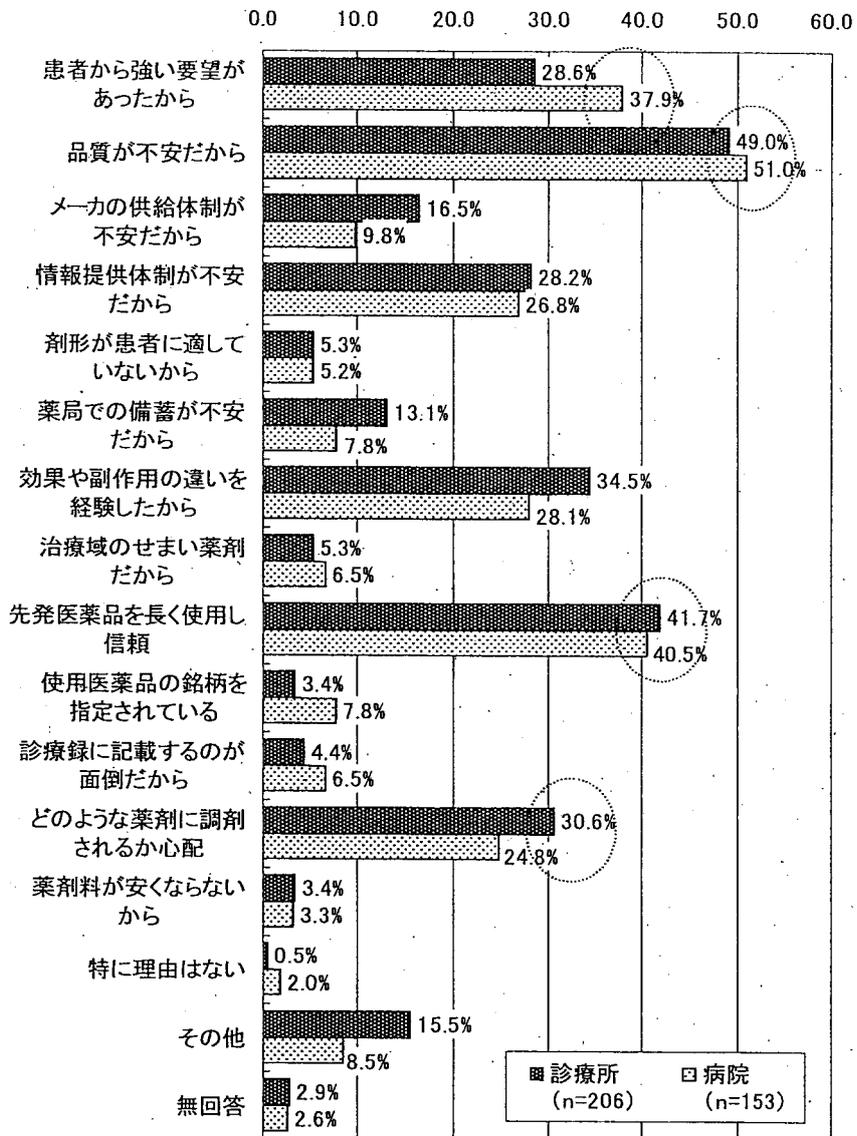
図表 79 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無
(医師ベース)



図表 80 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した処方せんの割合 (医師ベース)

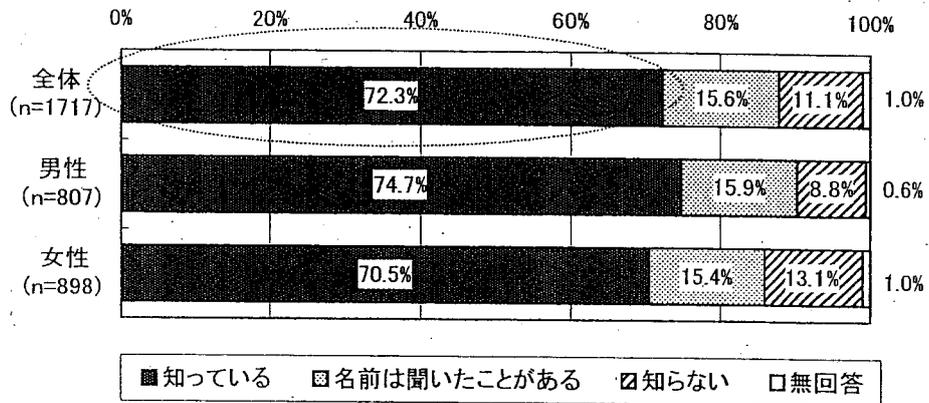


図表 81 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由
(医師ベース、複数回答)

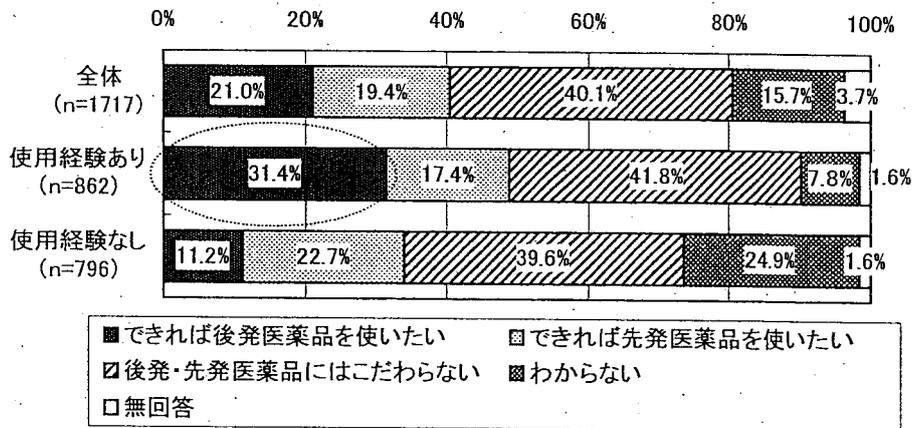


○ 後発医薬品に関する患者の認知状況

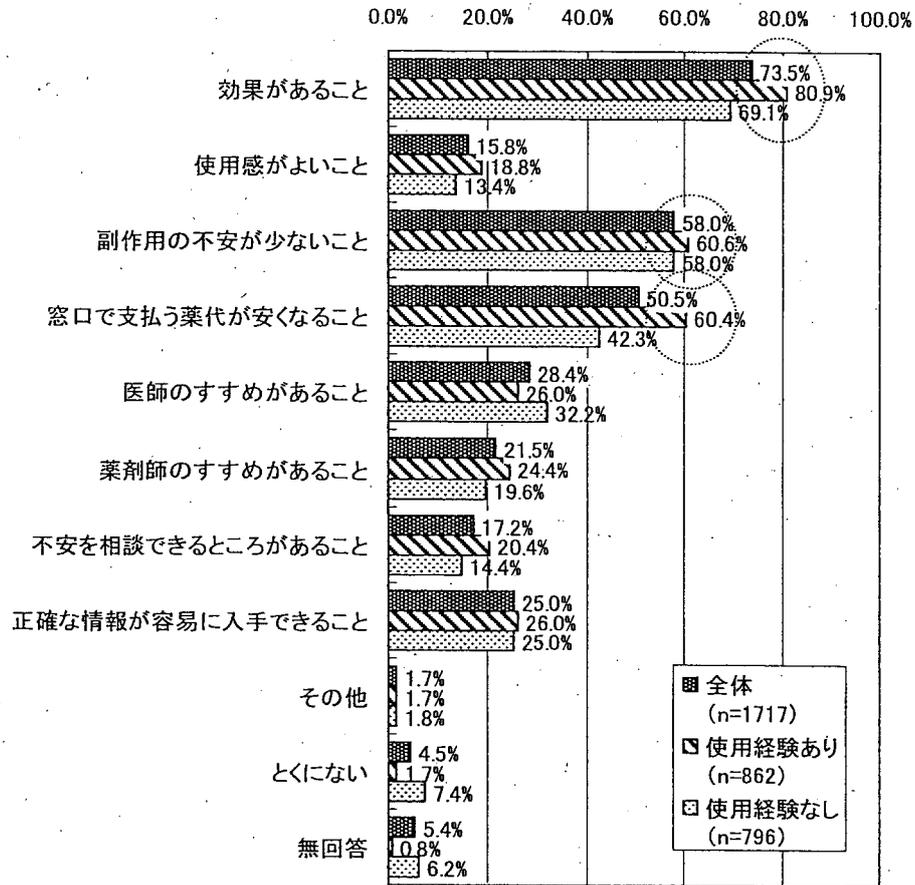
図表 104 後発医薬品の認知状況 (男女別)



図表 125 後発医薬品使用に対する考え方 (後発医薬品の使用経験別)



図表 130 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと
 (複数回答、後発医薬品の使用経験の有無別)



○ 検証部会としての評価（概要）

- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの割合は6.1%であるなど、後発医薬品の使用の広がりがあまり感じられない。
- ・ 33.5%の薬局が後発医薬品調剤について「あまり積極的は取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」という回答が多く、また「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、約5割の医師が「品質が不安だから」と回答するなど、薬局も医療機関・医師もまだ後発医薬品に関する理解不足や不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。
- ・ 医療機関・医師についてみれば、一部において、後発医薬品を使用しないとの強い意思表示をしていることが見受けられる。
- ・ 他方、薬局についていえば、先発医薬品から後発医薬品への変更割合が未だ低いものと考えられる。薬局側が後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない原因を、更に踏み込んで究明する必要がある。
- ・ 患者側に目を転じると、後発医薬品使用に対する考え方において、「使用経験あり」の患者の「できれば後発品を使いたい」という割合が高いことから、実際の利用が後発医薬品の積極的な使用につながる面があると考えられる。
- ・ また、後発医薬品を使用するにあたって必要なこととして、「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」といった回答の割合が高いことから、更なる後発医薬品の信頼性の向上に努めるべきである。



報道関係者 各位

平成21年8月21日
厚生労働省健康局結核感染症課
照会先: 中嶋、江浪、山口
(電 話)03(5253)1111
内線(2373、2925)
直通 03(3595)2257

インフルエンザの流行状況について

(今年のインフルエンザ流行シーズン入り)

平成21年第33週(8月10日～8月16日)の感染症発生動向調査では、インフルエンザの定点あたり報告数が1.69(定数約4,600ヶ所、報告数7,750人)と流行開始の目安としている1.00を上回りましたので、インフルエンザ流行シーズンに入ったと考えられます。

現在、流行しているのは、ウイルスサーベイランスの結果から新型インフルエンザ(A/H1N1)と考えられます。

国民の皆様には、以下の予防対策について、ご理解とご協力を改めお願いいたします。

- ① 手洗い、うがいの励行
- ② 症状が出た方のマスクの着用、外出の自粛、人に咳やくしゃみをかけない咳エチケット

※「咳エチケット」とは・・・

○咳・くしゃみが出たら、他の人にうつさないためにマスクを着用する。

マスクを持っていない場合は、ティッシュなどで口と鼻を押さえ、他の人から顔をそむけて1m以上離れる。

○鼻汁・痰などを含んだティッシュはすぐゴミ箱に捨てる。

○咳をしている人にマスクの着用をお願いする。

マスクの装着は説明書をよく読んで、正しく着用する。

※十分な休養とバランスのとれた栄養摂取には日頃から心がけてください。

また、基礎疾患を有する方、妊娠中の方及び乳幼児の保護者の方は、**早期受診・早期治療**を心がけてください

(参考) インフルエンザに関する情報(厚生労働省ホームページ)

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/info_qa.html

インフルエンザ定点当たり報告数・累積報告数、都道府県別

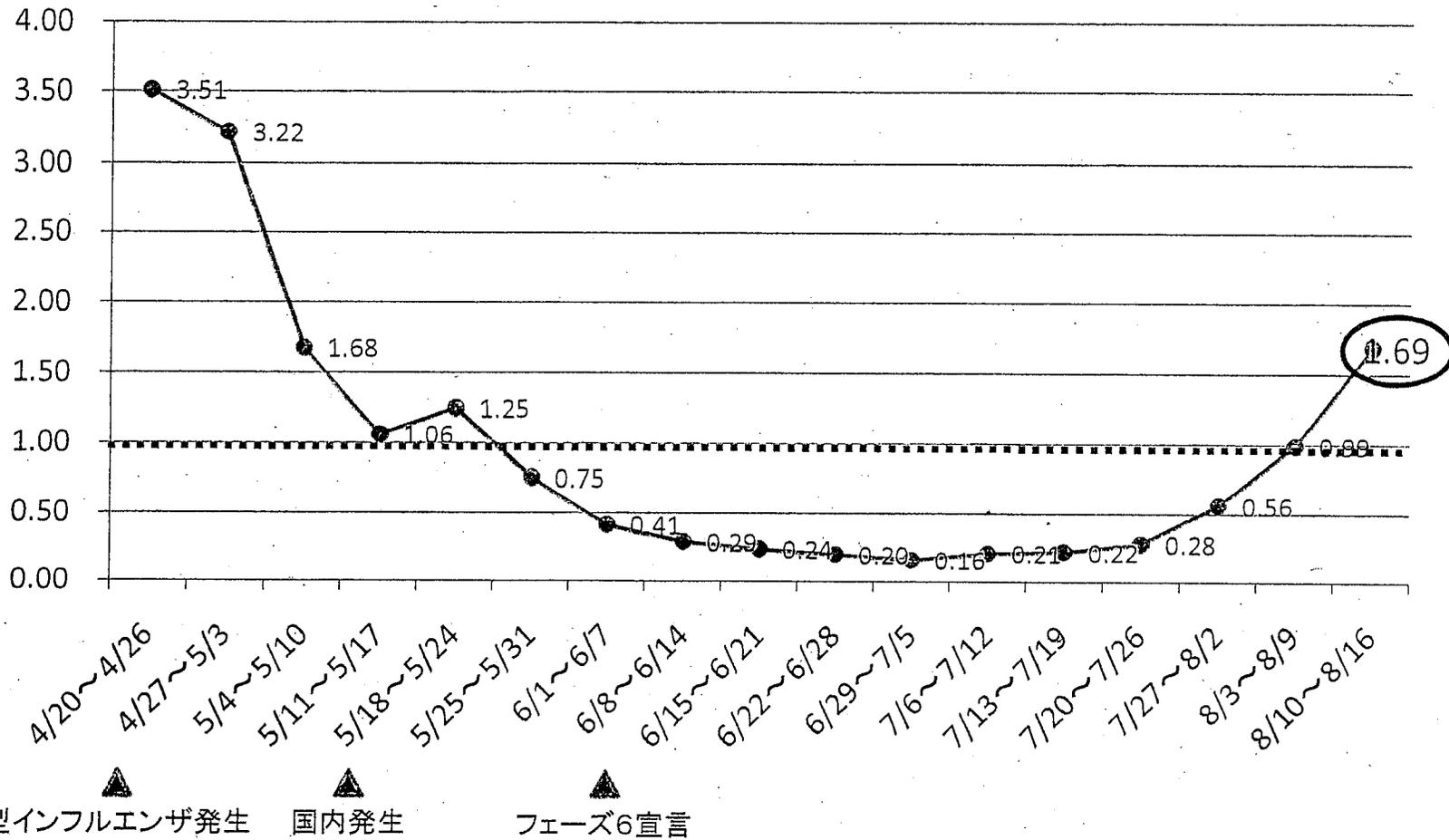
2009年33週(08月10日～08月16日)

区分	インフルエンザ	
	報告数	定点当たり
総数	7,750	1.69
北海道	74	0.32
青森県	88	1.35
岩手県	77	1.20
宮城県	39	0.41
秋田県	52	0.95
山形県	31	0.65
福島県	196	2.45
茨城県	253	2.11
栃木県	93	1.22
群馬県	79	0.83
埼玉県	412	1.91
千葉県	264	1.43
東京都	545	2.14
神奈川県	431	1.66
新潟県	77	0.79
富山県	10	0.21
石川県	39	0.81
福井県	33	1.03
山梨県	22	0.56
長野県	161	1.83
岐阜県	139	1.62
静岡県	111	0.88
愛知県	313	1.63
三重県	57	0.83
滋賀県	129	2.48
京都府	214	1.77
大阪府	584	2.14
兵庫県	231	1.19
奈良県	163	2.96
和歌山県	31	0.63
鳥取県	23	0.79
島根県	68	1.79
岡山県	34	0.40
広島県	61	0.54
山口県	36	0.51
徳島県	40	1.11
香川県	85	1.81
愛媛県	57	0.93
高知県	101	2.10
福岡県	164	0.83
佐賀県	34	0.87
長崎県	102	1.46
熊本県	41	0.51
大分県	32	0.55
宮崎県	68	1.15
鹿児島県	139	1.49
沖縄県	1,717	29.60

インフルエンザサーベイランス

平成21年 週別発生状況

定点あたり報告数



資料:感染症発生動向調査(全国およそ5000医療機関(小児科およそ3000、内科およそ2000)からの定点報告)

新型インフルエンザによる入院患者の概況

平成21年8月18日時点

	8月12日～8月18日に 入院した患者	8月18日までに入院し た患者の累計数 [※]
	人数	人数 ^{※※}
入院した患者数	86人	230人
年齢		
5歳未満	12人	35人
5～19歳	51人	146人
20～39歳	8人	21人
40～59歳	7人	10人
60歳以上	8人	18人
性別		
男性	50人	139人
女性	36人	91人
基礎疾患を有する者等（一部重複有り）		
妊婦	1人	2人
慢性呼吸器疾患（喘息等）	16人	51人
慢性心疾患	2人	5人
代謝性疾患（糖尿病等）	4人	6人
腎機能障害	2人	4人
免疫機能不全（ステロイド全身投与等）	0人	3人
その他	20人	42人
急性脳症・人工呼吸器利用^{※※※}（一部重複有り）		
急性脳症（インフルエンザ脳症、ライ症候群等）	1人	4人
人工呼吸器の利用	6人	12人
患者の状態（8月18日時点）		
集中治療室に入院中（人工呼吸器の利用あり）	4人	6人
同上（人工呼吸器の利用なし）	1人	1人
集中治療室以外に入院中（人工呼吸器の利用あり）	1人	1人
同上（人工呼吸器の利用なし）	48人	63人
退院（転院を含む）	25人	152人
死亡	2人	2人
不明	5人	5人

※7月28日時点で入院中の患者または7月29日以降に入院した患者の累計数

※※8月12日以前に入院したが8月12日以降に報告された症例を含む

※※※入院中に一時期でも急性脳症に罹患又は、人工呼吸器の利用した患者の数

厚生労働省の取り組み

○重症化防止を最優先とする医療体制の整備、
予防接種対策の推進

○地方自治体と連携した適切な感染防止対策

○医療機関に対する重症事例等を集めた症例集
の配布

○基礎疾患を有する方、妊娠中の方、乳幼児の
保護者の方への情報提供の強化

○抗インフルエンザウイルス薬の備蓄