

次期診療報酬改定の基本方針の検討について

参考資料2-5-1

目次

1.	社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定)	.....2
2.	慢性期入院医療について	.....9
3.	病院医療従事者の負担軽減について	.....13
4.	精神科医療について	.....25
5.	がん対策について	.....34
6.	歯科医療について	.....40
7.	医療技術の評価について	.....46
8.	医薬品、医療材料におけるイノベーションの評価	.....50
9.	後発医薬品の使用状況について	.....57
10.	医薬品、医療材料の価格算定について	.....64
11.	在宅医療の現状	.....66
12.	在宅歯科医療の現状	.....71
13.	在宅における薬剤師業務について	.....77
14.	訪問看護について	.....82
15.	退院調整について	.....88
16.	リハビリテーションについて	.....92
17.	介護施設において提供される医療について	.....95
18.	災害医療について	.....98

1 社会保障・税一体改革成案(抄)

(平成23年6月30日 政府・与党社会保障検討本部決定)

社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

II 医療・介護等

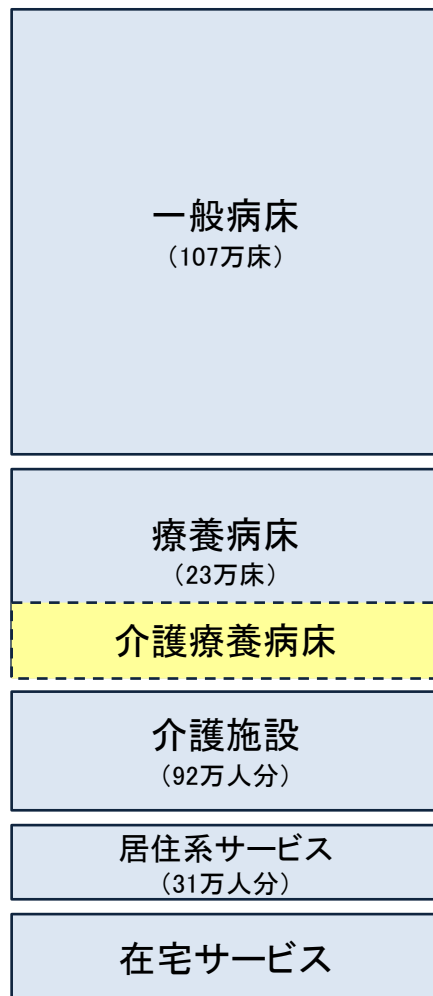
- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防

- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 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
 - ・ 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
 - 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
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し（高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど）

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- 在宅介護の充実
 - ・地域包括ケア体制の整備
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

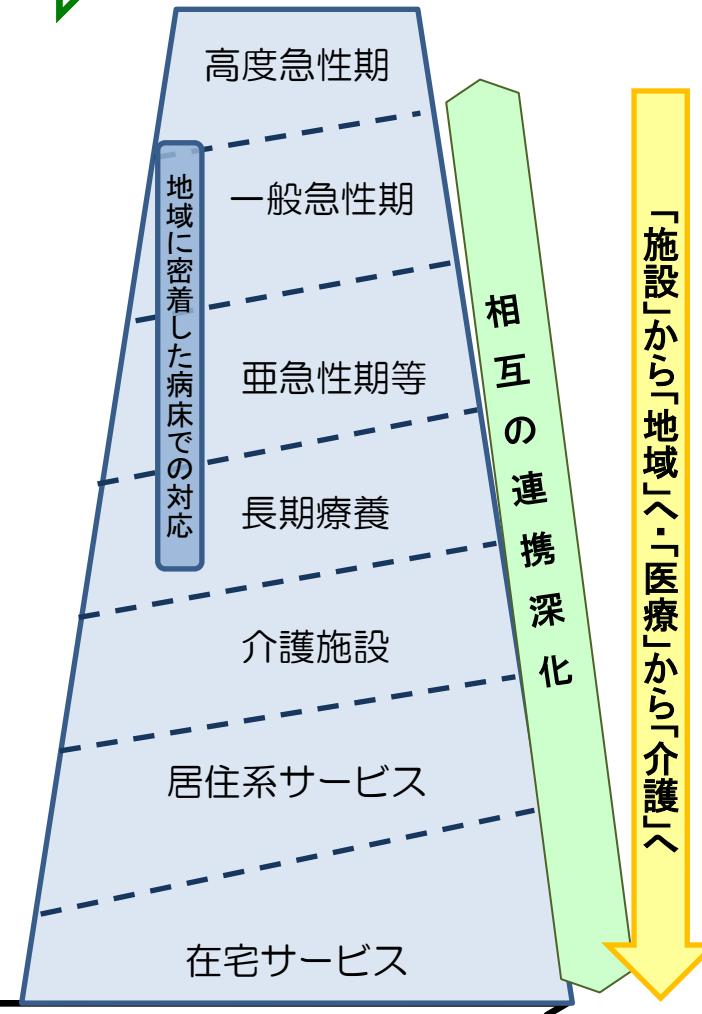
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・ 病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・ 医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応

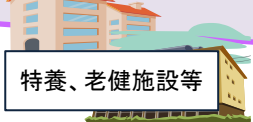


診療所の機能強化
外来・往診、在宅支援



地域の多様な
ニーズに対応

地域に密着した病院



特養、老健施設等

人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする
医療機関のネットワーク

機能分化・連携強化、効率化・重点化



救急病院
・専門病院

連携
リハビリ等を
担う病院

医師数増などの
強化・重点化

リハ機能の強化
速やかな在宅復帰

在院日数減

都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備



高度な医療を提供する病院

がん治療や高度先進医療



ドクターヘリなど広域救急

※ 人口1万人程度の圏域。

小・中学校区レベル(※):

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制

複合型サービス



小規模多機能



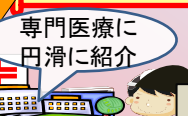
グループホーム



地域密着型
特養

訪問看護

在宅医療連携拠点機能



専門医療に
円滑に紹介

かかりつけ医

緊急時も確実に
入院可能

在宅療養支援診療所、
有床診療所、薬局等

医療人材

包括的
マネジメント
機能

地域包括支援センター

ケアマネジャー

24時間
地域巡回型
訪問サービス

介護人材(ヘルパー等)

新しい公共(パートナーシップ) = 地域の支え合い

認知症サポーター

生活・介護支援サポーター

NPO、住民参加等

（参考）改革シナリオにおける主な機能強化、効率化・重点化要素（2025年）

		2025年
機能強化	急性期医療の改革 （医療資源の集中投入等）	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度増（単価 約1.9倍）（現行一般病床平均対比でみた場合） ・一般急性の職員等 6割程度増（単価 約1.5倍）（ " ） ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
	長期療養・精神医療の改革 （医療資源の集中投入等）	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増（単価5%程度増） ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
	在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ、認知症への対応）	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加（現状投影シナリオに対する増）・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加（現状投影シナリオに対する増） ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善（単価の上昇） ・地域連携推進のためMSW等の増（上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増）など
効率化・重点化	急性期医療の改革 （平均在院日数の短縮等）	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度（パターン1の場合）
	※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<p>（ 現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度（高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度）、亜急性期等75日程度]とみられる。 ）</p>
	長期療養・精神医療の改革 （平均在院日数の短縮等）	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ）	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少（現状投影シナリオに対する減）
	予防（生活習慣病・介護）・地域連携・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少（入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く）、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> ・伸び率として、△0.1%程度（医療の伸び率ケース①の場合） （ 現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。 ）
医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・病院医師の業務量△2割程度（高度急性期、一般急性期） 	

外来受診の適正化等の取組み ～健康増進などで医療機関にかからなくてすむように～

- 生活習慣病予防の積極的な推進、医療連携の推進、ICTの利活用、番号制度の導入、保険者による適正な受診の指導や電子化したデータを用いた保健事業の推進などにより、国民の生活の質を向上。

所要額（公費）
2015年
▲0.1兆円程度

<現状>

- 日本人の死亡原因の約6割が生活習慣病。
- 在宅医療で、医療関係者と介護の関係者間で必要な情報を十分に共有できていない。
- 一度に多くの医療機関で診察を受けたり、短い期間で何度も医療機関にかかったりするなど、日本の一人当たり外来診察回数は、諸外国と比べて多い。

（参考）1人あたり外来診察回数の国際比較（年単位）

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口一人当たり 外来診察回数	4.0 (※1)	5.9	7.8	6.9	2.8 (※2)	13.4 (※1)

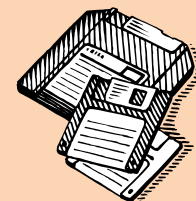
（出典）：「OECD Health Data 2010」

注「※1」は2007年のデータ 「※2」は2006年のデータ

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 特定健診を推進して、生活習慣病を予防
- 医療機関などの連携を強化し、必要な時に迅速にサービスを受けられるように。
- 電子化の推進で利便性の向上
医療・健康情報を電子化し、自分の健康管理がより簡単に。診療報酬の請求を電子化し、事務を簡素・効率化。
- 電子化したデータを用いて市町村などの保険者が、適正な受診の指導などを実施
- 番号制度の導入で医療・介護サービスの手続きがより簡単に。



氏名：○○
番号：××-××



保険証は一枚だけで可、医療・介護で重複した手続きが1回に、など。

後発医薬品の更なる使用促進等 ～後発医薬品のシェアを30%に～

- 現在、後発医薬品（ジェネリック医薬品）のシェア（数量ベース）を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

<現状>

- 先発品と比べて低価格の後発医薬品は患者負担の軽減や医療保険財政の改善のために重要。現在、数量シェアを30%に引き上げることを目標。
- 後発医薬品のシェアは近年、上昇しているが、更なる使用促進を図る必要。また、併せて医薬品の患者負担の見直しを行う。



（参考）日本の後発医薬品の数量シェアの推移

	H17年9月	H19年9月	H21年9月	22年12月※
後発医薬品割合	16.8	18.7	20.2	22.8

厚生労働省調べ（薬価調査に基づく）。
但し、22年12月のみ、レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータをもとに分析したもの。調査方法が異なるので、単純に比較はできない。

（参考）諸外国の後発医薬品の数量シェア

	アメリカ	イギリス	ドイツ
後発医薬品の数量シェア（%）	69	61	64

（出典）IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, メーカー出荷ベース、MAT Dec 2008
諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較はできない。

<改革の具体策>

- 診療報酬の見直し等により後発医薬品の使用促進を図っており、こうした取組を更に進める。
- 都道府県に協議会を設置し、国民や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるよう環境整備を図る。また、モデル保険者による差額通知サービスの実施により、保険者における使用促進の取組みを推進。
- 医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

2 慢性期入院医療について

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の概要

○調査時期 : 平成22年6月実施

○調査方法 : 療養病床等の入院患者等の状態を、共通尺度を用いて横断的に把握。

○調査対象

医療施設

- ・ 一般病棟(看護配置13対1・15対1)
- ・ 医療療養病棟
- ・ 在宅 等

介護施設

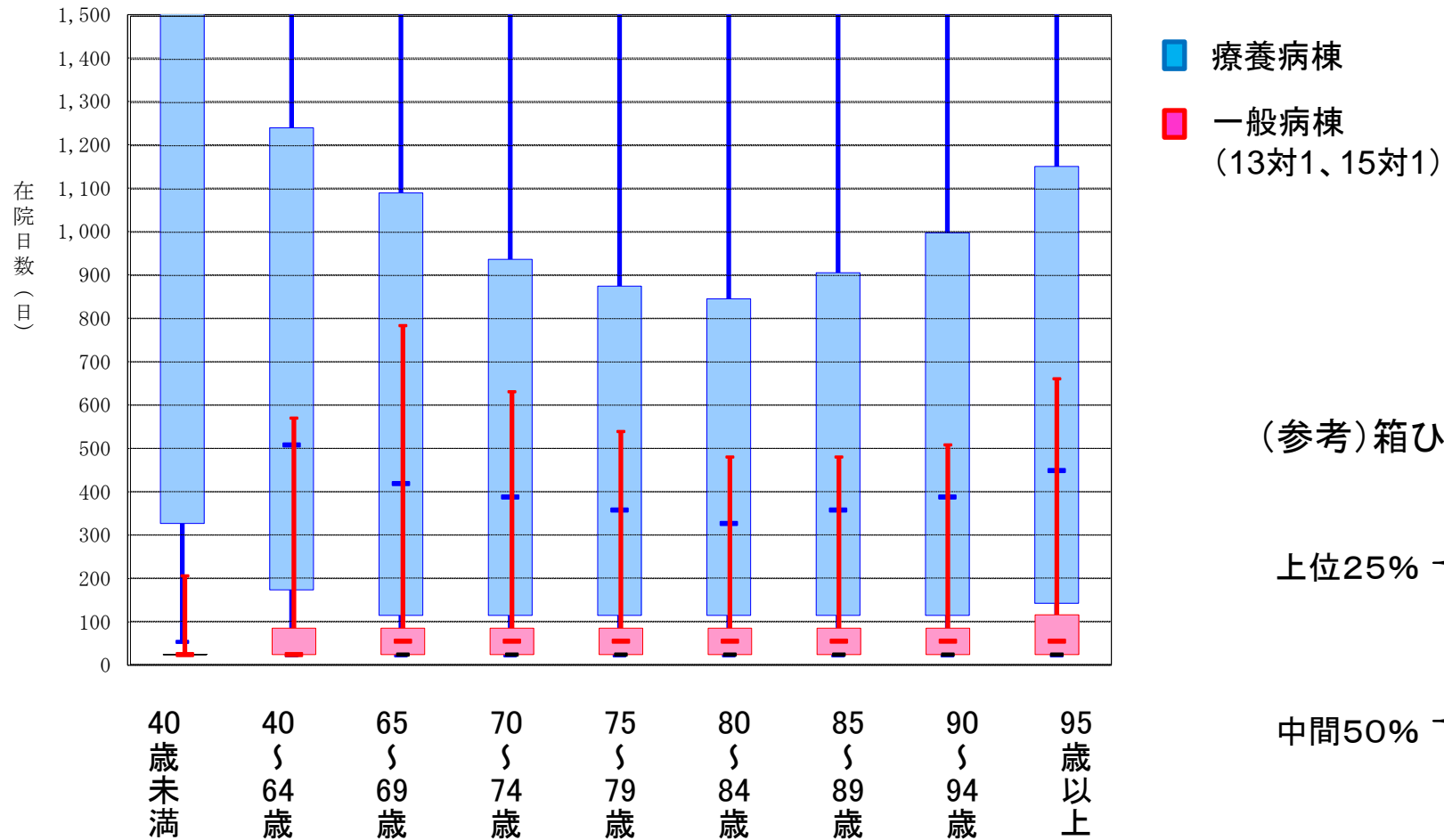
- ・ 介護療養型医療施設
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護老人福祉施設

○内容

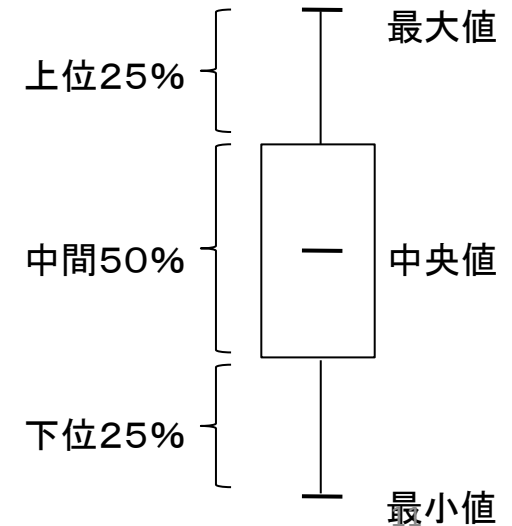
- ・ 年齢、在院日数
- ・ 医療区分・ADL区分
- ・ 医療の提供状況
- ・ 今後の病状の見通し 等

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査より

在院日数と年齢のクロス集計(箱ひげ図)

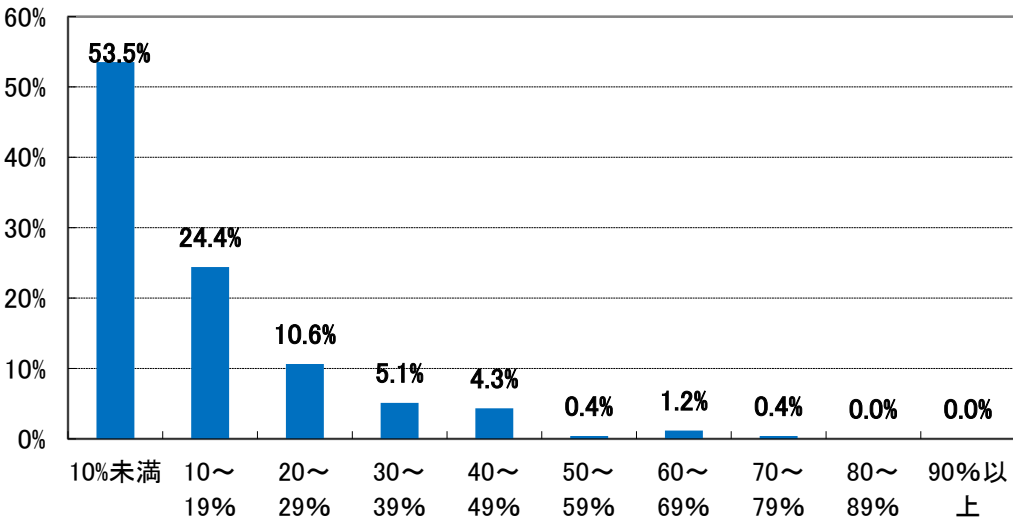


(参考)箱ひげ図

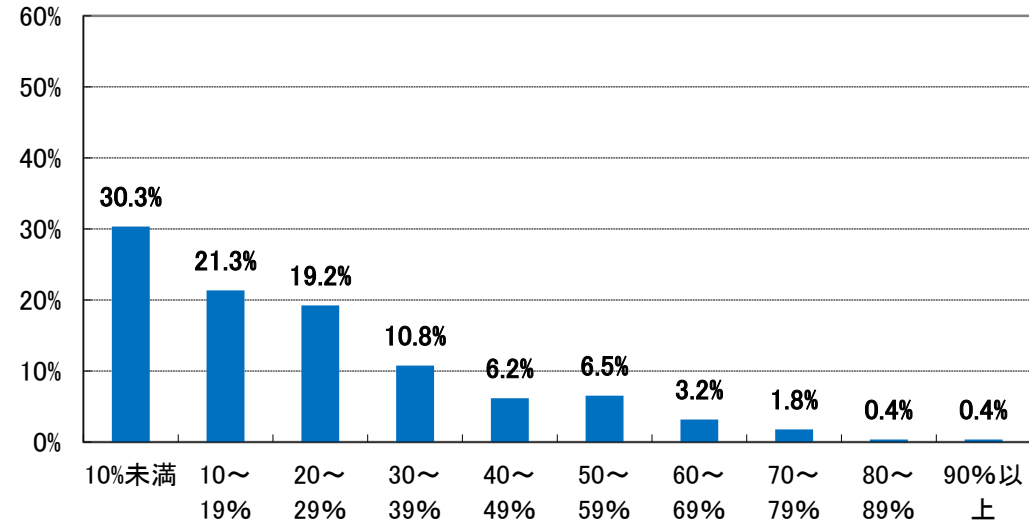


病棟ごとの在院日数90日超え患者の割合

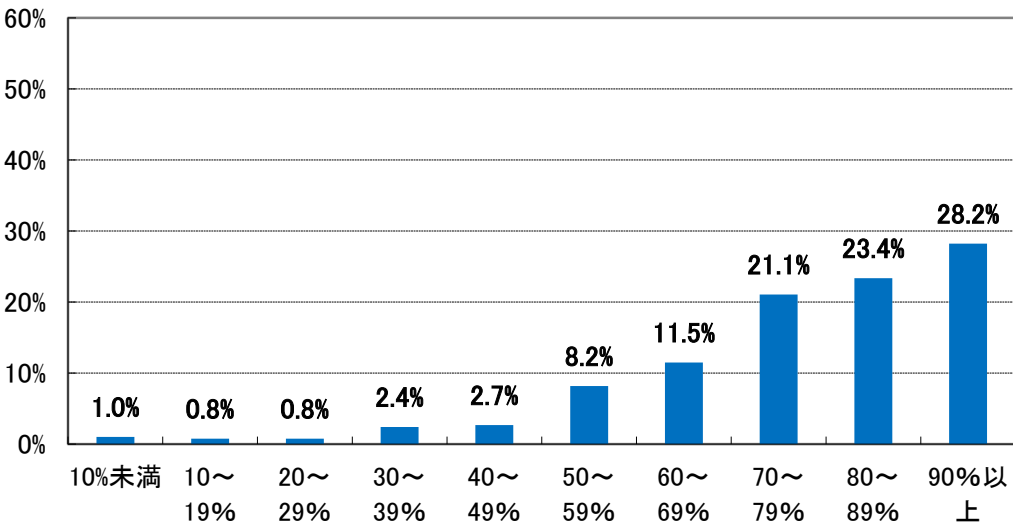
一般病棟(看護配置13:1) N=254施設



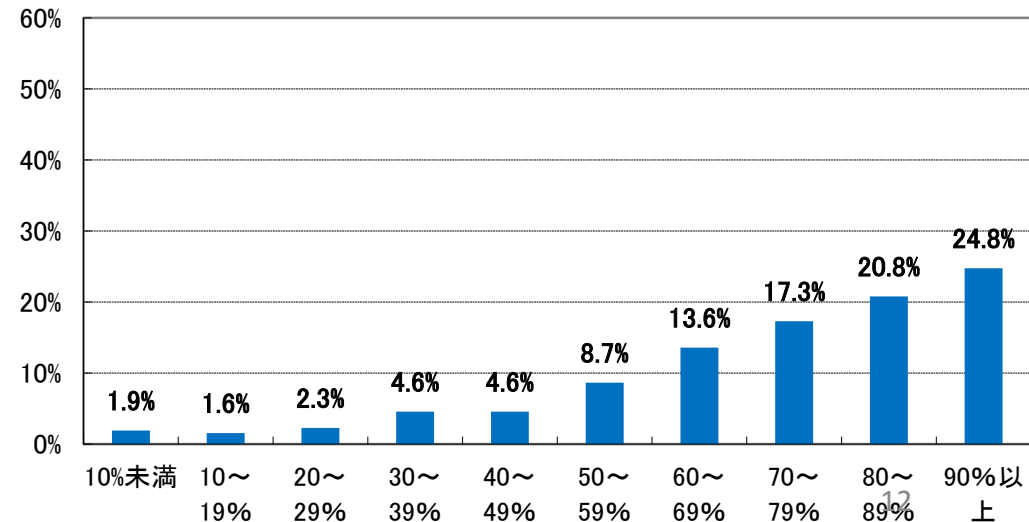
一般病棟(看護配置15:1) N=783施設



医療療養病棟(看護配置20:1) N=567施設



医療療養病棟(看護配置25:1) N=832施設

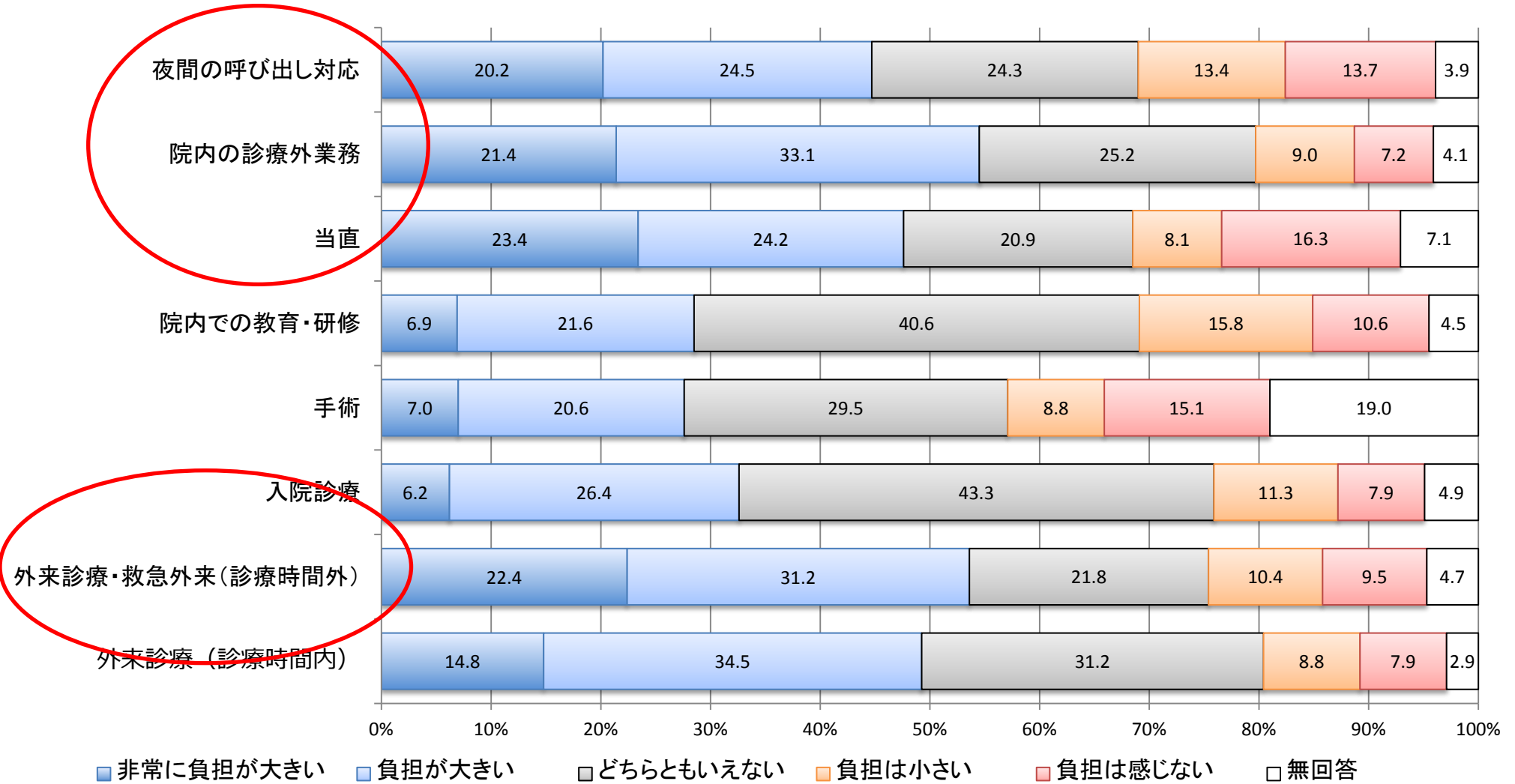


3 病院医療従事者の負担軽減について

医師の業務ごとの負担感

医師票

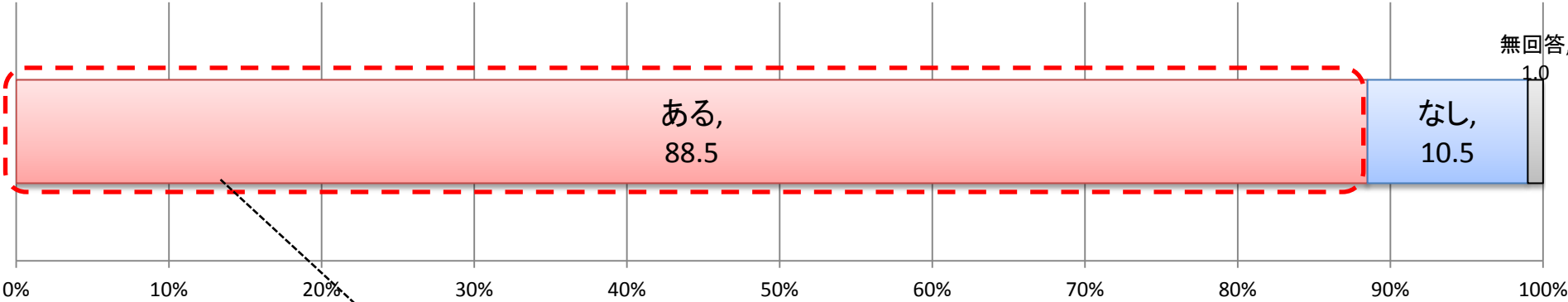
業務ごとの負担感(n=1,300)



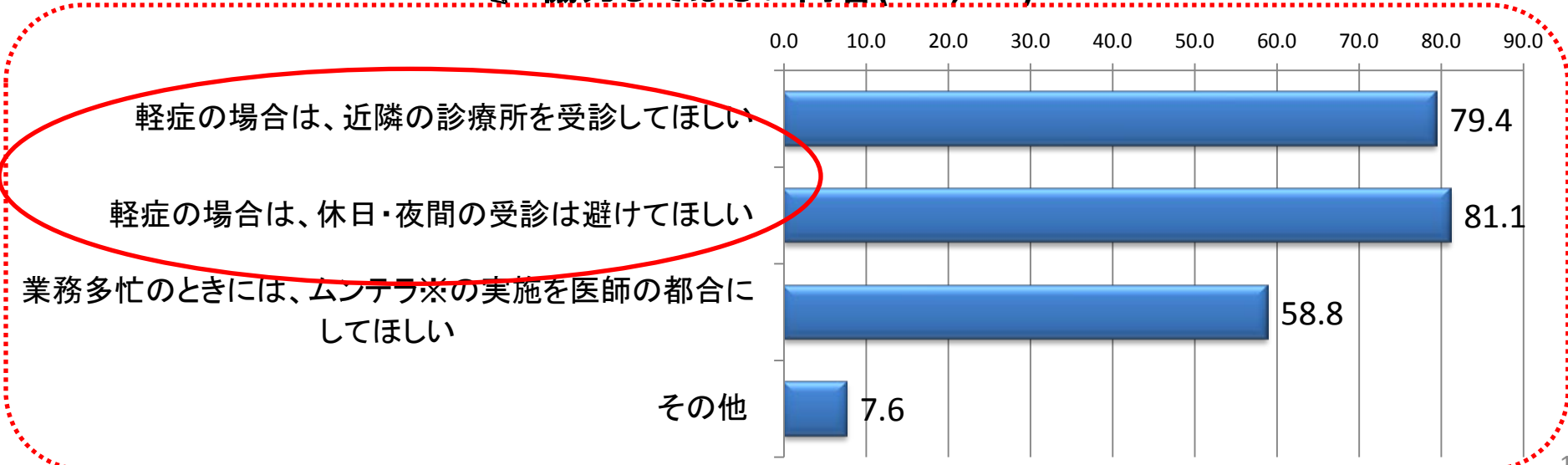
外来医療における役割分担について

医師票

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



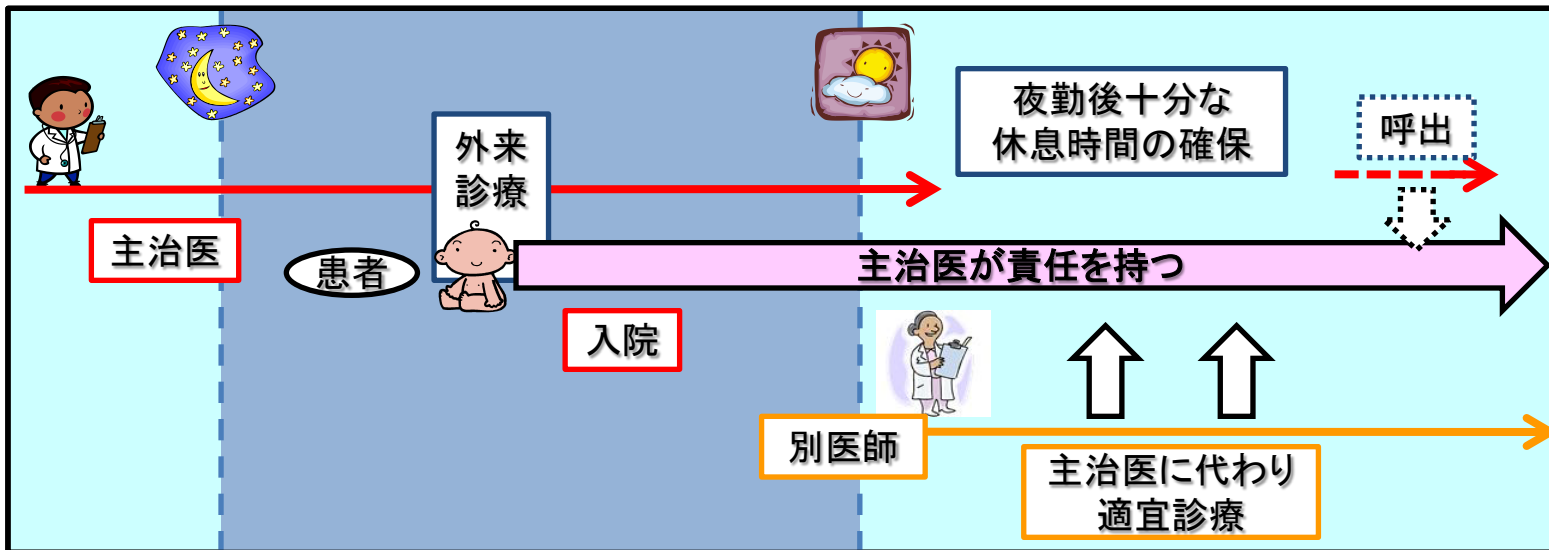
協力してほしい内容(n=1,150)



※ 患者・家族へ病状や治療方針等について説明を行うこと 平成21年度「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」

長時間連続勤務への対応策(例)について(イメージ)

(長時間連続勤務への対応策イメージ①: 主治医制)



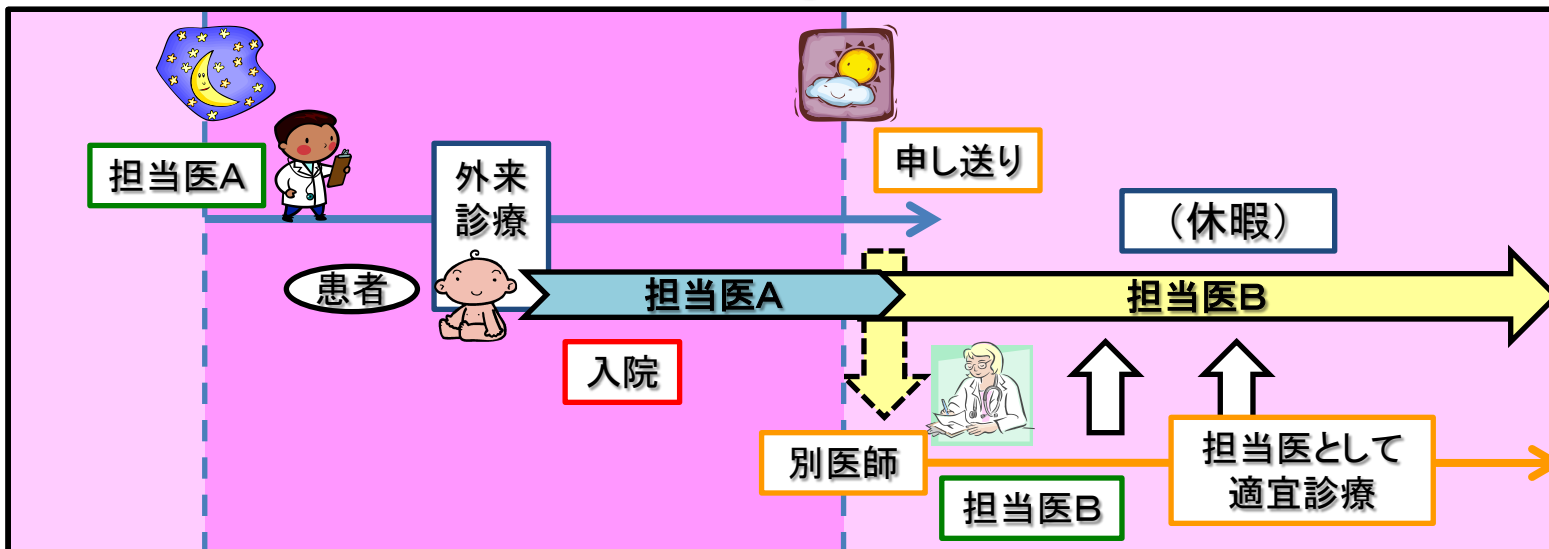
グループ担当医制と比較して【メリット】

- 主治医としての診療の継続性を維持可能
- 勤務が相対的に規則的
- 少人数でも実現可能

【デメリット】

- 主治医として、緊急時応需の可能性
- 心理的・身体的負担軽減の効果は限定的

(長時間連続勤務への対応策イメージ②: グループ担当医制)



【メリット】

- 緊急呼び出し等が減少
- 心理的・身体的負担軽減の効果は大きい

【デメリット】

- 診療の継続性の低下
- 勤務が相対的に不規則
- 十分な人員確保が必要
- 定期的に外来診療することが困難

病棟において薬剤師が実施・関与する 薬剤関連業務及びその効果

病棟における薬剤関連業務

○ 医師等と協働して行う薬物療法業務

(平成22年4月30日付厚生労働省医政局長通知(医政発0430第1号))

→ 診療報酬上、多くの業務が特段の評価をされず
(= 斜体部分)

- ・ 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理
- ・ 患者の状態観察に基づく薬効確認・副作用モニタリング結果の医師への伝達
- ・ 患者の状態に応じた積極的な処方提案
- ・ 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案
- ・ 持参薬の確認・評価とそれを考慮した服薬計画の提案
- ・ 抗がん薬等の無菌調製

○ 薬剤管理指導業務

→ 診療報酬上、薬剤管理指導料として評価

- ・ 患者に対する服薬指導・服薬支援、薬歴管理
- ・ 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理
- ・ 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供

※ 薬剤の取扱い及びその補助業務

- ・ 病棟配置薬の整理・確認
- ・ 麻薬・向精神薬の管理
- ・ 薬剤の投与準備 (特に注意を要する抗がん剤など)
- ・ 点滴ライン等のルート管理

等

薬剤師の病棟業務による効果

○ 患者情報を医療スタッフと共有し、患者の状態に応じた最適な処方設計が可能

+

○ 薬物療法に関する情報を医療スタッフと共有するとともに、薬物療法に関する患者の理解度の向上

等

等

医師等の負担軽減

医療安全及び
薬物療法の質の向上¹⁾

看護補助者が行っている業務の実態

全国病院経営管理学会調査

- ①調査方法: 郵送によるアンケート形式
- ②調査概要: 基本属性、看護体制の見直し、他職種との協働、看護業務の見直しなど
- ③全国病院経営管理学会会員病院281施設の看護部長
- ④実施機関: 2007年8月15日から9月1日
- ⑤回収結果: 有効回答率43施設 (回収率15%)
- ⑥対象施設の背景: 設置主体 公的9%、私的91%

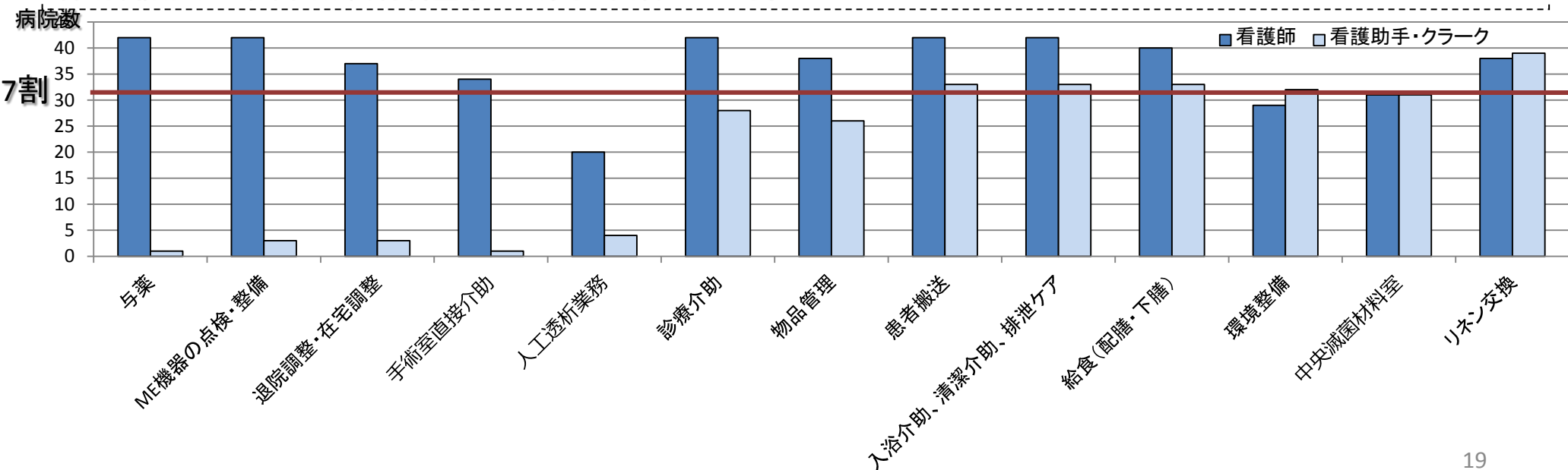
算定している入院基本料

7対1-42%、10対1-28%、13対1-7%、15対1-23%

病床規模

99床以下17%、100床～199床31%、200床～299床17%、300床以上23%

7割以上の病院が、看護補助者が行っている業務は、給食(配膳・下膳)、環境整備、リネン交換、患者搬送、入浴介助、清潔介助、排泄ケア、中央滅菌材料室などであると回答している。



潜在看護職員の離職理由(上位10位)

<調査対象> 合計12,036名に送付、有効回答数4,097通(有効回答率34%)のうち、3,643名が潜在看護職員

①インターネット及びFAXで申し込みのあった1,171名(有効回答率32.1%)

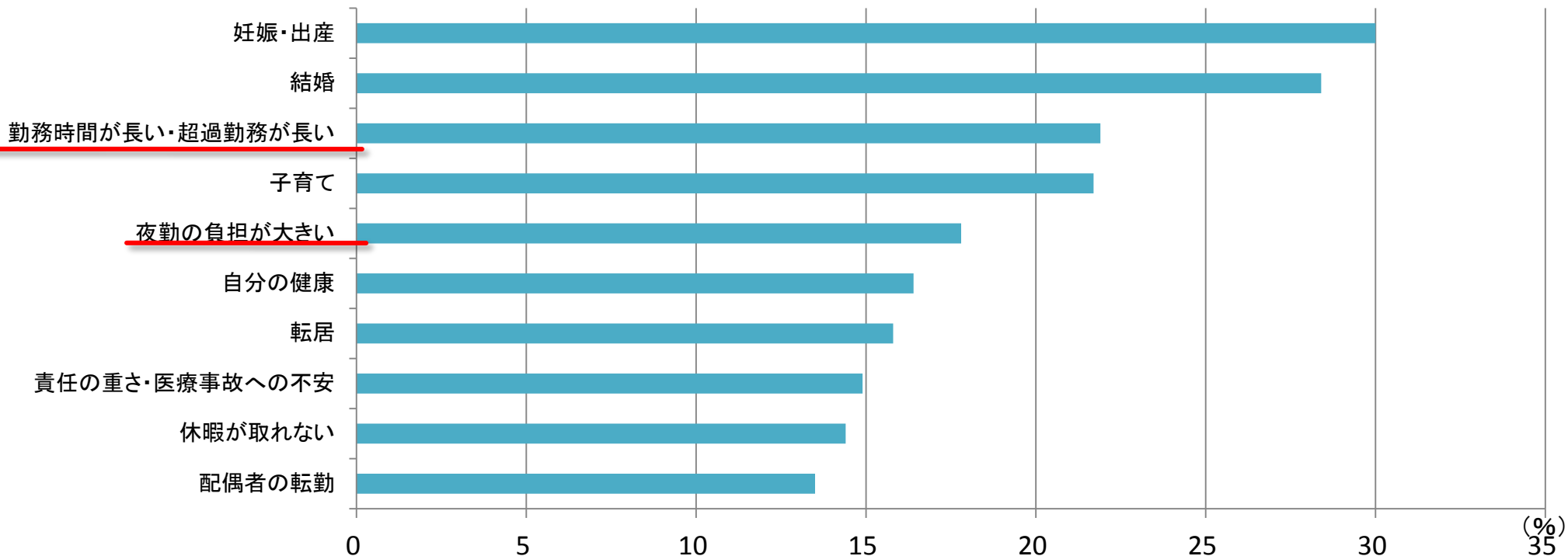
②NCCS(ナースセンターコンピュータシステム)に登録している看護職員 2,472名(有効回答率67.9%)

①+②の潜在看護職員(求職活動の有無に関わらず未就業)=計3,643名

<調査方法> 郵送調査:調査票を調査対象者に郵送し、記入された調査票を郵送回収

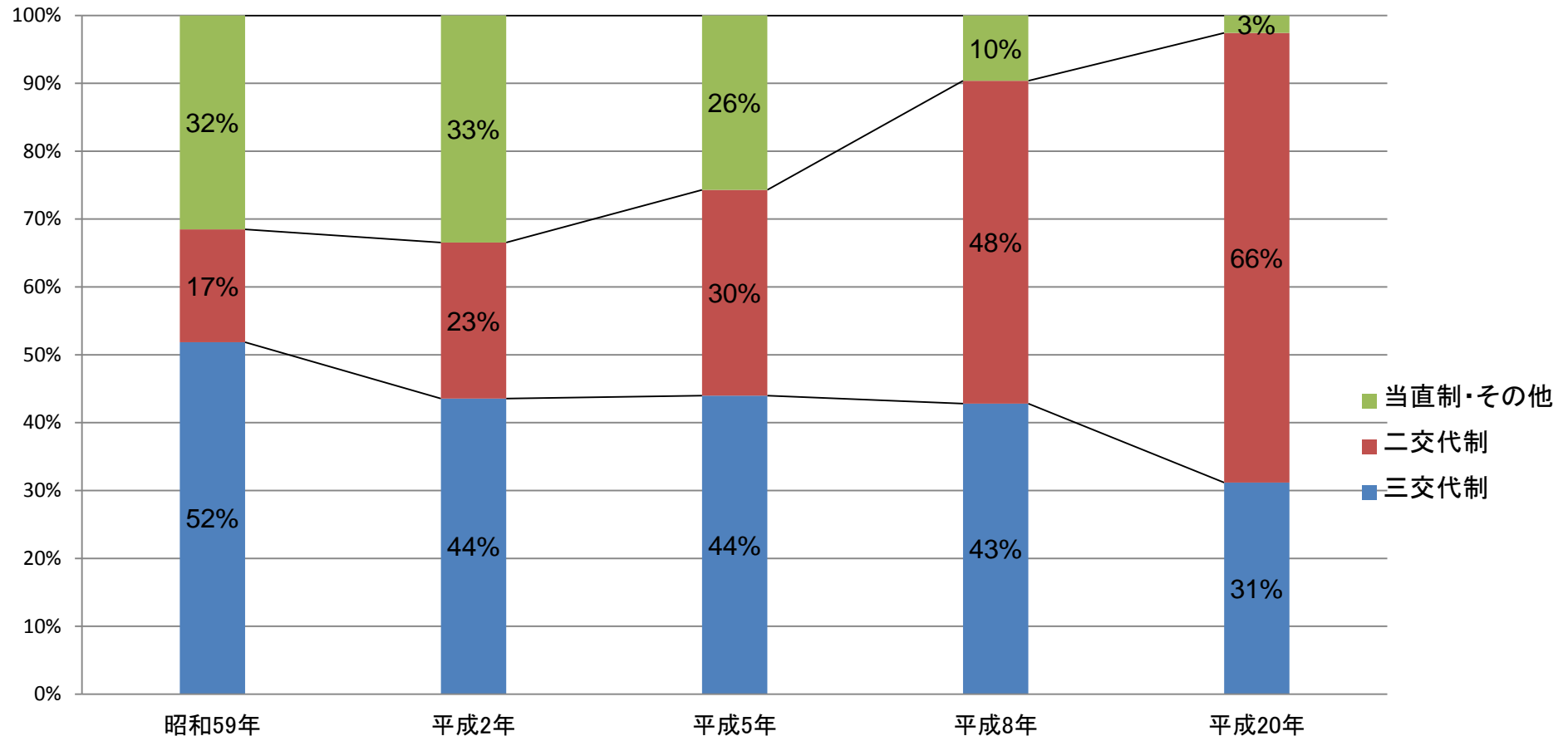
<離職理由に関する回答方法> 離職理由について、「あなた自身の状況に関する事」と「職場環境に関する事」とわけ、それぞれ予め設定した16項目のうち、自身にあてはまる項目を複数回答

潜在看護職員の離職理由は、ライフイベントの他に、勤務時間の長さや超過勤務、夜勤の負担によるものが多い。



看護職員の勤務形態の変化

三交代勤務が減少し、二交代勤務が増加している。

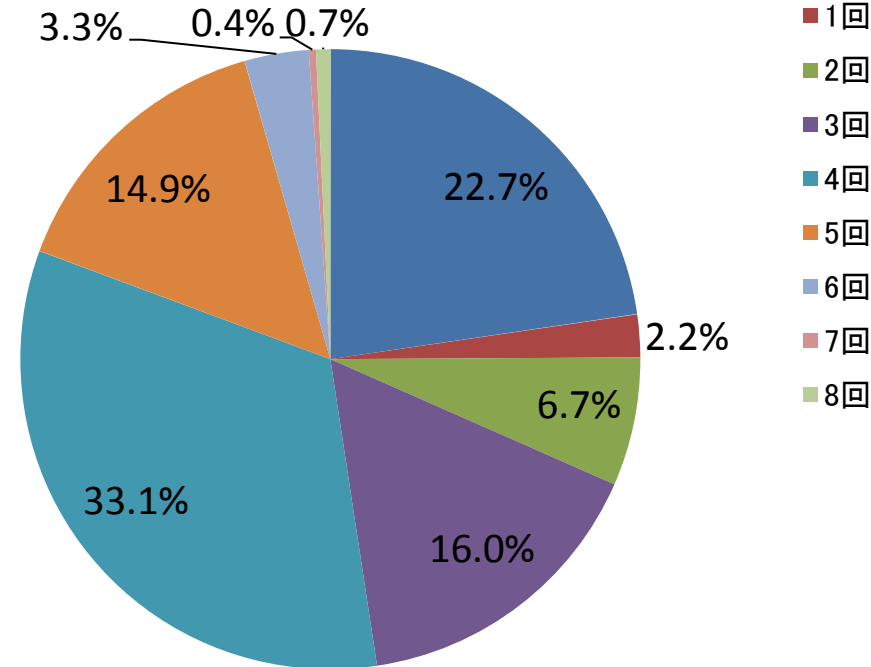


	昭和59年	平成2年	平成5年	平成8年	平成20年
当直制・その他	3171	3740	2870	1035	316
二交代制	1673	2571	3387	5114	8121
三交代制	5218	4868	4911	4602	3822

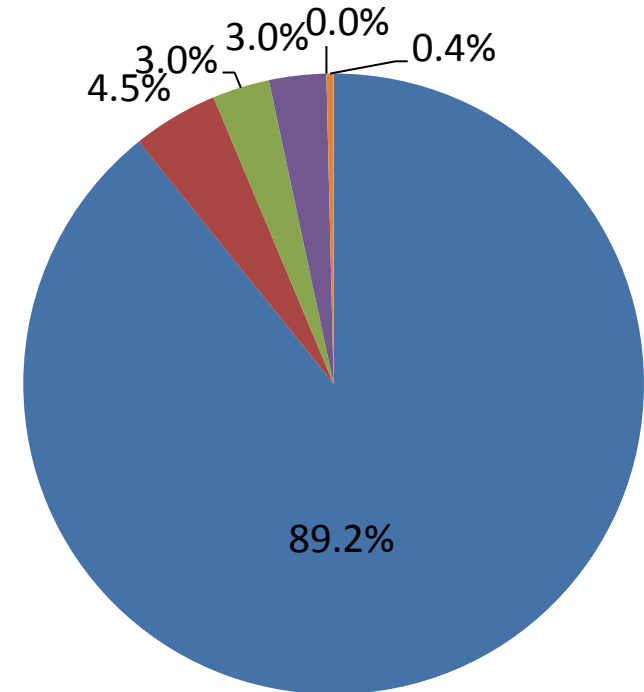
3交代の勤務のうち日勤→深夜及び 準夜→日勤のシフト別の割合

- 日勤のうち、日勤深夜を4回以上行う割合は、50%以上である(1回以上は77.3%)。
- 準夜勤のうち、準夜日勤を1回以上行っている場合は、約10%である。
- 短時間間隔の勤務のほとんどは、日勤深夜であることが予測される。

日勤回数のうち「日勤→深夜勤」
のシフト回数(N=269)



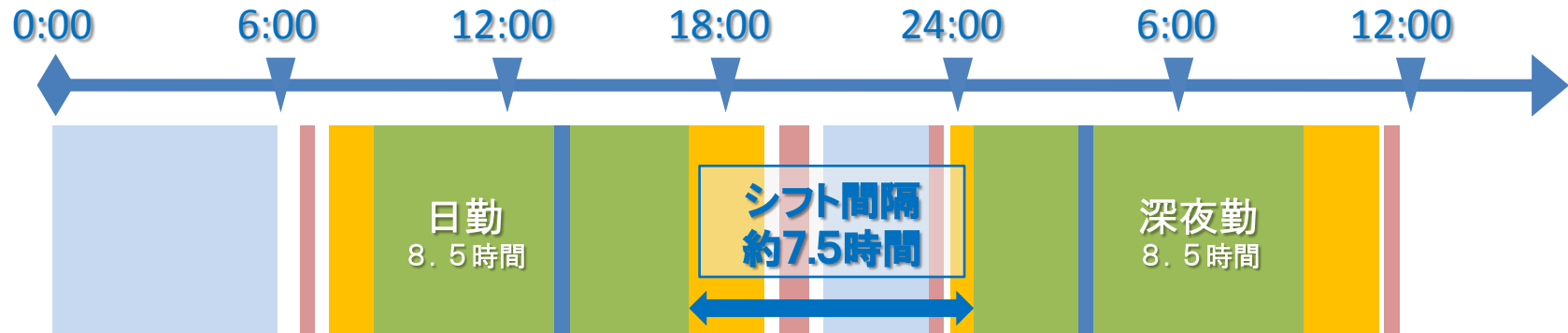
準夜勤回数のうち「準夜勤→日勤」
のシフト回数(N=269)



調査対象: 病院に勤務する看護職員(日看協会員)から無作為抽出された10,000人
 調査票の回収: 2,260人(回収率)
 3交代勤務者: 621人

交代制勤務の実態（日勤→深夜のパターン）

病院勤務看護師の 三交代勤務の事例



- 睡眠
- 通勤
- 時間外勤務
- 勤務
- 仮眠・休憩

**実際は
約4時間**

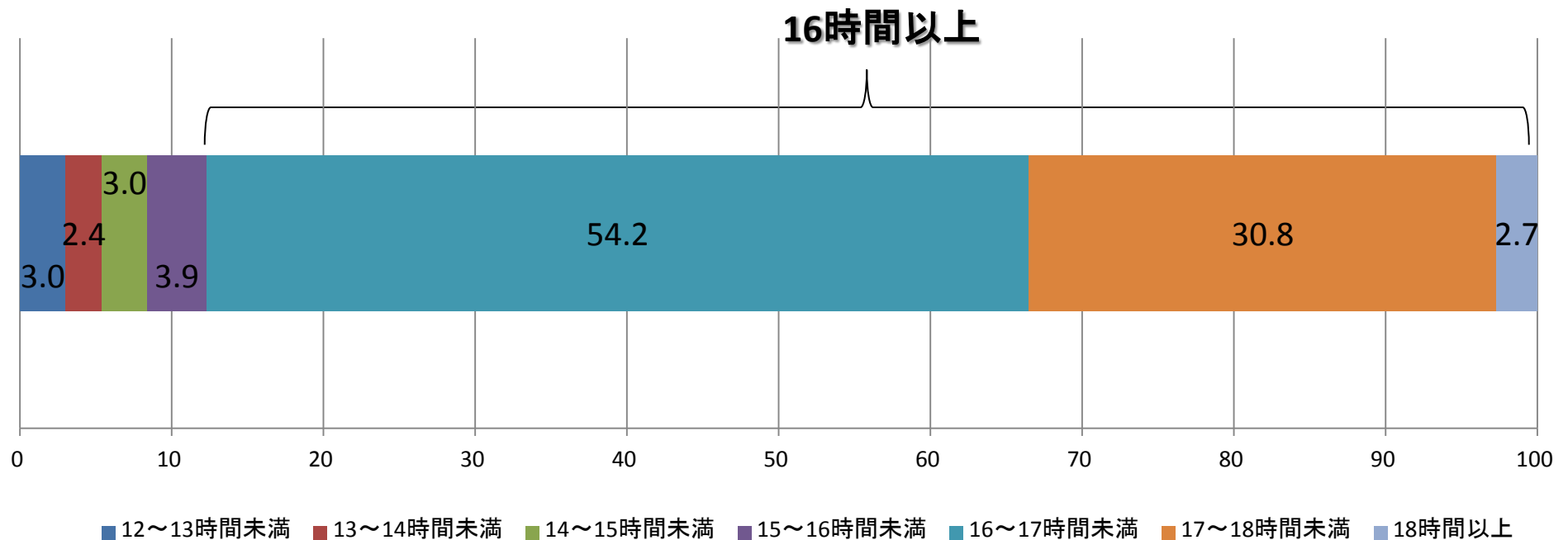
日勤終了後に時間外勤務（2時間）があったので、次の深夜勤入りまで約4時間。急ぎ帰宅して、家族の面倒をみて食事。ほとんど仮眠を取れないまま、再度出勤。

勤務帯設定の例（各8.5時間）

日勤 8:30~17:00
準夜勤 16:30~1:00
深夜勤 0:30~9:00

2交代制の場合の夜勤の拘束時間

2交代制の場合、標準的な夜勤の時間設定が16時間以上17時間未満の割合は54.2%、17時間以上の割合は30.8%、16時間以上の割合は87.7%となる。(N=594)



調査対象: 病院に勤務する看護職員(日看協会員)から無作為抽出された10,000人
調査票の回収: 2,260人(回収率)
2交代勤務者: 691人