

中	医	協	総	—	3
2	5	.	6	.	1 2

外来医療(その2)

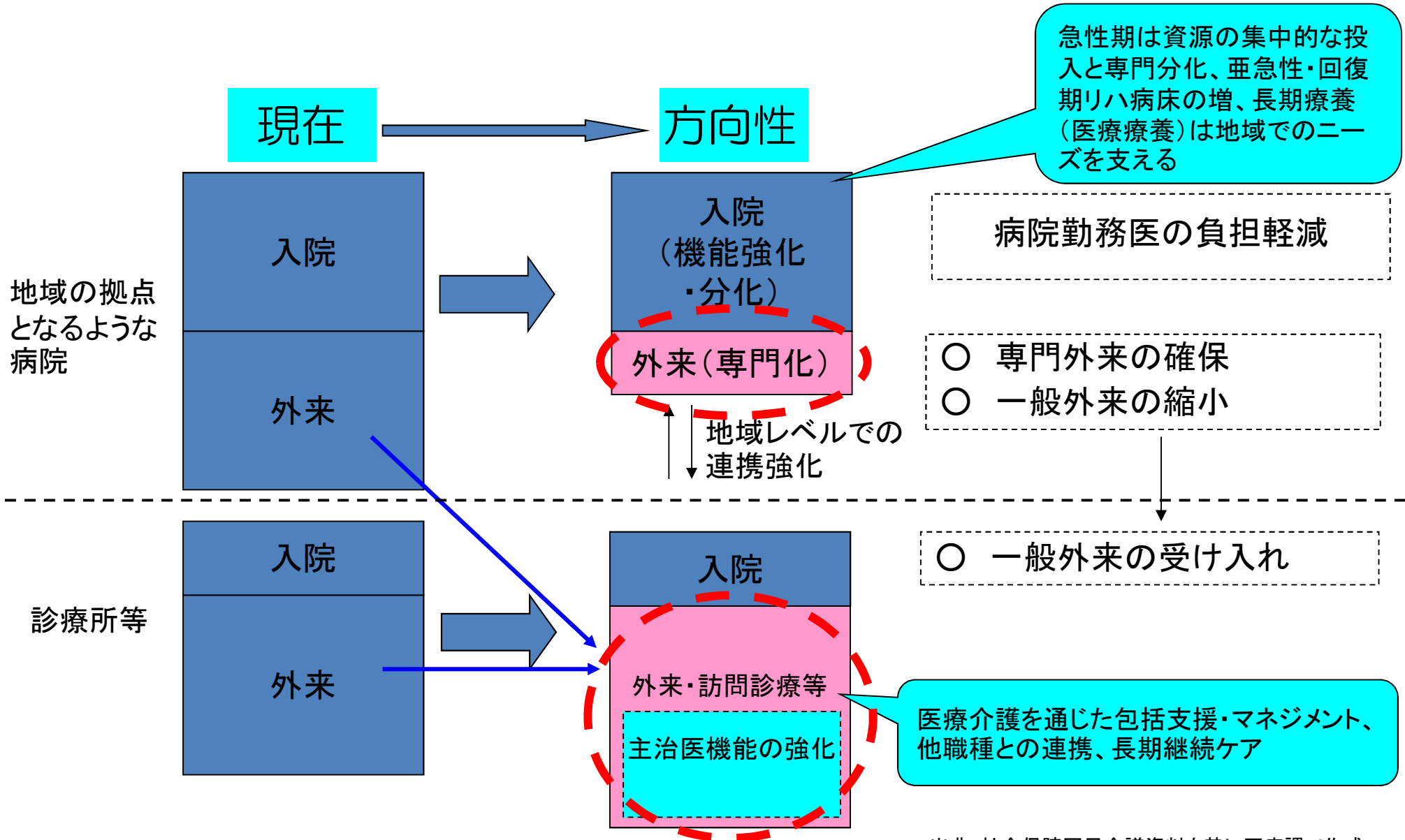
平成25年6月12日

1. 主治医機能の強化

2. 診療所の機能と初・再診料について

外来医療の役割分担のイメージ

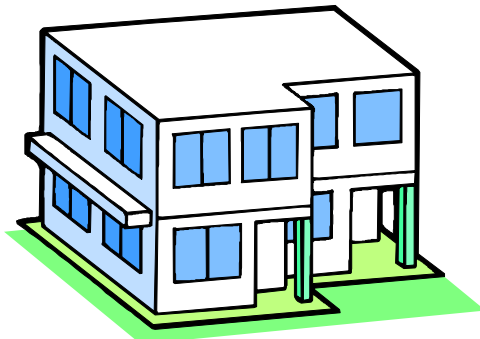
(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

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

紹介

逆紹介



専門的な診療



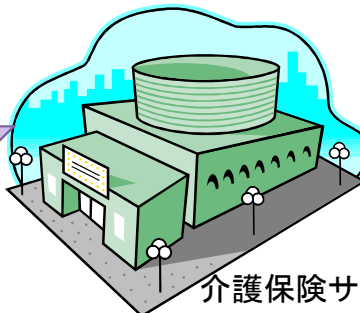
地域の拠点となるような病院

- 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

介護が必要な時

医療が必要な時



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

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】

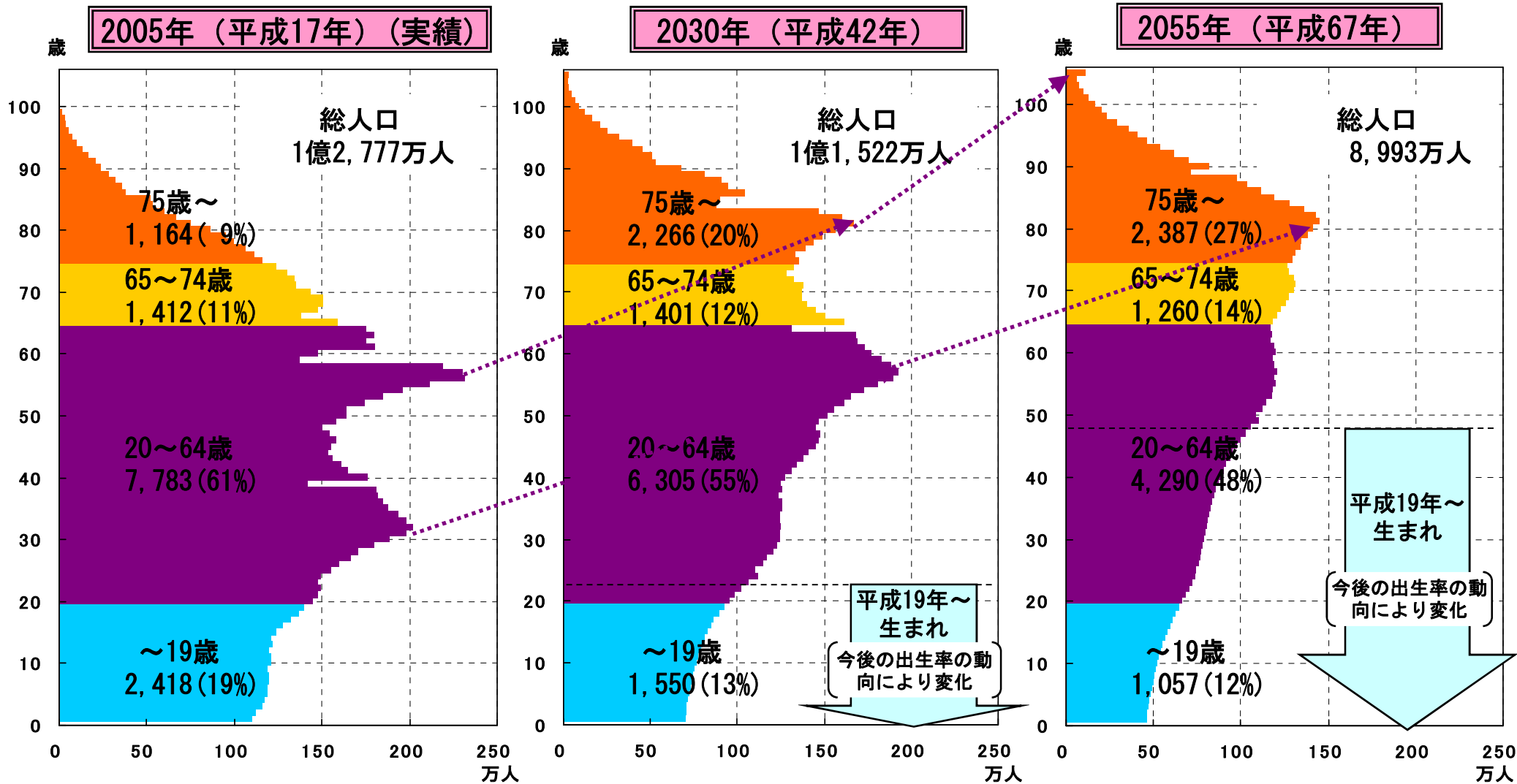
- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

1. 主治医機能の強化

人口ピラミッドの変化（2005年（平成17年），2030年（平成42年），2055年（平成67年） - 2006年（平成18年）中位推計 -

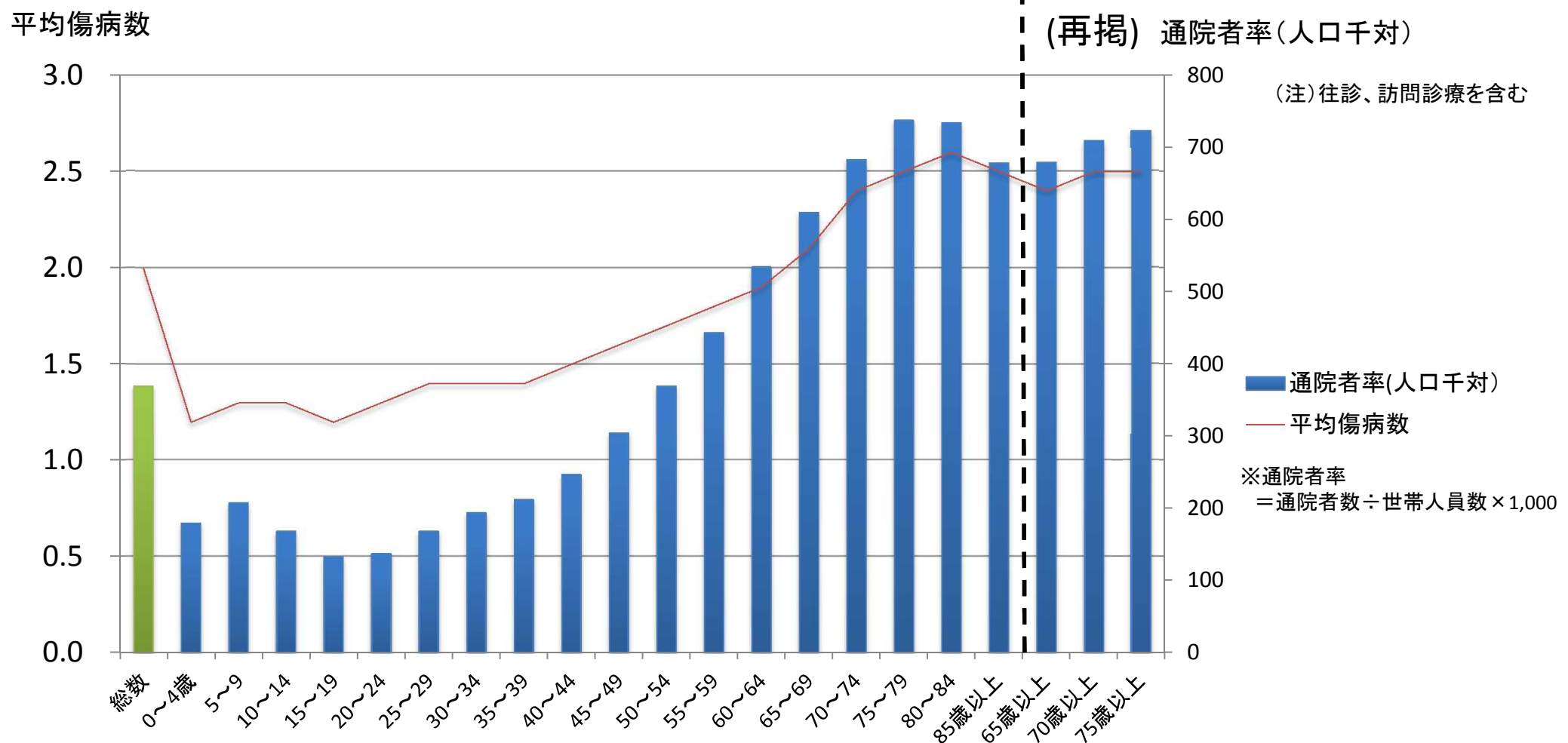
中 医 協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3

高齢者1人を3人で支えている現在の姿は、2055年には高齢者1人を1.2人で支える姿になると想定されている。



※ 平成17年は国勢調査結果（年齢不詳按分人口）。

年齢別平均傷病数と通院者率

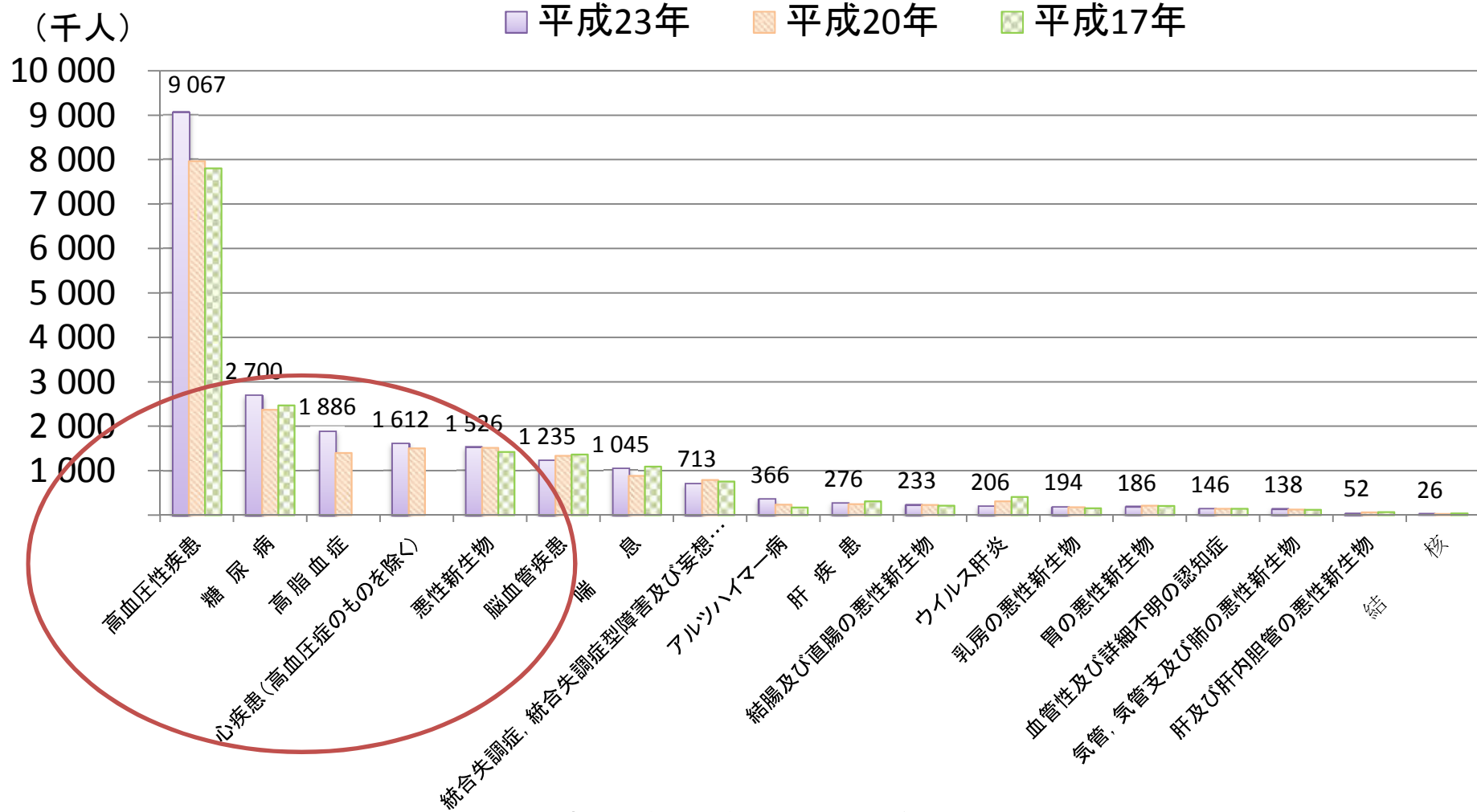


○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

※ 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。(往診、訪問診療を含む。)
 ※ 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。

出典: 平成22年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成

主な傷病の総患者数



※ 高脂血症は平成17年は調査対象となっていない

※ 平成17年では心疾患(高血圧症のものを除く)は虚血性心疾患という分類を行っている

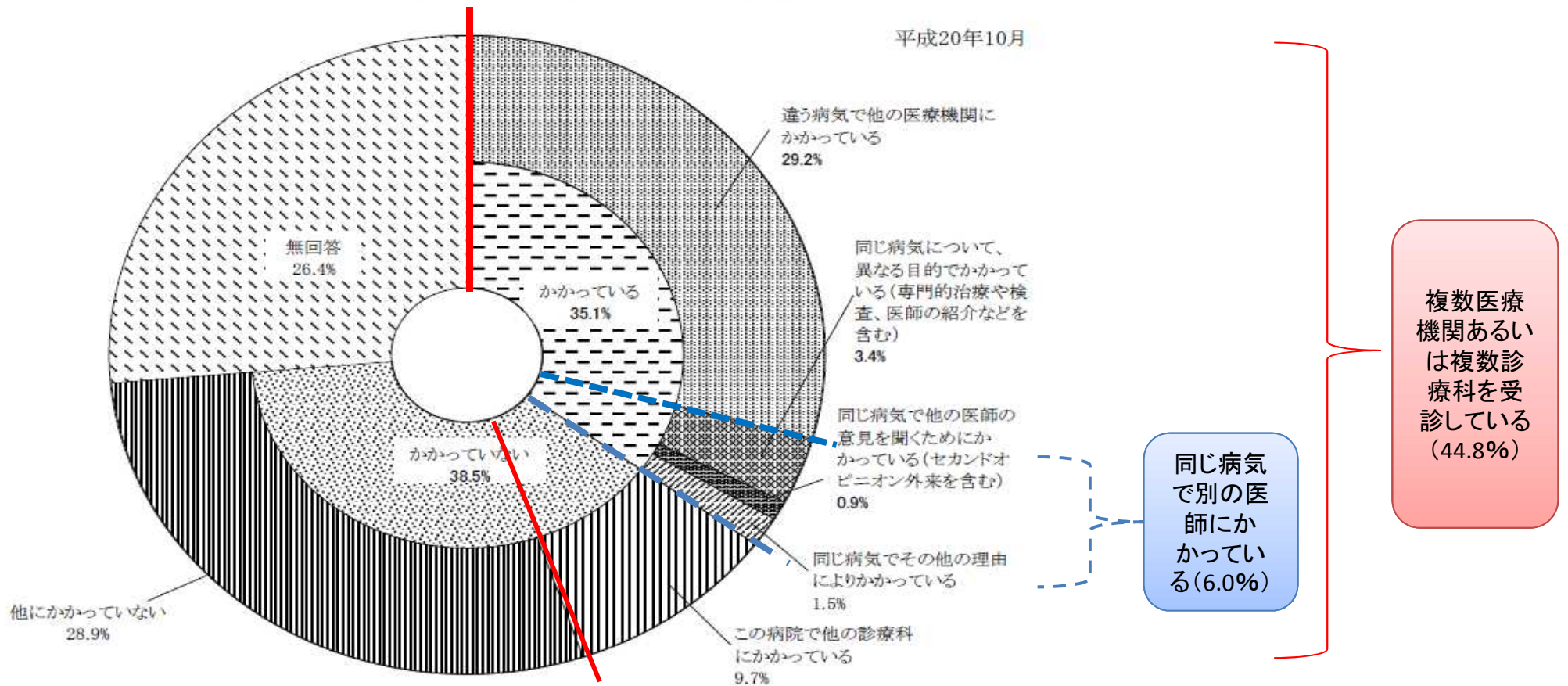
出典: 患者調査を基に医療課で作成

外来患者の受療状況

中医協 総 - 1
25 . 1 . 23

図9 外来患者の重複受診を含む受療状況（基本集計）

平成20年10月

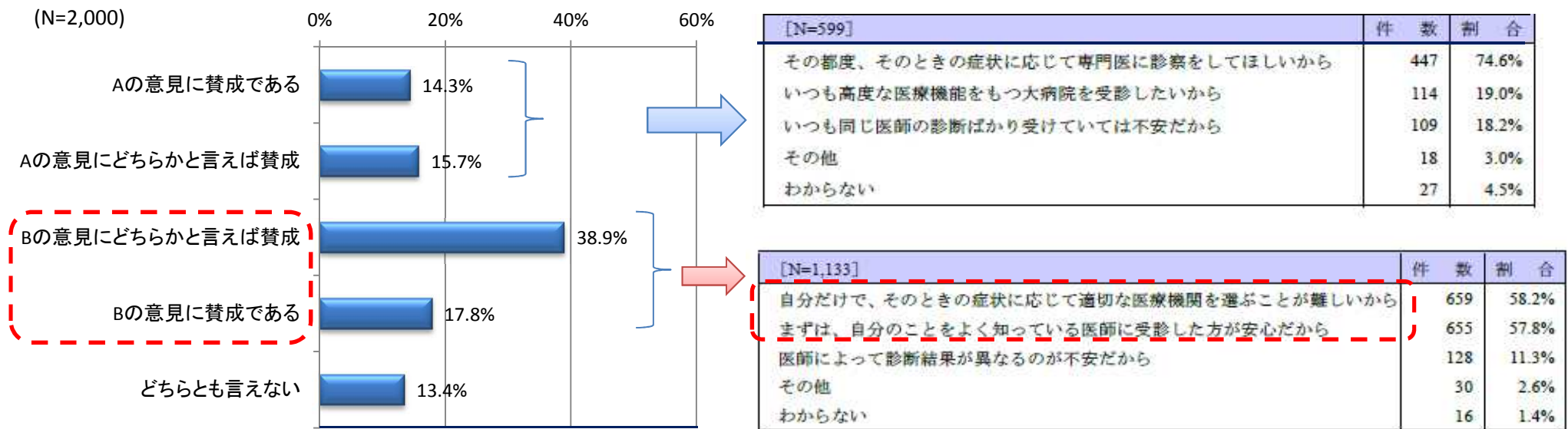


出典：平成20年受療行動調査（確定数）の概況を基に医療課で作成

- 44.8%が複数医療機関あるいは診療科等を受診している。
- 同じ病気で別の医師にかかっているのは少なくとも6.0%。

医療機関の受診のあり方に関する考え

- 医療機関の受診のあり方に関するAとBの2つの考え方の賛否について回答を求めた
 - A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する
 - B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

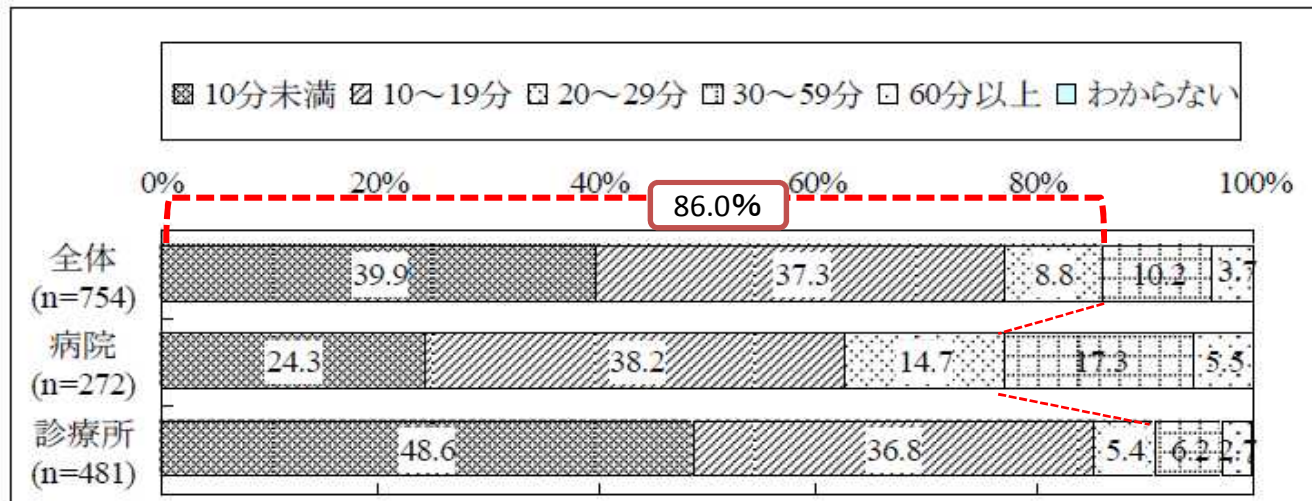


出典：平成23年11月17日「医療に関する国民意識調査」－調査結果報告の要旨－健康保険組合連合会

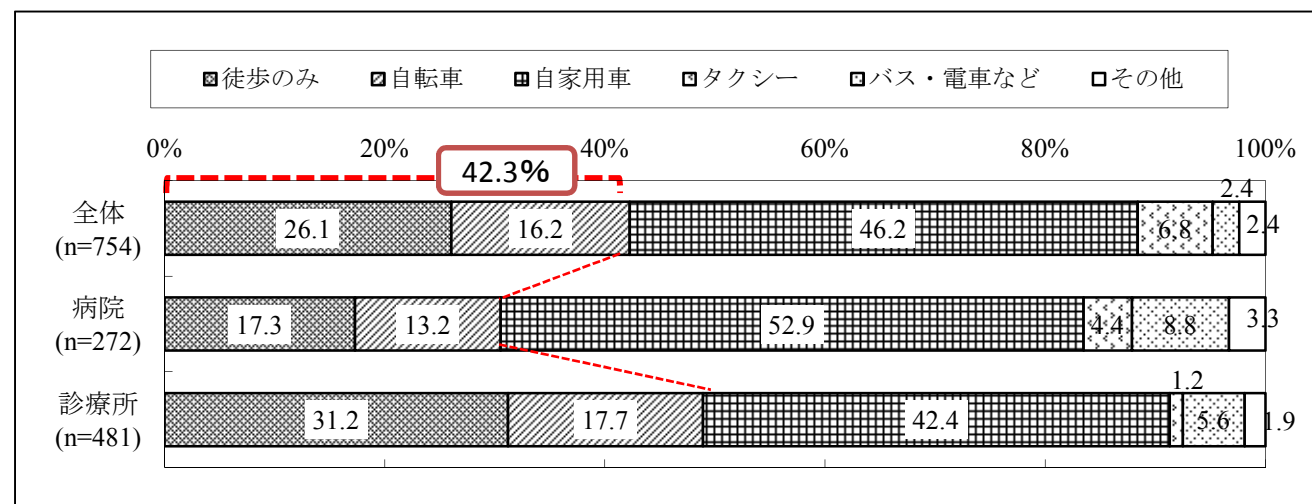
- 「Aの意見に賛成」と「Aの意見にどちらかといえば賛成」が合計30.0%（前回調査※33.0%）。
- 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」が合計56.7%（前回調査※53.0%）と上昇。
- 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」と答えた人のうち、**「自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから」と答えた人が58.2%、「まずは、自分のことをよく知っている医師に受診した方が安心だから」と答えた人が57.8%存在した。**

※ 前回調査は平成19年度に実施

かかりつけ医までの通院時間



- かかりつけ医がいると答えた人のうち、かかりつけ医までの通院時間は、全体の86.0%が30分未満であった。
- かかりつけ医がいると答えた人のうち、かかりつけ医までの通院方法を、徒歩あるいは自転車と全体の42.3%が答えた。



↓

アクセスの良さ

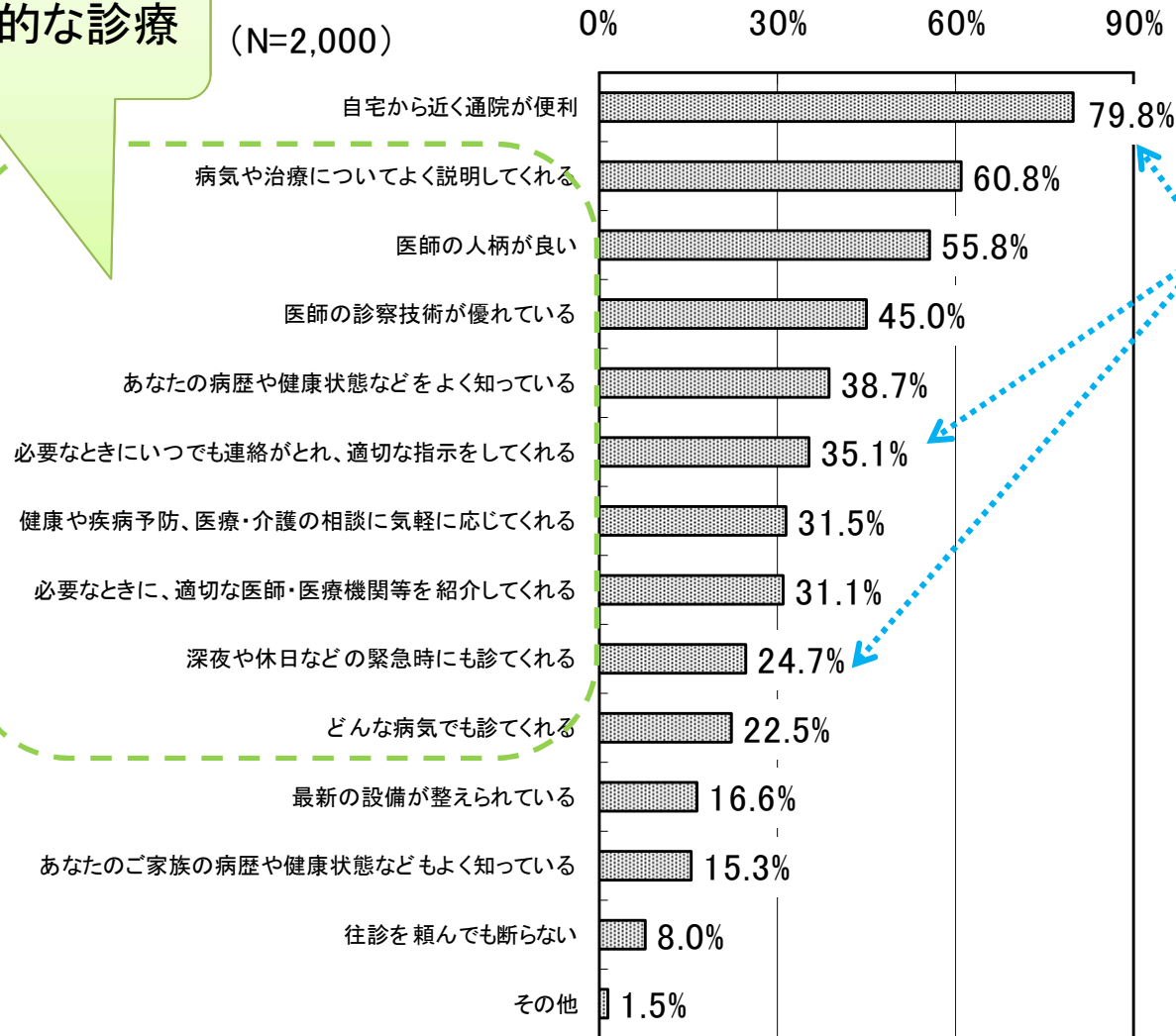
※ この調査において回答者に「かかりつけ医」の定義は特に示されていない

出典: 第2回(平成18年) 日本の医療に関する意識調査 日本医師会総合政策研究機構

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 (複数回答)

全人的かつ継続的な診療

(N=2,000)



アクセスの良さ

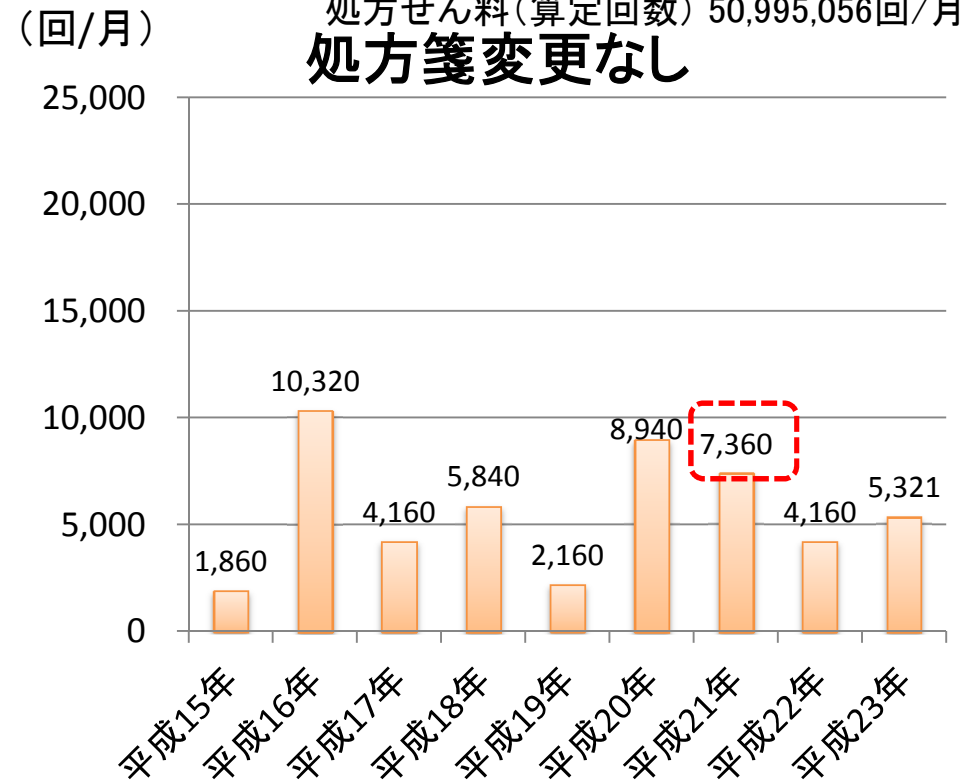
重複投薬・相互作用防止加算について

【重複投薬・相互作用防止加算】(調剤報酬)

薬局において、薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合に算定できる。

- 〔処方箋変更あり 20点
- 〔処方箋変更なし 10点

(参考)保険薬局数 52,730施設
 処方せん料(算定回数) 50,995,056回/月
処方箋変更なし



※平成20年、平成21年については、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用防止加算を合計している。

出典:社会医療診療行為別調査より

多剤投与の影響について

出典：長寿医療研究委託事業 総括研究報告書（研究代表者 古田勝経 国立長寿医療センター 副薬剤部長）
「高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究」

(1) 国立長寿医療センターの入院データベース(2009年1月～2009年12月)から65歳以上の2,484名のうち内服薬を使用していた2,001名を対象に解析

(抜粋)

- 6剤以上の多剤投与は全体の37.5%、平均処方薬剤数は4.9剤
(認知症患者では5.5剤、うつ病患者では7剤と多剤投与の傾向があった)
- 処方数の多い薬剤は、下剤、抗血小板剤、抗Ca剤の順に多かった
- うつ病やパーキンソン病患者では、6割以上の患者で6剤以上の多剤投与がみられた

(2) 東大病院の60歳以上で薬物有害事象の有無について記載のある1,047名を対象とし、薬物有害事象の有無を目的変数としたロジスティック重回帰解析※

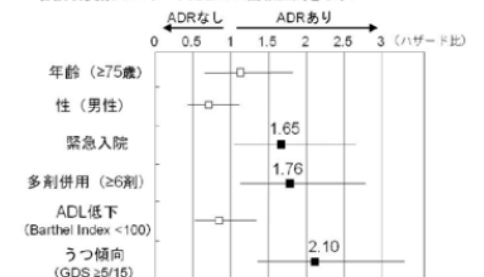
(抜粋)

※「高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究」
分担研究者 秋下雅弘（東京大学大学院医学系研究科加齢医学）

- 6剤以上の多剤投与では有害作用を発現する割合が高まり、抑うつとも関連する
 - ・多剤併用(6剤以上 vs. 5剤以下、オッズ比1.76)
 - ・緊急入院(vs. 待機入院、オッズ比1.65)
 - ・うつ傾向(Geriatric Depression Scale 10/30以上 vs. 9/30以下、オッズ比2.10)
- が有意な説明変数であったが、年齢、性、ADL低下は有意な説明変数ではなかった

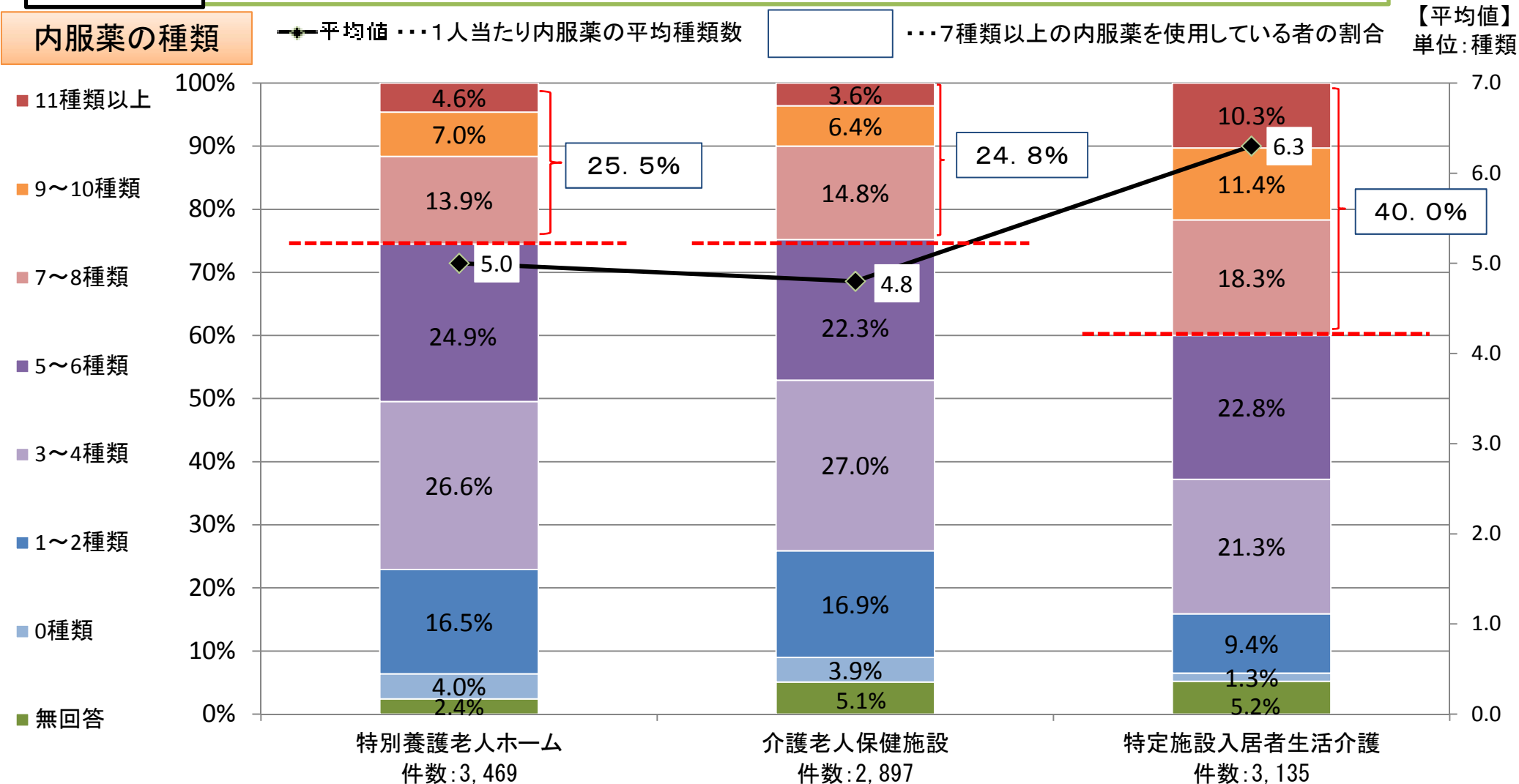
図1. 薬物有害事象(ADR)と関連する因子

ADRを目的変数としたロジスティック重回帰分析による各説明変数のハザード比と95%信頼区間を示す。



参考

1人当たり内服薬の種類



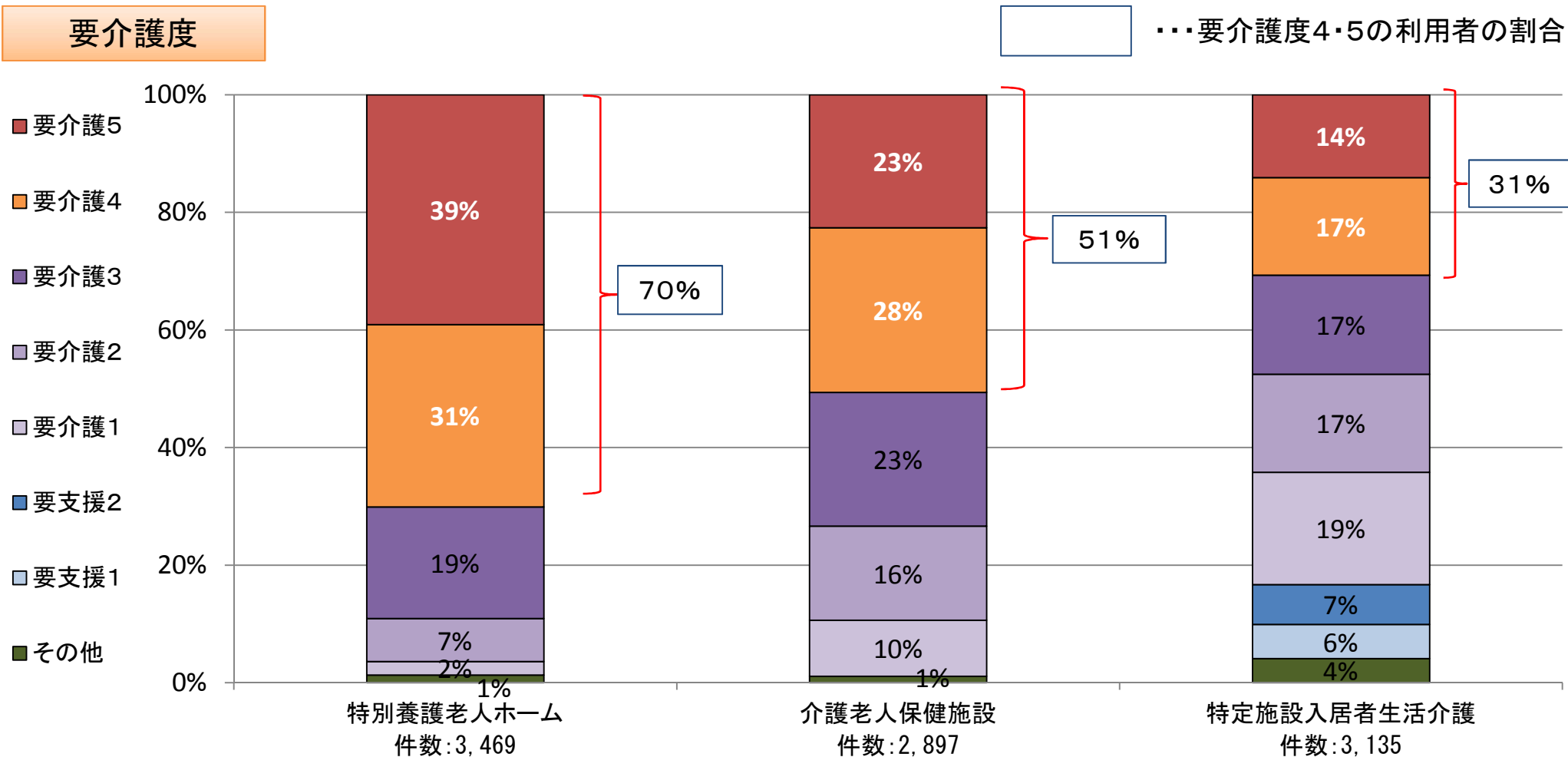
出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホーム、介護老人保健施設においては、1種類以上の服薬を行っている入所(居)者は約9割いる。また、特定施設入居者生活介護においては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約40%おり、特養や老健と比べ、その割合は多い。

参考

介護サービス事業所における利用者の状態について

要介護度

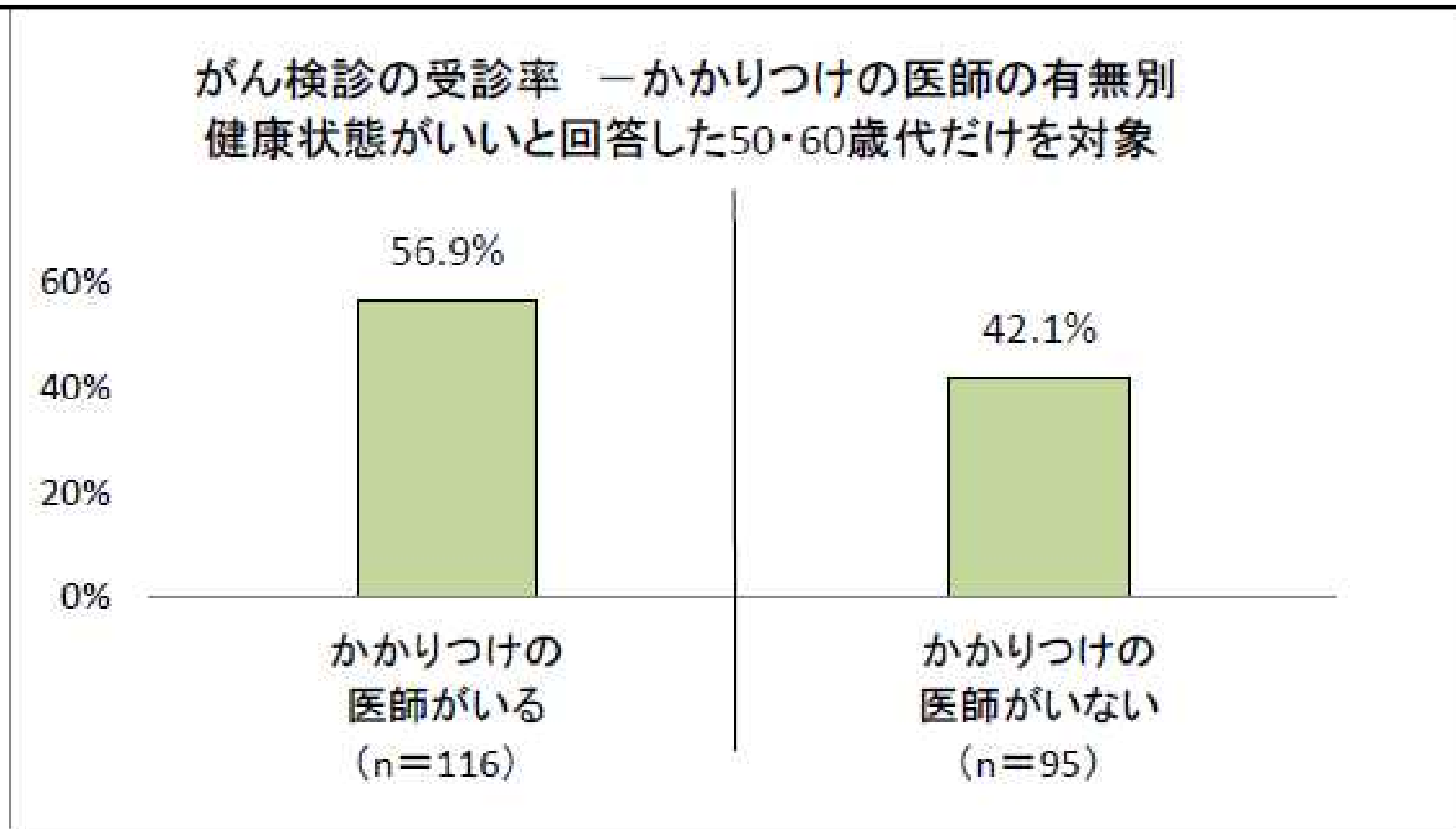


※その他: 非該当、不明及び無回答

出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホームでは、「要介護4・5」の利用者が7割を占めており、介護老人保健施設では「要介護4・5」の利用者が5割を占めている。一方で、特定施設入居者生活介護では「要介護4・5」の利用者が約3割である。

かかりつけの医師とがん検診の受診率(過去1年間)－健康な50歳～60歳代



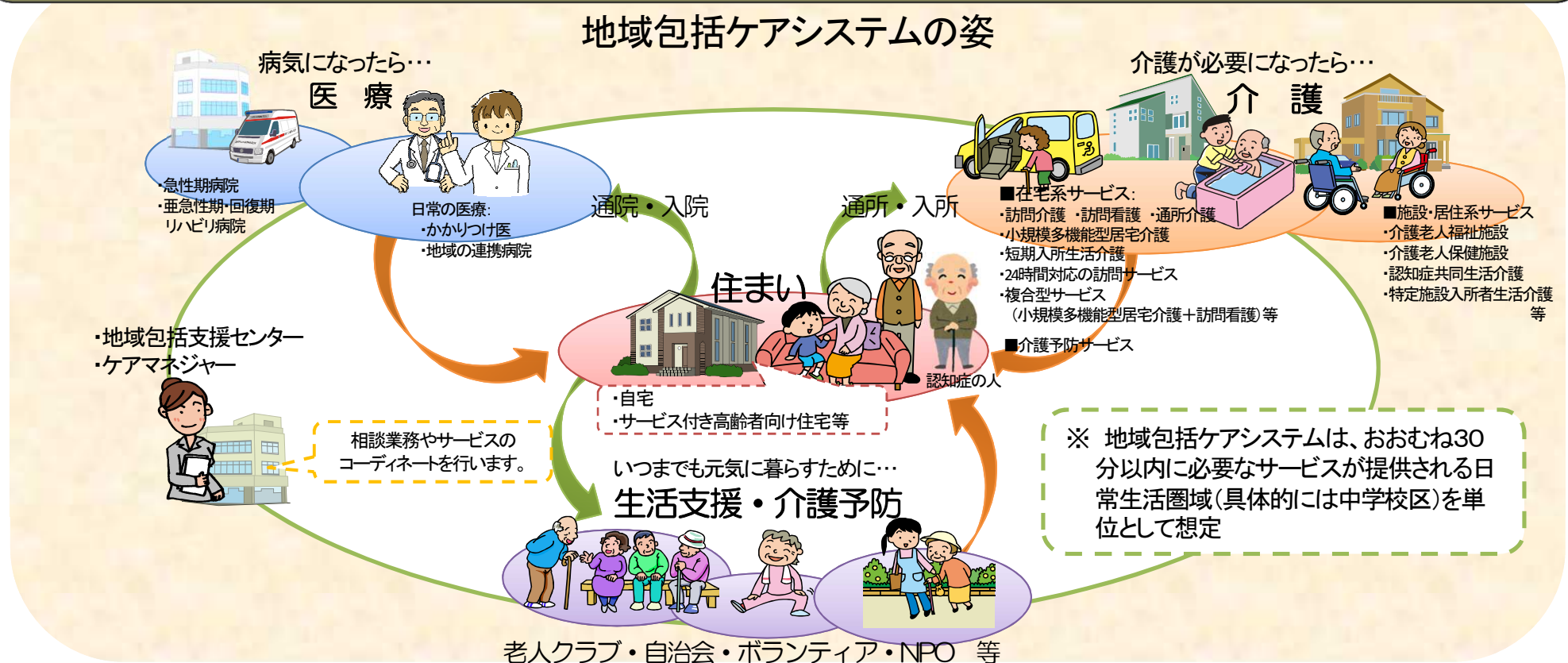
※がん検診の種類は胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん。

- がん検診の対象となる50歳・60歳代で、健康と回答した国民を対象にかかりつけの医師の有無によるがん検診受診率の違いがみられた。かかりつけの医師がいる場合の受診率は56.9%であったが、いない場合は42.1%であった。
- かかりつけ医がいることでがん検診を受ける割合が有意に高くなっていた。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



在宅療養支援診療所の施設基準

中医協 総－6－2 参考

2 3 . 1 . 2 1

- (1) 診療所であること。
- (2) 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- (3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、**二十四時間往診が可能な体制を確保**し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、**二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保**し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (5) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。
- (6) 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- (7) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (8) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (9) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

機能強化型在支診の施設基準

ストラクチャー評価

- ・常勤の医師が3名以上配置
- ・24時間往診が可能な体制を確保
- ・他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携
- ・患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制を整備
- ・緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保

プロセス評価

- ・24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定
- ・患者からの緊急時の連絡先の一元化※
- ・月1回以上の定期的なカンファレンスの実施※

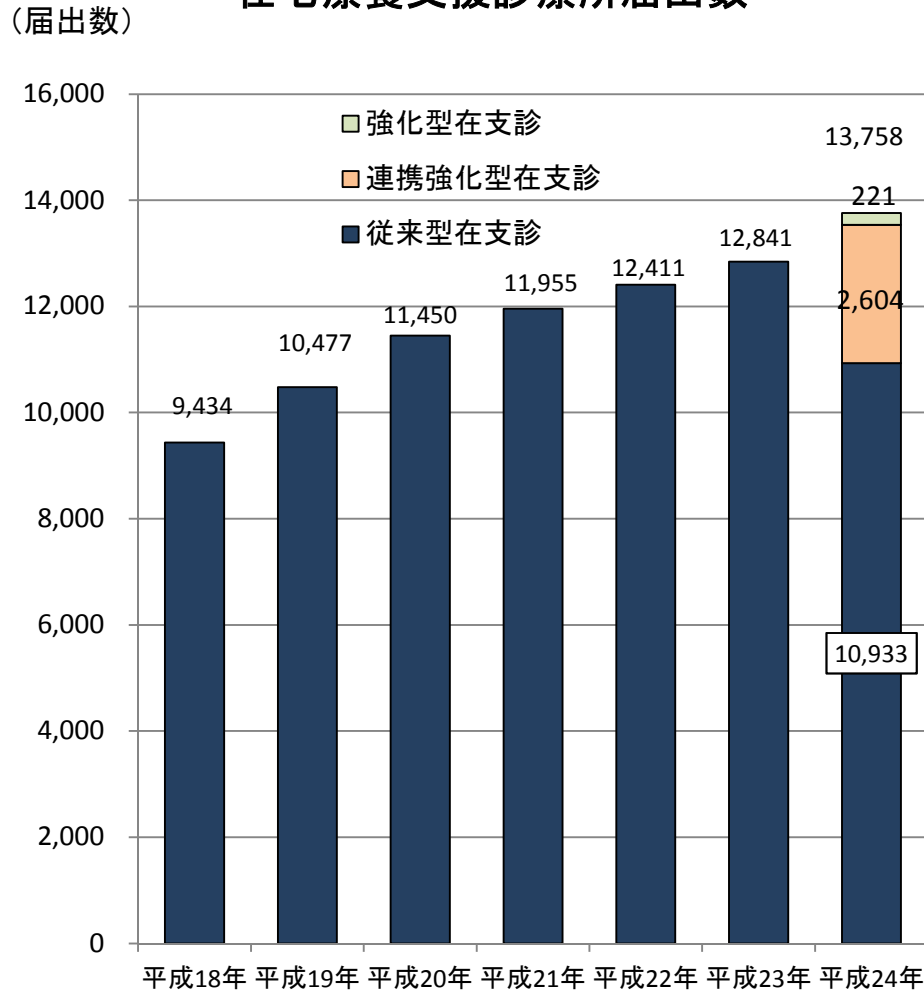
アウトカム評価

- ・過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上
- ・過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上

※「在宅支援連携体制」を構築した場合

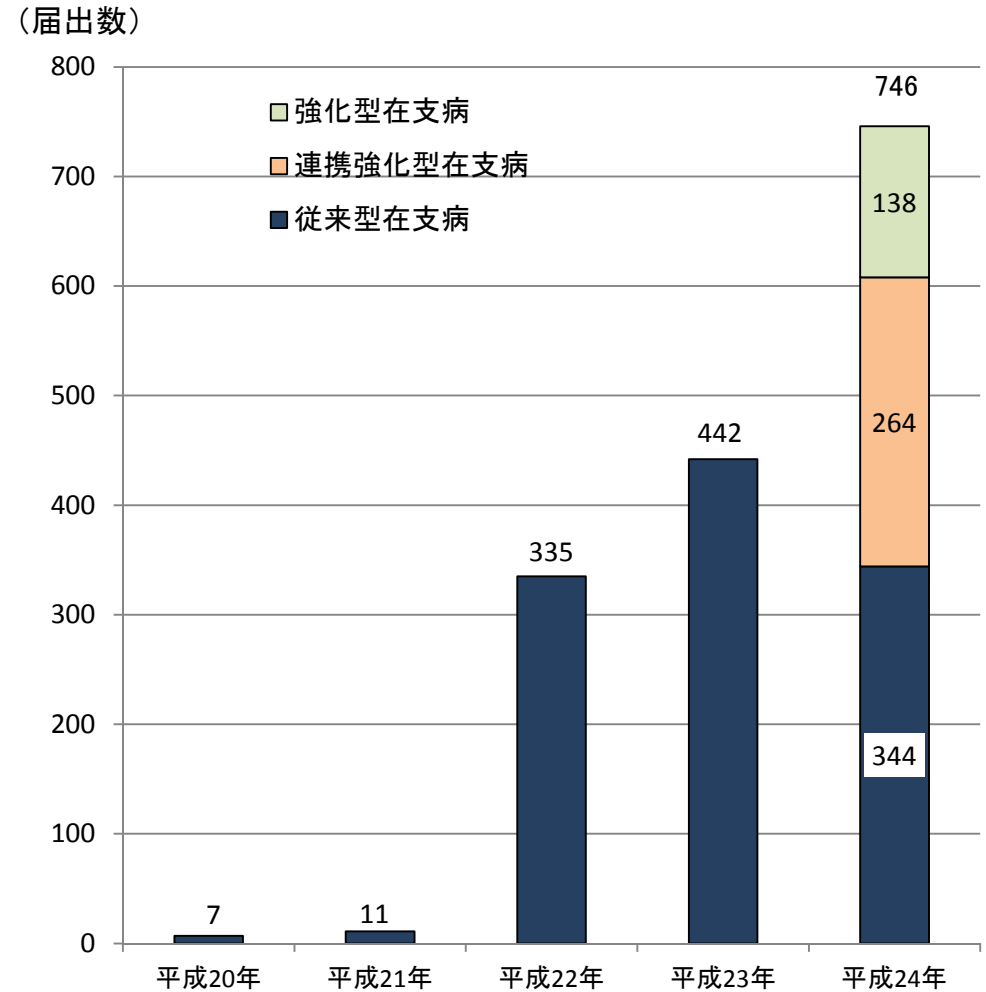
在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

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

在宅療養支援病院届出数

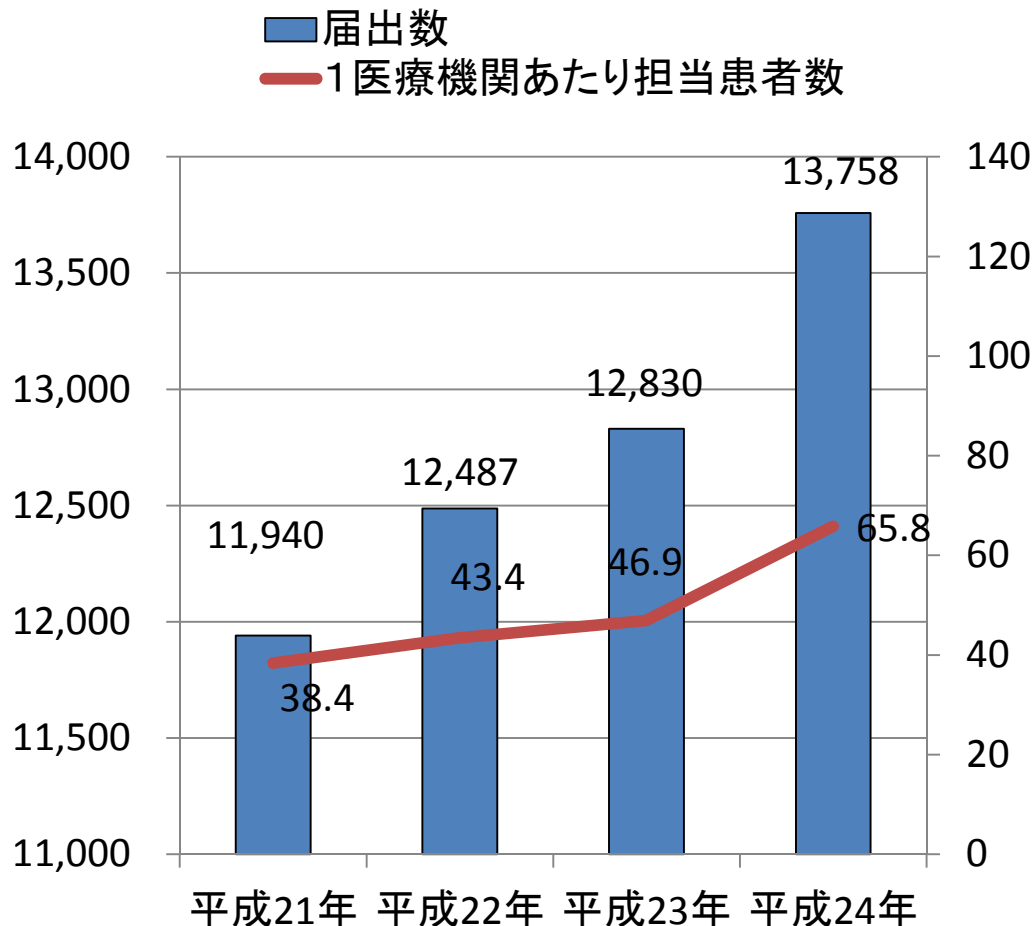


(注)連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

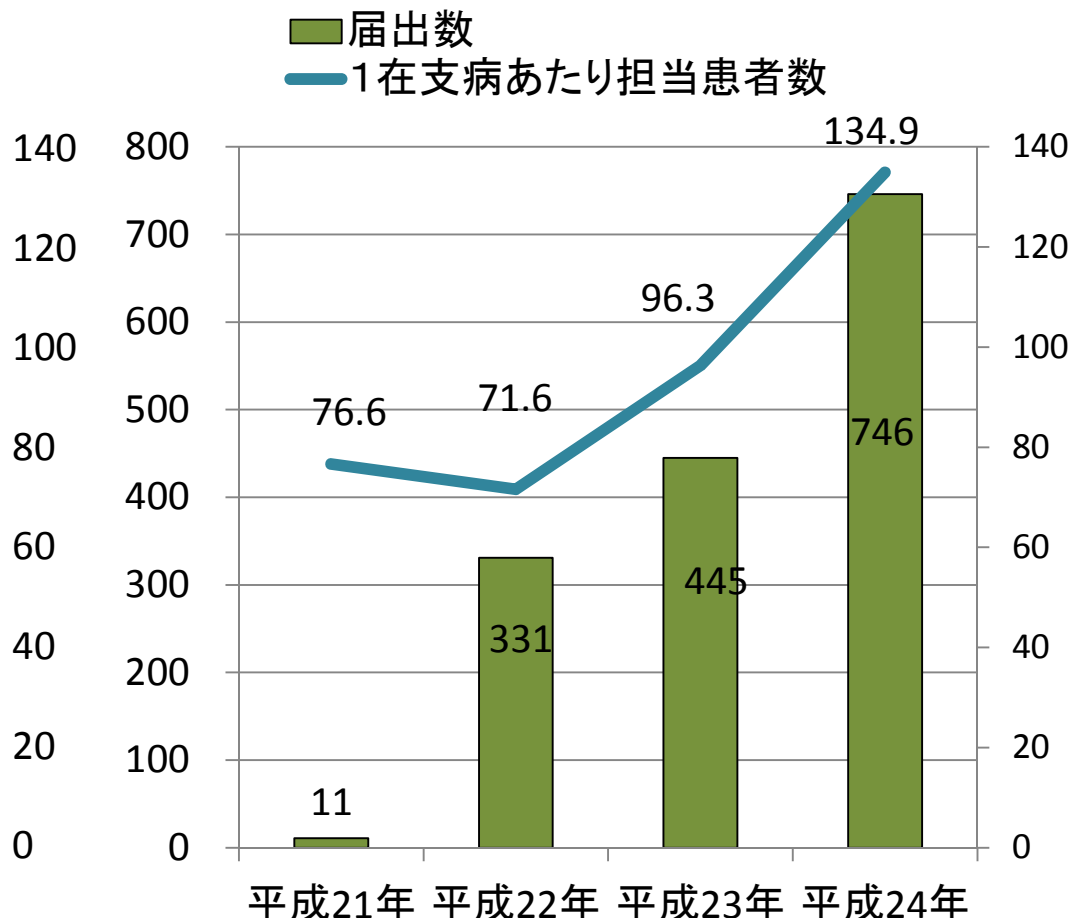
出典:保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)

在宅療養支援診療所・病院の担当患者数の推移

在宅療養支援診療所



在宅療養支援病院



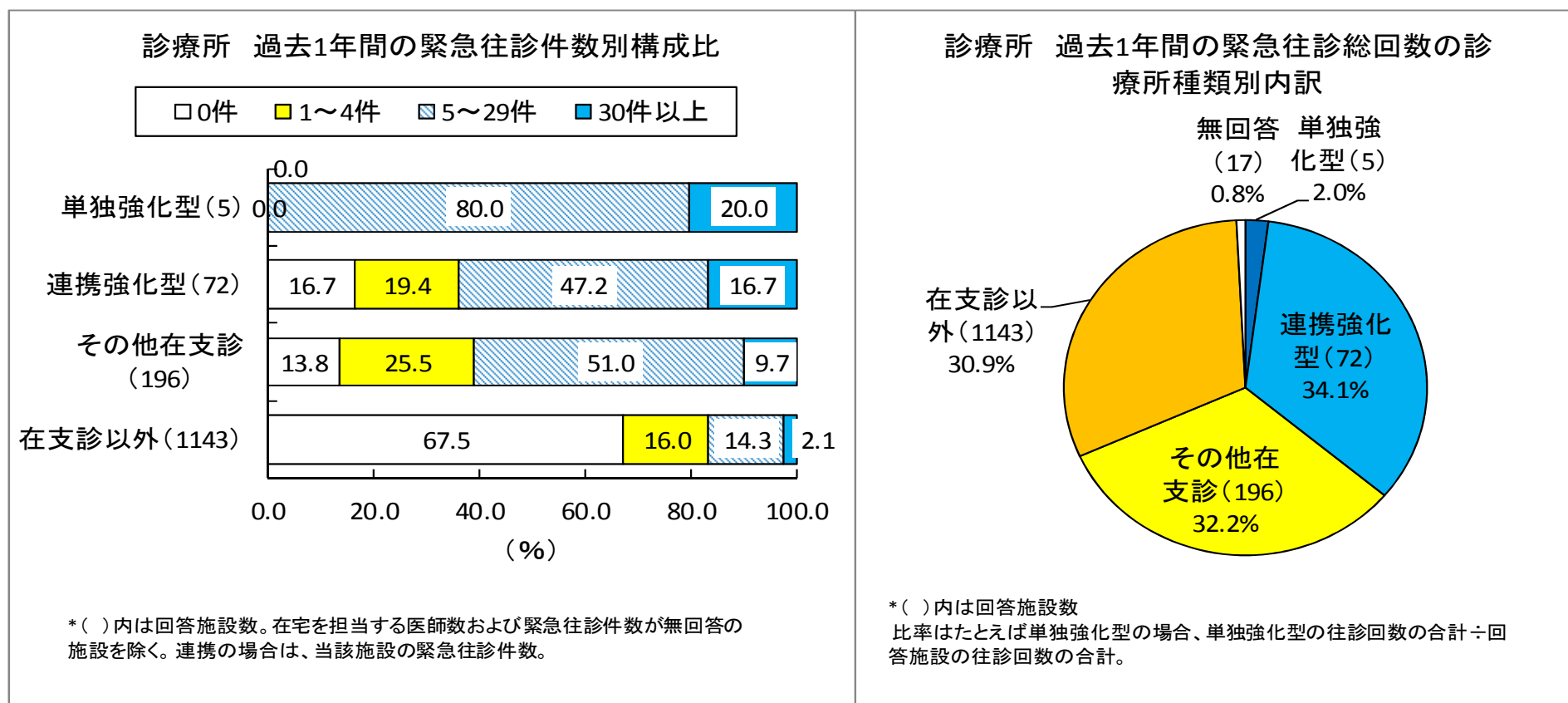
※1医療機関あたり担当患者数＝全在宅療養支援診療所(病院)の担当在宅患者総数÷在宅療養支援診療所(病院)届出数

1医療機関あたりの担当患者数が年々増加してきており、在宅医療の供給量も上昇してきている

出典: 保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)

診療所 在宅医療－緊急往診－

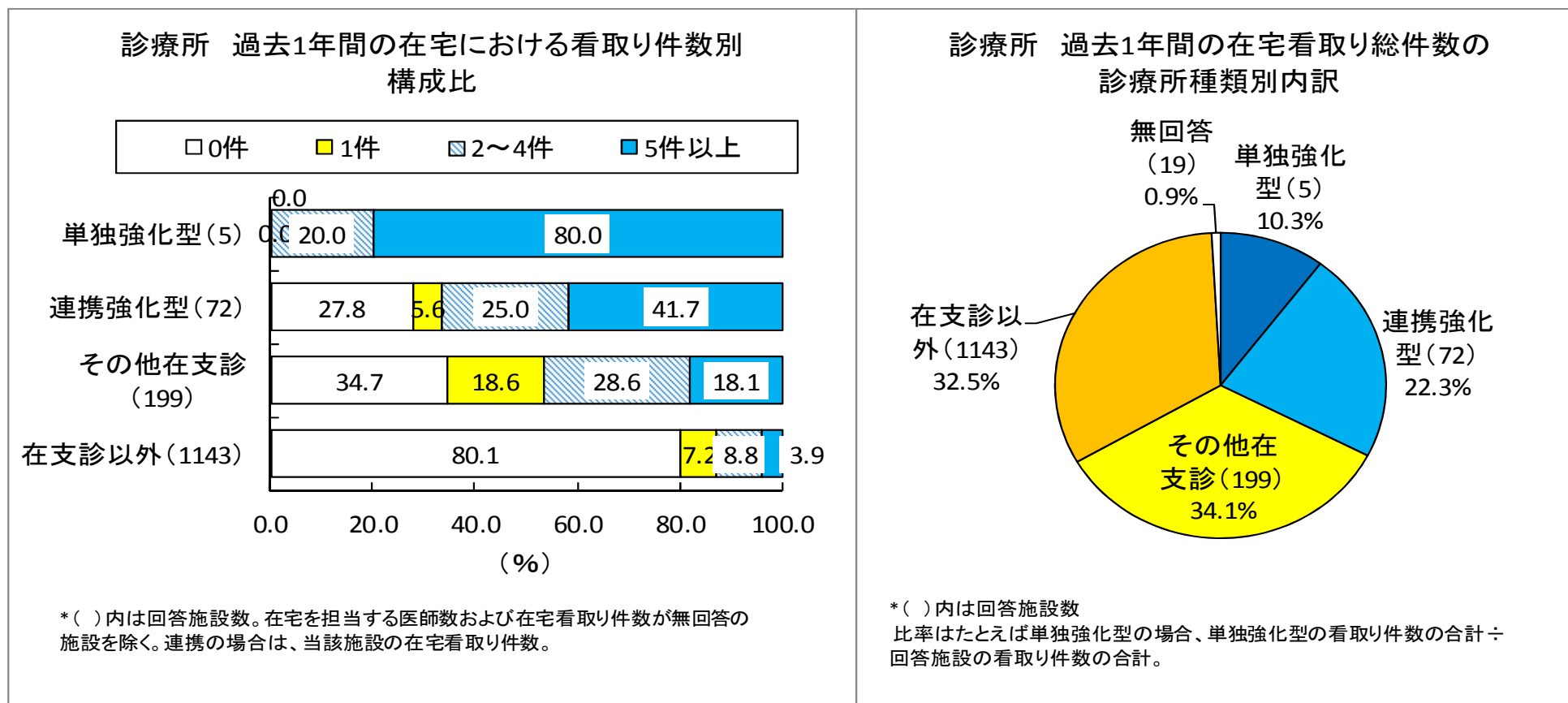
今後、新たに在支診の届出をしようというところは少ないものの、在支診以外の診療所でも、緊急往診を行っているところが3割強あり、緊急往診総回数(本調査の回数の合計)の30.9%を担っている。



出典：日本医師会(2012年8月1日定例記者会見)

診療所 在宅医療－在宅看取り－

また、在宅での看取りについても、在支診以外の診療所の約2割が行っており、在宅看取り総件数(本調査の件数の合計)の32.5%を担っている。



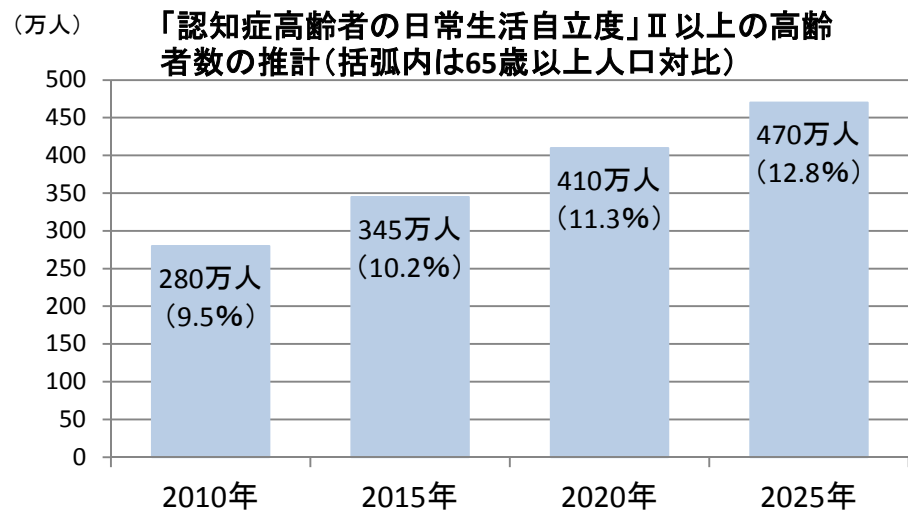
出典：日本医師会(2012年8月1日定例記者会見)

今後の介護保険をとりまく状況について 出典：介護保険部会(平成25年5月15日)資料

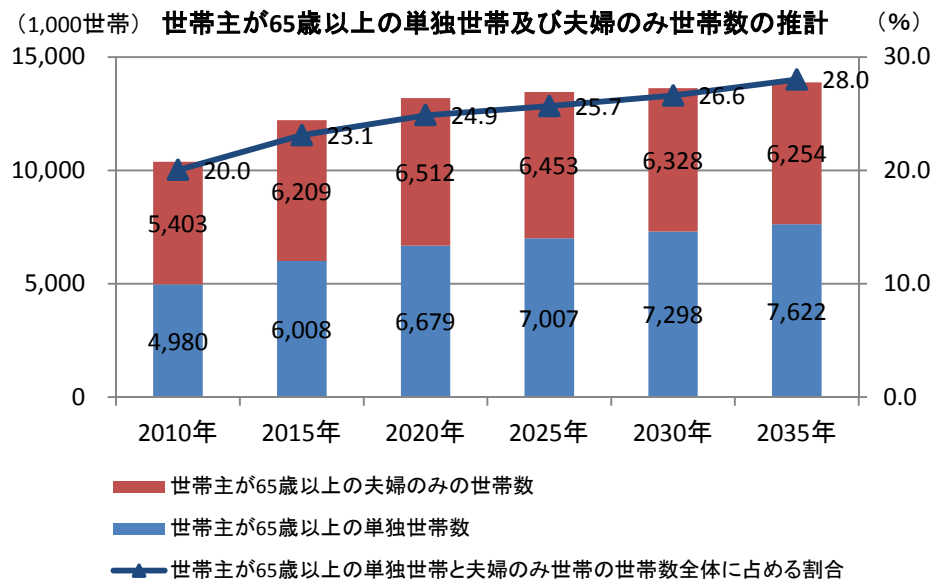
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

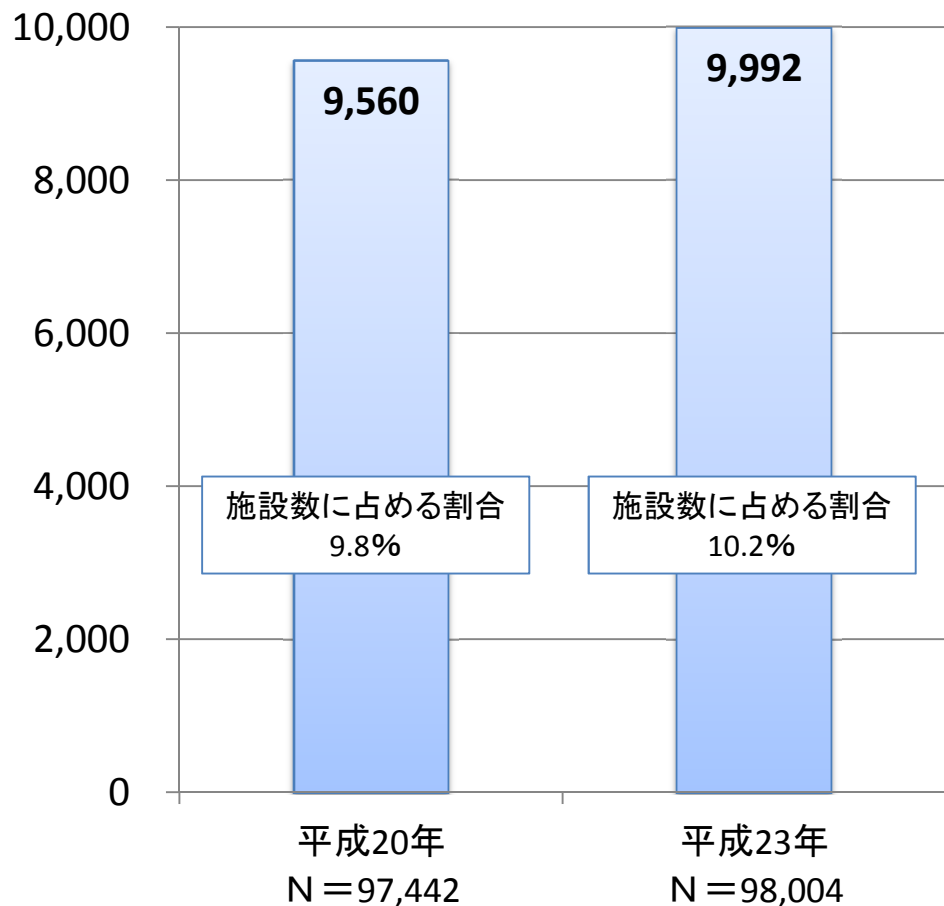


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

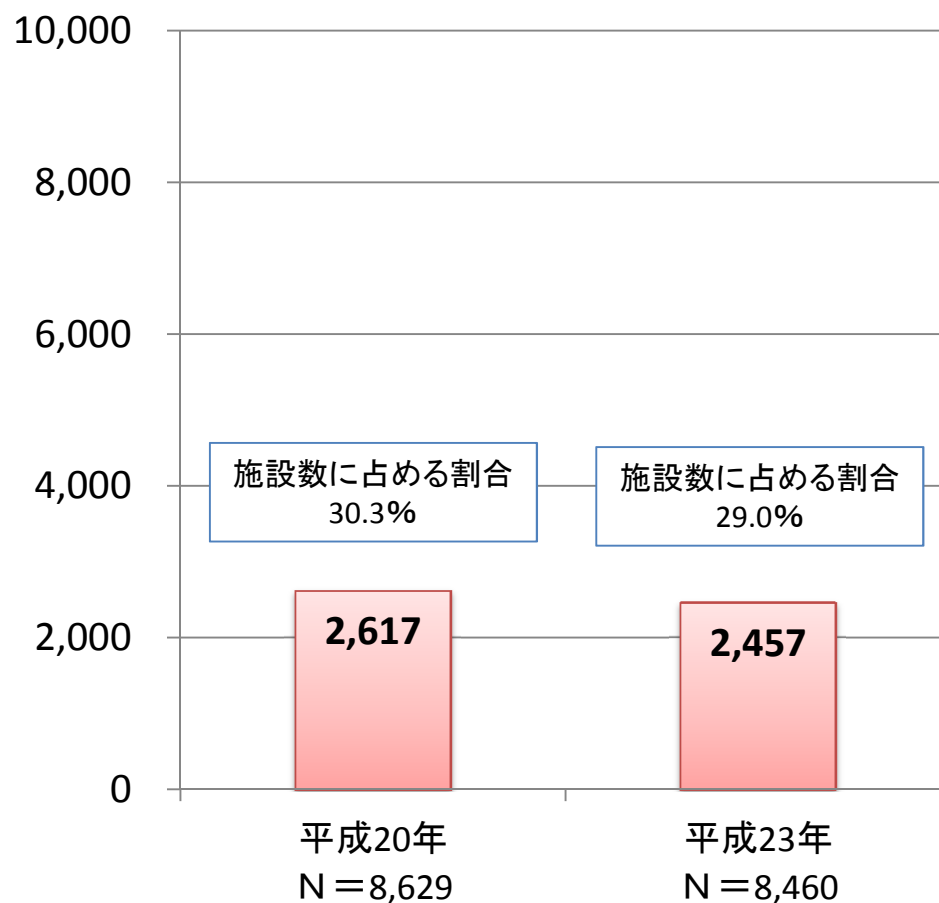
	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

病院・一般診療所が行う介護保険による在宅サービスの実施状況

介護保険による在宅サービスを実施している
一般診療所の数



介護保険による在宅サービスを実施している
病院の数



注: 介護保険による在宅サービス: 居宅療養管理指導(介護予防サービス含む)、訪問看護(介護予防サービス含む)、訪問リハビリテーション(介護予防サービス含む)

注: 宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である

出典: 平成23年医療施設調査より

介護保険制度における要介護認定制度について

趣旨

- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態(要介護状態)になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態(要支援状態)になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定(要支援認定を含む。以下同じ。)であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。(一次判定)
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。(二次判定)
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

要介護認定の流れ

申請

(市町村の窓口へ)

認定調査員等による心身の
状況に関する調査

主治医意見書

基本調査
(74項目)

特記事項

要介護認定基準時間の算出
状態の維持・改善可能性の評価

(コンピュータによる推計)
一 次 判 定

介護認定審査会による審査

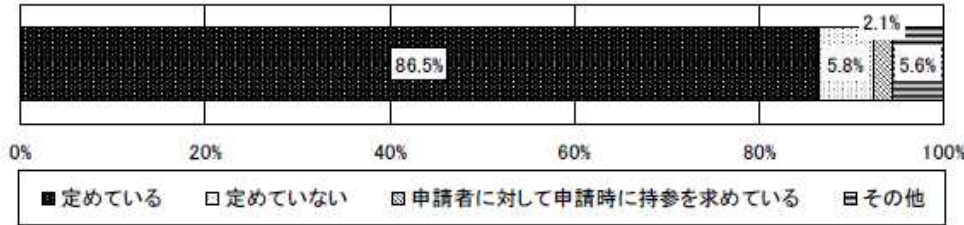
二 次 判 定

要 介 護 (要 支 援) 認 定

出典:介護保険部会(平成22年8月30日)資料

要介護認定に係る主治医意見書の業務について <全国の自治体を対象に調査>

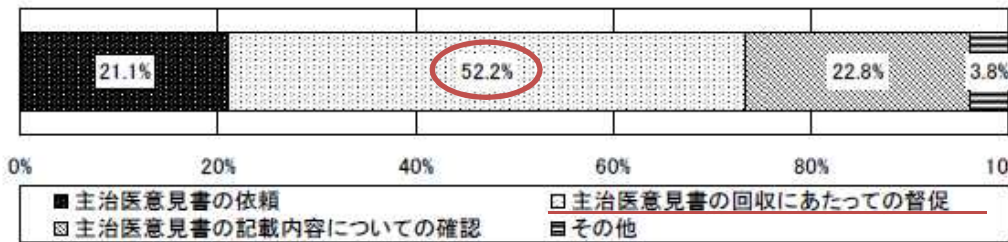
1. 主治医意見書の提出期限(n=1,169)



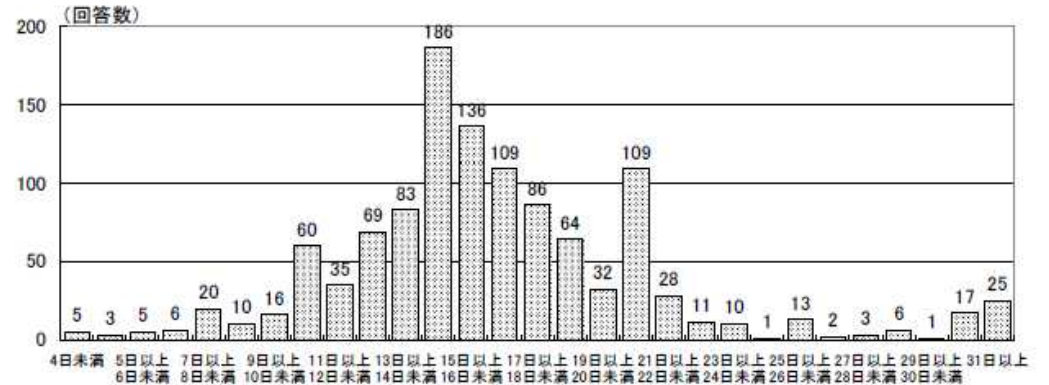
2. 期限内に提出される主治医意見書の割合(n=1,169)



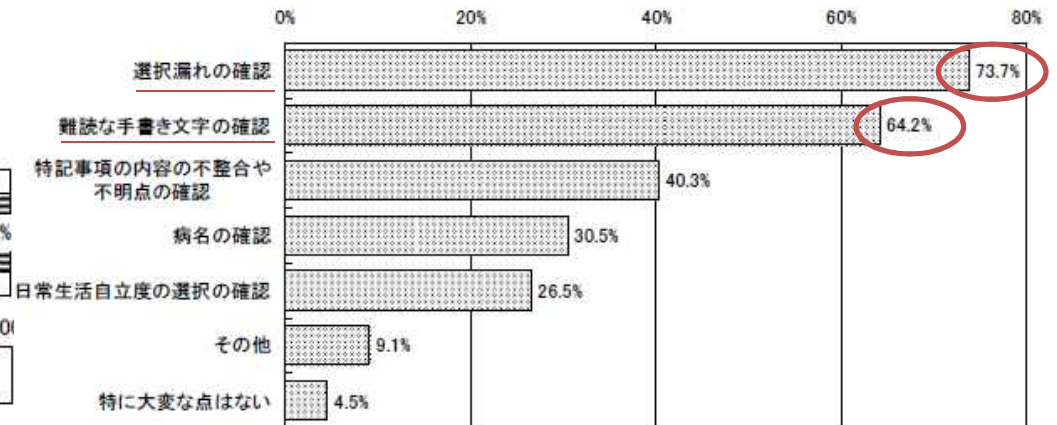
3. 主治医意見書に係るもっとも負担の大きい業務(n=1,169)



4. 主治医意見書の平均回収日数(n=1,151)



5. 主治医意見書の内容確認で負担の大きい作業 複数回答(n=1,169)

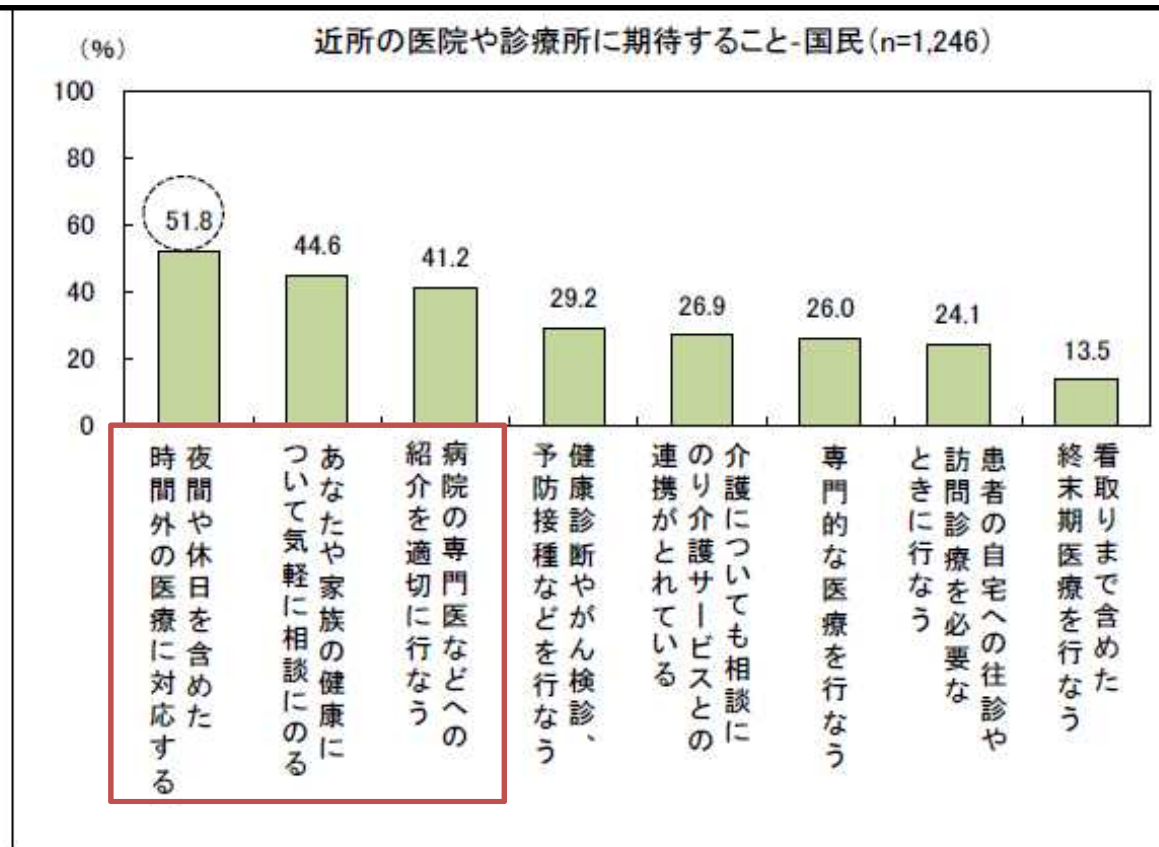


分類	発送数	回答数	回答率
市区町村	1,569	1,093	69.7%
政令指定都市	19(189)	16(112)	84.2%
広域行政事務組合	143	112	78.3%
全体	1,731(1,901)	1,221(1,293)	70.5%(68.0%)

出典：平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
 「要介護認定における事務負担の軽減に関する調査研究事業 報告書(平成24年3月)」

※()内は政令指定都市行政区の発送数・回答数も含めた数

近所の診療所に期待すること(複数回答)(日常的な病気の診療以外)



(診療所への期待)

- 国民が近所の診療所に期待することを8項目の中から複数回答で求めたところ、最も割合が高かったのは「夜間や休日を含めた時間外の医療に対応する」(51.8%)であった。続いて「あなたや家族の健康について気軽に相談にのる」(44.6%)、「病院の専門医などへの紹介を適切に行う」(41.2%)であった。
- 身近な診療所に対して時間外の医療を望む国民のニーズが高いことが示されている。

時間外対応加算について(平成24年改定)

初・再診料及び関連する加算の評価

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点
----------	----

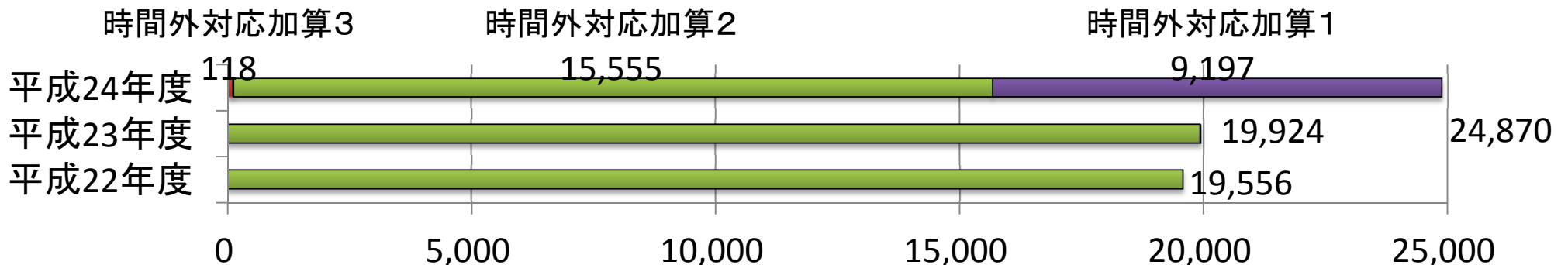


【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1 (常時対応)	5点
(改) 時間外対応加算2 (標榜時間外の夜間の数時間の対応)	3点
(新) 時間外対応加算3 (連携して対応)	1点

時間外対応加算の届出状況

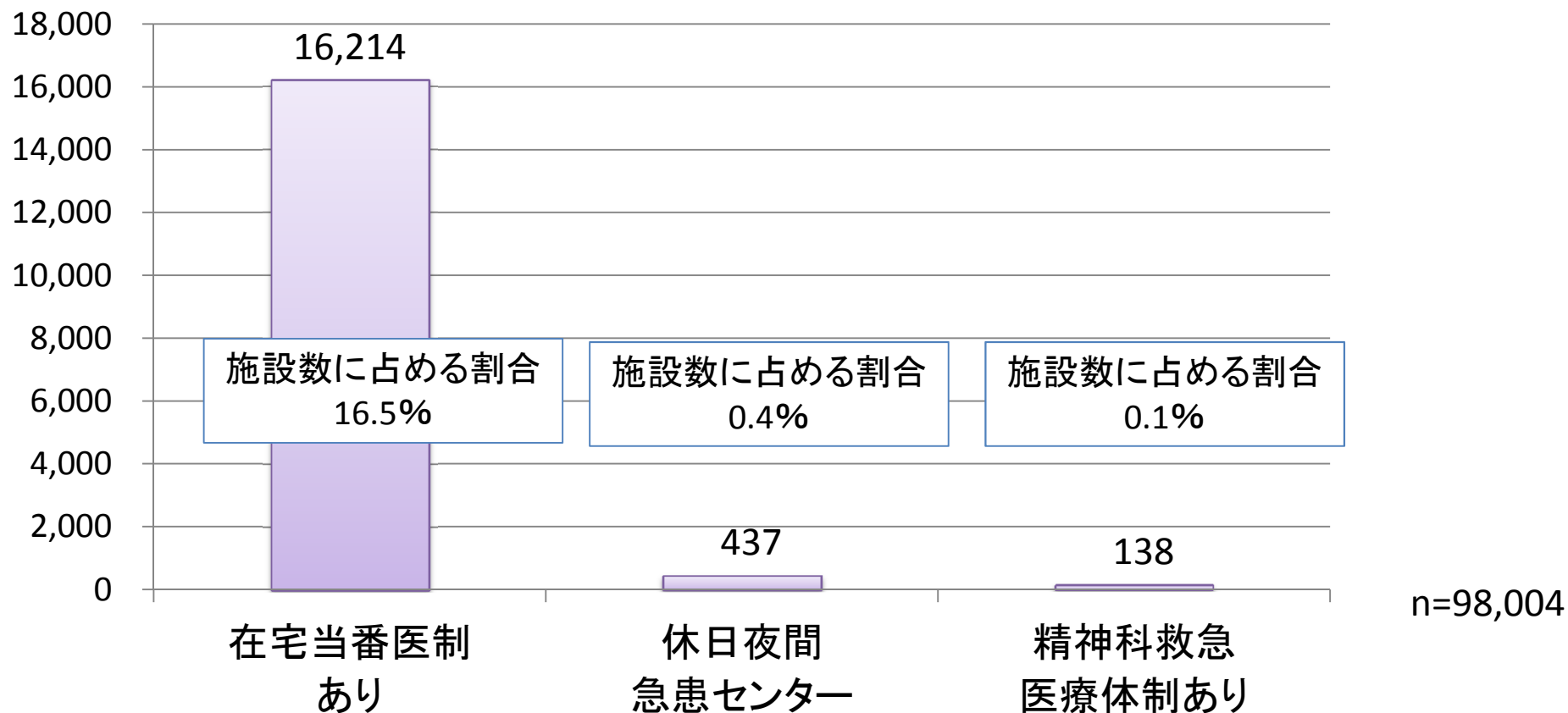
※平成22年度、23年度は地域医療貢献加算 3点



出典: 保険局医療課調べ

一般診療所の救急医療体制の状況と 休日夜間急患センターの状況(複数回答)

平成23(2011)年10月1日現在



※ 在宅当番医制 : 地区医師会の会員が当番制で診療を行う
 休日・夜間急患センター : 比較的軽症な急病者の診療を受け持つ
 精神科救急医療体制 : 「精神科救急医療システム整備事業の実施について」(平成7年10月27日健医発1321号)により規定される精神科救急医療施設

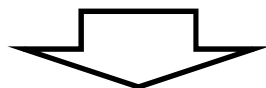
注: 宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である

出典: 医療施設調査(平成23年)

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。

2. 診療所の機能と初・再診料について

初・再診料について

中 医 協 診 - 4
2 4 . 4 . 2 5

初診料
270点

(病院・診療所共通)

(200床未満の病院、診療所)

再診料
69点

(200床以上の病院)

外来診療料
70点

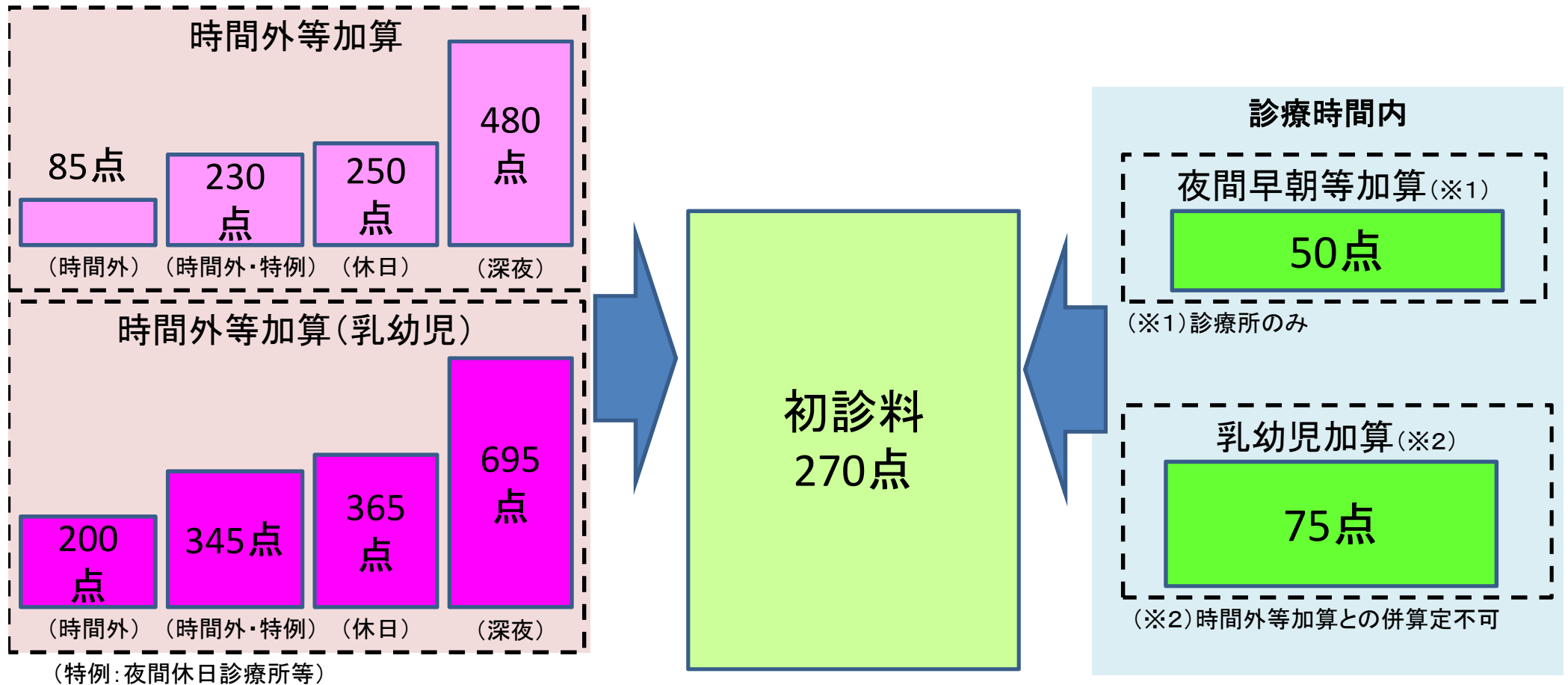
初・再診料、外来診療料は初・再診の際の基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもので、以下のような簡単な検査、処置等の費用が含まれるものと考えられる。

- (1) 診察にあたって、個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等
 - ・ 視診、触診、問診等の基本的な診察方法
 - ・ 血圧測定、血圧比重測定、簡易循環機能検査等の簡便な検査
 - ・ 点眼、点耳、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置用の簡単な処置 等
- (2) 診察にあたって、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト
 - ・ 上記に必要な従事者のための人件費
 - ・ カルテ、基本的な診察用具等の設備
 - ・ 保険医療機関の維持に係る光熱費
 - ・ 保険医療機関の施設整備費 等

外来診療料については、上記に加えさらに尿検査や血液形態・機能検査、皮膚科軟膏処置等の一部が含まれている。

初診料の加算について

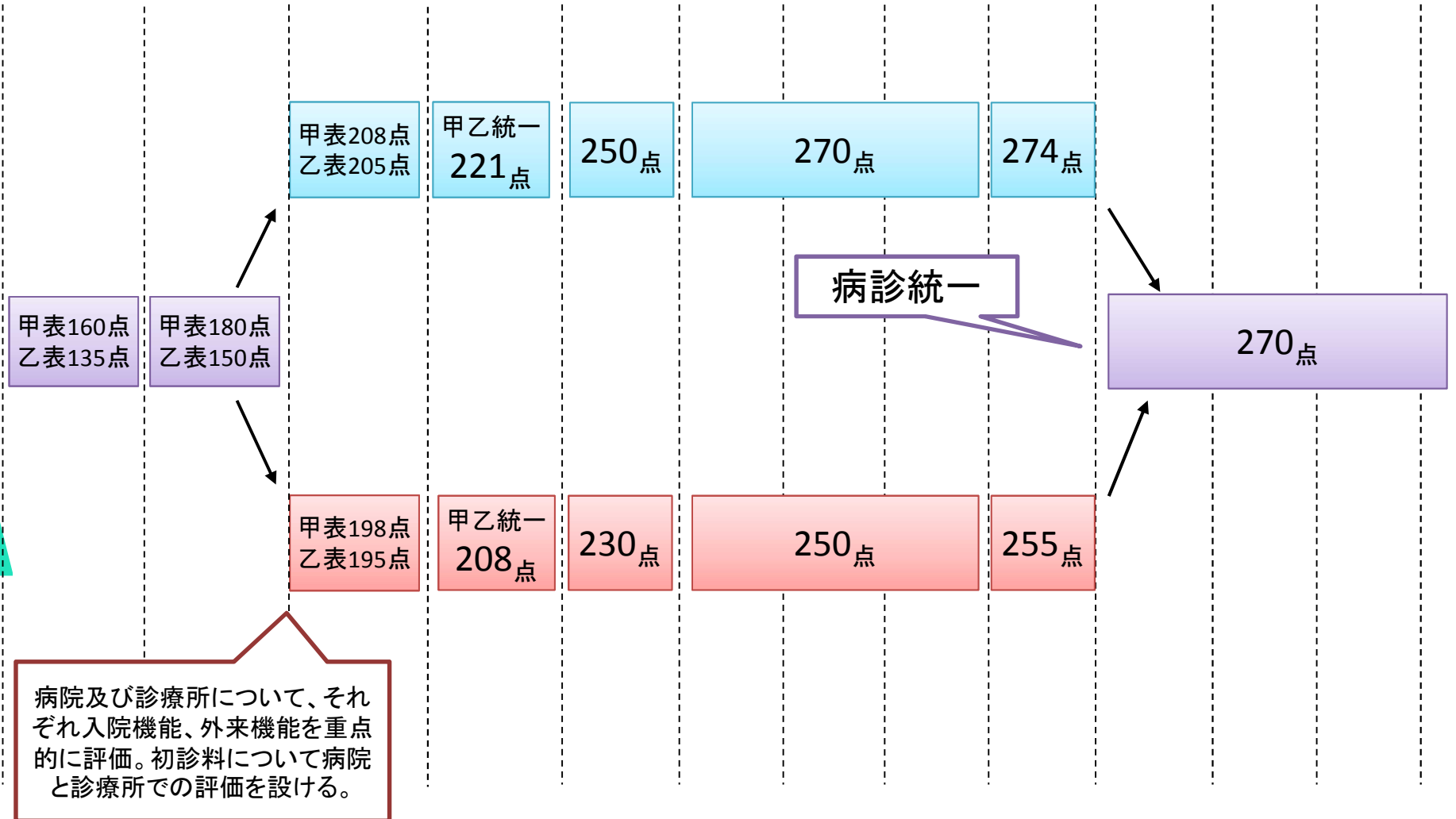
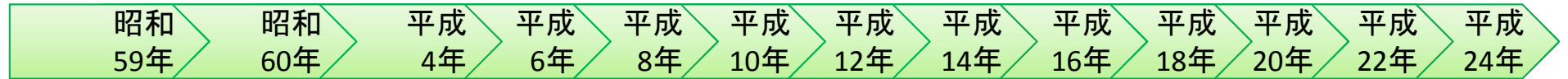
中医協 診 - 4
24 . 4 . 25



初診料においては(1)6歳未満の乳幼児の受診、(2)夜間、早朝、休日等の受診に対し、加算を行う。
時間外等加算の具体的な時間は、
「夜間・早朝」(時間外): 概ね午前6時~8時、午後6時(土曜は正午)~10時
「休日」: 日曜日、祝日、12/29~1/3
「深夜」: 午後10時~午前6時

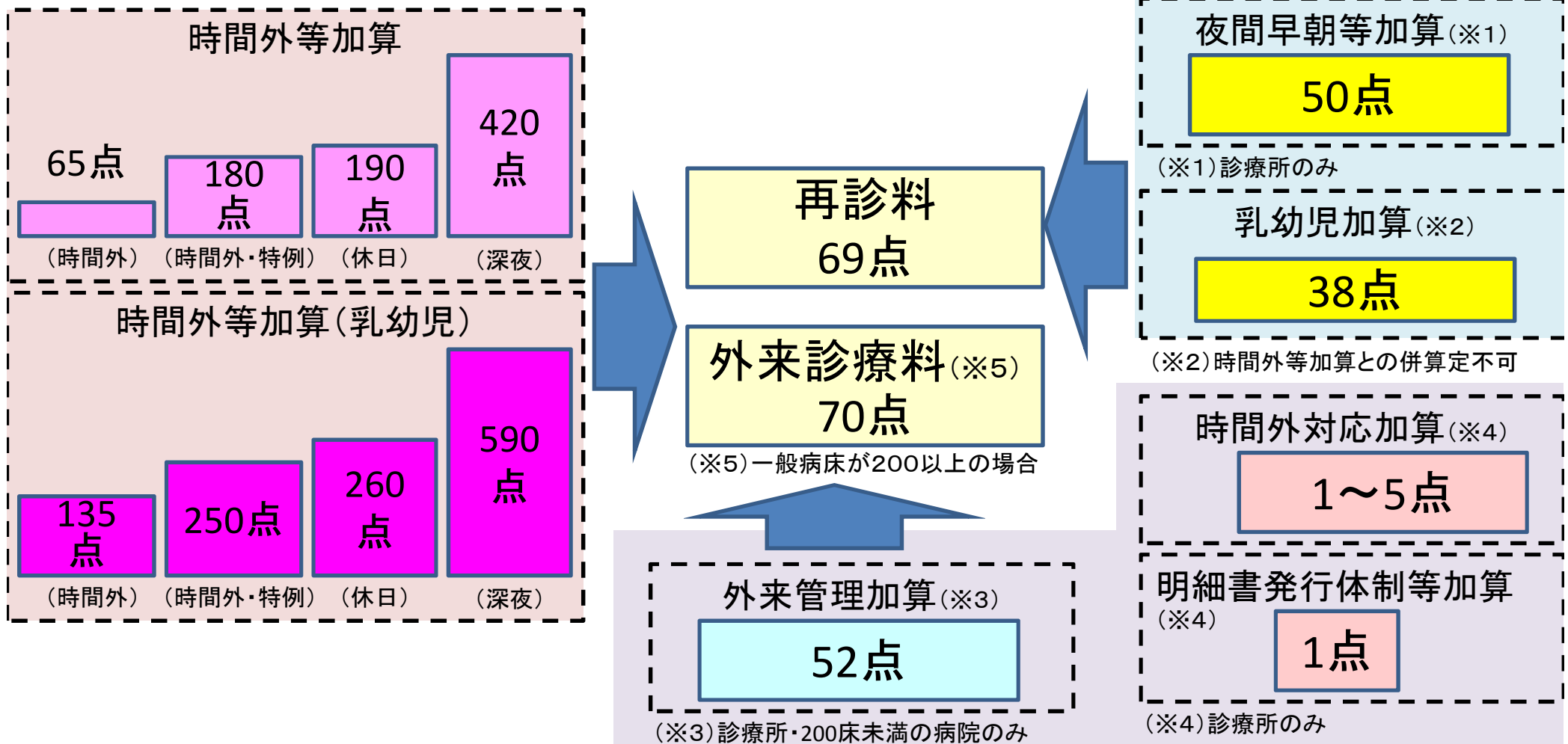
初診料の評価の変遷

中医協 診 - 4
24 . 4 . 25



再診料・外来診療料の加算について

(改) 中医協 診-4
24.4.25

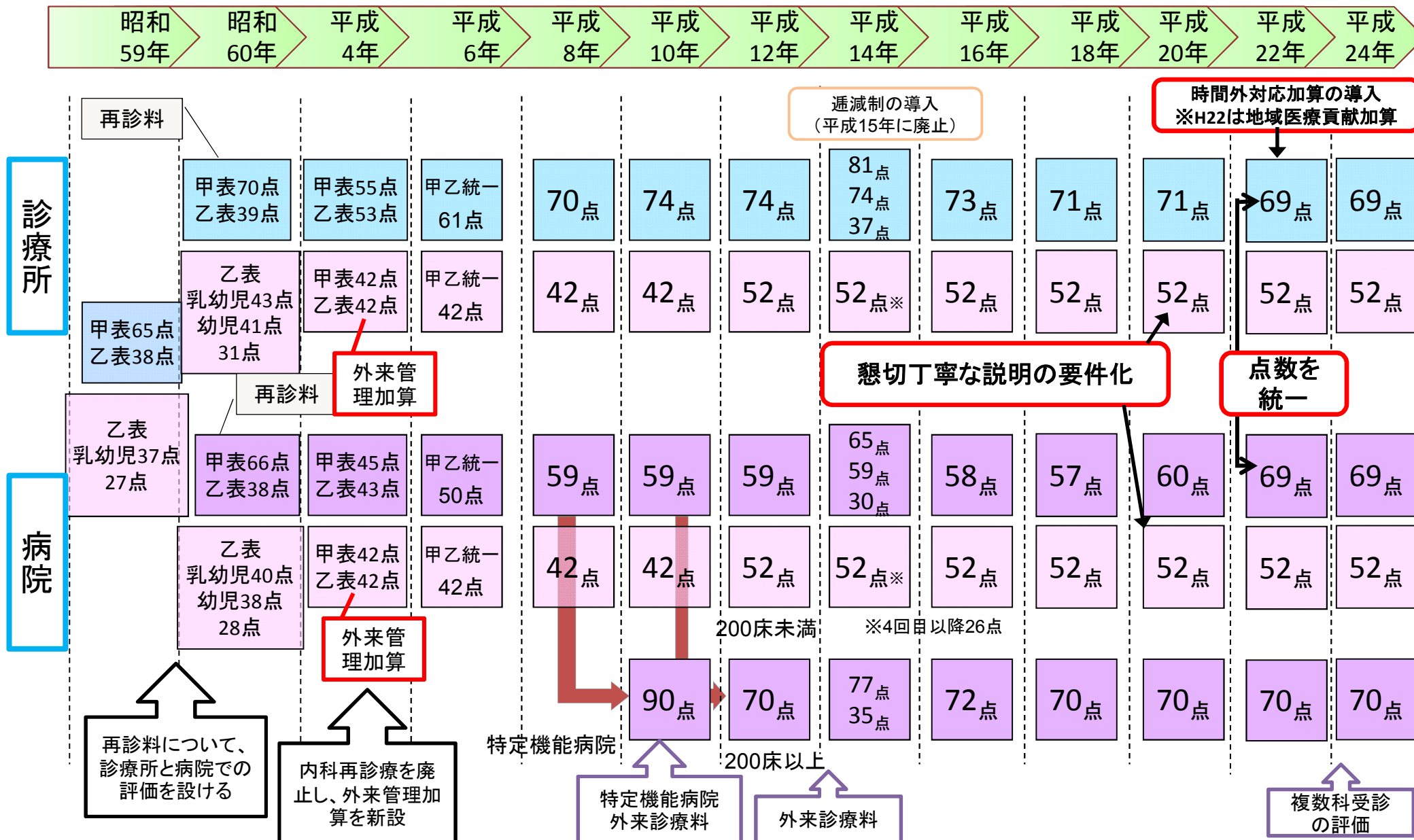


再診料、外来診療料については、(1)6歳未満の乳幼児の受診、(2)夜間、早朝、休日等の受診に加え、(3)丁寧・詳細な診療に基づく計画的な医学管理、(4)休日・夜間等の問い合わせや受診、(5)明細書の発行に対し、加算を行う。

再診料・外来管理加算の評価の変遷

(改) 中医協 診-4
24.4.25

診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す



再診料等に関する公益委員の提案(抄) (平成22年2月10日)

○ 今回改定では医科において初めて入院・外来別の改定率が示された。外来については0.31%(約400億円)という制約の下で、①重点課題への対応、②外来管理加算の要件の見直し、③再診料の病診統一、という3つの課題に对应していく必要があり、このための基本的な枠組みを以下のとおり提案する。

(略)

3. 再診料の見直し

○ 患者の納得、分かりやすさという観点から、これまでも病院と診療所の初診料の統一等を行ってきたが、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本料的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する。

再診料等の見直しについて(平成22年改定)

再診料の見直し

患者の納得、分かりやすさという観点から、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。

再診料(診療所) 71点
再診料(病院) 60点 → 再診料 69点

再診料等の見直しについて(平成24年改定)

複数科受診の評価

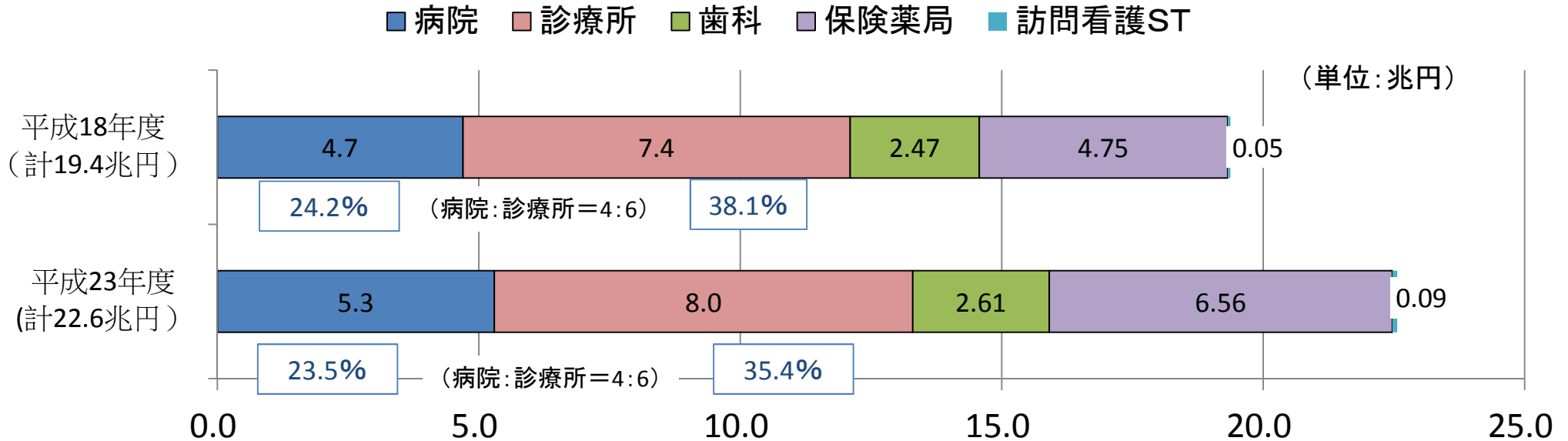
- 患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療科を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診の評価を行う。

(新) 再診料 34点(同一日2科目の場合)
(新) 外来診療料 34点(同一日2科目の場合)

(注) 乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は、算定できない。

医療費(入院外)の施設種類の状況

○入院外の医療費について病院、診療所の種類別内訳で見ると、平成18年、平成23年度とも概ね病院:診療所=4:6で推移している。



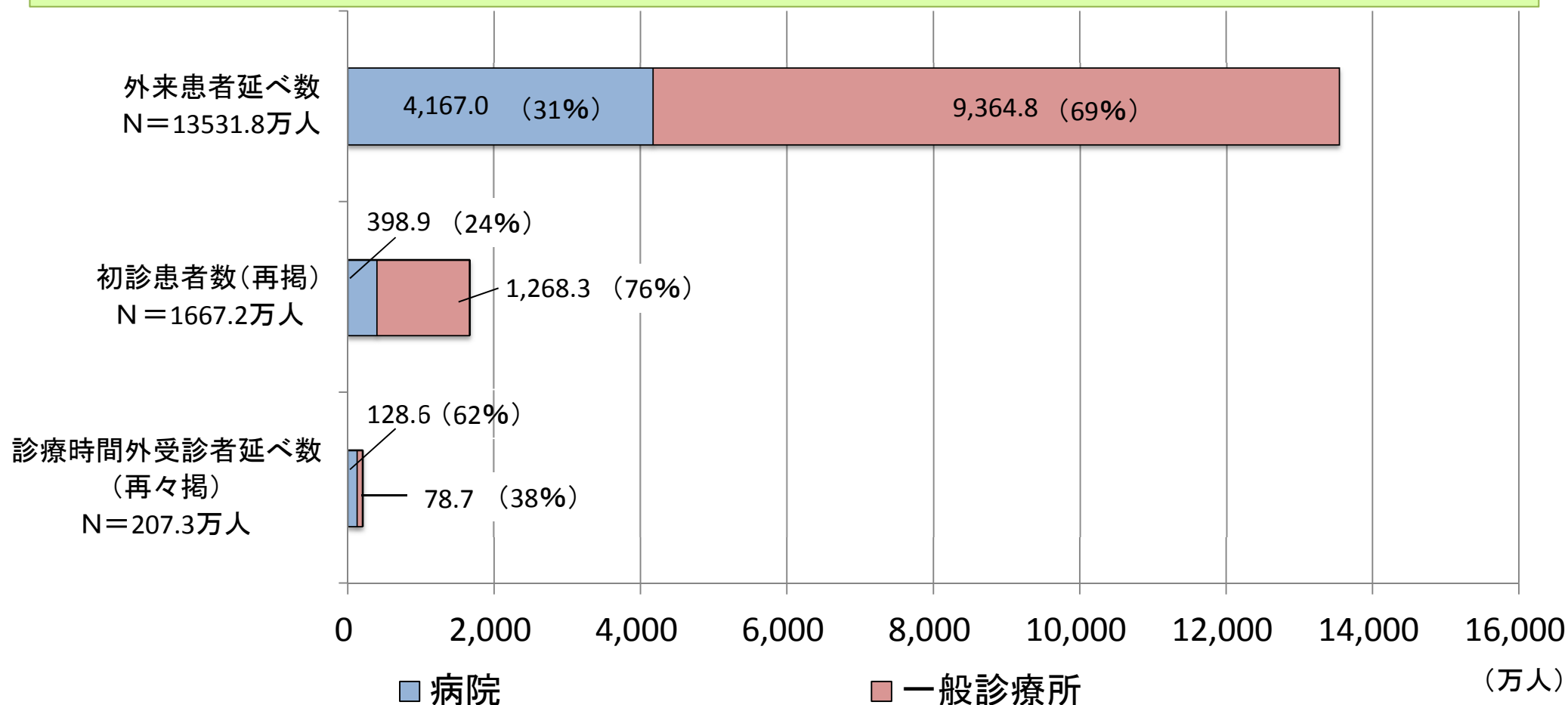
【1施設当たり入院外医療費(単位:万円)】(年間)

	医科		歯科		保険薬局
	病院	診療所	病院	診療所	
平成18年度	52,501	8,842	4,315	3,616	10,045
平成23年度	61,498	9,440	5,028	3,772	12,710

出典:医療費の動向(平成23年度版)

外来患者の受入状況

- 平成23年9月の外来患者についてみると、病院は4,167万人、一般診療所は9,364.8万人であり、病院に対する一般診療所の比率は2.2。
- 同様に初診患者についてみると、病院は398.9万人、一般診療所は1,268.3万人であり、病院に対する一般診療所の比率は3.2。
- 同様に診療時間外に受診した患者についてみると、病院は128.6万人、一般診療所は78.7万人であり、病院に対する診療所の比率は0.6。

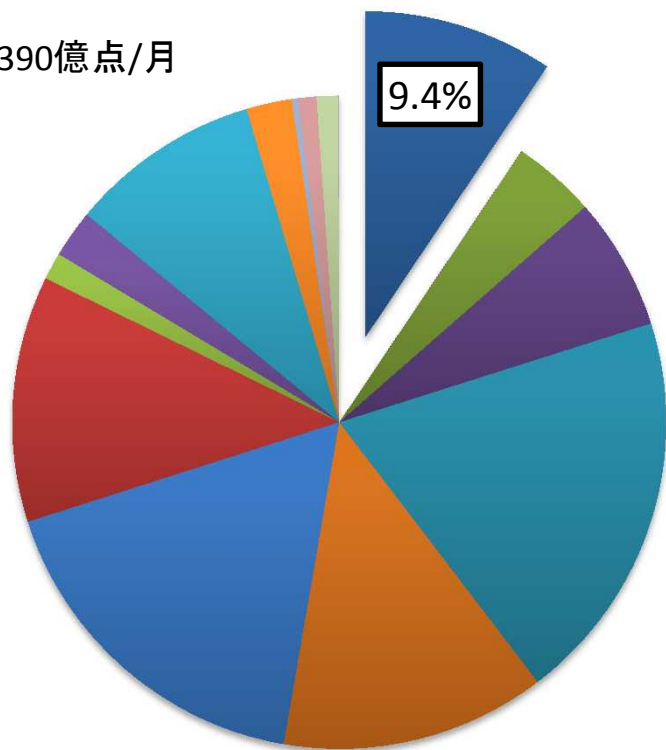


出典:平成23年医療施設調査に基づき作成

入院外医療費のうち初・再診料等が占める割合

病院

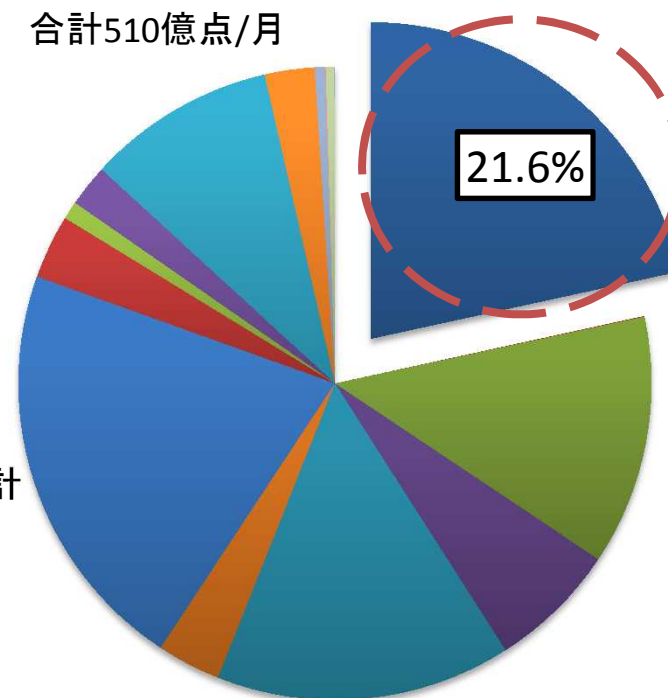
合計390億点/月



(参考1) 病床規模別の初・再診料計が占める割合
 200床未満: 13.0%
 200床以上: 7.6%

診療所

合計510億点/月



(参考2) 有床・無床別の初・再診料計が占める割合
 無床診療所: 22.5%
 有床診療所: 16.8%

(注) 初・再診料計には、初診料、再診料、外来診療料及びそれらの加算が含まれる。

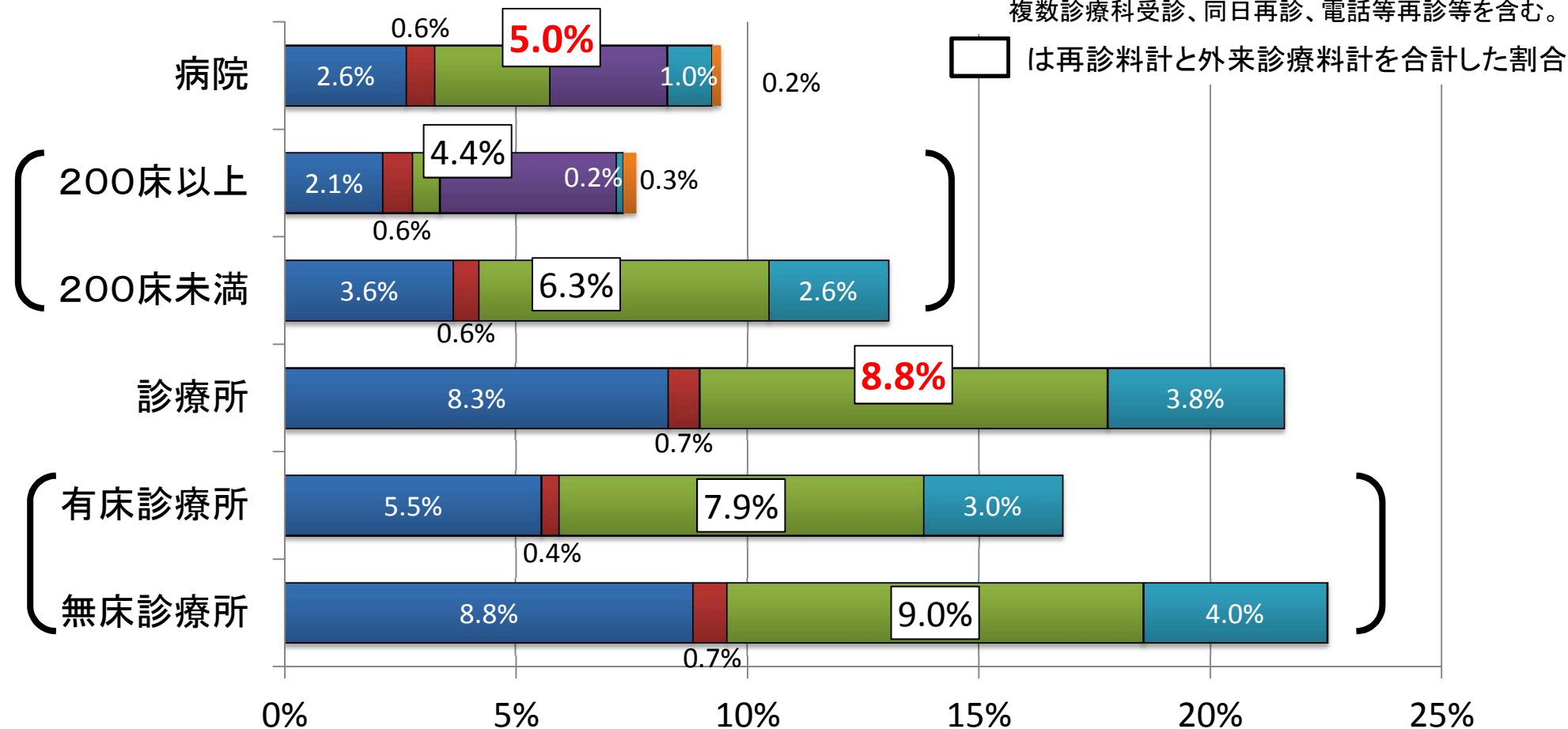
出典: 平成23年社会医療診療行為別調査

入院外医療費に占める初診料・再診料等の内訳

■ 初診料計 ■ 初診料加算 ■ 再診料計 ■ 外来診療料計 ■ 再診料加算 ■ 外来診療料加算

(注)「初診料計」「再診料計」「外来診療料計」は同一日複数診療科受診、同日再診、電話等再診等を含む。

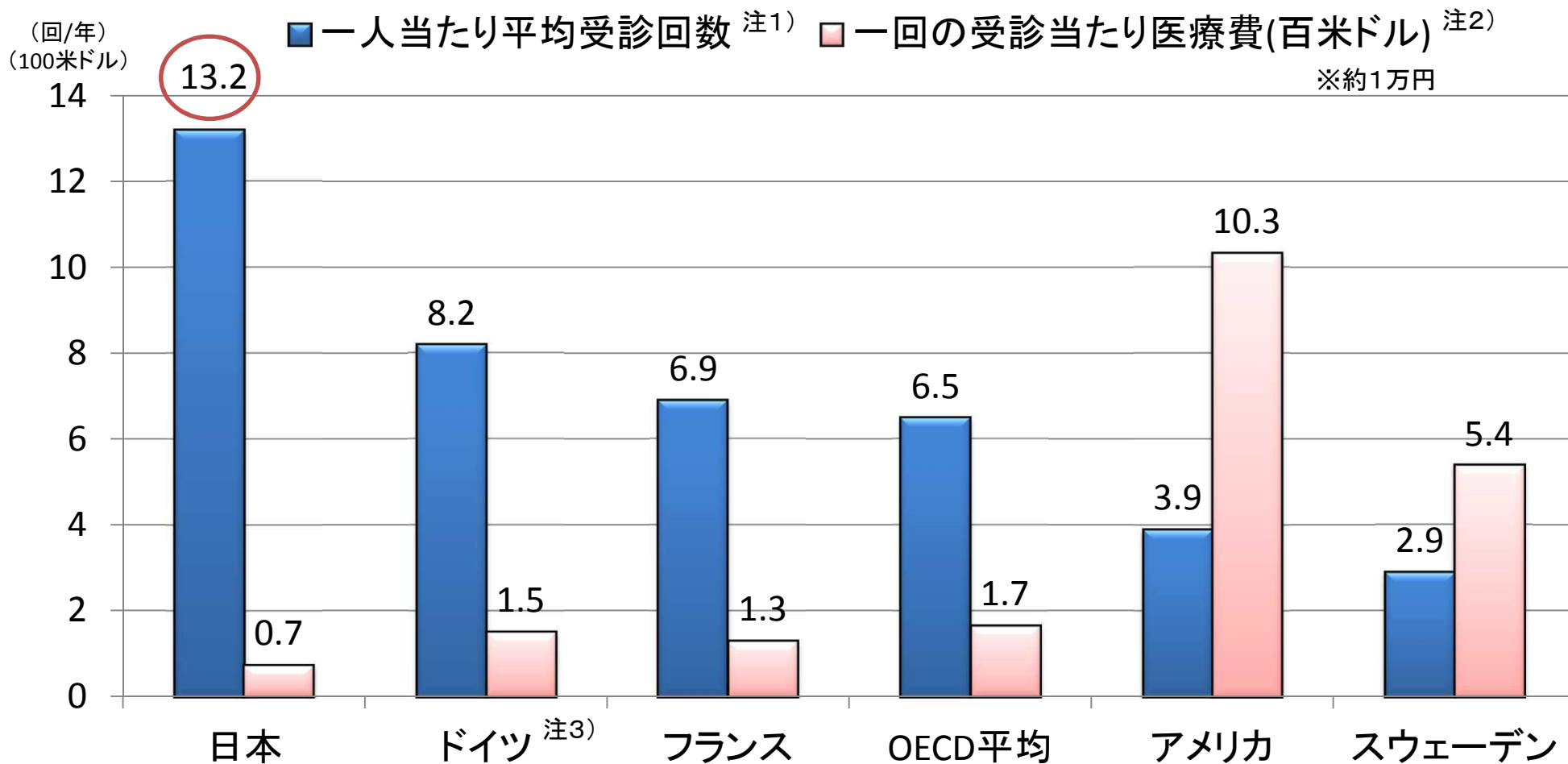
□ は再診料計と外来診療料計を合計した割合



入院外医療費のうち、診療所では約1割が再診料で占められている

出典：平成23年社会医療診療行為別調査

一人当たり平均受診回数(年)と一回の受診当たり医療費の比較



注1) Doctors consultations per capita, 2009 (or nearest year)

注2) $\frac{\text{Total health expenditure per capita (public and private)} \times \text{Outpatient care (\%)}}{\text{Doctors consultations per capita}}$ ※

(2009年又はそれ以前の直近のデータ)

Doctors consultations per capita

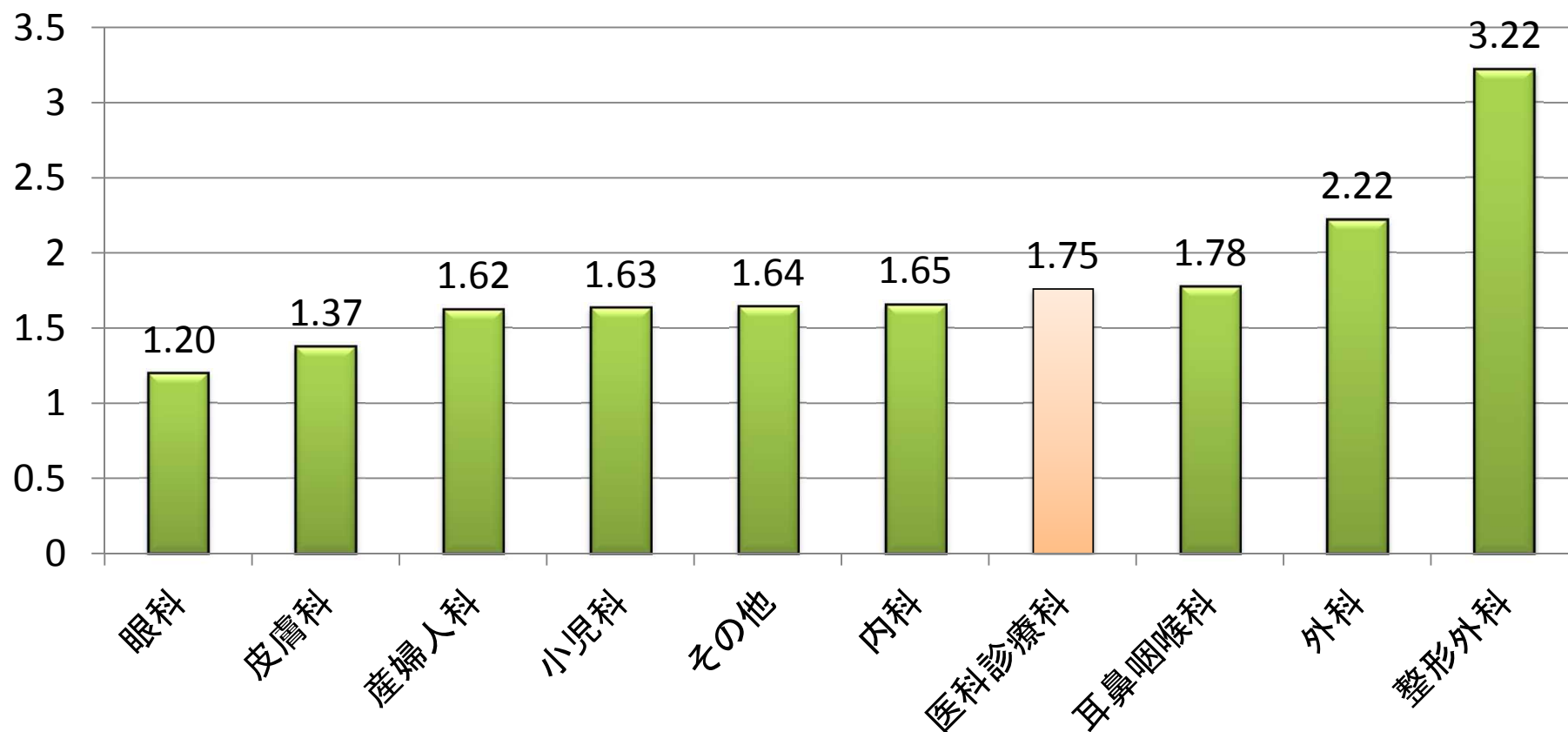
※Current health expenditure by function of health care, 2009 (or nearest year)

注3)ドイツ: 保険償還される受診のみカウントされており、3ヶ月の期間で、最初に受診した時のみカウントされる。(頻回に受診した場合でも初回のみカウントされる。)

出典: OECD Health Data 2011を基に保険局医療課作成

診療所における1レセプトあたり入院外受診回数(月) <主な診療科別>

(回/月) レセプト1件あたり入院外受診回数/月(注) (H23年4月~H24年3月の集計)

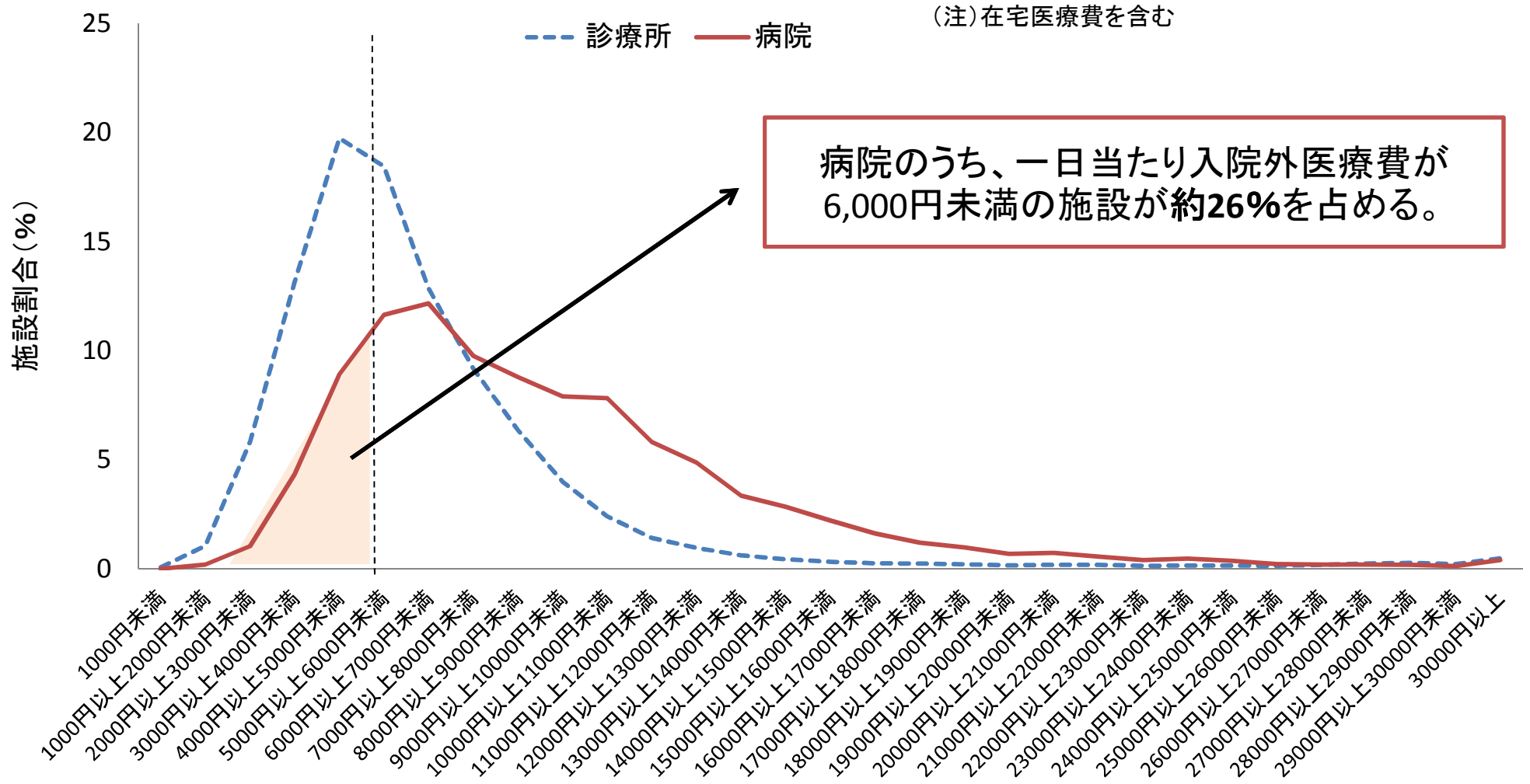


(注) 入院外日数(受診延日数) ÷ 入院外件数(レセプト件数)で算出

出典: 医療費の動向

医療機関別一日あたり入院外医療費 (平成22年6月分)

(改) 中医協 総-1
25.1.23



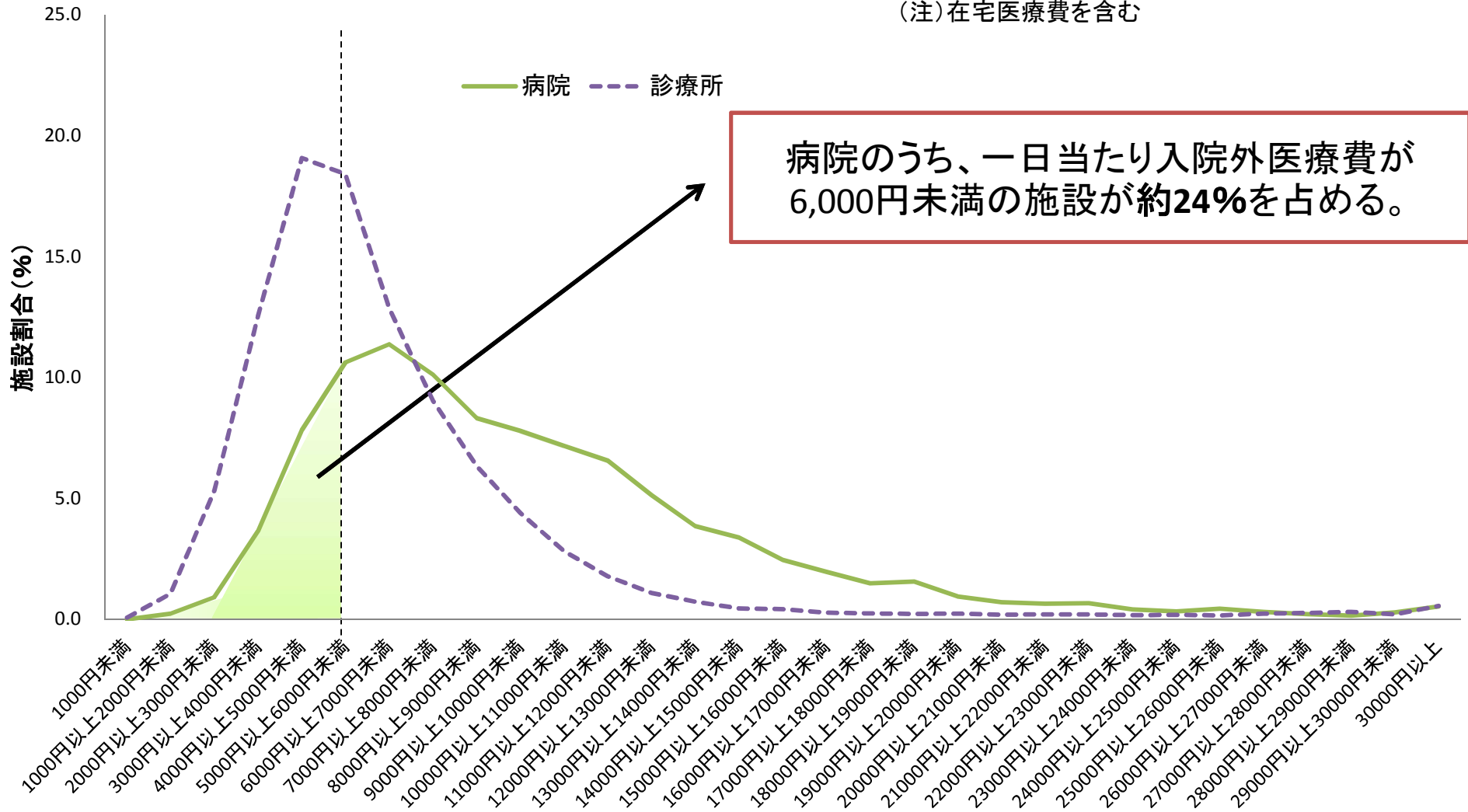
○ 病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する。

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

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

(注) 在宅医療費を含む



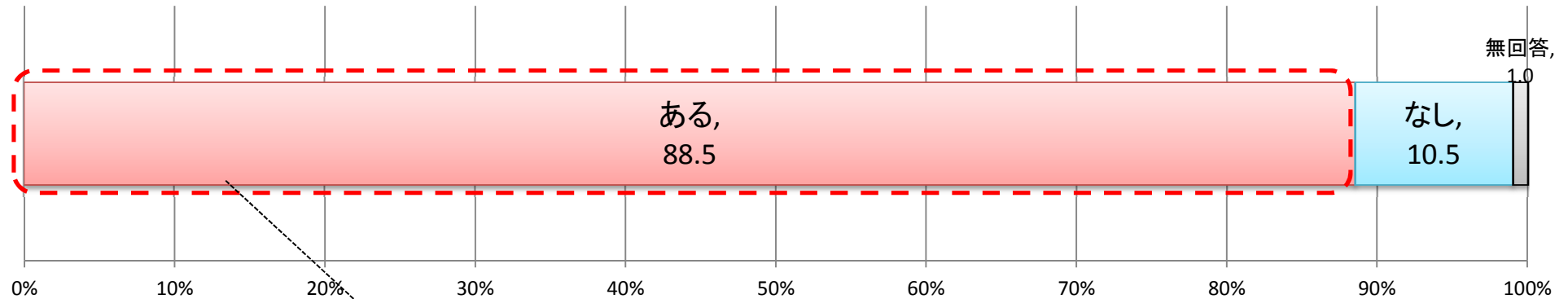
出典: 最近の医療費の動向(メディアス)[概算医療費(保険局調査課特別集計)]を基に医療課で作成

外来医療における役割分担について

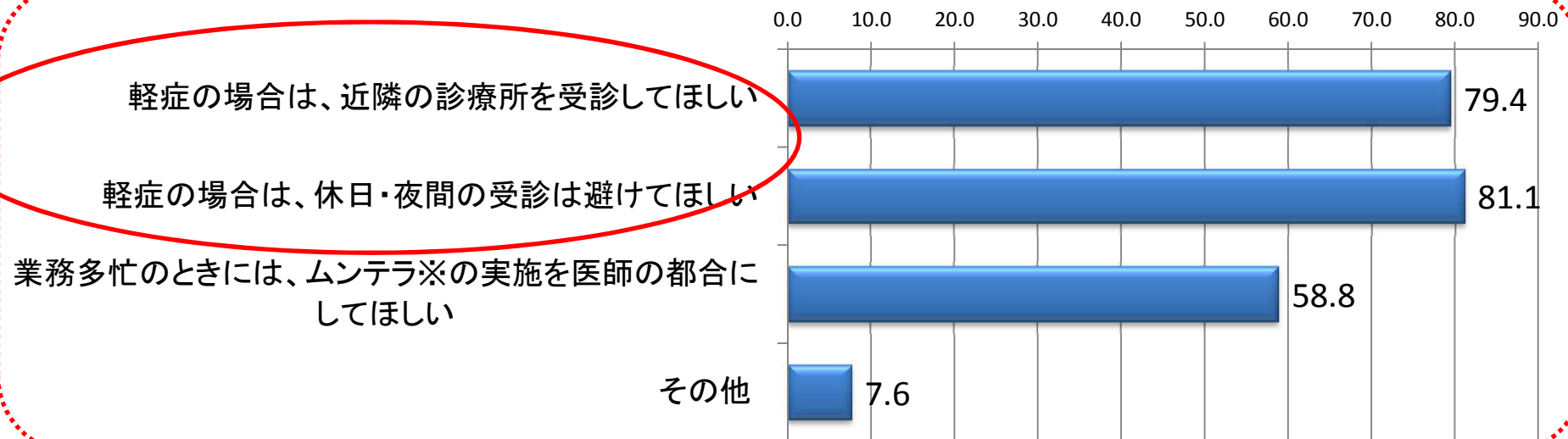
(改) 中医協 総-3
23.11.30

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

出典: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」

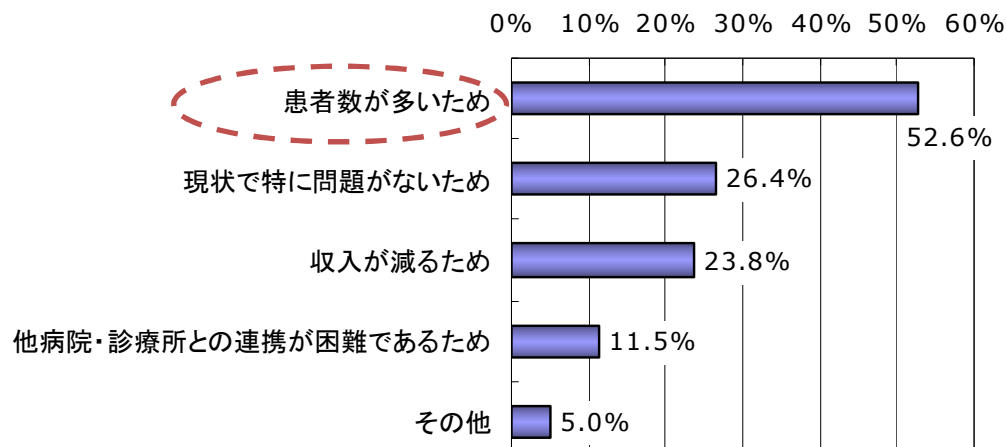
外来縮小の取り組みが困難な理由

(改) 中医協 総-3
23.11.30

負担軽減策を取り組まない・取り組むことができない理由（複数回答）

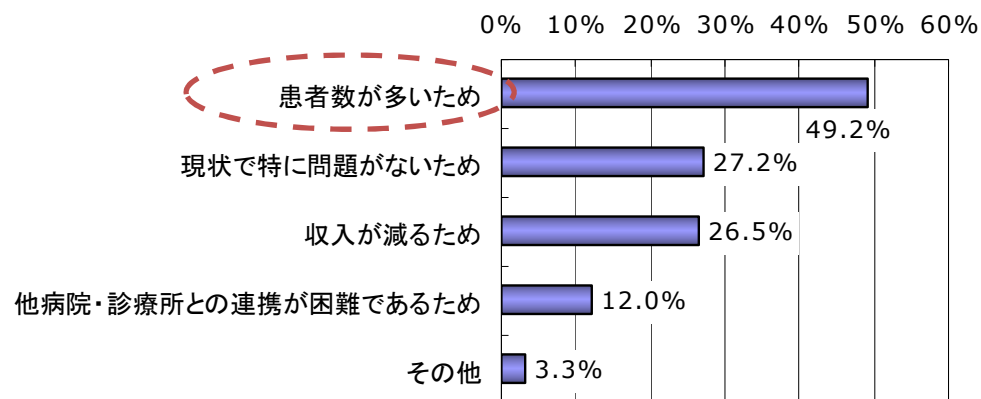
医師調査

外来診療時間の短縮



※複数回答（N=764）

外来機能の縮小



※複数回答（N=765）

○ 患者数が多いため、外来縮小の取り組みが困難な施設が約50%ある。

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

頻回の外来診察を不要とする評価体系の見直し①(平成24年改定)

外来リハビリテーションの評価

- ▶ 外来リハビリテーションについて、医師の包括的な診察に関する評価を新設し、状態の安定した患者については、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行うことや、直ちに医師の診察が可能な体制をとること等を要件とした上で、再診料等を算定せずにリハビリテーションを提供できるようにする。

外来リハビリテーション診療料1 69点 (7日につき)

2 104点 (14日につき)

[外来リハビリテーション診療料の算定要件]

- ① 対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、疾患別リハビリテーションを1週間(診療料1の場合)又は2週間(診療料2の場合)に2日以上実施することとしている患者。
 - ② 当該診療料を算定した日から起算して7日間(診療料1の場合)又は14日間(診療料2の場合)は、疾患別リハビリテーションに係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できず、この間は再診料等を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定する。
 - ③ 疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフがリハビリテーション実施前に患者の状態を十分に観察し記録すること。また、前回と状態の変化があった場合や患者の求めがあった場合等は、必要に応じて医師が診察を行うこと。
 - ④ 医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したスタッフとカンファレンスを行い、リハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。
- ▶ 医師が包括的な診察を行わない場合は、外来リハビリテーション診療料を算定せずに、従前の通り再診料等を算定した上で、疾患別リハビリテーションの費用を算定する。

頻回の外来診察を不要とする評価体系の見直し②(平成24年改定)

外来での放射線治療の評価体系の見直し

▶ 外来放射線照射診療料の創設

外来での放射線治療時に、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

(新) 外来放射線照射診療料 280点

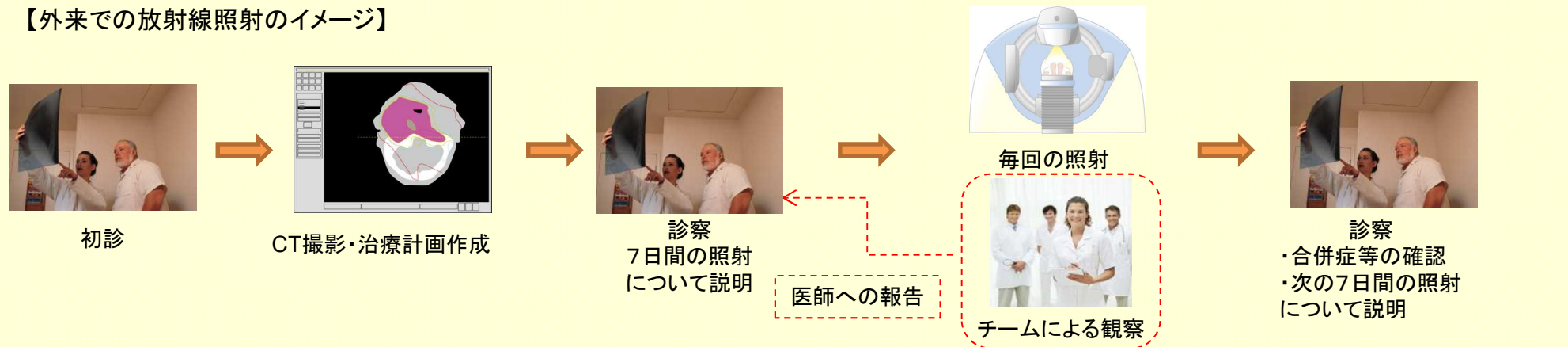
[算定要件]

- ① 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、初診料、再診料又は外来診療料を算定せず、放射線照射の費用は算定できるものとする。
- ② 外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
- ③ 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。
- ④ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

[施設基準]

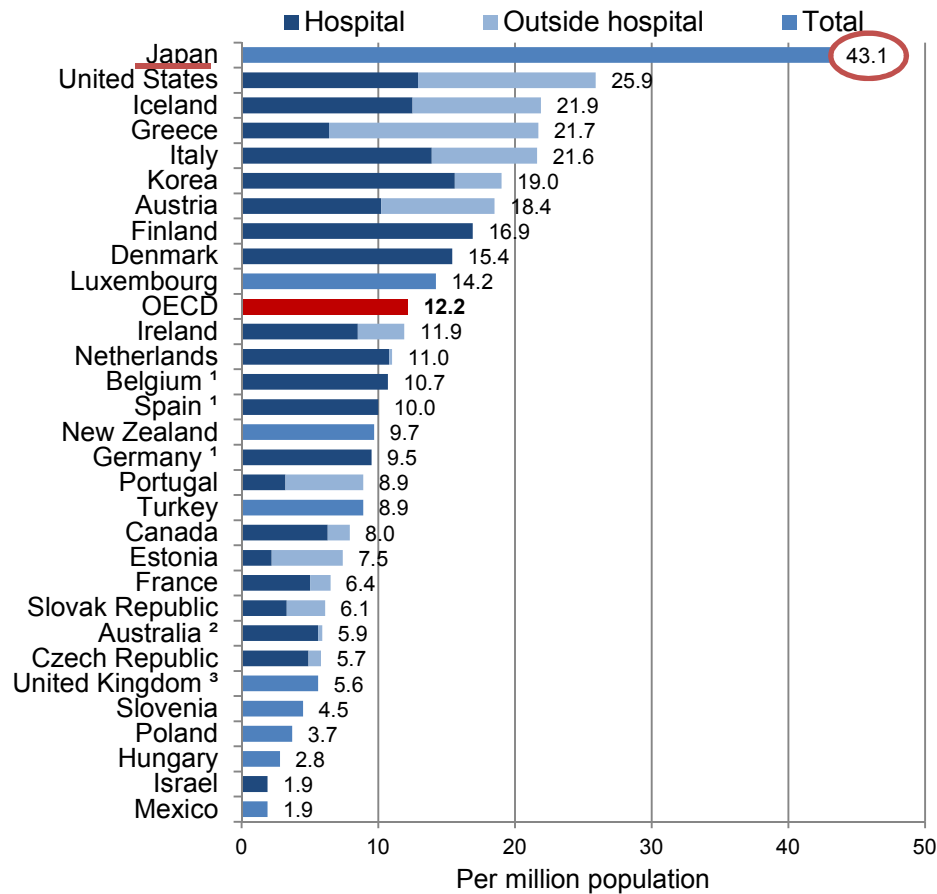
- ① 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。
- ② 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
- ③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上勤務していること。
- ④ 合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

【外来での放射線照射のイメージ】

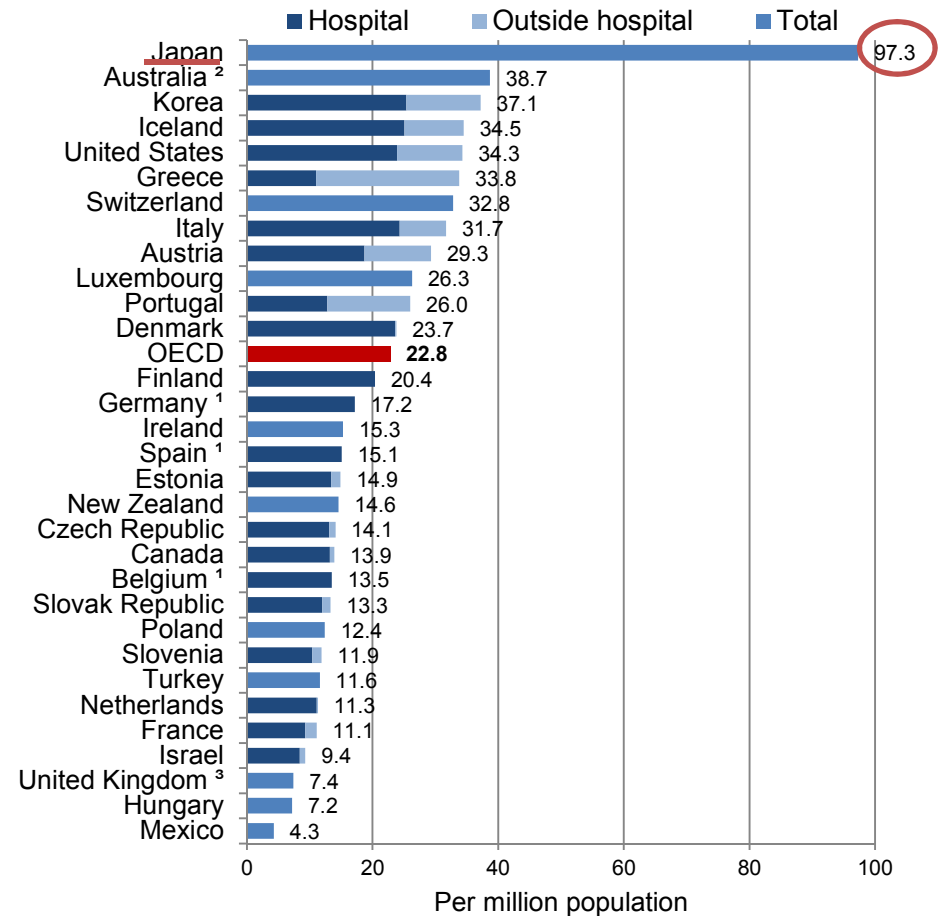


MRI・CTの設置台数の国際比較

MRI units, 2009 (or nearest year)



CT scanners, 2009 (or nearest year)



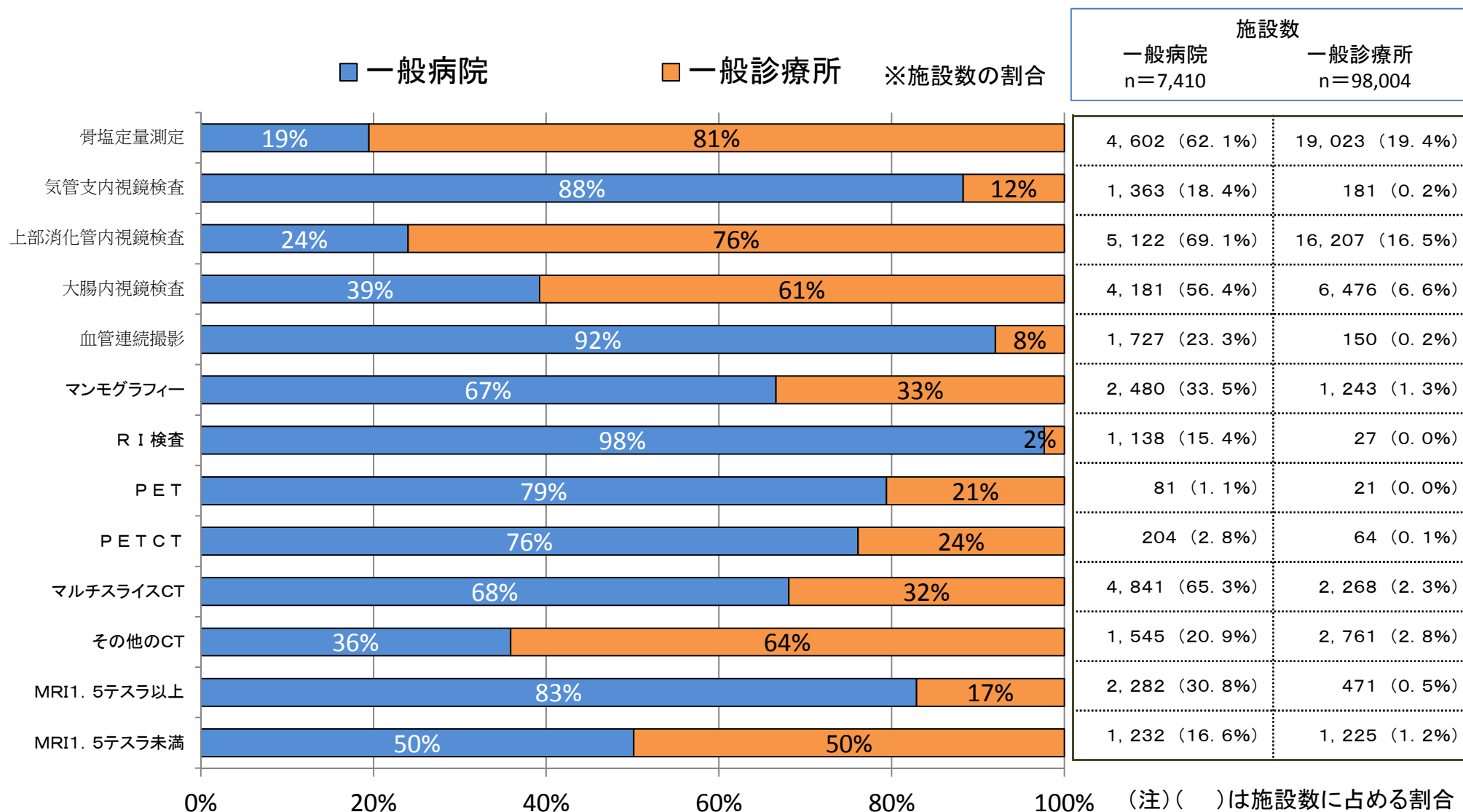
Note: The OECD average does not include countries which only report equipment in hospital (Belgium, Germany and Spain).

1. Equipment outside hospital not included.
2. Only equipment eligible for reimbursement under Medicare.
3. Any equipment in the private sector not included.

Source: OECD Health Data 2011

診療機器の設置状況の比較(一般病院・一般診療所別)

- マルチスライス以外のCTや1.5テスラ未満のMRIなどが一般診療所において多い
- 気管支内視鏡や消化管内視鏡等を含め専門的な医療も提供している。

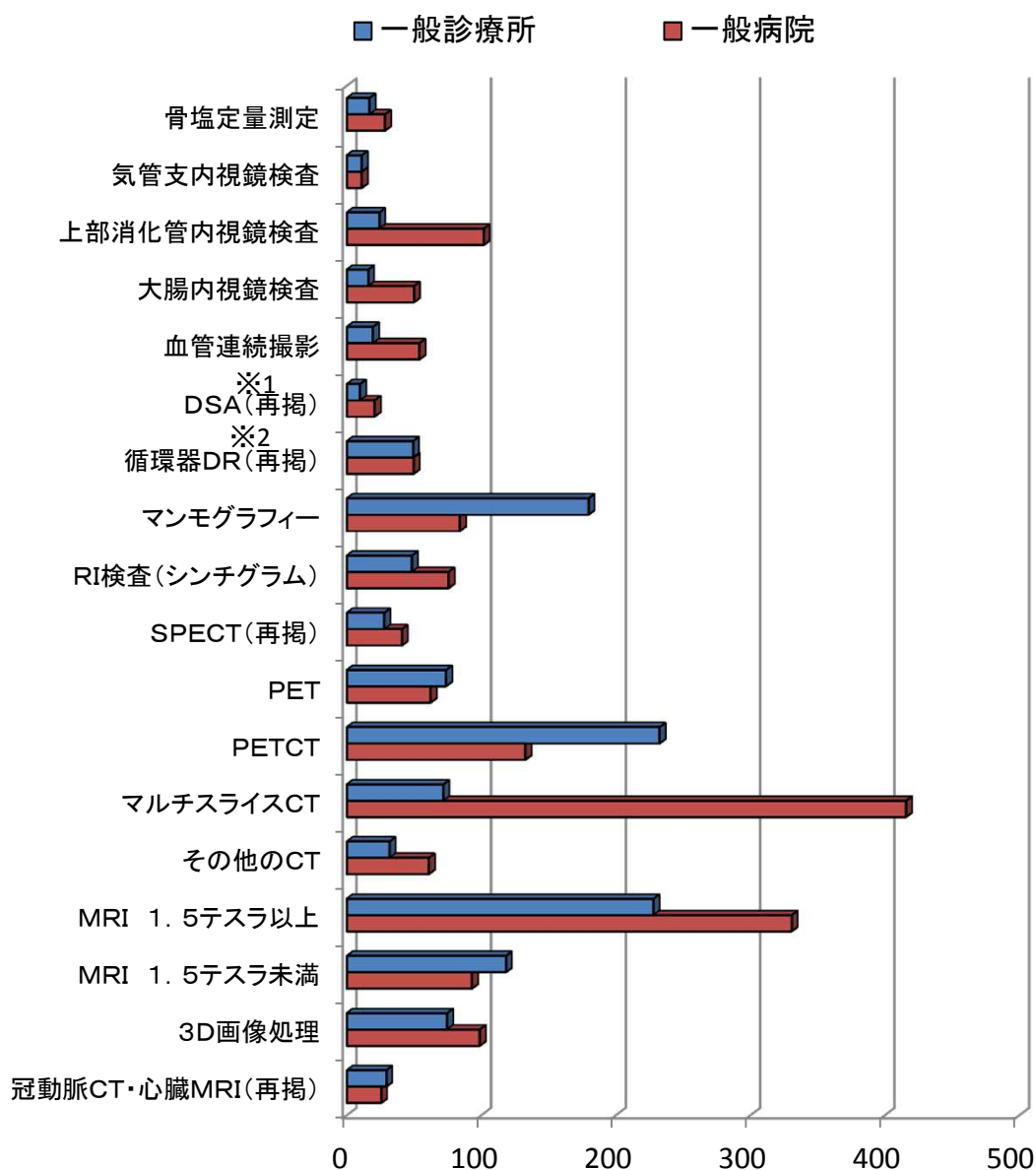


注:宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である

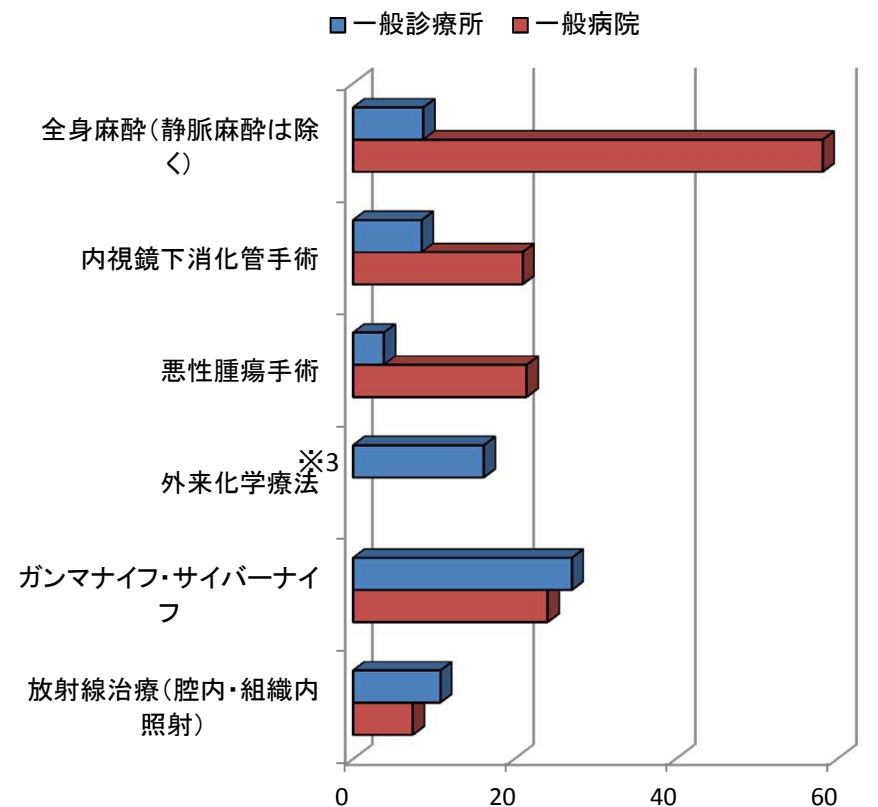
出典:医療施設調査(平成23年)

検査等、手術等、放射線治療等の実施状況の比較(病院・診療所別)

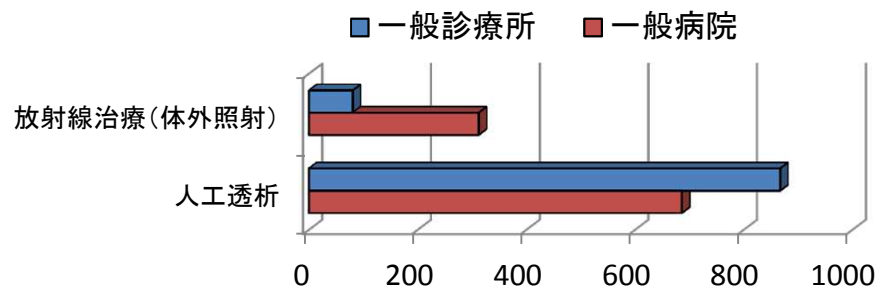
実施1施設当たり実施件数・患者数(月)



※1 DSA: Digital Subtraction Angiography
 ※2 DR: Digital Radiography



※3 外来化学療法は一般病院での集計はない

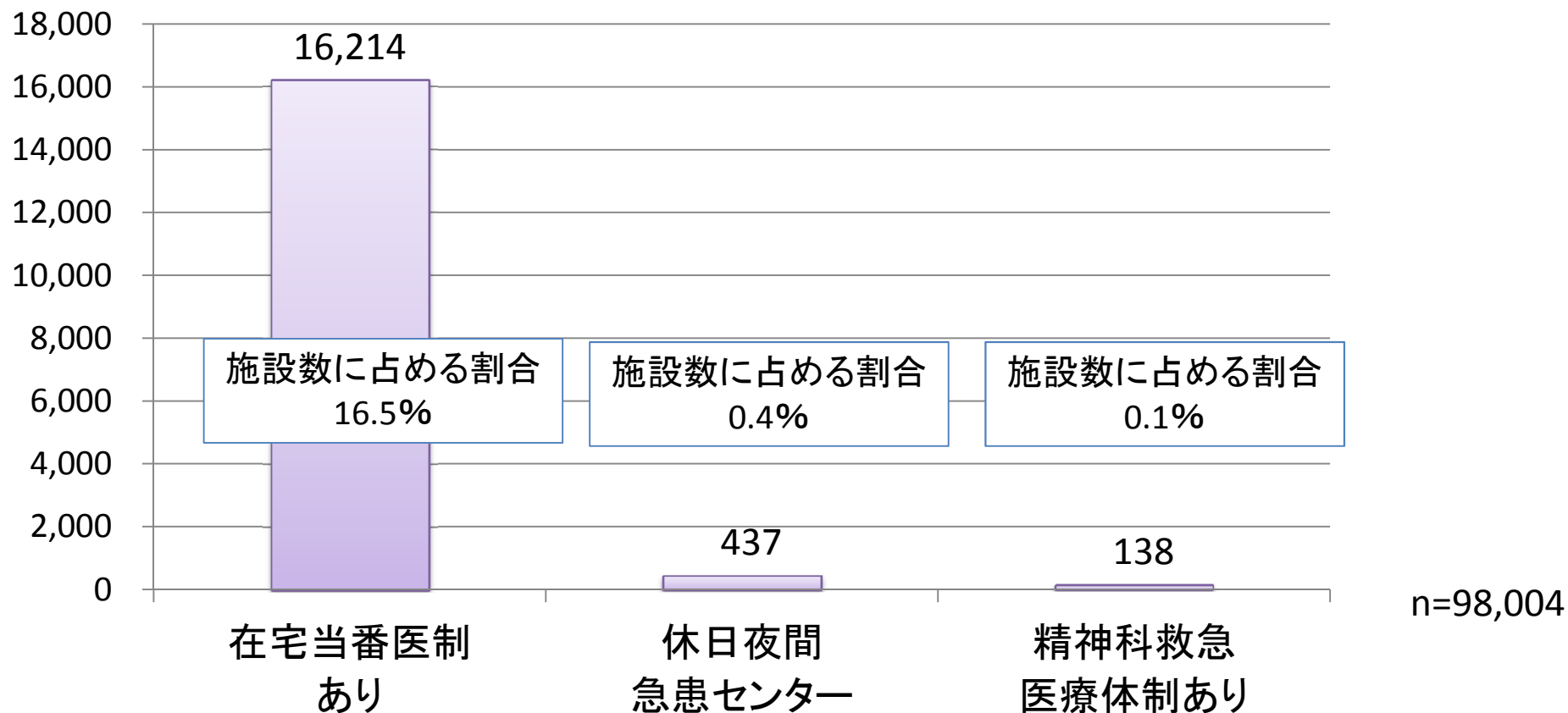


出典: 医療施設調査(平成23年)

一般診療所の救急医療体制の状況と 休日夜間急患センターの状況(複数回答)

再掲

平成23(2011)年10月1日現在



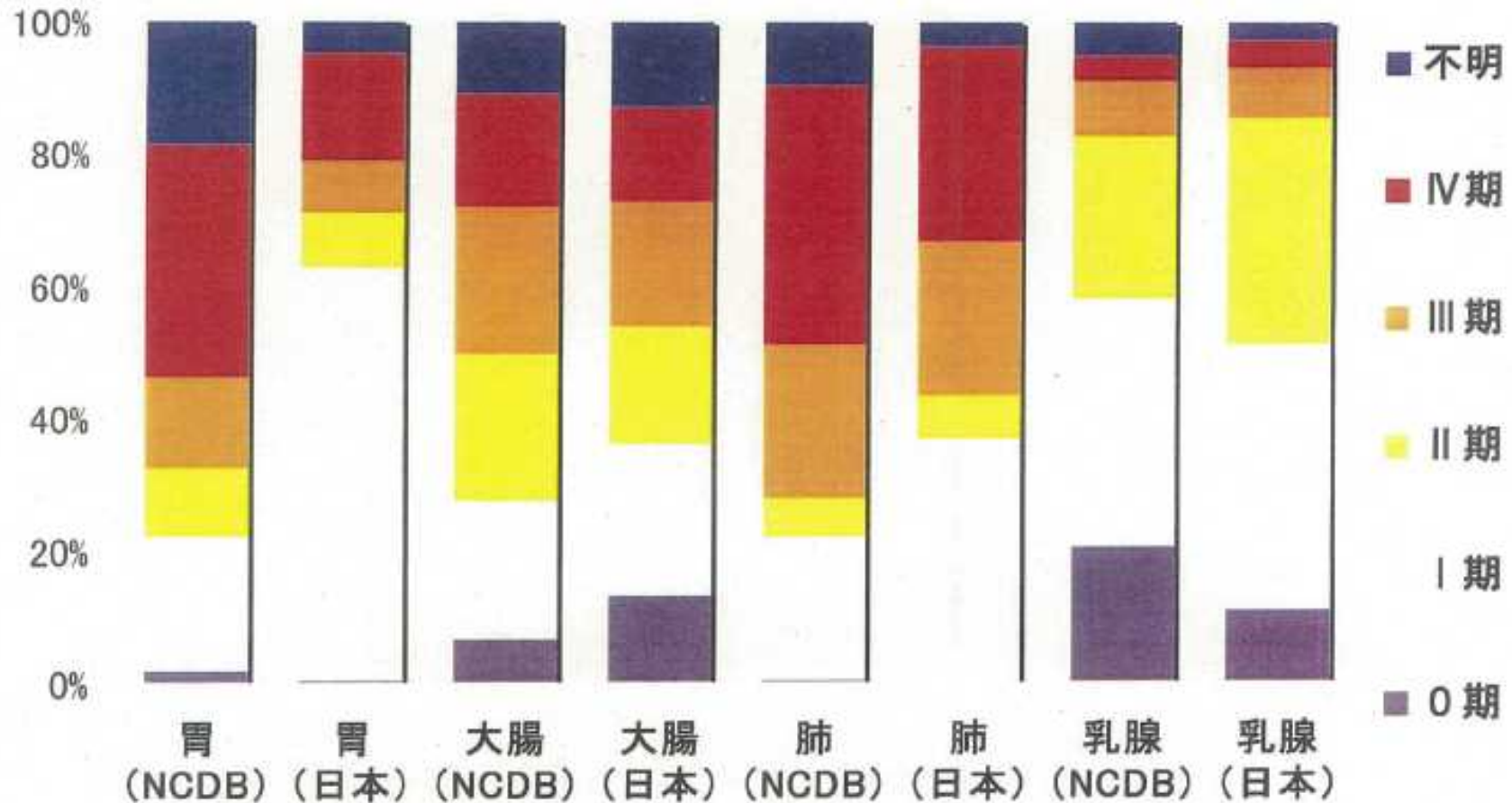
※ 休日・夜間急患センター:比較的軽症な急病患者の診療を受け持つ
 在宅当番医制 : 地区医師会の会員が当番制で診療を行う
 精神科救急医療体制 : 「精神科救急医療システム整備事業の実施について」(平成7年10月27日健医発1321号)により規定される精神科救急医療施設

注: 宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である

出典: 医療施設調査(平成23年)

病期分類の分布 (米国との比較・2008年データ)

1



がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2008年全国集計

Hospital Comparison Benchmark Reports(HCBR) <http://www.facs.org/cancer/ncdb/hcbr.html>

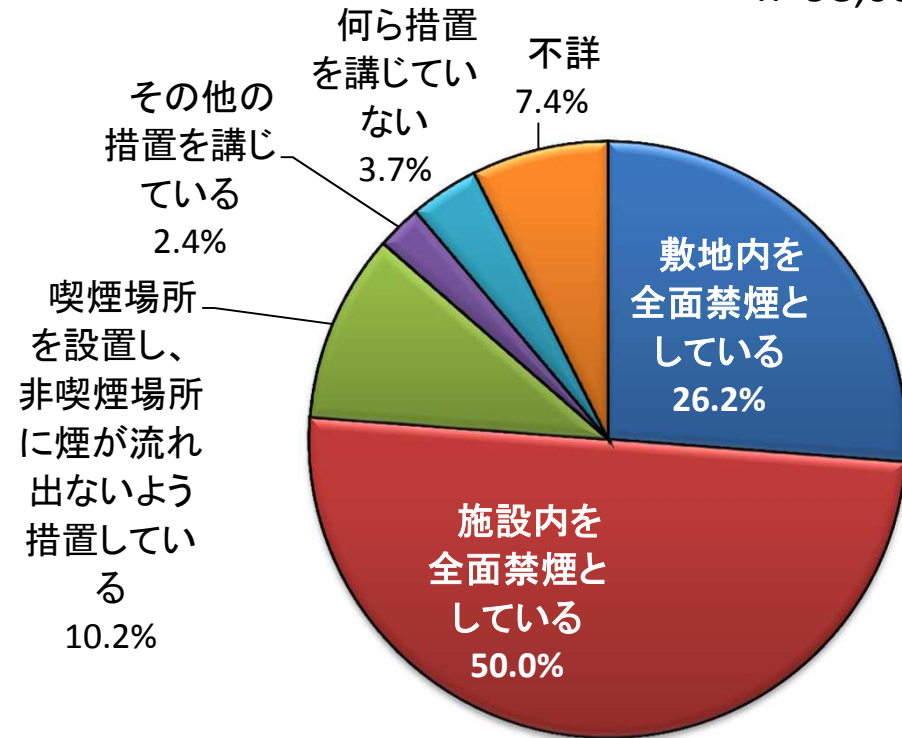
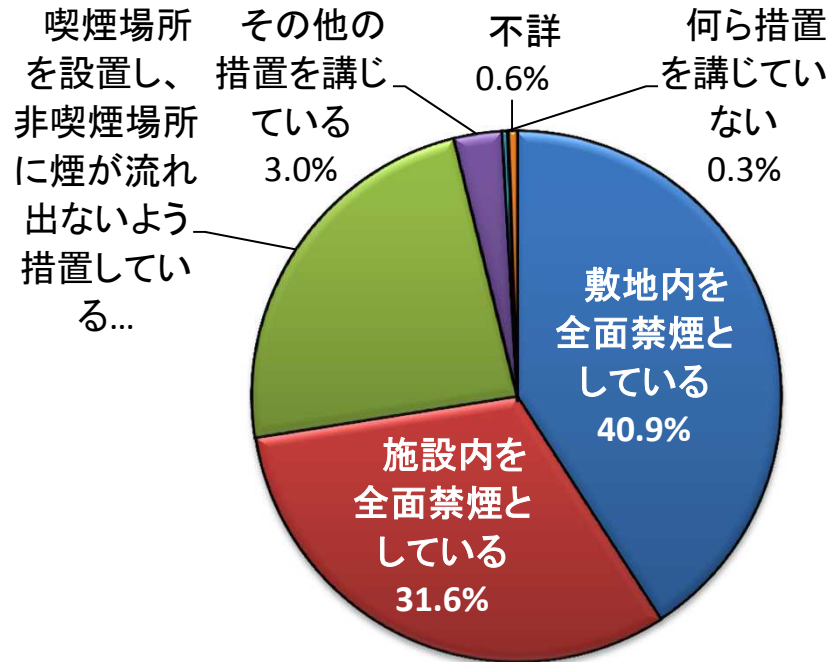
出典:第28回がん対策推進協議会参考資料

受動喫煙防止対策の状況

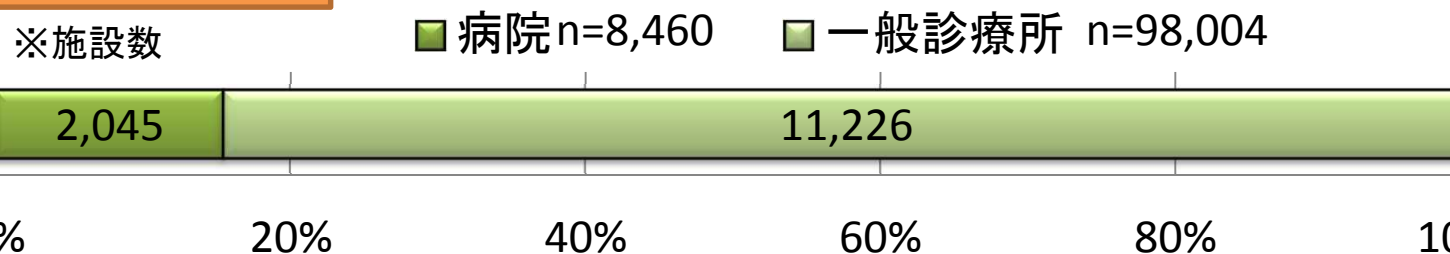
平成23（2011）年10月1日現在

＜一般病院＞ n=8,460

＜診療所＞ n=98,004



禁煙外来の設置の状況



注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である

出典：医療施設調査（平成23年）

診療所の機能と初・再診料の課題と論点について

【課題】

- 初・再診料等は初・再診の際の基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもので、簡単な検査、処置等の費用が含まれるものである。
- 平成22年診療報酬改定では、外来について、患者の納得、分かりやすさという観点から、再診料についても病診の統一を行い、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得なかったが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本料的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一された。
- 診療所の機能としては、一般的な医療の提供に加え、専門的な医療の提供も行われており、また、時間外の対応や救急対応、禁煙指導、がんの早期発見等を含め、我が国の医療の重要な役割の一端を担っている。
- 他国と比べて、一回の受診あたり医療費は低いものの受診回数は多く、MRIやCT等の医療機器は多く配置されている。



【論点】

- 診療所の機能を勘案した上で、その外来機能の評価についてどのように考えるか。