

関連資料（資料6関係）

- 後期高齢者医療に係る診療報酬項目 P 1
- 後期高齢者診療料 P 3
- 後期高齢者終末期相談支援料 P 5
- 後期高齢者特定入院基本料 P 8

## 後期高齢者医療に係る診療報酬項目

【医科診療報酬点数表】

項目番号	項目名	点数	点数の概要
A100	注4 後期高齢者特定入院基本料 (※)	(1日につき) 928点	後期高齢者である患者であって、一般病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)に該当するもの(特定入院料を算定する患者を除く。)について算定する。
A239	後期高齢者外来患者緊急入院 診療加算(※)	(入院初日) 500点	別の保険医療機関(診療所に限る。)において後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に算定する。
A240	後期高齢者総合評価加算(※)	(入院中1回) 50点	入院中の後期高齢者である患者に対して、当該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った場合に算定する。
A241	後期高齢者退院調整加算(※)	(退院時1回) 100点	退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するものに対して、退院調整を行った場合に算定する。
A316	診療所後期高齢者医療管理料 1 14日以内の期間 2 15日以上期間	(1日につき) 1,080点 645点	入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者(高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。)について算定する。
B011-3	注2 薬剤情報提供料の加算(※) (後期高齢者手帳記載加算)	(月1回) 5点	後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に算定する。
B014	後期高齢者退院時薬剤情報提供料(※)	(退院時1回) 100点	保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した場合に算定する。
B015	後期高齢者退院時栄養・食事 管理指導料	(退院時1回) 180点	栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する。
B016	後期高齢者診療料	(月1回) 600点	後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定する。
B017	後期高齢者外来継続指導料	(退院後最初の 診療日) 200点	後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに算定する。
B018	後期高齢者終末期相談支援料 (※)	(1回限り) 200点	保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。
C005	注7 後期高齢者終末期相談支援加算	(1回限り) 200点	保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。

J001-5	後期高齢者処置	(1日につき)	12点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず算定する。
J001-6	後期高齢者精神病棟等処置料	(1日につき)	15点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず算定する。 イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

注:(※)の付く点数については、歯科診療報酬点数表に同様の点数が存在。

【歯科診療報酬点数表】

項目番号	項目名		点数	点数の概要
C001-2	後期高齢者在宅療養口腔機能管理料	(月1回)	180点	在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等(社会福祉施設等を含む。)において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する。

【調剤報酬点数表】

項目番号	項目名		点数	点数の概要
18	後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	(処方せん受付1回につき)	35点	後期高齢者の患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。 ・患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬にかかる薬剤についての名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。 ・処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。 ・調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
19	後期高齢者終末期相談支援料	(1回限り)	200点	保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者(在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。)に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。

## 後期高齢者診療料の概要

■ 後期高齢者診療料 600点(月1回)

### 【基本的な考え方】

後期高齢者の外来診療について、治療の長期化、複数疾患の罹患といった心身の特性を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価。

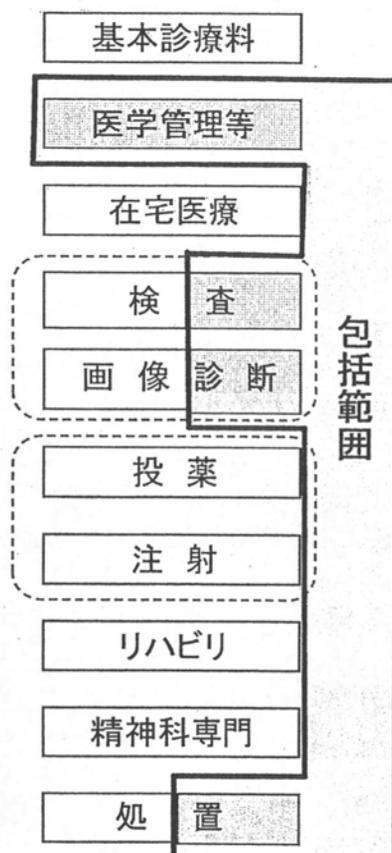
### 【具体的な内容】

- 定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、栄養、運動又は日常生活等につき療養上必要な指導及び診療を行う。
- 診療計画には、他医療機関での診療スケジュール、他の保健・福祉サービスとの連携等について記載。

### 【施設要件】

- 診療所 又は半径4km以内に診療所が存在しない病院
- 後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師を配置

## 後期高齢者診療料の包括範囲



○病状の急性増悪時に実施した550点以上の検査、画像診断、処置は出来高で算定可。その際、その理由等を診療報酬明細書の適用欄に記載。

○医療機関は、患者ごとに後期高齢者診療料も従来の出来高による算定も選択できる。

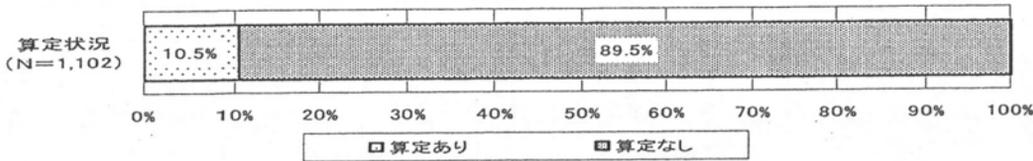
### 対象疾患

結核、甲状腺障害、糖尿病、脂質異常症、  
 高血圧性疾患、不整脈、心不全、  
 脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、  
 胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎、認知症

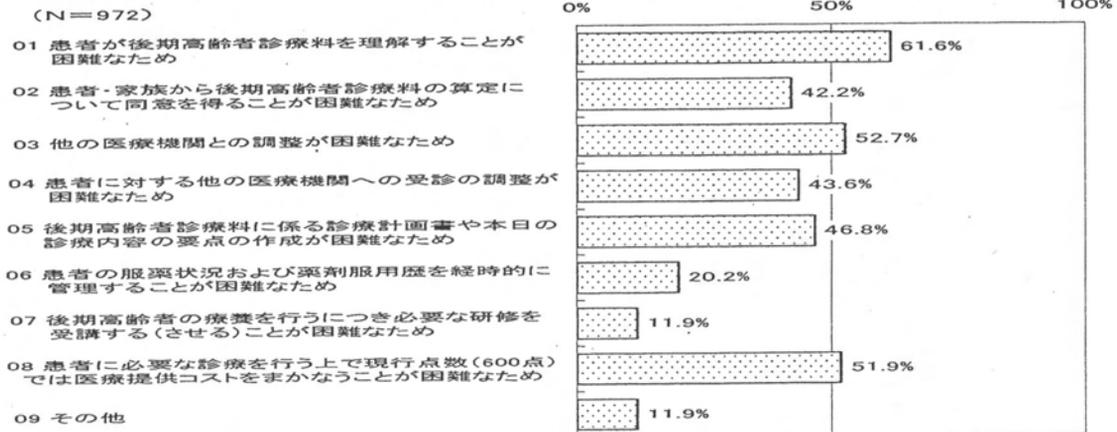
# 後期高齢者診療料の検証結果① 算定状況

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

## (1) 後期高齢者診療料の算定状況



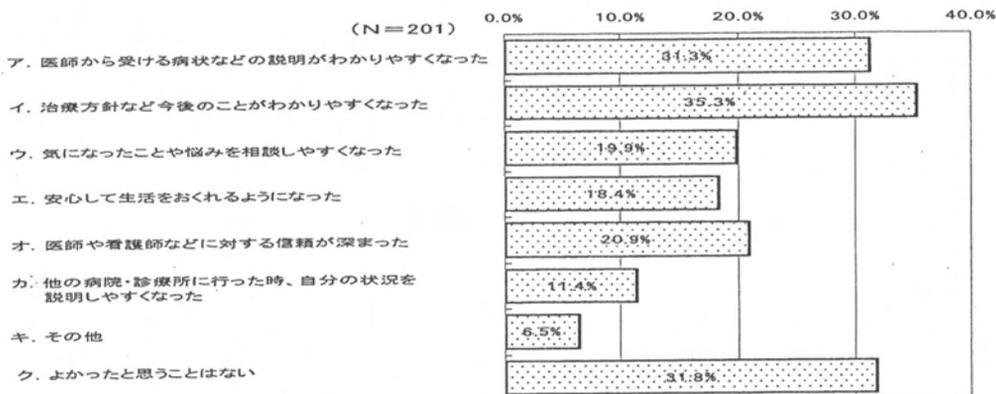
## (2) 医療機関が後期高齢者診療料を1人も算定していない理由



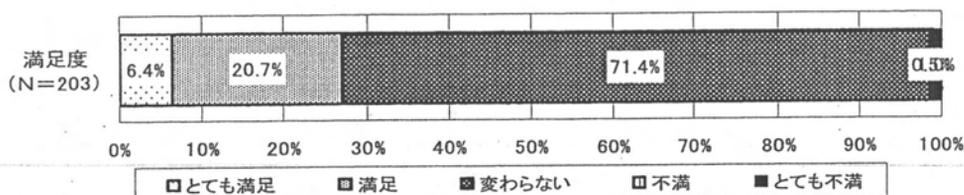
# 後期高齢者診療料の検証結果② 算定後の評価

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

## (3) 後期高齢者診療料の算定後のよかった点



## (4) 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する患者の満足度の変化



## 後期高齢者診療料の検証結果③ 検証部会の評価

### (1)届出と算定状況の乖離

- 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関のうち約9割が算定せず。
- 理由として指摘されている事項
  - ・患者が後期高齢者診療料を理解することが困難
  - ・患者、家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難
  - ・他の医療機関との調整が難しい
  - ・コスト面での理由

### (2)患者による評価の多様性

- 患者調査においてよくなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在。
- 満足度について、患者の71.4%が「変わらない」と回答。

### (3)診療報酬としての意義

- 一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。
- 当該制度から生ずる患者の利益、不利益は一定期間継続された医師・患者関係の下で表れるという性格のものであるため、制度発足から間もない時点の調査では限界があったのではないか。

## 後期高齢者終末期相談支援料の概要

■後期高齢者終末期相談支援料 200点(1回に限る)

### 【基本的な考え方】

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

### 【具体的な内容】

○医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族とともに、終末期における診療方針等について十分話し合い、その内容を文書等にまとめた場合を評価。

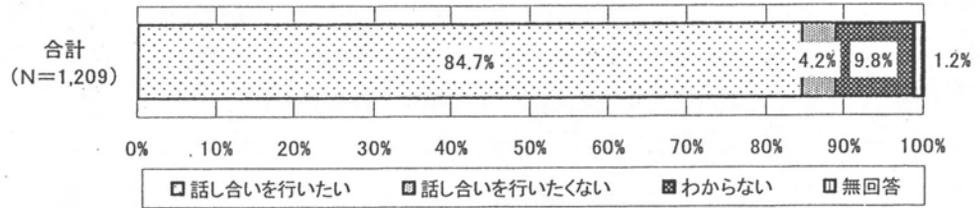
○患者の意思決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」、「終末期医療に関するガイドライン」を参考にする。

# 後期高齢者終末期相談支援料の検証結果① 国民の意識

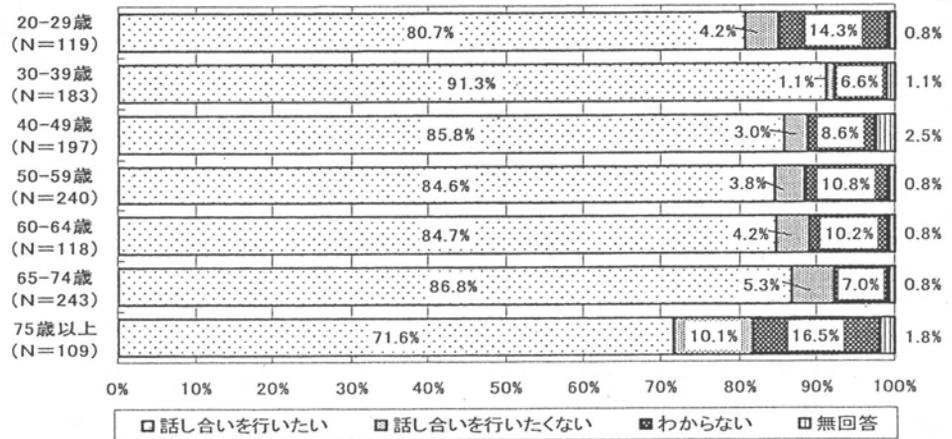
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

## (1) 終末期の治療方針等についての話し合いに関する国民の意識

### ①全体



### ②年齢階層別

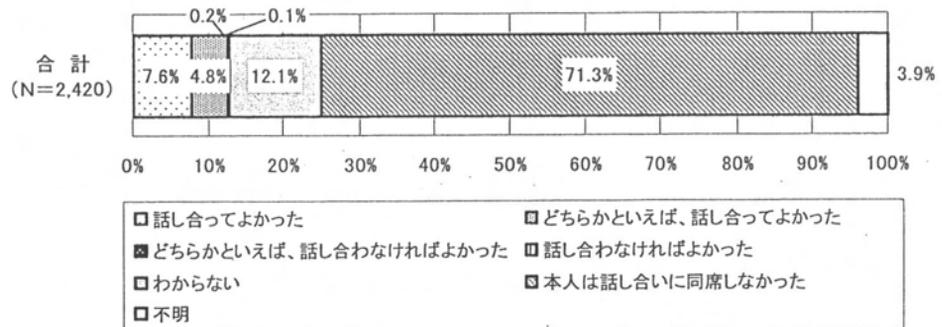


# 後期高齢者終末期相談支援料の検証結果② 満足度

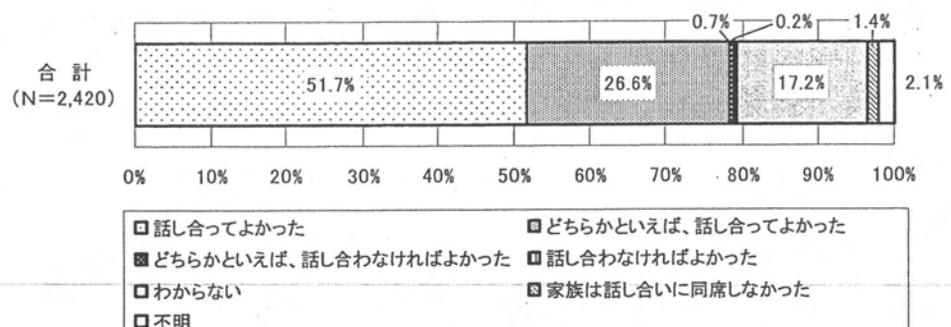
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

## (2) 話し合い後の患者・家族の状況(事例調査における医療スタッフの回答)

### ①本人の様子



### ②家族の様子

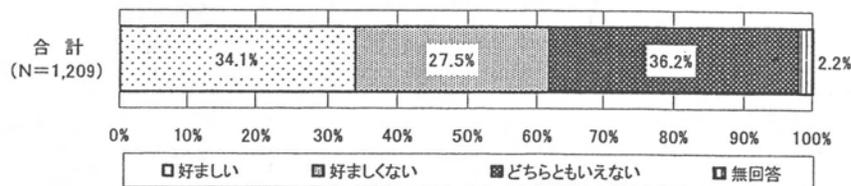


## 後期高齢者終末期相談支援料の検証結果③ 費用への意識

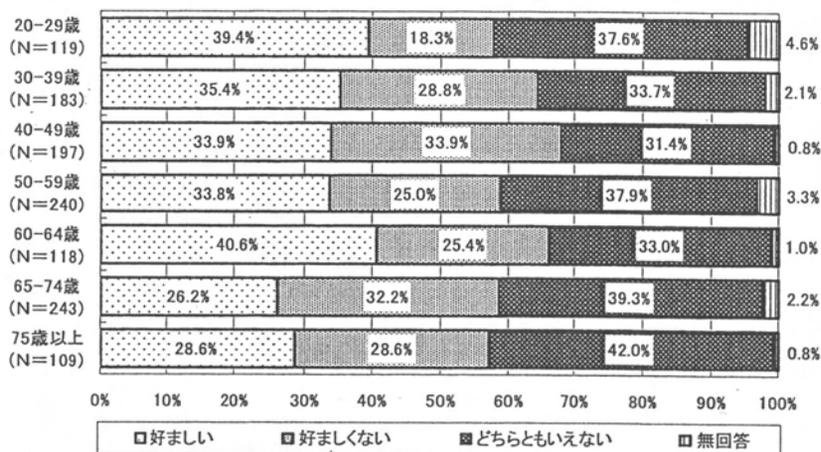
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

### (3) 公的医療保険から医療機関に費用が支払われることに対する国民の意識

#### ① 全体



#### ② 年齢階層別



## 後期高齢者終末期相談支援料の検証結果④ 検証部会の評価

#### (1) 国民の意識

- 終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合は84.7%と高かった。
- 一方で、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて「好き」が34.1%、「好きくない」が27.5%、「どちらともいえない」が36.2%となり、意見が分かれた。

#### (2) 患者本人の話し合いへの参加

- 事例調査において患者本人の参加が17.7%とさほど高くなく、話し合いの実際と一般国民の意識の違いが見られた。

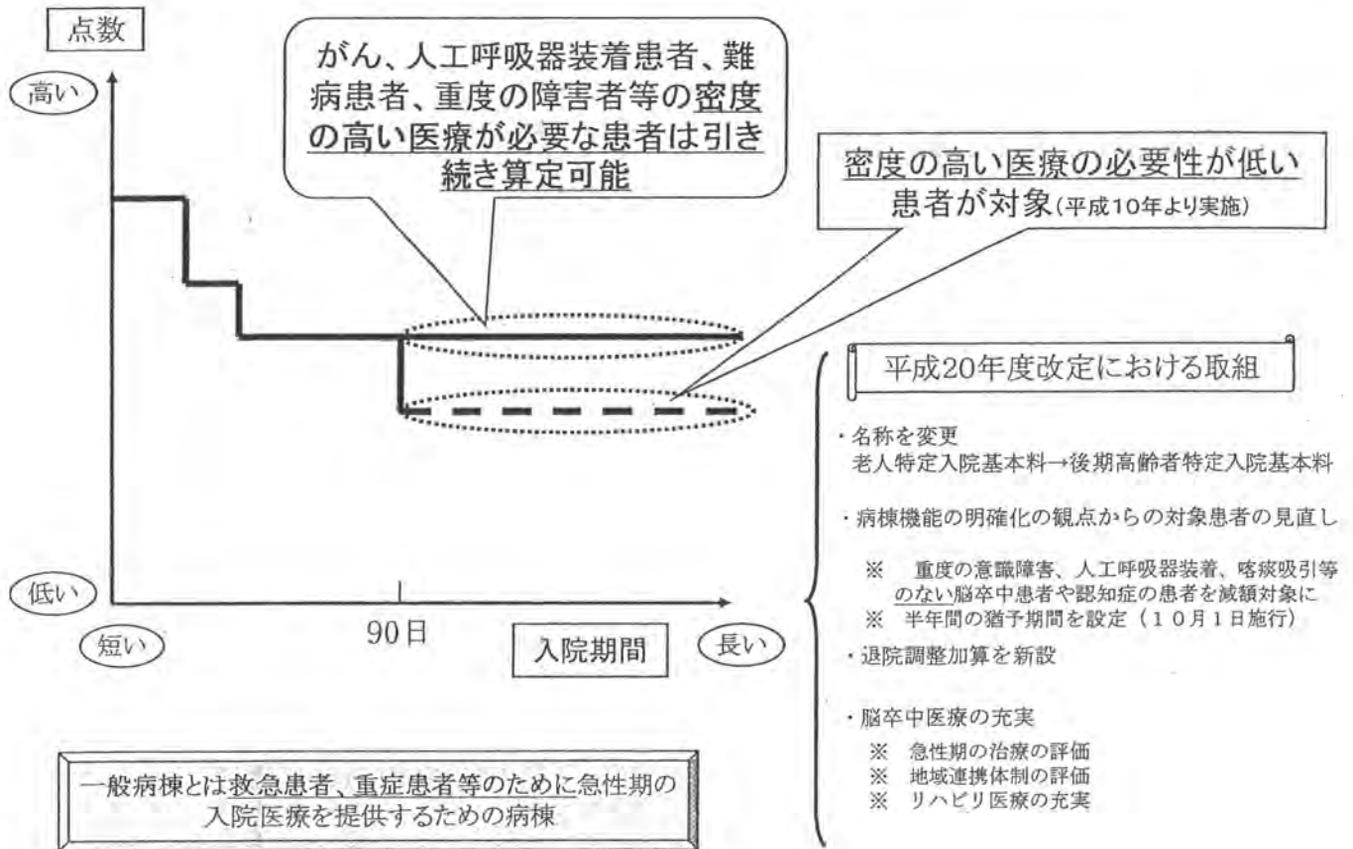
#### (3) 話し合いの影響

- 実際に話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られた。

#### (4) 診療報酬としての意義

- 平成20年7月より後期高齢者終末期相談支援料については凍結措置が講じられているが、一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好き」「好きくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。

# 一般病棟に長期入院している高齢者の入院基本料について



## 第8回及び9回社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

## I 診療報酬関係

## 1 4つの視点、「選択と集中」（全般）

- ① 資料に「平成22年度改定の基本方針においても同様の構成とすることが考えられる」とあるが、これが4つの視点のことを指しているのであれば反対。この視点は、医療費削減の考え方に基づいた平成18年改定の際の視点だ。「医療を効率的に提供」というのは医療費を削減するという意味であり、「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あり方について検討」というのは財政中立という意味だ。(21.8.26 中川委員)
- ② まさかマイナス改定はないだろうが、今までの方針を見直した方がよいのではないか。(21.8.26 水田委員)
- ③ 4つの視点だけを見ると当然のように思われるが、18年の視点は2,200億円シーリングや▲3.16%など医療費を抑制するという考え方のもとで作られたものなので、もう一度議論し直すべき。その後に各論の議論をすべき。(21.8.26 西澤委員)
- ④ この当然ともいえる基本方針は、安易に変えるべきものではなく、医療サービスの提供側がぶれずに常に意識しておくべきものであろう。その上で問題は、具体的な中身と評価だと思う。(21.8.26 堤委員)
- ⑤ 健保組合数は、最大で1800組合ほどがあったが、現在は解散する組合が多く、1500組合を切ってしまった。22年度改定ではバランスのとれた選択と集中といった観点から改定が必要。全体の底上げアップを受け入れられる状況ではない。(21.8.26 高智委員)
- ⑥ 基本方針の検証についての資料を出していただき、この検証の評価を踏まえた基本方針にすべきだが、前回に引き続きこの「視点」は必要。2回の改定だけでは改善できない。これに新たな視点を加えるかどうか。(21.8.26 小島委員)
- ⑦ 4つの視点以外に、緊急課題も当然入れるべき。(21.8.26 村上委員)
- ⑧ 「終末期医療」を含め、後期高齢者医療の診療報酬についても、医療部会で議論する必要がある。(21.8.26 小島委員)
- ⑨ 「誰もが安心・納得して、質の高い医療を効率的に受けられる」という文言の中に、「どこでも」を入れたい。大都市でも中小都市でも地方でも、そのときどきに必要な医療を受けられるようにすることが重要だ。(21.8.26 竹嶋委員)
- ⑩ 18年度に定められた基本方針について、確かにその当時とは情勢は変わっているし、国民の意識も変わってきている。これを踏まえて、基本方針をどう変えていくか。基本方針の中に目標を設定するという方法もあるだろうし、地域医療の崩壊を防ぎ、国民に安心、安全な医療を提供するといった視点もあるだろう。

また、医療と介護との連携といった視点が足りない。(21.8.26 部会長代理)

- ⑪ 救急医療の体制の確保のためにも後方支援は必要だし、急性増悪した在宅患者を救急医療に送らないで済むようにするためにも、訪問看護と併せて在宅医療の充実が重要。(21.8.26 部会長代理)
- ⑫ 提出資料にあるように、医療の質や医療安全の推進、医療の「見える化」のための診療報酬の配分や、医療の均てん化のために、医師不足の地域には係数をかけるなどの制度も必要であると考えます。(21.8.26 海辺委員)
- ⑬ 10年20年後の医療のあるべき将来像を考えるべき。その際には、平成20年6月26日に日本学術会議から要望された「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」を考慮すべき。(21.8.26 海辺委員)
- ⑭ 診療報酬改定の目標を提示しなければならない。改定によって、不採算部門は採算が取れるようになったのかをまず検証し、採算が取れていても勤務医の過重労働が解消されない場合は、診療報酬だけではなく、別の対策も講じる必要がある。検証の結果をみても、勤務医の労働環境は改善するよりむしろ悪化しており、個別目標を立て必要な対策を講じないといつまで経っても同じである。(21.8.26 海辺委員)
- ⑮ 基本方針の実施状況で、様々な点数を新設や充実したというが、どれだけ効果があったのか疑問。医者は増えたのか、奪い合いが起こっているのではないか。アウトカムが見えない中で、議論を行うことはできるのか。(21.8.26 水田委員)
- ⑯ 平成20年度の基本方針への対応状況の資料には、平成20年度改定によって取り入れられた各評価の実施状況が記載されているが、むしろ、診療報酬改定がサービス水準にどう結び付いたのか、治療の結果はどうだったのか、といったアウトカム評価が重要である。できれば地域ごとにそれぞれの状況に応じた評価軸を作れば良いが、なかなかそれは難しいだろう。(21.8.26 堤委員)

## 2 救急・産科・小児科医療

- ① 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箇所に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。(21.7.9 竹嶋委員)
- ② DPCにおいて、小児に特有な医療を機能評価係数により評価してほしい。(21.7.9 加藤委員)
- ③ 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。地域の小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。(21.7.9 加藤委員)
- ④ 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。急性期治療を終えた小児で長期に入院している患者について、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、病院に入院する必要がなくなり、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。(21.7.9 加藤委員)

- ⑤ 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。(21.7.9 斉藤委員)
- ⑥ 救急・産科・小児科への対策が指摘されているが、平成17年度、平成19年度の議論の時にも、同じような資料が出ている。3年経ったらそれなりの成果が出てよいのではないか。(21.8.26 海辺委員)
- ⑦ 「救急・産科・小児科」だけで十分なのか、不採算となっている部門はどこなのか。どこの診療科も大変なのではないか。(21.8.26 海辺委員)
- ⑧ 「救急・産科・小児科だけでよいのか」という意見に賛成。(21.8.26 中川委員)
- ⑨ 救急の評価、特に小児の救急の更なる評価が必要。年齢が低いほど、技術に習熟度が必要で時間もかかる。大人以上にマンパワーが必要。小児救急の受け皿も必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑩ ハイリスク分娩の評価があるが、それに付随して新生児にも同様のリスクがある。新生児医療の体制も十分な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑪ 小児救急で、医療機関の医師が患者を受け取るために他の医療機関に出向いて行って、搬送中から医療を行う事例があるが、この際の出向いて受け取りに行く側の適正な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑫ 小児の在宅医療には看護師の研修が必要であり、そのための評価をすべき。また、在宅医療で用いる医療材料についても、訪問看護療養費などで評価してほしい。急変した在宅医療の患者を受け入れる医療機関の体制の評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑬ がん、DPC、在宅医療、看取り、疼痛緩和などについても、小児をきちんと評価してほしい。(21.8.26 加藤委員)
- ⑭ 子どもの心のケアについては、入院は評価が低い。外来も長時間、夜中まで対応している病院、診療所が多いので、評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑮ 日本では1歳から4歳児の死亡率が高いという資料にショックを受けた。問題点の所在を研究・調査して、何らかの手を打たないといけない。(21.8.26 高智委員)

### 3 内科

- ・ 外科医不足の話があるが、内科医も不足している。地方では、内科医不足のために病院を閉鎖している。入院料の引き上げが必要。(21.8.26 村上委員)

### 4 外科

- ① 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。(21.7.9 邊見委員)
- ② 外科医不足は深刻だが、40代の医師が沢山いるため、30代の医師が減って

きているのがわかりにくい。一人前になるのに10年かかると言われており10年後が心配である。また、修業が長いので希望者が少ない。(21.8.26 邊見委員)

- ③ 診療報酬点数表を外国人に見せると、安いと驚かれる。特に手術などの技術料が安すぎる。この状況を解決するには、どういう体制やチームで医療を行うか、を考えなければいけない。「物より技術、技術よりシステム」という視点が今後の診療報酬の考え方ではないか。(21.8.26 邊見委員)

## 5 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。検証して欲しい。(21.7.9 山崎参考人)

## 6 在宅医療

- ① 在宅医療も効率的に提供することが重要。暮らしを支える医療には、訪問看護のあり方がカギとなる。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ② 在宅歯科医療が重要だが、地域の医療関係者との連携が充分ではなく、認知度が低いといった課題がある。総合的な取組が必要。また、在宅患者に対する入院歯科医療の提供体制を十分確保することも重要。地域の受け皿となる医療機関の評価も必要。(21.8.26 近藤委員)

## 7 チーム医療

- ① 30種くらいの職種によって病院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。(21.7.9 邊見委員)
- ② 患者の状態の悪化を防止することが重要。視点でいえば、効率的な医療の提供に該当するのではないか。医療機関間の連携も必要だが、感染症対策や合併症の予防など、医療機関内で行えることもある。そのためには、看護師が患者の状態を評価し、その後の状態変化の予測に基づき、看護を実践することが必要だが、高度な判断が必要。専門看護師や認定看護師は増えており、そのような看護師がいる病院では回復が早まっているという事例もある。専門看護師、認定看護師の配置についても、方向性として明確にしてほしい。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ③ 勤務医対策として、看護師ができることは前向きに行っていきたい。そのためにも、看護補助者も含めた役割分担の視点が必要。事務クレーンのように、看護補助者も評価できないか。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ④ 勤務医の負担軽減を含めてチーム医療にどう取り組むか。また、どのような形でそこに薬剤師が関わっていくかが重要。まずは仕組みを考えないと、薬剤師が入っていけない。すぐに診療報酬で評価するのは難しいかもしれないが、医薬品の供給体制についてどうあるべきかを考えることが必要。(21.8.26 山本(信)委員)

## 8 勤務医負担軽減

- ① 医療セクレタリィーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。(21.7.9 海辺委員)
- ② 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。(21.7.9 齊藤委員)
- ③ 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。(21.7.9 村上委員)

## 9 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。(21.7.9 山本委員)

## 10 有床診療所

- ① 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。(21.7.9 渡辺委員)
  - ※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
    - ・入院基本料の逓減制の変更
    - ・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
- ② 2年前の改定で、救急・産科・小児科を評価したが、その後方の受け皿となるべき一般の病院や、有床診、クリニックなどの評価は、財源の問題もありできなかった。特に有床診療所を活かしていきたい。(21.8.26 竹嶋委員)
- ③ 国民の病床に対する意識調査では、国民が考える最重点課題は、2006年では救急医療体制の整備であったが、2008年では高齢者が長期入院する施設となっている。(21.8.26 竹嶋委員)
- ④ 有床診療所は現在、約11,000施設にまで減ってきており、このままでは崩壊してしまう。有床診の入院基本料は2,800円というものもあり、安すぎる。有床診は、24時間の緊急時の対応の中で、入院施設としても、在宅医療支援などいろいろな機能を担っている。貴重な医療資源を活用すべきである。(21.8.26 竹嶋委員)

- ⑤ 今後、医療提供体制を議論するこの医療部会で、もっと有床診療所の位置づけを議論していきたい。人員配置基準も病院とは別にして、診療報酬体系も別につくるべきである。(21.8.26 竹嶋委員)
- ⑥ 有床診療所の入院料を病院並みにしても、本当にそれだけでできるのか。どういう役割を担うかを考えないとできないし、国民の意識も変える必要がある。(21.8.26 部会長)
- ⑦ 有床診療所について意見があったが、様々な役割がありひとくくりにはできない。機能を明確にする必要がある。病院の機能についても明確化を求めていきたい。(21.8.26 渡辺委員)

## 11 歯科医療

- ① 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。(21.7.9 近藤委員)
- ② 少子高齢化により、児童の虫歯は減ったが高齢者の疾患は増加。骨太 2009 に記載されている 8020 運動の推進が重要。また歯を積極的に残すための治療技術の評価と同時に歯の欠損等に対する治療技術に対する評価が重要。歯科医療は命に直接関係はないかもしれないが、生活を支える医療、生きる力を支える医療であり、安全、安心の医療のためには欠かすことはできない。20 年度の基本方針と同じ観点から、22 年度の基本方針においても盛り込んでほしい。(21.8.26 近藤委員)
- ③ 口腔ケアは、小児にとっても重要である。歯のない乳幼児のケアや在宅口腔ケアなど、歯科医師に是非ご協力をいただきたい。(21.8.26 加藤委員)
- ④ 歯科医療は、小児であれ高齢者であれ、研修は整いつつある。歯科医療機関との連携を図っていきたい。(21.8.26 近藤委員)
- ⑤ 歯科の診療報酬が低いのには驚いている。見直しが必要。障害児の歯もしっかり診察してもらっている。(水田委員)

## 12 薬事制度・後発医薬品

- ① 日本で未承認の医薬品を緊急に承認できるようにすべき。こういった薬価制度のあり方についても検討するべきではないか。(21.8.26 小島委員)
- ② 未承認、効能追加の医薬品の迅速かつ安全な形での保険適用について、きちんと政策として位置づけなければならない。(21.8.26 山本(信)委員)
- ③ ジェネリック医薬品について、差額通知システムの導入を進めているが、実際に行動に移す患者さんのジェネリックへの不安を解消しないといけないため、国

がイニシアティブをとってほしい。(21.8.26 高智委員)

### 13 財源

- ① 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。(21.7.9 海辺委員)
- ② 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。(21.7.9 中川委員)

### 14 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。(21.7.9 堤委員)

### 14 その他

- ① 診療報酬の算定根拠が国民から見ると不明確。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。(21.7.9 海辺委員)
- ② 今回、緊急的な措置として、補助金によって対応している部分があるかと思うが、補助金による措置はいつまでも続くものではない。診療報酬によって重点的に評価すべき分野をしっかりと議論する必要がある。(21.8.26 堤委員)
- ③ 慢性期疾患の重症化の予防は、十分な成果があがっていない。さらなる支援システムが必要。(21.8.26 辻本委員)
- ④ 医療の見える化、透明化・公平性の観点から言うと、病院と診療所の再診料が同一の医療サービスで異なる価格となっているのは説明できない。真っ当な考え方で整理をしてほしい。(21.8.26 高智委員)

## II 診療報酬以外

### 1 医療部会における議論のあり方等について

- ① 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。(21. 7. 9 小島委員)
- ② 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。(21. 7. 9 西澤委員)
- ③ 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。(21. 7. 9 田中委員)
- ④ 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と。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。(21. 7. 9 日野委員)
- ⑤ 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」と思われないようにしなければならない。(21. 7. 9 海辺委員)
- ⑥ 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。(21. 7. 9 田中委員)
- ⑦ 平成 20 年度改定の時の資料を見てみると、中医協には、基本方針がまとめられる前の 8 月に基本的な考え方が伝えられ、医療部会と中医協が平行して議論を行っている。こういった方法だとどこに責任があるかがわからない。大臣への諮問の前に、基本方針との整合性を検証するべきではないか。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑧ 議事進行について、あらかじめ次回の論点を提示し、各委員が責任を持って意見を提出することが必要。出された意見は、部会長の権限で優先順位をつけて議論する。また、有志でのWGの設置も検討すべき。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑨ 前回あった「医療の提供体制に関する審議も行われるべきである」という意見に賛成。その際には、医療現場が大変であるということをも裏付ける客観的なデータが必要であり、タウンミーティングを行うなど、国民の意見を反映させる仕組みも作るべき。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑩ 基本方針を議論するには、他の検討会で指摘されている事項が医療部会に上がってきて、その整合性を見なければならぬ。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑪ 出身団体の利害にとらわれないのは当然。(21. 8. 26 海辺委員)

### 2 医療の国民へのわかりやすさ・住民参加について

- ① 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。(21. 7. 9 海辺委員)
- ② 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。(21. 7. 9 海辺委員)

- ③ 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。(21.7.9 高智委員)
- ④ 医療への地域住民の参加についての支援策を考えてほしい。ボランティアの養成講座などを行っているが、ボランティアを受け入れる医療機関側の意識が欠如している。インセンティブを考えてもらえないか。(21.8.26 辻本委員)
- ⑤ 医療への地域住民の参加は大賛成。コンビニ診療を減らすべき。各地域の医師会などと協力して行っていくべき。(21.8.26 邊見委員)
- ⑥ サッカーや野球のようなファンクラブが、なぜ医療界には存在しないのか。医療の見える化や、健康教育を行うなど、医療を生活の真ん中に持ってくるべき。(21.8.26 邊見委員)

### 3 診療報酬関係以外

#### ① 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。(21.7.9 竹嶋委員)
- ・ 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。(21.7.9 日野委員)
- ・ 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、医者へ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ふ。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。(21.7.9 日野委員)
- ・ 機能分担を進めると、シームレスではなくなる。事務クランクを進めると、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。(21.7.9 日野委員)
- ・ 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。(21.7.9 海辺委員)

#### ② 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。(21.7.9 山本委員)
- ・ 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。(21.7.9 渡辺委員)

#### 〔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。(21.7.9 加藤委員)
- ・ 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。(21.7.9 斉藤委員)

#### 〔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。(21.7.9 斉藤委員)
- ・ 救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。(21.7.9 山崎参考人)

#### ③ 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。(21.7.9 近藤委員)

#### ④ 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。(21.7.9 山崎参考人)

#### ⑤ 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。(21.7.9 高智委員)
- ・ 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」も存在し、国民から期待と信頼を得ている。(21.7.9 高智委員)

## ⑥ 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の、立法化により推進してほしい。(21.7.9 加藤委員)

### 〔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。(21.7.9 山崎参考人)

## ⑦ 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。(21.7.9 渡辺委員)
- ・ 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。(21.7.9 邊見委員)
- ・ 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。(21.7.9 小島委員)
- ・ 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。(21.7.9 村上委員)

## ⑧ 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。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 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。(21.7.9 村上委員)
- ・ 地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、地域の病院団体や医師会等、関係団体とよく相談して決めて欲しい。(21.7.9 西澤委員)
- ・ 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。(21.7.9 西澤委員)
- ・ 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。(21.7.9 竹嶋委員)
- ・ 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。(21.7.9 石田参考人)

⑨ 患者負担について

- ・ 患者負担3割は、限界まできている。(21.7.9 高智委員)
- ・ 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。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 日本はOCED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。(21.7.9 田中委員)

⑩ その他

- ・ 死亡者が増加しているので、看取りについても多様な視点に立って迅速に対応してほしい。(21.7.9 高智委員)
- ・ 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。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 本日の東京新聞の朝刊に「地域の急患連携に加算」という記事が出た。こういった現場を一喜一憂させるような記事が減るようにしてほしい。(21.8.26 中川委員)
- ・ 「「社会保障国民会議最終報告(平成20年11月4日)」は尊重されるべきものではあるが、このとおりの改定が行われることが決定されているものではない」ということを聞いて安心した。(21.8.26 中川委員)
- ・ 今回の介護報酬改定や、補正予算の補助金で、介護職員の給与を上げるという話があるが、同じ病院において、介護の方の職員だけ給与を上げ、病棟に勤務している同じ介護職員(看護助手)の給与を上げないという理屈はなく、経営がしにくくなる。24年に同時改定があるので、そこでは整合性をとって改定をしてほしい。(21.8.26 日野委員)
- ・ 健保連では、医学部の学生に対して保険経済についての課外授業を行うことがあるが、学生からは、保険経済について勉強する機会が欲しいという声がある。医学部のカリキュラムを見直して(厚労省・文科省間の連携)、こういった講義を、できれば必修のかたちで加えてほしい。(21.8.26 高智委員)

## 第32回及び第33回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

## 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。（21.7.15 藤原委員）
- 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。（21.7.15 逢見委員）
- 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。（21.7.15 対馬委員）
- 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。（21.7.15 斉藤委員）

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。（21.7.15 逢見委員）

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なのだろうか。産科や小児科へという点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。（21.7.15 樋口委員）
- 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。（21.7.15 斉藤委員）

「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。（21.7.15 小林委員）

- 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。(21.7.15 岩本委員)
- 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。(21.7.15 岩月委員)
  - ⑦ 「選択と集中」は格差社会の継続につながるものだ。選択と集中によって中核病院のあった二次医療圏に小児科医がいなくなるなど、医療機関の連携が分断されている。地方は過疎化していくため、身近なところで適切な医療を提供できるよう、地域にあった医療提供体制が必要だ。(21.8.27 藤原委員・日医)
  - ⑧ 「選択と集中」は社会保障国民会議最終報告にあるもので、改定内容として決定しているものではないため、これを進めていくというのであれば、きちっとステップを踏んで欲しい。(21.8.27 藤原委員・日医)
  - ⑨ 4つの視点は賛成。(21.8.27 岩田参考人)
  - ⑩ 20年度改定の4つの視点と緊急課題について、この2年間でどの程度改善したのか検証が必要。解消には至っていないだろうから、次回もこの視点等を継承していく必要がある。(21.8.27 逢見委員)
  - ⑪ 4つの視点は継続すべきである。「選択と集中」という考え方を継続するとともに、地域医療の連携強化についても併せて検討する必要がある。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
  - ⑫ これまでの医療費の伸びの抑制の考え方が見直されてきていることを改定にも盛り込んでいく必要がある。しかしながら、効率化は必要であり、効率化して本当に必要なところに財源を充てていくことが必要。(21.8.27 逢見委員)
  - ⑬ 改定の4つの視点にあるように、メリハリをつけることはいかなる時代においても重要なことだ。保険者財政も国民の経済状況も厳しい。(21.8.27 対馬委員)
  - ⑭ 協会けんぽの財政状況も深刻な状況にあり、基本方針の検討に当たっては、保険財政を十分踏まえて改定を行うことについて、きちんと位置づけるべき。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体の引き上げを行う状況にはなく「選択と集中」の観点から補助金も活用しながらメリハリをつけることが必要である。(21.8.27 小林委員)
  - ⑮ 4つの視点に書かれていない点を2つ付け加えたい。1つは「医療の見える化」「IT化の推進」であり、もう1つは病院と診療所の再診料の格差解消の問題である。(21.8.27 対馬委員)
  - ⑯ 疾病の予防にインセンティブをつけるべきだ。例えば口腔ケアをきちんと行った場合、誤嚥性肺炎の発症が半分になるというデータがある。こうしたエビデンスがあるものについては、診療報酬をつけるべきだ。(21.8.27 大内委員)
  - ⑰ これまでは、「医療費の抑制」が審議会に臨む大前提だった。医療費に無駄があることは承知しているが、諸外国に比べれば決して高くない。負担も低ければ

給付も低い。高齢者は治療に費用がかかるが、世界でも高齢化率が 20%を超えるのは日本ぐらいで、これから増えていくことが明白なのも日本のみ。増える給付費を高齢者も含めて負担すべきだと思うし、考え方を見直すべきだと思う。今後はその変化を踏まえて、議論していく必要がある。(21.8.27 樋口委員)

- ⑱ 今回の資料についても、財源については触れられていない。マクロの総額は政治レベルで決められるが、それによって、この方針の実現度が決まる。プラス改定にならなかった場合に向けて、財源についてもこの場で踏み込んで議論すべき。メリハリ、切り込む分野についてしっかり書くべき。マイナスシーリングの場合、どこかを削って他の場所に付けるが、そのような形で切り出すことが必要ではないか。(21.8.27 岩本委員)
- ⑲ 「選択と集中」は、10年先を見て手を打つべきだ。日本の産業構造が変わってきており、雇用イコール利益という関係ではなくなっている。将来的に県ごとに医師の必要数がどうなるのか、雇用数がどうなるのかといった数字をつめていけないといけない。(21.8.27 西村委員)
- ⑳ 基本方針について、改定の「視点」と「方向」という観点はありますが、「量」という観点が抜けている。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ㉑ 基本方針にある「患者から見てわかりやすく、患者のQOLを高める医療の実現」はもっともなことだが、こういった審議会で通り一遍の議論をするというやり方で良いのか。1桁違うお金をかけて検証を重点的に行うといったことが必要なのではないか。(21.8.27 西村委員)

## 2 厳しい保険者財政について

- ① 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。(21.7.15 齊藤委員)
- ② 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。(21.7.15 逢見委員)
- ③ 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。(21.7.15 小林委員)
- ④ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年度末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。(21.7.15 岡崎委員)
- ⑤ 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。(21.7.15 対馬委員)

### 3 救急・産科・小児科医療

- ① 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。(21. 7. 15 坂本委員)
- ② 救急、産科、小児科は、過去の改定でそれなりに評価をしているが、これでも解決しないのなら、もっと根本的な見直しが必要なのではないか。これは医療システムの構造的な問題であり、後方病床を整備して流れを良くしなければならない。中小病院、慢性期医療、有床診療所、無床診療所、在宅医療などが資料でも触れられていないが、遺憾だ。夜間対応している有床診療所が減少しているのは憂慮すべきことだ。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ③ 救急、産科、小児科などは体制整備が必要。診療報酬の加算などで誘導するのではなく、体制を整備したことを評価するという順序で対応すべき。公費・補助金などの充実によって医療機関が質の高い必要な体制を確保できる仕組みを別をしっかり構築した上で、その体制を整えた医療機関を診療報酬で評価する仕組みとすべきである。診療報酬を取らせるために算定要件を緩和するなど、本末転倒になってはならない。(21. 8. 27 逢見委員)
- ④ 救急の流れをスムーズにするようなサポートシステムを評価してはどうか。患者はかなり悩んでから救急にかかっているため、患者からの悩みや相談を受けて適切に救急医療を行う病院、地方にあり患者の家から遠いとしても、次の病院に適切にコーディネートしている病院、在宅医療へのつながりの仕組みをもっている病院は、評価していくべきだ。こういった救急の入口から出口の流れを支えるシステムを看護師を活用してやっていきたい。(21. 8. 27 坂本委員)

### 4 かかりつけ医

- ① 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。(21. 7. 15 多田委員)
- ② 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。そういった意味では後期高齢者診療料も、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。(21. 7. 15 藤原委員)
- ③ ヨーロッパではプライマリケア医がしっかりとそれなりの機能を果たしている。日本でもプライマリケア医が対応できる患者が相当いるに違いない。そのよ

うな人が大病院の外来に救急車で運ばれるケースが増えている。そこを変えないといけない。開業医にもがんばってもらいたい。それを踏まえて、診療報酬も作り直してほしい。これから増える高齢者を大病院の外来で受けるようにしてはいけない。診療報酬だけの問題ではないが、前向きに積極的に取り組んでほしい。

(21.8.27 多田委員)

- ④ 開業医はプライマリケアを行うべきという意見があったが、メディアスのデータを見ると、診療所への受診は減っていないし、はしご受診も行われているとは言えない。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑤ 患者が、大病院なら信用できるという気持ちを強く持っているということを医者が認識していないというのには驚いている。高齢者は心身に多種類の不都合をもって生活するのだが、勝手に大学病院や専門病院にどんどん流れていくのは問題だ。その際にアドバイスをできる身近な医者との関係をしっかり作っていくことが必要。ここがしっかりしないと、これからの半世紀、1世紀の日本の医療はもたない。(21.8.27 多田委員)
- ⑥ 医療のデータを見るときには注意が必要で、いくら医療費が使われたかというデータからは、医療サービスに対する満足度は読み取れない。(21.8.27 岩本委員)

## 5 心身の特性を踏まえた医療

- ① 「高齢者の心身の特性を踏まえた医療の提供」とあるが、高齢者は医療機関にかかりにくくなっている。院内処方減り、薬局まで薬を取りに行かなければならなくなっている。患者の負担を考えるなら、院内処方を増やすべき。処方せんも4日で期限が切れてしまう。(21.8.27 樋口委員)
- ② 介護との連携も見通しながら、「高齢者の心身の特性及び家族や地域生活の環境変化を踏まえた医療の提供」が必要。(21.8.27 樋口委員)

## 6 チーム医療

- ① 医療が複雑化しており、それぞれの職種がそれぞれの役割を發揮して連携しないといけない。医療関係者が増えると非効率になっていくというものではないのではないか。(21.8.27 岩月委員)
- ② 医師を増やすと言っても、人の数には限界があり、またすぐに対応できるものでもない。看護師や薬剤師や栄養士など、様々な職種の役割分担を明確にしていくことが重要。また、医療職種以外の職種もこれに入れていくことが重要。こうした視点を載せるようにしてほしい。(21.8.27 坂本委員)

## 7 後発医薬品の使用促進等

- ① 基本方針にある効率化の関連で、後発医薬品の促進については、処方せん様式を変えたりしたが、まだ十分には進んでいないという認識だ。追加的な対策を行

っていくべき。(21.8.27 小林委員)

- ② 後発医薬品の使用促進も必要。安全性に問題がないというメッセージ、周知が不十分。(21.8.27 逢見委員)
- ③ 後発医薬品の使用促進の議論と一緒に、革新的新薬の議論も併せて行って欲しい。(21.8.27 藤原代理人・経団連)

## 8 歯科医療

- ① 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。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。(21.7.15 渡辺委員)
- ② 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。(21.7.15 渡辺委員)
- ③ 安全・安心の生活を支えるために歯科医療が重要。骨太2009において8020運動の推進が記載されている。これは平成元年から提案して行ってきたもの。現在、8020達成者は25%を超えた。さらに、50%を目標にして、QOLの高い社会を目指す所存。(21.8.27 渡辺委員)
- ④ 歯科は、長年にわたり一般医療費の中で伸びが低い。8020運動の促進には、ヘルス事業だけでなく、歯の保存と口腔の機能を維持する歯科医療の充実が必要。重症化予防も必要だが、まだまだ不十分。(21.8.27 渡辺委員)
- ⑤ 歯科医療の特性、臨床実態を踏まえた技術の評価が必要。小児期から高齢期までライフステージに沿った健診、治療、管理が必要。小児期においては、正常な発育を支援する観点からも重要だし、在宅歯科医療も求められている。(21.8.27 渡辺委員)
- ⑥ 在宅歯科医療は、医師や家族との連携と周知が不足している。そのため、ニーズが把握できていない。また、診療の困難さと実情を踏まえた評価が必要。(21.8.27 渡辺委員)
- ⑦ 口腔ケア後の手術が効果的といったデータもあり、口腔ケアの評価の必要性を感じている。(21.8.27 渡辺委員)

## 9 その他の診療報酬

- ① 「同一のサービスは同一の点数」という公平性の観点からも、病院と診療所の再診料は同じ点数が基本であり、それなら患者も納得できる。(21.8.27 対馬委員)
- ② 再診料の病診格差の話が出たが、これはキャピタルコストを病院の方がより薄

く広く乗せることができるためである。(21.8.27 藤原委員・日医)

- ③ 病診格差については、患者の行動原理に影響が出るものであり、機能分化の推進のためにも、是正が必要。(21.8.27 逢見委員)
- ④ 愛知県でも勤務医数が少なく過重労働が問題になっている。医療クラークの点数を新設していただき評価をしているが、もっと使いやすい制度にしてもらえるとありがたい。(21.8.27 岩田参考人)
- ⑤ 医療の標準化が進んでいるものは、包括化が必要。(21.8.27 逢見委員)

## 10 診療報酬と補助金

- ① 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。(21.7.15 斉藤委員)
- ② 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。(21.7.15 小林委員)
- ③ 医療提供体制の整備を、診療報酬による手当のみで行うには限界があるため、補助金・公費による手当について、地方自治体のお金も含めて検討すべきである。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ④ 診療報酬と医療提供体制が関係しているのは確か。診療報酬の加算で、提供体制や医療機関の行動に影響を与える部分はある。大きく変わったのは、地方分権が進み、補助金が一般財源化されたこと。地域が一般財源を使って医療提供体制を整える方針に変わっている。その中で、診療報酬がどこまでやるべきか。医療提供体制の責任主体のあり方の変化を踏まえて、診療報酬での対応のあり方を改めて考えてみないといけない。診療報酬、一般財源、補助金の配合で、各地域に合った対応が必要。(21.8.27 岩村委員)

## 11 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。(21.7.15 岩本委員)

## II 診療報酬以外

- ① 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と。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか。(21.7.15 斉藤委員)
- ② 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。(21.7.15 樋口委員)
- ③ 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。(21.7.15 樋口委員)
- ④ 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。(21.7.15 見坊委員)
- ⑤ 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。(21.7.15 見坊委員)
- ⑥ 高知県には療養病床が一番多い。療養病床の新型老健などへの移行の方針は、当初の極端な方針からゆるやかになってきてはいるが、いわゆる医療難民をださないように慎重な取扱いを要望したい。(21.8.27 岡崎委員)
- ⑦ 4つの視点はそのとおりだが、現実的などころが欠けている。救急医療を担う医師が不足しているのが地域の実態。医師が偏在しているのではないか。小さな医療圏の患者を他の医療圏では受け入れてくれない。医療圏間の協定が必要だが、簡単にはいかない。診療報酬だけでどうにかなるかは疑問。医師の適正配置が重要。(21.8.27 山本委員)
- ⑧ 公立病院はなぜ赤字になるか。地方は高齢者が多いが、高齢者は様々な診療が必要であるため都市部の病院に行ってしまう、患者がいない。大学による医師派遣が必要。医師偏在が生まれないようにしないといけない。(21.8.27 山本委員)
- ⑨ 過疎化、高齢化は地方都市で起きている。医師を1.5倍にしてもそういった地方に配置されなければ問題は解決しない。(21.8.27 西村委員)
- ⑩ 生活保護が急激に増えているのは大都市部。これは単身高齢者の増加が原因。高齢化により都市部で急激に高齢者が増えることを考えれば、地方も大変だが、大都市部の急速な高齢化が一举に医療費を押し上げることに留意しなければならない。(21.8.27 岡崎委員)
- ⑪ 高額療養費は複雑であり、見直しが必要。(21.8.27 逢見委員)

第17回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告  
（平成21年10月30日公表）の概要

1. 調査の概要

(1) この調査は、病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、中央社会保険医療協議会が平成21年6月に実施したものである。

(2) 調査の対象及び客体

社会保険による診療を行っている全国の病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険調剤を行っている全国の保険薬局のうち1ヶ月の調剤報酬明細書の取扱件数が300件以上の薬局を対象とし、これらの医療機関等を、地域別等に層化し、次の抽出率で無作為に抽出した施設を調査客体とした。

なお、特定機能病院、歯科大学病院及びこども病院（以下「特定機能病院等」という。）については、別途、全ての施設を調査客体とした。

病 院	1 / 5
一般診療所	1 / 25
歯科診療所	1 / 50
保 険 薬 局	1 / 25

(3) 有効回答率

	19年6月	21年6月
病 院	57.0%	56.6%
一般診療所	45.5%	44.0%
歯科診療所	62.3%	60.1%
保 険 薬 局	63.2%	62.8%

(注) 特定機能病院等は含まない。

(4) 調査の時期

平成21年6月の1月間と平成21年3月末までに終了する直近の事業年（度）の1年間について調査した。

## 2. 平成21年6月分の集計結果（1施設当たりの損益状況）

### （1）一般病院

（医療法人）

（単位：千円、％）

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	136,877	99.8%	154,428	99.9%	12.8%
II 介護収益	248	0.2%	158	0.1%	▲36.3%
III 医業・介護費用	135,242	98.6%	151,345	97.9%	11.9%
IV 損益差額（I＋II－III）	1,883	1.4%	3,241	2.1%	—
施設数	304	—	274	—	—
平均病床数	132	—	138	—	—

（国公立）

（単位：千円、％）

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	371,249	100.0%	381,838	100.0%	2.9%
II 介護収益	185	0.0%	177	0.0%	▲4.3%
III 医業・介護費用	426,656	114.9%	426,866	111.7%	0.0%
IV 損益差額（I＋II－III）	▲55,221	▲14.9%	▲44,851	▲11.7%	—
施設数	120	—	137	—	—
平均病床数	291	—	292	—	—

（注1）医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関の集計である。（特定機能病院等は含まない。）

（注2）「国公立」とは、厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国の機関）が開設する病院の「国立」と、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院の「公立」の総称である。

（注3）損益状況における数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。（以下同様）

（注4）「構成比率」は、「I 医業収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する各収益科目、又は費用科目の割合である。（以下同様）

（注5）平成19年6月と平成21年6月を比較すると、平成21年6月の方が平日が1日多く、土曜日が1日少ないことに留意する必要がある。（以下同様）

(全体)

(単位：千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	243,257	99.9%	278,535	99.9%	14.5%
II 介護収益	268	0.1%	242	0.1%	▲9.7%
III 医業・介護費用	255,640	105.0%	291,271	104.5%	13.9%
IV 損益差額(I+II-III)	▲12,115	▲5.0%	▲12,494	▲4.5%	—
施設数	563	—	549	—	—
平均病床数	194	—	208	—	—

〔参考〕(国公立を除く)

(単位：千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	208,587	99.9%	244,185	99.9%	17.1%
II 介護収益	291	0.1%	263	0.1%	▲9.6%
III 医業・介護費用	209,315	100.2%	246,183	100.7%	17.6%
IV 損益差額(I+II-III)	▲438	▲0.2%	▲1,735	▲0.7%	—
施設数	443	—	412	—	—
平均病床数	167	—	181	—	—

(注1) 医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関の集計である。(特定機能病院等は含まない。)

(注2) 「国公立を除く」とは、医療法人のほか、公的、社会保険関係法人、個人病院などである。

(2) 一般診療所

[入院診療収益あり]

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	13,990	98.4%	13,718	99.2%	▲1.9%
II 介護収益	233	1.6%	114	0.8%	▲51.1%
III 医業・介護費用	12,176	85.6%	11,769	85.1%	▲3.3%
IV 損益差額(I+II-III)	2,046	14.4%	2,063	14.9%	—
施設数	43	—	18	—	—

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	21,467	96.5%	28,132	97.4%	31.0%
II 介護収益	779	3.5%	742	2.6%	▲4.7%
III 医業・介護費用	20,716	93.1%	26,869	93.1%	29.7%
IV 損益差額(I+II-III)	1,530	6.9%	2,005	6.9%	—
施設数	75	—	69	—	—

[入院診療収益なし]

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	6,351	99.5%	6,655	99.7%	4.8%
II 介護収益	34	0.5%	18	0.3%	▲47.1%
III 医業・介護費用	4,144	64.9%	4,625	69.3%	11.6%
IV 損益差額(I+II-III)	2,241	35.1%	2,048	30.7%	—
施設数	584	—	492	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	10,871	98.3%	10,768	97.8%	▲0.9%
II 介護収益	190	1.7%	239	2.2%	25.8%
III 医業・介護費用	10,011	90.5%	10,636	96.6%	6.2%
IV 損益差額(I+II-III)	1,050	9.5%	371	3.4%	—
施設数	427	—	443	—	—

〔全体〕

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	6,874	99.3%	6,904	99.7%	0.4%
II 介護収益	48	0.7%	21	0.3%	▲56.3%
III 医業・介護費用	4,695	67.8%	4,877	70.4%	3.9%
IV 損益差額(I+II-III)	2,228	32.2%	2,048	29.6%	—
施設数	627	—	510	—	—

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	12,454	97.8%	13,108	97.7%	5.3%
II 介護収益	278	2.2%	307	2.3%	10.4%
III 医業・介護費用	11,610	91.2%	12,824	95.6%	10.5%
IV 損益差額(I+II-III)	1,122	8.8%	592	4.4%	—
施設数	502	—	512	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

### (3) 歯科診療所

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	3,455	99.9%	3,616	100.0%	4.7%
II 介護収益	2	0.1%	1	0.0%	▲50.0%
III 医業・介護費用	2,228	64.4%	2,415	66.8%	8.4%
IV 損益差額(I+II-III)	1,229	35.6%	1,202	33.2%	—
施設数	593	—	551	—	—

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	6,775	99.7%	8,033	99.8%	18.6%
II 介護収益	18	0.3%	16	0.2%	▲11.1%
III 医業・介護費用	6,017	88.6%	7,299	90.7%	21.3%
IV 損益差額(I+II-III)	776	11.4%	750	9.3%	—
施設数	116	—	108	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

#### (4) 保険薬局

(個人)

(単位: 千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 収益	6,775	99.9%	7,683	99.9%	13.4%
II 介護収益	5	0.1%	7	0.1%	40.0%
III 費用	5,944	87.7%	6,958	90.5%	17.1%
IV 損益差額 (I + II - III)	835	12.3%	733	9.5%	—
施設数	81	—	78	—	—
処方せん枚数	1,035	—	1,018	—	—

(法人)

(単位: 千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 収益	12,446	99.7%	13,416	99.8%	7.8%
II 介護収益	33	0.3%	24	0.2%	▲27.3%
III 費用	11,634	93.2%	12,907	96.0%	10.9%
IV 損益差額 (I + II - III)	844	6.8%	533	4.0%	—
施設数	818	—	888	—	—
処方せん枚数	1,681	—	1,636	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関等の集計である。

(留意事項)

個人立の一般診療所・歯科診療所・保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

### 3. 直近の事業年（度）の集計結果（1施設当たりの損益状況）

#### （1）一般病院

（単位：千円、％）

	医療法人		国公立	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	1,814,393	99.9%	4,480,167	100.0%
II 介護収益	1,529	0.1%	1,450	0.0%
III 医業・介護費用	1,791,359	98.6%	4,968,837	110.9%
IV 損益差額（I + II - III）	24,562	1.4%	▲487,221	▲10.9%
施設数	274	—	137	—
平均病床数	138	—	292	—

（単位：千円、％）

	全体		〔参考〕国公立を除く	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	3,256,389	99.9%	2,849,452	99.9%
II 介護収益	2,457	0.1%	2,793	0.1%
III 医業・介護費用	3,401,388	104.4%	2,880,173	101.0%
IV 損益差額（I + II - III）	▲142,542	▲4.4%	▲27,928	▲1.0%
施設数	549	—	412	—
平均病床数	208	—	181	—

（注1）医業・介護収益に占める介護収益の割合が2％未満の医療機関の集計である。（特定機能病院等は含まない。）

（注2）「国公立」とは、厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国の機関）が開設する病院の「国立」と、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院の「公立」の総称である。

（注3）「国公立を除く」とは、医療法人のほか、公的、社会保険関係法人、個人病院などである。

(2) 一般診療所

[入院診療収益あり]

(単位:千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	144,154	99.1%	330,141	96.9%
II 介護収益	1,366	0.9%	10,712	3.1%
III 医業・介護費用	129,382	88.9%	317,736	93.2%
IV 損益差額(I+II-III)	16,139	11.1%	23,118	6.8%
施設数	19	—	72	—

[入院診療収益なし]

(単位:千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	77,782	99.7%	129,103	98.3%
II 介護収益	202	0.3%	2,290	1.7%
III 医業・介護費用	53,667	68.8%	126,330	96.1%
IV 損益差額(I+II-III)	24,317	31.2%	5,063	3.9%
施設数	491	—	440	—

[全体]

(単位:千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	80,255	99.7%	157,374	97.8%
II 介護収益	246	0.3%	3,475	2.2%
III 医業・介護費用	56,488	70.2%	153,247	95.3%
IV 損益差額(I+II-III)	24,012	29.8%	7,602	4.7%
施設数	510	—	512	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

### (3) 歯科診療所

(単位：千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	42,004	100.0%	92,710	100.0%
II 介護収益	11	0.0%	137	0.1%
III 医業・介護費用	28,661	68.2%	86,295	93.1%
IV 損益差額(I+II-III)	13,355	31.8%	6,552	7.1%
施設数	551	—	108	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

### (4) 保険薬局

(単位：千円、%)

	個人		法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 収益	85,814	99.9%	153,896	99.8%
II 介護収益	53	0.1%	258	0.2%
III 費用	79,295	92.3%	144,973	94.0%
IV 損益差額(I+II-III)	6,571	7.7%	9,180	6.0%
施設数	78	—	888	—
処方せん枚数	1,018	—	1,636	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関等の集計である。

#### (留意事項)

個人立の一般診療所・歯科診療所・保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

[参考1] 職種別常勤職員1人平均給料月額等

(1) 一般病院

(医療法人)

(単位:円、%)

	19年6月			21年6月			金額の伸び率
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	
病院長	2,547,396	44,301	2,591,697	2,583,621	43,354	2,626,975	1.4%
医師	1,236,244	99,927	1,336,171	1,200,714	87,101	1,287,815	▲3.6%
歯科医師	788,018	116,753	904,771	897,445	82,080	979,524	8.3%
薬剤師	331,645	68,519	400,164	335,268	68,916	404,185	1.0%
看護職員	301,429	64,716	366,146	314,458	66,923	381,381	4.2%
医療技術員	283,381	61,036	344,417	289,052	65,532	354,584	3.0%

(公立)

(単位:円、%)

	19年6月			21年6月			金額の伸び率
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	
病院長	1,332,833	300,482	1,633,316	1,341,652	309,463	1,651,115	1.1%
医師	1,000,285	189,260	1,189,545	1,105,151	207,253	1,312,404	10.3%
歯科医師	859,723	198,120	1,057,843	965,711	194,021	1,159,732	9.6%
薬剤師	421,173	129,516	550,689	425,508	131,407	556,915	1.1%
看護職員	378,769	109,406	488,175	384,345	113,144	497,489	1.9%
医療技術員	403,880	122,126	526,006	394,720	122,788	517,508	▲1.6%

(2) 一般診療所 (医療法人)

(単位:円)

	21年6月		
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②
院長	2,106,147	2,383	2,108,530
医師	1,147,775	12,541	1,160,315
薬剤師	585,519	20,919	606,438
看護職員	267,290	55,141	322,431
医療技術員	282,884	58,359	341,244

(3) 歯科診療所 (医療法人)

(単位:円)

	21年6月		
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②
院長	1,139,977	21,751	1,161,728
歯科医師	546,311	25,421	571,732
歯科衛生士	211,495	28,190	239,685
歯科技工士	327,391	39,665	367,056
薬剤師	-	-	-

(注1) 賞与(②)は、直近事業年(度)の1/12の額である。

(注2) 「看護職員」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師である。(以下同様)

(注3) 「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科技工士など医療に関わる専門技術員である。(以下同様)

[参考2] 職種別常勤職員1人平均給料年(度)額等

(1) 一般病院

(単位:円、%)

	医療法人			公立		
	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②
病院長	31,183,044	520,245	31,703,290	16,033,616	3,713,552	19,747,168
医師	14,458,341	1,045,214	15,503,555	12,477,462	2,487,042	14,964,504
歯科医師	10,133,302	984,958	11,118,260	10,793,681	2,328,248	13,121,929
薬剤師	3,934,841	826,994	4,761,835	5,152,584	1,576,886	6,729,470
看護職員	3,778,590	803,078	4,581,668	4,601,824	1,357,729	5,959,553
医療技術員	3,529,663	786,385	4,316,048	4,822,595	1,473,455	6,296,050

(2) 一般診療所(医療法人)

(単位:円)

	医療法人		
	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②
院長	25,563,716	28,592	25,592,308
医師	12,886,934	150,488	13,037,422
薬剤師	7,395,400	251,027	7,646,427
看護職員	3,140,536	661,697	3,802,233
医療技術員	3,423,009	700,311	4,123,320

(3) 歯科診療所(医療法人)

(単位:円)

	医療法人		
	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②
院長	13,434,816	261,014	13,695,830
歯科医師	6,493,276	305,057	6,798,333
歯科衛生士	2,555,446	338,281	2,893,727
歯科技工士	3,803,136	475,986	4,279,122
薬剤師	—	—	—

## インフルエンザ定点当たり報告数推移

区分	41週	42週	43週	44週	45週
	定点当たり	定点当たり	定点当たり	定点当たり	定点当たり
総数	12.92	17.65	24.62	33.28	32.76
北海道	38.96	57.93	61.43	49.08	37.38
青森県	4.65	11.94	24.89	37.46	38.92
岩手県	5.52	12.27	29.11	34.31	34.50
宮城県	7.73	9.22	19.99	44.82	46.24
秋田県	10.49	19.29	32.15	53.55	50.64
山形県	1.00	3.10	10.83	26.69	31.27
福島県	3.76	5.93	15.79	27.54	29.23
茨城県	9.34	13.23	19.35	26.08	29.09
栃木県	5.92	8.33	14.25	26.05	29.53
群馬県	6.48	11.25	18.76	27.35	26.92
埼玉県	16.89	22.97	28.23	39.39	36.46
千葉県	15.79	16.62	23.18	30.70	30.34
東京都	18.98	22.20	25.24	28.09	25.42
神奈川県	21.63	25.19	29.36	38.39	33.00
新潟県	4.57	6.96	22.66	39.25	40.52
富山県	1.94	5.35	12.02	23.29	27.56
石川県	1.79	4.33	12.94	33.19	40.10
福井県	2.59	6.09	14.00	24.47	26.09
山梨県	3.60	4.08	10.73	21.13	24.33
長野県	2.69	3.91	11.26	18.09	22.02
岐阜県	7.45	11.07	20.06	28.45	30.46
静岡県	5.39	9.17	13.39	17.14	18.23
愛知県	23.52	31.78	39.42	54.44	53.19
三重県	11.07	17.47	29.97	46.14	38.53
滋賀県	9.73	16.02	29.13	44.42	50.06
京都府	9.81	15.23	22.40	34.15	28.20
大阪府	16.96	23.25	27.83	34.77	29.87
兵庫県	16.54	22.09	33.51	42.43	33.03
奈良県	9.07	10.93	17.80	22.85	20.29
和歌山県	5.88	9.48	14.18	21.96	22.00
鳥取県	2.28	2.24	6.14	12.93	16.72
島根県	1.76	5.24	9.61	13.32	22.11
岡山県	3.24	5.18	11.14	20.24	28.37
広島県	5.43	7.60	15.63	24.93	30.17
山口県	2.06	2.56	7.35	18.54	27.89
徳島県	3.27	6.05	8.37	13.97	18.22
香川県	4.55	9.98	24.36	34.79	42.11
愛媛県	2.03	2.18	10.30	24.93	28.41
高知県	4.75	7.31	16.63	26.94	32.00
福岡県	23.48	29.08	37.35	45.64	48.73
佐賀県	8.23	12.08	22.72	31.72	31.87
長崎県	9.90	11.99	15.49	23.38	30.20
熊本県	6.44	9.70	15.40	21.99	23.35
大分県	7.31	10.91	18.97	36.33	45.78
宮崎県	7.56	10.17	22.17	33.42	30.59
鹿児島県	3.14	4.58	7.10	15.88	22.67
沖縄県	19.48	22.05	24.97	29.55	30.16

# 新型インフルエンザによる入院患者の概況

平成21年11月18日時点

## (1) 入院患者の概況

	11月11日～11月17日に 入院した患者	11月17日までに入院した 患者の累計数 <sup>※1</sup>
	人数	人数 <sup>※2</sup>
入院した患者数	724人	7708人
<b>年齢</b>		
1歳未満	36人	235人
1～4歳	143人	1280人
5～9歳	338人	3447人
10～14歳	106人	1538人
15～19歳	29人	332人
20～29歳	13人	158人
30～39歳	16人	133人
40～49歳	6人	108人
50～59歳	11人	125人
60～69歳	6人	108人
70～79歳	12人	141人
80歳以上	8人	103人
<b>性別</b>		
男性	455人	4918人
女性	269人	2790人
<b>基礎疾患を有する者等<sup>※3</sup> (一部重複有り)</b>		
妊婦	3人	26人
慢性呼吸器疾患	171人	1865人
慢性心疾患	11人	134人
糖尿病	6人	126人
慢性腎疾患	11人	101人
疾患や治療に伴う免疫抑制状態	8人	102人
その他の基礎疾患 <sup>※4</sup> (一部重複あり)	65人	693人
・神経疾患・神経筋疾患	12人	
・血液疾患	0人	
・小児科領域の慢性疾患	17人	
・慢性肝疾患	1人	
・その他	38人	
<b>急性脳症・人工呼吸器利用<sup>※5</sup> (一部重複有り)</b>		
急性脳症 (インフルエンザ脳症、ライ症候群等)	43人	492人
人工呼吸器の利用	22人	234人
	24人	300人
<b>患者の状態</b>		
集中治療室に入院中 (人工呼吸器の利用あり)	10人	51人
同上 (人工呼吸器の利用なし)	9人	44人
集中治療室以外に入院中 (人工呼吸器の利用あり)	9人	26人
同上 (人工呼吸器の利用なし)	485人	1542人
退院 (転院を含む)	163人	5823人
死亡	2人	55人
不明	46人	167人

※1 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

※2 先週発表後における、自治体による前週以前のデータ修正を反映済み

※3 平成21年10月14日以前は、「慢性呼吸器疾患(喘息等)、代謝性疾患(糖尿病等)、腎機能障害、免疫機能不全(ステロイド全身投与等)」として報告されていたものを「慢性呼吸器疾患、糖尿病、慢性腎疾患、疾患や治療に伴う免疫抑制状態」に再集計

※4 その他の基礎疾患の神経疾患・神経筋疾患、血液疾患、小児科領域の慢性疾患、慢性肝疾患は、平成21年10月15日から集計開始

※5 入院中に一時期でも急性脳症に罹患、人工呼吸器の利用した患者の数

(2)基礎疾患を有する者等の年齢別内訳 (11月17日までに入院した累計患者)

	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
妊婦						10人	15人	1人					26人
慢性呼吸器疾患	10人	216人	913人	393人	81人	29人	42人	27人	39人	30人	50人	35人	1865人
慢性心疾患	5人	10人	21人	16人	2人	6人	4人	5人	9人	16人	20人	20人	134人
糖尿病		2人	2人	6人	4人	6人	7人	11人	20人	20人	33人	15人	126人
慢性腎疾患	2人	11人	11人	16人	4人	1人	2人	6人	14人	13人	13人	8人	101人
疾病や治療に伴う免疫抑制状態		8人	16人	12人	9人	4人	12人	4人	8人	9人	15人	5人	102人
その他の基礎疾患	7人	83人	236人	140人	42人	18人	22人	23人	29人	24人	35人	34人	693人
計 (一部重複あり)	20人	318人	1143人	551人	131人	68人	88人	66人	92人	80人	116人	82人	2755人

(3)急性脳症及び人工呼吸器を利用した患者の年齢別内訳 (11月17日までに入院した累計患者)

	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
急性脳症	1人	36人	126人	50人	12人	4人	2人			2人	1人		234人
人工呼吸器の利用	1人	42人	116人	43人	9人	6人	11人	19人	19人	12人	15人	7人	300人
計 (一部重複あり)	2人	68人	223人	84人	19人	9人	12人	19人	19人	14人	16人	7人	492人

(4)入院患者の推移 (11月17日までに入院した累計患者)

期間	9月22日以前	9月23日～29日	9月30日～10月6日	10月7日～13日	10月14日～20日	10月21日～27日	10月28日～11月3日	11月4日～11月10日	11月11日～11月17日	計
入院患者	1213人	247人	384人	564人	875人	1096人	1296人	1309人	724人	7708人
うち基礎疾患を有する者	482人	91人	126人	195人	329人	365人	435人	480人	252人	2755人

# 新型インフルエンザ 外来医療体制に関する調査

(平成21年10月26日現在)

	1. インフルエンザ様症状の患者の外来受診について、貴県ではどのような対応をとっていますか					2. インフルエンザ様症状の患者を受け入れる医療機関に対して、感染対策体制等のための支援を行っていますか				3. インフルエンザ様症状患者の外来受診患者数の増加に対してどのような対策を検討していますか							
	季節性インフルエンザと同様の対応(インフルエンザを診る医療機関すべてで対応)としている	インフルエンザ様症状の患者を診る医療機関を指定し、住民に周知している	かかりつけ医等に電話をしてから受診するよう呼びかけている	必ず発熱相談センターに電話し医療機関の紹介を受けてから受診することになっている	その他	希望のあった医療機関に対して、外来の動線分離のための必要経費(パーティション購入費等)の支援をしている	マスク等の個人防護具等の資材を備蓄し、必要に応じて配布できるようにしている	特段行っていないが、今後検討したいと考えている	その他	慢性疾患患者の定期受診を減らすため、長期処方により予約を1~2ヵ月先に延長している	救急外来時間帯には、緊急以外の外来受診を控えるよう住民に啓発している	かかりつけの医師により、電話診療でファクシミリ処方せんが発行可能であることを周知している	診療所においても夜間外来を輪番制で担当するなど、地域の外来診療体制を拡充することになっている	地域の中核病院の夜間救急外来を拡充するため、開業医師が輪番制で診療に参加することになっている	医療機関の外来だけで対応が困難な場合には、公共施設等に発熱外来を設置して運用することになっている	地域の主な医療機関の受診状況を把握して、待ち時間などの情報をもとに受診先を誘導することになっている	その他
北海道	○		○				○			○	○	○	○	○	○		
青森	○		○			○	○			○	○	○					
岩手	○		○				○	○		○	○	○	○				
宮城	○		○				○			○	○	○					
秋田	○	○	○				○			○	○	○					
山形	○	○	○				○			○	○	○	○				
福島	○	○	○				○	○		○	○	○	○				○
茨城	○		○		○		○			○	○	○	○	○			○
栃木	○		○					○		○	○	○		○			○
群馬	○		○					○		○	○	○					
埼玉	○		○				○		○	○	○	○	○				○
千葉	○		○				○			○	○	○	○				
東京	○		○						○	○	○	○	○				○
神奈川	○		○				○			○	○	○	○				
新潟	○		○			○	○			○	○	○					
富山	○		○				○			○	○	○					○
石川	○		○						○	○	○	○	○				
福井	○		○						○	○	○	○					○
山梨	○		○		○					○	○	○					○
長野	○		○		○		○			○	○	○	○	○			
岐阜	○		○		○		○			○	○	○	○	○			
静岡	○		○				○			○	○	○	○				○
愛知	○		○				○			○	○	○	○				○
三重	○		○				○			○	○	○	○				○

## 新型インフルエンザ 外来医療体制に関する調査

(平成21年10月26日現在)

	1. インフルエンザ様症状の患者の外来受診について、貴県ではどのような対応をとっていますか					2. インフルエンザ様症状の患者を受け入れる医療機関に対して、感染対策体制等のための支援を行っていますか					3. インフルエンザ様症状患者の外来受診患者数の増加に対してどのような対策を検討していますか							
	季節性インフルエンザと同様の対応(インフルエンザを診る医療機関すべてで対応)としている	インフルエンザ様症状の患者を診る医療機関を指定し、住民に周知している	かかりつけ医等に電話をしてから受診するよう呼びかけしている	必ず発熱相談センターに電話し医療機関の紹介を受けてから受診することになっている	その他	希望のあった医療機関に対して、外来の動線分離のための必要経費(パーティション購入費等)の支援をしている	マスク等の個人防護具等の資材を備蓄し、必要に応じて配布できるようにしている	特段行っていないが、今後検討したいと考えている	その他	慢性疾患患者の定期受診を減らすため、長期処方により予約を1~2か月先に延長している	救急外来時間帯には、緊急以外の外来受診を控えるよう住民に啓発している	かかりつけの医師により、電話診療でファクシミリ処方せんの発行が可能であることを周知している	診療所においても夜間外来を輪番制で担当するなど、地域の外来診療体制を拡充することになっている	地域の中核病院の夜間救急外来を拡充するため、開業医師が輪番制で診療に参加することになっている	医療機関の外来だけで対応が困難な場合には、公共施設等に発熱外来を設置して運用することになっている	地域の主な医療機関の受診状況を把握して、待ち時間などの情報をもとに受診先を誘導することになっている	その他	
滋賀	○		○			○	○			○	○	○	○	○			○	
京都	○		○			○	○			○	○	○	○				○	
大阪	○		○			○			○	○	○	○					○	
兵庫	○		○		○				○		○				○		○	
奈良	○		○					○			○							
和歌山	○		○				○			○	○		○				○	
鳥取	○		○			○	○			○	○						○	
島根	○		○				○			○	○							
岡山	○						○			○								
広島	○		○						○	○	○	○	○				○	
山口	○							○			○	○					○	
徳島	○		○						○	○	○						○	
香川	○		○				○			○	○							
愛媛	○		○				○			○	○							
高知	○		○				○			○	○	○	○			○		
福岡	○		○				○			○	○						○	
佐賀	○		○				○			○	○							
長崎	○		○				○			○	○						○	
熊本	○						○			○	○						○	
大分	○		○				○			○	○	○	○				○	
宮崎	○		○		○		○			○	○	○					○	
鹿児島	○		○		○										○		○	
沖縄	○						○			○		○	○				○	

## 透析患者、小児、妊婦等の重症者の搬送・受入体制の確保状況

(平成21年10月26日現在)

	1. 透析患者について						2. 小児について						3. 妊婦について					
	新型インフルエンザに感染した透析患者の重症者が発生した場合の、専門治療が可能な受入医療機関について把握し、当該患者の受け入れに対して協力を要請しているか。			透析を行う医療機関の新型インフルエンザ患者の受け入れに対する支援を行っているか。			新型インフルエンザに感染した小児の重症者が発生した場合の、専門治療が可能な受入医療機関について把握し、当該患者の受け入れに対して協力を要請しているか。			小児医療機関の新型インフルエンザ患者の受け入れに対する支援を行っているか。			新型インフルエンザに感染した妊婦の重症者が発生した場合の、専門治療が可能な受入医療機関について把握し、当該患者の受け入れに対して協力を要請しているか。			産科医療機関の新型インフルエンザ患者の受け入れに対する支援を行っているか。		
	既に行っている	今後行う予定	その他	支援を行っている	支援を行っていない	その他*	既に行っている	今後行う予定	その他	支援を行っている	支援を行っていない	その他*	既に行っている	今後行う予定	その他	支援を行っている	支援を行っていない	その他*
北海道	○			○			○			○			○			○		
青森	○	○				○			○			○	○					○
岩手	○				○		○				○		○				○	
宮城	○			○			○			○			○			○		
秋田	○			○			○			○			○			○		
山形	○			○			○			○			○			○		
福島	○				○		○				○		○				○	
茨城			○		○		○		○					○		○		
栃木	○				○		○				○		○				○	
群馬	○				○		○				○		○				○	
埼玉	○			○			○			○			○			○		
千葉	○				○		○				○		○				○	
東京	○				○		○			○			○			○		
神奈川	○				○		○			○			○			○		
新潟	○			○			○			○			○			○		
富山	○				○		○				○		○				○	
石川	○			○			○			○			○			○		
福井			○		○				○					○			○	
山梨		○			○				○				○				○	
長野	○				○		○			○			○				○	
岐阜	○			○			○			○			○			○		
静岡	○			○			○			○			○			○		
愛知	○				○		○				○		○				○	
三重	○		○	○			○		○			○		○		○		

## 透析患者、小児、妊婦等の重症者の搬送・受入体制の確保状況

(平成21年10月26日現在)

	1. 透析患者について						2. 小児について						3. 妊婦について					
	新型インフルエンザに感染した透析患者の重症者が発生した場合の、専門治療が可能な受入医療機関について把握し、当該患者の受け入れに対して協力を要請しているか。			透析を行う医療機関の新型インフルエンザ患者の受け入れに対する支援を行っているか。			新型インフルエンザに感染した小児の重症者が発生した場合の、専門治療が可能な受入医療機関について把握し、当該患者の受け入れに対して協力を要請しているか。			小児医療機関の新型インフルエンザ患者の受け入れに対する支援を行っているか。			新型インフルエンザに感染した妊婦の重症者が発生した場合の、専門治療が可能な受入医療機関について把握し、当該患者の受け入れに対して協力を要請しているか。			産科医療機関の新型インフルエンザ患者の受け入れに対する支援を行っているか。		
	既に行っている	今後行う予定	その他	支援を行っている	支援を行っていない	その他*	既に行っている	今後行う予定	その他	支援を行っている	支援を行っていない	その他*	既に行っている	今後行う予定	その他	支援を行っている	支援を行っていない	その他*
滋賀	○			○			○			○			○			○		
京都	○			○			○			○			○			○		
大阪		○		○				○		○				○		○		
兵庫	○					○	○					○						○
奈良		○			○		○					○					○	
和歌山	○			○			○			○			○			○		
鳥取	○			○			○			○			○			○		
島根	○				○		○					○					○	
岡山	○			○			○			○			○			○		
広島	○			○			○			○			○			○		
山口	○				○		○					○				○		
徳島	○			○			○			○			○			○		
香川	○			○			○			○			○			○		
愛媛	○			○			○			○			○			○		
高知	○				○		○					○			○			
福岡		○			○			○				○					○	
佐賀	○			○			○			○			○			○		
長崎	○				○		○					○					○	
熊本	○				○		○					○					○	
大分	○					○	○					○						○
宮崎	○				○		○					○					○	
鹿児島	○			○			○			○			○			○		
沖縄		○			○		○					○					○	

\*項目を追加しての解答はその他と分類