

医療介護の連携について (リハビリテーション)

1. リハビリに係る医療保険と介護保険の給付について

(基本的な考え方)

リハビリに関する医療保険と介護保険の役割としては、急性期から回復期における、心身機能や ADL の改善、向上を目的としたリハビリを医療保険より提供し、生活期(維持期)における、心身機能や ADL、生活機能を維持し、QOL を向上させるためのリハビリを介護保険より提供することとなる。

医療保険によるリハビリは、リハビリを集中的に行うための病棟の入院料(回復期リハビリテーション入院料)と、20 分を 1 単位として、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の個別療法を評価する、疾患別リハビリテーション料の 2 つに大きく分けられる。

介護保険によるリハビリは、介護老人保健施設の入所者に対するリハビリや、短期入所療養介護時のリハビリのほか、通所リハビリや訪問リハビリ等がある。

(診療報酬上の取扱い)

平成 16 年度診療報酬改定時は、理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、それぞれ個別療法と集団療法が存在し、算定上限は原則 1 日 4 単位(80 分)とされ、標準的算定日数などの日数の目安は設定されていなかった。それに対し、今後の高齢者のリハビリテーションにあるべき方向性として、個別的な計画に基づき、期間を設定して行われるべきもの、単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない、との指摘がなされ、平成 18 年度診療報酬改定で 1 人 1 日当たりの算定上限を拡大(4→6 単位)、集団療法の評価の廃止、標準的算定日数の導入を行い、状態の維持を目的とするリハビリは介護保険に移行することとした。

この取扱いについて、状態の維持を目的とするリハビリは、平成 18 年度の検証において介護保険において必ずしもニーズに合ったリハビリが実施されていないこと等の指摘があり、平成 19 年度より医療保険で一定の評価を行うこととし、平成 20 年度診療報酬改定において、1 月 13 単位まで算定可能とした。

(介護保険上の取扱い)

一方、介護保険においても、平成 21 年度介護報酬改定時に保険医療機関の通所リハビリテーション事業所の「みなし指定」や、早期の集中的なりハビリに対する評価の引き上げ等、生活期のリハビリに対する充実が図られ、通所リハビリテーションの年間受給者数は増加し、通所リハビリテーションにおける、

短期集中リハビリテーション実施加算、個別リハビリテーション実施加算の算定件数は増加している。

しかしながら社会保障審議会介護保険部会においては、十分にリハビリテーションが提供されていない状況があることや、現存するサービスを効率的に活用するとともに質の向上について検討すべきとの指摘がなされている。

2. 外来時のリハビリテーションについて

入院外のリハビリについては、外来でのリハビリ、訪問リハビリともに、医師による定期的なリハビリ効果の判定やリハビリ計画の策定が求められている一方で、日々のリハビリ提供時には外来でのリハビリでは基本的な診察を前提としているのに対し、訪問リハビリでは必ずしも診察を要さない。

外来のリハビリと訪問リハビリの患者の ADL をバーセル指数で比較すると、外来のリハビリ患者の 6 割がバーセル指数 60 点以上であるのに対し、訪問リハビリ患者の 3 割がバーセル指数 40 点未満であり、外来リハビリ患者の方が ADL がよい。

さらに、外来のリハビリは医療機関内で提供されるのに対し、訪問リハビリは居宅等で提供されるため、急変時における対応は相対的に外来のほうが容易と考えられる。

リハビリ提供医療機関に対する、外来における再診の必要頻度についてのアンケートでは、毎回必ず診察を要すると判断される状態の患者は少なく、多くは 1 週間～1 月程度の間隔の再診でもよいとの意見がなされている。

3. 論点

(リハビリに係る医療保険と介護保険の給付について)

平成 18 年度のリハビリ提供体制の状況を勘案し、状態の維持を目的とするリハビリについて医療保険で一定の評価を行うこととしているが、医療と介護が連携しつつ、医療保険と介護保険の機能の一層の明確化するために、医療保険においてどのような対応が考えられるか。

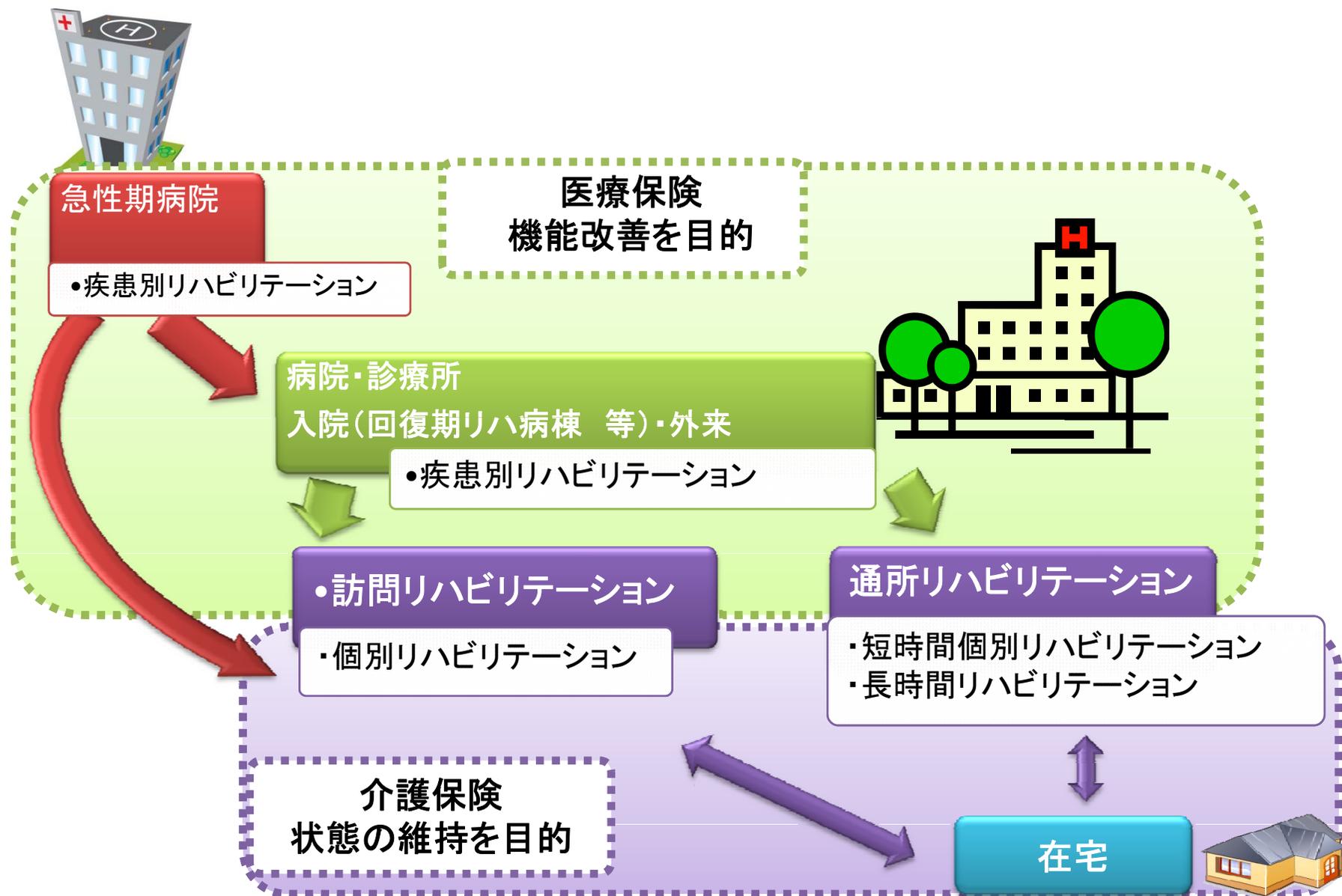
(外来時のリハビリテーションについて)

外来でのリハビリ提供時には基本的な診察を前提としていることについて、患者の状態像やリハビリ提供時の急変時対応体制等の観点からどのように考えられるか。また、定期的な診察を前提とした医師の包括的指示に基づくリハビリ提供を外来で行うことは可能か。

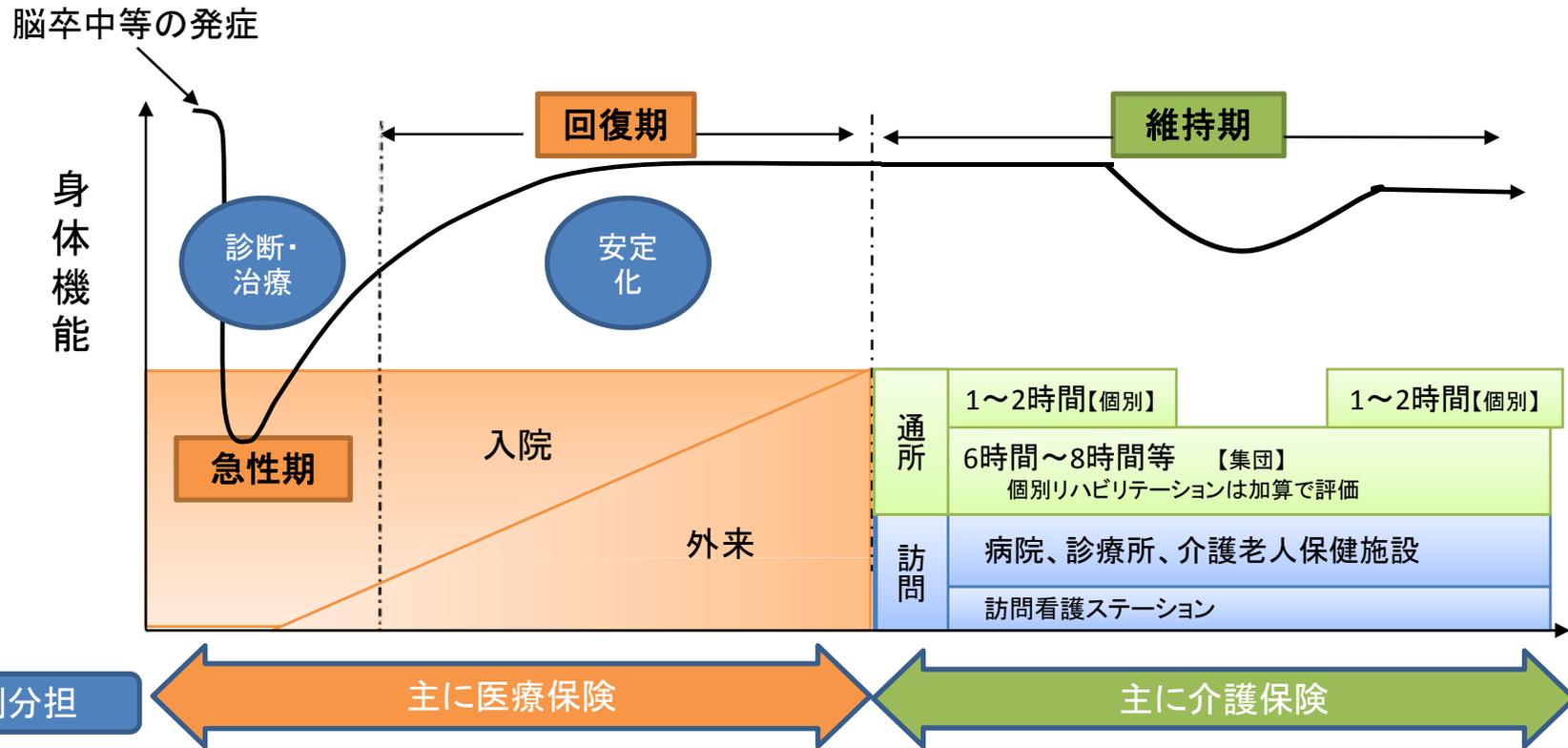
医療介護の連携(その3)

リハビリに係る 医療保険と介護保険の給付について

リハビリテーションに関する医療と介護の連携 (医療機関から提供される場合のイメージ)



リハビリテーションの役割分担



	急性期	回復期	維持期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる 廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成される チームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

医療保険におけるリハビリテーションについて

医療保険によるリハビリテーションについて

患者に対して20分以上個別療法として理学療法や作業療法、言語聴覚療法等の療法を行った場合に1単位として算定する費用。回復期リハビリテーション病棟をはじめ、リハビリテーションを包括していない入院、外来においても算定が可能。

疾患別リハビリテーション料

一般病棟入院基本料等

回復期リハビリテーション
入院料

療養病棟入院基本料等

← 一般病床 >

< 療養病床 > →

脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟において算定する入院料。

リハビリテーションの費用は別に算定できる。

H16リハビリテーション概要

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、それぞれ個別療法と集団療法が存在
- 標準的算定日数などの日数の目安はなし

個別療法

1単位250点(11単位目以降は7割)

理学療法:3単位/日まで

作業療法:3単位/日まで

言語聴覚療法:3単位/日まで

集団療法

1単位100点

理学療法:2単位/日、8単位/月まで

作業療法:2単位/日、8単位/月まで

言語聴覚療法:2単位/日、8単位/月まで

(急性発症した脳血管疾患等については12単位/月まで)

点数の例は理学療法、作業療法、言語聴覚療法の の場合

いずれか1日合計4単位まで

(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計6単位まで)

早期加算

14日以内 100点

15日-30日以内 80点

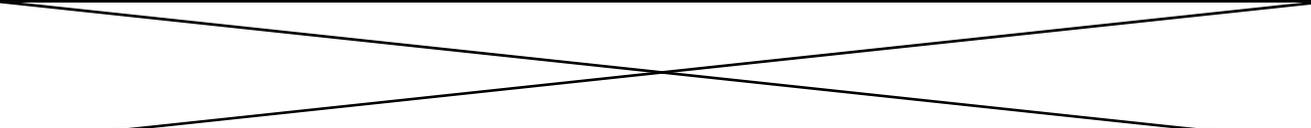
31日-90日以内 30点

(参考)別に厚生労働大臣が定める患者

・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

・急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者₇

H16リハビリテーションの施設基準

理学療法	作業療法	言語聴覚療法	療法	点数/単位	人員要件	面積要件
(I)	(I)		個別	250	A、Bのいずれかを満たすこと ①～③を満たすこと ①医師：専任の常勤2名以上 ②理学療法士：常勤専従5名以上 ③作業療法士：常勤専従3名以上	理学療法部分300m ² 作業療法部分100m ²
			集団	100	B 常勤専従理学療法士・常勤専従作業療法士がそれぞれ6名以上かつ、合計15名以上	240m ²
		(I)	個別	250	①～③を満たすこと ①医師：専任の常勤1名以上 ②言語聴覚士：常勤専従3名以上	8m ² × 3部屋(個別)
			集団	100		16m ² × 1部屋(集団)
(II)	(II)	(II)	個別	180	①かつ②～④のいずれかを満たすこと ①医師：専任の常勤1名以上 ②理学療法士：常勤専従1名以上 (理学療法Ⅱ) ③作業療法士：常勤専従1名以上 (作業療法Ⅱ) ④言語聴覚療法士：常勤専従1名以上(言語聴覚Ⅱ)	100m ² (理学療法Ⅱ) 75m ² (作業療法Ⅱ) 8m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅱ(個別)) 16m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅱ(集団))
			集団	80		
(III)		(III)	個別	100	①かつ②、③のいずれかを満たすこと ①医師：1名以上の勤務 ②理学療法士：週2日以上勤務1名以上(理学療法(Ⅲ)) ③作業療法士：週1日以上勤務1名以上(言語聴覚(Ⅲ))	45m ² (理学療法Ⅲ) 8m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅲ(個別)) 16m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅲ(集団))
			集団	40		
(IV)			個別	50		
			集団	35		

※ 集団療法：実施単位数は従事者1人当たり1日のべ54単位を限度

リハビリテーションについての問題点等

「高齢者リハビリテーション研究会報告(平成16年1月)において、リハビリテーションに関する問題点として、

- ◆ もっとも重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分行われていない
- ◆ 長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーション医療が行われている
- ◆ 医療から介護への連続するシステムが機能していない
- ◆ リハビリテーションとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリテーションとケアが混在して提供されているものがある
- ◆ 在宅におけるリハビリテーションが十分でない

との指摘を受けたところ。

今後の高齢者のリハビリテーションのあるべき方向性として、

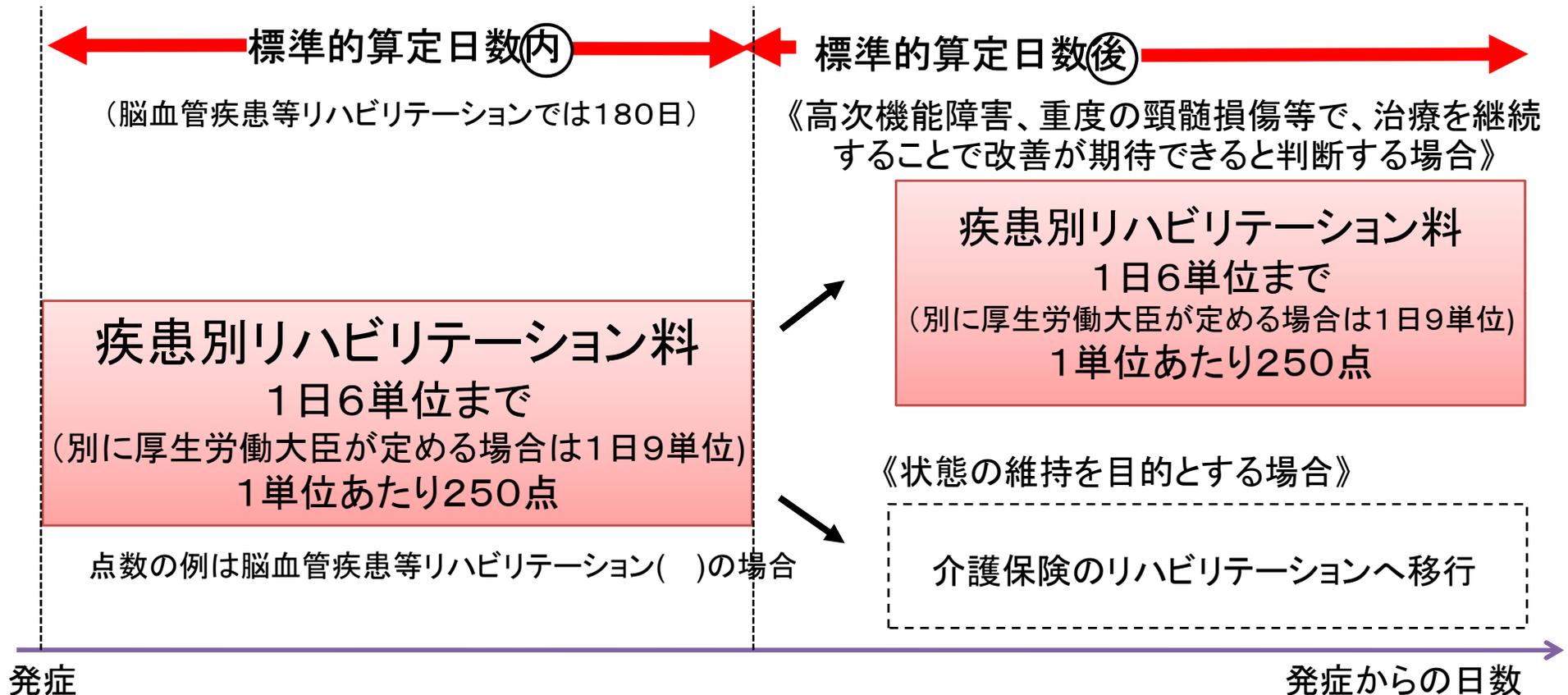
- ◆ リハビリテーションは、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた個別的な計画に基づき、期間を設定して行われるべきものである。
- ◆ 目標や計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない。ことが指摘されたところ。

出典:「いきいきとした生活機能の向上を目指して」

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」普及啓発委員会 より抜粋

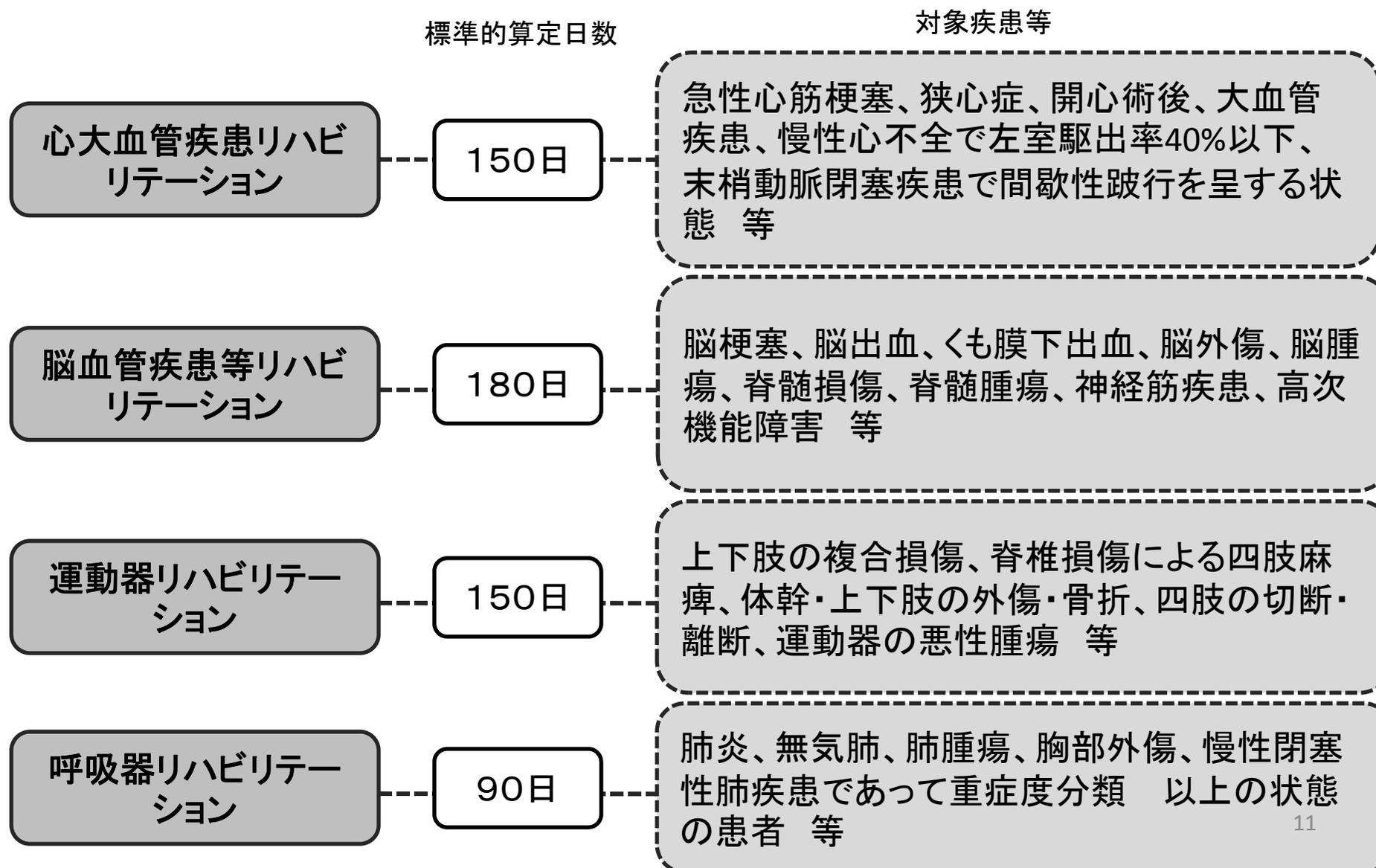
平成18年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の区分を廃止し、疾患別の評価体系を導入。
- 集団療法の評価の廃止。(介護保険では集団療法存続)
- 1人1日あたりの上限は4単位から6単位に拡大。



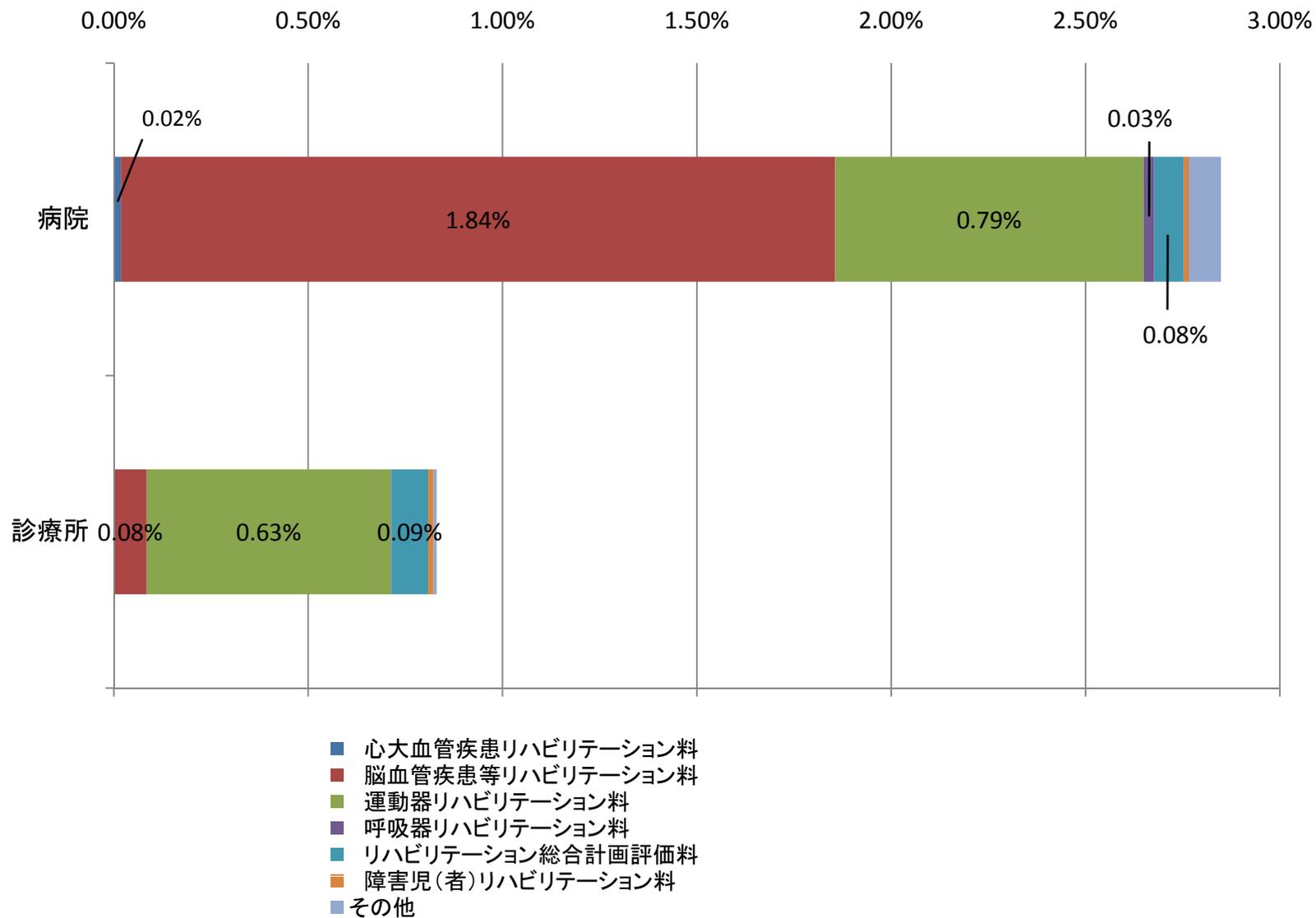
疾患別リハビリテーションと標準的算定日数

リハビリテーションについては、疾病や障害の特性に応じた評価体系としている。



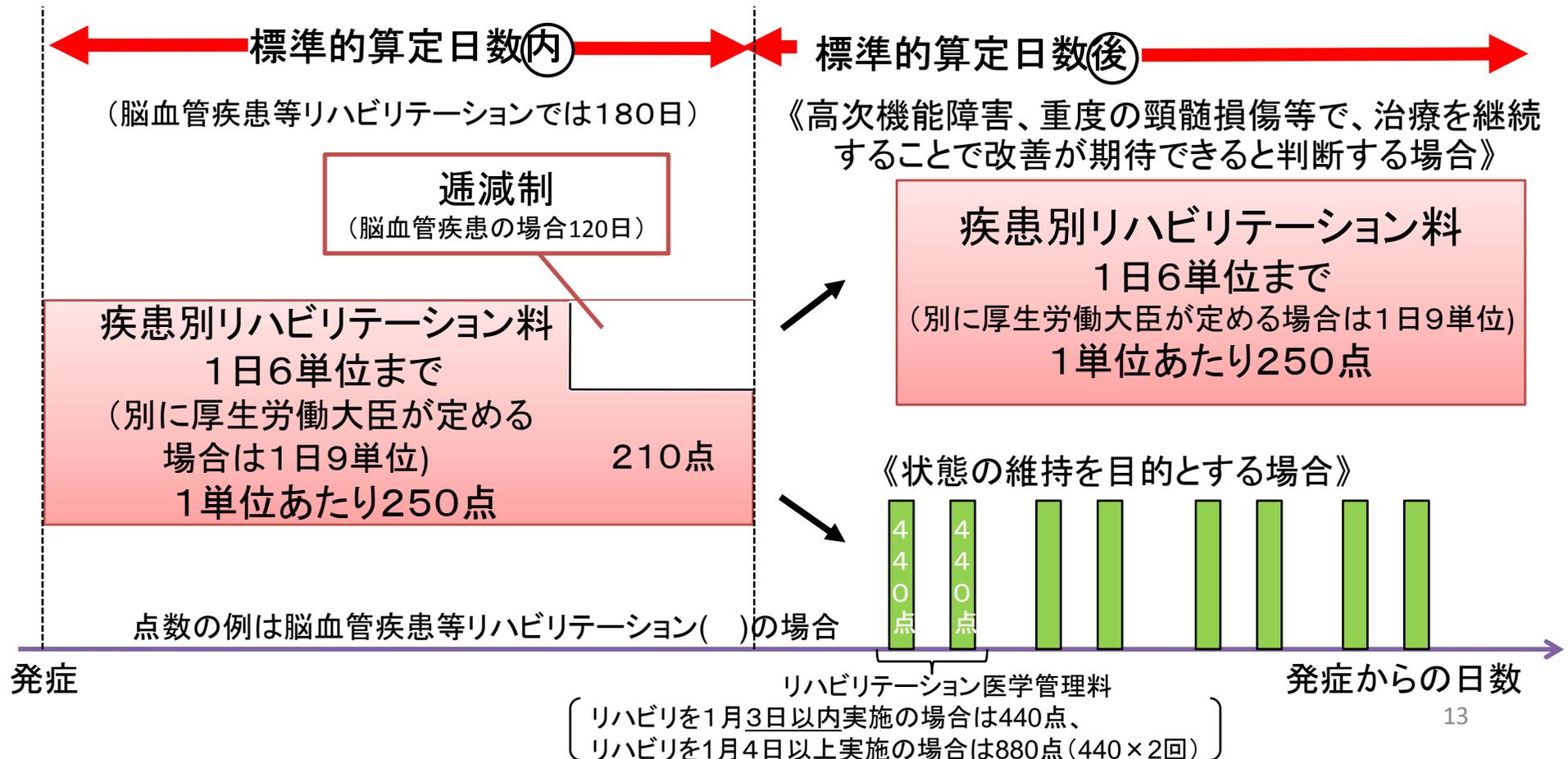
医療費に占めるリハビリテーション料の比率

(平成21年社会医療診療行為別調査)



平成19年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

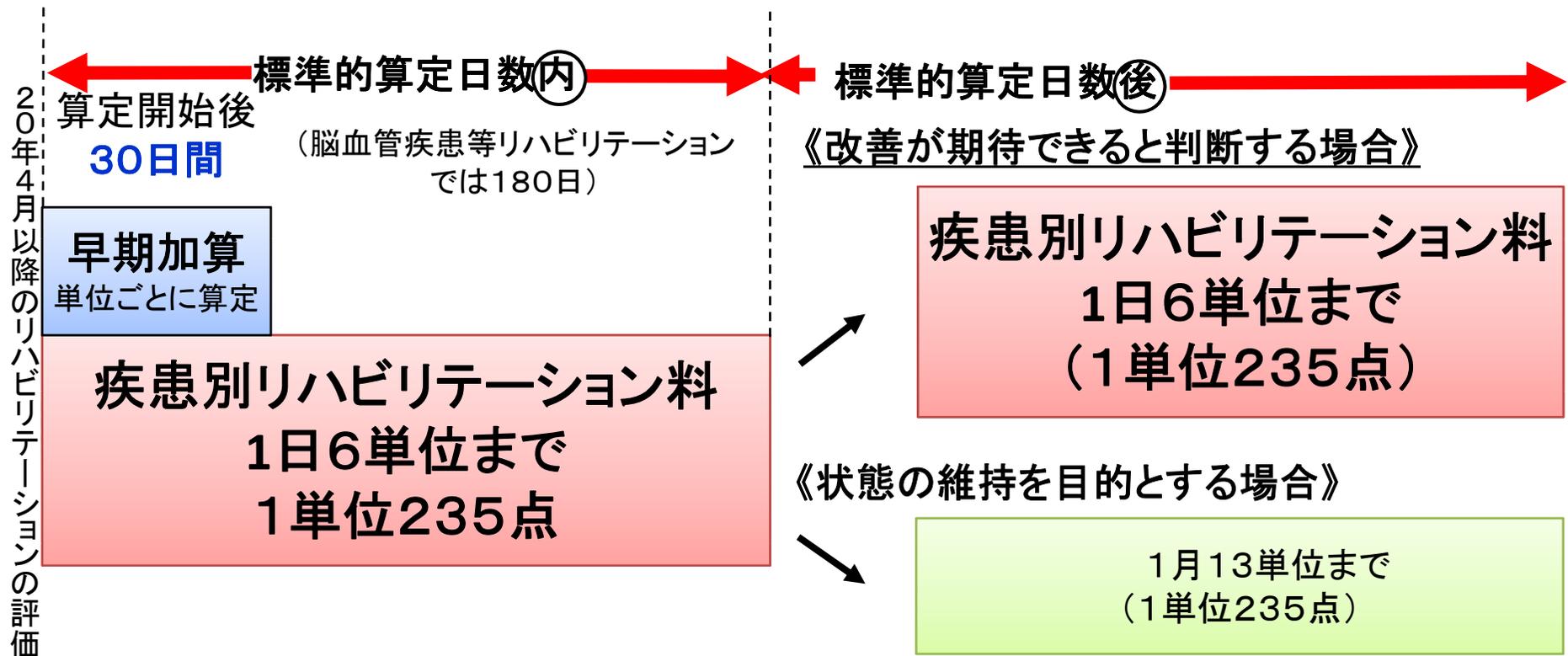
- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の区分を廃止し、疾患別の評価体系を導入。
- 集団療法の評価の廃止。(介護保険では集団療法存続)
- 1人1日あたりの上限は4単位から6単位に拡大。



平成20年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

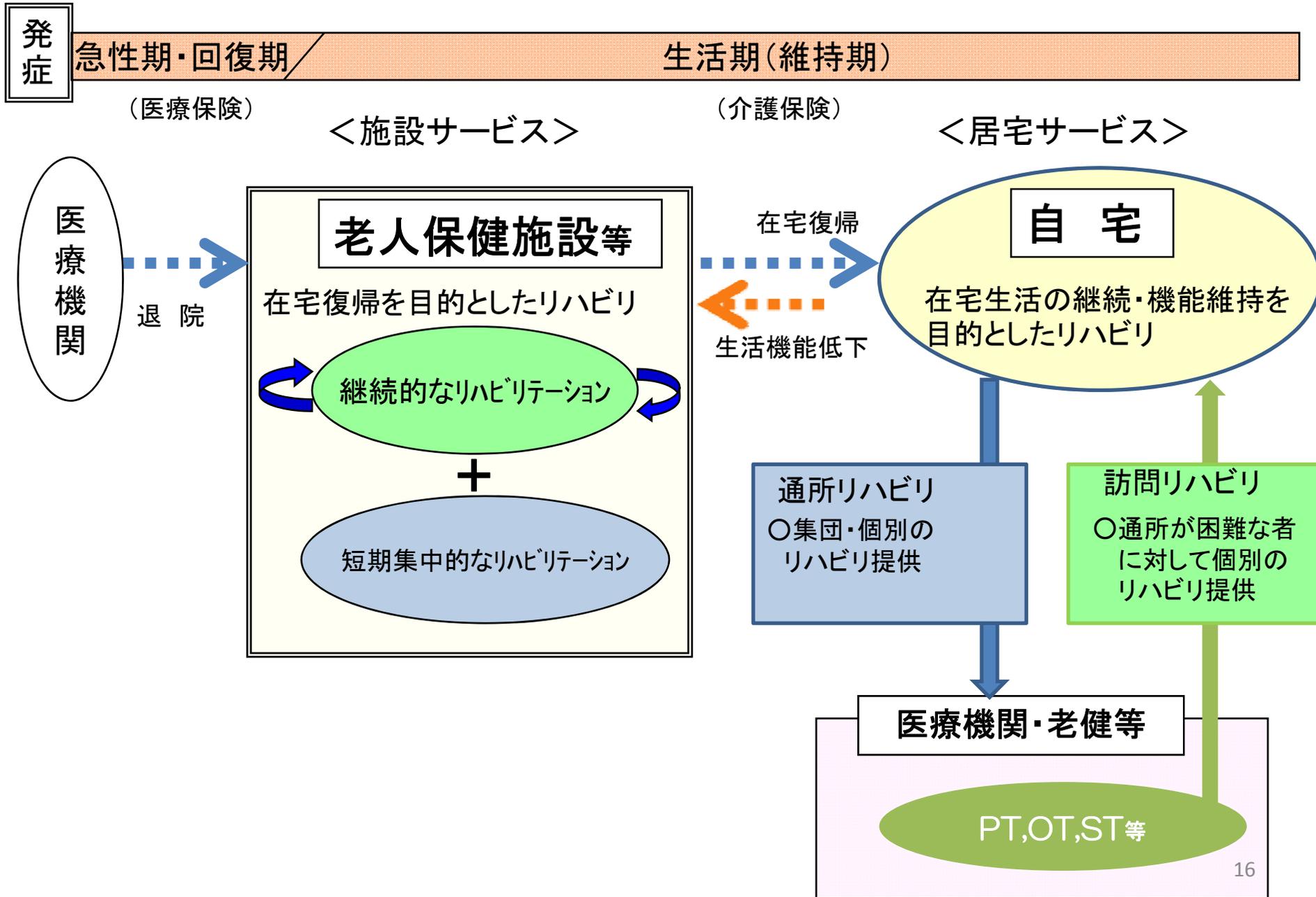
- 医師が改善が期待できると判断する場合は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能
- それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても、標準算定日数(180日等)を越えるリハビリを評価

例: 1ヶ月13単位まで(1単位の点数は標準的算定日数以前と同じ)



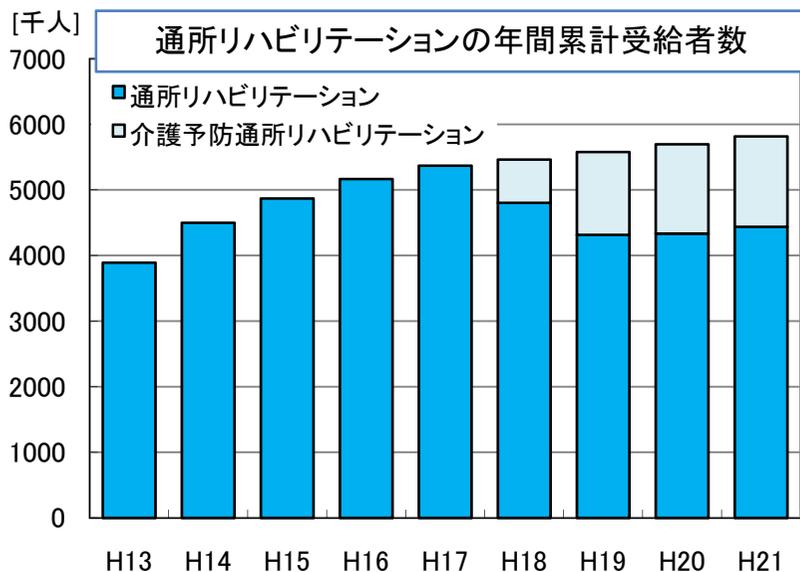
介護保険におけるリハビリテーションについて

介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ



通所リハビリテーションの利用状況と課題

- 通所リハビリテーションと通所介護は、利用者の所要時間は同程度である。
- 医療機関の外来でリハビリテーションを受ける場合の滞在時間は概ね2時間以内である。

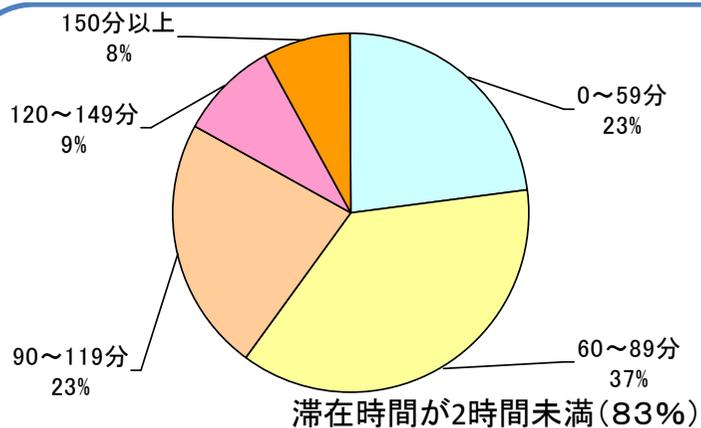


通所介護と通所リハビリテーションの所要時間

所要時間	通所介護	通所リハビリテーション
1時間以上～2時間未満	—	0.6%
2時間以上～3時間未満	0.5%	0.6%
3時間以上～4時間未満	2.2%	3.0%
4時間以上～6時間未満	12.0%	11.3%
6時間以上～8時間未満	84.5%	84.3%
8時間以上～9時間未満	0.4%	0.2%
9時間以上～10時間未満	0.4%	0.1%

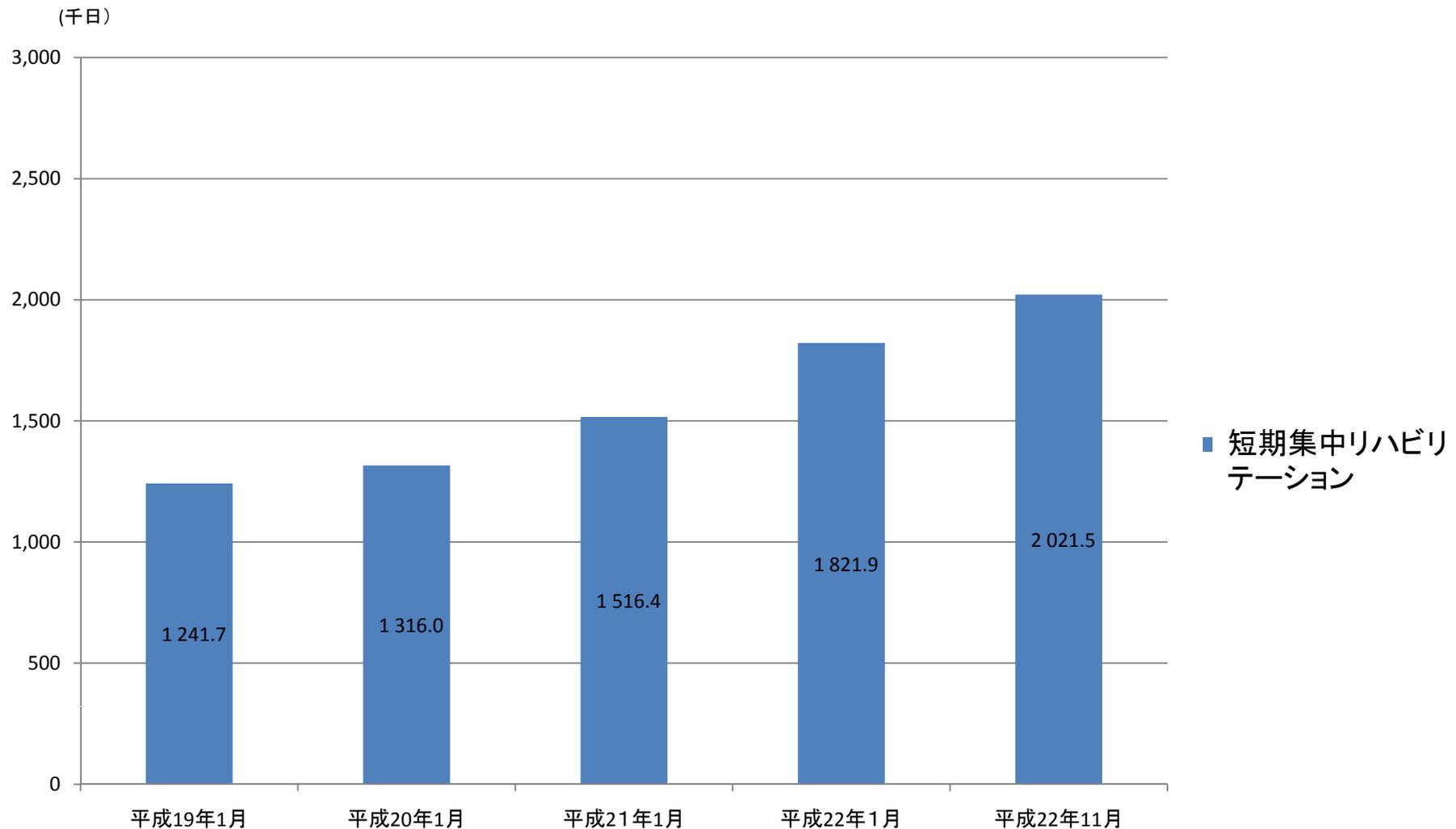
出典：介護給付費実態調査

(参考) 医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間



滞在時間	0～59分	60～89分	90～119分	120～149分	150分以上
平均リハビリテーション実施時間	36分	42分	58分	76分	88分

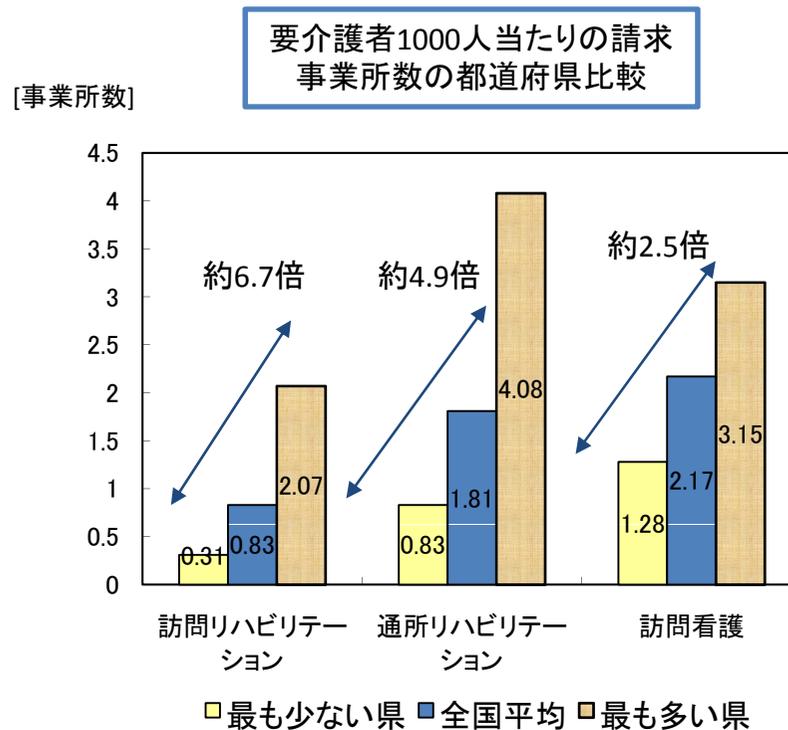
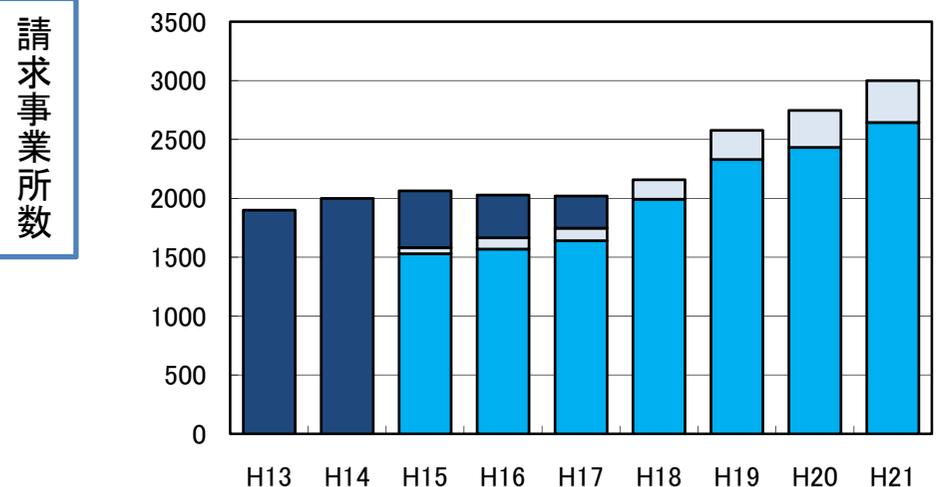
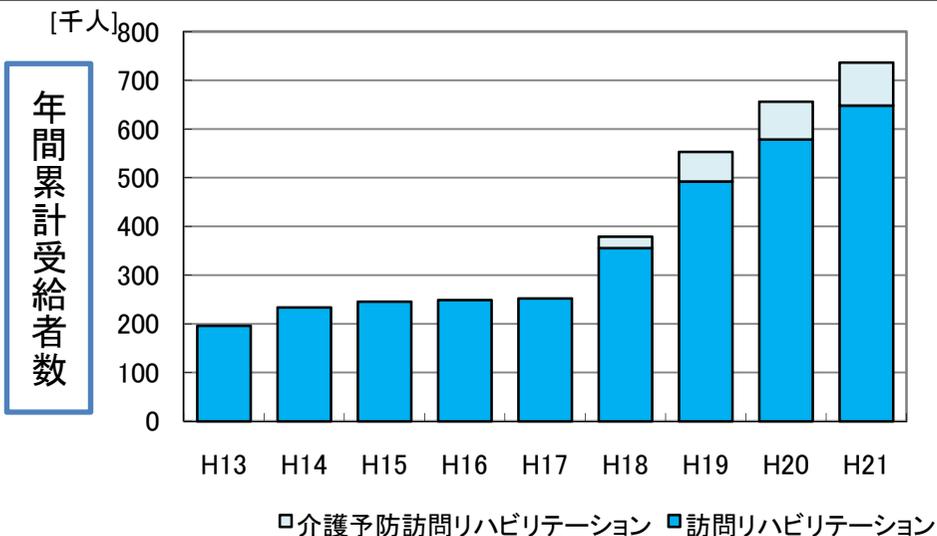
通所リハビリテーションにおける 短期集中リハビリテーション実施加算の算定について



(注)平成22年1月以降の短期集中リハビリテーションは、個別リハビリテーション実施加算を含む

訪問リハビリテーションの利用状況と課題

- 訪問リハビリテーション（予防も含む）の受給者数、事業所数は増加傾向で推移。
- 1000人当たりの事業所は、都道府県ごとに設置状況に差があり、十分にサービスが提供できていない地域があると考えられる。



■ (旧)施設区分なし
□ 介護老人保健施設

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」（抜粋）

介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

(1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

(リハビリテーションの推進)

○ リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

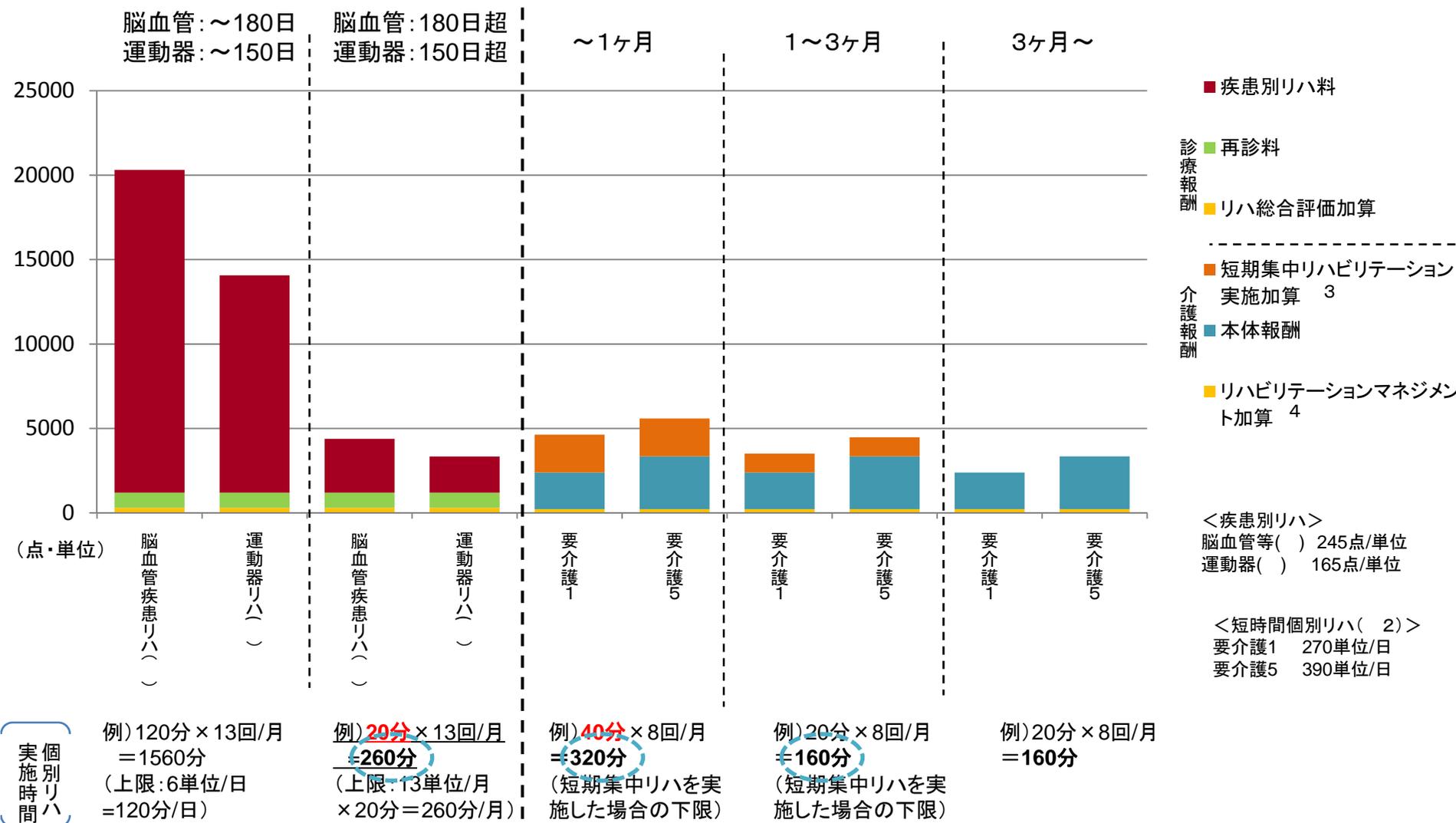
○ しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。

○ そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

○ さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

【医療保険¹】（急性期・回復期） → 【医療保険¹】（生活期（維持期）） → 【介護保険（通所リハビリテーション：短時間個別リハ²の場合）】（生活期（維持期））

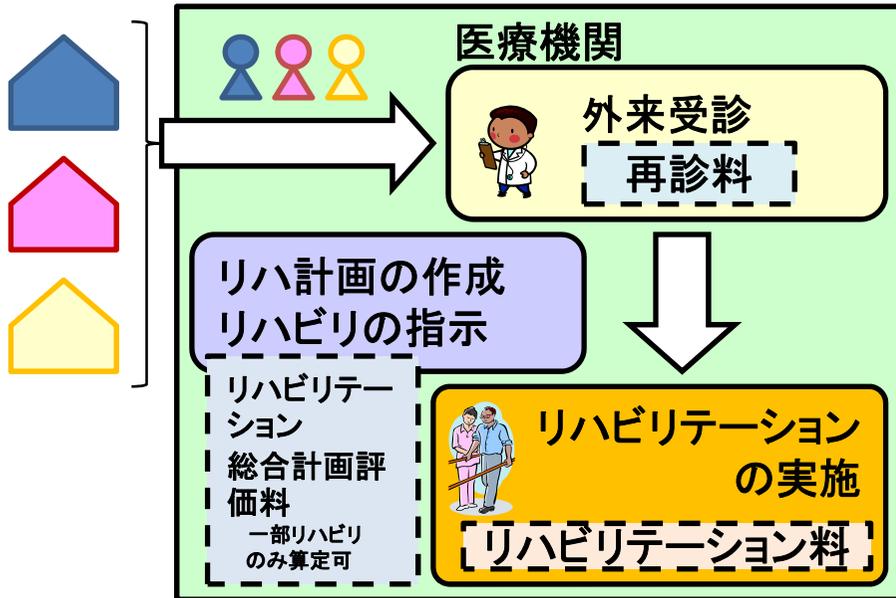


- 1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。
- 2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。
- 3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
- 4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

外来時のリハビリテーションについて

入院外のリハビリテーションについて

外来リハビリテーション



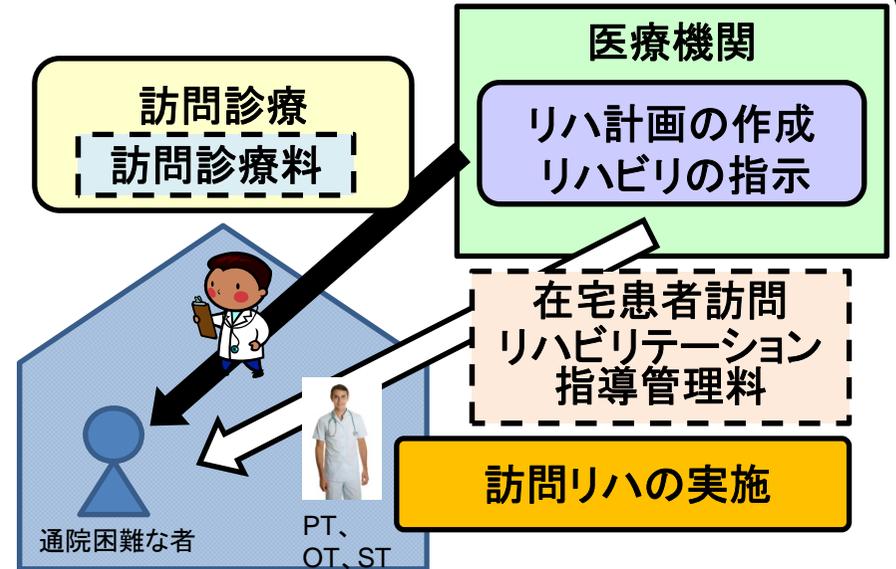
- ▶ 定期的にリハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- ▶ リハビリ提供時に基本的な診察が前提
- ▶ 医療機関内でのリハビリ提供のため、急変時対応が訪問の場合より容易
- ▶ 訪問リハビリの患者と比較して、状態像がよい

(費用のイメージ)

$$\boxed{\text{初・再診料}} + \left(\begin{array}{l} \boxed{\text{再診料}} \\ \boxed{\text{リハビリ料}} \end{array} \right) \times \text{リハビリ毎}$$

(定期的な評価) (日々のリハビリ)

訪問リハビリテーション



- ▶ 定期的にリハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- ▶ リハビリ提供時に必ずしも診察を要さない
- ▶ 居宅等でのリハビリ提供のため、急変時対応が外来の場合より困難
- ▶ 外来リハビリの患者と比較して、状態像が悪い

(費用のイメージ)

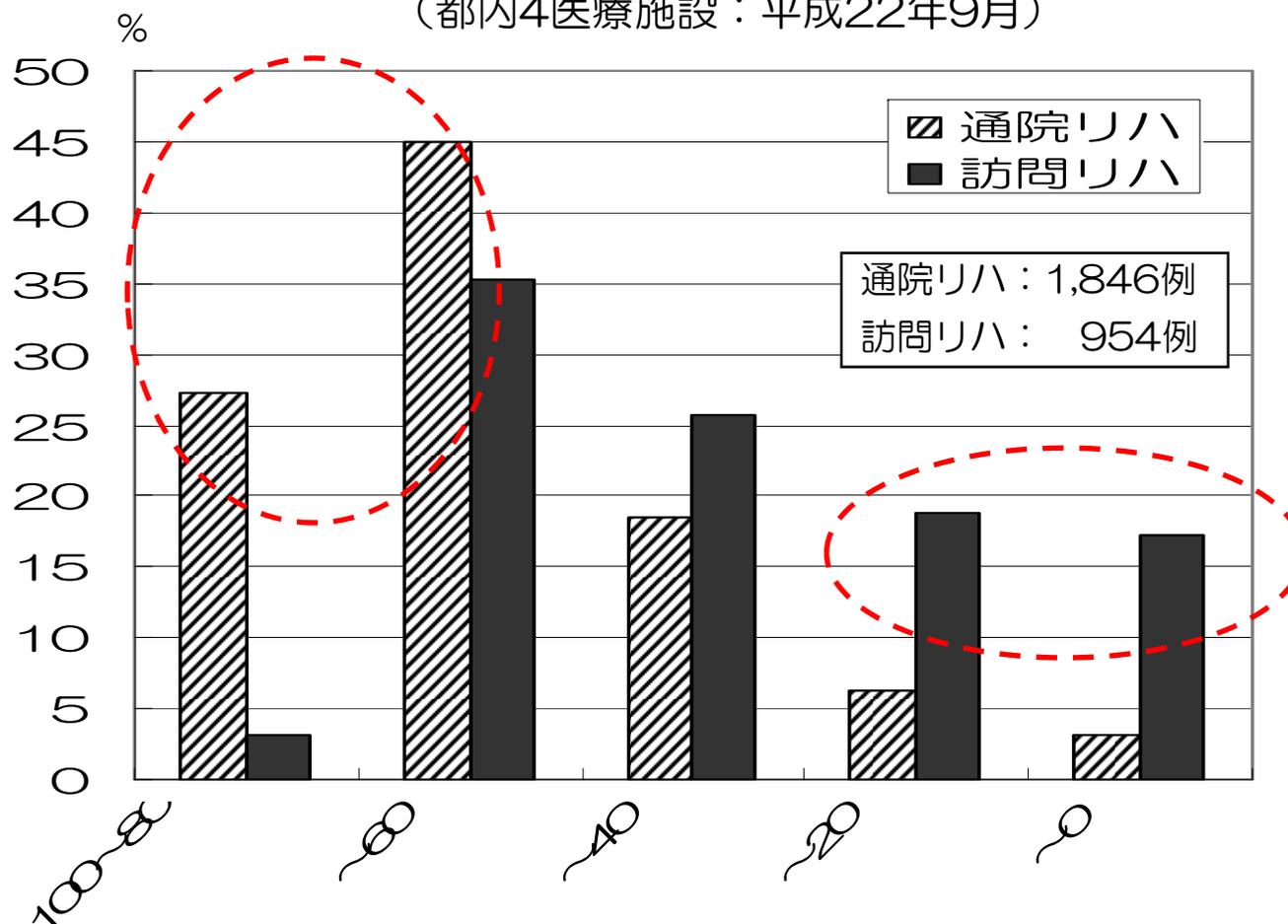
$$\boxed{\text{訪問診療料}} + \left(\begin{array}{l} \boxed{\text{在宅患者訪問}} \\ \boxed{\text{リハビリテーション}} \\ \boxed{\text{指導管理料}} \end{array} \right) \times \text{リハビリ毎}$$

(定期的な評価) (日々のリハビリ)

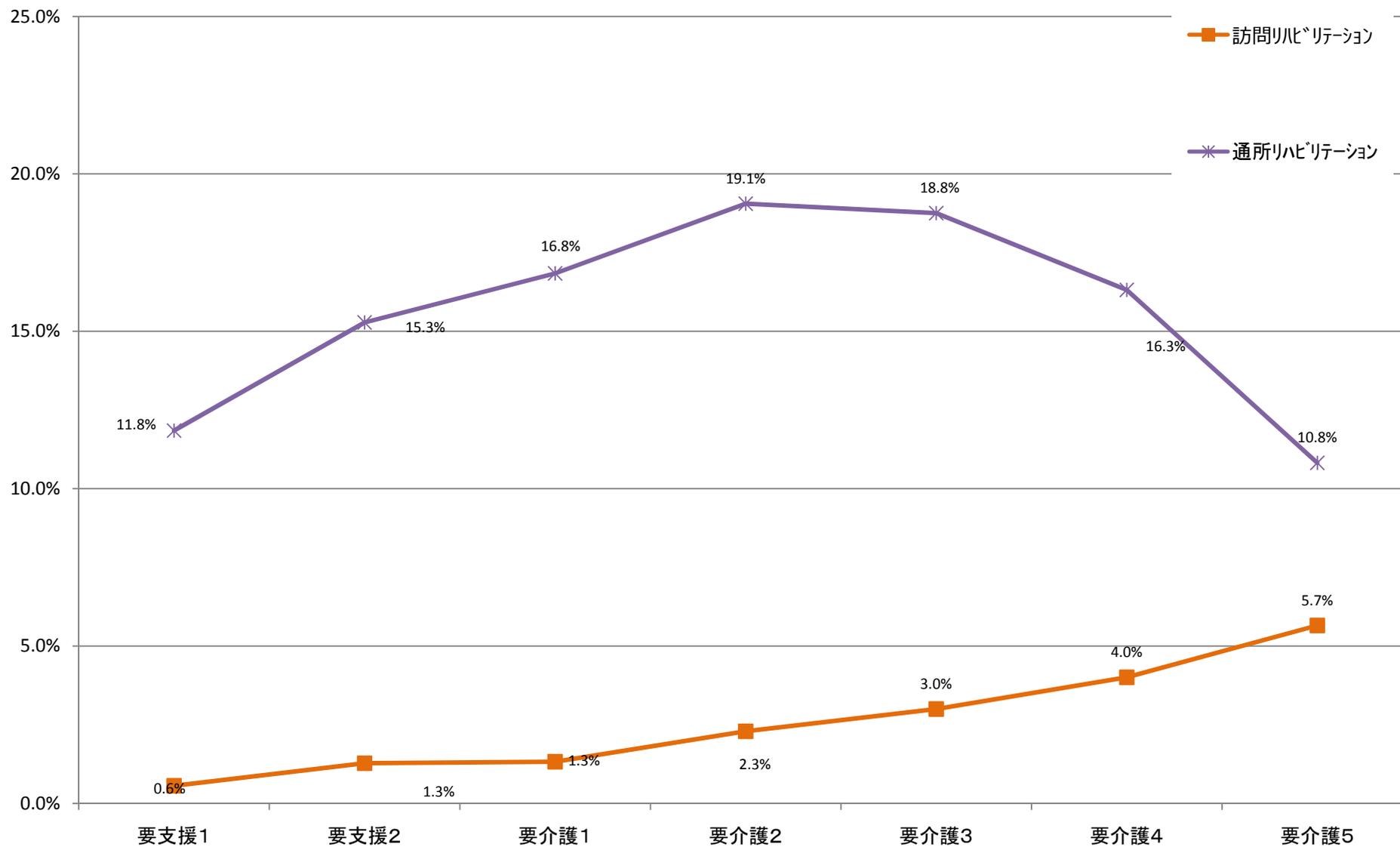
(医療保険) 通院リハ・訪問リハにおける ADL (バーセル指数) による利用者数割合の比較

- ・通院リハと訪問リハの患者のADL(バーセル指数)を比較すると、通院リハ患者のほうがADLがよい。

通院リハと訪問リハのバーセル指数による比較
(都内4医療施設：平成22年9月)

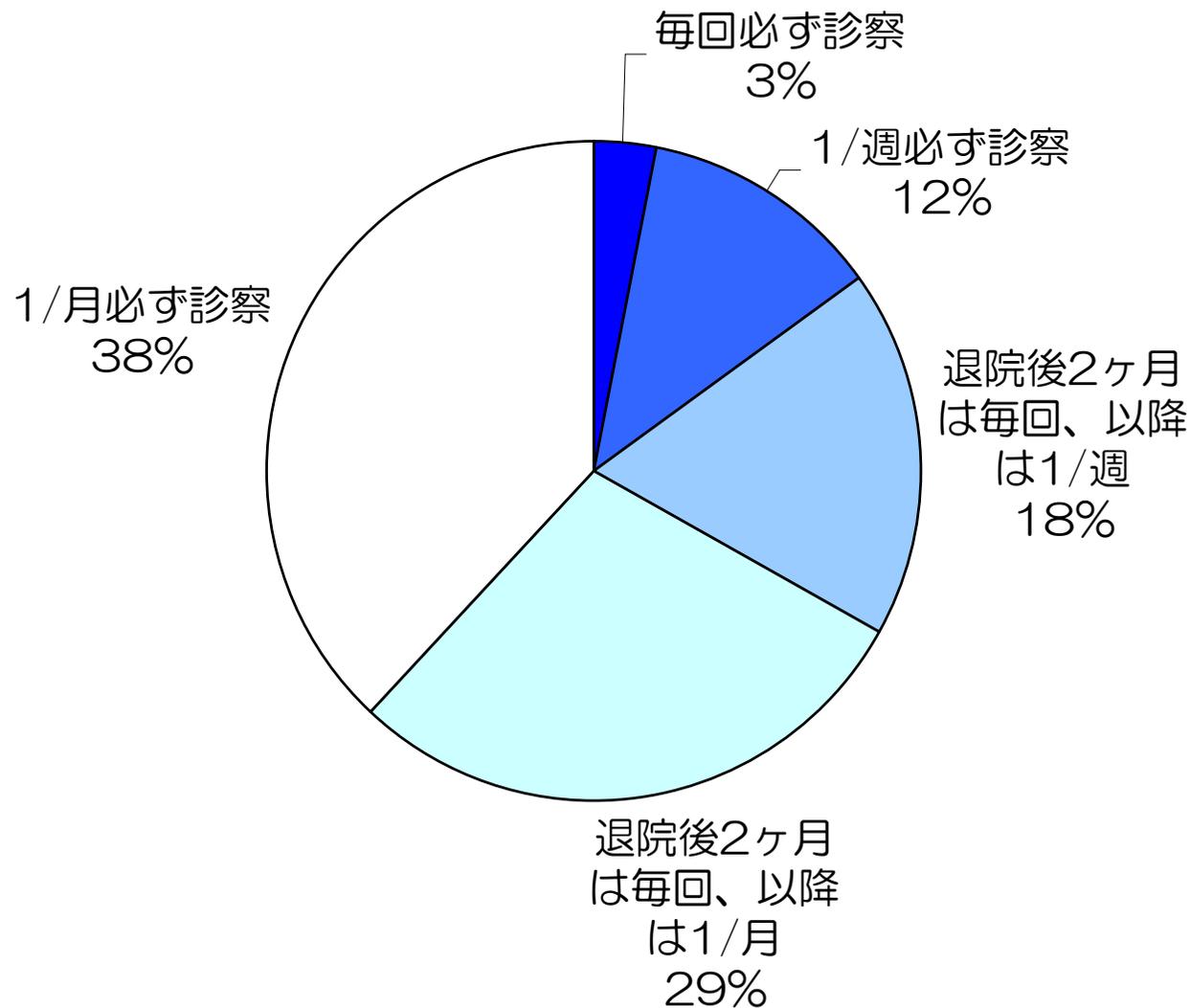


(介護保険)居宅サービス種類別に応じた利用者割合(要介護度別)



各サービスには介護予防を含む
 介護給付費実態調査(平成22年8月審査分)

通院リハ実施患者に対する
再診の必要性に関するアンケート調査結果
「外来における再診の必要頻度についての意見」
(日本リハ病院・施設協会 316施設 2010年8月)



通院リハ実施患者に対する
再診の必要性に関するアンケート調査結果
「自由記載」の主な意見
(日本リハ病院・施設協会 316施設 2010年8月)

1	通院リハでは変化が乏しいため、毎回の診察は非効率的であり、新たな仕組みが必要。
2	通院リハにおいてはリハ科医師による毎回の診察ができず、ニーズは高く患者に迷惑をかけることになったが、通院リハを廃止せざるを得なかった。
3	通院リハではPT・OT・STは予約制だが、医師の診察により患者の待ち時間が長くなり、患者の不満が多くなっており、再検討を望む。
4	待ち時間が長く、患者が再診を受けずに帰ってしまうことも多い。
5	訪問リハは重度の患者が多いにもかかわらず1/月の診察で良く、通院リハは毎回診察ということが疑問。1/月の診察とリハ実施計画の策定が重要ではないか。
6	看護師による全身状態チェックは必要だが、医師の診察は必要に応じて実施すればよいのではないか。
7	リハ計画を毎回変更することはあり得ないため、最低1/月の診察でしっかりとリハ計画を作成することが重要。
8	1/月のリハ実施計画書作成に診察は必須だが、毎回の再診は形骸化しており無駄ではないか。
9	毎回の再診は、訓練室での回診的な診察となっており、じっくり診察する時間がとれないことから、是非、再検討してほしい。
10	退院後2ヶ月間は変化することが多いため毎回診察すべきだが、それ以降の再診は最低1/月以上、必要に応じて実施することで十分ではないか。

參考資料

疾患別リハビリテーションの評価の充実①

脳血管疾患等リハビリテーション料の引き上げと評価体系の見直し

脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション() () の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

現行	
脳血管疾患等リハビリテーション料()	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	100点



改定後		
脳血管疾患等リハビリテーション料()	廃用症候群以外の場合	245点
	廃用症候群の場合	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	廃用症候群以外の場合	200点
	廃用症候群の場合	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	廃用症候群以外の場合	100点
	廃用症候群の場合	100点

疾患別リハビリテーションの評価の充実②

運動器リハビリテーションの評価

大腿骨頸部骨折の手術後等における運動器リハビリテーションについては、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

⑨ 運動器リハビリテーション料()175点(1単位につき)

[算定要件]

入院中の患者に対し、急性期のリハビリテーションを個別に20分以上提供した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。

疾患別リハビリテーションの評価の充実③

心大血管疾患リハビリテーションの評価

心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で418施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

[施設基準の変更点]

1. 心大血管疾患リハビリテーション()の施設基準において、常時、勤務することとされていた循環器科又は心臓血管外科の医師を、心臓血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯においては常時勤務することとした。
2. 心大血管疾患リハビリテーションに専従する理学療法士又は看護師について、心大血管疾患リハビリテーションを行わない時間帯において他の疾患別リハビリテーション等に従事可能とした。
3. 心大血管疾患リハビリテーションに専用の機能訓練室について、それぞれの施設基準を満たせば、他の疾患別リハビリテーションに専用の機能訓練室と同一の部屋とすることを可能とした。

疾患別リハビリテーションの評価の充実④

発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

早期リハビリテーション加算30点→45点(1単位につき)

発症早期からのリハビリテーションの充実

維持期のリハビリテーションについては、平成21年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供を継続する。



疾患別リハビリテーションの点数と人員配置(平成22年度改定前)

		心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
PT/OT等のスタッフ	10名		(Ⅰ)235点		
	4名		(Ⅱ)190点		
	2名	(Ⅰ)200点		(Ⅰ)170点	(Ⅰ)170点
	1名		(Ⅲ)100点	(Ⅱ)80点	(Ⅱ)80点
	常勤でない従事者1名	(Ⅱ)100点			
算定日数上限		150日	180日	150日	90日

疾患別リハビリテーションの点数と人員配置(平成22年度改定後)

		心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
PT/OT等のスタッフ	10名		(Ⅰ)245点 (235点※)		
	4名		(Ⅱ)200点 (190点※)	新(Ⅰ) 175点*	
	2名	(Ⅰ)200点		新(Ⅱ) 165点	(Ⅰ)170点
	1名		(Ⅲ)100点	新(Ⅲ) 80点	(Ⅱ)80点
	常勤でない従事 者1名	(Ⅱ)100点			
算定日数上限		150日	180日	150日	90日

廃用症候群の患者に行った場合 * 入院中の患者に限る

疾患別リハビリテーション料の施設基準について①

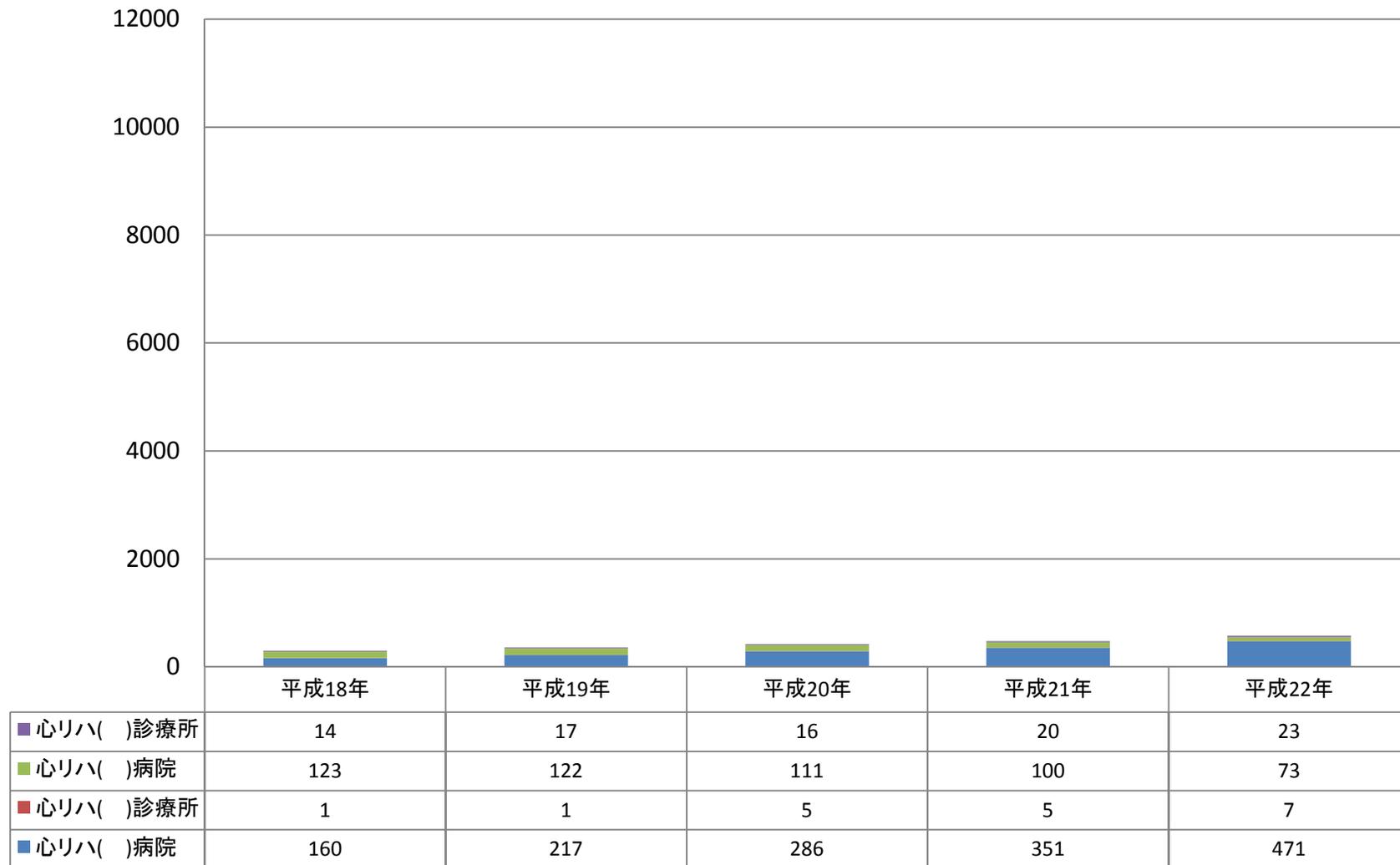
脳血管疾患等	I	病院・診療所: 160㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	専任の常勤医師 2名 ① PT: 5名以上 ② OT: 3名以上 ③ ST: 1名以上 (STを行う場合) ①～③の合計で10名以上	245点 (235点)
	II	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	専任の常勤医師 1名 PT・OT・ST (STを行う場合) が各1名以上 合計4名以上	200点 (190点)
	III	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	専任の常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ③ ST: 1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	100点
運動器	新 I	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師1名 PT・OTのいずれか又は合わせて4名以上	175点
	新 II	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 2名以上 ② OT: 2名以上 ③ PT・OT 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	165点
	新 III	病院・診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと	80点

運動器リハビリテーション新 にあつては、所定の研修を修了したあんまマッサージ師等を専従者として届け出を行うことが可能。

疾患別リハビリテーション料の施設基準について②

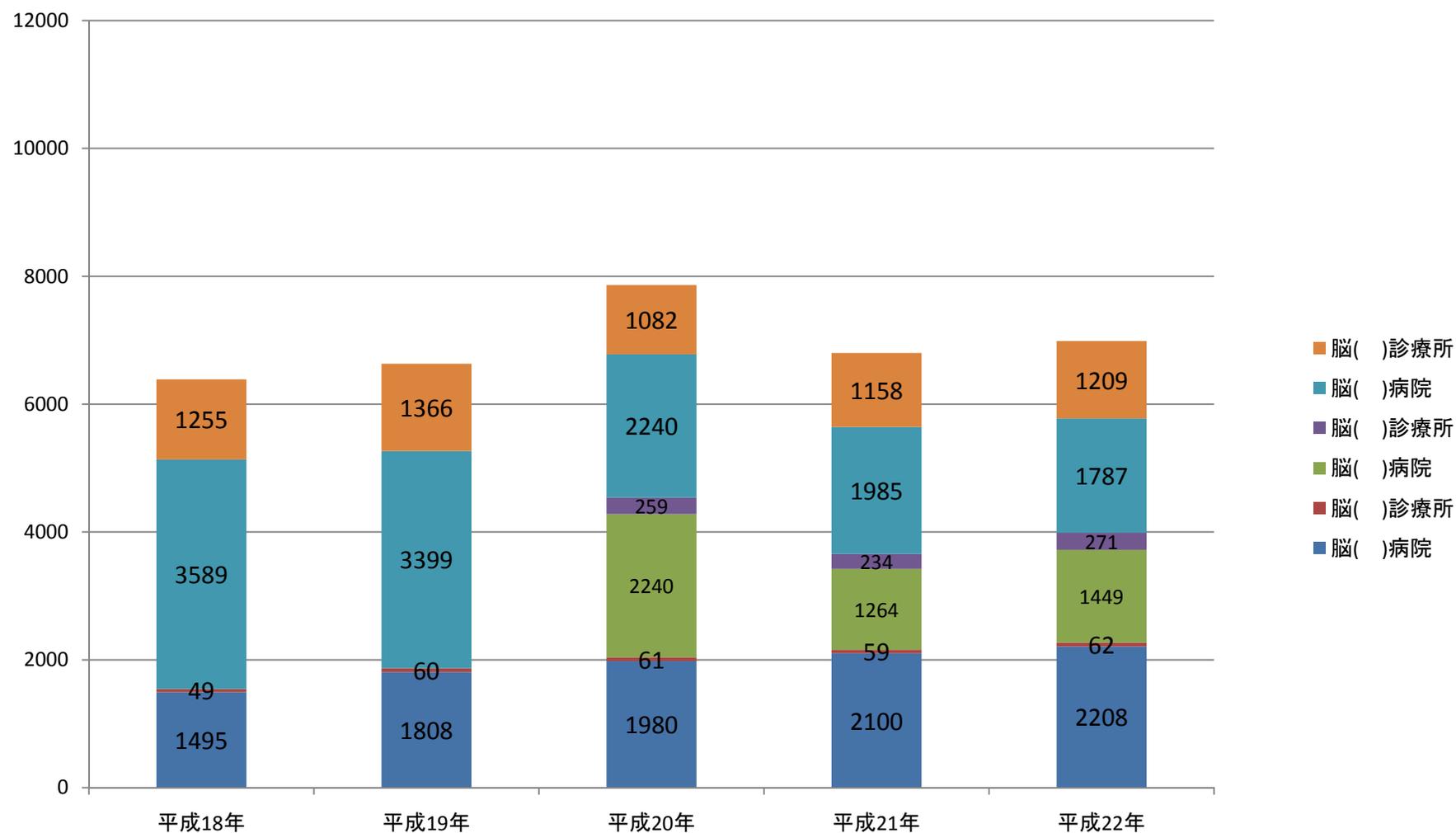
呼吸器	I	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 PT・OT(内1名は経験を有する)の合計2名以上	170点
	II	病院・診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと	80点
心大血管	I	病院 : 30㎡以上 診療所: 20㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① 経験を有するPT: 2名以上 ②経験を有する看護師: 2名以上 ③経験を有するPT・看護師 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	200点
	II	病院 : 30㎡以上 診療所: 20㎡以上	常勤医師 1名 ①経験を有するPT: 1名以上 ②経験を有する看護師: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと (PT・看護師は常勤でなくてもよい)	100点

心大血管疾患リハビリテーション料届出施設数



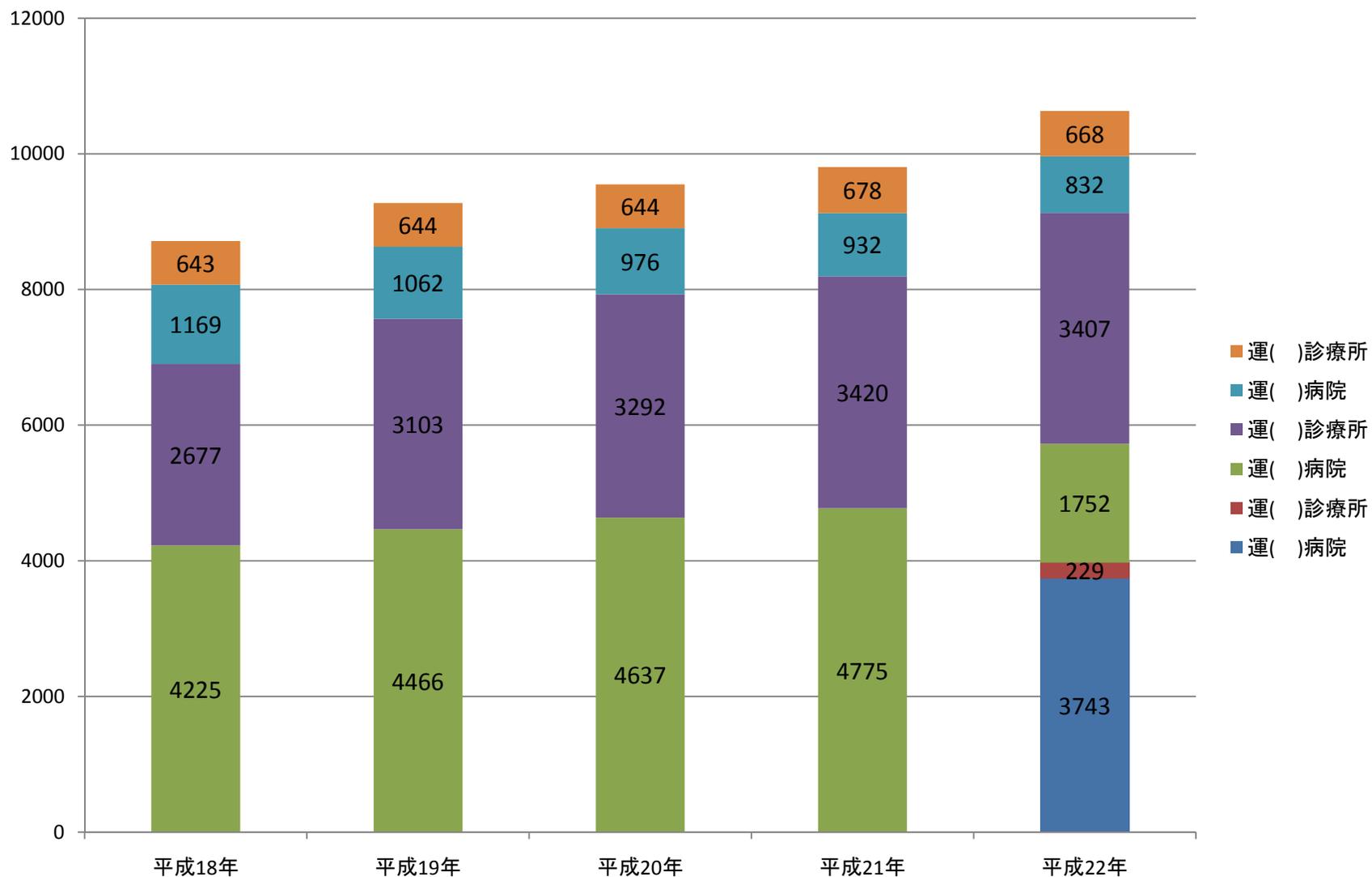
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

脳血管疾患等リハビリテーション料届出施設数



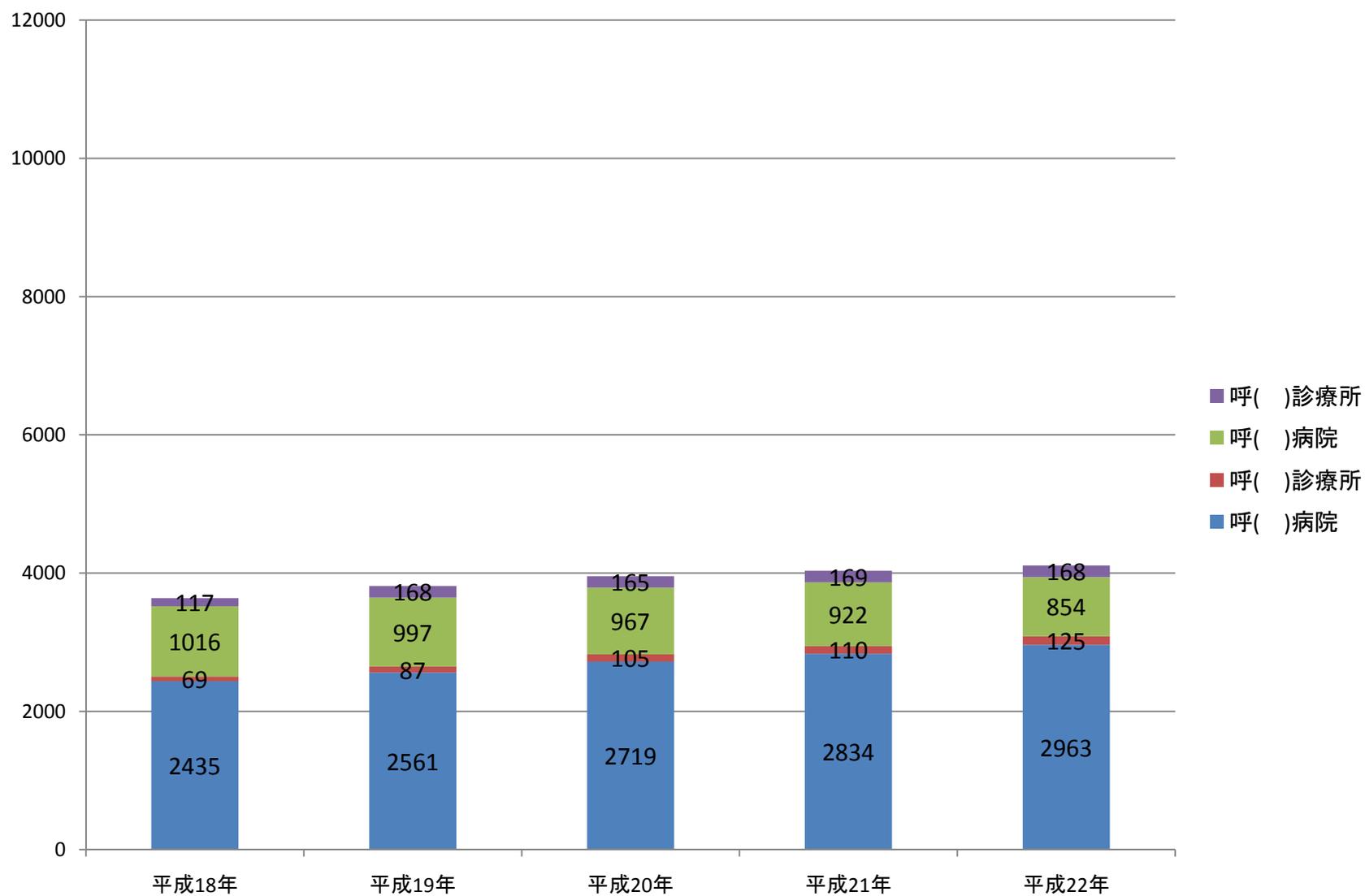
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

運動器疾患リハビリテーション料届出施設数



出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

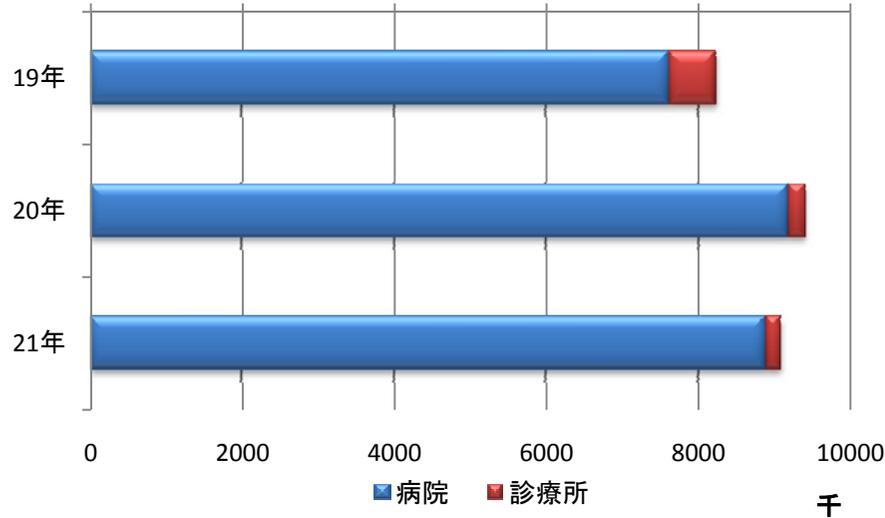
呼吸器疾患リハビリテーション料届出施設数



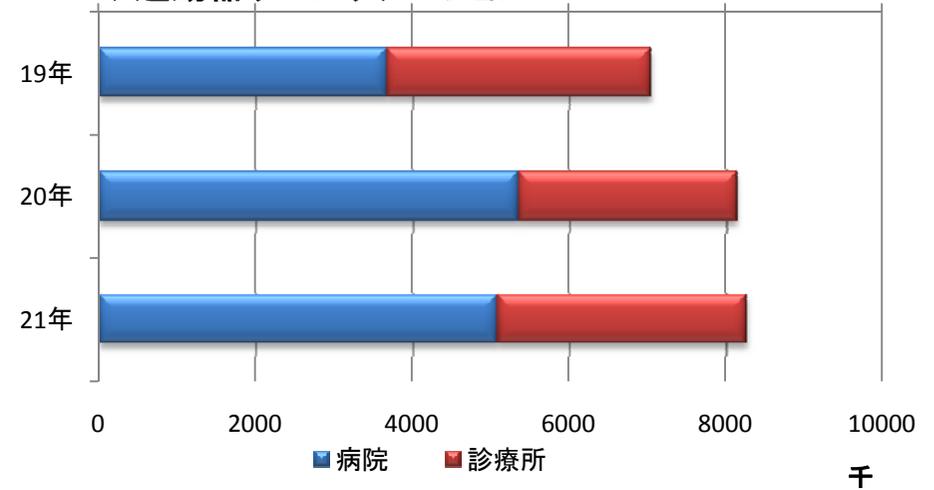
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

リハビリテーション料の算定件数

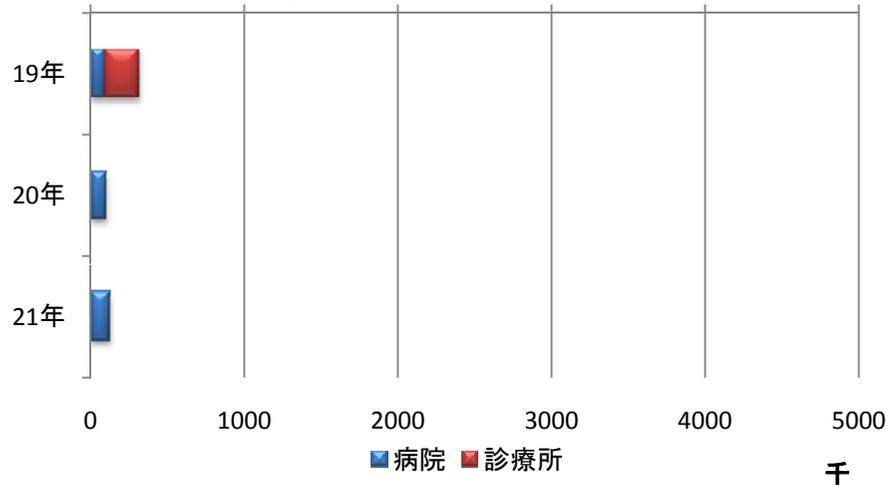
◆脳血管疾患リハビリテーション



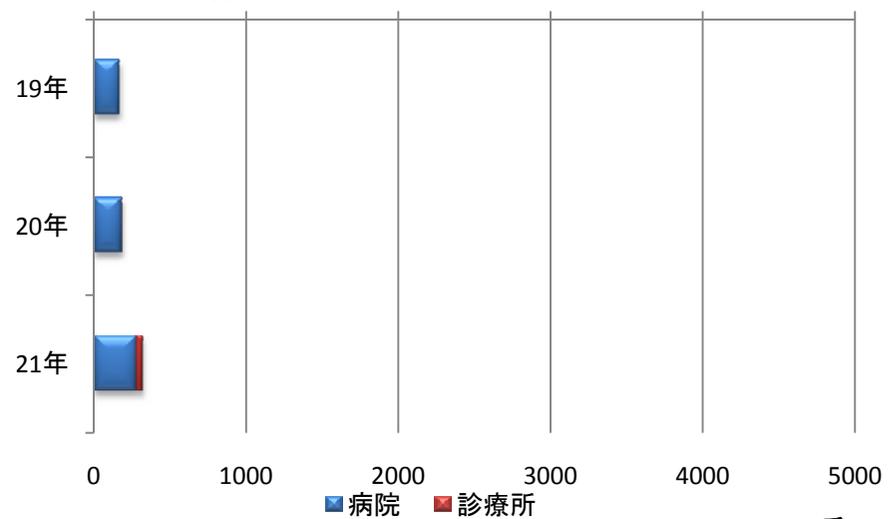
◆運動器リハビリテーション



◆心大血管疾患リハビリテーション



◆呼吸器リハビリテーション



心大血管疾患:リハビリテーション料() ()
 脳血管疾患等:リハビリテーション料() () () 19年度は() ()
 * 但し、平成19年度は入院・入院別で算出

運動器:リハビリテーション料() ()
 呼吸器:リハビリテーション料() ()
 出典)H19、20、21 社会医療診療行為別調査

介護保険のリハビリテーション施設基準等

		通所リハビリテーション	
		診療所 (利用者人数が同時に10人以下の場合)	
設備		・専用の部屋等 ・3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可)	
人員配置	医師	専任・常勤:1人以上	専任:1人以上 (医師1人に1日48名以内)
	看護職員 介護職員 PT・OT・ST	利用者10人に対し、専従で1人以上	専従で1人以上
		専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、STが、利用者100人に対し、1人以上	専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、ST又はリハに1年以上従事した経験のある看護師が、常勤換算で0.1人以上
1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ師をPT等を含めることができる			

通所リハビリテーションに関する介護報酬の主な改定内容(平成21年度)

1. 保険医療機関のみなし指定について

医療保険でリハビリテーションを受けている利用者が、同じ施設で引き続きリハビリを続けられるよう、保険医療機関については、介護保険の通所リハビリテーション事業所の「みなし指定」を行うこととした。特に、医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している病院・診療所については、通所リハ事業所の施設基準を満たすことから、実際に介護報酬を算定することが可能となった。

2. 短時間・個別リハビリテーションに対する評価

医療保険の疾患別リハビリテーションと同様に、介護保険においても、短時間かつ20分以上の個別リハを提供するリハビリテーションについて評価を行った。

(例)通常規模リハビリテーション費所要時間1時間以上2時間未満の場合 要介護3 330単位

3. 短期集中リハビリテーション実施加算

早期の集中的なりハビリテーションに対する評価の引き上げを行った。

(例)・ 退院・退所日又は認定日から起算して1月以内 180単位/日 280単位/日

・ 退院・退所日又は認定日から起算して1月超3月以内 130単位/日 140単位/日

注 退院・退所日又は認定日から起算して3月を超えている期間に、個別リハビリテーションを行った場合には、個別リハビリテーション実施加算として80単位/日を算定可能(月13回を限度)

4. 認知症短期集中リハ加算

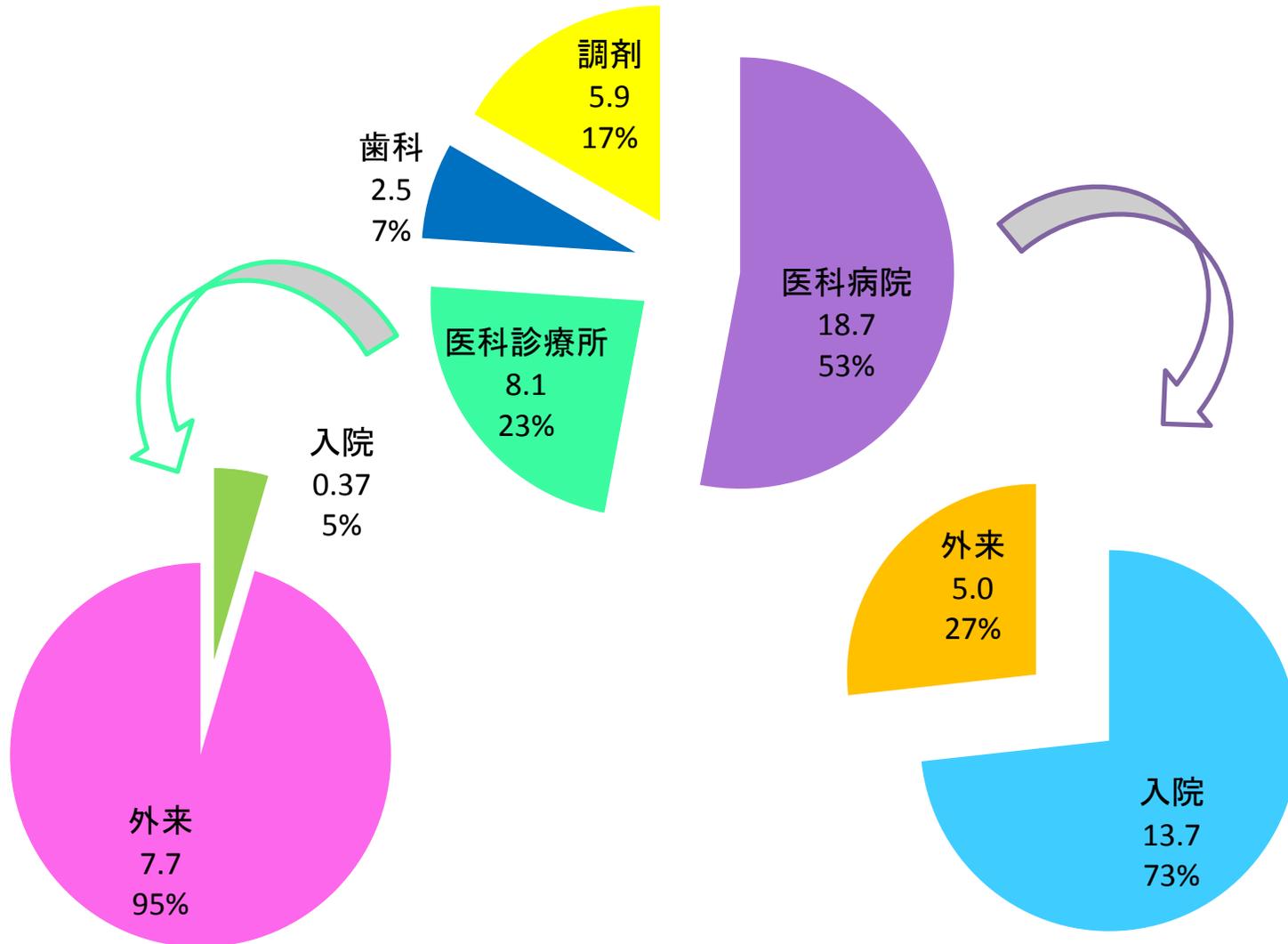
介護老人保健施設のみならず、通所リハビリテーション事業所においても、認知症短期集中リハを実施した場合については、認知症短期集中リハ加算の算定を可能とした。

(例) 退院・退所日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内(新規) 240単位/日

医療費の動向(病院・診療所別)

(平成21年度医療費の動向)

平成21年度医療費の内訳(兆円)



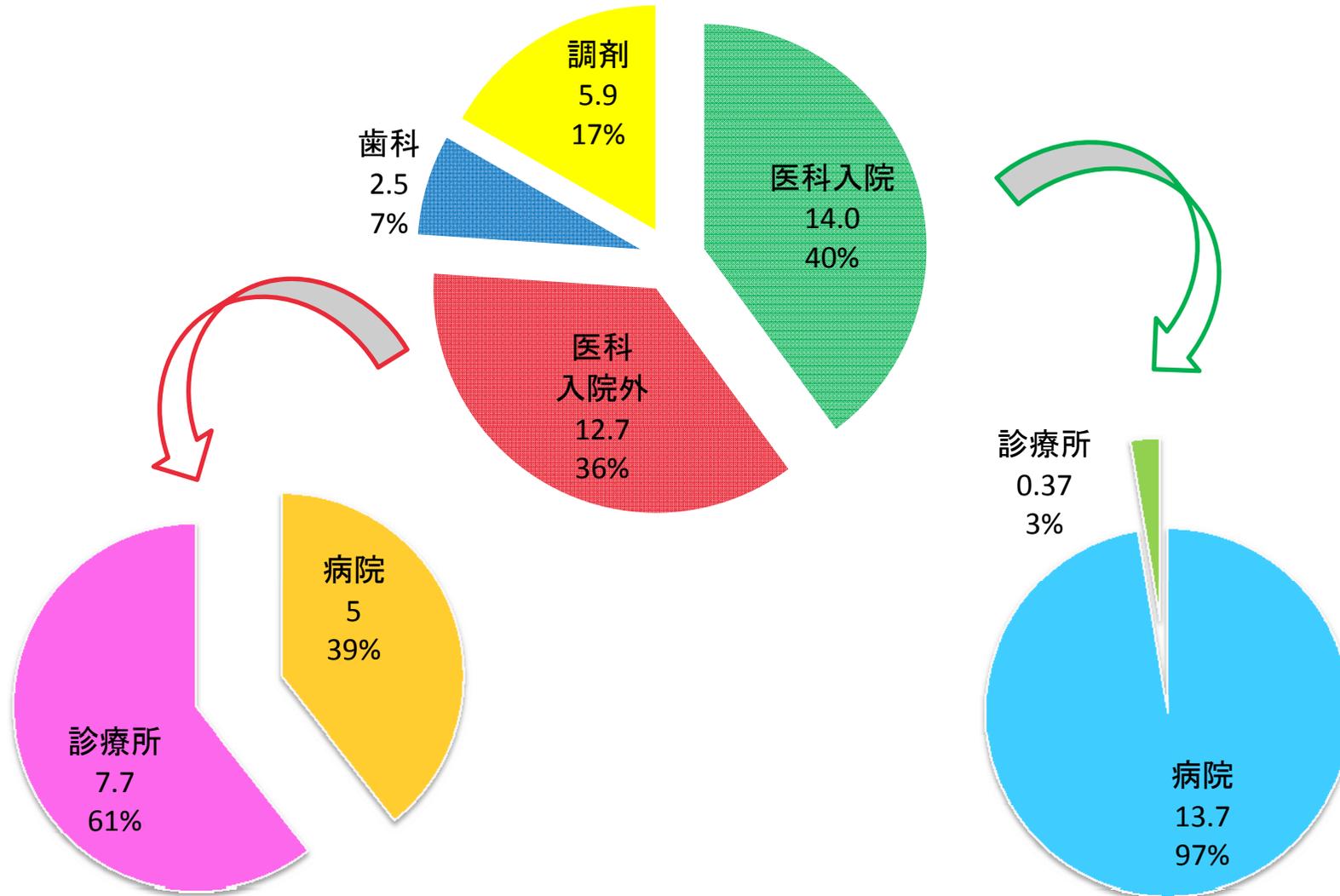
平成21年度診療所医療費の内訳(兆円)

平成21年度病院医療費の内訳(兆円)

医療費の動向(入院・外来別)

(平成21年度医療費の動向)

平成21年度医療費の内訳(兆円)

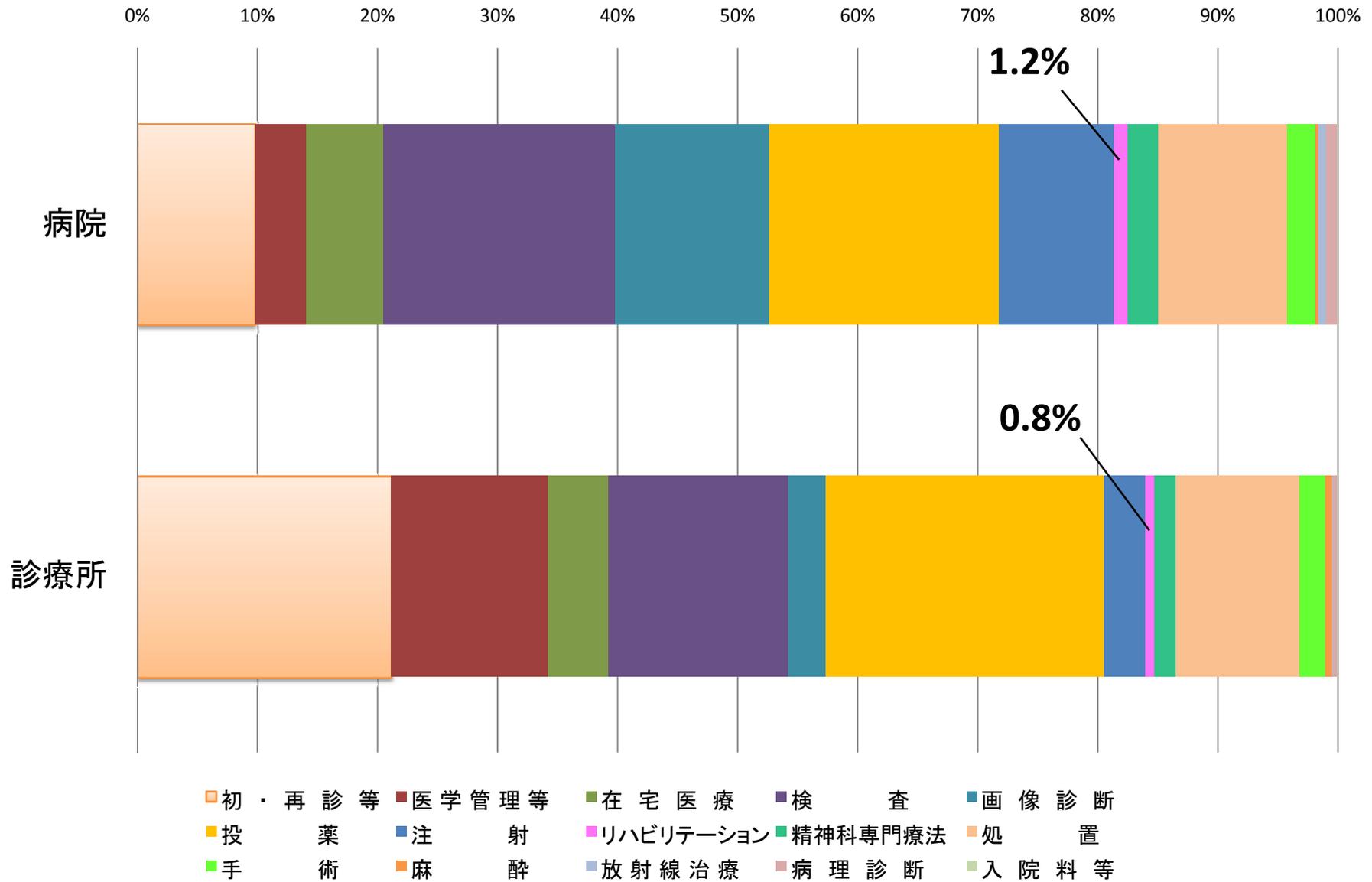


平成21年度医科入院外医療費の内訳(兆円)

平成21年度医科入院医療費の内訳(兆円)

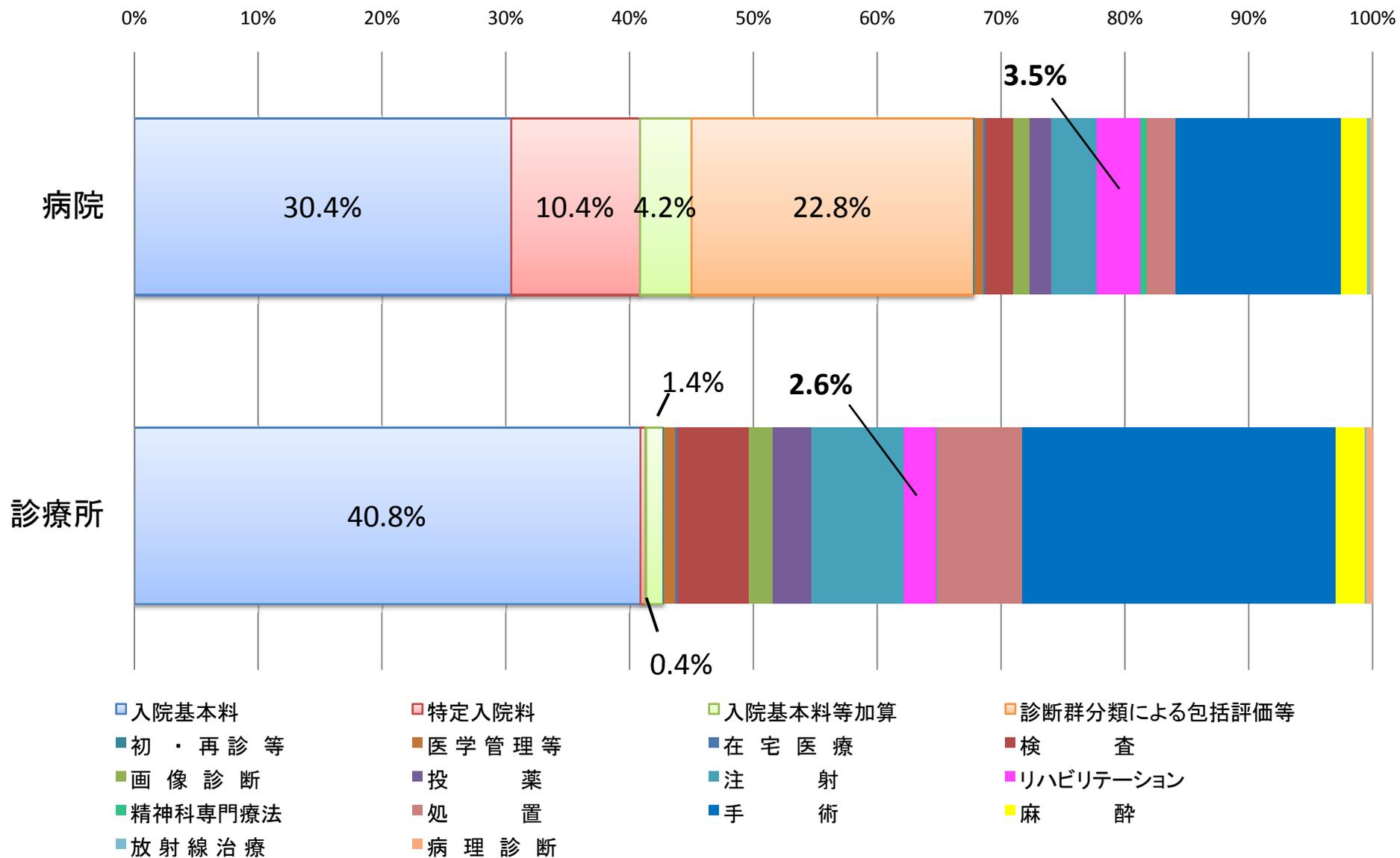
入院外医療費の内訳(大分類)

(平成21年社会医療診療行為別調査)



入院医療費の内訳(大分類)

(平成21社会医療診療行為別調査)



【参考】介護保険サービス種類別費用額について

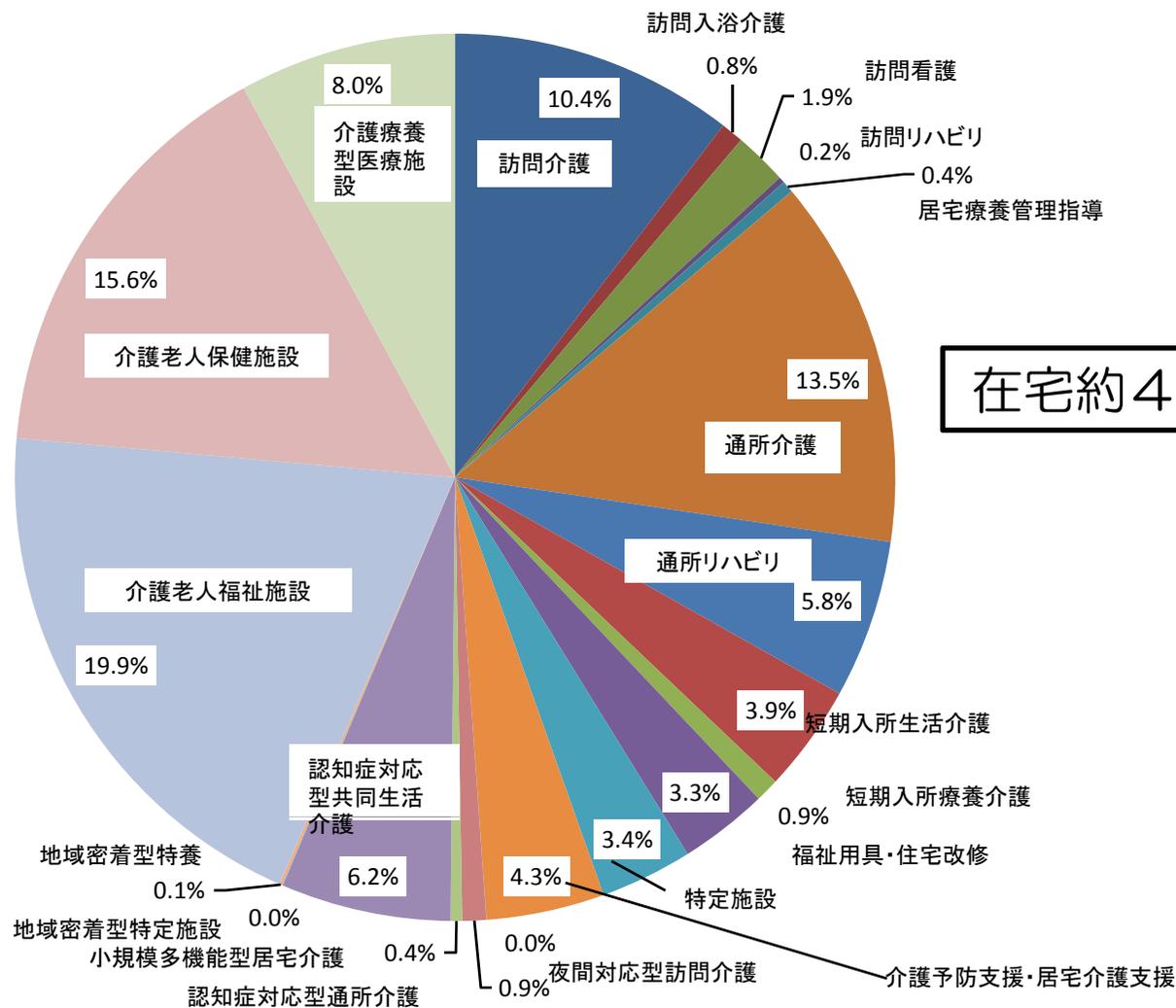
(平成19年度)

予防サービスを含む。

施設約44%

在宅約49%

地域密着型約7%



【出典】平成19年度介護保険事業状況報告（厚生労働省）

リハビリテーションの標準的算定日数 に関する関係団体への聞き取り調査 (報告書)

今回の調査

現在のリハビリテーションを提供する仕組み（特にリハビリテーションの標準的算定日数）における、評価できる点や課題などについて、リハビリテーションの提供に深くかかわる団体の代表者、担当者に対し聞き取り調査を行いました。

(参考) 現在のリハビリテーションのしくみ

患者一人一人が、その特性に応じたリハビリテーションを受けられるようにするため、平成18年4月より診療報酬においては、疾患や障害の特性に応じた4つの疾患別(心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器)にリハビリテーションの評価を行っているところです。

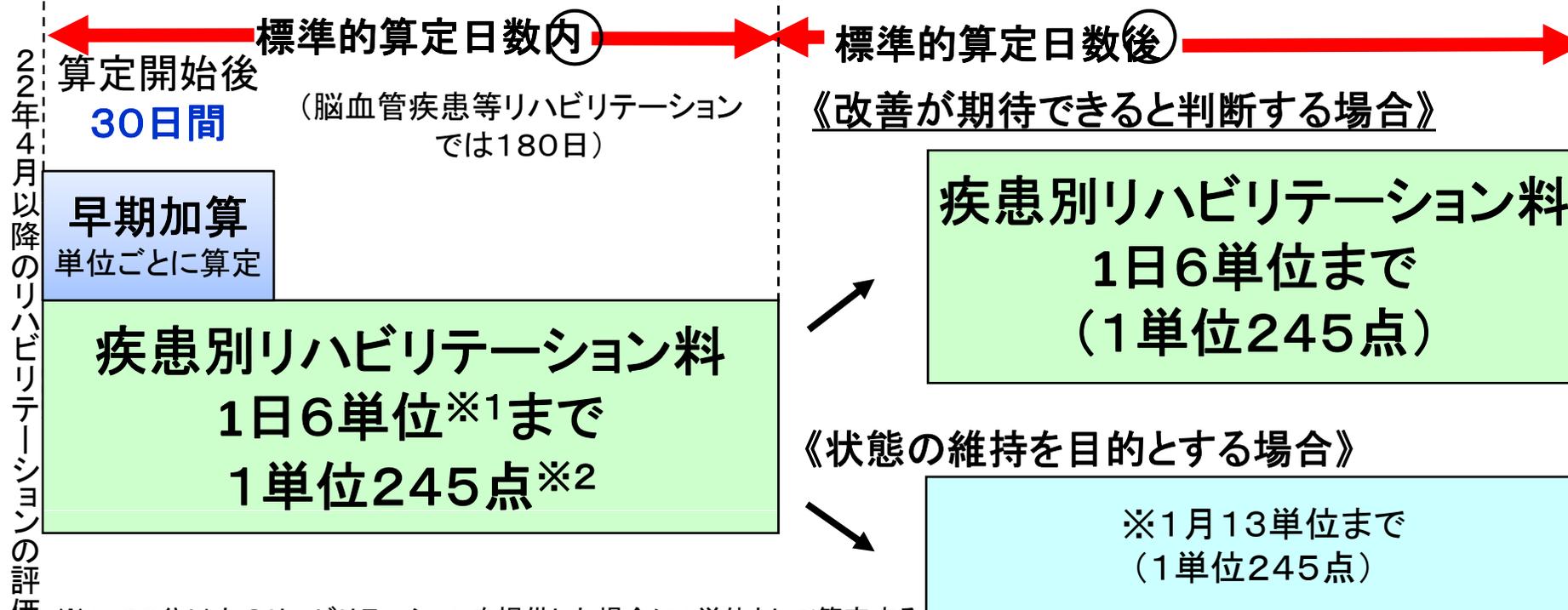
それぞれの疾患別リハビリテーションでは、治療期間の目安として、標準的算定日数(心大血管疾患:150日、脳血管疾患等:180日、運動器:150日、呼吸器:90日)を設け、この期間内では、1日6単位(1単位=20分)まで算定することができます。

平成20年4月からは、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、標準的算定日数を超えても、標準的算定日数内と同様の6単位を算定できることとしています。また、治療を継続することにより状態の改善が期待できると判断されず、状態の維持を目的とするリハビリテーションに移行した場合でも、維持期のリハビリテーションとして、1月13単位まで算定できることとしています。(別紙参照)

リハビリテーションの仕組み

- 医師が改善が期待できると判断する場合は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能
- それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても、標準的算定日数(180日等)を越えるリハビリを評価

例: 1ヶ月13単位まで(1単位の点数は標準的算定日数以前と同じ)



※1 20分以上のリハビリテーションを提供した場合に1単位として算定する。

※2 脳血管疾患等リハビリテーション(I)の場合

聞き取り団体

①日本理学療法士協会

日時：平成22年4月20日 15:00～16:00

②日本臨床整形外科学会

日時：平成22年4月28日 17:30～18:30

③全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会

日時：平成22年5月7日 13:00～14:30

④日本リハビリテーション医学会

日時：平成22年5月7日 15:00～16:00

⑤日本心臓リハビリテーション学会

日時：平成22年5月13日 16:00～17:00

⑥日本作業療法士協会

日時：平成22年5月17日 10:30～11:30

⑦日本言語聴覚士協会

日時：平成22年5月18日 14:00～15:00

<表記について>

総合評価における○、△、×は以下の評価を表している。

○：基本的に賛成。

△：賛成と反対が混在。

×：基本的に反対。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書①

団体：日本理学療法士協会

日時：平成22年4月20日15時～16時

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価：△）

- ・ 主治医が判断すればリハビリを継続できるようになっており、患者状況によって適切に運用すれば現行制度で良い。
- ・ 漫然とリハビリを続けるのではなく、日数に対する緊張感が生まれたのは良い。
- ・ 個々の事例（医学的な事情以外で自宅に帰れない、介護福祉施設に空きがない等）で標準的算定日数に当てはまらない事例は出てきうるが、標準算定日数を設ける制度上の問題ではないと考えている。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価：△）

- ・ 理学療法士が学問上の目的意識を持って取り組むためには、非常に良い。
- ・ リハビリの質の向上を目指す観点から取り入れられたものと認識しており、今更、元に戻ることは考えられない。
- ・ 点数差は問題である。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価：△）

- ・ 機能維持のためのすべての運動をマンツーマンのリハビリで行うのは、いくら時間があっても非常に困難。患者自身が行う練習内容を考慮してメニューを考える等の配慮を行うべきであり、このような配慮を行うことで、（個人的な見解であるが、）マンツーマンで行うリハビリについては、13単位／月あれば、十分に機能維持できると考えている。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・理学療法士1人当たりの上限単位数を廃止又は変更してほしい。

理由は、理学療法士1人当たりの上限単位数が医療現場では実質的なノルマとなっているため、患者の理由で急遽必要となったりリハビリに対応できない状況になっている。特に急性期病院において、流動的な患者数にあわせた臨機応変対応が困難となっているケースがある。

3. まとめ

疾患別リハビリの実施、標準的算定日数の設定、標準的算定日数を超えた患者に対するリハビリ制限（月13単位）いずれに関しても、概ね問題ないとの見解。

ただし、個別事例としては、リハビリを提供できないケースもゼロではない。

また、標準的算定日数の導入により、リハビリの質の向上に繋がったと考えられ、現状もその過程にある。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書②

団体：日本臨床整形外科学会

日時：平成22年4月28日 17時30分～18時30分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価：△）

- ・標準的算定日数そのものについては問題ないと思うが、標準的算定日数後の受け皿（介護保険でのリハビリにスムーズに移行すること）がうまくつくれていないとの認識。
- ・標準的算定日数が経過した後も、かなり多くのケースが月13単位の範囲でリハビリを実施しているものと認識している。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価：○）

- ・リハビリの質の向上を図る観点から導入されたものとして認識しており、実際、リハビリの質の向上に寄与しているものと認識。現時点で、元に戻ることは考えられない。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価：△）

- ・概ね、必要なリハビリは実施されているものの、機能維持のために月13単位では、足りないケースもあると認識している。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・脳血管疾患等リハビリと運動期リハビリの点数の差があることで、運動期リハビリを行う医療機関が少なくなっている。この影響で、
 - ① 大腿骨頸部骨折の地域連携パスを扱う回復期リハ病院が少なくなっていること
 - ② 現場のモチベーションが低下していること

は問題と考える。

- ・運動期リハビリについては、指の骨折～大腿骨骨折まで多彩な病態があることを配慮してほしい。

(例) 手の手術後などではリハビリ開始当初から外来リハビリになり点数が下がるが、リハビリとしては急性期リハビリとなるので、結構手間がかかる。

- ・評価がFIM、BIで行われており、これは脳血管疾患にリハビリに用いられる指標であり、運動器（特に手の手術後の患者など）の評価としては適切ではない。
- ・医療施設でリハビリを行った後、スムーズに介護施設のリハビリにつながっているとは言い難い。スムーズな連携のために、医療機関のスタッフによるリハビリを介護保険で認めたり、介護施設で行っているリハビリを医療保険で認めたりできないか。

3. まとめ

- ・疾患別リハビリについては、疾患別にすることについては問題ないが、報酬上の評価については、検討してほしい。
- ・標準的算定日数の設定、機能維持のために行う13単位/月のリハビリについては、それぞれ単独で議論するのではなく、介護保険との連携なども含め、リハビリの在り方を総合的に検証してほしい。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書③

団体：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会

日時：平成22年5月7日 13時00分～14時30分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 ○）

- ・欧米に比べて、リハビリを行うことのできる期間は長い。
- ・基本的には現状で問題ないが、維持期のリハビリと一緒に検討すべき。
- ・医療機関のキャパシティが一杯で受け入れられなくなったため、患者を断っている状況にもかかわらず、問題を標準算定日数の問題にすりかえている可能性もあるのではないか。
- ・介護保険で行うリハビリが十分でないことから、そこへ移行したくない患者の希望が、標準的算定日数の批判につながっている可能性がある。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ○）

- ・リハビリの質の向上を図る観点から導入されたものとして認識しており、現在のリハビリの考え方の根幹をなすものと認識。
- ・リハビリ関係者のみだけでなく、各科（脳外科、整形外科）でリハビリについてしっかり考えるようになった。
- ・脳血管疾患リハビリと運動器リハビリとの診療料の違いが、脳血管疾患リハビリへの偏重を招く可能性がある。
- ・疾患別リハビリが原則であると考えるが、複数疾患がある患者（脳卒中＋骨折等）や、難治ケースについては、疾患別とは別の概念のリハビリもあっても良いのかもとの考えもある。具体的には、急性期と、維持期にあっても良いと考える。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価 ○）

- ・ 例外的なケースを除き、問題ないとする。
- ・ 維持期のリハビリと一緒に検討すべき。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・ 回復期リハビリは充実したので、今後は、予防的リハビリ、回復期リハビリの前の急性期リハビリと、維持期のリハビリの充実が重要。
- ・ 介護保険でのリハビリは十分でないため、医療保険ですべて行うこともしくは介護保険のリハビリを支給限度額の枠外の出来高で行う等充実させることを考えてどうか。

3. まとめ

- ・ 疾患別リハビリは重要であるとの前提で、部分的に総合リハビリについても検討することもあっても良い。
- ・ 標準的算定日数の設定、機能維持のために行う13単位／月のリハビリについては、それぞれ単独で議論するのではなく、介護保険との連携なども含め、リハビリの在り方を総合的に検証すべき。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書④

団体：日本リハビリテーション医学会（社会保険等委員会担当理事）

日時：平成22年5月7日 15時00分～16時00分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・ 標準的算定日数内で対応可能な場合も多いが、算定日数制限を疾患別に一律に定めることは主治医の個別診断に基づく判断を制限し、問題症例を生み出すことが危惧される。算定日数の上限を超えてもリハビリ医療が必要な状態は多々あり、個別性が尊重されるシステムが必要と考える。
- ・ 特にリウマチ、神経難病、重症の脊髄疾患等の、いわゆる典型例（高齢の脳卒中や大腿骨頸部骨折など）ではないケースについては、標準的算定日数の設定は再検討すべき。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ×）

- ・ 平成18年の疾患別導入時の学会アンケートでは反対が多かった。
- ・ 本来、リハビリは疾患よりもむしろ疾患から派生する障害を対象にしているため、疾患別リハビリの診療報酬体系には無理が多いように思われる。
- ・ また、現行の疾患別リハビリ間の点数較差については疑問を感じている会員は少なくない。
- ・ 総合リハビリ（施設）を設置すべきという意見が多いので、疾患別リハビリの見直しと併せて総合リハビリの設置を考えるべき。特に複数疾患の患者や難病患者についてどうするのか考えるべき。総合リハビリについては、大規模型・小規模型の導入という案も検討すべきと考える。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価 △）

- ・月13単位というのは脳卒中等の急性発症モデルで考えられており、この範囲内で対応可能な場合も少なくないが、小児や進行性疾患（神経難病、リウマチなど）等の場合には、足りないケースもあると認識。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・総合リハビリの設置を疾患別リハの見直しの際に併せて検討すべき。
- ・典型例（高齢の脳卒中や大腿骨頸部骨折など）でない、重症疾患等についてのリハビリの在り方について検証すべき。
- ・介護保険での維持期のリハビリは受け皿として小さすぎるのが問題なので、この部分も検証が必要。
- ・現行の回復期リハビリ病棟の日数要件についてですが、急性期病院での治療に時間を要する患者（例：くも膜下出血・外傷性脳損傷等で遷延性意識障害を伴ったものおよび重度頸髄損傷など）については、入院までの日数要件2ヶ月という要件を例えば3ヶ月までに延長すべき。
- ・同様に医学的リハビリに時間を要する患者（例：急性発症し重度四肢麻痺等をきたした頸髄損傷・重度末梢神経障害・軸索型ギランバレー症候群など）においては回復期リハビリ病棟入院料の算定可能期間を、一律180日ではなく医師の症状詳記の上での延長を認めるべき。

3. まとめ

- ・算定日数の上限を超えてもリハビリ医療が必要な状態は多々あり、一律の日数制限だけではなく個別性が尊重されるシステムが必要。
- ・疾患別リハビリの見直しを考えると、総合リハビリの設置とその位置づけについても併せて検討が必要。
- ・回復期リハビリ病棟の要件について、典型例（高齢の脳卒中や大腿骨頸部骨折）だけではなく、現行のルールでは回復期リハビリ病棟の利用が困難な患者について要件緩和の検討を行うべき。
- ・標準的算定日数の設定、機能維持のために行う13単位/月のリハビリについては、それぞれ単独で議論するのではなく、介護保険との連携なども含め、リハビリの在り方を総合的に検証するべき。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書⑤

団体：日本心臓リハビリテーション学会（診療報酬対策委員会）

日時：平成22年5月13日 16時00分～17時00分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・標準的算定日数内で、おおむね7割は対応できるが、3割程度は日数が足りない印象がある。心不全を発症している人のリハビリでは、日数不足になるケースが多くなる印象であり、高齢者については6ヶ月以上経ってからよくなる傾向がみられる。
- ・レアケースであるが、移植待ち、人工心臓の患者には日数不足。
- ・標準算定的日数の後でも改善を見込める場合はリハビリを継続できるが、提出資料の煩雑さゆえに、継続しない場合もある。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ○）

- ・他のリハビリとは内容が異なるので、疾患別でなければならない。

(3) 機能維持のために行う13単位/月のリハビリについて（総合評価 ○）

- ・おおむね、この範囲でおこなっている。
- ・ケースによっては足りないケースもあるが、現実的には、外来の場合患者の自己負担の金額から考えると、この程度が妥当となっている。しかし、入院の場合には13単位/月では不十分で、算定可能日数内と同様の措置が必要。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・今回改定では、ある程度要望に添って改定がなされ、心大血管リハビリを行う施設数の拡大に繋がると考えている。

- ・機能の評価方法が、脳血管疾患に即したものになっているので、心機能を評価する基準にしてほしい。
- ・心臓リハビリに必要なのはPT, 看護師に加えて、臨床検査技師である。
- ・心臓リハビリでは、心臓関係の機能検査が非常に重要なので、機能検査の評価をもう少ししてもらいたい。具体的には運動負荷試験の点数改訂と運動処方料の新設である。
- ・介護保険の枠組みでは、心臓リハビリは難しいので、医療の範疇で考えていただきたい。
- ・急性期から回復までの地域における一連の治療体系を今後検討するなかで、リハビリについても位置付けていきたい。この場合、施設Ⅱの点数が低すぎて、採算がとれないため認定施設が極端に少なく、急性期病院との連携ができていない実態を改善する必要がある。

3. まとめ

- ・疾患別リハビリは絶対必要。
- ・典型例だけではなく、リハビリが標準的算定日数内で困難なケースについても検討してほしい。
- ・心臓リハビリの特殊性を踏まえた、基準、要件を考えてほしい。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書⑥

団体：日本作業療法士協会

日時：平成22年5月17日 10時30分～11時30分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・ 計画的にリハビリを考えるためのインセンティブになる。
- ・ 標準的算定日数内で終了しなかった人（難治症や、感染症併発でリハビリが継続できない場合等）についてのフォローの方法が未確立。（計画書で1カ月延長する等、制度的に方法はあっても、実際には医療機関で行っていない場合も多い。）
- ・ 標準的算定日数後も機能回復するケースもあると認識。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 △）

- ・ 作業療法士の業務は、社会生活を送るための諸動作（歩行、掃除、洗濯、調理等）の訓練が主であり、疾病別にしない方が効率的な場合もある。

(3) 機能維持のために行う13単位/月のリハビリについて（総合評価 △）

- ・ 一定の役割を果たしているものの、事例によっては不十分な場合も散見されるため。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・ 病棟作業療法士等、作業療法士の更なる活用。
- ・ 介護との連携法を、工夫していただきたい。
- ・ 算定上限日数を過ぎた際に、医療によるリハビリを行う時間が極端に減らない仕組みにしていきたい。
- ・ 13単位リハや算定除外リハ等が浸透できる工夫をしていただきたい。

- ・医療保険と介護保険を併用できる仕組みにしていきたい。

3. まとめ

- ・病棟作業療法士等、作業療法士の更なる活用。
- ・標準的算定日数後にもかかわらず、リハビリが必要な人への対応を検討していただきたい。
- ・介護との連携法を、工夫していただきたい。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書⑦

団体：日本言語聴覚士協会

日時：平成22年5月18日 14時00分～15時00分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・標準的算定日数制限内で訓練終了となっている場合が多い。
- ・言語聴覚療法が必要な患者については長期に改善するケースも多い。
- ・継続の根拠に使われている指標（FIM、BI）は、言語聴覚障害については評価できにくいことから、継続の必要性の説明が難しい。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ○）

- ・言語聴覚療法はもともと対象疾患が、現在の脳血管疾患等リハの対象のみとなっているので、疾患別リハビリにおいても、特に変わらない。
- ・一部、運動器リハビリ、呼吸器リハビリの施設基準しか出していない医療機関で言語聴覚療法ができないケースがある。
- ・脳血管疾患等リハビリとなっていながら施設基準の要件に言語聴覚士が必置となっていない。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価 △）

- ・言語聴覚療法のみ患者は13単位でよいが、理学療法、作業療法と併用する必要あるケースでは13単位では足りないケースもある。
- ・そもそも、外来で言語聴覚療法を行う施設が少ない。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・言語聴覚療法においては医療と介護の併用が望ましい。
- ・外来で言語聴覚療法を行える環境を作ってほしい。

3. まとめ

- ・ 標準的算定日数では足りないケースもあるが、除外規定が設けられており、制度上は障害者が受ける不利益は少ない。しかし、運用面では標準的算定日数内で訓練終了となるケースが多い。
- ・ 言語聴覚療法を実施できる医療機関及び介護保険サービス事業所が少ないことから、医療と介護の併用が望ましい。

医療介護の連携について③ (退院調整)

1. 現状と課題

(入院診療計画と退院支援計画)

- 現在の診療報酬においては、入院時から退院後の生活を見越した退院支援計画を策定して退院調整を行う取組(退院調整加算)や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(退院時共同指導料や介護支援連携指導料)などが評価されている。
- これらの取組については、昭和 58 年に 1 か月以上入院していた患者の退院に際して行う取組(退院指導料)に対する評価が始まりであった。
- 一方、入院時に策定する入院診療計画においては、平成 8 年から入院治療計画加算として評価されており、平成 12 年には地域における高度な急性期入院医療を行う病院については、詳細な入院診療計画を示すことを評価し、平成 14 年には、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点について説明や指導を実施することの評価を行っており、現在では総合的な入院診療計画を策定することが入院基本料の算定要件となっている(詳細な入院診療計画は、大腿骨頸部骨折と脳卒中のみ算定要件となっている)。
- しかしながら、現在の入院診療計画は形骸化している傾向にあり、退院支援計画とも重複項目が多く、必ずしも患者あるいは医療機関の入院医療の質の向上に資するものとなっていないとの指摘がある。

(退院支援の時期や連携について)

- 平均在院日数が、短縮される中で、退院後の療養生活支援も含めた入院診療計画の説明や指導について、入院早期あるいは外来において取り組む医療機関が出てきている。
- また、入院から退院するまでの間、入院している医療機関から在宅療養を担う医療機関や訪問看護ステーション等の間の連携については、情報提供や共同指導等様々な評価がなされているが、在宅を担う医療機関からの連携については評価が限定的である。
- 実際に、退院準備や在宅移行支援の効果について、「平均在院日数が減った」「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」「自宅退院が増えた」との効果認められている。
- このような効果的な取組については、今後どのような考え方で評価するか検

討が必要である。

- また、現在の退院調整加算は、退院後施設に入所する場合と在宅復帰する場合と同評価となっており、調整に係る手間が適切に評価されていないという指摘もある。

(論点)

退院後の療養生活支援も含めた詳細な入院診療計画の説明や指導について、丁寧に行うことについてどのように考えるか。また、退院後の生活を見越した退院支援計画について入院早期あるいは外来で行うことについてどのように考えるか。

入院中からの在宅を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連携について、どのように考えるか。例えば、外泊時の訪問看護ステーション等による訪問については現在診療報酬上算定されていないが、どのように考えるか。退院後施設に入所する場合と在宅復帰する場合の退院調整の評価についてどのように考えるか。

退院調整（医療介護連携）

退院調整に関する診療報酬の変遷



入院治療計画加算(入院時医学管理料)

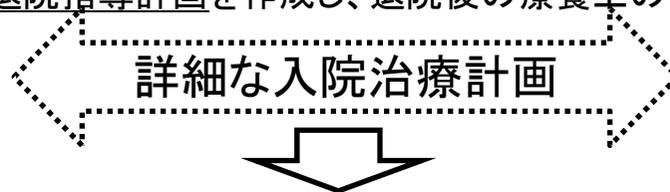
・総合的な入院治療計画①(現在入院基本料の算定要件)



平成12年(2000) 急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」は評価

平成14年(2002) 急性期入院加算、急性期特定入院加算(改)

・詳細な入院診療計画②に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点について説明や指導を実施が追加



平成18年(2006)

地域連携診療計画管理料、

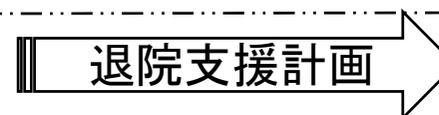
地域連携診療計画管理料退院指導料創設

対象疾患:大腿骨頸部骨折(脳卒中が平成20年に追加)

急性期入院加算、急性期特定入院加算→廃止



平成20年(2008) 退院調整加算③



近年充実

平成22年(2010) 介護支援連携指導料 急性期病棟等退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算、新生児退院調整加算

(別紙様式の1)

入院診療計画書

①総合的な入院診療計画の書面の参考様式

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
その他の ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあっては必ず記入すること。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

急性期入院加算及び急性期特定入院加算の施設基準に係る届出書添付書類
(入院診療計画書)

② 詳細な入院診療計画の書面の参考様式

患者氏名 _____ 殿

病名 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

経過	1日目	2日目	3日目	4日目	日目
日時 (手術日・退院日 などを書き入れる)	入院日				退院日
治療 薬剤 (点滴・内服)					
処置					
検査					
安静度 リハビリ (OT・PTによる 指導を含む)					
食事 (栄養士による指 導も含む)					
清潔					
排泄					
患者さん及び ご家族への説明					

主治医 : _____ 担当看護師 : _____

注 1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって
変わり得るものである。

注 2 入院期間については現時点で予想されるものである。

(別紙様式6)	
退院支援計画書	
(患者氏名) _____ 殿	
	平成 年 月 日
病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想され る社会福祉サービス等	
(注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。	
	(退院支援計画担当者) 印
	(本人)

③退院調整支援計画の参考様式

① 入院診療計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)
主治医以外の担当者名
在宅復帰支援担当者 *
病名 (他に考え得る病名)
症状
治療計画
検査内容及び日程
手術内容及び日程
推定される入院期間
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画
在宅復帰支援計画 *

様式 10 の 2
急性期入院加算及び急性期特定入院加算の施設基準に係る届出書添付書類
(入院診療計画書)

患者氏名 _____ 殿
病名 _____

平成 年 月 日

経過	1日目	2日目	3日目	4日目	_____日目
日時 (手術日・退院日 などを書き入れる)	入院日				退院日
治療 薬剤 (点滴・内服)					
処置					
検査					
安静度 リハビリ (OT・PTによる 指導を含む)					
食事 (栄養士による指 導も含む)					
清潔					
排泄					
患者さん及び ご家族への説明					

主治医: _____ 担当看護師: _____

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって
変わり得るものである。
注2 入院期間については現時点で予想されるものである。

③ 退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)
病名 (他に考え得る病名)
患者以外の相談者 家族・その他関係者()
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)
退院に係る問題点、課題等
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要
予想される退院先
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって

注2) 入院期間については現時点で予想されるものである。
注3)

それぞれの様式には、重複している項目があり、効率化できるところはないか。

(主治医氏名) _____ 印

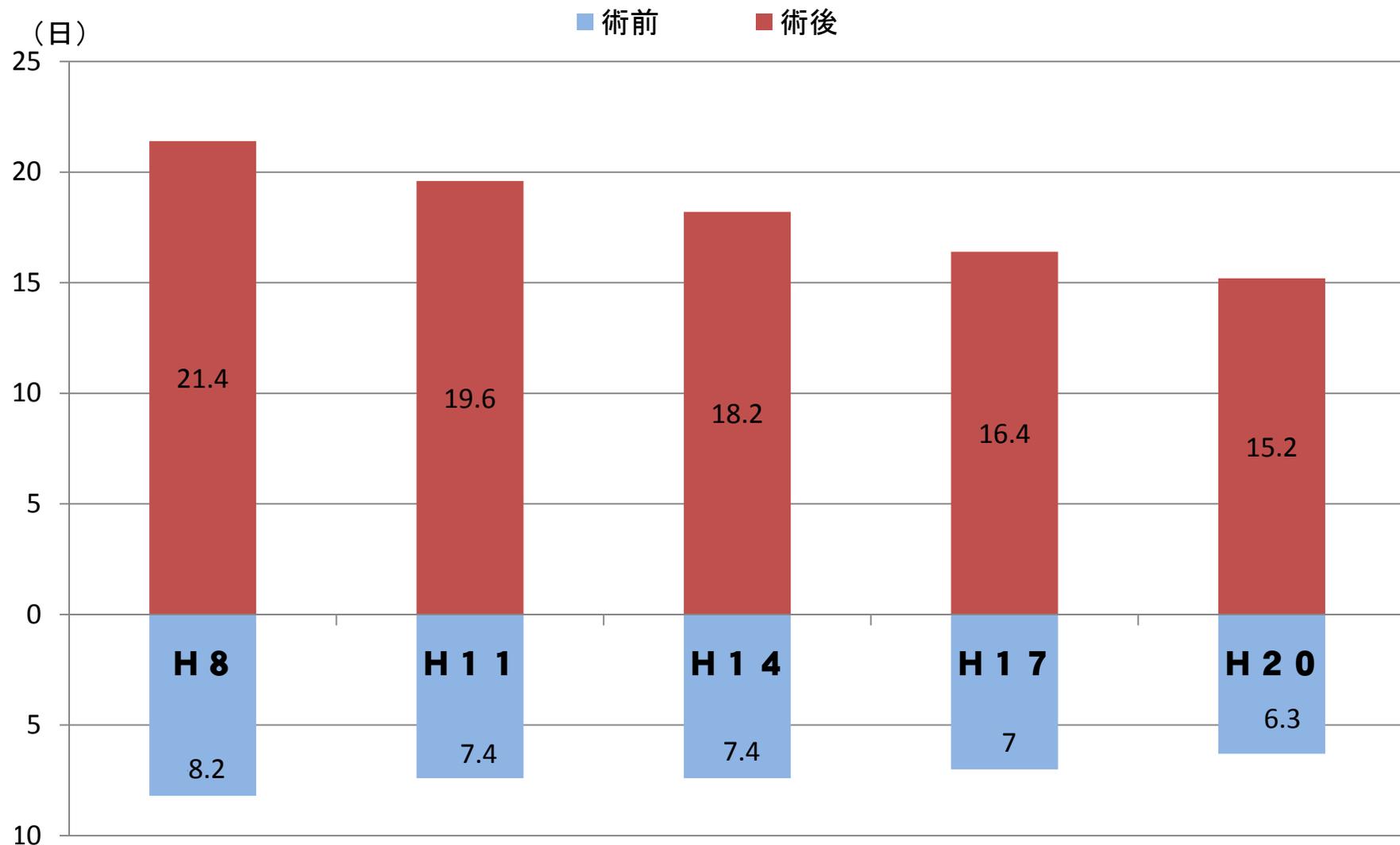
(本人・家族) _____

(退院支援計画担当者) _____ 印

(本人)

退院患者の手術前・手術後の平均在院期間(病院)

○ 平成20年患者調査によると、病院の退院患者のうち手術有りの者について平成8年と比べると、手術前の在院期間は約2割、手術後の在院期間は約3割、それぞれ短縮されている。

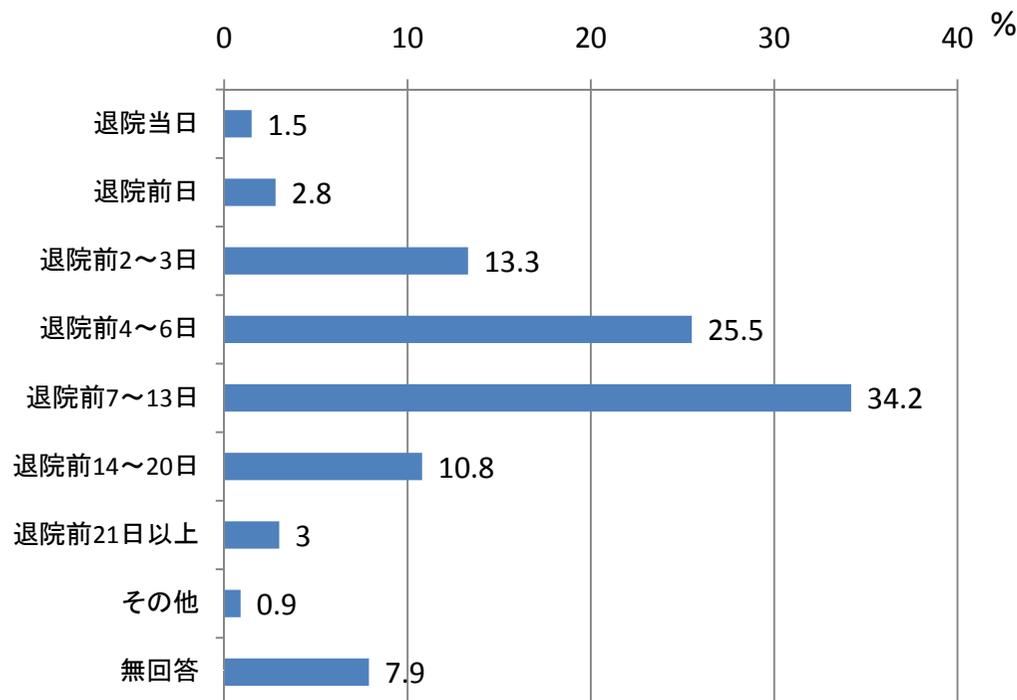


各年「患者調査」を基に作成

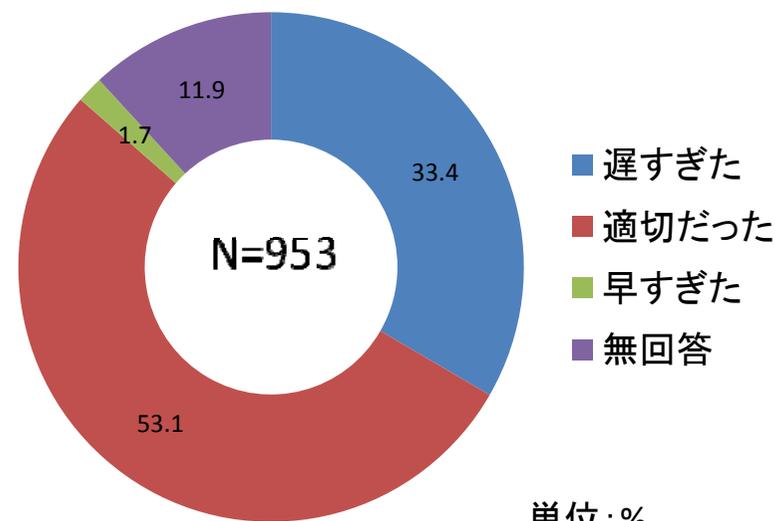
早期退院に向けて入院中に訪問看護の依頼のあった時期について

病院から事業所への訪問看護の依頼は退院4～13日前が多いが、在宅ケアへの移行準備としては、33.4%の訪問看護ステーションが遅すぎたと回答しており、より早期からの訪問看護への導入が必要である。

病院から事業所へ訪問看護が依頼された時期でもっとも多かった時期(複数回答可) N=953



病院から事業所へ訪問看護が依頼された時期は、在宅ケアへの準備をするために適切な時期だったか。



出典: 川越博美、早期退院における病院との連携を促進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成事業 全国訪問看護事業協会 平成15年3月

医療機関と在宅療養を担う医療機関との連携の評価

医療機関内

入院中

- 入院基本料(入院診療計画)
- 総合評価加算
(日常生活能力・認知機能・意欲等について総合的評価)
- 急性期病棟等退院調整加算 (退院支援計画)
- 慢性期病棟等退院調整加算
- 退院支援計画作成加算・退院加算(退院支援計画)

介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者および65歳以上の者
療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核)、有床診療所療養病床入院基本料。特定入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定疾患入院医療管理料又は特定疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合

入院中からの在宅療養への指導(入院している医療機関が算定)

- 退院前訪問指導料:入院期間が1か月を越えると見込まれる患者の退院に先立った退院前訪問・療養上の指導 **410点**
- 退院前在宅療養指導管理料:外泊時に在宅療養指導管理料を算定する指導管理に関する指導 **120点**
- 退院時リハビリテーション料:退院時に在宅での日常生活基本動作等の指導 **300点**
- 退院時薬剤情報管理指導料:入院中に使用した薬剤情報と退院後の薬剤の服用に関する指導 **90点**
- 退院時共同指導料2:在宅療養を担う医療機関等との共同指導(訪問看護ステーションとの連携では算定不可) **300点**
・在宅医療を担う医療従事者との**情報共有**や3職種以上での共同指導をした場合の加算 **2000点**
- 介護支援連携指導料:ケアマネジャーと連携して介護サービスの説明、指導 **300点**
- 診療情報提供料 :入院中の患者に関する**情報提供** **250点**

在宅療養(在宅療養を担っている医療機関等において算定)

- 退院時共同指導料1:入院中の医療機関に赴き、共同して指導し、患者に**情報提供** **1000点**(在支診以外600点)
- 退院時共同指導加算:入院中の医療機関訪問看護ステーションが赴き、共同指導し、患者に**情報提供** **6000円**

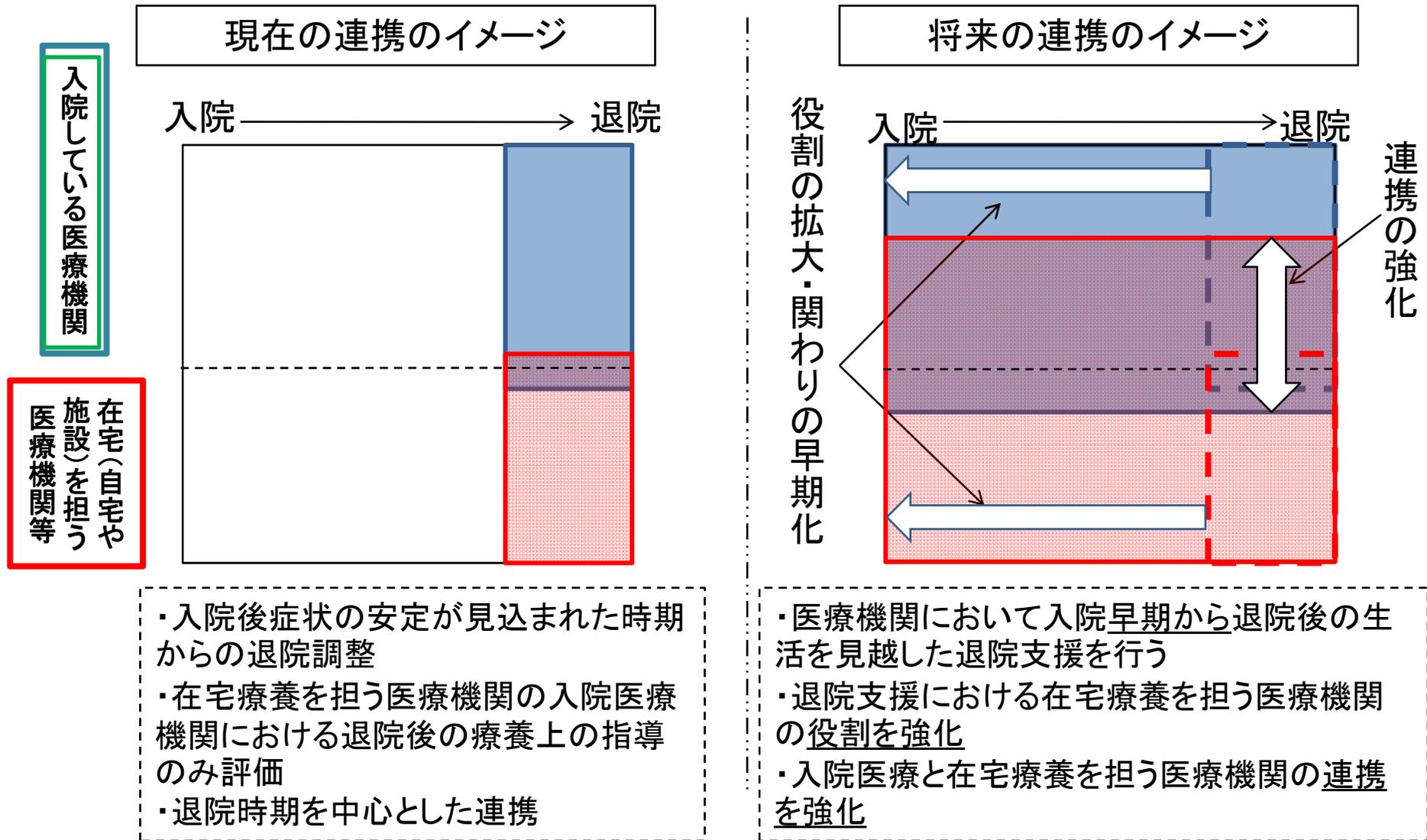
在宅

在宅療養を支える医療機関や関係機関との連携

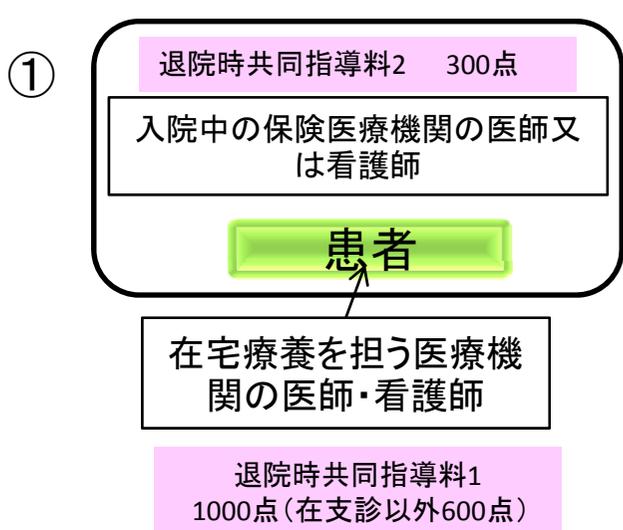
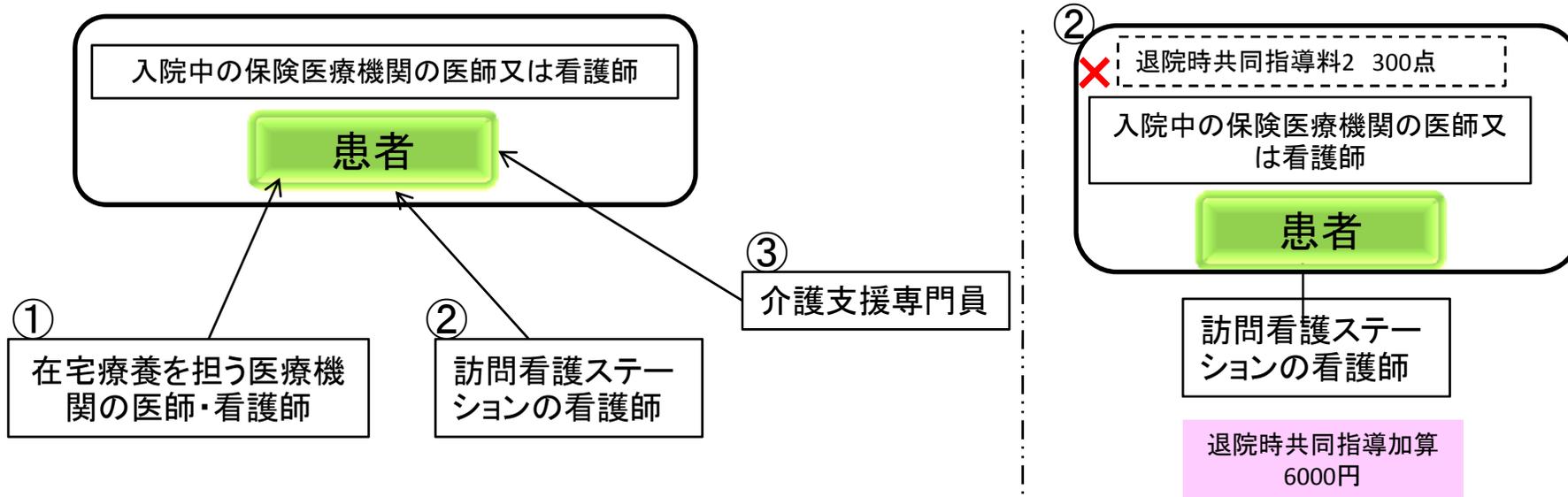
- 在宅患者連携指導料:医師が、関係者と文書により**情報共有**し、情報に基づき診療(要介護被保険者は算定不可) **900点**
- 在宅患者緊急時等カンファレンス料(関係職種との**カンファレンス**) **200点**
- 居宅療養管理指導費 医師等の訪問によるケアマネ等への療養上の**助言**(在宅時医学総合管理料等を算定している利用者には別途点数有り) **500単位**

(斜体文字 介護報酬)

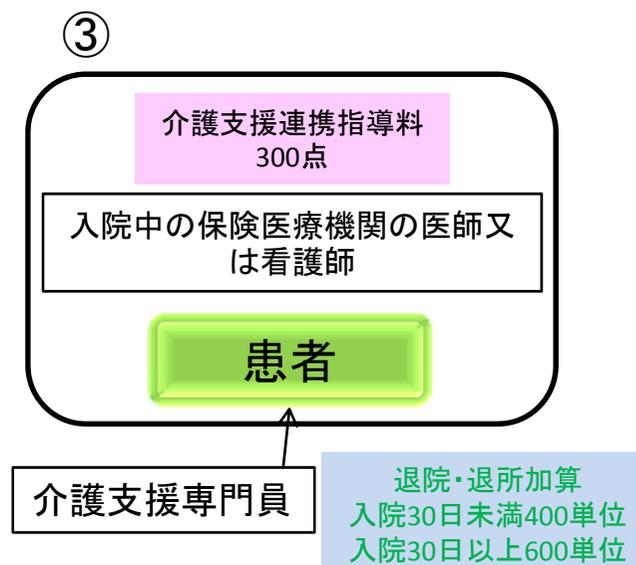
入院と在宅のそれぞれを担う医療機関の退院支援に係る連携の評価のイメージ



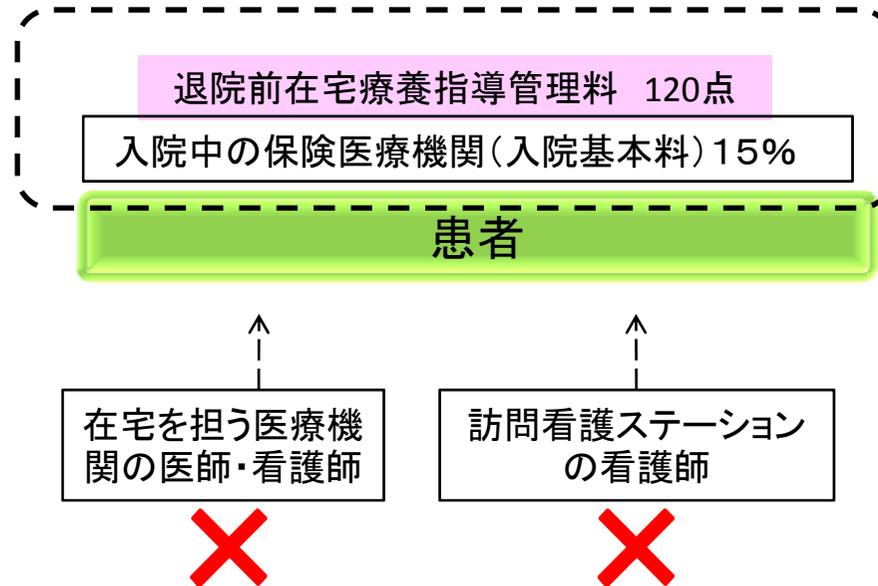
入院中の患者に共同で指導を行う場合



入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2000点加算する。



外泊中に在宅を担う医療機関が訪問する場合

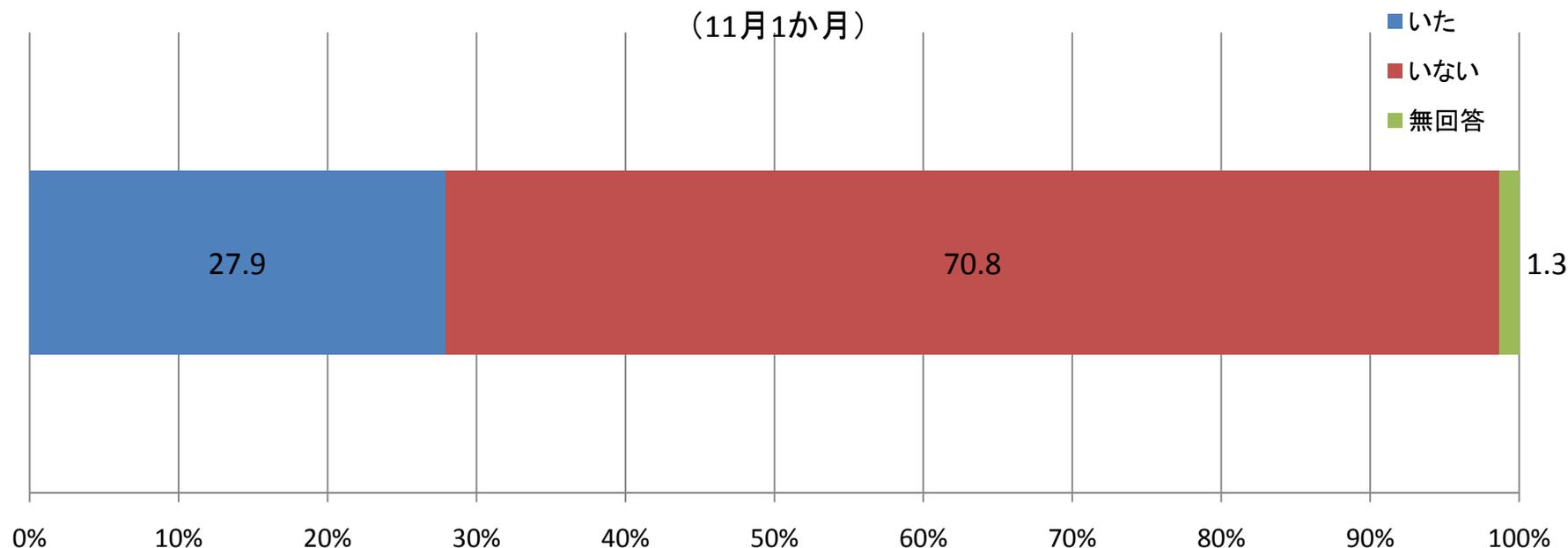


保険医療機関で外泊中15%算定出来るのは、患者がまったく医療機関にいない日のみである。
例. 1泊2日は算定不可、2泊3日は中1日のみ算定できる。
精神及び行動の障害の患者については治療のために外泊を行わせる場合には、更に15%を算定出来る。ただし、連続して3日以内に限り、かつ月(同一歴月)6日以内である。

入院中の患者に訪問看護ステーションが連携をする必要性(11月1か月)

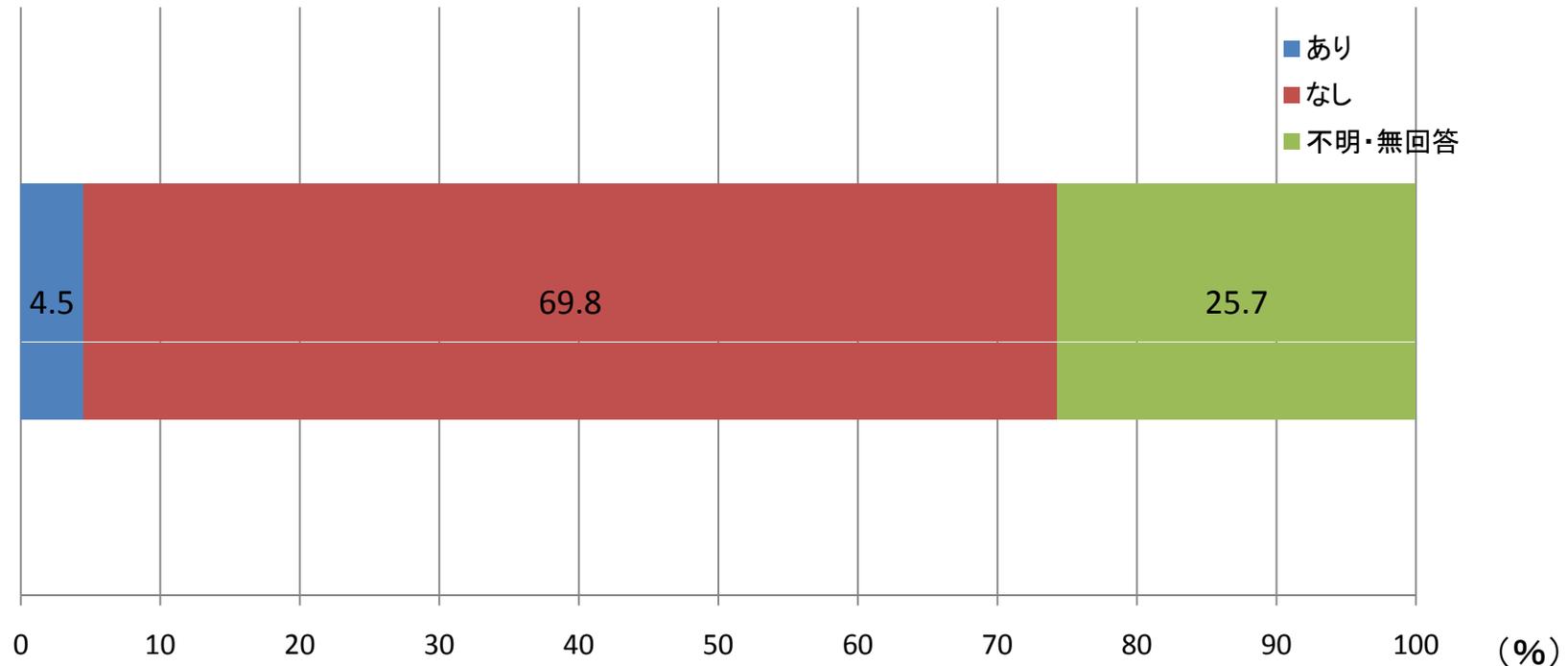
退院前に病院などを訪問して調整・指導した医療保険の対象者がいる訪問看護ステーションの数は27.9%である。(N=1989)

医療保険の対象者で、退院前に病院などを訪問して調整・指導を行った利用者の有無
(11月1か月)



退院・退所に向けた試験外泊時の訪問 (平成19年1月～3月の間)

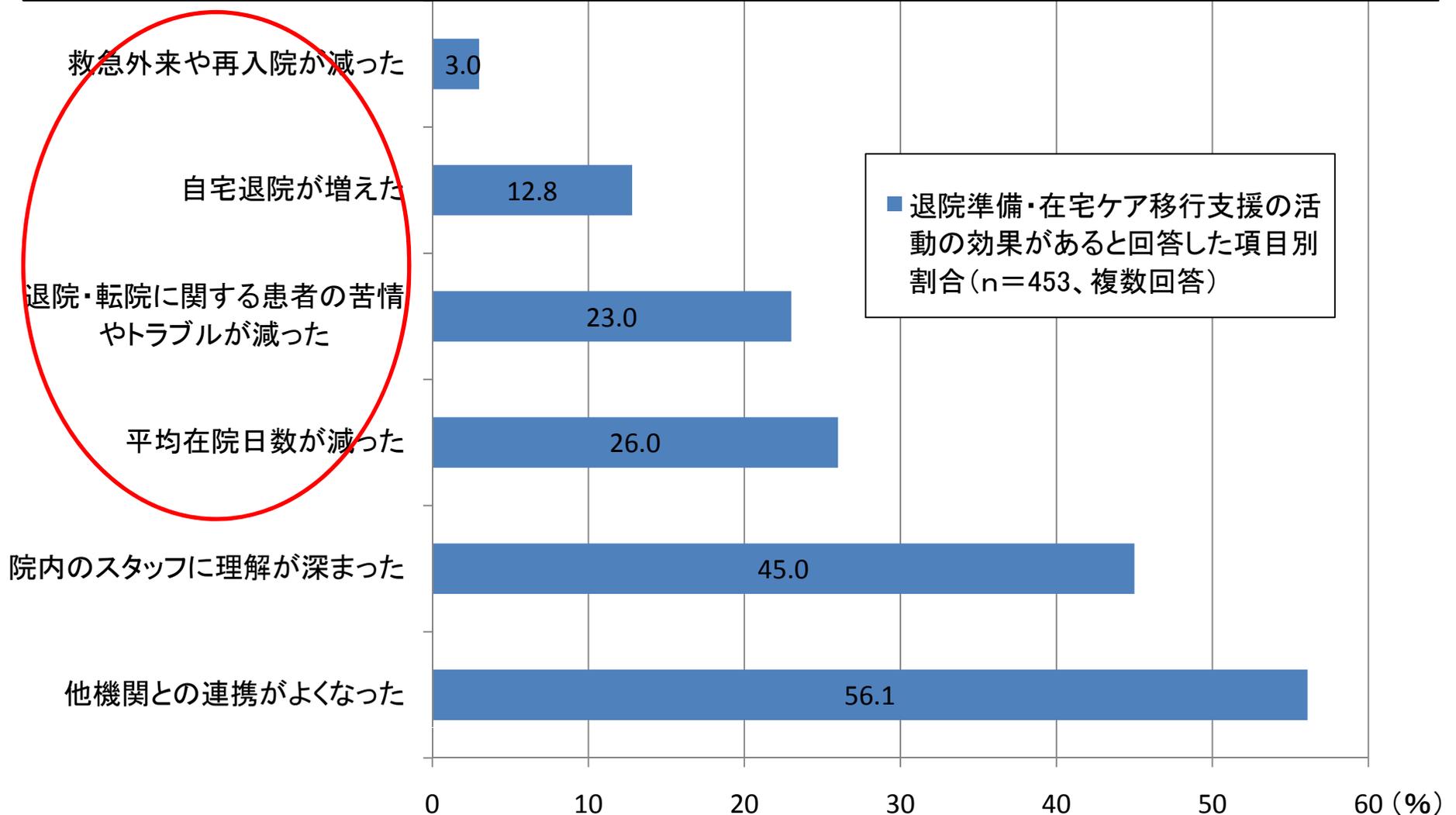
外泊時の訪問看護ステーションからの訪問看護は医療保険対象外である。(N=1989)
退院・退所に向けた試験外泊時の訪問を行ったステーションは4.5%にとどまっている。



出典：川越博美：早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年度社会福祉・医療事業財団(長寿社会福祉基金)助成事業、平成15年3月

退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

入院中あるいは退院後(再入院を繰り返す場合は再入院前)に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。

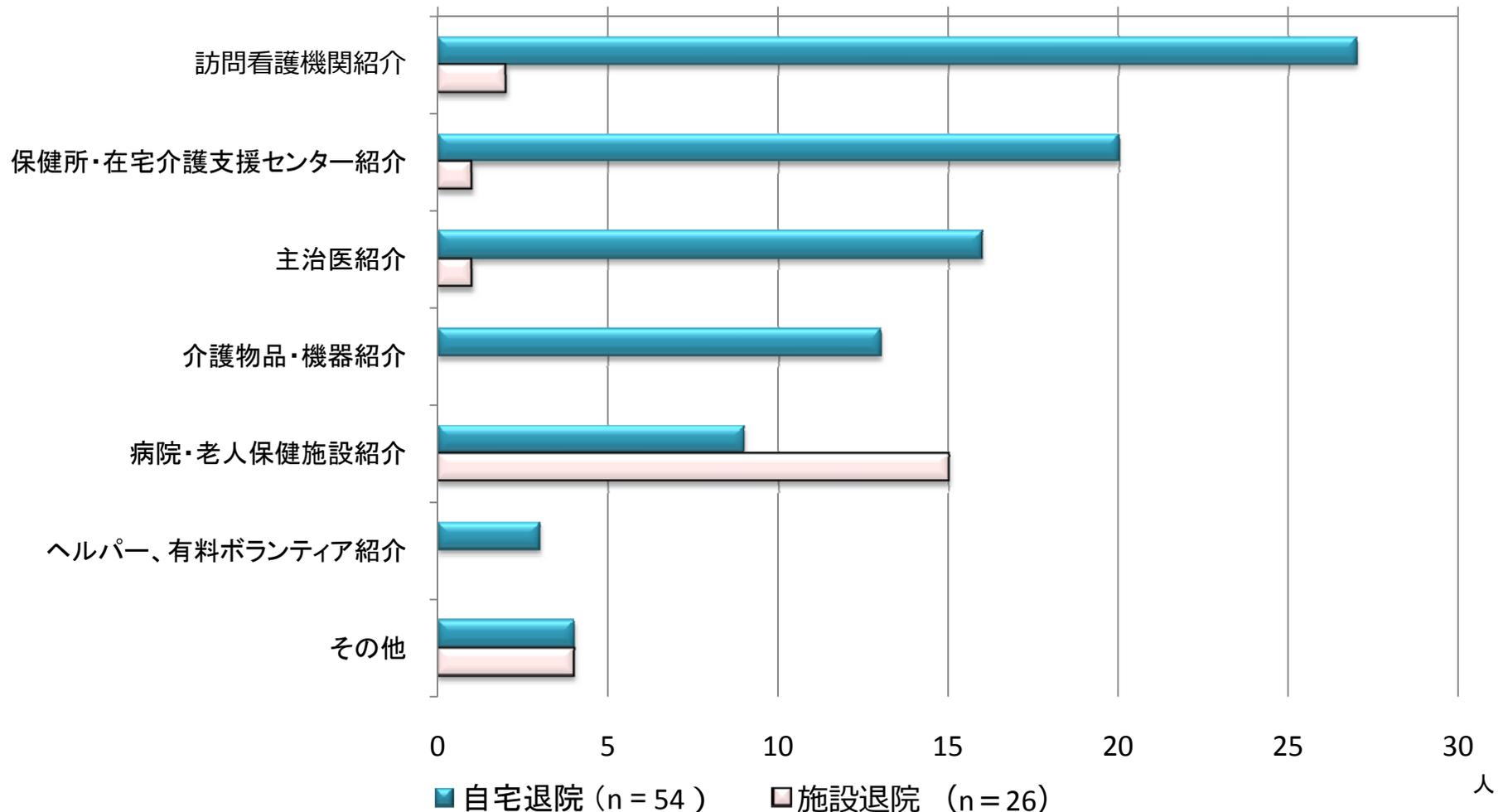


出典:退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 平成18年度 報告書 医療経済研究機構、平成19年3月

退院支援部署の支援内容

(自宅退院患者と施設退院患者への資源紹介)

- 自宅退院の54名は、複数の資源を紹介されている場合が多く、「訪問看護機関:27名(50.0%)」、「保健所・在宅介護センター:20名(37.0%)」、「主治医:16名(29.6%)」、「介護物品・機器:13名(24.1%)」の紹介を受けていた。
- 一方、施設退院の26名では、約半数が「病院・老人保健施設等の紹介」を受けていたが、その他の支援は少なかった。



横山ら、国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査、病院管理2001.1

參考資料

医療機関の連携に関わる診療報酬

診療報酬名	点数	算定要件	平成19年	平成20年	平成21年
後期高齢者退院調整加算退院調整加算 (平成20年度)→平成22年度廃止	100点	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、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(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。	-	-	13,166
慢性期病棟等退院調整加算 平成22年度新設	1. イ 100点 □ 140点 340点 2. イ 100点 □ 100点 300点	注1 退院支援計画作成加算(イ)は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、慢性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。 2 退院加算(ロ)は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。	平成22年度新設		
急性期病棟等退院調整加算 平成22年度新設	1. 140点 2. 100点	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、急性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。	平成22年度新設		
新生児特定集中治療室退院調整加算 平成22年度新設	300点	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者であって区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。	平成22年度新設		

医療機関の連携に関わる診療報酬【参考】推計退院患者数 12,596,000(患者調査平成20年9月)

診療報酬名	点数	算定要件	平成19年	平成20年	平成21年
退院時共同指導料 1	1. 1000点 2. 600点	1 在宅療養支援診療所(地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう(以下この表において同じ。))の場合 2 1以外の場合 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。	1,074	567	500
退院時共同指導料 2	300点	入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。	697	1,051	447
※注3に規定する加算(平成20年度)	2000点	入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に加算する。	-	50	0
介護支援連携指導料 平成22年度新設	300点	当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)は、別に算定できない。 ※ 介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。	平成22年度新設		

社会保険診療行為別調査 平成21年6月審査分

医療機関の連携に関わる診療報酬

診療報酬名	点数	算定要件	平成19年	平成20年	平成21年
地域連携診療計画管理料 (平成18年度)	900点	別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画管理病院」という。)が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。	247	1,133	1,939
地域連携診療計画退院時指導料 (I) (平成18年度)	600点	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。	37	817	2,027
地域連携診療計画退院時指導料 (II) 平成22年度新設	300点	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、他の保険医療機関において区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。	平成22年度新設		
がん治療連携計画策定料 平成22年度新設	750点	入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。	平成22年度新設		

医療機関の連携に関わる診療報酬

【参考】推計退院患者数 12,596,000(患者調査平成20年9月)

診療報酬名	点数	算定要件	平成19年	平成20年	平成21年
退院前訪問指導料 (平成2年度)	410点	入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回)に限り算定する。	3,037	2,248	2,869
診療情報提供料 (I) (平成6年度)	250点	保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。	1,739,480	1,663,644	1,596,054
診療情報提供料 (II) (平成18年度)	500点	保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	15,656	13,577	9,552
在宅患者連携指導料 (平成20年度)	900点	訪問診療を実施している保険医療機関(診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院(在宅療養支援病院を除く。))に限る。)の保険医が、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対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	-	603	113
在宅患者緊急時等カンファレンス料 (平成20年度)	200点	訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、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の状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。	-	50	528

社会保険診療行為別調査 平成21年6月審査分

平成 22 年 4～9 月 医療費の動向のポイント

- 平成 22 年 4～9 月の医療費の伸び率(対前年同期比)は、計 3.9%(稼働日数補正後 3.4%)となった。受診延日数(延患者数)は入院が増加し、入院外、歯科が減少した。

<平成 22 年 4～9 月の伸び率(対前年同期)>

	医療費	1日当たり医療費	受診延日数(延患者数)
計	3.9%(3.4%)	3.8%	0.1%
医科入院	6.6%(6.4%)	5.4%	1.1%
医科入院外	1.8%(1.1%)	2.0%	0.2%
歯科	1.4%(0.6%)	1.7%	0.4%

※ ()内は稼働日数補正後

- 医療費及び1日当たり医療費の伸び率を平成 21 年度と比較してその差をみると、入院、歯科はプラスであるのに対し、入院外、調剤はマイナスとなっている。

<医療費の伸び率(対前年同期)>

	平成 22 年 4～9 月	平成 21 年度	差(-)
計	3.9%	3.5%	0.4%
医科入院	6.6%	3.1%	3.5%
医科入院外	1.8%	2.8%	1.0%
病院	2.9%	3.9%	1.0%
診療所	1.1%	2.1%	1.0%
歯科	1.4%	0.7%	2.1%
調剤	3.0%	7.9%	4.9%

<1日当たり医療費の伸び率(対前年同期)>

	平成 22 年 4～9 月	平成 21 年度	差(-)
計	3.8%	4.1%	0.3%
医科入院	5.4%	3.2%	2.3%
医科入院外	2.0%	3.6%	1.6%
病院	7.1%	5.3%	1.8%
診療所	0.1%	2.7%	2.8%
歯科	1.7%	0.3%	2.0%
調剤	0.9%	6.3%	7.2%

入院外の病院は、平成 22 年 4 月診療分より旧総合病院の外来のレセプトが診療科ごとから病院単位に変更されており、その影響による日数の減少及び 1 日当たり医療費の増加があるものと考えられる。

平成22年 4月～9月

診療種類別医療費の伸び率

(単位：%)

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年 4月～9月		平成22年 4月～9月 対前年 同期比	平成21年度 の伸び率 との比較		
							4～9月	10～3月		8月	9月	
計	1日当医療費	3.4	0.8	4.1	3.2	4.1	4.2	4.1	3.8	4.5	4.3	0.3
	受診延日数	0.3	0.7	0.9	1.3	0.6	0.3	0.9	0.1	0.4	0.4	0.6
	医療費	3.1	0.1	3.1	1.9	3.5	3.9	3.1	3.9	4.9	3.9	0.4
医 科 計	1日当医療費	2.9	0.5	3.2	2.6	3.6	3.5	3.7	4.2	5.0	5.3	0.6
	受診延日数	0.6	0.7	0.9	1.5	0.6	0.2	1.0	0.1	0.3	0.6	0.7
	医療費	2.3	0.2	2.3	1.1	3.0	3.3	2.7	4.3	5.3	4.6	1.3
入 院 注2	1日当医療費	2.4	1.4	3.6	3.0	3.2	3.3	3.0	5.4	6.3	6.1	2.3
	受診延日数	0.2	1.4	0.8	1.1	0.1	0.1	0.0	1.1	1.6	1.7	1.1
	医療費	2.2	0.0	2.8	1.9	3.1	3.2	3.1	6.6	8.0	8.0	3.5
入 院 外	1日当医療費	3.1	0.1	2.7	1.8	3.6	3.6	3.6	2.0	2.4	2.3	1.6
	受診延日数	0.7	0.5	0.9	1.6	0.8	0.3	1.3	0.2	0.1	1.2	0.6
	医療費	2.5	0.3	1.8	0.2	2.8	3.3	2.3	1.8	2.3	1.0	1.0
歯 科 注2	1日当医療費	0.0	1.8	1.2	2.8	0.3	0.1	0.4	1.7	1.8	1.8	2.0
	受診延日数	1.1	1.0	1.4	0.1	0.5	0.6	0.3	0.4	0.5	0.6	0.1
	医療費	1.1	2.8	0.2	2.6	0.7	0.7	0.7	1.4	2.3	2.4	2.1
調 剤	1日当医療費	6.2	0.5	6.1	3.4	6.3	6.6	6.1	0.9	0.4	0.2	7.2
	受診延日数	2.4	3.9	2.6	1.8	1.5	2.3	0.7	3.9	3.6	1.4	2.4
	医療費	8.7	3.4	8.9	5.3	7.9	9.0	6.8	3.0	4.0	1.2	4.9

休日数等の影響を補正した医療費総額の伸び率(対前年同期比)

計	3.0	0.0	3.0	2.2	3.6	4.5	2.7	3.4	3.9	1.2	0.2
医科入院 注2	2.1	0.1	2.6	2.2	3.2	3.6	2.9	6.4	7.2	6.8	3.1
医科入院外	2.4	0.4	1.7	0.6	2.9	4.0	1.8	1.1	1.3	2.5	1.8
歯科 注2	1.0	2.9	0.1	2.7	0.6	0.1	1.3	0.6	1.3	1.1	1.2
調剤	8.5	3.2	8.9	5.8	8.1	10.0	6.2	2.2	2.8	3.0	5.8
稼働日数補正【日曜日】	0	0	1	0	0	1	-1	-1	0	-1	
稼働日数補正【土曜日】	-1	-1	0	1	1	1	0	0	-1	0	
稼働日数補正【休日でない木曜日】	-	-	-	-	-	-	-	-1	0	0	

- 注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費(算定ベース)を概算医療費として集計している。
 注2. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含めて計算している。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。
 注3. 平成21年度の伸び率(対前年度比)は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。
 注4. 閑日に係る影響補正係数は、当月が閑日の場合3.6%、前年同月が閑日の場合 3.4%とした。
 注5. 平成21年度までの影響補正係数は、従来の計数(平成21年度まで用いていたもの)を使用。

平成22年 4～9月

経営主体別 医科病院 医療費の伸び率

(単位：%)

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	4～9月		平成22年 4～9月 対前年 同期比	8月		9月	(参考注3) 平成21年度 の伸び率 との比較
							4～9月	10～3月		8月			
										8月	9月		
医科計	1日当医療費	3.9	2.1	4.3	3.7	4.0	4.2	3.9	7.1	7.5	7.7	3.1	
	受診延日数	1.6	2.4	1.8	2.2	0.6	0.6	0.5	1.3	0.4	0.9	0.8	
	医療費	2.2	0.4	2.4	1.4	3.4	3.5	3.3	5.7	7.1	6.8	2.2	
大学 病院	1日当医療費	3.5	2.5	4.0	4.9	4.6	5.0	4.2	11.4	12.6	12.4	6.8	
	受診延日数	0.6	0.5	0.1	0.3	1.0	1.4	0.5	3.1	2.2	2.0	4.1	
	医療費	2.9	3.0	4.2	4.6	5.6	6.4	4.8	7.9	10.2	10.1	2.3	
公的 病院	1日当医療費	4.5	2.7	5.5	4.6	5.1	5.2	4.9	9.6	9.5	10.2	4.5	
	受診延日数	3.3	4.6	3.9	4.4	1.7	1.8	1.7	3.4	1.8	2.4	1.7	
	医療費	1.1	2.0	1.4	0.0	3.3	3.4	3.2	5.9	7.6	7.6	2.6	
民間 病院	1日当医療費	3.8	1.7	3.7	3.1	3.2	3.3	3.2	5.1	5.5	5.4	1.8	
	受診延日数	0.8	1.5	0.8	1.3	0.1	0.2	0.1	0.1	0.6	0.0	0.1	
	医療費	3.0	0.2	2.8	1.8	3.1	3.1	3.1	5.0	6.1	5.4	1.9	
医科入院 ^{注2}	1日当医療費	2.3	1.3	3.5	2.8	3.1	3.2	3.0	5.3	6.2	6.0	2.3	
	受診延日数	0.0	1.2	0.6	0.9	0.2	0.1	0.3	1.3	1.7	1.9	1.1	
	医療費	2.3	0.1	2.9	1.9	3.3	3.3	3.2	6.7	8.0	8.0	3.4	
大学 病院	1日当医療費	2.9	3.0	5.1	4.4	3.3	3.8	2.9	7.0	8.9	8.1	3.6	
	受診延日数	1.4	0.3	1.0	0.4	1.1	1.3	1.0	1.4	1.9	2.9	0.3	
	医療費	1.4	2.7	4.0	4.0	4.5	5.2	3.9	8.5	10.9	11.2	4.0	
公的 病院	1日当医療費	2.9	2.4	4.7	3.8	4.2	4.3	4.0	6.2	7.0	6.9	2.0	
	受診延日数	1.9	3.9	2.6	3.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.6	2.3	2.2	
	医療費	1.0	1.6	1.9	0.6	3.0	3.2	2.9	7.3	8.7	9.4	4.2	
民間 病院	1日当医療費	2.4	0.9	3.0	2.4	2.5	2.5	2.5	4.5	5.1	4.8	2.0	
	受診延日数	0.9	0.1	0.3	0.0	0.6	0.5	0.7	1.3	1.8	1.6	0.7	
	医療費	3.4	0.7	3.3	2.4	3.2	3.0	3.3	5.9	7.0	6.5	2.8	
医科入院外	1日当医療費	5.3	2.1	4.2	3.6	5.3	5.5	5.0	7.1	7.2	7.2	1.8	
	受診延日数	3.0	3.5	2.9	3.5	1.3	1.3	1.3	3.9	2.5	3.6	2.7	
	医療費	2.1	1.5	1.2	0.0	3.9	4.2	3.6	2.9	4.5	3.4	1.0	
大学 病院	1日当医療費	7.1	2.9	3.7	6.2	7.4	8.0	6.9	13.0	13.7	13.3	5.7	
	受診延日数	0.0	1.1	0.9	0.2	0.9	1.4	0.3	5.9	4.7	5.0	6.8	
	医療費	7.1	4.0	4.6	6.0	8.3	9.5	7.2	6.3	8.3	7.7	1.9	
公的 病院	1日当医療費	5.8	2.3	5.1	4.1	6.1	6.3	6.0	9.9	9.5	9.8	3.7	
	受診延日数	4.2	5.2	4.8	5.4	2.2	2.3	2.1	6.7	4.3	5.8	4.5	
	医療費	1.3	2.9	0.0	1.5	3.8	3.9	3.7	2.5	4.8	3.4	1.3	
民間 病院	1日当医療費	4.5	1.6	3.7	2.7	4.0	4.2	3.7	4.1	4.2	4.2	0.1	
	受診延日数	2.6	3.1	2.1	2.8	1.0	1.1	1.0	1.8	0.9	2.0	0.7	
	医療費	1.8	1.5	1.4	0.2	2.9	3.1	2.7	2.3	3.2	2.2	0.6	

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費(算定ベース)を概算医療費として集計している。

注2. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含めて計算している。

注3. 平成21年度の伸び率(対前年度比)は、大きな制度改革や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年4～9月

医科診療所の主たる診療科別 医科入院外医療費の伸び率

(単位：%)

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比		平成22年 4～9月 対前年度比	平成22年 4～9月 対前年度比		(参考注3) 平成21年度 の伸び率 との比較 -	
						4～9月	10～3月		8月	9月		
医科診療所	1日当医療費	2.4	0.3	2.3	1.2	2.7	2.7	2.7	0.1	0.0	0.1	2.8
	受診延日数	0.3	0.8	0.2	0.9	0.6	0.1	1.3	1.2	0.8	0.4	1.8
	医療費	2.7	0.5	2.2	0.3	2.1	2.8	1.4	1.1	0.8	0.5	1.0
内科	1日当医療費	3.4	0.3	3.2	1.5	3.4	3.6	3.3	0.2	0.2	0.5	3.6
	受診延日数	1.2	0.3	0.8	2.1	0.6	0.1	1.1	1.1	1.0	1.7	1.8
	医療費	2.1	0.7	2.3	0.6	2.8	3.5	2.1	1.0	0.9	1.2	1.8
小児科	1日当医療費	0.3	1.3	1.4	1.2	2.0	2.0	2.0	2.8	1.8	3.5	4.8
	受診延日数	0.6	3.8	3.8	1.1	2.2	0.8	3.3	6.2	2.5	1.3	8.3
	医療費	0.3	2.4	2.4	2.4	0.2	1.2	1.4	3.2	4.2	4.7	3.4
外科	1日当医療費	2.6	0.7	3.0	2.0	3.5	3.8	3.1	0.7	0.7	0.1	2.7
	受診延日数	3.2	3.2	3.0	4.3	2.3	1.8	2.7	4.5	4.4	4.5	2.2
	医療費	0.7	2.6	0.1	2.4	1.1	1.9	0.3	3.8	3.7	4.6	4.9
整形外科	1日当医療費	1.7	0.2	2.2	1.4	2.4	2.4	2.4	0.8	0.9	0.0	1.6
	受診延日数	3.5	1.5	2.1	0.4	1.9	2.2	1.7	0.2	0.5	0.8	1.8
	医療費	5.2	1.6	4.3	1.8	4.4	4.6	4.1	0.9	1.4	0.8	3.4
皮膚科	1日当医療費	0.3	2.7	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	1.3	1.5	1.6	1.5
	受診延日数	0.9	1.6	0.1	2.2	0.0	0.1	0.0	3.5	4.5	4.4	3.4
	医療費	1.2	1.1	0.1	2.5	0.3	0.3	0.3	2.1	2.8	2.8	1.8
産婦人科	1日当医療費	1.9	1.9	1.5	1.1	1.3	1.7	0.9	0.6	0.7	0.6	0.7
	受診延日数	0.7	0.0	0.6	1.9	2.9	3.0	2.9	0.8	0.7	0.6	2.1
	医療費	1.2	1.9	1.0	0.9	1.7	1.3	2.0	0.3	0.0	1.2	1.4
眼科	1日当医療費	1.7	3.8	0.1	1.9	2.4	2.1	2.7	0.9	1.1	1.6	1.5
	受診延日数	2.4	0.2	0.9	0.1	1.6	1.1	2.2	1.3	2.1	1.8	2.9
	医療費	4.1	4.0	0.8	1.7	0.7	0.9	0.4	2.2	3.2	3.4	1.5
耳鼻咽喉科	1日当医療費	1.4	1.4	2.2	2.3	2.0	2.1	1.8	0.2	0.0	0.1	1.8
	受診延日数	0.1	0.0	1.2	0.6	4.0	0.4	7.0	3.0	0.0	1.2	7.0
	医療費	1.3	1.4	1.0	1.7	2.1	1.7	5.3	3.2	0.0	1.3	5.3
その他	1日当医療費	2.5	0.9	1.9	0.7	1.8	1.7	1.8	0.6	1.0	0.7	2.3
	受診延日数	4.6	4.6	3.5	0.7	1.1	1.3	0.9	2.6	3.0	2.0	1.5
	医療費	7.3	3.6	5.5	1.4	2.9	3.1	2.8	2.1	2.0	1.3	0.8

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費(算定ベース)を概算医療費として集計している。
 注2. 医科診療所を主たる診療科別に分類して、それぞれの分類に属する医科診療所の医療費を集計している。
 注3. 平成21年度の伸び率(対前年度比)は、大きな制度改革や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年4～9月

病床規模別 医科病院 医療費の伸び率（医科計）

（単位：％）

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年 4～9月		平成22年 4～9月 対前年 同期比	平成21年度 の伸び率 との比較		
							4～9月	10～3月		8月	9月	
医科病院計	1日当医療費	3.9	2.1	4.3	3.7	4.0	4.2	3.9	7.1	7.5	7.7	3.1
	受診延日数	1.6	2.4	1.8	2.2	0.6	0.6	0.5	1.3	0.4	0.9	0.8
	医療費	2.2	0.4	2.4	1.4	3.4	3.5	3.3	5.7	7.1	6.8	2.2
200床 未満	1日当医療費	3.5	1.2	3.7	3.1	3.6	3.8	3.5	4.6	4.8	4.9	1.0
	受診延日数	1.6	2.6	1.4	1.7	0.1	0.2	0.0	0.0	0.5	0.3	0.1
	医療費	1.9	1.5	2.3	1.4	3.7	4.0	3.5	4.6	5.4	4.6	0.9
20床以上 50床未満	1日当医療費	3.7	1.6	4.3	3.1	3.8	3.9	3.7	4.4	4.6	4.3	0.6
	受診延日数	3.9	5.9	4.7	3.8	3.0	2.3	3.8	3.0	2.2	2.3	0.0
	医療費	0.4	4.5	0.6	0.8	0.7	1.6	0.2	1.3	2.3	1.9	0.6
50床以上 100床未満	1日当医療費	3.6	0.9	3.5	3.2	3.8	4.1	3.5	3.9	4.2	4.0	0.1
	受診延日数	2.0	2.9	2.0	2.6	0.6	0.2	1.0	1.2	0.8	1.7	0.6
	医療費	1.5	2.0	1.4	0.5	3.2	3.9	2.5	2.7	3.3	2.2	0.5
100床以上 200床未満	1日当医療費	3.3	1.0	3.4	2.9	3.3	3.5	3.2	4.7	5.0	5.1	1.4
	受診延日数	0.9	1.8	0.4	0.9	1.0	0.8	1.1	1.1	1.7	0.8	0.1
	医療費	2.4	0.8	3.1	2.0	4.3	4.3	4.4	5.8	6.7	6.0	1.5
200床 以上	1日当医療費	4.1	2.5	4.6	4.1	4.3	4.5	4.2	8.5	8.9	9.2	4.2
	受診延日数	1.6	2.4	2.0	2.6	0.9	1.0	0.8	2.2	1.0	1.4	1.3
	医療費	2.4	0.1	2.5	1.4	3.4	3.4	3.3	6.1	7.8	7.7	2.8
200床以上 300床未満	1日当医療費	3.4	1.8	3.8	3.3	2.9	2.9	2.9	5.6	5.6	5.8	2.7
	受診延日数	1.5	2.3	1.7	2.0	1.0	1.1	0.9	0.5	0.8	0.5	0.5
	医療費	1.9	0.5	2.0	1.3	1.9	1.7	2.0	5.1	6.4	6.4	3.2
300床以上 500床未満	1日当医療費	3.9	2.7	4.9	3.5	4.3	4.4	4.2	8.1	8.4	8.5	3.9
	受診延日数	2.7	2.2	2.0	3.2	0.8	0.9	0.7	2.1	1.0	1.8	1.3
	医療費	1.1	0.5	2.9	0.2	3.5	3.5	3.5	5.9	7.3	6.6	2.4
500床以上	1日当医療費	4.4	2.7	4.8	4.9	5.1	5.4	4.8	10.7	11.2	11.6	5.7
	受診延日数	0.6	2.7	2.2	2.4	1.1	1.1	1.0	3.5	2.1	2.1	2.5
	医療費	3.8	0.1	2.5	2.4	3.9	4.2	3.7	6.8	8.9	9.3	2.9

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）を概算医療費として集計している。

注2. 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」と突合することにより、病床数情報を把握している。介護分の療養病床を含めた上での病床規模別の分類になる。

注3. 病床数不詳の医科病院を含めて、総計欄を集計している。

注4. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含めて計算している。

注5. 平成21年度の伸び率（対前年度比）は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年4～9月

病床規模別 医科病院 医療費の伸び率（医科入院）

（単位：％）

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成21年度 対前年度比		平成22年 4～9月 対前年 同期比	平成22年 4～9月 対前年 同期比		(参考 ^{注5}) 平成21年度 の伸び率 との比較 -
							4～9月	10～3月		8月	9月	
医科病院計	1日当医療費	2.3	1.3	3.5	2.8	3.1	3.2	3.0	5.3	6.2	6.0	2.3
	受診延日数	0.0	1.2	0.6	0.9	0.2	0.1	0.3	1.3	1.7	1.9	1.1
	医療費	2.3	0.1	2.9	1.9	3.3	3.3	3.2	6.7	8.0	8.0	3.4
200床 未満	1日当医療費	1.8	0.0	2.7	2.3	2.6	2.8	2.5	4.1	4.7	4.4	1.4
	受診延日数	0.7	0.9	0.3	0.2	1.3	1.2	1.3	1.8	2.1	1.8	0.5
	医療費	2.5	0.9	3.1	2.5	4.0	4.1	3.8	5.9	6.8	6.2	2.0
20床以上 50床未満	1日当医療費	1.5	0.3	4.0	2.6	3.0	3.1	3.0	4.5	4.9	4.2	1.4
	受診延日数	1.6	4.8	3.8	2.5	2.5	2.0	2.9	0.2	0.7	1.4	2.3
	医療費	0.1	4.5	0.1	0.0	0.5	1.0	0.0	4.3	5.6	5.7	3.8
50床以上 100床未満	1日当医療費	1.9	0.1	2.8	2.3	2.9	3.3	2.6	4.0	4.6	4.2	1.1
	受診延日数	0.5	1.7	0.4	0.3	0.8	0.9	0.6	0.3	0.3	0.0	0.5
	医療費	2.5	1.8	2.5	2.0	3.7	4.2	3.2	4.3	4.9	4.2	0.6
100床以上 200床未満	1日当医療費	1.8	0.0	2.6	2.2	2.5	2.7	2.3	4.1	4.7	4.4	1.5
	受診延日数	1.0	0.1	1.0	0.7	1.8	1.7	2.0	2.6	2.9	2.5	0.7
	医療費	2.8	0.1	3.6	2.9	4.4	4.4	4.4	6.7	7.7	7.0	2.3
200床 以上	1日当医療費	2.6	1.9	4.0	3.2	3.5	3.6	3.3	6.0	6.9	6.7	2.5
	受診延日数	0.4	1.5	1.1	1.5	0.4	0.5	0.3	1.0	1.5	1.9	1.4
	医療費	2.2	0.4	2.8	1.6	3.0	3.0	3.0	7.0	8.5	8.8	4.0
200床以上 300床未満	1日当医療費	1.8	0.8	2.9	2.7	1.9	1.8	2.0	4.5	5.1	4.9	2.6
	受診延日数	0.1	0.8	0.6	1.0	0.2	0.3	0.1	1.0	1.6	2.1	1.2
	医療費	1.9	0.0	2.4	1.7	1.7	1.6	1.8	5.6	6.8	7.1	3.9
300床以上 500床未満	1日当医療費	2.5	2.2	4.1	2.5	3.6	3.6	3.7	5.8	6.6	6.2	2.2
	受診延日数	1.3	1.1	0.6	1.5	0.2	0.2	0.2	1.0	1.5	1.4	1.2
	医療費	1.2	1.0	3.5	0.9	3.4	3.4	3.4	6.9	8.2	7.7	3.5
500床以上	1日当医療費	3.0	2.6	4.7	4.4	4.2	4.6	3.8	6.9	8.1	7.9	2.7
	受診延日数	0.2	2.5	2.1	2.0	0.9	1.1	0.7	0.8	1.4	2.4	1.7
	医療費	3.2	0.0	2.5	2.3	3.3	3.4	3.1	7.7	9.6	10.6	4.5

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）を概算医療費として集計している。
 注2. 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」と突合することにより、病床数情報を把握している。介護分の療養病床を含めた上での病床規模別の分類になる。
 注3. 病床数不詳の医科病院を含めて、総計欄を集計している。
 注4. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含めて計算している。
 注5. 平成21年度の伸び率（対前年度比）は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年 4～9月

病床規模別 医科病院 医療費の伸び率（医科入院外）

（単位：％）

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年 4～9月		平成22年 4～9月 対前年 同期比	平成21年度 の伸び率 との比較		
							4～9月	10～3月		8月	9月	
										8月	9月	
医科病院計	1日当医療費	5.3	2.1	4.2	3.6	5.3	5.5	5.0	7.1	7.2	7.2	1.8
	受診延日数	3.0	3.5	2.9	3.5	1.3	1.3	1.3	3.9	2.5	3.6	2.7
	医療費	2.1	1.5	1.2	0.0	3.9	4.2	3.6	2.9	4.5	3.4	1.0
200床 未満	1日当医療費	3.9	1.2	3.3	2.1	4.1	4.4	3.8	3.1	2.8	2.9	1.1
	受診延日数	3.3	4.0	2.7	3.3	0.9	0.7	1.2	1.6	0.8	2.0	0.6
	医療費	0.6	2.8	0.5	1.2	3.1	3.6	2.6	1.4	2.0	0.8	1.7
20床以上 50床未満	1日当医療費	4.3	2.1	3.9	2.6	4.3	4.7	3.9	2.1	1.8	1.5	2.2
	受診延日数	4.8	6.4	5.1	4.3	3.2	2.3	4.1	4.1	3.4	3.7	0.9
	医療費	0.7	4.5	1.4	1.8	0.9	2.2	0.3	2.1	1.6	2.2	3.0
50床以上 100床未満	1日当医療費	3.5	1.3	2.7	2.0	3.7	4.2	3.3	1.8	1.7	1.2	2.0
	受診延日数	3.4	3.7	3.1	4.0	1.5	1.0	2.0	2.2	1.6	2.9	0.7
	医療費	0.1	2.5	0.5	2.1	2.2	3.2	1.2	0.5	0.1	1.8	2.7
100床以上 200床未満	1日当医療費	4.1	1.0	3.4	2.0	4.2	4.4	4.0	3.9	3.5	4.0	0.3
	受診延日数	2.7	3.5	1.8	2.5	0.0	0.2	0.2	0.5	0.3	1.0	0.5
	医療費	1.3	2.6	1.5	0.6	4.2	4.2	4.2	3.4	3.9	3.0	0.8
200床 以上	1日当医療費	6.0	2.4	4.7	4.5	6.0	6.3	5.7	9.8	9.9	10.0	3.9
	受診延日数	2.8	3.3	2.9	3.7	1.5	1.6	1.4	5.7	3.7	4.9	4.2
	医療費	3.0	0.9	1.6	0.6	4.4	4.6	4.2	3.6	5.8	4.6	0.8
200床以上 300床未満	1日当医療費	5.3	2.2	4.2	3.3	4.7	4.7	4.7	6.3	5.8	5.8	1.6
	受診延日数	3.5	4.2	3.3	3.4	2.2	2.3	2.1	2.9	0.6	1.9	0.6
	医療費	1.6	2.1	0.8	0.2	2.4	2.3	2.5	3.3	5.2	3.8	0.9
300床以上 500床未満	1日当医療費	5.1	2.2	4.7	3.5	5.1	5.4	4.9	9.0	8.9	9.2	3.8
	受診延日数	4.1	3.2	3.4	4.9	1.4	1.6	1.2	5.5	3.9	5.3	4.2
	医療費	0.8	1.1	1.1	1.7	3.7	3.7	3.7	2.9	4.7	3.4	0.8
500床以上	1日当医療費	7.0	2.7	4.8	5.6	7.1	7.5	6.6	12.4	12.7	12.6	5.3
	受診延日数	1.2	2.8	2.3	2.7	1.2	1.2	1.3	7.2	5.1	5.9	6.0
	医療費	5.7	0.2	2.4	2.8	5.7	6.2	5.3	4.3	6.9	6.0	1.5

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）を概算医療費として集計している。

注2. 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」と突合することにより、病床数情報を把握している。介護分の療養病床を含めた上での病床規模別の分類になる。

注3. 病床数不詳の医科病院を含めて、総計欄を集計している。

注4. 平成21年度の伸び率（対前年度比）は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年4～9月

病床規模別 医科病院 1施設当たり医療費の伸び率（医科計）

（単位：％）

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年		平成22年 4～9月 対前年 同期比	平成22年		(参考 ^{注5}) 平成21年度 の伸び率 との比較 -		
							4～9月	10～3月		8月			9月	
医科病院計	1日当医療費	3.9	2.1	4.3	3.7	4.0	4.2	3.9	7.1	7.5	7.7	3.1		
	1施設当日数	1.2	2.0	0.5	1.3	0.2	0.1	0.3	0.4	0.5	0.1	0.6		
	1施設当医療費	2.7	0.1	3.7	2.3	4.2	4.3	4.1	6.7	8.0	7.8	2.5		
200床 未満	1日当医療費	3.5	1.2	3.7	3.1	3.6	3.8	3.5	4.6	4.8	4.9	1.0		
	1施設当日数	0.9	1.8	0.0	0.7	0.8	0.9	0.7	1.0	1.6	1.0	0.3		
	1施設当医療費	2.6	0.6	3.7	2.4	4.4	4.7	4.2	5.7	6.5	5.9	1.3		
20床以上 50床未満	1日当医療費	3.7	1.6	4.3	3.1	3.8	3.9	3.7	4.4	4.6	4.3	0.6		
	1施設当日数	1.0	2.8	1.3	0.2	0.5	0.0	1.1	0.8	1.1	1.5	1.4		
	1施設当医療費	2.6	1.3	5.7	3.3	3.3	3.9	2.6	5.3	5.8	5.9	2.1		
50床以上 100床未満	1日当医療費	3.6	0.9	3.5	3.2	3.8	4.1	3.5	3.9	4.2	4.0	0.1		
	1施設当日数	1.3	2.2	1.0	1.6	0.3	0.5	0.0	0.4	0.9	0.4	0.2		
	1施設当医療費	2.2	1.3	2.5	1.5	4.1	4.6	3.6	4.4	5.1	4.4	0.3		
100床以上 200床未満	1日当医療費	3.3	1.0	3.4	2.9	3.3	3.5	3.2	4.7	5.0	5.1	1.4		
	1施設当日数	1.3	1.9	0.7	1.1	0.8	0.8	0.7	0.5	1.3	0.3	0.2		
	1施設当医療費	2.0	0.9	2.7	1.8	4.2	4.4	3.9	5.3	6.3	5.4	1.1		
200床 以上	1日当医療費	4.1	2.5	4.6	4.1	4.3	4.5	4.2	8.5	8.9	9.2	4.2		
	1施設当日数	1.8	2.6	1.1	1.8	0.0	0.3	0.2	1.5	0.5	1.0	1.4		
	1施設当医療費	2.2	0.1	3.4	2.2	4.3	4.2	4.4	7.0	8.3	8.1	2.7		
200床以上 300床未満	1日当医療費	3.4	1.8	3.8	3.3	2.9	2.9	2.9	5.6	5.6	5.8	2.7		
	1施設当日数	1.3	3.1	0.8	1.4	0.2	0.4	0.1	0.2	1.1	0.6	0.4		
	1施設当医療費	2.0	1.3	2.9	1.8	2.7	2.5	2.8	5.8	6.8	6.5	3.2		
300床以上 500床未満	1日当医療費	3.9	2.7	4.9	3.5	4.3	4.4	4.2	8.1	8.4	8.5	3.9		
	1施設当日数	2.7	2.5	1.6	2.4	0.2	0.3	0.6	1.2	0.3	1.0	1.3		
	1施設当医療費	1.1	0.1	3.3	1.0	4.4	4.1	4.8	6.9	8.1	7.5	2.4		
500床以上	1日当医療費	4.4	2.7	4.8	4.9	5.1	5.4	4.8	10.7	11.2	11.6	5.7		
	1施設当日数	2.1	1.0	0.4	0.9	0.0	0.0	0.0	3.0	1.9	2.1	3.0		
	1施設当医療費	2.2	1.7	4.4	3.9	5.1	5.4	4.8	7.4	9.1	9.3	2.3		

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）を概算医療費として集計している。
 注2. 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」と突合することにより、病床数情報を把握している。介護分の療養病床を含めた上での病床規模別の分類になる。
 注3. 病床数不詳の医科病院を含めて、総計欄を集計している。
 注4. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含めて計算している。
 注5. 平成21年度の伸び率（対前年度比）は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年4～9月

病床規模別 医科病院 1施設当たり医療費の伸び率（医科入院）

（単位：％）

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年 4～9月		平成22年 4～9月 対前年 同期比	平成21年度 の伸び率 との比較		
							4～9月	10～3月		8月	9月	
										8月	9月	
医科病院計	1日当医療費	2.3	1.3	3.5	2.8	3.1	3.2	3.0	5.3	6.2	6.0	2.3
	1施設当日数	0.4	0.8	0.7	0.0	0.9	0.8	1.0	2.2	2.6	2.9	1.3
	1施設当医療費	2.7	0.5	4.2	2.9	4.0	4.1	4.0	7.7	9.0	9.1	3.7
200床 未満	1日当医療費	1.8	0.0	2.7	2.3	2.6	2.8	2.5	4.1	4.7	4.4	1.4
	1施設当日数	1.3	0.0	1.7	1.2	2.0	1.9	2.0	2.8	3.1	3.0	0.9
	1施設当医療費	3.2	0.0	4.5	3.5	4.7	4.8	4.5	7.0	7.9	7.5	2.3
20床以上 50床未満	1日当医療費	1.5	0.3	4.0	2.6	3.0	3.1	3.0	4.5	4.9	4.2	1.4
	1施設当日数	1.4	1.6	2.3	1.6	0.0	0.2	0.3	3.7	4.1	5.3	3.7
	1施設当医療費	2.9	1.3	6.4	4.2	3.0	3.3	2.7	8.4	9.3	9.7	5.4
50床以上 100床未満	1日当医療費	1.9	0.1	2.8	2.3	2.9	3.3	2.6	4.0	4.6	4.2	1.1
	1施設当日数	1.2	0.9	0.7	0.6	1.6	1.7	1.6	2.0	2.1	2.2	0.3
	1施設当医療費	3.1	1.0	3.5	3.0	4.6	5.0	4.2	6.0	6.8	6.5	1.4
100床以上 200床未満	1日当医療費	1.8	0.0	2.6	2.2	2.5	2.7	2.3	4.1	4.7	4.4	1.5
	1施設当日数	0.6	0.3	0.7	0.5	1.7	1.7	1.6	2.0	2.5	1.9	0.3
	1施設当医療費	2.4	0.3	3.3	2.7	4.2	4.4	4.0	6.1	7.2	6.5	1.9
200床 以上	1日当医療費	2.6	1.9	4.0	3.2	3.5	3.6	3.3	6.0	6.9	6.7	2.5
	1施設当日数	0.6	1.7	0.2	0.7	0.5	0.2	0.7	1.8	2.0	2.3	1.3
	1施設当医療費	2.0	0.2	3.7	2.5	3.9	3.8	4.1	7.8	9.0	9.2	3.9
200床以上 300床未満	1日当医療費	1.8	0.8	2.9	2.7	1.9	1.8	2.0	4.5	5.1	4.9	2.6
	1施設当日数	0.3	1.6	0.3	0.4	0.6	0.5	0.6	1.8	2.0	2.2	1.2
	1施設当医療費	2.1	0.8	3.3	2.3	2.5	2.3	2.7	6.4	7.2	7.2	3.9
300床以上 500床未満	1日当医療費	2.5	2.2	4.1	2.5	3.6	3.6	3.7	5.8	6.6	6.2	2.2
	1施設当日数	1.3	1.5	0.2	0.8	0.7	0.4	1.0	2.0	2.2	2.2	1.3
	1施設当医療費	1.2	0.7	3.9	1.7	4.4	4.0	4.8	7.9	9.0	8.6	3.5
500床以上	1日当医療費	3.0	2.6	4.7	4.4	4.2	4.6	3.8	6.9	8.1	7.9	2.7
	1施設当日数	1.3	0.9	0.3	0.5	0.2	0.0	0.4	1.4	1.6	2.4	1.1
	1施設当医療費	1.6	1.7	4.4	3.8	4.4	4.6	4.2	8.3	9.8	10.6	3.9

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）を概算医療費として集計している。

注2. 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」と突合することにより、病床数情報を把握している。介護分の療養病床を含めた上での病床規模別の分類になる。

注3. 病床数不詳の医科病院を含めて、総計欄を集計している。

注4. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含めて計算している。

注5. 平成21年度の伸び率（対前年度比）は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年4～9月

病床規模別 医科病院 1施設当たり医療費の伸び率（医科入院外）

（単位：％）

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年 4～9月		平成22年 4～9月 対前年 同期比	8月	9月	(参考注4) 平成21年度 の伸び率 との比較 -
							4～9月	10～3月				
医科病院計	1日当医療費	5.3	2.1	4.2	3.6	5.3	5.5	5.0	7.1	7.2	7.2	1.8
	1施設当日数	2.6	3.1	1.6	2.6	0.5	0.6	0.5	3.0	1.6	2.7	2.5
	1施設当医療費	2.6	1.1	2.5	0.9	4.7	4.9	4.4	3.9	5.4	4.3	0.8
200床 未満	1日当医療費	3.9	1.2	3.3	2.1	4.1	4.4	3.8	3.1	2.8	2.9	1.1
	1施設当日数	2.6	3.2	1.4	2.3	0.3	0.1	0.5	0.5	0.2	0.8	0.3
	1施設当医療費	1.2	2.0	1.9	0.2	3.8	4.3	3.3	2.5	3.0	2.0	1.3
20床以上 50床未満	1日当医療費	4.3	2.1	3.9	2.6	4.3	4.7	3.9	2.1	1.8	1.5	2.2
	1施設当日数	1.9	3.2	0.9	0.3	0.7	0.1	1.4	0.3	0.1	0.0	0.5
	1施設当医療費	2.3	1.3	4.9	2.3	3.5	4.6	2.4	1.8	1.7	1.5	1.7
50床以上 100床未満	1日当医療費	3.5	1.3	2.7	2.0	3.7	4.2	3.3	1.8	1.7	1.2	2.0
	1施設当日数	2.8	3.0	2.1	3.1	0.6	0.3	1.0	0.6	0.1	0.8	0.1
	1施設当医療費	0.6	1.7	0.6	1.2	3.1	3.9	2.2	1.2	1.8	0.4	1.9
100床以上 200床未満	1日当医療費	4.1	1.0	3.4	2.0	4.2	4.4	4.0	3.9	3.5	4.0	0.3
	1施設当日数	3.1	3.6	2.2	2.7	0.2	0.1	0.2	1.1	0.1	1.5	0.9
	1施設当医療費	0.9	2.7	1.1	0.8	4.0	4.2	3.8	2.8	3.4	2.4	1.2
200床 以上	1日当医療費	6.0	2.4	4.7	4.5	6.0	6.3	5.7	9.8	9.9	10.0	3.9
	1施設当日数	3.0	3.5	2.1	3.0	0.6	0.8	0.4	4.9	3.2	4.5	4.3
	1施設当医療費	2.8	1.1	2.5	1.4	5.3	5.4	5.3	4.4	6.3	5.0	0.9
200床以上 300床未満	1日当医療費	5.3	2.2	4.2	3.3	4.7	4.7	4.7	6.3	5.8	5.8	1.6
	1施設当日数	3.3	5.0	2.4	2.9	1.4	1.6	1.3	2.1	0.2	1.8	0.7
	1施設当医療費	1.8	2.9	1.7	0.4	3.2	3.1	3.3	4.0	5.6	3.9	0.8
300床以上 500床未満	1日当医療費	5.1	2.2	4.7	3.5	5.1	5.4	4.9	9.0	8.9	9.2	3.8
	1施設当日数	4.1	3.6	3.0	4.2	0.5	1.0	0.1	4.6	3.2	4.6	4.2
	1施設当医療費	0.8	1.5	1.5	0.9	4.6	4.3	5.0	3.9	5.5	4.2	0.7
500床以上	1日当医療費	7.0	2.7	4.8	5.6	7.1	7.5	6.6	12.4	12.7	12.6	5.3
	1施設当日数	2.7	1.2	0.5	1.2	0.1	0.0	0.2	6.7	4.9	5.9	6.6
	1施設当医療費	4.0	1.5	4.3	4.3	6.9	7.5	6.4	4.9	7.1	6.0	2.0

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）を概算医療費として集計している。

注2. 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」と突合することにより、病床数情報を把握している。介護分の療養病床を含めた上での病床規模別の分類になる。

注3. 病床数不詳の医科病院を含めて、総計欄を集計している。

注4. 平成21年度の伸び率（対前年度比）は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年 4月～9月

制度別医療費の伸び率

(単位：%)

		平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年 4月～9月		平成22年 4月～9月 対前年 同期比	平成21年度 の伸び率 との比較		(参考注4) 平成21年度 の伸び率 との比較 -		
							4～9月	10～3月		8月	9月			
										8月	9月			
計	1日当医療費	3.4	0.8	4.1	3.2	4.1	4.2	4.1	3.8	4.5	4.3	0.3		
	受診延日数	0.3	0.7	0.9	1.3	0.6	0.3	0.9	0.1	0.4	0.4	0.6		
	医療費	3.1	0.1	3.1	1.9	3.5	3.9	3.1	3.9	4.9	3.9	0.4		
医療保険適用	70歳未満	1日当医療費	3.0	0.5	3.7	3.4	3.9	4.0	3.8	3.3	4.3	4.1	0.6	
		受診延日数	1.8	1.8	2.4	1.9	1.7	1.2	2.1	0.6	1.1	1.7	1.1	
		医療費	1.1	1.3	1.2	1.4	2.2	2.7	1.6	2.7	3.2	2.3	0.5	
	被用者保険	1日当医療費	2.6	0.3	3.5	3.3	3.8	3.8	3.7	3.0	4.4	3.9	0.8	
		受診延日数	1.4	0.5	1.3	1.0	1.7	1.3	2.1	0.2	1.3	1.5	1.9	
		医療費	1.2	0.2	2.1	2.3	2.0	2.5	1.5	3.1	3.0	2.3	1.2	
	国民健康保険	1日当医療費	3.4	1.0	4.2	3.8	4.1	4.2	4.0	3.8	4.3	4.5	0.2	
		受診延日数	2.4	3.6	4.0	3.4	1.6	1.1	2.2	1.7	0.8	2.0	0.0	
		医療費	0.9	2.6	0.1	0.3	2.4	3.1	1.7	2.1	3.4	2.4	0.3	
	(再掲)未就学者	1日当医療費	-	-	-	-	5.2	4.9	5.4	3.8	6.5	4.5	1.3	
		受診延日数	-	-	-	-	4.7	3.4	5.7	5.9	0.0	2.1	10.5	
		医療費	-	-	-	-	0.3	1.3	0.6	9.9	6.4	6.7	9.7	
	70歳以上	(再掲)75歳以上	1日当医療費	3.4	0.8	4.0	2.6	3.9	4.0	3.9	4.2	4.3	4.1	0.3
			受診延日数	2.2	1.2	1.3	0.5	0.6	0.8	0.5	0.6	2.0	1.1	0.0
			医療費	5.7	2.0	5.4	2.1	4.6	4.8	4.4	4.8	6.4	5.3	0.2
(再掲)75歳以上		1日当医療費	-	-	-	-	3.6	3.7	3.6	4.1	4.2	3.9	0.4	
		受診延日数	-	-	-	-	1.8	2.0	1.6	1.5	2.8	2.0	0.2	
		医療費	-	-	-	-	5.5	5.7	5.3	5.7	7.1	6.0	0.2	
公費	1日当医療費	3.2	1.3	3.3	3.2	3.7	3.9	3.5	4.0	4.2	4.1	0.3		
	受診延日数	0.9	0.4	0.0	1.1	4.2	3.6	4.8	4.1	5.5	4.4	0.1		
	医療費	4.1	0.9	3.3	4.4	8.0	7.6	8.4	8.2	10.0	8.7	0.2		

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費(算定ベース)を概算医療費として集計している。
 注2. 医療保険適用70歳以上には、後期高齢者医療の対象(平成19年度以前は老人医療受給対象)となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係る計数を含む。
 注3. 「公費」欄には、医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。
 注4. 平成21年度の伸び率(対前年度比)は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成22年4月～9月

制度別1人当たり医療費の伸び率

(単位：%)

		平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成21年度		平成22年 4月～9月 対前年 同期比	平成22年		(参考注3) 平成21年度 の伸び率 との比較 -	
		対前年度比	対前年度比	対前年度比	対前年度比	対前年度比	4～9月	10～3月		8月	9月		
計	1日当医療費	3.4	0.8	4.1	3.2	4.1	4.2	4.1	3.8	4.5	4.3	0.3	
	1人当受診延日数	0.3	0.7	0.9	1.2	0.5	0.2	0.8	0.2	0.5	0.3	0.6	
	1人当医療費	3.1	0.1	3.1	1.9	3.6	4.0	3.3	4.0	5.0	4.0	0.4	
医療保険適用	70歳未満	1日当医療費	3.0	0.5	3.7	3.4	3.9	4.0	3.8	3.3	4.3	4.1	0.6
		1人当受診延日数	1.4	1.4	2.0	1.5	1.1	0.6	1.6	0.1	0.6	1.2	1.0
		1人当医療費	1.5	0.9	1.6	1.9	2.8	3.4	2.2	3.2	3.7	2.9	0.4
	被用者保険	1日当医療費	2.6	0.3	3.5	3.3	3.8	3.8	3.7	3.0	4.4	3.9	0.8
		1人当受診延日数	1.4	1.0	2.2	1.3	1.2	0.6	1.7	0.4	1.1	1.3	1.6
		1人当医療費	1.2	0.6	1.2	1.9	2.6	3.2	2.0	3.4	3.2	2.5	0.8
	国民健康保険	1日当医療費	3.4	1.0	4.2	3.8	4.1	4.2	4.0	3.8	4.3	4.5	0.2
		1人当受診延日数	1.1	1.4	1.0	1.1	1.0	0.6	1.5	0.6	0.3	0.9	0.4
		1人当医療費	2.3	0.4	3.2	2.6	3.0	3.5	2.5	3.2	4.6	3.6	0.2
	(再掲)未就学者	1日当医療費	-	-	-	-	5.2	4.9	5.4	3.8	6.5	4.5	1.3
		1人当受診延日数	-	-	-	-	4.0	2.8	5.1	7.1	1.0	2.8	11.1
		1人当医療費	-	-	-	-	0.9	2.0	0.0	11.2	7.5	7.5	10.2
70歳以上	1日当医療費	3.4	0.8	4.0	2.6	3.9	4.0	3.9	4.2	4.3	4.1	0.3	
	1人当受診延日数	1.3	2.3	1.9	2.6	1.4	1.1	1.6	1.7	0.5	1.4	0.4	
	1人当医療費	2.0	1.5	2.1	0.1	2.5	2.8	2.3	2.4	3.8	2.7	0.1	
	(再掲)75歳以上	1日当医療費	-	-	-	-	3.6	3.7	3.6	4.1	4.2	3.9	0.4
	1人当受診延日数	-	-	-	-	1.3	1.2	1.5	1.6	0.4	1.2	0.3	
	1人当医療費	-	-	-	-	2.3	2.5	2.1	2.4	3.8	2.7	0.2	

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費(算定ベース)を概算医療費として集計している。

注2. 医療保険適用70歳以上には、後期高齢者医療の対象(平成19年度以前は老人医療受給対象)となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係る計数を含む。

注3. 平成21年度の伸び率(対前年度比)は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

(参考)

1件当たり日数の伸び率(対前年同期比)

平成22年4～9月

医科病院 医科入院

	平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年		平成22年 4～9月 対前年 同期比	平成22年	
						4～9月	10～3月		8月	9月
						医科病院	0.5		1.3	0.1
大学病院	3.0	3.7	2.0	1.9	1.6	2.0	1.2	1.3	1.2	1.8
公的病院	1.4	2.2	0.4	1.1	1.5	1.7	1.4	1.0	1.0	1.1
法人病院	0.0	0.8	0.2	0.4	0.0	0.1	0.1	0.6	0.8	0.9
個人病院	0.0	0.1	1.1	2.7	0.5	0.1	0.9	0.6	0.2	1.4

(単位：%)

(参考注) 平成21年度 の伸び率 との比較
-
0.2
0.3
0.5
0.6
0.1

注. 平成21年度の伸び率(対前年度比)は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

診療所 入院外

	平成 17年度 対前年度比	平成 18年度 対前年度比	平成 19年度 対前年度比	平成 20年度 対前年度比	平成 21年度 対前年度比	平成22年		平成22年 4～9月 対前年度比	平成22年	
						4～9月	10～3月		8月	9月
						医科診療所	2.5		2.4	2.1
内科	3.1	2.9	2.5	3.3	3.1	3.1	3.1	1.9	0.6	0.6
小児科	1.6	0.9	2.1	0.8	2.6	1.9	3.2	0.6	1.1	1.1
外科	2.5	3.4	2.9	3.6	3.0	3.1	3.0	2.6	1.7	0.6
整形外科	2.4	3.0	2.6	3.0	2.0	1.8	2.2	2.3	1.2	0.5
皮膚科	1.3	1.1	0.8	0.6	0.8	0.8	0.9	0.7	0.6	0.1
産婦人科	1.8	1.6	1.7	1.5	1.9	1.9	2.0	1.9	1.8	0.8
眼科	1.4	0.7	0.8	0.9	0.8	0.9	0.7	0.4	0.2	0.2
耳鼻咽喉科	3.4	2.3	2.7	3.4	2.6	3.4	1.9	0.9	1.6	0.6
その他	3.2	3.4	2.8	3.7	2.6	2.8	2.5	2.0	0.8	1.2
歯科診療所	2.1	2.2	1.6	1.8	1.3	1.5	1.1	1.2	0.4	0.1

(単位：%)

(参考注) 平成21年度 の伸び率 との比較
-
0.5
1.2
3.2
0.4
0.3
0.2
0.1
0.4
1.7
0.6

注. 平成21年度の伸び率(対前年度比)は、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていないことから、比較対象として用いている。

平成 22 年 4 月～8 月 調剤医療費（電算処理分）の動向のポイント

平成 22 年 4 月～8 月の処方せん 1 枚当たり調剤医療費（電算処理分に限る。以下同様。）の伸び率（対前年同期比）を、平成 21 年度と比較すると、その差は、処方せん 1 枚当たり調剤医療費が 7.3%ポイント、技術料が 3.1%ポイント、薬剤料が 10.9%ポイントとなっている。

< 処方せん 1 枚当たり調剤医療費の伸び率 >

	平成 22 年 4～8 月	平成 21 年度	差（ - ）
調剤医療費計	1.0%	6.3%	7.3%
（調剤医療費の報酬別内訳）			
技術料	4.4%	1.3%	3.1%
薬剤料	2.9%	8.0%	10.9%

内服薬の処方せん 1 枚当たり薬剤料の伸び率を 3 要素に分解して、平成 21 年度と比較すると、投薬日数及び 1 種類 1 日当たり薬剤料がマイナスとなっている。

< 処方せん 1 枚当たり内服薬薬剤料の伸び率 >

	平成 22 年 4～8 月	平成 21 年度	差（ - ）
薬剤料	3.2%	8.1%	11.3%
（薬剤料の 3 要素）			
薬剤種類数	1.7%	0.4%	1.3%
投薬日数	0.6%	4.5%	3.9%
1 種類 1 日当たり薬剤料	5.4%	3.0%	8.4%

後発医薬品の使用状況は以下のとおりである。

< 後発医薬品割合（平成 22 年 8 月） >

薬剤料ベース： 8.1%（対前年同期差 + 1.4%ポイント）

数量ベース^{注1}： 22.2%（対前年同期差 + 3.5%ポイント）

後発医薬品調剤率^{注2}： 46.6%（対前年同期差 + 4.0%ポイント）

注 1）数量ベースの算出からは、経腸成分栄養剤等は除外している。

注 2）全処方せん枚数のうち後発医薬品を調剤した処方せん枚数の割合

< 後発医薬品割合（数量ベース）が 20%以上の保険薬局の割合 >

54.7%（平成 22 年 8 月）

平成22年4～8月

調剤医療費、処方せん枚数、処方せん1枚当たり調剤医療費
(全数および電算処理分×全年齢、0歳以上5歳未満(再掲)、75歳以上(再掲))

		平成17年度 10月～3月	平成18年度 4月～3月	平成19年度 4月～3月	平成20年度 4月～3月	平成21年度 4月～3月 ①	4月～9月	10月～3月	平成22年度 4月～8月 ②	7月	8月	平成21年度 の伸び率との 比較②-①		
実 数	全数	調剤医療費(億円)	23,669	47,468	51,673	54,402	58,695	28,479	30,215	24,501	5,047		4,776	
		処方せん枚数(万枚)	33,853	68,955	70,739	72,008	73,056	35,776	37,280	31,236	6,419	5,877		
		1枚当調剤医療費(円)	6,992	6,884	7,305	7,555	8,034	7,961	8,105	7,844	7,863	8,126		
	電算処理分	調剤医療費(億円)	14,138	33,305	41,803	49,630	58,124	28,150	29,974	24,319	5,014	4,741		
		(電算化率:%)	(59.7)	(70.2)	(80.9)	(91.2)	(99.0)	(98.8)	(99.2)	(99.3)	(99.3)	(99.3)		
		処方せん枚数(万枚)	20,075	48,106	57,089	65,638	72,345	35,361	36,984	31,012	6,377	5,834		
	0歳以上5歳未満 (再掲)	(電算化率:%)	(59.3)	(69.8)	(80.7)	(91.2)	(99.0)	(98.8)	(99.2)	(99.3)	(99.3)	(99.3)		
		1枚当調剤医療費(円)	7,043	6,923	7,322	7,561	8,034	7,961	8,105	7,842	7,862	8,127		
		(電算処理分/全数)	(1.007)	(1.006)	(1.002)	(1.001)	(1.000)	(1.000)	(1.000)	(1.000)	(1.000)	(1.000)		
	75歳以上(再掲)	調剤医療費(億円)	526	1,141	1,343	1,568	1,682	770	912	744	144	110		
		処方せん枚数(万枚)	1,788	3,982	4,585	5,216	5,376	2,544	2,832	2,452	487	362		
		1枚当調剤医療費(円)	2,942	2,865	2,929	3,005	3,129	3,027	3,220	3,036	2,963	3,044		
	対前 年 同 期 比 (%)	全数	調剤医療費	6.7	3.4	8.9	5.3	7.9	9.0	6.8	3.3	2.9	4.0	▲ 4.6
			処方せん枚数	0.2	3.9	2.6	1.8	1.5	2.3	0.7	4.4	4.5	3.6	2.9
			1枚当調剤医療費	6.5	▲ 0.5	6.1	3.4	6.3	6.6	6.1	▲ 1.0	▲ 1.6	0.4	▲ 7.4
電算処理分	調剤医療費	43.0	29.8	25.5	18.7	17.1	23.7	11.6	3.8	3.3	4.4	▲ 13.3		
	処方せん枚数	34.5	30.8	18.7	15.0	10.2	16.0	5.2	4.9	5.0	3.9	▲ 5.4		
	1枚当調剤医療費	6.3	▲ 0.8	5.8	3.3	6.3	6.6	6.0	▲ 1.0	▲ 1.6	0.4	▲ 7.3		
0歳以上5歳未満 (再掲)	調剤医療費	33.4	25.5	17.7	16.8	7.3	14.0	2.2	13.4	11.8	5.5	6.1		
	処方せん枚数	33.2	26.7	15.1	13.8	3.1	9.1	▲ 1.8	12.5	11.0	3.1	9.5		
	1枚当調剤医療費	0.2	▲ 0.9	2.2	2.6	4.1	4.5	4.1	0.8	0.7	2.3	▲ 3.3		
75歳以上(再掲)	調剤医療費	51.1	34.2	30.7	22.1	21.2	27.7	15.5	5.2	3.8	7.3	▲ 16.0		
	処方せん枚数	42.1	35.3	24.0	18.6	14.6	20.3	9.3	5.4	4.3	7.2	▲ 9.1		
	1枚当調剤医療費	6.4	▲ 0.7	5.4	2.9	5.8	6.1	5.7	▲ 0.2	▲ 0.5	0.1	▲ 6.0		

注1) 「調剤医療費」とは、調剤報酬明細書に記録された「点数」に10を乗じたものである。

注2) 「処方せん枚数」とは、調剤報酬明細書に記録される処方せんの「受付回数」を合計したものである。

注3) 「全数」とは、医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる医療費(患者負担分を含む。)のうち、審査支払機関による審査分(再審査分等調整前)を集計対象としたものである。

注4) 「電算処理分」とは、「全数」のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)を集計対象としたものである。表2以降、特に注意書きがない場合、「電算処理分」の集計値である。

平成22年4～8月

処方せん1枚当たり調剤医療費の報酬別内訳

(単位:円)

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度		平成22年度		
	10月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～9月	10月～3月	4月～8月	7月	8月
調剤医療費	7,043	6,923	7,322	7,561	8,034	7,961	8,105	7,842	7,862	8,127
技術料	1,905	1,901	1,924	1,984	2,010	2,004	2,015	2,089	2,086	2,112
(構成割合:%)	(27.0)	(27.5)	(26.3)	(26.2)	(25.0)	(25.2)	(24.9)	(26.6)	(26.5)	(26.0)
調剤技術料	1,535	1,533	1,555	1,628	1,654	1,649	1,659	1,711	1,709	1,736
調剤基本料	480	490	492	526	529	527	531	565	570	569
調剤料	937	932	953	996	1,021	1,022	1,020	982	978	1,007
加算料	117	112	110	107	104	100	108	164	162	159
薬学管理料	370	368	368	355	356	355	357	377	377	376
薬剤料	5,128	5,011	5,387	5,565	6,011	5,943	6,076	5,739	5,763	6,000
(構成割合:%)	(72.8)	(72.4)	(73.6)	(73.6)	(74.8)	(74.7)	(75.0)	(73.2)	(73.3)	(73.8)
<後発品割合: %>	<5.0>	<5.4>	<5.6>	<6.4>	<6.9>	<6.7>	<7.2>	<8.0>	<8.1>	<8.1>
内服薬	4,360	4,245	4,573	4,713	5,092	5,040	5,142	4,849	4,864	5,071
<後発品割合: %>	<4.7>	<5.2>	<5.5>	<6.3>	<7.0>	<6.7>	<7.2>	<8.2>	<8.3>	<8.4>
屯服薬他	37	38	41	41	45	45	46	45	46	48
<後発品割合: %>	<7.8>	<7.5>	<7.4>	<8.2>	<8.9>	<7.8>	<10.0>	<8.6>	<8.6>	<8.3>
注射薬	110	113	123	141	160	159	161	166	169	180
<後発品割合: %>	<0.1>	<0.1>	<0.1>	<0.2>	<0.1>	<0.1>	<0.1>	<0.1>	<0.1>	<0.1>
外用薬	621	616	649	670	713	699	727	680	683	701
<後発品割合: %>	<7.3>	<7.7>	<8.0>	<8.2>	<7.9>	<7.9>	<7.9>	<8.4>	<8.5>	<8.4>
特定保険医療材料料	10	11	12	12	13	13	13	13	13	14

注1) 調剤報酬明細書に記録された「点数」に10を乗じ、受付回数合計で除して算出している。

注2) 「調剤基本料」には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、夜間・休日等加算及び時間外等の加算(調剤基本料に係る部分)を含めている。

注3) 「内服薬」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「内服」もしくは「一包」である薬剤をいう。

注4) 「屯服薬他」とは、内用薬のうち、調剤報酬明細書に記録された剤形が「屯服」「内滴」「浸煎」「湯」である薬剤をいう。

対前年同期比

(単位:%)

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度		平成22年度		平成21年度 の伸び率との 比較②-①	
	10月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～9月	10月～3月	4月～8月	7月		8月
調剤医療費	6.3	▲ 0.8	5.8	3.3	① 6.3	6.6	6.0	② ▲ 1.0	▲ 1.6	0.4	▲ 7.3
技術料	1.1	0.2	1.2	3.1	1.3	1.5	1.2	4.4	4.4	5.3	3.1
(構成割合:%)	(▲ 1.4)	(0.3)	(▲ 1.2)	(▲ 0.0)	(▲ 1.2)	(▲ 1.3)	(▲ 1.2)	(1.4)	(1.5)	(1.2)	-
調剤技術料	1.9	0.3	1.5	4.7	1.6	1.8	1.4	4.0	4.0	5.1	2.4
調剤基本料	0.6	2.2	0.5	6.8	0.6	0.8	0.5	7.2	8.4	8.3	6.5
調剤料	2.9	▲ 0.6	2.3	4.4	2.5	2.7	2.4	▲ 3.5	▲ 4.1	▲ 2.4	▲ 6.1
加算料	▲ 0.9	▲ 0.3	▲ 1.5	▲ 2.9	▲ 2.8	▲ 2.0	▲ 3.1	63.1	64.6	69.1	65.9
薬学管理料	▲ 1.9	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 3.4	0.1	0.2	0.1	6.3	6.1	6.1	6.1
薬剤料	8.4	▲ 1.2	7.5	3.3	8.0	8.4	7.8	▲ 2.9	▲ 3.6	▲ 1.2	▲ 10.9
(構成割合:%)	(1.4)	(▲ 0.3)	(1.2)	(0.0)	(1.2)	(1.3)	(1.2)	(▲ 1.4)	(▲ 1.5)	(▲ 1.2)	-
<後発品割合: %>	<0.2>	<0.5>	<0.2>	<0.7>	<0.6>	<0.4>	<0.7>	<1.4>	<1.4>	<1.4>	-
内服薬	8.6	▲ 1.3	7.7	3.0	8.1	8.4	7.9	▲ 3.2	▲ 4.1	▲ 1.5	▲ 11.3
<後発品割合: %>	<0.4>	<0.6>	<0.3>	<0.8>	<0.7>	<0.6>	<0.9>	<1.6>	<1.6>	<1.5>	-
屯服薬他	10.0	2.5	8.9	0.7	9.5	9.1	9.8	0.9	0.1	2.1	▲ 8.6
<後発品割合: %>	<▲ 0.9>	<0.2>	<▲ 0.0>	<0.8>	<0.7>	<0.5>	<1.0>	<1.0>	<1.2>	<0.5>	-
注射薬	17.1	4.4	9.3	14.7	13.3	15.6	11.4	5.0	4.8	7.5	▲ 8.2
<後発品割合: %>	<0.0>	<0.0>	<0.0>	<0.0>	<▲ 0.0>	<▲ 0.0>	<▲ 0.0>	<▲ 0.0>	<▲ 0.0>	<0.0>	-
外用薬	5.4	▲ 1.3	5.5	3.2	6.5	7.2	6.1	▲ 2.2	▲ 2.1	▲ 1.3	▲ 8.7
<後発品割合: %>	<▲ 0.4>	<0.4>	<0.3>	<0.3>	<▲ 0.3>	<▲ 0.3>	<▲ 0.4>	<0.5>	<0.7>	<0.7>	-
特定保険医療材料料	10.8	7.5	8.2	3.7	9.8	11.9	7.9	1.3	0.2	3.9	▲ 8.5

注) 構成割合、後発品割合については対前年同期差を示している。

平成22年4～8月

内服薬 処方せん1枚当たり薬剤料の3要素分解

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成21年度		平成22年度		
	10月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～9月	10月～3月	4月～8月	7月	8月
内服薬 処方せん1枚当たり薬剤料(円)	4,355	4,243	4,571	4,706	5,087	5,034	5,137	4,844	4,859	5,066
処方せん1枚当たり薬剤種類数	2.85	2.80	2.83	2.85	2.87	2.82	2.92	2.86	2.81	2.82
投薬日数(日)	16.4	17.3	17.9	18.8	19.7	20.0	19.4	20.0	20.4	21.1
1種類1日当たり薬剤料(円)	93	88	90	88	90	89	91	85	85	85

対前年同期比

(単位:%)

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成21年度		平成22年度		
	10月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～9月	10月～3月	4月～8月	7月	8月
					①			②		
内服薬 処方せん1枚当たり薬剤料	8.6	▲ 1.2	7.7	3.0	8.1	8.4	7.9	▲ 3.2	▲ 4.1	▲ 1.5
処方せん1枚当たり薬剤種類数	0.3	1.0	1.1	0.8	0.4	1.0	0.1	1.7	1.1	1.5
投薬日数	6.2	3.2	3.5	5.3	4.5	4.1	4.7	0.6	0.2	2.4
1種類1日当たり薬剤料	2.0	▲ 5.3	2.9	▲ 3.0	3.0	3.2	2.9	▲ 5.4	▲ 5.3	▲ 5.2

平成21年度 の伸び率との 比較②-①
▲ 11.3
1.3
▲ 3.9
▲ 8.4

- 注1) 「内服薬処方せん1枚当たり薬剤料」は、調剤報酬明細書の「処方」欄に記録された用量、「調剤数量」欄に記録された調剤数量及び薬価から、個別の薬剤ごとに算出した薬剤料の合計値(内服薬のみ)を、処方せん受付回数(処方せんが含まれない処方せん受付回を含む。)で除して算出している。
- 注2) 「処方せん1枚当たり薬剤種類数」は、調剤報酬明細書の「処方」欄の所定単位ごと、調剤月日ごとに、剤形・薬効分類・一般名の一致する薬剤を同一種類として数えた延種類数(薬剤延種類数)の合計値(内服薬のみ)を、処方せん受付回数(処方せんが含まれない処方せん受付回も含む。)で除して算出している。
- 注3) 「投薬日数」は、調剤報酬明細書の「処方」欄の所定単位ごと、調剤月日ごと、剤形・薬効分類・一般名の一致する薬剤ごとの調剤数量の合計値(内服薬のみ)を、薬剤延種類数の合計値(内服薬のみ)で除して算出している。
- 注4) 「1種類1日当たり薬剤料」は、調剤報酬明細書の「処方」欄に記録された用量、「調剤数量」欄に記録された調剤数量及び薬価から、個別の薬剤ごとに算出した薬剤料の合計値(内服薬のみ)を、「処方」欄の所定単位ごと、調剤月日ごと、剤形・薬効分類・一般名の一致する薬剤ごとの調剤数量の合計値(内服薬のみ)で除して算出している。

平成22年4～8月

後発医薬品割合(数量ベース)階級別保険薬局数構成割合

(単位:%)

		平成22年度				
		4月	5月	6月	7月	8月
総数		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
後発医薬品割合 (数量ベース)	20%未満	48.3	46.4	44.9	45.9	45.3
	10%未満	8.8	8.6	8.0	8.4	8.1
	10%以上 20%未満	39.5	37.8	37.0	37.5	37.1
	20%以上	51.7	53.6	55.1	54.1	54.7
	20%以上 25%未満	18.0	18.3	18.6	18.7	18.8
	25%以上 30%未満	13.5	14.0	14.5	14.1	14.3
	30%以上 40%未満	14.7	15.6	16.1	15.7	16.0
	40%以上 50%未満	3.9	4.1	4.2	3.9	4.0
	50%以上 60%未満	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
	60%以上 70%未満	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
	70%以上 80%未満	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
80%以上 90%未満	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
90%以上	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

注1)「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2) 後発医薬品割合(数量ベース)の算出からは、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している。

平成22年4～8月

後発医薬品割合(数量ベース)、後発医薬品調剤率

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度			平成22年度		
	10月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～9月	10月～3月	4月～8月		
								7月	8月	
後発医薬品割合(数量ベース)(%)	14.3	15.4	16.1	18.0	18.9	18.6	19.3	22.1	22.1	22.2
対前年同期差(%ポイント)	0.4	1.3	0.7	1.9	0.9	0.8	1.1	3.6	3.5	3.5
後発医薬品調剤率(%)	38.6	39.4	40.1	43.1	44.0	42.8	45.2	46.8	48.0	46.6
対前年同期差(%ポイント)	0.1	1.5	0.7	3.0	1.0	0.7	1.3	4.2	5.6	4.0

注1)「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2)「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。

注3)平成22年4月以降は、後発医薬品割合(数量ベース)の算出から、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している。

平成22年12月17日

保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する
検討チーム：中間とりまとめ報告書

1. はじめに

- コンタクトレンズに関連した診療報酬の扱いを巡る贈収賄事件に関係して、当時厚生労働省の現職の課長補佐であった住友克敏（元保険局医療課医療指導監査室特別医療指導監査官。以下「住友元監査官」という。）が、コンタクトレンズの販売等を業としており系列のコンタクトレンズ診療所を有するシンワメディカル社取締役から賄賂を受け取ったとして本年9月25日に逮捕された。
- 本件は、保険医療機関等の指導監査を行う立場の職員が事業者側と癒着していたという点で極めて深刻であり、また、住友元監査官のようなモラルを欠いた職員の不正行為を事前に察知・防止することができなかったことは組織・体制の問題でもある。
- そこで、細川厚生労働大臣の指示で、保険医療機関等に対する指導監査業務の見直しに加えて、省全体としてのコンプライアンスや情報の迅速な共有の徹底、内部監察体制の構築等について検討するために、藤村副大臣を主査、岡本政務官を副主査とし、外部有識者の参画も得て、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」を立ち上げた。今般、同チームにおける議論の中間とりまとめを行った。

(1) 今回事案の経緯

9月25日	住友元監査官の逮捕	(10月19日 再逮捕)
10月15日	起訴	(11月9日 追起訴)
12月7日	初公判	
12月10日	懲戒免職処分	

(2) 検討の経過

9月30日	第1回	12月9日	第4回
10月18日	第2回	12月17日	第5回（中間とりまとめ）
11月19日	第3回		

* 11月9日の追起訴を受け、捜査が終結したことを確認した上で、当時の担当者からの聞き取り調査等を実施。

2. 事案の検証

(1) モラルを欠いた職員によって行われた不正行為

(シンワ系診療所に対するアドバイス)

- ① 一般の眼科学的検査に対する診療報酬は出来高で設定されているが、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者については、いくつかの検査を包括した診療報酬とされている（コンタクトレンズ検査料）。しかしながら、住友元監査官は、シンワメディカル社系列のコンタクトレンズ診療所（以下「シンワ系診療所」という。）に対して、一連の診療行為を作為的に分けて、治療に伴う検査と説明できる場合には出来高で請求し、そのように説明できない場合には保険診療が可能であるにもかかわらず自費診療により対応するなどして不当に利益を上げることができる方法をアドバイスしており、これはコンタクトレンズ検査料導入の趣旨に反するものである。

(地方社会保険事務局（当時）からの照会への不適切な回答等)

- ② 住友元監査官からアドバイスを受けたシンワ系診療所の主張への対応に苦慮したいくつかの地方社会保険事務局（当時：現在は地方厚生（支）局及びその支部（以下「地方厚生（支）局等」という。））の職員は、住友元監査官に疑義照会を行ったが、住友元監査官は、上司の決裁等を経ることなく個人の判断で適法と説明していた。説明を受けた職員は、住友元監査官がコンタクトレンズ診療所に対する指導監査の中心的役割を果たしていたこともあり、結果として住友元監査官の説明を受け入れてそれ以上の指導監査を行わなかった。

なお、住友元監査官は社会保険庁国際事業室（当時）及び年金局国際年金課に異動した後も、シンワ系診療所への指導監査に関連して地方厚生（支）局等の職員に働きかけを行っているが、それによって指導監査の内容が変えられたことはなかった。

(現金の受領)

- ③ 住友元監査官は、シンワ系診療所に対し便宜を図った謝礼として、平成20年2月4日から同年9月25日までの間に、合計1,175万円の現金を受領した。厚生労働省では、この非違行為に対し、本年12月10日付で国家公務員法に基づく懲戒免職処分を行った。

(2) 不正行為が行われていたのを事前に察知・防止できなかった体制の不備

(省内のガバナンスの欠如)

- ① 保険医療機関等の指導監査を担当する職員の育成が十分に行われていないことが、本件において住友元監査官の説明に従わざるを得なかった状況を生み出した原因の一つと考えられる。また、職員の不正行為を示唆する情報その他重大な

情報を入手した場合の本省に対する報告基準が明確に定められておらず、住友元監査官がシンワ系診療所に協力しているとの内部告発等が平成21年5月に近畿厚生局に対してなされていたが、本省へは迅速に報告されていなかった。

(内部監察組織の不存在)

- ② 保険医療機関等の指導監査に関して、本省から地方厚生(支)局等に対する事務指導は行われているが、他の旧厚生分野における業務と同様に、不正行為の予防・発見といった視点からの内部監察を行う体制は設けられていないことが、今回の不正行為を事前に察知・防止できなかった原因の一つとなっている。

(不正行為を防止する体制不備の背景となる本省と地方厚生(支)局の役割分担等)

- ③ 保険医療機関等の指導監査に関して、権限は地方厚生(支)局長が持っているが実際に指定取消処分等を行う際には本省に対して「内議」を行うこと等が求められており、本省も一定規模以上の保険医療機関等に対して共同で指導を行っているなど、本省と地方厚生(支)局等の中で責任と権限が未分化である。また、一部でローカルルールの事務処理が行われていたこと、地方厚生(支)局等から本省への疑義照会への回答が滞留して迅速に対応できていない実態、地方厚生(支)局等において指導監査の医学的専門分野を担当する医師である指導医療官の確保が困難であるといった実務上の問題点がある。さらに、旧社会保険庁の業務は、健康保険・厚生年金の適用・徴収、国民年金事業、記録管理、年金相談等を主体とするものであったことから、保険医療機関等に関係する業務の従事経験を有する職員は少数であったため、個人や組織としての専門性の蓄積が進みにくいという問題点があった。これらの問題点があいまって、本省と地方厚生(支)局等との役割分担が不明確となり、不正行為に対する組織的なチェック機能が働かなくなっていた。

3. 再発防止策

- 事案の検証結果からみても分かるとおり、職員個人のモラルの問題も大きいですが、不正行為を事前に察知・防止できなかった体制の不備の問題も大きいと考えられる。したがって、それらの問題を中心として、今後実施に移す再発防止策を次のとおりとりまとめた。
- 今回の事例は保険医療機関等に対する指導監査の問題ではあるが、この機会に厚生労働省の業務全体にわたる再発防止策を検討する趣旨で、他の分野における体制も含めた検討が必要である。そのため、本報告書においては、地方厚生(支)局等及び都道府県労働局(以下「地方支分部局」という。)についても検討を行うものである。
- なお、本検討チームでは、先般、情報漏洩に関する不祥事案が生じた日本年金機

構からヒアリングを行った。事案の性質は異なる部分もあるが、同機構に対しては本中間取りまとめの内容にも留意して適切な対策を講ずるよう求めるものである。

(1) コンプライアンス及び情報の迅速な共有を徹底する具体的仕組み

(倫理研修の強化等による国家公務員倫理の再徹底：直ちに実施)

- ① 国家公務員倫理法（平成11年法律第129号）に基づく国家公務員倫理規程等により、利害関係者から名目を問わず金銭・物品等の贈与を受け取るとは禁じられている。倫理研修の強化等を行い、今回の事例等を題材として国家公務員倫理の基本を全職員に再徹底する。

(指導監査担当職員が業務を行う上でのルールの明確化：平成23年度から実施)

- ② 指導監査を担当する職員について、倫理規程等に反した行動をとらないようにするために、例えばメールでのやりとりにおいては必ず写しを上司にも送るようにするといったルールを明確化する。まずは保険医療機関等の指導監査におけるルールを明確化した上で、その他の分野についても同様の対応を行うことについて検討する。

(地方支分部局から本省への報告ルールの明確化：平成23年度から実施)

- ③ 地方支分部局が入手した情報のうち何をいつまでに本省に報告すべきかといったルールを明確化する。まずは保険医療機関等の指導監査における報告ルールを明確化した上で、その他の分野についても同様の対応を行うことについて検討する。

(2) 地方支分部局を含めた組織・人事の見直し

(本省と地方支分部局における役割分担の明確化：平成23年度中に結論)

- ① 個別の指導監査は地方支分部局が主体的に行い、本省は地方支分部局の指導監督、重大案件の対処や全体の企画立案等に重点を置いた体制とする方向での見直しを検討する。まずは保険医療機関等の指導監査における役割分担を見直した上で、その他の分野についても同様の対応を行うことについて検討する。

(指導監査担当職員の育成に重点を置いた人事ローテーションの見直し：平成23年度中に結論)

- ② これまでの人事ローテーションを見直し、医療保険関連業務に従事する職員は当該分野内を中心として異動することにより専門性を高める形とした上で、

保険医療機関等の指導監査の担当者は地方厚生(支)局等に重点的に配置し、その中で管理能力等が認められた職員を積極的に本省の医療指導監査室に登用し、地方厚生(支)局等の指導や全体の企画立案等を行う体制とする方向で検討する。

(3) 内部監察体制等の構築

(内部監察を行う体制の整備：直ちに実施)

- ① 問題が発覚した際に迅速に事案の検証及び再発防止策の検討を行うことができるよう、大臣をトップとする監察本部(仮称)を設置する。同本部には、弁護士等の外部有識者の参画を得る。事務局として、大臣官房監察室(仮称)を設置する。なお、地方支分部局については、大臣官房地方課に、地方支分部局法令遵守室と、弁護士等の外部の専門家の参画を得た地方支分部局法令遵守委員会が設置され、地方支分部局の不正経理防止対策の実施状況等の点検及び会計事務に関する総合的な指導、法令違反に関する通報の受理、検証等を行っている。このため、新たな体制の整備に際しては、既存の体制との整合性を図り、効果的・効率的なものとする。

(内部通報体制の整備・拡充等：直ちに実施)

- ② 大臣官房監察室(仮称)が情報収集を行うための内部通報体制の整備・拡充等を行う。内部通報の連絡先を全職員に改めて周知するなど、通報を行うことが容易にできる環境を作る。

(地方支分部局における内部監察体制の整備：検討結果を平成24年度定員要求に反映)

- ③ 都道府県労働局においては、地方労働基準監察監督官、地方職業安定監察官等の内部監察の体制が整備されている。そのような体制が確立してない地方厚生(支)局等における適切な内部監察が実施できる体制の整備に向けて検討を進める。

(本省から地方支分部局に対する随時の監察を実施：検討結果を平成24年度定員要求に反映)

- ④ 本省の労働部局においては、中央労働基準監察監督官、中央職業安定監察官等が設置されるとともに、同監督官及び監察官は地方課にも併任発令されて、管理事務及び企画調整事務を含め、都道府県労働局の所掌する事務の監察・業務指導を行っている。しかしながら、本省の厚生部局においては、地方厚生(支)局等の所掌する事務について監察・業務指導を行う体制が確立しておらず、随時適切に監察を行うことができる体制の整備に向けて検討を進める。

(他の地方支分部局の職員が参画して指導監査を実施する体制の検討：保険医療機関等の指導監査について平成23年度から実施、他分野についてはそれ以降順次実施)

- ⑤ 指導監査を行う上で、指導監査の対象となる事業者等と日常的に関係が無い他の地方支分部局の職員が参画して指導監査を行うこととすると、より客観的な観点からの指導監査が可能となると考えられる。まずは保険医療機関等の指導監査について実施を進め、その上で他の分野においても同様の対応を行うことについて検討する。

(4) 保険医療機関等に対する指導監査業務の見直し等

(事務処理の標準化・統一化等：平成23年度中に実施)

- ① 各種マニュアル類の整備、疑義照会の早期整理、指導医療官の確保、職員に対する研修の充実強化を進め、事務処理の標準化・統一化等を行う。これらの取組を進めつつ、権限と責任の明確化を進めるため、現在行われている内議等については事務処理の標準化等の状況を踏まえ、その必要性や在り方について検討を行う。また、指導監査における審査支払機関との連携を強化し、審査支払機関における審査の過程で得られた情報を地方厚生(支)局及び本省で集約して活用する仕組みを構築する。

(指導監査の在り方についての見直し：平成23年度中に実施)

- ② 今回の事例を踏まえ、指導大綱・監査要綱等の体系に基づき行われている指導監査業務について、不正行為の発生を防止できるものとなっているかという観点から確認を行う。また、現在の体系が平成7年12月に定められ、時間が経過し保険診療を巡る情勢の変化に対応するものとなっていないという指摘があることや、実施状況に差が生じている現状を踏まえ、指導対象の選定方法等そのあり方について見直しを行う。

(他分野における指導監査の在り方についての見直し：保険医療機関等の指導監査についての見直しと並行して検討し順次実施)

- ③ 今回の事例を踏まえて、保険医療機関等の指導監査に関する事務処理の標準化や統一化等の指導監査の在り方を見直しを進めるのと並行して、他の分野の指導監査業務についても見直しの検討を行う。

(コンタクトレンズ検査料の在り方の検討：平成24年度診療報酬改定に向けて検討)

- ④ コンタクトレンズ検査料については、診療報酬請求の状況を踏まえつつ、そのあり方について見直しを含めた検討を行う。

4. おわりに

- 今回の事案は、一職員のモラルを欠いた行為が省全体の信頼を損ねたという点で誠に残念なものであるが、組織的な違法行為が行われた訳ではない。しかしながら、本中間取りまとめでは、あえてその中で、個人の行動を防ぐことができなかった組織的な原因を検証し、再発防止を行うことによって、同様の事例を今後可能な限りゼロに近づけることを目指している。したがって、各職員においては、今回の事案によって業務を行う上で受け身の立場となり、萎縮することなく、信頼回復に向けて、より一層の業務品質の向上に取り組むことが必要である。

- 行政の使命は、各分野で、職員一人一人が知恵を出し合いながら、公平・公正で効率的なサービスに繋げていくことにある。本中間とりまとめに掲げた再発防止策を後ろ向きに捉えることなく、各職場で上司と部下が活発に議論し、コミュニケーションアップを図り、よりよいマネジメントを意識して、国民に貢献する組織となっていくことを期待する。