

平成23年7月20日(水)
10時～12時30分
中央合同庁舎第5号館9階
厚生労働省議室

第20回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 医療提供体制のあり方について
- 次回の診療報酬改定に向けた検討について
- その他

(配布資料)

- 資料1 社会保障審議会医療部会(7/20)資料
- 資料2-1 平成22年度診療報酬改定のスケジュール
- 資料2-2 平成22年度診療報酬改定の基本方針
- 資料2-3 平成22年度診療報酬改定の概要
- 資料2-4 平成22年度診療報酬改定について(答申書)附帯意見
- 資料2-5 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について
- 資料2-6 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要
- 資料2-7 介護給付費分科会の検討スケジュールについて(案)
- 資料3 平成23年度厚生労働省第二次補正予算(案)の概要

(委員提出資料)

- 中川委員提出資料
- 横倉委員提出資料

(平成23年7月20日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
上田 清司	全国知事会 (埼玉県知事)
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
小野 精一	全国町村会 (山形県小国町長)
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
光山 由一	(社) 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会 部会長補佐
近藤 勝洪	(社) 日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
※ 齋藤 英彦	(独) 国立病院機構名古屋医療センター名誉院長
水田 祥代	九州大学名誉教授
田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
永井 良三	東京大学大学院教授
中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
山本 信夫	(社) 日本薬剤師会副会長
※ 横倉 義武	(社) 日本医師会副会長
渡辺 俊介	国際医療福祉大学大学院教授

※：社会保障審議会委員

資料 1

社会保障審議会医療部会(7/20)資料

<診療所の状況について>

施設の定義

○病院

医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。〈医療法第1条の5第1項〉

○診療所

医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの。〈医療法第1条の5第2項〉

※ 医療法第1条の6において、介護老人保健施設は介護保険法の規定による施設である旨を規定。

○助産所

助産師が公衆又は特定多数人のためその業務(病院又は診療所において行うものを除く。)を行う場所。妊婦、産婦又はじょく婦10人以上の入所施設を有してはならない。〈医療法第2条第1項及び第2項〉

○薬局

薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所(その開設者が医薬品の販売業を併せて行う場合には、その販売業に必要な場所を含む。)。〈薬事法第2条第11項〉

病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第八項に規定する指定感染症（同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第8条（同法第7条において準用する場合を含む。）の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。）並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

四 療養病床

病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号） における連携体制における病院と診療所の役割

医療連携体制の構築は、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能とし、居宅等医療の充実による生活の質の向上を目指すことを踏まえ、以下の点に留意が必要。

<診療所>

- ・ 有床診療所の特性など、各診療所の地域における役割を考慮
- ・ かかりつけ医の機能の向上
- ・ 診療所相互間・診療所と病院との業務連携によって、診療時間外においても患者・家族からの連絡に対し、往診等必要な対応ができる体制の構築

<病院>

質の高い入院医療が24時間提供されるよう、医師、看護師、薬剤師をはじめとした医療従事者の適切な人員配置を通じた勤務環境の改善

※告示本文を要約

医療計画(4疾病5事業)における診療所の役割例

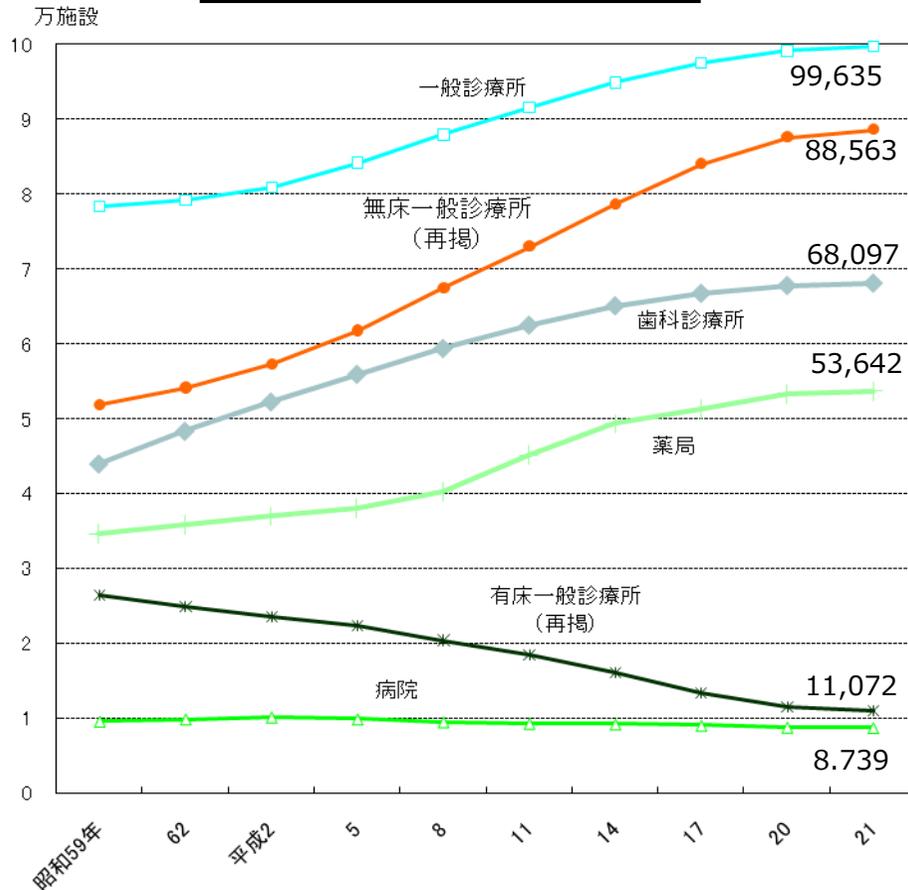
「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成19年7月20日医政指発第0720001号厚生労働省医政局指導課長通知)より

- がん・・・標準的ながん診療を行うとともに、緩和ケアを実施すること。また、がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること。
- 脳卒中・・・日常生活への復帰及び日常生活の維持のためのリハビリテーションを実施するとともに、在宅等の生活の場で療養できるよう支援すること。
- 急性心筋梗塞・・・身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施するとともに、再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること。また、在宅療養を継続できるよう支援すること。
- 糖尿病・・・合併症の発症を予防するための初期・安定期治療や、血糖コントロール不可例、急性合併症、慢性合併症の治療を行うこと。
- 救急医療・・・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供し、主に、軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行うこと。また、救命救急医療機関等からの転院を受け入れること。
- 災害医療・・・救護所、避難所に医療従事者を派遣し、被災者に対し、感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行うこと。
- へき地医療・・・へき地における保健指導や診療を行うこと。
- 周産期医療・・・正常分娩に対応するとともに、周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場で療養できるよう支援すること。
- 小児医療・・・一般小児医療や初期小児救急医療を実施するとともに、生活の場での療養が必要な小児に対し支援を実施すること。

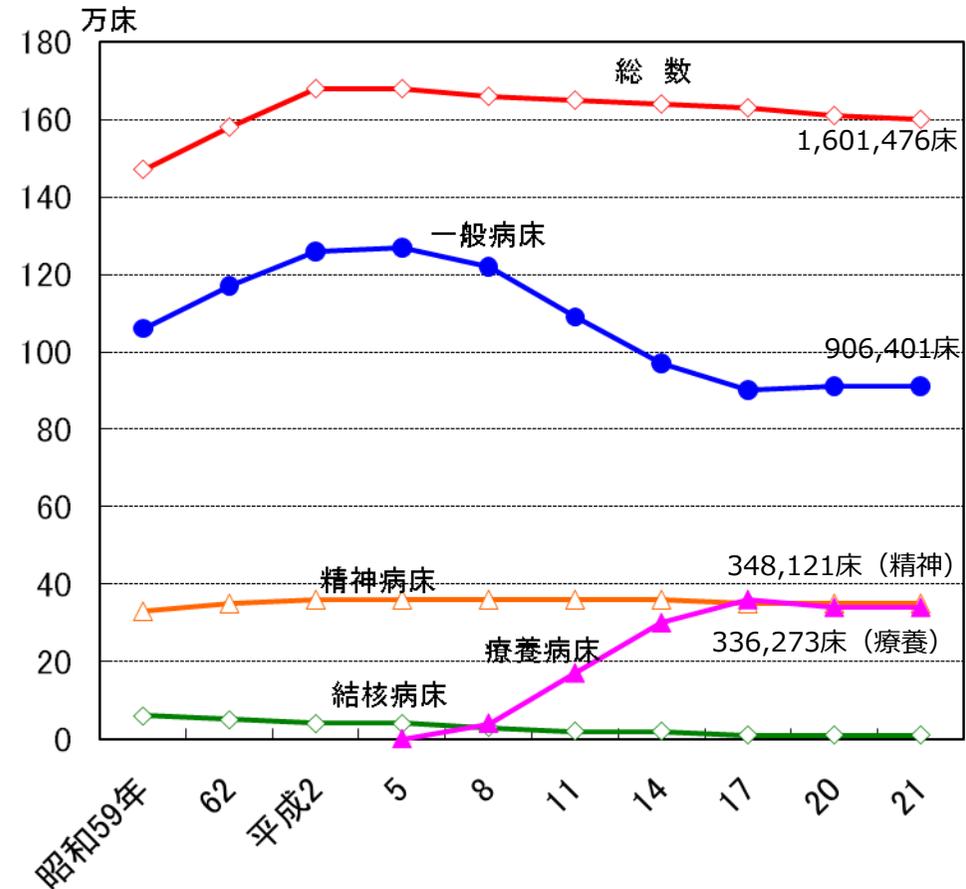
施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年をピークに減少。

施設数の推移

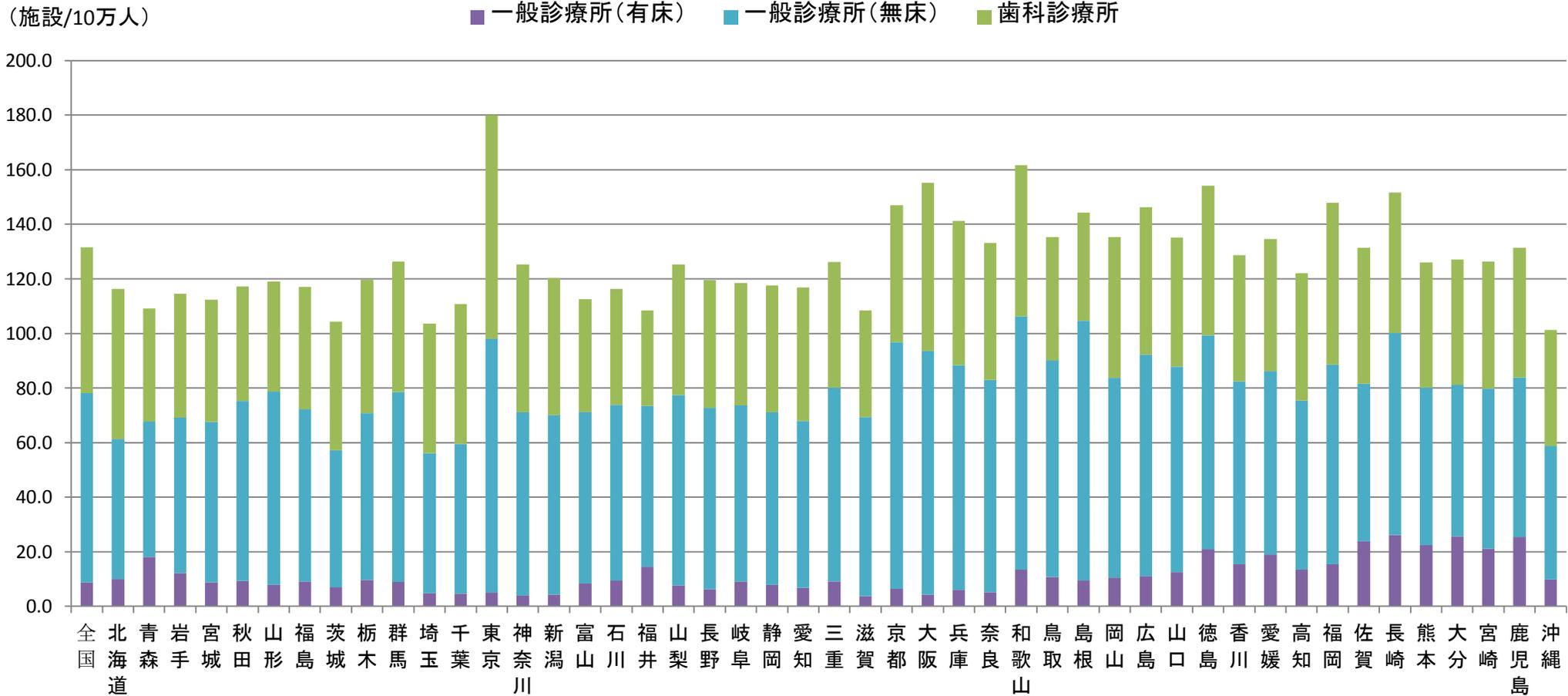


種類別病院病床数の推移



人口当たり診療所数(都道府県別)

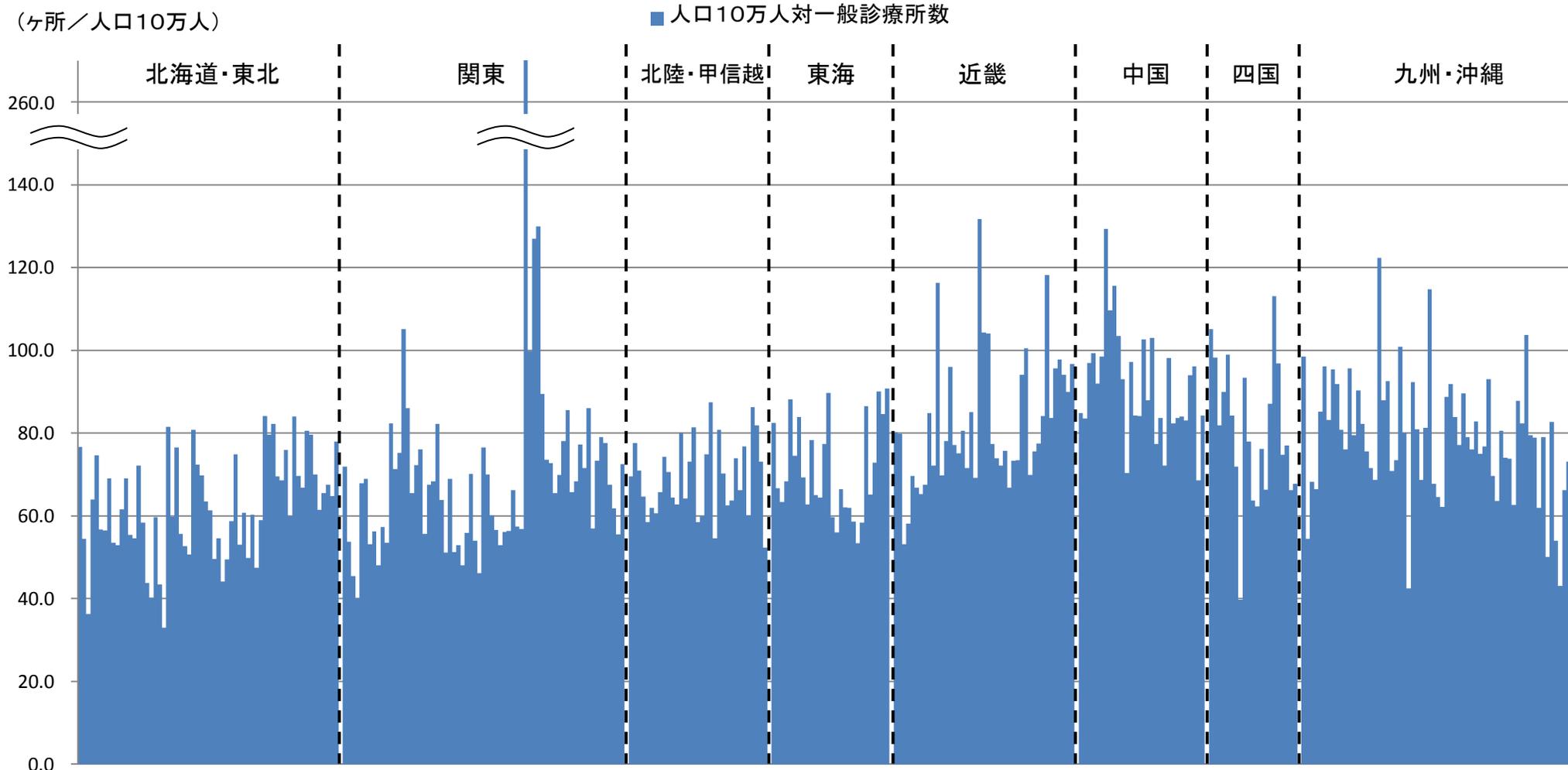
- 人口10万人当たり一般診療所数は78.1施設(うち、有床診療所が8.7施設、無床診療所が69.5施設)、歯科診療所が53.4施設となっている。
- 都道府県別にみると、人口10万人当たり種類別で、以下のように分布。
 - ・有床診療所 : 滋賀県の3.7施設(県内52施設) ~ 長崎県の26.1施設(県内373施設)
 - ・無床診療所 : 沖縄県の49.0施設(県内677施設) ~ 島根県の95.1施設(県内683施設)
 - ・歯科診療所 : 福井県の34.9施設(県内282施設) ~ 東京都の81.9施設(都内10,540施設)



※平成21年医療施設調査に基づき作成

人口10万人当たり一般診療所数(二次医療圏別)

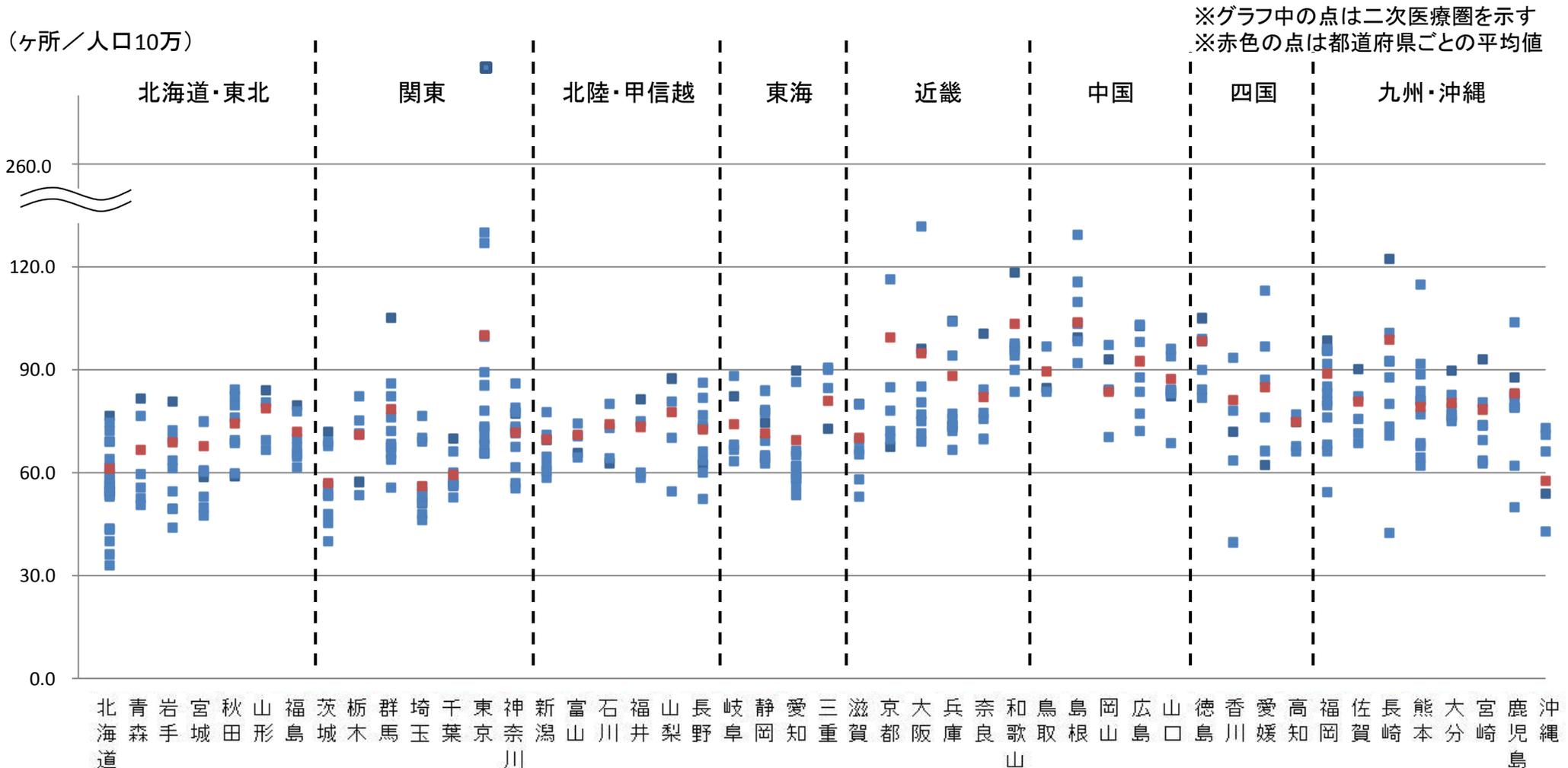
○人口10万人当たりの一般診療所数をみると、全国平均は78.4、二次医療圏別では、281.0(区中央部医療圏(東京都))から、32.9(根室医療圏(北海道))まで分布。



出典：平成21年医療施設動態調査、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成22年3月31日現在)(総務省)
二次医療圏：平成22年4月時点 349圏

二次医療圏ごと人口10万人当たり一般診療所数の分布（都道府県別）

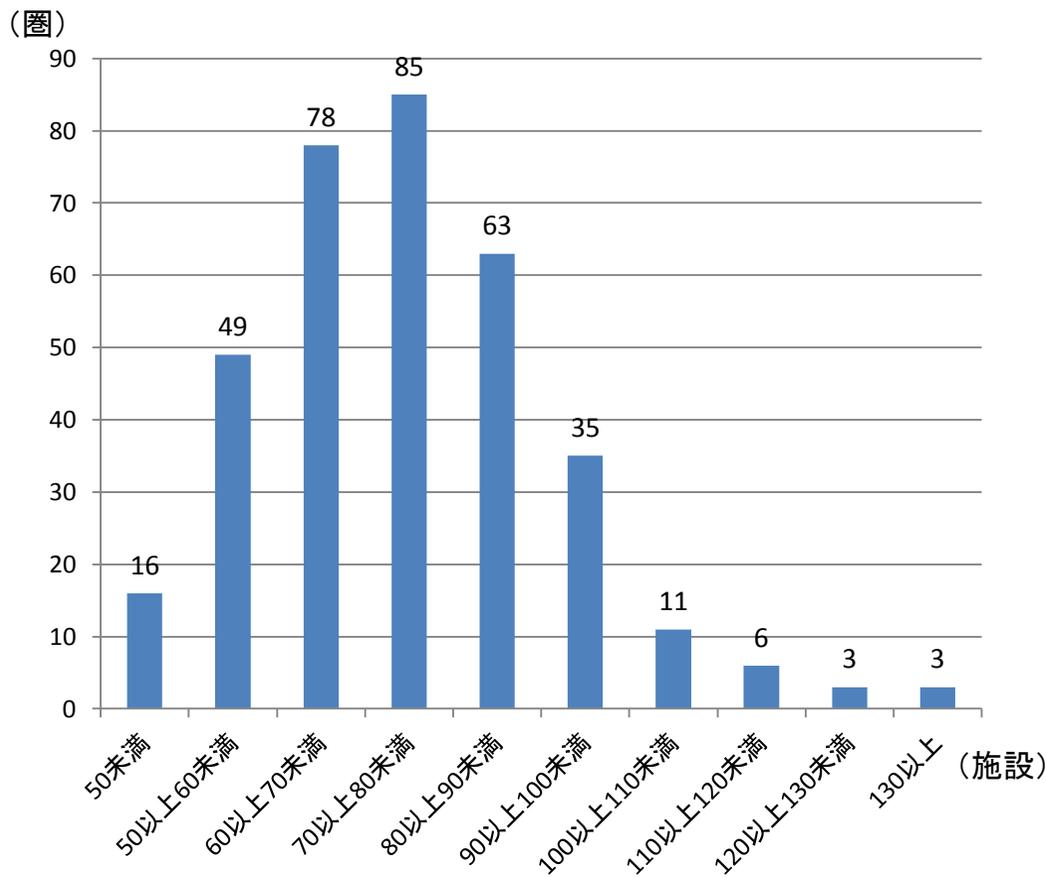
○二次医療圏ごと人口10万人当たり一般診療所数について、都道府県内で最大の二次医療圏と最小の二次医療圏の差をみると、開きが大きいのは東京都の4.3倍、長崎県の2.9倍、開きが小さいのは富山県、鳥取県の1.2倍。



出典：平成21年医療施設動態調査、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成22年3月31日現在）（総務省）
二次医療圏：平成22年4月時点 349圏

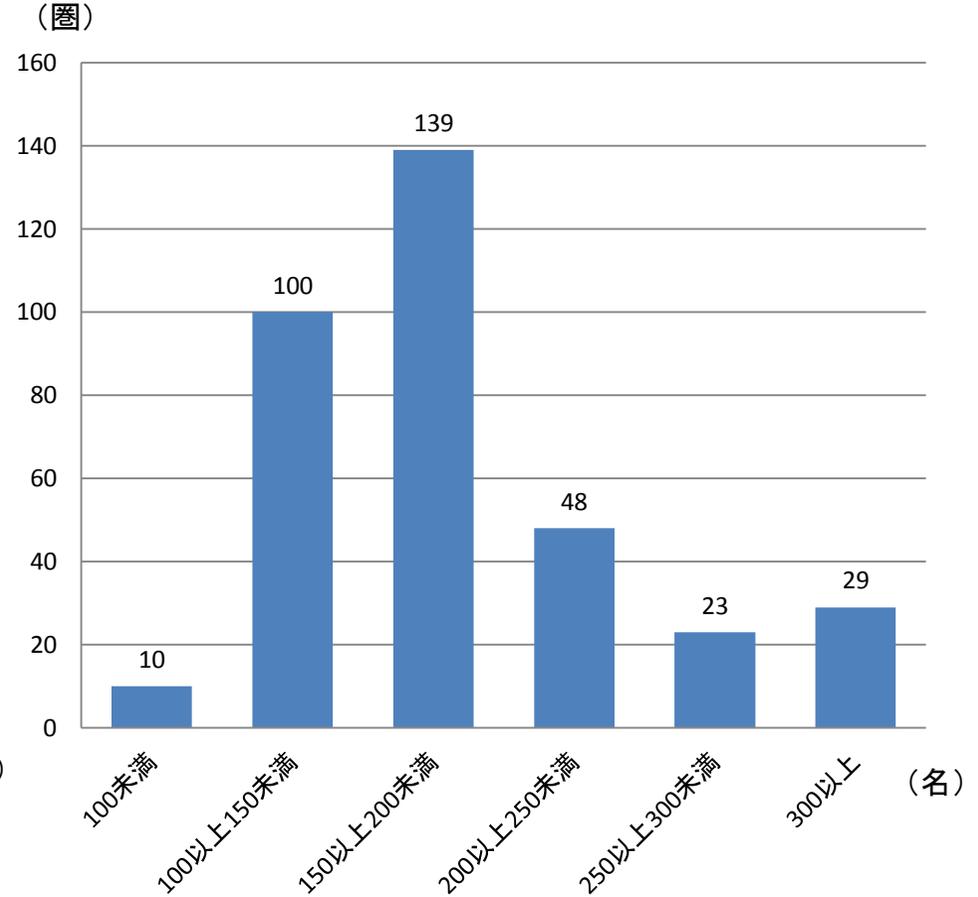
人口10万人当たり診療所数(二次医療圏)

- 人口10万人当たりの診療所数は、全国平均で78施設。
- 診療所数が70以上80未満の二次医療圏が最も多く、85圏。



人口10万人当たりの従事医師数(二次医療圏)

- 人口10万人当たりの従事医師数の平均は214名であり、平均に満たない二次医療圏が全体の約8割を占める。

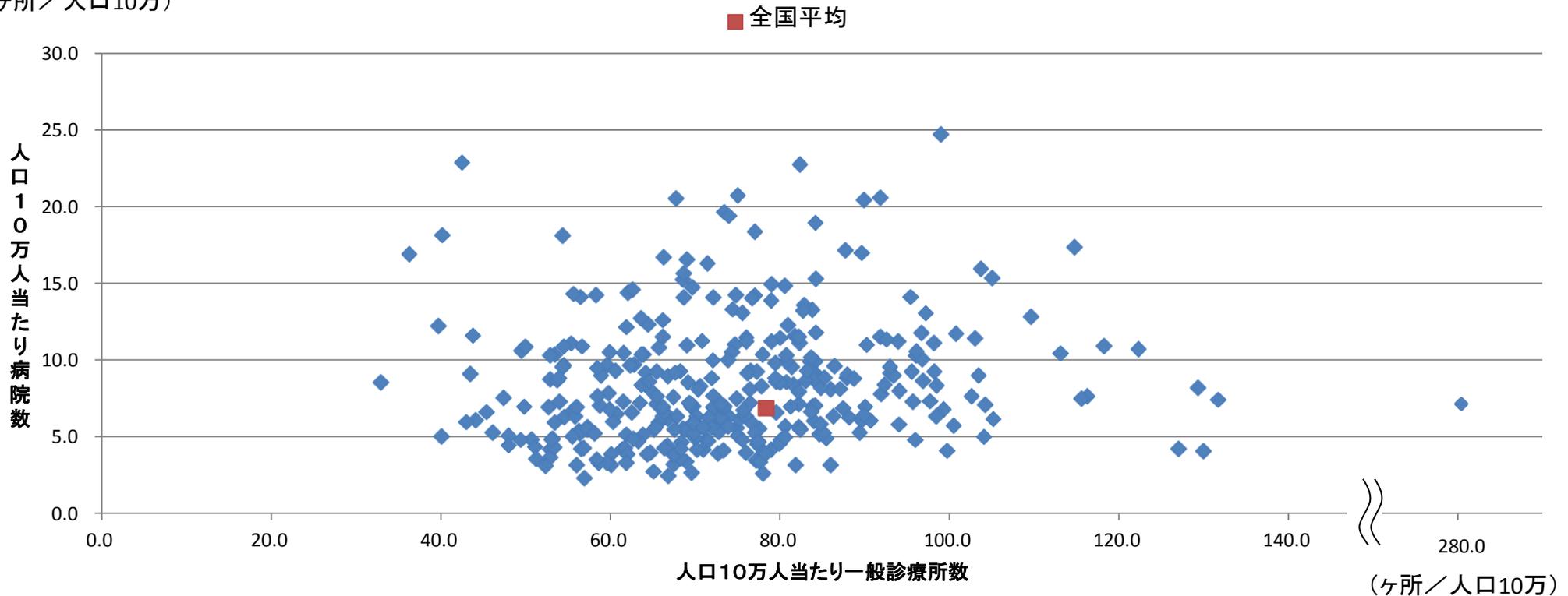


出典：平成21年医療施設動態調査
 平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)
 平成20年医師、歯科医師、薬剤師数(埼玉県)
 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成22年3月31日現在)(総務省)
 二次医療圏：平成22年4月時点 349圏

人口当たり病院数と人口当たり一般診療所数

- 人口10万人当たりの病院数をみると、全国平均は6.9、二次医療圏別では、24.7(西部Ⅰ医療圏(徳島県))から2.3(志太榛原医療圏(静岡県))まで分布。
- 人口10万人当たりの一般診療所数をみると、全国平均は78.0、二次医療圏別では、281.0(区中央部医療圏(東京都))から、32.9(根室医療圏(北海道))まで分布。
- 人口10万人当たりの病院数、一般診療所数ともに全国平均以上であった二次医療圏は92圏域、同様に病院数は全国平均以上、一般診療所数は全国平均未満であった二次医療圏は110圏域、病院数は全国平均未満、一般診療所数は全国平均以上であった二次医療圏は32圏域、病院数、一般診療所数ともに全国平均未満であった二次医療圏は114圏域。

(ヶ所／人口10万)



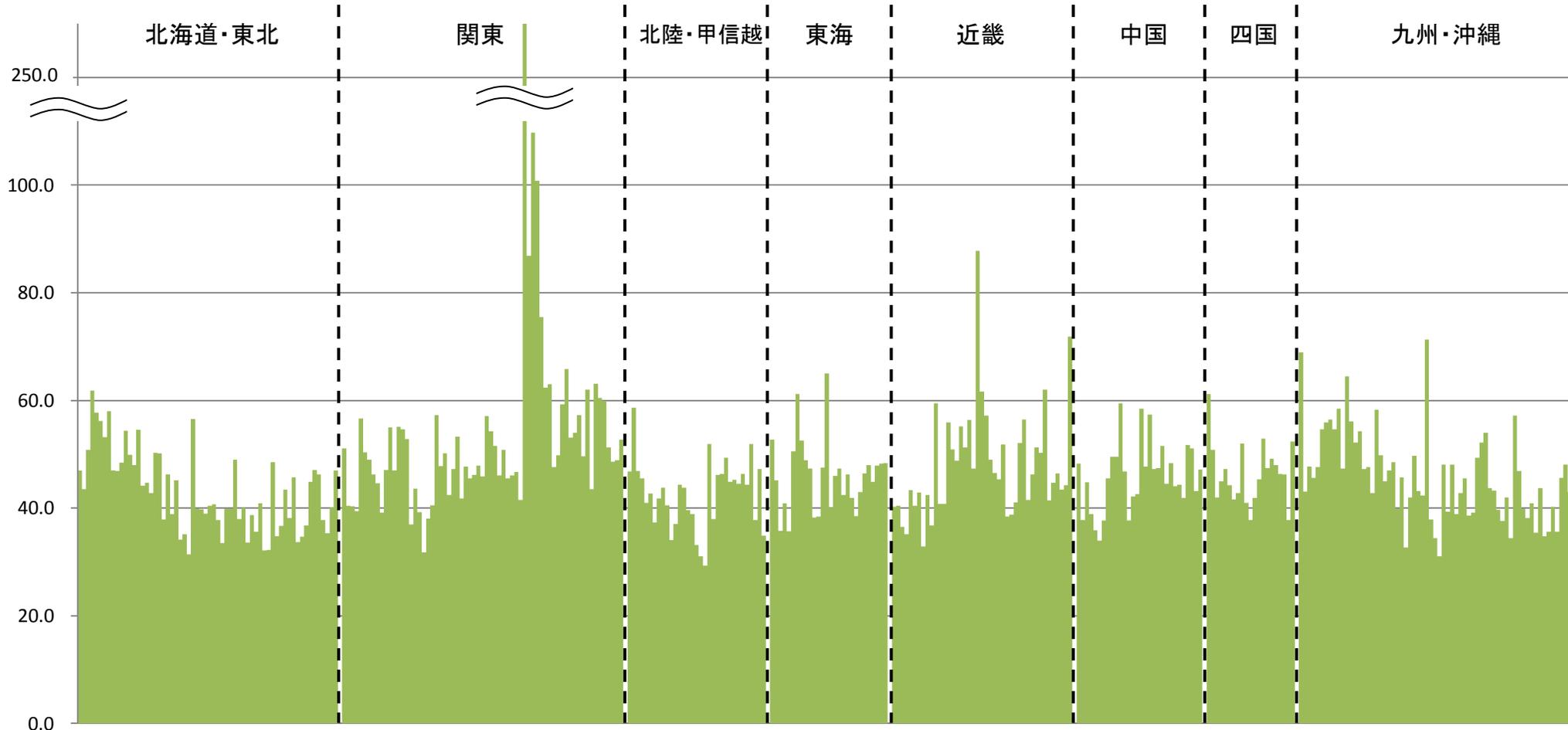
出典：平成21年医療施設動態調査、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成22年3月31日現在)(総務省)
二次医療圏：平成22年4月時点 349圏

人口10万人当たり歯科診療所数(二次医療圏別)

○人口10万人当たりの歯科診療所数をみると、全国平均は8.7、二次医療圏別では、260.6(区中央部医療圏(東京都)) から、29.3(嶺南医療圏(福井県))まで分布。

(ヶ所/人口10万人)

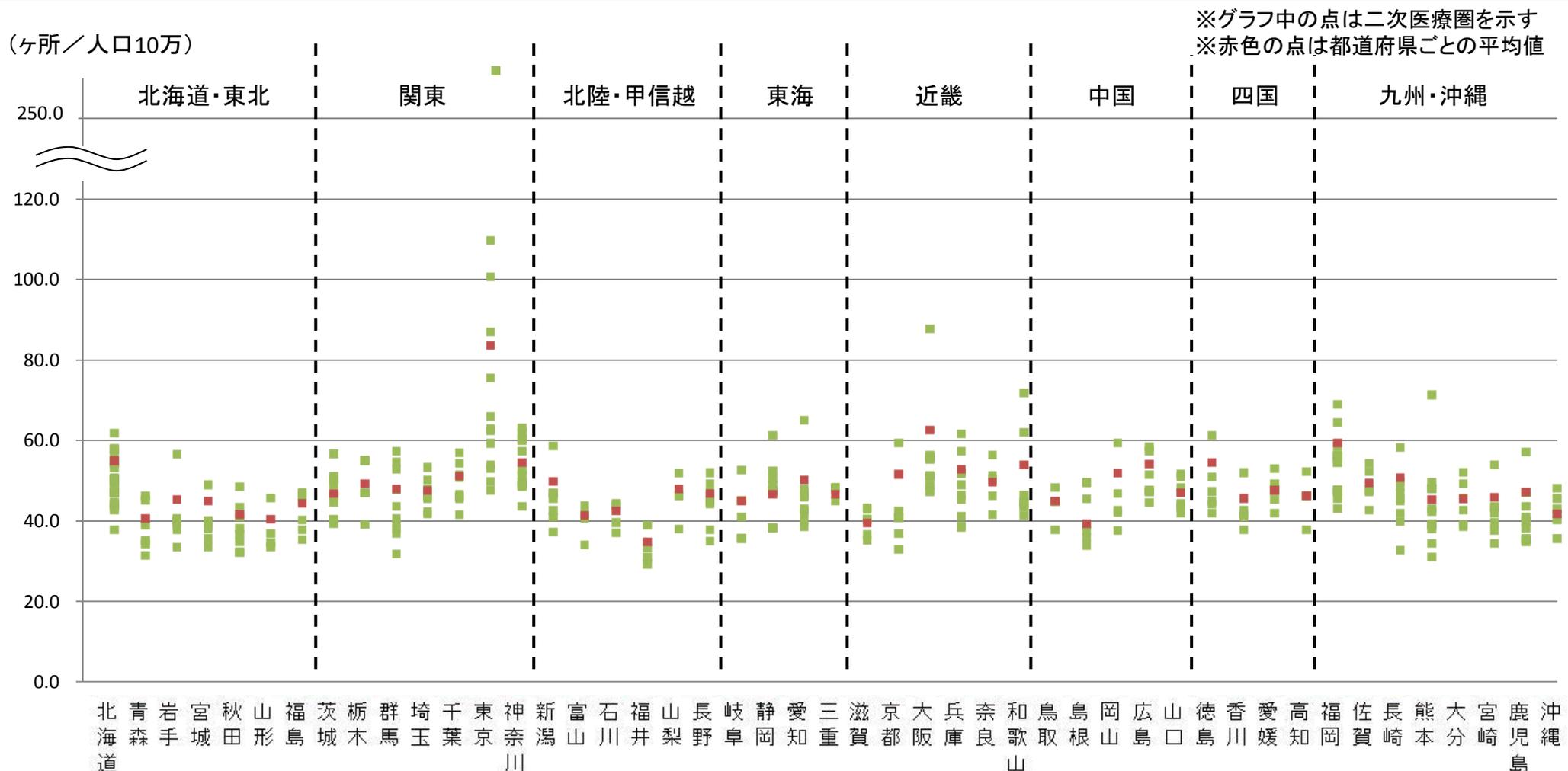
■人口10万人対歯科診療所数



出典：平成21年医療施設動態調査、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成22年3月31日現在)(総務省)
二次医療圏：平成22年4月時点 349圏

二次医療圏ごと人口10万人当たり歯科診療所数の分布(都道府県別)

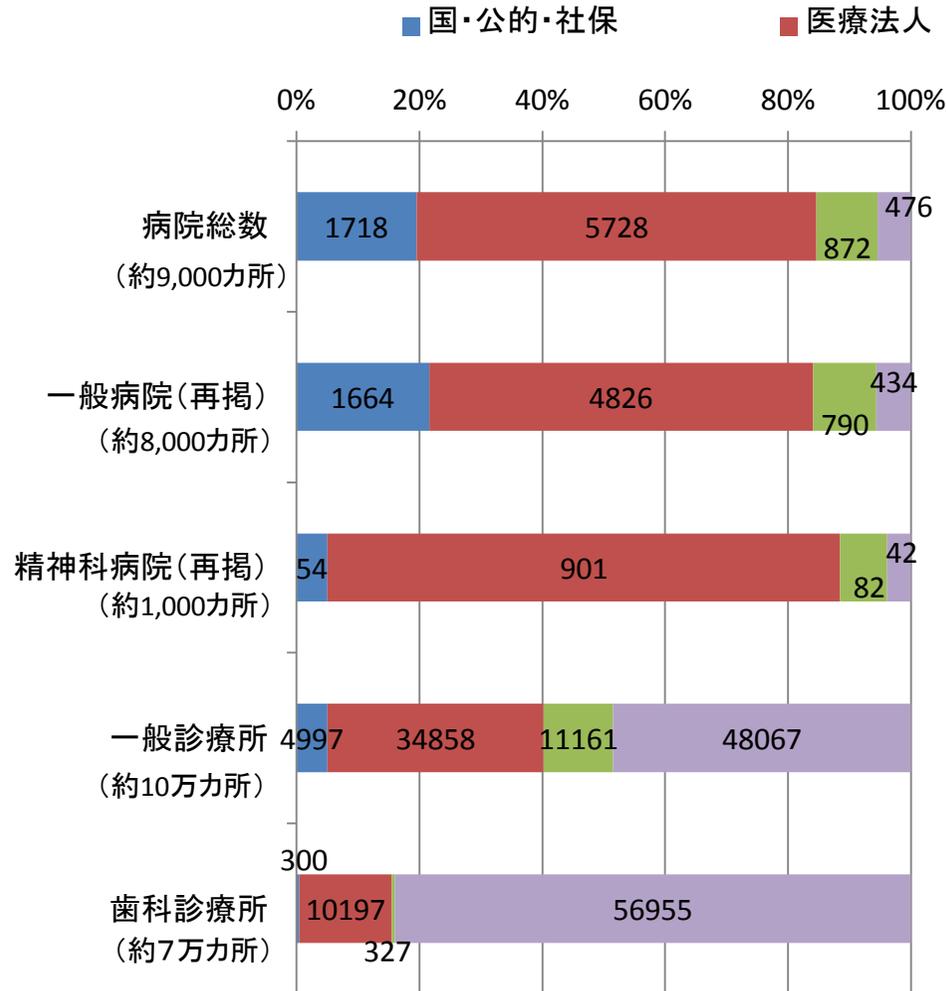
○二次医療圏ごと人口10万人当たり歯科診療所数について、都道府県内で最大の二次医療圏と最小の二次医療圏の差をみると、開きが大きいのは東京都の5.5倍、熊本県の2.3倍、開きが小さいのは三重県1.1倍、愛媛県の1.3倍。



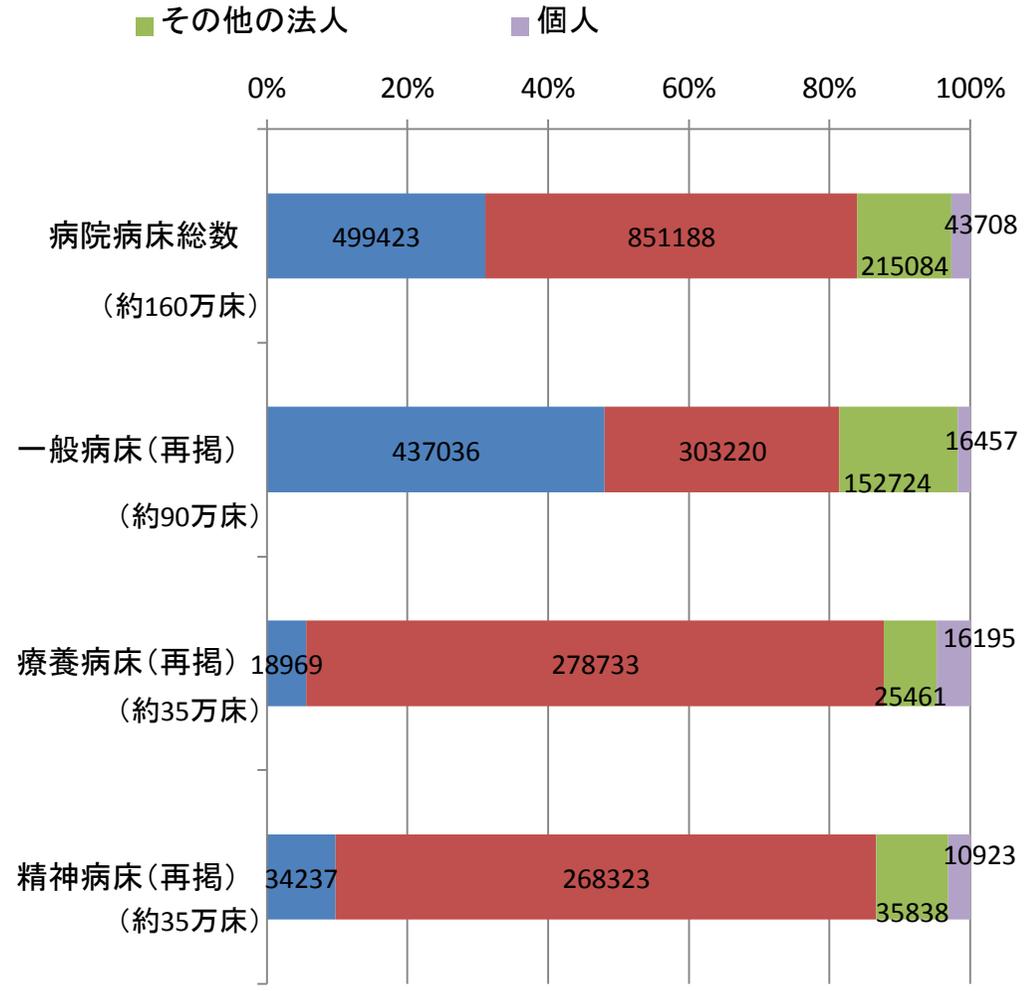
出典：平成21年医療施設動態調査、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成22年3月31日現在)(総務省)
二次医療圏：平成22年4月時点 349圏

開設者別の病院・診療所・病院病床数

- 病院のうち、医療法人立が65%、病床単位では、全体の53%、一般病床の33%、療養病床の82%、精神病床の76%になる。
- 一般診療所のうち医療法人立は35%、個人立は49%、歯科診療所のうち医療法人立は15%、個人立は84%。



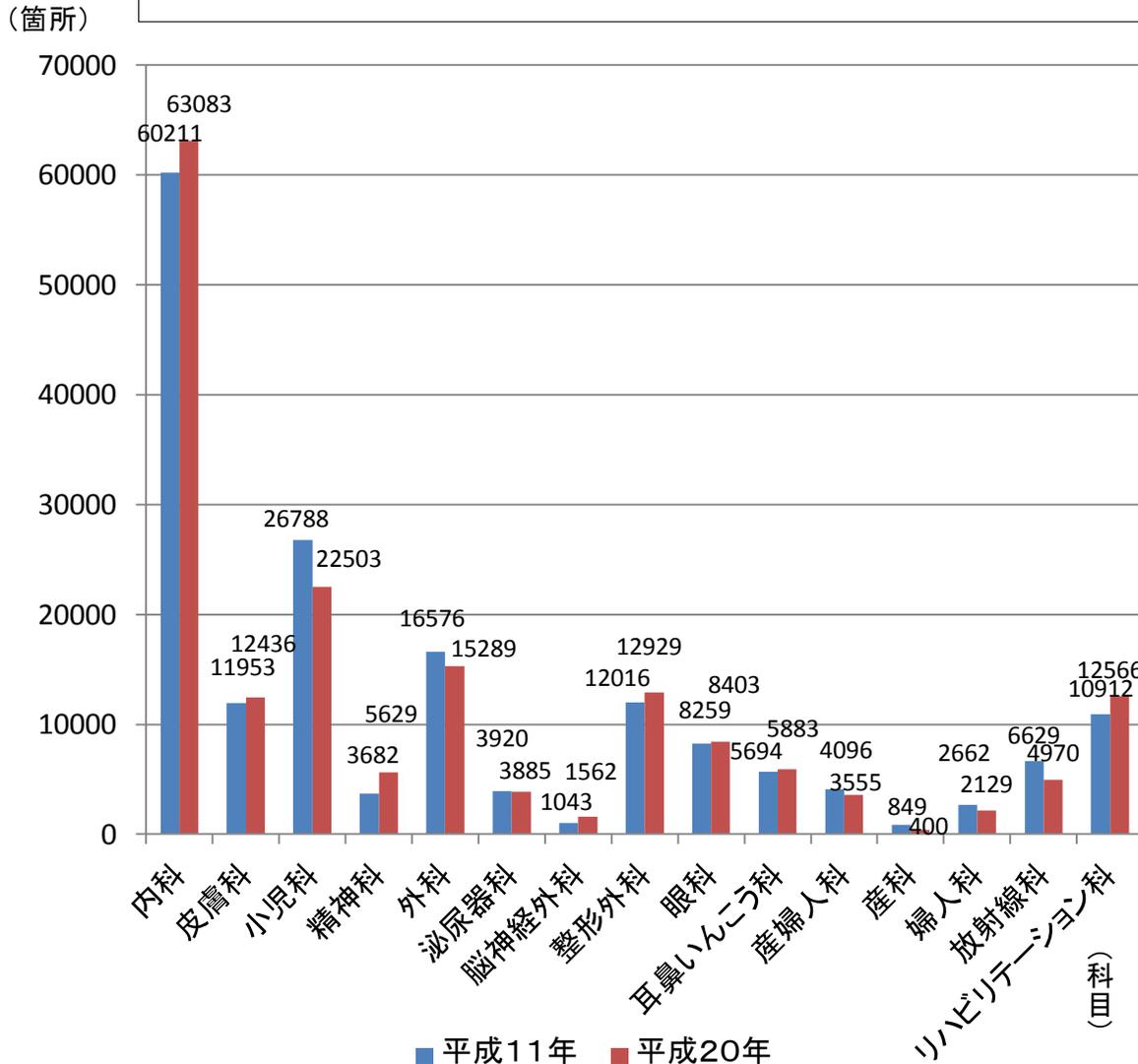
※グラフ中の値は病院数



※グラフ中の値は病床数

診療科ごとの一般診療所数(重複計上)

平成20年10月1日において、一般診療所(総数99,083施設)を診療科目別にみると、「内科」が63,083施設(総数の63.7%)と最も多く、次いで、「小児科」22,503施設(同22.7%)となっている。



平成11年、平成20年ともに標榜可能な診療科のうち増減幅が大きいもの

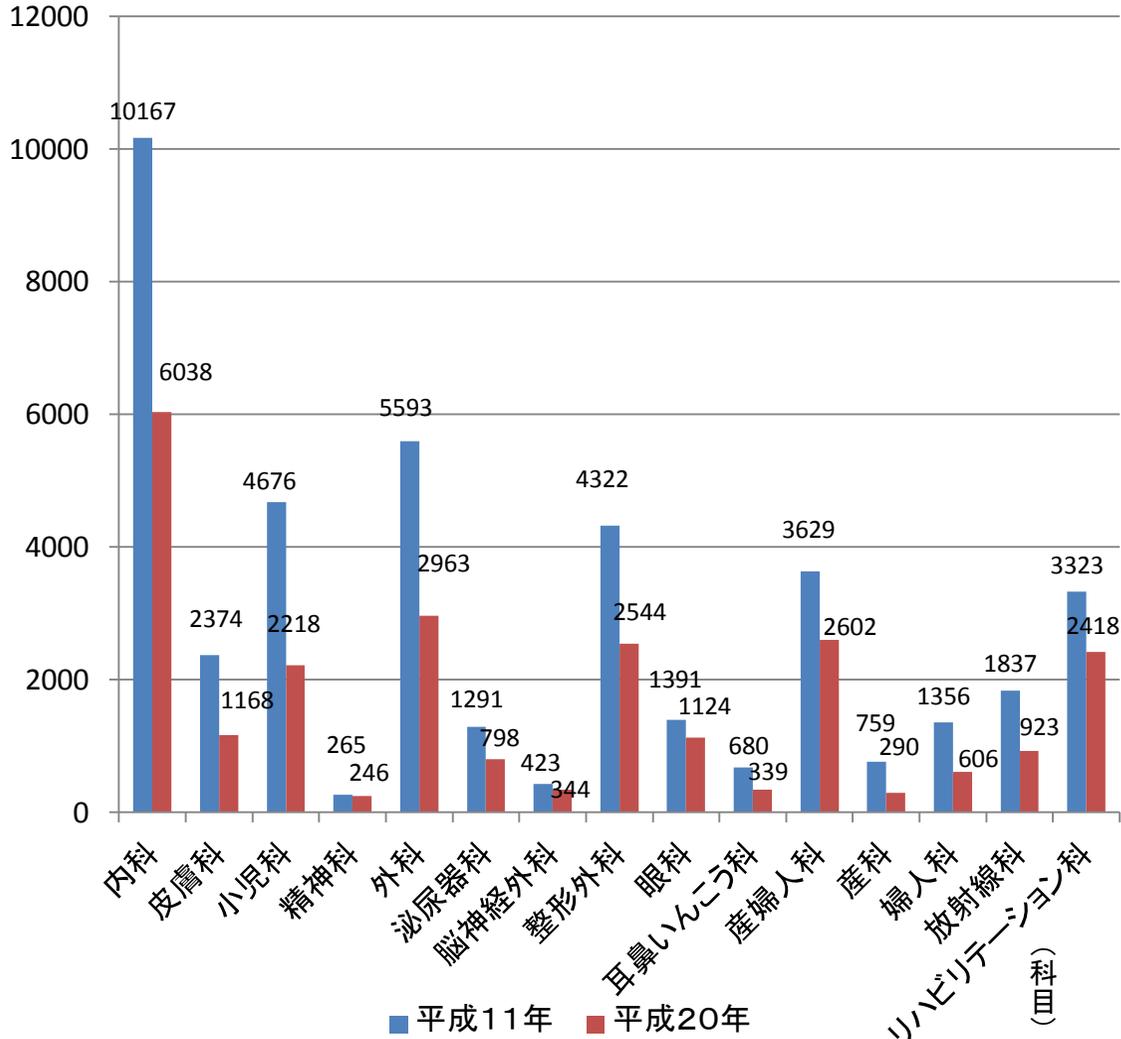
	平成11年(A)	平成20年(B)	B/A
心臓血管外科	95	323	3.40
心療内科	1573	3775	2.40
アレルギー科	2672	6300	2.36
呼吸器外科	66	145	2.20
美容外科	460	983	2.14
産婦人科	4096	3555	0.87
小児科	26788	22503	0.84
婦人科	2662	2129	0.80
放射線科	6629	4970	0.75
産科	849	400	0.47
総数	91500	99083	1.08

※広告可能な診療科名の変更による増減も考えられる。

診療科ごとの一般診療所数<有床>(重複計上)

平成20年10月1日において、有床の一般診療所(総数11,500施設)を診療科目別にみると、「内科」が6,038施設(総数の52.5%)と最も多く、次いで、「外科」2,963施設(同25.8%)となっている。

(箇所)



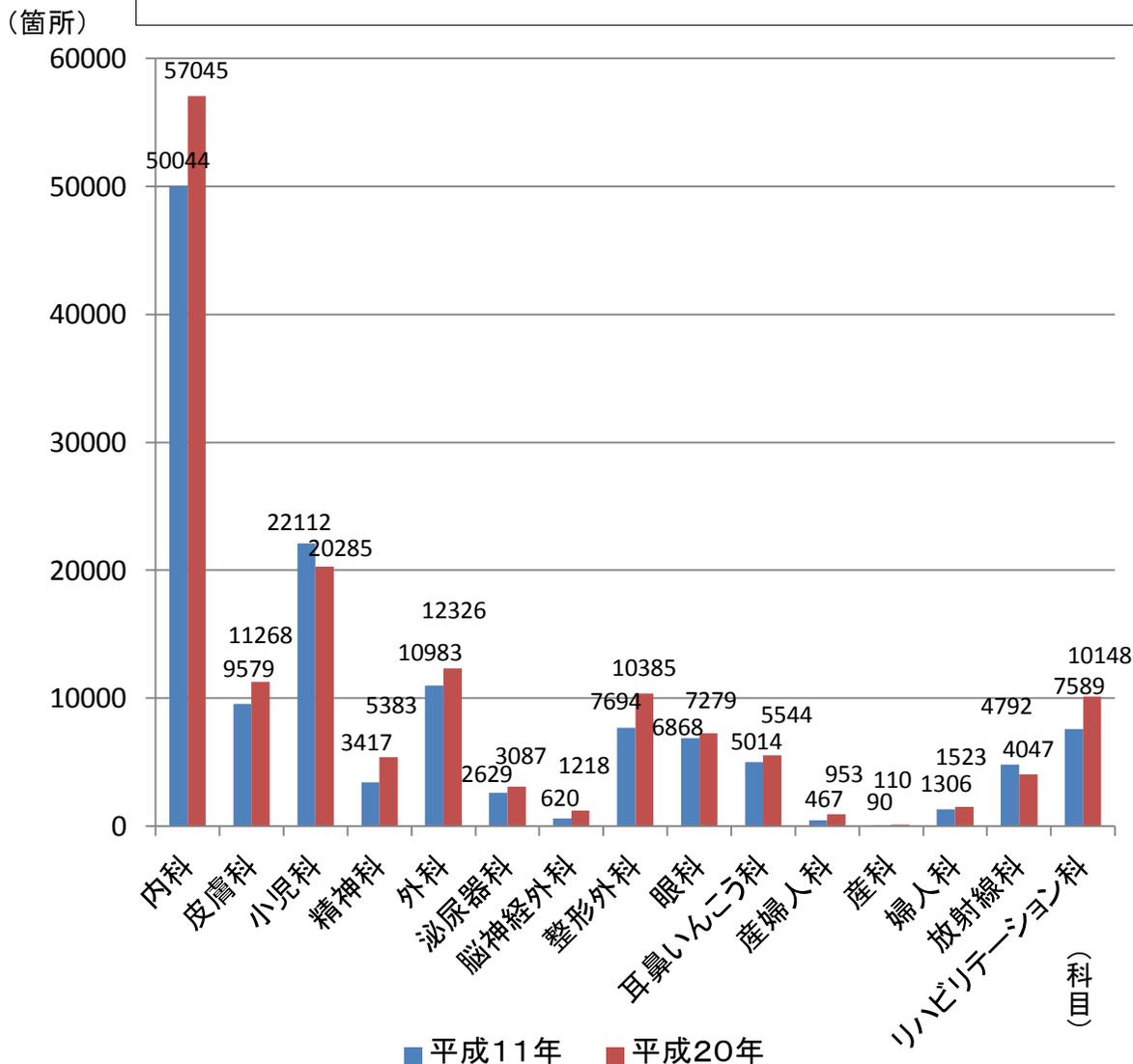
平成11年、平成20年ともに標榜可能な診療科のうち増減幅が大きいもの

	平成11年(A)	平成20年(B)	B/A
心臓血管外科	47	78	1.66
呼吸器外科	36	47	1.31
美容外科	43	54	1.26
アレルギー科	333	400	1.20
心療内科	178	210	1.18
耳鼻いんこう科	680	339	0.50
皮膚科	2374	1168	0.49
小児科	4676	2218	0.47
婦人科	1356	606	0.45
産科	759	290	0.38
総数	18487	11500	0.62

※広告可能な診療科名の変更による増減も考えられる。

診療科ごとの一般診療所数<無床>(重複計上)

平成20年10月1日において、無床の一般診療所(総数87,583施設)を診療科目別にみると、「内科」が57,045施設(総数の65.1%)と最も多く、次いで、「小児科」20,285施設(同23.2%)となっている。



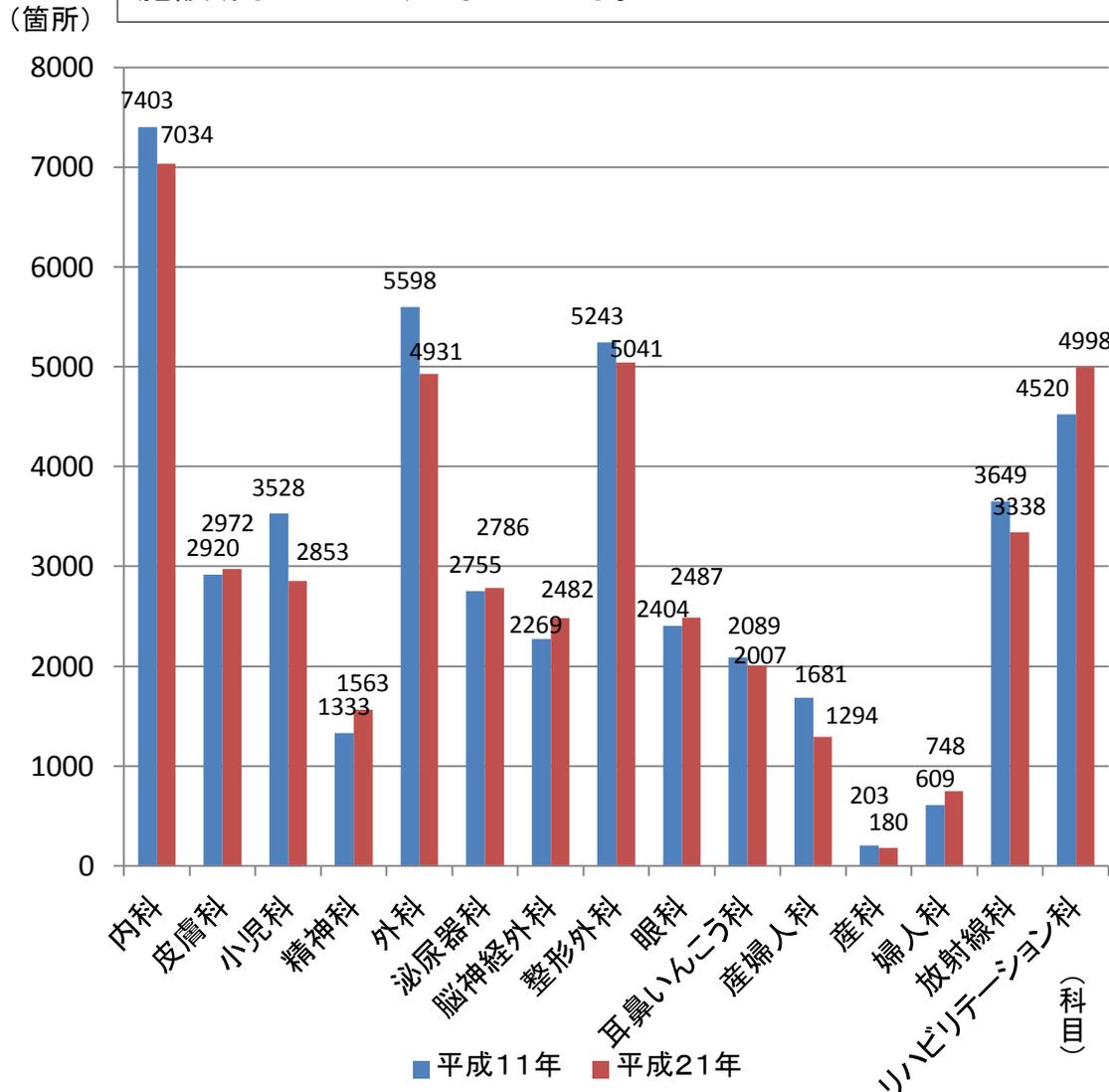
平成11年、平成20年ともに標榜可能な診療科のうち増減幅が大きいもの

	平成11年(A)	平成20年(B)	B/A
心臓血管外科	48	245	5.10
呼吸器外科	30	98	3.27
心療内科	1395	3565	2.56
アレルギー科	2339	5900	2.52
美容外科	417	929	2.23
小児科	22112	20285	0.92
放射線科	4792	4047	0.84
総数	73013	87583	1.20

※広告可能な診療科名の変更による増減も考えられる。

診療科ごとの病院数(重複計上)

平成21年10月1日において、一般病院(総数7,655施設)を診療科目別にみると、「内科」が7,034施設(総数の91.9%)と最も多く、次いで、「整形外科」5,041施設(同65.9%)、「リハビリテーション科」4,998施設(同65.3%)となっている。



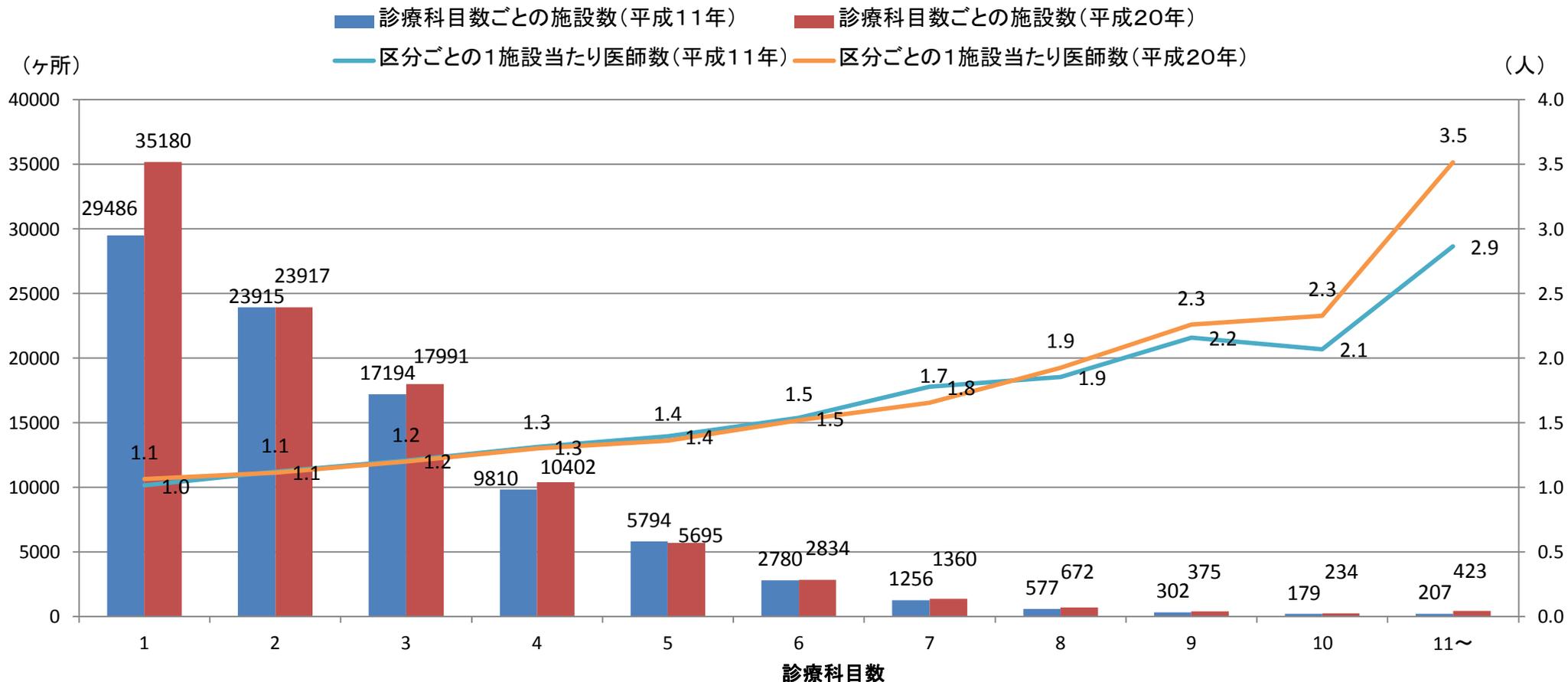
平成11年、平成21年ともに標榜可能な診療科のうち増減幅が大きいもの

	平成11年(A)	平成21年(B)	B/A
心療内科	308	598	1.94
美容外科	60	114	1.90
呼吸器外科	389	705	1.81
神経内科	1427	2134	1.50
アレルギー科	311	444	1.43
放射線科	3649	3338	0.91
産科	203	180	0.89
外科	5598	4931	0.88
小児科	3528	2853	0.81
産婦人科	1681	1294	0.77
総数	8222	7655	0.93

※広告可能な診療科名の変更による増減も考えられる。

一般診療所の診療科目数(平成11年・平成20年)

- 一般診療所の診療科目数をみると、平成11年は平均2.6科目、平成20年は平均2.5科目。
- 単科の一般診療所数をみると、平成11年は約30000施設、平成20年は約35000施設と、単科の一般診療所が増加している。
- 診療科目数で区分して1施設当たりの医師数をみると、診療科目数の多い診療所において1施設当たりの医師数が増加している。

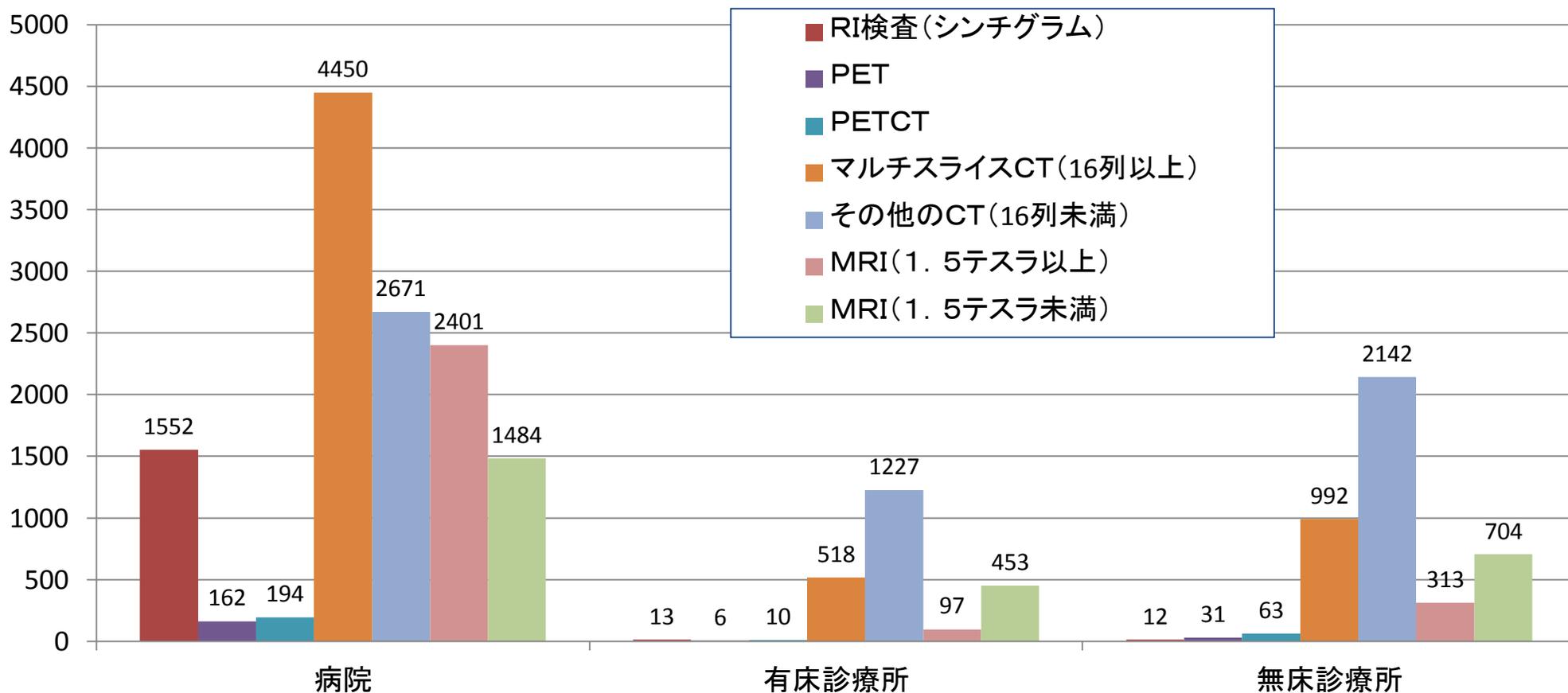


※広告可能な診療科名の変更に伴い、平成20年調査より従来の36科目から43科目へと調査対象の診療科目数を変更しており、その影響による増減も考えられる。

各年の医療施設調査に基づき作成

病院・診療所別の医療機器設置台数(平成20年)

機器数(台)



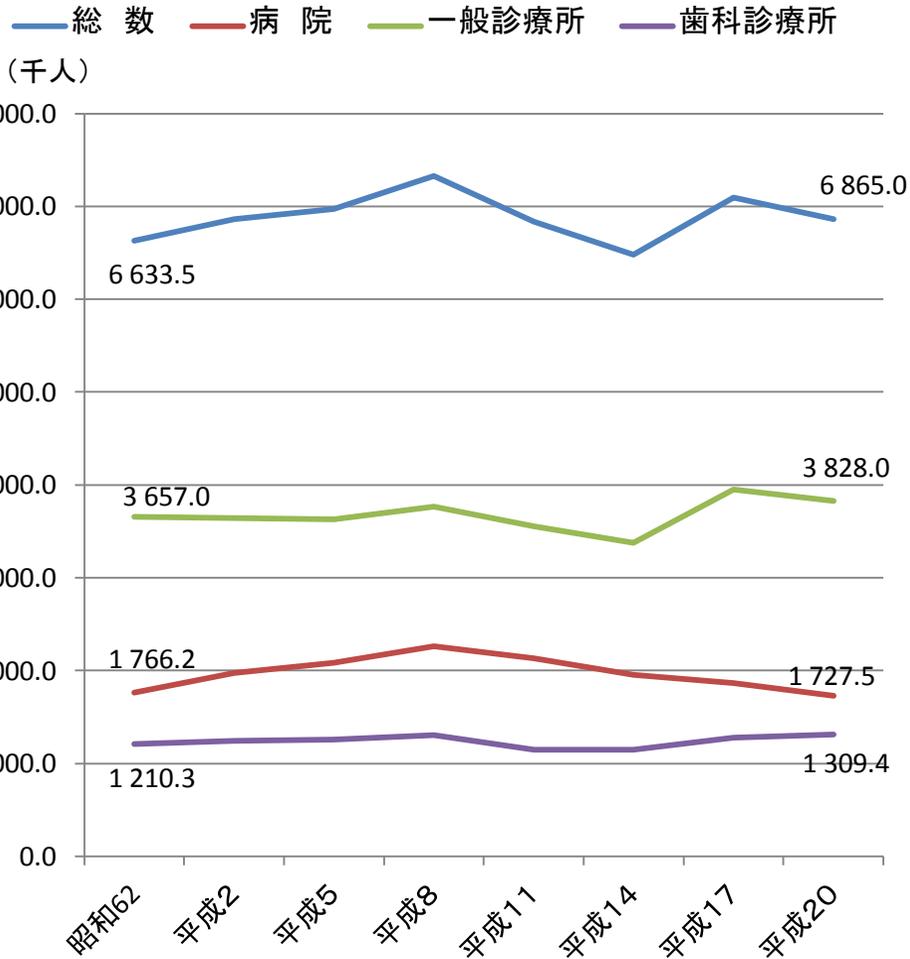
(注) 平成20年医療施設調査における一般病院数は7,714施設、有床診療所数は11,500施設、無床診療所は87,583施設となっている。

<外来機能について>

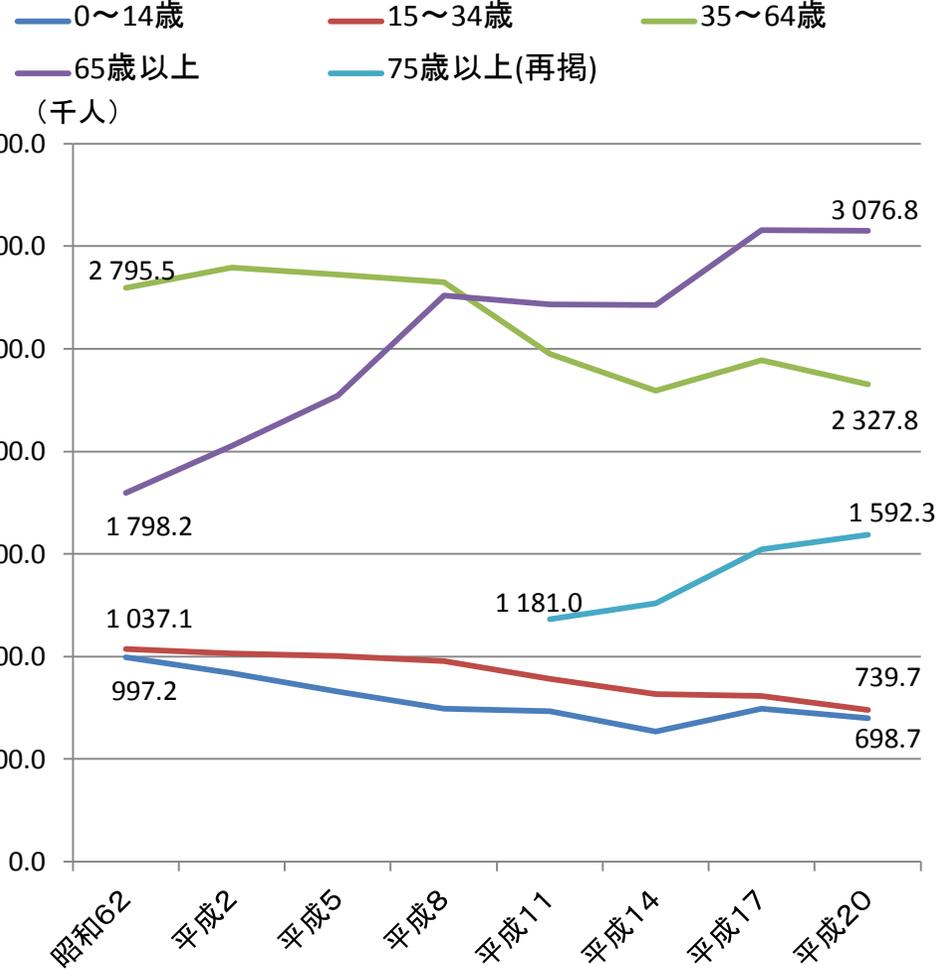
外来受診の状況

平成20年患者調査によると、調査日における推計外来患者数は、病院が170万人強、一般診療所が380万人強、歯科診療所が130万人強となっている。

<推計外来患者数(施設種類別)>



<推計外来患者数(年齢階級別)>

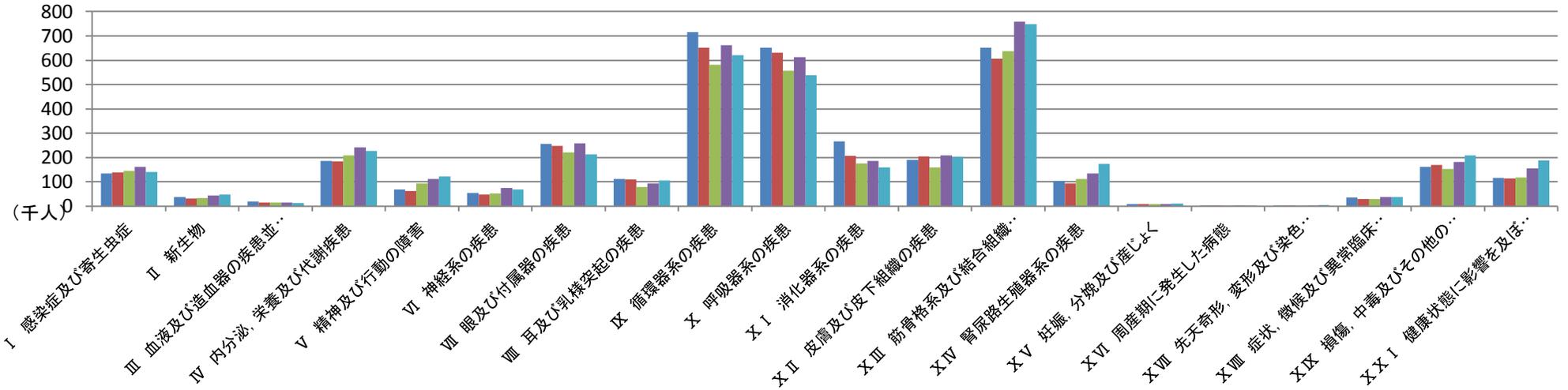


各年の患者調査に基づき作成

傷病別にみた外来患者数の推移

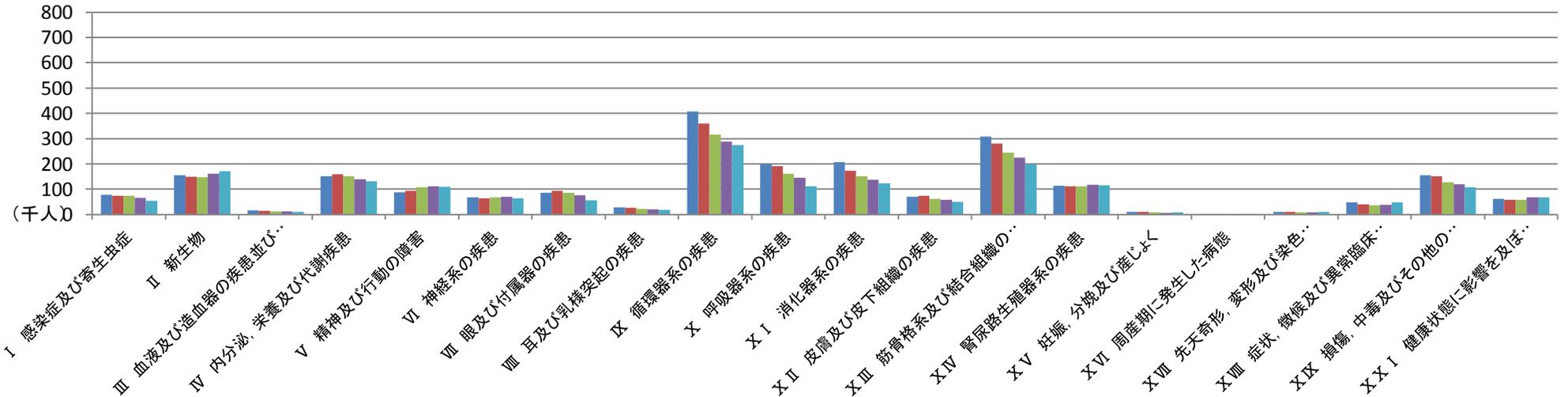
一般診療所

■ 平成8年 ■ 平成11年 ■ 平成14年 ■ 平成17年 ■ 平成20年



病院

■ 平成8年 ■ 平成11年 ■ 平成14年 ■ 平成17年 ■ 平成20年

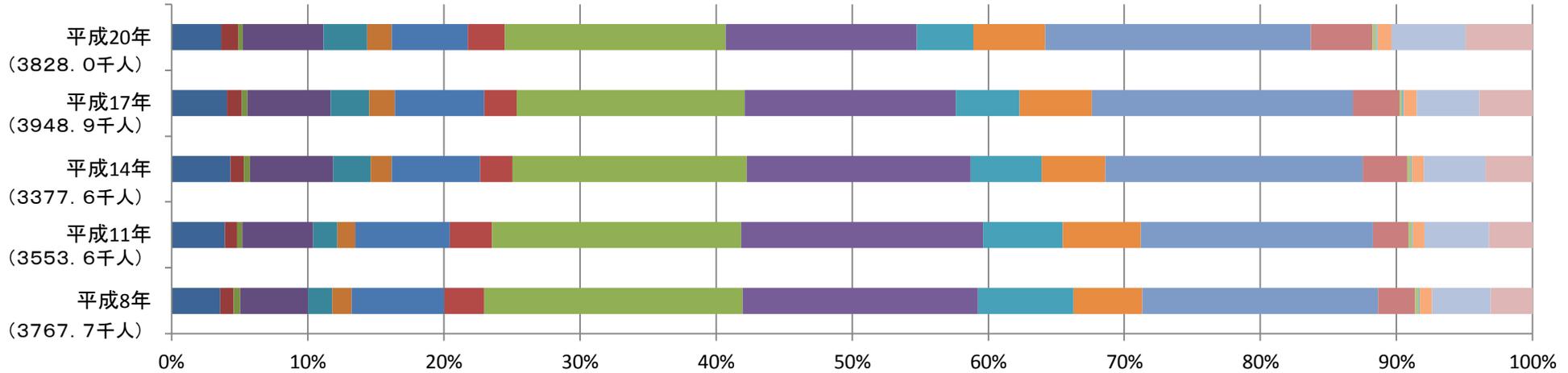


各年の患者調査より

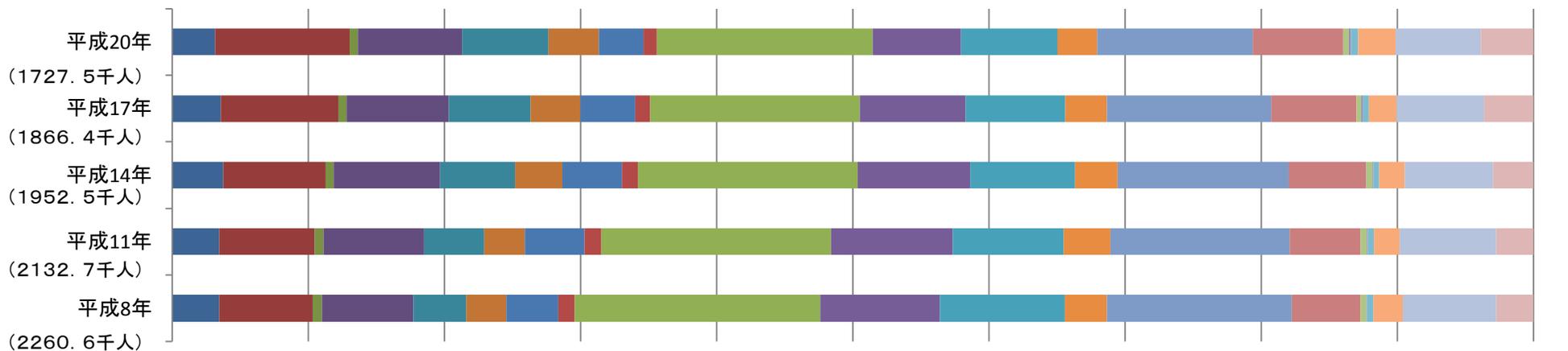
外来患者の傷病構成の推移

- I 感染症及び寄生虫症
- II 新生物
- III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- IV 内分泌、栄養及び代謝疾患
- V 精神及び行動の障害
- VI 神経系の疾患
- VII 眼及び付属器の疾患
- VIII 耳及び乳様突起の疾患
- IX 循環器系の疾患
- X 呼吸器系の疾患
- X I 消化器系の疾患
- X II 皮膚及び皮下組織の疾患
- X III 筋骨格系及び結合組織の疾患
- X IV 腎尿路生殖器系の疾患
- X V 妊娠、分娩及び産じょく
- X VI 周産期に発生した病態
- X VII 先天奇形、変形及び染色体異常
- X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- XX I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用

一般診療所

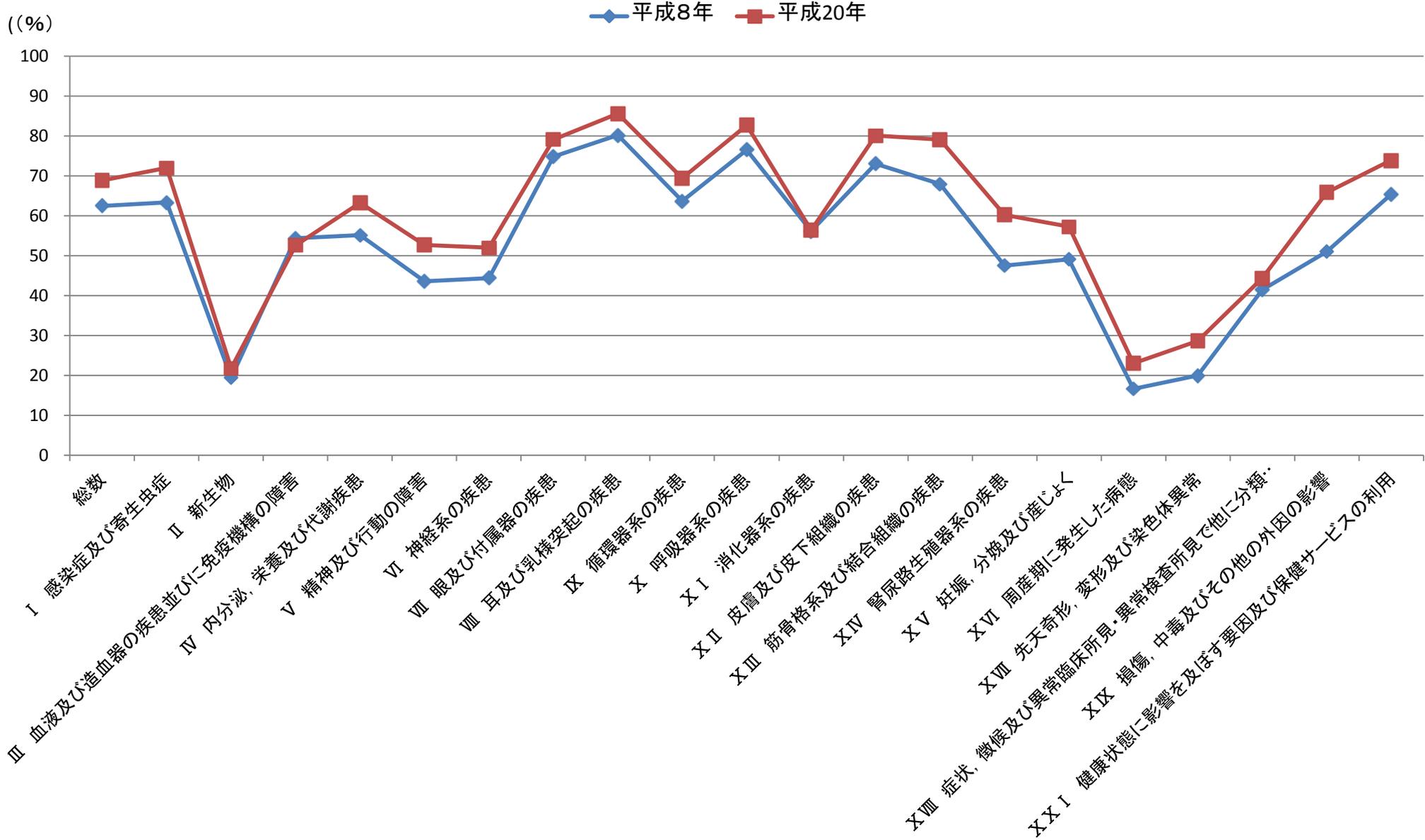


病院



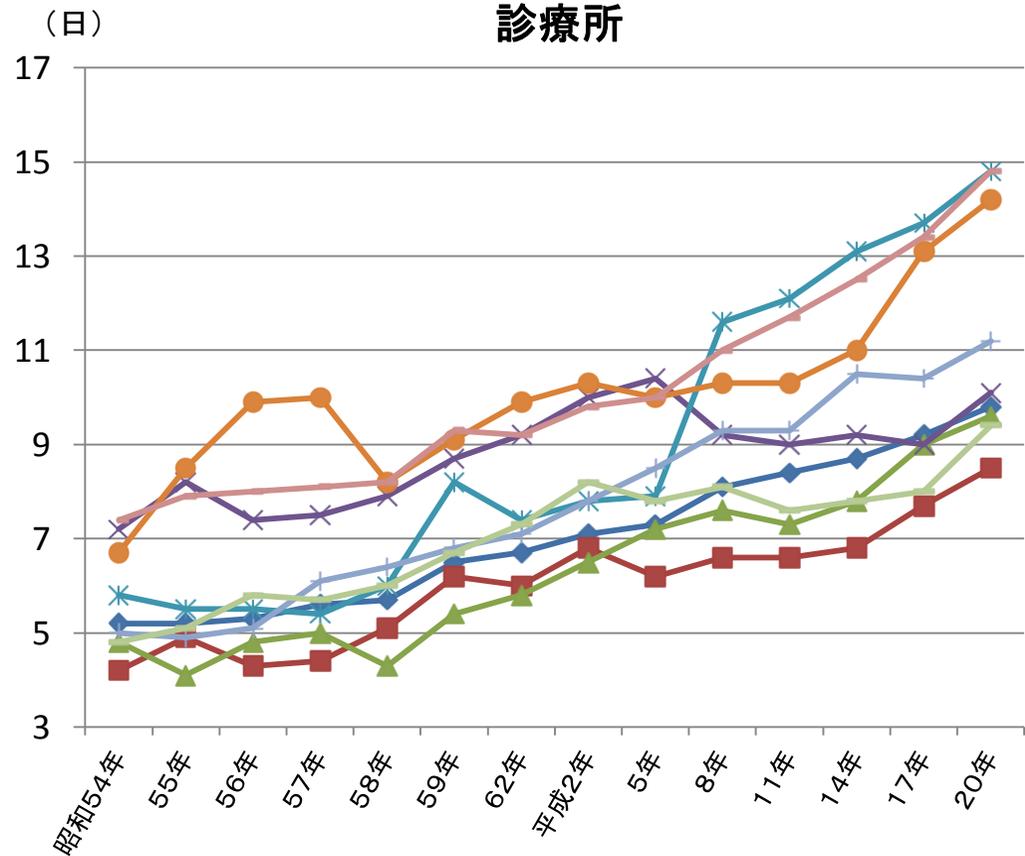
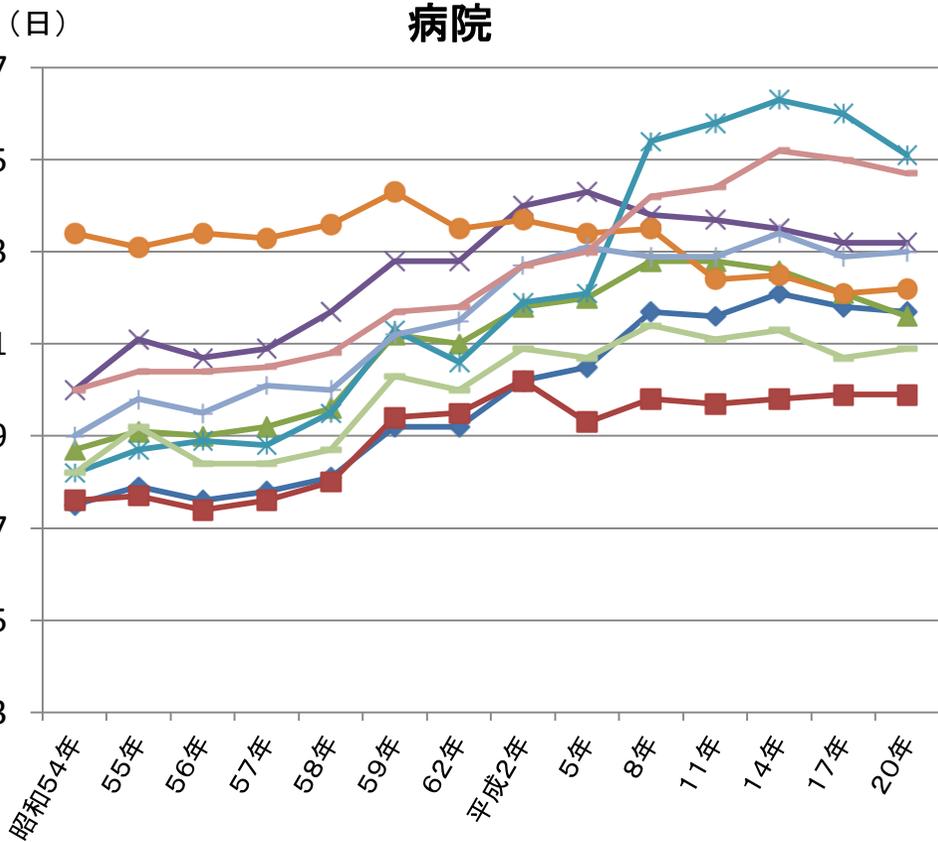
各年の患者調査より

傷病別にみた外来患者のうち診療所が占める割合



再来患者の平均診療間隔の年次推移

○ 再来患者の平均診療間隔は多くの疾患で長くなる傾向にある。
 全体平均（昭和54年）5.8日 → （平成20年）10.0日

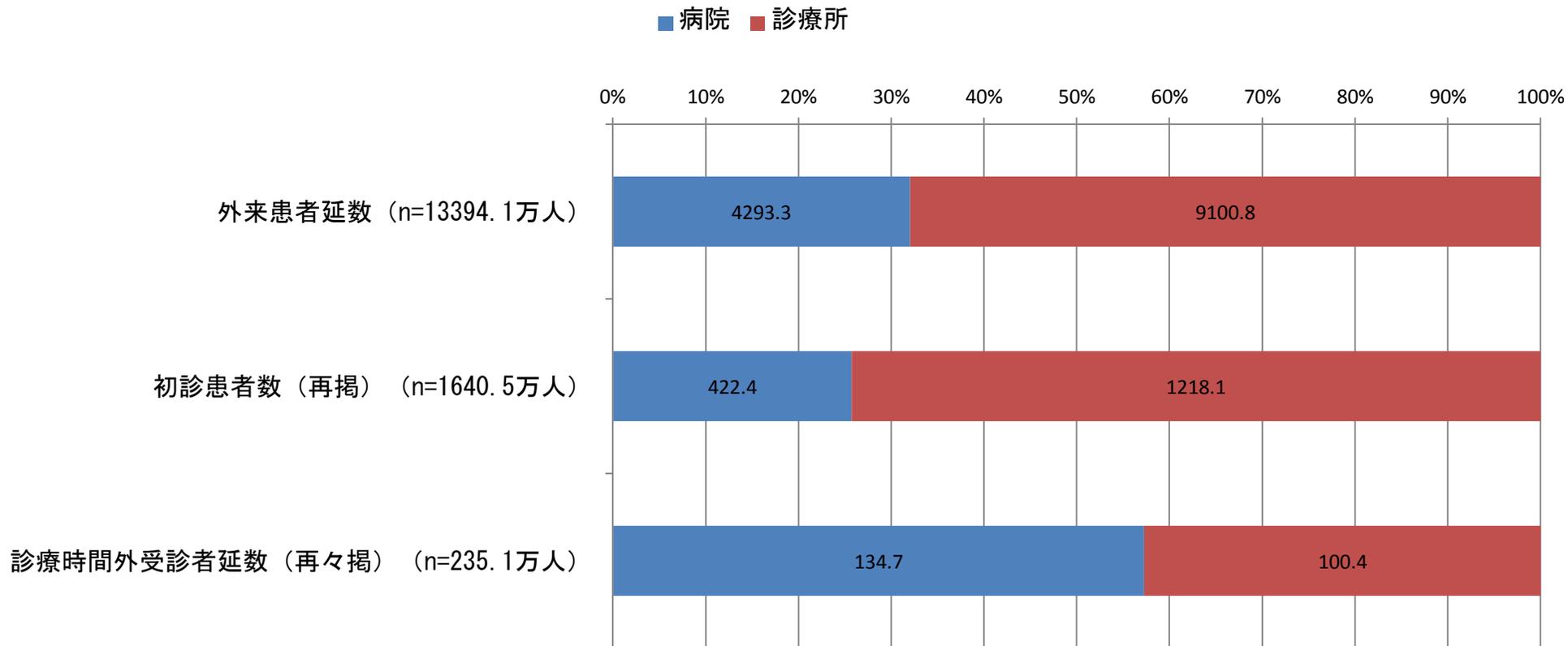


- ◆ 総数
- 感染症及び寄生虫症
- ▲ 新生物
- ✕ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障
- ✦ 内分泌、栄養及び代謝疾患
- ✧ 精神及び行動の障害
- ✪ 神経系及び感覚器の疾患
- ✶ 循環器系の疾患
- ✷ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

注1) 平成8年から「第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)」を、平成20年から「第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)(2003年版)準拠」を適用している。
 注2) 第10回修正ICDは、分類体系の大幅な変更等があったため、同一の名称であっても直接比較することはできない。

外来患者の受入状況

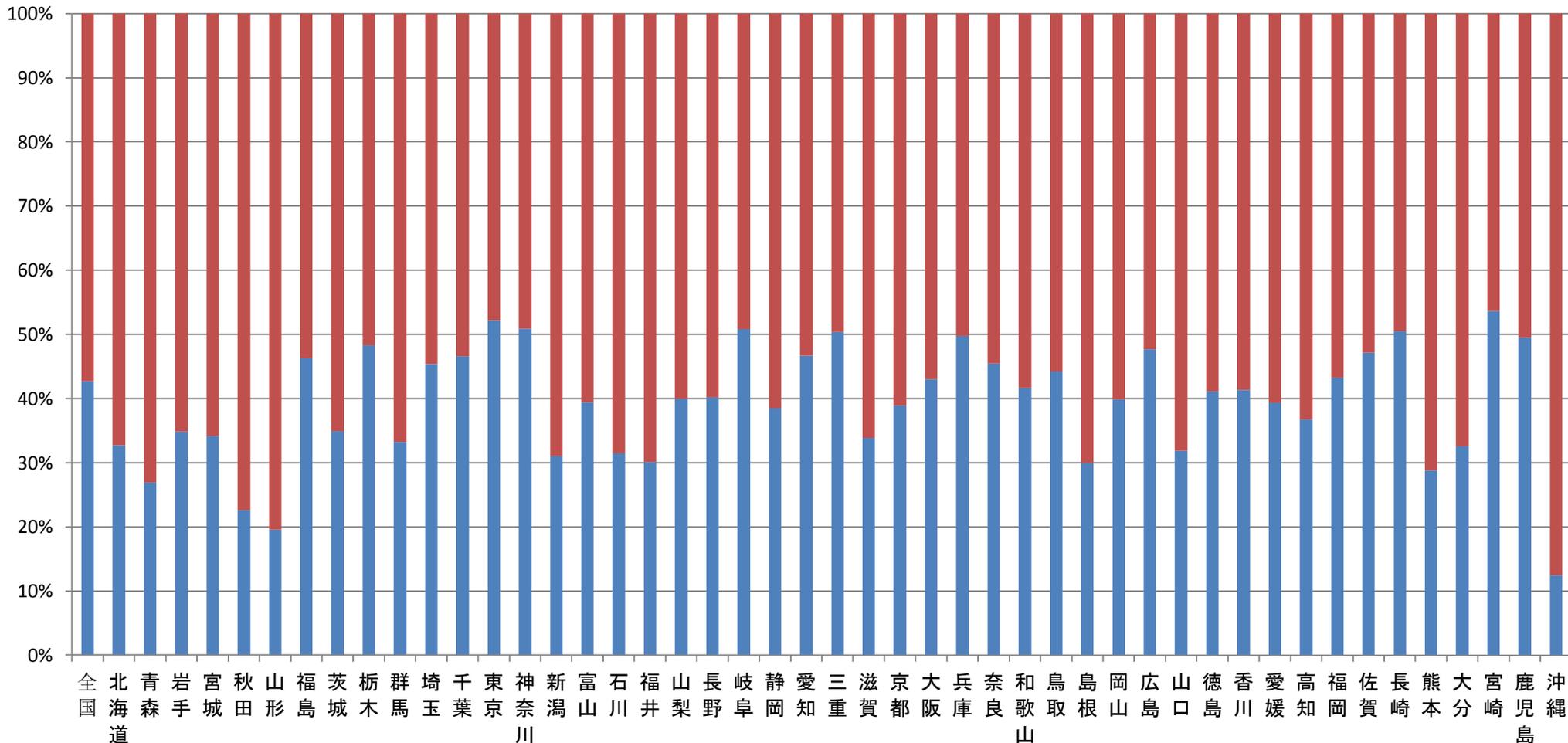
- 平成20年9月の外来患者についてみると、病院は4293.3万人、一般診療所は9100.8万人であり、病院に対する一般診療所の比率は2.1。
- 同様に初診患者についてみると、病院は422.4万人、一般診療所は1218.1万人であり、病院に対する診療所の比率は2.9。
- 同様に診療時間外に受診した患者についてみると、病院は134.7万人、一般診療所は100.4万人であり、病院に対する診療所の比率は0.8。



時間外受診患者数における病院・一般診療所の割合（都道府県別）

○病院と一般診療所の時間外受診患者数の合計を100とし、そのうちの一般診療所が占める割合をみると、全国平均では42.7%、都道府県別にみると、12.4%（沖縄県）から53.7%（宮崎県）まで分布。

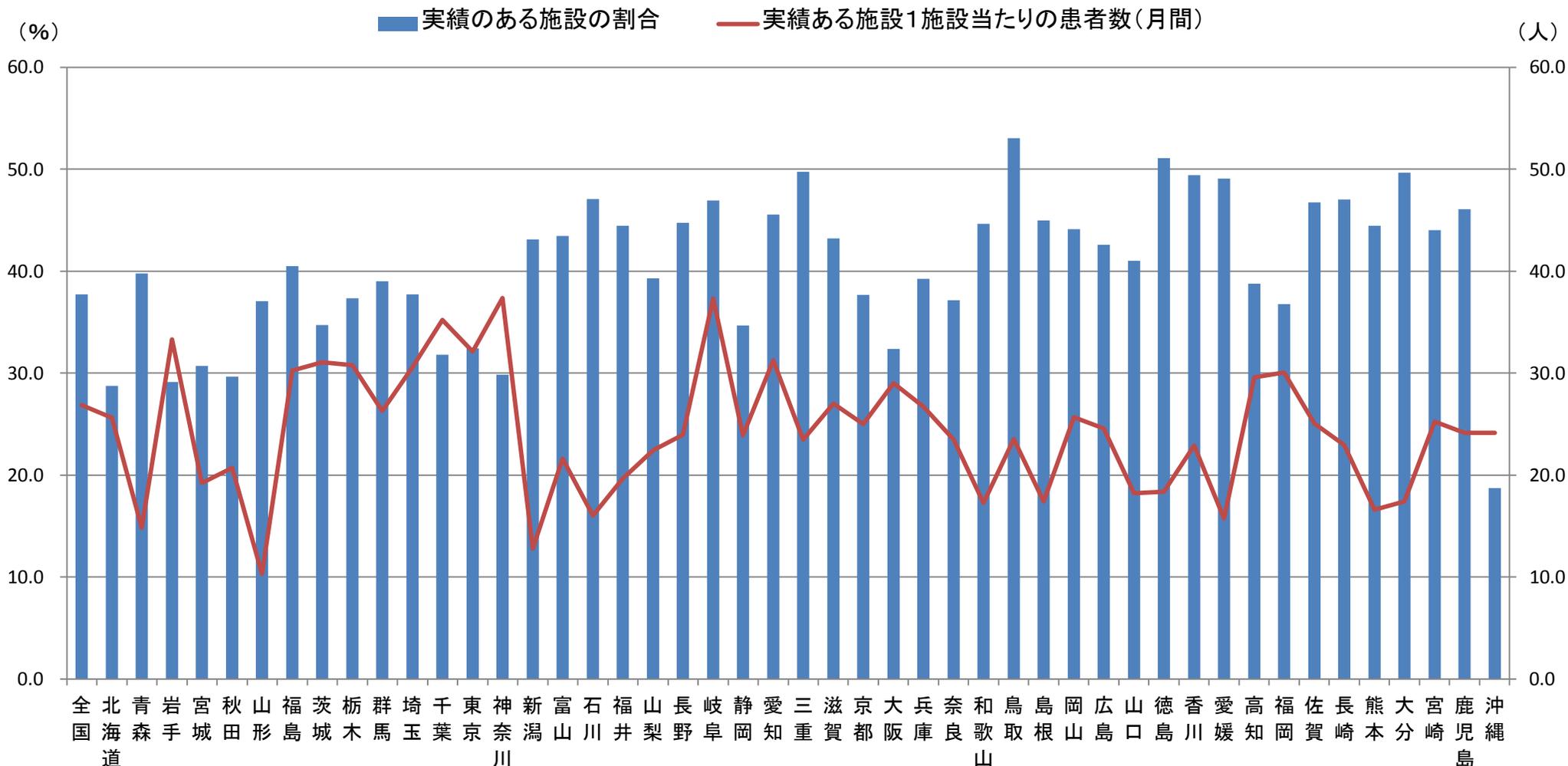
■ 診療所 ■ 病院



一般診療所の時間外受診の状況(都道府県別)

○平成20年9月中に時間外受診患者の診療実績があった一般診療所について、全一般診療所に占める割合をみると、全国平均は37.7%、都道府県別では53.0%(鳥取県)から18.7%(沖縄県)まで分布。

○同様に、時間外受診患者の診療実績があった一般診療所について、1施設当たりの時間外受診患者数(月間)をみると、全国平均は26.9人、都道府県別では37.3人(神奈川県)、10.3人(山形県)まで分布。

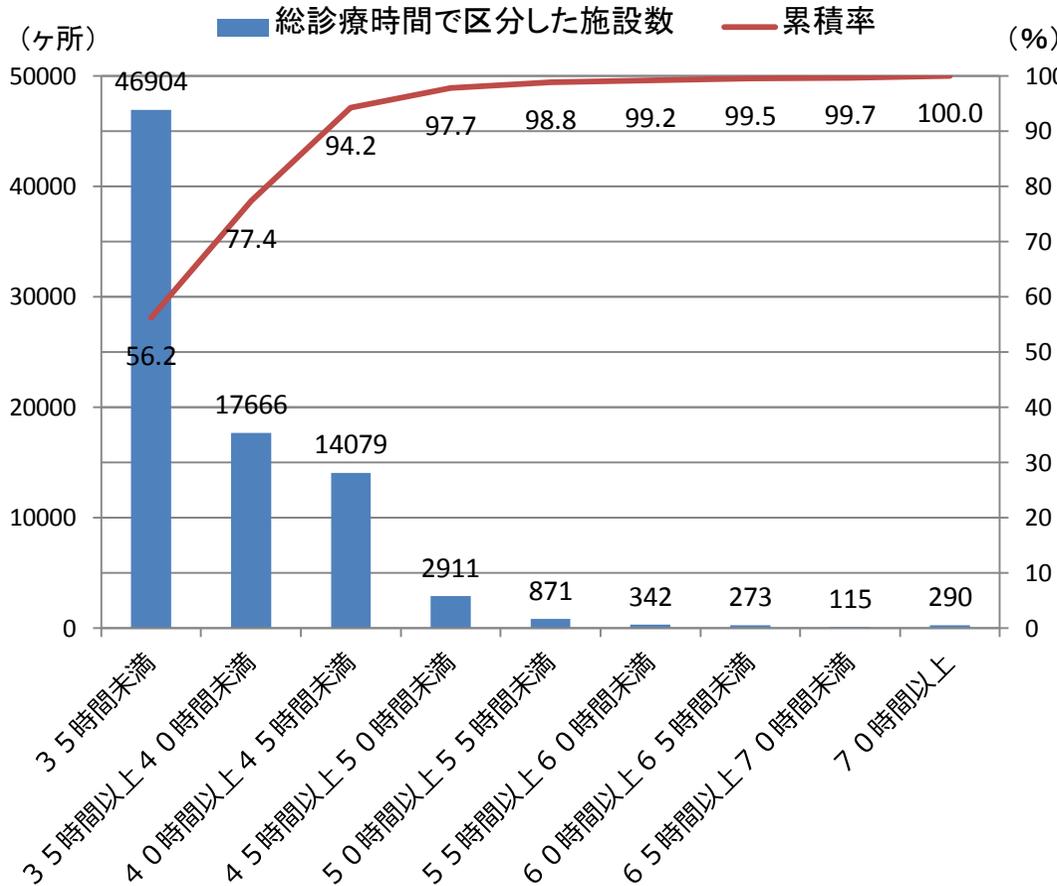


一般診療所の表示診療時間の状況①

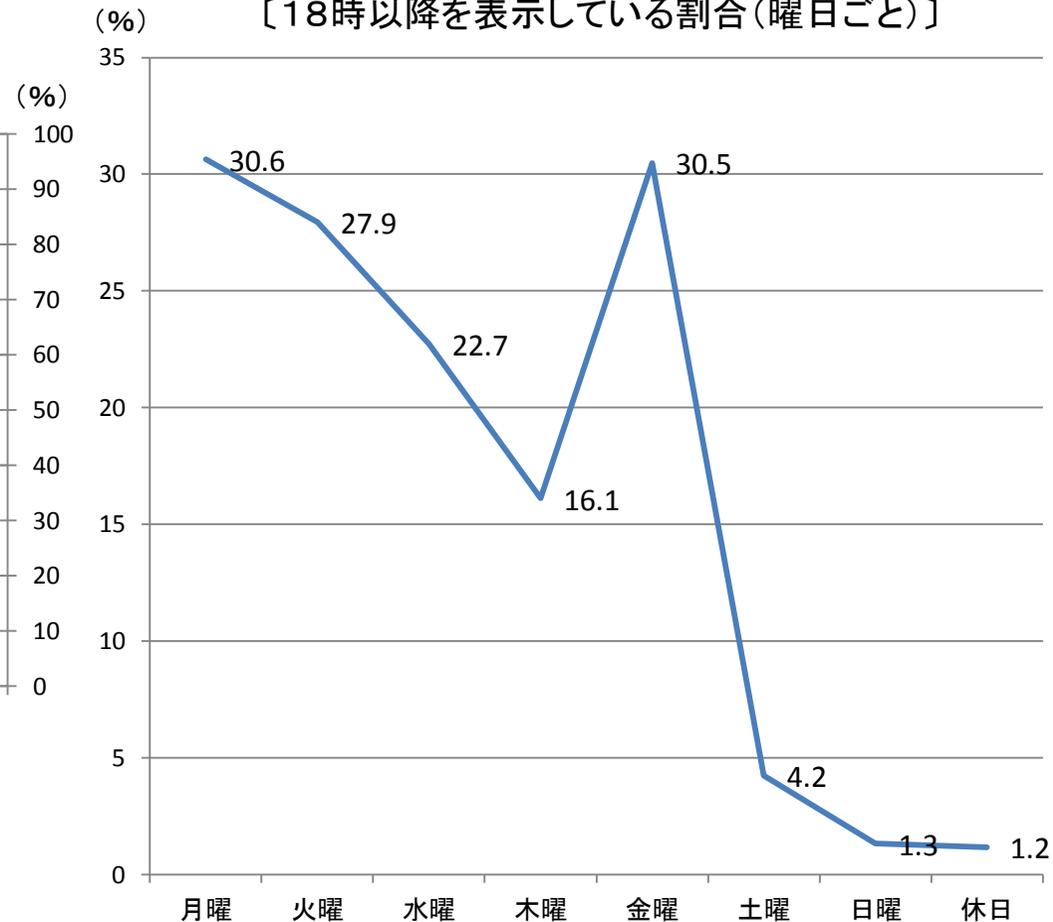
○一般診療所における通常の1週間の総診療時間をみると、35時間未満が約47000施設で全体の約55%。45時間未満までを合わせると全体の95%程度。

○一般診療所における18時以降を診療時間とする施設の割合をみると、平日では月曜の30.6%から木曜の16.1%まで分布。休日の18時以降に診療を行う診療所は5%未満。

〔通常の1週間の診療時間〕



〔18時以降を表示している割合(曜日ごと)〕

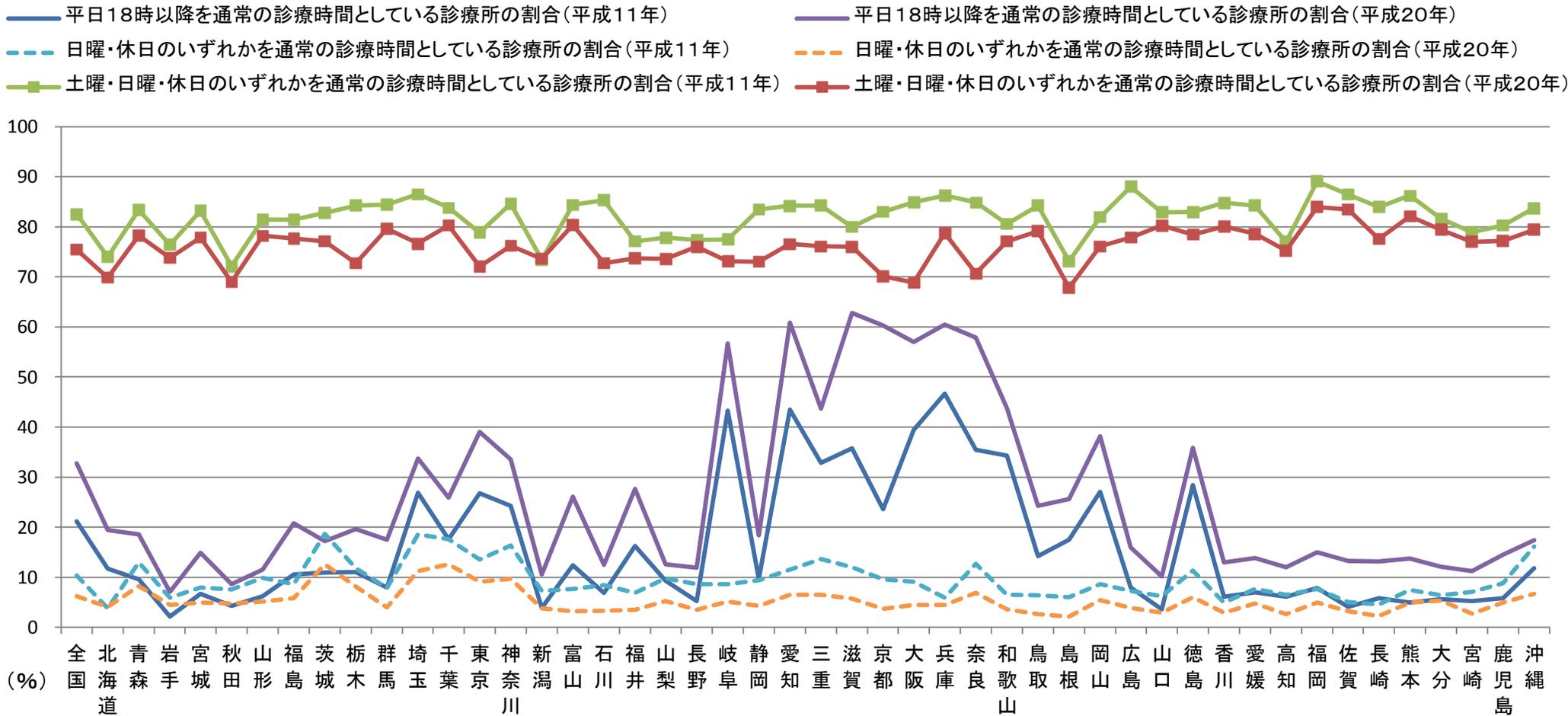


※回答が不詳であった診療所(約15000施設)は除いた。

平成20年医療施設調査を基に作成

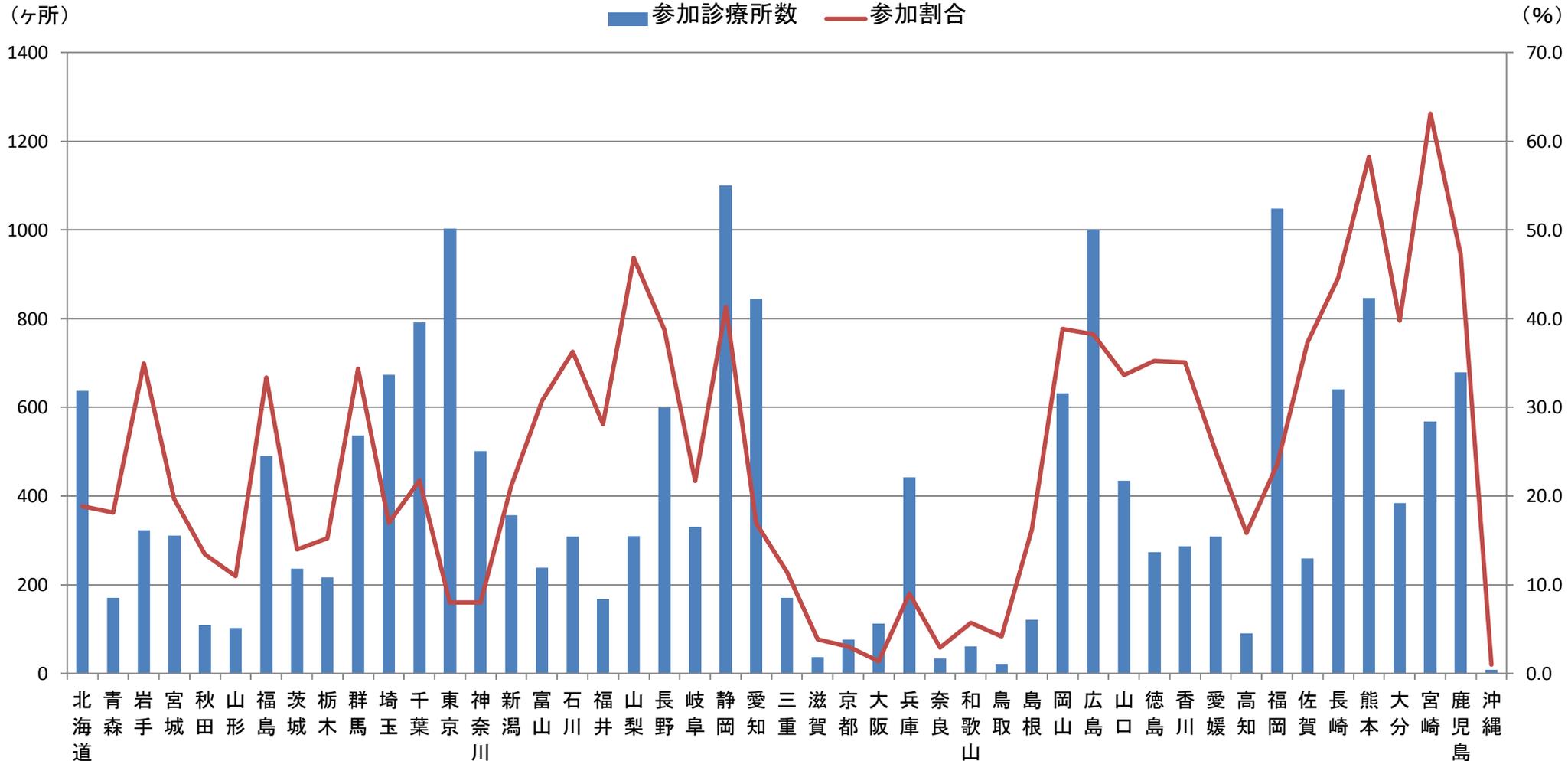
一般診療所の表示診療時間の状況②(都道府県別)

- 一般診療所が通常の診療時間として表示している時間帯をみると、平日18時以降については近畿地方において高い割合を示している。平成11年に比べ、平成20年は全国的に平日18時以降に診療を行う診療所の割合が高くなっている。
- 「日曜・休日」、「土曜・日曜・休日」については、全国的に大きな差異はないが、平成11年に比べ、平成20年は全国的に診療を行う診療所の割合が低下している。
- 「土曜・日曜・休日」が70～80%程度であるのに対して、「日曜・休日」は数%～20%程度となっており、土曜に比べて日曜、休日に診療を行う診療所が少なくなっている。



一般診療所における在宅当番医制への参加状況

○一般診療所における在宅当番医制への参加状況をみると、全国平均では19.1%、都道府県別では63.1%（宮崎県）から、1.0%（沖縄県）まで分布。



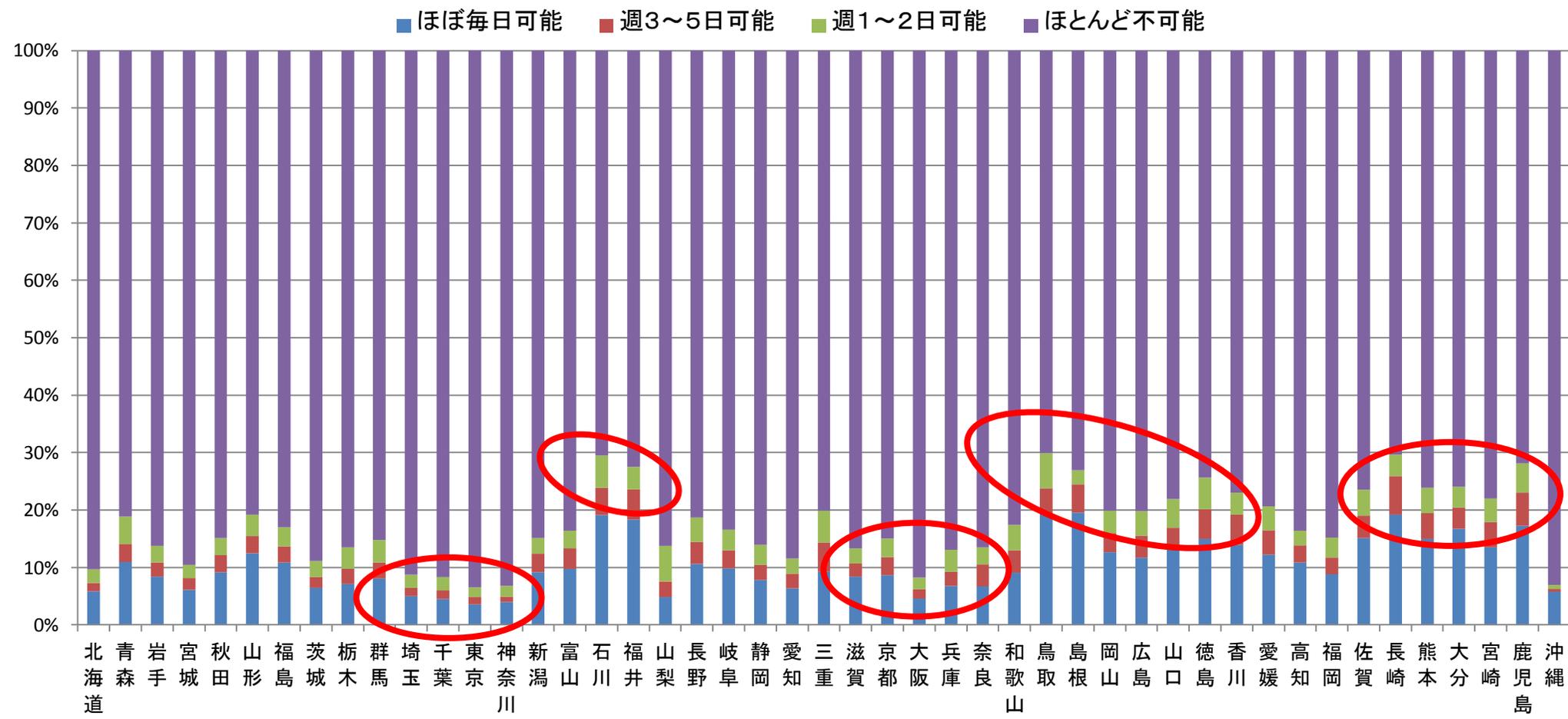
※在宅当番医制とは、休日、夜間の救急患者の診療を確保するため、地区医師会が実施する在宅当番医制のことをいう。

平成20年医療施設調査に基づき作成

一般診療所における夜間救急対応の状況①

○一般診療所における夜間救急対応の可否についてみると、全国平均では8.1%が「ほぼ毎日対応可能」、2.6%が「週3～5日対応可能」、3.1%が「週1～2日対応可能」、86.2%が「ほぼ対応不可能」であった。

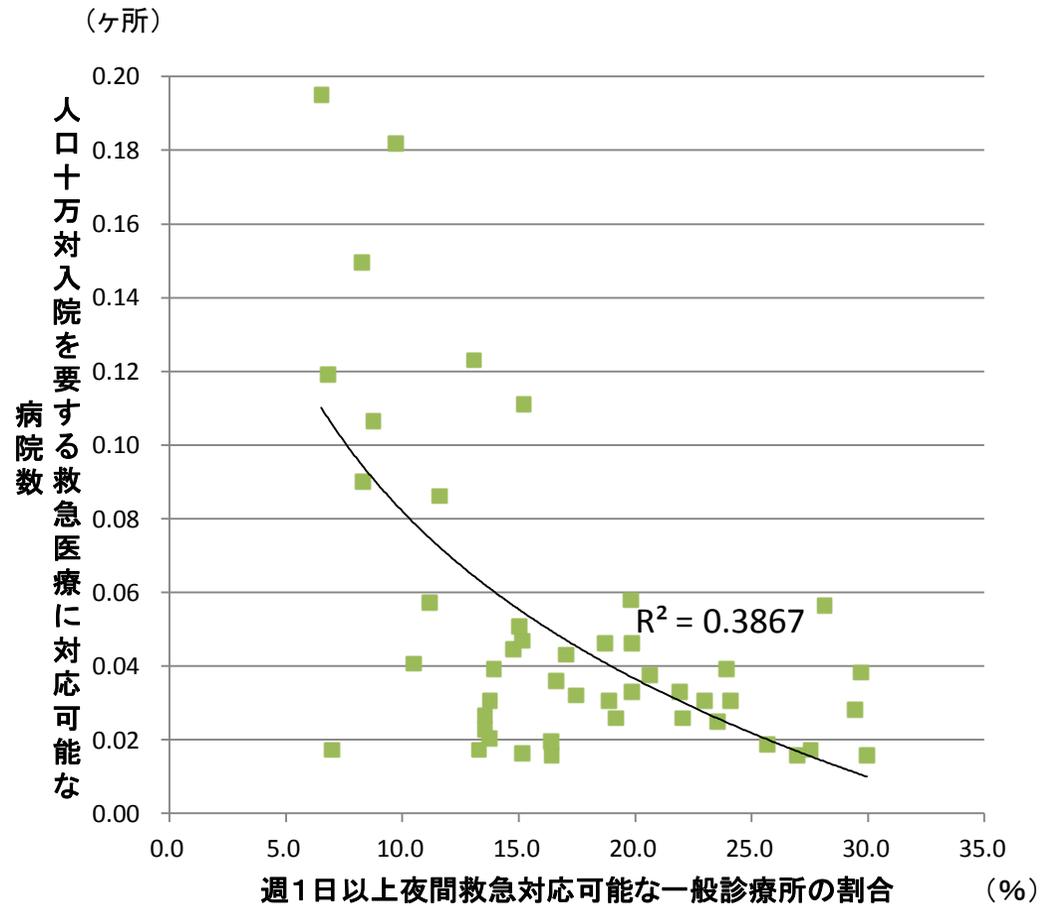
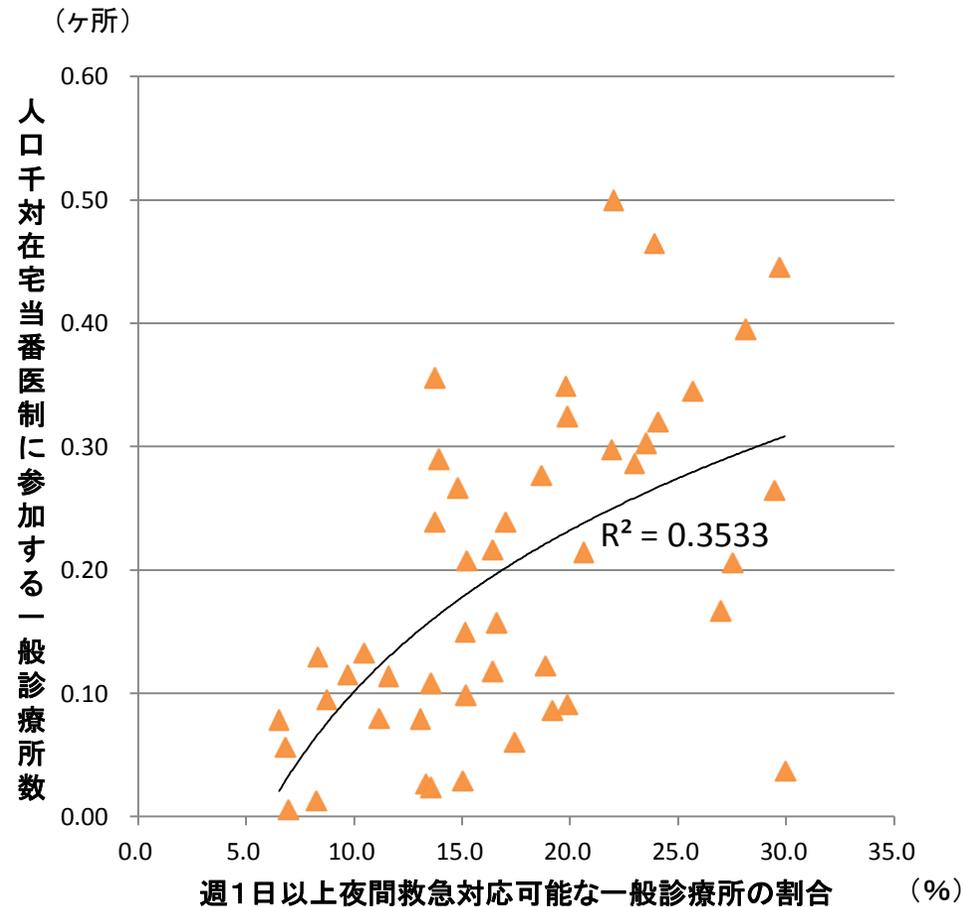
○週1日以上対応可能な一般診療所の割合は、全国平均では13.8%、都道府県別では29.9%（島根県）から5.6%（東京都）まで分布しており、地方で高く、都市部で低い傾向がある。



※夜間に医師がいなくても、呼び出しなどで対応している場合は、その状況で回答。

一般診療所における夜間救急対応の状況②

- 都道府県別に、週1日以上夜間救急対応の可能な一般診療所の割合と人口千人当たりの在宅当番医制に参加する一般診療所数の相関をみたところ、緩やかな相関があった。
- 同様に、週1日以上夜間救急対応の可能な一般診療所の割合と人口十万人当たりの入院を要する救急医療に対応可能な病院数の相関をみたところ、緩やかな逆相関があった。



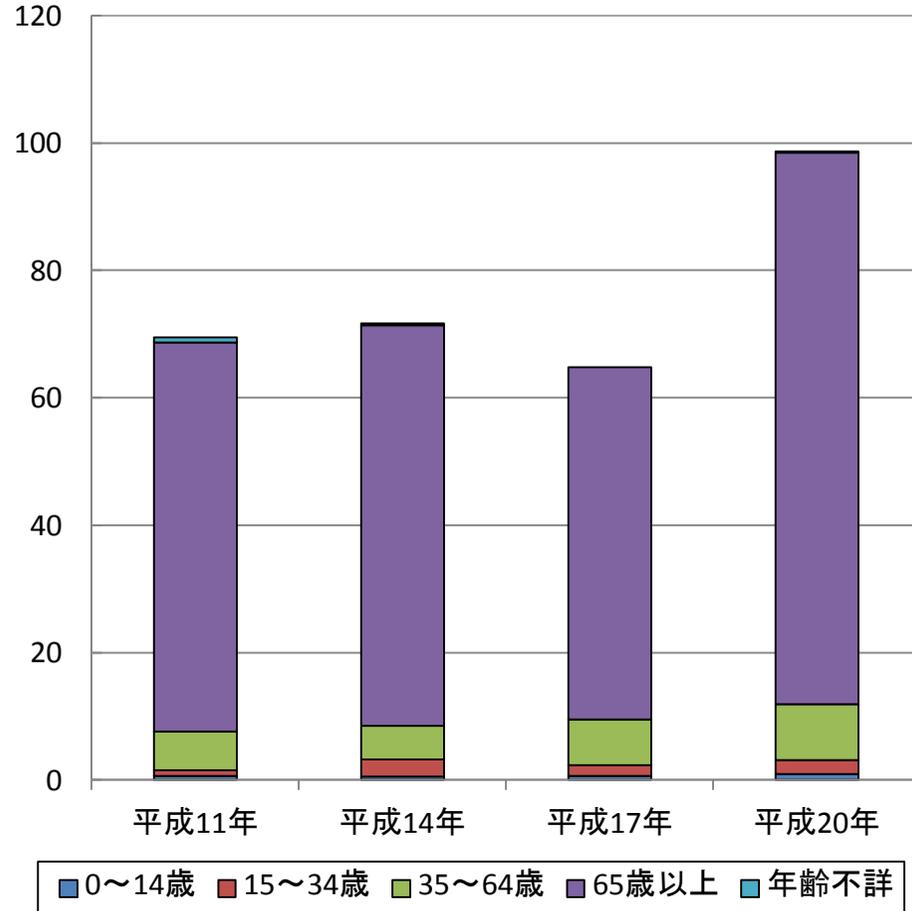
※在宅当番医制とは、休日、夜間の救急患者の診療を確保するため、地区医師会が実施する在宅当番医制のことをいう。

在宅医療に係る患者数

○ 平成20年患者調査によると、調査日における外来患者のうち、往診、訪問診療などの在宅医療を受けている者は10万人程度。

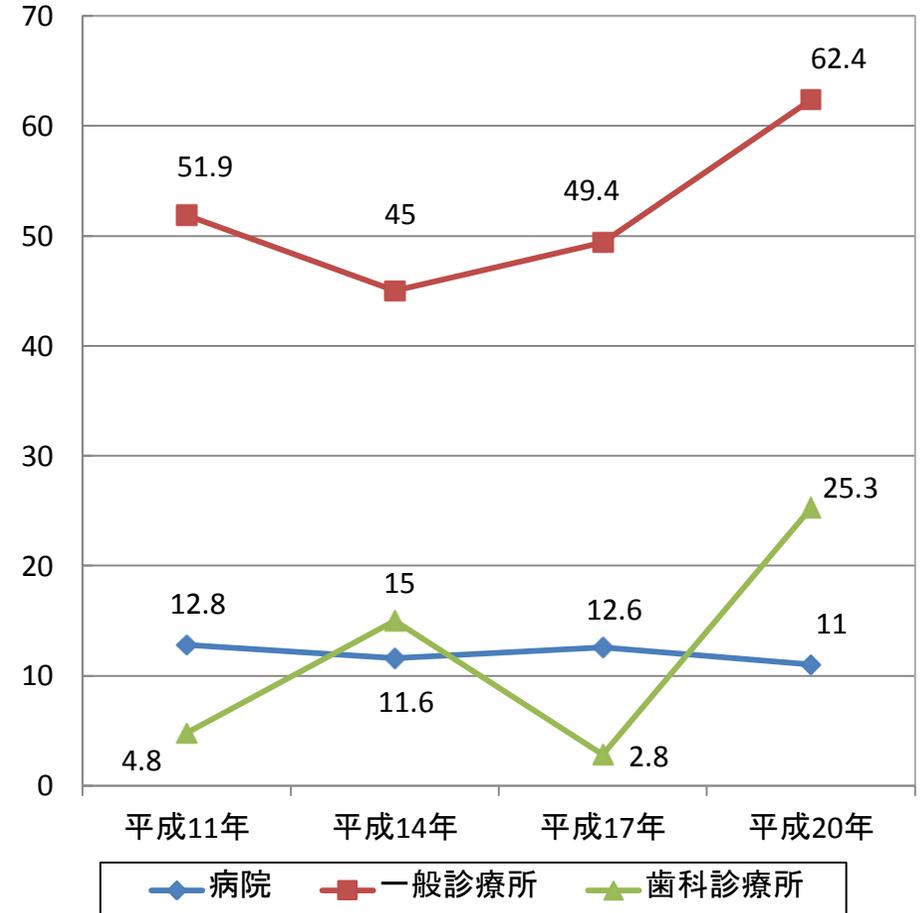
年齢別

(単位:千人)



施設の種類の別

(単位:千人)



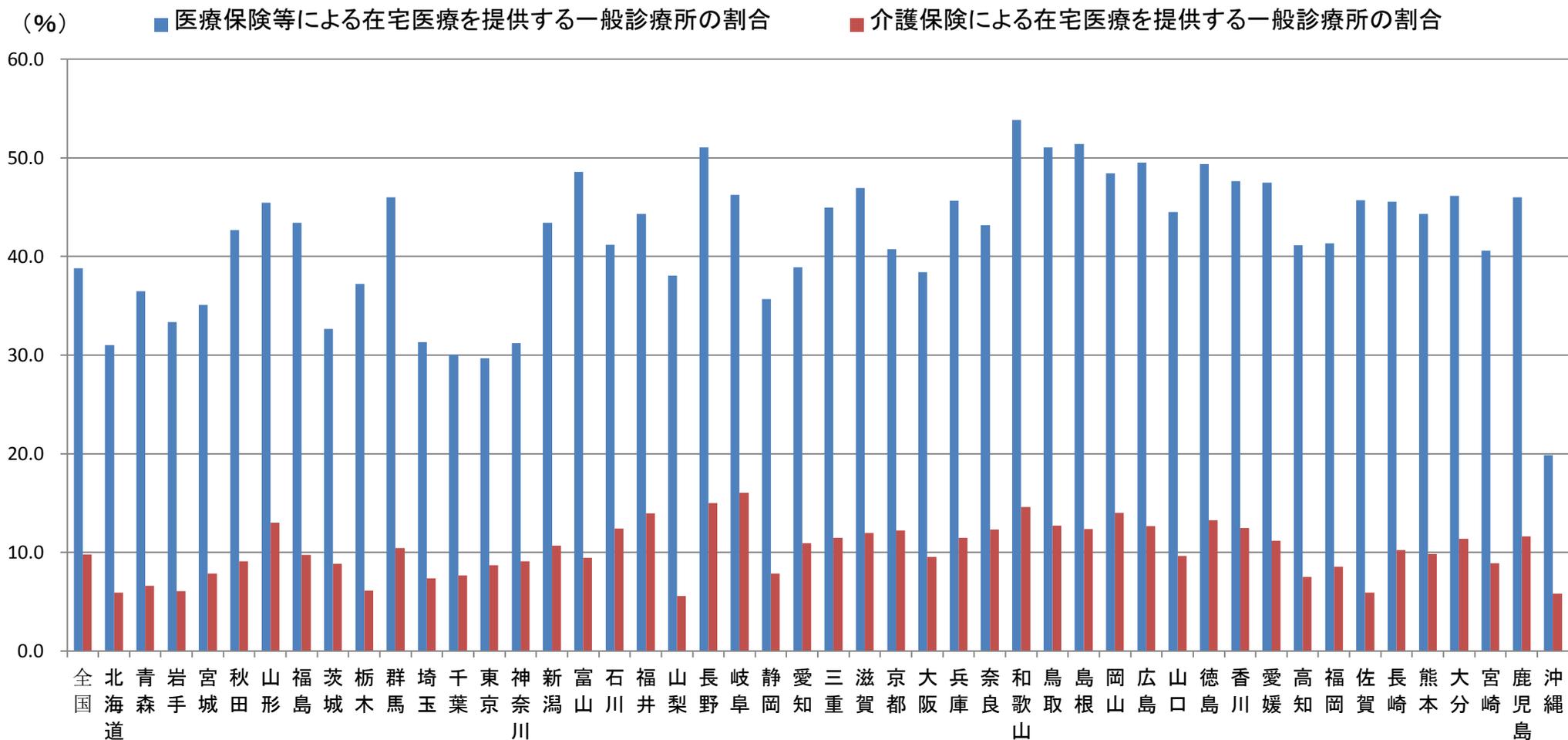
注) 調査日(1日)に在宅医療を受けた推計患者数。

出典:平成20年患者調査

一般診療所における在宅医療の実施状況

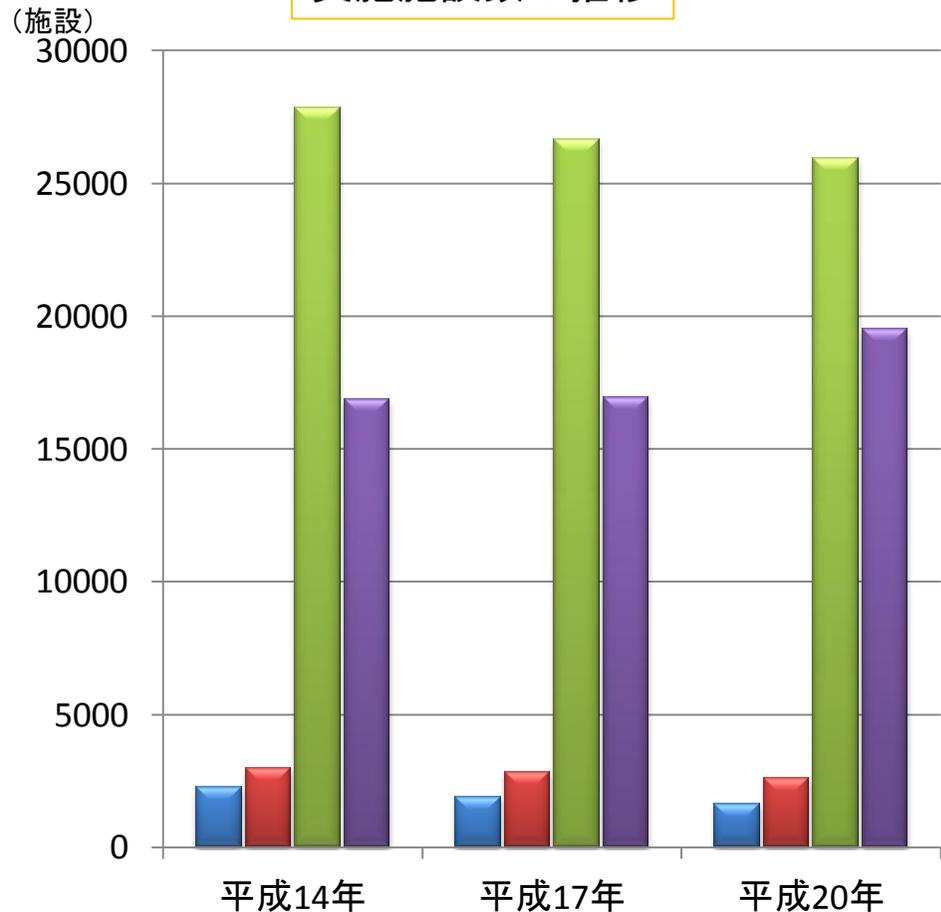
○医療保険等による在宅医療を提供する一般診療所の割合をみると、全国平均は38.8%、都道府県別では53.8%(和歌山県)から、19.9%(沖縄県)まで分布。

○介護保険による在宅医療を提供する一般診療所の割合をみると、全国平均は9.8%、都道府県別では16.0%(岐阜県)から、5.6%(山梨県)まで分布。



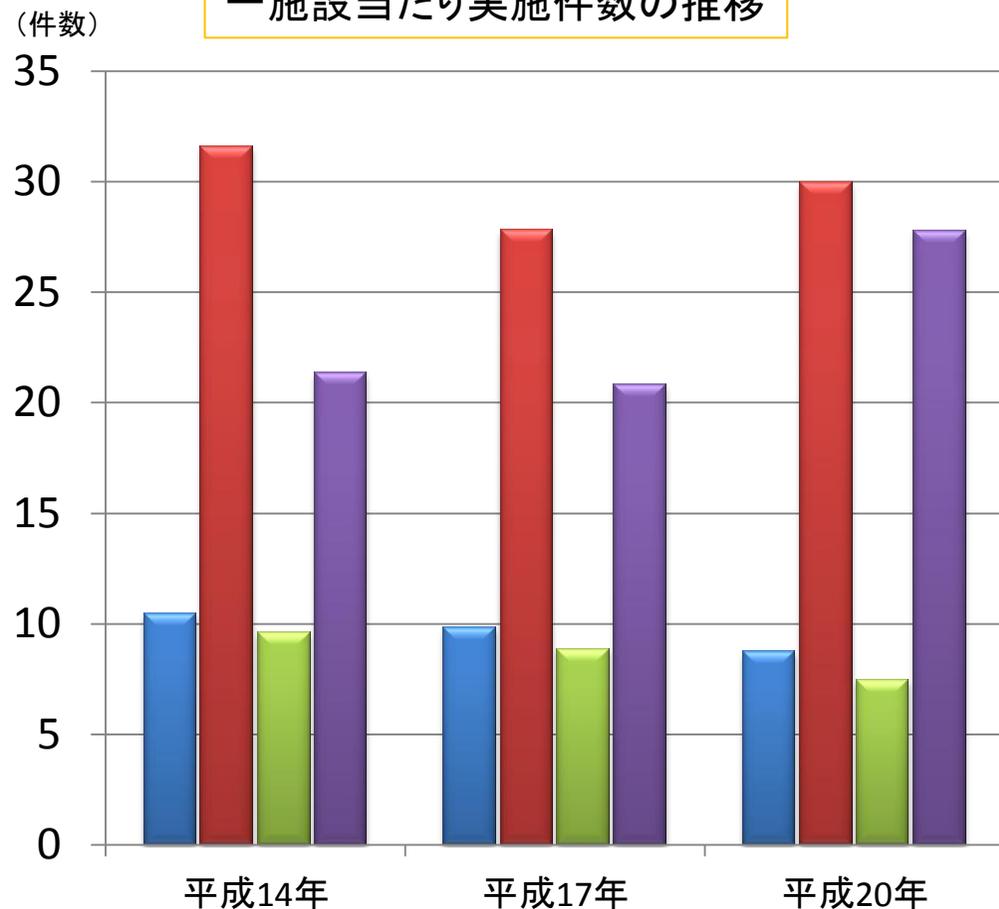
往診・訪問診療の状況

実施施設数の推移



■ 病院 往診 ■ 病院 訪問診療
 ■ 一般診療所 往診 ■ 一般診療所 訪問診療

一施設当たり実施件数の推移



■ 病院 往診 ■ 病院 訪問診療
 ■ 一般診療所 往診 ■ 一般診療所 訪問診療

注1) 往診とは、患家の求めに応じて患家に赴き行われた診療

注2) 訪問診療とは、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して行われた診療

在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の届出状況: 12487件

(厚生労働省保険局医療課調べ:平成22年7月1日時点)

平成18年度創設

患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築。

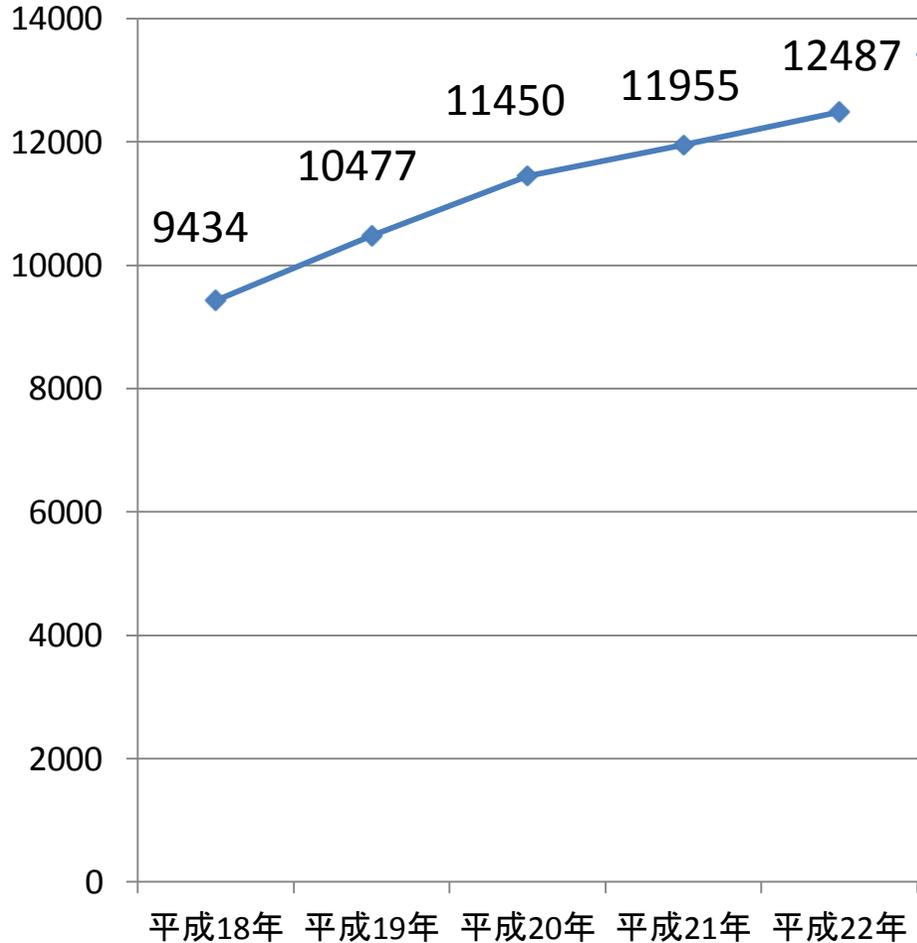
在宅療養支援診療所の要件

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

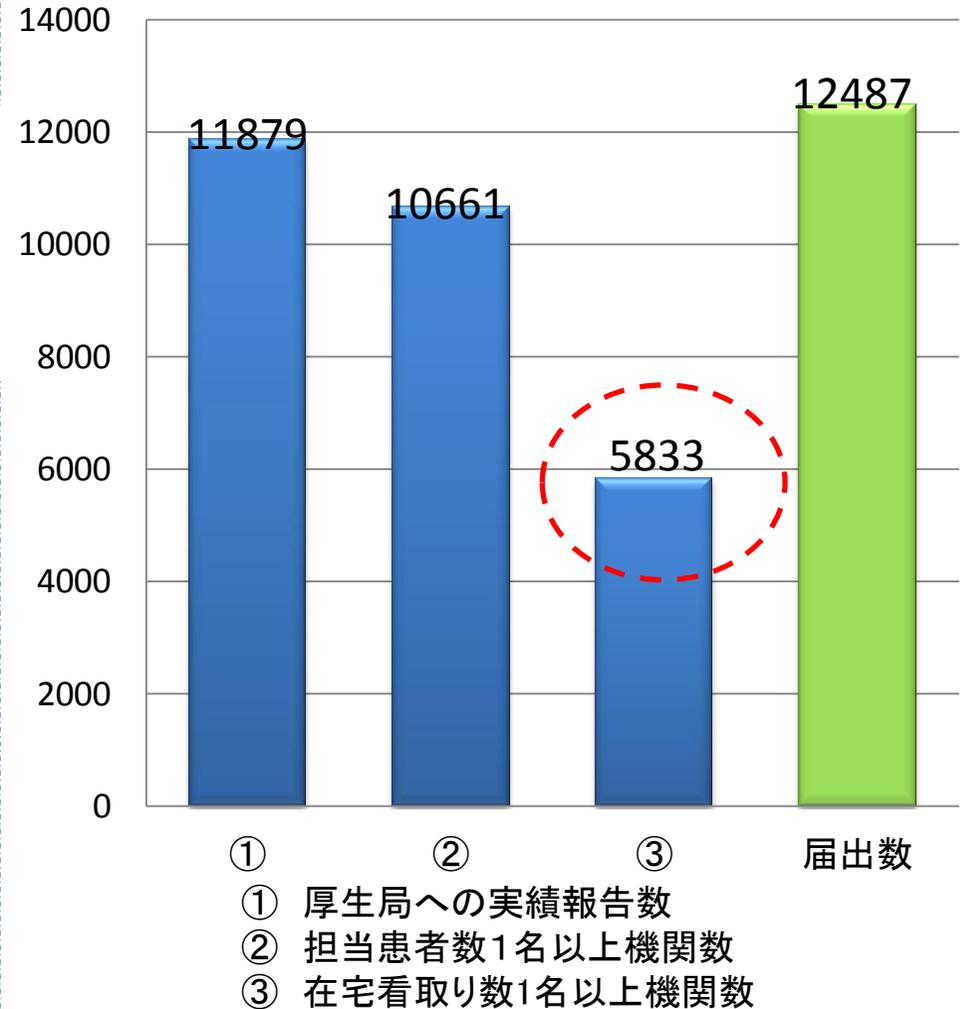
在宅療養支援診療所の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所のうち、平成22年に看取りを行っているのは約半数。

在宅療養支援診療所 届出数



在宅療養支援診療所の実績



在宅療養支援歯科診療所

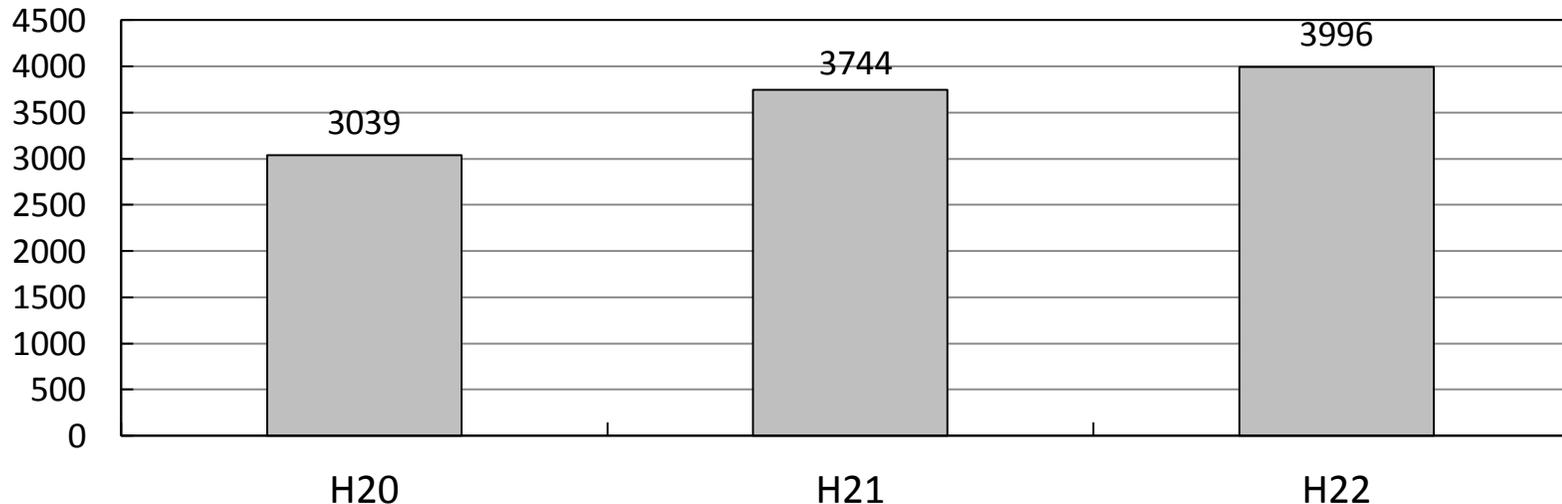
在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所について、「在宅療養支援歯科診療所」として位置付けられた。(平成20年度診療報酬改定)

[施設基準]

- 1 歯科訪問診療料を算定している実績があること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

(施設)

在宅療養支援歯科診療所に係る施設基準の届出医療機関数の推移



歯科診療所数

68,067施設

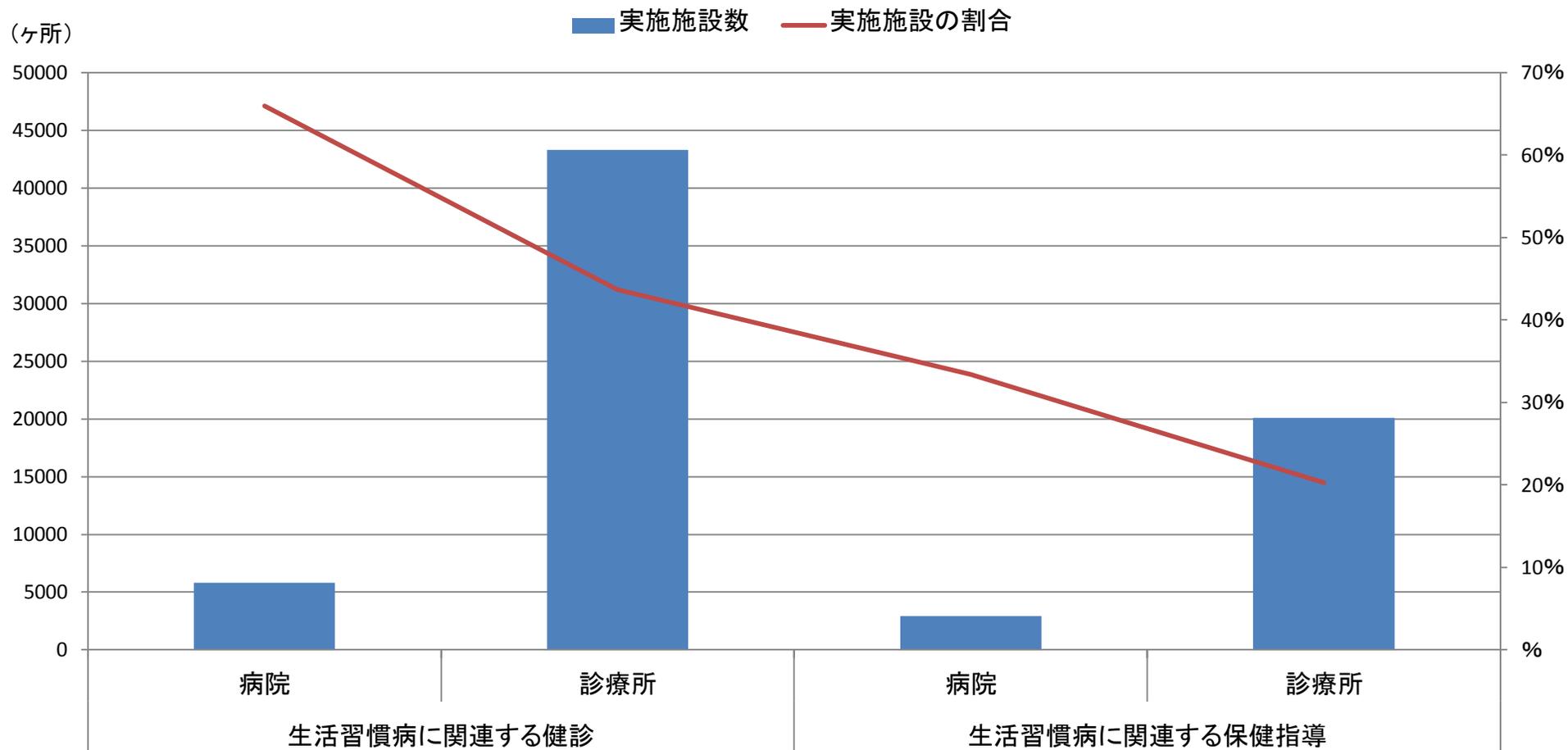
68,161施設

68,327施設

(施設基準に係る届出報告及び医療施設調査(各年6月末現在))

病院・一般診療所における健診・保健指導の状況

○病院、一般診療所における健診の実施状況をみると、病院の66.0%、一般診療所の43.7%が実施している。
○また、同様に保健指導の実施状況をみると、病院の33.4%、一般診療所の20.3%が実施している。

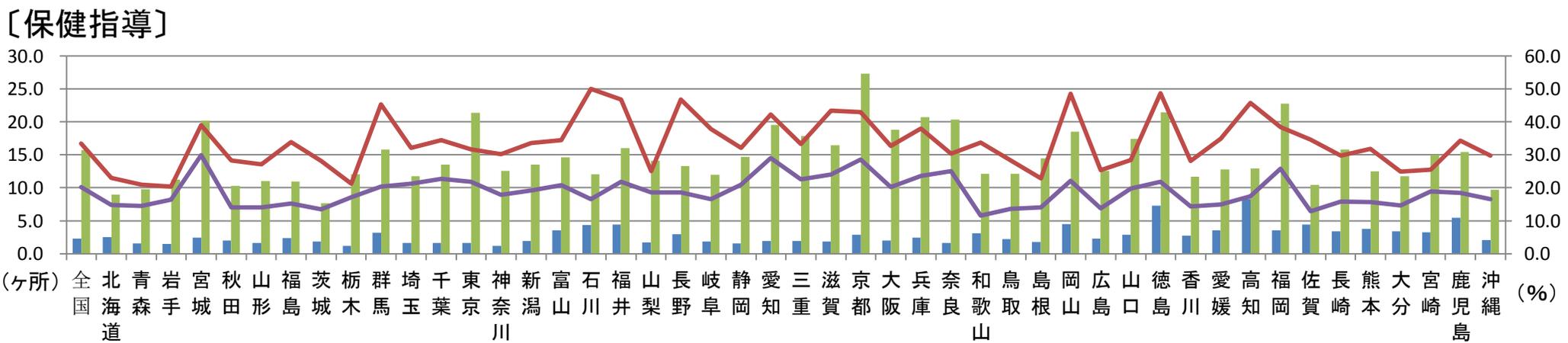
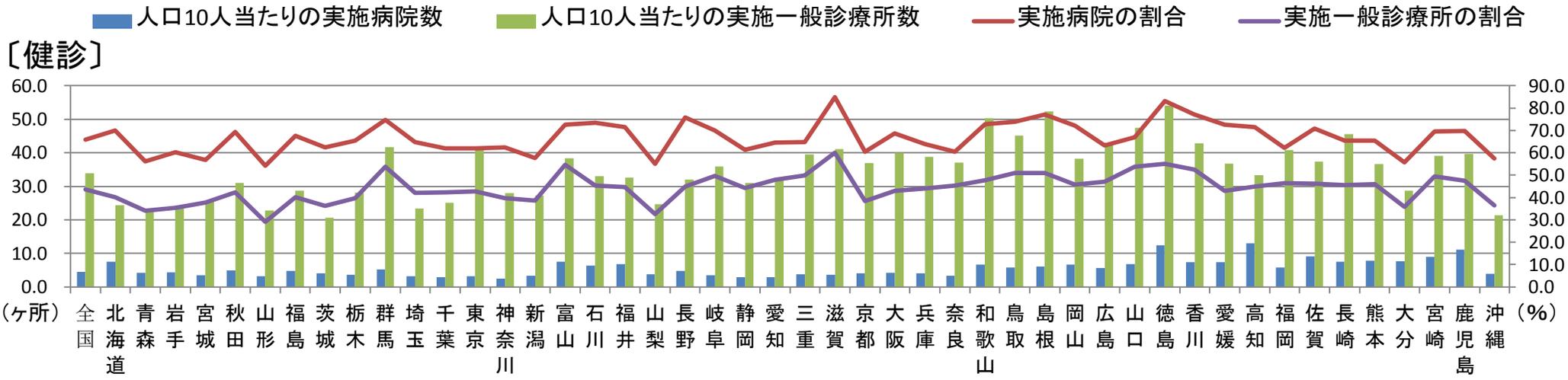


※「健診」、「保健指導」とは、高齢者の医療に関する法律(昭和57年法律第80号)第18条第1項の規定に基づく「特定健康診査」「特定保健指導」に相当する生活習慣病に関する健診・保健指導のことをいう。

病院・一般診療所における健診・保健指導の状況②

○病院、一般診療所における健診の実施状況を都道府県別にみると、病院では85.0%(滋賀県)から54.3%(山形県)まで、一般診療所では59.9%(滋賀県)から29.1%(山形県)まで分布。

○また、同様に保健指導の実施状況を都道府県別にみると、病院では、50.0%(石川県)から20.4%(岩手県)まで、一般診療所では29.9%(宮城県)から11.5%(和歌山県)まで分布。



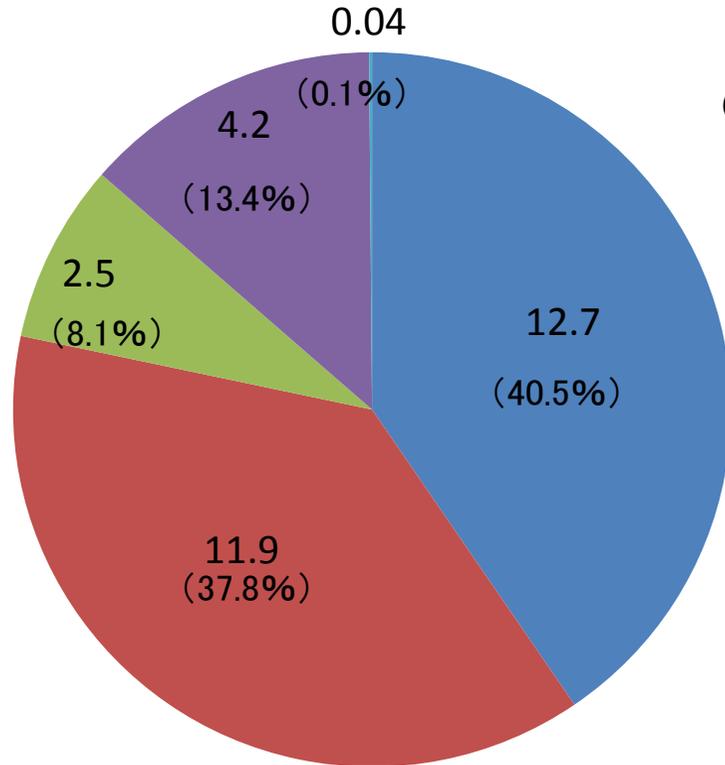
※「健診」、「保健指導」とは、高齢者の医療に関する法律(昭和57年法律第80号)第18条第1項の規定に基づく「特定健康診査」「特定保健指導」に相当する生活習慣病に関する健診・保健指導のことをいう。

医療費(入院・入院外)の動向

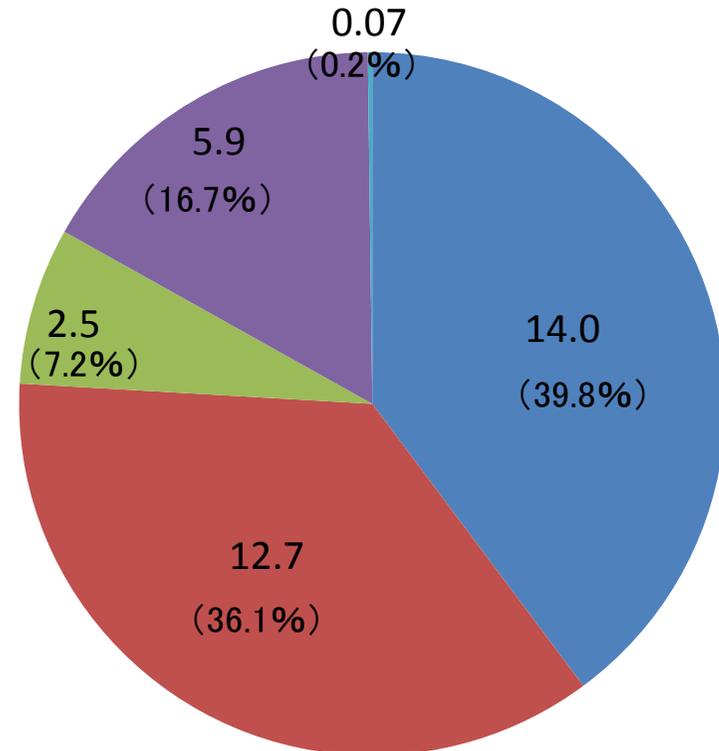
- 医療費の種類別で見ると、医科全体が約8割で、医科の入院が約4割、医科の入院外が約4割弱。
- 平成16年度から平成21年度にかけての変動の中では、調剤費が額で約1.4倍、全体の中でのシェアも伸びている。

■ 医科(入院) ■ 医科(入院外) ■ 歯科 ■ 調剤 ■ 訪問看護療養

〈平成16年度:31.4兆円〉



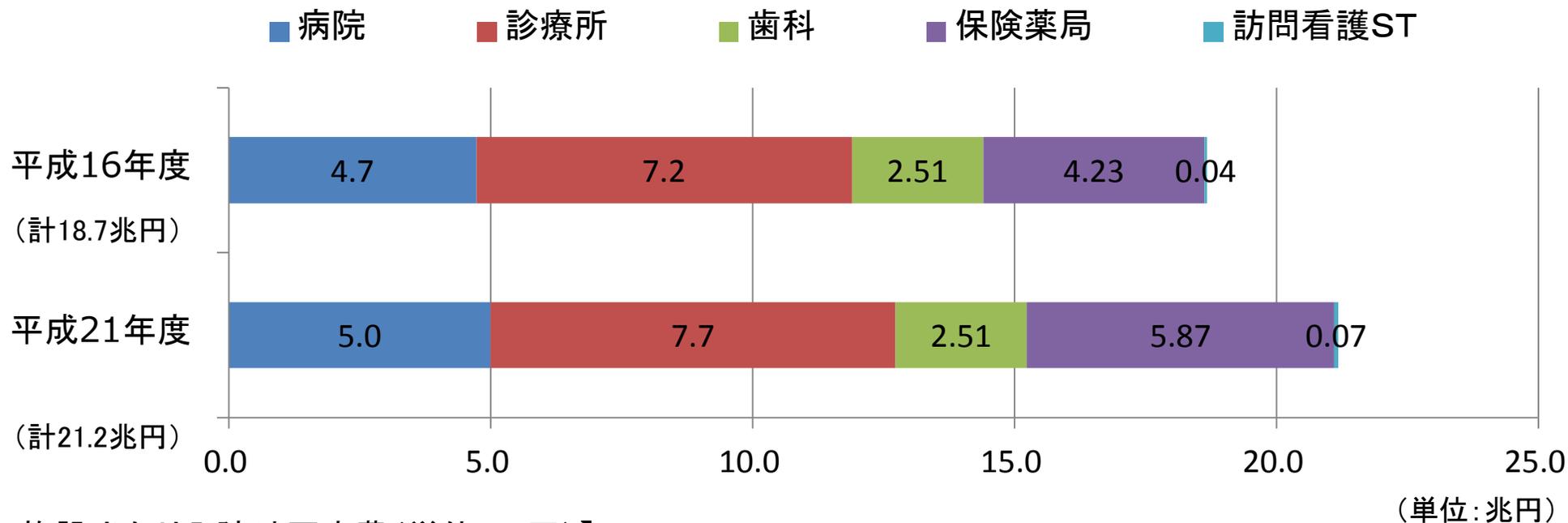
〈平成21年度:35.3兆円〉



「医療費の動向(年度版)」より作成

医療費(入院外)の施設種類別の状況

○ 入院外の医科診療費について病院、診療所の種類別内訳で見ると、平成16年度、平成21年度とも、概ね病院:診療所=4:6で推移している。



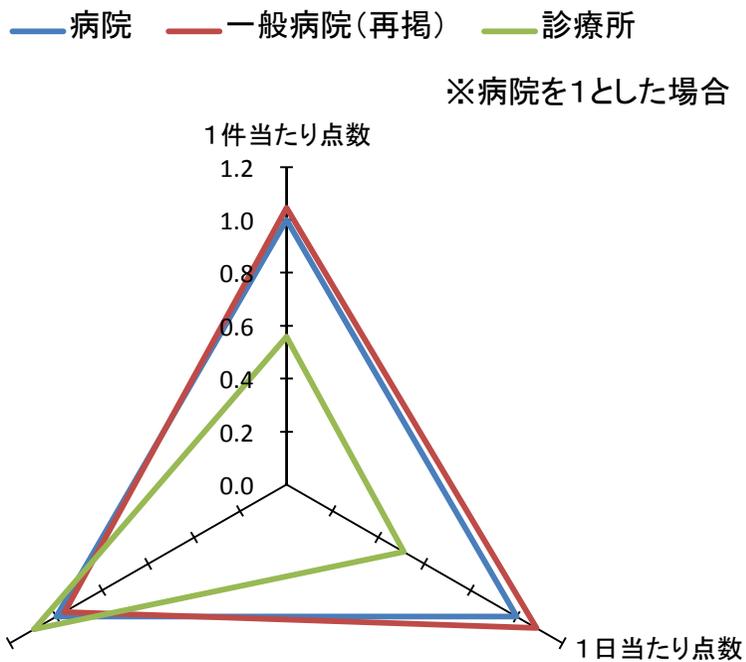
【1施設当たり入院外医療費(単位: 万円)】

	医 科		歯 科		保険薬局
	病 院	診 療 所	病 院	診 療 所	
平成16年度	51,740	8,719	4,693	3,722	9,432
平成21年度	56,848	9,167	4,618	3,634	11,778

病院・診療所別にみた医療費(入院外)の状況

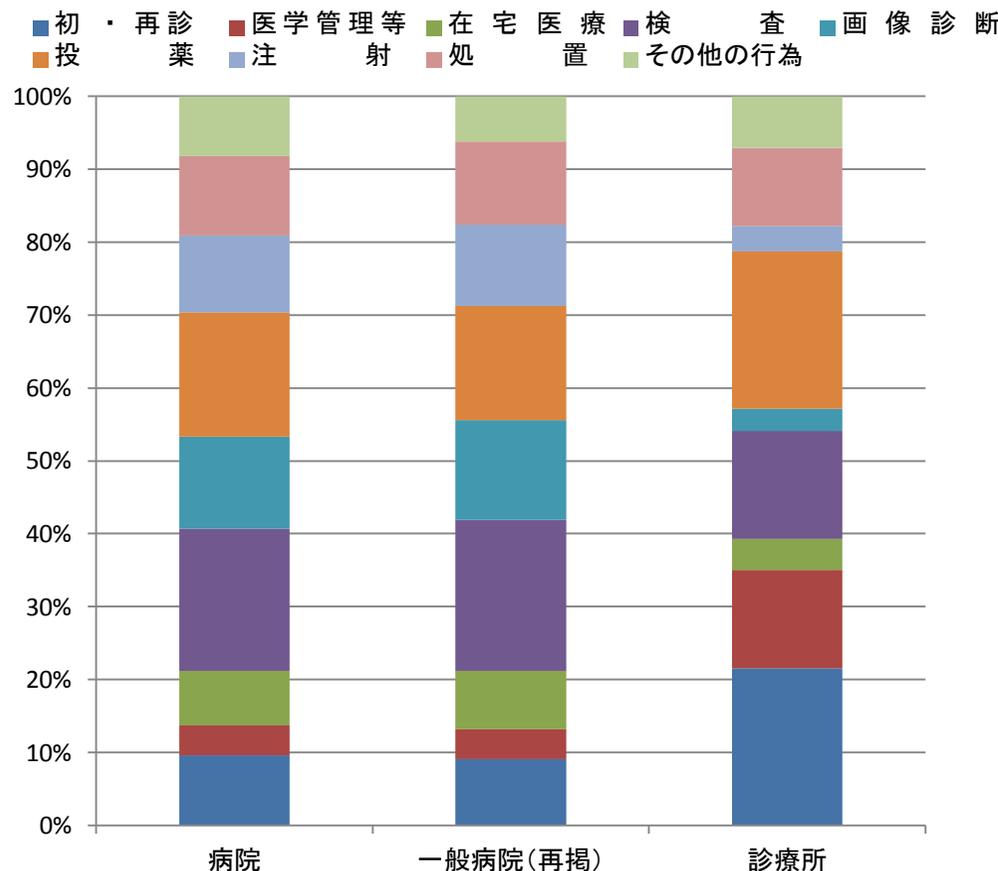
- レセプト1件当たり点数をみると、病院は1880.9点、一般病院(再掲)は、1968.4点、診療所は1050.1点、病院を1とした場合、一般病院は1.05、診療所は0.56。
- 1日当たり点数をみると、病院は1174.8点、一般病院(再掲)は1275.7点、診療所は598.4点、病院を1とした場合、一般病院は1.09、診療所は0.51。
- 1件当たり日数をみると、病院は1.60日、一般病院(再掲)は1.54日、診療所は1.75日、病院を1とした場合、一般病院は0.96、診療所は1.10。
- また、それぞれの総点数について診療行為別の構成をみると、診療所は病院と比べ「初・再診」「医学管理等」「投薬」の割合が高い。

〔入院外医療費の病院・一般病院・診療所の比較〕



※平成22年社会医療診療行為別調査より
 ※平成22年6月審査分のレセプトが対象

〔入院外医療費の診療行為別の構成割合〕

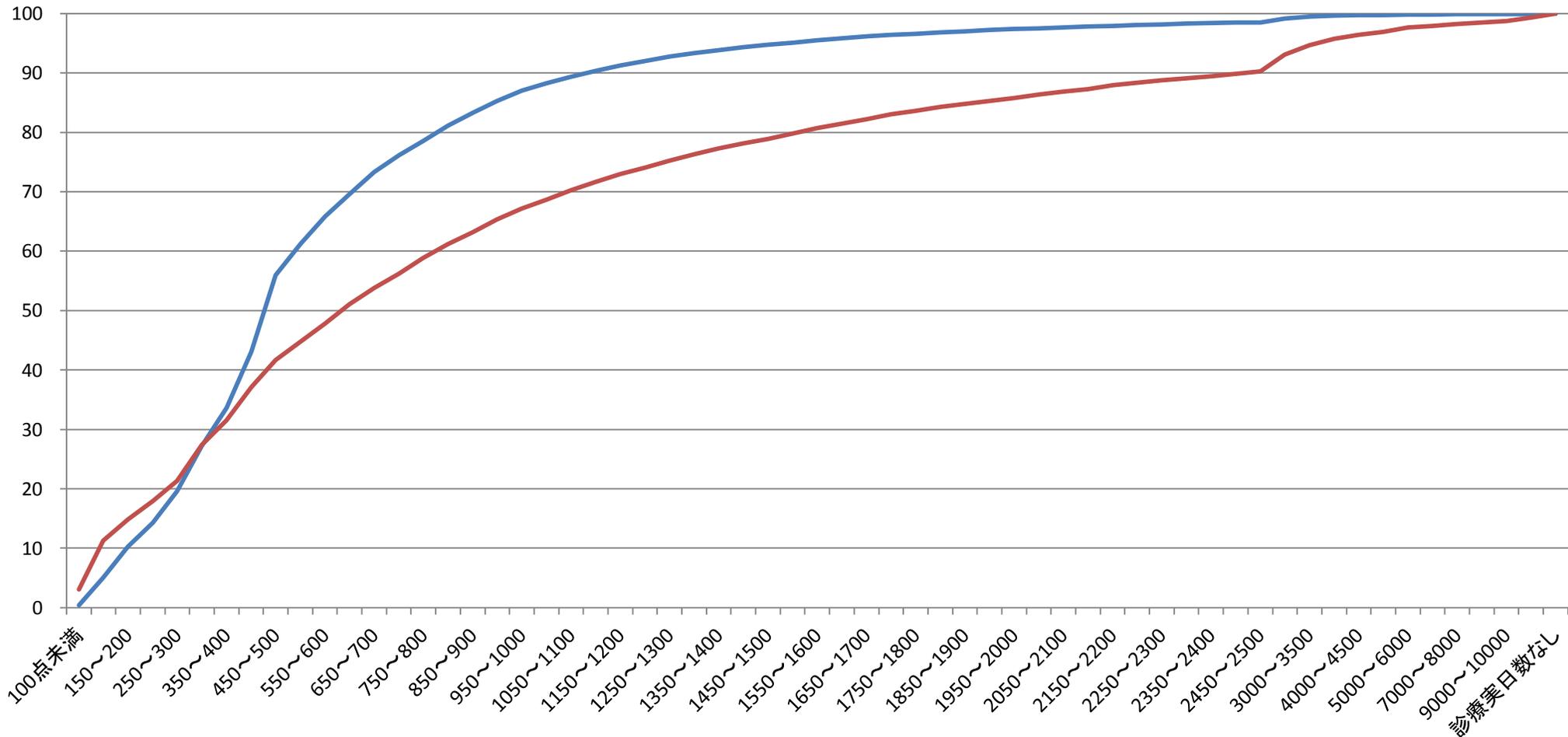


1日当たり点数階級別にみた医療費(入院外)の状況

○ 平成22年6月審査分の入院外医療のレセプトについて、1日当たり点数階級別に件数をみたところ、診療所については450～500点までで全体の50%、800～850点までで全体の80%、病院については600～650点までで全体の50%、1550～1600点までで全体の80%。

〔件数累積率〕

— 診療所 — 病院



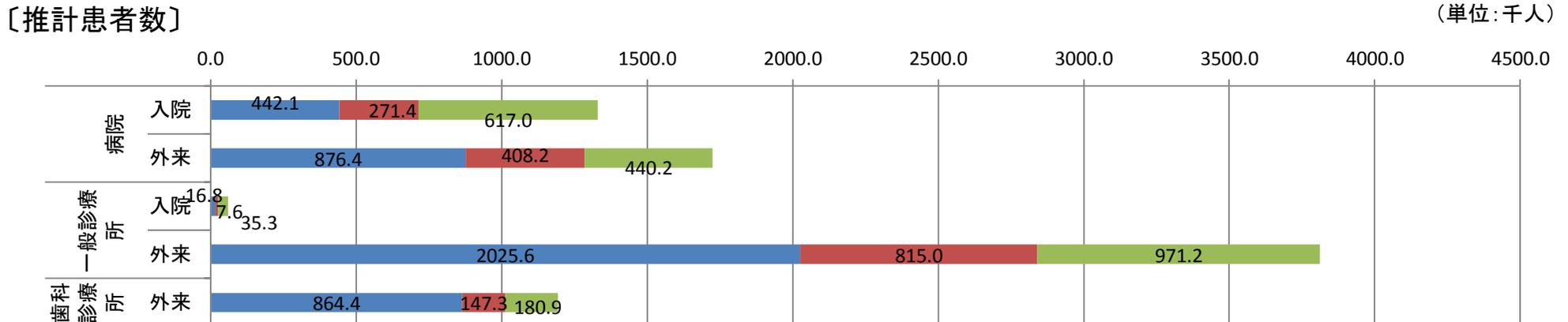
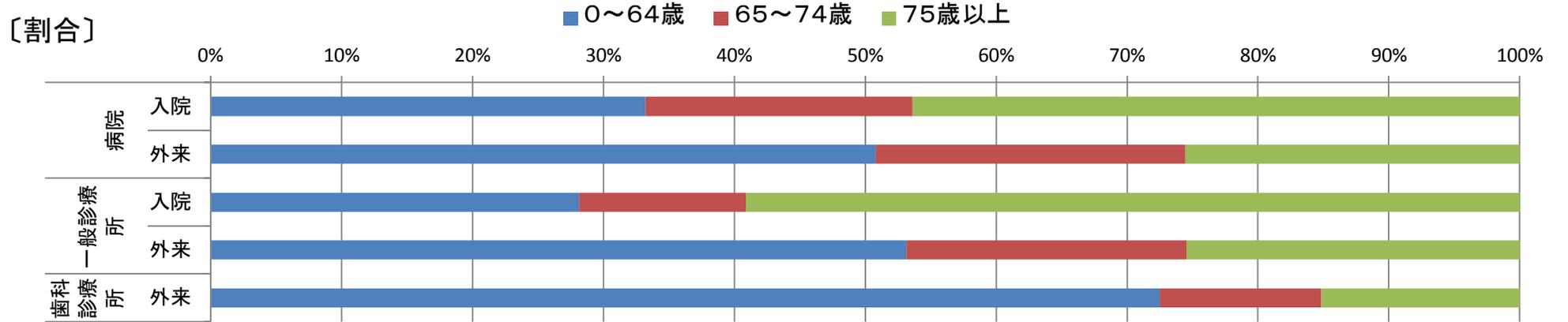
※平成22年6月審査分のレセプトが対象

平成22年社会医療診療行為別調査より

<有床診療所について>

病院・診療所の患者の年齢階級（構成割合と推計患者数）

- 病院の推計入院患者数は1332.6千人、推計外来患者数は1727.5千人。
- 病院の入院患者を年齢階級別にみると、0～64歳が約33.2%、65～74歳が約20.4%、75歳以上が46.3%、同様に外来患者についてみると、0～64歳が約50.7%、65～74歳が約23.6%、75歳以上が25.5%。
- 一般診療所の推計入院患者数は、59.8千人、推計外来患者数は3828.0千人。
- 一般診療所の入院患者を年齢階級別にみると、0～64歳が28.1%、65～74歳が約12.7%、75歳以上が59.0%、同様に外来患者についてみると、0～64歳が52.9%、65～74歳が約21.3%、75歳以上が25.4%。
- 歯科診療所の推計が依頼患者数は、1309.4千人。年齢階級別にみると、0～64歳が66.0%、65～74歳が約20.0%、75歳以上が13.8%



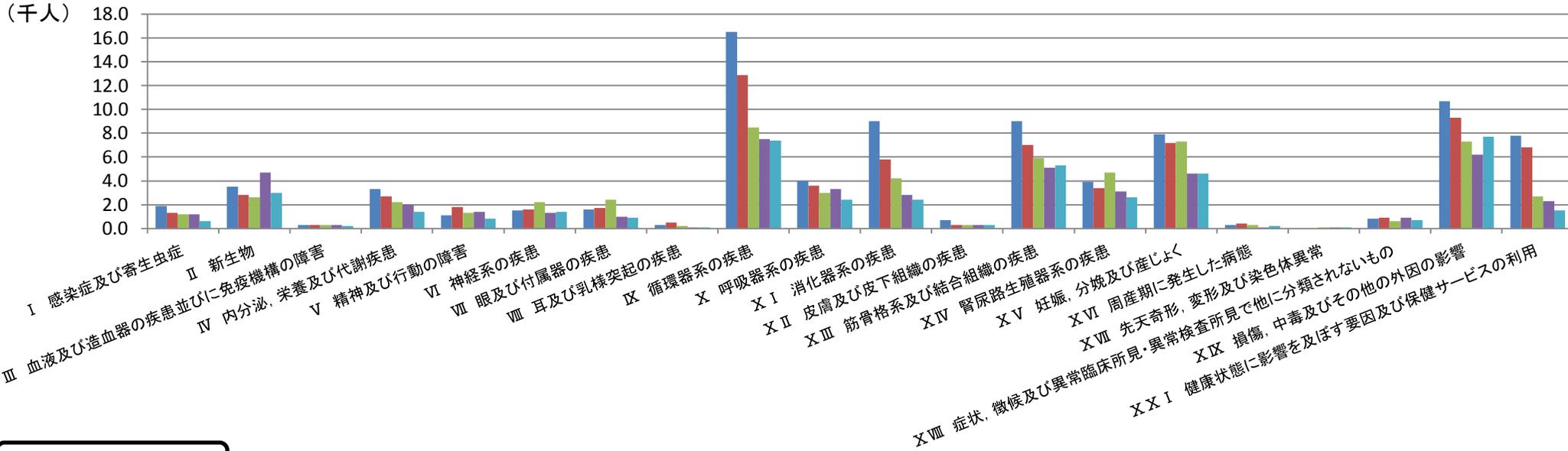
※歯科診療所については、調査対象は外来患者のみ

平成20年患者調査より

傷病別にみた入院患者数の推移(一般病床)

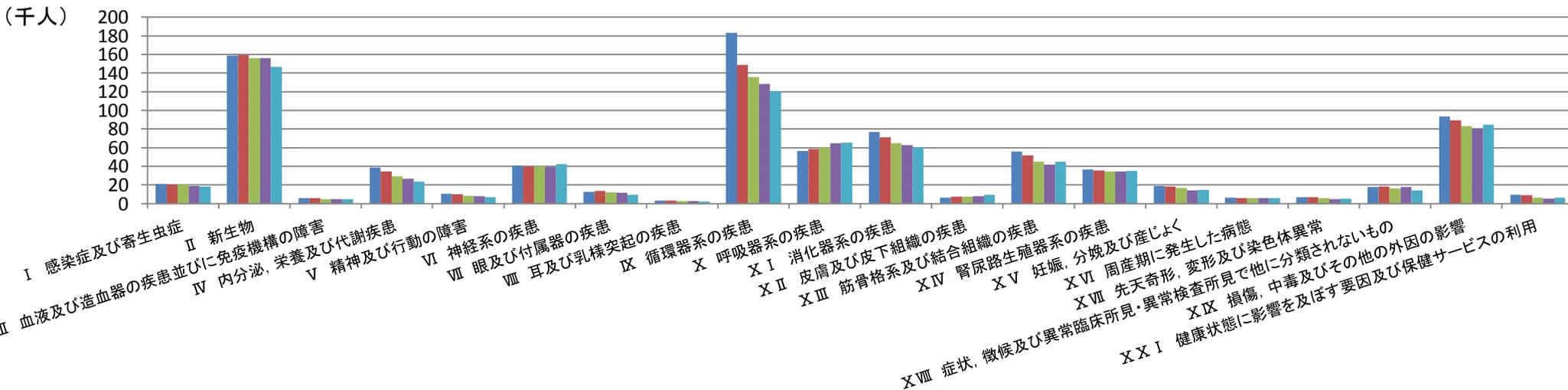
一般診療所

■ 平成8年 ■ 平成11年 ■ 平成14年 ■ 平成17年 ■ 平成20年



病院

■ 平成8年 ■ 平成11年 ■ 平成14年 ■ 平成17年 ■ 平成20年

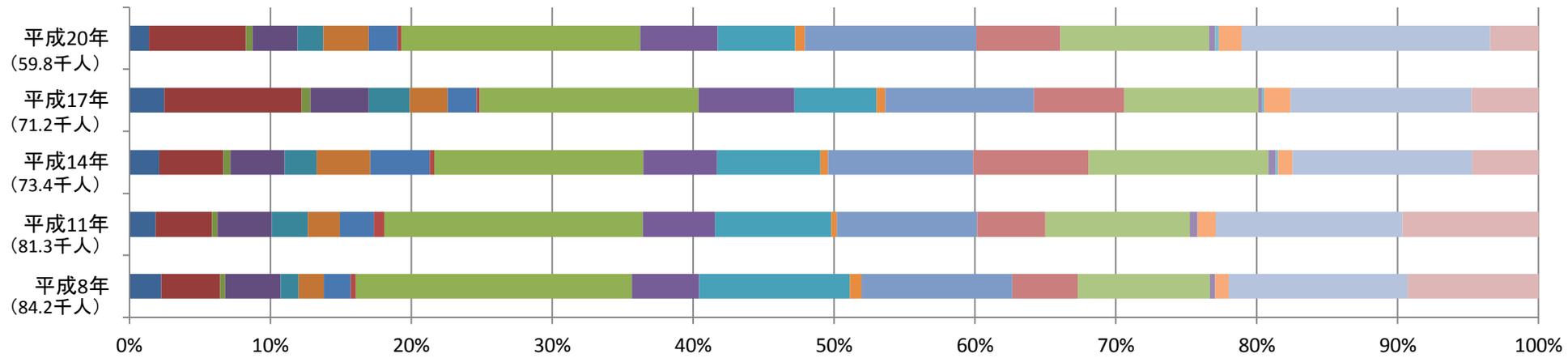


各年の患者調査より

入院患者の傷病構成の推移(一般病床)

- I 感染症及び寄生虫症
- II 新生物
- III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- IV 内分泌、栄養及び代謝疾患
- V 精神及び行動の障害
- VI 神経系の疾患
- VII 眼及び付属器の疾患
- VIII 耳及び乳様突起の疾患
- IX 循環器系の疾患
- X 呼吸器系の疾患
- XI 消化器系の疾患
- XII 皮膚及び皮下組織の疾患
- XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患
- XIV 腎尿路生殖器系の疾患
- XV 妊娠、分娩及び産じょく
- XVI 周産期に発生した病態
- XVII 先天奇形、変形及び染色体異常
- XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- XX I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用

一般診療所

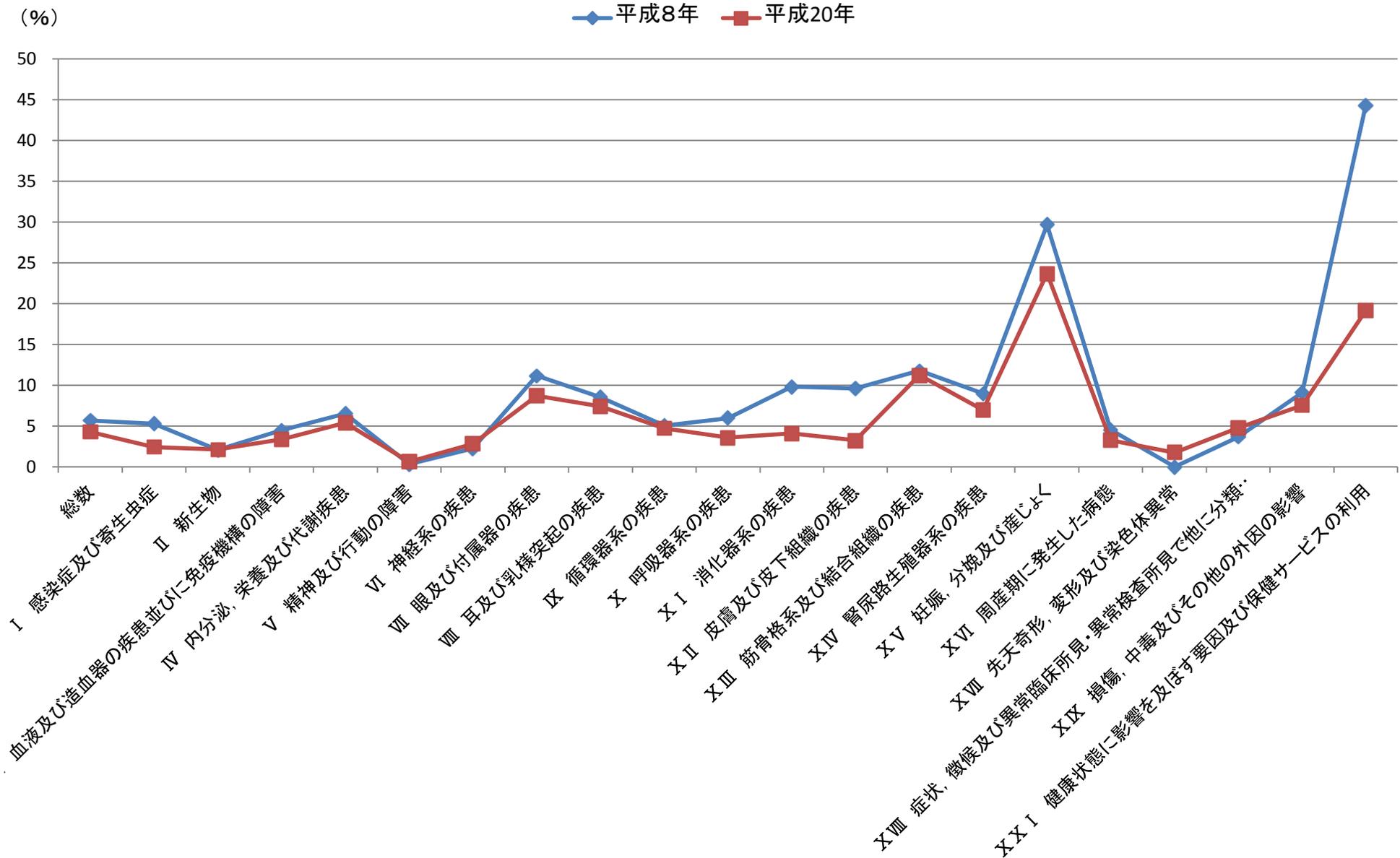


病院



各年の患者調査より

傷病別にみた入院患者のうち診療所が占める割合

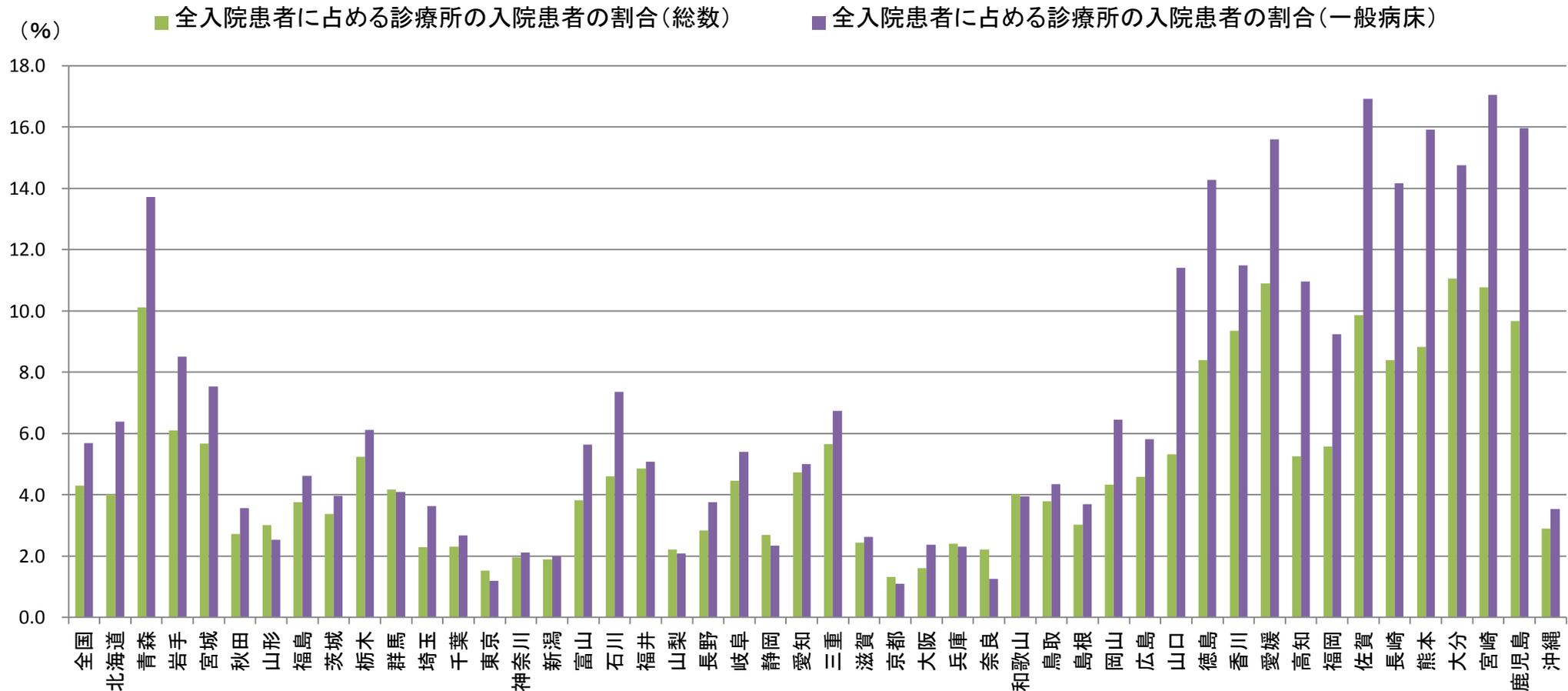


病院・診療所の入院患者数の比率

○入院患者に占める診療所の入院患者の割合をみると、全国平均は4.3%、都道府県別では、11.1%(大分県)から1.3%(京都府)まで分布。

○同様に、一般病床について入院患者に占める診療所の入院患者の割合をみると、全国平均は5.7%、都道府県別では1.1%(京都府)から17.0%(宮崎県)まで分布。

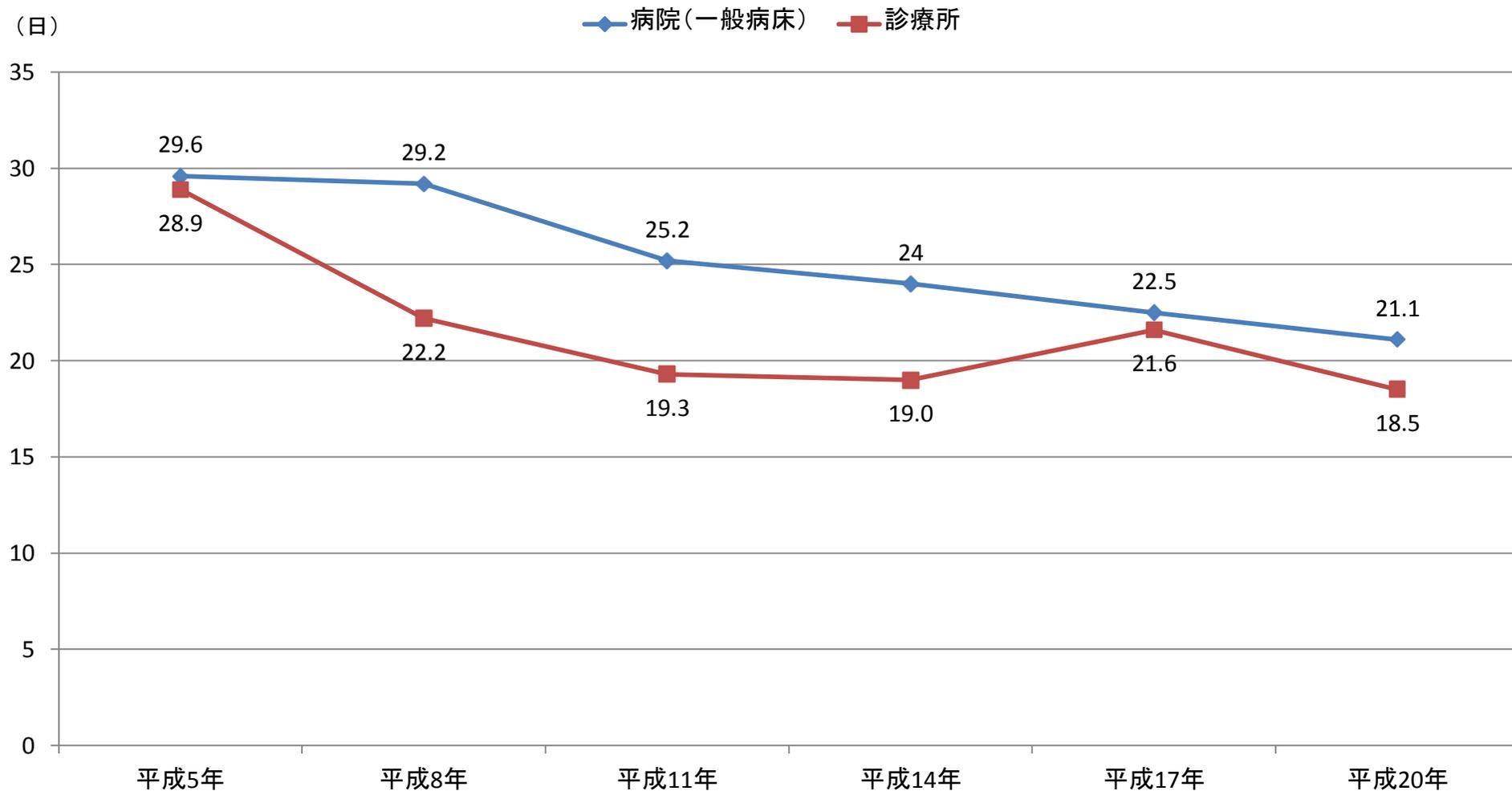
○入院患者に占める診療所の入院患者の割合は、全病床、一般病床のいずれについても都市部で低く、地方で高い傾向にある。



施設の種別別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移

○施設の種別別に退院患者の平均在院日数をみると、病院（一般病床）、一般診療所のいずれについても、おおむね短縮する傾向にある。

○平成20年についてみると、病院（一般病床）は21.1日、診療所は18.5日。



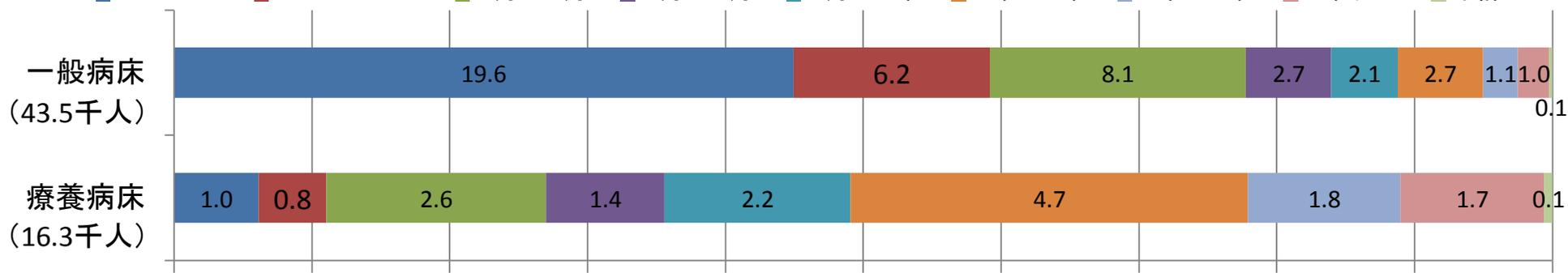
入院期間別入院患者数(病院・診療所)

- 診療所についてみると、療養病床にあっては入院から6月以上が経過している患者が6割強となっているが、一般病床においては約16%。
- 病院についてみると、療養病床、精神病床にあっては入院から6月以上が経過している患者がそれぞれ3分の2、4分の3程度となっているが、一般病床においては9%強。

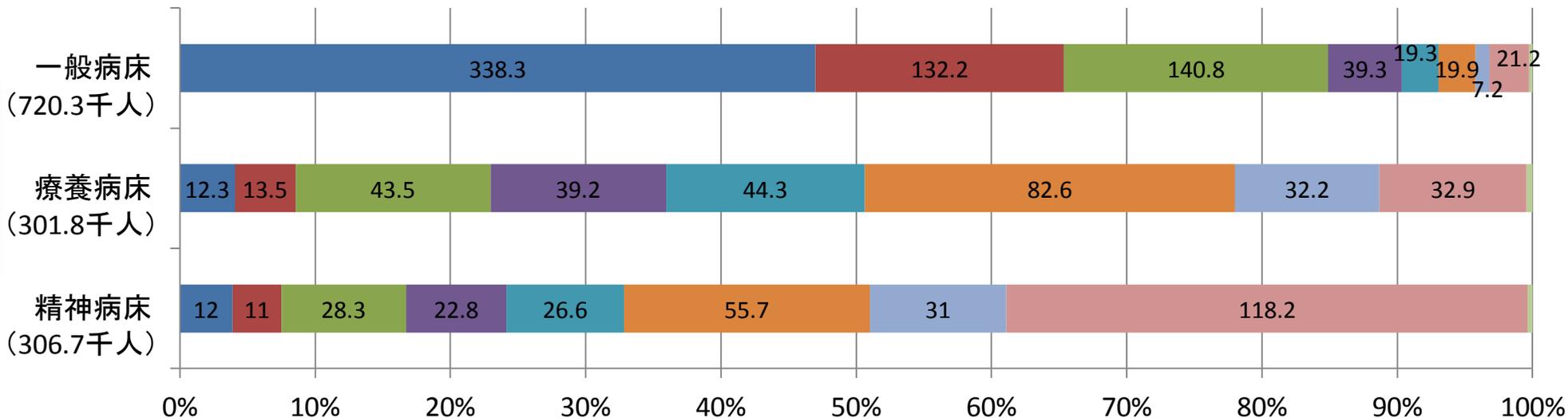
※ グラフ中の数値は、人数(単位:千人)

■ 0~14日 ■ 15日~30日 ■ 1月~3月 ■ 3月~6月 ■ 6月~1年 ■ 1年~3年 ■ 3年~5年 ■ 5年以上 ■ 不詳

一般診療所



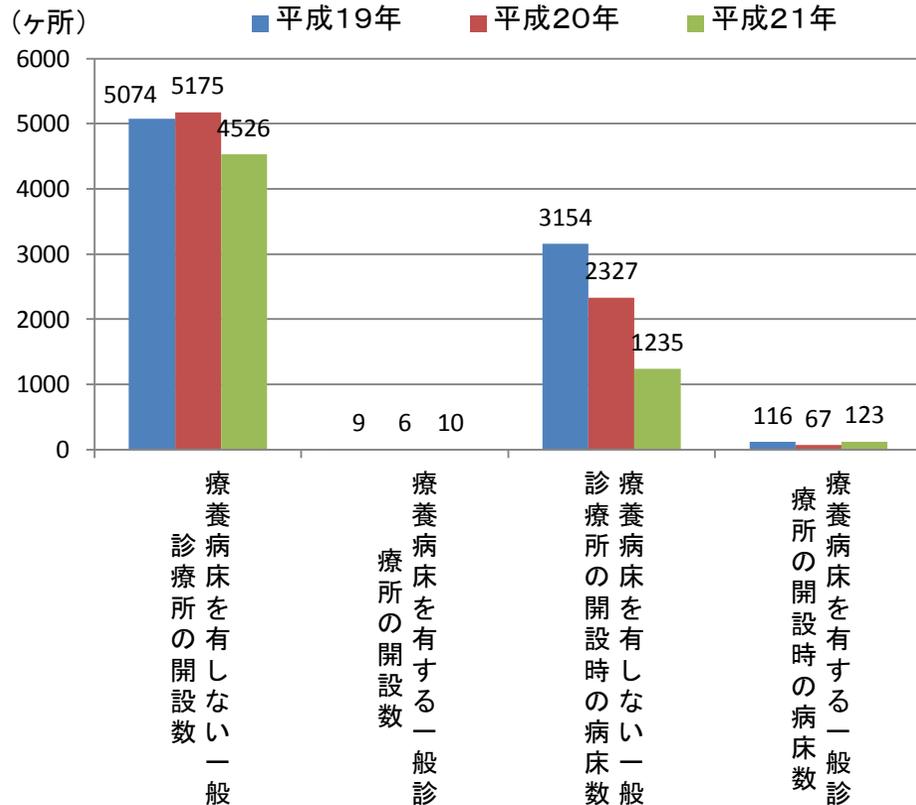
病院



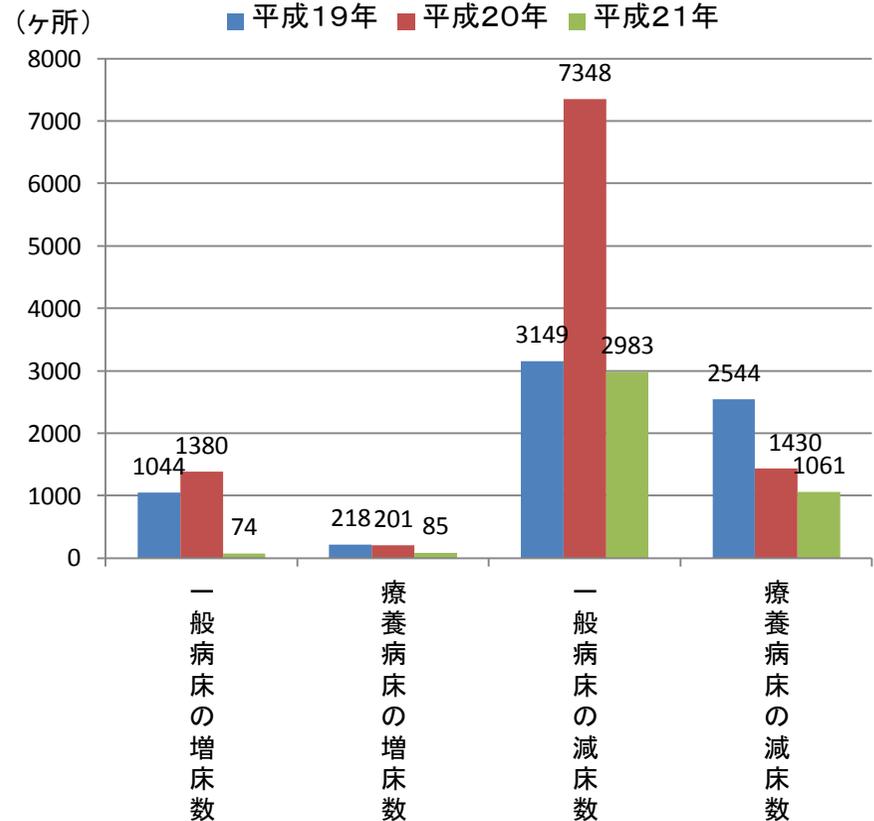
一般診療所の動態について

○平成19年から平成21年まで(※)の一般診療所の新規開設の状況をみると、療養病床を有する一般診療所に比べてそれ以外の一般診療所(無床又は一般病床のみの診療所)の開設数が多い。新たに開設された一般診療所の病床数についても同様。
 ○平成19年から平成21年まで(※)の一般診療所における病床変更の状況をみると、増床数、減少数のいずれも療養病床に比べて一般病床の方が大きい。

開設



病床数の変更



※「平成19年」は平成18年10月1日から平成19年9月30日まで、「平成20年」は平成19年10月1日から平成20年9月30日まで、「平成21年」は平成20年10月1日から平成21年9月30日までを指す。

※療養病床を有しない一般診療所には、病床を有しない一般診療所、一般病床のみを有する一般診療所が含まれる。

※療養病床を有する一般診療所の病床数には一般病床も含まれる可能性がある。

各年の医療施設動態調査より

第5次医療法改正における有床診療所に関する改正

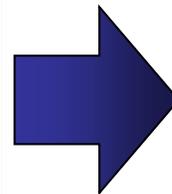
- 有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日提供している医療の状況等を踏まえ48時間の入院期間制限規定を廃止する。
- 上記規定の廃止に伴い、患者の緊急時に対応する体制確保の義務づけや医療従事者の配置等の情報開示を行わせる。
- 原則として、医療計画の基準病床数制度の対象とするが、在宅医療や産科など地域において特に必要とされ、医療計画に位置付けられた診療所の一般病床は、病床過剰地域においても設置できるよう措置する。

有床診療所(一般病床)の現状

- ・ 48時間の入院期間制限
- ・ 人員配置標準の規定なし
- ・ 医療計画の基準病床数制度の対象外

(問題点)

- ・ 有床診療所には、へき地等における入院施設や高度な手術を行う施設など、様々な機能を果たすものが存在するため、48時間規制を一律に課すことが適当ではない
- ・ 一般病床における実際の平均在院日数が16.6日(平成14年「患者調査」となっており、規制と実態が合っていない)



改正内容

- ・ 48時間の入院期間制限規定の廃止
- ・ 他の医療機関の医師との連携等、患者の緊急時に対応する体制確保を管理者に義務づけ
→ **一層の医療安全の確保**
- ・ 医療従事者の配置等一定の情報について、
- 医療情報の都道府県への届出制度の届出対象
→ **情報開示を通じた医療の質の確保**
- ・ 医療計画の基準病床数制度の対象とする(開設・増床の際都道府県知事の許可を受ける必要がある)ただし、
 - 平成19年1月1日前からある一般病床については、改めて許可を受けることは求めず、既存病床数には含めない。
 - 平成19年1月1日以降に開設・増床の許可を受ける診療所のうち、医療計画に位置付けられた在宅医療や産科などの診療所の一般病床については届出で設置可とし、既存病床数に含める。

※ 有床診療所の療養病床は、長期入院を対象とする病床であるため制度が異なる(入院期間制限なし、人員配置標準の規定であり、医療計画の基準病床数制度の対象)

<従事者について>

職種別にみた医療機関の従事者数(常勤換算)

	病 院	一 般 診 療 所	歯 科 診 療 所
総 数	1,771,435.8	669,202.1	300,950.2
医師	187,947.6	117,567.5	124.6
歯科医師	9,981.3	1,881.3	92,854.0
薬剤師	41,760.0	6,550.6	866.2
看護職員	829,867.6	185,052.2	635.9
理学療法士(PT)・ 作業療法士(OT)	63,132.0	8,487.6	0.0

(出典) 平成20年医療施設調査、病院報告

(参考)

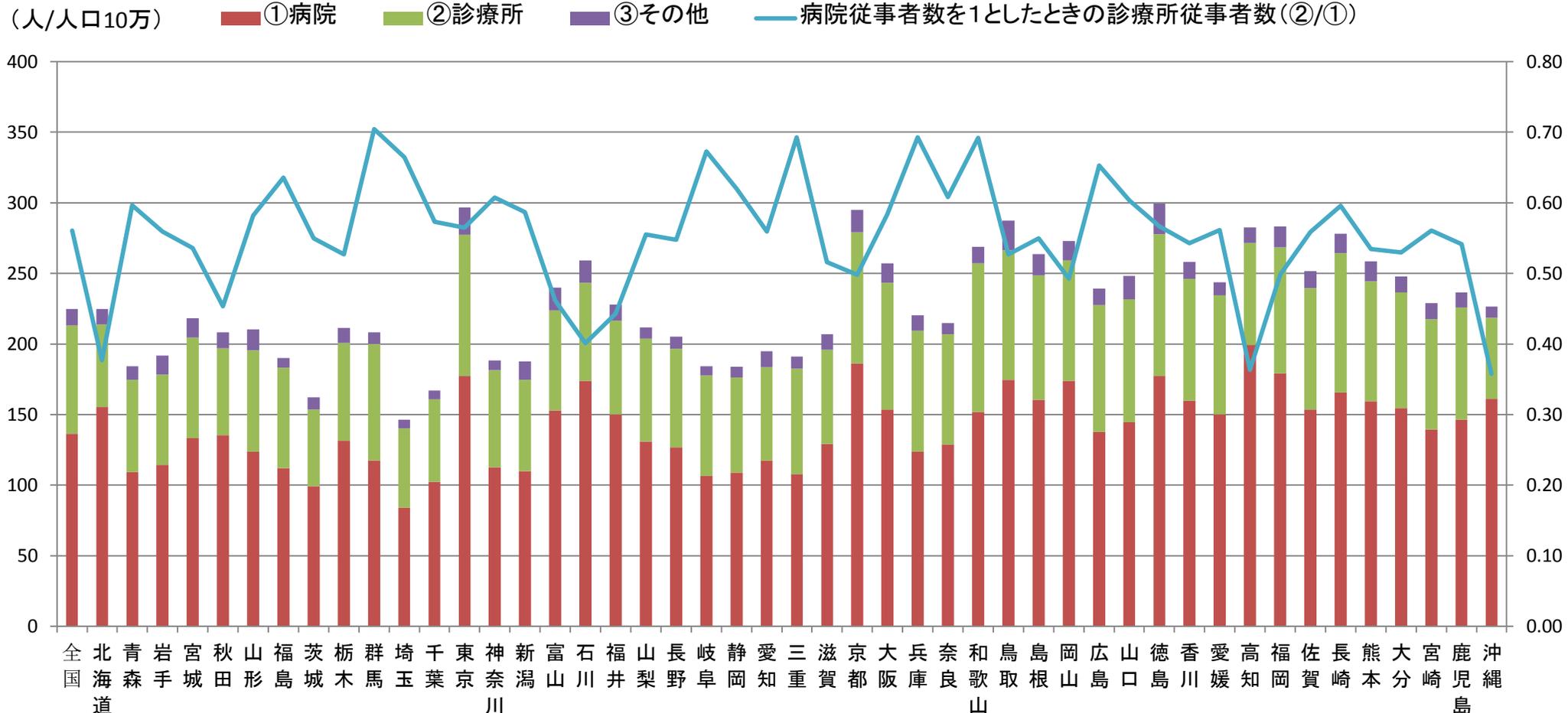
保健師	3,983.6	5,184.9	0.0
助産師	18,130.7	5,206.9	0.0
看護師	636,970.8	84,963.0	378.0
准看護師	170,782.5	89,697.4	257.9
看護職員計	829,867.6	185,052.2	635.9

理学療法士(PT)	38,675.3	6,683.0	0.0
作業療法士(OT)	24,456.7	1,804.6	0.0
PT・OT計	63,132.0	8,487.6	0.0

人口10万人当たりの病院・診療所別医師数(都道府県別)

医師・歯科医師・薬剤師調査(平成20年)で人口10万人当たりの医師数をみると、

- ・ 全国平均で224.5人、都道府県別では、146.1人(埼玉県)から299.4人(徳島県)まで分布。
- ・ 従事場所別にみると、病院が136.5人、診療所が76.5人。
- ・ 病院従事者数を1としたときの診療所従事者数は、全国平均で、0.56、都道府県別では、0.70(群馬県)から0.36(沖縄県)まで分布。



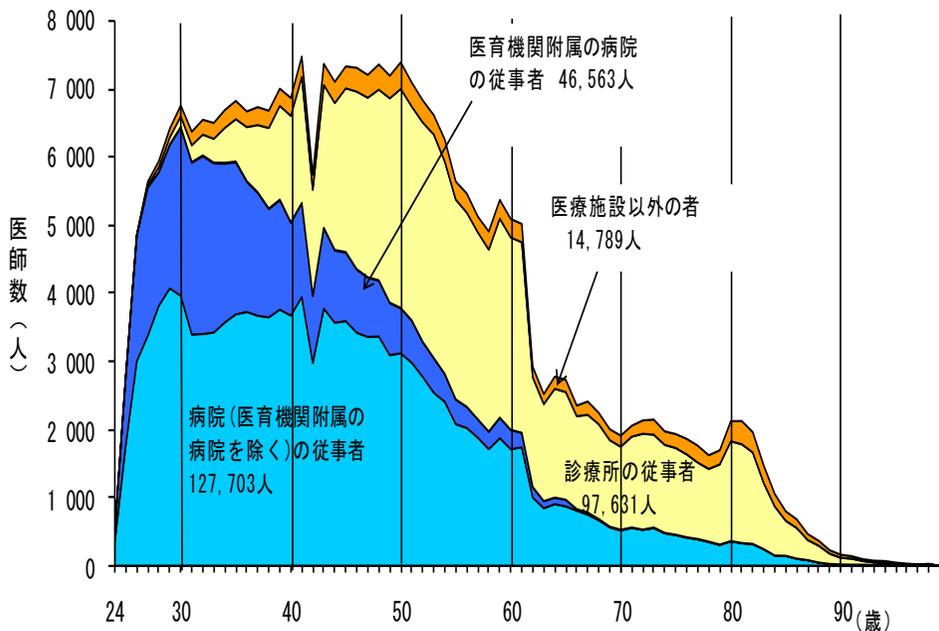
※医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師調査(各平成20年)に基づき作成

施設の種別・年齢階級別にみた医師数

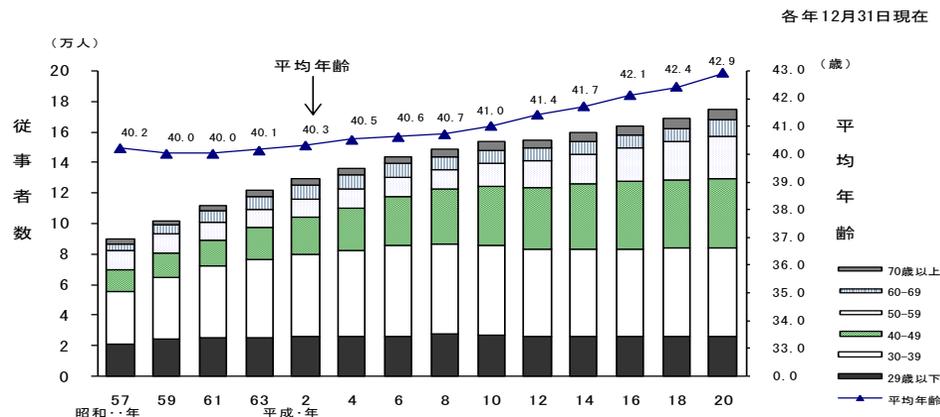
年齢別にみた医師の従事先の推移

	40歳	50歳	60歳
病院	73.4%	51.2%	39.2%
診療所	22.8%	43.5%	55.5%

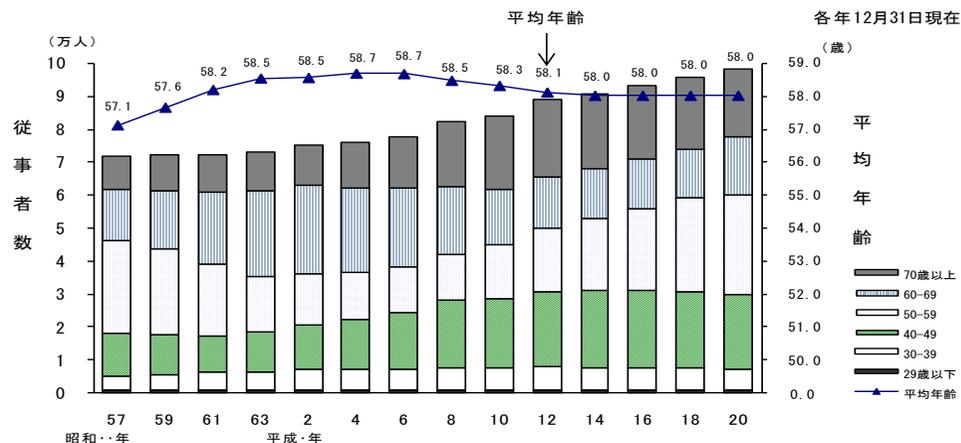
○ 施設の種別にみた医師数



○ 年齢階級別にみた病院に就く医師数及び平均年齢の年次推移



○ 年齢階級別にみた診療所に就く医師数及び平均年齢の年次推移



出典:平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査

医療法における人員配置標準について

医療法における人員配置標準の考え方

適正な医療を実施するためには、一定水準以上の人員を確保する必要があることから、医療法では、病院及び療養病床を有する診療所において有するべき人員の「標準」が示されている。

注)「標準」であっても、標準数を満たさない(標欠)医療機関は医療法に反することになる。
なお、現在の医師の配置標準に対する適合率は90.0% (平成21年度)。

(参考) 平成21年度のブロック別の適合率

北海道・東北 : 77.8%	関東 : 94.4%	北陸・甲信越 : 86.6%
東海 : 92.6%	近畿 : 95.5%	中国 : 89.8%
四国 : 87.9%	九州 : 91.3%	

<病院>

- 病院は、厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、看護師等を有しなければならない。(医療法第21条第1項)
- 上記規定に基づき、医師、歯科医師、看護師等の員数の標準が定められている。
(医療法施行規則第19条)

<療養病床を有する診療所>

- 療養病床を有する診療所は、厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、看護師等を有しなければならない。(医療法第21条第2項)
- 上記規定に基づき、医師、歯科医師、看護師等の員数の標準が定められている。
(医療法施行規則第21条の2)

医療施設別、病床区分別の人員配置標準について

	病床区分	職 種							
		医 師	歯科医師 (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科の入院患者を 有する場合)	薬剤師	看護師及び 准看護師	看護 補助者	栄養士	診療放射線技 師、事務員そ の他従業員	理学療法士 作業療法士
一般病院	一般	16 : 1	16 : 1	70 : 1	3 : 1	—	病床数 100 以上の病院 に1人	適当数	適当数
	精神・療養	48 : 1	16 : 1	150 : 1	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)			
	外来	40 : 1 (注2)	病院の実状に 応じて必要と認め られる数	取扱処方せ んの数 75 : 1	30 : 1	—			
特定機能病 院	入院 (病床区分 による区別 はなし)	すべて (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科を除く) の入院患者	歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科 口腔外科の入院 患者	すべての入 院患者	すべての入 院患者	—	管理栄養 士1人	適当数	—
		8 : 1	8 : 1	30 : 1	2 : 1				
	外来	20 : 1	病院の実状に 応じて必要と認め られる数	調剤数 80 : 1 (標準)	30 : 1				
療養病床を有 する診療所		1人	—	—	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)	—	適当数(事務 員その他の 従業者)	—

(注1) 療養病床の再編成に伴い省令改正。平成24年3月31日までは、従来の標準である「6 : 1」が認められている。

(注2) 耳鼻咽喉科、眼科に係る一般病院の医師配置標準は、80 : 1である。

一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

<医師>

昭和23年医療法制定時

<看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成4年第二次 医療法改正

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
4:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成12年第四次 医療法改正

一般病床の入院患者	療養病床及びひの入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成18年第五次 医療法改正

<同上>

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	4:1 ※平成24年3月31日までは6:1	30:1

< 歯科医師 >

昭和23年医療法制定時

入院患者	外来患者
16 : 1	40 : 1

昭和31年改正

入院患者	外来患者
16 : 1	病院の実情に応じて必要と認められる数

< 薬剤師 >

昭和23年医療法制定時

調剤
80 : 1

平成10年改正

療養型病床群や精神病院等の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

平成12年第四次医療法改正

精神病床及び療養病床の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

< 看護補助者 >

平成4年第二次医療法改正時

療養型病床群に係る病室の入院患者
6 : 1

平成12年第四次医療法改正

療養病床の入院患者
6 : 1

平成18年第五次医療法改正

療養病床の入院患者
4 : 1 (※平成24年3月31日までは6:1)

< 栄養士 >

昭和23年医療法制定時

入院患者
1以上 (病床数100以上の病院のみ)

< 診療放射線技師、事務員その他従業者 >

昭和23年医療法制定時

病院の実情に応じた適当数

< 理学療法士及び作業療法士 >

平成10年第三次医療法改正時

病院の実情に応じた適当数 (療養型病床群を有する病院のみ)

平成12年第四次医療法改正

病院の実情に応じた適当数 (療養病床を有する病院のみ)

「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」の概要

1. 目的

- ・病院勤務医の負担となっている業務や改善すべき項目等の把握
- ・医療機関における勤務医負担軽減策の取組み状況や効果等についての実態把握

2. 調査対象

- ・本調査は「施設票」、「医師票」の2種類から構成されている。
- ・調査対象は以下のとおり。

【施設票】

- ・施設調査は入院時医学管理加算の届出を行っている全医療機関、及び全国の救急受入れの多い医療機関のうち都道府県別に無作為に抽出された1,100施設を対象とする。
 - 入院時医学管理換算 届出施設数 175施設
 - 全国の救急受入れの多い医療機関 925施設

【医師票】

- ・「施設票」の対象医療機関の9診療科に所属する管理者1名、経験年数別に3名、合計4名(1施設当たり36名、合計39,600名)を対象。

3. 回収状況

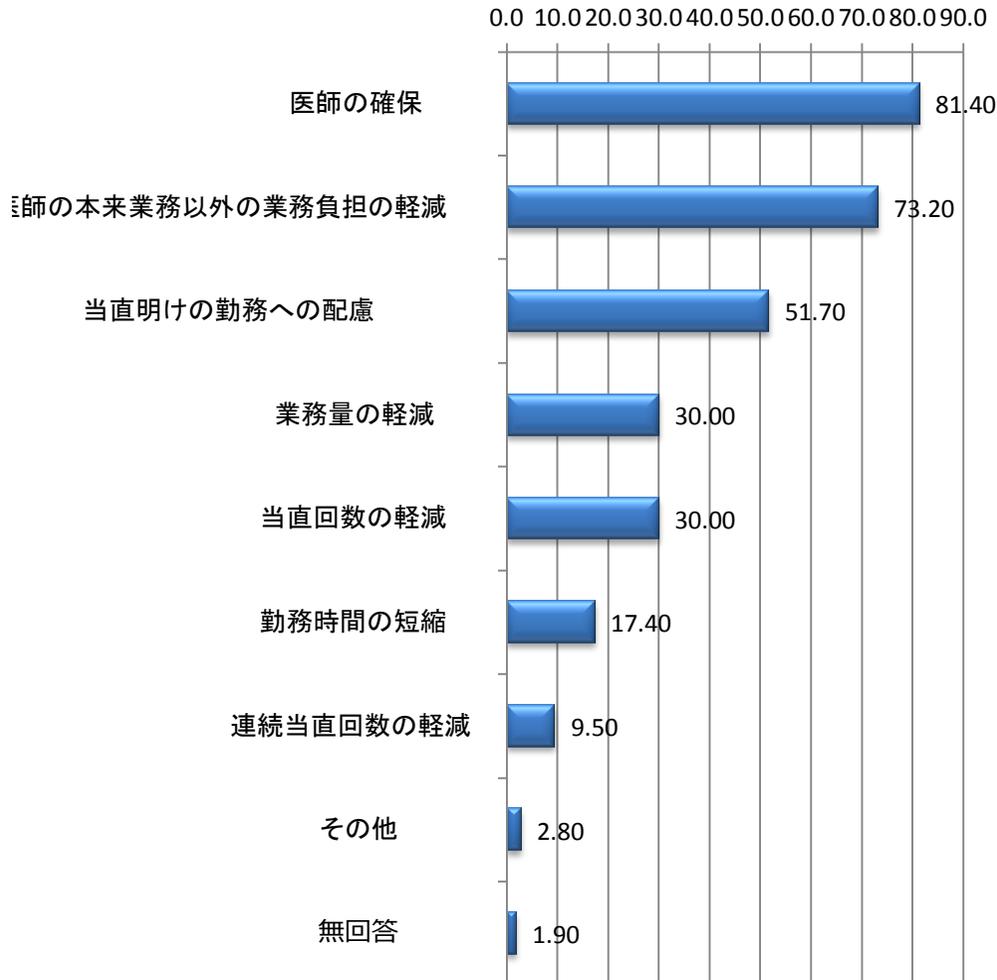
調査種別	発送数	有効回収数	回収率
施設票	1,100件	317件	28.8%
医師票		1300件	

※平成21年9月に調査。

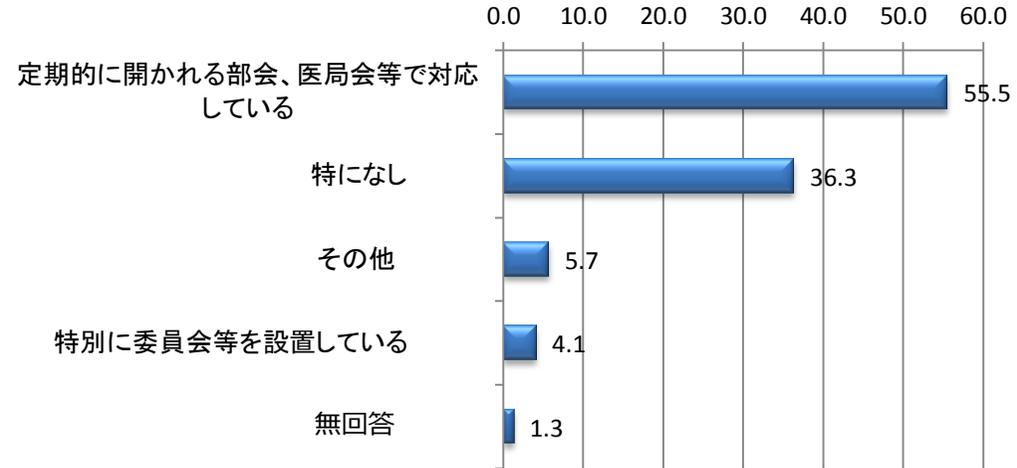
医療機関の勤務医の勤務状況管理の体制

施設調査

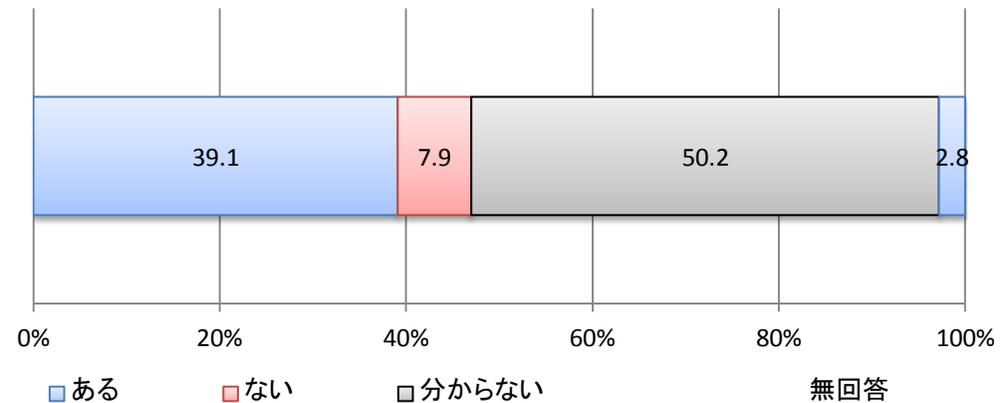
勤務医負担軽減のために今後必要な対策(n=317)



勤務医負担軽減の対策策定のための院内体制(n=317)



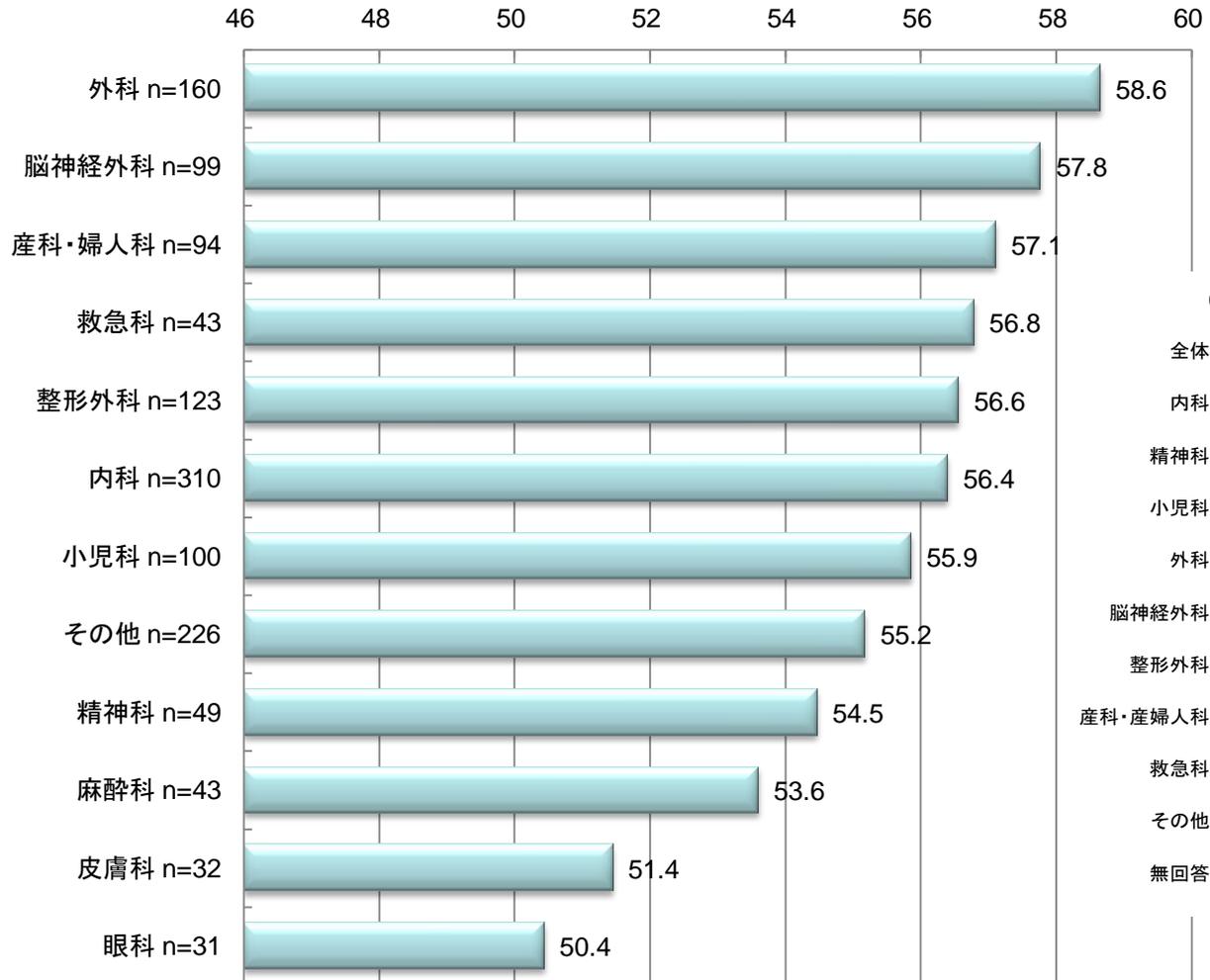
勤務医負担の状況の定期的な評価、見直しの予定 (n=317)



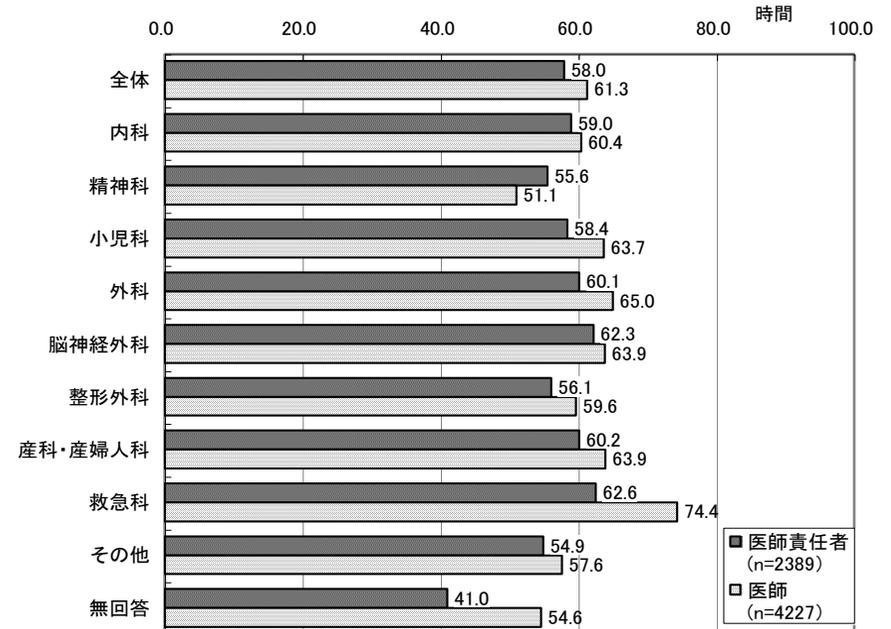
診療科ごとの勤務時間

医師票

(時間)



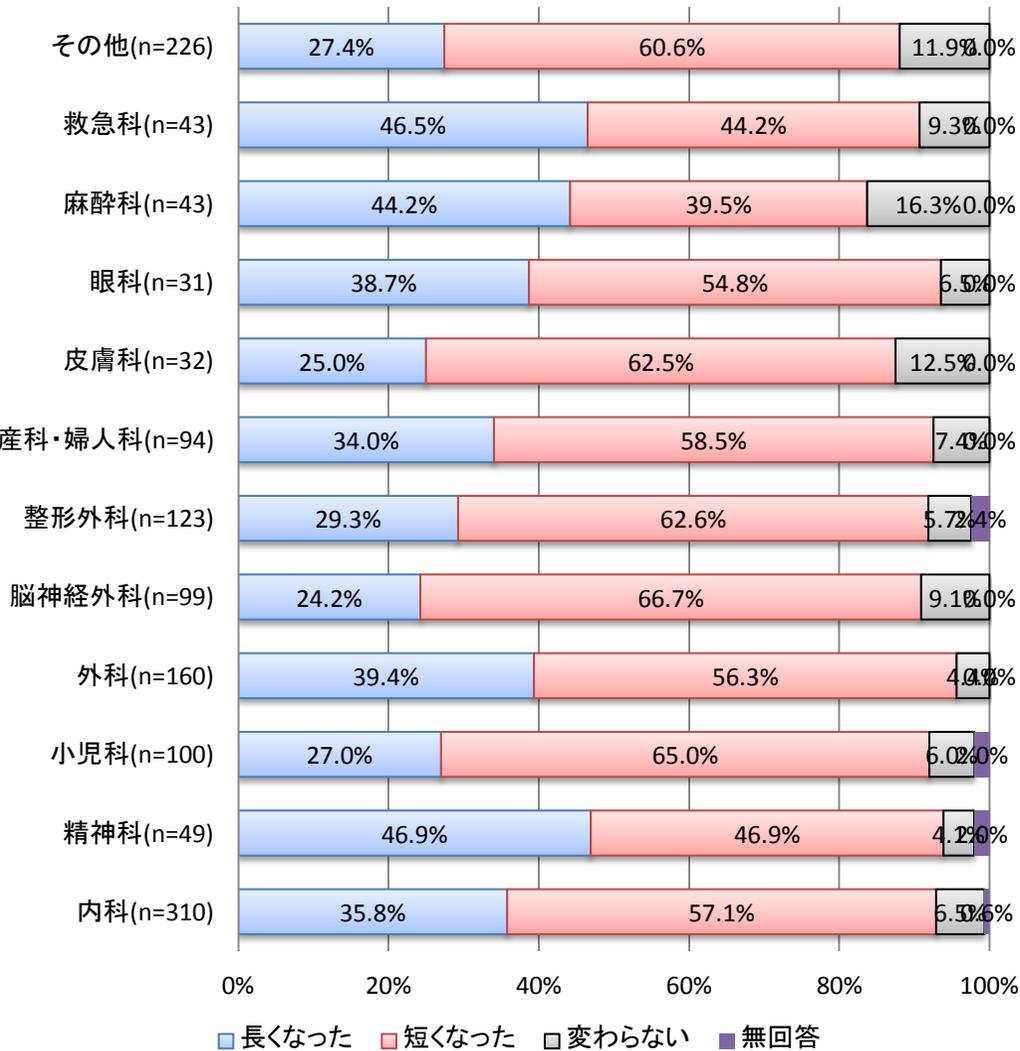
(参考)平成20年度検証部会調査
直近1週間の実勤務時間



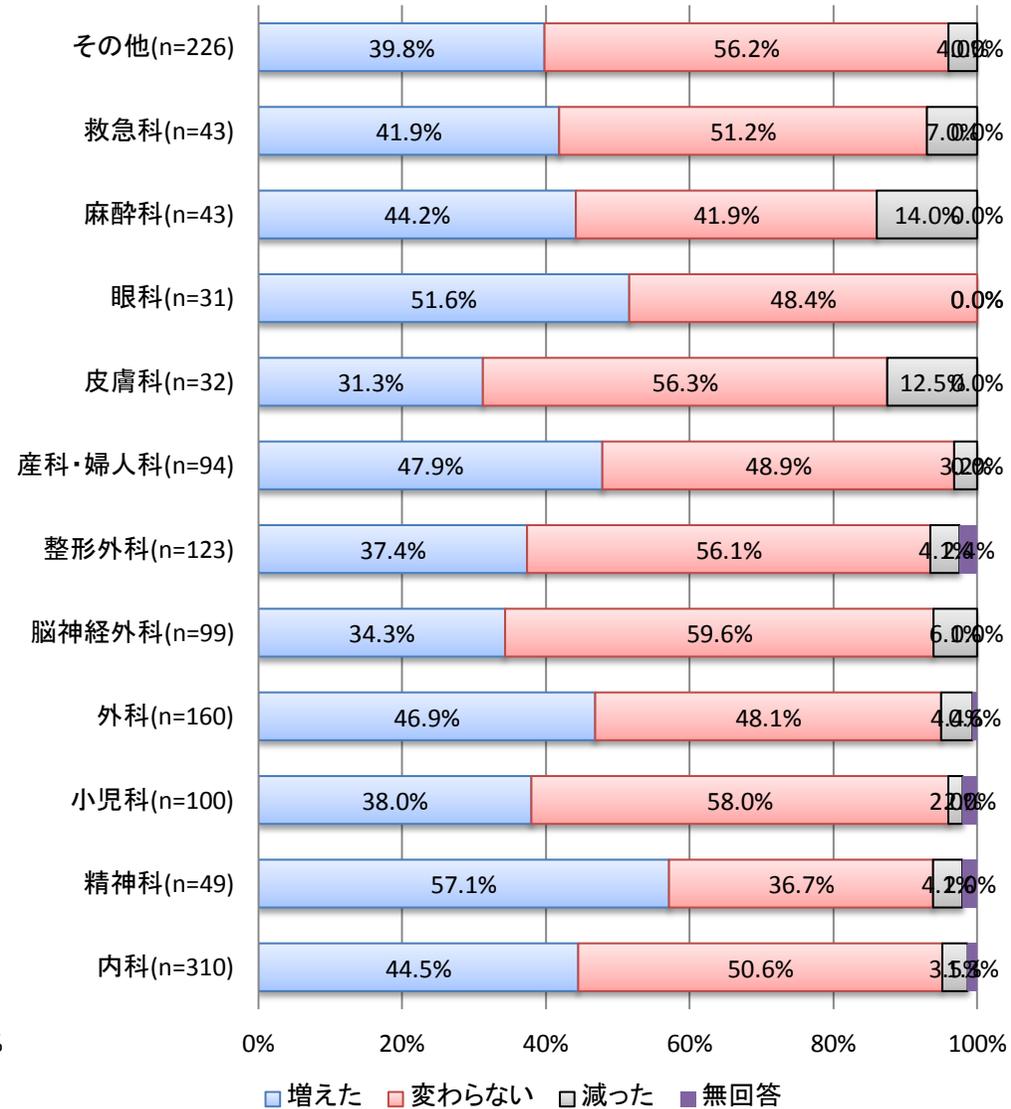
1年前と比較した医師個人の勤務状況の変化②

医師票

1年前と比較した勤務時間の変化



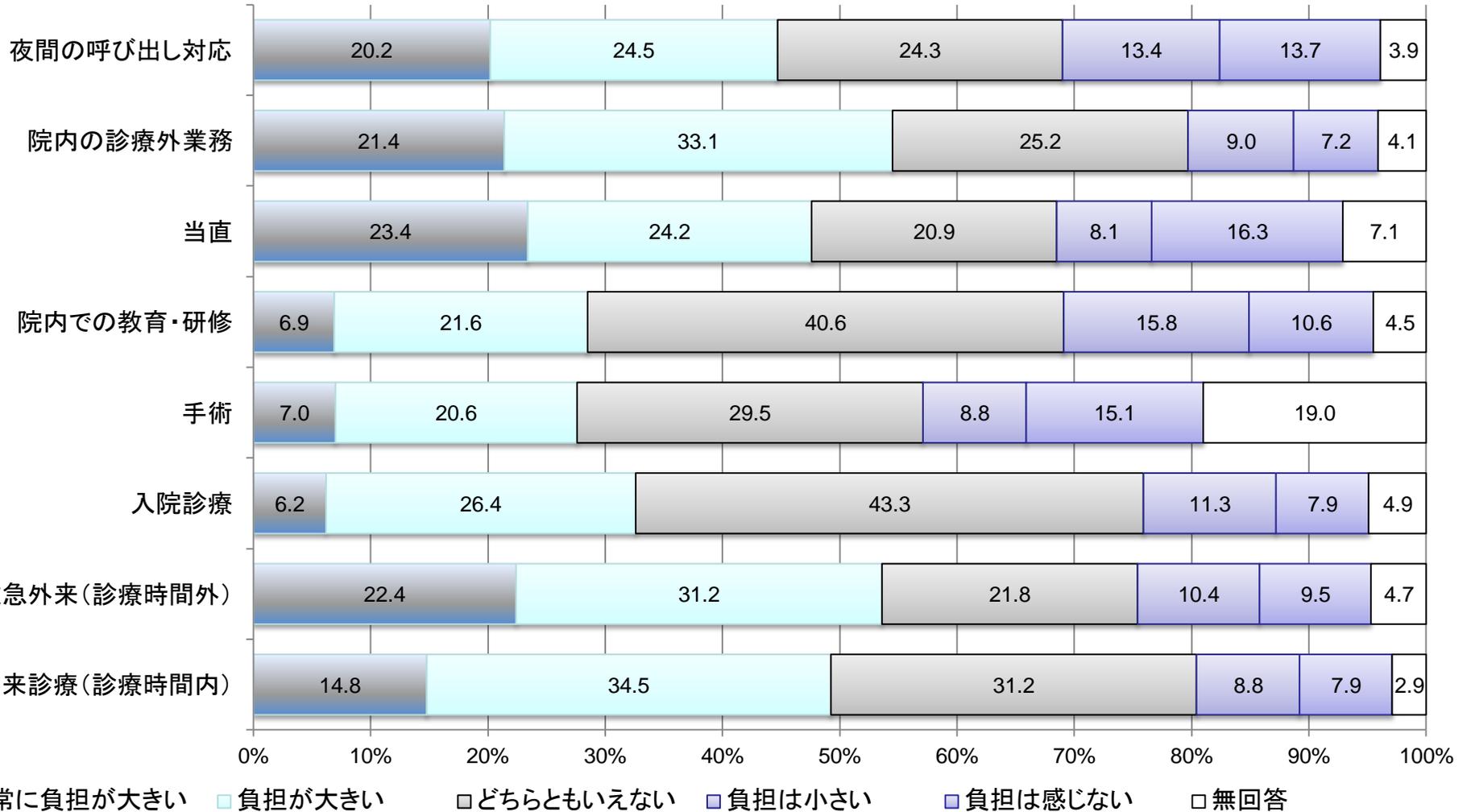
1年前と比較した時間あたりの業務量の変化



業務ごとの負担感

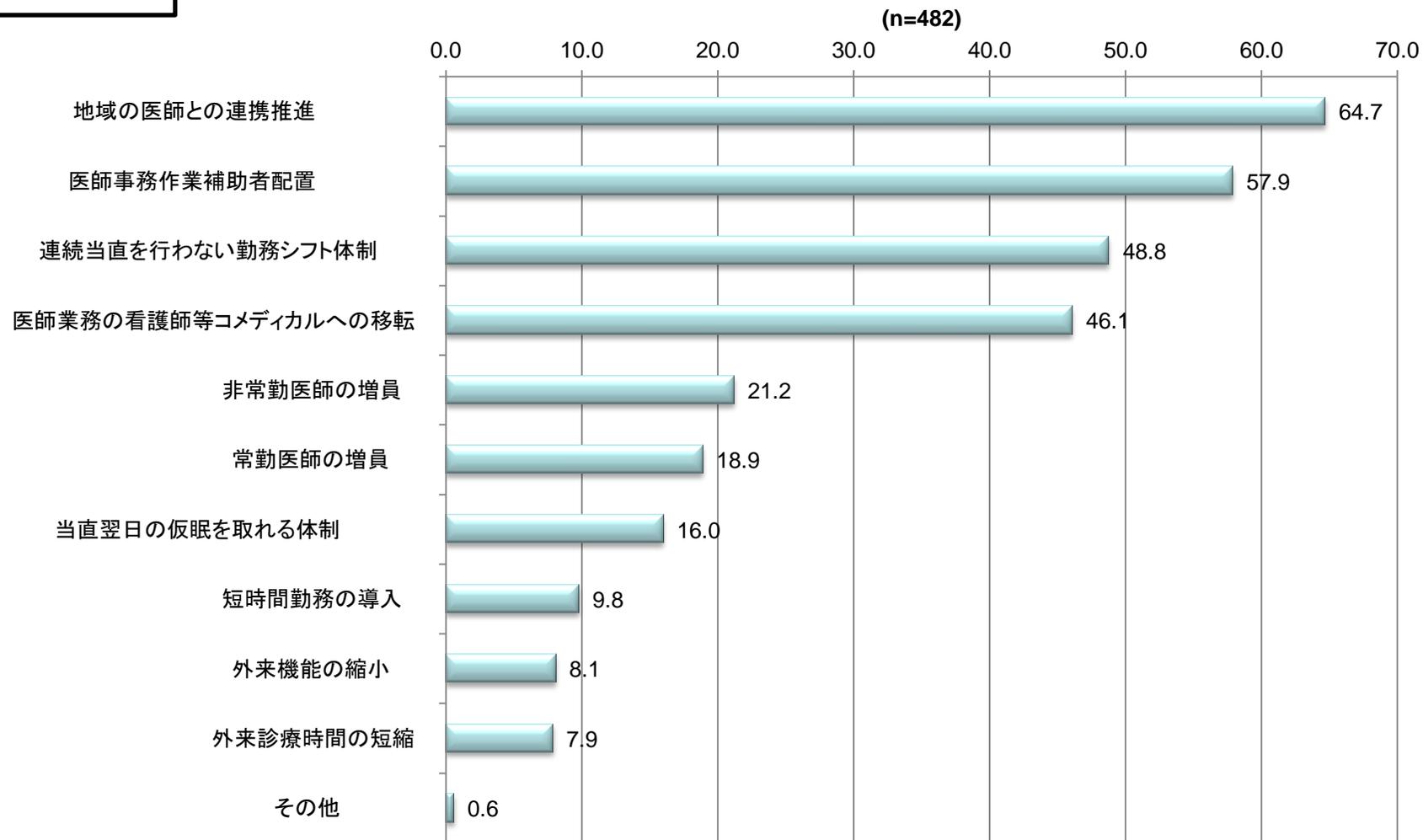
医師票

業務ごとの負担感(n=1,300)



勤務医負担軽減のために取り組みを進めた項目

診療科責任者票



第17回医療部会におけるご指摘事項について

○昭和31年に歯科医師の配置標準が外来患者40人に1人というものが病院の実情に応じて必要と認められる数に変わった経緯

- 1 歯科医師の配置標準については、医療法制定当時は医師と同様の配置標準が定められていたところであるが、「医療法施行規則の一部を改正する省令」(昭和31年2月23日厚生省令第1号)において、外来に係る歯科医師の配置標準については、「外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数」に改正が行われたところ。
- 2 詳細な改正経緯については、改正から50年以上が経過して資料等が現存しておらず不明。

○歯科を標榜する病院においては、歯科の一人診療科は認められないのか。

- 1 歯科医師の配置標準については、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第19条第1項第2号において入院患者に基づく歯科医師数に加え、「さらに外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数」が求められているところ。
- 2 これについては、歯科の入院患者がいる場合は、最低1人の歯科医師が必要であることを示しており、その歯科医師が入院患者専門に診察することまでを要求する趣旨ではなく、入院患者の状況に応じ、外来患者を診察することは可能である。

○歯科の患者が1人でもいれば歯科医師は必要なのか。

医療法施行規則第19条第1項第2号ロにおいては、「歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者の数が16までは1」としており、最低1人の歯科医師の配置を求めている。

【参照条文】 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)(抄)

第十九条 法第二十一条第一項第一号の規定による病院に置くべき医師、歯科医師、看護師その他の従業者の員数の標準は、次のとおりとする。

二 歯科医師

イ 歯科医業についての診療科名のみを診療科名とする病院にあつては、入院患者の数が五十二までは三とし、それ以上十六又はその端数を増すごとに一を加え、さらに外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数

ロ イ以外の病院にあつては、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者の数が十六までは一とし、それ以上十六又はその端数を増すごとに一を加え、さらに歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数

(「医療法施行規則の一部を改正する省令」(昭和31年2月23日厚生省令第1号)による改正前の規定)

第十九条 病院に置くべき医師、歯科医師その他の従業者の員数の標準は、左の通りとする。

2 医師法施行規則(昭和二十三年厚生省令第四十七号)第十一條第一項又は歯科医師法施行規則(昭和二十三年厚生省令第四十八号)第十一條に規定する施設については、当該施設で診療に関する実地修練又は診療及び口くう衛生に関する実地修練を行おうとする者を適當数置くものとする。

一 医師(歯科については歯科医師)入院患者の数と外來患者の数を二・五(耳鼻いんこう科又は眼科については五)をもつて除した数との和が五十二まで三人とし、それ以上はこの端数が十六又はその端数を増すごとに一人を加えるものとする。

二 薬剤師、調剤数八十又はその端数を増すごとに一人

三 看護婦、入院患者四人又はその端数ごとに一人及び、診療科別に外來患者三十人又はその端数ごとに一人。但し、産婦人科若しくは産科においては、その三分の一以上は助産婦でなければならない。

四 患者收容定員百人以上の病院については栄養士一人

五 レントゲン技術者、事務員、雑仕婦その他の従業者については、病院の実情に應じ適當数

3・4 (略)

診療所・外来機能に関する論点

- 外来診療の在り方について、高齢化、疾病構造の変化等を踏まえ、目指すべき方向としてどのようなものがあるか。また、病院、診療所において、それぞれどのような外来機能を目指すべきか。
- 地域に密着し、小規模の入院施設である有床診療所について、高齢化・小規模世帯化が進み、在宅医療、看取りまでの医療支援や介護との連携の重要度が増す中で、従来の役割からさらに進んで、その特性を活かしてどのような位置付け、機能強化が考えられるか。
- 医療アクセス保障の観点、都市部での診療所の過当競争がみられることもあるとの指摘等にかんがみ、医師の地域偏在の一つとして、診療所数の地域差をどう捉えるか。
- 時間外診療への対応、地域の救急体制への参画など診療所の間での活動状況の違いについて、地域の医療提供体制との関わりという観点から、位置づけや機能等の面でどう考えるか。
- 今後の外来機能のあるべき姿という観点から、外来機能における病院、診療所の役割分担の在り方、医療の高度化等を踏まえて、現行の病院、診療所に係る人員配置、施設設備等についてどう考えるか。

平成22年度診療報酬改定のスケジュール

中医協

社会保障審議会

～12月

- ・ 検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

7月～12月

診療報酬改定に係る基本方針について審議

医療部会：医療提供体制の確保の観点から議論

医療保険部会：医療経済、医療保険財政の観点から議論

12月8日 平成22年度診療報酬改定の基本方針

内閣

12月23日

予算編成過程において、診療報酬の改定率等を決定

1月～

- ・ 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

厚生労働大臣

1月15日

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- ・ 社会保障審議会において策定された「基本方針」
- ・ 「平成22年度診療報酬改定について」

(平成21年12月9日厚生労働省公表)

に基づき、診療報酬点数の改定案の調査・審議を行うよう諮問

1月15日～22日

〈改定案の策定に過程において、広く国民の意見を募集〉

1月22日

〈地方公聴会の開催〉

厚生労働大臣

2月12日

- ・ 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

3月5日

診療報酬改定に係る告示・通知の発出

平成22年度診療報酬改定の基本方針

平成21年12月8日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

I 平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識・重点課題等

- 医療は、国民の安心の基盤であり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するため、医療提供者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、各人がそれぞれの立場で不断の取組を進めていくことが求められるところである。
- 我が国の医療費が国際的にみてもGDPに対して極めて低水準にあるなかで、これまで医療現場の努力により、効率的で質の高い医療を提供してきたところであるが、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊してきている。
- 前回の診療報酬改定においても、こうした医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、依然として危機的な状況に置かれている。
- このような状況については、前回改定の改定率が必ずしも十分でなかったために、医療現場が抱える各種の課題が解消できなかったと考えられることから、今回の改定においては、医療費全体の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった。一方で、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活も厳しい状況に置かれており、また、保険財政も極めて厳しい状況にある中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。また、配分の見直しのみでは医療危機を食い止めることは困難なところまできているので、今回は医療費全体の底上げと配分の見直しの両者により対応すべきとの意見があった。

- このような議論を踏まえた上で、平成22年度診療報酬改定においては、**「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」**及び**「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」**を改定の**重点課題として取り組む**べきである。
- また、その際には、診療報酬だけで現在の医療が抱える課題の全てを解決できるものではないことから、診療報酬が果たすべき役割を明確にしつつ、地域特性への配慮や用途の特定といった特性を持つ補助金をはじめとする他の施策との役割分担を進めていくべきである。

2. 改定の視点

- 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、がん対策や認知症対策など、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、「**充実が求められる領域を適切に評価していく視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、「**患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、「**医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置

付けるべきである。

- 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「**効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

1. 重点課題

(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 我が国の医療が置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくためには、それぞれの地域で関係者が十分に連携を図りつつ、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制をさらに充実させていくことが必要である。
- このため、地域連携による救急患者の受入れの推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の過酷な業務に関する負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員、さらには定着を図ることが出来るような環境を整備することが必要である。
- このため、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価など、入院医療の充実を図る観点からの評価について検討するとともに、医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。

- また、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を果たしていけるような仕組みが適切に機能することが、病院勤務医の負担の軽減につながると考えられることから、この点を踏まえた診療報酬上の評価について検討するべきである。

2. 4つの視点

(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

- 国民の安心・安全を確保していくためには、我が国の医療の中で充実が求められている領域については、診療報酬においても適切に評価していくことが求められる。
- このため、がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価について検討するべきである。
- 一方、手術以外の医療技術の適正評価についても検討するとともに、新しい医療技術や医薬品等については、イノベーションの適切な評価について検討するべきである。

(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- 医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者の視点に立った場合、分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現することが求められる。
- このため、医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどを検討するほか、医療安全対策の推進や、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価について検討するべきである。

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受け

られるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。

- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。
- このため、後発医薬品の使用促進や、市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価などについて検討するべきである。
- また、相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところがある。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

IV 終わりに

- 中央社会保険医療協議会におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民、患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

平成22年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%
(約4,800億円)

入院 +3.03%
(約4,400億円)
外来 +0.31%
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

救急医療の評価の充実について

救急入院医療の充実

➤ 充実した体制の救命救急センターの評価

救命救急入院料 充実段階Aの加算 500点 → 1,000点

➤ 二次救急医療機関における入院医療の評価

救急医療管理加算 600点 → 800点

乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

➤ 手厚い急性期入院医療の評価

ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

地域の連携による救急外来の評価

➤ 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価

地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点

➤ 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価

① 地域連携夜間・休日診療料 100点

産科・小児医療の評価の充実について

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

➤ ハイリスク分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大

➤ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

新生児集中治療の評価

➤ ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点

➤ NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

⑨ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

小児の入院医療の充実

➤ 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価

⑨ 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点

(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

病院勤務医の負担の軽減について

病院勤務医の事務負担の軽減

➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算 (入院初日)

25対1	50対1	75対1	100対1	15対1	20対1	25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点	810点	610点	490点	255点	180点	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

手厚い人員体制による入院医療の評価

➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

- ⑨ 急性期看護補助体制加算1 (50対1配置) 120点 (14日まで)
- ⑨ 急性期看護補助体制加算2 (75対1配置) 80点 (14日まで)

多職種からなるチームによる取組の評価

➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

- ⑨ 栄養サポートチーム加算 200点 (週1回)

➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

- ⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点 (週1回)

手術料の適正な評価について

外保連試算を活用した手術料の引き上げ

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、
**脳動脈瘤頸部クリッピング、大動脈瘤切除術など
約1800項目のうちの約半数程度を増点**



小児に対する手術評価の引き上げ

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても**乳幼児加算**の対象とする

新規医療技術の保険導入

- 先進医療専門家会議及び医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。
腹腔鏡下肝部分切除術、肝門部胆管癌切除術及びバイパス術を併用した脳動脈瘤手術など約80項目の新規手術を保険導入

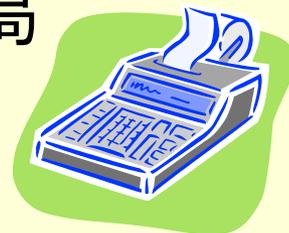
明細書発行の推進について

明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
 - ⇒ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行
正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合

注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
 - ⇒ 明細書発行に関する状況を院内掲示する
院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など



診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価
 - ⑨ 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

急性期の入院医療の評価

早期の入院医療の評価

- 一般病棟入院基本料において入院早期の加算を引き上げる
14日以内の期間の加算 428点 → 450点(1日につき)

急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

- 一般病棟入院基本料等(10対1入院基本料)の届出医療機関において、患者の重症度・看護必要度を継続的に測定し、評価を行っていることを評価

⑨ 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間尿測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

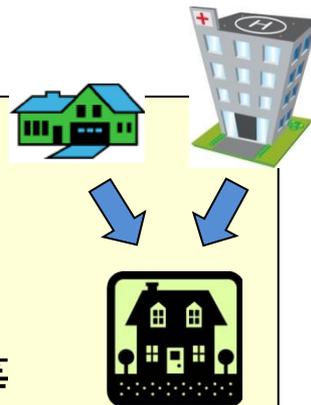
急性期医療に対する後方病床機能の強化

初期加算の創設(有床診療所の一般病床)

➤ 有床診療所一般病床が担う後方病床機能の評価

① 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定。

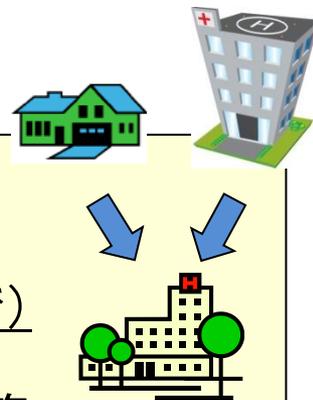


初期加算の創設(病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床)

➤ 療養病床が担う後方病床機能の評価

① 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



地域医療を支える有床診療所の評価



有床診療所入院基本料の再編成

➤ 実態を踏まえた評価区分の見直し

【改定後】

【現行】

有床診療所 入院基本料1 (看護職員5人以上)	～7日	810点
	8～14日	660点
	15日～30日	490点
	31日～	450点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員1～4人)	～7日	640点
	8～14日	480点
	15日～30日	320点
	31日～	280点



有床診療所 入院基本料1 (看護職員7人以上)	～14日	760点
	15～30日	590点
	31日	500点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員4～6人)	～14日	680点
	15～30日	510点
	31日	460点
有床診療所 入院基本料3 (看護職員1～3人)	～14日	500点
	15～30日	370点
	31日	340点

初期加算等の創設

➤ 後方病床機能の評価

⑨ 有床診療所一般病床初期加算(100点、7日まで)
救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点、14日まで)

➤ 医師配置加算の見直し

医師配置加算1(60点→88点)
医師配置加算2(60点)

➤ 入院基本料等加算の拡充

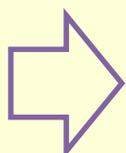
新たに「無菌治療室管理加算」等を有床診療所でも算定可能に

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

在宅復帰後も含めた地域連携診療計画の評価

- 回復期等の病院を退院した後の療養を担う医療機関・介護施設等との連携を含めた**3段階の地域連携診療計画**を評価

現行		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料	600点



① 新

② 新

改定後		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料1	600点
	地域連携診療計画退院計画加算	100点
在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料2	300点

介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携の評価

- **入院中の医療機関の医師等とケアマネジャーが共同して**、患者に対し、退院後に利用可能な介護サービス等について指導を行った場合の評価を新設

③ 新 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院に係る評価

- **がん診療連携拠点病院**におけるカンサーボード、院内がん登録等の更なる充実を評価

がん診療連携拠点病院加算 400点 → 500点

- **がん診療**に係る地域連携の評価

⑨ がん治療連携計画策定料 750点(退院時)

⑨ がん治療連携指導料 300点(情報提供時)

がん治療の評価

- 複雑化、高度化する**外来化学療法**の評価

外来化学療法加算1 500点 → 550点

- **放射線治療病室**におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点

がん患者リハビリテーションの評価

- がんの特性に配慮した**がん患者リハビリテーション**の評価

⑨ がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

- 新型インフルエンザが大流行した状況において、療養病棟に入院する場合、**一般病棟入院基本料の算定**を認め、検査や投薬等については**出来高での算定**を可能とする。

陰圧室管理の評価

- 陰圧室管理環境整備に対する評価

【二類感染症患者療養環境特別加算】

1 個室加算 300点

⑨ 2 陰圧室加算 200点

結核病棟の評価

- 結核病棟における平均在院日数要件の見直し
7対1入院基本料、10対1入院基本料における平均在院日数要件をなくす。
- 小規模な結核病棟におけるユニットのルールを明確化
小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、病床種別ごとに平均在院日数の計算を行うこととする。

地域の連携による疾患対策の評価について

肝炎対策の充実

- 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎患者に対するインターフェロン治療計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを新たに評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

- 肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関の評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点

認知症医療の評価

- 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価

⑨ 認知症専門診断管理料 500点

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

⑨ 認知症専門医療機関連携加算 50点

精神医療の評価の充実について

精神入院医療の充実

➤ 手厚い看護配置の精神病棟の評価

⑨ 精神科病棟入院基本料 13対1 920点

(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

➤ 身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算 $\frac{300\text{点}}{200\text{点}}$ → 350点

➤ 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医学管理加算 650点 → 800点

専門性の高い精神医療の評価

➤ うつ病に対する精神専門療法の評価

⑨ 認知療法・認知行動療法 420点

➤ アルコール依存症に対する専門的治療の評価

⑨ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)
100点(31日以上60日以内)

在宅及び障害者歯科医療について

在宅歯科医療の推進

- 歯科衛生士による在宅療養患者に対する歯科衛生指導の充実
訪問歯科衛生指導料
(複雑なもの)350点 → 360点 (簡単なもの)100点 → 120点
- 在宅療養患者に対するよりきめ細かな歯科疾患の管理の充実
 - ⑨ 歯科疾患在宅療養管理料
(在宅療養支援歯科診療所の場合) 140点(月1回)
(その他の場合) 130点(月1回)

障害者歯科医療の充実

- 歯科衛生士による障害者に対する実地指導の充実
 - ⑨ 歯科衛生実地指導料2 100点(月1回)
- 障害者歯科医療の連携の促進(歯科診療所では歯科治療が困難であった障害者を病院歯科や口腔保健センター等が受入れ、治療を行った場合を評価)
 - ⑨ 障害者歯科医療連携加算 100点(初診時1回)

病院歯科機能の強化及び生活の質に配慮した歯科医療の充実

病院歯科機能の強化

➤ 地域歯科診療を支援している病院歯科の機能の強化

地域歯科診療支援病院入院加算（入院初日300点）の対象患者の拡大

在宅療養が必要な患者 → 在宅療養が必要な患者又は障害者である患者

有床義歯（入れ歯）の管理体系の見直し

➤ 歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科保険医療

機関の取組を評価（有床義歯の修理の加算を創設）

① 歯科技工加算 20点（義歯1個の修理の加算）

➤ 有床義歯の調整の評価を新設

① 有床義歯調整管理料 30点（月2回）

歯科固有の技術の評価について

歯科固有の技術の適切な評価

➤ う蝕(むし歯)、歯周病、有床義歯(入れ歯)等の評価の見直し

根管貼薬処置(歯の根の治療)

(単根管) 14点 → 20点

(3根管以上) 28点 → 30点

総義歯(総入れ歯) 2,050点 → 2,060点

歯周組織再生誘導手術(一次手術) 630点 → 730点

➤ 歯科診療報酬体系の簡素化(一部の技術を基本診療料に包括して評価)

歯科初診料 182点 → 218点

歯科再診料 40点 → 42点

スタディモデル 50点 → 廃止

歯科疾患管理料(1回目) 130点 → 110点(引下げ分)

新規の歯科医療技術の保険導入

➤ 歯周病の手術を行う際のレーザーによる歯石除去等を評価

⑧ 手術時歯根面レーザー応用加算 40点

手術以外の医療技術の適正な評価について

先進医療技術の保険導入(手術以外)

- 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、
**胎児心超音波検査及びHPV-DNA診断など
5項目の新規技術を保険導入**

新規保険収載提案技術等の保険導入(手術以外)

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の
保険導入及び既存技術の再評価を行う。
**イメージガイド下放射線治療(IGRT)、特殊光を用いた画像強調
観察を併用した拡大内視鏡検査など約170項目を評価**

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

- 新規医療材料等に対応する技術料の設定及び診療実態に即した
評価体系の見直し
**局所陰圧閉鎖処置、一酸化窒素吸入療法など
11項目において新設及び見直し**

再診料等の見直しについて

外来管理加算の見直し

- 時間の目安(いわゆる**5分ルール**)については**廃止**
- 「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、**要件を追加**
多忙等を理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状等の確認を行ったのみで継続処方を行った場合は算定不可

再診料の見直し

- **再診料**の病診統一

再診料(診療所)	71点	→	再診料	69点
再診料(病院)	60点			

地域医療貢献に対する評価

- 患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有している診療所を評価
(新) 地域医療貢献加算 3点(再診料に加算)

医療安全対策の推進について

医療安全対策の充実

➤ 医療安全対策の評価

医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

⑧ 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

➤ 感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取組の評価

⑧ 感染防止対策加算 100点

医薬品安全管理の充実

➤ 医薬品安全管理の評価

⑧ 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

医療機器安全管理の充実

➤ 医療機器安全管理の評価

医療機器安全管理料1 50点 → 100点

医療機器安全管理料2 1,000点 → 1,100点

人工腎臓の適正な評価について

評価体系の変更

- 外来/入院による区分から慢性維持透析/その他による区分へ
の見直し
- 薬価の引き下げに伴う**包括点数の見直し**

外来の患者 → 慢性維持透析の場合（区分変更）

4時間未満 2,117点 → 2,075点

4時間以上5時間未満 2,267点 → 2,235点

5時間以上 2,397点 → 2,370点

その他の場合 1,590点 → 1,580点

透析液水質確保加算

- **人工腎臓における合併症防止**の観点から、
使用する透析液について**より厳しい水質基準**
を達成した場合の評価

② **透析液水質確保加算 10点**



質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

診療報酬改定の反映

- 入院基本料の早期の加算の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、診断群分類点数表、医療機関別係数に反映

DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

- 調整係数による“上積み相当部分”のうち、**25%を新たな機能評価係数に置き換え**
- 以下の項目を新たな機能評価係数として導入
データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数

診断群分類点数表の設定方法の見直し

- 診断群分類分岐のさらなる精緻化
- 点数設定の階段見直し(2種類→3種類)
- DPCにおける包括範囲の見直し

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の再編成

➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

【現行】

【算定要件】25:1配置

ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



【改定後】

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

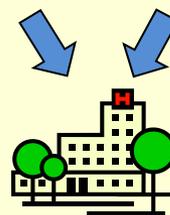
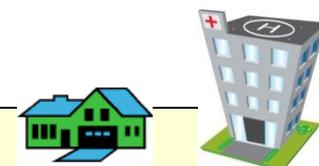
➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

初期加算の創設

➤ 後方病床機能の評価

⑧ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



疾患別リハビリテーションの充実

脳血管疾患に対するリハビリテーションの充実

➤ 脳血管疾患等リハビリテーションの評価の引き上げ

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点 → 245点(1単位につき)

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点 → 200点(1単位につき)

発症・術後早期の運動器リハビリテーションの充実

➤ 充実した体制による入院中の運動器リハビリテーションを評価

⑧ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175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

➤ 早期リハビリテーション加算の引き上げ

早期リハビリテーション加算 30点→45点(1単位につき)

維持期のリハビリテーション

➤ 介護保険によるリハビリテーションの提供状況等を踏まえ、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は継続

回復期リハビリテーション等の推進

回復期リハビリテーションの評価

- **回復期リハビリテーション病棟入院料**に、提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設けるとともに、評価を引き上げる

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点→1,720点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
- ・新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点→1,600点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること



亜急性期におけるリハビリテーションの充実

- **亜急性期病床**において充実したリハビリテーションを提供している場合を評価

⑨ リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

在宅医療の評価について

訪問診療の評価

- **患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料**の評価

往診料 650点 → 720点

- **小児に対する在宅医療**の評価

① 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

② 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で**地域の在宅医療を支える病院**の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- **入院医療から在宅医療への移行を推進**するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

③ 在宅移行早期加算 100点

訪問看護の推進について①

患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

①**末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者
2カ所→**3カ所**

②**特別訪問看護指示書の指示期間中**に週4日以上の訪問看護が**必要**な利用者
1カ所→**2カ所**

患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日)	7,050円	→	7,300円
(2日目～12日目まで)	2,900円	→	2,950円

安全管理体制:

- ① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。
- ② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

訪問看護の推進について②

乳幼児等への訪問看護の推進

➤ 乳幼児等への訪問看護の評価

⑨	乳幼児加算(3歳未満)	500円※ ¹ / 50点※ ² (1日につき)
	幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※ ¹ / 50点※ ² (1日につき)



訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、**ターミナルケア**を行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、**医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合**においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費※¹ / ターミナルケア加算※²

患者の状態に応じた訪問看護の充実

- **重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)**のある者を重症者管理加算※¹ / 在宅移行管理加算※²の対象として追加

※¹訪問看護療養費、※²在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

訪問看護の推進について③

患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者^(注)に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護の評価

⑧ 複数名訪問看護加算^{※1} / 複数名訪問看護・指導加算^{※2} (週1回)
(看護師等の場合) 4,300円^{※1} / 430点^{※2}
(准看護師の場合) 3,800円^{※1} / 380点^{※2}

(注)対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

患者に分かりやすく安全・安心を重視した調剤の推進

長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直し

- **一包化薬調剤料**について、内服薬調剤料との差を分かりやすくするため、**加算として整理した上で、長期投薬時の評価を適正化**

一包化薬調剤料 → 内服薬調剤料の一包化加算

7日ごとに89点 → 7日ごとに30点、57日分以上は一律270点を加算

※ 併せて、内服薬調剤料に31日分以上の区分(89点)を創設

ハイリスク薬(要注意薬)を服用する患者への指導

- 抗がん剤などの**ハイリスク薬**を服用する患者に対して**副作用の確認**や**必要な指導**を行う場合の加算を創設

(新) 特定薬剤管理指導加算 4点

調剤基本料の特例(通常40点→18点)の見直し

- **地域医療を支える薬局**に配慮し、特例の**要件**(処方せん受付回数が4,000回超/月) **を一部緩和**するとともに、**点数を引上げ**

調剤基本料(特例) 18点 → 24点

※ 処方せん受付回数から、時間外加算、訪問薬剤管理指導等に係る処方せんを除外

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の更なる使用促進

薬局における取組の評価等

- 後発医薬品の**調剤数量の割合**に応じて段階的な加算を適用
後発医薬品調剤体制加算 4点（処方せんベースの調剤率 30%以上）
→ 6点、13点、17点（数量ベースの調剤率 20, 25, 30%以上）
- 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、**含量違い又は類似した別剤形**の後発医薬品への変更調剤を認める
※ 変更後の薬剤料が増えないことと、患者の同意を得ることが条件
含量違いの例 : 処方薬(10mg 1錠) → 後発医薬品(5mg 2錠)
類似した別剤形の例: 処方薬(カプセル剤) → 後発医薬品(錠剤)

医療機関における取組の評価

- 後発医薬品の**品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価**した上で、**使用を進める**体制の評価（入院基本料への加算）
⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点
※ 採用品目数の割合が20%以上であること

検体検査の評価の充実について

検体検査管理加算(Ⅳ)の新設

➤ 大規模病院における手厚い検査体制の評価

現行		改定後	
検体検査管理加算(Ⅰ)	40点	検体検査管理加算(Ⅰ)	40点
検体検査管理加算(Ⅱ)	100点	検体検査管理加算(Ⅱ)	100点
検体検査管理加算(Ⅲ)	300点	検体検査管理加算(Ⅲ)	300点
		① 検体検査管理加算(Ⅳ)	500点

(臨床検査技師10名以上)

検体検査実施料の見直し

➤ 人手のかかる検査等の評価(医療技術評価分科会)

細菌培養同定検査など 約20項目を見直し

外来迅速検体検査加算

➤ 外来受診中に結果が判明し治療方針へ反映される迅速検査の評価

外来迅速検体検査加算(5件まで) 5点 → 10点

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

検体検査実施料の適正化について

- 衛生検査所等調査による実勢価格に基づく実施料の見直し

検体検査約620項目のうち
末梢血液一般検査など 約40項目を見直し

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

- 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術

早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,740点	→	長径2cm以上	7,000点
その他のポリープ・粘膜切除術	5,360点	→	長径2cm未満	5,000点

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

- 使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき

眼科学的検査(矯正視力検査、精密眼圧測定など)	5項目
耳鼻科学的検査(標準純音聴力検査など)	2項目
内視鏡検査(喉頭ファイバースコープなど)	2項目
皮膚科処置(いぼ冷凍凝固法など)	4項目

を見直し

エックス線撮影料

デジタル撮影の新設

- デジタル撮影はアナログ撮影と比較して多くの利点を有している。平成21年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別する。

E002 撮影

現行	
1 単純撮影	65点
2 特殊撮影	264点
3 造影剤使用撮影	148点
4 乳房撮影	196点



改定後		
1 単純撮影	イ アナログ撮影	60点
	ロ デジタル撮影	68点
2 特殊撮影	イ アナログ撮影	260点
	ロ デジタル撮影	270点
3 造影剤使用撮影	イ アナログ撮影	144点
	ロ デジタル撮影	154点
4 乳房撮影	イ アナログ撮影	192点
	ロ デジタル撮影	202点

電子画像管理加算

現行	
1 単純撮影	60点
2 特殊撮影	64点
3 造影剤使用撮影	72点
4 乳房撮影	60点



改定後	
1 単純撮影	57点
2 特殊撮影	58点
3 造影剤使用撮影	66点
4 乳房撮影	54点

※ デジタル映像化処理加算は廃止

コンピューター断層撮影診断料の見直し

評価体系の見直し

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい等の観点から、画像撮影の評価を見直す。また、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

現行	
1 CT撮影	
イ マルチスライス型の機器による場合	850点
ロ イ以外の場合	660点



改定後	
1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上、16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

現行	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1300点
2 1以外の場合	1080点



改定後	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1330点
2 1以外の場合	1000点

通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。



通則2 (中略) 当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤管理指導料退院時服薬指導加算

→ 退院時薬剤情報管理指導料



➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)