

中医協 総 - 1 - 1
2 3 . 1 0 . 5

中医協 実 - 2
2 3 . 9 . 7

平成23年9月7日

第17回医療経済実態調査（医療機関等調査）の
データ信頼性検証について

1. データ信頼性検証の経緯

- 第18回医療経済実態調査（医療機関等調査）の調査票の配布は、震災の発生を受け、調査対象となる被災地の医療機関等について、「発送対象外医療機関等」及び「要事前連絡被災地域医療機関等」（以下「震災配慮医療機関等」という。）を設定する配慮措置を講ずることを前提に、6月3日に開催された中医協総会において実施の決定をした。
- これらの配慮措置は、みずほ情報総研株式会社（以下「受託者」という。）が調査客体名簿を基に震災配慮医療機関等の選出作業を行い、事前連絡を行った上で調査票を発送する等の取扱いとなっていたにも関わらず、6月9日に要事前連絡被災地域医療機関等から連絡があり、事前連絡を行う前に再委託先である株式会社研恒社において震災配慮医療機関等に調査票を発送していたことが判明した。
- 誤送付の判明に伴い、受託者において、震災配慮医療機関等の確認を行ったところ、要事前連絡被災地域医療機関等について、郵便番号が「02X」から始まる地域に所在する医療機関等を要事前連絡被災地域医療機関等に分類していなかったことから、895件選出すべきところ、685件を選出していたことが判明した。
- この選出誤りは、エクセルシートの設定誤りという基本的作業ミスにより発生しており、今回調査と比較することとなる前回の医療経済実態調査も同じ受託者に委託していたことから、事務局において前回調査のデータ信頼性に関し、データ作成・処理状況の検証を行ったので報告する。

2. 残存資料の整理状況

(1) 受託者における状況

- 医療機関等から回収した調査票及び調査票の個別入力データ（電子媒体）（以下「集計用入力済データ」という。）については、受託者が履行すべき業務内容を規定している「第17回医療経済実態調査（医療機関等調査）の調査及び報告等業務委託要領」の規定に基づいて、委託業務終了時に厚生労働省に返却されているため、受託者には資料は残っていない。
- ただし、受託者が開発したプログラム及び作業マニュアル等のドキュメントは受託者が保管していた。

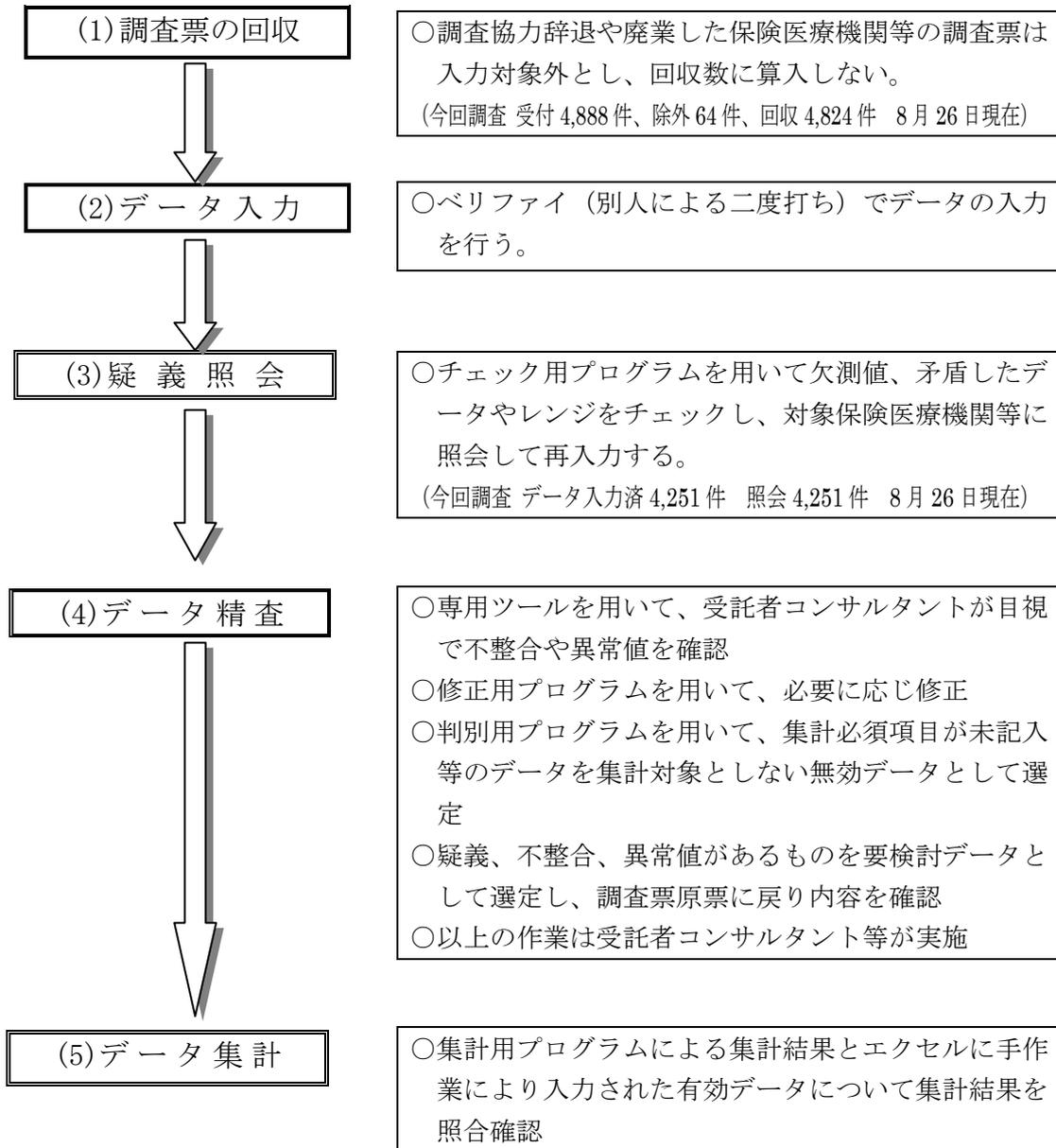
(2) 厚生労働省における状況

- 受託者から返却された調査票の保存期間については、統計法の規定に基づく総務大臣の承認に当たり、医療機関等から回収した調査票は調査実施日から1年未満、集計用入力済データは3年とされているため、既に調査票は廃棄しているが、集計用入力済データは保管している。

3. 検証のポイント

- 上記の残存資料の整理状況から、データ作成・処理状況の検証可能なポイントは次の二つである。
 - ・ データ作成について、チェック用プログラム、修正用プログラム及び判別用プログラム（以下「データ作成用プログラム」という。）や作業に関するドキュメントに前回調査の関係者へのヒアリング結果を補足して、作業プロセスの検証を行う。
 - ・ 集計結果について、受託者に対して厚生労働省で保管していた第17回医療経済実態調査（医療機関等調査）の集計用入力済データを提供し、改めて集計用プログラムによる集計を行うとともに、前回調査の担当者以外の者が集計用入力済データをエクセルにより手作業で各集計を行うことにより検証する。
 - ・ 以上については、厚生労働省が受託者から資料の提供を受けた上で聴取を行う手法で確認している。

【データ作成・処理状況の流れ】



(参考) 前回の調査票は、厚生労働省が提供した調査客体名簿に基づき全数配布しており、配布・回答・集計の状況は次のとおりである。

	配布数	回答施設数	集計施設数
病院	1,747 件	1,084 件	1,022 件
一般診療所	2,378 件	1,167 件	1,047 件
歯科診療所	1,100 件	747 件	661 件
保険薬局	1,539 件	1,109 件	966 件

4. 検証結果

- データ作成の作業プロセスの検証結果については、別紙のとおりである。
また、データ作成用プログラムについて、論理チェック、レンジチェック、補正等の設定を前回調査の担当者以外の者が確認し、正常に作動し適切に処理が行われていることを確認した。
- 集計結果の検証結果については、集計用入力済データを改めて集計用プログラムにより集計した数値及び集計用入力済データをエクセルにより手作業により集計した数値がともに前回報告値と一致した。

5. 検証結果に対するコメント

- データ作成処理状況について、事務処理ミスが発生しないよう講じられていた主な対策は以下のとおりである。
 - ・ 調査票の回収段階では、除外する調査票についてダブルチェックを行っている。
 - ・ データ入力段階では、ベリファイによる入力に加え、チェック用プログラムによる整合性・異常値の検出及び対象保険医療機関等への疑義照会を行うとともに、後続処理においても調査票と入力データの再チェックによる確認を行っており、より精度の高いデータとなるよう処理を行っている。
 - ・ データ精査段階では、専用ツールを用いてコンサルタントが目視によりエラー箇所を複数回チェックして精査漏れがないようにするとともに、無効データや要検討データはダブルチェックを行い、データの取り違え、見落としがないようになっている。また、データ修正は、手作業で入力せず、修正用プログラムを用いて行い、入力結果についてダブルチェックを行っている。
なお、無効データの判別用プログラムは、後続処理のデータ集計の際、確認者が立ち会って実行済みであること確認している。
- 集計プログラムについては、作成や修正を行う都度、テストデータによりプログラムでの集計とエクセルの機能を利用した手作業での集計を行い確認するとともに、実際のデータ集計段階においても、集計プログラムによる数値とエクセルの機能を利用した手作業での集計の数値が一致することを確認しており、今回の検証においても誤りはなかった。
- 以上のことから、事務局としては、今回調査が確実に行われるよう、受託者に対し、今まで以上に慎重に取り組み、事務処理ミスが発生しないよう指導するとともに、厚生労働省職員が適宜現地に赴き確認するなど管理監督に努めることとする。

データ作成処理状況について

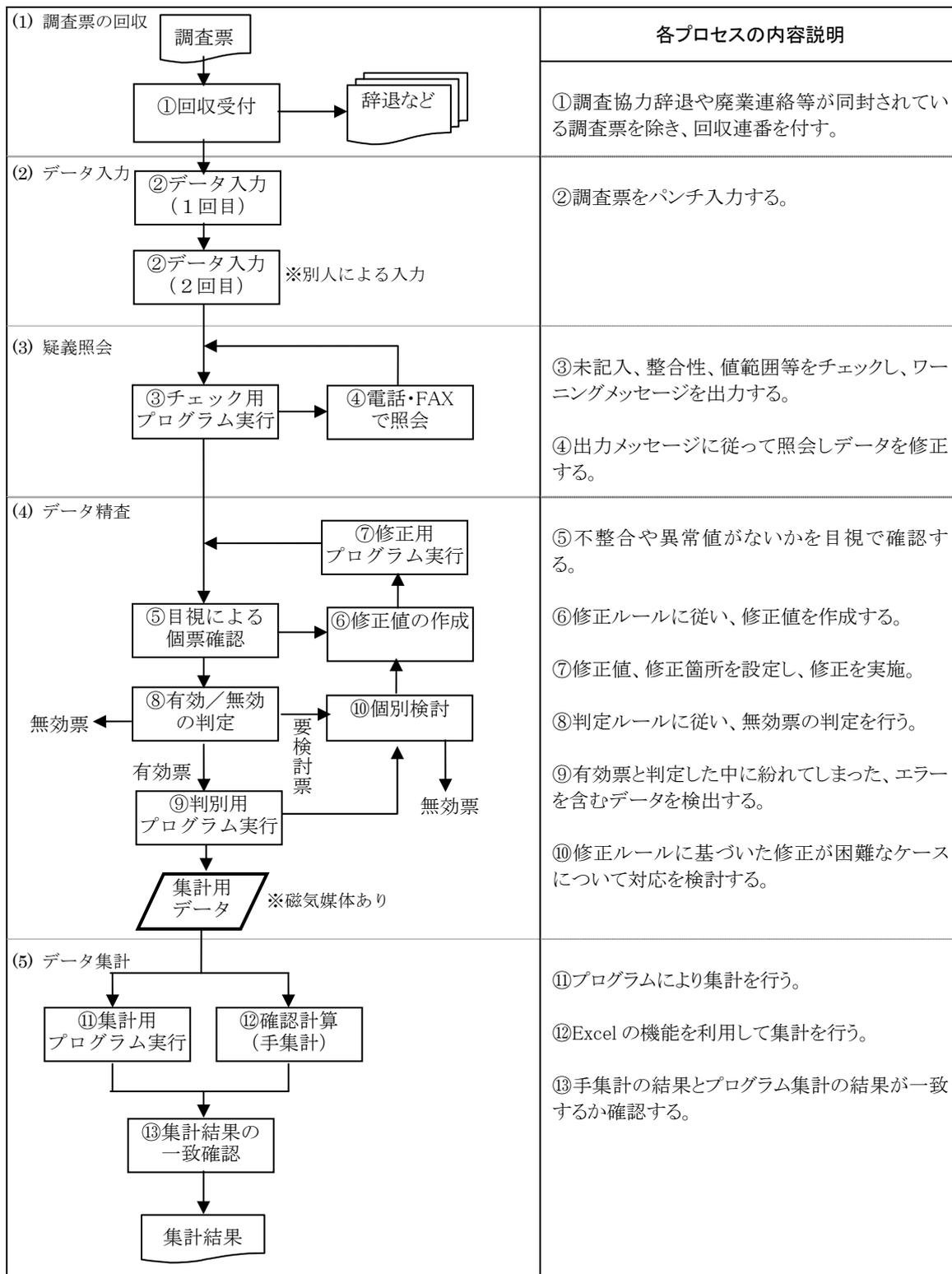
番号	プロセス	内 容	想定されるミス	講じられていた対策
1	調査票の回収	<p>○収支の記入がないに等しく、問い合わせをしても回答が見込めそうにない調査票、調査辞退や廃業など調査対象外の調査票を除外する。</p> <p>○調査票の記入内容についてチェックを行い、薄い字、読みにくい字などの補正、文字での記入を数字に置換、合計は記入されているが、その内訳で記入がない場合に明らかに「0」とわかる箇所に「0」と記入するなど補正を行う。</p>	○別の調査票を除外する。	○除外した調査票を再度チェックしている。
2	データ入力	○ベリファイ(別人による二度打ち)でデータの入力を行う。	○誤って入力を行う。	○後続作業の疑義照会、データ精査で調査票の記入内容と入力データの確認を行っている。
3	疑義照会	<p>○チェック用プログラムにより、未記入項目、内訳と合計や同一の勘定科目の箇所など関連する項目の整合性、回答値の範囲をチェックし、疑義を洗い出し、警告メッセージを出力する。</p> <p>○警告メッセージが出力されたデータの内容について、電話又は照会票によりFAXで保険医療機関等に照会を行い、回答を調査票に記録の上、必要であれば専用ツールによりデータの修正を行う。</p>	<p>○プログラムチェックを行わない。</p> <p>○データの修正を誤る。</p>	<p>○後続作業のデータ精査で全てのデータを一括してチェック用プログラムにかけている。</p> <p>○入力結果を印刷して、入力した者とは別の者が入力結果をチェックしている。</p>

番号	プロセス	内 容	想定されるミス	講じられていた対策
4	データ精査	<p>○不整合や異常値の確認について、専用ツール及びコンサルタントの目視によりデータの精査を行う。</p> <p>○電話・FAXによる照会によっても無回答で整備できなかった項目、合計の不一致などの項目、不整合、異常値の内容を確認の上、必要に応じて修正を行う。</p> <p>○これまでのプロセスを経ても集計の必須項目が空欄となっているデータについては無効データとする。 また、電話・FAXによる照会で整備できなかった疑義や不整合や異常値のままとなっている以下のようなデータについては要検討データとし、その調査票の照会状況、修正履歴やエラー等の内容を確認の上、取扱いを厚生労働省に協議する。 ・入院診療収益がある有床診療所で、給食用材料費と委託費ともに「0」となっている。 ・常勤の給料と非常勤の給料が分けられないために給与費の合計は記入されているが、職種別の給与費は未記入となっている。 ・透析センターがあり、他の診療所と比較して収益額が非常に大きい。 ・複数の病院を運営している医療法人の税金額が記入されているが、調査対象保険医療機関等に按分することができない。</p> <p>○判別用プログラムにより以下のような無効データを判別する。 ・同一保険医療機関等データの重複 ・必須項目の欠損 ・収益合計の「0」 ・内訳の合算値と合計欄の値の不一致</p>	<p>○検出されているエラーを見落とす。</p> <p>○誤って修正を行う。</p> <p>○有効データを無効とする。</p> <p>○無効データを有効と判定する。</p> <p>○要検討データを見落とす。</p> <p>○判別用プログラムによるチェックを行わない。</p>	<p>○データ精査中は何回でも専用ツールを通し、エラー箇所を再チェックしている。 ○修正データを入力した者とは別の者が、修正内容を確認している。</p> <p>○無効と判定した者とは別の者が内容を確認した上で、プロジェクトリーダーが確認を行っている。</p> <p>○後続作業の判別用プログラムを実行することで無効データを判別している。 ○複数の者が要検討データを選出した結果を突合する。また、後続作業でチェック用プログラムにより重大なエラーが残っていないか確認を行っている。</p> <p>○後続作業の集計の際、確認者が立ち会って判別用プログラムの実行後に集計されていることを確認している。</p>
5	データ集計	<p>○無効データを集計対象外とし、集計用プログラムにより集計を行う。</p>	<p>○プログラムミスにより集計を誤る。</p>	<p>○エクセルにより手集計を行い、プログラムによる集計結果と一致するか確認を行っている。</p>

第 17 回医療経済実態調査におけるデータの信頼性検証について

1. データ作成・処理手順

医療経済実態調査の集計表は、(1) 調査票の回収、(2) データ入力、(3) 疑義照会、(4) データ精査、(5) データ集計の手順で作成する。



2. 検証のポイント

○調査原票の取扱

⇒契約に基づき、受託者から厚生労働省に返却後、厚生労働省文書管理規定に基づき廃棄済み。

○集計用データ作成までのデータの取扱

⇒プロセス①からプロセス⑩までの過程で作成したデータや入手した情報等は、契約に基づき、受託者にて消去済または廃棄済。ただし、受託者が開発したプログラムおよび受託者が作成したドキュメント等は受託者で保管。

○集計用データの取扱

⇒契約に基づき、受託者から厚生労働省への納品物として、厚生労働省で保管。

○当時の関係者へのヒアリング

⇒受託者において、第17回医療経済実態調査の作業関係者（受託者の社員および派遣社員、再委託先の担当者）へヒアリングを実施。作業内容に対する各々のコメントを整理することにより、受託者が保管しているドキュメント等を補足。

検証のポイントは集計用データ作成の前後で二つに分かれる。

I. 調査票の回収受付から集計用データを作成するまでは、調査票や集計用データを作成するまでの途中過程の情報がすでに破棄されているため、再現が不可能である。このような制約のもと、受託者が保管しているプログラムや作業内容に関するドキュメント等に対して、第17回医療経済実態調査の関係者へのヒアリングで得られた情報を付加する。このように、細かい作業プロセスの各々に対して、内容や処理手順をまとめることで、データ作成過程の信頼性を検証する。

→ 詳細内容を p.3～p.6 に示す。

II. 集計用データから集計結果を作成するまでは、集計結果が正しいことを検証する。具体的には、集計用データを集計用プログラムに入力した結果が公表値と一致すること、および、前回調査の担当者とは異なる者が、集計用データから手計算で各集計項目を求め、集計結果と一致することを確認する。

→ 確認結果を p.7 に示す。

3. 前回調査における集計用データ作成までの作業プロセス

各作業プロセスは、過去の作業内容を踏襲している。調査票や集計項目の見直しを行う場合などには、各作業プロセスの内容変更が必要となるが、逐次厚生労働省と適正な方法を協議して、処理ロジックとして蓄積している。

以下に第17回医療経済実態調査の作業プロセスごとの内容及び想定されるミスと対処方法を示す。

番号	プロセス名	内容	想定されるミス（●）と対処方法（⇒）
①	回収受付	<ul style="list-style-type: none"> ・記入不完全、辞退、対象外の調査票を除外。 ・再委託先から、日々の回収状況をメールで報告を受ける。 <p>【参考】別添資料1 回収受付の手順について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●除外してはいけない調査票を、間違っ除外してしまう。 <p>⇒除外された調査票を再チェックする。ミスが発見された場合は取扱いを修正し、回答扱いとする。</p>
②	データ入力	<ul style="list-style-type: none"> ・ベリファイ実施（別人による二度入力）。 ・エクセル形式で作成。 <p>※作業ミス防止のための工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ★内容が分かり易いラベル名 ★調査票の並び順で配置 ★グループ化して色分け <p>※エクセルを使用するメリット</p> <ul style="list-style-type: none"> ★操作に慣れている人材の配置が可能 ★プログラムによる集計や図表作成が容易 	<ul style="list-style-type: none"> ●入力データの一部でベリファイが実施されていない。 <p>⇒ファイル作成する際に、ベリファイが実施されていないデータがあれば、ワーニングメッセージが表示される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●二度入力した内容が一致しない。 <p>⇒同じ内容を続けて4回入力しなければ訂正できないような仕組みになっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ベリファイしても入力ミスの発生率はゼロにはならない。 <p>⇒後続作業で原票の記入内容を確認しており、入力ミスが発見された場合は、複数の者が確認した上で訂正している。</p>
③	チェック用プログラム実行	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを実行することで、未記入の項目や、整合性や回答値の範囲に対する疑義を洗い出す。 <p>【参考】別添資料2 照会 FAX シート（オペレータ研修用）</p> <p>別添資料3 照会時のチェック内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●データ入力が完了した順に作業を行うことから、チェック用プログラムが実行されずに処理が進んでしまうデータがある。 <p>⇒後続の作業であるデータ精査の最初のプロセスで、全てのデータを一括してチェック用プログラムにかける。</p>

番号	プロセス名	内容	想定されるミス（●）と対処方法（⇒）
④	電話・FAXで照会	<ul style="list-style-type: none"> ・照会した結果を調査票に書き込んで記録。 ・データの修正は専用ツールを使って行う。 ※入力画面上で③のチェック用プログラムが実行でき、リアルタイムでの再チェックが可能 ・再委託先での業務実施状況を確認するために複数回訪問。 <p>【参考】別添資料4 照会作業マニュアル</p>	<p>●照会で訂正されたデータの入力時にミスをする。 ⇒入力した結果を印刷（プリンタに出力）して、入力した者とは別の者が入力内容についてチェックする。入力ミスが確認された場合、入力者に差し戻し、ミス内容を確認の上、入力者が訂正を行う。</p>
⑤	目視による個票確認	<ul style="list-style-type: none"> ・調査票の種類ごとに担当者を配置し、各票の不整合や異常値項目などについて、後続の修正工程（⑥、⑦）で修正可能かどうかを判断する。 ・個票の確認は専用ツールを使って行う。 ※調査票のレイアウトイメージでデータを表示。 参考情報として損益構成比率を表示するなど見やすく工夫。 ・修正工程（⑥、⑦）で正しく修正されているかどうかについて目視により個票単位で確認する。 	<p>●チェック用プログラムで検出されているエラーを見落とす。 ⇒チェック用プログラムを実行した後でデータ精査の専用ツールの画面上に表示させることで、専用ツールの画面上にエラー箇所が表示される。</p>
⑥	修正値の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・⑤の段階で修正可能と判断されたエラー項目について、修正ルールに従って修正値を作成する。 	<p>●データ精査で見つかった修正部分に対して、修正用プログラムを実行する際に、間違った修正をする。 ⇒修正用プログラムを実行する際に、修正データを入力した者とは別の者が、修正された内容に間違いがないことを確認する。</p>
⑦	修正用プログラム実行	<ul style="list-style-type: none"> ・修正プログラムにより、⑥で作成した照会不調等の箇所の修正値を反映する。 	

番号	プロセス名	内容	想定されるミス（●）と対処方法（⇒）
⑧	有効／無効の判定	<ul style="list-style-type: none"> ・集計必須項目が未記入等であるデータについては、プロジェクトリーダーの確認後、無効票とする。 ・無効票以外の票で、④の照会工程で照会不調等により照会しきれなかった疑義、⑥および⑦の修正工程において修正されなかったエラーが残る票を要検討票とする。 <p>※要検討票の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ★入院診療収益がある有床診療所で、給食用材料費と委託費がともにゼロとなっている。 ★常勤の給料と非常勤の給料が分けられないために、給与費の合計は分かるが職種別の給与費は分からない。 ★透析センターを持っており、他の診療所と比較して収益額が非常に大きくなっている。 ★複数の病院をもっている医療法人の税金が記入されていて、税金を調査対象病院に按分することができない。 ★開業1年未満などの理由で、6月分は書けても事業年度分は書けない、あるいは書けても1年に満たない。 <p>【参考】別添資料5 無効判定について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●有効票とすべき票を無効と判定する。 ⇒無効と判定した者とは別の者が、内容に間違いがないことを確認した後、さらにプロジェクトリーダーが確認する。 ●無効票とすべき票を有効と判定する。 ⇒後続の判別用プログラムを実行することで確認する。 ●要検討票とするべき票を、無効または有効と判定する。 ⇒複数の者が要検討票をピックアップした結果を突き合わせることで、見落としがないようにしている。また、チェック用プログラムを実行して、重大なエラーが残っていないかを確認する。

番号	プロセス名	内容	想定されるミス（●）と対処方法（⇒）
⑨	判別用プログラム実行	<ul style="list-style-type: none"> ・⑧で無効と判定されたデータを集計対象外とする。 ・下記の内容等をチェックする。 <ul style="list-style-type: none"> ★同一施設が重複して含まれていないか ★必須データが欠損していないか ★医業収益合計がゼロになっていないか ★内訳の合算値と合計の値に不一致がないか 	<ul style="list-style-type: none"> ●判別用プログラムの実行を失念する。 <p>⇒判別用プログラムの実行漏れが無いように、判別用プログラムと集計用プログラムを同一のメニュー画面から実行するようにしている。また、集計の際には、確認者が立会って判別用プログラムの実行後に集計が実行されていることをチェックしている。</p>
⑩	個別検討	<ul style="list-style-type: none"> ・⑧で要検討票と判定されたものについて原票に戻り照会状況や修正履歴、エラー等の内容を確認した上で医療課と協議する。 <p>【参考】別添資料5 無効判定について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●照会状況や修正履歴等の記録状況が不十分なために再度照会の必要が発生する。 <p>⇒照会作業マニュアルに従い、照会状況や修正内容は調査票に詳細な記録を残している。また、データ精査の過程で発生するデータ修正は、直接手作業でデータを修正せずに、修正用プログラムへの入力データとしてすべて履歴を保存している。</p>

4. 集計表作成部分の確認

- ①集計用データを集計用プログラムに入力した結果が、公表されている集計結果と一致することを確認した。
- ②前回調査の担当者とは異なる者が集計用データを手作業で再集計し、公表されている集計結果と一致することを確認した。

<集計用データをもとに手集計した結果の例>

<前回集計表の例>

一致を確認

一般病院 (集計1) (1施設当たり損益)

	法人・その他													
	医療法人				国立				公立					
	金額	構成比率	金額の伸比率	金額	構成比率	金額の伸比率	金額	構成比率	金額の伸比率	金額	構成比率	金額の伸比率		
	19年6月	21年6月	19年6月	21年6月	19年6月	21年6月	19年6月	21年6月	19年6月	21年6月	19年6月	21年6月		
I 医療収益	136,877	154,428	99.8	99.9	12.8	447,493	486,173	100.0	8.6	358,665	360,788	99.9	99.9	
1. 入院診療収益	92,367	104,733	67.4	67.8	13.4	357,457	387,247	79.9	8.3	241,533	238,567	67.3	66.1	
2. 特別の療養環境収益	1,849	2,028	1.3	1.3	9.7	5,012	6,522	1.1	1.3	3,262	2,973	0.9	0.8	
3. 外来診療収益	39,535	42,075	28.8	27.2	6.4	81,841	90,161	18.3	18.5	105,816	105,562	29.5	29.2	
4. その他の医療収益	3,126	5,591	2.3	3.6	78.9	3,182	2,243	0.7	0.5	8,054	13,686	2.2	3.8	
II 介護収益	248	158	0.2	0.1	-36.3	0	0	0.0	-	216	213	0.1	0.1	
III 医療・介護費用	135,242	151,345	98.6	97.9	11.9	445,940	475,916	99.7	6.7	423,473	416,970	118.0	115.5	
1. 給与費	74,718	82,995	54.5	53.7	11.1	236,914	256,678	52.9	8.3	217,569	218,322	60.6	60.5	
2. 医薬品費	14,943	16,619	0.9	10.8	11.2	62,005	61,506	13.9	12.7	58,396	55,726	16.3	15.4	
3. 給食用材料費	1,411	1,887	1.0	1.2	33.7	6,223	5,666	1.4	1.2	2,985	2,435	0.8	0.7	
4. 診療材料費・医療消耗器具備品費	10,559	12,441	7.7	8.0	17.8	39,480	50,026	8.8	10.3	42,193	41,092	11.8	11.4	
5. 委託費	7,710	8,517	5.6	5.5	10.5	19,322	26,953	4.3	5.5	32,016	32,868	8.9	9.1	
6. 減価償却費	5,938	5,273	4.3	3.4	-11.2	24,083	32,060	5.4	6.6	33.1	27,814	7.6	7.7	
(再掲)建物減価償却費	2,523	2,286	1.8	1.5	-9.4	6,763	9,113	1.5	1.9	34.7	13,828	3.9	3.7	
(再掲)医療機器減価償却費	1,827	1,432	1.3	0.9	-21.6	5,833	14,966	1.3	3.1	156.6	11,898	3.4	3.3	
7. 設備関係費	7,594	8,372	5.5	5.4	10.2	14,971	13,788	3.3	2.8	-7.9	12,351	13,739	3.4	3.8
8. 経費	10,904	14,054	8.0	9.1	28.9	28,479	26,294	6.4	5.4	-7.7	27,731	22,430	7.7	6.2
9. その他の医療費用	1,465	1,188	1.1	0.8	-18.9	14,462	2,945	3.2	0.6	-79.6	2,912	2,545	0.8	0.7
IV 損益差額 (I + II - III)	1,883	3,241	1.4	2.1	-	1,552	10,257	0.3	2.1	-	-64,592	-55,969	-18.0	-15.5
V その他の医療・介護関連収益	2,484	3,234	1.8	2.1	30.2	8,384	12,006	1.9	2.5	43.2	48,754	61,811	13.6	17.1
VI その他の医療・介護関連費用	2,868	3,795	2.1	2.5	32.3	17,148	12,595	3.8	2.6	-26.6	13,480	14,986	3.8	4.2
VII 総損益差額 (IV + V - VI)	1,499	2,679	1.1	1.7	-	-7,212	9,668	-1.6	2.0	-	-29,318	-9,145	-8.2	-2.5
VIII 税金	2,050	2,358	1.5	1.5	15.0	0	0	0.0	-	68	204	0.0	0.1	
IX 税引後の総損益差額 (VII - VIII)	-551	321	-0.4	0.2	-	-7,212	9,668	-1.6	2.0	-	-29,386	-9,348	-8.2	-2.6
施設数	304	274	-	-	-	17	23	-	-	-	103	114	-	-
平均病床数	132	138	-	-	-	406	419	-	-	-	273	266	-	-

回収受付の手順について

1 作業フロー

1) 調査票受取記録への記入

通数を数え、「調査票受取記録」(別紙1)に通数を記入する。

2) 開封

開封する。開封後、封筒中の冊子を分けると、施設がわからなくなる可能性があるので注意。調査票以外はすべて施設番号を記入する。

- ・調査票表紙に、「回収媒体」と「回収日」を青字でコーディング(P-3参照)する。
- ・減価償却資産調3ページ上の施設番号に記入がなかったら青ペンで記入する。
- ・「計算用」の補助票に記入があったら、表紙右上の余白に施設番号を記入する。補助票に記入している数値が調査票に転記されているか確認し、記入がなければ青ペンで転記する(余白に補助票から転記した旨を記入しておく)。
- ・記入のある減価償却資産調と補助票は、ナンバリングするまで調査票表紙の次に、はさんでおく。

3) 種類別に分ける

以下の①～④に分類する。送付状だけのものは別にまとめ、紙ケースに入れる。不能理由が書いてある送付状、手紙、メモ書きは、調査票表紙にホッチキス留め。それ以外の手紙等は、右上の余白に施設番号を記入し、送付状といっしょにケースに入れる。

- ①調査票(及び記入のある減価償却資産調と補助票)
- ②記入要領、記入例、まったく記入のない減価償却資産調・補助票
- ③送付状、手紙(右上の余白に施設番号を記入)
- ④空の封筒(ダンボールに入れて保管)。

4) 除外する調査票の処理

- ・記入が(ほとんど)ない調査票は、調査票表紙右上の余白に「不完全」、「辞退」、「対象外」と鉛筆で大きく記入する。
- ・除外対象の分類は、下表に従う(送付状や手紙に辞退の理由等が記入されている場合は、ホッチキス留めしておく)。理由も何も書いてないものは「辞退」とする。
 - ・「記入不完全」は第2(収支)の記入がないに等しく、問合せをしても回答が見込めそうにないもの(判断に迷うものは報告)。

除外の判断基準

扱い	分類	内容(例)
記入不完全	不完全	第2(収支)の記入がほとんどない
辞退	回答辞退	〇〇で忙しい、理由のない未記入
対象外	廃業	廃業、閉院、閉店
	休業等	休業中、6月のほとんどが休業日
	対象外	保険診療をしていない、特定人のための施設
	機関種別変更	病院が診療所になった
	県外転居	都道府県外に転居
	宛先不明	郵便が届かずに戻ってきたもの

5) 減価償却資産調の計算要・不要のチェック（病院以外）

減価償却費について、建物・機器・その他のいずれか一つでも計算が必要な場合は、調査票表紙の右下に「補助票あり」のシールを貼る。計算が必要な場合とは以下の通り。

- （必要）・調査票に金額の記入がなく（または0が記入されていて）、資産調に記入があるもの。
- （不要）・調査票に金額の記入があり、資産調に記入があるもの（調査票の数値が0でなければ、調査票の数値を優先する）。
- ・資産調の1ページが「記入は不要です。」で終わっているもの。→調査票に0があるか確認。なければ0を記入し、余白に「資産調より転記」と記入する。

6) 調査票の記入内容チェック

調査票の記入内容をチェックする（訂正等はすべて青ボールペンで行い、修正液・修正テープは使用しない）。

- ・薄い字、読めない字、まぎらわしい字などを訂正する。
- ・合算の記入があった場合は、小フセンをつける（調査票横にとれないように）。
- ・基本的にありえない小数点以下があったら小フセンをつける。
- ・例えば、欄外に合計値であることの記入があり、内訳に記入がない場合など、明らかにゼロとわかる箇所はゼロを記入する。判断に迷うものは無理にゼロを記入しない。
- ・以下は、ブランクであってもゼロを記入しない。

※国公立病院の設備関係費（減価償却費）、特別損益、補助金・負担金。

公立施設の資産・負債、租税公課、税金。

- ・一般診の第1の「2 主たる診療科目」に、診療科目を文字で記入している場合は、「記入要領」P3の番号を枠の右にコーディング。2つ以上記入がある場合は、一番左を生かす（残す）。
- ・薬局の第1の「1 開設主体」に記入がなく、表紙の宛名シールに（株）、（有）などがあり、法人であることが明らかな場合は、「1. 法人」の「1」を枠内に記入する。

7) ナンバリング（連番付与）

記入のある調査票の右上（○医の上）にナンバリングする。番号は、以下の通り。

病 院	90001～
一般診	80001～
歯科診	70001～
薬 局	60001～

- ・記入のある減価償却資産調と補助票は、表紙の右上にナンバリングの数値を記入する。
- ・減価償却資産調を抜いて、計算が必要なもの（調査票に「補助票あり」のシールを貼ったもの）と不要なものに分け、別に紙ケースに保管する。
- ・記入のある「減価償却資産調」は、種類別、ナンバリング番号順にケースに保管する。
- ・記入のある「その他費用」計算用補助票は、種類別、ナンバリング番号順にケースに保管する。
- ・「ナンバリング管理簿」（別紙2）に、その日にナンバリングした番号を記入する。

8) 回収登録ファイルへの入力

すべての回収票（除外したものを含む）について入力する。入力項目は、以下の通り。

報告媒体	1：紙	2：アップロード	3：メール添付	
回収日	回収した年月日			
回収状態	1：辞退	2：対象外	3：記入不完全	受付票は空欄
変更	1：施設名変更	2：所在地(〒)変更	3：両方変更	変更なしは空欄
	※コードを入力した後、変更された施設名、所在地を入力			
備考	調査票のだぶり、特別な事例など			

2 辞退・対象外などの除外の判断基準

ナンバリング前に除外する調査票の扱いは下表のとおりとする。判断基準は以下のとおりである。

- ・「辞退」は「忙しくて回答できない。」など回答辞退の理由が記入されているもの。また、理由が記入されていない白票も「辞退」とする。
- ・「記入不完全」は、第2（収支）の記入がないに等しく、問合せをしても回答が見込めそうにないものとする。
- ・「回答の見込み」は、「空白部分は回答不可。」などの記入がないものとする。
- ・6月、直近事業年（度）のいずれかが記入されている、もしくは空白でも回答の見込みがあれば、除外対象とはせずにナンバリングに回す。
- ・「収益」と「費用」は、6月、直近事業年（度）のいずれかで「収益」と「費用」の両方が記入されている、もしくは空白でも回答の見込みがあれば、除外対象とはせずにナンバリングに回す。
- ・回収時点では、「収益」と「費用」のいずれかに全く記入がなくても、他の第1、第3以降の記入がしっかりされていれば、除外対象とはせずにナンバリングに回す。
- ・除外の判断において、第2以外（第1、第3以降の記入）の記入状況は、上記の場合を除き、基本、考慮しない。

除外の判断基準（再掲）

扱い	分類	内容（例）
記入不完全	不完全	第2（収支）の記入がほとんどない
辞退	回答辞退	〇〇で忙しい、理由のない未記入
対象外	廃業	廃業、閉院、閉店
	休業等	休業中、6月のほとんどが休業日
	対象外	保険診療をしていない、特定人のための施設
	機関種別変更	病院が診療所になった
	県外転居	都道府県外に転居
	宛先不明	郵便が届かずに戻ってきたもの

3 その他の特記事項

- ・回収受付時の調査票等への記入は、すべて青ボールペンとする（疑義照会時に赤ボールペンを使用するため）。
- ・アップロードファイルの白票は、テストでアップロードしたと想定されるケースが多いため、辞退とせず、回収登録も行わない。
- ・アップロードファイルが回答途中（一部回答有り）の場合は、対象施設に電話により、回答途中のものか、回答済みのものを確認した後、回収登録を行う。

調査票受け取り記録

	送付	アップロード
7/1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

	送付	アップロード
8/1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

< 調査票の原票 >

第2 損 益

★ 以下は、照会作業の研修用の模擬データ(病院)です。

I 医業収益

科 目	金額 (平成21年6月分)					金額 (直近の事業年(度))													
1 入院診療収益(患者負担含む)	1	4	8	7	8	7	0	3	5	6	6	3	4	2	3	1	4	5	5
2 特別の療養環境収益	2									7	1	9	5	1	6	0	4	2	
3 外来診療収益(患者負担含む)	3	2	8	4	5	4	8	1	3	8	3	6	9	9	1	2	5	6	9
4 その他の医業収益	4	1	4	1	2	3	4	5	0	9	1	8	3	6	0	4	8	5	
医業収益合計	5	8	0	1	5	5	4	2	7	10	1	0	4	2	0	2	0	5	5

II 介護収益

科 目	金額 (平成21年6月分)					金額 (直近の事業年(度))													
1 施設サービス収益	11									16	1	9	6	6	0	4	9	2	8
2 居宅サービス収益	12									17	1	6	0	4	9	3	7	1	
(うち)短期入所療養介護分	13									18	6	0	9	6	8	7	0		
3 その他の介護収益	14									19	6	5	1	6	0	4	8	5	
介護収益合計	15	2	1	3	7	0	3	6	8	20	2	7	7	8	1	4	7	8	4

※ 病院として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

III その他の収益

科 目	金額 (平成21年6月分)					金額 (直近の事業年(度))													
1 受取利息及び配当金		記入不要					22					7	9	6	0	4	2		
2 その他の収益	21	1	2	5	1	2	3	4		23	1	6	2	6	6	0	4	2	
その他の収益合計		記入不要					24	1	7	0	6	2	0	8	4				

IV 医業・介護費用

科 目	金額 (平成21年6月分)					金額 (直近の事業年(度))													
1 材料費																			
(1) 医薬品費	25	1	1	0	1	2	3	4	5	34	1	4	3	1	6	0	4	8	5
(2) 診療材料費・医療消耗器具備品費	26	6	0	1	2	3	4	5		35	7	8	1	6	0	4	8	5	
(3) 歯科材料費	27			2	0	1	2	3		36		2	6	1	5	9	9		
(4) 給食用材料費	28	1	5	0	1	2	3	4		37	1	9	5	1	6	0	4	2	
2 給与費 (「第3 給与」の71欄の金額を記入してください。)		記入不要					38	7	2	1	6	6	0	4	8	5			
3 委託費	29	5	4	8	8	7	6	1		39	7	1	3	5	3	8	9	3	
4 設備関係費		1	1	0	4	0	7	3	7	40	2	0	7	0	5	2	9	7	
(うち)減価償却費		記入不要					41	4	9	4	4	8	1	2					
(うち)建物減価償却費		記入不要					42	2	3	4	1	6	0	4	2				
(うち)医療機器減価償却費		記入不要					43	1	4	3	1	6	0	4	2				
(うち)土地賃借料	41	1	2	1	2	3	4	5		44	1	5	7	6	0	4	8	5	
5 経 費	32				7	3	1	3		45	9	5	0	7	6	5	2	7	
6 その他の医業・介護費用	33	2	2	1	0	1	2	3		46	2	8	7	3	1	5	9	9	
医業・介護費用合計		記入不要					47	1	3	0	1	4	5	0	6	0	0		

V その他の費用

科 目	金額 (平成21年6月分)					金額 (直近の事業年(度))													
1 支払利息		記入不要					49	1	9	9	7	0	8	8	8				
2 その他の費用	48	8	5	2	1	9				50									

VI 特別損益

科 目	金額 (平成21年6月分)					金額 (直近の事業年(度))													
1 特別利益		記入不要					51	3	9	8	3	5	3	8					
2 特別損失		記入不要					52	8	3	0	5	3	7	5					

VII 補助金・負担金等

科 目	金額 (平成21年6月分)					金額 (直近の事業年(度))													
1 人件費補助		記入不要					53												
2 運営費補助		記入不要					54	3	5	0	6	2	8						
3 設備費補助		記入不要					55	5	2	5	6								

<照会 FAX シート 第2 損益①>

91085 H99-999

第2 損 益 (その1)

I 医業収益

科 目	調査票ご記入内容	訂正欄	チェックメッセージ
(平成21年6月分)			
1 入院診療収益 (患者負担含む)	① 48,787,035 円	円	
2 特別の療養環境収益	② 円	円	●記入がありません。ご記入下さい。
3 外来診療収益 (患者負担含む)	③ 28,454,813 円	円	
4 その他の医業収益	④ 14,123,450 円	円	・値が大きいに思われます。
医業収益合計	⑤ 80,155,427 円	円	●合計値が、計算した値 <91,365,298> と異なります。
【直近の事業年(度)】			
1 入院診療収益 (患者負担含む)	⑥ 634,231,455 円	円	
2 特別の療養環境収益	⑦ 19,516,042 円	円	
3 外来診療収益 (患者負担含む)	⑧ 369,912,569 円	円	
4 その他の医業収益	⑨ 18,360,485 円	円	
医業収益合計	⑩ 1,042,020,551 円	円	

II 介護収益 (※)

科 目	調査票ご記入内容	訂正欄	チェックメッセージ
(平成21年6月分)			
1 施設サービス収益	⑪ 円	円	●記入がありません。ご記入下さい。
2 居宅サービス収益	⑫ 円	円	●記入がありません。ご記入下さい。
(うち) 短期入所療養介護分	⑬ 円	円	●記入がありません。ご記入下さい。
3 その他の介護収益	⑭ 円	円	●記入がありません。ご記入下さい。
介護収益合計	⑮ 21,370,368 円	円	●合計値が、計算した値 <0> と異なります。ご確認下さい。
【直近の事業年(度)】			
1 施設サービス収益	⑯ 196,604,928 円	円	
2 居宅サービス収益	⑰ 16,049,371 円	円	
(うち) 短期入所療養介護分	⑱ 6,096,870 円	円	
3 その他の介護収益	⑲ 65,160,485 円	円	
介護収益合計	⑳ 277,814,784 円	円	

※ 病院として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

91085 H99-999

III その他の収益

科 目	調査票ご記入内容	訂正欄	チェックメッセージ
(平成21年6月分)			
2 その他の収益	21 1,251,234 円	円	
【直近の事業年(度)】			
1 受取利息及び配当金	22 796,042 円	円	
2 その他の収益	23 16,266,042 円	円	
その他の収益合計	24 17,062,084 円	円	

<照会 FAX シート 第2 損益②>

91085 H99-999

第2 損 益 (その2)

IV 医業・介護費用			
科 目	調査票ご記入内容	訂正欄	チェックメッセージ
(平成21年6月分)			
1 材料費	(1) 医薬品費	25 11,012,345 円	円
	(2) 診療材料費・ 医療消耗器具備品費	26 6,012,345 円	円
	(3) 歯科材料費	27 20,123 円	円
	(4) 給食材料費	28 1,501,234 円	円
3 委託費	29 5,488,761 円	円	
4 設備関係費	30 11,040,737 円	円	・値が大きいように思われます。ご確認ください。
(うち) 土地賃借料	31 1,212,345 円	円	
5 経 費	32 7,313 円	円	・値が小さいように思われます。ご確認ください。
6 その他の医業・介護費用	33 2,210,123 円	円	
【直近の事業年(度)】			
1 材料費	(1) 医薬品費	34 143,160,485 円	円
	(2) 診療材料費・ 医療消耗器具備品費	35 78,160,485 円	円
	(3) 歯科材料費	36 261,599 円	円
	(4) 給食材料費	37 19,516,042 円	円
2 給与費 (「第3 給与」の71欄の 金額を記入)	38 721,660,485 円	円	
3 委託費	39 71,353,893 円	円	
4 設備関係費	40 20,705,297 円	円	●「記入要領」の12頁に示されている各種の費目が含まれていますでしょうか。ご確認ください。
(うち) 減価償却費	41 4,944,812 円	円	●減価償却費が、(うち)数の合計<37,732,084>を下回っております。ご確認ください。
(うち) 建物減価償却費	42 23,416,042 円	円	
(うち) 医療機器減価償却費	43 14,316,042 円	円	
(うち) 土地賃借料	44 15,760,485 円	円	
5 経 費	45 95,076,527 円	円	
6 その他の医業・介護費用	46 28,731,599 円	円	
医業・介護費用合計	47 1,301,450,600 円	円	●合計値が、計算した値<1,178,626,412>と異なります。

91085 H99-999

V その他の費用			
科 目	調査票ご記入内容	訂正欄	チェックメッセージ
(平成21年6月分)			
2 その他の費用	48 85,219 円	円	
【直近の事業年(度)】			
1 支払利息	49 19,970,888 円	円	
2 その他の費用	50 円	円	●記入がありませんが、数は0でよろしいでしょうか。ご確認ください。

VI 特別損益			
科 目	調査票ご記入内容	訂正欄	チェックメッセージ
【直近の事業年(度)】			
1 特別利益	51 3,983,538 円	円	
2 特別損失	52 8,305,375 円	円	

VII 補助金・負担金等			
科 目	調査票ご記入内容	訂正欄	チェックメッセージ
【直近の事業年(度)】			
1 人件費補助	53 円	円	●記入がありませんが、数は0でよろしいでしょうか。ご確認ください。
2 運営費補助	54 350,628 円	円	
3 設備補助	55 5,256 円	円	

第2 損益【病院】

分類1	分類2	科目	No.	回答 必須	回答 範囲	論理チェック用のデータの条件		レンジチェック用のデータ許容範囲	
(平成21年6月分)	I 医業収益	1 入院診療収益	①	◎	0 以上	「医業収益の各科目①～④全てが0」 はあり得ない	計算値合計と一致する	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
		2 特別の療養環境収益	②	◎	0 以上			別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
		3 外来診療収益	③	◎	0 以上			別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
		4 その他の医業収益	④	◎	0 以上			別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
		医業収益合計	⑤	◎	0 以上			別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
【直近の事業年(度)】	I 医業収益	1 入院診療収益	⑥	◎	0 以上	「医業収益の各科目⑥～⑨全てが0」 はあり得ない	計算値合計と一致する		
		2 特別の療養環境収益	⑦	◎	0 以上				
		3 外来診療収益	⑧	◎	0 以上				
		4 その他の医業収益	⑨	◎	0 以上				
		医業収益合計	⑩	◎	0 以上				
(平成21年6月分)	II 介護収益	1 施設サービス収益	⑪		0 以上	第1「介護療養分の病床数」=0の場合、回答が0かどうか(→病院としての介護施設かどうかを確認)	計算値合計と一致する	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
		2 居宅サービス収益	⑫		0 以上			(うち)短期入所療養介護分⑬を下回らない	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(うち)短期入所療養介護分	⑬		0 以上				別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		3 その他の介護収益	⑭		0 以上			施設サービス収益⑪+居宅サービス収益⑫=0かつ回答>0の場合、回答="要介護認定意見書の文書料等"かどうか	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		介護収益合計	⑮		0 以上			別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
【直近の事業年(度)】	II 介護収益	1 施設サービス収益	⑯		0 以上	第1「介護療養分の病床数」=0の場合、回答が0かどうか(→病院としての介護施設かどうかを確認)	計算値合計と一致する		
		2 居宅サービス収益	⑰		0 以上			(うち)短期入所療養介護分⑱を下回らない	
		(うち)短期入所療養介護分	⑱		0 以上				
		3 その他の介護収益	⑲		0 以上			施設サービス収益⑯+居宅サービス収益⑰=0かつ回答>0の場合、回答="要介護認定意見書の文書料等"かどうか	
		介護収益合計	⑳		0 以上				
(平成21年6月分)	III その他の収益	2 その他の収益	(21)	◎	0 以上			別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照	
【直近の事業年(度)】	III その他の収益	1 受取利息・配当金	(22)	◎	0 以上				
		2 その他の収益	(23)	◎	0 以上				
		その他の収益合計	(24)	◎	0 以上	計算値合計と一致する			

第2 損益【病院】

分類1	分類2	科目	No.	回答 必須	回答 範囲	論理チェック用のデータの条件	レンジチェック用のデータ許容範囲
(平成21年6月分)	IV 医業・介護費用	(1) 医薬品費	(25)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(2) 診療材料費・備品費	(26)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(3) 歯科材料費	(27)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(4) 給食用材料費	(28)	◎	0 以上	回答>0の場合、第2 損益:【 I 医業収益(平成21年6月分)[1 入院診療収益①] + II 介護収益(平成21年6月分)[1 施設サービス収益⑩+(うち)短期入所療養介護分⑬] >0(=入院患者あり)	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		3 委託費	(29)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		4 設備関係費	(30)	◎	0 以上	(うち)土地賃借料(31)を下回らない	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(うち)土地賃借料	(31)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		5 経 費	(32)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
【直近の事業年(度)】	IV 医業・介護費用	6 その他の医業・介護費用	(33)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(1) 医薬品費	(34)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(2) 診療材料費・備品費	(35)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(3) 歯科材料費	(36)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(4) 給食用材料費	(37)	◎	0 以上	回答>0の場合、第2 損益【直近の事業年(度)】【 I 医業収益[1 入院診療収益⑥] + II 介護収益[1 施設サービス収益⑩+短期入所療養サービス収益⑬] >0(=入院患者あり) 第3「給与費等の合計」【直近の事業年(度)】(71)と一致する	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		2 給与費	(38)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		3 委託費	(39)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		4 設備関係費	(40)	◎	0 以上	回答>(うち)減価償却費(41)+(うち)土地賃借料(44)	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(うち)減価償却費	(41)	◎	0 以上	回答≥(うち)建物減価償却費(42)+(うち)医療機器減価償却費(43)	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		(うち)建物減価償却費	(42)	◎	0 以上		
		(うち)医療機器減価償却費	(43)	◎	0 以上		
		(うち)土地賃借料	(44)	◎	0 以上		
		5 経 費	(45)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
6 その他の医業・介護費用	(46)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照		
医業・介護費用合計	(47)	◎	0 以上	計算値合計と一致する	別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照		
(平成21年6月分)	V その他の費用	2 その他の費用	(48)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
【直近の事業年(度)】	V その他の費用	1 支払利息	(49)				
		2 その他の費用	(50)	◎	0 以上		
【直近の事業年(度)】	VI 特別損益	1 特別利益	(51)	◎	0 以上		
		2 特別損失	(52)	◎	0 以上		
【直近の事業年(度)】	VII 補助金・負担金等	1 人件費補助	(53)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		2 運営費補助	(54)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照
		3 設備費補助	(55)	◎	0 以上		別紙:「レンジチェック用のデータ許容範囲一覧表」参照

◎: 回答必須

* 収益合計=医業収益合計+介護収益合計+その他の収益合計

設備関係費には減価償却費、土地賃借料以外の費目も含まれる。(調査票記入要領12頁参照)

調査票	分類1	分類2	科目	No	レンジチェック用のデータ許容範囲	最小値	最大値
第2 損益	(平成21年6月分)	I 医業収益	1 入院診療収益	①	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			2 特別の療養環境収益	②	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.2	5.0
			3 外来診療収益	③	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			4 その他の医業収益	④	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.2	5.0
			医業収益合計	⑤	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
第2 損益	(平成21年6月分)	II 介護収益	1 施設サービス収益	⑪	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			2 居宅サービス収益	⑫	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			2 居宅サービス収益(うち)短期入所療養介護分	⑬	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.2	5.0
			3 その他の介護収益	⑭	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.2	5.0
			介護収益合計	⑮	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
第2 損益	(平成21年6月分)	III その他の収益	2 その他の収益	(21)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.2	5.0
第2 損益	(平成21年6月分)	IV 医業・介護費用	1 材料費 (1) 医薬品費	(25)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			1 材料費 (2) 診療材料・医療消耗器具備品費	(26)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			1 材料費 (3) 歯科材料費	(27)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			1 材料費 (4) 給食用材料費	(28)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			3 委託費	(29)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.5	2.0
			4 設備関係費	(30)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.8	1.2
			4 設備関係費(うち)土地賃借料	(31)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.8	1.2
			5 経費	(32)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.8	1.2
6 その他の医業・介護費用	(33)	[当該科目 / (【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12)] の Min・Max	0.8	1.2			
第2 損益	【直近の事業年(度)】	IV 医業・介護費用	1 材料費 (1) 医薬品費	(34)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.010	0.40
			1 材料費 (2) 診療材料・医療消耗器具備品費	(35)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.01	0.20
			3 委託費	(39)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.01	0.30
			4 設備関係費	(40)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.01	0.30
			4 設備関係費(うち)減価償却費	(41)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.01	0.25
			5 経費	(45)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.01	0.20
			6 その他の医業・介護費用	(46)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.01	0.05
			医業・介護費用合計	(47)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の収益合計*] の Min・Max	0.67	1.50
第2 損益	(平成21年6月分)	V その他の費用	2 その他の費用	(48)	[【直近の事業年(度)】の当該科目 / 12] の Min・Max	0.2	5.0
第2 損益	【直近の事業年(度)】	VII 補助金 ・負担金等	1 人件費補助	(53)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の(医業収益+介護収益)] の Min・Max	0	0.15
			2 運営費補助	(54)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の(医業収益+介護収益)] の Min・Max	0	0.40
			3 設備費補助	(55)	[当該科目 / 【直近の事業年(度)】の(医業収益+介護収益)] の Min・Max	0	0.20

* 収益合計 = 医業収益合計 + 介護収益合計 + その他の収益

第17回医療経済実態調査 照会作業マニュアル

I. 照会の方法

1. 医療経済実態調査の概要

(1) 調査の目的

- 医療経済実態調査は、医療機関の経営実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を得ることを目的に、1年おきに実施されている調査です。
- 詳しくは、各調査票の記入要領をみてください。

(2) 関連情報

① スケジュール

- 調査票の発送：5月下旬
- 調査票回収締め切り：7月31日（ただし9月第1週までは受け入れる）
- 調査票督促（郵便）：7月下旬、8月上旬
- 調査票督促（電話）：8月下旬

② 調査票発送件数・抽出率

施設	発送数	抽出率
病院	1,747	特定機能病院、歯科大学病院、こども病院は全数抽出 その他の病院は1/5抽出
一般診療所	2,378	1/25抽出
歯科診療所	1,100	1/50抽出
調剤薬局	1,539	1/25抽出
合計	6,764	

※回収率は、例年60%程度。

③ 対象者名簿の出所

- 厚生労働省が抽出した名簿を利用しています。
- 名簿の元となったデータの調査時点と調査票発送の時期にずれがあり、施設名や所在地が変わっている場合があります。
- 調査協力施設から「違っている」などの指摘を受けた場合は、「最新の名簿ではあるが、更新時点のずれがあるため申し訳ありません」と謝ってください。

(3) 電話・FAX番号

- TEL：0120-22-4418、FAX：0120-22-4419

2. 照会作業の概要

(1) 照会作業の概要

- 照会は、基本的な内容に矛盾がないようデータを整理することが目的です。
- 具体的には、調査協力施設に確認し、無記入箇所が「0」であればデータを0に、回答内容に誤回答の疑義がある場合には状況を確認して必要があればデータを修正するといった作業を行います（データの修正には基本的に調査協力施設の担当者の了解が必要です。）
- 本調査は厚生労働省が実施する公的な調査ですが、調査協力施設の協力の下に行われています。調査協力施設は、日常業務で多忙な中にご協力をいただいていますので、対応には失礼のないようにしてください。
- 調査協力施設のご担当者も、日常業務を抱えながらの対応となるため、必ずしもこころよく対応していただけない場合もあると考えられますが、そういった場合でもていねいに対応するというスタンスで対応してください。

(2) 禁止事項等

- 本調査は、医療施設の経営実態という機微な情報を取り扱う業務です。
- 従って、下記の事項は厳しく禁止します。
 - ▶ 本業務を通じて知り得た事実を口外すること。
 - ▶ 本業務に係る資料を社員の指示なく複写すること。
 - ▶ 本調査に係る資料（複写物も含む）を執務室外に持ち出すこと。
 - ▶ 本業務に係る電子情報を社外に伝送すること。
- このため下記の事項を遵守して下さい。
 - ▶ 執務室への書き込み可能な電子記録媒体、写真機、携帯複写機、録音機の持ち込みの禁止。
 - ▶ 社員の指示のない資料複写作業の禁止。
 - ▶ 執務室での携帯電話の操作の禁止（執務室では鞆に格納し、操作の必要がある場合には執務室外で使用して下さい）。

(3) 作業の流れ

項目	説明
調査票の転送 (事務局→再委託先)	<ul style="list-style-type: none"> ● 調査協力施設から事務局に返送された調査票を、再委託先へ転送します。
データ入力	<ul style="list-style-type: none"> ● 再委託先で①調査票の着信登録、②一次スクリーニング（回答辞退票や記入状況が極端に悪い調査票の選別）、③データ入力を行います。 ● ①～③の作業後、入力データが再委託先から事務局へ送られます。
チェック用プログラムを実行しエラーシートを出力	<ul style="list-style-type: none"> ● 入力データをチェック用プログラムにかけてエラーシートを出力し、調査票とセットにします。
エラーシートへの加筆	<ul style="list-style-type: none"> ● 調査協力施設に照会をするために、必要に応じてエラーシートに加筆します。 ● 照会内容が簡単かつ照会事項が少なく、電話での口頭説明のみで対応できそうな場合は必要ありません。
照会のお願	<ul style="list-style-type: none"> ● 調査協力施設に電話を入れます。(→p.4) ● エラーシートをファックス送信します。 ● ファックスの着信確認をかねて再度電話して照会内容を説明するとともに、即答が得られない場合は返答がいつ頃になるかをうかがいます。 ● 以下の事項を調査票の表紙に記録してください。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 作業担当者の名前 ▶ 電話をかけた日時（例：8/12/10/不在、8/13/11/再電・交信） ▶ 先方担当者名（調査票の記載と異なる場合） ▶ ファックス送信の有無（例：F送、F無） ▶ 返答予定日（後日返答の場合） ▶ 口頭で照会完了の場合は「照会①完了」と記入 ▶ 照会に協力できない（今後の対応はできない）旨の発言があった場合は発言内容を記録（例：施設移転準備で多忙）し、「照会不可」（「今後照会不可」）と記入
照会への回答の受付	<ul style="list-style-type: none"> ● 調査協力施設から返答が得られたら、調査票の内容を訂正し、表紙に「照会①完了」と記入。 ● 返答予定日に回答がない場合は先方に電話し確認（督促連絡）。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 督促連絡経過を記録（8/12/10/不在、8/13/11/再電・交信） ▶ 予定日がのびた場合は新たな予定日 ● 修正データを入力
最終点検	<ul style="list-style-type: none"> ● 修正後データをチェック用プログラムに通して異常の有無を点検 ● 必要が認められた場合、可能であれば再度照会を行う。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 再度照会の経過を表紙に記入し、完了したら「照会②完了」と記入

3. 作業の留意点

(1) 最初の電話のかけ方・ファックス送信のルール

① かける時の例

- 「中央社会保険医療協議会 医療経済実態調査事務局」（中医協 調査事務局）の〇〇（あなたの名前）と申します。」「〇〇様（調査票表紙の担当者）いらっしゃいますか（お手すきでしょうか）。」
▶先方が「中医協」といってピンとこないようであれば、「厚生労働省」といっていただいても結構です。

② 担当者につながった場合

「この度は、医療経済実態調査にご協力いただき、誠にありがとうございます。ご回答いただいた内容で不明な箇所等ございましたので、ファックスを送信させていただいてもよろしいでしょうか（電話で済むような1、2箇所なら、その電話で聞いてしまう）。」

③ 担当者の手が離せない場合

- 「〇〇様に医療経済実態調査にご回答いただきましたが、ご回答いただいた内容で不明な箇所等ございましたのでご連絡申し上げます。」
▶手がすく時間を聞いて、再度かけなおす。折り返しは失礼なので原則として頼まないこと。ただし、先方から「手すきの時に折り返したい」ということであれば願います。

④ 担当者が不在の場合

- 「わかりました。またあらためます。失礼します。」

⑤ ファックス送信のルール

- 「FAX 送信管理簿」に、以下の項目を記入してください。
 - ▶FAX 番号
 - ▶送信先
 - ▶件名（送信内容）、送信目的（例：疑義照会）、送信施設の回収連番と施設コード
- ファックスを送る前に、送信する予定の回収連番の送信先施設名、FAX 番号が調査票と同じ内容になっているかを必ず確認してください。当該回収連番に FAX 番号等の記載がない場合は、事前に送信予定先施設に電話で問い合わせのうえ、FAX 番号を確認してください。
- 事前に「FAX 送信管理簿」の送信する予定の送信先の項目に以下を記入してください。
 - ▶送信（予定）日、送信（予定）時刻
 - ▶送信枚数
 - ▶発信者印
 - ▶FAX 番号記入時に、記入されている FAX 番号で間違いがないかを発信者以外の担当者が確認のうえ、確認者に押印してもらってください。
- 送付予定物一式と「FAX 送信管理簿」を再委託先責任者に確認してもらい、「責任者印」に押印してもらってください。
- ファックスを送る前に電話連絡を行い、①内容に収入や費用、給与などがあることを必ず伝え、②先方担当者の了解を得てからファックスの送信準備を行ってください。
- ファックスを送る際は、①FAX 番号を入力し、②発信前に発信者以外の担当者が入力された番号を再度確認し、③確認者が押印のうえ、ファックスを送信してください。

⑥ ファックス着信の確認と照会内容の説明

- 「さきほどファックスをお送りいたしました、おてもとに届いておりますでしょうか。」
- 「お送りいただいたファックスについてご説明を申し上げたいので〇分程度お時間をいただいてよろしいでしょうか」(先方の都合が悪い場合は手がすく時間を聞いて、再度かけなおす。原則として折り返しは頼まないこと。)
 - ▶ 先方にファックスが届いていない場合は誤送信事故の懸念があります。その場合は、①こちらかが送信したファックス番号を電話で確認し、②先方に再確認を依頼し、③電話後速やかに社員に状況を報告して指示・対応を求める。
- 電話終了後、「FAX 送信管理簿」の「受領確認時刻、先方確認者名」に時刻、確認者名を記入してください。

(2) 照会の方法

① 記入状況の判定

- 照会をしても、「第2損益」の収入、支出いずれかが記入できない、収支の不明が多いなど収支に問題のあるものは未記入票とします。その場合は、大きいフセンに「未記入」と書き、表紙の上に貼っておいてください。6月か事業年度かは、いずれかが7～8割、埋まっていれば記入してあるものとして扱い、照会の対象とします。
- 例えば開業1年未満など、6月分は書けても事業年度分は書けない、あるいは書けても1年に満たないところがあります。これらは記入してあるものとしますので、事業年度分は記入可能であれば3か月でも4か月でも書いてもらってください。「第一 基本データ」の「直近の事業年度」は、その期間が入ることになります。

② 照会結果記録の原則

- 修正値はエラーリストではなく、調査票に赤字で記入してください。
- 照会や回答の督促をした日と状況は調査票の表紙にシャープペンで書いてください。
- 調査項目に係る回答内容（返事）は、必ず調査票の余白に書いておいてください（回答できない理由、エラーになっているが直さなくてよい理由、特に理由がなければ「OK」など）。
- 元の数字は、修正テープ等で消さないよう注意してください。

③ 合算記入

- 例えば「医薬品費」と「診療材料費」で合算記入（2つ以上まとめて金額を記入）している場合は、調査票に合算記入と記入してください。後で、まとめて合算記入があった施設と合算記入の箇所と範囲（どの費目の合算なのか）を報告してもらいます。
- また、同一法人で複数の医療施設があるために、調査対象施設だけの金額がわからないために無回答となっている場合があります。
- 合算記入があった場合は、下記の例を示して、最も妥当と考えられる方法を調査協力施設の方に検討していただき、できるかぎり調査協力施設の方で按分してもらうようにして下さい。

施設	項目	方法
病院	収支(給与、費用)	病床数→職員数→患者数
	税金	利益→収入→職員数
	資産・負債	病床数→職員数
一般診療所 歯科診療所	収支(給与、費用)	(病床数)→職員数→患者数
	税金	利益→収入→職員数
	資産・負債	面積→職員数
薬局	収支(給与、費用)	収入→従事者数等
	税金	利益→収入→従事者数
	資産・負債	面積→従事者数

【合算記入の按分例】

【事例】

- 調査対象施設は、同一法人が経営する3つの病院・診療所の一つ。
- 法人税、住民税、事業税は、法人としてまとめて申告・納付しているため、調査対象施設のみの税額がわからないため、無回答となっている。

【按分の例】

- 法人全体の法人税額：1,000万円
- 法人全体の所得（利益）額：1億円（A病院・5,000万円、B病院・3,000万円、C診療所・2,000万円）
- 調査対象施設であるA病院の法人税額の推計
▶ 1,000万円 × 50%（法人全体の利益額に占めるA病院の利益額） = 500万円

④ マイナスの数値

- マイナスの数値は、「その他の医業収益」（保険査定減）と「流動資産」（本支店勘定）しか有り得ません。その他のマイナス（税金等）は照会してください。

⑤ 小数点以下の記入

- 常勤人数など、有り得ないところに小数点以下が記入されているケースがあります。エラーには出ませんが、事前に気づいたところはフセンが貼ってあるので、照会してください。常勤人数の小数点以下で、非常勤が入っている場合は、常勤（概ね週32時間以上勤務）と非常勤を分けてください。

⑥ 減価償却資産調（補助票）

- 病院以外で、減価償却資産調（補助票）に記入があったとき、調査票表紙の右下に「補助票あり」というシールが貼ってあります。この場合は、減価償却費に記入がなくても、照会する必要はありません。

⑦ 「その他の医業・介護費用」（病院以外）

- 病院以外で、「その他の医業・介護費用」は、「その他の医業・介護費用」「うち土地賃借料」「うち支払利息（利子割引料）」となっています。これを、「その他の医業・介護費用」は「土地賃借料」と「支払利息（利子割引料）」の合計と勘違いする人がいます。「その他の医業・介護費用」は光熱水費や通信費などを含んだ経費ですので、それなりの金額になります。「減価償却費」や病院の「設備関係費」についても同様です。

⑧ 大学病院の「第3 給与」

- 大学病院では、大学籍の職員と病院籍の職員が、大学と病院で兼務しているケースが多くあります。今回の調査は、病院のみが対象になるので、以下のように処理してください。
 - ▶ 前提として、「第3 給与」は常勤一人当たりの給与を把握することが目的。
 - ▶ 原則としては所定労働時間を満たしている者を常勤とする。
 - ▶ 他業務（学校業務等）と兼務している場合、メインが病院勤務であれば常勤とする。
 - ▶ 学校籍の方は、メインの仕事が学校であれば、非常勤になります。

第17回医療経済実態調査 無効判定について

1. 無効判定のフロー

1) 修正状況の確認

修正が終了したことを確認してから、無効判定の作業を始めること。疑義照会が済んでいること、修正ルールに従った修正が済んでいることを確認。

2) ルールに基づく判定

「2. 無効判定ルール」に基づいて無効票（施設単位のデータ）の判別を行い、判別用プログラムの入力データで無効とする施設の回収連番を指定する。

3) 判別用プログラムの実行

最初に、2) で作成した入力データの無効指定を反映させるプログラムを実行する。次に、データ判別を行うプログラムを実行して、無効票を検出する。データ判別の内容は下記の通りである。

- ・ 同一施設が重複して含まれていないか
- ・ 必須データが欠損していないか
- ・ 収益合計がゼロとなっていないか
- ・ 内訳の合算値と合計の値に不一致がないか
- ・ ある項目の値がその内訳の値より小さくなっていないか

4) 要検討票の抽出

無効判定ルールでは無効とならなかった施設のうち、①チェック用プログラムが検出した重大なエラーが残っている、②担当者によるデータ精査において不整合や異常値が見出されているものを要検討票として、他のデータと区別できるように印をつける。

5) 検出されたエラー内容等の確認

4) の要検討票がある場合は、該当する施設の原票に戻り、照会状況や修正履歴、エラー等の内容を確認した上で医療課と協議する。

6) 集計用データの確定

無効と判定したデータを削除して、集計用データを確定させる。

2. 無効判定ルール

無効判定ルールは、過去厚生労働省との協議により確定したものを蓄積している。

第17回医療経済実態調査では、6月分の調査項目に、直近事業年（度）の調査項目が追加された。厚生労働省と協議の結果、6月分のデータと直近事業年（度）のデータのいずれかが、下記の無効判定ルールに該当すれば、当該施設のデータは無効票とする。

<病院>

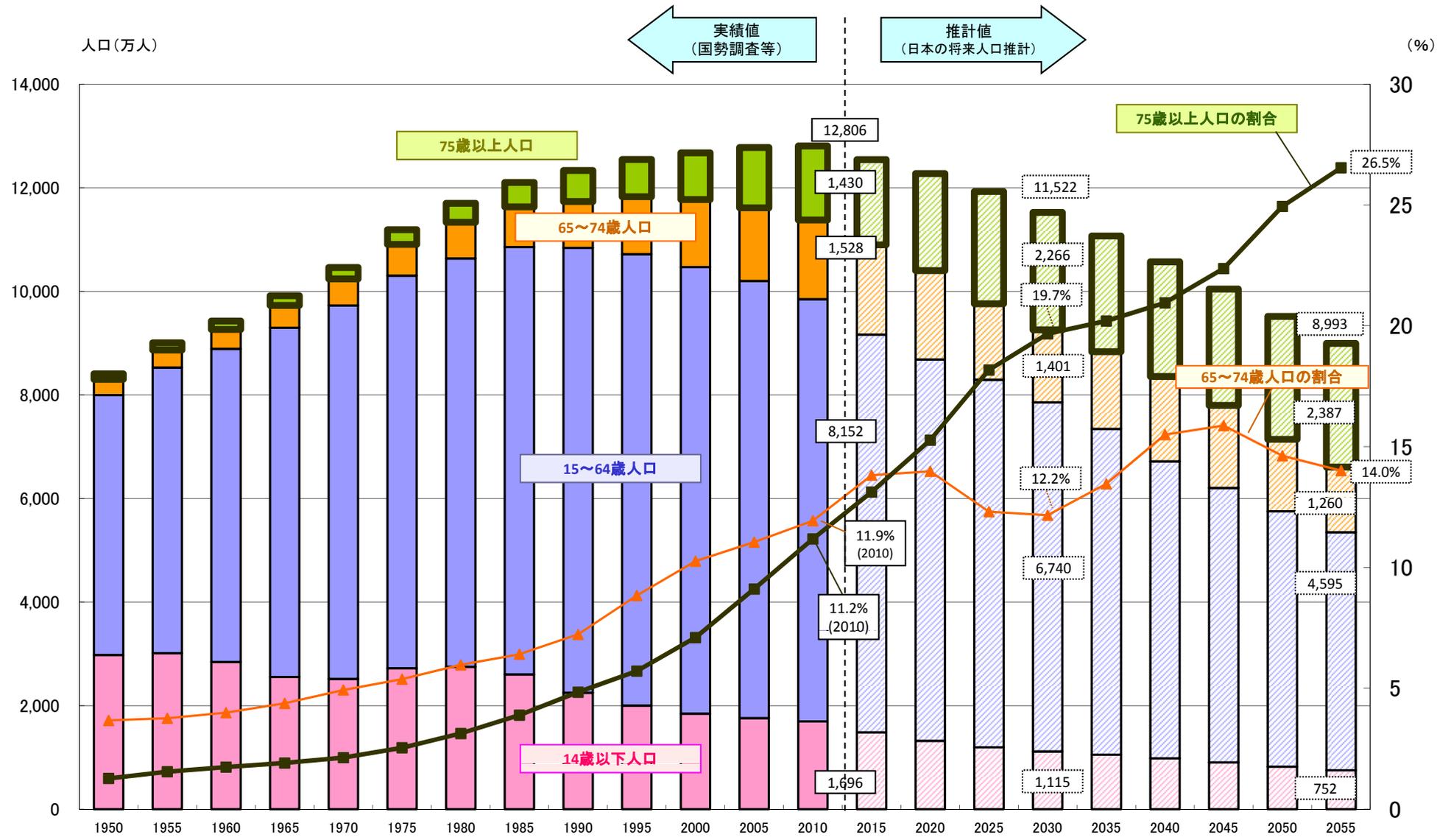
No.	無効判定ルール
01	入院診療収益に記載なし
02	特別の療養環境収益に記載なし
03	外来診療収益に記載なし
04	その他の医業収益に記載なし
05	医薬品費に記載なし
06	診療材料費・医療消耗器具備品費に記載なし
07	歯科材料費に記載なし
08	給食用材料費に記載なし
09	給与費に記載なし
10	委託費に記載なし
11	設備関係費に記載なし
12	減価償却費に記載なし
13	経費に記載なし
14	その他の医業・介護費用に記載なし
15	医業収益合計がゼロ
16	医薬品費がゼロ
17	給与費がゼロ
18	設備関係費と経費がともにゼロ

入院・外来・在宅医療について(総論)

平成23年10月5日

我が国の現状と 医療・介護に係る長期推計

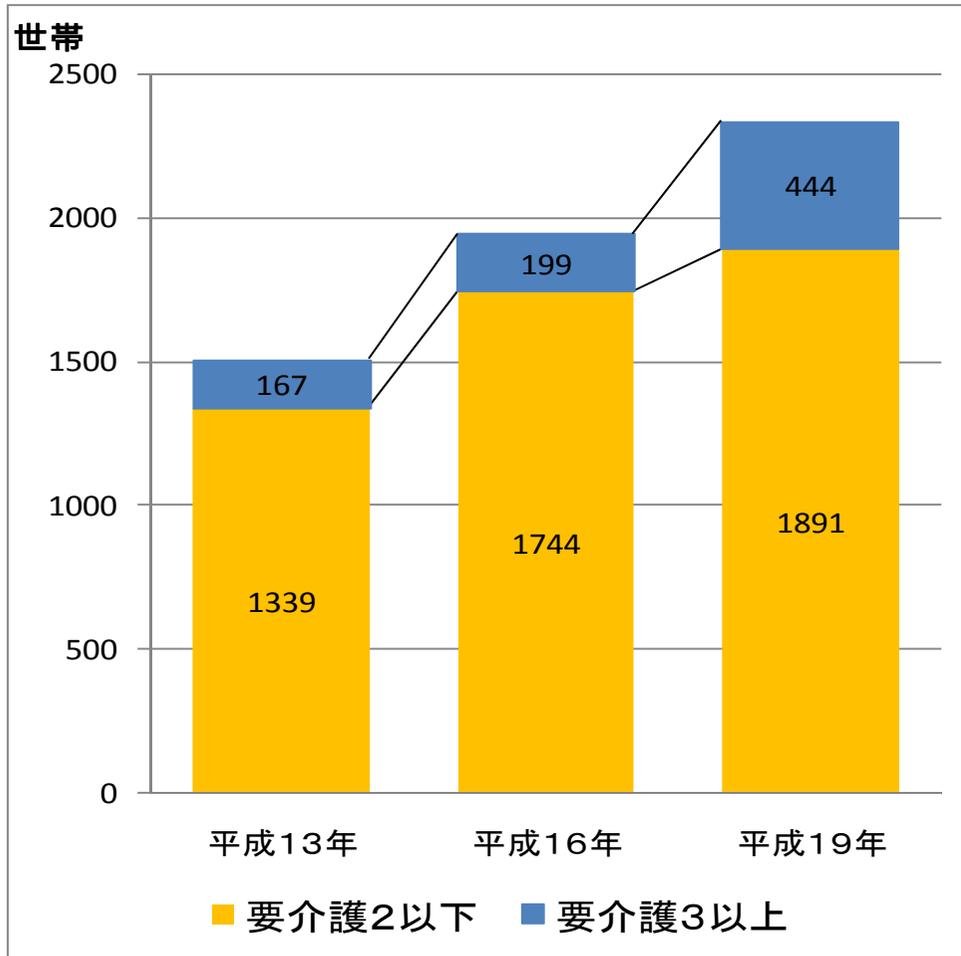
人口推計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

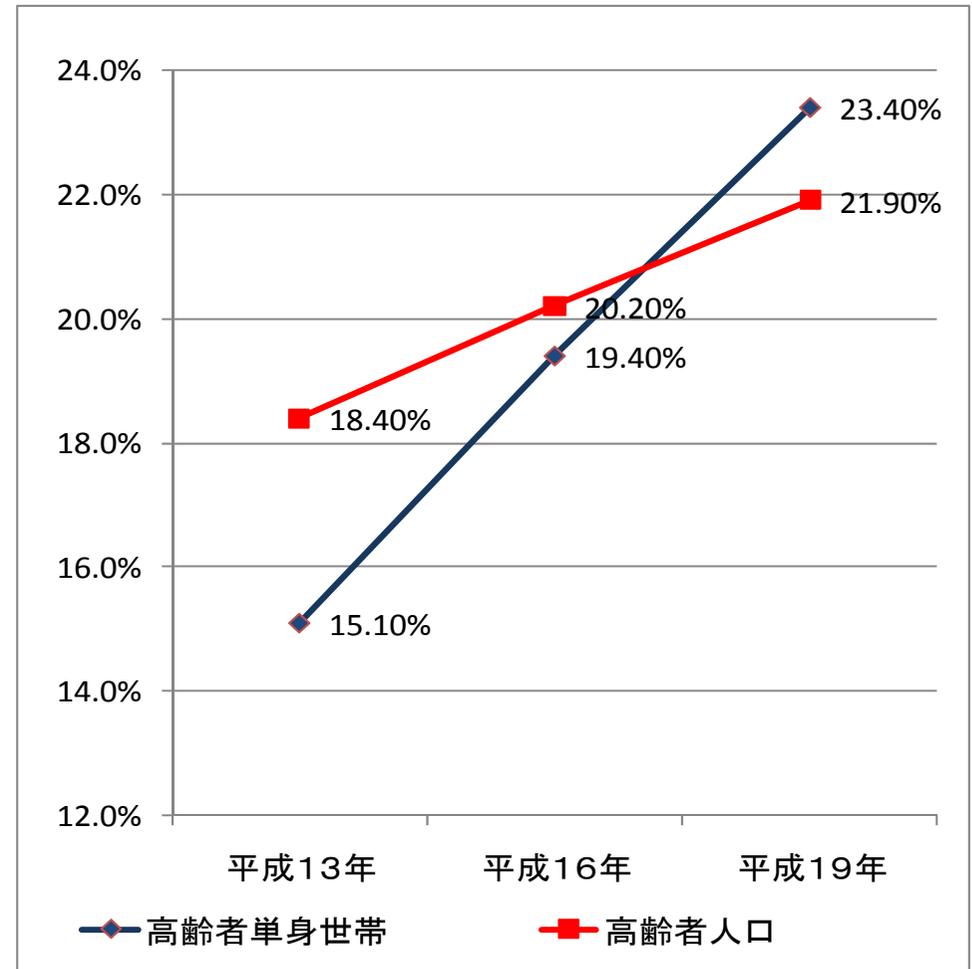
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



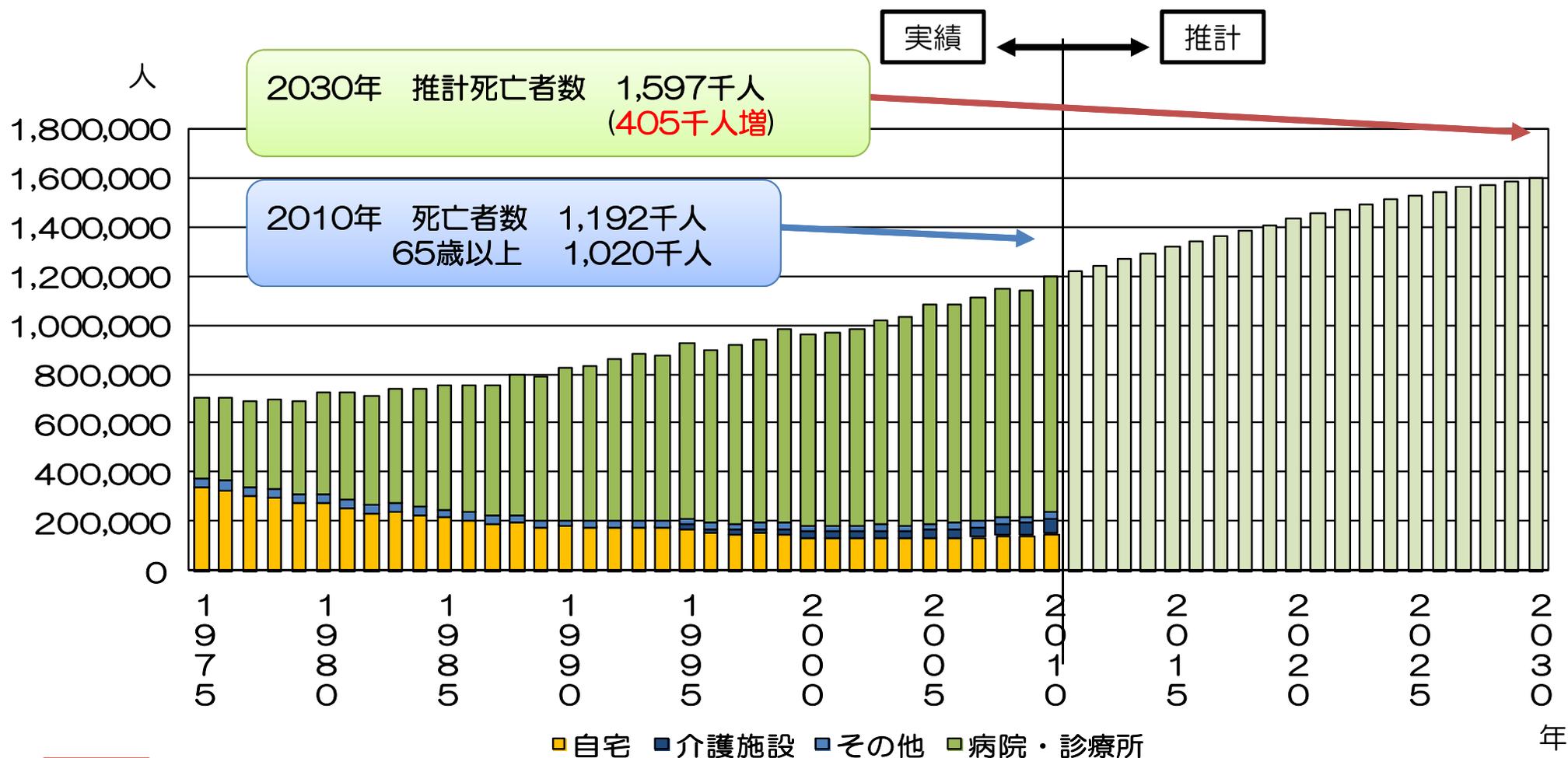
() 介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



(出典) 国民生活基礎調査から作成

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

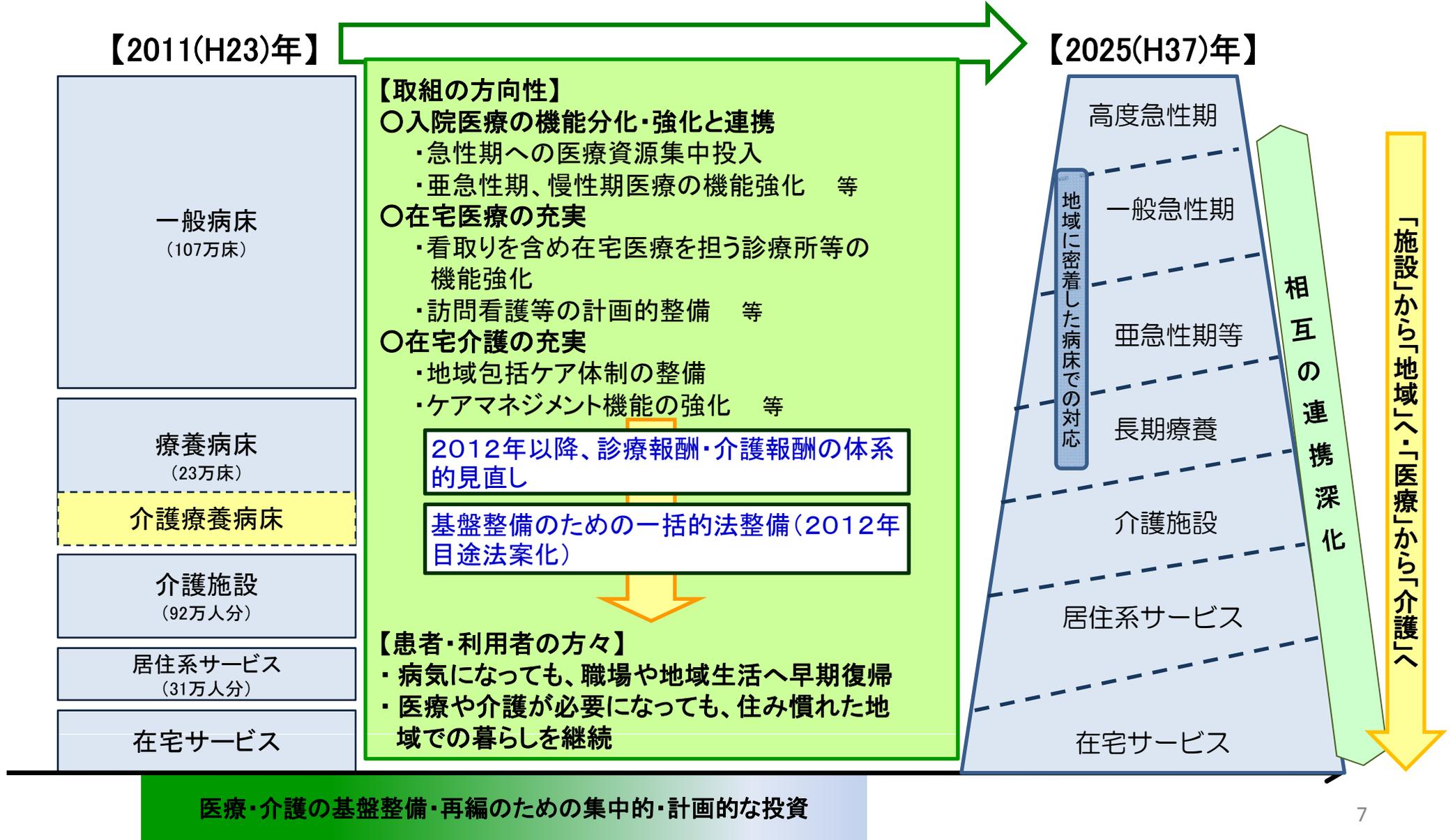
II 医療・介護等

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

- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

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



医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

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

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

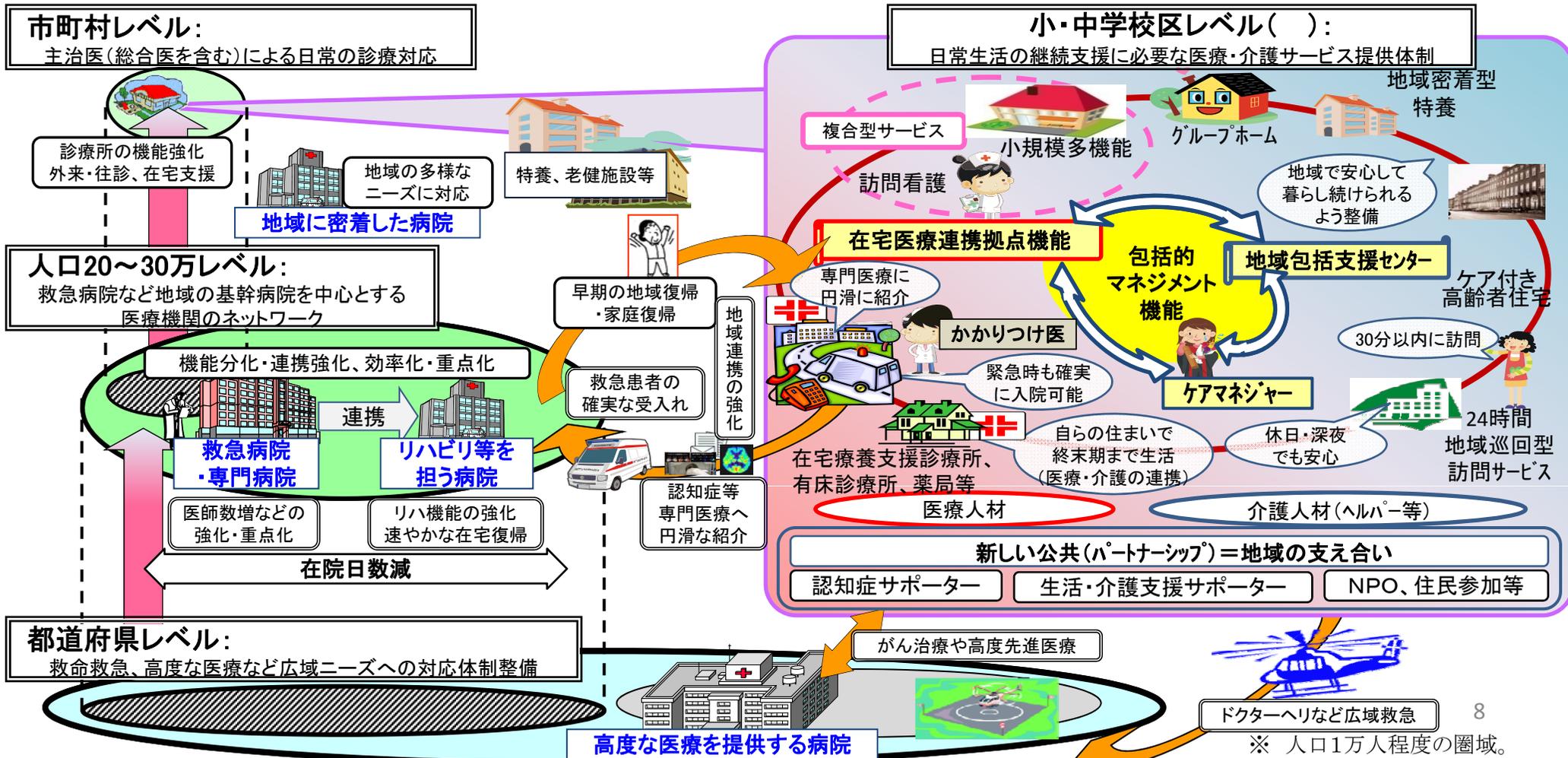
医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン 1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者（今後250～300万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

(参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素 (2025年)

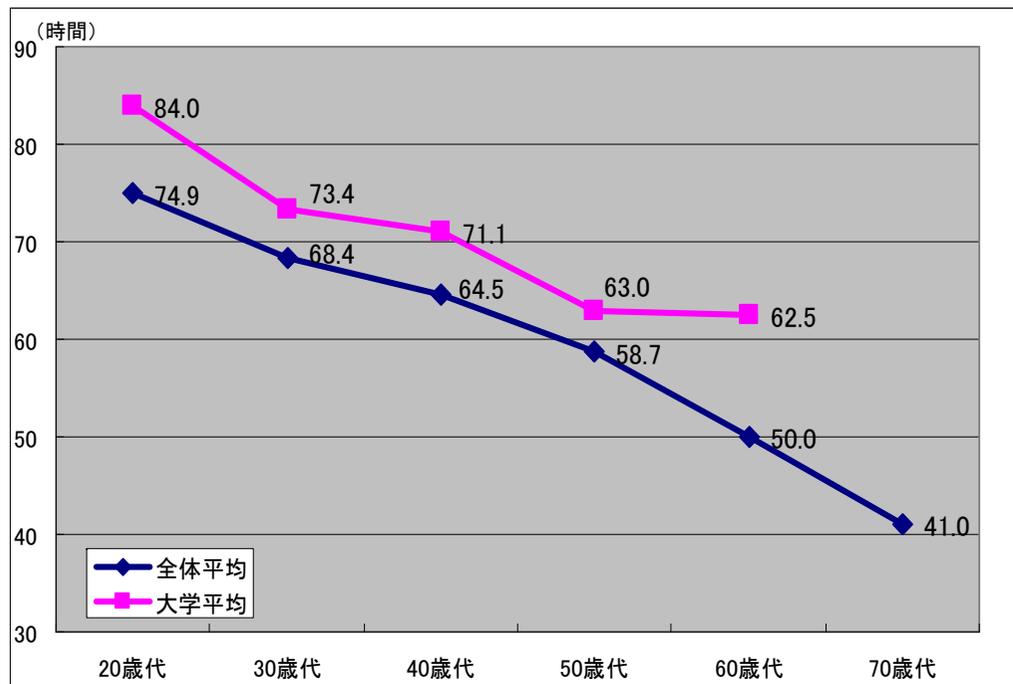
		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心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

入院医療の機能分化について

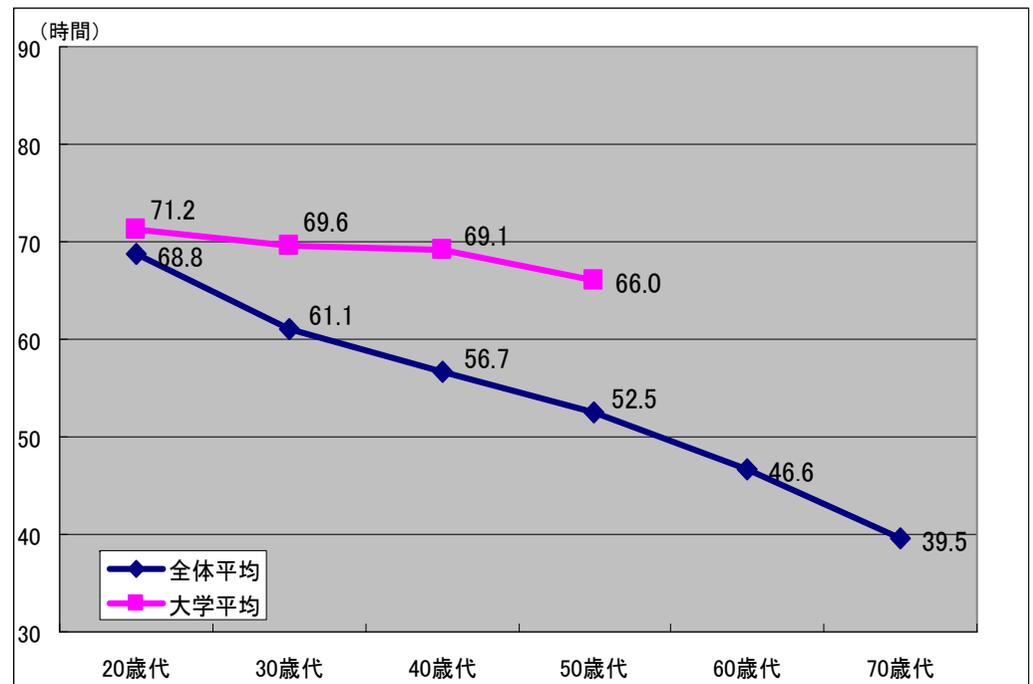
- ・ 高度急性期・一般急性期医療について

病院勤務医師の1週間の病院滞在時間 病院全体と大学病院との比較

男性



女性



※ 滞在時間とは、診療、教育、会議等の業務時間に加え、休憩時間、自己研修、研究といった時間も含む
病院に滞在する時間

急性期医療提供体制の各国比較(2009年)

国名	急性期病棟 平均在院日数	人口千人 当たり 急性期 病床数	急性期病床百 床当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	急性期病床百 床当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	18.5	8.11	26.6	2.15 (2008年)	117.9	9.54 (2008年)
ドイツ	7.5	5.66	64.3	3.64	194.1	10.98
フランス	5.2	3.47	94.3#	3.27#	236.5#	8.21#
イギリス	6.8	2.68	101.0	2.71	361.3	9.68 (予測値)
アメリカ	5.4	2.66 (2006年)	93.6	2.44	413.8#	10.8#

➡ 日本は、人口当たりの病床数が多く、人口当たりの医療従事者数が少ないため、病床当たりの医療従事者数が低い水準となっており、また平均在院日数が長い

(出典):「OECD Health Data 2011」

注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等および総臨床看護職員数を急性期病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

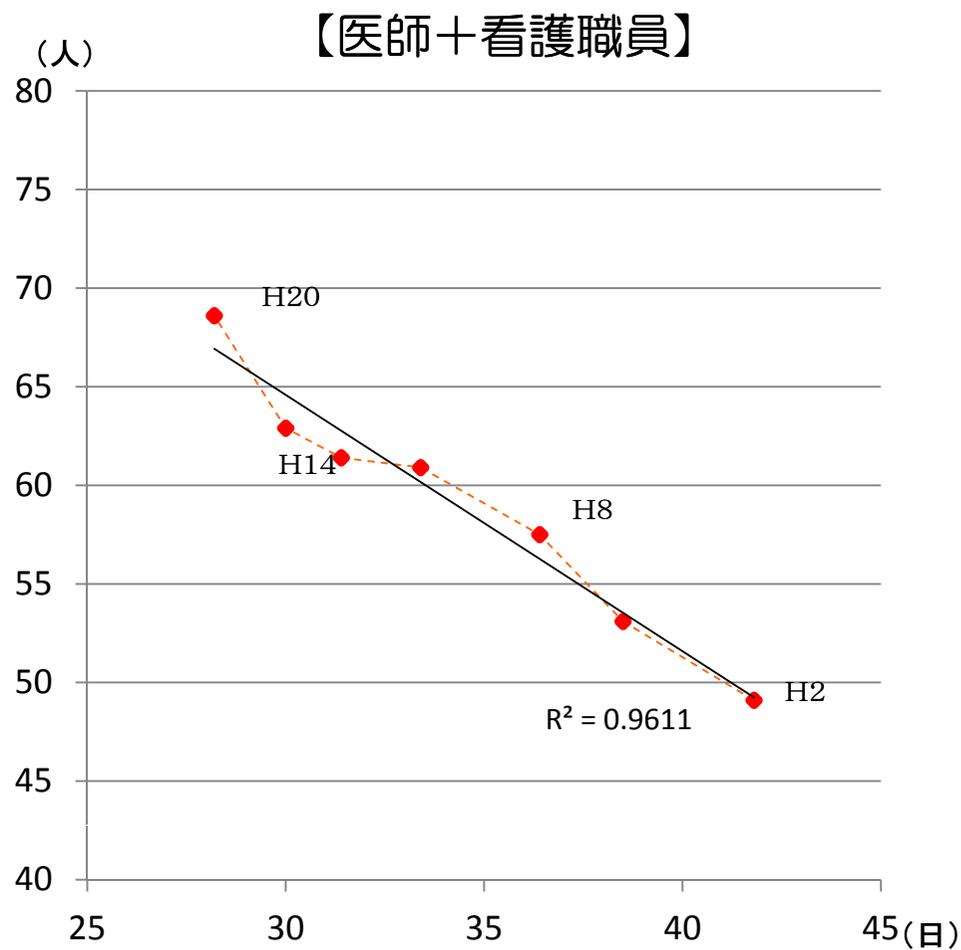
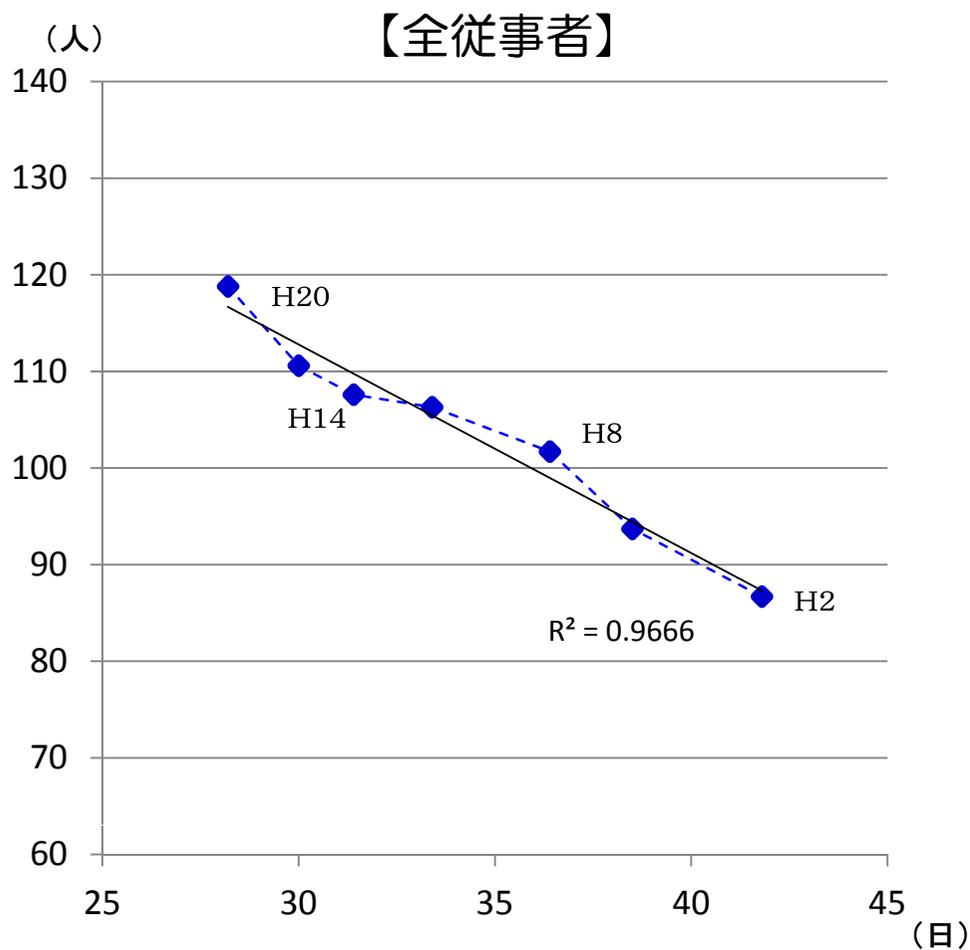
日本: 病院・診療所の一般病床、感染症病床 ドイツ: 急性期病床のみ フランス: 外科病床、産科病床、その他の急性期病床

イギリス: NHSの全病床(北部アイルランド以外は長期病床を含む) アメリカ: AHA(American Hospital Association)に登録されている短期一般病床

100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

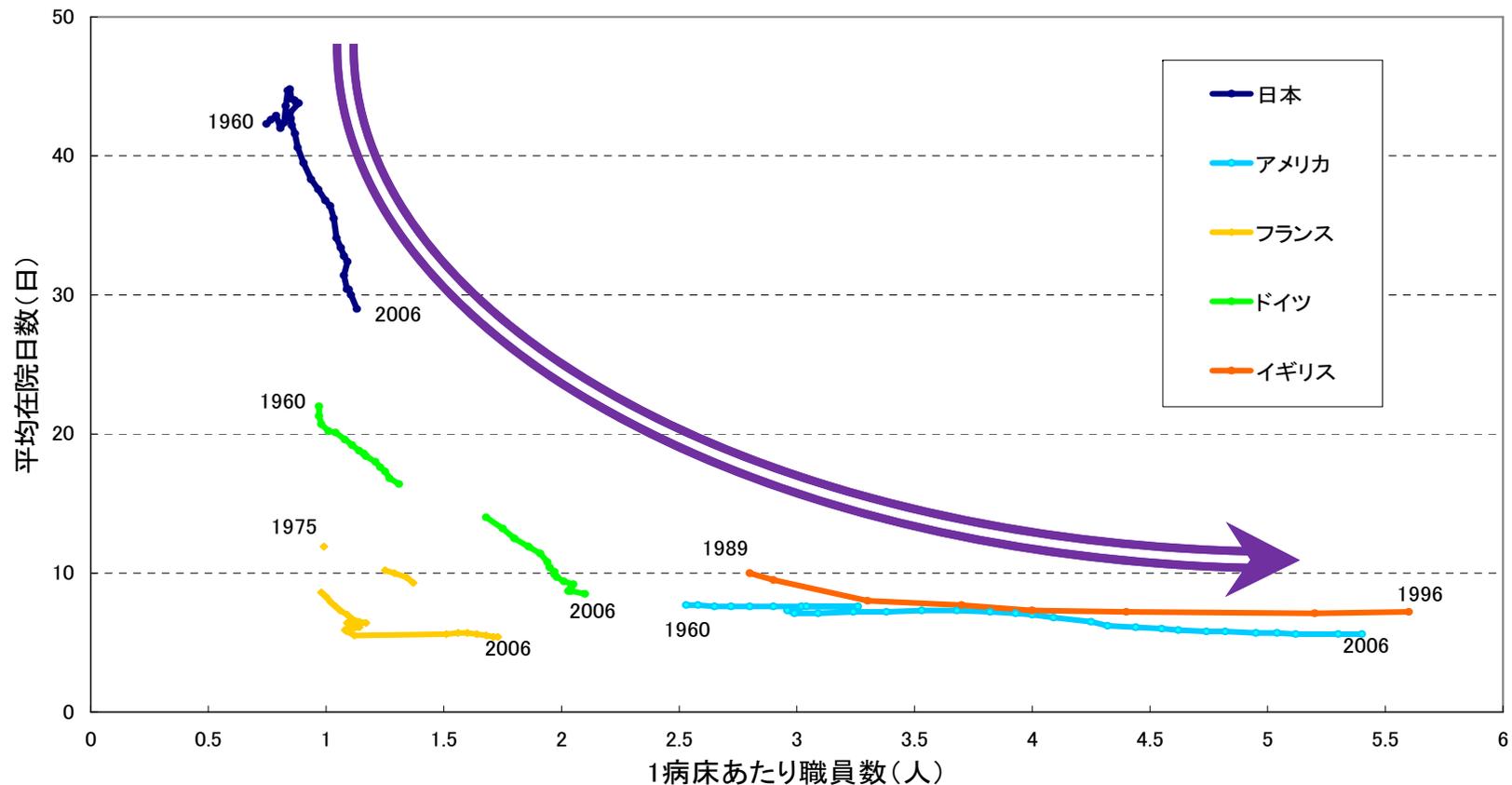
	<平成2年>		<平成8年>		<平成14年>		<平成20年>
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師+看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日



各年「病院報告」を基に作成

平均在院日数と1病床当たり職員数

海外においても、病床あたりの医療従事者数と平均在院日数の間には、相関関係がみられる

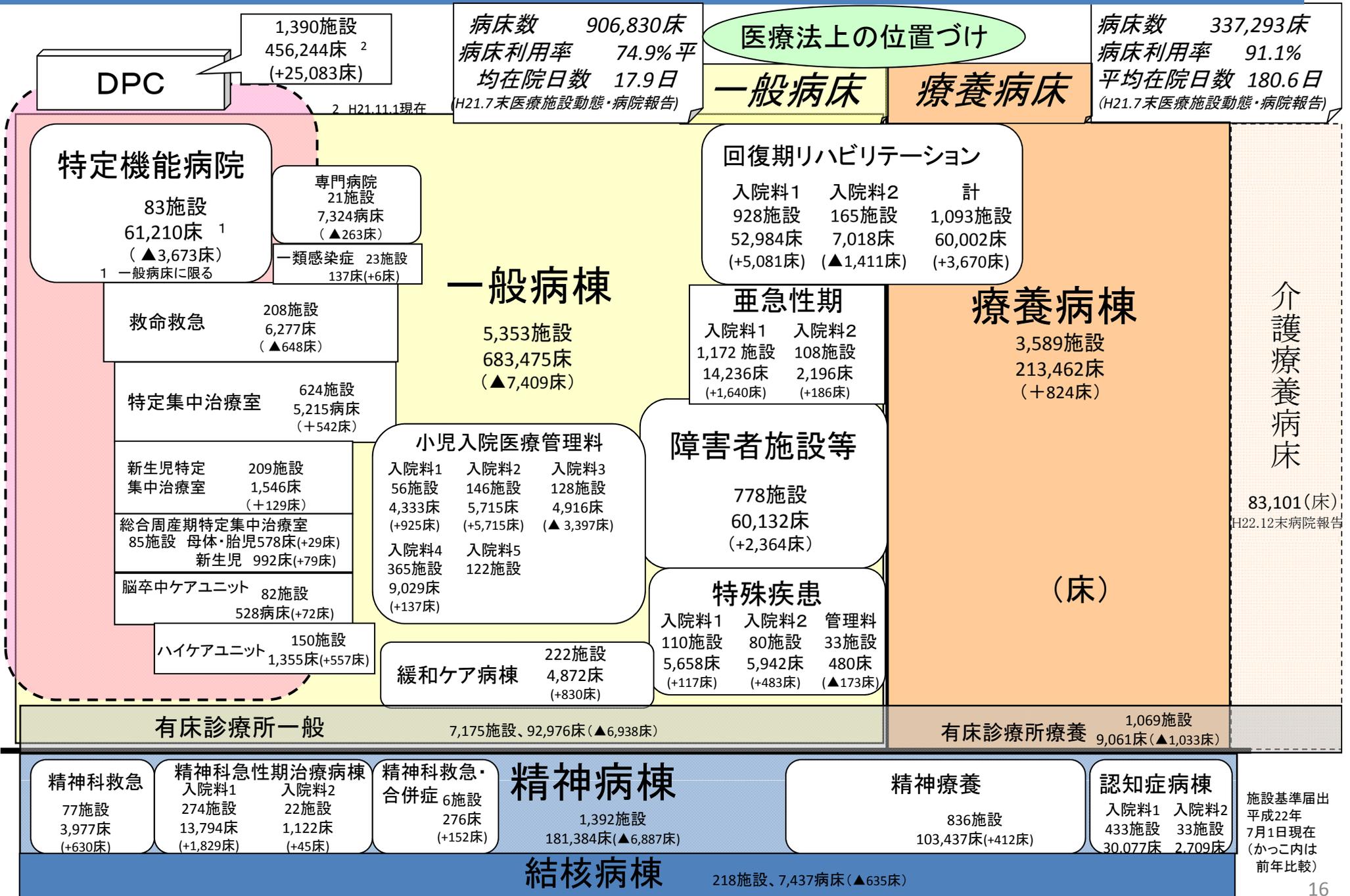


(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」
 (注) 1. 日本は一般病院の数値である。
 2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。



病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある

病院の機能に応じた分類(イメージ)



病院の機能分化について(現在の入院料を基準としたイメージ)
 <一般病床の例>

高度急性期

亜急性期等

出来高

特定機能病院入院基本料(専門病院入院基本料を含む)

7:1 約5.9万床(特28日, 専30日)

10:1 約0.8万床(特28日, 専33日)

(特): 特定機能病院入院基本料 (専): 専門病院入院基本料

一般病棟入院基本料

7:1 約31.6万床(19日)

10:1 約23.4万床(21日)

13:1 約3.3万床(24日)

15:1 約6.5万床(60日)

看護配置に応じた評価の例

(): 平均在院日数要件

DPC/PDPSを選択可能

(注)一部、出来高の評価が変わる

病棟の機能に応じた評価の例

約4.1万床

救命救急入院料

特定集中治療室管理料

総合周産期特定集中治療室管理料

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニット入院医療管理料(19日)

新生児特定集中治療室管理料

新生児治療回復室入院医療管理料

一類感染症患者入院医療管理料

小児入院医療管理料(21日-28日)

約1.7万床

特殊疾患病棟入院料

特殊疾患入院医療管理料

緩和ケア病棟入院料

約7.6万床

亜急性期入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料

包括(特定入院料)

現行の病床数

計約42万床

計約24万床

計約2万床

計約17万床

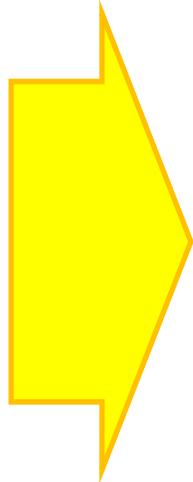
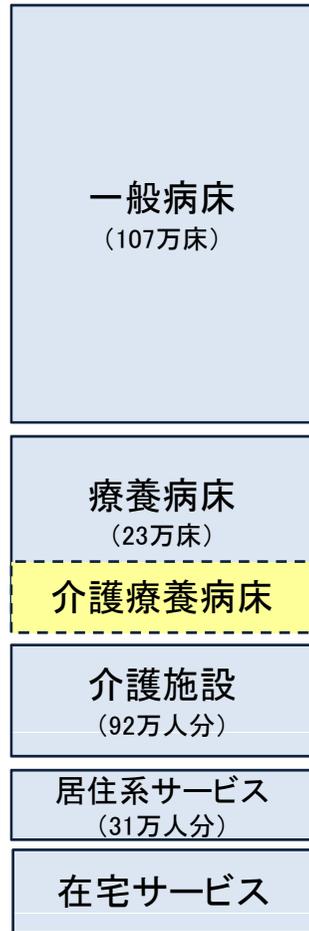
○入院基本料においては、看護配置に応じた評価のベースに加えて出来高評価により医療提供に応じた評価を行い、特定入院料においては、病棟の機能に応じた包括評価を行っているが、必ずしも高度急性期から亜急性期等の患者の状態に応じた評価体系にはなっていない。

○社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として、高度急性期 18万床、一般急性期 35万床、亜急性期等 26万床、地域一般病床 24万床としているが、診療報酬上の評価として、それぞれどの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。

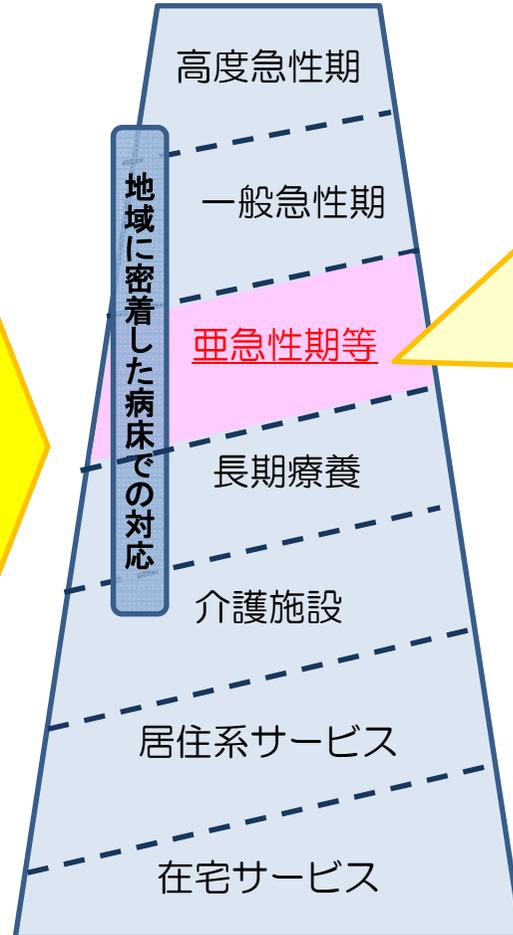
・ 亜急性期等医療について

亜急性期等の病棟に期待される役割について

【2011(H23)年】



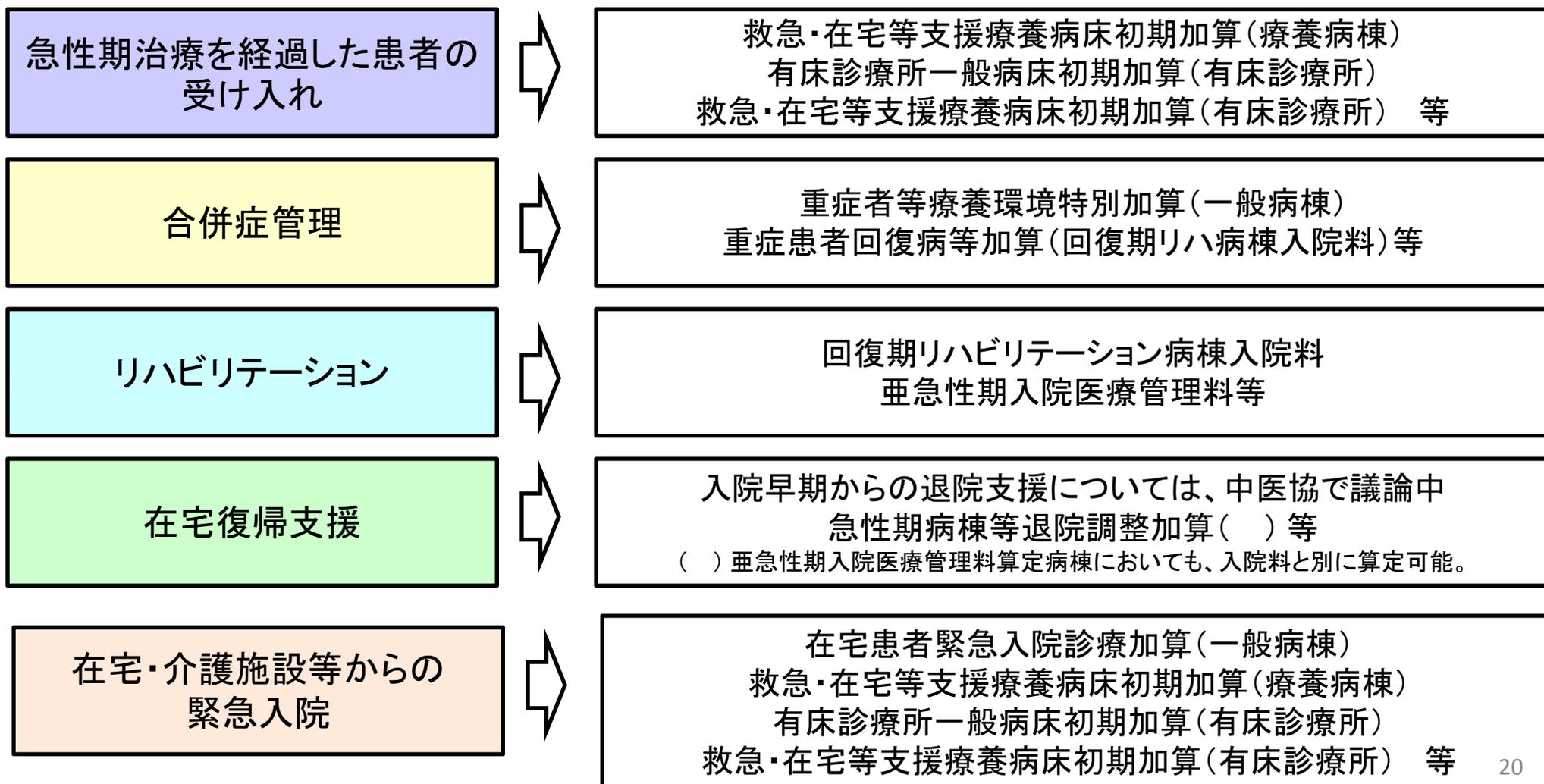
【2025(H37)年】



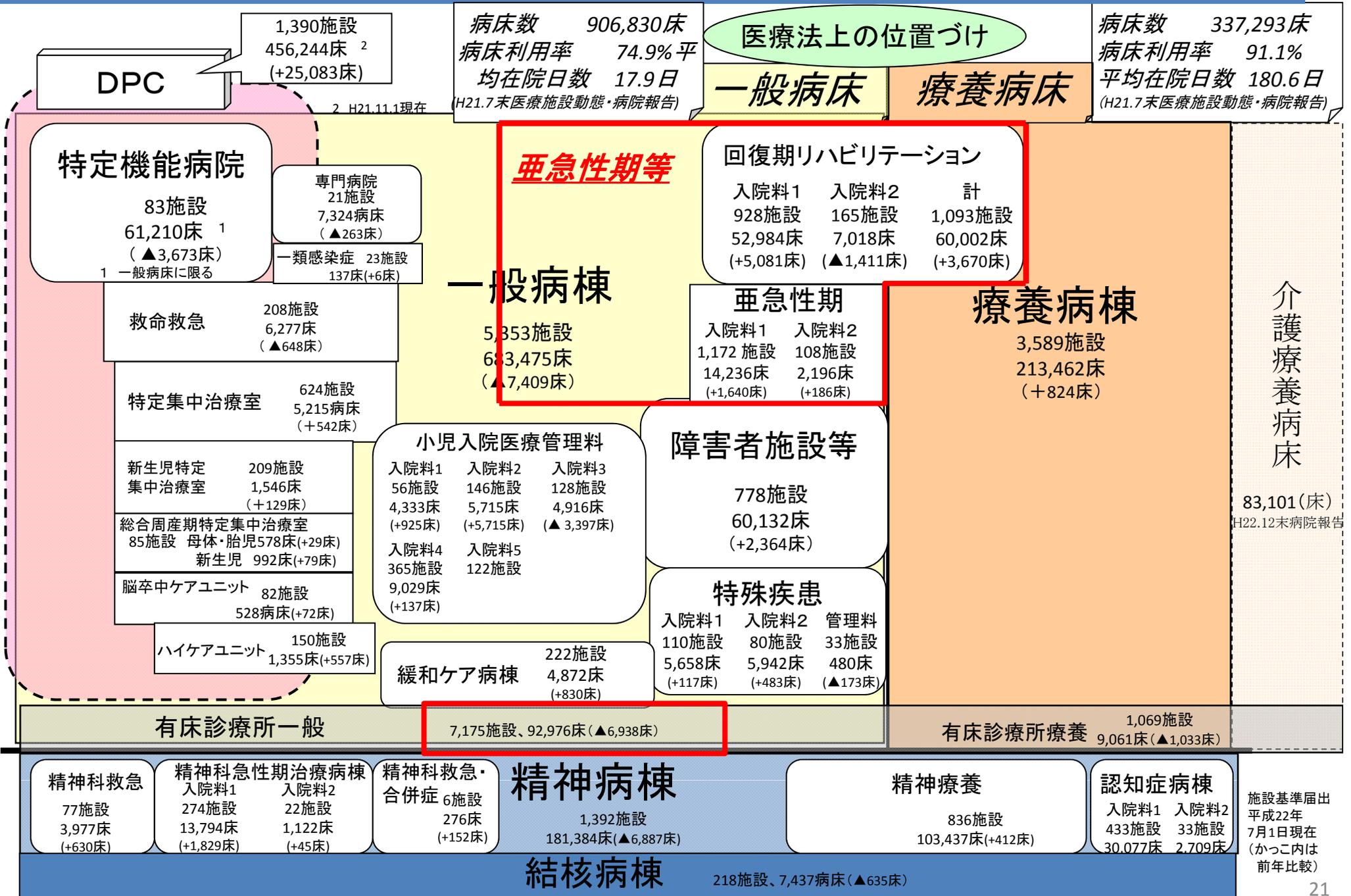
- 急性期病院からの医療必要度の高い者の受け皿
- リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制
- 退院支援等在宅復帰機能
- 在宅療養患者の急性増悪時の対応機能

亜急性期等病床に求められる機能

亜急性期等病床に求められる機能は回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料等の入院料のほか、一般病棟や療養病棟、有床診療所の入院基本料等加算で評価されている。



病院の機能に応じた分類(イメージ)



亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料1 2,050点 (90日算定可能)
一般病棟の病室単位で算定

亜急性期入院医療管理料2 2,050点 (60日算定可能)
一般病棟の病室単位で算定

一般病床数の1割以下*1

一般病床数の3割以下

一般病棟入院基本料

亜急性期
入院医療
管理料1

一般病棟入院基本料*2

200床未満の病院に限る

亜急性期入院医療
管理料2

<共通の要件>

- ・看護職員配置 13:1以上(看護師比率7割以上)
- ・在宅復帰率6割以上
- ・診療管理体制加算を算定していること
- ・専任の在宅復帰支援担当者が勤務していること など

<亜急性期入院医療管理用2のみの要件>

- ・治療開始日より3週間以内に
7:1入院基本料等を算定している病床からの転床
または転院してきた患者が2/3以上

*1 合併症を有する患者の割合が回復期のリハビリテーションを必要とする患者の1割以上である場合については3割以下



回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点
 (疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)
病棟単位で算定

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点
 (疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)
病棟単位で算定

回復期リハビリテーション病棟入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料2

<共通の要件>

- ・看護職員配置15:1以上(看護師比率4割以上)、看護補助者30:1以上、専任医師1名以上、専従理学療法士2名・作業療法士1名以上
- ・回復期リハビリテーションを要する状態の患者が8割以上入院していること
- ・1日あたり平均2単位以上リハビリテーションを提供している など

<回復期リハビリテーション病棟1のみの要件>

- ・直近6ヶ月以内に新たに入院した
患者のうち2割以上が重症の患者であること
- ・在宅復帰率6割以上



亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

亜急性期入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料

(別に算定可(注))

(放射線治療)・すべて	
(麻酔)・すべて	
(手術)・すべて	
(処置)・1000点を超えるもの	
(精神科専門療法)・すべて	
(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬)	
・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可	
(医学管理等)・すべて	
(入院基本料等加算)	・医療安全対策加算
・臨床研修病院入院診療加算	・褥創患者管理加算
・医師事務作業補助体制加算	・救急搬送患者地域連携受入加算
・地域加算	・総合評価加算
・離島加算	・急性期病棟等退院調整加算
・栄養管理実施加算	

(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬)	
・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(医学管理等)・地域連携診療計画退院時指導料()のみ	
(入院基本料等加算)	・医療安全対策加算
・臨床研修病院入院診療加算	・褥創患者管理加算
・医師事務作業補助体制加算	・救急搬送患者地域連携受入加算
・地域加算	・総合評価加算
・離島加算	
・栄養管理実施加算	



(包括範囲)

亜急性期入院医療管理料 (1、2)2050点
リハビリテーション提供体制加算 50点

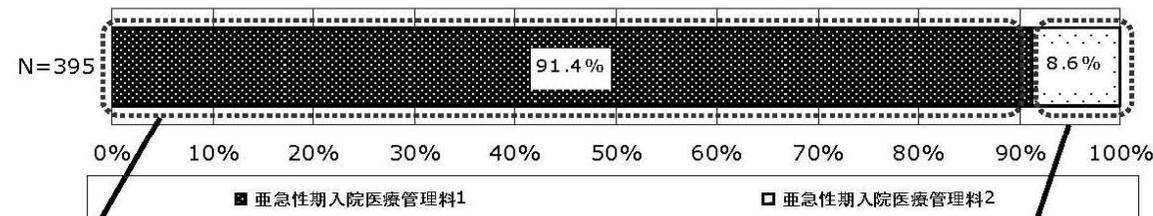
回復期リハビリテーション病棟入院料 (1)1720点、(2)1600点等
重症患者回復病棟加算50点
休日リハビリテーション提供体制加算60点
リハビリテーション充実加算40点

(注)別に算定可能としている診療報酬項目を示したものであり、必ずしもすべての項目が算定されているわけではない

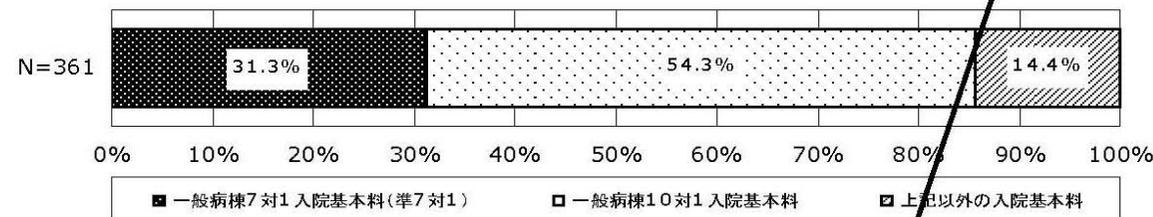
亜急性期入院医療管理料について

亜急性期入院医療管理料1の85.6%が「一般病棟7対1入院基本料」、「一般病棟10対1入院基本料」算定病棟で算定されており、亜急性期入院医療管理料2の85.2%が「7対1」、「10対1」算定病棟で算定されている。

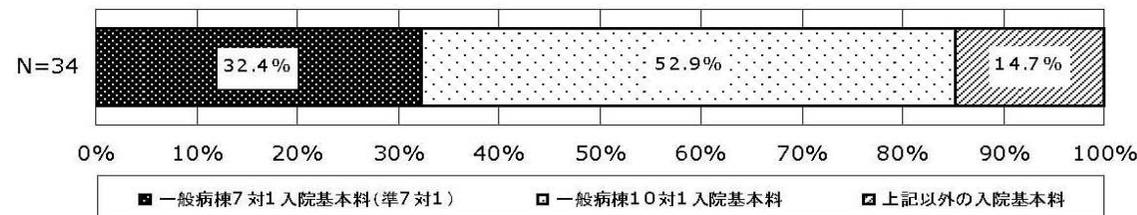
図表 3-20 算定している診療報酬



・亜急性期入院医療管理料1における入院基本料



・亜急性期入院医療管理料2における入院基本料



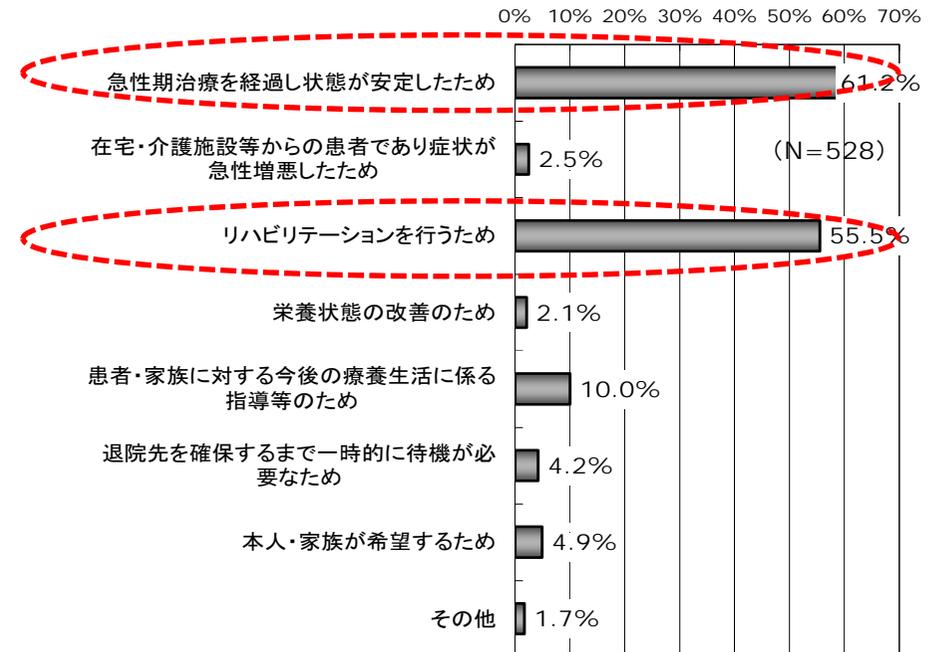
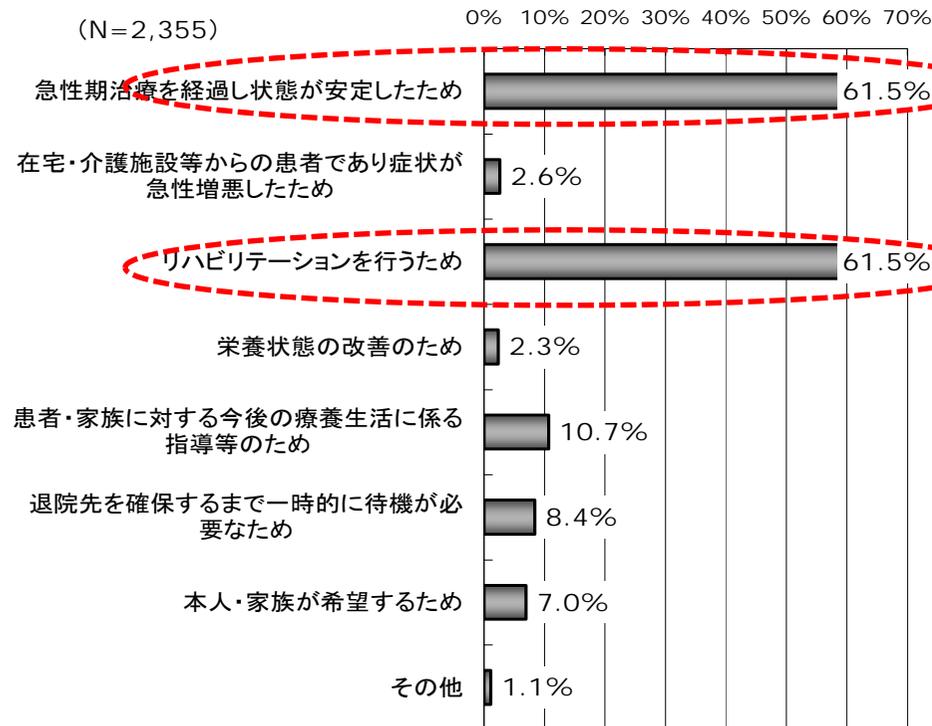
亜急性期入院医療管理料について

亜急性期入院医療管理料を算定する病室に入室した背景としては、「急性期治療を経過し状態が安定したため」、「リハビリテーションを行うため」が多い。

○ 入室した背景(図表3-83)

[亜急性期入院医療管理料1]

[亜急性期入院医療管理料2]



出典:平成21年度検証部会調査

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成23年度調査）
亜急性期入院医療管理料算定病棟におけるリハビリテーション見直しの影響調査の概要

亜急性期病棟におけるリハビリテーションの実施状況について

- リハビリテーション担当者の配置
- 回復期リハビリテーションを必要とする患者数
- 退院時リハビリテーション指導料算定回数
- 疾患別リハビリテーションの実施対象人数、実施単位数

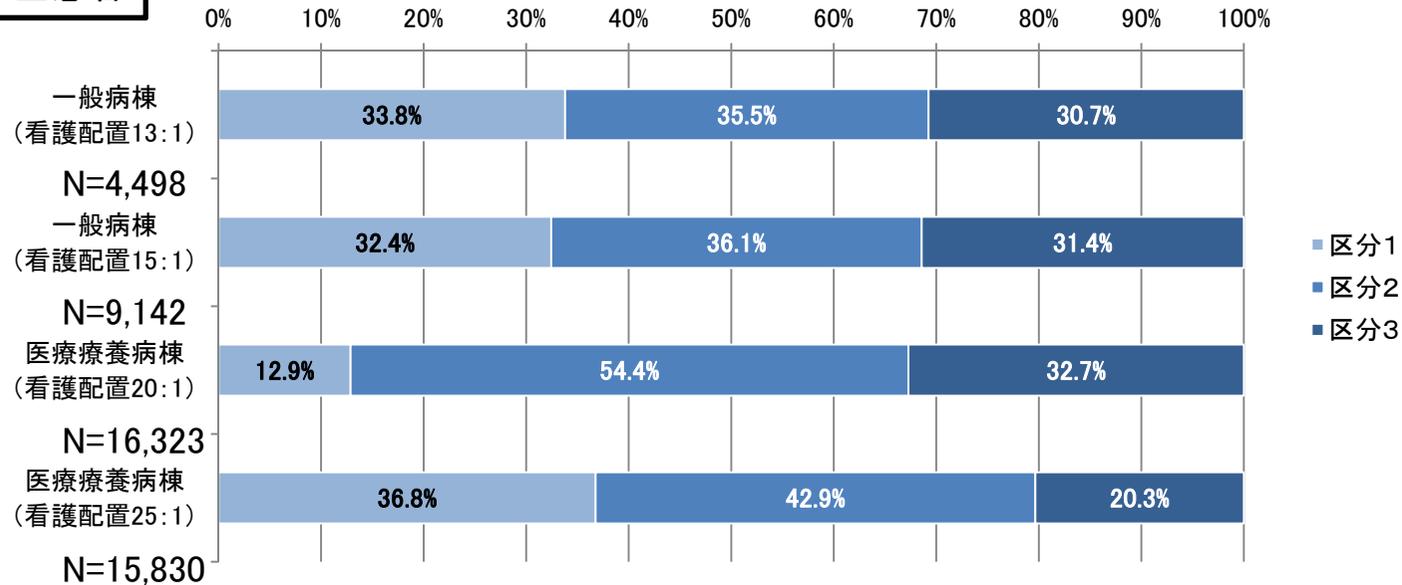
亜急性期病棟における患者状態の変化について

- 入棟時の合併症
- 入棟前、退棟後の居場所の変化
- 日常生活機能評価の推移（入棟時、退棟時）
- バーセル指数の推移（入棟時、退棟時）
- FIMの推移（入棟時、退棟時）
- 疾患別リハビリテーション実施単位数の推移（入棟後1週間、退棟前1週間）

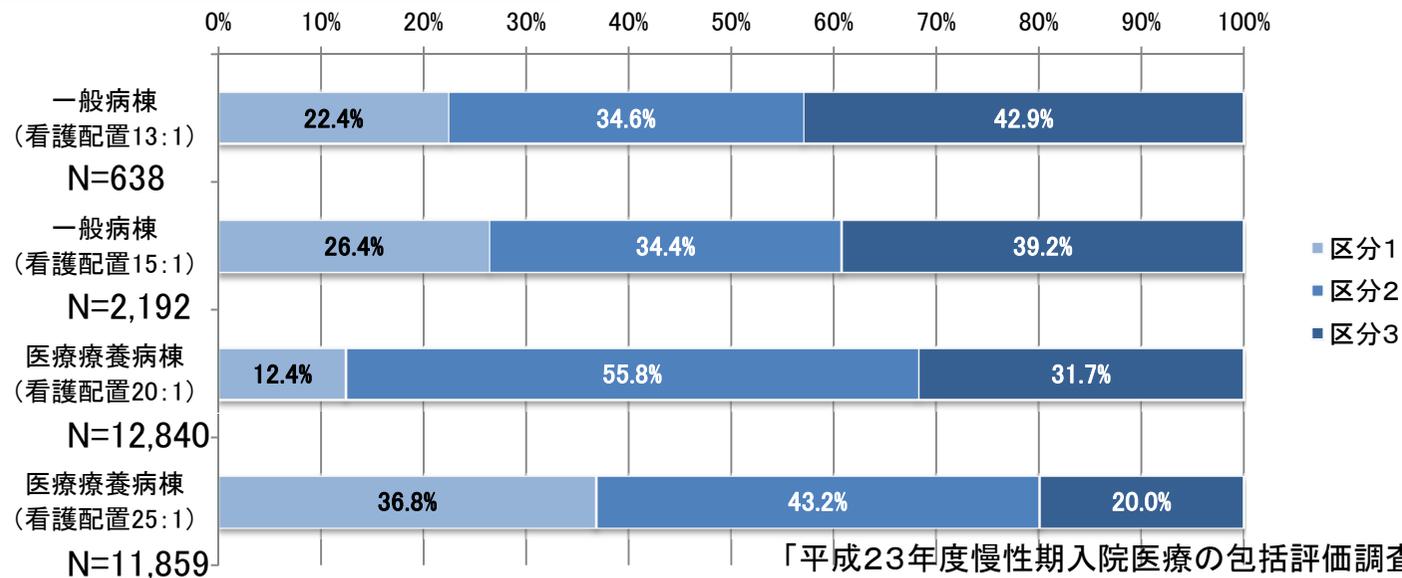
長期療養について

病棟ごとの医療区分の比較

全患者



(再掲) 在院90日超えの患者のみ



一般病棟(13:1,15:1)と療養病棟における 入院患者の年齢構成と在院日数

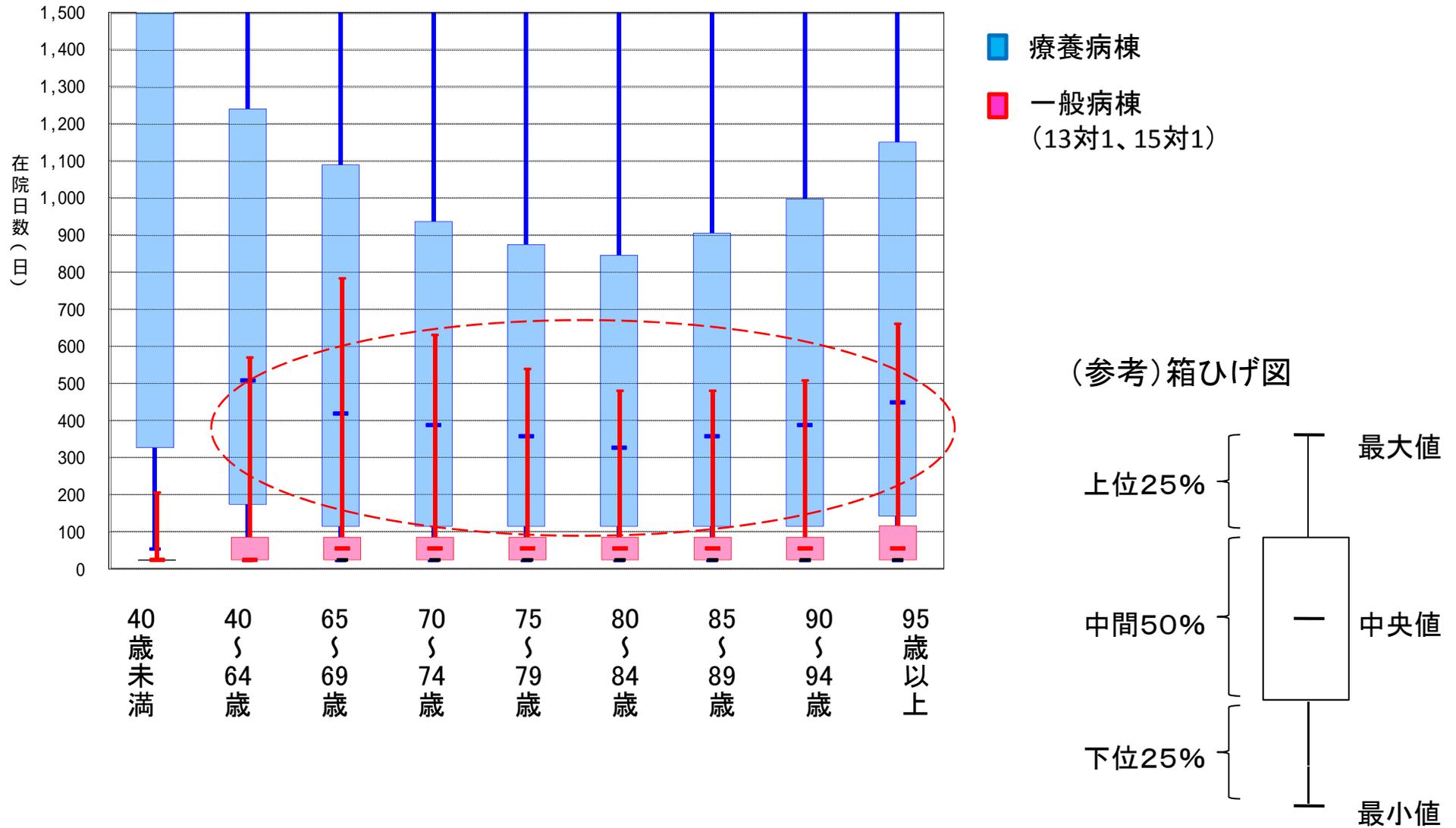
年齢構成



在院日数

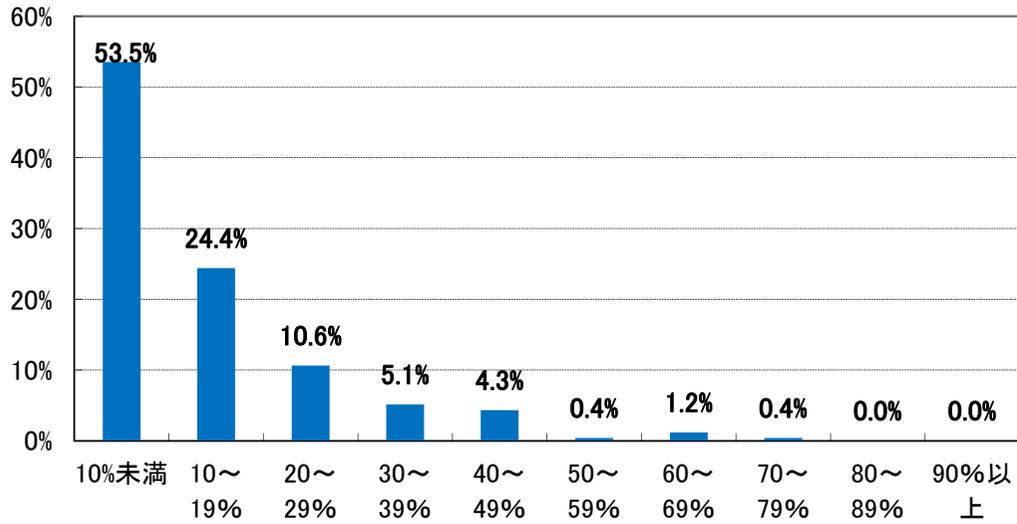


年齢と在院日数とのクロス集計(箱ひげ図)

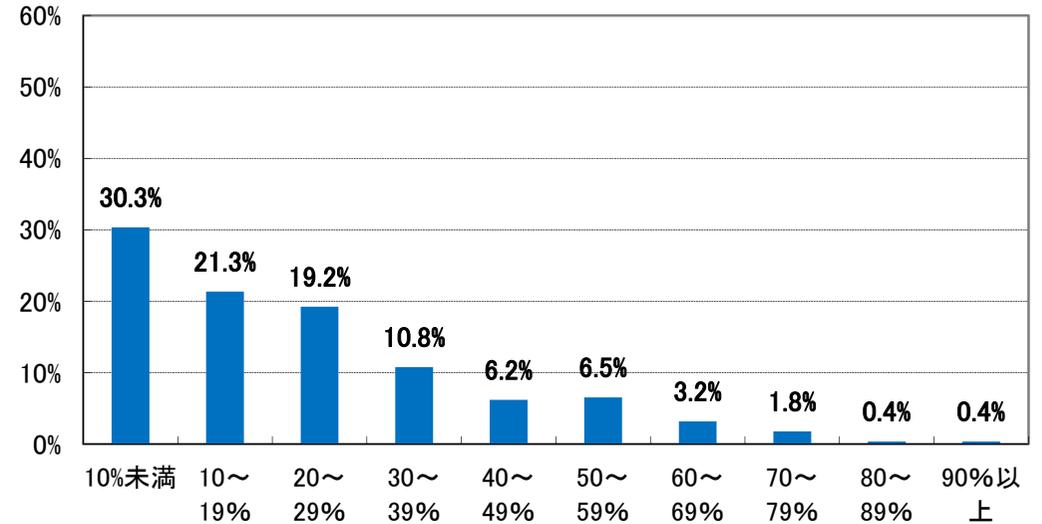


病棟ごとの在院日数90日超え患者の割合

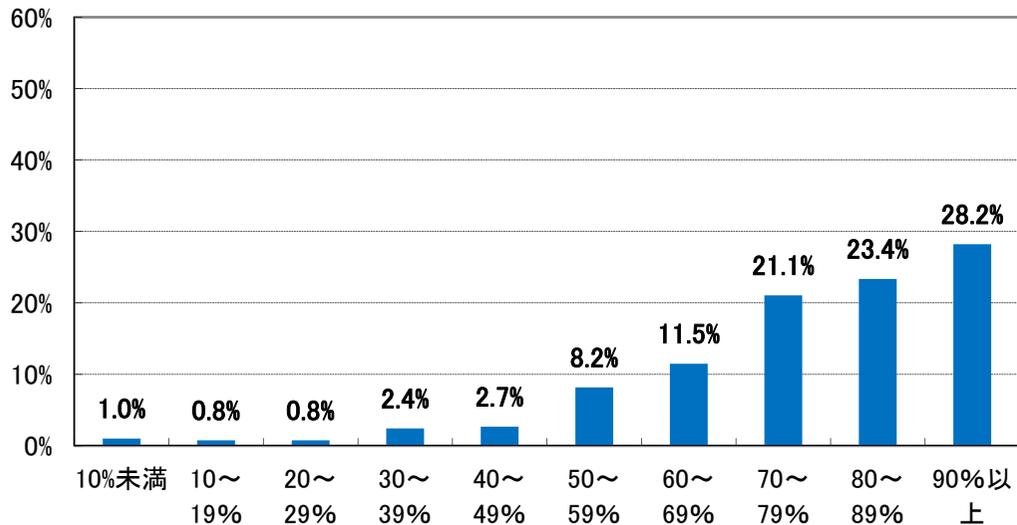
一般病棟(看護配置13:1) N=254施設



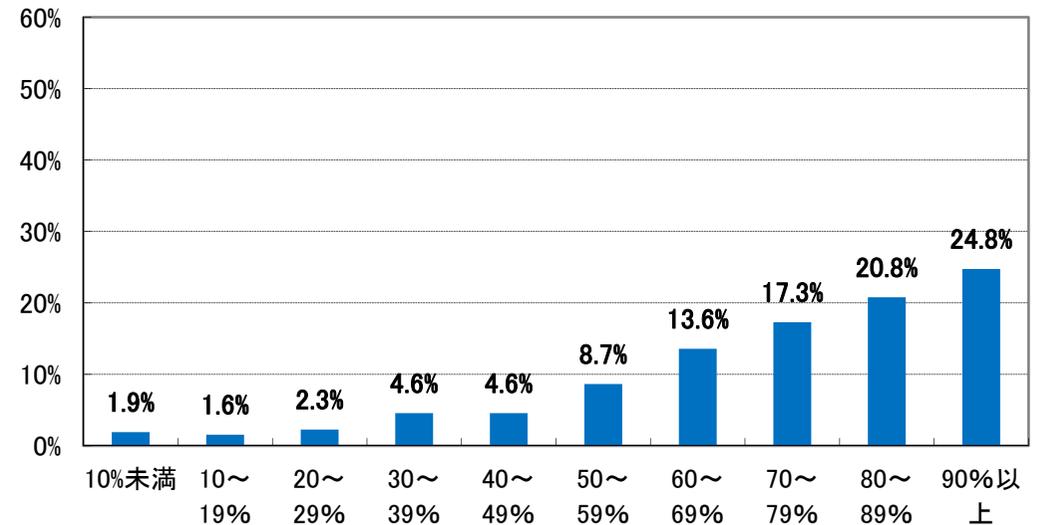
一般病棟(看護配置15:1) N=783施設



医療療養病棟(看護配置20:1) N=567施設



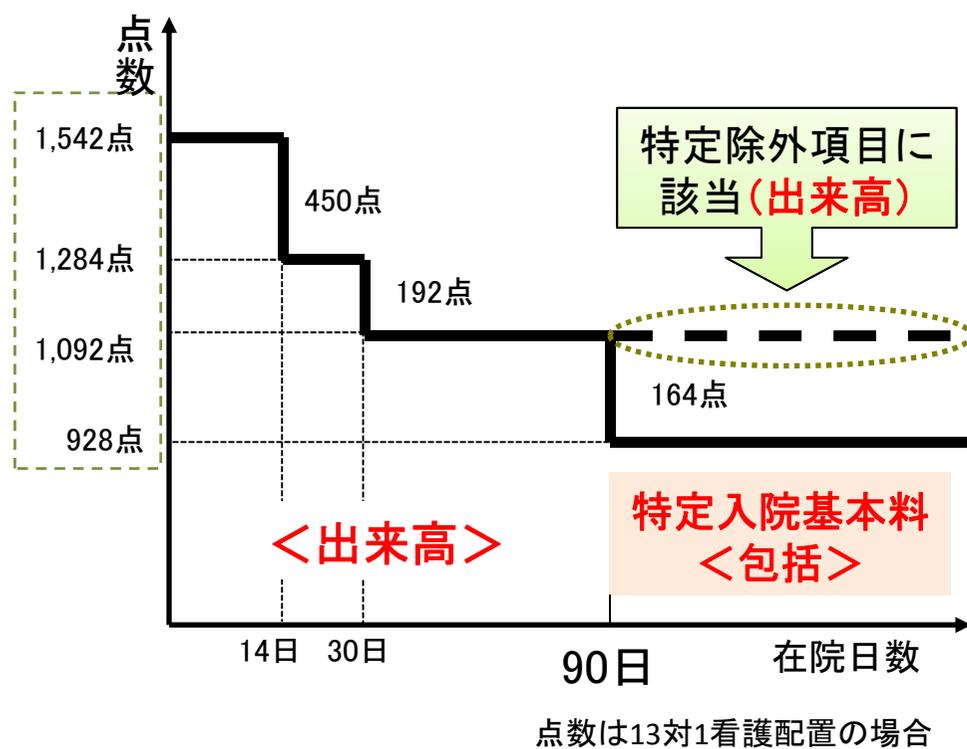
医療療養病棟(看護配置25:1) N=832施設



「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より¹

一般病棟入院基本料と療養病棟入院基本料

一般病棟入院基本料



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

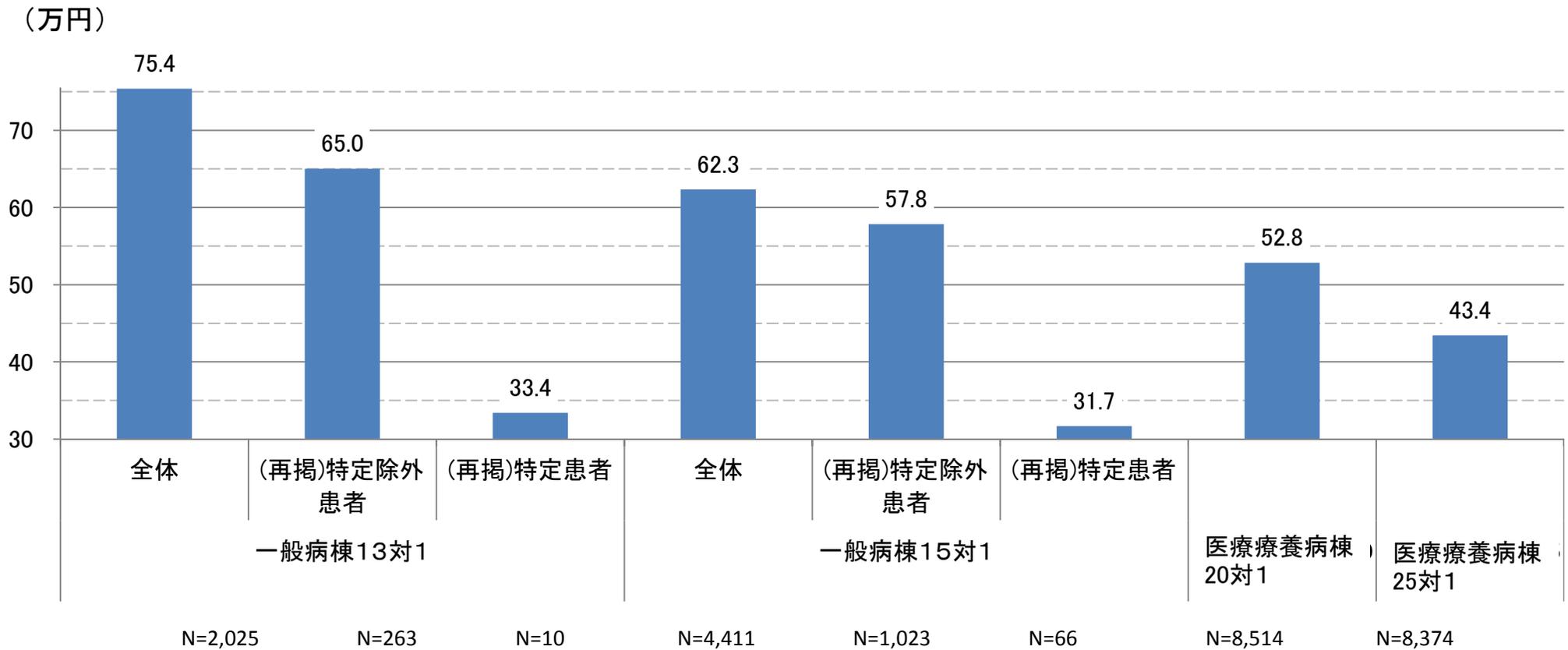
【算定要件】

25:1配置

(単位:点)

	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

病棟ごとのレセプト請求金額の比較



※患者1人1月当たりの請求額

「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

特定除外患者の分析

	一般病棟13対1	一般病棟15対1
在院日数90日超え患者に占める割合	96%	94%

特定除外項目	一般病棟13対1		一般病棟15対1	
	該当患者数	構成比%	該当患者数	構成比%
1号 難病患者等入院診療加算を算定する患者	1	0%	16	1%
2号 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	2	1%	3	0%
3号 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等	24	9%	204	18%
4号 悪性新生物に対する治療を実施している状態	-	-	12	1%
5号 観血的動脈圧測定を実施している状態	-	-	-	-
6号 リハビリテーションを実施している状態	25	9%	48	4%
7号 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	1	0%	2	0%
8号 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	29	10%	71	6%
9号 人工呼吸器を使用している状態	1	0%	18	2%
10号 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	5	2%	60	5%
11号 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態	-	-	2	0%
12号 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	1	0%	26	2%
項番不明	188	68%	656	59%
合計	277	100%	1,118	100%

特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

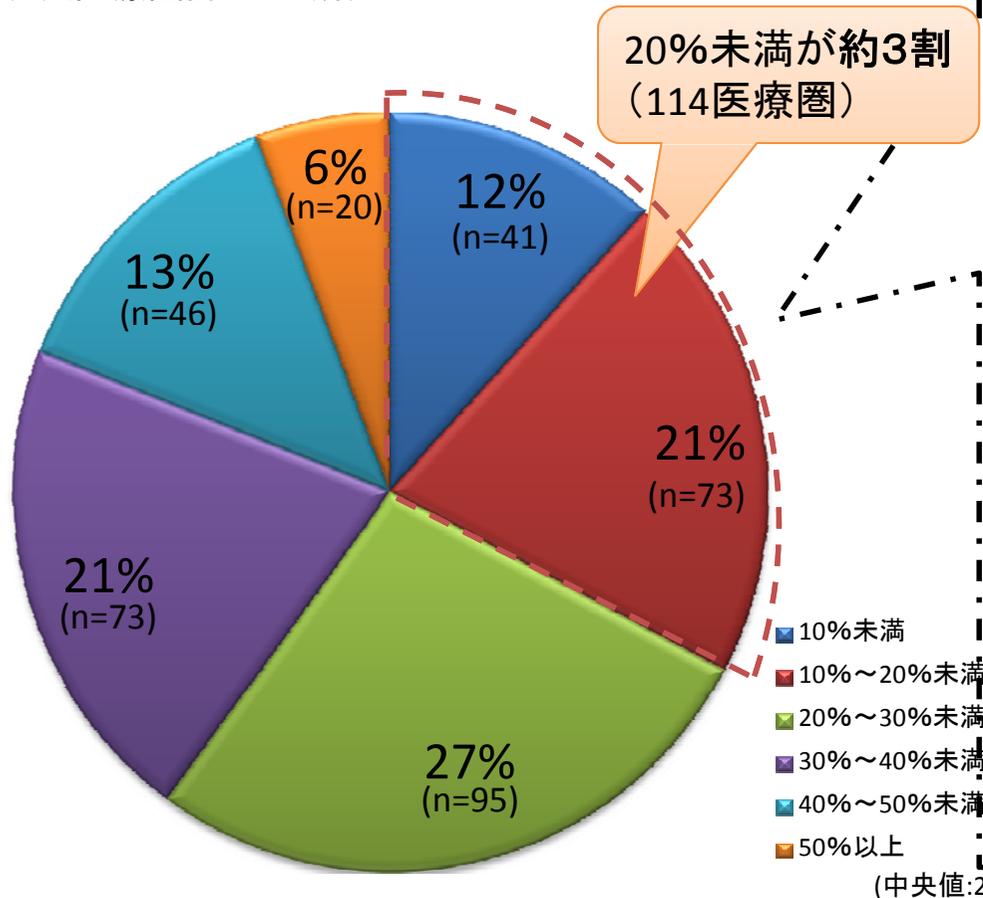
医療区分

<p>医療区分3</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
<p>医療区分2</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
<p>医療区分1</p>	<p>医療区分2・3に該当しない者</p>

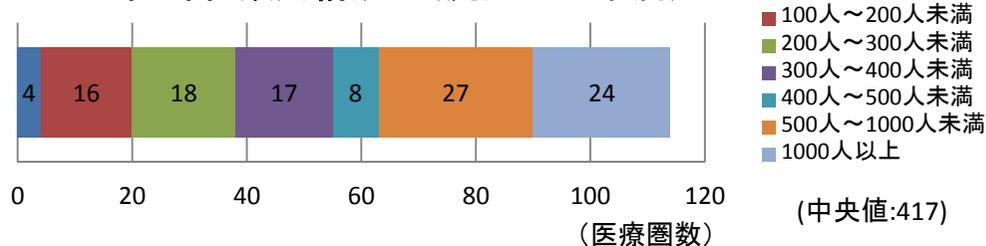
地域に密着した病床について

地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

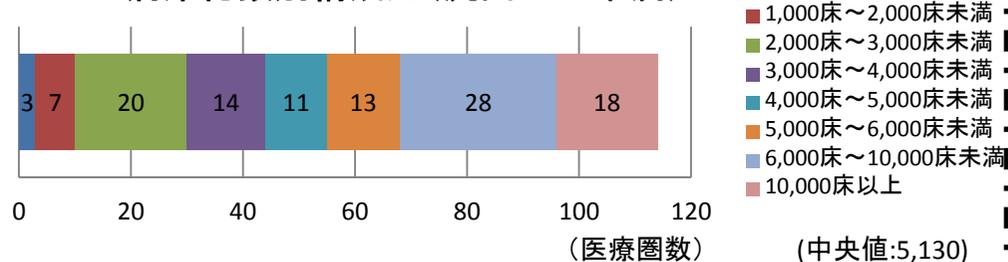
2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348力所)



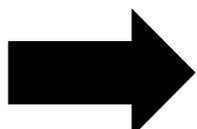
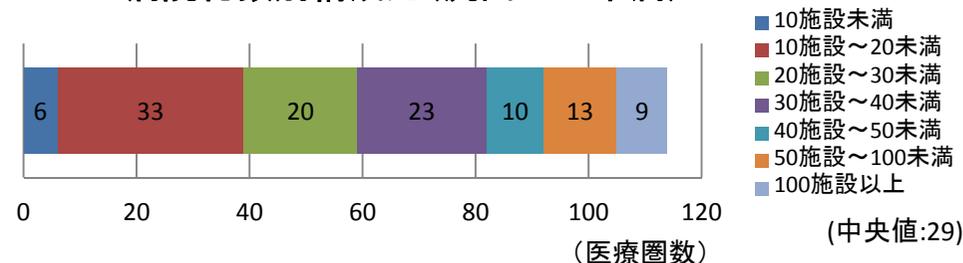
医師総数別構成比(流出20%未満)



病床総数別構成比(流出20%未満)



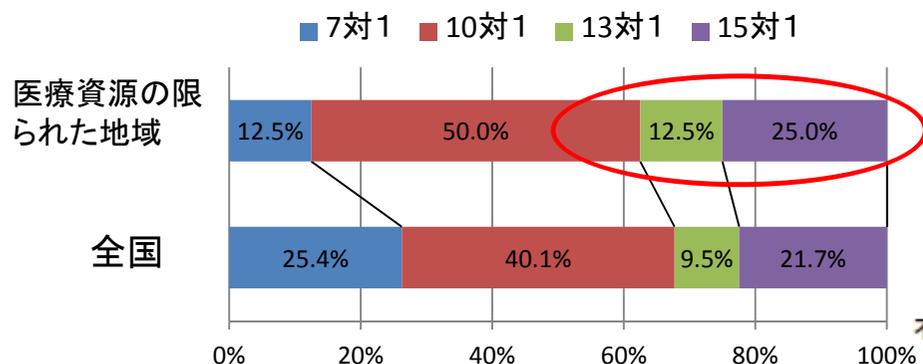
病院総数別構成比(流出20%未満)



患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

地域の一般病院の看護基準と患者層について①

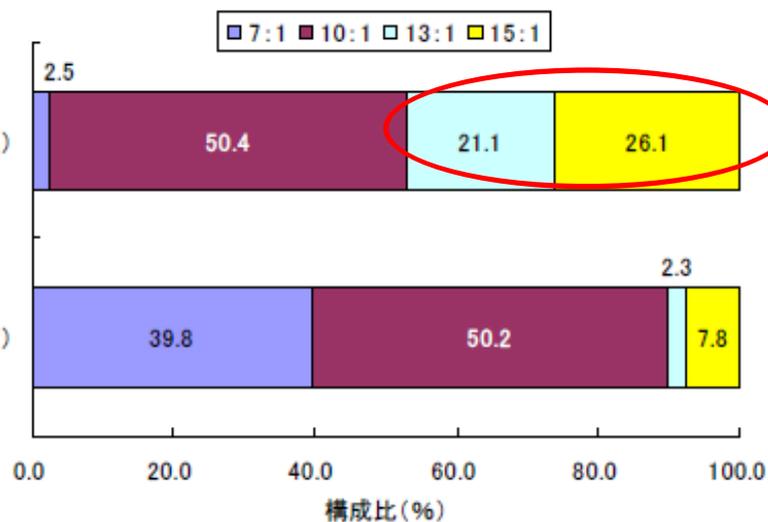
一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
 (患者流出割合が低く病床数が少ない地域)



患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比²⁾
 (自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)

自治体病院の立地条件別看護基準別構成比
 (2009年・一般病院)



*出所:総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」

(注)不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

- ・第1種不採算地区病院:直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
- ・第2種不採算地区病院:直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在すること

原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域



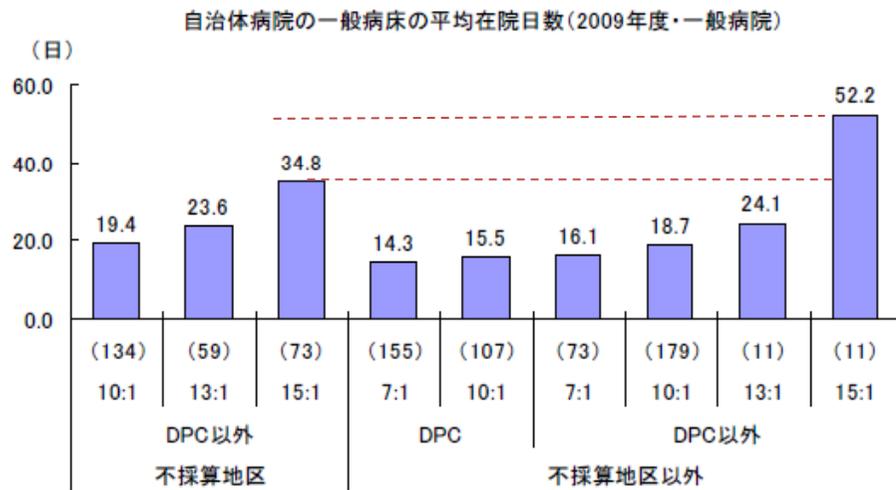
医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

出典:1)医療課調べ

2)日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について一入院基本料15:1に注目した分析ー(自治体病院の例)

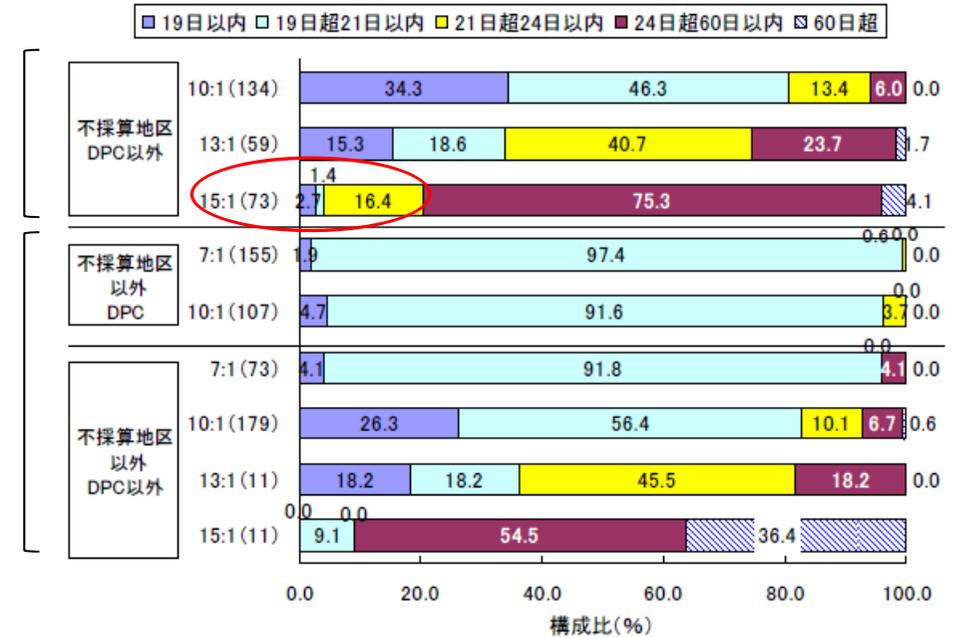
地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)



*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」
()内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

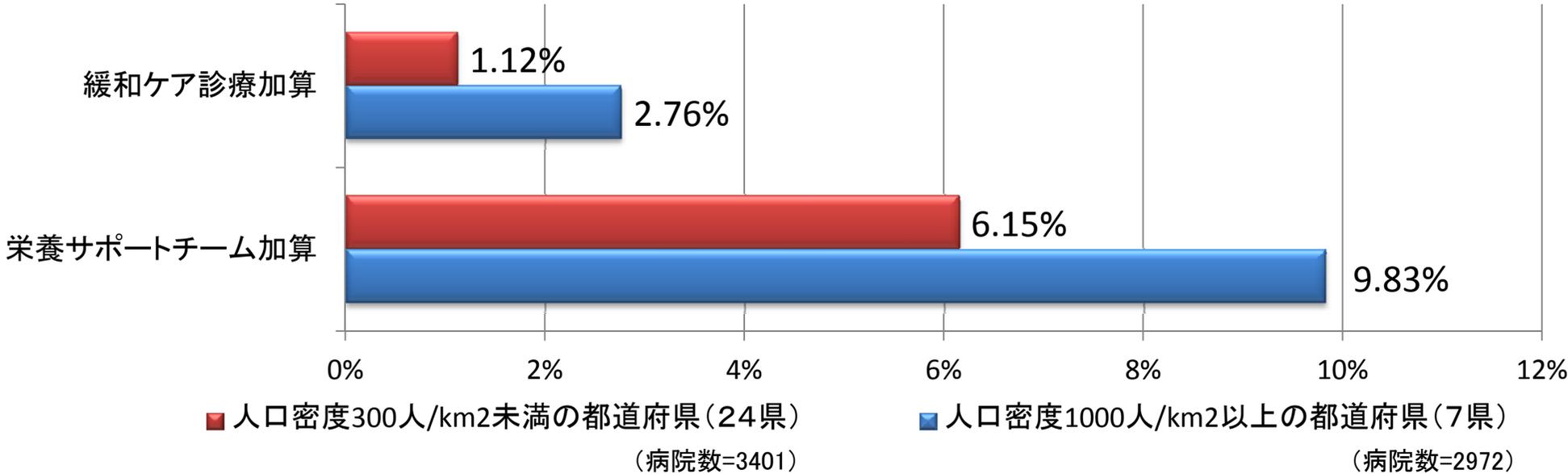
一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内



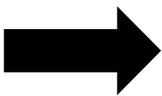
限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。

加算の届出施設割合の地域差について

人口密度別届出施設数の割合(都道府県別)



- **緩和ケア診療加算の要件**
以下の緩和ケアに係る専従のチームを設置
ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 等
- **栄養サポートチーム加算の要件**
以下の栄養管理に係るチームが設置
ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士
なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい 等



専従・専任要件のある加算について、人口密度の高い地域と低い地域で届出施設数の割合に差がある。

地域に密着した病床について

期待される役割

- 医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する

<医療提供が困難と考えられる地域の例>

1) 不採算地区病院(病床規模要件150床未満) <病院数:約310施設>

- ・第1種不採算地区病院

直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること。

- ・第2種不採算地区病院

直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在すること

原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

(参考)総務省:「公立病院に関する財政措置の改正要綱」

2) 2次医療圏の病床数が少ない地域

(例)1,000床未満の地域 <病院数:約200施設>

- ・42医療圏

2,000床未満の地域 <病院数:約840施設>

- ・113医療圏

3) 離島加算に係る地域

- ・離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- ・奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域
- ・小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- ・沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島

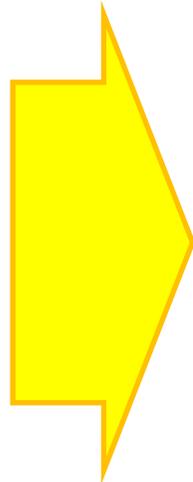
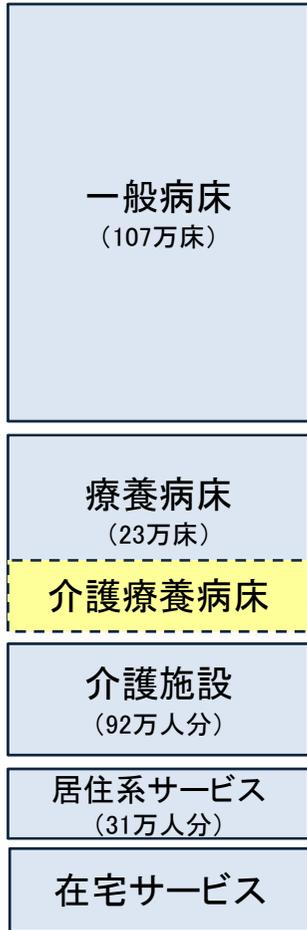
○医療提供が困難な地域等における地域に密着した病床について、社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として地域一般病床は24万床としているが、今後、医療提供が困難な地域等の範囲を明確にする必要がある。

○その上で、地域に密着した病床が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供することの診療報酬上の評価について、検討する必要がある。

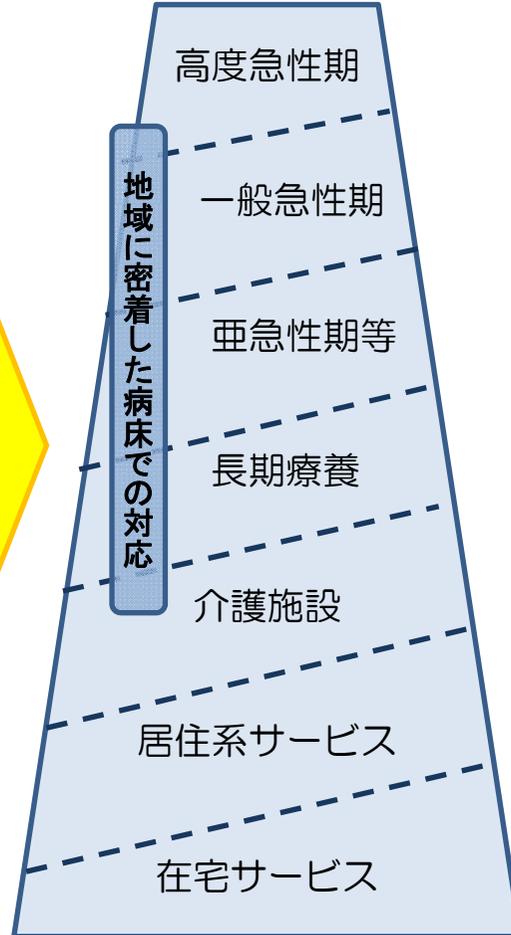
入院医療の機能分化に向けた 今後の方向性について

入院医療の機能分化のイメージ

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



- 患者の状態に応じた入院医療
- 病院勤務医の負担軽減
- 平均在院日数の減少
- 地域の特性に応じた医療体制

方向性

- 入院医療の機能分化
 - ・ 急性期への医療資源の集中的な投入と専門分化
 - ・ 急性期以外の患者を受け入れる病床の確保
 - ・ 地域のニーズを支える長期療養（医療療養）の構築
 - ・ 一体的な対応を行う地域に密着した病床の確保

入院医療の機能分化に向けた課題と今後の方向性

- 高度急性期や一般急性期を含めた医療を行う病院においては、勤務医の負担が大きい。
- また、日本は病床当たりの医療従事者の数が少ないが、病床当たりの医療従事者数と平均在院日数は一定の相関関係が認められることから、病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期の患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていくことが必要である。
- 一方で、現行の診療報酬体系は、看護配置に応じた評価や病院の機能に応じた評価体系となっているが、必ずしも高度急性期、一般急性期、亜急性期等に応じた評価体系となっていない。また、病棟の機能毎にそれぞれの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。
- 慢性期入院医療を行う場として医療療養病棟があるが、一般病棟(看護配置13:1又は15:1)においても在院日数が90日を超えるような長期入院患者が一定程度存在している。また、両者の診療報酬上の評価は異なっている。
- 医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する場合がある。

【今後の方向性】



- 病院医療従事者の負担を軽減させつつ、患者の状態に応じた診療を行い、かつ平均在院日数を減少させるために、急性期への医療資源の集中投入を含めた入院医療の機能分化を進めていくべきではないか。
- その際、病棟機能毎に必要な病床数の検討も含め、高度急性期、一般急性期、亜急性期等の患者の状態に応じた診療報酬体系について、今後検討が必要ではないか。
- 一般病棟で在院日数90日を超えるような長期入院患者の大部分は特定除外患者(出来高払い)であり、医療療養病棟の長期入院患者(包括払い)と診療報酬上の評価が異なっているため、様々な状態の患者が混在せざるをえない地方の病院の特性に配慮しつつ、慢性期の患者の診療報酬体系について整理すべきではないか。
- 地域に密着した病床における、高度急性期医療から亜急性期医療までの一体的な対応について、地域に密着した病床の範囲や診療報酬上の評価について、今後検討が必要ではないか。

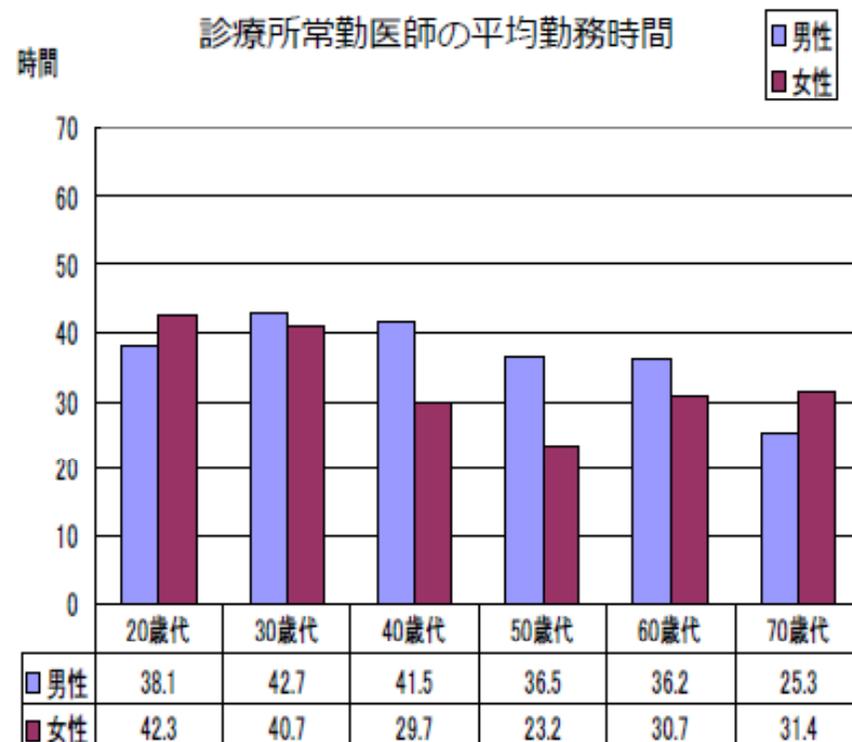
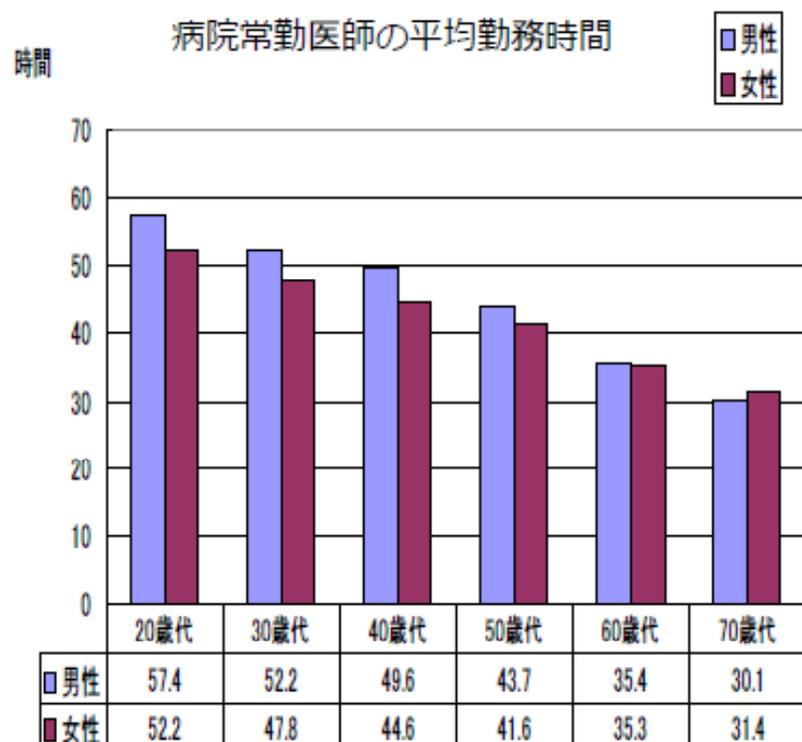
外来医療の役割分担に向けて

「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による医師の従業時間

医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究を除いたものを従業時間とすると、年齢階級別の従業時間は次のとおり。

(病院常勤医の平均従業時間は平均で週48時間だが、診療所常勤医の平均従業時間は平均すると週40時間を下回る)

※ なお、休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた、病院常勤医師が医療機関に滞在する時間は、平均週63時間。

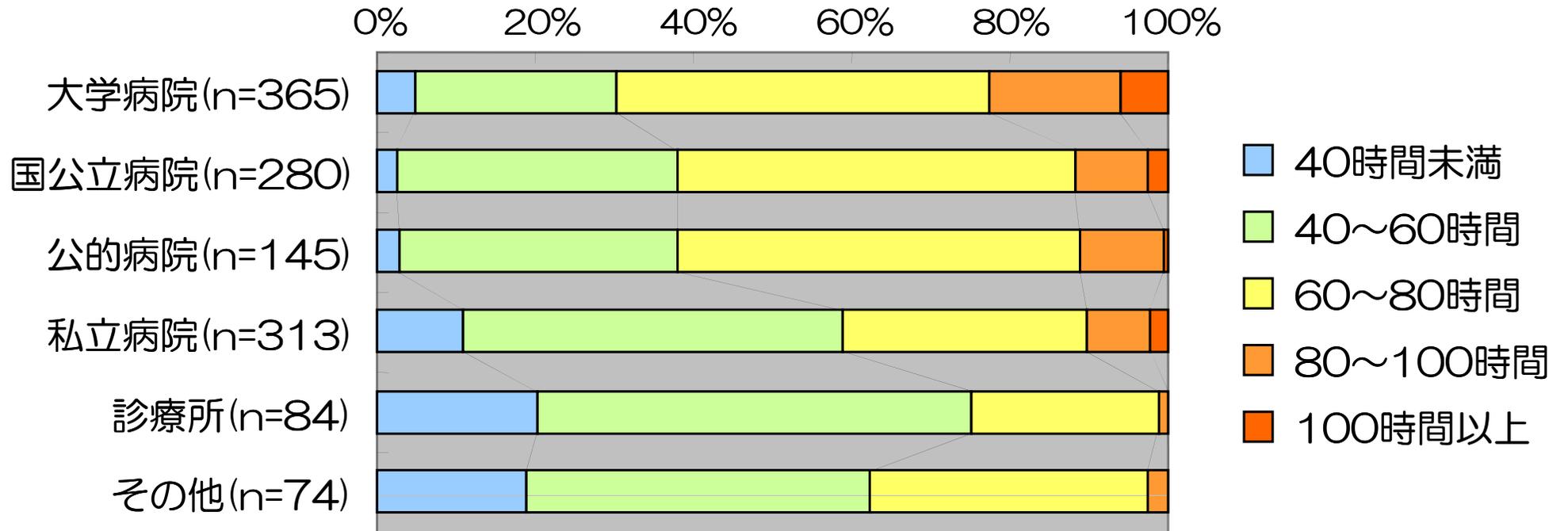


(出典) 「日本の医師需給の実証的調査研究」

施設と勤務時間

外科医の週平均勤務時間は**59.5時間**、**診療所勤務者が47.7時間**、**病院勤務者が68.8時間**

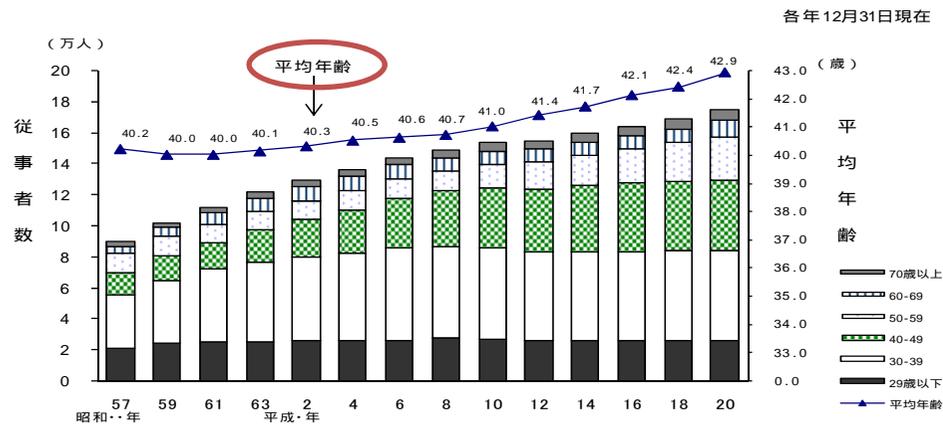
各施設別の勤務時間



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

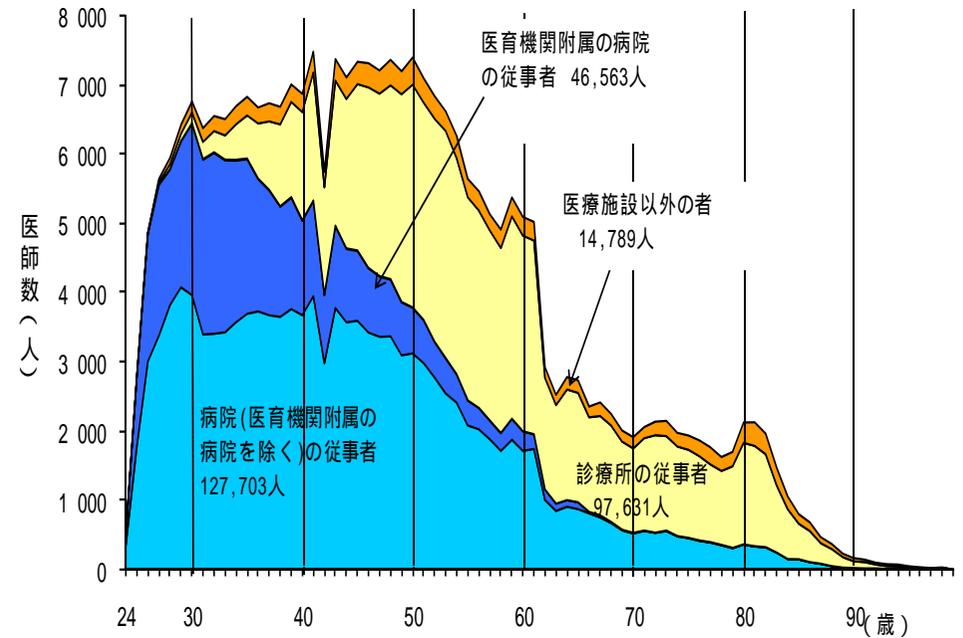
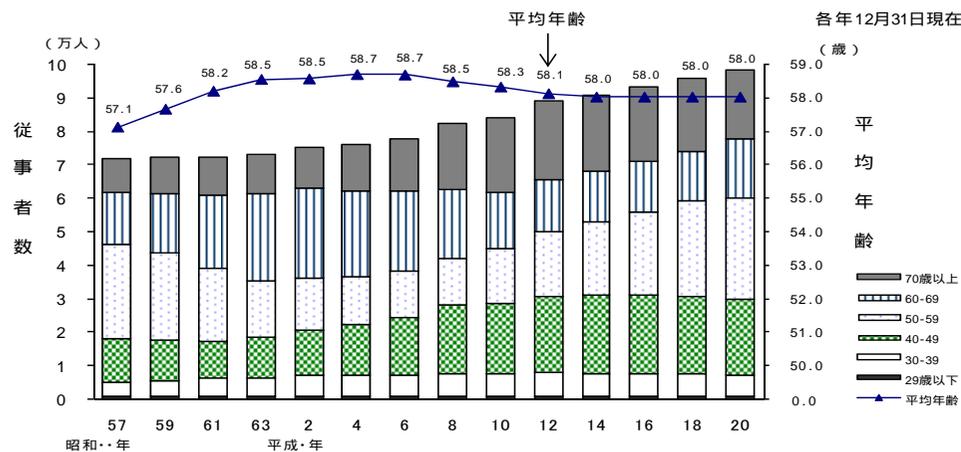
○ 年齢階級別にみた**病院**に従事する医師数及び平均年齢の年次推移



○ 施設の種別にみた医師数の年齢別割合

	40歳	50歳	60歳
病院	73.4%	51.2%	39.2%
診療所	22.8%	43.5%	55.5%
その他	3.8%	5.3%	5.3%

○ 年齢階級別にみた**診療所**に従事する医師数及び平均年齢の年次推移

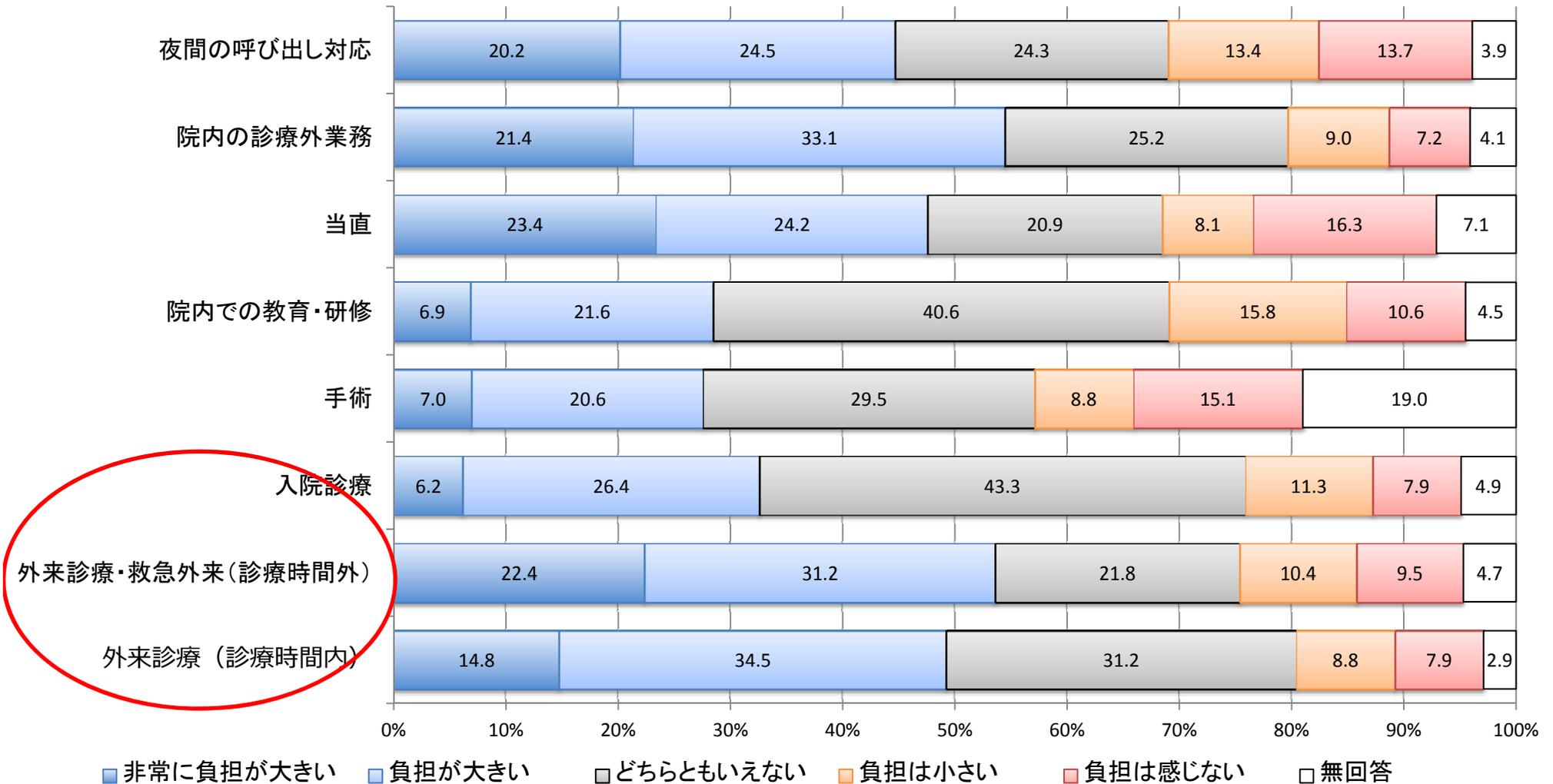


出典:平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査

病院勤務医の業務ごとの負担感

医師票

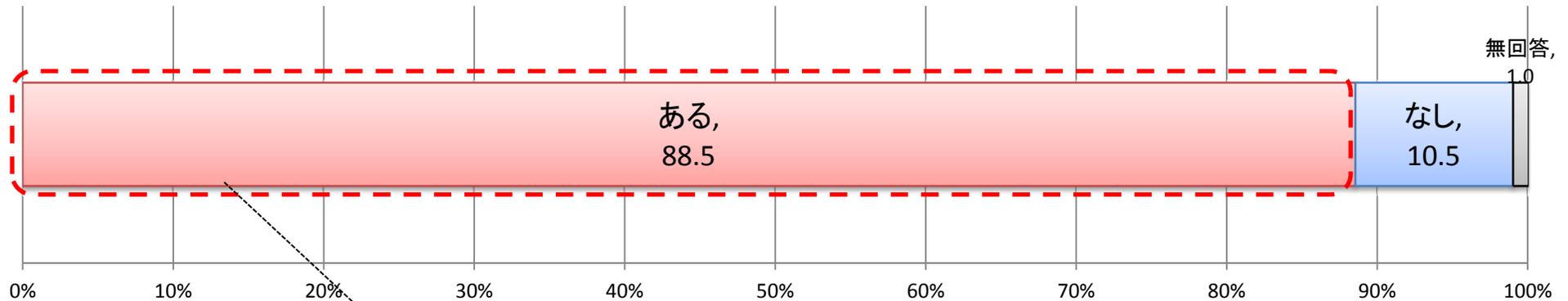
業務ごとの負担感(n=1,300)



外来医療における役割分担について

医師票

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



協力してほしい内容(n=1,150)

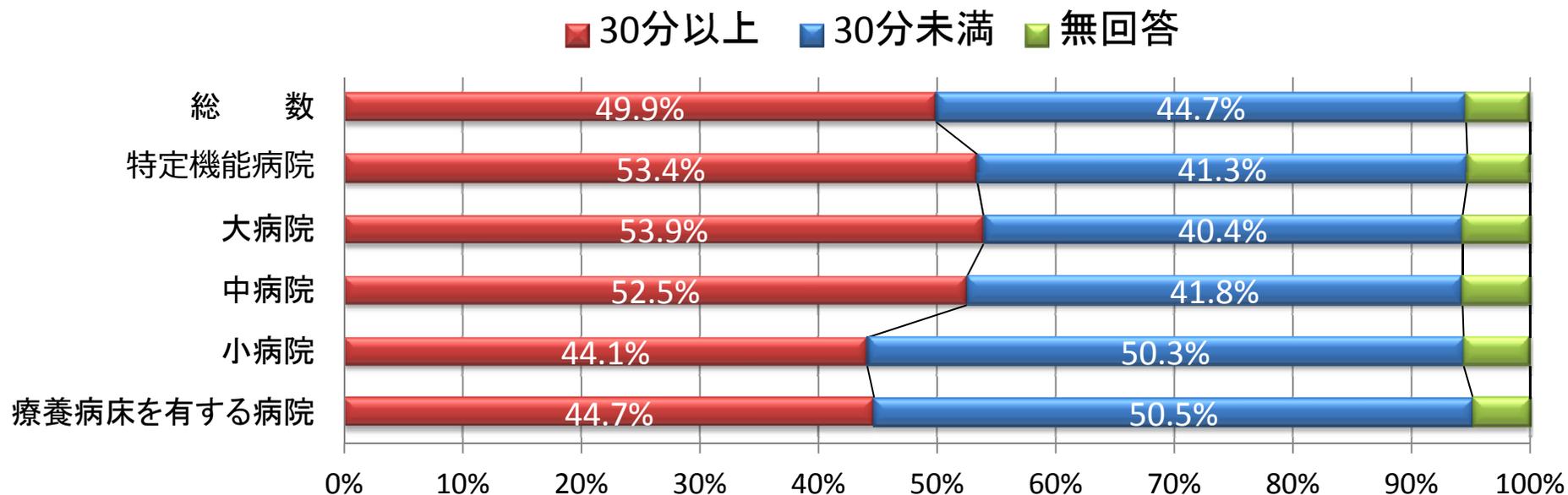


51

患者・家族へ病状や治療方針等について説明を行うこと

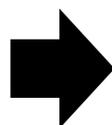
平成21年度「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組みに係る調査」

外来患者の診察前の待ち時間



医師による診察を受けていない者は除いた
予約した場合は予約した時刻からの待ち時間

- ・大病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院
- ・中病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院
- ・小病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院

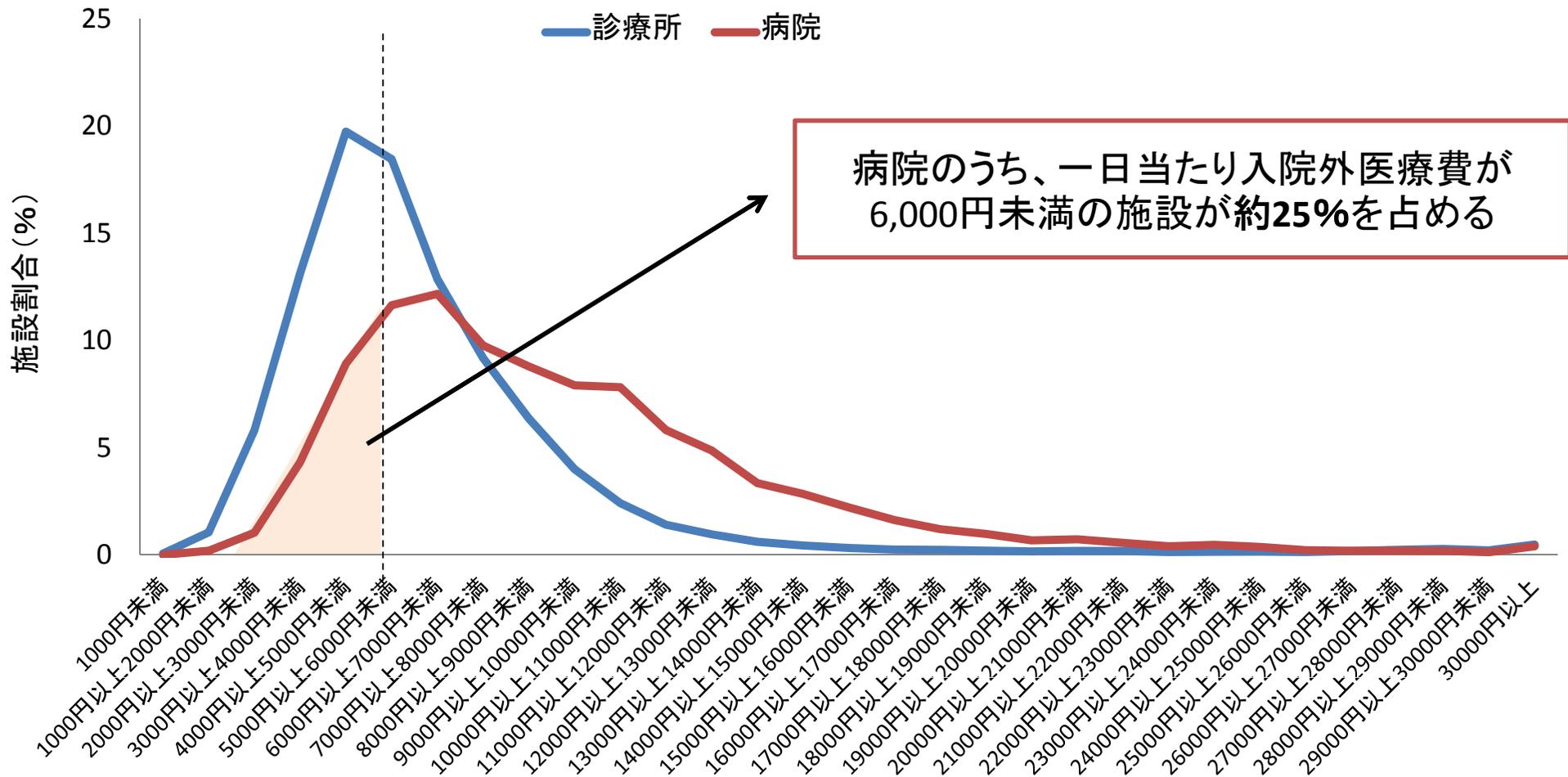


- ・ 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

調査対象

	総数	特定機能病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を有する病院
施設数	484施設	35施設	69施設	142施設	115施設	123施設
有効回答数(外来患者票)	100,946	23,072	32,367	27,474	9,464	8,569

医療機関別一日あたり入院外医療費 (2010年6月分)



病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する

外来単価別の主傷病名について

【対象データ】 病院数・・・19病院(主傷病の定義が90%以上の施設), レセプト件数・・・1,367,780件

単価 2000円未満の主傷病名 件数降順TOP20

MDC6コード	MDC6名称	件数	平均単価
999999	対象コードなし	16,700	¥1,194
050140	高血圧性疾患	15,677	¥1,358
040100	喘息	8,321	¥1,431
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	7,439	¥1,296
07034x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	6,163	¥1,281
080050	湿疹、皮膚炎群	5,872	¥1,379
010060	脳梗塞	5,656	¥1,317
090010	乳房の悪性腫瘍	3,913	¥1,067
060140	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	3,434	¥1,285
060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	3,170	¥1,299
070230	膝関節症(変形性を含む。)	2,781	¥1,284
888888	主傷病なし	2,770	¥1,029
060020	胃の悪性腫瘍	2,668	¥1,148
110200	前立腺肥大症等	2,628	¥1,384
030340	血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	2,566	¥1,380
100300	代謝性疾患(糖尿病を除く。)	2,508	¥1,322
120070	卵巣の良性腫瘍	2,227	¥932
030350	慢性副鼻腔炎	2,182	¥1,344
071030	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	1,885	¥1,313
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	1,822	¥1,135

単価 2000円未満 対象コードなし詳細

レセプトコード	病名	件数	平均単価
7840024	頭痛	697	¥1,270
8833170	血尿	584	¥1,438
9999407	眼内レンズ挿入眼	552	¥1,543
8840549	めまい症	396	¥1,334
9999203	妊娠	350	¥850
8841308	めまい	339	¥1,309
8832576	胸部異常陰影	228	¥861
0000999	高血圧症	227	¥1,356
0000999	右膝前十字靭帯損傷	154	¥762
0000999	喘息	154	¥1,571
0000999	左膝前十字靭帯損傷	147	¥758
0000999	血管攣縮性狭心症	117	¥1,341
8836917	体重増加不全	115	¥1,195
0000999	狭心症	111	¥1,358
5789012	便潜血	110	¥1,031
8839176	冷え症	88	¥1,353
0000999	逆流性食道炎(再燃再発を繰返す維持療法)	86	¥1,383
0000999	皮脂欠乏性皮膚炎	85	¥1,287
0000999	更年期障害	85	¥1,355
7811016	嗅覚障害	82	¥1,284

単価 2000~4000円未満の主傷病名 件数降順TOP20

MDC6コード	MDC6名称	件数	平均単価
999999	対象コードなし	14,753	¥3,043
050140	高血圧性疾患	7,403	¥2,955
080050	湿疹、皮膚炎群	6,756	¥2,853
110200	前立腺肥大症等	6,073	¥2,526
010230	てんかん	4,349	¥3,666
040100	喘息	4,134	¥3,111
020110	白内障、水晶体の疾患	3,902	¥3,144
020220	緑内障	3,817	¥3,132
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	3,704	¥2,974
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	3,009	¥3,257
100080	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	2,581	¥3,197
030270	上気道炎	2,495	¥3,278
07034x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	2,491	¥3,061
070230	膝関節症(変形性を含む。)	2,459	¥3,246
888888	主傷病なし	2,176	¥3,075
010060	脳梗塞	2,096	¥2,984
050070	頻脈性不整脈	1,972	¥2,990
010160	パーキンソン病	1,853	¥3,578
080080	痒疹、蕁麻疹	1,814	¥2,935
161060	詳細不明の損傷等	1,591	¥3,101

単価 2000~4000円 対象コードなし詳細

レセプトコード	病名	件数	平均単価
9999407	眼内レンズ挿入眼	1,821	¥3,157
7840024	頭痛	694	¥3,054
8833170	血尿	406	¥2,744
8840549	めまい症	345	¥2,982
8841308	めまい	335	¥2,968
8832576	胸部異常陰影	265	¥3,171
8845182	白内障術後	219	¥2,950
8839433	頻尿症	187	¥2,549
0000999	発作性心房細動	175	¥2,727
9999203	妊娠	143	¥2,923
8839710	腹痛症	94	¥2,877
8830971	嘔吐症	82	¥3,286
7910004	蛋白尿	75	¥3,248
7882002	尿管	72	¥2,748
2392194	皮下腫瘍	69	¥2,928
5789012	便潜血	69	¥2,766
6900011	対象コードなし	65	¥2,628
7865004	胸痛	61	¥2,928
8844607	ペースメーカー植え込み後	60	¥3,569
0000999	両)白内障	59	¥3,253

888888 主傷病なし ... 「主傷病名」が定義されていないもの
 999999 対象コードなし ... 腹痛、嘔吐、胸部異常陰影など(ICD10のRコードに該当)や眼内レンズ挿入眼、ペースメーカー植え込み後など(ICD10のZコードに該当)、DPCの疾患名にひもづかないもの

0000999 フリーテキスト入力 of 病名(いわゆるワープロ病名)コードが設定されないためICD10コードにひもづけられず、「対象コードなし」となる

外来単価別の診療行為について

単価 2000円未満の診療行為内訳 (TOP20)

平均単価の低い施設の例。(民間 500床クラス) N = 24,773

多くの症例が 診察料+処方せん料、あとは安価な検査等の実施であることがわかる。

レセプトコード	診療行為名称	単価	算定回数
112011310	外来診療料	¥700	24,294
120002910	処方せん料(その他)	¥680	
120002710	処方せん料(7種類以上)	¥400	16,524
113002310	皮膚科特定疾患指導管理料(2)	¥1,000	493
160170170	検体検査管理加算(1)	¥400	394
160061710	尿・糞便等検査判断料	¥340	339
160170310	残尿測定検査(超音波によるもの)	¥550	225
112006270	外来診療料(乳幼児)加算	¥380	149
120001210	処方料(その他)	¥420	144
120001810	調基(その他)	¥80	122
140049810	鼓室処置(片)	¥550	116
643310190	大塚生食注 20mL	¥61	106
120002370	薬剤情報提供料	¥100	102
160095710	B-V	¥130	97
120000710	調剤料(内服薬・浸煎薬・屯服薬)	¥90	96
130000510	皮内、皮下及び筋肉内注射	¥180	90
160084510	スリットM(前眼部)	¥480	88
160155510	経皮的動脈血酸素飽和度	¥300	81
620008993	ゲンタシン軟膏0.1% 1mg	¥15	70
111000110	初診	¥2,700	67
140012950	膿腫穿刺	¥800	66



外来単価別 受診回数・金額割合

外来単価別 受診回数・金額割合 (200床～499床)

外来単価別 受診回数・金額割合 (500床～)

対象期間: 2010年4月～2011年7月

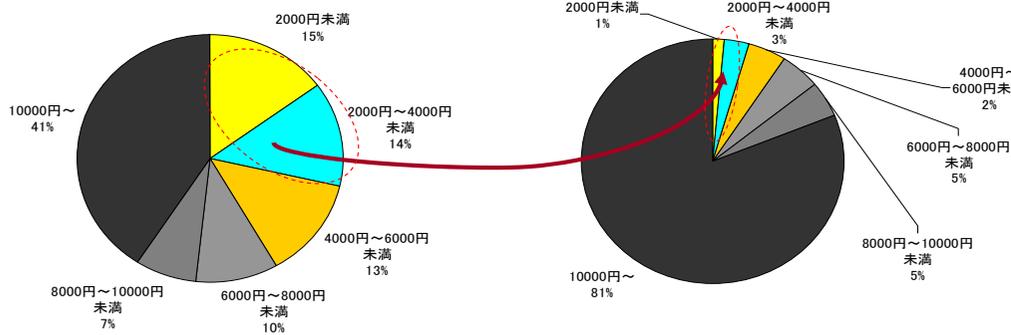
対象期間: 2010年4月～2011年7月

受診数、金額割合を比較したところ、**0円～4,000円未満**の受診数割合は**29%**であるのに対し、合計金額の割合ではわずか**4%**である。

外来受診数、金額割合を比較したところ、**0円～4,000円未満**の患者割合は**24%**であるのに対し、合計金額の割合ではわずか**2%**である。

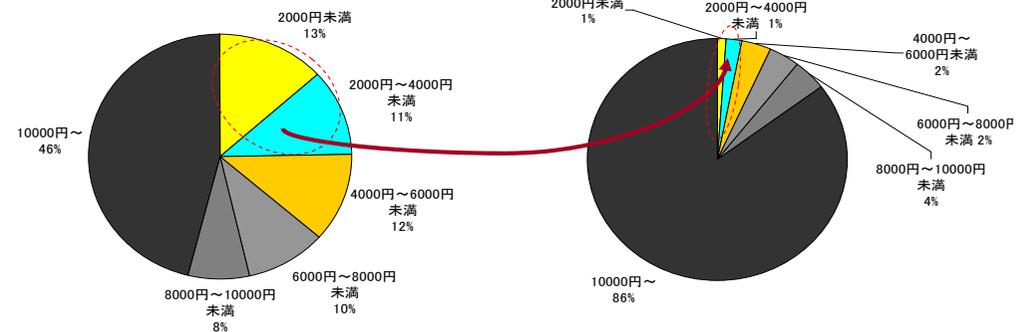
外来受診割合

外来金額割合



外来受診割合

外来金額割合



【対象データ】

病院数 …… 56病院 (200～499床 35病院、500床～21病院)

レセプト件数 …… 3,858,655件 (200～499床 2,006,030件、500床～1,852,625件)



患者動態分析

患者動態分析(A病院)の外来患者調査 (2010年4月データ)

救急と紹介への取り組みが重要

	外来患者数		外来単価 (円)	内入院 患者数	入院 占有率	入院 確率 (%)	入院 単価 (円)	症例あたりの 平均単価 (円)
	人数	%						
救急車	300	2.2%	31,139	186	22.8%	62.0%	1,177,445	761,155
紹介	1,559	11.2%	18,300	477	58.5%	30.6%	713,544	236,620
一般初診	561	4.0%	12,952	78	9.6%	13.9%	682,094	107,789
一般再診	11,464	82.6%	13,324	75	9.2%	0.7%	745,920	18,204
	13,884	100.0%		816	100.0%			

紹介状持参で救急車搬送患者は救急車でカウント

救急車患者1人=紹介患者3人=初診患者7人=再診患者40人

患者動態分析(B病院)の外来患者調査 (2005年9月データ)

救急と紹介への取り組みが必要

	外来患者数		外来 単価(円)	内入院 患者数	入院 占有率	入院 確率 (%)	入院 単価(円)	収益貢献度 (円)
	人数	%						
救急車	207	1.2%	11,693	79	16.2%	38.2%	513,031	207,488
紹介	705	4.1%	12,290	116	23.8%	16.5%	429,738	82,999
一般初診	1,365	7.9%	10,044	55	11.3%	4.0%	437,330	27,665
一般再診	15,017	86.8%	7,324	238	48.8%	1.6%	397,984	13,632
	17,294	100.0%		488	100.0%	2.8%		

紹介状持参で救急車搬送患者は救急車でカウント

救急車患者1人=紹介患者2.5人=初診患者7.5人=再診患者15人

患者動態分析(C病院)の外来患者調査 (2005年6-8月データ)
2005年6月から8月の外来データからの平均

	外来患者数		外来単価 (円)	内入院患 者数	入院占有 率	入院確率 (%)	入院単価 (円)	セグメント別の 収益貢献度
	人数	%						
救急車	113	0.6%	13,286	55	10.2%	48.7%	677,402	342,995
紹介	497	2.6%	11,949	44	8.0%	8.8%	602,792	64,709
一般 初診	874	4.6%	8,078	41	7.5%	4.6%	543,538	33,265
一般 再診	17,527	92.2%	10,263	402	74.3%	2.3%	518,582	22,143
	19,011	100.0%		542	100.0%	2.8%		

紹介状持参で救急車来院は救急車にカウント

救急車患者1人=紹介患者5人=初診患者10人=再診患者15人

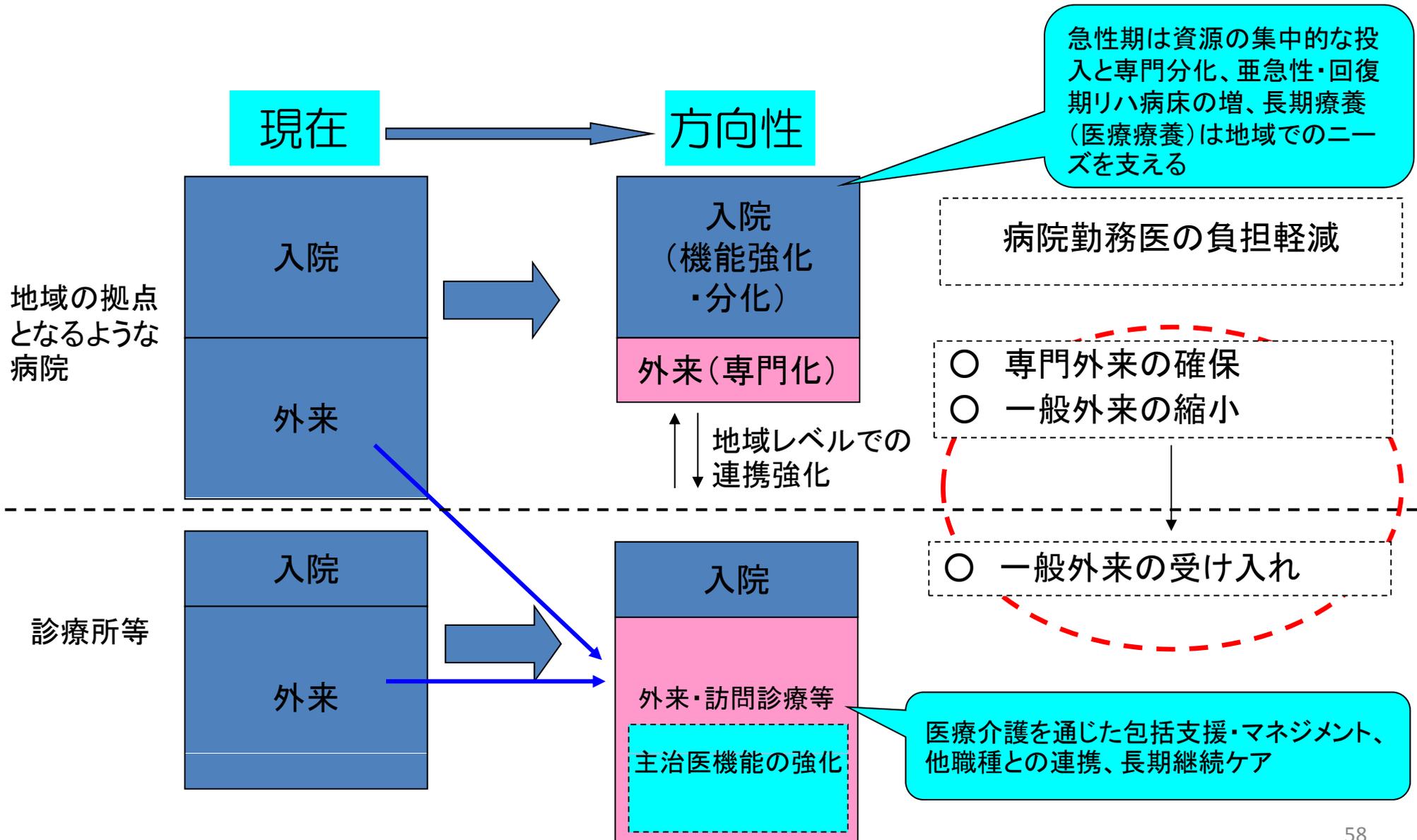
患者動態分析(D病院)の外来患者調査 (2005年4-11月データ)
救急患者が最も収益貢献度が高く、次に紹介患者が高い

外来患者	外来患者数		外来1日 単価* 円	+	内入院 患者数 人数	入院占 有率 %	入院移 行率 %	×	一入院単 価(DPC) 円	=	収益 貢献度 円
	人数	%									
救急車	1,775	0.7%	11,030		988	24.7%	55.7%		939,465		534,312
紹介	5,828	2.3%	18,350		507	12.7%	8.7%		638,381		73,889
救急外来	12,984	5.1%	7,870		864	21.6%	6.7%		625,380		49,770
初診	9,177	3.6%	8,940		445	11.1%	4.9%		480,642		32,491
再診	223,074	88.2%	10,900		1,197	29.9%	0.5%		665,453		14,227
合計	252,838	100.0%			4,001	100.0%					

* 入院移行患者を母数に含める

救急車患者1人=紹介患者7.2人=救急外来10.7人=初診患者16.4人
=再診患者37.6人

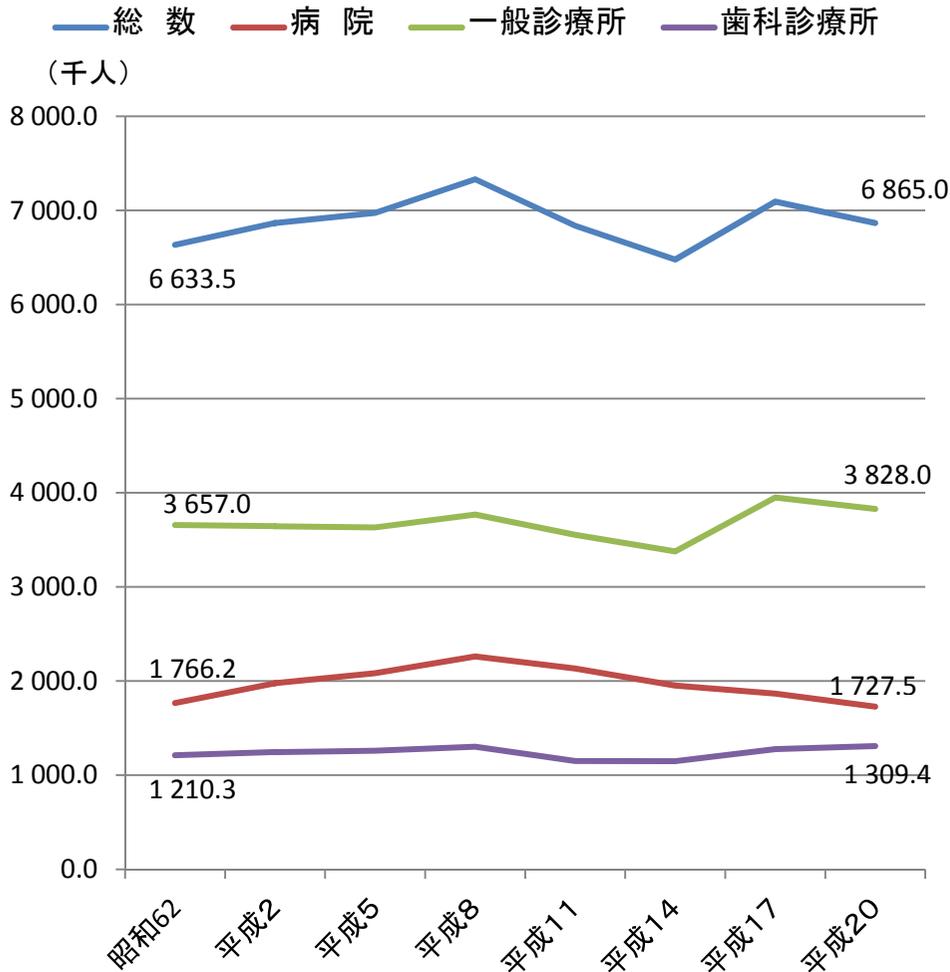
外来医療の役割分担のイメージ



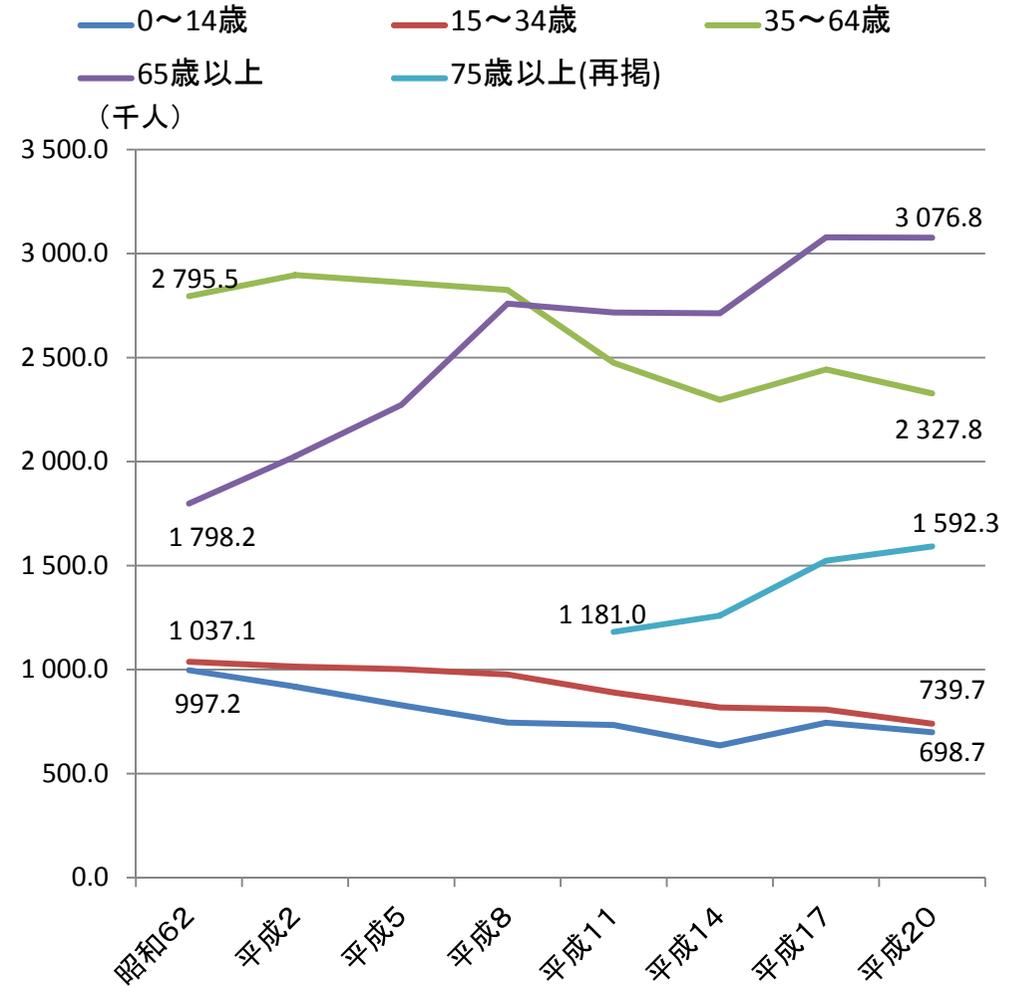
外来受診の状況

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)＞

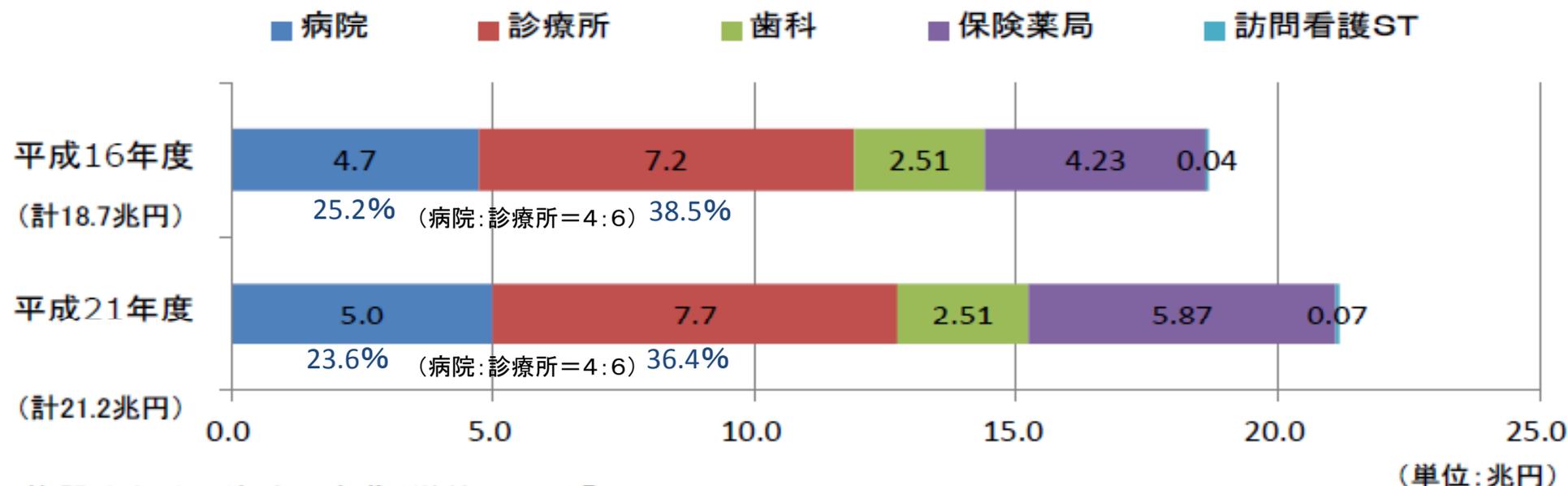


＜推計外来患者数(年齢階級別)＞



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。



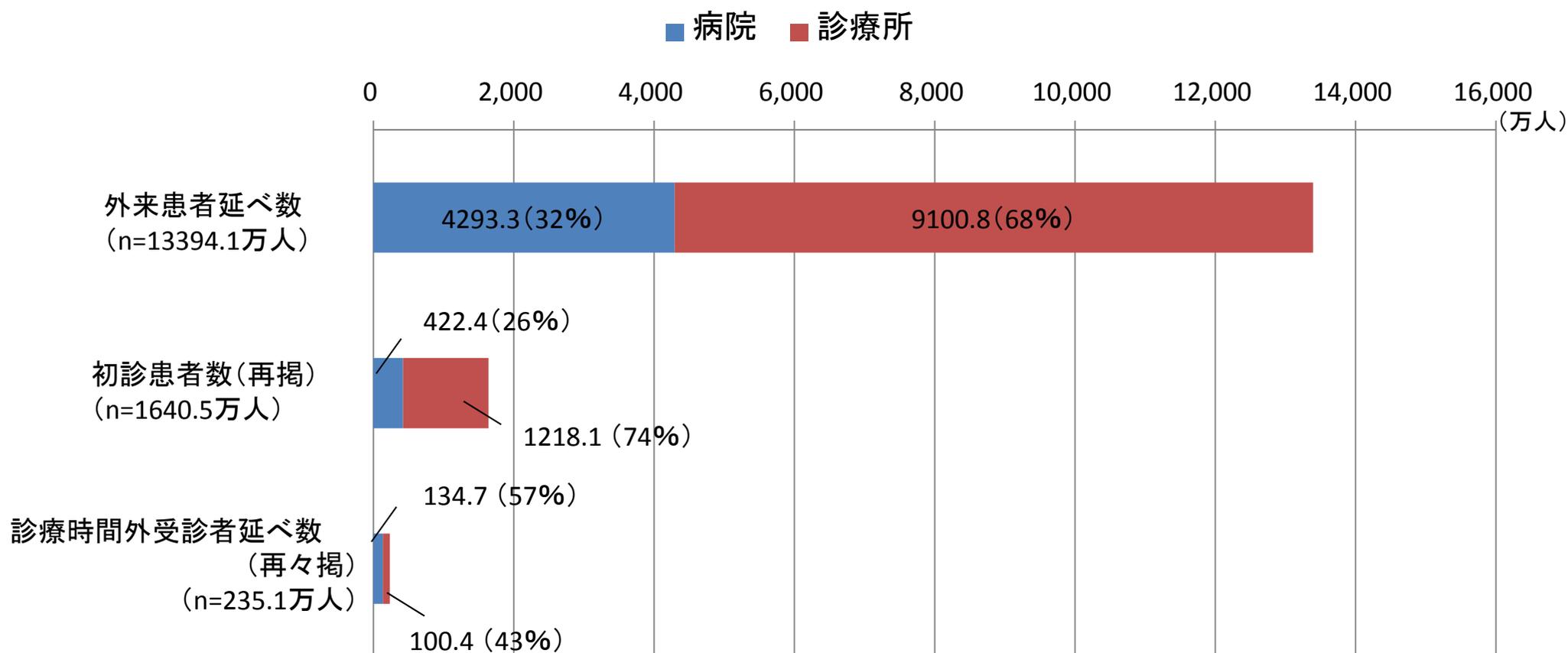
【1施設当たり入院外医療費（単位：万円）】

	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

「医療費の動向（年度版）」より作成

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。



入院・外来別患者の受診状況

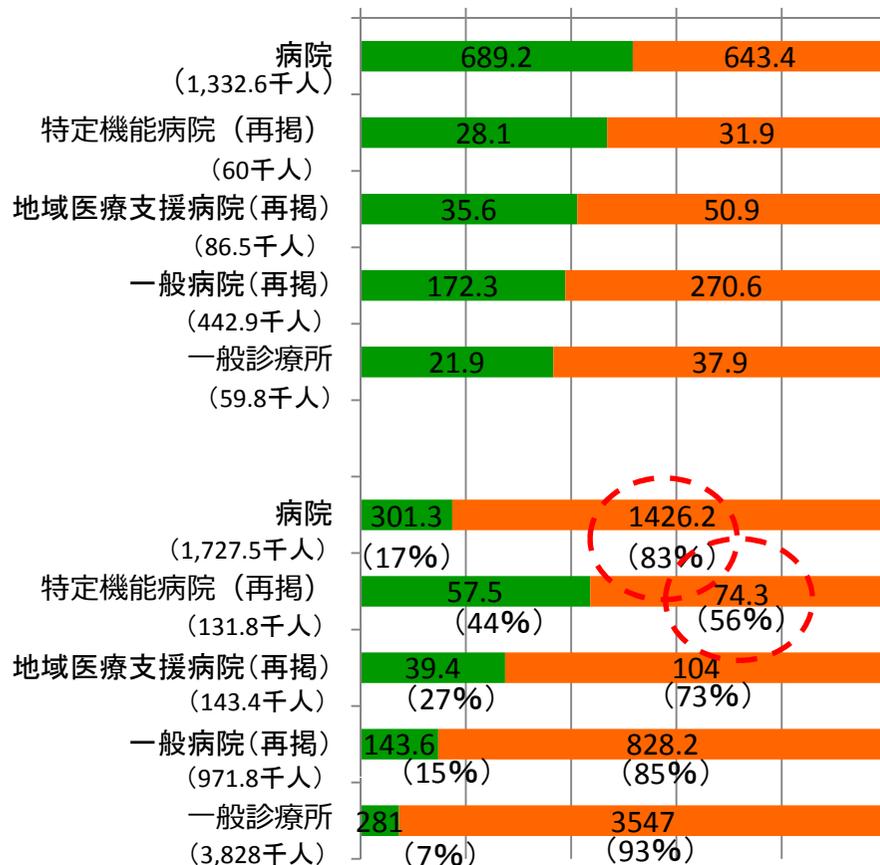
- 病院で受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で83%。
- 特定機能病院を受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で56%。

いずれもグラフ内の数値は、人数(単位:千人)

＜紹介の有無別推計患者数＞

入院

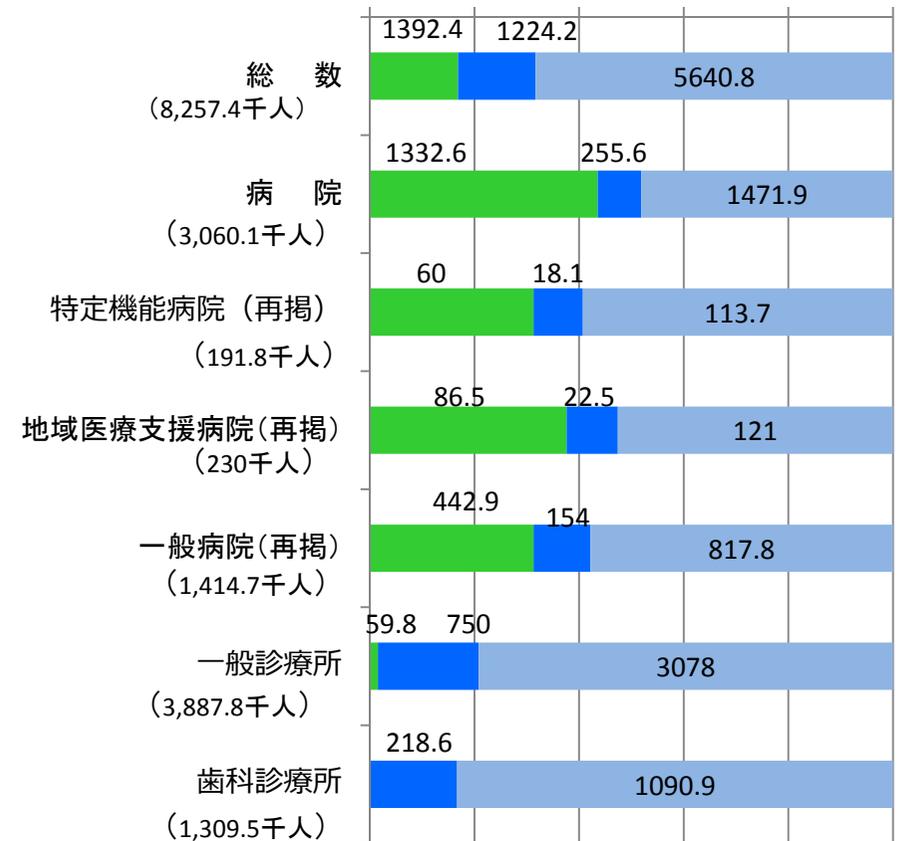
■ 紹介あり ■ 紹介なし
0% 20% 40% 60% 80% 100%



外来

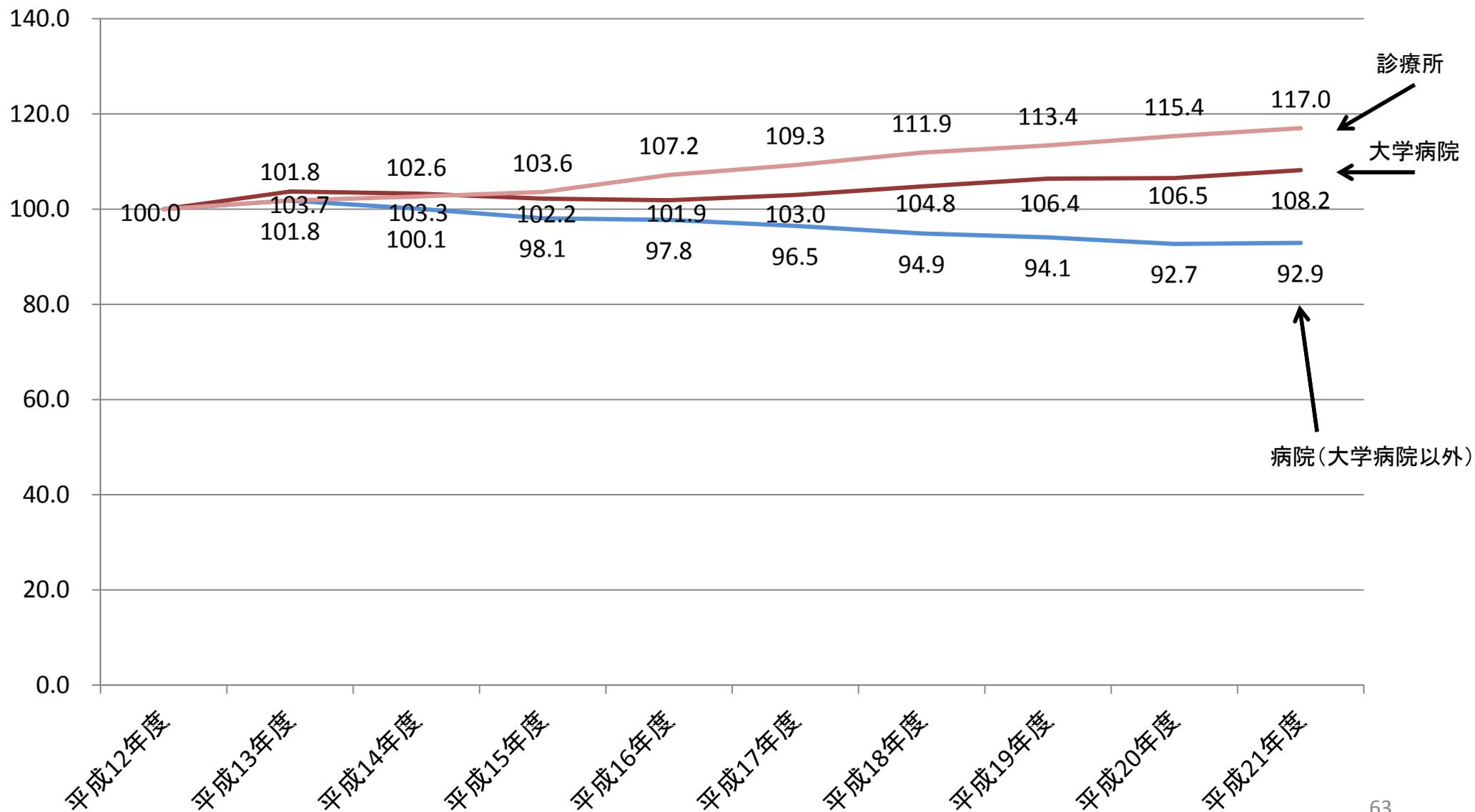
＜入院・外来別推計患者数＞

■ 入院 ■ 外来(初診) ■ 外来(再来)
0% 20% 40% 60% 80% 100%

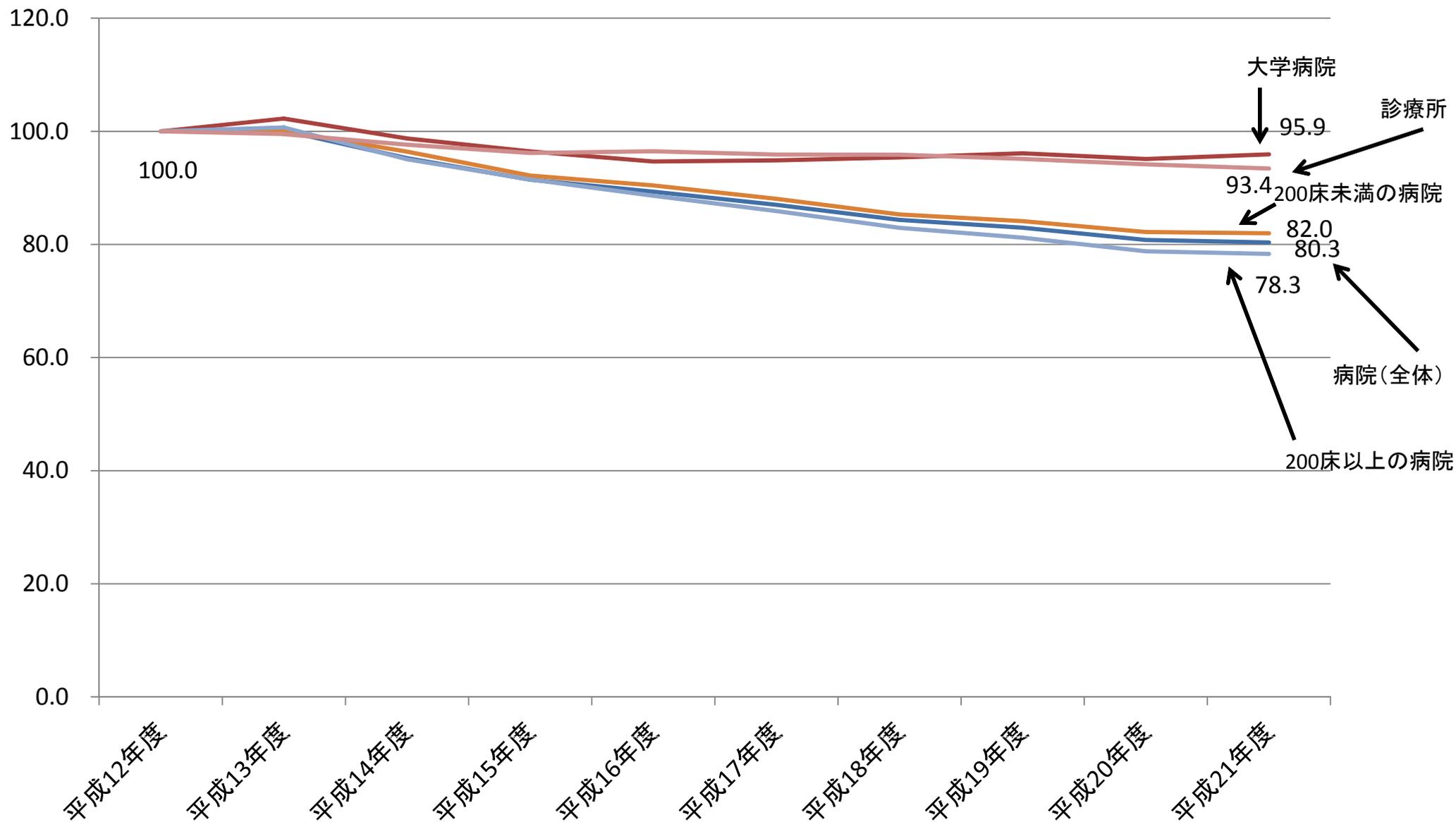


* 「一般病院」は、精神科病院、結核療養所、特定機能病院、地域医療支援病院、療養病床を有する病院のいずれにも当たらない病院。

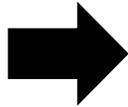
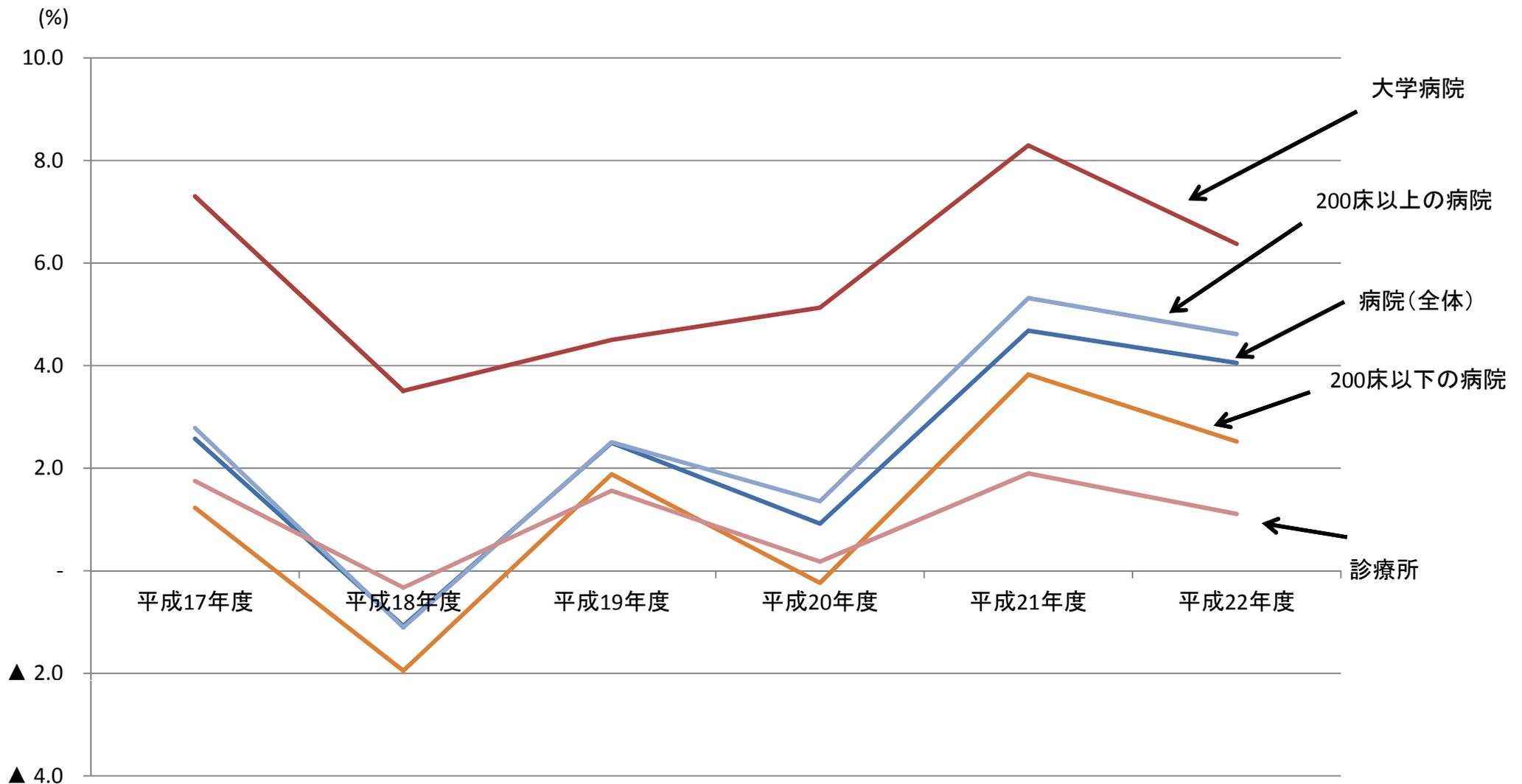
1施設あたり入院外件数の推移 (平成12年度を100とした場合)



入院外 1施設あたり受診延日数の推移 平成12年度を100とした場合

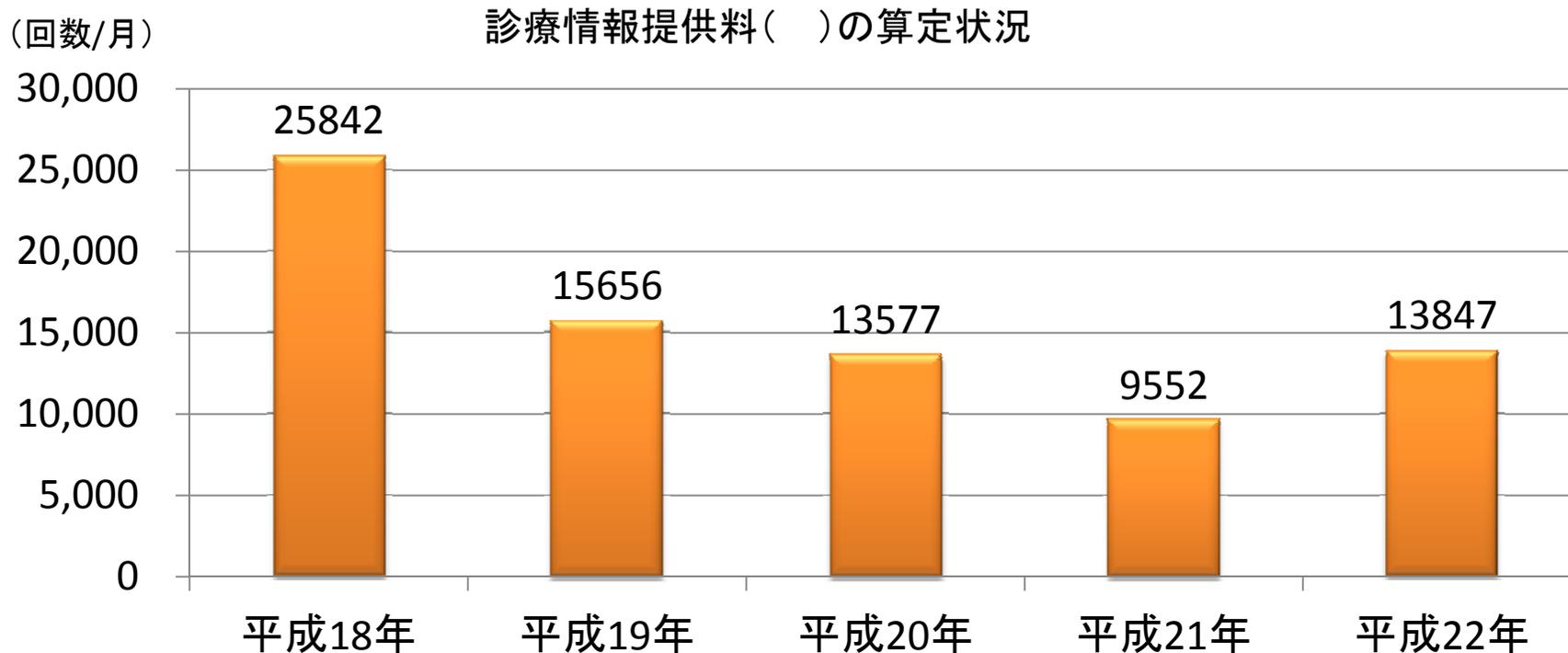


入院外 1施設あたりの医療費の伸び率 (対前年度比)



外来の医療費について、診療所に比べ、特に大学病院や200床以上の病院において伸び率が高くなっている。

セカンド・オピニオンの利用状況



診療情報提供料() 500点

セカンド・オピニオンを推進するものとして、主治医がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定(入院患者も算定可)

診療情報提供料()の算定回数は概ね横ばいであり、セカンド・オピニオンの利用は限られている。

外来受診の役割分担に向けた課題と今後の方向性

- 外来診療や救急外来は医師にとって負担が大きい業務であり、軽症の場合は、近隣の診療所を受診してほしいなど考える医師が多い傾向がある。また、特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。加えて、医療資源の投入量が低い患者を診療することは病院経営の観点からも望ましくない。
- 外来医療の役割分担のイメージとして、病院において専門外来の確保及び一般外来の縮小を行い、診療所において一般外来の受け入れを拡大することが考えられる。
- 一方、現在の外来患者数は、病院が約170万人、一般診療所が約380万人であり、1施設当たりの入院外件数や外来の医療費の伸び率については大学病院以外と比べ大学病院で高くなる傾向があった。
- 病院においては、診療所等からの紹介患者に対する専門外来やセカンド・オピニオンなどの役割を担うことが期待されるが、病院で外来受診した患者のうち「紹介なし」は83%など、それらの利用は限られている。また、病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する。

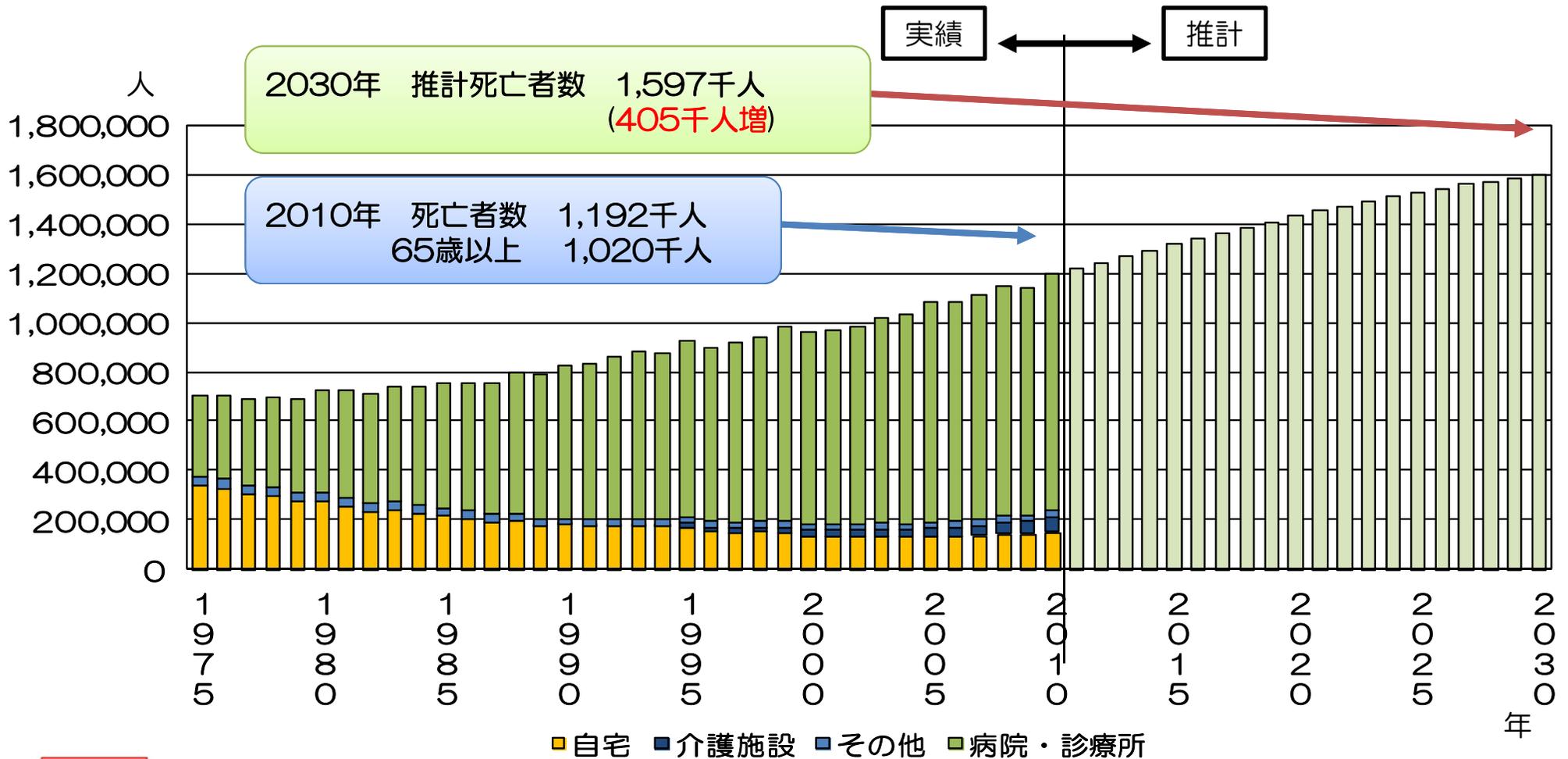
【今後の方向性】



- 病院において専門外来やセカンド・オピニオン等の役割を担い、診療所において一般外来の受け入れを拡大するために、外来医療の役割分担を進めていくべきではないか。
- 外来受診の役割分担に向けた対応として、医療機関などの連携を強化すること等により、必要な時に迅速にサービスを受けられるような医療体制の構築が望まれるが、専門医療機関等において、専門的な外来やセカンド・オピニオンをより積極的に行うことや、地域における取組により、診療所等と地域の拠点病院が連携をして外来受診を行っていることへの評価について、どのように考えるか。

在宅医療の充実に向けて

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計（再掲）



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】

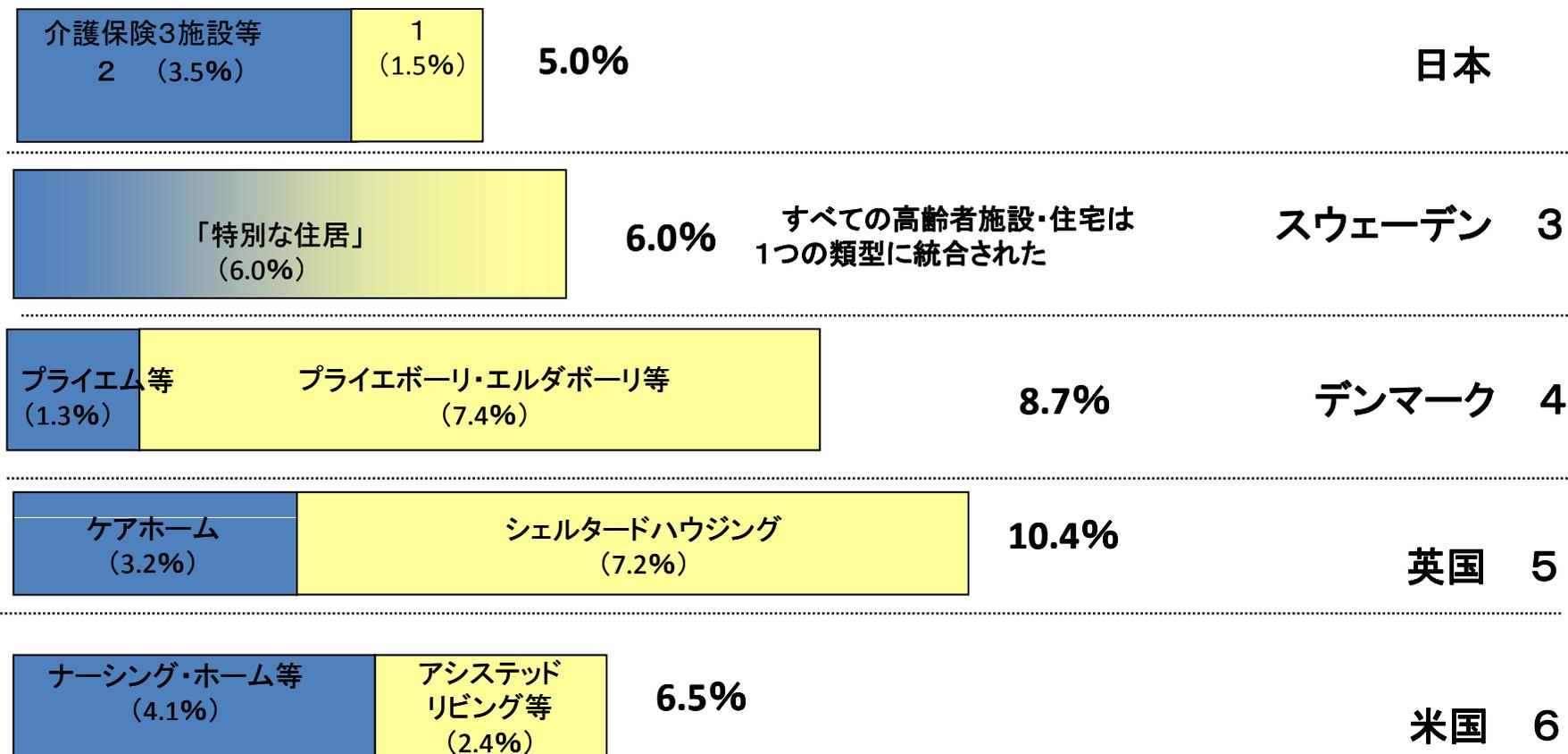
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)

2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)

3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

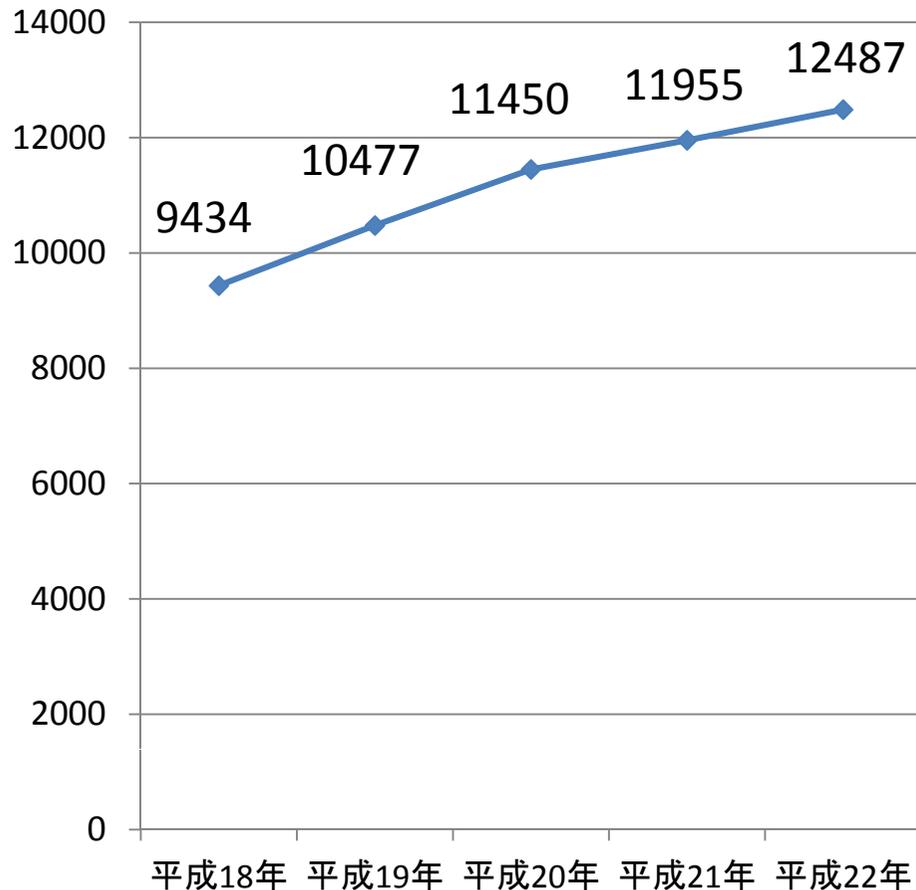
4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計

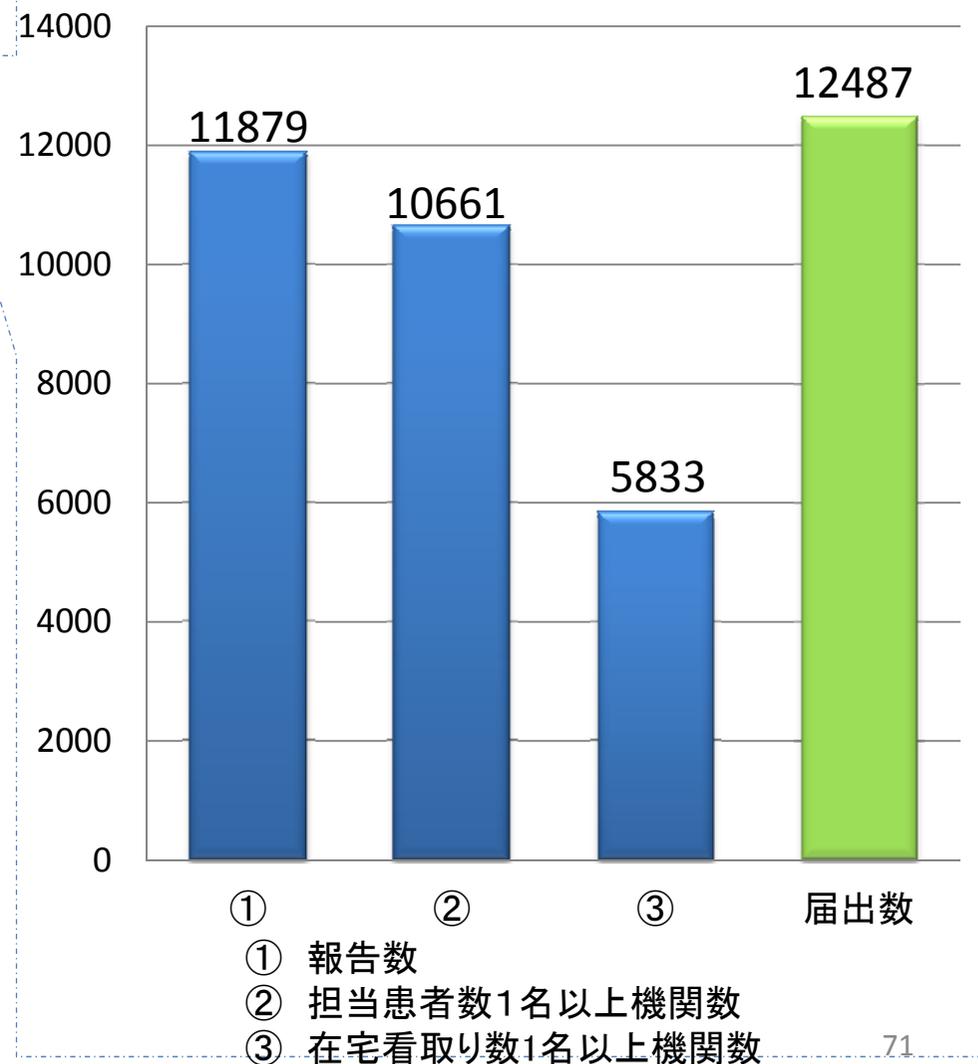
6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

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 届出数



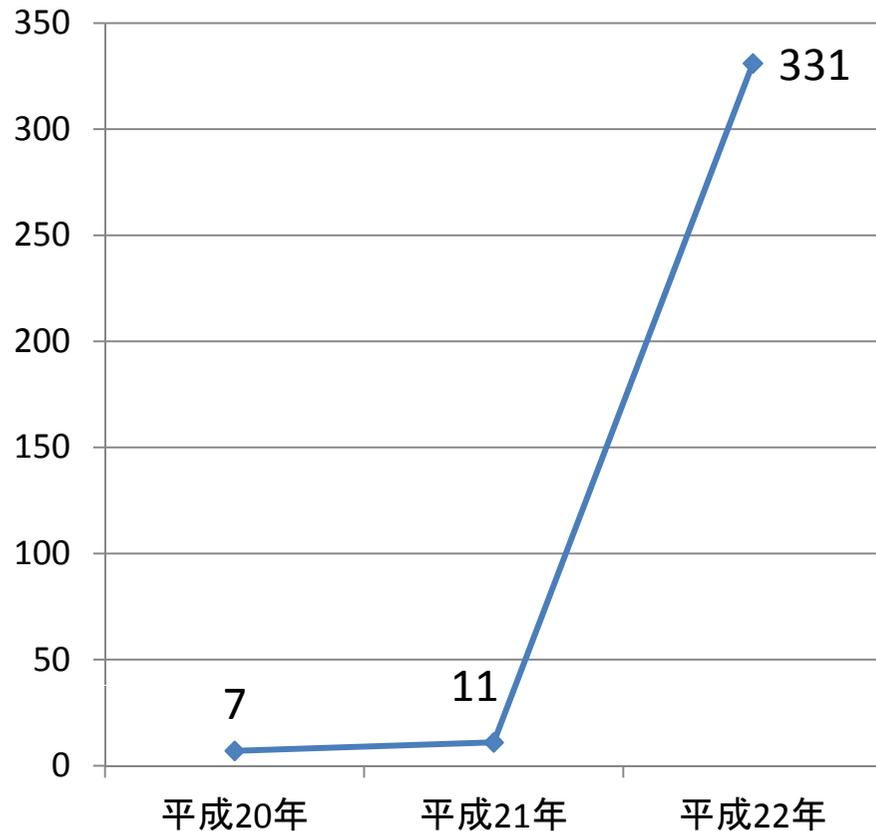
在宅療養支援診療所の内訳 (平成22年)



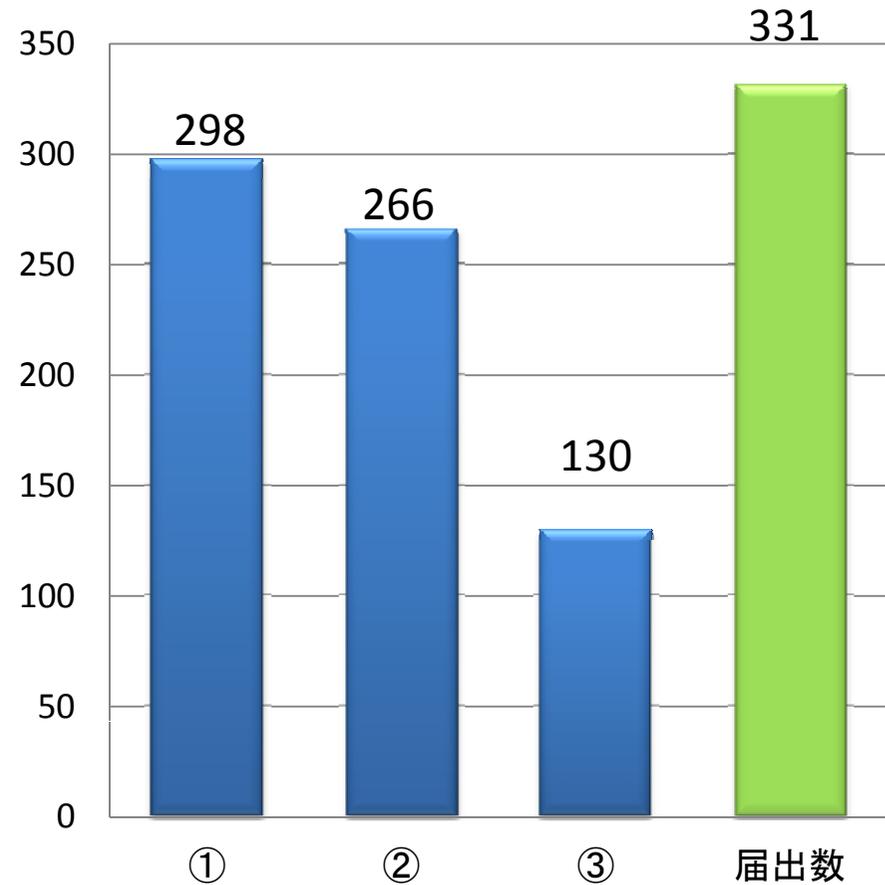
- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

在宅療養支援病院の届出数の推移

在宅療養支援病院 届出数



在宅療養支援病院の内訳 (平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

在宅療養支援診療所・病院の診療報酬上の取扱いについて

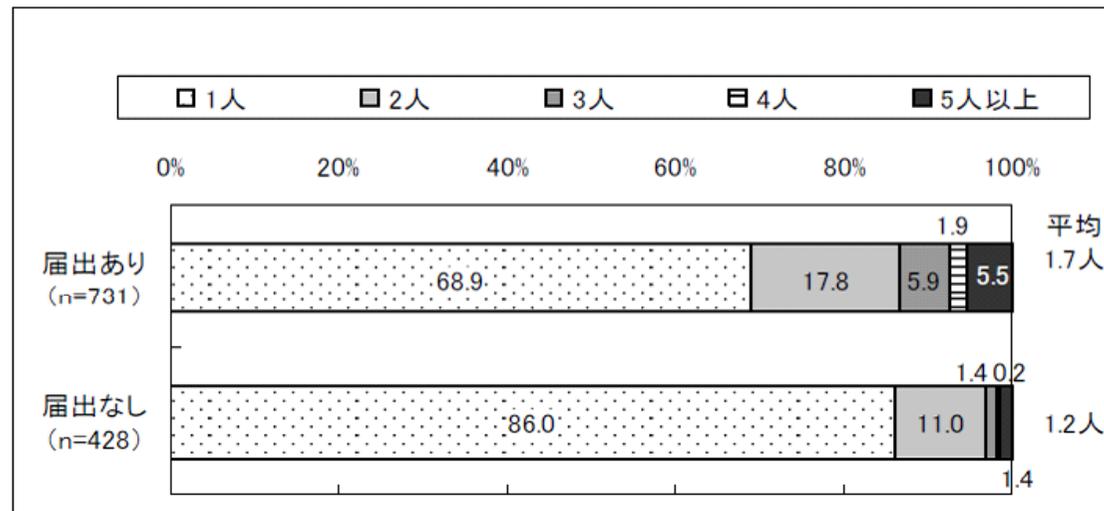
	在宅療養支援診療所等	その他診療所
C000 往診料 緊急時や夜間、深夜の加算	650点(時間内緊急) 1,300点(夜間) 2300点(深夜) 【在支診の連携医療機関も算定可】	325点(時間内緊急) 650点(夜間) 1,300点(深夜)
C001 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	10,000点	2,000点
C002 在宅時医学総合管理料	4,200点(処方せんを交付する場合) 4,500点(処方せんを交付しない場合)	2,200点(処方せんを交付する場合) 2,500点(処方せんを交付しない場合)
C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料	3,000点(処方せんを交付する場合) 3,300点(処方せんを交付しない場合)	1,500点(処方せんを交付する場合) 1,800点(処方せんを交付しない場合)
B004 退院時共同指導料1	1,000点 【在宅療養支援診療所のみ】	600点

その他、有床診療所入院基本料 一般病床初期加算(1日につき100点、7日まで)の要件や、訪問看護基本療養費 緊急訪問看護加算(1回2650円)の要件として在宅療養支援診療所等が定められている。

1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別) 及び在宅医療を行っている病院数について

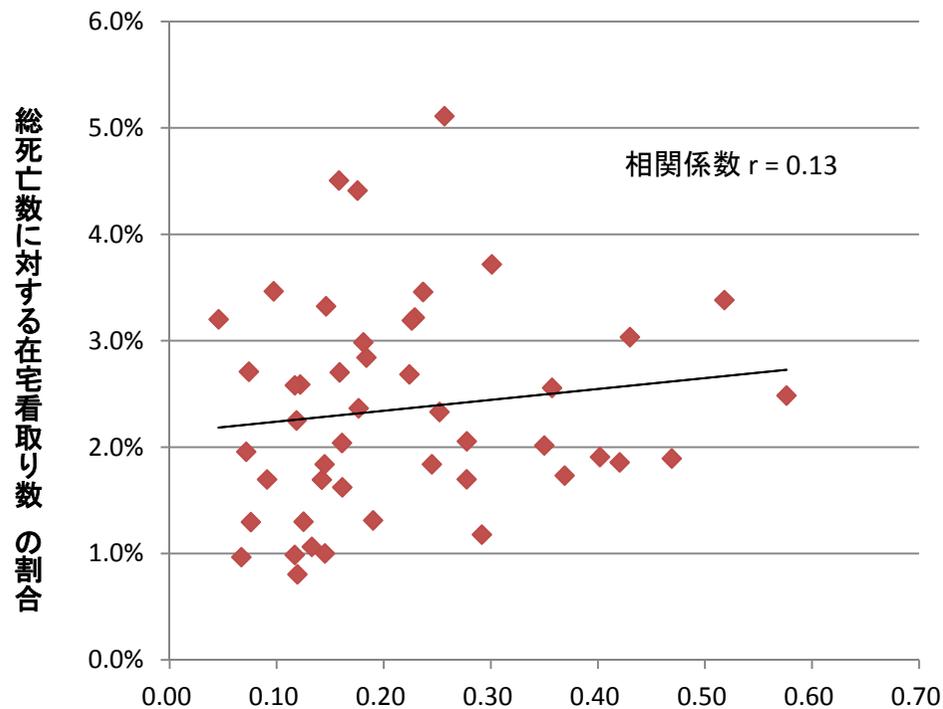
- 在宅医1人で対応している診療所は、在宅医療支援診療所の届出ありでは**68.9%**、届出なしでは**86.0%**
- 複数の在宅医がいる診療所は、在宅医療支援診療所の届け出ありでは**31.1%**、届け出なしでは**14.0%**
- 往診料を算定している病院数は1,614(全体の18%)
在宅患者訪問診療を算定している病院数は 2,582(全体の29%)
(平成20年9月の1ヶ月間)

1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別)
(n=1,159 無回答を除く)



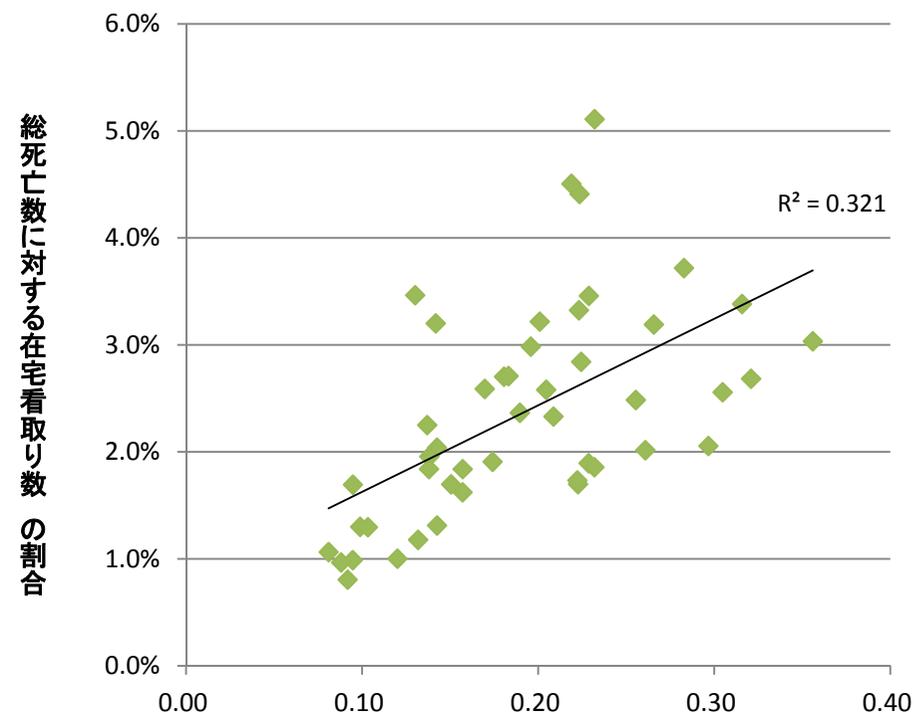
在宅療養支援診療所と在宅看取り数 の関係 (都道府県別)

在宅看取りなし機関



65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所数
(在宅看取りなし機関)

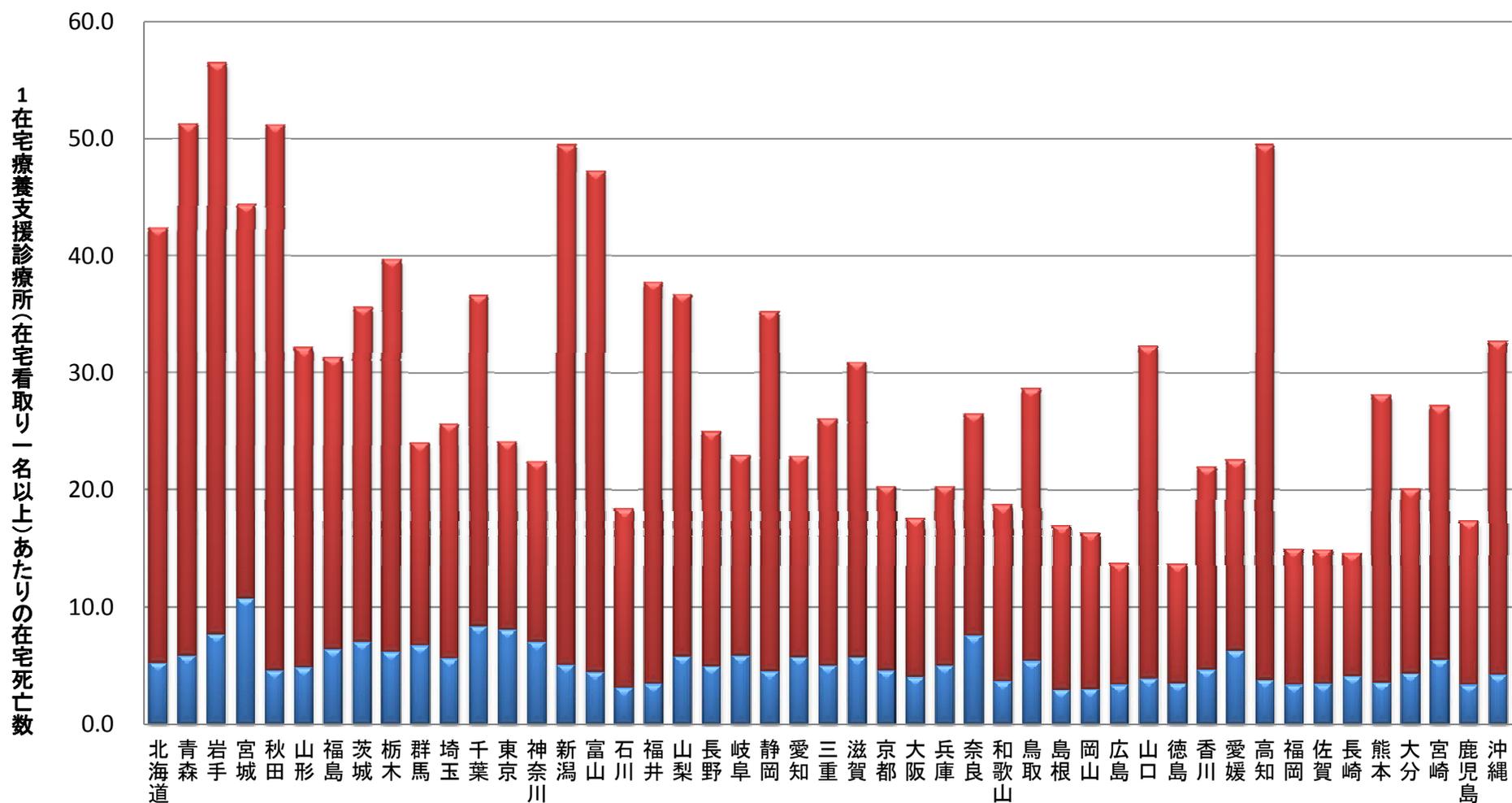
在宅看取り数1名以上機関



65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所
(在宅看取り1名以上機関)

() 在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較(都道府県別分布)

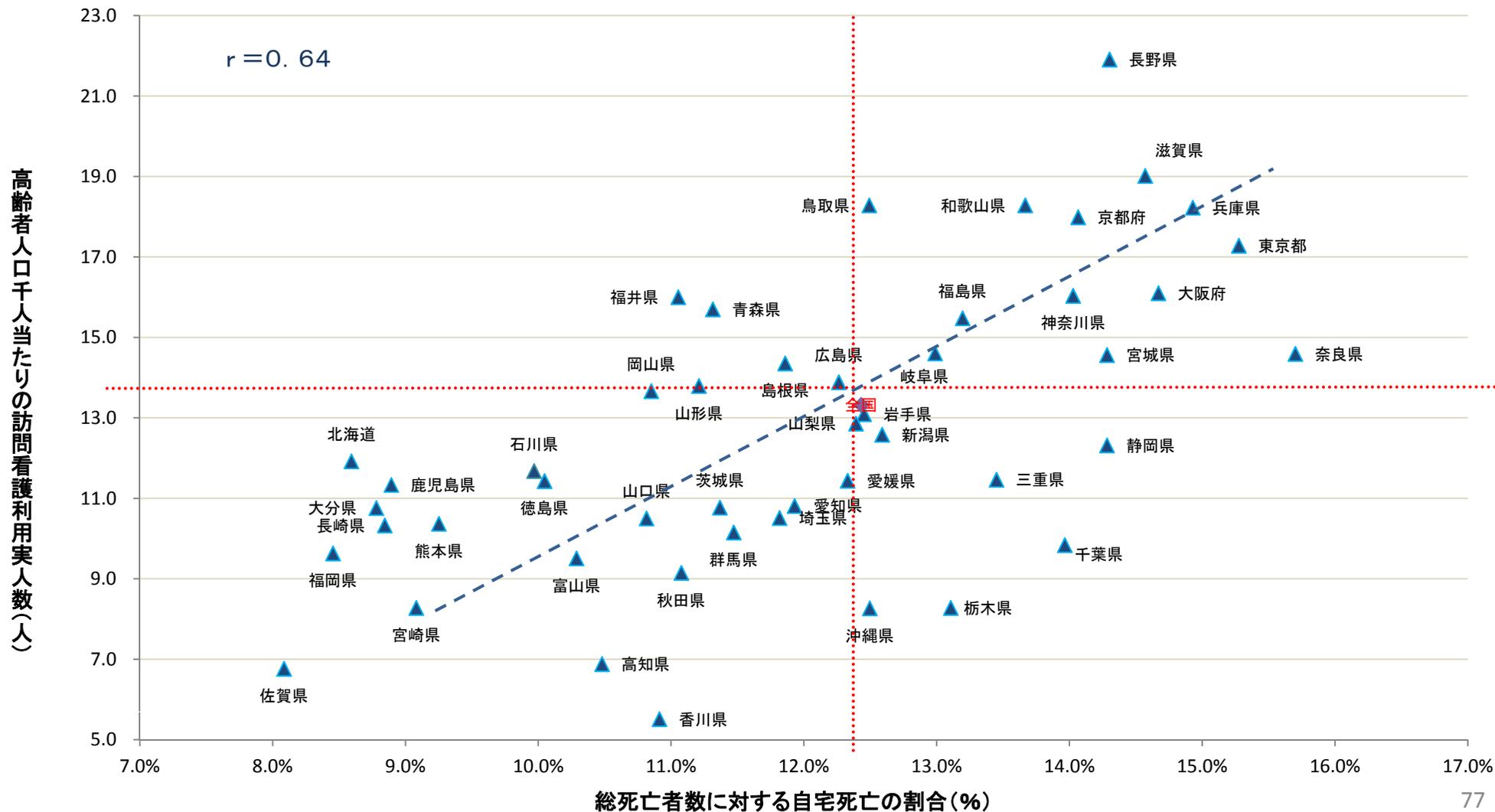


■ その他の在宅死亡数

■ 在宅療養支援診療所が看取っている在宅死亡数

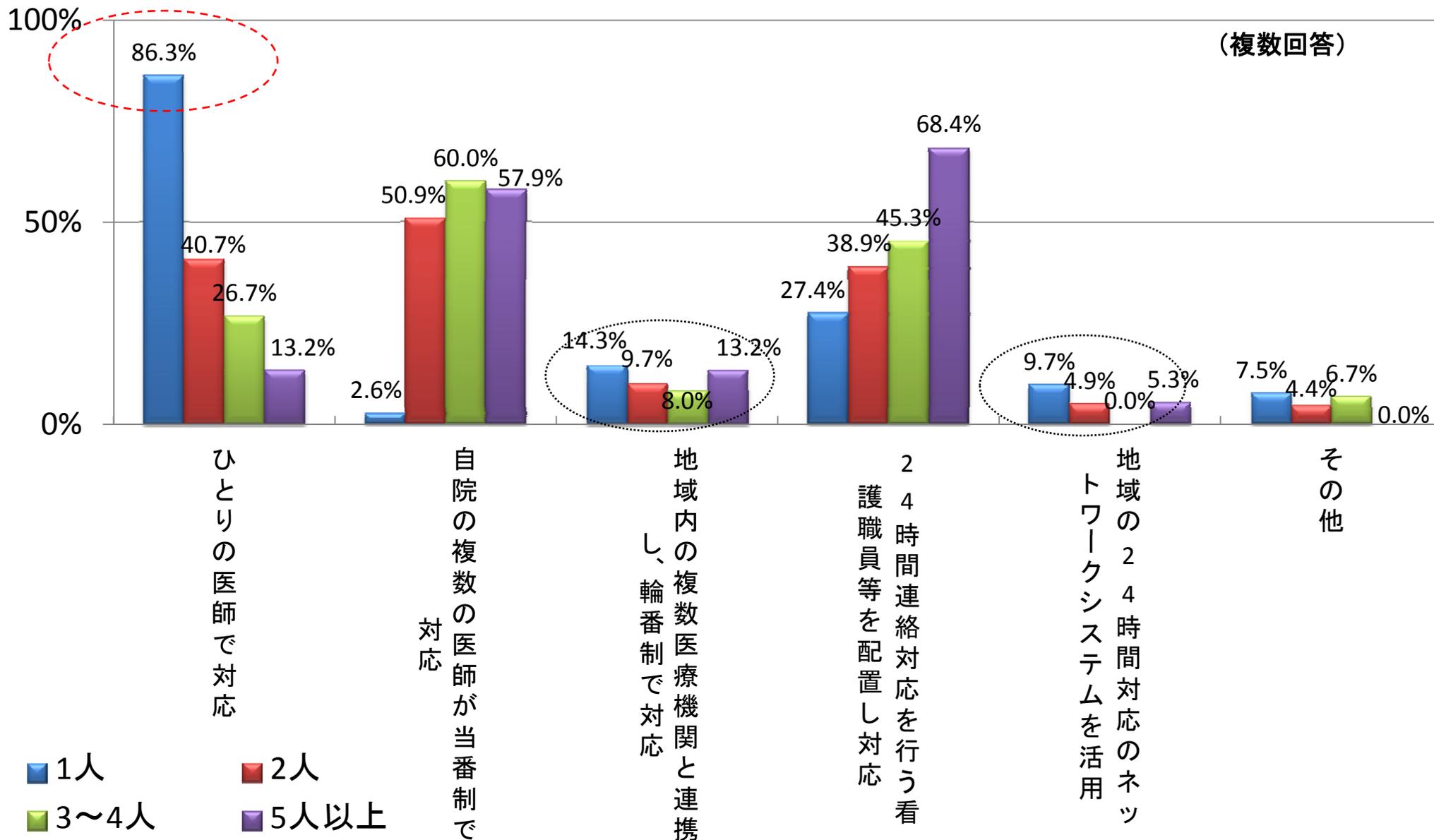
訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



(出典)介護サービス施設・事業所調査(平成21年), 人口動態調査(21年)をもとに厚生労働省にて作成

在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制（複数回答）



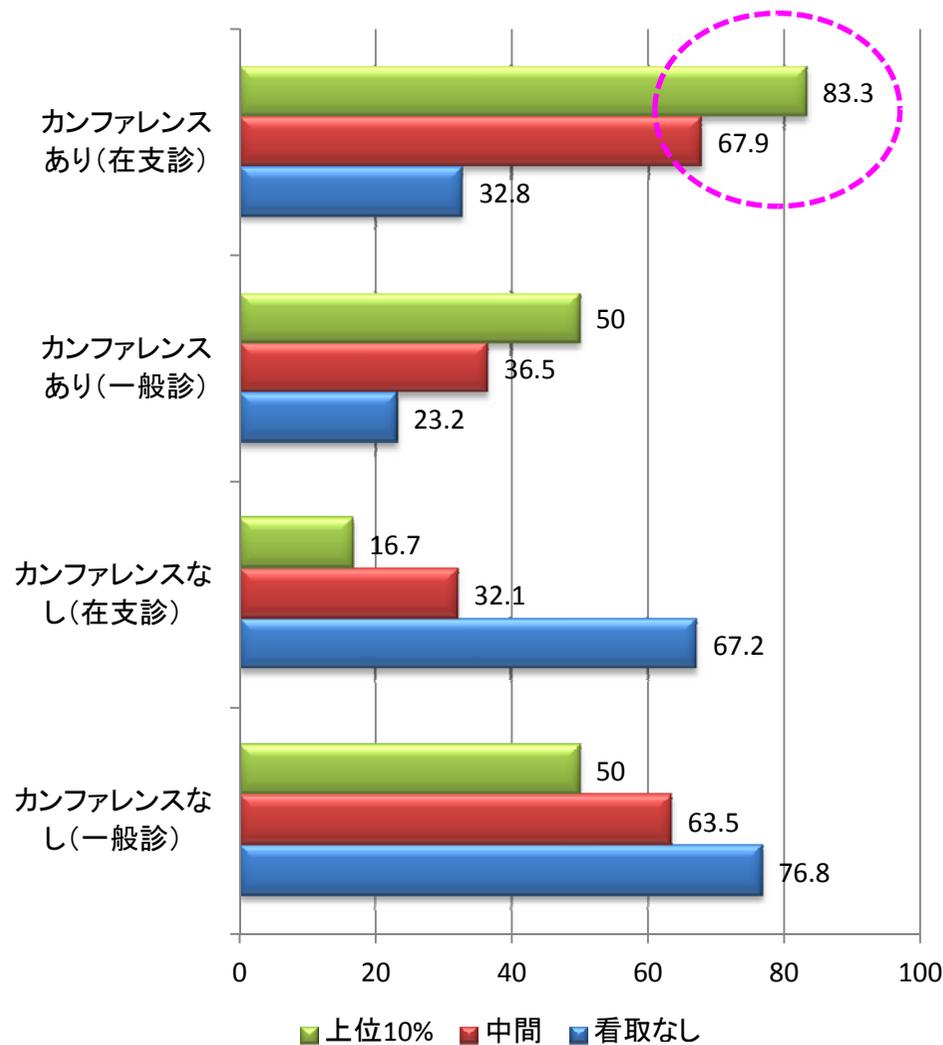
(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

介護や看護に関わる他施設とのカンファレンス開催

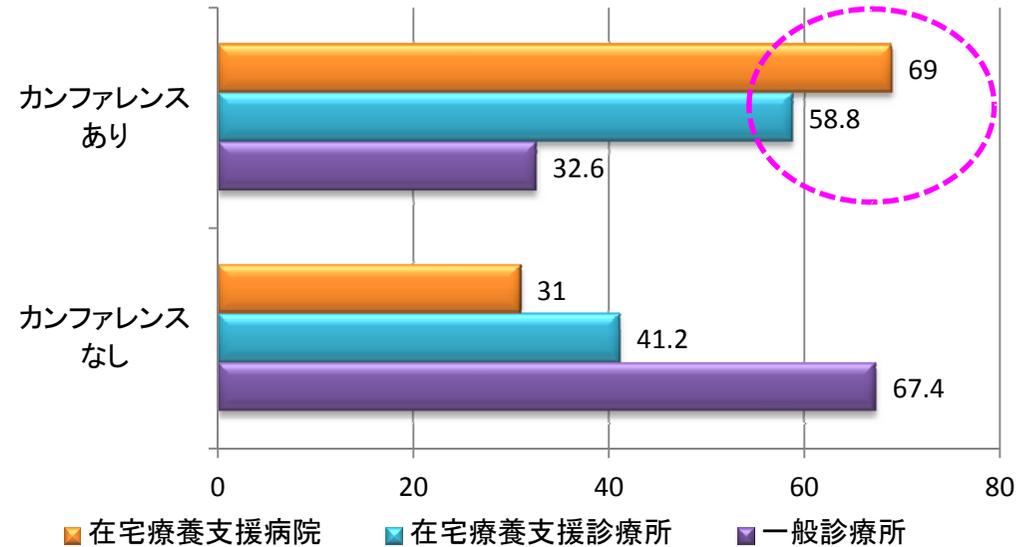
看取り数別



在宅療養支援病院 上位10%看取り数カットポイント12件
 在宅療養支援診療所 上位10%看取り数カットポイント15件
 一般診療所 上位10%看取り数カットポイント5件

%

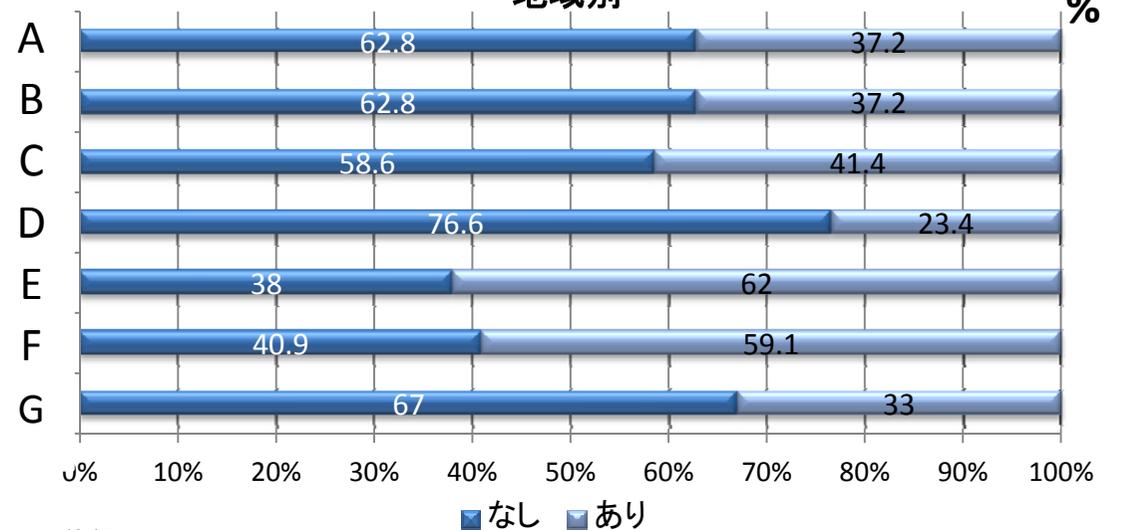
医療機関別



%

在宅療養支援病院 在宅療養支援診療所 一般診療所

地域別



%

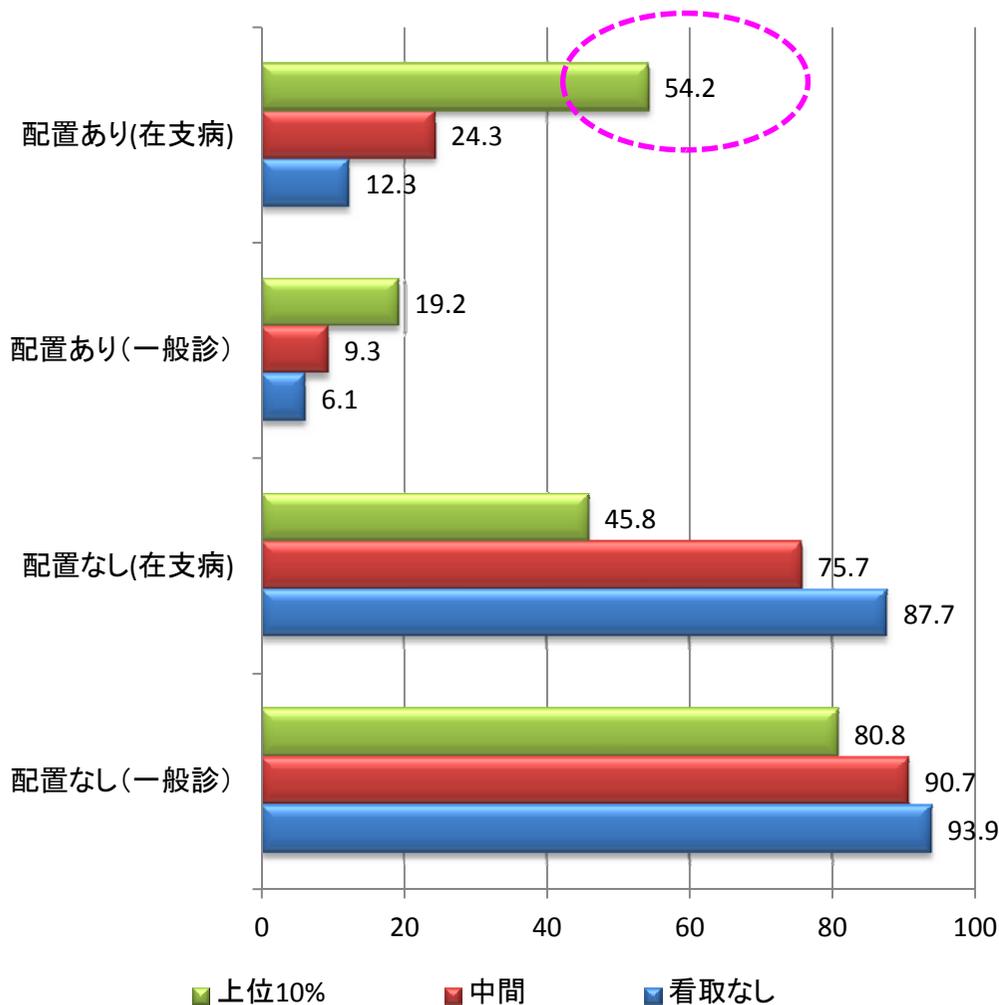
n=在支診:258施設
 一般診:372施設
 在支病:62施設

出典: 武林亭 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究(2011)

地域医療連携に関わる職員の配置

看取り数別

%

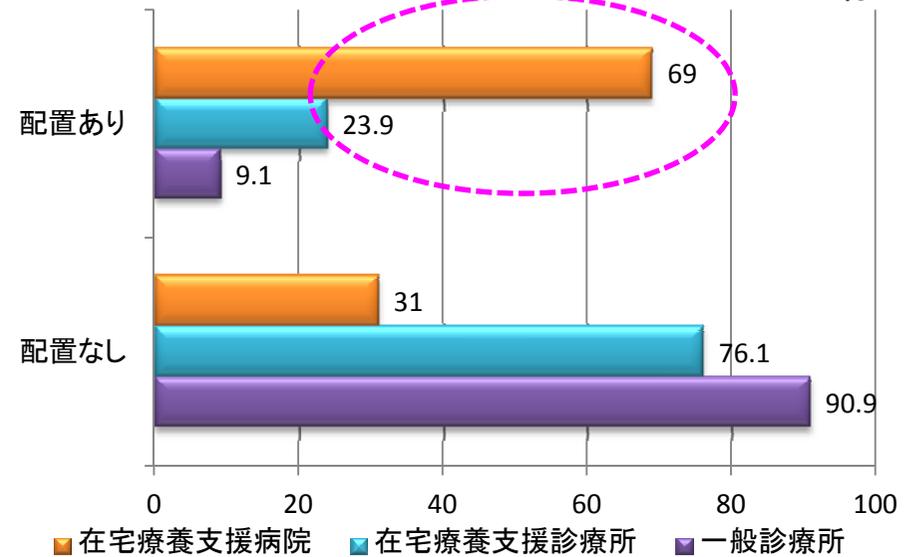


在宅療養支援病院 上位10%看取り数カットポイント12件
 在宅療養支援診療所 上位10%看取り数カットポイント15件
 一般診療所 上位10%看取り数カットポイント5件

n=在支診: 258施設
 一般診: 372施設
 在支病: 62施設

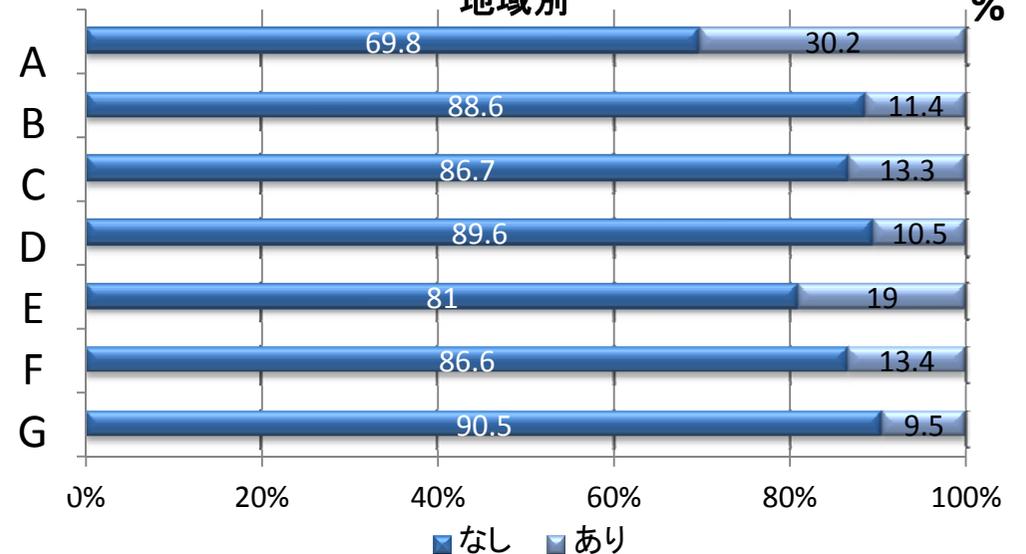
医療機関別

%



地域別

%



80

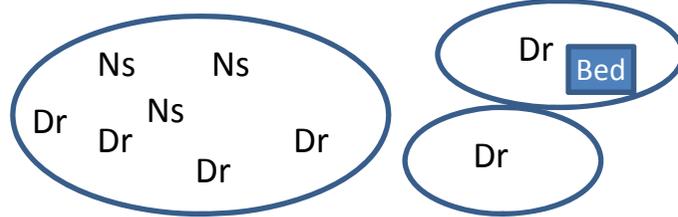
在宅療養支援診療所・病院について

現状

Dr

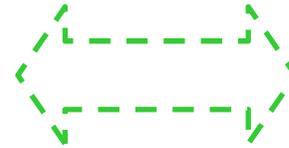
24時間対応への負担感から在支診の届出を行わない医療機関もある。

在宅療養支援診療所(在支診)

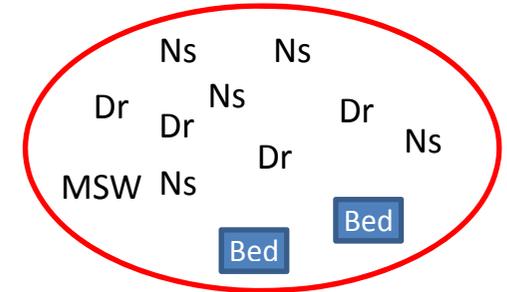


- ・在支診の約7割は1人医師
- ・24時間対応への負担感が強い。
- ・看取りを行わない在支診が約50%

在支病・在支診の機能分担も不明確

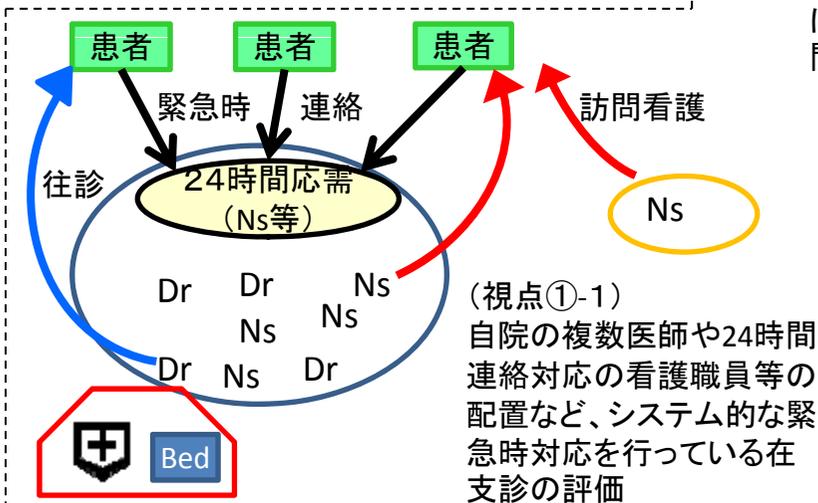


在宅療養支援病院(在支病)

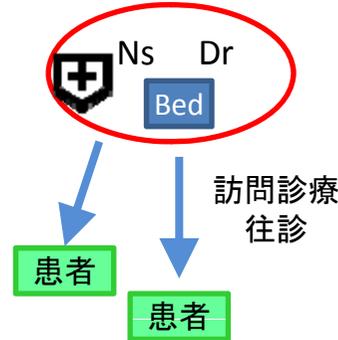


検討の視点

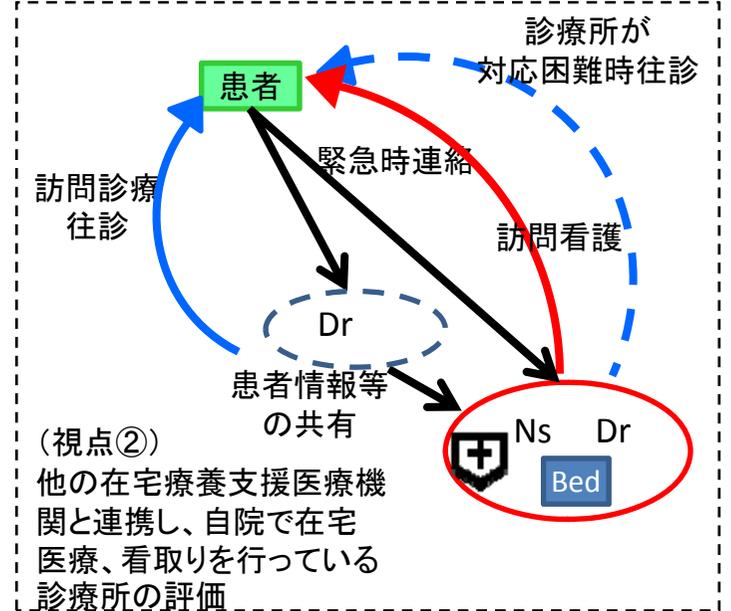
①在宅医療特化型



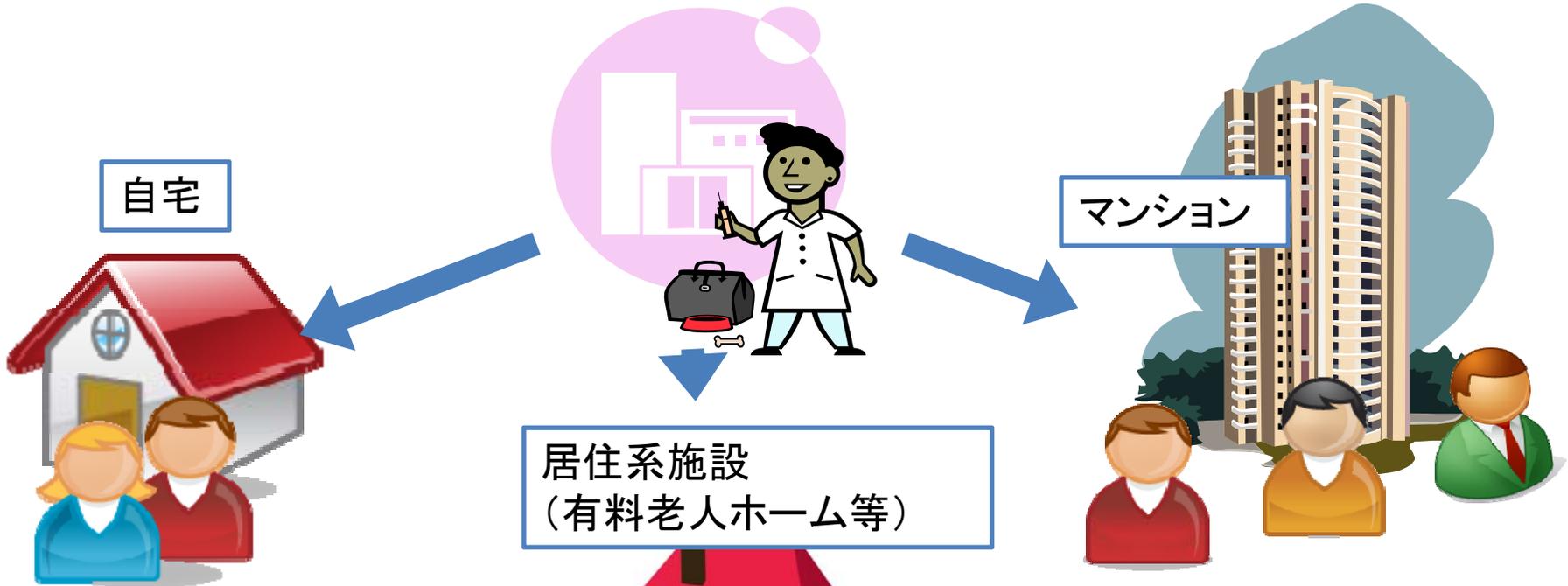
(視点①-2) 周辺に診療所がない場合に、在支病自らが行う訪問診療、往診の評価



②在宅療養支援医療機関連携型



在宅患者訪問診療料(イメージ) <平成20年>



1人の場合

訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料1 + 処置料等
2人目 初・再診料等 + 処置料等

1人の場合

訪問診療料2 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料2 + 処置料等
2人目 訪問診療料2 + 処置料等

1人の場合

訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料1 + 処置料等
2人目 訪問診療料1 + 処置料等
3人目 訪問診療料1 + 処置料等

訪問診療料1(自宅) 830点
訪問診療料2(居住系施設) 200点

在宅患者訪問診療料(イメージ) <平成22年>
 (同一建物居住者で同一日に訪問する場合)



1人の場合

訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料1 + 処置料等
 2人目以降 初・再診料等 + 処置料等

訪問診療料1(自宅) 830点
 訪問診療料2(同一建物居住者) 200点

施設類型ではなく、同一建物の訪問人数により整理

居住系施設
 (有料老人ホーム等)

マンション



1人の場合

訪問診療料1 + 処置料等

2人以上の場合

1人目 訪問診療料2 + 処置料等
 2人目以降 訪問診療料2 + 処置料等

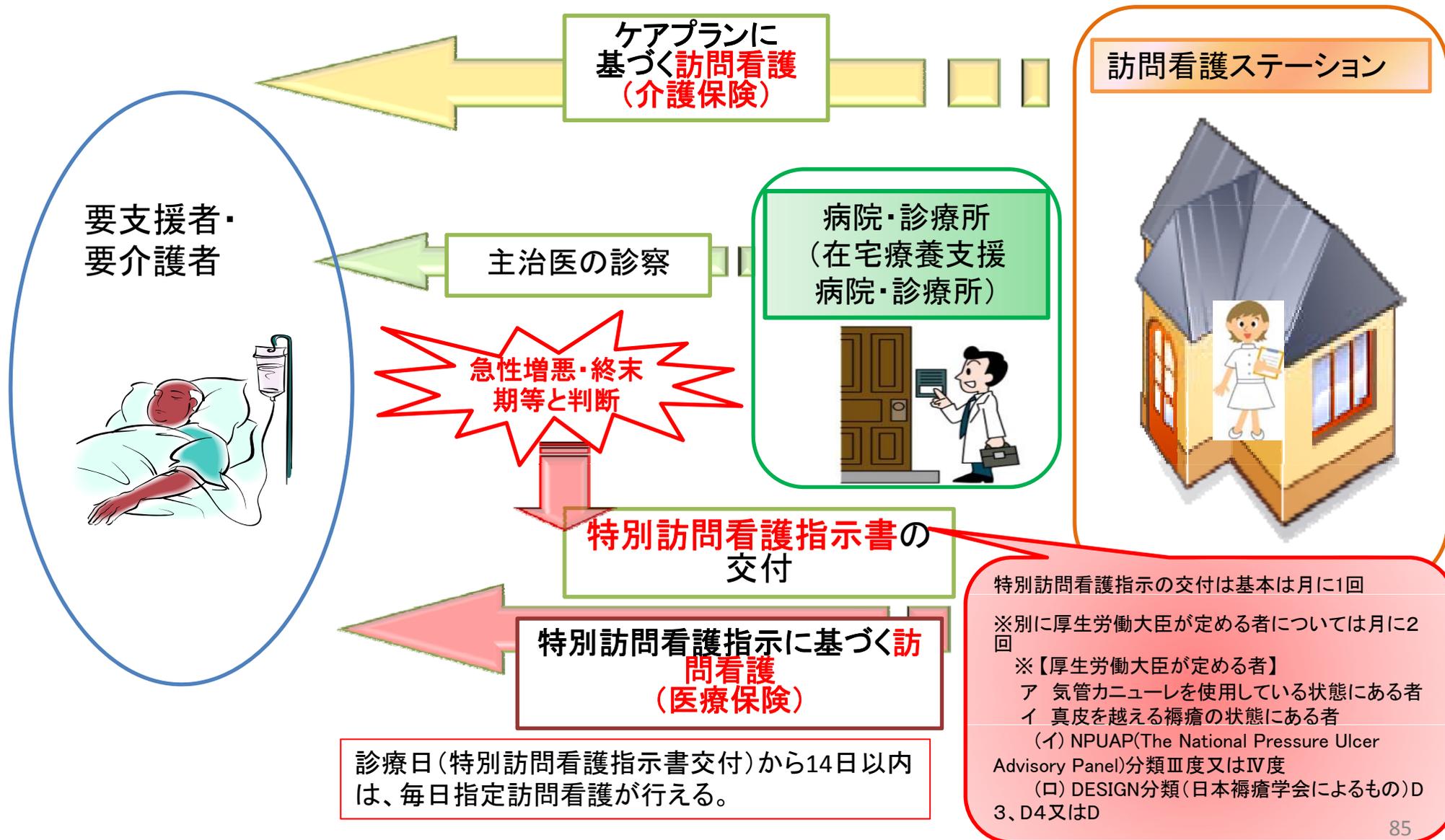
訪問診療料等の見直し＜平成22年度診療報酬改定＞

訪問診療料1	830点	歯科 訪問診療料1	830点	在宅患者訪問看護 ・指導料	555点	在宅患者訪問薬剤管理 指導料1	500点
訪問診療料2	200点	歯科 訪問診療料2	380点	同一建物居住者 訪問看護・指導料	430点	在宅患者訪問薬剤管理 指導料2	350点

平成20年度改定で居住系施設への訪問診療料等が創設され、平成22年度改定で施設類型にとらわれず、複数の患者に対して訪問診療等を行った場合の評価を整理した。
赤字部分がH22改定で変更部分

	同一建物居住者で同一日に訪問する患者数	平成20年			平成22年		
		同一世帯 (戸建て)	居住系施設 等	マンション	同一世帯 (戸建て)	居住系施設等 施設類型にとらわれず同一建物居住者	マンション
訪問診療料	1人	830	200	830	830	830	830
	2人以上	1人目 830	200	830	1人目 830	200	200
2人目 初再診等		2人目 初再診等			200		
歯科訪問診療料 (平成22年度以降、診療時間が20分以上の場合)	1人	830	830/380	830	830	830	830
	2人以上	1人目 830	1人目 830/380	830	380	380	380
2人目 初再診		2人目 830/380/初再診					
在宅患者訪問看護・指導料	1人	555	430	555	555	555	555
	2人以上	555	430	555	430	430	430
在宅患者訪問薬剤管理指導料	1人	500	350	500	500	500	500
	2人以上	500	350	500	350	350	350

要介護認定者への訪問看護 (介護保険から医療保険に移るイメージ)



在宅医療における事例

口から食事を取れない「経管栄養」の要介護者だけを対象に入居者を募り、アパート形式で自治体の監督を免れる自称「寝たきり専用賃貸住宅」が急増している。1人月約百万円の入居費用の8割以上が介護保険と医療保険で賄われ、訪問看護の医療保険が不正請求されている疑いもあることが本誌の取材で分かった。

入居者には、1日3回の訪問看護が毎日行われ、介護保険の限度額(自己負担を含め月額36万円)をいずれも24万円超過。本来なら自己負担となるが、「賃貸住宅」に訪問診療する医師が特別訪問看護指示書を定期的に発行するという「想定外の手法」(厚生労働省)で超過分を医療保険で請求していた。

厚生労働省は、有料老人ホームなど施設に訪問診療する医師の報酬額は戸別の訪問診療の4分の1以下にするよう指導しているが、「賃貸住宅＝アパート」であることを理由に戸別扱いで報酬を請求していた。

出典：平成22年5月7日(金)東京新聞

在宅医療の充実に向けた課題と今後の方向性

- 75歳以上人口の増加や若年世代の減少、高齢者の単独世帯の増加等に伴い、在宅医療の需要は高まってきており、社会保障改革に関する集中検討会議においても、看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化等が提示されている。
- 増加する在宅医療の需要に対応するために、診療報酬においては、在宅療養支援診療所/病院等の評価を行っているが、在宅療養支援診療所のうち過去1年間において1名も看取りを行っていない機関が約半数あり、在宅における看取り機能を充実させるために、地域の在宅医療を支える医療機関をより一層増やす必要がある。
- 要介護認定者等については、訪問看護を介護保険から提供することになっているが、急性増悪等の頻回な訪問看護が必要な患者等医療の必要性が高い患者については、一時的に医療保険からの訪問看護を提供することになっている。また、これらの仕組みを使って一部で不適切な運用をしているという指摘がある。

【今後の方向性】



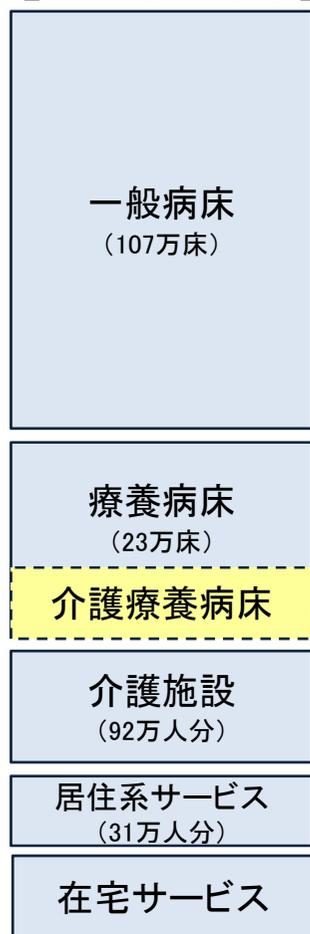
- 看取りをより多く行っている医療機関の方が、カンファレンスの開催頻度や地域医療連携に関わる職員の配置が多い傾向があるが、在宅医療を担う診療所等の機能強化等を行うために、①自院に複数の医師や24時間連絡対応を行う看護職員等を配置するなど、システム的な緊急時対応を行っている在支診、②在支病等と連携し、自院で在宅医療、看取りを行っている診療所、③周辺に診療所がない場合に、訪問診療、往診を行う在支病の評価についてどのように考えるか。
- 他の在宅療養支援医療機関と連携し、自院で在宅医療、看取りを行っている診療所の評価について、どのように考えるか。
- 医療の必要性が高い要介護認定者に対する訪問看護等、患者の状態に応じて必要な医療が適切に提供されるような仕組みが必要ではないか。同時に、このような仕組みが適正に運用されるような検討が必要ではないか。

今後の目標と課題

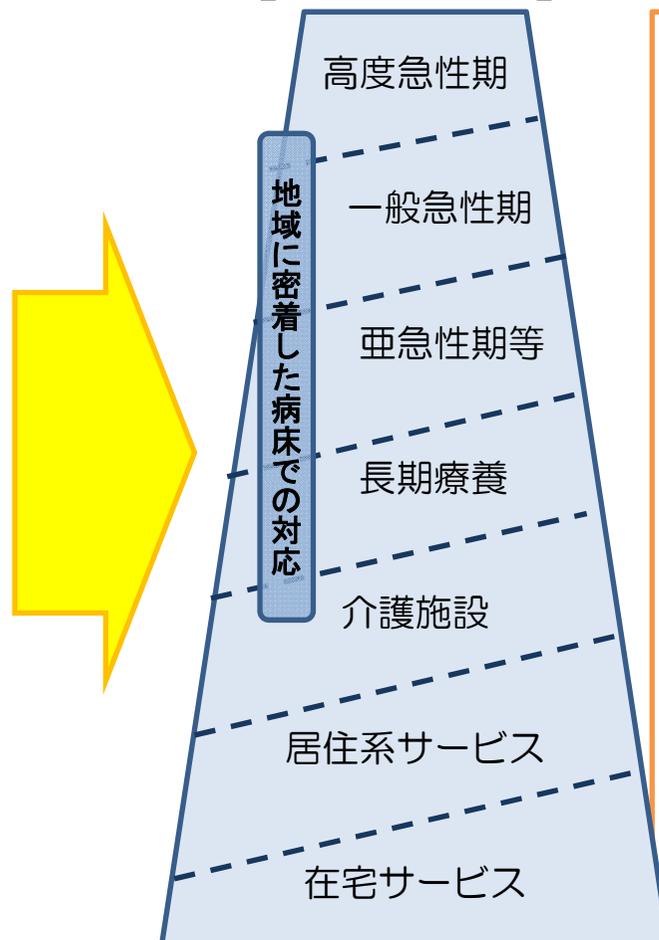
<目標> 将来に向けた医療・介護サービス提供体制の構築

高齢者が増加し、社会全体としての医療・介護ニーズが高まる中で、

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



課題

●増大する医療ニーズに対応するために

「必要とする高いレベルの医療が必要なのに受けられない」「入院が必要なのに入院する施設がない」、といったことが起きないように、高機能、かつ効率的な医療提供体制を構築する。

<具体的におこなうこと>

- ・医療機関の機能の明確化と連携の強化
(医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築も含)
- ・質の高い医療のための安心・安全の医療機関内環境の整備
- ・がん、認知症など、充実が求められる分野や新しい医療技術の適切な評価

●安心した在宅・介護施設生活を保障するために

在宅・介護施設で生活していても、緊急時も含め、必要なときに必要な医療サービスを受けることができるよう、裾野の広い医療提供体制を構築する。

<具体的におこなうこと>

- ・医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ・在宅/介護施設における医療提供サービスの充実

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

