

## 基本診療料のあり方に関する検討について(案)

### 1. コスト調査に関するこれまでの意見の概要

#### (1) 支払側

- コスト調査は、例えば、目指すべき診療報酬体系を想定するなど目的をもって行うべきものであり、現状では診療報酬体系を大きく変えるタイミングではなく、コストと時間をかけて調査を行う意義を見出しがたい。

#### (2) 診療側

- コスト調査について、最初に目的を設定すると恣意的な調査となるおそれがあることから、まずは、コストの現状を明らかにした上で、その後あるべき診療報酬体系の姿を議論すべき。

### 2. 検討の視点

#### (1) コスト調査

(コスト調査・分析の意義付け)

- これまでの総会における議論やコスト調査分科会報告書を踏まえ、コスト調査の意義付けや実施についてどのように考えるか。

- 原価計算の手法によるコスト把握のほか、基本診療料のあり方の検討に資する方法としてはどのようなものが考えられるか。

#### (2) 基本診療料のあり方に係る検討の目的・手段

(診療報酬の構成、機能・役割、水準のあり方)

- 望ましい(点数水準・体系)をどのようなものとするか。

- 診療内容、地域特性や開設者の多様性がある中で、公定価格としての診療報酬のあり方をどのように考えるか。

- 出来高・加算算定と包括算定の組合せとなっている現状をどのように考えるか。

- 基本診療料と特掲診療料のあり方をどのように考えるか。

(基本診療料の評価範囲)

- 基本診療料により提供される医療サービスの内容は、どのようなものが考えられるか。
- 基本診療料の水準と提供される医療サービスに要するコストとの関係をどのように考えるか。

(3) 医療経営データの活用(調査実施小委で検討)

(医療経済実態調査の充実・改良等)

- 年度データ・単月データの取扱をどのように考えるか。
- 有効回答率の向上に向けた取組としてどのようなものが考えられるか。
- 調査項目の充実・簡素化や集計方法の改良をどのように考えるか。

(その他医療経営データの収集・分析等)

- 医療経済実態調査のほか、これを補完するためのデータ収集をどのように考えるか。

3. 検討のスケジュール

(1) 検討の視点に関する意見の整理

- 上記「2. 検討の視点」について、次期改定に反映することができることが可能と考えられる事項に関する整理を本年度前半に行う。

(2) 次期診療報酬改定等における対応

- 次期改定に反映することが可能と考えられる事項についての検討を進める。
- その他の事項について、次期診療報酬改定後においても、引き続き検討を行う。

## 基本診療料に係るこれまでの議論の整理

平成 22 年 5 月 26 日総会等	平成 22 年 8 月 25 日総会	平成 22 年 9 月 29 日総会	平成 23 年 5 月 18 日総会
<p>※「中医協管申附帯意見等に基づく次期診療報酬改定に向けた今後の検討課題に関する提案」（平成 22 年 5 月 26 日）（2 号側）</p> <p>【具体的に検討すべき主な項目】 基本診療料に含まれるとされる建物・設備等のキャピタルコストや技術料の積算根拠の明確化、原価計算に基づく点数設定</p> <p>【今後実施すべき調査内容】 基本診療料及び技術料に係る中間消耗材料等を含むコスト分析調査</p>	<p>※次期診療報酬改定に向けた今後の議論の進め方についての「対応案」（平成 22 年 8 月 16 日）に対する 2 号側意見</p> <p>・「技術」と「モノ」の評価の分離</p> <p>・基本診療料に含まれるとされる建物・設備等のキャピタル・コストや人件費等のオペレーティング・コストや技術料の積算根拠の明確化、原価計算による根拠に基づく点数設定</p> <p>・医療行為に見合った診療行為の評価</p> <p>・加算ではなく基本診療料及び特掲診療料本体の引き上げによる対応</p>	<p>※「基本診療料及び技術料に係るコスト分析についての 2 号側の考え方」（平成 22 年 9 月 29 日）</p> <p>(1) 我が国の基本診療料の中で各種コスト（技術料、キャピタル・コスト、オペレーティング・コスト）がそれぞれどのように評価されているか（もしくは評価されていないか）についての整理・明確化</p> <p>(2) 「医療機関のコスト調査分科会」の調査結果の再集計を行うことにより、上記(1)も踏まえ、現状において基本診療料に含まれている各種コストの具体的な金額の内訳に関する調査</p> <p>(3) 諸外国の診療報酬における各種コストの評価方法（とりわけキャピタル・コスト、オペレーティング・コストの取扱い）ならびに診療報酬のコスト別の内訳及びその金額に関する調査(上記(1)及び(2)を踏まえた我が国との比較分析を含む)</p> <p>我々としては、このような調査・分析をまず実施して問題点を明らかにした上で、医療提供に必要となるコストの積み上げによる「あるべき基本診療料」に向けた議論とそのために必要な調査の設計を進めてまいりたいと考えている。</p> <p>○西澤委員 「私たちは診療報酬を根底からひっくり返そうなんて気はないが、初診料、再診料、入院基本料を一点上げる、下げるその根拠は何か。 確かに難しいことは重々承知で、けれどもそろそろこういうことをしなければ医療従事者も国民も納得してくれないのでは、やはり可視化というのは大事ではないか。」</p>	<p>「コスト調査分科会からの報告について」</p> <p>○西澤委員 「入院基本料の定義がはっきりしないからというのであれば、その定義をはっきりさせるような議論を是非お願いしたい。そもそもこれを私たち 2 号側が出したかという、昨年の答申のときの別添で、再診料や外来管理加算、入院基本料の基本診療料のあり方について検討するということを書いております。在り方を検討するということは、当然定義がはっきりしないとできないということで、私達はその定義をはっきりしていただきたい。逆にいうと、定義をはっきりするためには、コスト調査等々が必要ではないかということで提案したということでございますので、その辺はくんでいただいで、今後議論する道立てをつくっていただければと思います。」</p>
<p>※「中医協における今後の検討課題に関する 1 号側（支払い側）の意見」（平成 22 年 6 月 23 日）</p> <p>【診療側の提案に対する意見】 基本診療料のあり方や内容等について議論することは賛成だが、診療側の提案では、基本診療料の中で「技術」と「モノ」の評価の分離、キャピタルコストや人件費等の積算根拠の明確化まで含めて検討するべきとされている。しかしながら、これらの項目については、技術料設定の考え方など、さまざまな検討課題が考えられるため、検討の課題を絞り込むなど、慎重に検討すべき。</p>	<p>※中医協・今後の議論の進め方についての 1 号側（支払側）意見（平成 22 年 8 月 25 日）</p> <p>【主な検討内容】</p> <p>・初・再診料、外来診療料、各種加算の意義や位置付け</p> <p>・再診料と外来管理加算の関係</p> <p>・入院基本料の意義や位置付け（入院機能や体制、急性期・慢性期、出来高・包括等）</p> <p>・入院基本料等加算の在り方、考え方</p>	<p>○白川委員 「医療機関の経営という観点からコストを考えて、必要な利益を確保することは、各医療機関が個別にいろんな努力をされているが、それを全部の診療報酬項目に当てはめて、その中にどれくらい、キャピタルコスト・オペレーティングコストが入っているかを調べたいということは、今の診療報酬体系を全部変えろという話ですけども、それはそこまで覚悟しておっしゃっているのか、私には理解できない。」</p>	<p>○白川委員 「診療報酬体系全体はコストのやり方なのか、今の方式でやるのか、全然違う方式でやるのかという議論を総会なり基本問題小委でやらない限りは、コストといってもこれ以上進まないというのが私の感じでございますし、私は今の診療報酬の体系を全部変えるという作業を本当にやる気があるんですかということは以前申し上げましたし、確かに世の中に完璧なシステムはないと思いますけれども、過去いろんな工夫が積み重なって現在の体系になっているわけで、それを現代に合った、あるいは社会のニーズに合った形に修正していく努力が中医協に課せられていると私は感じておりますので、この議論をこれ以上やることは反対でございますし、診療報酬体系全体を変えるという議論は今の時点では必要ないと考えております。」</p>
		<p>○関原委員 「キャピタルコストを経営上考えることは大事なことだが、診療報酬の議論の場で全国一律に論ずるのは少し違うのでは。財務分析をやれば病院ごとに違う訳ですから、それを一律にコスト分析をしても、必ずしもいい意味のあるアウトプットが出るとは思えない。」</p>	<p>○小林（麻）委員 「コスト計算についてはご報告のとおりだと思うんですが、議論でコストということ余りにリジットに考えてしまったために、こういう結果になったと私としては思っております。 最初は効率的な医療経営をやっている、それが診療報酬できちんとリカバリーされているのかというのが基本的な問題だったのではと思うんです。そうすると、経営の実態をコストという観点から明らかにしていくことが重要なんだろうと思います。入院基本料の性格付け、定義付けというのは非常に重要だと思いますけれども、経営の実態を把握した上で、入院基本料がどのくらい充てられることによって経営が成り立っているのかということが実証できれば、それは重要なことであります。そのときに、方法としては、コストの配賦ですとかコストの切り分けをあまりリジットに行わずに、医療経営という固まりといいますか、事例研究のようなことを積み重ねることが重要だと思いました。 効率的な病院経営をやっていくためには、固定費部分をいかに管理していくかという視点が必要で、損益分岐点分析をしたときに固定費の部分を調査するとか、フレキシブルに病院経営の全体的なコスト構造を明らかにするような方向で検討していただくと、診療報酬の算定のときに参考になるのではないかと思います。」</p>

注) ※印は、提出資料からの抜粋である。

## 基本診療料に係るコスト調査・分析の実行可能性に関する報告書

平成 23 年 5 月 18 日  
診療報酬調査専門組織  
医療機関のコスト調査分科会

平成 22 年 9 月 29 日、中医協総会より診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会に対し、基本診療料に係るコスト構造の把握について、技術的な問題に関する意見をまとめるよう指示がありました。

これを受けて当分科会は、各診療科に共通する基本診療料の課題を考察するにあたり、入院基本料に焦点を絞って検討を行うと決めました。その上で当分科会は、コスト調査の実行可能性、コスト調査を行う上での技術的課題、及び医療分野におけるコスト調査の視点・手法等について深く分析するため、会計学の専門家からなるワーキンググループを設置しました。同ワーキンググループは、平成 23 年 2 月 3 日、24 日、3 月 8 日の計 3 回に渡り、入院基本料に係るコスト調査・分析の実行可能性等に関しての意見交換を行い、当分科会に議論のまとめ案を提示しました。その案を元に、4 月 7 日の分科会において、以下のとおり検討結果を整理しましたので報告します。

なお、客観的で有効なコスト調査・分析の実施検討の前提として、医療サービスが診察・検査・処置・手術といった行為から構成される一連の流れの中で提供される性質を有することを踏まえなくてはなりません。そのためには、基本診療料と特掲診療料に分けてコスト調査・分析を実施することに対して、どのように意義付けを行うのか整理する必要があると考えます。

また、コスト調査・分析結果の活用の際して、以下の 3 点をどう扱うかを整理する必要があると考えます。

- ①医療に対するニーズへの対応などの政策的課題、保険制度を分かりやすくするため診療報酬点数の設定・改定の際に透明化を強化する課題、および一連の医療サービスの提供に着目した包括化を検証する課題等に関連したコスト調査・分析結果の活用方法
- ②診療報酬点数と実際原価との乖離が生じている場合に、診療報酬点数の改定により対応するのか、又は保険医療機関等の経営努力により対応するのかを検討する際のコスト調査・分析結果の活用方法
- ③経営管理技法の浸透による医療の効率化の推進に関連したコスト調査・分析結果の活用方法

## 1. 入院基本料に関するコスト調査の実行可能性

### (1) 入院基本料が想定するサービス内容の定義付け（原価計算対象の明確化）の必要性

原価計算とは、サービスや製品を生み出すためにどれほどの原価・費用を費やしたかを、原価要素別・原価部門別・原価負担者別に、分類・測定・集計・分析するための手続きならびに手法である。

現在、我が国の医療分野において行われているコストすなわち原価の調査は、診療科目や入院・外来機能に着目した部門別計算、DPCを活用した患者別・診断群分類別計算などであり、いずれも診療収益に対応する原価・費用を対比する方法により行われている。

今回のテーマである基本診療料のコスト把握とは、「診療報酬点数に定められている基本診療料が想定する医療サービス（原価計算対象）の提供のために投入された財・サービス（原価要素）の原価（コスト）を把握する作業」と考えられる。

コスト調査は、サービス内容の定義を前提として、原価要素としてのコスト（材料費・給与費・委託費・設備関係費・研究研修費・経費等）の測定・把握を行い、これを直課・配賦することにより実施される。そのため、具体的検討項目とされた入院基本料に含まれる医学的管理部分、看護部分、室料（入院環境）部分などのサービス内容（以下は単に「サービス内容」という）を明確にすることが不可欠となる。

そこで、入院基本料に関する原価（コスト）調査を行おうとする場合には、入院基本料に含まれるサービス内容の具体的定義付けが必要となる。

その理由は以下の通りである。

- ・ 原価を算定しようとするサービス内容が明確に設定され、それに対応する原価要素が識別されないとコストの把握が正確にできない。
- ・ サービス内容に相對する形で入院基本料収益と対応コストを定めない場合、収益により回収される費用の説明が定まらない。
- ・ 定義がないサービス内容に対して間接費を配賦しようとする場合、配賦基準が曖昧となり計算結果の客観性が確保できない。

ところが入院基本料については、個々のサービス内容の評価ではなく、病院の機能や体制等の評価をめぐる医療上の必要性、あるいは保険財政の状況や保険医療機関の経営状況を踏まえ、これまでの診療報酬改定において分割・統合され、設定・改定が行われてきたと考えられる。

したがって、入院基本料のサービス内容に関して、誰にでも納得できる明解な表現により具体的に定義することは困難な状況にある。このため、現時点において、入院基本料に関してただちに適切かつ有効なコスト調査を実施することはきわめて難しい。

なお、医療における原価計算は、限られた医療財源を適正に配分する観点からも充実していく努力が必要である。しかし、我が国において病院原価計算は未発達であり、原価データを基にした経営管理等が十分浸透していない現状を考慮すると、長期的視点に立って調査研究する体制の構築が望まれる。

\*我が国における医療原価計算の現状：

一般財については、製品・サービスの販売価格が市場において可変的に決定される。このため、製造業をはじめとする民間企業は、価格決定および市場価格に応じたコスト戦略策定等を目的として、相当の費用を投じ、目的意識を持って原価計算に取り組んでいる。

また、諸外国の医療制度でも、医療機関の開設主体の特性や実費用償還制度の採用等に応じ、原価計算の取組みが行われている例が見られる。

一方、我が国の医療分野では、診療報酬が公定価格であることや、原価計算を中心とした費用償還の仕組みを採用していないこと等から、原価計算は一部の医療機関を除き未発達であると思われる。

## (2) 入院基本料に関するコスト計算実施上の検討課題

入院基本料が想定するサービス内容が明確に定義されたとしても、コスト計算を実施する場合には、たとえば以下の事項を検討する必要がある。

- ・入院環境に関する費用が、入院基本料の対象となる費用だけではなく、他の収益も入院環境に相対していることをどのように評価するのか。
- ・入院環境に要する費用、具体的には病室の減価償却費や清掃費等を、診療報酬によって手当されている入院基本料、個室病室等において徴収されている室料差額、あるいは（自治体病院の場合）資本費にかかわる自治体からの補助金収入等にどのように対応させるのか。
- ・診療上の理由で室料差額を徴収できない場合の個室費用をどのように取り扱うのか。

以上のように、実際にコスト把握及び配賦を行う際に生ずる問題点を想定し考え方を整理する工夫が、コスト計算を実施する際には大切である。

## (3) 所要期間・経費

原価計算の考え方を踏まえて、モデル的に10医療機関程度の財務諸表を共同して精査し、その正確性を確認することから始め、個別に業務量データ・財務諸表のデータ調査を行い、方法論を確立していく手法を想定すると、これに必要な期間・経費は概ね以下のとおりと想定される。

### ① 所要期間

部門別収支調査を例にとると、方法論が確立するまで5年を要しており、原価計算方法論の確立まで、不確定であるが同じく5年程度を要すると思われる。

### ② 所要経費

部門別収支調査を例にとると、当初の基本設計は年5百万円程度、調査実施は年3千万円程度の費用が必要であった。原価計算についても、当初の基本設計は同程度と考えられるが、モデル実施に移行する場合は、タイムスタディに係る人件費などの作業量が欠かせないため、部門別収支調査以上の経費投入が不可欠となる。

## 2. コスト把握手法の整理

### (1) 部門別収支調査（既存調査データ）の活用

入院基本料が想定するサービス内容の定義付けができたと仮定しても、対応するコストを切り出すためには、新たな調査実施に相当する追加調査が必要である。既存調査により入手しうる財務データや業務量データなどの活用のみによって対応することは難しい。

### (2) 標準原価による原価把握

標準原価の設定に際して支払い側と診療側をはじめ診療報酬関係者が納得できる客観的根拠が求められるが、現実的には計算結果の客観性の確保が困難であるという問題点がある。

例えば、入院基本料を構成するとされる室料（入院環境）部分の標準原価について、どのような建築コストを採用した設定が適切で納得のいくものであるのか、その際採用されるべき耐用年数は何年とすべきであるのかなどの事項に関して、関係者から合意を得なければならない。現実には合意獲得はたやすくないと想定される。

### (3) 実際原価（財務諸表ベース）による原価把握

#### ① 残渣方式

残渣方式とは、基本診療料及び特掲診療料のサービス内容の定義を行わず、財務諸表に記載されている費用項目から、特掲診療料に対応するコストを減算した結果を基本診療料のコストとする方式である。

具体的には、特掲診療料のコストを中央診療部門や補助・管理部門において発生しているものと仮定し、コスト配賦を行わずに算定する方法である。

この場合、特掲診療料のサービス内容の定義付けにかかわる仮定の妥当性に関する検証が必要である。とともに、入院基本料の医学的管理部分、看護部分、室料（入院環境）部分などの区分及びそれぞれの部分のサービス提供に必要な要素コスト（材料費・給与費・委託費・設備関係費・研究研修費・経費等）が客観的に把握できないという問題が生じる。

#### ② 積上げ方式（コスト配賦方式）

積上げ方式とは、個々の基本診療料や特掲診療料のサービス内容の定義を行い、直接対応する原価を測定するとともに、補助・管理部門などの原価を各サービスに一定の合理的な基準で配賦する手法であり、コスト調査・分析の手法として一般的に活用されている。

なお、実際原価による手法においては、その正確性を以下により確保することが必要となる。

##### ・財務諸表の正確性

調査のベース・データは財務諸表である以上、その正確性が求められる。

##### ・病院会計準則に沿った財務諸表の作成

使用される財務諸表は、病院の財政状態および運営状況を体系的・統一的に捉えて比較可能とするため、開設主体横断的に適用される病院会計準則によって作成されることが条件となる。

### 3. 新規に調査設計を行う場合の技術的課題

#### (1) コスト把握を行う際の視点

一般的に病棟内で発生する原価の中で、入院基本料に対応するものとして計上・配賦されるコストと、計上・配賦されないコストを明確に区分しなくてはならない。また、病棟外で発生する原価でも入院基本料に対応するコストを把握する必要がある。

積上げ方式による原価計算を実施するためには、個別診療料（特掲診療料）により評価されない基本的な診察や処置等、その他基本的な医療の提供に必要な人・物等の定義（入院基本料が想定するサービス内容の定義）を確定する必要がある。定義がなされた結果として、はじめてコスト計上及び配賦の基準が作成でき、コスト調査・分析が行えるからである。

#### (2) コスト計上・配賦基準に関する課題

上記サービス内容が定義された場合、

##### ① 材料費

材料費について、個々に使用状況を調査するのか、各サービス内容に配賦するのか、また、配賦するとした場合の基準等をどのように設定するのか。

##### ② 給与費

医師、看護師等の従事者については、タイムスタディの実施により作業量を測定・把握の上、コストを配賦することとなる。その際、医療サービス提供に要する時間以外の時間（研究・研修・会議等）に係るコストについて、どのような基準で各サービス内容に配賦するのか等を検討しなくてはならない。

##### ③ 委託費等

委託費・設備関係費・研究研修費・経費・控除対象外消費税等の負担額・本部費配賦額について、どのような基準で各サービス内容に配賦するのかに関する検討も欠かせない。

# 中医協答申(平成22年2月12日) 附帯意見等に基づく 次期診療報酬改定に向けた 今後の検討課題に関する提案

平成22年5月26日

中央社会保険医療協議会 診療側委員

安達秀樹 嘉山孝正 鈴木邦彦

西澤寛俊 邊見公雄 渡辺三雄 三浦洋嗣

(注)現時点での主な提案事項であり、今後の議論の過程で、提案の具体化や追加提案等を随時行う予定。

# 1. 「再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、その在り方について検討を行う」

## 具体的に検討すべき主な項目

- ・「技術」と「モノ」の評価の分離
- ・基本診療料に含まれるとされる建物・設備等のキャピタル・コストや人件費等のオペレーティング・コストや技術料の積算根拠の明確化、原価計算による根拠に基づく点数設定
- ・加算ではなく基本診療料及び特掲診療料本体の引き上げによる対応
- ・病院における複数科同日受診の再診料の算定

## 今後実施すべき調査内容(検証部会実施分を除く)

- ・技術評価の調査(医療技術評価分科会)
- ・基本診療料及び技術料に係る中間消耗材料費等を含むコスト分析調査(医療機関のコスト調査分科会)
- ・消費税に関わる損税の実態調査
- ・病院における複数科同日受診の実態調査
- ・再診料の意味合いに関する調査

## 4. 「いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、(厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る)更なる取組の必要性について、検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・「技術」と「モノ」の評価の分離(再掲)
- ・「ドクターフィー」導入の是非
- ・手術料における外保連試案の適切な活用(共通部分の歯科における活用を含む)
- ・内科系の技術評価の在り方(内保連の検討)
- ・歯科の技術評価の在り方(歯科医学会の活用)
- ・診療所医師による病院診療に対する評価の充実
- ・診療報酬以外での政策的対応(保険局、医政局、労働基準局等による統一的な取り組みが必要)

### 今後実施すべき調査内容(検証部会実施分を除く)

- ・手術料の評価の引き上げによる労働環境の改善度調査(検証部会)
- ・診療所医師による病院診療の実施状況の調査
- ・歯科病院および病院における歯科の役割と採算性の調査

10. 「DPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入については、その影響を十分に評価するとともに、これを踏まえながら、今後、最終的に設定する調整係数廃止後の評価方法等について引き続き検討を行うこと。また、併せて高額薬剤の取り扱い等についても検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 新機能評価係数の決定プロセスの可視化
- ・ 調整係数廃止後の評価方法の在り方
- ・ DPCにおける高額薬剤(抗がん剤等)の適切な取り扱いの検討

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 調整係数の廃止・新機能評価係数の導入の影響の調査( DPC評価分科会)
- ・ クリニカルリサーチにおけるDPCの弊害の調査

## 12. 「地域特性を踏まえた診療報酬の在り方について、検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 医療資源(医師数・看護職員数等)の過少な地域における算定要件緩和
- ・ 都道府県に対する裁量権付与の是非の検討

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 地域ごとの医療提供、医療需要の調査(需要と供給の実態に基づいた地域特性の把握)

6. 「看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握した上で、看護職員の配置や夜勤時間に関する要件の在り方を含め、看護職員の負担軽減及び処遇改善に係る措置等について、検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 入院基本料における夜勤72時間要件の抜本的な見直し
- ・ 看護師の多様な雇用形態および労働形態の検討
- ・ 潜在看護師の復職支援策

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 看護職員の勤務実態調査
- ・ 現場の看護職員からのヒアリング

## 7. 「薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 薬剤師の病棟配置の評価の在り方
- ・ 多職種チーム(歯科を含む)での取り組みに対する評価の充実

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 全病院における薬剤師の病棟配置の実態(病棟配置数、総数、患者や医療従事者へのベネフィット等)の調査(日本病院薬剤師会で実施)
- ・ 脳卒中および頭頸部疾患等における歯科医療の関わりの実態調査

8. 「訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な経営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 訪問看護ステーションの意義の見直しと充実のための方策
- ・ 訪問看護の適切な提供のための医療保険と介護保険の間の整理(医療保険への一本化も含めた検討)
- ・ 慢性的ケアを要する患者への訪問回数の制限撤廃

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 二次医療圏ごとの訪問看護ステーションの設置・運営状況(規模別、24時間体制の当否、医療保険と介護保険の利用状況、対象患者の状況、経営実態等)の調査

## 11. 「診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが切れ目無く円滑に提供されるよう、検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 医療保険と介護保険の給付対象の整理
- ・ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、居住系サービスにおける医療提供の整合性
- ・ 退院調整におけるリハ継続の確保などの連携強化
- ・ IT化や日本版RHIO (Regional Health Information Organization) などの取り組みを通じたシームレスな地域連携の促進
- ・ 施設等における口腔管理の充実と評価

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 医療保険、介護保険のサービス提供の実態、患者・利用者負担の整合性等の調査
- ・ 地域連携の実態調査

2. 「慢性期入院医療の在り方を総合的に検討するため、一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させる」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 各病期別機能分化の推進において、慢性期入院医療の在り方・機能を明確化
- ・ 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 一般病棟や療養病棟、障害者病棟、介護施設を含めた横断的な実態調査（慢性期入院評価分科会）
- ・ 療養病棟や精神病棟における認知症患者の入院状況、介護施設や在宅を含む認知症患者の分布状況等の実態調査（慢性期入院評価分科会）

15. 「明細書発行の実施状況等を検証するとともに、その結果も踏まえながら、患者への情報提供の在り方について検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 明細書発行の目的と意義の再確認
- ・ 明細書の書式の改善、効率的な提供方法の検討
- ・ 明細書の項目の文言変更等(例えば、「悪性腫瘍」「腫瘍」への変更など)の可否

### 今後実施すべき調査内容(検証部会実施分除く)

- ・ 明細書発行に対する患者ニーズ調査

13. 「診療報酬体系の簡素・合理化について引き続き取り組むとともに、個々の診療報酬項目の名称について国民に分かりやすいものになるよう検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 加算ではなく基本診療料の引き上げによる対応(再掲)
- ・ 名称の平易化の目的と適正な範囲の検討

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 名称の分かりやすさに関する患者意識調査

5. 「救急医療機関の勤務医の負担を軽減する観点から、保険者や地方公共団体等をはじめとする各関係者は、医療機関の適正受診に関する啓発を行うこと。また、その効果が現れない場合には、更なる取組について検討を行う」

### 具体的に検討すべき主な項目

- ・ 医療機関の適正受診の促進方策

### 今後実施すべき調査内容

- ・ 救急病院等における軽症患者の受診の実態、保険者や地方公共団体等による適正受診の啓発活動の実施状況等の調査

# その他、具体的に検討すべき主な事項

## 診療報酬体系の全体的なあり方に関する事項

- 医療行為に見合った診療報酬の評価
- 診療報酬で評価する部分と補助金でカバーする部分の整理
- 各種加算の設定根拠の明確化(人件費等のコスト計算)
- 終末期医療についての国民的議論

## 診療報酬の個別の点数設定等に関する事項

- 4疾病5事業への評価の充実(がん登録に対する診療報酬上の評価等)
- 総合入院体制加算の要件緩和
- 主訴に適切に対応する歯科医学管理のあり方の検討
- 在宅歯科診療の適切な評価
- 後発医薬品の薬価の逆転現象への対応(薬価専門部会)

## 審議の進め方に関する事項

- 医療経済実態調査等の見直しと充実
- パブコメ、公聴会のあり方と時期、場所の検討
- 答申と施行の時期の見直し(現場での対応に必要な時間の確保)



## 中医協における今後の検討課題に関する1号側（支払側）の意見

平成22年6月23日

平成24年度診療報酬改定に向けた今後の検討については、①中医協の枠組みで調査・検証すべきもの、②その他の調査を活用して検討を進めるべきもの—とを区分したうえで、検討項目、検討時期等を早急に整理するよう求めたい。

そのうえで、中医協において検討を進めるにあたっては、22年度改定答申・附帯意見で示された項目を前提に、基本診療料のあり方や医療・介護の同時改定に向けた検討項目など優先順位の高いものから、順次、調査・検証等を実施し、改定論議に間に合うよう報告を得ていく必要がある。また、レセプト電子請求を活用して診療行為別点数の算定状況を把握する等、必要なデータを迅速に収集する方向で準備を進めるべきである。

さらに、厚生労働省事務局には、各側意見を踏まえ、早急に検討スケジュールのたたき台を示すことを求めたい。

附帯意見のうち、支払側として特に優先的な調査・検証が必要と考える項目を以下に示す。

### I. 支払側の考え方

#### 附帯意見1「再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料について～」

(1) 外来に関わる初・再診料、外来診療料、各種加算（外来管理加算、地域医療貢献加算等）の意義や位置づけを検討すべき。

##### 【主な調査内容】

- ・ 外来管理加算と地域医療貢献加算の算定状況と効果検証

(2) 急性期医療の充実強化や病床の機能分化の推進に資する入院基本料等のあり方ならびに医療機関の特性に応じた加算や特定入院料によるメリハリのつけ方、それらの整理・合理化について検討すべき。

##### 【主な調査内容】

- ・ 一般病棟入院基本料の入院早期加算引上げに伴う影響
- ・ 亜急性期・回復期の病床機能や患者像の実態把握
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定状況、効果検証
- ・ 救急入院医療に関わる加算、特定入院料充実による影響
- ・ 各種加算の算定状況と創設時の目的と現状比較

#### 附帯意見2「慢性期入院医療の在り方を総合的に検討～」

一般病床における長期入院患者への医療区分・ADL区分に基づく包括評価の導入及び特定患者の定義および特定入院基本料のあり方を検討すべき。

##### 【主な調査内容】

- ・ 一般病床・療養病棟等における長期入院患者の実態把握

- ・有床診療所入院患者の実態把握、有床診療所入院基本料引上げによる影響（病床数、入院期間、医療必要度等）
- ・療養病棟入院基本料の再編に伴う影響（患者像や退院・転棟等の状況）

#### 附帯意見4「～、厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置～」

改定の効果や影響の検証結果、国の政策や予算上の措置等の関連情報の提供を受け、負担軽減に向けたさらなる見直しを検討すべき。

##### 【主な調査内容】

- ・医師事務作業補助者の配置状況や勤務医への負担軽減効果
- ・勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する具体的計画の実施状況

#### 附帯意見6「看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握～」

看護職員の確保・定着、医療安全の確保等に向けた検討をすべき。

##### 【主な調査内容】

- ・看護職員および看護補助職員の勤務実態調査（夜勤等の実態、看護補助者の配置等）
- ・7：1、10：1特別入院基本料および看護補助加算の算定状況

#### 附帯意見10「～DPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入について～」

調整係数から新たな機能評価係数への円滑な置換えを検討するとともに、今回導入が見送られた項目の継続的検討を進める。

##### 【主な調査内容】

- ・新たな機能評価係数導入後の影響

#### 附帯意見11「診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが～」

検証部会での検証（在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況）も含め、医療・介護サービスの連携、患者の療養環境等の実態を把握した上で、▽医療と介護の機能分担と連携、整合性、▽利用者の立場に立ったシームレスなサービス提供、▽サービスの重複・空白部分－等の問題点を整理し、診療報酬・介護報酬体系の整理も含め、早期に診療報酬上の評価の在り方を検討すべき。

##### 【主な調査内容】

- ・医療機関と介護施設等の連携状況（各種加算等の算定状況と効果）
- ・在宅医療・看護のサービス提供に関わる実態調査

#### 附帯意見14「～診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェック～」

医療費の適正化、事務の効率化、中医協における検討に必要なエビデンスの確保のために、電子請求の全面的な普及を目指し、未コード化傷病名の解消や標準傷病名での請求の徹底など、電子化に対応したレセプト様式の見直しを検討すべき。

#### 附帯意見16「～調査・検証を行うこととする。～(5)後発医薬品の処方・調剤の状況～」

22年度改定で要件を見直した後発医薬品調剤体制加算、新設した後発医薬品使用体制加算について、算定状況、効果や影響等を検証、検討すべき。

## ○附帯意見以外の項目

22年度薬価制度改革の検証については、薬価専門部会において、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の検証（財政影響、未承認薬・適応外薬の開発状況等）を制度の進捗状況等を踏まえながら、確実に実施すべき。

## Ⅱ. 診療側の提案に対する意見

診療側の次期診療報酬改定に向けた今後の検討課題に関する提案の中には、中医協以外で議論すべきものや、実態や問題がまだ明らかになっていない項目も含まれている。委員間で現状認識や問題意識を共有しつつ、優先順位を考慮しながらより有効な改善策について議論することに異存はないが、以下の項目については特に慎重な検討が必要であると考ええる。

- ・基本診療料のあり方や内容等について議論することは賛成だが、診療側の提案では、基本診療料の中で「技術」と「モノ」の評価の分離、キャピタル・コストや人件費等の積算根拠の明確化まで含めて具体的に検討すべきとされている。しかしながら、これらの項目については、技術料設定の考え方や基本診療料についての考え方など、様々な検討課題が考えられるため、検討の対象を絞り込むなど、慎重に検討すべき。
- ・ドクターフィーの導入については、診療報酬のあり方に大きな影響を及ぼすため、十分に慎重な検討を図るべき。
- ・地域特性を踏まえた診療報酬の在り方については、現行の地域加算との整合性、見直しを含めて、指標とすべきデータの検討、地域の実態等を精査した上で、地域特性を考慮した診療報酬の在り方について慎重に検討すべき。

平成22年8月16日

厚生労働省  
保険局医療課長  
鈴木 康裕 殿

次期診療報酬改定に向けた今後の議論の進め方についての  
「対応案」（平成22年7月28日）に対する二号側意見

中央社会保険医療協議会

二号側委員

安達 秀樹

嘉山 孝正

鈴木 邦彦

西澤 寛俊

邊見 公雄

渡辺 三雄

三浦 洋嗣

さる平成22年7月28日に開催された中央社会保険医療協議会総会において事務局より今後の議論の進め方についての「対応案」が提示されたところ、下記の通り、同案に対する二号側の意見を提出します。

記

1. 検討項目について

(1) 項目分類

事務局の「対応案」においては「中医協で議論可能なもの」と「中医協の議論だけでは対応できないもの」に分類されているが、いずれに分類されるにしても二号側が提案した事項は国民のためにより良い医療制度を実現していく上できわめて重要な項目ばかりであり、たとえ「中医協の議論だけでは対応できない」としても、まずは中医協で議論できる内容からでも率先して議論を始めるべきであると考えている。

したがって、「中医協で議論可能なもの」も含め、これらの項目について今後どのようなタイムスケジュールで議論を進めていくのか、さらに「中医協だけでは対応できないもの」については他の審議会等とどのような形で連携して議論していくことができるのか、といった点についても事務局案として整理していただきたい。

なお、「中医協で議論可能なもの」に分類されている項目については、「中医協で議論可能」と判断する以上、例えば地域特性を踏まえた診療報酬の在り方に関する一号側意見（1-2-1-①）などの項目についても、それに値するだけのデータがあるという理解でよいか。もし現時点ではデータがないということであるならば、「中医協で議論可能」になるだけのデータを早急に準備していただきたい。

## （2）議論に当たっての優先順位

二号側の考える全体の優先順位は、5月26日の総会に提出した資料の順番の通り（附帯意見の番号で示すと、1→4→10→12→6→7→8→11→2→15→13→5の順番）である。今後の議論のタイムスケジュールを設定するにあたっては、二号側から提案した事項はいずれも然るべき時期に十分な議論を行うことができるようにしていただきたいが、その中でも、診療報酬体系のあり方の本質に関わるような大きなテーマについてはとりわけ議論に相当な時間が必要となること、さらに次回診療報酬改定は6年に一度の介護報酬との同時改定に当たる重要な改定であること等に鑑み、次の項目について優先的な議論をお願いしたい（別途今後の検討課題について整理を行っているDPCに関連する事項を除く）。なお、技術評価の在り方に関しては、昨年11月18日の基本問題小委員会でも議論した通り、縫合糸などの「モノ」の評価の分離が必要になると考えられるので、その点も含めた検討を行うべきである。

※印は医科歯科共通項目

### ① 診療報酬体系のあり方の本質に関わる事項

- 「技術」と「モノ」の評価の分離※（1-2-①）
- 基本診療料に含まれるとされる建物・設備等のキャピタル・コストや人件費等のオペレーティング・コストや技術料の積算根拠の明確化、原価計算による根拠に基づく点数設定※（1-2-②）
- 医療行為に見合った診療報酬の評価（他-2-①）
- 加算ではなく基本診療料及び特掲診療料本体の引き上げによる対応※（1-2-③）
- 病院における複数科同時受診の再診料の算定（1-2-④）

#### 【技術評価の在り方】

- 手術料における外保連試案の適切な活用（共通部分における歯科の活用を含む）（4-2-③）
- 内科系の技術評価の在り方（→内保連の検討）（4-2-④）
- 歯科の技術評価の在り方（→日本歯科医学会の活用）（4-2-⑤）

#### 【地域特性を踏まえた診療報酬の在り方】

- 医療資源（医師数・看護職員数等）の過少な地域における算定要件緩和（1-2-2-①）

## 中医協・今後の議論の進め方についての1号側（支払側）意見

平成22年8月25日

中医協における今後の議論の進め方については、6月23日の総会に附帯意見の項目に対する支払側の考え方を示したが、その中でも、特に優先的に、早期に議論を開始する必要性がある項目などについての意見を以下に示す。早急に各側の意見も踏まえた、優先検討項目や全体的な検討スケジュール等を含めた整理案を作成・決定し、検討を開始すべきと考える。

### I. 特に優先的に、早期に議論を開始すべき附帯意見の項目

#### ○基本診療料関連

#### 附帯意見1「再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料について～」

##### 【理由】

- ・ 基本診療料は、非常に広範かつ多岐にわたる項目であり、加算等を含め、複雑化している。また、見直しによる財政影響も非常に大きい。基本診療料のあり方全体を議論し、次期改定に反映していくためには、論点整理を早急に行い、検討課題を絞り込む必要がある。
- ・ 検討にあたっては、①分野別の軸（外来・入院、基本料・加算等）と、②検討の時間軸（次期改定で取り組むべき課題、中長期的に取り組むべき課題）とで課題を整理した上で、審議方針、スケジュール等を定めるべき。その後、今次改定における各種の影響調査結果を踏まえ、具体的項目に関わる審議を進めるべき。

##### 【主な検討内容】

- ・ 初・再診料、外来診療料、各種加算の意義や位置付け
- ・ 再診料と外来管理加算の関係
- ・ 入院基本料の意義や位置付け（入院機能や体制、急性期・慢性期、出来高・包括等）
- ・ 入院基本料等加算の在り方、考え方

##### 【調査に関わる留意点および要望】

- ・ 外来管理加算の要件変更による財政影響について、検証部会調査でカバーできるのか否かを明確化すべき。カバーできない場合には、どのように算出できるか、具体的な対応案を検討する必要がある。
- ・ 地域医療貢献加算を検証する際に、①時間外加算、夜間・早朝加算の算定状況とのクロス集計、②加算を算定している診療所と地域連携夜間・休日診療料算定病院との連携状況等、他の加算項目との整合性を確認するとともに、③救急搬送件数の推移等、地域の救急対応への貢献度等にも着目すべき。
- ・ 7.28 総-5 の対応案の【既存の調査等に対応】部分に関し、▽社会医療診療行為別調査は、

23年6月の結果予定とされているが、電子レセの活用等により、早期集計、早期報告を実施すべき、▽施設基準等の届出状況調査（23年3月結果予定）も、早期に集計し、報告を行うべき。

## ○医療・介護の連携など同時改定関連

附帯意見2「慢性期入院医療の在り方を総合的に検討～」

附帯意見8「訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、～」

附帯意見11「診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが～」

### 【理由】

- ・ 現在、社会保障審議会介護保険部会で、介護保険法改正に関する報告書を22年11月を目途に取りまとめの予定である。同審議会では、療養病床の再編成や介護施設における医療サービス提供、在宅における訪問看護・介護等が論点に含まれることから、中医協も課題及び論点を共有しつつ、報酬改定の議論につなげる必要がある。
- ・ 医療と介護の連携・整合性、給付調整、シームレスなサービス提供、重複・空白部分などの問題点、課題の整理は早期に検討できるものである。全体的な整理等を踏まえて、必要な調査等の実施、診療報酬上における対応について速やかに検討すべき。

### 【主な検討内容】

- ・ 医療療養病床と機能が近接している部分を含めた慢性期入院医療の在り方
- ・ 慢性期入院医療と介護との連携

慢性期医療と介護の横断調査の速報値等を用い、慢性期入院評価分科会で論点整理を行い、速やかに検討に着手すべき。また、調査の速報値や慢性期入院評価分科会での検討状況については、早い段階から、基本小委員会に説明願いたい。

- ・ 在宅医療、リハビリテーションの推進・充実
- ・ 訪問看護・介護など医療・介護サービスの整理

医療サービスモデルと介護サービスモデルは異なるとともに、24時間体制でのサービスが必要なことなど、多角的な視点で検討していくべきである。利用者に必要なサービスを確実に届ける視点から、介護保険適用および医療保険適用、ミックス型など、総合的な議論が求められる。

### 【調査に関わる留意点および要望】

- ・ 附帯意見2「慢性期入院医療の在り方～」の対応案において、介護との横断調査は「療養病床のみ」と特記されているが、有床診療所入院患者の実態把握（病床数・入院期間等）も含め、もれなく調査分析を行うべき。
- ・ 老健局が実施する「療養病床の転換意向等調査」結果についても、併せて情報提供願いたい。

## Ⅱ. 十分な検討が必要な重要項目や“対応案”部分の整理に対する意見など

### 附帯意見 4「～厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置の効果～」

- ・ 診療報酬上だけでは解決できない問題であることは共通した認識であり、他の政策や予算上の措置等様々な関連を踏まえた検討をすべき。

### 附帯意見 5「～、医療機関の適正受診に関する啓発を行うこと。～」

- ・ 医療機関の適正受診に関する啓発を行う関係者として、地方公共団体も含まれているが、今回の附帯意見は地方公共団体へどのように伝えられているのか教示願いたい。また、対応案には保険者に対する調査を実施予定とあるが、地方公共団体への調査についても実施する必要がある。

### 附帯意見 10「～DPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入について～」

- ・ 次回改定までの検討方針、調査（H21 調査の再集計、H22 特別調査）、課題（22年度改定で導入した機能評価係数Ⅱの影響、次期改定で導入する新たな機能評価係数の考え方、項目の選定、高額薬剤の取り扱い等）の整理、中医協（総会、基本小委）、DPC 評価分科会における検討スケジュール等を早期に検討すべき。

### 附帯意見 14「診療報酬における包括化や IT 化の進展等の状況変化を踏まえて、～」

- ・ 医療費の適正化、事務の効率化、必要なエビデンスの確保のため、電子請求の全面的な普及を目指すべき。そのため、未コード化傷病名の解消や標準病名での請求の徹底など、電子化に対応したレセプト様式の見直しを速やかに検討すべき。
- ・ DPC の請求に関して、コーディングデータ（包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報）の位置づけ、活用についても検討すべき。

平成22年9月29日

## 基本診療料及び技術料に係るコスト分析についての二号側の考え方

中央社会保険医療協議会

二号側委員

安達 秀樹

嘉山 孝正

鈴木 邦彦

西澤 寛俊

邊見 公雄

渡辺 三雄

三浦 洋嗣

診療に要するコストは、医師、歯科医師の技術料だけではなく、医療提供を可能にする建物・設備に係る減価償却費等の投資的経費（キャピタル・コスト）や、人件費や材料費等の維持管理・運営費（オペレーティング・コスト）も含めて成り立っている。

しかしながら、これまでの診療報酬体系において、これらの諸費用・諸経費が十分に評価されてきたとは到底言えない。すなわち、技術料と材料費が混在して診療報酬点数が設定されているために、医師、歯科医師の技術料が適切に評価されていないのみならず、キャピタル・コストやオペレーティング・コストについても、基本診療料等の各点数の中で薄く広く評価しているか、もしくは一部はわずかばかりの加算によって対応されるのみであり、全体として明確な形でコストを踏まえた評価を行う仕組みにはなっていない。近年、医療の高度化や医療安全の必要性の高まりによって、キャピタル・コストやオペレーティング・コストは増加の一途をたどっているが、診療報酬を基本的な収入源として経営を行っている医療機関としてはこれらのコストを診療報酬の中から賄わざるを得ないにもかかわらず、それらのコストがどの点数の中でどのように評価されているのかさえ不明確であり、評価も不十分にとどまっている。

このような状況の中で、自らの診療行為が適切に評価されていないと感じる医療従事者の間では、これまで維持してきた高いモチベーションの低下、さらには過酷な診療現場からの逃散も見られる。また、病院・診療所の経営環境も極めて厳しい状況が続いている。我が国において、諸外国と比較して医療費が低水準に抑制されてきたにもかかわらず、世界一と評される医療をこれまで実現してきた要因として、現場の医療従事者の努力があるのは明らかであるが、このままでは患者に対して質の高い医療を継続的・安定的に提供し続けることは困難になりかねない。

このような現行の診療報酬体系の問題点については、かねてより指摘がなされ、議論

も行われてきた。平成15年3月28日に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」においても「医療技術の適正な評価（ドクターフィー的要素）」や「医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価（ホスピタルフィー的要素）」が掲げられており、この閣議決定を受けて診療報酬調査専門組織も設置されているが、いまだ目的を十分に達しているとは言い難い状況にある。

現在、診療報酬調査専門組織である「医療機関のコスト調査分科会」では、部門別原価計算の調査が進められているが、同調査はあくまで現状のコスト分析を行うものであり、本来的に必要なコストを算出するものではなく、基本診療料の内訳を明らかにする調査でもない。もちろんこれまで現状のコスト分析さえきちんと行われてこなかった状況からすれば、同調査の意義は十分に認めるものであり、したがってさる7月14日開催の総会においても同調査について了承したところであるが、これまで述べてきた上記の観点からすれば、同調査とは別に、医療提供に係る標準的な各種の必要コストの調査を行い、それらを積み上げることにより、コストを適正に反映した診療報酬体系の構築を目指すことが必要であると考えらる。

そのためには新たなコスト調査に関する具体的な手法の検討が必要となるが、その検討に当たっては、下記のような点を明らかにすることが不可欠であり、まずはこれらの調査・分析から着手することを要望する。

- (1) 我が国の基本診療料の中で各種コスト（技術料、キャピタル・コスト、オペレーティング・コスト）がそれぞれどのように評価されているか（もしくは評価されていないか）についての整理・明確化
- (2) 「医療機関のコスト調査分科会」の調査結果の再集計を行うことにより、上記（1）も踏まえ、現状において基本診療料に含まれている各種コストの具体的な金額の内訳に関する調査
- (3) 諸外国の診療報酬における各種コストの評価方法（とりわけキャピタル・コスト、オペレーティング・コストの取扱い）ならびに診療報酬のコスト別の内訳及びその金額に関する調査（上記（1）及び（2）を踏まえた我が国との比較分析を含む）

（各項目医科歯科共通）

我々としては、このような調査・分析をまず実施して問題点を明らかにした上で、医療提供に必要なコストの積み上げによる「あるべき基本診療料」に向けた議論とそのために必要な調査の設計を進めていきたいと考えている。こうした取組みは、質の高い医療提供の確保や現場のモチベーションの向上に不可欠であるばかりでなく、国民や患者に対する正しい情報提供にもつながり、医療従事者と患者・国民との相互信頼の醸成にもつながるものと考えており、一号側委員、公益委員の各委員にも、その必要性についてのご理解をお願いしたい。

- 都道府県に対する裁量権付与の是非の検討（12-2-2-②）
- ② 診療報酬・介護報酬の同時改定に関連する事項
  - 医療保険と介護保険の給付対象の整理※（11-2-①）
  - 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、居住系サービスにおける医療提供の整合性※（11-2-②）
  - 退院調整におけるリハ継続の確保などの連携強化※（11-2-③）
  - 在宅歯科診療の適切な評価（他-2-⑧）
  - 施設等における口腔管理の充実と評価（11-2-⑤）
  - 訪問看護ステーションの意義の見直しと充実のための方策（8-2-①）
  - 訪問看護の適切な提供のための医療保険と介護保険の間の整理（医療保険への一本化も含めた検討）（8-2-②）
  - 各病期別機能分化の推進において、慢性期入院医療の在り方・機能を明確化（2-2-①）
  - 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方（2-2-②）

## 2. 調査項目について

事務局の「対応案」においては「既存の調査等で対応」、「今後調査予定」、「現時点では調査予定なし」に分類されているが、エビデンスに基づいた議論を進めていくためには、「現時点では調査予定なし」とされている項目についても、今後何らかの調査が不可欠になってくると考えられるので、必ず実施するようお願いしたい。

なお、個別の調査内容に関する現時点における意見は下記の通り。

### （1）二号側から提出可能なデータ

「既存の調査等で対応」とされている「病院における複数科同日受診の実態調査」（1-2-4）や「今後調査予定」とされている「療養病棟や精神病棟における認知症患者の入院状況、介護施設や在宅を含む認知症患者の分布状況等の実態調査」（2-2-2）などは、日病協でも調査を実施中ないし今後実施予定であり、これらを含め二号側から提出可能なデータについては今後積極的に出して、議論に役立てたいと考えている。

### （2）民間の調査結果活用を検討

「現時点では調査予定なし」とされている項目のうち、「手術料の評価の引き上げによる労働環境の改善度調査」は今年度改定の重点課題であり、今後の議論にとって不可欠な調査であると考えるが、もし厚生労働省で調査ができないのであれば、民間の調査結果の活用なども考えられるのではないか。また、その他の「現時点では調査予定なし」の項目についても、民間調査を活用できるものは活用すべきであると考える。

### （3）その他

「基本診療料及び技術料に係る中間消耗材料費等を含むコスト分析調査」が「現時点では調査予定なし」とされているが、7月14日の総会において医療機関のコスト調査

分科会が今年度実施する調査内容を了承しており、今年度は当該調査内容で実施するとしても、「中間消耗材料費等を含むコスト分析調査」は今後必要になる調査であると考えられるので、その実施に向けたスケジュールを検討していただきたい。併せて、今年度の調査結果がいつ頃報告されるのかというスケジュールも示していただきたい。

また、「二次医療圏ごとの訪問看護ステーションの設置運営状況の調査」(8-2-1)について「二次医療圏ごとは除く」形ならば「既存の調査等で対応」とされているが、二次医療圏ごとの調査・分析こそが必要であると考えます。

### 3. その他

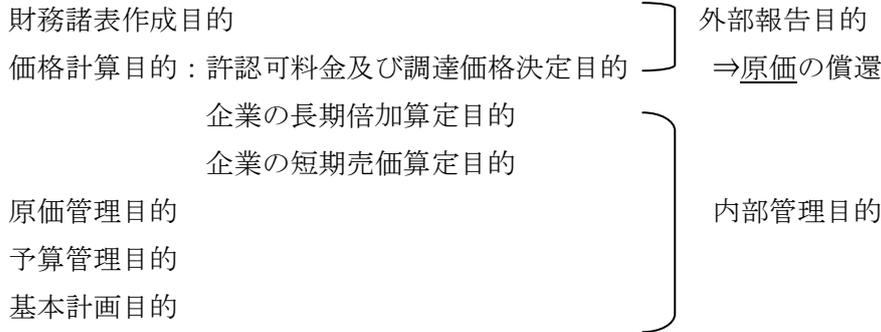
5月26日の総会において二号側から今後の検討課題に関する提案を行った後も、審議の過程で、いわゆる「55年通知」に関連した諸問題など、「提案」には含まれていなかった新たな検討項目を提起している。問題の重要性に鑑み、これらについてもできるだけ早急に十分な議論の機会を確保するようお願いしたい。

以上

## 診療報酬算定における原価計算の意義

小林麻理

### 1. 企業における原価計算の目的



### 2. 診療報酬算定における原価計算の意義と課題

診療報酬体系と整合した医療サービスを原価計算対象として設定し、原価を算定することが必要である。診療行為別の原価算定、診断群別の原価算定が必要となる。

#### 課題

- 診療報酬体系と整合した医療サービスを原価計算対象として設定することが可能か。
- 医療サービスを構成する原価要素をどのように識別するか、原価算定に含める原価要素の範囲を明確化する基準をいかに設定するか。
- 全部原価の算定にあたっては、設備投資等の適正性、資産効率の努力等の個別の経営意思決定に係る要素をどのように平準化して評価するか。
- 診療報酬算定に役立つ原価算定に医療サービスの部分原価を用いる場合、診療報酬体系と整合する部分原価をどのような基準で識別するか。
- 間接費の適切な配賦基準を設定するためには、診療行為の原価発生原因(原価作用因)を分析する必要がある。
- 診療行為は個別であり、本来個別原価計算が適合すると考えられることをどう考えるか。

診療行為の部分原価として、まず基本的な原価要素を識別し、そのうえで診療行為のアウトカムに影響を与える要因(原価要素)を識別することが重要と考えられる。

# 初・再診料について

# 初・再診料について

初診料  
270点

(病院・診療所共通)

(200床未満の病院、診療所)

再診料  
69点

(200床以上の病院)

外来診療料  
70点

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

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

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

# 初診料の加算について

## 時間外等加算

85点

230  
点

250  
点

480  
点

(時間外) (時間外・特例) (休日) (深夜)

## 時間外等加算(乳幼児)

200  
点

345  
点

365  
点

695  
点

(時間外) (時間外・特例) (休日) (深夜)

(特例: 夜間休日診療所等)

初診料  
270点

## 診療時間内

夜間早朝等加算(※1)

50点

(※1) 診療所のみ

乳幼児加算(※2)

75点

(※2) 時間外等加算との併算定不可

初診料においては(1)6歳未満の乳幼児の受診、(2)夜間、早朝、休日等の受診に対し、加算を行う。

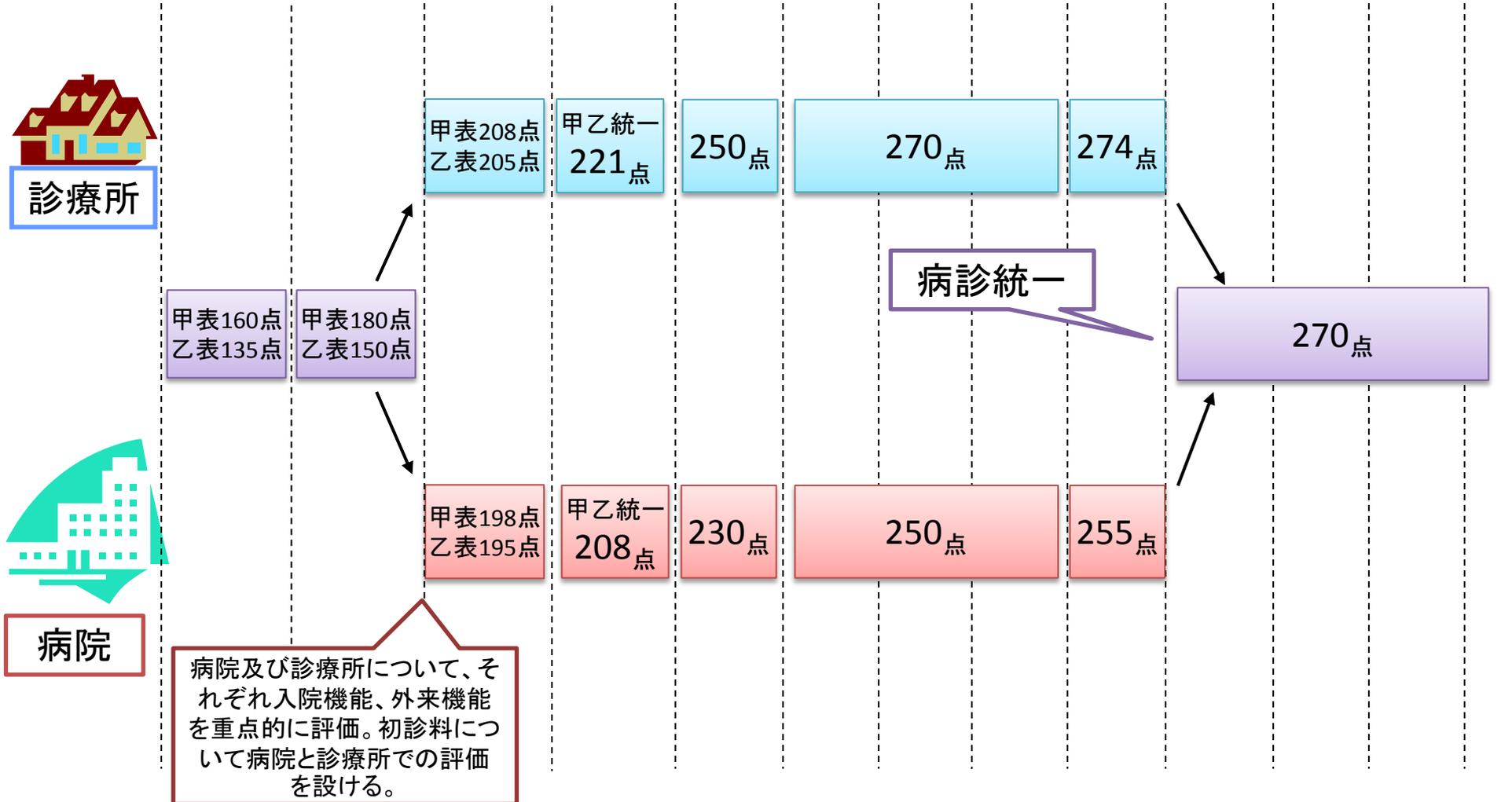
時間外等加算の具体的な時間は、

「夜間・早朝」(時間外): 概ね午前6時~8時、午後6時(土曜は正午)~10時

「休日」: 日曜日、祝日、12/29~1/3

「深夜」: 午後10時~午前6時

# 初診料の評価の変遷



# 初診料のまとめ

初診料		270点		乳幼児 (6歳未満)	その他
診察時間 (時間外加算はいずれか1つのみ算定)	乳幼児 (6歳未満)	その他	乳幼児加算 +75点 (時間外加算との併算定不可)		
診療時間内	夜間・早朝	+50点	+50点	395点	320点
	その他			345点	270点
診療時間外	夜間・早朝	+200点	+85点	470点	355点
	夜間・早朝 (特例医療機関)	+345点	+230点	615点	500点
	深夜	+695点	+480点	965点	750点
	休日	+365点	+250点	635点	520点

# 再診料・外来診療料の加算について

## 時間外等加算

65点

180点

190点

420点

(時間外) (時間外・特例) (休日) (深夜)

## 時間外等加算(乳幼児)

135点

250点

260点

590点

(時間外) (時間外・特例) (休日) (深夜)

再診料  
69点

外来診療料  
70点

外来管理加算(※3)  
52点

(※3) 診療所・200床未満の病院のみ

## 夜間早朝等加算(※1)

50点

(※1) 診療所のみ

## 乳幼児加算(※2)

38点

(※2) 時間外等加算との併算定不可

## 時間外対応加算(※4)

1~5点

## 明細書発行体制等加算(※4)

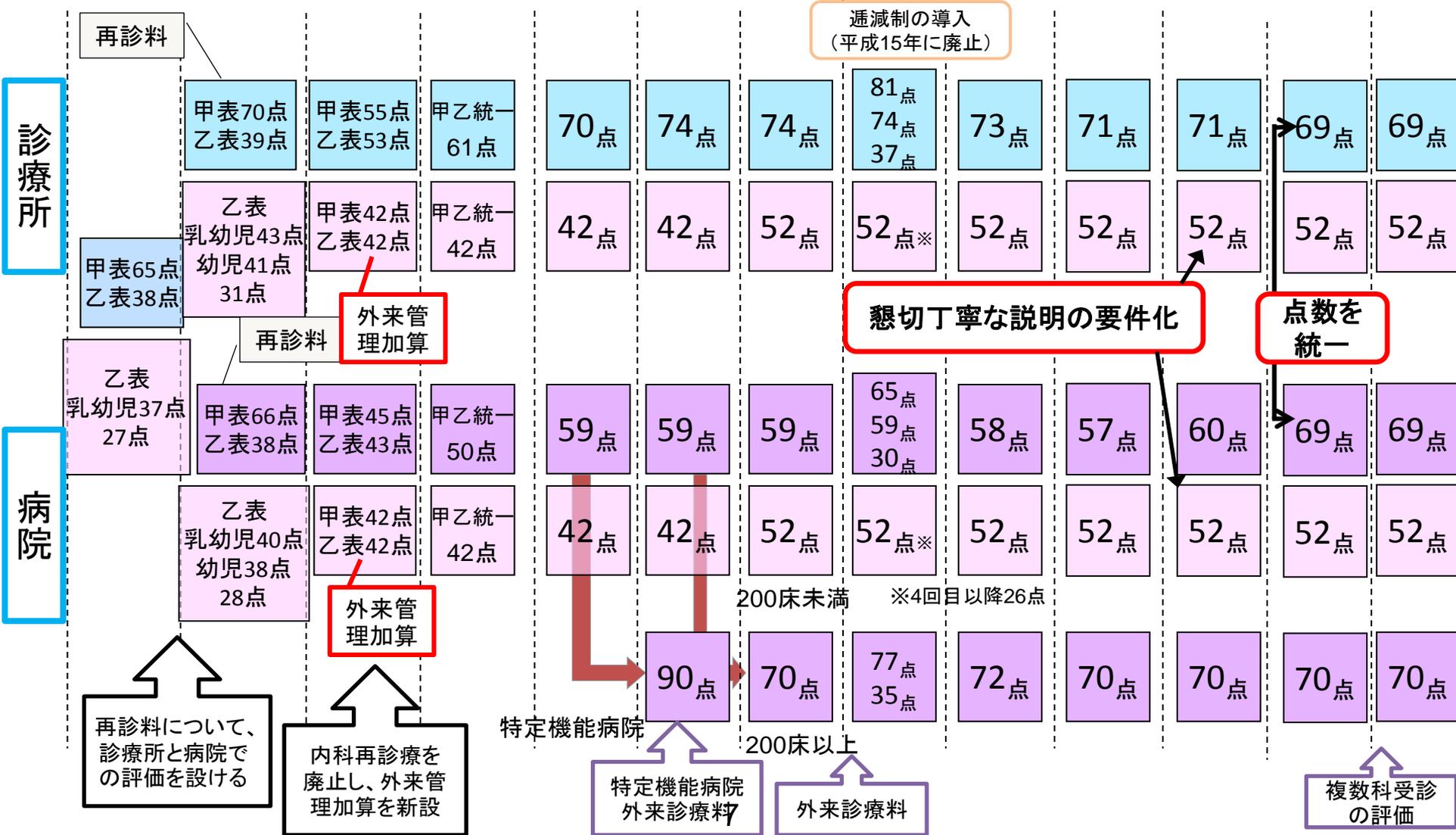
1点

(※4) 診療所のみ

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

# 再診料・外来管理加算の評価の変遷

診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す



# 再診料・外来診療料のまとめ

再診料 外来診療料				乳幼児 (6歳未満)			その他		
				乳幼児加算 +38点 (時間外加算との併算定不可)					
診察時間 (時間外加算はいずれか1つのみ算定)		乳幼児 (6歳未満)	その他	診療所	200床未 満病院	200床以 上病院	診療所	200床未 満病院	200床以 上病院
診療時間内	夜間・早朝	+50点	+50点	157点	107点	108点	69点	69点	70点
	その他			107点	107点	108点	69点	69点	70点
診療時間外	夜間・早朝	+135点	+65点	204点	204点	205点	134点	134点	135点
	夜間・早朝 (特例医療機関)	+250点	+180点	319点	319点	320点	249点	249点	250点
	深夜	+590点	+420点	659点	659点	660点	489点	489点	490点
	休日	+260点	+190点	329点	329点	330点	259点	259点	260点
外来管理加算				+52点			+52点		
時間外対応加算				+5~1 点			+5~1 点		
明細書発行体制等加算				+1点			+1点		

# 入院基本料等について

# 入院料の種類と病床数

	入院基本料		特定入院料						
			特定の行為のみ包括(Type I)		基本は包括で一部行為のみ出来高(Type II)				
一般病棟	A100	一般病棟入院基本料	683,475	A300	救命救急入院料	6,277	A306	特殊疾患入院医療管理料	480
	A104 1	特定機能病院入院基本料(一般病棟)	61,210	A301	特定集中治療室管理料	5,215	A307 1	小児入院医療管理料 1	4,333
	A105	専門病院入院基本料	7,324	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	1,355	A307 2	小児入院医療管理料 2	5,715
	A106	障害者施設等入院基本料	60,132	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	528	A307 3	小児入院医療管理料 3	4,916
	A108	有床診療所入院基本料	92,976	A302	新生児特定集中治療室管理料	1,546	A307 4	小児入院医療管理料 4	9,029
				A303	総合周産期特定集中治療室管理料	1,570	A307 5	小児入院医療管理料 5	—
				A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	—	A308 1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	20,926
				A305	一類感染症患者入院医療管理料	137	A308 2	回復期リハビリテーション病棟入院料2	2,823
							A308-2	亜急性期入院医療管理料	16,432
							A309 1	特殊疾患病棟入院料	5,658
						A309 2	特殊疾患病棟入院料	5,942	
						A310	緩和ケア病棟入院料	4,872	
療養病棟	A101	療養病棟入院基本料	213,462				A308 1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	32,058
	A109	有床診療所療養病床入院基本料	9,061				A308 2	回復期リハビリテーション病棟入院料2	4,195
結核病棟	A102	結核病棟入院基本料	7,207						
	A104 2	特定機能病院入院基本料(結核病棟)	230						
精神病棟	A103	精神病棟入院基本料	178,102				A307 5	小児入院医療管理料 5(再掲)	—
	A104 3	特定機能病院入院基本料(精神病棟)	3,282				A309 2	特殊疾患病棟入院料(再掲)	5,942
						A311	精神科救急入院料	3,977	
						A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	14,916	
						A311-3	精神科救急・合併症入院料	276	
						A312	精神療養病棟入院料	103,437	
						A314	認知症治療病棟入院料	32,786	
合計			1,316,461			16,628			272,771

数字は病床数であり、平成22年7月1日現在における施設基準の届出状況(平成23年10月5日中医協総会報告分)による。

# 入院料の類型とその包括範囲(概念図)



(注意)概念整理のため簡略化している

# 入院基本料等加算の類型

## ①医療機関の評価

- ・病院の体制の評価
- ・地域特性の評価
- ・療養環境の評価
- ・看護配置の評価
- ・特殊病室の評価

## ②医療連携の評価

- ・紹介・受入の評価
- ・退院調整の評価

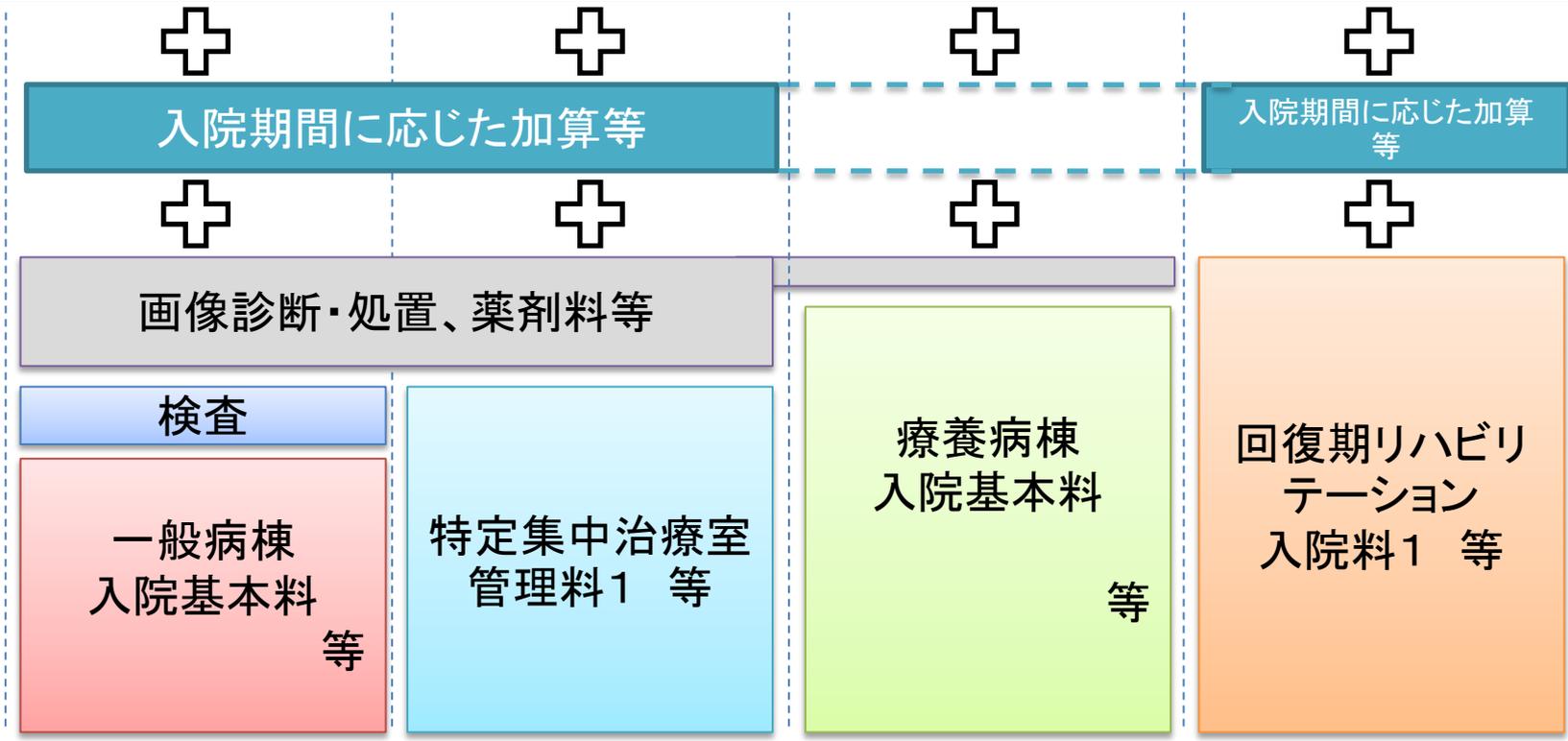
## ③特定の疾患や病態に対する 特殊診療の評価等

- ・脳卒中
- ・救急
- ・小児
- ・産科
- ・精神科
- ・精神疾患と身体疾患の合併
- ・小児精神
- ・褥瘡・重症皮膚潰瘍
- ・栄養管理
- ・人工呼吸器離脱
- ・介護連携
- ・がん
- ・難病等
- ・薬剤管理
- 等

# 入院料と入院基本料等加算の全体像

## 入院基本料等加算

特定入院料で加算不可	○	×	○	×
条件を満たせば加算可	○	○	○	○



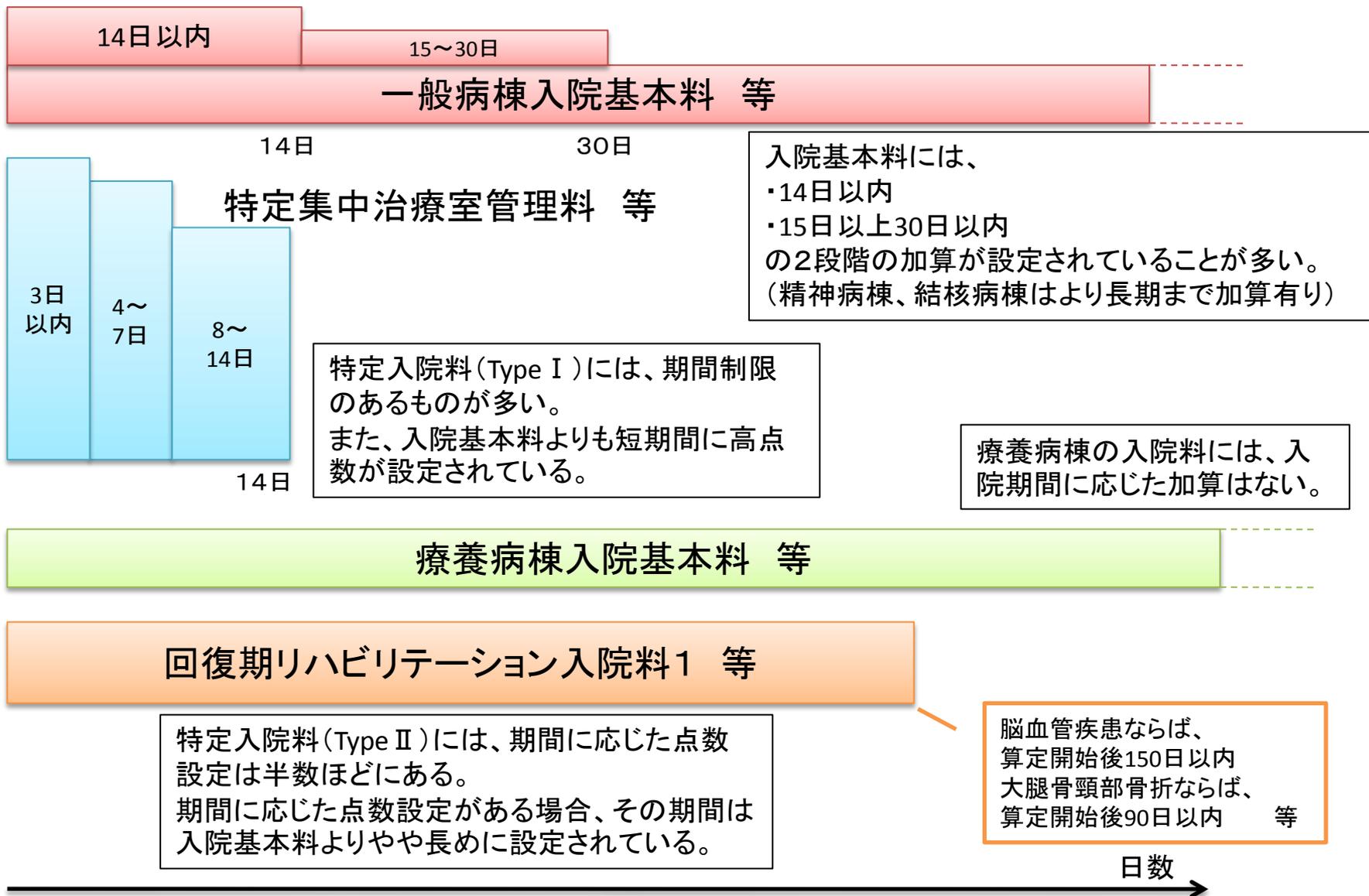
入院基本料

特定入院料 ( I )  
(特定の行為のみ包括)

入院基本料  
(療養病棟)

特定入院料 ( II )  
(基本は包括で一部行為のみ出来高)

# 入院期間に応じた加算等の点数設定



# 入院基本料の評価の変遷

# 入院基本料の評価の変遷

## 入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

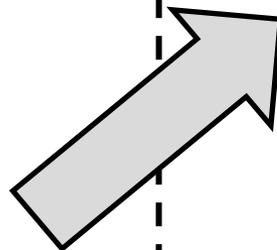
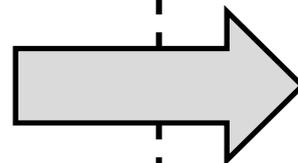
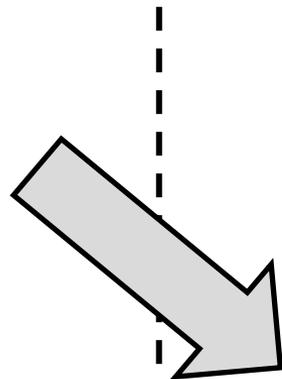
## 看護料

看護師等の数に応じた評価

## 室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

平成11年度以前



## 入院基本料

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成12年度以降

# 基本的な入院医療の評価の変遷について

	給食	入院環境料 (室料)	看護料	医学管理
昭和33年時点	入院時基本診療料			
	(給食した場合の加算)	(寝具設備の加算)	(看護の加算)	(基本診療料に包括)

昭和45年時点	入院時基本診療料			入院時 医学管理料
	(給食した場合の加算)	(寝具設備の加算)	(看護の加算)	

昭和47年時点	給食料	室料	看護料	入院時 医学管理料
---------	-----	----	-----	--------------

平成6年時点	入院時食事療養費※	入院環境料	看護料	入院時 医学管理料
--------	-----------	-------	-----	--------------

平成11年

平成12年時点	入院時食事療養費※	入院基本料		
		(入院環境料)	(看護料)	(医学管理料)

医療制度改革の基本方針(平成9年4月7日 与党医療保険制度改革協議会)を基本とし、より合理的な診療報酬体系のあり方について、「医療保険福祉審議会制度企画部会診療報酬見直し検討会」において総合的に検討

・病院の機能区分に応じた評価体系としては、入院という組織的な医療提供の体制を総合的に評価し、その効率的な医療サービスの提供を誘導できる新たな仕組み(ホスピタルフィーの体系)を検討する。

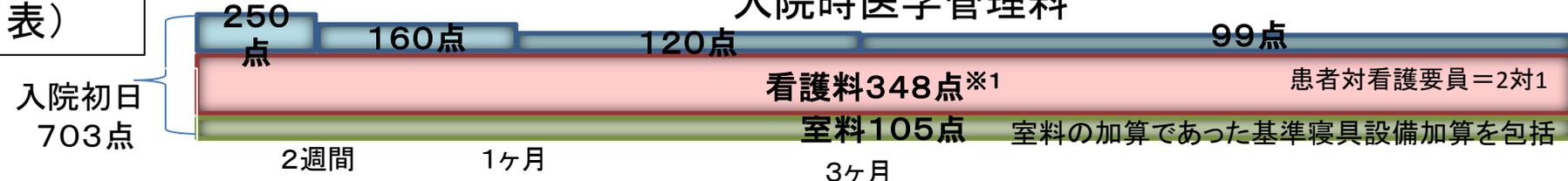
具体的には、現在の入院環境料、看護料、入院時医学管理料などを基本として医療機関がその機能を十分に果たしているかという点を加味して総合評価する「入院基本料」(仮称)という仕組み

※ 入院時食事療養費は、H6に療養の給付であった基準給食を入院時食事療養費に改変し、適切な評価を行うほか、多様なメニューの提供や入院時の栄養食事指導の評価、食堂における良好な食事環境等を評価することにした。

# 入院料の評価の変遷

昭和58年  
(甲表)

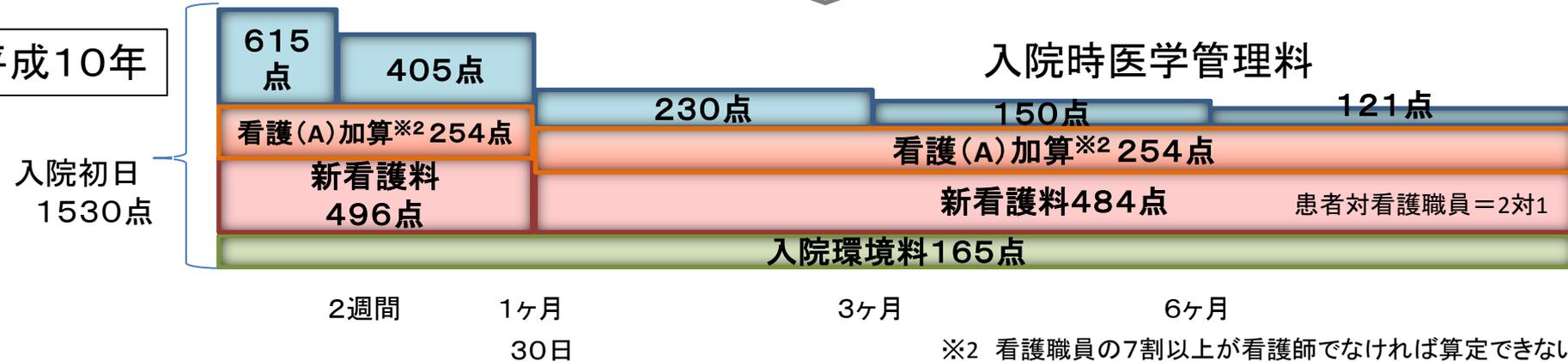
## 入院時医学管理料



※1 看護要員の8割以上が看護職員で、看護要員の半数以上が看護師でなければ算定できない

平成10年

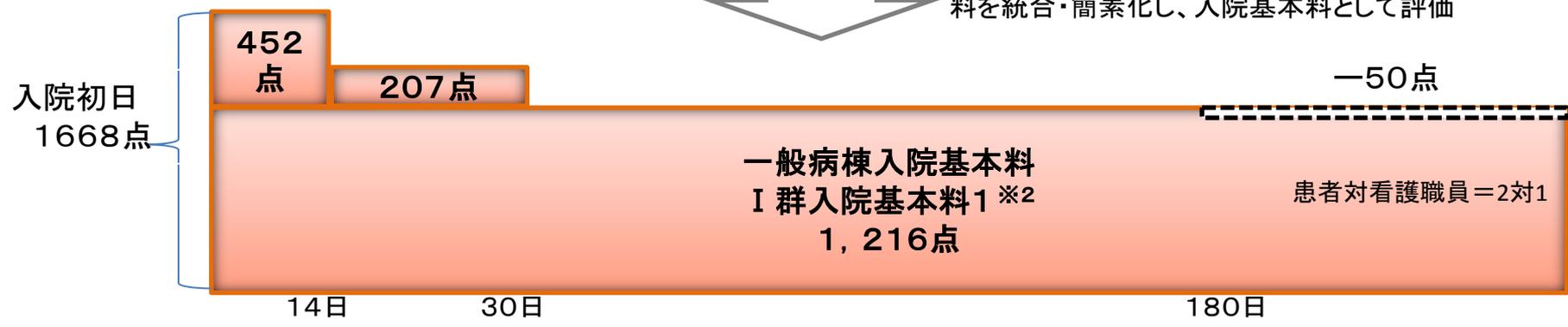
## 入院時医学管理料



※2 看護職員の7割以上が看護師でなければ算定できない

平成12年

## 一般病棟入院基本料 I群入院基本料1※2



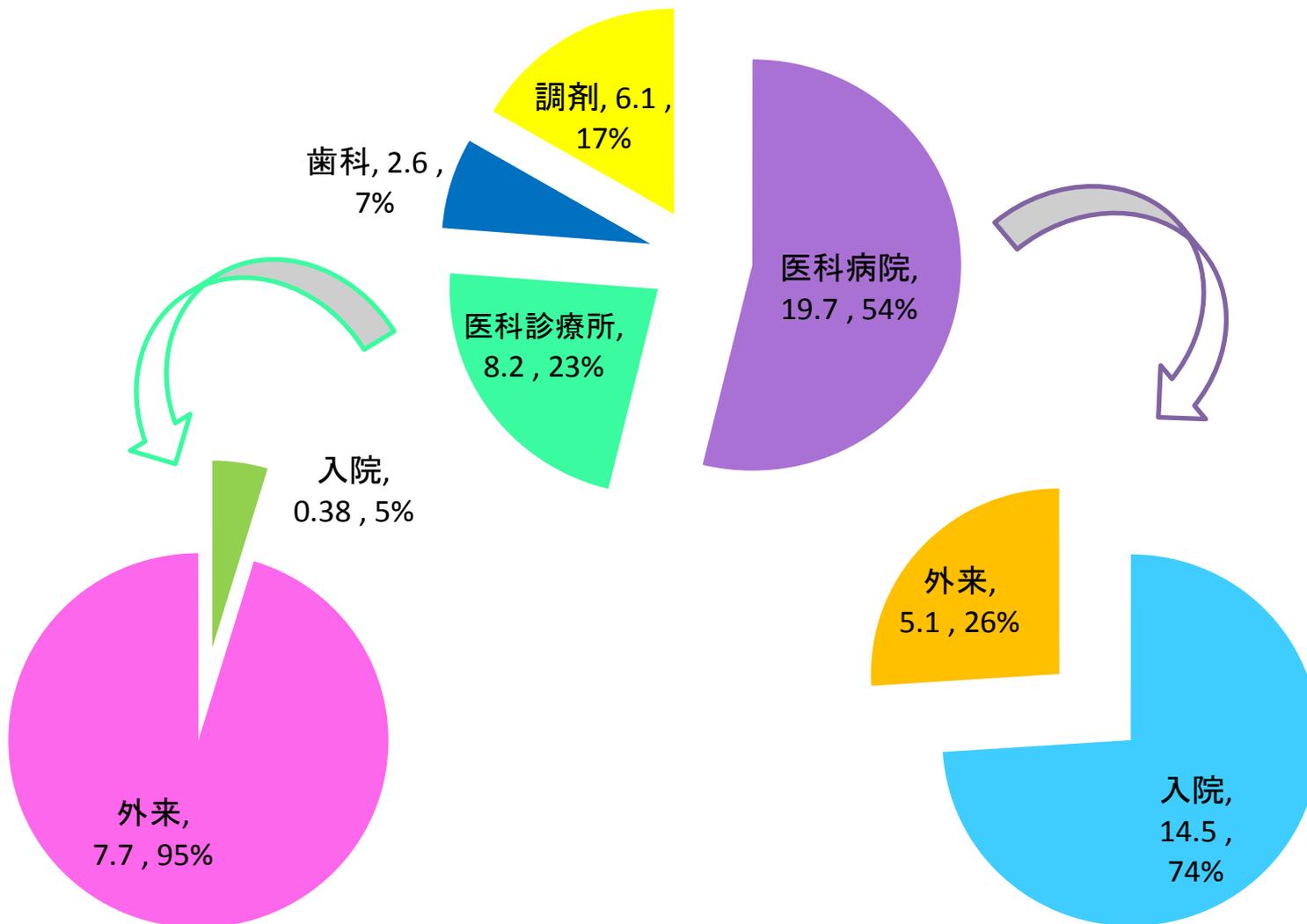
平成12年 入院環境料、新看護料、入院時医学管理料を統合・簡素化し、入院基本料として評価

# 医療費の動向

# 医療費の動向(病院・診療所別)

(平成22年度医療費の動向)

## 平成22年度医療費の内訳(兆円)



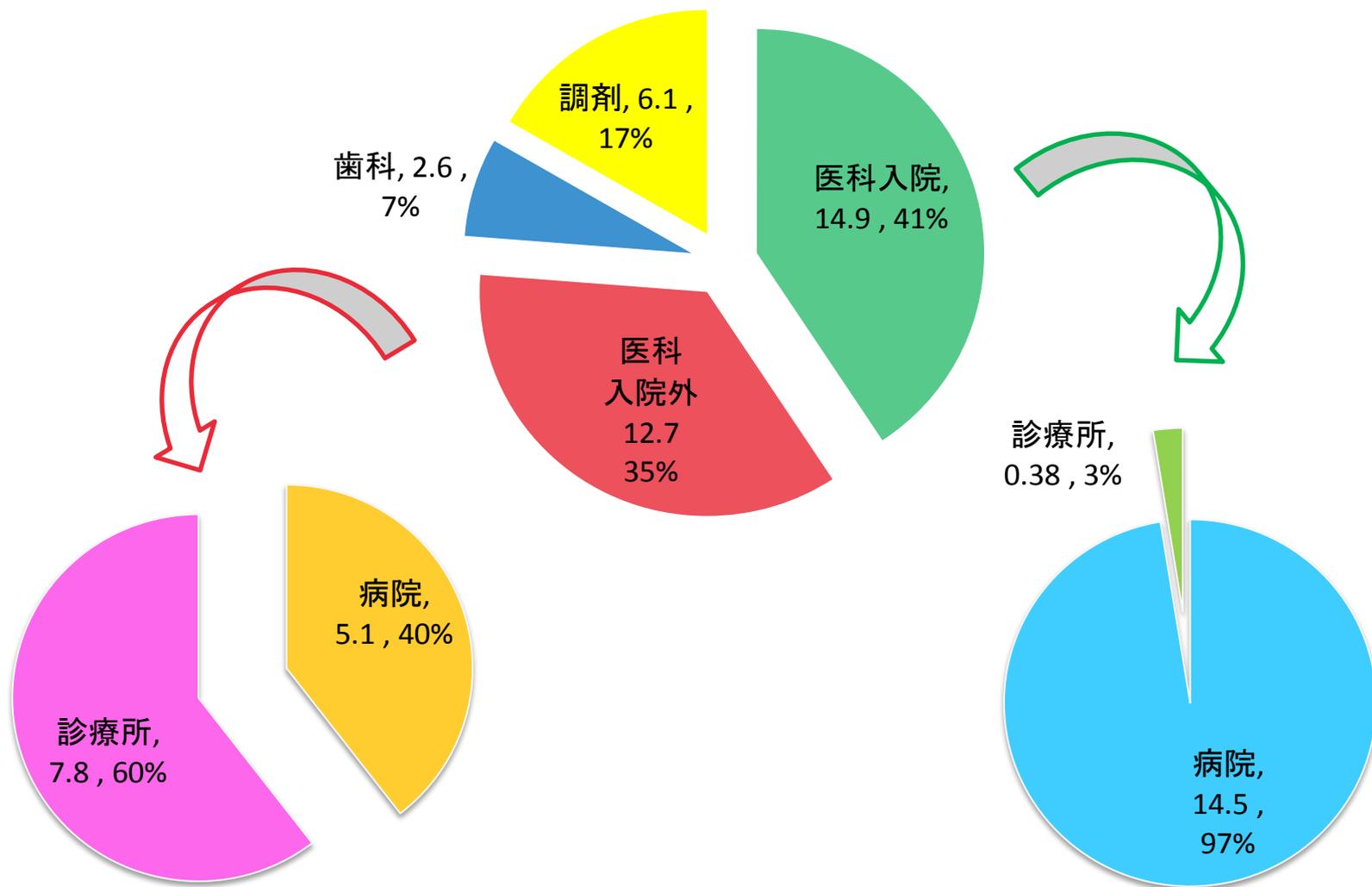
平成22年度診療所医療費の内訳(兆円)

平成22年度病院医療費の内訳(兆円)

# 医療費の動向(入院・外来別)

(平成22年度医療費の動向)

## 平成22年度医療費の内訳(兆円)

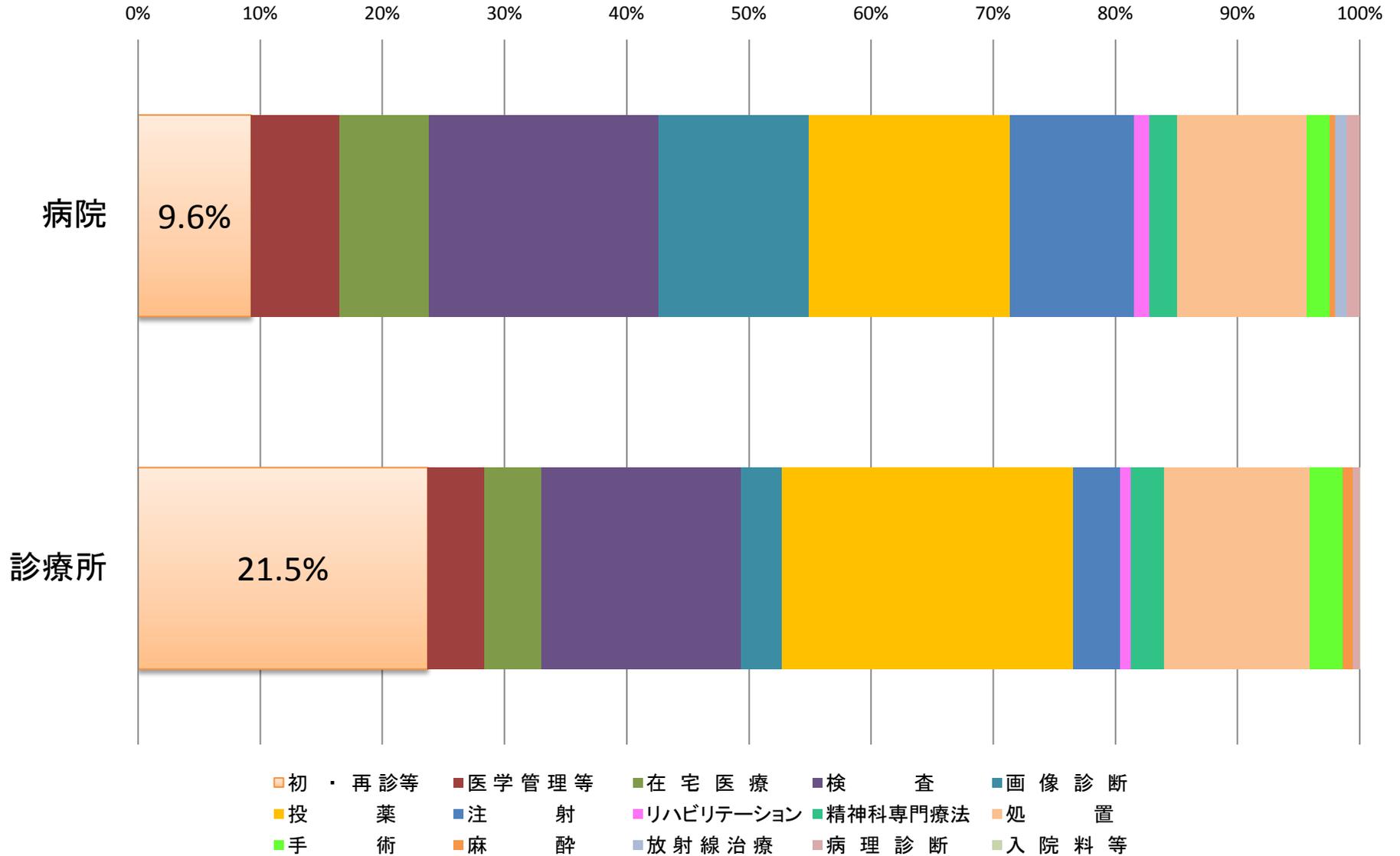


平成22年度医科入院外医療費の内訳(兆円)

平成22年度医科入院医療費の内訳(兆円)

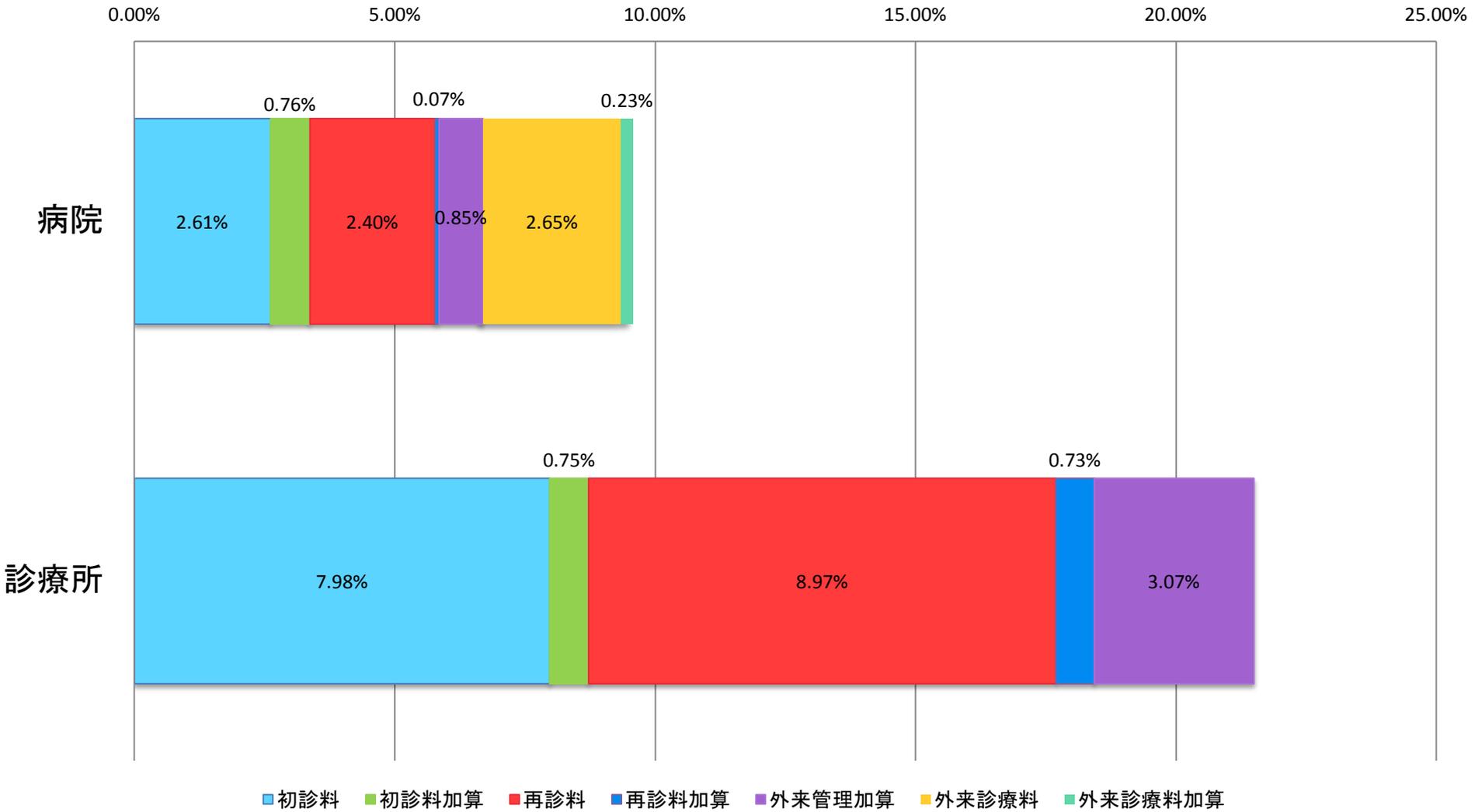
# 入院外医療費の内訳(大分類)

(平成22年社会医療診療行為別調査)



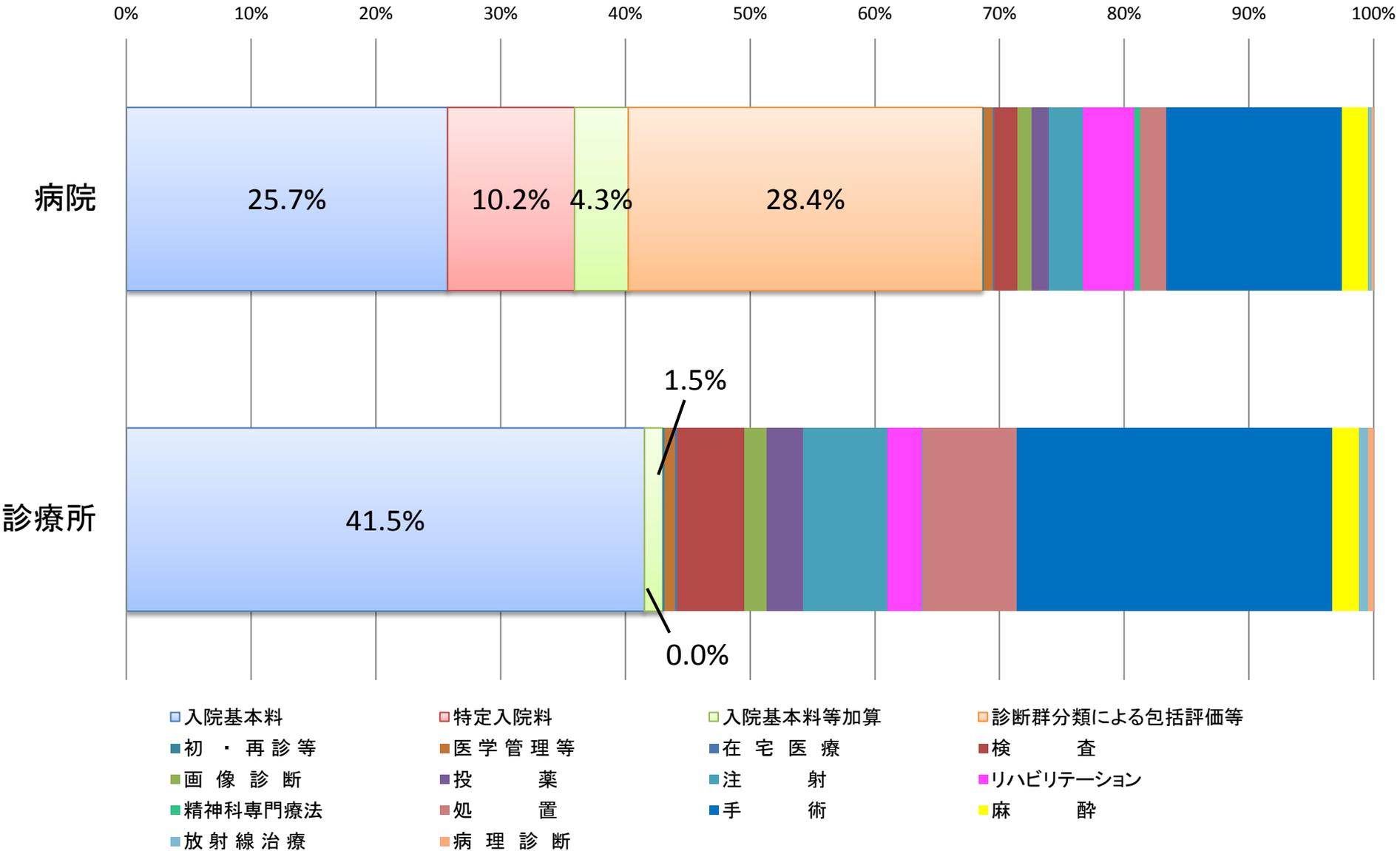
# 入院外医療費に占める初診料・再診料等の比率

(平成22年社会医療診療行為別調査)

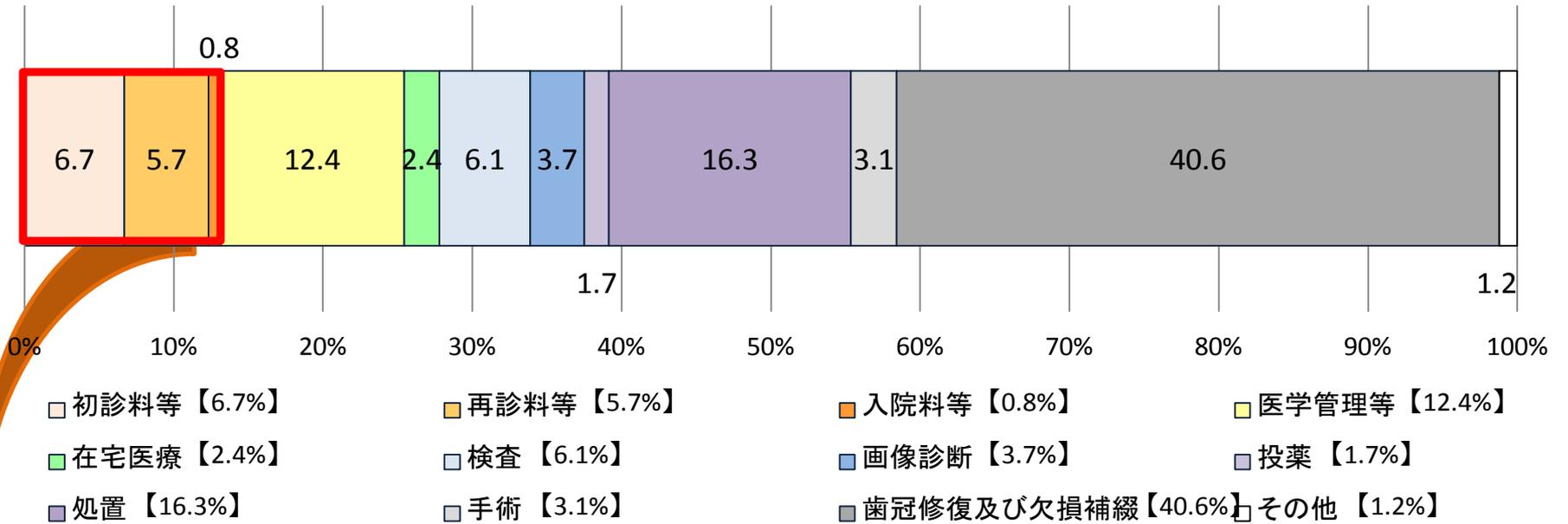


# 入院医療費の内訳(大分類)

(平成22社会医療診療行為別調査)

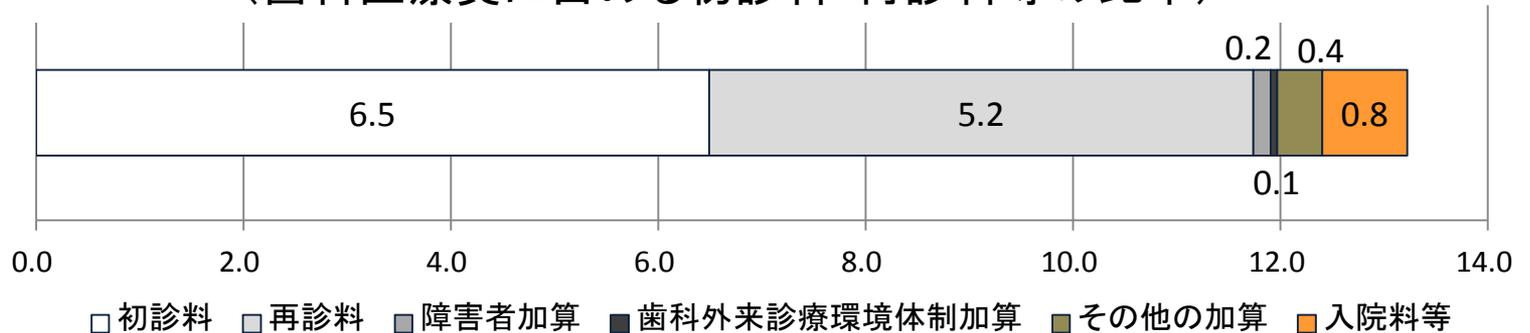


# (参考) 歯科医療費の内訳(大分類)



※「その他」は、注射、リハビリテーション、麻酔、放射線治療、歯科矯正、病理診断等を含む

## (歯科医療費に占める初診料・再診料等の比率)



※「障害者加算」はH24.4に「歯科診療特別対応加算」に見直し (平成22年度社会医療診療行為別調査)

# 初再診料、入院基本料等における 加算の状況について

# 初再診料及びその加算について

<各々の点数の算定回数>	初診料			再診料			外来診療料
	総回数	病院	診療所	総回数	病院	診療所	総回数
初診料・再診料・外来診療料	17,293,018	3,383,500	13,909,518	73,730,046	12,233,289	61,496,757	13,273,772
同一日複数診療科受診	245,800	216,878	28,922				
乳幼児 加算	1,969,513	200,067	1,769,446	2,580,346	130,719	2,449,627	515,739
夜間・早朝等 加算	752,771		752,771	2,020,327		2,020,327	
時間外 加算	104,772	54,615	50,157	127,740	27,434	100,306	21,606
時間外特例医療機関 加算	171,064	127,859	43,205	11,533	8,528	3005	58,050
休日 加算	641,816	292,220	349,596	139,930	55,402	84,528	66,631
深夜 加算	113,567	104,349	9,218	13,251	9,161	4,090	36,559
乳幼児時間外 加算	86,175	11,526	74,649	86,076	2,270	83,806	3,283
乳幼児時間外特例医療機関 加算	52,511	34,613	17,898	-	-	-	25,999
乳幼児休日 加算	208,289	71,113	137,176	30,321	2,323	27,998	29,259
乳幼児深夜 加算	36,521	35,335	1,186	1,228	729	499	9,914
外来管理加算				33,494,820	5,728,296	27,766,524	
明細書発行体制等加算				39,791,359		39,791,359	

<加算の算定回数割合>	初診料			再診料			外来診療料
	総回数	病院	診療所	総回数	病院	診療所	総回数
初診料・再診料・外来診療料	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
同一日複数診療科受診	1.4%	6.4%	0.2%				
乳幼児 加算	11.4%	5.9%	12.7%	3.5%	1.1%	4.0%	3.9%
夜間・早朝等 加算	4.4%		5.4%	2.7%		3.3%	
時間外 加算	0.6%	1.6%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
時間外特例医療機関 加算	1.0%	3.8%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.4%
休日 加算	3.7%	8.6%	2.5%	0.2%	0.5%	0.1%	0.5%
深夜 加算	0.7%	3.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%
乳幼児時間外 加算	0.5%	0.3%	0.5%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%
乳幼児時間外特例医療機関 加算	0.3%	1.0%	0.1%	-	-	-	0.2%
乳幼児休日 加算	1.2%	2.1%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
乳幼児深夜 加算	0.2%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
外来管理加算				45.4%	46.8%	45.2%	
明細書発行体制等加算				54.0%		64.7%	

# 入院基本料、特定入院料の算定状況(1)

## 【一般病棟で算定可能】

入院基本料				
		算定回数	医療機関数	稼働病床数
A100	一般病棟入院基本料	7405098	5,353	652,501
	1 7対1入院基本料	2132626	1,359	315,577
	2 10対1入院基本料	2733371	2,146	233,968
	3 13対1入院基本料	791704	509	32,734
	4 15対1入院基本料	1521476	1,161	64,609
	準7対1入院基本料	-	-	-
	特別入院基本料	80479	176	5,551
A104	1 特定機能病院入院基本料(一般病棟)		83	59,815
	イ 7対1入院基本料	176990	77	55,382
	ロ 10対1入院基本料	11320	6	4,433
A105	専門病院入院基本料		21	7,219
	1 7対1入院基本料	-	10	3,986
	2 10対1入院基本料	78246	11	3,233
	3 13対1入院基本料	-	0	0
A106	障害者施設等入院基本料		778	59,200
	1 7対1入院基本料	41760	19	1,562
	2 10対1入院基本料	826019	474	39,269
	3 13対1入院基本料	301974	171	10,784
	4 15対1入院基本料	179249	114	7,585
A108	有床診療所入院基本料	1019427	7,175	92,976

医療機関数・稼働病床数は平成22年7月1日現在(医療課調べ)  
算定回数は平成22年度社会医療診療行為別調査より

※回復期リハビリテーション病棟については、「医療機関数」の欄に「病棟数」を記載。「生活療養を受ける場合」の算定回数は「療養病棟」の項で、それ以外は「一般病棟」の項で記載している。

特定の行為のみ包括				
		算定回数	医療機関数	稼働病床数
A300	救命救急入院料	11080	208	6,277
	1 救命救急入院料1	3532		2,917
	2 救命救急入院料2	1394		669
	3 救命救急入院料3	1240		1,723
	4 救命救急入院料4	4914		968
A301	特定集中治療室管理料	18669	624	5,215
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	2973	150	1,355
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	1204	82	528
A302	新生児特定集中治療室管理料	2233	209	1,546
A303	総合周産期特定集中治療室管理料		85	1,570
	1 母体・胎児集中治療室管理料	1133		578
	2 新生児特定集中治療室管理料	1332		992
A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	-	102	-
A305	一類感染症患者入院医療管理料	-	23	137

## 基本は包括で一部行為のみ出来高

		算定回数	医療機関数	稼働病床数
A306	特殊疾患入院医療管理料	8076	33	480
A307	1 小児入院医療管理料1	53103	56	4,333
A307	2 小児入院医療管理料2	30481	146	5,715
A307	3 小児入院医療管理料3	18163	128	4,916
A307	4 小児入院医療管理料4	40315	365	9,029
A307	5 小児入院医療管理料5	3512	122	-
A308	1 回復期リハビリテーション病棟入院料1(※)	528020	480	20,926
A308	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2(※)	27776	72	2,823
A308-2	亜急性期入院医療管理料	299134	1,280	16,432
	1 亜急性期入院医療管理料1	274458	1,172	14,236
	2 亜急性期入院医療管理料2	24676	108	2,196
A309	1 特殊疾患病棟入院料	111800	110	5,658
A309	2 特殊疾患病棟入院料	251472	80	5,942
A310	緩和ケア病棟入院料	55355	222	4,872

# 入院基本料、特定入院料の算定状況(2)

## 【療養病棟で算定可能】

入院基本料					
		算定回数	医療機関数	稼働病床数	
A101		療養病棟入院基本料	5351541	3,589	213,462
A109		有床診療所療養病床入院基本料	165852	1,069	9,061
基本は包括で一部行為のみ出来高					
		算定回数	医療機関数	稼働病床数	
A308	1	回復期リハビリテーション病棟入院料1(※)	523341	696	32,058
A308	2	回復期リハビリテーション病棟入院料2(※)	50611	102	4,195

## 【結核病棟で算定可能】

入院基本料					
		算定回数	医療機関数	稼働病床数	
A102		結核病棟入院基本料		206	5,965
	1	7対1入院基本料	4836	71	1,375
	2	10対1入院基本料	2996	83	2,011
	3	13対1入院基本料	2580	8	260
	4	15対1入院基本料	9842	41	2,224
	5	18対1入院基本料	-	1	50
	6	20対1入院基本料	-	0	0
		特別入院基本料	-	2	45
A104	2	特定機能病院入院基本料(結核病棟)		12	150
	イ	7対1入院基本料	-	9	77
	ロ	10対1入院基本料	-	1	12
	ハ	13対1入院基本料	-	1	45
	ニ	15対1入院基本料	400	1	16

## 【精神病棟で算定可能】

入院基本料					
			算定回数	医療機関数	稼働病床数
A103		精神病棟入院基本料		1,320	172,109
	1	10対1入院基本料	27965	16	598
	2	13対1入院基本料	55653	49	3,140
	3	15対1入院基本料	2938666	1,098	144,122
	4	18対1入院基本料	242342	81	13,777
	5	20対1入院基本料	267460	44	5,753
		特別入院基本料	126350	32	4,719
A104	3	特定機能病院入院基本料(精神病棟)		72	3,107
	イ	7対1入院基本料	1680	6	160
	ロ	10対1入院基本料	7390	10	469
	ハ	13対1入院基本料	7380	17	774
	ニ	15対1入院基本料	25780	39	1,704

## 基本は包括で一部行為のみ出来高

			算定回数	医療機関数	稼働病床数
A307	5	小児入院医療管理料5(再掲)	3512	122	-
A309	2	特殊疾患病棟入院料(再掲)	251472	80	5,942
A311		精神科救急入院料	68338	77	3,977
A311-2		精神科急性期治療病棟入院料			14,916
		精神科急性期治療病棟入院料1	165470	274	13,794
		精神科急性期治療病棟入院料2	10440	22	1,122
A311-3		精神科救急・合併症入院料	420	6	276
A312		精神療養病棟入院料	2515462	836	103,437
A314		認知症治療病棟入院料			32,786
		認知症治療病棟入院料1	774407	433	30,077
		認知症治療病棟入院料2	37820	33	2,709

医療機関数・稼働病床数は平成22年7月1日現在(医療課調べ)  
算定回数は平成22年度社会医療診療行為別調査より

※回復期リハビリテーション病棟については、「医療機関数」の欄に「病棟数」を記載。「生活療養を受ける場合」の算定回数は「療養病棟」の項29をれ以外は「一般病棟」の項で記載している。

## (参考) 出来高払いと包括払いのメリット・デメリットについて

(一般的に指摘されるメリット・デメリット)

支払い方式	長所	短所
出来高払い	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 患者の状態に応じた医療サービスの提供が可能</li><li>○ 新しい医療を保険診療に取り入れることが容易</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 過剰診療を誘発する恐れ</li><li>○ 請求、審査支払い事務の複雑化</li></ul>
包括払い	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 過剰診療の防止</li><li>○ 請求、審査支払い事務の簡素化</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 過少診療の恐れ</li><li>○ 診療内容の不透明化</li><li>○ 患者選別の恐れ(軽傷者のみの受け入れ)</li></ul>



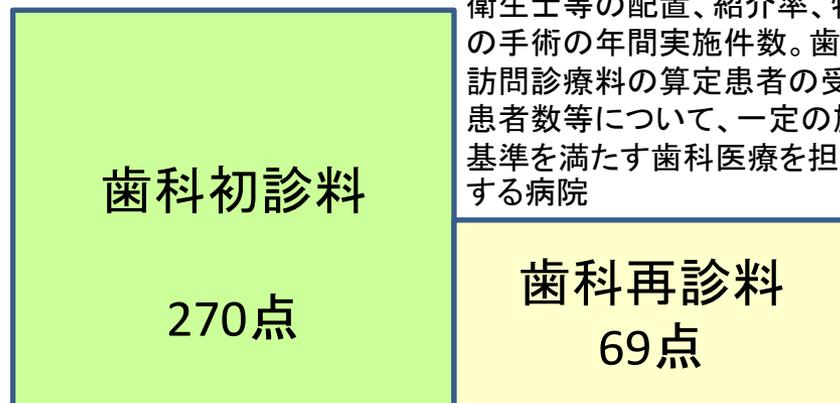
# 歯科の初・再診料について

# 歯科初診料、歯科再診料

一般の病院歯科、歯科診療所



地域歯科診療支援病院(※1)



(※1)常勤の歯科医師や歯科衛生士等の配置、紹介率、特定の手術の年間実施件数。歯科訪問診療料の算定患者の受入患者数等について、一定の施設基準を満たす歯科医療を担当する病院

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

(1) 診察にあたって、個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等

- ・ 視診、触診、問診等の基本的な診察方法(歯や口腔疾患に係るもの)
- ・ 第1度熱傷の熱傷処置(歯・口腔疾患に係るもの)
- ・ 簡単な病理標本作製の費用(歯・口腔疾患に係るもの)
- ・ 口腔粘膜にささった魚骨除去(患者や家族がとれない場合のもの)
- ・ 口角びらんの処置 ・ スタディモデル(患者の歯列等の模型 等)

(2) 診察にあたって、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト

- ・ 上記に必要な従事者のための人件費
- ・ カルテ、基本的な診察用具等の設備
- ・ 保険医療機関の維持に係る光熱費
- ・ 保険医療機関の施設整備費 等

# 歯科初診料の加算について

## 時間外等加算

85点

230点

250点

480点

(時間外) (時間外・特例) (休日) (深夜)

## 時間外等加算(乳幼児)

120点

270点

290点

620点

(時間外) (時間外・特例) (休日) (深夜)

(特例: 夜間休日診療所等)

在宅患者等急性疾患  
対応加算(※3)

170点、85点、50点

※歯科訪問診療時(ただし、歯科訪問診療料を算定しない場合)

歯科初診料

218点  
又は  
270点

乳幼児加算(※1)

40点

※時間外等加算との併算定不可

歯科診療特別対応加算(※2)

175点  
又は  
250点※

※歯科治療環境に円滑に適應  
できる技法を用いた場合

歯科診療特別対応連携加算(※2)

100点

歯科診療特別対応地域支援加算(※2)

100点

歯科外来診療環境体制加算(※4)

28点

初診料については(1)6歳未満の乳幼児の受診、(2)著しく歯科診療が困難に患者に対する歯科診療、(3)歯科訪問診療料を算定しない場合の在宅歯科医療における歯科疾患の急性症状等への対応、(4)安心・安全な歯科の外来診療の環境体制の整備、に対して加算を行う。

時間外等加算の具体的な時間は、

「時間外」: 概ね午前6時～8時、午後6時(土曜は正午)～10時(常態的な診療時間は除く。)

「休日」: 日曜日、祝日、12/29～1/3

「深夜」: 午後10時～午前6時

# 歯科再診料の加算について

## 時間外等加算

65点

(時間外)

180点

(時間外・特例)

190点

(休日)

420点

(深夜)

## 時間外等加算(乳幼児)

75点

(時間外)

190点

(時間外・特例)

200点

(休日)

530点

(深夜)

在宅患者等急性疾患  
対応加算(※3)

170点、85点、50点

※歯科訪問診療時(ただし、歯科訪問診療料を算定しない場合)

歯科診療特別対応加算(※2)

175点

歯科再診料

42点  
又は  
69点

明細書発行体制等加算(※5)

1点

※診療所のみ

乳幼児加算(※1)

10点

※時間外等加算との併算定不可

再診時歯科外来診療  
環境体制加算(※4)

2点

再診料については、(1)6歳未満の乳幼児の受診、(2)著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科診療、(3)歯科訪問診療料を算定しない場合の在宅歯科医療における歯科疾患の急性症状等への対応、(4)安心・安全な歯科の外来診療の環境体制の整備、(5)明細書の発行に対し、加算を行う。