

日医総研ワーキングペーパー

2012 年度 診療報酬改定についての
調査結果報告

No. 262

2012 年 8 月 8 日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

2012 年度診療報酬改定についての調査結果報告

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子

日本医師会 医療保険課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 診療報酬改定 ◆ 一般病棟入院基本料 ◆ 病院勤務医の負担軽減
- ◆ 回復期リハビリテーション病棟入院料 ◆ 管理栄養士
- ◆ DPC ◆ 在宅療養支援診療所（病院） ◆ 時間外対応加算
- ◆ 一般名処方加算 ◆ 初・再診料

ポイント

◆ 一般病棟入院基本料

看護配置基準を満たすことが困難であるとの回答が多く、看護師の採用も5年ぐらい前に比べて、さらに困難になっている。夜勤72時間ルールのは正要望もあった。看護配置要件のあり方について、検討を要する。

◆ 回復期リハビリテーション病棟入院料

看護必要度の基準を満たす患者の割合、重症患者の割合を満たすことが困難である。重症患者の割合については、一般病棟入院基本料7対1でも達成困難である。重症患者を集約化しなければ成り立たないような要件になっているが、患者アクセスは不便になる。さらに、重症患者であるがゆえに回復が難しく、また受け皿がないこともあって、在宅復帰率も達成困難になっている。

◆ 管理栄養士の配置

有床診療所の約5割は、管理栄養士の配置の目処が立っていない。特に小児科ではすべて、眼科では9割以上、また地域別では九州地方の約6割の施設で配置の目処が立っておらず、見直しが必要である。

◆ 在宅医療

今後、新たに在宅療養支援診療所を届出ようという診療所は少ない。24時間の対応が困難であり、連携しようにも「頼みにくい」。在宅医療を行う医師の交流や、円滑な連携に向けての支援が必要である。また、在支診ではなくても、かかりつけの医師として緊急往診や看取りを行っているところについては、適切な評価が求められる。

また、中小病院で、今後在宅療養支援病院を目指す施設が少なくない。在宅医療における病院と診療所の役割分担、連携のあり方を検討する必要がある。

◆ 時間外対応加算

約3割の診療所が届出をしているが、今後、新たに届出をしようという診療所は少ない。2012年度改定で、対応すべき時間帯や患者が明確化されたが、依然として負担増への懸念があり、実際に、時間外対応加算を算定している診療所の負担が増加している。

◆ 一般名処方加算

算定していない診療所では、「患者にとってわかりづらい」ことを問題にしている。患者が一般名処方についてよく理解していないままに拡大していく懸念がある。

◆ 初・再診料

2012年度改定では据え置きであったため、今回調査では質問項目を設定しなかったが、非常に多くの引き上げ要望が寄せられた。その理由として、第一に医師の技術料そのものであるという指摘、第二に患者の受療行動や意識が変化し診療密度が高まっていることを評価すべきという意見であった。

目 次

1.	2012年度の診療報酬改定について	1
1.1.	診療報酬改定率	1
1.2.	診療報酬改定の流れ	2
2.	調査の概要	6
2.1.	目的	6
2.2.	対象	6
3.	調査の集計・分析	7
3.1.	回答状況	7
3.2.	基本情報	8
3.2.1.	病院	8
3.2.2.	診療所	10
3.3.	病院 一般病棟入院基本料	15
3.4.	病院 回復期リハビリテーション病棟入院料	20
3.5.	病院勤務医の負担軽減対策	24
3.6.	病院・有床診療所 栄養管理実施加算の包括化	28
3.7.	DPC およびデータ提出加算	32
3.8.	在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院	36
3.9.	診療所 医師事務作業補助	62
3.10.	診療所 時間外対応加算	64
3.11.	診療所 一般名処方加算	74
3.12.	病院・診療所 診療報酬への要望	84
3.12.1.	分野別傾向	84
3.12.2.	病院の入院料・リハビリテーション料等への要望	87
3.12.3.	診療所の初・再診料等への要望	88
3.13.	まとめと考察	90
4.	調査票	93

1. 2012 年度の診療報酬改定について

1.1. 診療報酬改定率

2012 年度の診療報酬改定率は、全体（ネット）で+0.004%であり、前回 2010 年度改定に引き続いてプラスであった（表 1.1.1）。医科本体の改定率は+1.55%、医療費ベースで+4,700 億円であった。

表 1.1.1 最近の診療報酬改定率

	2006年度	2008年度	2010年度	医療費	2012年度	医療費
				(億円)		(億円)
入院	(入院・入院外 区分なし)		+3.03%	急性期 4,000 その他 400	+2.07%	(区分 なし)
入院外			+0.31%	400	+1.01%	
医科本体	▲1.50%	+0.42%	+1.74%	4,800	+1.55%	4,700
歯科	▲1.50%	+0.42%	+2.09%	600	+1.70%	500
調剤	▲0.60%	+0.17%	+0.52%	300	+0.46%	300
診療報酬改定(本体)	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	5,700	+1.379%	5,500
薬価・材料改定等	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲5,000	▲1.375%	▲5,500
診療報酬全体(ネット)	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	700	+0.004%	0

医科・歯科・調剤の配分

医科	1	1	1	1
歯科	1	1	1.2	1.1
調剤	0.4	0.4	0.3	0.3

2012 年度改定で注目される点は主に次の 3 つである。

第一に、改定率の小数点表示である。厚生労働省の資料では「+0.004%」であるが、財務省は診療報酬改定率を基本的に小数点第 2 位までしか示さない¹ので、財務省の資料では「ネットの改定率は+0.00%」¹となっている。

第二に、前回改定では、厚生労働大臣、財務大臣が診療報酬改定率に合意した際に、入院、入院外、さらに入院のうち急性期とそれ以外の配分を決めたが²、今回は、事前に入院・入院外の枠がはめられることはなかった。

第三に、前回改定では、医科：歯科：調剤の配分が「1：1.2：0.3」であり、歯科に重点配分されたが、今回は「1：1.1：0.3」であり、医科および歯科の差が縮小した。

1.2. 診療報酬改定の流れ

今回の改定では、入院、入院外の配分があらかじめ規定されることはなかったが、2011 年 12 月に厚生労働大臣、財務大臣が改定率に合意した際、財源を① 急性期医療、② 在宅医療、③ 医療技術の 3 項目に重点配分することを決定した。

¹ 財務省「平成 24 年度社会保障関係予算のポイント」2011 年 12 月
http://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2012/seifuan24/yosan012.pdf

² 厚生労働省「協会けんぽの国庫負担及び診療報酬改定について（平成 22 年度予算大臣折衝資料）」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/bukyoku/2r98520000003d1k-img/2r98520000003d32.pdf>

2011年12月21日 診療報酬・介護報酬改定等について（抜粋）
財務大臣・厚生労働大臣合意、民主党政調査会長確認

平成24年度改定においては、概ね5,500億円の診療報酬本体の引上げを行うこととし、その増加分を下記の3項目に重点的に配分する。

（重点項目）

- ・ 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。
- ・ 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。
- ・ がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

診療報酬改定以前の2011年7月1日、「社会保障・税一体改革成案」（その後の素案、大綱）³が閣議決定された。そこでは、「急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図る」こと、および「在宅医療を充実させる」ことが明示されており、改定時の厚生労働大臣、財務大臣合意も、まさにその方向性に沿ったものであった。

³ 2011年7月1日「社会保障・税一体改革成案」閣議報告、2012年1月6日「社会保障・税一体改革素案」閣議報告、2012年2月17日「社会保障・税一体改革大綱」閣議決定

2012年1月18日、中医協総会で、「これまでの議論の整理（現時点の骨子）」がまとめられた。大臣合意を踏まえ、重点課題は、急性期医療、在宅医療とされたが、ここには、在宅医療以外に診療所の外来に直接関係する項目はない。診療所の外来については、診療所の時間外診療が結果的に病院勤務医等の負担軽減につながるとして、「重点課題1」の下で、地域医療貢献加算が時間外対応加算に名称変更して再編されるなどしている。

平成24年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

2012年1月18日 中医協総会資料（抜粋）

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 1-1 救急・周産期医療の推進について
- 1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について
- 1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について
- 1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

- 2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について
- 2-2 看取りに至るまでの医療の充実について
- 2-3 早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について
- 2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について
- 2-5 訪問看護の充実について
- 2-6 医療・介護の円滑な連携について

再診料について

前回 2010 年度の診療報酬改定では、中医協からの答申にあたっての意見(附帯意見)に、次回改定にむけて再診料の検討を行うことが明記された⁴。しかし、2012 年度改定にむけての中医協の議論において、再診料が直接組上に上がることはなかった。2012 年 1 月 13 日および 18 日に中医協に提出された「これまでの議論の整理(案)」にも、再診料そのものの記載はなかった。中医協診療側委員の要求により、診療報酬改定のパブリックコメントを募集する際の資料に、再診料についての意見を添付することになったものの、結局、診療所の再診料は前回 2010 年度改定で 71 点から 69 点に引き下げられたまま据え置かれた。

(パブリックコメント募集の際の資料の抜粋)

「平成 24 年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」
に関するご意見の募集について⁵ 2012 年 1 月 18 日

現時点の骨子に対する中医協での意見(抜粋)

重点課題 1 - 3 (2) <再診料>

1 号側からは一律に引き上げるのではなく、基本方針に従い、強化するべき部分にのみ傾斜配分をすべきとの意見があった。2 号側からは再診料は診療所の基本的な診療料であり、診療所は病院勤務医の負担軽減にも役割を果たしていることから 71 点に戻すべきとの意見があった。

⁴ 中医協「答申書(平成 22 年度診療報酬改定について)」2010 年 2 月 12 日

「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こととするほか、財政影響も含め、平成 22 年度診療報酬改定における見直しの影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0212-4b.pdf>

⁵ 中医協「現時点の骨子に対する中医協での意見」(「平成 24 年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」に関するご意見の募集について)

<http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p20120118-01.html>

2. 調査の概要

2.1. 目的

2012 年度の診療報酬改定の影響を検証することを目的とする。ただし、個別の診療報酬項目の算定状況については、厚生労働省の「社会医療診療行為別調査」等から確認できるので、本調査は、主要項目の施設基準等が、医療現場の実態にあったものか、たとえば算定要件のハードルが実態を超えてきわめて高いものになっていないかなどを把握することを目指した。

2.2. 対象

日本医師会会員のうち医療機関の開設者および管理者を都道府県ごとに診療所、病院それぞれ 20 分の 1 ずつ無作為抽出した。このとき、東日本大震災の被災地においては、各県医師会に照会し、全壊・半壊等の医療機関が抽出された場合には、抽出をやり直した⁶。

調査対象に対して、日本医師会から 2012 年 6 月 9 日に郵送で調査票を発送し、返送は 7 月 10 日郵送到着分まで受け付けた。また、以下の集計・分析は日本医師会総合政策研究機構（日医総研）が行った。

⁶ 被災地の実態を把握するため、そのまま調査票を送付すべきではないかとも考えたが、県医師会に照会したところ、回答がきわめて困難であることが確認されたため。

3. 調査の集計・分析

3.1. 回答状況

送付数は病院 346 施設、診療所 3,803 施設である。回答のあった施設から、調査票到着時点で閉院または休診していた施設、保険診療を行っていない施設などを除き、有効回答数は病院 169 施設、診療所 2,037 施設、有効回答率は病院 48.8%、診療所 53.6%であった（表 3.1.1）。

表 3.1.1 回答状況

	本調査				全国 施設数 ※ ③	カバー率 (%) ②÷③
	調査票 発送数 ①	回答数	有効 回答数 ②	有効回答率 (%) ②÷①		
病院	346	172	169	48.8	8,569	2.0
診療所	3,803	2,044	2,037	53.6	100,010	2.0

※厚生労働省「医療施設動態調査(平成24年4月末概数)」

3.2. 基本情報

3.2.1. 病院

病院区分

一般病院 85.8%、精神科病院 14.2%であった（表 3.2.1）。

表 3.2.1 病院区分

	本調査		(参考)医療施設動態調査 2012年4月末概数	
	回答数	構成比(%)	施設数	構成比(%)
一般病院	145	85.8	7,495	87.5
精神科病院	24	14.2	1,073	12.5
結核療養所	0	0.0	1	0.0
合計	169	100.0	8,569	100.0

開設者

国公立・公的等 8.3%、医療法人 81.7%、個人 4.7%ほかであり、本調査は民間病院（医療法人、個人）が主体である（表 3.2.2）。

表 3.2.2 病院開設者

	本調査		(参考)医療施設動態調査 2012年4月末概数	
	回答数	構成比(%)	回答数	構成比(%)
国・公立・公的・社会保険 関係団体・公益法人	14	8.3	2,023	23.6
医療法人	138	81.7	5,703	66.6
個人	8	4.7	357	4.2
その他	9	5.3	486	5.7
合計	169	100.0	8,569	100.0

許可病床数

200床未満の病院69.8%、200床以上の病院30.2%であった(表 3.2.3)。

平均病床数は全体では185.4床、一般病床のみの病院では167.1床、精神病床のみの病院では240.1床、療養病床のみの病院では128.0床であった(表 3.2.4)。

表 3.2.3 病床規模別病院数

	本調査		(参考)医療施設調査 2010年10月1日	
	回答数	構成比(%)	施設数	構成比(%)
20～49	19	11.2	1,007	11.6
50～99	42	24.9	2,225	25.7
100～199	57	33.7	2,758	31.8
200～299	17	10.1	1,124	13.0
300～399	18	10.7	729	8.4
400～499	8	4.7	367	4.2
500床以上	8	4.7	460	5.3
計	169	100.0	8,670	100.0
(再掲)200床未満	118	69.8	5,990	69.1
(再掲)200床以上	51	30.2	2,680	30.9

表 3.2.4 病院平均病床数

	回答数	許可病床数(床)					計	再掲 介護療養
		精神	感染症	結核	療養	一般		
全体	169	39.7	0.0	0.4	53.9	91.4	185.4	26.9
再掲	一般病床のみの病院	57	0.0	0.0	0.0	167.1	167.1	0.0
	精神病床のみの病院	20	240.1	0.0	0.0	0.0	240.1	0.0
	療養病床のみの病院	27	0.0	0.0	0.0	128.0	128.0	45.6

DPC

DPC 対象病院 26.3%、DPC 準備病院 5.9%、出来高病院 67.8%であった（表 3.2.5）。

表 3.2.5 DPC 制度(DPC/PDPS) 対象病院

	本調査 (一般病床ありの病院のみ)		(参考)全国2012年4月 ※	
	回答数	構成比(%)	施設数	構成比(%)
DPC対象病院	31	26.3	1,505	19.8
DPC準備病院	7	5.9	248	3.3
出来高病院	80	67.8	5,834	76.9
合計	118	100.0	7,587	100.0

※「平成24年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分)」2012年4月25日, 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料

3.2.2. 診療所

区分

無床診療所 88.6%、有床診療所 11.4%であった（表 3.2.6）。

表 3.2.6 診療所区分

	本調査		(参考)医療施設動態調査 2012年4月末概数	
	回答数	構成比(%)	施設数	構成比(%)
無床診療所	1,804	88.6	90,129	90.1
有床診療所	233	11.4	9,881	9.9
合計	2,037	100.0	100,010	100.0

開設者

医療法人 44.3%、個人 54.7%、その他 0.9%であった(表 3.2.7)。その他は、社会福祉法人、市町村、公益法人、生協などである。

表 3.2.7 診療所開設者

	本調査		(参考)医療施設動態調査 2012年4月末概数	
	回答数	構成比(%)	回答数	構成比(%)
医療法人	903	44.3	37,305	37.3
個人	1,115	54.7	45,990	46.0
その他 ※	19	0.9	16,715	16.7
合計	2,037	100.0	100,010	100.0

※ 社会福祉法人、市町村、公益法人、生協など。医療施設動態調査には会社立も含む。

有床診療所 許可病床数

有床診療所の許可病床数は、1～9床が 29.6%、10床以上が 70.4%であった(表 3.2.8)。

表 3.2.8 有床診療所 病床規模

	本調査		(参考)医療施設調査 2010年10月	
	回答数	構成比(%)	施設数	構成比(%)
1～9床	69	29.6	3,619	34.1
10床以上	164	70.4	7,001	65.9
合計	233	100.0	10,620	100.0

病床数の分布では、有床診療所 233 施設中 91 施設（39.1%）が 19 床であった（図 3.2.1）。

病床種類別の内訳は、全体では許可病床 13.4 床のうち、一般病床 12.1 床、医療療養病床 1.0 床、介護療養病床 0.3 床であった。療養病床ありの有床診療所のみでは、許可病床 17.5 床のうち、一般病床 7.7 床、医療療養病床 7.7 床、介護療養病床 2.1 床であり、許可病床の半数以上が療養病床であった（表 3.2.9）。

図 3.2.1 有床診療所 許可病床別施設数

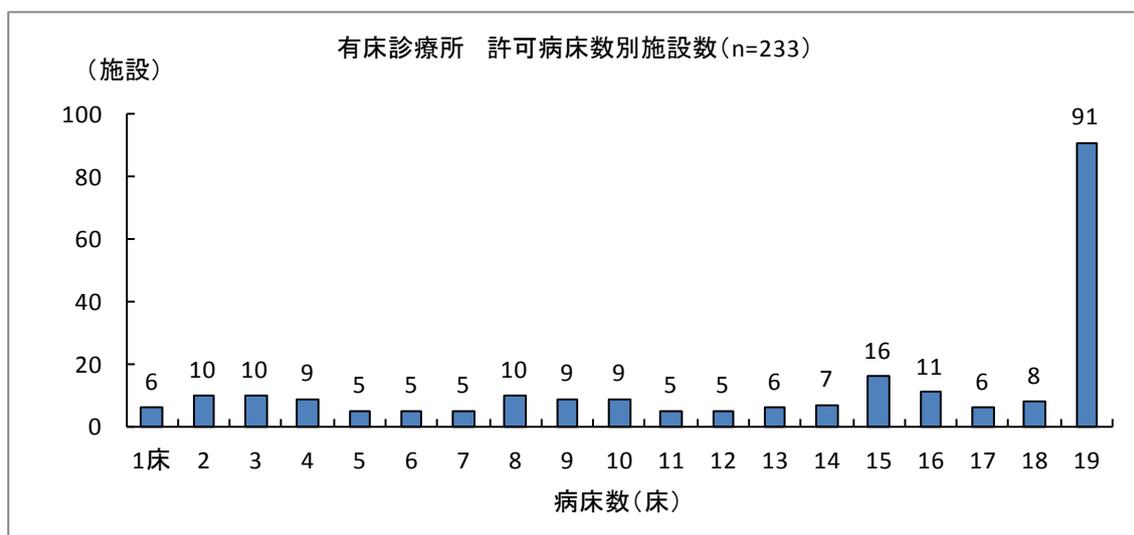


表 3.2.9 有床診療所 病床種類別内訳

	回答数	構成比 (%)	許可病床数(床)			計
			一般病床	療養病床		
				医療	介護	
療養病床あり	31	13.3	7.7	7.7	2.1	17.5
療養病床なし	202	86.7	12.7	0.0	0.0	12.7
全体	233	100.0	12.1	1.0	0.3	13.4

診療科目

保険請求割合のもっとも大きい診療科を選択してもらっている。内科 49.1%、整形外科 8.4%、眼科 7.5%ほかであった（表 3.2.10）。

表 3.2.10 診療所 診療科目

	本調査		(参考)医師・歯科医師・薬剤師調査／2010年12月 ※	
	回答数	構成比(%)	施設数	構成比(%)
内科	1,001	49.1	46,211	46.5
小児科	146	7.2	6,588	6.6
精神科	69	3.4	3,238	3.3
外科	39	1.9	4,583	4.6
整形外科	172	8.4	7,558	7.6
皮膚科	102	5.0	5,016	5.0
婦人科	26	1.3	117	0.1
産科・産婦人科	77	3.8	4,286	4.3
眼科	153	7.5	8,063	8.1
耳鼻咽喉科	126	6.2	5,406	5.4
泌尿器科	40	2.0	1,997	2.0
脳神経外科	23	1.1	1,053	1.1
血液透析科	20	1.0	557	0.6
その他	38	1.9	4,792	4.8
無回答	5	0.2	—	—
合計	2,037	100.0	99,465	100.0

※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科

外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科

血液透析科：糖尿病内科（代謝内科）

処方状況

院内処方 43.1%、院外処方 56.9%であった（表 3.2.11）。

表 3.2.11 処方状況

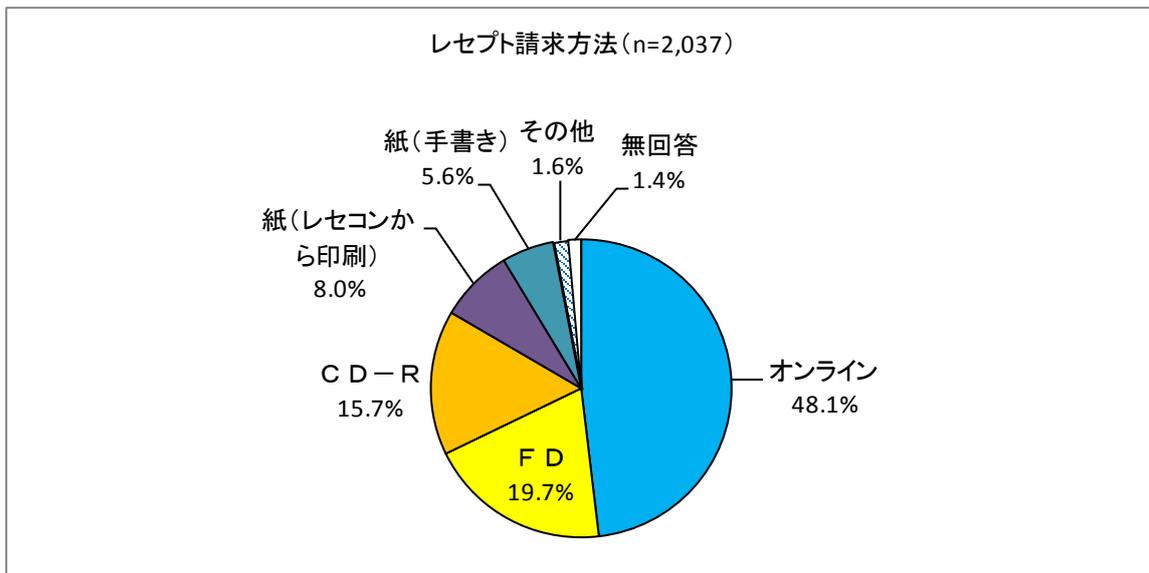
	本調査		(参考)全国2012年2月 日本薬剤師会データ※	
	回答数	構成比(%)	回答数	構成比(%)
院内処方	877	43.1	—	32.4
院外処方(処方せん受取率)	1,160	56.9	—	67.6
合計	2,037	100.0	—	100.0

※社団法人 日本薬剤師会「医薬分業進捗状況」病院も含めた全国平均(歯科は除く)

レセプト請求方法

オンラインが 48.1%で半数近くであった。一方で、紙レセプトも 13.5%（レセコンから印刷した 8.0%、手書き 5.6%⁷）あった（図 3.2.2）。

図 3.2.2 レセプト請求方法



⁷ 四捨五入差があるため、内訳と合計があっていない。以下、同様の箇所あり。

3.3. 病院 一般病棟入院基本料

2010年の病床数は7対1が32.9万床、10対1が24.9万床であり⁸、7対1が10対1を大幅に上回っていた。2012年度改定では、一般病棟入院基本料7対1の要件の引き上げなどの見直しが行われた(表3.3.1)。特に7対1では、平均在院日数要件がさらに短くなった。

表 3.3.1 一般病棟入院基本料の施設基準(概要)

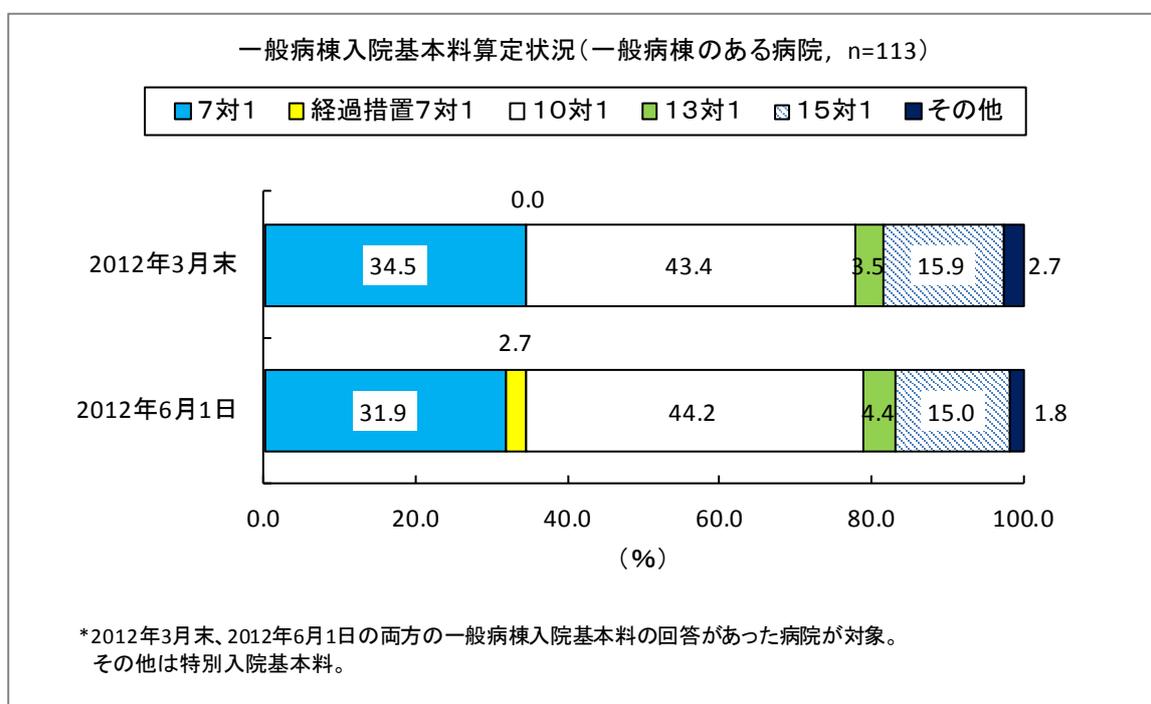
2012年度改定では、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算が入院基本料に包括されたため、入院基本料はそれぞれ11点引き上げられた

	改定前	2012年度改定
7対1	1,555点 ① 平均在院日数19日以内 ② 看護必要度の基準を満たす患者1割以上	1,566点 ① 平均在院日数18日以内 ② 看護必要度の基準を満たす患者1割5分以上
経過措置 7対1		2012年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、2012年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、2014年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる
10対1	1,300点 ・ 一般病棟看護必要度評価加算5点	1,311点 廃止
		[施設基準](新規) 当該病棟における看護必要度の評価を行っていること(2012年7月1日から) 看護必要度加算(新設) 看護必要度加算1(15%以上) 30点 看護必要度加算2(10%以上) 15点
13対1	1,092点	1,103点 一般病棟看護必要度評価加算(新設)5点 ・ 救急・在宅等支援病床初期加算(新設)150点 ・ 90日を超えて入院する患者の特定除外制度の見直し(2012年10月1日から)
15対1	934点	945点 ・ 救急・在宅等支援病床初期加算(新設)150点 ・ 90日を超えて入院する患者の特定除外制度の見直し(2012年10月1日から)

⁸ 「医療提供体制について(その1)」2011年11月25日, 中医協総会資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vpkq-att/2r9852000001vpok.pdf>

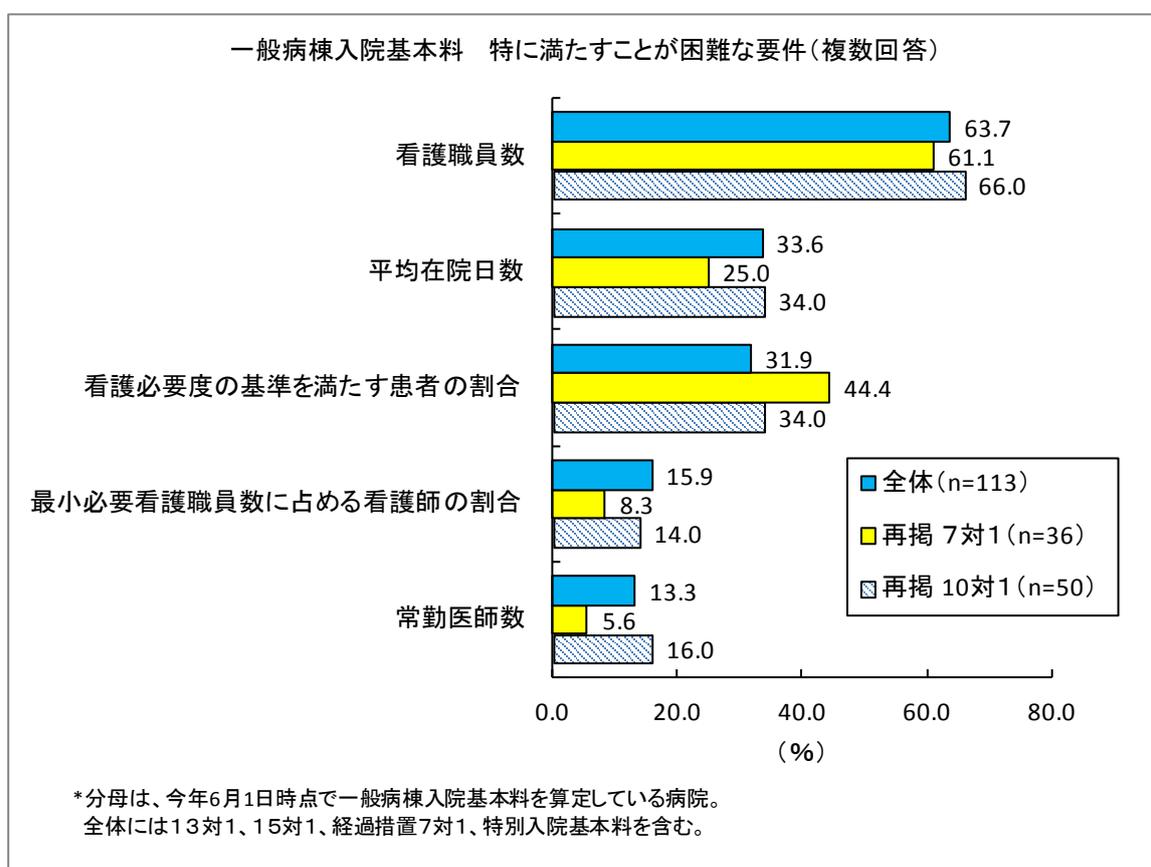
一般病棟入院基本料 7 対 1 を算定している病院は、2012 年 3 月末には 34.5%であったが、2012 年 6 月 1 日には、経過措置 7 対 1 に移行した病院があり、7 対 1 は 31.9%になった（図 3.3.1）。経過措置 7 対 1 の病院のうち複数の病院が「平均在院日数 18 日以内」の要件を満たせなかったと回答していた。

図 3.3.1 一般病棟入院基本料算定状況（一般病棟のある病院）



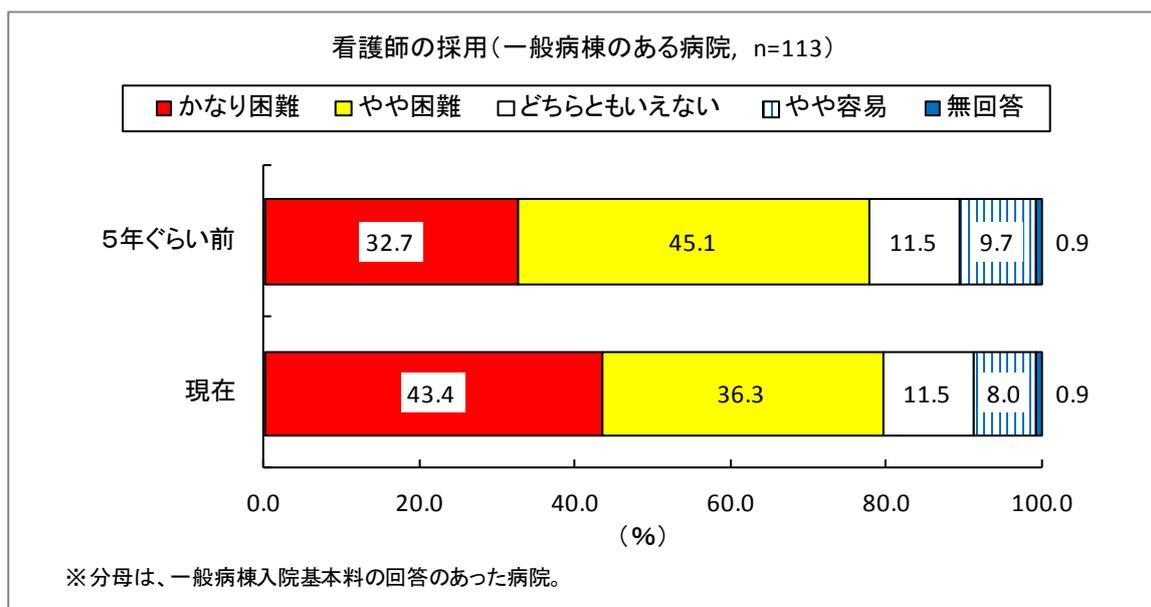
一般病棟入院基本料の要件のうち、特に満たすことが困難な要件は「看護職員数」が63.7%、「平均在院日数」が33.6%、「看護必要度の基準を満たす患者の割合」が31.9%であった（図 3.3.2）。看護必要度の基準を満たす患者の割合は7対1、看護職員数および平均在院日数は10対1のほうが困難という回答が多かった。

図 3.3.2 一般病棟入院基本料 特に満たすことが困難な要件（複数回答）



看護師の採用については、5年ぐらい前に「かなり困難だった」病院は32.7%であり、現在「かなり困難」という病院は43.4%に増加した（図 3.3.3）。

図 3.3.3 看護師の採用（一般病棟のある病院）



地域別（日本医師会の地域ブロックによる区分）では、客体数が少ないので注意が必要であるが、看護師の採用が現在も「かなり困難」と回答した施設は、東北、北海道、中国四国で多く、東京ではまったくなかった。近畿でも少なかった（図 3.3.4）。

図 3.3.4 現在、看護師の採用が困難な病院の割合

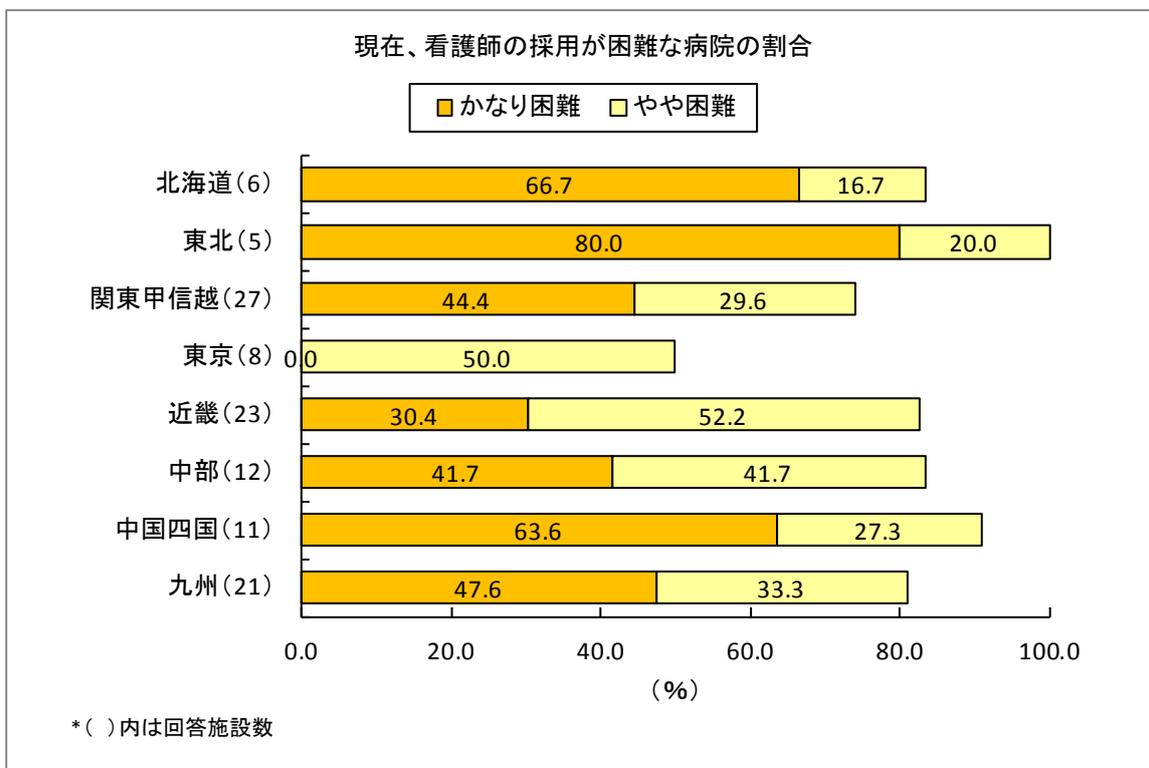


表 3.3.2 日本医師会地域ブロック

医師会ブロック	都道府県
北海道	北海道
東北	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東甲信越	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
東京	東京都
中部	富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿	滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

3.4. 病院 回復期リハビリテーション病棟入院料

2008年には、旧回復期リハビリテーション1が11,602床(22.9%)、旧回復期リハビリテーション2が39,066床(77.1%)であったが、2010年には旧回復期リハビリテーション1が52,984床(88.3%)、旧回復期リハビリテーション2が7,018床(11.7%)になり、旧回復期リハビリテーション1の届出病床が大幅に増加した⁹。

今回の改定では、要件を厳しくした新たな回復期リハビリテーション1が新設された(表3.4.1)。回復期リハビリテーション1の要件は、看護配置、在宅復帰率、重症患者の割合など、さまざまな項目で構成されている。そこで、医療現場において、これらの要件のうち、何が困難であるかを把握することを目的に質問を行った。

⁹ 「医療提供体制について(その4)」2011年12月7日中医協総会資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wydo-att/2r9852000001wyhs.pdf>

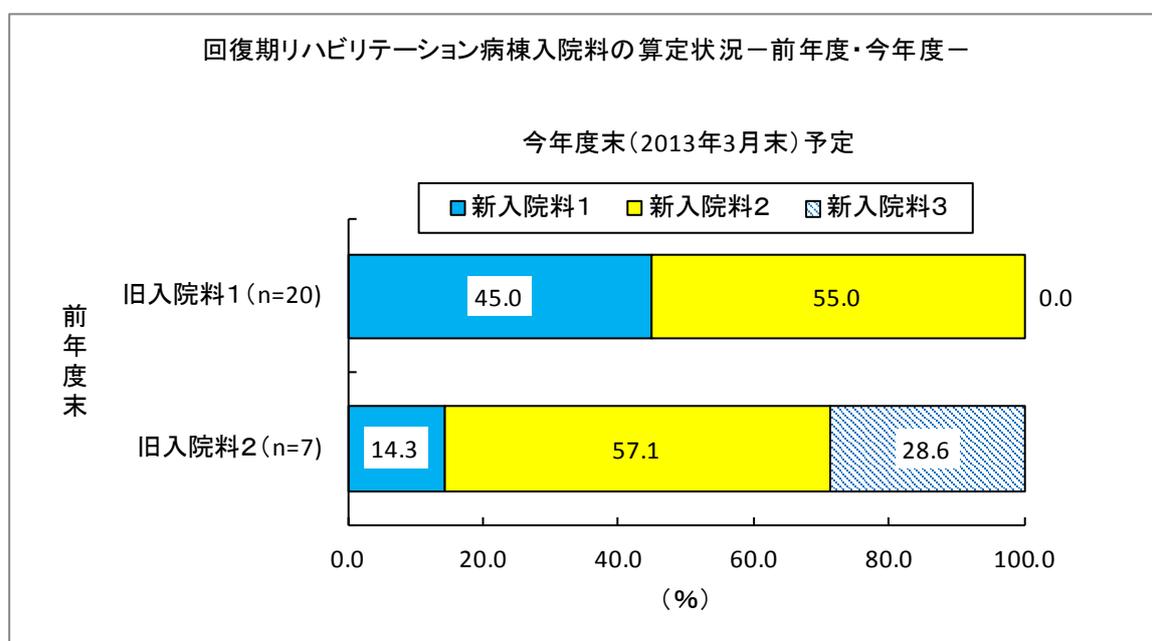
表 3.4.1 回復期リハビリテーション病棟入院料の主な施設基準等（概要）

	改定前	2012年度改定
回復期リハビリテーション病棟入院料1		1, 911点(新設) ① 看護配置常時13対1以上 ② 看護補助者常時30対1以上 ③ 専任のリハビリテーション科の医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上 ④ 在宅復帰率7割以上 ⑤ 新規入院患者のうち3割以上が重症患者 ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票のA項目が1点以上の患者 ⑦ 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善
回復期リハビリテーション病棟入院料2	(旧回復期リハビリテーション病棟入院料1) 1, 720点 ① 看護配置常時15対1 ② 看護補助者常時30対1 ③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置 ④ 在宅復帰率6割以上 ⑤ 新規入院患者の2割以上が重症患者	1, 761点 ① 看護配置常時15対1 ② 看護補助者常時30対1 ③ 専任のリハビリテーション科の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上、作業療法士1名以上 ④ 在宅復帰率6割以上 ⑤ 新規入院患者の2割以上が重症患者 ⑥ 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善
	重傷患者回復病棟加算(1日につき) 50点	削除
回復期リハビリテーション病棟入院料3	(旧回復期リハビリテーション病棟入院料2) 1, 600点	1, 611点 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の包括化により11点引き上げ

回復期リハビリテーション病棟入院料については、客体数が少ないので注意が必要であるが、前年度末に「旧入院料1」を算定していた病院のうち、今年度に「新入院料1」を算定できる見込みの病院は45.0%、「新入院料2」は55.0%である（図3.4.1）。

前年度末に「旧入院料2」を算定していた病院のうち、「新入院料1」を算定できる見込みの病院は14.3%、「新入院料2」は57.1%である。

図 3.4.1 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定状況－前年度・今年度－



回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準のうち満たすことが困難なもの（複数回答）については、「新規入院患者のうち重症患者3割以上」が55.6%、「看護必要度の基準を満たす患者1.5割以上」が44.4%であった（図3.4.2）。新規入院患者のうち重症患者3割以上」は最も困難であるとの回答も多かった（図3.4.3）。

図 3.4.2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準で
満たすことが困難なもの

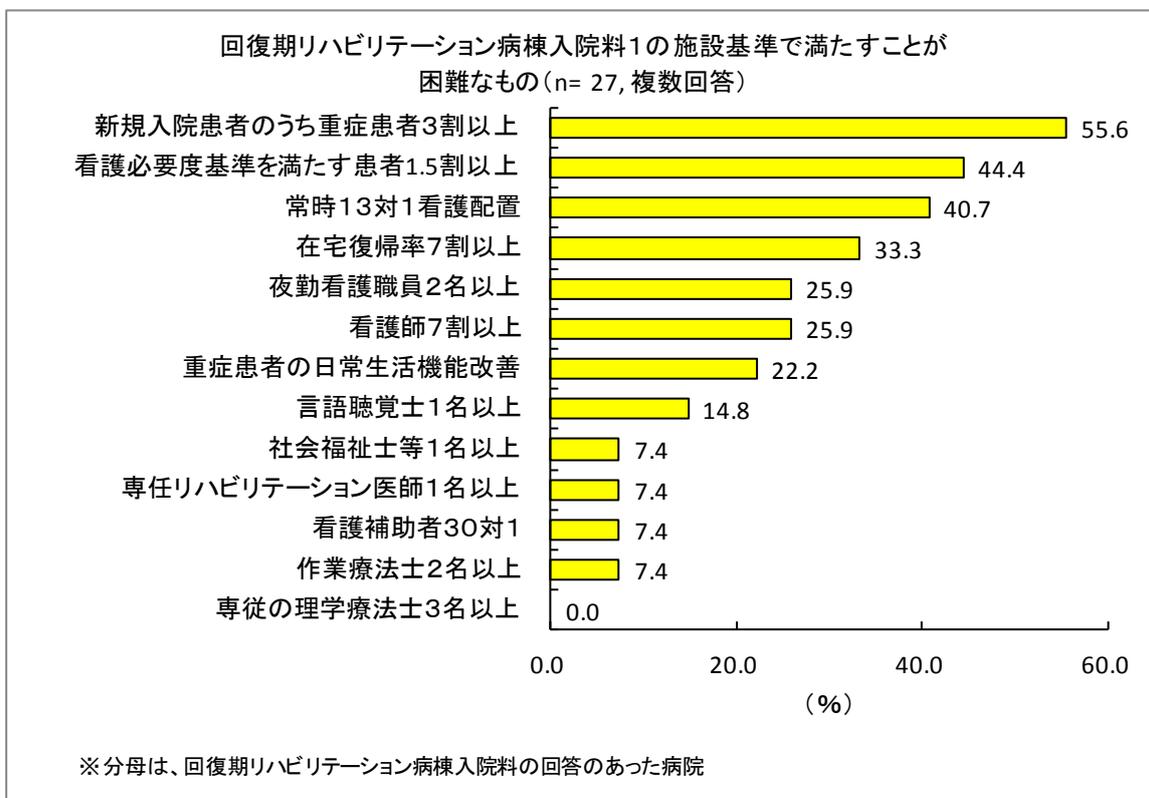
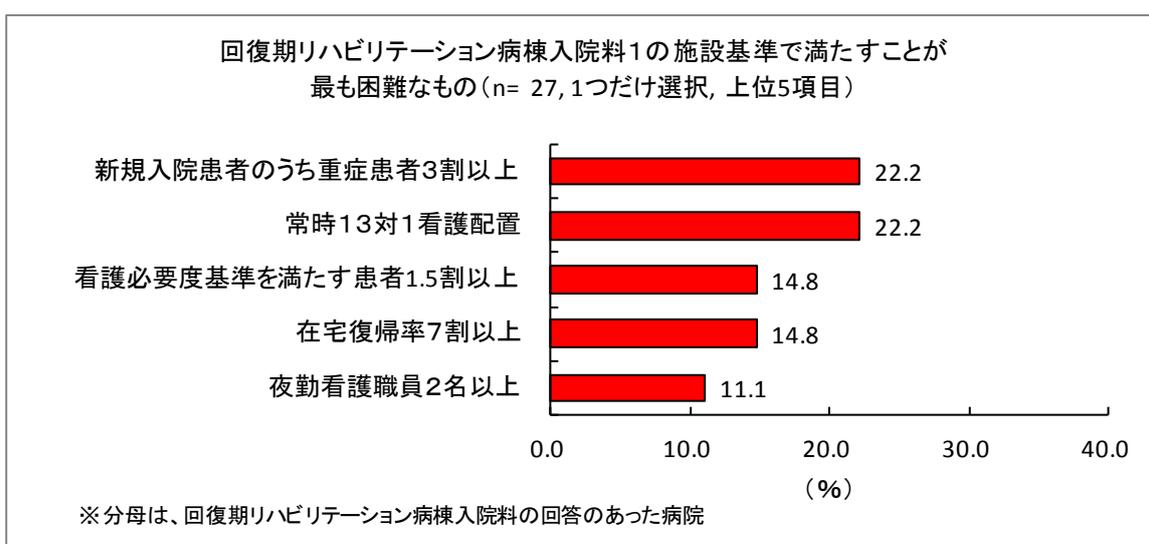


図 3.4.3 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準で
満たすことが最も困難なもの



3.5. 病院勤務医の負担軽減対策

病院勤務医の負担軽減に資する計画は、医師事務作業補助体制加算、小児入院医療管理料などを算定する際の要件であった。2012年度改定では、新設された精神科リエゾンチーム加算、病棟薬剤業務実施加算等についても、計画策定が要件になった（表 3.5.1）。この計画には、医師事務作業補助者の配置、医師と医療関係職種との役割分担などを織り込むことになっている（表 3.5.2）。

表 3.5.1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目

改定前	
① 総合入院体制加算	⑤ 栄養サポートチーム加算
② 医師事務作業補助体制加算	⑥ 呼吸ケアチーム加算
③ ハイリスク分娩管理加算	⑦ 小児入院医療管理料1及び2
④ 急性期看護補助体制加算	⑧ 救命救急入院料注3に掲げる加算を算定する場合
2012年度改定で追加	
⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料	⑬ (新)院内トリアージ実施料
⑩ (新)小児特定集中治療室管理料	⑭ (新)移植後患者指導管理料
⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算	⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料
⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算	

表 3.5.2 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例

<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師事務作業補助者の配置 ・ 短時間正規雇用医師の活用 ・ 地域の他の医療機関との連携体制 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来縮小の取り組み(一部必須) ・ 交代勤務制の導入(一部必須) ・ 予定手術前の当直に対する配慮
<p>【必須項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担については、上記の①～⑭の項目全てにおいて必ず実施することとする。 ・ 外来縮小の取り組みについては、今回新たに追加する⑨～⑭の6項目において必ず実施することとする。 ・ 交代勤務制の導入については、「③ハイリスク分娩管理加算」、「⑦小児入院医療管理料1」、「⑧救命救急入院料 注3加算」、「⑨総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする。 ・ なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告することとする。 		

今回の調査では、総合入院体制加算など、「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」を要件とする診療報酬を算定しているかどうかにかかわらず、すべての病院に勤務医の負担軽減のために取り組んでいる項目を質問した。取り組んでいる項目（複数回答）で多かったものは、「医師事務作業補助者の配置」が41.4%、「地域の他の医療機関との連携」が34.3%、「当直翌日の勤務について、休日としたり業務内容の調整を行ったりすること（以下、当直翌日勤務の調整）」が32.5%であった（図 3.5.1）。

これらのうち、役立っている（2つまで選択）という回答が多かったのは、「医師事務作業補助者の配置」、「当直翌日勤務の調整」であった。「地域の他の医療機関との連携」は、取り組んでいる病院は多いが、勤務医の負担軽減に役立っているかどうかについては意見が分かれた（図 3.5.2）。

また、「その他」には、「当直は非常勤医師で行い、勤務医の当直をなくしているまたは減らしている」などの回答があった。

図 3.5.1 勤務医の負担軽減のために取り組んでいる項目

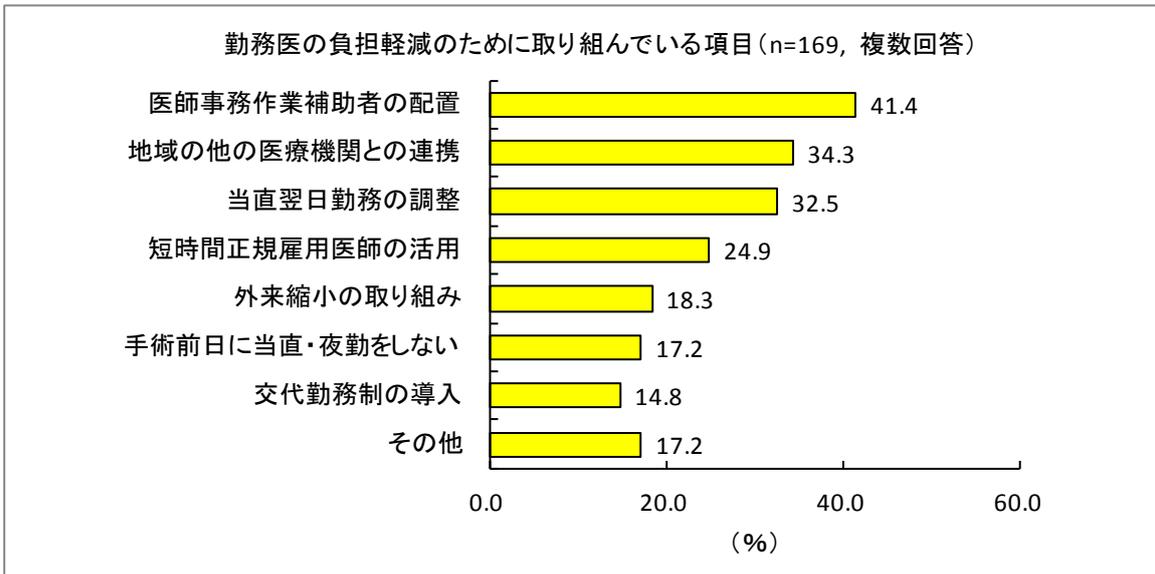
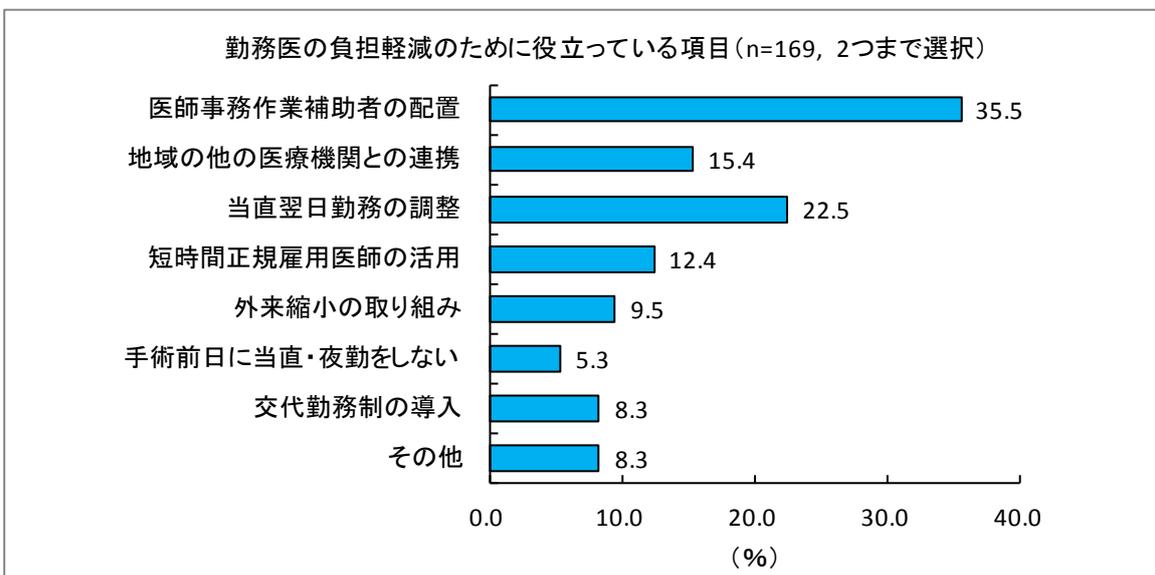


図 3.5.2 勤務医の負担軽減のため役立っている項目



3.6. 病院・有床診療所 栄養管理実施加算の包括化

栄養管理実施加算（1日につき12点）は、多くの医療機関で算定されているとして、今回改定で、褥瘡患者管理加算とともに入院料に包括された。包括化にあたって、栄養管理体制の基準が見直され、管理栄養士を1名以上配置（有床診療所は非常勤可）することが必須になった。

ただし、2012年3月31日までに、栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関は、経過措置として2014年3月31日まで、栄養管理体制の整備に資する計画を策定しているなどの要件を課したうえで、栄養管理体制を満たしているものとして入院基本料を算定できる。一方で、改定前に栄養管理実施加算の届出をしていた医療機関は、管理栄養士の離職等により栄養管理体制の基準を満たすことができなくなった場合には3か月以内に管理栄養士を確保しなければ、病院では特別入院基本料の算定、有床診療所では入院基本料が算定できなくなる。

病院では、今回の改定以前から管理栄養士を配置済みであるという病院が97.0%であり、「まだ配置しておらず、配置のメドも立っていない」というところは1.2%であった（図3.6.1）。

有床診療所では、改定前から管理栄養士（常勤、非常勤）を配置していたところが18.5%あり、改定後に確保したところも含めて、22.7%が配置済みであった。一方、「まだ配置しておらず、配置のメドも立っていない」というところが50.6%あった（図3.6.2）。「その他」は26件であり、うち、現在すでに休床中または有床診療所ではあるが入院医療を行っていない施設が13件、今後無床化する予定の施設が3件、今後閉院する予定の施設が1件であった。

図 3.6.1 病院 管理栄養士の配置

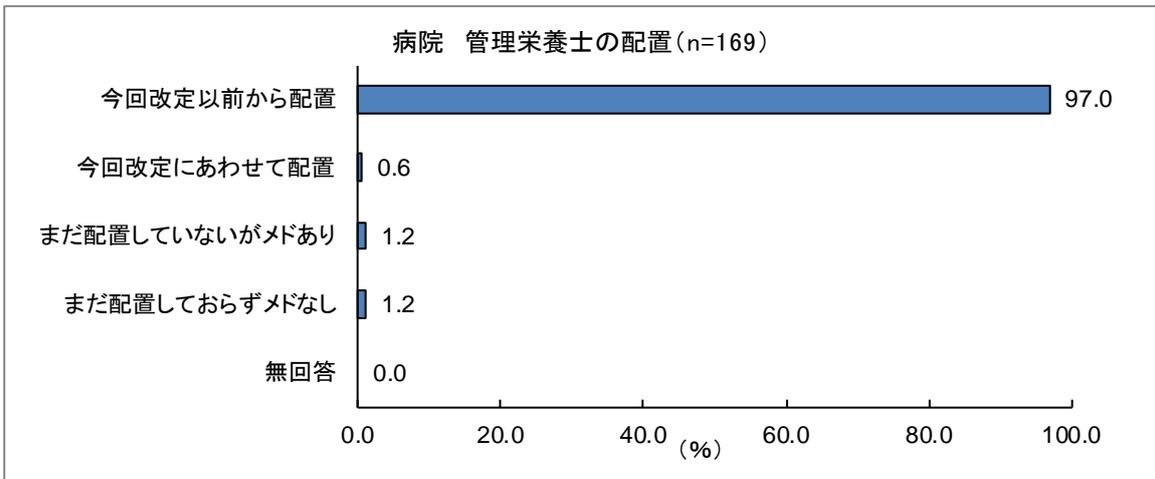
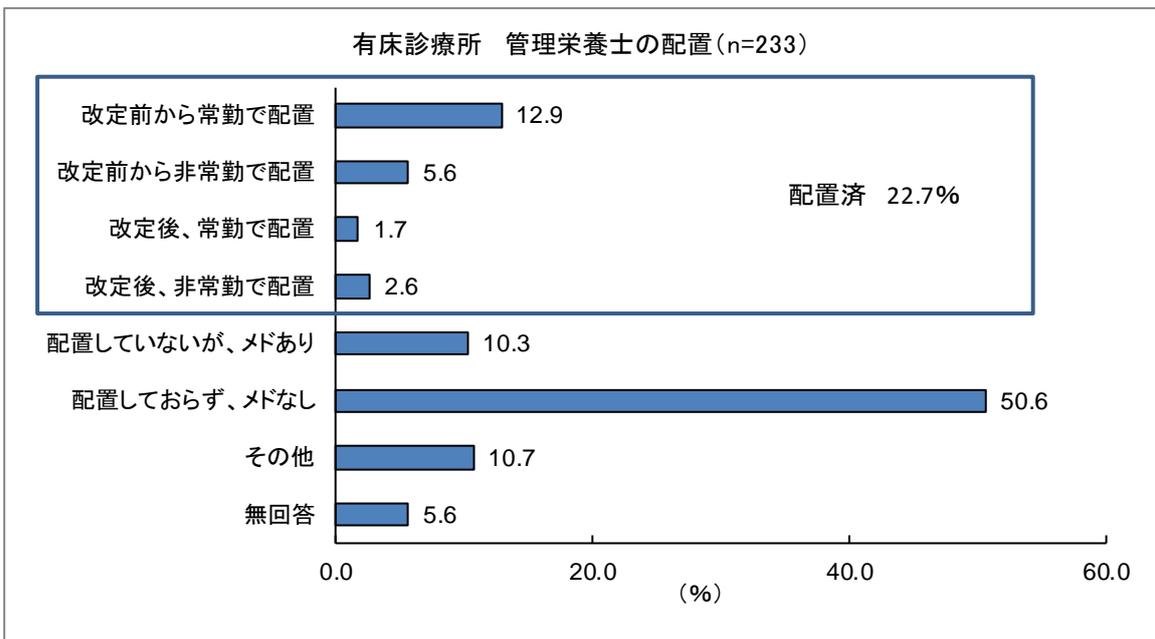
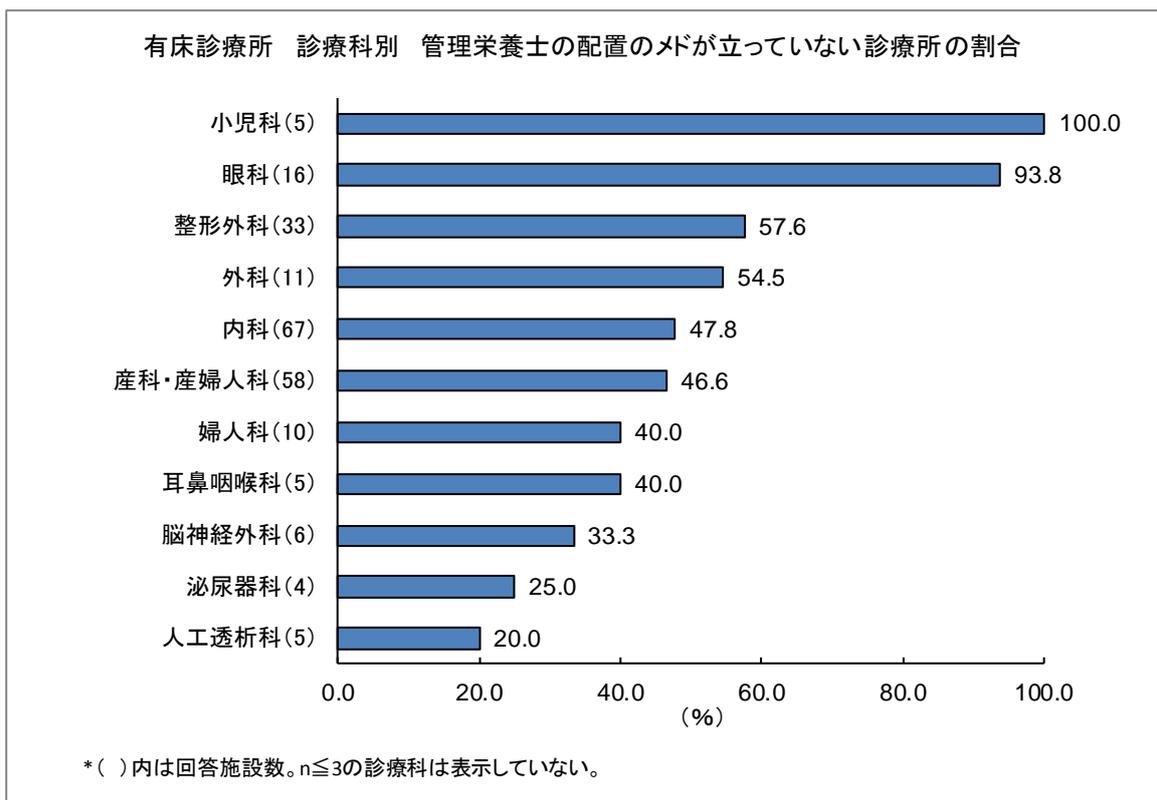


図 3.6.2 有床診療所 管理栄養士の配置



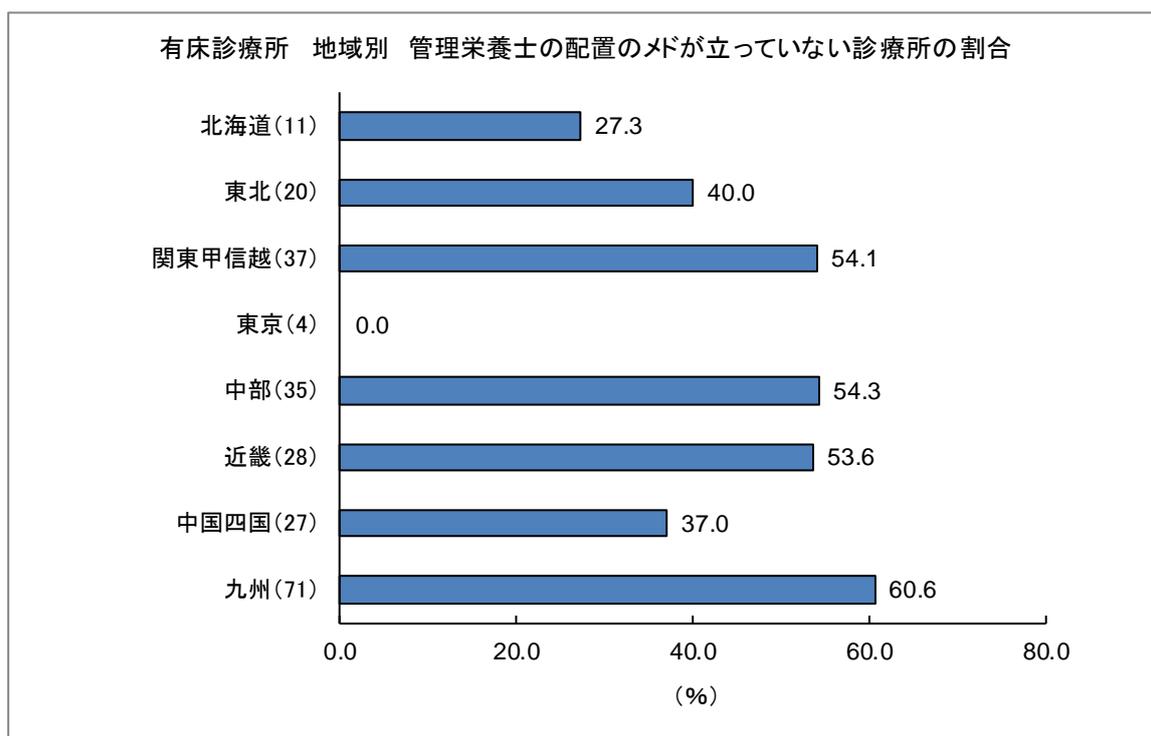
有床診療所の診療科別に見ると、小児科ではすべての施設で、眼科では9割以上の施設で管理栄養士の配置のメドが立っていないかった（図 3.6.3）。

図 3.6.3 有床診療所 診療科別 管理栄養士の配置のメドが立っていない診療所の割合



地域別では、九州地方で、管理栄養士の配置のメドが立っていないという施設が多かった（図 3.6.4）。九州地方では有床診療所数が多いためではないかと推察される。

図 3.6.4 有床診療所 地域別 管理栄養士の配置のメドが立っていない診療所の割合



3.7. DPC およびデータ提出加算

今回の改定で、DPC対象病院ではない出来高算定病院（7対1、10対1）が、DPCフォーマットデータ（診療している個々の患者の病態や実施した医療行為等のデータ）を提出した場合の評価が新設された。従来の入院診療に係るデータだけではなく、外来診療に係るデータを提出した場合には上乘せの評価がある（表 3.7.1）。外来データの提出は、中医協資料によれば「急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価する」¹⁰ことを目的としたものであるが、この背景には急性期病床への資源の集中投入の方向性を示した「社会保障・税一体改革」のシナリオがある。

表 3.7.1 データ提出加算の概要

データ提出加算1	入院患者に係るデータ	200床以上	入院中1回	100点
		200床未満	〃	150点
データ提出加算2	入院データに加え、外来患者に係るデータを提出した場合	200床以上	〃	110点
		200床未満	〃	160点

今年度にデータ提出加算の届出を予定している（または目指している）病院は、「データ提出加算1」が3.8%、「データ提出加算2」が1.9%であり、合計5.7%であった。「どちらも届出しない」という病院は49.1%であった（図 3.7.1）。

また、データ提出加算の届出をしない（あるいは未定である）病院にその理由を質問したところ、「データ提出に係る人材の確保が困難」が61.9%、「コストに見合わない」が52.4%であり、コスト負担、人員確保が困難であることがうかがえた（図 3.7.2）。

¹⁰ 「平成24年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）（案）」2012年1月18日、中医協総会資料

図 3.7.1 データ提出加算の届出予定

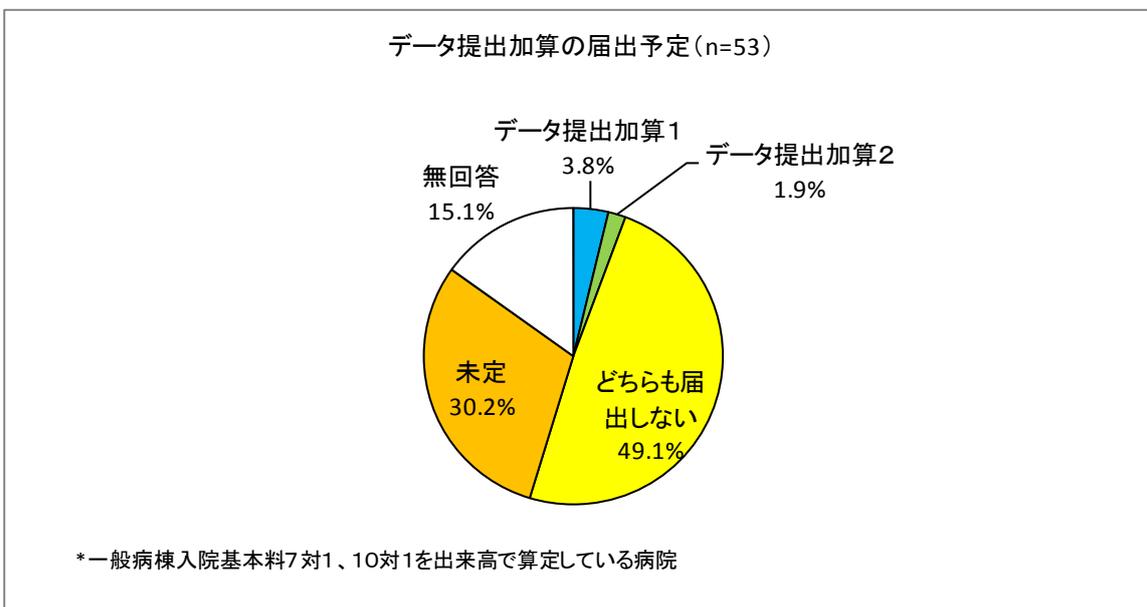
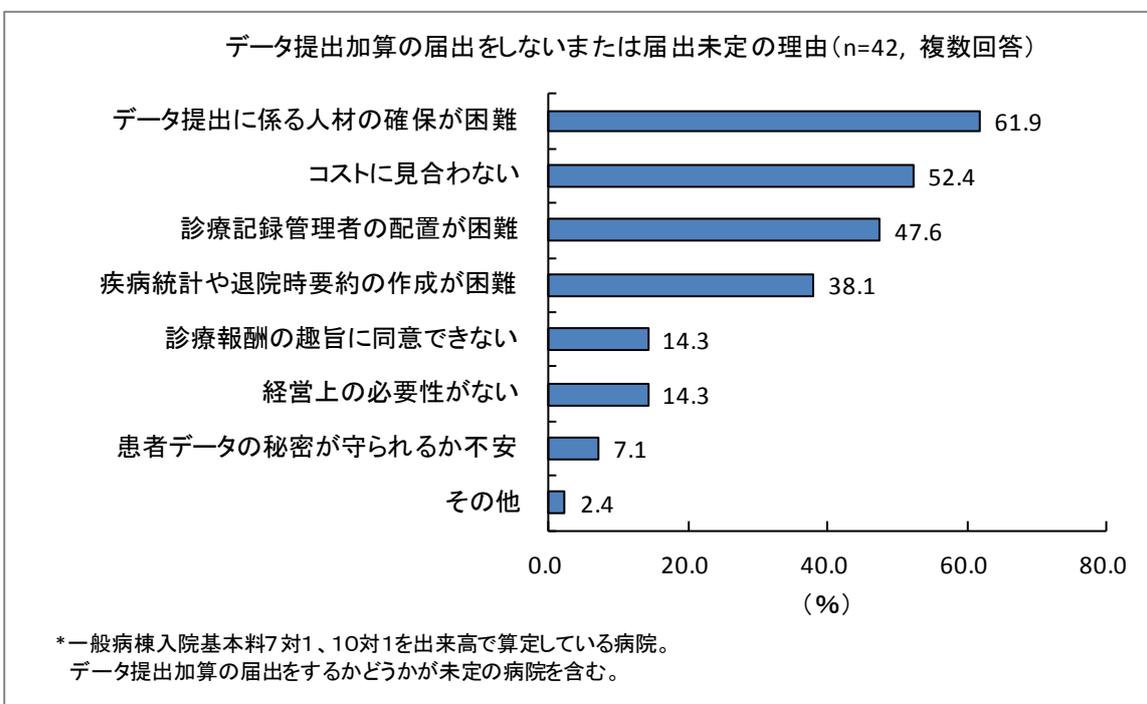
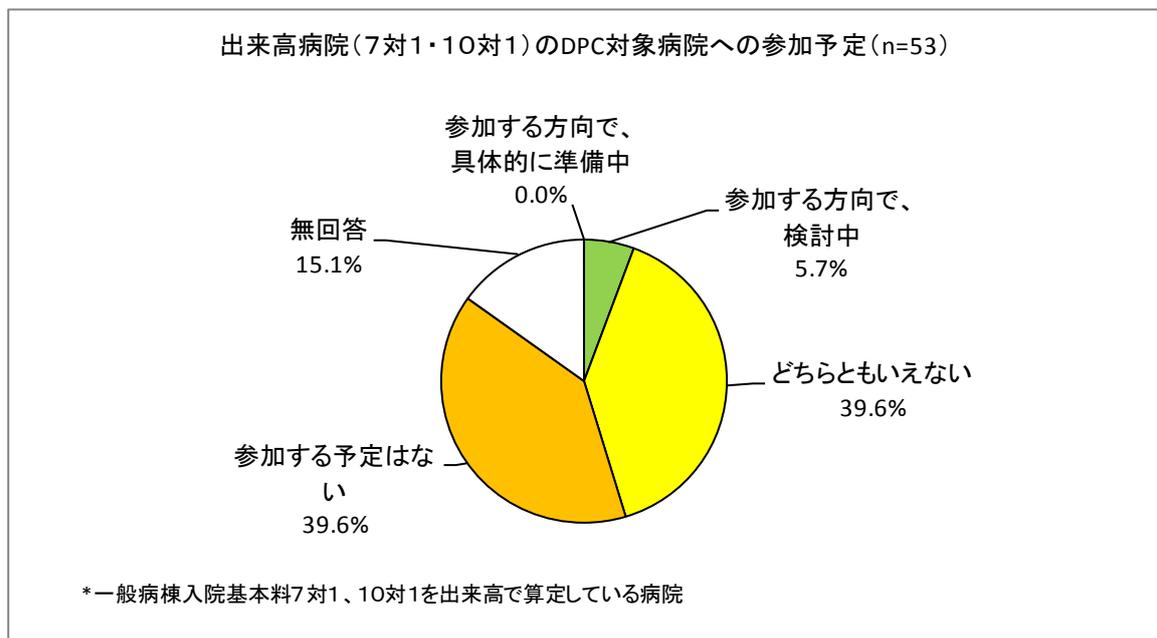


図 3.7.2 データ提出加算の届出をしないまたは届出未定の理由



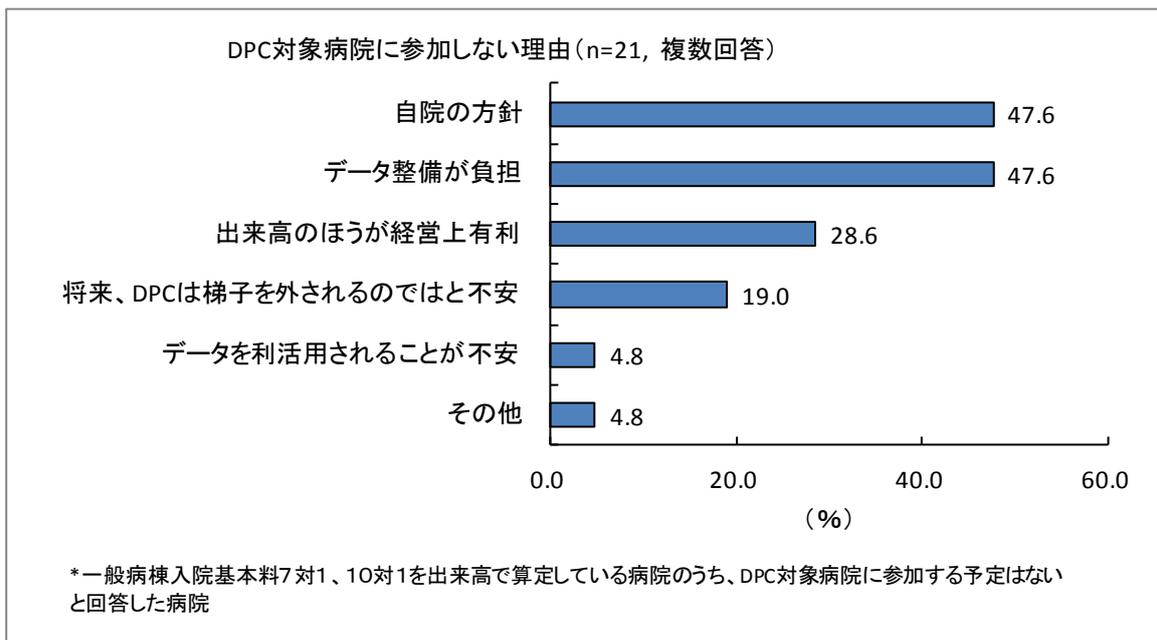
現在、一般病棟入院基本料 7 対 1、10 対 1 を算定している病院に対して、DPC への参加予定を質問したところ、「参加する方向で、検討中」は 5.7%であった。一方で、「参加する予定はない」と回答した病院は 39.6%であった（図 3.7.3）。

図 3.7.3 出来高病院（7 対 1・10 対 1）の DPC 対象病院への参加予定



さらに、DPCに「参加する予定はない」と回答した病院に、その理由を質問したところ、「自院の方針」と「データ整備が負担」がいずれも47.6%であった(図3.7.4)。なお、客体数が少ないので注意が必要である。

図 3.7.4 DPC 対象病院に参加しない理由



3.8. 在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院

2006年度改定で、在宅療養支援診療所が新設され、2008年度改定で、半径4kmに診療所が存在しない病院を対象に在宅療養支援病院が新設された。2010年度改定では、許可病床数200床未満の病院も対象になった。

2012年度改定では、新たに追加された基準を満たせば、いわゆる「機能を強化した在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院」として、緊急時・夜間の往診料等についてより高い加算を算定できるようになった（表 3.8.1）。

以下、機能を強化した在宅療養支援診療所（以下、在支診）または在宅療養支援病院（在支病）について、自院単独のケースを「単独強化型」、連携によるものを「連携強化型」と呼ぶ。

表 3.8.1 在宅療養支援診療所（病院）の主な施設基準

これまでの主な施設基準

<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、連絡先を文書で提供 ・ 24時間往診が可能な体制を確保 ・ 24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保 ・ 緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保
--

病院の施設基準(上記に加えて)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 許可病床数が200床未満又は当該病院を中心とした半径4kmに診療所が存在しない

2012年度改定「機能を強化した在宅療養支援診療所または病院」となるための追加項目

<p>① 追加された施設基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所属する常勤医師3名以上(在宅医療を担当) ・ 過去1年間の看取り実績2件以上 ・ 過去1年患者の緊急の往診実績5件以上
<p>② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可。その場合は、以下の要件を満たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者からの緊急時の連絡先の一元化 ・ 連携する医療機関数は10未満 ・ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施 ・ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

主な診療報酬(点)

往診料加算 機能強化型を創設。それ以外は据え置き。			
	今回改定		
	緊急加算	夜間加算	深夜加算
機能強化型(病床あり)	850	1,700	2,700
機能強化型(病床なし)	750	1,500	2,500
その他在支診・在支病	650	1,300	2,300
在支診・在支病以外	325	650	1,300
在宅患者緊急入院診療加算			
	改定前	今回改定	
機能強化型	1,300	2,500	
連携医療機関		2,000	
上記以外	630	1,000	
改定前 在宅ターミナル加算			
在支診・在支病	10,000		
それ以外	2,000		
→ 今回改定			
ターミナルケア加算			
機能強化型(病床あり)	6,000		
機能強化型(病床なし)	5,000		
その他在支診・在支病	4,000		
在支診・在支病以外	3,000		
看取り加算	3,000		

現在の届出状況

在支診の2012年6月1日時点の届出状況は、診療所全体では、単独強化型0.6%、連携強化型3.8%であり、強化型の合計は4.4%であった。その他の在支診も含めると、在支診の届出を行っているのは14.7%であった（図3.8.1）。

また診療科別では、在支診（単独強化型、連携強化型、その他在支診）の届出が1割以上であるのは、内科、外科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科、人工透析科であった（図3.8.2）。

図 3.8.1 診療所 在宅療養支援診療所の届出状況

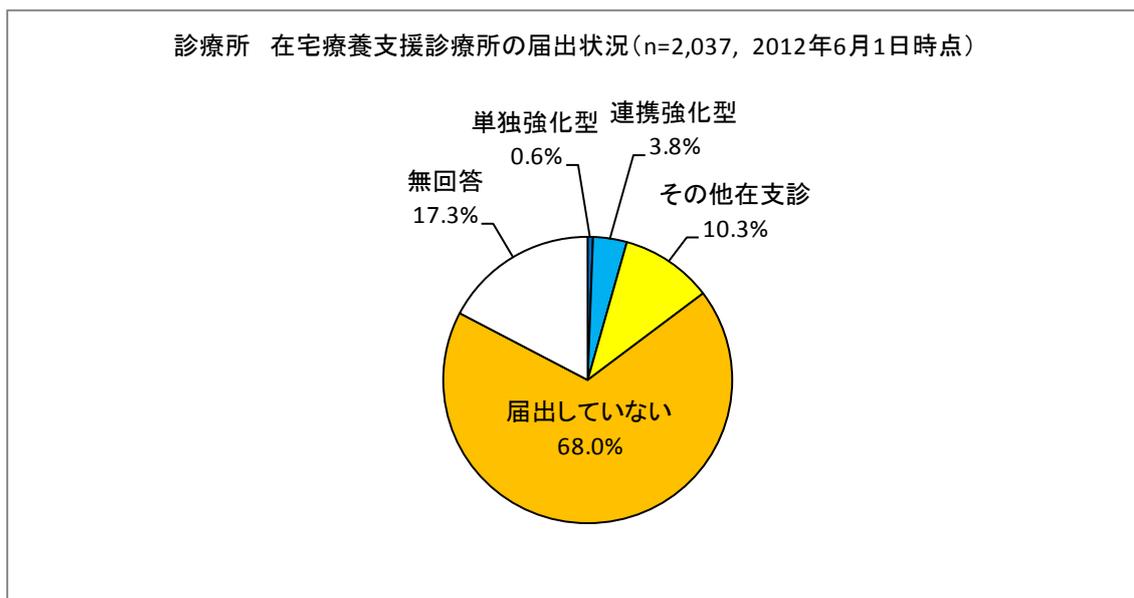
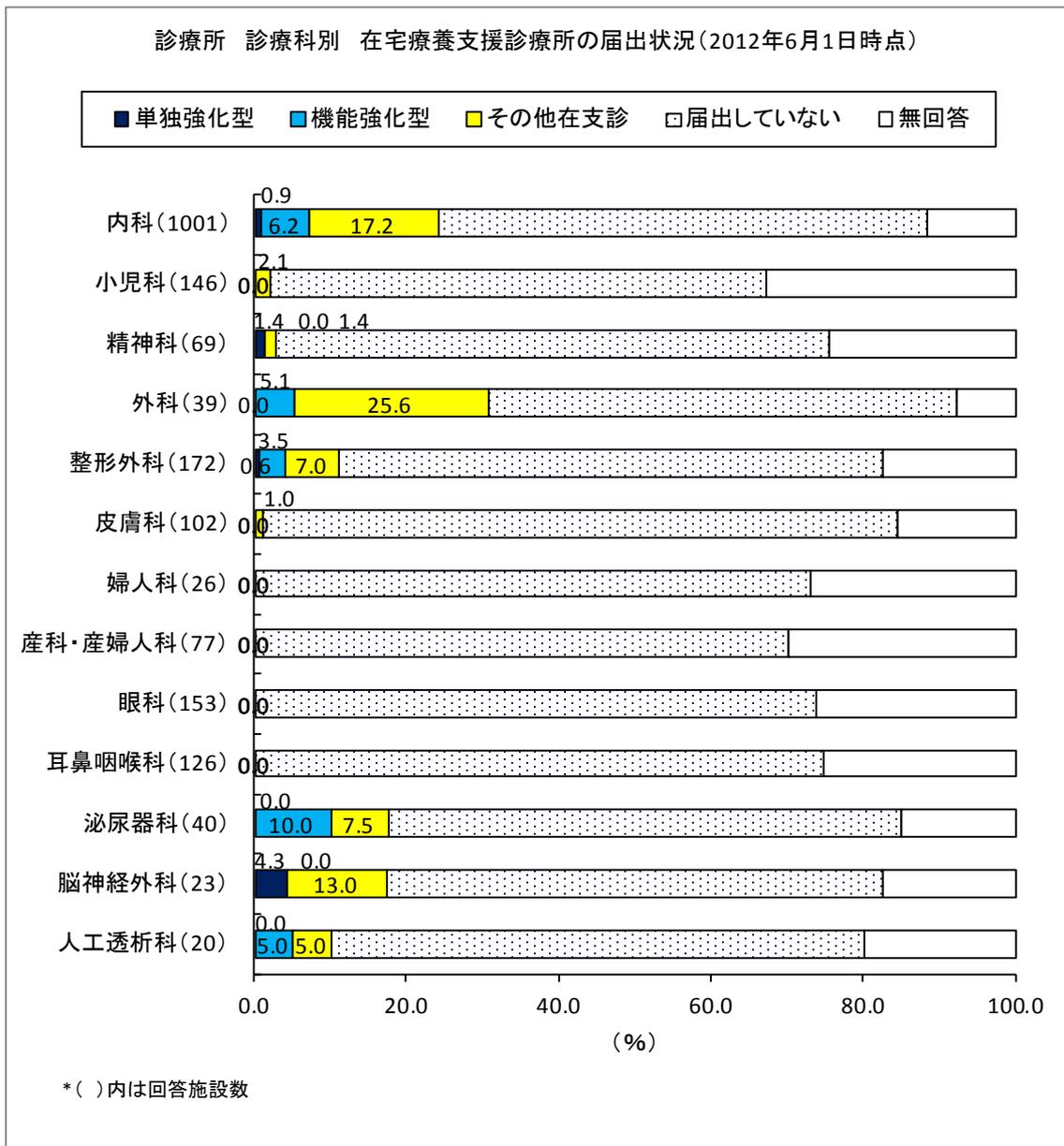


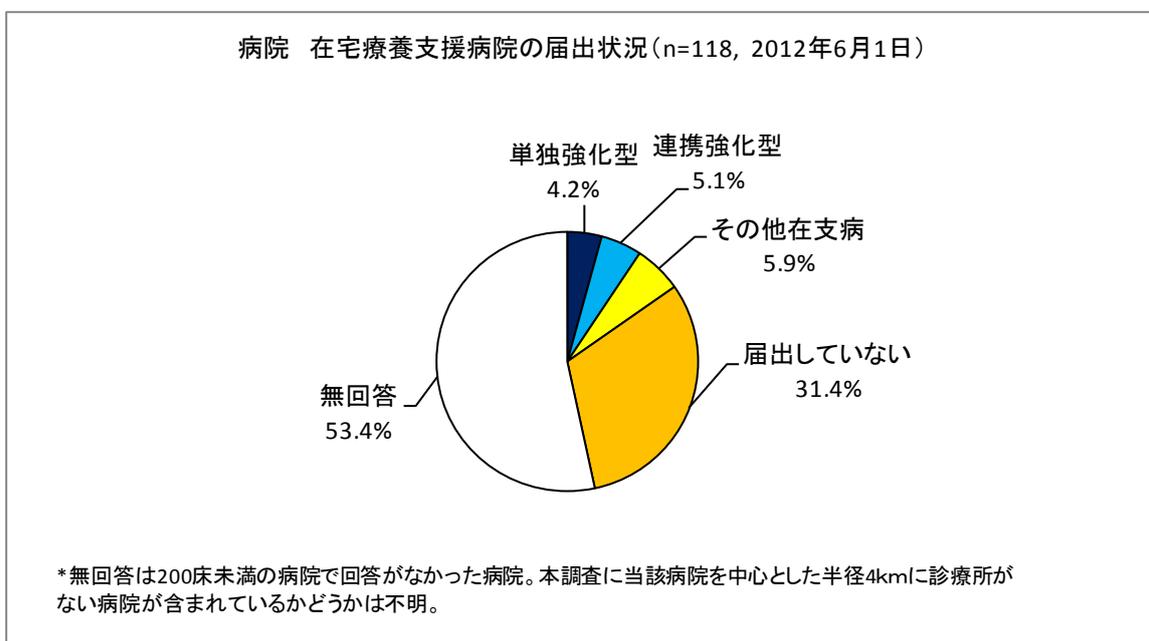
図 3.8.2 診療所 診療科別 在宅療養支援診療所の届出状況



在支病の2012年6月1日時点の届出状況は、単独強化型4.2%、連携強化型5.1%であり、この合計で9.3%であった。その他在支病も含めると、在支病の届出を行っているのは15.3%であった（図3.8.3）。

なお本分析では、分母は許可病床数200床未満の病院を対象にした（本調査では、当該病院を中心とした半径4kmに診療所がない病院は不明）。無回答が多いのは、そもそも在宅医療を提供していない病院が少なくないためではないかと推察される。

図 3.8.3 病院 在宅療養支援病院の届出状況



昨年度と現在の届出状況の比較

昨年度末（2012年3月末）に在支診の届出をしていた診療所について、今年6月1日時点の届出状況を見ると、単独強化型が4.3%、連携強化型が26.2%であり、合計30.5%が強化型在支診に移行していた（図3.8.4）。

在支病の届出をしていた病院については、今年6月1日時点では、単独強化型が33.3%、連携強化型が26.7%であり、合計60.0%が強化型在支病に移行していた（図3.8.5）。また、昨年度には在支病ではなかった病院のうち7.5%が現在在支病になっている。

図 3.8.4 診療所 在支診の届出—昨年度末（3月末）と現在（6月1日）—

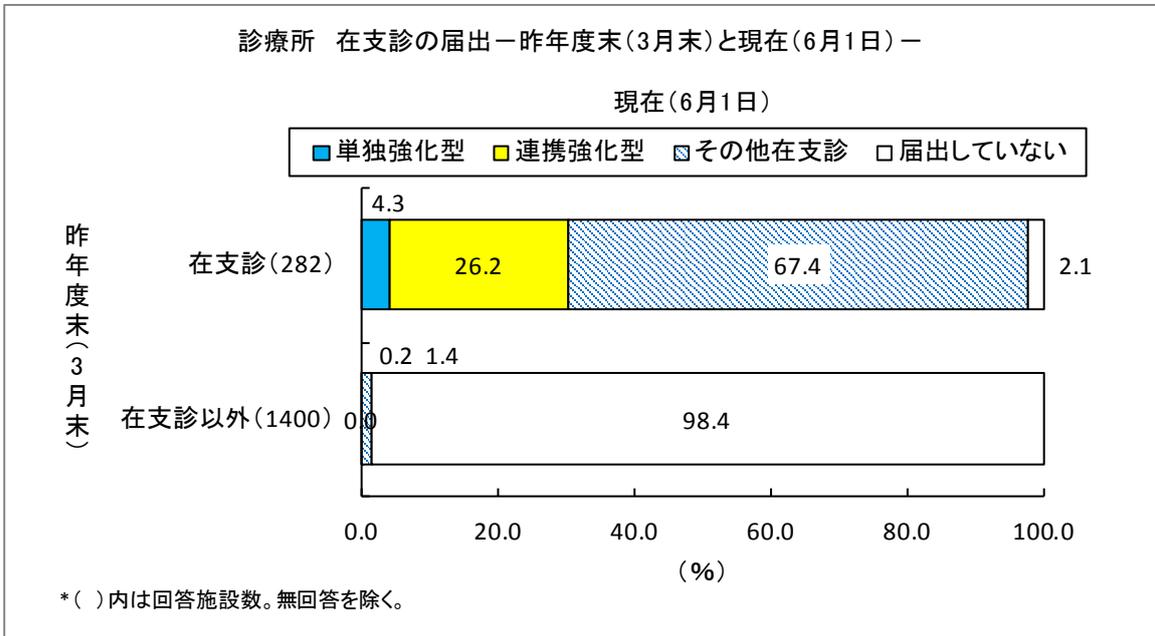
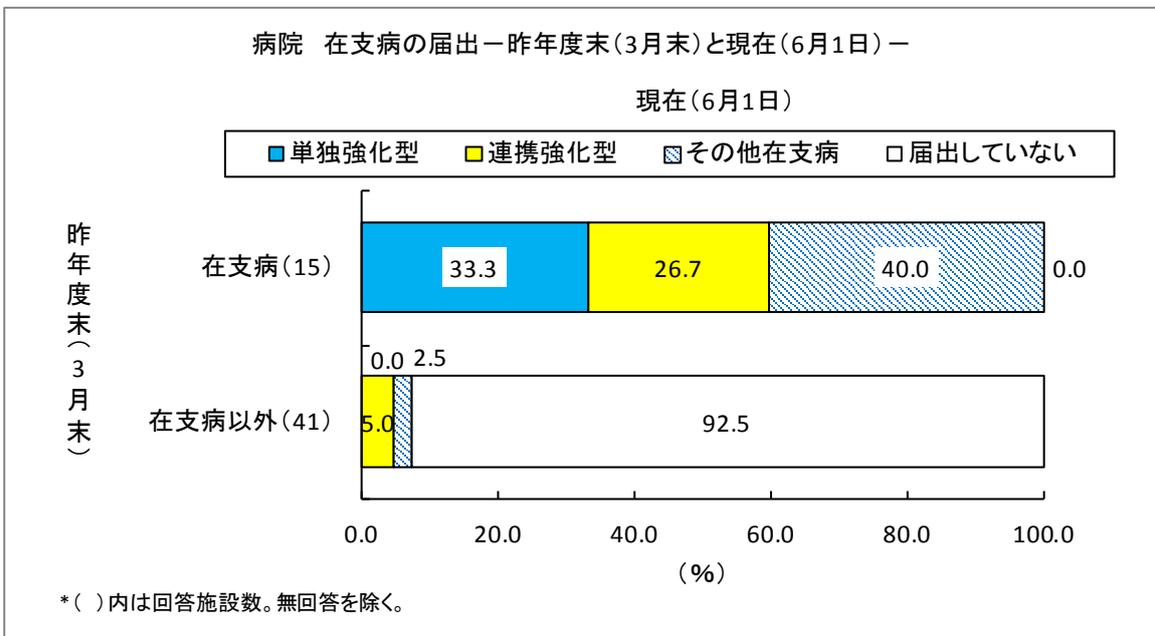


図 3.8.5 病院 在支病の届出—昨年度末（3月末）と現在（6月1日）—



今後の届出予定

今後（1～2年後）、在支診を届出するかどうかを質問したところ、強化型在支診ではほとんどが現状維持の意向であった。その他の在支診のうち、強化型在支診を届出する意向のあるところは20.3%（単独3.6%、連携16.7%）であった。他方、現在、在支診の届出をしていない診療所で、今後在支診の届出をしたいとの意向があるところは3.2%（単独強化型0.5%、連携強化型1.4%、その他在支診1.3%）であった。（図 3.8.6）。

診療科別では、現在、在支診ではない施設で今後在支診（単独強化型、連携強化型、その他在支診）の届出をしたい意向があるのは、多い順に外科13.0%、脳神経外科6.7%、内科4.8%などであった（図 3.8.7）。

図 3.8.6 診療所 在支診の届出—現在（6月1日）と今後（1～2年後）—

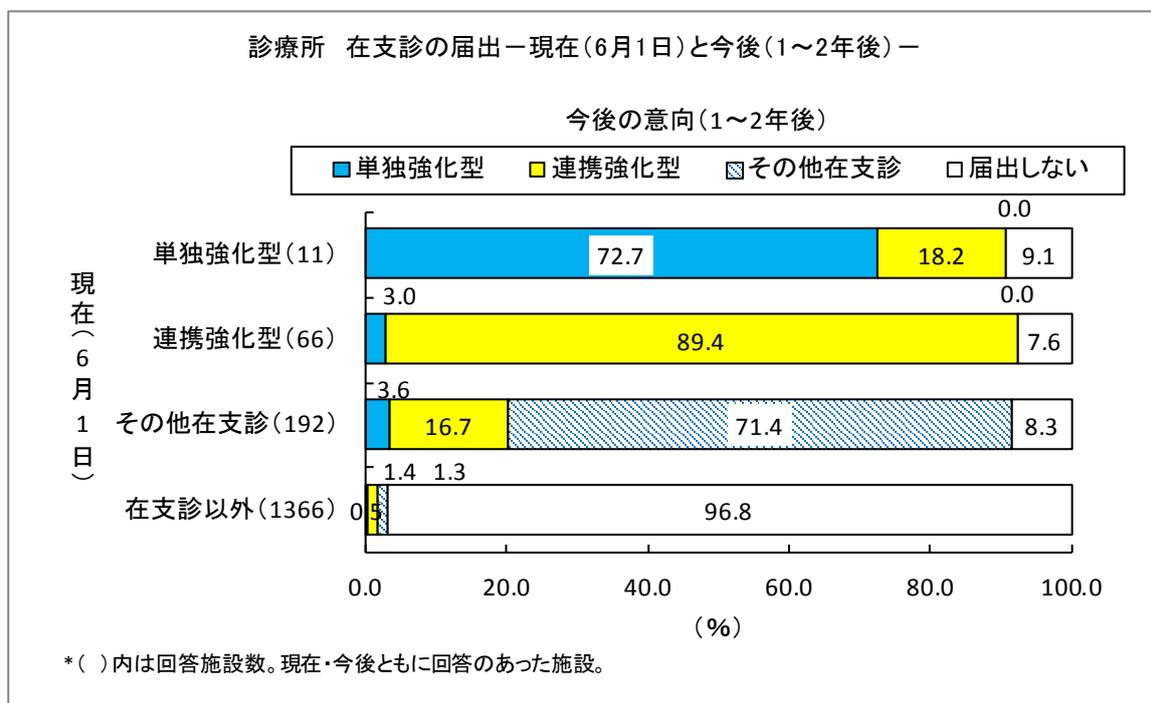
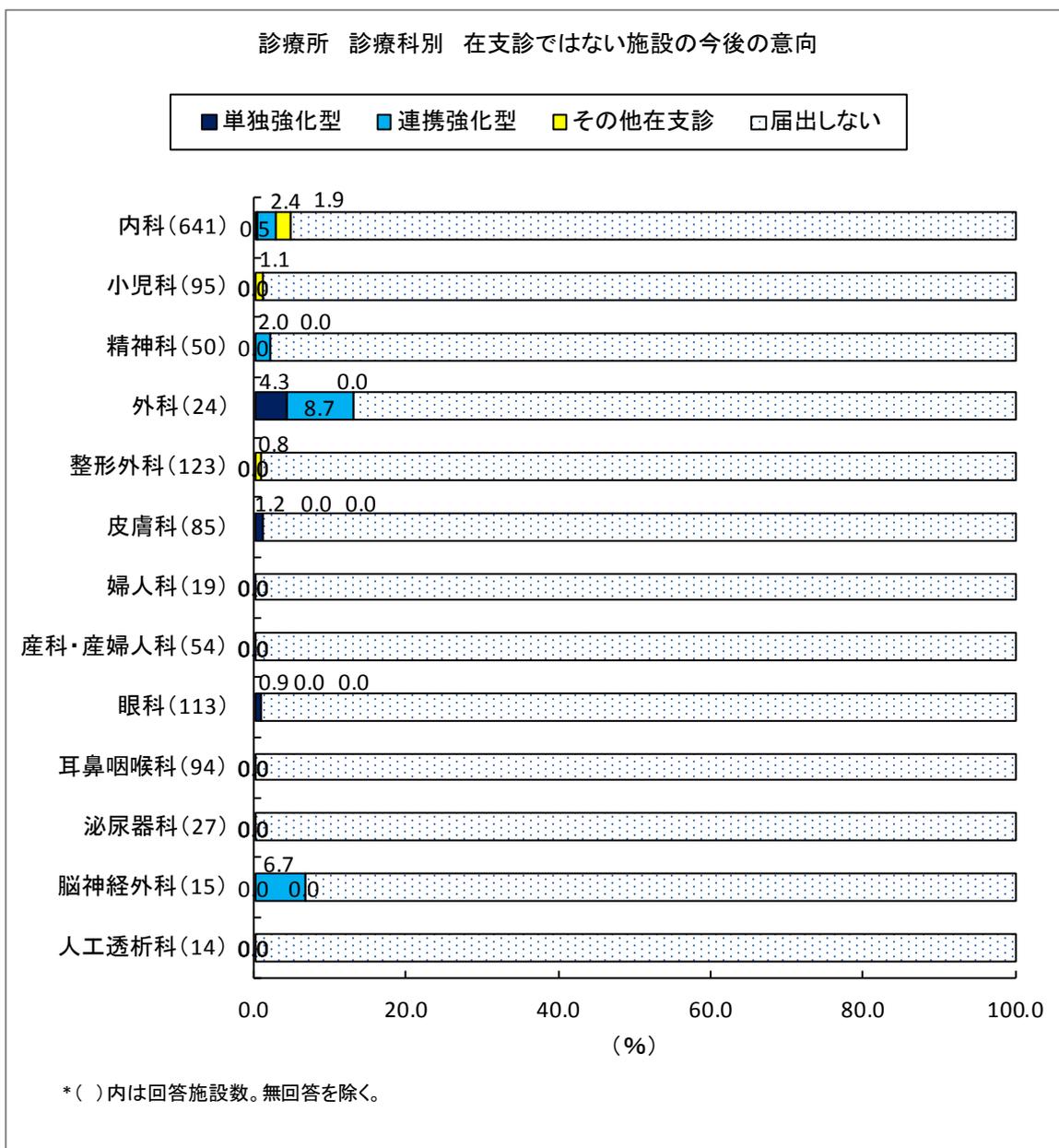
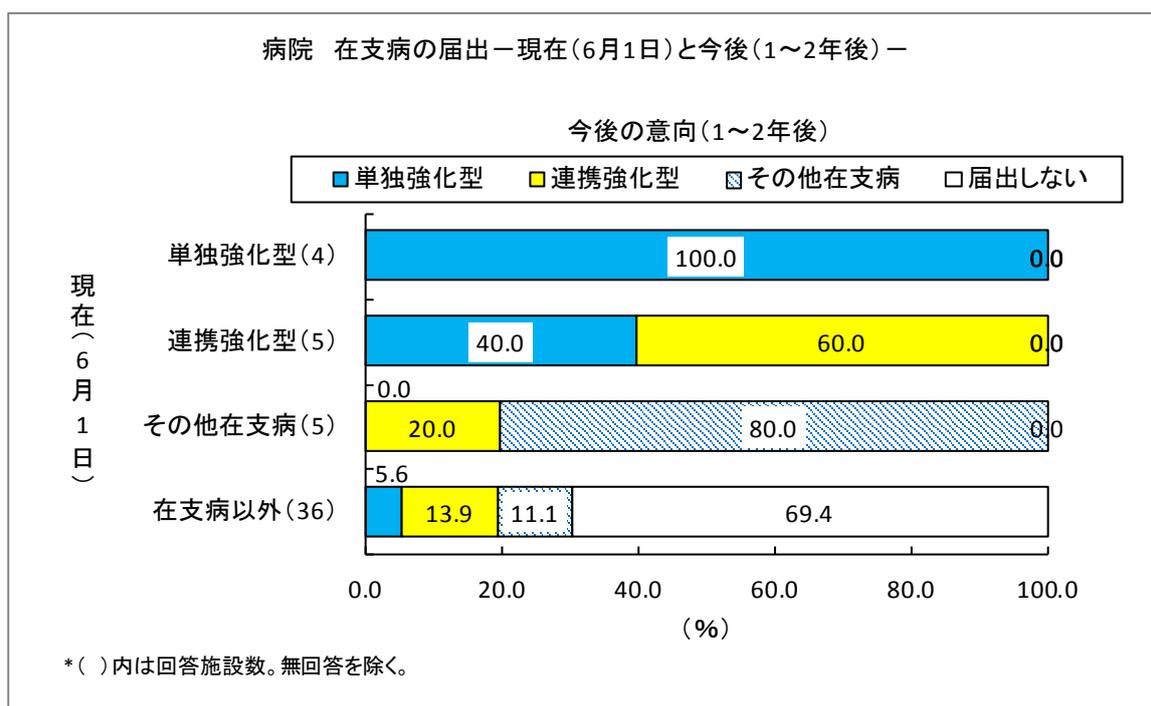


図 3.8.7 診療所 診療科別 在支診ではない施設の今後の意向



病院については、現在在支病ではない病院の 30.6%が在支病（連携強化型 5.6%、単独強化型 13.9%、その他在支病 11.1%）の届出をしないと回答していた（図 3.8.8）。

図 3.8.8 病院 在支病の届出－現在（6月1日）と今後（1～2年後）－



在宅医療を担当する医師数

在宅医療を担当する常勤医師数(実人数)は、診療所では単独強化型 3.2 人、連携強化型 1.4 人、その他の在支診 1.1 人、在支診以外 0.4 人であった(図 3.8.9)。

病院では、客体数が少ないので注意が必要であるが、単独強化型 4.4 人、連携強化型 1.3 人、その他の在支診 2.4 人、在支病以外 0.6 人であった(図 3.8.10)。

図 3.8.9 診療所 在宅医療を担当する常勤医師数(実人数)

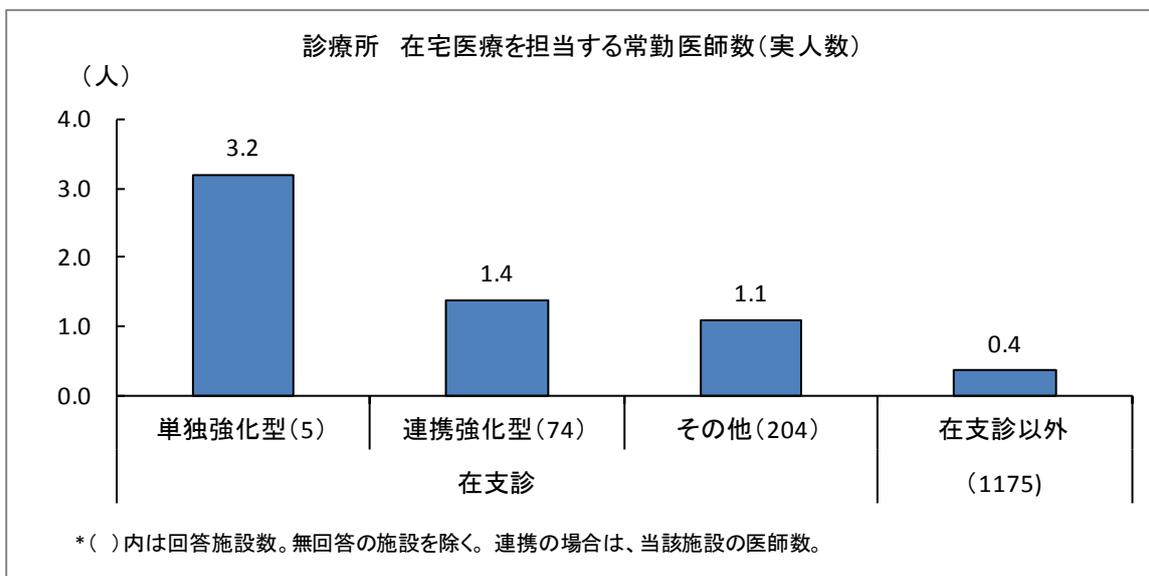
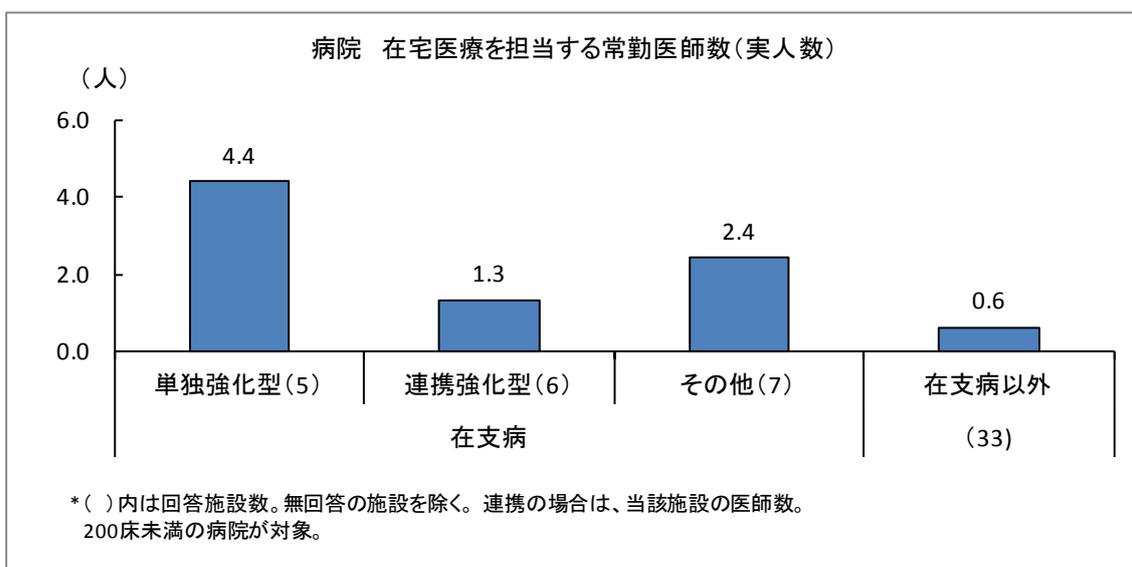
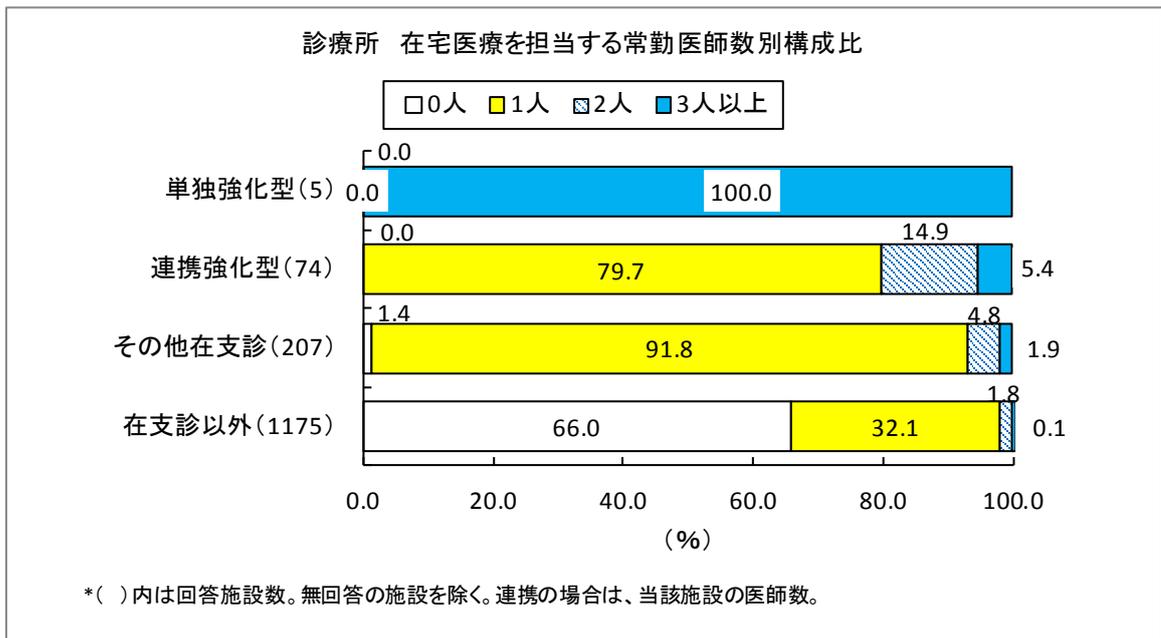


図 3.8.10 病院 在宅医療を担当する常勤医師数(実人数)



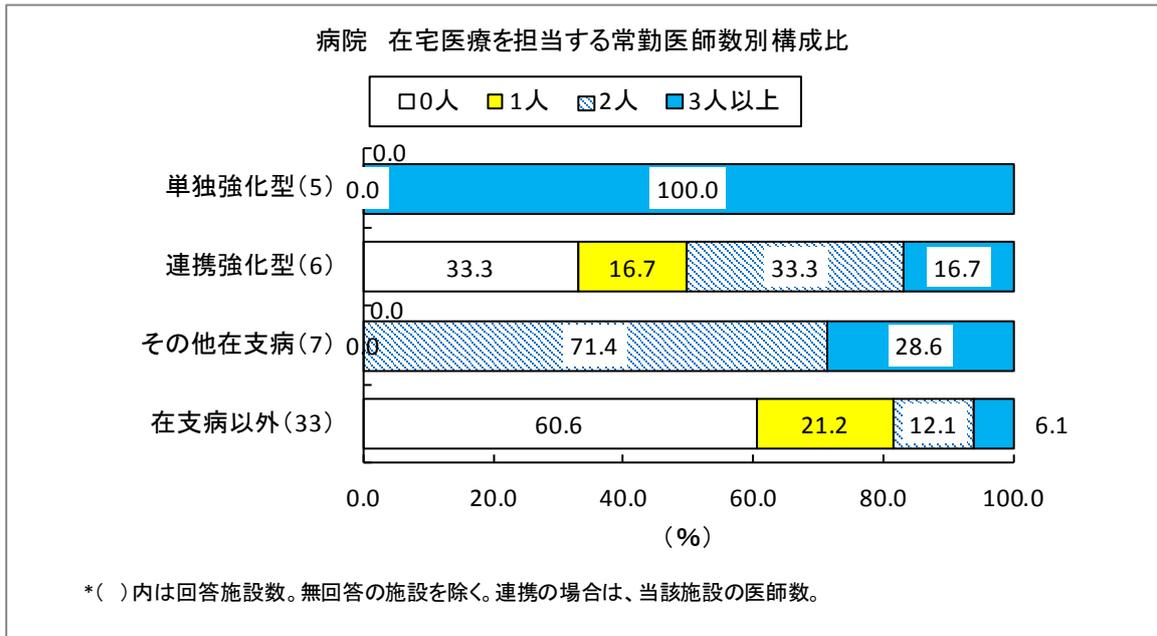
在宅医療を担当する医師が2人以上いる診療所は、単独強化型100.0%、連携強化型20.3%であった。その他の在支診のほとんどでは、在宅医療担当医師数は1人である。また、在支診以外では、在宅医療担当医師がいない診療所が66.0%ある一方、1人以上も34.0%ある（図3.8.11）。

図 3.8.11 診療所 在宅医療を担当する医師数別構成比



病院については、在支病では在宅医療担当医師が複数いるところが多かった。在支病以外では、在宅医療担当医師がいない病院が 60.6%あった(図 3.8.12)。

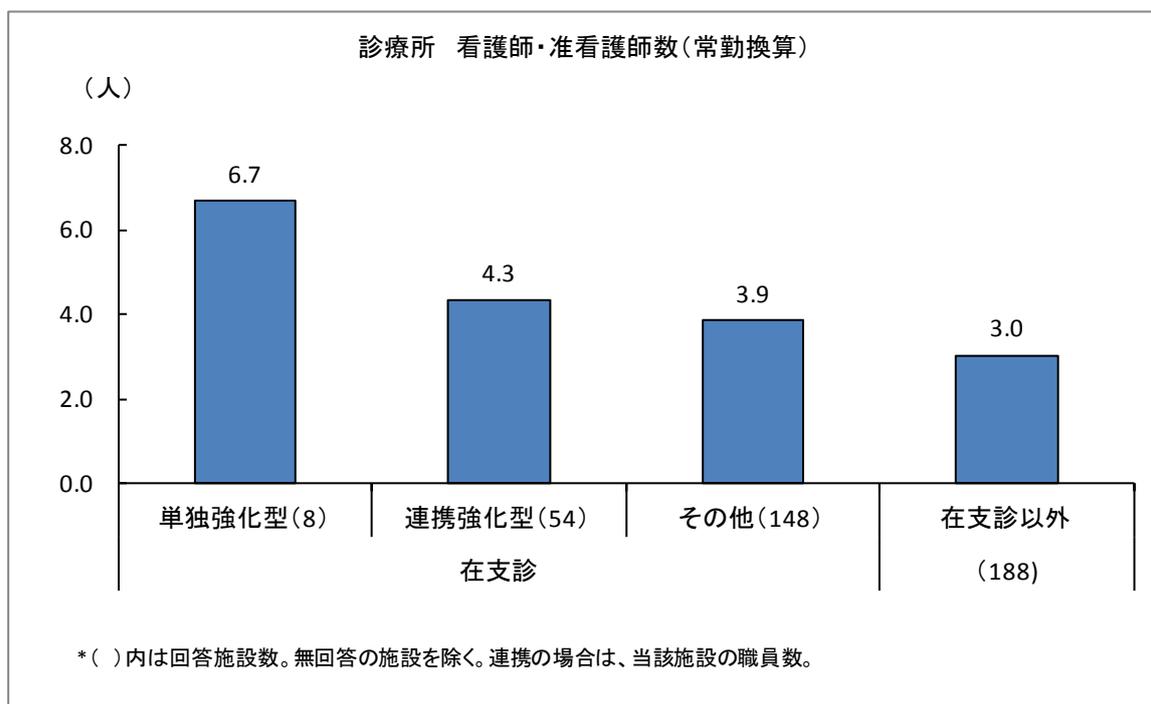
図 3.8.12 病院 在宅医療を担当する医師数別構成比



看護職員数

診療所の看護職員数に着目すると、看護師・准看護師の合計は、単独強化型 6.7 人、連携強化型 4.3 人、その他の在支診 3.9 人、在支診以外 3.0 人と明らかに違いがみられた（図 3.8.13）。

図 3.8.13 診療所 看護師・准看護師数（常勤換算）



緊急往診件数

過去1年間の緊急往診件数は、診療所では単独強化型 42.8 件、連携強化型 50.2 件、その他の在支診 17.4 件、在支診以外 2.9 件であった（図 3.8.14）。

病院では、単独強化型 44.2 件、連携強化型 4.2 件、その他の在支病 3.3 件、在支病以外 1.2 件であり、単独強化型を除いて診療所よりも少なかった（図 3.8.15）。

図 3.8.14 診療所 過去1年間の緊急往診件数

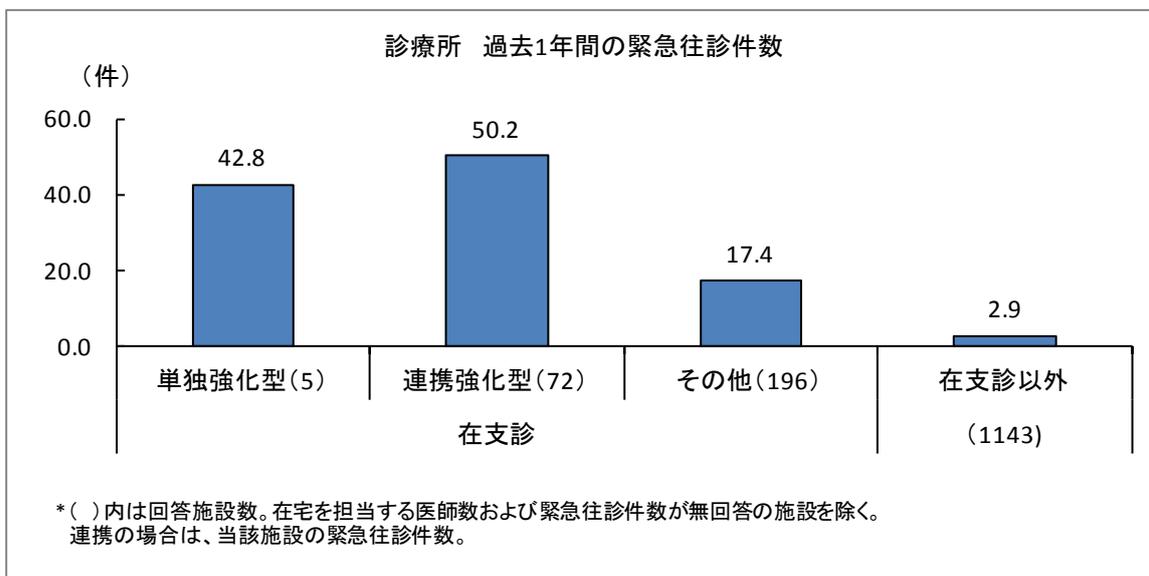
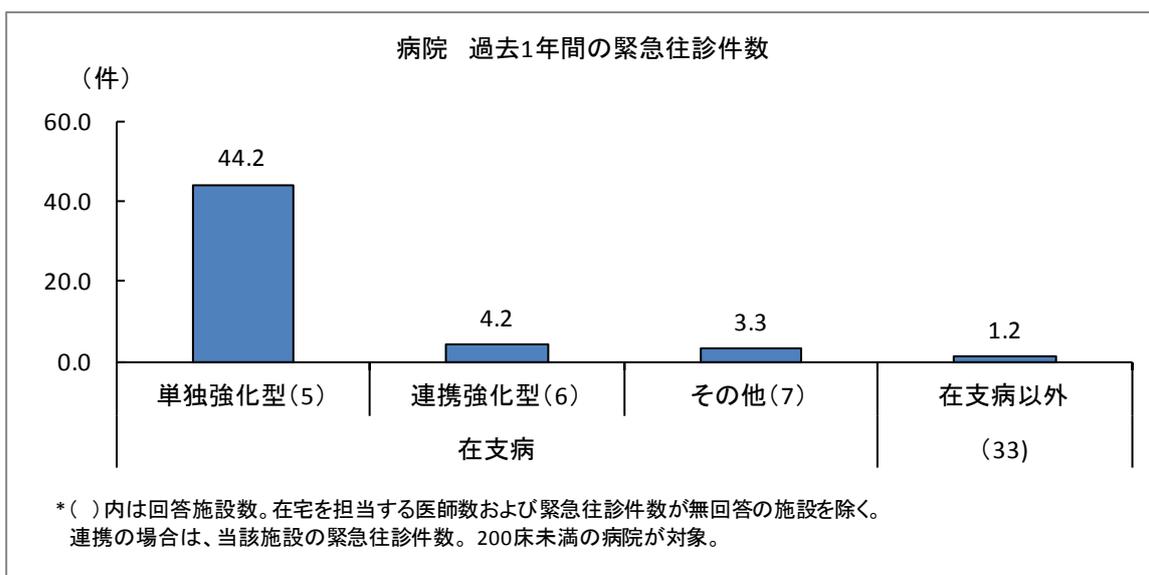


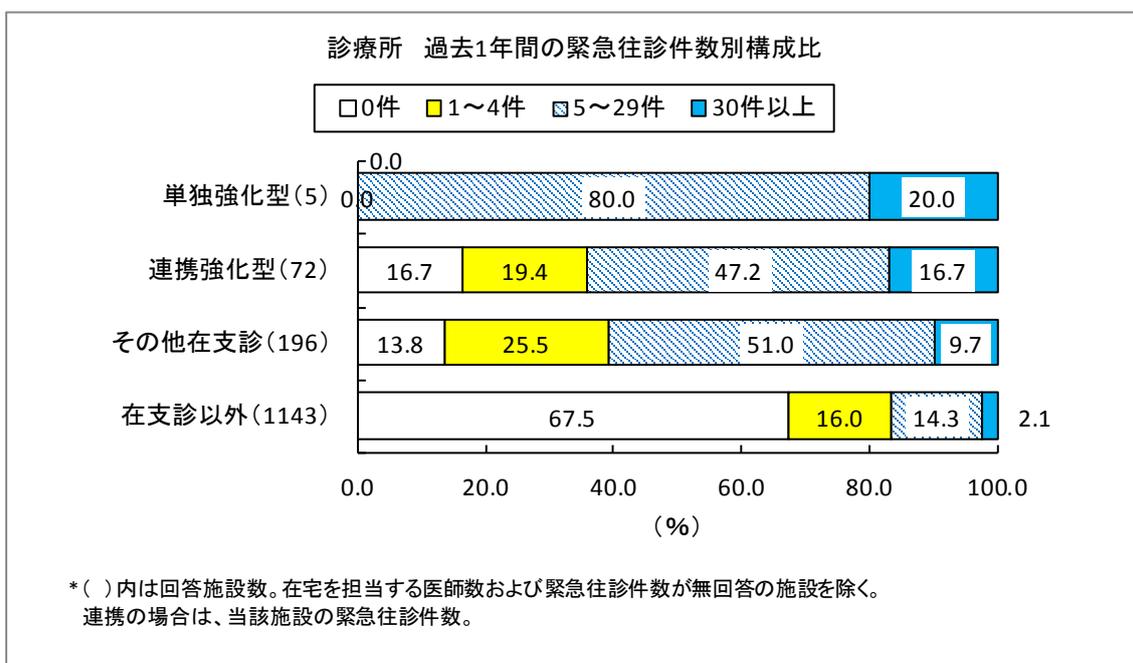
図 3.8.15 病院 過去1年間の緊急往診件数



機能強化型在支診（在支病）の過去1年間の緊急往診件数についての要件は5件以上である。

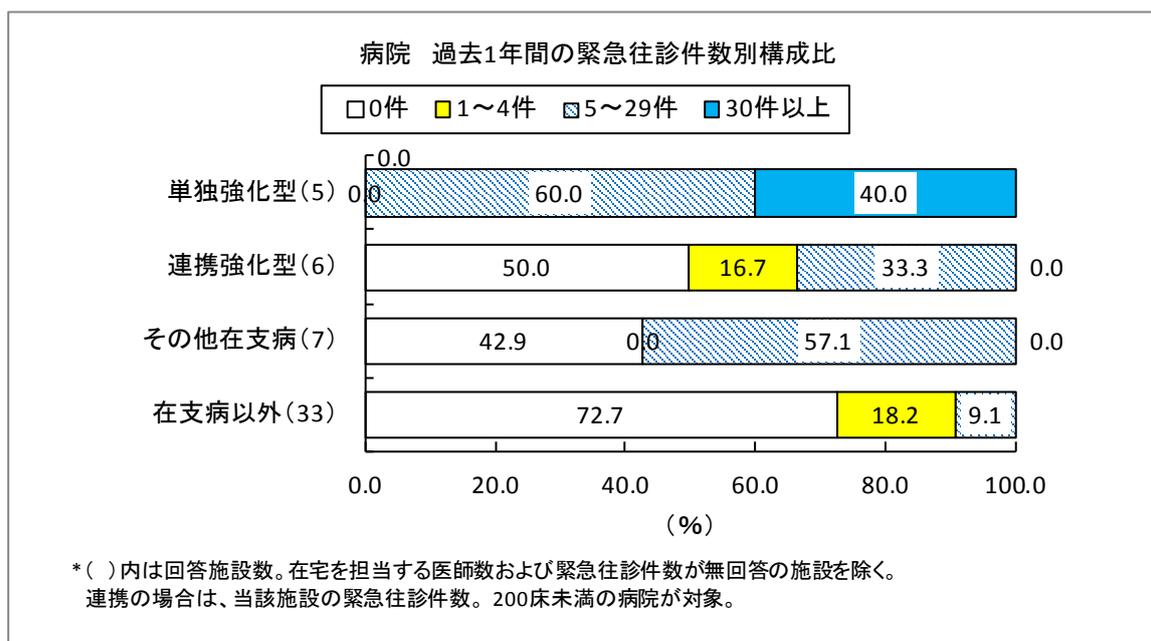
連携強化型では、連携で5件以上あれば良いので、診療所の連携強化型の中には自院では緊急往診をしていない（0件）施設が16.7%ある。一方、在支診以外の診療所においても、1～4件が16.0%、5件以上が16.4%（5～29件14.3%、30件以上2.1%）あった（図3.8.16）。

図 3.8.16 診療所 過去1年間の緊急往診件数別構成比



病院については、客体数が少ないこともあり、ばらつきが見られたが、在支病以外の病院においても、5件以上が9.1%あった（図 3.8.17）。

図 3.8.17 病院 過去1年間の緊急往診件数別構成比



在宅看取り件数

過去1年間の在宅における看取り件数は、診療所では、単独強化型 48.0 件、連携強化型 7.2 件、その他の在支診 4.0 件、在支診以外 0.7 件であった（図 3.8.18）。

病院では、単独強化型 7.2 件、連携強化型 2.8 件、その他の在支病 1.9 件、在支病以外 0.2 件であり、診療所に比べてかなり少なかった（図 3.8.19）。

図 3.8.18 診療所 過去1年間の在宅における看取り件数

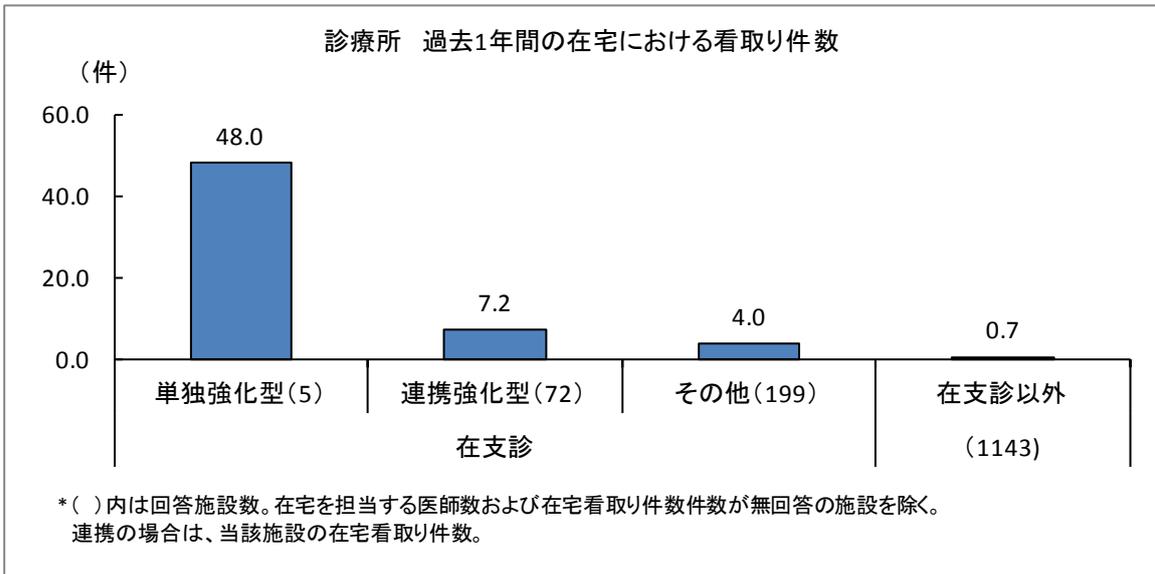
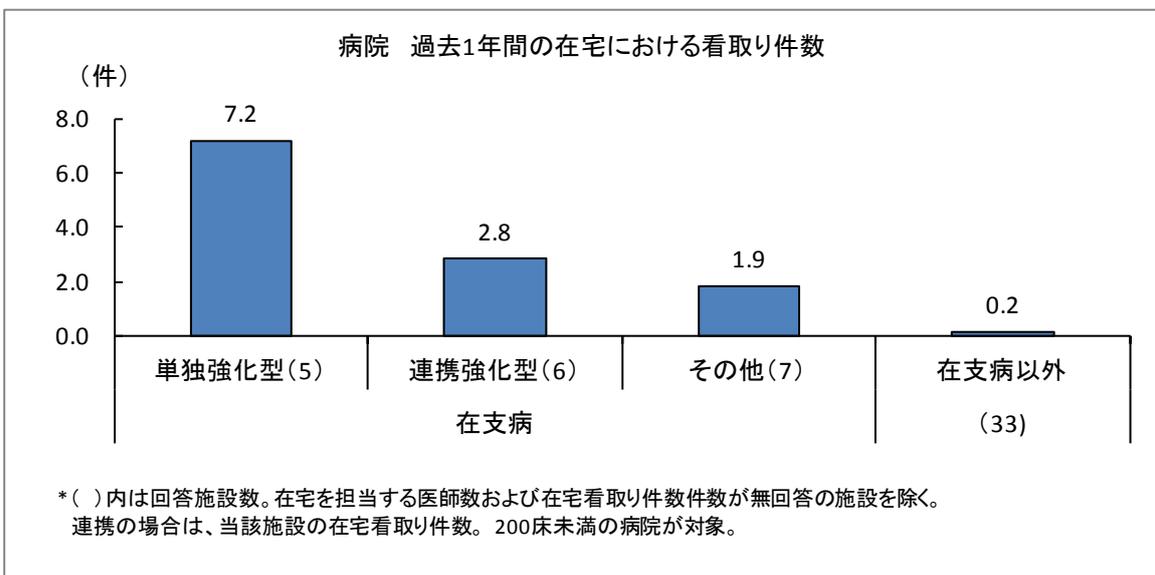


図 3.8.19 病院 過去1年間の在宅における看取り件数



機能強化型在支診（在支病）の過去1年間の在宅における看取りについての要件は2件以上である。

診療所では、2件以上は単独強化型以外では、連携強化型66.7%、その他の在支診46.7%であった。在支診以外の診療所でも、看取り件数2件以上が12.8%あった（図 3.8.20）。

病院では、2件以上は、連携強化型50.0%、その他の在支病42.9%であった（図 3.8.21）。

図 3.8.20 診療所 過去1年間の在宅における看取り件数別構成比

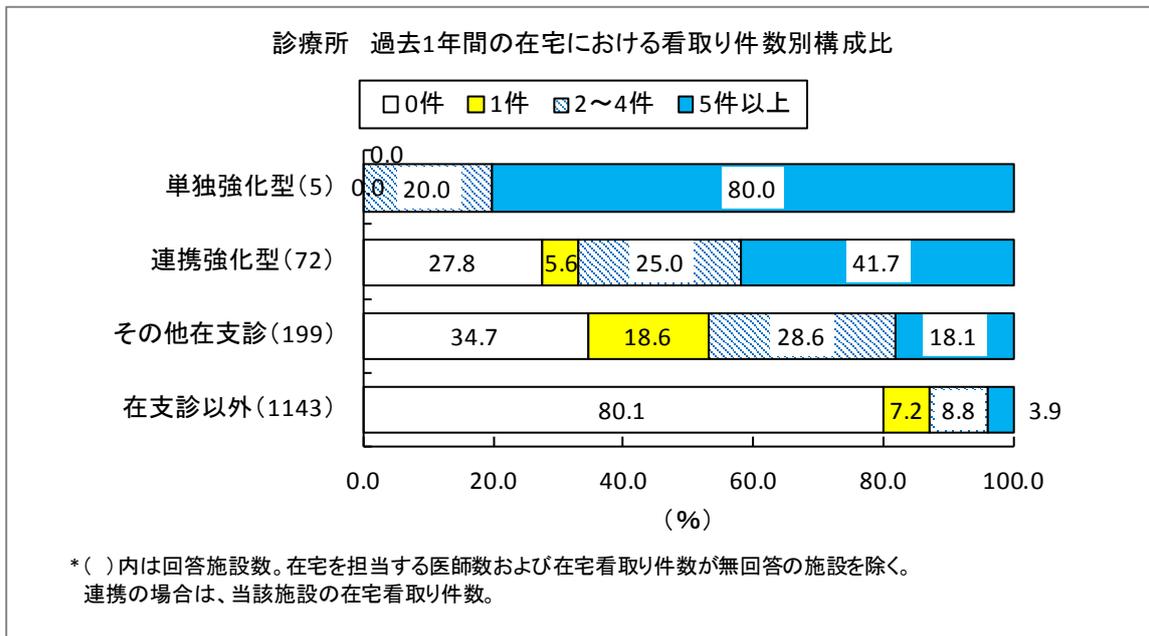
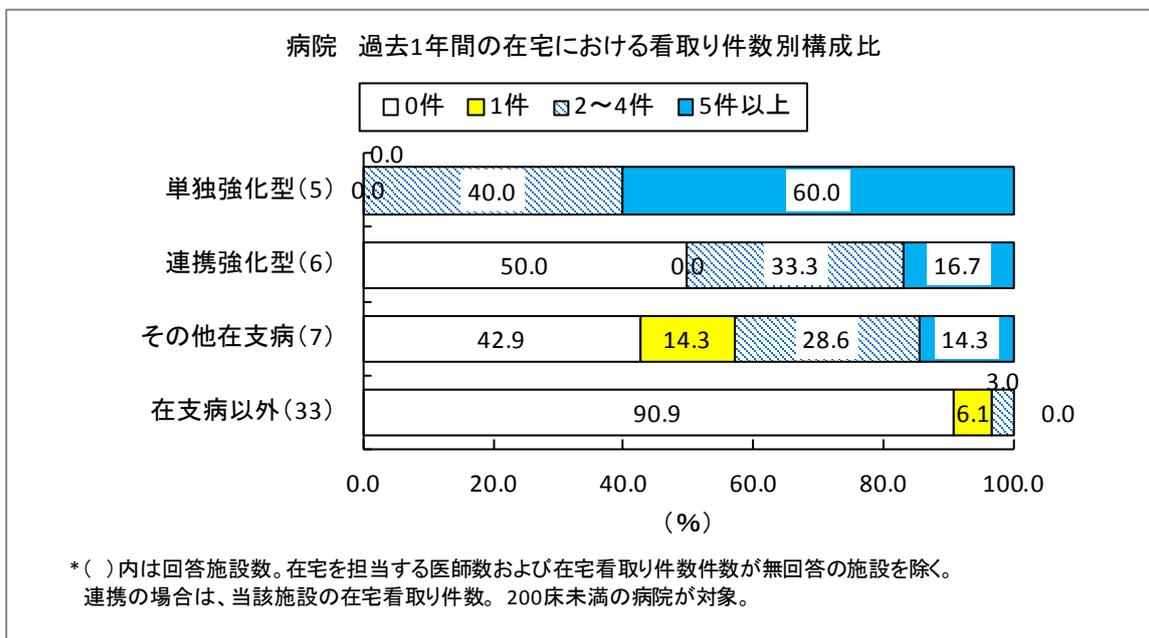


図 3.8.21 病院 過去1年間の在宅における看取り件数別構成比

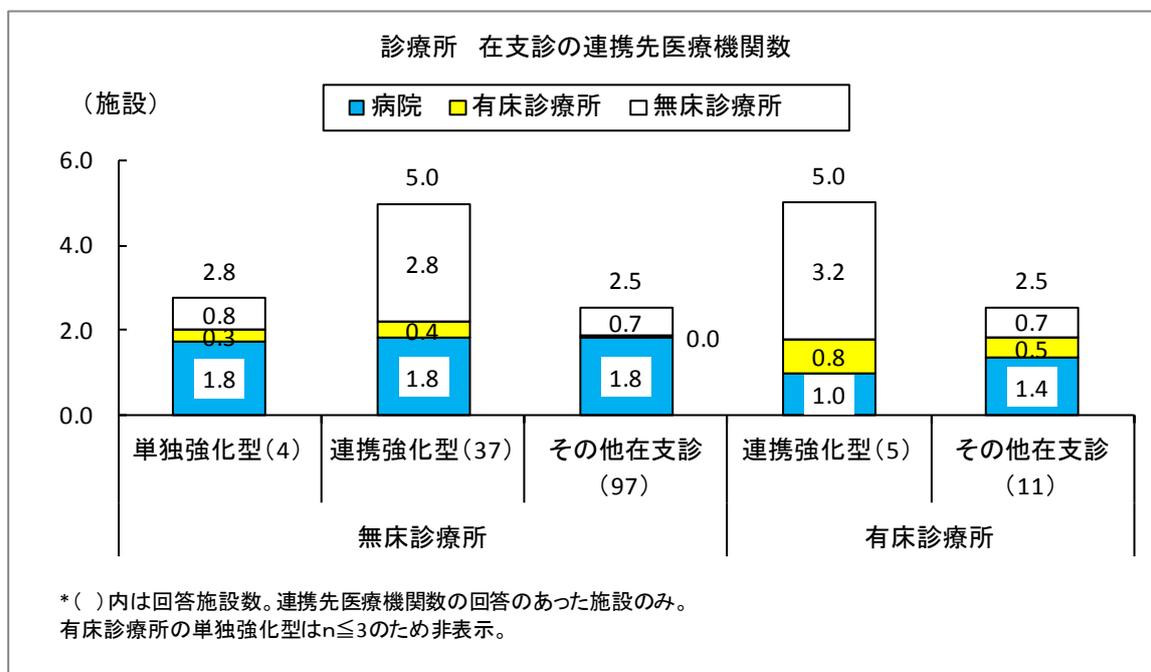


連携先医療機関数

連携先医療機関数は、もっとも多いのは、無床診療所の連携強化型であり、合計 5.0 施設うち病院 1.8 施設、有床診療所 0.4 施設、無床診療所 2.8 施設であった（図 3.8.22）。また無床診療所のその他在支診では、有床診療所と連携しているところはほとんどなかった。

（病院は連携先医療機関数の回答があった施設が少なかったため省略）

図 3.8.22 診療所 在支診の連携先医療機関数



緊急往診回数および在宅看取り件数の総数

ここでは、本調査で回答のあった施設の緊急往診回数および在宅看取り件数の総数を集計し、診療所の種類別割合を求めた。

緊急往診回数については、前述したように在支診以外は 1 施設当たりの回数は少ないが、総数では緊急往診総回数の 30.9% を担っていた（図 3.8.23）。

在宅看取り件数も、在支診以外は 1 施設当たりの件数は少ないが、総数では

在宅看取り総件数の 32.5%を担っていた（図 3.8.24）。

図 3.8.23 診療所 過去1年間の緊急往診総回数の診療所種類別内訳

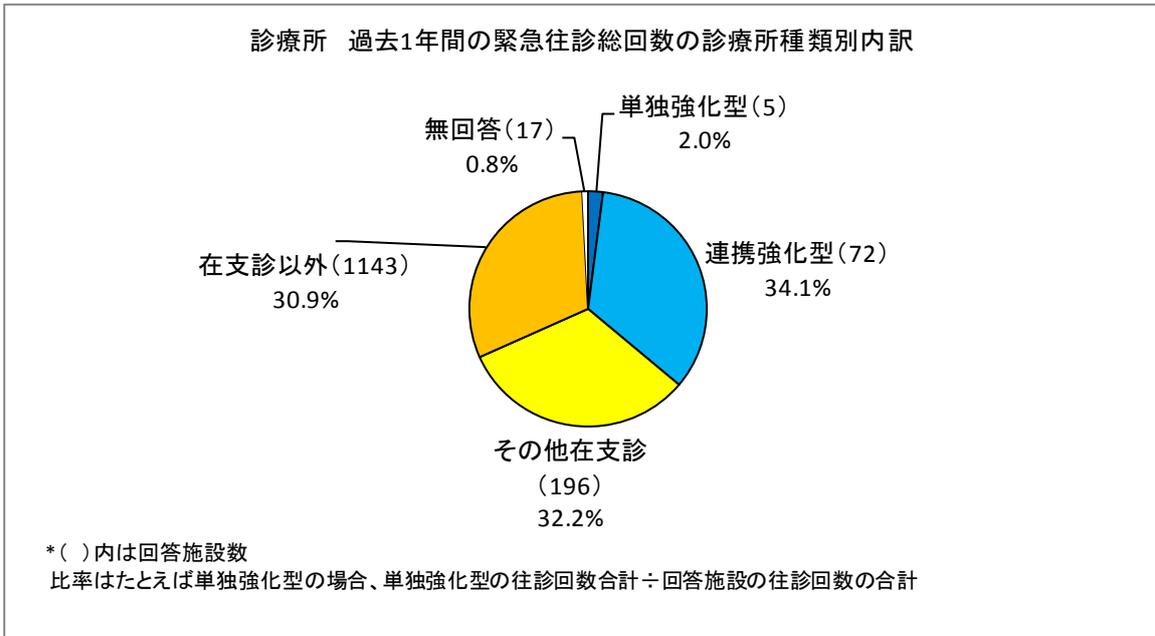
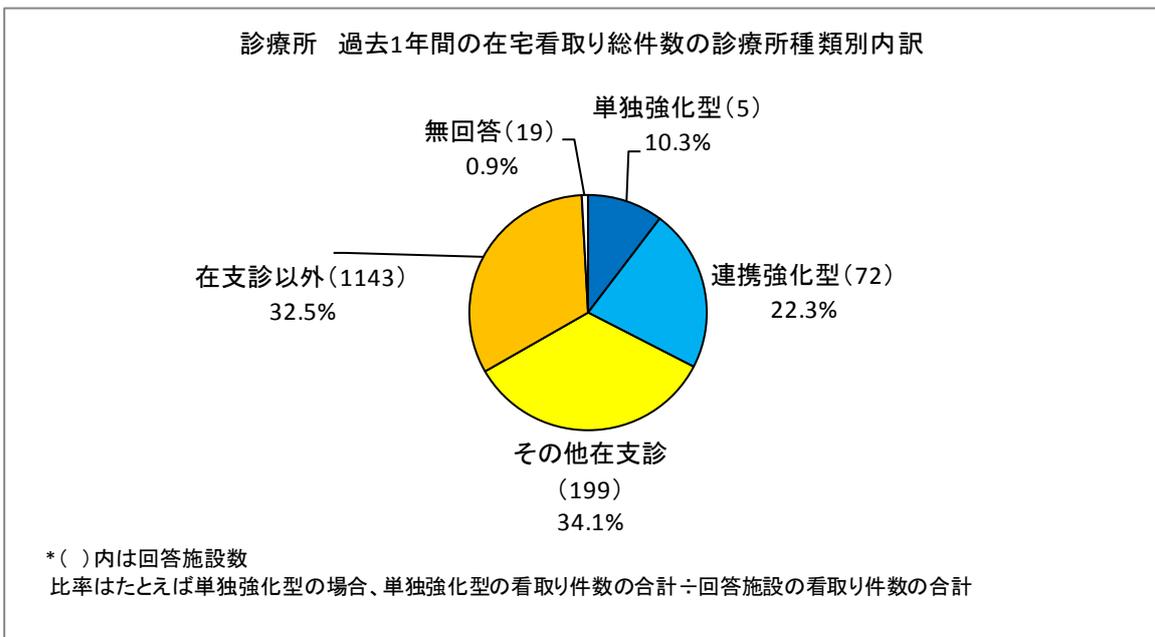


図 3.8.24 診療所 過去1年間の在宅看取り総件数の診療所種類別内訳



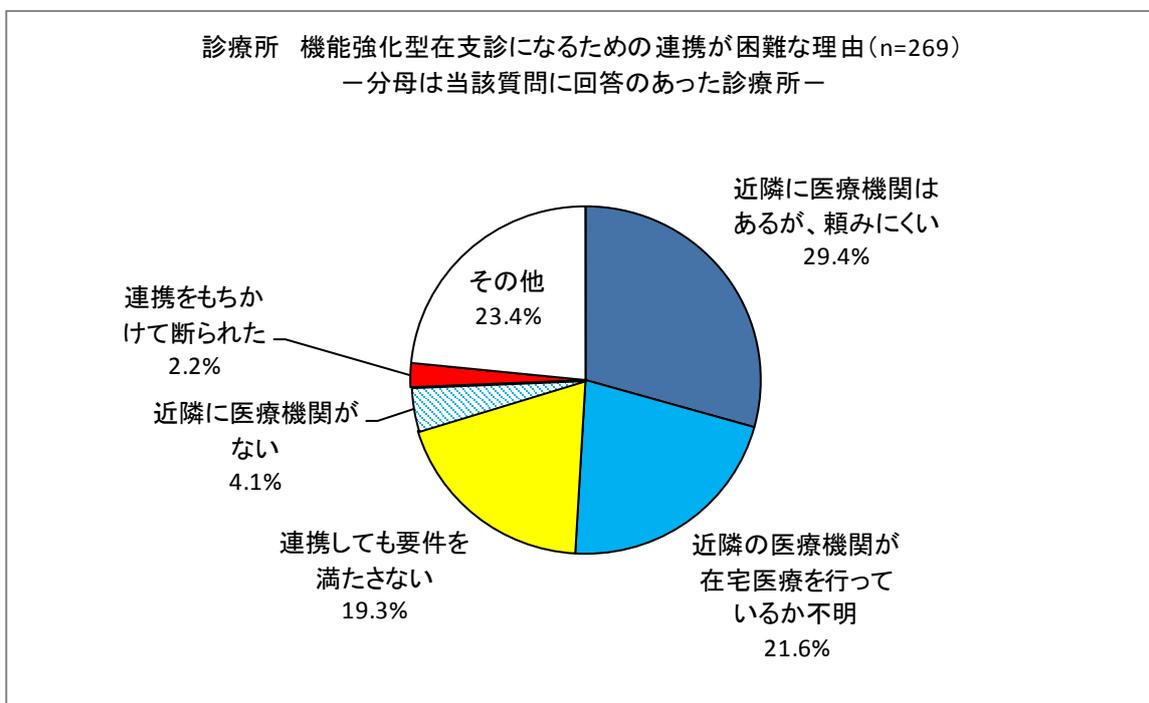
機能強化型在支診になるため連携が困難な理由

連携によって機能を強化した在支診の届出をしたいが、現在は届出ができていないという診療所にその理由を質問した。

診療所でもっとも多いのは「近隣に在宅医療を行っている医療機関はあるが、よく知らないので頼みにくい」で 29.4%であった。ついで、「近隣に医療機関があるが、在宅医療を行っているかどうかよくわからない」が 21.6%であった。

「その他」は準備中、検討中などのほか、「連携時の運用ルールを決めることが困難」、「連携によって患者負担が増加するが患者にとってのメリットを提示できないため」などの記述があった（図 3.8.25）。

図 3.8.25 診療所 機能強化型在支診になるための連携が困難な理由



在支診・在支病の届出をしていない理由

診療所では、在支診の届出をしていない理由では、「24 時間訪問看護の提供が可能な体制の整備ができない」がもっとも多く 65.3%であった。ついで、「24 時間往診が可能な体制を確保できない」が 52.3%であった（図 3.8.26）。

病院では、在支病の届出をしていない理由では、「24 時間往診が可能な体制を確保できない」がもっとも多く 67.6%であった。ついで、「24 時間連絡を受ける医師、看護師の指定が困難」が 56.8%であった（図 3.8.27）。また「その他」の中では、「患者負担につながる」という記載がいくつかあった。

図 3.8.26 診療所 在支診の届出をしていない理由

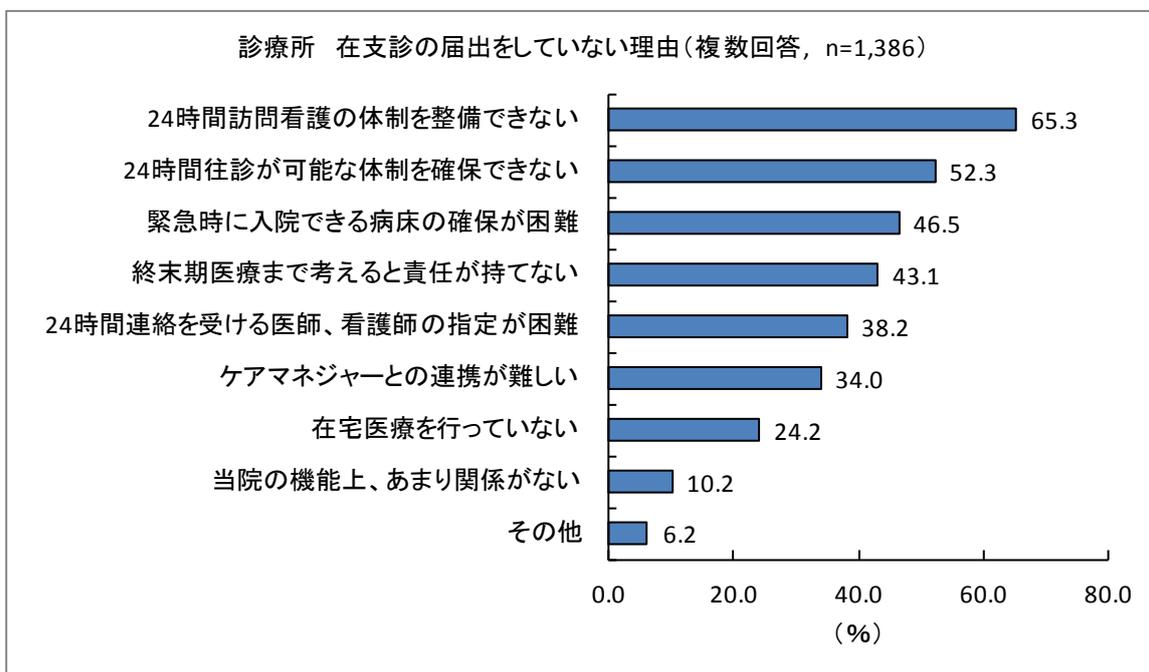
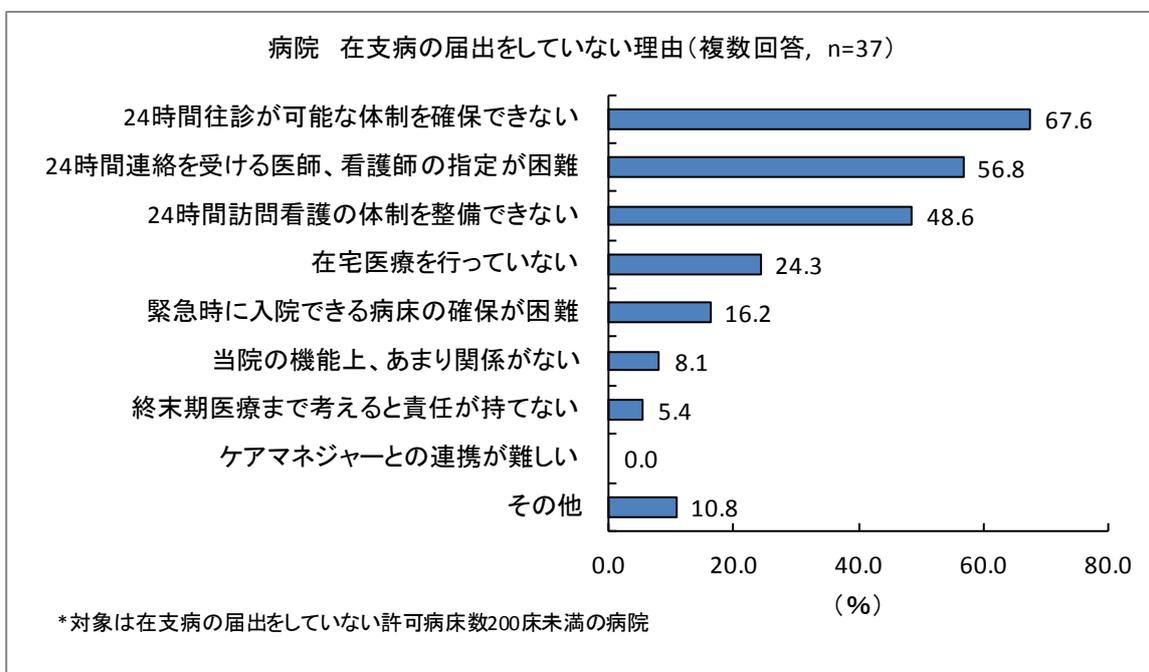


図 3.8.27 病院 在支病の届出をしていない理由



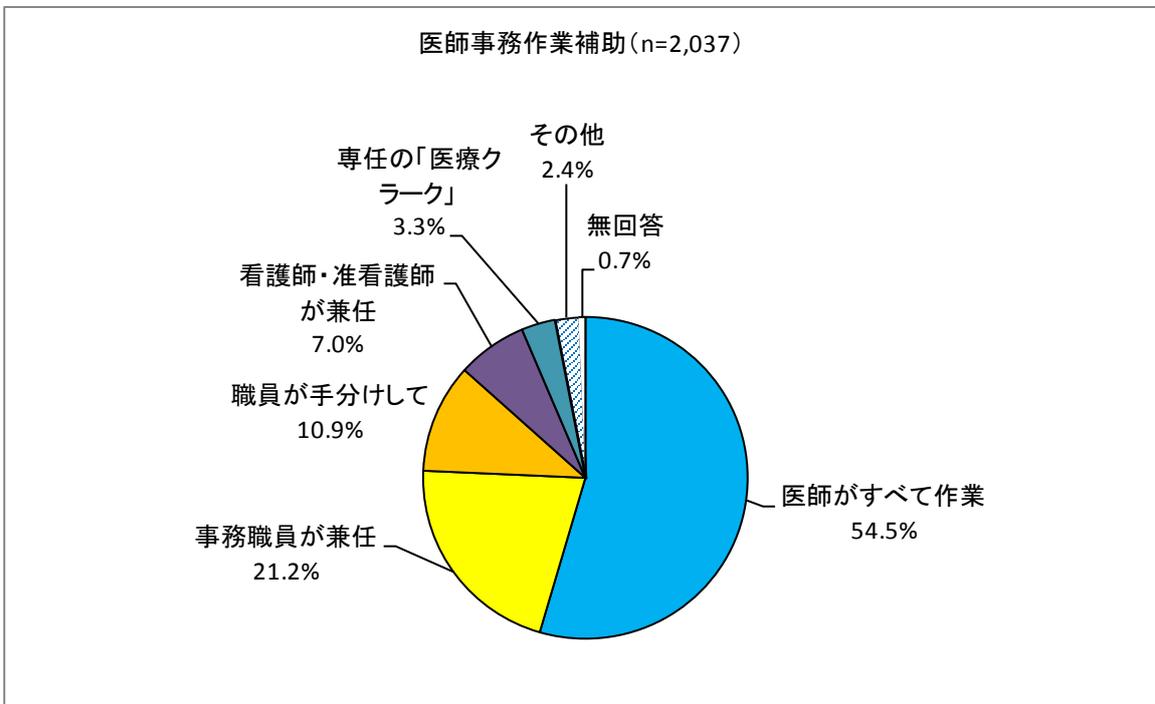
3.9. 診療所 医師事務作業補助

2008年度の診療報酬改定で、病院の医師事務作業補助体制加算が新設された。診療所にも同じような評価が必要かどうかを検討するため、医師事務作業に関連した業務担当者を質問した。

医師事務作業補助にあたる業務については、「医師がすべて作業」しているという診療所が54.5%で半数以上であった。ついで「事務職員が兼任」が21.2%、「職員が手分けして」が10.9%であった。「専任（職員）の『医療クラーク』が行っているところは3.3%（68施設）であった（図3.9.1）。

また「専任（職員）の『医療クラーク』が行っている施設における、当該業務に携わる職員数は平均1.75人であった。

図 3.9.1 医師事務作業補助



3.10. 診療所 時間外対応加算

2010年度改定で、地域医療貢献加算（再診時3点）が新設された。要件は、標榜時間外であっても、緊急病変時等において、患者から問い合わせがあった場合に、患者に対して必要な指導を行うこと等であった。

2012年度改定では、地域医療貢献加算という名称が時間外対応加算に変更され、かつ評価が細分化された（表 3.10.1）。また、問い合わせに対応すべき患者について、診療所を継続的に受診している患者であることが明確にされた。

表 3.10.1 時間外対応加算の概要

時間外対応加算

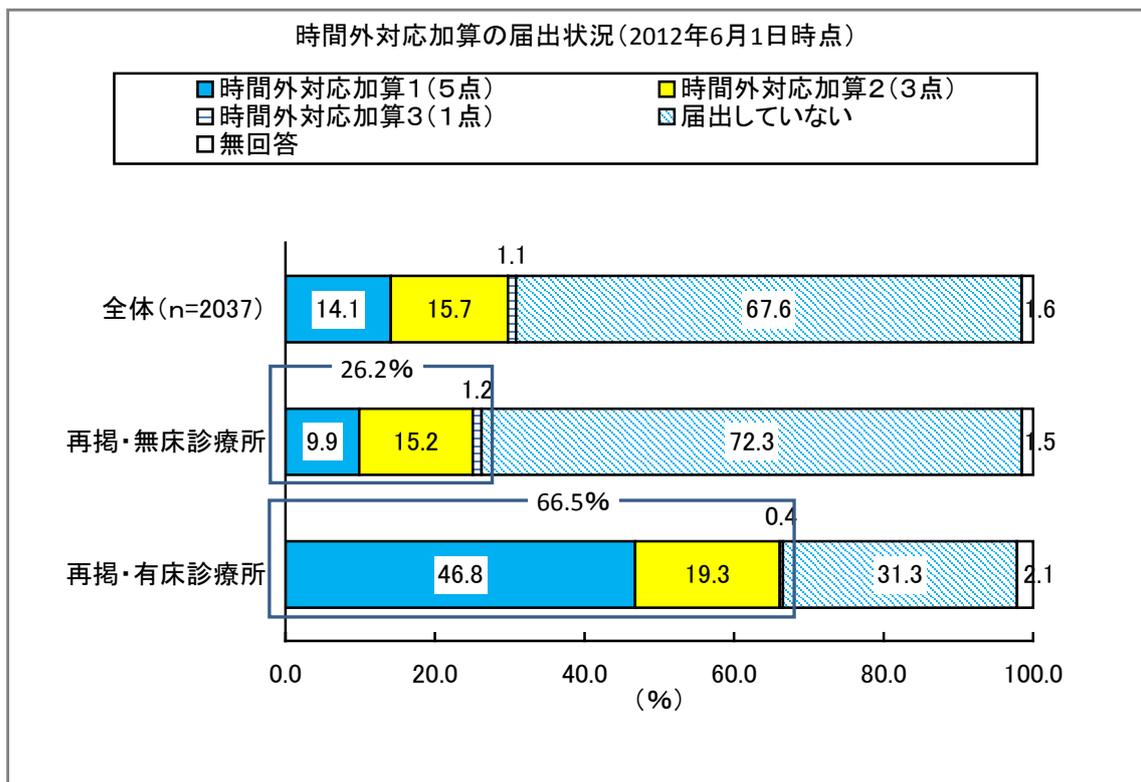
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせへの対応

時間外対応加算1 5点	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として当該診療所で常時対応
時間外対応加算2 3点	<ul style="list-style-type: none"> ・標榜時間外の夜間の数時間（準夜帯）は原則として当該診療所で対応
時間外対応加算3 1点	<ul style="list-style-type: none"> ・当該診療所又は他の診療所との連携により対応（輪番制） ・当番日の標榜時間外の夜間の数時間（準夜帯）は原則として当該診療所で対応 ・連携医療機関数は3以下

現在（6月1日）、時間外対応加算を届出ている診療所は、全体では、時間外対応加算1が14.1%、時間外対応加算2が15.7%である。時間外対応加算3は、連携によって届出ることも可能であるが、現時点では1.1%に止まった（図3.10.1）。

時間外対応加算1～3の合計では、無床診療所が26.2%、有床診療所が66.5%であった。また有床診療所では、時間外対応加算1のみで46.8%と半数近くを占めている。

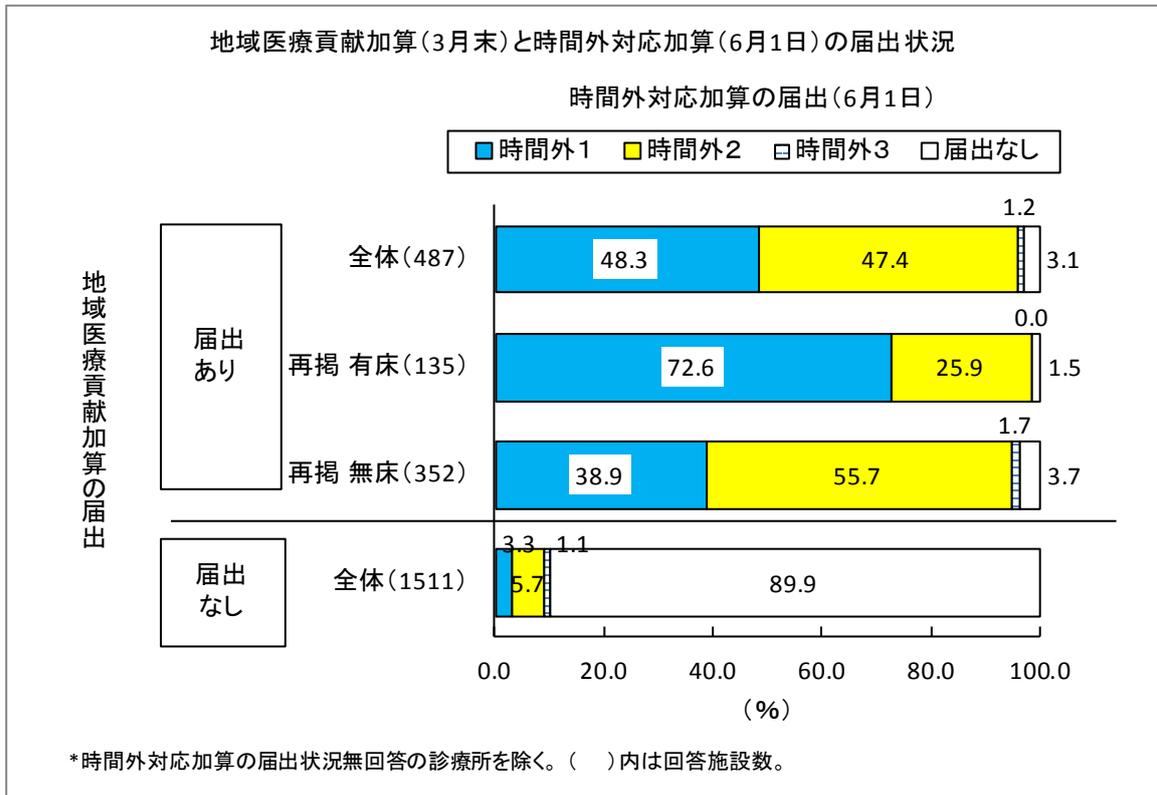
図 3.10.1 時間外対応加算の届出状況（2012年6月1日時点）



今年(2012年)3月末に地域医療貢献加算の届出をしていた診療所について、今年6月1日の時間外対応加算の届出状況を見ると、「時間外対応加算1」は48.3%、「時間外対応加算2」は47.4%であった。特に有床診療所では、地域医療貢献加算の届出をしていた診療所のうち72.6%が「時間外対応加算1」に移行した(図3.10.2)。

地域医療貢献加算の届出をしていなかった診療所で、新たに時間外対応加算1から3のいずれかの届出をした診療所は合計10.1%であった。

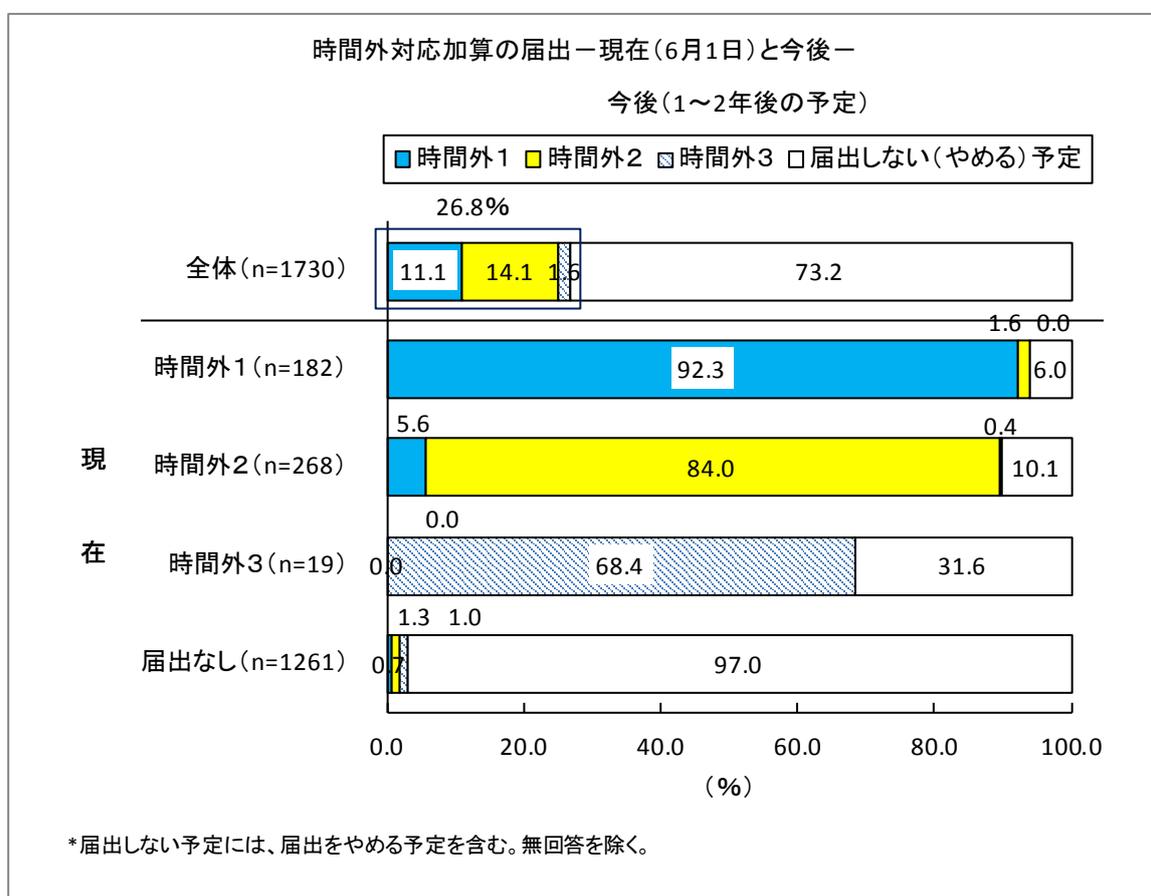
図 3.10.2 地域医療貢献加算(3月末)と時間外対応加算(6月1日)の届出状況



今後（1～2年後）、時間外対応加算1から3のいずれかを届出ると回答した施設は合計26.8%であった（図3.10.3）。一方、時間外対応加算1の届出をしている診療所の中にも、今後は届出をやめる予定と回答したところが6.0%あった。

また、現在、時間外対応加算の届出をしていない診療所のうち、今後時間外対応加算1から3のいずれかを届出ると回答したところは3.0%にとどまった。

図 3.10.3 時間外対応加算の届出—現在（6月1日）と今後—



時間外加算対応加算を現在届出していない、あるいは今後届出しない予定（やめる予定を含む）の理由については、「標榜時間外の対応なし」を除くと、「算定要件が厳しい」が 15.9%、「周知による負担増を懸念」が 13.0%であった（図 3.10.4）。また、「その他」の中には、「急患センターに出務している」「カルテを見ることができない状況では的確な指示が出せない」という記述があった。

2010 年に、日本医師会が地域医療貢献加算の届出をしていない理由を調査したところ、「算定要件が厳しい」は 24.2%であった（図 3.10.5）。

今回、地域医療貢献加算という名称が時間外対応加算に変更され、さらに再定義された結果、「算定要件が厳しい」という声はかなり減少した。

図 3.10.4 時間外対応加算の届出をしていない(しない)理由

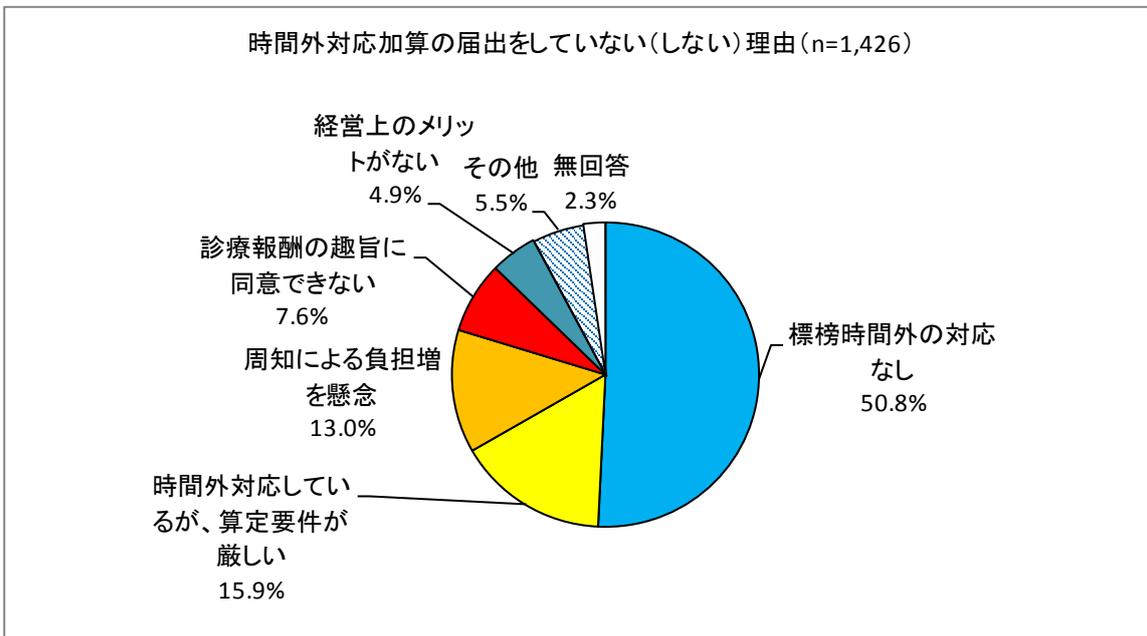
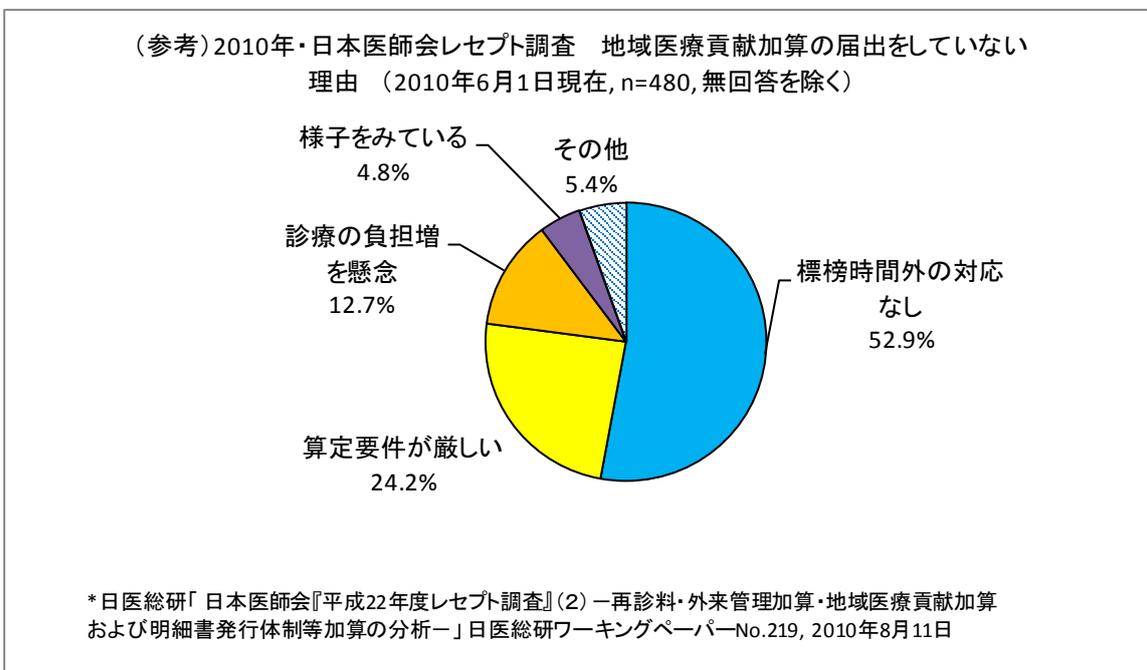


図 3.10.5 (参考) 2010年・日本医師会レセプト調査

地域医療貢献加算の届出をしていない理由



時間外対応加算があらためて定義されたことについて、「かなり評価できる」「ある程度評価できる」が合計 18.2%、「あまり評価できない」「まったく評価できない」が 32.4%であり、否定的な意見のほうが多かった（図 3.10.6）。

評価できる理由としては、「対応すべき時間帯が明確になった」が 59.8%でもっとも多かった。時間外対応加算 2 及び 3 は、標榜時間外の夜間の数時間の対応が必要であるが、深夜（午後 10 時から午前 6 時）及び休日（時間外対応加算 3 については当番日以外）においては、必ずしも対応は必要ではないと明示したことが評価されたようである（図 3.10.7）。

ついで、「対応すべき患者が明確になった」が 49.6%であった。対応すべき患者は、今回改定で、診療所を継続的に受診している患者であることが明確にされた。

図 3.10.6 時間外対応加算があらためて定義されたことへの評価

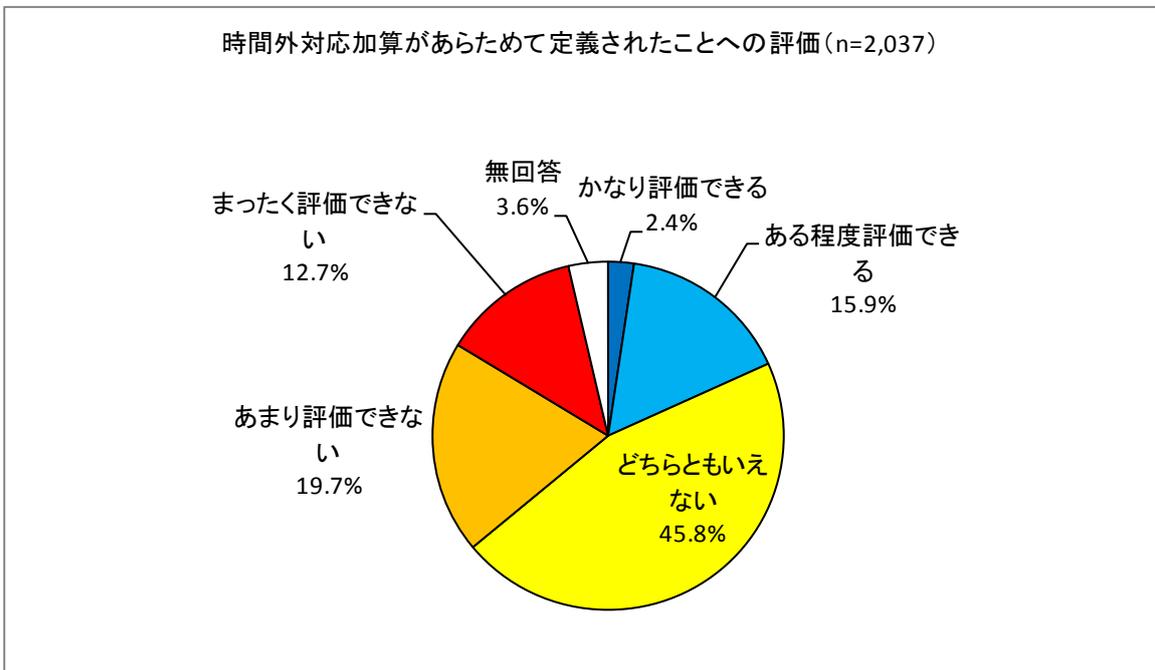
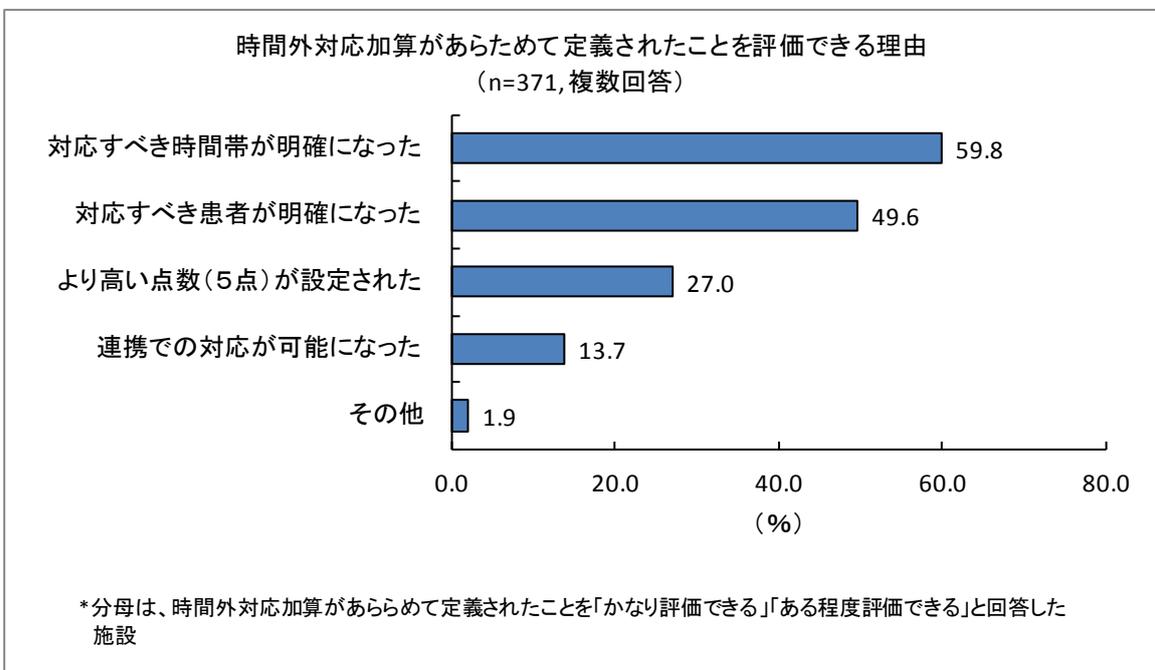


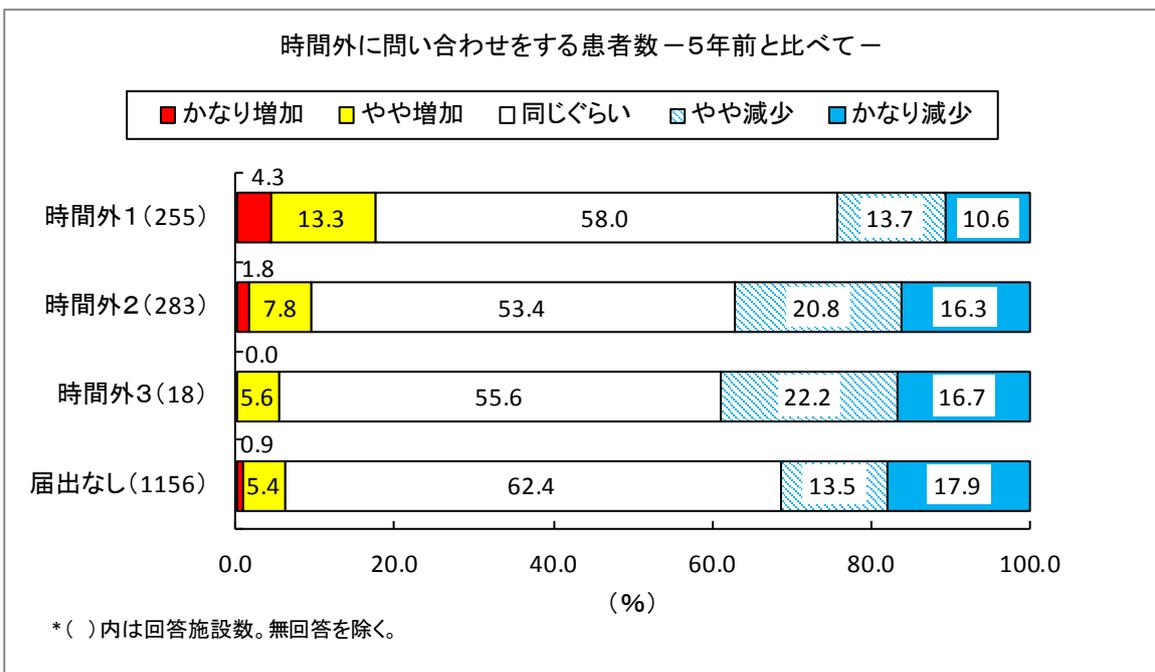
図 3.10.7 時間外対応加算があらためて定義されたことを評価できる理由



開業後おおよそ5年以上を経ている診療所に対し、時間外に問い合わせのある患者数、時間外対応の負担の変化を質問した。

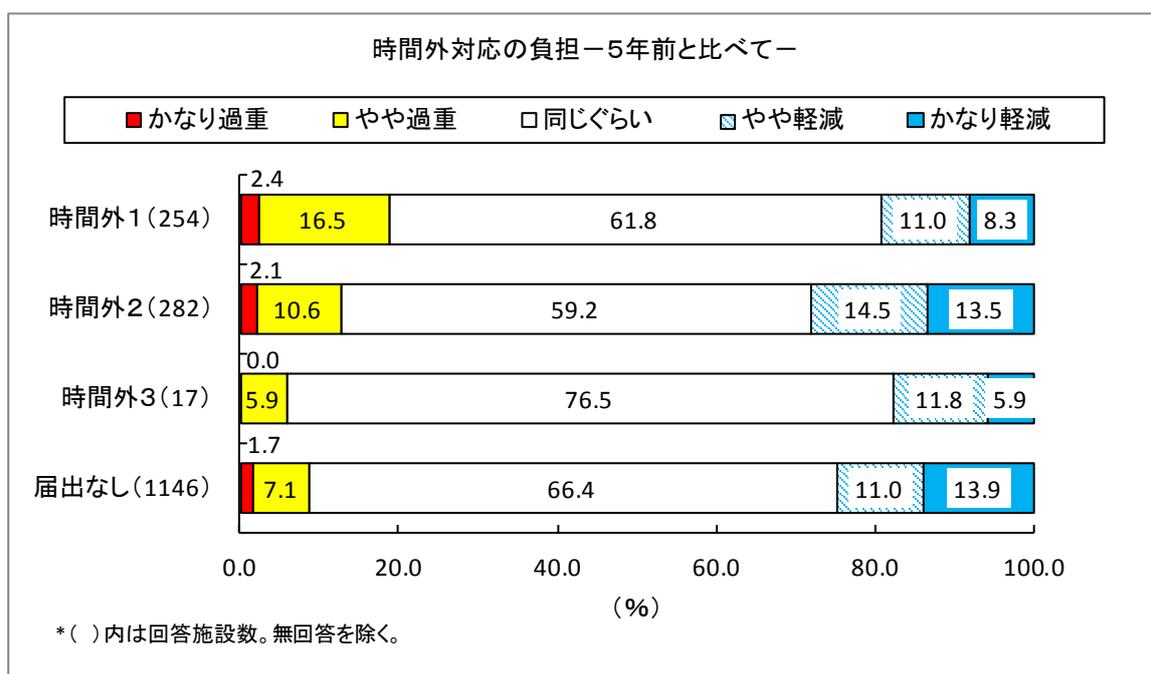
時間外問い合わせ患者数が増加した診療所は、時間外対応加算1、2、3の順に多かった。ただし、全体的に減少したという診療所のほうが多く、時間外対応加算1でも増加が17.6%（かなり増加4.3%、やや増加13.3%）であった一方、減少も24.3%（やや減少13.7%、かなり減少10.6%）あった。時間外対応加算2では、減少が増加を上回った（図3.10.8）

図 3.10.8 時間外に問い合わせをする患者数－5年前と比べて－



時間外対応の負担が増加した診療所は、時間外対応加算 1、2、3 の順に多かった。時間外対応加算 1 では過重が 18.9% (かなり過重 2.4%、やや過重 16.5%) であった。時間外対応加算 2 では過重が 12.8% であったが、軽減も 28.0% あった (図 3.10.9)。

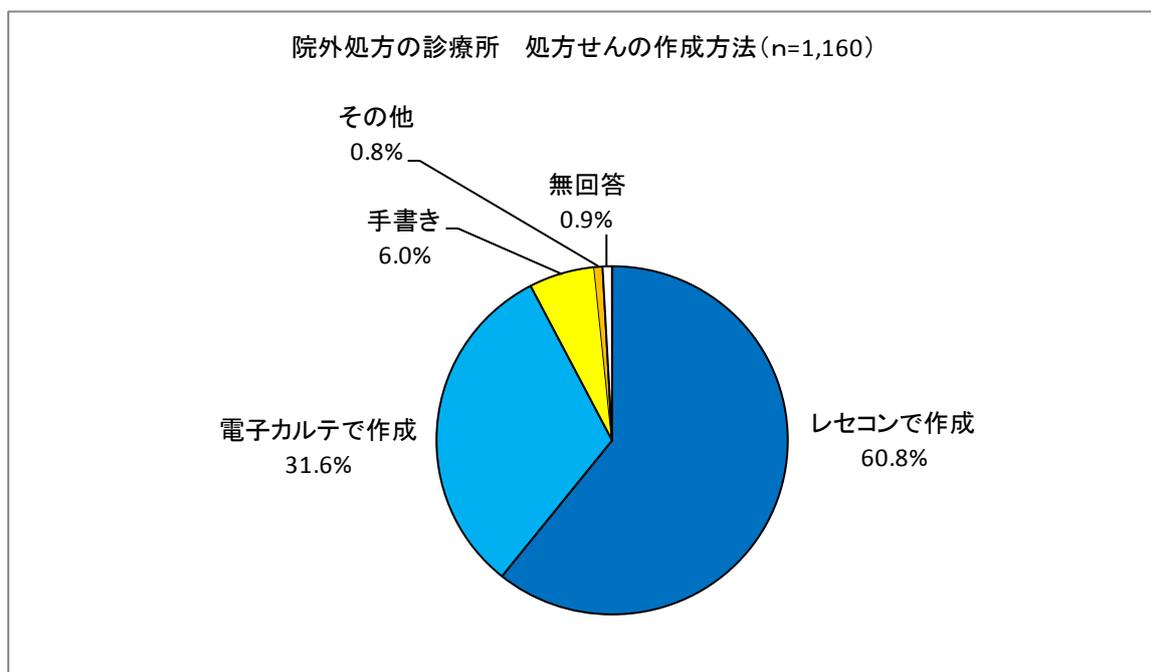
図 3.10.9 時間外対応の負担－5年前と比べて－



処方せんの作成方法

処方せん作成方法については、「レセコンで作成」が 60.8%、「電子カルテで作成」が 31.6%であった（図 3.11.1）。

図 3.11.1 院外処方診療所 処方せんの作成方法



一般名処方加算を算定している診療所の割合

一般名処方加算を算定している診療所は、院外処方の診療所の 61.0%であり、条件を整えば算定する予定の診療所を合わせると 67.9%であった(図 3.11.2)。

参考までに一般名処方加算の対象ではない院内処方の診療所を分母に加えると、一般名処方加算を算定している診療所は 34.8%になる。

院外処方の診療所のうち、処方せんをレセコンで作成している診療所では一般名処方加算を算定している診療所が 62.8%、電子カルテでは 33.0%であり、手書きの診療所では 4.0%であった(図 3.11.3)。

図 3.11.2 一般名処方加算の算定状況 (2012年6月)

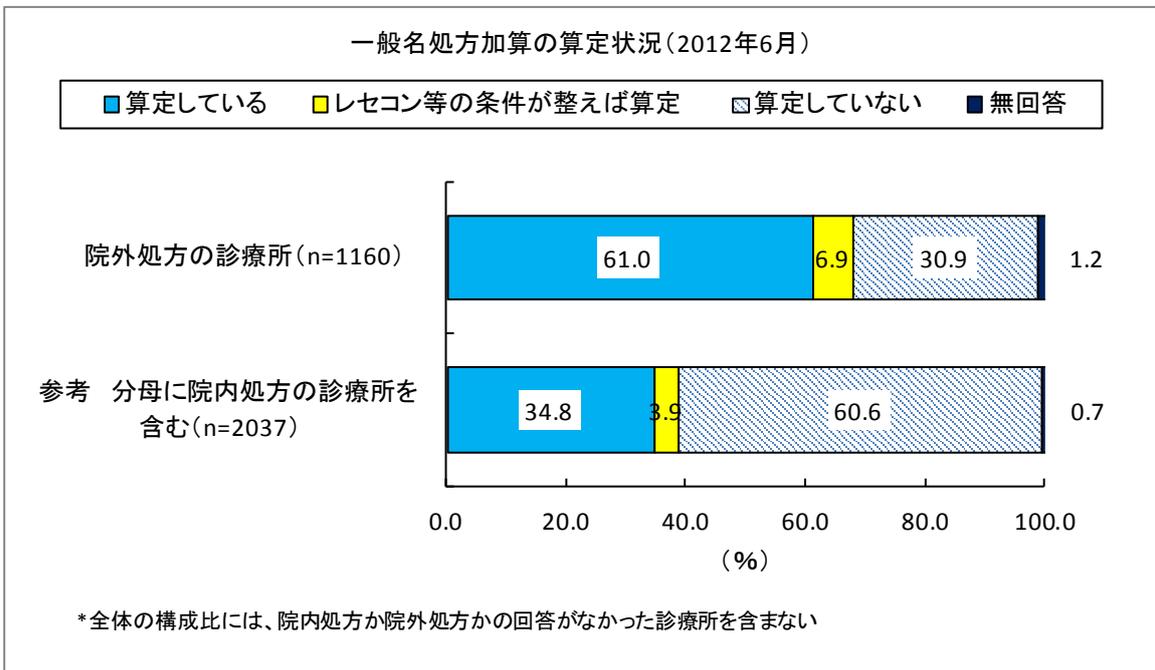
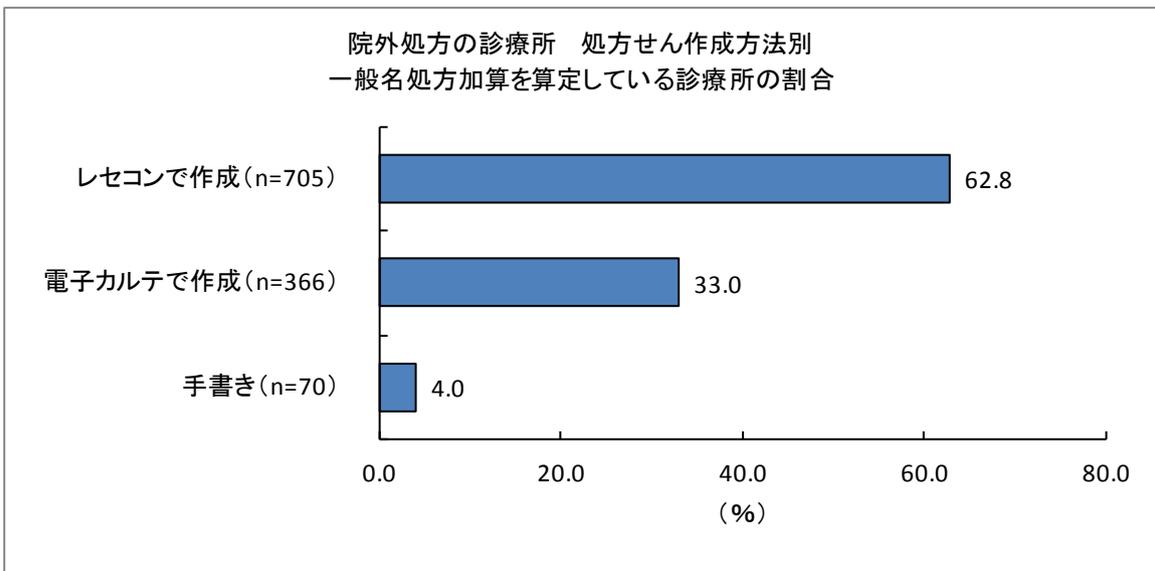


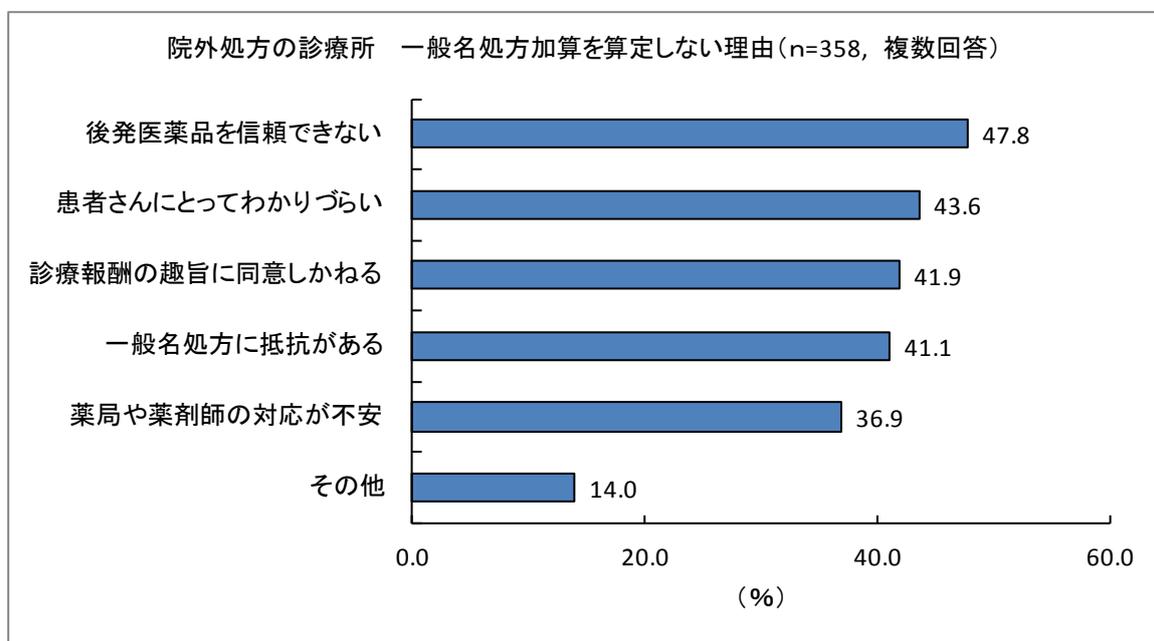
図 3.11.3 院外処方の診療所 処方せん作成方法別
一般名処方加算を算定している診療所の割合



一般名処方加算を算定しない理由

一般名処方加算を「現在算定しておらず、今後も算定しない予定」という診療所にその理由を質問したところ、「後発医薬品を信頼できない」が47.8%で半数近くあった。ついで、「患者さんにとってわかりづらい」「『一般名処方加算』という診療報酬の趣旨に同意しかねる」「一般名処方という処方のしかたに抵抗がある」という回答が多かった（図 3.11.4）。

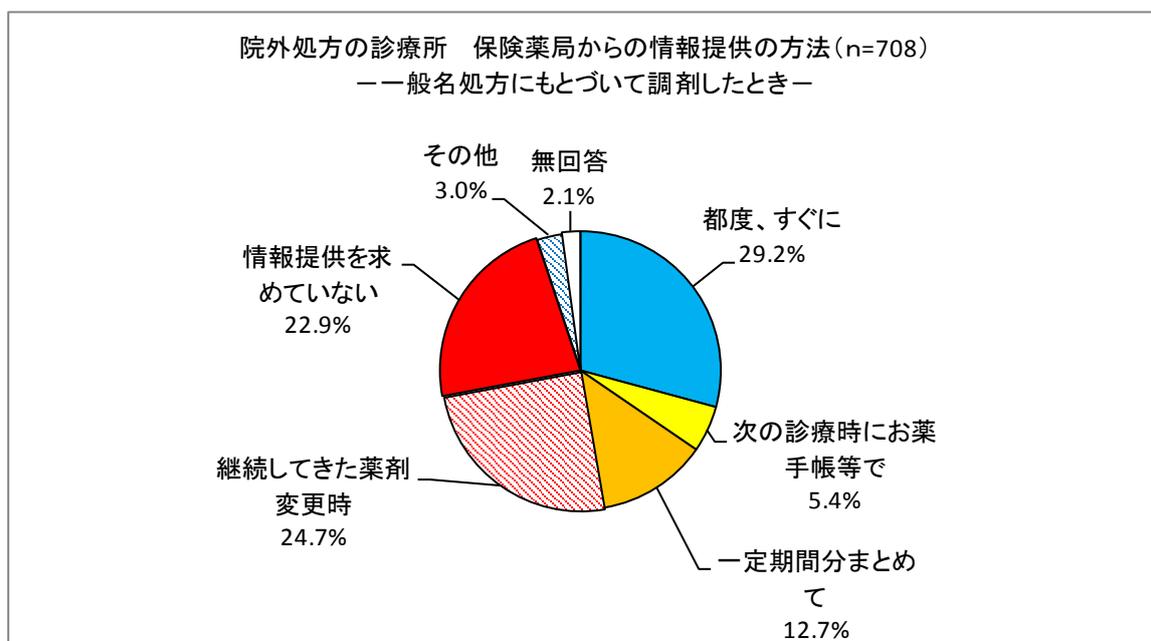
図 3.11.4 一般名処方加算を算定しない理由



保険薬局は、一般名処方処方せんにもとづいて調剤を行った場合には、処方せんを発行した診療所に、実際に調剤した薬剤の情報を提供することになっている。ただし、診療所と保険薬局があらかじめ合意した方法でよい。

今回の調査でその方法を質問したところ、「患者が医薬品を選択した都度、保険薬局からすぐに連絡」が29.2%、ついで「継続して服用してきた薬剤と異なるものを患者が選択した時」が24.7%であった。「情報提供を求めている」という回答も22.9%あった（図 3.11.5）。

図 3.11.5 保険薬局からの情報提供の方法

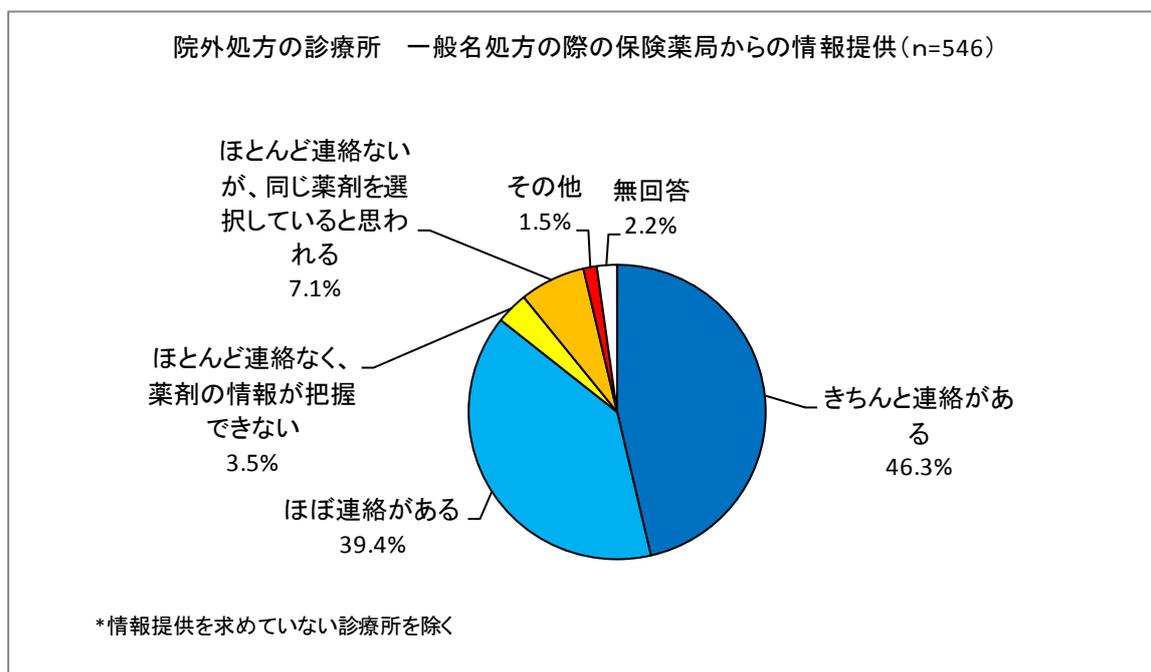


(選択肢全文)

- 1 患者が医薬品を選択した都度、保険薬局からすぐに連絡
- 2 次の診療時に、患者を通じて連絡(「お薬手帳」等による確認)
- 3 一定期間分をまとめて、保険薬局から連絡(1週間、1か月ごとなど)
- 4 継続して服用してきた薬剤と異なるものを患者が選択した時だけ、保険薬局から連絡
- 5 情報提供を求めている

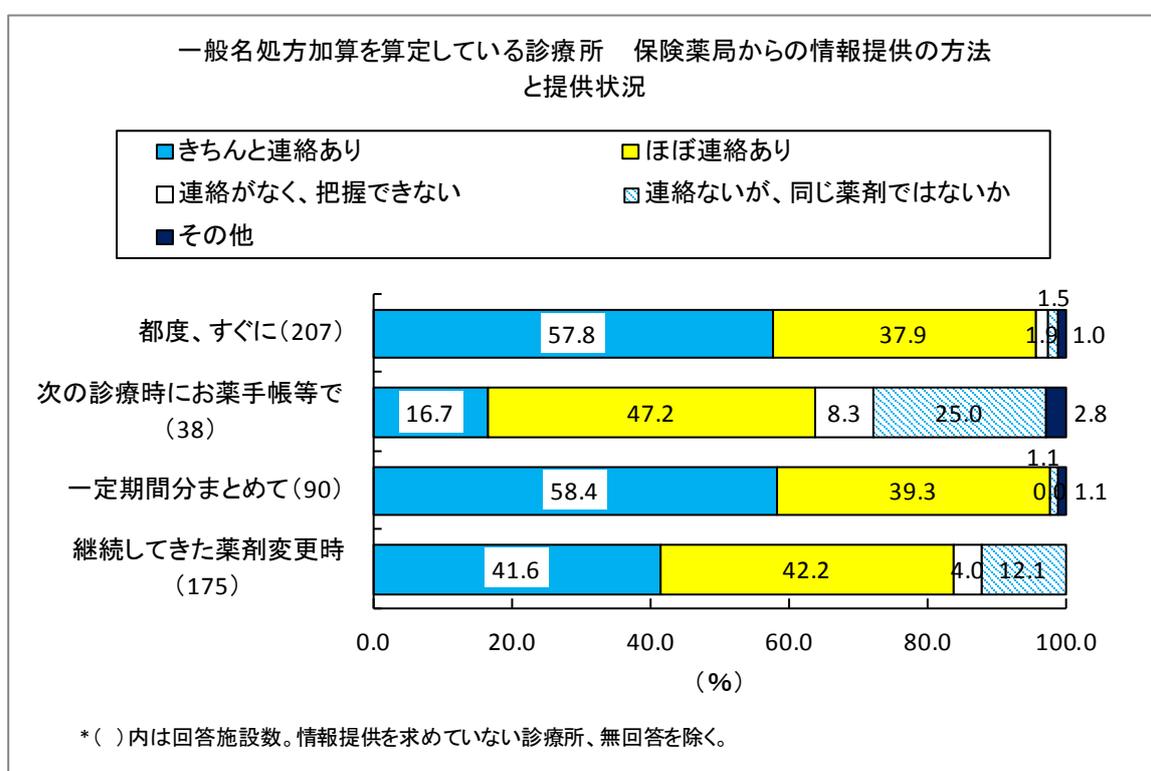
一般名処方の際に保険薬局に情報提供を求めている診療所のうち、合意どおりに「きちんと連絡がある」が46.3%、「ほぼ連絡がある」が39.4%、合計85.7%であった。少数ではあるが、「ほとんど連絡がなく、患者が選択した薬剤の情報が把握できない」も3.5%あった（図3.11.6）。

図 3.11.6 一般名処方の際の保険薬局からの情報提供



保険薬局からの情報提供の方法と提供状況を見たところ、「次の診療時に患者を通じて連絡（「お薬手帳」等による確認）」を受けることにしている診療所で、「きちんと連絡がある」という比率が低かった（図 3.11.7）。「お薬手帳」への記載で良いとしつつ実際には頻回な情報提供を期待しており、それが実現していないということかもしれないが、「お薬手帳」に期待した情報が記載されていない可能性もある。

図 3.11.7 保険薬局からの情報提供の方法と提供状況



一般名処方加算算定のためのレセコン対応など準備に係る負担（業務面、費用面）は、「かなり負担」「やや負担」あわせて50.4%であった（図 3.11.8）。

一般名処方加算算定前と比べて、患者さんからの処方せんの内容についての質問が増えたかどうかについては、「かなり増加」「やや増加」の合計で31.8%であった。また、調剤薬局から処方内容についての問い合わせが増えたかどうかについては、「かなり増加」「やや増加」の合計で40.1%であった（図 3.11.9）。

図 3.11.8 一般名処方加算算定のためのレセコン対応などの準備

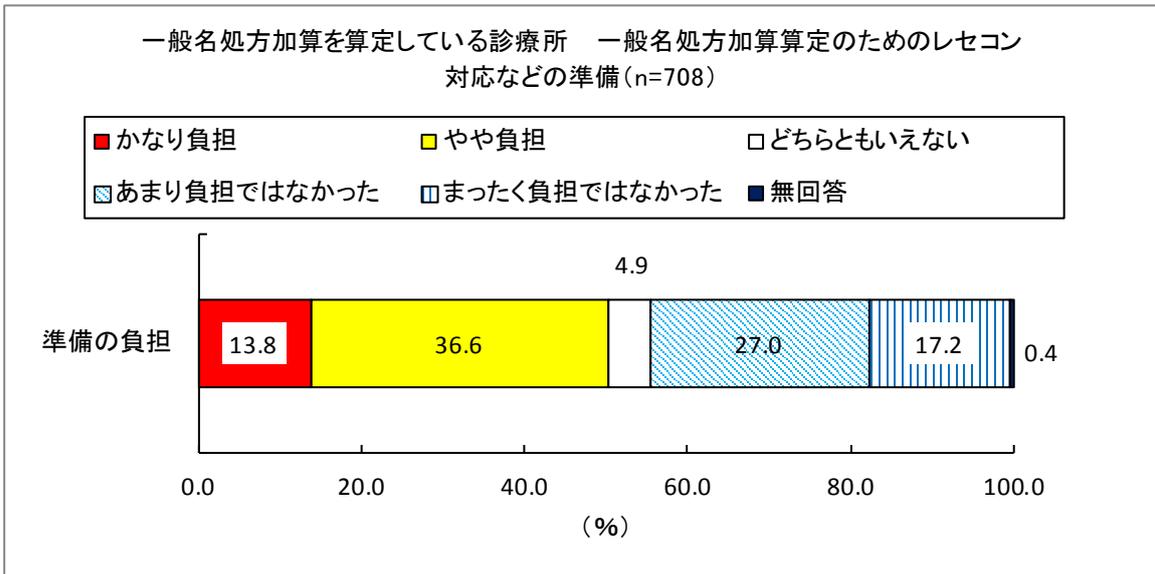
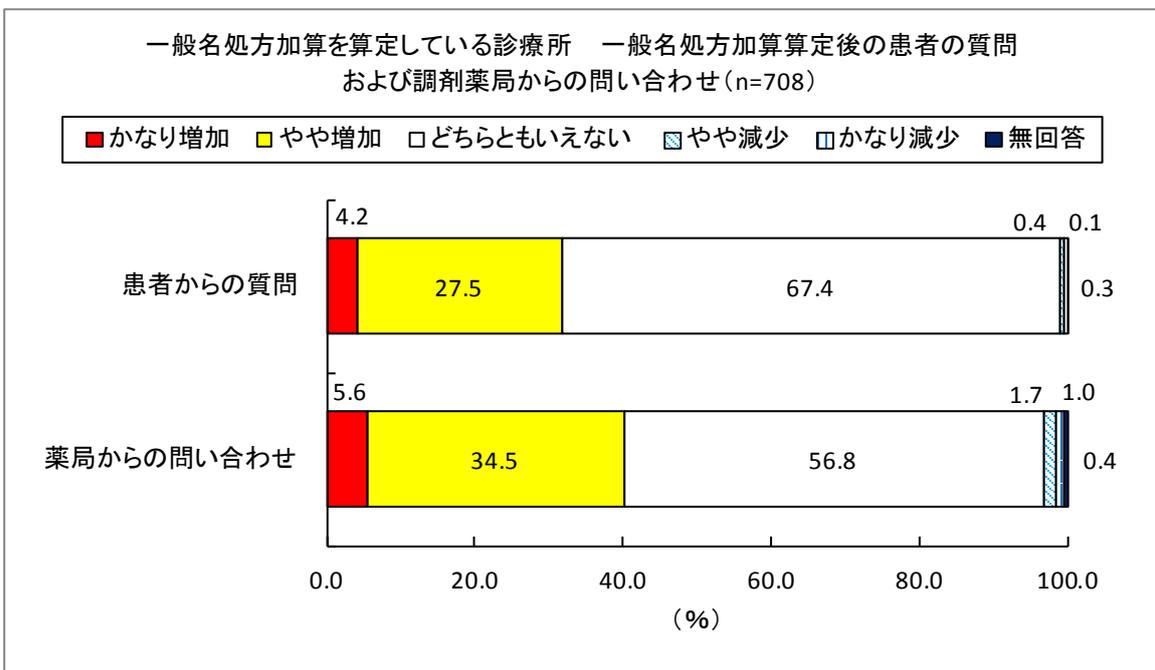


図 3.11.9 一般名処方加算算定後の患者の質問・調剤薬局からの問い合わせ

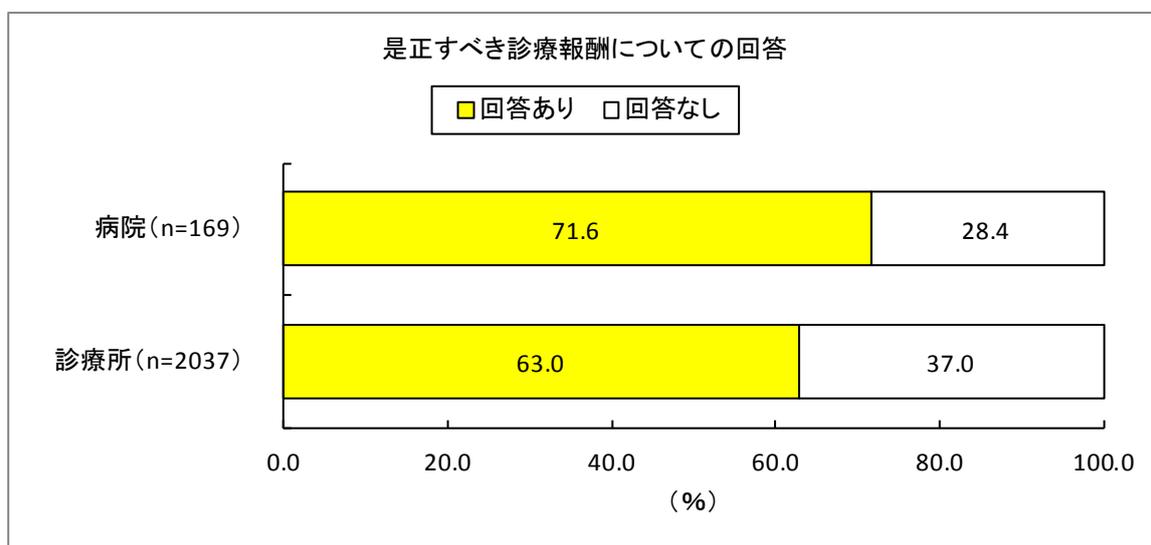


3.12. 病院・診療所 診療報酬のうち問題のあるものについて

3.12.1. 分野別傾向

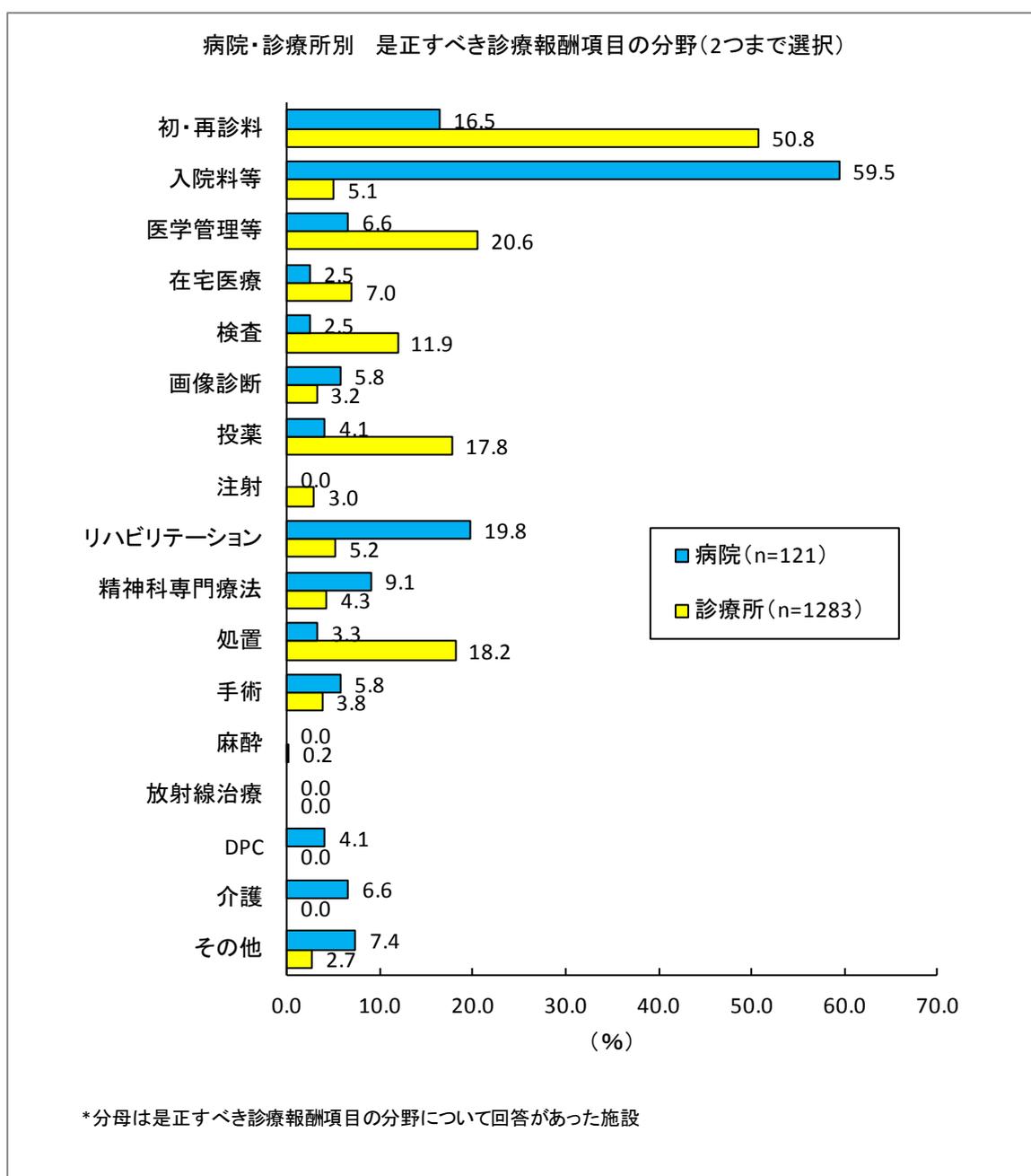
「診療報酬項目のうち、問題が大きいため是正すべきと思われるものとその理由」について、診療報酬項目の分野を2つまで選択してもらった。1つ以上の選択があった施設は病院71.6%、診療所63.0%であった（図3.12.1）。

図 3.12.1 是正すべき診療報酬についての回答



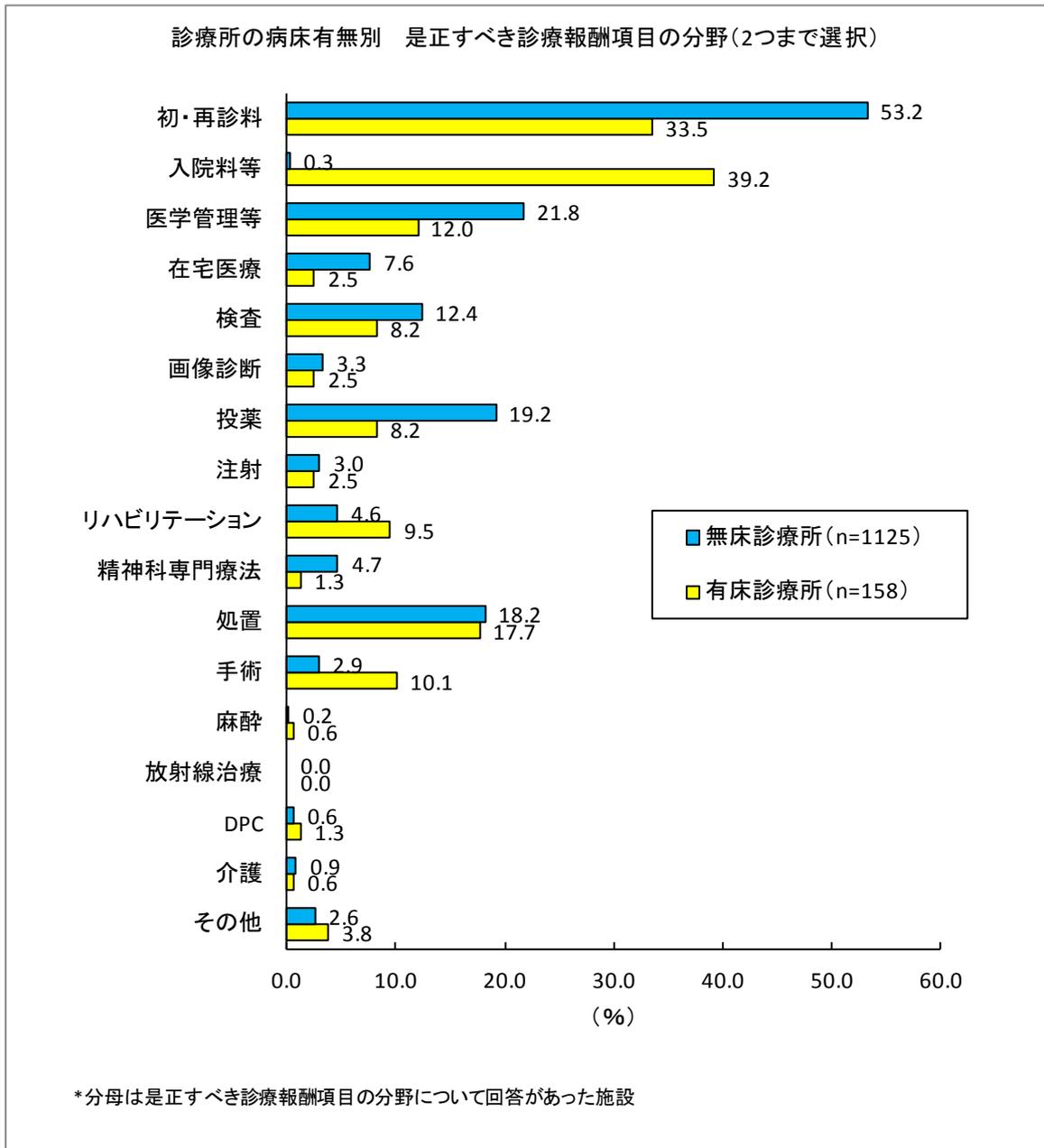
分野別に見ると、病院では、入院料等が突出しており、ついでリハビリテーション、初・再診料への要望が多かった。診療所では、初・再診料が突出しており、ついで医学管理等、処置、投薬が多かった（図 3.12.2）。

図 3.12.2 病院・診療所別 是正すべき診療報酬項目の分野



無床診療所では、初・再診料が突出しており、有床診療所では、入院料等が初・再診料をやや上回った（図 3.12.3）。

図 3.12.3 診療所の病床有無別 是正すべき診療報酬項目の分野



3.12.2. 病院の入院料・リハビリテーション料等についての意見

入院料等

入院料等について具体的な記述があった病院のうち、4割近くが他医療機関受診（入院中の患者が他医療機関を受診した場合、入院医療機関では入院料を30%減額、他医療機関では70%減額）に関するものであった。特に専門病院、診療科の少ない中小病院、複数科を受診することの多い高齢者が多い病院から是正の要望があり、「入院患者への専門的な医療を制限することになる」などの意見があった。

また、夜勤72時間ルールの緩和を求める意見も複数あり、育児中の看護師が多い場合には達成困難との指摘があった。

同一日2科目再診

初・再診料について具体的な記述があった病院のうち、半数近くが複数科受診についての指摘であった。今回2012年度改定で、同一日2科目の再診料、外来診療料（いずれも34点）が算定できるようになったが、「それぞれの診療科の医師が連携を図り、個別の技術を活かした診察を行っているので、それぞれ適切に評価されるべき」などの意見があった。

リハビリテーション

リハビリテーションについて具体的な記述があった病院のうち、4割強が算定日数制限に関するものであった。維持期リハビリテーションについては、2012年度改定で、医療と介護の役割分担を明確化するという方針の下、要介護被保険者等に対するリハビリテーション料が引き下げられたが、「医師の指示の下でPT、OTなどが行う専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべき」などの意見があった。

3.12.3. 診療所の初・再診料等への意見

診療所の有効回答数 2,037 施設のうち、414 施設から、初診料または再診料およびその両方に対して具体的な是正要望の記述があった（初診料、再診料のみを選択し、特段の記述がなかった施設も多い）。このうち、約 8 割が診療報酬点数の引き上げを求めるものであった。その理由として、以下のような理由が挙げられていた。

初・再診料の問題点および引き上げるべき理由（抜粋要約）

- 医師の技術料そのものであるが、適切に評価されていない。加算ではなく、再診料本体を引き上げるべき。
- 検査、調剤料に比べて低い。
- 長期処方受診回数が減り、診療密度が高くなっており、診察に時間がかかる。
- 患者の要望が高まってきており、診療時間が長くなっている。患者は十分な時間をかけた診察を希望されるが、より多くの患者を診察しなければ経営を維持できない。患者の数をこなさざるを得なくなっている。
- 地域医療への貢献を評価すべき。
- 前回 2010 年度改定で、数字合わせのごとく引き下げられ、今回もそのまま据え置かれている。

初・再診料についてのその他の意見（抜粋要約）

- 初診料と再診料を再定義すべき。
- 同一日 2 科目初診・再診の減額は不合理。
- （眼科）過去にコンタクトレンズ検査料が（一度でも）算定されている場合には、初診料を算定できず、再診料を算定することは不合理。

さらに、初・再診料の加算に係る問題点としては、次のようなものが挙げられていた。

外来管理加算（抜粋要約）

- 処置を行った場合に算定できず、処置を行った場合の費用が低いことは問題である。
- 患者にとってわかりづらい。
- 前回改定で、いわゆる「お薬受診」では算定できなくなったが、患者が、費用が安いという理由で投薬のみを希望するようになった

一般名処方加算（抜粋要約）

- 院内処方では後発医薬品を処方している場合への評価がない（一般名処方加算は院外処方のみ）。
- 先発品と後発品がまったく同じものという考えのうえに成り立つもので、理解できない。
- 医師の処方権の侵害。後発品が先発品と同等ではなく、健康被害が発生した時の責任問題が生じる。

3.13. まとめと考察

一般病棟入院基本料

一般病棟入院基本料について、約 6 割の病院が看護職員数の要件を満たすことが困難であると回答していた。また、看護師の採用が困難である病院は、5 年ぐらい前に比べて増加しており、看護師の不足が依然として大きな課題であることが確認された。夜勤 72 時間ルールを見直すべきとの意見もあった。看護配置要件のあり方について検討が必要である。

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 の要件のうち、「看護必要度の基準を満たす患者 1 割 5 分以上」「新規入院患者のうち重症患者 3 割以上」を満たすことができないという回答が多かった。一般病棟入院基本料 7 対 1 でも、患者必要度の基準を満たす患者の割合を満たすことが困難であるとの回答が多かった。重症患者を集約化しなければ成り立たない要件になっているが、病床の淘汰につながり、患者アクセスが不便になることが懸念される。

回復期リハビリテーション病棟では「在宅復帰率 7 割以上」を満たすことが困難であるとの回答も多く、重症患者であるがゆえに在宅復帰可能なまでに回復することが困難であること、在宅の受け皿がないことがうかがえた。

勤務医負担軽減としての医師事務作業補助者の配置

医師事務作業補助者の配置をしている病院の多くは、勤務医の負担軽減に役立っていると回答していた。しかし、医師事務作業補助者を配置していない(できない)病院も少なくないので、さらに医師事務作業補助体制加算のきめ細かな評価が求められる。

一方、診療所では、病院の医師事務作業補助者が行うような業務をすべて医師が行っている施設が、半数強を占めていた。

管理栄養士の配置

有床診療所の約 5 割は、管理栄養士の配置の目処が立っていない実態であった。

特に小児科ではすべて、眼科では 9 割以上、また地域別では九州地方の約 6 割の施設で配置の目処が立っていない状態であり、見直しが求められる。

DPC およびデータ提出加算（出来高病院）

現時点では、ほとんど届出がされておらず、その理由は「コストに見合わない」「データ提出加算に係る人材の確保が困難」である。診療報酬点数次第では拡大する可能性があり、出来高病院を評価する点数というよりも、有償で患者データを収集する仕組みになっていくことが懸念される。

在宅医療

診療所では、今後、在支診が拡大する見込みは小さい。「24 時間」の体制を確保できないためである。連携が困難な理由にも、「近隣に医療機関はあるが、頼みにくい」ことが挙げられており、在宅医療を行う医師の交流や円滑な連携に向けて、行政や地区医師会が支援する仕組みが求められる。また、在支診ではない診療所も、かかりつけの医師として、緊急往診、看取りを一定件数以上行っている施設が少なくない。適切な評価が求められる。

病院では、在支病ではない中小病院で、今後在支病を目指す施設が少なくない。在宅医療における病院と診療所の役割分担、連携のあり方を検討する必要がある。

時間外対応加算

改定前に地域医療貢献加算（3 点）の届出をしていた診療所約 5 割が、時間外対応加算 1（5 点）に移行した。特に有床診療所では約 7 割が時間外対応加算 1 に移行した。しかし、時間外対応加算 3（1 点）は、ほとんど届出されておらず、今後も拡大しそうにない。

また、現在、時間外対応加算の届出をしていない診療所の多くは、今後も届出をする意向がない。今回の改定で、対応すべき時間帯や患者が明確化されたことは評価されているが、依然として負担増への懸念がある。実際に、時間外の間い合わせ患者数や対応の負担を 5 年前と比べると、時間外対応加算 1、2 の順に患者数や負担が「増加」したという回答が多い。

一般名処方加算

一般名処方加算は、院外処方の診療所の約 3 割では算定されていない。「後発医薬品を信頼できない」「患者さんにとってわかりづらい」ことなどが理由である。

一方、一般名処方加算を算定している診療所では、保険薬局から都度すぐに連絡を受けるようにしているところは約 3 割である。また、患者からの質問が増えたという施設は 3 割強であった。患者が一般名処方をよく理解しないままに一般名処方が拡大しないよう注視したい。

初・再診料

2012 年度改定では据え置かれたので、今回調査では質問項目を設定しなかったが、非常に多くの是正（引き上げ）要望が寄せられた。その理由として、第一に医師の技術料そのものであるという指摘、第二に患者の受療行動や意識が変化し診療密度が高まっていることを評価すべきという意見であった。初・再診料で十分な評価がされなければ、加算を算定したり、検査を行ったりすることになり、本質的に行うべき診療が歪められてしまうおそれも示唆されていた。

以上、今回の診療報酬改定について、問題点の所在が、ある程度は明らかになったと考える。今後、より深い考察を行い、また、必要に応じて補足的な調査を行って、次回診療報酬改定に資するデータを追加していきたい。

また、是正すべき診療報酬、今回改定についての意見には、非常に多くのご回答をいただいた。本報告にはすべてを記載しなかったが、今後の検討に役立てていきたい。ご多忙中、医療現場の声を克明に記述していただいた先生方に、感謝申し上げます。

4. 調査票

2012年6月

2012年度 病院の診療報酬改定についての調査

社団法人 日本医師会

貴施設名、ご連絡先をご記入ください。

※ 調査内容についてお問い合わせをさせて頂く場合のみ使用します。施設名も含めて、固有名詞を特定できる形で公表することは絶対にいたしません。

施設名	※ゴム印の押印でも結構です。
ご連絡先	ご担当部署： ご担当者名： 電話番号またはメールアドレス：

問1. 貴院の状況についておうかがいします。(2012年6月1日現在)

該当箇所に○をつけるか、ご記入ください。

(1) 所在地	都・道・府・県	市・郡・区	区・町・村												
(2) 区分	1 精神科病院 2 結核療養所 3 一般病院(精神科病院、結核療養所以外すべて)														
(3) 開設者	1 国(独立行政法人国立病院機構等を含む) 2 都道府県 3 市町村 4 地方独立行政法人 5 公的(日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国民健康保険団体連合会) 6 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会・厚生年金事業振興団) 7 公益法人 8 医療法人 9 個人 10 その他()														
(4) 許可病床数	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>精神病床</td> <td>感染症病床</td> <td>結核病床</td> <td>療養病床</td> <td>一般病床</td> <td>合計</td> </tr> <tr> <td>床</td> <td>床</td> <td>床</td> <td>床</td> <td>床</td> <td>床</td> </tr> </table> (うち介護療養病床 _____床)	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	合計	床	床	床	床	床	床		
精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	合計										
床	床	床	床	床	床										
(5) DPC	DPCによる支払対象病院ですか。 1 DPC対象病院 (平成_____年度DPC支払対象病院) 2 DPC準備病院 (平成_____年度DPC準備病院) 3 DPCではない														

(5) 看護師の採用について、それぞれに1つだけ○をつけてください。

① 5年ぐらい前、看護師の採用は困難でしたか。

- | | |
|-------------|-------------|
| 1 かなり困難だった | 2 やや困難だった |
| 3 どちらともいえない | 4 ある程度容易だった |
| 5 かなり容易だった | |

② 5年ぐらい前と比べると現在は看護師の採用は困難ですか。

- | | |
|-------------|----------|
| 1 かなり困難 | 2 やや困難 |
| 3 どちらともいえない | 4 ある程度容易 |
| 5 かなり容易 | |

問3. 回復期リハビリテーション病棟入院料に関連しておうかがいします。

回復期リハビリテーション病棟がない施設は問4にお進みください。

(1) 今年(2012年)3月末時点で算定されていた入院料に1つだけ○をつけてください。

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点
・ 常時15対1の看護配置、在宅復帰率6割以上などが要件
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点

(2) 来年(2013年)3月末時点で算定予定の入院料に1つだけ○をつけてください。

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,911点
・ 常時13対1の看護配置、在宅復帰率7割以上、重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能を改善していることなどが要件
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,761点
・ 常時15対1の看護配置、在宅復帰率6割以上、重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能を改善していることなどが要件
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,611点

(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準のうち、満たすことが困難なものすべてに○をつけてください(複数回答可)。また最も困難なものを1つだけ回答欄にご記入ください。現在、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定されていない病院もご回答をお願いします。

- 1 常時13対1以上の看護配置
- 2 看護配置のうち看護師7割以上
- 3 看護配置のうち夜勤看護職員2名以上
- 4 常時30対1以上の看護補助者の配置
- 5 専任のリハビリテーション科の医師1名以上
- 6 専従の理学療法士3名以上
- 7 作業療法士2名以上
- 8 言語聴覚士1名以上
- 9 専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上
- 10 在宅復帰率7割以上
- 11 新規入院患者のうち重症患者3割以上
- 12 看護必要度の基準を満たす患者1割5分以上
- 13 重症患者のうち3割以上が退院時に日常生活機能が改善

○はいくつでも。
そのうち最も困難な
ものの番号1つ

↓

問4. 病院勤務医の負担軽減についておうかがいします。

(1) 勤務医の負担軽減のために取り組んでおられる項目すべてに○をつけてください(複数回答可)。

- 1 当直翌日の勤務について、休日としたり業務内容の調整を行ったりすること
- 2 予定手術前日に当直や夜勤を行わないこと
- 3 医師事務作業補助者の配置
- 4 短時間正規雇用医師の活用
- 5 地域の他の医療機関との連携
- 6 交代勤務制の導入
- 7 外来縮小の取り組み
- 8 その他()

(2) 上記の項目のうち、実際に勤務医の負担軽減に役立っているものを2つまで選択してください。

回答欄(番号を2つまでご記入ください)→

--	--

問5. 入院基本料についておうかがいします。

常勤の管理栄養士は配置されていますか。1つだけ○をつけてください。

- 1 今回改定以前から配置済み
- 2 今回改定にあわせて配置した((例)新たに採用した。非常勤を常勤にした。)
- 3 まだ配置していないが、配置(採用)のメドはついている
- 4 まだ配置しておらず、メドも立っていない
- 5 その他()

(5) 問6(4)で、「4 参加する予定はない」と回答された病院におうかがいします。その理由について、すべてに○をつけてください(複数回答可)。

- 1 自院の方針
- 2 出来高のほうが経営上有利
- 3 データ整備が負担
- 4 データを利活用されることが不安
- 5 将来、DPC点数は梯子を外されるのではないかと不安
- 6 その他()

問7. 在宅療養支援病院に関連しておうかがいします。

許可病床数200床未満の病院、または当該病院を中心とした半径4km以内に診療所がない病院が対象です。

その他の病院は問8にお進みください。

(1) 今年(2012年)3月末時点で、在宅療養支援病院(在支病)の届出をされていませんか。

1つだけ○をつけてください。

- 1 今年3月末時点で届出をしていた
- 2 かつて届出をしたことはあるが、今年3月末時点では届出をしていなかった
- 3 一度も届出をしたことがない

(2) ① 現時点(6月1日時点)で、在支病の届出をされていますか。

1つだけ○をつけてください。

- 1 機能を強化した在支診(自院単独)
- 2 機能を強化した在支診(連携で)
- 3 在支病
- 4 届出していない

② 今後(1~2年後)は、どの届出をされたいですか。

1つだけ○をつけてください。

- 1 機能を強化した在支診(自院単独)
- 2 機能を強化した在支診(連携で)
- 3 在支病
- 4 届出しない

(3) 在宅医療を担当する常勤医師数、緊急往診件数、在宅における看取り件数をご記入ください。なしの場合も0(ゼロ)とご記入ください。

在支病以外の先生もご記入をお願いします。

貴院のみの人数・件数をご記入ください。

① 在宅医療を担当する常勤医師数	人
② 過去1年間の緊急往診件数	件
③ 過去1年間の在宅における看取り件数	件

(4) 在支病の届出をされている病院におうかがいします。

連携先医療機関数をご記入ください。

① 病院	件
② 有床診療所	件
③ 無床診療所	件

(5) 連携によって機能を強化した在支病を届出されたい意向がありながら、現在は届出ができていない病院におうかがいします。その理由としてもっとも近いものに1つだけ○をつけてください。

- 1 近隣に医療機関がない
- 2 近隣に医療機関があるが、在宅医療を行っているかどうかよくわからない
- 3 近隣に在宅医療を行っている医療機関はあるが、よく知らないので、頼みにくい
- 4 近隣に在宅医療を行っている医療機関はあるが、連携しても要件を満たさない
- 5 連携をもちかけて断られた
- 6 その他()

(6) 在支病の届出をされていない病院におうかがいします。その理由にすべてに○をつけてください(複数回答可)。

- 1 24時間連絡を受ける医師または看護師を指定することが困難
- 2 24時間往診が可能な体制を確保できない
- 3 24時間訪問看護の提供が可能な体制を整備できない
- 4 緊急時に入院できる病床を常に確保することが困難
- 5 ケアマネジャーとの連携が難しい
- 6 当院の機能上、あまり関係がない
- 7 終末期医療まで考えると責任が持てない
- 8 在宅医療を行っていない
- 9 その他()

問8. 診療報酬項目のうち、問題が大きいためには是正すべきと思われるものとその理由を2つまでご記入ください。

回答欄1

(1) 分野に○をつけてください。			
1 初・再診料	2 入院料等	3 医学管理等	4 在宅医療
5 検査	6 画像診断	7 投薬	8 注射
9 リハビリテーション	10 精神科専門療法	11 処置	12 手術
13 麻酔	14 放射線治療	15 病理診断	16 DPC
17 介護	18 その他		

(2) 診療報酬項目名をご記入ください。

記入例 再診料

(3) 問題点とその理由等をご記入ください。

回答欄2

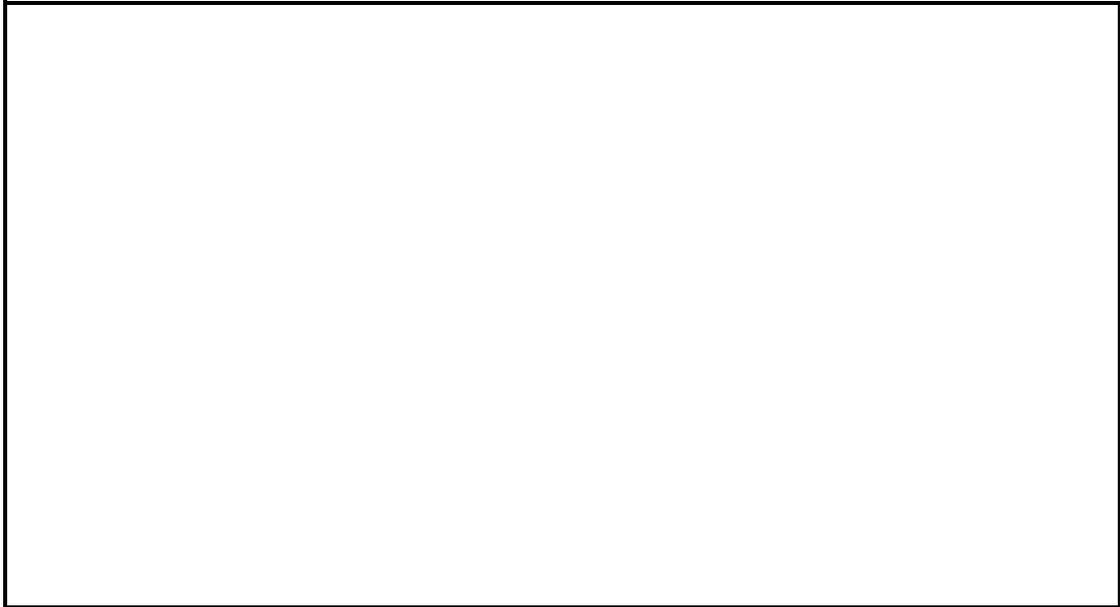
(1) 分野に○をつけてください。			
1 初・再診料	2 入院料等	3 医学管理等	4 在宅医療
5 検査	6 画像診断	7 投薬	8 注射
9 リハビリテーション	10 精神科専門療法	11 処置	12 手術
13 麻酔	14 放射線治療	15 病理診断	16 DPC
17 介護	18 その他		

(2) 診療報酬項目名をご記入ください。

記入例 再診料

(3) 問題点とその理由等をご記入ください。

問9. 今回の診療報酬改定についてのご意見等をご自由にご記入ください。



以上でアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

(7) レセプト請求方法	1 オンライン 2 マグネットオプティカルディスク(MO) 3 コンパクトディスク(CD-R) 4 フレキシブルディスク(FD) 5 レセコンから印刷した紙レセプト 6 手書きした紙レセプト 7 その他()																																				
(8) 職員数	<p>職員数をご記入ください。</p> <table border="1" data-bbox="520 595 1278 1173"> <thead> <tr> <th></th> <th>① 実人数 (アタマ数)</th> <th>② 常勤換算人数 小数点第1位まで</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>常勤医師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>非常勤医師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>薬剤師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>看護師・保健師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>助産師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>准看護師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>看護補助者</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>その他のコメディカル</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>事務職員</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table> <p>※常勤換算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 貴院の1週間の勤務時間が40時間のとき、週20時間勤務されている方は0.5人と換算します。小数点第1位までご記入ください。 ・ 常勤医師については、実人数＝常勤換算人数になります。 		① 実人数 (アタマ数)	② 常勤換算人数 小数点第1位まで	常勤医師	人	人	非常勤医師	人	人	薬剤師	人	人	看護師・保健師	人	人	助産師	人	人	准看護師	人	人	看護補助者	人	人	その他のコメディカル	人	人	事務職員	人	人	その他	人	人	合計	人	人
	① 実人数 (アタマ数)	② 常勤換算人数 小数点第1位まで																																			
常勤医師	人	人																																			
非常勤医師	人	人																																			
薬剤師	人	人																																			
看護師・保健師	人	人																																			
助産師	人	人																																			
准看護師	人	人																																			
看護補助者	人	人																																			
その他のコメディカル	人	人																																			
事務職員	人	人																																			
その他	人	人																																			
合計	人	人																																			
(9) 医師事務作業補助	<p>① 医師の事務作業補助は主としてどなたが行っておられますか。もっとも近いものに1つだけ○を付けてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医師がすべて作業 2 専任(職員)の「医療クラーク」 3 派遣等の「医療クラーク」 4 看護師・准看護師が兼任で 5 看護補助者が兼任で 6 事務職員が兼任で 7 職員が手分けして 8 その他() <p>医師事務作業補助の業務範囲</p> <p>医師の指示の下での診断書の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータの整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業)、行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)</p>																																				

<p>(4) すべての先生におうかがいします。今回の改定で、時間外対応加算1～3があらためて定義されました。このことについて評価できますか。1つだけ○をつけてください。</p>	
<p>1 かなり評価できる</p> <p>2 ある程度評価できる</p> <p>3 どちらともいえない</p> <p>4 あまり評価できない</p> <p>5 まったく評価できない</p>	<p>} 問2(5)にお進みください</p> <p>} 問2(6)にお進みください</p>
<p>(5) 問2(4)で、評価できる(1と2)を選択された先生におうかがいします。評価できる点すべてに○をつけてください(複数回答可)。</p>	
<p>1 対応すべき時間帯が明確になった</p> <p>2 対応すべき患者が明確になった(自院に継続して通院している患者)</p> <p>3 連携での対応が可能になった(時間外対応加算3(1点))</p> <p>4 より高い点数(5点)が設定された</p> <p>5 その他()</p>	
<p>(6) 開業後、おおよそ5年以上を経た先生におうかがいします。</p>	
<p>① 5年前と比べて、時間外に問い合わせをされる患者さんの数に変化はありましたか。<u>1つだけ○をつけてください。</u></p> <p>1 かなり増加した</p> <p>2 やや増加した</p> <p>3 同じぐらい</p> <p>4 やや減少した</p> <p>5 かなり減少した</p>	
<p>② 5年前と比べて、時間外対応の負担は変化しましたか。<u>1つだけ○をつけてください。</u></p> <p>1 かなり過重になった</p> <p>2 やや過重になった</p> <p>3 同じぐらい</p> <p>4 やや軽減された</p> <p>5 かなり軽減された</p>	

問3. 有床診療所の先生に、入院基本料に関連しておうかがいします。

管理栄養士について、該当されるものに1つだけ○をつけてください。

- 1 改定前から常勤で配置済み
- 2 改定前から非常勤で配置済み
- 3 改定後、常勤で配置
- 4 改定後、非常勤で配置
- 5 まだ配置していないが、配置のメドはついている
- 6 まだ配置しておらず、配置のメドも立っていない
- 7 その他()

※ 有床診療所の管理栄養士は、常勤でなくても差し支えありません。

問4. 院外処方の先生に一般名処方加算についておうかがいします。

<p>(1) 処方せんの作成方法について教えてください。<u>1つだけ</u>○をつけてください。</p> <p>1 レセコンで作成 2 電子カルテで作成 3 手書き 4 その他()</p>
<p>(2) 現在、一般名処方加算を算定されていますか。<u>1つだけ</u>○をつけてください。</p> <p>1 算定している → 問4(4)(5)にお進みください 2 現在は算定していないが、レセコン等の条件が整えば、算定する予定 → 問5にお進みください 3 現在算定しておらず、今後も算定しない予定 → 問4(3)にお進みください</p> <p>※ 一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものであり、交付した処方せんに1品目でも一般名処方されたものが含まれれば、一般名処方加算を算定できます。一般名処方は強制、義務化ではありません。</p>
<p>(3) 問4(2)で、「3 現在、今後も算定しない」と回答された先生におうかがいします。 算定されない理由<u>すべてに</u>○をつけてください(複数回答可)。</p> <p>1 患者さんにとってわかりづらい 2 後発医薬品を信頼できない 3 一般名処方という処方のしかたに抵抗がある 4 薬局や薬剤師の対応が不安 5 「一般名処方加算」という診療報酬の趣旨に同意しかねる 6 その他()</p>
<p>(4) 問4(2)で、一般名処方加算を「1 算定している」と回答された先生におうかがいします。</p> <p>① 保険薬局が一般名処方にもとづいて調剤した際、情報提供の方法については、どのような形で合意されていますか。<u>1つだけ</u>○をつけてください。 ※ 保険薬局によって異なる場合には、処方せんのもっとも多い保険薬局と合意している方法に○をつけてください。</p> <p>1 患者が医薬品を選択した都度、保険薬局からすぐに連絡 2 次の診療時に、患者を通じて連絡(「お薬手帳」等による確認) 3 一定期間分をまとめて、保険薬局から連絡(1週間、1か月ごとなど) 4 継続して服用してきた薬剤と異なるものを患者が選択した時だけ、保険薬局から連絡 5 情報提供を求めている 6 その他()</p>

② 問4(4)①の合意どおりに連絡はありますか。もっとも近いものに1つだけ○をつけてください。

- 1 きちんと連絡がある
- 2 ほぼ連絡がある
- 3 ほとんど連絡がなく、実際に患者が選択した薬剤の情報が把握できない
- 4 ほとんど連絡がないが、患者が継続して同じ薬剤を選択しているケースがほとんどと思われる
- 5 その他()

(5) 問4(2)で、一般名処方加算を「1 算定している」と回答された先生におうかがいします。
それぞれ1つだけ○をつけてください。

① 算定のためのレセコンの対応など準備に係る負担(業務面、費用面あわせて)は、どの程度でしたか。

- | | |
|---------------|----------------|
| 1 かなり負担だった | 2 やや負担だった |
| 3 あまり負担ではなかった | 4 まったく負担ではなかった |
| 5 どちらともいえない | |

② 算定前と比べて、患者さんから処方せんの内容についての質問は増えましたか。

- | | |
|-------------|---------|
| 1 かなり増加 | 2 やや増加 |
| 3 やや減少 | 4 かなり減少 |
| 5 どちらともいえない | |

③ 算定前と比べて、調剤薬局から処方内容についての問い合わせは増えましたか。

- | | |
|-------------|---------|
| 1 かなり増加 | 2 やや増加 |
| 3 やや減少 | 4 かなり減少 |
| 5 どちらともいえない | |

問5. 在宅療養支援診療所に関連しておうかがいします。

<p>(1) 今年(2012年)3月末時点で、在宅療養支援診療所(在支診)の届出をされていましたか。 <u>1つだけ〇をつけてください。</u></p> <p>1 今年(2012年)3月末時点で届出をしていた 2 かつて届出をしたことはあるが、今年(2012年)3月末時点では届出をしていなかった 3 一度も届出をしたことがない</p>						
<p>(2) ① 現時点(6月1日時点)で、在支診の届出をされていますか。 <u>1つだけ〇をつけてください。</u></p> <p>1 機能を強化した在支診(自院単独) 2 機能を強化した在支診(連携で) 3 在支診 4 届出していない</p> <p>② 今後(1~2年後)は、どの届出をされたいですか。 <u>1つだけ〇をつけてください。</u></p> <p>1 機能を強化した在支診(自院単独) 2 機能を強化した在支診(連携で) 3 在支診 4 届出しない予定(届出をやめる予定を含む)</p>						
<p>(3) 在宅医療を担当する常勤医師数、緊急往診件数、在宅における看取り件数をご記入ください。なしの場合も0(ゼロ)とご記入ください。 <u>在支診以外の先生もご記入をお願いします。</u></p> <p>貴院のみの人数・件数をご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;">① 在宅医療を担当する常勤医師数(実人数(アタマ数))</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;">人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 過去1年間の緊急往診件数</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">件</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 過去1年間の在宅における看取り件数</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">件</td> </tr> </table>	① 在宅医療を担当する常勤医師数(実人数(アタマ数))	人	② 過去1年間の緊急往診件数	件	③ 過去1年間の在宅における看取り件数	件
① 在宅医療を担当する常勤医師数(実人数(アタマ数))	人					
② 過去1年間の緊急往診件数	件					
③ 過去1年間の在宅における看取り件数	件					
<p>(4) 在支診の届出をされている先生におうかがいします。 連携先医療機関数をご記入ください。 機能強化型以外の在支診の先生も、緊急時に入院できる病床が確保されている 連携医療機関数をご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;">① 病院</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;">施設</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 有床診療所</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">施設</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 無床診療所</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">施設</td> </tr> </table>	① 病院	施設	② 有床診療所	施設	③ 無床診療所	施設
① 病院	施設					
② 有床診療所	施設					
③ 無床診療所	施設					

(5) 連携によって機能を強化した在支診を届出されたい意向がありながら、現在は届出ができていない先生におうかがいします。その理由としてもっとも近いものに1つだけ○をつけてください。

- 1 近隣に医療機関がない
- 2 近隣に医療機関があるが、在宅医療を行っているかどうかよくわからない
- 3 近隣に在宅医療を行っている医療機関はあるが、よく知らないので、頼みにくい
- 4 近隣に在宅医療を行っている医療機関はあるが、連携しても要件を満たさない
- 5 連携をもちかけて断られた
- 6 その他()

(6) 在支診の届出をされていない先生におうかがいします。その理由にすべてに○をつけてください(複数回答可)。

- 1 在宅医療を担当する医師がいない
- 2 24時間連絡を受ける医師または看護師を指定することが困難
- 3 24時間往診が可能な体制を確保できない
- 4 24時間訪問看護の提供が可能な体制を整備できない
- 5 緊急時に入院できる病床を常に確保することが困難
- 6 ケアマネジャーとの連携が難しい
- 7 当院の機能上、あまり関係がない
- 8 終末期医療まで考えると責任が持てない
- 9 その他()

問6. 診療報酬項目のうち、問題が大きいためには是正すべきと思われるものとその理由を2つまでご記入ください。

回答欄1

(1) 分野に○をつけてください。			
1 初・再診料	2 入院料等	3 医学管理等	4 在宅医療
5 検査	6 画像診断	7 投薬	8 注射
9 リハビリテーション	10 精神科専門療法	11 処置	12 手術
13 麻酔	14 放射線治療	15 病理診断	16 DPC
17 介護	18 その他		

(2) 診療報酬項目名をご記入ください。

記入例 再診料

(3) 問題点とその理由等をご記入ください。

回答欄2

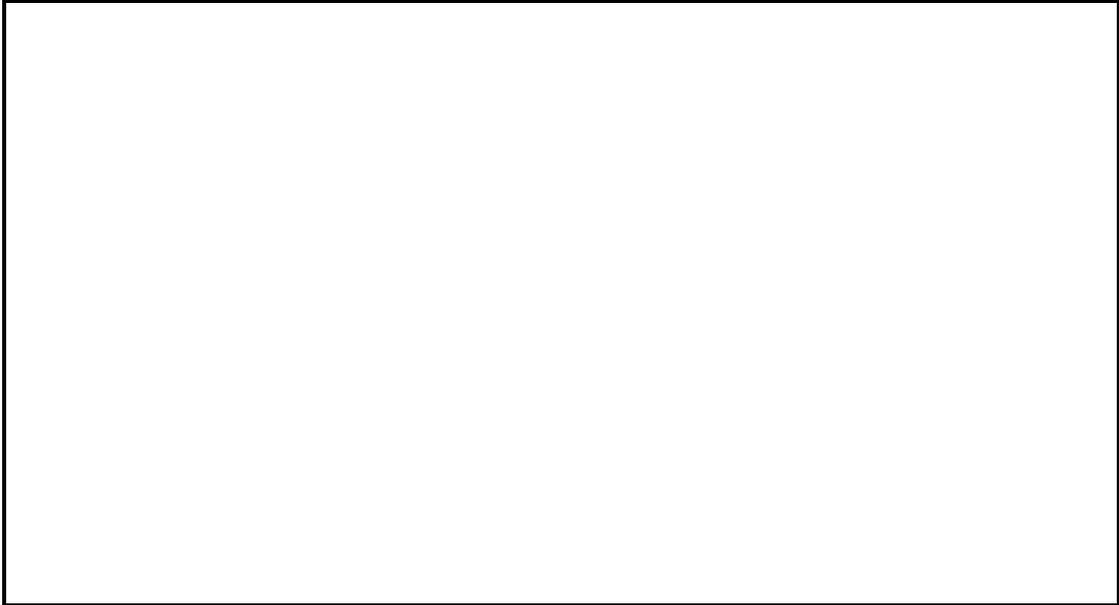
(1) 分野に○をつけてください。			
1 初・再診料	2 入院料等	3 医学管理等	4 在宅医療
5 検査	6 画像診断	7 投薬	8 注射
9 リハビリテーション	10 精神科専門療法	11 処置	12 手術
13 麻酔	14 放射線治療	15 病理診断	16 DPC
17 介護	18 その他		

(2) 診療報酬項目名をご記入ください。

記入例 再診料

(3) 問題点とその理由等をご記入ください。

問7. 今回の診療報酬改定についてのご意見等をご自由にご記入ください。



以上でアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。