

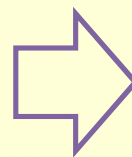
医療従事者の負担軽減・人材確保について①

医師事務作業補助体制の評価①

- 医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	860点
20対1	648点
25対1	520点
30対1	435点
40対1	350点
50対1	270点
75対1	190点
100対1	143点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>870点</u>
20対1	<u>658点</u>
25対1	<u>530点</u>
30対1	<u>445点</u>
40対1	<u>355点</u>
50対1	<u>275点</u>
75対1	<u>195点</u>
100対1	<u>148点</u>

[施設基準](業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



医療従事者の負担軽減・人材確保について②

医師事務作業補助体制の評価②

- 20対1補助体制加算について、25対1, 30対1, 40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和し、75対1, 100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「50名以上」に緩和する。

現行

【20対1補助体制加算】

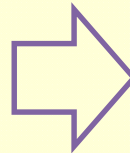
[主な要件] 15対1と同様の施設基準

- ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関
- ・年間緊急入院患者数800名以上

【50対1, 75対1, 100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上



改定後

【20対1補助体制加算】

[主な要件] 25対1, 30対1, 40対1と同様の施設基準
15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること

- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上

【50対1, 75対1, 100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上 (75対1及び100対1補助体制加算については50名以上)

- 50対1, 75対1, 100対1補助体制加算の対象として、療養病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を追加する。
- 特定機能病院入院基本料(一般・結核・精神)について、特定機能病院として求められる体制以上に勤務医負担軽減に取り組む医療機関を評価するため、医師事務作業補助体制加算1に限り、要件を満たす場合に算定可能とする。

月平均夜勤時間の要件と報酬の算定

月平均夜勤時間72時間以下の要件を満たせなかった場合、直近3か月に限り「月平均夜勤時間超過減算」となり、80/100を算定するが、その間に夜勤のできる看護職員が確保できなかった場合、仮に看護配置を満たしていても、特別入院基本料を算定する。（ただし、3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は認められている。）

【通常】

1591点

※1割(79.2時間)以内の超過の場合、3か月間は現行の入院基本料が算定できる。

7対1
入院基本料

超過時間が
1割を超える

または

1割以内の
超過が3ヶ月
を超える

【月平均夜勤時間超過減算】

1591点

318点

1273点
(1591点の80%)

※基準を満たさなくなった翌々月から3か月間算定できる。

7対1
入院基本料

改善しな
かった場合

【特別入院基本料】

1591点

1007点

584点
(1591点の36.7%)

7対1
入院基本料

特別
入院基本料

一般病棟7対1入院基本料の場合

月平均夜勤時間の算出方法

病院の入院基本料の施設基準の通則（抜粋）

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。【施設基準告示】

当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数

月平均夜勤時間数＝

夜勤時間帯の実人員数

留意点

- 夜勤時間帯とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間のこと。
- 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するもの（病棟ごとではない）。
- 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、
 - ① 月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者
 - ② 専ら夜勤時間帯に従事する者（夜勤専従者）は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

医療従事者の負担軽減・人材確保について③

看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

- 月平均夜勤時間数の計算方法及び基準に適合しなくなった際の評価を見直す。

【月平均夜勤時間数の計算に含まれる者の要件】

現行

月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。



改定後

【7対1及び10対1入院基本料】

月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

【7対1及び10対1入院基本料以外】

月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

※ 短時間正職員については、7対1及び10対1入院基本料の場合、現行通り、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

現行

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。



改定後

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。

- 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。

(新) 夜勤時間特別入院基本料

イ 入院基本料の100分の70に相当する点数

ロ イの点数が特別入院基本料を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数

〔施設基準〕

- ① 月平均夜勤時間数が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- ② 医療勤務環境改善支援センターに相談すること。

〔算定対象〕

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

医療従事者の負担軽減・人材確保について④

夜間看護体制の充実に係る評価

- 看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。

看護職員夜間配置加算

7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
看護職員夜間配置加算	50点



改定後	
1 看護職員夜間12対1配置加算	
(新)イ 看護職員夜間12対1配置加算1	80点
□ 看護職員夜間12対1配置加算2	60点
(新)2 看護職員夜間16対1配置加算	40点

※1のイ(看護職員夜間12対1配置加算1)及び2(看護職員夜間16対1配置加算)に、夜間看護体制の評価が含まれている。

急性期看護補助体制加算

7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

現行	
夜間25対1	35点
夜間50対1	25点
夜間100対1	15点
(新規)	



改定後	
夜間30対1	40点
夜間50対1	35点
夜間100対1	20点
夜間看護体制加算	10点

看護補助加算

13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価
13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

現行	
看護補助加算1、2、3(1日につき)	
(新規)	
(新規)	



改定後	
看護補助加算1、2、3(1日につき)	
(新)夜間75対1看護補助加算(1日につき)	30点
(新)夜間看護体制加算(入院初日)	150点

有床診療所入院基本料

有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

現行	
夜間看護配置加算1	80点
夜間看護配置加算2	30点



改定後	
夜間看護配置加算1	85点
夜間看護配置加算2	35点

夜間看護体制の評価に関する項目

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降※1
- ③夜勤の連続回数2回以下
- ④業務量の把握・部署間支援
- ⑤看護補助者比率5割以上※2
- ⑥看護補助者の夜間配置
- ⑦看護補助者への院内研修※3
- ⑧夜間院内保育所の設置

[加算等の算定要件]

看護職員夜間配置加算(1のイ及び2)

:7項目(①～⑥、⑧)のうち4項目以上

急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)

:6項目(①～⑤、⑧)のうち3項目以上

看護補助加算(夜間看護体制加算)

:7項目(①～⑤、⑦、⑧)のうち4項目以上(⑥は必須)

※1 ②は、3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟を有する保険医療機関のみの項目である。

※2 ⑤の看護補助者比率=(みなし看護補助者を除いた看護補助者数)÷(みなし看護補助者を含む看護補助者数)

※3 ⑦は、看護補助加算を算定する保険医療機関のみの項目である。

夜間看護体制の充実に関する評価～勤務編成の例～

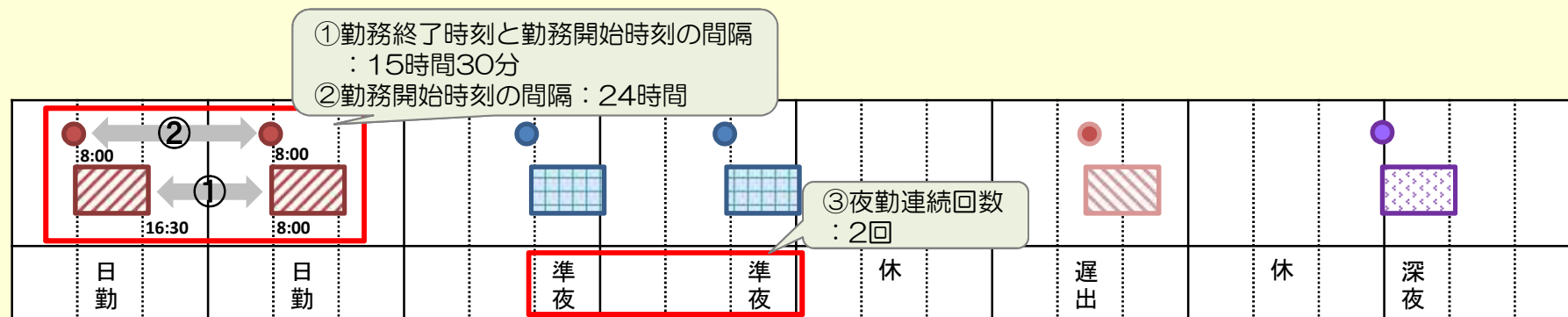
➤ 勤務編成(シフト)の例

	日勤	8:00～16:30		遅出	12:00～20:30
	準夜勤	16:00～ 0:30		深夜勤	0:00～ 8:30

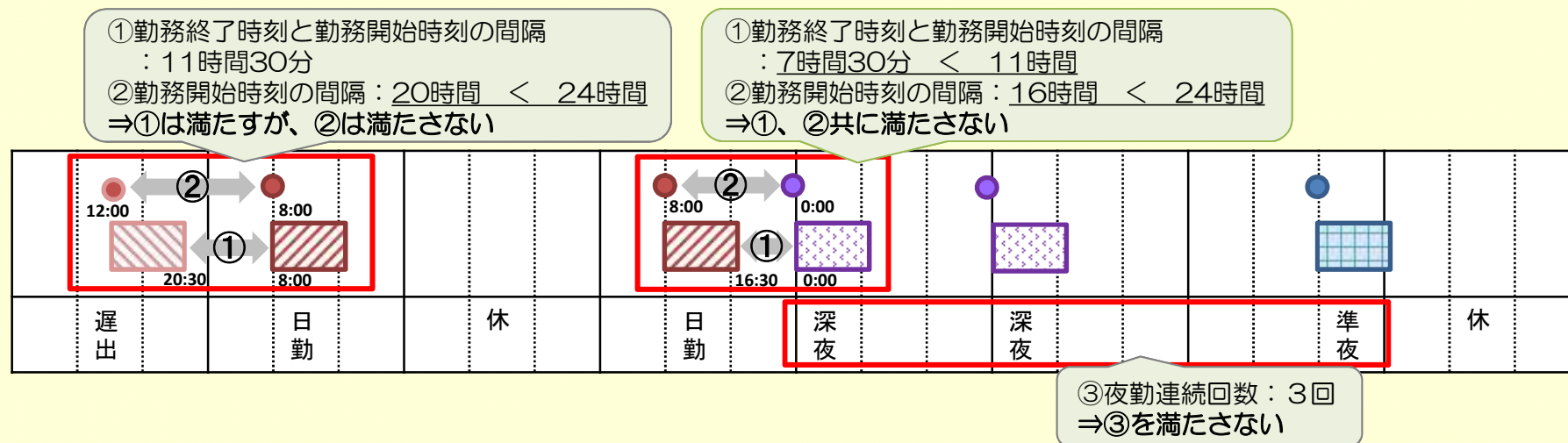
【夜間看護体制の評価に関する項目(勤務編成関連)】

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降
- ③夜勤の連続回数2回以下

夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たすシフト



夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の項目を満たさないシフト



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑤

看護職員と看護補助者の業務分担の推進①

- 看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう看護補助業務のうち一定の部分までは、看護補助者が事務的業務を実施できることを明確化し、看護職員と看護補助者の業務分担に資する取組を促進する。

現行

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。



改定後

- 1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
- 2 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1以下であること。

急性期看護補助体制加算、看護補助加算

〔施設基準〕

- ① 看護職員と看護補助者との業務範囲について、年1回以上は見直しを行うこと。
- ② 所定の研修※を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

※看護補助者の活用等に関する5時間程度の研修



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑥

看護職員と看護補助者の業務分担の推進②

[主として事務的業務を行う看護補助者を配置した場合の計算例]

①看護補助者のうち、「主として事務的業務を実施する看護補助者」に当たる者を特定する

※ 各保険医療機関の院内規定において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めること。

※ 1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」とする。

②主として事務的業務を実施する看護補助者の配置は、200対1以下であること

※ 主として事務的業務を行う看護補助者のうち、事務的業務以外の業務も行った看護補助者については、事務的業務以外の業務を行った時間も含めて、病棟における勤務時間を算入する。

<計算式>

(主として事務的業務を行う看護補助者が当該病棟で行った月延べ勤務時間数)

≦ (当該病棟の1日平均入院患者数/200) × 3 × 当該月の日数 × 8時間

【例】 1月:4週(28日)、週当たりの延べ勤務時間:40時間(月当たり:160時間)、1日平均入院患者数:50人 とした場合

<看護補助者別の曜日毎の事務的業務実施時間>

看護 補助者	月	火	水	木	金	土	日	月延べ事務的業 務勤務時間数	備考
 A	7時間	7時間	7時間	7時間	4時間	(休)	(休)	128時間	128/160=8割
B	1時間	1時間	1時間	1時間	3時間	(休)	(休)	28時間	28/160=1.75割<5割 → 算入しなくてよい
C	0	0	0	0	0	(休)	(休)	0	
 D	1時間	(休)	1時間	(休)	1時間	3時間	3時間	36時間	36/160=2.25割<5割 → 算入しなくてよい
E	(休)	1時間	(休)	1時間	(休)	3時間	3時間	36時間	36/160=2.25割<5割 → 算入しなくてよい

⇒主として事務的業務を
実施する看護補助者

→ 160時間 ≦ 168時間((50人/200) × 3 × 28日 × 8時間)

⇒ 200対1以下の要件を満たす

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑦

常勤配置の取扱いの明確化

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



育児休業を取得している期間、非常勤看護師2名の常勤換算により施設基準を満たすことが可能。

常勤看護師が育児休業を取得



休業期限

※ 常勤換算される非常勤従事者は各々が当該施設基準上求められる資質を有していなければならない。
例) 経験年数〇年以上、所定の研修を修了していること 等

- 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。



短時間勤務制度を利用している期間は週30時間以上の勤務で常勤としてカウント可能。

短時間勤務制度利用期間

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑧

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し

- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に規定する医師配置要件の経験年数について、夜間休日に当該医療機関の外にいる医師が迅速に診療上の判断ができる場合には、経験年数を一定程度緩和する。

現行(医師の配置要件)

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。



改定後(医師の配置要件)

保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であって、当該保険医療機関外にいる医師が院外から迅速に診療上の判断を支援する体制が確保されている場合に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

- 画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。

[画像診断管理加算の施設基準]

夜間又は休日に撮影された画像について、専ら画像診断を担当する医師が、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。

※電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その1)

- 勤務医の負担の大きな原因となっている、当直や夜間の呼び出しなど、時間外・休日・深夜の対応についての改善を図るため、手術及び一部の処置の「休日・時間外・深夜加算」の見直しを行う。

【改定前】手術・150点以上の処置

休日加算	80/100
時間外加算	40/100
深夜加算	80/100



【改定後】手術・1,000点以上の処置

休日加算 1	<u>160/100</u>
時間外加算 1	<u>80/100</u>
深夜加算 1	<u>160/100</u>

※ 従来の加算については加算「2」とする

[施設基準]

(1)及び(2)は当該加算を算定する診療科が実施していればよい。

- (1) 予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む。)の免除※を実施していること。(年12日までは実施しなくてもよい)

※術者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数にはカウントしない。

- (2)下記のいずれかを実施していること。(診療科ごとに異なってもよい)

- ① 交代勤務制※ (常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させる場合は休憩を置くこと)

※原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手術を実施する場合を除く。

- ② チーム制 (医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し、緊急呼び出し当番の翌日は休日※)

※1 当番日の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなくてもよい。

※2 緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ただし、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。

※3 休日・時間外・深夜の対応を当直医(他の診療科の当直医を含む。)が行ってもよい。

- ③ 時間外・休日・深夜の手術・1000点以上の処置の実施に係る医師(術者又は第一助手)の手当支給※

※(ア)または(イ)のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局長等に届け出ること。(記載は27年3月31日までは実施していなくてもよい。)

(ア)その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給 (イ)年間に行った数に応じた手当を支給

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑨

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準の見直し

- 予定手術前の当直の免除の要件について、勤務医負担軽減の取組を広げるため、病院全体で届出する場合に限って、予定手術の前日における当直等の日数の上限を、規模に応じて緩和を行う。
- 現行では、算定している診療科の合計で年間12日以内であるところ、毎日の当直人数が6人以上であつて、病院全体で届出を実施している保険医療機関においては年間24日以内とする。

現行

（２）当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼び出し当番（以下、「当直等」という。）を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。

（３）（２）の当直等を行った日が年間12日以内であること。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。



改定後

（２） 従前通り

（３）（２）の当直等を行った日が届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。

病棟薬剤業務実施加算の概要(平成28年3月まで)

病棟薬剤業務実施加算(週1回) 100点

薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施していることを評価。なお、特定入院料等の届出病床に入院している患者については算定できない。

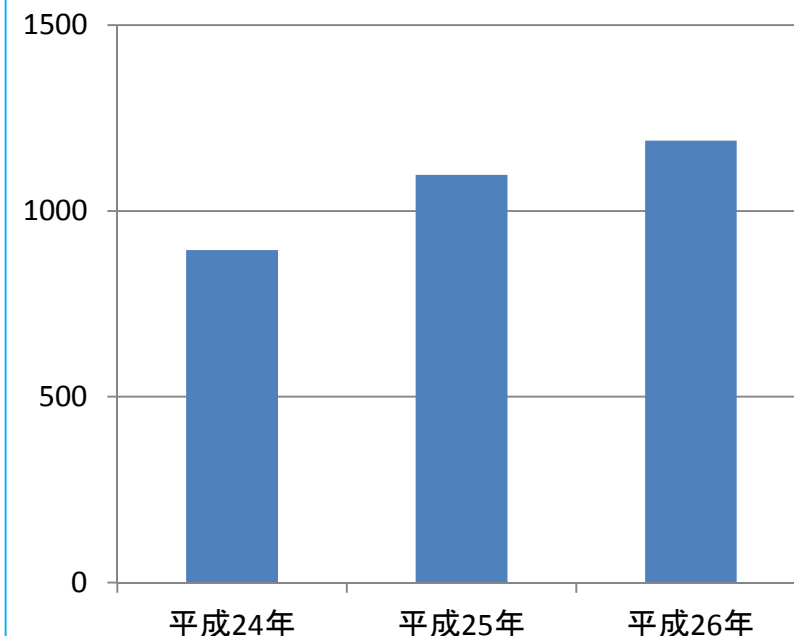
【主な病棟薬剤業務】

- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施

【施設基準】

- ① 病棟※ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
(※障害者施設等入院基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
- ② 薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。
- ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
- ④ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
- ⑤ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

届出施設数



特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

現行	
病棟薬剤業務実施加算(週1回)	100点



改定後	
病棟薬剤業務実施加算1(週1回)	100点
(新) 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	80点



[病棟薬剤業務実施加算2の主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
- ③ 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

- 併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(430点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

現行	
【薬剤管理指導料】	
1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合	430点
2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く。)	380点
3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合	325点



改定後	
【薬剤管理指導料】	
(削除)	
1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	380点
2 1の患者以外の患者に対して行う場合	325点

医科歯科連携の推進について

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

- 悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算の評価を充実する。

周術期口腔機能管理後手術加算 100点 → 200点【医科、歯科点数表】 ※手術の加算

【医科点数表】歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、胸部・腹部等の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(手術前)又は(Ⅱ)(手術前)の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)

- 入院基本料加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加した場合を評価する。

(新) 歯科医師連携加算 50点【医科点数表】 ※入院基本料の加算

歯科訪問診療の評価(医療施設、介護保険施設と連携した場合の評価)

- 歯科の標榜がない病院に入院中※¹又は介護保険施設に入所中※²の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が栄養サポートチーム等に加わり、その結果に基づいて歯科訪問診療を行った場合を評価する。

(新) 栄養サポートチーム連携加算1 60点※¹【歯科点数表】

(新) 栄養サポートチーム連携加算2 60点※² ※歯科疾患在宅療養管理料の加算

【算定要件】 歯科医師が病院の入院患者に対する栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス、回診等に参加し、また、介護保険施設の入所者に対する食事観察等の一員として参加し、1回目は参加した日から起算して2月以内に口腔機能評価に基づく管理を行った場合に60点を所定点数に加算する。2回目以降は当該月にカンファレンス等に参加していなくても差し支えないが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を越える日までに1回以上参加すること。

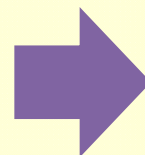
周術期口腔機能管理の推進について

病院における周術期口腔機能管理の推進

- 歯科の標榜がある病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療料が算定できるように要件を見直す。

現行

歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者に対して、歯科訪問診療は算定できない。



改定後

歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者に対して、周術期口腔機能管理に伴う歯科訪問診療料及び特掲診療料を算定できる。

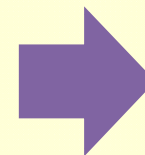
周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置

- 周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置の対象を、放射線治療・化学療法を実施している患者(予定している患者を含む)、緩和ケアを実施する患者に拡大するとともに、周術期専門的口腔衛生処置の評価を充実する。

現行

対象は、放射線治療・化学療法を実施している患者

周術期専門的口腔衛生処置 80点



改定後

対象は、放射線治療・化学療法を実施している患者(予定している患者を含む)、緩和ケアを実施している患者

周術期専門的口腔衛生処置 92点

(2) かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価
等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額
負担の導入の実施状況調査
報告書(案)＜結果概要＞

調査の概要①

1 調査の目的

- 平成28年度診療報酬改定では、療養上の指導・健康管理等を継続的に実施し、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能に対する評価の充実が図られた。また、医療保険制度改革法を踏まえ、紹介状なしの500床以上の病院受診について、定額負担が導入された。さらに、地域包括ケアシステムの推進や患者にとって安全で安心な医療提供体制の構築を図る観点から、う蝕、歯周病や口腔機能低下の重症化予防に対するかかりつけ歯科医機能について評価を行った。
- 本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、認知症や慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医の対応やかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（以下「か強診」という。）における口腔疾患や口腔機能の重症化予防の実施状況、一定規模以上の保険医療機関における定額負担の状況等を把握し、改定の結果検証を行った。

<主なねらい>

- ・ 診療所及び200床未満の病院における地域包括診療料等の届出状況及び診療の状況の把握
- ・ 地域包括診療料や認知症地域包括診療料等を算定する患者が有する疾患や投薬の状況の把握
- ・ 小児かかりつけ診療料の届出医療機関における地域医療・地域保健への取組状況等の把握
- ・ 200床以上の病院における紹介状なしの定額負担の徴収状況等の把握

調査の概要②

2 調査の対象

(1) かかりつけ医調査

- ① 全国の在宅療養支援診療所(在支診)500施設(無作為抽出)
 - ② 在支診以外の時間外対応加算1又は2の届出のあった600施設(無作為抽出)
 - ③ 在宅療養支援病院400施設(無作為抽出)
- 計1,500施設程度

(2) 小児科調査

小児かかりつけ診療料の届出のあった500施設(無作為抽出)

(3) 大病院調査

- ① 特定機能病院(悉皆)
 - ② 一般病床が500床以上の地域医療支援病院(悉皆)
 - ③ 一般病床が200床以上の病院(無作為抽出、ただし①②を除く)
- 計850施設程度

(4) かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)

- ① か強診の施設基準の届出施設1,000施設(無作為抽出)
 - ② 全国の歯科診療所(か強診の届出施設を除く)500施設(無作為抽出)
- 計1,500施設程度

(5) かかりつけ歯科医機能調査(患者調査)

- ① 患者票(Ce※) ※ Ce・・・エナメル質初期う蝕

(1) ①の対象施設において、調査期間中にエナメル質初期う蝕管理加算を算定した患者1名

- ② 患者票(SPT ※) ※ SPT・・・歯周病安定期治療

(1) ①の対象施設において、歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定した患者1名

調査の概要③

3 調査方法

- 対象施設の管理者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- (1)の対象施設に「かかりつけ医票」、(2)の対象施設に「小児科調査票」を配布した。
- (3)については、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入が義務付けられた病院①②を対象にした「大病院調査票」、定額負担の導入が義務付けられていない病院③を対象にした「選定療養費調査票」の2種類を配布した。
- (4)については、(1)①の対象施設を通じて対象患者に患者票を配布し、各患者から事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。
- 調査実施時期は、(1)(2)は平成28年10月20日～平成29年1月4日、(3)は平成28年11月2日～平成28年12月22日、(4)(5)は平成28年11月9日～平成29年1月16日。

調査の概要④

4 回収の状況

「かかりつけ医調査票」の発送数は1,500件であり、有効回答数は665件、有効回答率は44.3%であった。

「小児科調査票」の発送数は500件であり、有効回答数は214件、有効回答率は42.8%であった。

「500床以上の病院調査票」の発送数は234件であり、有効回答数は191件、有効回答率は81.6%であった。

「選定療養費調査票」の発送数は616件であり、有効回答数は425件、有効回答率は69.0%であった。

か強診を対象にした「施設票①」の発送数は1,000件であり、有効回答数は500件、有効回答率は50.0%であった。また、全国の歯科診療所の中から無作為抽出した「施設票②」の発送数は500件であり、有効回答数は256件、有効回答率は51.2%であった。

患者票については、「患者票(Ce)」の有効回答数は234件、「患者票(SPT)」の有効回答数は253件であった。

調査対象	施設数	有効回答数	有効回答率
かかりつけ医調査票	1,500	665(施設)	44.3%
小児科調査票	500	214(施設)	42.8%
大病院調査票	234	191(施設)	81.6%
選定療養費調査票	616	425(施設)	69.0%
かかりつけ歯科医機能調査(施設票①) (か強診の届出施設)	1,000	500(施設)	50.0%
かかりつけ歯科医機能調査(施設票②) (全国の歯科診療所(か強診除く))	500	256(施設)	51.2%
かかりつけ歯科医機能調査(患者票(Ce))	—	234(人)	—
かかりつけ歯科医機能調査(患者票(SPT))	—	253(人)	—

かかりつけ医調査の結果①

＜地域包括診療料等の届出状況＞（報告書p17）

地域包括診療料の届出をしているのは、病院は4.0%（6施設）、有床診療所は23.5%（23施設）、無床診療所は13.4%（56施設）であった。

地域包括診療加算の届出をしているのは、有床診療所は17.3%（17施設）、無床診療所では12.0%（50施設）であった。

病院・有床診・無床診のいずれについても、半分以上の医療機関が届出を行っていないかった。

図表 22 地域包括診療料等の届出状況

（単位：上段「件」、下段「%」）

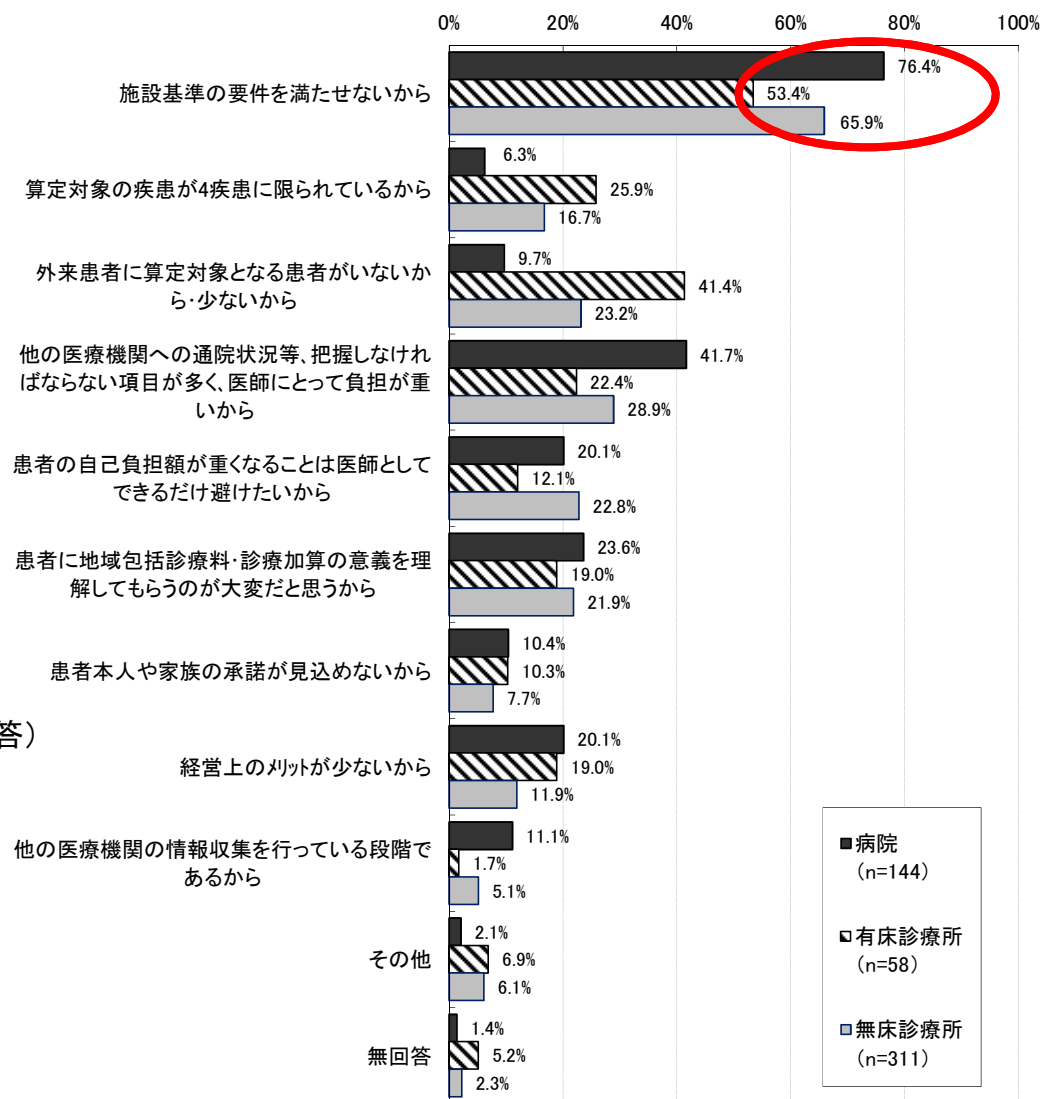
	総数	地域包括診療料の 届出をしている	地域包括診療加算 の届出をしている	いずれも届出をして いない
病院	150	6	-	144
	100.0	4.0	-	96.0
有床診療所	98	23	17	58
	100.0	23.5	17.3	59.2
無床診療所	417	56	50	311
	100.0	13.4	12.0	74.6

かかりつけ医調査の結果②

＜地域包括診療料等の届出をしていない施設＞（報告書p18）

地域包括診療料等の届出をしていない理由をみると、どの施設も「施設基準の要件を満たせないから」（病院76.4%、有床診療所53.4%、無床診療所65.9%）が最も多く、次いで「他の医療機関への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師にとって負担が重いから」（病院41.7%、無床診療所28.9%）、「外来患者に算定対象となる患者はいないから・少ないから」（有床診療所41.4%）が多かった。

図表 23 地域包括診療料等の届出をしていない理由
（地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、複数回答）



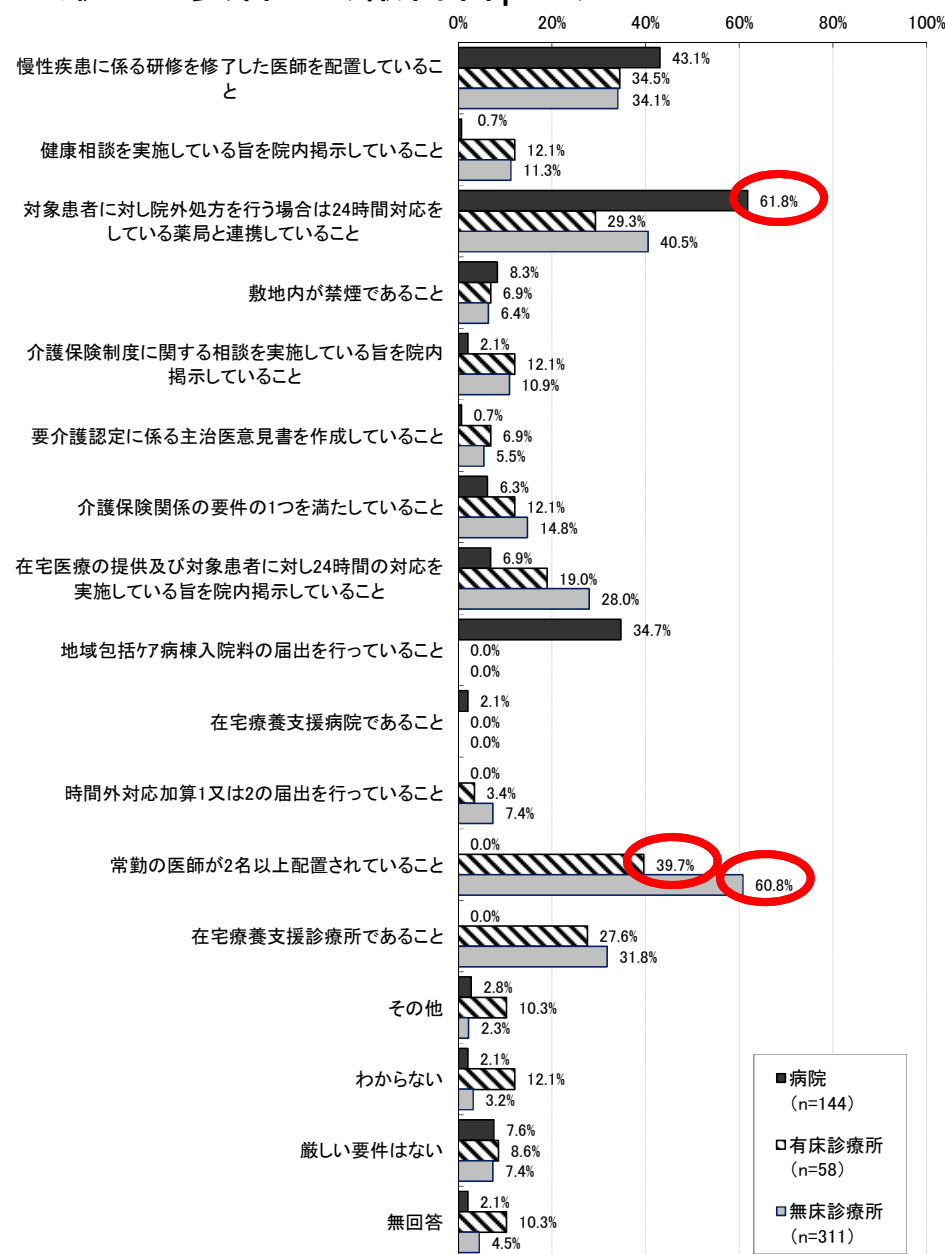
かかりつけ医調査の結果③

＜地域包括診療料等の届出を行う上で厳しい要件＞（報告書p21）

地域包括診療料等の届出を行う上で厳しい要件をみると、病院では「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」が61.8%で最も多く、次いで「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」(43.1%)であった。

有床診療所では、「常勤の医師が2名以上配置されていること」が39.7%で最も多く、次いで「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」(34.5%)であった。

無床診療所では「常勤の医師が2名以上配置されていること」が60.8%で最も多く、次いで「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」(40.5%)であった。



図表 25 地域包括診療料等の届出を行う上で厳しい要件
(地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、複数回答)

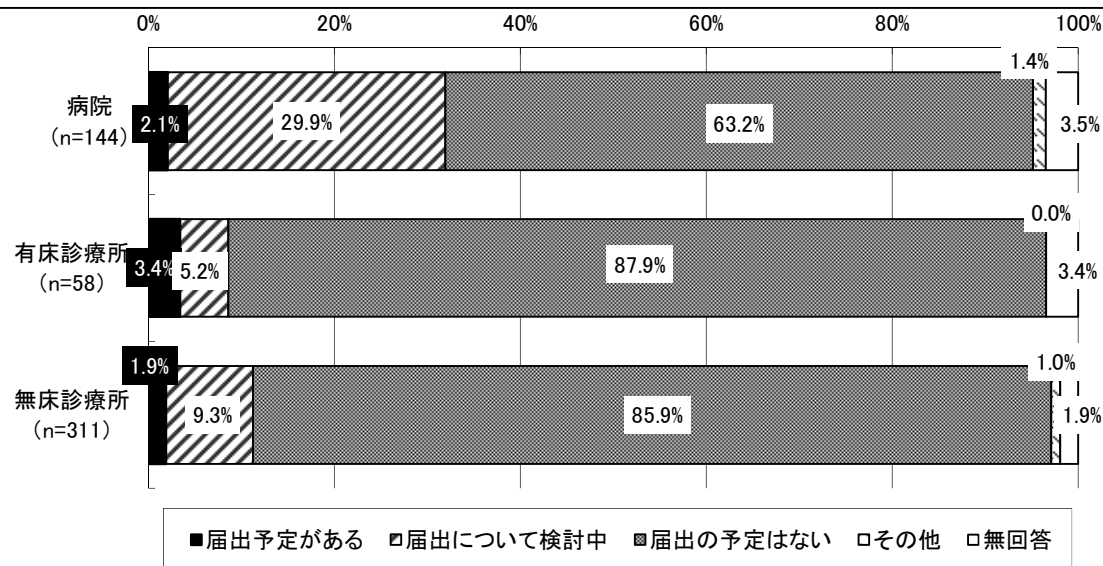
かかりつけ医調査の結果④

＜地域包括診療料等の届出意向、地域包括診療料の届出時期＞（報告書p24,25）

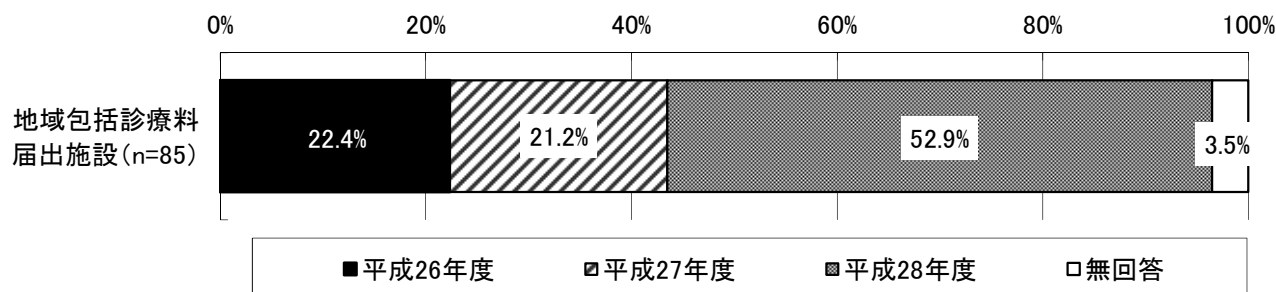
地域包括診療料等に関する今後の届出意向について、「届出予定がある」「届出について検討中」が病院では約3割、有床診療所・無床診療所では約1割であった。

地域包括診療料の届出時期をみると、「平成26年度」が22.4%、「平成27年度」が21.2%、「平成28年度」が52.9%で、「平成28年度」が最も多かった。

図表 27 地域包括診療料等に関する今後の届出意向
(地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設)



図表 29 地域包括診療料の届出時期(地域包括診療料の届出施設)



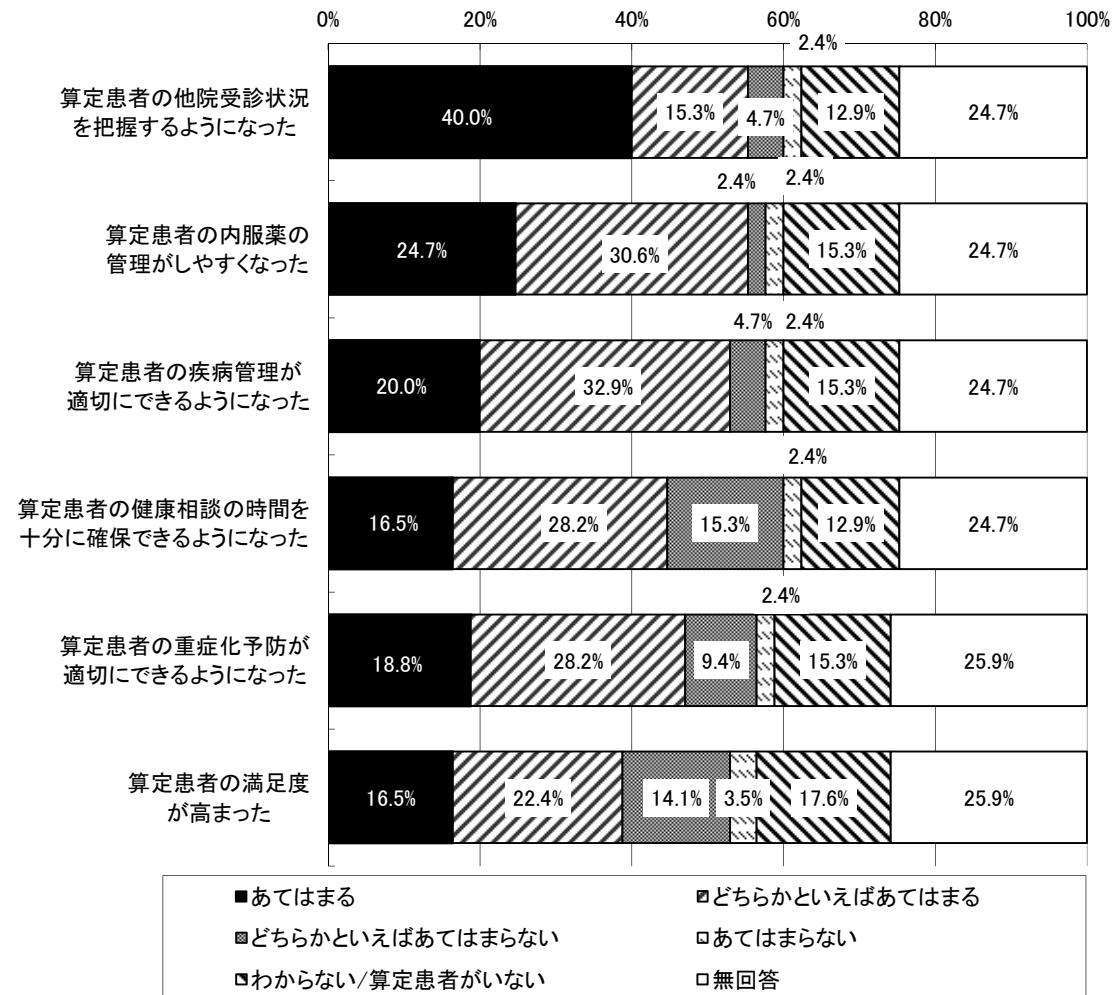
かかりつけ医調査の結果⑤

＜地域包括診療料の影響・効果＞（報告書p52）

地域包括診療料の影響・効果を見ると、「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」を合わせた割合は、「算定患者の他院受診状況を把握するようになった」「算定患者の内服薬の管理がしやすくなった」では55.3%で最も高く、次いで「算定患者の疾病管理が適切にできるようになった」(52.9%)、「算定患者の重症化予防が適切にできるようになった」(47.0%)、「算定患者の健康相談の時間を十分に確保できるようになった」(44.7%)であった。

また、すべての項目で「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」を合わせた割合は、「どちらかといえばあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合よりも高かった。

図表 82 地域包括診療料の影響・効果
(地域包括診療料届出施設、n=85)



かかりつけ医調査の結果⑥

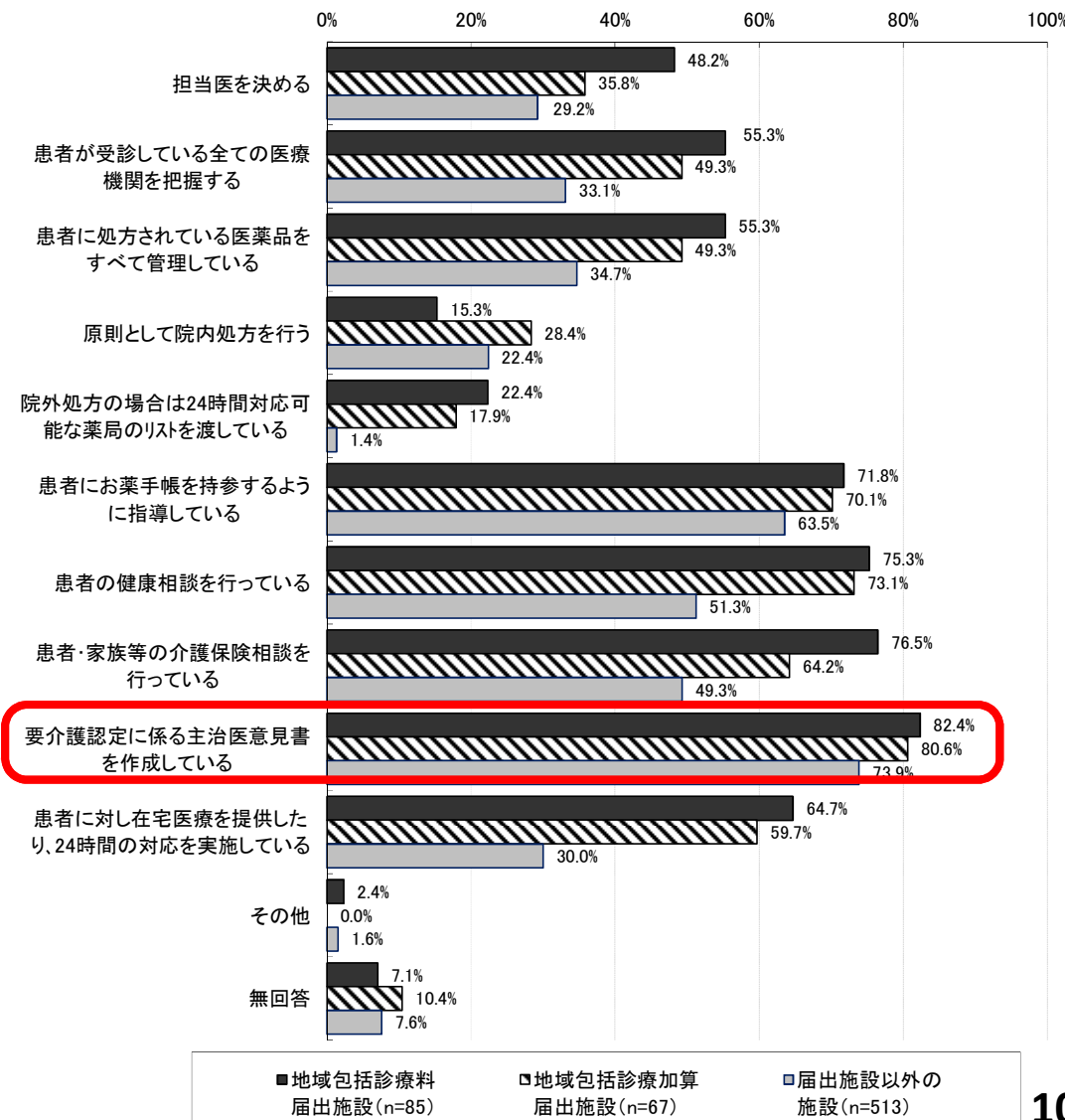
＜地域包括診療料等を算定していない患者に対しても必要に応じて行っていること＞（報告書p54）

地域包括診療料等を算定していない患者に対しても必要に応じて行っていることをみると、「原則として院内処方を行う」を除くすべての項目で、「地域包括診療料届出施設」が最も高かった。

地域包括診療料届出施設では「要介護認定に係る主治医意見書を作成している」（82.4%）、「患者・家族等の介護保険相談を行っている」（76.5%）、「患者の健康相談を行っている」（75.3%）、「患者にお薬手帳を持参するように指導している」（71.8%）が7割以上となった。

また、「届出施設以外の施設」と比較して「地域包括診療料届出施設」の割合が高かったのは、「患者に対し在宅医療を提供したり、24時間の対応を実施している」、「患者・家族等の介護保険に関する相談を行っている」、「患者の健康相談を行っている」、「患者が受診している全ての医療機関を把握する」、「院外処方の場合は24時間対応可能な薬局のリストを渡している」、「患者に処方されている医薬品を全て管理している」であった。

図表 83 地域包括診療料等を算定していない患者に対しても必要に応じて行っていること（届出状況別、複数回答）



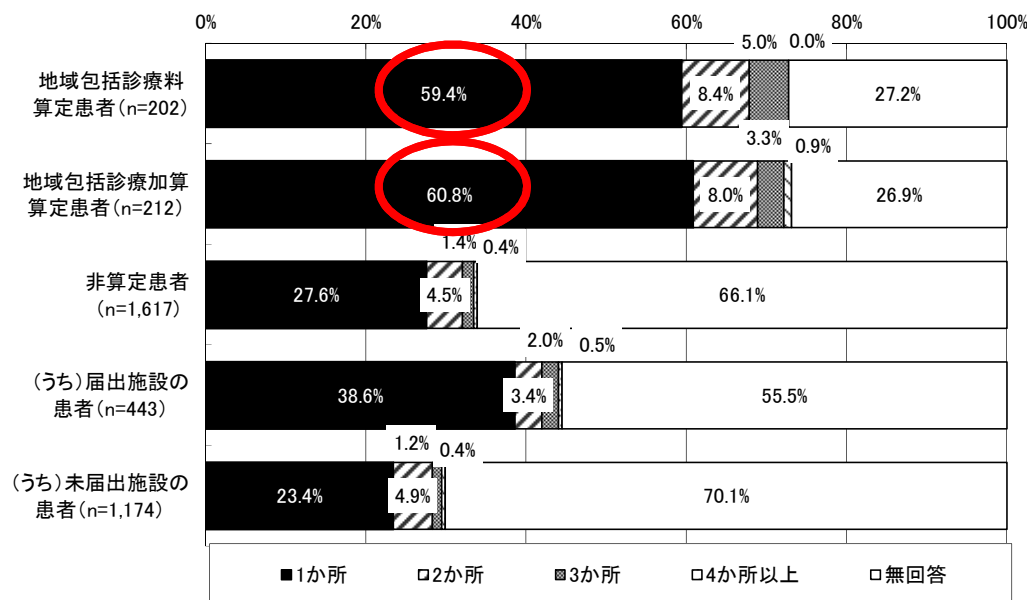
かかりつけ医調査の結果⑦

＜地域包括診療料等の算定患者が定期的に通院している医療機関数等＞（報告書p67,76）

定期的に通院している医療機関数（他院分も含む）をみると、地域包括診療料等の算定患者では「1か所」が最も多かった。なお、非算定患者では「無回答」が多い点に留意する必要がある。

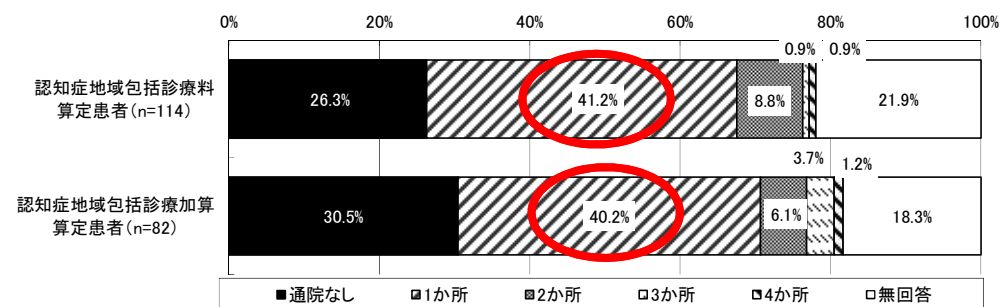
認知症地域包括診療料等の算定患者では、「1か所」が最も多く、次いで「通院なし」が多かった。

図表 103 定期的に通院している医療機関数（算定状況別）



（注）定期的に通院している医療機関数には他院分も含まれる。

図表 125 定期的に通院している医療機関数（算定状況別）



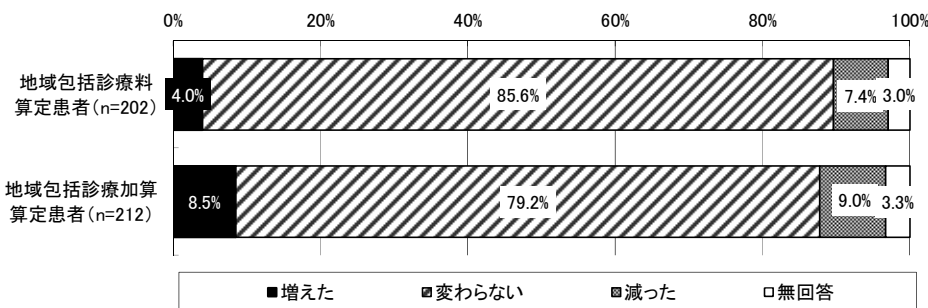
（注）定期的に通院している医療機関数には他院分も含まれる。

かかりつけ医調査の結果⑧

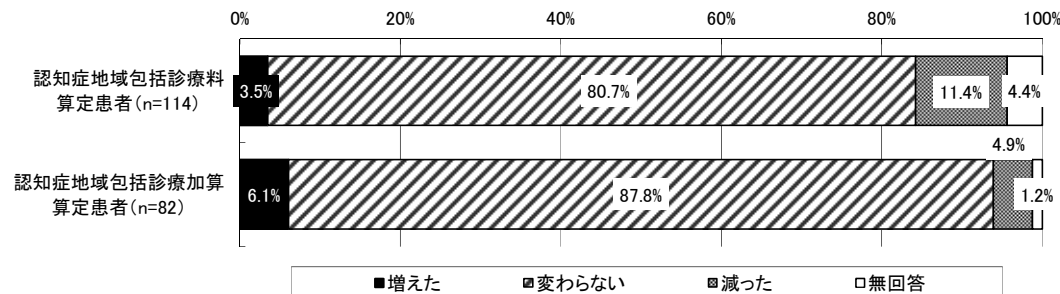
＜地域包括診療料等の算定患者の内服薬数の変化＞（報告書p65,74）

地域包括診療料等の算定当初と比較した内服薬数の変化をみると、地域包括診療料算定患者、地域包括診療加算算定患者、認知症地域包括診療料算定患者、認知症地域包括診療加算算定患者のいずれも「変わらない」が大多数を占めた。また、いずれの患者でも「増えた」よりも「減った」のほうがやや多かった。

図表 98 内服薬数の変化（算定状況別）



図表 120 内服薬数の変化（算定状況別）



図表 100 内服薬数が減った理由（算定状況別、単数回答）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	患者の病状に 変化が あったため	副作用 に対応 するため	重複薬 の整理 等、医師 の考え	その他	無回答
地域包括診療料算定患者	15	7	2	4	1	1
	100.0	46.7	13.3	26.7	6.7	6.7
地域包括診療加算算定患者	19	11	0	6	1	1
	100.0	57.9	0.0	31.6	5.3	5.3

図表 120 内服薬数の変化（算定状況別）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	患者の病状に 変化が あったため	副作用に 対応する ため	重複薬の 整理等、 医師の考 え	その他	無回答
認知症地域包括診療料算定患者	13	4	0	8	0	1
	100.0	30.8	0.0	61.5	0.0	7.7
認知症地域包括診療加算算定患者	4	3	0	1	0	0
	100.0	75.0	0.0	25.0	0.0	0.0

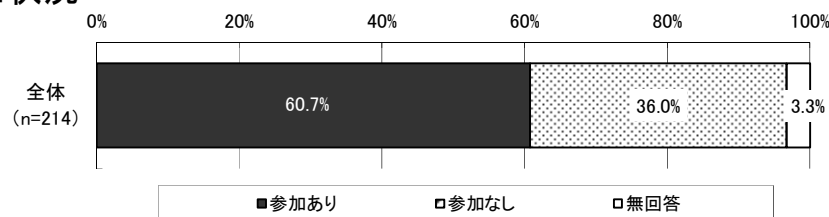
小児科調査の結果①

＜地域における活動＞（報告書p80,81）

在宅当番医制等による初期小児救急医療へ参加している割合は60.7%であった。参加している施設における休日又は夜間の診療回数は月平均1.32回であった。

市町村の乳幼児健康診査を実施している施設は95.3%、乳幼児に対する定期予防接種の実施状況は100.0%であった。また、園医に就任している割合は78.5%、保育所の嘱託医に就任している割合は59.8%であった。

図表 139 在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況



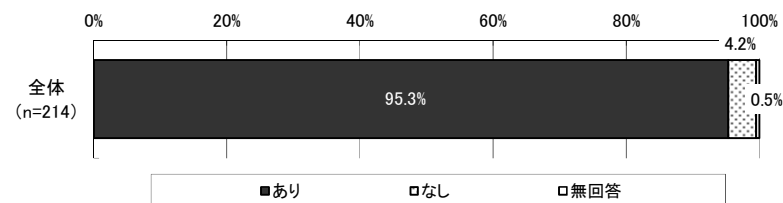
図表 140 休日又は夜間の診療回数（平成28年9月1か月間、在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加ありの施設、n=122）

（単位：人）

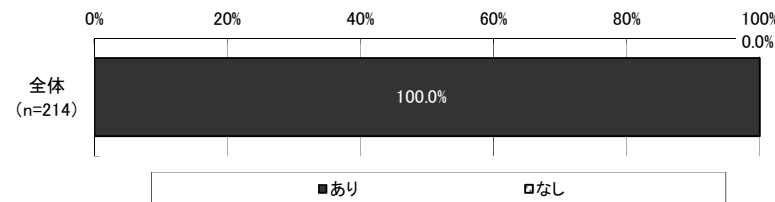
平均値	標準偏差	中央値
1.32	1.71	1.00

（注）休日又は夜間の診療回数について記入のあった施設を集計対象とした。

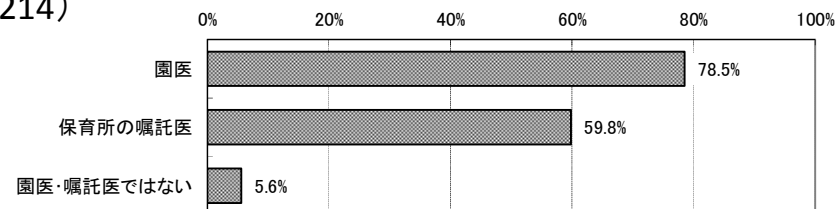
図表 141 市町村の乳幼児健康診査の実施状況



図表 142 乳幼児に対する定期予防接種の実施状況



図表 143 園医又は保育所の嘱託医の就任の有無（複数回答、n=214）



小児科調査の結果②

＜小児かかりつけ診療料の届出状況等＞（報告書p83,84）

小児かかりつけ診療料の届出時期は「平成28年4月」が78.5%であった。

また、平成28年9月に初診・再診を行った15歳未満の外来患者数は平均469.2人で、このうち未就学児の患者が平均316.2人であり、小児患者に占める未就学児の割合は67.4%であった。このうち、小児かかりつけ診療料を算定した患者は平均70.6人で、小児患者に対する割合は15.0%であった。

図表 146 小児かかりつけ診療料の届出時期

（単位：人）

	施設数(件)	構成割合(%)
平成28年3月	6	2.8
平成28年4月	168	78.5
平成28年5月	17	7.9
平成28年6月	7	3.3
平成28年7月	6	2.8
平成28年8月	1	0.5
平成28年9月	3	1.4
無回答	6	2.8
全体	214	100.0

図表 148 平成28年9月1か月間における小児の外来患者数

(n=155)

（単位：人）

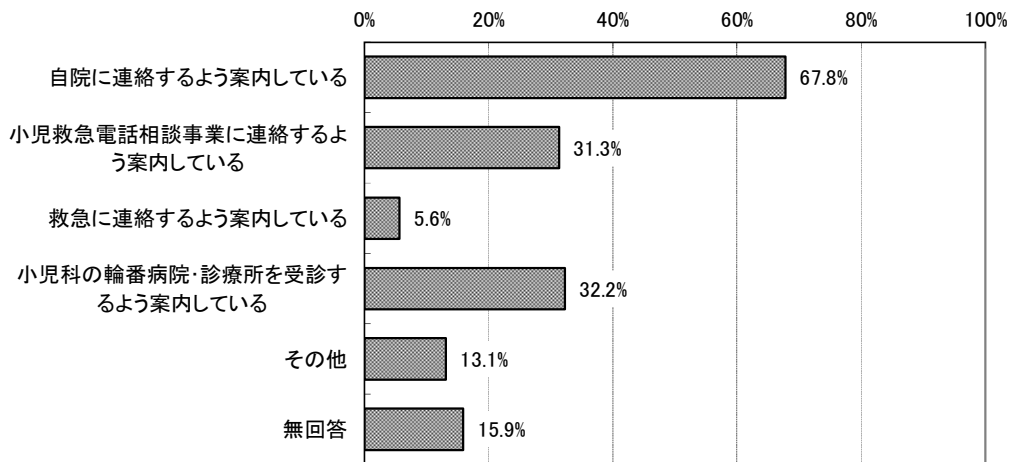
	平均値	標準偏差	中央値
初診患者数	281.8	273.0	200.0
再診延べ患者数	443.4	449.8	318.0
初診・再診を行った患者の実人数 (診療録ベース)	469.2	399.1	401.0
未就学児の患者の実人数(診療 録ベース)	316.2	291.5	231.0
小児かかりつけ診療料を算定した 患者の実人数(診療録ベース)	70.6	111.8	16.0
小児かかりつけ診療料を算定した 延べ患者数	156.1	261.3	30.0

小児科調査の結果③

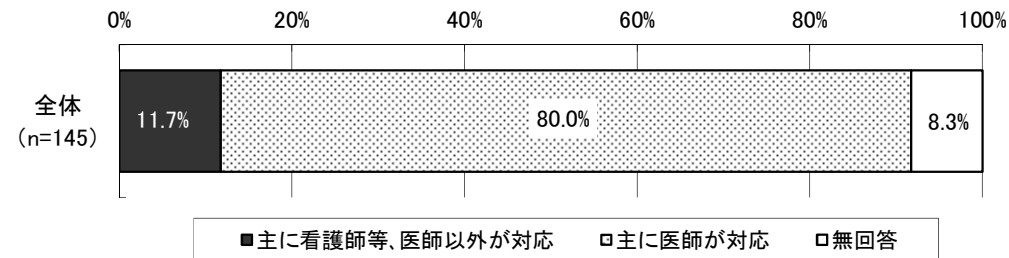
＜診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先＞（報告書p87）

診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先は「自院に連絡するよう案内している」が67.8%で最も多く、その場合の対応者は「主に医師が対応」が80.0%であった。

図表 157 診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先（複数回答、n=214）



図表 158 診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先が自院の場合の対応者



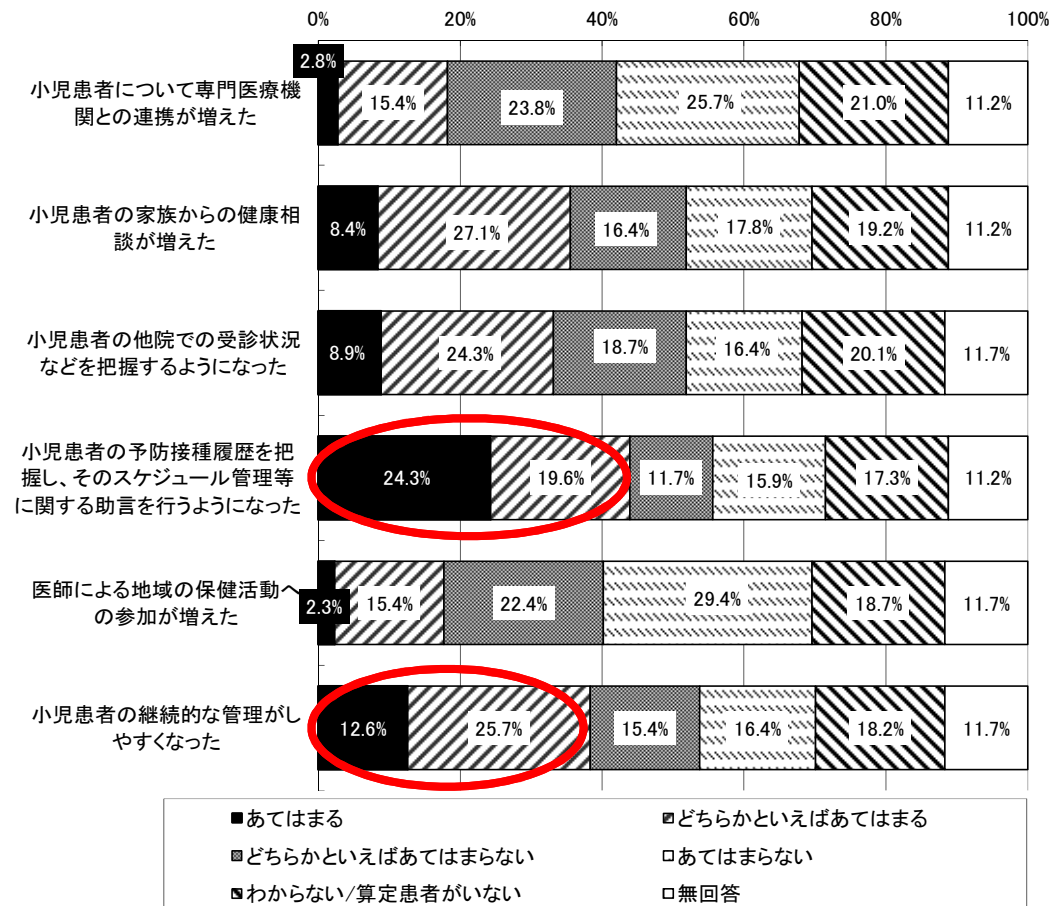
小児科調査の結果④

＜小児かかりつけ診療料の影響・効果＞（報告書p89,90,91）

小児かかりつけ診療料の影響・効果をみると、「小児患者の予防接種履歴を把握し、そのスケジュール管理等に関する助言を行うようになった」が最も多く、次いで「小児患者の継続的な管理がしやすくなった」「小児患者の家族からの健康相談が増えた」「小児患者の他院での受診状況などを把握するようになった」であった。

一方で、小児かかりつけ診療料の算定に係る24時間対応の負担の重さや、メリットの少なさ等に関する指摘もあった。

図表 161 小児かかりつけ診療料の影響・効果(n=214)



図表 162 小児かかりつけ医を推進する上での課題（自由記述式）

※主なもの

- 24時間対応は負担が重い
- 患者側・医療機関側にとって小児かかりつけ診療料のメリットが感じられない
- 小児かかりつけ診療料について患者への説明や同意書を得ることが難しい
- 小児かかりつけ診療料を算定する患者が複数の医師をかかりつけ医に指定するケースがある

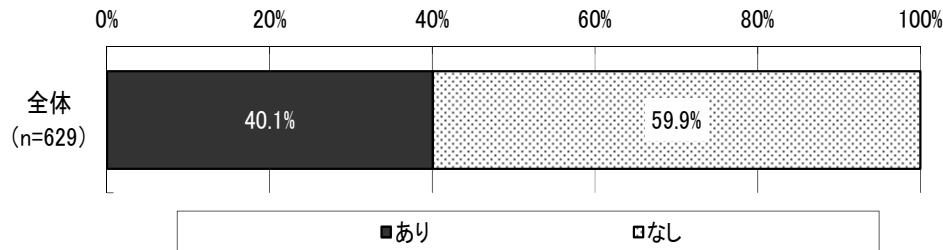
小児科調査の結果⑤

＜継続的な管理等が必要な慢性疾患＞（報告書p93）

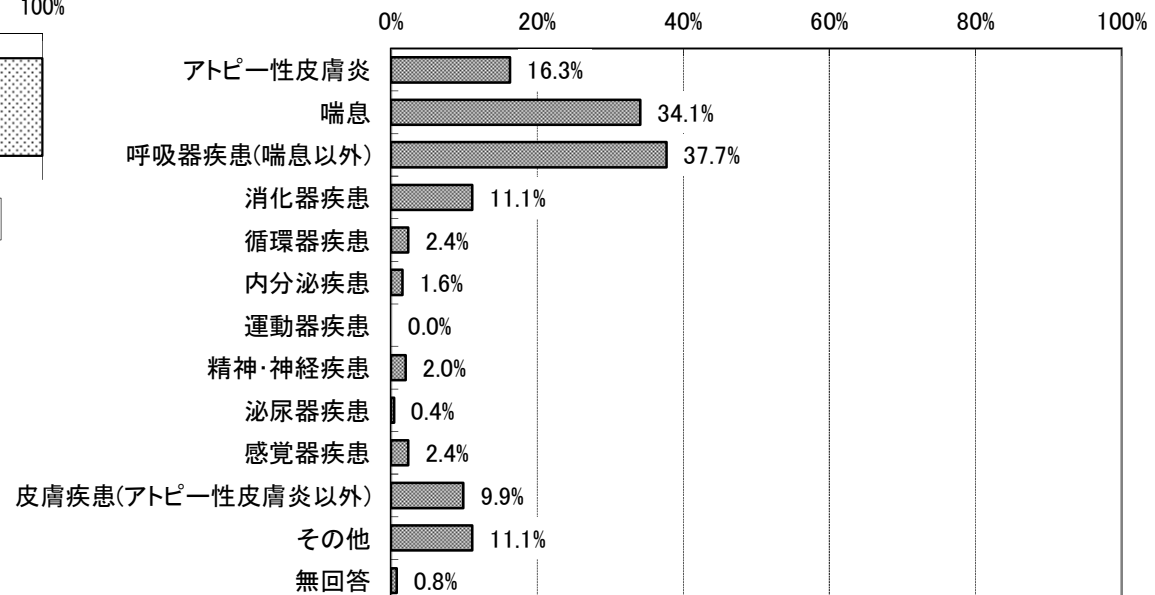
小児かかりつけ診療料の算定患者について、継続的な管理等が必要な慢性疾患の有無をみると、「あり」は40.1%、「なし」が59.9%であった。

慢性疾患は「呼吸器疾患（喘息以外）」が37.7%で最も多く、次いで「喘息」（34.1%）、「アトピー性皮膚炎」（16.3%）、「消化器疾患」（11.1%）、「皮膚疾患（アトピー性皮膚炎以外）」（9.9%）であった。

図表 166 継続的な管理等が必要な慢性疾患の有無



図表 167 管理を必要とする疾患（慢性疾患がある患者、複数回答、n=252）



大病院調査の結果①

＜500床以上の病院における対応状況＞（報告書p110,117,118）

紹介状を持たない患者から受診時に定額負担を徴収する制度について、平成28年4月から徴収が義務化された500床以上の病院※のうち、94.2%が平成28年10月時点で医科・初診時の徴収金額を5,000円以上6,000円未満としていた。

※特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院

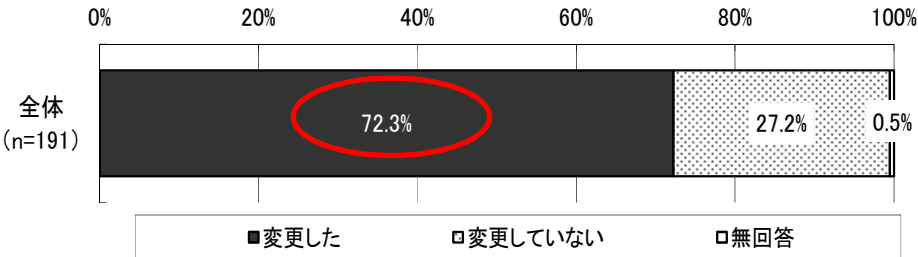
なお、医科・初診時の徴収金額を平成28年4月以降変更した500床以上の病院は72.3%で、そのうち、94.3%が5000円未満だった金額を5,000円以上に引き上げていた。

図表 225 初診に係る受診時の定額負担の金額別分布(医科)【500床以上の病院】
(単位: 上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	191	1	16	39	65	12	54	1	0	1	2
	100.0	0.5	8.4	20.4	34.0	6.3	28.3	0.5	0.0	0.5	1.0
平成28年4月	191	1	12	12	8	1	145	1	1	8	2
	100.0	0.5	6.3	6.3	4.2	0.5	75.9	0.5	0.5	4.2	1.0
平成28年10月	191	1	0	0	0	0	180	1	1	7	1
	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	94.2	0.5	0.5	3.7	0.5

(注)「～1000円未満」の1施設は、地域医療支援病院の承認を取り下げており、義務化対象外施設となっている。

図表 210 平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況【500床以上の病院】



図表 226 平成28年10月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数(医科、平成27年10月時点の定額負担額別)【500床以上の病院のうち、金額変動があった施設】(単位: 上段「件」)

		平成27年10月時点→平成28年10月時点				計
		増額		減額		
		5000円未満	5000円以上	5000円未満	5000円以上	
平成27年10月時点	0円	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	1～4999円	0	132	0	0	132
		0.0%	94.3%	0.0%	0.0%	94.3%
	5000円以上	0	8	0	0	8
		0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	5.7%
計		0	140	0	0	140
		0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%

(注)・金額変動があった病院140施設を集計対象とした(「金額変動なし」49件、「金額無回答」2件が集計対象外)。
・上記の図表は、平成27年10月時点と比較して平成28年10月時点の受診時の定額負担単価(医科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成28年10月時点の定額負担単価(医科)が「5000円未満」、「5000円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成27年10月時点の定額負担単価(医科)別にみたもの。

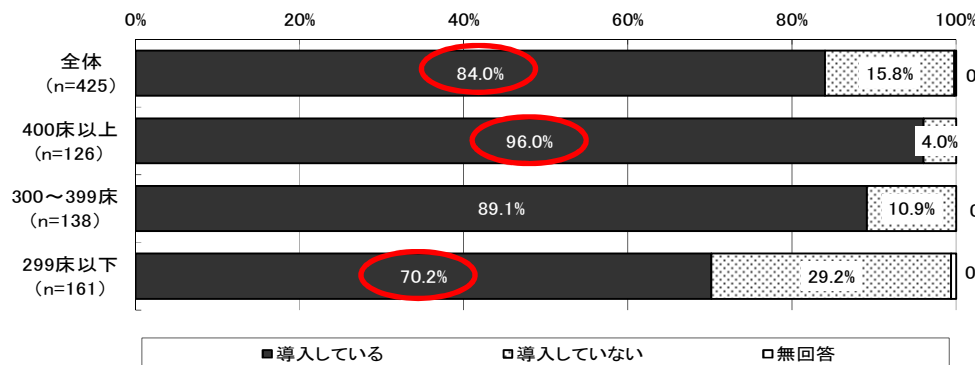
大病院調査の結果②

＜ 200床以上500床未満の病院における対応状況＞（報告書p109,120）

定額負担の徴収が義務化されていない200床以上500床未満の病院※では、定額負担を徴収している病院は84.0%で、病床数別にみると400床以上で96.0%、299床以下で70.2%となっていた。

200床以上500床未満の病院のうち、平成28年4月以降、医科・初診時の定額負担の金額を5,000円以上としている病院数は増加しているものの依然として10%に満たなかった。病床数別にみると平成28年10月時点で400床以上の病院の19.0%は5,000円以上であった。 ※一般病床が200床以上500床未満の病院

図表 207 初診時選定療養費を徴収する制度の導入状況
【200床以上500床未満の病院】



図表 231 初診時選定療養費の金額別分布(医科)
【200床以上500床未満の病院】 (単位: 上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	357 100.0	27 7.6	126 35.3	111 31.1	63 17.6	8 2.2	13 3.6	0 0.0	0 0.0	1 0.3	8 2.2
平成28年4月	357 100.0	24 6.7	122 34.2	111 31.1	58 16.2	8 2.2	26 7.3	0 0.0	0 0.0	1 0.3	7 2.0
平成28年10月	357 100.0	24 6.7	119 33.3	108 30.3	61 17.1	7 2.0	29 8.1	1 0.3	0 0.0	1 0.3	7 2.0

図表 232 初診時選定療養費の金額別分布(平成28年10月、医科、病床規模別)
【200床以上500床未満の病院】 (単位: 上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
全体	357 100.0	24 6.7	119 33.3	108 30.3	61 17.1	7 2.0	29 8.1	1 0.3	0 0.0	1 0.3	7 2.0
400床以上	121 100.0	3 2.5	22 18.2	39 32.2	29 24.0	3 2.5	21 17.4	1 0.8	0 0.0	1 0.8	2 1.7
300～399床	123 100.0	4 3.3	46 37.4	42 34.1	21 17.1	3 2.4	6 4.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.8
299床以下	113 100.0	17 15.0	51 45.1	27 23.9	11 9.7	1 0.9	2 1.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 3.5

大病院調査の結果③

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p124,125）

500床以上の病院、200床以上500床未満の病院のいずれにおいても、初診患者について、平成28年10月の紹介状なしの患者比率等は平成27年10月より減少していたが、500床以上の病院の方が200床以上500床未満の病院よりも比率がより低下していた。
（500床以上の病院：42.6%→39.7%（2.9%減）、200床以上500床未満の病院：60.3%→59.4%（0.9%減））

図表 240
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
（n=139）【500床以上の病院】

		平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数（人）		2,373.6	2,120.2	2,196.7
	②うち、紹介状なしの患者数（人）	1,010.1	843.4	872.8
	③うち、定額負担徴収の対象患者数（人）	478.9	325.5	341.0
	④うち、定額負担徴収患者数（人）	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率（②／①）		42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率（③／①）		20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率（③／②）		47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A（④／②）		42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B（④／③）		90.5%	87.2%	87.3%

図表 243
初診患者数、紹介状なしの患者数、初診時選定療養費徴収患者数等
（n=247）【200床以上500床未満の病院】

		平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数		1,533.2	1,344.7	1,451.4
	②うち、紹介状なしの患者数	924.9	792.3	862.5
	③うち、初診時選定療養費の対象患者数	506.7	401.7	430.3
	④うち、初診時選定療養費の徴収患者数	434.3	334.8	359.3
⑤紹介状なしの患者比率（②／①）		60.3%	58.9%	59.4%
⑥初診時選定療養費徴収患者比率（③／①）		33.0%	29.9%	29.6%
⑦対象患者数比率（③／②）		54.8%	50.7%	49.9%
⑧徴収患者比率A（④／②）		47.0%	42.3%	41.7%
⑨徴収患者比率B（④／③）		85.7%	83.3%	83.5%

（注）
・全ての項目について記入のにあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

大病院調査の結果④

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p124,128）

500床以上の病院における平成28年10月時点の、紹介状なしの初診患者のうち定額負担の対象となる患者割合（徴収患者比率A）は34.1%、定額負担の対象となる患者のうち実際に徴収した患者割合（徴収患者比率B）は87.3%であった。

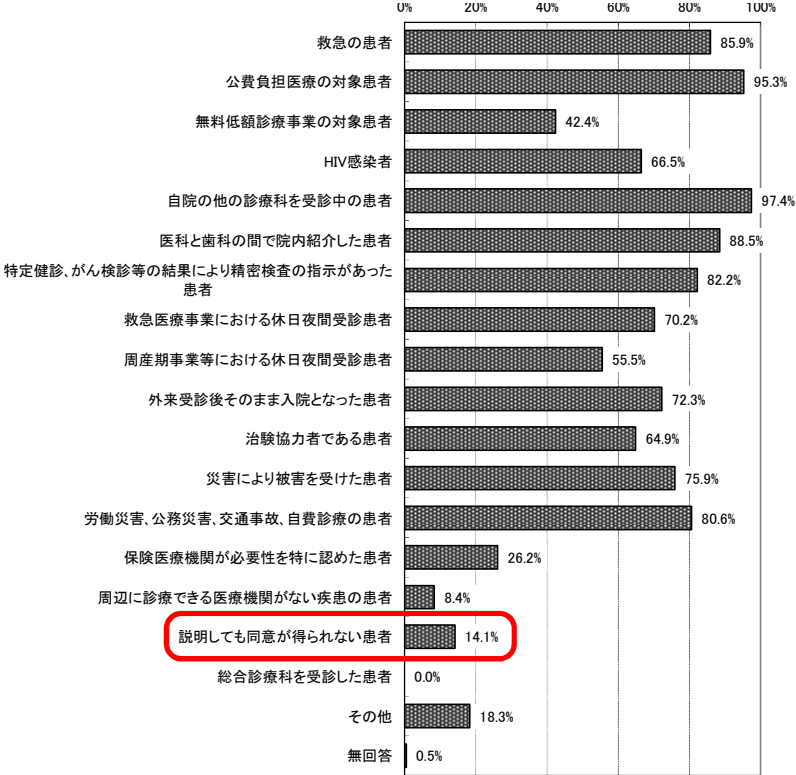
また、500床以上の病院のうち、14.1%の病院が、紹介状を持たず、定額負担を求めないことができる正当な理由のない患者であるが、説明しても同意が得られなかったために、徴収しなかった患者がいると回答した。

【再掲】図表 240
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
（n=139）【500床以上の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②／①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③／①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③／②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④／②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④／③)	90.5%	87.2%	87.3%

（注）・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

図表 249
紹介状を持たない患者であるものの、受診時の定額負担を徴収しない患者に係る施設割合（複数回答、n=191）【500床以上の病院】



大病院調査の結果⑤

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p126,127）

医科・初診時の徴収金額別にみると、紹介状なしの患者比率は、設定金額が5,000円以上の病院では約37%であり、5,000円未満の病院では約61%であった。

また、平成27年10月は医科・初診時の徴収金額が5,000円未満であったが、平成28年10月までに5,000円以上に増額した病院では、紹介状なしの患者のうち初診に係る定額負担徴収対象患者数は、32.0%減少していた。

図表 246

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円未満であった病院）（n=220）【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数（人）	1,476.7	1,296.7	1,401.3
②うち、紹介状なしの患者数（人）	915.6	789.2	860.3
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数（人）	515.0	411.8	441.4
④うち、定額負担の徴収患者数（人）	446.6	347.4	372.6
⑤紹介状なしの患者比率（②／①）	62.0%	60.9%	61.4%
⑥対象患者数比率（③／②）	56.2%	52.2%	51.3%
⑦徴収患者比率A（④／②）	48.8%	44.0%	43.3%
⑧徴収患者比率B（④／③）	86.7%	84.4%	84.4%

図表 247

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円以上であった病院）（n=49）【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数（人）	2,603.8	2,388.3	2,464.7
②うち、紹介状なしの患者数（人）	975.8	865.5	905.5
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数（人）	429.4	338.3	354.4
④うち、定額負担の徴収患者数（人）	355.1	264.1	275.5
⑤紹介状なしの患者比率（②／①）	37.5%	36.2%	36.7%
⑥対象患者数比率（③／②）	44.0%	39.1%	39.1%
⑦徴収患者比率A（④／②）	36.4%	30.5%	30.4%
⑧徴収患者比率B（④／③）	82.7%	78.1%	77.7%

図表 248

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価について5000円未満から5000円以上に増額した病院）（n=110）【全病院】

	平成27年10月	平成28年10月	増減率
①初診患者数	2,211.7	2,031.6	-8.1%
②うち、紹介状なしの患者数	1,016.7	854.6	-15.9%
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数	494.1	336.0	-32.0%
④うち、定額負担の徴収患者数	443.7	294.8	-33.6%
⑤紹介状なしの患者比率（②／①）	46.0%	42.1%	
⑥対象患者数比率（③／②）	48.6%	39.3%	
⑦徴収患者比率A（④／②）	43.6%	34.5%	
⑧徴収患者比率B（④／③）	89.8%	87.7%	

（注）

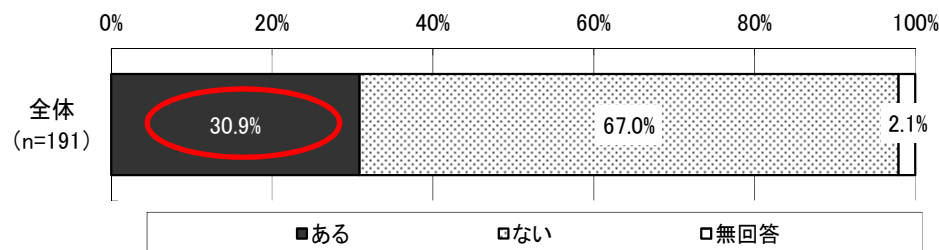
- ・ 500床以上の病院、200床以上500床未満の病院を合わせた全病院のうち、図表246は平成27年10月、平成28年4月、平成28年10月いずれも5000円未満であった施設を、図表247はいずれも5000円以上であった施設を集計対象とし、図表248は平成27年10月は5000円未満であったが、平成28年10月には5000円以上に増額した施設を集計対象とした。
- ・ 患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

大病院調査の結果⑥

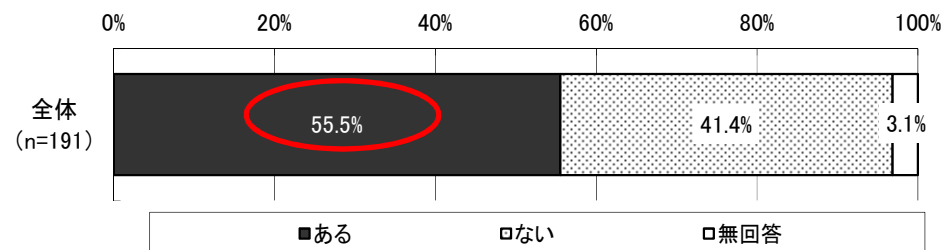
＜義務化への対応で困ったこと＞（報告書p130,131,133,134）

平成28年4月以降、紹介状を持たない初診患者から受診時に定額負担を徴収することが義務化された500床以上の病院のうち、定額負担の金額を変更する際に困ったことがあったと回答した病院は30.9%で、実際に徴収する際に困ったことがあったと回答した病院は55.5%であった。

図表 251 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったことの有無【500床以上の病院】



図表 255 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったことの有無【500床以上の病院】



図表 252 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったこと（自由記述式）【500床以上の病院】

- 患者への周知、説明、クレーム対応
 - ・金額が高いことに患者から苦情が寄せられる。
 - ・掲示や受付時に説明していても、支払い時に納得いかない患者の対応に苦慮している。
 - ・病状によっては受診しないと初診か再診かわからないことがあり、事前の電話での問合せに苦慮した。
- 徴収金額や対象患者の基準が曖昧であること
 - ・金額をいくらにすべきか決定する根拠が少なく困った。
 - ・定額負担を求めなくともよい患者の範囲が不明確なため、現在でも取り扱いに疑義が生じることがある。
- 受診患者の減少
 - ・経済的な理由で選定療養費に了承されず、受診せずに帰った患者もいる。

図表 256 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったこと（自由記述式）【500床以上の病院】

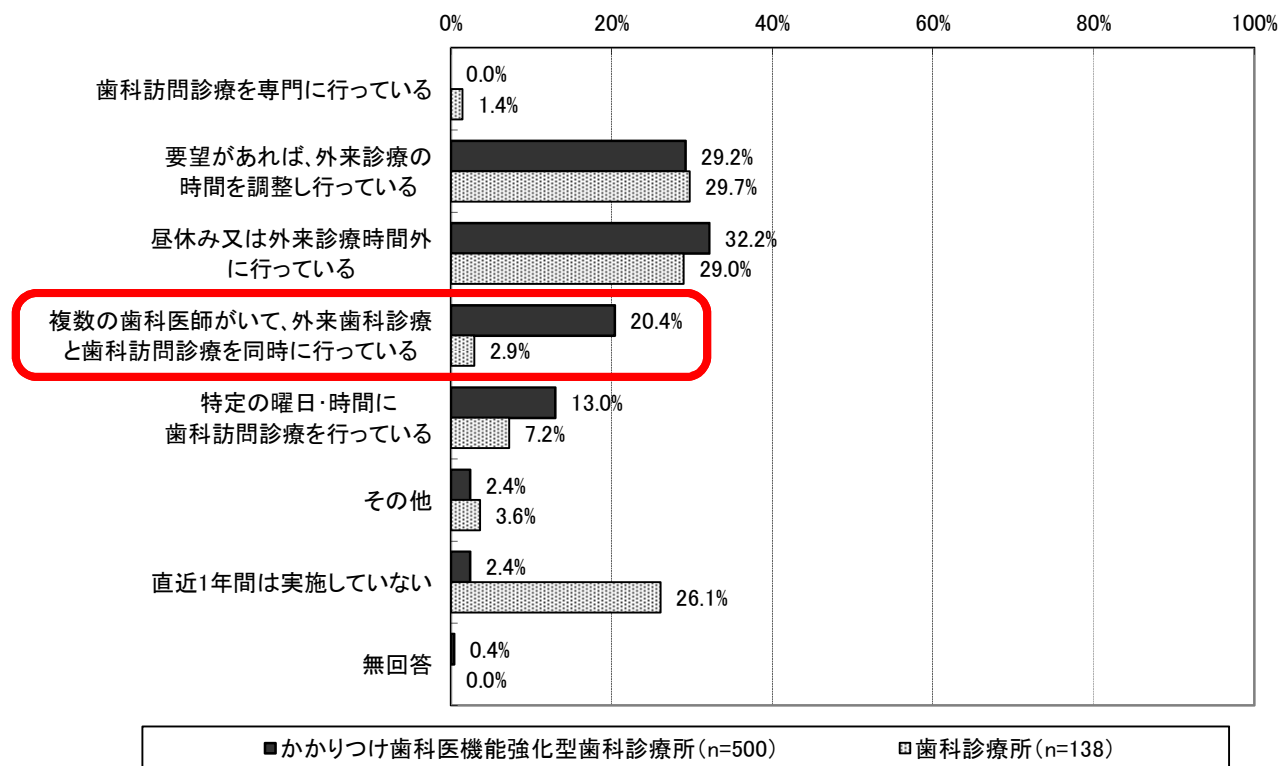
- 患者への説明、クレーム対応
 - ・患者への周知。負担が大きくなることの説明方法。
 - ・お金を払えば大病院を受診できる制度と解釈している患者がいる。
 - ・患者からの意見が増えた（公立病院なのになぜ高額な料金をとるのか等）。
 - ・乳幼児医療証を持っており、医療費が無料であるため、定額負担が理解されにくい。
- 患者とのトラブル
 - ・同意を取って受診後、会計にて支払いを拒否する場合。
 - ・過去に受診した患者で、中止・治癒等の転帰の後に受診した患者から徴収する際にトラブルになることがあった。
- その他
 - ・緊急性について患者側と医師側で認識にずれがある。

かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)①

＜歯科訪問診療の体制等＞(報告書p187)

歯科訪問診療の実施体制はか強診・か強診以外の歯科診療所ともに「昼休み又は外来診療時間外」「要望があれば、外来診療の時間を調整して」という回答が多く、次いでか強診では「複数の歯科医師がいて、外来歯科診療と歯科訪問診療を同時に行う」という回答が多かった。

図表 29 歯科訪問診療の実施体制(歯科訪問診療の経験がある施設)



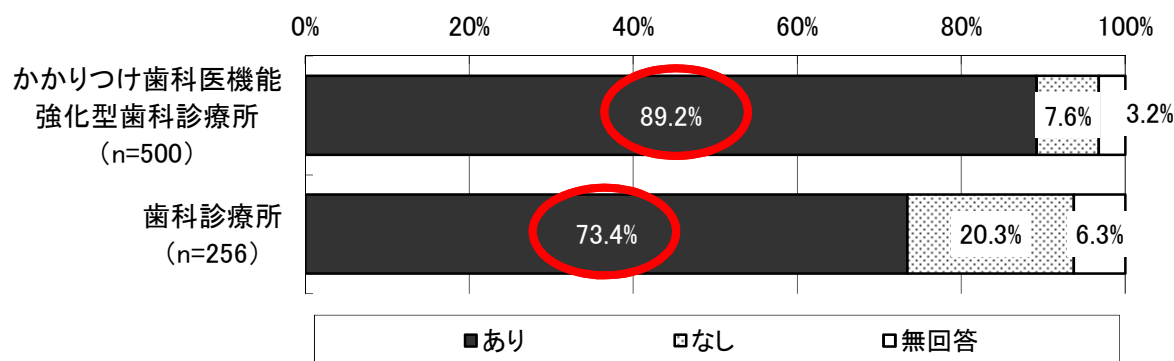
※「歯科診療所」: 調査対象の抽出日時点で、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出をしていない歯科診療所

かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)②

＜医療機関との連携等＞(報告書p193)

医科または歯科の医療機関との患者紹介や情報提供・共有等をみると、「外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼」(64.2%)、「医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料算定)」(59.4%)、「歯科医療機関への文書による診療情報提供(算定あり)」(54.6%)が多かった。総じてか強診以外の歯科診療所よりか強診において医療機関との連携が多かった。

図表 42 医科医療機関・歯科医療機関との連携の有無

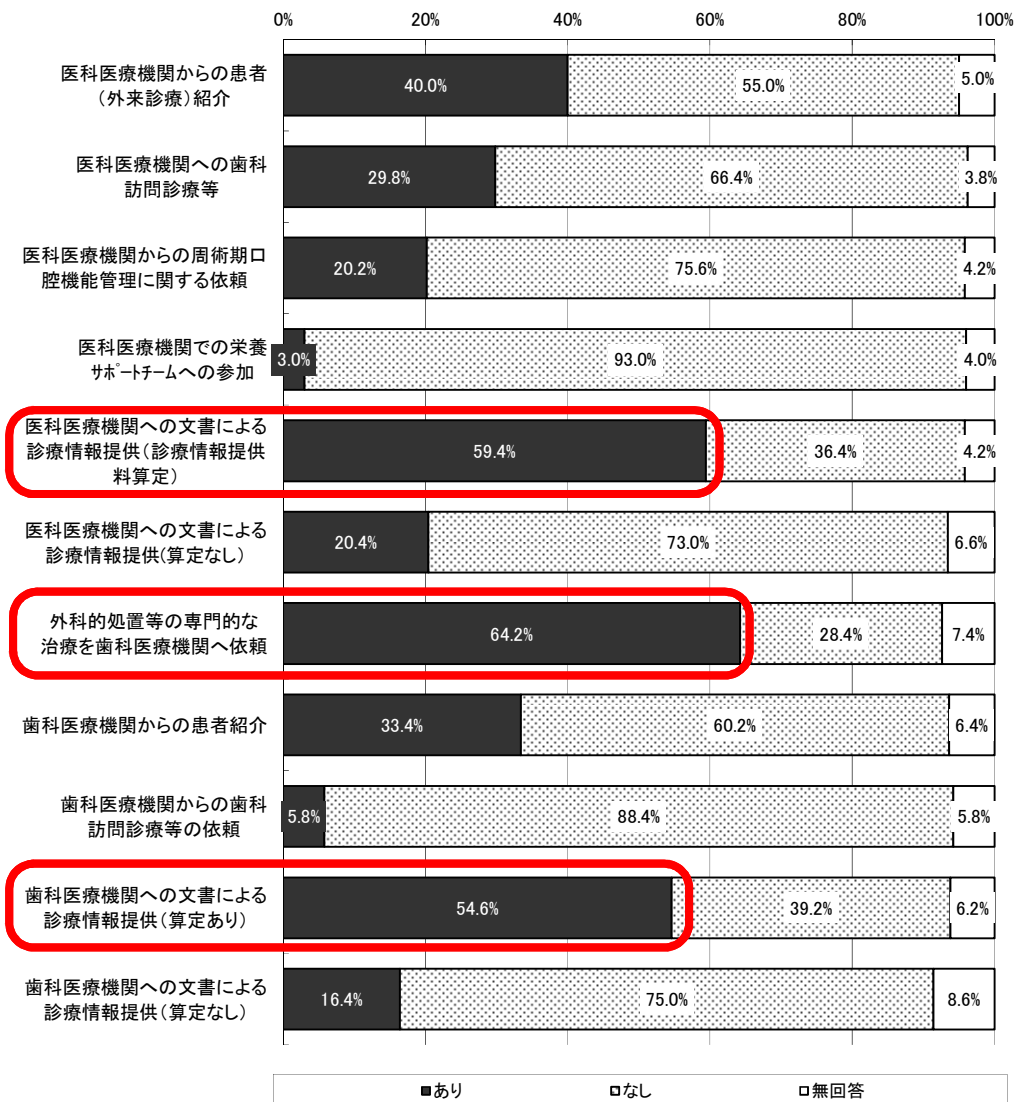


(注)図表40、図表41に記載の連携内容についていずれか1つでも行っているものを「あり」、いずれも行っていないものを「なし」、それ以外(「なし」+無回答、すべて無回答)を「無回答」として集計した結果である。

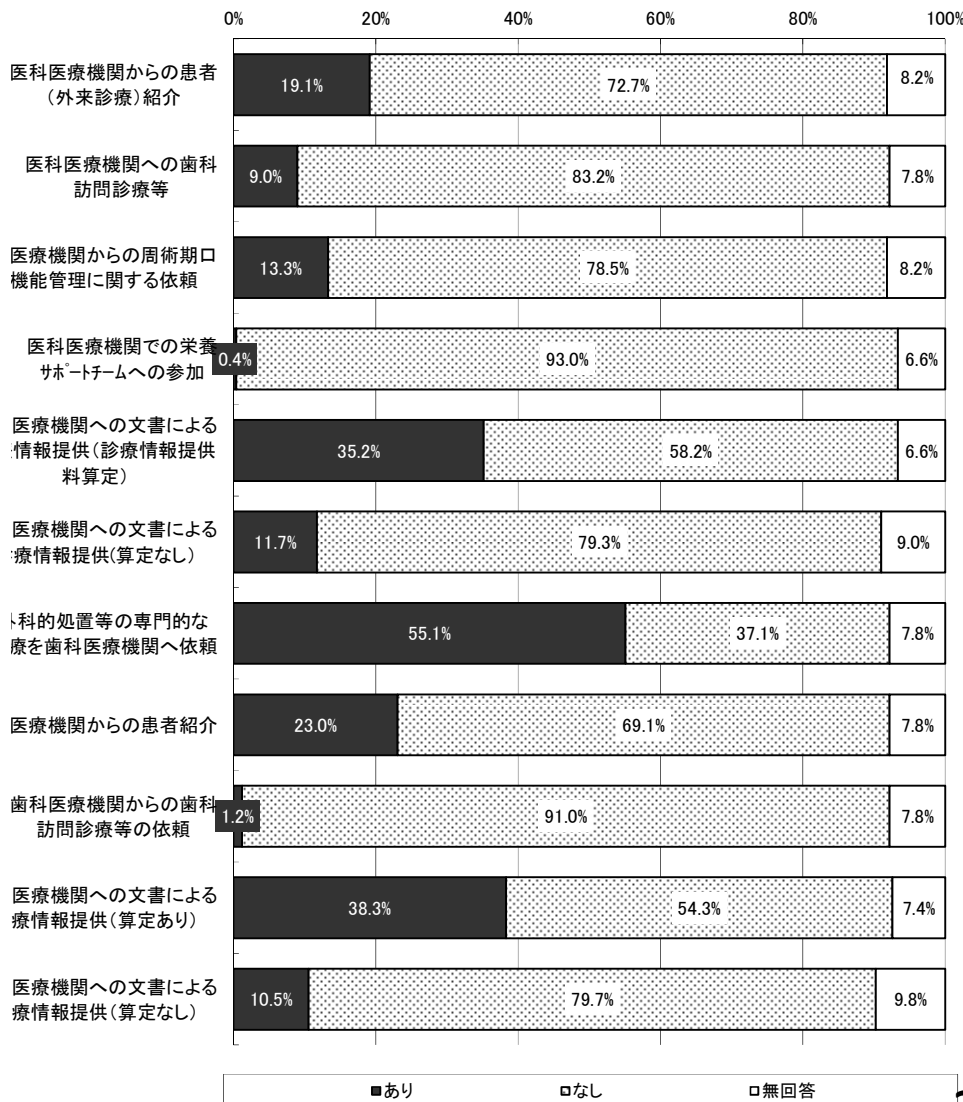
かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)③

＜医療機関との連携等＞(報告書p192,193)

図表 40 医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等【か強診】(n=500)



図表 41 医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等【か強診以外の歯科診療所】(n=256)

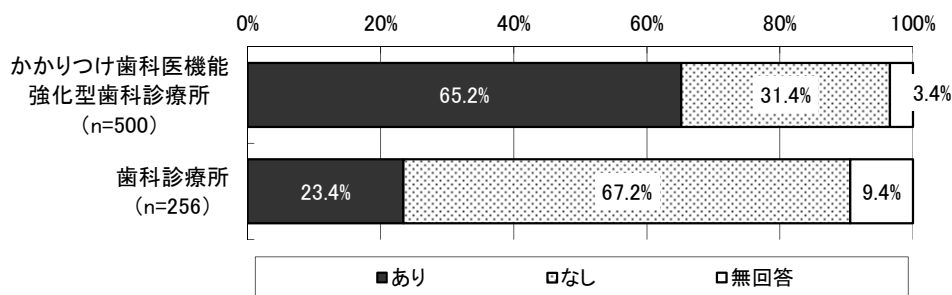


かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)④

＜介護保険施設等との連携等＞(報告書p196,197)

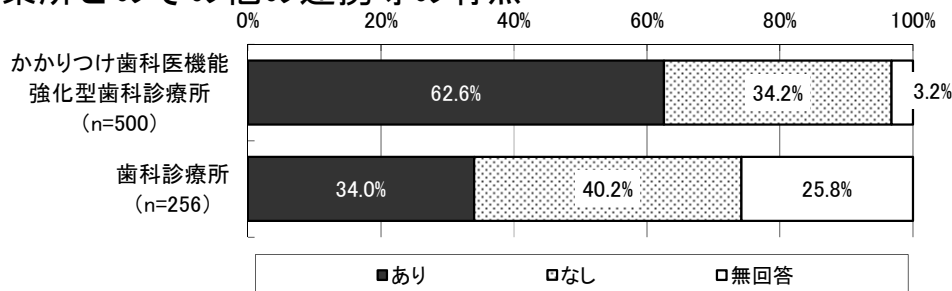
介護保険施設等との連携、地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所との連携、いずれにおいても、か強診では、か強診以外の歯科診療所よりも連携を実施している施設の割合が高かった。

図表 46 介護保険施設等との連携の有無



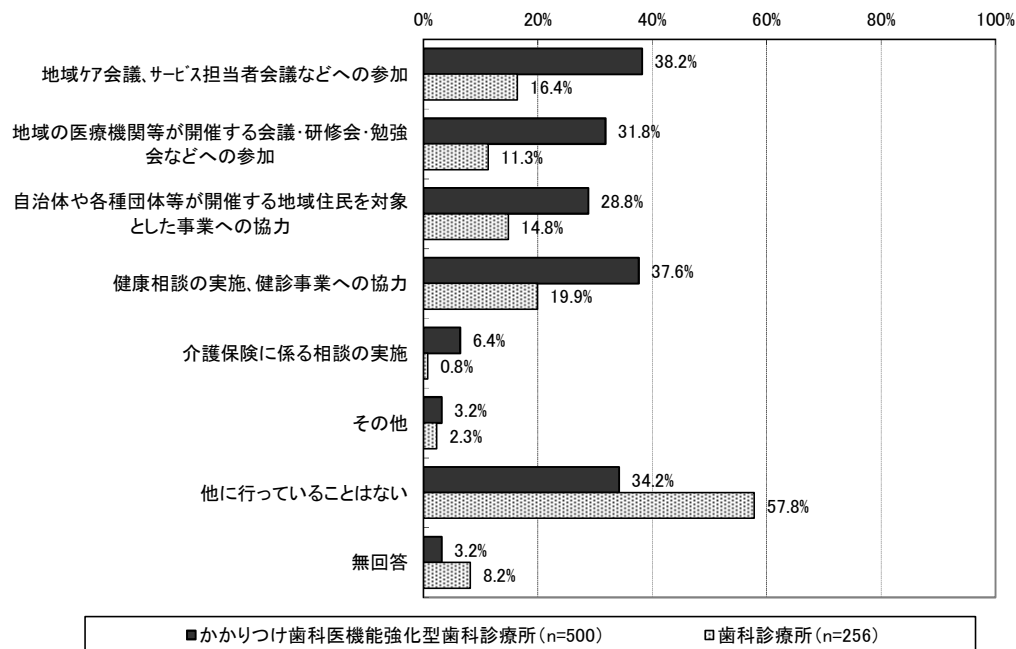
(注)図表44、図表45に記載の連携内容についていずれか1つでも行っているものを「あり」、いずれも行っていないものを「なし」、それ以外(「なし」+無回答、すべて無回答)を「無回答」として集計した結果である。

図表 48 地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所とのその他の連携等の有無



(注)図表47に記載の連携内容についていずれか1つでも行っているものを「あり」、いずれも行っていないものを「なし」、それ以外(「なし」+無回答、すべて無回答)を「無回答」として集計した結果である。

図表 47 地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所との連携等(複数回答)



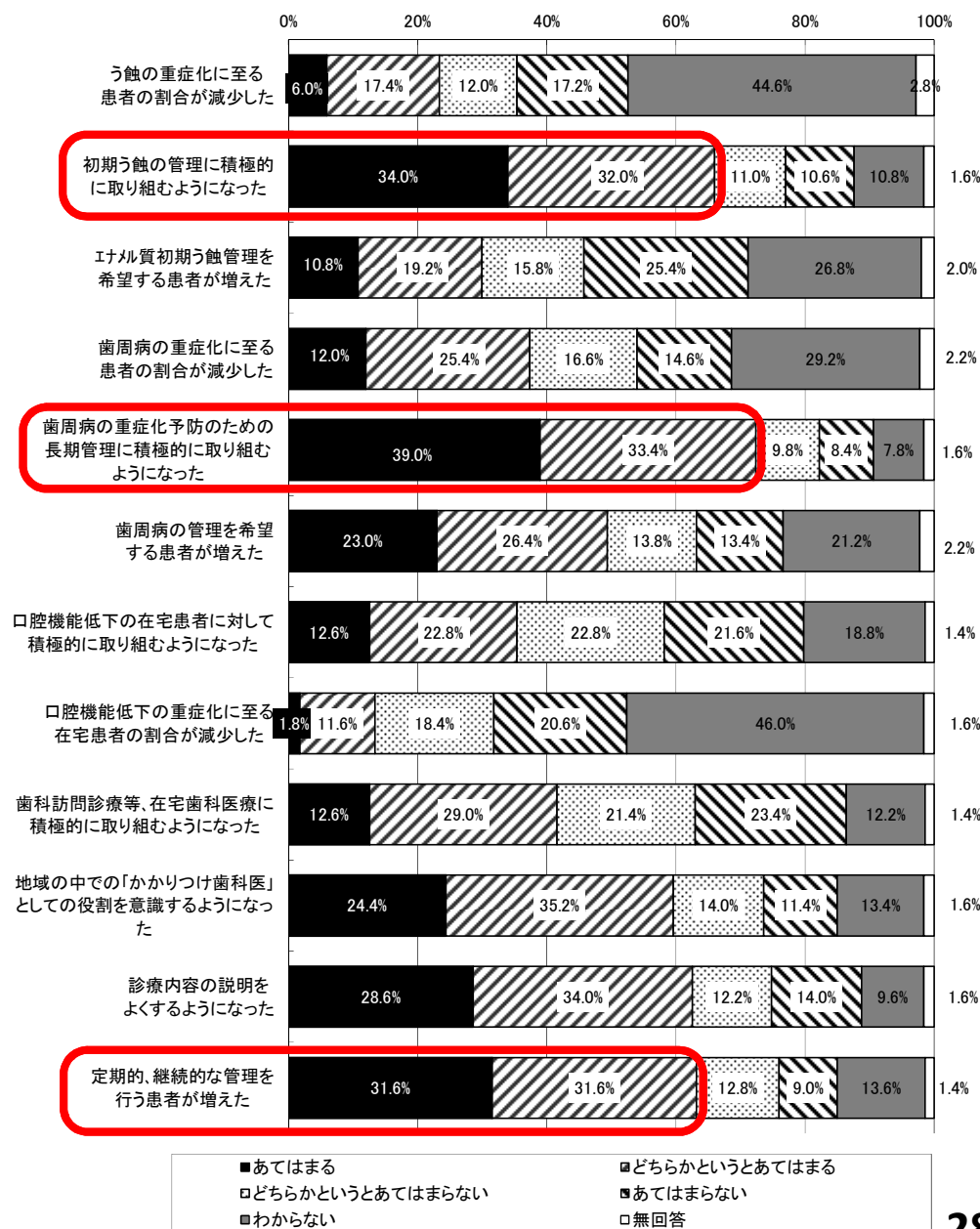
※「歯科診療所」:調査対象の抽出日時時点で、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出をしていない歯科診療所

かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)⑤

＜か強診となることによる効果・影響＞(報告書p202)

か強診となることによる効果・影響をみると、「あてはまる」「どちらかというにあてはまる」を合わせた割合が高かったのは、「歯周病の重症化予防のための長期管理に積極的に取り組むようになった」(72.4%)、「初期う蝕の管理に積極的に取り組むようになった」(66.0%)、「定期的、継続的な管理を行う患者が増えた」(63.2%)、「診療内容の説明をよくするようになった」(62.6%)であった。

図表 55 か強診となることによる効果・影響【か強診】(n=500)



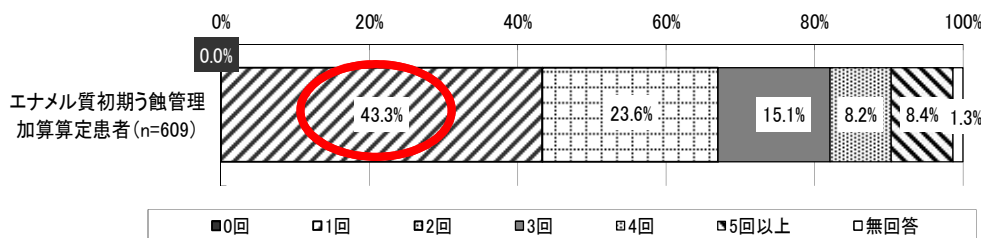
かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)⑥

＜エナメル質初期う蝕管理加算、歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数＞(報告書p211,217)

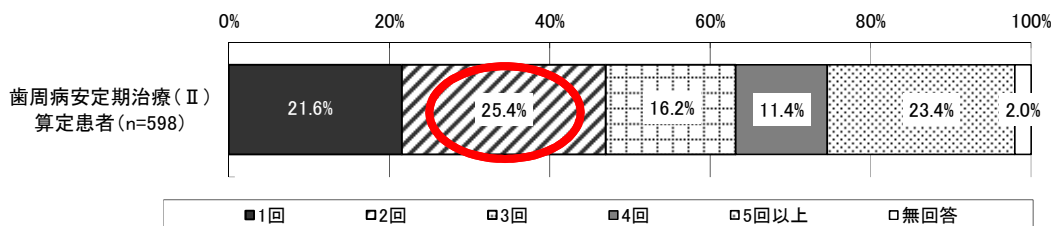
平成28年4月以降のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数別分布をみると「1回」が43.3%で最も多く、次いで「2回」が23.6%であった。算定回数は平均2.2回であった。

平成28年4月以降の歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数別分布をみると「2回」が25.4%で最も多く、次いで「5回以上」(23.4%)、「1回」(21.6%)であった。算定回数は平均3.1回であった。

図表 71 平成28年4月以降のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数別分布



図表 88 平成28年4月以降の歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数別分布



図表 72 平成28年4月以降のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数(エナメル質初期う蝕管理加算算定患者)

(単位:回)

患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
601	2.2	1.5	2.0

(注)平成28年4月以降のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数について記入のあったものを集計対象とした。

図表 89 平成28年4月以降の歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数(歯周病安定期治療(Ⅱ)算定患者)

(単位:回)

患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
586	3.1	1.9	3.0

(注)平成28年4月以降の歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数について記入のあったものを集計対象とした。

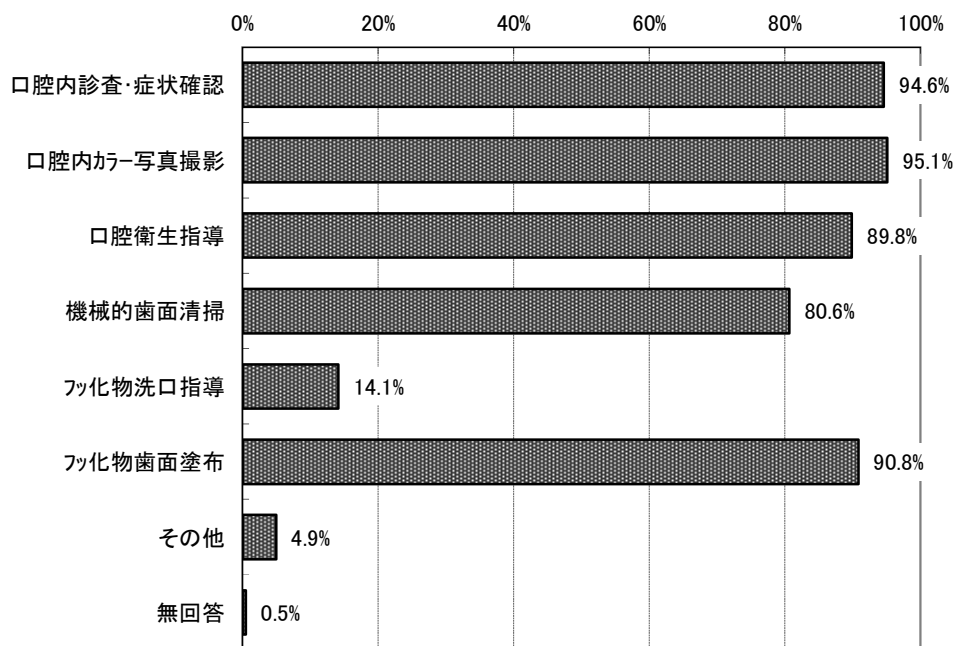
かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)⑦

＜エナメル質初期う蝕管理加算算定患者の診療内容＞(報告書p212,213)

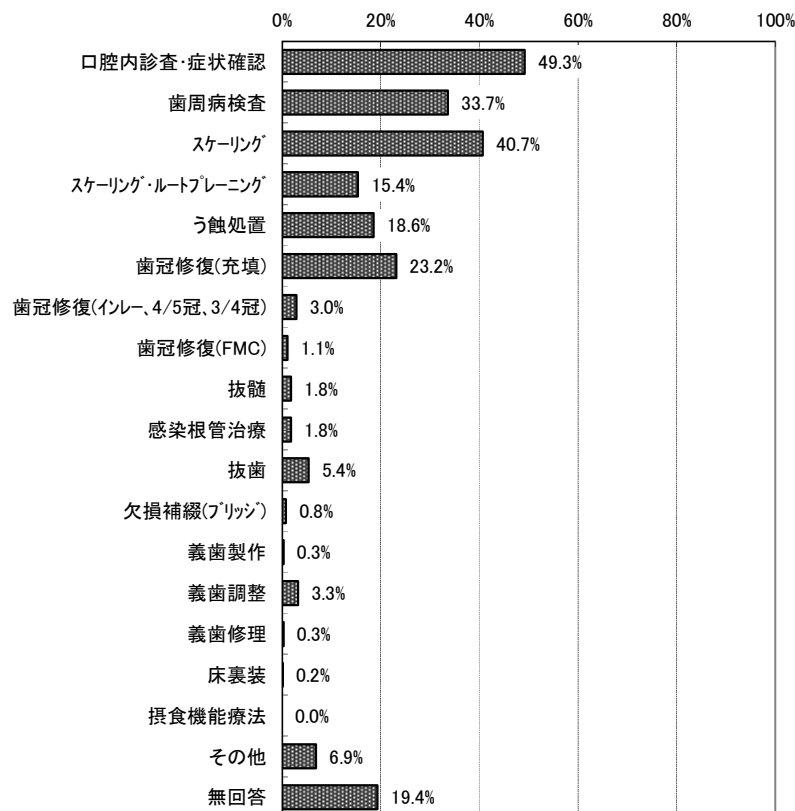
算定日に行ったエナメル質初期う蝕管理加算に係る診療内容をみると、「フッ化物洗口指導」が14.1%、それ以外の内容は8割から9割強であった。

算定日を含む1か月間に行った、その他の診療内容をみると、「口腔内診査・症状確認」が49.3%で最も多く、次いで「スケーリング(歯石等の除去)」が40.7%、「歯周病検査」が33.7%であった。

図表 76 算定日に行ったエナメル質初期う蝕管理加算に係る診療内容(複数回答、n=609)



図表 77 算定日を含む1か月間に行った、その他の診療内容(エナメル質初期う蝕管理加算算定患者、複数回答、n=609)



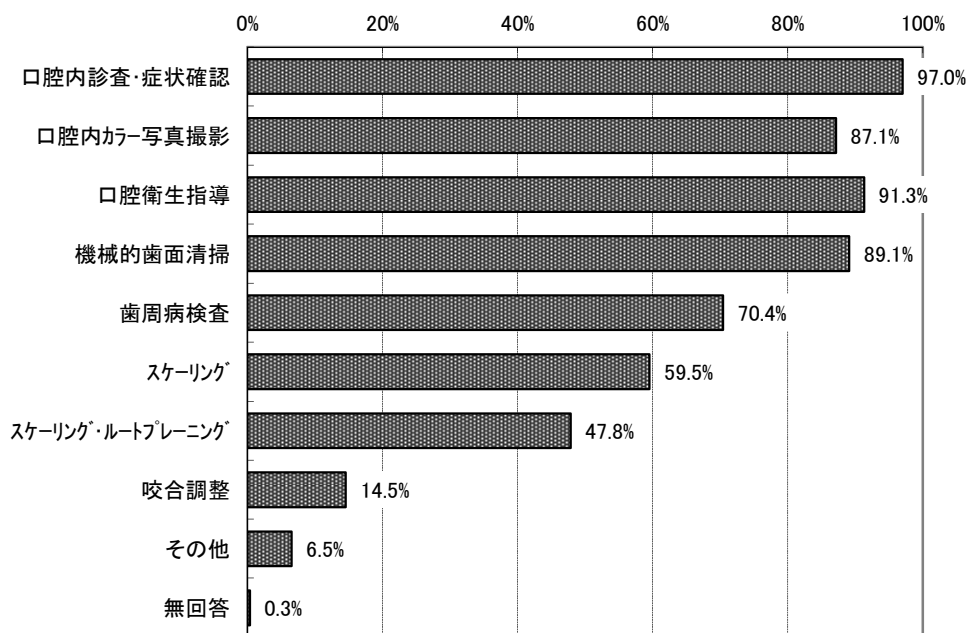
かかりつけ歯科医機能調査(施設調査)⑧

＜歯周病安定期治療(Ⅱ)の診療内容＞(報告書p219,220)

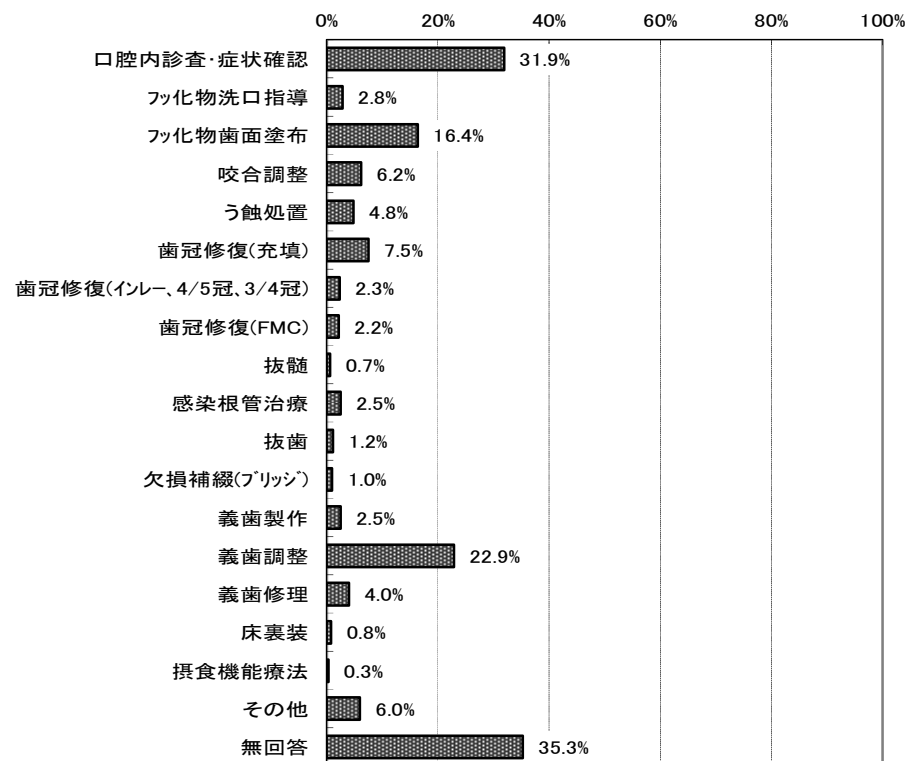
算定日に行った歯周病安定期治療(Ⅱ)に係る診療内容をみると、「口腔内診査・症状確認」が97.0%で最も多く、次いで「口腔衛生指導」が91.3%、「機械的歯面清掃」が89.1%、「口腔内カラー写真撮影」が87.1%であった。

算定日を含む1か月間に行った、その他の診療内容をみると、「口腔内診査・症状確認」が31.9%で最も多く、次いで「義歯調整」が22.9%、「フッ化物歯面塗布」が16.4%であった。

図表 93 算定日に行った歯周病安定期治療(Ⅱ)に係る診療内容
(複数回答、n=598)(歯周病安定期治療(Ⅱ)算定患者)



図表 94 算定日を含む1か月間に行った、その他の診療内容
(複数回答、n=598)(歯周病安定期治療(Ⅱ)算定患者)



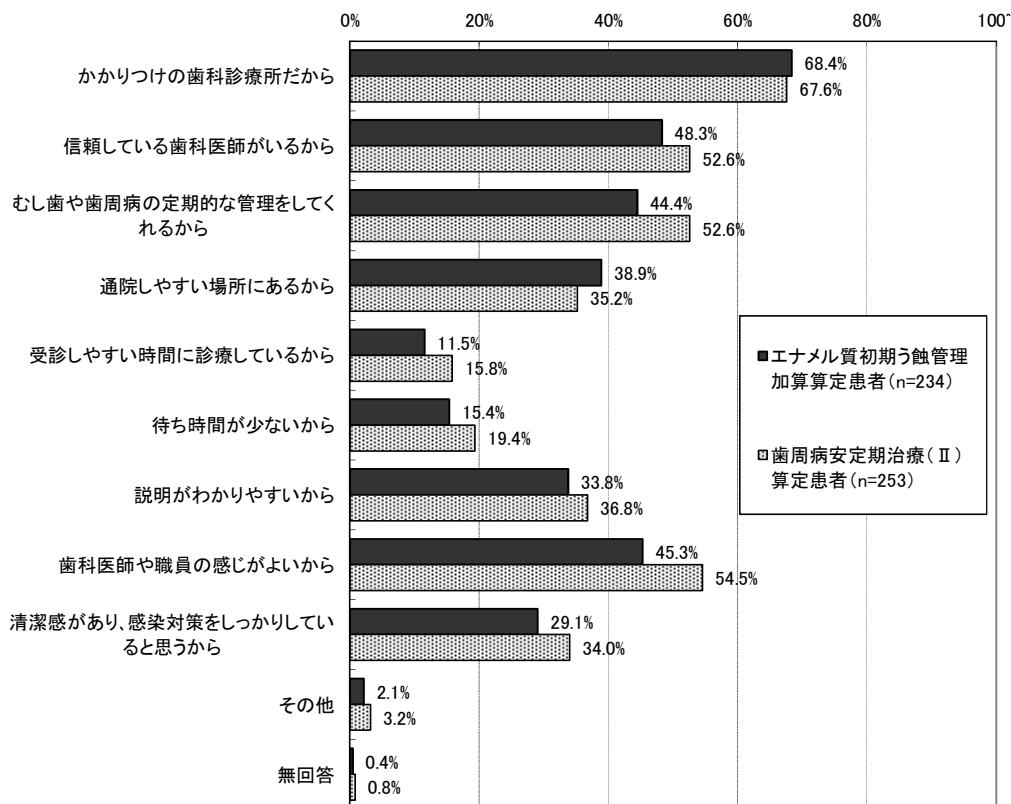
かかりつけ歯科医機能調査(患者調査)①

＜受診した歯科診療所を選んだ理由等＞(報告書p226,228)

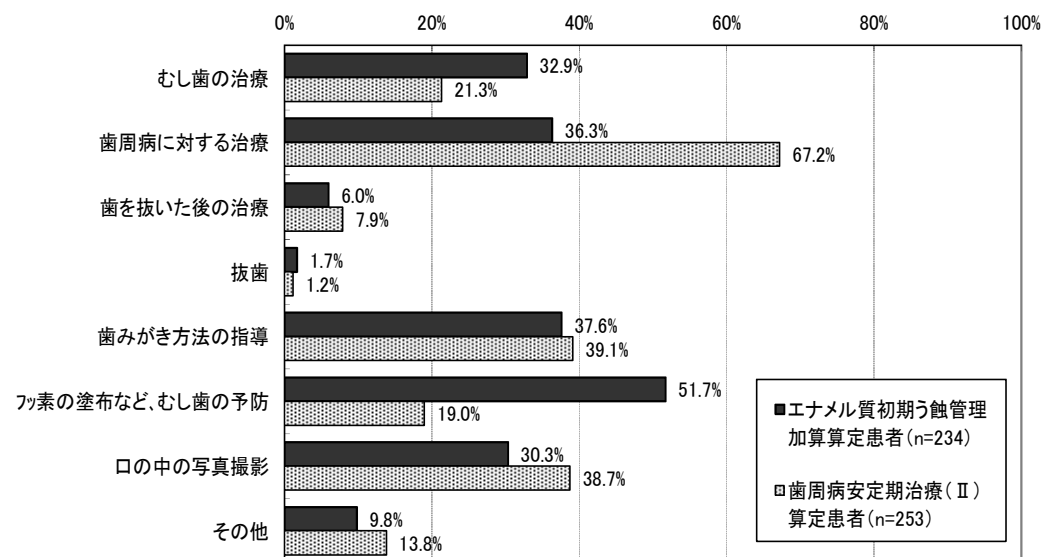
受診した歯科診療所を選んだ理由をみると、いずれの患者においても「かかりつけの歯科診療所だから」が最も多く、他には「信頼している歯科医師がいるから」、「歯科医師や職員の感じがよいから」、「むし歯や歯周病の定期的な管理をしてくれるから」が多かった。

受けた治療内容等をみると、「フッ素の塗布など、むし歯の予防」「歯周病に対する治療」「歯みがき方法の指導」が多かった。

図表 107 受診した歯科診療所を選んだ理由(複数回答)



図表 110 受けた治療内容等(複数回答)



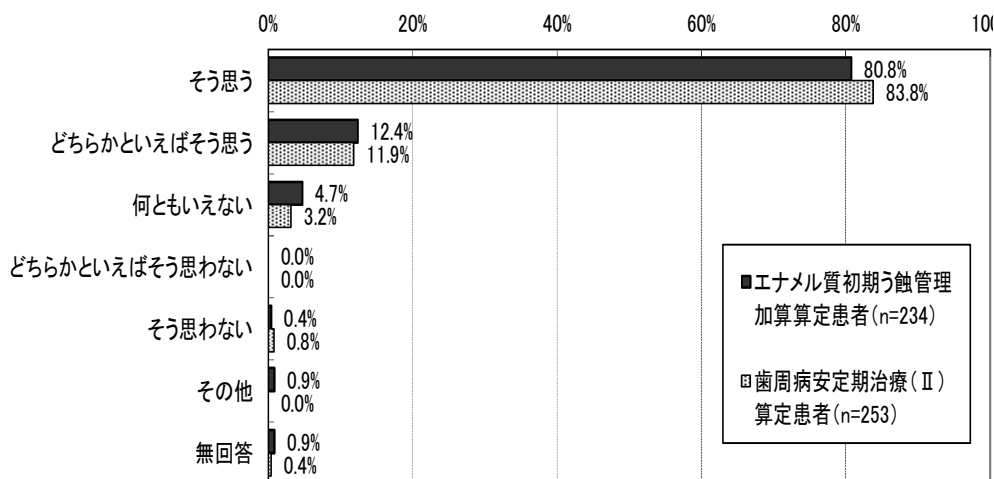
かかりつけ歯科医機能調査(患者調査)②

＜か強診についての考え等＞(報告書p231)

か強診で歯科診療を受けることは安心感につながると思うかを尋ねたところ、いずれの患者でも「そう思う」がおよそ8割、「どちらかといえばそう思う」が1割強であった。

今後もか強診である当該歯科診療所でむし歯や歯周病の定期的な管理を行ってほしいと思うかを尋ねたところ、いずれの患者でも「そう思う」がおよそ9割、「どちらかといえばそう思う」が1割弱であった。

図表 115 か強診で歯科診療を受けることは安心感につながると思うか(単数回答)



図表 116 今後もか強診である当該歯科診療所でむし歯や歯周病の定期的な管理を行ってほしいと思うか(単数回答)

