

中央社会保険医療協議会 総会（第 502 回） 議事次第

令和3年12月3日(金) 薬価専門部会終了後～
於 オンライン開催

議 題

- 薬価調査、特定保険医療材料価格調査の結果速報について
- 個別事項（その7）について
- コロナ・感染症対応（その2）について
- 医療経済実態調査の結果に対する見解について

令和3年医薬品価格調査（薬価調査）の速報値

薬価調査結果の速報値

1. 平均乖離率： 約 7.6%

注1) 令和3年9月取引分について、販売サイドから11月2日までに報告があったものを集計

注2) 平均乖離率は右の式で算出（薬価は令和3年9月時点のもの）

$$\frac{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

注3) 過去2回分の実績

	今回（令和3年度）	前回（令和2年度）※	前々回（令和元年度）
平均乖離率	7.6%	8.0%	8.0%

2. 後発医薬品の数量シェア： 約 79.0%

注1) 後発医薬品の数量シェア（新指標）は右の式で算出

$$\frac{(\text{後発医薬品の数量})}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}) + (\text{後発医薬品の数量})}$$

注2) 過去2回分の実績

	今回（令和3年度）	前回（令和2年度）※	前々回（令和元年度）
後発医薬品数量シェア	79.0%	78.3%	76.7%

※ 販売サイドは2/3の抽出率（営業所ベース）で実施

速報値の内訳

(1) 投与形態別

区分	乖離率 (%)
内 用 薬	8.8%
注 射 薬	5.6%
外 用 薬	7.9%
歯科用薬剤	-2.4%
合 計	7.6%

(2) 主要薬効群別

内 用 薬	乖離率 (%)
その他の腫瘍用薬	4.6%
糖尿病用剤	9.0%
他に分類されない代謝性医薬品	8.2%
消化性潰瘍用剤	11.2%
血圧降下剤	11.9%
精神神経用剤	10.1%
血液凝固阻止剤	5.3%
その他の中枢神経系用薬	11.4%
高脂血症用剤	12.5%
その他のアレルギー用薬	12.2%

注 射 薬	乖離率 (%)
その他の腫瘍用薬	5.0%
他に分類されない代謝性医薬品	6.6%
血液製剤類	2.5%
その他のホルモン剤 (抗ホルモン剤を含む。)	7.5%
その他の生物学的製剤	3.3%
外 用 薬	
眼科用剤	8.5%
鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	8.7%
その他の呼吸器官用薬	7.2%
歯科用薬剤	
歯科用局所麻酔剤	-3.0%

令和 3 年度特定保険医療材料価格調査

(材料価格本調査) 速報値

特定保険医療材料価格調査結果の速報値

平均乖離率： 約 3.8%

注1) 令和3年5～9月取引分（ただし、ダイアライザー、フィルム、歯科材料、保険薬局調査分は令和3年9月取引分のみ）について、販売サイドから11月8日までに報告があったものを集計

注2) 平均乖離率は右の式で算出（材料価格は令和3年9月時点のもの）

$$\frac{(\text{材料価格} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{材料価格} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

注3) 過去2回分の実績

	今回（令和3年度）	前回（令和元年度）	前々回（平成30年度）
平均乖離率	3.8%	5.8%	4.2%

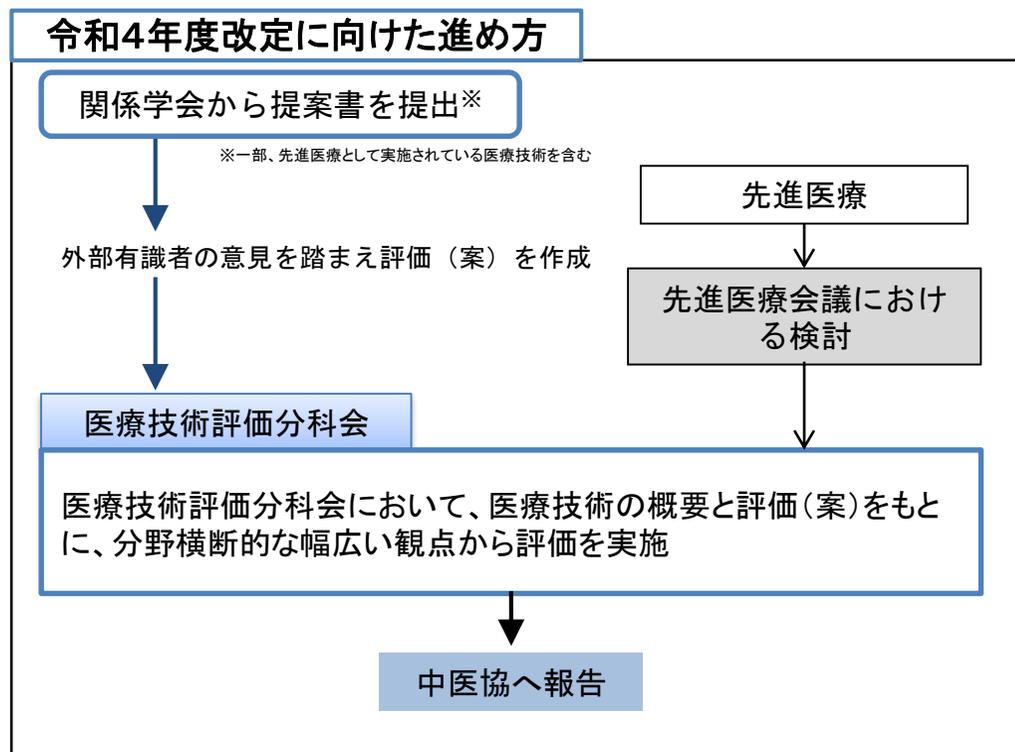
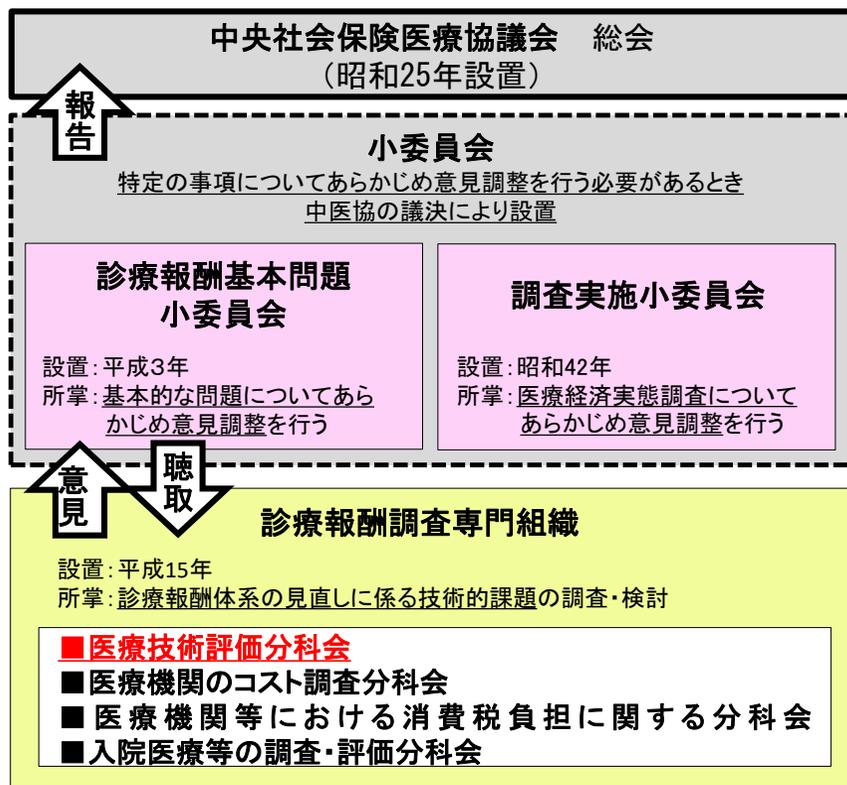
個別事項(その7)

技術的事項について

1. 医療技術の評価について
2. 医療安全対策に係る評価について
3. 慢性維持透析に係る評価について

医療技術評価分科会における医療技術の評価について

- 医療技術評価分科会は、診療報酬調査専門組織の一つとして平成15年に設置され、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題のうち、特に医療技術の評価について専門的な調査及び検討を行っている。
- 学会等から提出された医療技術に係る提案書に基づき、医療技術評価分科会において評価を行い、中央社会保険医療協議会に報告している。



中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会（昭和25年設置）

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

診療報酬改定結果 検証部会

所掌：診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置：平成17年
会長：永瀬伸子（お茶の水女子大学 基幹研究院人間科学系教授）
委員：公益委員のみ
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 6回
平成27年度 4回
平成28年度 3回
平成29年度 3回
平成30年度 3回
令和元年度 2回
令和2年度 3回

薬価専門部会

所掌：薬価の価格算定ルールを審議
設置：平成2年
会長：中村洋（慶應義塾大学大学院 経営管理研究科教授）
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 3回
平成27年度 13回
平成28年度 13回
平成29年度 15回
平成30年度 7回
令和元年度 13回
令和2年度 12回

診療報酬基本問題 小委員会

所掌：基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置：平成3年
会長：小塩隆士（一橋大学経済 研究所教授）
委員：支払：診療：公益＝5：5：6
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 7回
平成27年度 9回
平成28年度 3回
平成29年度 7回
平成30年度 4回
令和元年度 5回
令和2年度 4回

調査実施小委員会

所掌：医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置：昭和42年
会長：秋山美紀（慶應義塾大学環境 情報学部教授）
委員：支払：診療：公益＝5：5：4
開催：調査設計で開催
平成26年度 3回
平成27年度 1回
平成28年度 3回
平成29年度 1回
平成30年度 3回
令和元年度 1回
令和2年度 3回

薬価算定組織

所掌：新薬の薬価算定等についての調査審議
設置：平成12年
委員長：前田慎（横浜市立大学医学 部消化器内科 主任教授）
委員：保険医療専門審査員
時期：4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌：特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議
設置：平成12年
委員長：小澤壯治（多摩丘陵病院 副院長）
委員：保険医療専門審査員
時期：4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

費用対効果評価 専門部会

所掌：医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置：平成24年
会長：飯塚敏晃（東京大学大学院 経済学研究科教授）
委員：支払：診療：公益＝6：6：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 8回
平成27年度 10回
平成28年度 5回
平成29年度 11回
平成30年度 3回
令和元年度 0回
令和2年度 0回

保険医療材料 専門部会

所掌：保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置：平成11年
会長：関ふ佐子（横浜国立大学 大学院国際社会科学研究院教授）
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 4回
平成27年度 9回
平成28年度 1回
平成29年度 12回
平成30年度 6回
令和元年度 10回
令和2年度 0回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌：診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置：平成15年 委員：保険医療専門審査員

- 医療技術評価分科会 時期：年1回程度
会長：福井次矢（東京医科大学茨城医療センター 病院長）
- 医療機関のコスト調査分科会 時期：年1回程度
会長：田中滋（慶應義塾大学名誉教授）（平成29年8月18日退任）
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長：飯塚敏晃（東京大学大学院経済学研究科教授）
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長：尾形裕也（九州大学名誉教授）

費用対効果評価専門組織

所掌：医薬品及び医療機器の費用対効果評価について調査審議
設置：平成28年
委員長：田倉智之（東京大学 大学院医学系研究科特任教授）
委員：保険医療専門審査員
時期：1年に数回程度

医療技術評価分科会における医療技術の評価について

- 評価対象となる技術については、順次対象を拡大しており、現行では、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部（医学管理等）から第13部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部（医学管理等）から第14部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当なものとしている。

令和4年度改定に向けた進め方

【医療技術の評価方法】

- 学会等から提出された提案書については、学会ヒアリングやワーキンググループの意見を踏まえ、分科会において評価する。
- 先進医療として実施されている医療については、先進医療会議の検討結果を踏まえつつ、診療における位置づけや保険適用の優先度等の観点も含め、当該医療技術の保険適用の必要性・妥当性について評価する。

【評価対象】

- ① 分科会に提案書が提出された医療技術：以下のいずれも満たすもの
 - ・ 診療報酬点数表（特掲診療料）に該当する技術として評価されている又はされることが適当なもの。
 - ・ アウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができるもの。

※ ただし、医療技術の実施にあたり薬事承認されていない医薬品、医療機器又は体外診断薬を使用するものは、原則として対象外とする。

- ② 先進医療として実施されている医療技術

医療技術評価分科会における評価の対象となる技術の範囲の変遷

～平成20年度	・医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第3部（検査）から第12部（放射線治療） ・歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第3部（検査）から第13部（歯科矯正）
平成22年度～	・医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断） ・歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第14部（病理診断）
平成26年度～	・医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部（医学管理等）から第13部（病理診断） ・歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部（医学管理等）から第14部（病理診断）

医療技術評価分科会における医療技術の評価について

- 医療技術評価分科会での医療技術の評価については、学会等から提出された医療技術に係る提案書に基づき実施される。
- 診療報酬改定時毎に、新規技術を適切に評価する観点から、腹腔鏡手術やロボット支援下手術等の評価に加え、既存技術の再評価を進める観点からも、提案書等の見直しを行ってきた。

【直近の診療報酬改定時における、主な評価の方法等の見直しを行った点】

平成24年度改定時

- 評価の可視化の観点から、提案技術の概要を公表することとした。
- 提案書において、有効性、安全性、技術的成熟度、倫理性・社会的妥当性、普及性、既存と比較した効率性等に関して、根拠を含めた記載を求めることとした。
- 評価の方法として、まず、事前に外部有識者の意見を踏まえ専門的観点から当該技術に関する評価（案）を作成した後、医療技術評価分科会において、技術の概要と評価（案）を示し、分野横断的な幅広い観点から評価を実施することとした。
- 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術に対する評価の取扱いを明確化した。

平成26年度改定時

- 提案書において、新しい技術と相対的に古い技術を整理するため、提案した技術に関連して、減点や削除が可能な技術を記載する欄を設置した。

平成28年度改定時

- 提案書の提出にあたり、紙媒体での提出を廃止し、電子媒体のみでの提出とした。
- 提案書において、「未収載技術」と「既収載技術」の選択の根拠を明確化し、また、提案している技術と既存技術の差分を明示するため、既存技術の内容を記載する項目を新設し、有効性については既存の治療法、検査法等と比較した上での記載を求めることとした。
- 先進医療として実施されている医療技術について、提案の受付を行うことを明確化した。

平成30年度改定時

- 提案書において、前回改定と提案が連続する技術を明確化するため、前回改定での提案実績の記載とともに、エビデンスを明確化するため、参考文献の該当箇所の明確化、論文数を限定することとした。
- 内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術（ロボット支援下内視鏡手術）に対する評価の取扱いを明確化した。
- 先進医療として実施されている医療技術について、統一的な考え方のもとで、より分野横断的・網羅的に検討されることが必要であることを踏まえ、当該医療技術の保険適用に係る評価を行うこととした。

令和2年度改定時

- 技術の評価（案）を作成するに当たり、透明性や公平性を確保する観点から、各領域の専門家からなるワーキンググループを分科会の下に設置し、意見を求めることとした。
- 先進医療として実施されている医療技術における、先進医療会議との連携及び役割分担等について、整理を行った。

医療技術評価分科会における医療技術評価について

○ 直近5回の診療報酬改定時における、学会等から提出のあった提案書、評価対象となる技術、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術は、以下のとおりであった。

	学会等から提出のあった提案書（※1）	医療技術評価分科会における評価対象となる技術			診療報酬改定において対応する優先度が高い技術		
平成24年度改定（※2）	985件	667件			278件		
平成26年度改定（※3）	863件	720件			135件		
平成28年度改定（※3）	914件	737件			223件		
			新規	272件		新規	78件
			既存	465件		既存	145件
平成30年度改定（※3）	984件	817件			307件		
			新規	334件		新規	107件
			既存	483件		既存	200件
令和2年度改定（※3）	947件	743件			264件		
			新規	306件		新規	102件
			既存	437件		既存	162件

※1：重複を含む。

※2：評価対象となる技術については、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第2部（在宅医療）から第14部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当なもの。

※3：評価対象となる技術については、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部（医学管理等）から第13部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第1部（医学管理等）から第14部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当なもの。

科学的根拠に基づく医療技術の再評価に係る取組について

- 令和4年度診療報酬改定に向けた、既に保険収載されている医療技術の評価については、再評価を適切に行う観点から、診療ガイドライン等やレジストリへの登録等に係る項目を提案書に盛り込み、これらの観点を踏まえ評価を進めることとし、検討を実施している。

令和2年度第1回医療技術評価分科会

(令和3年2月10日 中央社会保険医療協議会了承)

令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について(抄)

2. 今後の進め方

(3) 科学的根拠に基づく医療技術の評価について

(ア) 既に保険収載されている医療技術の評価について

- 学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療報酬上の評価や要件の見直し等を行うため、提案書において、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記する欄を新設し、当該医療技術の評価の参考とする。
 - また、当該医療技術に関連して、評価の見直しや削除等が可能と考えられる医療技術について、現在行われている医療技術も含まれることを明確化し、知見の提出を求めることとする。
- (イ) レジストリに登録され、実施された医療技術の評価について
- レジストリに登録することを要件として保険適用された医療技術については、レジストリへの登録状況及び当該医療技術の実績等について、関連学会等を主体として検証した上で、分科会への報告等を行うとともに、引き続き有効性・安全性等に係る評価を行うこととする。

科学的根拠に基づく医療技術の評価に係る取組について

- 令和3年度第1回医療技術評価分科会において、提案書が提出され、医療技術評価分科会における評価の対象である医療技術(768件)のうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において「ガイドライン等での記載あり」とされたものは、481件であった。

項目		件数(※)	
学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術		905件	
うち、医療技術評価分科会における評価の対象となるもの		768件	
		新規	288件
		既存	480件
うち、「ガイドライン等の位置づけ」の欄において「ガイドライン等での記載あり」とされたもの		481件	
		新規	163件
		既存	318件

※件数は令和3年11月10日時点のもので、重複する提案の数は含まれない。今後の検討の進捗によって変動があり得る。

科学的根拠に基づく医療技術の再評価に係る取組について

- 令和3年度第1回医療技術評価分科会において、提案書の提出があった技術のうち、レジストリへの登録に関連して、ロボット支援下内視鏡手術に関するものであって、関連学会等によってレジストリを用いた当該技術の検証がなされたものは13件であった。

関連学会等によってレジストリを用いた当該技術の検証がなされたものの例

1	胃悪性腫瘍手術（切除）（ロボット支援）	2	胃悪性腫瘍手術（全摘）（ロボット支援）
3	胃悪性腫瘍手術（噴門側切除術）（ロボット支援）	4	子宮悪性腫瘍手術（広汎切除）（ロボット支援）
5	ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術（単純）（傍大動脈リンパ節郭清を含む）	6	ロボット支援手術（喉頭・下咽頭悪性腫瘍手術、中咽頭悪性腫瘍手術（前壁切除）、中咽頭悪性腫瘍手術（前壁以外））
7	肝切除術（ロボット支援）	8	直腸切除・切断術（ロボット支援）
9	食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部もしくは縦隔、腹部の操作によるもの）（ロボット支援）	10	腎悪性腫瘍手術（ロボット支援）
11	尿管悪性腫瘍手術（ロボット支援）	12	副腎腫瘍摘出術（ロボット支援）
13	副腎腫瘍切除術・髄質腫瘍（褐色細胞腫）（ロボット支援）		

平成30年度診療報酬改定 II-2-8)手術等医療技術の適切な評価④

手術等医療技術の適切な評価④

- 医療技術評価分科会に提案のあったロボット手術等のうち、既存技術と同等程度の有効性・安全性があると評価されたものについては、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術とする。
- 保険適用に当たっては、施設基準として、当該ロボット支援下内視鏡手術又は関連する手術の実績や、関係学会によるレジストリに参加する等の要件を設ける。

医療技術の評価に係る課題及び論点

- 医療技術の評価については、学会等の提案を医療技術評価分科会において受理し、医療技術の評価・再評価を行っている。
- 診療報酬改定時毎に、新規技術を適切に評価する観点から、胸腔鏡下・腹腔鏡下手術やロボット支援下内視鏡手術等の評価に加え、既存技術の再評価を進める観点からも、提案書等の見直しを行ってきた。
- 令和3年度は、提案書において診療ガイドライン等における当該医療技術の位置づけ等を明記することや、レジストリ登録を要件としている医療技術における関連学会等を主体としたレジストリの検証結果の報告等について、学会等に対し求め、その対応が図られたところである。
- 具体的には、令和3年度第1回医療技術評価分科会において、提案書が提出され、医療技術評価分科会における評価の対象である医療技術のうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において「ガイドライン等での記載あり」とされたものは、481件であった。
- また、レジストリへの登録に関連して、ロボット支援下内視鏡手術に関するものであって、関連学会等によってレジストリを用いた当該技術の検証がなされたものは13件であった。



【論点】

- 医療技術評価分科会において学会等からの技術評価提案書を受け付け、評価を行ってきた実績等を踏まえつつ、診療ガイドラインの改訂やレジストリによるリアルワールドデータを用いた評価といった最近の取組みも盛り込む観点から、医療技術の評価・再評価について、どのように考えるか。

技術的事項について

1. 医療技術の評価について
2. 医療安全対策に係る評価について
3. 慢性維持透析に係る評価について

医療安全対策における画像診断報告書等について

- 画像診断や病理診断を依頼した医師による、画像診断医の作成した画像診断報告書又は病理診断医の作成した病理診断報告書(以下「レポート」という。)の確認不足については、報告書の確認不足に対する注意喚起を図ることに加え、レポートの確認不足を防止するための組織的対応について求められている。

画像診断報告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組について (令和元年12月11日厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡) (抄)

- 報告書に記載された緊急度の高い所見や重要所見を受けて必要な対応がとられるためには、**組織的な伝達体制や確認体制を構築することが推奨される。**
- 具体的には、診断結果の説明を担当する医師が重要所見を認知しやすくするための通知方法の工夫や報告書の未読・既読の管理、更には、その後適切に対応されたかを**組織的に確認できる仕組みが構築されることが望ましい。**

(参考) 医療機関において工夫されている取組の紹介

- 画像読影医が緊急度の高い所見を指摘した場合、検査依頼医に電話するとともに、報告書を検査依頼医が所属する診療科の責任者に送付する。
- 患者自らが結果をいつ聞くことができるかを主治医に確認するように促す等、患者の参画を図る。
- 画像診断や病理診断を専ら担当する医師が診断を行った場合、その診断結果が確実に患者へ伝わるよう、説明を担当する医師はその結果を丁寧にわかりやすく患者に説明し、その旨を診療録に記載する。

医療安全対策の取組に係る実施状況について

- 研究班における調査によると、画像診断報告書について、半数の病院で、確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組みを設けていた。
- 同調査の結果において、最近3年以内に画像診断報告書の確認漏れに関連して、患者の治療に影響した事例が12%存在していた。

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究」（研究代表者永井庸次）における全国の病院を対象としたアンケート調査

対象：国内の全病院（n=8294）

調査期間及び調査法：令和2年12月16日～令和3年1月15日において、郵送法により実施

有効回答率：16%（1302/8294）

【画像診断報告書の場合】

- 画像診断報告書の確認漏れ（医師の未読）を防ぐ仕組みの有無
(n=1302)

■ あり ■ なし ■ 無回答



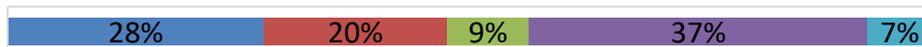
- 画像診断報告書の既読を確認する担当が決まっているか否か
(n=650)

■ 決まっている ■ 決まっていない ■ 無回答



- 画像診断報告書の既読を確認する担当の内訳
(n=357)

■ 画像診断部門 ■ 医療安全部門 ■ 診療情報管理部門 ■ その他 ■ 無回答



- 最近3年以内における、画像診断報告書の確認漏れに関連した患者の治療に影響した事例（※）の有無
(n=1302)

■ あり ■ なし ■ 無回答



※治療開始が遅れた、適切な治療が行われなかった等

医療安全対策における画像診断報告書等について

○ レポートの確認不足防止の基本的対策としては、教育、レポートの存在を気づかせること、第三者による未読監査及び第三者による対応の確認の4点が示されている。

平成30年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療安全に資する病院情報システムの機能を普及させるための施策に関する研究」（研究代表者 松村泰志）報告書（抜粋）

3. レポート見落とし防止の基本的対策

（1）教育

レポート見落とし防止対策として、まず必要なことは、主治医の立場になる医師が、画像診断レポートを確認することの必要性について認識することである。主治医が注目している臓器以外の部位に、新たな悪性腫瘍などの重要所見が映し出されている可能性、これに気づき早期に対応すれば救える患者を、レポートを見落とすことで、最悪の場合、死の転帰をとることがあることを、改めて理解する必要がある。また、主治医が交代するタイミングでこの問題が起こりやすいことを理解し、その状況にある場合に、レポートの見落としがないかを確認する姿勢があると、レポートの見落としを防ぐことができると思われる。また、画像検査をオーダーした場合、レポートを見た時に、その要約を経過記録に記載し、患者に説明した内容も経過記録に記載するのが、診療記録記載上の基本的ルールである。診療記録に記載されていないことは実施していないと見なされる。本件の場合であれば、記載がないことは、レポートを見ておらず、また、患者にレポートの内容を説明していないことになる。こうしたことを医師が理解し、冷静に判断ができる状況においては、レポートの見落としは起こりにくい。医療機関が行うべき第一の対策は、こうしたことの教育を徹底することである。

（2）レポートの存在を気づかせる

しかし、現実の医療では、当該患者の急性疾患の対応に集中している状況や、他の難しい患者の対応を平行して行っている状況であるなど、医師は余裕の無い状況に置かれることは屢々あり、医師への注意喚起だけで問題は解決しない。このような問題に対する第二段目の対策として、システムにより、主治医に未読レポートの存在に気づかせる方法が有効である。余裕の無い状況にある医師が、遅れて到着する診断レポートを自発的に確認することは難しいものであるが、この機能があると、レポートの見落としの重大さを理解する医師であればレポートを確認する。画像診断医、病理診断医の協力が得られ、重要所見を含むレポートに印が付けられると、重要所見の見落としは更に起こりにくくなる。また、レポート中の重要所見が分かりやすく表現されることで、忙しい状況下にある医師でも、指摘された所見を見逃してしまうことなく、正しく捉えて対応することができる。

（3）第三者による未読監査

一方、医療機関の管理者は、全ての医師が、診断レポートを確認すべきであることは理解していても、現実にはレポートの確認もれが生じうることを現実の問題として認識しておくべきである。医療の質・安全を確保するために医師が理解しておくべきことは多くある中で、医療安全講習会等で、この問題を取り上げたとしても、100%の医師に浸透するとは限らない。また、医師は異動が多く、常に新人の医師が医療に参加している状況もある。また、大阪大学医学部附属病院の調査では、予期せぬ重要所見を含むレポートの数は500件に1件の割合であった。つまり、500件のうち499件は、見落とししたとしても重大な事態には発展しない。この頻度が、油断させる要因でもある。第三段目の対策として、未読レポートを第三者が監視し、医師に対して未読のまま放置しないよう指摘する方法が有効である。この体制下では、未読レポートを放置している医師に個別に指導することもできる。この対策をとるためには、未読レポートをリストアップするシステムの機能が必要となる。

（4）第三者による対応の確認

この未読監査は有効であるように見えるが、レポートの全記載内容を注意して読まずにレポートを見たことにする行動を誘発してしまう場合がある。こうした行動がとられると、労力をかけて監査をする意味がなくなる。第四段目の対策として、画像診断医、病理診断医が重要所見を含むレポートに印を付け、第三者が、その患者に対し適切な医療がされているかをカルテレビュー等で確認する監査の実施が有効である。この対策であれば、主治医が重要な所見を含むレポートを見ていなくても、あるいは、見ているが内容を正しく理解していない状況があったとしても、重大な状況の発生をくいとめることになる。

こうした医師に向けた対策に加え、患者に対して、検査を受けた場合にその内容を主治医から聞くように、検査前に患者に渡す説明文書に記載し促している医療機関があり、有効な対策と思われる。また、診断レポートのうち、診断部分を患者に渡す運用をしている医療機関もある。診断レポートすべてを患者に渡す運用を行っている医療機関もあるが、医師向けに専門用語を用いて記載されたレポートを、手を加えずに患者に渡す運用については、患者に誤解や不安を与える危険があることから、議論が多い。

報告書の確認不足に対する組織的医療安全対策の効果(例)

- 画像診断において、医療安全部門が主体となって院内全体で取り組むことにより、レポートの未開封率は半減した。
- また、カルテを監査することで、確実なレポートの確認不足に対する対策が図られている。

【群馬大学医学部附属病院での事例】

院内での周知

- ・ 診療科毎に未開封レポートのリスト作成
- ・ リスクマネージャー会議での報告 等

【レポート未開封率の推移】

導入前：8.9%
導入1年後：3.4~4.5%

管理システムの導入

- ・ 重要所見のあるレポートに目印（フラグ）
- ・ 医師へポップアップ通知 等

【管理システム及び監査の実績】

調査期間（10か月）において、

- ・ 全レポート数：64280件
→うち、フラグあり1.38%
→うち、一次スクリーニング該当10.22%
→うち、二次スクリーニング該当2.47%
- ・ 医師へ電話連絡の実施：22件

重要所見のあるレポートのカルテ監査

- ・ レポート作成から2週間後にカルテを監査
→診療情報管理士による一次スクリーニング
→対応が十分と確認できない場合、
医療安全部門所属医師による二次スクリーニング
- ・ 必要がある場合、医師へ電話連絡

医療安全対策加算について

- 組織的な医療安全対策の評価として、医療安全対策加算を設けている。
- 医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることを求めている。

A234 医療安全対策加算(入院初日)

- 1 医療安全対策加算1 85点
- 2 医療安全対策加算2 30点

注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

(算定留意事項)

- (1) 医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。
- (3) 医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。

画像診断管理加算について

○ 専ら画像診断を担当する常勤の医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、画像診断管理加算を月の最初の診断の日に加算できる。

第4部 画像診断

通則4 画像診断管理加算1 70点

通則5 画像診断管理加算2 180点、画像診断管理加算3 300点

4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。

5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。

(施設基準通知) (抄)
第30 画像診断管理加算

1 画像診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (5) 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。

画像診断管理加算について

○ 専ら画像診断を担当する常勤の医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、画像診断管理加算を月の最初の診断の日に加算できる。

2 画像診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している病院であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 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。
- (8) 関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること。

3 画像診断管理加算3に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している特定機能病院であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が6名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)の医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)の医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。
- (6) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (8) 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。
- (9) 関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること。
- (10) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

病理診断管理加算について

○ 専ら病理診断を担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合に、病理診断管理加算を加算できる。

N006 病理診断料 注4

イ 病理診断管理加算1 (1)組織診断を行った場合 120点、(2)細胞診断を行った場合 60点

ロ 病理診断管理加算2 (1)組織診断を行った場合 320点、(2)細胞診断を行った場合 160点

4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

(施設基準通知) (抄)

第84 の7 病理診断管理加算

1 病理診断管理加算1に関する施設基準

(1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

(3) 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2 病理診断管理加算2に関する施設基準

(1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上及び病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

(3) 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

(4) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。

(5) 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合(CPC: Clinicopathological Conference)を少なくとも年2回以上行っていること。

(6) 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を5年以上有すること。

報告書の確認不足に対する医療安全対策に係る課題及び論点

- ・ 昨今、主治医等の画像診断や病理診断を依頼した医師が、レポートの確認不足により診断が遅れ、それにより治療開始の遅延が原因で患者が死亡する事案等が散見されている。これを踏まえ、厚生労働省より事務連絡が発出されており、その中で、レポートの確認不足に対する注意喚起を図るとともに、レポートの確認不足を防止するための組織的対応についても言及されている。
- ・ 研究班の行った、全国の病院を対象としたアンケート調査によれば、半数の病院において、レポートの確認不足を防ぐ仕組みがあり、主に画像診断部門又は病理部門により実施されている。その一方で、レポートの確認不足に関連して、患者の治療に影響した事例が一定数存在していることから、医療安全対策の一環として取り組む必要性が示唆されている。
- ・ レポートの確認不足防止の基本的対策として、主治医等への教育や第三者によるチェック等が挙げられている。



【論点】

- レポートの確認不足に対する医療安全対策を推進することについて、主治医等と画像診断医若しくは病理診断医との連携を含めた病院全体の医療安全に係る取組を推進する観点から、評価の在り方について、どのように考えるか。

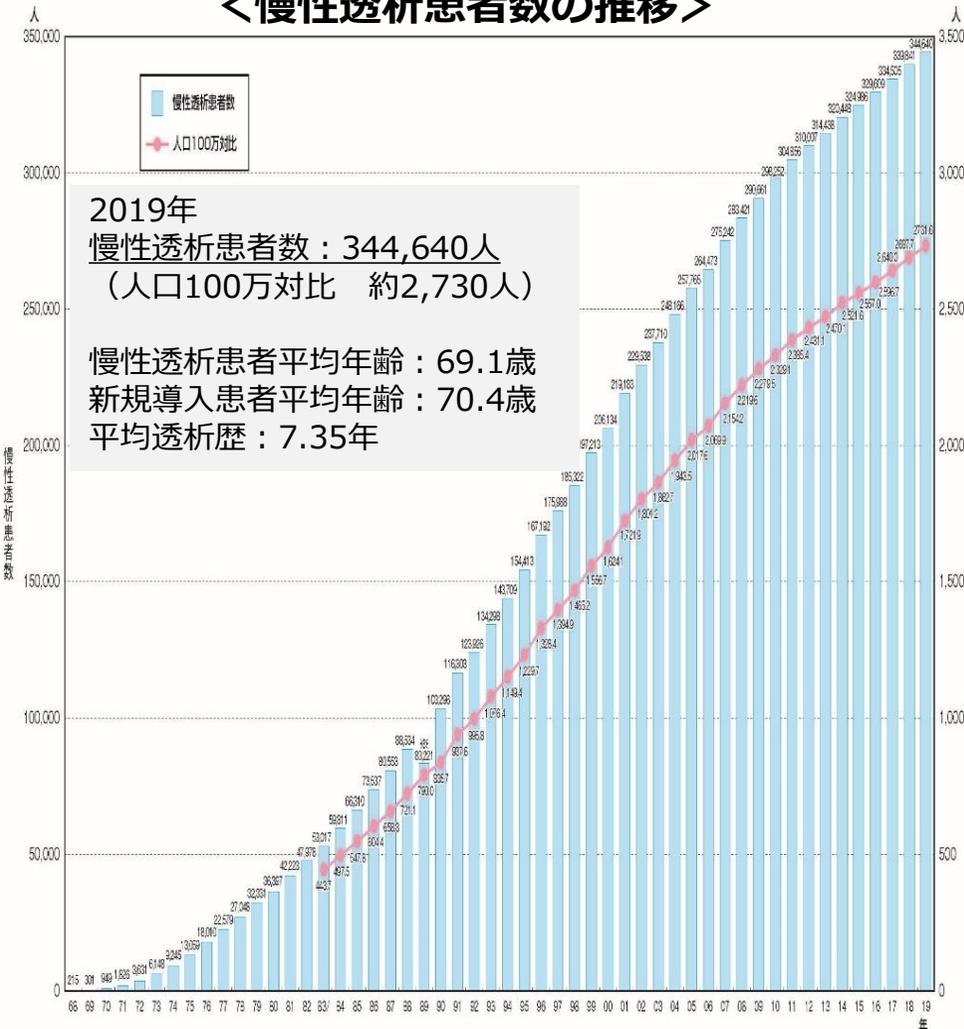
技術的事項について

1. 医療技術の評価について
2. 医療安全対策に係る評価について
3. 慢性維持透析に係る評価について
 - 3-1 慢性維持透析の現状等について
 - 3-2 人工腎臓等に係る評価について
 - 3-3 在宅血液透析等に係る評価について

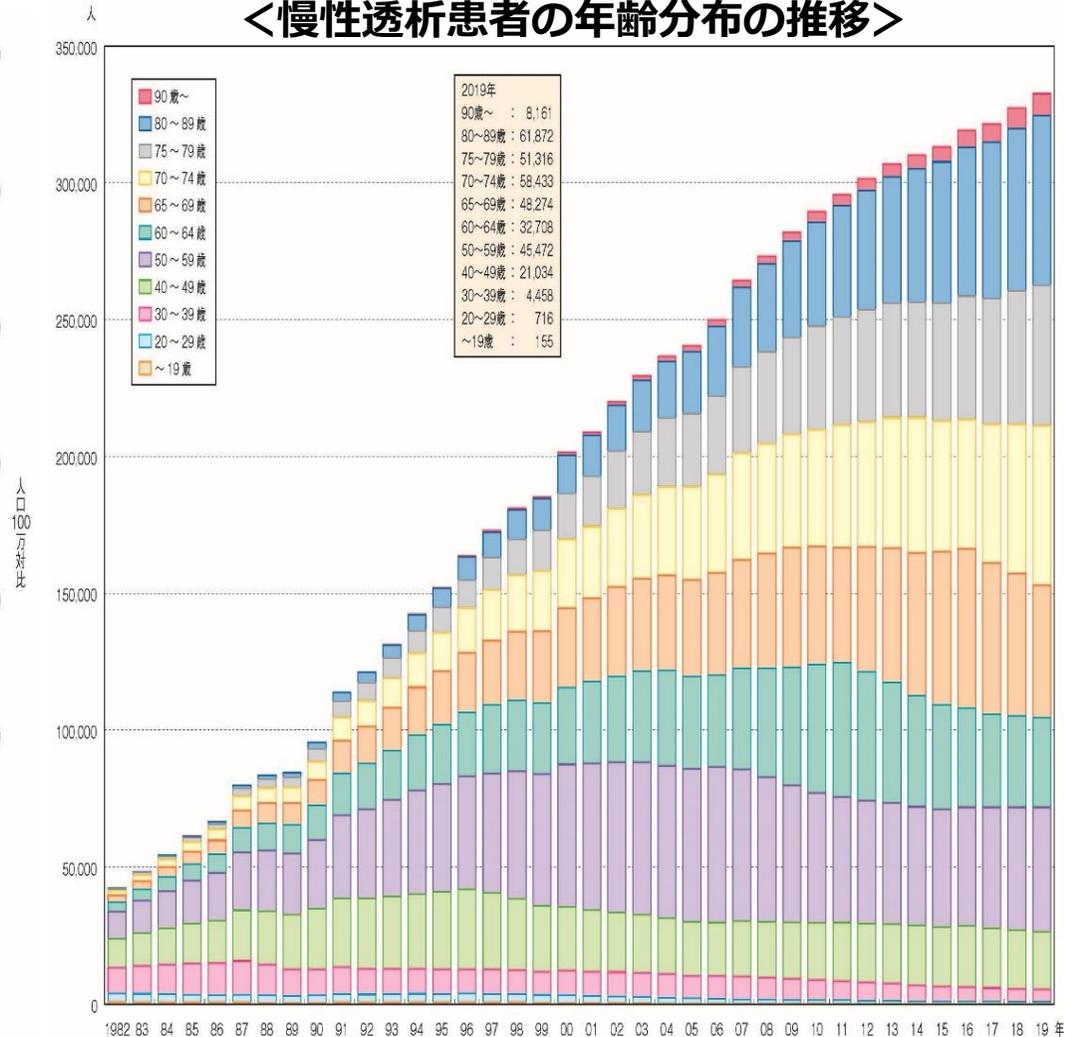
慢性透析患者数と透析歴の内訳

- 透析患者数は約34万人で、年々増加傾向となっており、10年以上の透析歴をもつ患者も増加傾向。
- 年間約4万人が新規導入しており、新規導入患者の高齢化を反映して、透析患者全体の高齢化が進んでいる。

＜慢性透析患者数の推移＞



＜慢性透析患者の年齢分布の推移＞

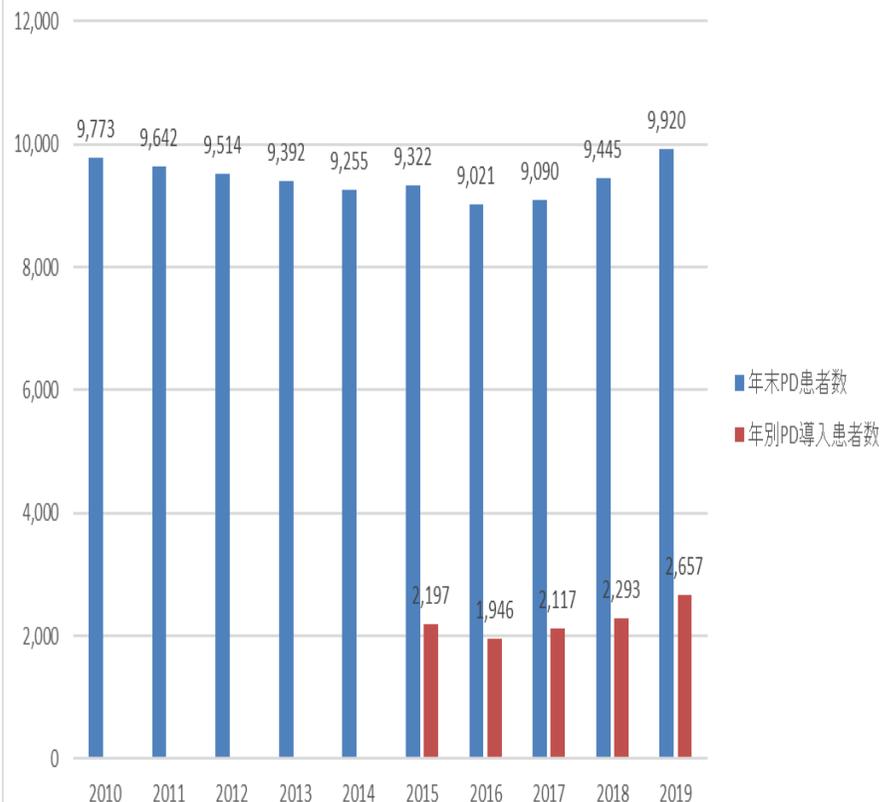


腹膜透析患者数と透析・移植患者の推移

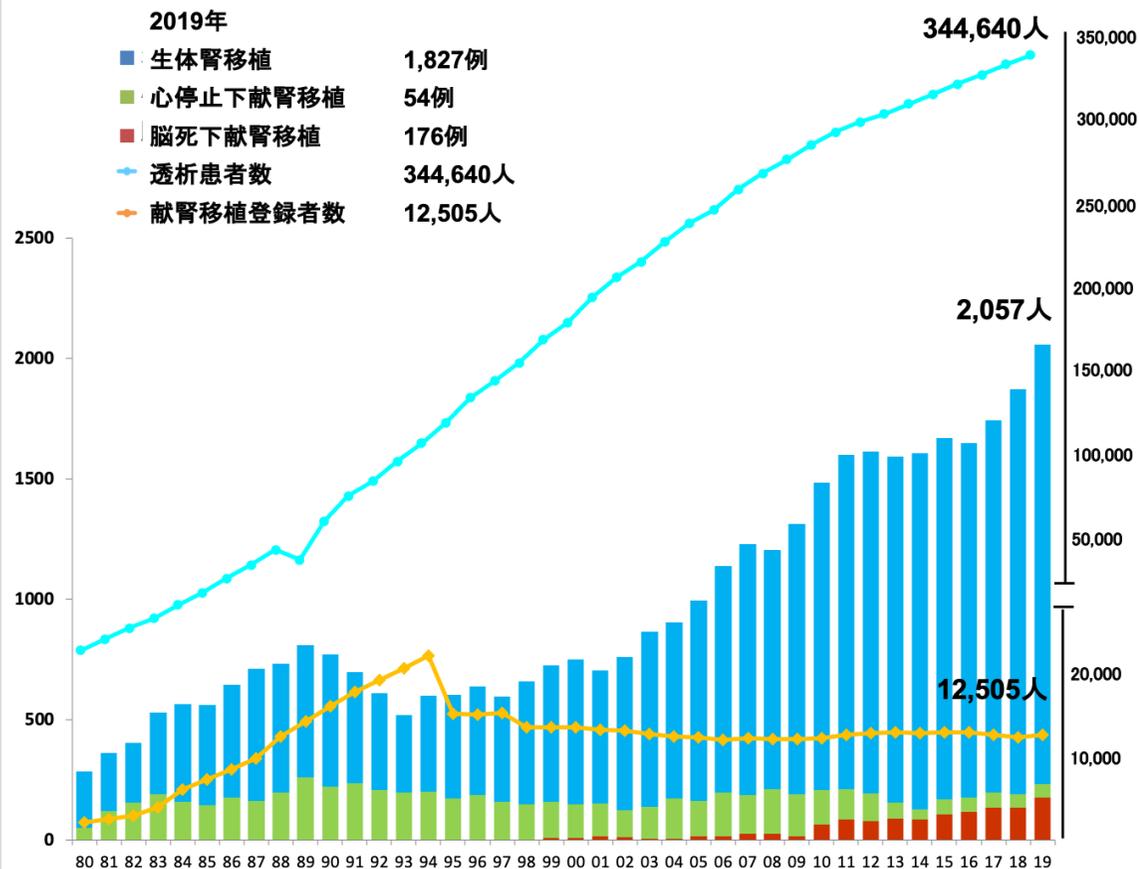
- 腹膜透析患者数は9,920人であり、2017年より増加傾向にある。
- 2019年の生体腎移植の症例数は1,827例、献腎移植（脳死・心停止下）の症例数は230例であり、初めてあわせて2,000例を超えた。

<腹膜透析（PD）患者数の推移>

年末PD患者数およびPD導入患者数の推移, 2010-2019



<日本における透析・移植患者の推移>



(出典) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2019年12月31日現在)」
2020臓器移植ファクトブック(日本移植学会編)

透析診療に係る診療報酬上の評価について①

慢性維持透析を行った場合		場合1	場合2	場合3
4時間未満	規定患者※1	1,924点 (591,668回)	1,884点 (17,337回)	1,844点 (4,841回)
	規定患者以外	1,798点 (11,904回)	1,758点 (167回)	1,718点 (82回)
4時間以上 5時間未満	規定患者※1	2,084点 (2,727,025回)	2,044点 (79,006回)	1,999点 (17,591回)
	規定患者以外	1,958点 (47,955回)	1,918点 (1,222回)	1,873点 (337回)
5時間以上	規定患者※1	2,219点 (329,443回)	2,174点 (4,347回)	2,129点 (1,054回)
	規定患者以外	2,093点 (5,262回)	2,048点 (236回)	2,003点 (16回)

4 その他の場合

1,580点 (92,656回)

【施設基準】

(1) 慢性維持透析を行った場合1の施設基準

ア 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

① 透析用監視装置の台数が26台未満であること。

② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数(外来患者に限る。)の割合が3.5未満であること。

イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(2) 慢性維持透析を行った場合2の施設基準

ア 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。

① 透析用監視装置の台数が26台以上であること。

② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数(外来患者に限る。)の割合が3.5以上4.0未満であること。

イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

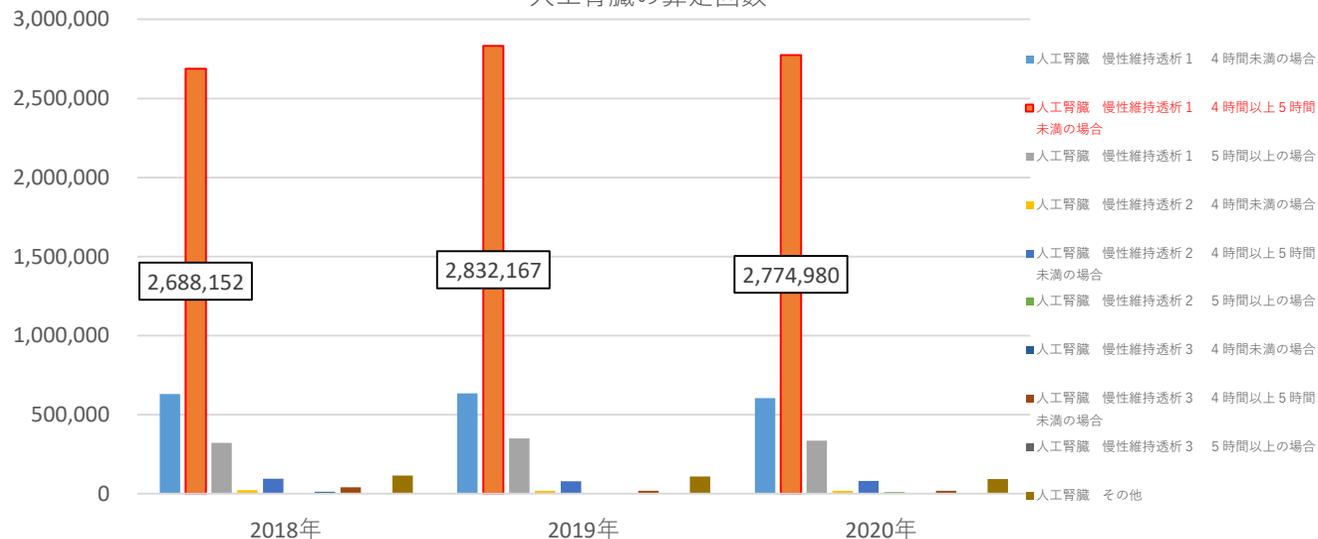
ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

※ 慢性維持透析を行った場合3については、「1」又は「2」の施設基準のいずれかに該当するものとして届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において算定する。

※1 規定患者：HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者

* カッコ内は社会医療診療行為別統計(令和2年6月審査分)の算定回数

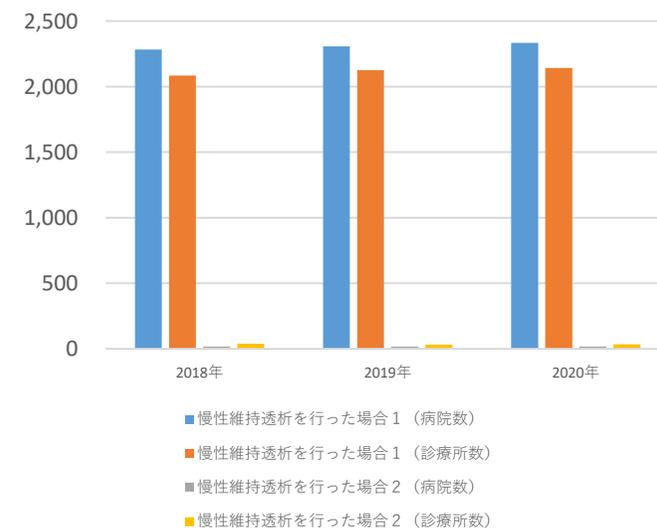
人工腎臓の算定回数



社会医療診療行為別統計(2018年～2020年6月審査分)の算定回数

2020年については、規定患者及び規定患者以外の合計数

慢性維持透析を行った場合別の届出医療機関数



透析診療に係る診療報酬上の評価について②

〈加算等〉

時間外・休日加算

380点

※入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合に算定する。

導入期加算1

200点

導入期加算2

500点

※導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、算定する。

著しく人工透析が困難な患者等

140点

※著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合に算定する。

透析液水質確保加算

10点

下肢末梢動脈疾患指導管理加算

100点

※人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合に算定する。

長時間加算

150点

※通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

慢性維持透析濾過加算

50点

※慢性維持透析濾過(複雑なものに限る。)を行った場合に算定する。

J038-2 持続緩徐式血液濾過(1日につき)

1,990点

〈加算等〉

著しく人工透析が困難な患者等

120点

J042 腹膜灌流(1日につき)

1 連続携行式腹膜灌流

330点

2 その他の腹膜灌流

1,100点

〈入院料等〉

A101 療養病棟入院基本料(1日につき)

1 療養病棟入院料1

〈加算等〉

慢性維持透析管理加算

100点

〈医学管理等〉

B001 特定疾患治療管理料

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

2,250点

※入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して、検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に月1回に限り算定。
(検査と画像診断の一部が包括されている。)

〈加算等〉

腎代替療法実績加算

100点

27 糖尿病透析予防指導管理料

350点

※医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定。

31 腎代替療法指導管理料

500点

※当該患者の同意を得て、看護師と共同して、当該患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。

〈在宅医療〉(月1回)

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

4,000点

※在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、指導管理を行った場合に算定する。

注1 頻回に指導管理を行う必要がある場合

2,000点

※同一月内の2回目以降1回につき月2回に限り算定

C102-2 在宅血液透析指導管理料

8,000点

※在宅血液透析を行っている患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合

注1 頻回に指導管理を行う必要がある場合

2,000点

※当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき月2回に限り算定

移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

人工腎臓 導入期加算の見直し

- 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現行		[施設基準] 導入期加算2	⇒	改定後		[施設基準] 導入期加算2
【人工腎臓】				【人工腎臓】		
導入期加算1	300点	ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること		導入期加算1	200点	ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること
導入期加算2	400点	イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること		導入期加算2	500点	イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること

腎代替療法指導管理料の新設

- 透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

(新) 腎代替療法指導管理料 500点 (患者1人につき2回に限る。)

[算定要件]

- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア **慢性腎臓病**の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR(mL/分/1.73m²)が**いずれも30未満**の場合
 - イ **急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、不可逆的に慢性腎臓病に至る**と判断される場合
- 適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。**
- 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

[施設基準]

- J038 人工腎臓 導入期加算2の施設基準に準じる。
- 以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師



日本腎臓学会
日本透析医学会
日本移植学会
日本臨床移植学会
日本腹膜透析医学会

長期療養患者の受け皿の確保等について①

療養病棟における透析患者の受入の促進

- 慢性維持透析を実施している患者についての評価を新設する。

(新) 慢性維持透析管理加算 100点(1日につき)

[算定要件]

- ・療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ・自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。
(毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること。)

療養病棟における超重症児(者)等の受入の促進等

- 療養病棟における超重症児(者)等の受入を促進するため、超重症児(者)・準超重症児(者)加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大する。
- また、病床の機能分化を進めるため、平成27年4月1日以降、一般病棟の算定日数を90日までとする(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者は除く。)

有床診療所入院基本料等の算定回数等の推移

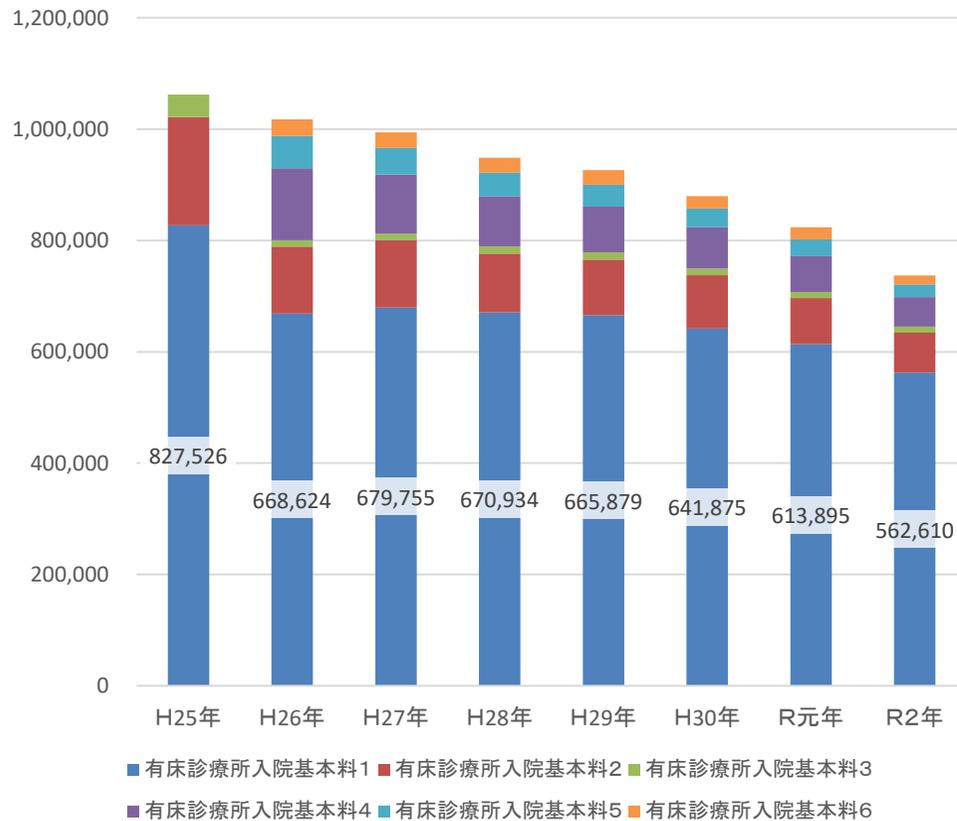
A108 有床診療所入院基本料1～6

917～480点

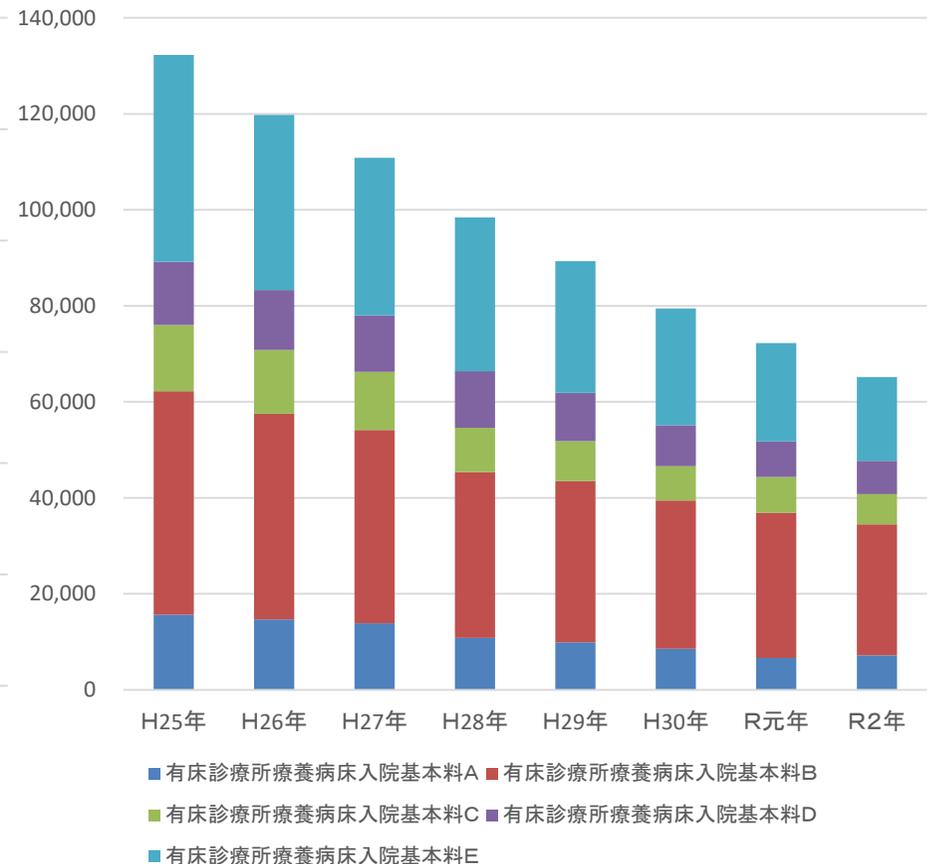
A109 有床診療所療養病床入院基本料A～E

1,057～564点 (生活療養を受ける場合 1,042～549点)

有床診療所入院基本料1～6

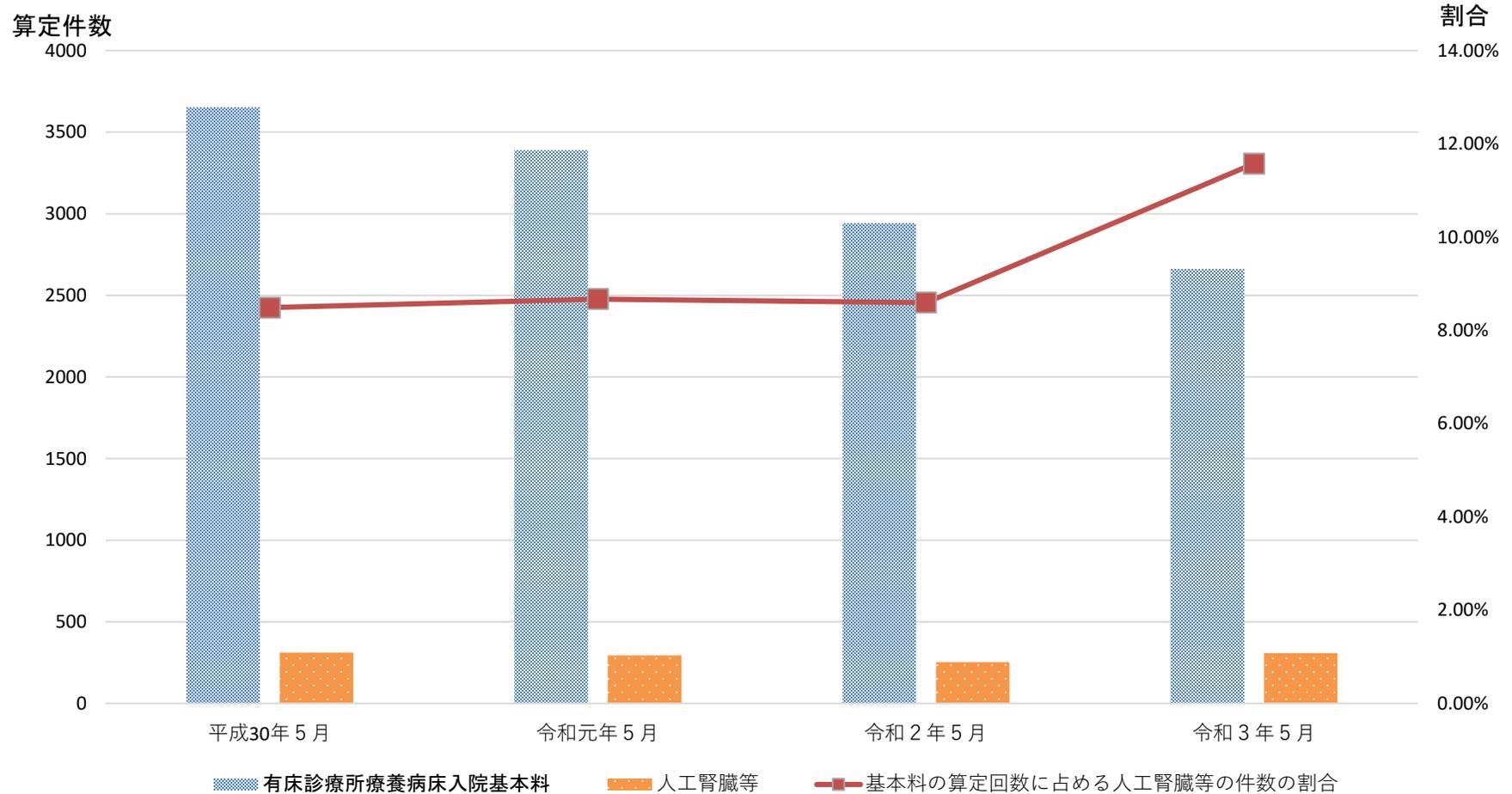


有床診療所療養病床入院基本料A～E



有床診療所における透析の現状について

○ 有床診療所療養病床における、人工腎臓等の算定状況及び「有床診療所療養病床入院基本料の算定件数に占める有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者であって人工腎臓等を算定している患者の割合」は以下のとおり。



※1: 人工腎臓等は、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者での算定件数。

※2: 人工腎臓等には、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、連続携行式腹膜灌流及び腹膜灌流を含む。

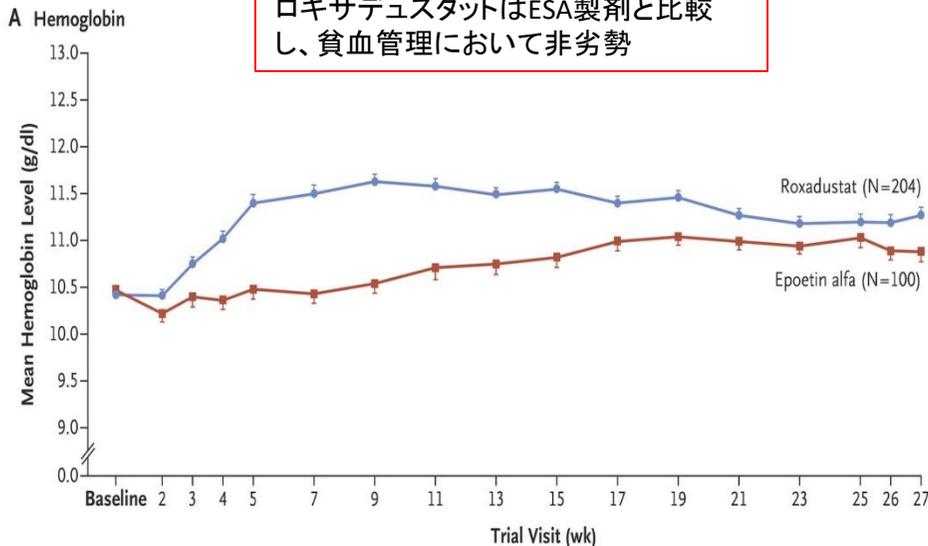
技術的事項について

1. 医療技術の評価について
2. 医療安全対策に係る評価について
3. 慢性維持透析に係る評価について
 - 3-1 慢性維持透析の現状等について
 - 3-2 人工腎臓等に係る評価について
 - 3-3 在宅血液透析等に係る評価について

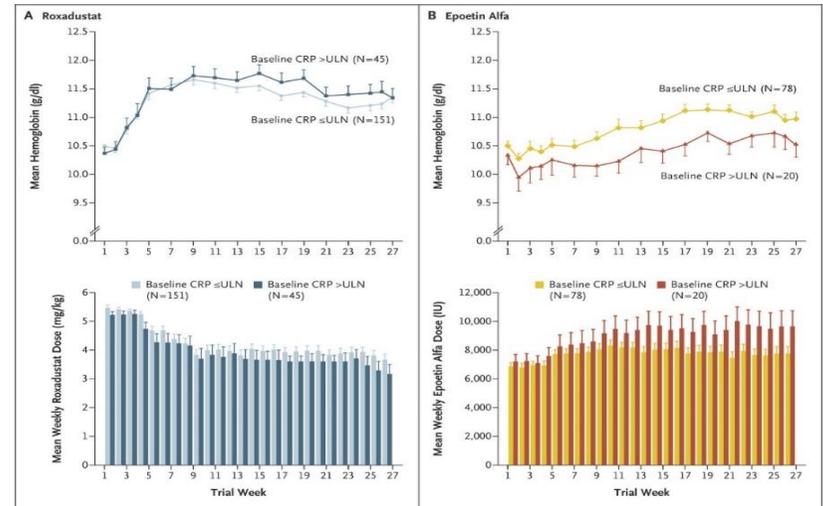
新たな腎性貧血治療薬(HIF-PH阻害剤)について

- 令和元年9月、エリスロポエチン(ESA)製剤とは別の機序による、新たな腎性貧血治療薬であるHIF-PH阻害剤(※1)の薬事承認がされたところ。
(※1) HIF-PH(低酸素誘導因子プロリン水酸化酵素 Hypoxia inducible factor prolyl hydroxylase)阻害剤(ロキサデュスタット)
- 血液透析患者の腎性貧血管理において、ESA抵抗性等によってESA製剤よりもHIF-PH阻害剤の方が適切である症例も一定数存在すると考えられる。
- 現行の評価ではESA製剤は人工腎臓の点数に包括されることになるが、HIF-PH阻害剤は経口内服薬であることから、院外処方した際の手続きが煩雑になる等のおそれがあり、腎性貧血治療にHIF-PH阻害剤を用いる場合の新たな評価体系が必要と考えられる。
- また、療養病棟入院料等の処置や薬剤料等が包括される入院料を算定する病棟においては、人工腎臓を出来高で算定できることを踏まえ、HIF-PH阻害剤の取扱をあわせて検討する必要がある。

<透析患者におけるロキサデュスタット(HIF-PH阻害剤)とESA製剤との貧血管理(ヘモグロビン値)の比較>



炎症状態(ESA抵抗性)ではESA製剤の反応性が低下するが、ロキサデュスタットは炎症の有無で反応性に変化は認めない。



HIF-PH阻害剤の収載時の対応について

- HIF-PH阻害剤については、エリスロポエチン製剤と比較した場合の有効性は非劣性であったが、包括薬剤に規定されていないこと及び内服薬であるため院外処方が可能であることから、出来高算定となるものであった。
- そのため、取扱いを新たに定める必要があり、令和2年度改定までの間は、包括対象とみなした上で、院内処方のみとしていた。

令和元年11月13日中医協総会了承

HIF-PHD阻害薬の収載に伴う対応について

【現状・課題】

- J038人工腎臓については、エリスロポエチン(ESA)製剤は技術料へ包括化されているが、HIF-PHD阻害薬(ロキサデュスタット:エベレンゾ錠※)は内服薬のため包括されておらず、特段の対応を行わなければ、出来高で算定可能となる。
※ なお、エベレンゾ錠についてはESA製剤と有効性は非劣性と評価。
- 本年10月9日の中医協の議論において、令和2年度診療報酬改定では、HIF-PHD阻害薬を用いる場合の評価について、新たな診療報酬点数の評価体系の必要性について協議が行われたところ。
- 今般、エベレンゾ錠が保険収載されることを踏まえ、本年11月から令和2年3月までの対応について、検討が必要。

【対応】

- HIF-PHD製剤(ロキサデュスタット:エベレンゾ錠)についても、ESA製剤と同様とみなし、J038人工腎臓の技術料へ包括されるものとして取り扱うこととし、出来高算定は行えないこととする。

○ 対象となる処置

J038 人工腎臓

○ 留意事項

「J038 人工腎臓」の留意事項について、以下のように加える。

「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)であって、ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。

人工腎臓に係る評価と算定要件について

人工腎臓の評価

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

		場合1	場合2	場合3
4時間未満	<u>別に定める患者の場合</u>	<u>1,924点</u>	<u>1,884点</u>	<u>1,844点</u>
	<u>それ以外の場合</u>	<u>1,798点</u>	<u>1,758点</u>	<u>1,718点</u>
4時間以上 5時間未満	<u>別に定める患者の場合</u>	<u>2,084点</u>	<u>2,044点</u>	<u>1,999点</u>
	<u>それ以外の場合</u>	<u>1,958点</u>	<u>1,918点</u>	<u>1,873点</u>
5時間以上	<u>別に定める患者の場合</u>	<u>2,219点</u>	<u>2,174点</u>	<u>2,129点</u>
	<u>それ以外の場合</u>	<u>2,093点</u>	<u>2,048点</u>	<u>2,003点</u>

[算定要件]

・「1」から「3」までのうち、定める薬剤を使用しない場合には、HIF-PH阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

[施設基準]

- ・別に規定する患者
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤(院内処方されたものに限る。)

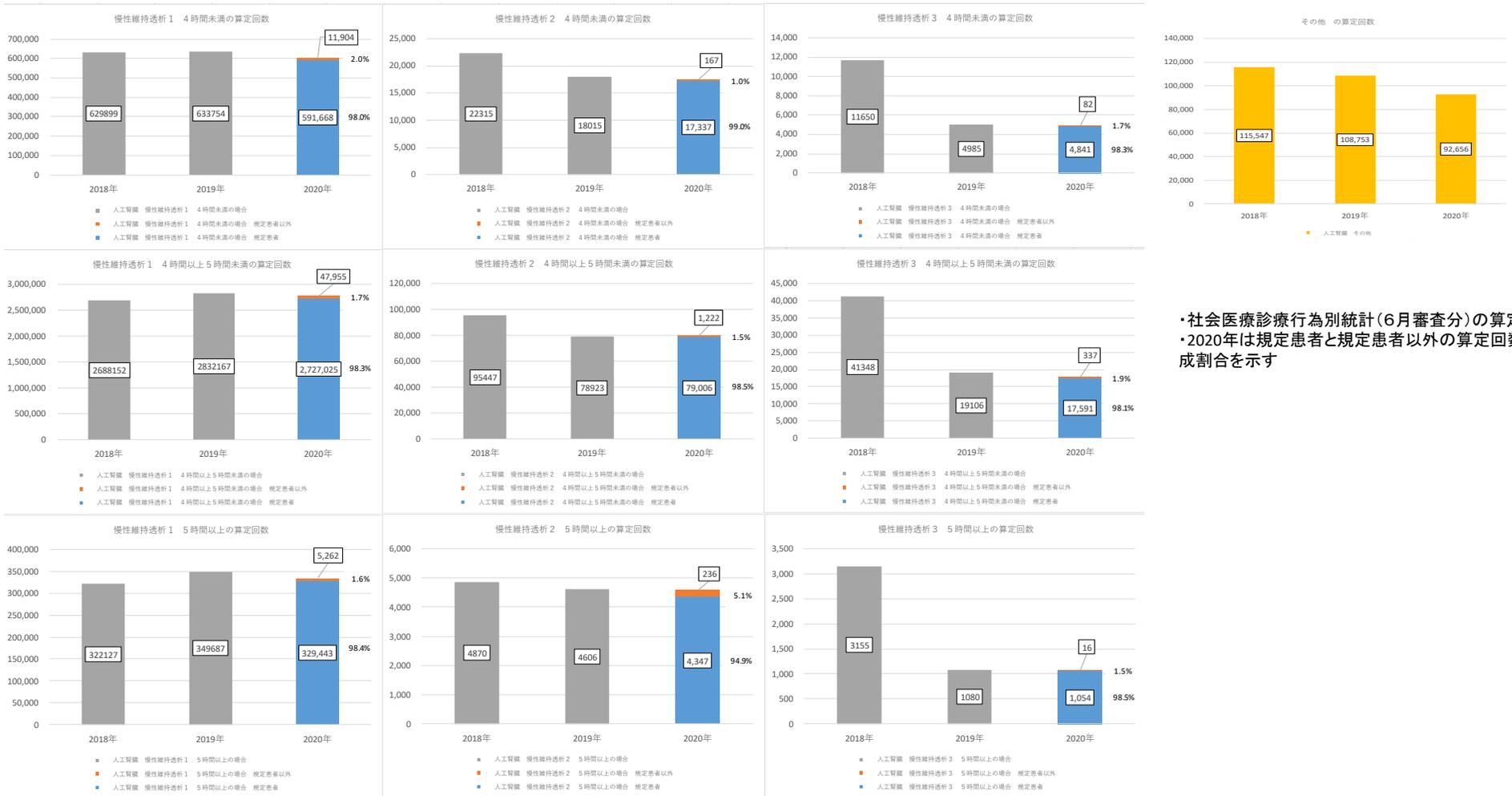


腎性貧血薬(ダルベポエチンの先行品、後発品、後続品、HIF-PH阻害剤)の比較

	先行バイオ医薬品	後発バイオ医薬品	バイオ後続品	HIF-PH阻害剤				
販売名	ネスブ注射液 プラシリンジ	ダルベポエチン アルファ注シリンジ「KKF」	ダルベポエチン アルファBS注シリンジ「JCR」 同BS注シリンジ「三和」 同BS注シリンジ「MYL」	エベレンゾ錠	バフセオ錠	ダーブロック錠	エナロイ錠	マスーレッド錠
一般名	ダルベポエチン アルファ (遺伝子組換え)	ダルベポエチン アルファ (遺伝子組換え)	ダルベポエチン アルファ (遺伝子組換え) [ダルベポエチンアルファ後続1] [ダルベポエチンアルファ後続2] [ダルベポエチンアルファ後続3]	ロキサデュスタット	バダデュスタット	ダプロデュスタット	エナロデュスタット	モリデュスタット
効能・効果	①腎性貧血 ②骨髄異形成症候群に伴う貧血	①腎性貧血	①腎性貧血	腎性貧血	腎性貧血	腎性貧血	腎性貧血	腎性貧血
用法・用量	①<血液透析患者> ・初回用量 略 ・維持用量 成人: 週1回15~60 μ gを静脈内投与(週1回投与で貧血改善が維持されている場合には2週に1回30~120 μ gも可) 小児: 週1回5~60 μ gを静脈内投与する。(週1回投与で貧血改善が維持されている場合には2週に1回10~120 μ gも可) いずれの場合も、最高投与量は、1回180 μ g <腹膜透析患者及び保存期慢性腎臓病患者> 略 ② 略		①赤血球造血刺激因子製剤(ESA)で未治療の場合 成人: 1回50mgを開始用量とし、週3回 経口投与。(最高用量は1回3.0mg/Kg) ②ESAから切り替える場合 成人: 1回70mg又は100mgを開始用量とし、週3回経口投与。(最高用量は1回3.0mg/Kg)	①赤血球造血刺激因子製剤(ESA)で未治療の場合 成人: 1回300mgを開始用量とし、1日1回経口投与。(最高用量は1回600mg)	<保存期慢性腎臓病患者> ①赤血球造血刺激因子製剤(ESA)で未治療の場合 成人: 1回2mg又は4mgを開始用量とし、1日1回経口投与。(最高用量は1回24mg) ②ESAから切り替える場合 成人: 1回4mgを開始用量とし、1日1回経口投与。(最高用量は1回24mg) <透析患者> 成人: 1回4mgを開始用量とし、1日1回経口投与。(最高用量は1回24mg)	<保存期慢性腎臓病患者及び腹膜透析患者> 成人: 1回2mgを開始用量とし、1日1回食前又は就寝前に経口投与。(最高用量は1回8mg) <血液透析患者> 成人: 1回4mgを開始用量とし、1日1回食前又は就寝前に経口投与。(最高用量は1回8mg)	<保存期慢性腎臓病患者> ①赤血球造血刺激因子製剤(ESA)で未治療の場合 成人: 1回25mgを開始用量とし、1日1回食後に経口投与。(最高用量は1回200mg) ②ESAから切り替える場合 成人: 1回25mg又は50mgを開始用量とし、1日1回食後に経口投与。(最高用量は1回200mg) <透析患者> 成人: 1回75mgを開始用量とし、1日1回食後に経口投与。(最高用量は1回200mg)	
薬価	5 μ g 913円 10 μ g 1,675円 15 μ g 2,471円 20 μ g 3,083円 30 μ g 4,680円 40 μ g 5,549円 60 μ g 8,096円 120 μ g 14,056円 180 μ g 19,492円 (1日薬価: 514円)	5 μ g 719円 10 μ g 1,278円 15 μ g 1,753円 20 μ g 2,246円 30 μ g 3,183円 40 μ g 3,931円 60 μ g 5,604円 120 μ g 10,003円 180 μ g 13,784円 (1日薬価: 356円)	5 μ g 719円 10 μ g 1,278円 15 μ g 1,753円 20 μ g 2,246円 30 μ g 3,183円 40 μ g 3,931円 60 μ g 5,604円 120 μ g 10,003円 180 μ g 13,784円 (1日薬価: 356円)	20mg 375.40円 50mg 793.90円 100mg 1,399.00円 (1日薬価: 457.00円)	150mg 213.50円 300mg 376.20円 (1日薬価: 457.00円)	1mg 105.40円 2mg 185.80円 4mg 327.40円 6mg 446.10円 (1日薬価: 446.90円)	2mg 275.90円 4mg 486.10円 (1日薬価: 457.00円)	5mg 44.30円 12.5mg 93.70円 25mg 165.10円 75mg 405.30円(1日薬価: 457.00円)
製造販売業者	協和キリン(株)	協和キリンフロンティア(株)	後続1: JCRファーマ(株) 後続2: (株)三和化学研究所 後続3: マイランEPD(同)	アステラス製薬(株)	田辺三菱製薬(株)	グラクソ・スミスクライン(株)	日本たばこ産業(株)	バイエル薬品(株)

人工腎臓の算定回数推移について

○ 人工腎臓については、点数類型ごとの算定回数の推移は以下のとおり。HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者（HIF-PH阻害剤（院内処方されたもの）又はその他の薬剤を使用される患者）に係る所定点数の算定は、どの類型においてもほとんどが「別に規定する患者」であった。



・社会医療診療行為別統計(6月審査分)の算定回数
・2020年は規定患者と規定患者以外の算定回数と構成割合を示す

- ・別に規定する患者
- ・HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤
- ・エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤(院内処方されたものに限る。)

DPC/PDPSにおける持参薬の取扱いについて

- DPC/PDPSにおいては、入院中に使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則になっている。

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について(保医発0323第2号(令和2年3月23日))

(中略)

第3 費用の算定方法

3 その他

3 その他

(1) (略)

(2) 入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である(やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること)。

- 末期腎不全の腎代替療法には、医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して治療法を選ぶ必要がある。
- 腹膜透析は血液透析と比較して、生活の制約や食事・飲水の制限が少なく、自由度が高い。

比較の観点	血液透析	腹膜透析	腎移植
必要な薬剤	貧血、骨代謝異常、高血圧などに対する薬剤		免疫抑制薬とその副作用に対する薬剤
生活の制約	<u>多い</u> (週3回、1回4時間程度の通院治療)	<u>やや多い</u> (自宅での透析液交換等)	ほとんどない
食事・飲水の制限	<u>多い</u> (蛋白・水・塩分・カリウム・リン)	<u>やや多い</u> (水・塩分・リン)	少ない
手術の内容	バスキュラーアクセス(シャント) (小手術・局所麻酔)	腹膜透析カテーテル挿入 (中規模手術)	腎移植術(大規模手術・全身麻酔)
通院回数	<u>週に3回</u>	<u>月に1~2回程度</u>	移植後の1年以降は月に1回
感染の注意	必要	やや必要	重要
その他	日本で最も実績のある治療法	<u>血液透析にくらべて自由度が高い</u>	透析による束縛がない

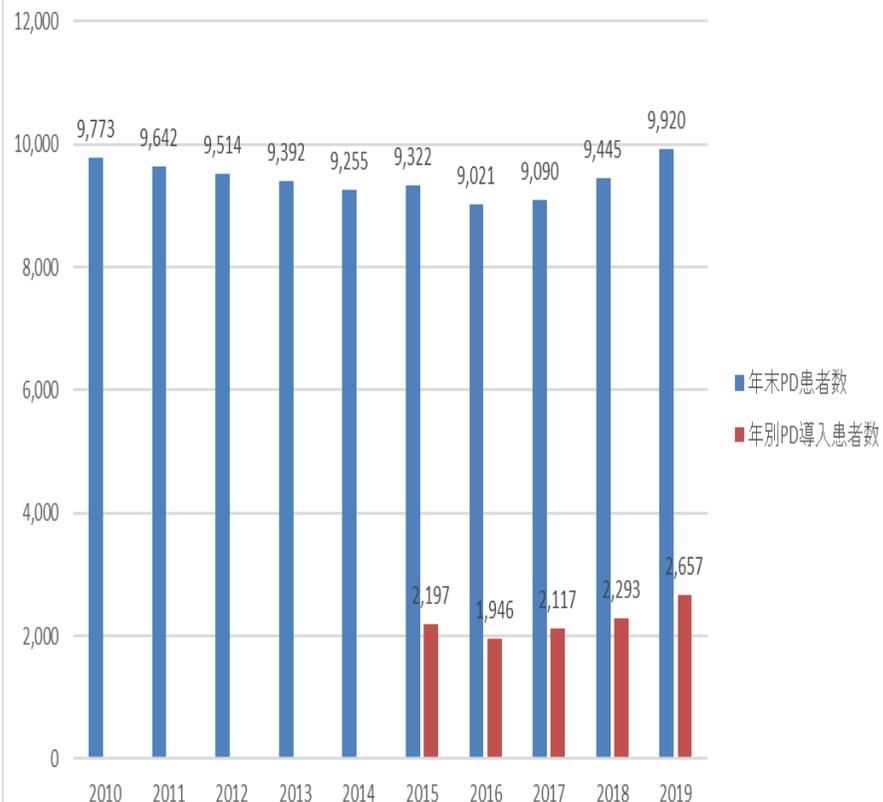
腹膜透析患者数と透析・移植患者の推移

再掲

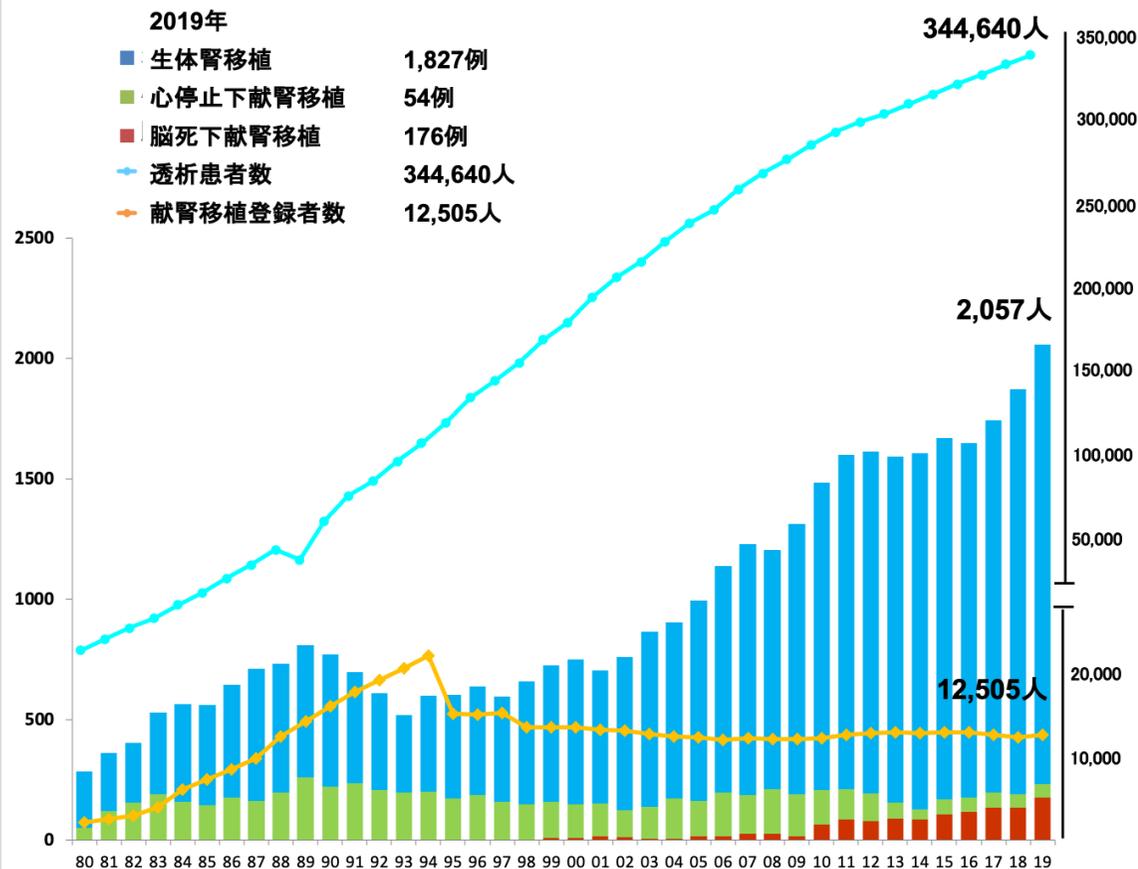
- 腹膜透析患者数は9,920人であり、2017年より増加傾向にある。
- 2019年の生体腎移植の症例数は1,827例、献腎移植(脳死・心停止下)の症例数は230例であり、初めてあわせて2,000例を超えた。

<腹膜透析 (PD)患者数の推移>

年末PD患者数およびPD導入患者数の推移, 2010-2019



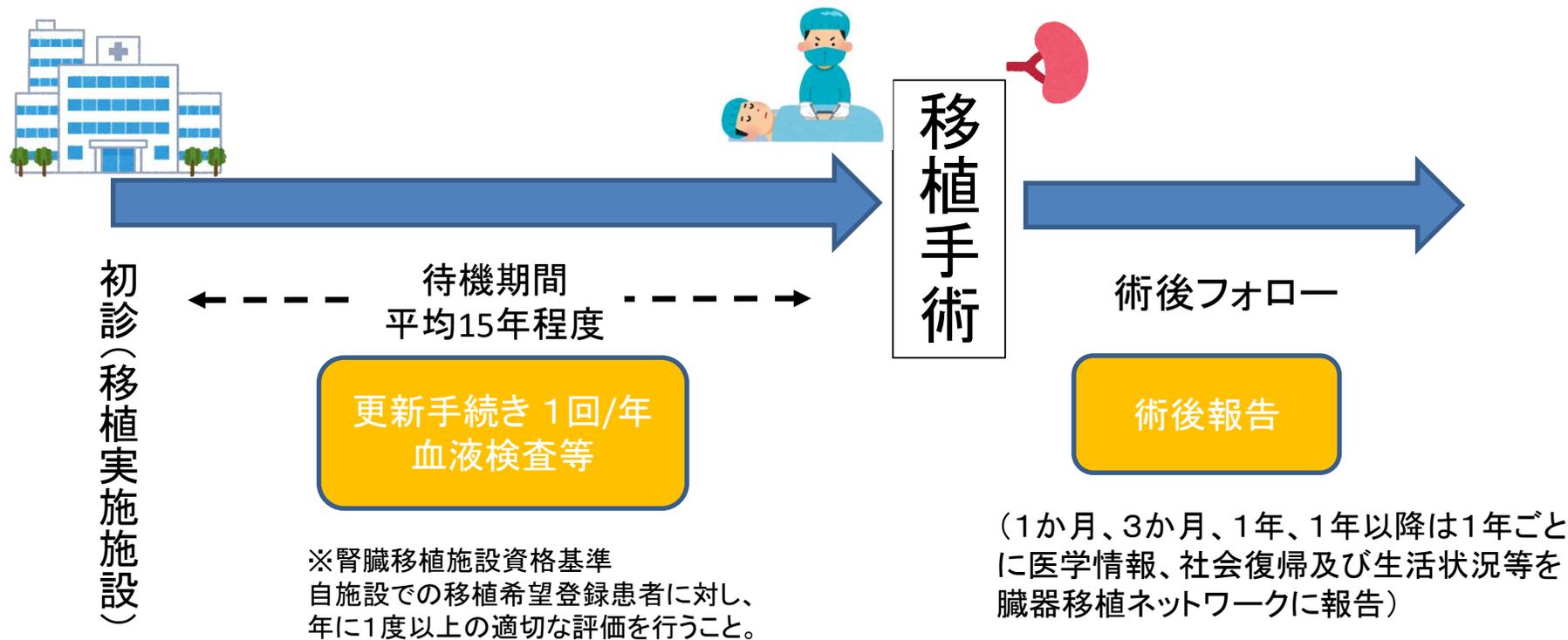
<日本における透析・移植患者の推移>



(出典) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2019年12月31日現在)」
2020臓器移植ファクトブック(日本移植学会編)

献腎移植の過程について

- 移植実施施設において、移植に関する説明、患者の意思確認、必要な検査、移植登録手続きを実施し、年に1度以上の適切な評価を行うこととなっている。
- 移植手術後は定期的に移植医（レシピエントコーディネーター等）が臓器移植ネットワークに検査データや移植腎の予後を報告することとなる。



説明、意思確認、
検査、登録手続き

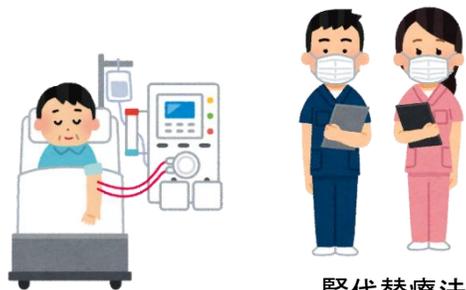
腎移植医、レシピエント移植コーディネーターが
移植登録手続き、更新手続き、術後報告等を実施している。

腎移植医療の適切な推進について

○ 腎代替療法の選択を推進し、透析移植患者のADL,QOL向上を目指すことを目的に医師、看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師、臨床工学技士、レシピエント移植コーディネーターを対象に腎移植医療の推進及び保存的腎臓療法の導入が可能となるような腎代替療法専門指導士の養成のしくみが開始された。

<腎代替療法専門指導士の使命>

患者への腎代替医療の選択について医師と協力して説明するなど患者・家族を支援する連携体制をとることで腹膜透析、腎移植を推進させ、在宅で継続可能な血液透析患者を増加させること。



外来
透析クリニック

腎代替療法
専門指導士



血液透析導入施設
透析クリニック
(腹膜透析、移植なし)

腎代替療法
専門指導士

連携強化
(献腎登録・更新
生体腎移植の紹介)

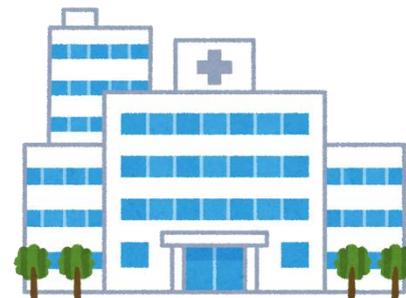
腎移植医療の推進
保存的腎臓療法の導入

<腎代替療法専門指導士の役割>

- ・ 研修・指導等移植を増やすための継続的な試みを行う。
- ・ 臓器移植ネットワークの登録に関与
(移植実施施設で代行業務を行えるようにする)
- ・ 腎臓提供者の登録に関わる
- ・ 在宅透析の普及に関与
- ・ 患者の療法選択時に関わる
- ・ 各専門職の認定資格・専門資格を生かす
- ・ 定期的なeラーニングによる知識の向上



腎代替療法
専門指導士



血液腹膜透析導入施設
移植実施施設

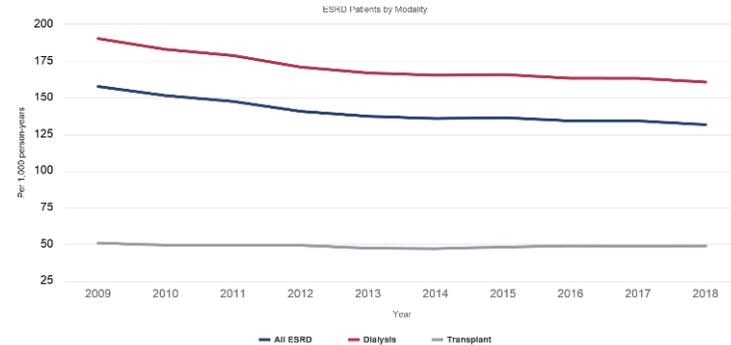
移植待機期間の療養
研修・指導(移植及び保存的腎臓療法の導入)

腎代替療法(透析・移植)における生命予後の比較

- 腎移植は透析と比較して生命予後を改善し、腎不全患者の第一選択となる。
- 移植を適切に実施していくためには、移植を含めた腎代替療法に関する説明・情報提供がさらに適切に実施されるよう、取組を進める必要があると考えられる。

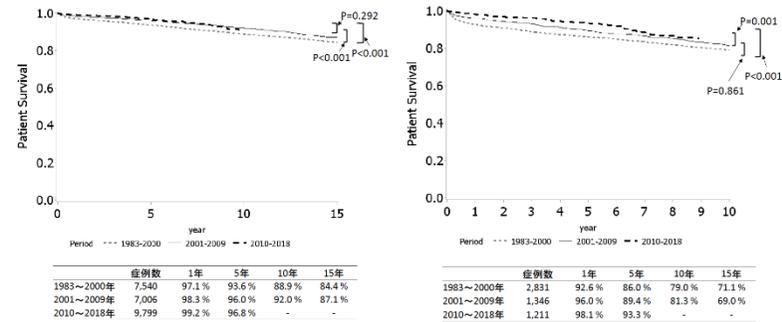
＜腎移植と透析の生命予後の比較＞

Figure 5.1 Adjusted all-cause mortality for patients with prevalent ESRD, by treatment modality, 2009-2018



Data Source: 2020 United States Renal Data System Annual Data Report

＜日本における生体腎移植・献腎移植の生存率＞

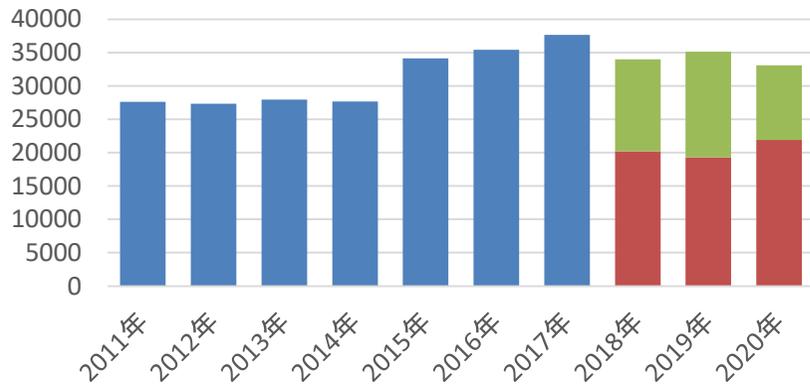


年代別生存率 (生体腎)

年代別生存率 (献腎)

2020臓器移植ファクトブック (日本移植学会編)

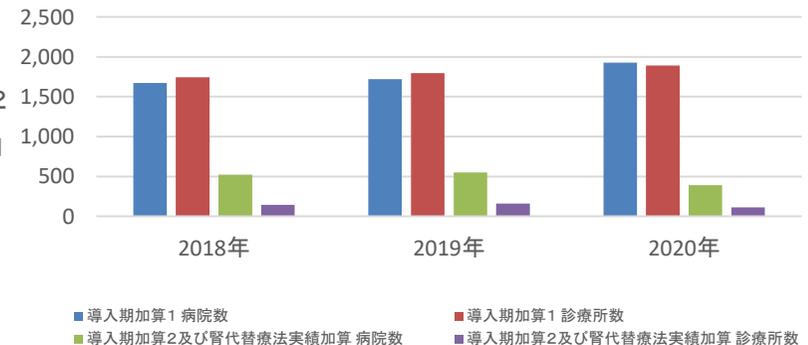
人工腎臓 導入期加算の推移



※社会医療診療行為別統計 (6月審査分) の算定回数

- 人工腎臓 導入期 加算2
- 人工腎臓 導入期 加算1
- 人工腎臓 導入期 加算

導入期加算1、導入期加算2 及び腎代替療法実績加算の届出医療機関数



技術的事項について

1. 医療技術の評価について
2. 医療安全対策に係る評価について
3. 慢性維持透析に係る評価について
 - 3-1 慢性維持透析の現状等について
 - 3-2 人工腎臓等に係る評価について
 - 3-3 在宅血液透析等に係る評価について

在宅血液透析の適応と一般的な導入方法

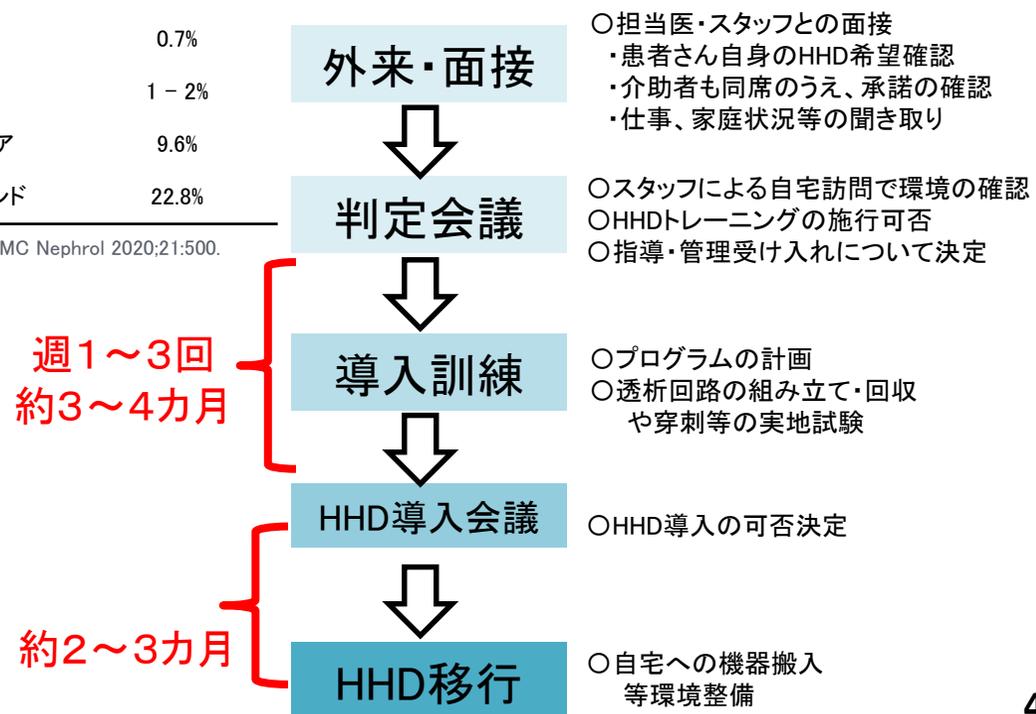
- 在宅血液透析(HHD: Home hemodialysis)は、近年増加傾向であるものの透析患者全体の約0.2%(2019年 754人)しかおらず、諸外国と比較しても患者の割合は非常に少ない。診療報酬上の評価も、J038 人工腎臓と比較し、低い評価となっている。
- 在宅血液透析(HHD)では、患者自身の希望があることや自己管理能力があり、教育訓練を受けること等を適応の条件としている。
- HHDの導入に当たっては、適応があると判断された患者に対し、自宅での操作・穿刺等に関する訓練を行ったうえで、自宅の環境整備等も行い、半年以上の時間をかけて開始前に準備を行うことが一般的であり、開始前の医療スタッフの負担は非常に大きい。
- HHD開始後は、導入初期は2週間に1回診察を行い手技等を確認、その後は安定していれば月に1回の外来診察を実施する。また、自宅の環境確認等を目的に定期的に自宅訪問も行う。

<在宅血液透析に係る診療報酬点数の算定状況> <諸外国のHHDの状況(夜間HHD除く)>

算定回数	令和2年
C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000点/月	782回
頻回指導管理料(/回) 2,000点/回 *初回算定月から2ヶ月までの間、月2回まで	4回
C156 透析液供給装置加算 10,00点/月	787回
※社会医療行為別診療統計(令和2年度6月審査分)の算定回数(参考)	
J038 人工腎臓 場合1(4時間以上5時間未満) 別に定める患者 2084点/回 月 12~13回算定	2,727,025回

国名	HHDの割合
アメリカ	2.0%
フランス	0.7%
イギリス	1-2%
オーストラリア	9.6%
ニュージーランド	22.8%
Target N, et al. BMC Nephrol 2020;21:500.	

<HHD導入訓練から開始までの経過>



HHDの適応(抜粋)

- HHDの実施に支障となるような合併症がなく、安定した施設血液透析が行われていること
- 本人の希望があること
- 患者本人に自己管理能力があること
- 医療者と患者各々が治療に対する責任があることを理解していること
- 介助者が同意していること
- 教育訓練を受けることができること
- 安定したバスキューラーアクセス(内シャント等)がかくほされていること
- HHDを実施できる治療環境が確保されていること

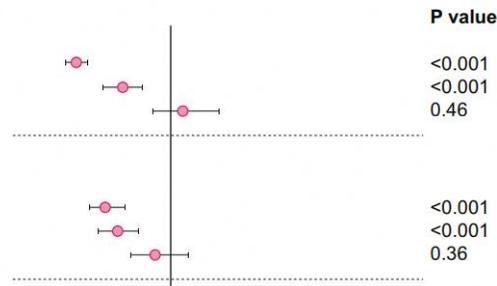
在宅血液透析の利点・欠点

- HHDは、時間的制約が少なくQOLに優れ、また長時間頻回透析が可能なことから、腎不全合併症の管理が施設血液透析よりも優れ、生命予後は拡大適応献腎ドナーによる腎移植と同等とされる。また、在宅で実施可能であり、院内感染リスクもない。
- 一方で、介助者や自己穿刺を行う必要性や、病院体制・スタッフ人員の負担が大きいなどの欠点もある。

<移植とHHDの予後の比較>

Subgroup	Events/ number of patients	HR (95% CI)	P value
Unadjusted			
HHD patient	127/1411	1.00 (Ref)	
LD recipient	505/4960	0.38 (0.31-0.46)	<0.001
SCD recipient	996/6019	0.68 (0.56-0.82)	<0.001
ECD recipient	442/2427	1.08 (0.88-1.32)	0.46
Adjusted for patient characteristics ^a			
HHD patient	127/1411	1.00 (Ref)	
LD recipient	505/4960	0.57 (0.46-0.71)	<0.001
SCD recipient	996/6019	0.65 (0.52-0.79)	<0.001
ECD recipient	442/2427	0.90 (0.73-1.12)	0.36

LD:生体腎移植 SCD:標準的献腎ドナー
 ECD:拡大適応献腎ドナー(60歳以上あるいは50-59歳で高血圧、Cr>1.5mg/dL、
 脳血管障害のいずれか2つのリスクを有するドナー)



Ethier I, et al. Nephrol Dial Transplant 2021;10:1937.

<HHDの利点・欠点>

利点	欠点
○ 時間的制約が少なく、社会復帰に適している	○ 介助者が必要
○ 長時間頻回透析が可能、電解質や水分の管理が容易であり、生命予後が優れる	○ 自己穿刺が大前提
○ 透析合併症が少ない	○ 準備や型付けに時間を要する
○ 患者のQOL向上	○ 緊急時の病院体制の整備や患者教育等人的負担が大きい
○ 院内感染のリスクがない	

腹膜透析の現状

- 日本の腹膜透析患者は、近年増加傾向にあるものの、2019年で9,920人で透析患者全体の約2.9%。
- 腹腔内に直接透析液を注入し、一定時間貯留している間に腹膜を介して血中の尿毒素、水分及び塩分等を透析液に移動させ血液浄化を行うもの。
- 腹膜透析液の交換は通常1回約30分であり、日常生活の制約が少ない。

<在宅自己腹膜灌流に係る診療報酬点数の算定状況>

算定回数		令和2年	
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点/月	9,233回
	頻回指導管理料(/回)	2,000点/回	1,328回
	*同一月内の2回目以降、月2回に限り		
C154	紫外線殺菌加算	360点/月	6,623回
C155	自動腹膜灌流装置加算	2,500点/月	4,478回

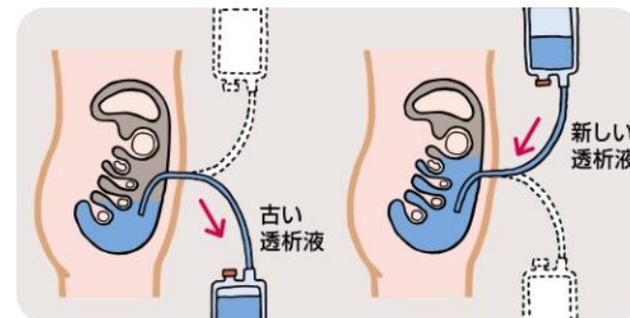
※社会医療行為別診療統計(令和2年度6月審査分)の算定回数(参考)

J038 人工腎臓 場合1(4時間以上5時間未満)
別に定める患者 2084点/回 月12~13回算定 2,727,025回



社会医療診療行為別統計における2011年~2020年6月審査分の算定回数

腹膜透析のイメージ



腹膜透析 APD CAPD

- 腹膜透析液の交換は通常1日4回(朝食時、昼食時、夕食時、就寝前)行われ、1回の交換時間は約30分です。



CAPD 患者さんの1日(例)

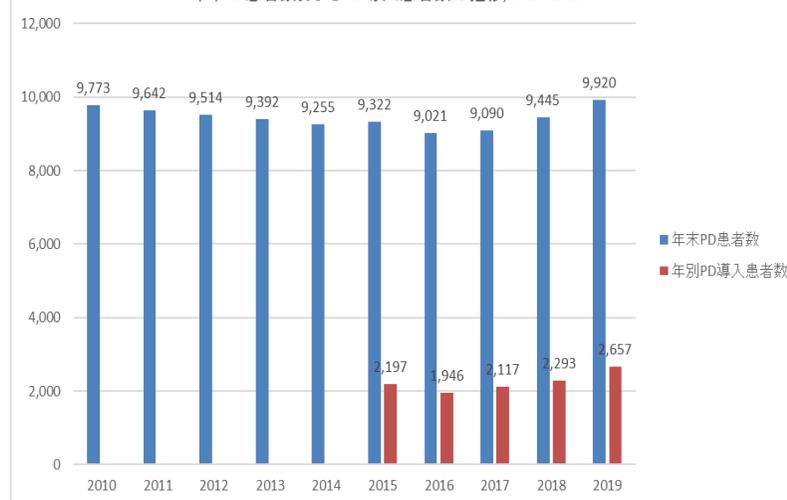
- 透析液交換 4回目 23:00
- 透析液交換 3回目 18:00
- 7:00 透析液交換 1回目
- 12:00 透析液交換 2回目

● 日中の交換をなくし、夜間就寝中に機械を使って透析液の交換を行うシステムもあります。=APD

APD 患者さんの1日(例)

- 機械のセット 22:00
- 取り外し 7:00

年末PD患者数およびPD導入患者数の推移, 2010-2019



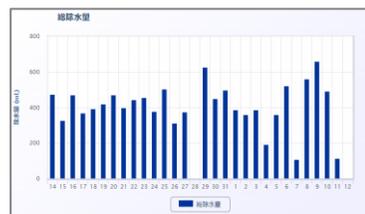
出典: 腎不全 治療選択とその実際【2021年版】(日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2019年12月31日現在)」

腹膜透析患者の遠隔モニタリングによる評価について

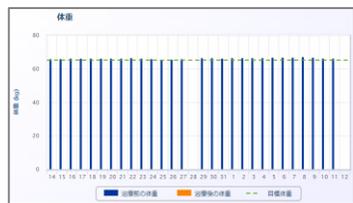
- 腹膜透析患者は日々の治療に係る記録を専用用紙に記録する(注液量、廃液料、体重等)。
- 腹膜透析患者については、上記のモニタリングが可能な情報通信機器を活用して遠隔モニタリングを実施することで医療資源、予約外受診やアラーム発生回数が減少し、治療改善効果があることが報告されている。



自動腹膜灌流用装置



(腹膜透析治療で得られた水分除去量)



(体重)



(血圧)

➤ 遠隔モニタリングで得られる治療結果 (在宅機器のモニタリング)

1) 治療実施状況の把握

土曜日	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	操作
✓	✓	!	--	!	✓	--	📺 📺
✓	✓	✓	✓	✓	✓	--	📺 📺

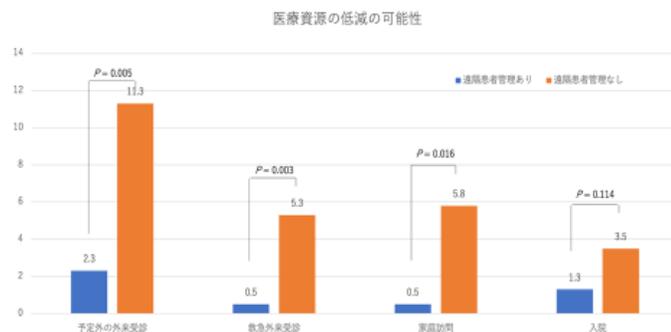
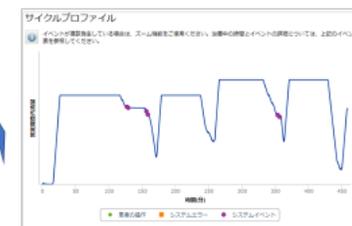
2) 治療中インシデント状況の把握

! 治療中インシデント発生数: 3 ! 回避された治療時間: 25分

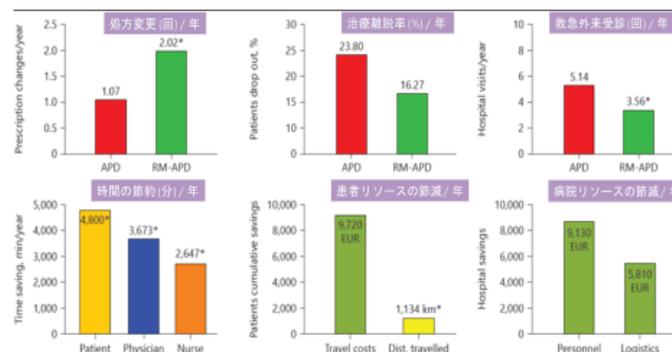
次週以降の発生数 (1) インシデント (8)

日付	発生時刻	発生内容
09:23:37	09:23:37	機器の電源が落ちた (0053)
09:23:44	09:23:44	機器の電源が落ちた (0054)
09:23:59	09:23:59	機器の電源が落ちた (0053)
09:24:01	09:24:01	機器の電源が落ちた (0054)
09:28:37	09:28:37	機器の電源が落ちた (0053)
09:41:36	09:41:36	機器の電源が落ちた (0054)

3) インシデント状況の詳細確認



予定外の外来受診、救急外来受診が減少した。
Uchiyama K et al., Clinical Nephrology 2018



救急外来受診、治療中のアラームが減少した。
死亡や血液透析への移行が減少した。
Milan Manami S et al., Nephron Clinical Practice 2019

慢性維持透析についての課題

(慢性維持透析について)

- 慢性維持透析患者は年々増加傾向にあり、高齢化が進んでいる。
- 有床診療所療養病床入院基本料の算定件数に占める有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者であって人工腎臓等を算定している患者の割合は増加している。
- 人工腎臓に係る評価については、院外処方可能なHIF-PH阻害剤が使用可能となったことを踏まえ、評価を区別することとしたところであるが、HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者(HIF-PH阻害剤(院内処方されたもの)又はその他の薬剤を使用される患者)に係る所定点数の算定が、どの類型においてもほとんどが「別に規定する患者」であった。
- 腎移植は透析と比較して生命予後を改善するが、腎移植の件数や献腎登録者数の数は限定的であり、移植を含めた腎代替療法に関する情報提供をより推進する必要がある、腎代替療法の選択を推進し、透析移植患者のADL,QOL向上を目指すことを目的に腎代替療法専門指導士の養成のしくみが開始された。

(在宅血液透析等について)

- 在宅血液透析(HHD: Home hemodialysis)の割合は、諸外国と比較しても非常に少ないが、QOLに優れ、生命予後は施設血液透析よりも優れる。一方で、患者訓練等を行う必要性から、半年以上の時間をかけて開始前に準備を行うことが一般的であり、医療スタッフの負担は非常に大きい。
- 腹膜透析患者は、増加傾向にあるものの、透析患者全体の2.9%である。腹膜透析患者に対する遠隔モニタリングを実施することで医療資源の減少や治療改善効果が得られることが報告されている。

慢性維持透析についての論点

(慢性維持透析について)

- 日本における腎移植の現状を踏まえ、慢性腎臓病の患者に対し、移植を含めた腎代替療法に関する情報提供をより推進するという観点から、人工腎臓に係る評価の在り方について、どのように考えるか。
- 有床診療所の入院患者に占める透析患者の割合が増えていることを踏まえつつ、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床において透析を実施した場合の評価の在り方についてどのように考えるか。
- 人工腎臓においては、使用薬剤は包括評価としているが、HIF-PH阻害剤を用いる場合の評価の在り方について、その使用実態も踏まえつつ、どのように考えるか。

(在宅腹膜灌流について)

- 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングによる管理の評価の在り方について、どのように考えるか。

(在宅血液透析について)

- 在宅血液透析の生命予後、実施状況や導入に係る医療資源等を踏まえつつ、在宅血液透析指導管理料の評価について、どのように考えるか。

コロナ・感染症対応(その2)

コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

コロナ・感染症対応に係る主な指摘事項

(7月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

【今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方】

- 医療機関や薬局における初・再診料や入院への加算については、今後、新型コロナウイルス感染症が収束した場合であっても、医療機関では今後も感染症対策を万全にしていくことを考慮すれば、基本診療料に包括することも含めて継続すべき。
- 新型コロナウイルス感染症患者等の診療に係る診療報酬上の特例的な評価が行われているが、コロナ終息後も感染症対策が必要であることを考慮した評価を検討すべき。
- 感染症対策が実施可能な医療機関をさらに増やすため、感染防止対策加算の要件の在り方について検討が必要。
- 診療報酬における特例的な対応は、現場での負担に鑑みれば必要であるが、実際にかかっている費用も含め、その評価は定量的な根拠に乏しいため、効果の検証が必要。
- 診療報酬における特例的な対応として減収補填的な評価を行うことには反対。診療報酬は、診療への対価ということが大原則であり、補助金や交付金と診療報酬との役割分担を明確にする必要がある。

コロナ・感染症対応に係る主な指摘事項

(7月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

【新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組】

- 第8次医療計画の具体的な検討状況も踏まえながら検討していく必要がある。
- 2024年から始まる第8次医療計画について、2022年度の診療報酬改定で対応していくことは時期尚早ではないか。
- 診療報酬における対応を検討するに当たっては、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方についての大枠の議論も必要。
- 専門性の高い看護師を複数名配置している医療機関は、クラスターが発生した他の医療機関や施設等に対し、当該職員を派遣し感染症対策に係る支援を実施していたことも踏まえ、専門性の高い看護師を複数名配置していることの重要性を念頭に置く必要がある。
- クラスターが発生した介護施設等における支援が必要であったことから、地域における感染症対策に係る医療と介護の連携について検討してはどうか。

コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

新型コロナウイルス感染症の発生状況

【国内事例】括弧内は前日比

※令和3年11月25日24時時点

	PCR検査 実施人数(※3)	陽性者数	入院治療等を要する者		退院又は療養解除と なった者の数	死亡者数	確認中(※4)
				うち重症者			
国内事例(※1,※5) (チャーター便帰国 者を除く)	26,469,082 (+46,526)	1,722,222 (+112) ※2	1,211 (-24)	51 (-7) ※6	1,702,879 (+123)	18,345 (+1)	675 (+11)
空港・海港検疫	1,217,221 (+3,528) ※7	4,586 (+7)	53 (+2)	0	4,525 (+5)	8 (±0)	0
チャーター便 帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	27,687,132 (+50,054)	1,726,823 (+119) ※2	1,264 (-22)	51 (-7) ※6	1,707,419 (+128)	18,353 (+1)	675 (+11)

- ※1 チャーター便を除く国内事例については、令和2年5月8日公表分から(退院者及び死亡者については令和2年4月21日公表分から)、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 新規陽性者数は、各自治体がプレスリリースしている個別の事例数(再陽性例を含む)を積み上げて算出したものであり、前日の総数からの増減とは異なる場合がある。
- ※3 一部自治体については件数を計上しているため、実際の人数より過大となっている。件数ベースでウェブ掲載している自治体については、前日比の算出にあたって件数ベースの差分としている。前日の検査実施人数が確認できない場合については最終公表時点の数値との差分を計上している。
- ※4 PCR検査陽性者数から入院治療等を要する者の数、退院又は療養解除となった者の数、死亡者の数を減じて厚生労働省において算出したもの。なお、療養解除後に再入院した者を陽性者数として改めて計上していない県があるため、合計は一致しない。
- ※5 国内事例には、空港・海港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていない。
- ※6 一部の都道府県における重症者数については、都府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室(ICU)等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※7 令和2年7月29日から順次、抗原定量検査を実施しているため、同検査の件数を含む。なお、空港・海港検疫の検査実施人数等については、公表日の前日の0時時点で計上している。

【上陸前事例】括弧内は前日比

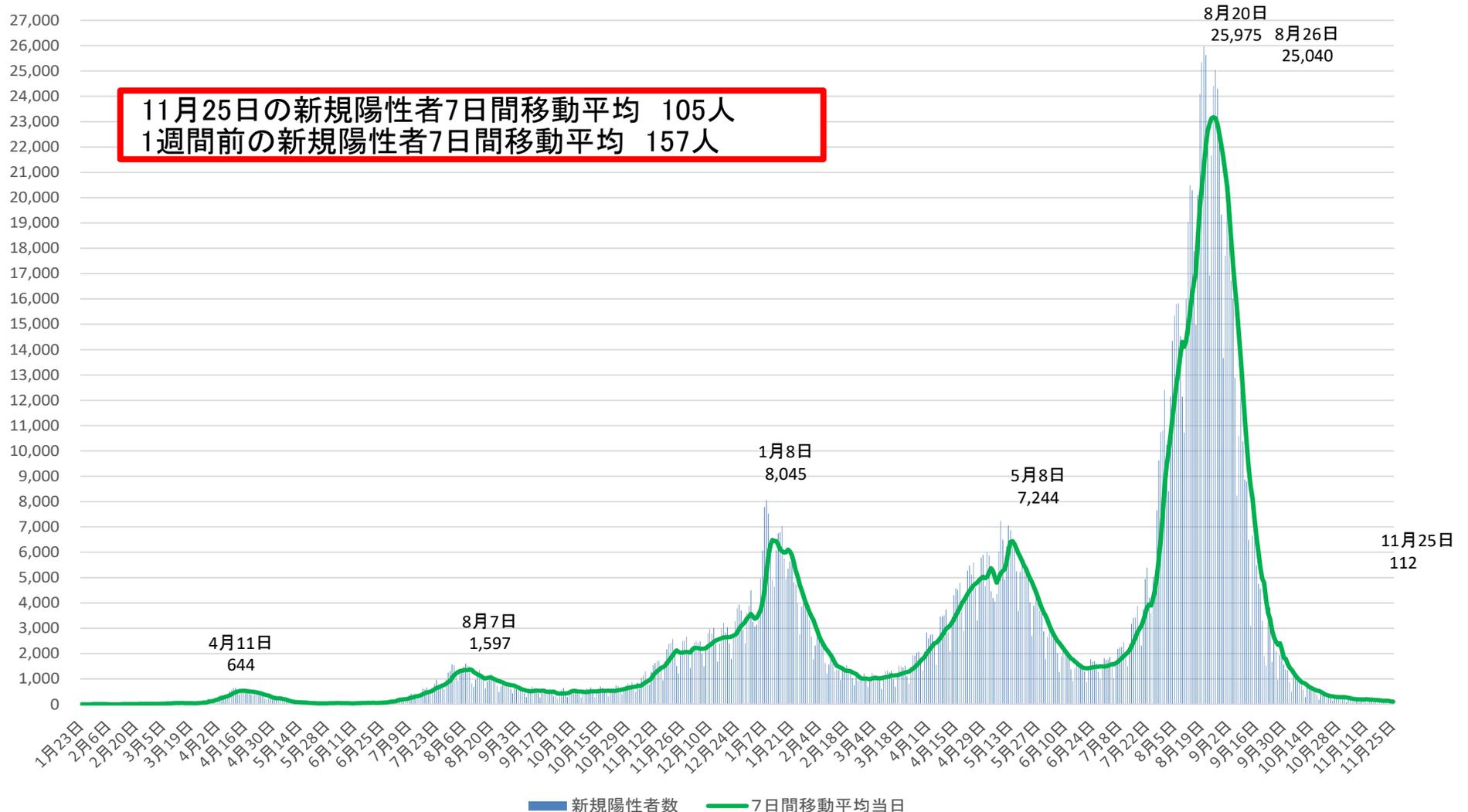
	PCR検査陽性者 ※【 】は無症状病原体保有者数	退院等している者	人工呼吸器又は集中治療室 に入院している者 ※4	死亡者
クルーズ船事例 (水際対策で確認) (3,711人) ※1	712 ※2 【331】	659 ※3	0 ※6	13 ※5

- ※1 那覇港出港時点の人数。うち日本国籍の者1,341人
- ※2 船会社の医療スタッフとして途中乗船し、PCR陽性となった1名は含めず、チャーター便で帰国した40名を含む。国内事例同様入院後に有症状となった者は無症状病原体保有者数から除いている。
- ※3 退院等している者659名のうち有症状364名、無症状295名。チャーター便で帰国した者を除く。
- ※4 37名が重症から軽～中等症へ改善(うち37名は退院)
- ※5 この他にチャーター便で帰国後、令和2年3月1日に死亡したとオーストラリア政府が発表した1名がいる。
- ※6 新型コロナウイルス関連疾患が軽快後、他疾患により重症の者が1名いる。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

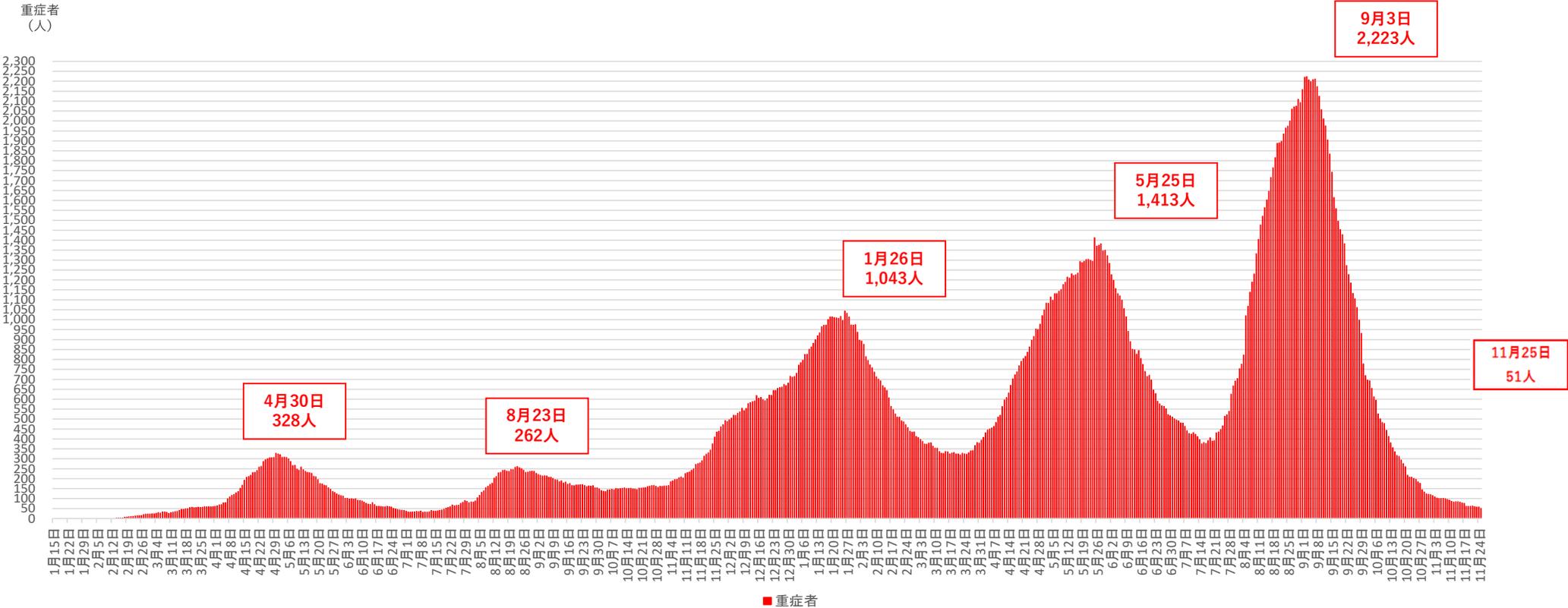
報告日別新規陽性者数

令和3年11月25日24時時点



- ※1 都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。
- ※2 令和2年5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

重症者の推移



※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

※2 一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。

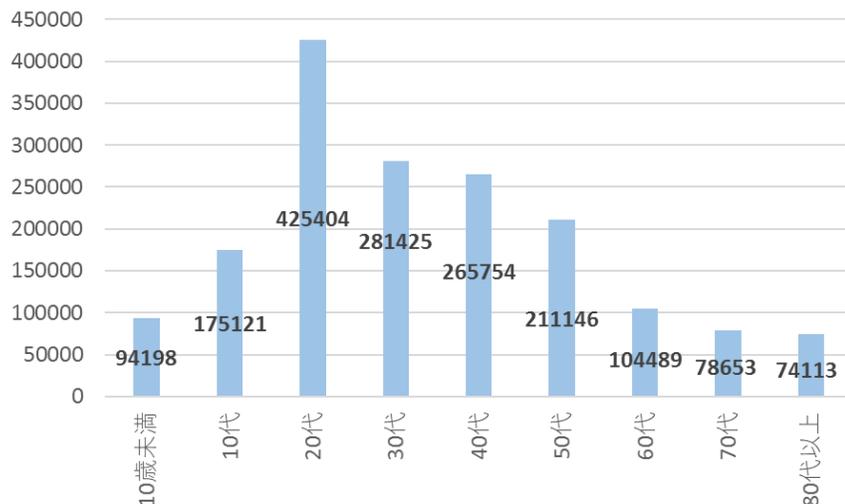
※3 集計方法の主な見直し：令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（速報値）

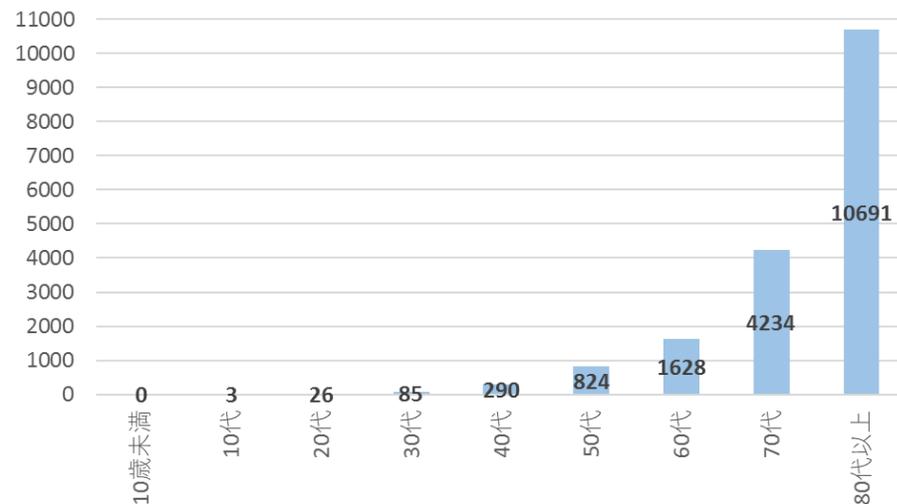
（陽性者数・死亡者数）

令和3年11月23日24時時点

年齢階級別累計陽性者数



年齢階級別累計死亡数



陽性者数(人)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	94198	1751221	4254040	2814250	2657554	2111460	1044890	786530	741130	1723706
男	48397	94858	231045	162650	152789	116552	57642	39505	26936	932429
女	45141	79314	192598	117533	111835	93554	46214	38662	46743	773622

致死率(%)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	1.6	5.4	14.4	1.1
男	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	2.1	7.3	19.3	1.1
女	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.8	3.3	11.5	0.9

死亡者数(人)

	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	年齢階級計
計	0	3	26	85	290	824	1628	4234	10691	18345
男	0	2	18	61	230	663	1226	2897	5204	10367
女	0	1	7	21	58	150	377	1286	5362	7295

【致死率】

年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合

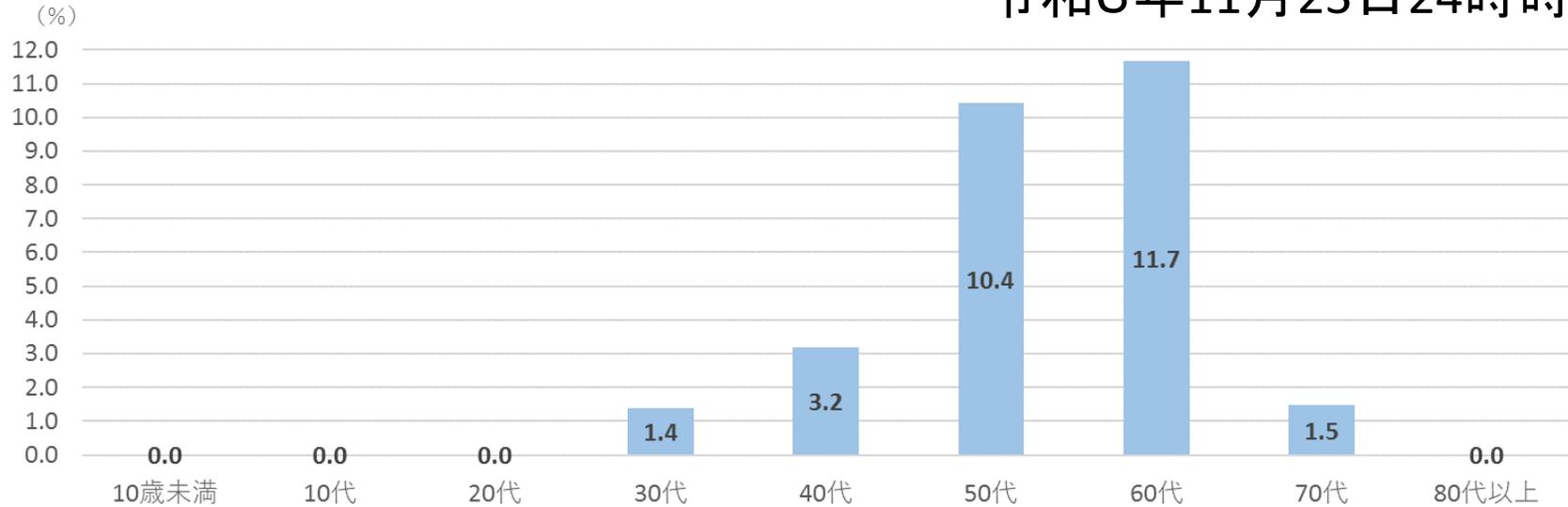
注1: 現在厚生労働省HPで毎日更新している陽性者数・死亡者数は、各自治体がウェブサイトで公表している数値を積み上げたものである。これに対し、本「発生動向」における陽性者数・死亡者数は、この数値を基に、厚生労働省が都道府県に詳細を確認できた数値を集計したものであるため、両者の合計数は一致しない。

注2: 本「発生動向」における死亡者数・陽性者数の各年代の「計」には、年齢階級が明らかであるものの都道府県に確認してもなお性別が不明・非公表の者の数字を含んでいるため、男女のそれぞれの欄の数字の合計とは一致しない。

注3: 本「発生動向」における死亡者数・陽性者数の「年齢階級計」には、性別が明らかであるものの都道府県に確認してもなお年齢階級が不明・非公表の者の数字を含んでいるため、各年齢階級のそれぞれの欄の数字の合計とは一致しない。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（速報値） （重症者割合）

年齢階級別重症者割合 令和3年11月23日24時時点



重症者割合(%)、重症者数(人)、入院治療等を要する者(人)

	全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
重症者割合 (%)	2.7	0.0	0.0	0.0	1.4	3.2	10.4	11.7	1.5	0.0
重症者数 (人)	48	0	0	0	1	4	12	11	8	2
入院治療等を要する者の年齢構成が把握出来ている都道府県における「重症者数」及び「入院治療等を要する者」は以下の通り										
重症者数 (人)	21	0	0	0	1	2	5	7	1	0
入院治療等を要する者 (人)	766	35	35	81	72	63	48	60	68	130

【重症者割合】

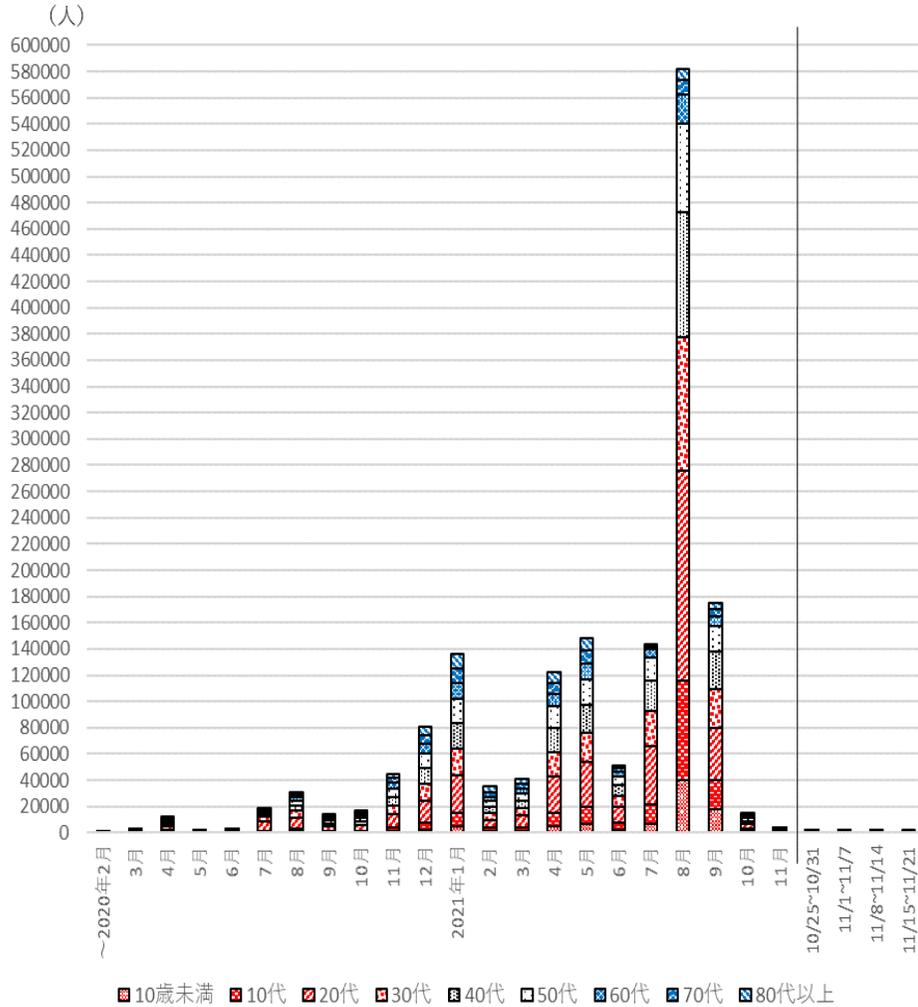
年齢階級別にみた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合(ただし、重症者割合については、入院治療等を要する者の年齢構成が把握出来ている都道府県のみについて計算したもの)

注1: 現在厚生労働省HPで毎日更新している重症者数は、各自治体がウェブサイトで公表している数値を積み上げたものである。これに対し、本「発生動向」における重症者数は、この数値を基に、厚生労働省が都道府県に詳細を確認できた数値を集計したものであるため、両者の合計数は一致しない。

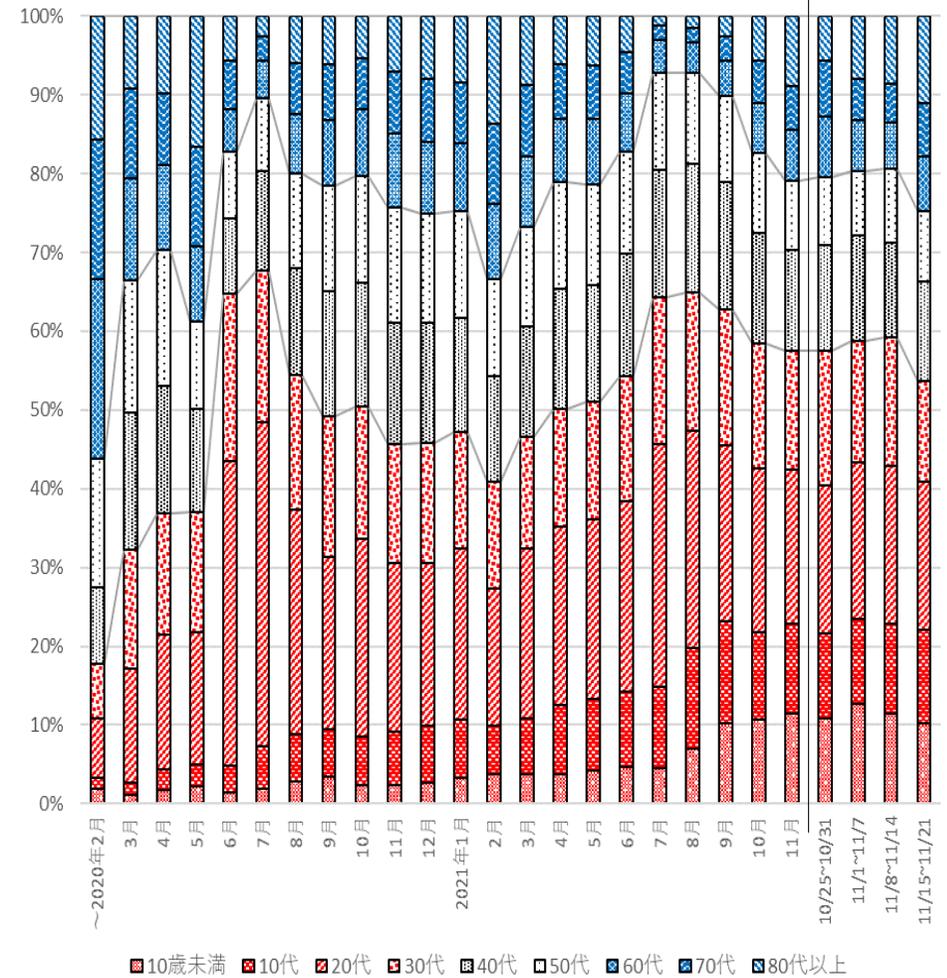
注2: 本「発生動向」における重症者数等の「全体」には、都道府県に確認してもなお年齢階級が不明・非公表の者の数字を含んでいるため、各年齢階級のそれぞれの欄の数字の合計とは一致しない。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

年齢階級別新規陽性者数の推移



年齢階級別新規陽性者数の構成割合の推移



注：厚生労働省が把握した個票の積み上げに基づき作成したもの（令和3年11月23日24時時点）。
確定日、年齢階級が把握できていないデータ（調査中、非公表、不明）は含まれていない。

コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における感染症の対応について
5. 感染防止対策加算について

①入院関係の算定状況について

救命救急入院料の算定状況

○ 救命救急入院料の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 救命救急入院料

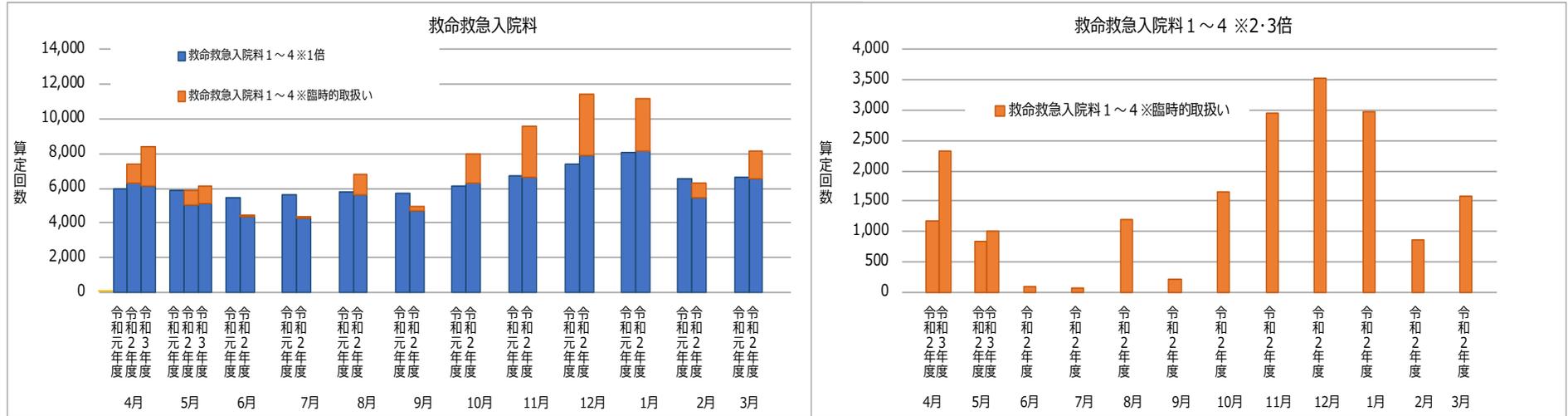
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
救命救急入院料 1～4 ※1倍	5,956	5,892	5,477	5,605	5,770	5,698	6,100	6,754	7,354	8,049	6,558	6,641	6,255	5,032	4,342	4,283	5,606	4,731	6,324	6,594	7,867	8,166	5,484	6,537	6,119	5,153
救命救急入院料 1～4 ※臨時的取扱い													1,171	825	84	61	1,187	211	1,663	2,943	3,530	2,969	848	1,581	2,317	994
救命救急入院料 1～4 (計)	5,956	5,892	5,477	5,605	5,770	5,698	6,100	6,754	7,354	8,049	6,558	6,641	7,426	5,857	4,426	4,344	6,793	4,942	7,987	9,537	11,397	11,135	6,332	8,118	8,436	6,147

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合は10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(救命救急入院料 1～4 ※1倍)	105%	85%	79%	76%	97%	83%	104%	98%	107%	101%	84%	98%	103%	87%

※令和3年4月以降は対前々年比



出典：NDBデータ

■(参考)「簡易な報告」の現状について

	令和2年度	令和3年度							累積	令和2年7月1日 時点の 届出病床数
	計	4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日			
救命救急入院料	1,324	59	231	81	10	160	46	1,911	6,292	
救命救急入院料 1	654	26	147	47	6	109	24	1,013	3,528	
救命救急入院料 2	197	5	31	-9	0	20	2	246	196	
救命救急入院料 3	178	3	-14	92	4	37	-2	298	1,666	
救命救急入院料 4	295	25	67	-49	0	-6	22	354	902	

特定集中治療室管理料の算定状況

○ 特定集中治療室管理料の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 特定集中治療室管理料

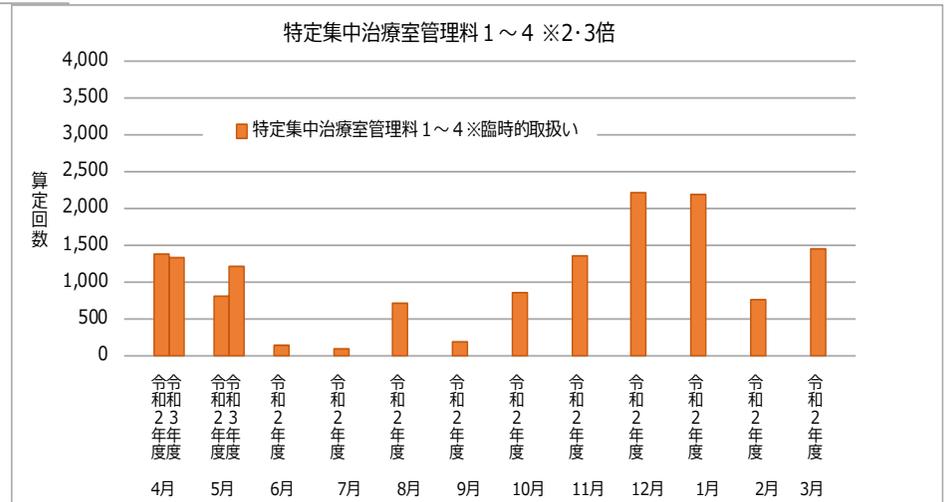
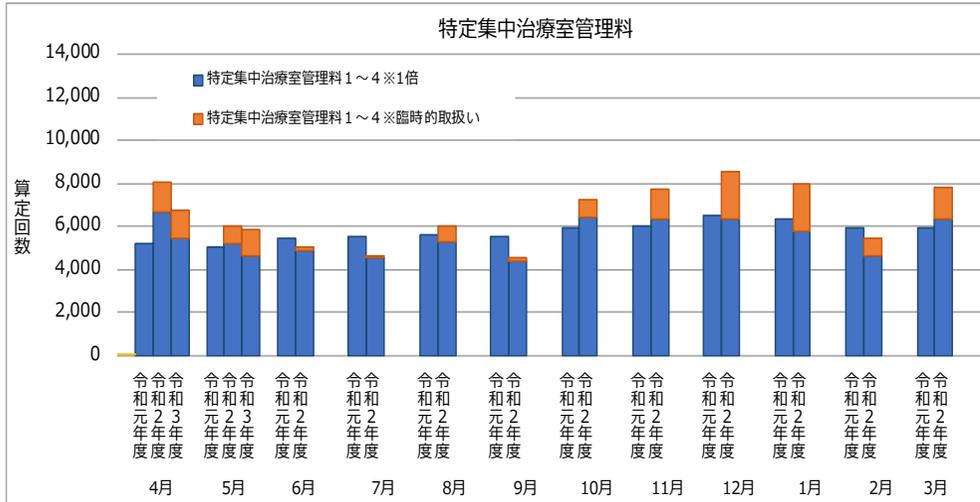
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度										令和3年度			
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
特定集中治療室管理料1～4※1倍	5,211	5,022	5,479	5,541	5,625	5,512	5,937	6,054	6,471	6,372	5,976	5,911	6,670	5,217	4,911	4,536	5,262	4,398	6,429	6,370	6,316	5,773	4,671	6,364	5,445	4,671
特定集中治療室管理料1～4※臨時的取扱い													1,378	811	141	104	728	188	848	1,371	2,225	2,196	764	1,453	1,333	1,209
特定集中治療室管理料(計)	5,211	5,022	5,479	5,541	5,625	5,512	5,937	6,054	6,471	6,372	5,976	5,911	8,048	6,028	5,052	4,640	5,990	4,586	7,277	7,741	8,541	7,969	5,435	7,817	6,778	5,880

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合は10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(特定集中治療室管理料1～4※1倍)	128%	104%	90%	82%	94%	80%	108%	105%	98%	91%	78%	108%	104%	93%

※令和3年4月以降は対前々年比



出典：NDBデータ

■(参考)「簡易な報告」の現状について

	令和2年度		令和3年度					累積	令和2年7月1日 時点の 届出病床数
	計	4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日		
特定集中治療室管理料	1,016	48	107	56	-6	56	112	1,389	5,202
特定集中治療室管理料1	244	24	68	-22	-5	65	30	404	1,397
特定集中治療室管理料2	95	22	20	30	-8	23	2	184	797
特定集中治療室管理料3	628	2	19	44	1	-26	80	748	2,390
特定集中治療室管理料4	49	0	0	4	6	-6	0	53	618

ハイケアユニット入院医療管理料の算定状況

○ ハイケアユニット入院医療管理料の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ ハイケアユニット入院医療管理料

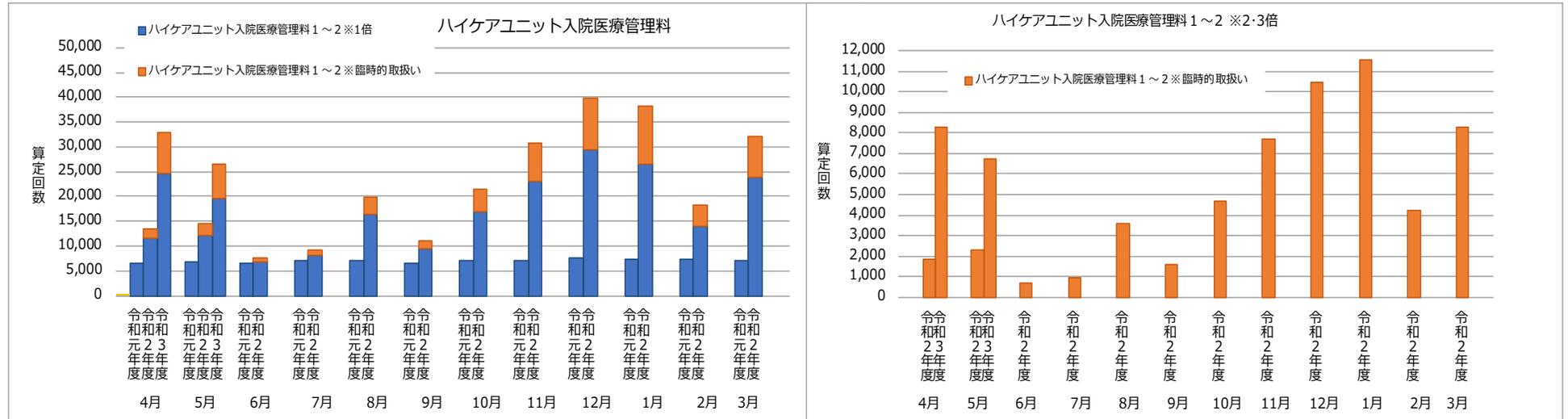
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 ※1倍	6,483	6,838	6,463	7,158	7,073	6,634	7,138	7,063	7,498	7,415	7,343	7,205	11,665	12,226	6,850	8,199	16,313	9,545	16,822	22,966	29,319	26,558	13,962	23,873	24,699	19,651
ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 ※臨時的取扱い													1,871	2,288	660	955	3,587	1,573	4,706	7,696	10,441	11,587	4,200	8,267	8,305	6,739
ハイケアユニット入院医療管理料 (計)	6,483	6,838	6,463	7,158	7,073	6,634	7,138	7,063	7,498	7,415	7,343	7,205	13,536	14,514	7,510	9,154	19,900	11,118	21,528	30,662	39,760	38,145	18,162	32,140	33,004	26,390

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比 (ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 ※1倍)	180%	179%	106%	115%	231%	144%	236%	325%	391%	358%	190%	331%	381%	287%

※令和3年4月以降は対前々年比



出典：NDBデータ

■ (参考)「簡易な報告」の現状について

	令和2年度		令和3年度					累積	令和2年7月1日 時点の 届出病床数
	計	4月2日 ～5月1日	5月2日 ～6月1日	6月2日 ～7月1日	7月2日 ～8月1日	8月2日 ～9月1日	9月2日 ～10月1日		
ハイケアユニット入院医療管理料	8,819	657	1,268	471	284	803	1,226	13,528	6,084
ハイケアユニット入院医療管理料 1	7,318	512	930	490	-8	555	938	10,735	5,779
ハイケアユニット入院医療管理料 2	1,501	145	338	-19	292	248	288	2,793	305

二類感染症患者入院診療加算の算定状況

○ 二類感染症患者入院診療加算の算定回数の推移は、以下のとおり。

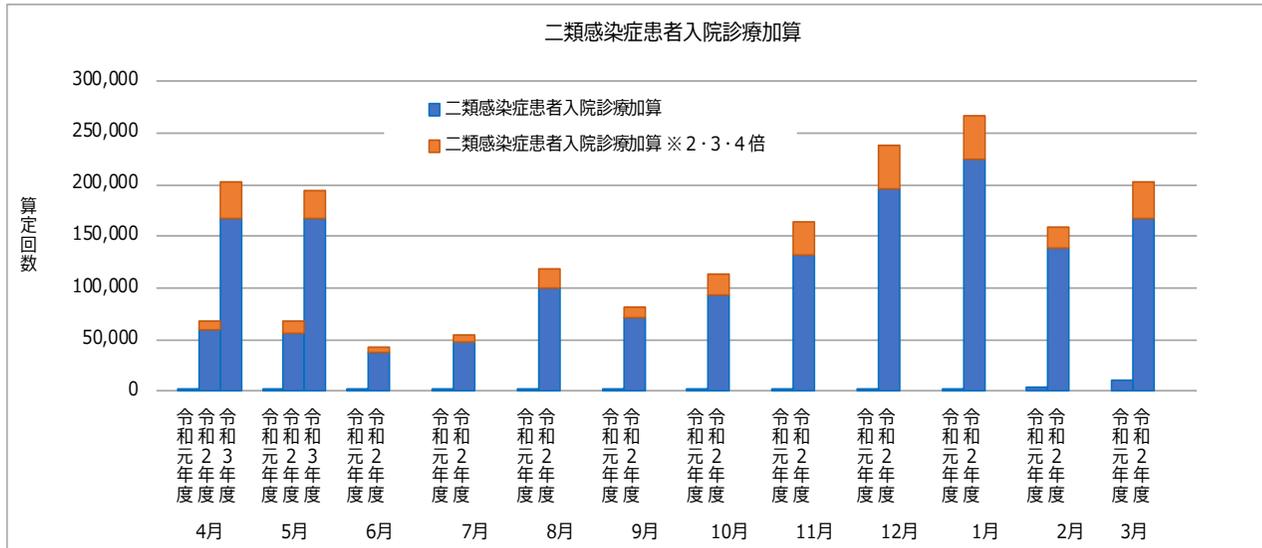
■ 二類感染症患者入院診療加算

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
二類感染症患者入院診療加算	1,409	1,422	1,387	1,741	1,520	1,195	1,295	1,419	1,379	1,669	3,068	10,784	59,160	55,574	38,145	46,788	99,758	70,653	93,008	131,489	195,974	224,376	139,153	167,691	167,874	166,801
二類感染症患者入院診療加算 ※ 2・3・4倍													9,109	11,863	4,902	6,839	18,310	9,844	21,033	31,880	42,443	41,437	19,619	35,553	35,376	27,761

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（二類感染症患者入院診療加算）	4199%	3908%	2750%	2687%	6563%	5912%	7182%	9266%	14211%	13444%	4536%	1555%	11914%	11730%

※令和3年4月以降は対前々年比



救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算の算定回数の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 救急医療管理加算

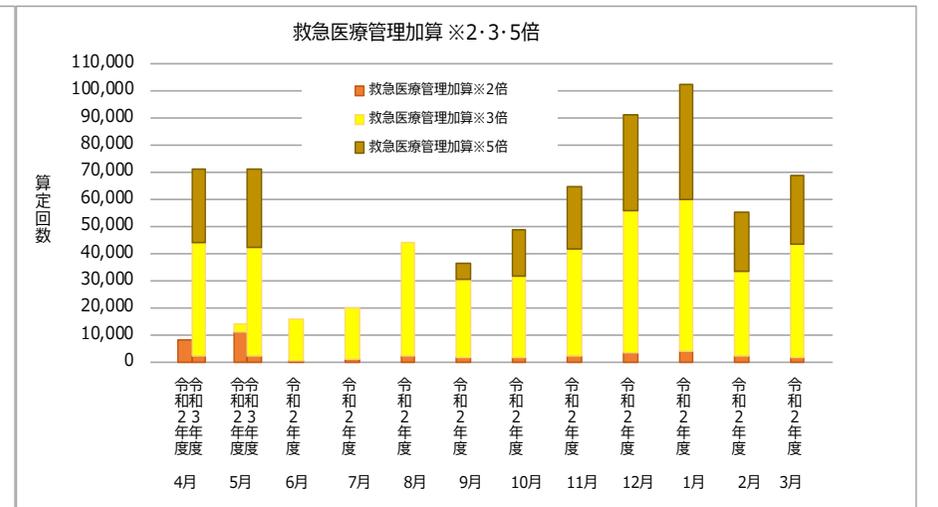
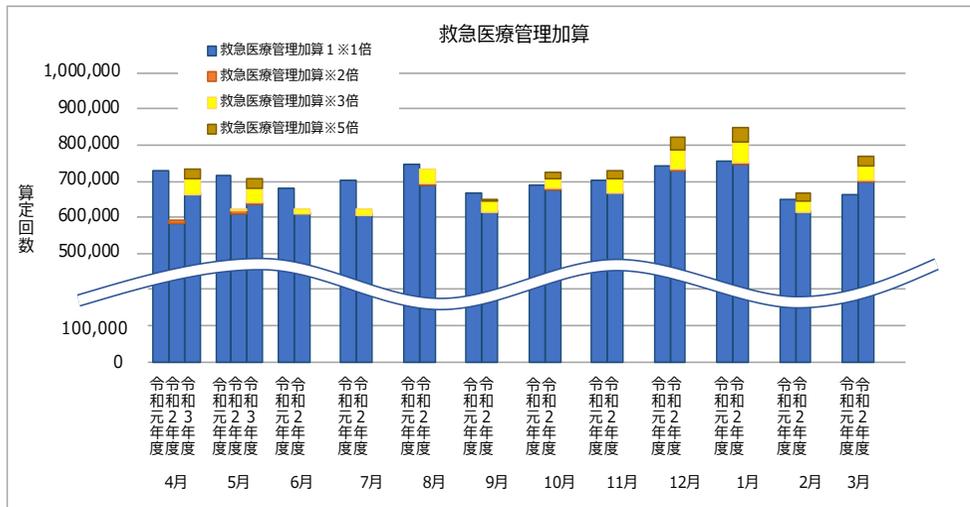
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
救急医療管理加算 1 ※1倍	730,450	715,371	679,212	703,123	746,780	666,566	689,012	704,826	743,612	755,663	651,348	663,104	582,209	607,989	609,564	604,853	691,222	613,064	677,437	666,663	728,849	748,137	613,075	699,168	662,082	636,388
救急医療管理加算 ※2倍													8,260	10,850	472	960	2,055	1,431	1,793	2,210	3,538	3,817	1,960	1,820	1,926	2,315
救急医療管理加算 ※3倍													-	3,038	14,987	18,729	41,789	28,941	29,841	39,615	52,358	56,105	31,413	41,595	42,108	40,212
救急医療管理加算 ※5倍													-	-	-	-	-	5,956	17,064	22,763	35,404	42,727	21,737	25,368	27,202	28,921
救急医療管理加算 (計)	730,450	715,371	679,212	703,123	746,780	666,566	689,012	704,826	743,612	755,663	651,348	663,104	590,469	621,877	625,023	624,542	735,066	649,392	726,135	731,251	820,149	850,786	668,185	767,951	733,318	707,836

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(救急医療管理加算 1 ※1倍)	80%	85%	90%	86%	93%	92%	98%	95%	98%	99%	94%	105%	91%	89%

※令和3年4月以降は対前々年比



「新型コロナウイルスの回復患者の受入に係る評価」の算定状況

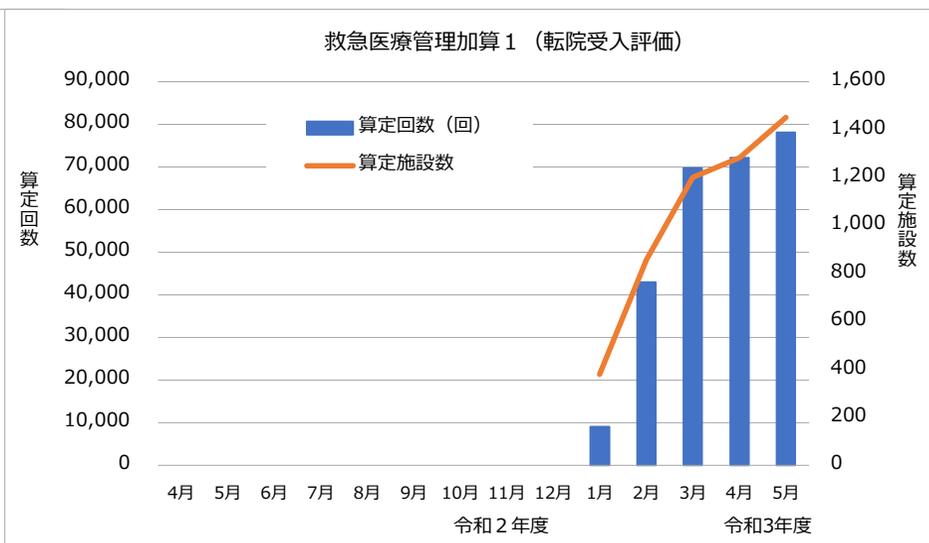
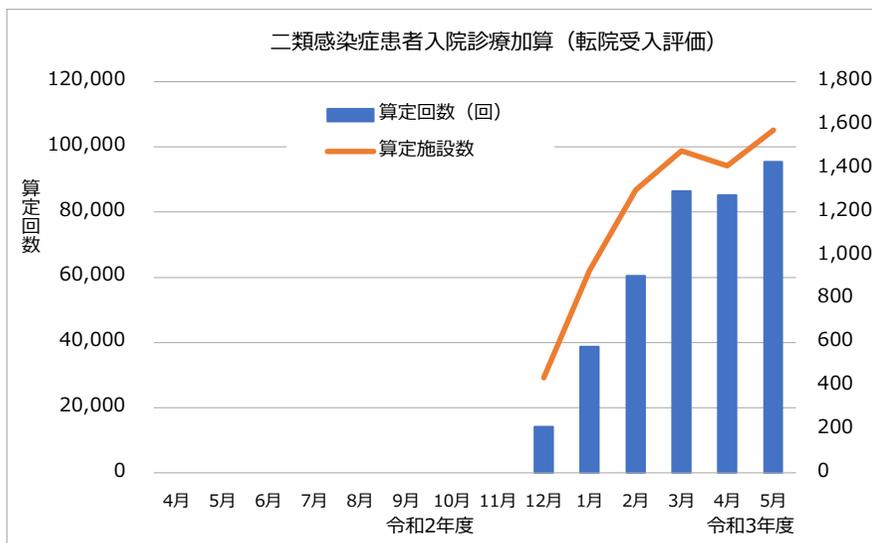
○ 新型コロナウイルスの回復患者の受入に係る評価の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 二類感染症患者入院診療加算（転院受入評価）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
二類感染症患者入院診療加算（転院受入評価）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,085	38,671	60,445	86,449	85,232	95,503
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	438	931	1,302	1,483	1,414	1,577

■ 救急医療管理加算1（転院受入評価）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
救急医療管理加算1（転院受入評価）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,080	42,987	69,807	72,153	78,120
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	381	859	1,201	1,284	1,451



※ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、当該患者について、いずれの入院料を算定する場合であっても、二類感染症患者入院診療加算の100分の300に相当する点数（750点）を算定可能としている。（令和2年12月15日付事務連絡）

※ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算（950点/日）を最大90日間算定可能としている。（令和3年1月22日付事務連絡）

「各医療機関等における感染症対策に係る評価（入院）」の算定状況

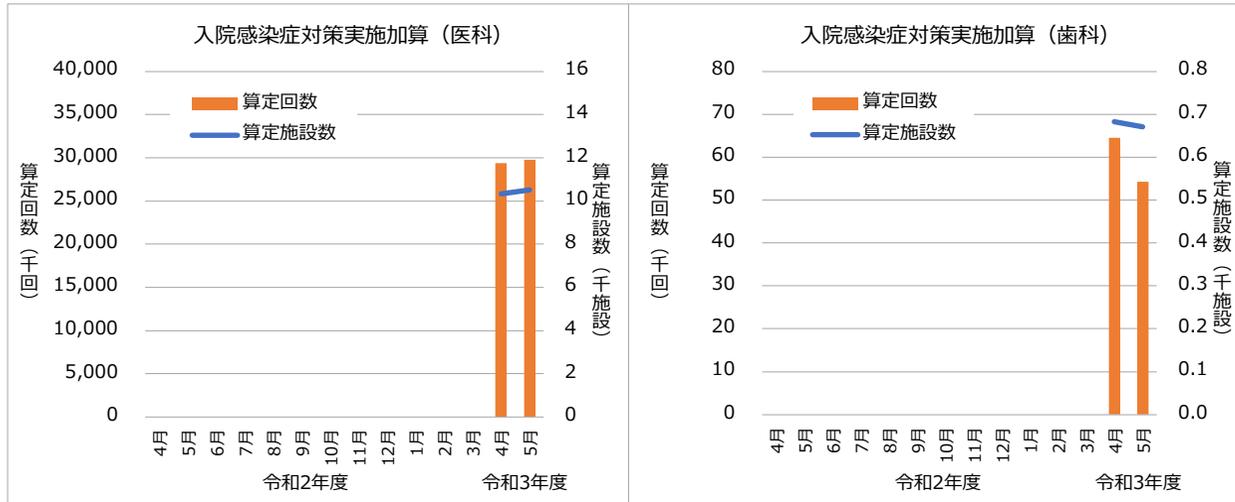
○ 各医療機関等における感染症対策に係る評価（入院）の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 入院感染症対策実施加算（医科）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月		
入院感染症対策実施加算（医科）	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29,382,256	29,752,161
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,326	10,519

■ 入院感染症対策実施加算（歯科）

算定月	単位	令和2年度												令和3年度			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月		
入院感染症対策実施加算（歯科）	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64,451	54,289
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	682	671



②外来関係の算定状況について

院内トリアージ実施料の算定状況

○ 院内トリアージ実施料の算定回数の推移は、以下のとおり。

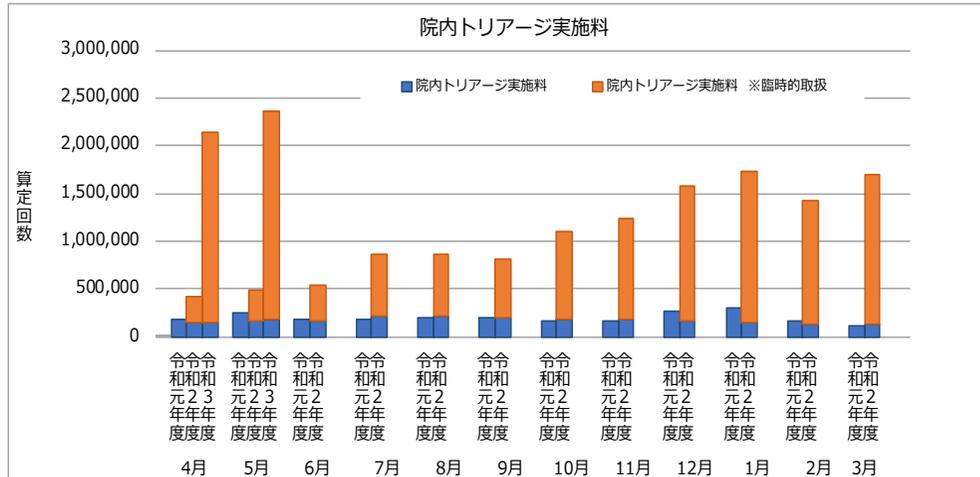
■ 院内トリアージ実施料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
院内トリアージ実施料	193,761	251,079	178,714	192,417	207,479	205,253	172,124	173,573	263,311	300,312	176,500	114,656	145,920	167,205	163,114	221,291	215,251	201,413	185,717	180,291	171,768	150,640	131,697	134,661	151,748	182,474
院内トリアージ実施料 ※臨時的取扱													269,959	318,762	372,974	651,300	645,362	611,710	912,713	1,054,444	1,409,873	1,583,987	1,292,157	1,570,507	1,985,358	2,173,870
院内トリアージ実施料 (計)	193,761	251,079	178,714	192,417	207,479	205,253	172,124	173,573	263,311	300,312	176,500	114,656	415,879	485,967	536,088	872,591	860,613	813,123	1,098,430	1,234,735	1,581,641	1,734,627	1,423,854	1,705,168	2,137,106	2,356,344

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比 (院内トリアージ実施料)	215%	194%	300%	453%	415%	396%	638%	711%	601%	578%	807%	1487%	1103%	938%

※令和3年4月以降は対前々年比



初診料の算定状況

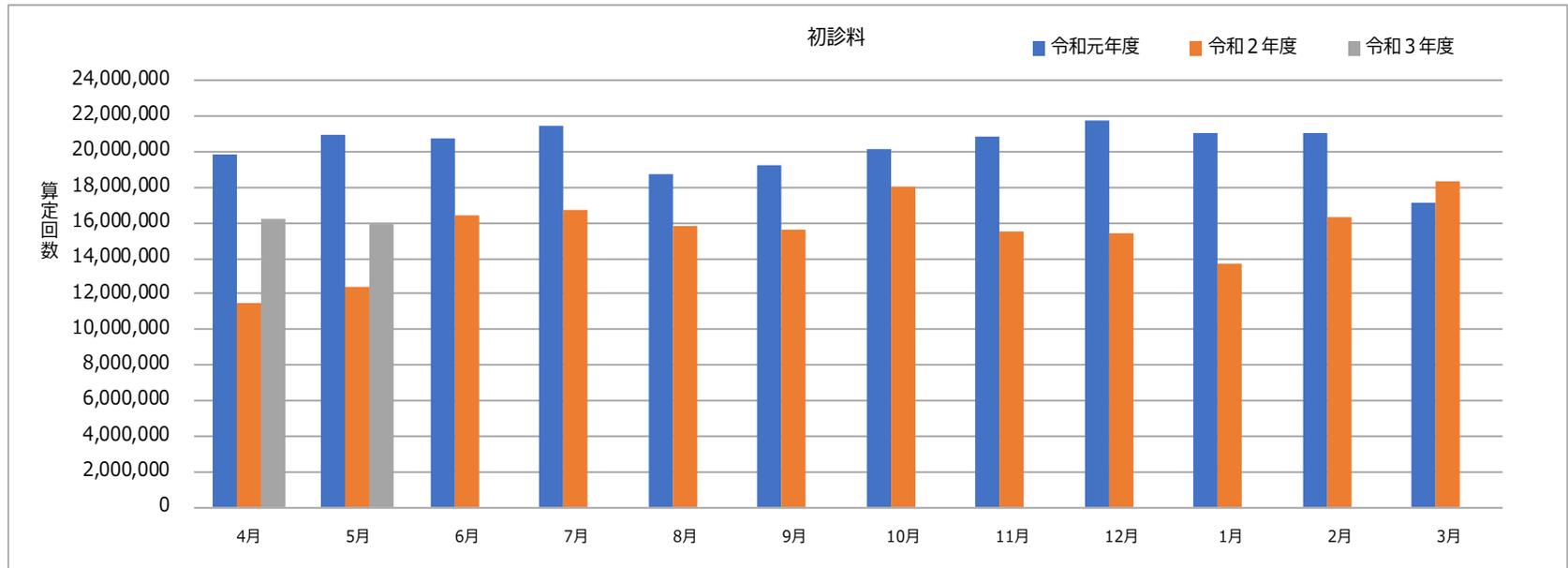
○ 初診料の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 初診料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
初診料	19,900,194	20,968,223	20,778,241	21,462,080	18,705,580	19,214,971	20,162,993	20,819,284	21,775,324	21,082,634	21,045,565	17,176,079	11,491,721	12,426,372	16,427,359	16,776,360	15,779,751	15,618,344	18,082,609	15,519,420	15,369,054	13,747,158	16,293,804	18,345,942	16,206,681	15,922,679
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（初診料）												58%	59%	79%	78%	84%	81%	90%	75%	71%	65%	77%	107%	81%	76%

※令和3年4月以降は対前々年比



再診料の算定状況

○ 再診料の算定回数の推移は、以下のとおり。

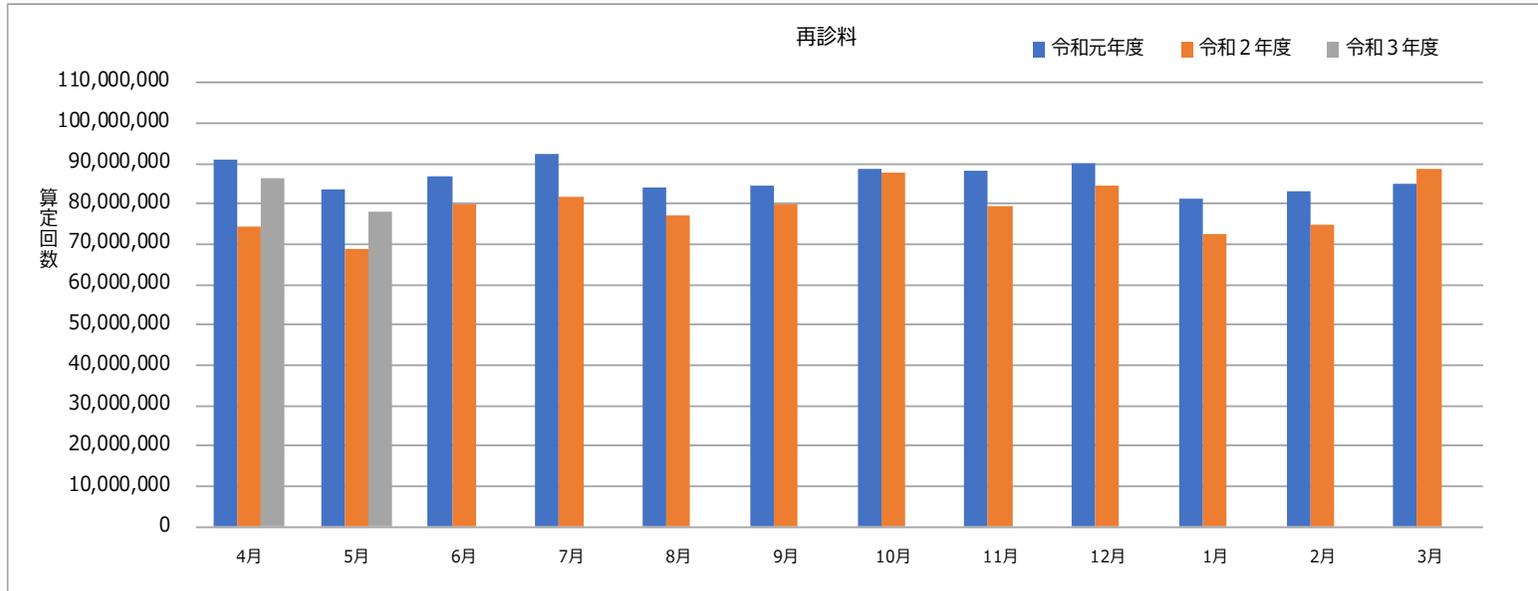
■ 再診料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
再診料	91,013,437	83,492,921	86,884,348	92,349,211	83,849,495	84,720,308	88,866,969	88,275,593	90,093,030	81,178,194	83,040,142	84,996,824	74,544,002	68,865,777	79,874,102	81,958,089	77,165,170	79,691,101	87,665,935	79,214,247	84,519,001	72,711,943	74,806,289	88,847,020	86,202,176	77,858,177

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(再診料)	82%	82%	92%	89%	92%	94%	99%	90%	94%	90%	90%	105%	95%	93%

※令和3年4月以降は対前々年比



外来診療料の算定状況

○ 外来診療料の算定回数の推移は、以下のとおり。

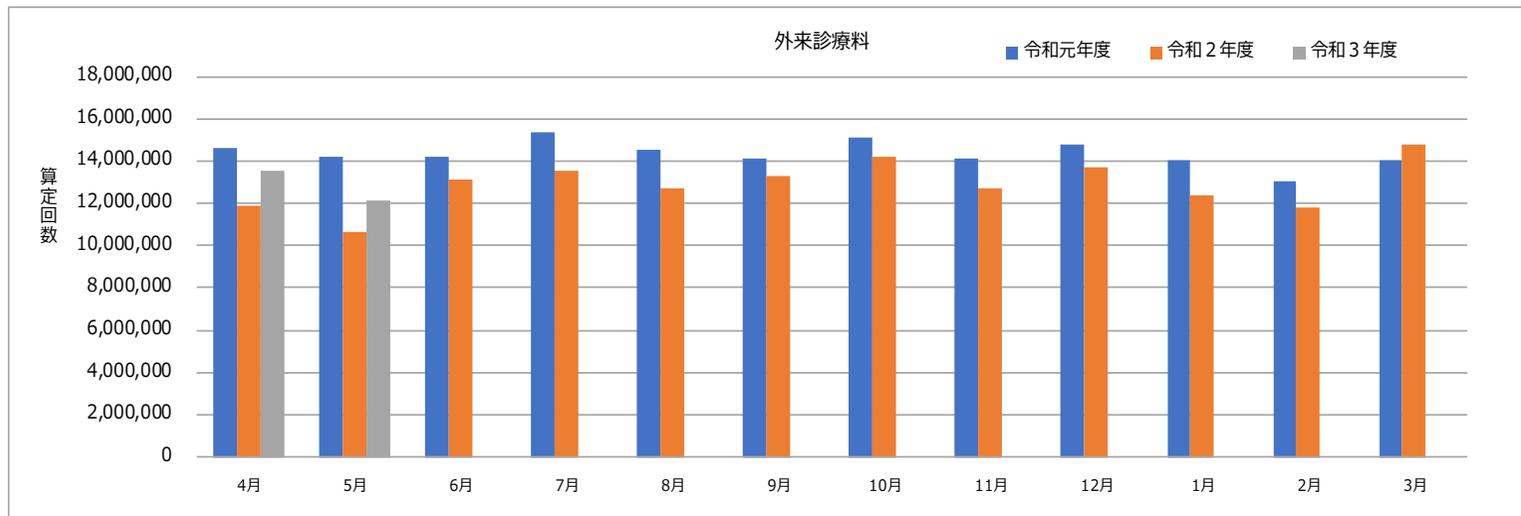
■ 外来診療料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
外来診療料	14,592,594	14,167,696	14,162,837	15,355,004	14,567,583	14,099,588	15,136,004	14,148,554	14,772,166	13,997,545	13,009,845	14,057,111	11,924,117	10,671,395	13,088,653	13,552,734	12,726,398	13,280,061	14,163,788	12,731,399	13,740,602	12,356,307	11,808,197	14,806,164	13,538,406	12,094,413

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(外来診療料)	82%	75%	92%	88%	87%	94%	94%	90%	93%	88%	91%	105%	93%	85%

※令和3年4月以降は対前々年比



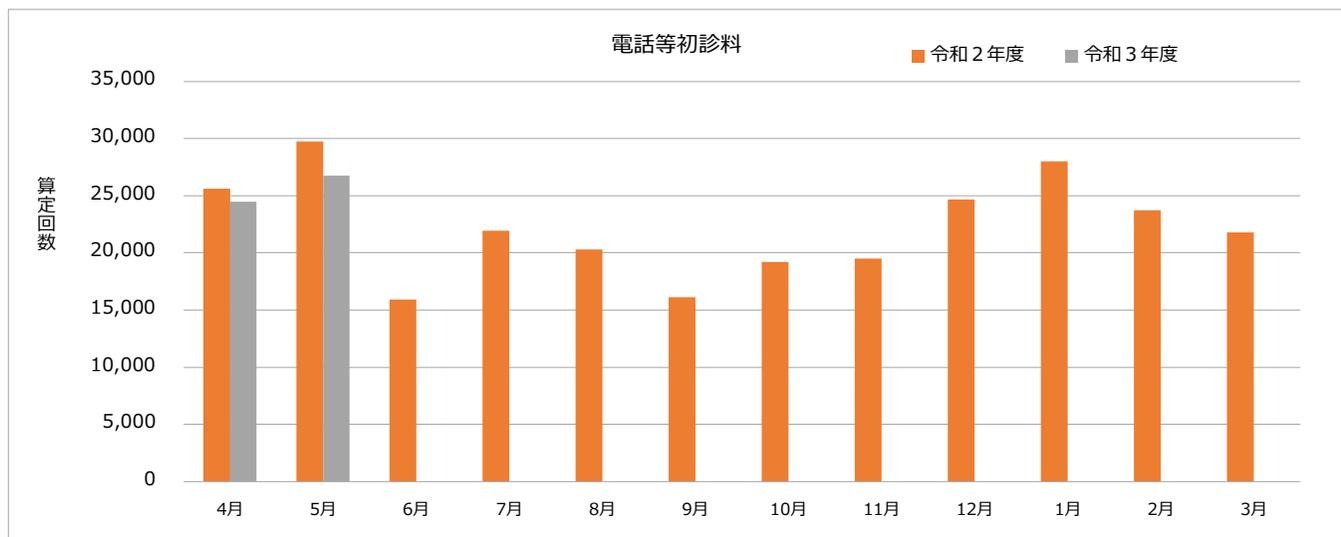
電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合の初診料(電話等初診料)の算定状況

○ 電話等初診料（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 電話等初診料

(単位：回数)

算定月	令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
電話等初診料	25,636	29,761	15,939	21,932	20,275	16,100	19,205	19,522	24,646	28,023	23,701	21,767	24,487	26,769



※ 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた診療報酬上の時限的・特例的取扱いとして、令和2年4月10日以降、電話や情報通信機器を用いた初診を実施した場合、初診料として214点を算定可能としている。(令和2年4月10日付事務連絡)

電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合の再診料(電話等再診料)の算定状況

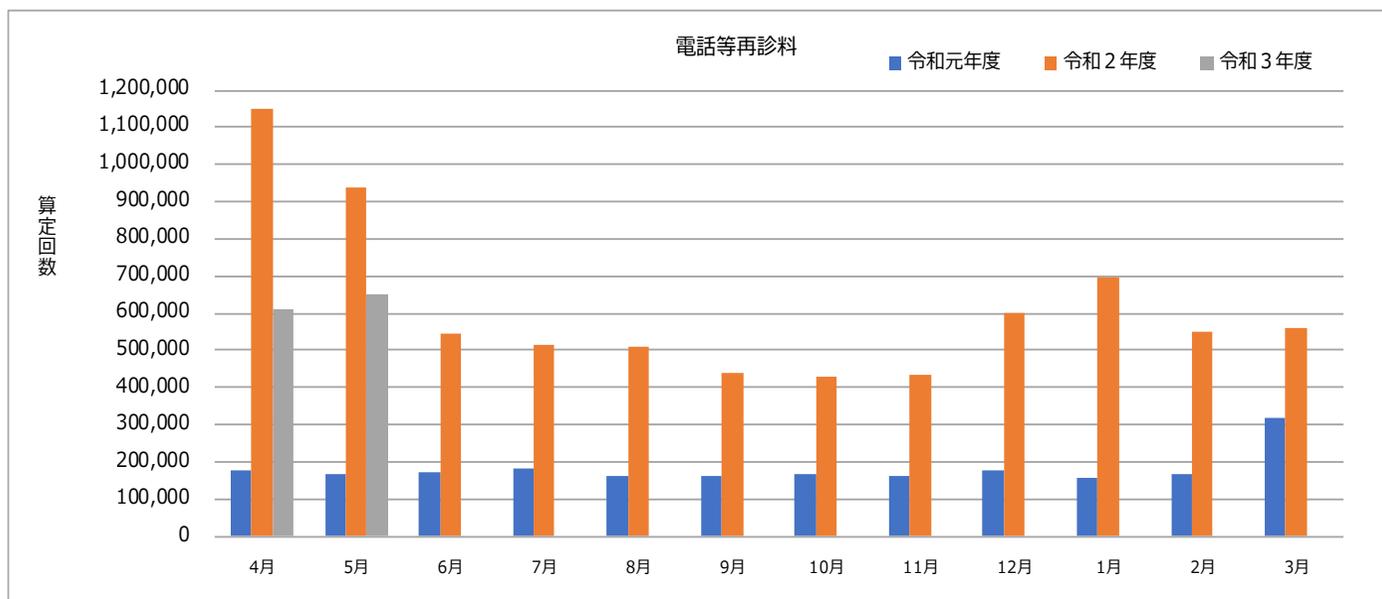
○ 電話等再診料（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 電話等再診料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
電話等再診料	175,687	165,170	173,008	184,138	161,096	162,763	168,882	163,438	176,153	159,363	165,546	320,829	1,149,882	939,328	547,260	514,102	509,313	439,091	429,519	435,474	600,748	697,087	550,308	558,011	608,289	650,494
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（電話等再診料）												655%	569%	316%	279%	316%	270%	254%	266%	341%	437%	332%	174%	346%	394%

※令和3年4月以降は対前々年比



※ 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた診療報酬上の臨時的取扱いとして、令和2年2月28日以降、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、電話等再診料（73点）を算定可能としている。（令和2年2月28日付事務連絡）

オンライン診療料の算定状況

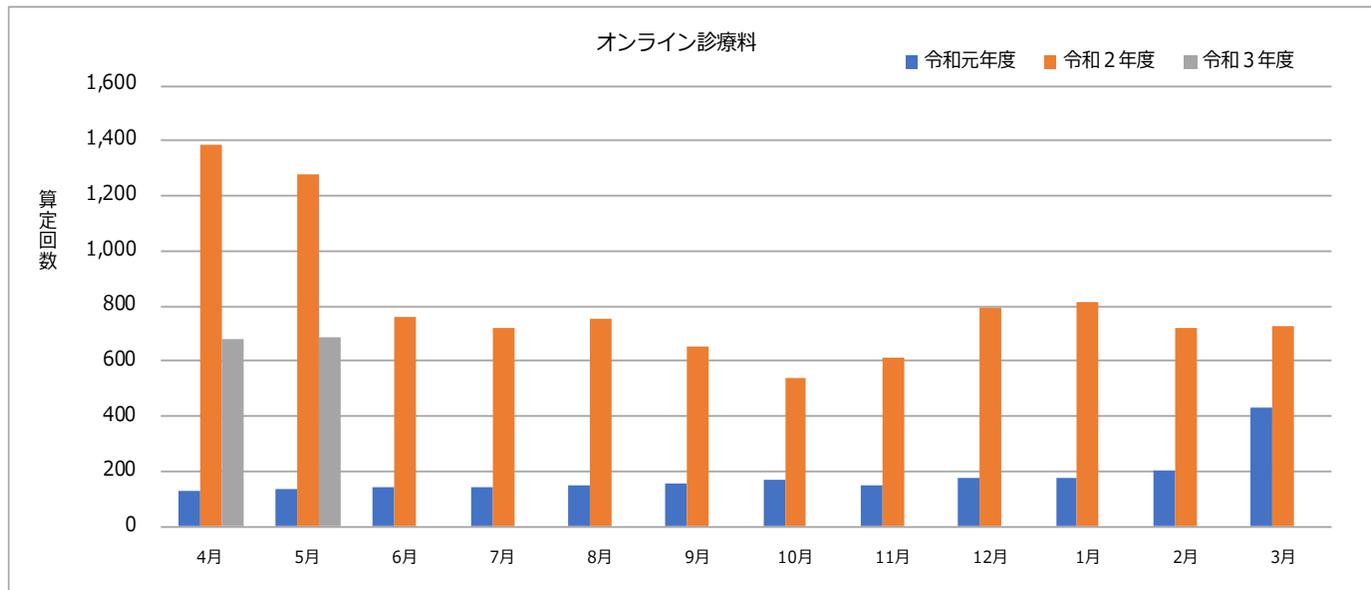
○ オンライン診療科（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ オンライン診療料

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
オンライン診療料（月1回）	131	137	144	141	151	154	167	152	178	178	206	430	1,385	1,281	760	721	756	656	537	612	795	813	717	724	680	688
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（オンライン診療料（月1回））												1057%	935%	528%	511%	501%	426%	322%	403%	447%	457%	348%	168%	519%	502%

※令和3年4月以降は対前々年比



※ 新型コロナウイルスの感染が拡大している間、診療報酬上の臨時的取扱いとして、オンライン診療料の施設基準における「1月当たりの再診料等の算定回数の合計に占めるオンライン診療料の算定回数の割合が1割以下であること」とする要件については適用しないこととしている。（令和2年4月14日付事務連絡）

「小児の外来診療に係る評価」の算定状況

○ 小児の外来診療等について（※）の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 乳幼児感染予防策加算（医科）

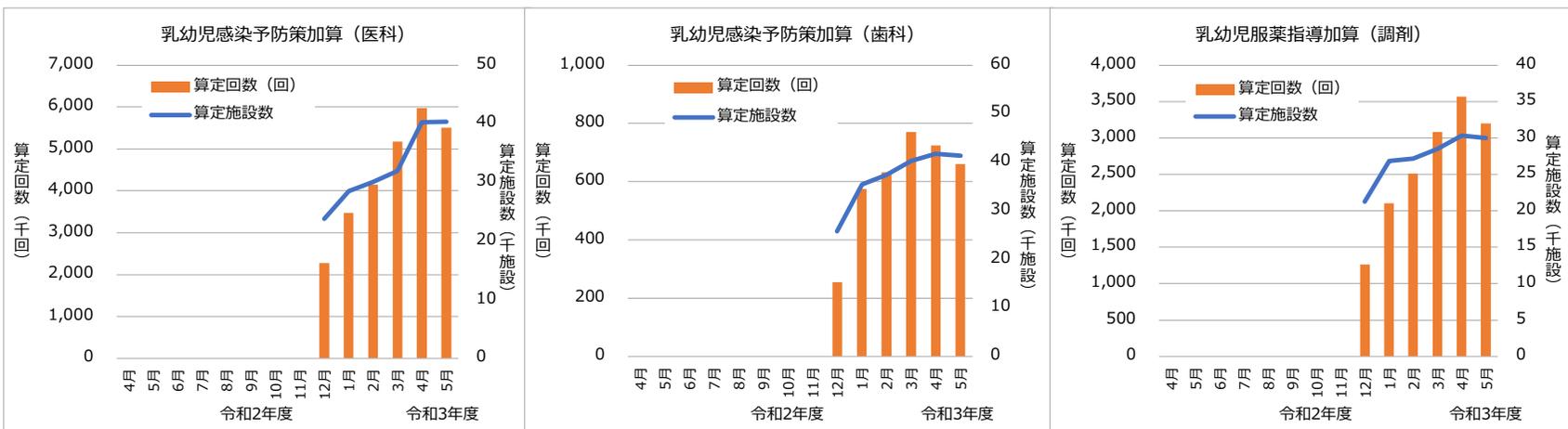
		令和2年度												令和3年度		
算定月	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
乳幼児感染予防策加算（医科）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,279,408	3,477,207	4,146,187	5,174,303	5,979,643	5,510,202
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23,821	28,528	30,108	31,972	40,255	40,332

■ 乳幼児感染予防策加算（歯科）

		令和2年度												令和3年度		
算定月	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
乳幼児感染予防策加算（歯科）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	255,509	574,574	632,358	770,035	724,166	659,745
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,777	35,414	37,440	40,242	41,754	41,346

■ 乳幼児服薬指導加算（調剤）

		令和2年度												令和3年度		
算定月	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
乳幼児服薬指導加算（調剤）	算定回数（回）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,264,111	2,104,262	2,509,271	3,081,231	3,566,447	3,198,185
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,245	26,871	27,162	28,492	30,294	29,961



※ 新型コロナウイルスの感染が拡大している間、小児の外来における診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、小児の外来診療等において特に必要な感染予防策を講じた上で診療等を実施した場合、乳幼児感染予防策加算等を算定できることとしている。（令和2年12月15日付事務連絡）

「各医療機関等における感染症対策に係る評価（外来診療等）」の算定状況

○ 各医療機関等における感染症対策に係る評価（外来診療等）の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 医科外来等感染症対策実施加算

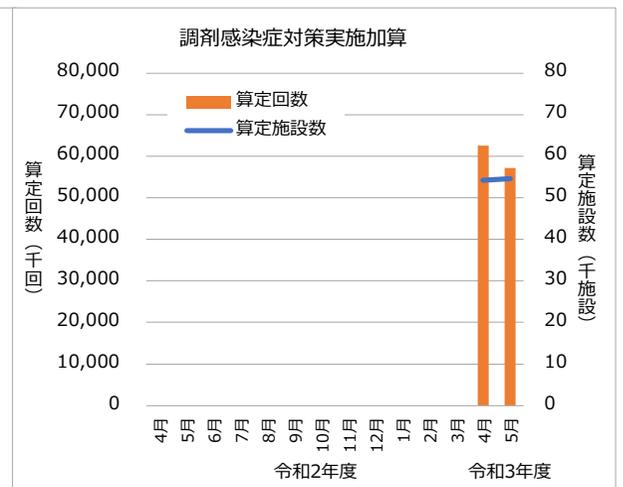
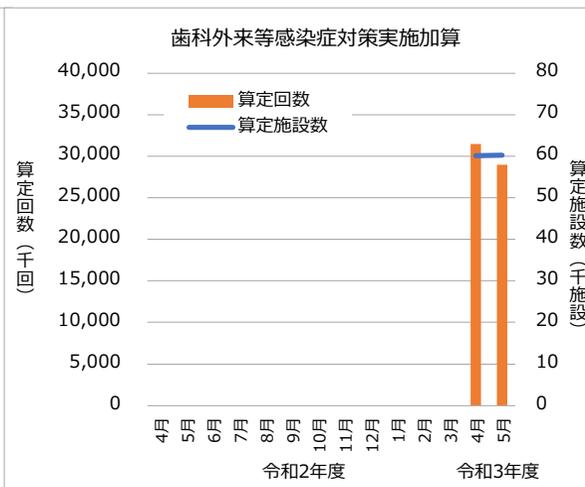
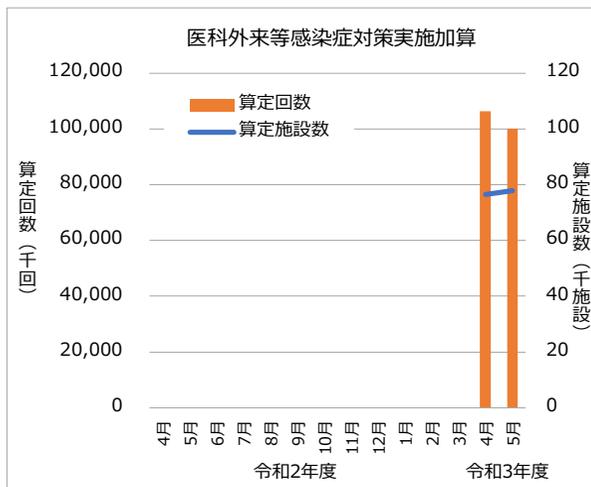
算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
医科外来等感染症対策実施加算	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106,276,271	100,124,201
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,407	77,858

■ 歯科外来等感染症対策実施加算

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
歯科外来等感染症対策実施加算	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,496,169	28,976,835
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60,054	60,228

■ 調剤感染症対策実施加算

算定月	単位	令和2年度												令和3年度		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
調剤感染症対策実施加算	算定回数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62,485,458	57,099,648
	算定施設数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54,215	54,662



③検査等の算定状況について

SARS-CoV-2核酸検出等の算定状況

○ SARS-CoV-2核酸検出等の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ SARS-CoV-2核酸検出等（入院）

（単位：回数）

算定月	令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
SARS-CoV-2抗原検出	-	88	923	2,892	8,281	14,350	43,103	68,260	104,097	131,671	117,896	135,459	133,046	141,201
SARS-CoV-2抗原検出（定量）	-	-	-	28	726	1,762	7,296	14,166	27,427	40,119	40,349	52,285	55,003	59,694
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託）	3,280	3,618	3,020	4,297	7,630	8,310	19,851	30,704	49,971	69,699	58,870	60,669	59,055	60,324
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託以外）	1,203	1,699	1,321	1,988	4,250	9,471	54,177	92,536	131,127	180,975	180,687	234,439	244,702	253,024
計	4,483	5,405	5,264	9,205	20,887	33,893	124,427	205,666	312,622	422,464	397,802	482,852	491,806	514,243

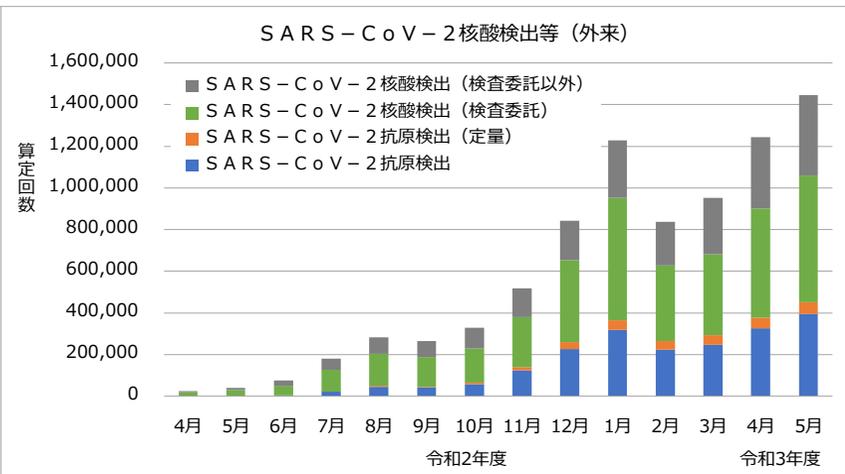
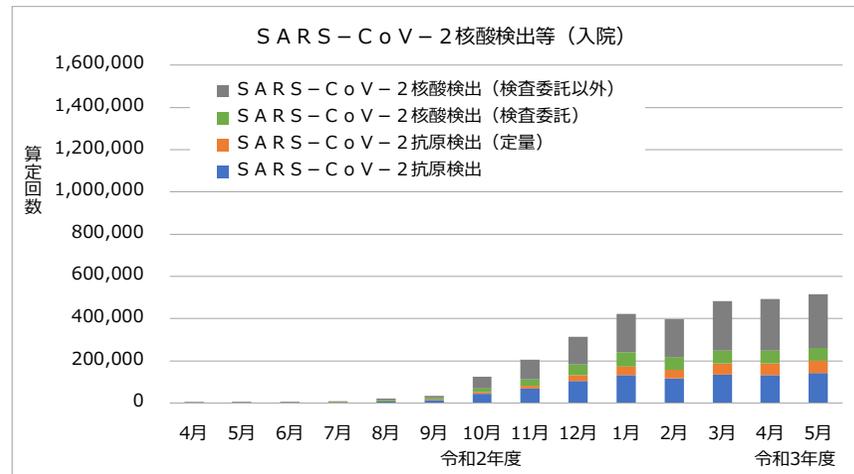
「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

■ SARS-CoV-2核酸検出等（外来）

（単位：回数）

算定月	令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
SARS-CoV-2抗原検出	-	375	4,606	21,850	46,074	41,354	58,875	123,850	226,132	317,072	223,682	245,502	324,752	393,774
SARS-CoV-2抗原検出（定量）	-	-	-	269	2,829	4,128	6,923	15,834	33,088	47,437	41,532	47,788	52,693	56,946
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託）	19,394	29,588	44,800	104,790	154,629	141,488	162,400	241,208	395,008	588,116	361,440	387,652	523,663	608,477
SARS-CoV-2核酸検出（検査委託以外）	3,970	10,811	25,192	53,904	80,197	77,628	100,470	137,515	189,120	275,060	210,957	270,412	342,481	387,534
計	23,364	40,774	74,598	180,813	283,729	264,598	328,668	518,407	843,348	1,227,685	837,611	951,354	1,243,589	1,446,731

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。



「手術」の算定状況

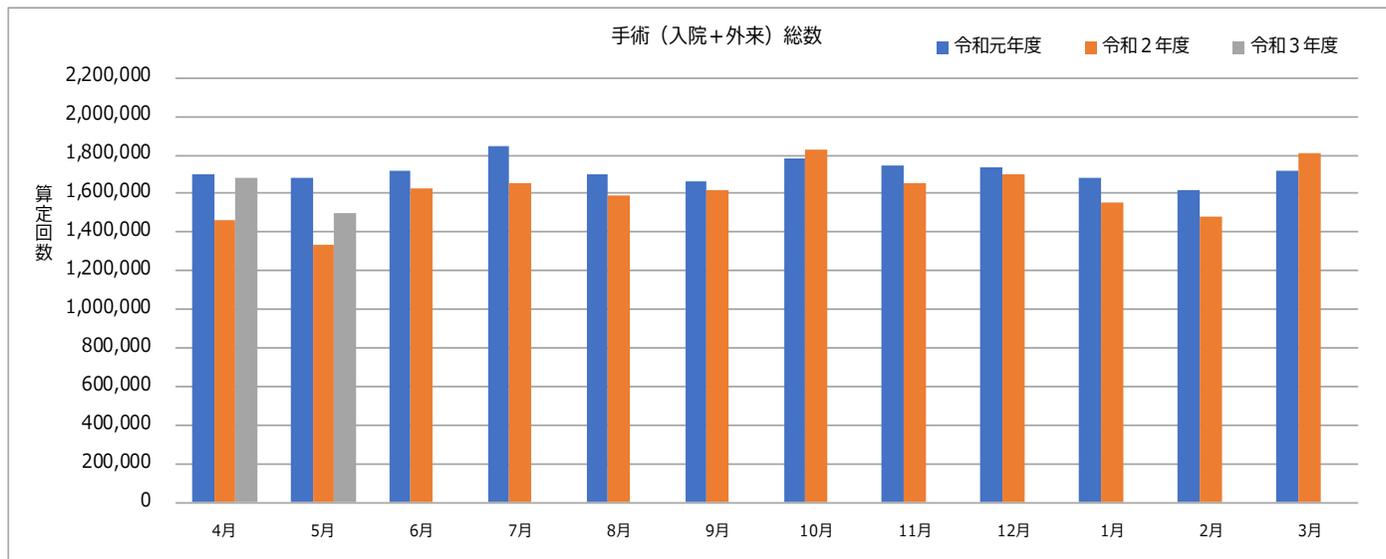
○ 手術（入院+外来）の総算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 手術（入院+外来）総数

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
手術（入院+外来）総数	1,697,152	1,677,959	1,718,321	1,846,239	1,696,069	1,663,393	1,777,521	1,744,047	1,731,746	1,684,096	1,619,487	1,719,879	1,462,754	1,330,537	1,629,798	1,653,860	1,586,827	1,616,676	1,826,741	1,658,111	1,696,404	1,550,156	1,476,759	1,809,392	1,677,961	1,501,447
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（手術（入院+外来）総数）												86%	79%	95%	90%	94%	97%	103%	95%	98%	92%	91%	105%	99%	89%

※令和3年4月以降は対前々年比



「カテーテル」及び「内視鏡」の状況

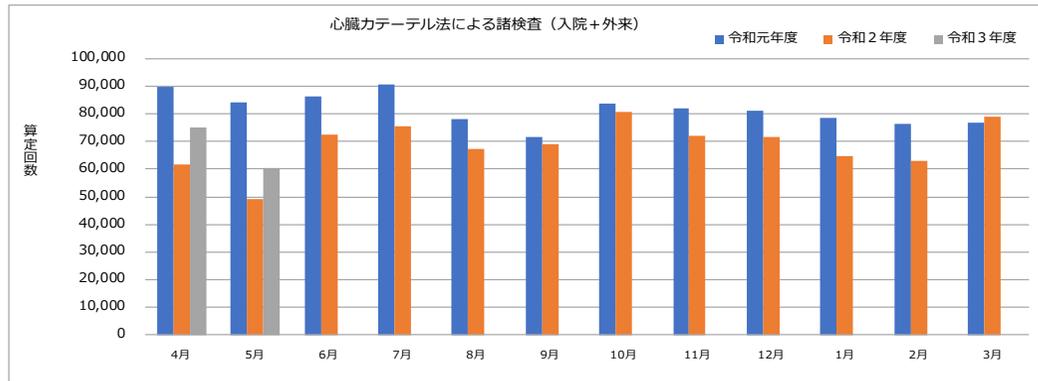
○ 心臓カテーテル法による諸検査の算定回数及び内視鏡検査の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 心臓カテーテル法による諸検査（入院＋外来）

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
心臓カテーテル法による諸検査（入院＋外来）	89,989	84,305	86,243	90,453	78,144	71,847	83,850	82,069	81,368	78,357	76,479	76,955	61,496	49,308	72,667	75,382	67,191	69,245	80,773	72,062	71,586	64,888	63,027	79,087	75,236	60,531
算定月													4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（心臓カテーテル法による諸検査（入院＋外来））													68%	58%	84%	83%	86%	96%	96%	88%	88%	83%	82%	103%	84%	72%

※令和3年4月以降は対前々年比

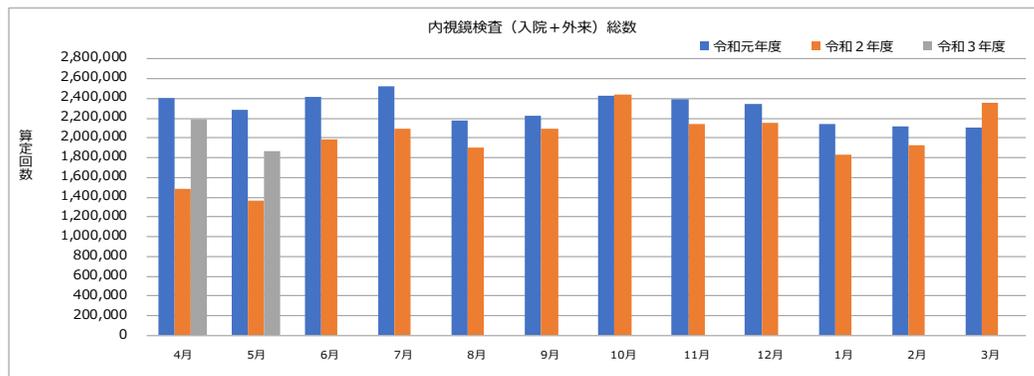


■ 内視鏡検査（入院＋外来）総数

(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
内視鏡検査（入院＋外来）総数	2,401,529	2,286,408	2,411,739	2,522,584	2,182,752	2,229,672	2,426,126	2,394,162	2,340,119	2,144,784	2,122,194	2,102,942	1,481,114	1,367,159	1,991,389	2,095,800	1,907,422	2,095,668	2,442,870	2,137,372	2,151,817	1,831,377	1,922,639	2,359,633	2,187,408	1,872,116
算定月													4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（内視鏡検査（入院＋外来）総数）													62%	60%	83%	83%	87%	94%	101%	89%	92%	85%	91%	112%	91%	82%

※令和3年4月以降は対前々年比



④在宅関係の算定状況について

往診料の状況

○ 往診料の算定回数の推移は、以下のとおり。

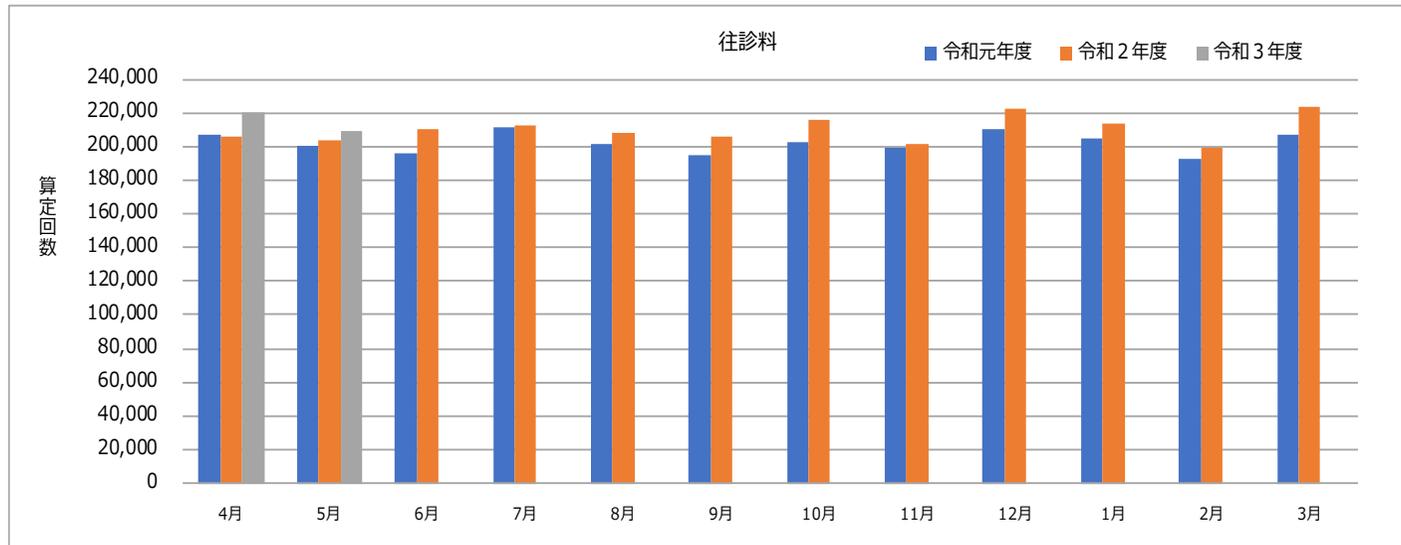
■ 往診料

(単位：回)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
往診料	206,530	200,534	196,128	211,834	201,463	195,267	202,470	199,089	210,071	205,210	192,929	206,881	205,863	203,383	210,528	212,120	207,951	206,023	216,113	201,058	222,575	214,179	199,326	223,949	220,782	209,055

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(往診料)	100%	101%	107%	100%	103%	106%	107%	101%	106%	104%	103%	108%	107%	104%

※令和3年4月以降は対前々年比



緊急往診加算の状況

○ 緊急往診加算の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 緊急往診加算

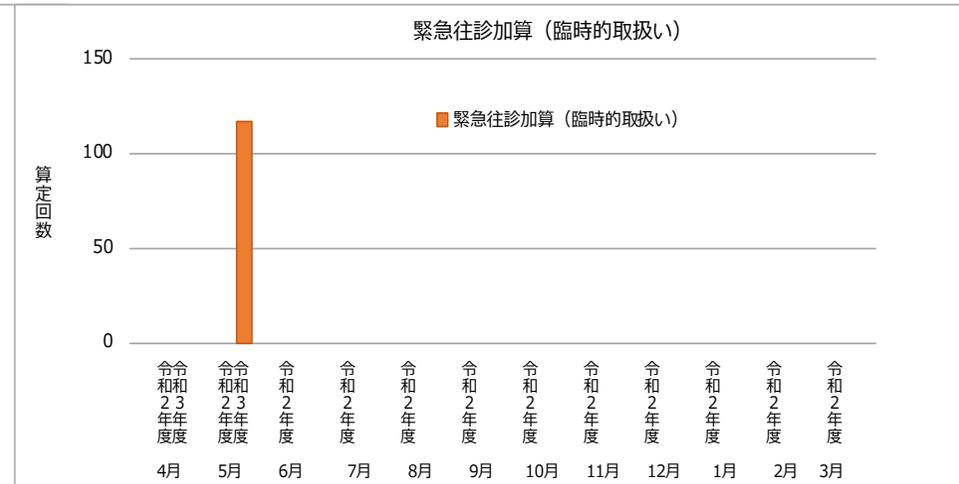
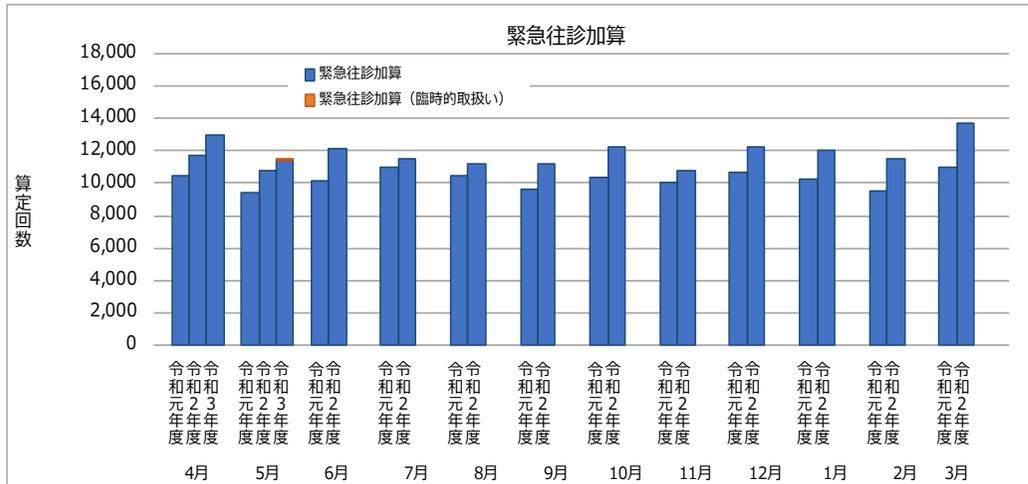
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
緊急往診加算	10,502	9,429	10,197	10,980	10,460	9,675	10,336	10,056	10,658	10,265	9,546	11,023	11,722	10,792	12,129	11,544	11,195	11,186	12,196	10,786	12,223	12,055	11,501	13,722	13,019	11,386
緊急往診加算（臨時的取扱い）													-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
緊急往診加算（計）	10,502	9,429	10,197	10,980	10,460	9,675	10,336	10,056	10,658	10,265	9,546	11,023	11,722	10,792	12,129	11,544	11,195	11,186	12,196	10,786	12,223	12,055	11,501	13,722	13,019	11,503

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（緊急往診加算）	112%	114%	119%	105%	107%	116%	118%	107%	115%	117%	120%	124%	124%	121%

※令和3年4月以降は対前々年比



在宅酸素療法指導管理料の状況

○ 在宅酸素療法指導管理料の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 在宅酸素療法指導管理料

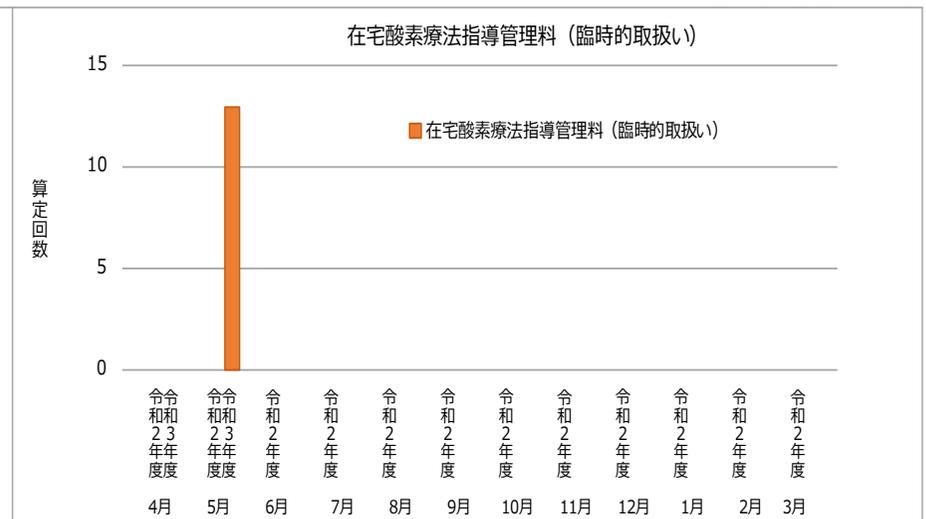
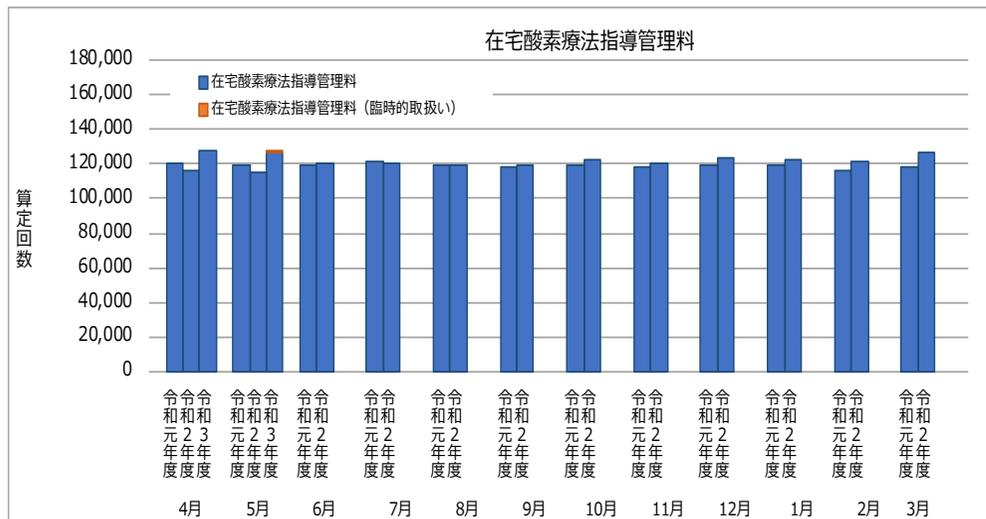
(単位：回数)

算定月	令和元年度												令和2年度										令和3年度			
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
在宅酸素療法指導管理料	119,922	119,636	118,795	121,372	119,430	118,748	119,473	117,959	119,008	119,200	116,153	117,734	116,660	114,995	120,524	120,834	119,537	119,340	122,296	120,114	123,223	122,663	120,897	126,945	127,202	127,124
在宅酸素療法指導管理料（臨時的取扱い）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
在宅酸素療法指導管理料（計）	119,922	119,636	118,795	121,372	119,430	118,748	119,473	117,959	119,008	119,200	116,153	117,734	116,660	114,995	120,524	120,834	119,537	119,340	122,296	120,114	123,223	122,663	120,897	126,945	127,202	127,137

「-」表示は、集計結果が10未満の数値又は、10未満の箇所が1箇所の場合の10以上の最小値。

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比（在宅酸素療法指導管理料）	97%	96%	101%	100%	100%	100%	102%	102%	104%	103%	104%	108%	106%	106%

※令和3年4月以降は対前々年比



在宅患者訪問診療料の状況

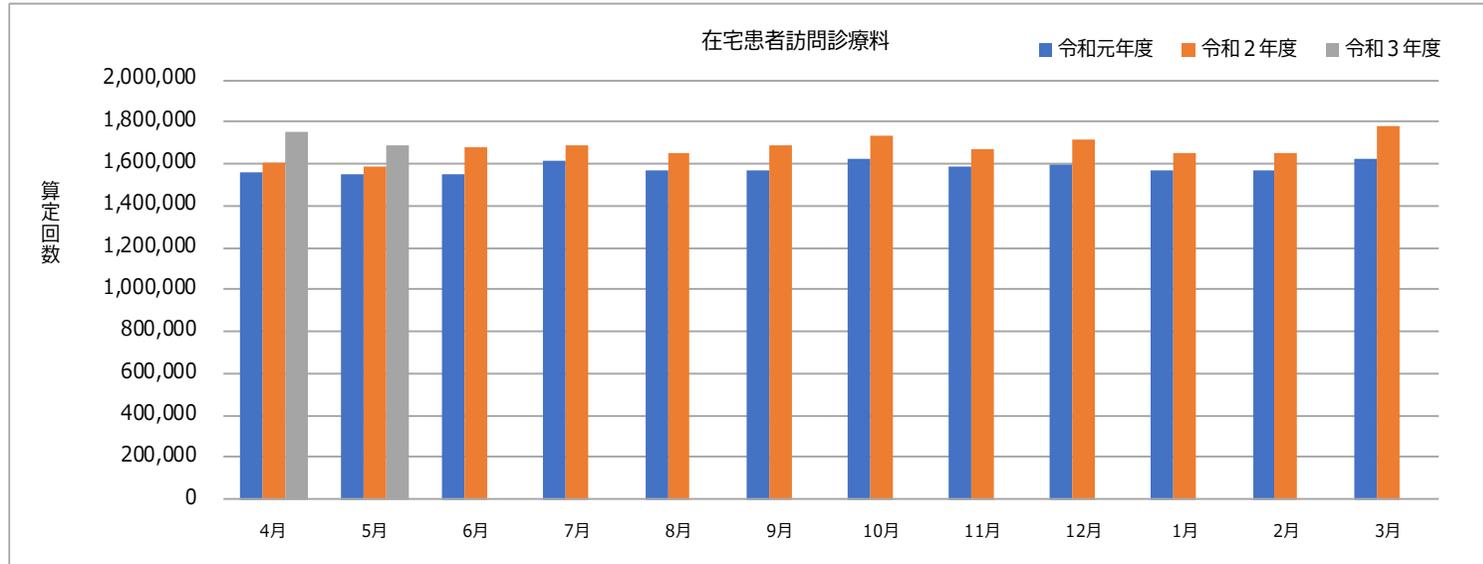
○ 在宅患者訪問診療料の算定回数の推移は、以下のとおり。

■ 在宅患者訪問診療料

(単位：回)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
在宅患者訪問診療料	1,560,017	1,551,027	1,547,489	1,619,390	1,571,631	1,569,583	1,626,434	1,587,230	1,598,445	1,572,904	1,566,381	1,626,339	1,604,156	1,585,259	1,675,172	1,686,114	1,647,778	1,691,070	1,731,802	1,674,809	1,718,117	1,655,918	1,655,724	1,784,399	1,752,798	1,691,847
	算定月												4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
	対前年比（在宅患者訪問診療料）												103%	102%	108%	104%	105%	108%	106%	106%	107%	105%	106%	110%	112%	109%

※令和3年4月以降は対前々年比



在医総管・施設総管の状況

○ 在医総管・施設総管の算定回数の推移は、以下のとおり。

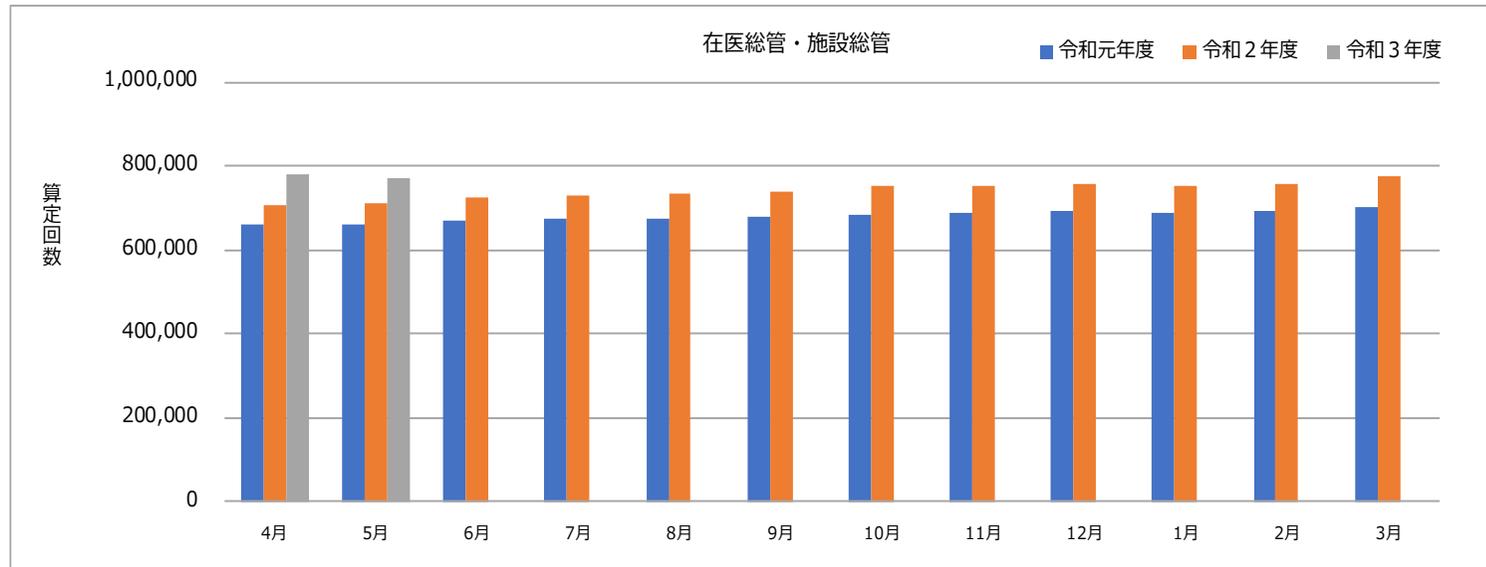
■ 在医総管・施設総管

(単位：回)

算定月	令和元年度												令和2年度												令和3年度	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
在医総管・施設総管	661,404	662,446	668,273	675,278	675,683	680,224	685,338	687,573	693,096	689,475	693,920	701,785	705,702	710,122	726,053	728,218	733,702	739,363	751,197	752,139	759,005	753,748	757,242	773,456	777,692	772,356

算定月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	※4月	※5月
対前年比(在医総管・施設総管)	107%	107%	109%	108%	109%	109%	110%	109%	110%	109%	109%	110%	118%	117%

※令和3年4月以降は対前々年比



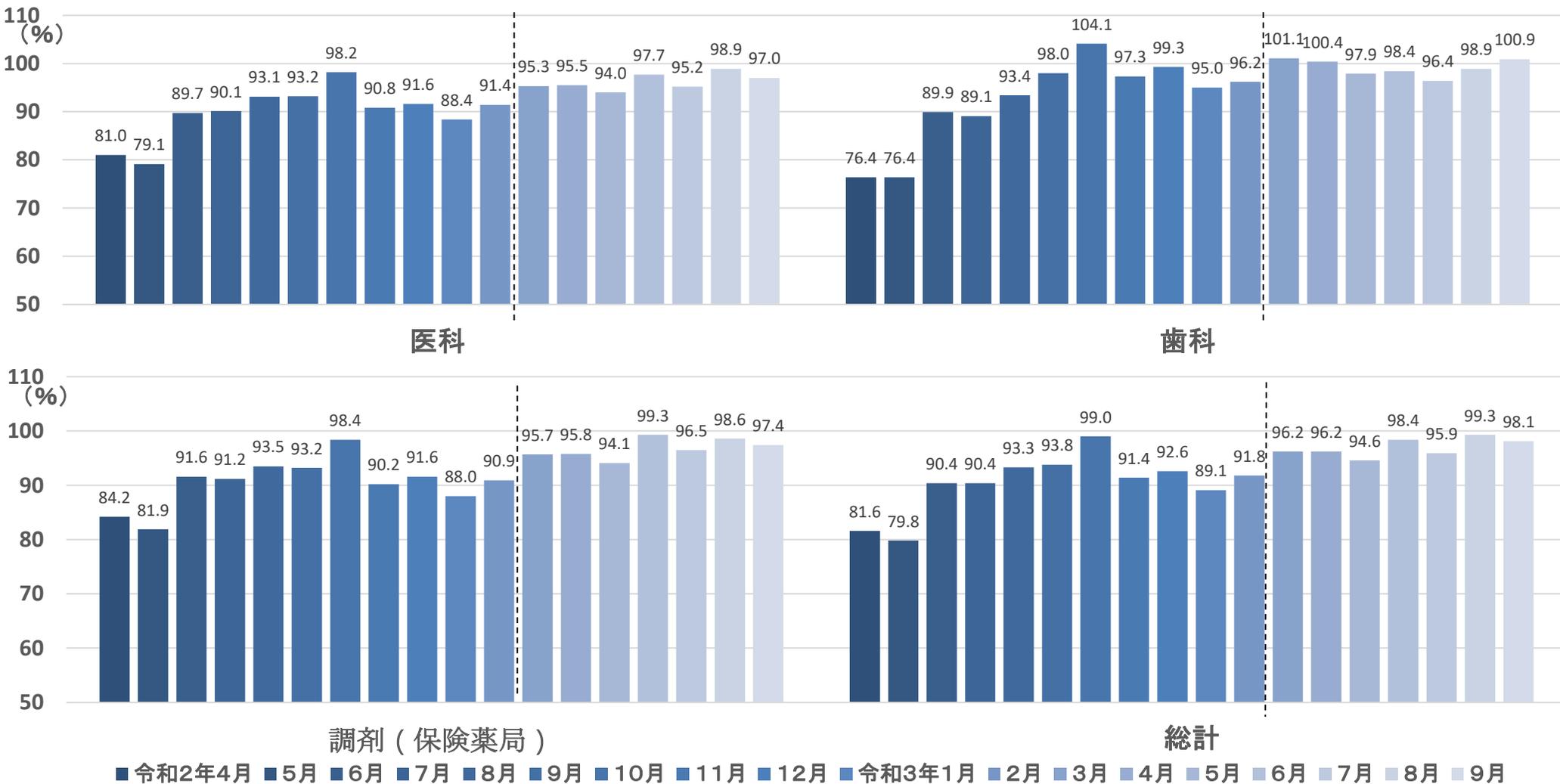
コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化①（診療種別別）

診療種別別レセプト件数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



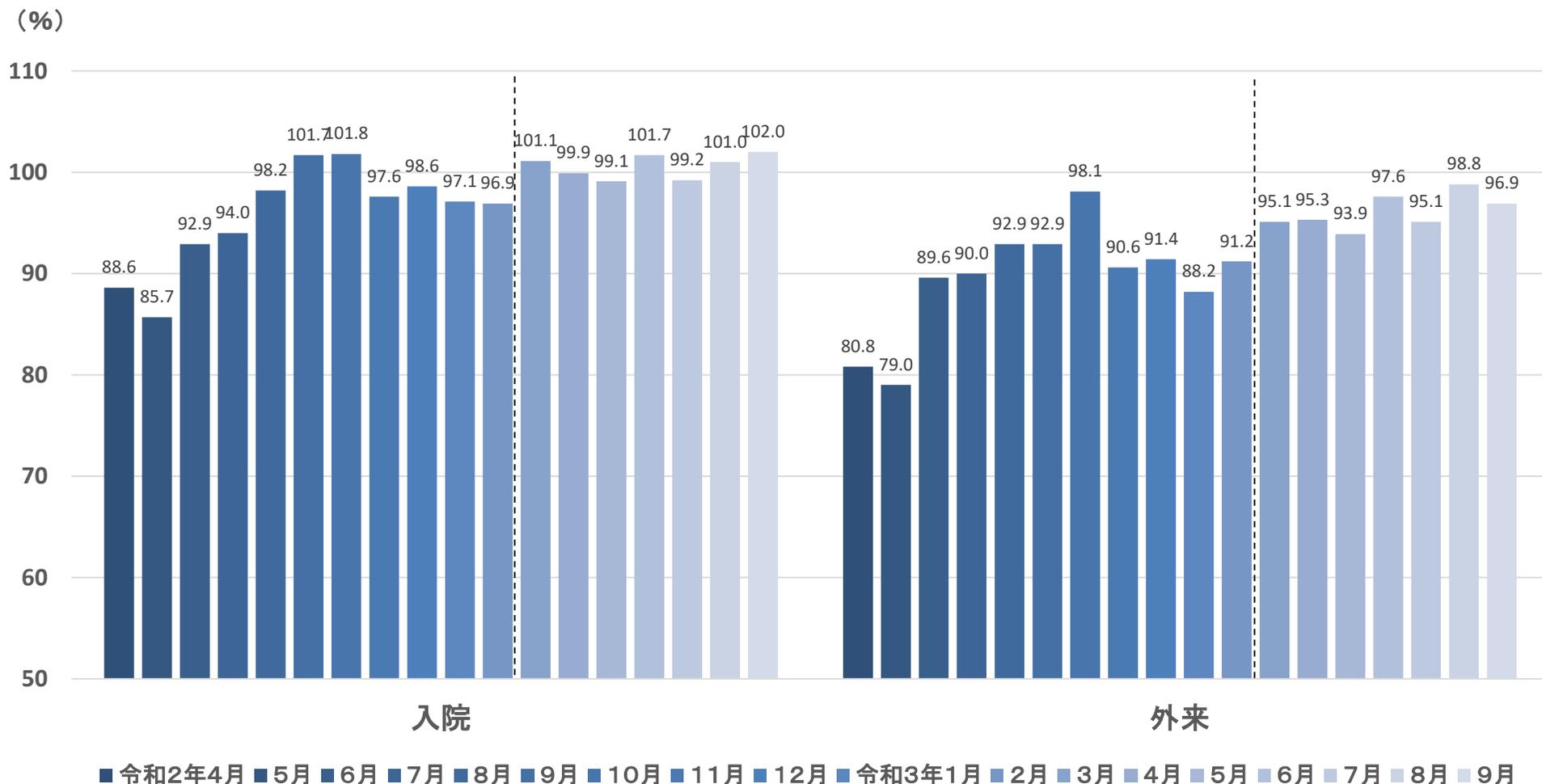
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化②（医科のうち入院・外来別）

医科のうち入院・外来別レセプト件数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載

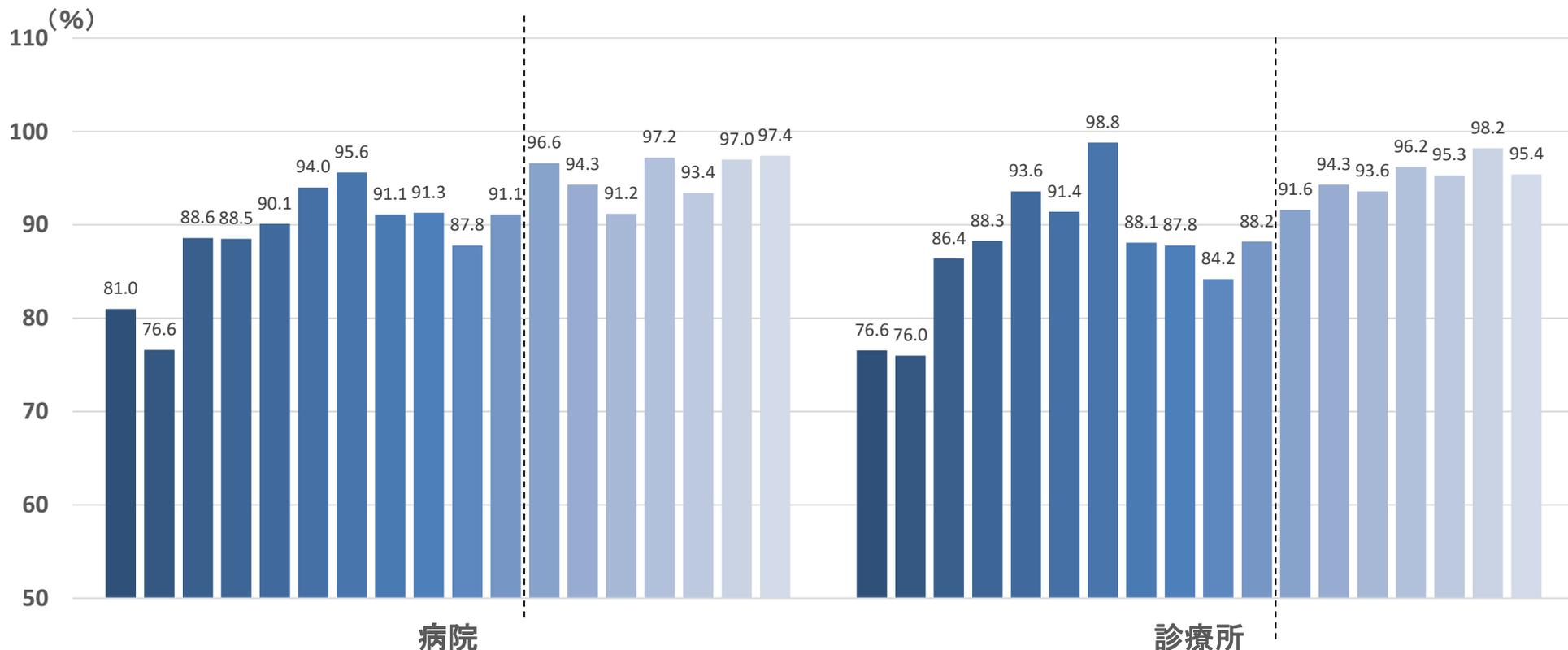


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化③（医科のうち病院・診療所別）

医科のうち病院・診療所別レセプト件数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



■ 令和2年4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月 ■ 10月 ■ 11月 ■ 12月 ■ 令和3年1月 ■ 2月 ■ 3月 ■ 4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月

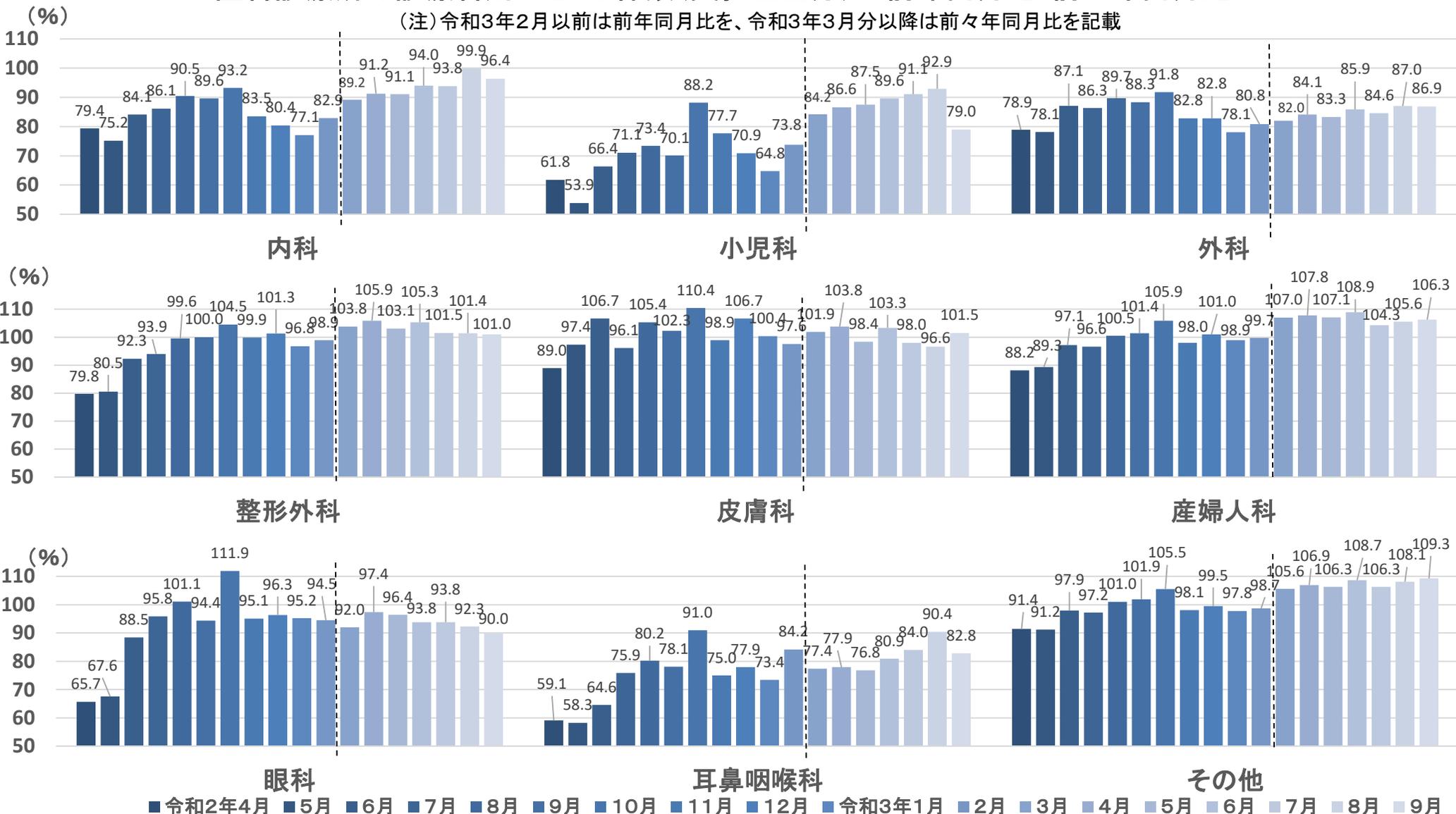
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化④（医科診療所の診療科別）

医科診療所の診療科別レセプト件数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



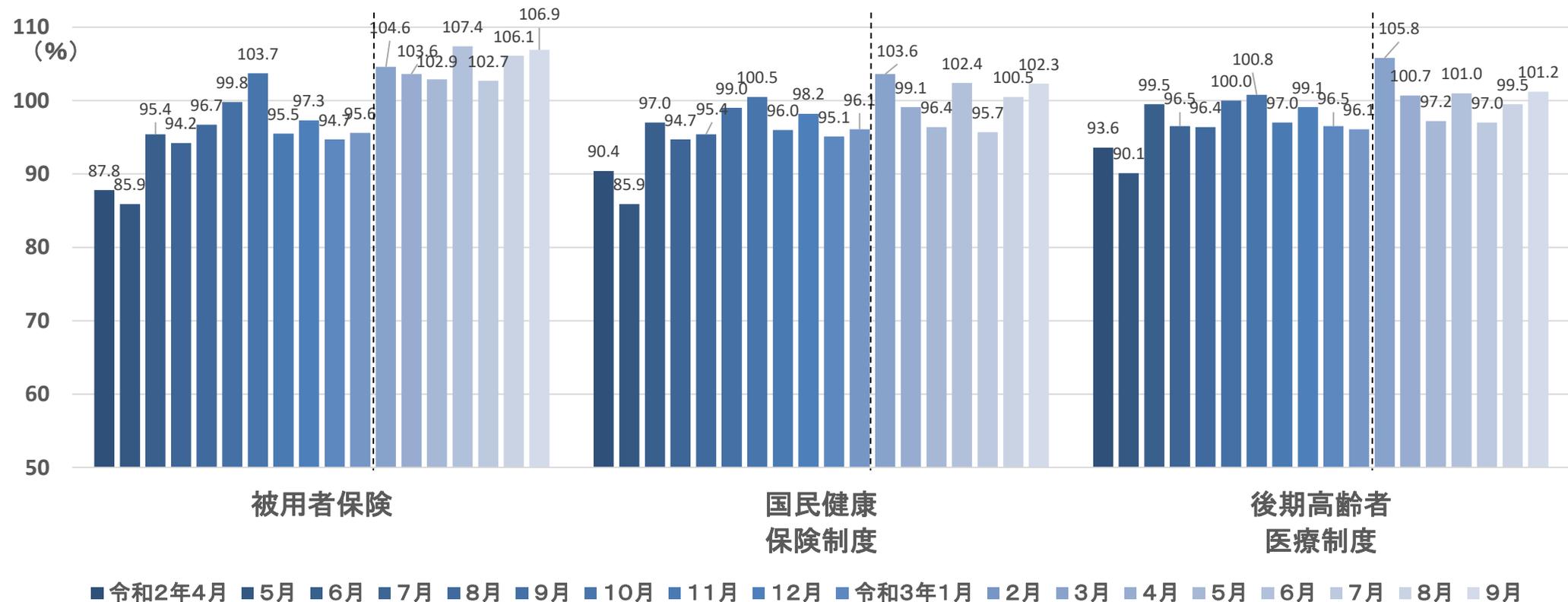
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化①（制度別）

制度別レセプト総点数の前年同月比・前々年同月比

（注）令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載

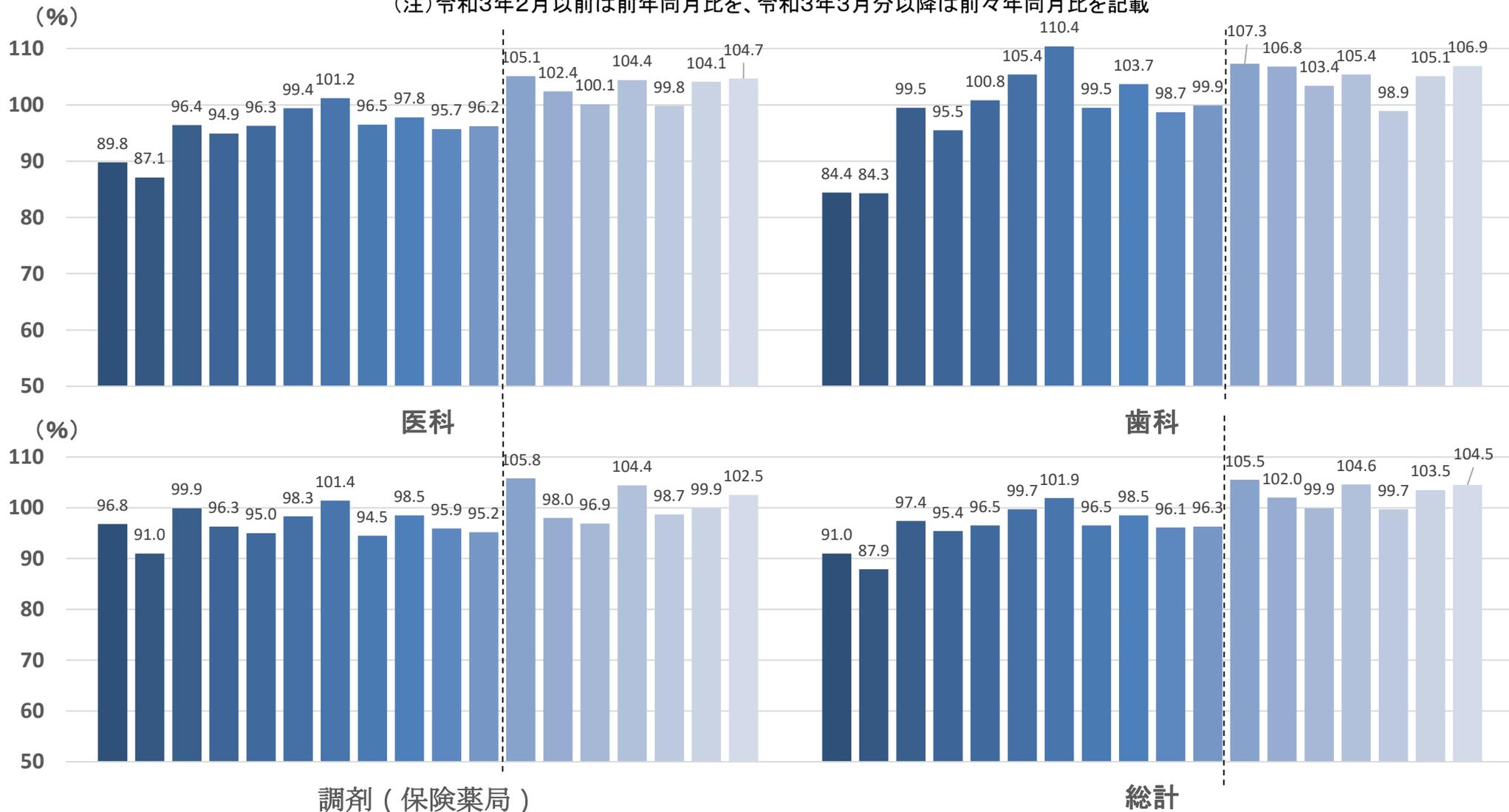


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化② (診療種別)

診療種別総点数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



■ 令和2年4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月 ■ 10月 ■ 11月 ■ 12月 ■ 令和3年1月 ■ 2月 ■ 3月 ■ 4月 ■ 5月 ■ 6月 ■ 7月 ■ 8月 ■ 9月

※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプト

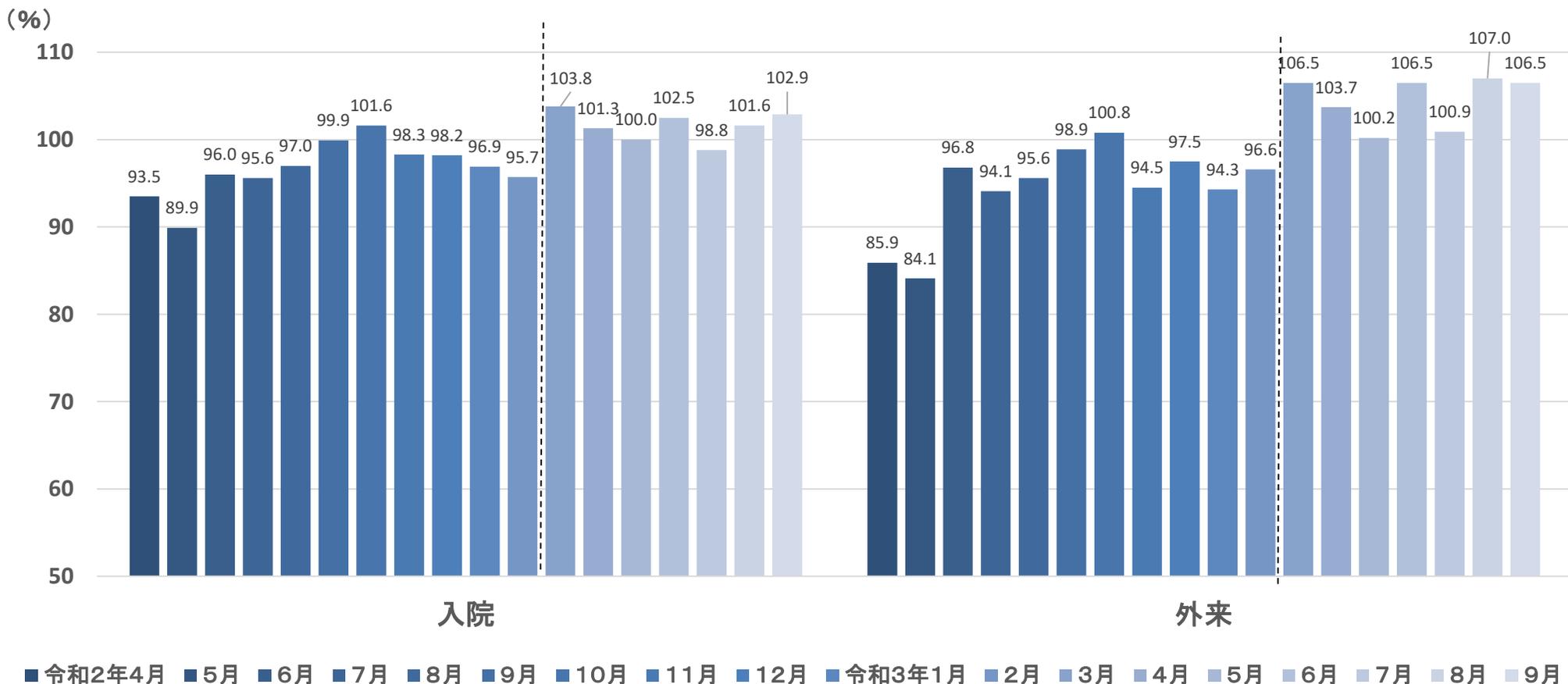
の確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、食事・生活療養費、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化③（医科のうち入院・外来別）

医科のうち入院・外来別点数(支払基金・国保連合会分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載

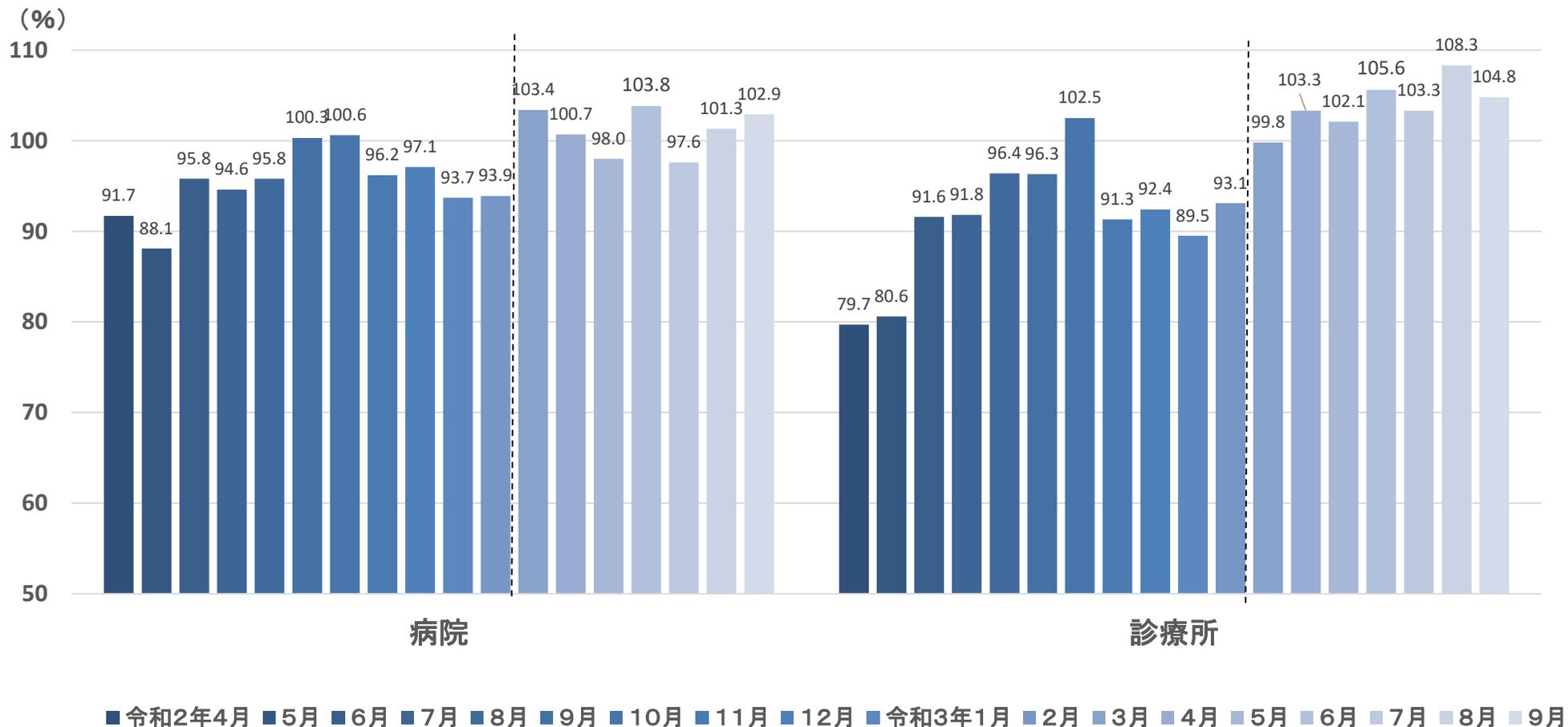


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化④（医科のうち病院・診療科別）

医科のうち病院・診療所別点数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注)令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載

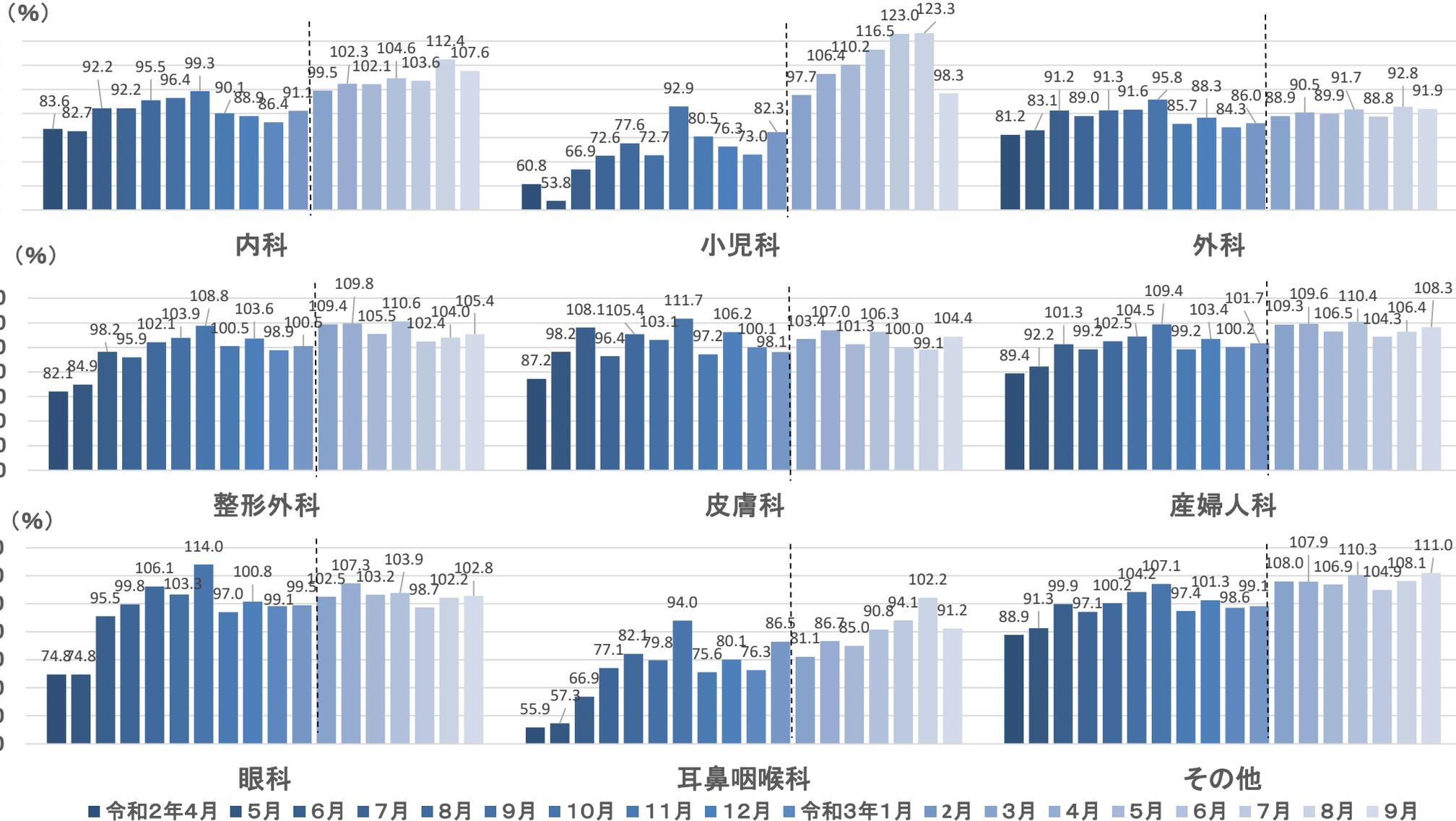


- ※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。
- ※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化⑤ (医科診療所の診療科別)

医科診療所の診療科別レセプト点数(支払基金分)の前年同月比・前々年同月比

(注) 令和3年2月以前は前年同月比を、令和3年3月分以降は前々年同月比を記載



※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比及び前々年同月比を機械的に算出。
 ※2 再審査等の調整前の数値。

集中治療室における新型コロナウイルス感染症に係る診療について

- これまで、重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を2倍（令和2年4月18日～）、3倍（令和2年5月26日～）に引き上げる等の特例的な評価を行っている。
- （一社）日本集中治療医学会において、以下の内容に関するアンケート調査を実施予定とのことであり、当該結果も参考にしつつ、今後、特例的な評価の効果等を検証していくこととしたい。

【アンケート調査の概要】（集中治療医学会より聴取）

- 調査方法：アンケート調査票の送付・回収
- 調査対象施設：集中治療医学会の評議員の所属施設 約240医療機関
- 調査時期：令和3年7月
- 調査項目（例）：
 - ・新型コロナウイルス感染症の患者の治療に要する人員数（医師、看護師、臨床工学技士、その他の職種）
 - ・診療報酬上の措置を講じた令和2年4月、5月と現在とで、新型コロナウイルス感染症患者の治療に要する人員数に違いがあるか
 - ・一般病棟等から集中治療室へ看護師を移動し人員の増強を行ったか
 - ・通常、集中治療室で働く医師以外にも集中治療室での勤務を課したか

日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要①

【回答施設の概要】

- 2021年7月19日から8月1日の期間に225施設にアンケートを依頼し、113施設より回答を得た。
- 回答の多かった都道府県は、北海道（4）、埼玉（6）、千葉（7）、東京（14）、神奈川（9）、愛知（6）、京都（4）、大阪（11）、兵庫（6）、福岡（6）であった。この10都道府県で73施設（65%）であった。
- 開設者は、以下のとおりであった。

	回答数(割合)
国公立大学病院(本院)	38(33.63%)
国公立大学病院(分院)	2(1.77%)
私立大学病院(本院)	16(14.16%)
私立大学病院(分院)	7(6.19%)
国公立病院	12(10.62%)
公的病院	26(23.01%)
民間病院	10(8.85%)
その他	2(1.77%)

- 新型コロナ以前に届け出ていた重症系ユニットの状況は、以下のとおりであった（複数回答）。

	平均数	合計数	回答数
特定集中治療室管理料1又は2	12	1,066	92
特定集中治療室管理料3又は4	8	432	53
救命救急入院料1又は3	14	816	60
救命救急入院料2又は4	8	387	51
小児特定集中治療室管理料	3	125	38
ハイケアユニット入院医療管理料	10	645	63
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	3	139	44

日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要②

【新型コロナを踏まえた体制、受け入れ状況①】

- 2020年2月から2021年6月の間に、重症の新型コロナ患者（※）用に1床以上確保した重症系ユニットの状況は以下のとおりであった（複数回答）。 ※集中治療室等での管理、人工呼吸器管理又はEMCMOによる管理が必要な患者

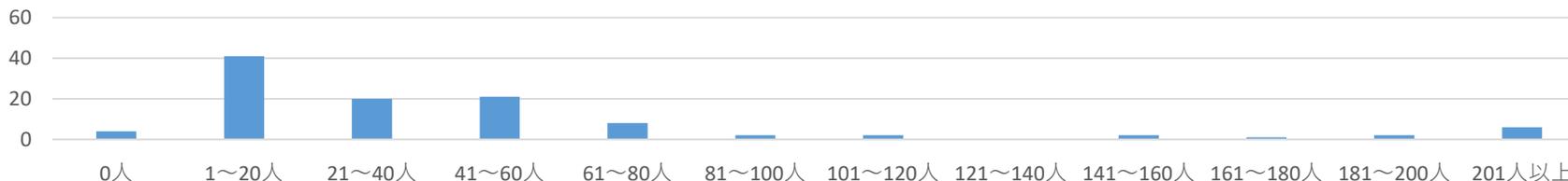
	回答数(割合)
特定集中治療室管理料1又は2	59(52.21%)
特定集中治療室管理料3又は4	26(23.01%)
救命救急入院料1又は3	30(26.55%)
救命救急入院料2又は4	25(22.12%)
小児特定集中治療室管理料	6(5.31%)
ハイケアユニット入院医療管理料	30(26.55%)
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0(0%)
その他	15(13.27%)

- 2020年2月から2021年6月の間に、重症の新型コロナ患者に対応する目的で行った重症系ユニットの再編の状況は以下のとおりであった（複数回答）。

	回答数(割合)
特定入院料の転換(HCU→ICUなど)	20(21.98%)
ユニット病床の増床	15(16.48%)
ユニット病床の減床	38(41.76%)
その他	35(38.46%)

- 重症の新型コロナ患者の受入れ患者数の分布は以下のとおりであった（n=109）。

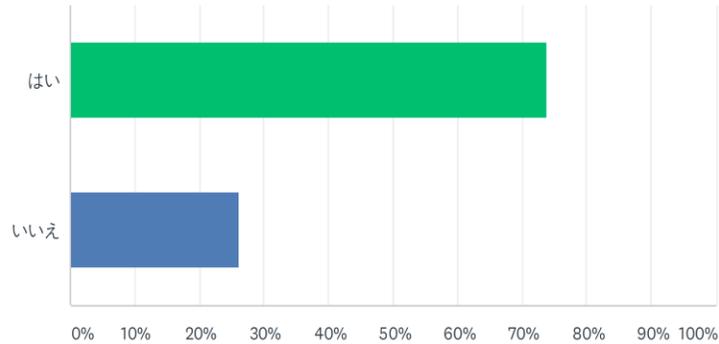
(施設数)



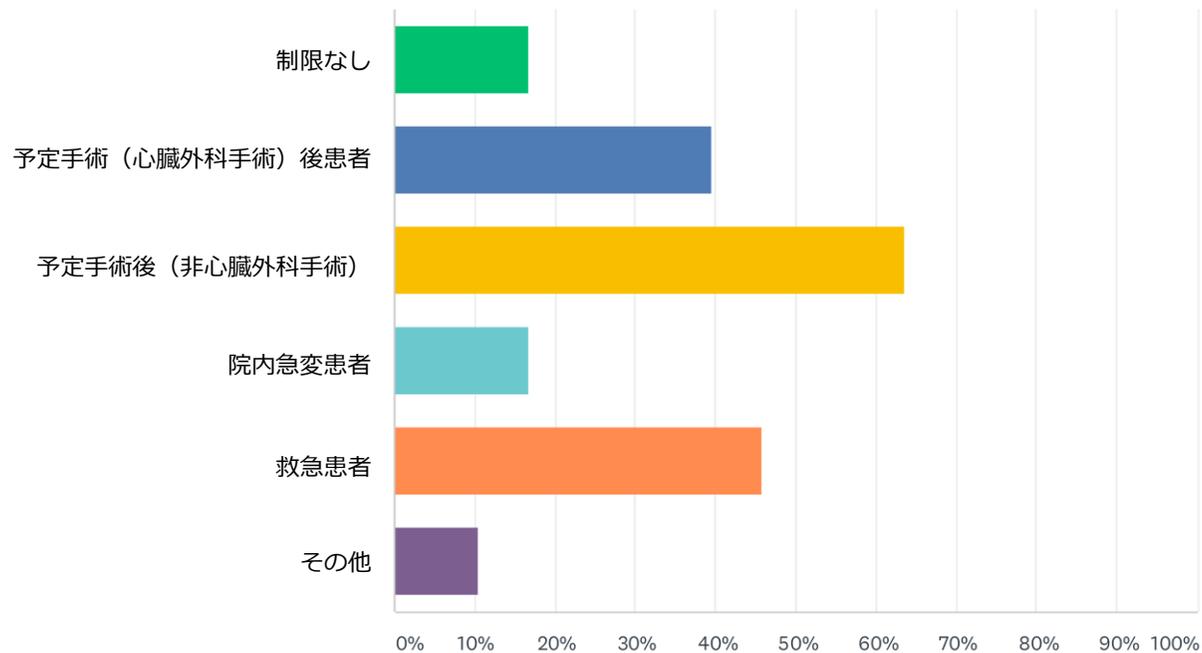
日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要③

【新型コロナを踏まえた体制、受け入れ状況②】

- 新型コロナ感染症患者ではない重症患者のICU等への入室を制限したか (n=107)。



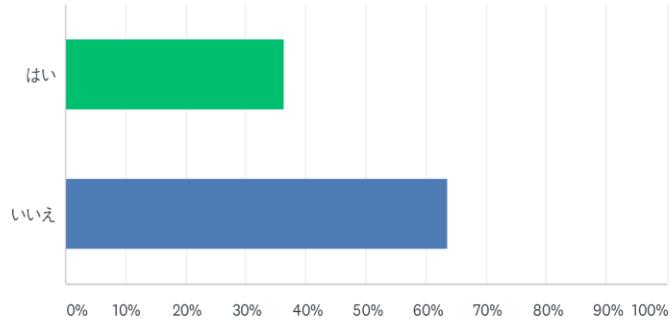
- どのような患者の入室を制限したか (複数回答) (n=96)。



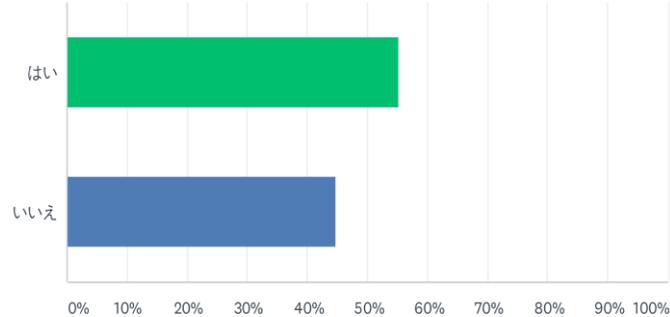
日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要④

【新型コロナ診療に係る人員体制（以降は、新型コロナ受け入れ病院のみ）】

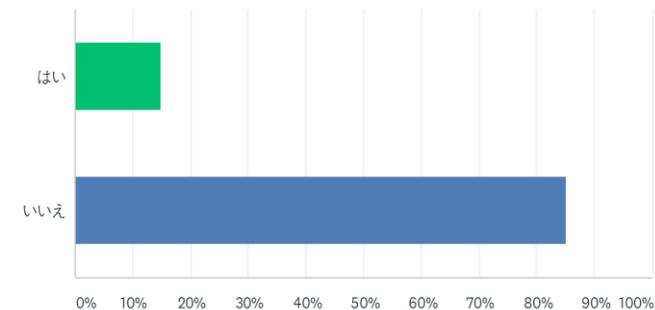
○ 平時にICU等に勤務していない医師にICU等での勤務を課したか (n=107)。



○ 平時にICU等に勤務していない看護師にICU等での勤務を課したか (n=107)。



○ 平時にICU等に勤務していない臨床工学技士にICU等での勤務を課したか (n=107)。

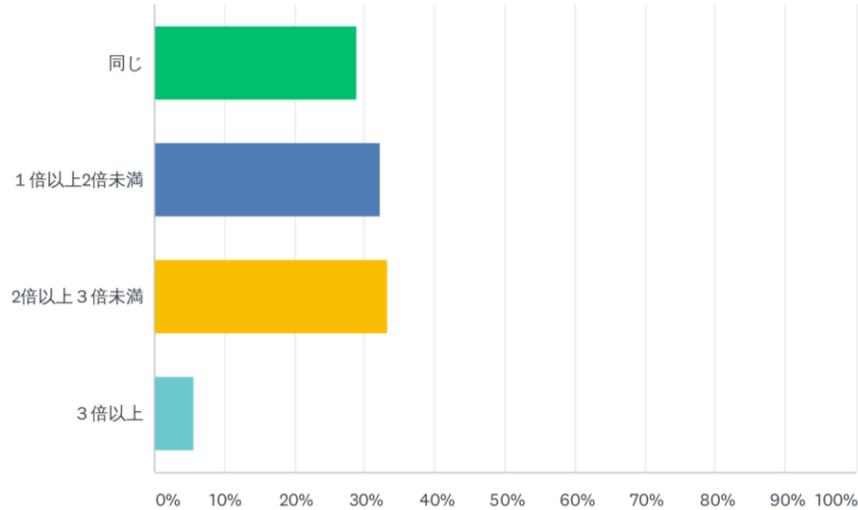


日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要⑤

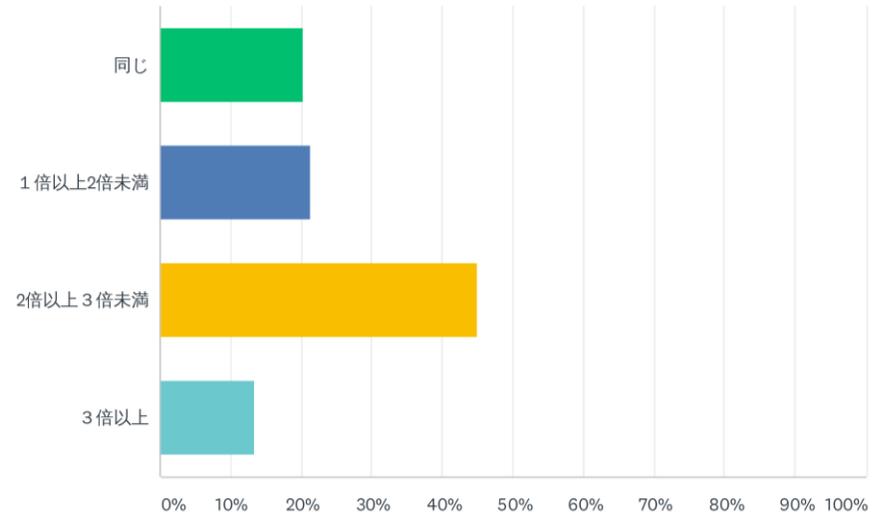
【重症の新型コロナ診療に必要であった人員①】

○ 同等の重症患者の管理と比べ、ECMO管理を要するコロナ患者の治療に必要であった医療スタッフの数

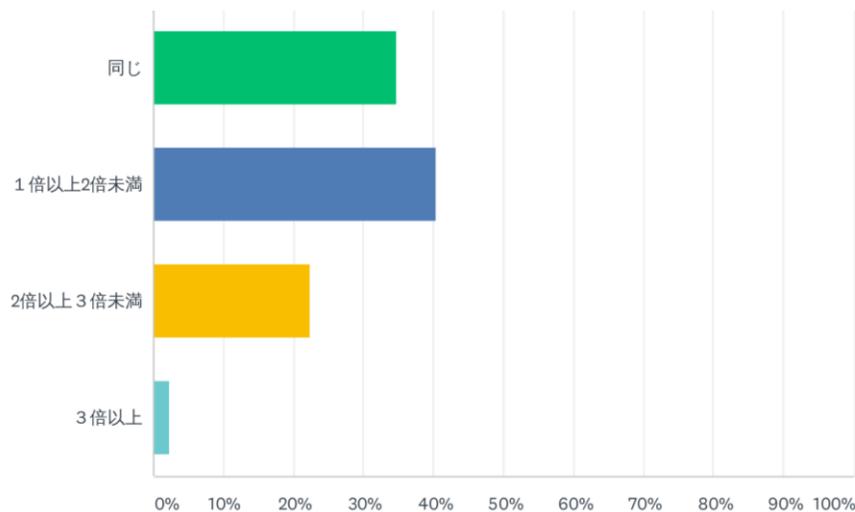
医師 (n=90)



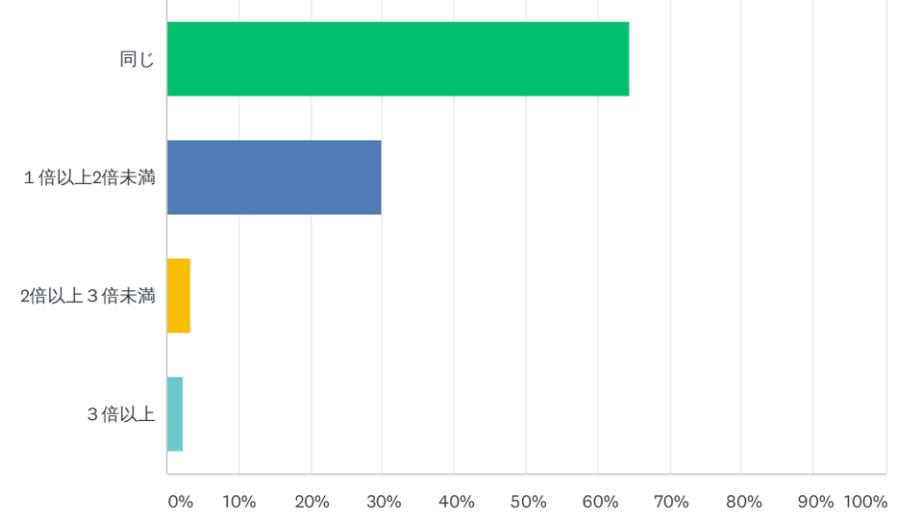
看護師 (n=89)



臨床工学技士 (n=89)



その他の医療スタッフ (管理栄養士など) (n=90)

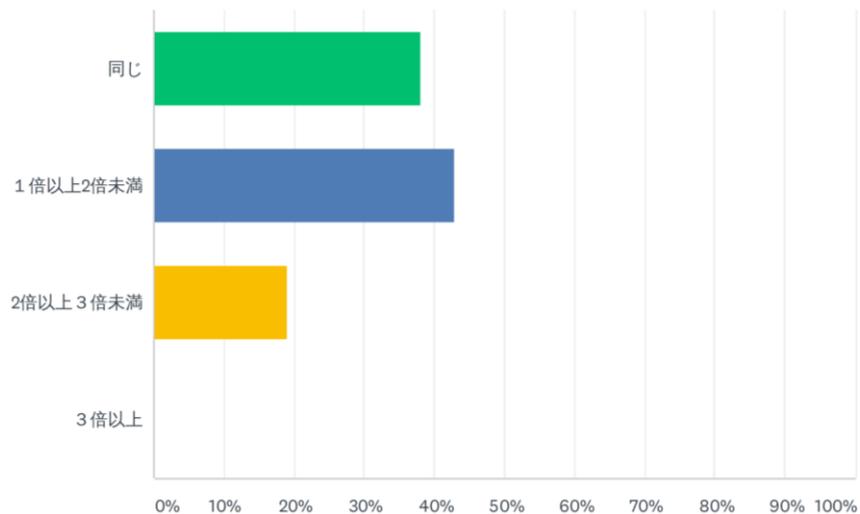


日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要⑥

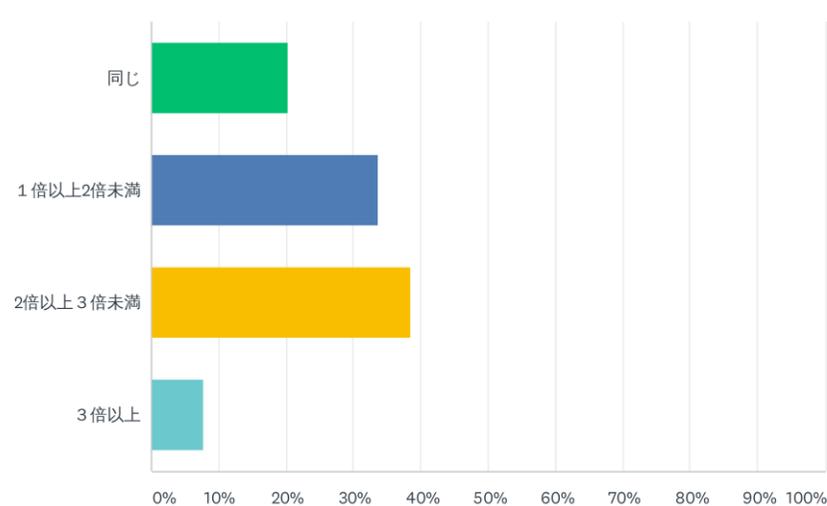
【重症の新型コロナ診療に必要であった人員②】

○ 同等の重症患者の管理と比べ、人工呼吸器管理を要するコロナ患者の治療に必要であった医療スタッフの数

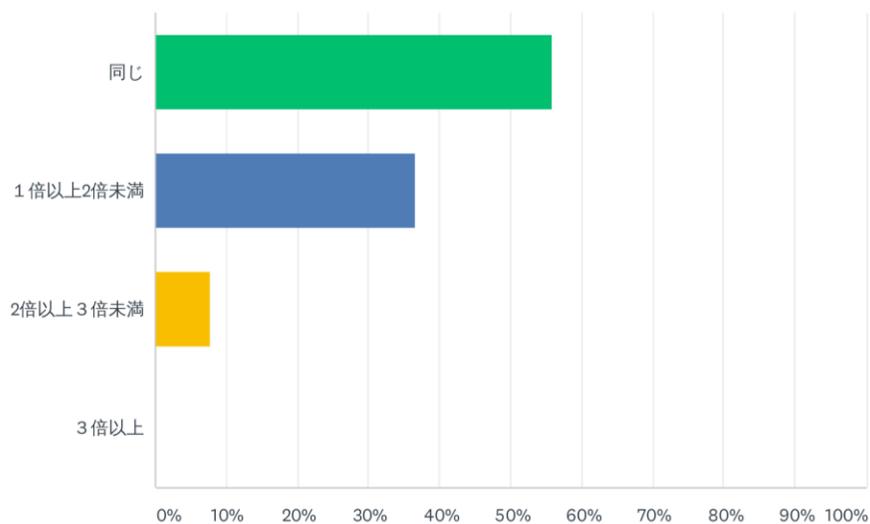
医師 (n=105)



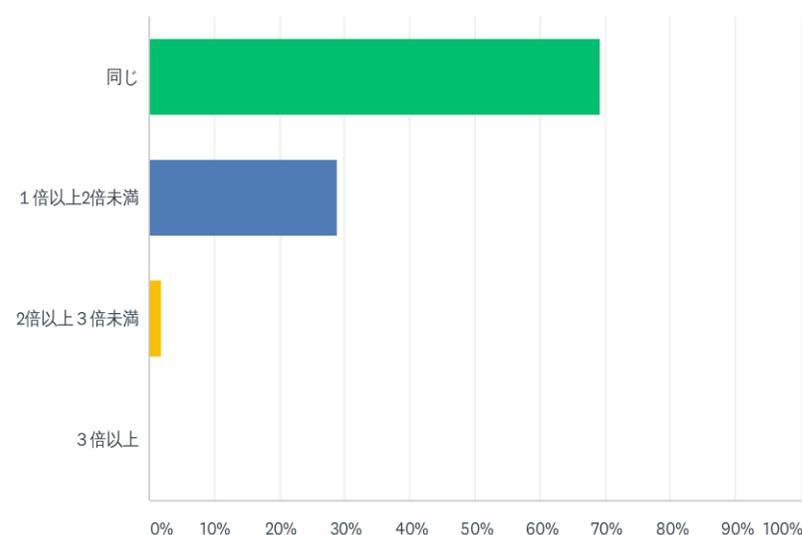
看護師 (n=104)



臨床工学技士 (n=104)



その他の医療スタッフ (管理栄養士など) (n=104)

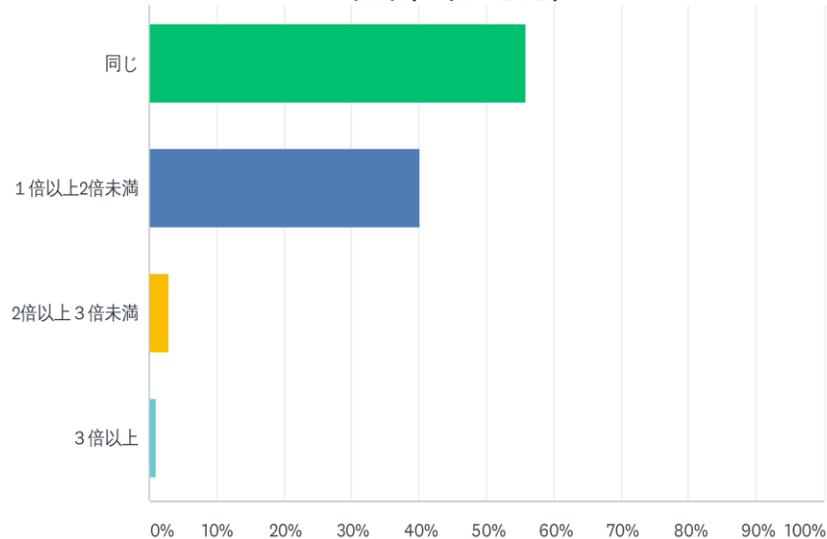


日本集中治療医学会によるアンケート調査結果概要⑦

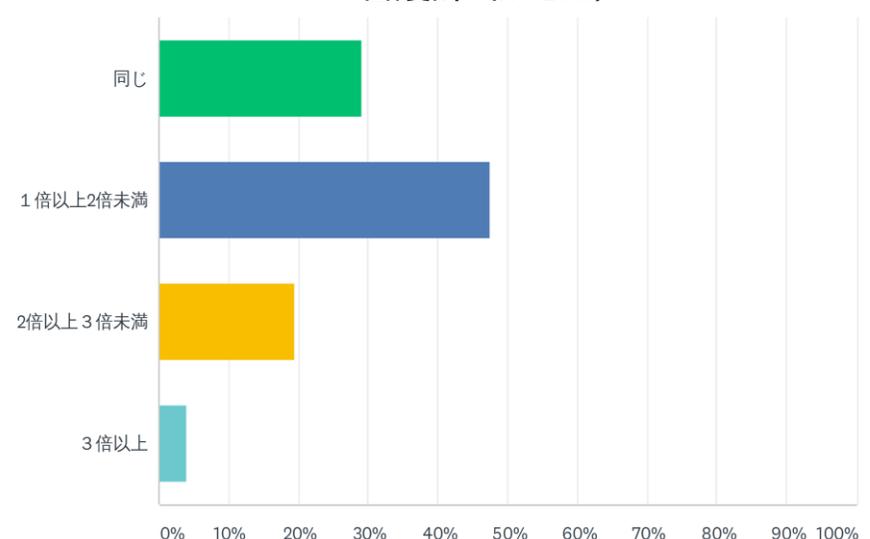
【重症の新型コロナ診療に必要であった人員③】

○ 同等の重症患者の管理と比べ、ICU等での管理を要するコロナ患者の治療に必要であった医療スタッフの数

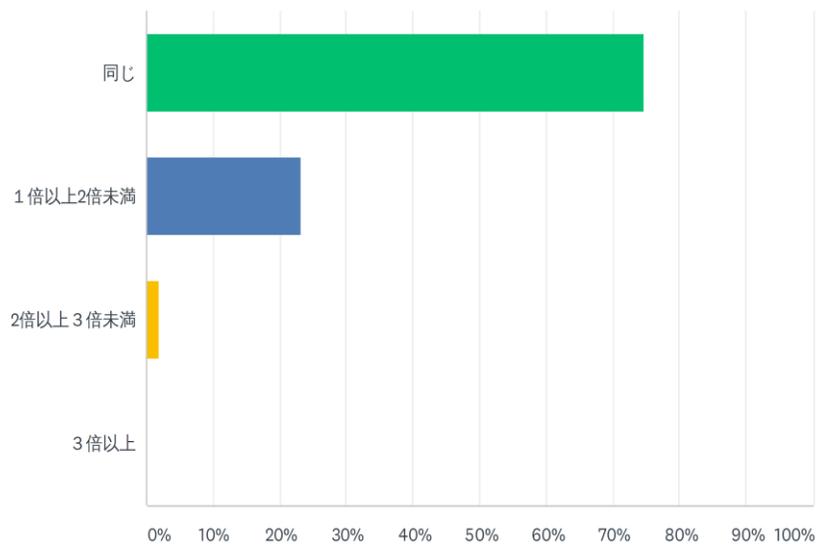
医師 (n=102)



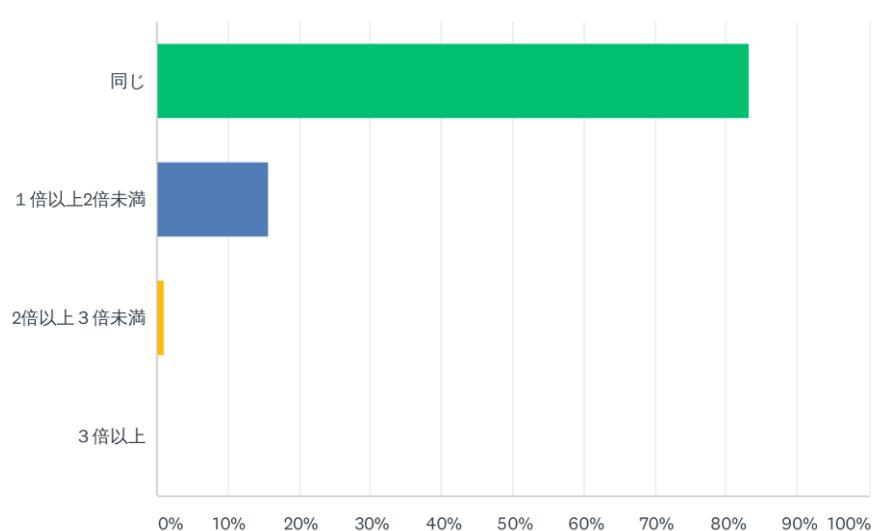
看護師 (n=103)



臨床工学技士 (n=103)



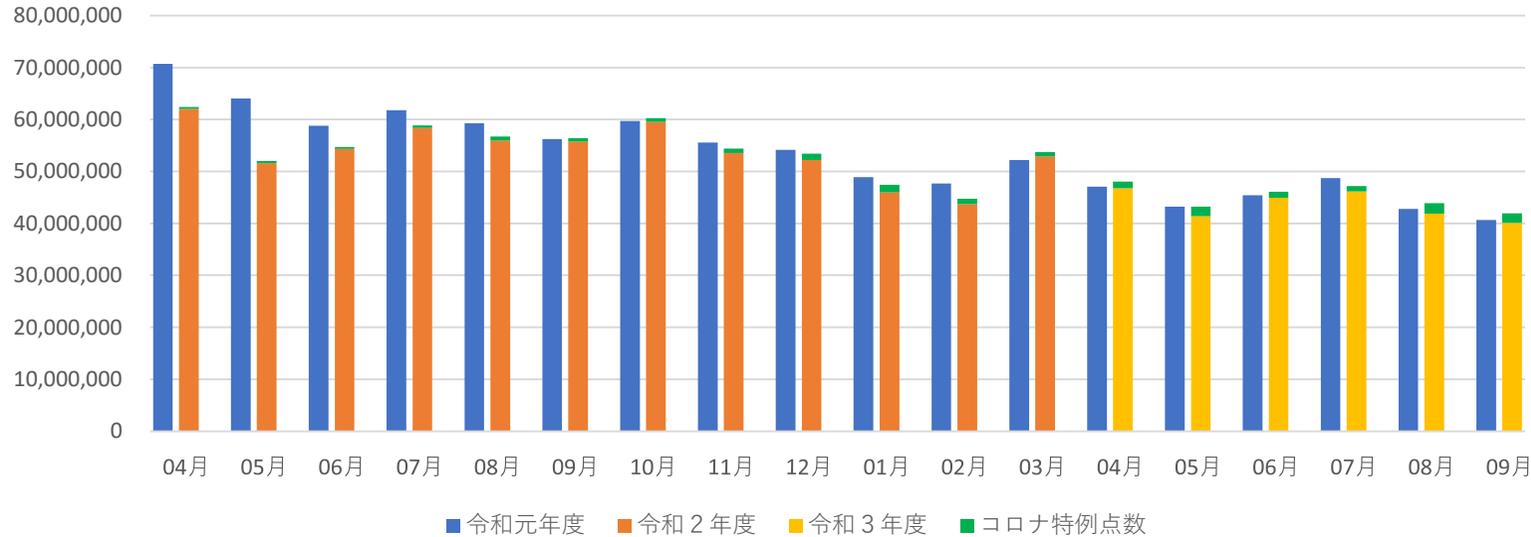
その他の医療スタッフ (管理栄養士など) (n=102)



新型コロナウイルス感染症受入医療機関における入院の実績点数

○ データ提出加算を届出ている医療機関のうち、新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関（※1）における、令和元年度、令和2年度及び令和3年度の入院の平均の実績点数及び新型コロナウイルス感染症に係る特例的な評価に関する点数（※2）は、以下のとおりであった。

新型コロナウイルス感染症受け入れ医療機関における各月の入院の実績点数平均(点)



【新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関における、入院の実績点数の対前年度比の平均値】

	令和2年度												令和3年度					
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月※	5月※	6月※	7月※	8月※	9月※
対前年度比 (特例以外の点数)	89.97%	83.81%	96.76%	97.31%	96.51%	100.74%	99.76%	96.35%	96.42%	94.20%	90.81%	100.01%	99.34%	96.18%	98.36%	95.66%	98.76%	98.53%
対前年度比 (特例含む点数)	90.59%	84.46%	97.47%	98.31%	98.41%	102.53%	101.54%	98.49%	99.19%	97.69%	93.57%	102.57%	102.97%	101.26%	101.61%	98.57%	104.24%	103.66%
N	556	571	475	681	869	808	788	1,034	1,239	1,498	1,375	1,213	1,505	1,739	1,616	1,495	1,919	1,880

※令和3年度は対前々年度比

※1 各月において、新型コロナウイルス感染症患者の入院に係る特例評価（ICU等、救急医療管理加算）が1回以上算定されており、令和元年度以降継続してデータを提出している医療機関を集計の対象とした。

※2 「コロナ特例点数」には、新型コロナウイルス感染症患者の入院に係る特例評価以外も含めて集計している。

コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症患者の外来診療及び入院管理について、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」を踏まえた診療報酬上の特例的な対応は、以下のとおり（令和2年4月8日付け事務連絡発出）。

外来における対応

新型コロナウイルスへの感染を疑う患者

- 必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価

B001-2-5
院内トリアージ実施料
(300点/回)

入院における対応 ※

入院を必要とする
新型コロナウイルス
感染症患者

- 入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対する診療を評価
- 必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価

感染症病棟、一般病棟

A205
救急医療管理加算
(950点/日)

- 特例的に、14日間まで算定できることとする

A210の2
二類感染症患者入院診療
加算
(250点/日)

※ 個室又は陰圧室において受け入れた場合については、二類感染症患者療養環境特別加算（200～500点/日）を算定できることを明確化。

※ 感染症病棟及び一般病棟のみで新型コロナウイルス感染症患者を受け入れることが困難な場合が想定されることを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は療養病棟入院基本料を算定する病棟に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合については、それぞれ、在宅患者支援病床初期加算（300点/日）又は在宅患者支援療養病床初期加算（350点/日）を算定できることを明確化。

新型コロナウイルス感染症患者（中等症・重症）の受入れに係る特例的な対応

（令和2年4月18日付け事務連絡発出）

1. 「重症」の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価

- ECMO（体外式心肺補助）や人工呼吸器（持続陽圧呼吸法（CPAP）等を含む。）による管理等、呼吸器を中心とした多臓器不全に対する管理を要する患者への診療の評価が必要
 → 特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している重症の新型コロナウイルス感染症患者に対する治療への**評価を2倍に引き上げる**こととする。※特定の患者についてはより長期間高い評価とする。

2. 「中等症」の新型コロナウイルス感染症患者の治療に係る評価

- 中等症以上の患者（※酸素療法が必要な患者を想定）の重症化や、他の患者及び医療従事者への感染を防ぐことが必要
 → 中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者については、**救急医療管理加算の2倍相当（約2万円弱）の加算**を算定できることとする。

3. 医療従事者の感染リスクを伴う診療の評価

- 医療従事者の感染リスクを伴う診療の評価が必要
 → 人員配置に応じて、追加的に**二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できる**こととする。（例：ICUの場合 患者一人当たり約1万円/日）

※1について、簡易な報告で柔軟に算定できるようにする（2及び3は届出不要）

		現在		見直し後	
重症者 (ECMO、人工呼吸器)	救命救急入院料 (救命救急センター)	102,230円(3日以内) ～78,970円(8日～14日以内)		204,460円 ～157,940円 2倍	+10,000円 4倍 (二類感染症患者 入院診療加算相当)
	特定集中治療室管理料 (ICU)	142,110円(3日以内) ～81,180円(8日～14日以内)		284,220円 ～162,360円 2倍	+10,000円 4倍 (同上)
	ハイケアユニット 入院医療管理料(HCU)	68,550円 ～42,240円		137,100円 ～84,480円 2倍	+5,000円 2倍 (同上)
中等症 (酸素療法)	急性期一般入院基本料	21,000円 ～18,320円	+9,500円 (救急医療管理加算) +2,500円 (二類感染症患者 入院診療加算) 4/8に措置済み	21,000円 ～18,320円	+19,000円 2倍 (救急医療管理加算) +2,500円 (同左)

新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な対応

- 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の増加に対応可能な医療体制の構築に向けて、患者の診療に係る実態等を踏まえ、特例的に以下の対応をすることとする（令和2年5月26日付け事務連絡発出）。

1. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価の見直し（*1）

- 重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を3倍に引き上げる。

※ 例：特定集中治療室管理料3（平時）9,697点 → 臨時特例（2倍）19,394点 → 更なる見直し（3倍）29,091点

- 中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、救急医療管理加算の3倍相当（2,850点）の加算を算定できることとする。

*1 専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う医療機関であること。

2. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲の見直し

- 重症患者の対象範囲について、医学的な見地からICU等における管理が必要な患者を追加する。
- 中等症患者の対象範囲について、医学的な見地から急変に係るリスク管理が必要な患者（*2）を追加する*2 免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクを鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない者を想定。

3. 長期・継続的な治療を要する新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価

- 中等症患者のうち、継続的な診療が必要な場合には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、15日目以降も算定できることとする。
- 新型コロナウイルス感染症から回復した患者について、転院を受け入れた医療機関への評価を設ける。

4. 疑似症患者の取扱いの明確化

- 新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間については、今般の新型コロナウイルス感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化する。

新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症入院患者の受入れについて、呼吸不全管理を要する中等症以上の患者に対する診療及び管理の実態等を踏まえ、特例的に以下の対応を行うこととする（令和2年9月15日付け事務連絡発出）。

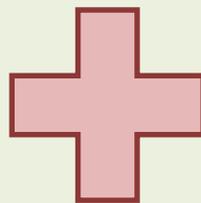
さらなる診療報酬上の対応

- 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症入院患者に対する診療の評価の見直し

中等症の患者に対する診療・管理の実態

【重症化早期発見のために】

- ✓ 1日3回のバイタルチェック
- ✓ 一般血液、生化学、尿検査の実施
- ✓ 抗ウイルス薬投与の検討



「呼吸不全状態の中等症の患者」の場合

【敗血症・多臓器不全の併発を念頭に】

- ✓ 酸素療法の開始
- ✓ 動脈血液ガス分析・画像検査等の実施
- ✓ ステロイド薬等の投与を検討
- ✓ 人工呼吸への移行を考慮



中等症患者のうち、呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者について、**救急医療管理加算の5倍相当(4,750点)**を算定できることとする。

※ 呼吸不全管理を要しない中等症患者について、救急医療管理加算の3倍相当(2,850点)の算定が可能

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症に関する新たな知見が明らかとなっていることや、新型コロナウイルス感染症の診療における感染患者の年齢構成の変化、診療に係る人材のさらなる確保の必要性も踏まえ、感染が急速に拡大している間、以下の対応をすることとする。（令和3年8月27日事務連絡発出）

1. 新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る評価

- 入院加療を実施している患者*の診療に係る評価を、3倍から **4倍に引き上げる**。

※ これまでの臨時特例 救急医療管理加算（3倍）2,850点 → 今回の見直し 救急医療管理加算（4倍）**3,800点**

* 酸素療法が必要な状態の患者のほか、免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクに鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない患者を含む。
（中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の投与のため、入院管理を行う患者を含む。）

- 呼吸不全管理を要する患者（中等症Ⅱ）以上の診療に係る評価を、5倍から **6倍に引き上げる**。

※ これまでの臨時特例 救急医療管理加算（5倍）4,750点 → 今回の見直し 救急医療管理加算（6倍）**5,700点**

（参考）

- 令和2年9月以降、新型コロナウイルス感染症の感染状況・診療には、以下のような変化が生じている。
 - 新型コロナウイルス感染症患者の年齢構成が、若年齢層にシフトしている。
 - より多くの重症化のリスク因子が明らかとなるなど、診療の際に注意を要する事項が増加している。
 - 新たな知見に基づく、医薬品の使用が進んでいる。
 - ▼ ~中等症Ⅰの患者に対する中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の投与が可能になった。
 - ▼ 中等症Ⅱ以上の患者に対するバリシチニブ（レムデシビルと併用）の投与が可能となった。
- これらの変化を踏まえ、以下のような診療の必要性が生じている。
 - ・ 患者像の変化に対応するため、多職種連携を含むより手厚い体制に係る医療従事者のさらなる確保が必要
 - ・ 病態を踏まえた迅速な治療方針の決定や重症化に備え、重点的な観察・頻回の検査等が必要
 - ・ 血液検査で重症化マーカーを検索・フォローし、より重篤な状況への移行を見極める必要

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、小児に対する診療の実態や、新型コロナウイルス感染症から回復した後の継続的な治療の必要性の観点から、感染が急速に拡大している間、期中における臨時異例の措置として、以下の対応を行うこととしている（令和2年12月15日付け事務連絡発出）。
- このうち、小児の外来診療に係る措置については、令和3年9月末まで行う。「同年10月以降については、～同年度末まで規模を縮小した措置を講じること～を基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

1. 外来における小児診療等に係る評価

- 感染予防策の実施について、成人等と比較して、
 - ・ 親や医療従事者と濃厚接触しやすいため（抱っこ、おむつ交換など）、感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要であること
 - ・ 訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭においた対策が必要であること

などから、より配慮が求められる6歳未満の乳幼児への外来診療等に対する評価が必要

→ 小児特有の感染予防策（※）を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に

- 医科においては、**100点**（令和3年10月からは、50点）
- 歯科においては、**55点**（令和3年10月からは、28点）
- 調剤についても、**12点**（令和3年10月からは、6点）

に相当する点数を、特例的に算定できることとする。

※ 「小児の外来診療におけるコロナウイルス感染症2019（COVID-19）診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し、同意を得ること。

2. 新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援

- 新型コロナウイルス感染症の回復後においても、感染対策を実施するための体制整備が必要
- 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げる。

※ これまでの臨時特例 二類感染症患者入院診療加算（1倍）250点 → 今回の見直し 二類感染症患者入院診療加算（3倍）750点

新型コロナウイルス感染症患者について

- ①療養病床(都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床)について、一般病床とみなして、**病床確保料の対象**とできることとした。(令和3年1月13日付事務連絡)【同日から適用】
 - ・ 重症者・中等症者病床 41,000円/日
 - ・ その他病床 16,000円/日
- ②療養病床(都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床)に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合、一般病床とみなし、**一般病棟入院基本料のうち特別入院基本料**を算定できる旨を明確化。(令和3年1月13日付事務連絡)【取扱いの明確化】
 - ・ 検査・治療に係る費用について、出来高で算定することが可能
 - ・ 中等症患者に係る救急医療管理加算の特例算定(3倍・2,850点)等が算定可能

回復患者について

- ①新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合は、二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点/日)を算定できる。(令和2年12月15日付事務連絡)【同日から適用】
- ②新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算(950点/日)を最大90日間算定できる。(令和3年1月22日事務連絡)【同日から適用】
- ③新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、個室で、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合は、二類感染症患者療養環境特別加算の個室加算(300点/日)を最大90日間算定できる。(令和3年5月11日事務連絡)【同日から適用】

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応について

○ **新型コロナウイルスに感染した妊産婦について、診療上の対応に係る追加的な配慮や患者の受入に万全の体制整備を図る必要があるといった観点から、新型コロナウイルスに感染した妊産婦に対して診療を行った場合に以下が算定できることを明確化する。**

ハイリスク妊娠管理加算

1,200点（1日当たり）

別に厚生労働大臣が定める患者について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として加算する

【主な施設基準】

- ・産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること
- ・当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること

ハイリスク分娩管理加算

3,200点（1日当たり）

別に厚生労働大臣が定める患者について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として加算する

【主な施設基準】

- ・当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること
- ・当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること

【主な対象患者】

- ・妊娠22週から32週未満の早産の患者（ハイリスク妊娠管理加算は、早産するまでの患者に限る。）
- ・多胎妊娠の患者
- ・妊娠高血圧症候群重症の患者
- ・心疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ・前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
- ・（ハイリスク妊娠管理加算のみ）Rh不適合の患者

○ **新型コロナウイルスに感染した妊産婦**については、（診療の手引き ver.5.2より）
・妊娠後期に感染した場合、早産率が高まり、患者本人も重症化のリスクがあること
・妊婦にはデキサメタゾンが使用できないなど、通常の成人の診療より慎重な管理を要すること
等を踏まえ、**上記加算の対象患者として含めることを明確化**する^(※)。（※）施設基準は変更無し

なお、

- ・ハイリスク妊娠管理加算については、**21日目以降**
- ・ハイリスク分娩管理加算については、**9日目以降 も算定可能とする。**（令和3年8月27日付事務連絡）

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、宿泊療養・自宅療養における診療の実態等を踏まえた上で、以下の対応とすることとする。

1. 往診・訪問診療に係る評価

- 新型コロナウイルス感染症で自宅・宿泊療養を行っている者について、「通院困難なもの」に該当することを明確化する。（在宅医療の部における同様の要件の診療報酬点数についても同様）
- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した求めに応じて緊急に求められて往診を行った場合、緊急往診加算（325点～850点）の「急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に該当することとする。

※自宅・宿泊療養中の患者に緊急で往診をした場合の算定イメージ

初診料288点+往診料720点+院内トリアージ実施料300点+緊急往診加算850点（※） = 1,008点 + 1,150点

（※）C000往診料注1イ（1）①緊急往診加算850点（機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって病床を有する場合の点数）

2. 訪問看護に係る評価

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症の利用者に対して、主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合、診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外の主治医からの指示であっても緊急訪問看護加算（2,650円）を算定できることとする。

※自宅・宿泊療養中の利用者に緊急で訪問看護をした場合の算定イメージ

訪問看護基本療養費5,550円+管理療養費初日7,440円（2日目以降3,000円）+特別管理加算2,500円（※）+緊急訪問看護加算2,650円

= 12,990円 + 5,150円 ※月1回の算定

3. 酸素療法に係る評価

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者に対し在宅酸素療法を実施した場合、「在宅酸素療法指導管理料2 その他の場合」の対象患者に該当することとし、在宅酸素療法指導管理料2,400点を算定できることとする。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、自宅・宿泊療養の需要が増加していくことが見込まれる状況に鑑み、自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ感染症患者に対し往診・訪問診療・訪問看護を実施した場合の評価を拡充。
(往診・訪問診療：令和3年7月30日事務連絡、訪問看護：令和3年8月4日事務連絡)

「往診・訪問診療」の現状(令和3年2月26日事務連絡)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した求めに応じて緊急に求められて往診を行った場合、**緊急往診加算(325点~850点)**の「急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に該当することとしている。

※自宅・宿泊療養中の患者に緊急で往診をした場合の算定イメージ

初診料288点+往診料720点+院内トリアージ実施料300点
+**緊急往診加算850点(注)**=1,008点+**1,150点**(計2,158点)

(注) C000往診料注1イ(1)①緊急往診加算850点(機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって病床を有する場合の点数)

「訪問看護」の現状(令和3年2月26日事務連絡)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者の利用者に対して、主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合、診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外の主治医からの指示であっても**緊急訪問看護加算(2,650円)**を算定することとしている。

※自宅・宿泊療養中の利用者に緊急で訪問看護をした場合の算定イメージ

訪問看護基本療養費5,550円+管理療養費初日7,440円(2日目以降3,000円)+特別管理加算2,500円(注)+**緊急訪問看護加算2,650円**
=12,990円+**5,150円**(計18,140円)(注)月1回の算定

自宅・宿泊療養を行っている新型コロナウイルス感染症患者に対して往診・訪問診療・訪問看護を実施した場合の評価を拡充

「往診・訪問診療」の追加対応(令和3年7月30日~)

- **救急医療管理加算950点**を算定可とする。
(1日当たり1回)

※自宅・宿泊療養中の患者に緊急で往診をした場合の算定イメージ

初診料288点+往診料720点+院内トリアージ実施料300点
+緊急往診加算850点+**救急医療管理加算950点**
=1,008点+1,150点+**950点**(計3,108点)

「訪問看護」の追加対応(令和3年8月4日~)

- **長時間訪問看護加算5,200円**を算定可とする
(1日当たり1回)

※自宅・宿泊療養中の利用者に緊急で訪問看護をした場合の算定イメージ

訪問看護基本療養費5,550円+管理療養費初日7,440円(2日目以降3,000円)+特別管理加算2,500円(注)+緊急訪問看護加算2,650円
+**長時間訪問看護加算5,200円**(注)月1回の算定
=12,990円+5,150円+**5,200円**(計23,340円)

各医療機関等における感染症対策に係る評価

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、全ての患者の診療等に対して感染予防策の徹底及び施設の運用の変更が求められる状況であり、必要な感染症対策に対する評価が必要

○ 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第4版」等を参考に感染予防策(※)を講じることについて、以下の点数に相当する**加算等を算定できる**こととする。

- ◆ 初診・再診（医科・歯科）等については、**1回当たり5点**
- ◆ 入院については、入院料によらず、**1日当たり10点**
- ◆ 調剤については、**1回当たり4点**
- ◆ 訪問看護については、**1回当たり50円**

※ 感染予防策の例

- ・ 全ての患者の診療において、状況に応じて必要な个人防护具を着用した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施
- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修を行う
- ・ 病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う

なお、この特例的な対応については、令和3年9月末までの間行うこととする。「同年10月以降については、～延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

○ 上記のほか、新型コロナウイルス陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、**298点**を算定できることとする。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」（以下「本剤」という。）が外来でも使用できるようになったことを踏まえ、新型コロナウイルス感染症患者に対して外来で本剤を投与した場合の診療報酬上の評価を拡充する。（令和3年9月7日事務連絡）

外来における診療の現状

- 新型コロナウイルス感染症患者に対して、外来における診療を行った場合の診療報酬は、初診288点又は再診73点をはじめとして、以下のとおりとなっている。

外来において診療を行った場合の算定イメージ

初診料（288点）又は再診料（73点）
+
院内トリアージ実施料（300点）【特例】
+
点滴注射（45点）
ほか、処方料（42点）又は処方箋料（68点）、薬剤料 等

追加的対応（令和3年9月7日～）

- 新型コロナ患者に対して外来で中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」の投与を行った場合の診療報酬上の評価を拡充する。

- **救急医療管理加算
950点（投与した日に1回）**

（参考）自宅・宿泊療養患者への診療に係る特例

- 自宅・宿泊療養を行っている新型コロナウイルス感染症患者に対して往診、訪問診療、訪問看護又は電話等による診療を実施した場合の評価を以下のとおり拡充。
 - ・ 往診・訪問診療：**救急医療管理加算950点（1日当たり1回）**（令和3年7月30日事務連絡）
 - ・ 訪問看護：**長時間訪問看護加算5,200円（1日当たり1回）**（令和3年8月4日事務連絡）
 - ・ 電話等による初診・再診：**二類感染症患者入院診療加算250点（1日当たり1回）**（令和3年8月16日事務連絡）

新型コロナウイルス感染症等に係る診療報酬上の特例的な評価の拡充について

- 医療機関等における新型コロナウイルス感染症患者への診療等に対する診療報酬上の特例的な対応を更に拡充した。

外来

- ✓ 疑い患者への外来診療の特例拡充 <令和4年3月末まで>
院内トリアージ実施料の特例300点→**550点**
※ 診療・検査医療機関に限定、自治体HPでの公表が要件
- ✓ コロナ患者への外来の特例拡充
コロナプリーブ投与の場合：950点→**2,850点(3倍)**
その他の場合：**950点**

歯科

- ✓ 呼吸管理を行うコロナ患者の口腔粘膜処置に係る特例 (**100点**)
- ✓ 自宅・宿泊療養中のコロナ患者に対し、訪問診療を実施した場合に係る特例 (**330点(時間要件の緩和)**)

等

在宅

- ✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の往診の特例拡充
コロナプリーブ投与の場合：950点→**4,750点(5倍)**
その他の場合：950点→**2,850点(3倍)**
- ✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護の特例拡充
(520点→**1,560点(3倍)**)

調剤

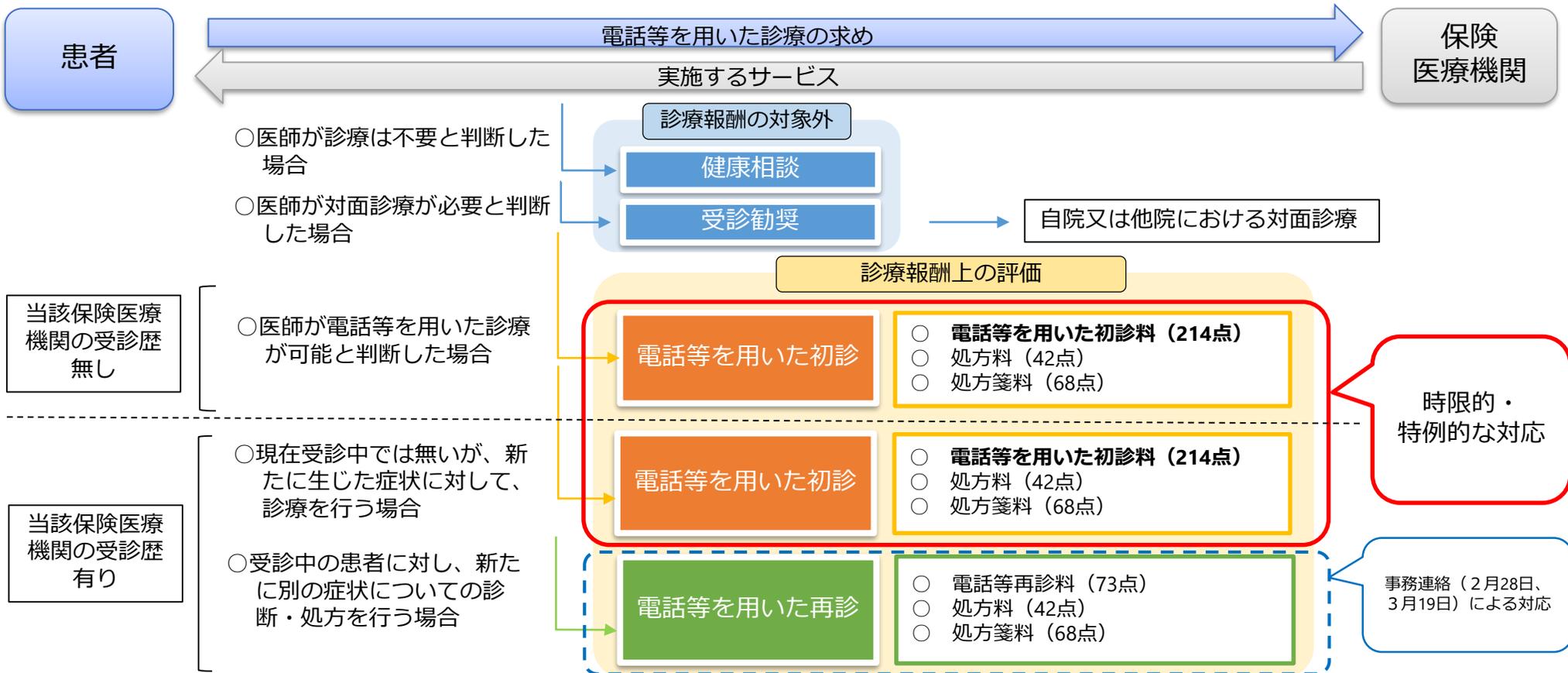
- ✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問/電話等による服薬指導への特例拡充
(訪問：**500点**、電話等：**200点**)
- ✓ 自宅・宿泊療養者の服薬状況の医療機関への文書による情報提供の特例
(30点(月1回まで)→**算定上限撤廃**)

※ 診療報酬における小児外来に係る特例については、以下のとおり支援を継続する。 <令和4年3月末まで>

医科：**50点**、 歯科：**28点**、 調剤：**6点**

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話等を用いた診療に対する診療報酬上の臨時的な取扱い

- 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応とする。（令和2年4月10日付事務連絡）



- 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話等を用いた診療を行う以前より、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、147点（※）を算定することとする。
- 薬局で医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話等による服薬指導を行った場合でも調剤技術料、薬剤料、特定保険医療材料料及び薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとする。
- オンライン診療料の施設基準のうち、「一月あたりの再診料等及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。」については、時限的・特例的な対応として、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、適用しないこととする。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、自宅・宿泊療養の需要が増加していくことが見込まれる状況に鑑み、自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ感染症患者に対し電話等による初診・再診を実施した場合の評価を拡充。
(令和3年8月16日事務連絡)

電話等による初診・再診の現状

- 電話等を用いた初診・再診を行った場合は、下記図のとおり初診214点、再診73点となっている。

電話等を用いた
初診

- 電話等を用いた初診料 (214点)
※ 上記に加え、処方料(42点)or 処方箋料(68点)

電話等を用いた
再診

- 電話等再診料 (73点)
※ 上記に加え、処方料(42点)or 処方箋料(68点)

追加的対応(令和3年8月16日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いた初診・再診を行った場合の診療報酬上の評価を拡充する。

- **二類感染症患者入院診療加算
250点 (1日当たり1回)**

(参考1)二類感染症患者入院診療加算(250点)の特例

- ・ 令和2年4月8日付け事務連絡で、入院を必要とする新型コロナ患者への診療を特例的に評価。同年4月18日付け事務連絡では、人員配置に応じ追加的に2~4倍算定可能としている。

(参考2)回復患者への診療に係る特例

- ・ 後方支援病床の確保の観点から、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、**救急医療管理加算(950点)を最大90日間算定できる**こととしている(令和3年1月22日事務連絡)

(参考3)自宅・宿泊療養患者への診療に係る特例

- ・ 自宅・宿泊療養を行っている新型コロナウイルス感染症患者に対して往診・訪問診療・訪問看護を実施した場合の評価を拡充(**往診・訪問診療:救急医療管理加算950点(1日当たり1回)**(令和3年7月30日事務連絡)、**訪問看護:長時間訪問看護加算5,200円(1日当たり1回)**(令和3年8月4日事務連絡))

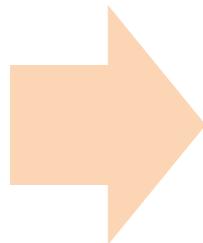
新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナの感染拡大を受けて、医療体制の逼迫、自宅・宿泊療養の需要が増加している状況に鑑み、自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ感染症患者に対し、電話等による診療を実施する場合、場所の規定を緩和。

(令和3年9月24日事務連絡)

電話等による診療の現状

- 電話等を用いた診療を行う場合には、保険医療機関内で実施する必要がある。



追加的対応(令和3年9月24日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いた診療を行う場合については、
オンライン診療の指針に定める「オンライン診療の提供体制に関する事項」における「最低限遵守する事項」(※)を満たすことを前提に、
保険医療機関外に医師が所在する場合 (例えば、医師の自宅・移動中等) も、電話等を用いた診療に係る診療報酬を算定可とする。

(※)

- ・ 医師は医療機関に所属
- ・ 患者が速やかにアクセスできる医療機関において対面診療を行える体制
- ・ 騒音、ネットワークが不安定など、不適切な場所でオンライン診療不可
- ・ 医療機関に居る場合と同等程度に患者の情報を得られる体制を整備
- ・ 物理的に外部から隔離される空間において実施

新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査の保険適用に伴う対応について

- COVID-19(新型コロナウイルス感染症)について、今後、患者数がさらに増加し、検査の主たる目的が各々の患者の診療に移っていく場合に備え、PCR検査「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出」を令和2年3月6日から保険適用。
- これにより、実施医療機関の医学的判断に基づき、保健所を経由することなく検査依頼を行うことができるようになるほか、民間検査機関の検査能力の増強につながるが見込まれる。

保険適用の概要

- ・ 検査価格の実態を踏まえ、「SARSコロナウイルス核酸検出 450点」の4回分 **1,800点**とする。
(大学病院内で検査する場合など、カテゴリ-B感染物質輸送を行わない場合は3回分 **1,350点**)
- ・ 検査方法は以下とする。
 - (1) 国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」又はそれに準じた方法
 - (2) SARS-CoV-2の検出(COVID-19の診断又は診断の補助)を目的として薬事承認又は認証を得ているもの

- なお、上記に伴い、以下の取組をあわせて実施。

患者負担相当額の補助

- ・ 感染症のまん延防止の目的も含むことから、検査費用(18,000円又は13,500円)及び判断料(1,500円)に係る **自己負担相当額を医療機関の窓口で免除(補助)する**。(これまでと同様、初・再診料などの費用の支払は生じる。)

実施体制の整備

- ・ 十分な感染予防策が取られており、診療体制の整った医療機関で実施する観点から、当面の間、**感染症指定医療機関、帰国者・接触者外来**又は**帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関として都道府県が認めた医療機関**とする。
- ・ 当面、検査の需給が逼迫することを想定し、医療機関と検査機関の調整を都道府県で実施する。(広域調整は厚生労働省)

新型コロナウイルス感染症に係る抗原検査の保険適用に伴う対応について

- COVID-19(新型コロナウイルス感染症)について、COVID-19迅速診断検査薬(抗原検査キット)が令和2年5月13日に薬事承認されたことを踏まえ、同日から「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)抗原検出」を保険適用。

保険適用の概要

- ・ 検査価格の実態を踏まえ、「マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)」の4回分 600点を準用する。
- ・ SARS-CoV-2の検出(COVID-19の診断又は診断の補助)を目的として薬事承認若しくは認証を得ている方法で検査を実施する。
- ・ COVID-19の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合に算定する。
- ・ 診断の確定までの間に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が付かない場合は、さらに1回に限り算定できる。

- なお、以下の取組をあわせて実施。

- ・ 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」(平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省結核感染症課長通知)別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の改正による、新型コロナウイルス感染症に係る届出基準の変更。
- ・ SARS-CoV-2抗原検出用キットの活用に関するガイドラインの発出。
- ・ 「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」(令和2年3月4日健感発0304第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)の改正による、患者負担相当額の取扱いの周知。

等

○ 患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

（１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

（２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等においては、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出は不要とした。

（３）看護配置の変動に関する取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

（４）DPC対象病院の要件等の取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

（５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

（６）研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期することができることとした。

（7）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために、緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとした。

（8）新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、次のとおりとした。（以下、「対象医療機関等」という。）

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

また、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。

なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

さらに、対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとした。また、対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いとして、

①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする

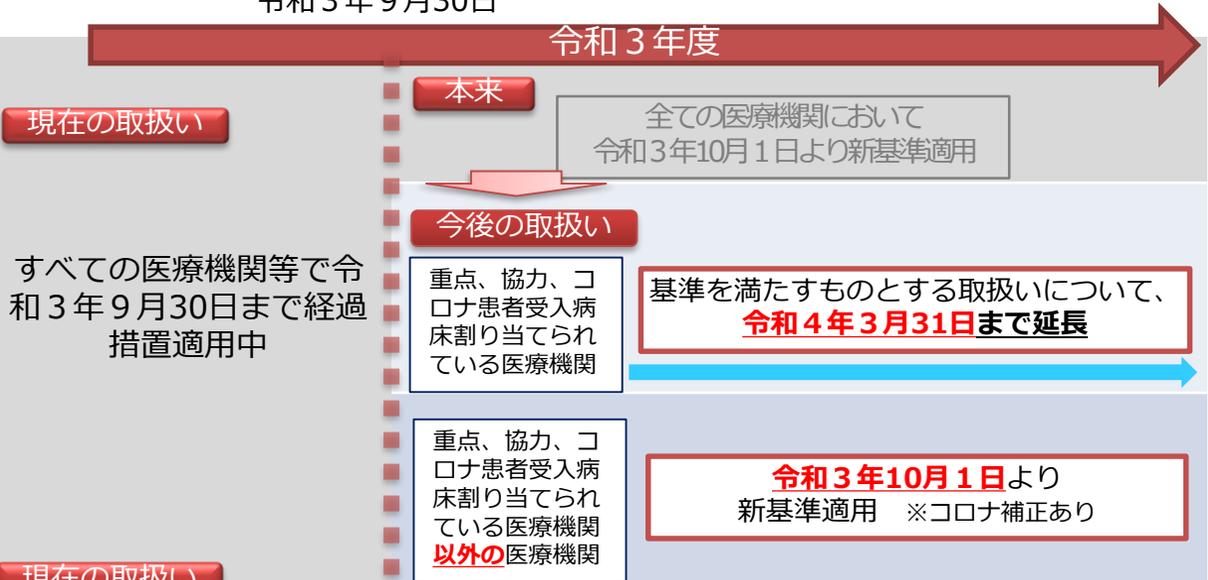
②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いることとした。

○ 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年10月以降の取扱いを以下のとおりとしてはどうか。

令和3年9月30日

1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

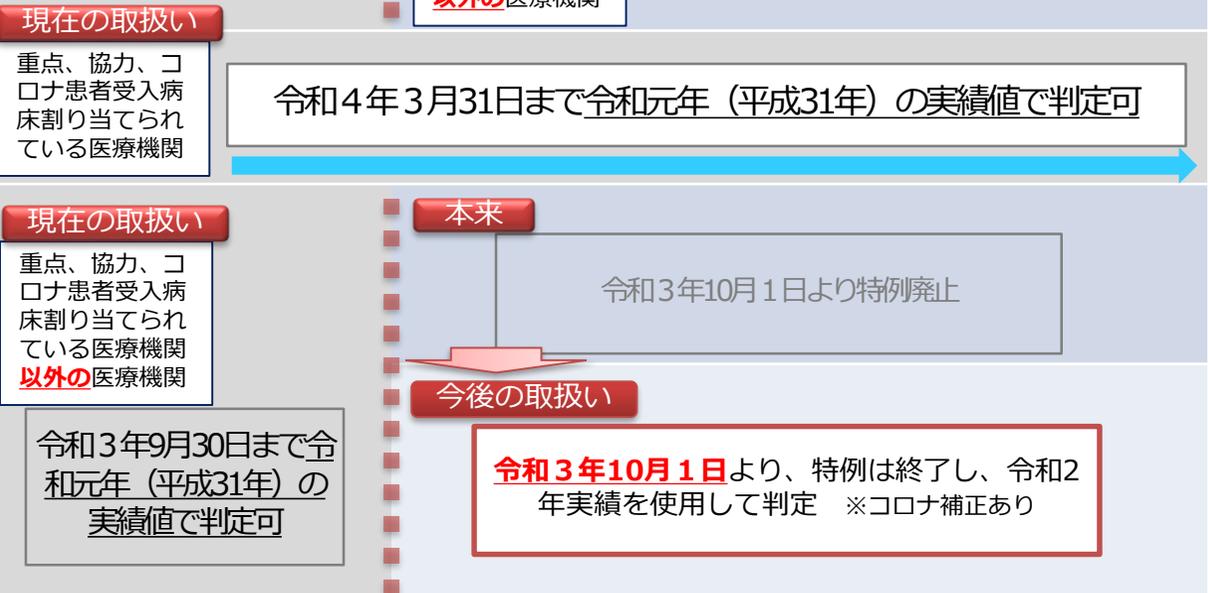
- ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等



2. 施設基準等において年間実績を使用

例)

- ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
- ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
- ③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）



コロナ・感染症対応について

1. 新型コロナウイルス感染症の発生状況等について
2. 特例的な対応に係る診療報酬の算定状況について
3. レセプトの算定件数等について
4. 診療報酬における特例的な対応について
5. 感染防止対策加算について

感染症対策の推進④

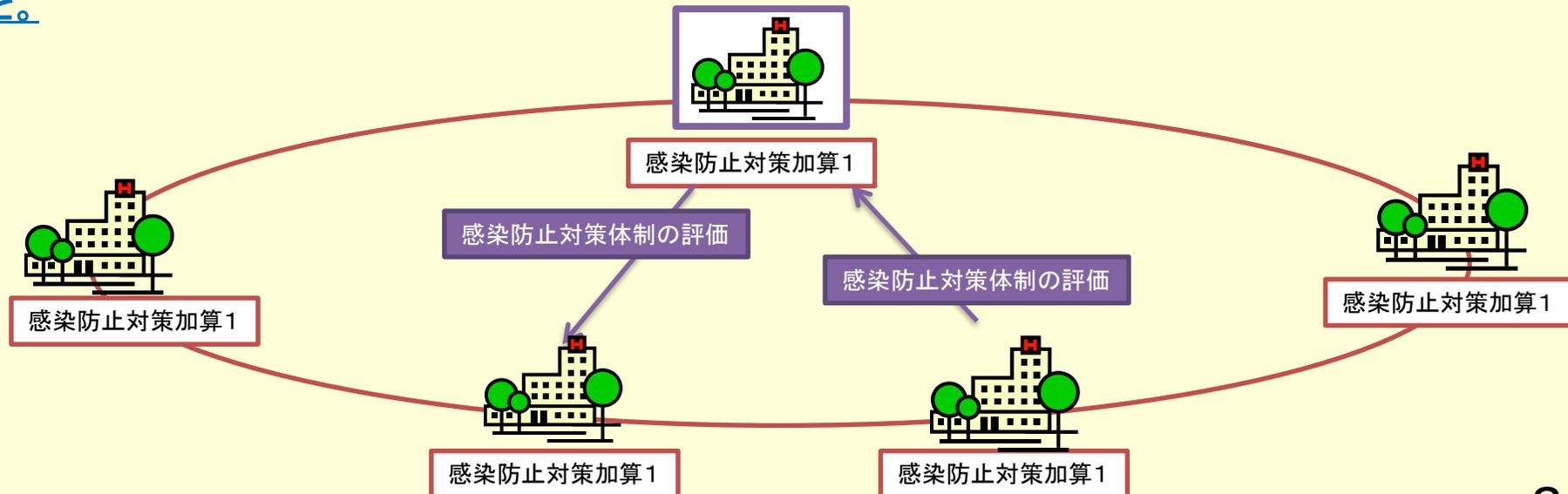
感染防止対策の相互評価について

- 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

[算定要件]

- ① 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士で連携していること。
- ② 年に1回以上、連携しているいずれかの医療機関に赴いて感染防止対策の体制を評価すること。
- ③ また、年に1回以上連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する評価を受けること。



抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性 (AMR) 対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

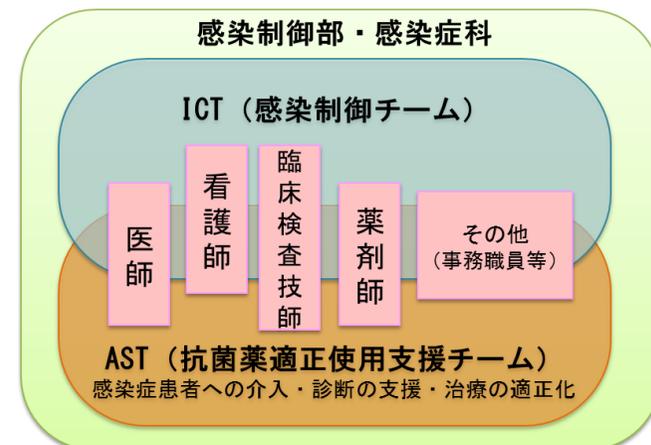
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

- 施設基準について、抗菌薬適正使用支援チームがモニタリングを行うべき広域抗菌薬の拡充や、病院の外來における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する等の見直しを行う。

抗菌薬適正使用
支援チーム



感染防止対策加算1

入院における対策

- ✓ 感染症治療の早期モニタリング
(**広域抗菌薬の種類を拡充**)
- ✓ 主治医へのフィードバック
- ✓ 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ✓ 抗菌薬適正使用の教育・啓発等



(新) 外來における対策

- ✓ 外來における急性気道感染症及び急性下痢症の患者への**経口抗菌薬の処方状況**を把握(年1回報告)
- ✓ 院内研修及び院内マニュアルの作成にあたって、「**抗微生物薬適正使用の手引き**」を参考に、外來における抗菌薬適正使用の内容も含める

(新) その他の要件

- ✓ 抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける体制があることについて、感染防止対策加算の要件である定期的なカンファレンスの場を通じて**他の医療機関に周知**。

感染防止対策加算の概要

		感染防止対策加算 1	感染防止対策加算 2
点数		390点	90点
算定要件		院内に感染制御のチーム(*)を設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。	
主な施設基準	病床規模	-	保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする
	部門の設置	感染防止に係る部門（感染防止対策部門）を設置している	
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上）
	マニュアルの作成・活用	感染制御チームがマニュアルを作成	
	院内研修	感染制御チームが年2回以上研修を実施	
	医療機関間の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・加算2の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施 ・加算2の医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けている 	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する ・感染制御チームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う ・院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する ・第三者機関による評価を受けていることが望ましい 		

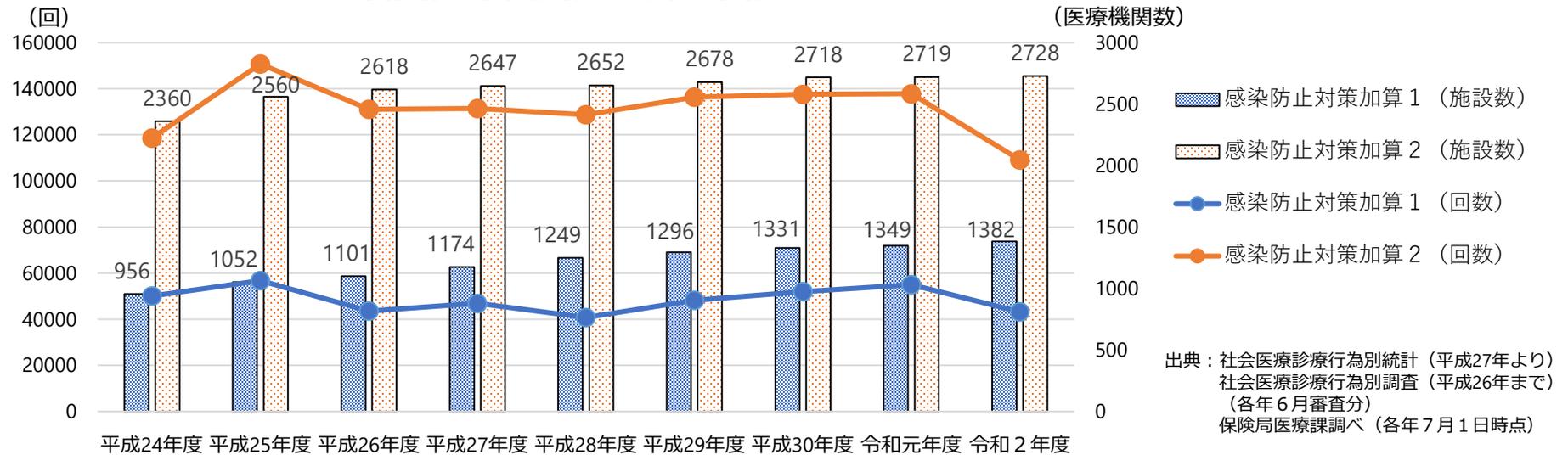
* 感染制御チームの業務

- ア 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
- ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

感染防止対策加算の届出状況等について

○ 感染防止対策加算の届出医療機関数等は以下のとおり。平成24年度に加算が新設されて以降、届出医療機関数は増加を続けている。

<届出医療機関数・算定回数>



(参考) 令和2年度の許可病床規模別の届出医療機関数

出典：DPCデータ（令和2年7月1日時点）

	感染防止対策加算1	感染防止対策加算2
～49床	0	124
50～99床	7	593
100～199床	184	1210
200～299床	240	268
300～399床	359	91
400床～	574	46

地域連携加算・抗菌薬適正使用加算の概要

感染防止対策加算 1

地域連携加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算 1

抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算 1 を算定する保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを設置し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

(抗菌薬適正使用支援チームの役割)

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し

【施設基準】

- 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- 抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。(ア～エのいずれか 1 人は専従)
 - ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- 抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、相談等を受ける体制があることについて、定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。

<届出医療機関数・算定回数>

	届出医療機関数	算定回数
感染防止対策加算 1	1,382	43,249
感染防止対策地域連携加算	1,372	42,959
抗菌薬適正使用支援加算	1,200	36,923

(出典)

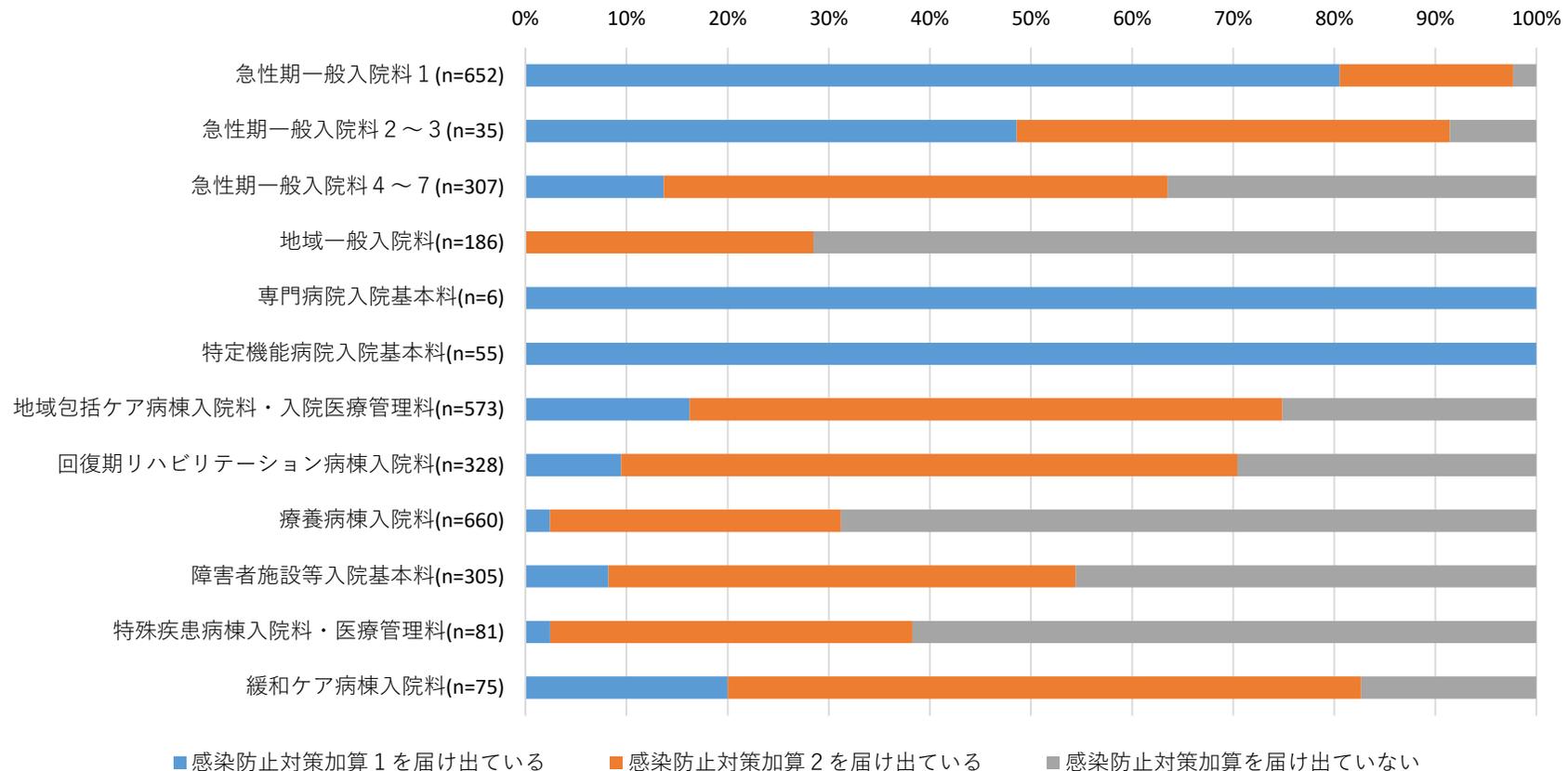
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(令和 2 年 7 月 1 日時点)

算定回数: 令和 2 年社会医療診療行為別統計(令和 2 年 6 月審査分)

感染防止対策加算の届出状況

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

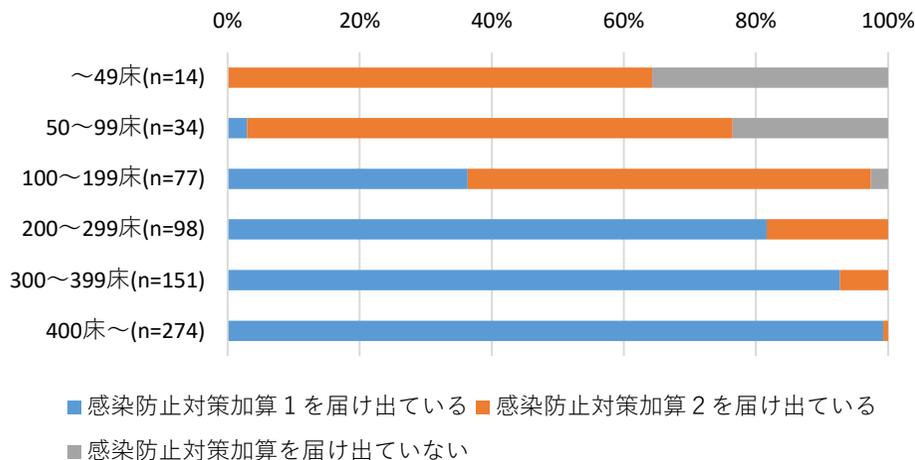
感染防止対策加算の届出有無



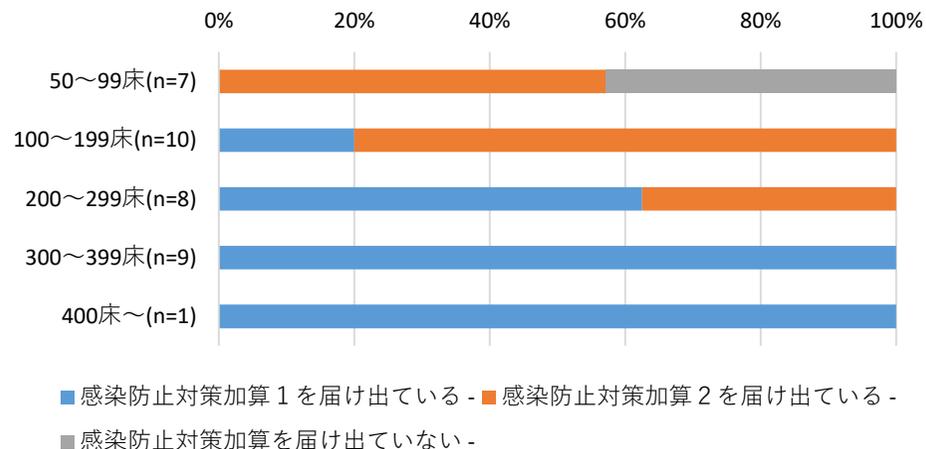
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況①

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

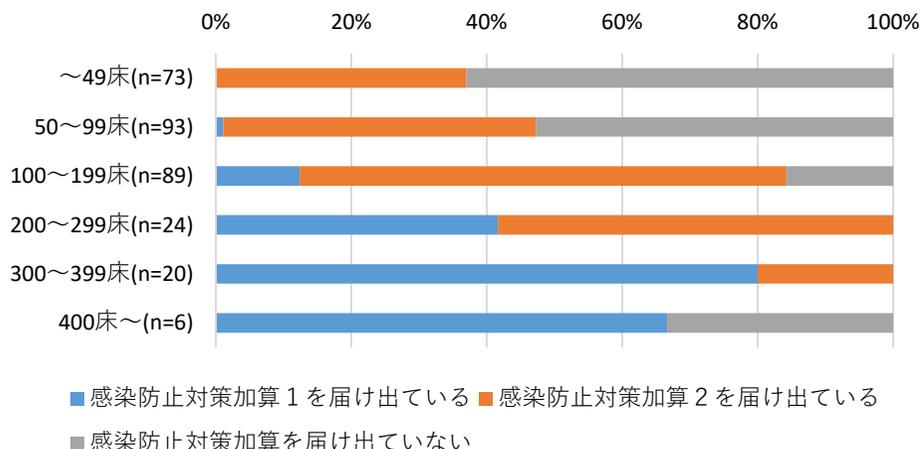
急性期一般入院料 1



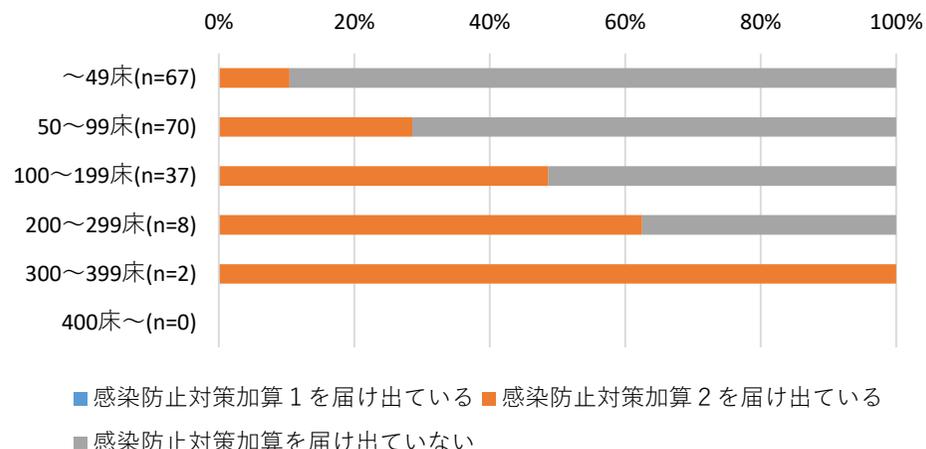
急性期一般入院料 2～3



急性期一般入院料 4～7



地域一般入院料

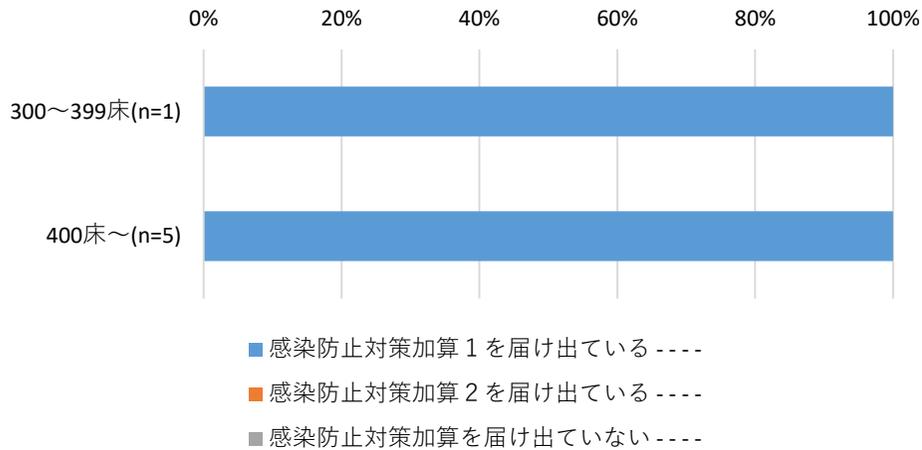


出典: 令和3年度入院医療等の調査(施設票)

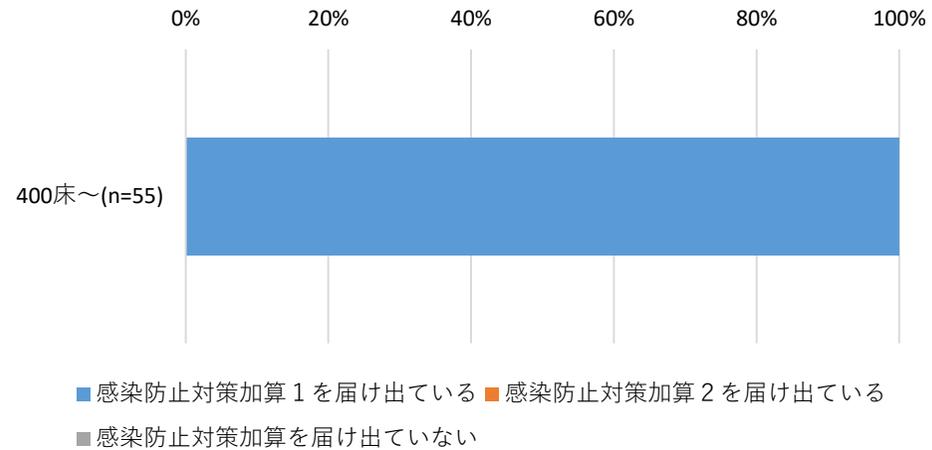
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況②

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

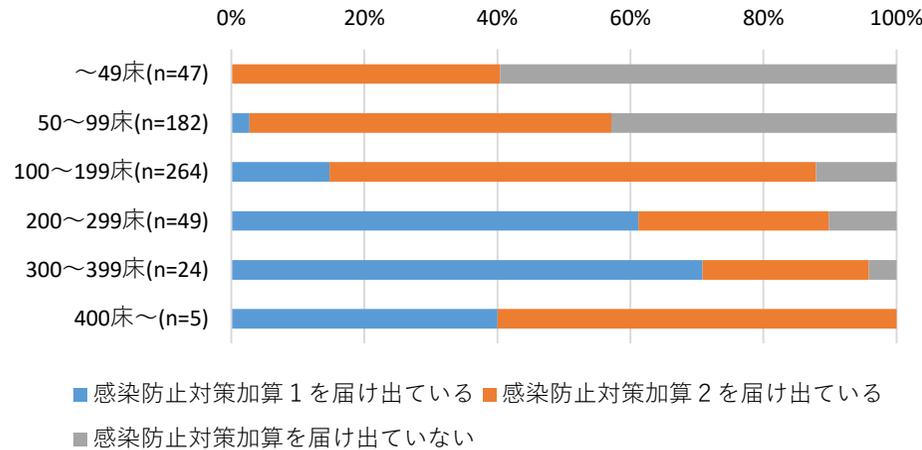
専門病院入院基本料



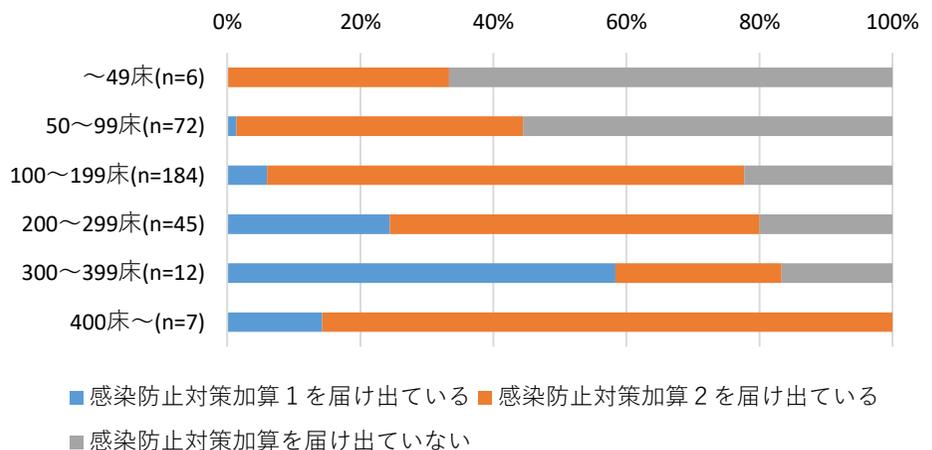
特定機能病院入院基本料



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



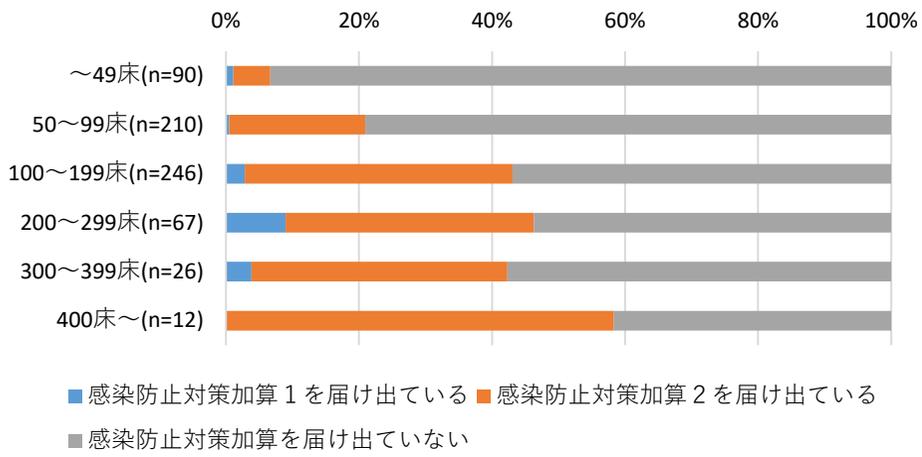
回復期リハビリテーション病棟入院料



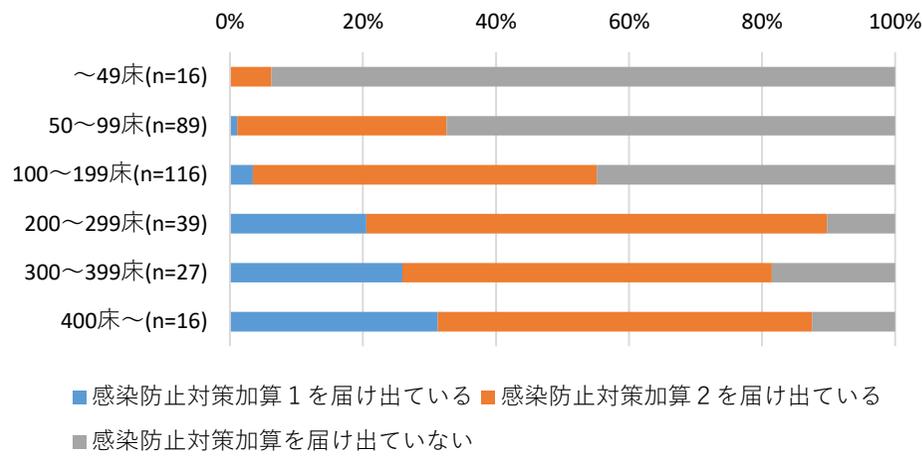
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況③

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。

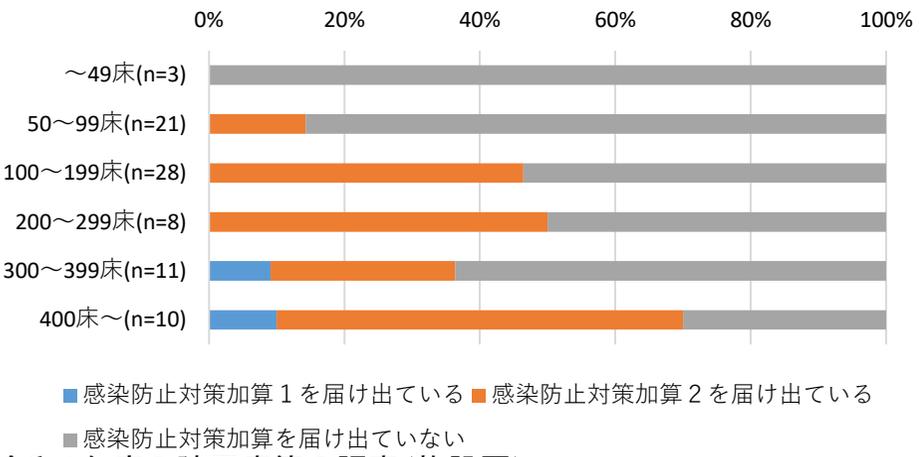
療養病棟入院料



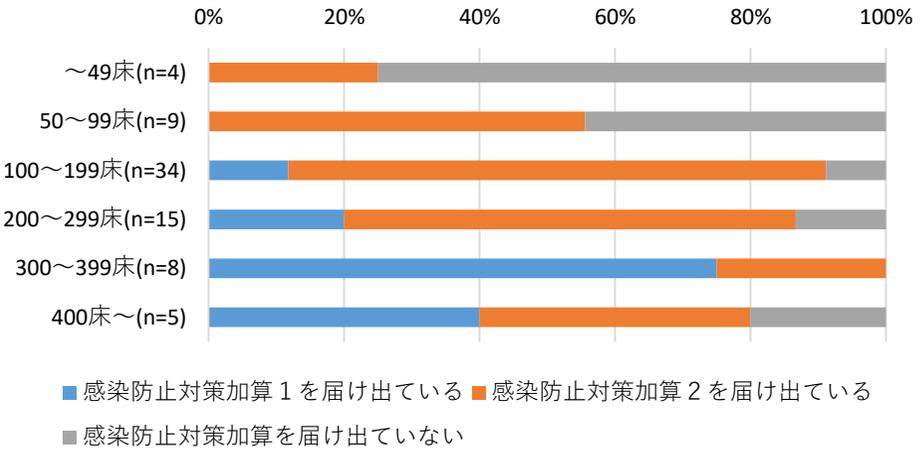
障害者施設等入院基本料



特殊疾患病棟入院料・医療管理料



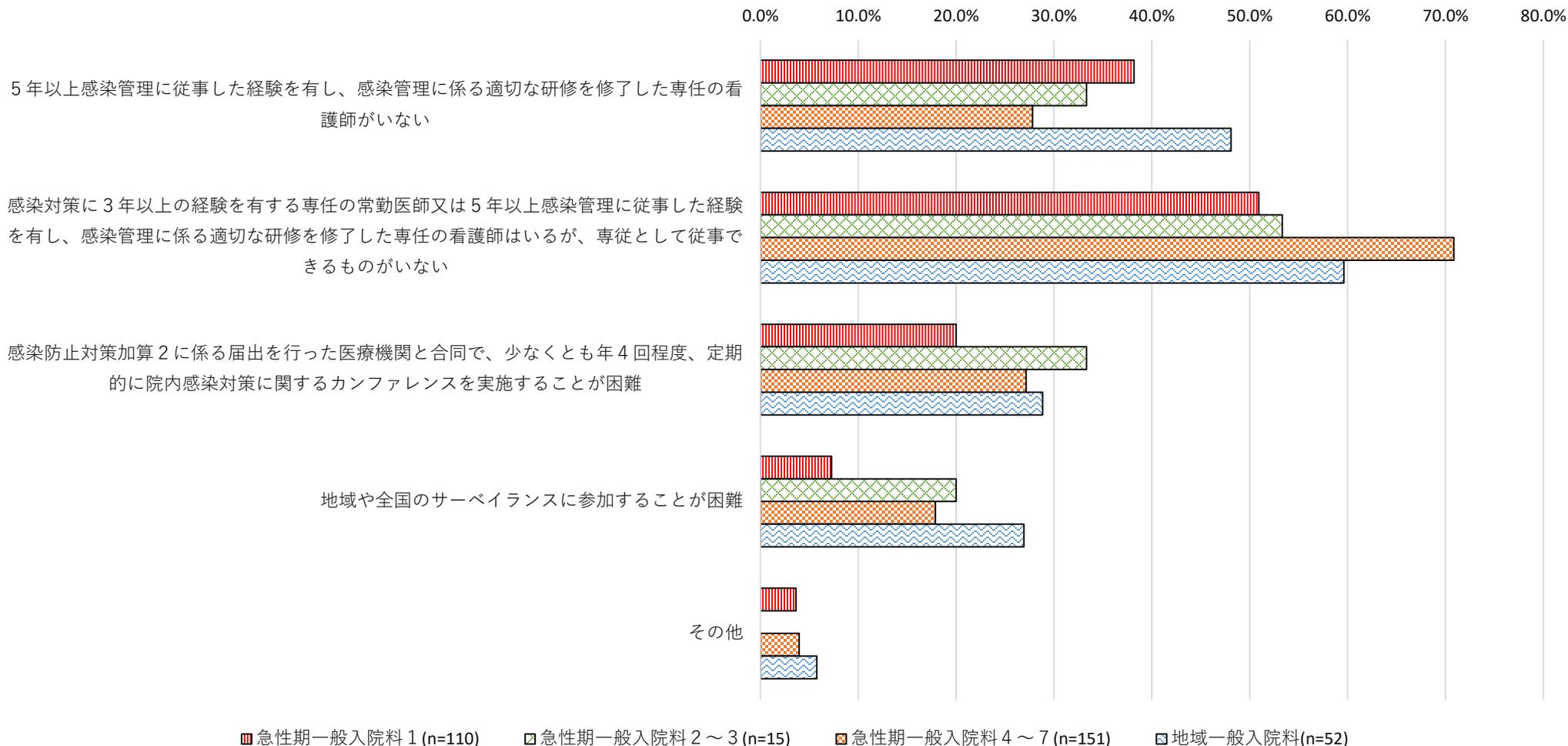
緩和ケア病棟入院料



感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由①

○ 感染防止対策加算 2 を届け出ている医療機関において、感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

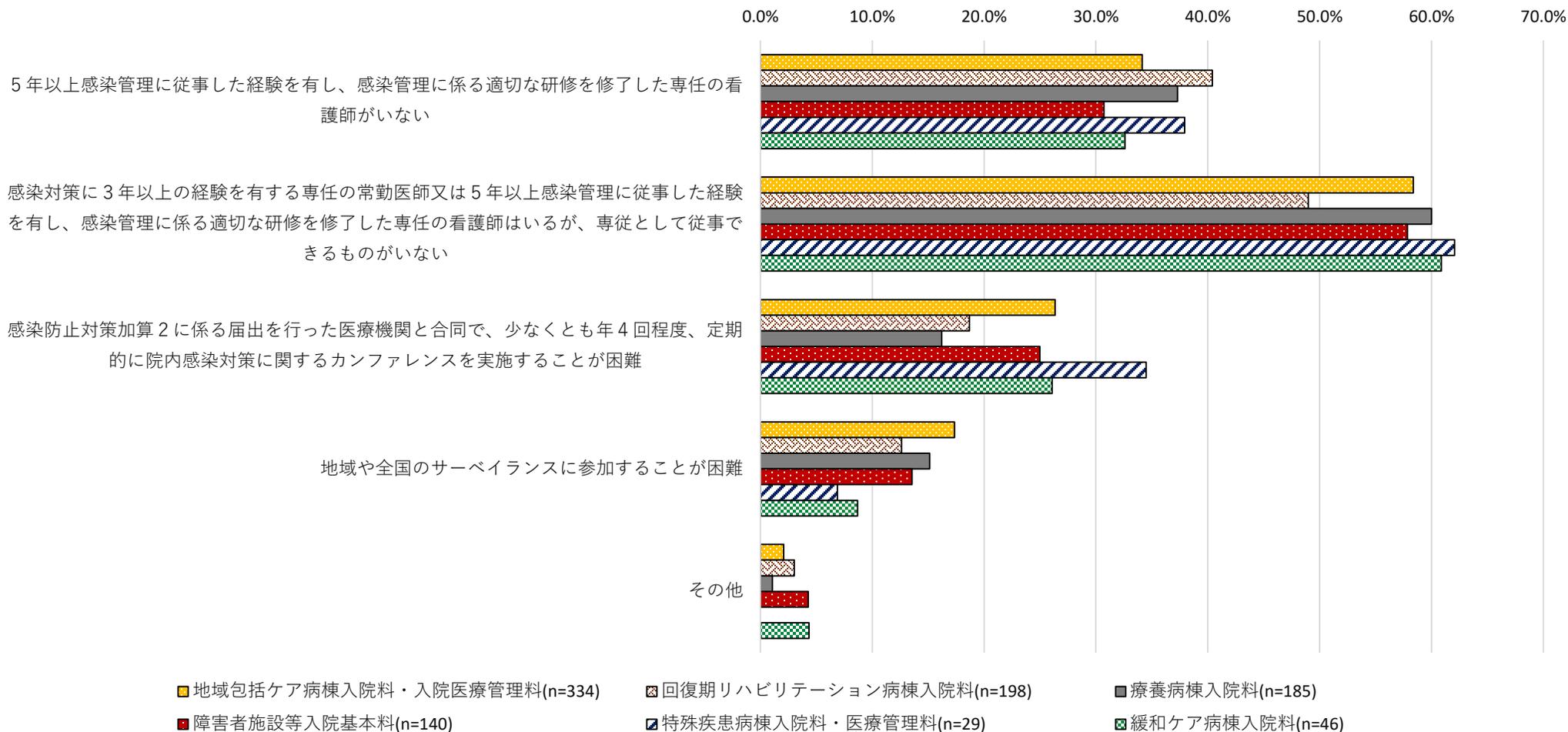
加算2を届け出ている医療機関で、加算1を届け出ることが困難な理由(複数回答)



感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由②

○ 感染防止対策加算 2 を届け出ている医療機関において、感染防止対策加算 1 を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

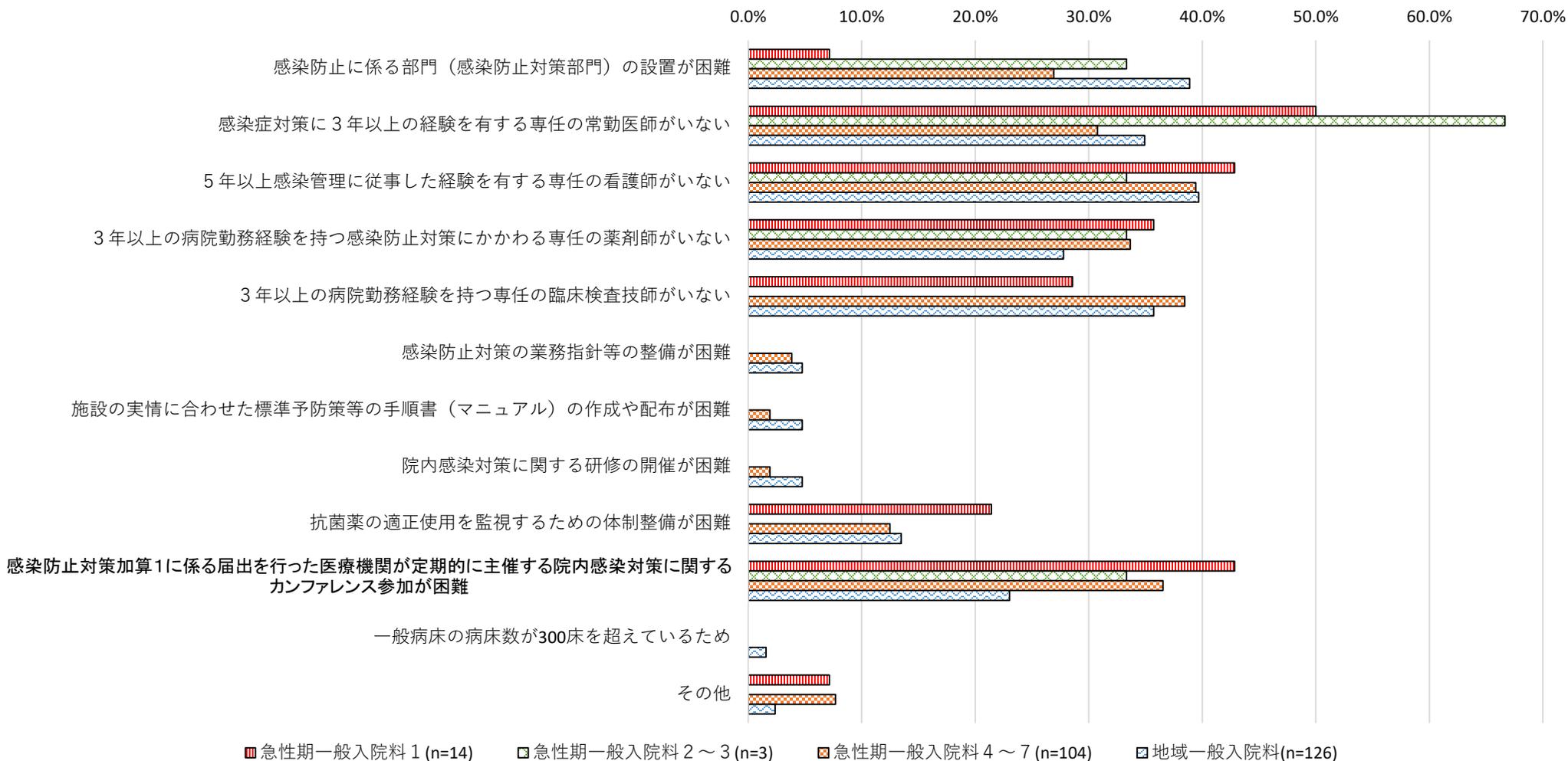
加算2を届け出ている医療機関で、加算1を届け出ることが困難な理由(複数回答)



感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由①

○ 感染防止対策加算の届出がない医療機関において、感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

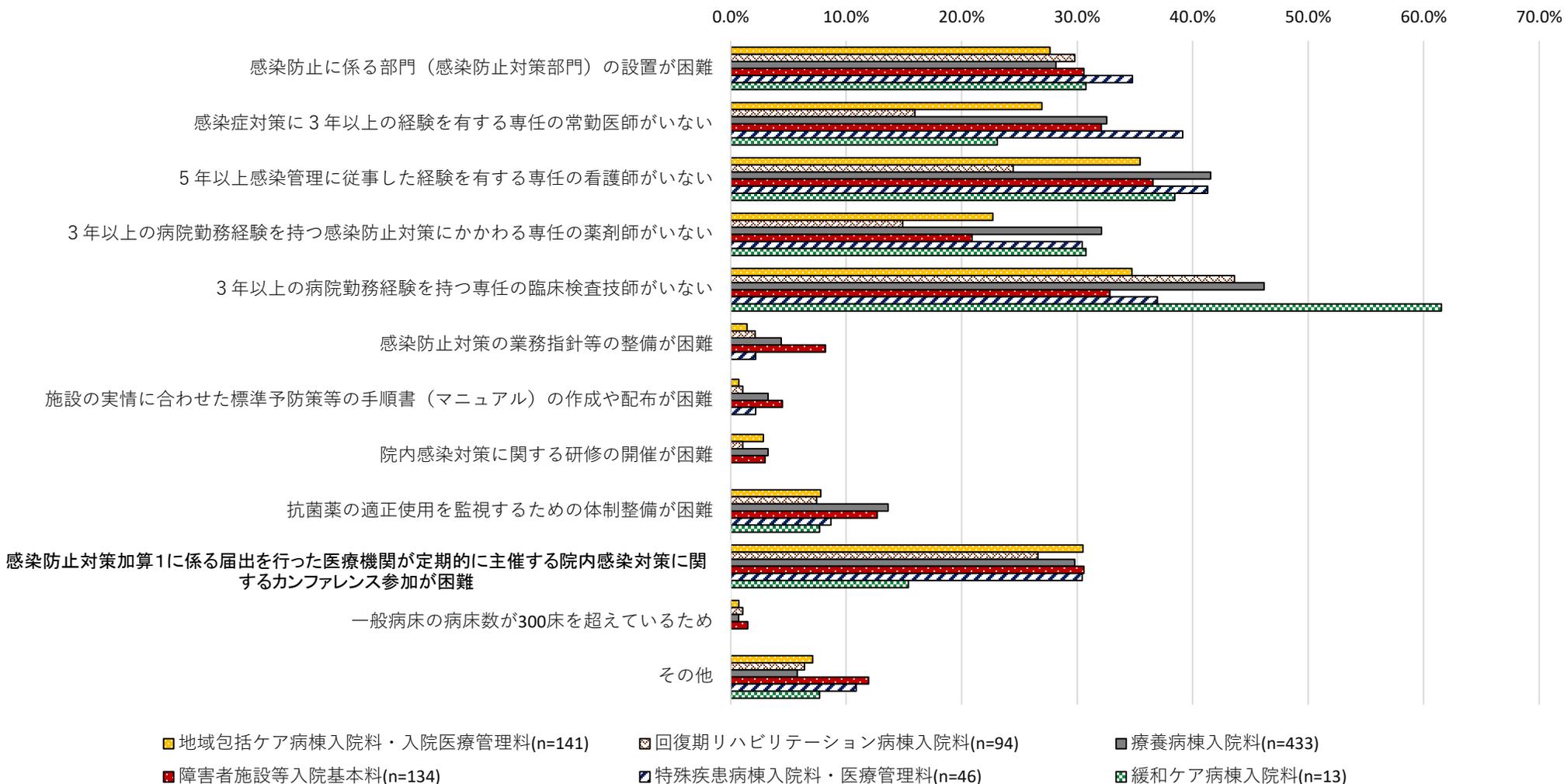
加算の届出がない医療機関で、加算2を届け出ることが困難な理由(複数回答)



感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由②

○ 感染防止対策加算の届出がない医療機関において、感染防止対策加算2を届け出ることが困難な理由は、以下のとおりであった。

加算の届出がない医療機関で、加算2を届け出ることが困難な理由(複数回答)



出典: 令和3年度入院医療等の調査(施設票)

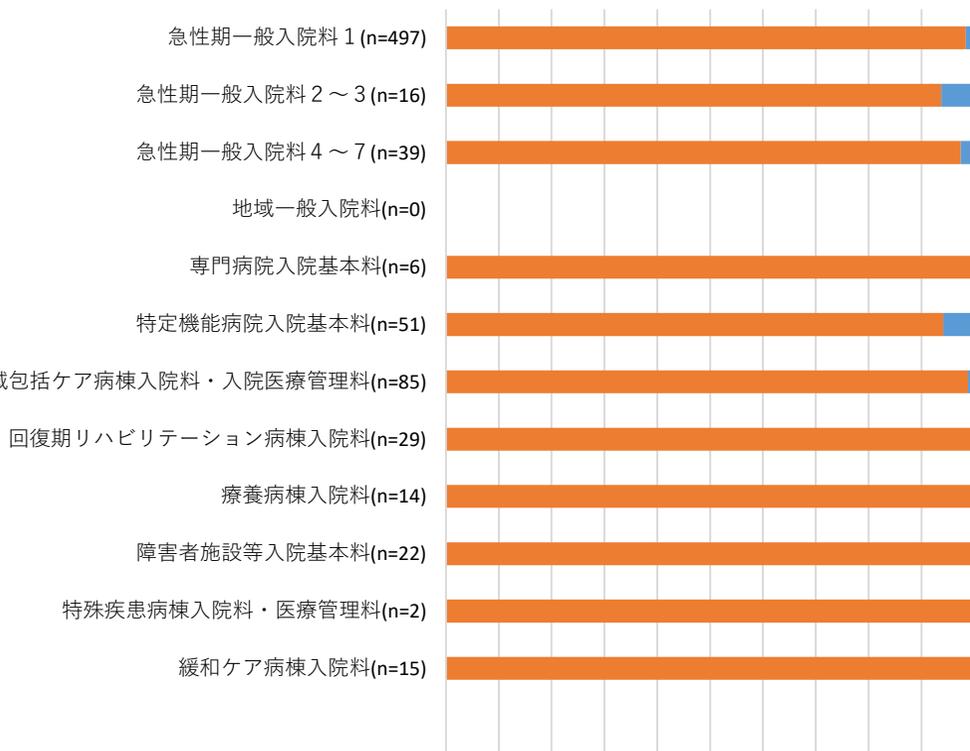
感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の届出状況

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 感染防止対策加算1を届け出ている医療機関のうち、感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算を届け出ている医療機関の割合は、以下のとおりであった。

感染防止対策地域連携加算の届出

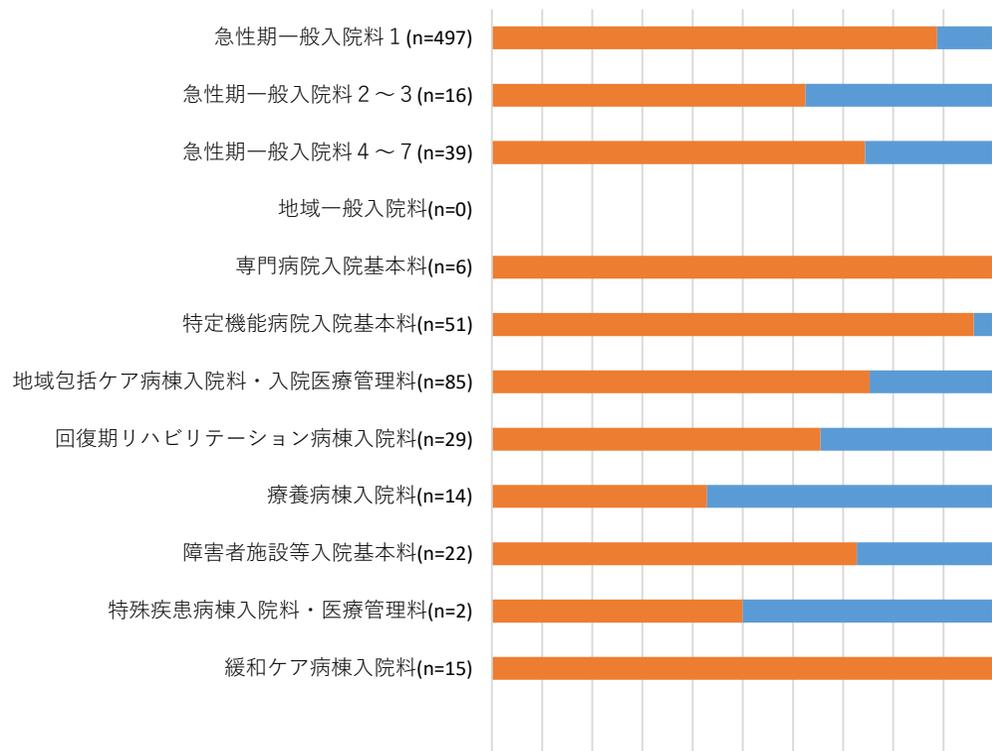
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 届出あり ■ 届出なし

抗菌薬適正使用支援加算の届出

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 届出あり ■ 届出なし

入院分科会のとりまとめ及びとりまとめにおける指摘事項

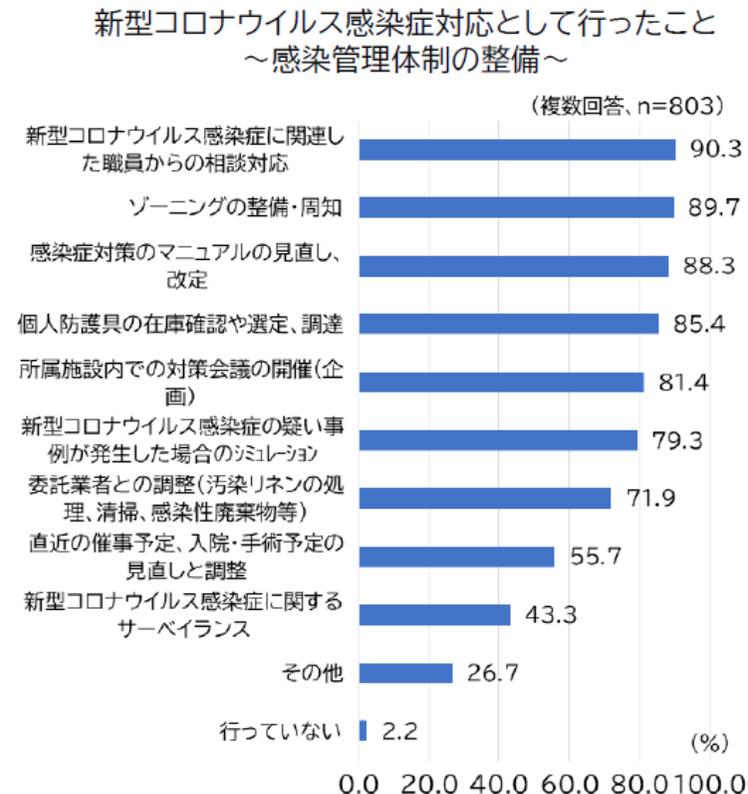
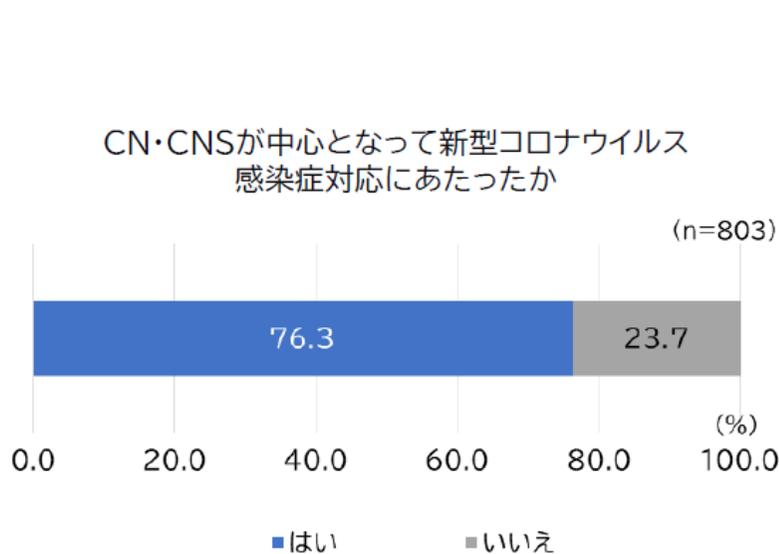
11-6. 感染防止対策加算について

- 届け出ている入院料によって、感染防止対策加算を届け出ている医療機関の割合にはばらつきがあった。また、病床規模ごとでみると、病床規模が大きい方が感染防止対策加算の届出割合は高くなっていた。
- 新型コロナウイルス感染症への対応として、感染症看護専門看護師や感染管理認定看護師は、自院のみならず、他の医療機関等へ赴き、感染防止対策の支援を行ったが、こうした取組についても、感染防止対策の方法として評価の検討が必要ではないか、という指摘があった。

当面の看護人材の確保 ③専門性の高い看護師の活動状況：入院医療機関

感染管理認定看護師(CN)・感染症看護専門看護師(CNS)が行った新型コロナウイルス感染症対応

- 「新型コロナウイルス感染症に関連した職員からの相談対応」は90.3%を占めた他、ゾーニングの整備・周知、感染症対策マニュアルの見直し・改定等、幅広く感染管理体制整備を行っている
- 感染管理CN・感染症看護CNSは、新型コロナウイルス感染症対応において、中心的な役割を果たしている



【出典】日本看護協会「令和2年看護職員の新型コロナウイルス感染症に対応に関する実態調査」

当面の看護人材の確保 ③専門性の高い看護師の活動状況：介護福祉施設等での活動

- 看護職員が主体となって「感染対策マニュアルの作成や見直し」「標準予防策の実践」「感染対策に係る機材や備品の整備」等を行っている介護施設（特養・老健）が、それぞれ7割前後に上る。
- 2020年度内に看護職員向けの「感染管理」の研修を約9割の特養・老健で計画している他、看護職員自身が今後受講を希望する研修テーマも「感染管理」が7割前後で最も多く、看護職員を主軸にした感染管理体制の構築が急がれている。

【感染管理認定看護師等による実地指導・研修】

2020年度の国の二次補正予算事業「介護施設及び介護事業所における感染症対策力向上支援事業」として、感染管理認定看護師等約130名が介護施設等延べ351か所に出向き、実地指導や研修を実施。介護施設からのニーズ・評価は高く、2021年度も事業実施。

【出典】

- 日本看護協会 令和2年度老人保健健康増進等事業「介護施設における看護職員のあり方に関する調査研究事業」
- 日本看護協会 2020年度看護師職能委員会Ⅱ（介護・福祉施設・在宅等領域）における職能委員からの情報収集

■感染管理認定看護師の養成推進

- 2021年3月現在、感染管理認定看護師は**全国に3,006名**、感染症看護専門看護師は90名
- 地域偏在があり、かつ中小規模病院に所属する感染管理認定看護師は少ない
※500床以上の病院では87%の施設に所属しているのに対し、200床未満の病院では8%に満たない

感染管理認定看護師の養成と活用の推進

- 1) 専門的な知識と高度な技術をもつ感染管理認定看護師の養成機会の拡充※
- 2) 専門性の高い看護職の活動範囲の拡充

※ 公益社団法人日本看護協会では、中小規模病院・介護施設では感染管理認定看護師が在籍していない施設も多いことなどから、「感染管理認定看護師養成推進事業」を立ち上げ、200床未満の医療機関や介護施設での感染管理認定看護師の配置を促進するため、認定看護師教育機関（感染管理分野）の受講費用を補助し、感染症に関する専門的な知識と技術を持つ認定看護師の養成を行う。**(2021年度実績 30都道府県 58医療機関 1介護施設)**

感染症対策の推進に係る感染管理認定看護師の取組について

- 所属施設内の感染予防対策に係る活動だけでなく、保健所と連携した地域に対する感染対策の普及活動等、専門性を生かした取組が実践されている。
- 保健所と感染管理認定看護師が継続した連携を進めることで、医療機関だけでなく、様々な分野への介入が可能となり、地域の感染対策の推進につながる事が期待できる。

■ 保健所と連携した地域に対する感染対策の取組例（埼玉県済生会栗橋病院） ー埼玉県利根地区での取組ー

- ▶ 地域における全ての施設が感染防止対策加算を算定しているわけではないため、地域全体での取り組みが不可欠。
- ▶ 地域での連携体制を構築するため、3つの活動を実施

目的

①管轄保健所管内で感染防止対策加算を取得している施設は23施設中10施設のみ。

→加算の枠を超えた連携の推進

②地域包括ケアシステムを構築するうえで介護・在宅領域等との連携も不可欠。

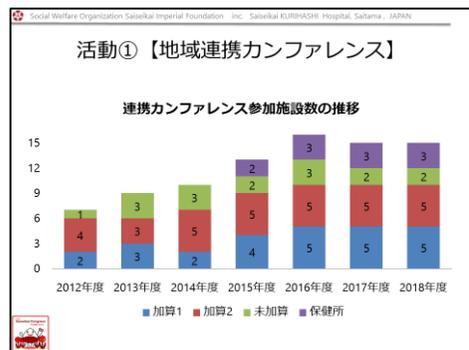
活動内容

①地域連携カンファレンスの開催（当院主催）

②感染症担当者連絡会議（保健所主催）

③利根感染管理カンファレンス（利根医療圏ICN主催）

- ▶ 直接の連携がない施設や、加算を算定していない施設、保健所も参加、参加施設：15施設、50～60名（発表当時）
- ▶ 地域サーベイランス、地位標準化ツール作成、事例シミュレーション等を実施



カンファレンスの協議内容

2012年度	・各施設の取り組みについて（情報共有）
2013年度	・職種別ディスカッション 「求めること・やるべきこと・できること」
2014年度	・症例検討カンファレンス （個室管理・アウトブレイク対応など）
2015年度	・各施設の取り組みについて （地域サーベイランスデータの活用）
2016年度	・地域標準化ツールの作成
2017年度	・多職種連携の推進（多職種ディスカッション）
2018年度	・事例シミュレーション（結核・新型インフルエンザ）

※平成2014年度から地域サーベイランス開始

- ▶ 保健所主催による感染症担当者連絡会議。保健所と管内のICN（感染管理認定看護師）が連携して連絡会議を開催。
- ▶ 感染症予防対策加算1の算定施設の院内ラウンドを見学し、院内ラウンドを開始した施設や方法を見直す施設も。
- ▶ 保健所管内の手指衛生サーベイランスを実施。管内メーリングリストの運用。

Social Welfare Organization Saiseikai Imperial Foundation, Inc. Saiseikai KURIHASHI Hospital, Saitama, JAPAN

活動②【感染症担当者連絡会議】

開催日	テーマ	参加人数
2013年12月19日	院内感染防止対策及び地域連携について	29名
2014年7月31日	①アウトブレイク報告 ②結核の最新知見 ③チームにおける各職種の役割	41名
2014年12月11日	個人防護具着脱訓練	38名
2015年10月20日	院内ラウンドについて	41名
2016年 3月 3日	院内ラウンドについて（フォローアップ）	42名

- 成果
- ・加算1施設のラウンド見学：延べ13施設
 - ・ラウンド開始：1施設
 - ・ラウンド方法・チェックリスト見直し：9施設



- ▶ 利根医療圏の感染管理認定看護師が世話人となり、年2回臨床スタッフ向けの勉強会を開催。
- ▶ 「実技も含めた講演」と、「ディスカッションに時間をかける」ことをポイントとして、臨床現場のスタッフが参加しやすい場を提供

Social Welfare Organization Saiseikai Imperial Foundation, Inc. Saiseikai KURIHASHI Hospital, Saitama, JAPAN

活動③【利根感染管理カンファレンス】

- <世話人>
- ・利根医療圏内感染管理認定看護師
- <協力>
- ・幸手保健所・加須保健所
- <開催>
- ・年2回（6月・10月の予定）19:00～20:30



Social Welfare Organization Saiseikai Imperial Foundation, Inc. Saiseikai KURIHASHI Hospital, Saitama, JAPAN

活動④【感染症担当者連絡会議】

開催日	テーマ	参加人数
2016年 8月 1日	サーベイランスについて	32名
2017年 3月 3日	サーベイランスについて（フォローアップ）	27名
2017年12月 7日	手指衛生サーベイランス報告	37名

- 成果
- ・2016年7月～9月手指衛生サーベイランス（22施設）
 - ・2017年4月～手指衛生サーベイランス開始
 - ・院内感染対策チェックシートの運用開始
 - ・メーリングリストの運用開始



Social Welfare Organization Saiseikai Imperial Foundation, Inc. Saiseikai KURIHASHI Hospital, Saitama, JAPAN

講習テーマ

	開催日	演題	参加人数
①	2014年10月17日	手指衛生	79名
②	2015年6月19日	個人防護具	91名
③	2015年11月6日	冬季の感染対策	95名
④	2016年6月24日	交差感染防止	107名
⑤	2016年10月21日	環境整備	95名
⑥	2017年6月15日	院内ラウンド	70名
⑦	2017年10月5日	経路別予防策	92名
⑧	2018年6月21日	洗浄・消毒・滅菌	89名
⑨	2018年11月15日	冬季の感染対策	70名

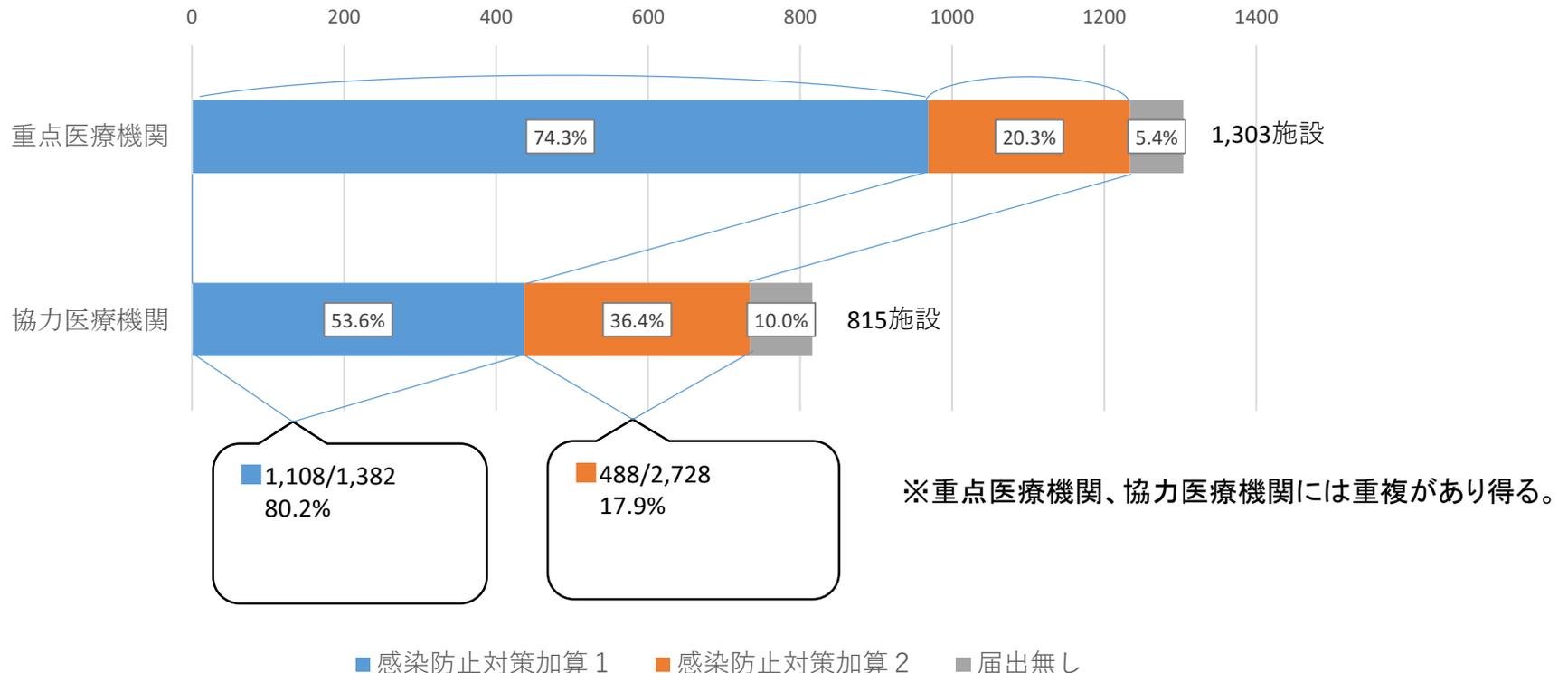


- ・ これらの活動を継続的に行うことで医療機関同士の顔の見える連携が推進
- ・ サーベイランスの実施やツール共有などの実践的な活動にもつながっている

新型コロナに係る重点医療機関、協力医療機関における 感染防止対策加算の届出状況

- 新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、協力医療機関の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。多くの重点・協力医療機関において、加算が届け出られていた。
- 加算1を届け出ている医療機関において、重点・協力医療機関に指定されている割合は80.2%、加算2を届け出ている医療機関において、重点・協力医療機関に指定されている割合は17.9%であった。
- 全病院(8,300施設(令和元年医療施設調査))のうち、重点医療機関(1,303施設)である割合は、15.7%であった。

重点・協力医療機関における感染防止対策加算の届出状況



新型コロナの回復患者の受け入れ医療機関における感染防止対策加算の算定状況

- 新型コロナの回復患者の受け入れに係る評価（950点）を算定している医療機関において、感染防止対策加算1又は2を届け出ている割合は、約4割であった。

新型コロナの回復患者の受け入れに係る評価（950点）の算定医療機関と
感染防止対策加算の算定医療機関の状況（令和3年2月診療月）

項目	医療機関数	割合
回復患者受け入れ（950点）算定医療機関数	859	100%
（うち）感染防止対策加算1算定医療機関数	66	8%
（うち）感染防止対策加算2算定医療機関数	294	34%
（うち）感染防止対策加算1・2算定なし医療機関数	499	58%

約4割

院内感染対策中央会議提言 -抄-

- 平成23年に、院内感染防止対策の推進に当たっての参考として、院内感染対策中央会議による提言が取りまとめられた。

平成23年2月8日厚生労働省医政局指導課事務連絡

1 はじめに

・・・個々の医療機関における日常的な実効ある感染制御の取り組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築が重要である。

2 通常時の対応

(1) 医療機関内における対応

1) 医療機関における院内感染対策の組織体制について

・・・医療機関内の院内感染対策は、・・・基本となる標準的予防策が確実に行われる必要がある。そのためには、医療機関内の各部署から院内感染に係る情報が院内感染対策委員会に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元されなければならない。

また、医療機関内の管理者は、実働部隊である感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での役割と位置づけを明確化し、医療機関内の業務従事者からの理解と協力が得られる環境を整える必要がある。

2) 感染制御チームについて

病床規模の大きい医療機関（目安として病床が300床以上）における感染制御チームによる定期的なラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御に携わる医師、看護師、検査技師、薬剤師のうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましい。

(略)

中小規模の医療機関（目安として病床が300床未満）におけるラウンドでは、マンパワーが少ない傾向がみられるため、看護師が1人でラウンドすることが多く、医師等に意見することに苦慮するケースも存在する。些細な問題についても管理者や地域のネットワークに参加する医療機関の専門家等に相談し、支援を受けることができる体制を確立することが必要である。

(2) 医療機関間の連携について

・・・緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要である。その際、地域のネットワークの拠点の医療機関として、大学病院や国立病院機構傘下の医療機関、公立病院等地域における中核医療機関、あるいは学会指定医療機関等が中心的な役割を担う必要がある。

3 院内感染発生時の対応

(1) 医療機関内での対応

・・・院内感染対策を実施した後、・・・速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼することが必要である。

(2) 医療機関間の連携と支援

院内感染が発生した医療機関から依頼を受けた地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家は、当該医療機関が策定した院内感染対策の内容や実施方法について助言し支援を行うことが求められる。

医療機関における院内感染対策に関する留意事項 -抄- ①

- その後の院内感染対策中央会議の議論を踏まえ、平成26年に、医療機関における院内感染対策の留意事項が取りまとめられた。

平成26年12月19日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

はじめに

・・・地域の医療機関でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築も求められる。

1. 院内感染対策の体制について

1-1. 感染制御の組織化

- (1) 病院長等の医療機関の管理者が積極的に感染制御にかかわるとともに、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄・滅菌消毒部門、給食部門、事務部門等の各部門を代表する職員により構成される「院内感染対策委員会」を設け、院内感染に関する技術的事項等を検討するとともに、雇用形態にかかわらず全ての職員に対する組織的な対応方針の指示、教育等を行うこと。
- (2) 医療機関内の各部署から院内感染に関する情報が院内感染対策委員会に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元される体制を整備すること。
- (3) 院内全体で活用できる総合的な院内感染対策マニュアルを整備し、また、必要に応じて部門ごとにそれぞれ特有の対策を盛り込んだマニュアルを整備すること。これらのマニュアルについては、最新の科学的根拠や院内体制の実態に基づき、適時見直しを行うこと。
- (4) 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、院内感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立すること。
- (5) 1-2に定める感染制御チームを設置する場合には、医療機関の管理者は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での位置付け及び役割を明確化し、医療機関内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整えること。

1-2. 感染制御チーム Infection Control Team (ICT)

- (1) 病床規模の大きい医療機関（目安として病床が300床以上）においては、医師、看護師、薬剤師及び検査技師からなる感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンド（感染制御チームによって医療機関内全体をくまなく、又は必要な部署を巡回し、必要に応じてそれぞれの部署に対して指導・介入等を行うことをいう。）を行うこと。病棟ラウンドについては、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましいこと。

病棟ラウンドに当たっては、臨床検査室からの報告等を活用して感染症患者の発生状況等を点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、各病棟における感染制御担当者の活用等により臨床現場への適切な支援を行うこと。

複数の職種によるチームでの病棟ラウンドが困難な中小規模の医療機関（目安として病床が300床未満）については、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備すること。

- (2) 感染制御チームは、医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導・介入を行うこと。

医療機関における院内感染対策に関する留意事項 -抄- ②

○ 平成26年に取りまとめられた、医療機関における院内感染対策の留意事項の内容は以下のとおり。

平成26年12月19日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

(続き)

2. 基本となる院内感染対策について

2-9. 医療機関間の連携について

- (1) 3-1に定めるアウトブレイク及び3-3に定める介入基準に該当する緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関に対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。
- (2) 地域のネットワークの拠点医療機関として、大学病院、国立病院機構傘下の医療機関、公立病院などの地域における中核医療機関、又は学会指定医療機関が中心的な役割を担うことが望ましいこと。

2-10. 地方自治体の役割

- (1) 地方自治体はそれぞれの地域の実状に合わせて、保健所及び地方衛生研究所を含めた地域における院内感染対策のためのネットワークを整備し、積極的に支援すること。
- (2) 地方衛生研究所等において適切に院内感染起因微生物を検査できるよう、体制を充実強化すること。

3. アウトブレイクの考え方と対応について

3-4. 報告を受けた保健所等の対応

- (1) 医療機関から院内感染事案に関する報告又は相談を受けた保健所は、当該医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおりに実施されて効果を上げているか、また、地域のネットワークに参加する医療機関の専門家による支援が順調に進められているか、一定期間、定期的に確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと。

中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）-抄- ①

○ 院内感染の取組に資するため、平成25年度厚生労働科学研究費補助金による成果として、中小病院／診療所を対象とした医療関連感染制御策指針の改正が行われ、平成27年に周知が行われた。

平成27年1月5日厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

1. はじめに

医療関連感染の防止に留意し、あるいは異常発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、300床未満の中小病院、ならびに、診療所においても、医療の安全対策上、および、患者サービスの質を保つ上に、重要なものと考えられる。そのためには、各施設が、その規模、内容に応じて対応策を講ずることが肝要と考える。

ここではその基準となる指針を示し、各施設に適した形で応用し、活用されることを望むものである。

2009年の厚生労働科学研究においてすでに提示した“中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）2009”に関して、院内感染対策中央会議の提言（2011年2月8日付）および厚生労働省から発出された各種通知などに準拠できるように見直したものである。

2. 感染制御策のための指針

本指針（ガイドライン）は、対象とする全施設に共通する道標である。各施設が本指針等に則って当該施設およびその現場でののおのの状況に応じた日常の感染制御業務手順（その施設全体及び特定部局の手順）を簡明かつ具体的に施設内指針（手順書、マニュアル）として作成し、その遵守を全職員に周知徹底する。

奨励業務

1. 責任者、指揮系統が明記され、施設全体で活用できる総合的な感染制御手順書を作成し、必要に応じて部門ごとの特異的対策を盛り込んで整備する。少なくとも年に1回は定期的に見直しを行い、必要に応じて更新していく。
2. 効率よく患者や医療従事者への感染制御策を実施するためには、感染制御手順書を充実させ、可能な限り科学的根拠に基づいた世紀魚策を採用し、経済的にも有効な対策を実施できる手順書とする。・・・

3. 医療機関内における感染制御のための委員会等の設置と活動基準

医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、終息を図ることが大切である。そのためには病院長あるいは診療所の管理者（以下院長）が積極的に感染制御に関わり、感染制御委員会infection control committee（ICC）、感染制御チームinfection control team（ICT）などが中心となって、総ての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をしなければならない。

奨励業務

3) ICT

- ① 専任の院内感染管理者として、認定インフェクションコントロールドクター（23学会によるICD制度協議会Infection Control Doctor（ICD）2000年～）、感染管理認定看護師（日本看護協会 Certified Nurse for Infection Control（CNIC）2001年～）、認定感染制御実践看護師（東京医療保健大学大学院 Certified Professional Nurse for Infection Prevention and Control（CPNIPC）2010年～）、感染制御関連大学院修了者、インフェクションコントロールスタッフ養成講習会修了者（日本病院会 Infection Control Staff（ICS）2002年～）、あるいは、感染制御専門薬剤師（日本病院薬剤師会 Bard Certified Infection Control Pharmacy Specialis（t BCICPS）2006年～）、感染制御認定臨床微生物検査技師（日本臨床微生物学会 Infection Control Microbiological Technologist（ICMT）2006年～）、その他の適格者、のいずれかで、院長が適任と判断した者を中心に組織する。
- ④ 可能な限り週に1回程度の頻度で、ICTのうち少なくとも2名以上の参加の上で定期的全病棟ラウンド（小規模施設では定期的回診をこれに代え得る）をおこなって、現場の改善に関する介入、現場の教育/啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定と制圧、その他にあたる。

4) その他

- ② 小規模病院・診療所においては、上記各項目をその施設にあった形で簡略化しておこなう（診療所では、医師一人が上記各業務を規模と対象に応じて簡略化しておこなう。）

○ 本指針においては、無床診療所施設内指針（マニュアル）の一例が添付されており、無床診療所においても、「所管の保健所や地域の中核医療施設に対して、日ごろからコンタクトをとり、相談ができる体制を整えておく必要がある」ことが記載されている。

平成27年1月5日厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

（続き）

5. 感染症の発生状況の報告その他に基づいた改善方策等

5-2. アウトブレイクあるいは異常発生の監視・把握と対応

奨励業務

② アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病省令を認めた場合、・・・速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。

5-1 1. 地域支援

専門家を擁しない中小病院/有床診療所においては、専門家を擁するしかるべき組織に相談し、支援を求める。

奨励業務

① 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。

② 病院内で対策をおこなっているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。

5-1 4. 第三者評価

医療関連感染制御策の各施設に於ける質は、第三者評価（外部評価）されることが望ましい。

（添付）無床診療所施設内指針（マニュアル）（2013年度案 2014年3月改訂）

—単純かつ効果的マニュアルの1例—

1. 手指衛生
2. 手袋
3. 个人防护具 personal protective equipment (PPE)
4. 医用器具・器材
5. リネン類
6. 消化管感染症対策
7. 患者の技術的隔離
8. 感染症発生時の対応
9. 抗菌薬投与時の注意
10. 予防接種
11. 医薬品の微生物汚染防止
12. 医療施設の環境整備
13. 特殊な感染症の相談体制の確立

感染症の専門家のいない無床診療所においては、所轄の保健所並びに地域の中核医療施設（一般社団法人日本環境感染学会認定教育施設など）に対して、日ごろからコンタクトをとって、気軽に専門家と相談ができる体制を整えておく必要がある。

診療報酬上の連携を超えた、ネットワークが構築されることが望ましい。

中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス -抄- ①

- 令和元年に、感染症教育コンソーシアム（事務局：国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター）において、中小病院の薬剤耐性菌アウトブレイクに関するガイドンスが作成され、同年に周知された。

令和元年7月25日厚生労働省健康局結核感染症課、医政局地域医療計画課事務連絡

背景

薬剤耐性菌アウトブレイクへの対応能力の強化は「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）」の戦略の一つである。薬剤耐性菌による院内集団発生（アウトブレイク）を早期に探知し、適切な対応をすることにより、院内において感染者数を最小限にとどめることが期待されるとともに、アウトブレイク対応にかかる経費や追加的な労力、医療体制への影響を最小にしていく必要がある。・・・それぞれの医療機関が実施する自前の院内感染対策だけでなく、地域における薬剤耐性菌の広がりを把握し、必要に応じて拡大防止対策を講じるために、地域連携が重視されるようになってきた大きな流れを理解する必要がある。

中小病院（本ガイドンスでは概ね300床未満を想定）の中には、人的・経営的資源が限られている等の理由により・・・、感染管理において大規模病院と比較すると不利な条件を有している医療機関がある。このような医療機関の多くは、感染防止対策加算取得の要件を満たさず、現在構築が進んでいる感染防止対策加算のネットワークを通じた感染管理強化のための支援も受けにくいのが現実である。

このような現状に鑑み、中小病院が、施設管理者のリーダーシップのもとに薬剤耐性菌アウトブレイクに対し現実的な対応をとることができるよう、合わせて地域の医療機関、地域の感染管理専門家（或いは必要時に相談できる感染管理専門家）、保健所や地方衛生研究所などの行政機関との連携を更に推進するためのガイドンスを作成することとした。中小病院は、地域における役割や行っている医療やケアの内容に大きなバリエーションがあることから、これらの特性に配慮した支援が求められる。そこで、中小病院のみならず保健所も、中小病院を支援する際に本ガイドンスを参考にするにより、整合性のとれた支援に資することが期待される。また、前述アクションプランで薬剤耐性の情報収集・提供機能の強化が唱えられている地方衛生研究所も、本ガイドンスを参考にするにより、より具体的な中小病院の支援が可能になると考えられる。

1. 平時の備えからアウトブレイクの探知

1-1. 調整・リスク評価

1-1-1. 調整・リスク評価（平時の備え）

1) 院内の体制整備

<施設管理者が実施する項目>

・アウトブレイク時に相談できる感染管理専門家を平時から確保しておく。地域の感染管理専門家が見つからない場合は、必要に応じ保健所や地方衛生研究所の支援を得て探しておく。地域に見つからない場合、地域の枠に縛られず、必要時に相談できる感染管理専門家を確保しておく。

・以下に示す体制整備の具体的方法について、必要に応じ地域の感染管理専門家の助言を得ながら進める。

・感染管理組織図を作成し、平時とアウトブレイク時における各部署の役割の概要（例：調整・リスク評価、サーベイランス・検査、感染管理、院内の情報共有、患者への説明、メディア対応、問い合わせ窓口の設置、保健所等への連絡）とその担当者や責任者を定める。

・感染対策担当者を任命し、可能な範囲で感染管理に関する研修を受けさせる。

・感染対策担当者が、本ガイドンスに示されている必要な活動ができるよう、院内の主な関係部署（事務部門・医局・看護部・検査室・薬局等、院内の現状に合わせて）との間で必要な調整を行う。

・感染対策担当者と相談の上、非常勤職員を含む全職員に対して感染対策に関する研修会を定期的に開催する。

・受付業務、院内の清掃などを外部委託している場合も、担当者に必要な研修を行う。

・感染対策担当者を中心に医療行為についての手順書・マニュアルを作成しておくことが望ましい。

・全職員に対する情報共有の仕組み（例：電子カルテ経由、一斉メール）を整備する。

<感染対策担当者が実施する項目>

・平時から施設管理者と対象病原体の検出状況（や対策等の情報を月に1回程度共有し、感染管理組織図に従い、院内の関係者に対しても必要な情報共有を行う。

中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス -抄- ②

○ 本ガイドンスにおいても、平時からの地域での関係構築を行うことなどについて言及されている。

令和元年7月25日厚生労働省健康局結核感染症課、医政局地域医療計画課事務連絡

2) 地域（保健所・地方衛生研究所・医療機関・感染管理専門家等）との関係構築

<施設管理者が実施する項目>

・施設管理者自身が、地域の医療機関、地域の感染管理専門家、地域のネットワーク、看護協会・薬剤師会・臨床衛生検査技師会等の関係団体、保健所等の関係団体が企画する感染管理勉強会・講演会、施設毎のカンファレンス、感染対策関連の連絡会等への参加を通して、地域の医療機関、地域の感染管理専門家、保健所、地方衛生研究所、地方感染症情報センターとの顔の見える関係を築いておく。

・地域において開催される感染管理の研修会に、感染対策担当者を積極的に参加させることにより研鑽の機会を与える。

・感染対策担当者が、地域の薬剤耐性菌検出状況の情報に触れることができるよう、地域の医療機関、地域の感染管理専門家、保健所、地方衛生研究所、地方感染症情報センターとの関係づくりに積極的に取り組む。

<感染対策担当者が実施する項目>

・地域の医療機関、地域の感染管理専門家、地域のネットワーク、看護協会・薬剤師会・臨床衛生検査技師会等の関係団体、保健所、地方衛生研究所等の関係団体が企画する感染管理勉強会・講演会、施設毎のカンファレンス、感染対策関連の連絡会等で顔合わせした後も、関係者と連絡を取り合うようにする。

・感染症発生動向調査の届出等、機会がある毎に保健所、地方衛生研究所、地方感染症情報センターとの顔の見える関係の構築に心がける。

1-1-2. 調整・リスク評価（アウトブレイク探知）

1) 院内における対応

<施設管理者が実施する項目>

・検出された対象病原体の原因が持ち込みか院内伝播かに関わらず、また保菌か感染症かに関わらず、院内で適切な拡大防止策をとる。

・可能な限り早い段階より地域の感染管理専門家や保健所・地方衛生研究所・地方感染症情報センターの支援を受け、感染対策担当者とともに、院内での感染拡大の可能性について、リスク評価を実施する。なお、リスク評価注は、状況の変化に合わせて繰り返すことが重要である。

2) 地域（保健所・地方衛生研究所・医療機関・感染管理専門家等）との連携

<施設管理者が実施する項目>

・地域の感染管理専門家や保健所・地方衛生研究所・地方感染症情報センターの支援のもと、院外への感染拡大の可能性について、感染対策担当者とともに、リスク評価を行い、その結果に基づき必要な対策をとる。

1-2. 検査・サーベイランス（平時の備えからアウトブレイクの探知まで）

<施設管理者が実施する項目>

・院内で発熱や下痢の患者が出た場合は、「抗菌薬適正使用」に記載されている検体検査を実施するよう、医師等への十分な周知とともに、資材（例：検体採取容器）の確保などの体制整備を行う。

・対象病原体が検出された場合は、感染対策担当者から適宜報告を受けながら、院内の関係部局へ連絡する。また、必要に応じ全職員への周知及び保健所や地域の感染管理専門家への相談等について、感染対策担当者の活動を支援する。病原体に関する事項は、保健所を介して地方衛生研究所に相談することも考慮する。

<感染対策担当者が実施する項目>

・細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容（薬剤感受性の実施、薬剤耐性の判定、薬剤耐性菌を検出するための追加試験の可否、など）を確認し、検査体制を整えておく。外部委託会社と相談し、これらの対象病原体検出時に感染対策担当者がアラートを受け取る仕組みを持つこと、及び定期的に集計結果を還元して貰う仕組みを持つことが望ましい。これらの整備は地域の医療機関、地域の感染管理専門家、保健所、地方衛生研究所と適宜意見交換しながら進めることが望ましい。

新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け

<改正の背景>

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の中で議論・準備を行う必要

<改正の概要>

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
※ 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
クラスター発生時の対応方針の共有 など

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担 など
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

病院や診療所における感染症対策について

- 今般の新型コロナウイルス感染症の診療に携わる病院の医師や、診療所の医師に、各医療機関や地域での感染症対策の底上げについて、今後さらにどのようなことが考えられるか、ヒアリングを行った。ヒアリングの概要は、以下のとおり。

ヒアリング時期：2021年9月

ヒアリング対象：新型コロナウイルス感染症の診療に携わる病院の医師、診療所医師

参加：厚生労働省医政局地域医療計画課、保険局医療課

【医療機関間の連携について】

- 臨床検査技師や薬剤師がいないと、感染防止対策加算の届出ができないが、それらの職種がいなくても院内感染は起こる。日頃連携がとれていないと、仮にクラスターが発生したとしても、十分な連携ができないので、職種にこだわらず、情報共有をできる体制を整えることを主眼にしてもよいのではないか。
- 特にクラスターが発生していない場合でも、○月に1回など、感染症対応における基幹病院に、感染状況等の報告を行うような連携も考えられるのではないか。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大など、有事の際に実行力を伴うような、取組を進めることが重要ではないか。

【感染症対応における基幹的な役割を担う医療機関の役割について】

- 感染症対応における基幹病院と中小病院との連携においては、基幹病院の病院長や看護部長などの理解が重要。病院外の地域連携も、重要な役割の一つだと示すことができれば、さらに活躍できる基幹病院の専門家が増えるのではないか。
- 感染防止対策加算1を届け出ているような基幹的な病院が、感染防止対策加算2やその他の医療機関も含めて、助言を行えるような体制を構築することが望ましいのではないか（感染防止対策加算2を届け出ている医療機関は、中小規模のところが多く、他の医療機関への助言体制の構築は困難なのではないか。）。
- 基幹的な病院が、日頃から保健所（行政）との連携を密にしておくことが重要ではないか。

【診療所における感染症対策について】

- 現状、診療所から病院に対し、感染症対策について助言をもとめることはほとんどないのではないか。診療所における感染症対策の取組を促進するためには、医師会から開業医へ働きかけることが重要ではないか。
- 有事の際に連携をできるよう、日頃から連携先を特定し、連携体制を構築しておくことは重要。

感染症対策に係る地域連携について（神奈川県川崎市の例①）

- 神奈川県川崎市においては、「KAWASAKI地域感染制御協議会」を中心に、平時から、市内の病院・行政・医師会間の連携体制の構築を行ってきた。

平時に行っていないことは有事にできない

受診時のお願い
For outpatient medical examinations:
门诊就诊注意事项
외래 진료시의 부탁 말씀

海外渡航歴・国内旅行歴(1ヶ月以内)のある方は
診察時に医師へ必ずお伝え下さい。
Whether you have gone abroad or traveled domestically
(within the past month),
please make sure that you tell your doctor
at the time of your medical examination.
过去一个月内有海外旅行，国内旅行经历的人，请在就诊时务必告知医生。
해외 도항력·국내 여행력(1개월 이내)이 있는 분은 진료시 의사에게 반드시 말씀해 주십시오。

発熱・発疹・咳が出る場合はマスクの着用をお願いします。
In the case of fever, rash, and/or cough, please wear a medical mask.
有发热，红疹，咳嗽症状的患者，请佩戴医用口罩。
발열·발진·기침이 나는 경우는 서지컬 마스크를 착용하여 주십시오。

感染対策にご理解・ご協力をお願いいたします。
Thank you for your cooperation and understanding.
感谢您对感染对策的理解及支持。
감염 대책에 이해와 협력을 부탁드립니다。

川崎市医師会
川崎市健康福祉局保健所
KAWASAKI地域感染制御協議会

- 市内のほぼ全病院(29病院・1福祉施設)が参加し、平時からの連携：幹事会(隔月)、定例会開催(2回/年)、職種別部会を行っていた。
- 感染対策防止加算(1-2、1-1)に関わる活動を兼ねる。
- ICNを中心に社会福祉施設等へ衛生講習会やラウンドを実施していた
- 行政・医師会との緊密な連携：川崎市と協定締結、協議会定例会に保健所が参加、感染症危機管理ブラインド訓練、防災訓練に専門家を派遣、川崎市感染症対策協議会の委員を担当していた。
- 事務局（聖マリアンナ医科大学感染症学講座）



平時から顔の見える関係性ができていた！

感染症対策に係る地域連携について（神奈川県川崎市の例②）

- 新型コロナウイルスの発生時においても、協議会を中心に、新型コロナウイルス感染症の発生した病院等への指導等を実施した。

新型コロナウイルス感染症発生時には

KAWASAKI地域感染制御協議会を中心に

- 新たに患者を受け入れる病院への患者の動線確保やゾーニングの指導
- 病院職員や入院患者でコロナ陽性患者が発生時における感染源調査及びまん延防止のための対策の助言、検査のタイミング及びゾーニングの助言や指導

事例

加算2の病院にて職員及び入院患者に陽性者が発生
一報を受けた保健所及び行政医師と連携し
KAWASAKI地域感染制御協議会のICN及びICDに協力依頼

KAWASAKI地域感染制御協議会の名簿をもとに、患者発生時にいきなり連絡するも、当日に対応



KAWASAKI地域感染制御協議会看護部会の会長

数回に渡るICNの指導及び
加算1のICDにおける現場指導を行った



感染症対策に係る地域連携について（神奈川県川崎市の例③）

- その他、新型コロナウイルス感染症への対応マニュアル作成や、発熱外来への助言等をとおして、地域での感染対策の底上げに貢献している。

すべての施設で感染対策の底上げが必要

コロナ対応pptxの作成・配布

2020年2月から感染症対応pptx・マニュアルを作成。メールにて協議会施設へ周知

新型コロナウイルス感染症対応
感染制御の『基本』の『き』
今こそ基本が大事！
病院、施設、スタッフ、患者さんをまもるために

KAWASAKI地域感染制御協議会
川崎市健康福祉局健康安全研究所 三崎貴子、岡部雅彦
川崎市健康福祉局保健医療政策室 大城健一



コロナ意見交換会の開催(Web)

- ・ 2021年1月～5月にかけて7回の意見交換会
下り搬送やクラスター対応について
- ・ 各施設の取り組みを20分程度紹介、川崎市からの情報提供・その後意見交換
- ・ 各施設からの意見聴取を主眼として運営



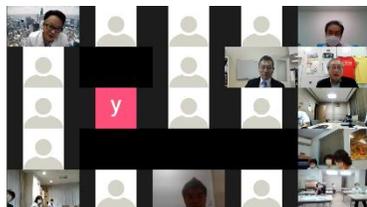
コロナ対応病床の準備支援

- ・ 中小の医療機関ならではの疑問に答える
- ・ 施設に合わせた対策を一緒に考える



定例会の開催(Web)

- ・ 年2回対面の定例会を、コロナ禍によりWebにて開催(3月、9月)
- ・ 約30施設、150名が参加
- ・ 協議会内各部会(医師部会、他5部会)の活動
当番施設主催の企画講演、意見交換



川崎市における流行状況の周知

- ・ 川崎市HP上の流行状況について週に一度の更新に合わせ協議会参加施設へ周知

■ 評価

川崎市における新型コロナウイルス感染症のモニタリングでは、いわゆる第5波について、感染の状況は第33週(8月16日～22日)をピークとし、医療提供体制等の負荷については第34週(8月23日～29日)をピークとして減少に転じ、今週(第43週:10月25日～10月31日)もさらに減少が続いています。

発熱診療の支援

- ・ 医師会PCRセンターや診療所の発熱外来への助言



➡ 地域社会全体での感染症危機管理が不可欠

院内感染対策講習会について

○ 医政局事業において、各種の病院を対象にした院内感染対策に関する講習会が開催されている。講習会①～③はe-ラーニングシステムによって実施され、修了者に受講証書が発行される。

講習会①(特定機能病院向け)

目的: 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図る。

対象: 特定機能病院の院内感染対策を実施する医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師で、施設長の推薦する者。

内容:

- (1) デバイス関連感染防止対策
- (2) 手術部位感染防止対策
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 院内感染関連微生物とその国内外の疫学
- (5) 微生物検査法とその活用
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク: 対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政(特に保健所)との連携
- (8) 院内感染対策における特定機能病院の役割
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動
- (11) AMR 対策アクションプラン

講習会②(地域において指導的立場を担うことが期待される病院向け)

目的: 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図る。

対象: 該当の病院に勤務する医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師で、施設長の推薦する者。

内容:

- (1) デバイス関連感染防止対策とサーベイランス
- (2) 手術部位感染防止対策とサーベイランス
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 洗浄・消毒・滅菌
- (5) 院内感染関連微生物とその検査法
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク: 対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政(特に保健所)との連携
- (8) 院内感染対策における中核的医療機関の役割
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動
- (11) AMR対策アクションプラン

講習会③(地域の医療連携体制が求められる病院、診療所、助産所等向け)

目的: 講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図る。

対象: 地域の医療連携体制が求められる病院、(有床、無床)診療所又は助産所に勤務する者であって、施設長の推薦する者。

内容:

- (1) 標準予防策と経路別予防策
- (2) 院内感染サーベイランス(デバイス関連感染・症候群)
- (3) 洗浄・消毒・滅菌
- (4) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (5) 血液体液曝露対策とワクチンプログラム
- (6) 院内感染関連微生物とその検査法
- (7) インフルエンザやノロウイルス感染症などのアウトブレイク対策
- (8) 院内感染対策における行政(特に保健所)との連携
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用

講習会④(新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会)

目的: 医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達。

対象: 医療機関等に勤務するすべての医療従事者。

内容:

- COVID-19: 臨床像、画像、経過
- 感染対策
 - ・COVID-19 の環境整備・個人防護具の適正使用
 - ・環境消毒
 - ・発熱外来、専用病床・疑似症病床における新型コロナウイルス感染症対策
 - ・非COVID 病床/病院における感染対策
 - ・院内感染発生時の初期対応

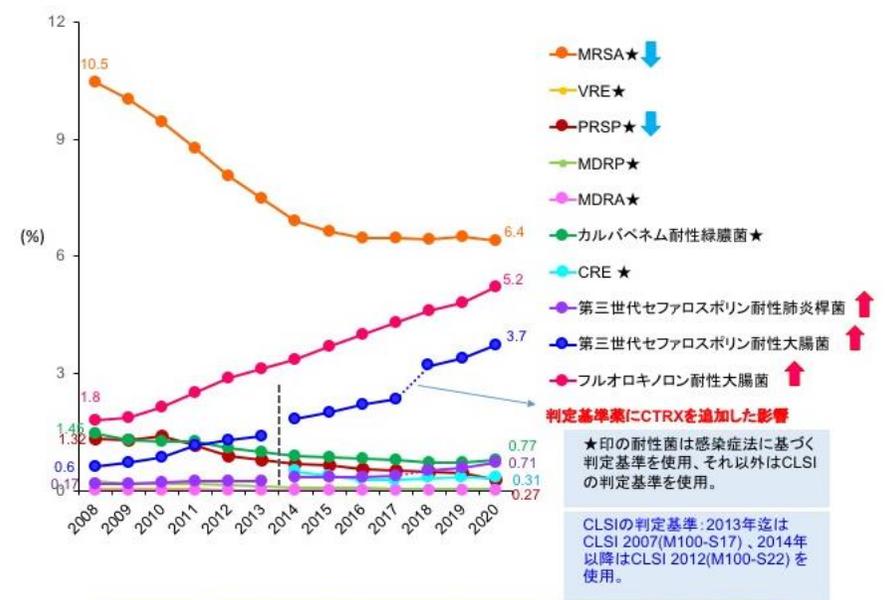
院内感染対策サーベイランス（JANIS）について

- 感染防止対策加算1は、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」を要件としている。
- 院内感染対策サーベランス（Japan Nosocomial Infections Surveillance）は、参加医療機関における院内感染の発生状況や、薬剤耐性菌の分離状況および薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、我が国の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行うことを目的としている。

【検査部門参加施設数の推移】



【特定の耐性菌分離率の推移】



分離率 = 特定の耐性菌分離患者数 ÷ 検体提出患者数 × 100

出典：国立感染研究所より

感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）について

健康局結核感染症課提供資料

- 2019年1月に、医療機関でのAMR対策に活用できるシステムであるJ-SIPHE（Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology：感染対策連携共通プラットフォーム）が開始し、2021年10月時点で、790医療機関が参加している。
- J-SIPHEでは、全国の医療機関における感染症診療状況、感染対策への取り組みや構造、医療関連感染の発生状況、主要な細菌や薬剤耐性菌の発生状況及びそれらによる血流感染の発生状況、抗菌薬の使用状況等に関する情報を集約している。

J-SIPHE 感染対策連携共通プラットフォーム



データの二次利用*で労力の軽減、各医療機関の感染症診療・対策に役立つ指標、様々なベンチマークと比較



- 各医療機関がウェブブラウザ上で登録したデータを自動計算してグラフ化
- グループ機能により、自施設だけでなく地域連携の複数病院のデータを共有

*データの二次利用例

- 抗菌薬使用状況：医科レセプトファイル（入院EF統合ファイル）からアプリケーションを用いて自動集計
- 微生物・耐性菌検出状況：JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）の検査部門還元ファイルと連携して自動集計
- その他：各種テンプレートファイルを用いた入力の補助

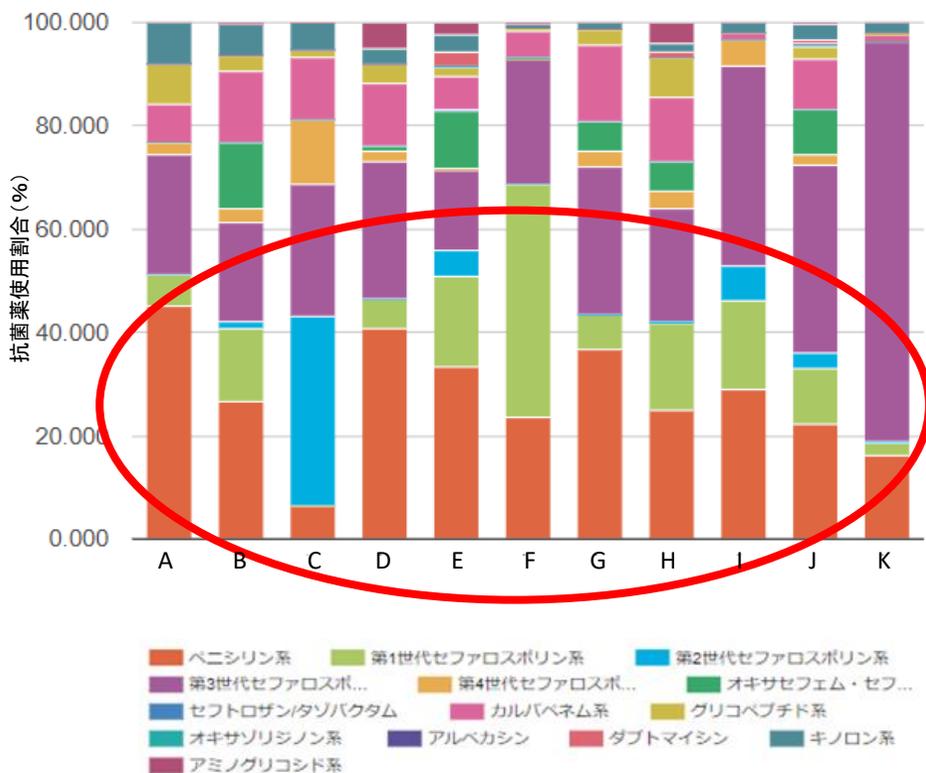
感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）の活用事例について①

健康局結核感染症課提供資料

○ 岐阜県では、すべての感染防止対策加算算定施設がJ-SIPHEに参加し、抗菌薬使用量や手指消毒薬使用量などを可視化し、地域のAMR対策に活用している。

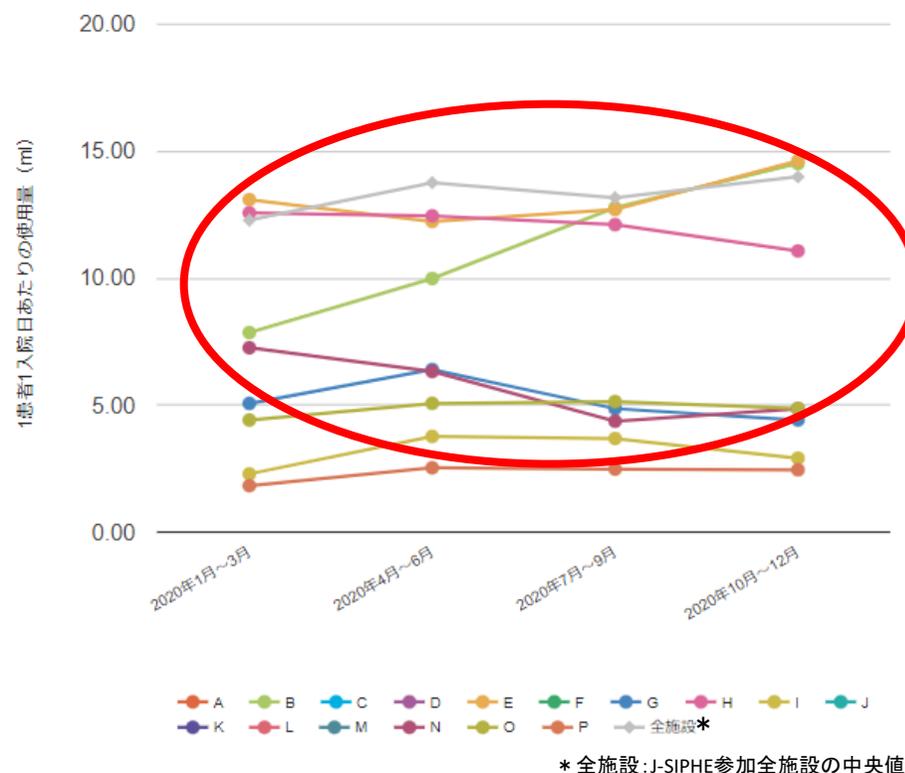
自施設と他施設の比較

抗菌薬使用割合



時系列で地域における新たな変化を確認

手指消毒薬使用量



○北海道道南地域の取組

- 技術的に作成が困難
- 検体数が少ない

地方の小規模医療機関では地域アンチバイオグラムの作成が困難

J-SIPHEの活用

- J-SIPHEのグループ機能を利用
- 専門知識、煩雑な集計作業なく、作成できた

- 感染防止対策加算を中心に、中小規模病院も共同で地域でのアンチバイオグラムを作成
- 中小規模施設でもアンチバイオグラムを抗菌薬適正使用に活用することができるようになった

○ 道南地域の医療機関グループで作成した地域アンチバイオグラムは市立函館病院ホームページ上に開設された専用ページにて公開されている（右図）。



病院について > 北海道 道南地域 アンチバイオグラム

北海道 道南地域 アンチバイオグラム (J-SIPHE北海道道南地域連携グループ HP)

【目的】

北海道道南地域の感染防止対策加算算定施設が中心となり、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)を利用して、地域アンチバイオグラム等を作成することで、JANIS検査部門に参加していない施設や、自施設にアンチバイオグラムを持っていない施設、クリニックなどで共有し、抗菌薬の適正使用に貢献することを目的とする。

【要綱】

J-SIPHE北海道道南地域連携グループ要綱【PDF 458KB】

【参加施設】(参加順)

市立函館病院、八雲総合病院、函館中央病院、函館新都市病院、函館五稜郭病院

【ダウンロード】

★2020年★

【検出区分】・院内【PDF 292KB】

・院外【PDF 294KB】

・すべて(院内院外区別なし)【PDF 308KB】

出典：北海道道南地域アンチバイオグラム（J-SIPHE北海道道南地域連携グループHP）
道南地域における地域アンチバイオグラム作成の取り組み. 櫻田穰ら. 道南医学会ジャーナル. 3巻(2020)1号

- J-SIPHEでは、感染症診療情報や抗菌薬の使用状況のほか、JANISの情報も利用することで、幅広い情報を集約し、活用することができる。



院内感染症の発生状況、薬剤耐性菌の分離状況及び薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、日本の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行う。

JANIS	○	○	○	×	○	×	×
項目	院内感染症発生状況	薬剤耐性菌分離状況	薬剤耐性菌感染症発生状況	感染症診療情報	医療関連感染の発生状況	抗菌薬の使用状況	感染対策情報（手指衛生評価等）
J-SIPHE	JANIS 二次利用	JANIS 二次利用	JANIS 二次利用	○	JANIS 二次利用	○	○



感染症診療状況、感染対策や抗菌薬適正使用への取り組み、医療関連感染の発生状況、主要な細菌や薬剤耐性菌の発生状況及び血流感染の発生状況、抗菌薬の使用状況等に関する情報を集約し、自施設や地域ネットワーク等で活用する。

コロナ・感染症対策に係る課題と論点

- 感染防止対策加算を届け出ている医療機関の割合は、届け出ている入院料によって、ばらつきがあった。また、病床規模ごとで見ると、病床規模が大きい方が感染防止対策加算の届出割合は高くなっていた。
- 感染防止対策加算2を届け出ているが、加算1を届け出していない医療機関について、加算1を届け出ることができない理由をみると、「専従として従事できる医師や看護師がいない」「感染管理の経験5年以上かつ研修を修了した看護師がいない」という理由が多かった。
- 感染防止対策加算を届け出していない医療機関について、加算2を届け出ることができない理由をみると、「専任の医師等がいない」「加算1の医療機関が主催するカンファレンスへの参加が困難」という理由が多かった。
- 感染管理認定看護師や感染症看護専門看護師は、新型コロナウイルス感染症対策においても、中心的な役割を果たしており、他の医療機関に赴き、感染防止対策を支援した例がある、という指摘があった。
- 「院内感染対策中央会議提言」等において、「医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要」とされているほか、地方自治体においても、「保健所及び地方衛生研究所を含めた地域における院内感染対策のためのネットワークを整備し、積極的に支援すること」とされている。
- 医療機関医師のヒアリングにおいては、感染症対応における基幹病院が、その他の医療機関に対して助言を行う体制を構築すること、保健所との連携の強化、診療所における取組みの促進が重要、という指摘があった。
- 毎年度、各種の医療機関を対象とした、院内感染対策講習会が開催されている。
- 感染防止対策加算1において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」を要件としている。JANISのほか、2019年1月に開始した、J-SIPHEについても、各地域における活用が進んでいる。

【論点】

- 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な取扱いについて、算定件数等の検証を踏まえ、今後の評価の在り方についてどのように考えるか。
- 感染防止対策加算について、新型コロナウイルス感染症の拡大下において果たした役割も踏まえつつ、新興感染症等に対する対策を強化するとともに、地域における医療機関間の連携の強化も含めた取組を進めていく観点から、評価の在り方について、どのように考えるか。

第23回医療経済実態調査 結果報告に関する分析

令和3年12月3日

健康保険組合連合会

目次

主な分析結果	1
本分析における主なデータの出典と用語	2
I 損益差額率の経年比較	
1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化 (H25～R2年度)	
(1) 一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局	3
(2) 一般病院の開設者別	4
2. 医療機関別の分析	
(1) 一般病院	
① 機能別 損益差額率の経年変化 (H25～R2年度)	5
② 病床規模別 損益差額率の経年変化 (H25～R2年度)	6
③ これまでの新型コロナウイルス感染症入院患者等の受入実績別 損益差額率の経年変化 (R元～2年度)	7
(2) 一般診療所	
① 開設者別・有床無床別 損益差額率の経年変化 (H25～R2年度)	8
② 開設者別・主たる診療科別 損益差額率の経年変化 (H25～R2年度)	9
③ 新型コロナウイルス感染症疑い患者の受入状況別 損益差額率の経年変化 (R元～2年度)	10
(3) 保険薬局	
① 開設者別・店舗数別 損益差額率の経年変化 (H25～R2年度)	11
② 調剤基本料別、立地別 損益差額率の経年変化 (H27～R2年度)	12
③ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係有無別 損益差額率の経年変化 (H27～R2年度)	13
II 損益差額率の経年比較 (R元～3年の各年6月)	
1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化	
(1) 一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局	14
(2) 一般病院の開設者別	15

2. 医療機関別の分析	
(1) 一般病院	
① 機能別 損益差額率の経年変化	16
② 病床規模別 損益差額率の経年変化	17
③ これまでの新型コロナウイルス感染症入院患者等の受入実績別 損益差額率の経年変化	18
(2) 一般診療所	
① 開設者別・有床無床別 損益差額率の経年変化	19
② 開設者別・主たる診療科別 損益差額率の経年変化	20
③ 新型コロナウイルス感染症疑い患者の受入状況別 損益差額率の経年変化	21
(3) 保険薬局	
① 開設者別・店舗数別 損益差額率の経年変化	22
III 費用構造の経年変化	
1. 医業・介護費用の構成比率と損益差額率	
(1) 医療機関別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率 (H29～R2年度)	23
(2) 一般病院の開設者別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率 (H29～R2年度)	24
2. 職員給与の比較	
(1) 一般病院病院長 (開設者別) と一般診療所院長の平均年収比較 (H25～R2年度)	25
(2) 一般病院の主な医療従事者の平均年収比較 (H25～R2年度)	26
IV 流動資産の経年比較	
1. 医療機関別 流動資産の経年変化 (R元～2年度)	
(1) 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局	27
V 次回調査に向けた意見	28
VI 参考資料	
1. 概算医療費の長期推移 (H17年度=100とした場合の指数の推移。H17～R2年度。)	29
2. 一般病院の開設者別指標比較	
(1) 医療法人と公立病院の経営指標比較 (R2年度)	30
(2) 開設者別 100床あたり職種別常勤職員数の比較 (R2年度)	31
VII 注釈	32

主な分析結果

【一般病院の損益差額率】

- 年度調査の結果より、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた損益差額率は一般病院全体では1.2%の黒字、国公立を除くと2.8%の黒字であり(R2年度加重平均)、H25年度以降で最も高い水準であった(3頁)。(以下、年度調査の損益差額率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含むものとする)
 - 開設者別にみると、医療法人・公的・その他は、1.2~5.4%の黒字であった(R2年度)(4頁)。
 - 公立では、-7.3%の赤字であったが(R2年度)、R元年度と比較して6.9ポイント上昇した(4頁)。
- 単月調査の結果より、一般病院全体は-1.1%の赤字であったが(R3年6月加重平均)、R2年同月と比較して4.6ポイント上昇、R元年同月と比較して0.4ポイント上昇した(14頁)。
 - 開設者別にみると、例えば公立では、R2年同月と比較して損益差額率が2.0ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が5.3%増加したものの、医業・介護費用がそれを上回る7.1%増加したことが要因である(15頁)。

【一般診療所の損益差額率】

- 年度調査の結果より、一般診療所は個人、医療法人それぞれ28.8%と4.2%の黒字であった(R2年度)(3頁)。
- 単月調査の結果より、一般診療所は個人、医療法人それぞれ34.6%と8.3%の黒字であり(R3年6月)、R2年同月と比較してそれぞれ4.7ポイント、5.2ポイント上昇、R元年同月と比較してそれぞれ0.3ポイント、1.7ポイント上昇した(14頁)。

【歯科診療所の損益差額率】

- 年度調査の結果より、歯科診療所は全体で20.4%の黒字であり(R2年度)、R元年度と比較して0.2ポイント上昇した(3頁)。
- 単月調査の結果より、歯科診療所は全体で19.6%の黒字であり(R3年6月)、R元年同月と比較して0.3ポイント上昇した(14頁)。

【保険薬局の損益差額率】

- 年度調査の結果より、保険薬局は全体で6.7%の黒字であり(R2年度)、R元年度と同水準であった(3頁)。
 - 法人については同一グループの店舗数が多い薬局ほど損益差額率が高く、同一グループ20店舗以上の保険薬局は9.5%の黒字であった(R2年度)(11頁)。
- 単月調査の結果より、保険薬局は全体で5.8%の黒字であり(R3年6月)、R元年同月とほぼ同水準であった(14頁)。

【一般病院・一般診療所・歯科診療所の資産状況】

- 流動資産の平均額はR元年度と比較して、一般病院が17.7%、精神科病院が1.3%、特定機能病院が12.4%、一般診療所が6.3%、歯科診療所が31.1%、保険薬局が0.4%増加した(R2年度)(27頁)。

【公立病院と他の開設者の経営状況比較】

- 公立病院では、給与費率が63.8%と依然として高い水準にあり、公的病院の給与費率52.1%と大きな開きがある(R2年度)(24頁)。

本分析における主なデータの出典と用語

【データ】

- 病院については、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関を集計したデータ(集計1)を使用している。
- 病院以外については、調査に回答した全ての医療機関等を集計したデータ(集計2)を使用している。
- 年度損益を扱った集計について、一般診療所と歯科診療所のH27・H28・H29・H30・R元・R2年度の個人および全体の集計は、青色申告者を含むデータを使用している。
- 月次損益を扱った集計について、一般診療所と歯科診療所の個人および全体の集計は、診療科別ならびに新型コロナウイルス感染症疑い患者の受入状況別の集計の青色申告者を含む集計が存在しないため、月次損益に関する集計は全て青色申告を含まないデータを使用している。
- 一部のデータについては、厚生労働省と調整の上使用している。

【用語】

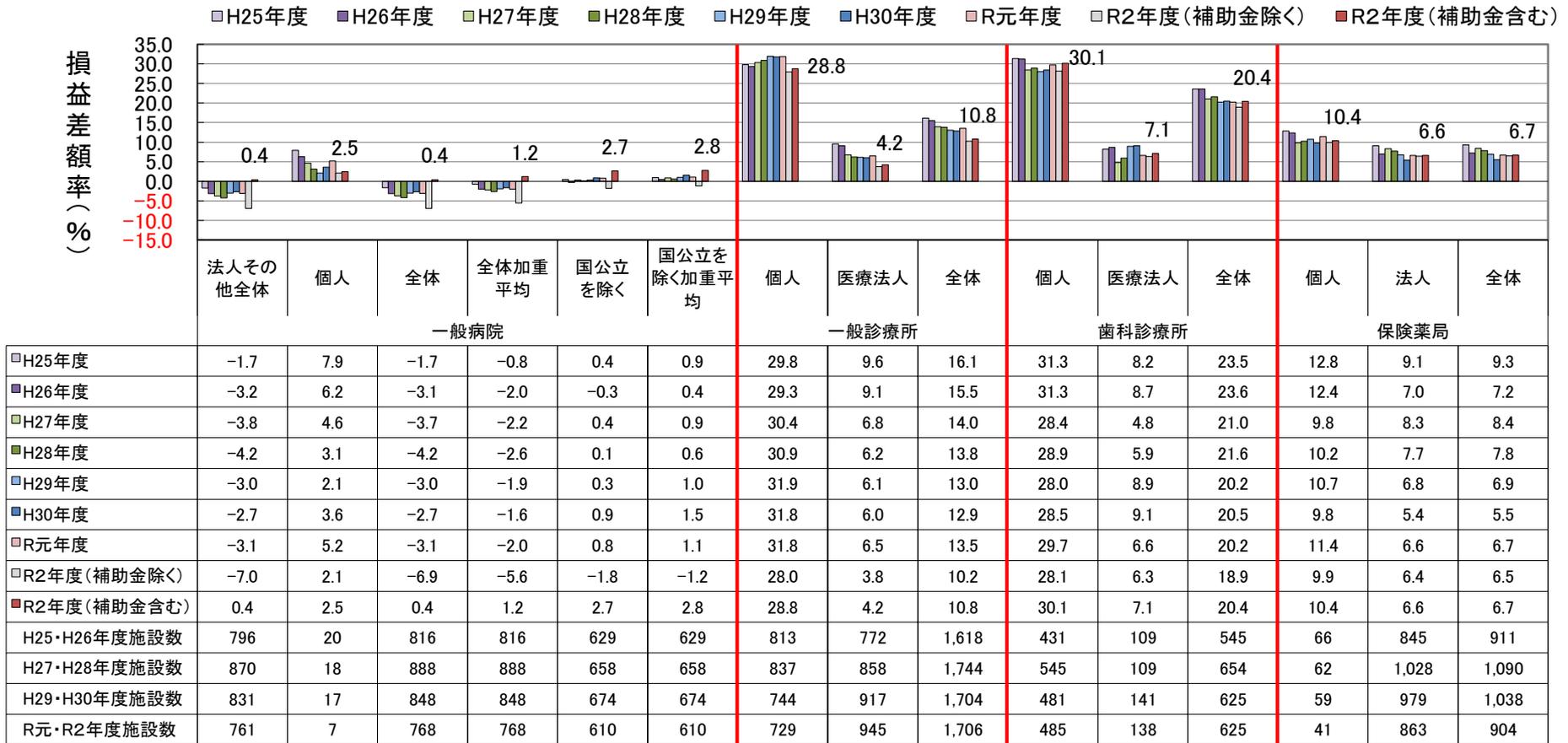
- 今回調査とは第23回医療経済実態調査(R元・R2年度およびR元・R2・R3年の各年6月データ)、前回調査とは同第22回(H29・H30年度データ)、前々回調査とは同第21回(H27・H28年度データ)を指す。
- 一般診療所の「有床」とは入院診療収益のある診療所、「無床」とは入院診療収益のない診療所と定義した。入院診療収益のない診療所の中には有床診療所として登録されているものも少数あるが、結果報告データでは参考値となっているため、本分析では入院診療収益のある診療所のみを「有床」として扱う。
- 収益を、医業収益・介護収益(保険薬局は収益)の合計額とし、新型コロナウイルス感染症関連の補助金は含まないものと定義した。
- 損益差額は、「R2年度(補助金含む)」の集計においては収益に新型コロナウイルス感染症関連の補助金を加えた額から医業・介護費用(保険薬局は費用)を引いた額とし、それ以外の集計においては収益から医業・介護費用(保険薬局は費用)を引いた額と定義した。
- 損益差額率は、損益差額を収益で除した値と定義した。
- 特に断りがない限り、「R2年度」の損益差額(率)は「R2年度(補助金含む)」を意味するものとする。
- 材料費は、診療材料費・医療消耗器具備品費(一般診療所の場合は材料費、歯科の場合は歯科材料費)および給食用材料費の合計と定義した。
- 年収は、給料の年(度)額と賞与を合計した金額と定義した。

※上記以外の注釈は末尾を参照のこと。

I 損益差額率の経年比較

1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化(H25～R2年度)

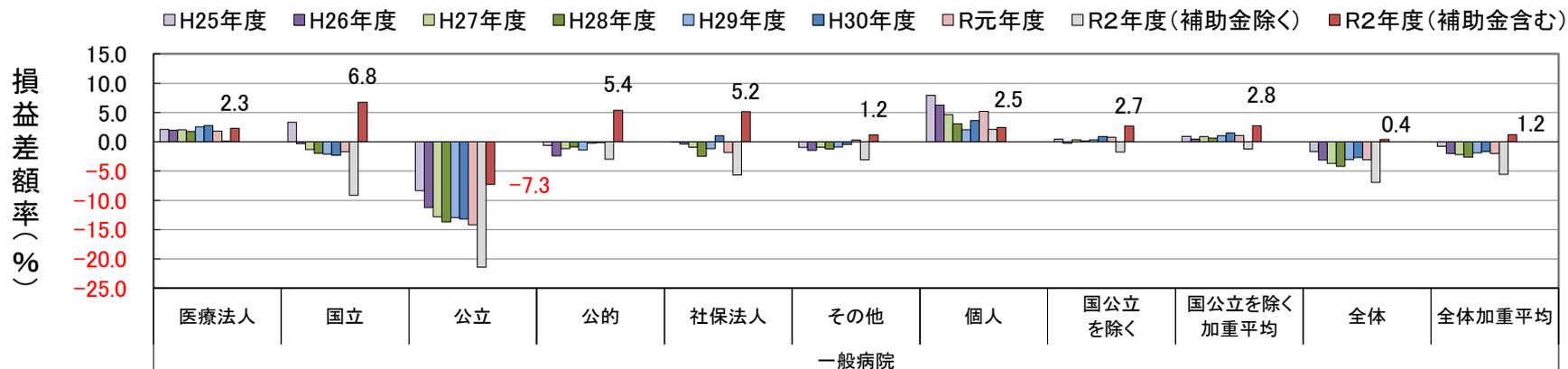
(1)一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局



- 一般病院全体は1.2%の黒字、国公立を除くと2.8%の黒字であり(R2年度加重平均)、H25年度以降で最も高い水準であった。
- 一般診療所は個人、医療法人それぞれ28.8%と4.2%の黒字であった(R2年度)。
- 歯科診療所は全体で20.4%の黒字であり(R2年度)、R元年度と比較して0.2ポイント上昇した。
- 保険薬局は全体で6.7%の黒字であり(R2年度)、R元年度と同水準であった。

1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化(H25～R2年度)

(2)一般病院の開設者別



	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人	国公立を除く	国公立を除く加重平均	全体	全体加重平均
□H25年度	2.1	3.3	-8.3	-0.7	-0.1	-1.0	7.9	0.4	0.9	-1.7	-0.8
■H26年度	2.0	-0.3	-11.3	-2.4	-0.4	-1.5	6.2	-0.3	0.4	-3.1	-2.0
□H27年度	2.1	-1.3	-12.8	-1.2	-0.9	-0.9	4.6	0.4	0.9	-3.7	-2.2
■H28年度	1.8	-1.9	-13.7	-0.9	-2.5	-1.2	3.1	0.1	0.6	-4.2	-2.6
■H29年度	2.6	-2.1	-13.0	-1.4	-1.2	-0.9	2.1	0.3	1.0	-3.0	-1.9
■H30年度	2.8	-2.3	-13.2	-0.3	1.0	-0.4	3.6	0.9	1.5	-2.7	-1.6
■R元年度	1.8	-1.7	-14.2	-0.2	-1.8	0.3	5.2	0.8	1.1	-3.1	-2.0
□R2年度(補助金除く)	0.1	-9.2	-21.4	-3.0	-5.7	-3.1	2.1	-1.8	-1.2	-6.9	-5.6
■R2年度(補助金含む)	2.3	6.8	-7.3	5.4	5.2	1.2	2.5	2.7	2.8	0.4	1.2
H25・H26年度施設数	419	32	155	64	13	113	20	629	629	816	816
H27・H28年度施設数	455	46	184	66	13	106	18	658	658	888	888
H29・H30年度施設数	443	22	152	56	7	151	17	674	674	848	848
R元・R2年度施設数	410	18	140	38	6	149	7	610	610	768	768

- 一般病院の医療法人・公的・その他は、1.2～5.4%の黒字であった(R2年度)。
- 公立では、-7.3%の赤字であったが(R2年度)、R元年度と比較して6.9ポイント上昇した。
- 公立の新型コロナ関連補助金を除いた損益差額率は、R元年度と比較して7.2ポイント低下した。医業収益が5.5%減少したことが要因である(R2年度)。
- 公立病院が有効回答施設数に占める割合(18%)と日本全国の施設数に占める割合(12%)には1.5倍の開きがあり、加重平均で構成割合を補正しない「全体」の損益差額率の値は公立病院の影響を過大に反映している。

注) 公立病院のH25年度は、旧基準のデータ。

2. 医療機関別の分析

(1) 一般病院

①機能別 損益差額率の経年変化(H25～R2年度)

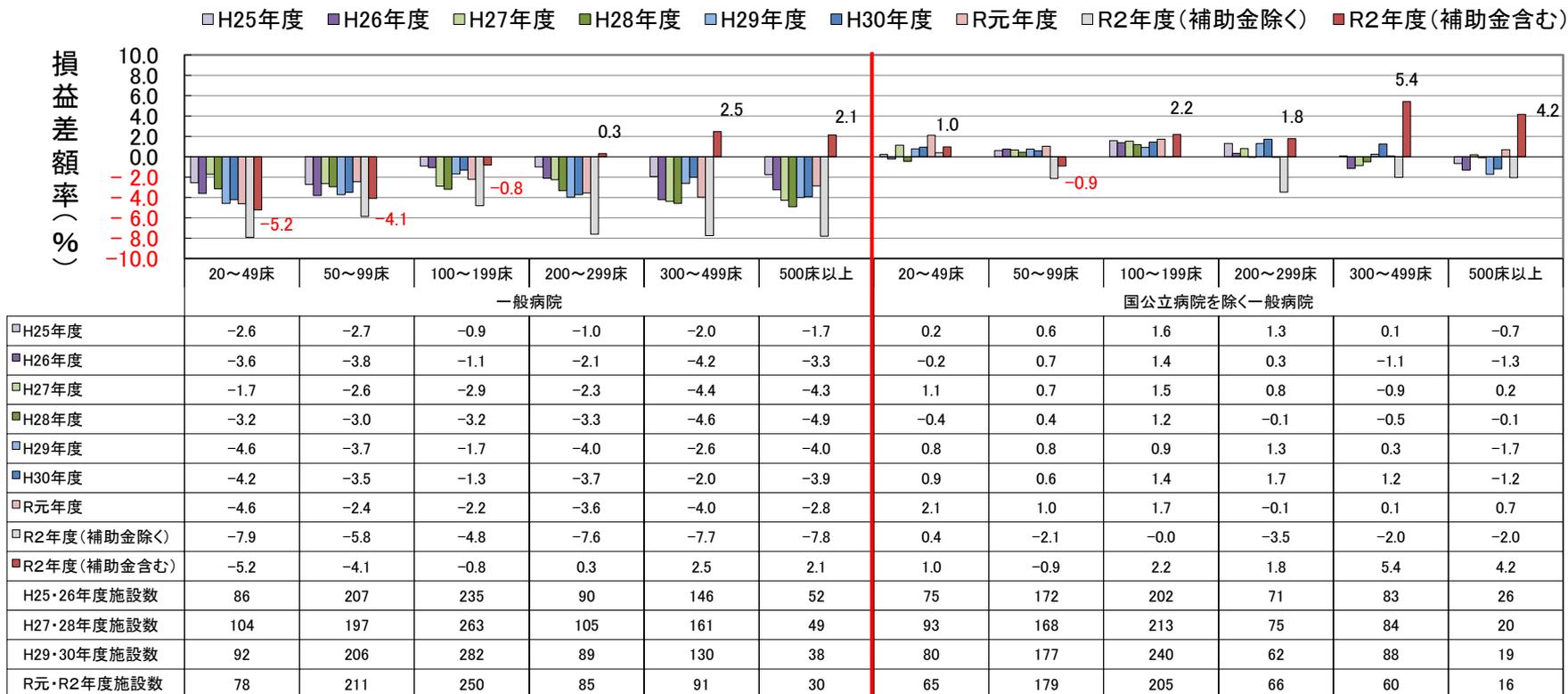


- 国公立を除く一般病院では、1.0～8.7%の黒字であった(R2年度)。
- 療養病床60%以上の病院は、全体で8.4%、国公立を除くと8.7%と安定的に黒字であった(R2年度)。
- DPC対象病院は、全体で1.4%の黒字であった(R2年度)。
- 療養病床を有しない病院および特定機能病院は、全体で-2.8～-0.1%の赤字であったが(R2年度)、R元年度と比較して2.8～4.0ポイント上昇した。

2. 医療機関別の分析

(1) 一般病院

② 病床規模別 損益差額率の経年変化 (H25～R2年度)



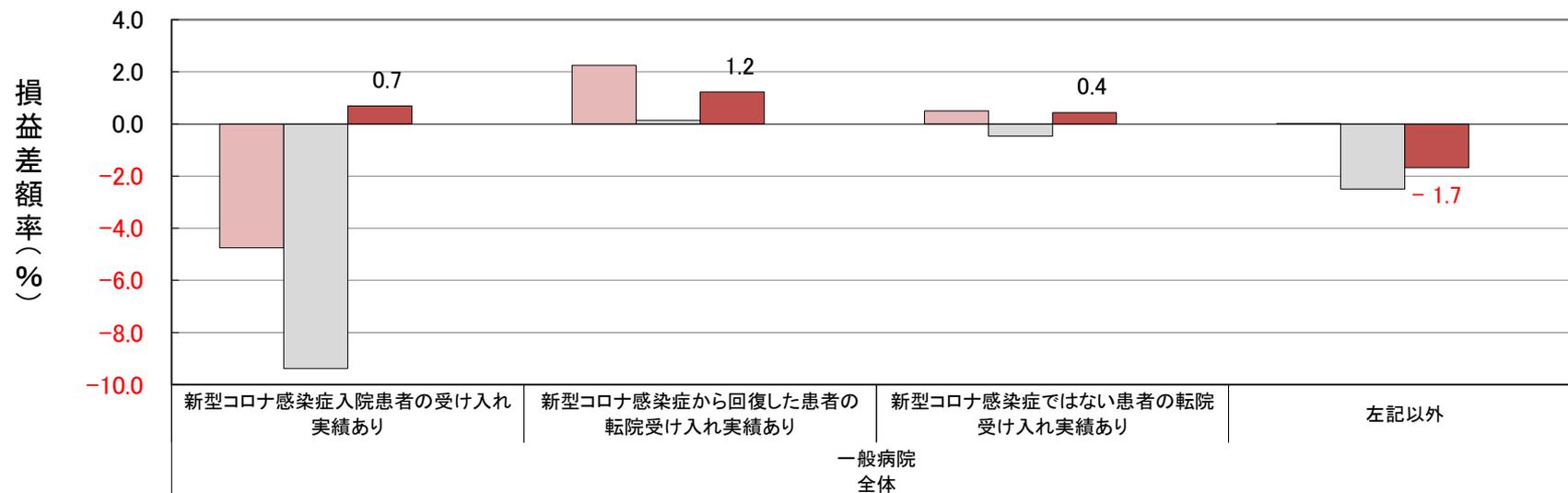
- 一般病院全体のうち200床以上の病院では、0.3～2.5%の黒字であった(R2年度)。
- 一般病院全体のうち100～199床の病院では、-0.8%の赤字であったが(R2年度)、R元年度と比較して1.4ポイント上昇した。
- 一般病院全体のうち500床以上の病院では、新型コロナ関連補助金を除いた損益差額率がR元年度と比較して5.0ポイント低下した(R2年度)。医業収益が4.2%減少したこと、医業・介護費用が0.4%増加したことが要因である。
- 国公立病院を除く一般病院のうち20～49床・100～199床・200～299床・300～499床の病院では、1.0～5.4%の黒字であった(R2年度)。

2. 医療機関別の分析

(1) 一般病院

③これまでの新型コロナウイルス感染症入院患者等の受入実績別 損益差額率の経年変化 (R元～2年度)

■ R元年度 □ R2年度(補助金除く) ■ R2年度(補助金含む)



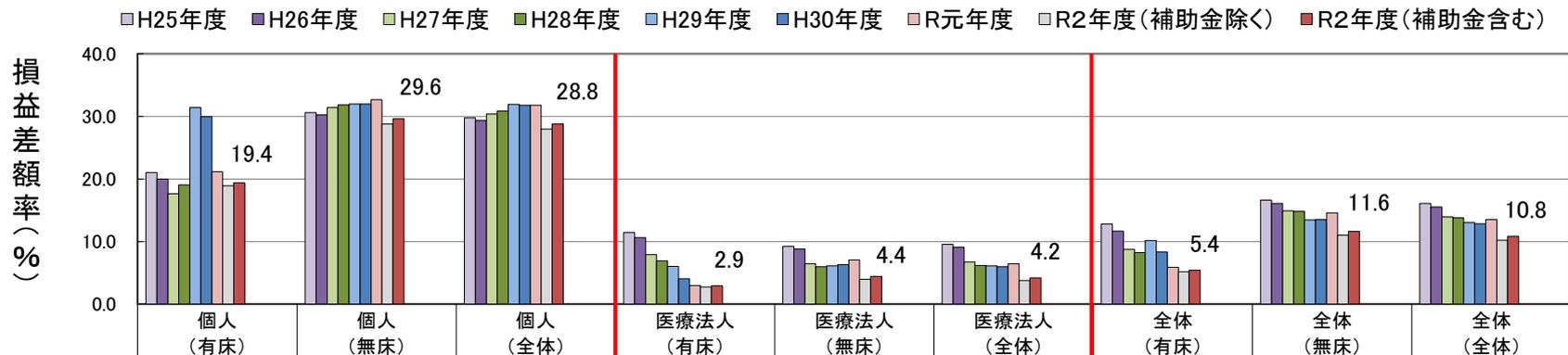
■ R元年度	- 4.7	2.3	0.5	0.0
□ R2年度(補助金除く)	- 9.4	0.1	- 0.5	- 2.5
■ R2年度(補助金含む)	0.7	1.2	0.4	- 1.7
施設数	306	133	93	236

- 「新型コロナウイルス感染症入院患者の受け入れ実績あり」「新型コロナウイルス感染症から回復した患者の転院受け入れ実績あり」「新型コロナウイルス感染症ではない患者の転院受け入れ実績あり」の病院では、0.4～1.2%の黒字であった(R2年度)。
- 「新型コロナウイルス感染症入院患者の受け入れ実績あり」以外の病院では、R元年度と比較して損益差額率が0.1～1.7ポイント低下したが、「新型コロナウイルス感染症入院患者の受け入れ実績あり」の病院では5.4ポイント上昇した(R2年度)。
- 「新型コロナウイルス感染症入院患者の受け入れ実績あり」の病院では、新型コロナ関連補助金を除いた損益差額率がR元年度と比較して4.7ポイント低下した(R2年度)。医業収益が4.1%減少したことが要因である。

2. 医療機関別の分析

(2) 一般診療所

①開設者別・有床無床別 損益差額率の経年変化(H25～R2年度)



	個人 (有床)	個人 (無床)	個人 (全体)	医療法人 (有床)	医療法人 (無床)	医療法人 (全体)	全体 (有床)	全体 (無床)	全体 (全体)
□H25年度	21.0	30.6	29.8	11.4	9.2	9.6	12.8	16.6	16.1
■H26年度	20.0	30.2	29.3	10.7	8.8	9.1	11.7	16.1	15.5
■H27年度	17.6	31.4	30.4	7.9	6.5	6.8	8.7	14.9	14.0
■H28年度	19.1	31.8	30.9	6.9	6.0	6.2	8.2	14.8	13.8
■H29年度	31.4	32.0	31.9	6.1	6.2	6.1	10.2	13.5	13.0
■H30年度	29.9	32.0	31.8	4.1	6.3	6.0	8.3	13.5	12.9
■R元年度	21.2	32.7	31.8	3.0	7.1	6.5	5.9	14.6	13.5
□R2年度(補助金除く)	18.9	28.8	28.0	2.7	4.0	3.8	5.2	11.0	10.2
■R2年度(補助金含む)	19.4	29.6	28.8	2.9	4.4	4.2	5.4	11.6	10.8
H25・H26年度施設数	30	783	813	56	716	772	89	1,529	1,618
H27・H28年度施設数	42	795	837	84	774	858	130	1,614	1,744
H29・H30年度施設数	25	719	744	76	841	917	103	1,601	1,704
R元・R2年度施設数	27	702	729	68	877	945	97	1,609	1,706

- 一般診療所では、個人・医療法人ともに有床無床に関わらず黒字であった(R2年度)。
- 有床の一般診療所は個人、医療法人それぞれ19.4%と2.9%の黒字であった(R2年度)。
- 無床の一般診療所は個人、医療法人それぞれ29.6%と4.4%の黒字であった(R2年度)。

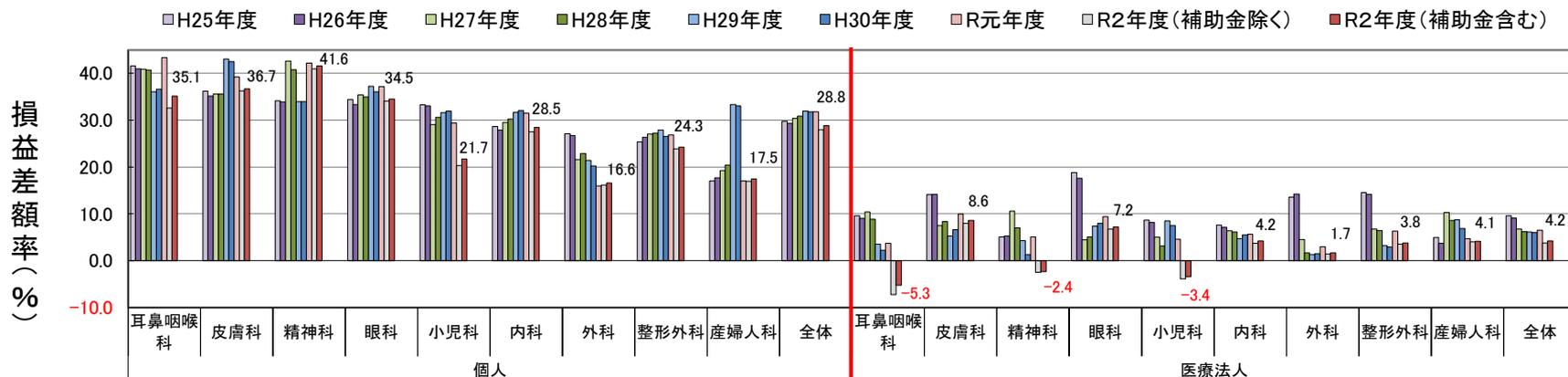
注) 個人の診療所の損益差額率には院長給与等が含まれている。

注) H27年度以降は青色申告込の数値を採用している。

2. 医療機関別の分析

(2) 一般診療所

②開設者別・主たる診療科別 損益差額率の経年変化(H25～R2年度)



	個人										医療法人									
	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科	眼科	小児科	内科	外科	整形外科	産婦人科	全体	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科	眼科	小児科	内科	外科	整形外科	産婦人科	全体
□H25年度	41.6	36.2	34.2	34.4	33.3	28.6	27.1	25.3	17.0	29.8	9.6	14.1	5.1	18.8	8.6	7.6	13.6	14.5	5.0	9.6
■H26年度	41.0	35.2	33.9	33.4	33.0	27.9	26.7	26.3	17.7	29.3	9.0	14.1	5.3	17.5	8.2	7.1	14.2	14.2	3.7	9.1
■H27年度	40.9	35.6	42.7	35.4	29.1	29.5	21.6	27.0	19.2	30.4	10.4	7.5	10.6	4.4	5.0	6.4	4.5	6.8	10.2	6.8
■H28年度	40.7	35.5	40.8	34.9	30.6	30.3	22.9	27.2	20.4	30.9	8.9	8.3	7.0	5.1	3.1	6.1	1.7	6.4	8.6	6.2
■H29年度	36.1	43.1	34.0	37.2	31.6	31.7	21.4	27.9	33.3	31.9	3.5	5.2	4.3	7.3	8.5	4.7	1.3	3.2	8.7	6.1
■H30年度	36.6	42.5	33.9	36.1	31.9	32.1	20.2	26.5	33.0	31.8	2.2	6.6	1.3	8.0	7.5	5.5	1.5	2.9	6.8	6.0
■R元年度	43.4	39.2	42.2	37.2	29.4	31.5	15.9	26.8	17.0	31.8	3.7	9.9	5.1	9.4	4.6	5.6	3.0	6.3	4.7	6.5
□R2年度(補助金除く)	32.6	36.2	40.9	34.1	20.3	27.5	16.1	23.9	16.9	28.0	-7.3	7.9	-2.5	6.7	-3.9	3.7	1.4	3.5	4.0	3.8
■R2年度(補助金含む)	35.1	36.7	41.6	34.5	21.7	28.5	16.6	24.3	17.5	28.8	-5.3	8.6	-2.4	7.2	-3.4	4.2	1.7	3.8	4.1	4.2
H25・H26年度施設数	56	47	19	80	56	375	45	72	31	813	48	35	10	62	54	402	39	75	34	772
H27・H28年度施設数	52	42	33	83	50	420	46	55	22	837	56	49	27	64	52	388	50	91	41	858
H29・H30年度施設数	59	52	29	62	51	341	45	59	25	744	53	38	12	62	63	457	39	108	43	917
R元・R2年度施設数	55	47	26	67	45	347	21	54	35	729	62	50	16	70	79	450	50	92	32	945

- 一般診療所の個人における外科・産婦人科はR元年度と比較して損益差額率が0.5～0.7ポイント上昇した(R2年度)。精神科は前回調査を上回る水準であった(R2年度)。皮膚科は前々回調査を上回る水準であった(R2年度)。内科・眼科はH26年度を上回る水準であった(R2年度)。
- 一般診療所の医療法人における皮膚科・眼科・内科・外科・整形外科・産婦人科は1.7～8.6%の黒字であった(R2年度)。

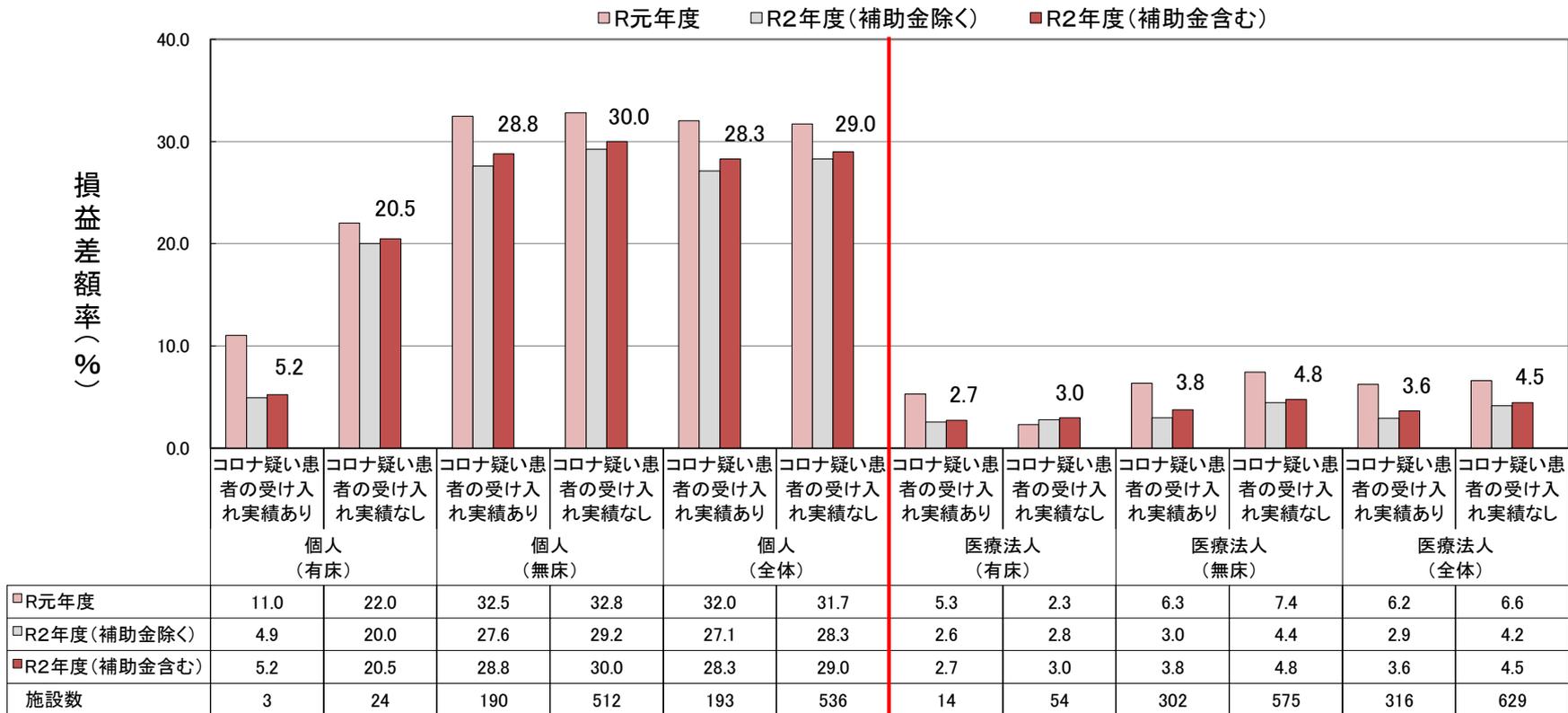
注) 個人の診療所の損益差額率には院長給与等が含まれている。

注) H27年度以降は青色申告込の数値を採用している。

2. 医療機関別の分析

(2) 一般診療所

③新型コロナウイルス感染症疑い患者の受入状況別 損益差額率の経年変化(R元～2年度)



○ 無床の一般診療所の個人では、「コロナ疑い患者の受け入れ実績あり」のほうが「実績なし」と比べてR元年度からの損益差額率の低下幅が大きかった(R2年度)。

注) 個人の診療所の損益差額率には院長給与等が含まれている。

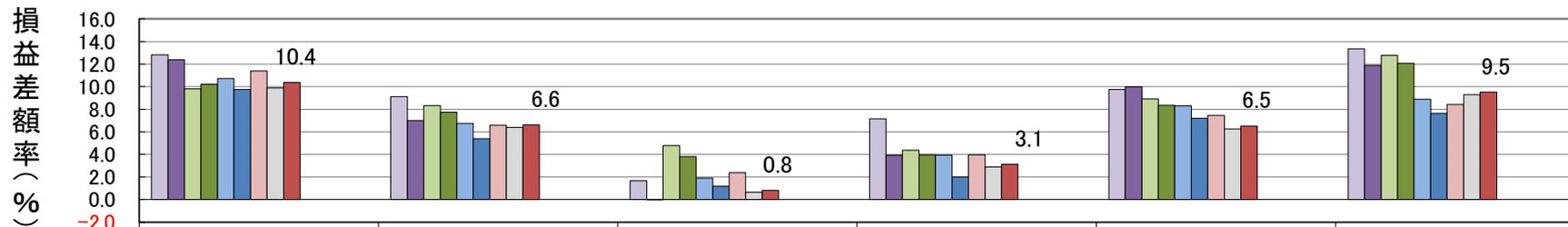
注) 青色申告込の数値を採用している。

2. 医療機関別の分析

(3) 保険薬局

①開設者別・店舗数別 損益差額率の経年変化(H25～R2年度)

□H25年度 ■H26年度 □H27年度 ■H28年度 □H29年度 ■H30年度 □R元年度 □R2年度(補助金除く) ■R2年度(補助金含む)



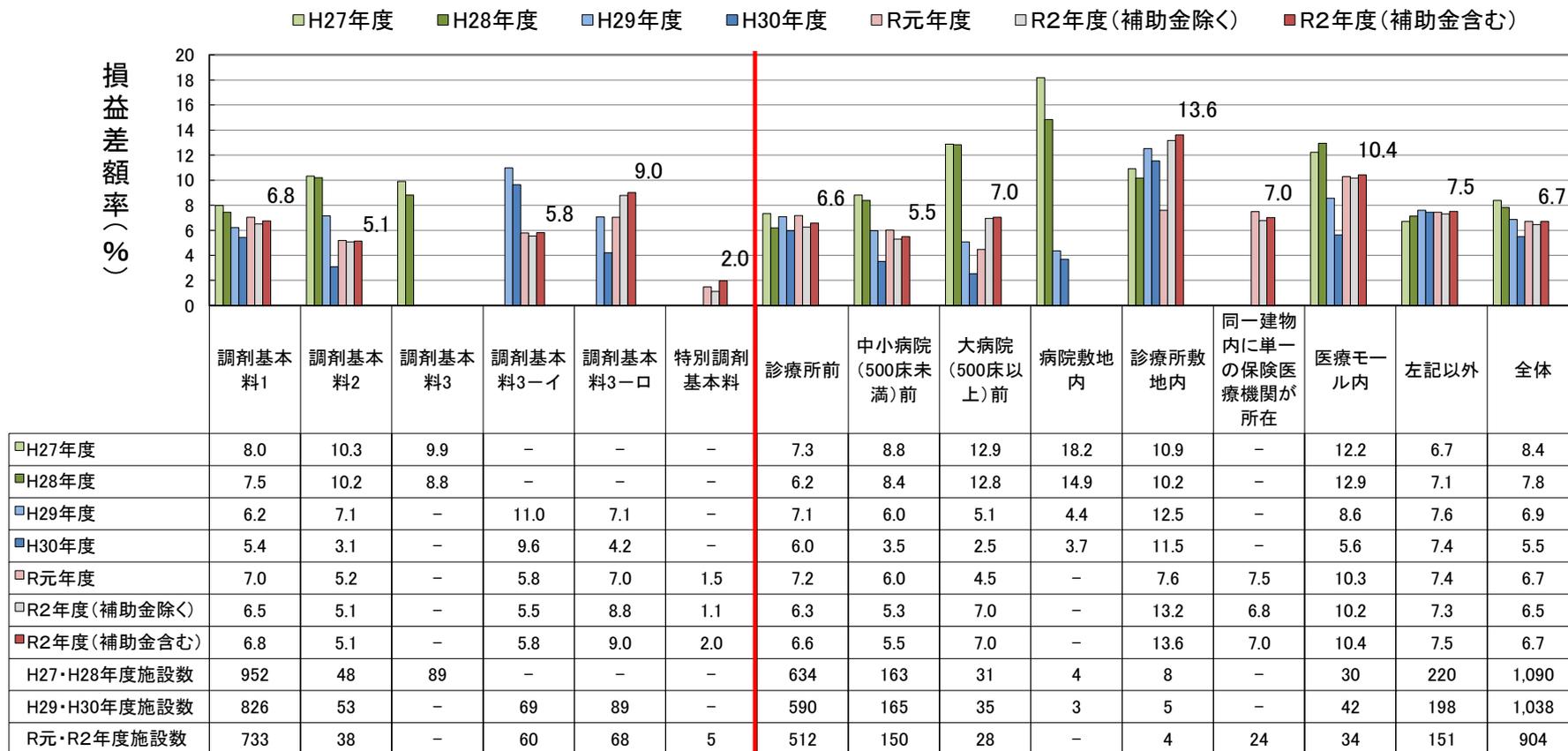
	個人	法人全体	法人1店舗	法人2～5店舗	法人6～19店舗	法人20店舗以上
□H25年度	12.8	9.1	1.7	7.1	9.7	13.4
■H26年度	12.4	7.0	- 0.0	3.9	10.0	11.9
□H27年度	9.8	8.3	4.8	4.4	8.9	12.8
■H28年度	10.2	7.7	3.8	4.0	8.3	12.1
□H29年度	10.7	6.8	1.9	3.9	8.3	8.9
■H30年度	9.8	5.4	1.2	2.0	7.2	7.6
□R元年度	11.4	6.6	2.4	4.0	7.5	8.4
□R2年度(補助金除く)	9.9	6.4	0.6	2.9	6.3	9.3
■R2年度(補助金含む)	10.4	6.6	0.8	3.1	6.5	9.5
H25・H26年度施設数	66	845	18	499	153	175
H27・H28年度施設数	62	1,028	32	496	192	308
H29・H30年度施設数	59	979	94	368	174	343
R元・R2年度施設数	41	863	95	256	161	351

- 保険薬局は個人、法人全体それぞれ10.4%、6.6%の黒字であり(R2年度)、法人全体はR元年度と同水準であった。
- 法人については同一グループの店舗数が多い薬局ほど損益差額率が高く、同一グループ20店舗以上の保険薬局は9.5%の黒字であった(R2年度)。
- 同一グループ20店舗以上の調査回答施設数は年々増加している(H28年度以前は同一法人)。

2. 医療機関別の分析

(3) 保険薬局

②調剤基本料別、立地別 損益差額率の経年変化(H27～R2年度)



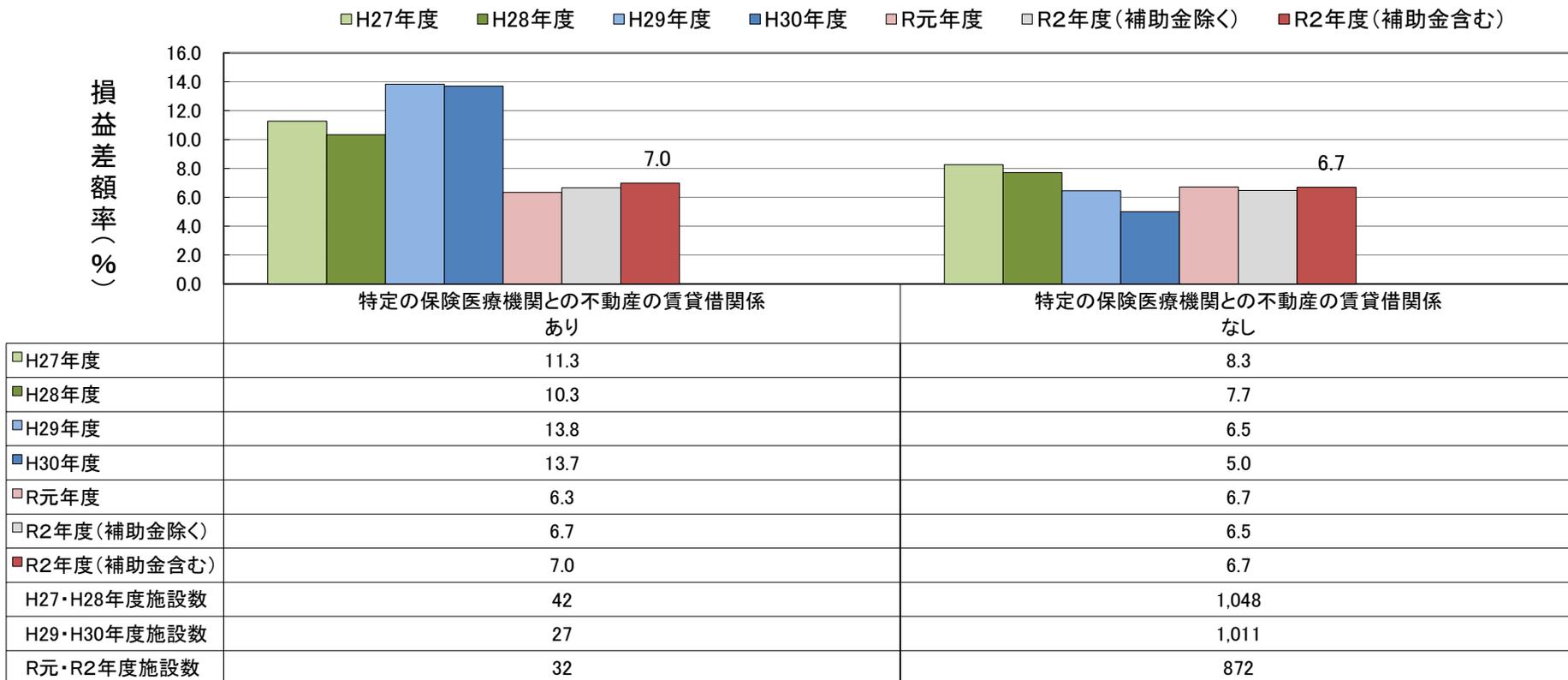
- 調剤基本料別にみると、調剤基本料3-口の損益差額率が9.0%と最も高い水準であった(R2年度)。
- 調剤基本料3-イおよび3-ロの損益差額率はR元年度と比較して横ばいあるいは上昇した(R2年度)。
- 立地別にみると、医療モール内の損益差額率が10.4%と高い水準であった(R2年度)。

注) H30年度診療報酬改定により、調剤基本料3は、調剤基本料3-イと調剤基本料3-ロに細分化された。

2. 医療機関別の分析

(3) 保険薬局

③特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係有無別 損益差額率の経年変化 (H27～R2年度)

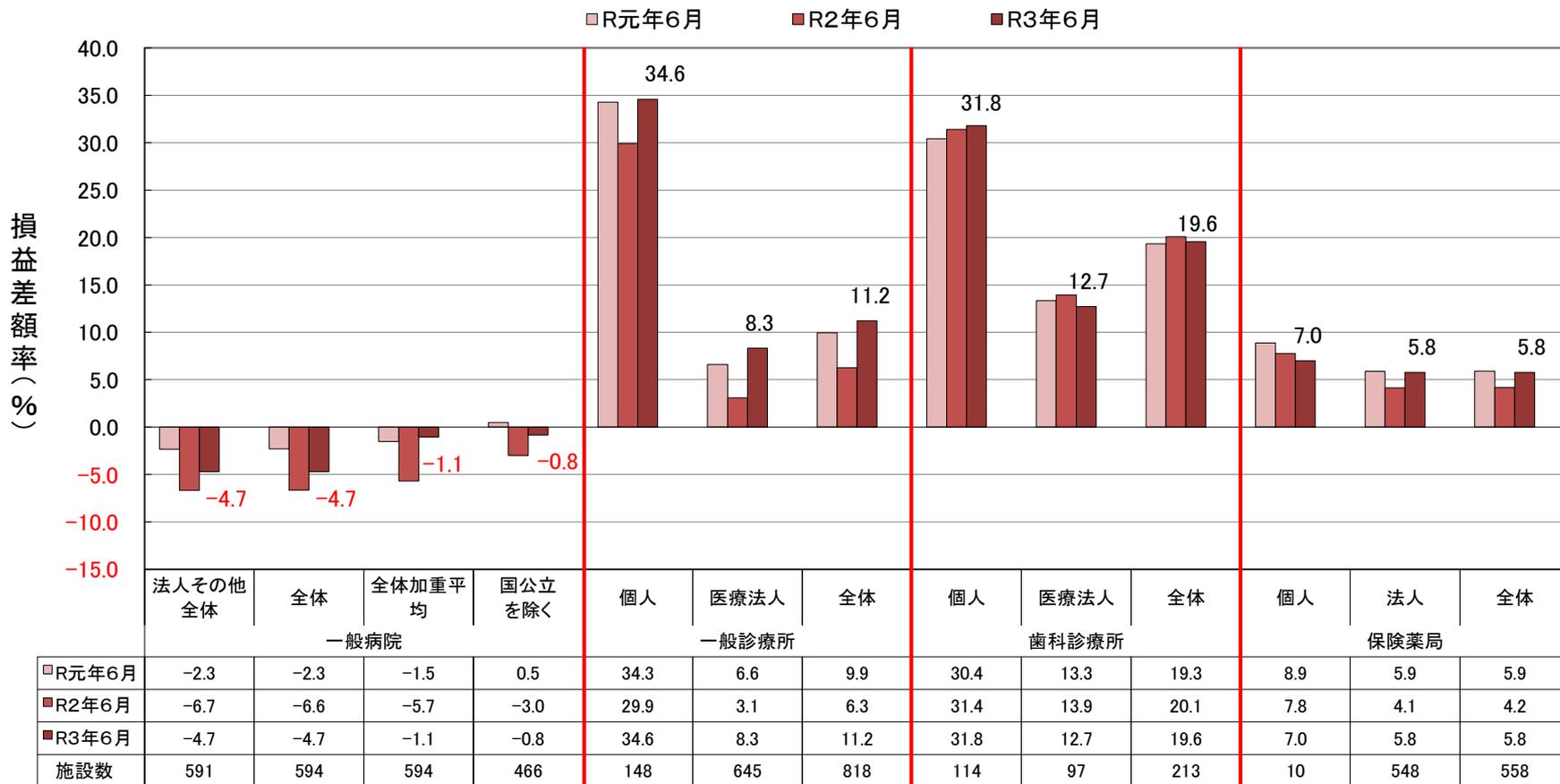


- 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係ありの薬局は、なしの薬局と比較して損益差額率が0.3ポイント高かった(R2年度)。
- 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係ありの薬局は、R元年度と比較して損益差額率が0.7ポイント上昇した(R2年度)。

Ⅱ 損益差額率の経年比較(R元～3年の各年6月)

1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化

(1)一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局

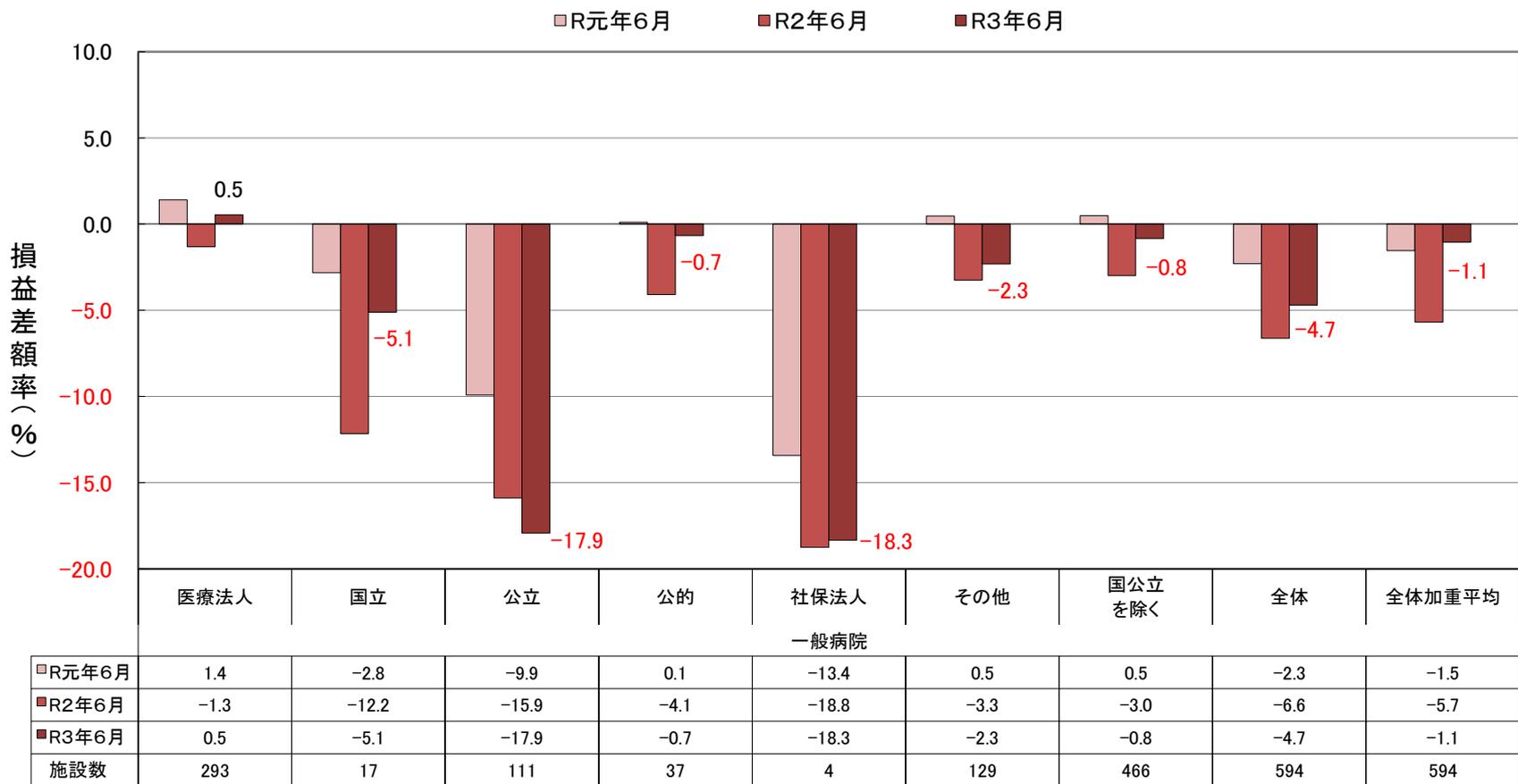


- 一般病院全体は-1.1%の赤字であったが(R3年6月加重平均)、R2年同月と比較して4.6ポイント上昇、R元年同月と比較して0.4ポイント上昇した。
- 一般診療所は個人、医療法人それぞれ34.6%と8.3%の黒字であり(R3年6月)、R2年同月と比較してそれぞれ4.7ポイント、5.2ポイント上昇、R元年同月と比較してそれぞれ0.3ポイント、1.7ポイント上昇した。
- 歯科診療所は全体で19.6%の黒字であり(R3年6月)、R元年同月と比較して0.3ポイント上昇した。
- 保険薬局は全体で5.8%の黒字であり(R3年6月)、R元年同月とほぼ同水準であった。

注) 一般診療所・歯科診療所は青色申告を含まない数値。

1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化

(2)一般病院の開設者別



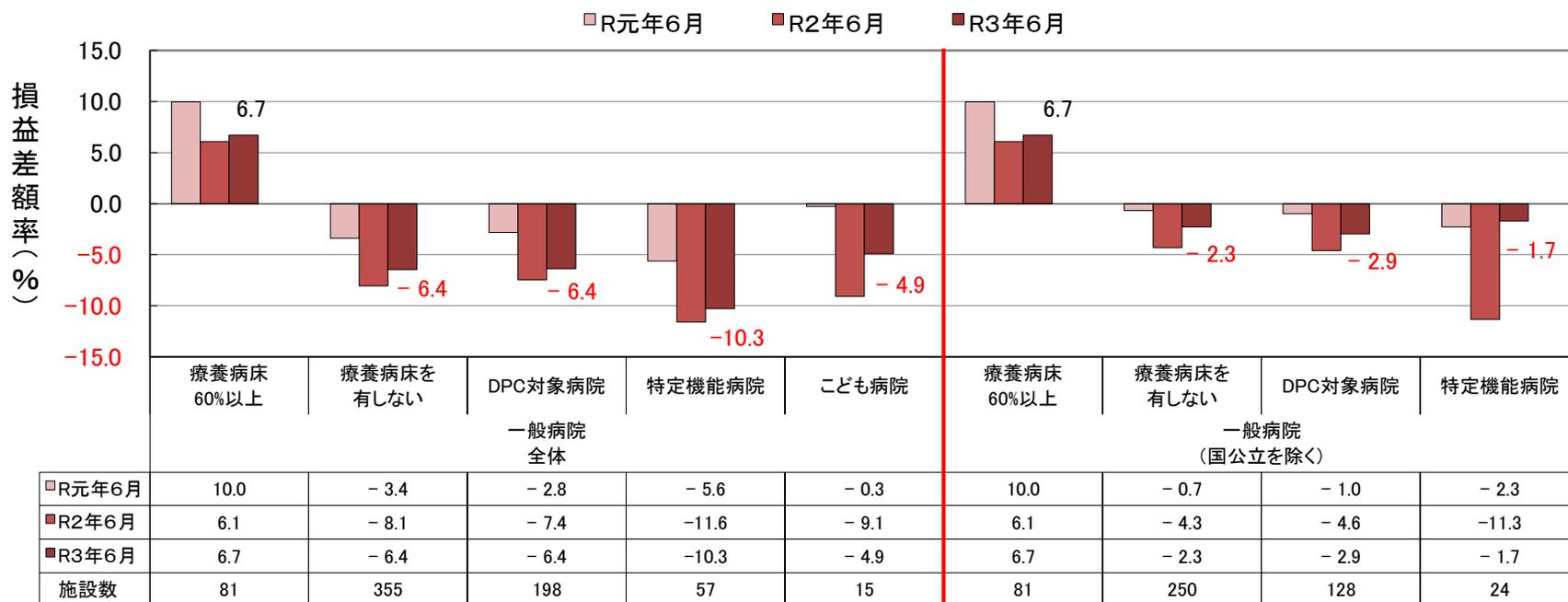
- 医療法人は0.5%の黒字であり、R2年同月と比較して1.8ポイント上昇した(R3年6月)。
- 公的およびその他では、R2年同月と比較して損益差額率が1.0~3.4ポイント上昇した(R3年6月)。
- 公立では、R2年同月と比較して損益差額率が2.0ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が5.3%増加したものの、医業・介護費用がそれを上回る7.1%増加したことが要因である。

注) 個人の一般病院は、R3年6月賞与の有効回答施設数が2施設未満であったため損益差額が非公開。

2. 医療機関別の分析

(1) 一般病院

①機能別 損益差額率の経年変化

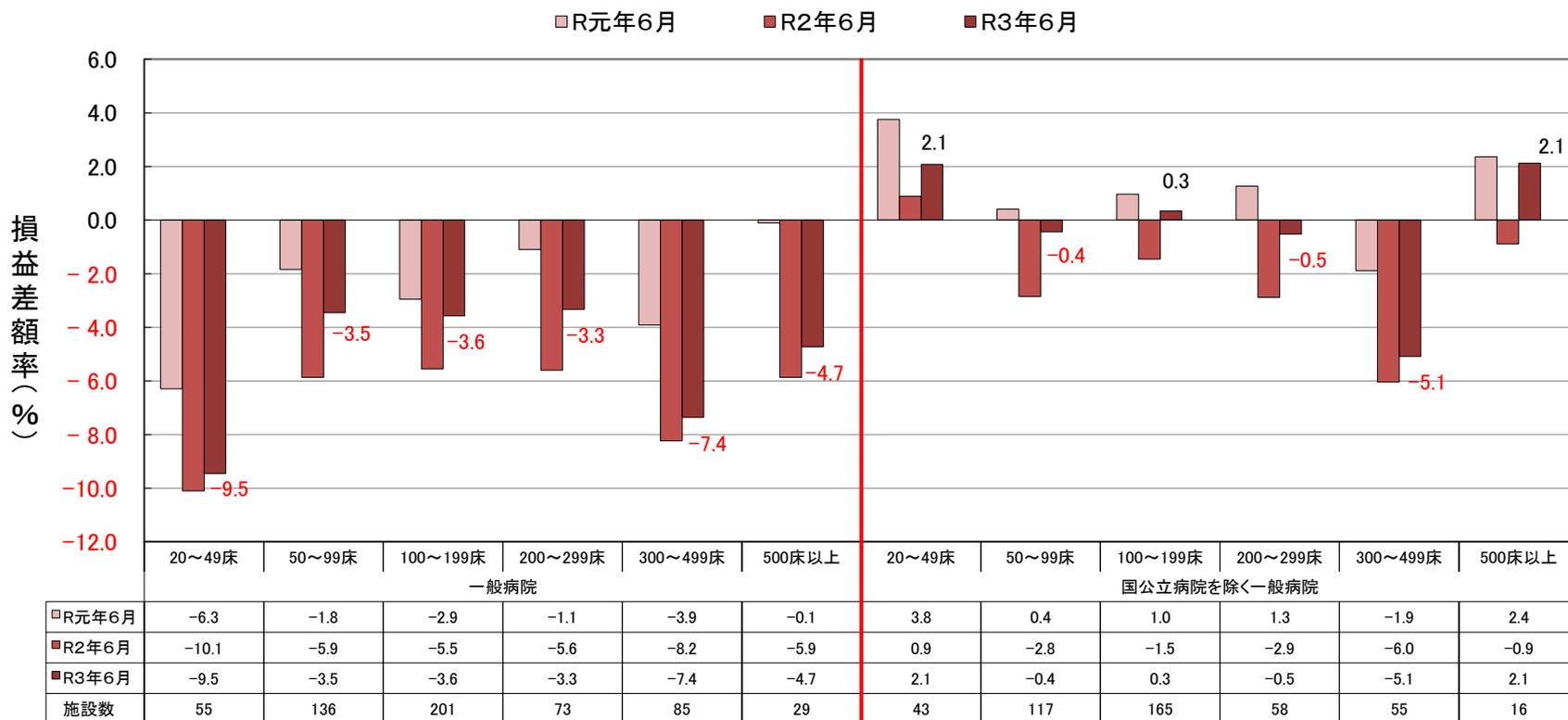


- 療養病床60%以上の病院では、全体でR2年同月と比較して損益差額率が0.6ポイント上昇した(R3年6月)。また、R元年同月との比較では損益差額率が3.3ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が0.4%増加したものの、医業・介護費用がそれを上回る2.8%増加したことが要因である。
- DPC対象病院では、全体でR2年同月と比較して損益差額率が1.0ポイント上昇した(R3年6月)。また、R元年同月との比較では損益差額率が3.6ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が2.1%増加したものの、医業・介護費用がそれを上回る5.7%増加したことが要因である。
- 特定機能病院では、全体でR2年同月と比較して損益差額率が1.3ポイント上昇した(R3年6月)。また、R元年同月との比較では損益差額率が4.7ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が8.9%増加したものの、医業・介護費用がそれを上回る13.7%増加したことが要因である。

2. 医療機関別の分析

(1) 一般病院

② 病床規模別 損益差額率の経年変化

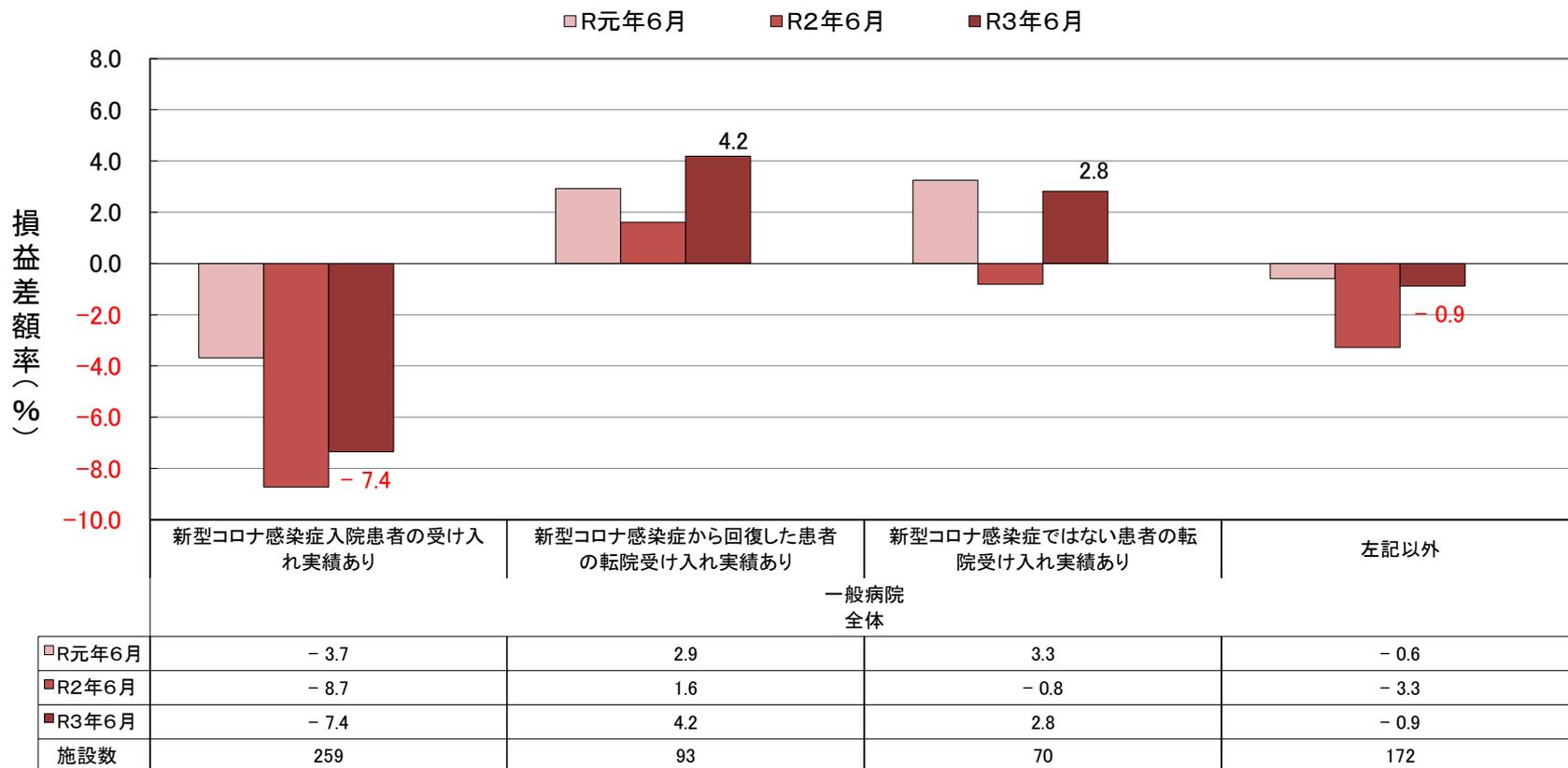


- 一般病院全体の各病床規模についてR2年同月と比較して損益差額率が0.6～2.4ポイント上昇した(R3年6月)。R元年同月との比較では損益差額率が0.7～4.6ポイント低下した(R3年6月)。例えば、500床以上では医業収益が2.3%増加したものの、医業・介護費用がそれを上回る7.0%増加したことが要因である。
- 国公立病院を除く一般病院の20～49床および100～199床では、0.3～2.1%の黒字であった(R3年6月)。50～99床・200～299床・300～499床では、R2年同月と比較して損益差額率が0.9～2.4ポイント上昇した(R3年6月)。

2. 医療機関別の分析

(1) 一般病院

③これまでの新型コロナウイルス感染症入院患者等の受入実績別 損益差額率の経年変化

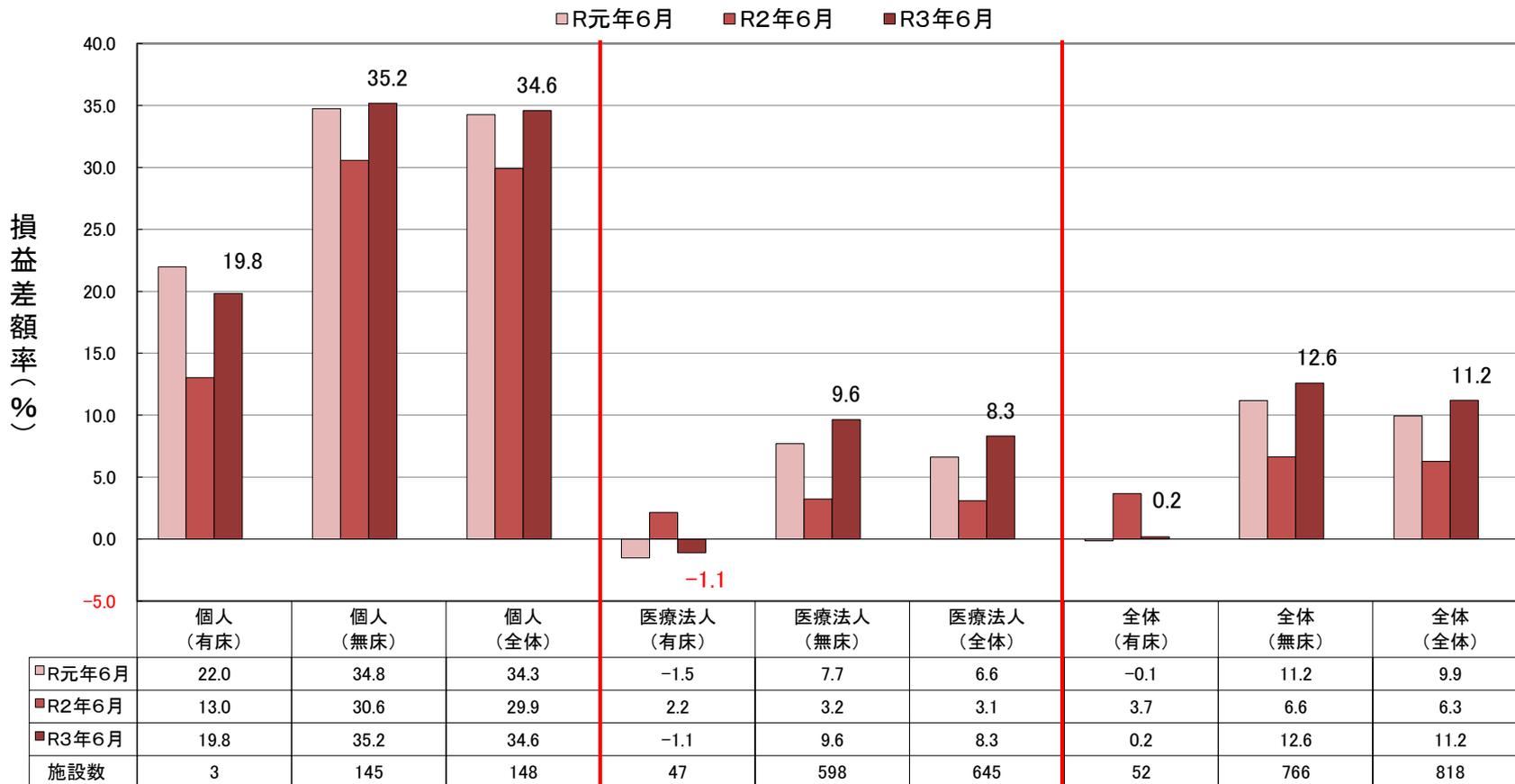


- 「新型コロナウイルス感染症入院患者の受け入れ実績あり」の病院では、それ以外の病院と比較してR2年同月からの損益差額率の改善が鈍かった(R3年6月)。
- 「新型コロナウイルス感染症入院患者の受け入れ実績あり」の病院では、R元年同月と比較して損益差額率が3.7ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が1.7%増加したものの、医業・介護費用がそれを上回る5.3%増加したことが要因である。

2. 医療機関別の分析

(2) 一般診療所

①開設者別・有床無床別 損益差額率の経年変化



- 無床の一般診療所の損益差額率は、R2年同月と比較して個人が4.6ポイント、医療法人が6.4ポイント上昇し、R元年同月との比較では個人が0.4ポイント、医療法人が1.9ポイント上昇した(R3年6月)。
- 有床の一般診療所の医療法人における損益差額率は、R2年同月と比較して3.3ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が9.0%減少したことが要因である。

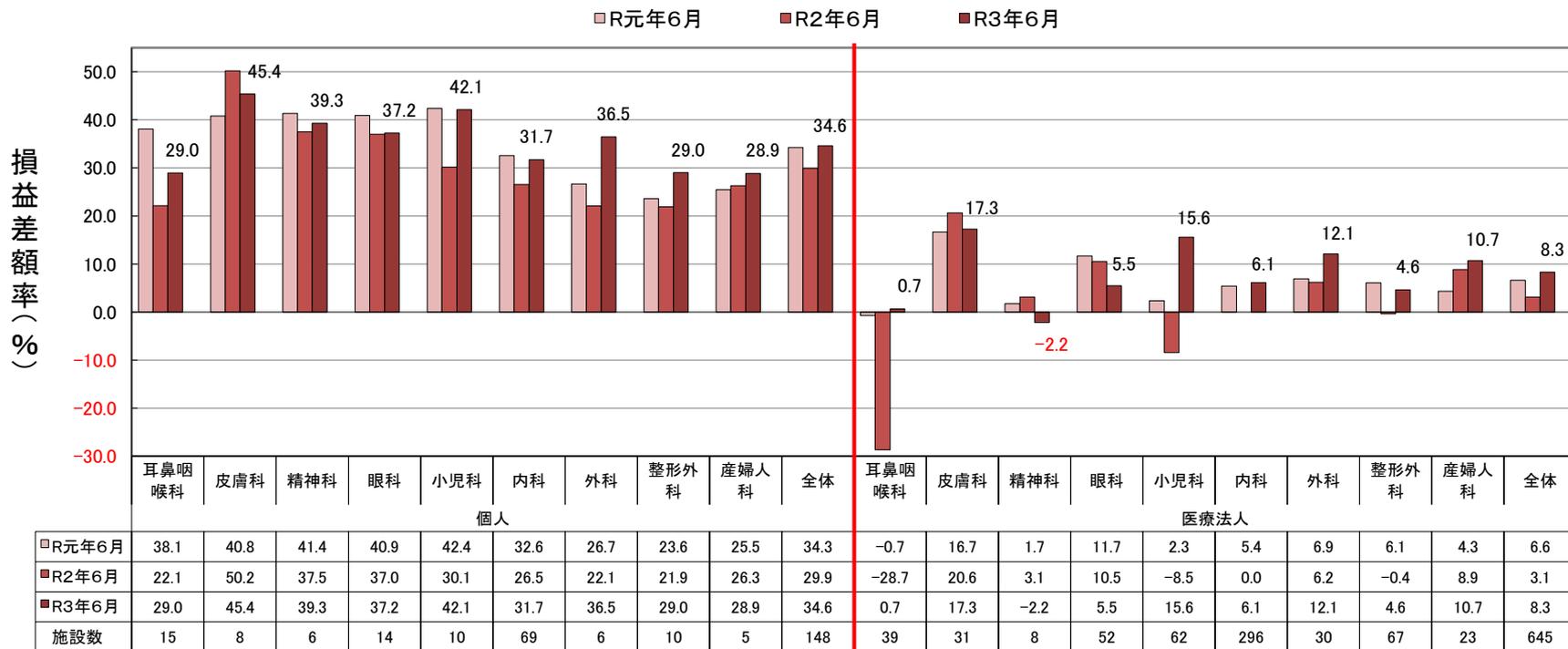
注) 個人の診療所の損益差額率には院長給与等が含まれている。

注) 青色申告を含まない数値。

2. 医療機関別の分析

(2) 一般診療所

②開設者別・主たる診療科別 損益差額率の経年変化



- 一般診療所の個人の内科では、R2年同月と比較して損益差額率が5.2ポイント上昇した(R3年6月)。また、R元年同月と比較して損益差額率が0.9ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が3.2%減少したことが要因である。
- 一般診療所の医療法人におけるほとんどの診療科は0.7%(耳鼻咽喉科)~17.3%(皮膚科)の黒字であった(R3年6月)。耳鼻咽喉科・小児科・内科・外科・整形外科・産婦人科の損益差額率はR2年同月を上回る水準であった(R3年6月)。耳鼻咽喉科・皮膚科・小児科・内科・外科・産婦人科はR元年同月を上回る水準であった(R3年6月)。
- 一般診療所の医療法人の眼科では、R元年同月と比較して損益差額率が6.2ポイント低下した(R3年6月)。医業収益が2.4%減少したのに対し、医業・介護費用が4.4%増加したことが要因である。

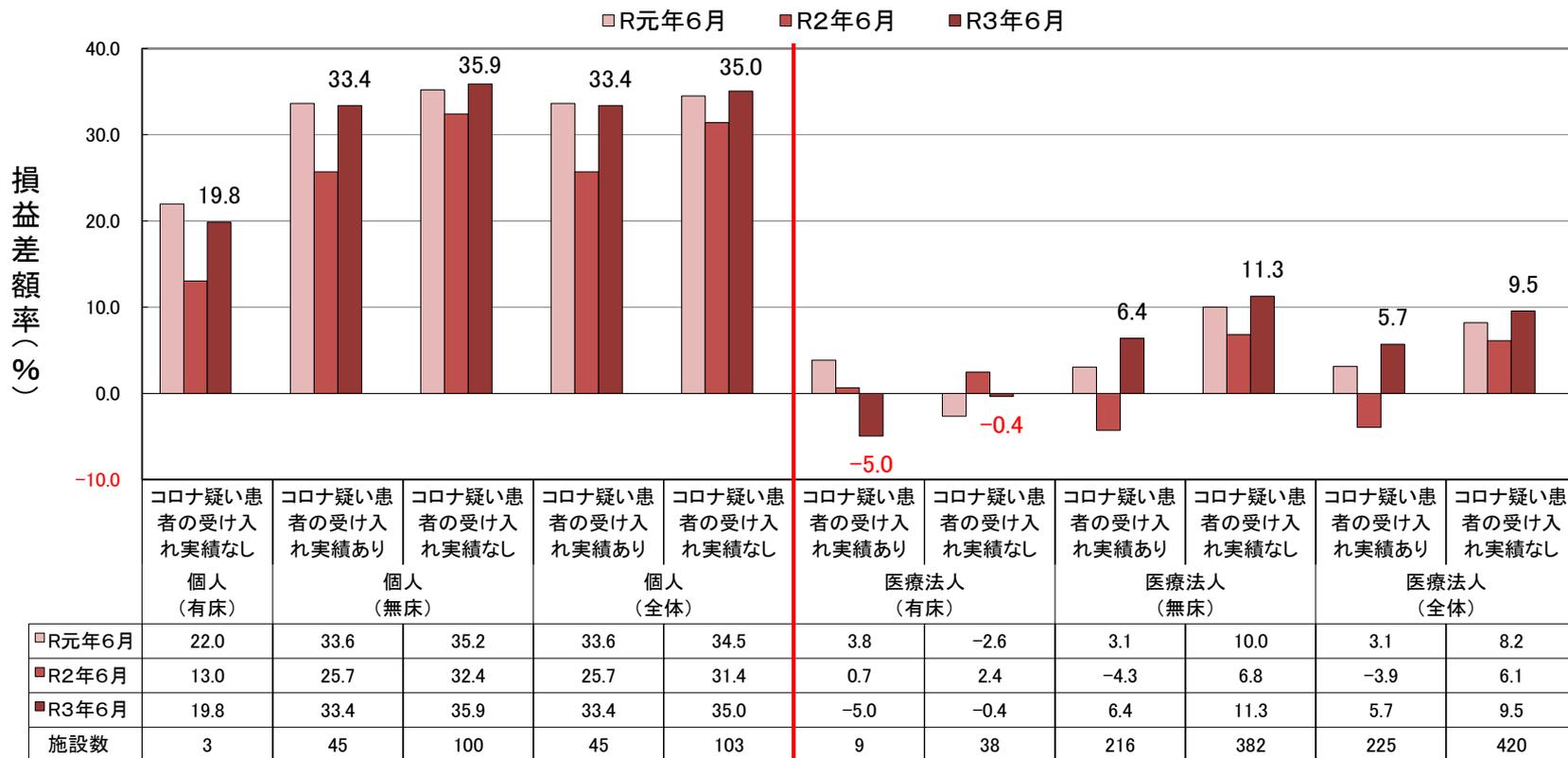
注) 個人の診療所の損益差額率には院長給与等が含まれている。

注) 青色申告を含まない数値。

2. 医療機関別の分析

(2) 一般診療所

③新型コロナウイルス感染症疑い患者の受入状況別 損益差額率の経年変化



- 無床の一般診療所の個人では、「コロナ疑い患者の受け入れ実績あり」が33.4%の黒字、「実績なし」が35.9%の黒字であった(R3年6月)。
- 無床の一般診療所の医療法人では、「コロナ疑い患者の受け入れ実績あり」が6.4%の黒字、「実績なし」が11.3%の黒字であった(R3年6月)。

注) 個人の診療所の損益差額率には院長給与等が含まれている。

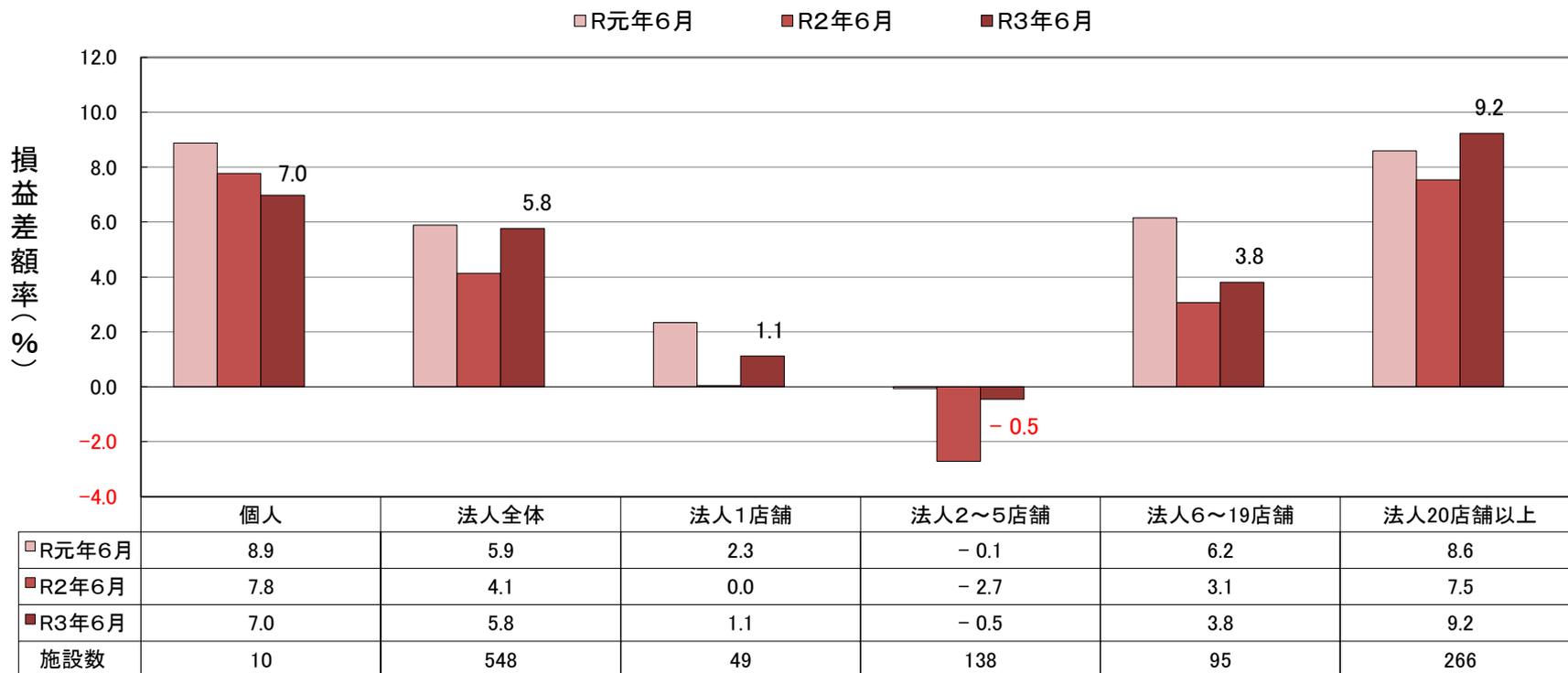
注) 青色申告を含まない数値。

注) 個人の有床の「コロナ疑い患者の受け入れ実績あり」の一般診療所は、有効回答施設数が0施設であったため不掲載。

2. 医療機関別の分析

(3) 保険薬局

① 開設者別・店舗数別 損益差額率の経年変化

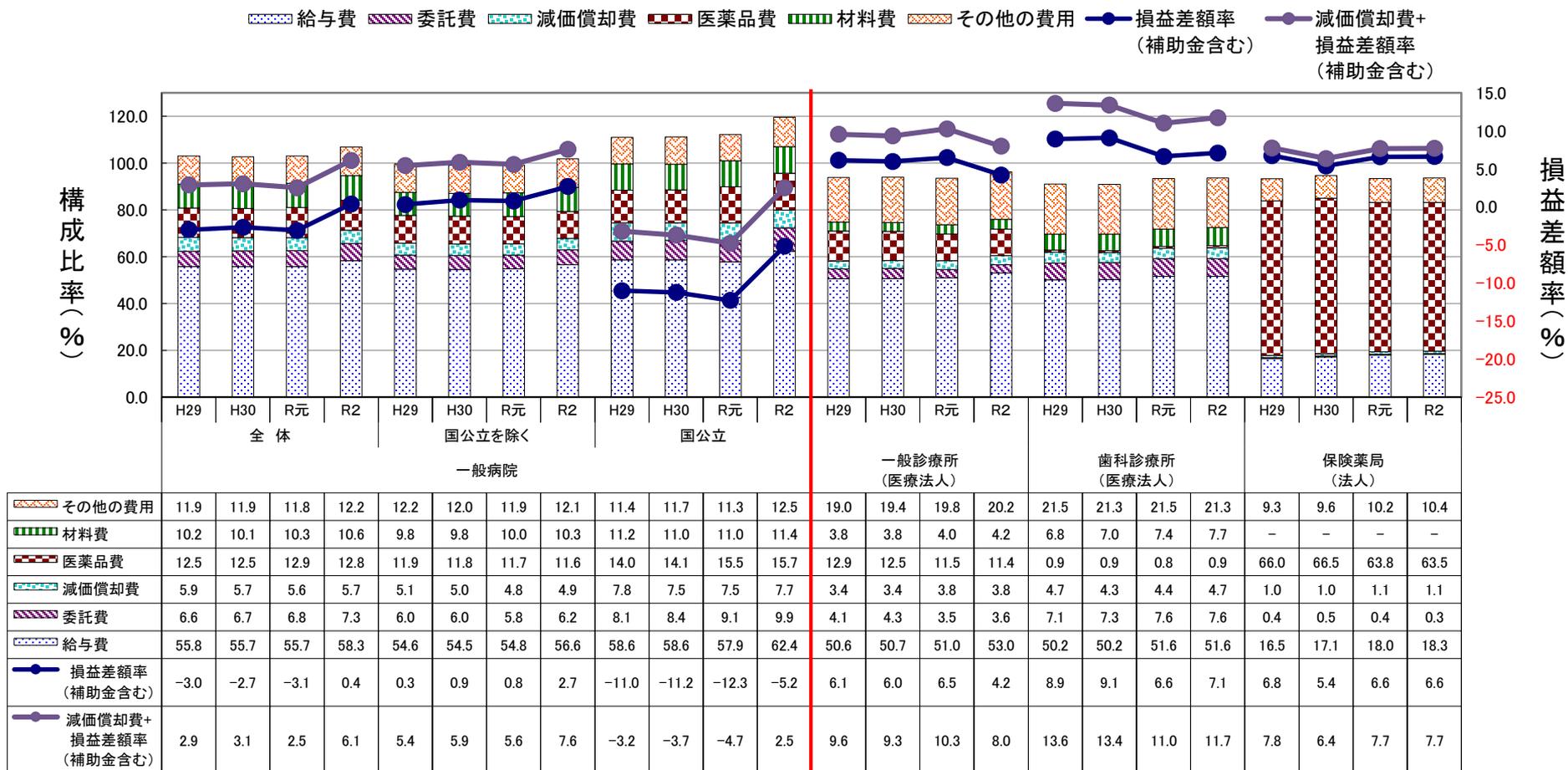


- 保険薬局の法人全体は5.8%の黒字であり、R2年同月と比較して1.7ポイント上昇、R元年同月と比較してほぼ同水準であった(R3年6月)。
- 同一グループ20店舗以上の保険薬局では、R元年同月と比較して損益差額率が0.6ポイント上昇した(R3年6月)。
- 同一グループ1店舗の保険薬局では、R元年同月と比較して損益差額率が1.2ポイント低下した(R3年6月)。収益が3.8%減少したことが要因である。
- 同一グループ6~19店舗の保険薬局では、R元年同月と比較して損益差額率が2.4ポイント低下した(R3年6月)。収益が0.5%増加したものの、費用がそれを上回る3.2%増加したことが要因である。

Ⅲ 費用構造の経年変化

1. 医業・介護費用の構成比率と損益差額率

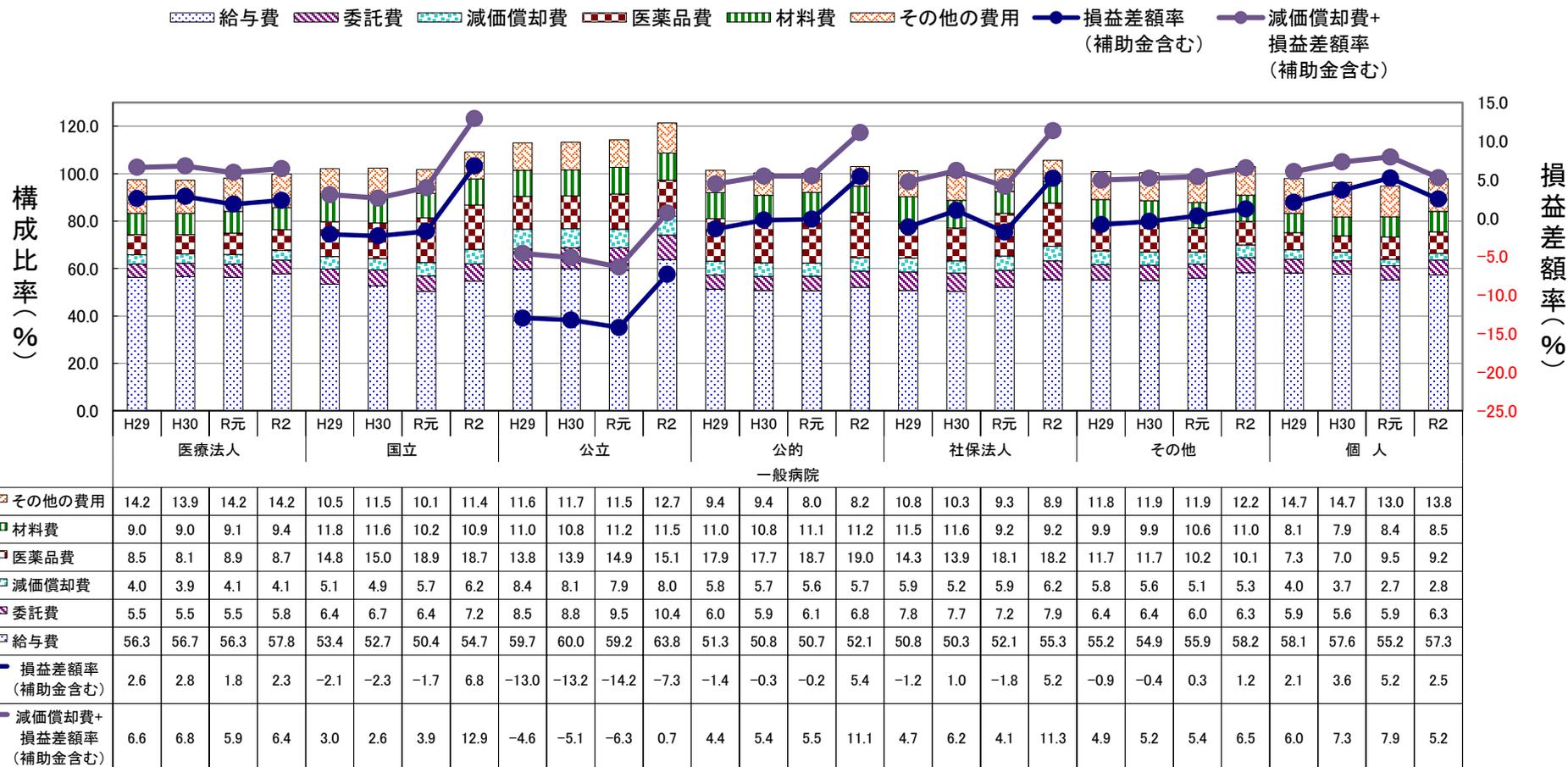
(1) 医療機関別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率(H29～R2年度)



- 国公立は収益に対する給与費、減価償却費等の割合が高く、高コスト体質である。国公立を除く一般病院と比較して給与費率、減価償却費率がそれぞれ5.8ポイント、2.8ポイント高い(R2年度)。
- 一般診療所では、R元年度と比較して給与費率が2.0ポイント上昇した(R2年度)。
- 歯科診療所では、R元年度と比較して給与費率が同水準であった(R2年度)。
- 保険薬局では、R元年度と比較して給与費率が0.3ポイント上昇したが、医薬品費率が0.3ポイント低下した(R2年度)。

1. 医業・介護費用の構成比率と損益差額率

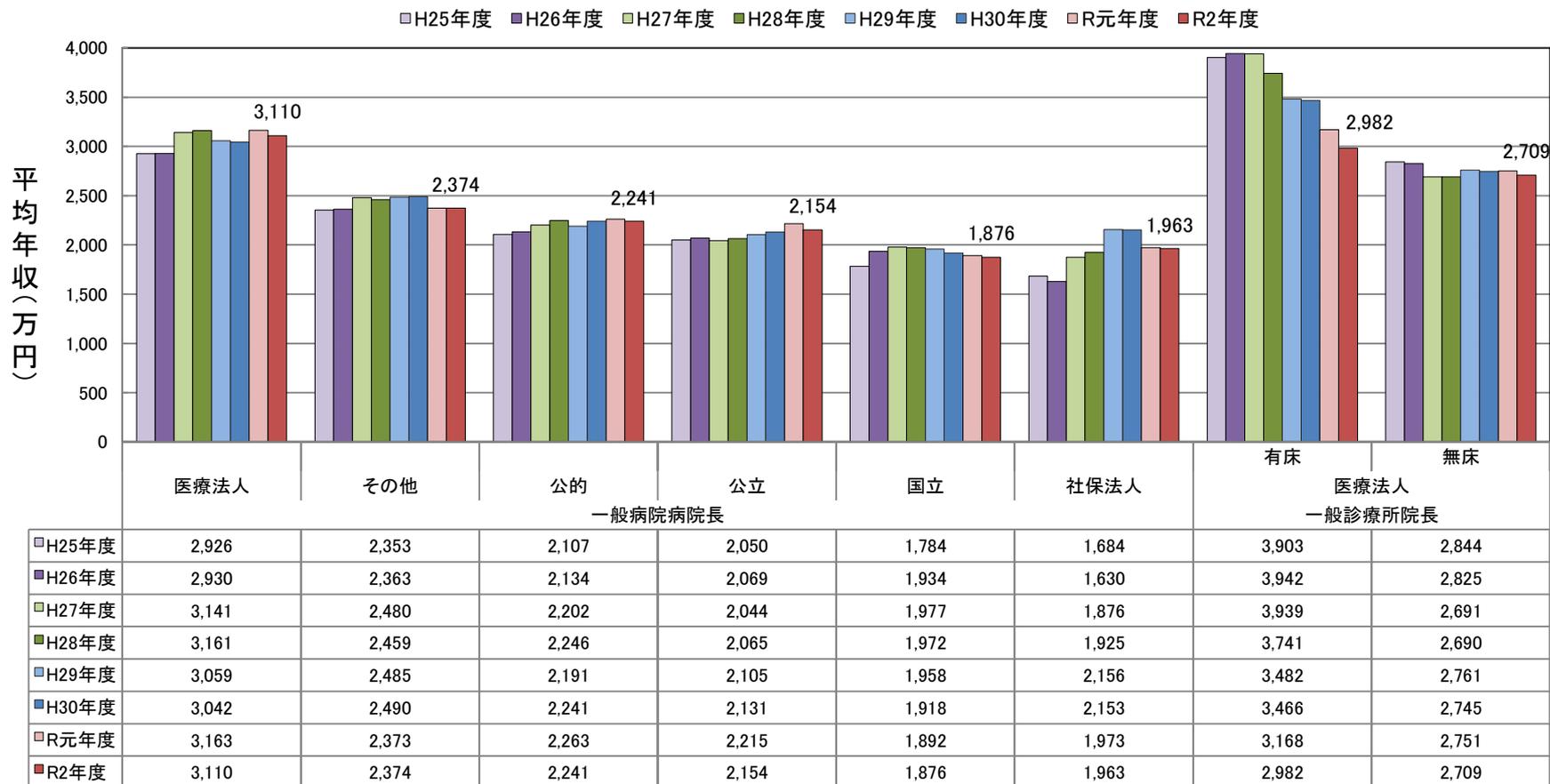
(2) 一般病院の開設者別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率(H29～R2年度)



- 公立病院では、給与費率が63.8%と依然として高い水準にあり、公的病院の給与費率52.1%と大きな開きがある(R2年度)。
- 医療法人では、R元年度と比較して給与費率が1.5ポイント上昇したが、医薬品費率が0.2ポイント低下した(R2年度)。

2. 職員給与の比較

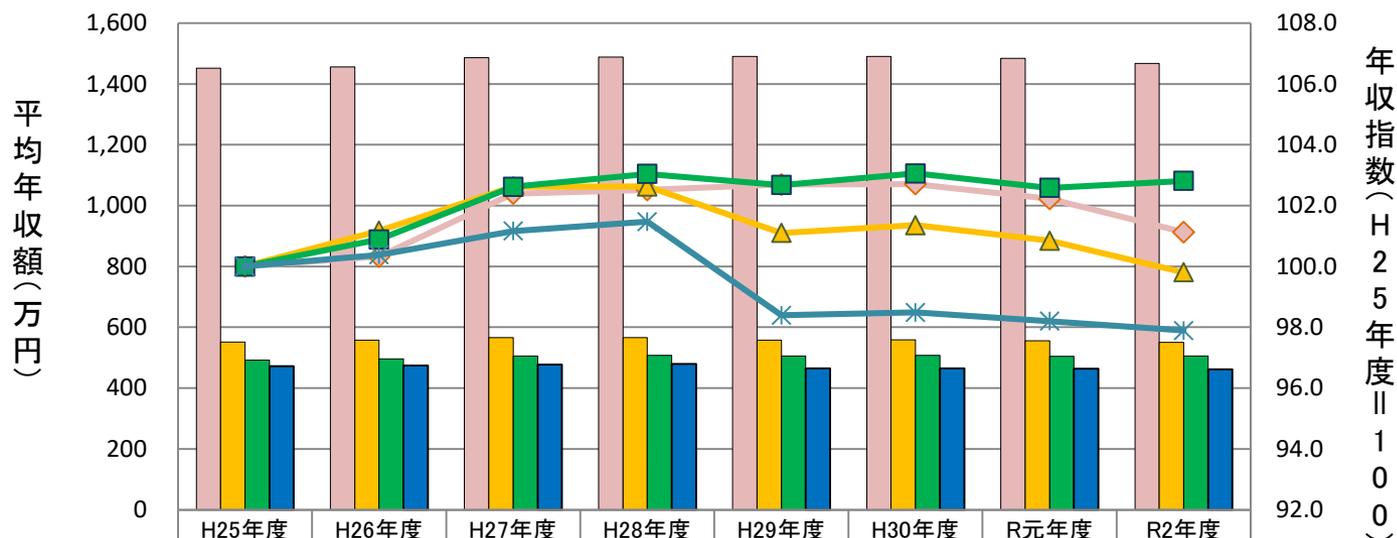
(1) 一般病院病院長(開設者別)と一般診療所院長の平均年収比較(H25～R2年度)



- 一般病院病院長の平均年収は、開設者別にみると最低1,876万円～最高3,110万円であった(R2年度)。
- 一般診療所院長の平均年収は、有床が2,982万円、無床が2,709万円であり(R2年度)、無床については前々回調査を上回る水準であった。

2. 職員給与の比較

(2) 一般病院の主な医療従事者の平均年収比較(H25～R2年度)

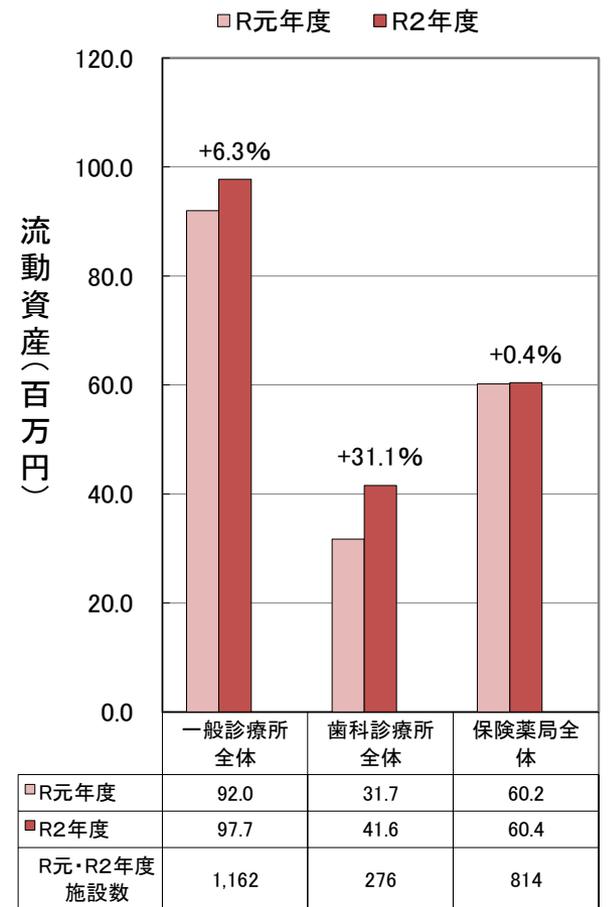
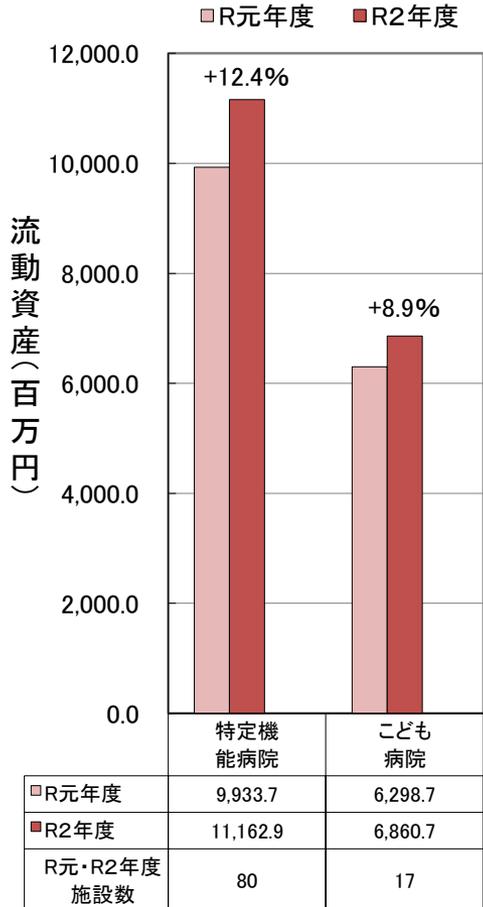
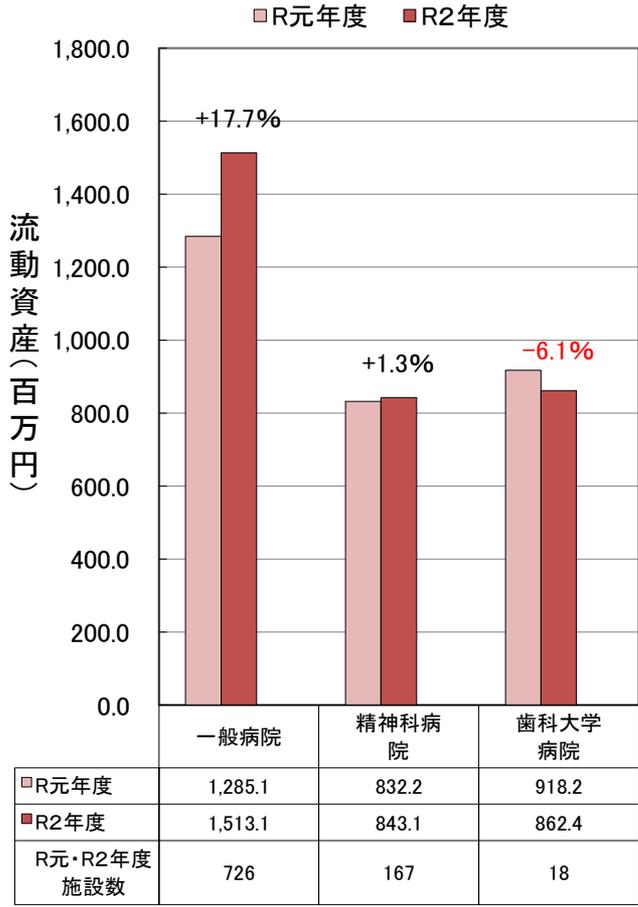


- 一般病院医師の平均年収は1,468万円であった(R2年度)。
- 一般病院の看護職員の平均年収は506万円であった(R2年度)。
- 一般病院医師の平均年収指数はR元年度と比較して1.1ポイント低下した一方、看護職員の平均年収指数は0.2ポイント上昇した(R2年度)。

IV 流動資産の経年比較

1. 医療機関別 流動資産の経年変化 (R元～2年度)

(1) 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局



○ 流動資産の平均額はR元年度と比較して、一般病院が17.7%、精神科病院が1.3%、特定機能病院が12.4%、一般診療所が6.3%、歯科診療所が31.1%、保険薬局が0.4%増加した(R2年度)。

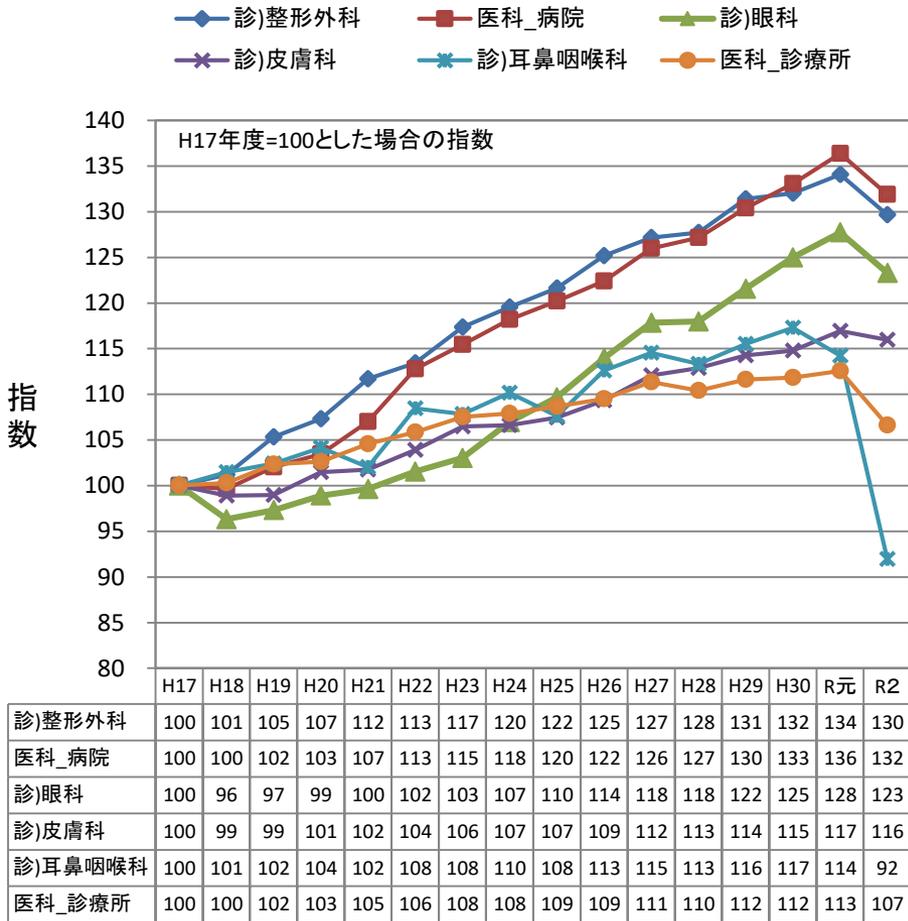
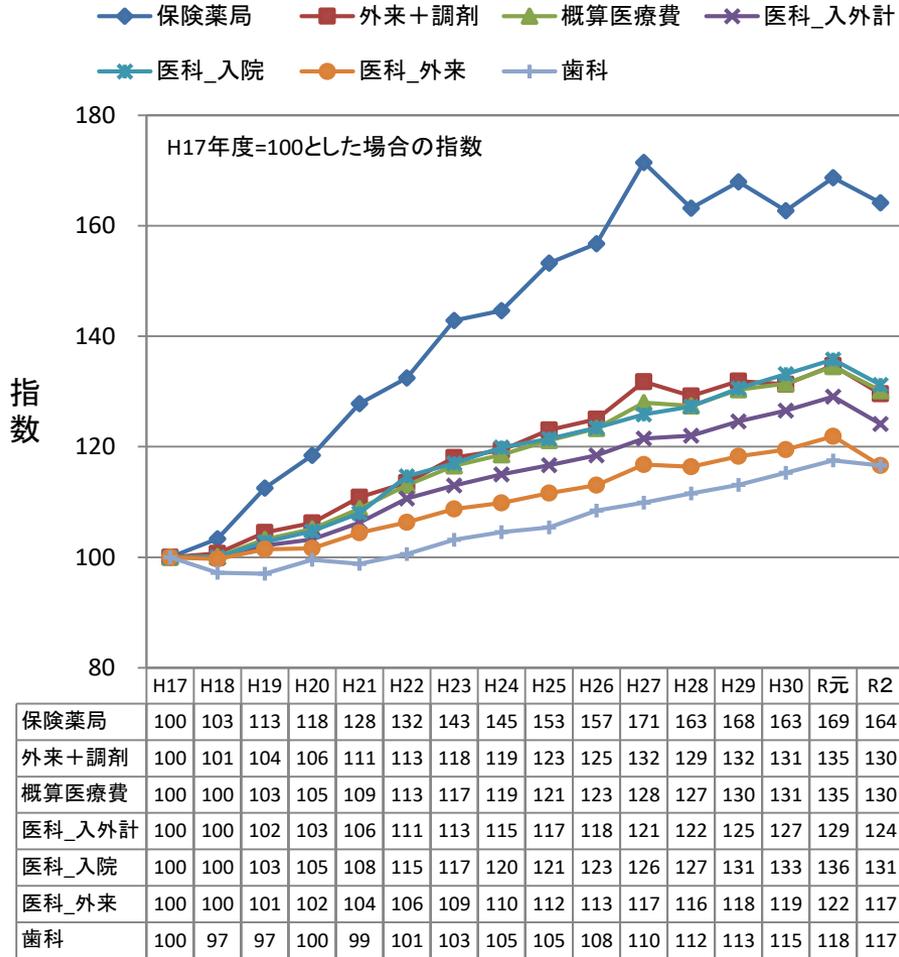
注) グラフ中に記載の伸び率は今回調査データの「金額の伸び率」を記載している。グラフ中の流動資産の金額は単位を百万円で表記しているため、当該金額を基に計算した伸び率と若干異なり得る。

V 次回調査に向けた意見

- 報告書において、加重平均値を併記する項目を拡大すべきである。
 - 一般診療所、歯科診療所および保険薬局それぞれの「全体」、ならびに報告書「(24)資産・負債の状況」等にも加重平均値を併記すべきである。
- 「(24)資産・負債の状況」については国公立を除く値も併記すべきである。
- 次回調査においても単月調査を実施すべきである。
- 次回調査においては、医療機関の稼働状況と損益の関係性をより分析しやすいように、入院延べ患者数および外来延べ患者数を調査票の項目に追加してはどうか。

VI 参考資料

1. 概算医療費の長期推移(H17年度=100とした場合の指数の推移。H17~R2年度。)



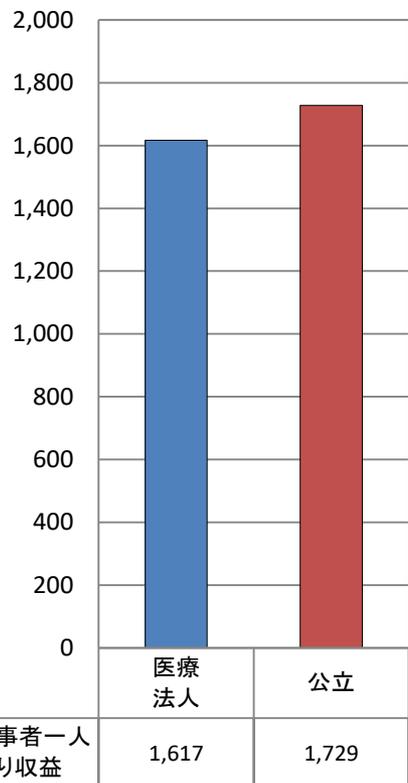
- 保険薬局の医療費はH27年度以降、伸びが頭打ちとなっている。
- 歯科および一般診療所の皮膚科のR2年度の医療費は、R元年度と比較してほぼ横ばいであった。

注)厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

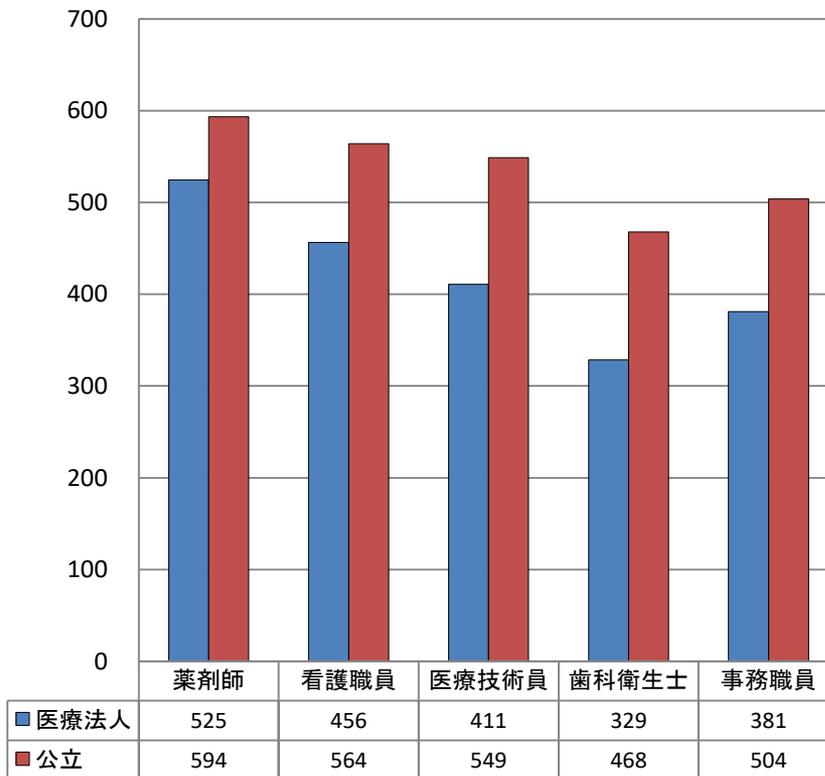
2. 一般病院の開設者別指標比較

(1) 医療法人と公立病院の経営指標比較(R2年度)

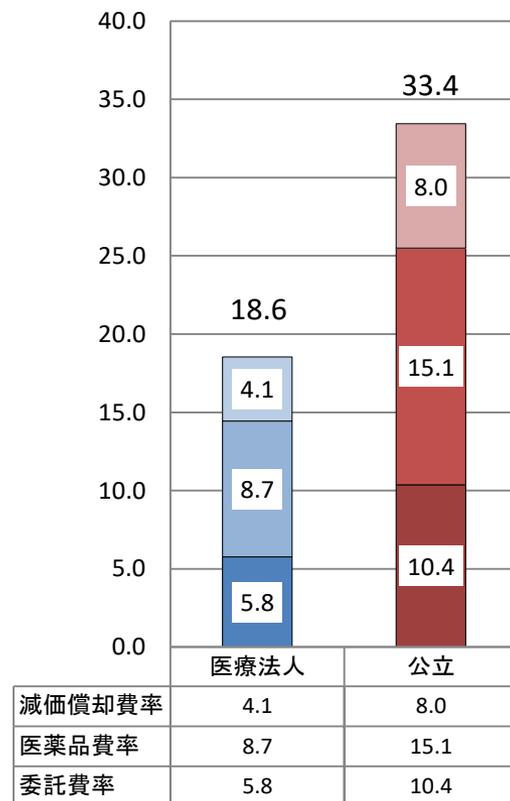
医療従事者一人あたり収益(万円)



職種別平均年収(万円)



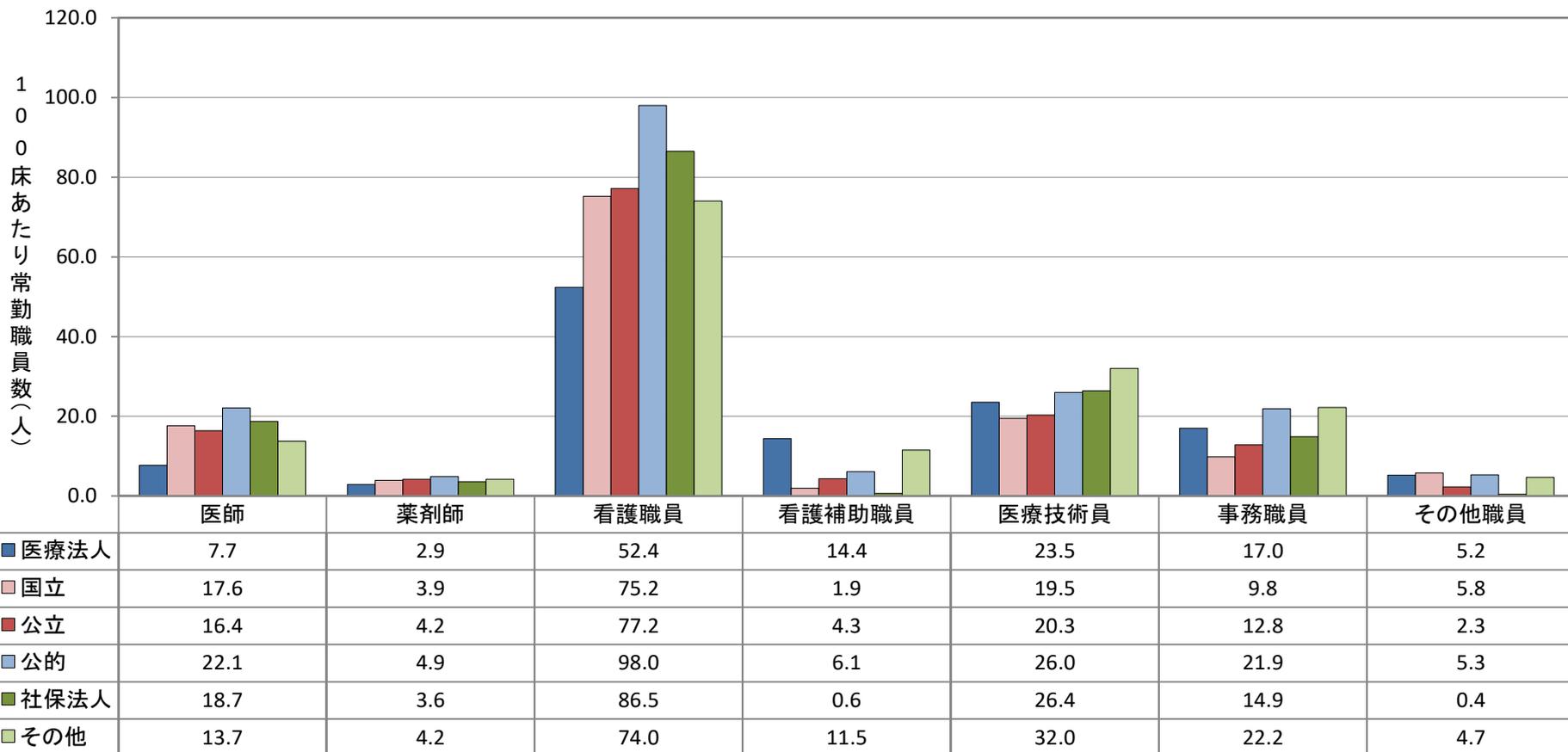
医薬品費率・委託費率・減価償却費率(%)



- 医療法人と公立病院の差異を分析すると、医療従事者一人あたり収益は公立病院のほうが7%高いものの、職種別平均年収は13%(薬剤師)~42%(歯科衛生士)の開きがあり、公立病院は収益に対して給与費が高い構造にある。
- 加えて、医薬品費率・委託費率・減価償却費率についても、医療法人と公立病院では1.8倍の開きがある。

2. 一般病院の開設者別指標比較

(2) 開設者別100床あたり職種別常勤職員数の比較(R2年度)



- 医療法人では、それ以外の開設者と比べて医師一人あたり事務職員および看護職員一人あたり看護補助職員がともに最多で、事務職員や看護補助職員へのタスクシフトにより医師および看護職員の負担軽減が図られていると推測される(それぞれ2.2人、0.3人)。

VII 注釈

【一般病院の集計】

- 公立病院は、H26年度から新会計基準が適用されたため、H25年度は旧会計基準、H26年度以降は新会計基準という二つの異なる計算方式に基づく回答が提出されている。
 - 公立病院はH25年度が旧会計基準、H26年度以降が新会計基準で集計されている。
 - 一般病院全体等、公立病院と他の開設者別とが合算された値は、H25年度が旧会計基準、H26年度以降が新会計基準で集計されている。
- H25年度以降の一般病院のデータについて、全国施設数に基づく加重平均による損益状況が公表された。加重平均の方法は以下の通り。
 - (開設者別の集計結果×開設者別の全国施設数)の全開設者合計額/全国の施設数

【開設者の定義】

- 「国立」とは、国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)である。
- 「公立」とは、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院である。
- 「公的」とは、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等である。
- H27年度以降における「社会保険関係法人」とは、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合である。なお、本分析中では「社保法人」と省略する。
 - H23・H24年度において「社保法人」に含まれていた、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会は、H26年度より独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)が直接運営することとなった。
 - ・ このため、H25・26年度調査において、独立行政法人地域医療機能推進機構は「社保法人」に含まれているが、H27年度以降の調査においては「国立」に含まれている。
- 病院の「その他」とは、公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人、その他の法人等である。
- 一般診療所および歯科診療所の全体の集計は、個人と医療法人の合計に加えて、その他(市町村立等)を含む。

【病院機能の定義・集計】

- 「こども病院(小児総合医療施設)」とは、「小児・青年の高度で包括的な医療を目的として設立され、その設立の目的に従って運営される施設」として、日本小児総合医療施設協議会が認めた施設をいう。
- こども病院からは特定機能病院を除いている。
- 「特定機能病院」とは、医療法第4条の2の規定により、特定機能病院として厚生労働大臣の承認を得ている病院である。
- DPC対象病院からは、特定機能病院、歯科大学病院およびこども病院(小児総合医療施設)を除いている。

【保険薬局に関する用語定義】

- H29年度以降における「店舗数」とは、法人立の保険薬局の同一グループが、調査対象となった保険薬局の他に保険薬局を開設している場合の、保険調剤を行っている店舗数。同一グループは、調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様に、次の1～4の基準により判断(1. 保険薬局の事業者の最終親会社、2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社、3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社、4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者)。
 - H28年度以前の調査における「店舗数」とは、法人立の保険薬局の同一法人が、調査対象となった保険薬局の他に保険薬局を開設している場合の、保険調剤を行っている店舗数。フランチャイズ店舗は除く。ホールディングス形態の場合も、ホールディングス全体の店舗数ではなく同一法人単位の店舗数。

【職員の職種に関する用語定義】

- 「看護職員」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師である。
- 「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士等、医療に関わる専門技術員である(歯科衛生士および歯科技工士は除く)。
- 「看護補助職員」とは、看護師、准看護師等の資格を持たない看護補助者(介護者)である。
- 「医療従事者」を本分析では、院長、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、医療技術員、歯科衛生士、歯科技工士とした(看護補助職員は含まない)。

【収益・費用・経営指標等に関する用語】

- 個人立病院の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。
- 個人立の病院、一般診療所、歯科診療所とそれ以外の損益差額、個人立の保険薬局と法人立の保険薬局では性質に異なる部分があるものの、「全体」は便宜上、これらを足し合わせて機械的に算出したものである。
- 給与費には、常勤職員および常勤以外の者の給料、賞与、退職給付引当金繰入額または退職金支払額、法定福利費を含む。
- 給料(本俸またはこれに準ずるもの)には、扶養手当、時間外勤務手当、役付手当、通勤手当等職員に支払った全てのもが含まれる。

【単月調査の用語定義】

- 給与費(賞与を除く)における退職金等とは、年度実績額(R3年6月はR2年度実績額)の1/12の額である。
- 賞与とは年間支給額の1/12の額(6月以外に支給した場合も含む)である。R3年6月の賞与は、年間支給額が決定している施設のみの平均値であり、R3年6月の「医業・介護費用」および「損益差額」は、当該平均値とその他の数値の合算である。
- 材料費におけるR3年6月の医薬品費とは、購入価格が未妥結の品目はR2年度購入価格等による額である。
- その他の費用について、単月の算出が困難な場合は、年度実績額(R3年6月はR2年度実績額)の1/12の額である。

【新型コロナウイルス感染症に関する用語定義】

- 新型コロナウイルス感染症関連の補助金は、国、地方公共団体、系統機関などからの補助金・負担金等の交付金のうち、新型コロナウイルス感染症関連の補助金等の交付金を指し、従業員向け慰労金は含まない。
- 一般病院の集計における「新型コロナ感染症入院患者の受け入れ実績あり」とは、R3年5月31日までに新型コロナウイルス感染症の入院患者(含む疑似症患者)を受け入れた実績がある医療機関である。
- 一般病院の集計における「新型コロナ感染症から回復した患者の転院受け入れ実績あり」とは、R3年5月31日までに、新型コロナウイルス感染症から回復した患者を転院により受け入れた実績がある医療機関である。
- 一般病院の集計における「新型コロナ感染症ではない患者の転院受け入れ実績あり」とは、R3年5月31日までに、新型コロナウイルス感染症患者の対応をしている医療機関から、新型コロナウイルス感染症ではない患者を転院により受け入れた実績がある医療機関である。
- 一般診療所の集計における「コロナ疑い患者の受け入れ実績あり」とは、R3年5月31日までに、新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れた実績のある医療機関である。
- 一般診療所の集計における「コロナ疑い患者の受け入れ実績なし」とは、R3年5月31日までに、新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れた実績のない医療機関である。
- 「コロナ疑い患者」とは、新型コロナウイルス感染症の検査対象となった外来患者を指し、結果的に新型コロナウイルス感染症と診断されなかった外来患者も含む。

令和3年12月3日

第23回 中医協医療経済実態調査(医療機関等調査)結果報告に対する見解

中央社会保険医療協議会

二号委員

城守国斗

長島公之

江澤和彦

島弘志

池端幸彦

林正純

有澤賢二

〔医科〕

令和3年11月24日に報告された第23回医療経済実態調査によると、診療報酬による特例的な対応があったものの、コロナ補助金を除く損益差額率は大きく悪化した。コロナ補助金を含んだ損益差額率も、一般病院ではほぼプラスマイナスゼロ、一般診療所では前々年(度)よりも縮小した。

一般病院(国公立を除く)、一般診療所(医療法人)ともコロナ補助金がなければ約半数が赤字になるところであった。一般病院では、コロナ補助金を含めても、赤字病院が4割を超えている。

長期借入金残高は、一般病院で5千万円近く、精神科病院で約3千万円、一般診療所(入院収益なし)で約4百万円増加した。

一般病院では、診療報酬の特例分を含めても医業収益が減少した。コロナ補助金によって、重点医療機関、コロナ等入院患者受入ありの病院では損益差額率がプラスになったが、それ以外はマイナスであった。

コロナ補助金を除く損益差額率は、急性期一般入院料および地域一般入院料横並びで悪い。急性期一般入院料1は、コロナ補助金を含む損益差額率がプラスになったが、コロナ入院患者を受け入れているところが多いためと推察される。急性期一般入院料1以外はコロナ補助金を含む損益差額率もマイナスである。

療養病床の多い病院は、比較的コロナの影響が少ないが、療養病棟入院基本料2は給与費率がさらに上昇し、赤字で推移している。

一般診療所では発熱外来やコロナ患者を受け入れた施設で損益差額率がより低下し、コロナ補助金で挽回することができていない。

在宅医療においても診療報酬の特例措置がとられたが、在宅療養支援診療所の損益差額率は低下した。

院内処方では院外処方に比べて損益差額率が低い。

医療法人の小児科、耳鼻咽喉科では診療報酬の特例、コロナ補助金を含めても損益差額率はマイナスであり、診療報酬(保険診療)への依存度が高い耳鼻咽喉科でより損益差額率は悪化した。

病院、一般診療所ともに病院長（または院長）、医師給与が低下した。看護職員の給与はほぼ横ばいであった。

〔歯科〕

令和 2 年度診療報酬改定を踏まえた個人立歯科診療所の直近 2 事業年の医業収益はマイナス 3.2%と落ち込んだ。新型コロナウイルス感染症の収束が見えないなか、診療報酬改定率プラス 0.59%に対し、地域歯科医療を担う約 8 割を占める個人立歯科診療所の経営は、コロナ関連補助金を加味しても依然として厳しい状況が続いている。

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、歯科医療機関においては、外科的処置や飛沫が多い歯科治療の特性を踏まえ、従来のスタンダード・プリコーションに加え、様々な対策を行っている。感染防止対策にこれまで以上の対応を迫られるなか、歯科材料費等の高騰の影響も計り知れない。

これまで繰り返し指摘している通り、既に経営努力や経費削減努力は明らかに限界に達している。安全安心を前提とした歯科医療提供体制の根幹を揺るがしかねない状況であり、加えて求められている歯科医療、口腔健康管理の充実を図るためには、迅速かつ抜本的な対応が求められる。

〔薬局〕

保険薬局の損益状況については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響を大きく受け、個人立・法人立ともに保険調剤に係る収益が減少し、損益差額は悪化している。コロナ関連補助金を含めると若干の損益差額の改善は見られるものの、元の水準に回復するレベルではなく、厳しい経営状況が続いている。

後発医薬品の調剤割合の増加や薬価改定（引き下げ）の影響により、医薬品等費に係る支出は減少している一方で、後発医薬品の普及促進等に伴う備蓄医薬品の管理に係る負担は増えている反面、薬剤師の給与費は減少しており、管理コストへの必要かつ十分な手当てができていない状況にある。

特に同一グループの規模別で見ると、地域の医薬品提供体制の中核を担っている小規模の保険薬局の損益差額の減少が目立つ。小規模薬局の経営基盤は極めて脆弱であり、このままの状況が続けば今後の地域の医薬品供給に支障をきたすことになる。

〔まとめ〕

以上、今回の医療経済実態調査結果から、コロナ禍において、医療現場は感染リスクや風評被害に耐え、必死で新型コロナウイルス感染症に立ち向かってきたが、それに応える手当が十分でないことが、改めて明らかになった。

また、今般の新型コロナ感染症への対応において、改めて人材の重要性が認識されたところであり、医療現場で働く医療従事者の働き方改革と処遇改善を推進することが必要である。しかしながら、医療機関等は、給与費を抑制して何とか経営を維持しようとしている実態である。

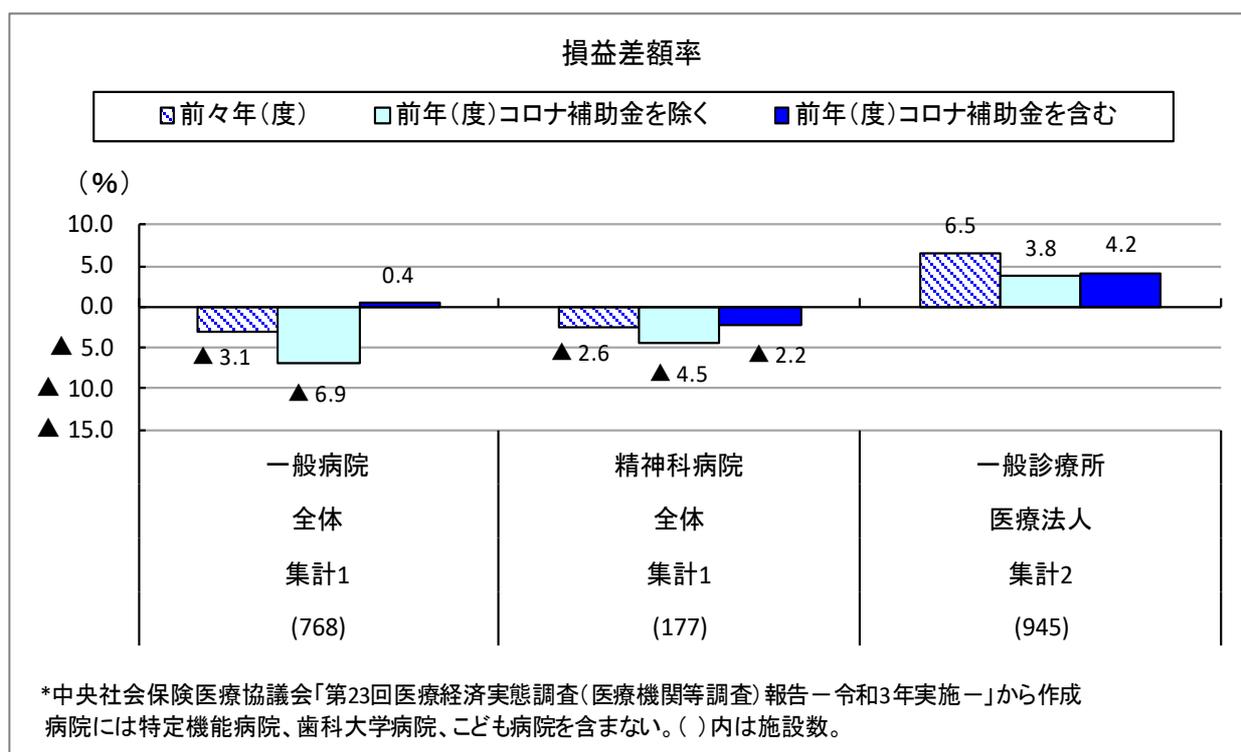
地域の医療と医療従事者、そして国民の安全を守るためには、適切な財源が必要であり、今回の診療報酬改定では、プラス改定しかあり得ない。

「第23回医療経済実態調査報告—令和3年実施—」について

2021年12月3日
公益社団法人 日本医師会

損益差額率

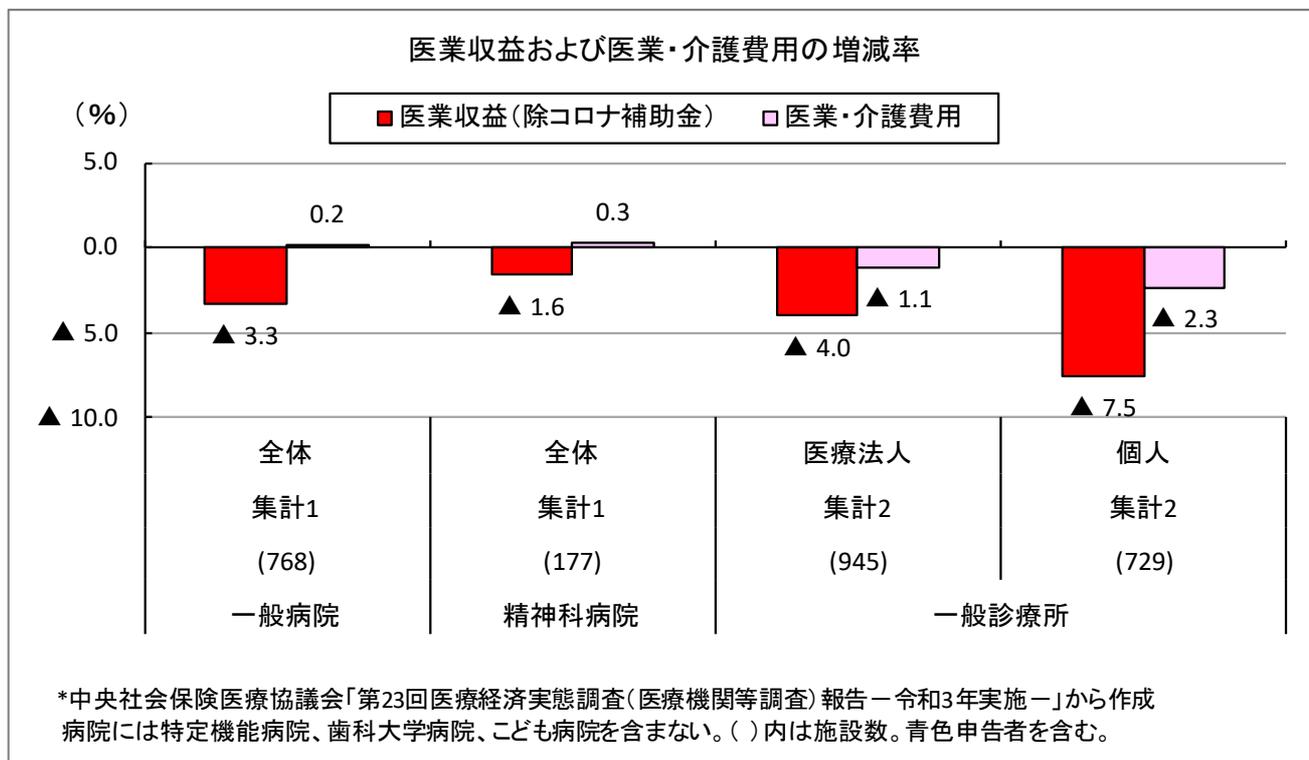
診療報酬による特例的な対応があったものの、損益差額率(新型コロナ関連補助金を除く)は大きく悪化した。補助金を含んだ場合でも、損益差額率は、一般病院ではほぼプラスマイナスゼロ、一般診療所では前々年(度)よりも縮小した。



注) 損益差額率(コロナ補助金を除く)には診療報酬による特例的な対応分を含む。
新型コロナ関連補助金は、従業員向けの慰労金以外のすべての補助金。

医業収益および医業・介護費用の増減率

医業収益の増減率は、一般病院で▲3.3%、精神科病院で▲1.6%、一般診療所の医療法人で▲4.0%、個人で▲7.5%であった。医業・介護費用は病院では抑制され、一般診療所では削減された。



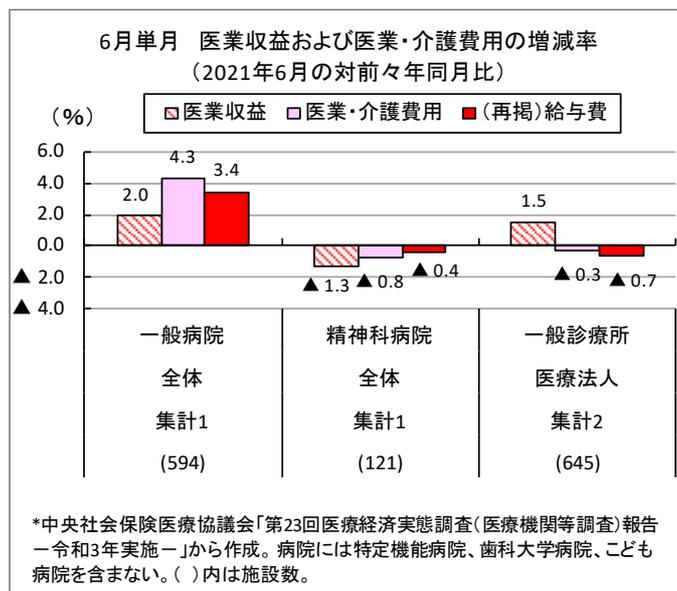
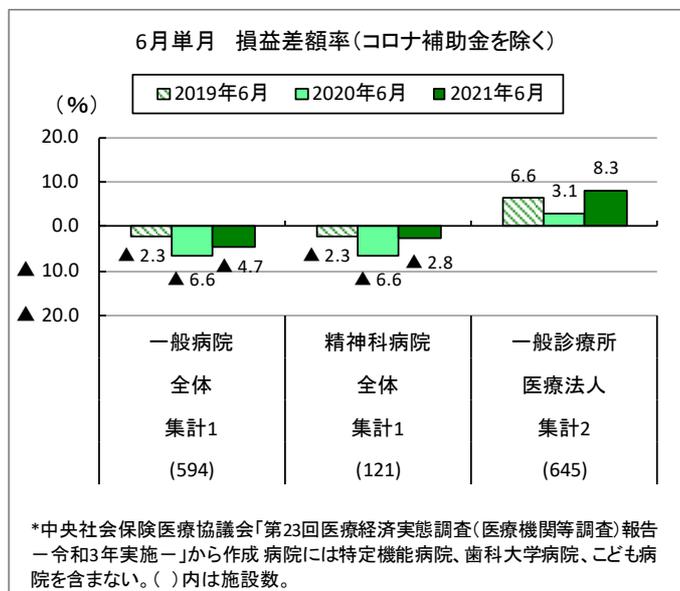
公益社団法人 日本医師会

2

損益差額率および医業収益等の増減率(6月単月)

今回の調査では6月単月調査が行われたが、① 季節要因の影響を受けること、② 賞与等確定していない値については前年度実績の1/12を用いていること、③ 年によって休日数が異なるが補正されていないこと等の問題がある。過去の「医療経済実態調査」で6月単月調査が採用されていたが、精度が低く、直近2事業年(度)の調査に切り替えられた。今回の6月単月調査結果もおおよそ架空の数値で構成されたものであり、医療機関の実態を表わすものではない。

それでもあえて集計結果に触れると、病院では、赤字が継続し、2021年6月の赤字幅は2019年6月よりも大きかった。一般診療所では2021年6月の損益差額率が2019年6月を上回ったが、給与費をはじめとする医療・介護費用を削減したことが寄与している。



公益社団法人 日本医師会

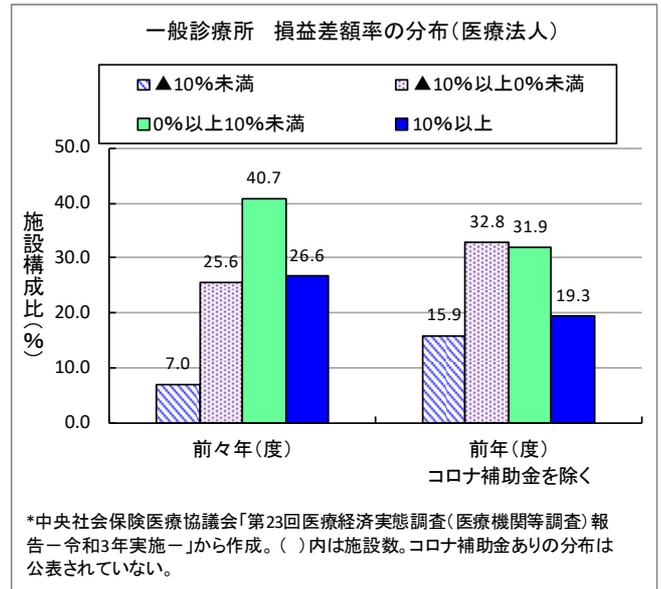
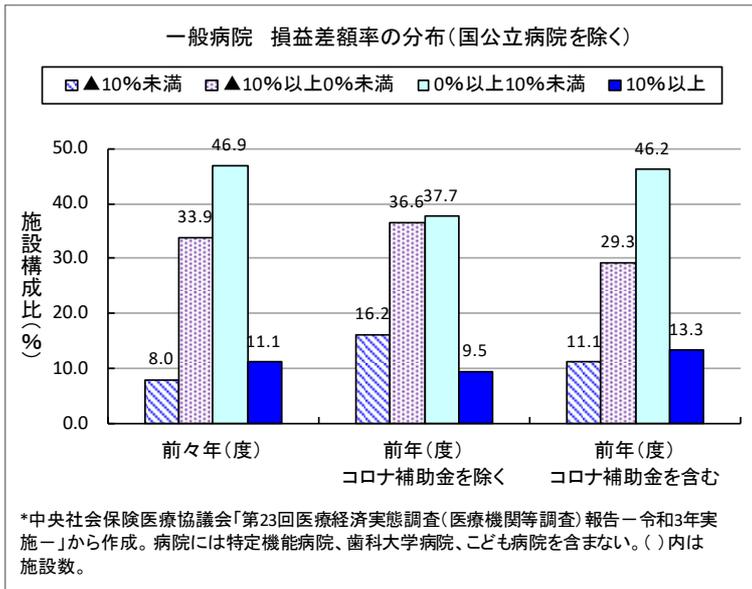
3

4

損益差額率の分布

一般病院(国公立を除く)では、コロナ補助金を除く赤字は前年(度)には5割超に拡大した。コロナ補助金を含むと、赤字病院は約4割になるが、損益差額率がきわめて低いところと高いところがそれぞれ増加しており、新型コロナ関連補助金によって損益差額率の差が開いたことがうかがえる。

一般診療所(医療法人)では、前々年(度)には赤字の病院は約3割であったが、前年(度)は約5割に増加した。



注) 公立病院にもともと赤字の病院が多いため、国公立病院を除く数値で示した。

注) コロナ補助金を含む損益差額率の分布は公表されていない。

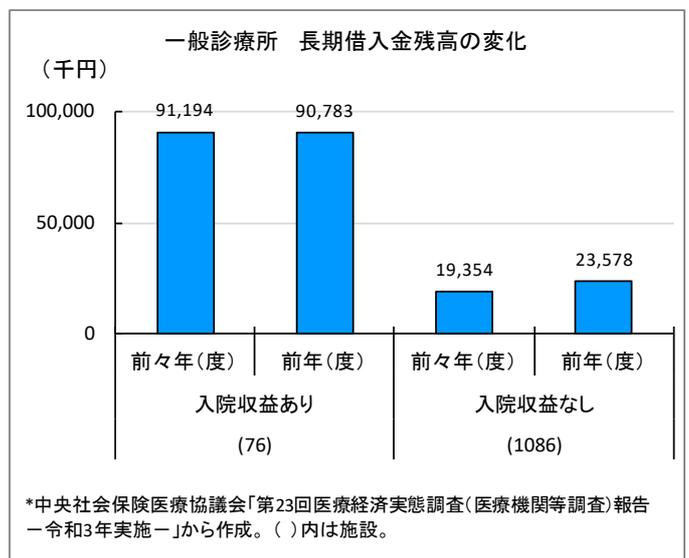
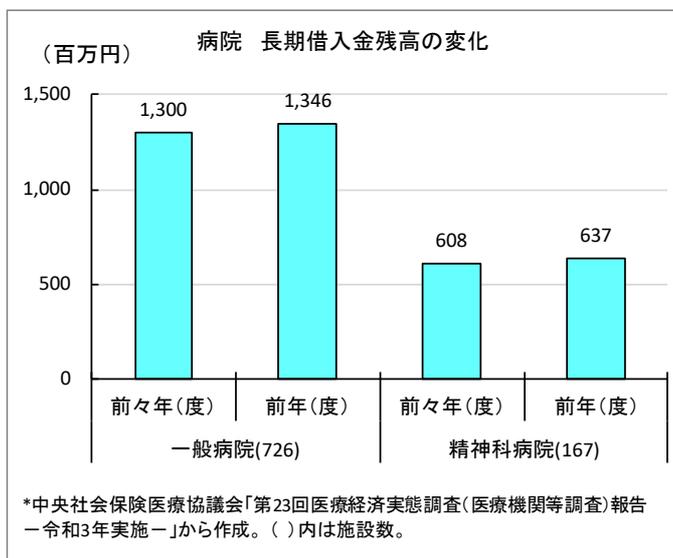
公益社団法人 日本医師会

4

長期借入金残高

長期借入金残高は、一般病院では46百万円、精神科病院では28百万円増加した。定点調査ではないので経年比較できないが、前回調査でも、前々回調査でも一般病院、精神科病院の長期借入金は減少していた。

一般診療所(入院収益なし)では、長期借入金残高が4,224千円増加した。一般診療所(入院収益あり)では長期借入金残高は微減であったが、借入金依存度が高い状態に変わりはない。



本来「借入金依存度」で示すべきであるが、短期借入金等が調査されていないため、「長期借入金依存度=長期借入金残高÷総資産×100(%)」で示すと、前年(度)の長期借入金依存度は、一般診療所の入院収益ありは24.0%、入院収益なしは14.5%。

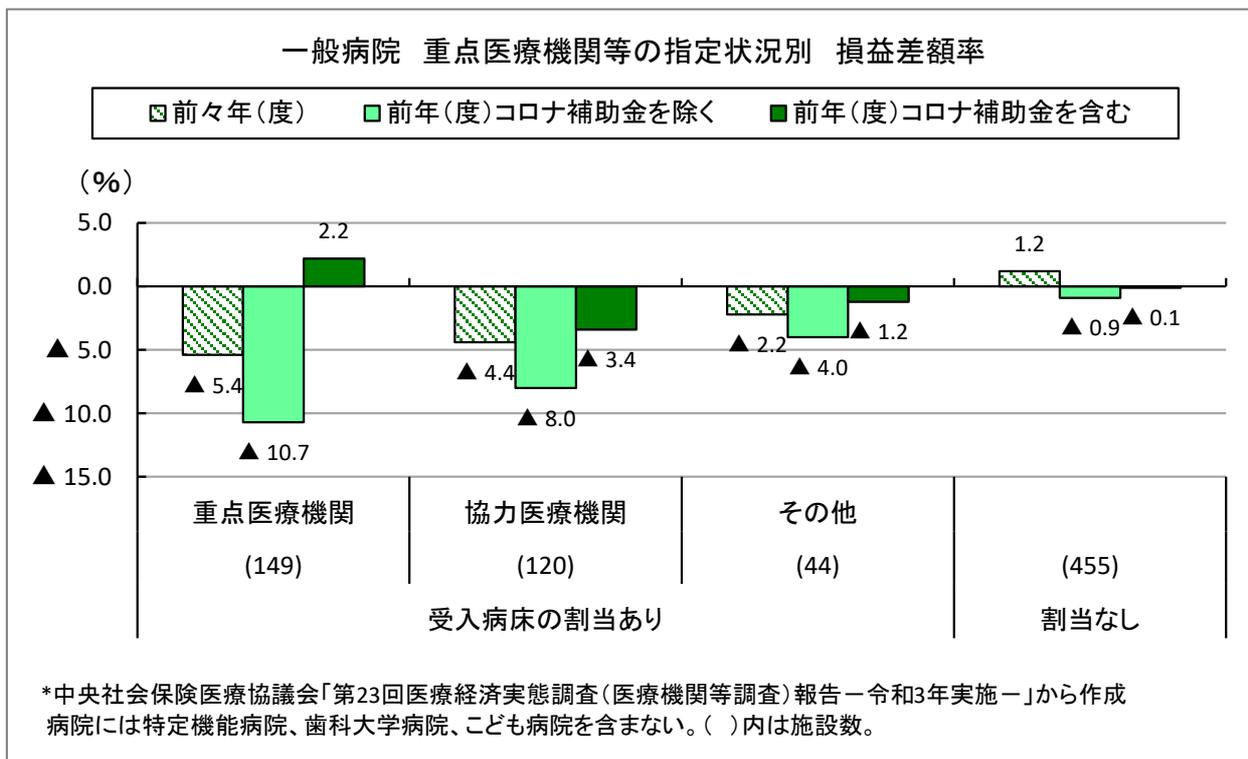
公益社団法人 日本医師会

5

5

病院 重点医療機関・協力医療機関等の指定状況別 損益差額率

重点医療機関ではコロナ補助金によって損益差額率がプラスになったが、コロナ補助金がなければ損益差額率は▲10.7%であった。重点医療機関以外では、コロナ補助金を含む損益差額率もマイナスであった。



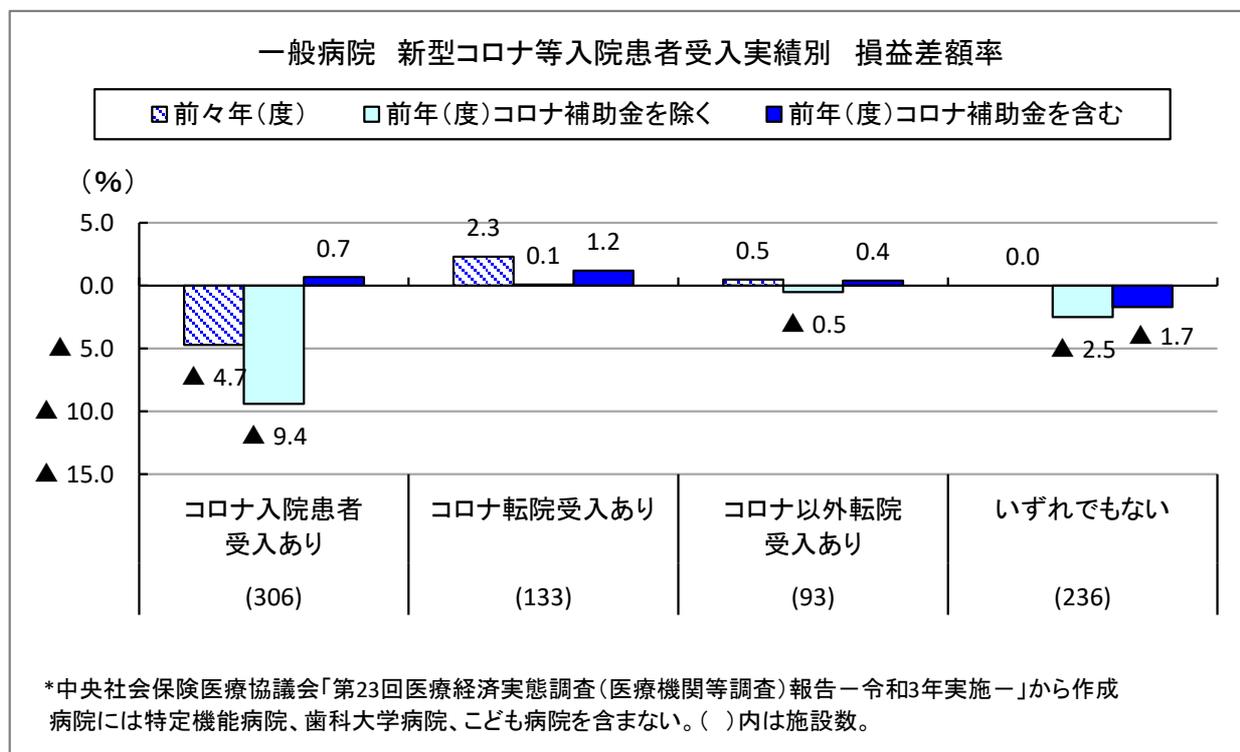
公益社団法人 日本医師会

6

病院 新型コロナウイルス感染症入院患者等の受入実績別 損益差額率

新型コロナウイルス感染症入院患者受入ありの病院で損益差額率が最も低く、コロナ補助金を含む損益差額率も水面上ぎりぎりであった。

また、コロナ入院患者受入あり以外の病院では、コロナ補助金ありの損益差額率が前々年(度)を下回った。



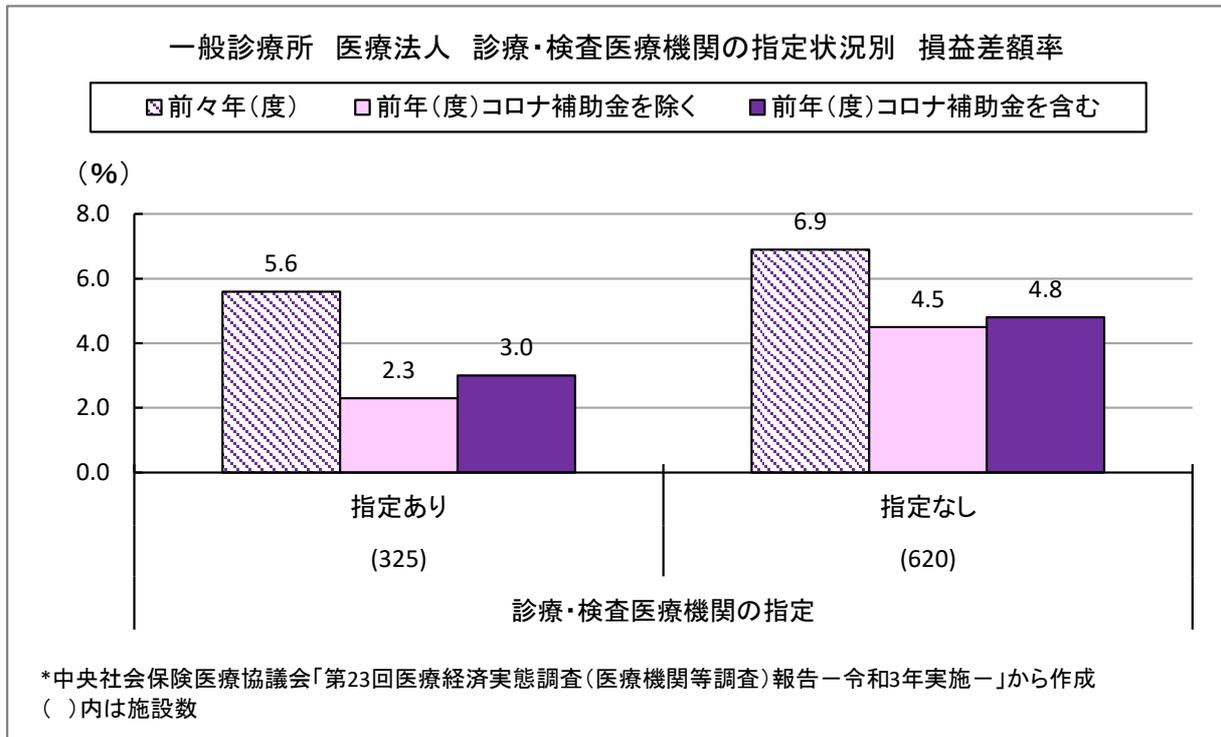
公益社団法人 日本医師会

7

6

一般診療所 診療・検査医療機関の指定状況別

診療・検査医療機関(発熱外来)は、「発熱外来診療体制確保支援補助金」等のコロナ補助金を除く損益差額率が大幅に減少し、コロナ補助金を含んだ損益差額率も若干改善したに過ぎなかった。発熱外来以外も損益差額率が低下した。



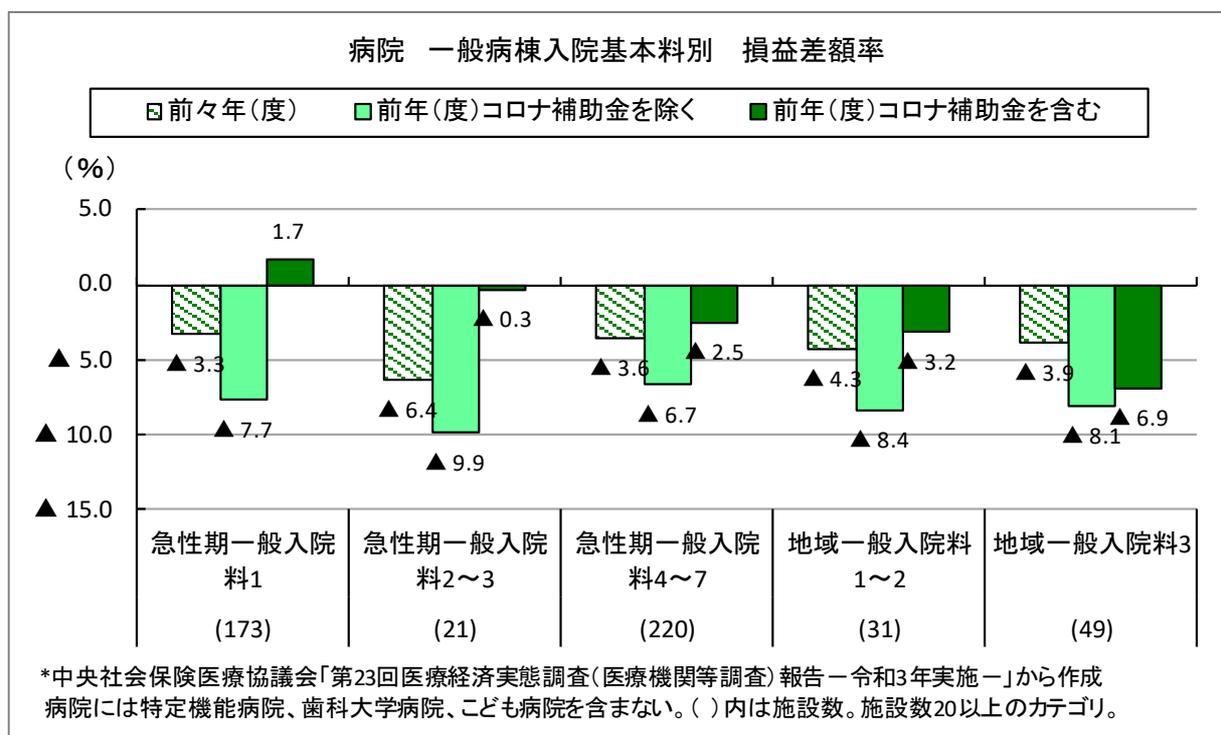
公益社団法人 日本医師会

8

病院 一般病棟入院基本料別

コロナ補助金を除く損益差額率は、おおむね横並びで悪化し、若干のばらつきはあるものの一般病棟入院基本料間で大きな差異は見られなかった。

コロナ補助金を含む損益差額率は、急性期一般入院料1のみ黒字であり、急性期一般入院料2から地域一般入院料3にかけて段階的にマイナスが拡大している。



公益社団法人 日本医師会

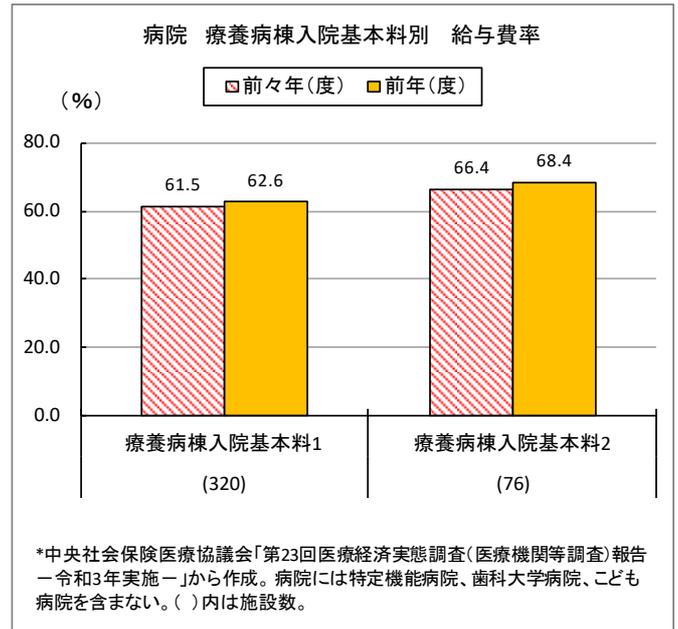
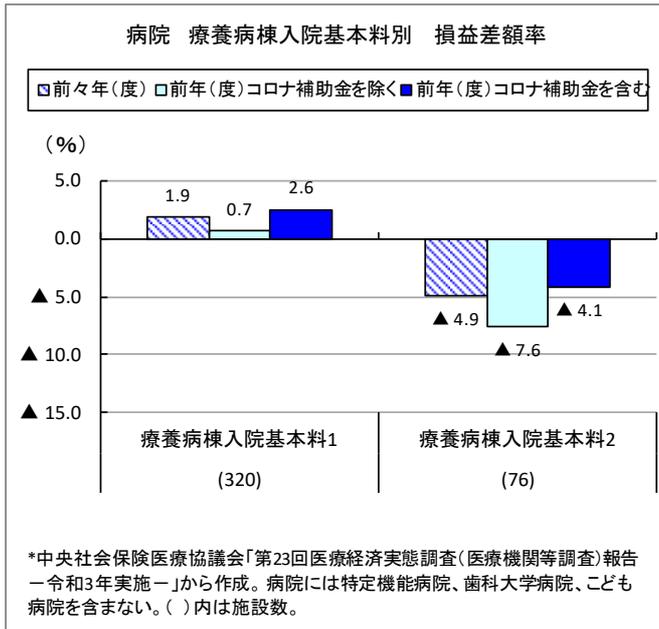
9

7

病院 療養病棟入院基本料別

療養病棟入院基本料1は、コロナ補助金を除く損益差額率がプラスを維持したが、療養病棟入院基本料2はコロナ補助金を含む損益差額率もマイナスであった。

療養病棟入院基本料2は、もともと給与費率が高く、給与費はほぼ横ばいであったが医業収益が減少し、さらに給与費率が上昇した。

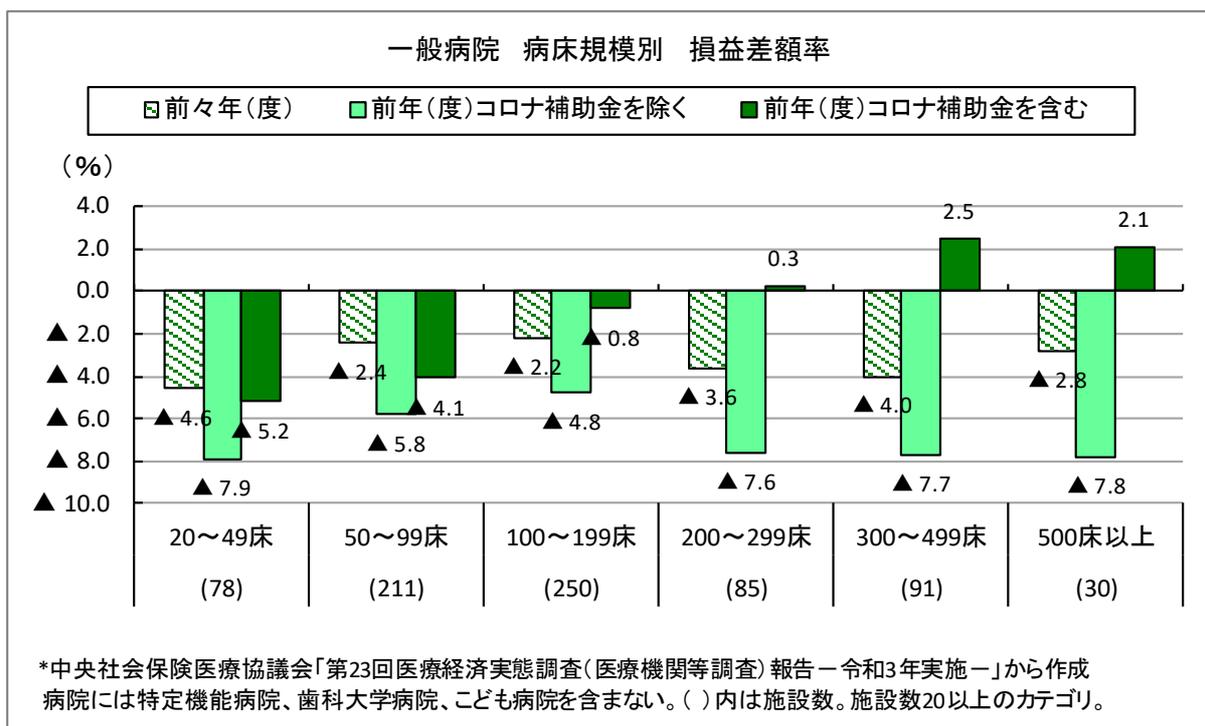


公益社団法人 日本医師会

10

一般病院 病床規模別

小規模の病院で、コロナ補助金を含む損益差額率が低い。小規模の病院では、外来診療収益の割合が高く、外来保険診療収益の減少がダイレクトに影響した上、コロナ対応の病床が確保困難で補助金が寄与しなかったものと推察される。

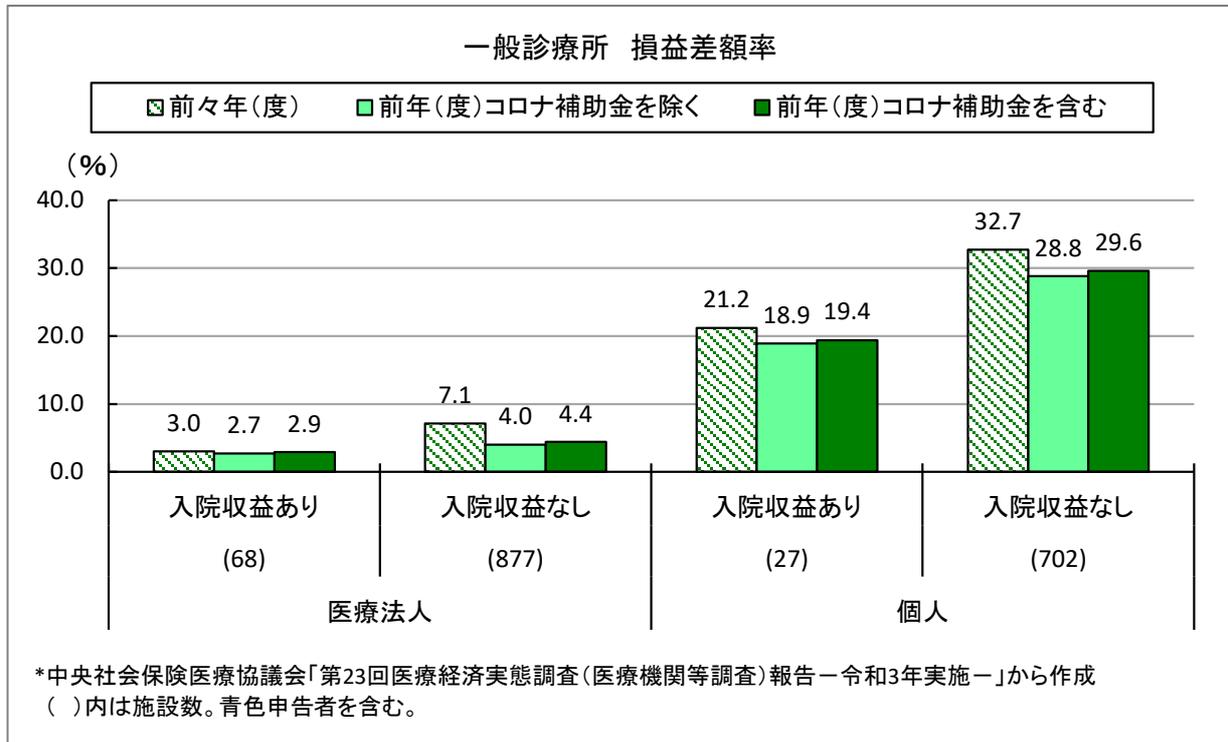


公益社団法人 日本医師会

11 8

一般診療所 損益差額率

入院収益ありなしともに、コロナ補助金を除く損益差額率が低下し、コロナ補助金を含んだ損益差額率も、前々年(度)の水準を下回る。入院収益ありは、入院保険診療収益が維持され、損益差額率の大幅な減少を免れた。

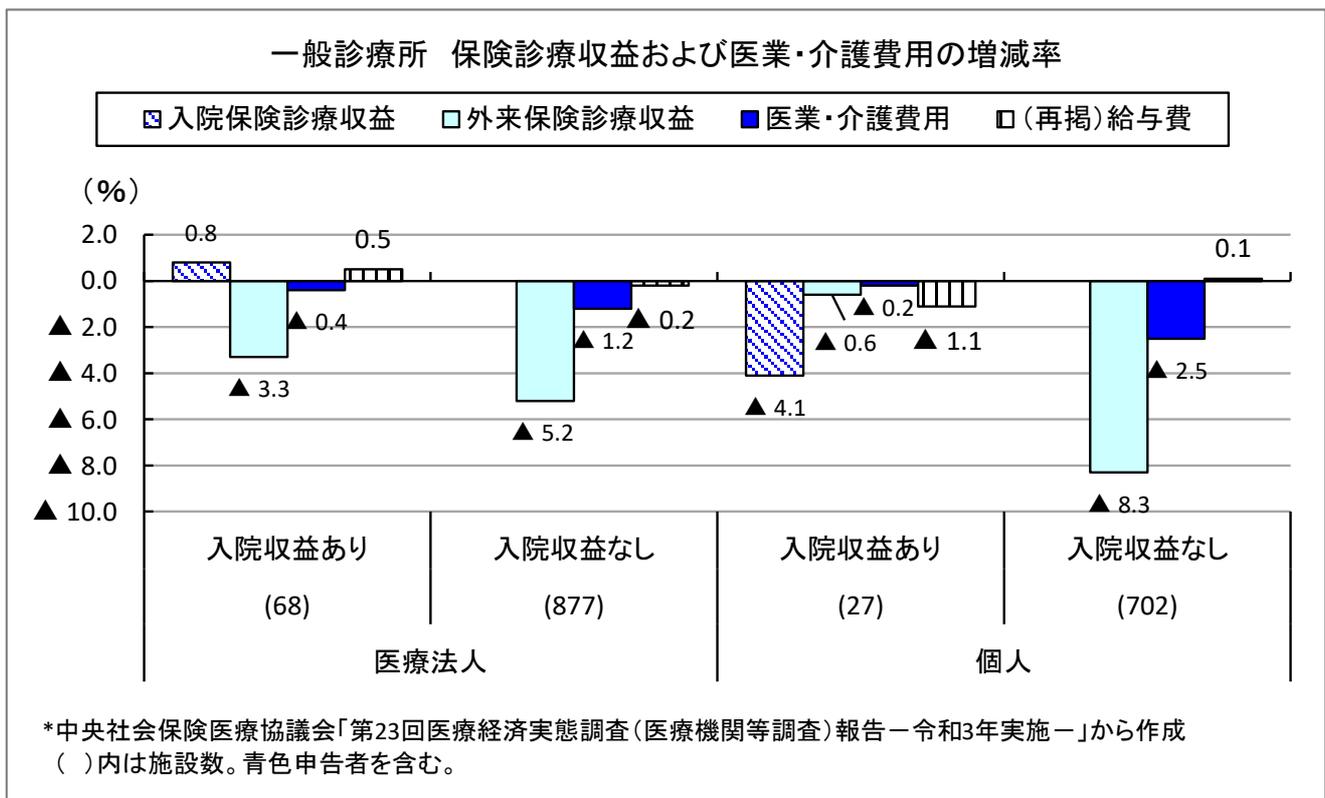


公益社団法人 日本医師会

12

一般診療所 保険診療収益および医業・介護費用の伸び率

一般診療所では、給与費を抑制あるいは削減して、なんとか損益差額を確保している状態である。

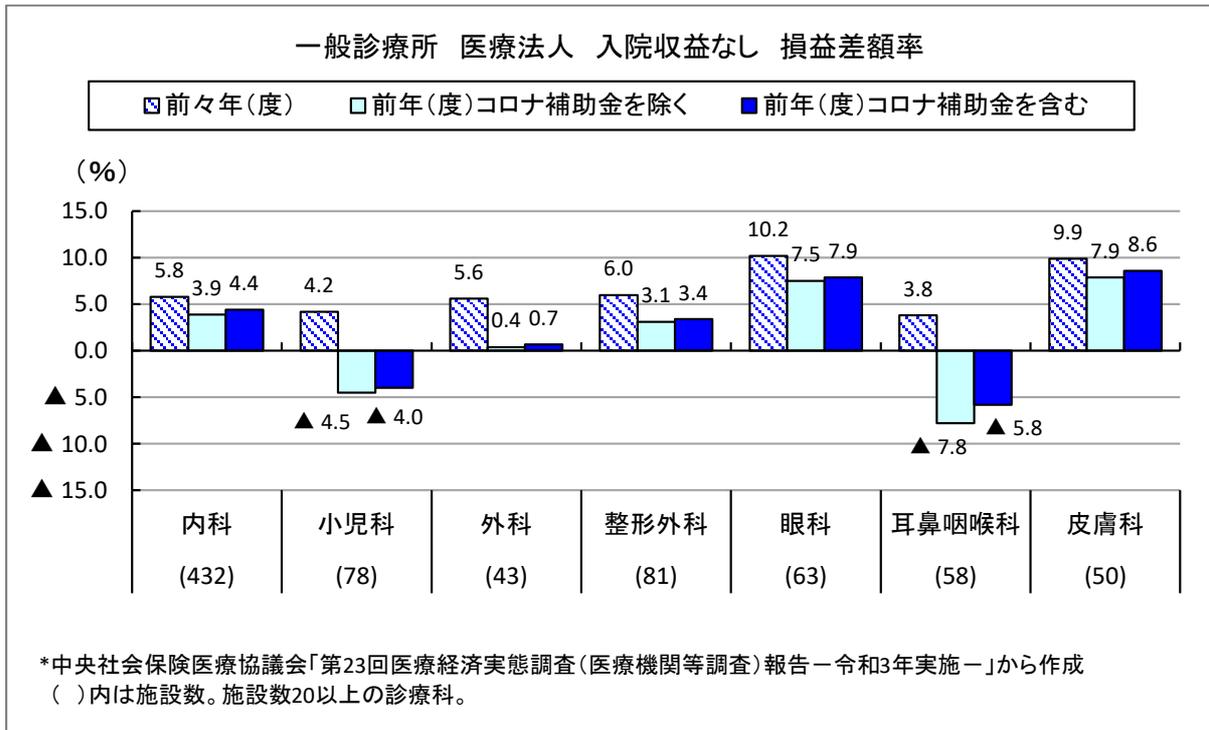


公益社団法人 日本医師会

13⁹

一般診療所 診療科別

乳幼児感染予防策加算など、新型コロナウイルス感染症に関連して診療報酬上の特例的な対応がとられたが、それらを含むコロナ補助金を除く損益差額率は小児科、耳鼻咽喉科はマイナスであり、さらにコロナ補助金を含む損益差額率もマイナスであった。

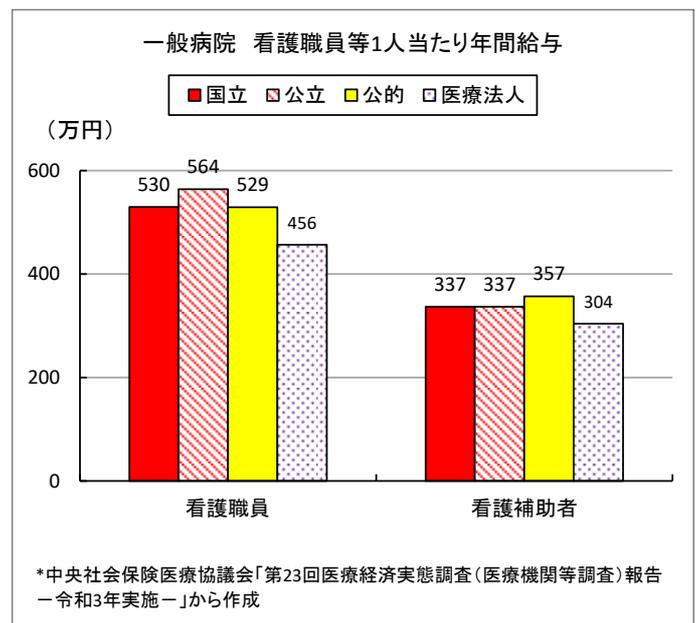
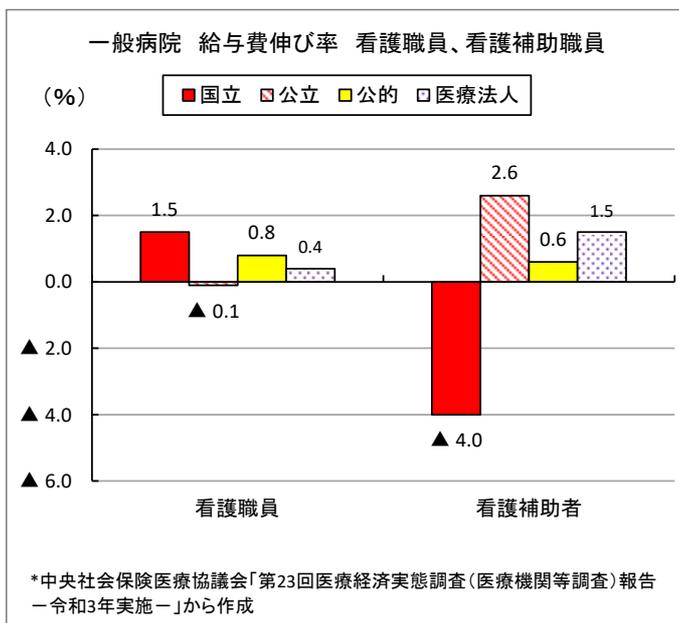


公益社団法人 日本医師会

14

給与費(看護職員および看護補助者)

看護職員の給与費は横這いから微増、看護補助者の給与費の伸びは開設者によってばらつきがあった。看護職員1人当たり年間給与は公立病院では医療法人よりも約100万円高い水準であった。



※注) 常勤職員1人当たり平均年間給与である。平均勤続年数、平均年齢の変化の影響を受ける。

公益社団法人 日本医師会

15¹⁰

第23回 中医協・医療経済実態調査結果 (個人立歯科診療所) について

歯科診療所に占める個人立歯科診療所割合は経年的に減少しているものの直近でも77.6% (令和元年) と約8割を占め、地域歯科医療を担う中核としてその役割を果たしており、新型コロナウイルス感染症の収束が見えないなか、様々な困難に直面しつつ地域住民の口腔健康管理に使命感をもって診療に従事している。

本調査は、数年前より回答率向上の観点から、青色申告での省略形式提出も可能となり、ここ数回のなかでは今回は最も有効回答率が高く、調査への理解や関心度が高まっていることがうかがえた(図1)。

個人立歯科診療所の令和2年度の損益差額をみると、前年度比で▲8.4%であり、コロナ関連の補助金を加味しても▲2.0%と厳しい状況が明らかとなった(表1)。また、損益差額の分布をみると、平均値や中央値に示される層と最頻値の層とは大きく乖離しており、右に裾の長い分布を示し、歯科診療所間の格差が大きくなっている。特に都市部等では、テレワークの推進などの影響による患者の受診行動の変化などから、地域間での格差が顕在化する可能性もあり、更なる精査も必要と考えられた(図2)。

個人立歯科診療所のうち、省略形式で回答をした歯科診療所では、比較的規模が小さいが、保険診療収益とともに介護収益の落ち込みが明らかであった。詳細な調査に対応できる歯科診療所は比較的規模が大きく、税務関連業務等を委託できる歯科診療所が多いと考えられるが、医業・介護費用からは「より小規模な歯科診療所ほど切り詰める部分が少なく、経営が困難となっている」ことが示唆され、引き続き注視していく必要がある(表2)。

また、医業・介護費用に関しては前年度比で▲1.1%であり、給与費はほぼ横ばい、委託費用や減価償却費用またその他の医業費用は3~6%の減少であるのに対し、医薬品費及び歯科材料費に関しては6~7%の増加となっていた(表1)。歯科材料費増加の原因として、欠損補綴治療で通常使用される貴金属のパラジウム価格が、令和元年10月頃より自動車の触媒や工業用途の需要の高まりによって急騰したことも影響している。令和2年度診療報酬改定直後に歯科用貴金属の材料価格制度の見直しが行われたが、抜本的な解決には至っていない。また、新型コロナウイルス感染症への対応として、これまでのスタンダード・プリコーションに加えて、外科的処置や飛沫が多い歯科治療の特性を踏まえた医療機関ごとの様々な感染予防策の実施、特に密を避けるための患者予約調整や処置前後の含嗽剤使用、換気対策などこれまで以上の対応を迫られるなか、歯科材料費の高騰の影響も計り知れない。給与費を含めた経費の切り詰めが限界のなか、受診控えなどの影響で厳しいと言われてきた歯科業界にとって更に経験したことのない状況が続いている。コロナ対策として補助金や様々な診療報酬上の措置がなされてきたが、今回の医療経済実態調査結果からも、補助金を加味しても依然として厳しい経営実態が確認できた。また、数十年にわたる経年変化(図3)からも歯科診療所の経営状況は回復傾向になく、安全安心を前提とした歯科医療提供体制を継続的に維持するための早急な方策や対応が必要不可欠である。

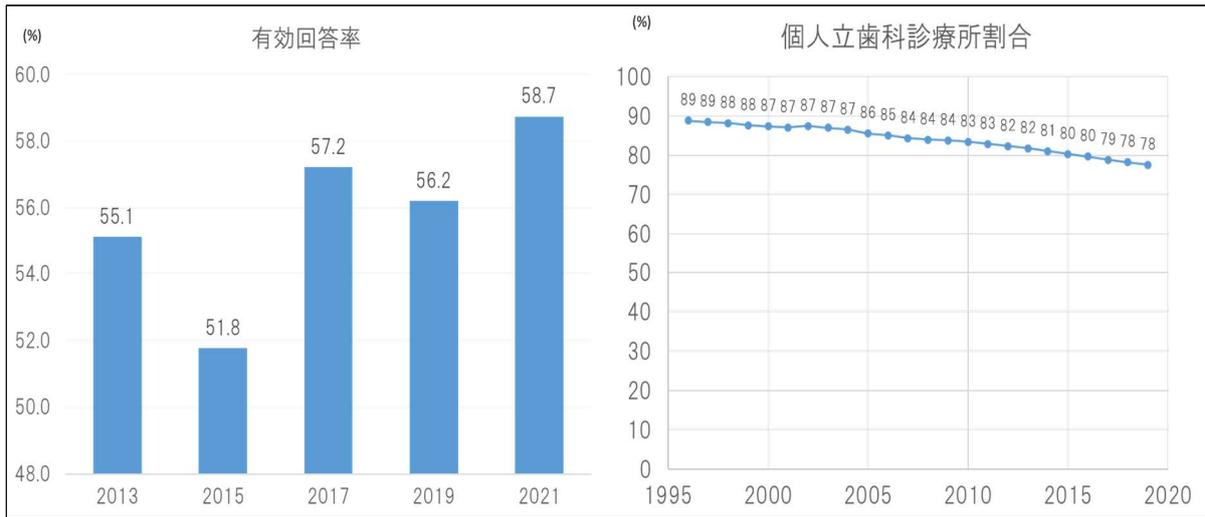


図 1. 医療経済実態調査における歯科診療所有効回答率および個人立歯科診療所割合

表 1. 個人立歯科診療所の医業・介護収益, 医業・介護費用および損益差額

n=485

	R2 (R1との比較)	補助金を含めた 場合		増減率(%)	
医業・介護収益	▲3.3	▲1.3	➡	医業・介護費用【総額】	▲ 1.1
医業・介護費用	▲1.1	-		給与費	▲ 0.1
損益差額	▲8.4	▲2.0		医薬品費	6.3
				歯科材料費	6.8
				委託費	▲ 5.6
				減価償却費	▲ 3.9
				その他の医業費用	▲ 3.2

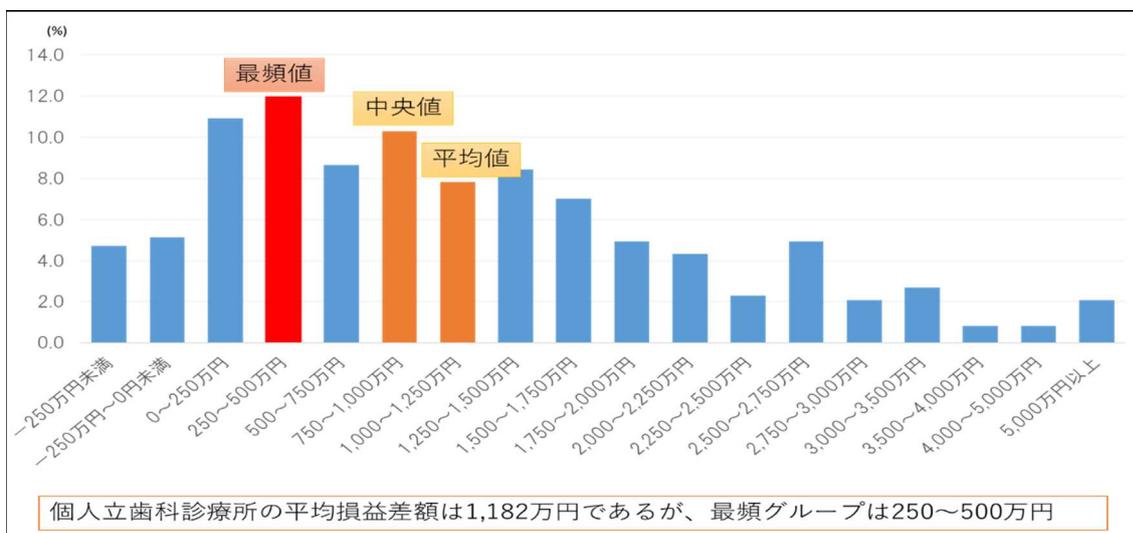


図 2. 個人立歯科診療所の損益差額分布

表2. 個人立歯科診療所の経営状況の内訳

単位(千円) *コロナ補助金含まない	全ての調査票に回答 n=158			省略形式で回答 n=327		
	R1	R2	増減率(%)	R1	R2	増減率(%)
医業収益*	46,294	44,889	▲ 3.0	41,518	40,160	▲ 3.3
保険診療収益	38,421	37,681	▲ 1.9	37,526	36,622	▲ 2.4
その他の診療収益	6,579	6,193	▲ 5.9			
その他の医業収益*	1,293	1,014	▲ 21.6			
介護収益	922	941	▲ 2.1	95	25	▲ 73.7
医業・介護費用	33,187	32,489	▲ 2.1	29,238	29,094	▲ 0.5
給与費	13,411	13,389	▲ 0.2	11,900	11,893	▲ 0.1
医薬品費	439	462	▲ 5.2	635	678	▲ 6.8
歯科材料費	3,397	3,569	▲ 5.1	3,018	3,253	▲ 7.8
委託費	3,821	3,629	▲ 5.0	3,652	3,439	▲ 5.8
減価償却費	2,980	2,758	▲ 7.4	2,304	2,266	▲ 1.6
その他の医業費用	9,139	8,683	▲ 5.0	7,730	7,565	▲ 2.1
損益差額*	14,029	13,342	▲ 4.9	12,375	11,091	▲ 10.4

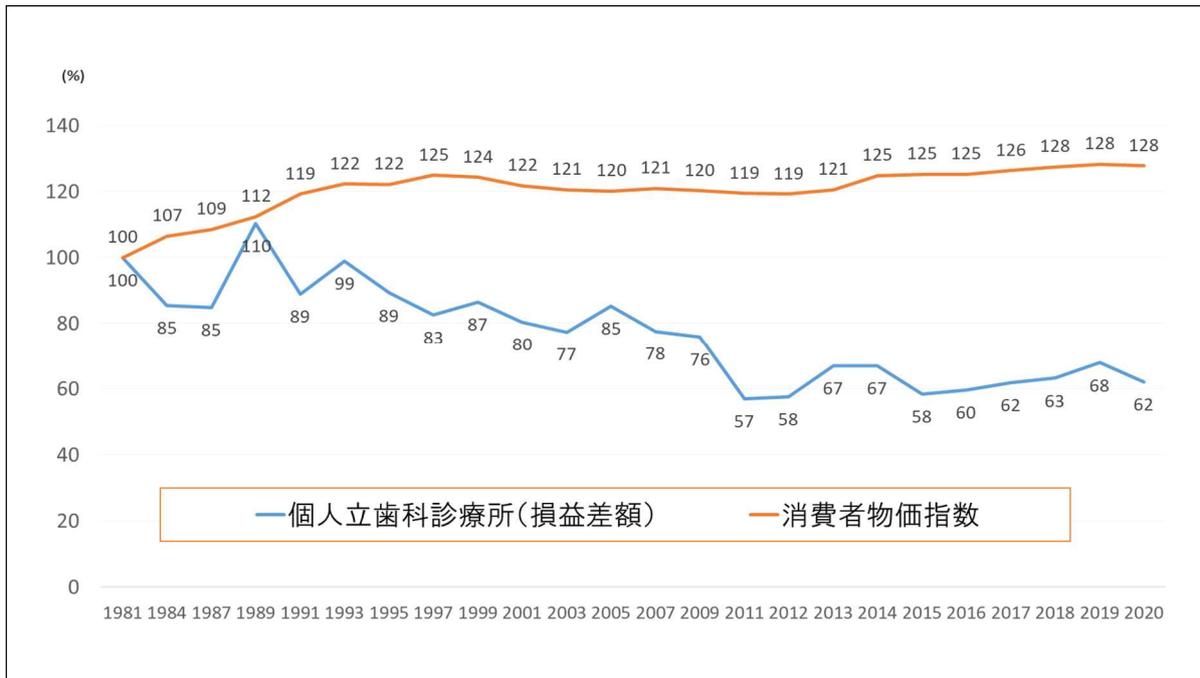


図3. 個人立歯科診療所の損益差額と消費者物価指数の経年変化
(1981年を100とした場合)



第23回医療経済実態調査結果 (保険薬局関係) について

令和3年12月3日
日本薬剤師会

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved.



保険薬局の損益状況の把握について



(法人施設のデータに基づく状況把握)

- 全国の保険薬局のうち、開設主体の約9割は法人立。今回の調査結果においても回答施設数の9割以上が法人立を占めている。
- 個人立の保険薬局の場合は損益差額の中に開設者の給与が含まれているため、個人立と法人立を合算した全体（個人立＋法人立）の平均値により保険薬局の損益状況を把握することは困難であることから、本資料については「法人」の集計結果を使用した。

形態	回答施設数	1施設あたり処方せん枚数	
法人立	863薬局 (95.5%)	17,019枚/年	1,418枚/月
個人立	41薬局 (4.5%)	9,315枚/年	776枚/月

(補助金を除いたデータに基づく状況把握)

- 保険薬局における「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた場合の損益差額に対する影響は、概ね+0.2%程度。
- また、補助金という特例的もしくは時限的な支援による影響を除いた損益状況を把握するため、本資料については当該補助金分を除いた数値を用いた。



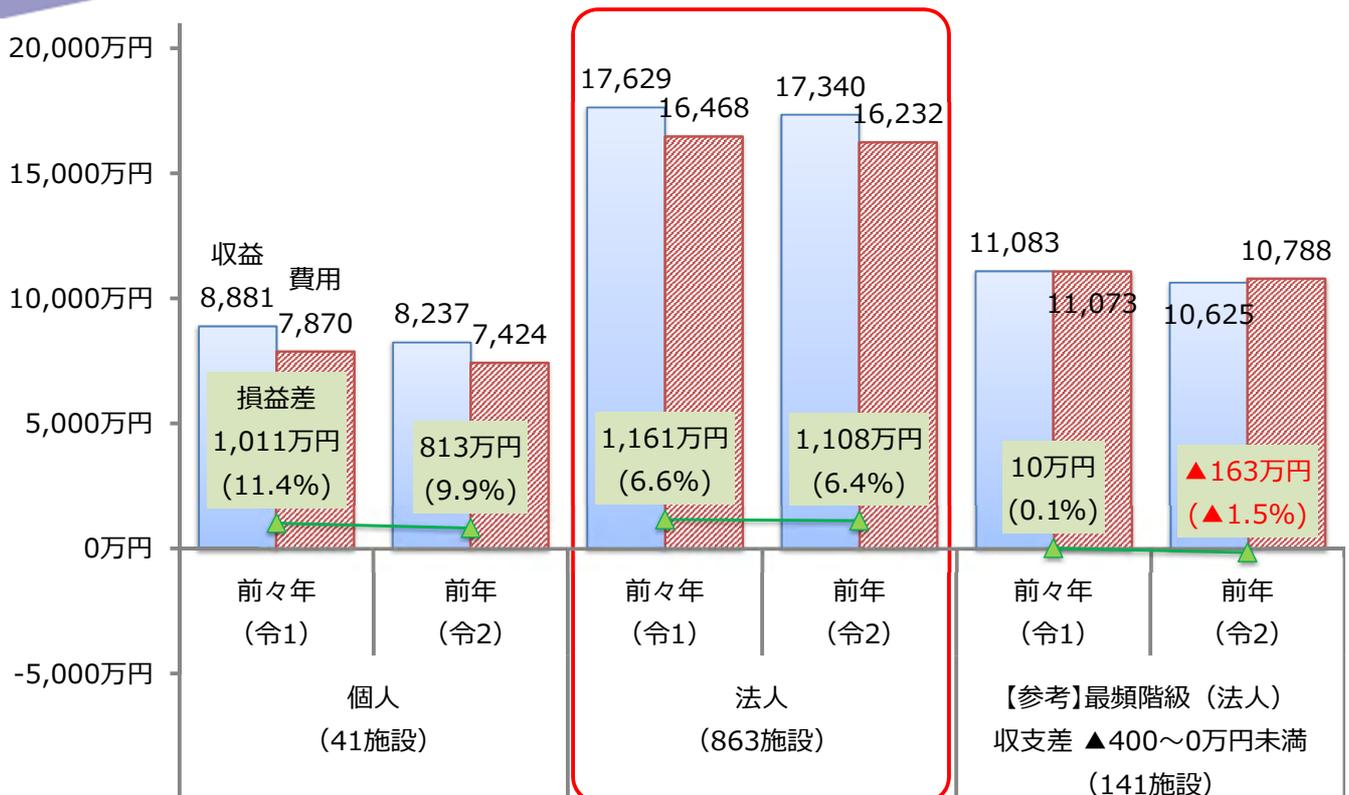
保険薬局の損益状況（個人／法人）



- 個人立の保険調剤の収益（収入）は、大幅に減少。費用（支出）の7～8割を占める医薬品等費も連動して同程度の減少、給与費は概ね横ばいもしくは僅かに減少した結果、損益差額は約2割縮小し、損益状況は大幅に悪化している。
- 法人立の保険調剤の収益も減少。医薬品等費も連動して同程度の減少、一方、給与費は概ね横ばいもしくは僅かに増加した結果、損益状況は悪化している。コロナ関連補助金を含めても、同程度の水準に回復もしくは若干減少している。
- 法人立の最頻階級（2割弱の施設が該当）については、直近年の損益差額自体がマイナス（赤字）。コロナ関連補助金を含めても、依然として大きな赤字であり、損益差額の水準はまったく改善されず、損益状況は極めて厳しい。

収支項目		金額の構成（単位：万円）								
		個人 (41施設)			法人 (863施設)			【参考】最頻階級（法人） 収支差 ▲400～0万円未満 (141施設)		
		前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び
収益 (収入)	保険調剤	8,692	8,034	▲ 657	17,072	16,790	▲ 282	10,743	10,291	▲ 452
	介護	11	22	10	86	89	3	39	43	4
	その他	178	182	4	470	461	▲ 10	301	291	▲ 10
費用 (支出)	給与費	1,139	1,136	▲ 3	3,171	3,176	4	2,546	2,497	▲ 50
	医薬品等費	5,898	5,474	▲ 424	11,248	11,011	▲ 237	7,052	6,844	▲ 209
	その他	833	815	▲ 19	2,049	2,046	▲ 3	1,474	1,448	▲ 27
損益差額 (税引前)	金額	1,011	813	▲ 198	1,161	1,108	▲ 53	10	▲ 163	▲ 173
	率	11.4%	9.9%	▲ 1.5%	6.6%	6.4%	▲ 0.2%	0.1%	▲ 1.5%	▲ 1.6%

保険薬局の損益状況（個人／法人）



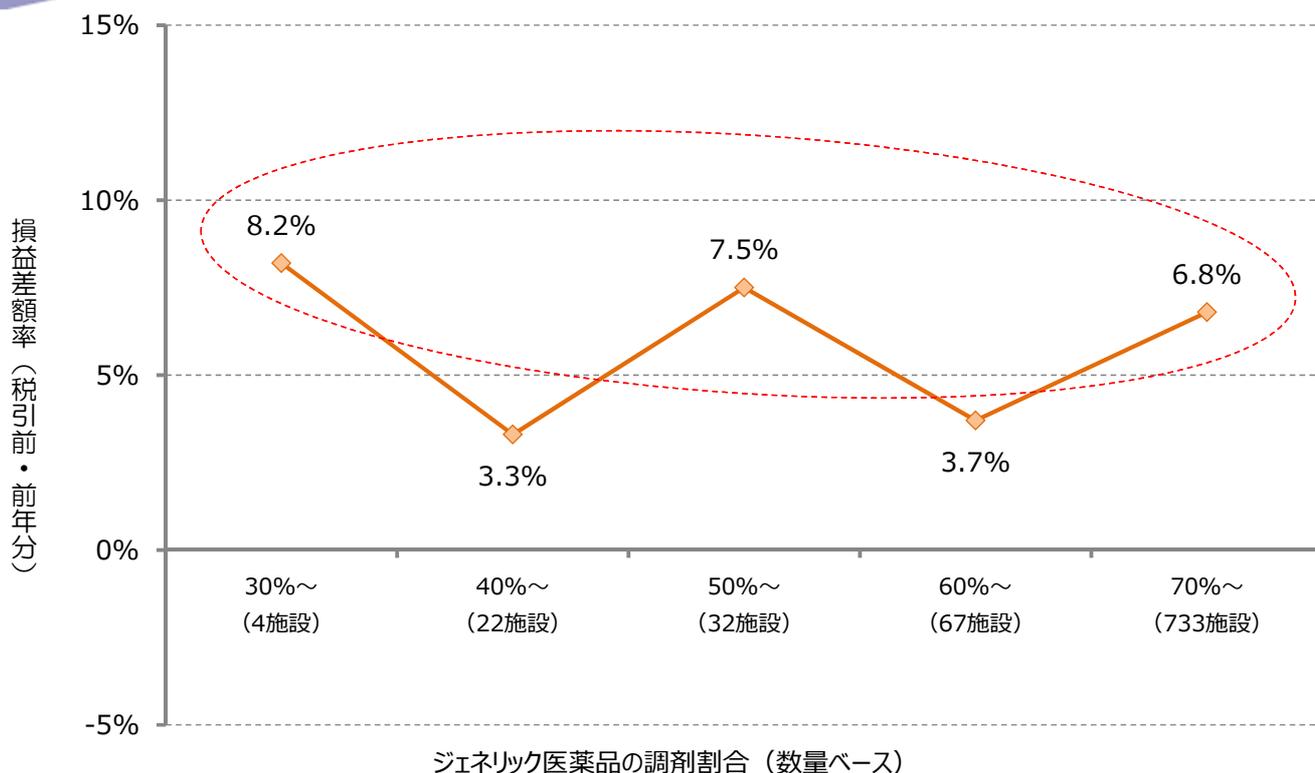
GE薬の調剤割合別（保険薬局・法人）



- 後発医薬品の調剤割合別でみると、直近年の損益差額率はいずれの区分もプラスであるものの、法人全体の平均（6.4%）と比較すると、「40～50%未満」と「60～70%未満」の施設では、それを大きく下回っている。
- 後発医薬品の調剤割合に応じた損益状況について明確な一定傾向を見出すことは難しいが、大きな傾向として見た場合、調剤割合が高いほど損益差額率は緩やかに減少していくようにも見受けられる。厳しい経営状況の中、後発医薬品の普及促進に積極的に取り組む姿勢がうかがえる。

収支項目		金額の構成比率 ※直近年（度）					
		30%未満 （*施設）	30%～ （4施設）	40%～ （22施設）	50%～ （32施設）	60%～ （67施設）	70%～ （733施設）
収益 （収入）	保険調剤等	*	100.0%	99.4%	99.9%	99.8%	99.4%
	介護	*	0.0%	0.6%	0.1%	0.2%	0.6%
費用 （支出）	給与費	*	15.3%	19.7%	18.7%	18.5%	18.2%
	医薬品等費	*	72.6%	66.6%	62.5%	66.6%	63.1%
	その他	*	3.9%	9.8%	11.2%	11.0%	11.3%
損益差額率（税引前）		*	8.2%	3.3%	7.5%	3.7%	6.8%

GE薬の調剤割合別（保険薬局・法人）



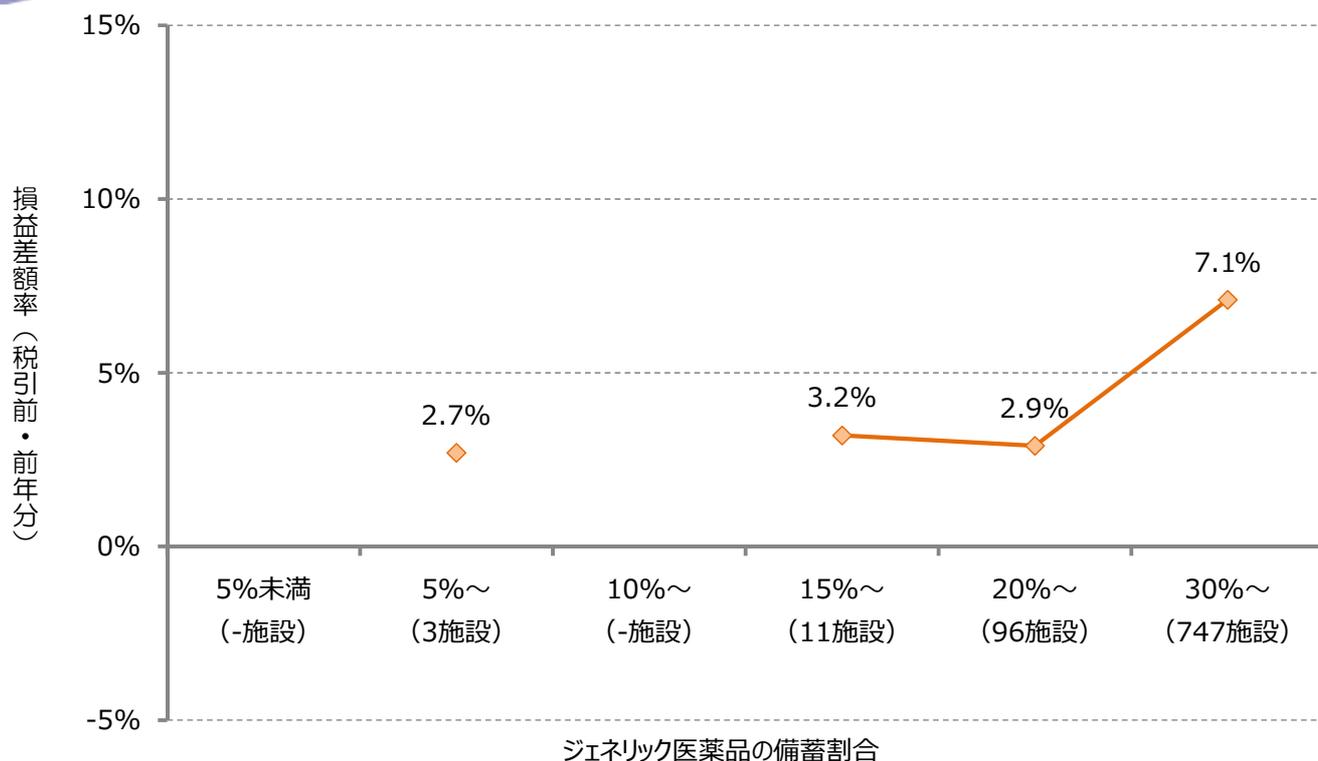
GE薬の備蓄割合別（保険薬局・法人）



- 後発医薬品の備蓄割合別でみると、「30～100%」以外（すなわち、30%未満）の施設の直近の損益差額率は、法人全体の平均（6.4%）を大きく下回っている。
- 一方、30%以上の施設の直近の損益差額率は、法人全体の平均を若干上回る水準となっている。
- 後発医薬品の備蓄割合に応じた、より明確な損益状況の傾向を把握するためには、「30～100%」の部分について詳細な集計・分析が必要であると考えます。

収支項目		金額の構成比率 ※直近年（度）					
		5%未満 （*施設）	5%～ （3施設）	10%～ （*施設）	15%～ （11施設）	20%～ （96施設）	30%～ （747施設）
収益 （収入）	保険調剤等	*	100.0%	*	99.9%	99.9%	99.4%
	介護	*	0.0%	*	0.1%	0.1%	0.6%
費用 （支出）	給与費	*	18.6%	*	15.1%	18.5%	18.3%
	医薬品等費	*	64.8%	*	73.7%	69.5%	62.4%
	その他	*	13.9%	*	7.9%	9.0%	11.6%
損益差額率（税引前）		*	2.7%	*	3.2%	2.9%	7.1%

GE薬の備蓄割合別（保険薬局・法人）



在宅薬剤管理指導の算定回数別（保険薬局・法人）

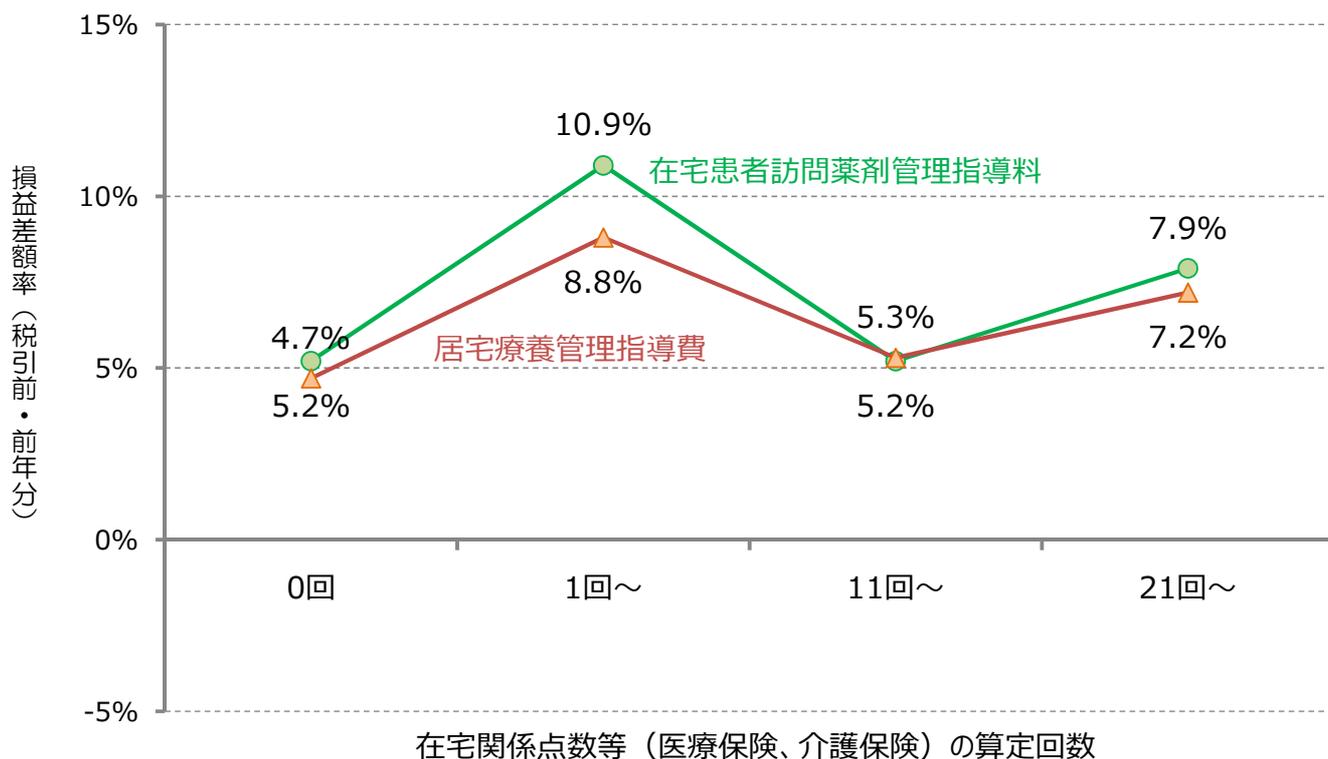


- 在宅薬剤管理指導の算定回数別では、在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）および居宅療養管理指導費（介護保険）ともに、同様の傾向を示している。
- 算定回数に応じた明確な傾向を把握することは難しいが、「11～20回」の施設の損益差額率は低く、算定実績のない施設（「0回」）と同程度の水準となってしまう。

収支項目		金額の構成比率（在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数別）			
		0回 (612施設)	1回～ (78施設)	11回～ (66施設)	21回～ (107施設)
収益 (収入)	保険調剤等	99.7%	99.7%	99.5%	98.6%
	介護	0.3%	0.3%	0.5%	1.4%
費用 (支出)	給与費	19.3%	15.8%	17.1%	17.3%
	医薬品等費	63.6%	62.6%	65.2%	63.0%
	その他	11.6%	10.4%	12.0%	10.4%
損益差額	税引前	5.2%	10.9%	5.2%	7.9%

収支項目		金額の構成比率（居宅療養管理指導費の算定回数別）			
		0回 (341施設)	1回～ (50施設)	11回～ (67施設)	21回～ (405施設)
収益 (収入)	保険調剤等	100.0%	100.0%	100.0%	99.1%
	介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
費用 (支出)	給与費	20.2%	18.4%	17.1%	17.5%
	医薬品等費	64.1%	61.8%	65.6%	63.0%
	その他	11.0%	11.0%	12.0%	11.4%
損益差額	税引前	4.7%	8.8%	5.3%	7.2%

在宅薬剤管理指導の算定回数別（保険薬局・法人）



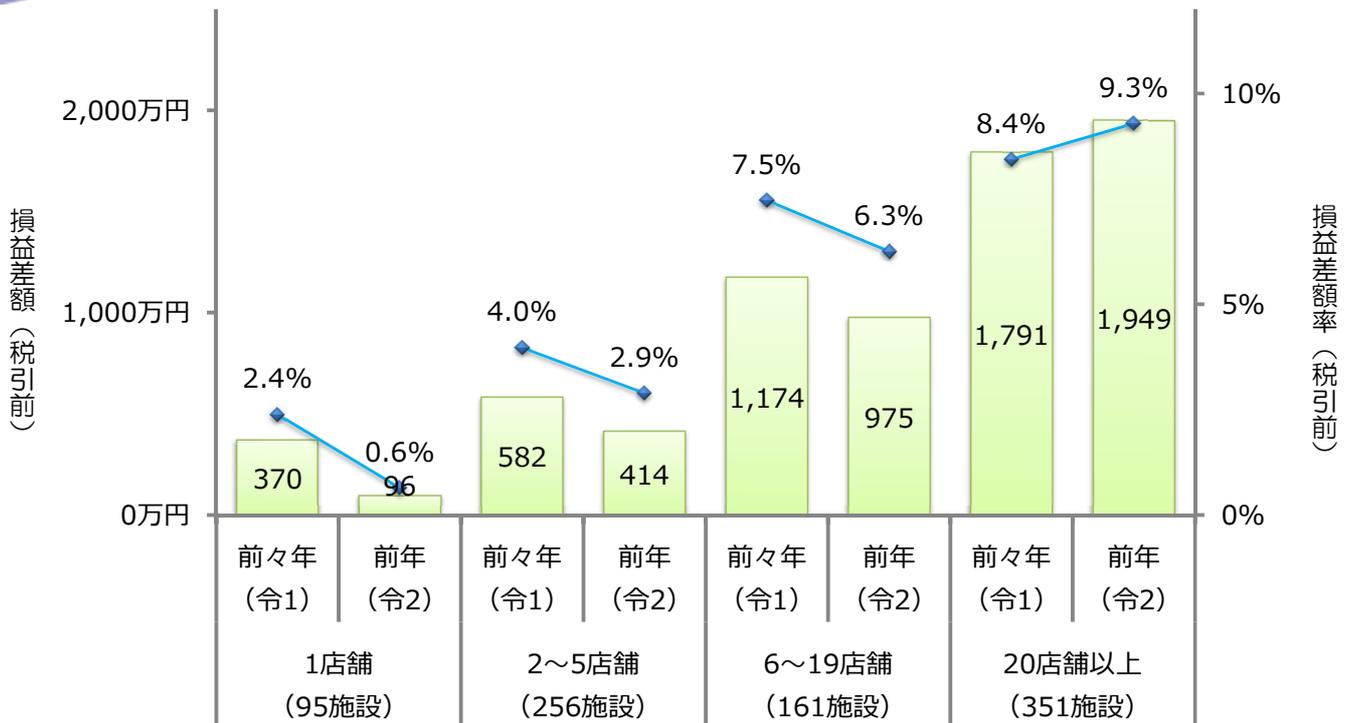
同一グループにおける店舗数別（保険薬局・法人）①



- 同一グループにおける店舗数別でみると、「20店舗以上」の施設を除いて、いずれも収益差額は大幅に減少しており、厳しい経営状況にある。
- 特に「1店舗」の施設の損益差額（金額）の減少幅が最も大きく、約 1/4の規模にまで縮小している。
- 一方、「20店舗以上」の施設は、保険調剤に係る収益は減少しているものの、損益差額は改善している。

収支項目		金額の構成（単位：万円）											
		1店舗 (95施設)			2～5店舗 (256施設)			6～19店舗 (161施設)			20店舗以上 (351施設)		
		前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び
収益 (収入)	保険調剤	14,974	14,392	▲ 582	14,230	13,876	▲ 354	15,300	15,151	▲ 148	20,526	20,315	▲ 210
	介護	33	27	▲ 6	81	85	4	105	120	15	95	96	1
	その他	514	552	38	370	363	▲ 7	315	324	8	603	570	▲ 33
費用 (支出)	給与費	3,284	3,284	▲ 1	3,097	3,092	▲ 5	2,945	3,023	78	3,299	3,277	▲ 21
	医薬品等費	10,458	10,109	▲ 350	9,585	9,403	▲ 182	10,152	10,166	14	13,177	12,815	▲ 362
	その他	1,409	1,483	75	1,417	1,415	▲ 2	1,449	1,430	▲ 19	2,957	2,940	▲ 17
損益差額 (税引前)	金額	370	96	▲ 274	582	414	▲ 168	1,174	975	▲ 198	1,791	1,949	158
	率	2.4%	0.6%	▲ 1.7%	4.0%	2.9%	▲ 1.1%	7.5%	6.3%	▲ 1.2%	8.4%	9.3%	0.9%
処方箋1枚あたり 損益差額		225円	64円	▲161円	363円	283円	▲81円	711円	638円	▲73円	940円	971円	31円

同一グループにおける店舗数別（保険薬局・法人）①



同一グループ（法人）における店舗数

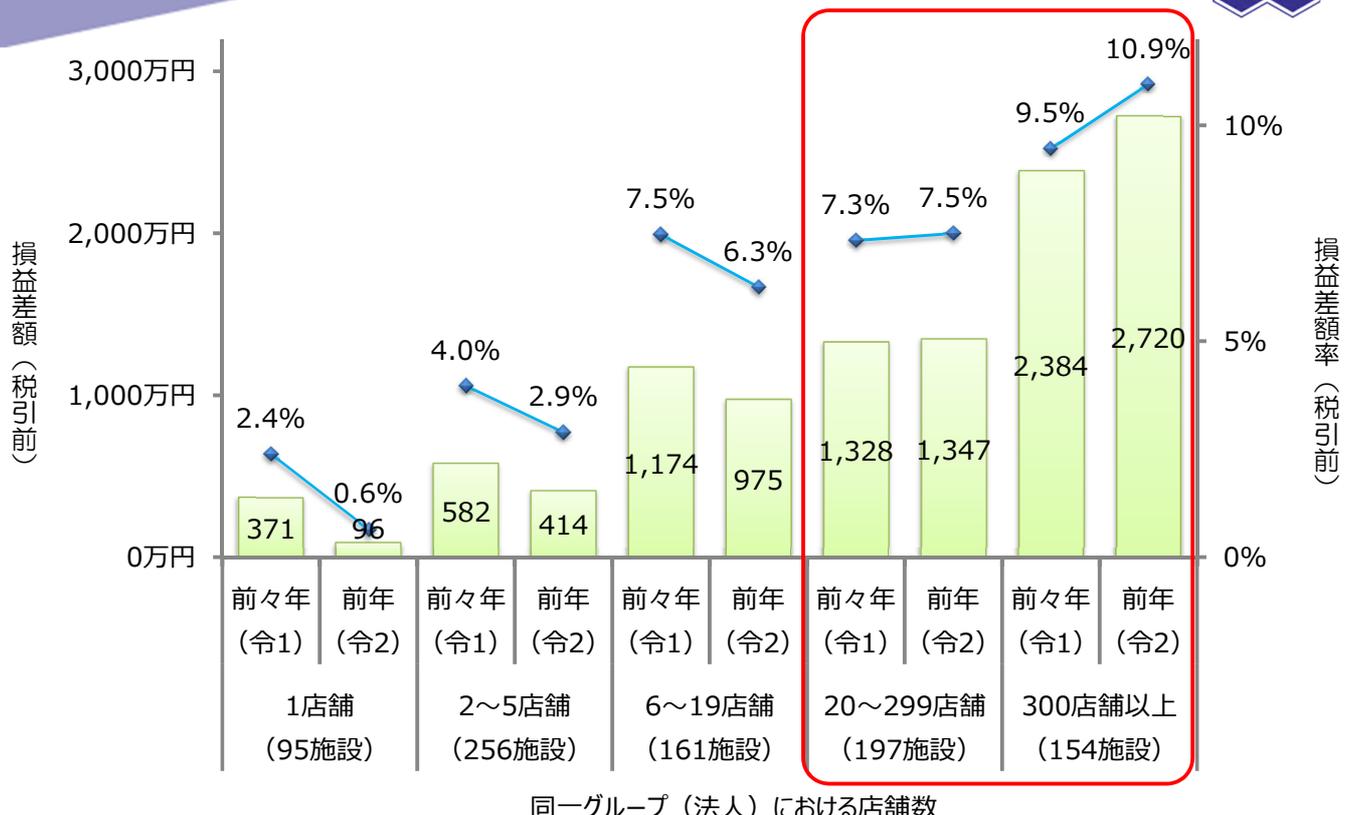
同一グループにおける店舗数別（保険薬局・法人）②



- 同一グループにおける店舗数別でみると、「20店舗以上」の施設の損益差額については改善している。
- さらに「20店舗以上」の区分に着目し、300店舗を境界として分解したデータを確認すると、「20～299店舗」の施設の損益差額は概ね横ばいの状態であるのに対し、「300店舗以上」の施設については、給与費や医薬品等費の縮小・減少の影響により損益差額が改善されている。

収支項目		金額の構成（単位：万円）														
		1店舗 (95施設)			2～5店舗 (256施設)			6～19店舗 (161施設)			20～299店舗 (197施設)			300店舗以上 (154施設)		
		前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び
収益 (収入)	保険調剤 等 介護	15,489	14,944	▲ 544	14,600	14,239	▲ 361	15,615	15,475	▲ 140	18,010	17,868	▲ 142	25,118	24,746	▲ 372
		33	27	▲ 6	81	85	4	105	120	15	96	94	▲ 2	94	98	4
費用 (支出)	給与費	3,284	3,284	▲ 1	3,097	3,092	▲ 5	2,945	3,023	78	3,028	3,029	1	3,645	3,595	▲ 49
	医薬品等 費	10,458	10,109	▲ 350	9,585	9,403	▲ 182	10,152	10,166	14	11,478	11,297	▲ 182	15,351	14,758	▲ 593
	その他	1,409	1,483	75	1,417	1,415	▲ 2	1,449	1,430	▲ 19	2,272	2,290	18	3,833	3,770	▲ 62
損益差額 (税引前)	金額	371	96	▲ 274	582	414	▲ 168	1,174	975	▲ 198	1,328	1,347	19	2,384	2,720	336
	率	2.4%	0.6%	▲ 1.7%	4.0%	2.9%	▲ 1.1%	7.5%	6.3%	▲ 1.2%	7.3%	7.5%	0.2%	9.5%	10.9%	1.5%
処方箋1枚あたり 損益差額		225円	64円	▲161円	363円	283円	▲81円	711円	638円	▲73円	-	-	-	-	-	-

同一グループにおける店舗数別（保険薬局・法人）②



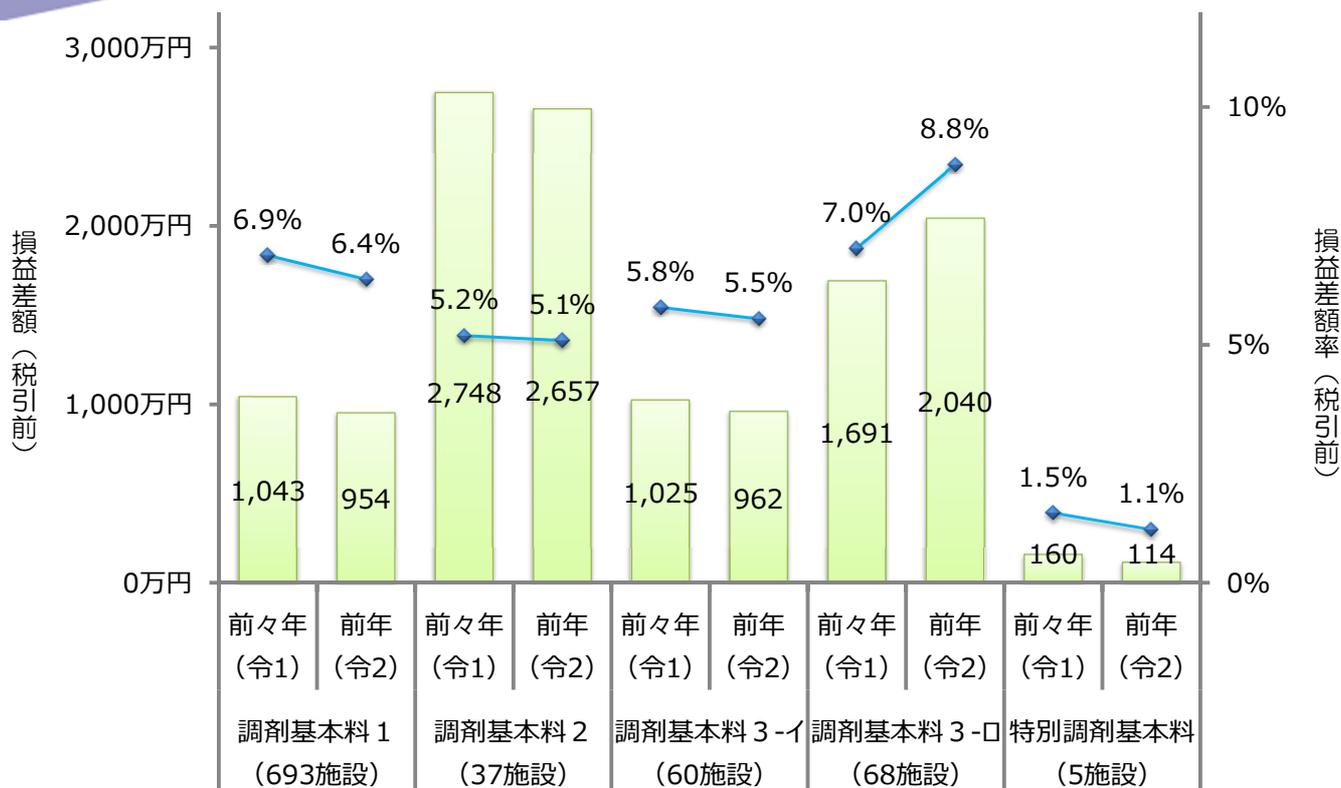
調剤基本料別（保険薬局・法人）



- ・ 調剤基本料別でみると、「基本料3-ロ」（同一グループ内の処方箋受付の合計が40万回超）の施設を除き、いずれの区分も損益差額は減少している。
- ・ 特に「調剤基本料1」の施設は、いずれの区分の施設と比べても、損益差額の減少規模が最も大きくなってしまっている。

収支項目		金額の構成（単位：万円）														
		調剤基本料1 (693施設)			調剤基本料2 (37施設)			調剤基本料3-イ (60施設)			調剤基本料3-ロ (68施設)			特別調剤基本料 (5施設)		
		前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び
収益 (収入)	保険調剤	14,559	14,355	▲ 204	52,366	51,691	▲ 675	17,424	17,090	▲ 334	23,635	22,843	▲ 791	10,761	10,082	▲ 679
	介護	86	93	7	62	54	▲ 7	70	44	▲ 26	116	117	1	4	11	7
	その他	513	506	▲ 7	465	456	▲ 9	213	203	▲ 10	294	259	▲ 35	120	124	4
費用 (支出)	給与費	3,019	3,054	34	6,655	6,784	129	2,732	2,571	▲ 161	3,296	3,062	▲ 233	2,036	2,179	142
	医薬品等 費	9,314	9,152	▲ 162	38,383	37,704	▲ 679	11,850	11,694	▲ 156	16,010	15,185	▲ 825	6,555	6,134	▲ 421
	その他	1,782	1,794	12	5,107	5,057	▲ 50	2,100	2,110	10	3,048	2,932	▲ 116	2,135	1,790	▲ 345
損益差額 (税引前)	金額	1,043	954	▲ 89	2,748	2,657	▲ 91	1,025	962	▲ 63	1,691	2,040	349	160	114	▲ 45
	率	6.9%	6.4%	▲0.5%	5.2%	5.1%	▲0.1%	5.8%	5.5%	▲0.2%	7.0%	8.8%	1.8%	1.5%	1.1%	▲0.3%
処方箋1枚あたり 損益差額		643円	638円	▲6円	766円	461円	▲305円	609円	648円	38円	844円	1,129円	286円	114円	87円	▲27円

調剤基本料別（保険薬局・法人）



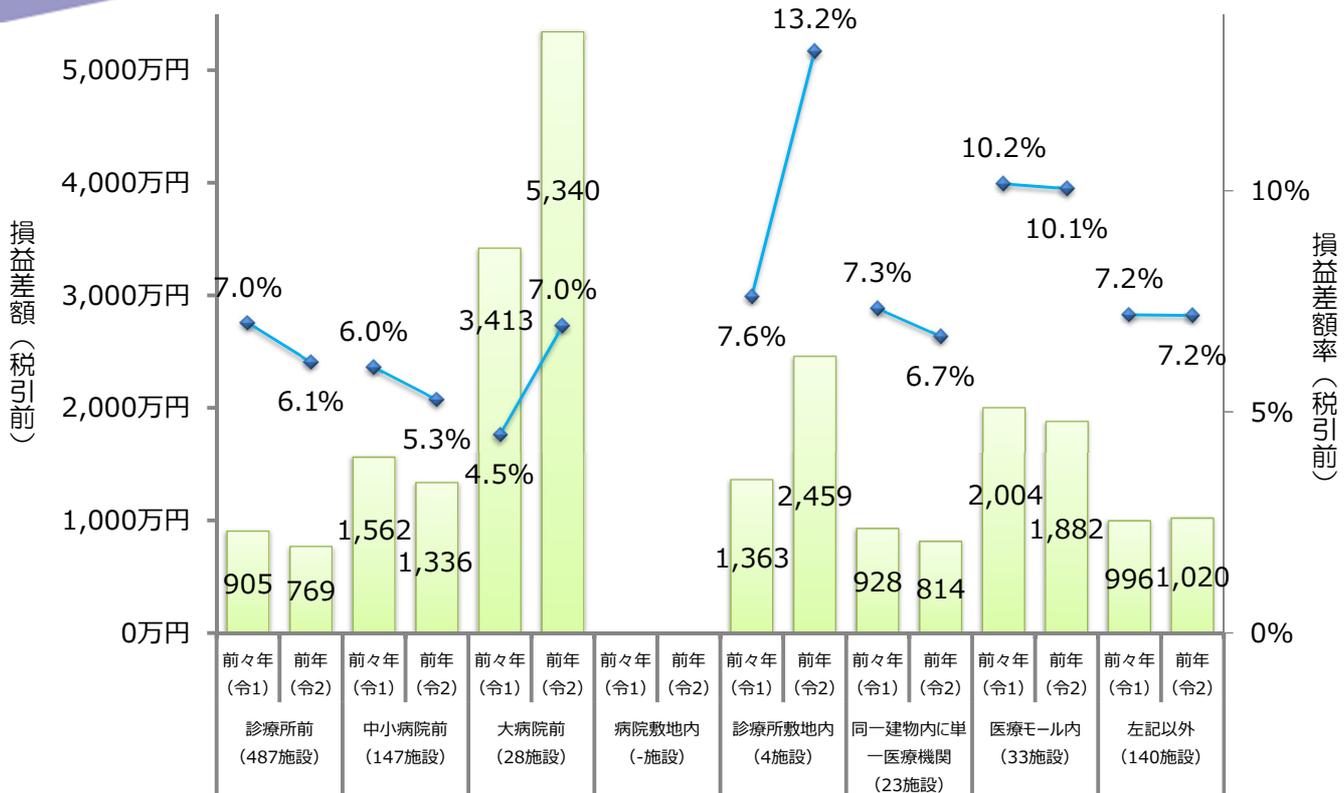
立地別（保険薬局・法人）



- ・ 保険薬局の立地別でみると、「大病院前」と「敷地内」を除き、いずれの区分の施設も損益差額は減少している。
- ・ 特に、「診療所前」と「中小病院前」の施設の損益差額は、ほかの区分の施設より減少幅が大きい。
- ・ 一方、「大病院前」と「敷地内」（病院敷地内の内容は不明）の損益差額については、大きく改善されている。

収支項目	金額の構成（単位：万円）																						
	診療所前 (487施設)			中小病院前 (147施設)			大病院前 (28施設)			病院 敷地内 (-施設)	診療所敷地内 (4施設)			同一建物内に 単一医療機関 (23施設)			医療モール内 (33施設)			左記以外 (140施設)			
	前々年 令1	前年 令2	金額の 伸び	前々年 令1	前年 令2	金額の 伸び	前々年 令1	前年 令2	金額の 伸び		前々年 令1	前年 令2	金額の 伸び	前々年 令1	前年 令2	金額の 伸び	前々年 令1	前年 令2	金額の 伸び	前々年 令1	前年 令2	金額の 伸び	
収益 (収入)	保険 調剤	12,631	12,258	▲373	25,467	24,866	▲601	75,543	76,137	593	*	17,293	17,990	696	11,774	11,306	▲469	18,886	18,042	▲844	12,410	12,728	318
	介護	49	49	▲0	117	107	▲10	116	133	17	*	404	465	61	97	90	▲7	95	145	50	163	180	17
	その他	229	233	▲4	389	347	▲42	541	533	▲8	*	215	227	12	785	736	▲50	748	540	▲208	1,274	1,304	30
費用 (支出)	給与費	2,739	2,729	▲10	3,928	3,901	▲27	5,873	5,406	▲467	*	3,760	3,614	▲146	2,624	2,611	▲14	4,094	4,173	79	3,208	3,374	166
	医薬品 等費	7,836	7,632	▲204	17,777	17,365	▲412	58,390	57,496	▲894	*	10,384	10,279	▲105	7,651	7,346	▲305	11,134	10,331	▲803	7,444	7,537	93
	その他	1,429	1,410	▲19	2,707	2,718	11	8,524	8,561	37	*	2,406	2,331	▲75	1,453	1,361	▲92	2,497	2,341	▲156	2,198	2,281	82
損益 差額 (税引前)	金額	905	769	▲137	1,562	1,336	▲226	3,413	5,340	1,927	*	1,363	2,459	1,096	928	814	▲115	2,004	1,882	▲122	996	1,020	24
	率	7.0%	6.1%	▲0.9%	6.0%	5.3%	▲0.7%	4.5%	7.0%	2.5%	*	7.6%	13.2%	5.6%	7.3%	6.7%	▲0.6%	10.2%	10.1%	▲0.1%	7.2%	7.2%	▲0.0%
処方箋1枚あたり 損益差額	556円	521円	▲35円	759円	707円	▲52円	1,114円	876円	▲238円	*	542円	998円	455円	558円	532円	▲26円	809円	847円	38円	744円	789円	45円	

立地別（保険薬局・法人）



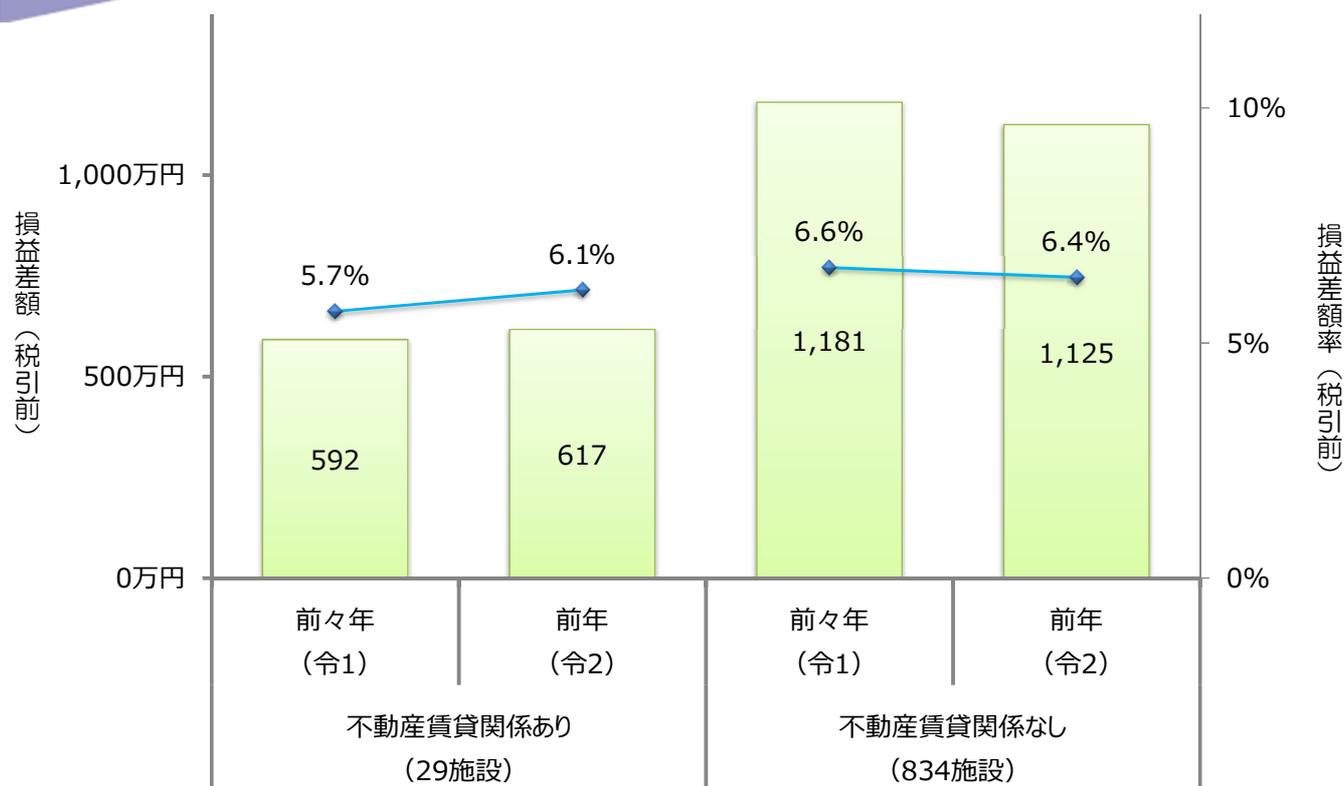
特定の保険医療機関との不動産の賃貸関係別 (保険薬局・法人)



- 特定の保険医療機関との不動産賃貸関係の有無別でみると、「関係あり」の施設の損益差額は若干増加、「関係なし」の施設では若干悪化している。
- 処方箋1枚あたりの損益差額（金額）でみると、「関係あり」の施設は大きく増加、「関係なし」の施設は若干減少している。

収支項目		金額の構成（単位：万円）					
		不動産賃貸関係あり (29施設)			不動産賃貸関係なし (834施設)		
		前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び	前々年 (令1)	前年 (令2)	金額の 伸び
収益 (収入)	保険調剤	10,111	9,777	▲ 334	17,314	17,034	▲ 281
	介護	56	46	▲ 10	87	91	4
	その他	259	244	▲ 15	478	468	▲ 9
費用 (支出)	給与費	2,143	2,150	6	3,207	3,211	4
	医薬品等費	6,361	6,077	▲ 283	11,418	11,182	▲ 236
	その他	1,331	1,224	▲ 107	2,073	2,074	1
損益差額 (税引前)	金額	592	617	25	1,181	1,125	▲ 55
	率	5.7%	6.1%	0.5%	6.6%	6.4%	▲ 0.2%
処方箋1枚あたり 損益差額		433円	482円	49円	674円	656円	▲ 18円

特定の保険医療機関との不動産の賃貸関係別 (保険薬局・法人)



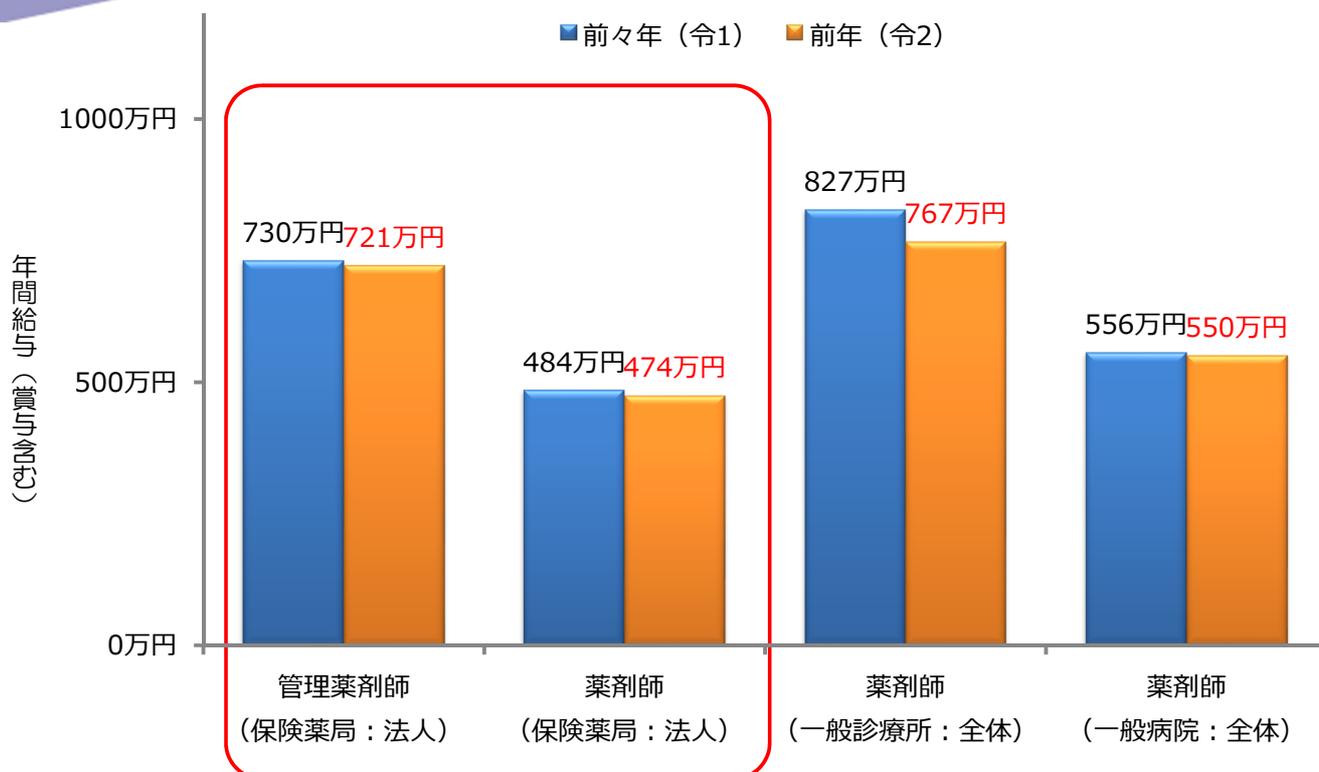
薬剤師の給与の状況（保険薬局・法人）



- 保険薬局（法人）における「管理薬剤師」および「薬剤師」（管理薬剤師以外）の年額給与については、平均給料および賞与いずれも1～2%程度減少している。

	平均給料・賞与の年額		金額の伸び率
	前々年 (令1)	前年 (令2)	
管理薬剤師（保険薬局：法人）	730万円	721万円	▲ 1.2%
薬剤師（保険薬局：法人）	484万円	474万円	▲ 2.2%
【参考】薬剤師（一般診療所：全体）	827万円	767万円	▲ 7.3%
薬剤師（一般病院：全体）	556万円	550万円	▲ 1.0%

薬剤師の給与の状況（保険薬局・法人）



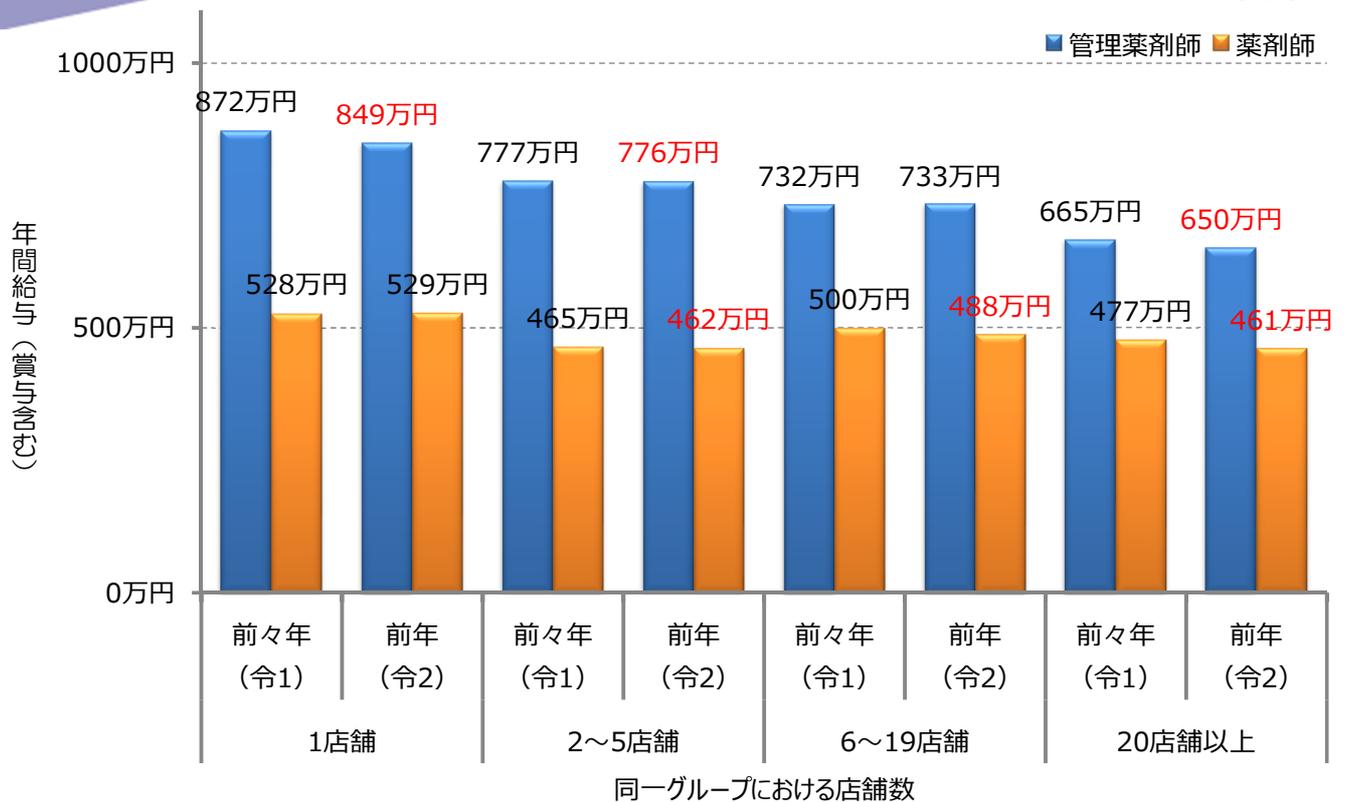
薬剤師の給与の状況（同一グループにおける店舗数別）



- 同一グループの店舗数別でも、「管理薬剤師」および「薬剤師」（管理薬剤師以外）の給与は全体的に減少傾向。
- このうち、「薬剤師」の平均給与については、いずれの規模の店舗においても 500万円前後であり、それほど大きな差異は生じていないが、一方、「管理薬剤師」の平均給与は 750万円程度を中心として、最大／最小で200万円以上の幅があり、同一グループ店舗数が多い施設ほど低い傾向にある。

	平均給料・賞与の年額							
	1店舗		2～5店舗		6～19店舗		20店舗以上	
	前々年 (令1)	前年 (令2)	前々年 (令1)	前年 (令2)	前々年 (令1)	前年 (令2)	前々年 (令1)	前年 (令2)
管理薬剤師	872万円	849万円 (▲24万円)	777万円	776万円 (▲1万円)	732万円	733万円 (+1万円)	665万円	650万円 (▲15万円)
薬剤師	528万円	529万円 (+1万円)	465万円	462万円 (▲2万円)	500万円	488万円 (▲12万円)	477万円	461万円 (▲16万円)

薬剤師の給与の状況（同一グループにおける店舗数別）



保険薬局の損益状況について

- 保険薬局の損益状況については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響を大きく受け、個人立・法人立ともに保険調剤に係る収益が減少しており、その結果、損益差額は悪化している。コロナ関連補助金を含めると、若干の損益差額の改善は見られるものの、元の水準に回復するレベルではない。
- また、1施設あたりの固定負債は約1千6百万円となっており、現在の損益差額を勘案すると、資金繰りが厳しい状況が続いている。
- 後発医薬品の調剤割合の増加や薬価改定（引き下げ）の影響により、医薬品等費に係る支出は減少している。
- その一方で、後発医薬品の普及促進等に伴い備蓄品目数は増加傾向を続けており、その管理に係る負担も増えている。その反面、薬剤師の人件費（給与費）は減少しており、医薬品の管理コストへの必要かつ十分な手当てができていない状況にある。

- 対人業務や在宅業務等のより一層の充実のために、薬剤師が増員されている傾向を確認できるが（前々年22.6人月→前年23.4人月、3.5%増）、収益減の影響を受け、事務職員など薬剤師以外の職員を減らすことにより対応せざるを得ない状況であることがうかがえる。
- 同一グループの規模別で見ると、特に地域の医薬品提供体制の中核を担っている小規模の保険薬局の損益差額の減少が目立つ。小規模薬局の経営基盤は極めて脆弱であり、このままの状況が続くことになれば、今後の医薬品供給に支障をきたすことになる。