

中医協 総一1参考4
7 . 8 . 6

診調組 入一2参考4
7 . 7 . 3 1 改

(令和7年度第8回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編④

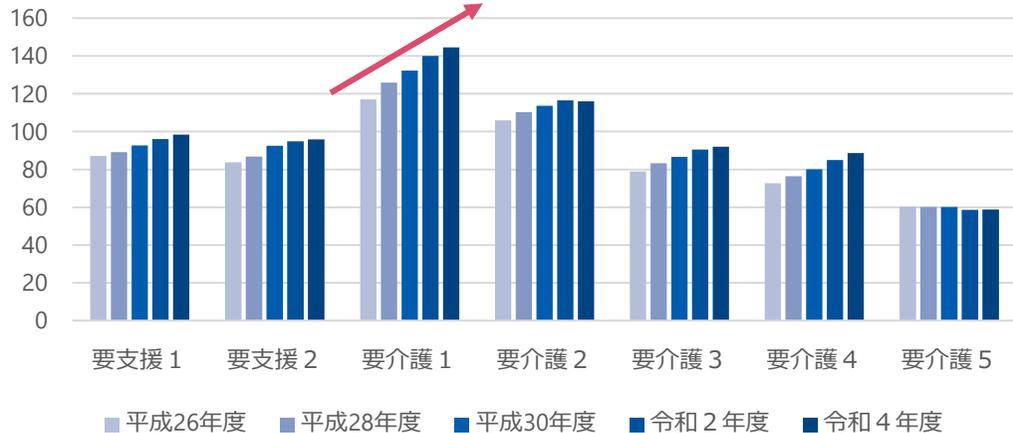
令和7年7月31日(木)

0. 調査概要
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項について

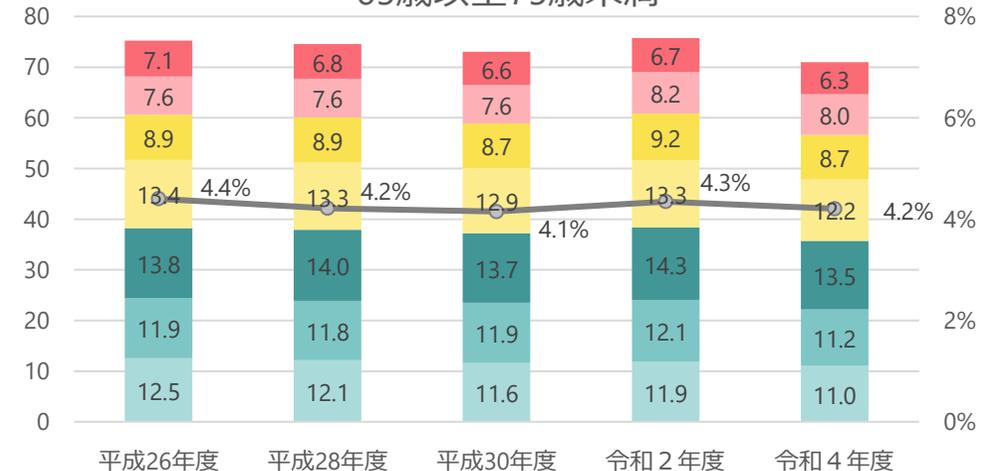
要支援・要介護認定者数の経年推移

- 要支援・要介護の認定者数は要介護5以外の全ての区分で漸増傾向であり、特に要介護1の増加が目立つ。
- 年代別の認定者数と認定割合をみると、認定割合は横ばい～漸減で推移している一方で、85歳以上においては人口増加のために要支援・要介護認定者の絶対数が増加している。

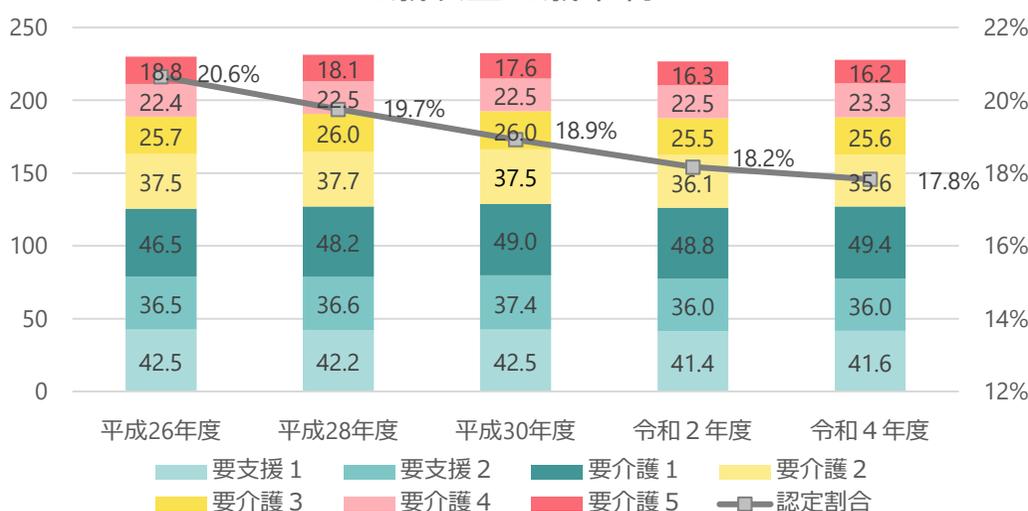
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



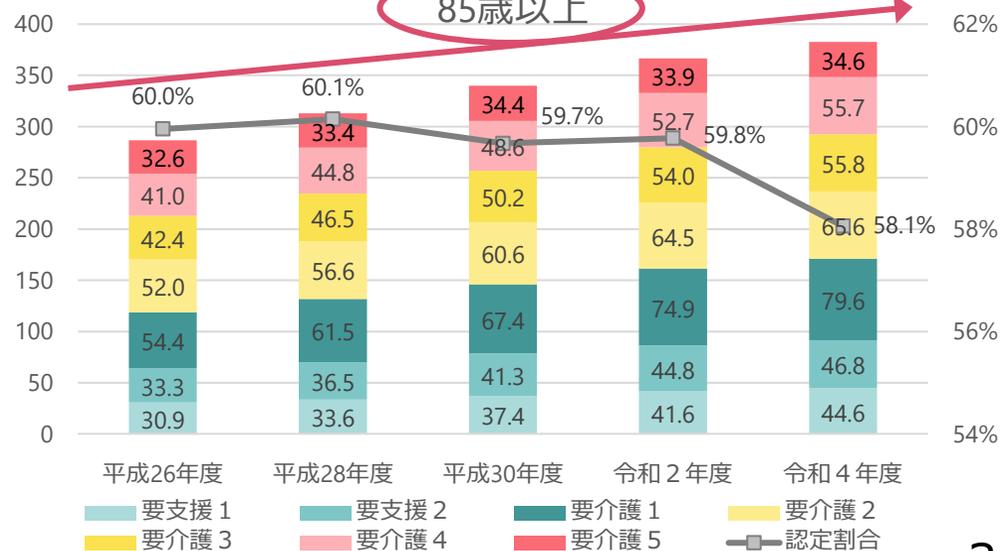
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



「高齢者に対する適切な医療提供の指針」の概要

- 「高齢者に対する適切な医療提供の指針」において、医療従事者が高齢患者に対して医療提供を行う際に考慮すべき事柄や基本的な要件が示されている。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

1. 「高齢者の多病と多様性」
 - ・ 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
 - ・ 生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。
3. 「生活の場に則した医療提供」
 - ・ 患者のQOL維持に生活の場の問題は重要であり、適切な医療提供の場を選択する
 - ・ 医療提供の場を変更する際に生じる問題を理解し、予防に努める
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
 - ・ 有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。
5. 「患者の意思決定を支援」
 - ・ 意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める。
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
 - ・ 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」
 - ・ 患者もチームの一員であることを理解し、患者本人の視点に立った多職種協働によるチーム医療を行う。

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（1）

- 若年者と異なり、高齢者に対する医療提供にあたっては、全ての病態を把握した包括的な管理を目指すことが望ましいとされている。
- また、治癒を目指す治療よりも、生活機能の保持、症状緩和などにより、QOLの維持・向上を目指すことが重要とされている。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

1. 「高齢者の多病と多様性」

- ・ 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。

1.1. 老化の進行速度には大きな個人差があり、その上、老化の身体的・精神的・社会的な機能面に対する影響の大きさは個人によりそれぞれ異なっている。また、生活習慣病をはじめとする多くの疾患は高齢になるにつれて有病率が高まるため、高齢者は複数の疾患に罹患していることが多い。したがって、高齢者に対する医療提供にあたっては、かかりつけ医としての役割を意識し、全ての病態を把握した包括的な管理を目指すことが望ましい。

（中略）

2. 「QOL維持・向上を目指したケア」

- ・ 生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。

（中略）

2.3. 高齢者の疾患は、その多くが治癒を期待できない慢性疾患である。このような慢性疾患に対しては治癒を目指したやみくもな治療よりも症状緩和が重要である。保健・医療・福祉の一体的な取り組みによって療養環境の整備、メンタルケア、栄養管理や口腔ケアを含めたヘルスケア、緩和ケア等を行い、QOLを低下させる症状の緩和と共にQOLの維持・向上に努める。

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（2）

- 薬物療法では、有害事象が起こりやすいことや、服薬アドヒアランスを低下させる要因が多岐にわたることを踏まえた工夫や配慮が必要となる。
- また、家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行うことが重要であり、介護状況に応じた介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」

- ・有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。

4.1. 高齢者では有害事象が起こりやすい。薬物動態や薬力学の加齢変化を理解し、原則的に少量から薬物を開始し、薬物に対する反応・薬物有害事象をモニターしながら漸増する。多剤併用（特に6剤以上）に伴って予期せぬ相互作用や薬物有害事象の危険性は高くなるため、可能な限り多剤併用は避ける。また、高齢者に対して有害事象を起こしやすい薬物が知られており、それらの薬に関しては特に慎重に適用を考慮する。

4.2. 認知機能の低下、巧緻運動障害、嚥下障害、薬局までのアクセス不良、経済的事情、多剤併用など薬剤療法に対するアドヒアランスを低下させる要因は多岐に渡る。服薬アドヒアランスについて、本人だけでなく家族や介護者からも定期的に情報を収集し、アドヒアランスを低下させる要因を同定し、予防・改善に努める。また、合剤の使用や一包化、剤形の変更など服用が簡便になるよう工夫する。

（中略）

6. 「家族などの介護者もケアの対象に」

- ・家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。

（中略）

6.2. 本邦においては少子高齢化や核家族化の影響から、独居高齢者、高齢者が高齢者を介護するいわゆる「老老介護」、認知症患者が認知症患者を介護するいわゆる「認認介護」が社会問題化している。そうした介護状況には格別の注意が必要であり、早期に家族等と相談し、介護能力を考慮した上で、介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

高齢者に必要となる包括管理のイメージ

- 高齢者に必要となる包括管理には、QOLの維持、向上を目標とした医学管理と、生活の場に即した医療提供等が求められる。

	若年者 (働く世代)	高齢者
疾病管理	特定の疾病管理	併存する複数疾病の 優先順位をつけた管理
目標	疾病の治癒・合併症予防	症状の緩和 QOLの維持・向上
提供の場	主に外来	在宅医療を含む 生活の場に即した医療提供
服薬管理	長期的な服薬継続	一元管理 (服薬コンプライアンスの向上・ 重複投薬の防止)
介護保険サービスと連携した 医療提供の必要性	低い	高い
保健事業との連携	特定健診(メタボ等)・がん検診 産業保健(メンタルヘルス等)	介護予防事業 (運動・栄養・口腔のフレイル予防)
意思決定支援の必要性	低い	高い

地域包括診療料・加算について

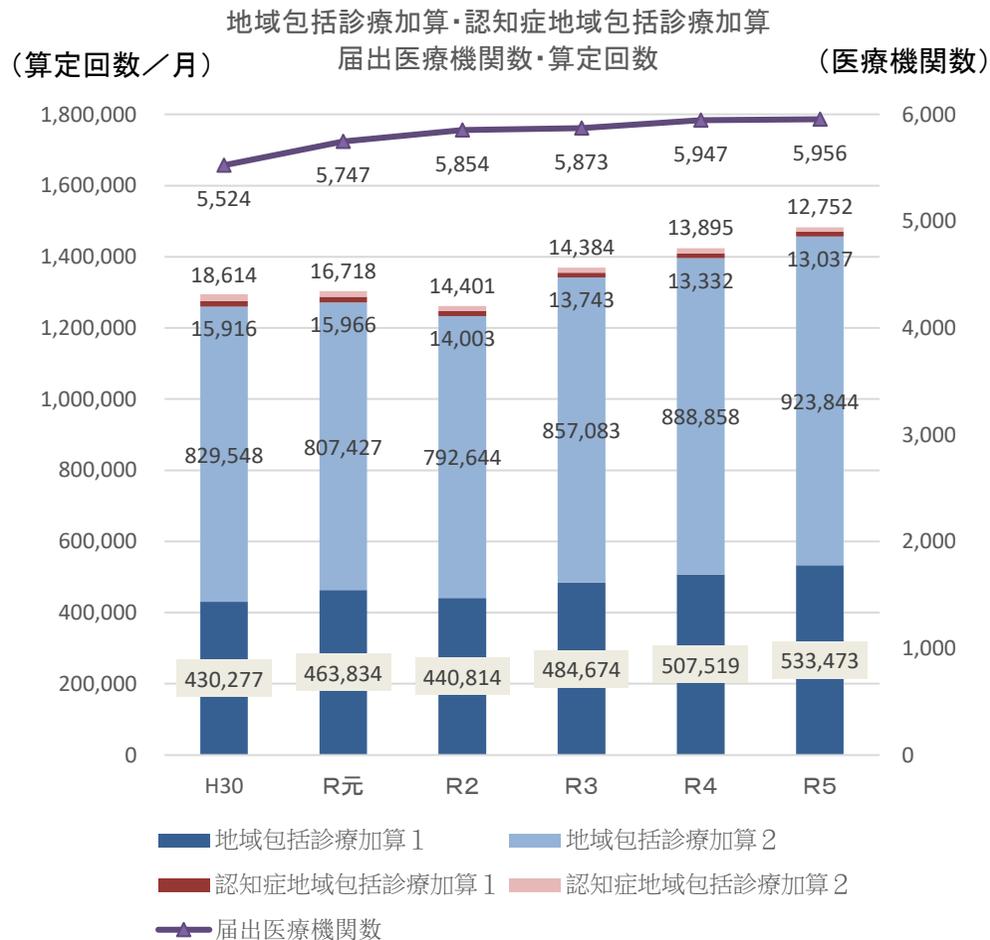
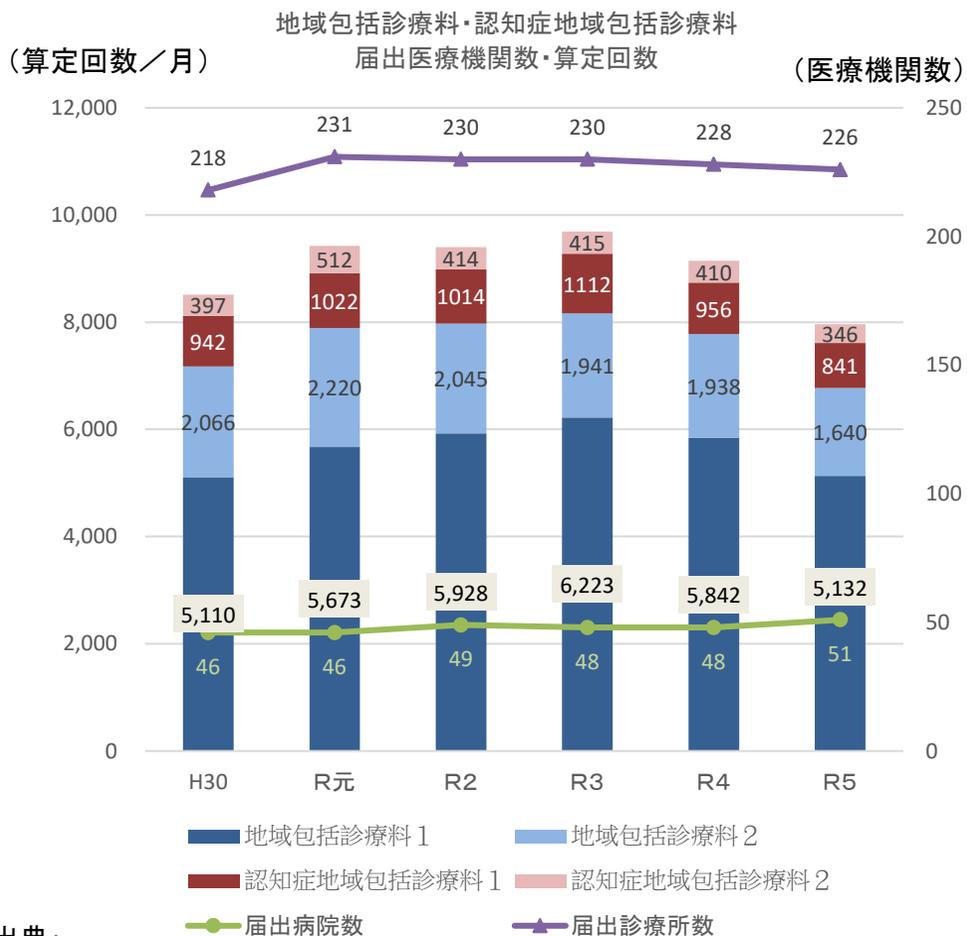
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 28点 地域包括診療加算 2 21点 (1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 	
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 認知症に係る研修を修了していることが望ましい。	
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。等
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。 ・ 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。	
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨、 介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨 の院内掲示。 ・主治医意見書の作成を行っていること。 ・ サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。 等	
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。)	
	・下記のすべてを満たす。 ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす。 ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所
	・下記のうちいずれか1つを満たす。 ①時間外対応加算1～4の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	
その他	・ 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・ 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。	

認知症地域包括診療料・加算について

	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)	認知症地域包括診療加算 1 38点 認知症地域包括診療加算 2 31点 (1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 	出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 認知症に係る研修を修了していることが望ましい。	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。等
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 	
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていることのいずれかを満たすこと。等 	
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。) 	
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること。 診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2	それぞれ以下の届出を行っていること。 加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。 	

地域包括診療料・加算等の算定・届出状況

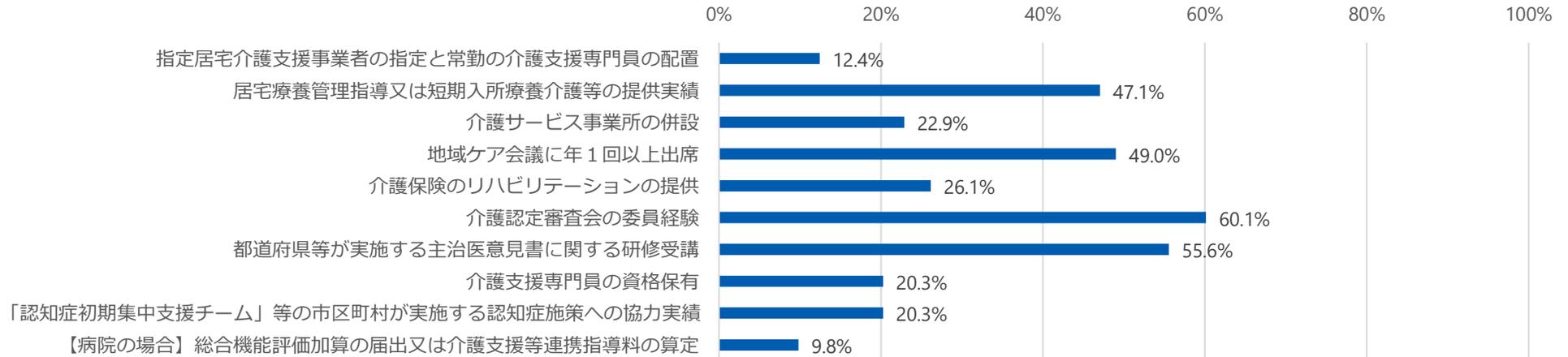
- 地域包括診療料の届出医療機関数は近年横ばいであるが、算定回数は減少傾向である。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は、地域包括診療料と比較して多く、近年増加傾向である。
- 認知症地域包括診療料・加算の算定回数は、地域包括診療料・加算の算定回数と比較して少ない。



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

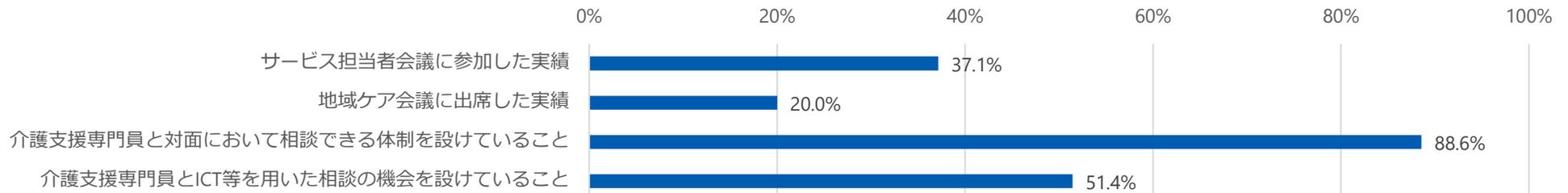
- 地域包括診療料又は地域包括診療加算を届け出ている医療機関において、当該診療料又は加算の施設基準のうち、介護保険制度に関連した要件に関する状況は以下のとおり。

満たすことができている介護保険制度に関する要件 (n=153)



※施設基準において、介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

満たすことができている要件 (n=140)

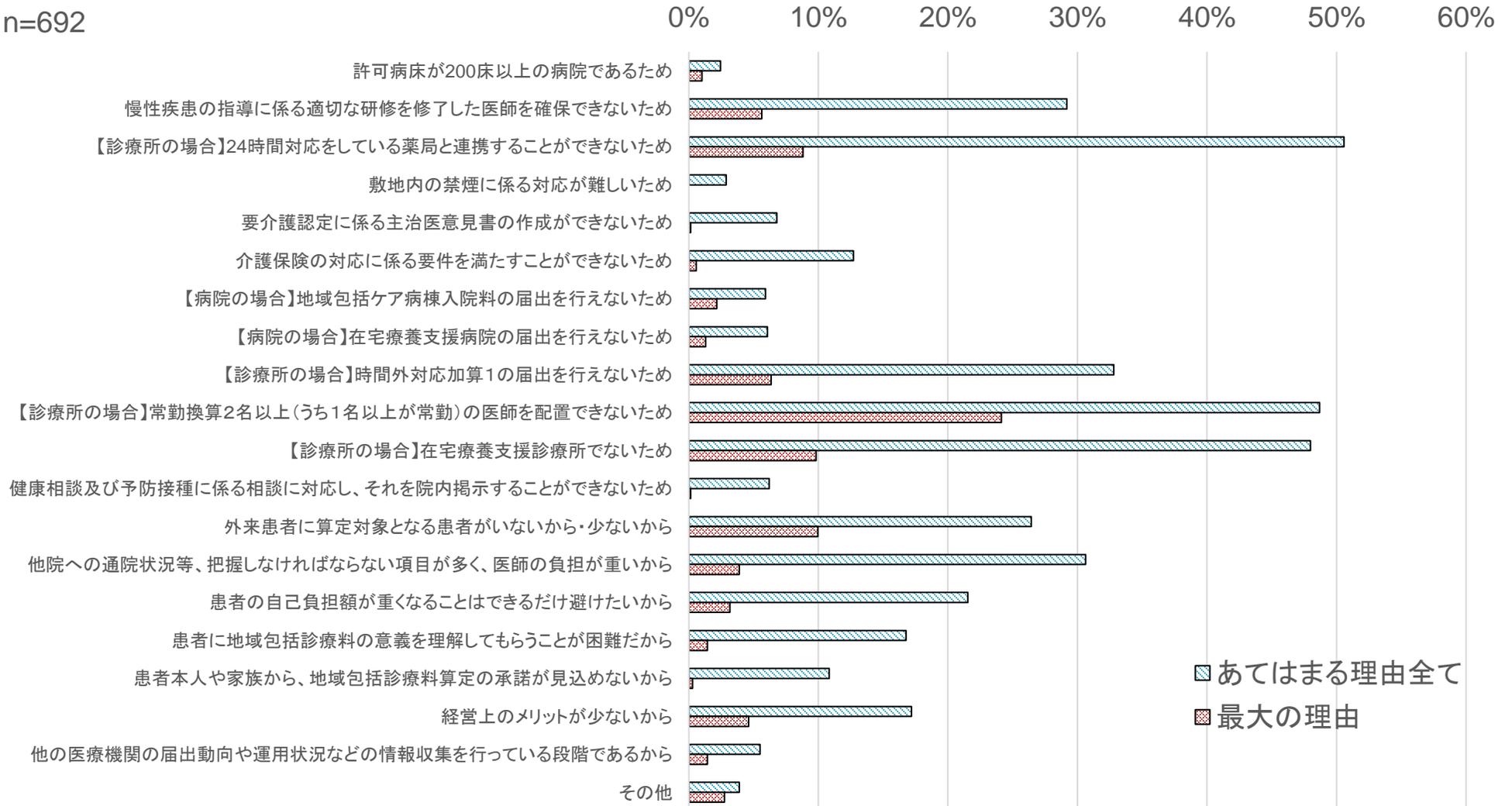


※施設基準において、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

地域包括診療料を届け出していない理由

○ 地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。

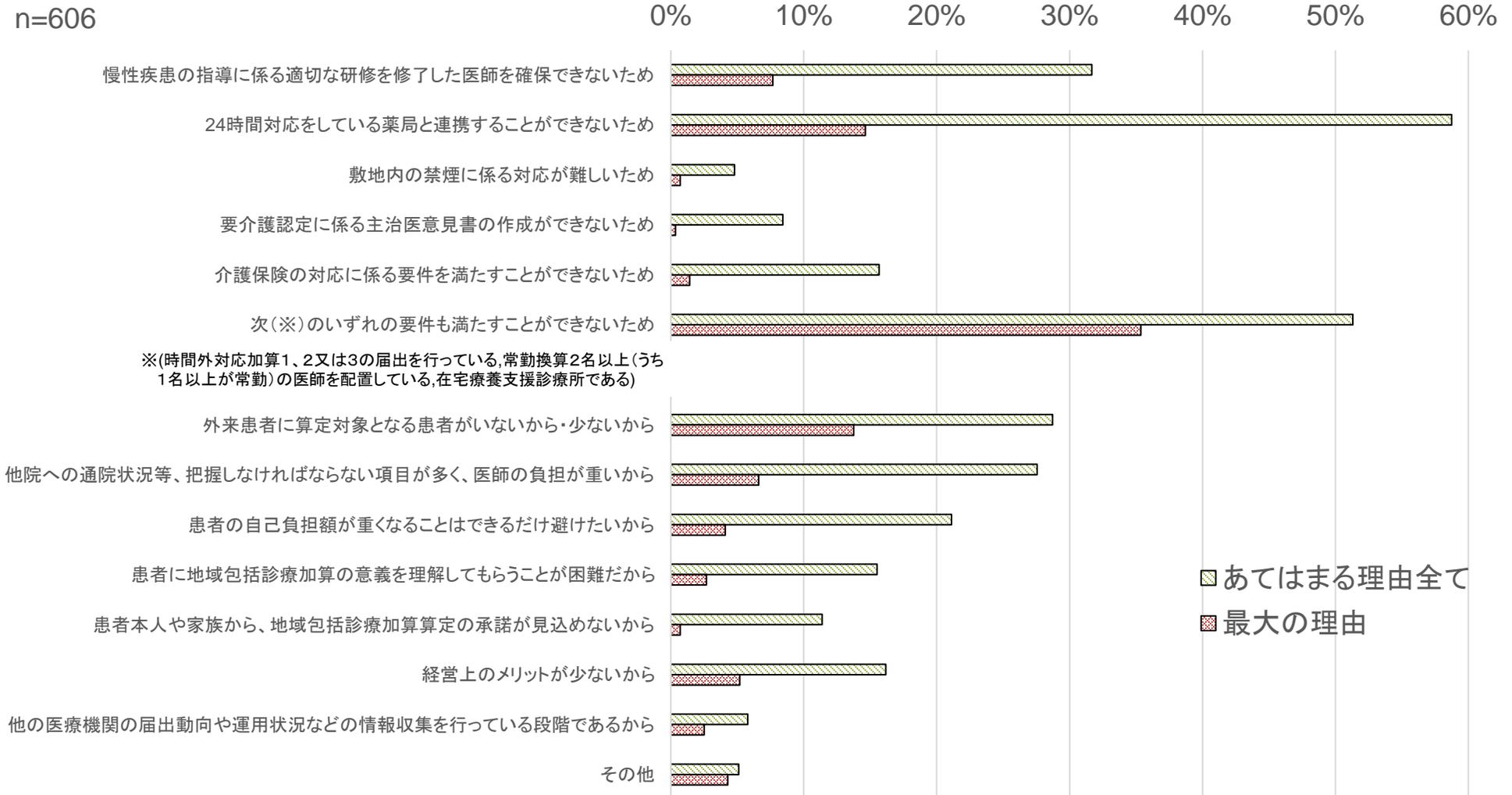
n=692



■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出ていない理由

○ 地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



地域包括診療料・加算算定施設の疾病別患者数

- 地域包括診療料又は地域包括診療加算を届け出ている医療機関において、令和6年10月の1か月間に、継続的かつ全人的に診療を行った患者数は以下のとおり。
- 対象患者要件となっている高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心不全に次いで、高尿酸血症、喘息、脳血管疾患等が多かった。

	回答数	平均	四分位数		
			25%Tile	中央値	75%Tile
脂質異常症を有する患者	146件	355.0人	100.5人	295.5人	500.5人
高血圧症を有する患者	146件	504.0人	220.8人	409.0人	639.3人
糖尿病を有する患者	144件	287.4人	80.3人	172.0人	382.5人
心不全を有する患者	144件	153.3人	21.0人	59.5人	168.0人
慢性腎臓病を有する患者	140件	52.7人	5.0人	19.5人	46.8人
高尿酸血症を有する患者	144件	107.1人	26.8人	80.5人	148.5人
胃潰瘍を有する患者	143件	61.0人	4.0人	20.0人	89.0人
脳血管疾患を有する患者	140件	91.1人	10.3人	37.0人	100.0人
虚血性心疾患を有する患者	142件	87.7人	6.0人	38.5人	122.5人
認知症を有する患者	145件	92.7人	11.0人	35.0人	101.5人
喘息を有する患者	144件	106.3人	15.0人	48.0人	134.5人
COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者	142件	24.8人	3.0人	8.5人	22.3人
がんを有する患者	135件	42.6人	4.0人	20.0人	50.0人
その他	46件	59.1人	0.0人	0.0人	0.0人

地域包括診療料・加算等の算定患者の主傷病名

- 地域包括診療料・加算及び認知症地域包括診療料・加算を算定した患者の主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 高血圧症、糖尿病、脂質異常症が比較的多い傾向であったが、傷病名は多岐にわたっていた。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	地域包括患者の全算定回数		1,768,637	100.0%
再掲	糖尿病		215,559	12.2%
	脂質異常症		182,258	10.3%
	高血圧症		512,935	29.0%
	心不全		101,556	5.7%
	慢性腎臓病		41,972	2.4%
	認知症		14,483	0.8%
	1	高血圧症	I10	484,696
2	2型糖尿病	E11	114,176	6.5%
3	糖尿病	E14	100,779	5.7%
4	高コレステロール血症	E780	77,776	4.4%
5	慢性心不全	I509	68,291	3.9%
6	狭心症	I209	68,045	3.8%
7	慢性胃炎	K295	54,721	3.1%
8	高脂血症	E785	51,910	2.9%
9	脂質異常症	E785	47,707	2.7%
10	気管支喘息	J459	30,721	1.7%
11	慢性腎不全	N189	29,134	1.6%
12	本態性高血圧症	I10	28,096	1.6%
13	脳梗塞	I639	22,465	1.3%
14	非弁膜症性心房細動	I489	18,440	1.0%
15	** 未コード化傷病名 **		17,027	1.0%
16	心不全	I509	16,617	0.9%
17	甲状腺機能低下症	E039	16,279	0.9%
18	脂肪肝	K760	14,569	0.8%
19	胃潰瘍	K259	13,696	0.8%
20	慢性肝炎	K739	13,492	0.8%
21	脳梗塞後遺症	I693	13,384	0.8%
22	心房細動	I489	12,635	0.7%

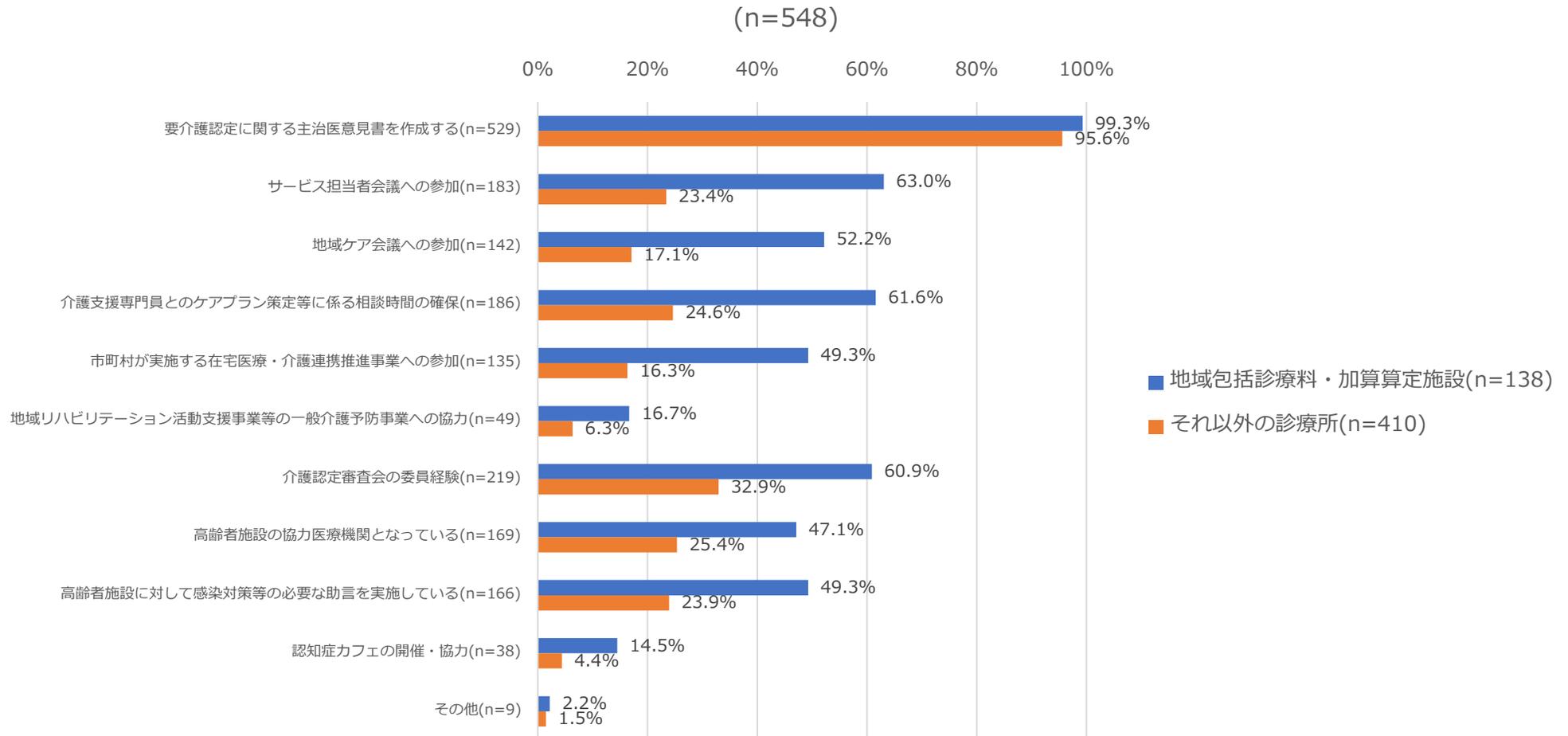
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
23	うつ血性心不全	I500	12,066	0.7%
24	胃炎	K297	10,988	0.6%
25	慢性気管支炎	J42	10,527	0.6%
26	アルツハイマー型認知症	G309	10,159	0.6%
27	COVID-19	U071	8,930	0.5%
28	慢性腎臓病	N189	7,604	0.4%
29	不整脈	I499	7,182	0.4%
30	便秘症	K590	6,960	0.4%
31	陳旧性心筋梗塞	I252	6,712	0.4%
32	腰痛症	M5456	6,598	0.4%
33	アレルギー性鼻炎	J304	6,334	0.4%
34	虚血性心疾患	I259	5,988	0.3%
35	湿疹	L309	5,288	0.3%
36	心室期外収縮	I493	5,020	0.3%
37	虚血性脳血管障害	I678	4,783	0.3%
38	急性気管支炎	J209	4,676	0.3%
39	心筋梗塞	I219	4,665	0.3%
40	高尿酸血症	E790	4,592	0.3%
41	骨粗鬆症	M8199	4,509	0.3%
42	慢性閉塞性肺疾患	J449	4,342	0.2%
43	逆流性食道炎	K210	4,281	0.2%
44	不眠症	G470	4,276	0.2%
45	睡眠時無呼吸症候群	G473	4,205	0.2%
46	変形性膝関節症	M171	4,009	0.2%
47	頻脈性不整脈	R000	3,854	0.2%
48	家族性高コレステロール血症	E780	3,788	0.2%
49	急性上気道炎	J069	3,568	0.2%
50	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	3,544	0.2%

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分） ※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

診療所における介護連携の状況

- 地域包括診療料・加算の算定診療所では、それ以外の診療所と比較して、介護との連携に関する取組を実施している割合が高かった。

介護との連携について、実施している取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）



生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたもの。（平成14年度診療報酬改定で新設、令和6年度診療報酬改定において再編）

	生活習慣病管理料（Ⅰ）月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料（Ⅱ）月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	<ul style="list-style-type: none"> 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可） 第1部医学管理等（ただし、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。） 第3部検査 第6部注射 第13部病理 	<ul style="list-style-type: none"> 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可） 第1節医学管理料等（ただし、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料（Ⅰ）、電子的診療情報評価料、診療情報提供料（Ⅱ）、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料は併算定可能。）
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと。（総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。） 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。 算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力を行う。 糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。 	
(療養計画書)	<ul style="list-style-type: none"> (初回)療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。 (継続)療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。 電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。 	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応が可能であること院内掲示する。 	

- ・令和6年3月28日付け保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）
 問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。
 （答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

生活習慣病に係る評価の経緯

改定年度	項目	概要
平成14年度	生活習慣病指導管理料	(新設) 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。
平成18年度	生活習慣病管理料	(改編) 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。
平成20年度	糖尿病合併症管理料	(新設) 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。
	生活習慣病管理料	(要件見直し) 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る要件の見直しを実施。
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病患者に対し、外来において透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設。
平成28年度	糖尿病透析予防指導管理料	(新設) 糖尿病透析予防指導管理料に腎不全期患者指導加算を追加。 (要件見直し) 保険者から保険指導を行う目的で情報提供依頼があった場合に協力する。
平成30年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 血圧の目標値の明確化、特定健診・保健指導との連携、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすることを追加。
	高度腎機能障害患者指導加算	(名称変更・要件見直し) 「腎不全期患者指導加算」から名称を改めるとともに、対象疾患拡大。
令和2年度	生活習慣病管理料	(要件見直し) 糖尿病患者に対する眼科受診勧奨、学会のガイドラインを踏まえ、歯科受診の状況確認を追加。
令和4年度	生活習慣病管理料	(包括範囲・評価・要件の見直し) 投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し。 総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化。
令和6年度	生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)	(改編) 外来管理加算との併算定を不可とし、検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設。 月1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止。 療養計画書を簡素化、電子カルテ情報共有サービスの活用を可能とする。 多職種との連携が望ましい旨の要件追加、糖尿病患者への歯科受診推奨の要件を追加。

特定疾患療養管理料の対象疾患の経緯

平成4年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、狭心症、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	
平成6年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> 「脂質異常症」を追加 「狭心症」を「虚血性心疾患」に拡大
平成8年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎	<ul style="list-style-type: none"> 病名の大幅変更
平成10年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常	<ul style="list-style-type: none"> 「思春期早発症」、「性染色体異常」を追加
令和6年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群	<ul style="list-style-type: none"> 「高血圧性疾患」「糖尿病」を除外 脂質異常症等を遺伝性疾患に限る 「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」を追加

特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	特定疾患療養管理料の全算定回数	12,937,842	100.0%
再掲	糖尿病 (計)	2,092,986	16.2%
	脂質異常症 (計)	3,092,941	23.9%
	高血圧症 (計)	7,459,040	57.7%
	心不全 (計)	292,875	2.3%
1	高血圧症 I10	7,458,725	57.7%
2	高コレステロール血症 E780	1,453,006	11.2%
3	糖尿病 E14	1,081,173	8.4%
4	2型糖尿病 E11	994,862	7.7%
5	高脂血症 E785	989,977	7.7%
6	気管支喘息 J459	925,271	7.2%
7	慢性胃炎 K295	742,738	5.7%
8	脂質異常症 E785	629,425	4.9%
9	本態性高血圧症 I10	429,611	3.3%
10	狭心症 I209	295,917	2.3%
11	アレルギー性鼻炎 J304	256,012	2.0%
12	胃潰瘍 K259	209,380	1.6%
13	脳梗塞 I639	197,959	1.5%
14	便秘症 K590	171,476	1.3%
15	胃炎 K297	170,414	1.3%
16	腰痛症 M5456	159,965	1.2%
17	慢性腎不全 N189	151,821	1.2%
18	逆流性食道炎 K210	147,866	1.1%
19	甲状腺機能低下症 E039	147,114	1.1%
20	慢性心不全 I509	136,812	1.1%
21	高尿酸血症 E790	135,955	1.1%
22	不眠症 G470	131,632	1.0%
23	肝機能障害 K769	109,162	0.8%

No. (続き)	傷病名	ICDコード	令和4年度	
			5月診療月	
			回数	構成比%
24	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	108,900	0.8%
25	前立腺癌	C61	107,572	0.8%
26	変形性膝関節症	M171	105,192	0.8%
27	慢性気管支炎	J42	104,927	0.8%
28	湿疹	L309	103,063	0.8%
29	脂肪肝	K760	102,149	0.8%
30	骨粗鬆症	M8199	98,959	0.8%
31	非弁膜症性心房細動	I489	92,547	0.7%
32	心房細動	I489	92,171	0.7%
33	心不全	I509	90,796	0.7%
34	脳梗塞後遺症	I693	80,414	0.6%
35	乳癌	C509	75,967	0.6%
36	アレルギー性結膜炎	H101	74,012	0.6%
37	慢性肝炎	K739	72,277	0.6%
38	鉄欠乏性貧血	D509	71,524	0.6%
39	頭痛	R51	69,632	0.5%
40	バセドウ病	E050	66,639	0.5%
41	急性気管支炎	J209	65,314	0.5%
42	前立腺肥大症	N40	64,057	0.5%
43	萎縮性胃炎	K294	62,497	0.5%
44	不整脈	I499	62,298	0.5%
45	アルツハイマー型認知症	G309	61,009	0.5%
46	肩関節周囲炎	M750	61,001	0.5%
47	急性上気道炎	J069	58,753	0.5%
48	うつ血性心不全	I500	58,512	0.5%
49	過活動膀胱	N328	56,043	0.4%
50	胃癌	C169	55,021	0.4%

特定疾患療養管理料に係る主傷病名

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、気管支喘息が12.5%、慢性胃炎が9.2%であった。

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	特定疾患療養管理料の全算定回数		10,733,011	100.0%
1	気管支喘息	J459	1,341,565	12.5%
2	慢性胃炎	K295	983,714	9.2%
3	狭心症	I209	625,869	5.8%
4	高血圧症	I10	402,145	3.7%
5	慢性心不全	I509	401,243	3.7%
6	脳梗塞	I639	297,506	2.8%
7	甲状腺機能低下症	E039	233,446	2.2%
8	胃潰瘍	K259	217,861	2.0%
9	非弁膜症性心房細動	I489	212,605	2.0%
10	胃炎	K297	194,087	1.8%
11	心房細動	I489	156,704	1.5%
12	慢性気管支炎	J42	134,501	1.3%
13	心不全	I509	132,325	1.2%
14	脳梗塞後遺症	I693	132,131	1.2%
15	脂肪肝	K760	130,161	1.2%
16	慢性肝炎	K739	113,617	1.1%
17	うつ血性心不全	I500	101,513	0.9%
18	高コレステロール血症	E780	100,638	0.9%
19	前立腺癌	C61	99,321	0.9%
20	** 未コード化傷病名 **		93,076	0.9%
21	糖尿病	E14	91,654	0.9%
22	乳癌	C509	91,060	0.8%

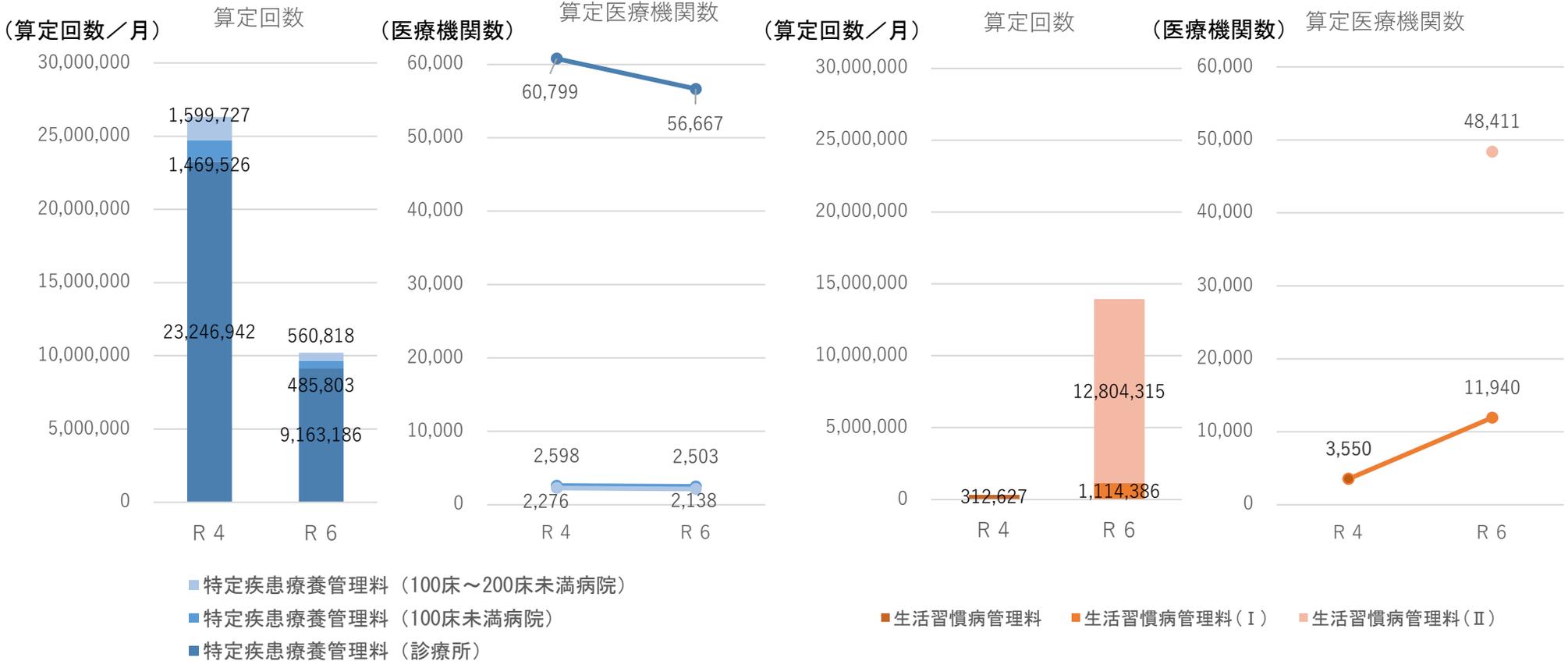
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
23	バセドウ病	E050	84,906	0.8%
24	アレルギー性鼻炎	J304	80,952	0.8%
25	高脂血症	E785	74,109	0.7%
26	陳旧性心筋梗塞	I252	72,634	0.7%
27	慢性閉塞性肺疾患	J449	69,913	0.7%
28	不整脈	I499	69,295	0.6%
29	慢性腎不全	N189	67,587	0.6%
30	心室期外収縮	I493	66,573	0.6%
31	急性気管支炎	J209	64,049	0.6%
32	2型糖尿病	E11	62,630	0.6%
33	萎縮性胃炎	K294	62,511	0.6%
34	COVID-19	U071	61,629	0.6%
35	甲状腺機能亢進症	E059	61,220	0.6%
36	橋本病	E063	60,980	0.6%
37	発作性心房細動	I480	53,602	0.5%
38	脂質異常症	E785	52,327	0.5%
39	頻脈性不整脈	R000	47,368	0.4%
40	家族性高コレステロール血症	E780	46,864	0.4%
41	虚血性心疾患	I259	44,625	0.4%
42	便秘症	K590	44,268	0.4%
43	急性上気道炎	J069	43,994	0.4%
44	虚血性脳血管障害	I678	42,059	0.4%
45	逆流性食道炎	K210	41,871	0.4%
46	陳旧性脳梗塞	I693	41,047	0.4%
47	胃癌	C169	40,560	0.4%
48	内頸動脈狭窄症	I652	39,167	0.4%
49	喘息性気管支炎	J459	38,988	0.4%
50	心筋梗塞	I219	37,651	0.4%

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料等の算定状況

○ 令和6年度診療報酬改定後、特定疾患療養管理料の算定回数が大幅に減少し、算定医療機関数はやや減少した一方で、生活習慣病管理料等の算定回数・算定医療機関数は増加した。

特定疾患療養管理料

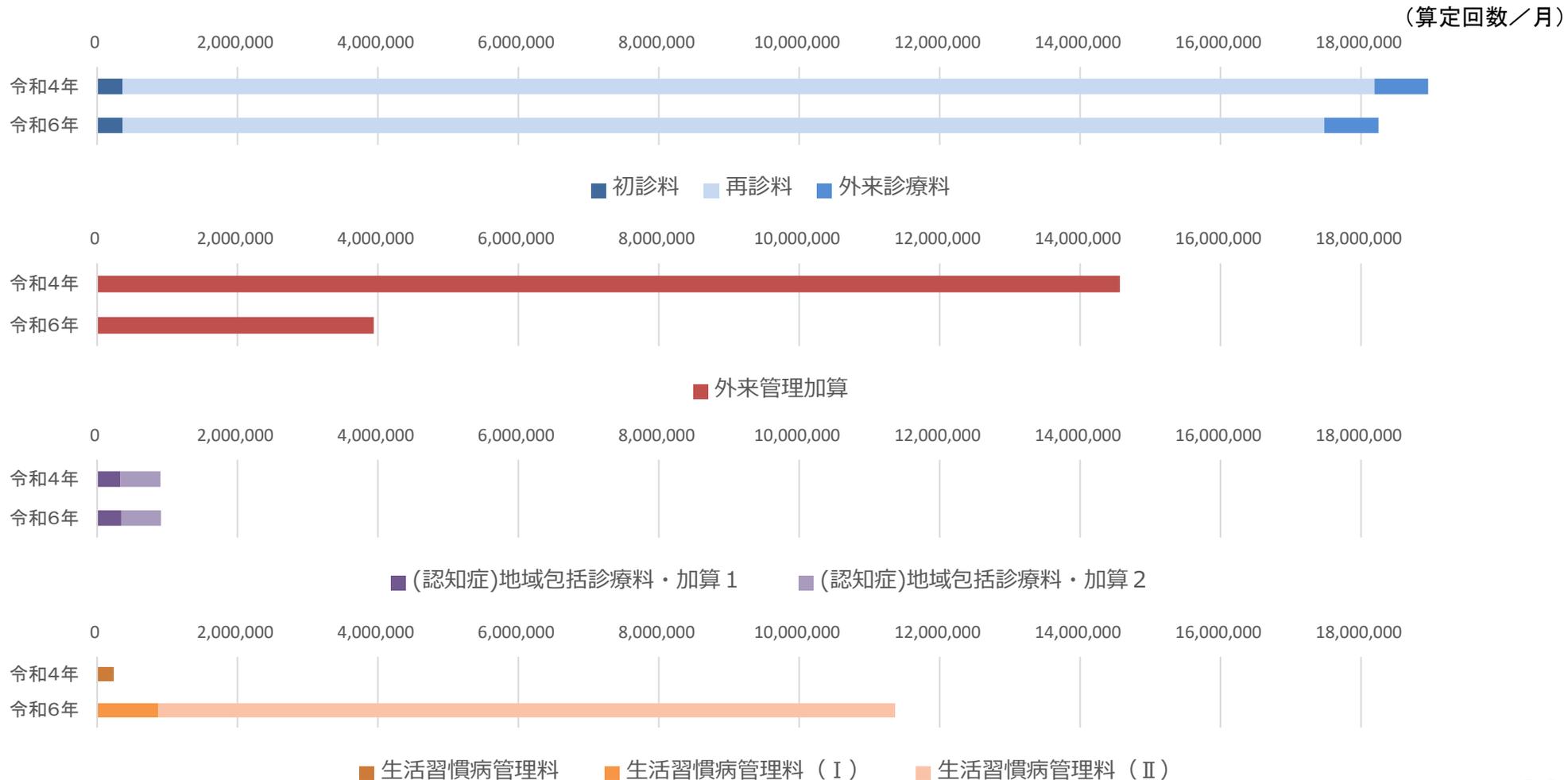
生活習慣病管理料等



出典：NDBデータ(各年8月診療分)

生活習慣病患者の外来診療における算定状況

○ 主傷病名が糖尿病、高血圧症、脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、令和4年では外来管理加算が最も多かったが、令和6年では、生活習慣病管理料(Ⅱ)が最も多かった。



高齢者の生活習慣病管理の特徴

- 関係学会のガイドライン等において、高齢者の生活習慣病の管理にあたっては、フレイル、認知機能障害、ポリファーマシー等の特有な状態への配慮が必要とされている。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

第7章 高齢者

- 前期高齢者（65歳以上75歳未満）では成人と同じく高LDLコレステロール血症が冠動脈疾患の重要な危険因子である。
- 高齢者において冠動脈疾患の二次予防を目的としたスタチン治療が推奨できる。
- 前期高齢者の高LDLコレステロール血症において冠動脈疾患、非心原性脳梗塞の一次予防を目的としたスタチン治療が推奨できる。
- 後期高齢者（75歳以上）の高LDLコレステロール血症において冠動脈疾患や脳卒中の一次予防を目的とした脂質低下治療が提案できる。
- フレイルは高齢者に合併しやすい病態であり、心血管リスクである。高齢者における包括的な管理に、フレイルの評価を行うことが提案できる。

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

第8章 高齢者高血圧

1. 高齢者高血圧の特徴

（中略）高齢者は一般に多病であり、病態は非定型なことが多く、同じ年齢であっても生理機能の個人差が大きい。また、わが国では健康度を含めて510年程度の若返りが進んでいるとされる。高齢者を年齢によって一律に区分することには注意を要するが、特に75歳以上の高齢者では非高齢者と異なる病態生理的变化を有することが多く、フレイルや認知機能障害、ポリファーマシーなど特有な病態の合併が多くなる。

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

19章 高齢者の糖尿病（認知症を含む）

Q 19-1 高齢者糖尿病はどのような特徴があるか？

【ポイント】

- 食後高血糖や低血糖を起こしやすく、低血糖に対する脆弱性を有する。
- 腎機能障害やポリファーマシーから薬剤の有害作用が出やすい。
- 動脈硬化に起因する合併症が多い。
- 認知機能障害、フレイル、サルコペニア、ADL低下、転倒、うつ状態などの老年症候群をきたしやすい。

高齢者の糖尿病治療目標

- 関連学会のガイドラインによれば、高齢者の患者とそれ以外の患者では、治療目標の推奨が異なっている。また、高齢者の患者では、認知機能やADLに応じて、治療目標を変化させていく必要性が指摘されている。

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）

高齢者糖尿病診療ガイドライン2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会）

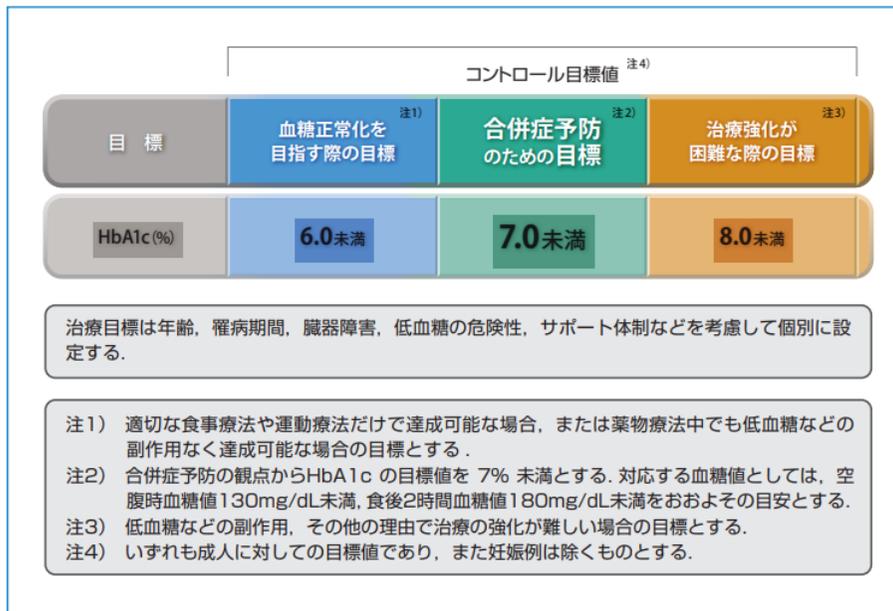


図3 血糖コントロール目標

65歳以上については「19章. 高齢者の糖尿病」を参照

(日本糖尿病学会(編・著):糖尿病治療ガイド2022-2023, 文光堂, p.34, 2022^{a)}より引用)



図1 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1: 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ(www.jpgeriat-soc.or.jp/)を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2: 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けず、カテゴリ-IIIに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3: 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値などを勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】

糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

生活習慣病管理料 (I) (II) の療養計画書

- 生活習慣病管理料 (I) (II) の算定にあたり、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書を作成し、患者に対し説明の上、当該計画書に署名を受けることを原則としている。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【目標】	<input type="checkbox"/> 体重: (kg) <input type="checkbox"/> BMI: () <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%)		
	【①達成目標】: 患者と相談した目標 { } 【②行動目標】: 患者と相談した目標 { }		
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: (減らす(種類・量: を週 回)) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: を週 回)) <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・), 頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	
【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □ 随時 □ 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) () <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □ その他 ()		
	【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()		
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入			
患者署名		医師氏名	

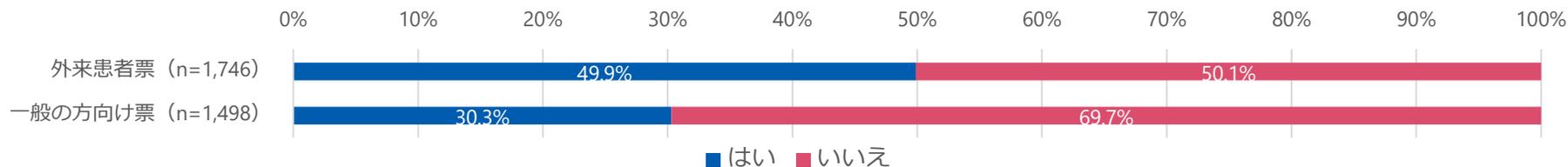
(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日)()回目	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【目標】	<input type="checkbox"/> 体重: (kg) <input type="checkbox"/> BMI: () <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%)		
	【①目標の達成状況】 { } 【②達成目標】: 患者と相談した目標 { } 【③行動目標】: 患者と相談した目標 { }		
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: (減らす(種類・量: を週 回)) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: を週 回)) <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・), 頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	
【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 □ 随時 □ 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) () <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □ その他 ()		
	【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()		
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入			
患者署名		医師氏名	
<input type="checkbox"/> 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。 (なお、上記項目に担当医がチェックした場合には患者署名を省略して差し支えない)			

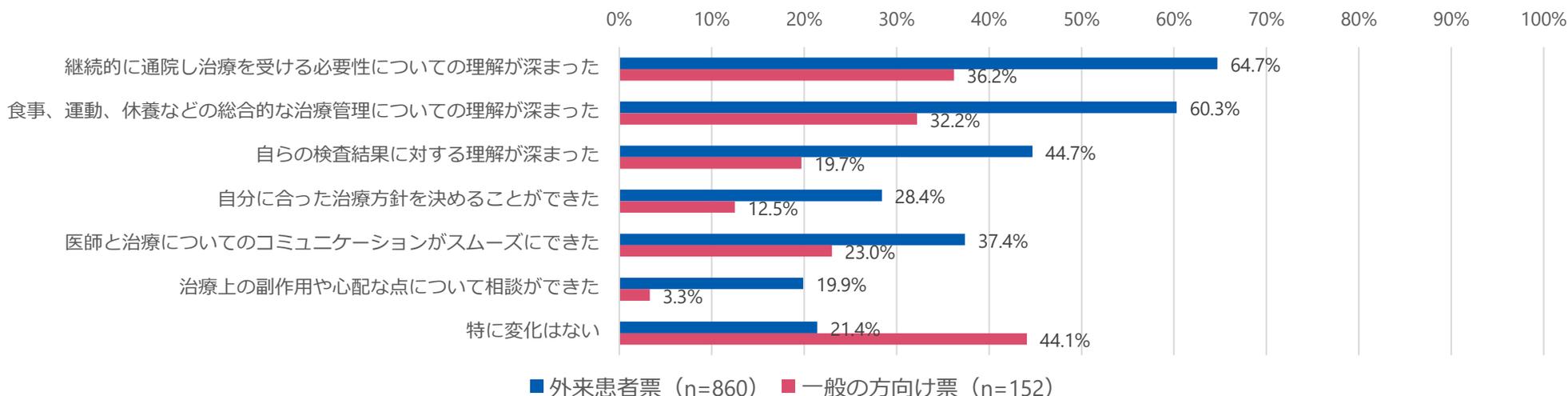
- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、交付を受けたことによる変化を聞いたところ、外来患者票では、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった」が多く、一般の方向け票では、「特に変化はない」「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」が多かった。

（「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院している場合）

令和6年6月以降から調査日（令和6年11月～1月）時点までに「生活習慣病療養計画書」の交付を受けたか



（交付を受けた場合）療養計画書の交付を受けたことによる変化について

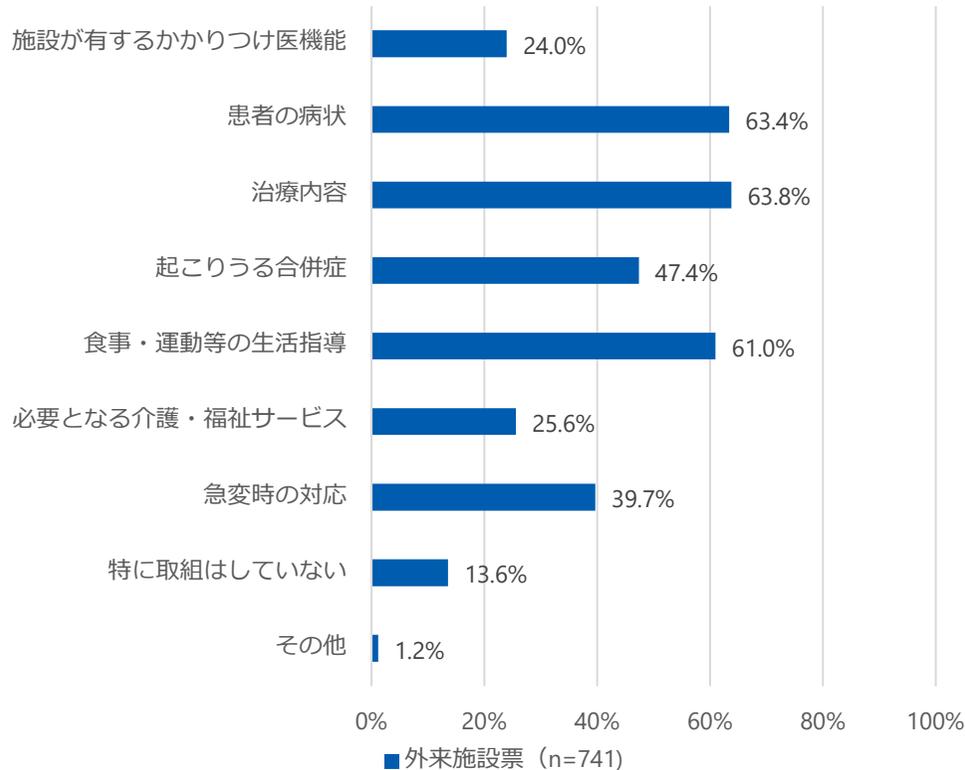


書面を用いて外来患者へ説明する内容

- 医療機関に対して、「書面を用いて患者へ説明している内容」について聞いたところ、「治療内容」「患者の病状」「食事・運動等の生活指導」が多かった。
- 患者に対して、「かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するか」を聞いたところ、「治療内容」「病状」「起こりうる合併症」が多かった。

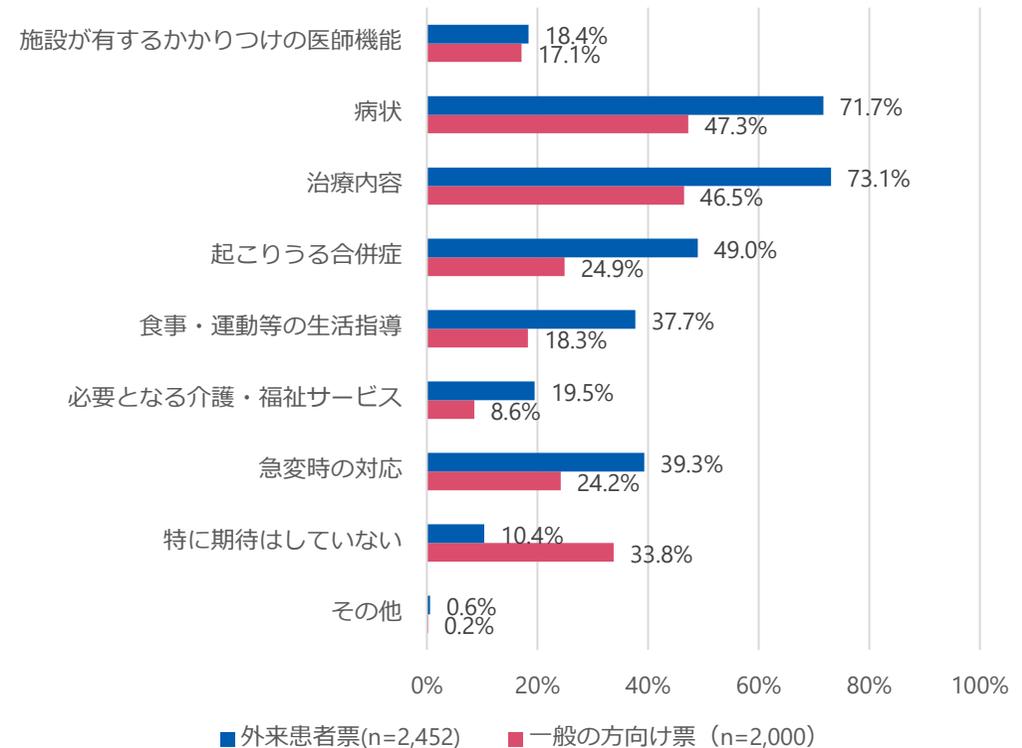
(医療機関対象)

書面を用いて患者へ説明する内容について



(外来患者・一般の方対象)

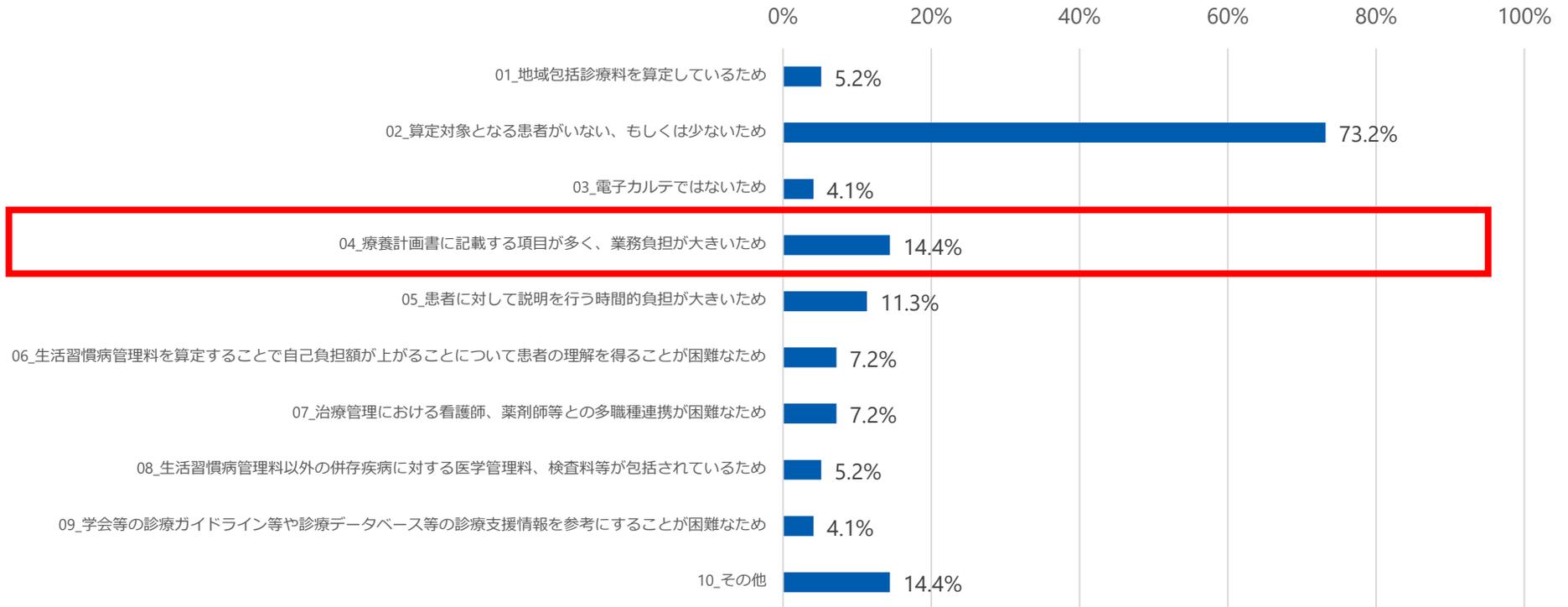
かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するか



生活習慣病管理料を算定していない理由

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院に対して、生活習慣病管理料を算定していない理由を聞いたところ、「算定対象となる患者がない、もしくは少ないため」が73.2%と最も多く、次いで「療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きいため」が14.4%であった。

生活習慣病管理料を算定していない理由 (n=97)

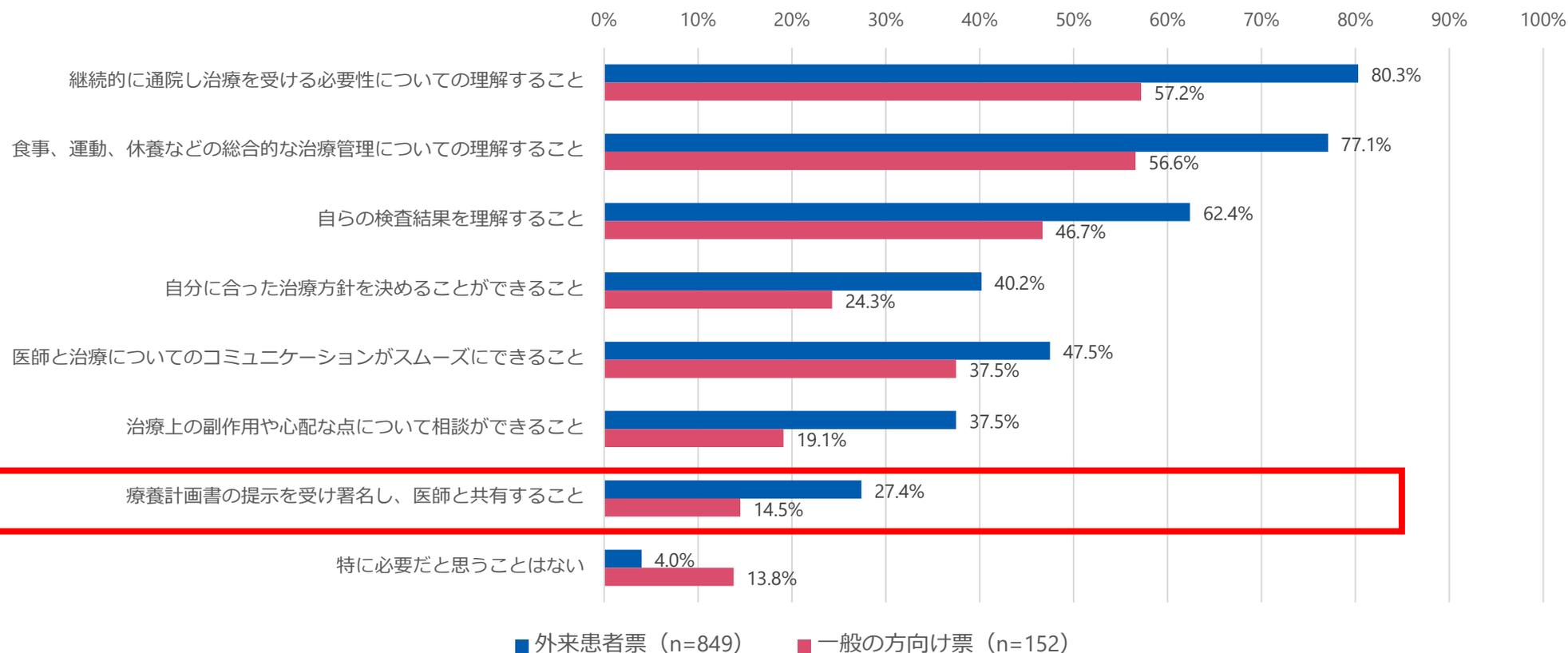


その他（自由記載欄）の主な記載例（一部要約）

- ・生活習慣病の診療を行っていないため
- ・専門の医師が不在のため
- ・整形外科、眼科、皮膚科等を専門としているため

- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うことについて聞いたところ、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること」、「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること」、「自らの検査結果を理解すること」が多かった。

「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続ける上で、必要と思うことについて



生活習慣病の治療継続の必要性

- 生活習慣病に関連するガイドラインでは、定期的な検査の必要性や、合併症等を予防するための治療継続の重要性について言及されている。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

4.4 薬物療法のフォローアップ

BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

薬物療法開始後は、効果と安全性の確認のため、定期的な検査を行うのが望ましい。投与薬剤、患者背景を考慮して、検査項目を選択する。（エビデンスレベル：コンセンサス）

薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、投与開始後半年間は2～3回程度、その後は3～6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい。

4.6 アドヒアランス、Treat to Target

BQ24 服薬アドヒアランスは血清脂質レベルや動脈硬化性疾患の発症と関係するか？

スタチンの良好な服薬アドヒアランスは、血清脂質の改善や動脈硬化性疾患発症の減少と関連している。（エビデンスレベル：3）

BQ25 服薬アドヒアランスに影響する因子は何か？

服薬アドヒアランスに影響する因子として、年齢、性別、収入、心血管疾患の有無が知られている。医療従事者による継続的な働きかけや定期的な脂質検査はアドヒアランスを高める。（エビデンスレベル：2）

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

長期治療の目的は、目標血圧レベルを長期間にわたり維持し、また血圧以外の危険因子も総合的に管理して脳心血管病や標的臓器障害を予防することである。高血圧は自覚症状に乏しく、治療は長期にわたるため、患者が途中で来院しなくなるおそれがある。降圧薬による血圧の低下が高血圧の治癒と誤解され、治療が中断されることもある。担当医師は患者と十分なコミュニケーションをとり、高血圧がどのような疾患であるか、その治療法と治療により期待される効果、起こりうる降圧薬の副作用などをよく説明し、患者参加型の治療を行うことが望ましい。そして、患者自身が生活習慣の修正を心がけ通院と服薬を継続するように努力、工夫することが重要である。

（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

慢性疾患である糖尿病において、合併症の発症、増悪を防ぐには、継続的治療が必須であり、チーム医療による糖尿病教育は糖尿病治療の根幹を成すものである。

糖尿病の重症化予防に向けた取組

- 糖尿病の重症化予防にあたっては、健診等の受診勧奨を受けた者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うことが求められる。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と、糖尿病の専門医・専門医療機関とが連携できる体制を構築することが望ましい。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」令和5年3月31日 糖尿病の医療体制構築に係る指針（抜粋）

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

(2) 糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

② 医療機関に求められる事項

（中略）

- ・ 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと

（中略）

- ・ 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること

出典：医政地発0331第14号 令和5年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（抜粋）

4. 地域における関係機関との連携

（中略）

- ・ 必要に応じて、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医とが連携できる体制を構築することが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めている。また、糖尿病専門医・腎臓専門医間における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが重要である。地域の実情に合わせて地域連携パスなどを作成し、地域で運用することも考えられる。

出典：令和6年3月28日改定 日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る分析結果

- 人工透析に至る糖尿病該当者のうち1割以上は、人工透析導入5年前の時点で医療機関における血清クレアチニン検査ができていなかった。
- 特定健診での糖尿病該当者の翌年度継続受診者数は、70～74歳では72.2%であったのに対し、40歳～44歳では51.1%であった。

令和4年度厚生労働省委託事業 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証等事業報告書（抜粋）

2.3 ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証

2.3.3 結果

(1) 分析1：透析導入や糖尿病性腎症病期の悪化要因の分析

（中略）

血清クレアチニン検査は、腎機能評価に必須の検査であるが、人工透析に至る糖尿病該当者のうち1割以上は人工透析導入5年前の時点で医療機関における血清クレアチニン検査ができていないことも明らかとなった。尿アルブミン定量は透析に至らない糖尿病該当者の方が実施割合が高く、またHbA1cの実施割合には大きな差は認められなかった。

（中略）特定健診で血清クレアチニン検査を受けることができた対象者の結果をみると、11～14%程度がeGFRが60 ml/min1.73m²未満であり潜在的な慢性腎不全に該当する被保険者が存在することが明らかになった。

（中略）

(3) 分析3：保険者の取組や地域特性による糖尿病性腎症重症化予防の影響分析

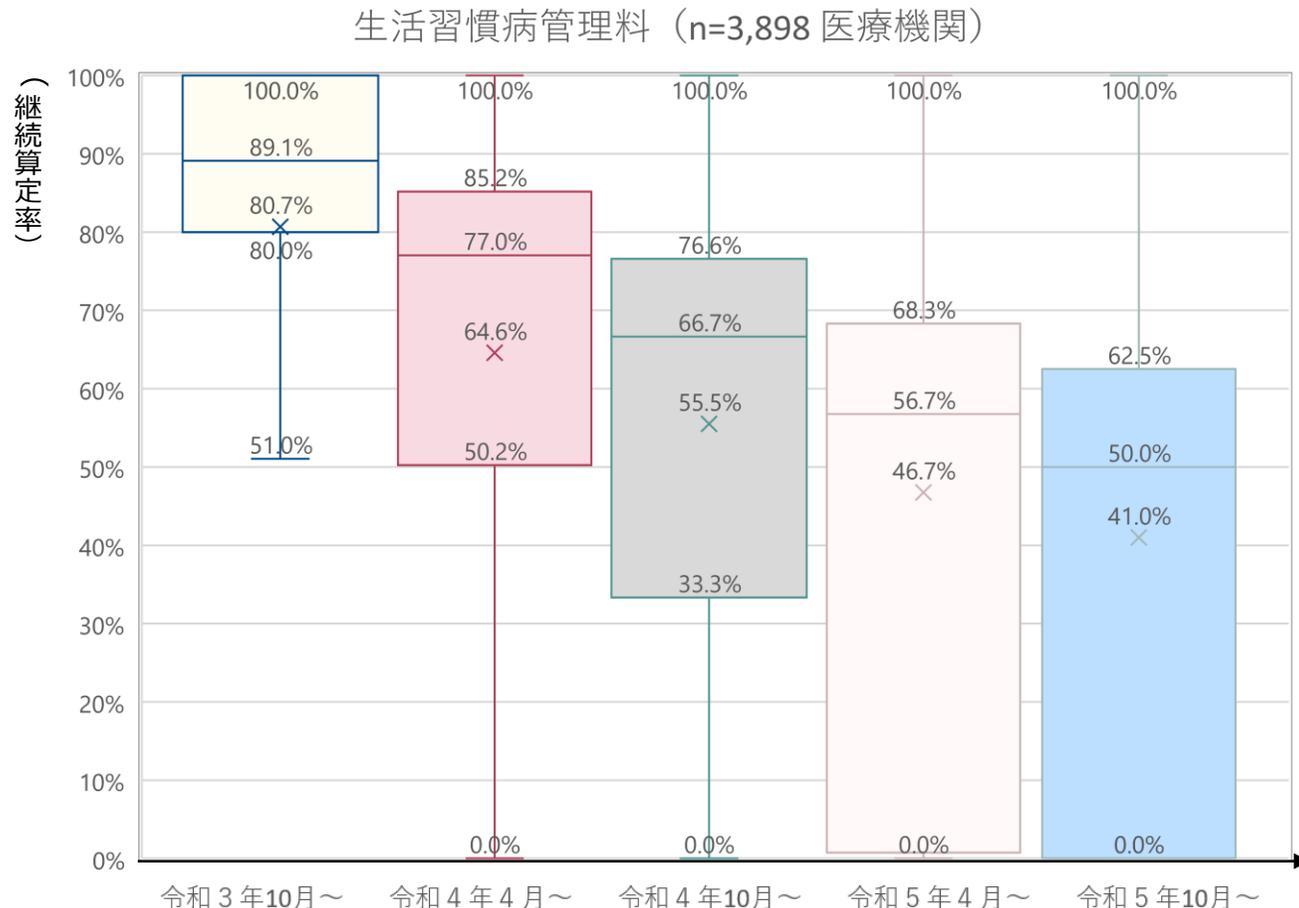
はじめに、実事業（3）で用いたNDBデータにおける2018年度の特定健診受診者数、糖尿病該当者数、同年度医療機関受診者数、翌年度医療機関受診者数、同年度継続受診者数、翌年度継続受診者数を示す（図表2-3-2）。（中略）

図表 2-3-2 受診に関する基礎集計（人数・割合）全体（一部抜粋）

	性別	全年齢	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
		(40-74歳)							
糖尿病該当者数 /特定健診受診者数(%)	男	12.0	4.1	6.8	10.3	14.0	17.3	19.7	21.4
	女	5.7	1.4	2.2	3.5	5.2	7.3	9.6	11.9
	総数	9.1	3.0	4.9	7.4	10.1	12.7	14.5	16.3
同年度医療機関受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	78.1	63.7	68.3	73.1	77.5	80.3	83.5	86.0
	女	80.9	65.2	69.8	74.6	78.5	81.4	84.1	85.9
	総数	78.9	64.0	68.6	73.4	77.7	80.6	83.7	85.9
翌年度医療機関受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	77.9	66.8	71.2	75.2	78.9	76.2	81.6	85.0
	女	80.5	66.2	70.9	75.7	78.3	78.8	84.0	85.0
	総数	78.6	66.7	71.1	75.3	78.7	76.9	82.4	85.0
同年度継続受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	62.8	44.0	50.5	56.9	62.8	62.9	69.3	74.9
	女	65.7	45.8	51.1	55.9	61.2	64.0	70.0	74.1
	総数	63.6	44.4	50.6	56.7	62.5	63.2	69.5	74.6
翌年度継続受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	65.0	50.9	56.6	62.1	65.6	63.5	71.0	72.4
	女	68.1	51.7	57.0	61.9	65.3	66.8	73.9	71.8
	総数	65.9	51.1	56.7	62.0	65.6	64.4	72.0	72.2

生活習慣病管理料の継続算定率

- 令和3年4月～9月に生活習慣病管理料（現在の「生活習慣病管理料(I)」に相当）を算定された患者が、令和3年10月以降の6か月間ごとに、同一医療機関で同一の管理料を継続して算定された率（継続算定率）を、医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 医療機関ごとに、継続算定率にはばらつきがあった。

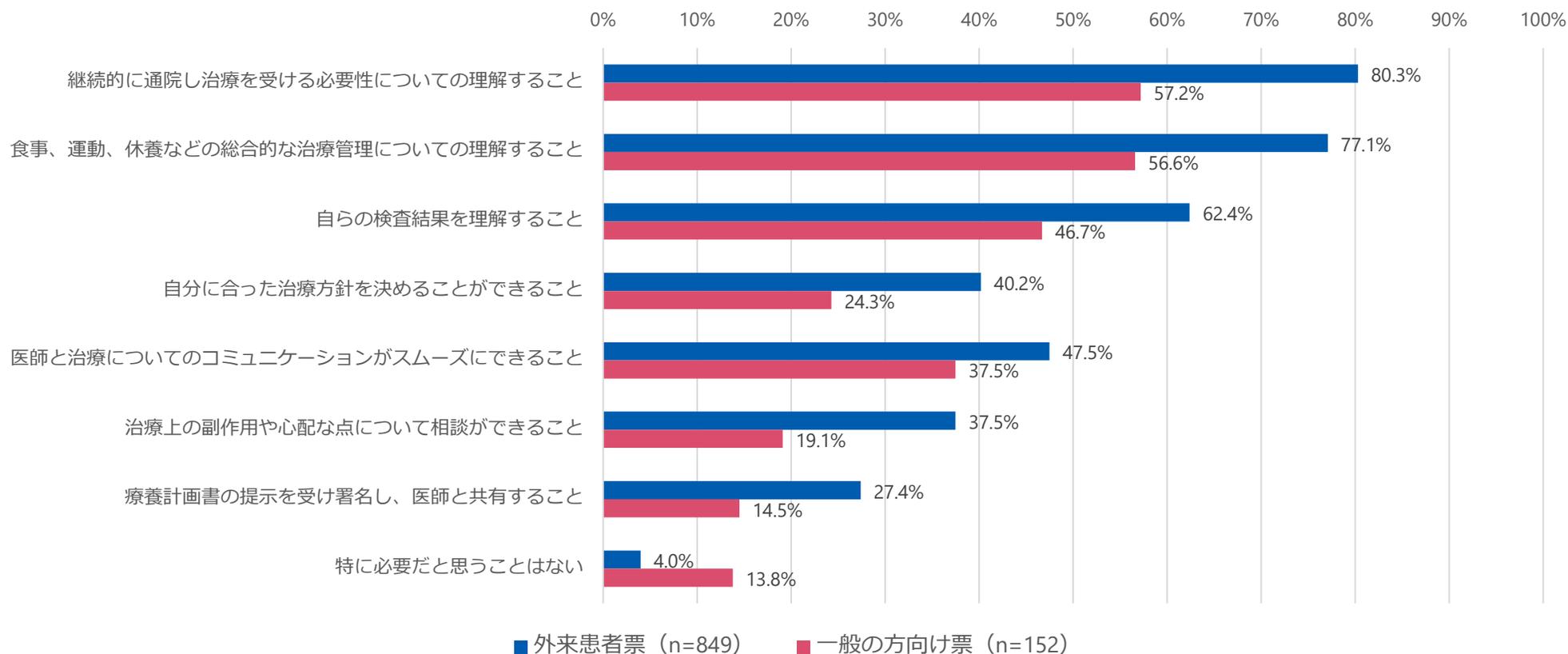


生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うこと（再掲）

診調組 入-1
7.5.22

- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うことについて聞いたところ、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること」、「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること」、「自らの検査結果を理解すること」が多かった。

「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続ける上で、必要と思うことについて

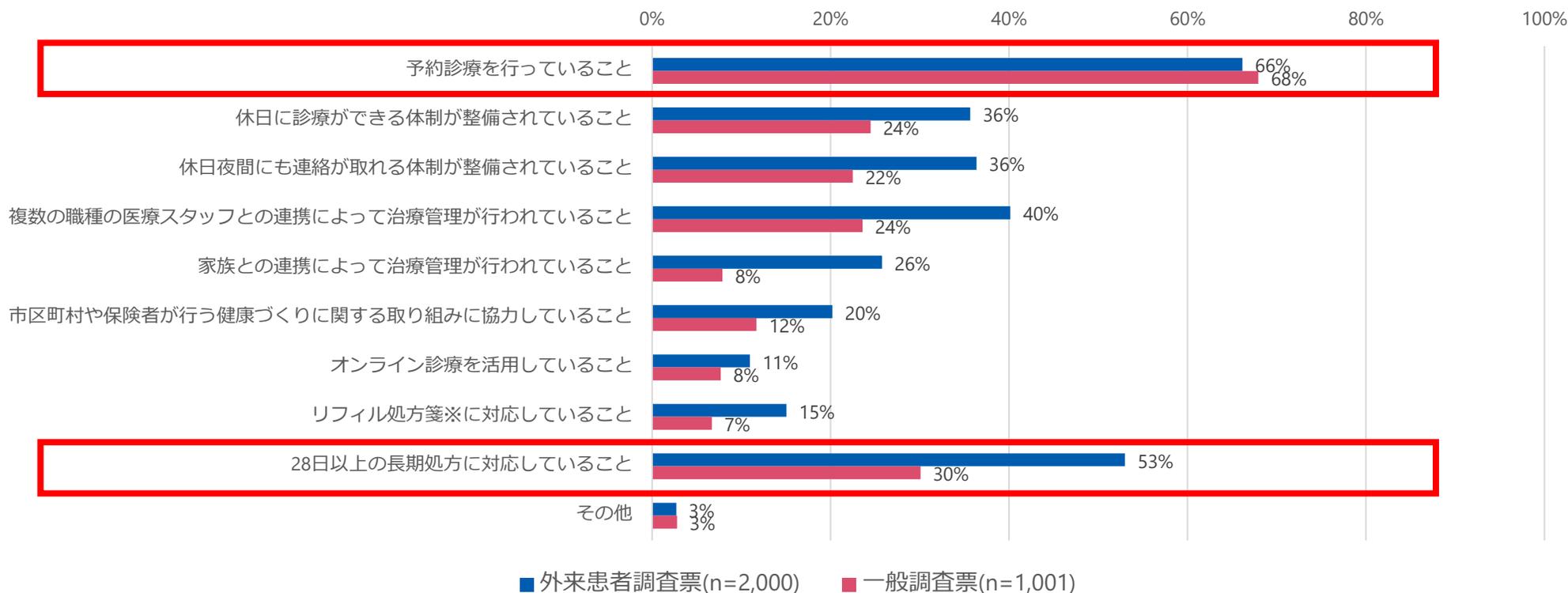


定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

診調組 入-1
7.5.22

- 外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上長期処方に対応していること」、「複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること」、「休日に診療ができる体制が整備されていること」等が多かった。

定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと（複数回答）



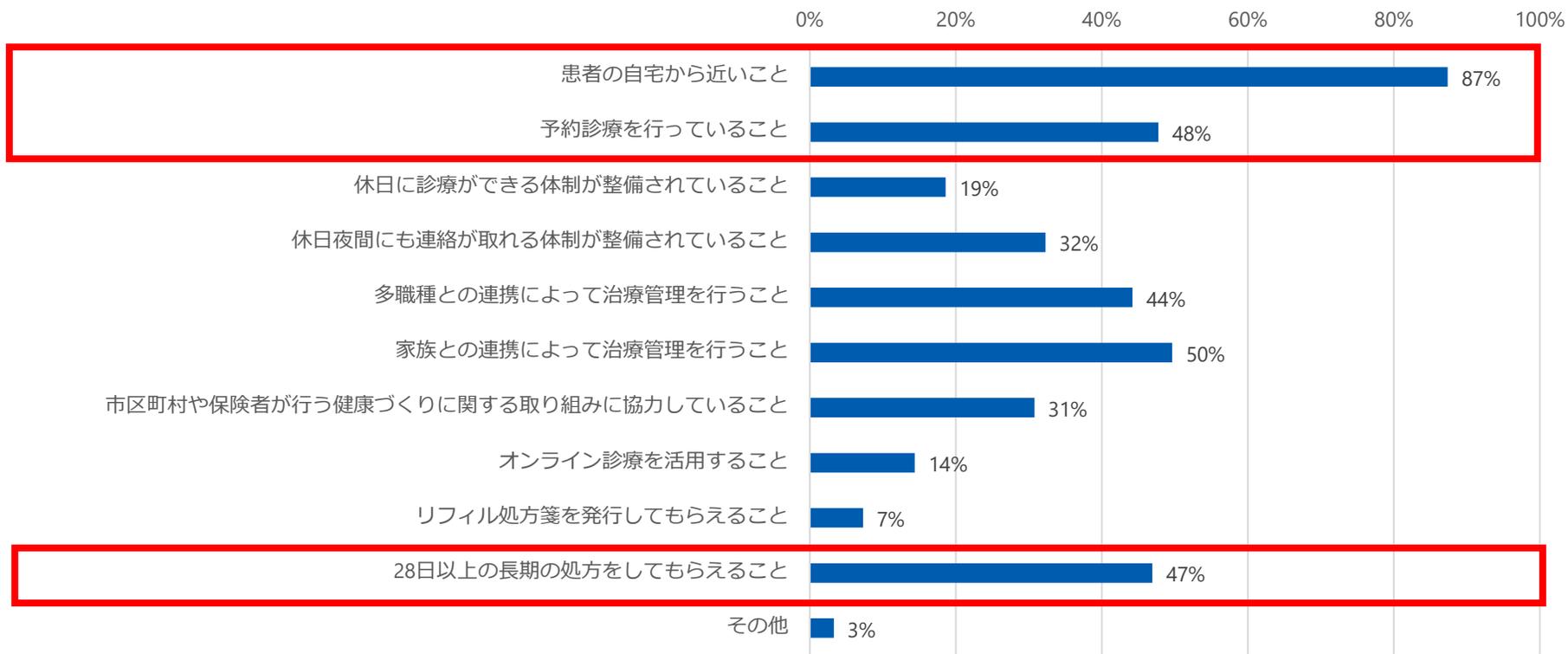
※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと

診調組 入-1
7.5.22

- 医療機関を対象とした調査において、「患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと」を聞いたところ、「患者の自宅から近いこと」が約87%と最も多く、次いで「家族との連携によって治療管理を行うこと」、「予約診療を行っていること」、「28日以上 of 長期の処方をしてもらえること」等が多かった。

外来施設調査票：患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと (複数回答) (n=848)



・「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

生活習慣病患者の紹介

○ 関連学会のガイドライン等において、生活習慣病管理に際しての専門医・専門医療機関への紹介基準が示されている。

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準 (作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 (日本動脈硬化学会)

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)
～主に糖尿病治療ガイドより～

1. 血糖コントロール改善・治療調整	目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
<ul style="list-style-type: none"> ○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合(血糖コントロール目標(※1)が達成できない状態が3か月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい)。 ○新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。 ○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。 ○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。 ○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。 ○感染症が合併している場合。 	HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照				
2. 教育入院	<ul style="list-style-type: none"> ○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。 			
3. 慢性合併症	<ul style="list-style-type: none"> ○慢性合併症(網膜症、腎症(※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。 ○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。 <p>※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。</p>			
4. 急性合併症	<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。 ○ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい)。 			
5. 手術	<ul style="list-style-type: none"> ○待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。 ○緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。 			

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

Step 1c 専門医への紹介必要性の判断

①脳卒中／一過性脳虚血発作・冠動脈疾患・心房細動等の不整脈・大動脈疾患や末梢動脈疾患の既往や合併が疑われる場合	
②高血圧	二次性高血圧疑い(若年発症・急激な発症など)、妊娠高血圧症候群、高血圧緊急症・切迫症疑い(未治療で拡張期血圧 ≥ 120 mmHg)、治療抵抗性高血圧(治療中ではあるが $\geq 180/110$ mmHgまたは3剤併用でも降圧目標未達成)
③糖尿病	1型糖尿病、HbA1c $\geq 8.0\%$ 、空腹時血糖 ≥ 200 mg/dL(または随時血糖 ≥ 300 mg/dL)、急性合併症(高血糖緊急症)、妊娠糖尿病
④脂質異常症	LDL-C ≥ 180 mg/dL、HDL-C < 30 mg/dL、空腹時TG ≥ 500 mg/dL、non-HDL-C ≥ 210 mg/dL、原発性高脂血症疑い、二次性(続発性)脂質異常症疑い
⑤慢性腎臓病(CKD)	タンパク尿と血尿を両方認めるCKD患者。 eGFR < 45 ml/min/1.73 m ² (G3b～5)、またはタンパク尿区分A3(糖尿病では尿アルブミン/Cr比 300 mg/gCr 以上の場合、それ以外では尿蛋白/Cr比 0.5 g/Cr 以上)。40歳未満やA2区分(糖尿病では尿アルブミン/Cr比 $30\sim 299$ mg/gCr、それ以外では尿蛋白/Cr比 $0.15\sim 0.49$ g/Cr)では、eGFR $45\sim 59$ でも紹介することが望ましい。
⑥肥満	高度肥満(BMI ≥ 35)、二次性肥満(症候性肥満)疑い

生活習慣病を主病とする患者の状況

- 診療所又は200床未満の病院において、糖尿病を主病とする患者数は、平均で118.8人、中央値は38.5人であった。そのうち、眼科受診を指導した患者数は、平均で21.5人、中央値は0人であり、歯科受診を促した患者数は、平均で14.1人、中央値は0人であった。

	回答数	平均		四分位数						
				25%Tile		中央値	75%Tile			
01_脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	685	件	130.5	人	4.0	人	46.0	人	150.0	人
02_01のうち、生活習慣病管理料(I)を算定した患者の概ねの人数	607	件	13.3	人	0.0	人	0.0	人	2.0	人
03_01のうち、生活習慣病管理料(II)を算定した患者の概ねの人数	647	件	80.9	人	0.0	人	25.0	人	102.0	人
04_01のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	601	件	95.6	人	1.0	人	35.0	人	117.5	人
05_01のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	581	件	14.8	人	0.0	人	0.0	人	6.0	人
06_高血圧を主病とする患者の概ねの人数	681	件	245.2	人	9.5	人	124.0	人	373.5	人
07_06のうち、生活習慣病管理料(I)を算定した患者の概ねの人数	609	件	36.1	人	0.0	人	0.0	人	10.0	人
08_06のうち、生活習慣病管理料(II)を算定した患者の概ねの人数	646	件	165.2	人	1.0	人	72.5	人	263.5	人
09_06のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	601	件	194.7	人	4.0	人	100.0	人	294.0	人
10_06のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	582	件	28.2	人	0.0	人	0.0	人	11.3	人
11_糖尿病を主病とする患者の概ねの人数	676	件	118.8	人	2.0	人	38.5	人	135.0	人
12_11のうち、生活習慣病管理料(I)を算定した患者の概ねの人数	606	件	11.6	人	0.0	人	0.0	人	1.0	人
13_11のうち、生活習慣病管理料(II)を算定した患者の概ねの人数	639	件	78.7	人	0.0	人	22.0	人	94.0	人
14_11のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数	597	件	86.9	人	1.0	人	29.0	人	103.0	人
15_11のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数	580	件	15.1	人	0.0	人	0.0	人	5.0	人

	回答数	平均		四分位数						
				25%Tile		中央値	75%Tile			
01_眼科受診を指導した概ねの人数	620	件	21.5	人	0.0	人	0.0	人	10.0	人
02_歯科受診を促した概ねの人数	617	件	14.1	人	0.0	人	0.0	人	3.0	人

注) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院を対象として集計。

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）（抜粋）

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるように、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

かかりつけ医機能に係る主な評価について

① 体制整備に対する評価

時間外対応加算
(平成24年度改定で新設)

- 地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するもの。
【届出医療機関数(令和5年)】 (加算1) 診療所 11,354 (加算2) 診療所 15,943 (加算3) 診療所 364

機能強化加算
(平成30年度改定で新設)

- 専門医療機関への受診の要否の判断、一元的な服薬管理等を含めた、診療機能を評価する加算。(初診料加算)
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制(地域包括診療料・加算や小児かかりつけ診療料等の届出や保健福祉サービスを担う医師の配置等)が整備されている必要がある。
【届出医療機関数(令和5年)】 病院 1,289 診療所 13,518

在宅療養支援診療所・病院
(平成18年度改定で新設)

- 地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価。(在宅時医学総合管理料等で高い評価を設定)
【届出医療機関数(令和5年)】 病院 2,021 診療所 14,755

② 診療行為に対する評価

地域包括診療料・加算
(平成26年度改定で新設)

- 複数の慢性疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全又は慢性腎臓病の6つのうち2つ以上)を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。(診療料は月1回の包括点数)
- 上記の患者に対し、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制(研修を受けた医師等)が整備されている必要がある。
【届出医療機関数(令和5年)】 (診療料) 病院 51 診療所 226 (加算) 診療所 5,956

小児かかりつけ診療料
(平成28年度改定で新設)

- 小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。
- 小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。
【届出医療機関数(令和5年)】 (診療料1) 診療所 1,992 (診療料2) 病院 6 診療所 324

生活習慣病管理料(I)(II)
(令和6年度改定で再編)

- 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病患者の治療における生活習慣に関する、療養計画書を用いた総合的な治療管理の評価。
- 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。
※ 届出不要

③ その他、連携や紹介等に対する評価

連携強化診療情報提供料
(令和4年度改定で改称等)

- 「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。
※ 届出不要

紹介割合等による減算
(平成24年度改定で新設)

- 紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等(注)を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料を減算する規定。(注) 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関
※ 届出不要

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

	加算等の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	継続的かつ全人的な医療を行うこと	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	継続的かつ全人的な医療を行うこと	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	継続的かつ全人的な医療を行うこと	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
時間外対応加算	患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応	特段の要件なし（再診料を算定する全患者）。
機能強化加算	かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	特段の要件なし（初診料を算定する全患者）。
生活習慣病管理料 (I)(II)	生活習慣に関する総合的な治療管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行うこと	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

時間外対応加算

地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するもの。

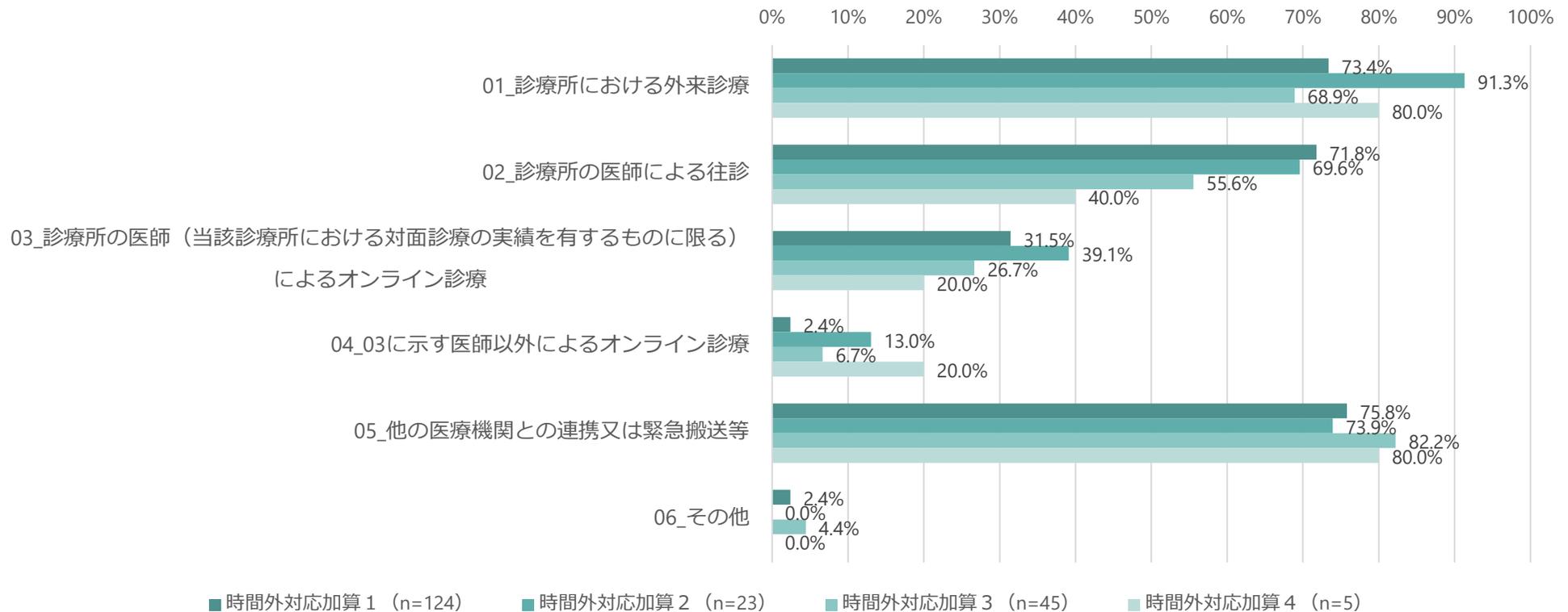
(平成24年度診療報酬改定において、従来の「地域医療貢献加算」を再編して新設。)

	時間外対応加算 1 5点	時間外対応加算 2 4点	時間外対応加算 3 3点	時間外対応加算 4 1点
算定対象患者	再診料を算定する患者			
対象医療機関	診療所			
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。 			
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対応する体制。 やむを得ない事由により、問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制。 			
	<ul style="list-style-type: none"> 原則として当該診療所において、常時対応できる体制。 	<ul style="list-style-type: none"> 常時、電話等により対応できる体制。 必要に応じて診療録を閲覧することができる体制。 	<ul style="list-style-type: none"> 標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、対応できる体制。 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行う等の配慮をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 複数の診療所（最大で3診療所）による連携で対応する体制。 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制。 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行う等の配慮をする。
対応を行う者	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等 	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等 	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等 	<ul style="list-style-type: none"> 当該診療所に勤務する医師、看護職員又は事務職員等

時間外対応加算の算定医療機関における対応

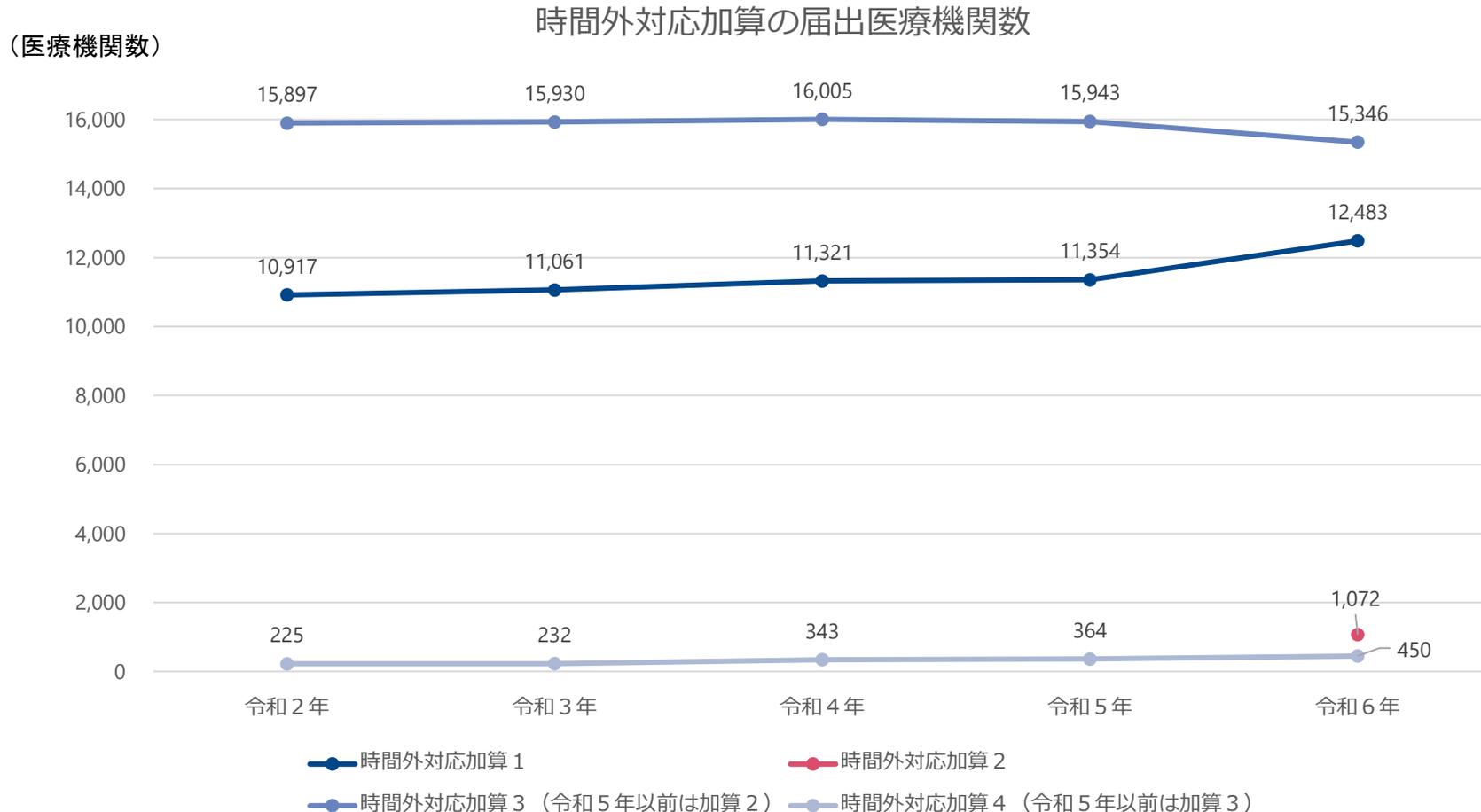
- 時間外対応加算の算定医療機関における、電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に実施可能な対応は以下のとおり。
- いずれの加算区分においても、外来診療による対応と、他の医療機関との連携又は救急搬送等が多い傾向があった。また、時間外対応加算1、2を算定する医療機関では、時間外対応加算3、4を算定する医療機関と比較して、往診が可能な医療機関が多い傾向があった。

電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に実施可能な対応



時間外対応加算の届出医療機関数

- 時間外対応加算の届出医療機関数は近年横ばいであったが、令和6年改定以降、時間外対応加算3の届出医療機関数が減少した一方で、その他の加算の届出医療機関数が増加した。



機能強化加算について

機能強化加算

- ▶ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
 - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
 - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

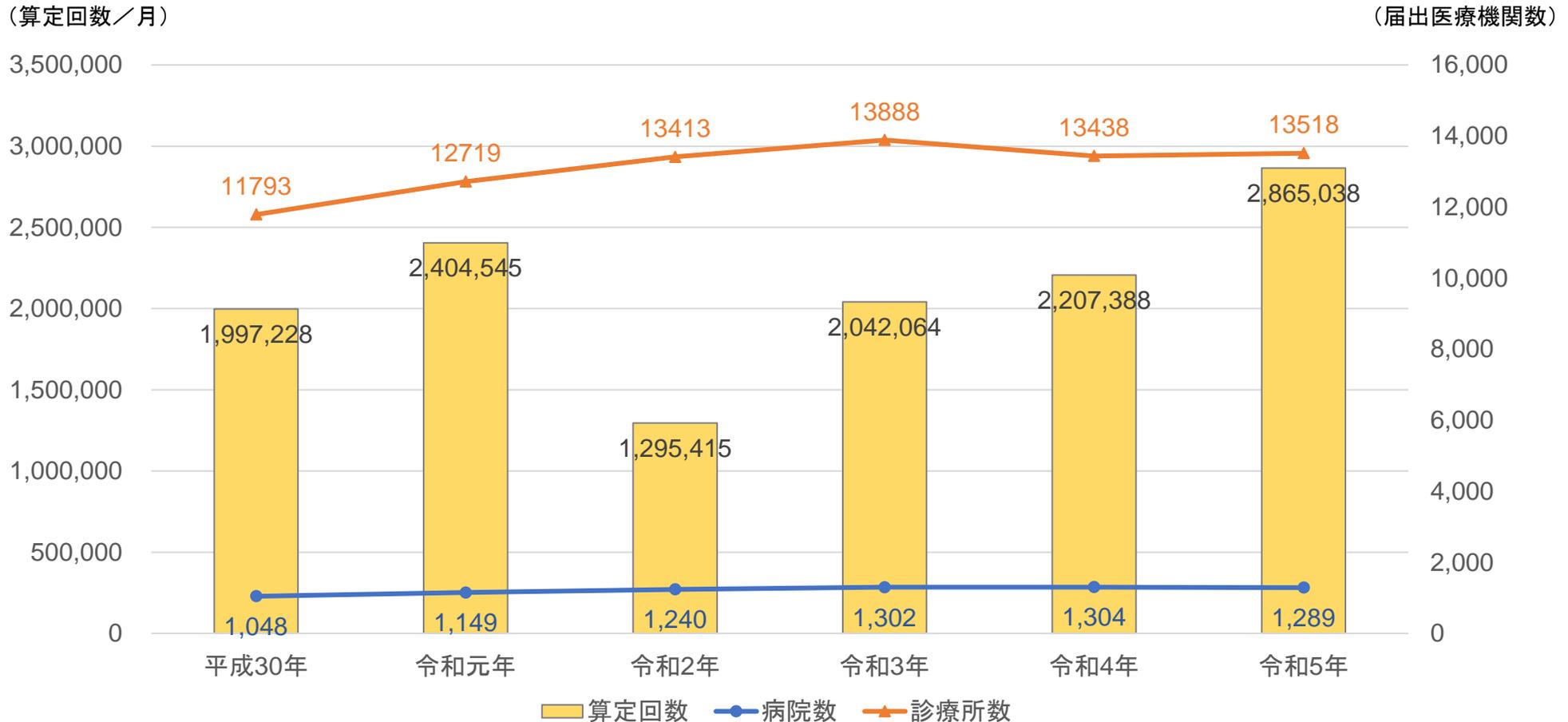
機能強化加算の届出・実績等について

令和4年改定前		改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 (参考:地域包括加算1／診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれも満たすものであること。 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
届出・実績	小児かかりつけ診療料	<ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 (参考:機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、 <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。 	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれも満たすものであること。 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 以下のいずれかを満たしていること。 過去1年間において、 <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合)緊急往診の実績3件以上。 (在支病の場合)緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
配置医師	—	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力 	

機能強化加算の算定・届出状況

- 機能強化加算の届出医療機関数は、令和3年までは増加傾向であったが、近年は横ばいである。
- 算定回数は、令和2年に大きく減少していたが、令和5年には令和元年以前よりも増加した。

機能強化加算の算定・届出状況



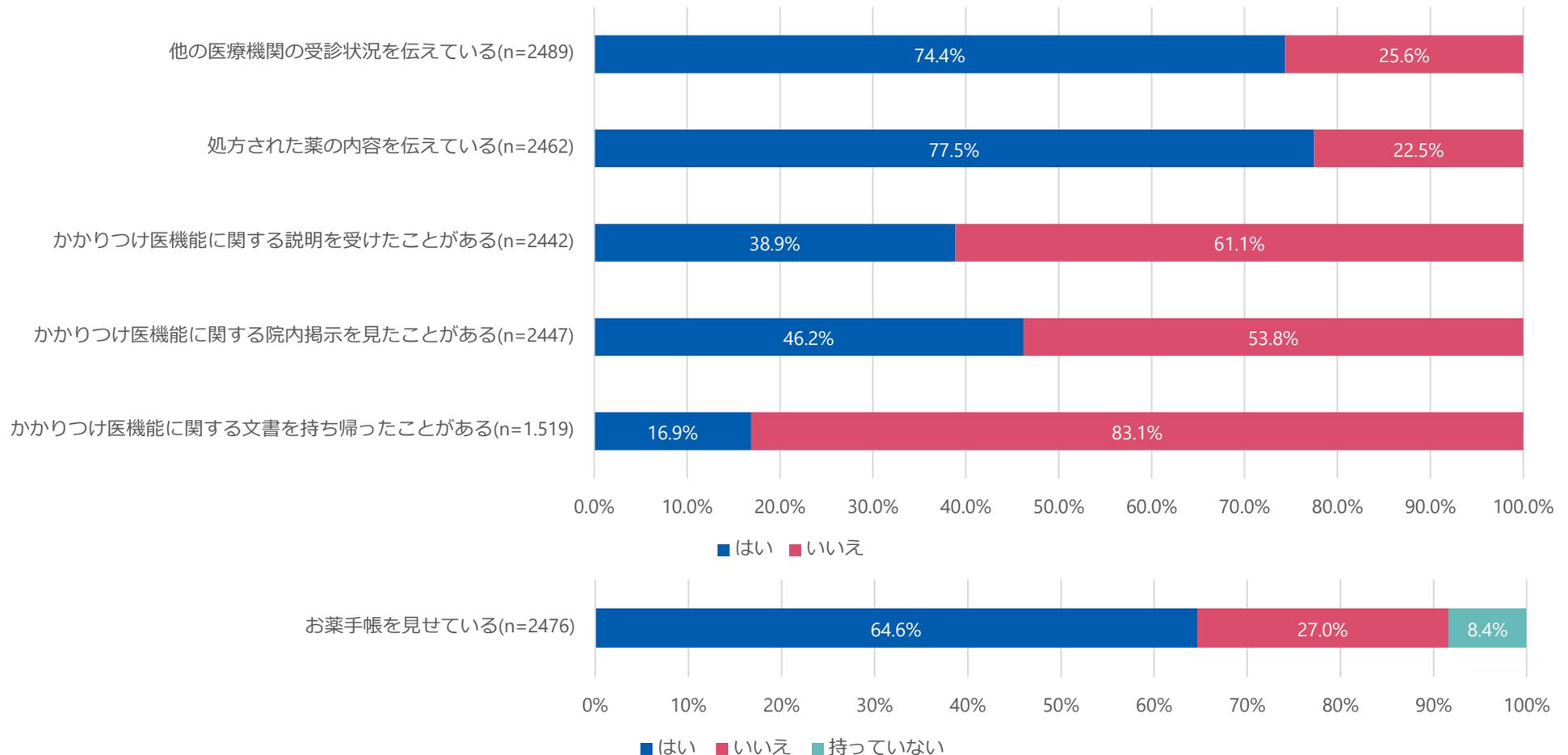
医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較

赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能	関連する主な現行の診療報酬
1号機能 (日常的な診療の総合的・継続的实施)	機能の院内掲示による公表 機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了 地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患 -
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用 医療DX推進体制整備加算等
服薬の一元管理の実施 機能強化加算、地域包括診療料・加算等	
2号機能	通常診療時間外の診療 時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
	入退院時の支援 在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	在宅医療の提供 在宅療養支援診療所・病院、地域包括診療料・加算等
	介護サービス等との連携 地域包括診療料・加算、機能強化加算等
その他 報告事項	法定健診・検診 機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種 機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医 機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医 (療養・就労両立支援指導料)
	臨床研修医等の教育 -

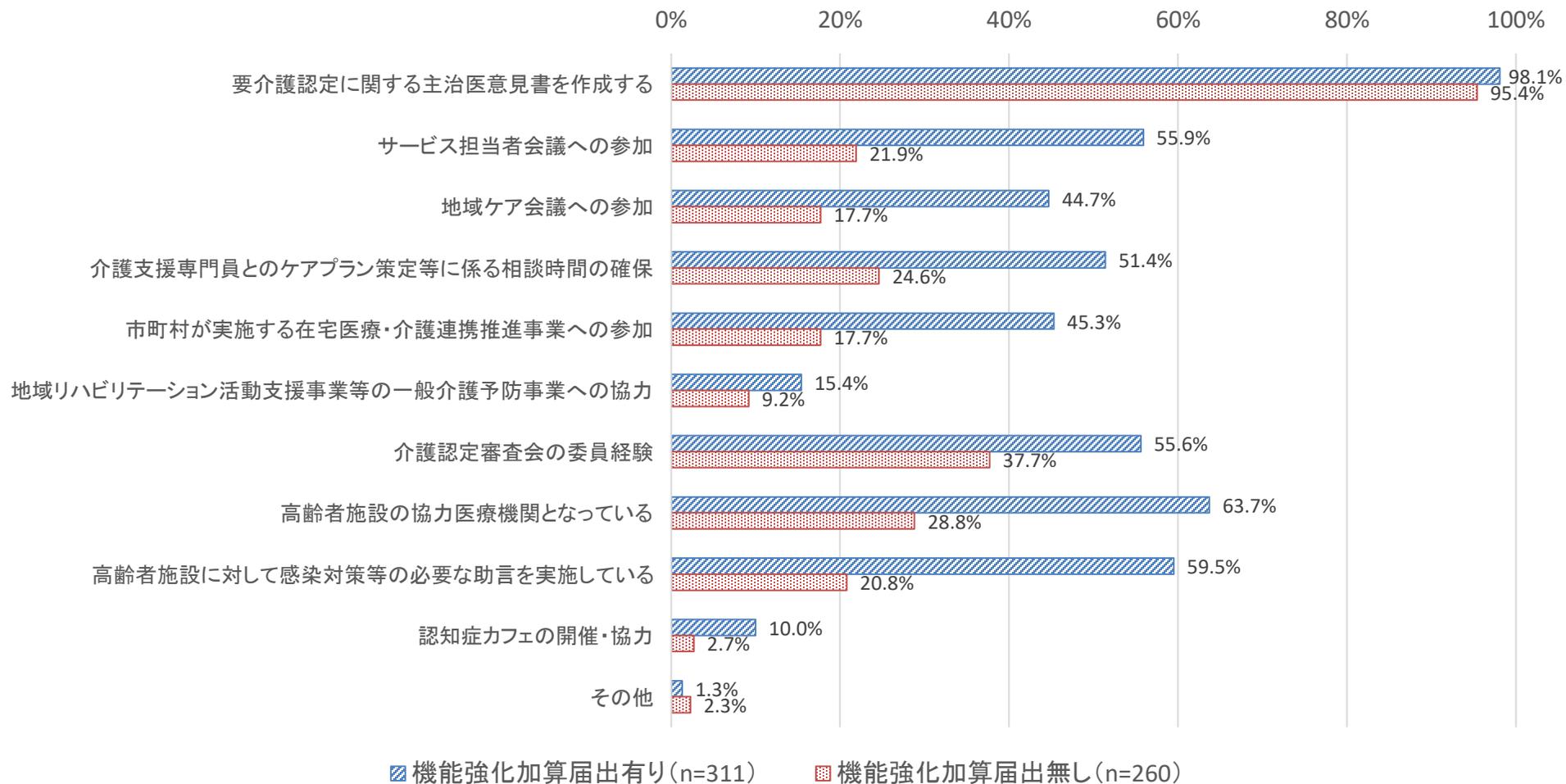
かかりつけ医機能に関する院内掲示等（外来患者調査）

- 外来受診した医療機関において「かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある」と回答した患者は、38.9%であり、「かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある」と回答した患者は、46.2%であった。



介護との連携（機能強化加算届出有無）

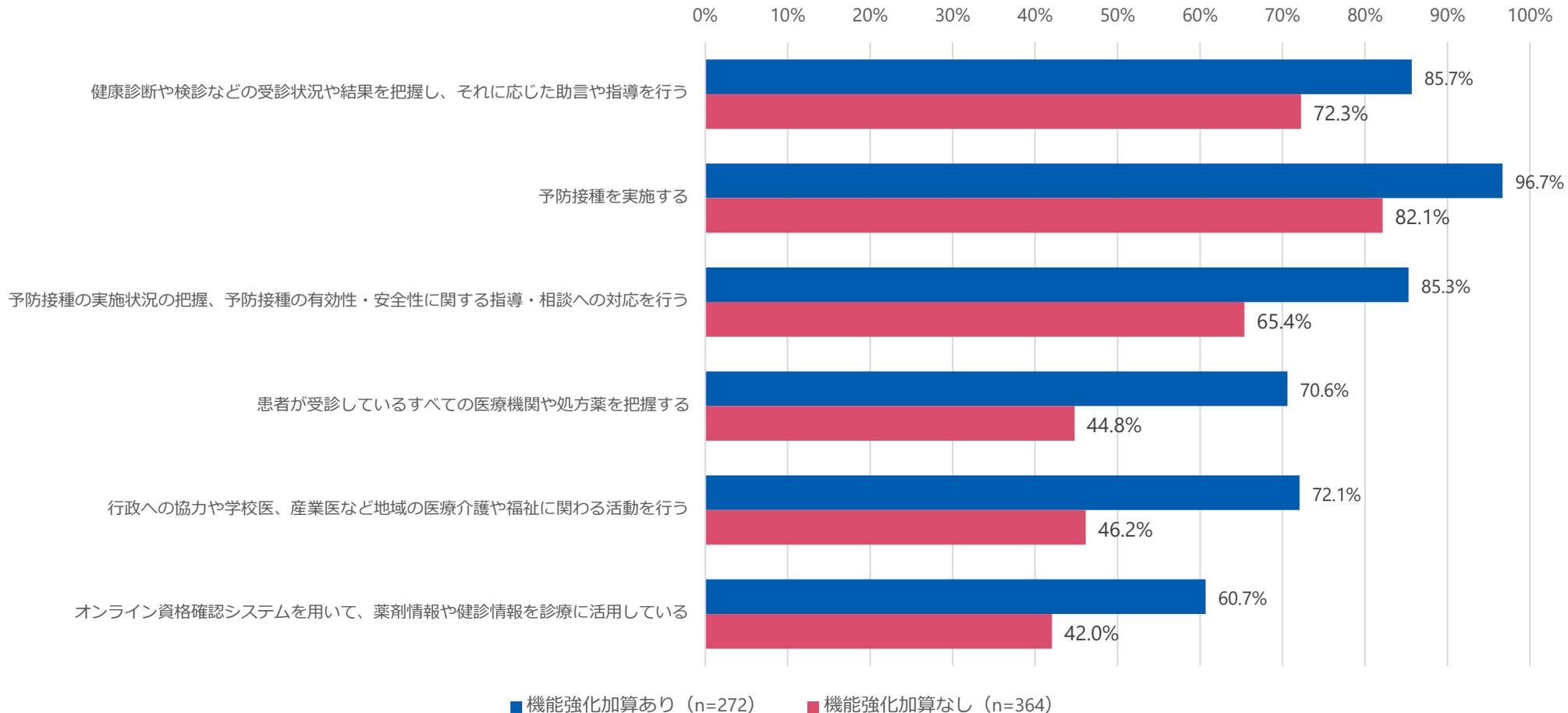
- 医療機関における介護との連携について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は9割以上が取り組んでいた。
- 機能強化加算を届出している医療機関の方が介護との連携に取り組んでいた。



機能強化加算届出医療機関の有するかかりつけ医機能

- 機能強化加算の届出医療機関は、機能強化加算の算定要件の一部となっている「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」等に関する機能を有している割合が大きかった。

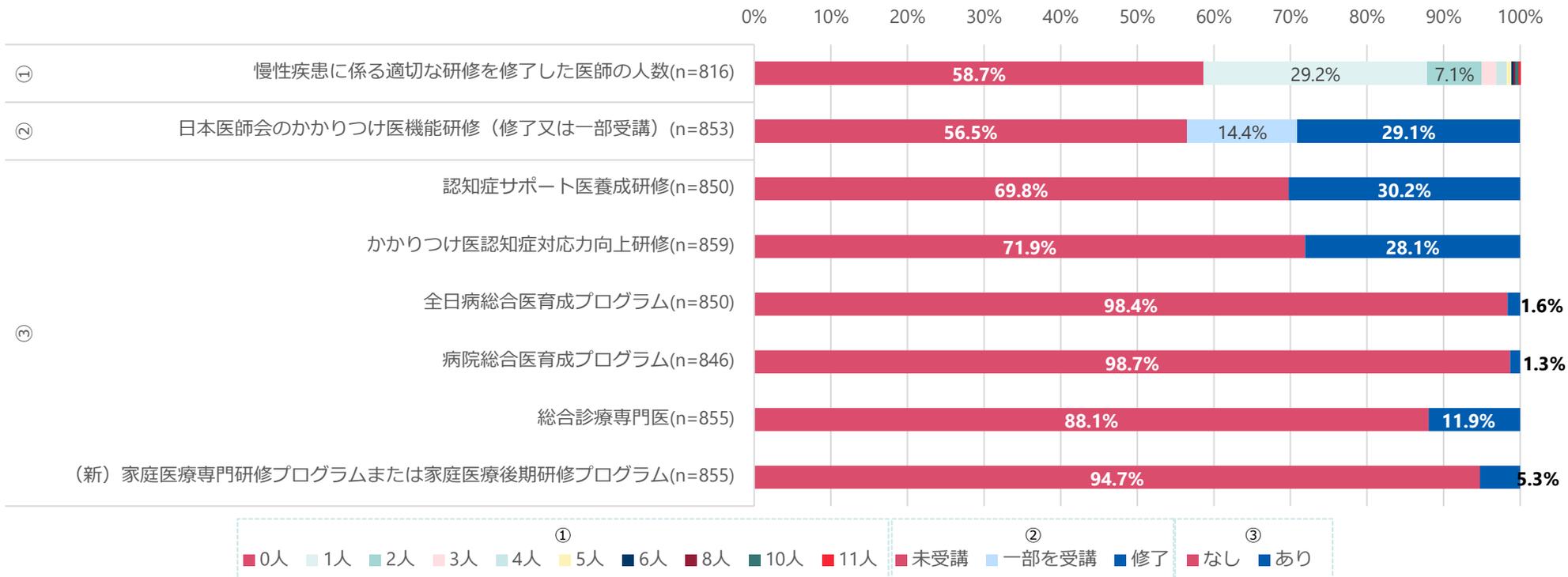
診療所が有しているかかりつけ医機能 (n=636)



かかりつけ医に関連した研修等を修了した医師の割合

- 外来施設票の調査対象施設における、各種研修を修了した医師の在籍状況は以下のとおり。
- 各種研修のうち「日本医師会のかかりつけ医機能研修」を修了又は一部受講した医師の在籍割合が最も高く、43.5%であった。

各種研修を修了した医師の有無



- ・「慢性疾患の指導に係る適切な研修」は、地域包括診療料・加算の施設基準において定める研修
- ・「認知症サポート医養成研修」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は、都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業
- ・「全日病総合医育成プログラム」は、全日本病院協会が実施する研修事業
- ・「病院総合医育成プログラム」は、日本病院会が実施する病院総合医育成事業
- ・「総合診療専門医」は、日本専門医機構が認定する専門医
- ・「新・家庭医療専門研修プログラム」及び「家庭医療後期研修プログラム」は日本プライマリ・ケア連合学会が実施するプログラム

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症 (関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	—
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ (気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス (神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じよくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛 (片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎 (肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

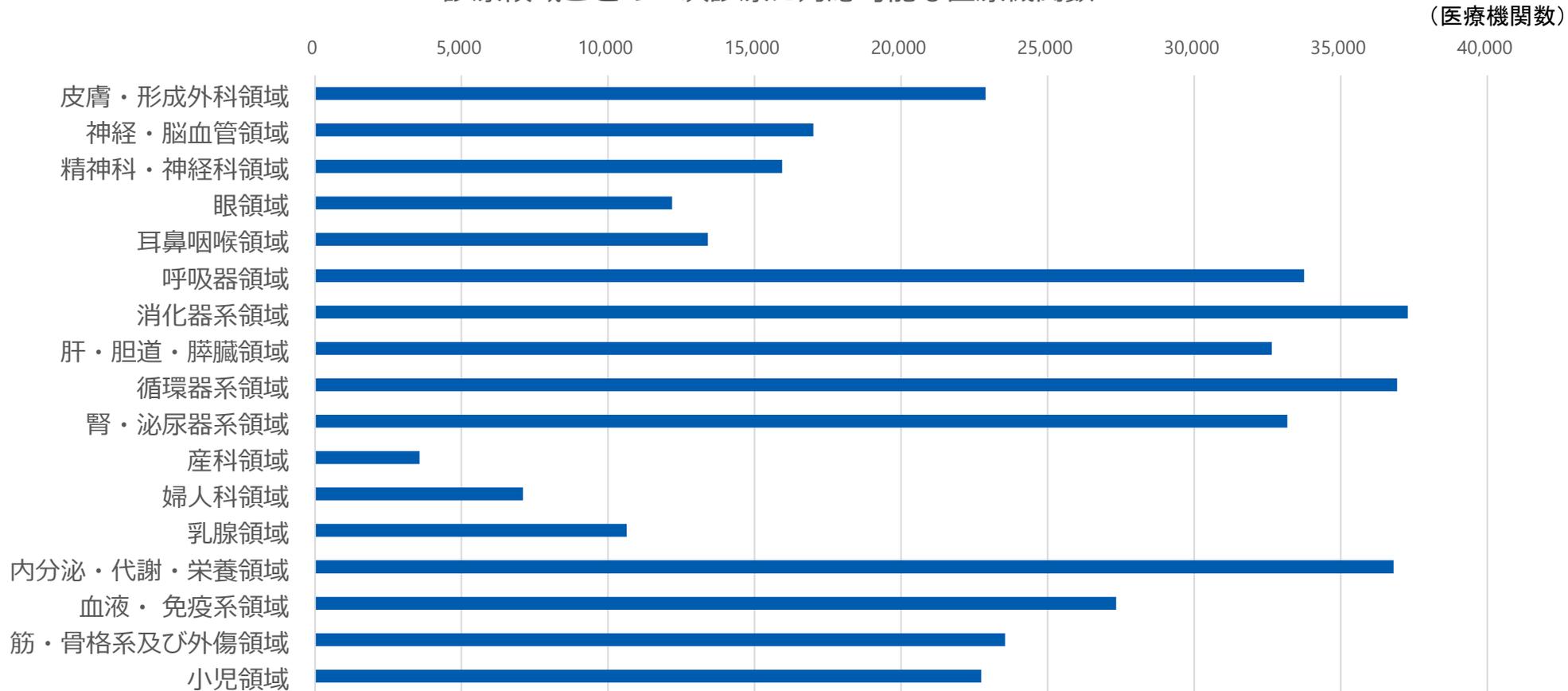
【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数

- 医療法の「かかりつけ医機能報告」の「1号機能」として報告する17診療領域について、既に医療機能情報提供制度において報告されている各領域のそれぞれの一次診療に対応可能な医療機関数は以下のとおり。
- これらの情報は、厚生労働省の医療情報ネット（ナビイ）において公開されている。

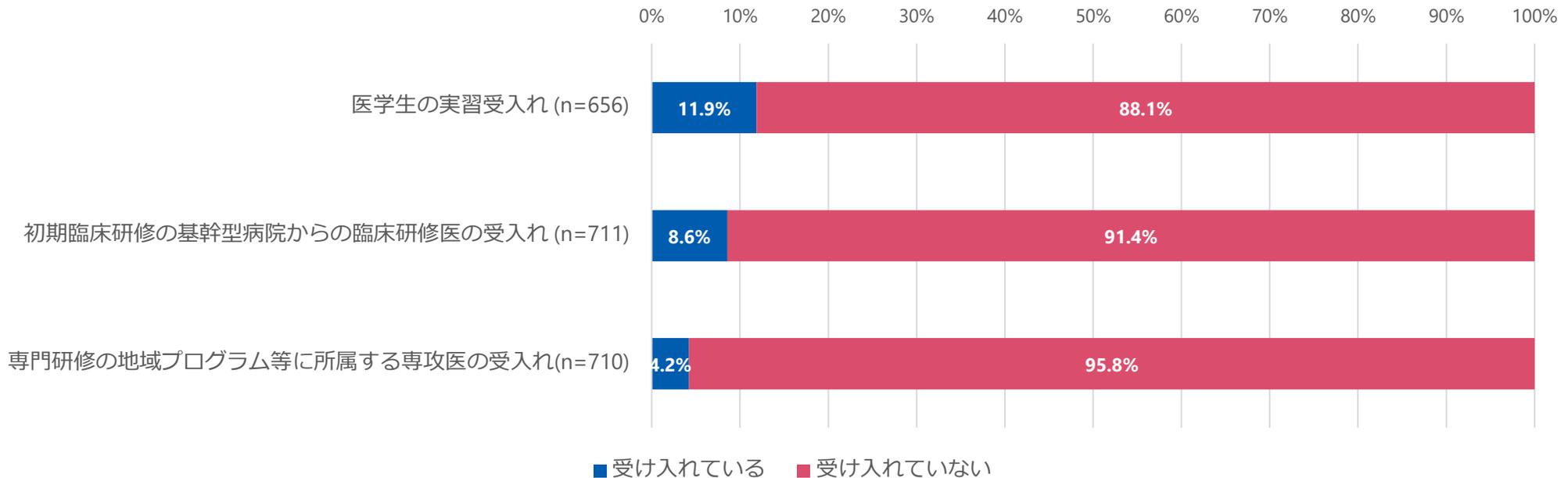
診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数



診療所の学生実習・臨床研修医等の受入れ状況

- 診療所における、専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医の受入れ状況は以下のとおり。
- 医学生の実習、臨床研修医の受入れを行っている診療所は約10%前後であり、専攻医の受入れを行っている診療所はさらに少なく、4.2%であった。

実習・研修等の受入れを行っているか



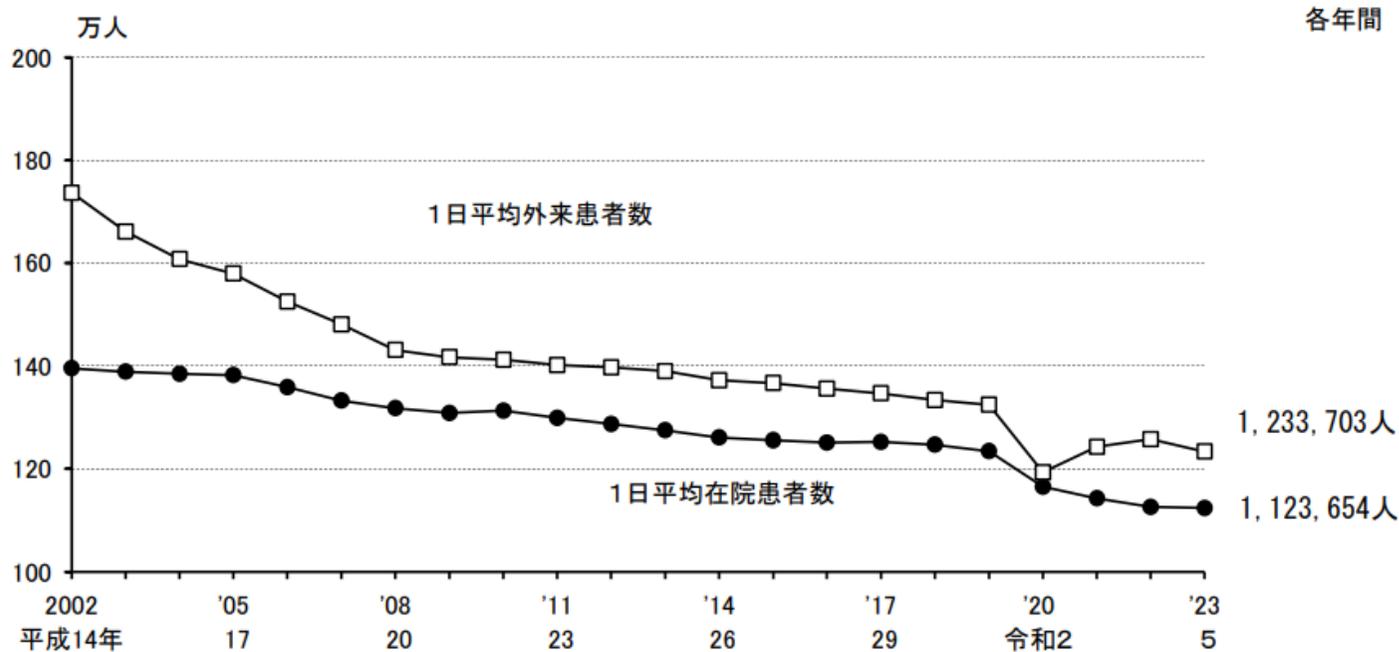
かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①、③～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④	機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤	生活習慣病管理料(Ⅰ) 生活習慣病管理料(Ⅱ)	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定1か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦	外来管理加算	処置、リハビリテーション等(診療報酬点数のあるものに限る。)を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。

病院の1日平均外来患者数の年次推移

○ 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。

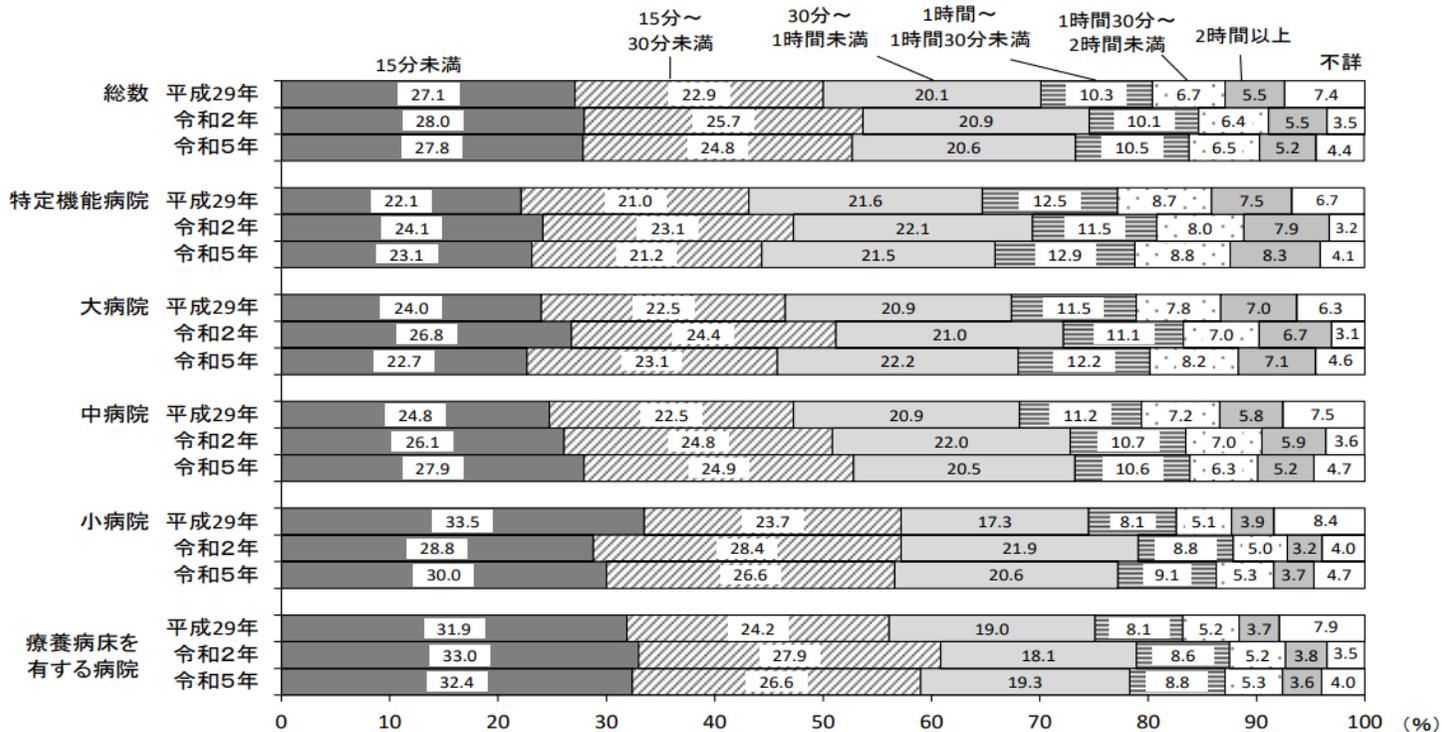
図1 病院の1日平均患者数の年次推移



- 注：1) 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
- 2) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 3) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 4) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

○ 外来患者の診察等までの待ち時間を病院の種類別にみると、病床規模の大きい病院において、待ち時間がより長い傾向があった。

図2 病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間（基本集計）

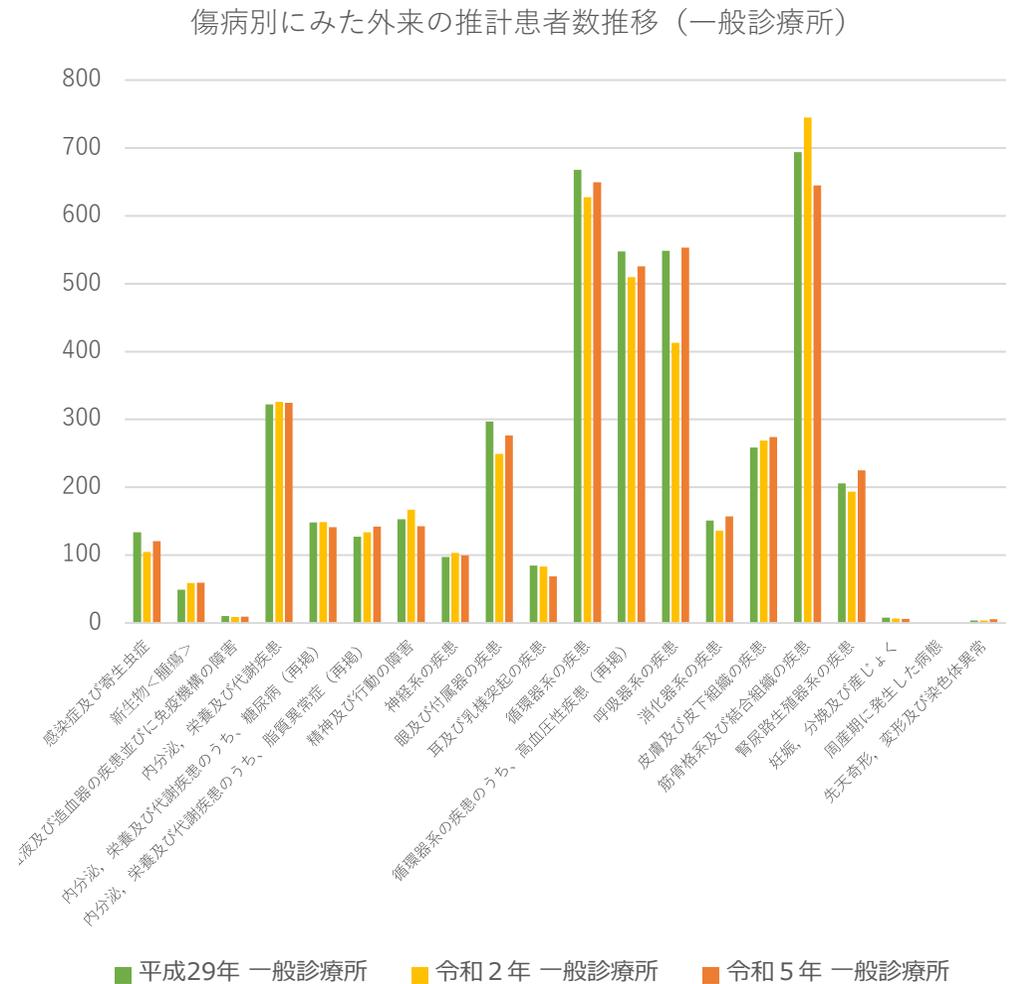
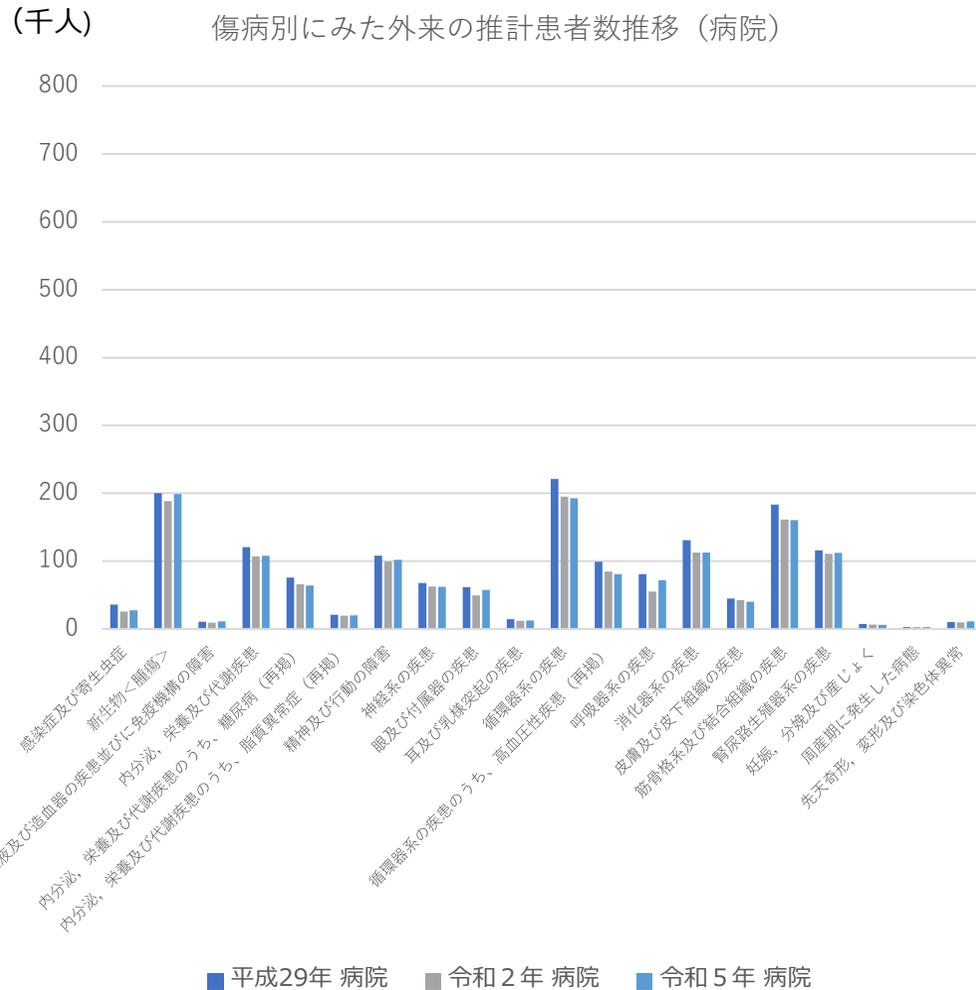


注：「2時間以上」は「2時間～3時間未満」「3時間以上」の合計である。

- ・特定機能病院：医療法第4条の2に規定する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
- ・大病院：特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院
- ・中病院：特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院
- ・小病院：特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院
- ・療養病床を有する病院：医療法第7条第2項第4号に規定する病院の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床を有する病院

傷病分類別にみた外来の推計患者数

○ 外来における、疾病分類別の推計患者数を病院・一般診療所別にみると、「悪性腫瘍」「妊娠、分娩及び産じょく」「先天奇形、変形及び染色体異常」の推計患者数は病院で多く、その他の傷病分類の推計患者数は診療所で多かった。

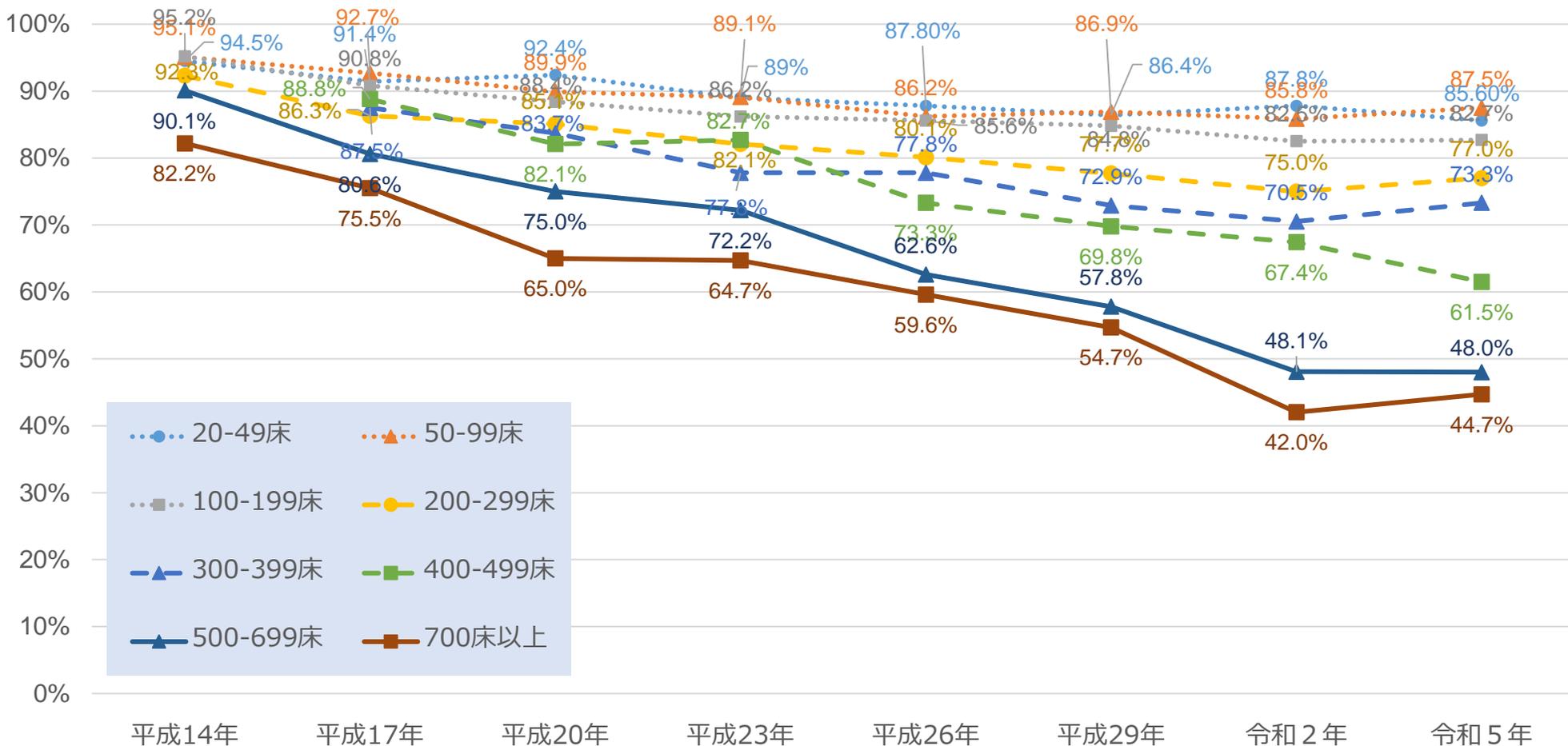


出典：患者調査をもとに医療課で作成

※患者調査の調査日に全国の医療施設で受療した推計患者数。 ※平成29年以前と令和2年以降では、患者推計方式が異なる。 ※「一般診療所」には歯科診療所を含まない。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

○ 紹介なしで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、その割合は全体的に減少傾向にあり、特に病床数が多い病院においてその傾向が顕著であった。令和2年以降は、500床以上の病床規模の病院群における割合は5割以下となっている。



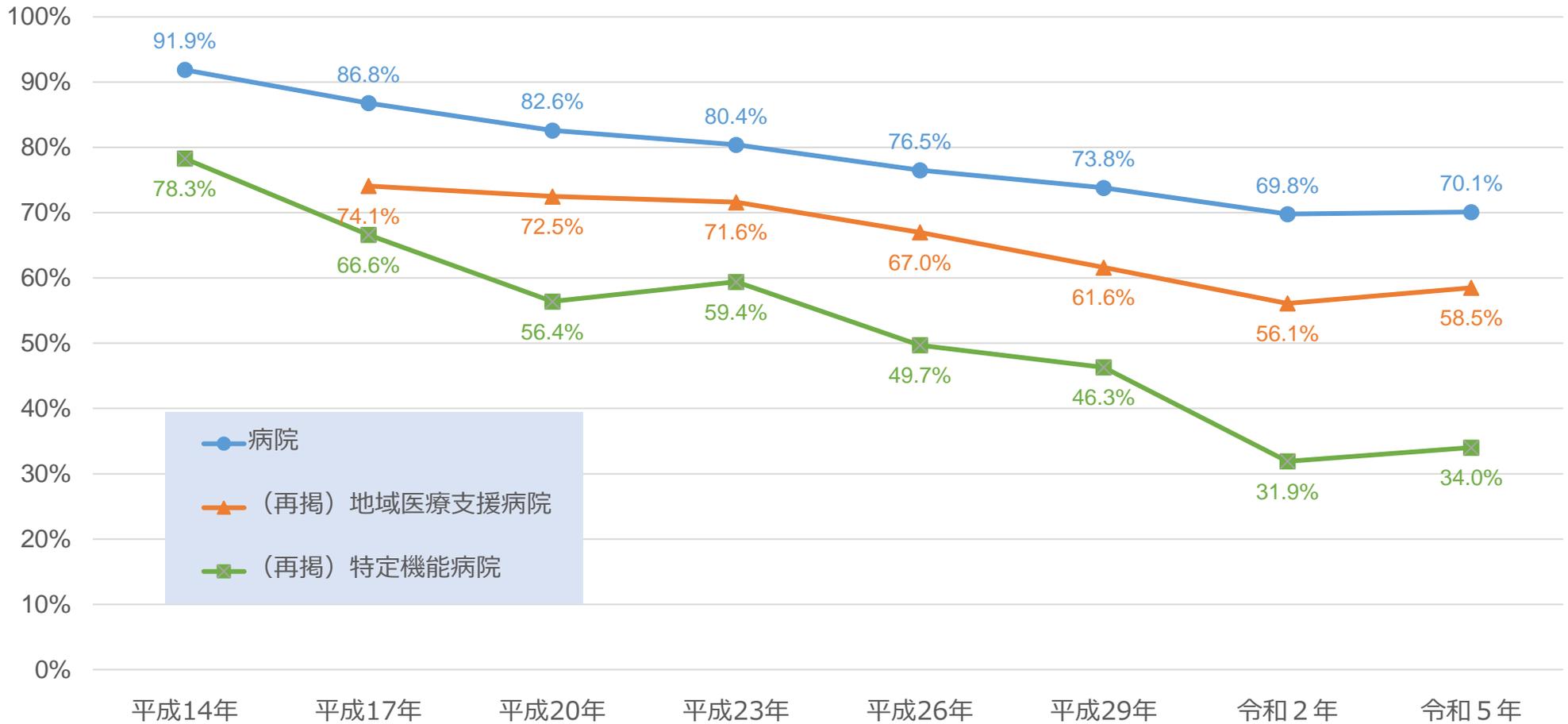
出典：平成14年から令和5年患者調査を基に作成。（「外来推計患者数」に占める「紹介なし」の割合を算出。）

注1：平成8年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

注2：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○ 紹介なしで外来受診した患者の割合を病院機能別に見たところ、その割合は長期的に減少傾向にあり、令和5年は特定機能病院では34.1%、地域医療支援病院では58.5%であった。



出典：平成14年から令和5年患者調査を基に作成。（「外来推計患者数」に占める「紹介なし」の割合を算出。）

注：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

中医協 総-3
7. 7. 16

初診料の注2、3 **216点**

外来診療料の注2、3 **56点**

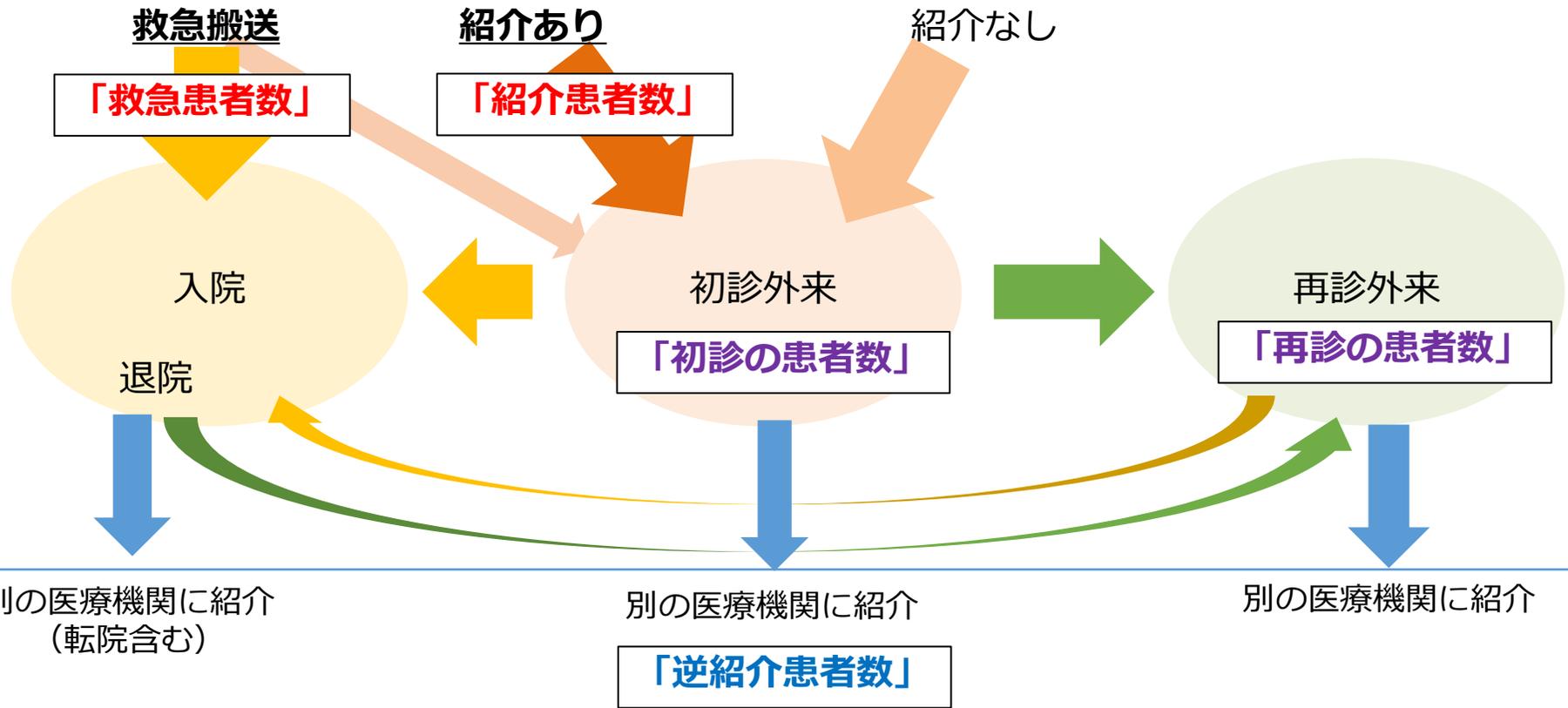
(情報通信機器を用いた初診については188点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	<ul style="list-style-type: none"> 初診料 他病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者 外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者 ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診の患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者 			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者 			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 <ul style="list-style-type: none"> 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。 			
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 <ul style="list-style-type: none"> B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。 			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			
(※上記の患者数は、すべて延べ人数を使用する。)				

外来医療における患者の流れと、紹介・逆紹介割合（イメージ）

- 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介割合・逆紹介割合について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。

紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診の患者数} \times 100$
逆紹介割合 (‰)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 1,000$



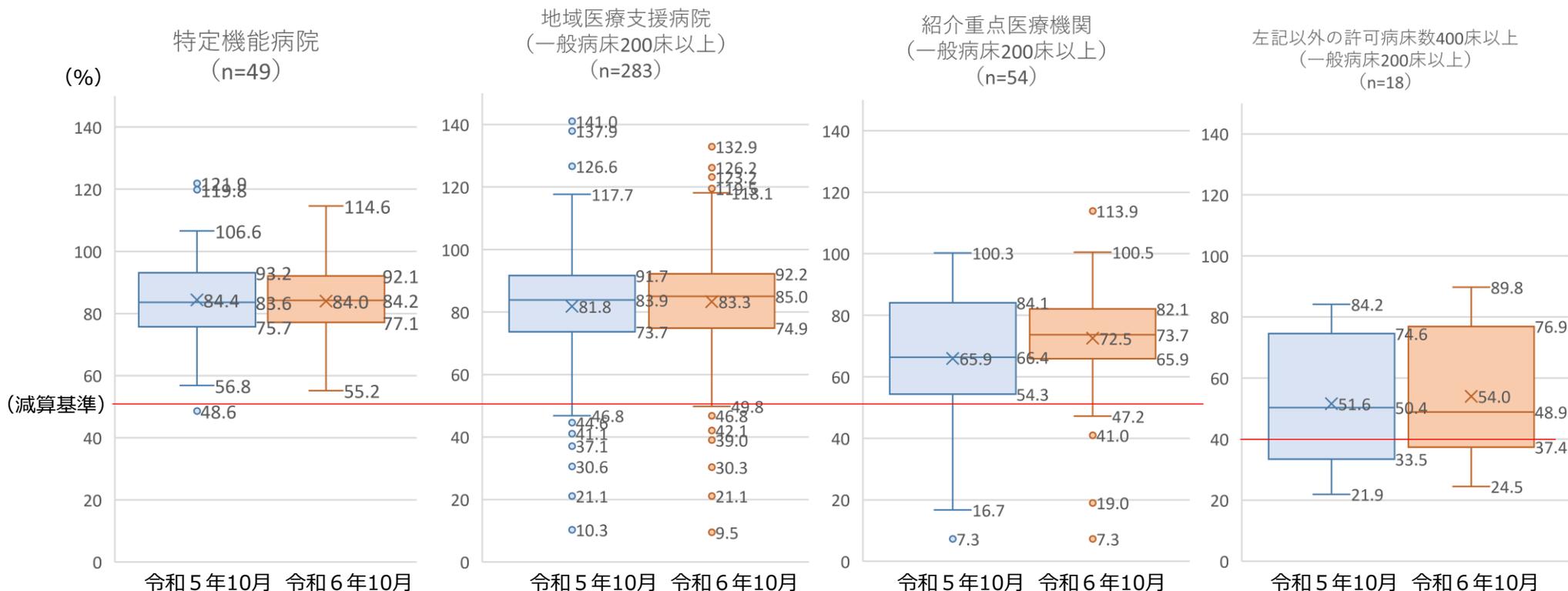
※ 「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

※ 「再診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者、「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」を算定している患者及び「転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者」を含まない。

病院区分別の紹介割合

- 医療機関ごとの紹介割合の分布を、病院区分別に示したものは以下のとおり。
- 全ての区分において、中央値、平均値ともに減算基準を超えていた。
- いずれの区分においても、令和6年度の紹介割合は、令和5年度と比較して不変～やや増加していた。

病院区分別の紹介割合（（紹介患者数+救急患者数）／初診の患者数※ × 100）

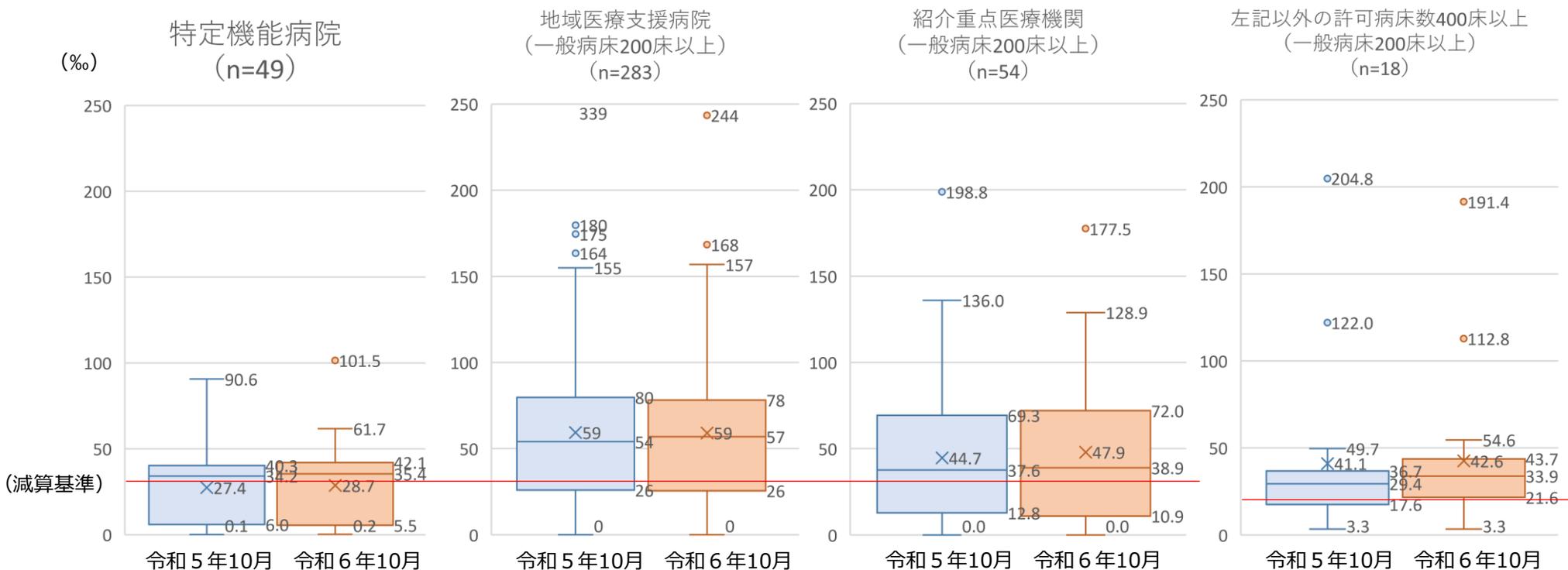


※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

病院区分別の逆紹介割合

- 医療機関ごとの逆紹介割合の分布を、病院区分別に示したものは以下のとおり。
- 特定機能病院以外の区分においては、中央値、平均値ともに減算基準を超えていたが、特定機能病院においては、平均値が減算基準を下回っていた。
- いずれの区分においても、令和6年度の逆紹介割合は、令和5年度と比較して不変～やや増加していた。

病院区分別の逆紹介割合（（逆紹介患者数／(初診+再診の患者数※)）×1,000）



※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

※「再診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者、「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」を算定している患者及び「転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者」を含まない。

初診の患者数・再診の患者数

- 「初診の患者数」「再診の患者数」の平均値等を病院区分別に示したものは以下のとおり。
- いずれの区分においても、令和6年10月の再診の患者数の平均値・中央値は、令和5年10月と比較して増加した。
- 全受診患者に占める初診患者割合の平均値・中央値は、特定機能病院では約5%であり、その他の区分では約10%であった。

		初診の患者数						再診の患者数					
		最大値 (人)	75%tile (人)	中央値 (人)	平均値 (人)	25%tile (人)	最小値 (人)	最大値 (人)	75%tile (人)	中央値 (人)	平均値 (人)	25%tile (人)	最小値 (人)
特定機能病院 (n=49)	令和5年10月	5,016	2,855	1,938	2,173	1,460	434	83,131	41,149	34,183	34,640	25,542	12,337
	令和6年10月	5,090	2,809	2,049	2,269	1,469	459	87,047	41,464	34,309	35,657	26,229	12,170
地域医療支援病院 (一般病床200床以上) (n=283)	令和5年10月	46,203	2,073	1,434	1,753	1,038	151	170,838	18,657	13,092	14,797	8,900	668
	令和6年10月	47,289	2,119	1,479	1,785	1,033	153	164,041	19,389	13,642	15,220	9,001	815
紹介重点医療機関 (一般病床200床以上) (n=54)	令和5年10月	2,639	1,842	1,365	1,346	859	198	33,222	16,880	12,726	13,077	8,579	2,073
	令和6年10月	2,695	1,805	1,221	1,322	796	214	35,392	17,656	13,056	13,254	8,574	2,042
上記以外の許可病床数400床 以上の病院 (一般病床200床以上) (n=18)	令和5年10月	4,213	1,565	1,218	1,458	996	540	23,361	16,589	11,659	12,098	6,868	1,380
	令和6年10月	3,884	1,677	1,231	1,441	844	609	24,487	16,861	11,882	12,342	7,243	1,438

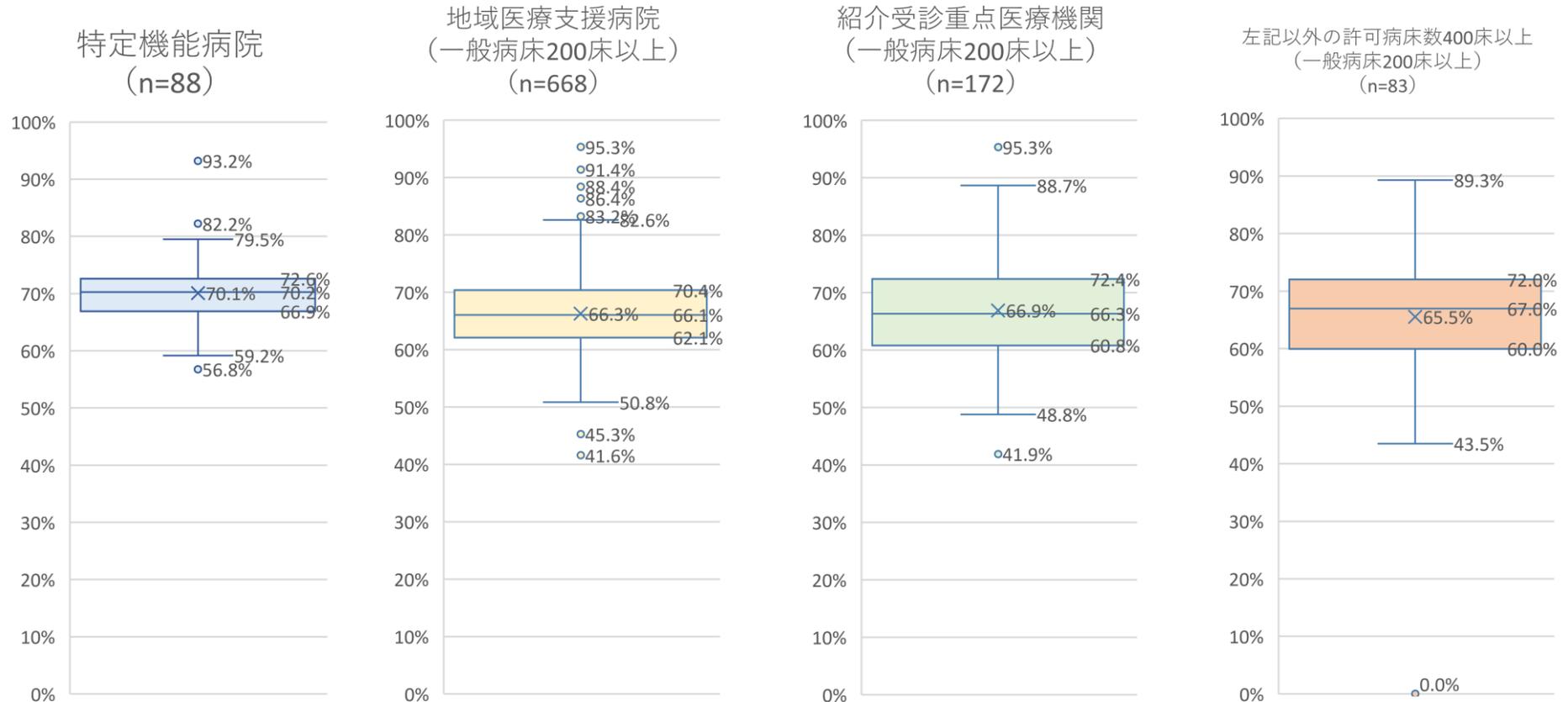
		(参考) 全受診患者に占める初診患者割合※					
		最大値	75%tile	中央値	平均値	25%tile	最小値
特定機能病院 (n=49)	令和5年10月	9.8%	6.8%	5.5%	5.9%	4.5%	2.6%
	令和6年10月	10.5%	7.0%	5.6%	6.0%	4.7%	2.8%
地域医療支援病院 (一般病床200床以上) (n=283)	令和5年10月	44.7%	12.1%	10.0%	10.9%	8.2%	3.3%
	令和6年10月	39.7%	12.0%	9.9%	10.7%	8.2%	3.5%
紹介重点医療機関 (一般病床200床以上) (n=54)	令和5年10月	33.9%	11.4%	10.0%	10.4%	7.6%	4.5%
	令和6年10月	32.5%	10.9%	9.6%	10.1%	7.2%	4.1%
上記以外の許可病床数400床 以上の病院 (一般病床200床以上) (n=18)	令和5年10月	46.6%	16.5%	10.7%	13.8%	6.4%	3.1%
	令和6年10月	39.1%	15.7%	10.1%	13.2%	6.6%	2.8%

※全受診患者に占める初診患者の割合=
初診の患者数/(初診の患者数+再診の患者数)

2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合

- 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上）における、2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない再診患者であった。

2年以内に同一医療機関における初診料の算定がない外来再診患者の割合



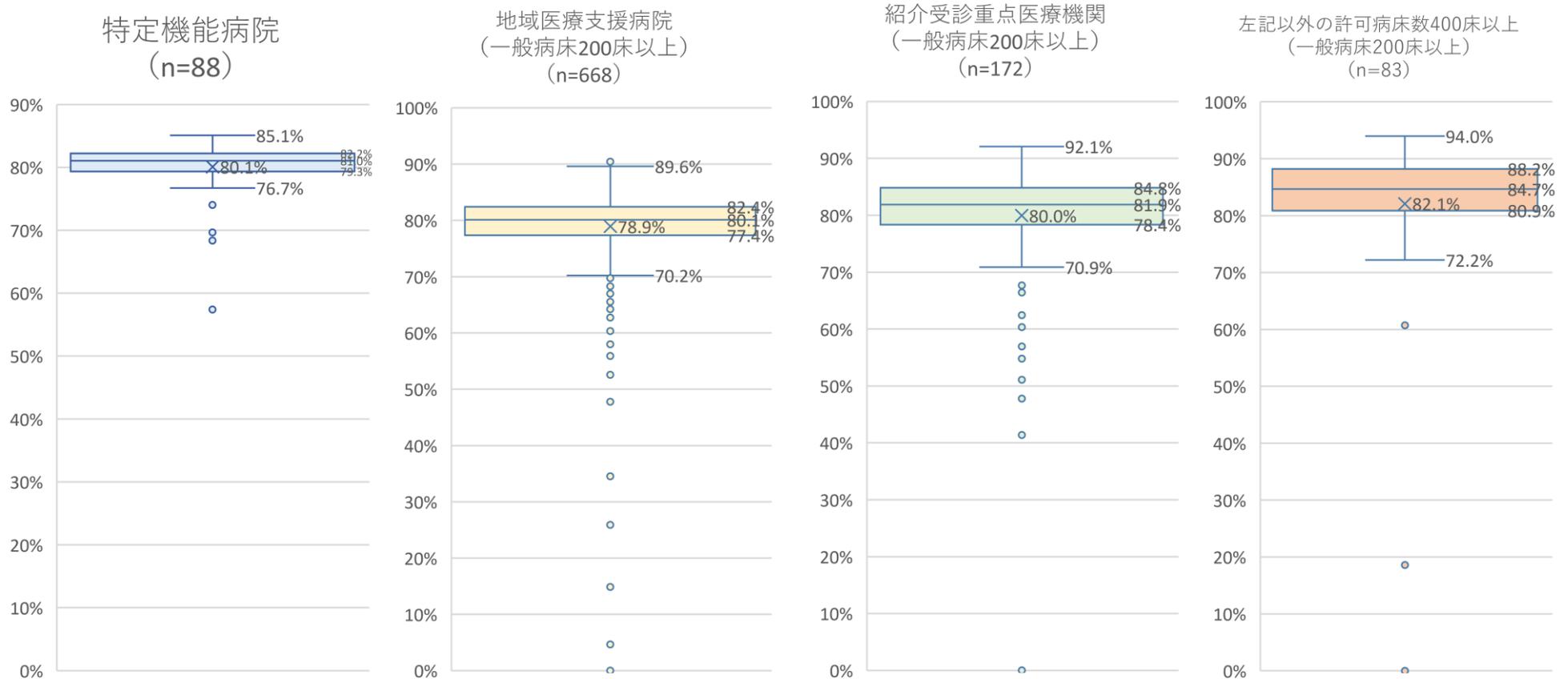
出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

※（令和4年3月以降に初診料の算定がない患者）／（令和6年3月に外来診療料を算定した実人数）×100 を医療機関ごとに算出

6か月以内に外来再診した患者の割合

- 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）及びそれ以外の許可病床数400床以上の病院（一般病床200床以上）において外来再診を行った患者のうち、直近6か月以内にも外来再診があった患者の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- いずれの区分の病院においても、平均して8割程度の患者が直近6か月以内に再診を受けていた。

6か月以内に同一医療機関において外来診療料を算定した外来再診患者の割合

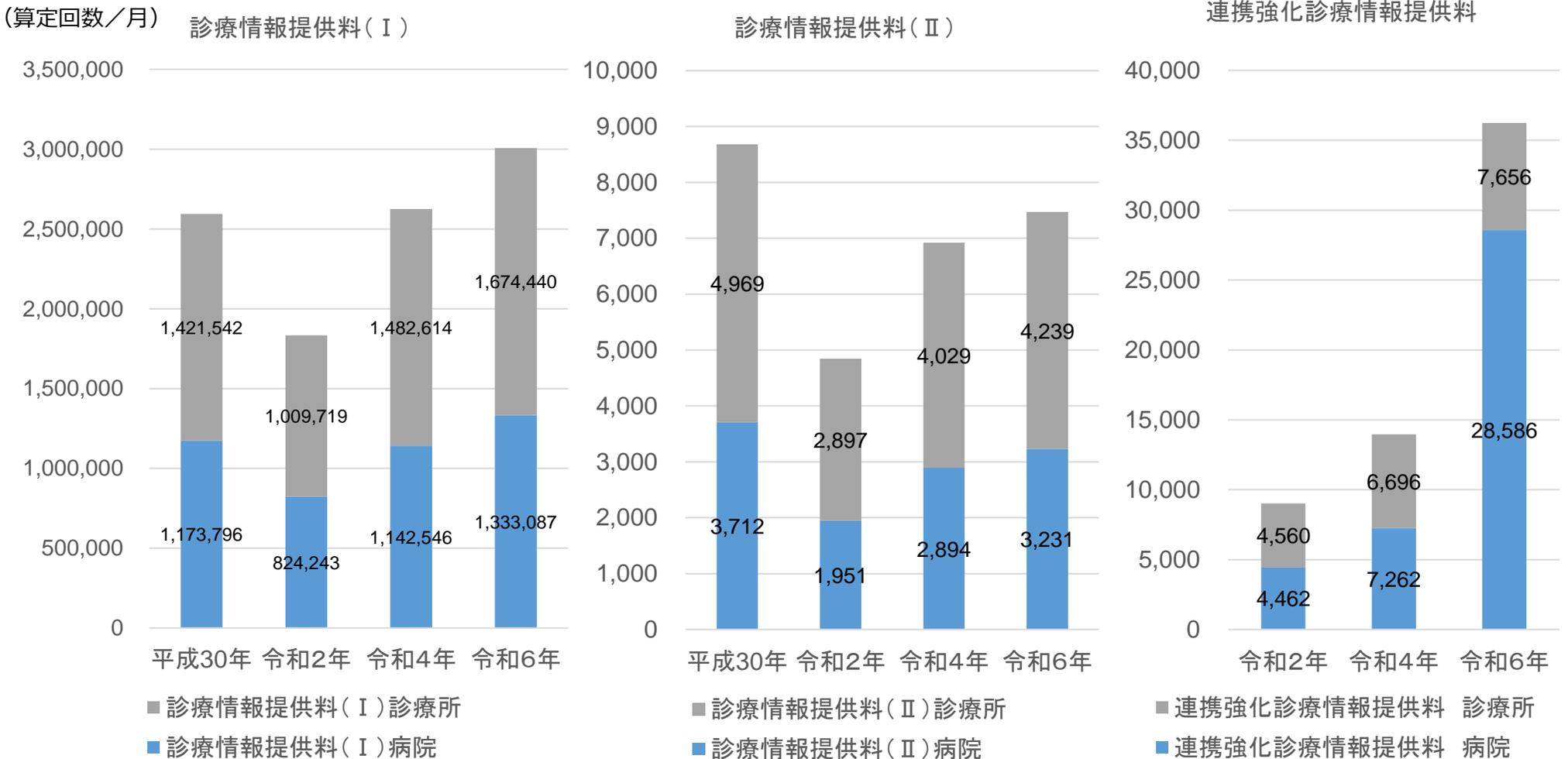


出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

※（令和5年10月から令和6年2月までに外来診療料の算定がある患者） / （令和6年3月に外来診療料を算定した実人数） × 100 を医療機関ごとに算出

診療情報提供料の算定回数

○ 診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。特に、「連携強化情報提供料」は、令和6年に算定回数が大きく増加した。



※令和2年は「診療情報提供料 (III)」

外来機能に応じた医療機関連携の具体例（1）

- 例えば、地域の診療所等に通院する患者について、専門的治療の必要性を認め、紹介受診重点医療機関等への紹介を行う場合、診療情報提供料（I）を算定する。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても専門的な医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。



（紹介先）
紹介受診重点医療機関等

専門的な医学管理を実施

専門的な治療管理にあたり紹介を行う

【診療情報提供料（I）】の算定

診療情報の提供を医療機関に求める

求めに応じて、指導内容や今後の治療方針について情報提供

【連携強化診療情報提供料】の算定が可能

※紹介元が「かかりつけ医機能に係る施設基準（※）」の届出医療機関等でない場合、紹介先が特定機能病院や地域医療支援病院であるのみでは算定不可



（紹介元）
地域の診療所等

他の医療機関での診療を踏まえた日常的な医学管理を実施

専門外来への定期的な受診
専門的な検査

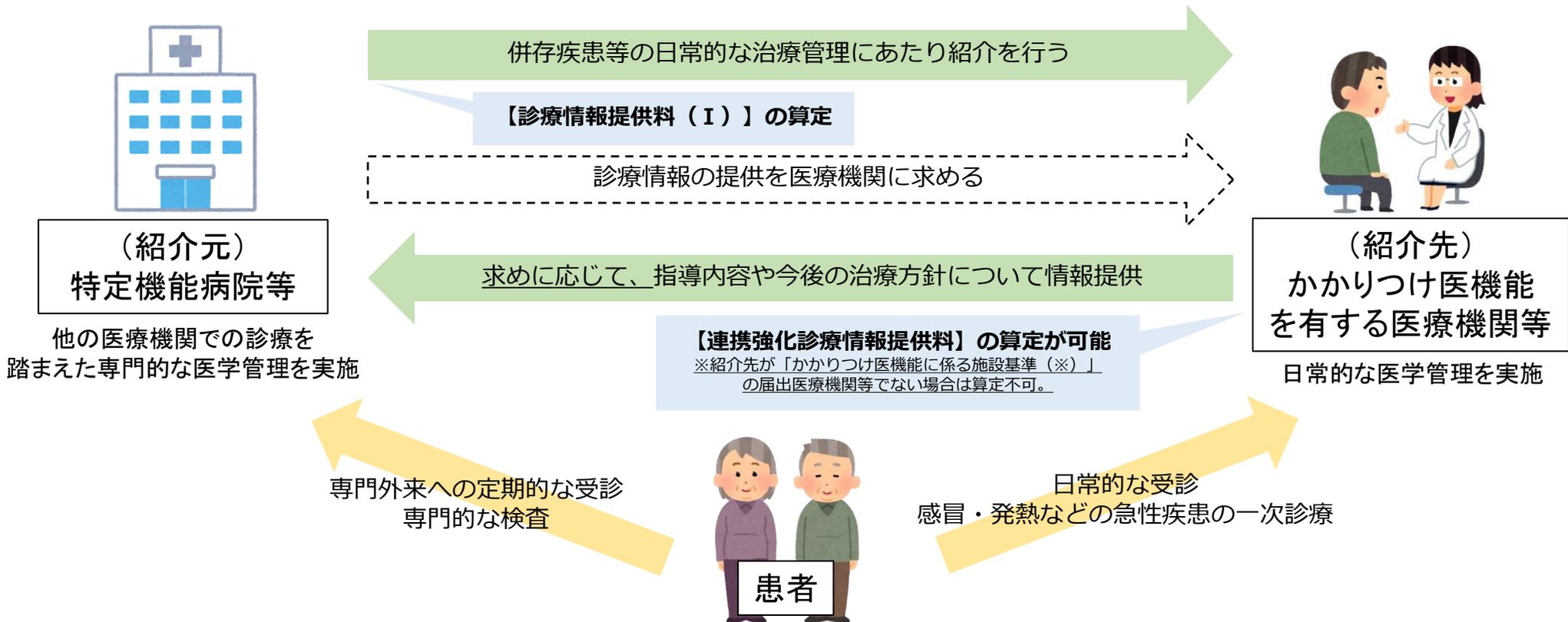


患者

日常的な受診
感冒・発熱などの急性疾患の一次診療

外来機能に応じた医療機関連携の具体例（2）

- 例えば、特定機能病院等に通院する患者について、かかりつけ医機能を有する医療機関等での診療の必要を認め、当該医療機関へ紹介を行う場合、診療情報提供料（I）を算定する。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても日常的な医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。



(※) かかりつけ医機能に係る施設基準は、「地域包括診療加算」「地域包括診療料」「小児かかりつけ診療料」「在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）」「施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）」のいずれかの基準を指す。

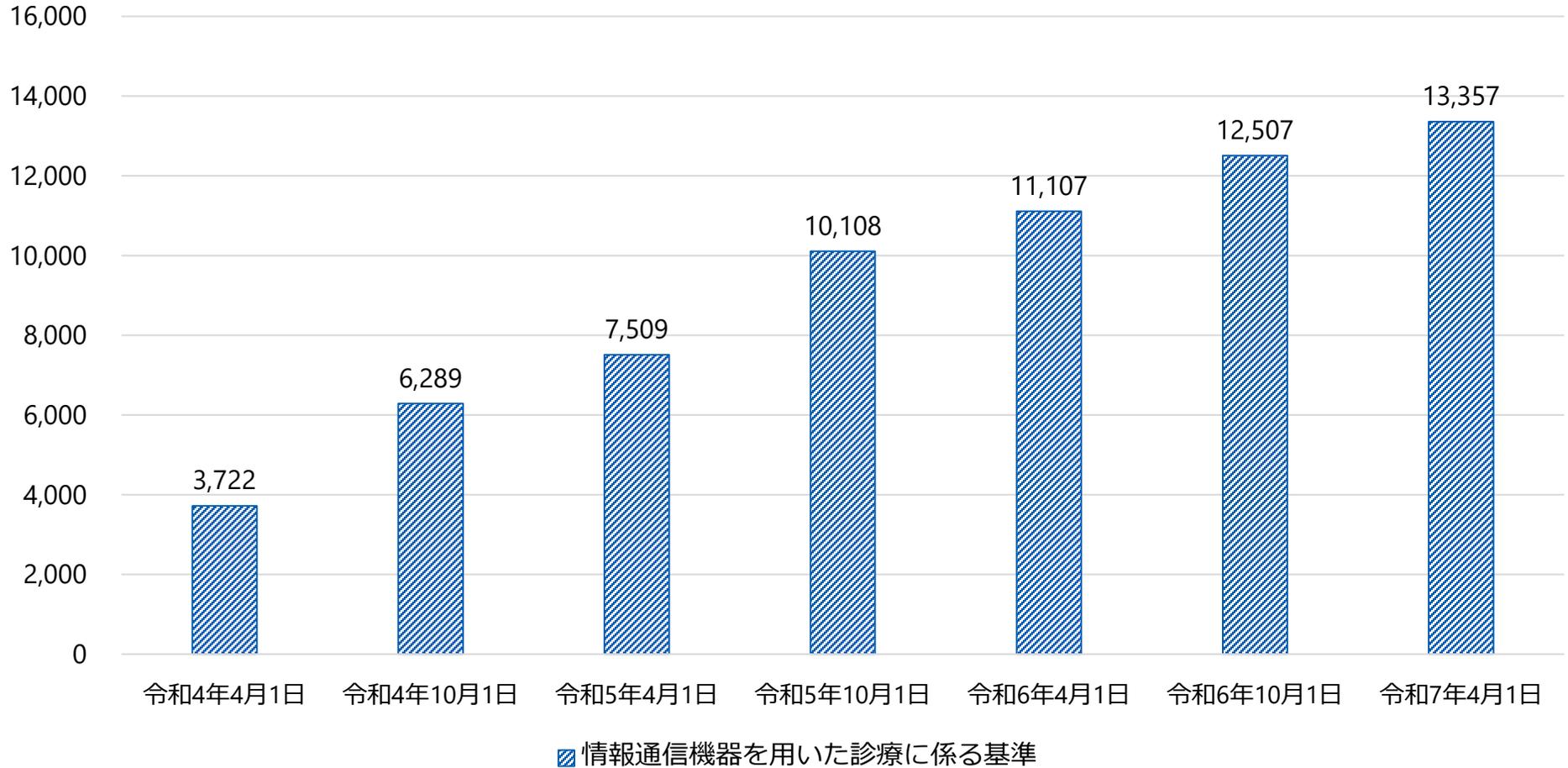
0. 調査概要
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項について

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

診調組 入-1
7. 6. 19

- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和7年4月1日時点において約13,400医療機関となっている。

(届出医療機関数)



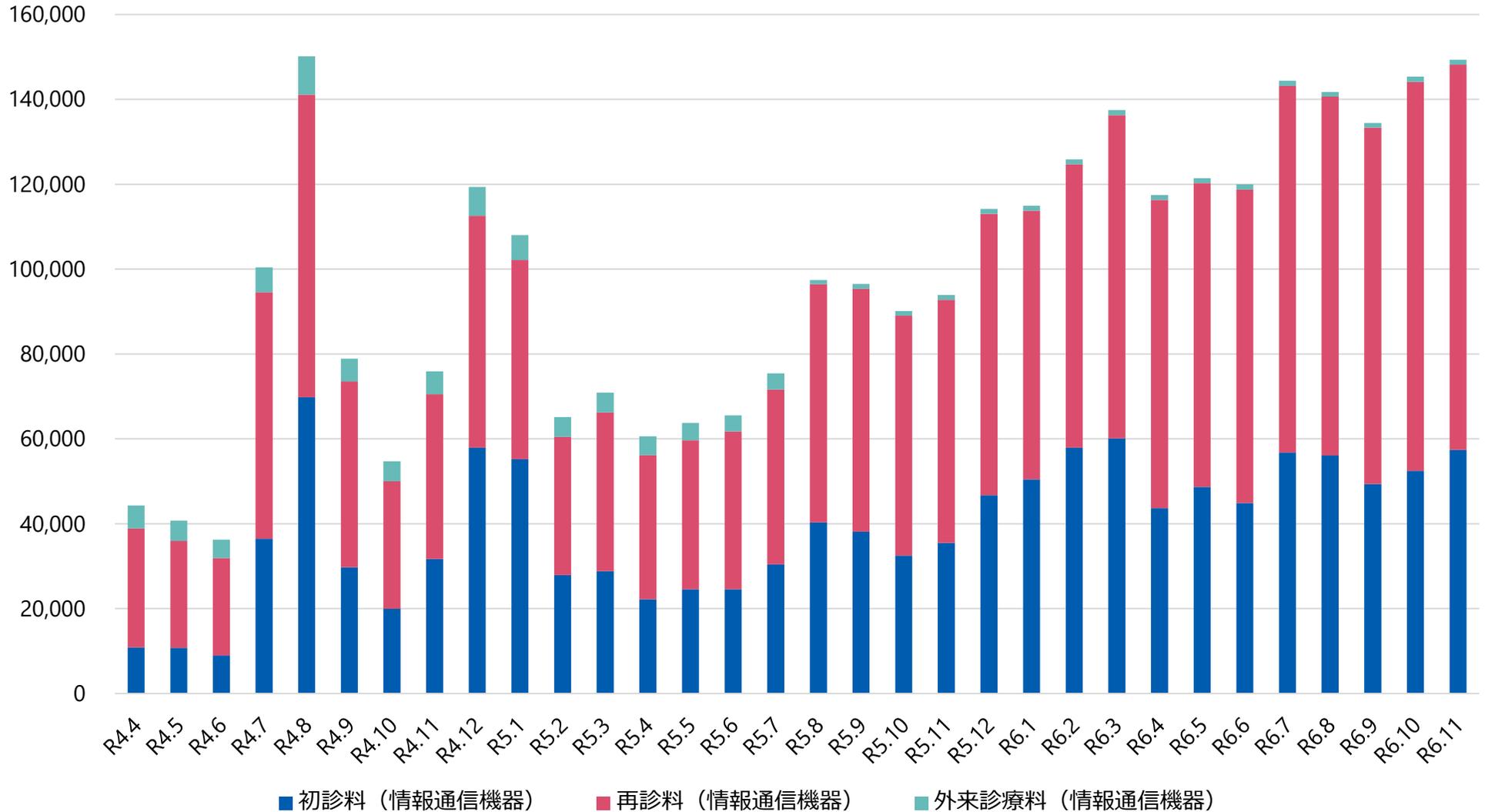
出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

※元となるデータベース及びデータ抽出タイミングにより他の公表データと一致しない場合がある

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

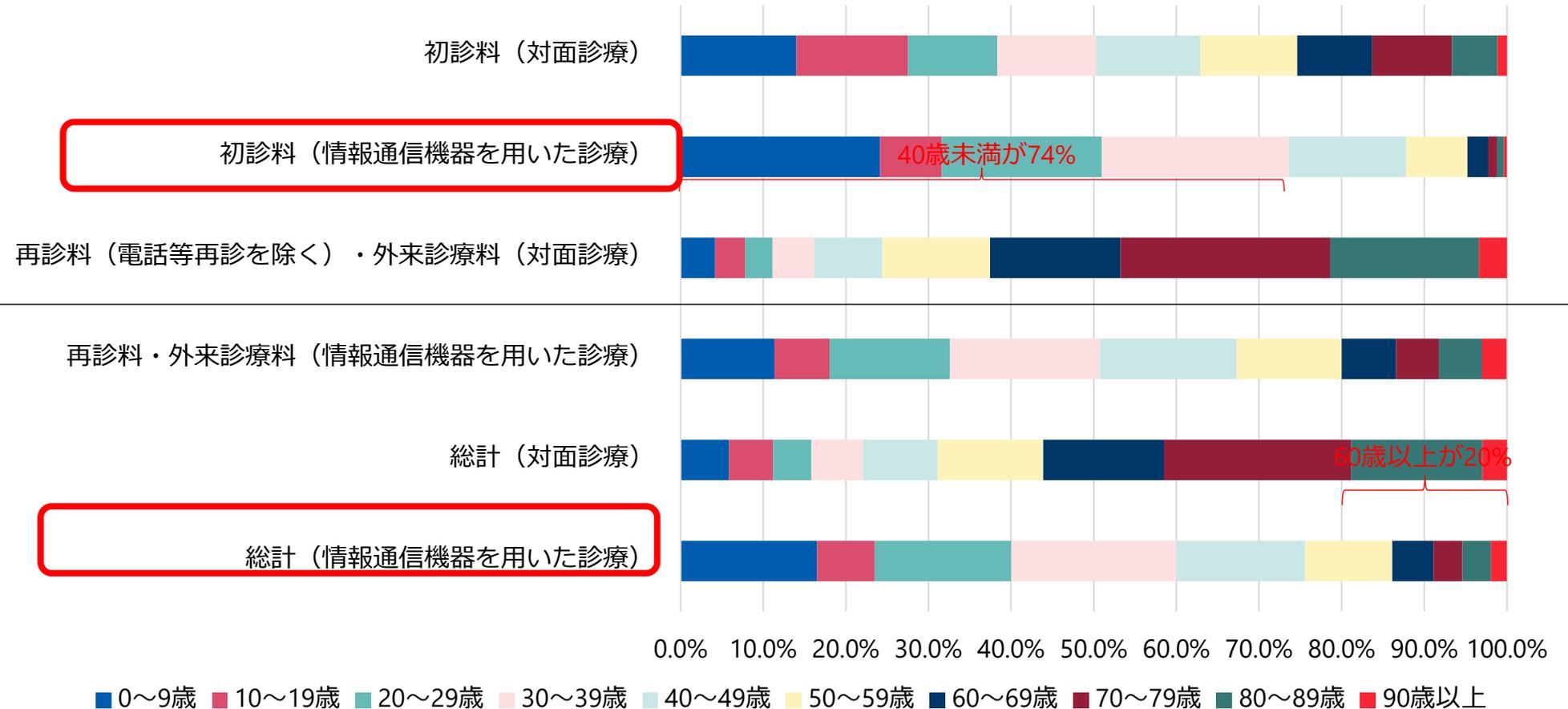
診調組 入-1
7. 6. 19

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数（年齢分布）

- 情報通信機器を用いた初診料の年齢構成について、対面診療では40歳未満の割合が50%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は74%となっている。
- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療の年齢構成について、対面診療では60歳以上の割合が63%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は20%となっている。

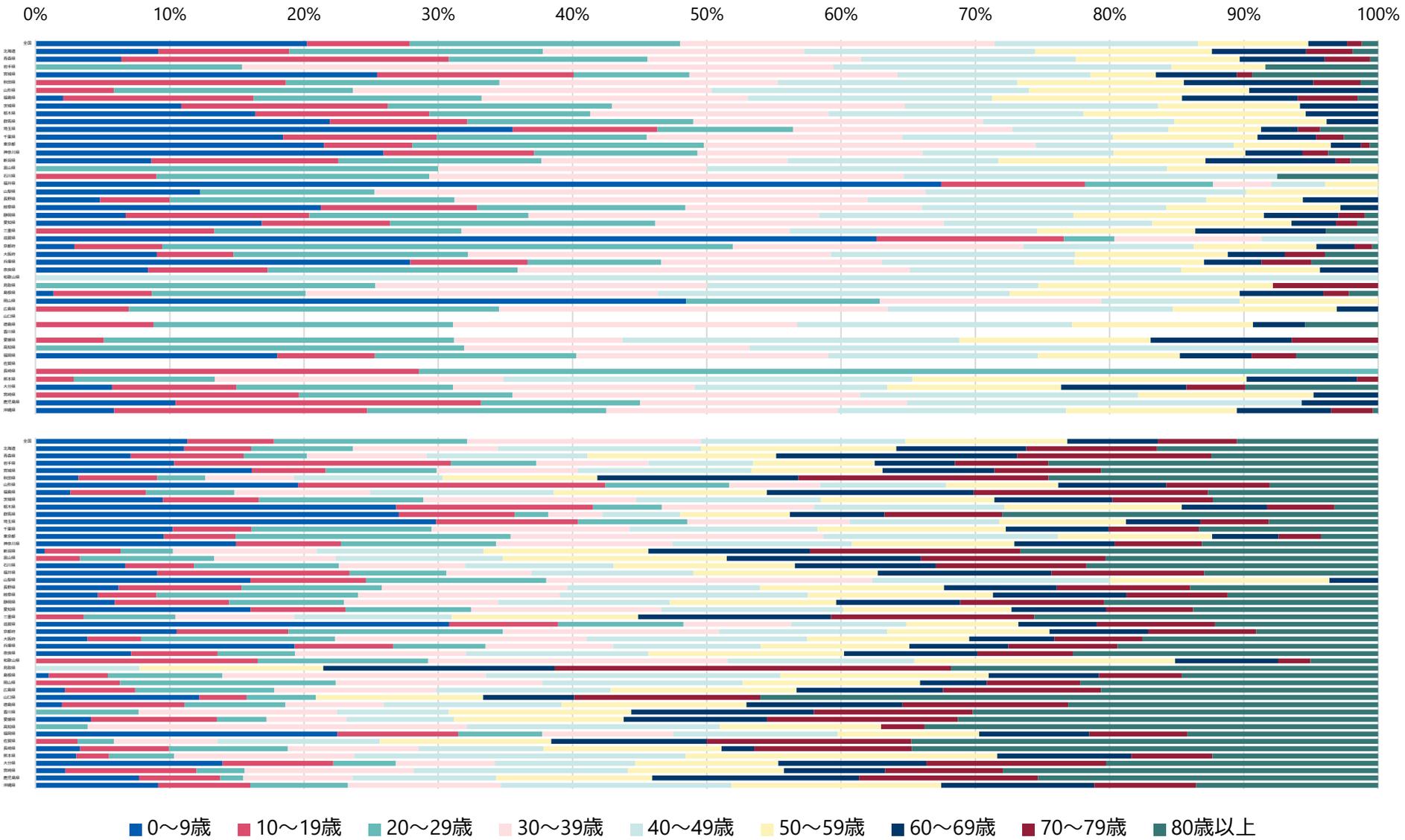


情報通信機器を用いた初診料等の算定回数の年齢分布（医療機関住所地）

○ 情報通信機器を用いた診療の年齢構成について、再診料・外来診療料では、年齢構成に地域差が見られる。

初診料

再診料・外来診療料



情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた初診における傷病名としては急性上気道炎が21.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	12,214	21.5%
2	COVID-19	5,090	9.0%
3	適応障害	3,133	5.5%
4	手足口病	2,138	3.8%
5	急性気管支炎	1,935	3.4%
6	急性胃腸炎	1,344	2.4%
7	急性咽頭炎	1,212	2.1%
8	気管支喘息	1,181	2.1%
9	尋常性ざ瘡	1,053	1.9%
10	感冒	988	1.7%
11	多汗症	942	1.7%
12	じんま疹	895	1.6%
13	湿疹	883	1.6%
14	アレルギー性鼻炎	865	1.5%
15	アトピー性皮膚炎	847	1.5%
16	不眠症	794	1.4%
17	口唇ヘルペス	596	1.0%
18	うつ病	526	0.9%
19	うつ状態	525	0.9%
20	膀胱炎	515	0.9%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数		100.0%
1	COVID-19	1,537,680	6.9%
2	急性気管支炎	807,739	3.6%
3	急性上気道炎	747,594	3.3%
4	アレルギー性鼻炎	610,533	2.7%
5	近視性乱視	586,053	2.6%
6	急性咽頭喉頭炎	491,660	2.2%
7	湿疹	452,709	2.0%
8	急性咽頭炎	356,724	1.6%
9	気管支喘息	349,538	1.6%
10	急性副鼻腔炎	339,804	1.5%
11	アトピー性皮膚炎	310,623	1.4%
12	耳垢栓塞	195,555	0.9%
13	咽頭炎	193,892	0.9%
14	アレルギー性結膜炎	181,197	0.8%
15	皮脂欠乏性湿疹	174,503	0.8%
16	変形性膝関節症	167,690	0.7%
17	じんま疹	167,040	0.7%
18	遠視性乱視	166,920	0.7%
19	尋常性ざ瘡	158,923	0.7%
20	結膜炎	157,712	0.7%

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診調組 入-1
7. 6. 19

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面による再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としては適応障害が9.1%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、精神疾患に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	8,003	9.1%
2	高血圧症	4,833	5.5%
3	気管支喘息	3,660	4.2%
4	うつ病	3,257	3.7%
5	アレルギー性鼻炎	3,252	3.7%
6	不眠症	2,855	3.3%
7	月経困難症	2,496	2.9%
8	うつ状態	1,803	2.1%
9	アトピー性皮膚炎	1,761	2.0%
10	急性上気道炎	1,752	2.0%
11	睡眠時無呼吸症候群	1,635	1.9%
12	慢性胃炎	1,629	1.9%
13	湿疹	1,397	1.6%
14	片頭痛	1,299	1.5%
15	COVID-19	1,209	1.4%
16	尋常性ざ瘡	1,171	1.3%
17	スギ花粉症	1,055	1.2%
18	不安神経症	1,008	1.2%
19	急性気管支炎	948	1.1%
20	パニック障害	898	1.0%

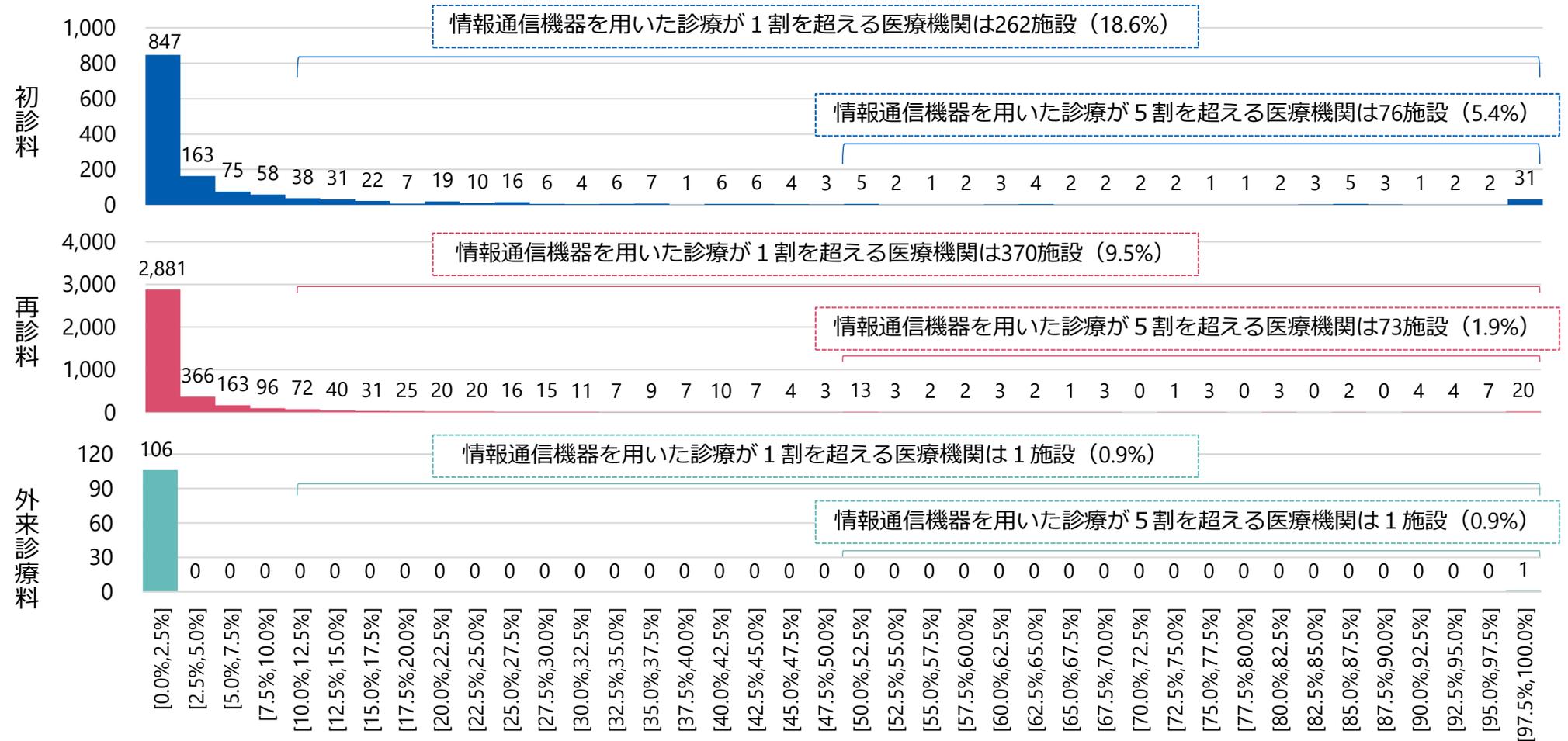
No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	高血圧症	9,545,663	9.2%
2	変形性膝関節症	2,689,408	2.6%
3	気管支喘息	2,207,287	2.1%
4	2型糖尿病	1,953,540	1.9%
5	高コレステロール血症	1,832,608	1.8%
6	慢性胃炎	1,762,346	1.7%
7	糖尿病	1,675,078	1.6%
8	アレルギー性鼻炎	1,551,541	1.5%
9	腰部脊柱管狭窄症	1,442,194	1.4%
10	慢性腎不全	1,402,271	1.4%
11	うつ病	1,196,874	1.2%
12	肩関節周囲炎	1,153,572	1.1%
13	高脂血症	1,153,564	1.1%
14	狭心症	1,076,890	1.0%
15	脂質異常症	1,029,275	1.0%
16	変形性腰椎症	1,021,543	1.0%
17	アトピー性皮膚炎	937,661	0.9%
18	骨粗鬆症	934,318	0.9%
19	近視性乱視	896,805	0.9%
20	慢性心不全	821,488	0.8%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

- 初・再診料等に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の医療機関分布は、以下のとおり。
- 初診料のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は262施設（18.6%）であり、5割を超える医療機関は76施設（5.4%）であった。

（医療機関数）



※ 情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料（以下「初診料等」とする。）を算定した1,405施設、3,876施設、107施設を対象に、初診料等全体に占める情報通信機器を用いた診療の割合を算出。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割)

○対面診療の割合が5割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の5割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。傷病名としては初診では急性上気道炎が24.3%、再診料・外来診療料では適応障害が22.2%と最多であった。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	10,497	24.3%
2	COVID-19	3,117	7.2%
3	適応障害	2,965	6.9%
4	手足口病	1,921	4.5%
5	急性胃腸炎	1,220	2.8%
6	急性気管支炎	1,066	2.5%
7	急性咽頭炎	990	2.3%
8	尋常性ざ瘡	967	2.2%
9	感冒	869	2.0%
10	じんま疹	770	1.8%
11	気管支喘息	748	1.7%
12	多汗症	739	1.7%
13	湿疹	701	1.6%
14	アトピー性皮膚炎	628	1.5%
15	不眠症	596	1.4%
16	口唇ヘルペス	532	1.2%
17	うつ状態	488	1.1%
18	膀胱炎	476	1.1%
19	うつ病	469	1.1%
20	アレルギー性鼻炎	423	1.0%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	7,496	22.2%
2	うつ病	2,083	6.2%
3	不眠症	1,952	5.8%
4	うつ状態	1,533	4.5%
5	急性上気道炎	1,197	3.6%
6	高血圧症	1,119	3.3%
7	尋常性ざ瘡	1,011	3.0%
8	湿疹	913	2.7%
9	アトピー性皮膚炎	815	2.4%
10	アレルギー性鼻炎	772	2.3%
11	気管支喘息	744	2.2%
12	パニック障害	705	2.1%
13	不安神経症	690	2.0%
14	片頭痛	604	1.8%
15	多汗症	568	1.7%
16	皮脂欠乏症	468	1.4%
17	じんま疹	467	1.4%
18	スギ花粉症	441	1.3%
19	不安障害	420	1.2%
20	注意欠陥多動障害	380	1.1%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

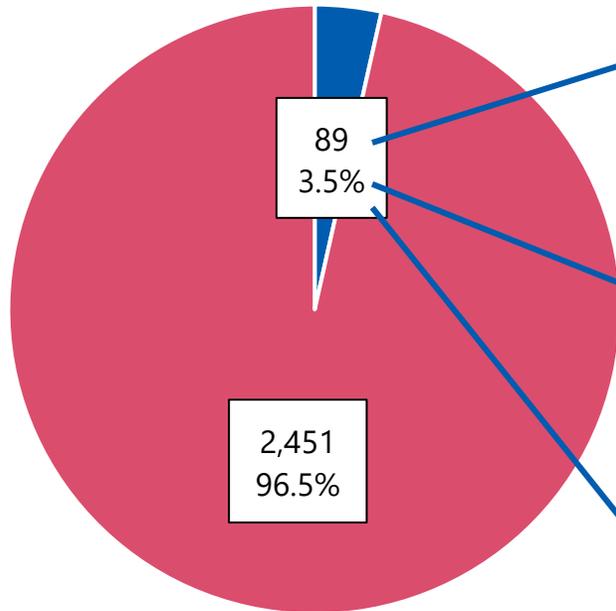
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

オンライン診療の受診状況（患者調査）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

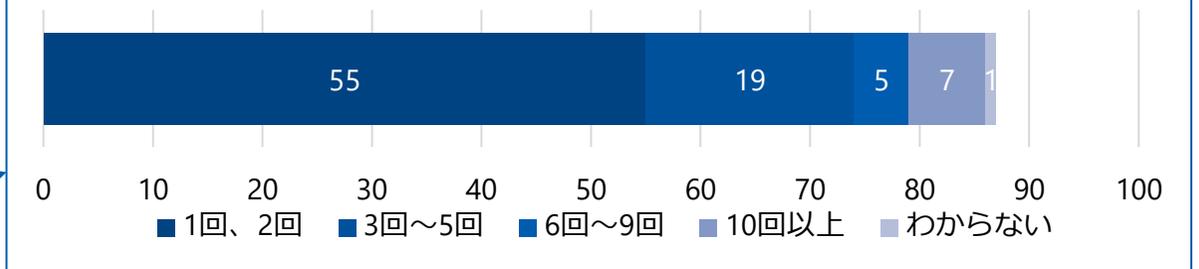
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,540)

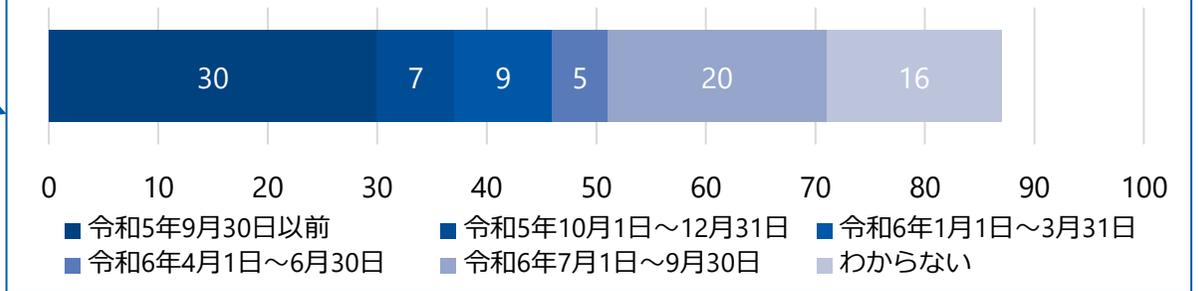


- 1_受けたことがある(n=89)
- 2_受けたことがない(n=2451)

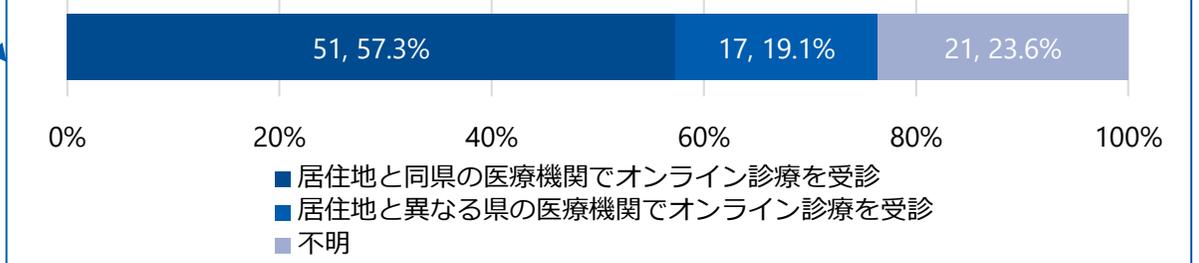
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



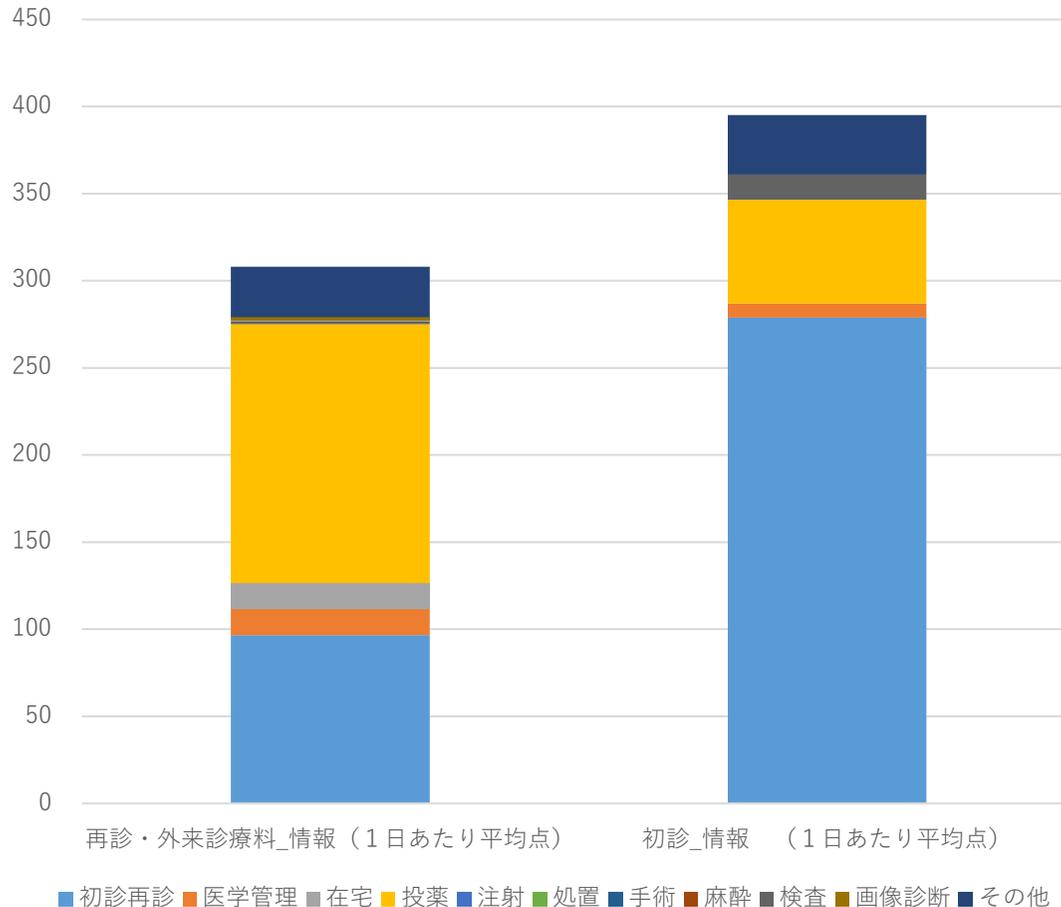
居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)



不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
- 情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。

「不眠症」を主傷病とする患者に対し、「情報通信機器を用いた初診料」あるいは「情報通信機器を用いた再診料・外来診療料」を算定した日における、各診療区分毎の診療費の平均値(令和4年12月診療分)



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数(処方料のみ、令和4年10~12月診療分)

再診・外来診療料

成分名	算定回数
ブロチゾラム	68
ゾピクロン	30
ゾルピデム酒石酸塩	602
アルプラゾラム	120
トリアゾラム	37
フルニトラゼパム	86
エチゾラム	80

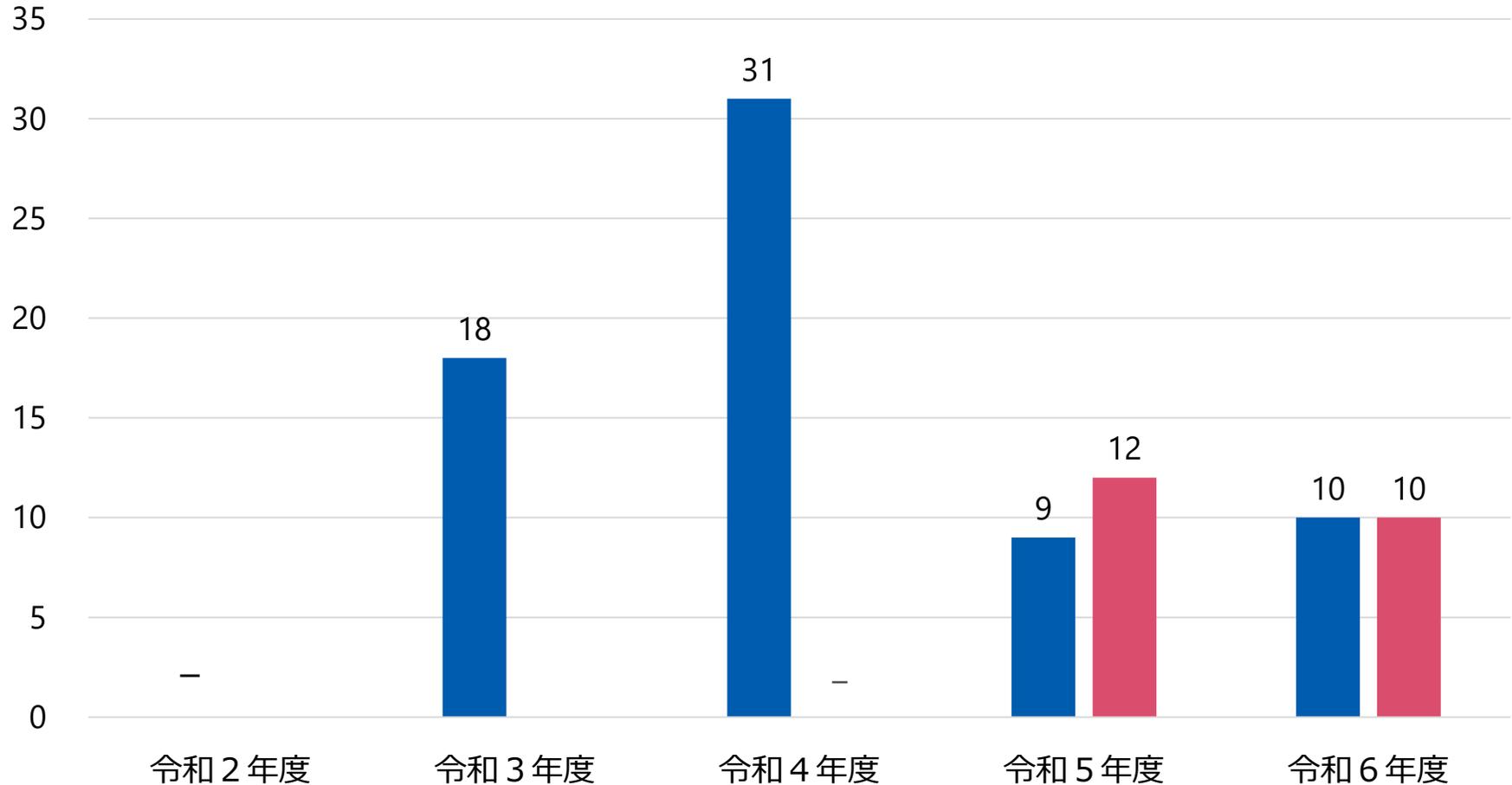
初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

遠隔連携診療料の算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

○ 遠隔連携診療料の算定回数は以下のとおり。



■ 遠隔連携診療料（診断を目的）

■ 遠隔連携診療料（その他）

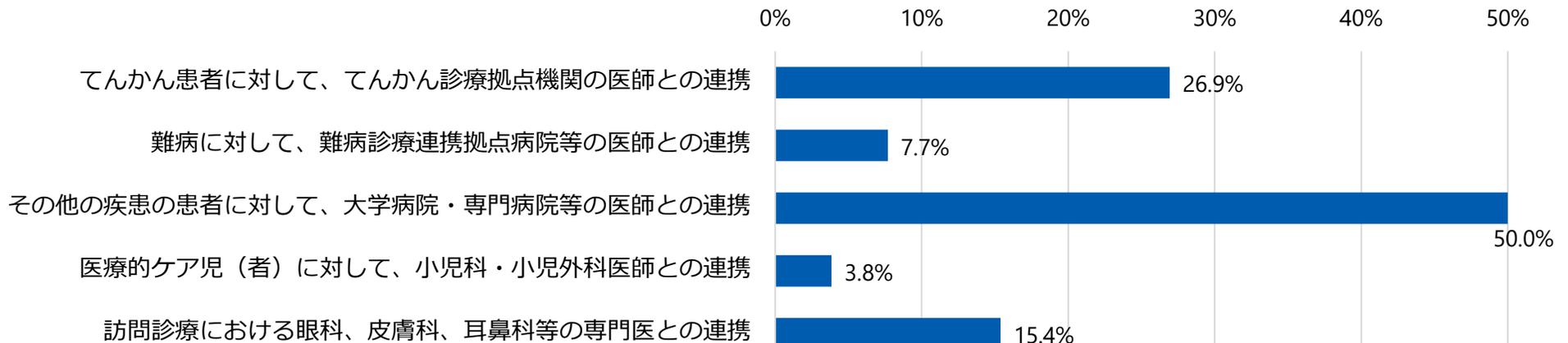
(※) 令和6年度は4月～11月まで

- 過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%であった。
- 遠隔連携診療料を算定できる状況（てんかん患者、難病患者）以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。

過去1年間において、患者が自院に来院したとき又は訪問診療を実施したときに、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績（n=3,546）



連携を行った状況（n=26、複数回答）



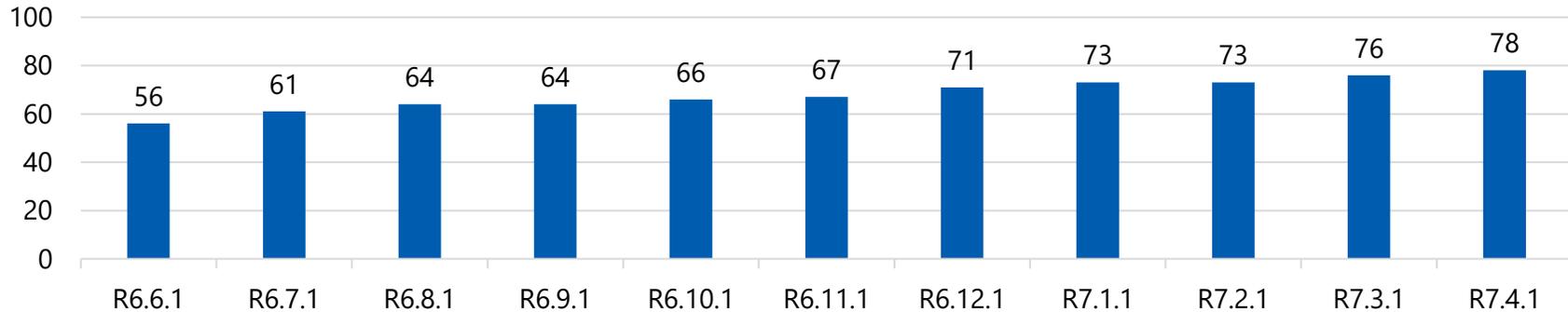
その他の疾患：循環器疾患・呼吸器疾患の術後患者、先天性心疾患、皮膚疾患等

看護師等遠隔診療補助加算

- 看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数、算定回数、研修受講者数は以下のとおり。
- 届出医療機関数は増加傾向、要件となっている研修も約4,000名が受講している。

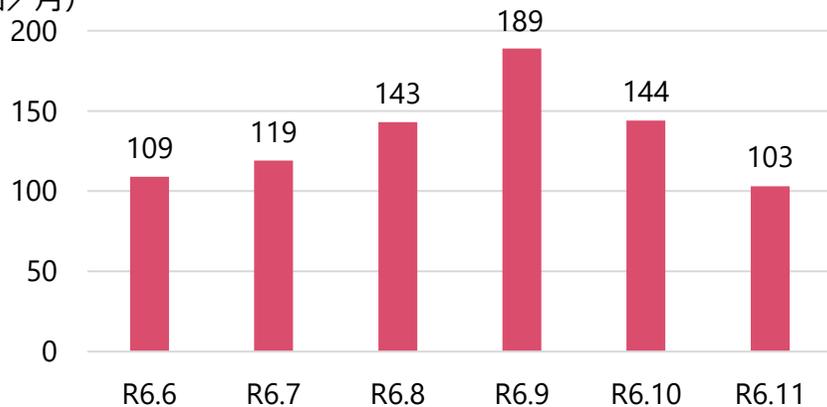
(届出医療機関数)

看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数

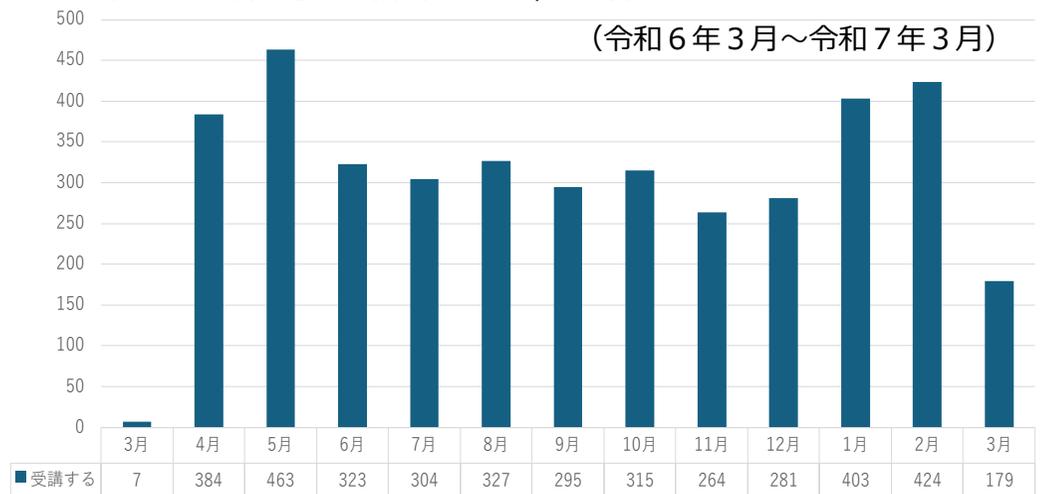


看護師等遠隔診療補助加算の月別算定回数

(回/月)



へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修月別受講者数 3,969名 (2025年3月17日時点)



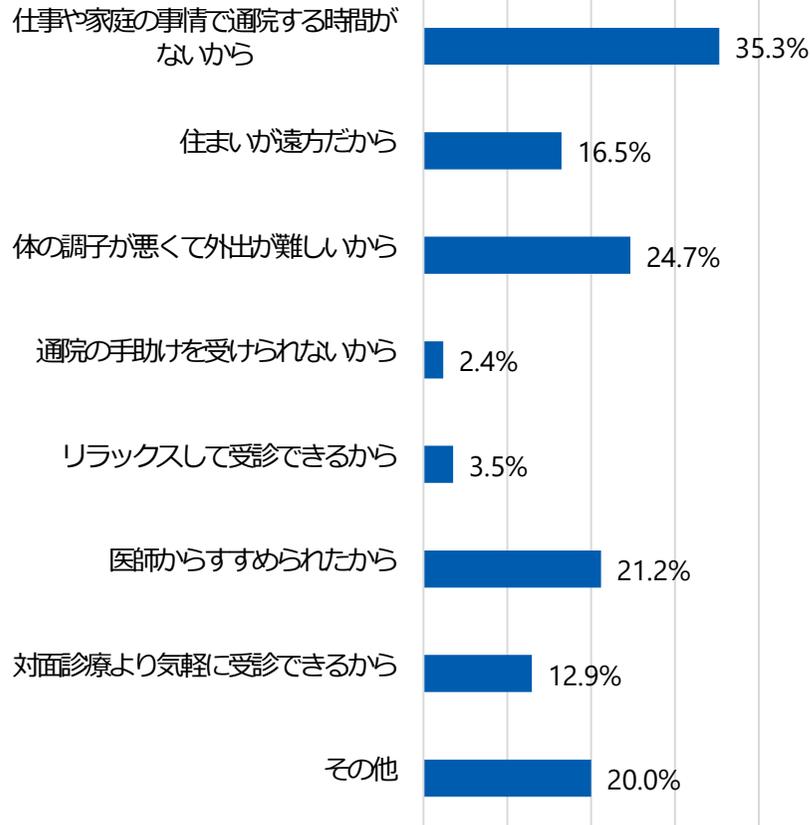
オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査）

診調組 入-1
7.5.22

- オンライン診療を受けた理由について、「通院する時間がない」「体の調子が悪く外出が難しい」が多かった。
- オンライン診療を受けた感想としては、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が45.3%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が29.1%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は77.9%であった。

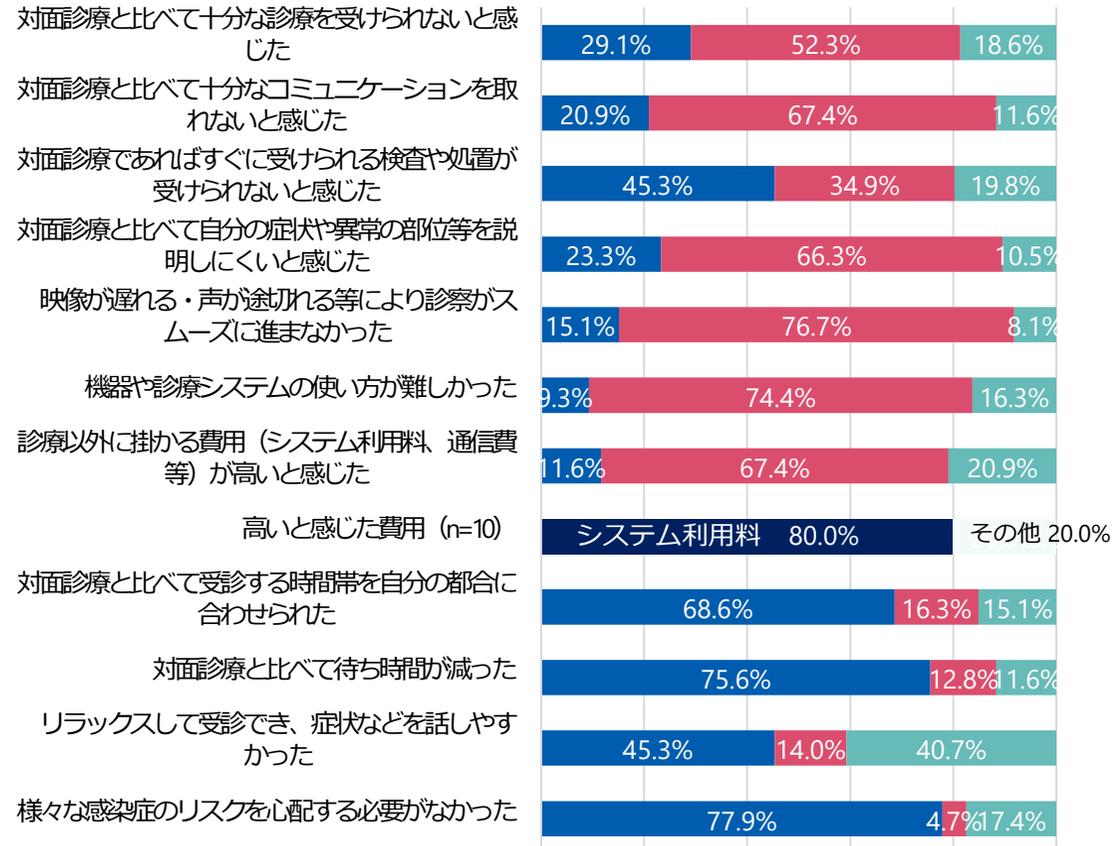
直近のオンライン診療を受けた理由（n=85）

0% 10% 20% 30% 40% 50%



オンライン診療を受けた際に感じたこと（n=86）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



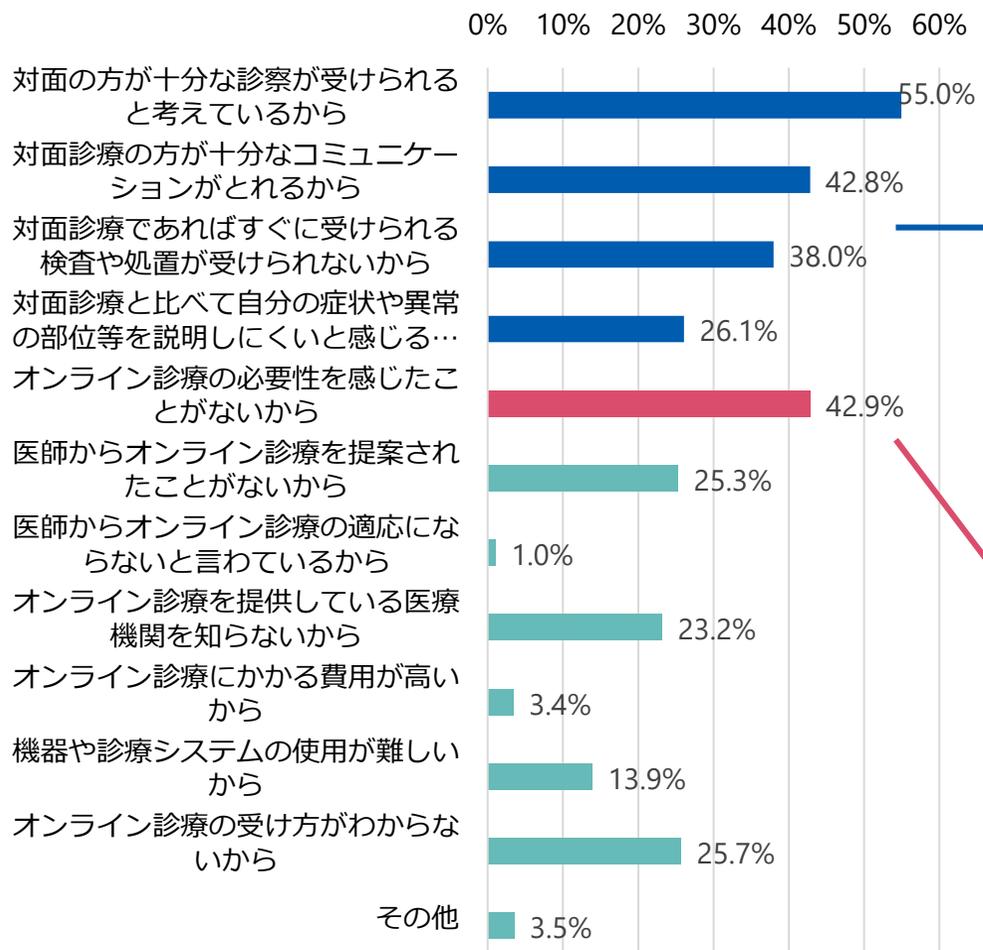
■ 1_そう思う ■ 2_そう思わない ■ 3_どちらでもない

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（患者調査）

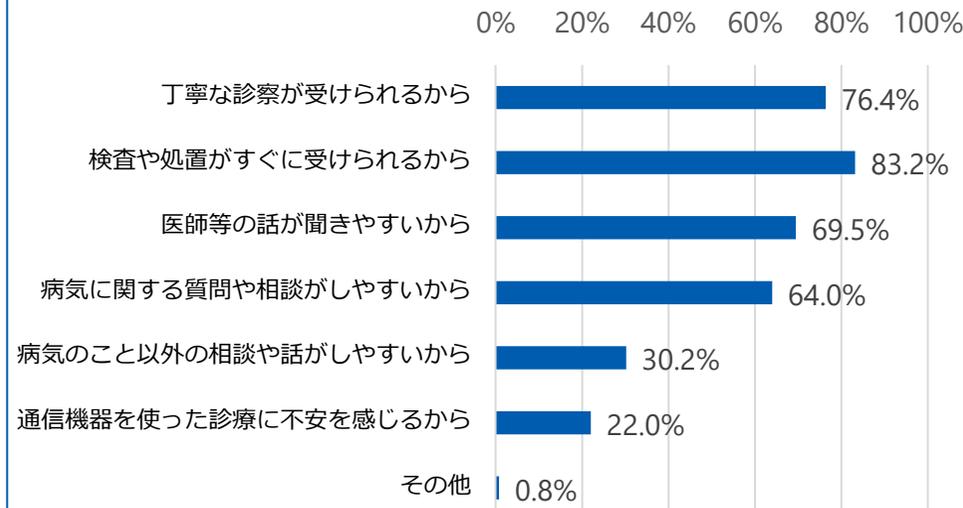
診調組 入-1
7.5.22

- オンライン診療を受診したことがない患者における、受診したことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が55.0%で最多であった。
- オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が83.2%で最多であった。

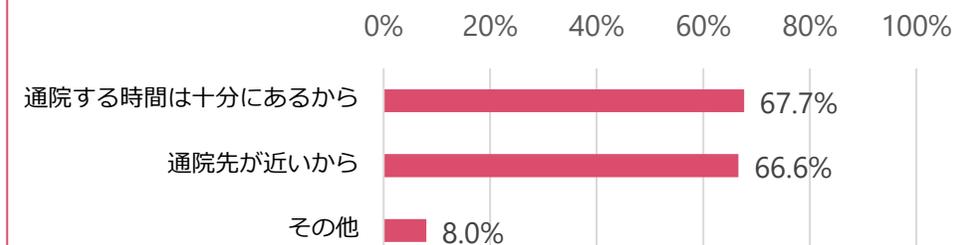
オンライン診療を受けたことがない理由
(n=2,342)



オンライン診療より対面診療を希望する理由 (n=1,474)



オンライン診療の必要性を感じたことがない理由
(n=949)



II 実施事項

1. 地方創生

(3) 健康・医療・介護

No.1 地域におけるオンライン診療の更なる普及及び円滑化

C 厚生労働省は、オンライン診療に係る診療報酬上の評価について、以下の指摘があることを踏まえ、明確化や見直しの可否を検討し、必要に応じて所要の措置を講ずる。

- ・ 現行のオンライン診療指針上、D to P with N において医師の指示による点滴、注射、血液検査、尿検査等の診療の補助行為を看護師等が行うことは可能とされているが、当該補助行為に係る診療報酬の算定方法に不明確な部分がある。
- ・ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、関連学会の指針においてオンライン診療での疾病管理の有効性・安全性を担保するために、診断、症状の改善及びC P A P（持続的気道陽圧）の使用状況の確認ができるまでは対面診療を実施することとされていることを踏まえ、オンライン診療を行う場合であっても、対面診療を併せて実施することを前提とした算定要件となっており、外来栄養食事指導料については対面とオンラインを組み合わせた指導計画策定が算定要件とされている。一方でこれらの算定要件は、オンライン診療の特性を十分に活かした活用が進まない一因となっている。

へき地医療におけるオンライン診療の活用状況

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は83施設、へき地診療所は134施設。
- へき地拠点病院において、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関は7施設であり、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- へき地診療所におけるオンライン診療について、受診者が患家にいる場合よりも診療所にいる場合の方が多い。

	施設数（※1）	情報通信機器を用いた診療の届出数（※2）	
へき地医療拠点病院	358施設	83施設	※1 令和6年4月1日時点
へき地診療所	1,120施設（※3）	134施設	※2 令和7年4月1日時点、 ※3 全体の施設数には歯科診療所を含む

○ へき地拠点病院

巡回診療を実施した医療機関のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数	7 / 98 (7.1%)
代診医派遣を実施した医療機関のうち、オンライン診療による代診医派遣を実施した医療機関数	0 / 100 (0%)
ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	31 / 358 (8.7%)

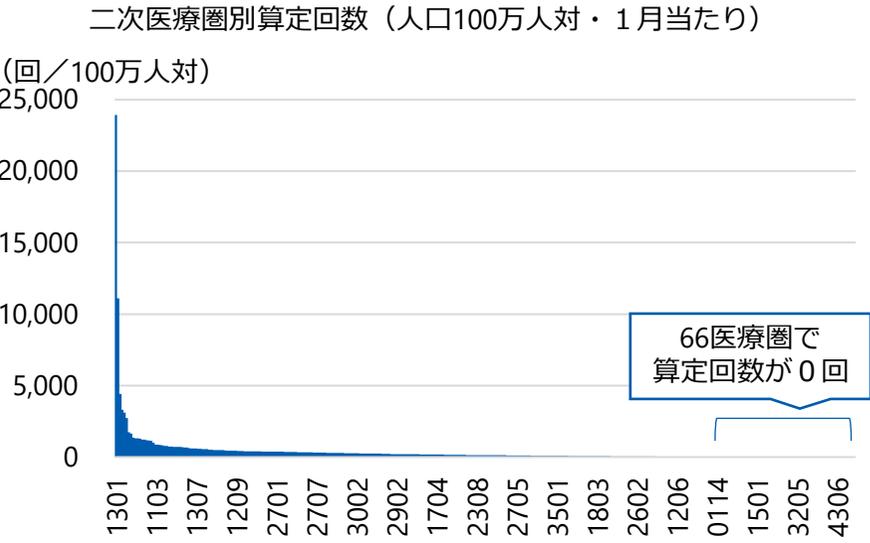
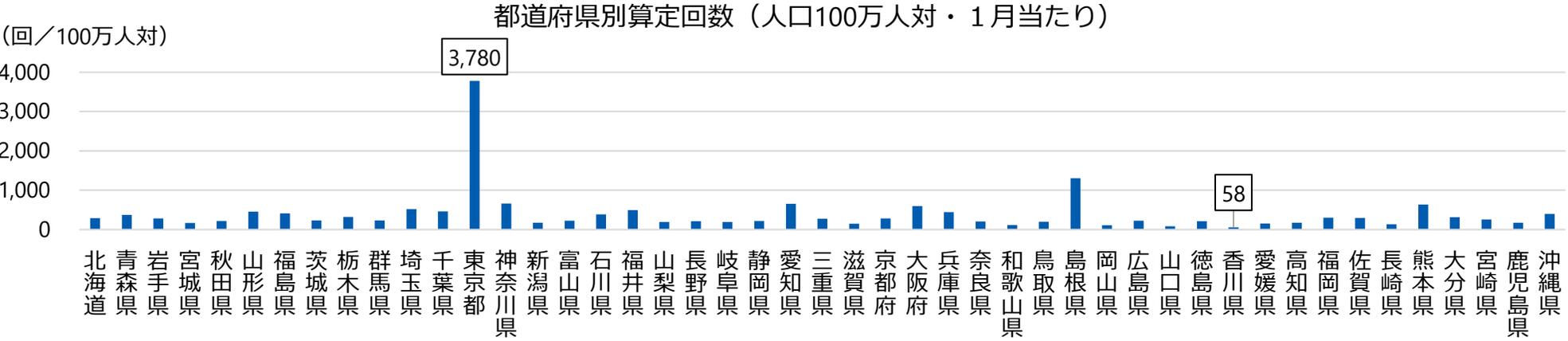
	延べ実施回数	延べ受診患者数
北部上北広域事務組合公立野辺地病院（青森県）	8 / 22 (36.4%)	37 / 91 (40.7%)
村上総合病院（新潟県）	153 / 155 (98.7%)	513 / 1,382 (37.1%)
長野県立木曽病院（長野県）	4 / 12 (33.3%)	4 / 12 (33.3%)
独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター（山口県）	12 / 24 (50.0%)	31 / 175 (17.7%)
山口県立総合医療センター（山口県）	4 / 98 (4.1%)	19 / 472 (4.0%)
小国公立病院（熊本県）	23 / 23 (100%)	12 / 12 (100%)
県立大島病院（鹿児島県）	10 / 51 (19.6%)	201 / 1,110 (18.1%)

○ へき地診療所

ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	75 / 1,120 (6.7%)
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が患家にいるケースの件数	462件
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が診療所にいるケースの件数	3,604件

都道府県・二次医療圏別の情報通信機器を用いた診療の算定回数（医療機関）

- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和5年4月～令和6年3月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で3,780回、最も少ない香川県で58回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約29,000回で最も多く、人口当たりの算定回数が上位5医療圏で総算定回数の5割を占めている。また、66医療圏で算定回数が0回であった。



人口100万人対・1月当たりの算定回数上位5医療圏

医療圏	算定回数（人口100万人対・1月当たり）	算定回数	総算定回数に占める割合（累積）
1301 区中央部	23,915	284,715	24.7%
1304 区西部	11,104	173,265	39.8%
3203 出雲	4,411	9,002	40.6%
1306 区東北部	3,309	54,592	45.3%
1303 区西南部	3,121	55,409	50.1%

出典：令和5年度NDBオープンデータ初再診料（都道府県別算定回数、二次医療圏別算定回数）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

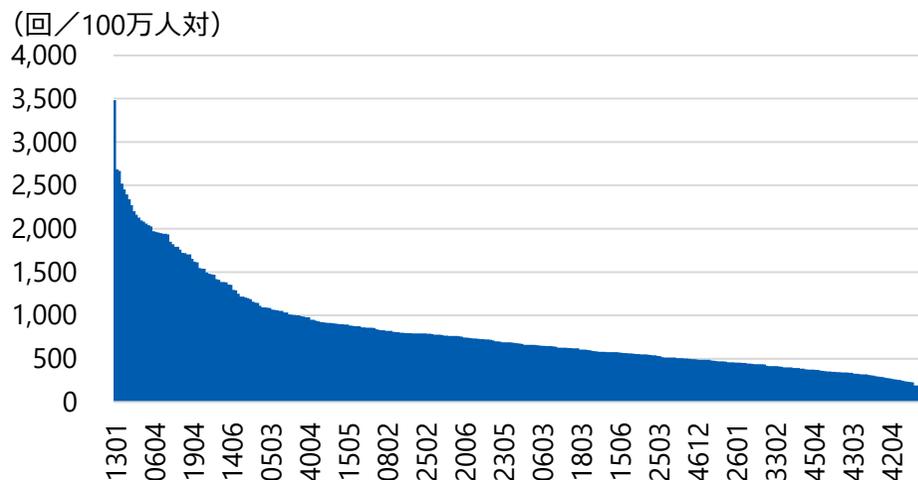
都道府県・二次医療圏別の情報通信機器を用いた診療の算定回数（患者住

- 患者住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和6年9～11月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で2,190回、最も少ない徳島県で353回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約3,500回で最も多く、有田（和歌山県）が190回で最も少なかった。また、算定回数が0回の医療圏は無かった。

都道府県別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



二次医療圏別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



人口100万人対・1月当たりの算定回数上位5医療圏

		算定回数 (人口100万人対・1月当たり)	
1301	区中央部	3,481	10,361
2201	賀茂	2,685	434
1303	区西南部	2,665	11,828
0121	根室	2,519	503
1313	島しよ	2,455	169

出典：NDBデータ（令和6年9～11月診療分）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

0. 調査概要
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項について

短期滞在手術等基本料の概要

- 短期滞在手術等基本料は、医療の質の向上と効率化を図る観点で、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価している。

（共通の要件）

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

	短期滞在手術等基本料 1 日帰りの場合	短期滞在手術等基本料 3 4泊5日までの場合
届出	届出が必要	届出は不要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること ・当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること、又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること 	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料(I) ・麻酔管理料(II) 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断
点数設計	<ul style="list-style-type: none"> ・主として入院で実施されている手術か否か、麻酔を伴う手術か否かにより、2×2通り 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術毎に設定

短期滞在手術等の算定方法

- 医療機関の短期滞在手術等※1の算定方法は、以下のとおり。
- 入院で短期滞在手術等を実施した場合は、医療機関の類型等により、算定方法が複数に分かれる。

【医療機関の類型等毎の、入院での短期滞在手術等基本料3の対象手術に係る診療報酬の算定方法】

	4泊5日まで	5泊以上
DPC対象病院（DPC算定病床）	DPC算定※2	DPC算定※3
DPC対象病院（DPC算定病床以外）	出来高算定※2	出来高算定
DPC対象病院以外の病院	短期滞在手術等基本料3※4	出来高算定
有床診療所	出来高算定※2	出来高算定

【医療機関の類型等毎の、入院外での短期滞在手術等基本料1の対象手術に係る診療報酬の算定方法】

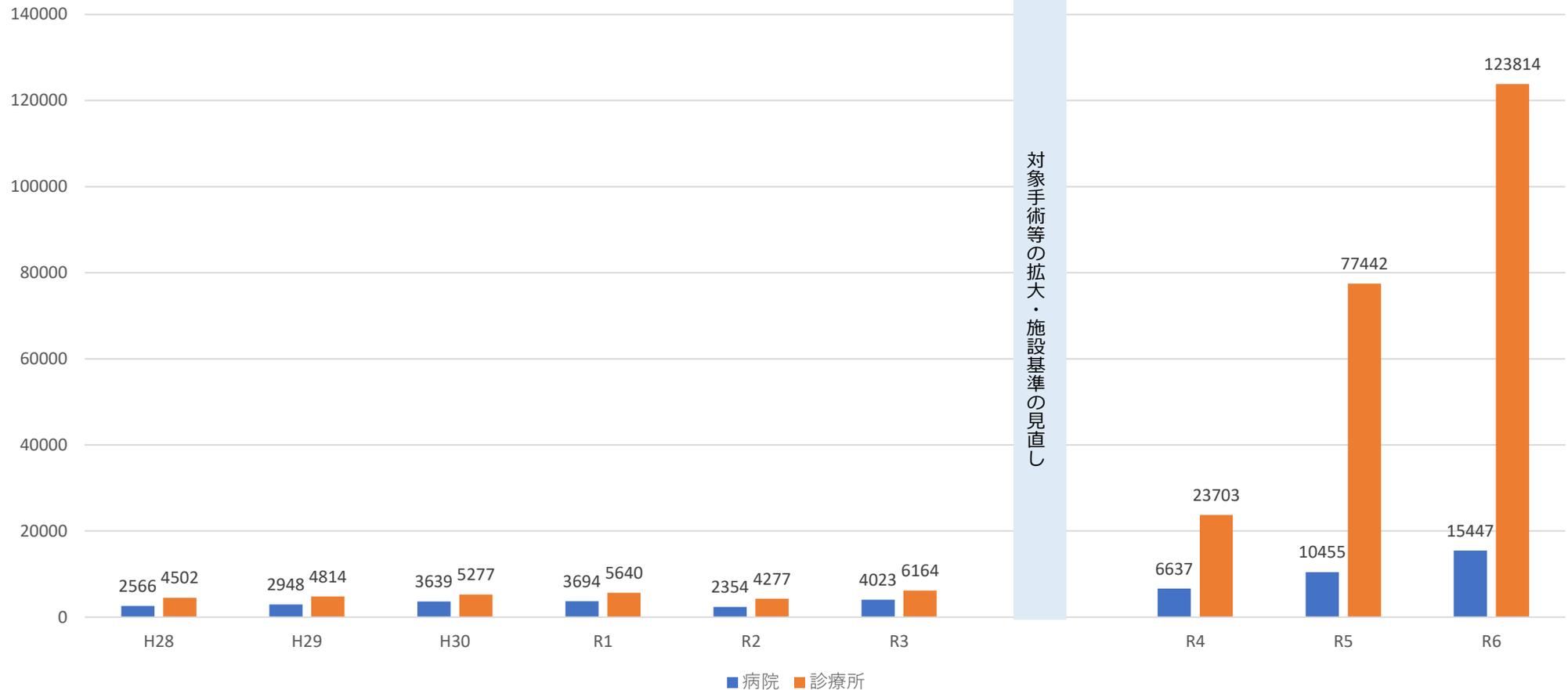
	短期対手術等基本料1の届出なし	短期対手術等基本料1の届出あり
病院	出来高算定	一部の検査等※5を除き出来高算定
診療所	出来高算定	一部の検査等を除き出来高算定

- ※1 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を指す。
- ※2 DPC対象病院及び診療所においては、短期滞在手術等基本料3を算定することはできない。
- ※3 特に規定する場合を除く。
- ※4 DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に対象手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。
- ※5 短期滞在手術等基本料1により包括的に評価される検査等を指す。

短期滞在手術等基本料 1 の算定回数の年次推移

診調組 入-1 参考
7 . 7 . 3

- 短期滞在手術等基本料 1 の病院及び診療所における算定回数の推移は以下のとおり。
- 令和 4 年度診療報酬改定以降、特に診療所における算定回数が顕著に増加している。

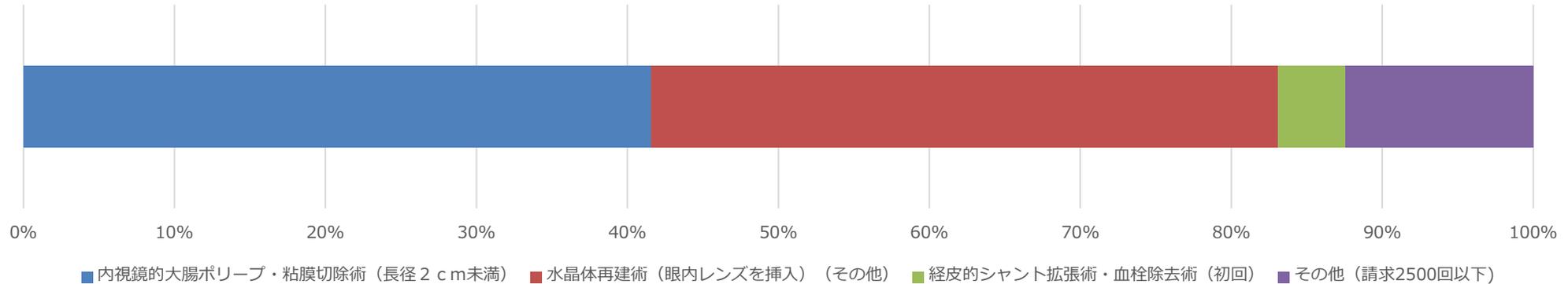


出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）
※令和 6 年度より、集計月が 6 月から 8 月に変更されている。

短期滞在手術等基本料 1 を算定する手術の内訳

診調組 入-1参考(改)
7 . 7 . 3

- 短期滞在手術等基本料 1 を算定する手術の内訳は以下のとおり。
- これらの手術の入院外での実施率は下表のとおり。



手術名称	外来実施率※ 1
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm未満）	76.7%
水晶体再建術（眼内レンズを挿入）（その他）※ 2	62.5%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	76.4%

出典：算定回数の内訳につき令和6年10月NDB。入院外での実施率につき、令和5年度社会医療診療行為別統計。

※ 1 各手術の総算定回数のうち、入院外で実施された回数の割合。外来実施率の分母には、短期滞在手術等基本料 3 として手術を実施する場合を含む。

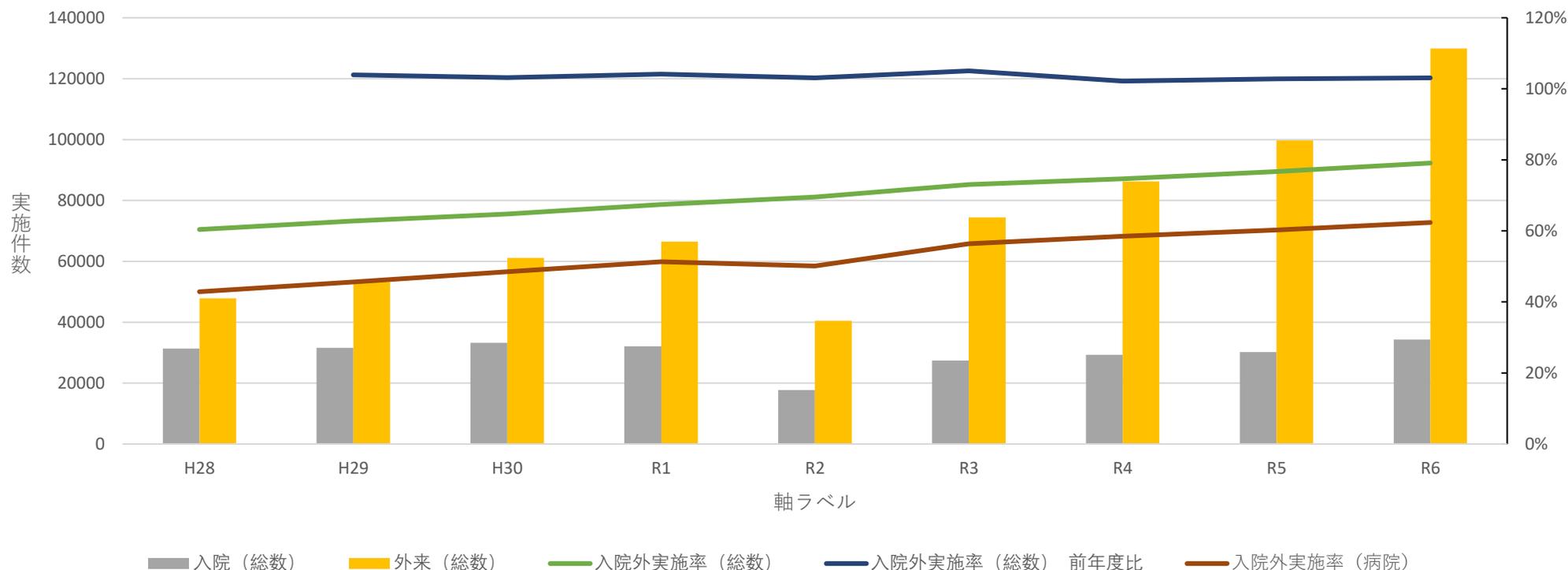
※ 2 「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（片側）」、「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（両側）」及び従たる手術として実施する場合を含む。

K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径 2 c m未満

診調組 入-1参考(改)
7 . 7 . 3

- 入院内外での「K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径 2 c m未満」の実施件数、入院外実施率及びその前年度比の推移は以下のとおり。
- 入院外実施率は経時的に上昇しており、約 8 割の手術が、入院外で実施されている。
- 令和 4 年度診療報酬改定での短期滞在手術等基本料 1 の算定要件の見直し後も、入院外実施率の前年度比は同程度である。

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径 2 c m未満 (総数)



出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）

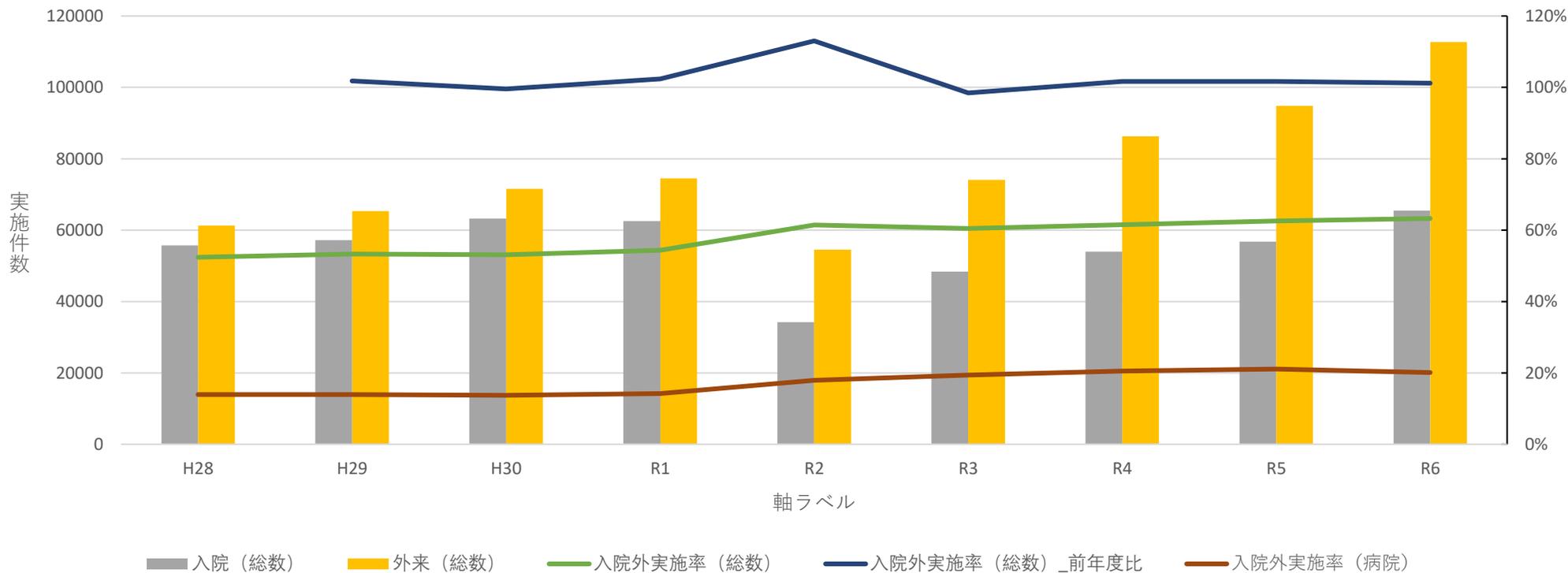
※ 入院での実施件数には、短期滞在手術等基本料 3 として手術を実施する場合を含む。

K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの

診調組 入-1参考(改)
 7 . 7 . 3

- 入院内外での「K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの」の実施件数、入院外実施率及びその前年度比の推移は以下のとおり。
- 入院外実施率は平成28年と比較して上昇しており、約6割の手術が、入院外で実施されているが、病院での外来実施率は約2割にとどまり、低調に推移している。
- 令和4年度診療報酬改定での短期滞在手術等基本料1の算定要件の見直し後も、入院外実施率の前年度比は同程度である。

K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの (総数)



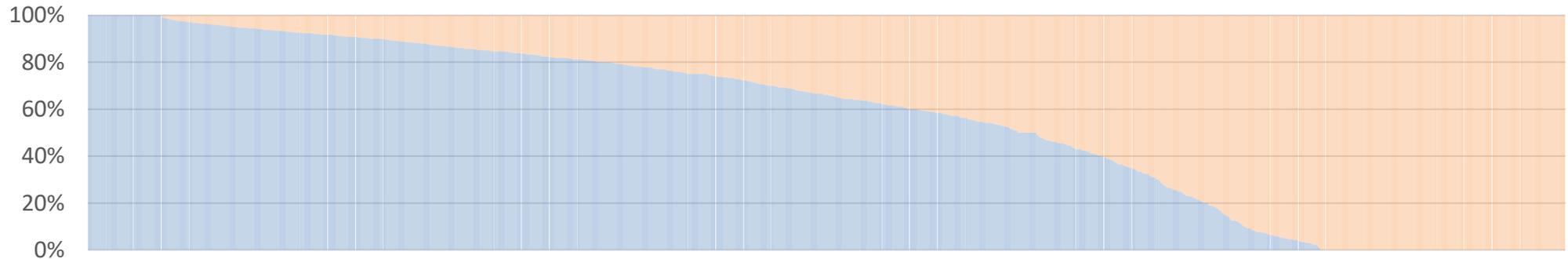
出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）

※ 入院での実施件数には、短期滞在手術等基本料3として手術を実施する場合を含む。また、入院及び入院外での実施件数には、従たる手術として実施する場合も含む。

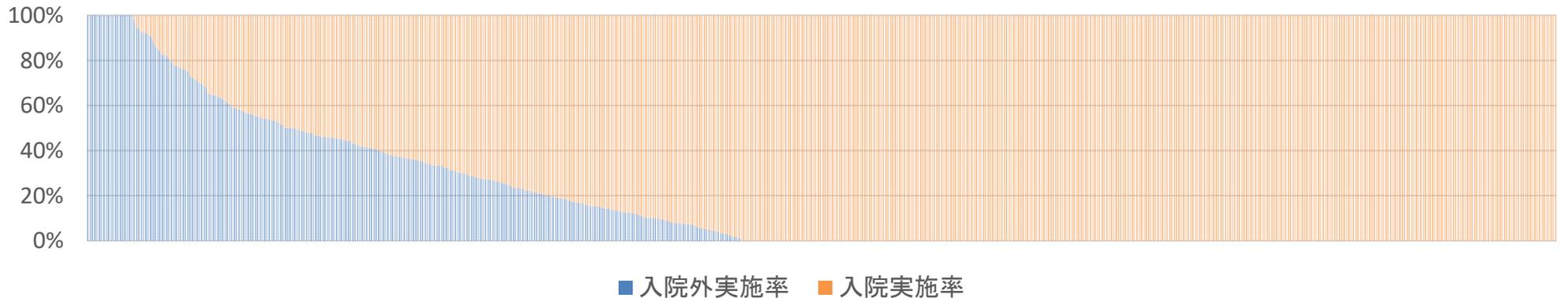
短期滞在手術の入院外での実施状況

- 病院毎の、入院/入院外別の「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 cm未満」及び「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」の実施率（※2）は、以下のとおり。
- いずれの手術についても、入院外実施率は医療機関毎にばらつきがみられ、入院外実施率が0%の病院も一定数存在する。

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2cm未満(n=1,953)



水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他 (n=1,238)



令和6年10月NDBデータ（単月）

縦棒は、各医療機関を表す。

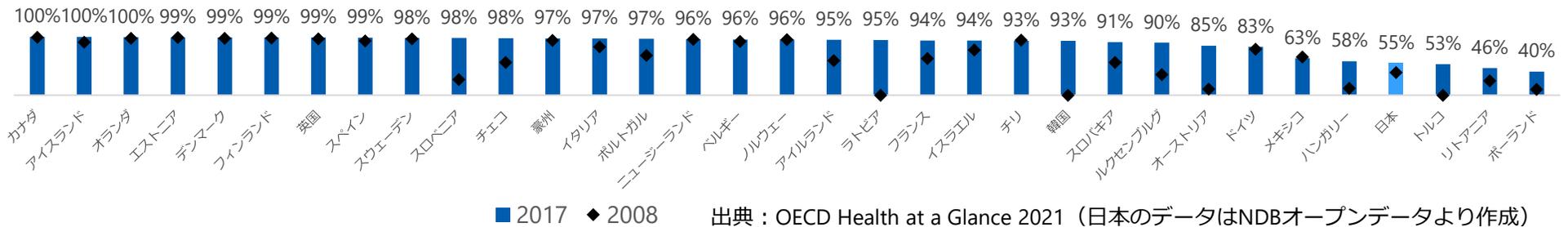
※1 「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 cm未満」及び「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」の算定回数が10件以上の病院に限る。

※2 当該医療機関で算定された当該手術件数のうち、入院又は入院外で実施された手術件数割合。

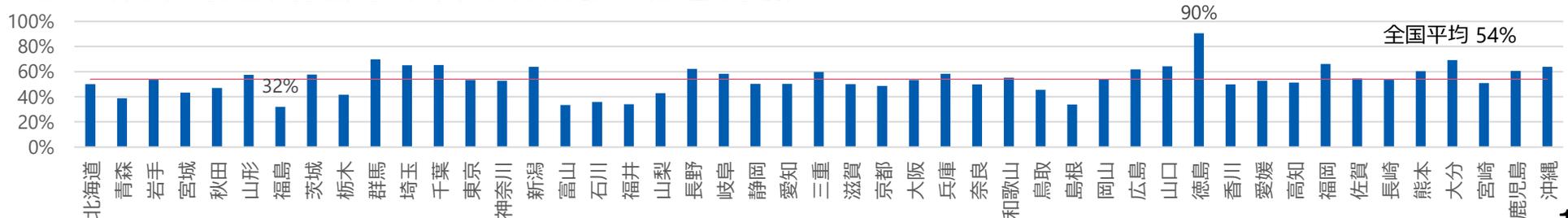
医療資源の投入量に地域差がある医療 (1) 白内障手術

- 医療資源の投入量は地域ごとに様々であり、他地域と比較して多くの資源が投入されている医療サービスについて、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、医療サービスの提供は、患者の状態を踏まえた医師の判断及び患者の合意によりなされるものであり、一概に減少させればよいわけではない点には留意が必要。
- 白内障の手術については、OECDにより、多くの国で90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されている。外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮によるCOVID-19に曝露されるリスクの減少など患者安全にも寄与するとされている。
- 日本での白内障手術については、外来の実施割合は54%であり、都道府県ごとに実施状況は様々である。

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）



○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）



短期滞在手術等基本料1対象手術実施時の請求点数

- 水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）等について、病院において実施した場合の、標準的な請求点数は以下のとおり。
- いずれの手術についても、入院で実施した場合、入院外で実施した場合よりも高い点数となる。

	入院外		入院		
	短期滞在手術等基本料1なし（病院）※1	短期滞在手術等基本料1あり（病院）※1	（参考）DPC算定※2	（参考）短期滞在手術等基本料3※3	（参考）出来高算定（地ケア）※4
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	7,340点	9,970点	14,210点	12,580点	16,755点
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	14,186点	17,285点	18,804点	17,457点	28,640点

※1 R5年4月～R6年3月NDB。手術算定月における、1手術当たりの平均的な総請求点数。なお、令和6年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料1の評価が見直されている点に留意が必要。

※2 保険局医療課において作成（医療機関別係数約1.5として、「060100xx01xxxx 小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術等」及び「020110xx97xxx0 白内障、水晶体の疾患 手術なし」により、片側のみ手術を行ったものとして推計。）

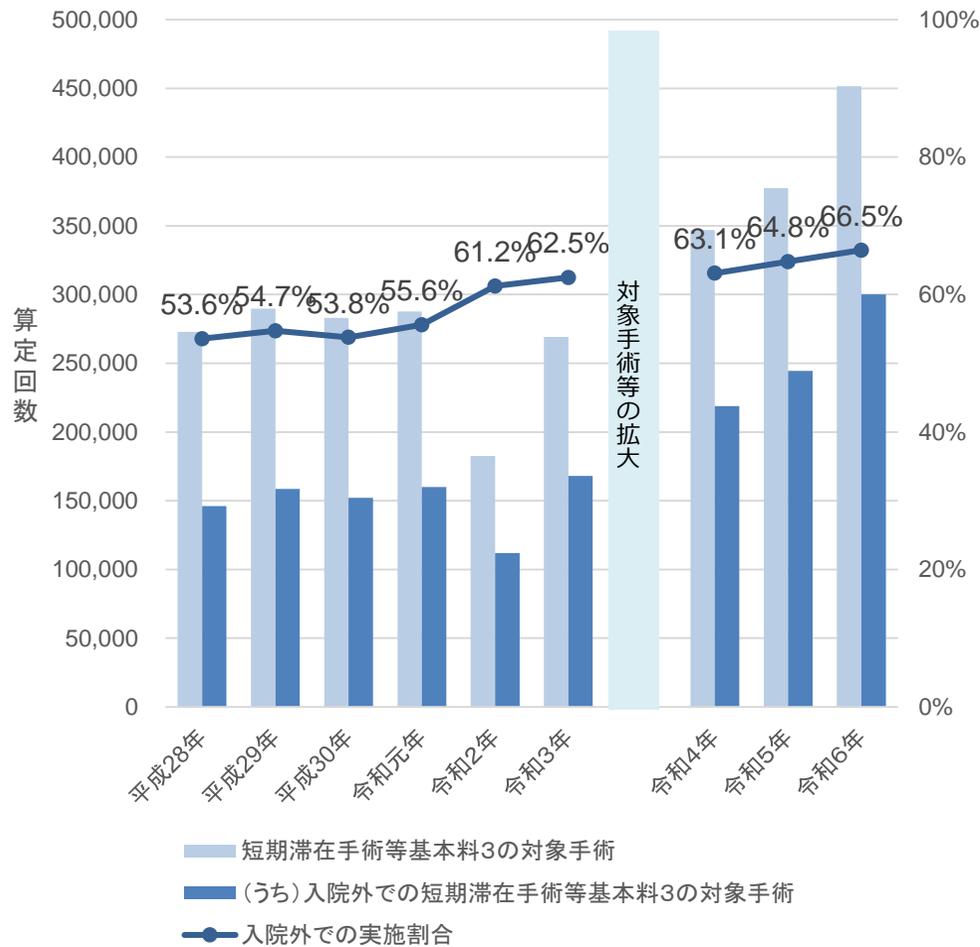
※3 短期滞在手術等基本料3の点数。「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）」については、片側を指す。

※4 R6年10月～12月DPCデータ。手術を算定した入院エピソードにおける、1入院当たりの平均的な総算定点数。水晶体再建術については、片側のみ手術した症例と両側を手術した症例が混在するため、参考値。

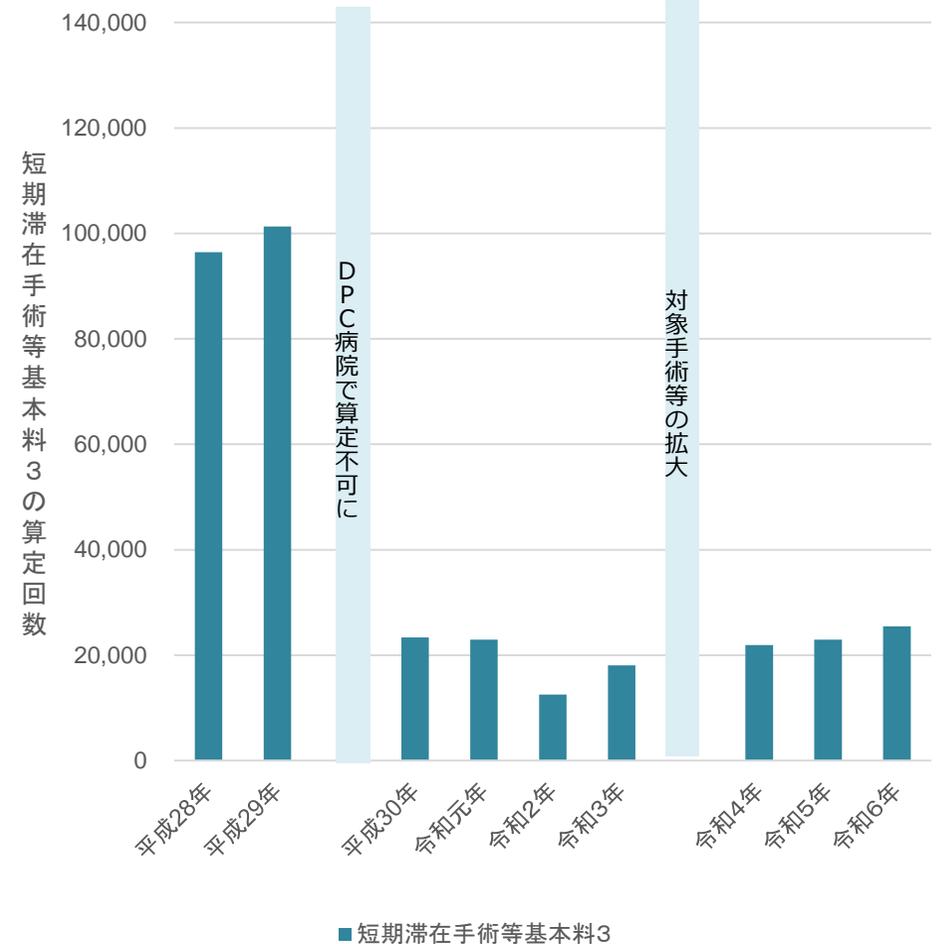
短期滞在手術等基本料3の年次推移

- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料3は平成30年度以降も一定程度算定されている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料3の対象手術の平均在院日数等の状況①

- DPC対象病院以外の病院における(※1)、短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和4年度と比較して、令和6年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

手術等名称※2	令和4年度		令和6年度	
	回数	平均在院日数※3	回数	平均在院日数※3
終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）・安全精度管理下で行うもの	724	2.093	829	2.001
終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）・その他のもの	10703	2.067	13196	2.014
反復睡眠潜時試験（MSLT）	213	2.080	451	2.078
内分泌負荷試験・下垂体前葉負荷試験・成長ホルモン	180	2.506	116	2.414
小児食物アレルギー負荷検査	2727	1.100	2269	1.059
前立腺針生検法・その他	9550	2.426	6991	2.338
経皮的放射線治療用金属マーカ-留置術	729	3.019	299	2.876
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手）	263	3.259	227	2.881
骨折観血的手術（手舟状骨）	250	4.492	206	4.592
骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕）	3680	3.570	3282	3.394
骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨）	1350	3.690	1276	3.578
骨内異物（挿入物を含む）除去術（手）	255	2.933	261	2.793
ガングリオン摘出術（手）	131	2.779	147	3.075
関節鏡下手根管開放手術	1035	3.691	889	3.484
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	108	2.019	76	2.039
涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）	314	2.080	343	2.076
眼瞼内反症手術（皮膚切開法）	315	2.267	282	1.989
眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）	1485	2.593	1622	2.313
眼瞼下垂症手術（その他）	884	2.331	868	2.340
翼状片手術（弁の移植を要する）	948	2.838	836	2.535
斜視手術（後転法）	467	2.799	393	2.789
斜視手術（前転法と後転法）	581	2.609	441	2.642

DPCデータ（各年度1年分）

※1 DPC対象病院では短期滞在手術等基本料3を算定できないため、集計対象から除外している。

※2 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

※3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料3の対象手術の平均在院日数等の状況②

- DPC対象病院以外の病院における(※1)、短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和4年度と比較して、令和6年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

手術等名称※2	令和4年度		令和6年度	
	回数	平均在院日数※3	回数	平均在院日数※3
治療的角膜切除術（エキシマレーザー）（角膜ジストロフィー等）	146	3.596	159	3.233
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	1017	2.146	1320	2.382
水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・片側	83975	2.470	72313	2.349
水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側	7493	4.758	7233	4.558
水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない）・片側	163	2.994	127	2.457
水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない）・両側※4	-	-	-	-
鼓膜形成手術	65	2.923	52	3.231
鼻骨骨折整復固定術	136	2.949	163	3.012
喉頭・声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡又はファイバースコープ）	101	5.495	51	6.000
乳腺腫瘍摘出術（長径5cm未満）	319	2.881	243	3.374
乳腺腫瘍摘出術（長径5cm以上）	199	3.688	162	4.228
経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	7893	2.762	8108	2.568
経皮的シャント拡張術・血栓除去術・3月以内	1602	3.048	1764	2.858
下肢静脈瘤手術（抜去切除術）	389	2.990	221	2.430
下肢静脈瘤手術（硬化療法）	139	1.338	100	1.250
下肢静脈瘤手術（高位結紮術）	180	1.894	104	1.846
大伏在静脈抜去術	279	2.369	211	1.900
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1743	2.093	1291	1.971
下肢静脈瘤血管内塞栓術	663	1.463	633	1.483
鼠径ヘルニア手術（3歳未満）	59	2.492	33	2.303
鼠径ヘルニア手術（3歳以上6歳未満）	40	2.200	48	2.208
鼠径ヘルニア手術（6歳以上15歳未満）	40	2.600	28	2.464

DPCデータ（各年度1年分）

※1 DPC対象病院では短期滞在手術等基本料3を算定できないため、集計対象から除外している。

※2 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

※3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。 ※4 症例数が10件以下のため、“-”として表示している。

短期滞在手術等基本料3の対象手術の平均在院日数等の状況③

- DPC対象病院以外の病院における(※1)、短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定回数と平均在院日数の状況は以下のとおりであった。
- 多くの手術等について、令和4年度と比較して、令和6年度に平均在院日数が短縮していた。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

手術等名称※2	令和4年度		令和6年度	
	回数	平均在院日数※3	回数	平均在院日数※3
鼠径ヘルニア手術(15歳以上)	9245	5.415	6010	5.403
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	30	2.767	13	3.077
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	44	2.773	28	3.179
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	21	2.238	19	3.158
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	7418	4.756	7071	4.577
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術2cm未満	81111	2.397	74576	2.327
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術2cm以上	6115	3.109	5167	3.111
痔核手術(硬化療法(四段階注射法))	2137	2.307	1922	2.157
肛門ポリープ切除術	269	2.810	247	3.057
肛門尖圭コンジローム切除術	161	2.143	129	2.202
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	3892	2.164	2829	2.059
尿失禁手術(ボツリヌス毒素)	212	2.113	137	2.350
顕微鏡下精索静脈瘤手術	73	2.000	83	1.217
子宮頸部(腔部)切除術	1027	3.048	907	2.742
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術・子宮内膜ポリープ切除術(電解質溶液利用)	559	2.429	725	2.236
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術・子宮内膜ポリープ切除術(その他)	701	2.365	535	2.112
子宮鏡下子宮筋腫摘出術(電解質溶液利用)	408	2.836	329	2.581
子宮鏡下子宮筋腫摘出術(その他)	283	2.505	210	2.571
腹腔鏡下卵管形成術	92	4.141	70	4.129
ガンマナイフによる定位放射線治療	1561	3.475	1165	3.473

DPCデータ(各年度1年分)

※1 DPC対象病院では短期滞在手術等基本料3を算定できないため、集計対象から除外している。

※2 短期滞在手術等基本料1の対象手術等は赤字としている。

※3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

0. 調査概要
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項について

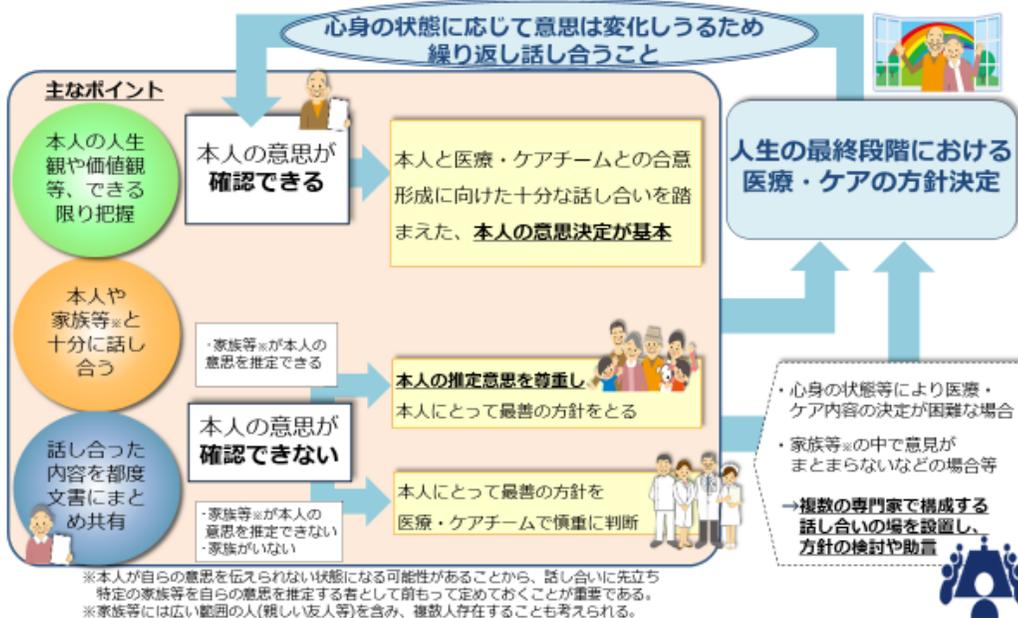
人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関**※
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・**地域包括診療料**
 - ・**地域包括診療加算**
 - ・**認知症地域包括診療料**
 - ・**認知症地域包括診療加算**
 - ・在宅療養支援診療所・病院

[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

人生の最終段階における適切な意思決定に関する指針の策定の評価の経緯

診調組 入-1
7. 7. 3 1

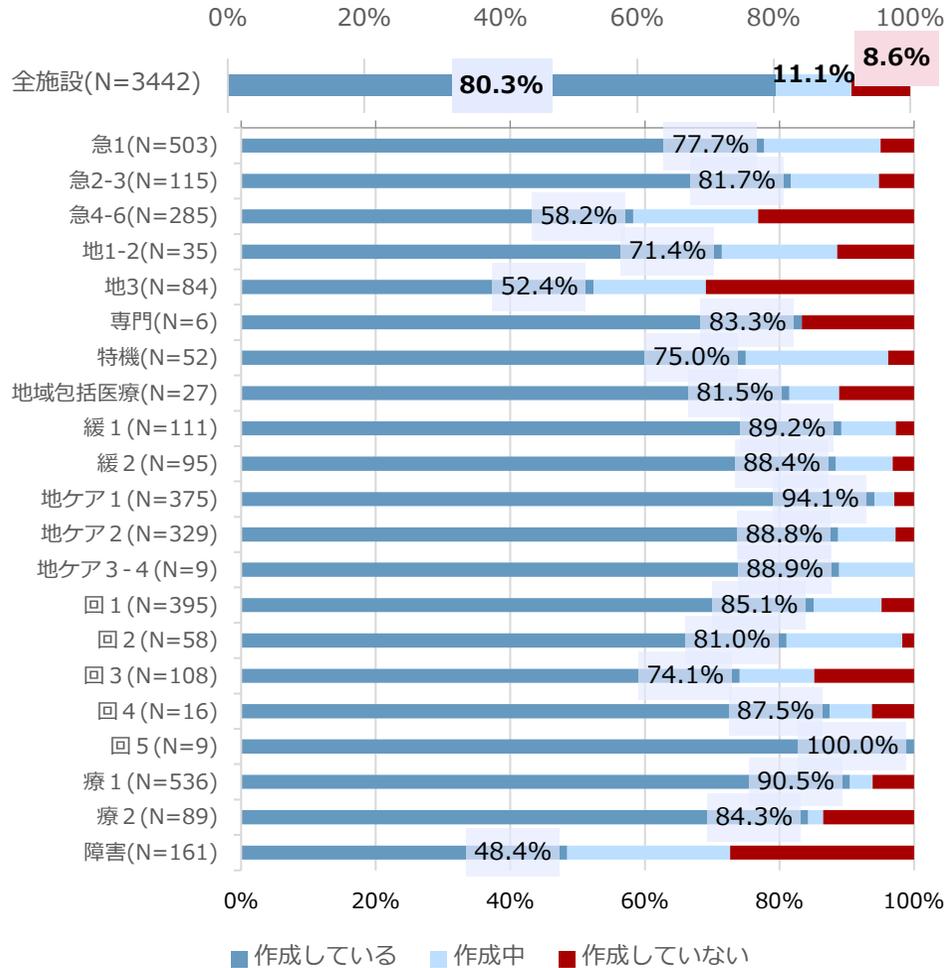
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定に対する評価の経緯

	入院	外来	在宅
平成30年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1, 3 において、医療機関で看取りの指針を定めていることを要件化	—	—
令和2年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—	—
令和4年	—	がん患者指導管理料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	在宅療養支援診療所・病院において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化
令和6年	入院料の通則に規定し、すべての入院料の算定に当たって要件化する。 ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する医療機関を除く。	地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—

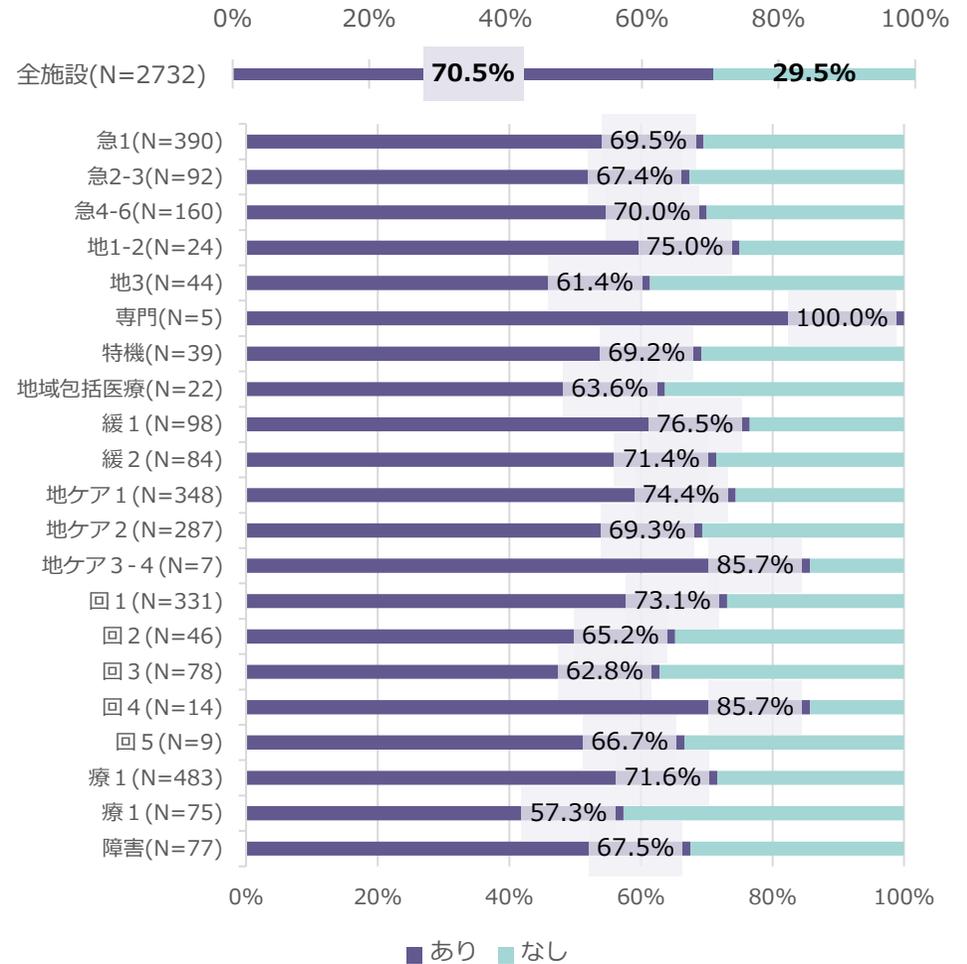
適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、作成している医療機関は80.3%、定期的な見直しを行っている医療機関は70.5%であった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無(N=3442)

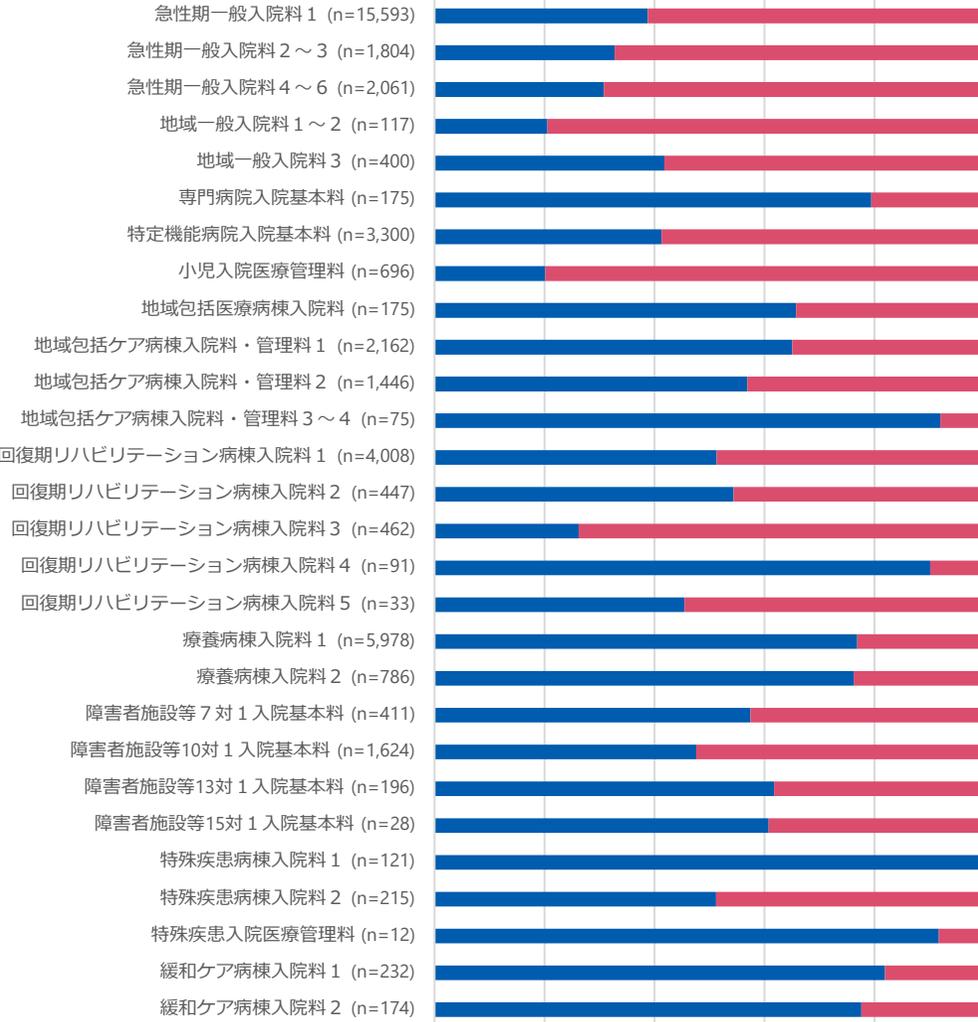


意思決定に係る指針の見直しの有無(N=2732)



自院での適切な意思決定支援の実施有無

0% 20% 40% 60% 80% 100%

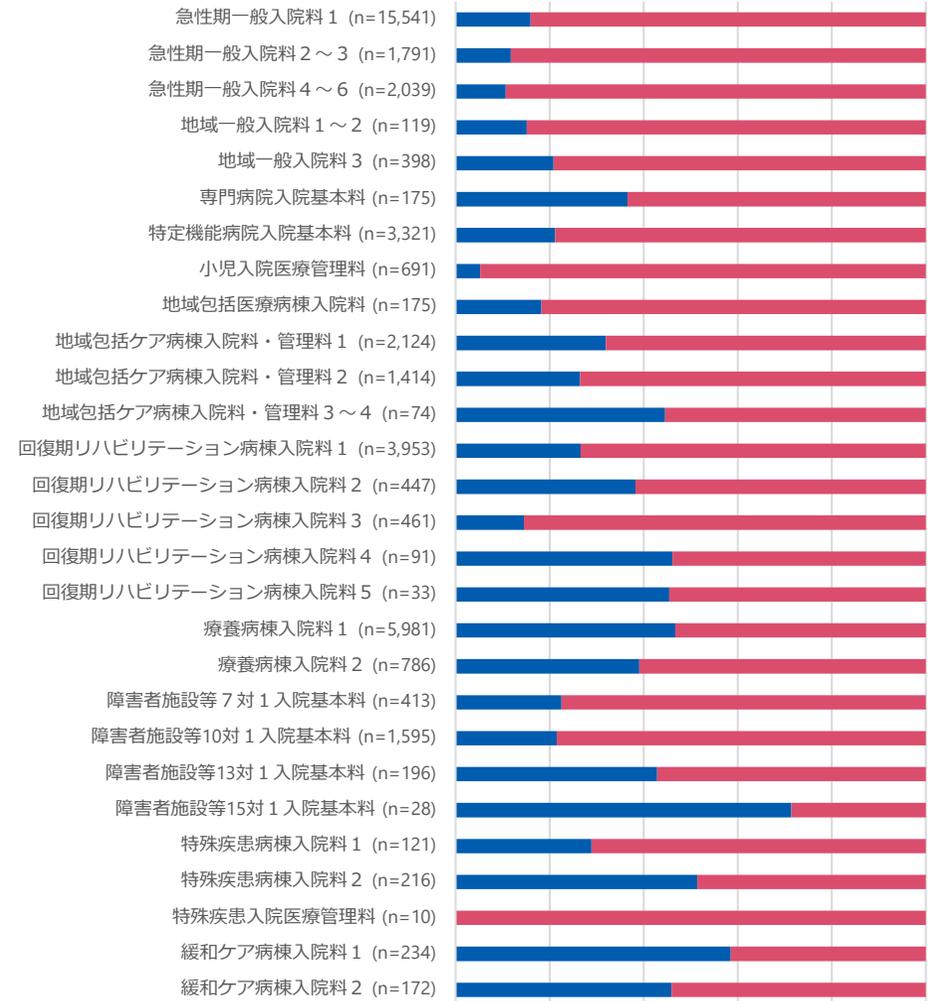


■あり ■なし

入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針について

の情報提供の有無

0% 20% 40% 60% 80% 100%



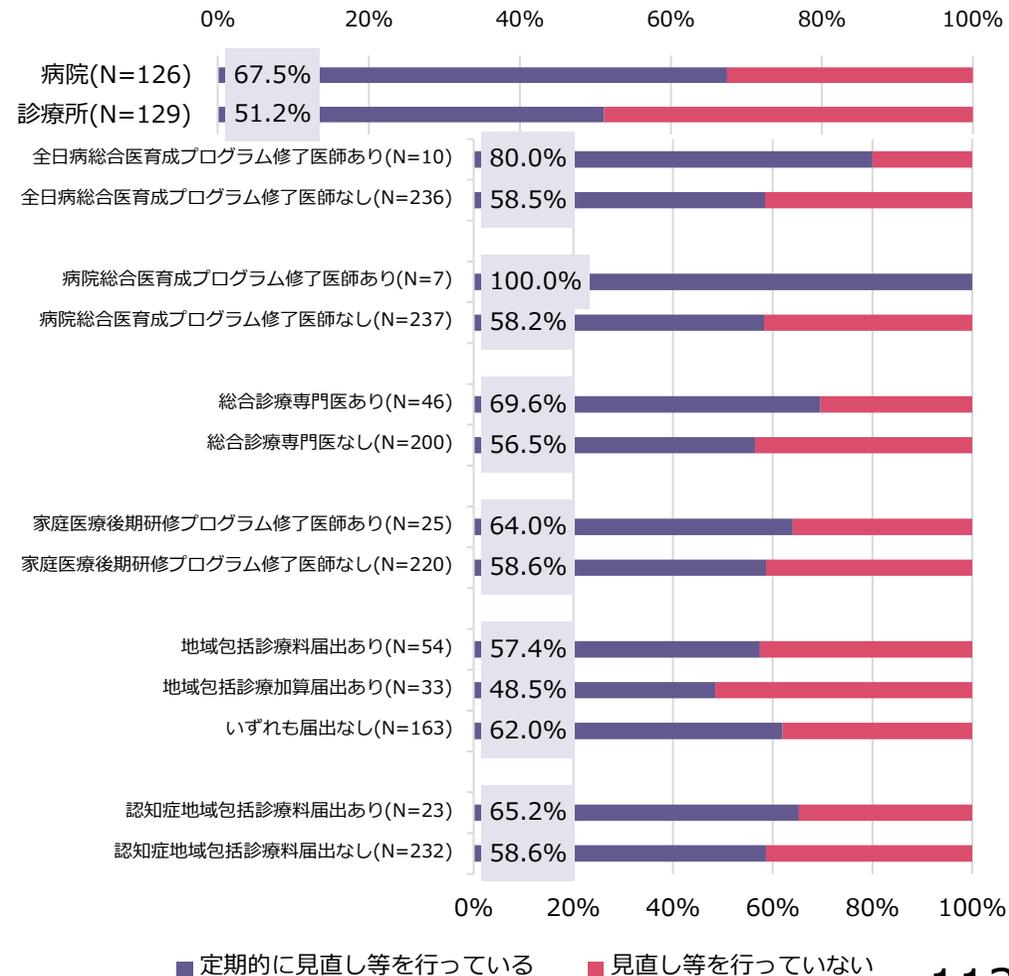
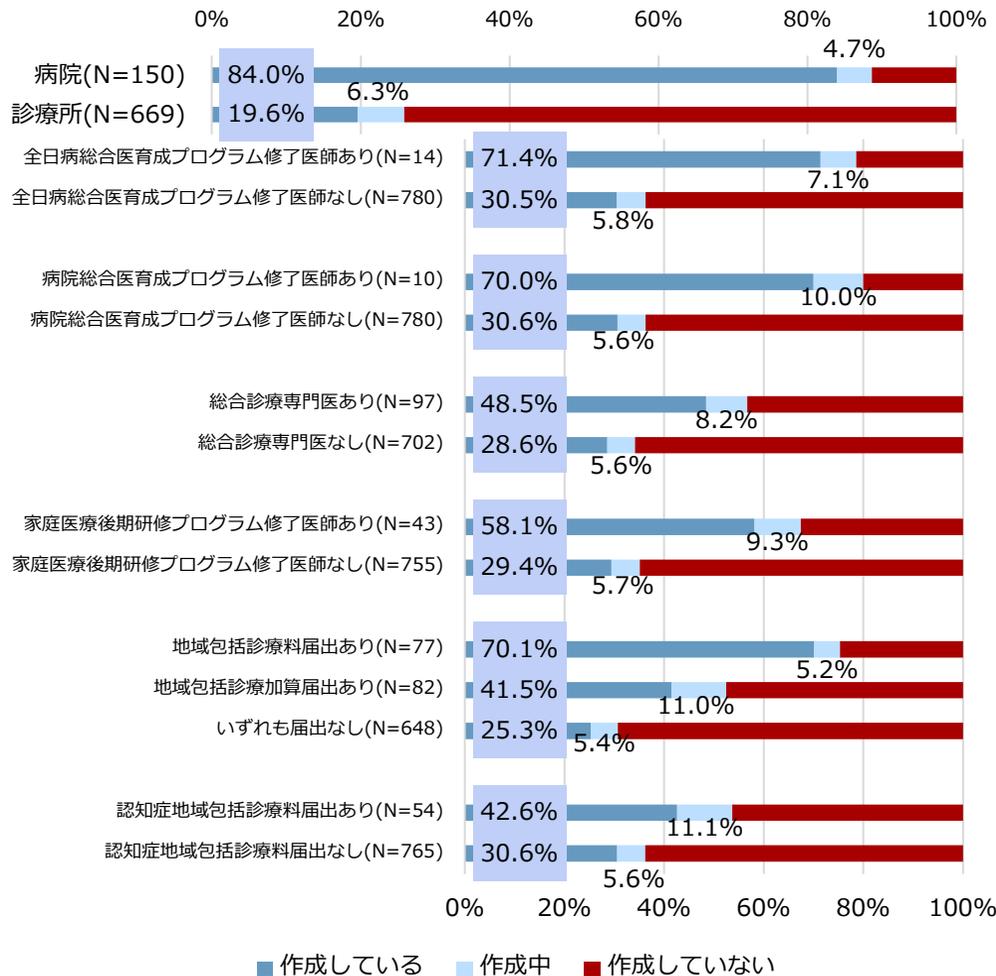
■あり ■なし

適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、作成している病院及び診療所はそれぞれ84.0%、19.6%、定期的な見直しを行っている病院及び診療所はそれぞれ67.5%、51.2%であった。
- 地域包括診療料及び地域包括診療加算の届出医療機関では、それぞれ70.1%、41.5%が指針を作成していた。

意思決定に係る指針を作成しているか

意思決定に係る指針の見直しの有無



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

- 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない**こと。
- (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならぬ**こと。
- 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - 身体的拘束を最小化するための**指針を作成**し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
 - 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による**。

身体的拘束とは

- 診療報酬の算定上、身体的拘束について下記のとおり示している。

(問62) 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

(答) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

身体拘束とは

- 身体的拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為としては、更に広く、ベッド柵や薬剤使用などを含めて身体拘束と定義する下記のような考え方もある。

1-2. 身体拘束とは

身体拘束とは、「本人の行動の自由を制限すること」です。
身体拘束は、本人の行動を、当人以外の者が制限することであり、当然してはならないことです。
緊急やむを得ない場合であっても、当人以外の者が、本人に対して、非常に強い権限を行使する重みを理解し、本人の尊厳を守るために、適正な手続きを極めて慎重に行う必要があります。
そして、これまで示されてきた「身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為」の11項目は、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要です。

身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為(例)

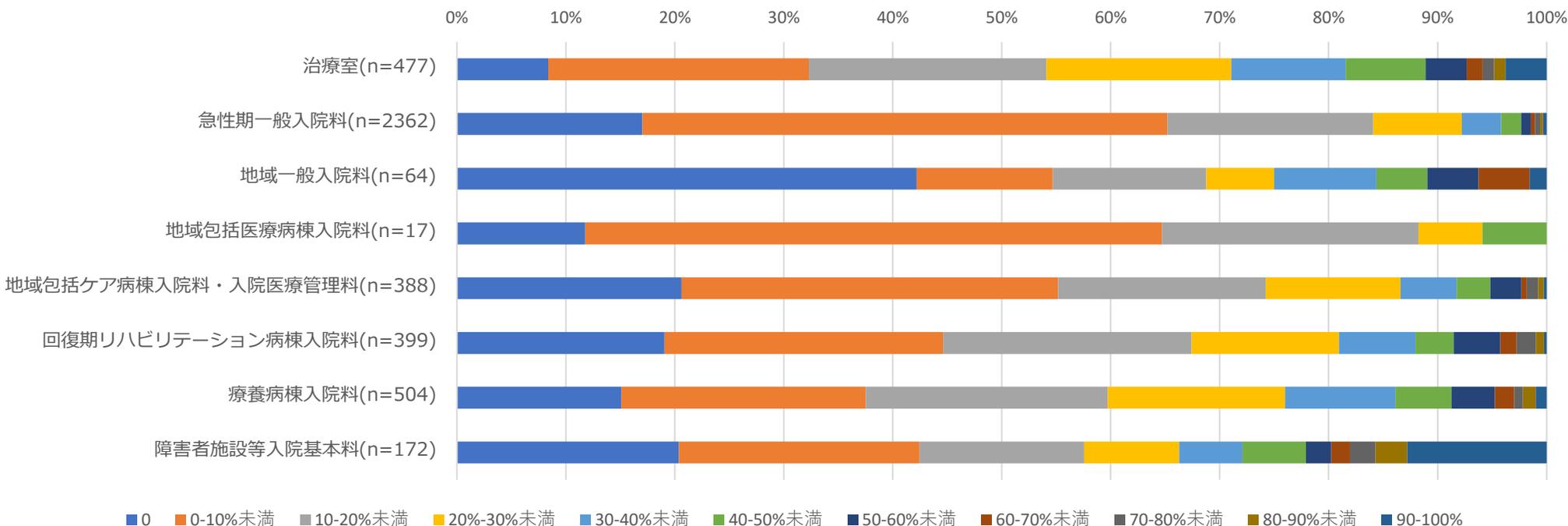
身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為には、次のような行為が挙げられている。
しかし、これらは、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要である。

- ① 一人歩きしないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを綱(サイドレール)で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手装等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

入院料ごとの身体的拘束の実施状況

- 急性期～慢性期の多くの入院料で、身体的拘束の実施率は10%未満の施設が最も多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、障害者施設等入院基本料では身体的拘束の実施率20%以上が3～4割を占めていた。

身体的拘束の実施状況



(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

(※) 身体的拘束の実施率
 = 令和6年10月の1か月間における①/②
 ①身体的拘束を実施した患者数(実人数)
 ②実入院患者数

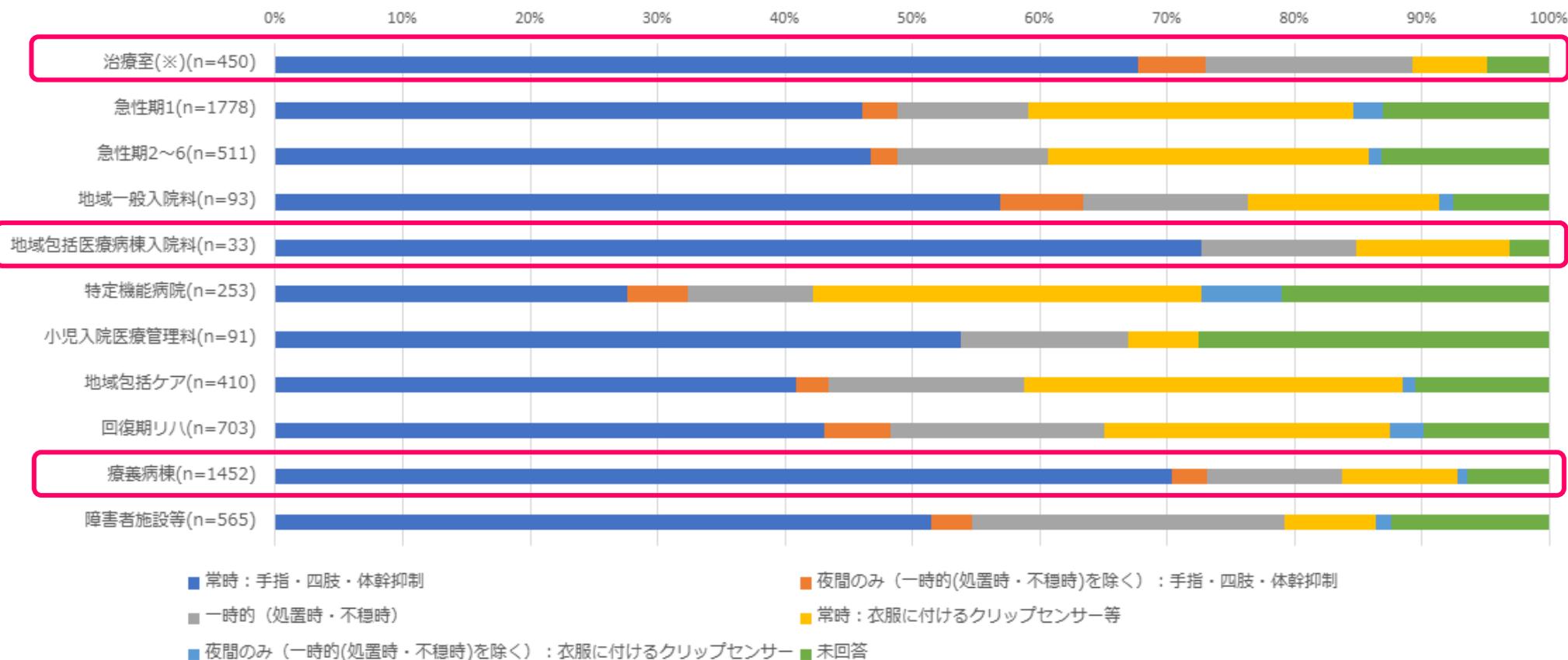
注) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

入院料別の身体的拘束の時間・方法

- 入院料別の身体的拘束の状況について、身体的拘束が行われている患者のうち「常時：手指・四肢・体幹抑制」の割合は治療室、地域包括医療病棟、療養病棟では約7割であった。

身体的拘束の時間・方法（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答

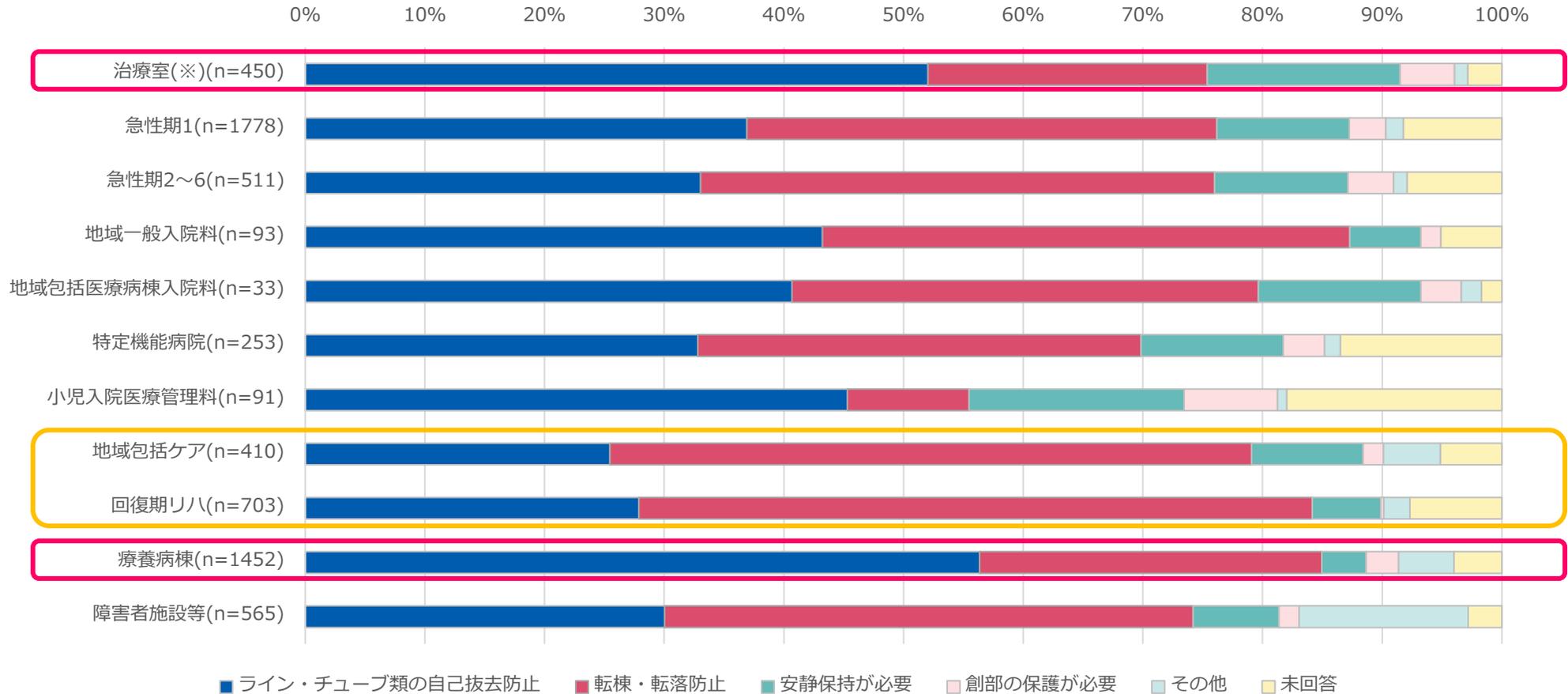


(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束を行っている患者について、身体的拘束の実施理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多かった。
- 身体的拘束の実施理由として、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」が5割を越えており、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟では「転倒・転落防止」が5割を越えていた。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



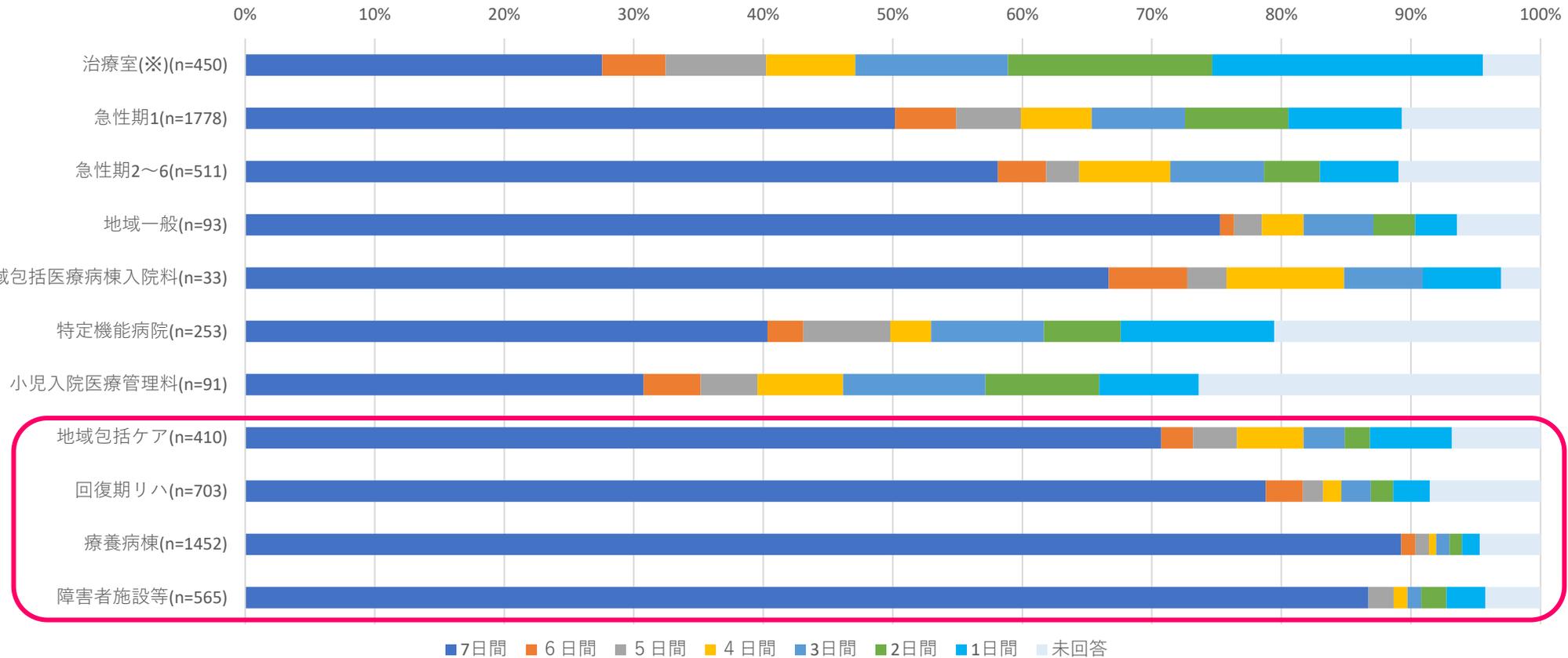
(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

入院料別の身体的拘束の実施日数

- 身体的拘束が行われている患者について、調査基準日から過去7日間における身体的拘束を実施した日数が「7日間」である割合は、地域包括ケア病棟で70.7%、回復期リハビリテーションで78.8%、療養病棟で89.3%、障害者施設等で86.7%であった。

調査基準日から過去7日間において身体的拘束を実施した日数

* 調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る



(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

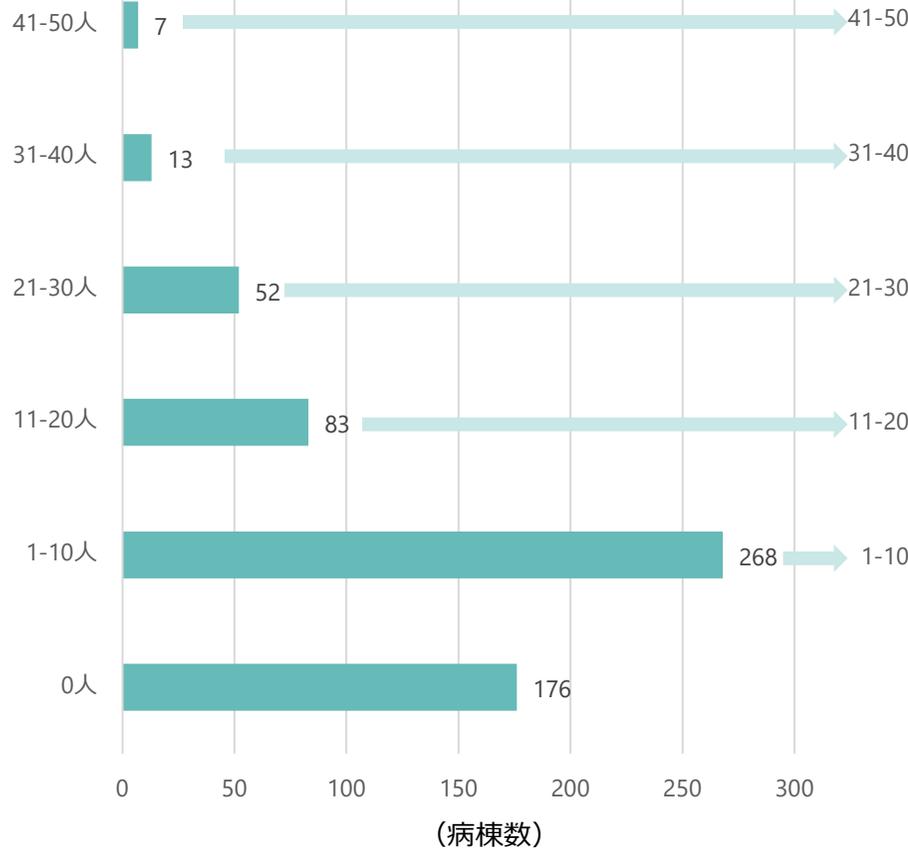
療養病棟における中心静脈栄養中の身体的拘束の実施状況

- 1か月に中心静脈栄養を実施した人数は11-20人の病棟が最多で半数弱であった。
- 中心静脈栄養を実施した患者のうち、身体的拘束を行った患者の割合が高い病棟もみられた。

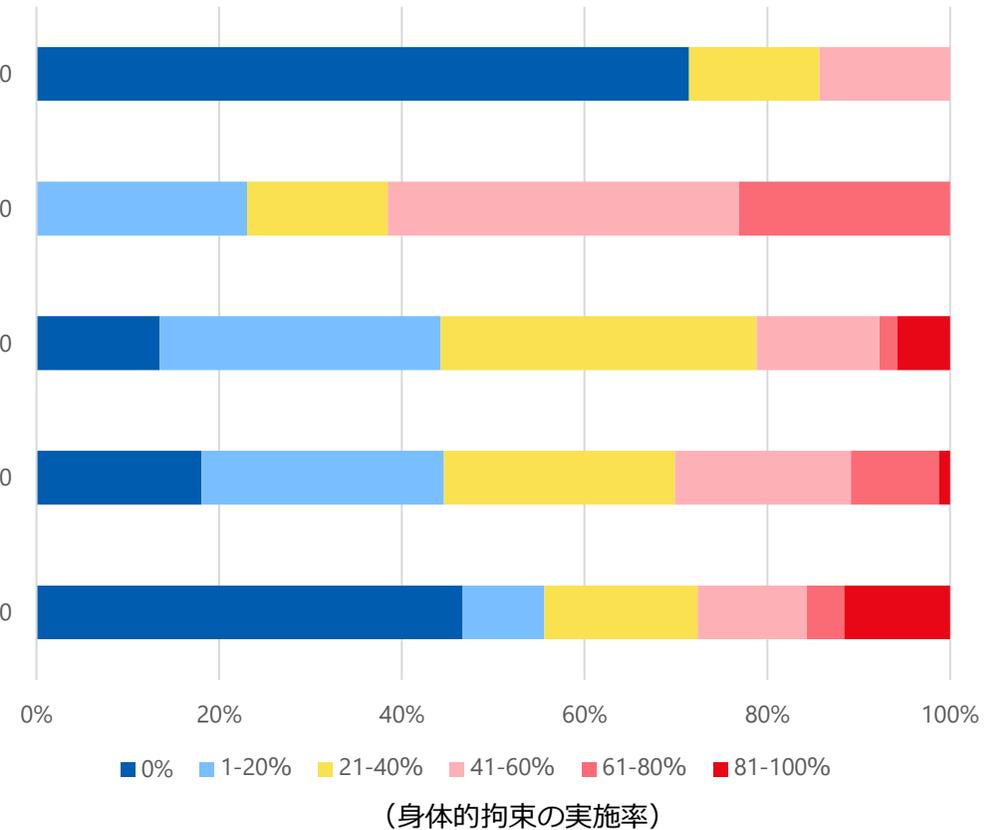
1か月間に中心静脈栄養を実施した

患者数ごとの病棟数(n=599)

中心静脈栄養を実施した人数の区分



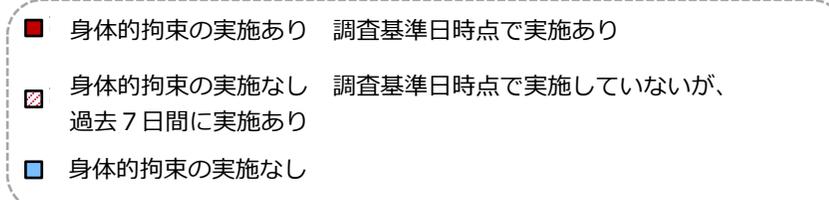
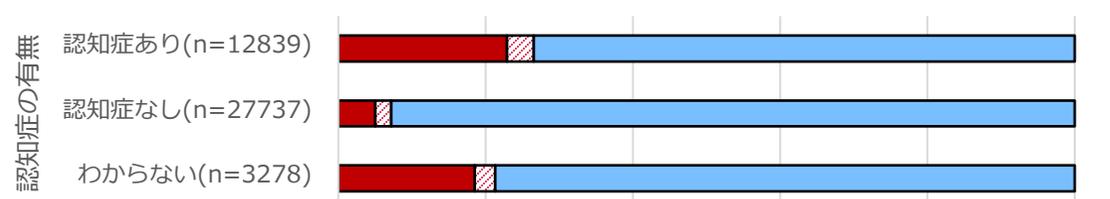
中心静脈栄養実施人数の区分ごとの身体的拘束実施率の分布



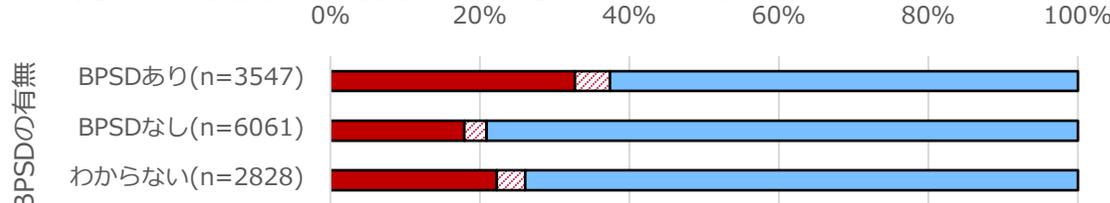
患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」「BPSDあり」「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要支援よりも要介護の方が身体的拘束の実施率が高く、認知症高齢者の日常生活自立度別では、支援が必要であるほど身体的拘束の実施率が高かった。

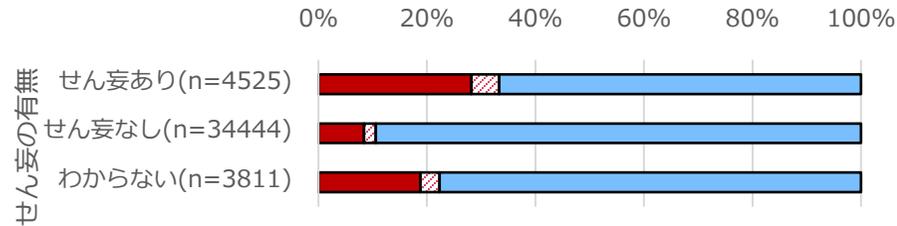
■ 認知症の有無別



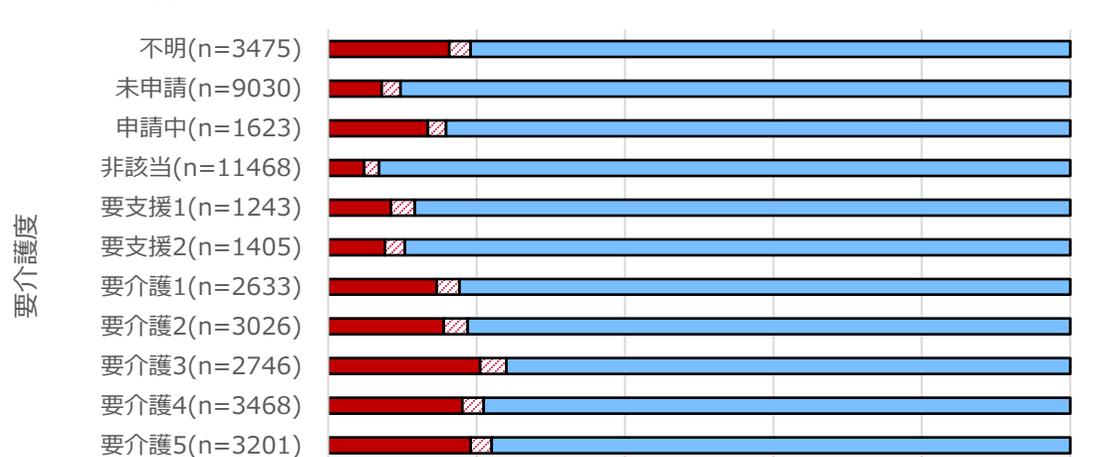
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



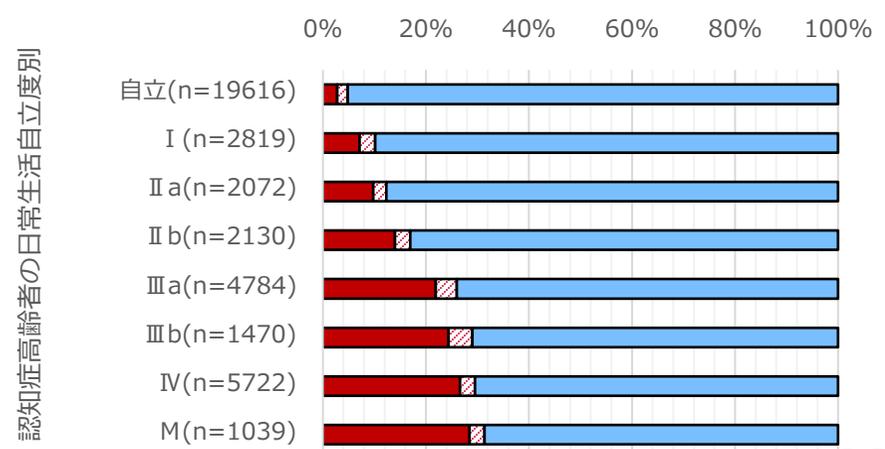
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



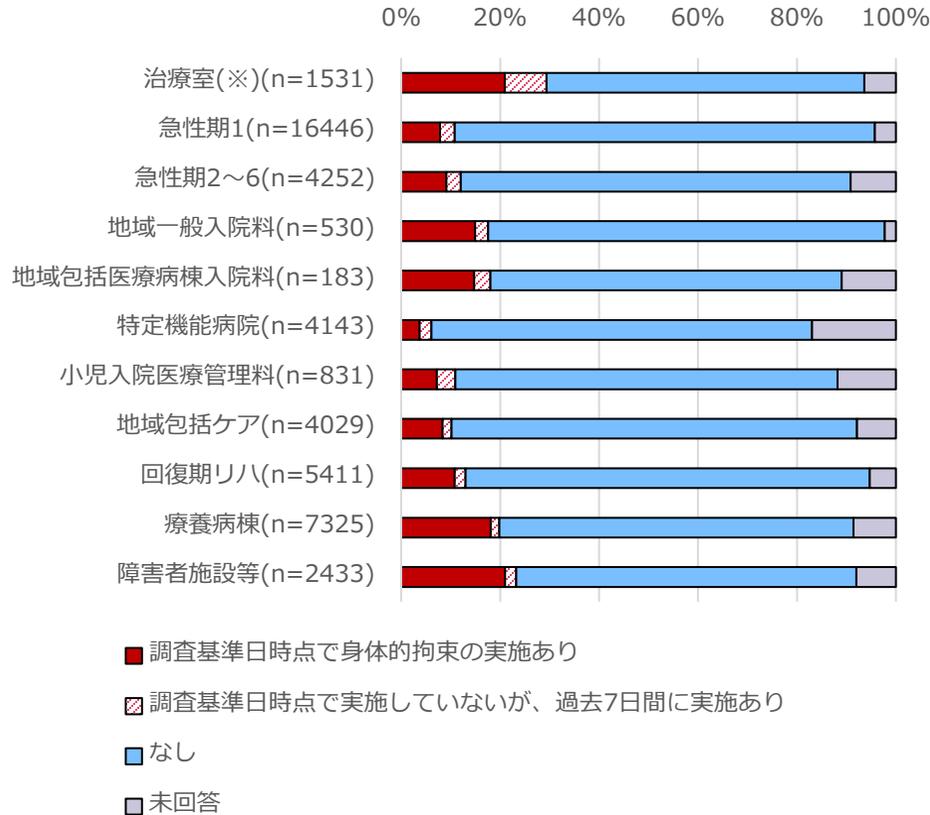
■ 認知症高齢者の日常生活自立度別



入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、「認知症あり」の場合、身体的拘束の実施率が高かった。
- 「認知症なし」の場合における身体的拘束の実施率は、治療室で26.2%、療養病棟で11.7%、障害者施設等で25.1%であったがそれ以外の病棟では10%以下であった。

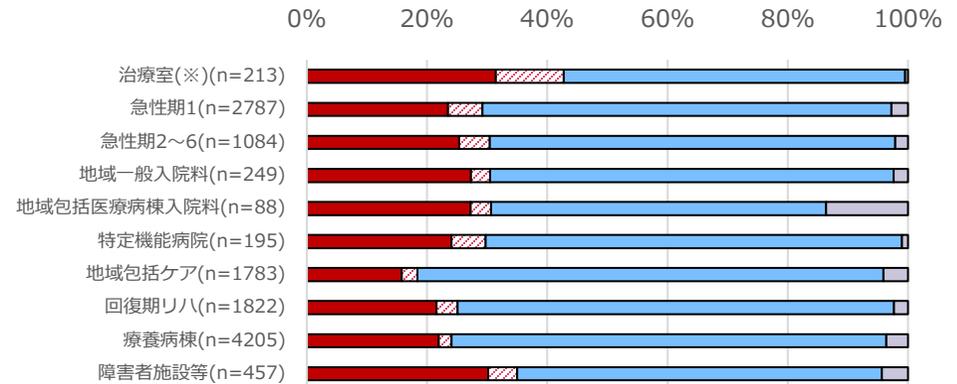
■ 入院料別の身体的拘束の実施有無



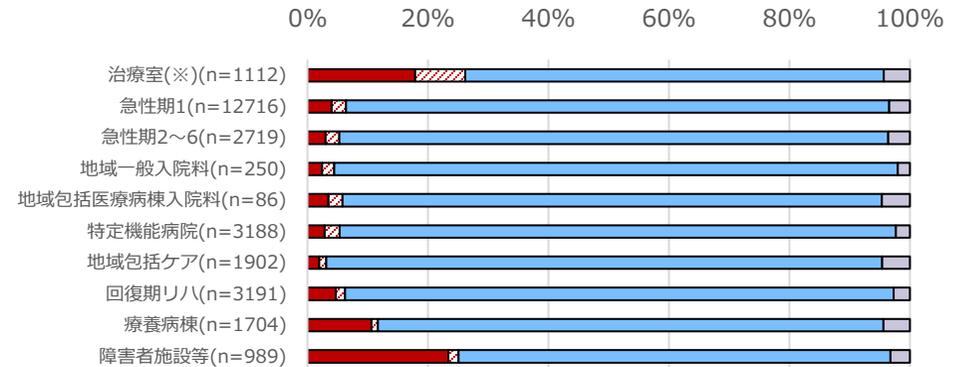
(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

「認知症ありの患者」



「認知症なしの患者」



入院料ごとの認知症の有無

- 急性期一般入院料と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟・療養病棟では認知症を有する患者の割合が多い。
- 療養病棟では、認知症ありが約6割を占めている。

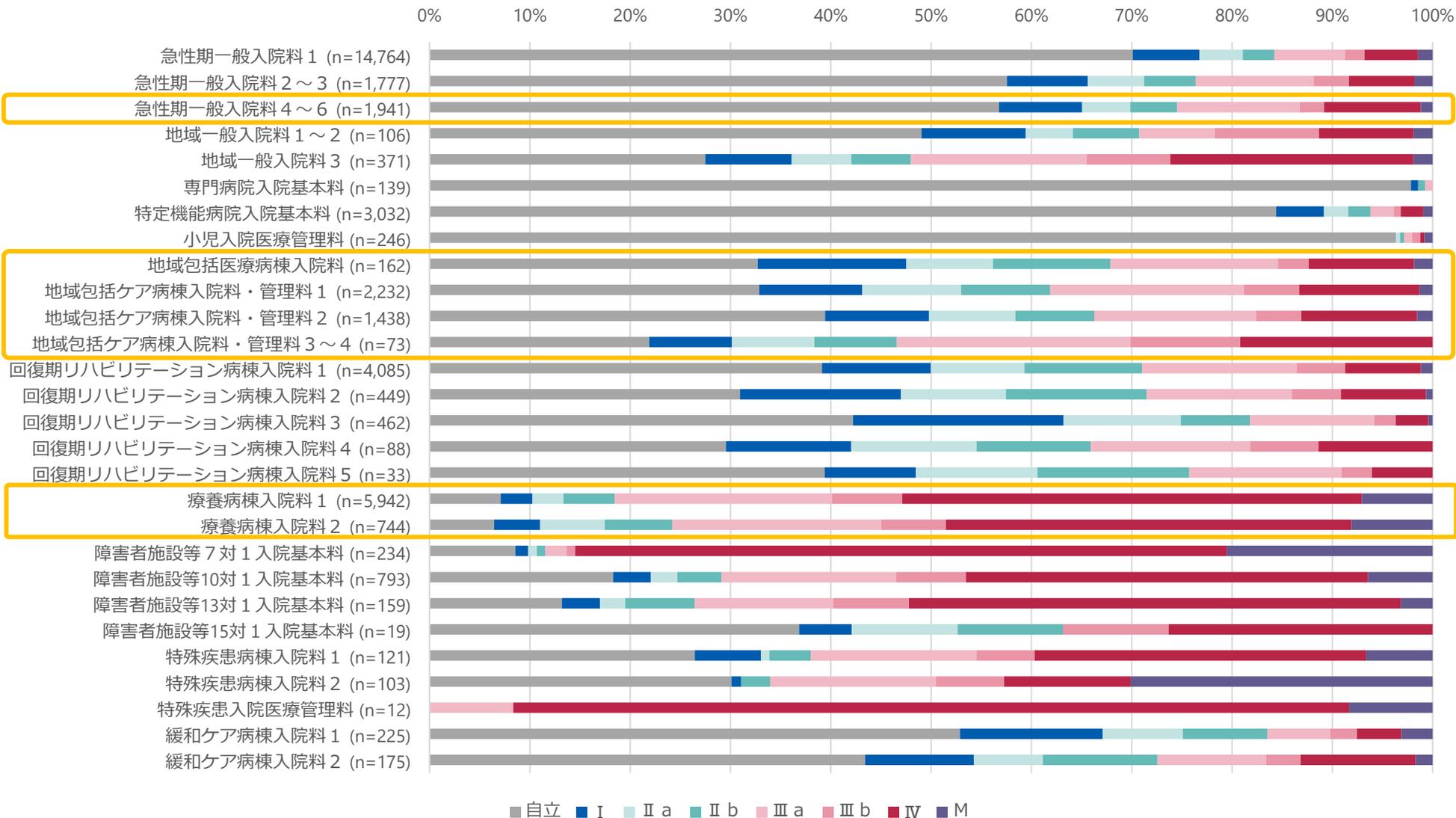
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

- 急性期一般入院料4～6と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa（認知症による症状のため、介護を必要とする）以上の患者の割合が多い。
- とくに療養病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の患者の割合が多く、7～8割を占めている。



■ 自立 ■ I ■ II a ■ II b ■ III a ■ III b ■ IV ■ M

認知症患者への適切な医療の評価

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	認知症ケア加算1	イ	14日以内の期間	150点(1日につき)
		ロ	15日以上	30点(1日につき)
	認知症ケア加算2	イ	14日以内の期間	30点(1日につき)
		ロ	15日以上	10点(1日につき)



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症患者に係る看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

- 認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

現行

【認知症ケア加算】

- | | | | | | |
|-------------|------|---|---|-------|-----|
| 1 認知症ケア加算 1 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 160点 | / | □ | 15日以上 | 30点 |
| 2 認知症ケア加算 2 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 100点 | / | □ | 15日以上 | 25点 |
| 3 認知症ケア加算 3 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 40点 | / | □ | 15日以上 | 10点 |

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

改定後

【認知症ケア加算】

- | | | | | | |
|-------------|-------------|---|---|-------|------------|
| 1 認知症ケア加算 1 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 180点 | / | □ | 15日以上 | 34点 |
| 2 認知症ケア加算 2 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 112点 | / | □ | 15日以上 | 28点 |
| 3 認知症ケア加算 3 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 44点 | / | □ | 15日以上 | 10点 |

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、**所定点数の100分の40**に相当する点数により算定する。

- 認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

現行

【認知症ケア加算 1】

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。
(新設)

改定後

【認知症ケア加算 1】※認知症ケア加算 2・3も同様

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。**また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。**

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

【経過措置】令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。

認知症ケア加算の概要

認知症ケア加算(1日につき)

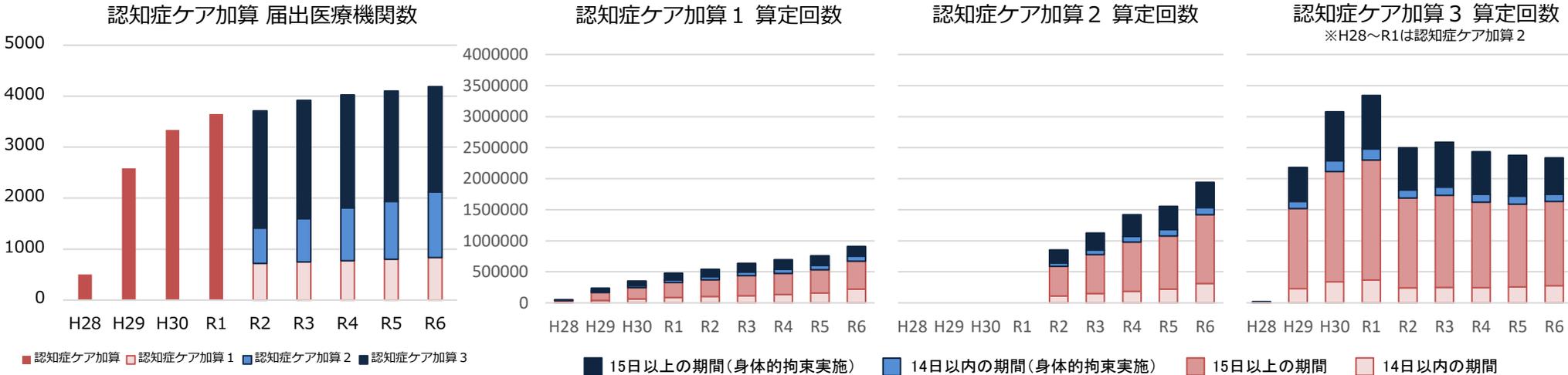
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 180点 □ 15日以上期間 34点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 112点 □ 15日以上期間 28点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 44点 □ 15日以上期間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定。

		認知症ケア加算 1	認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体的拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアに係るチーム*1が設置されていること。 *1認知症ケアチームは身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握	病棟巡回（週1回以上） 病棟職員へ助言 病棟職員へ助言
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	—
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	—
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアル*2を作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアル*2を作成	マニュアル*2を作成
	せん妄対策のチェックリスト	*2 マニュアル：身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書 せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。		
	院内研修	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること。	専任の医師又は看護師を中心として、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

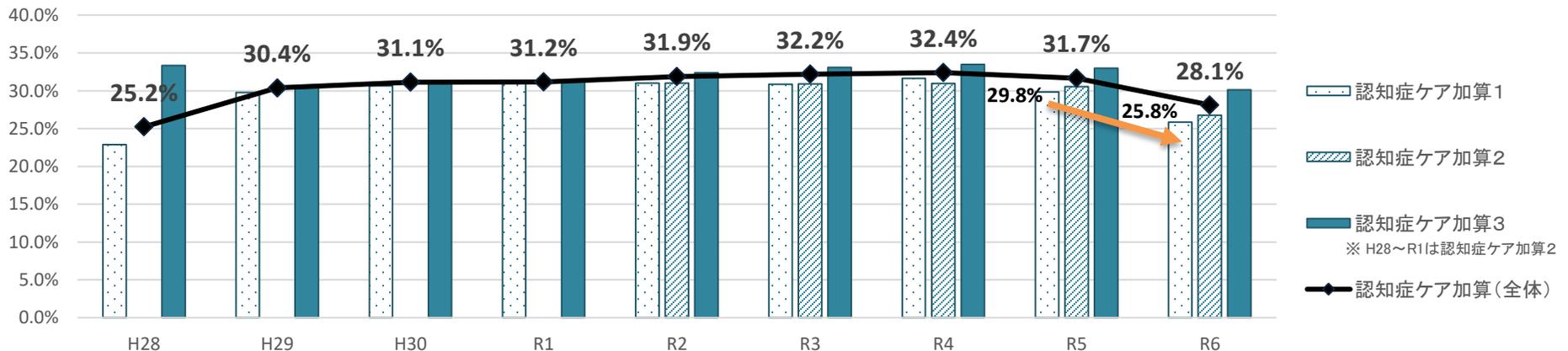
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の届出医療機関数及び算定回数は年々増加している。
- 「身体的拘束を実施した日」として算定した割合は、令和6年では28.1%と減少に転じ、とくに認知症ケア加算1では、令和5年29.8%から令和6年25.8%と4%減少していた。

■ 認知症ケア加算の届出医療機関数と算定回数の推移



■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合



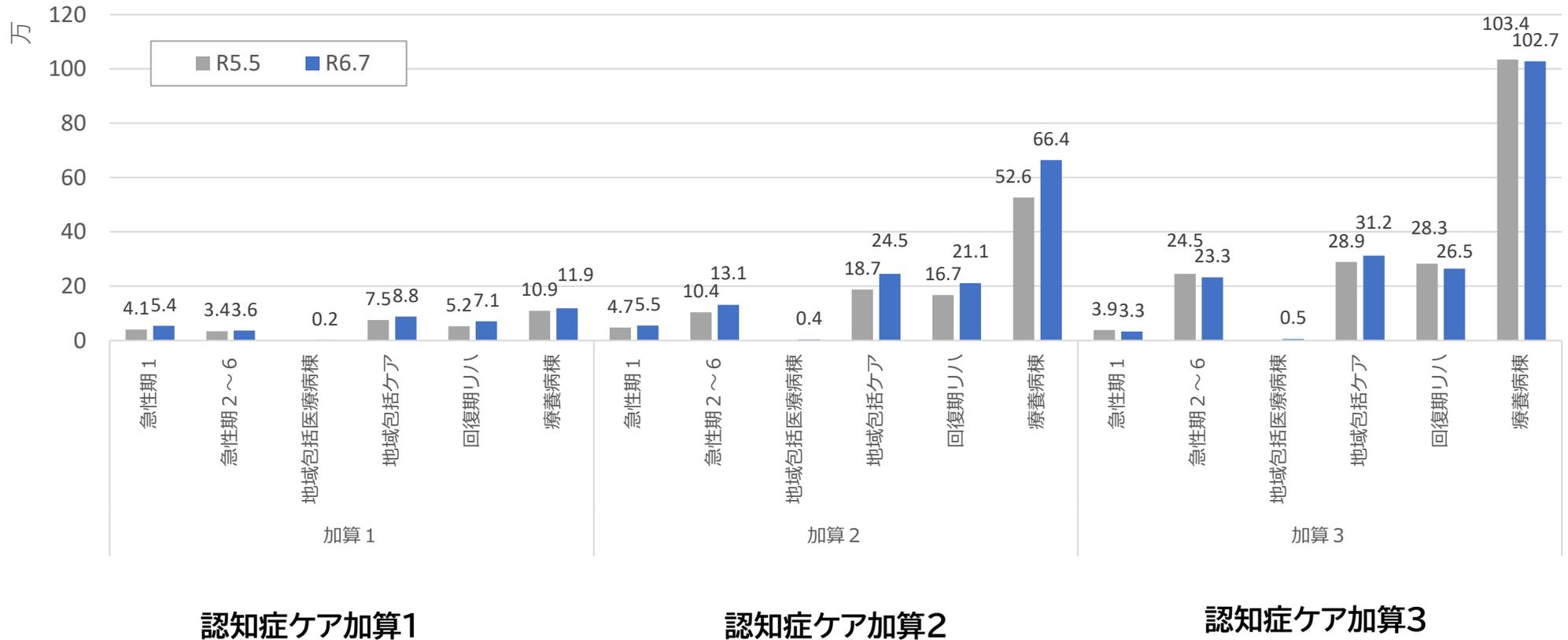
出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

入院料別の認知症ケア加算の算定状況

- 入院料別の認知症ケア加算の算定回数について、認知症ケア加算1は令和5年より令和6年の方が算定回数が増加していた。
- 認知症ケア加算2及び3は、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟で多く算定されていた。

認知症ケア加算の算定回数



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

- 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない**こと。
- (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならぬ**こと。
- 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - 身体的拘束を最小化するための**指針を作成**し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
 - 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による**。

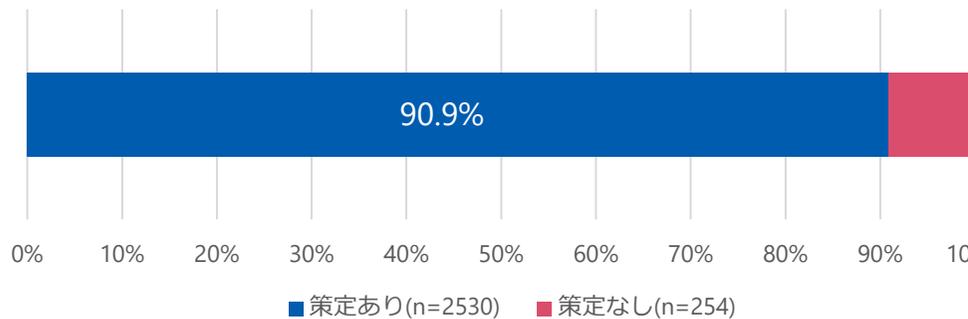
身体的拘束を最小化する取組① 指針の策定状況・体制

診調組 入-1
7.5.22改

- 令和6年11月1日時点において、身体的拘束を最小化するための指針を策定しているのは90.9%、身体的拘束の実施・解除基準を策定しているのは90.1%であった。

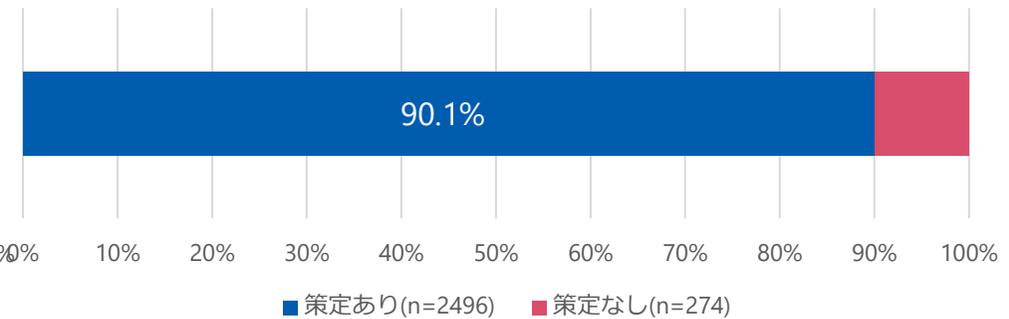
身体的拘束を最小化するための指針の策定状況

(令和6年11月1日時点)

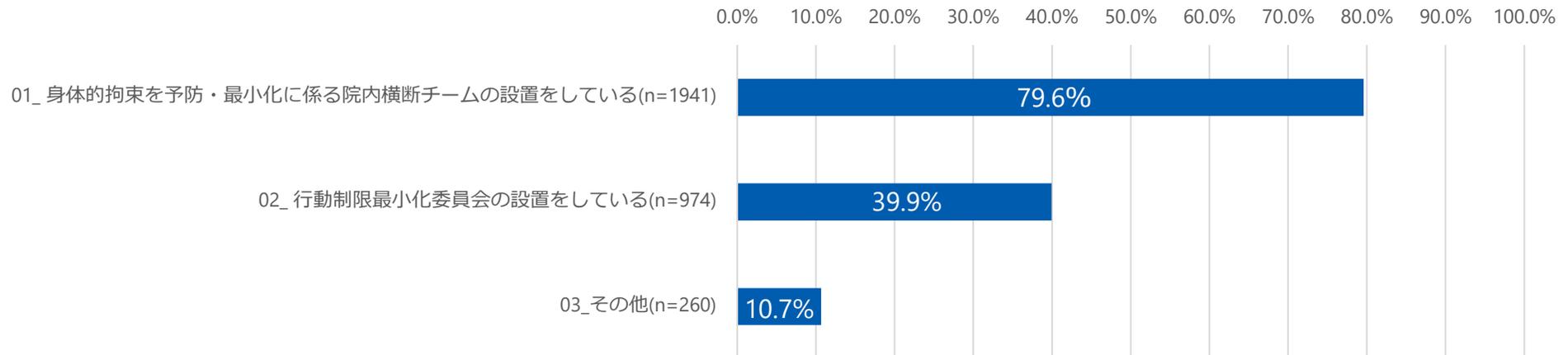


身体的拘束の実施・解除基準の策定状況

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束を予防・最小化するための組織について

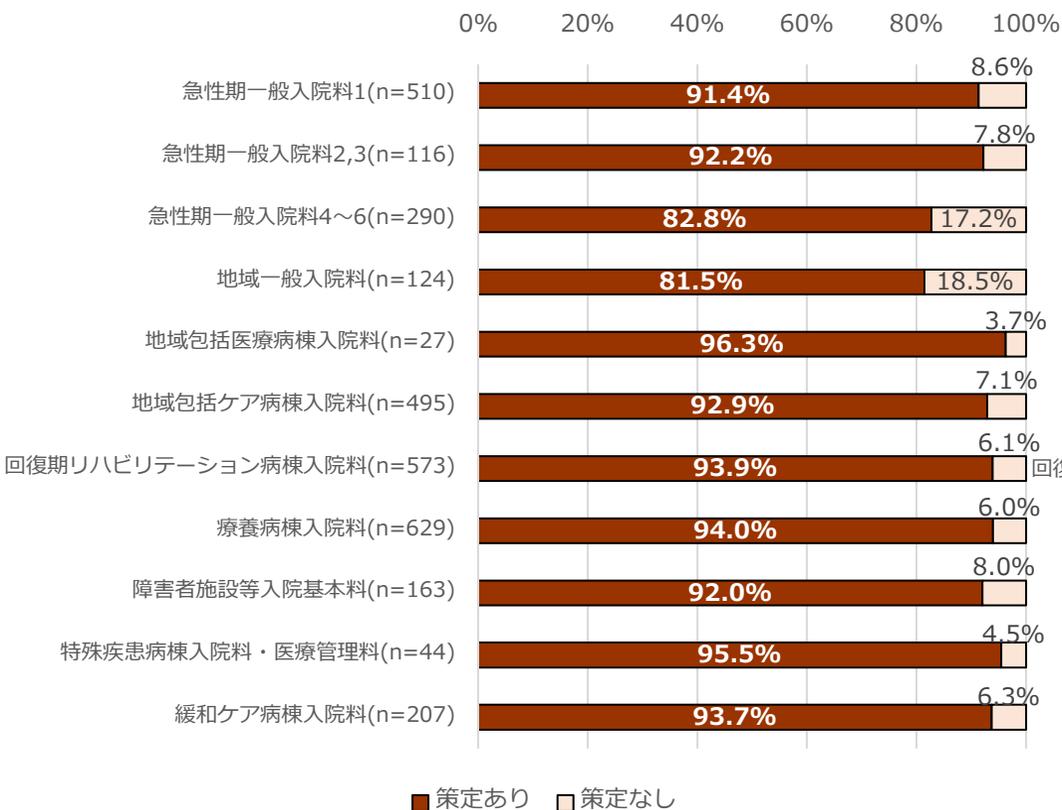


身体的拘束を最小化する取組② 入院料ごとの指針の策定状況

- 入院料別の身体的拘束を最小化するための指針の策定状況について、多くの入院料で90%を越えていた。急性期一般入院料4～6は82.8%、地域一般入院料は81.5%であった。
- 入院料別の身体的拘束の実施・解除基準の策定状況について、多くの入院料で90%を越えていた。急性期一般入院料4～6は80.6%、地域一般入院料は79.8%であった。

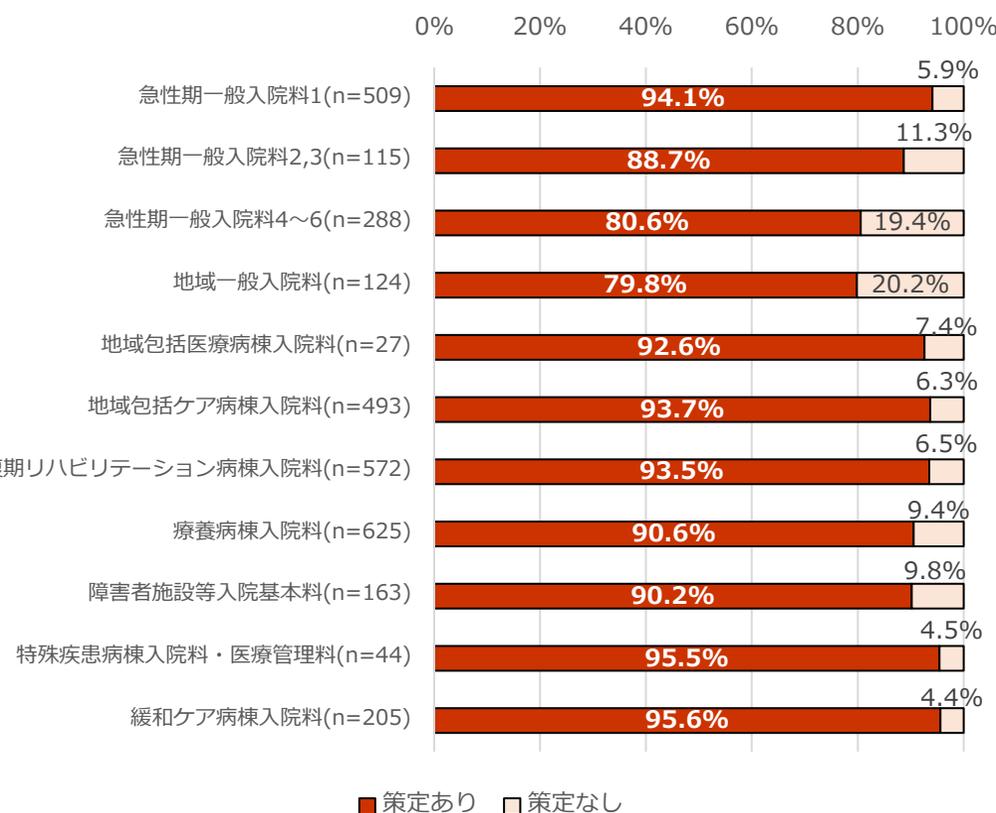
身体的拘束を最小化するための指針の策定

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束の実施・解除基準の策定

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

- 身体拘束廃止に向けた方針として、「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）」では、特に管理者等の責任者が「身体的拘束を原則しない」という決意を持ち、職員をバックアップする方針を徹底し組織一丸となって考えを共有して取り組むこと、身体拘束を必要としない環境の整備、患者本人や家族との対話や意思確認、やむを得ず身体拘束を行った場合でも常に代替手段を検討することが示されている。

身体拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

1 組織一丸となった取り組みの重要性

組織のトップが決意し、施設や事業所が一丸となって取り組む
組織のトップである法人理事長や施設長、管理者等の責任者が「身体拘束廃止・防止」を決意し、職員をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって、職員は自分の責任となってしまう等の不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。

一部の職員が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の職員が身体拘束をするのであれば、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や事業所の全員が一丸となって取り組むことが大切である。そのためには、例えば、施設長や管理者をトップとして、医師、看護職員・介護職員、事務職員等、施設・事業所全体で、身体的拘束等適正化検討委員会が適切に機能するように検討する等、身体拘束廃止・防止に向けて現場をバックアップすることが考えられる。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変



3 本人・家族・施設や事業所等での共通意識の醸成

みんなで議論し、共通の意識をもつ

個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めた組織全体、そして本人家族、本人にかかわっている関係者・関係機関で十分に議論し、みんなで課題意識を共有し、チームケアを実現していく努力が求められる。在宅介護においては、複数法人・事業所で協議することも有用である。

その際に最も大事なのが「本人中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。



2 身体拘束を必要としないケアの実現

まず、身体拘束を必要としないケアの実現をめざす

本人についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としないケアを作り出す方向を追求していくことが重要である。認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。認知症の行動・心理症状の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、次のようなことが想定される。

- (1) 職員の行為や言葉かけが不適当か、またはその意味が理解できない場合
- (2) 自分の意志にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- (5) 身の危険を感じている場合
- (6) 何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去する等の状況改善に努めることが重要である。

4 常に代替的な方法を考えることの重要性

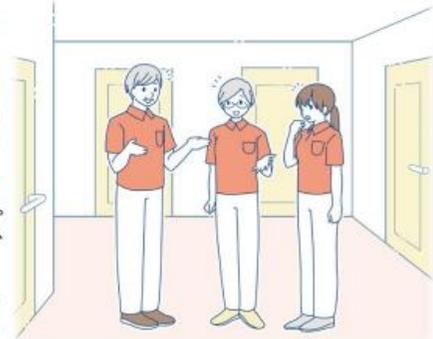
常に代替的な方法を考え、

身体拘束を必要とするケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを常に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束の解除を試みる。

また、身体拘束の解除に困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報入手し参考にする。

運営基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり(20頁参照)、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。



「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体的拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	<ul style="list-style-type: none"> 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 身体拘束解除カンファレンス 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3. 患者の安全を守る	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見せもらう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】

うでに点滴をしています。
ここからくすりや栄養が入っています。
大事にしましょう。



身体的拘束のデータの可視化

- 日本医療機能評価機構の医療の質可視化プロジェクトにおいて、ケアの1指標として身体的拘束の実施率があげられており、サーベイランス等を用いて経時的に評価されている。
- 2024年度より、DPCの評価・検証等に係る調査では任意入力項目として身体的拘束の日数の記録が求められるようになり、身体的拘束の実施率は質評価に係るデータの提出及び公表が評価される項目の1つとなった。

2025年度 医療の質可視化プロジェクトで扱う指標

ケア				
7	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数	退院患者の在院日数の総和 除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数	DPC[様式1] DPC[様式3] またはSV
8	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	分母のうち、入院後48時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数	65歳以上の退院患者数	DPC[様式1] またはSV
9	身体的拘束の実施率	分母のうち、身体的拘束日数の総和	退院患者の在院日数の総和 入院患者延べ数	DPC[様式1] SV

*1: データソースとは、当該指標の計測に必要な診療情報です。DPCやサーベイランスデータが該当します。
*2: SV(サーベイランスデータ)は、診療記録(電子カルテや看護記録など)や独自調査などのデータを想定しています。サーベイランスデータを用いる指標の場合は、各施設の実情に応じて測定可能なデータをご利用ください。

出典：日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2025年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標一覧

2024年度 DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)実施説明資料より抜粋

・A004050 身体的拘束

親様式1に入力する。なお、本年度調査では任意入力とするが、本項目の入力は機能評価係数Ⅱの評価対象となる。
入院年月日が2024年6月1日以降の場合に入力する。

② 身体的拘束日数

当該患者において身体的拘束が行われた日数を日数単位で記入すること。身体的拘束が行われなかった場合は“0”を入力する。また、同一日に複数回の身体的拘束及び解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

ここでいう身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を指す。

DPC/PDPSの機能評価係数IIにおける新たな評価

地域医療係数の見直し②

- 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）について新たに評価を行う。

<臓器提供の実施>

[概要]

法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

[評価の内容]

・過去3年の法的脳死判定後の臓器提供
1件以上 (0.5P)、2件以上 (1P)



※大学病院本院群
DPC特定病院群
の場合



<医療の質向上に向けた取組>

[概要]

医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価

[評価の内容]



・医療の質指標に係る
データの提出 (0.5P)



医療の質指標
(3テーマ9指標)
①医療安全
②感染管理
③ケア



・病院情報の公表 (0.25P)
・医療の質指標の公表
(0.25P)

<医師少数地域への医師派遣機能>

[概要]

医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

[評価の内容]

・「医師少数区域」
への6か月以上の
常勤派遣医師数を
線形評価 (最大1P)



常勤医としての派遣



(参考) データ提出及び公表を評価する医療の質指標

医療の質指標 (3テーマ9指標)

テーマ	指標	既存データ項目の活用	データ提出の評価対象 (※1)	公表の評価時期 (※2)
医療安全	転倒・転落発生率	×	○	令和8年度～
	転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	×	○	令和8年度～
	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	○	×	令和7年度～
感染管理	血液培養2セット実施率	○	×	令和7年度～
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	○	×	令和7年度～
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	×	○	令和8年度～
ケア	d2 (真皮までの損傷) 以上の褥瘡発生率	×	○	令和8年度～
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	×	○	令和8年度～
	身体的拘束の実施率	×	○	令和8年度～

(※1) 該当する指標に対応する調査項目を新設する

(※2) 集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

病床数別の身体的拘束の実施状況（医療の質可視化プロジェクト）

- 日本医療機能評価機構の医療の質可視化プロジェクトにおいて、DPC様式1やサーベイランスによる身体拘束実施率の測定が行われている。病床規模にかかわらず、拘束率の中央値はDPCで4～5%程度、サーベイランスでは7～8%程度であり、病床数が少ないほど施設ごとの身体拘束率のばらつきは大きい傾向がある。

6. 参照値（24年度可視化プロジェクト計測結果：24年6-9月・様式1）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	212	60	65	56	31
平均値	6.62	8.76	6.23	5.77	4.81
最大値	75.71	75.71	31.64	22.19	18.18
75 th -センタイル	9.23	11.49	8.71	8.89	5.39
中央値	4.58	4.69	4.18	4.56	4.60
25 th -センタイル	2.03	1.69	2.21	2.33	2.23
最小値	0.00	0.00	0.03	0.14	0.09

6. 参照値（24年度可視化プロジェクト計測結果：24年6-9月・サーベイランス）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	330	102	106	67	55
平均値	9.48	9.67	10.01	9.93	7.54
最大値	58.39	58.39	48.90	40.35	23.32
75 th -センタイル	13.95	16.23	13.72	15.13	9.61
中央値	7.25	6.52	7.51	8.11	7.14
25 th -センタイル	3.86	3.19	4.08	3.76	4.43
最小値	0.00	0.00	0.00	0.02	0.08

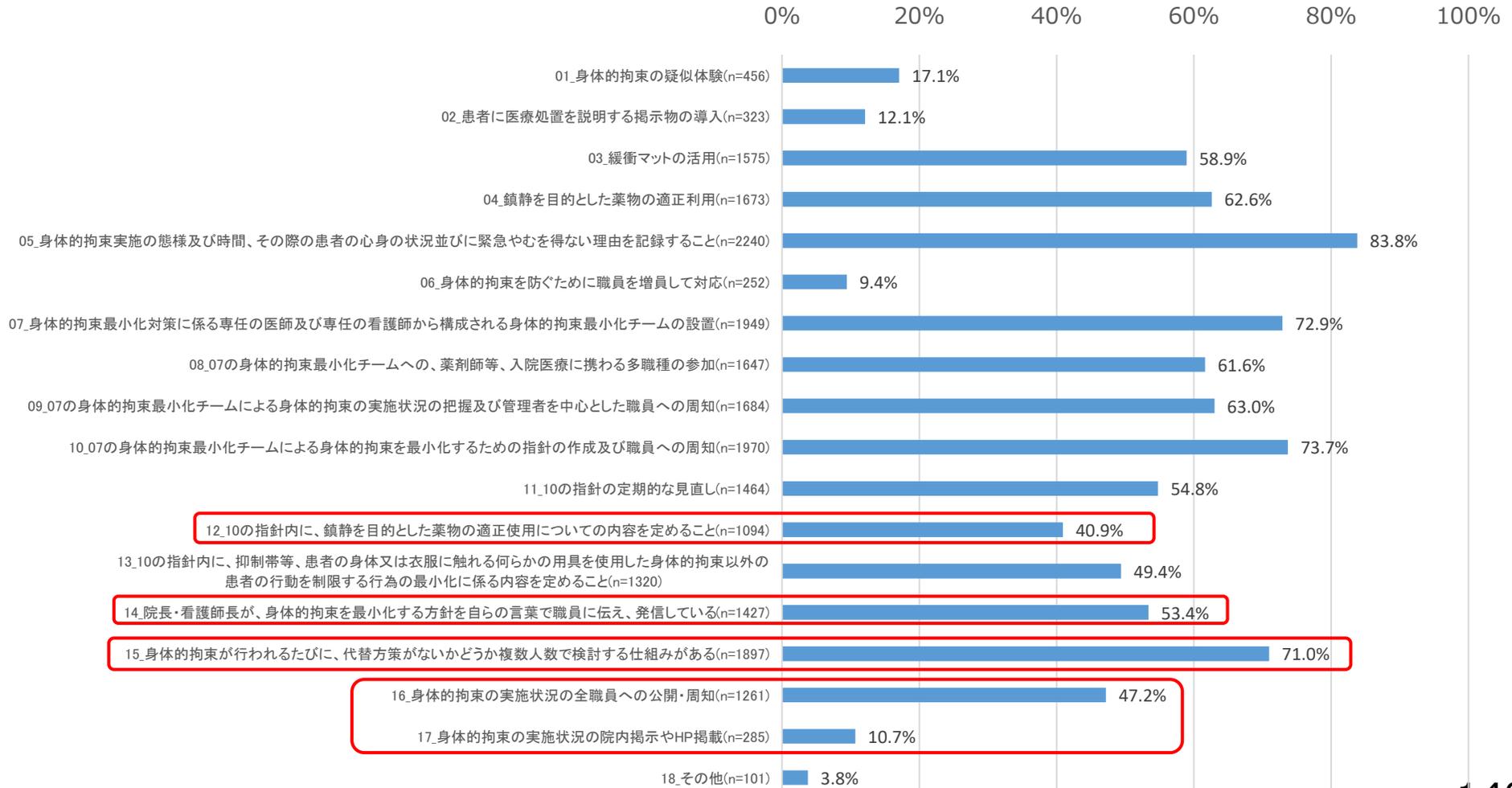
<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、身体的拘束日数の総和}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 100$$

身体的拘束を最小化するための具体的な取組内容

- 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組として、各項目を回答した施設の割合は以下のとおり。
- 身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針のうち、「院長・看護師長が、身体的拘束を最小化する方針を自らの言葉で職員に伝え、発信している」は53.4%、「身体的拘束が行われるたびに、代替方策がないかどうか複数人数で検討する仕組みがある」は71.0%が取り組んでいると回答した。
- 身体的拘束最小化の指針の中に薬物の適正使用についての内容を定めている施設は40.9%であった。また、職員向けのデータの可視化に取り組んでいると回答した施設は47.2%であったが、対外的に公表している施設は10.7%に留まった。

身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容(n=2673)



栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)~(9) (略)

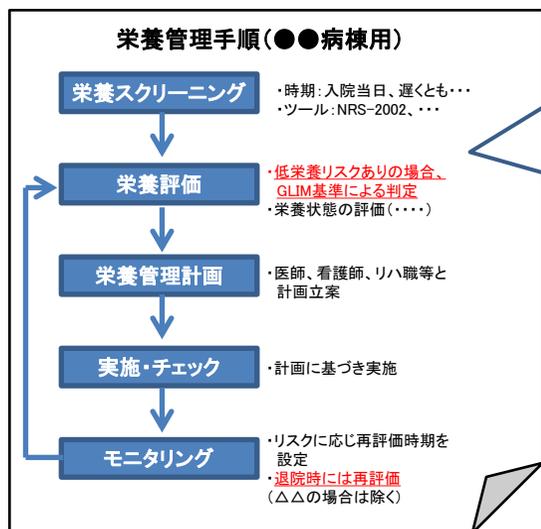
改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)~(9) (略)

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

↓
低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

↓
低栄養と判定

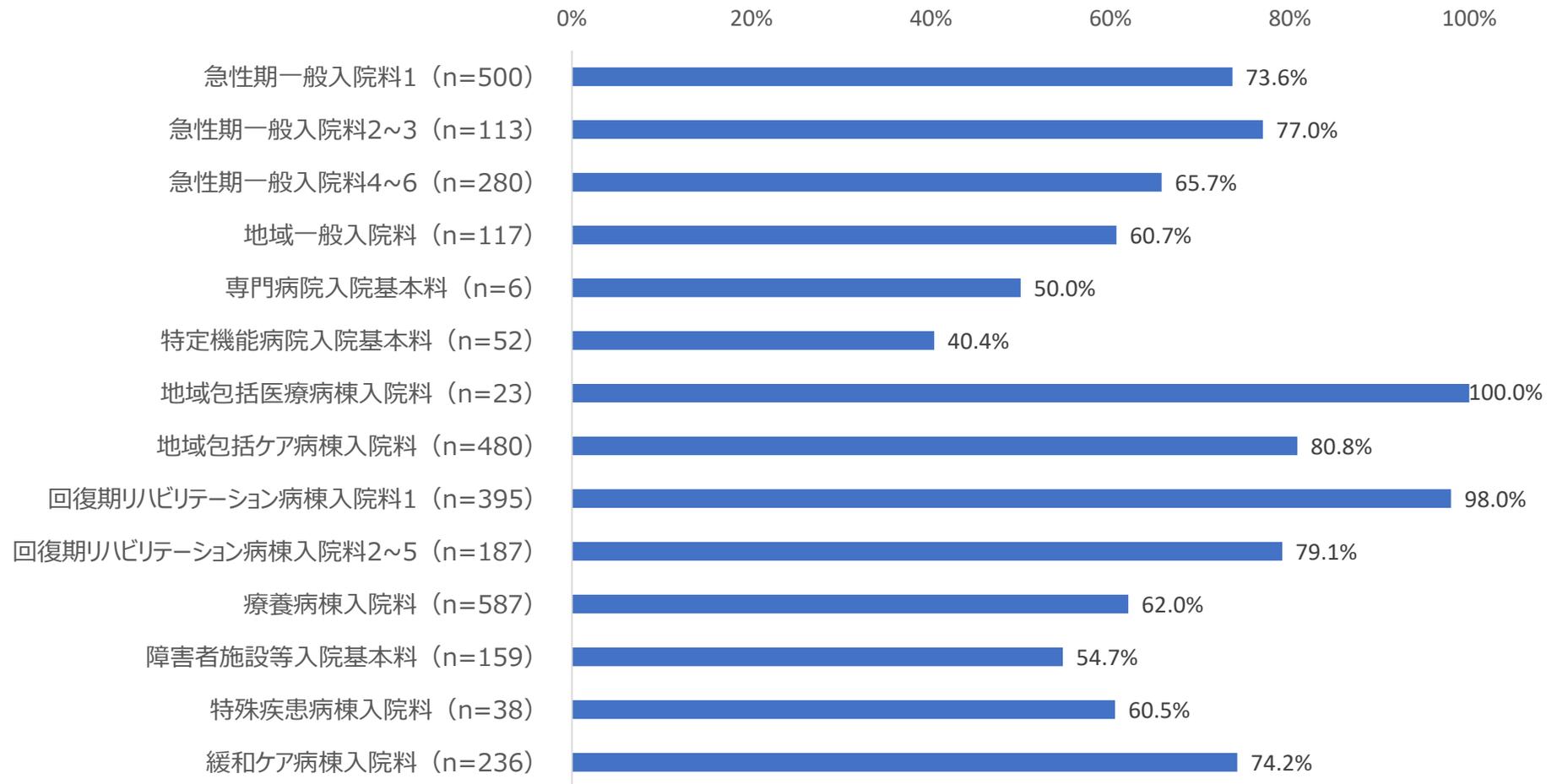
↓
重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

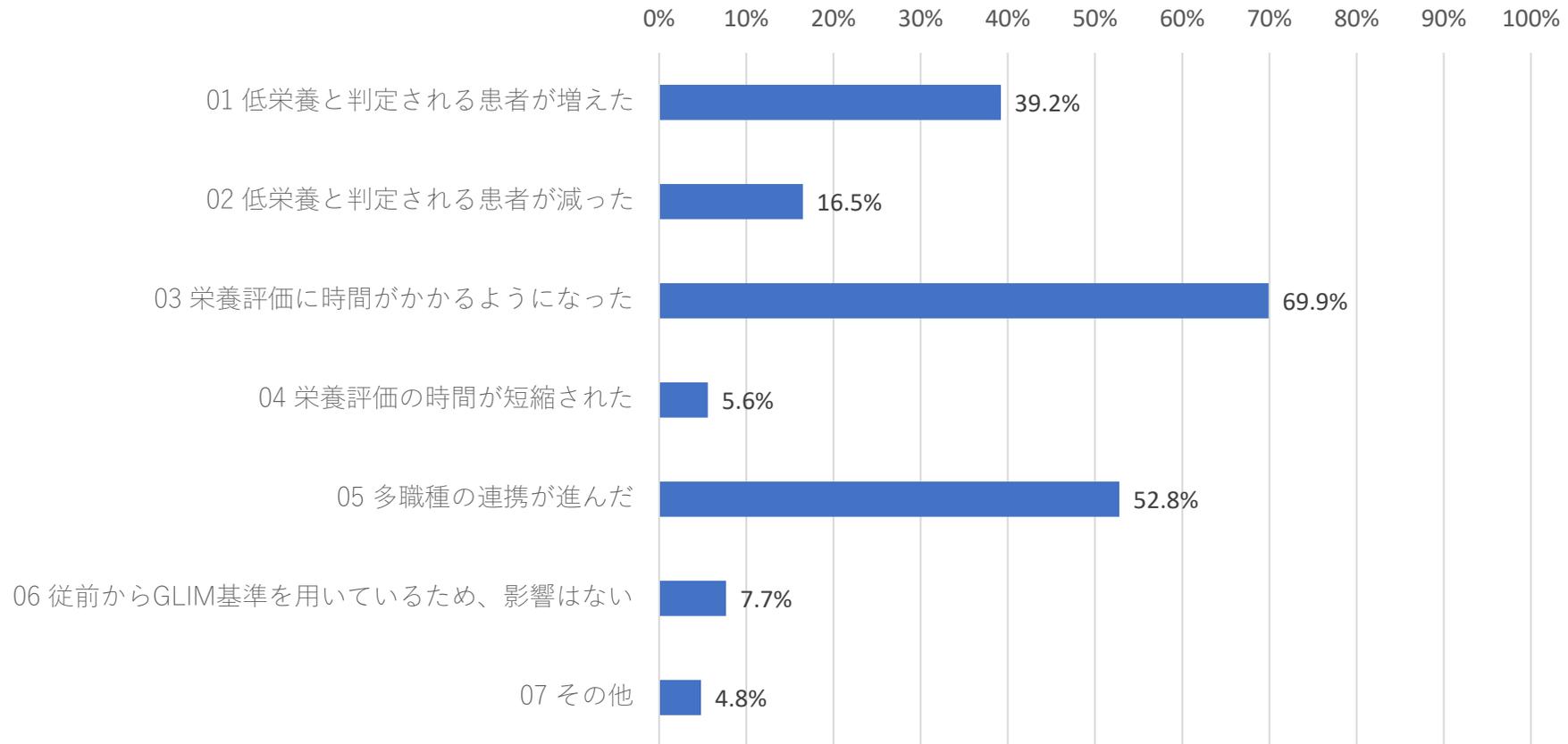
入院料ごとのGLIM基準の活用状況

- GLIM基準の活用状況は、地域包括医療病棟入院料を算定している施設が100%と最も高く、特定機能病院入院基本料を算定している施設が40.4%と最も低かった。

■ 入院料ごとの栄養管理手順にGLIM基準を位置づけている割合



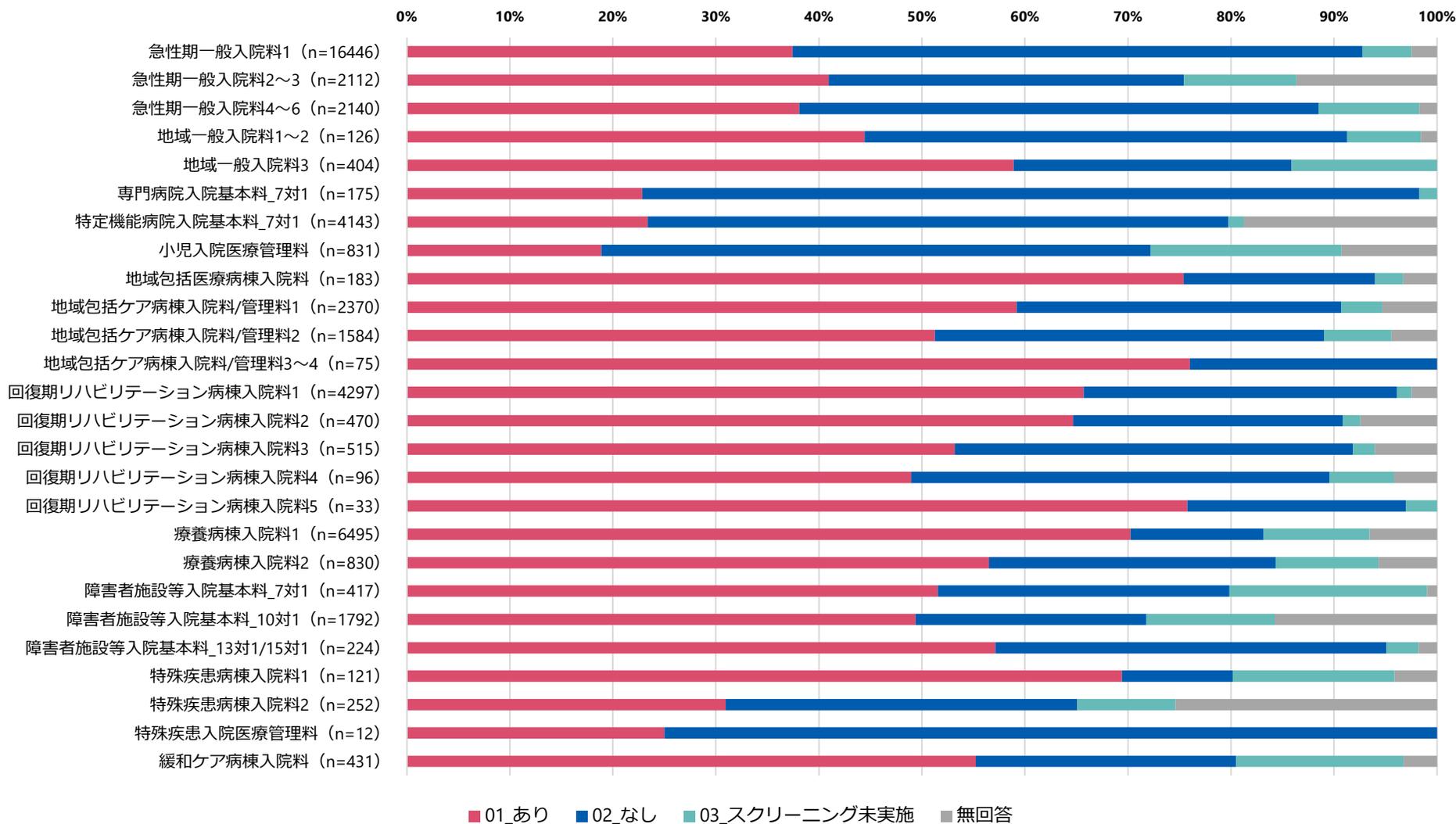
- GLIM基準の評価を導入したことで、「栄養評価に時間がかかるようになった」という回答が69.9%と最も多かった一方で、「多職種連携が進んだ」という回答が52.8%と次に多かった。



(複数回答) n=375

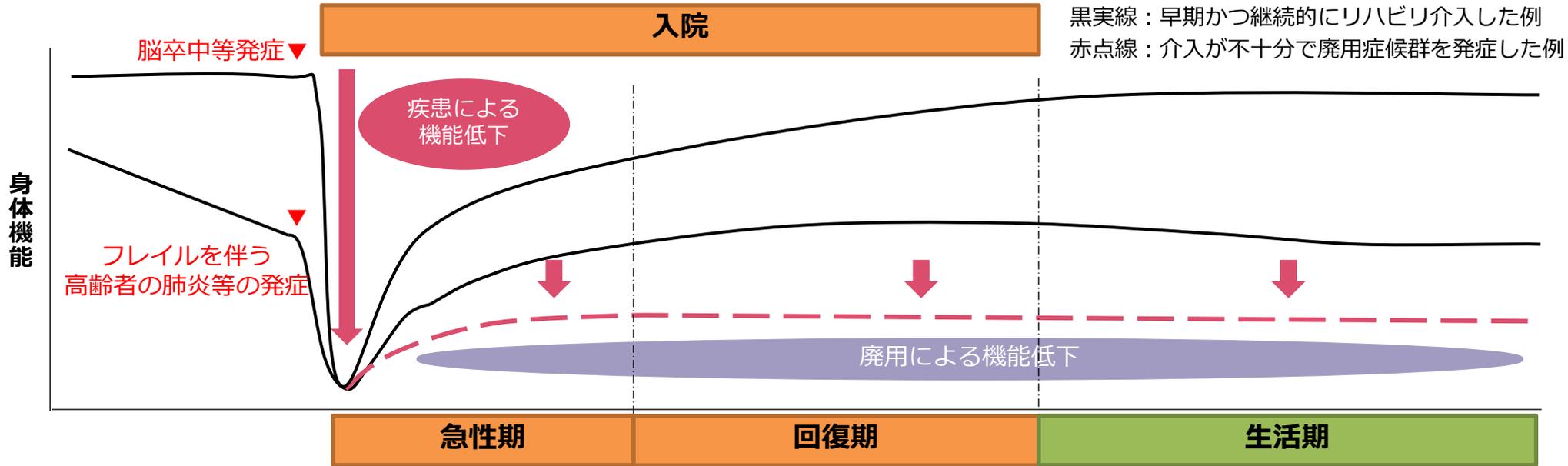
入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

○ 入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約4割、地域包括医療病棟などでは約8割だった。



各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ

診調組 入-1
7 . 6 . 2 6



疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

必要なリハビリの
イメージ

残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効な
乗降方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

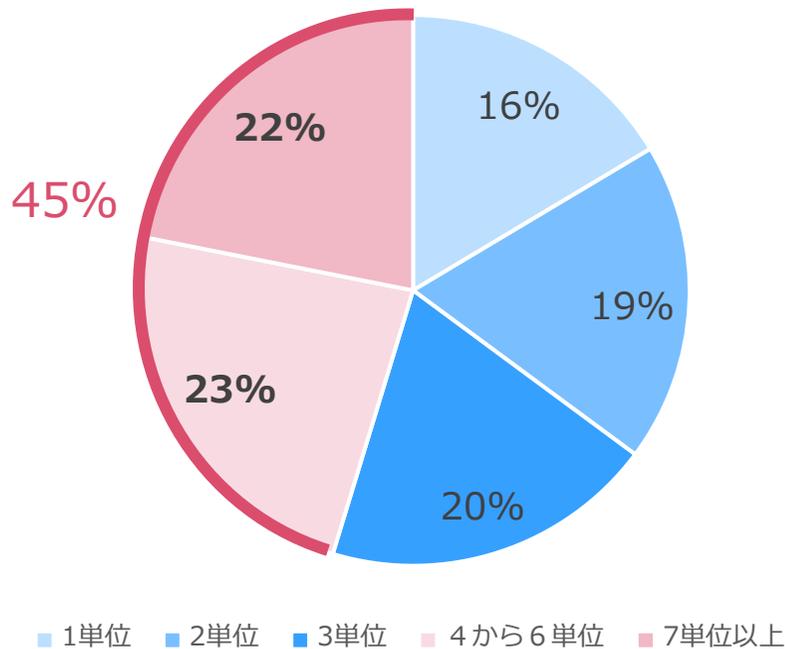
屋外等での疾患別リハビリテーション実施単位数について

診調組 入-1
7 . 6 . 2 6

- 屋外等での疾患別リハビリテーションは入院患者に対して1日に3単位に限り算定可能である。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と人数の分布は以下の通りであり、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位を超えて実施した症例は45%であった。

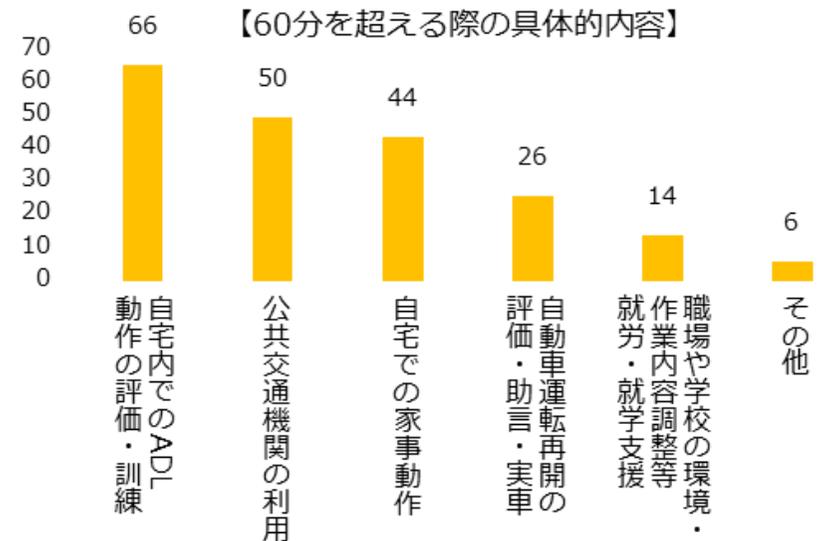
屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と

人数の割合(n=128)



調査日から遡った過去7日間において、疾患別リハビリテーションを実施した1,767症例のうち、同一期間内に屋外等で疾患別リハビリテーションを実施した128症例について、単位数ごとの人数を集計。

参考) 屋外等でのリハビリテーションが60分を超える際の具体的な実施内容



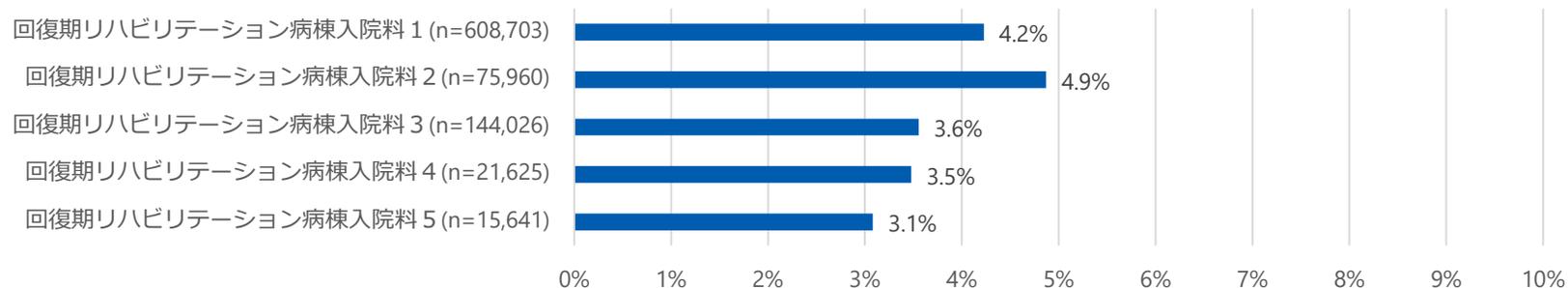
※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

退院前訪問指導の実施状況

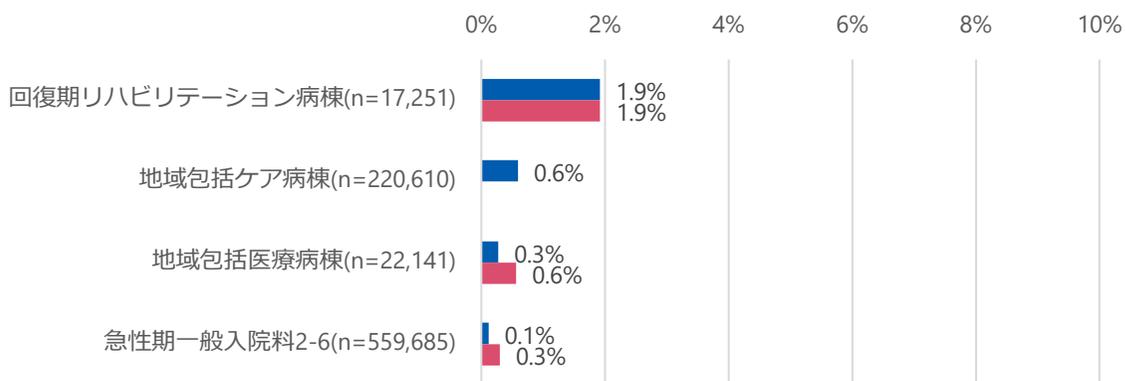
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3～5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14～24%に留まっていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの退院前訪問指導を実施した患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導を実施した患者の割合



■ 退院全患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合

■ 疾患別リハを実施した患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合

	疾患別リハ実施患者割合	退院前訪問指導実施病院の割合
回復期リハビリテーション病棟	99.9%	16.0%
地域包括ケア病棟	0.03%*	21.1%
地域包括医療病棟	48.3%	23.5%
急性期一般入院料2-6	38.9%	14.9%

※ 疾患別リハ料が入院料に包括されていることに注意が必要。

出典：DPCデータ（令和6年10月 - 12月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。

令和6年度障害者総合福祉推進事業「高次脳機能障害に関する支援の実態調査及び適切な支援を提供するためのガイドラインの作成」報告書より、関係機関へのヒアリング調査の結果を一部抜粋

(1) 入院中の診療

急性期病院の段階で認知機能の検査や高次脳機能障害の診断が行われるケースは少ないという意見が多く聞かれた。**重い麻痺や運動機能障害がない場合、急性期病院から直接地域生活に移行するケースもあり**、その場合には高次脳機能障害の診断を受けていないことも多いという指摘があった。**回復期病院においても、身体症状への対応が優先され、認知機能面については検査・診断されないことがある**という意見も寄せられた。また、高次脳機能障害者本人の病識が低下し、自身の認知機能を過大に自覚することで、リハビリテーションの必要性を認識できず、退院を希望するケースもあるという声も聞かれた。

高次脳機能障害の診断がついてない場合でも、「高次脳機能障害を発症している可能性がある」ことだけでも患者に伝えることが、当事者がその後の支援につながる可能性を高める上で重要であるとの意見があった。さらに、どの医療機関が高次脳機能障害の診療・診断書作成に対応しているかが分かりにくい現状があり、対応可能な医療機関のリスト作成を求める要望が寄せられた。

(2) 入院中の退院支援

入院中の退院支援に関しては、急性期病院や回復期病院において、介護保険サービスや障害福祉サービス、障害者手帳、その他の**支援に係る情報提供や申請手続きの支援が十分に行われていない**という意見が多数把握された。特に、**高齢者の患者が多い病院では、壮年期の患者への対応（障害福祉サービス等）のノウハウが蓄積されにくく、地域内の障害福祉関連機関とのネットワークも希薄になりやすい**との指摘があった。（略）

このような状況を踏まえ、**退院時に「退院後に困った時に相談できる窓口」の情報を必ず伝えることが重要であり、支援拠点機関の紹介も積極的に行うべきである**という要望が寄せられた。

(3) 退院後の外来診療（略）

(4) 退院後の相談支援（略）

(5) 障害者手帳の取得

障害者手帳の取得に関しては、身体障害者手帳について、高次脳機能障害の原疾患の発症・受傷から一定期間経過しなければ交付申請を行えないという期間要件を設けている自治体があり、その期間が長い場合もあるという指摘があった。（略）

急性期リハビリテーション加算等の算定要件

○ 早期のリハビリテーションを評価する加算として以下が設けられているが、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。

	急性期リハビリテーション加算	初期加算	早期リハビリテーション加算
点数	50点/単位	45点/単位	25点/単位
算定可能日数	発症、手術又は急性増悪から14日目まで ※	発症、手術又は急性増悪から14日目まで	発症、手術又は急性増悪から30日目まで
対象患者	<p>各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者であって、下記の要件に定める患者</p> <p>ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。 イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。 ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。 ①動脈圧測定(動脈ライン)②シリンジポンプの管理 ③中心静脈圧測定(中心静脈ライン) ④人工呼吸器の管理 ⑤輸血や血液製剤の管理 ⑥特殊な治療法等 エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。</p>	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者

※ 心大血管リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療(リハビリテーション)開始日のいずれか早いもの」から起算する



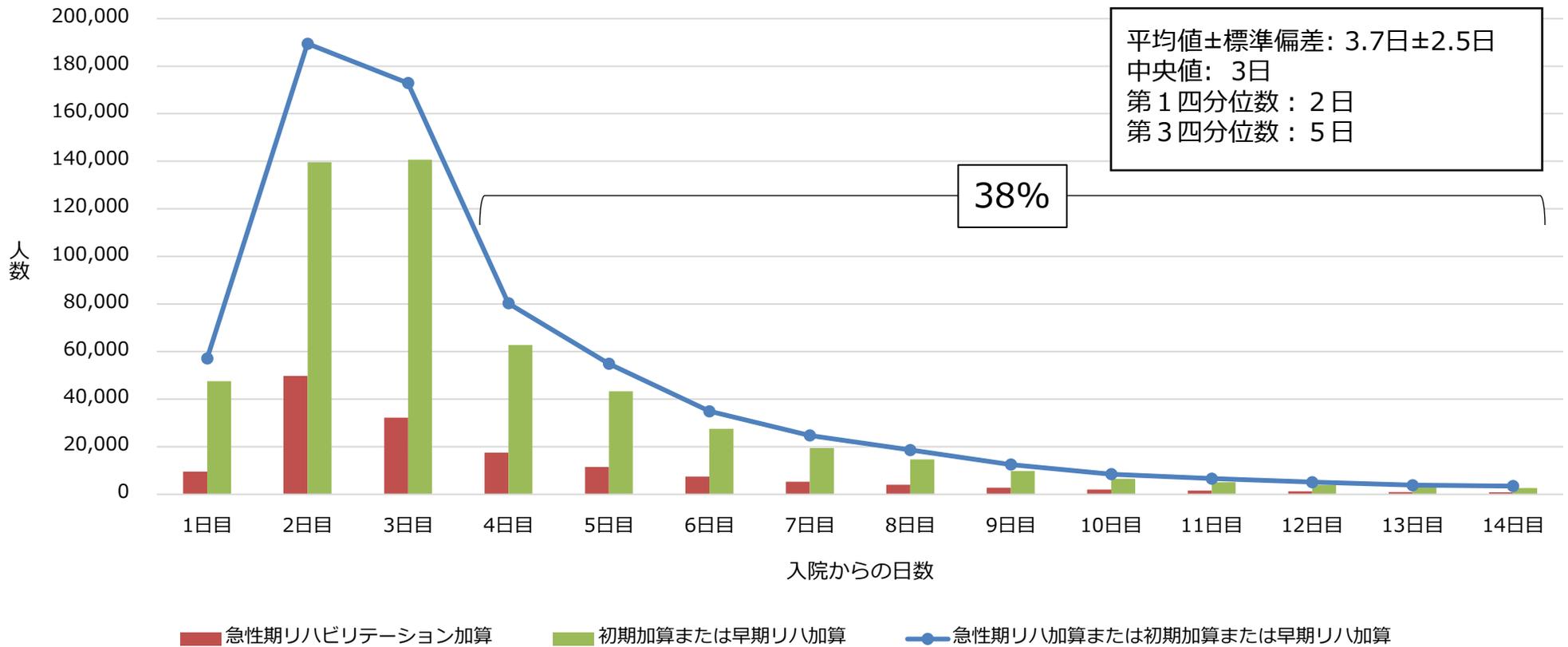
Dの症例においても、急性期リハビリテーション加算は算定可能

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

診調組 入-1
7.6.26

- 急性期リハビリテーション加算等を初回算定した日、すなわち疾患別リハビリテーションを急性期の病態について初回算定した日の分布は以下のとおりであり、平均3.7日で右に裾の長い分布を示した。
- 14日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3日以内に介入できていない割合は38%であった。

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）



※ 急性期一般入院料1 - 6の入院症例のうち、14日以内にリハビリを実施した症例で分析。

入院時食事療養費に係る食事療養の概要

- 入院時食事療養（Ⅰ）と（Ⅱ）があり、（Ⅰ）を届け出た場合、要件を満たせば特別食加算や食堂加算を算定できる。
- 多様なニーズに対応した食事を提供した場合、特別料金の支払いを受けることができる。

【一般的事項】 食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

届出必要

届出病院数
(令和5年)
7,952施設

入院時食事療養(Ⅰ)【1食につき】

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 **690円**
- (2) 流動食のみを提供する場合 **625円**

<主な要件>

- ・ 常勤の管理栄養士又は栄養士が食事療養の責任者となっていること
- ・ 医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎食行われていること
- ・ 食事療養関係の各種帳簿が整備されていること
- ・ 病状により特別食を必要とする患者には特別食が提供されていること
- ・ 適時の食事が提供され、夕食に関しては午後6時以降に提供されていること
- ・ 保温食器等を用いた適温の食事が提供されていること

又は

届出不要

入院時食事療養(Ⅱ)【1食につき】

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 **556円**
- (2) 流動食のみを提供する場合 **510円**

特別食加算【1食につき】 76円*

患者の病状等に対応して、医師の発行する食事せんに基づき、特別食が提供された場合に算定 ※(2)の患者は算定不可

<厚生労働大臣が定める特別食>

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

食堂加算【1日につき】 50円

一定基準を満たしている食堂を備えた病棟又は診療所の入院患者（療養病棟に入院している患者を除く）に食事が提供された場合に算定

特別料金の支払いを受けることによる食事の提供

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事を別に用意し、提供した場合は、一定の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。(1食あたり17円を標準)

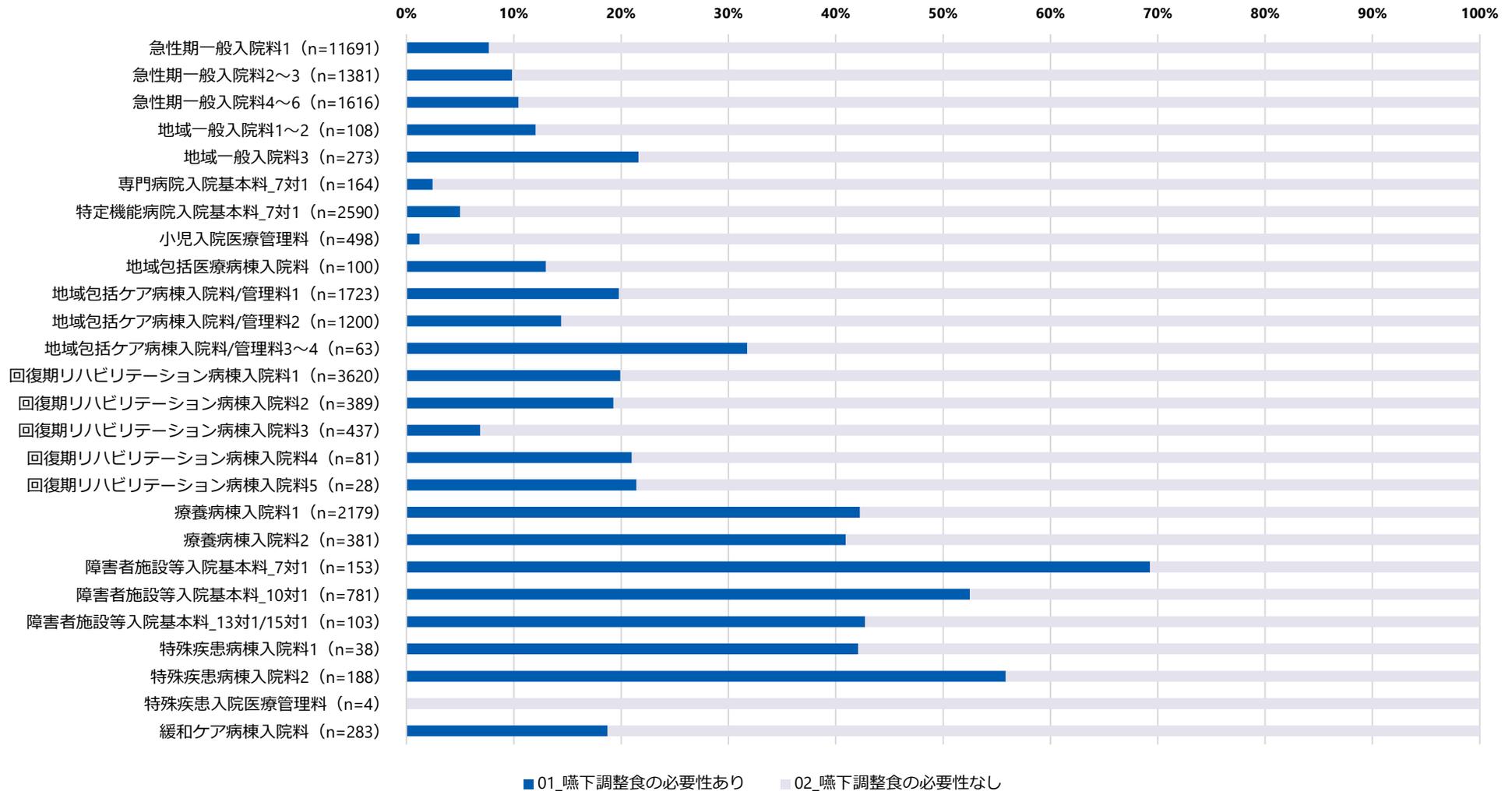
入院料ごとの栄養摂取の状況

○ 栄養摂取の方法として、急性期や包括期病棟は約8割の患者が経口摂取のみであり、慢性期病棟でも約5割の患者が経口摂取をしている。



入院料ごとの嚥下調整食の状況

○ 栄養摂取が経口摂取のみの患者のうち、急性期病棟の患者の約1割、包括期病棟の患者の約2割、慢性期病棟の患者の約4割は、嚥下調整食の必要性がある。



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

入院時の食費の基準額について（令和6年度診療報酬改定等）

- 食材費が高騰していること等を踏まえ、令和6年6月より、入院時の食費の基準額について1食当たり30円の引上げを実施。また、その後の更なる食材費の高騰等を踏まえ、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、令和7年4月より、1食あたり20円の引上げを実施。
- 患者負担については、所得区分等に応じて低所得者に配慮した対応としている。

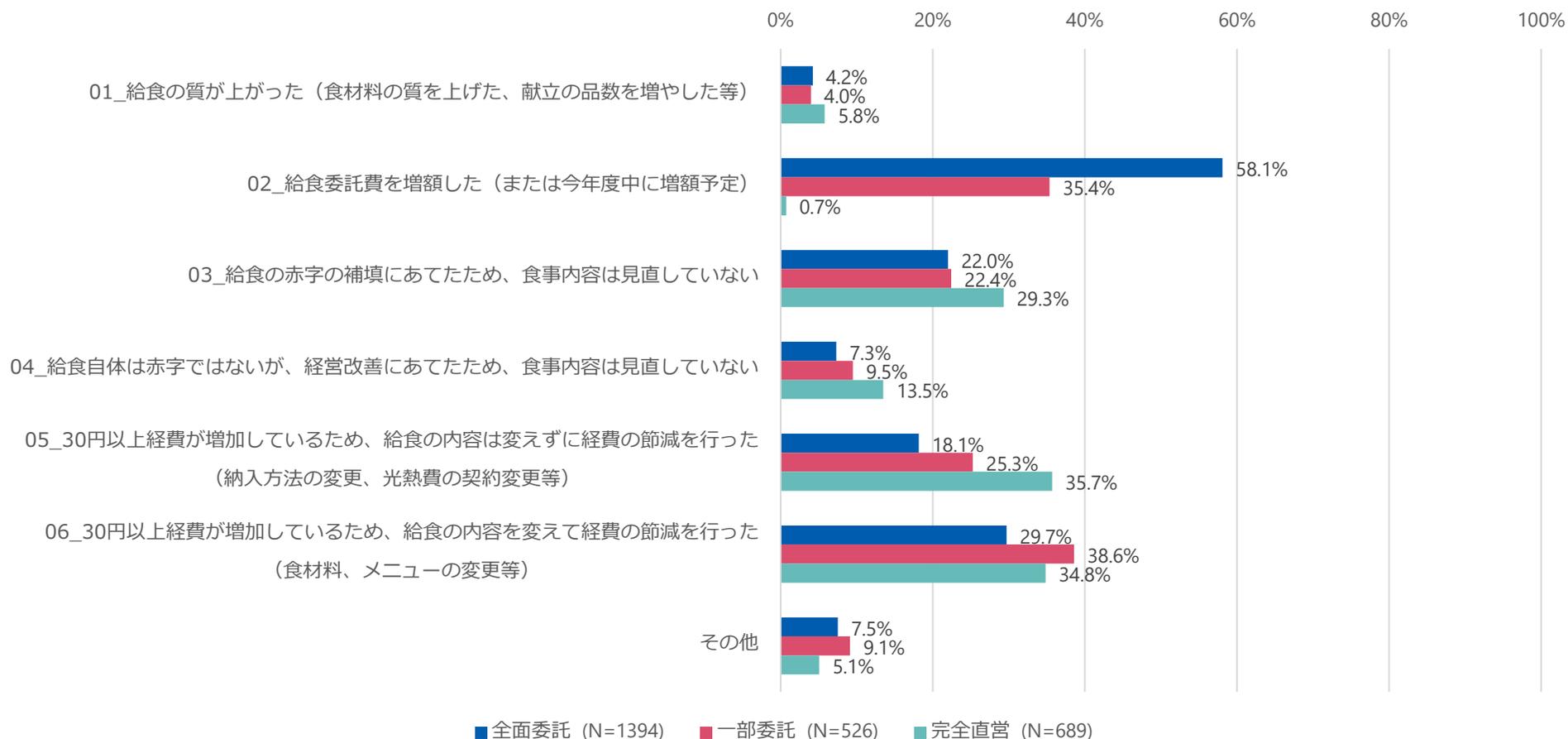
	～令和6年5月		令和6年6月～		令和7年4月～
総額	640円	+30円 ➡	670円	+20円 ➡	690円
自己負担					
一般所得者の場合	460円	+30円 ➡	490円	+20円 ➡	510円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円 ➡	230円	+10円 ➡	240円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円 ➡	110円	据え置き ➡	110円

入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

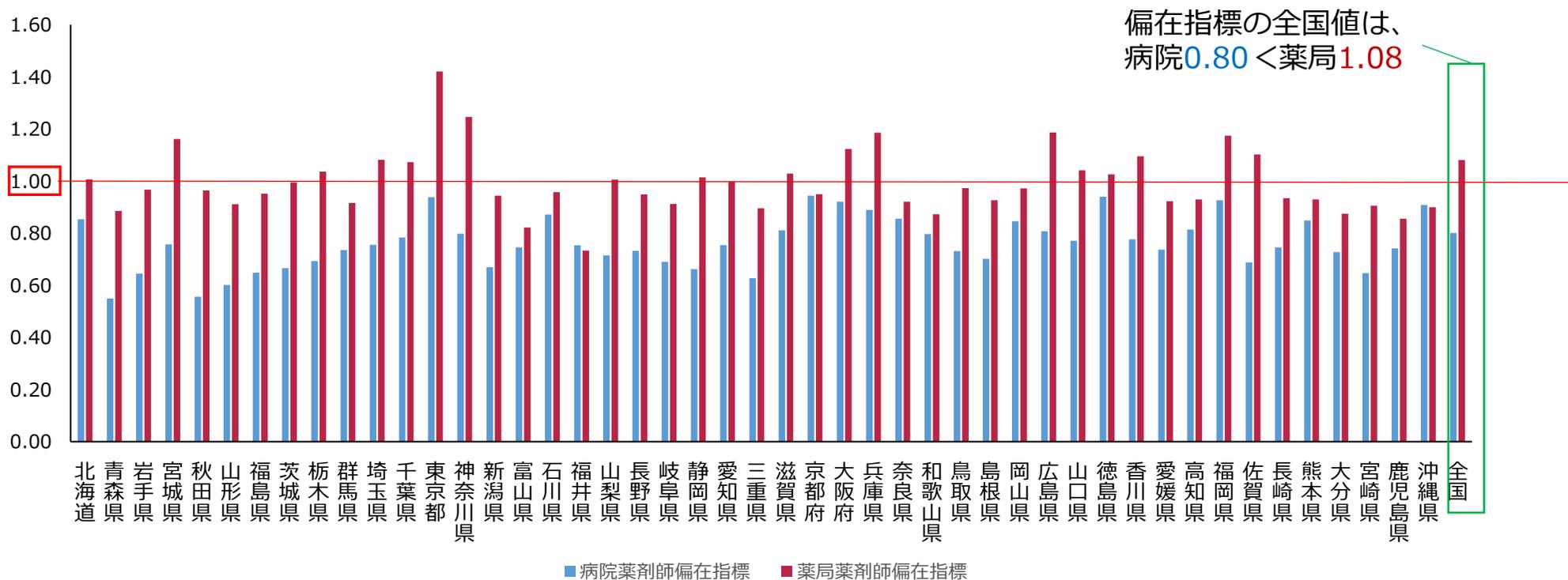
- 給食運営を全面委託している施設の約6割が、「給食委託費を増額した」と回答。
- 一部委託や完全直営の施設の約4割は、30円以上経費が増加しているため、納入方法や食材料等の変更を行い、更なる経費の削減を行っていた。

給食運営の状況別_給食提供等に関して見直したこと



現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

- 薬剤師偏在指標が1.0を超える病院薬剤師数を確保している都道府県はなかった。
- 薬局薬剤師数に関しては、18都道府県で偏在指数が1.0を超えていた。



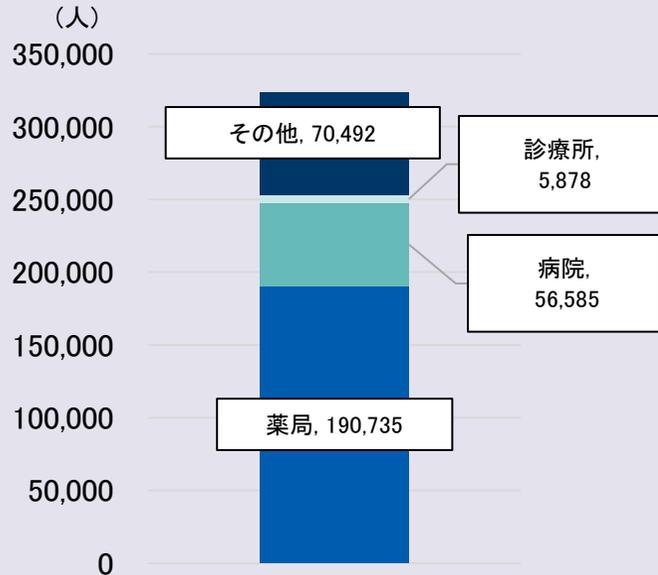
$$\text{薬剤師偏在指数} = \frac{\text{地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量（現在の労働量）}}{\text{地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量（必要な業務量）}}$$

※薬剤師偏在指数：上記計算に従い、必要な業務量に対する現在の労働量の割合。目標偏在指標は1.0となる。

病院薬剤師の配置状況

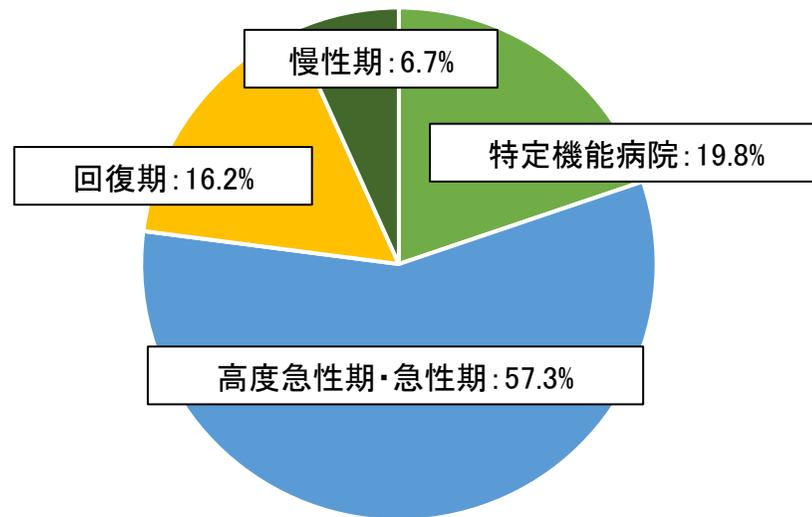
○ 病院に勤務する薬剤師は5.66万人(令和4年度時点)であり、病床機能別・業務別の人員配置割合は以下のとおり。

■ 薬剤師統計における薬剤師数 (令和4年12月31日現在)



全国の保険医療機関の薬剤師を対象とした勤務実態調査における病院薬剤師の配置状況(有効回答1,955施設、16,485名)

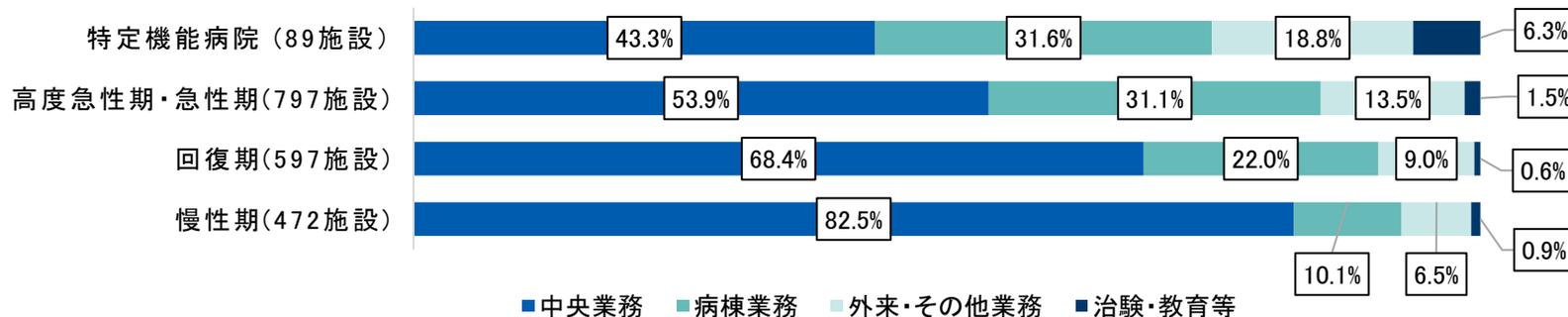
■ 病床機能別の薬剤師人数割合



[病床機能別分類の集計手順]

- ①回答が得られた医療機関のうち、特定機能病院を、「特定機能病院」として集計した。
- ②高度急性期の全て及び、急性期病床かつ回復期を有していないと回答した医療機関を「高度急性期・急性期」として集計した。
- ③慢性期の病床のみを有する医療機関及び慢性期と回復期の病床を有する医療機関を「慢性期」として集計した。
- ④回復期病床を有すると回答した医療機関を「回復期」として集計した。

■ 病床機能別・業務別の薬剤師人数割合



[業務別分類の定義]

- 薬剤師本人が主に働いている場所として回答した結果に応じて以下のとおり分類した。
- 「中央業務」: 調剤室、注射室、製剤室、医薬品情報室、管理室、麻薬室、薬務室
 - 「病棟業務」: 病棟
 - 「外来・その他業務」: チーム医療活動、手術室、外来、化学療法室、医療安全室、その他
 - 「治験教育等」: 試験・研究室、治験室

院内処方と院外処方における診療報酬の比較

- 院内処方と院外処方を比較すると、医師の処方に基づく医薬品の調剤に係る報酬上の評価には、差がある。

医師の処方に基づく医薬品の調剤に係る診療報酬（技術料）の合計（イメージ）

※ 服用時点が異なる内服薬が2種類、28日分処方されている患者の場合

【外来院内処方】 （医療機関で医薬品を交付）	【院外処方】 （一般的な薬局で調剤）
調剤技術基本料2 14点	調剤基本料1 45点
調剤料1イ 11点 <small>〔 剤数によらず、1処方 当たりの点数は固定 〕</small>	薬剤調製料1 48点 <small>〔 24点×2剤 〕</small>
薬剤情報提供料 4点	調剤管理料1ハ 100点 <small>〔 50点×2剤 〕</small>
手帳記載加算 3点	服薬管理指導料1 45点
計 32点（ 320円）	計 238点（2,380円）

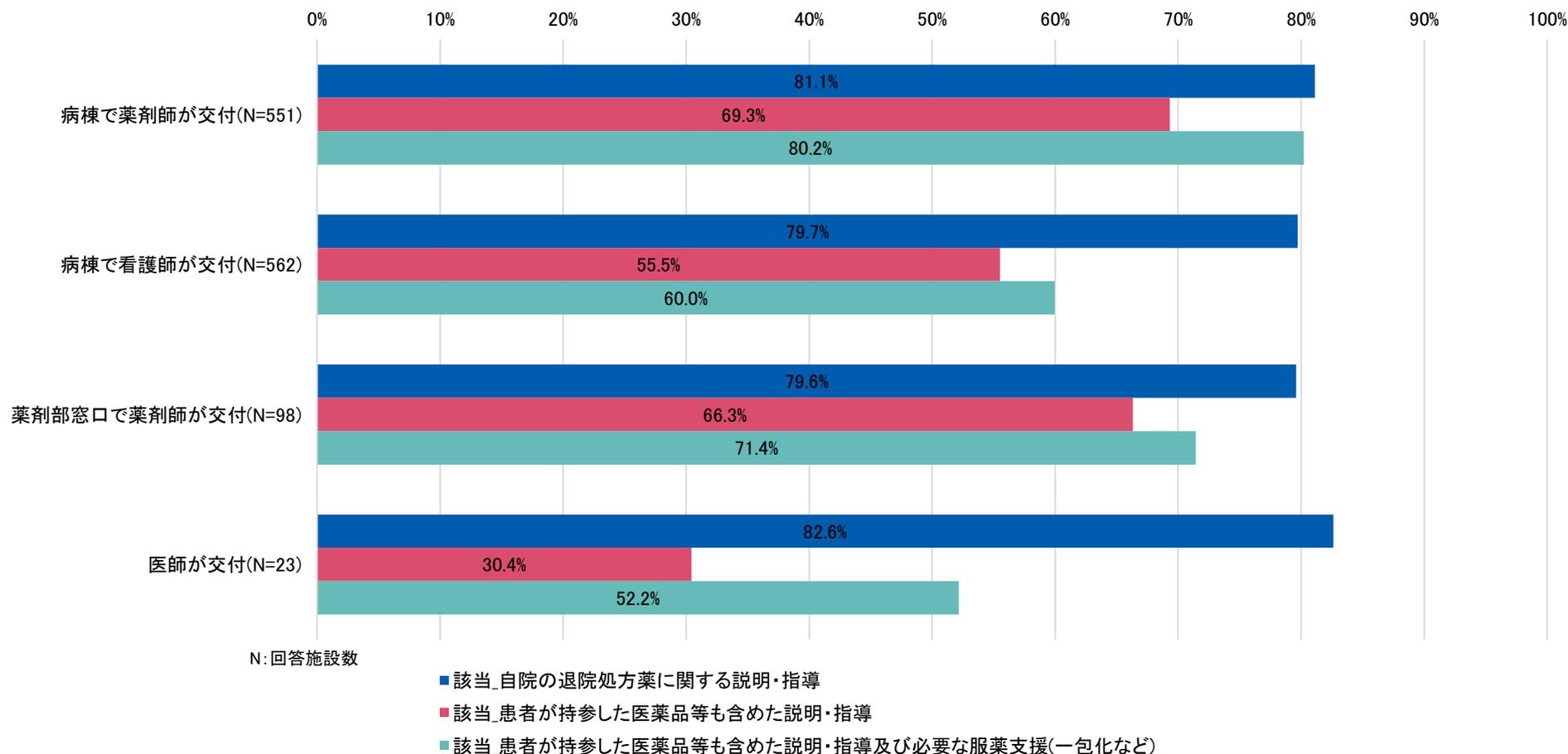
夜間・休日等の評価（夜間をはじめとする医療提供体制が乏しくなる時間帯の医療提供への評価）

【院内処方】 （医療機関で医薬品を交付）	【院外処方】 （一般的な薬局）
評価なし	夜間・休日等加算 40点

退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲

- 退院処方薬の交付方法において、「自院の退院処方について」の指導は、80%以上実施されていた。
- 薬剤師が関与している場合、患者が持参した医薬品等も含めて、説明・指導がなされる割合が高くなる。

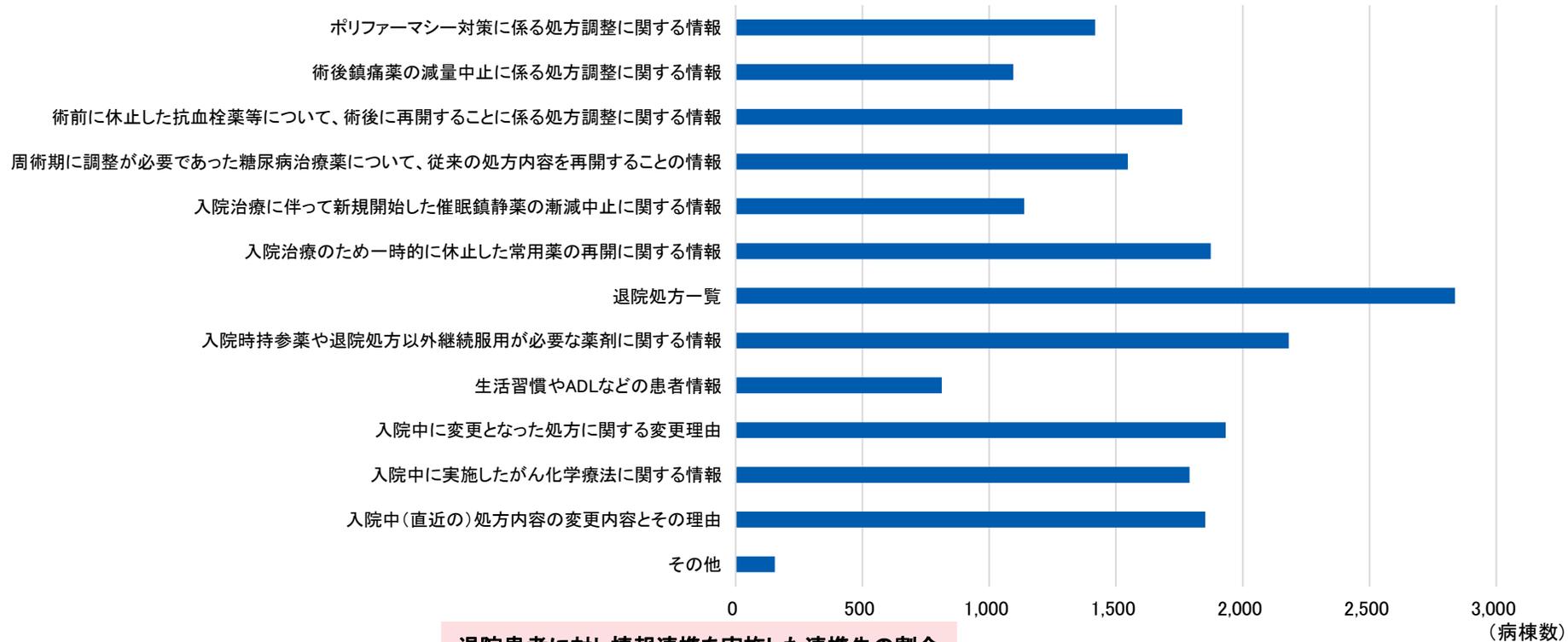
退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲
(該当)



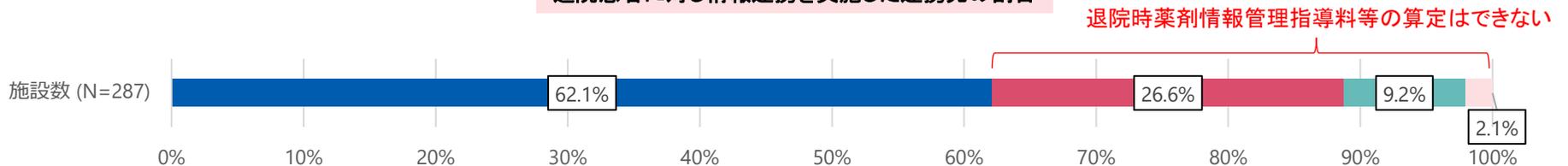
退院時薬剤関連情報連携における実施項目と連携先

- 退院時の薬剤関連情報連携として、急性期・高度急性期病院から最も提供されていた項目は、「退院処方一覧」であった。
- 次いで、「入院時持参薬や退院処方以外に継続服用が必要な薬剤に関する情報」、「入院中に変更となった処方に関する変更理由」が多かった。
- 退院時の薬剤関連情報連携先については、薬局の割合が最も高く、62.1%であり、続いて医療機関が26.6%であった。

退院時薬剤関連情報連携における実施項目



退院患者に対し情報連携を実施した連携先の割合



■ 情報連携先が薬局の割合 (N=5611) ■ 情報連携先が医療機関の割合 (N=2401) ■ 情報連携先が介護施設の割合 (N=831) ■ 情報連携先がケアマネージャーの割合 (N=186)

退院時の薬剤に関する情報提供の実施状況

- 退院時薬剤情報連携加算（保険薬局に対する情報提供）の算定回数は、退院時薬剤情報管理指導料と比較すると少ない。
- 退院時薬剤情報連携加算を実施していない施設は63.8%であり、その実施していない理由は他の業務負担や、文書作成の労力が大きいことが続いた。また、情報提供先の薬局が不明であることや、医療機関のため対象外であることなどの理由も挙げられた。

退院時の薬剤に関する情報提供の評価

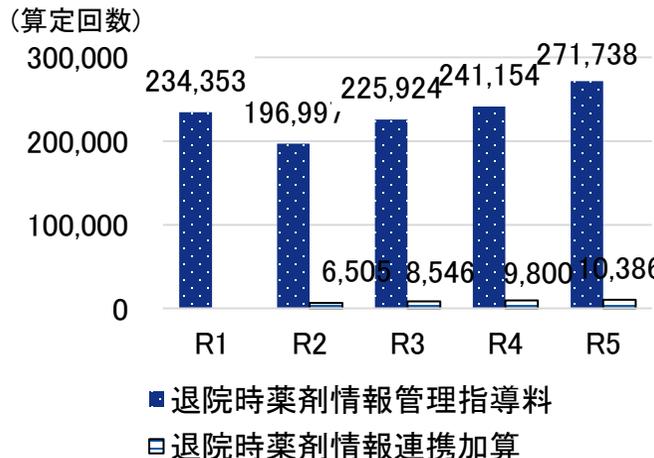
① 退院時薬剤情報管理指導料(90点・退院時1回)

- ア. 患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等を確認する。
- イ. 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行う。
- ウ. 退院後の療養を担う保険薬局等で必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載する。

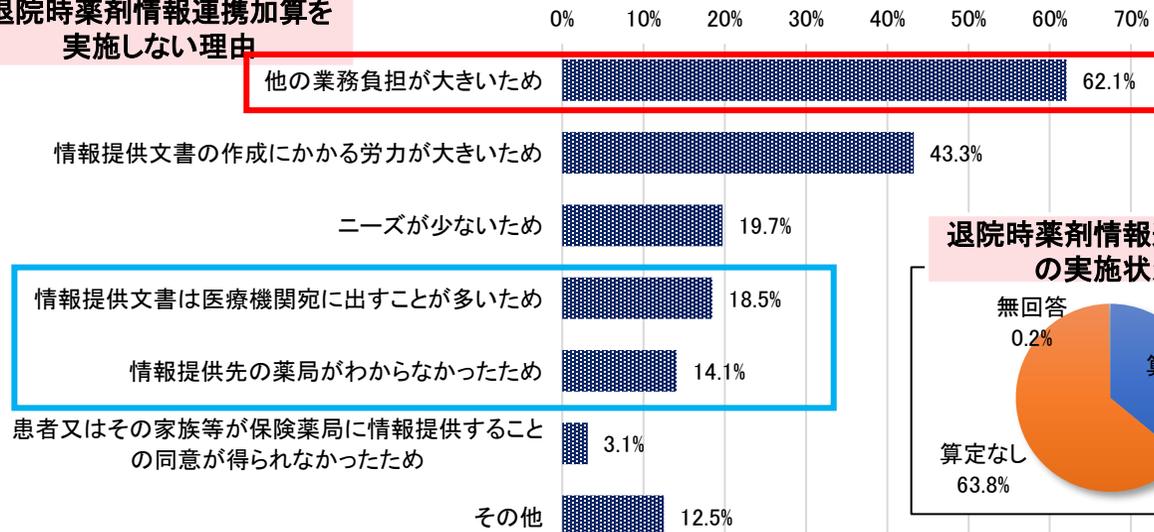
② 退院時薬剤情報連携加算(60点・退院時1回)

- ア. 入院前の内服薬の変更又は中止した患者について、保険薬局に対して文書により当該患者の状況を情報提供する。
- イ. 保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー」(日本病院薬剤師会)等の様式を参照して情報提供文書を作成する。

退院時薬剤情報管理指導料等¹⁾



退院時薬剤情報連携加算を実施しない理由



退院時薬剤情報連携加算の実施状況



入院時のポリファーマシー対策の評価と実施状況

- 入院時のポリファーマシー対策に関する診療報酬上の評価は、総合的な評価と処方変更について多職種と連携した取組を評価する「薬剤総合評価調整加算」と、実際に減薬したことを評価する「薬剤調整加算」がある。

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

① 薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)

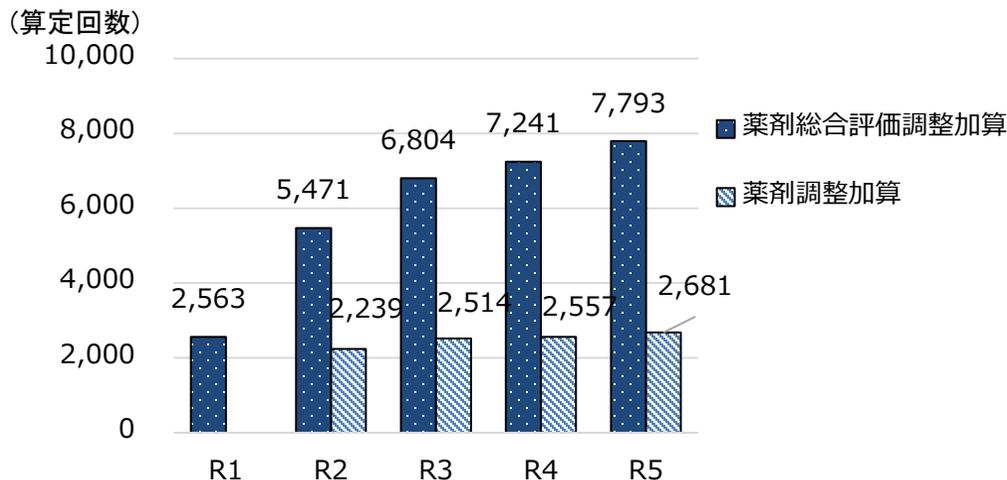
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
- イ アを踏まえ、医師、薬剤師及び看護師等の**多職種による連携**の下で、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を行う。
- ウ 処方内容を変更する際の留意事項を**多職種で共有した上で**、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
- エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し必要に応じて、再評価を行う。
- オ 実施するに当たっては、**病棟等における日常的な薬物療法の総合的な評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。**
- カ **ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。**

② 薬剤調整加算(退院時1回 150点)

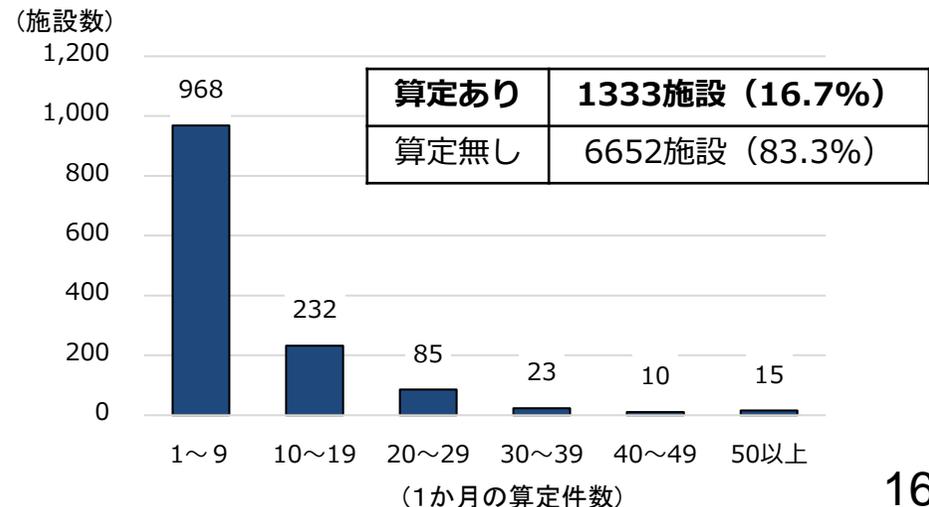
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
 - ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 - ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

※平成28年改定で調整や減薬を評価する薬剤総合評価調整加算が新設されたが、令和2年度改定で調整と減薬を①②に分けた段階的な評価とした。

■ 薬剤総合評価調整加算及び薬剤調整加算の算定数の推移¹⁾



■ 薬剤総合評価調整加算の1か月の算定回数(n=7985)²⁾



出典: 1) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)、2) NDB(令和6年11月審査分)

薬剤適正使用連携加算について

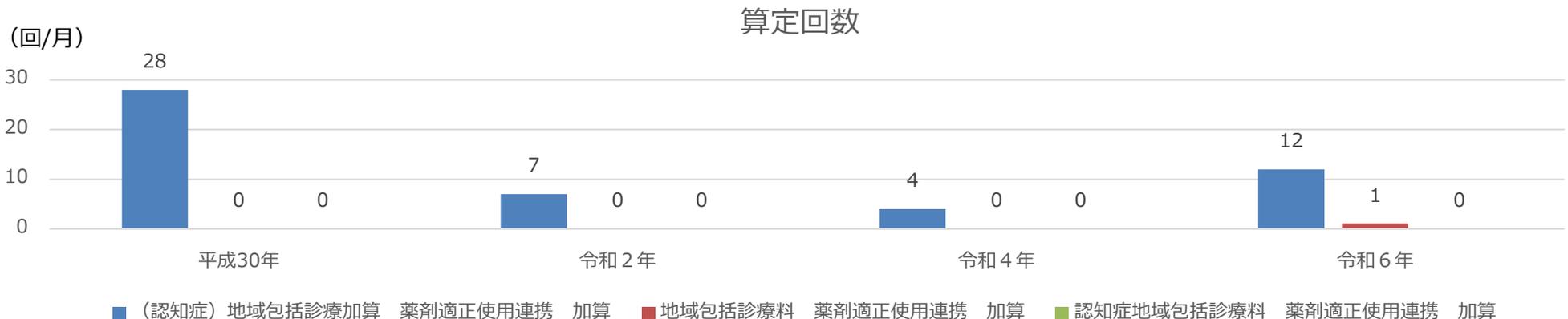
薬剤適正使用連携加算

- ▶ 地域包括診療料・加算等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価（平成30年度診療報酬改定において新設）

地域包括診療診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算 薬剤適正使用連携加算 80点

[算定要件]

- 地域包括診療診療料・加算又は認知症地域包括診療診療料・加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。
 - ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。
 - イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。
 - ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。
 - エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。
 - (イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数
 - (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数



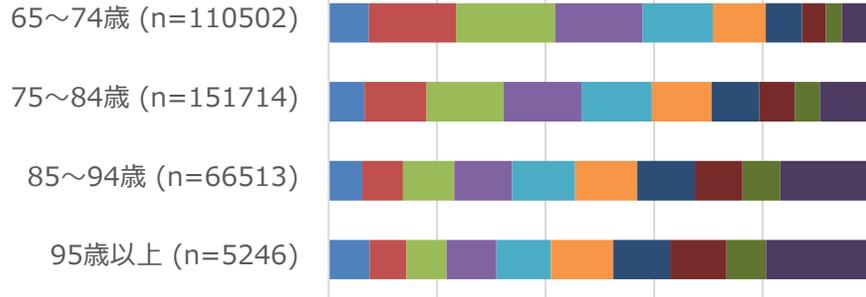
年齢階級別にみた一患者あたりの院内処方薬剤種類数

- 一患者あたりの院内処方薬剤種類数を、算定する加算別に示したものは以下のとおり。
- 地域包括診療加算の算定患者は、処方薬剤種類数が多い傾向があった。機能強化加算の算定施設による大きな差はみられなかった。

院内処方

地域包括診療加算 算定患者

0% 20% 40% 60% 80% 100%

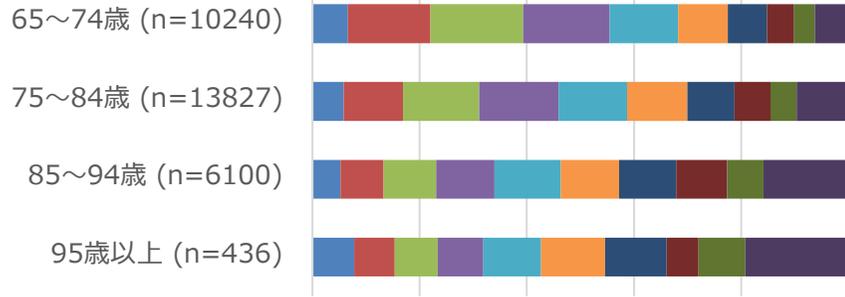


地域包括診療加算 算定患者以外

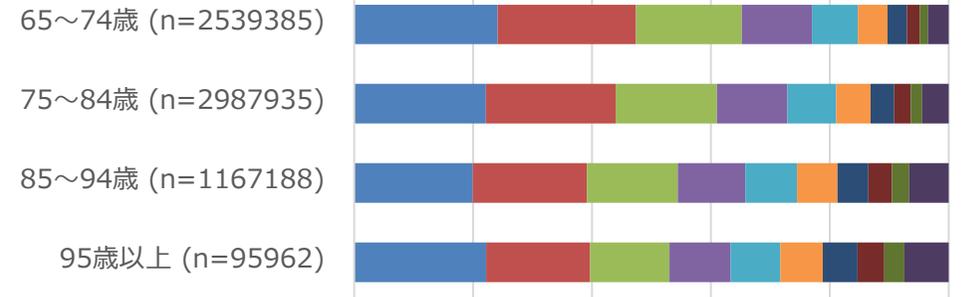
0% 20% 40% 60% 80% 100%



0% 20% 40% 60% 80% 100%



0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 1種類 ■ 2種類 ■ 3種類 ■ 4種類 ■ 5種類 ■ 6種類 ■ 7種類 ■ 8種類 ■ 9種類 ■ 10種類以上

出典：NDBデータ（令和6年7月）

※薬剤種類数は、薬価基準収載医薬品コード左8桁ごとに集計。複数医療機関受診者の薬剤種類数は合算し、いずれかの医療機関で加算を算定していれば「算定患者・施設」に分類した。

年齢階級別にみた一患者あたりの院外処方薬剤種類数

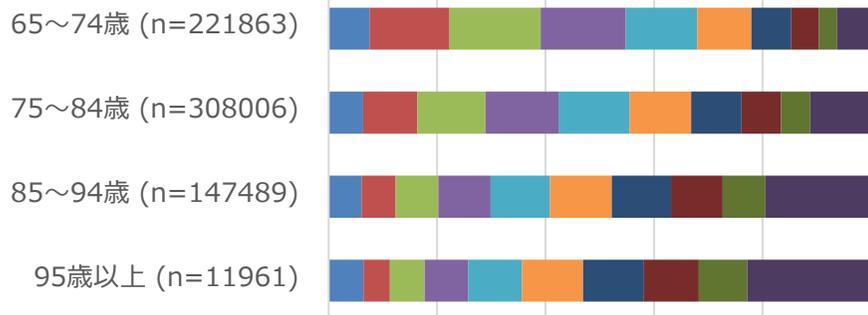
- 一患者あたりの院外処方薬剤種類数を、算定する加算別に示したものは以下のとおり。
- 地域包括診療加算の算定患者は、処方薬剤種類数が多い傾向があった。機能強化加算の算定施設による大きな差はみられなかった。

院外処方

地域包括診療加算 算定患者

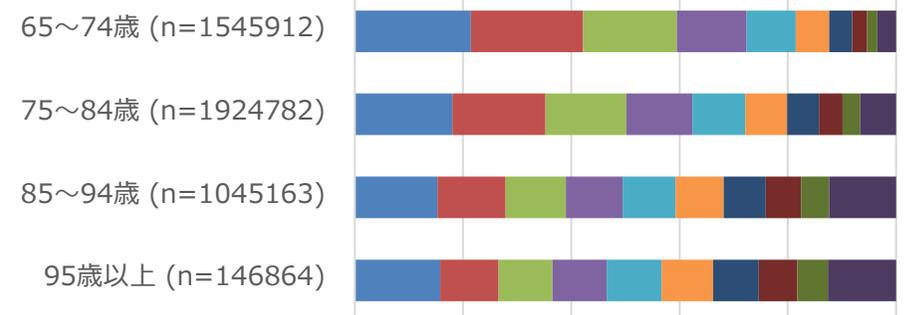
0% 20% 40% 60% 80% 100%

機能強化加算
算定施設



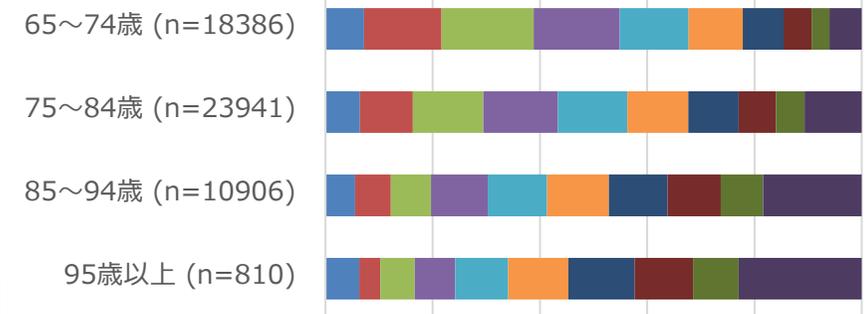
地域包括診療加算 算定患者以外

0% 20% 40% 60% 80% 100%

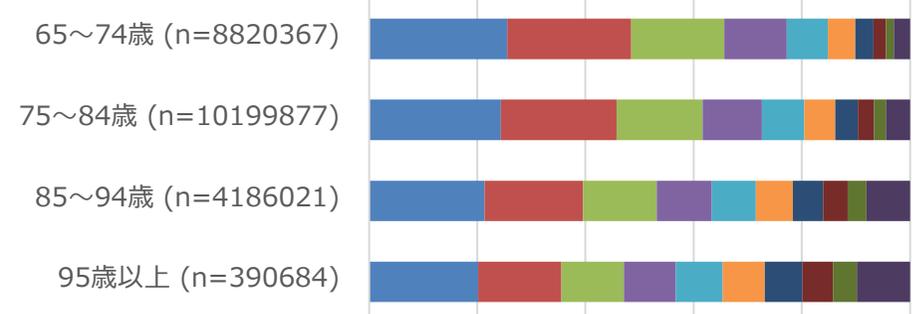


0% 20% 40% 60% 80% 100%

機能強化加算
算定施設以外



0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 1種類 ■ 2種類 ■ 3種類 ■ 4種類 ■ 5種類 ■ 6種類 ■ 7種類 ■ 8種類 ■ 9種類 ■ 10種類以上

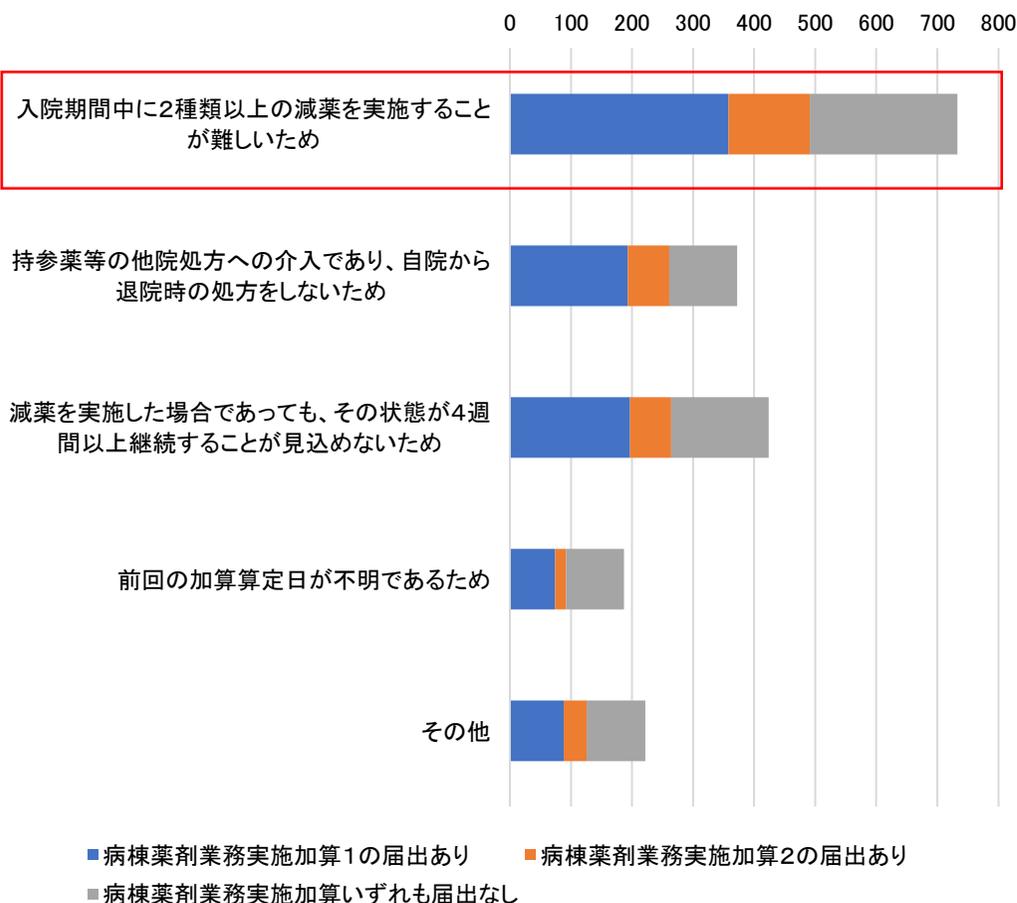
出典：NDBデータ（令和6年7月）

※薬剤種類数は、薬価基準収載医薬品コード左8桁ごとに集計。複数医療機関受診者の薬剤種類数は合算し、いずれかの医療機関で加算を算定していれば「算定患者・施設」に分類した。

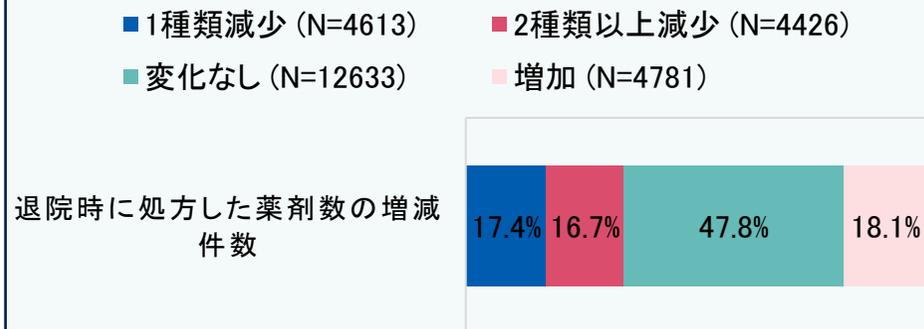
入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

- 薬剤総合評価調整加算を算定していない理由としては、「入院期間中に2種類以上の減薬を実施することが難しいため」が最も多かった。2種類以上減少に至っている割合は16.7%であるが、1種類以上減少している割合は34.1%であった。
- 入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由として、「入院期間が短いこと」、「処方の変更に対する反応を確認しながら1剤ずつ減量する必要があるため」が多かった。

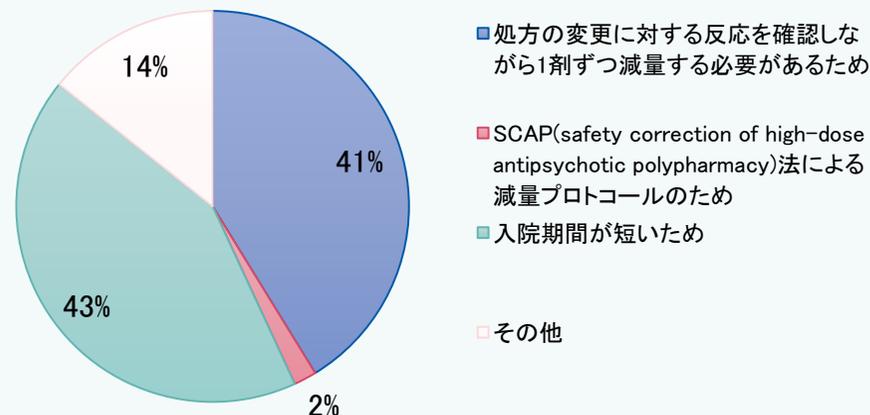
薬剤総合評価調整加算を算定していない理由



ポリファーマシー対策の介入による退院時処方薬剤数の増減割合



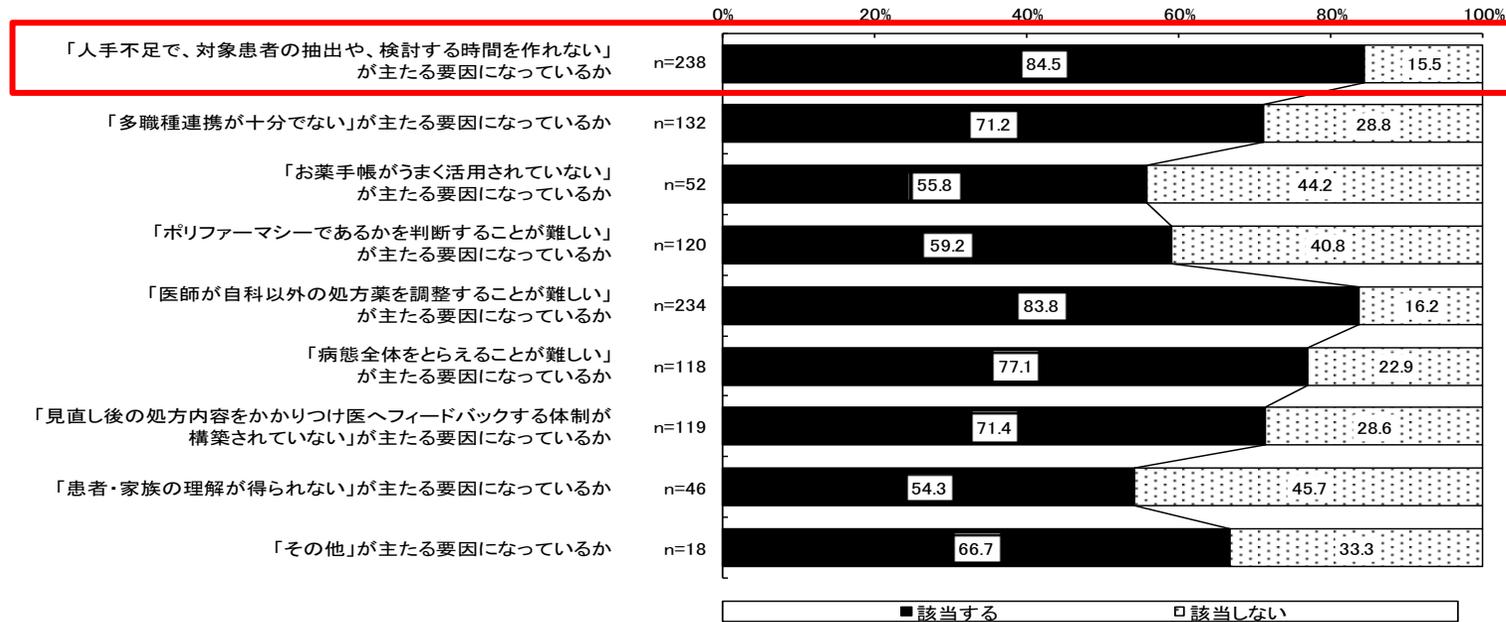
入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由



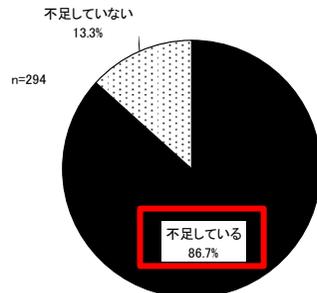
病院でポリファーマシー対策が普及しない主たる要因

- 病院でポリファーマシー対策を行わない主たる要因は、「人手不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を作れない」が84.5%で最も割合が高く、ついで「医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい」(83.8%)であった。
- ポリファーマシー対策を行う人員が不足していると感じている施設は86.7%であり、その不足していると考えられる職種は薬剤師が最も多く95.3%であった。

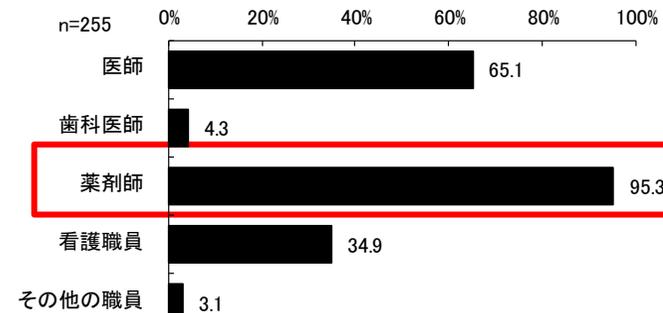
ポリファーマシー対策を始められない・進められない主たる要因



ポリファーマシー対策を行う人員が不足しているか



不足していると考えられる職種



目的

1. 高齢者に頻用される抗コリン薬のリスクを正確に評価し、薬物療法の適正化(ポリファーマシー対策を含む)を図る。
2. 抗コリン薬のリスクに関する具体的な指標を提供することで、医師、歯科医師や薬剤師等が、特に高齢者への処方・調剤時にリスクを再認識することを目指す。
3. 抗コリン薬による薬物有害事象や相互作用を減少させることにより、患者の生活の質(Quality of life: QOL)の向上を目指すことを目的としている。

対象

- ・ 高齢者を主な適用対象とするが、若年者でも基礎疾患によっては薬物有害事象の危険が高まることもあり、**適用対象に年齢上の区分は設けない。**
- ・ あるゆる医療介護現場で使用されることを想定して作成されており、利用対象は薬剤師、医師・歯科医師、看護師やその他の医療介護専門職全般である。

使い方

2つの側面を評価することを推奨

1. 個々の薬物のリスク評価：各薬物が持つ抗コリン作用によるリスクの強さをスコア3から1で評価を行う。高いスコアの薬物を使用している場合は、より低いスコアの薬物に切り替えるなど検討を行う。
2. 総合的なリスク評価(総抗コリン薬負荷)：高齢者は複数疾患に罹患しており複数の薬物が処方されていることが多く、それぞれの薬物のスコアを合算し、患者の総抗コリン薬負荷を算出する。薬物療法全体の抗コリン作用によるリスクを把握することが可能となる。

158薬物を掲載

- ☐ スコア3：37薬物(一般用医薬品：15薬物[40.5%]を含む)
- ☐ スコア2：27薬物(一般用医薬品：4薬物[14.8%]を含む)
- ☐ スコア1：94薬物(一般用医薬品：17薬物[19.1%]を含む)

(参考)

表1. 老年症候群の症候とその被疑薬 青字：向精神薬、緑字：抗コリン作用を有する薬物

症候	薬物
ふらつき・転倒	● 睡眠薬、抗不安薬、抗精神病薬(フェノチアジン系) ● 抗うつ薬(三環系)、抗パーキンソン病薬(トリハキシフェニジル)、抗ヒスタミン薬 ● 降圧薬(特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、抗てんかん薬、メマンチン
抑うつ	● 抗不安薬、抗精神病薬 ● H2プロテスタット ● 中枢性降圧薬、β遮断薬、抗甲状腺薬
記憶障害	● 睡眠薬、抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗精神病薬(フェノチアジン系) ● 抗うつ薬(三環系)、抗パーキンソン病薬、抗ヒスタミン薬(H2プロテスタット含む) ● 降圧薬(中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、抗てんかん薬
せん妄	● 睡眠薬、抗不安薬 ● 抗うつ薬(三環系)、抗ヒスタミン薬(H2プロテスタット含む) ● 抗パーキンソン病薬、降圧薬(中枢性降圧薬、β遮断薬)、ジギタリス、副腎皮質ステロイド、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、ネオフィリン)
食欲低下	● 抗不安薬、抗精神病薬、SSRI、ChE阻害薬 ● トリハキシフェニジル ● 非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAID)、アスピリン、緩下剤
便秘	● 睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗精神病薬(フェノチアジン系) ● 抗うつ薬(三環系)、膀胱鎮痙薬、腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロバンテリン)、H2プロテスタット、トリハキシフェニジル ● αグルコシダーゼ阻害薬
排尿障害・尿失禁	● 睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗精神病薬(フェノチアジン系) ● 抗うつ薬(三環系)、腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロバンテリン)、膀胱鎮痙薬、H2プロテスタット、トリハキシフェニジル ● α遮断薬、利尿薬

切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための薬物療法情報提供書作成ガイド
(研究代表者：国立長寿医療研究センター 溝神文博)より

○高齢者施設において、誤薬・医療安全の観点、患者本人への負担の軽減、与薬による職員負担の軽減から服薬簡素化提言が提唱されている。

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言1】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

服薬回数を減らすと、誤薬リスクの低下と医療安全の向上に加えて、入所者/入居者にとっては服薬負担の軽減と服薬アドヒアランスの向上、施設職員にとっては与薬負担の軽減と勤務の平準化が期待できる。

【提言2】服薬は昼1回に: 昼にまとめられる場合は積極的に検討する

施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することで、さらなるメリットが期待できる。昼服用に適さない薬剤もあり、また療養場所が変わったときには再度の見通しが必要になるなど制限もある。

服薬簡素化のイメージ



高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

処方と服薬回数の見直し。必要時多職種での経過観察と服薬状況の把握、服薬簡素化の必要性の確認を行う

- ステップ1: 服薬簡素化の対象となる薬剤の特定
- ステップ2: 服薬簡素化の実施可能性を検討
- ステップ3: 多職種で変更の協議
- ステップ4: 本人やキーパーソンへの説明
- ステップ5: 処方変更の実施
- ステップ6: 継続的な経過観察・多職種で評価

ステップ7: 退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有



- 精神疾患の医療体制構築に係る指針において、「精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要」であること等が示されている。

精神疾患の医療体制構築に係る指針（抄）

（11）身体合併症

（基本情報）

身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくない。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。また、**身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者が発生する割合は人口1万人対年間2.5件と推計されており、救命救急センターの入院患者のうち、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする**とされる。

（医療提供体制に関する検討課題）

精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、**精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられる。**

いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、**精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築**が求められる。

このような中で、第8次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、**精神障害者の身体合併症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要**がある。

- 総合病院精神科において、身体管理が必要な精神科専門治療、自殺企図関連の合併症治療、先行する精神疾患に身体疾患が合併した患者の治療等の役割を果たすことが期待されている。

総合病院精神科の機能

外来・在宅医療

- 通院
 - 精神科デイ・ケア/ナイト・ケア
- 訪問診療・看護
- 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）

一般病床

- コンサルテーション
- リエゾン

- 精神身体合併症

精神病床

- 病期
急性期/回復期/慢性期
- 入院形態

(医療観察法病床)

田中：精神科医療の多様な場、研修医のための精神科ハンドブック第2版、医学書院、2025 を基に作成

- 身体管理が必要な精神科専門治療
- 自殺企図関連の合併症
- 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
- 先行する身体疾患に精神症状が合併
- 先行する精神疾患に身体疾患が合併
- 器質性疾患との鑑別・管理
- 精神疾患単独の症例

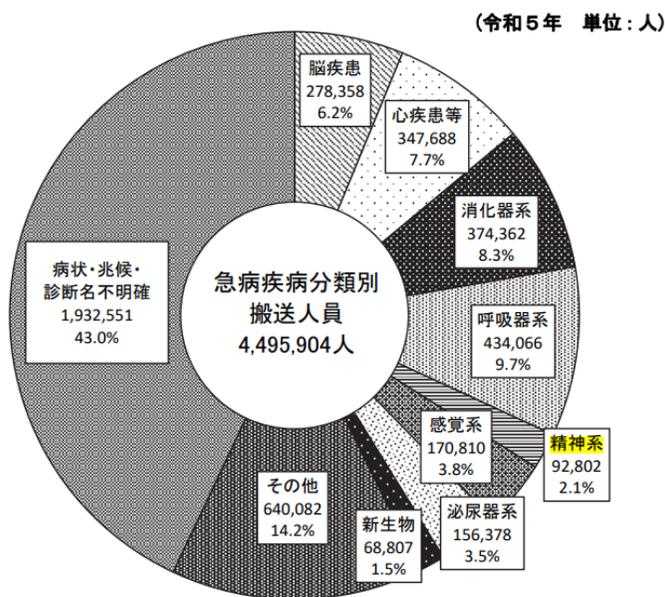
- 救急（一般救急・精神科救急）、災害
- 周産期、緩和、臓器不全・移植
- 倫理、医療安全、研修・教育

日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）を基に作成

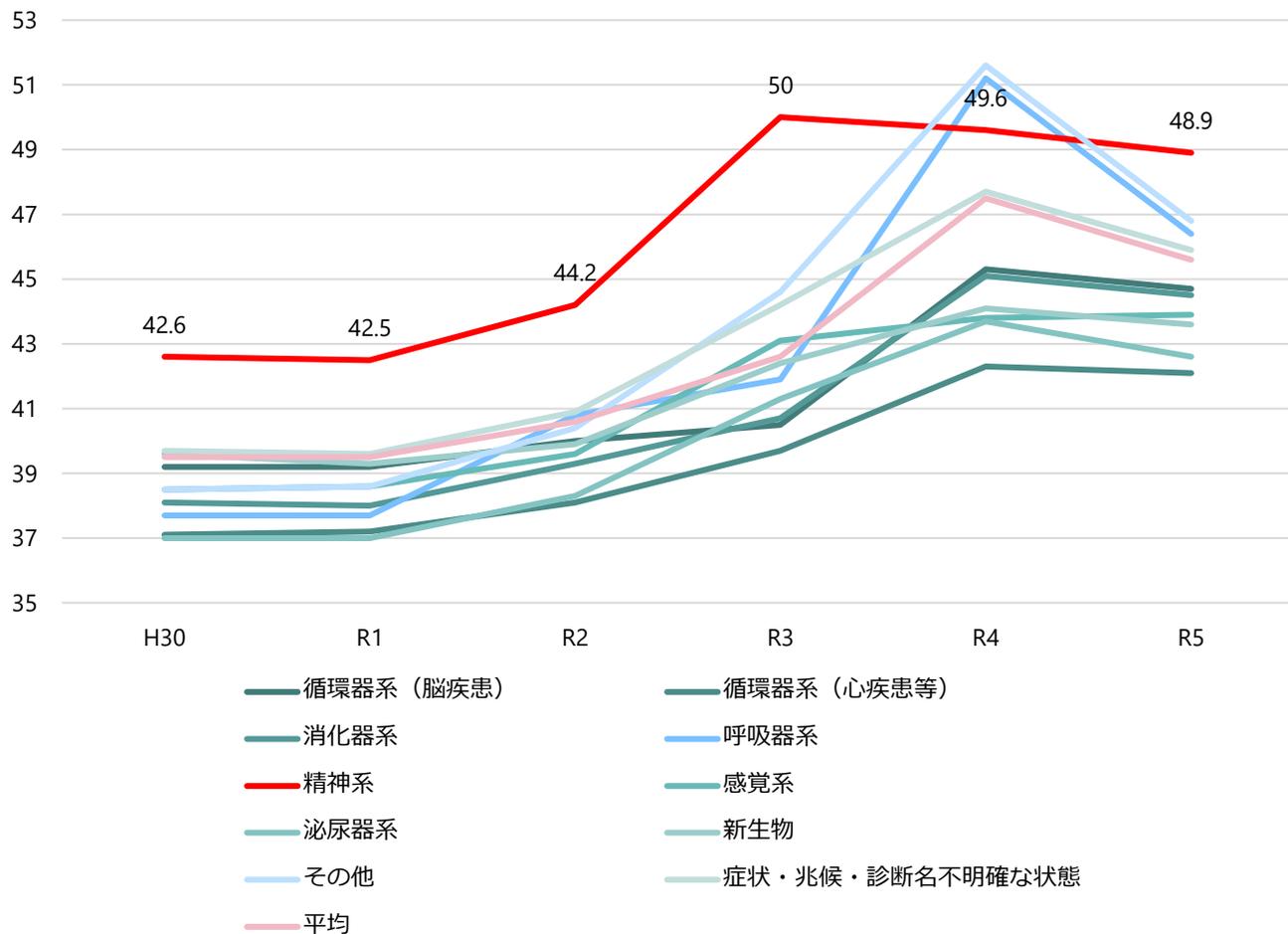
疾患別の病院収容平均所要時間

- 「精神系」による救急搬送人員数は92,802人であり、全搬送者数の2.1%であった。
- 救急搬送に係る時間を傷病別に見ると、「精神系」は他疾患と比較して長い傾向にある。

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員



覚知から医師引継ぎまでに要した時間 (分)

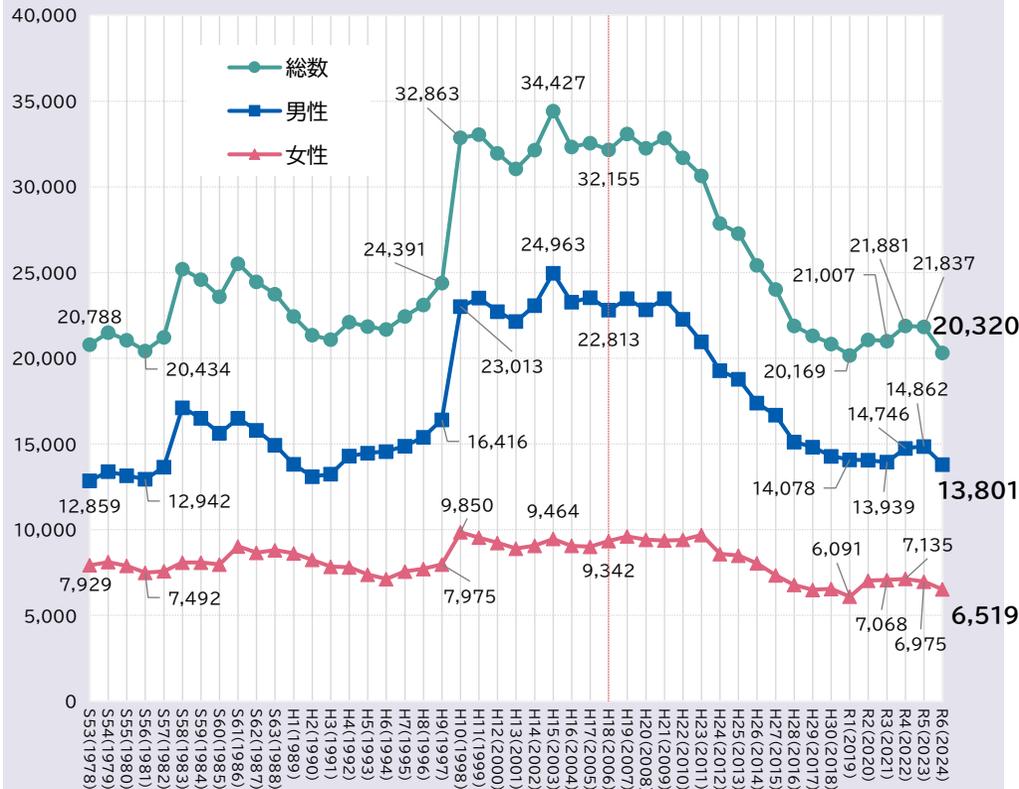


【令和6年（確定値）】自殺者数の推移

令和7年3月28日現在

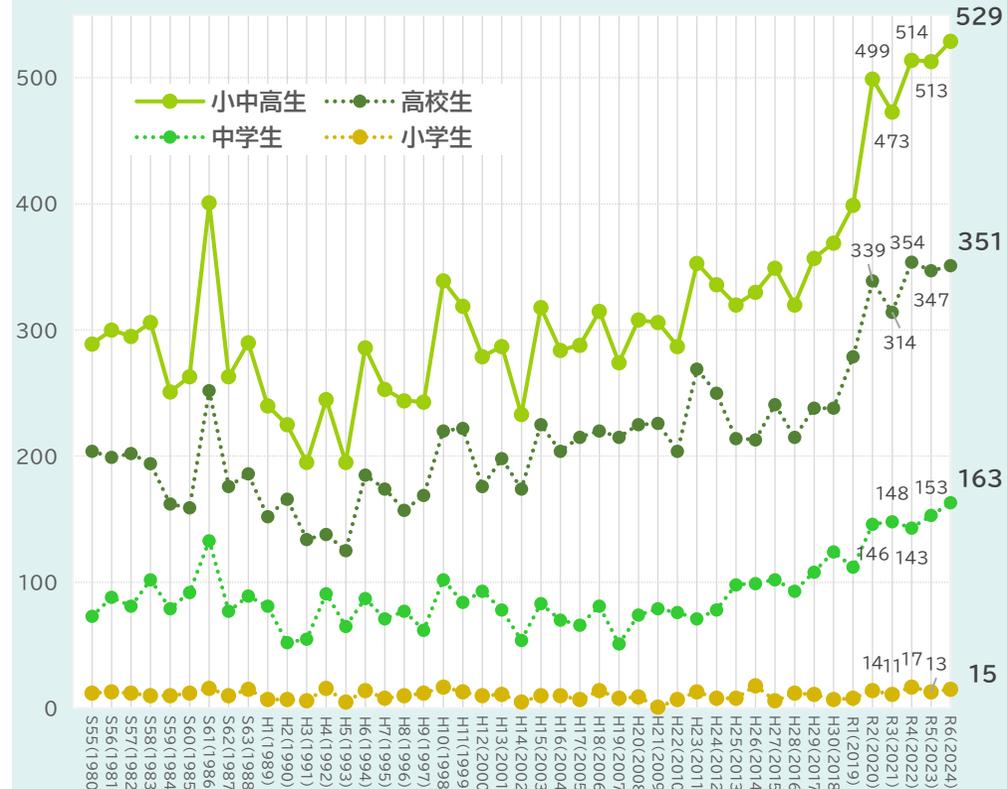
自殺者総数・男女別の推移

- 自殺対策基本法が成立した平成18年と、コロナ禍以前の令和元年の自殺者数を比較すると、自殺者総数は37%減、男性は38%減、女性は35%減となった。
(H18 32,155人 → R1 20,169人)
- 令和6年（確定値）は、自殺者総数が前年を下回り、20,320人となっている。また、男性の自殺者数が3年ぶりに減少し、女性の自殺者数が2年連続で減少している。



小・中・高生の自殺者数の推移

- 小中高生の自殺者数は、増加傾向となっている。
- 令和6年（確定値）は、529人であり、過去最多となっている。



総合病院精神科に係る主な診療報酬上の評価について

診調組 入-1
7.7.17

評価	算定病床	評価の趣旨及び主な要件
総合病院の精神科に対する評価		
総合入院体制加算 1	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等の評価するもの。 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法に規定する精神病床を有し、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
急性期充実体制加算 注2 小児・周産期・精神科充実体制加算 注3 精神科充実体制加算	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している体制を評価するもの。 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法に規定する精神病床を有し、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
精神科急性期医師配置加算 2 イ	精神病床	<ul style="list-style-type: none"> 精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価するもの。 100床以上かつ内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜すること。 精神病床が許可病床数の50%未満かつ精神病棟が2病棟以下であること。
総合入院体制加算 2・3	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等々を評価したもの。 精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。
精神科リエゾンチーム加算	一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したもの
救命救急入院料 注2 精神疾患診断治療初回加算	救命救急入院料算定病床	<ul style="list-style-type: none"> 自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、精神科の医師が精神疾患にかかわる診断治療等を行うことを評価したもの。
DPC機能評価係数Ⅱ	DPC算定病床	<ul style="list-style-type: none"> 「精神科身体合併症管理加算」、「精神科救急・合併症入院料」の算定実績を用いて、精神科入院医療を評価したもの。

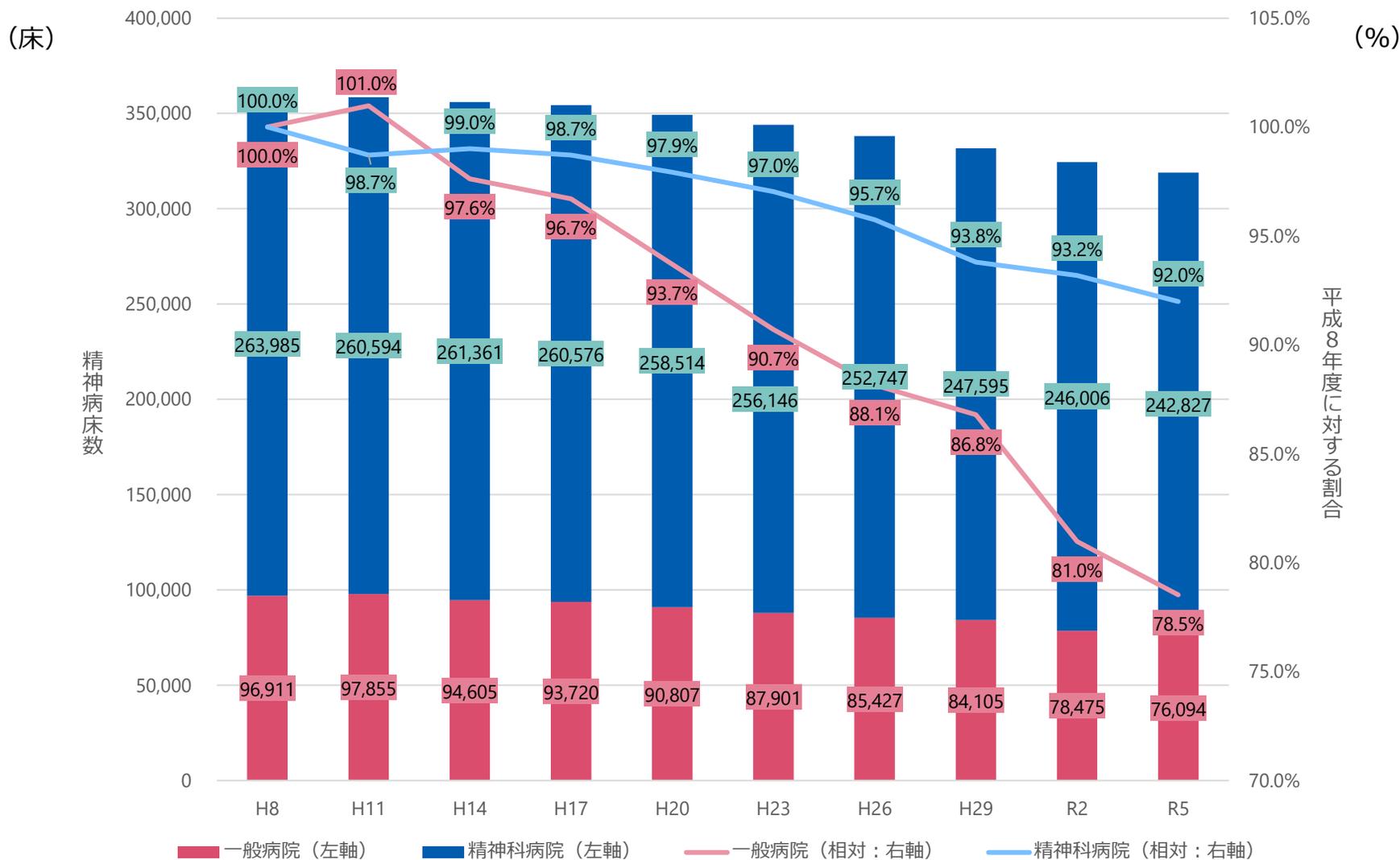
その他の身体合併症等に係る主な診療報酬上の評価について

診調組 入-1
7.7.17

評価	算定病床	評価の趣旨及び主な要件
主に精神病床において算定される評価		
精神科救急・合併症入院料	精神病床	・身体合併症を併発した精神疾患患者に対する治療を行うための精神病棟
精神科身体合併症管理加算	精神病床	・精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、 精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されること を評価したものの。
強度行動障害入院医療管理加算	児童・思春期精神科入院医療管理料算定病棟等	・医学的管理を要する行為があるが意思の伝達が困難な 強度行動障害児（者）に対して、専門的入院医療が提供 されることを評価したものの。
依存症入院医療管理加算	一般病床・精神病床	・ アルコール依存症又は薬物依存症の入院患者に対して、多職種による依存症に対する集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供 を評価したものの。
摂食障害入院医療管理加算	一般病床・精神病床	・ 摂食障害の患者に対して、多職種による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供 されることを評価したものの。
主に一般病床において算定される評価		
精神疾患診療体制加算	一般病床	・ 身体合併症を有する精神疾患患者の転院の受入れや、身体疾患や外傷のために救急搬送された患者であって、精神症状を伴う者の診療 を行った場合を評価するもの。
認知症ケア加算	一般病床	・ 認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられること を評価したものの。
せん妄ハイリスクケア加算	一般病床	・ 全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施 することを評価したものの。

精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

○ 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。

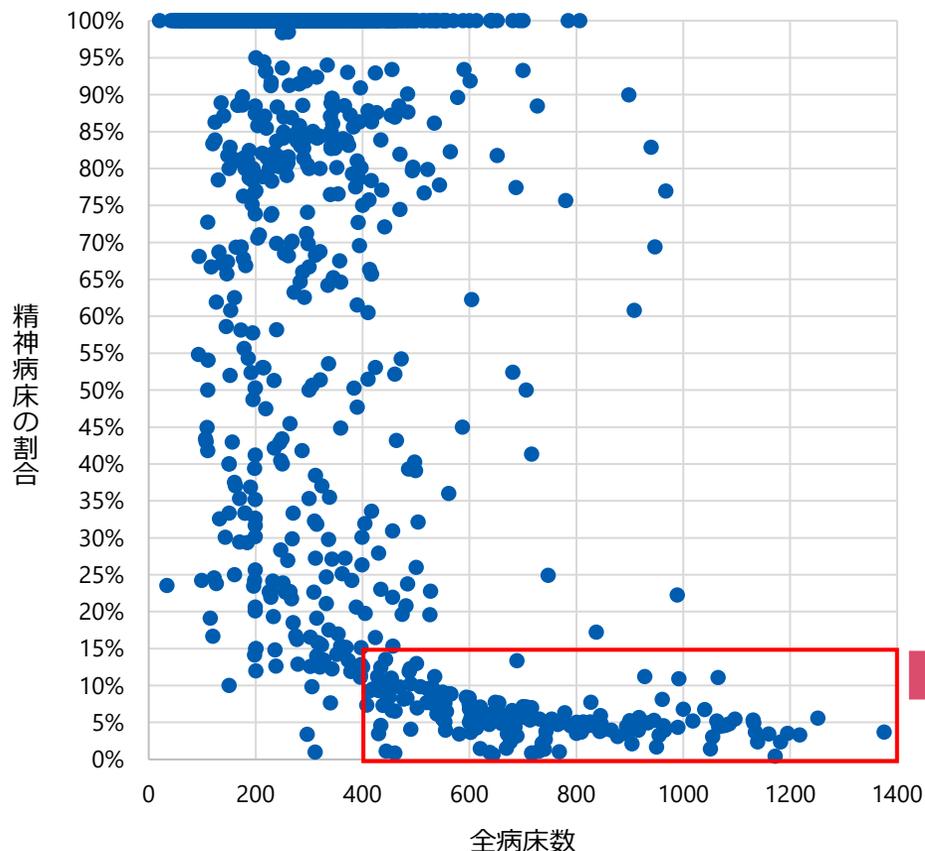


保険医療機関の全病床数と精神病床割合

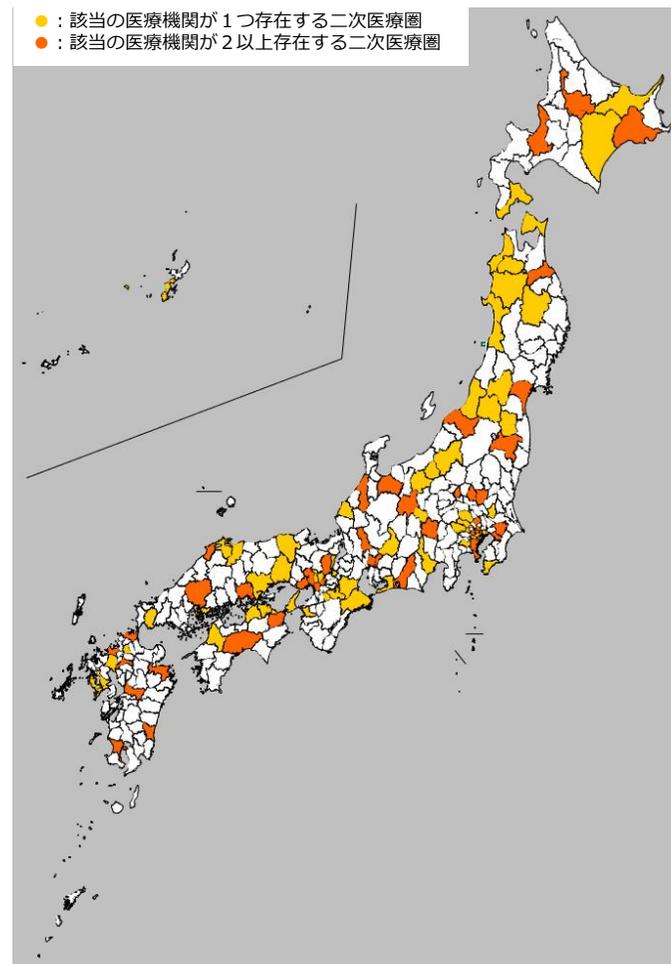
- 精神病床を有する保険医療機関における、全病床数と精神病床の割合は、以下のとおり。
- 精神病床を有しながら、入院医療における総合性を兼ね備えていると考えられる、全病床数が400床以上かつ精神病床の割合が15%未満の医療機関が存在しない二次医療圏が多く存在した。

精神病床を有する保険医療機関における

全病床数と精神病床割合 (n=1586)



全病床数が400床以上かつ精神病床の割合が15%未満の医療機関が存在する二次医療圏



精神病床以外の病床で受け入れ可能な精神疾患について

診調組 入-1
7.7.17

- 急性期の一般病床において、精神科の対応体制に応じ、精神疾患の種類ごとに、対応可能と回答があった医療機関の割合は以下の通り。
- すべての疾患について、精神病床を有する病院の方が、それ以外の病院よりも対応可能と回答した割合が多い傾向にあった。

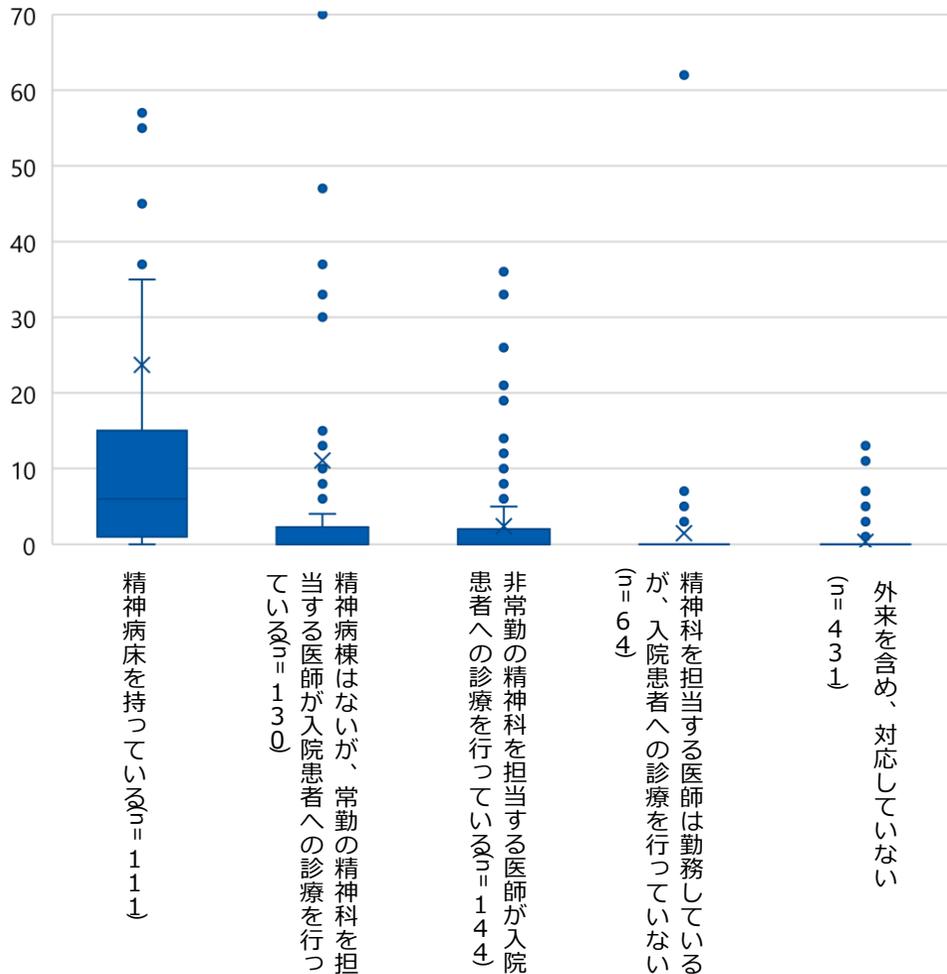
対応体制	精神病棟を持っている	精神病棟はないが、常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている	非常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている	精神科を担当する医師は勤務しているが、入院患者への診療を行っていない	外来を含め、精神科への対応は行っていない
施設数	126	148	169	74	494
認知症	87.3%	87.8%	85.2%	63.5%	71.9%
認知症を除く器質性精神障害	76.2%	66.2%	43.2%	28.4%	12.1%
アルコール依存症	72.2%	62.2%	47.9%	24.3%	20.4%
依存症（アルコール以外によるもの）	59.5%	48.0%	30.8%	13.5%	8.1%
統合失調症	78.6%	70.9%	50.3%	27.0%	23.7%
気分障害	74.6%	66.2%	42.0%	24.3%	14.6%
人格障害（パーソナリティ障害等）	71.4%	54.1%	33.1%	17.6%	8.9%
神経症性障害（不安障害、PTSD等）	76.2%	65.5%	39.6%	25.7%	13.8%
摂食障害	74.6%	52.7%	45.0%	27.0%	22.3%
睡眠障害	76.2%	70.3%	50.3%	33.8%	25.7%
産後うつ	73.0%	58.1%	34.9%	20.3%	10.3%
知的障害	76.2%	68.9%	47.9%	29.7%	21.9%
発達障害	77.8%	68.9%	49.1%	27.0%	20.4%
てんかん	81.0%	68.9%	67.5%	45.9%	43.7%
せん妄	84.1%	82.4%	66.3%	55.4%	49.8%
その他の精神疾患	7.1%	4.1%	8.3%	2.7%	0.6%
回答なし	8.7%	6.8%	8.9%	25.7%	20.4%

救急搬送患者のうち、精神科医の対応が必要となった件数及び割合

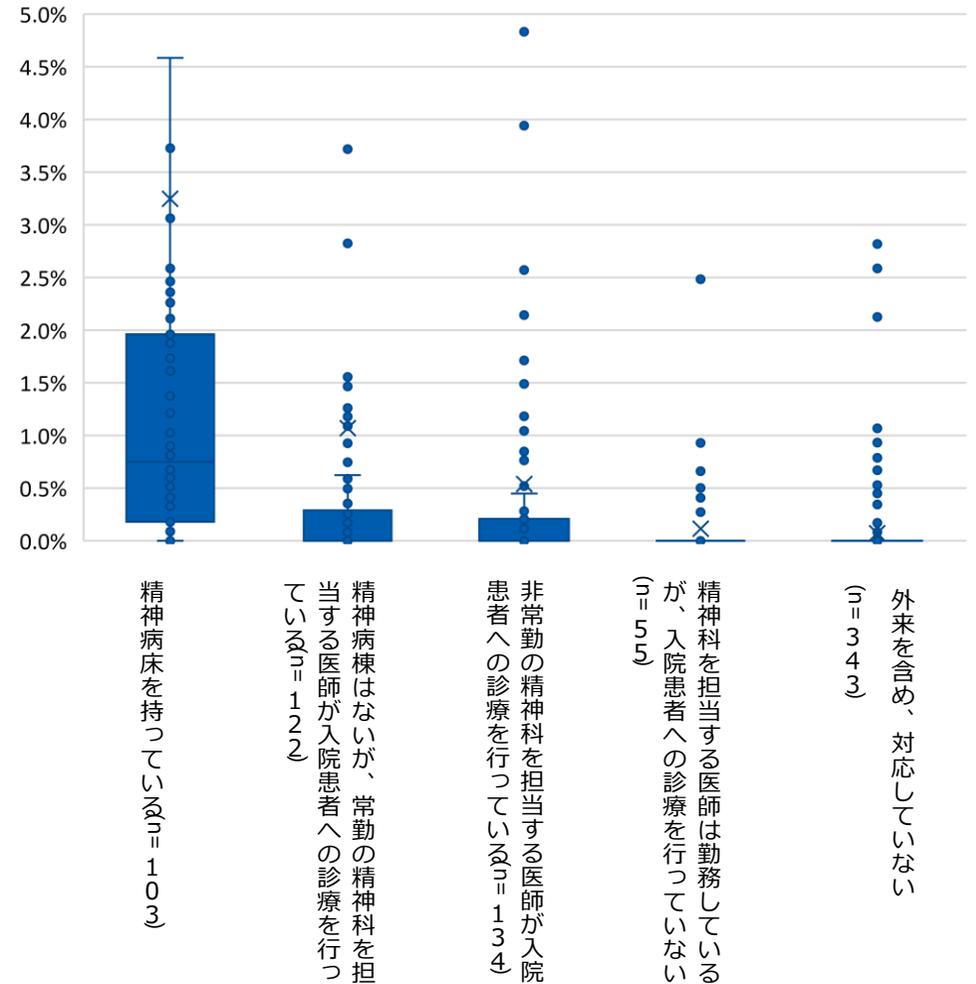
診調組 入-1
7.7.17

- 救急搬送患者のうち、精神科医の対応が必要となった件数及び割合は、以下のとおり。
- 精神病床を有している方が、精神科医の対応が必要な患者への対応を行っている可能性がある。

精神科医の対応が必要となった救急搬送患者数
(令和6年11月時点)



救急搬送患者のうち、精神科医の対応が必要となった割合
(令和6年11月時点)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入患者像

診調組 入-1
7.5.22改

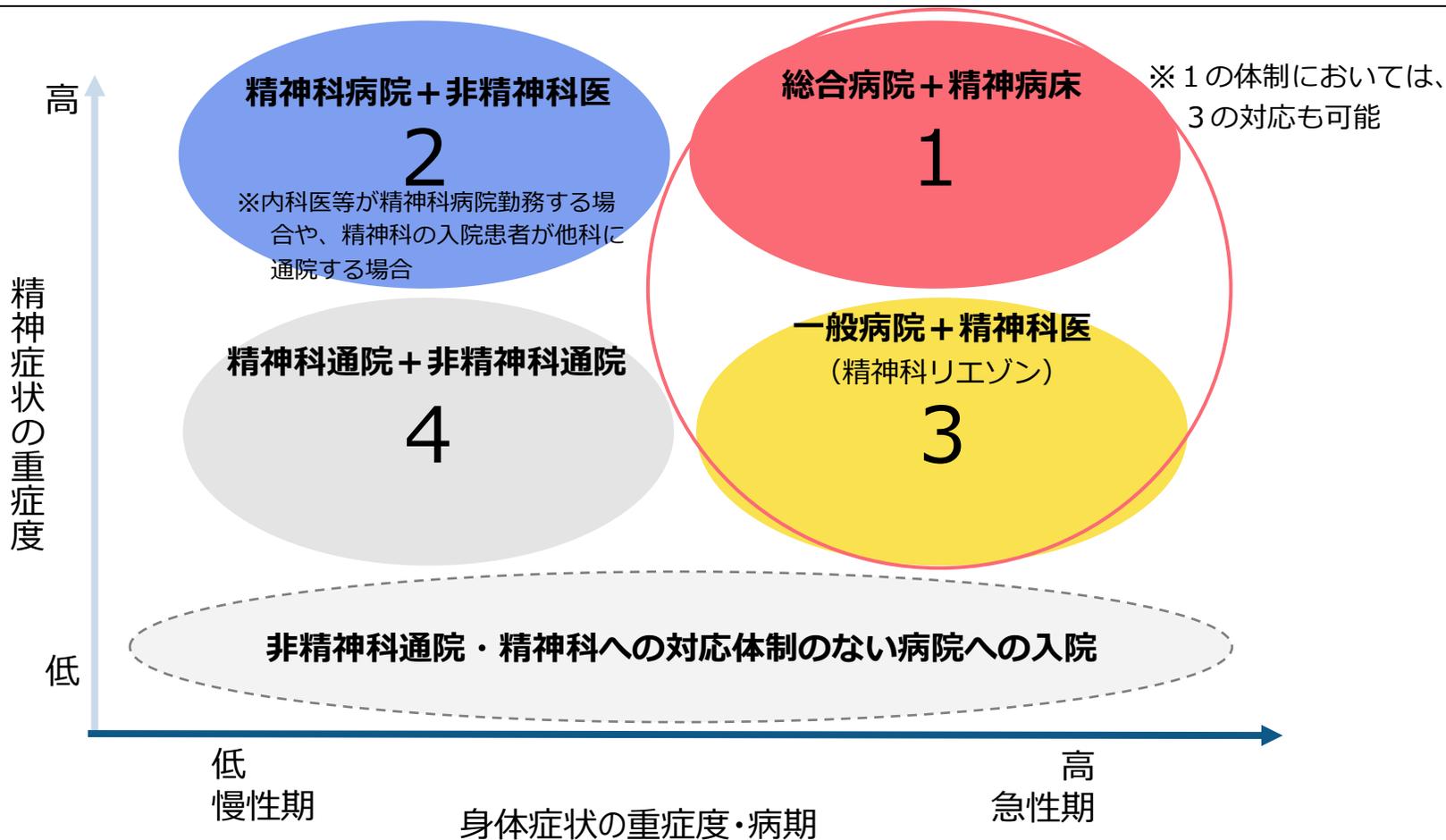
- a-hの患者像について、救急受入を行っていると答えた医療機関の割合は以下のとおり。
- いずれの患者像についても地域包括医療病棟で地域包括ケア病棟より受入の頻度が高かった。
- 「d_精神疾患を有する患者」について受入を行っているとは回答した施設はいずれの入院料を届け出ている医療機関においても少なかった。

施設数	入院料	地域包括 医療病棟 入院料	地域包括ケア 病棟全体	地域包括ケア 病棟入院料 1	地域包括ケア 入院医療 管理料 1	地域包括ケア 病棟入院料 2	地域包括ケア 入院医療 管理料 2	地域包括ケア 病棟入院料 3	地域包括ケア 入院医療 管理料 3	地域包括ケア 病棟入院料 4	地域包括ケア 入院医療 管理料 4
	(n=66)	(n=1055)	(n=340)	(n=231)	(n=317)	(n=145)	(n=3)	(n=6)	(n=7)	(n=6)	
a_自院の通院歴・入院歴を有する患者	92.4%	75.2%	73.5%	66.2%	85.8%	71.7%	66.7%	66.7%	57.1%	66.7%	
b_要介護認定又は要支援認定に時間を要すると見込まれる患者	86.4%	64.0%	63.5%	52.4%	77.0%	58.6%	66.7%	16.7%	28.6%	66.7%	
c_コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者	65.2%	49.8%	49.1%	38.5%	63.1%	43.4%	33.3%	16.7%	28.6%	33.3%	
d_精神疾患を有する患者	37.9%	31.5%	26.8%	22.9%	40.4%	37.9%	33.3%	16.7%	14.3%	33.3%	
e_生活困窮者であり社会調整に時間を要する患者	81.8%	61.7%	61.8%	51.9%	74.1%	53.8%	66.7%	16.7%	28.6%	50.0%	
f_入院前に比べADLが低下し退院後の社会調整に時間を要すると見込まれる患者	87.9%	66.3%	65.3%	58.0%	77.3%	61.4%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%	
g_長期的な低栄養状態となることが見込まれる患者	84.8%	63.5%	63.2%	56.7%	73.5%	56.6%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%	
h_他医療機関から自施設への紹介状を有する患者	89.4%	71.7%	70.3%	62.3%	82.6%	68.3%	66.7%	66.7%	28.6%	66.7%	
(a~hすべて受け入れ可能な施設)	36.4%	29.2%	25.9%	21.2%	38.5%	31.7%	33.3%	16.7%	0.0%	16.7%	
その他	4.5%	5.2%	6.8%	3.0%	5.7%	3.4%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	

精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

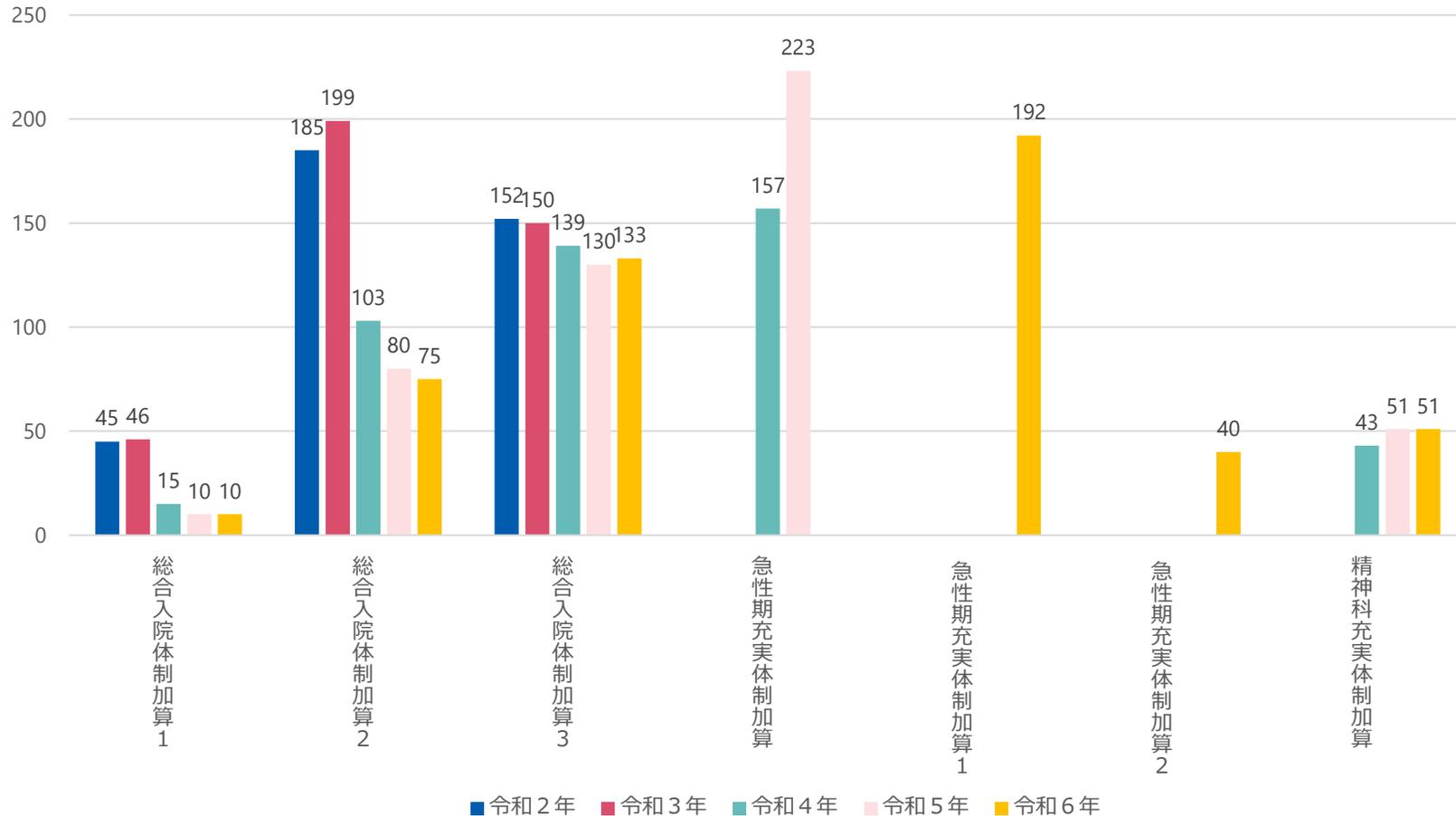
診調組 入-1
7.7.17

- 精神身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なるとの指摘がある。
- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。



総合入院体制加算等の届出医療機関数について

- 総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和4年以降減少傾向にある。
- 急性期充実体制加算の届出病院数は、令和5年に223施設まで増加し、令和6年には急性期充実体制加算1が214施設、急性期充実体制加算2が45施設となった。
- 精神科充実体制加算の届出病院数は令和5年に43施設から51施設となった後、横ばいである。



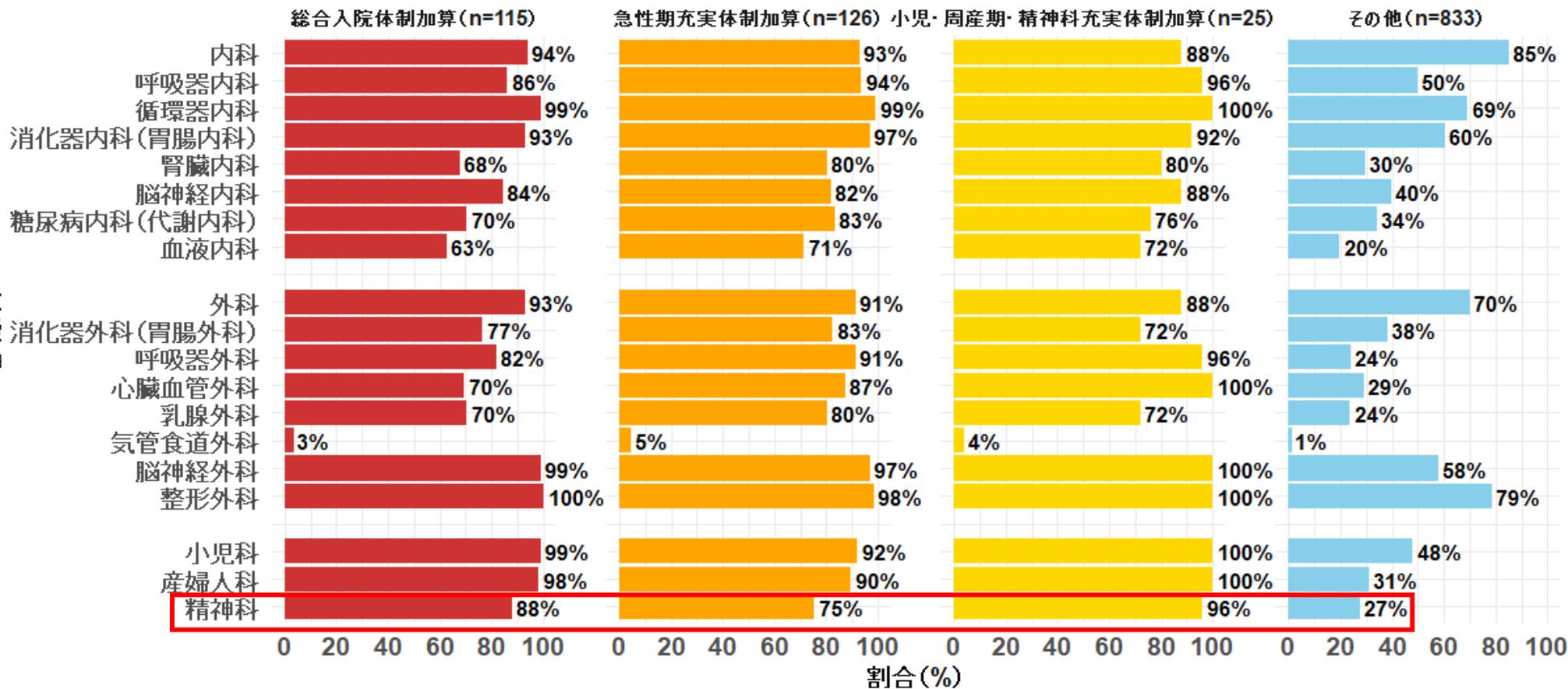
※令和6年は精神科充実体制加算の届出数に、小児・周産期・精神科充実体制加算を含む

各診療科を標榜している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を算定している病院では、その他の病院と比較して、各診療科について、標榜している病院の割合が高かった。
- 小児・周産期・精神科充実体制加算を算定している病院は、総合入院体制加算や急性期充実体制加算のみを算定している病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科を標榜している病院の割合が高かった。

診療科ごとの標榜割合（加算区分別）

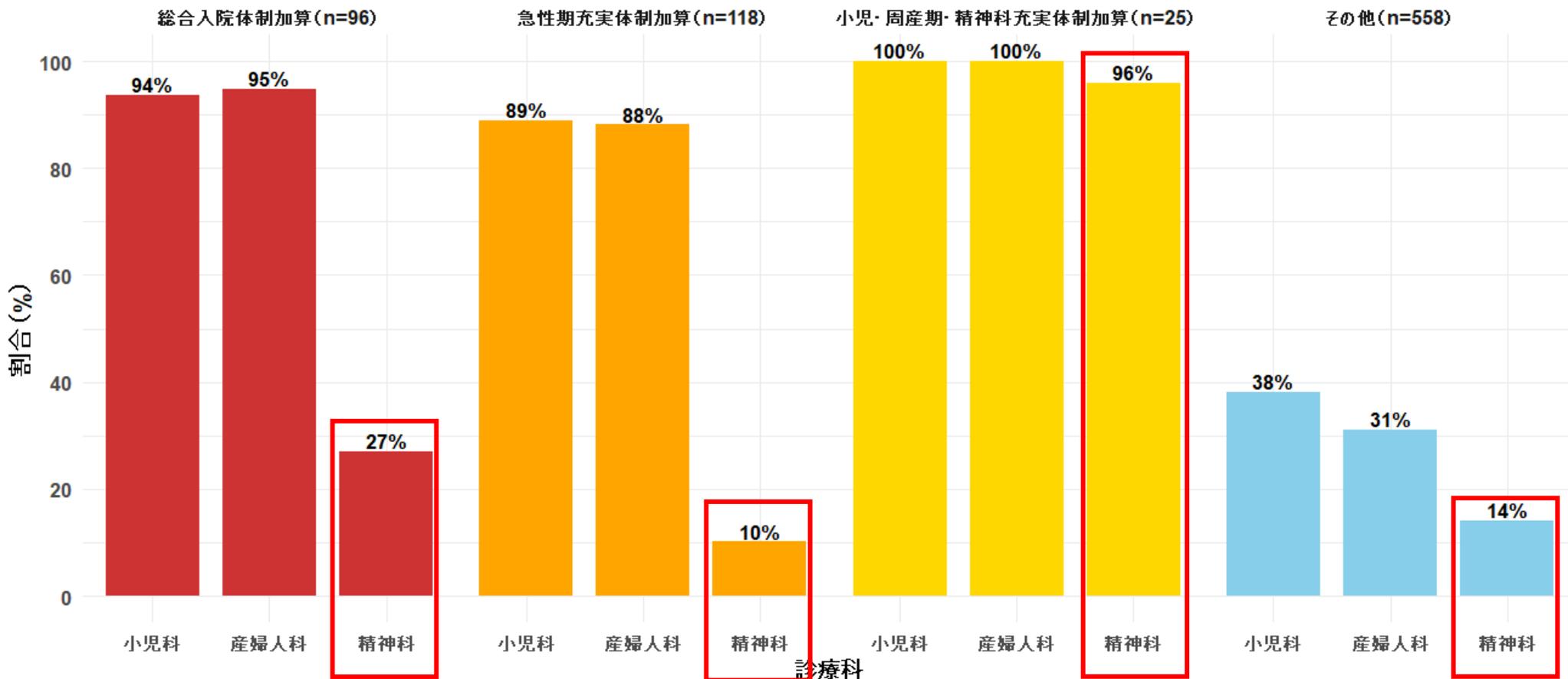


各診療科の入院医療を提供している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を算定している病院では、その他の病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科の各診療科について、入院医療を提供している病院の割合が高かった。
- 小児・周産期・精神科充実体制加算を算定している病院は、総合入院体制加算や急性期充実体制加算のみを算定している病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科の入院医療を提供している病院の割合が高かった。

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

2 精神科急性期医師配置加算 2

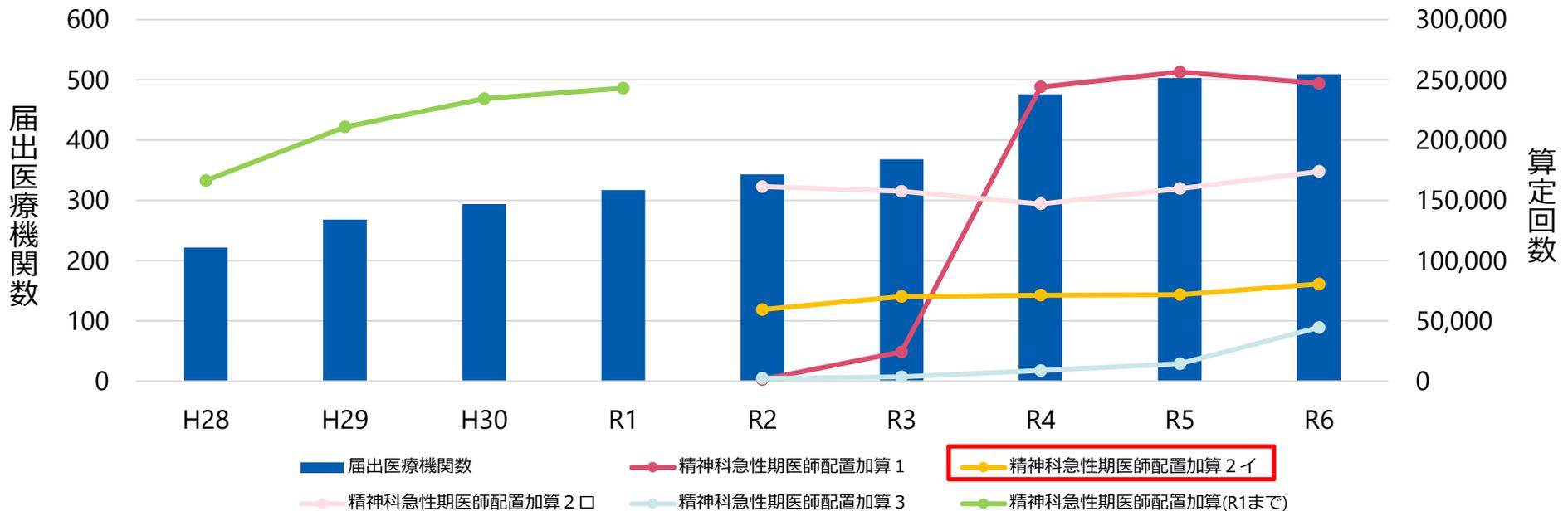
イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点

（算定対象となる入院料）

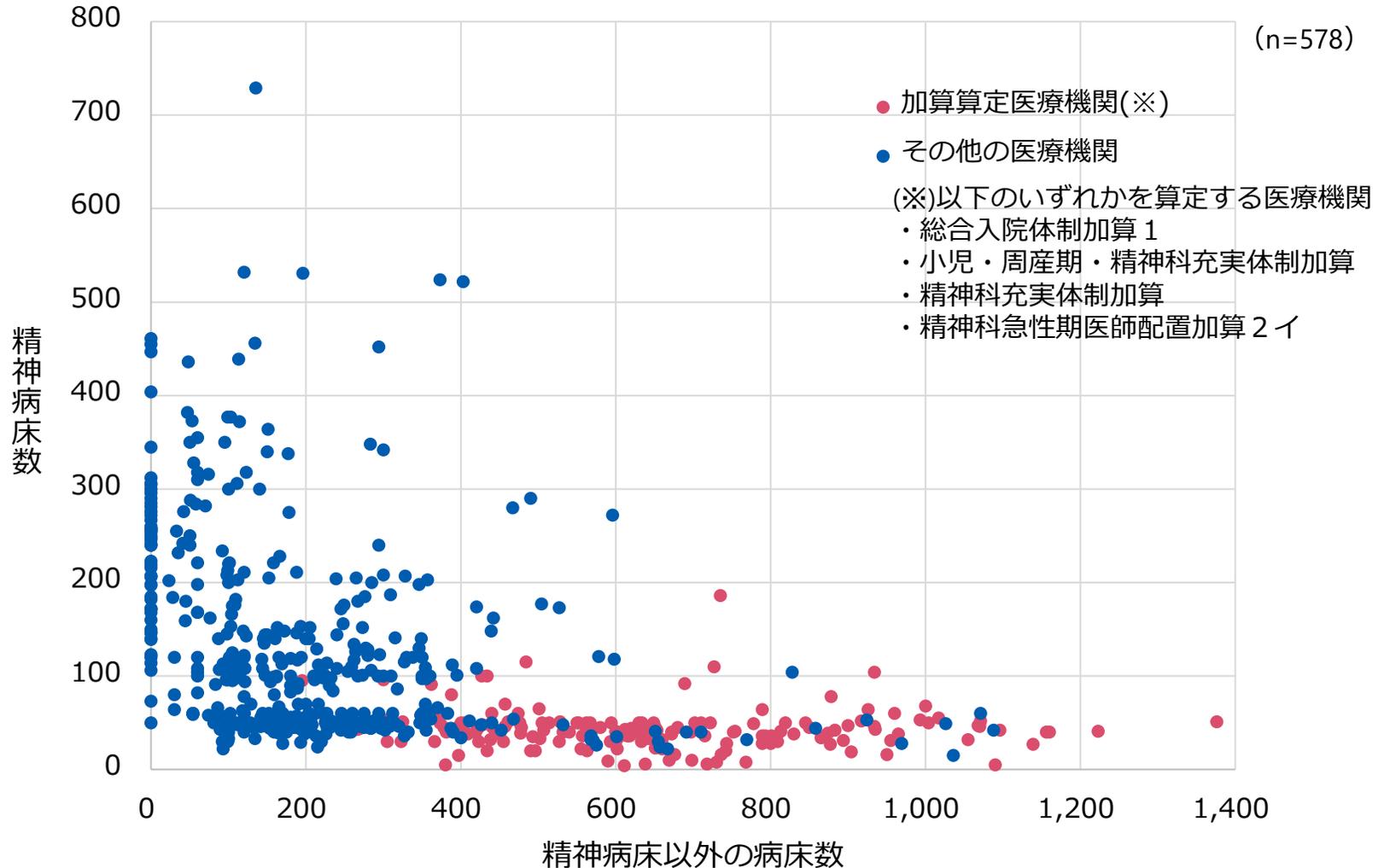
- ・精神病棟入院基本料（10：1又は13：1に限る）
- ・特定機能病院入院基本料（7：1、10：1又は13：1に限る）

主な施設基準

- ・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上
- ・内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜
- ・入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置
- ・精神科リエゾンチーム加算を届け出ている
- ・直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者
- ・精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月5人以上診察



- 総合入院体制加算1、急性期充実体制加算の小児・周産期・精神科充実体制加算若しくは精神科充実体制加算、又は精神科急性期医師配置加算2イの届出有無ごとの、各医療機関の精神病床数と精神病床以外の病床数の関係は以下のとおり。



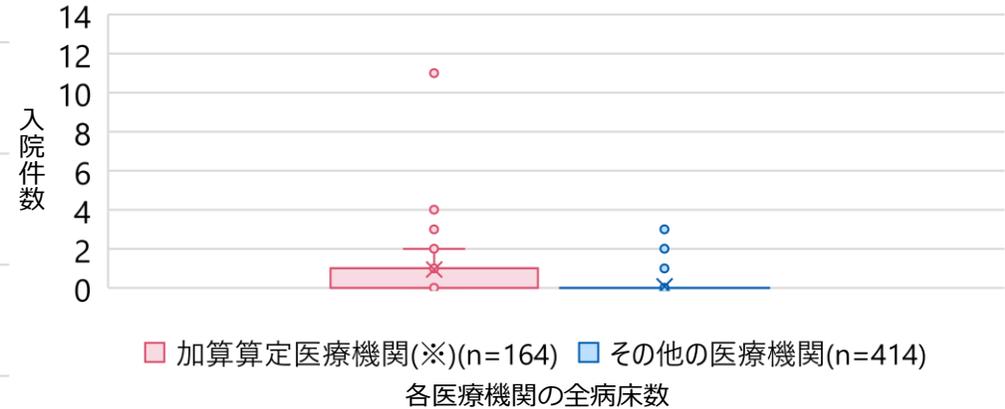
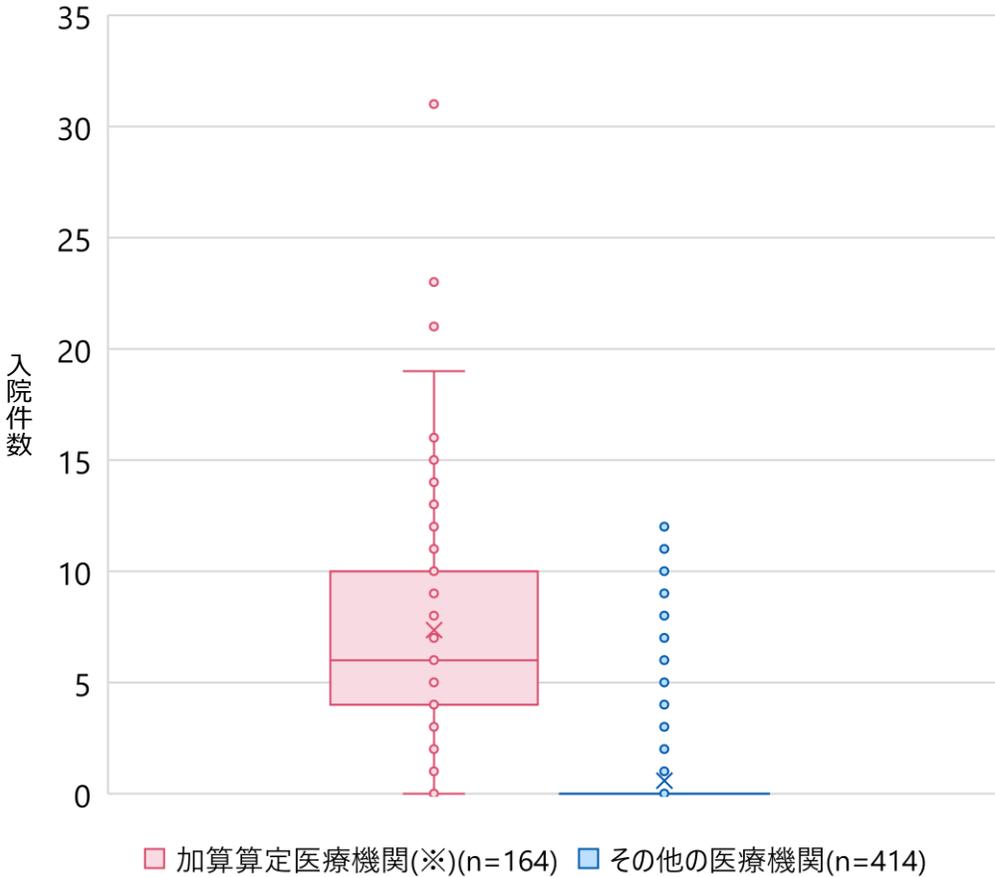
精神病床を有する病院における身体合併症のある統合失調症患者の入院件数

診調組 入-1
7 . 7 . 17

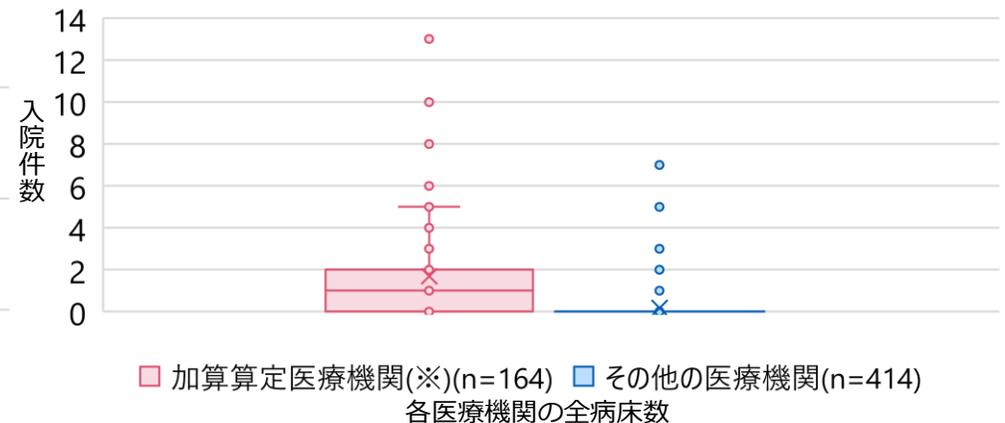
○ 精神病床を有する医療機関について、傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する手術、悪性腫瘍手術、化学療法を伴う入院件数を比較すると、総合病院精神科を評価する加算の算定医療機関(※)の方が、それ以外の医療機関より対応件数が多かった。

傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する手術を伴う入院件数

傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する悪性腫瘍手術を伴う入院件数



傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する化学療法を伴う入院件数



(※)総合入院体制加算1、小児・周産期・精神科充実体制加算、精神科充実体制加算、精神科急性期医師配置加算2イのいずれかを算定する医療機関 ※DPCデータ提出病院のみのデータであることに留意が必要。

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

300点 (週1回)

(趣旨)

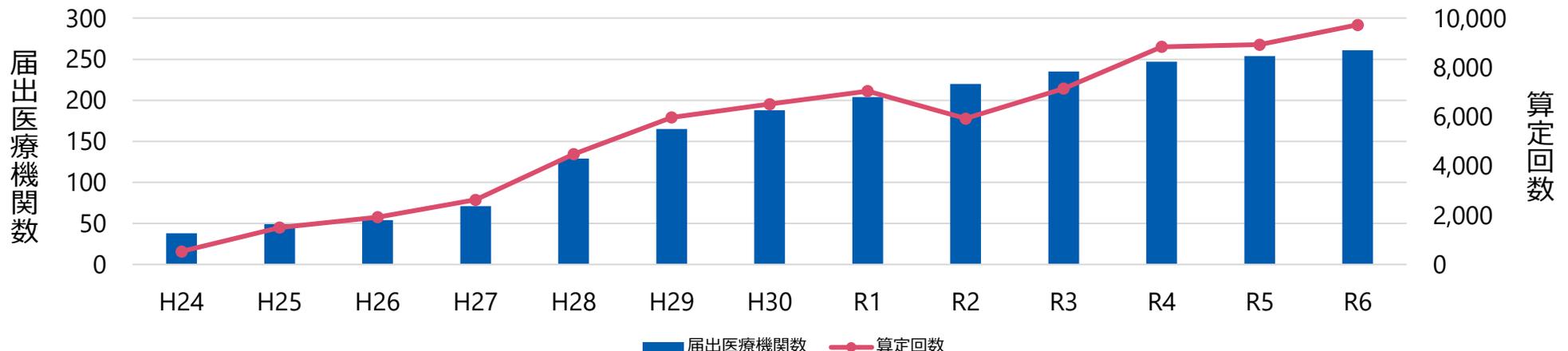
- 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したものである。

(主な留意事項)

- 算定対象となる患者は、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者。
- 1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。
- 認知症ケア加算1は別に算定できない。

(主な施設基準)

- 精神科リエゾンチームの構成員は以下のとおり。
 - ・ 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師の対診等でも可。）
 - ・ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師（精神科等の経験は入院患者の看護の経験1年以上を含むこと。）
 - ・ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人。

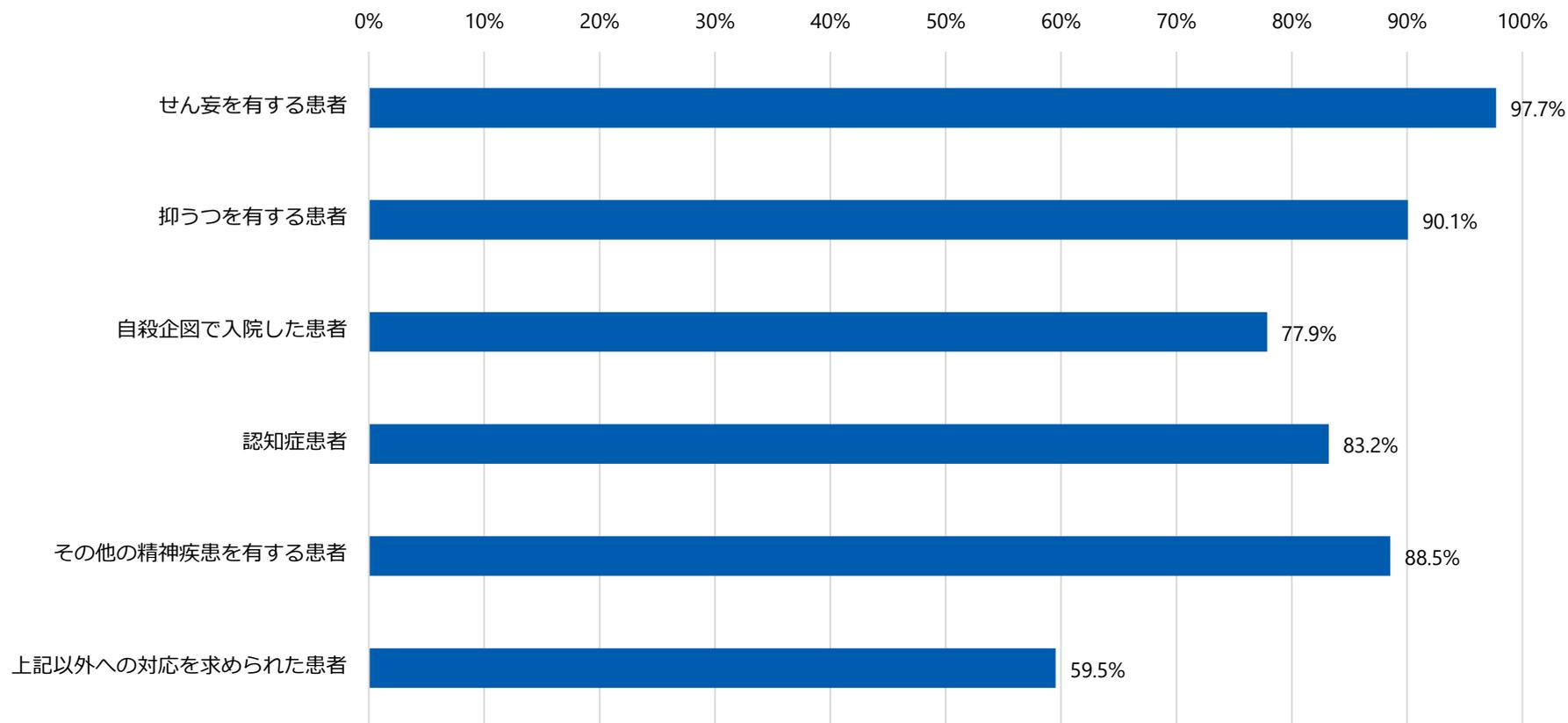


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

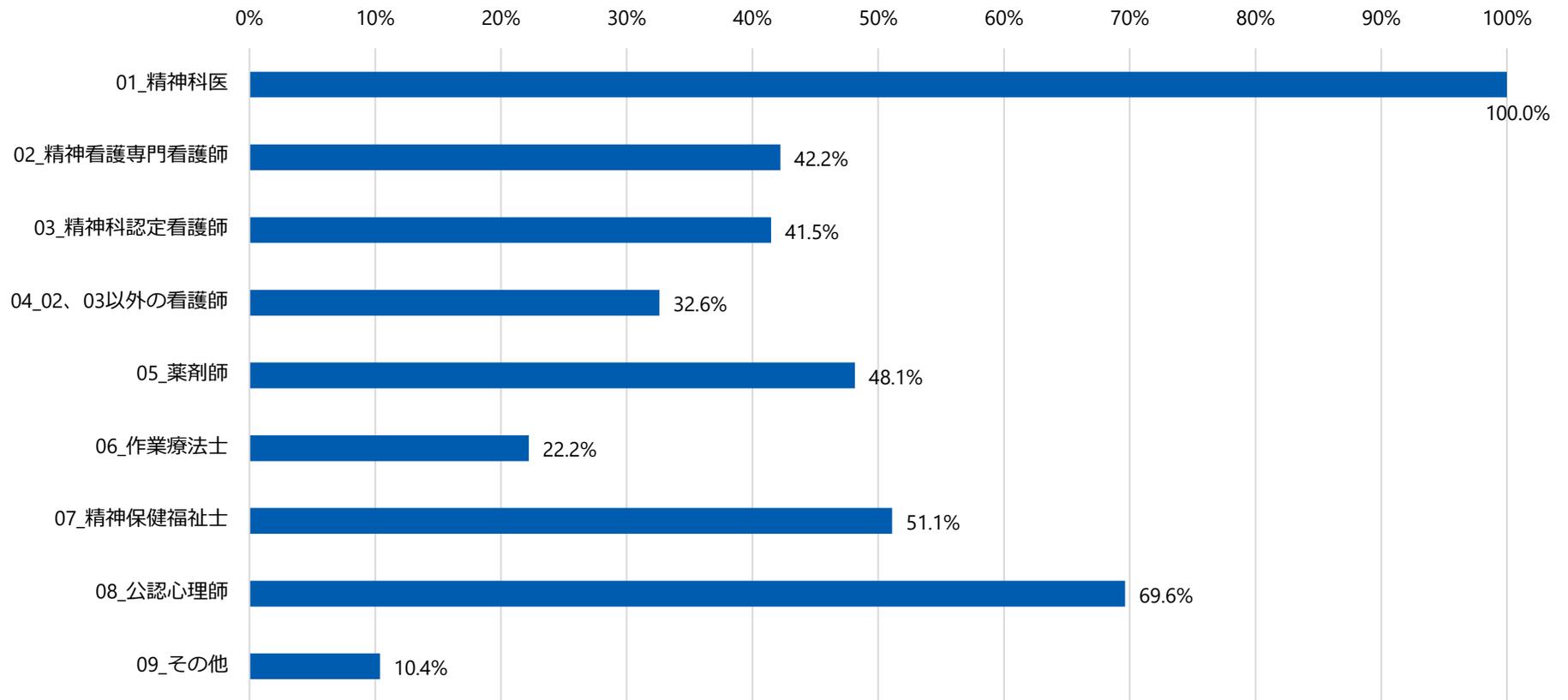
- 急性期の一般病床において、精神科リエゾンチームは、せん妄や抑うつを有する患者、自殺企図で入院した患者、認知症患者等、多様な精神疾患に介入している。

精神科リエゾンチームが介入した患者 (n=131)



- 精神科リエゾンチームに参加している職種は、以下のとおりであった。

精神科リエゾンチームに参加している職種 (n=135)



A247 認知症ケア加算 (1日につき)

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間	180点
ロ 15日以上期間	34点

(趣旨)

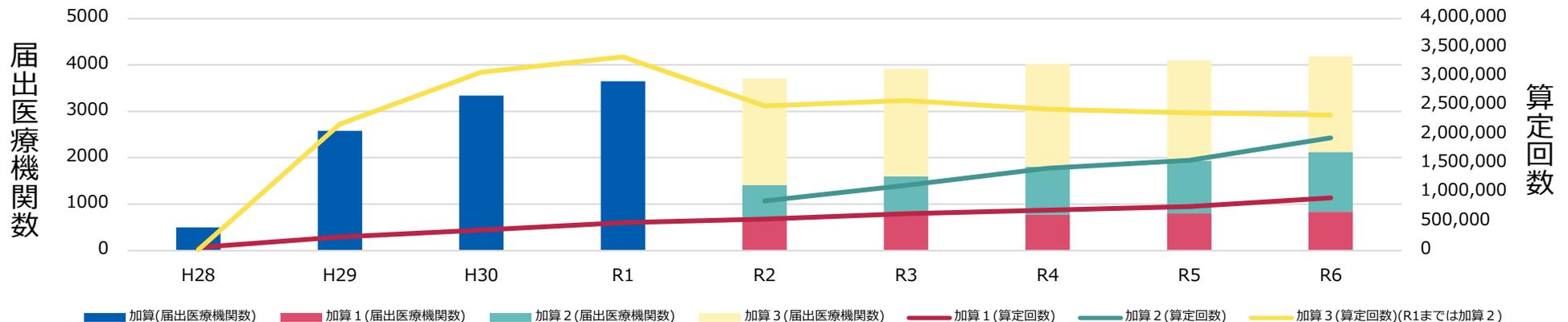
- 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

(主な留意事項)

- 算定対象となる患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクⅢ以上に該当すること。ただし、JCS (Japan Coma Scale) でⅡ-3 (又は30) 以上又はGCS (Glasgow Coma Scale) で8点以下の状態にある者を除く。
- **精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。**

(主な施設基準)

- 認知症ケアチームの構成員は以下のとおり。
 - ・ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師
 - ・ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ・ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- なお、このほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。



出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

精神科リエゾンチーム加算と認知症ケア加算の併届出状況について

診調組 入-1
7.7.17

- 精神科リエゾンチーム加算と認知症ケア加算の併届出状況は、以下のとおり。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関の60.2%が、認知症ケア加算1を届け出ていた。

【精神科リエゾンチーム加算】

全届出医療機関	261施設
うち、認知症ケア加算1 届出医療機関	157施設（60.2%）
うち、認知症ケア加算2又は3 届出医療機関	63施設（24.1%）
その他の医療機関	41施設（15.7%）

【認知症ケア加算1】

全届出医療機関	835施設
うち、精神科リエゾンチーム加算 届出医療機関	157施設（18.8%）
その他の医療機関	678施設（81.2%）

【認知症ケア加算2又は3※】

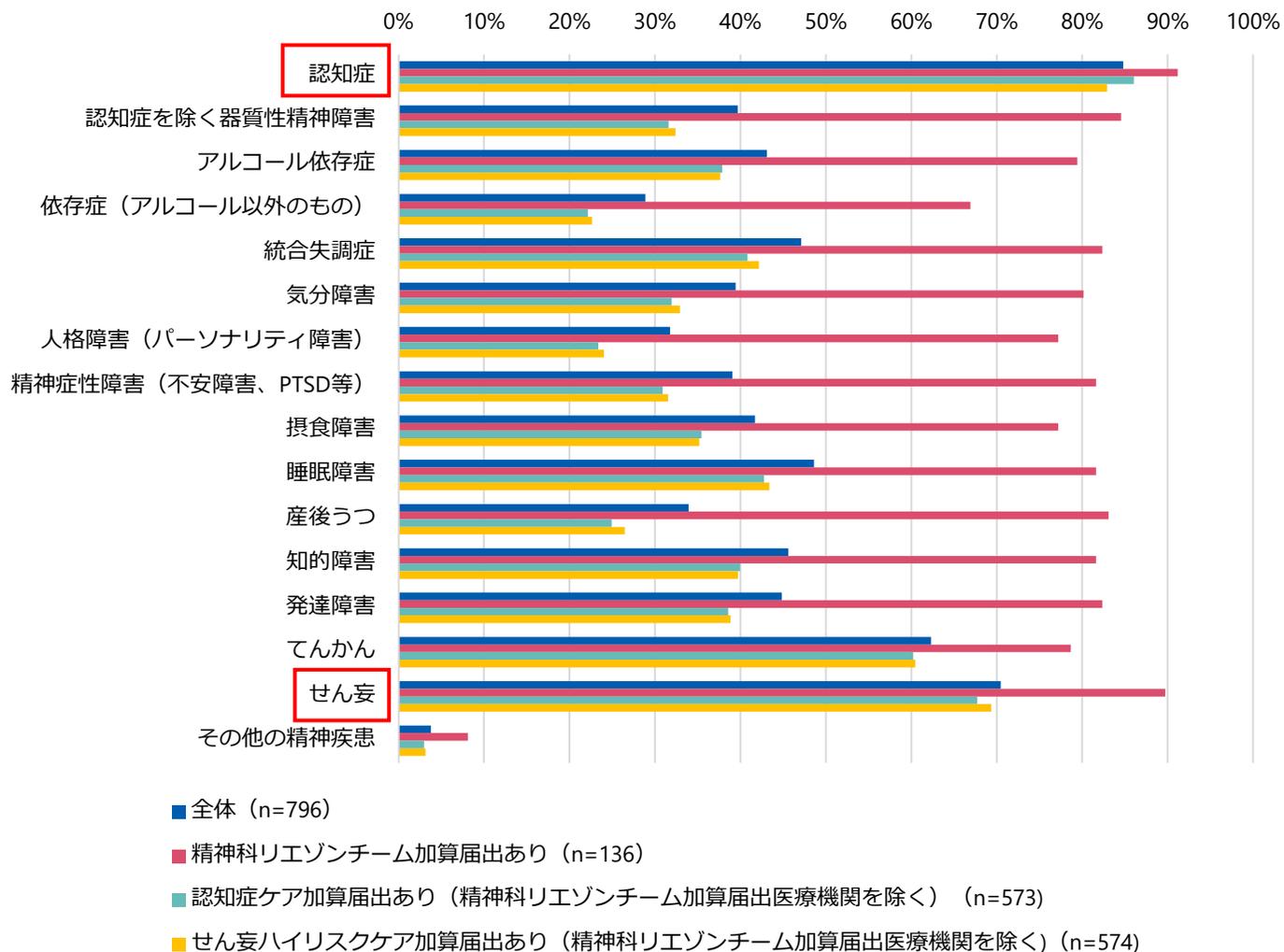
全届出医療機関	3,414施設
うち、精神科リエゾンチーム加算 届出医療機関	63施設（1.8%）
その他の医療機関	3,351施設（98.2%）

※ 加算の区分報告を行っていない医療機関を含む

精神科リエゾンチームの設置有無による、対応可能な疾患について

診調組 入-1
7.7.17

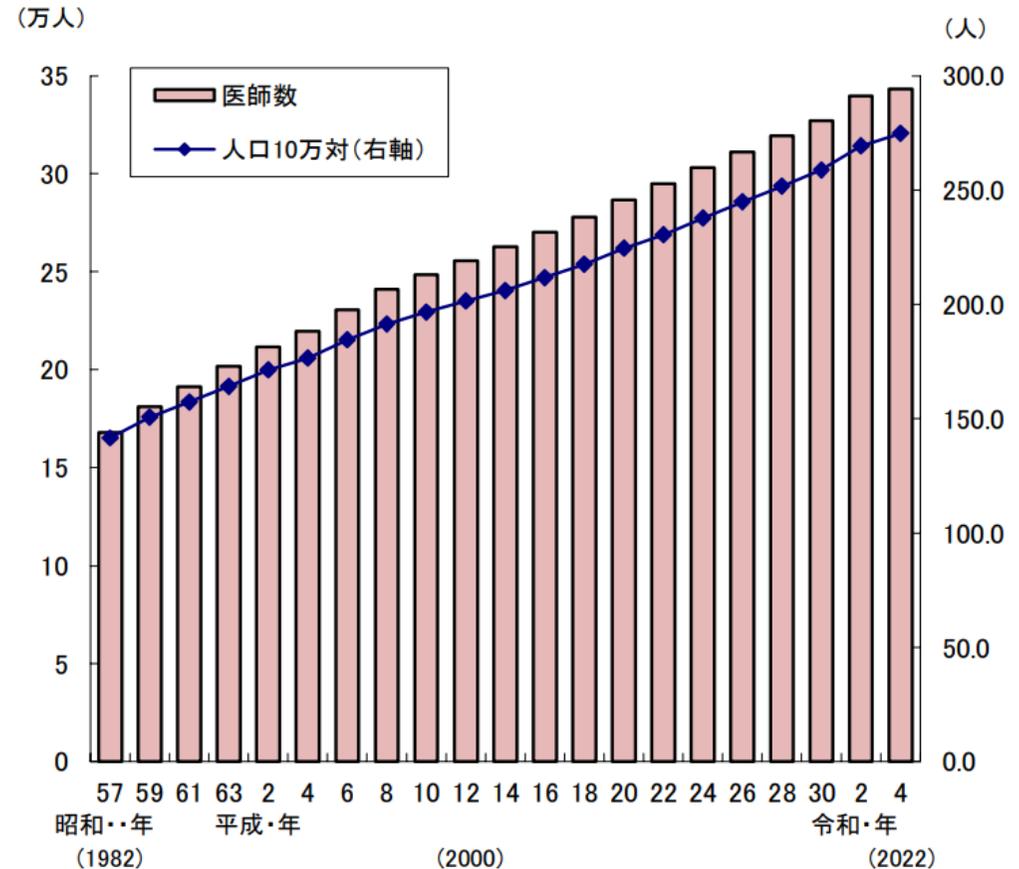
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。



医師数の年次推移

各年12月31日現在

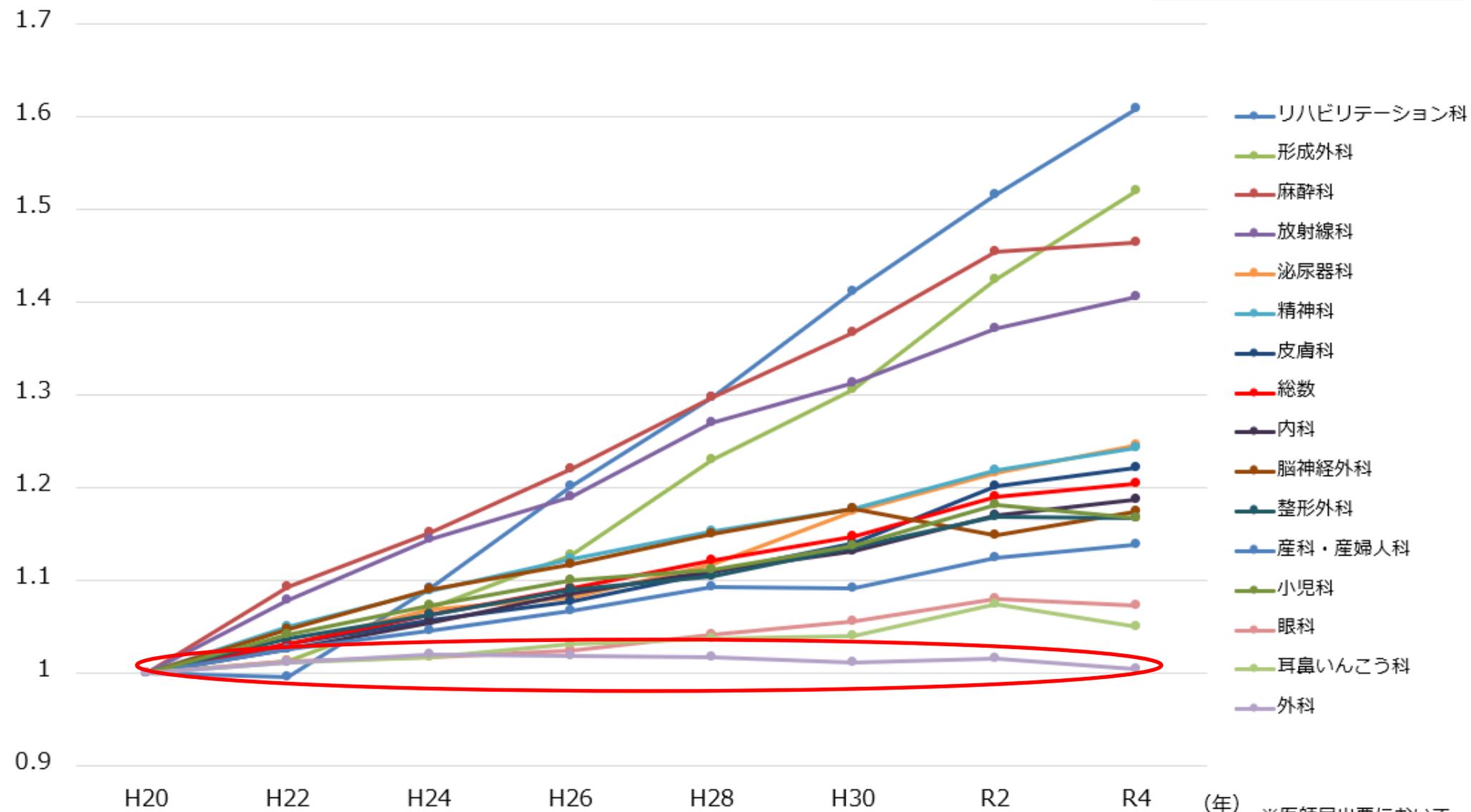
	医師数		人口10万対 (人)
	(人)	増減率 (%)	
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/isshi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



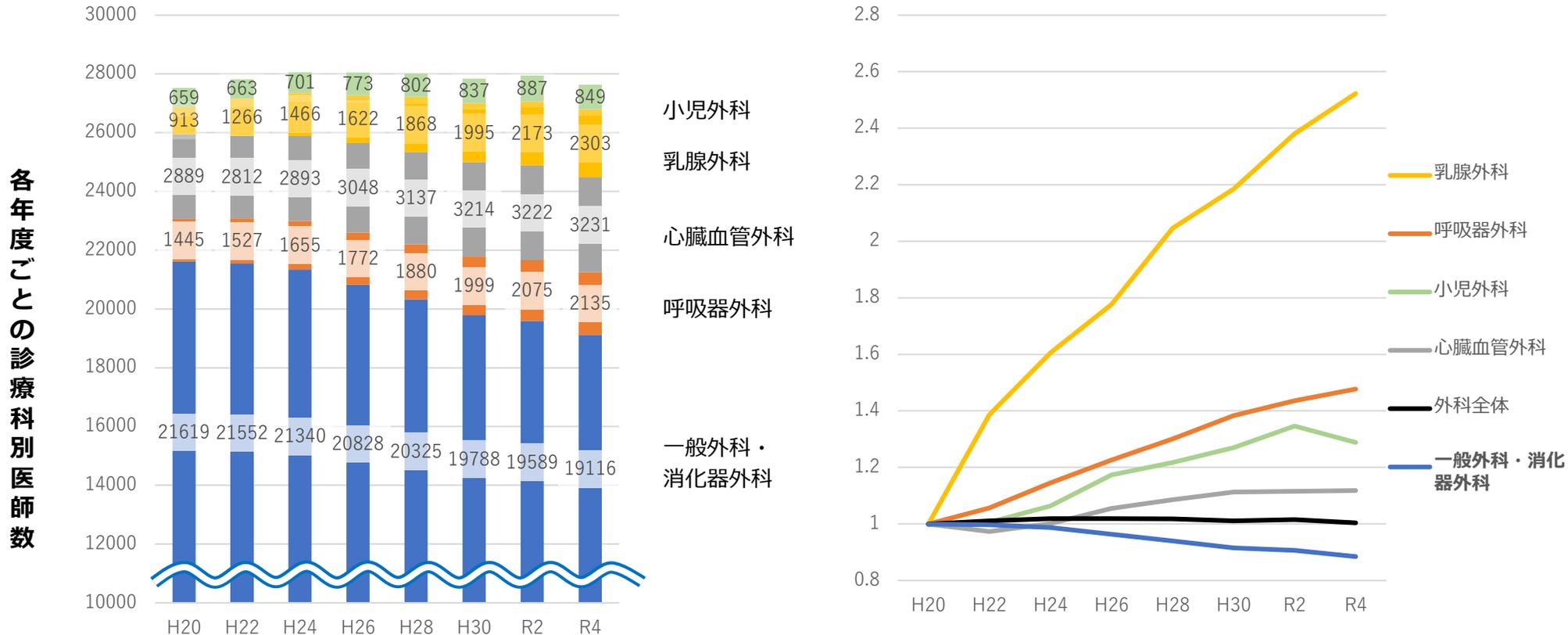
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

外科の医師数の推移

○ 外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。

主に外科に従事する医師の推移（左：医師数、右：平成20年を1とした場合の比率）

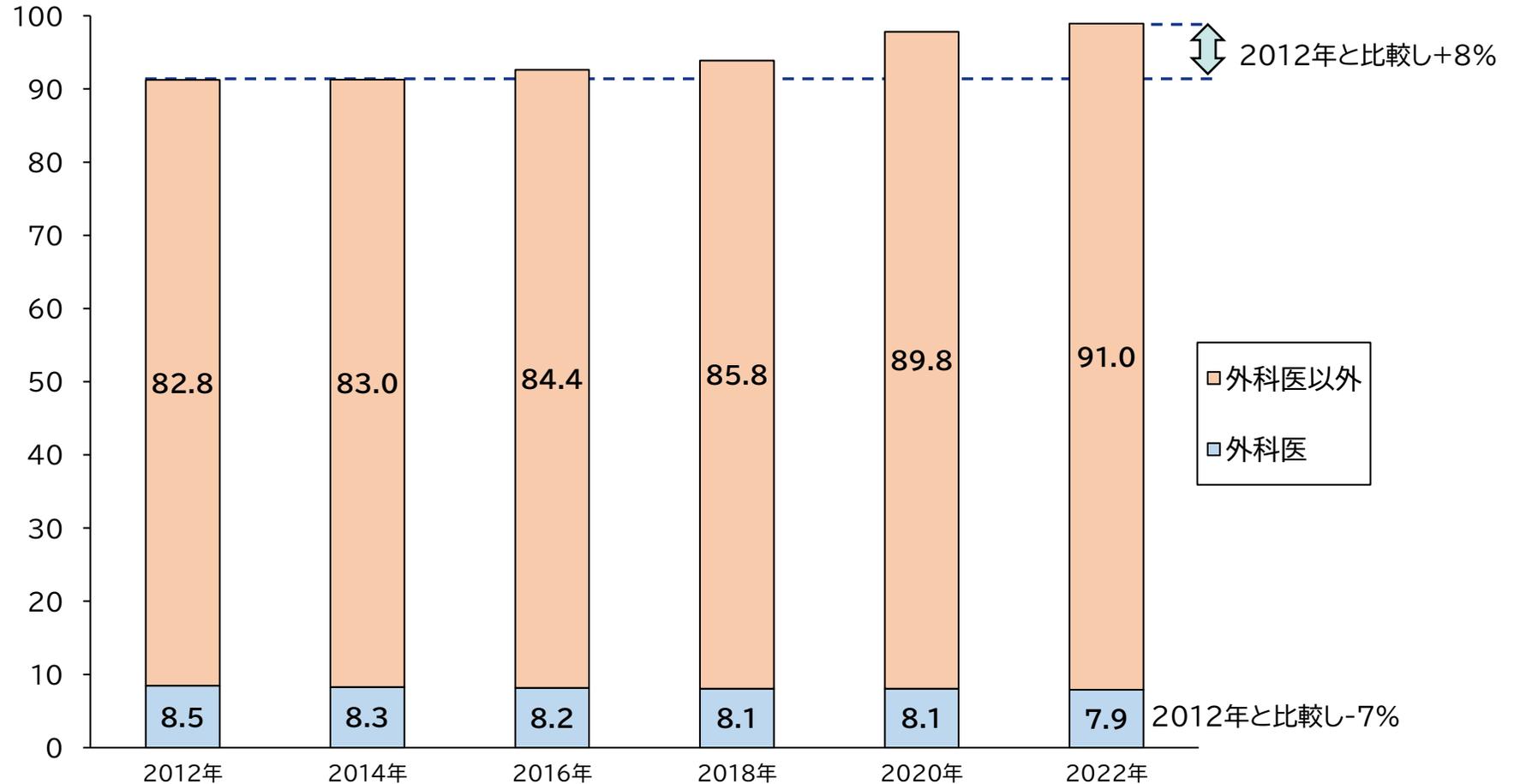


※一般外科・・外科、気管食道外科、肛門外科

40歳未満の医師数の推移

- 40歳未満の若手医師数は、2012年と比較し8%増加している一方で、40歳未満の若手外科医※については、2012年と比較し7%減少している。

(単位:千人)

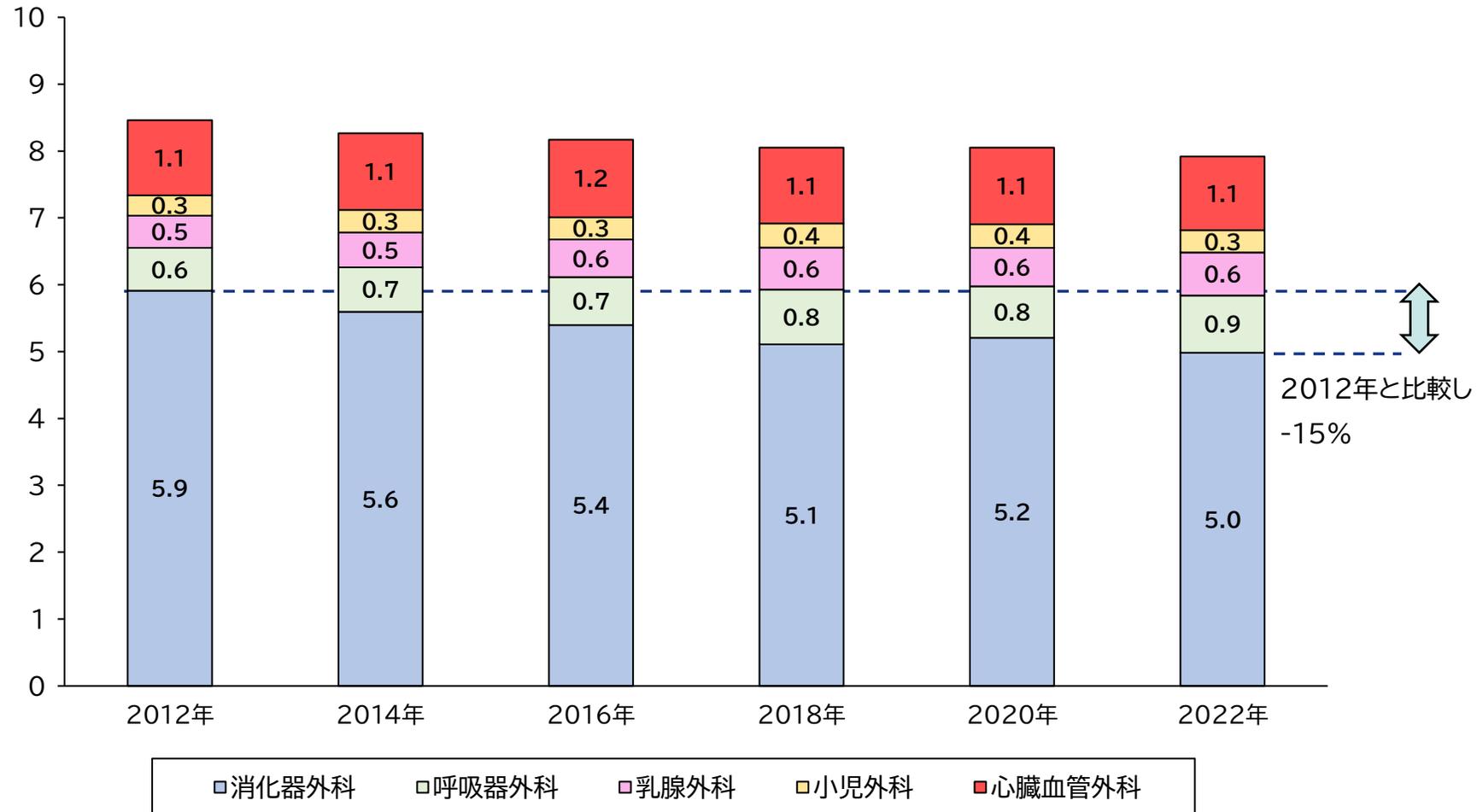


※外科医は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いて、がん・疾病対策課において作成

40歳未満の外科医数の推移（外科領域別内訳）

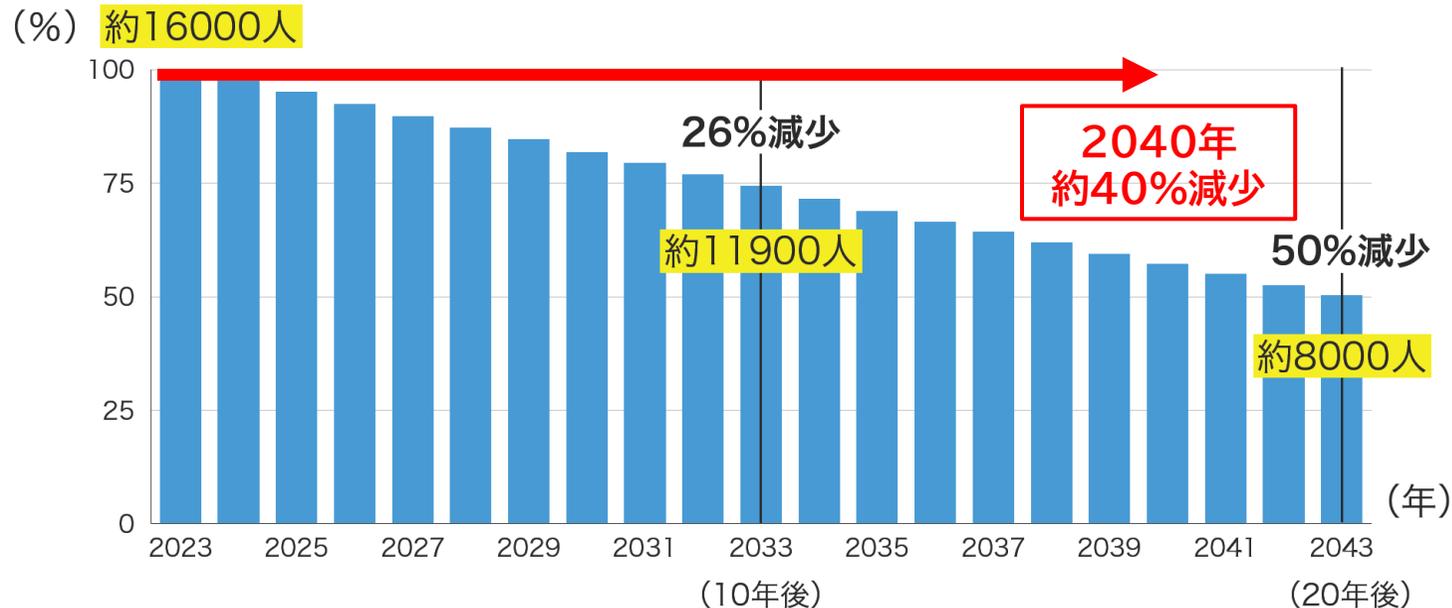
- 40歳未満の若手消化器外科医※については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。

（単位：千人）



日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計

日本消化器外科学会 65歳以下会員数 今後の予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

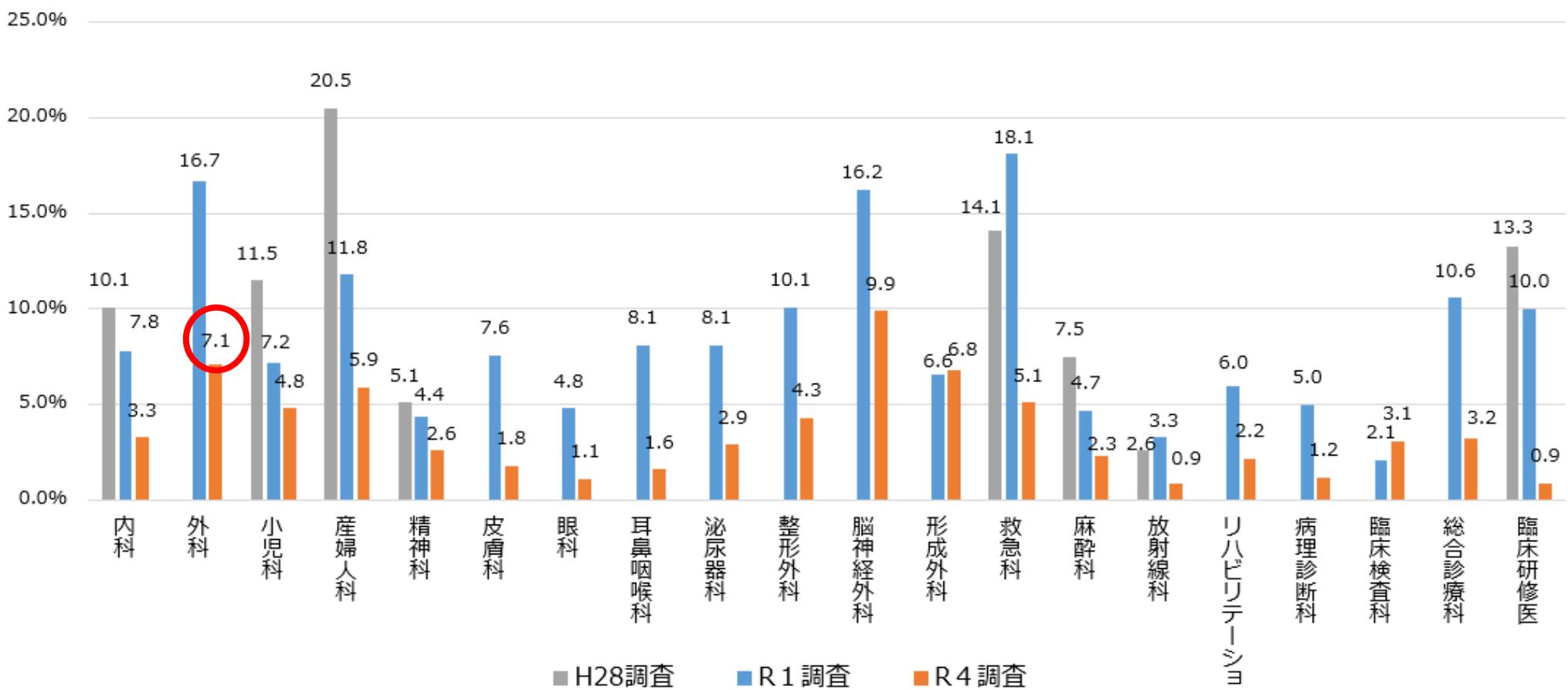
- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1 2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。

※2 2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

- H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。
- 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

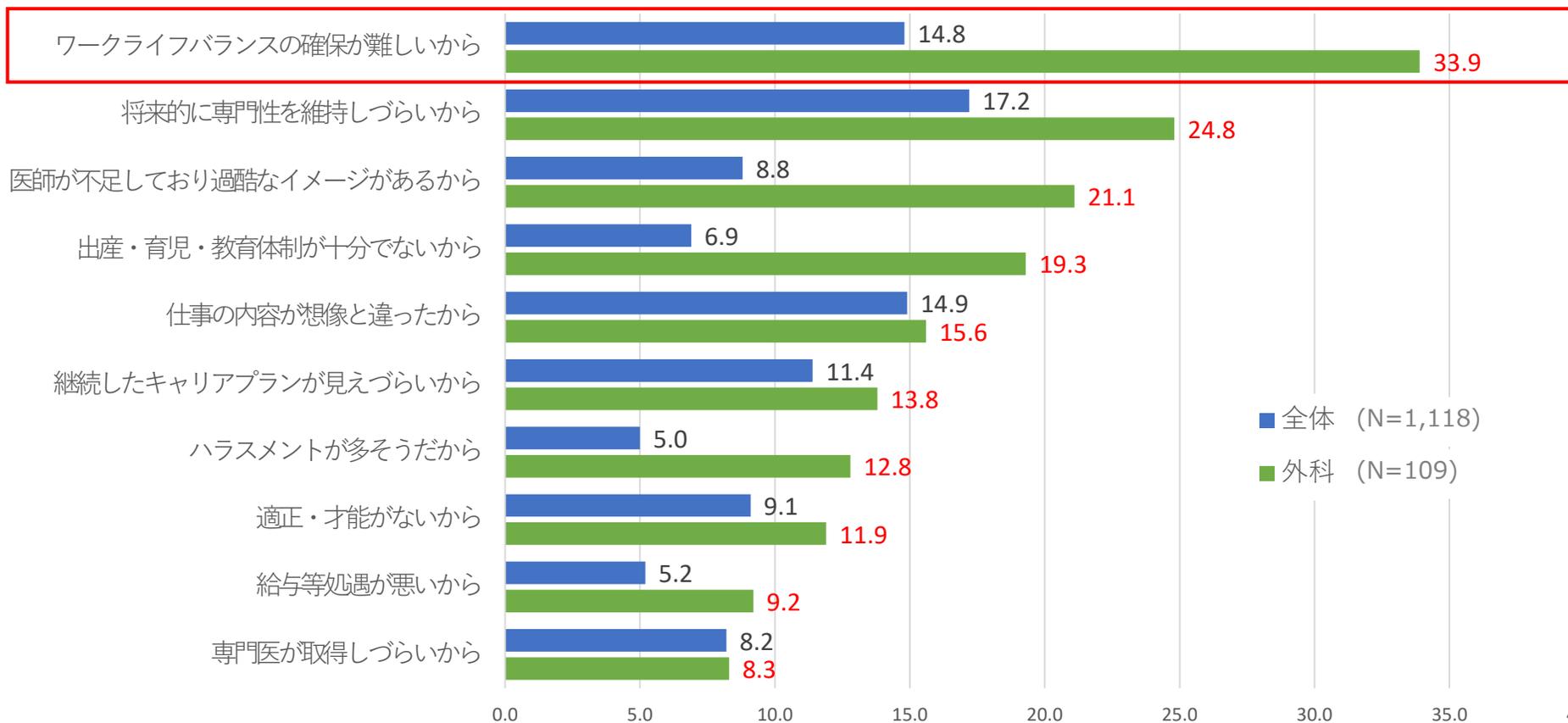


- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

専攻医が基本領域を選択しなかった理由

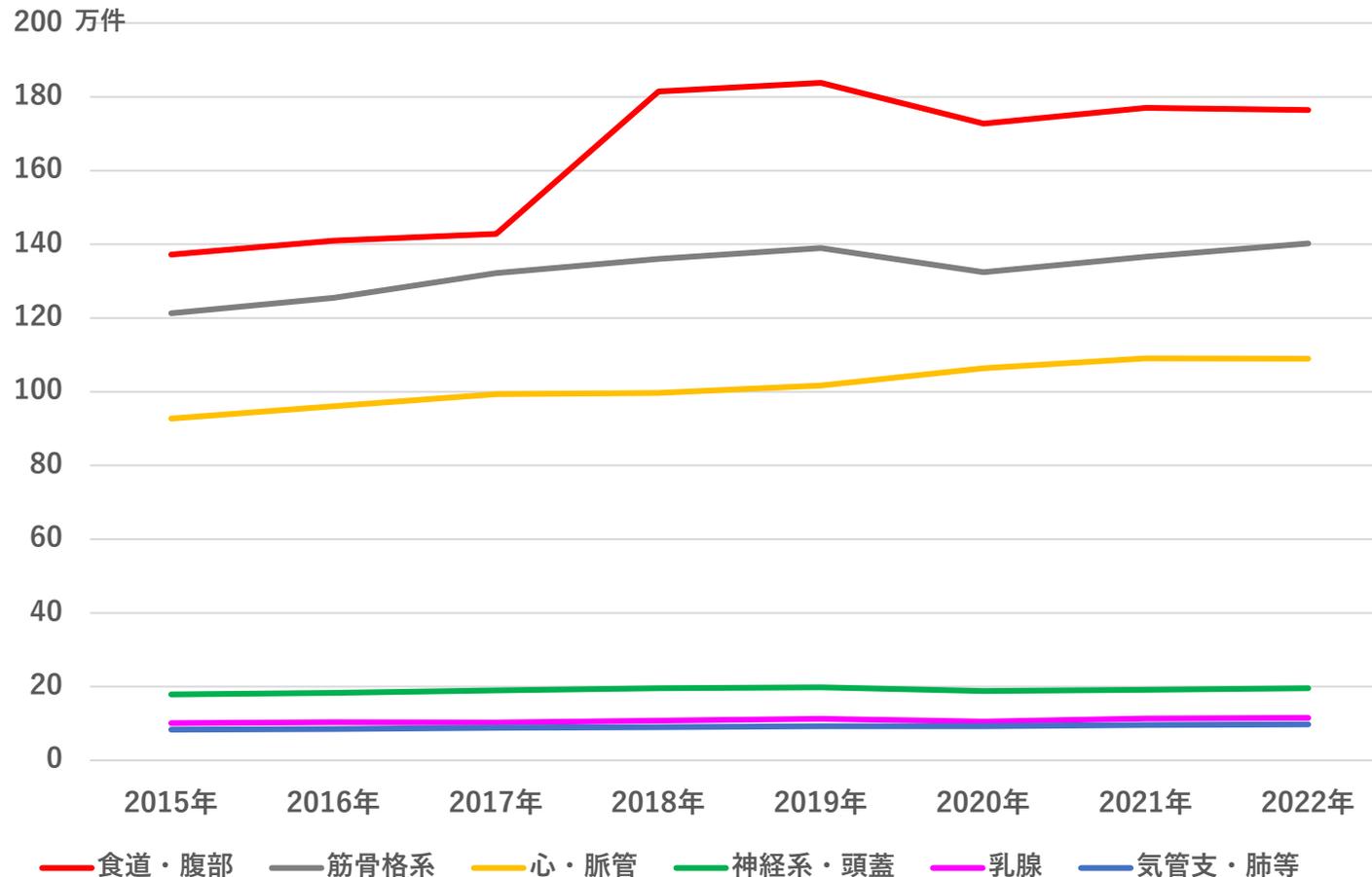
外科領域を選択することをやめた専攻医は、「ワークライフバランスの確保」に課題を感じている割合が高い。

専攻医が希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答、選択肢の上位10、%）



臓器別手術件数の推移

- 入院における臓器別手術件数の推移を見ると、食道・腹部の手術件数が最多であり、2020年に減少したものの、2015年以降増加傾向にある。

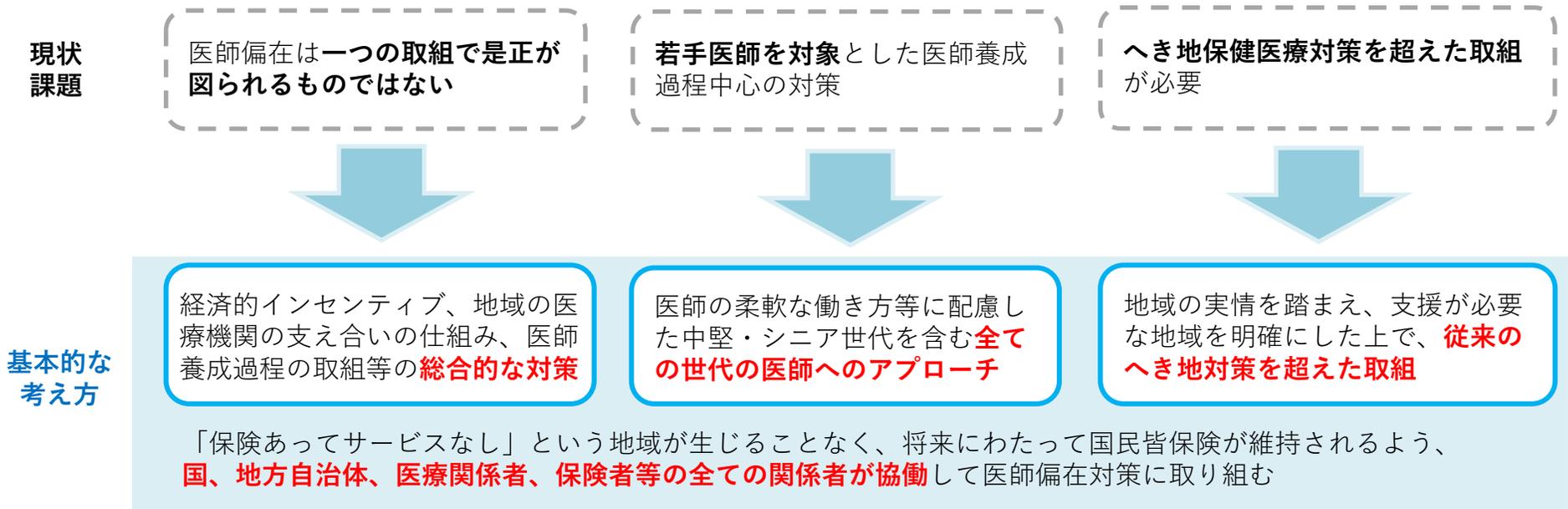


※診療報酬点数表第10部手術の各区分の入院手術件数を集計したもの
※心・脈管はリンパ管・リンパ節区分を除く
※気管支・肺等は胸腔・胸膜、縦郭区分を含む

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
- **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

- <医学部定員・地域枠>
 - ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
 - ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
 - ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う
- <臨床研修>
 - ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
 - ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

- <重点医師偏在対策支援区域>
 - ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
 - ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）
- <医師偏在是正プラン>
 - ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
 - ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- <経済的インセンティブ>
 - ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
 - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
 - ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

- <全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>
 - ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- <都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>
 - ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

- <医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>
 - ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
 - ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施
- <外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>
 - ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
 - ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
- <保険医療機関の管理者要件>
 - ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 医学部定員・地域枠

- 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める。
- 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

② 臨床研修

- 広域連携型プログラム※の制度化に向けて、令和8年度から開始できるよう準備を進めていく。

※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<診療科偏在の是正に向けた取組>

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

(1) 全世代型社会保障の構築

（中長期的な医療提供体制の確保等）

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、コロナ後の受診行動の変化も踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を全国で確保する。このため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めつつ、かかりつけ医機能の発揮される制度整備、医療の機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、ドクターヘリの安全かつ持続可能な運航、大学病院・中核病院からの医師派遣の充実、適切なオンライン診療の推進、**減少傾向にある外科医師の支援**、都道府県のガバナンス強化等を進める。

地域医療構想については、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。

こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療介護の推進に取り組む。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

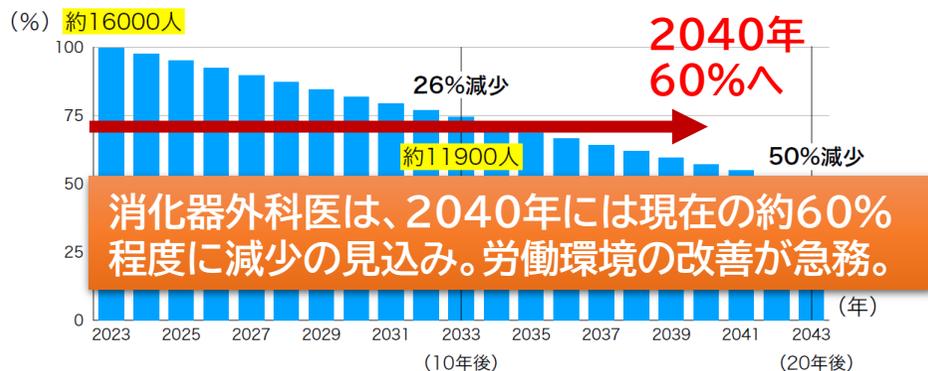
	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	<ul style="list-style-type: none"> 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等 	<p>特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 <p>(医療需給の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 <p>※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。</p>
がん医療圏又は複数のがん 医療圏単位での集約化 の検討が必要な医療	<ul style="list-style-type: none"> がん診療連携拠点病院等 地域の実情によってはそれ以外の医療機関 	
更なる均てん化が 望ましい医療	<ul style="list-style-type: none"> 患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む) 	<p>更なる均てん化が望ましい医療についての考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

(※1)国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

手術療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、手術療法の需要は2025年比で95%に減少することが見込まれる中、日本消化器外科学会によると、65歳以下の消化器外科医の数は60%に減少すると予測されている。
- 手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、これまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。このため、一定の集約化を含めた検討が必要。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要。
- 高度な手術に関しては、手術件数の多い医療機関で手術を提供することによって、より質の高いがん医療の提供が可能。

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の将来予測



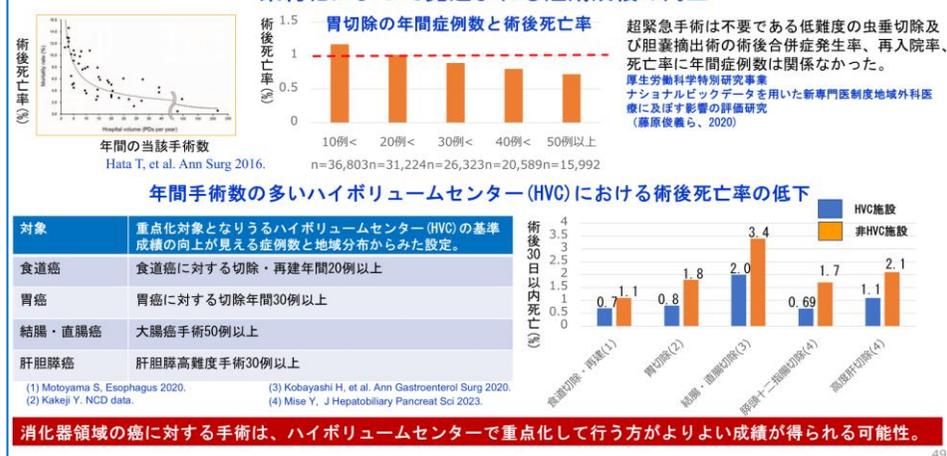
日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

消化器外科医の労働時間を短縮するためには今後、どのような方法を取るの
がよいと思いますか

1. 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する: 56.9%
2. 医療事務を充実する: 54.0%
3. 施設集約化による外科医師の集約化: 50.8%
4. 一人当たりまたはチームあたりの担当患者数を調整する、もしくは外科医を増やす: 50.5%
5. メディカルスタッフを充実する: 46.0%
6. 主治医制度から交代勤務制/チーム制へ変える: 49.7%
7. 検査(内視鏡、超音波など)を他科へ依頼する: 33.6% 等

手術療法におけるがん患者数と治療成績の関係

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績 -集約化によって見込まれる短期成績の向上-



高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと報告されている。

消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ

日本消化器外科学会は消化器外科医が減少している現状に危機感を持ち、消化器外科の未来に向けての改革を真摯に推し進め、結果として国民に質の高い消化器外科診療を提供できる体制を確かなものにすることを目指して、活動して参ります。

1. 継続可能な消化器外科診療の構築

- ・一人でも多くの医学部学生や初期研修医に消化器外科の重要性と魅力を伝えるために広報に努めます。
- ・長時間労働の解消のための働き方改革を積極的に推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るべく労働環境の改善に努めます。

2. 消化器外科医のキャリア形成の支援

- ・学びの場や教育ツール及び先進的な医療への参加の機会を提供し、ロボット支援手術などの最新の手術に至るまでの期間を短縮し、早期に自立できるよう支援を行います。
- ・多様な価値観や人生観、働き方を尊重し、男女の均等な活躍を支援します。
- ・ライフ・イベントに配慮した働き方や知識・技術のステップアップを支援いたします。
- ・地方で活動する消化器外科医への学びの場や先進的医療参加の機会を提供し、支援します。

3. 高度ながん手術の集約化・重点化

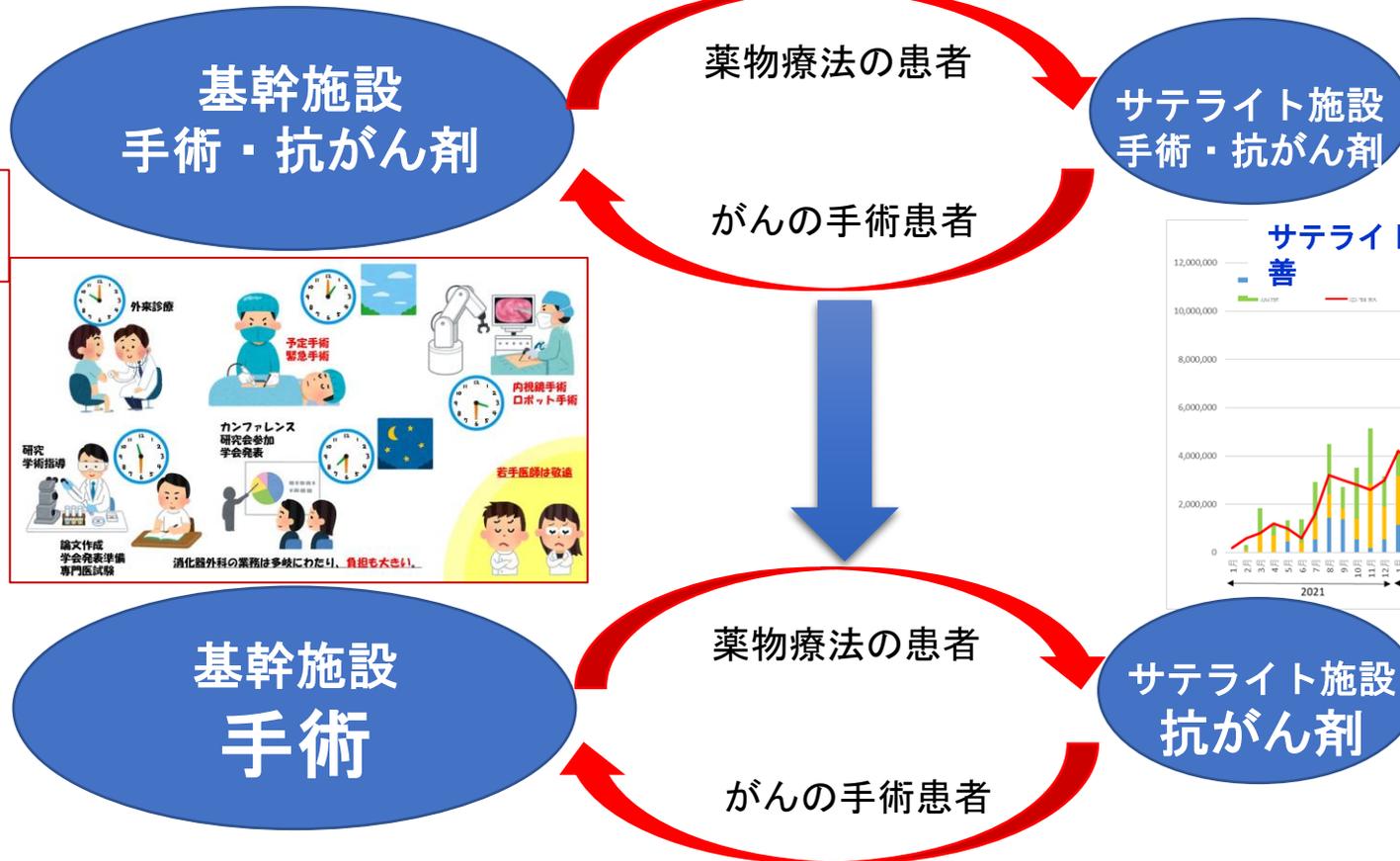
- ・医師の健康維持・促進のための働き方改革や術後成績の向上に資する、高度ながん手術に対する合理的な集約化・重点化を目指します。集約化・重点化施設における研究・教育体制の充実を図ります。

4. 高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの受領

- ・高度ながん手術や救急の手術に対応する対価を含め、外科医としての適切なインセンティブを受領できるシステムの構築に向けて、国民から理解を得られるよう努力をいたします。

好事例-3

病院の新たな機能分化に基づく集約化による負担軽減

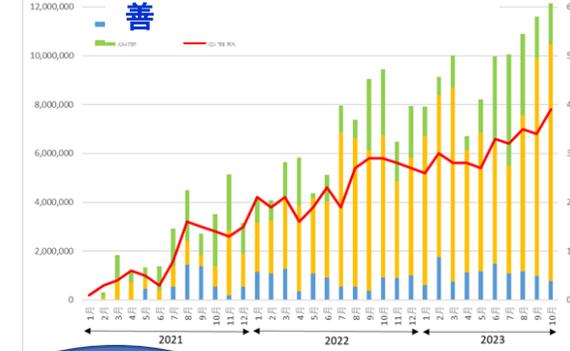


外来診療
がんの薬物療法

大きな負担



サテライト病院の経営改



基幹病院のがんの薬物療法をサテライト施設へ移譲。高度ながんの手術患者は基幹病院へ紹介し、機能分化、効率化、集約化によって基幹病院の負担軽減を実現。一方でサテライト施設の経営は劇的に改善した。

山口大学 消化器・腫瘍外科学 永野浩昭教授の取り組み

- 当直等の負担軽減を図る観点から、勤務環境に特に配慮を要する領域への対応として、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の要件等の見直し(平成26年度改定、令和4年度改定)等を実施した。

(例) **手術・処置の休日・時間外・深夜加算**

(1) **休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数**

(2) ~ (4) (略)

・勤務医負担軽減等の実施に係る施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関にて、緊急のための休日等における対象患者に対する手術等を評価。(対象患者)

次に掲げる入院中の患者以外の患者に対する手術。ただし、手術が保険医療機関等の都合により休日等に行われた場合は算定できない。

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

4 **医師の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として次の体制を整備していること。**

(1)当該保険医療機関内に医師の負担軽減等に関して提言するための責任者が配置されていること。(2)~(6)(略)

5 **静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について次のいずれも実施していること。**(1)~(2)(略)

6 当該加算を算定している全ての診療科において、**予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮**として、次のいずれも実施していること。(1)~(7)(略)

7 当該加算を算定する全ての診療科において、**次のいずれか**を実施していること。

(1)**交替勤務制を導入**しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア~キ(略)

(2)**チーム制を導入**しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

(3)**医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給**しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを厚生(支)局長に届け出ていること。~(略)

ア~イ(略)

8~9(略)



勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

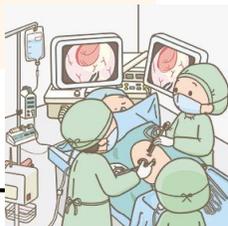
- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

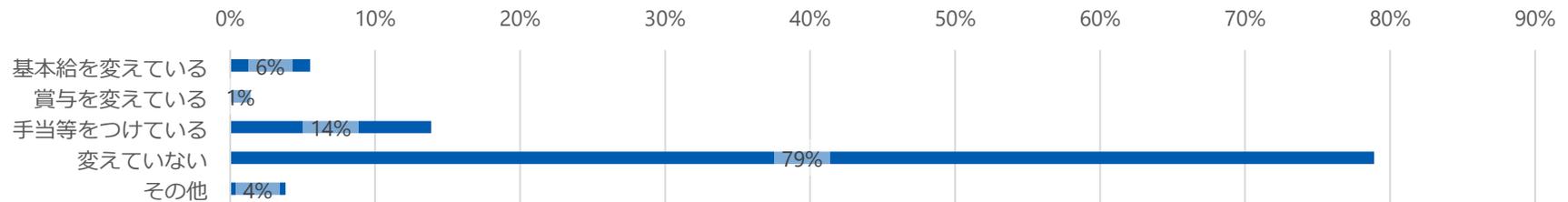
※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



診療科毎の医師の処遇

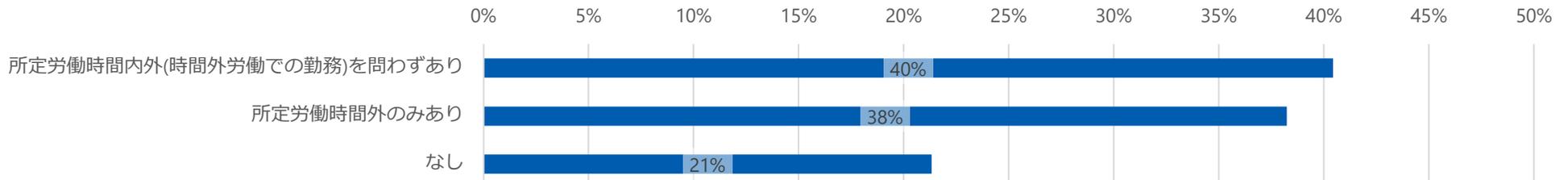
- 診療科毎の医師の処遇として、医師が不足している診療科において「基本給を変えている」（6%）、「賞与を与えている」（1%）、「手当等をつけている」（14%）等が挙げられた。
- 手当をつける仕組みがある場合の、月あたりの平均的な手当の金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。

医師が不足している診療科で給与を変えていますか(n=995)



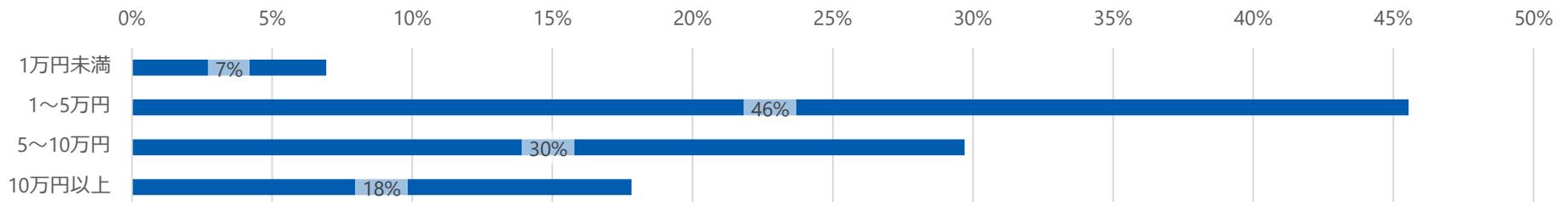
〔手当等をつけている場合〕

手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか(n=136)



〔手当をつける仕組みがある場合〕

手当が支払われた医師の月当たりの平均的な手当の金額について(n=101)



各医療機関における処遇改善にむけた取組事例について

- 広島大学病院において、全国的に減少している消化器外科医など外科医の診療体制を維持するため、若手の外科医の処遇改善を行っている。
- 津山中央病院では、時間外緊急手術や呼び出し等に対して、インセンティブを付与する取組を実施している。

広島大学病院における若手消化器外科医の処遇改善

広島大学病院ホームページ（一部抜粋）

広島大学病院は、外科医の診療体制を維持するため、**若手の医科診療医の年俸を2025年度から、現行の約1.3倍とする待遇改善**をします。若手外科医に限った待遇改善は国立大学病院で初めてです。2月20日の定例会見で、越智光夫学長が発表しました。

全国的に減少している消化器外科などの若手診療医が対象で、「未来の外科医療支援手当」として月額10万円、年額120万円を増額します。対象者は27歳から40歳前後までの約30人となります。

近年、全国的に外科医、特に消化器外科医の減少が、診療体制に大きな影響を及ぼすことが懸念されています。日本消化器外科学会は現在約19000人いる消化器外科医は10年後に25%減少、20年後には50%減少すると予測しています。

大学病院では高度な技術が求められ、長時間の手術や術後管理に対応する必要があるにもかかわらず、特に若手医師の給与が他の病院と比べて低いことが「外科離れ」の要因として挙げられます。

広島大学病院では業務の効率化などを進め、手術件数や手術を待つ患者さんの数、外来診療数を維持しています。外科医の数も維持していますが10年後、20年後には減少し、診療規模を縮小せざるを得なくなる恐れもあります。このため広島県唯一の医育機関である広島大学病院は対応を協議してきました。安達伸生病院長は「地域によっては医療崩壊の兆しが表れている。取り組みが他の病院や全国に波及し、外科医を目指す医師が増えてほしい」と話します。

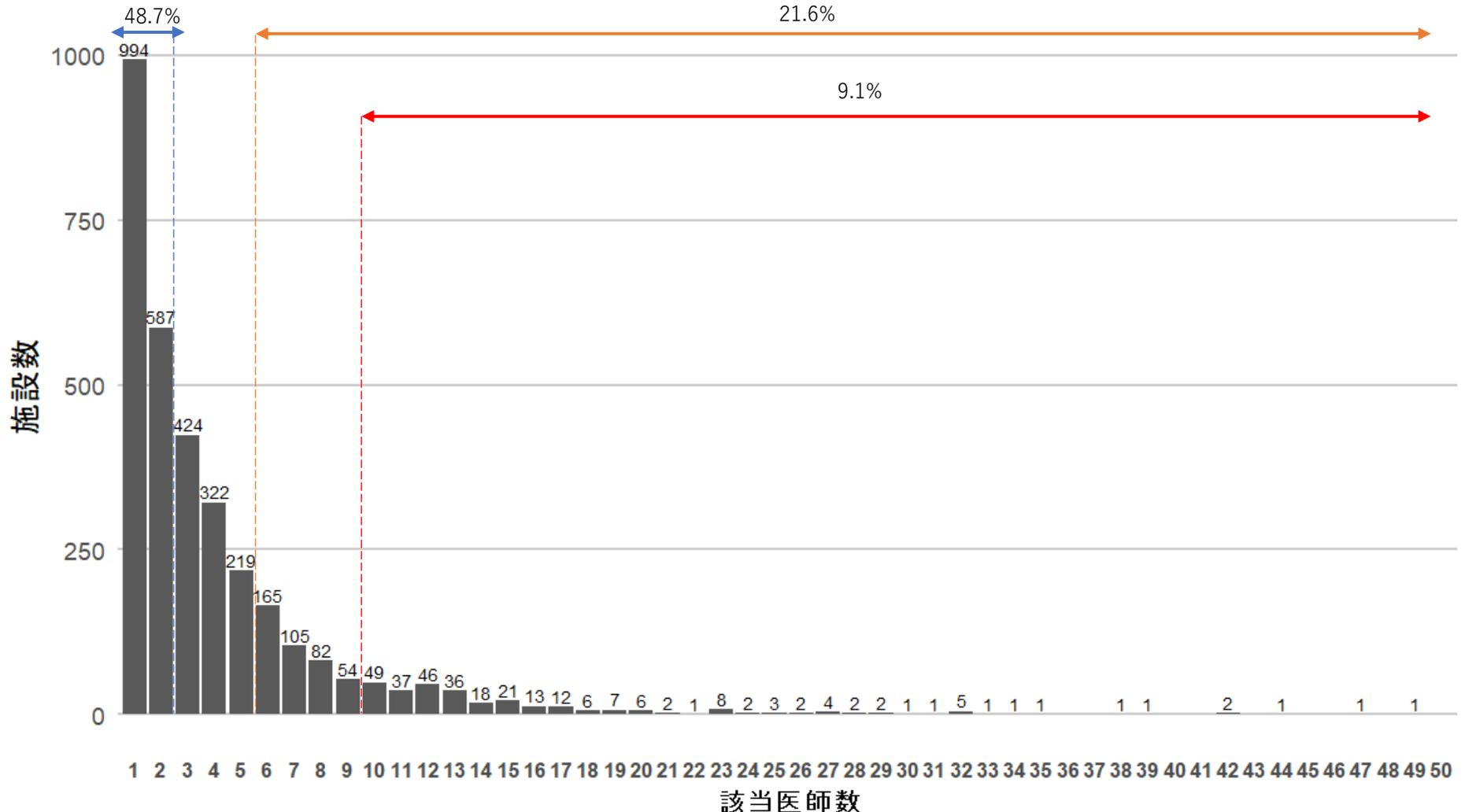
津山中央病院における緊急手術等へのインセンティブの付与

診療報酬制度の基準に該当しない科に対する補助や、時間外緊急手術、呼び出し等にインセンティブを付与した。

- H26年の診療報酬改定によって、時間外・深夜・休日の緊急手術に対する加算が行われたため、**時間外手当とは別にインセンティブを設定した。**ただし、**加算の基準をクリアしていたのは脳外科のみ**であったため、**他科には病院の財源を利用してインセンティブを支給した。**
- インセンティブは**夜間・休日緊急手術手当、救急等呼出手当**及び**ボーナス加算**から成り、ボーナス加算は**院長ファンドとして予算を確保**している。

所属消化器外科医師数別の医療機関数

- 外科医が1名以上いる病院と医育機関（3246施設）において、所属消化器外科医師数※が1～2人となる医療機関は全体の48.7%（1581施設）であった。
- 消化器外科医師数が6人以上の医療機関は21.6%（700施設）、10人以上と集約化されている医療機関は9.1%（294施設）であった。

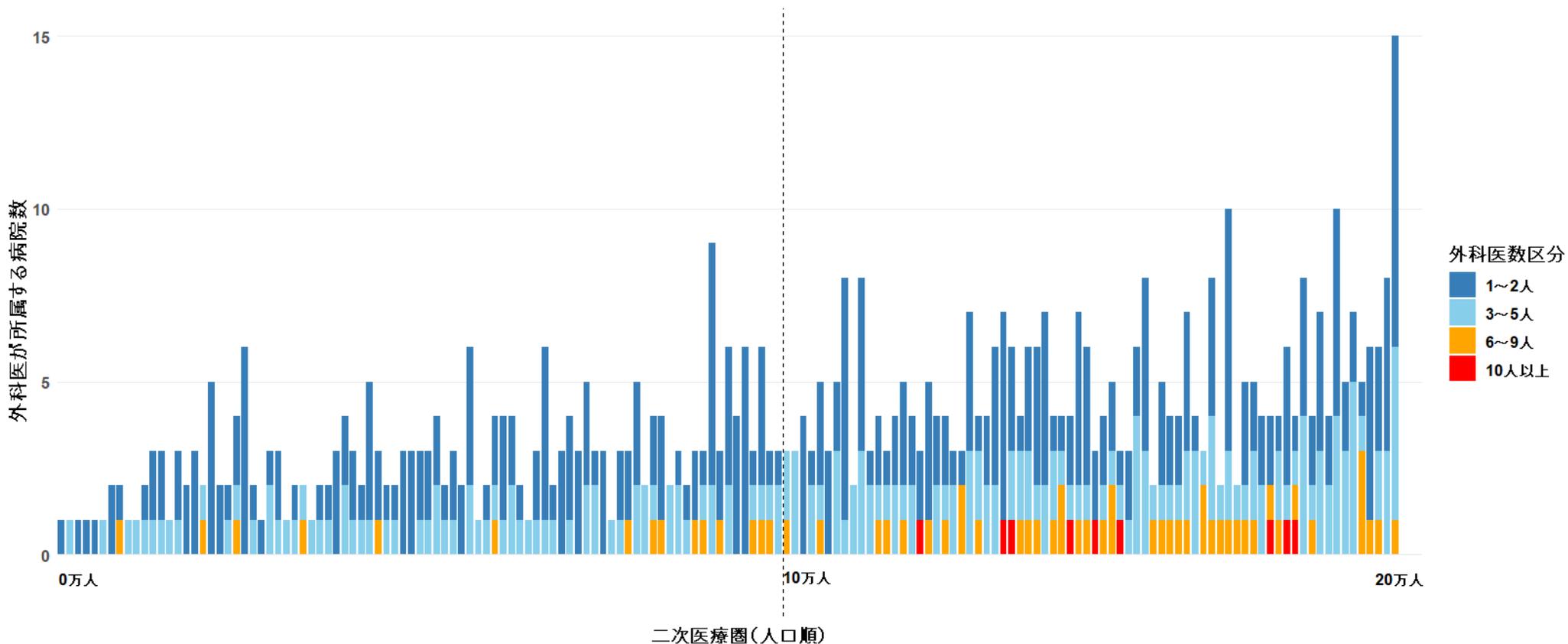


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

20万人未満二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 20万人未満の二次医療圏では、多くの医療機関の所属消化器外科医師数※は6人未満であり、1施設あたり1～2人となる医療機関も半数程度みられた。
- 人口10万人以上の二次医療圏では、所属消化器外科医師数が10人以上に集約化している施設がみられた。

20万人未満医療圏における外科医が所属する病院数

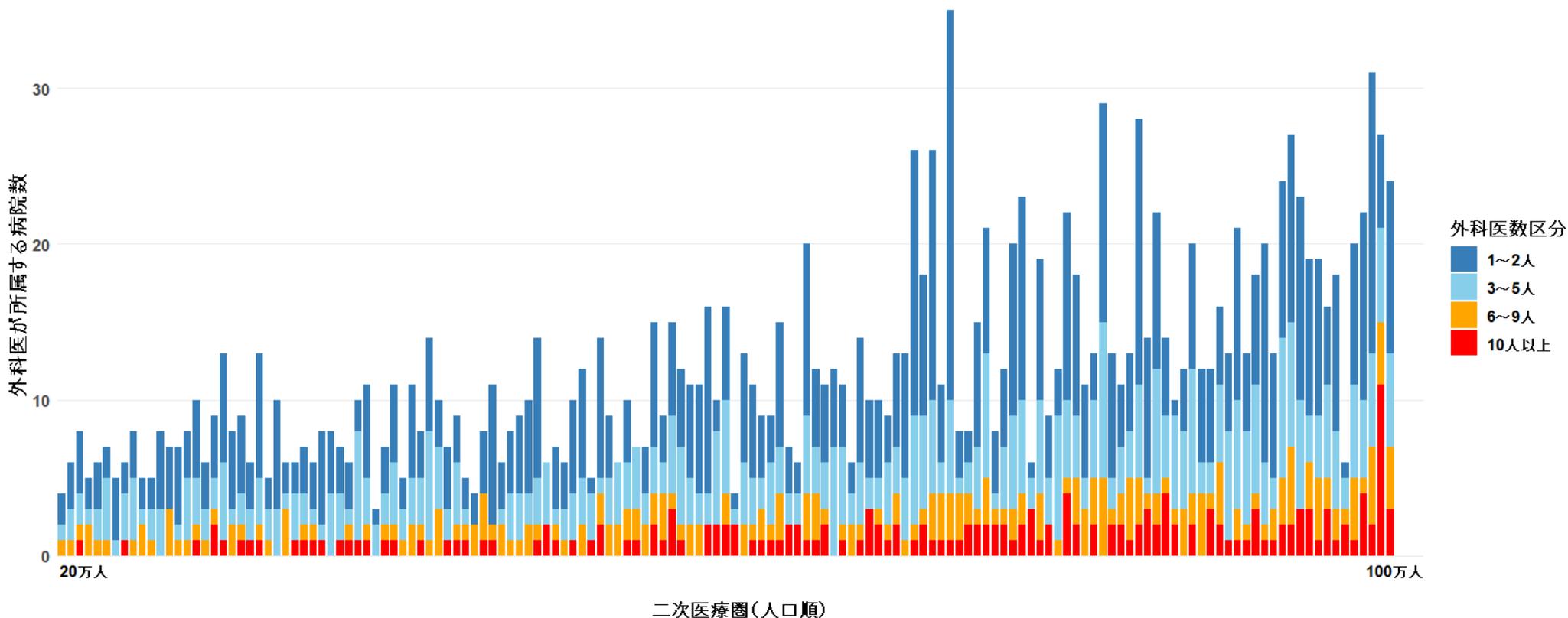


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師

20~100万人二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 多くの二次医療圏で、所属消化器外科医師数*が6人以上の医療機関がみられた。
- また、70%の二次医療圏で、所属消化器外科医師数が10人以上の医療機関がみられた。

20万~100万人医療圏における外科医が所属する病院数

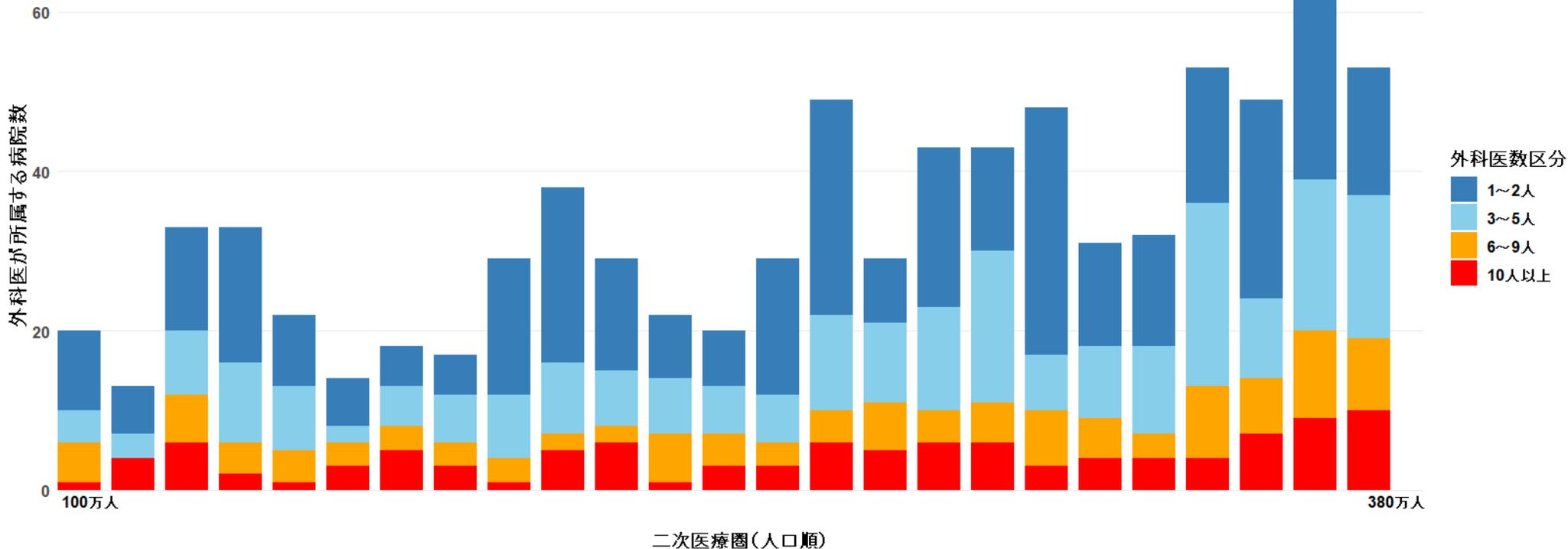


*主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師

100万人以上二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 全ての二次医療圏で、所属消化器外科医医師数※が10人を超える医療機関がみられた。
- 一方で、全ての二次医療圏で所属消化器外科医師数が1～2人となる医療機関がみられた。

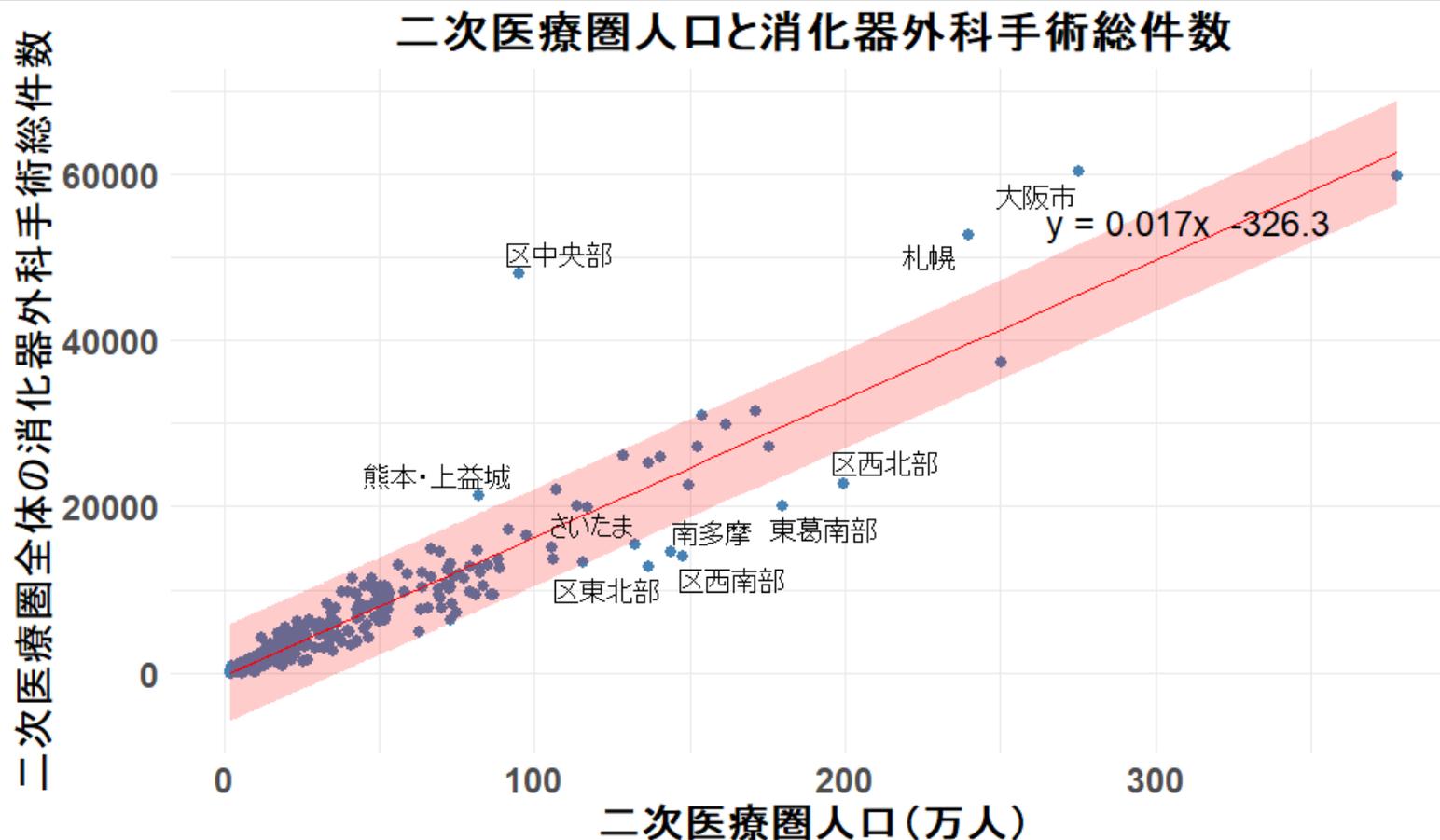
100万人以上医療圏における外科医が所属する病院数



※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

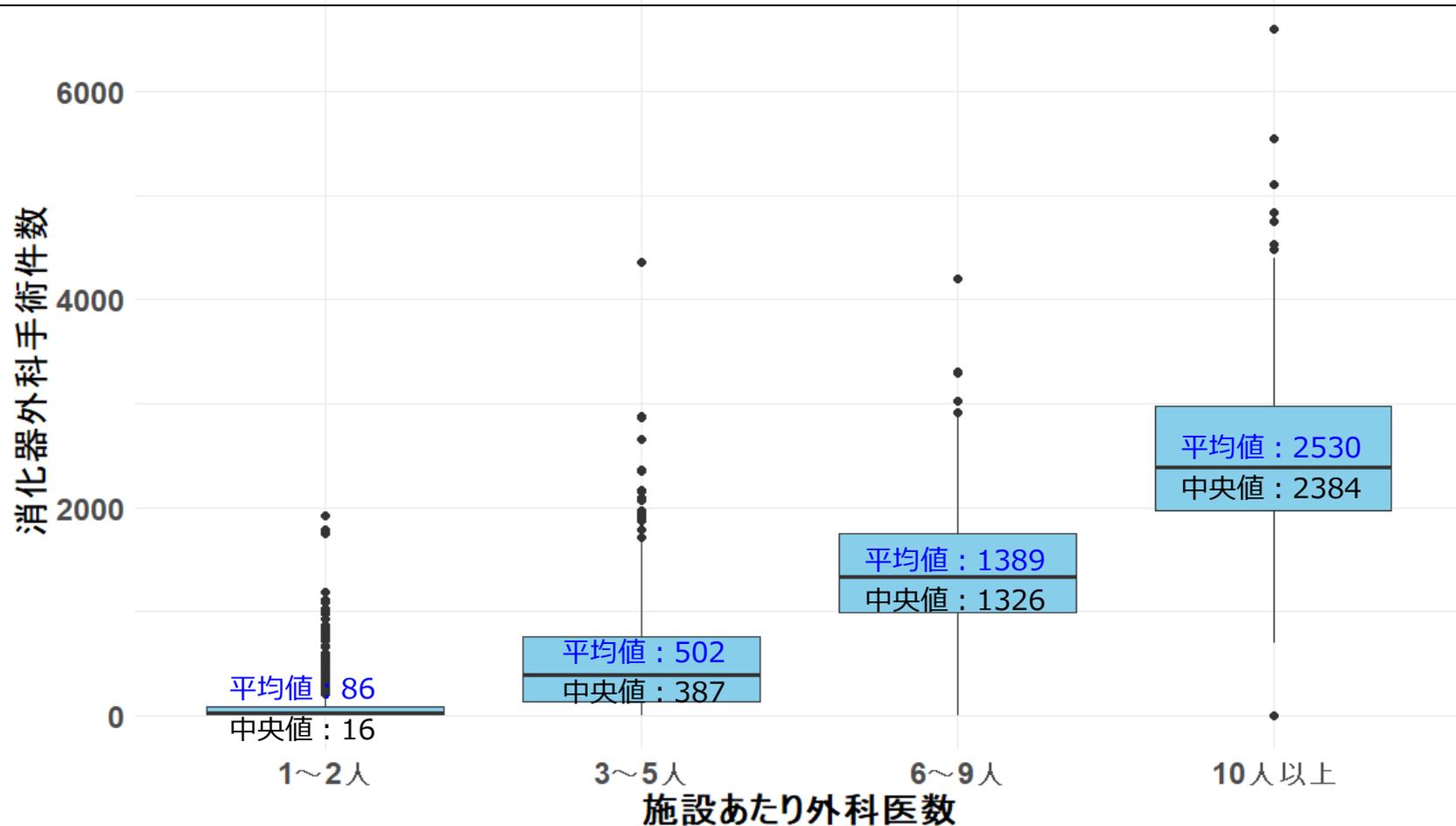
二次医療圏人口と消化器外科手術件数について

- 二次医療圏人口が増加するにつれて、当該医療圏内の病院で実施される消化器外科手術件数※も増加する傾向にあった。
- 東京都の区中央部や大阪市、札幌等では、当該医療圏人口から予測される以上の消化器外科手術が実施されており、周囲の医療圏の症例が集まっていると考えられる。



医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

- 医療機関の所属消化器外科医師数が多くなると、消化器外科手術件数※が多くなる傾向にある。
- 所属消化器外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。

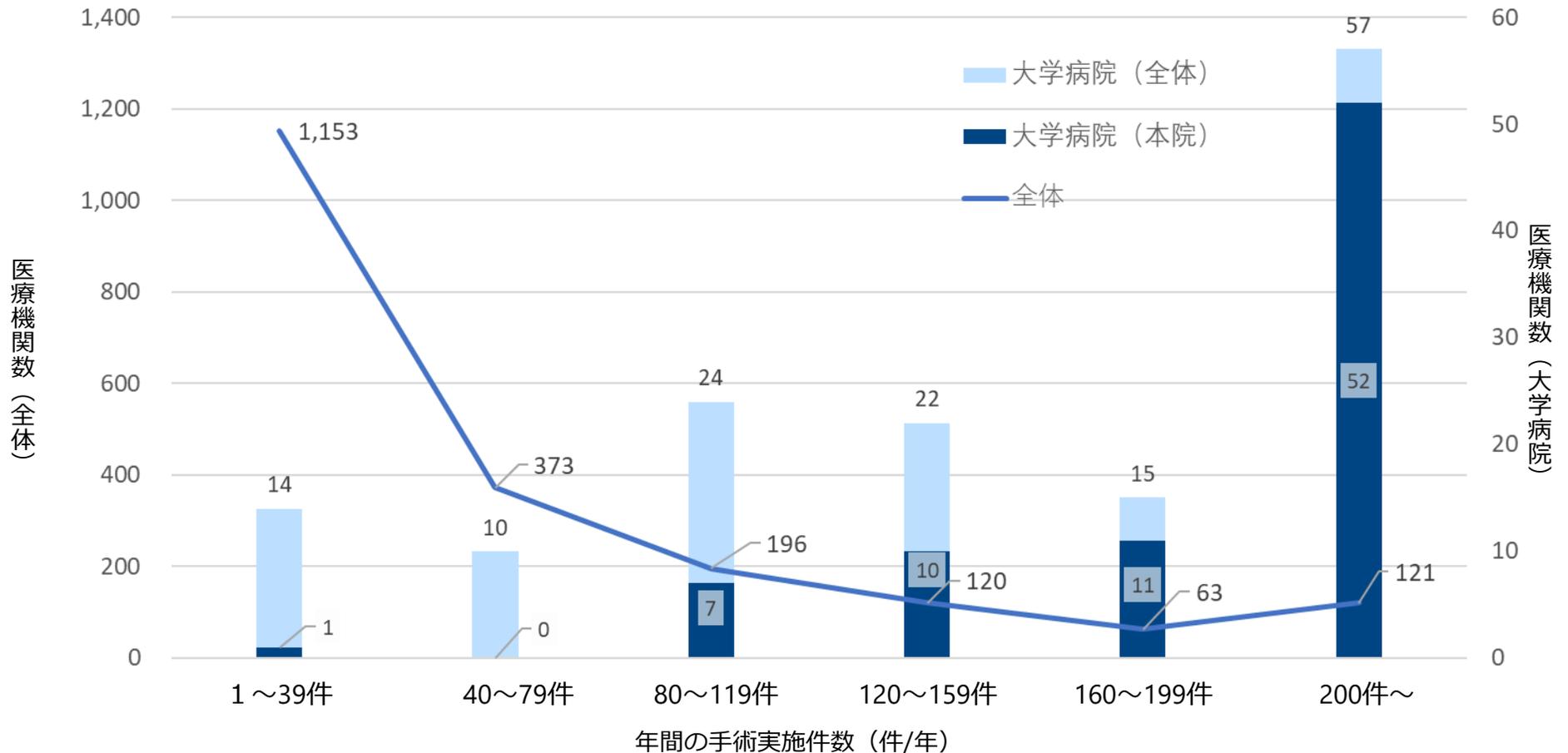


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師
※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

医療機関別高度な手術の実施状況

○ 消化器外科領域の高度な手術※の実施状況をみると、全医療機関でみると多くは年間の手術件数は40件未満である一方、大学病院ではより多くの手術件数のある施設が多くなっており、特に大学病院本院のほぼ全てが80件/年以上実施している。

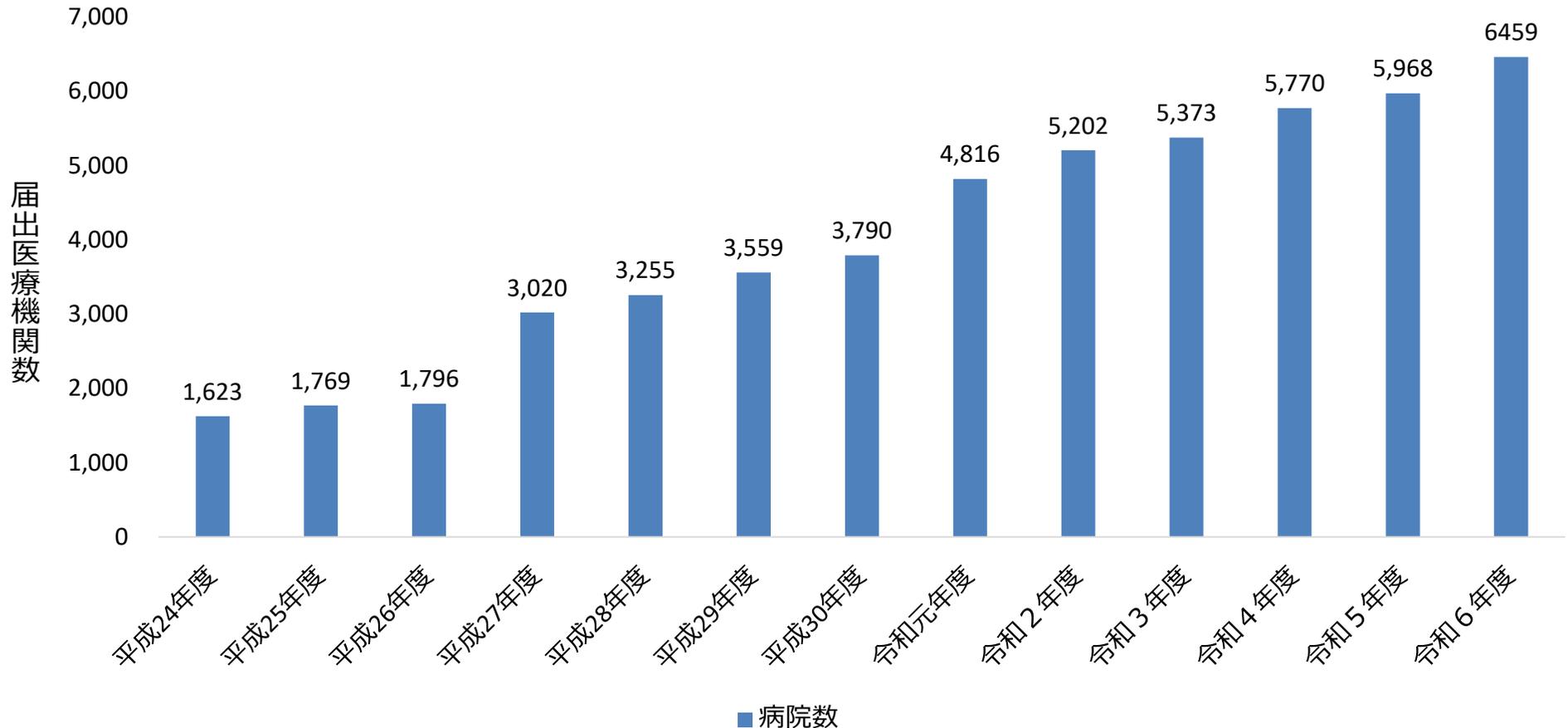
消化器外科領域における高度な手術の年間実施件数別の医療機関数の分布



データ提出加算の届出医療機関数の推移

- データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。
- 届出医療機関数は、経時的に増加している。

データ提出加算の届出状況



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
※令和6年度については速報値

DPCデータに含まれるデータ

- 厚生労働省が毎年実施する「DPCの評価・検証等に係る調査関連情報」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータは、DPC/PDPSにおける診断群分類点数表の作成に用いられるほか、急性期から慢性期まで入院医療に係る分析等に広く活用されている。

様式名	内容	入力される情報
様式 1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式 4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式 3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID、被保険者番号等

様式1の詳細

○ データ等提出加算においては、様式1として、例えば以下のような情報の提出を求めている。

すべての患者に関する項目（抜粋）		転倒・転落	転倒・転落回数 インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落	回復期、慢性期や精神病棟に関する項目（抜粋）		
入院情報	入院年月日	身体的拘束	身体的拘束日数	FIM	入棟日、入棟中及び退棟日のFIM得点	
	入院経路			退院に向けた会議の開催状況	入棟後に初めて行われた、当該患者の退院に向けた会議の実施日 当該患者の退院に向けた会議の開催回数	
	他院よりの紹介の有無	診断情報	ICD10コード 傷病名コード 主傷病名	個別支援の実施状況	当該患者の退院に向けた会議への参加職種	
	自院の外来からの入院				薬剤師による服薬指導の実施回数	
	予定・救急医療入院				作業療法士による個別作業療法の実施回数	
	救急車による搬送の有無	ADLスコア	入院時及び退院時のADLスコア	外出又は外泊の実施状況	入院中に患者が患家等を訪問した回数	
	入院前の在宅医療の有無	急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目（抜粋）			患者の患家等への訪問に同行した職種	
	自傷行為・自殺企図の有無	がん患者/UICC TNM	UICC病期分類（T） UICC病期分類（N） UICC病期分類（M） UICC病期分類（版）		入院中に患者が外泊を行った回数	
過去の自傷行為・自殺企図の有無	JCS				入院時意識障害がある場合のJCS	
診療科	診療科コード 転科の有無			脳卒中患者	発症前 Rankin Scale 脳卒中の発症時期 退院時 modified Rankin Scale	障害福祉サービス等との連携に関する情報
						患者プロフィール/身長・体重
患者プロフィール/喫煙指数	喫煙指数	肺炎患者	肺炎の重症度分類 医療介護関連肺炎に該当の有無	障害福祉サービス等事業所（訓練等給付）との面談回数		
				要介護度	要介護度	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（訓練等給付）との面談回数
栄養情報	低栄養の有無（様式1開始日時点）	解離性大動脈瘤	Stanford A/B 型 解離性大動脈瘤の発症時期	障害福祉サービス等事業所（相談支援）との面談回数		
	摂食・嚥下機能障害の有無（様式1開始日時点）			手術情報	手術日 点数表コード 手術基幹コード	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（相談支援）との面談回数
	経管・経静脈栄養の状況（様式1開始日時点）	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（相談支援）との面談回数				
	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施					

※患者の状態や入院する病棟等に応じて、必須とされる項目は異なる

診療実績データ等に基づく施設基準

- 診療報酬上、一部の加算等については、診療実績データ等を基にした施設基準が設定されており、医療機関等において診療実績データ等を集計した上で、施設基準の届出が行われている。
- これらの診療実績データ等の中には、DPCデータ等※1により集計可能なものも存在する。

診療報酬データを用いる施設基準の例

診療項目名（順不同）	診療実績データ	集計主体	対応するDPCデータ等
後発医薬品使用体制加算	当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合	医療機関	入院及び外来EF統合ファイル※2
バイオ後続品使用体制加算	当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合等	医療機関	入院及び外来EF統合ファイル
総合入院体制加算	全身麻酔による手術件数等	医療機関	入院及び外来EF統合ファイル
小児入院医療管理料1	新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数及び年間の小児緊急入院患者数	医療機関	様式1
ニコチン依存症管理料	ニコチン依存症管理料の平均継続回数	医療機関	外来EF統合ファイル
抗菌薬適正使用体制加算	入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率	J-SIPHE※4	外来EF統合ファイル
医療DX推進体制整備加算	マイナ保険証利用率	社会保険診療報酬支払基金	なし

※1 「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」により収集されたデータを含む

※2 入院患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報及び外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報

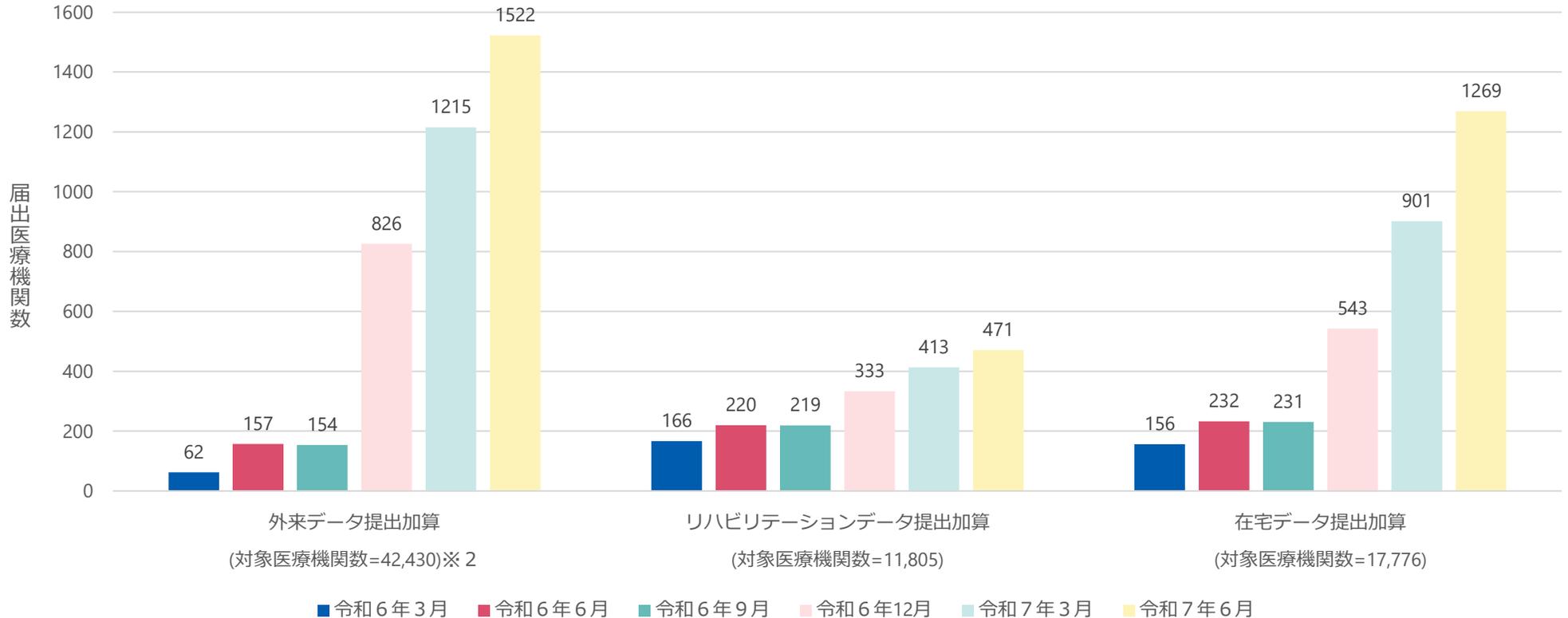
※3 患者属性や病態等の情報

※4 厚生労働省委託事業AMR臨床リファレンスセンター 感染対策連携共通プラットフォーム

外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

○ 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。

外来データ等提出加算の3カ月毎の届出状況※1



出典：保険局医療課調べ

※1 データの抽出時期や条件等により、他の公開資料とは異なる数値となることがある。

※2 対象医療機関数については、令和6年7月NDBにおいて、外来データ等提出加算を算定しうる診療報酬項目（※3）を、1回以上算定している医療機関数。

※3 外来データ提出加算においては生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を、在宅データ提出加算においては在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を、リハビリテーションデータ提出加算においては疾患別リハビリテーション料を指す。

外来様式1の詳細①

○ 外来データ等提出加算※においては、外来様式1として、例えば以下のような情報の入力を求めている。

共通項目（抜粋）	
患者情報	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
	身長
	体重
	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
傷病情報	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

外来データ提出加算特有の項目（抜粋）	
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病	糖尿病の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症	高血圧症の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	血圧分類
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	リスク分類
	LDLコレステロール

脳卒中	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
急性冠症候群	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

※外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算

外来様式1の詳細②

○ 外来データ等提出加算※においては、外来様式1として、例えば以下のような情報の入力を求めている。

在宅データ提出加算特有の項目（抜粋）	
療養情報	在宅療養を始めた年月
	療養を行っている場所
開始前情報	訪問診療開始前の往診日または外来受診日
訪問の状況	訪問診療日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	単一建物診療患者数
	訪問看護日
	自院での実施の有無
	自院診断の有無
	ICD10コード
	修飾語コード
	傷病名
救急受診の状況	救急受診日
	受診先
	受診経路
	転帰
入院の状況	入院年月日
	退院年月日
	受診先
	ICD-10コード
	傷病名コード
	主病名
	短期入所の状況

往診の状況	往診日
	療養を行っている場所
開始前情報	主たる訪問診療を行う医療機関
訪問の状況	ICD-10コード
	傷病名コード
	傷病名
患者の状況	患者の状況
	バーセルインデックス
	排泄の状況
	プリストルスケール
	排尿の状況
	褥瘡の状態
	低栄養の有無
	摂食・嚥下障害の有無
	経管・経静脈栄養の状況
	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
	ステージ分類
	UICC 病期分類(T)
UICC 病期分類(N)	
UICC 病期分類(M)	
UICC 病期分類(版權)	
NRS	

リハビリテーションデータ提出加算特有の項目	
外来受診情報	受診年月日
	初診の有無
	他院による紹介の有無
	診療科コード
受診の状況	開始年月日
	リハビリテーションが必要となった主病名の発症年月日
	上限日数を迎えた年月日
	ICD-10コード
	傷病名コード
	傷病名
退院	退院年月日
患者の状況	バーセルインデックス
	FIM
訓練内容	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス

※外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算

- 外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることとしては、「入力のための人員が確保できない」が最も多かった。

外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることについて（複数選択可）

