中央社会保険医療協議会 総会（第 569 回）　議事次第

令和５年 12 月１日(金）8：30～

議　題

〇薬価調査、特定保険医療材料価格調査の結果速報について
〇医療ＤＸ（その３）について
〇個別事項（その９）について
〇個別事項（その 10）について
〇長期収載品（その２）について
〇医療経済実態調査の結果に対する見解について

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

中医協　総－１－１
５．１２．１

令和５年医薬品価格調査（薬価調査）の速報値

薬価調査結果の速報値

１．平均乖離率：　約　６．０％

注１）令和５年９月取引分について、販売サイドから11月２日までに報告があったものを集計

注２）平均乖離率は右の式で算出（薬価は令和５年９月時点のもの）

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

注３）過去２回分の実績

	今回（令和５年度）	前回（令和４年度）※	前々回（令和３年度）※
平均乖離率	６．０％	７．０％	７．６％

２．後発医薬品の数量シェア：　約　８０．２％

注１）後発医薬品の数量シェア（新指標）は右の式で算出

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

注２）過去２回分の実績

	今回（令和５年度）	前回（令和４年度）※	前々回（令和３年度）
後発医薬品数量シェア	８０．２％	７９．０％	７９．０％

※　販売サイドは２／３の抽出率（営業所ベース）で実施

速報値の内訳

（１）投与形態別

区分	乖離率（%）
内　用　薬	７．０%
注　射　薬	４．４%
外　用　薬	７．２%
歯科用薬剤	－５．６%
合　　計	６．０%

（２）主要薬効群別

内　用　薬	乖離率（%）
その他の腫瘍用薬	３．７%
抗ウイルス剤	３．０%
糖尿病用剤	７．９%
他に分類されない代謝性医薬品	６．３%
血液凝固阻止剤	５．０%
精神神経用剤	９．３%
その他の中枢神経系用薬	７．５%
消化性潰瘍用剤	１０．６%
その他の循環器官用薬	４．４%
血圧降下剤	１２．３%

注　射　薬	乖離率（%）
その他の腫瘍用薬	４．３%
他に分類されない代謝性医薬品	５．７%
血液製剤類	１．９%
その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む）	６．５%
抗ウイルス剤	３．１%
外　用　薬	
眼科用剤	８．３%
鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	７．９%
その他呼吸器官用薬	６．９%
歯科用薬剤	
歯科用局所麻酔剤	－５．９%

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

中医協　総－１－２
５．１２．１

令和５年度特定保険医療材料価格調査

（材料価格本調査）速報値

特定保険医療材料価格調査結果の速報値

平均乖離率：　約　２．５％

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

注２）平均乖離率は右の式で算出（材料価格は令和５年９月時点のもの）

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

注３）過去２回分の実績

	今回（令和５年度）	前回（令和３年度）	前々回（令和元年度）
平均乖離率	２．５％	３．８％	５．８％

中医協　総－２
５．　１２．　１

医療DXについて
（その３）

１．医療DXについて

２．情報共有基盤の整備について

３．サイバーセキュリティについて

４．オンライン資格確認等システムについて

５．電子処方箋について

１．医療DXについて

２．情報共有基盤の整備について

３．サイバーセキュリティについて

４．オンライン資格確認等システムについて

５．電子処方箋について

医療DXの方向性

背景

➢　世界に先駆けて少子高齢化が進む我が国において、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護含む）の利活用を積極的に推進していくことは非常に重要。

➢　また、今般の新型コロナウイルス感染症流行への対応を踏まえ認識された課題として、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、次の感染症危機において迅速に対応可能な体制を構築できることとしておくことが急務。

方向性

➢　国民による自らの保健・医療情報（介護含む）への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用いただくことにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化を推進。

➢　また、今般の新型コロナウイルス感染症流行に際して開発された既存のシステムも活用しつつ、医療情報に係るシステム全体として、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みを構築。

➢　さらに、医療情報の適切な利活用による創薬や治療法の開発の加速化により、関係する分野の産業振興につながることや、医療のデジタル化による業務効率化等により、SE人材を含めた人材のより有効な活用につながること等が期待される。

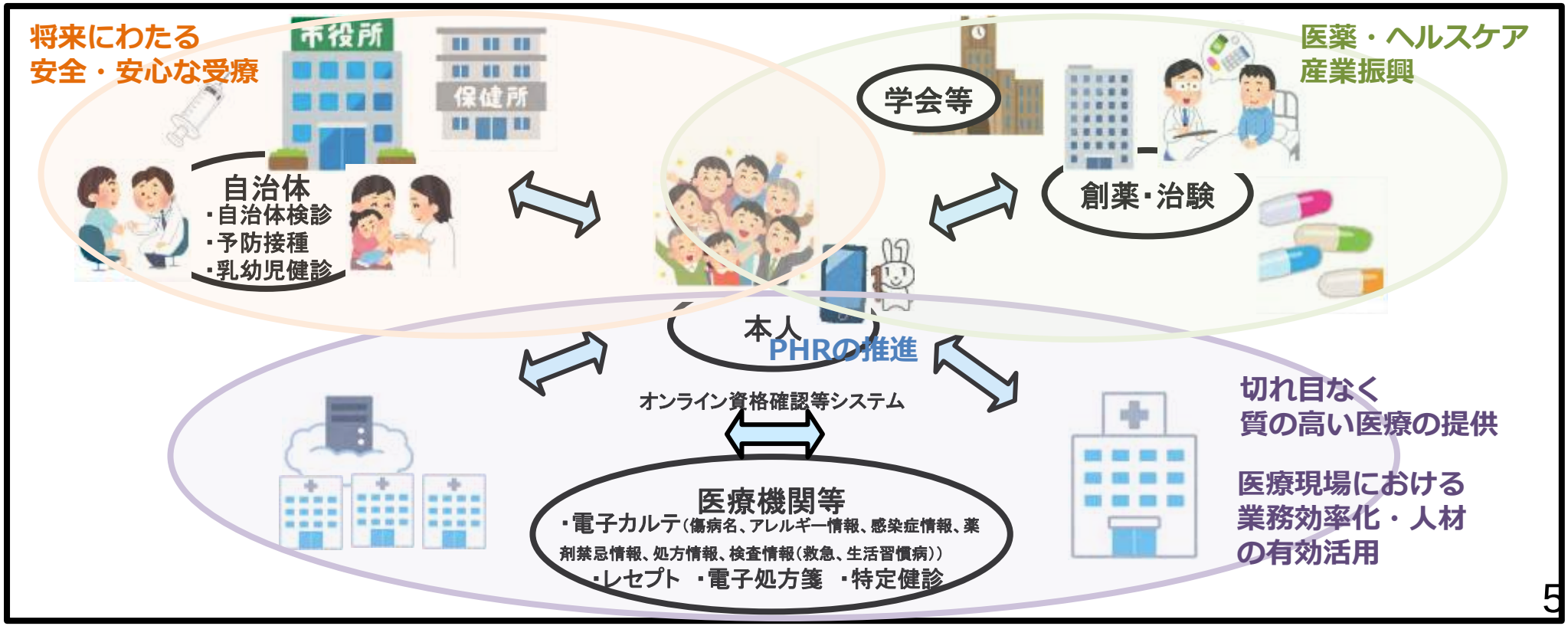
骨格

１．「全国医療情報プラットフォーム」
２．電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討
３．「診療報酬改定DX」

医療DXにより実現される社会

第１回医療DX推進本部
（令和４年10月12日）当省資料

- **誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となることにより、個人の健康増進に寄与**
  → 自分で記憶していない検査結果情報、アレルギー情報等が可視化され、将来も安全・安心な受療が可能**【PHRのさらなる推進】**
- **本人同意の下で、全国の医療機関等が必要な診療情報を共有することにより、切れ目なく質の高い医療の受療が可能【オンライン資格確認等システムの拡充、電子カルテ情報の標準化等、レセプト情報の活用】**
  → 災害や次の感染症危機を含め、全国いつどの医療機関等にかかっても、必要な医療情報が共有
- **デジタル化による医療現場における業務の効率化、人材の有効活用【診療報酬改定に関するDXの取組の推進等】**
  → 次の感染症危機において、必要な情報を迅速かつ確実に取得できるとともに、医療現場における情報入力等の負担を軽減し、診療報酬改定に関する作業の効率化により、医療従事者のみならず、医療情報システムに関与する人材の有効活用、費用の低減を実現することで、医療保険制度全体の運営コストを削減できる
- **保健医療データの二次利用による創薬、治験等の医薬産業やヘルスケア産業の振興【医療情報の利活用の環境整備】**
  → 産業振興により、結果として国民の健康寿命の延伸に資する



医療DXの実現により目指す社会

資料4（厚生労働省提出資料）

医療DXとは

保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）**において発生する情報やデータ**に関し、**全体最適された基盤を構築し、活用**することを通じて、**保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化**を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと。

国民のさらなる健康増進

➢ **誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能**となり、個人の健康増進に寄与

→ 自分で記憶していない検査結果情報、アレルギー情報等が可視化

→ 将来的にも安全・安心な受療が可能

切れ目なくより質の高い医療等の提供

➢ **本人同意の下で、全国の医療機関等がセキュリティを確保しながら必要な診療情報を共有**することにより、切れ目なくより質の高い医療等の提供が可能

→ 災害や次の感染症危機を含め、全国いつどの医療機関等にかかっても、必要な医療情報が共有

医療機関等の業務効率化

➢**システムコスト低減により、医療機関等のデジタル化が促進**

→ 業務効率化、効率的な働き方が実現

➢次の感染症危機において、医療現場における情報入力等の負担を軽減するとともに、必要な情報を迅速かつ確実に取得

人材の有効活用

➢**診療報酬改定に関する作業の効率化**

➢医療情報システムに関与する人材の有効活用、費用の低減を実現

→ 医療保険制度全体の運営コストの削減

医療情報の利活用の環境整備

➢ 民間事業者との連携

➢ 保健医療データの二次利用による創薬、治験等の医薬産業やヘルスケア産業の振興

→ 結果として国民の健康寿命の延伸に資する

医療DXとは

DXとは

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

疾病の発症予防 → 被保険者資格確認 → 診察・治療薬剤処方 → 診断書等の作成 → 診療報酬請求 → 地域医療連携 → 研究開発

クラウドを活用した業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化

特定健診情報 / 資格情報 / カルテ情報 処方情報 調剤情報 / 電子カルテ情報 / 診療情報提供書 退院時サマリ 行政への届出 / 診療報酬算定モジュール

オンライン資格確認 マイナポータル活用

電子カルテ情報の標準化等

診療報酬 DX

医療ビッグデータ分析

- NDB
- 介護DB
- 公費負担医療DB

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

令和５年６月２日
医療DX推進本部決定　一部改変

全国医療情報プラットフォームの構築

	2023年度（令和5年度）	2024年度（令和6年度）	2025年度（令和7年度）	2026年度～（令和8年度～）
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等				
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等	▼保険医療機関等のオンライン資格確認の原則義務化 訪問診療等、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等でのオンライン資格確認の構築	運用開始 ○令和6年秋 ・保険証廃止		
	スマホからの資格確認の構築	運用開始		
	生活保護（医療扶助）のオンライン資格確認対応	運用開始		
医療機関・薬局間での共有・マイナポでの閲覧が可能な医療情報を拡大				
情報共有基盤の整備 共有等が可能な医療情報の範囲の拡大	電子処方箋 電子処方箋を実施する医療機関・薬局を拡大		概ね全ての医療機関・薬局で導入	
	電子カルテ情報 全国医療情報プラットフォームの基盤構築（電子カルテ情報共有サービスの整備）		運用開始 診療情報提供書・退院時サマリーの交換 検査値〔生活習慣病、救急〕、アレルギー、薬剤禁忌、傷病名等を共有 順次、医療機関、共有する医療情報を拡大	
	レセプト情報 救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備		運用開始し、普及	
電子カルテ情報の標準化等	医療情報化支援基金の活用による電子カルテ情報の標準化を普及		標準型電子カルテα版提供開始	本格実施
医療機関・薬局間だけでなく、自治体、介護事業所と情報を共有、マイナポで閲覧に加え、申請情報の入力				
自治体・医療機関/介護事業所間の連携　等 ・自治体が実施する介護、予防接種、母子保健等の事業の手続に必要な情報の連携	自治体システムの標準化、共有すべき文書の標準化・クラウド化			下記について全国的に運用 ・公費負担医療、地方単独医療費助成 ・予防接種 ・母子保健情報 ・介護 ・自治体検診 ・感染症届出
	業務運用の見直し 医療機関・自治体との情報連携基盤の整備 実証事業	先行実施 国民に直接メリットがある機能を開始 ⇒ ⇒ ⇒ 機能・実施自治体を拡大		
	マイナポの申請サイトの改修		診断書等の自治体への電子提出の実現 順次、対象文書を拡大	
	民間PHR事業者団体等と連携したライフログデータ標準化、医療機関実証、2025年大阪・関西万博も見据えたユースケース創出支援			順次、ユースケースを拡大
医療機関等のシステムについて、診療報酬の共通算定モジュールを通し、抜本的にモダンシステム化				
診療報酬改定DX 〔医療機関等システムのモダンシステム化〕	マスタの開発・改善 電子点数表の改善	マスタ及び電子点数表改善版の提供開始 ➡ 医療機関・ベンダの負担軽減	マスタ・コードの標準化の促進 提供拡大	
	共通算定モジュールの設計・開発	共通算定モジュールのα版提供開始 先行医療機関で実施、改善 順次、機能を追加		本格実施 機能を更に追加しながら、医療機関数を拡大 ➡ 医療機関・ベンダの更なる負担軽減

１．医療DXについて

２．情報共有基盤の整備について

３．サイバーセキュリティについて

４．オンライン資格確認等システムについて

５．電子処方箋について

医療DXに関する施策の現状と課題①（全国医療情報プラットフォーム）

第１回医療DX推進本部　幹事会
（令和４年11月24日）資料２

現状

- 平成29年よりデータヘルス改革がスタート。その中で、自身の保健医療情報を把握できるようにするとともに、患者本人が閲覧できる情報については、医療機関等でも閲覧可能とする仕組みを整備してきた。
- 令和5年3月末までに、**全国の概ね全ての医療機関及び薬局が、安全なネットワーク（オンライン資格確認等システム）でつながることとなる。**
- また、**レセプト情報（※）**について、マイナポータルを通じ、**国民本人、及び本人の同意の下での医療機関等による閲覧が可能となっている**。

（※） ①使用した薬剤の情報、②特定健診の結果情報、診療情報（③入院/外来の別、④放射線治療の方式、⑤画像診断の種類、⑥病理診断の有無、⑦糖尿病、難病等特別な管理料の有無、⑧在宅医療の有無、⑨透析処置の有無、⑩診療年月日、⑪医療機関名）

- さらに、**国民本人は**、マイナポータルを通じ、**予防接種情報、自治体検診情報等の閲覧が可能となっている**。

課題

- 本人の同意の下で情報を共有する主体が限定的（医療機関及び薬局のみ）
- 共有される情報の種類が限定的
- 全国医療情報プラットフォームの運用主体等の考え方の整理が必要

今般の医療DXの推進により実現すること

- **情報の提供・共有を行う主体**について、医療機関・薬局に加え、**自治体や介護事業者等への拡大を検討**
- 共有が可能な情報の範囲について、**令和５年１月の電子処方箋情報**を皮切りに、**電子カルテ情報、予防接種情報等への拡大を検討**
- 全国医療情報プラットフォームの適切かつ効率的な運用を実現すべく検討

○　誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となり、個人の健康増進に寄与
○　本人同意の下で、全国の医療機関等が必要な診療情報を共有することにより、切れ目なく質の高い医療の受療が可能
○　保健医療データを活用した質の高い健康サービスの提供や二次利用による創薬、治験等の促進

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）

第４回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（令和５年８月30日）資料２－３　一部改変

全国医療情報プラットフォーム

医療情報基盤

- 電子処方箋管理サービス
  - 処方・調剤情報
- 電子カルテ情報共有サービス
  - ※システム詳細検討中
  - 紹介状・退院時サマリ等
- オンライン資格確認等システム
  - オンライン資格確認システム
    - 資格情報
    - 同意情報
  - 医療情報閲覧機能
    - 特定健診等情報
    - 医療費情報（レセプト）
    - 薬剤情報（レセプト）
    - 診療情報（レセプト）
    - *カルテ情報
    - *傷病名、アレルギー、薬剤禁忌、感染症、検査情報、処方情報
  - 救急時医療情報閲覧機能
    - ※システム詳細検討中
- 特定健診等データ収集/管理システム
- 医療保険者等向け中間サーバー

介護情報基盤

- 科学的介護情報システム(LIFE)
  - ADL、栄養・摂食嚥下、口腔衛生情報等
- ケアプランデータ連携システム
- 介護情報データベース(仮称)
  - 資格情報
  - 要介護認定情報
  - LIFE情報
  - 介護情報（レセプト）
  - ケアプラン
  - ※共有する介護情報については検討中

国民

- マイナポータル

異なる領域の基盤間連携

※連携方法検討中

- PMH(Public Medical Hub)
  - 公費助成情報
  - 予防接種
  - 母子保健

自治体等向け中間サーバー

行政・自治体情報基盤

医療機関・薬局

- 電子カルテレセコン等

救急隊

- 専用アプリ

医療保険者

- 保険者業務システム等

行政職員・研究者

- 解析ソフト等

介護事業所

- 介護業務ソフト等

介護保険者

- 介護保険システム等

自治体・保健所

- 健康管理システム等

④ 二次利用基盤

- 医療・介護データ等の解析基盤(HIC)
- 履歴照会・回答システム
  - ※匿名化識別IDを付与するシステム
- NDB
- 介護DB
- DPC
- がん登録
- 指定難病
- 小児慢性特定疾病
- 感染症
- 予防接種
- 障害福祉
- etc...

民間のヘルスケアサービス等

- ライフログ等

«医療DXのユースケース・メリット例»

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



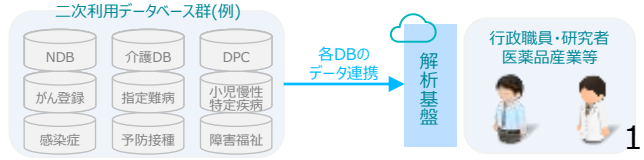
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



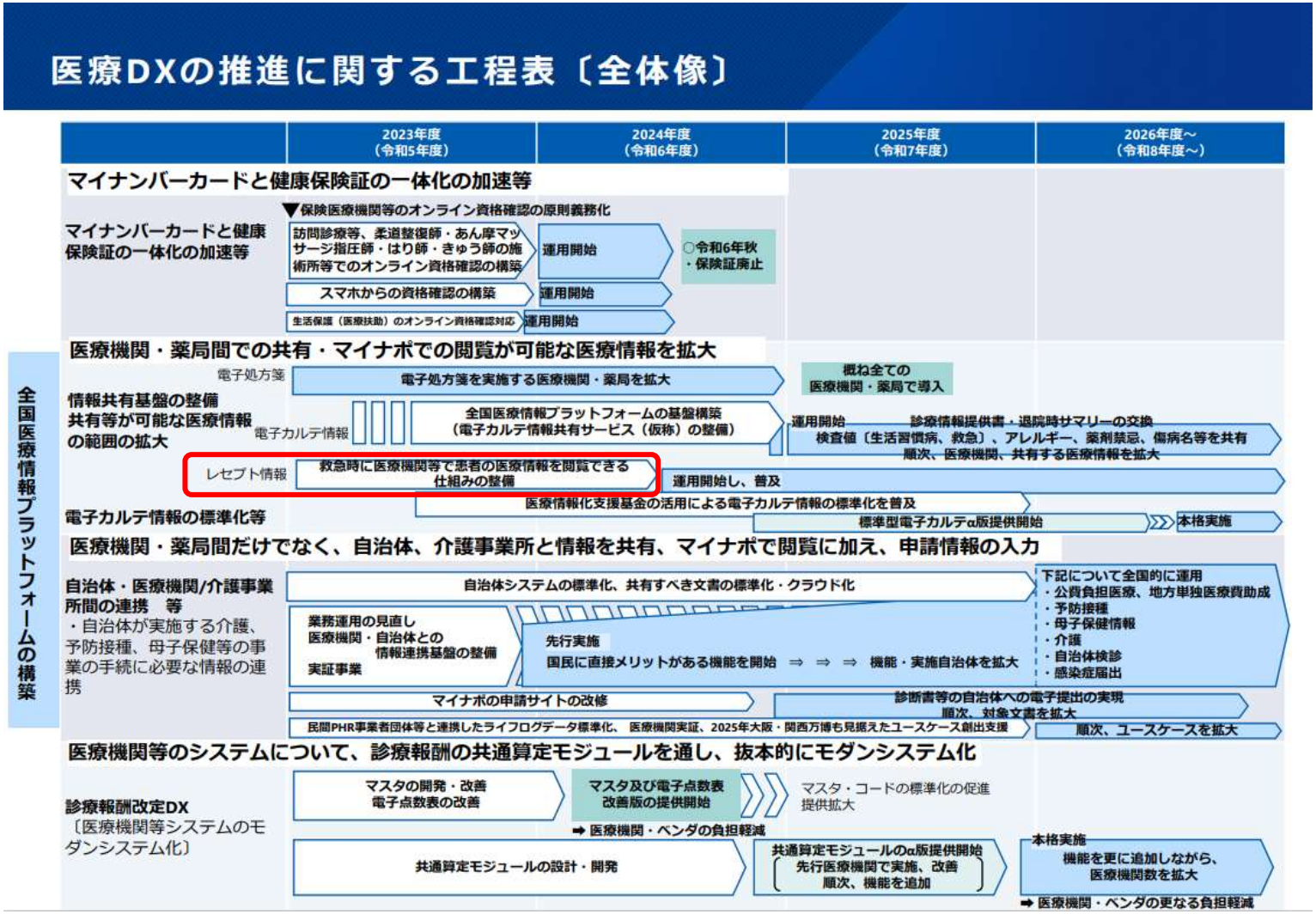
4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

○　医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕において、全国医療情報PFの構築については、情報共有基盤の整備、共有等が可能な医療情報の範囲の拡大が掲げられており、電子カルテ情報共有サービスや救急時に患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が進められているところ。後者については令和6年度中の運用開始を目途に進められている。

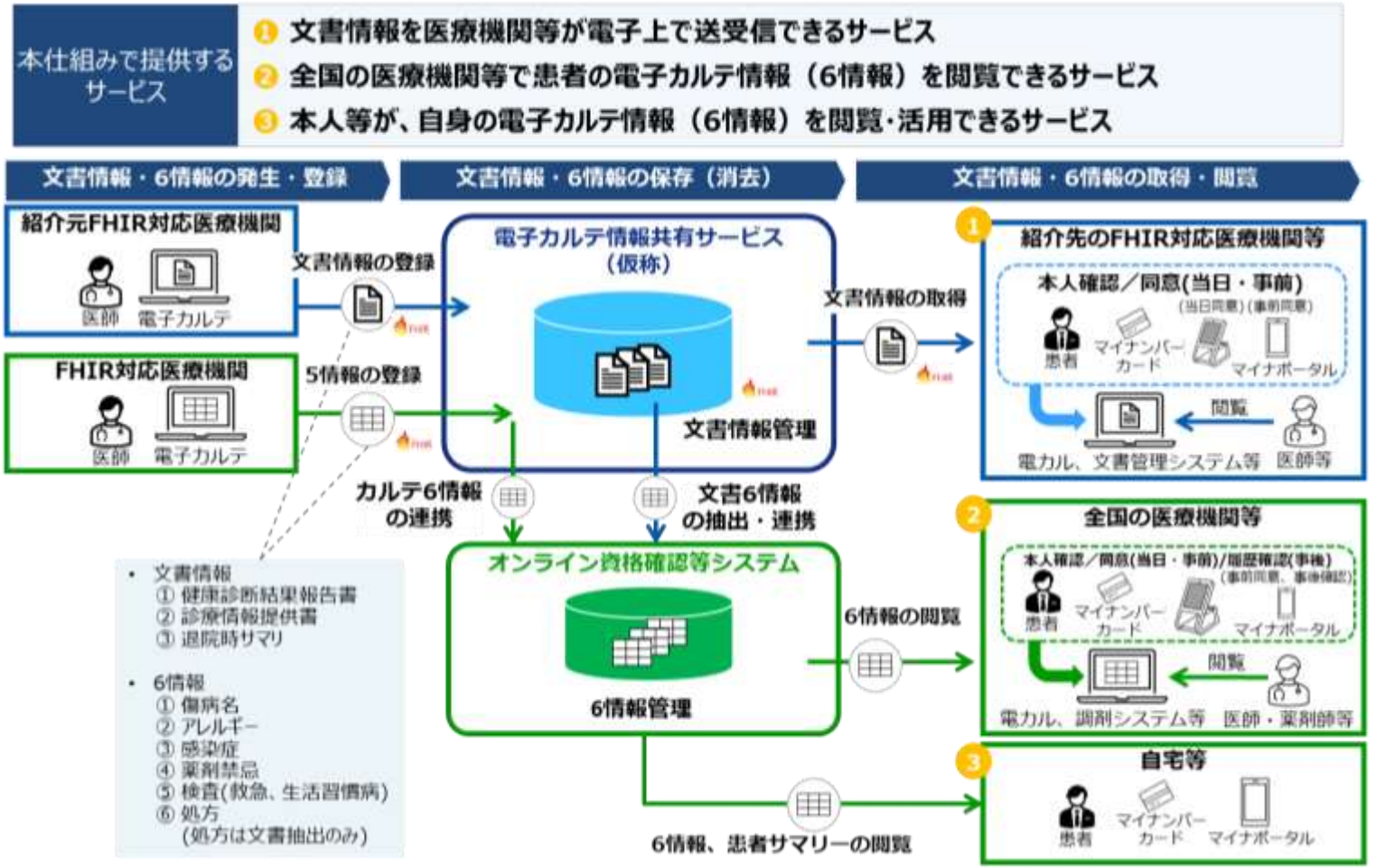


出典：令和5年6月2日　医療DX推進本部決定

電子カルテ情報共有サービスの概要

○　電子カルテ情報共有サービスにおいて提供されるサービスについては、3文書6情報に係るものとして、①文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス、②全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス、③本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス、が示されている。

第７回医療情報ネットワークの基盤に関するWG
（令和５年３月９日）資料１－２　一部改変



基盤を構築する上での情報の発生タイミング・登録の仕組みに関する想定

①電子カルテ情報を使用している全国の医療機関等との連携（医療機関同士での救急・災害時に有用となる情報や生活習慣病関連の情報の交換等）、②患者自身による自らの医療情報の活用等のための基盤となることを想定している。

文書情報の発行・受領

情報発生タイミング	紹介元医療機関等	紹介先医療機関等
外来診療で診療情報提供書を発行 • 外来患者へ発行した診療情報提供書を紹介先医療機関等へ （過去の退院時サマリーの添付も可）	医療者（電カル）→ 診療情報提供書(6情報含む)をFHIR形式でアップロード（診療情報提供書）→ **電子カルテ情報交換サービス**	診療情報提供書(6情報含む)をFHIR形式で取得（診療情報提供書）→ 医療者（電カル）
入院患者情報を含めた診療情報提供書を発行 • 退院時サマリーを添付した診療情報提供書を紹介先医療機関等へ （退院時サマリーの添付は必須とはしない）	医療者（電カル）→ 診療情報提供書、退院時サマリーをFHIR形式でアップロード（診療情報提供書 退院時サマリー）→ **電子カルテ情報交換サービス**	診療情報提供書、退院時サマリーをFHIR形式で取得（診療情報提供書 退院時サマリー）→ 医療者（電カル）

６情報の閲覧

情報発生タイミング	医療機関	全国の医療機関等、患者
入院・外来全ての患者の６情報を随時自動登録 • 全国の医療機関等において通常診療時や救急・災害時に活用 • 患者本人がマイナポータル等を通じて、自身の健康管理に活用	医療者（電カル）→ 外来・入院全ての患者の６情報をFHIR形式でアップロード（６情報）→ **電子カルテ情報交換サービス** → ６情報連携	**オンライン資格確認等システム** → 閲覧同意患者の６情報を取得（６情報）→ 医療者（電カル） **オンライン資格確認等システム** → ６情報連携 → **マイナポータル** → 患者本人の６情報を取得（６情報）→ 患者

これまでの議論を踏まえた 医療機関等の間で電子カルテ情報を電子的に交換することによるメリット

全国医療情報プラットフォームで共有される情報の一部である電子カルテ情報の共有にあたっては、それぞれの関係者がメリットを実感できるような仕組みとする必要がある。

文書の発行・受領プロセスにおいて、紙の文書の内容を電子化することによるメリット

患者	■ 文書（診療情報提供書やその添付文書を含む。)の作成による待ち時間や、事前に紹介・受診先医療機関が文書情報を確認することによる待ち時間が短縮できる。 ■ 紙の文書の持参忘れを防止でき、紛失により自身の情報が漏洩するリスクを防止できる。 ■ 文書の受け取りのための来院が不要になる。
紹介元医療機関等	■ 紹介先医療機関等以外への誤FAXの防止や、紙の文書の印刷・郵送の手間及びコストの削減が可能となる。 ■ ６情報を参考に診療情報提供書を作成し紹介先医療機関等に提供することが可能となる。
紹介先医療機関等	■ 患者の来院前に紹介先医療機関等が文書情報を確認することが可能となる。 ■ 紹介元医療機関等をシステム上で特定できることで、提供者が不明確な状態での文書の受け取りを防止できる。

患者本人、及び全国の医療機関等に電子化した電子カルテ情報を共有することによるメリット

患者	■ 患者自らが６情報を確認することができ、自身の健康管理に役立てることができる。 ■ 受診の際にマイナポータル等で６情報を閲覧しながら問診に答えられることで、正確な情報の記載・回答が可能となるとともに、その場で思い出す手間が削減できる。
全国の医療機関等	■ 救急・災害時を含めて、患者の６情報に関して迅速かつ正確に把握できる。 ■ 地域を越えた専門性の高い医療機関との連携にもつながり、より質の高い医療の提供に資することができる。 ■ 患者がマイナポータル等で電子カルテ情報を閲覧しながら問診票等を記録できること等により、患者から情報を聞き取る手間の削減、及び電子カルテ等への転記作業の省力化が可能となる。
保険者	■ 全国の医療機関等間で情報共有されることにより、一部の重複検査の防止等につながる。 ■ 救急等で６情報を把握することで、高額治療をする際の医療費の削減につながる可能性がある。

※ 今後全国医療情報プラットフォームの構築により、取り扱う情報及び当該情報を共有する機関が拡大する予定であり、より多くの関係者がメリットを享受できる見込み。

文書送付サービスの仕組みとメリット

○　電子カルテ情報共有サービスにおける、文書送付サービスの仕組み（登録、保存管理、取得・閲覧）及びメリットについては、確実な文書送付による個人情報の安全な管理等が示されている。

第７回医療情報ネットワークの基盤に関するWG
（令和５年３月９日）資料１－２　一部改変

紹介元の医療機関が登録した診療情報提供書・退院時サマリーを、紹介先の医療機関等が取得できるサービス。当該文書情報が閲覧するためには、提供時に患者に口頭で同意を得たことを登録することで相手先医療機関で閲覧可能となる仕組み。



メリット①

電子化によるコスト削減・効率化

- 従来の紙・FAXでの発行・送付にかかるコストが削減可能。
- リアルタイムでの送受信により、従来の紙・FAXよりも紹介業務の効率化が可能。

メリット②

確実な文書の共有による安全な文書管理

- 従来の紙・FAXよりも漏洩のリスクが低く、安全な共有が可能。患者の持参忘れも防止可能。

メリット③

標準化による情報共有のしやすさ

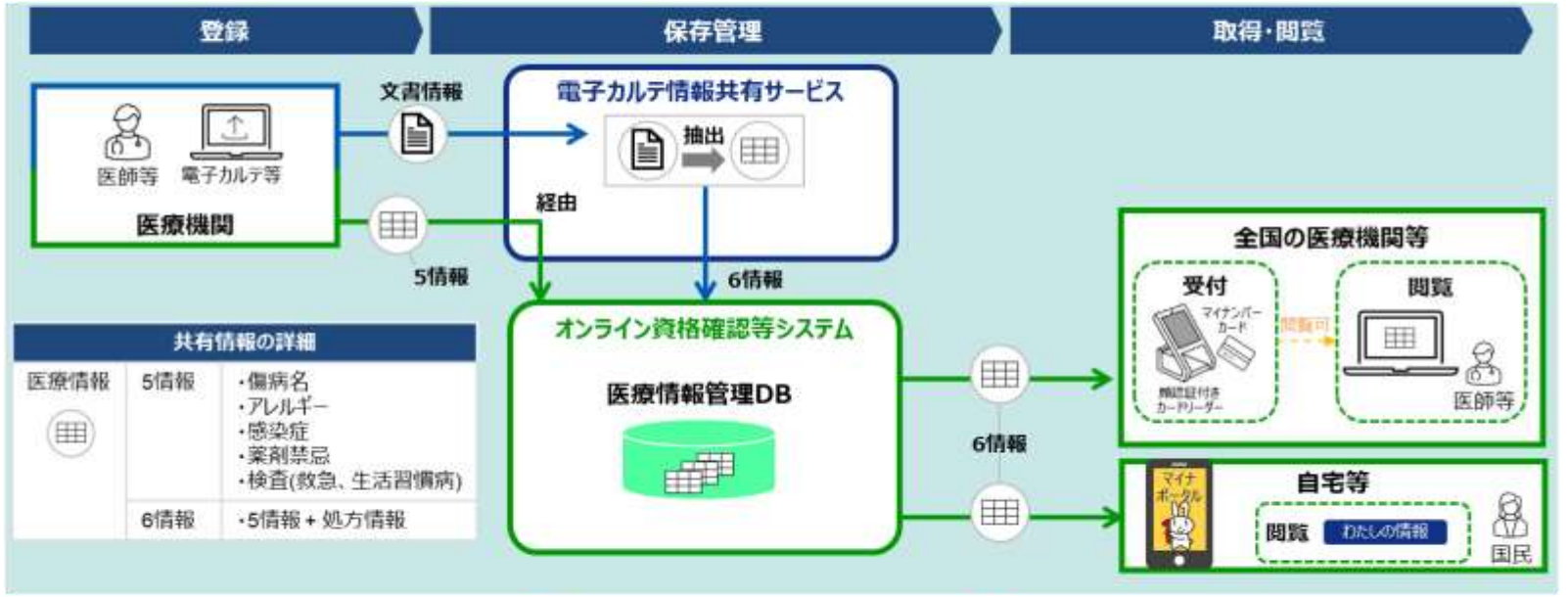
- 共通のデータフォーマットでやり取りできることで、構造データの診療への応用や、記載内容に関する疑義照会の件数や時間の削減が期待。

６情報閲覧サービスの仕組みとメリット

○　電子カルテ情報共有サービスにおける、6情報閲覧サービスの仕組み（登録、保存管理、取得・閲覧）及びメリットについては、患者の医療情報を踏まえた質の高い診療等が示されている。

第７回医療情報ネットワークの基盤に関するWG（令和５年３月９日）資料１－２　一部改変

6情報（傷病名・アレルギー・薬剤禁忌・感染症・検査・処方）を全国の医療機関等や患者本人が取得・閲覧できるサービス。医療機関が当該情報を閲覧するには、原則患者の閲覧同意（顔認証付きカードリーダー）が必要であり、一般外来の場合、閲覧できる時間は、同意後24時間以内とする。



メリット①

患者の医療情報を踏まえた質の高い診療

・問診や患者の申告と比べて正確な情報を得ることができ、救急時に利用できる情報の拡大や質の高い診療等への活用が可能になる。

メリット②

患者本人の健康維持に貢献

・患者自らが6情報を迅速に電子的に確認することができ、患者本人の健康状態の把握に貢献。

メリット③

今後の更なる医療情報共有に貢献

・本サービスが発展し更なる医療情報の共有が進めば、問診の効率化等の他、様々なサービスとの組み合わせによって患者の利便性向上も期待。

患者サマリー(Patient summary)の運用について

健康・医療・介護情報利活用検討会
第19回 医療等情報利活用ワーキンググループ
（令和５年11月6日）

○医師がこれまで紙などで患者に情報共有していた治療上のアドバイスを患者に電子的に共有する仕組みとして患者サマリー(Patient summary) を運用する。
○患者サマリーは、記載した「外来の記録」と「６情報」を組み合わせて情報を整理し、マイナポータル上で患者にわかりやすく情報提供するものとし、具体的には下記の内容を記載してはどうか。
○なお、患者サマリー自体は、あくまで患者に共有するためのものであり、他の医療機関には共有しないが、患者が自らの判断でマイナポ画面等を他の医師に見せることは可能とする。

「外来の記録」の内容

傷病名(主傷病＋副傷病)

主傷病について
- 記載時点で、主として治療または検査をした傷病

副傷病について
- 主傷病以外で有していた傷病をいう（患者調査においては治療や検査を受けていない傷病も含むが、患者サマリーにおいては主傷病に関連した疾患とする）

療養上の計画･アドバイス

- 患者に医師から情報連携する内容を記述する
- 服薬や運動について、検査等対象者に合わせて記載する
- 具体的なユースケースの一例は下記の通り
  ① 致命的な疾患リスク、既往を持つ患者、重症疾患を持つ患者に対しての注意事項の記載
  ② 今後の加療の見通しの記載（治療の流れを確認）
  ③ 慢性的な疾患（生活習慣病等）、安定している患者に対する指導の記載

患者サマリー(Patient summary)の運用整理

健康・医療・介護情報利活用検討会
第19回 医療等情報利活用ワーキンググループ
（令和５年11月6日）

第18回医療等WGにおいて、以下のようなご意見があった。それぞれについて、以下のとおり、対応案が考えられる。

❶ 入力負担の問題をどう解決するか

電子カルテの機能の中でテンプレート入力や自動反映を支援することが考えられる

❷ 患者状態が変化する可能性がある中で、アドバイスが古くなる可能性があるのをどう考えるか

６ヶ月経過した場合はマイナポータルでの閲覧は行えないものとする

❸ 複数のPatient summaryで記載された内容が矛盾している場合はどう考えるか

指導の中でも同様の問題は生じており、患者が照会しやすくなる

❹「外来の記録」が書かれなかった場合のPatient summaryはどう表現するか

「主傷病＋副傷病」「療養上の計画・アドバイス」が記載されない場合、Patient summaryは作成されない

患者サマリーのイメージ（案）

健康・医療・介護情報利活用検討会
第19回 医療等情報利活用ワーキンググループ
（令和５年11月6日）

患者サマリー (Patient Summary)

基本情報

氏名	性別
生年月日	年齢

プロファイル情報

薬剤禁忌

22/10	禁忌医薬品1	長期保存
22/10	禁忌医薬品2	長期保存

アレルギー

23/01	アレルギー1	長期保存
22/07	アレルギー2	長期保存

感染症

23/01	梅毒STS(RPR法)	(－)	長期保存
23/01	HBs(B型肝炎)	(+)	長期保存

疾病分類 (ICD10)表示

傷病名表示 (プルダウン)

外来医療記録（かかりつけ医アドバイス）

前回受診日：2023年7月10日

医療機関名	Aクリニック
医師氏名	厚生　太郎

主傷病名

胃の悪性新生物 <腫瘍>　長期保存

胃体部癌

副傷病名

潰瘍性大腸炎

潰瘍性大腸炎性関節炎

療養上の計画・アドバイス

・内服を継続しましょう。
・１日○分、○○程度の運動を行いましょう。
・○ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
・○○の福祉サービスの利用を検討しましょう。
・○○の疾患について、診療所Aを受診してください。

おくすり情報

アトルバスタチン錠10mg「サンド」	1錠	28日分	1日1回夕食後
ファモチジン錠10mg「NP」	2錠	28日分	1日2回朝夕食後
ノルバスク錠5mg	1錠	28日分	1日1回夕食後

代表的な検査項目結果

	ステータス	検査結果	基準値 (下限-上限)
肝機能			
GOT(IU/L)	確定報告	XXX(H)	XX-XX
GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
Γ-GTP(IU/l)	確定報告	XXX	XX-XX
血糖			
空腹時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
HbA1c(%)	確定報告	XXX	XX-XX
随時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
尿			
尿糖(mg/dL)	中間報告	XXX	XX-XX

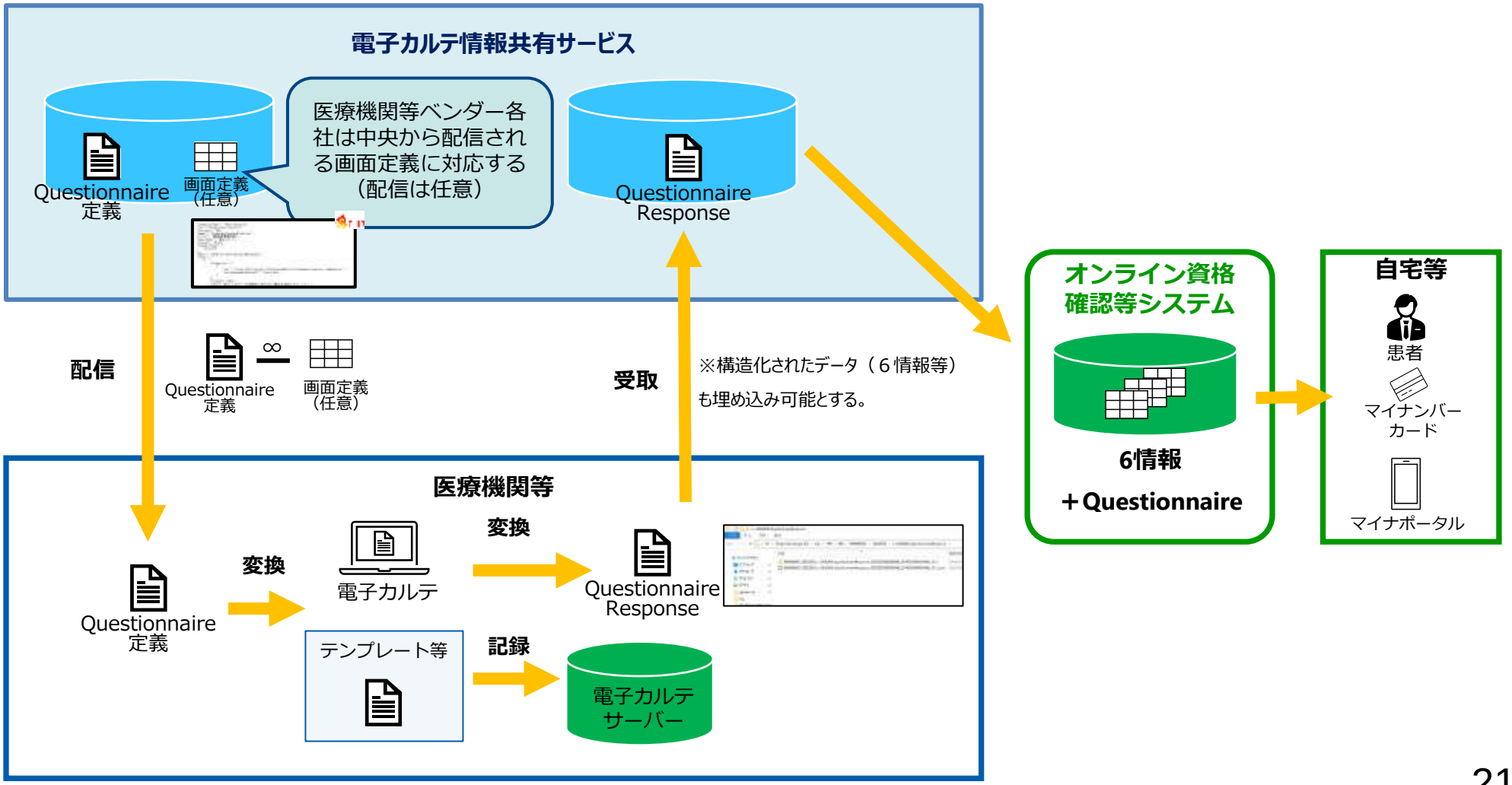
※検査項目は生活習慣病関連・救急時に有用な44項目に抜粋

前回受診日：2023年5月14日

患者サマリーの対応について

健康・医療・介護情報利活用検討会
第19回 医療等情報利活用ワーキンググループ
（令和５年11月6日）

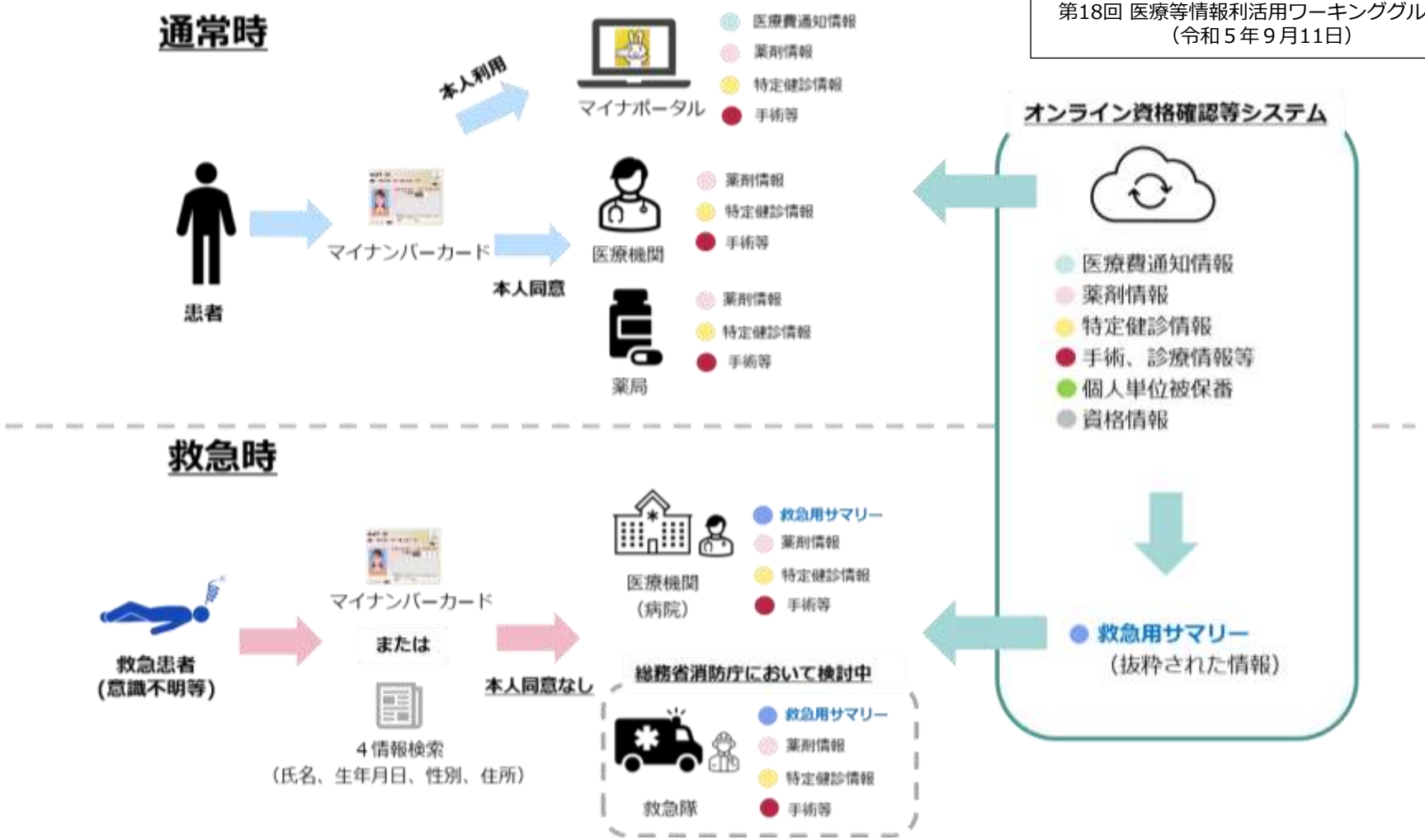
軽微な文書が追加される度に医療機関のシステム改修が負担とならないようテンプレート機能を実装し、文書の雛形となる画面定義データを配信する。患者サマリーは配信機能で実装することを今後検討する。



全国で医療情報を確認できる仕組み（Action1）の機能等比較

○　データヘルス集中改革プランのAction1「医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組み」においては、救急患者についてマイナンバーカードや氏名等の4情報検索により、救急用サマリー等を確認できるよう、令和6年度中の運用開始を目途に整備が進められている。

健康・医療・介護情報利活用検討会
第18回 医療等情報利活用ワーキンググループ
（令和５年９月11日）



救急医療時の医療情報閲覧フロー（現時点のイメージ）

健康・医療・介護情報利活用検討会
第18回 医療等情報利活用ワーキンググループ
（令和５年９月11日）

想定される通常ケースの詳細

患者



救急患者
(意識不明等)





マイナポータルで閲覧履歴を確認可能
（閲覧施設名まで表示、医療従事者の個人名は表示されない）

病院



本システムの
対象は**「病院」**に限定



受付等

病院内の電子カルテシステム
に患者IDを登録



HIS（レセコン含む）

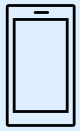
２要素認証でログイン

情報要求

情報閲覧



医師等
（救急時閲覧
権限付与済）

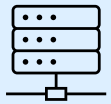


電子カルテ端末
（医療情報閲覧端末は対象外）

「４情報検索」
氏名、生年月日、性別、住所
4つの項目を全て入力した場合のみ検索可（住所のみ都道府県より先は曖昧検索可能）
複数件の該当があった場合は原則１件まで絞り込みを要請

情報要求

情報提供



資格確認システム接続端末

情報要求

情報提供（PDF・XML）

閲覧履歴

オン資

オンライン資格確認システム



資格情報



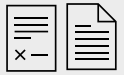
医療情報等



抽出対象制御マスタ

**要求された情報を提供
下記の３パターンで用意**

基本配布パターン



・救急用サマリー
＋通常表示用

以下２種もシステム開発用として用意



・救急用サマリーのみ



・通常表示用のみ

１．医療DXについて

２．情報共有基盤の整備について

３．サイバーセキュリティについて

４．オンライン資格確認等システムについて

５．電子処方箋について

令和５年４月26日開催の中医協における主な意見

○　医療DXを推進するためには、医療機関のサイバーセキュリティ対策の強化が必要不可欠。

○　最も重要なのは自助であるが、医療機関には対策を行うための人材・教育・費用が乏しく、限界がある。

○　セキュリティに関する研修を実施することも重要。

○　サイバーセキュリティ対策については、医療分野だけにかかわらず、企業においても、当然、社会全体として対応すべき大きな課題でしっかりと取り組む必要がある。

○　公的保険の下での医療DX推進は、いずれも国民全体が被益をするものであるため、国のインフラとして位置づけて投資をすべき課題。一般財源を確保して整備を進める必要があり、イニシャルコストやランニングコストを含め、保険者に費用負担を求め続けるというのは疑問があり、見直し・検討が必要。

「重要インフラのサイバーセキュリティに係る行動計画」の概要

官民連携による重要インフラ防護の推進

・**任務保証**の考え方を踏まえ、**重要インフラサービスの安全かつ持続的な提供**を実現
・**官民が一体**となって**重要インフラのサイバーセキュリティの確保に向けた取組**を推進

NISCによる総合調整

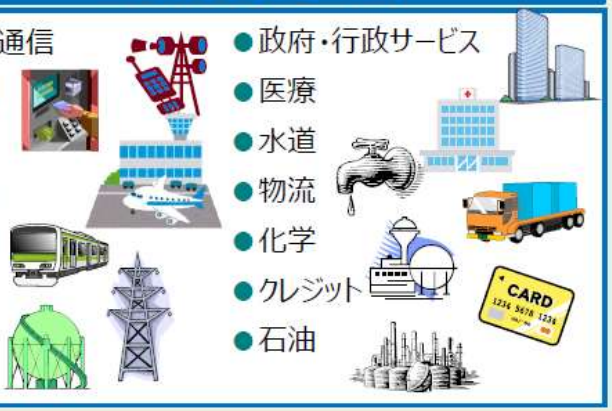
重要インフラ所管省庁

- 金融庁
  ［金融］
- 総務省
  ［情報通信、行政］
- 厚生労働省
  ［医療、水道］
- 経済産業省
  ［電力、ガス、化学、クレジット、石油］
- 国土交通省
  ［航空、空港、鉄道、物流］



重要インフラ(全14分野)

- 情報通信
- 金融
- 航空
- 空港
- 鉄道
- 電力
- ガス
- 政府・行政サービス
- 医療
- 水道
- 物流
- 化学
- クレジット
- 石油



関係機関等

- サイバーセキュリティ関係省庁
  ［総務省、経済産業省等］
- 事案対処省庁
  ［警察庁、防衛省等］
- 防災関係府省庁
  ［内閣府、各省庁等］
- サイバーセキュリティ関係機関
  ［NICT、IPA、JPCERT/CC等］
- サイバー空間関連事業者
  ［サプライチェーン等に関わるベンダー等］

「重要インフラのサイバーセキュリティに係る行動計画」における主な取組

障害対応体制の強化



経営層、CISO、戦略マネジメント層、システム担当等、組織全体での取組となるよう、組織統治の一部としての障害対応体制の強化を推進

安全基準等の整備及び浸透



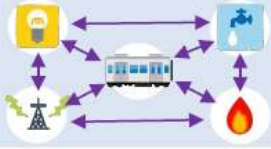
重要インフラ防護において分野横断的に必要な対策の指針及び各分野の安全基準等の継続的改善の推進

情報共有体制の強化



官民間や分野内外間における情報共有体制の更なる強化

リスクマネジメントの活用



自組織の特性を明確化し、適した防護対策が継続的に実施されるようリスクマネジメントを活用

防護基盤の強化



分野横断的演習の推進、国際連携の推進、広報広聴活動の推進等の取組によるサイバーセキュリティ全体の底上げ

出典：内閣サイバーセキュリティセンターのウェブサイトより引用

大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センターのランサムウェア感染事案に関して

事案概要

2022年10月31日(月) 早朝、地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター（以下、大阪急性期・総合医療センター）において、ランサムウェアを用いたサイバー攻撃によりファイルが暗号化され、電子カルテが使用不能となる事案が発生した。厚生労働省から派遣した初動対応支援チーム（一般社団法人ソフトウェア協会）の調査によると、感染経路は、院外の調理を委託していた給食事業者のシステムを経由したものである可能性が高いことが判った。

新規外来患者の受入は引き続き停止しているが、緊急度の高い処置、手術は大阪急性期・総合医療センターにおいて継続して対応している。緊急度の低い患者については、一度自宅退院、周辺病院への転院を進めたので、患者の生命等への影響はなかった。また、個人情報の漏洩も確認されていない。

(参考)地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター
病床数：865床（一般病床831床、精神病床34床）
病院機能：基幹災害拠点病院、高度救命救急センター、地域周産期母子医療センター、小児地域医療センター、地域医療支援病院、
地域がん診療連携拠点病院　他
延べ入院患者数：22.3万人（646人/日）
延べ外来患者数：29.5万人（1,268人/日）

経過

10月31日(月)：インシデント発生。大阪急性期・総合医療センターからの初動対応支援の要請を受け、厚生労働省より初動対応支援チームを派遣
同日夜、記者会見により当該事案を公表。
11月４日(金)：予定手術を一部再開。
11月７日(月)：発生後一週間経過。当該事案の現状と今後の復旧計画について記者会見を実施。感染経路は、給食事業者に設置されたVPN装置を経由した可能性が高いことを公表。
11月10日(木)：電子カルテの一部が仮設環境により参照可能となり、三次救急患者の受け入れと小児救急診療の一部を再開。
11月17日(木)：仮設環境による参照が救急外来において可能となり、一般救急患者の受け入れが再開。
12月12日(月)：電子カルテ再構築を完了させ本環境で順次稼働開始。各種オーダも順次再開予定。
来年１月：システム全面復旧予定

厚生労働省の対応

１．医療機関から要請を受けて、厚生労働省から専門家を派遣し、感染原因の特定や対応の指示等といった初動対応の支援を行った。
２．11月10日に全国の医療機関に対して、サイバーセキュリティ対策の強化にかかる注意喚起を行った。

医療機関のサイバーセキュリティ対策の現状・課題

第12回健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（令和４年５月27日）資料１抜粋

現状･課題

医療機関のセキュリティ対策は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、各医療機関が自主的に取組を進めてきたところ。昨今のサイバー攻撃の増加やサイバー攻撃により長期に診療が停止する事案が発生したことから実施した緊急的な病院への調査では、自主的な取組だけでは不十分と考えられる結果であった。

診療等に及ぼす影響について

1. 一般に、ランサムウェアによるサイバー攻撃は**情報の暗号化、情報の詐取**と**金銭の要求**がセットとなっていることが多いが、**情報の詐取が確認された場合には個人情報漏洩事案となる**。
   ※　令和２年改正個人情報保護法において、不正アクセス等による個人情報の漏えい（疑いを含む）については、件数に関わりなく個人情報保護委員会への報告を義務付け（令和４年４月施行）。 また、法人に対する罰金を最大1億円に引き上げ。

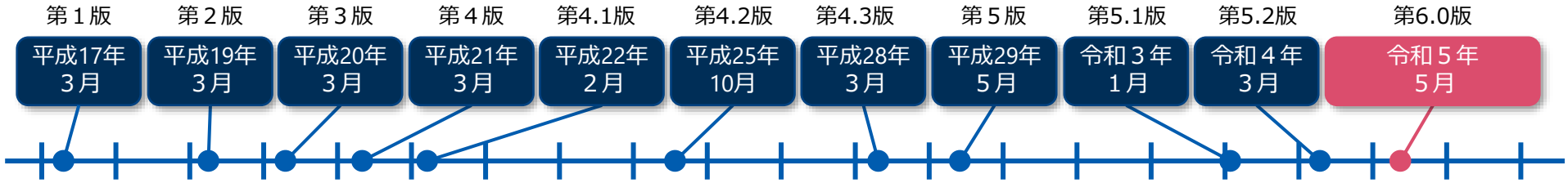
2. 保存すべき診療録等が滅失・毀損する。また、患者の病歴等について再度の聴取等が必要となることによる**患者側も負担増加**。
   ※　ランサムウェアによって、診療録をはじめとする診療に関する諸記録が暗号化され、バックアップファイルも含めて、完全には復号化できないことが判明した場合には、医療法第21 条等に抵触する恐れがある。

3. 過去の患者カルテと、来院した患者の氏名等といった基礎情報が電子的に突合できず、対面での指差し確認等の手作業で本人確認が必要。医療従事者が慣れない紙カルテでの運用に追われることになる**医療者側の負担増加**。

※　診療報酬との関係では、被害状況により請求事務に影響を及ぼすことがあるほか、診療データの継続的な提出を評価する「データ提出加算」の算定や、「データ提出加算」届出を要件とする入院基本料の算定に影響が生じる場合がある。

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン策定の背景及び改定の経緯

○ 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインは、e-文書法、個人情報保護等への対応を行うための情報セキュリティ管理のガイドラインとして、平成17年3月に第１版を策定。
○ 以降、各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定。今般、**令和５年５月に第6.0版を策定。**



版	第１版、第２版、第３版	第４版（第4.1版、第4.2版、第4.3版）	第５版（第5.1版、第5.2版）	第6.0版
策定・改定概要	**第１版** • 医療情報システムのセキュリティ管理を目的とて策定 **第２版** • 重要インフラとしての医療情報システムという観点からの対応 **第３版** • 個人情報施策の議論およびモバイル端末普及への対応	**第4版** • 個人情報保護施策の議論およびモバイル端末普及への対応 **第4.1版** • 民間事業者のデータセンターにおける外部保存に関する対応 **第4.2版** • 調剤済み処方せん及び調剤録等の外部保存への対応 **第4.3版** • 「電子処方せんの運用ガイドライン」への対応	**第5版** • 医療機関等の範囲の明確化 • 改正個人情報保護法対応 • サイバー攻撃の動向への対応 **第5.1版** • クラウドサービスへの対応 • 認証・パスワードに関する対応 • サイバー攻撃等による対応 • 外部保存受託事業者の選定基準対応 **第5.2版** • ２省（総務省、経産省）GL等との整合性 • 改正個人情報保護法への対応 等 • 医療機関へのサイバー攻撃の多様化・巧妙化 • 「規制改革実施計画」等への対応 • 電子署名 • 外部ネットワーク 等	**第6.0版** 全体構成の見直し • 概説編、経営管理編、企画管理編、システム運用編の４編に再構成 • Q&Aの充実 等 技術的な動向 • 外部委託、外部サービスの利用に関する整理 • 情報セキュリティに関する考え方の整理 • 新技術、制度・規格の変更への対応 等

出典：厚生労働省HP

第5.2版 から 第6.0版 への改定内容

第１３回 健康・医療・介護情報利活用検討会
（令和４年12月15日）資料２－１（一部改変）

2023年４月からの保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認導入の原則義務化により、概ねすべての医療機関等において、本ガイドラインに記載されているネットワーク関連のセキュリティ対策が必要となり、第6.0版への改定では、以下の内容を見直した。

○ 外部委託、外部サービスの利用に関する整理

・クラウドサービスの特徴を踏まえたリスクや対策の考え方
・医療機関等のシステム類型別に対応した責任等の整理　　等

○ 情報セキュリティに関する考え方の整理

・ネットワーク境界防御型思考／ゼロトラストネットワーク型思考
・災害、サイバー攻撃、システム障害等の非常時に対する対応や対策
（BCPへの対応やバックアップなど具体的な対策は、場面に応じて検討整理）
・本人確認を要する場面での運用（eKYCの活用）　　等

○ 新技術、制度・規格の変更への対応

・オンライン資格確認の導入に必要なネットワーク機器等の安全管理措置
・新たなネットワーク技術（ローカル５G）の利用可能性、利用場面
・医療情報の共有・提供に関連する法令等の規定や技術・規格の動向

○ 全体構成の見直し

・経営管理編、運用管理編、管理実装編の３編構成を想定
・Q&Aの整備、読者類型ごとの参照先等を示した読み方支援文書等の作成

※ 各編は数十ページ程度を想定（第5.2版の文章等を全面的に精査）
第5.2版 6.12章（電子署名）は、策定時に詳細な検討・調整を行ったため、原則、現行版を踏襲

出典：厚生労働省HP

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

➢ 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、要件を見直す。

現行	改定後
【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ （新設）	【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ **許可病床数が400床以上の保険医療機関**については、以下の要件を加える。 • **専任の医療情報システム安全管理責任者を配置**すること • 当該責任者は、職員を対象として、**少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施**していること

➢ さらに、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

現行	改定後
【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ （新設） （新設）	【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ **許可病床数が400床以上の保険医療機関**については、非常時に備えた医療情報システムの**バックアップ体制を確保**することが望ましい。 **毎年７月において、医療情報システムのバックアップ体制等について、別添様式により届け出ること。** 届出内容（例） ・バックアップ対象のシステム ・バックアップの頻度、保管方式

バックアップ保管に係る体制　診療録管理体制加算に係る報告書（定例報告）

①保存対象のシステム		保管頻度		世代管理		保管方式	
1	電子カルテシステム	毎日	3,500	3世代管理	2,162	オンラインサーバー	2,488
		週１回	188	2世代管理	582	オフライン	870
		月１回	22	1世代管理	974	テープ	757
		その他（リアルタイム、１日２回　等）	99			遠隔地	581
						その他	311
2	オーダリングシステム	毎日	3,406	3世代管理	2,158	オンラインサーバー	2,408
		週１回	180	2世代管理	551	オフライン	858
		月１回	21	1世代管理	898	テープ	725
		その他（リアルタイム、１日２回　等）	93			遠隔地	533
						その他	285
3	レセプト電算システム	毎日	4,537	3世代管理	3,039	オンラインサーバー	2,784
		週１回	179	2世代管理	588	オフライン	1,583
		月１回	218	1世代管理	1,277	テープ	615
		その他（リアルタイム、１日２回　等）	91			遠隔地	442
						その他	558
4	医用画像システム	毎日	4,143	3世代管理	1,692	オンラインサーバー	2,358
		週１回	143	2世代管理	603	オフライン	1,310
		月１回	66	1世代管理	2,275	テープ	619
		その他（リアルタイム、ミラーリング等）	354			遠隔地	376
						その他	701
5	その他 （臨床検査システム、薬剤システム、透析管理システム、心電図・透析、ファイルサーバー、入院患者管理システム、給食システム、健診システム、栄養システム、生理検査システム、リハビリシステム、手術システム、財務システム　等）	毎日	904	3世代管理	554	オンラインサーバー	568
		週１回	43	2世代管理	96	オフライン	278
		月１回	19	1世代管理	335	テープ	107
		その他（適時、１日２回　等）	34			遠隔地	51
						その他	157

②　システムの有事に備えた体制等について作成しているものを選択してください（複数選択可）	体制図	2,527
	連絡フロー	3,221
	ネットワーク構成図	3,289
	システム構成図	3,051
	業者名簿	4,005
③　過去１年間で、職員を対象とした情報セキュリティに関する訓練・教育を何回実施したか	訓練	1,098
	教育	4,213

病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査（概要）

目　的

・　病院に対するランサムウェア等のサイバー攻撃が増加し、長期にわたり診療が停止した事例が確認されていることから、病院におけるランサムウェアのリスクを把握するとともに、長期に診療が停止することがないよう早急な有効な対策の実施を促すことが必要。
・　病院が保有する医療情報システムのサイバーセキュリティ対策について実態調査を実施。具体的に令和４年10月に発生した大阪急性期・総合医療センターにおけるサイバー攻撃事案を受けて発出した令和４年11月10日付け事務連絡「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について（注意喚起）」及び令和４年12月16日付け事務連絡「FortiOSに関する脆弱性情報への対応について（注意喚起）」において周知した対策への取組状況について質問。
・　これを踏まえ、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版」に反映を行うこととする。

調査方法・対象

- G-MISを用いて、病院のサイバーセキュリティ対策の実態に関するアンケート調査を実施。（問数は17問）
- 調査対象は、G-MIS IDが付与されている、8,238の病院。
- 有効回答数：4,811施設（回答率：58,4%）

調査期間

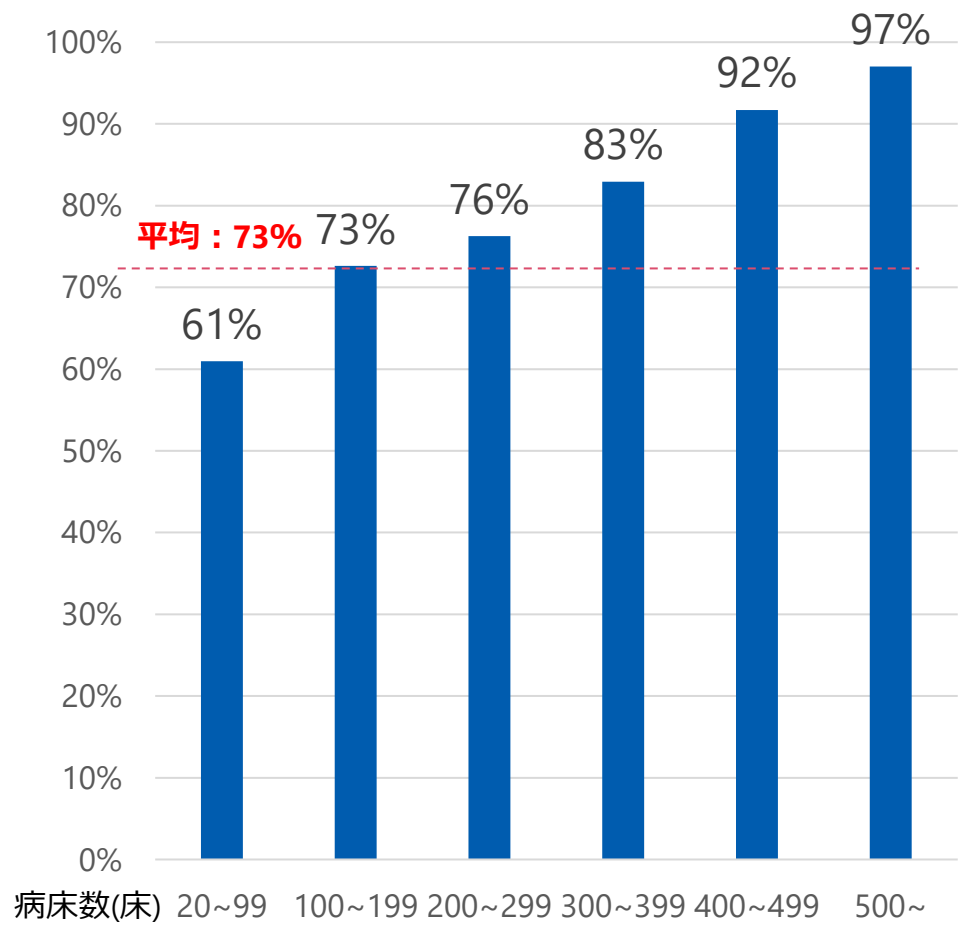
・令和５年１月27日（金）～　令和５年３月15日（水）

調査結果について（体制構築と連絡体制について）

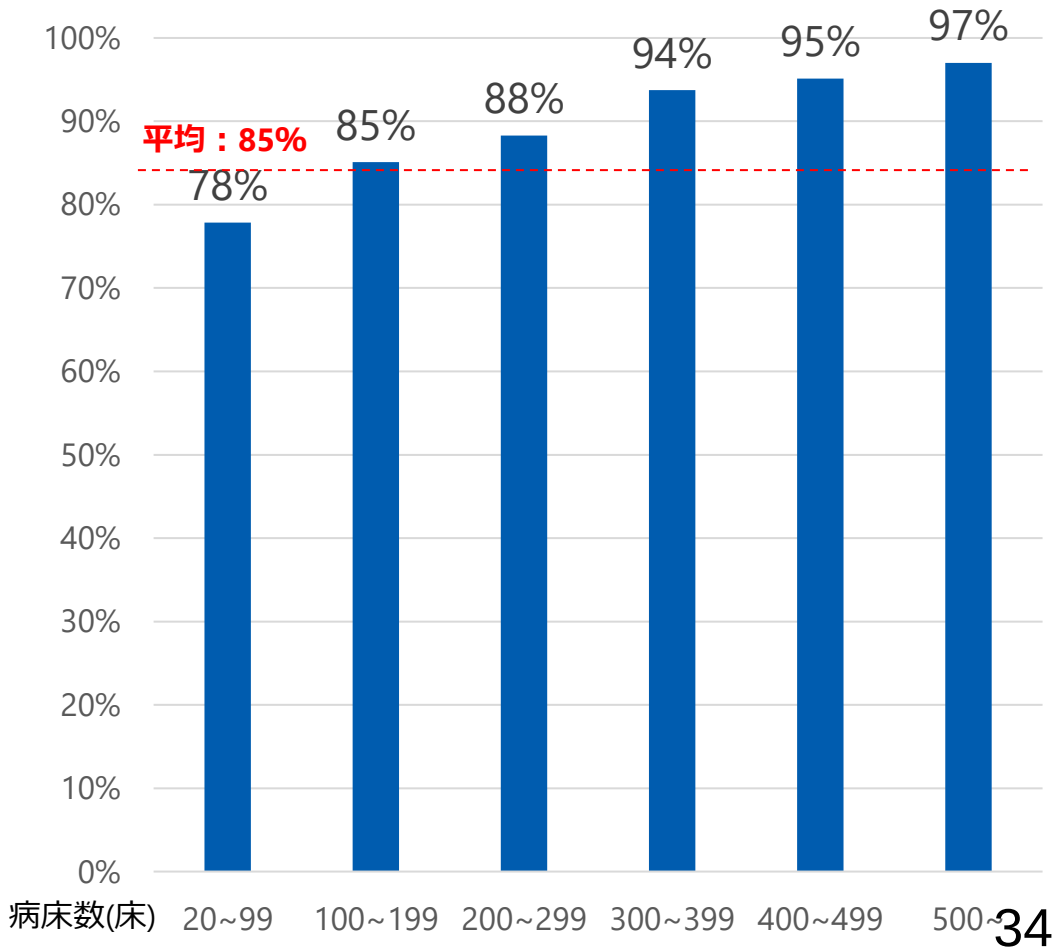
第16回 健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（令和５年３月23日）資料２-１　改変

○医療情報システム安全管理責任者を設置している医療機関の割合は、200～299床で76%、300～399床で83%、400～499床で92%、500床以上で97%であった。

医療情報システム安全管理責任者を設置しているか



サイバー攻撃を認めた際に連絡するべき医療情報システムの保守ベンダー・所管官庁等の連絡先を把握しているか

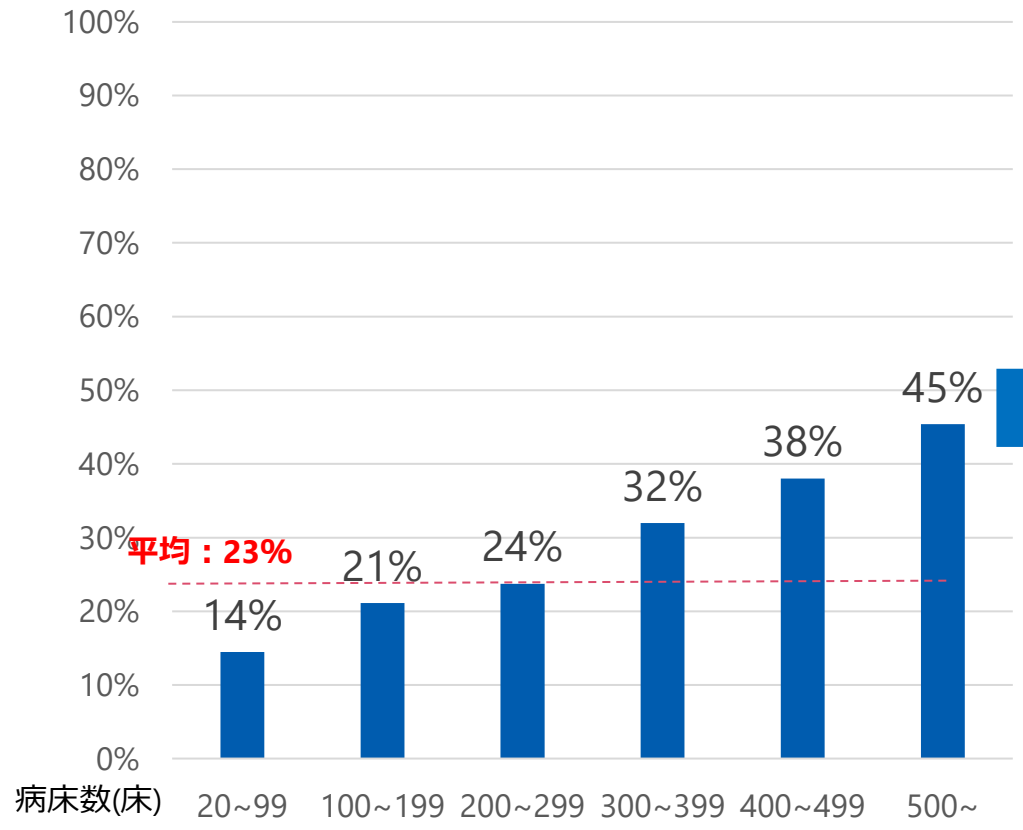


調査結果について（BCP策定・訓練について）

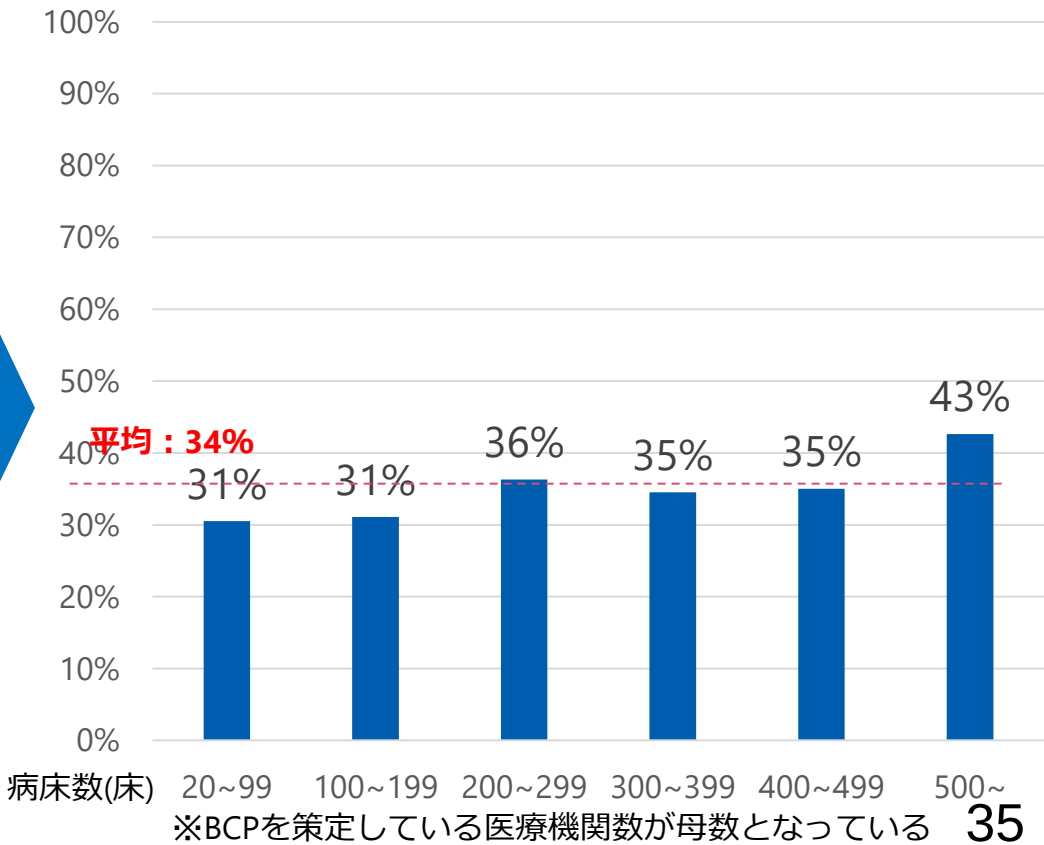
第16回 健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（令和５年３月23日）資料２-１　改変

○サイバー攻撃等によるシステム障害発生時に備えて、BCPを策定している医療機関の割合は、病床数が多い医療機関ほど高くなる傾向にあった。
○ BCPを策定している医療機関のうち、BCPにおいて策定された対処手順が適切に機能するか、訓練等により確認している医療機関の割合は、すべての病床数区分において約30%～40%であった。

サイバー攻撃等によるシステム障害発生時に備えて、BCPを策定しているか



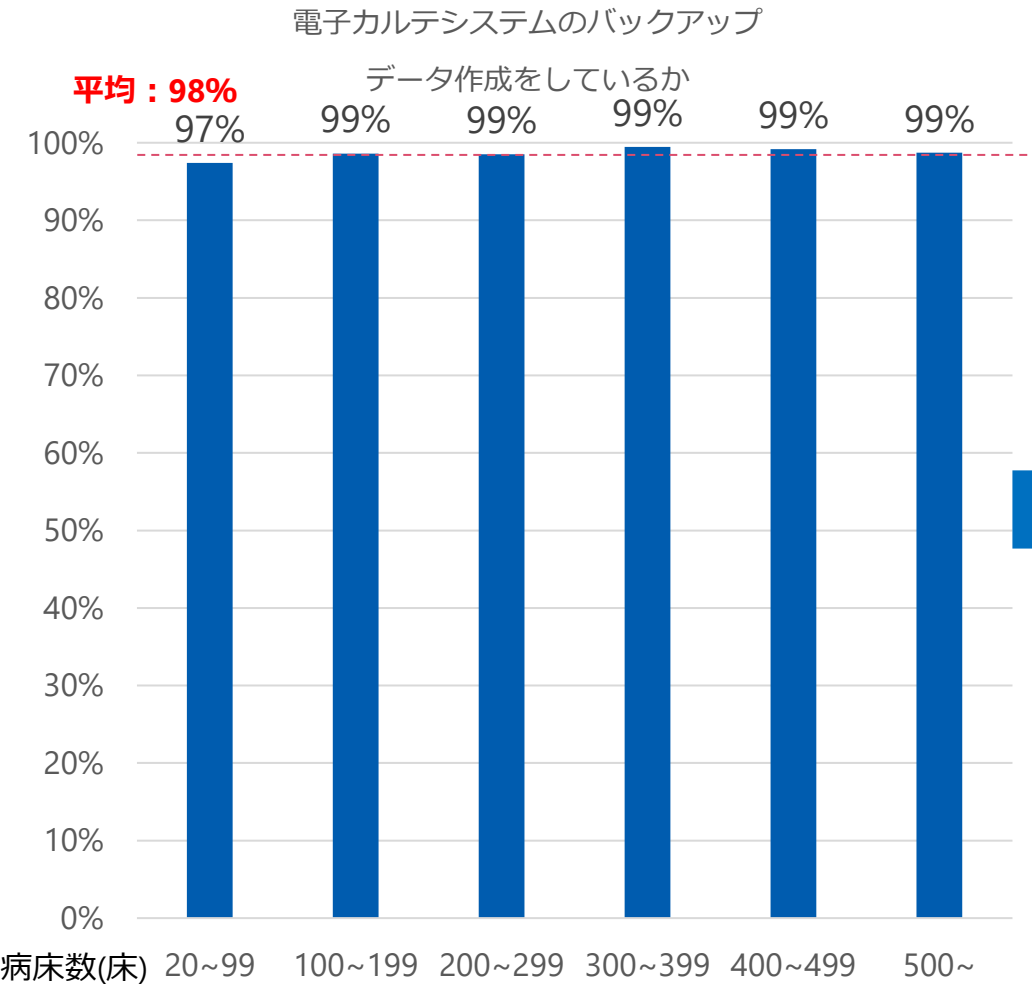
BCPにおいて策定された対処手順が適切に機能するか、訓練等により確認しているか

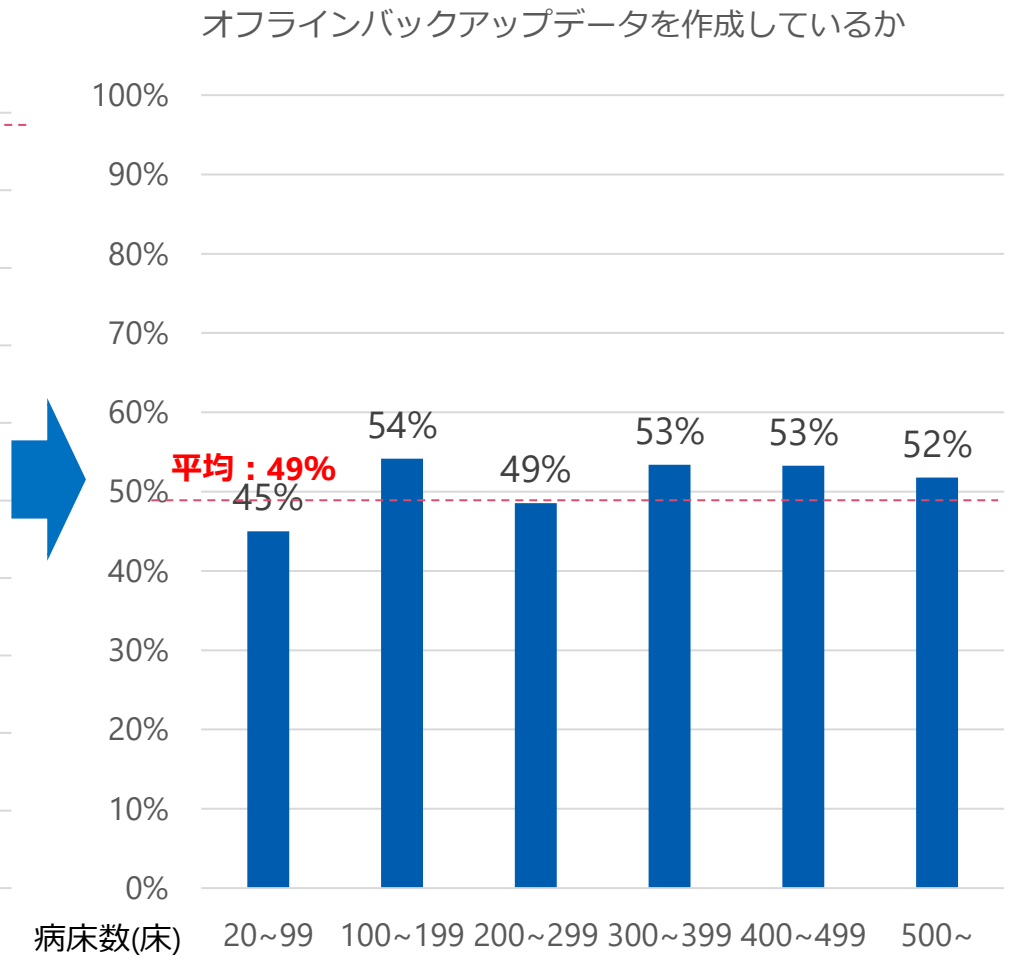


※BCPを策定している医療機関数が母数となっている

調査結果について（電子カルテシステムのバックアップについて②）

○電子カルテシステムのバックアップデータを作成している医療機関のうち、オフラインバックアップデータを作成している医療機関の割合は、すべての病床数区分において約50%であった。





※バックアップデータ作成をしている医療機関数が母数となっている

第16回 健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（令和５年３月23日）資料２-2

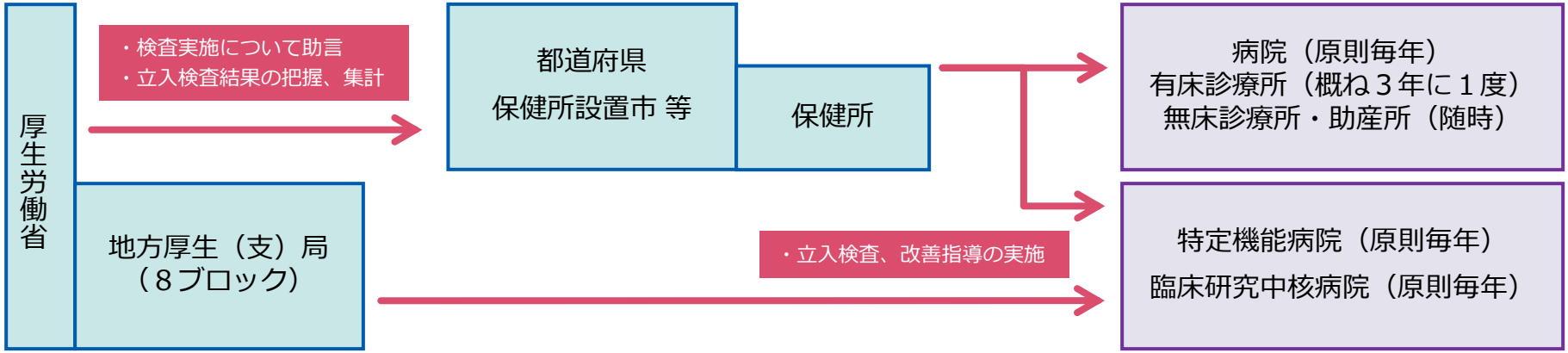
医療法に基づく立入検査の概要

立入検査の目的

・病院、診療所等が法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて検査し、不適正な場合は指導等を通じ改善を図ることにより、病院、診療所等を良質で適正な医療を行う場にふさわしいものとする。

立入検査の実施主体

・**医療法第２５条第１項による立入検査** ・・・ 各病院、診療所等に対し、都道府県等が実施
・**医療法第２５条第３項による立入検査** ・・・ 特定機能病院等に対し、国が実施



主な検査項目

○**病院管理状況**
➢カルテ、処方箋等の管理、保存　➢届出、許可事項等法令の遵守　➢患者入院状況、新生児管理等　➢医薬品等の管理、職員の健康管理
➢安全管理の体制確保　等
○**人員配置の状況**
➢医師、看護婦等について標準数と現員との不足をチェック
○**構造設備、清潔の状況**
➢診察室、手術室、検査施設等　➢給水施設、給食施設等　➢院内感染対策、防災対策　➢廃棄物処理、放射線管理　等

医療機関の管理者が遵守するべき事項への位置づけ

これまでの本ＷＧでの議論を踏まえ、下記の通り、医療機関の管理者が遵守するべき事項に位置づけた。

これまでのＷＧでの議論

○　医療機関のセキュリティ対策は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、各医療機関が自主的に取組を進めてきたところ。昨今のサイバー攻撃の増加やサイバー攻撃により長期に診療が停止する事案が発生したことから実施した緊急的な病院への調査では、自主的な取組だけでは不十分と考えられる結果であった。平時の予防対応として、脆弱性が指摘されている機器の確実なアップデートの実施等が必要。（第11回健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（令和４年５月27日））

○　医療機関がサイバーセキュリティを確保するための具体的な対策を明示し、ペナルティを課すのではなく、支援・助言を行うための検査になるような進め方が望ましい（（第11回健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（令和４年５月27日））））

○　令和４年度中に医療機関等の管理者が遵守すべき事項に位置付けるための省令改正を行う。（第12回健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（令和４年９月５日））

改正概要・対応の方向性

○　医療法施行規則第14条第２項を新設し、病院、診療所又は助産所の管理者が遵守すべき事項として、サイバーセキュリティの確保について必要な措置を講じることを追加する。

○　令和５年３月10日公布、４月１日施行（予定）

○　「必要な措置」としては、最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（以下「安全管理ガイドライン」という。）を参照の上、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ対策全般について適切な対応を行うこととする。

○　安全管理ガイドラインに記載されている内容のうち、優先的に取り組むべき事項については、厚生労働省においてチェックリストを作成し、各医療機関で確認できる仕組みとする。

○　また、医療法第25条第１項に規定に基づく立入検査要綱の項目に、サイバーセキュリティ確保のための取組状況を位置づける。

◎医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）

第十四条　（略）

２　病院、診療所又は助産所の管理者は、医療の提供に著しい支障を及ぼすおそれがないように、サイバーセキュリティ（サイバーセキュリティ基本法（平成二十六年法律第百四号）第二条に規定するサイバーセキュリティをいう。）を確保するために必要な措置を講じなければならない。

※　下線部を新設。

医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト項目

○　安全管理ガイドラインに記載されている内容のうち、優先的に取り組むべき事項については、厚生労働省においてチェックリストを作成し、医療法施行規則（令和５年４月１日施行）に基づく立ち入り検査において活用しており、当該チェックリストにおいて、

- 医療情報システム安全管理責任者の配置
- サイバー攻撃を想定した事業継続計画（BCP）の策定　等

を求めている。

・医療機関確認用　令和５年度中

	チェック項目	確認結果（日付）
医療情報システムの有無	医療情報システムを導入、運用している。 （「いいえ」の場合、以下すべての項目は確認不要）	はい・いいえ （　/　）

○　令和５年度中

*以下項目は令和５年度中にすべての項目で「はい」にマルが付くよう取り組んでください。
*２（２）及び２（３）については、事業者と契約していない場合には、記入不要です。
*1回目の確認で「いいえ」の場合、令和５年度中の対応目標日を記入してください。

	チェック項目	確認結果（日付）		
		1回目	目標日	2回目
1 体制構築	（1）　医療情報システム安全管理責任者を設置している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
2 医療情報システムの管理・運用	**医療情報システム全般について、以下を実施している。**			
	（1）　サーバ、端末 PC、ネットワーク機器の台帳管理を行っている。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（2）　リモートメンテナンス（保守）を利用している機器の有無を事業者等に確認した。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（3）　事業者から製造業者/サービス事業者による医療情報セキュリティ開示書（MDS/SDS）を提出してもらう。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	サーバについて、以下を実施している。			
	（4）　利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（5）　退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（6）　アクセスログを管理している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	ネットワーク機器について、以下を実施している。			
	（7）　セキュリティパッチ（最新ファームウェアや更新プログラム）を適用している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（8）　接続元制限を実施している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
3 インシデント発生に備えた対応	（1）　インシデント発生時における組織内と外部関係機関（事業者、厚生労働省、警察等）への連絡体制図がある。	はい・いいえ （　/　）		

・医療機関確認用　令和６年度中

○　参考項目（令和６年度中）

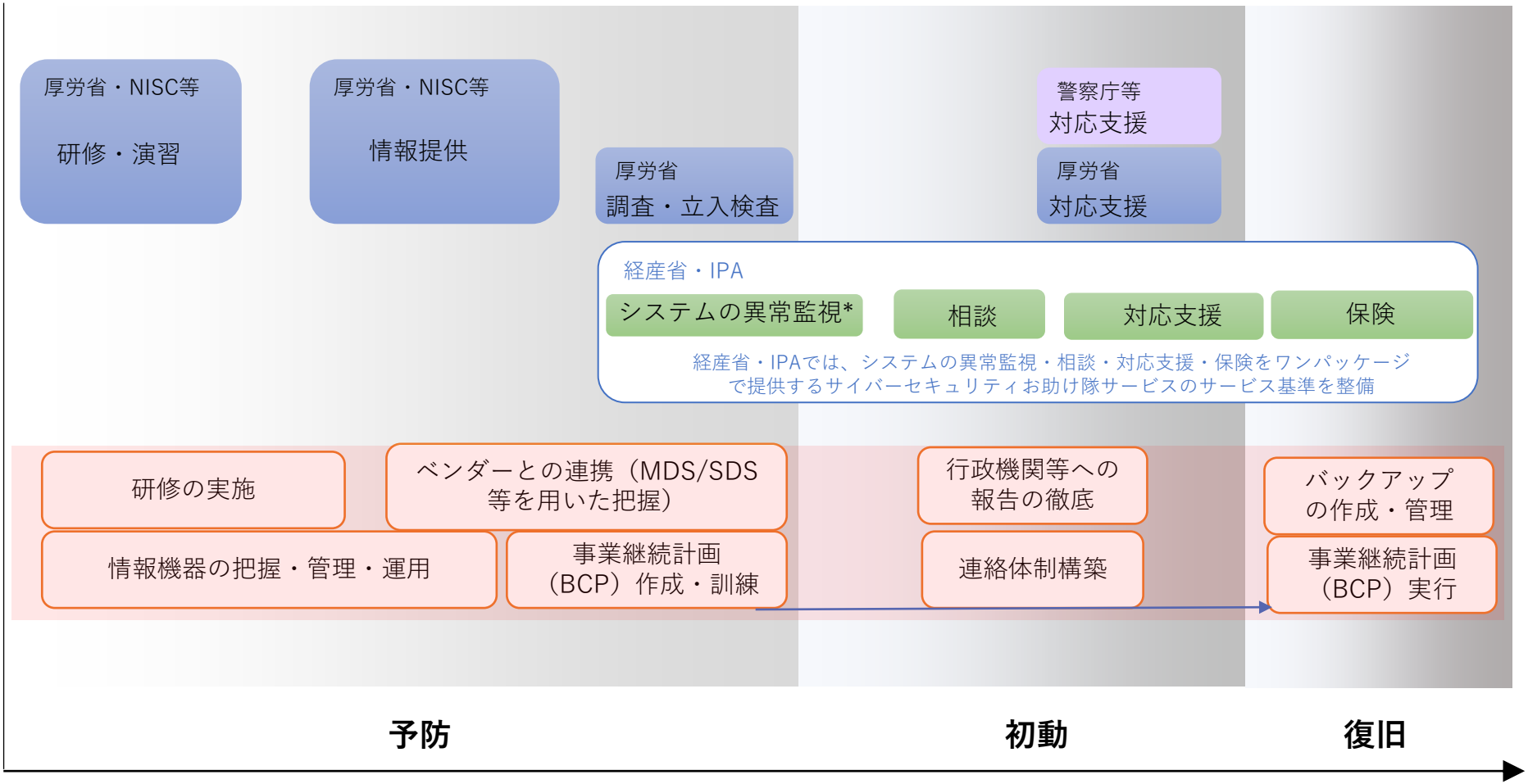
*以下項目について、令和６年度中にすべての項目で「はい」にマルが付くよう取り組んでください。

	チェック項目	確認結果（日付）		
		1回目	目標日	2回目
2 医療情報システムの管理・運用	**サーバについて、以下を実施している。**			
	（7）　セキュリティパッチ（最新ファームウェアや更新プログラム）を適用している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（9）　バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	端末 PC について、以下を実施している。			
	（4）　利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（5）　退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（7）　セキュリティパッチ（最新ファームウェアや更新プログラム）を適用している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（9）　バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
3 インシデント発生に備えた対応	（2）　インシデント発生時に診療を継続するために必要な情報を検討し、データやシステムのバックアップの実施と復旧手順を確認している。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）
	（3）　サイバー攻撃を想定した事業継続計画（BCP）を策定、又は令和６年度中に策定予定である。	はい・いいえ （　/　）	（　/　）	はい・いいえ （　/　）

出典：医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室、保険局医療課作成

医療機関のサイバーセキュリティ対策に係る支援等の概要

○　政府における医療機関等のサイバーセキュリティ対策に係る支援等については、予防、発生時の初動、復旧まで広く支援が行われている。
○　医療機関においては、行動計画※やガイドライン※※において、それぞれの区分に応じた対応が求められている。



※ 行動計画：重要インフラのサイバーセキュリティに係る行動計画
※※ ガイドライン：医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等

出典：医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室、保険局医療課作成

医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業について

〇令和5年度補正予算において、医療機関におけるサイバーセキュリティの更なる確保のため、外部ネットワークとの接続の安全性の検証・検査や、オフライン・バックアップ体制の整備を支援する事業を実施する予定である。

施策の目的

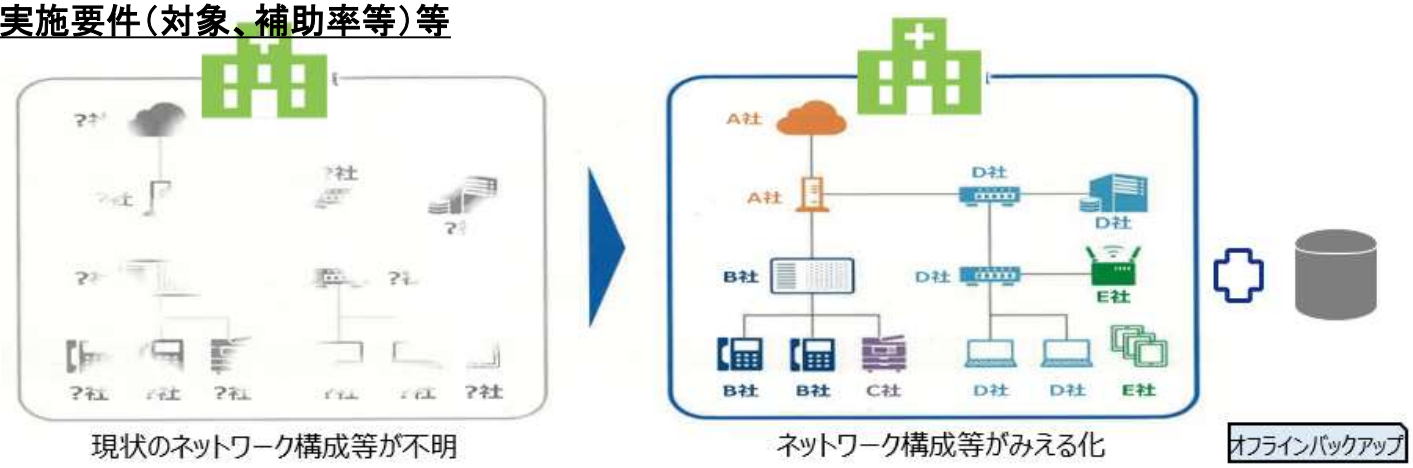
- 医療機関の医療情報システムがランサムウェアに感染すると、診療の一部を長時間休止せざるを得なくなることから、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の充実は喫緊の課題となっている。

・そのため、医療機関におけるサイバーセキュリティの更なる確保を行う。

施策の概要

- 厚生労働省では、全ての外部ネットワーク接続点を確認することを求めているが、中・大規模病院は多数の部門システムで構成されているため、各システムを提供する事業者と個別に連携しても、全てのネットワーク接続を俯瞰的に把握することは困難である可能性がある。
- また、ランサムウェア対策にはオフライン・バックアップが有効であることを踏まえ、厚生労働省ではオフライン・バックアップ整備を求めている。
- 医療機関におけるサイバーセキュリティの更なる確保のため、外部ネットワークとの接続の安全性の検証・検査や、オフライン・バックアップ体制の整備を支援する。

施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



施策の対象・成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

- 医療機関が平時から外部ネットワークとの接続の把握とオフライン・バックアップ体制の整備を行い、サイバーセキュリティの更なる確保を行う事で、医療DXの推進に繋がる。

出典：医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室、保険局医療課作成

１．医療DXについて

２．情報共有基盤の整備について

３．サイバーセキュリティについて

４．オンライン資格確認等システムについて

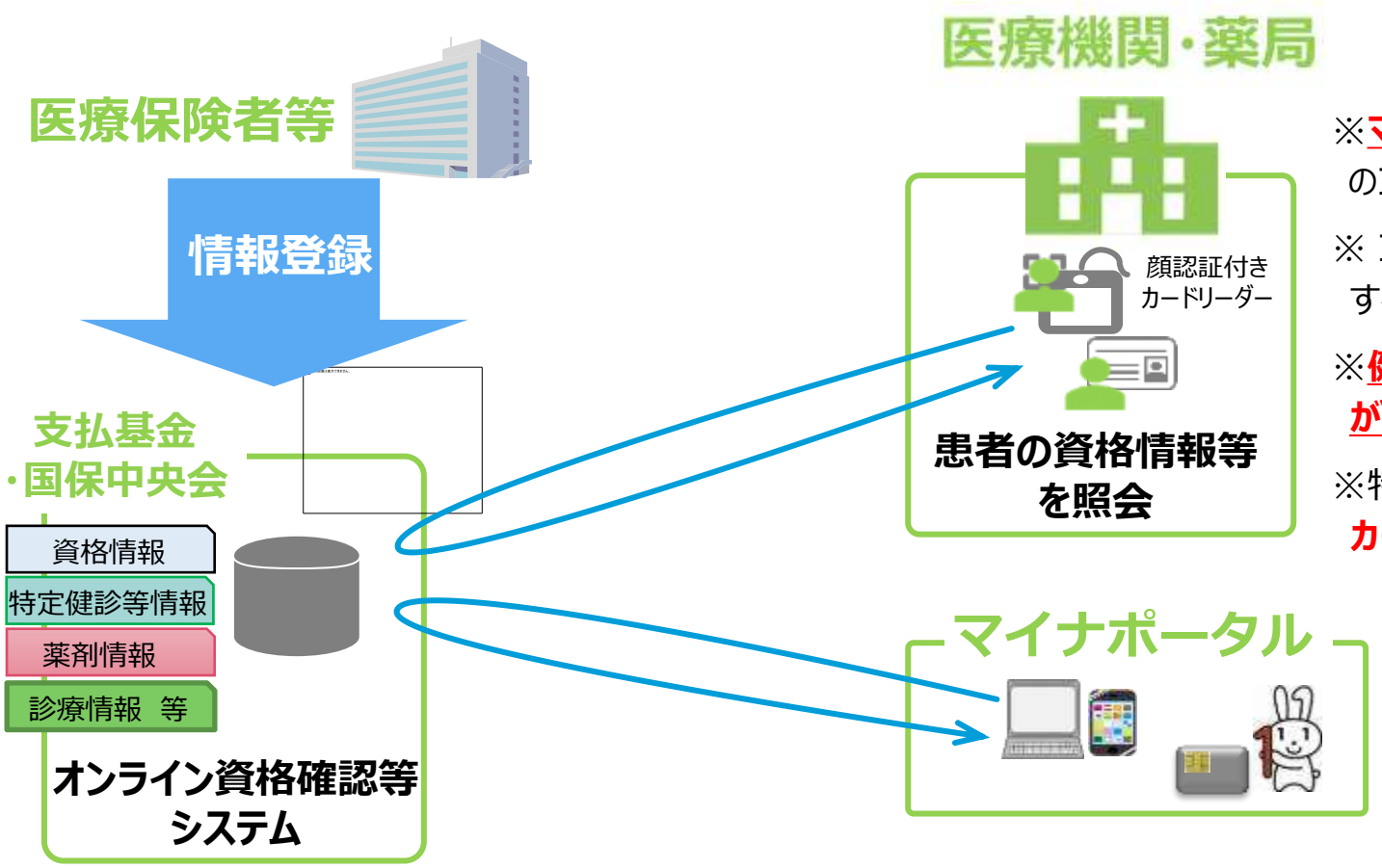
５．電子処方箋について

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

中医協　総－３
４．１２．２１

① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。

② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



※**マイナンバーは用いず**、マイナンバーカードのICチップ内の**電子証明書を用いる**

※ＩＣチップに資格情報や健康情報を保存するわけではない

※**健康保険証（処方箋）でも資格確認が可能**

※特定健診等の閲覧は、**マイナンバーカードが必要**

※　政府が提供している、オンラインで自分の情報が見られる等の機能を有する自分専用のサイト

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）

第４回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（令和５年８月30日）資料２－３　一部改変

全国医療情報プラットフォーム

医療情報基盤

- 電子処方箋管理サービス
  - 処方・調剤情報
- 電子カルテ情報共有サービス
  - ※システム詳細検討中
  - 紹介状・退院時サマリ等
- オンライン資格確認等システム
  - オンライン資格確認システム
    - 資格情報
    - 同意情報
  - 医療情報閲覧機能
    - 特定健診等情報
    - 医療費情報（レセプト）
    - 薬剤情報（レセプト）
    - 診療情報（レセプト）
    - *カルテ情報
    - *傷病名、アレルギー、薬剤禁忌、感染症、検査情報、処方情報
  - 救急時医療情報閲覧機能
    - ※システム詳細検討中
- 特定健診等データ収集/管理システム
- 医療保険者等向け中間サーバー

介護情報基盤

- 科学的介護情報システム(LIFE)
  - ADL、栄養・摂食嚥下、口腔衛生情報等
- ケアプランデータ連携システム
- 介護情報データベース(仮称)
  - 資格情報
  - 要介護認定情報
  - LIFE情報
  - 介護情報（レセプト）
  - ケアプラン
  - ※共有する介護情報については検討中

国民

- マイナポータル

異なる領域の基盤間連携

- ※連携方法検討中
- PMH(Public Medical Hub)
  - 公費助成情報
  - 予防接種
  - 母子保健

行政・自治体情報基盤

- 自治体等向け中間サーバー

医療機関・薬局

- 電子カルテレセコン等

救急隊

- 専用アプリ

医療保険者

- 保険者業務システム等

行政職員・研究者

- 解析ソフト等

介護事業所

- 介護業務ソフト等

介護保険者

- 介護保険システム等

自治体・保健所

- 健康管理システム等

④ 二次利用基盤

- 医療・介護データ等の解析基盤(HIC)
- 履歴照会・回答システム
  - ※匿名化識別IDを付与するシステム
- NDB
- 介護DB
- DPC
- がん登録
- 指定難病
- 小児慢性特定疾病
- 感染症
- 予防接種
- 障害福祉
- etc…

民間のヘルスケアサービス等

- ライフログ等

«医療DXのユースケース・メリット例»

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



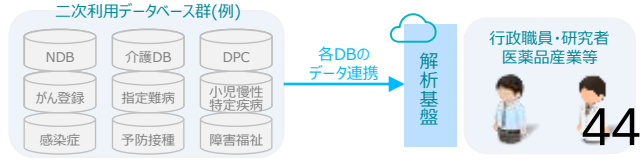
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- 令和５年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】 マイナ保険証を利用する場合　７点（初診）４点（再診）／ 利用しない場合　３点（初診）

【調剤】　マイナ保険証を利用する場合　３点（月１回）／ 利用しない場合　１点（３月に１回）

→ **廃止**

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和４年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

1　施設基準を満たす医療機関で**初診**を行った場合　**４点**

2　１であって、**オンライン資格確認等により情報を取得等**した場合　**２点**

※調剤は、1　**３点（６月に１回）**、2　**１点（６月に１回）**

医療機関・薬局に求められること

[施設基準]

○ 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。

① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）

② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

[算定要件]

○ 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）

問診票（初診時）

- ●今日の症状
- ●他の医療機関の受診歴
- ●過去の病気
- ●処方されている薬
- ●特定健診の受診歴
- ●アレルギーの有無
- ●妊娠・授乳の有無
- ……

R4年９月時点でオン資により確認可能

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現

医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

中医協　総－６
４．１２．２３

○　医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、**（１）初診時・調剤時の評価を見直す**とともに、**（２）再診時についても新たに評価**を行う特例措置を講ずる。
○　また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、**（３）当該加算の算定要件を見直す**特例措置を講ずることとする。
○　これらの特例措置を**令和５年４月から12月まで（９か月間）時限的に適用**する。

医療情報・システム基盤整備充実体制加算

※　本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

（１）初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例
・初診料（医科・歯科）
　医療情報・システム基盤整備体制充実加算１（マイナンバーカードの利用なし）　**４点**　→　**６点**
・調剤管理料（調剤）
　医療情報・システム基盤整備体制充実加算１（マイナンバーカードの利用なし）　**３点**（６月に１回）→　**４点**

（２）再診時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を設ける
・再診料
　（新）　医療情報・システム基盤整備体制充実加算３（マイナンバーカードの利用なし）　**２点（１月に１回）**

（３）加算要件の特例（オンライン請求の要件）

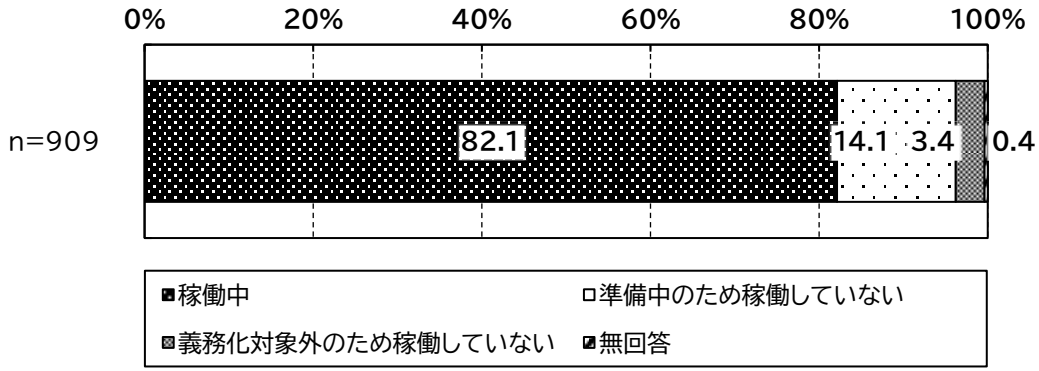
現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和５年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和５年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

		現行の加算	特例措置（令和5年4～12月）
初診	マイナンバーカードを利用しない	４点	６点
	〃　利用する	２点	２点
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	２点
	〃　利用する場合	-	-
調剤	マイナンバーカードを利用しない	３点	４点
	〃　利用する場合	１点	１点

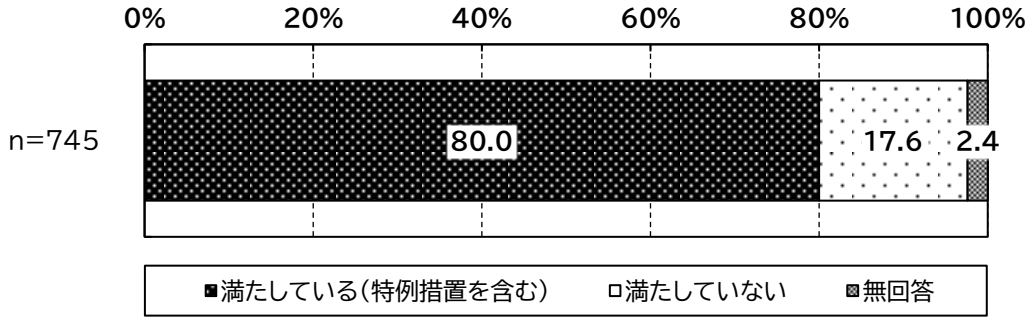
オンライン資格確認等システムに係る検証調査①

○オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が82.1%、「準備中のため稼働していない」が14.1%、「義務化対象外のため稼働していない」が3.4%であった（診療所調査）。

図表 2-11　オンライン資格確認等システムの導入状況



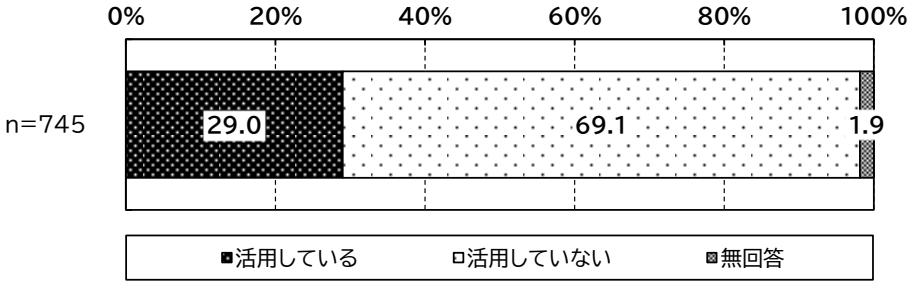
図表 2-23　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準



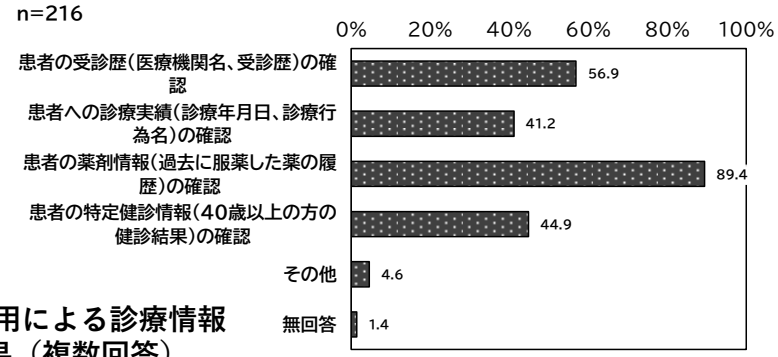
オンライン資格確認等システムに係る検証調査②

○マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の活用について、複数の活用効果についての回答が得られたが、活用状況については未だに十分ではない（診療所調査）。

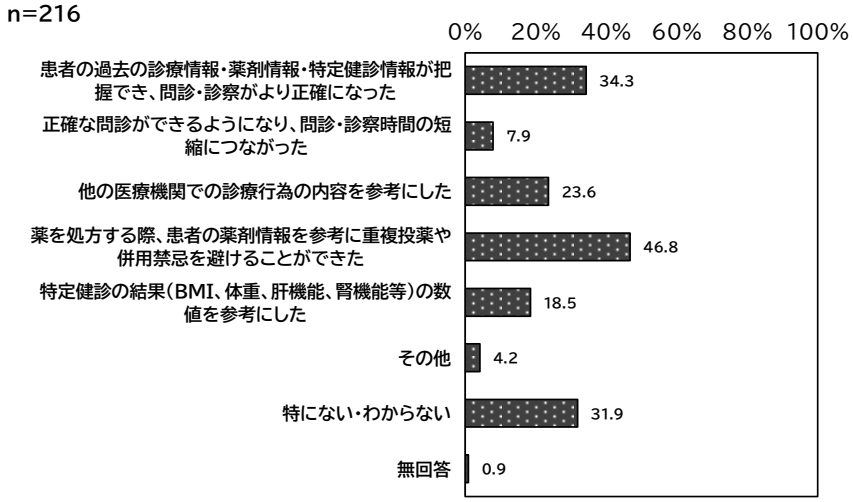
図表 2-29　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況



図表 2-31　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容（複数回答）（マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設）



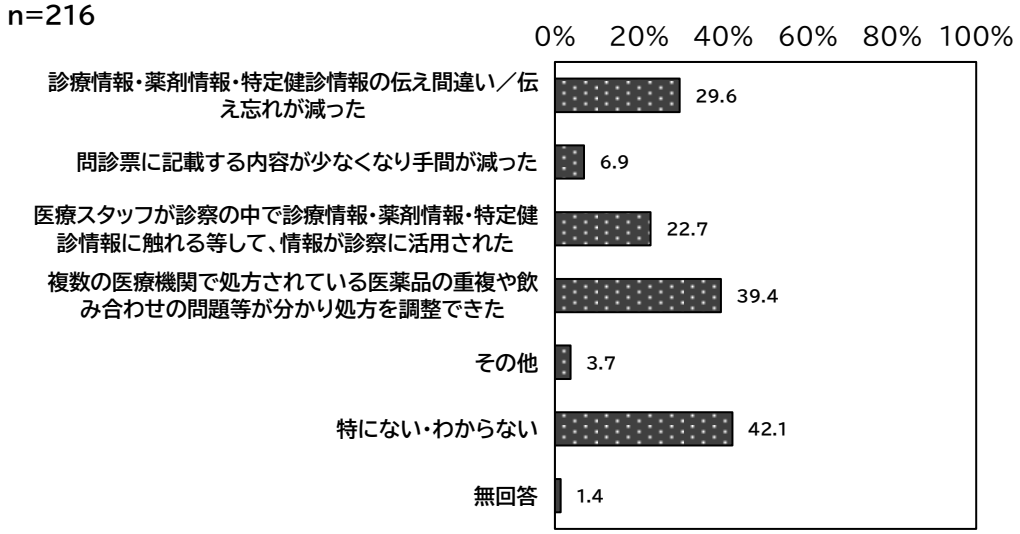
図表 2-35　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用効果（複数回答）（マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設）



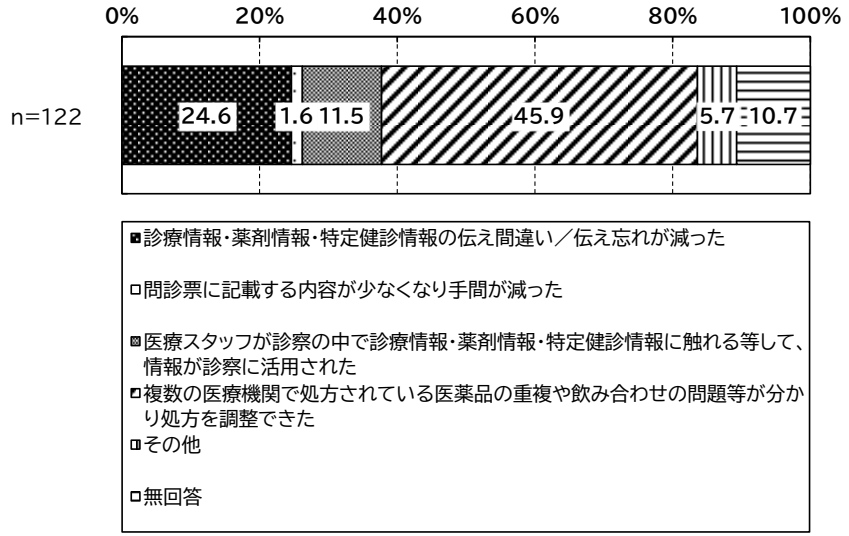
オンライン資格確認等システムに係る検証調査③

○マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の活用により、「複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた」等の患者に対するメリットを回答した医療機関が一定数認められた（診療所調査）。

図表 2-39　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリット（複数回答）（マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報を活用している施設）



図表 2-40　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用による患者へのメリットのうち最大のもの



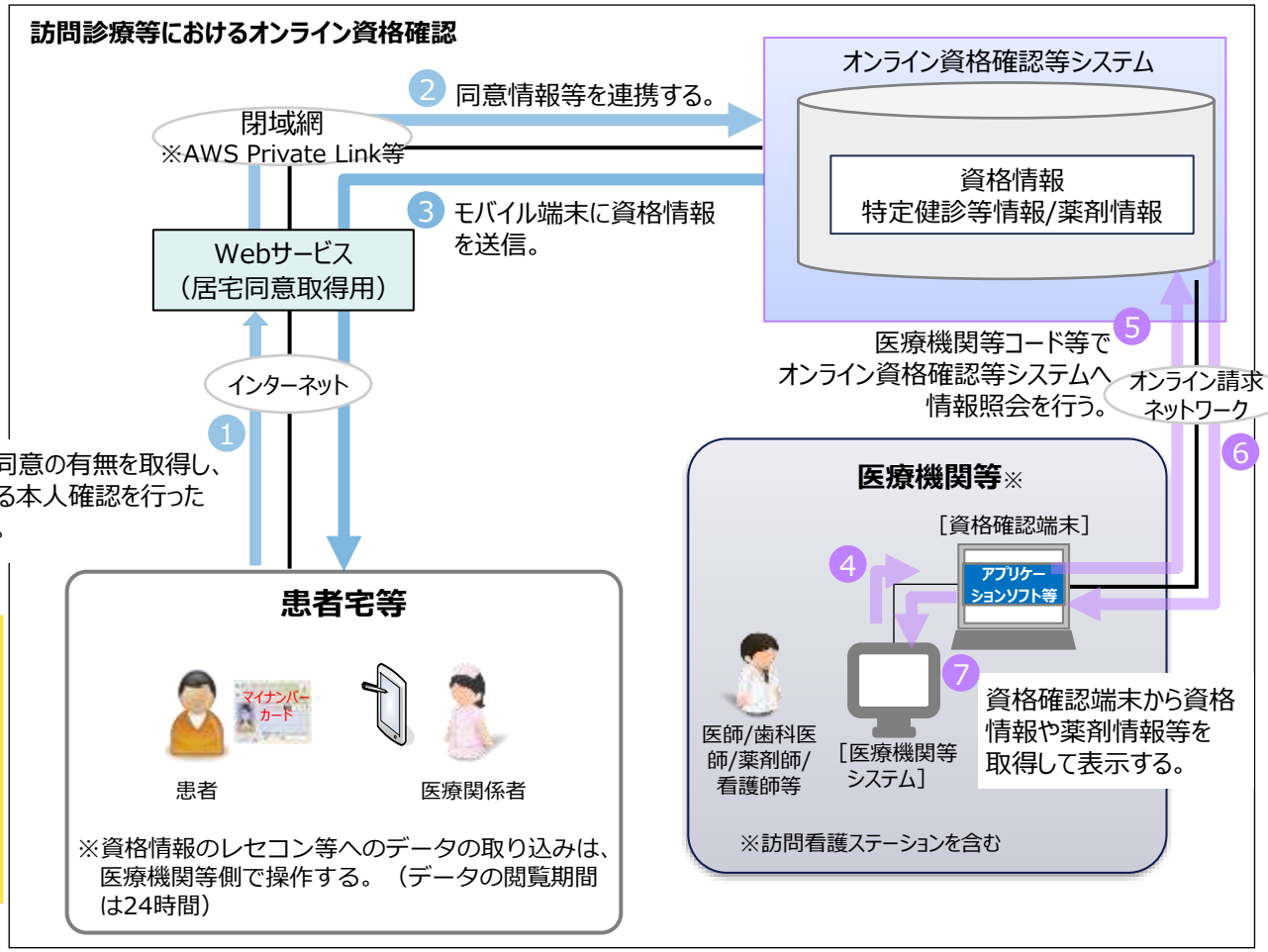
第152回社会保障審議会医療保険部会
（令和４年８月18日）資料２（一部改変）
第168回社会保障審議会医療保険部会
（令和５年９月29日）資料１

訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案（概要）

○　初回訪問時のマイナンバーカードによる本人確認に基づく資格情報の取得及び薬剤情報等の提供に関する同意は、医療関係者が持参したモバイル端末等を用いて実施する。

○　訪問診療等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、２回目以降は、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間、医療機関等において再照会機能（※）を活用した資格確認を行うとともに、薬剤情報等については、初回時の同意に基づき取得可能な仕組みとする。

※　あらかじめ医療機関等において、初回にマイナンバーカードの本人確認により取得した患者の資格情報を用いて、オンライン資格確認等システムに最新の資格情報を照会し、取得する機能。



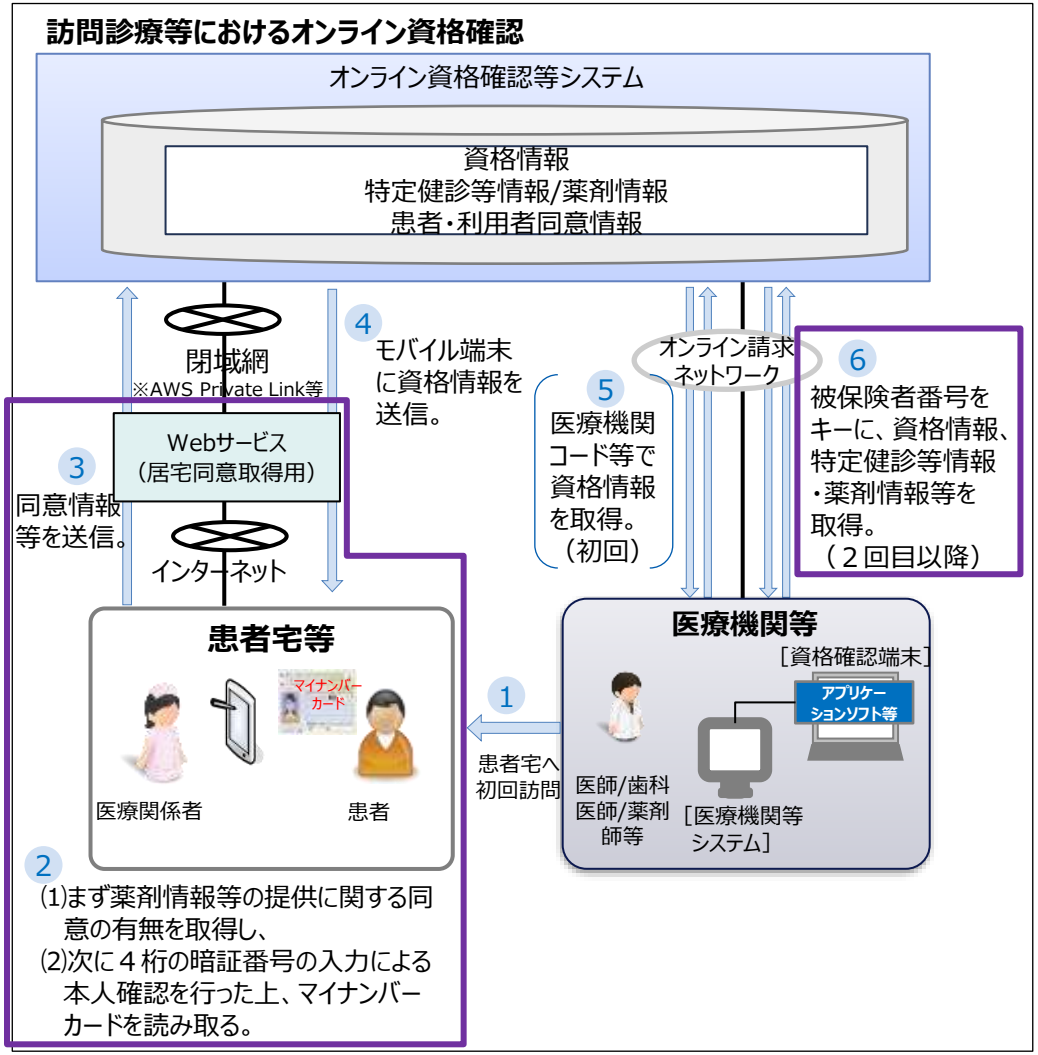
(1)まず薬剤情報等の提供に関する同意の有無を取得し、
(2)次に４桁の暗証番号の入力による本人確認を行った上、マイナンバーカードを読み取る。

今後、モバイル端末等に専用アプリケーションをインストールし、本人確認については、
・ 目視確認
又は
・ ４桁の暗証番号の入力
のどちらかを医療機関等が選択できる仕組みを追加予定
（令和６年度内で実施を調整中）

（参考）居宅同意取得型における再照会機能と同意登録について

- 訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）では、２回目以降は、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間（※）、医療機関等において再照会機能を活用した資格確認を行うとともに、薬剤情報等については、初回時の同意に基づき取得可能な仕組みとする。

※ 例えば、初回から３か月後の末日までの期間に加え、その後は、診療等の継続（毎月診療等が行われていること）をレセプトにより確認する。



訪問診療等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）について、以下の機能を実装する。

※ 往診においては、訪問の都度、資格確認を行うとともに、薬剤情報等の提供に係る同意取得を行うことが必要。

資格確認（再照会機能）

あらかじめ医療機関等において、初回時にマイナンバーカードの本人確認により取得した患者の被保険者番号を用いて、オンライン資格確認等システムに最新の資格情報を照会し、取得する。

※ 資格確認方法としての再照会の法令上の位置づけについて検討を行う。

薬剤情報等の提供に係る同意取得

訪問診療等における患者宅等への初回訪問時に、モバイル端末等を用いて、同意登録（※）を行う。

※ 同意は当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間は有効

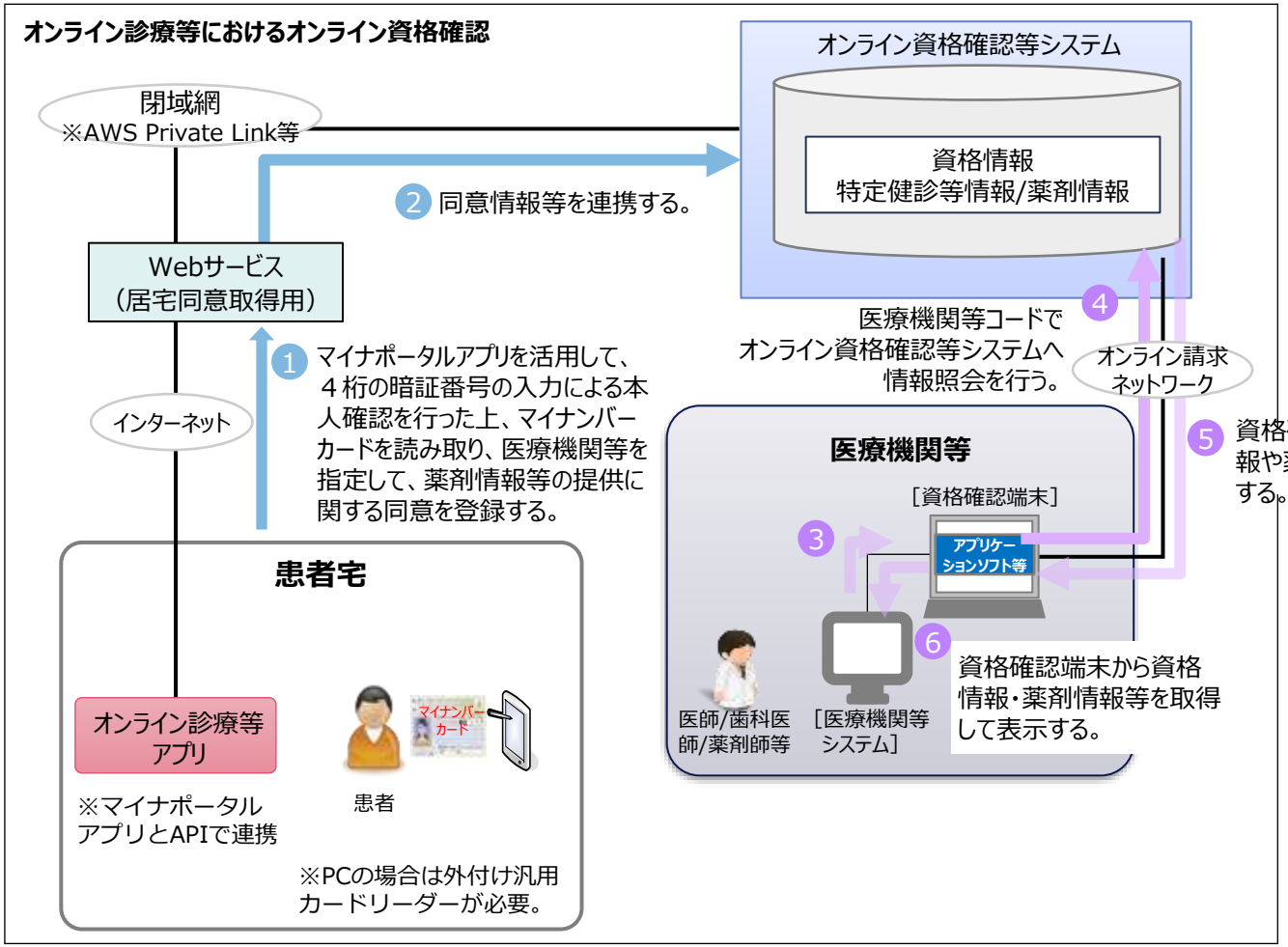
同意登録をしている患者について、患者の被保険者番号により、患者の薬剤情報・特定健診等情報等を取得する。

第152回社会保障審議会医療保険部会
（令和４年８月18日）資料２（一部改変）
第168回社会保障審議会医療保険部会
（令和５年９月29日）資料１

オンライン診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案（概要）

○ 資格確認や、薬剤情報等の提供に関する同意は、患者本人のモバイル端末またはPCを用いて実施※する。
なお、薬剤情報等の提供に関する同意は、通常の外来診療と同様に、医療機関等を利用する都度行う仕組みとする。

※ Webサービス（居宅同意取得用）へのアクセスは、オンライン診療等アプリとAPI連携を行う。また、患者本人がWebサービス（居宅同意取得用）へ直接アクセス可能な仕組みも実装予定。



１．医療DXについて

２．情報共有基盤の整備について

３．サイバーセキュリティについて

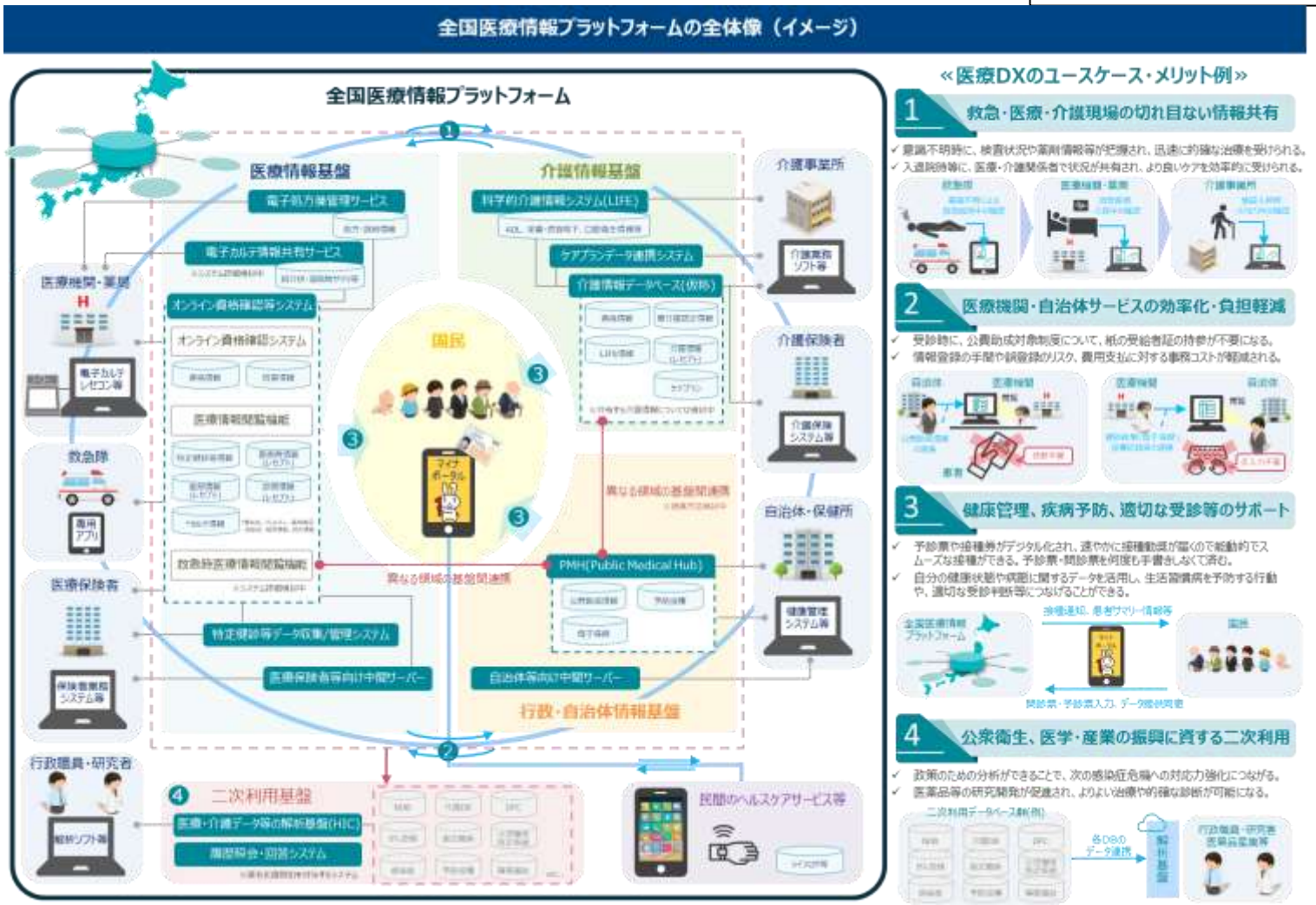
４．オンライン資格確認等システムについて

５．電子処方箋について

全国医療情報PFにおける電子処方箋の位置づけについて

〇全国医療情報PFにおいて、電子処方箋管理サービスは医療情報基盤の一つとして位置づけられている。
〇医療DXの推進においては、オンライン資格確認等システムの導入を前提に、質が高く効率化された医療の提供や医療費適正化の観点から、電子処方箋の活用を着実に進めていく必要がある。

第４回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省 推進チーム（令和５年８月30日）資料２－３ 一部改変



電子処方箋の導入意義

電子処方箋により、医療機関や薬局・患者間での処方/調剤薬剤の情報共有や、関係者間でのコミュニケーションが促進されることで、質の高い医療サービスの提供、重複投薬等の抑制、業務効率化を実現。

病院・診療所

患者の処方・調剤情報を踏まえた質の高い診察・処方

- 医療機関・薬局を跨いで、**リアルタイムでの処方/調剤情報含む薬剤の情報を閲覧**。（直近から過去3年分まで）
- 自院が発行した処方箋に対する薬局の調剤結果（後発医薬品への変更等含む）**を電子処方箋管理サービスから電子的に取得**。

重複投薬等の抑制

- 医療機関・薬局を跨いで、患者が処方/調剤された薬剤の情報を基に、電子処方箋管理サービスで重複投薬等チェックを実施することで、**より実効性のある重複投薬防止が可能**になる。

円滑なコミュニケーション

- システム化により**医師と薬剤師の情報共有の手段が増え、より円滑なコミュニケーションが期待できる**。

薬局

患者の処方・調剤情報を踏まえた質の高い調剤・服薬指導

- 医療機関・薬局を跨いで、**リアルタイムでの処方/調剤情報含む薬剤の情報を閲覧**。（直近から過去3年分まで）
- 調剤結果や処方医への伝達事項を**電子処方箋管理サービス経由で電子的に伝達**。

業務効率化

- 電子処方箋管理サービスから処方箋をデータとして受け取ることで、**システムへの入力作業等の作業を削減し、事務の効率化**が期待。
- 処方箋がデータ化されることで、紙の調剤済み処方箋の**ファイリング作業、保管スペースを削減**。

円滑なコミュニケーション

- システム化により**医師と薬剤師の情報共有の手段が増え、より円滑なコミュニケーションが期待できる**。さらに、システム的にチェックされた処方箋を薬局で扱えるようになる。

患者

- 複数の医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、実効性のある重複投薬防止等や、より適切な薬学的管理が可能になるため、**患者の更なる健康増進**に貢献。

- **患者自らが薬剤情報をトータルで一元的に確認**することができ、服薬情報の履歴を管理できるとともに、必要に応じて医療機関、薬局等から各種のサービスを受けることが可能。

- 処方箋原本を電子的に受け取ることが可能となり、**オンライン診療・服薬指導の更なる利用促進**に貢献。

電子処方箋の導入状況について

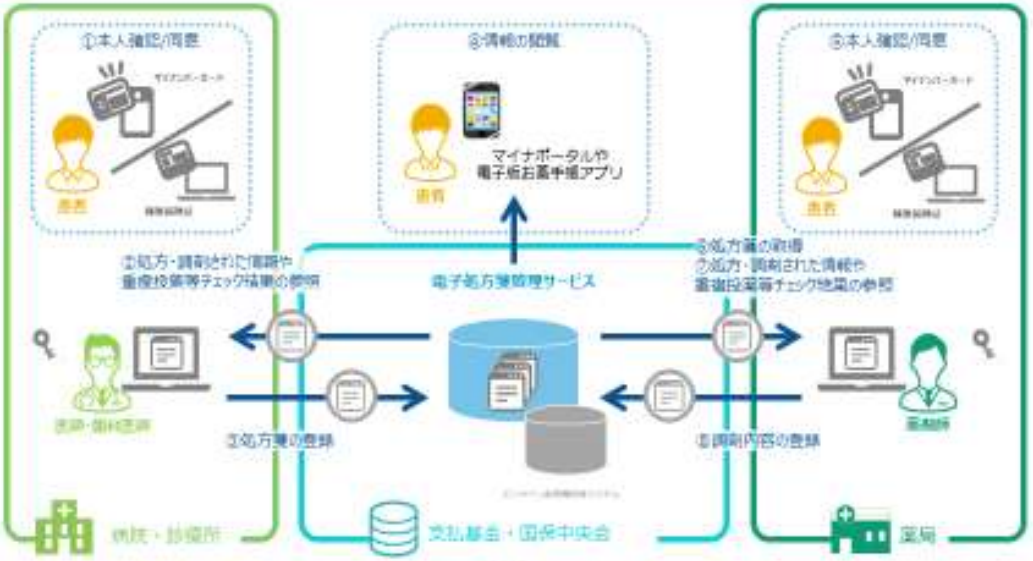
〇電子処方箋管理サービスの運用を開始した医療機関等の割合は、いまだに低い状況にある。

厚生労働省医薬局作成資料

電子処方箋の導入状況

○ 令和５年１月26日から電子処方箋管理サービスの運用開始。
現在、10,045施設（病院26、医科診療所672、歯科診療所37、薬局9,310）（11/19時点）で稼働中。
（注）オンライン資格確認導入施設数約20万施設のうち、約4.92%

○ 事前の導入手続（利用申請）を行った施設数：
62,889施設（病院1,428、医科診療所22,941、歯科診療所12,860、薬局25,660）(11/19時点)



フォローアップ（令和４年６月７日新しい資本主義実現本部決定・閣議決定）

2023年１月からの電子処方箋の運用開始に向けて、安全かつ正確な運用のための環境整備を行うとともに、2025年３月を目指して
オンライン資格確認を導入した概ね全ての医療機関及び薬局での電子処方箋システムの導入を支援する。

処方・調剤された情報や重複投薬チェック結果の参照

○ 医師・歯科医師は、処方するお薬を確定するにあたり、電子／紙の処方箋に関わらず、これから処方するお薬が過去のお薬と重複していないかのチェックを「電子処方箋管理サービス」で行います（重複があるものの、意図的に処方する場合はその処方意図を入力し、処方箋と併せて登録できます。）

○ 薬局では、処方箋の電子ファイルを薬局システムに取り込むタイミングで、処方されたお薬が過去のお薬と重複していないかを、「電子処方箋管理サービス」でチェックを行い、当該結果も併せて取り込みます。
※紙の処方箋の場合も、同様にチェック結果を確認できるよう、引換番号などを基に電子ファイルを取り込みます。

○ マイナンバーカードでの受付で患者からの同意がある場合、過去のお薬のデータを参照することもできます。

電子カルテシステムなど

処方オーダー入力画面（イメージ）



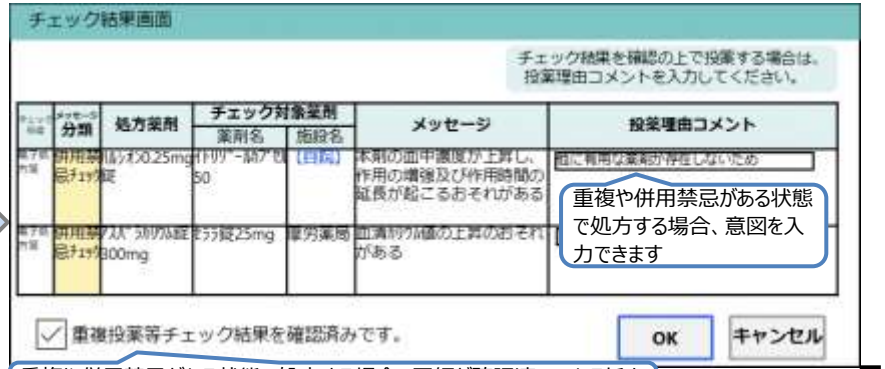
過去のお薬を参照することも可能

重複投薬等チェックの結果を参照する

過去のお薬のデータ（イメージ）



重複投薬・併用禁忌のチェック結果（イメージ）



発行形態・受付方法毎の電子処方箋の機能・利用方法

○ 患者の受付方法（マイナンバーカード・健康保険証）、患者が選択する処方箋の発行形態（電子・紙の処方箋）に関わらず、重複投薬等チェックなどの各機能が利用できます。

○ マイナンバーカードで受付を行う患者が、自身のお薬の情報を提供することに同意した場合、医師等は過去のお薬の情報を参照し、診察、処方・調剤の判断に役立てることができます。

○ 患者が電子処方箋、または紙の処方箋のどちらを選択したかによって、医師等の処方箋への署名方法や患者に渡す用紙などが異なります。

受付方法ごとの業務内容

受付方法		医師・歯科医師、薬剤師の業務
マイナンバーカード	同意あり	✓ 任意のタイミングで過去のお薬情報を参照可。 ✓ 重複投薬等チェックを行い、過去のどのお薬が重複・併用禁忌に該当するかまで確認可。
マイナンバーカード	同意なし	✓ 過去のお薬の情報は参照不可。 ✓ 同意がなくても重複投薬等チェックを行うが、過去のどのお薬が重複・併用禁忌に該当するかまで確認不可。
健康保険証		

電子処方箋のメリットを最大限得られるよう、
患者にマイナンバーカードの持参をお勧めください！

処方箋発行形態ごとの業務内容

発行形態	医師・歯科医師、薬剤師の業務
電子処方箋	✓ 処方・調剤内容を含む電子ファイル（※）に電子署名を行う。 ✓ 医師・歯科医師は患者に処方内容（控え）を渡す。 （マイナポータルでも処方内容等を閲覧できるため、マイナポータルが普及するまでの暫定措置。）
紙の処方箋	✓ 処方・調剤内容を含む電子ファイル（※）には電子署名を行わず、従来どおり紙の処方箋に署名を行う。 ✓ 医師・歯科医師は患者に従来どおり、紙の処方箋を渡す。

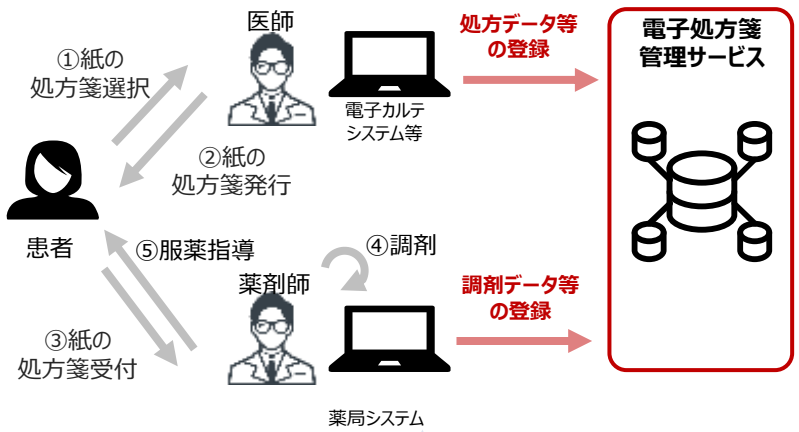
※　電子カルテシステムやレセプトコンピュータ等で自動生成される。

紙処方箋発行・受付時のデータ登録について

○ 紙の処方箋であっても、処方内容と調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録することで、当該情報の閲覧や重複投薬等チェックで、医療機関・薬局間での情報共有に活用できます。

○ また、登録されたデータは、患者自身がマイナポータル等でリアルタイムに情報閲覧できるようになります。

電子処方箋のみならず、紙の処方箋の場合も
電子処方箋管理サービスにデータを蓄積してください！



例えば、周囲に電子処方箋対応の医療機関がないが、対応する薬局が多い状況においても、それらの薬局が紙の処方箋の調剤情報を登録することで、医療機関・薬局が当該情報を活用できるようになります！

早期に導入した施設からは紙の処方箋で
運用を開始するメリットも寄せられています！

当薬局の患者さんは高齢者が多く、いろいろな病院に行っている方が多いので、**紙の処方箋であっても情報が共有されていくのは便利**です。



早期に導入した
薬局の薬剤師

電子処方箋導入促進のための厚生労働省における今後の取り組み

導入が進まない要因	導入に向けた対応策
①周囲の医療機関・薬局が導入していない （導入施設数が限られ、緊要性を感じない）	**①公的病院を中心に導入推進を強化**
②複数のシステム改修が次々と（断続的に）必要となることによる負担増大	**②複数のシステム改修の一体的な導入を推進**
③電子署名対応に手間がかかる （物理カード不足・発行遅延、カードリーダ不足、カードレス署名に必要なスマホ不足）	**③マイナンバーカードを活用した電子署名の仕組み構築（12~1月頃）、カードレス署名の推進、システムベンダへの早期導入呼び掛け**
④導入しても問題なく使えるかどうか不安	**④先行して実施している施設の取り組みや、各種好事例/成功事例の発信**
⑤患者からの要請がなく、ニーズを感じない	**⑤国民向け周知を強化**

電子処方箋の周知広報について

電子処方箋運用開始ポスター

電子処方箋が始まったこと・対応施設であることを示すポスター。
施設内に掲示していただくようにしている

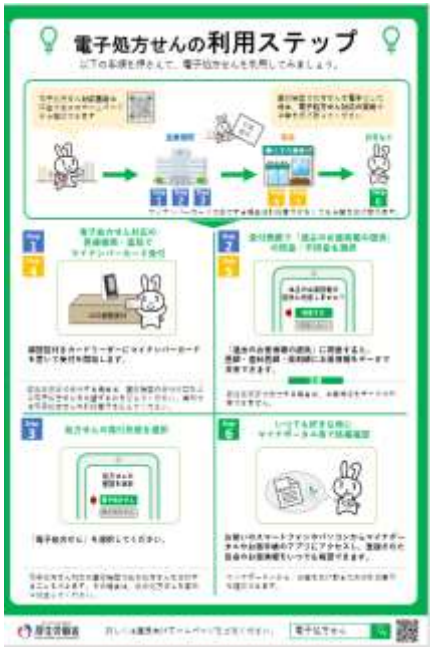




患者向けリーフレット

電子処方箋のメリット、利用ステップ等が記載されたリーフレット。
医療機関・薬局等で患者への案内時に補助的に活用したり、
興味を持った患者への配布して活用いただくようにしている（８月公表）





・ 電子処方箋説明動画　1分弱の短尺で、マイナンバーカードでの受付から電子処方箋の活用を紹介する動画。施設内のサイネージ等での放映に活用可能。
動画が流せない施設向けのスライド版も同時作成。

その他にも、医療現場の方が患者から電子処方箋の質問を受けた際に案内しやすい資料等を随時作成し、さらに充実させていく予定

医療機関・薬局向け、患者向け、様々な周知広報資材・動画をお使いいただけるよう、厚生労働省ホームページに掲載中
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/denshishohousen_sozai.html

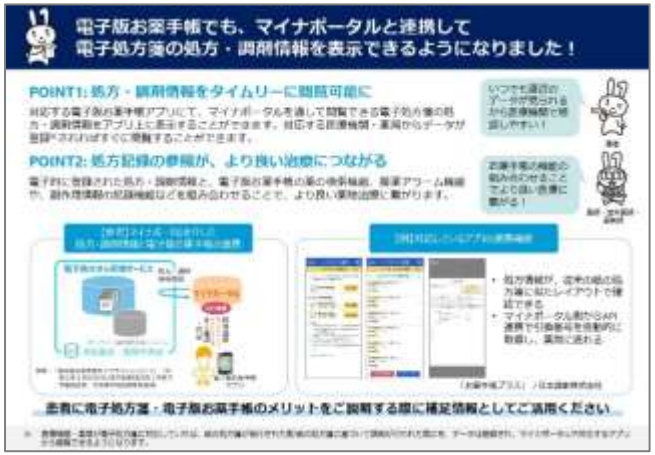
電子処方箋等の活用事例サイト

○ 「電子処方箋等活用事例サイト」を開設し、運用事例や、重複投薬等チェック、過去情報閲覧に関する事例等を公表中。

重複投薬等チェックや、過去の薬剤情報等を活用できている医療機関・薬局の事例
マイナポータルと連携して電子処方箋の処方・調剤情報を表示可能な電子版お薬手帳の事例







引き続き活用事例を収集し、更に充実させていく予定

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/denshishohousen_case.html

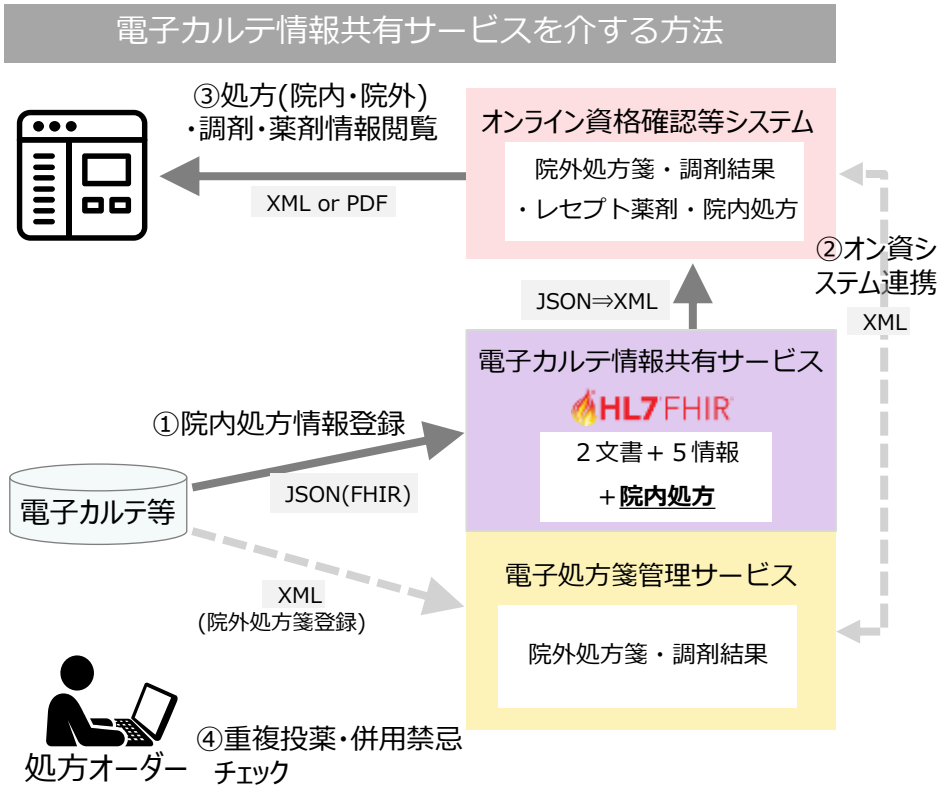
電子処方箋に係る当面の全体スケジュール

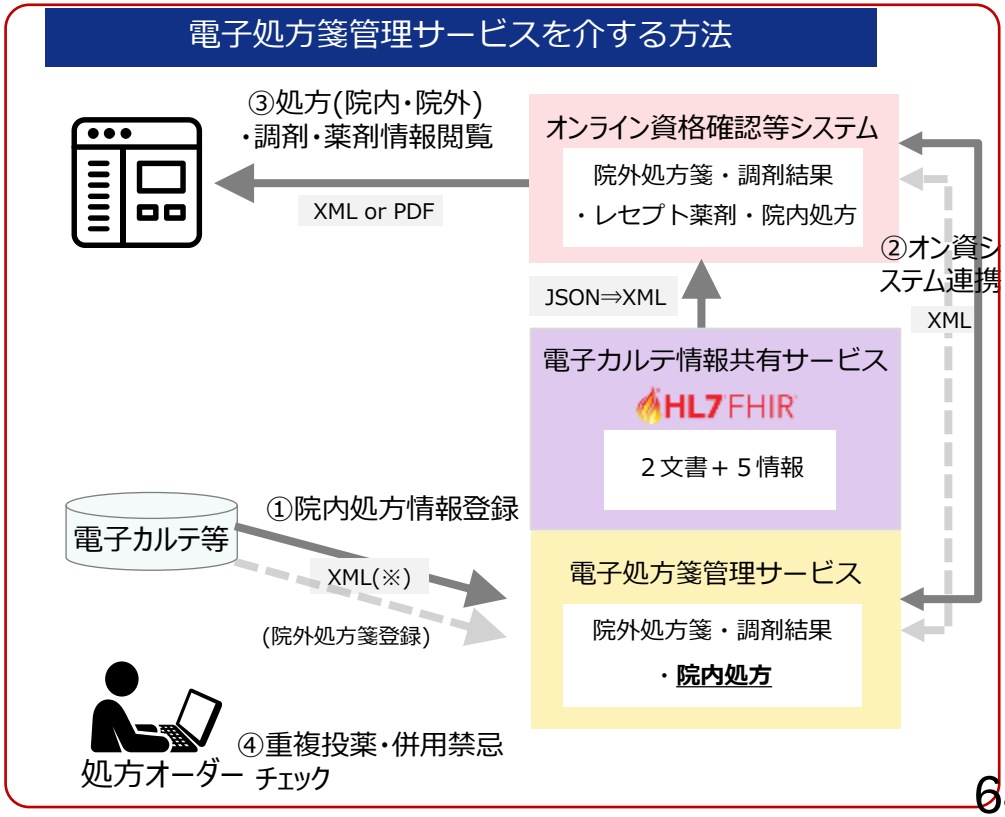
○　電子処方箋に係る当面の全体スケジュールにおいては、院内処方に係る機能拡充も含めた機能について改修等を行う予定である。



院内処方情報連携の実装方法について

○ 院内処方の情報連携を行うシステムについては、以下の理由により、電子処方箋管理サービスを介する方法とすることを基本とし、検討を進める。
・院内処方の場合であっても、院外処方箋同様、処方のタイミングで迅速に重複投薬等チェックが実現できることが重要。
・こういった機能を新規に構築するよりは、既に当該機能を有する電子処方箋管理サービスに実装することで、社会コストの抑制に繋がると考えられる。





医療DXに係る課題①

【課題】

情報共有基盤に係る整備について

- 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕において、全国医療情報PFの構築については、情報共有基盤の整備、共有等が可能な医療情報の範囲の拡大が掲げられており、電子カルテ情報共有サービスや救急時に患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が進められているところ。後者については令和6年度中の運用開始を目途に進められている。
- 電子カルテ情報共有サービスにおける、文書送付サービスの仕組み（登録、保存管理、取得・閲覧）及びメリットについては、、確実な文書送付による個人情報の安全な管理等が示されている。
- 電子カルテ情報共有サービスにおける、6情報閲覧サービスの仕組み（登録、保存管理、取得・閲覧）及びメリットについては、患者の医療情報を踏まえた質の高い診療等が示されている。
- データヘルス集中改革プランのAction1「医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組み」においては、救急患者についてマイナンバーカードや氏名等の4情報検索により、救急用サマリー等を確認できるよう、令和6年度中の運用開始を目途に整備が進められている。

サイバーセキュリティーについて

（医療情報システムのバックアップについて）

- 医療情報システムのバックアップは、医療情報の適切な管理という面において非常に重要。特にサイバーセキュリティ対策として、非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離したオフラインでの保管を実施することが効果的である。
- 調査では、電子カルテを含む医療情報システムを導入している医療機関の9割がバックアップを取っている。

医療DXに係る課題②

【課題】

サイバーセキュリティーについて（続き）

（人材の教育研修等について）

- 令和４年度診療報酬改定において、診療録管理体制加算を算定する400床以上の医療機関に配置を要件（経過措置有）としている専任の医療情報システム安全管理責任者については、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を行うとされている。配置状況については、令和５年１月時点で、400床～499床で92%、500床以上で97%であり、病院規模が大きいほど増加傾向であった。
- また、令和５年４月に施行された医療法第25条第１項に基づく立ち入り検査の要綱に新たにセキュリティ確保のための取り組みを位置づけ、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めている。

（訓練について）

- サイバーセキュリティインシデントが発生した場合、通常診療に影響を与えないよう速やかに適切な復旧を行うことが重要。そのためにはサイバーセキュリティインシデントに備えたBCPの策定やBCPに記載した手順に従った方法に基づく訓練を行うことが必要とされている。

オンライン資格確認等システムについて

- オンライン資格確認等システムの導入状況は、「稼働中」が82.1%、「準備中のため稼働していない」が14.1%、「義務化対象外のため稼働していない」が3.4%であった。
- マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の活用について、複数の活用効果についての回答が得られたが、活用状況については未だに十分ではない。
- マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の活用により、「複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた」等の患者に対するメリットを回答した医療機関が一定数認められた。

医療DXに係る課題③

【課題】

電子処方箋について

- 全国医療情報PFにおいて、電子処方箋管理サービスは医療情報基盤の一つとして位置づけられている。
- 医療DXの推進においては、オンライン資格確認等システムの導入を前提に、質が高く効率化された医療の提供や医療費適正化の観点から、電子処方箋の活用を着実に進めていく必要がある。
- 医療機関等における電子処方箋管理サービスが運用開始された割合は、いまだに低い状況にある。
- 一方、電子処方箋に係る当面の全体スケジュールにおいては、院内処方に係る機能拡充も含めた機能について改修等を行う予定である。

医療DXについての論点

【論点】

（情報基盤に係る整備について）

○　救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が、令和6年度中の運用開始を目途に整備が進められていることを踏まえ、急性期充実体制加算や救命救急入院料等、救急医療で一定の役割を果たすことを念頭においている診療報酬項目については、救急外来における救急用サマリ等を活用できる体制整備を促進することについてどのように考えるか。

（サイバーセキュリティについて）

○　現行の診療録管理体制加算においては、医療情報システムのバックアップは望ましい要件としているところ。既にセキュリティ対策の一環の取り組みにおいてオフラインでのバックアップを行っている医療機関の評価について、どのように考えるか。

○　医療法第25条第１項に基づく立ち入り検査において、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めているが、 診療報酬上では、400床以上の医療機関に専任の医療情報システム安全管理責任者を求めていることについてどのように考えるか。

○　今後、医療DXが推進される中で、サイバーセキュリティインシデントが発生した場合を想定して、BCPの策定やBCPに記載した手順に従った方法に基づく訓練を行うことの評価について、どのように考えるか。

（オンライン資格確認等システムについて）

○　医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、検証調査の結果も踏まえて、マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報等を活用した質の高い医療の提供をさらに推進する観点から、令和6年度診療報酬改定に向けてどのような対応を行うべきか。

○　マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報や特定健診情報を診察で直接閲覧するとともに3文書6情報を適切に入力し活用する等の体制を整備することを促進することについてどのように考えるか。

（電子処方箋について）

○　医療DXの推進に係る全国医療情報PFの全体図において、電子処方箋も医療情報基盤として掲げられているところ、電子処方箋の普及に向けた診療報酬上の対応についてどのように考えるか。

中医協　総－３
５．　１２．　１

個別事項（その９）

小児・周産期（その２）

令和５年８月２日開催の中医協における主な意見

○ かかりつけ医機能については、小児医療提供体制の基礎となる重要な論点。かかりつけ医機能において、24時間対応は極めて重要な要素であり、小児かかりつけ診療料のこれ以上の要件緩和はすべきではない。

○ 小児入院医療管理料を届け出る病棟では、保育士や看護補助者を一定数配置しているが、医療的ケア児や、NICUからステップダウンしてくる児等の、昨今の増加を踏まえれば、様々な需要を受け止めきれているのかについて検討が必要ではないか。

○ 小児病棟では、現状、看護補助者の配置に対する評価がなく、配置が進んでいない状況にある。看護職員が小児患者への看護に集中でき、親子とも、より安心して過ごせる入院環境が整備できるよう、看護補助者配置への評価が重要。

○ 小児入院患者が減少する中、小児病棟を単独で維持することが難しくなっている。「成育医療等基本方針」でも記載されたように、小児の心身発達への配慮や、小児患者・家族が安心して療養できる環境確保の観点から、成人との混合病棟の中における小児病床の区域特定が必要。

○ NICUにおいては、超低出生体重児の割合や高度な処置の実施が増加しており、高水準な医学的管理を安全に行うためには、特定集中治療室や小児特定集中治療室と同等の手厚い配置が必要。

○ NICUには、新生児集中ケア認定看護師などの専門性の高い看護師や小児患者の在宅移行支援に関する研修を受講した看護師が配置されることが望ましい。

○ 同時改定では障害福祉サービスと医療機関との連携や情報提供を促していくことが重要。

○ 医療的ケア児については、レスパイトケアが課題の１つ。障害福祉の「医療型短期入所サービス」の役割も重要であり、同時改定のタイミングで、家族の不安をどのように解消するかを含めて、障害福祉サービスでの対応を検討すべき。

○ 入院・外来・在宅が一体となって「地域で支える」というコンセプトは、成人の場合と同じであると考えている。

○ 小児にも緩和ケアは必要であり、どのような病棟で、どのように対応するべきなのか、実態の分かるデータをもとに議論を進めていくべき。

○ 小児の緩和ケアは、家族や兄弟姉妹との関係の中で、その子どもらしく、穏やかな最期の時を迎えられるよう支援することが重要であり、提供体制の充実が必要と考える。

○ 医療計画に沿った体制整備は重要だが、令和8年度改定で正常分娩の保険適用が論点になることが予想されるため、その全体像が明らかになった段階で周産期医療全体の評価のあり方を検討すべきであり、令和6年度は、周産期医療の評価について、慎重に判断するべき。

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

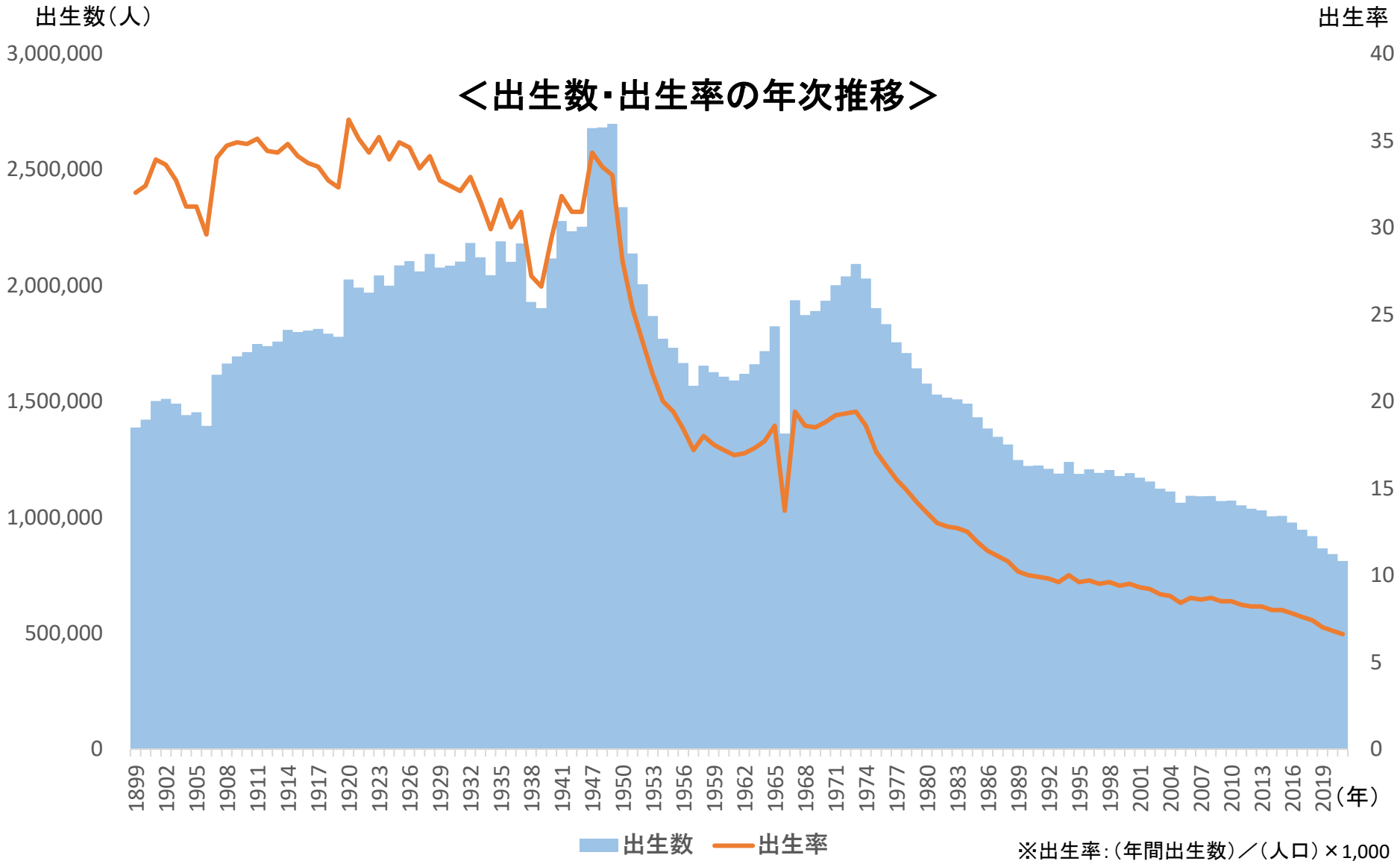
2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

出生数・出生率の推移

○　出生数･出生率は減少傾向にある。

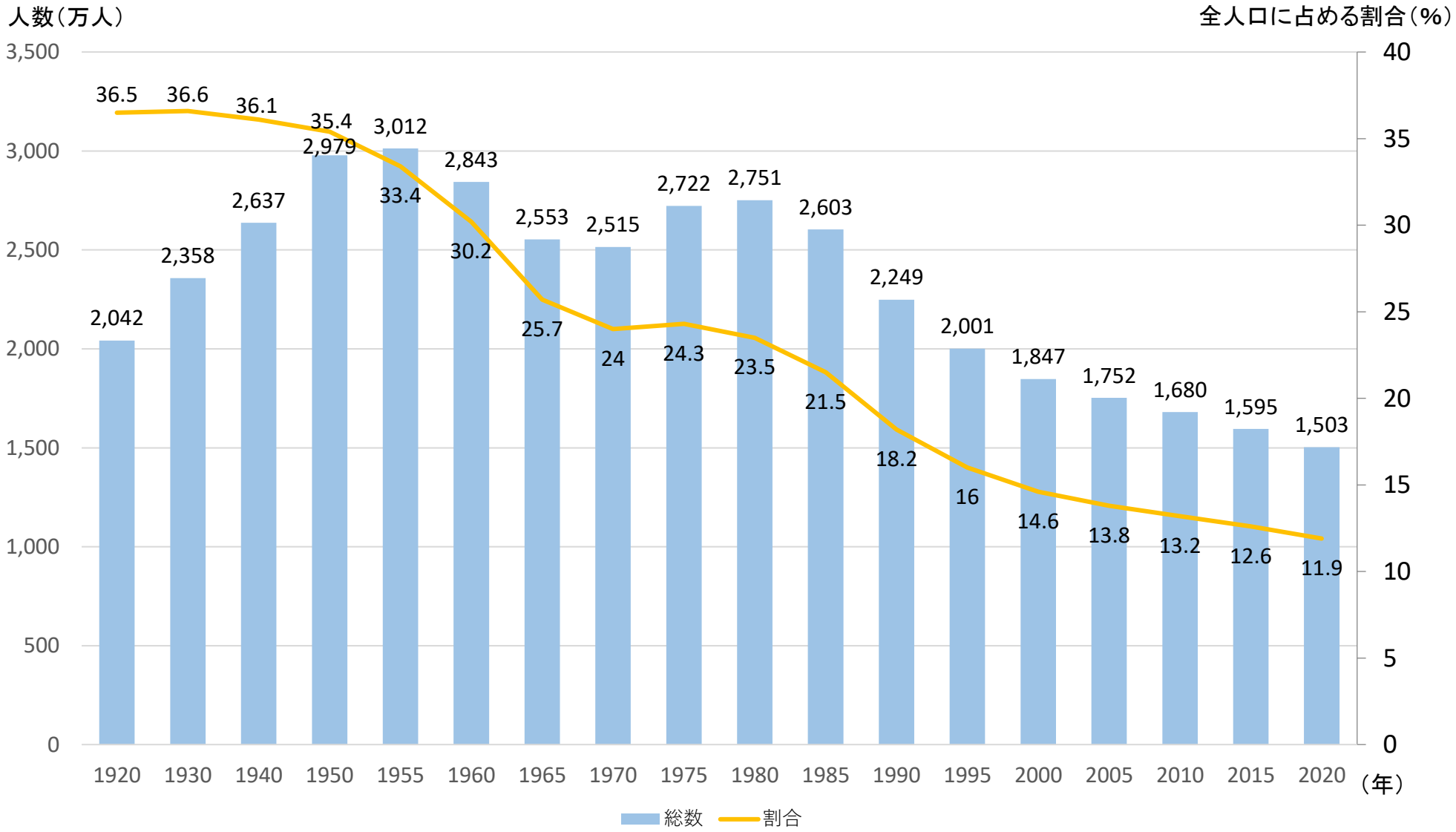


※出生率：（年間出生数）／（人口）×1,000

出典：人口動態調査

15歳未満人口の推移

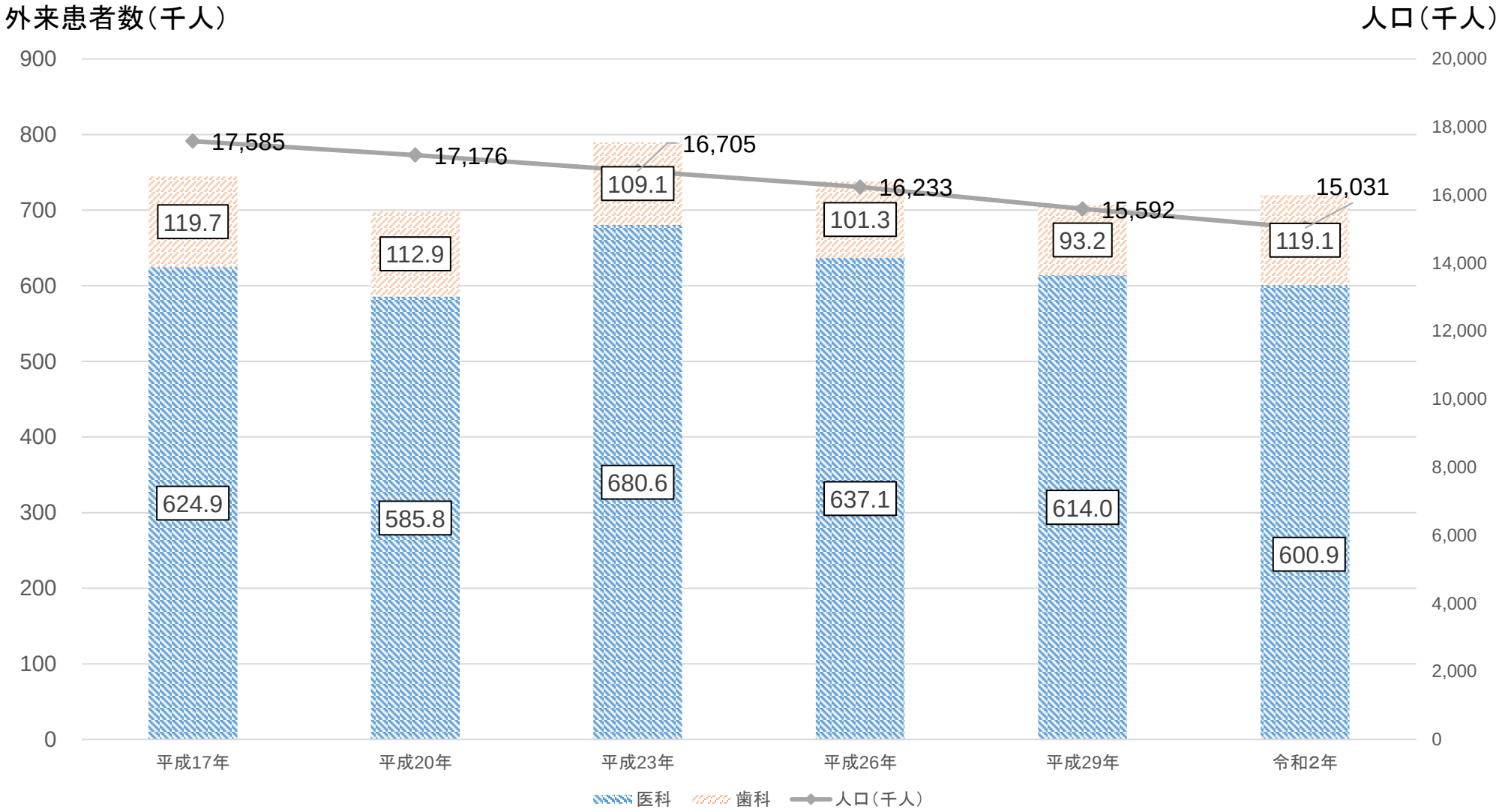
○　15歳未満人口は近年減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。



出典：平成31年４月10日中医協資料総－４より抜粋、総務省統計局国勢調査よりデータ更新

15歳未満の外来患者数・人口の推移

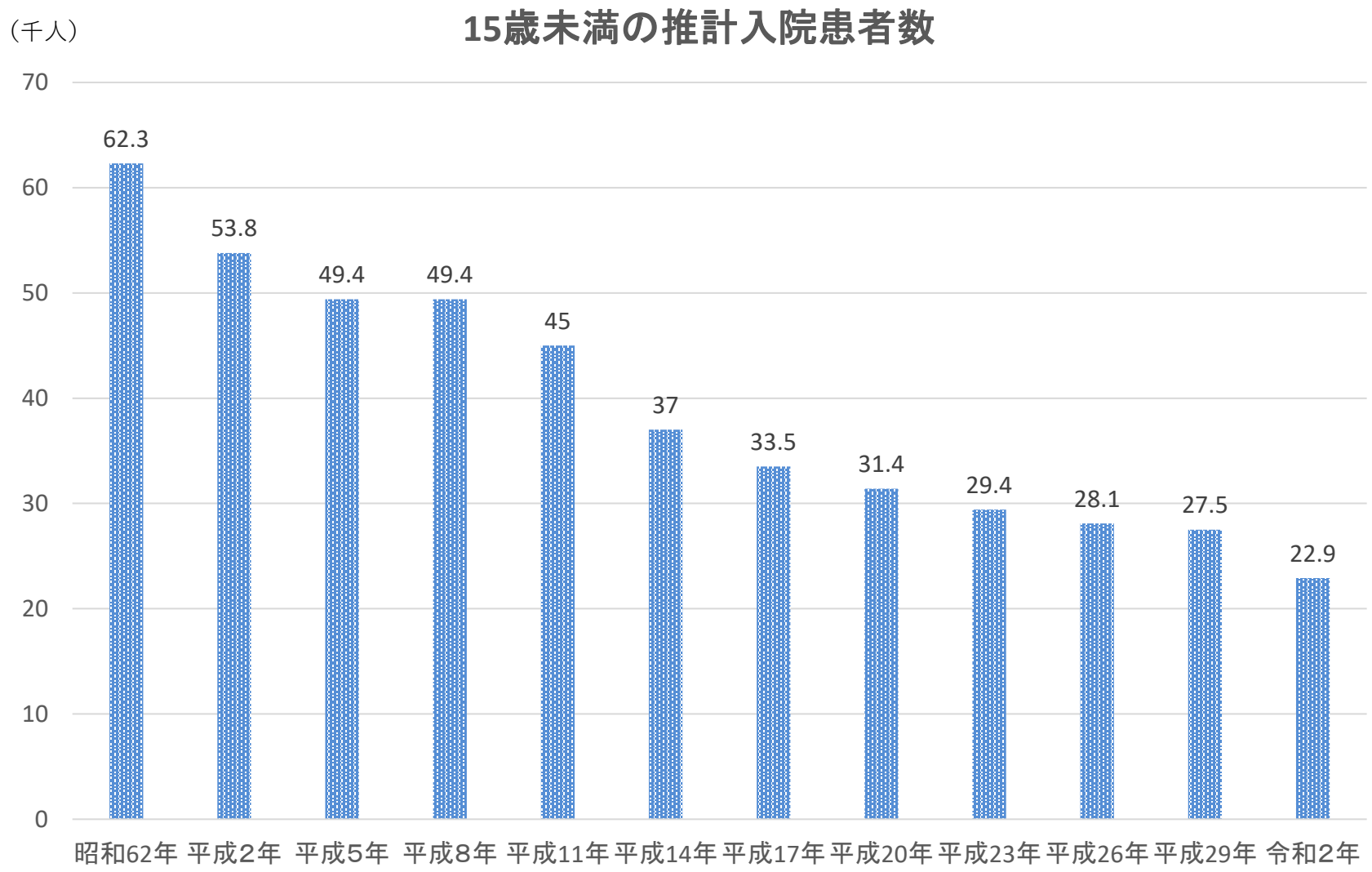
○　15歳未満の人口は大きく減少しているが、外来患者数の減少は大きくない。



出典：人口推計、患者調査

15歳未満の入院患者数の推移

○　15歳未満の入院患者数は年々減少傾向である。

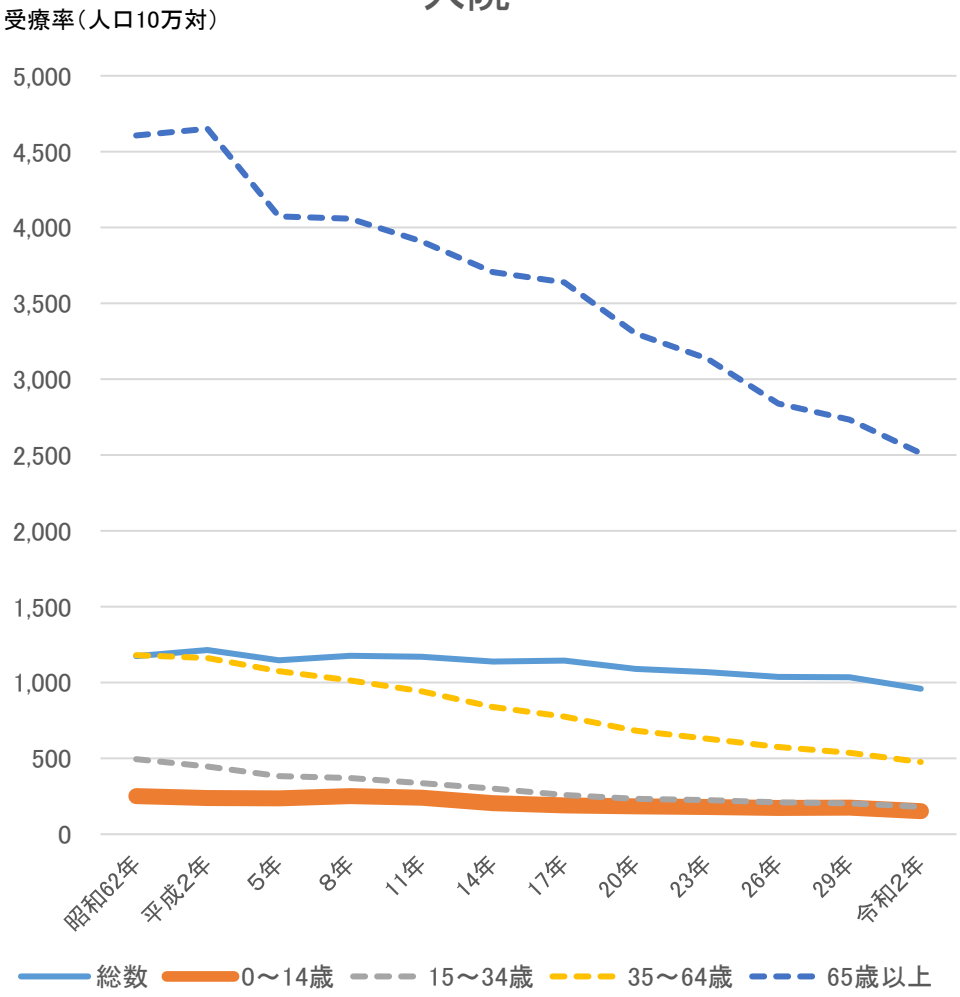


出典：患者調査（調査月：10月）

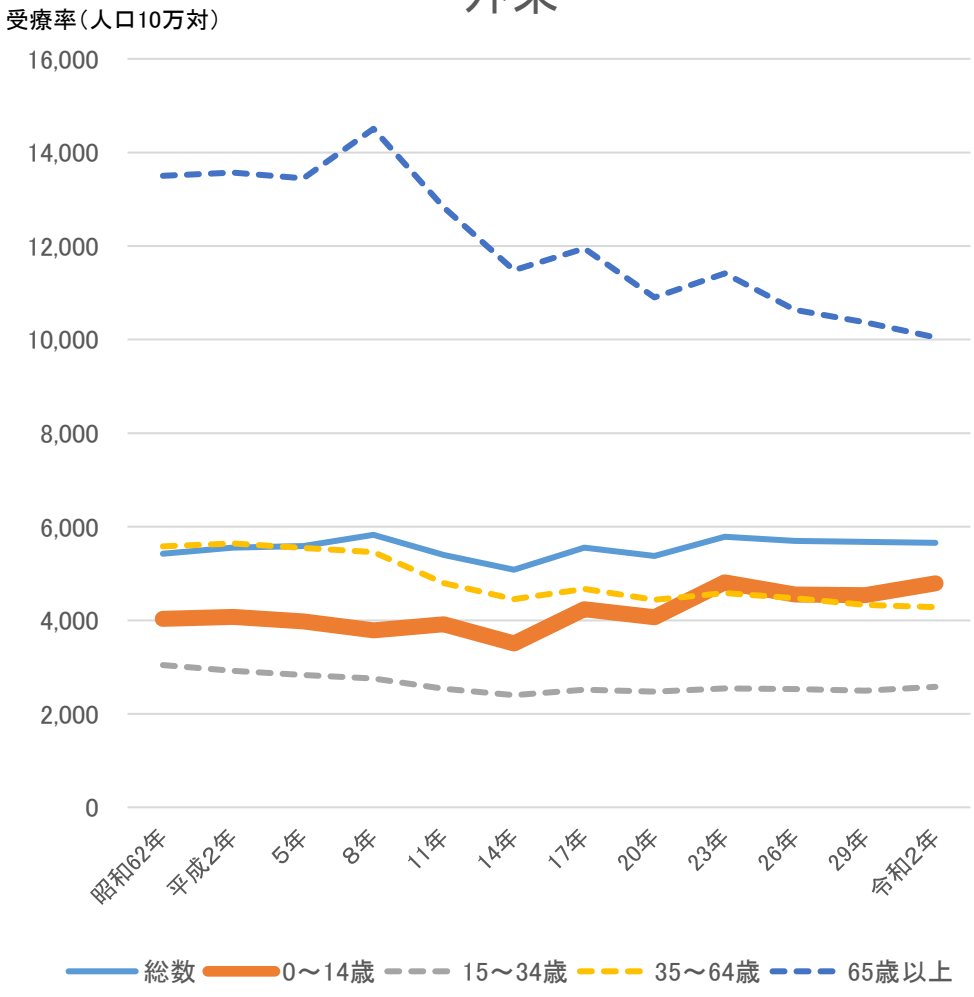
年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移

○　0～14歳の入院における受療率は低下しているが、外来においては上昇している。

入院



外来



出典：患者調査（調査月：10月）

こども未来戦略方針（令和5年6月13日 閣議決定）

Ⅱ．こども・子育て政策の強化：３つの基本理念
２．３つの基本理念

（３）全てのこども・子育て世帯を切れ目なく支援する

〇これまで比較的支援が手薄だった、妊娠・出産期から０～２歳の支援を強化し、妊娠・出産・育児を通じて、全ての子育て家庭の様々な困難・悩みに応えられる伴走型支援を強化するなど、量・質両面からの強化を図ること

- 貧困の状況にある家庭、障害のあるこどもや医療的ケアが必要なこどもを育てる家庭、ひとり親家庭などに対してよりきめ細かい対応を行うこと

Ⅲ－１．「加速化プラン」において実施する具体的な施策
１．ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

（３）医療費等の負担軽減　～地方自治体の取組への支援～

〇　おおむね全ての地方自治体において実施されているこども医療費助成について、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する。あわせて、適正な抗菌薬使用などを含め、こどもにとってより良い医療の在り方について、今後、医学界など専門家の意見も踏まえつつ、国と地方の協議の場などにおいて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

Ⅲ－１．「加速化プラン」において実施する具体的な施策
２．全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

（５）多様な支援ニーズへの対応　～社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援～（障害児支援、医療的ケア児支援等）

〇 障害の有無にかかわらず、安心して暮らすことができる地域づくりを進めるため、地域における障害児の支援体制の強化や保育所等におけるインクルージョンを推進する。具体的には、地域における障害児支援の中核的役割を担う児童発達支援センターについて、専門的な支援の提供と併せて、地域の障害児支援事業所や保育所等への支援を行うなどの機能強化を行うとともに、保育所等への巡回支援の充実を図る。また、医療的ケア児、聴覚障害児など、専門的支援が必要なこどもたちへの対応のため地域における連携体制を強化する。こうした体制の強化が全国各地域で進むよう、国や都道府県等による状況把握や助言等の広域的支援を進め、地域の支援体制の整備を促進する。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日 閣議決定）

第２章　新しい資本主義の加速
３．少子化対策・こども政策の抜本強化

（加速化プランの推進）

「こども未来戦略方針」に基づき、今後「加速化プラン」の３年間の集中取組期間において、「ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組」（児童手当の拡充※１、出産等の経済的負担の軽減、地方自治体の取組への支援による医療費等の負担軽減、奨学金制度の充実など高等教育費の負担軽減、個人の主体的なリ・スキリングへの直接支援、いわゆる「年収の壁」への対応、子育て世帯に対する住宅支援の強化）、「全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充」（妊娠期からの切れ目ない支援の拡充※２や幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度※３（仮称）」の創設など）※４、「共働き・共育ての推進」（男性育休の取得促進や育児期を通じた柔軟な働き方の推進、多様な働き方と子育ての両立支援）とともに、こうした具体的政策に実効性を持たせる「こども・子育てにやさしい社会づくりのための意識改革」※５を、「「加速化プラン」を支える安定的な財源の確保」を進めつつ、政府を挙げて取り組んでいく。

※１　所得制限を撤廃、支給期間について高校生年代まで延長、第３子以降３万円。
※２　手続等のデジタル化も念頭に置いた伴走型相談支援の制度化、プレコンセプションケアを含む成育医療等の提供に関する研究、相談支援等を含む。
※３　月一定時間までの利用可能枠の中で、就労要件を問わず時間単位等で柔軟に利用できる新たな通園給付。
※４　妊娠期からの切れ目ない支援の拡充、幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度（仮称）」の創設等全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充のほか、新・放課後子ども総合プランの着実な実施、多様な支援ニーズへの対応（社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援）。
※５　優先案内や専門レーンの設置、公共交通機関等において妊産婦、乳幼児連れの方を含めた配慮が必要な方に対する利用者の理解・協力の啓発等。

（こども大綱のとりまとめ）

こどもホスピスの全国普及に向けた取組を進めるとともに、家庭・教育・医療・保健・福祉の連携の下、発達障害児や強度行動障害を有する児童、医療的ケア児を始めとする全ての障害のあるこどもへの支援体制の整備等、多様なニーズを有するこどもの地域の支援基盤の強化を図る。

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

小児入院医療管理料の概要

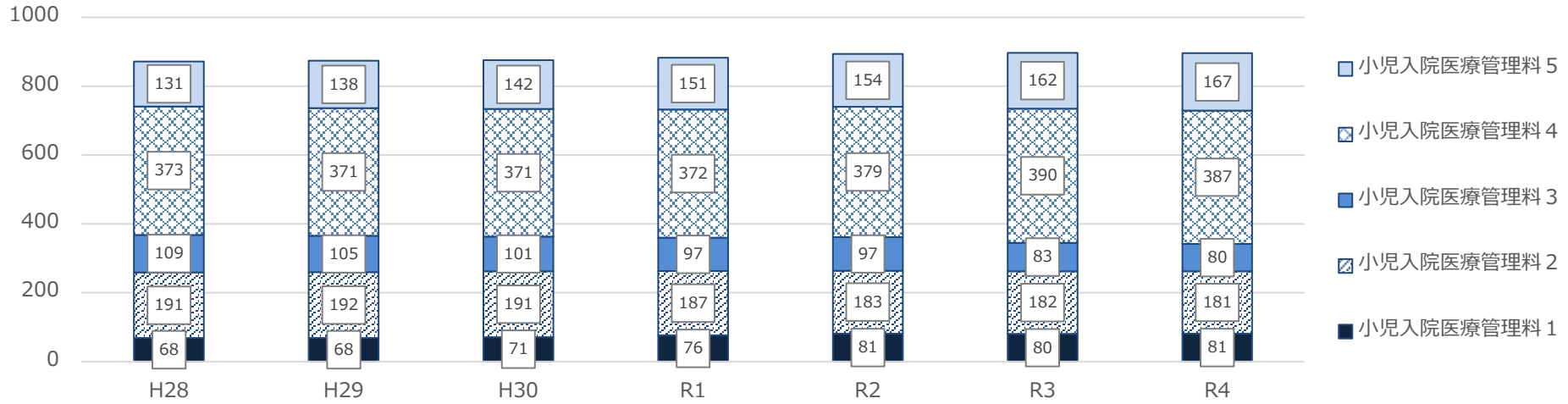
	小児入院医療管理料１	小児入院医療管理料２	小児入院医療管理料３	小児入院医療管理料４（病床単位）	小児入院医療管理料５
点数	4,750点	4,224点	3,803点	3,171点	2,206点
算定対象	入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法第164号）第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者）を対象とする。				
平均在院日数	当該病棟で21日以内			当該病棟を含めた一般病棟で28日以内	
医師の配置（※）	小児科常勤医師20名以上	小児科常勤医師９名以上	小児科常勤医師５名以上	小児科常勤医師３名以上	小児科常勤医師１名以上
看護配置	看護師 ７対１以上（夜勤時間帯についても９対１以上）	看護師 ７対１以上	看護師 ７対１以上	看護職員 10対１以上（７割以上が看護師）	看護職員 15対１以上（４割以上が看護師）
その他	• ６歳未満の入院を伴う手術件数が年間200件以上。 • 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。 • 年間の小児緊急入院患者数が800件以上。	• 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。		• 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。	

※　小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
※　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小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。

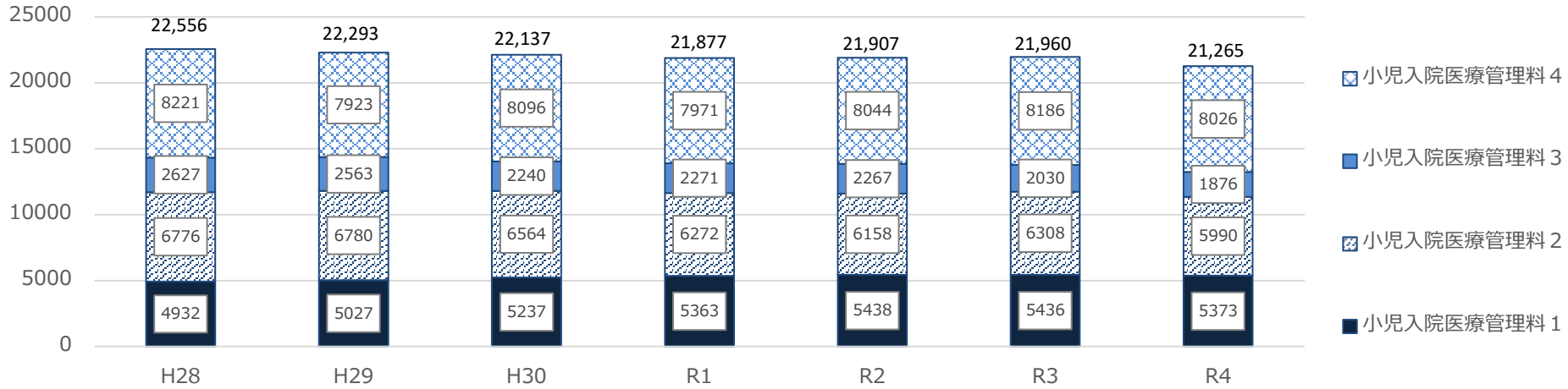
小児入院医療管理料の届出医療機関数・病床数の推移

○　小児入院医療管理料の届出医療機関数はほぼ横ばいで推移しているが、届出病床数はやや減少傾向である。

■小児入院医療管理料の届出医療機関数の推移



■小児入院医療管理料の届出病床数の推移

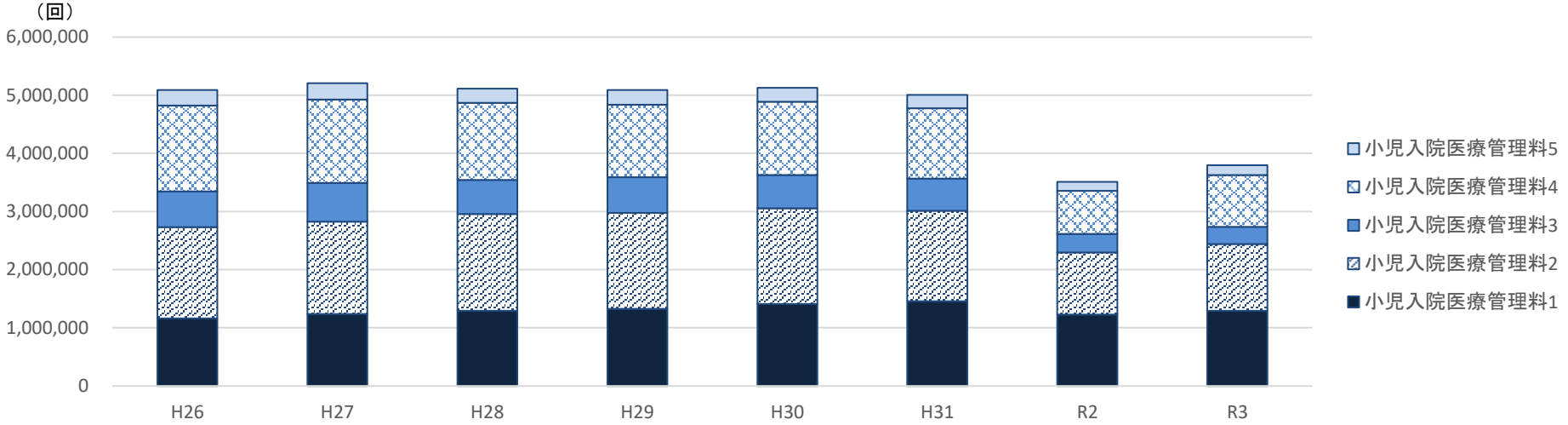


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の届出状況）

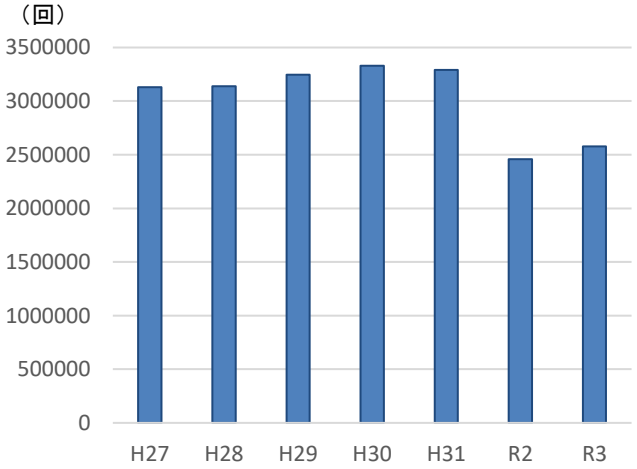
小児入院医療管理料の算定回数の推移

○　小児入院医療管理料の算定回数は横ばいであったが、コロナ禍であった令和２年度から大幅に減少している。

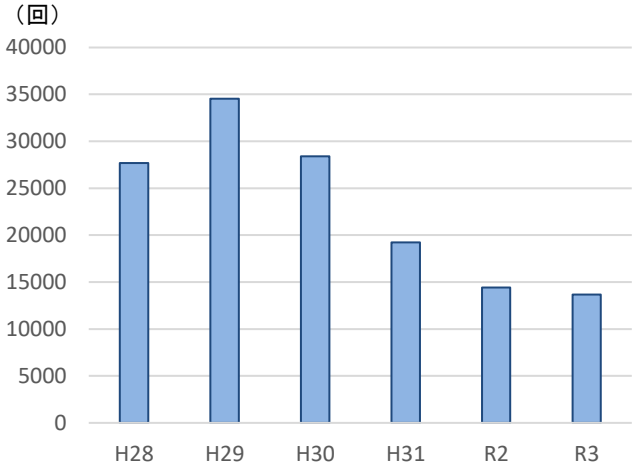
■小児入院医療管理料の算定回数の推移



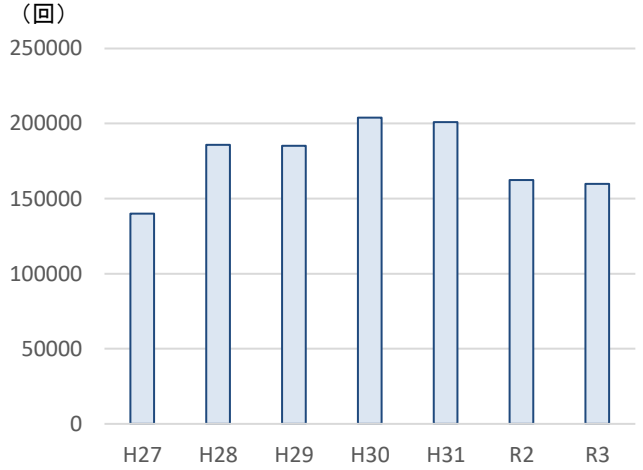
■注２加算の算定回数推移



■重症児受入体制加算の算定回数推移



■人工呼吸器使用加算の算定回数推移

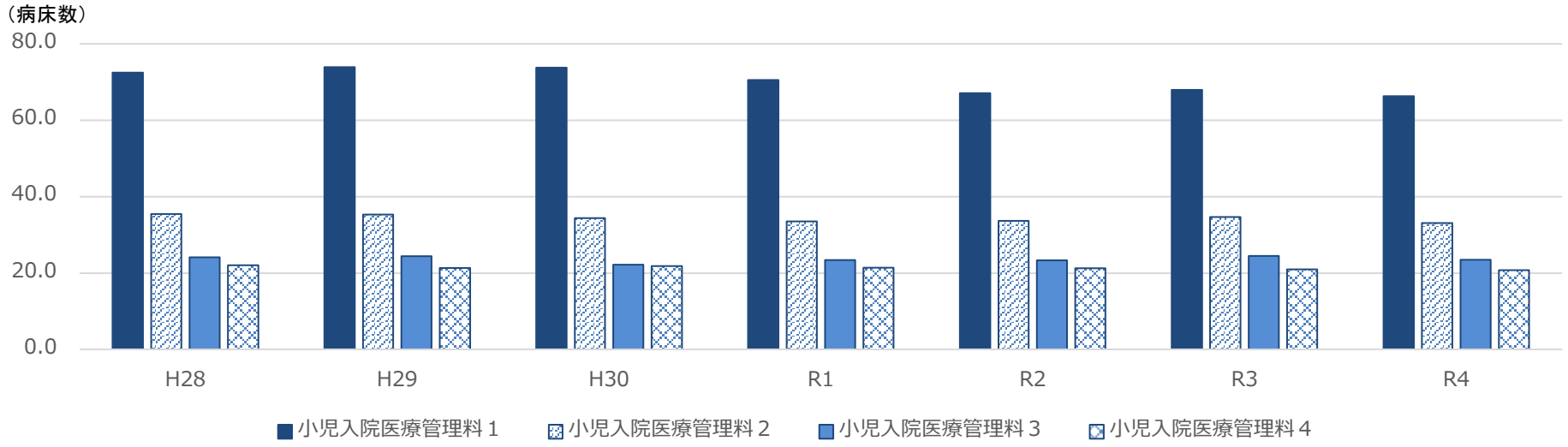


出典：NDBオープンデータ（各年総算定回数）

小児入院医療管理料の病床数

○　小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数の推移はやや減少傾向である。
○　小児入院医療管理料の病棟は、急性期一般入院料１に比べ１病棟あたりの病床数が少ない。

■小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の届出状況）

■小児入院医療管理料を届け出る病棟の医療保険届出病床数

	中央値	平均値
小児入院医療管理料	31	32.5
（参考）急性期一般入院料１	45	43.1

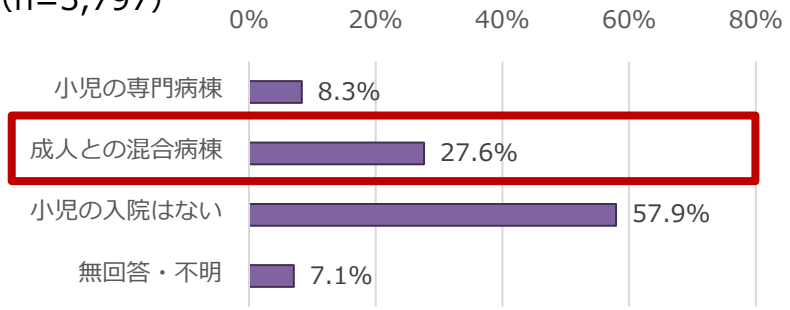
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

小児入院医療及び看護の実態

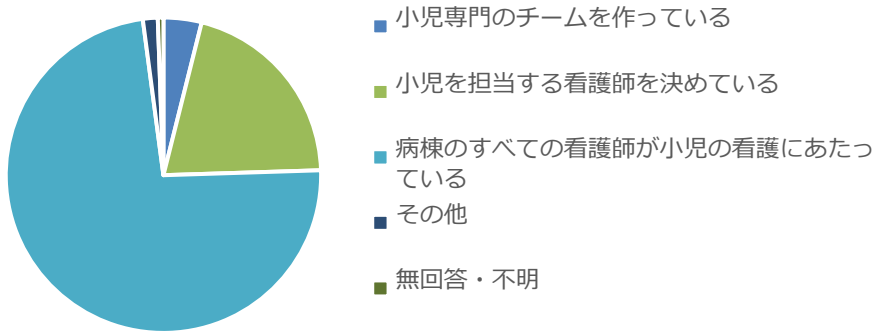
○ 病院のうち、小児が入院している病棟が「小児の専門病棟」の施設は8.3%、「成人との混合病棟」の施設は27.6%であった。
○ 成人との混合病棟における看護管理上の課題としては、「小児の成長発達に合わせた看護の提供」や「小児にも成人にも対応できる看護職のチーム編成」が挙げられた。

■小児が入院している病棟（複数回答）

（n=3,797）

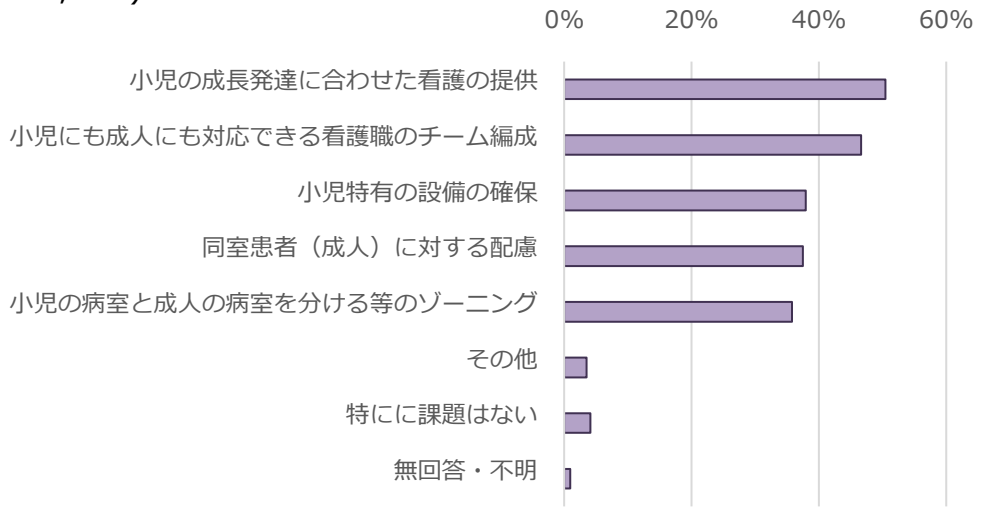


■成人との混合病棟における小児の看護体制（n=1,049）



■成人との混合病棟における看護管理上の課題（複数回答）

（n=1,049）



【調査概要】
調査対象：全国の病院　8,249施設（全数）※看護部長に回答を依頼
調査票法：Web調査
調査実施日：2020年10月１日～11月９日
回収状況：有効回収数 3,797施設（有効回収率46.0%）

出典：日本看護協会「2020年　病院看護実態調査　報告書」

【参考】成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策

成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策（抄）

Ⅳ．成人との混合病棟にいる子どもと家族の療養環境向上向けた提言

成人との混合病棟にいる子どもと家族の療養環境の向上に向けて、以下、4 つの視点から具体策を提言します。できるところからはじめてみましょう。

1．管理・マネジメント

施設の制約の中で可能な限り子どもと家族にとってよりよい療養環境を整えるためには、混合病棟のマネジメント、すなわち、リスクをマネジメントし子どもの安全を守りつつ、子どもと家族に必要な継続的なケアを提供することが重要です。産科混合病棟などで提案されている『ユニットマネジメント』はその一策です*。

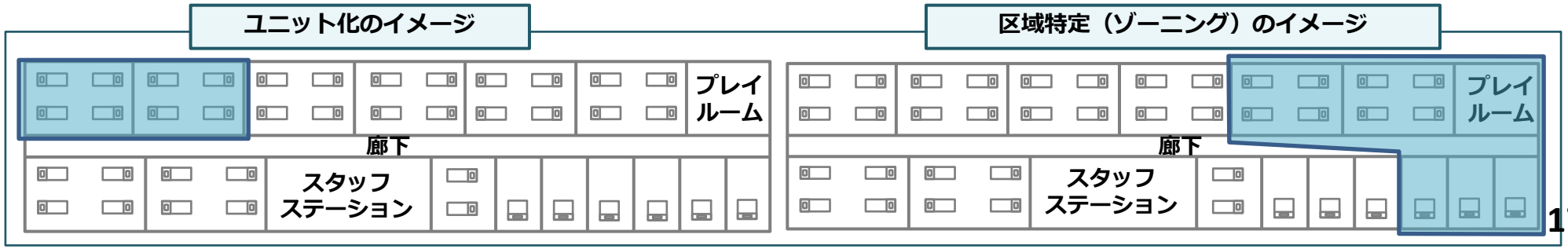
●**ユニット化**とは、ひとつづきになっている病棟の一部を小児患者専用の「ユニット」として使用することを言い、区域管理（ゾーニング）は廊下を含むひと固まりの領域を小児患者だけの区域とし、その区域を小児科専用の「ユニット」として使用することを言います。施設の規模や入院数によっては、部屋単位、病床範囲になる場合もあるでしょう。施設全体での合意のもと、病棟の入室基準やユニット化した病床の運用方法について決めておくことが望ましいです。子どもは治療や入院などの苦痛によりぐずったり泣いたりしますし、感染症による入院の機会も多くあります。成人との混合病棟では、ゾーニングをすることにより、子どもと家族が気兼ねせず安心して過ごすことができます。

●ユニット化するときには、ユニット内の患者に関わるスタッフを固定しチームとするなどにより、子どもと家族への継続的なケアを提供することが可能になります。その際、ユニットの業務の特性に応じて看護師の適切な配置人数や、ユニットチームのスタッフが行う業務と、ユニット以外の他科スタッフと共同で行う業務の基準を作成しておくとよいでしょう。入院患者の特性や提供する医療により異なると思いますが、急変しやすい小児患者の状況を踏まえ、適切な看護師配置を考えましょう。

●子どもに必要な療養環境としては、転倒、転落や窒息などを予防するためにも、小児の身体構造を考慮した適切なベッドや寝具が整備されていることが望まれます。また、乳児から思春期と発達段階により、必要な基準用具、トイレや浴室環境も異なります。発達段階ごとに必要な基準用具などが病棟に配備されていなかったとしても、院内のどこにあるかなど調べておき、入院時の準備マニュアルなどに定められているとよいでしょう。

●入院前から混合病棟の入院環境について説明しましょう。そのうえで、定期的に成人患者への影響や思い、家族のストレス・思いをアセスメントし、何かあれば言いやすいよう、窓口を紹介しておきましょう。

出典：日本小児看護学会「成人患者との混合病棟におけるこどもの療養環境向上のための具体的対策」



【参考】小規模結核病棟のユニット運用

○　小規模な結核病棟については、より効率的な病棟運営が可能となるよう、一般病棟等と併せて１病棟として運用できる。

基本診療の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和４年３月４日保医発0304第２号）

（別添２）入院基本料等の施設基準

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

１　病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として二つの階）を１病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を１病棟とすることは、２の(3)の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて１病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね 30 名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて１看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。（略）

小児の療養生活や成長発達等に着目した評価

小児入院医療管理料における、小児の療養生活や成長発達等に着目した評価

➢ 注２　加算　　100点（１日につき）

［施設基準］

①　当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が１名以上常勤していること。

②　内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料５においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。

③　プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

➢ 注４　重症児受入体制加算　　200点（１日につき）

［施設基準］

①　小児入院医療管理料３，４又は５を届け出ている保険医療機関であること。

②　当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が１名以上常勤していること。

③　内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料５においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。

④　プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

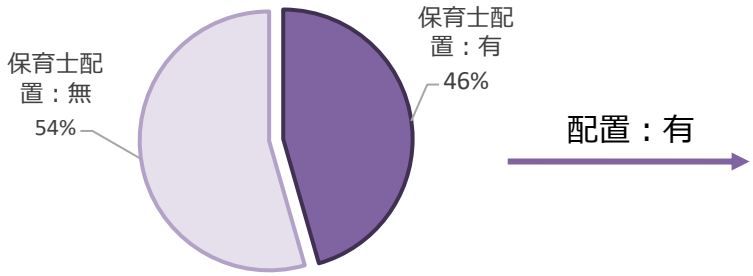
⑤　当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。）が直近１年間に５名以上であること。

⑥　当該病棟において、15歳未満の超重症児又は準超重症児（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含む。）が直近１年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて１名として計上すること。

小児科病棟における保育士等の職員配置の状況

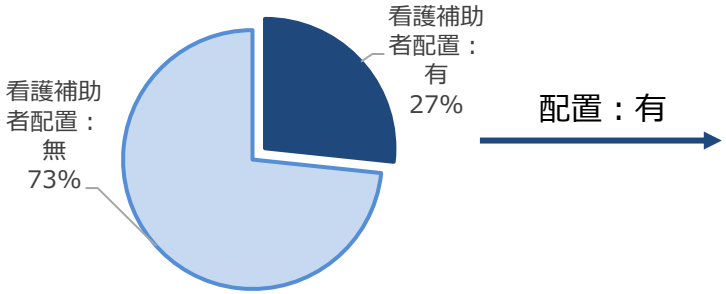
○　小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。

■小児入院医療管理料を届け出る病棟における保育士の配置状況　（n=90病棟）



	中央値	平均値
配置有りの病棟における保育士配置数（常勤換算）	1	1.7
配置有りの病棟における、30床あたりの保育士配置数（常勤換算）	1.4	2.0

■小児入院医療管理料を届け出る病棟における看護補助者の配置状況　（n=90病棟）



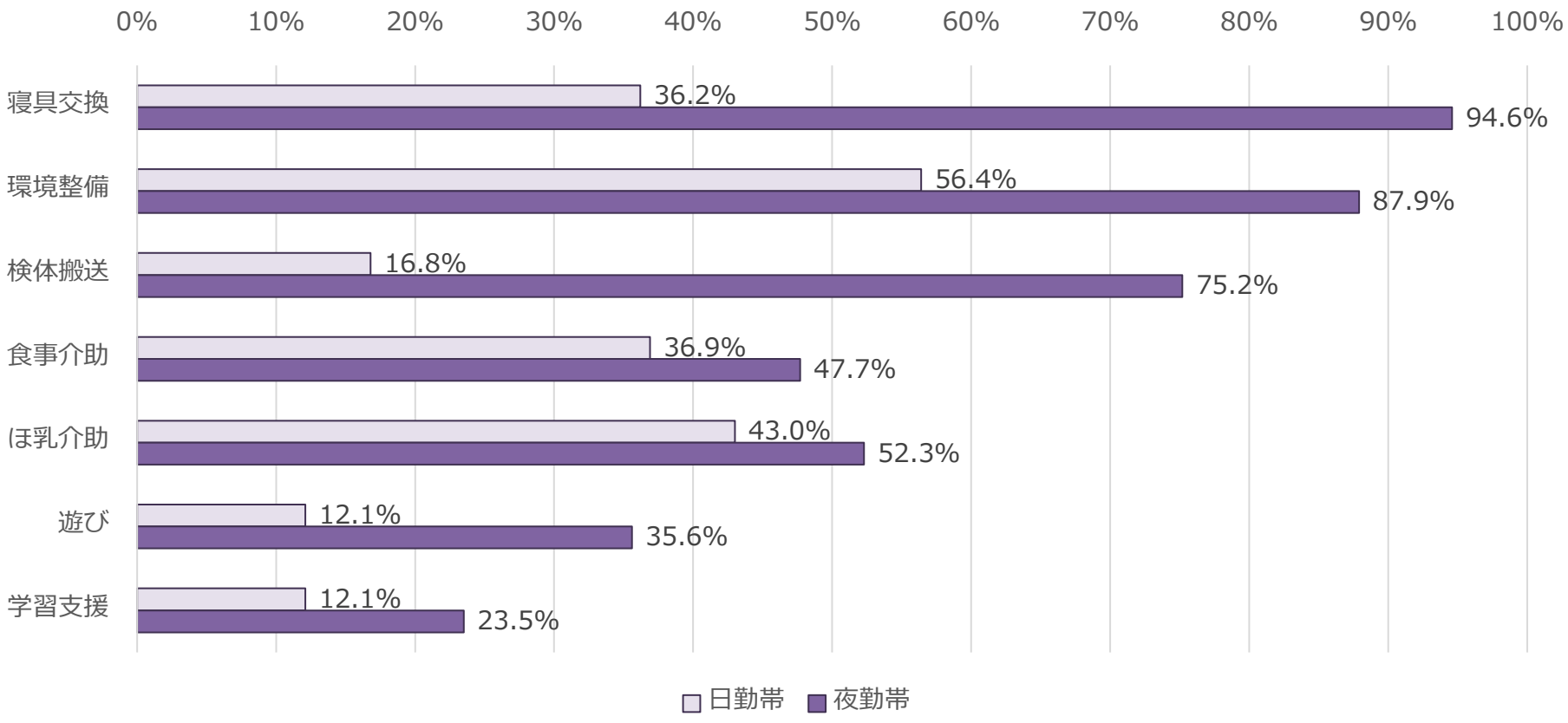
	中央値	平均値
配置有りの病棟における看護補助者配置数（常勤換算）	2	2.3
配置有りの病棟における、30床あたりの看護補助者配置数（常勤換算）	2.3	2.8

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

小児病棟における看護体制の実態

○ 小児病棟では、特に夜勤帯において寝具交換や環境整備等の周辺業務を看護師が担っている割合が高い。

■小児病棟における勤務帯別、看護師が全て／ほとんど担っている業務の状況 （n=149）



出典：山本光映他、小児病棟の夜勤に関する看護体制の実態を明らかにする質問紙調査～第二報 日勤帯・夜勤帯における看護師の業務の差について～日本小児看護学会第第32回学術集会講演集,p150,2022.

入院患者の家族等による付添いの実態

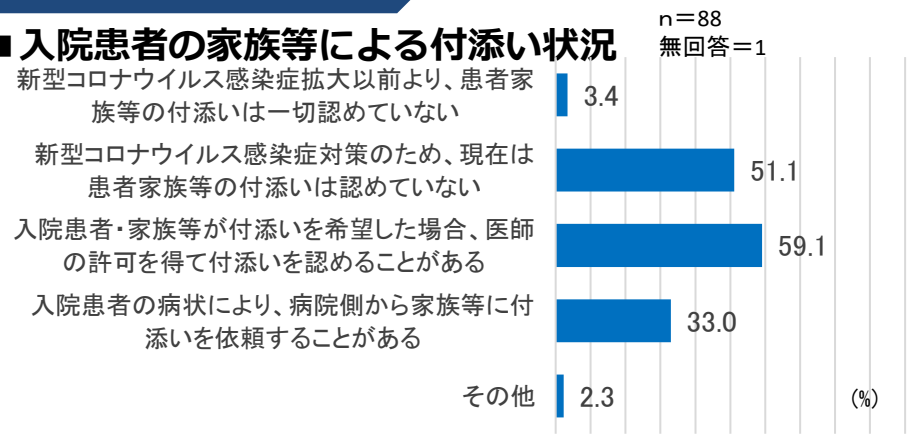
１．主な調査内容

【調査期間：令和３年10月１日～11月30日】

＜病院への調査＞（300件中89件の回答［29.7%］）　①入院患者の家族等による付添い状況、②患者及び付添い家族等への説明状況
＜患者・家族等への調査＞（3,000件中41件の回答［1.37%］）
①付き添っている家族（患者）の概要、②病院での付添い状況、病院から受けた説明、付添いにおける心配事　など

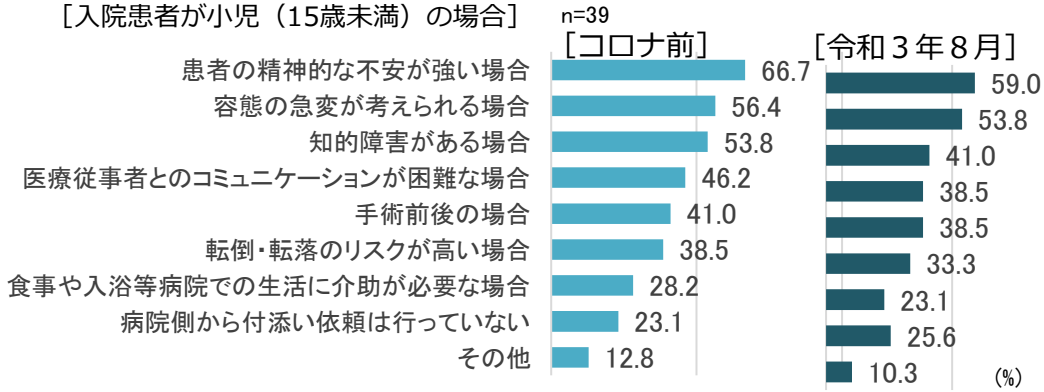
２．主な調査結果

■入院患者の家族等による付添い状況



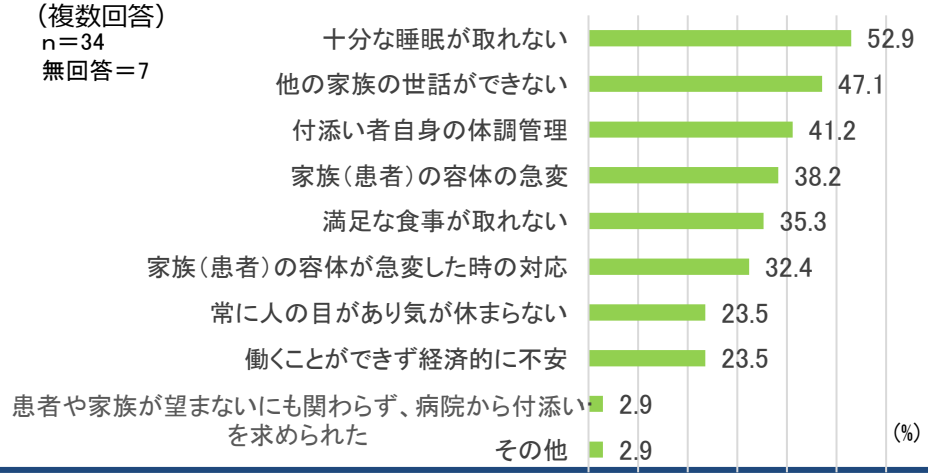
■病院側から家族等による付添いを依頼する状況（複数回答）

［入院患者が小児（15歳未満）の場合］



■家族（患者）の付添いにおける心配事や困っていること

（複数回答）
n＝34
無回答＝7



ヒアリング概要

付添を依頼する状況（病院ヒアリング）
- 患者が新生児の場合は母親が育児に慣れるために入院付添いをお願いすることがある。

入院付添い状況（患者家族等ヒアリング）
- 患者に薬を飲ませることや食事等は自宅に帰ってから困らないように練習として始まり、実施していた。

病院からどのような説明があればよかったか（患者家族等ヒアリング）
- 付添い期間中は生活面でストレスを感じた。相部屋、設備、食事等。短期間ならよいが長期間だと生活できない。

出典：入院患者の家族等による付添いに関する実態調査　最終報告書（令和4年3月）

入院中の子どもに付き添う家族の実態把握

厚生労働大臣会見概要（抄）（令和5年6月2日（金））

小児の入院患者への家族等による付添いについては、これまで令和3年度に入院患者への家族等による付添いの実態について調査し、調査結果を中央社会保険医療協議会においてご議論いただき、こうした議論を踏まえ医療機関に対し家族の方々に対する丁寧な事前説明を依頼・周知するといった対応を行ってまいりましたが、今般ご指摘の調査において入院中のこどもに付き添う家族の実態や課題が改めて示されたものと承知しております。

これを踏まえ**今後こども家庭庁を中心に小児の入院医療機関を対象とした調査が実施**されると聞いております。**厚生労働省としてもこれらの調査に連携して対応するとともに、調査で得られた実態や患者のご家族・関係団体のご意見も踏まえながら必要な対応を検討**していきたいと考えております。

調査研究課題	**入院中のこどもへの家族等の付添に関する病院実態調査**
背景・目的	入院中のこどもへの家族等の付添いについては、これまで厚生労働省において、入院患者の家族等による付添いに関する医療機関の取組等及び家族等の意識等を把握する目的で実施された「入院患者の家族等による付添いに関する実態調査」（令和３年10～11 月）等を踏まえ、患者の家族等が付き添う場合には、付き添う事由や範囲について十分説明を行うよう医療機関に依頼する（令和 4 年 11 月９日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）ほか、診療報酬上、こどもの療養生活や成長発達等に着目した評価として、病棟への保育士の配置について加算を設ける等の対応が行われてきた。 一方で、令和 4 年 11 月から 12 月にかけて NPO 法人キープ・ママ・スマイリングがこどもの入院への付添い経験のある保護者を対象として実施した「入院中の子どもに付き添う家族の生活実態調査 2022」において、 ・家族に対して付添いに関する十分な説明がないこと ・希望した付添い者に十分な休息・食事が確保されていないこと 等の実態や課題が改めて示されたところである。 こうした背景を踏まえ、本調査研究事業においては、厚生労働省と連携し、入院中のこどもへの家族等の付添いについて、患者の家族や関係団体等の意見も踏まえつつ、**小児の入院医療機関を対象として、付添い時の家族等への食事や睡眠等に関する医療機関の取組状況や課題等について調査を実施し、付添い環境の改善に資する資料を作成することを目的**とする。
想定される事業の手法・内容	１．有識者会議の設置 ２．ヒアリング調査の実施（抽出調査） ３．医療機関へのアンケート調査の実施 ４．報告書の作成
求められる成果物	中間報告書＊：令和５年11月下旬までに作成　＊初回のヒアリング調査等をまとめたもの 最終報告書　：令和６年３月末までに作成

※こども家庭庁　令和5年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業（二次公募）　公募要領より抜粋

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－３－１　新生児特定集中治療室管理料について

１－３－２　新生児の退院支援について

１－３－３　小児特定集中治療室管理料について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

新生児特定集中治療室（ＮＩＣＵ）の概要

○　新生児特定集中治療室については、A302とA303において診療報酬上の評価を行っている。

	A303 **総合周産期特定集中治療室管理料2** **10,539 点（1日につき）**	A302 **新生児特定集中治療室管理料1** **10,539点（1日につき）**	A302 **新生児特定集中治療室管理料2** **8,434 点（1日につき）**
算定対象	次に掲げる状態にあって、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者 ア　高度の先天奇形、イ　低体温、ウ　重症黄疸、エ　未熟児、オ　意識障害又は昏睡、　カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、キ　急性心不全（心筋梗塞を含む）、ク　急性薬物中毒、ケ　ショック、コ　重篤な代謝障害、サ　大手術後、シ　救急蘇生後、ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
算定上限日数	21日 ただし、以下の場合を除く 出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児：（35日） 出生時体重1000～1499g：（60日）　　出生時体重1000g未満：（90日） 出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児：（105日） 出生時体重500g未満であって慢性肺疾患の新生児：（110日）		
医師の配置	○ 専任の医師が常時、治療室内に勤務		○ 専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○ 緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の配置	○ 助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○ 1床あたり7平方メートル以上 ○ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい ○ 救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、 ○ 自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数：直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術：年間6件以上実施		○ 出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数：直近1年間で30件以上
	○ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターであること ○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること	―	

特定集中治療室管理料等の主な施設基準

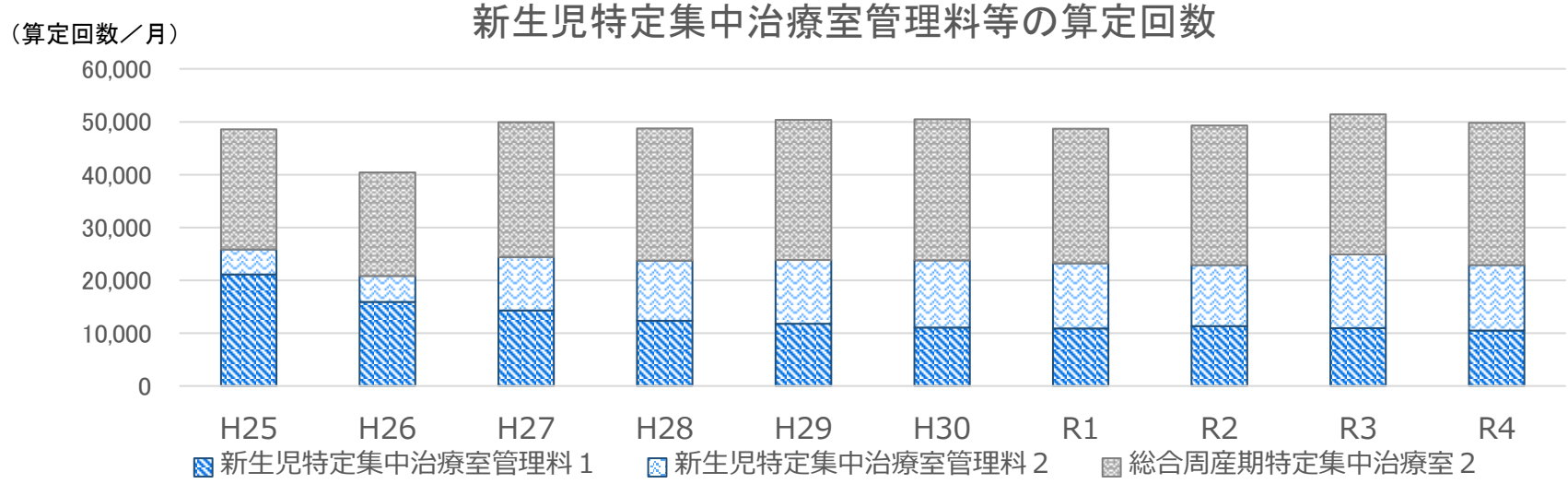
		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
特定集中治療室管理料（ICU）	管理料１	～7日　14,211点 ～14日　12,633点	159 1,656床	・専任の医師が常時勤務（うち２人がICU経験５年以上） ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務	２対１	ICU用 ８割	※「イ」は特定集中治療室管理料「ロ」は広範囲熱傷特定集中治療管理料を指す
	管理料２	イ・ロ：～7日　14,211点 イ：～14日　12,633点 ロ：～60日　12,833点	80 927床	・特定集中治療室管理料１の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料３	～7日　9,697点 ～14日　8,118点	329 2,317床	・専任の医師が常時勤務		ICU用 ７割	
	管理料４	イ・ロ：～7日　9,697点 イ：～14日　8,118点 ロ：～60日　8,318点	54 497床	・特定集中治療室管理料３の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
小児特定集中治療室管理料（PICU）		～7日 16,317点 8日～ 14,211点	16 161床	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務（専任の医師にはPICU勤務経験を５年以上有する医師を２名以上） ・８床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア：他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近１年間20名以上 イ：他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上（そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上） ウ：当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。	２対１		小児入院医療管理料１の医療機関であること
新生児特定集中治療室管理料（NICU）	管理料１	10,539点	75 731床	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア：直近１年間の出生体重1000g未満の患者が４件以上 イ：直近1年間の開胸/開腹手術が６件以上	３対１		
	管理料２	8,434点	153 909床	・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近１年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上			

医療機関数、病床数の出典：保険局医療課調べ（令和４年７月１日の状況）

新生児特定集中治療室管理料等の算定回数の推移

○　新生児特定集中治療室管理料の算定回数は横ばいで推移している。

	これまでの主な改定内容	管理料1	管理料2
平成22年	新生児特定集中治療室管理料2の新設	10,000点	6,000点
平成26年	• 一部の先天奇形等を有する患者に対する算定日数上限の見直し • 各管理料に対する受入実績等に関する基準の新設	10,714点	8,109点
平成28年	先天性心疾患を有する児に対する算定日数上限の見直し	10,174点	8,109点
令和4年	慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対する算定日数上限の見直し	10,539点	8,434点

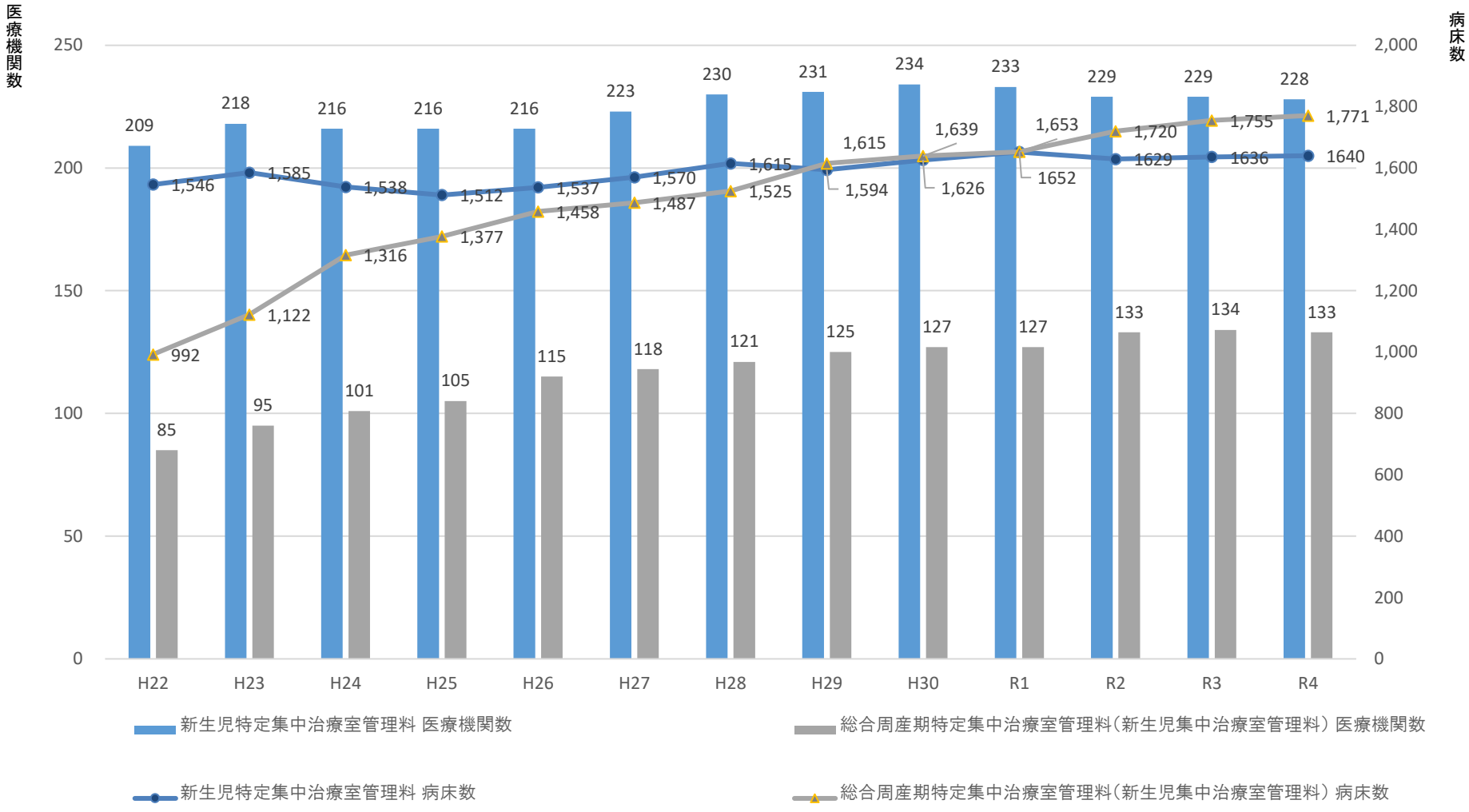


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数等の推移

○　新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数は近年ほぼ横ばい。

■新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数及び病床数



出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点の届出状況）

新生児特定集中治療室管理料等の見直し

算定上限日数の見直し

➢ 慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

新生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

改定後	
通常の新生児	21日
出生時体重が1,500ｇ以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	35日
出生時体重が1,000ｇ以上1,500ｇ未満の新生児	60日
出生時体重が1,000ｇ未満の新生児	90日
出生時体重が500ｇ以上750ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児 **500ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児**	**105日** **110日**

新生児治療回復室入院医療管理料

改定後	
通常の新生児	30日
出生時体重が1,500ｇ以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	50日
出生時体重が1,000ｇ以上1,500ｇ未満の新生児	90日
出生時体重が1,000ｇ未満の新生児	120日
出生時体重が500ｇ以上750ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児 **500ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児**	**135日** **140日**

新生児医療の現状

○　新生児医療に係る文献において、「日本を含む先進国において、早産児に対する治療技術やハイリスク妊産婦に対する産科管理の改善と、提供体制の発展により、周産期医療は大幅に進歩してきている。」と指摘されており、2005年から2015年にかけて、超低出生体重児の死亡率が大幅に低下していることが示されている。

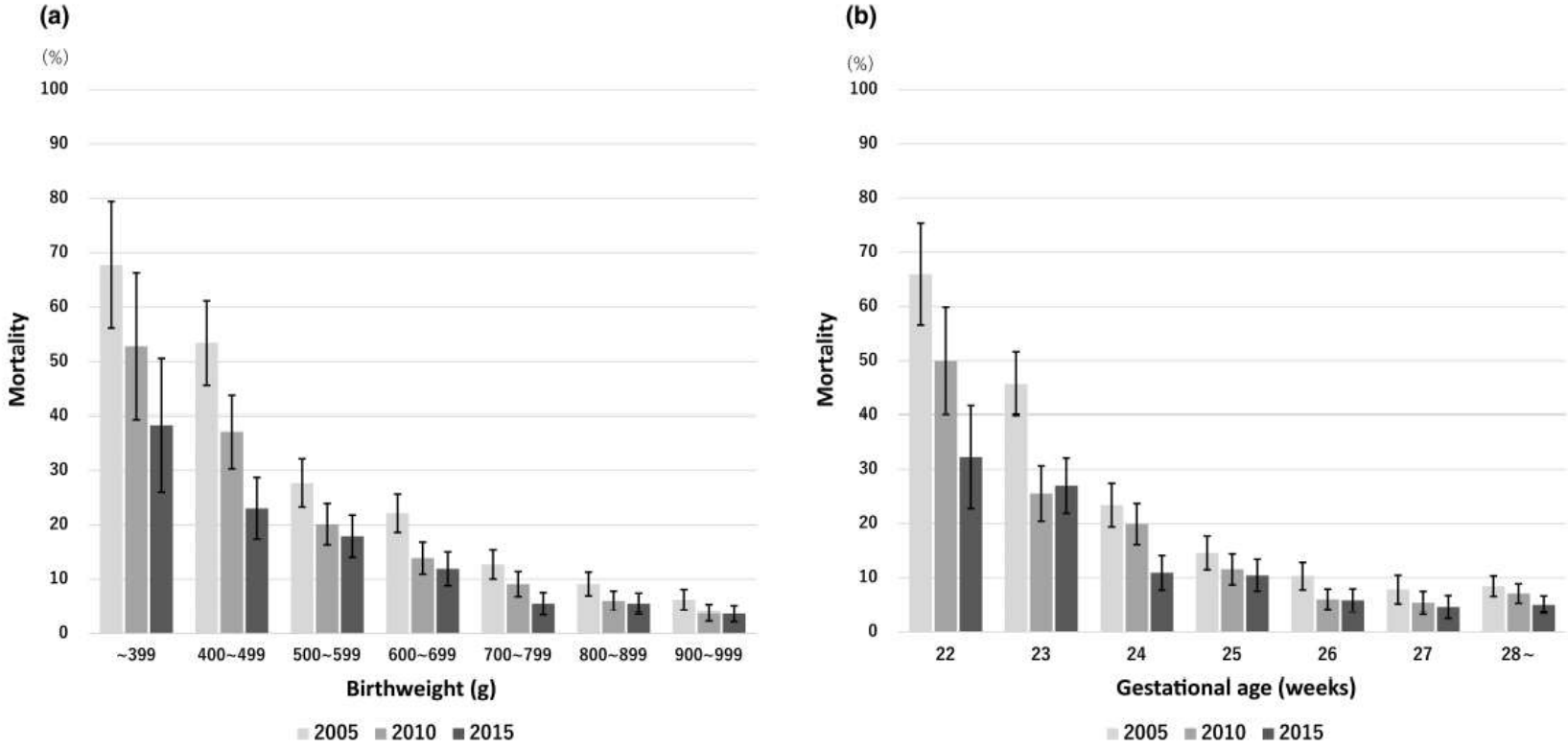


FIGURE 1　Comparison of mortality during NICU stay in 2005, 2010, and 2015, stratified by (a) birthweight and (b) gestational age. Error bar shows 95% confidence interval of mortality.

日本における、出生体重、在胎週数ごとのNICU滞在中の死亡率を５年ごとに比較

出典：Tokuo Miyazawa et al. Mortality and morbidity of extremely low birth weight infants in Japan, 2015. Pediatr Int. 2023 Jan;65(1):e15493

重症新生児に対する看護師の配置について

○ 看護体制の強化がNICUにおける予後の改善やインシデントの減少につながるという報告があり、重症新生児に対して、看護配置を手厚くすることを推奨しているものもある。

○ 新生児医療に係る文献において、以下のような報告がある。

- 医療的なインシデントの発生は患者に対する看護師の配置比率が高いときにより低かった（Beltempo 2018※1）
- 在胎29週未満又は出生体重1,000g以下の児では、患者に対する看護師の配置比率が高いときに死亡や重大な合併症の割合が低かった。（Beltempo 2018※1）
- NICUで看護師と患者が1:1のケアを受ける日数が少ないと死亡率が上がった。（Watson 2016※2）

○ NICUにおける看護師と患者の比率を、以下のように患者の重症度ごとに示した推奨がある。
（Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2022）

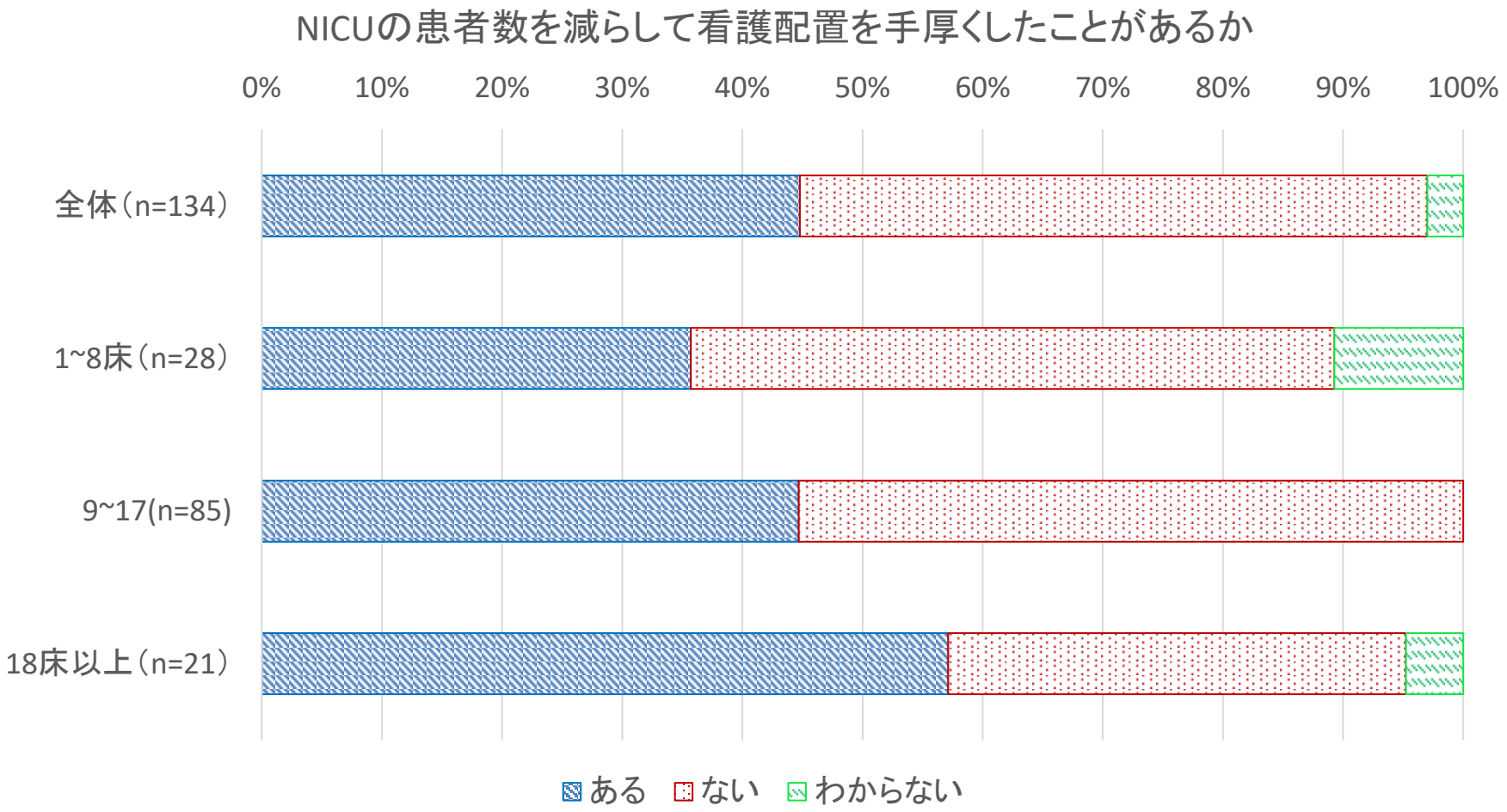
看護師一人あたりの患者人数	患者の重症度
1人	外科処置中、手術の直前・直後
1人	複数の臓器システムの治療中
1-2人	集中治療（常に看護師と心肺モニターが必要）
2-3人	中間ケア（1日に6-12時間の看護ケアが必要）
3-4人	継続ケア

出典：※1 M Beltempo et al. Association of nursing overtime, nurse staffing and unit occupancy with medical incidents and outcomes of very preterm infants. Journal of Perinatology(2018) 38, 175–180

※2 S I Watson et al. The effects of a one-to-one nurse-to-patient ratio on the mortality rate in neonatal intensive care a retrospective, longitudinal, population-based study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2016 May;101(3) ,F195–200

重症新生児※1に対する看護配置の実態

○　病床数に関わらず、NICUの患者数を減らして看護配置を手厚くしたことがある施設が一定数あり、病床数の多い施設では看護配置を手厚くしたことがある施設の割合が高かった。

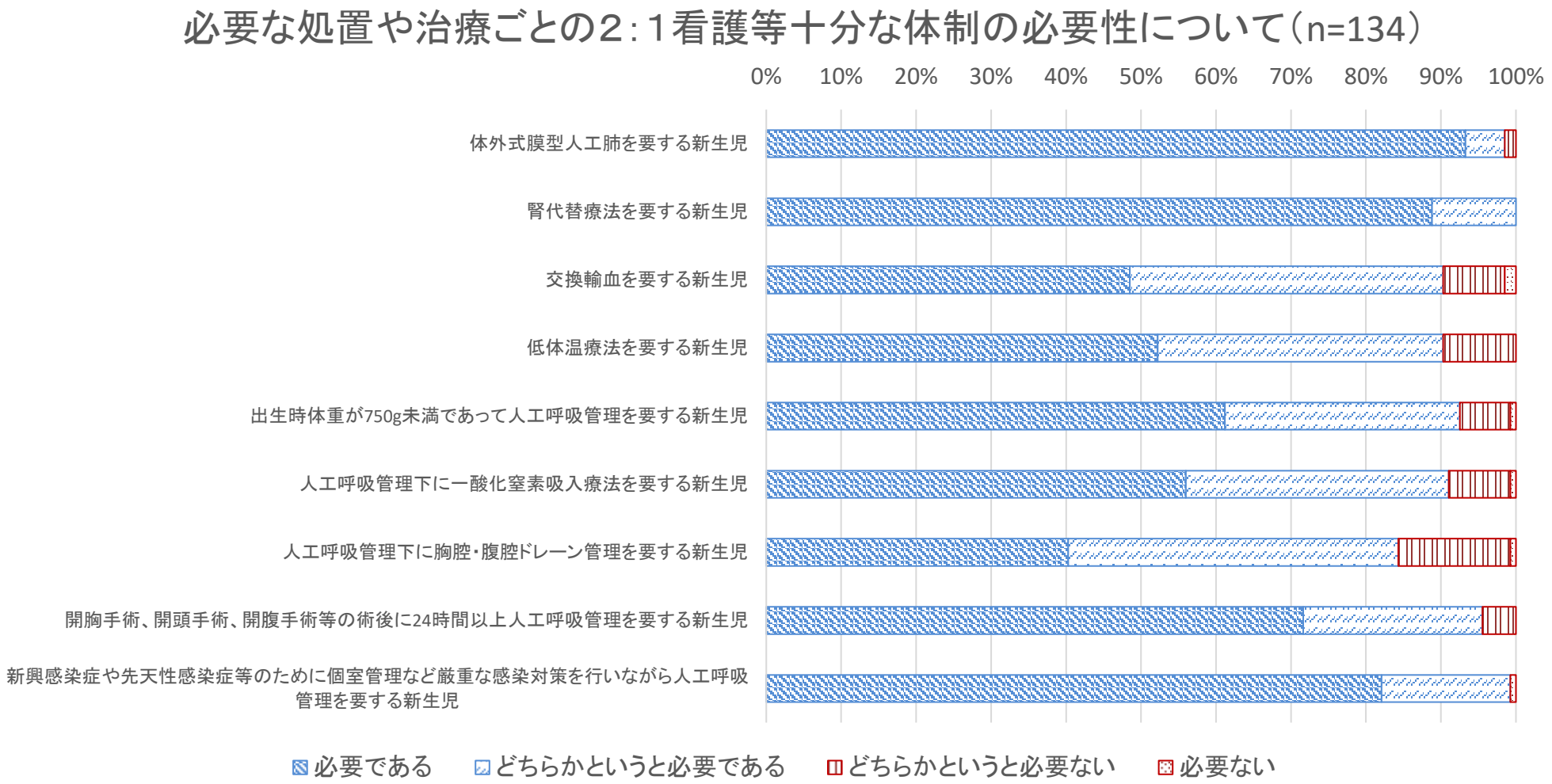


※1　超低出生体重児、血液浄化療法・一酸化窒素吸入療法・低体温療法等の治療を行っている児

出典：新生児医療連絡会より提供

必要な処置や治療ごとの十分な体制の必要性

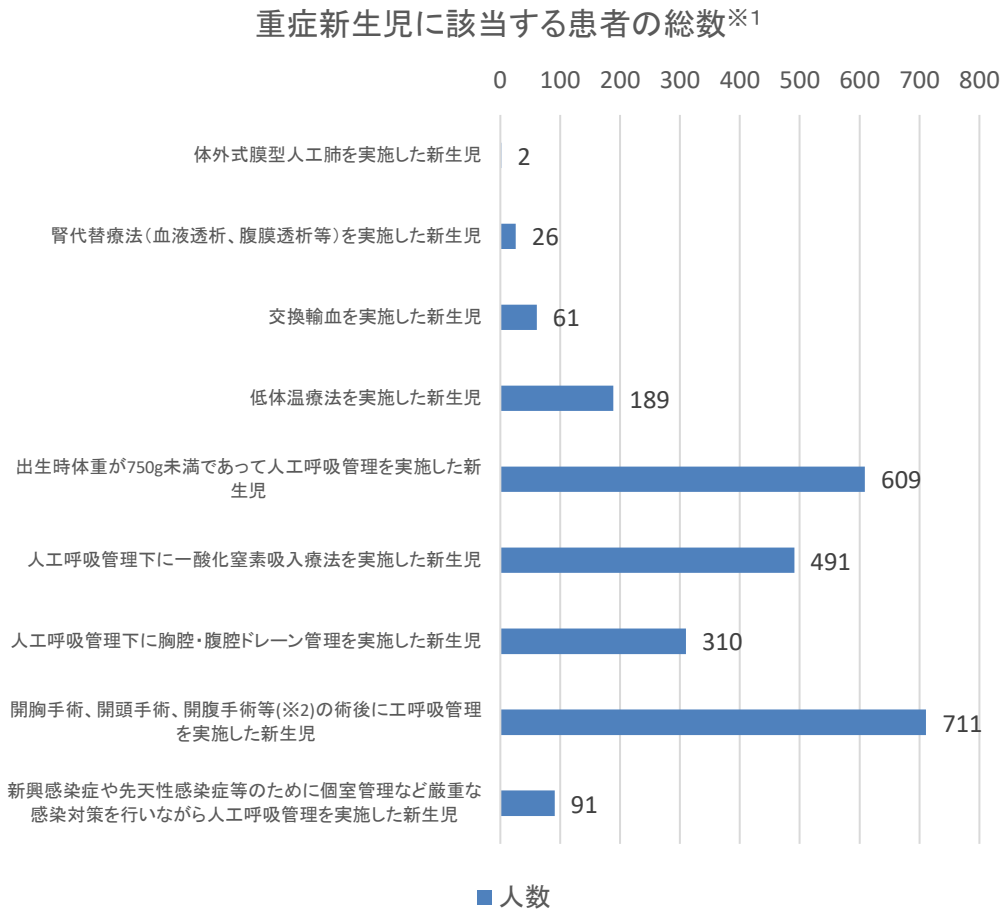
○ 2:1看護等の十分な体制の必要性をNICU施設代表者に調査した。
○ すべての項目において、必要であると回答する割合が高かった。

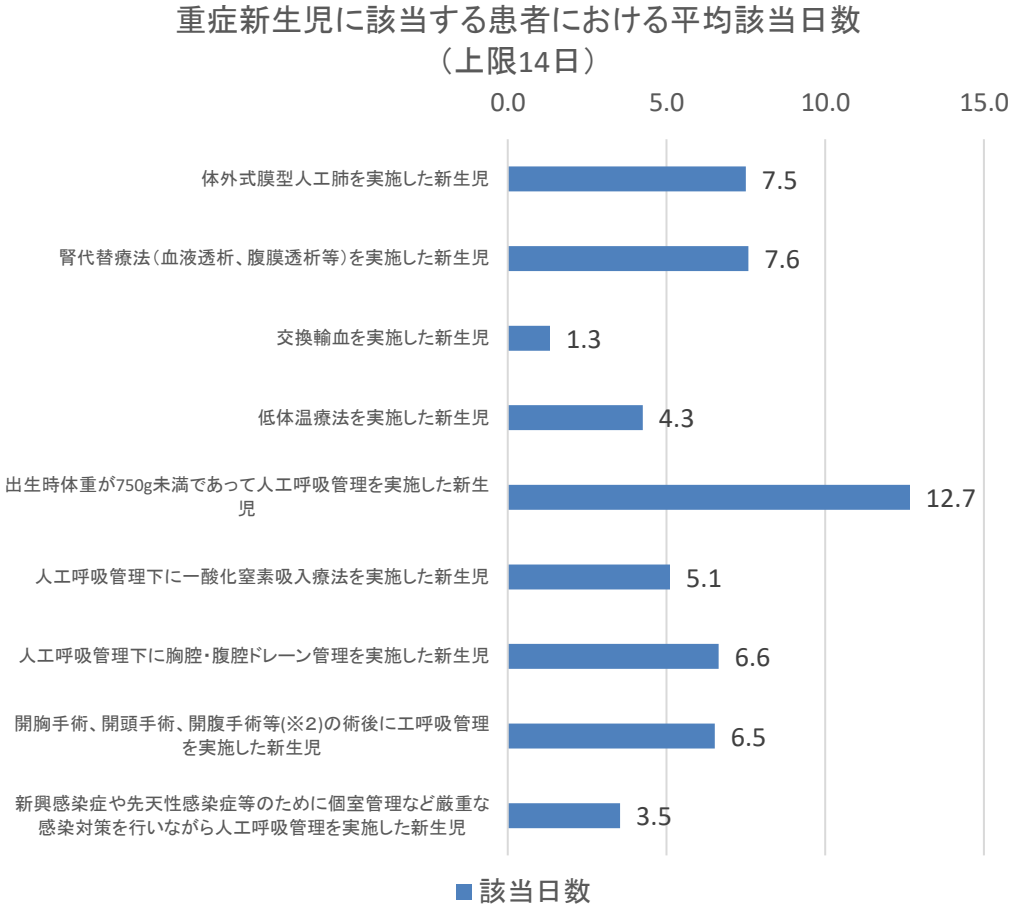


出典:新生児医療連絡会より提供

重症新生児の必要な処置や治療ごとの患者数・該当日数

○　重症新生児に該当する患者数においては、手術後に人工呼吸管理を実施した患者の数が多い。
○　出生時体重が750g未満であって人工呼吸器管理を行われている新生児は、入院14日以内の該当日数が長い。





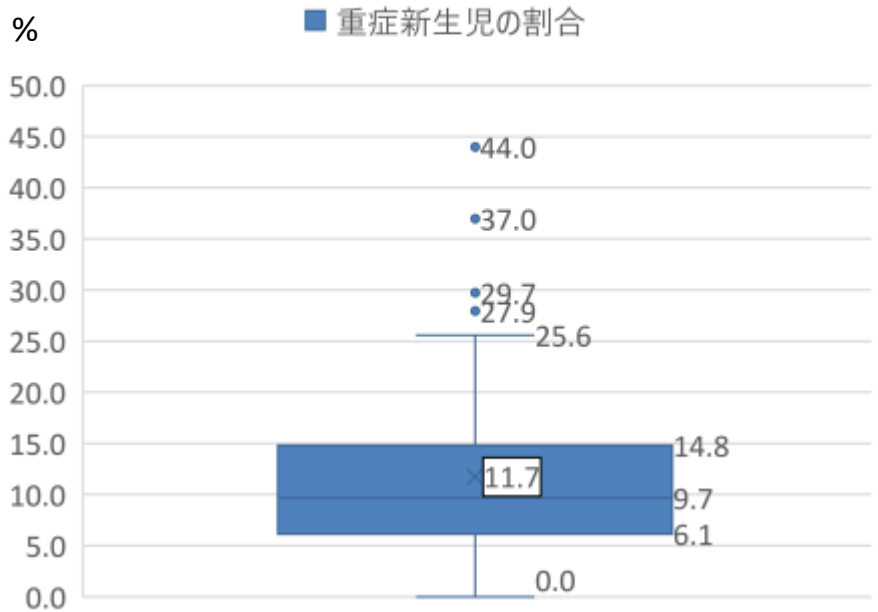
出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究
対象施設：完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302−1、A303−2を届け出ている77施設を対象に集計した。
対象期間：2022年１月１日から2022年12月31日に新規に入院した患者

※1　調査期間に対象施設に入院した19,626人のうち、それぞれに該当する患者を集計した。（重複あり。）
※2　胸腔鏡手術又は腹腔鏡手術、経皮的カテーテル治療も含む。

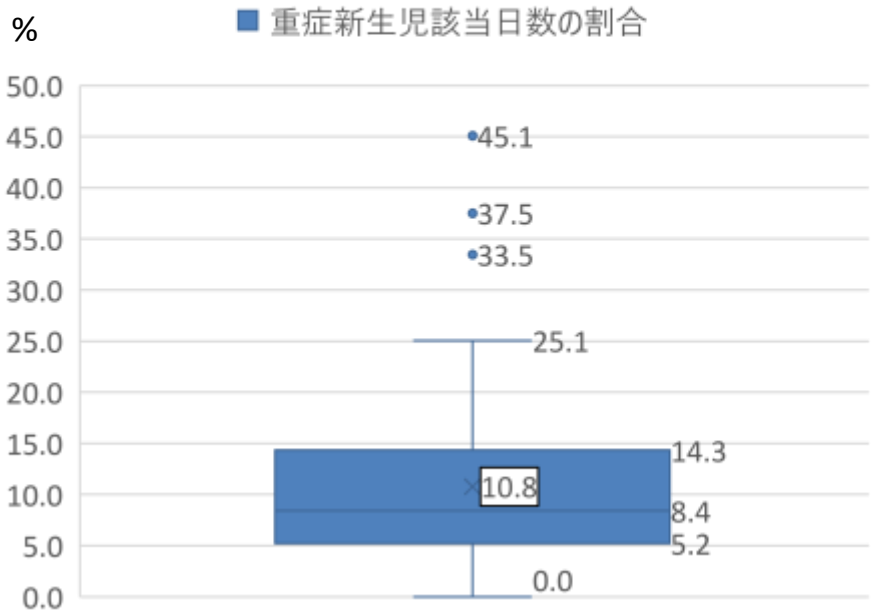
重症新生児※1に該当する患者数・該当期間の割合

○　多くの施設において重症新生児が入院しており、10%程度の施設が多いが、割合の高い施設もあり、割合の高い施設では、バラつきが大きかった。

施設ごとの新入院患者に対する
重症新生児に該当する患者の割合
(n=77)



施設ごとの新入院患者の延入院日数における
重症新生児の該当する期間の割合※2
(n=77)



※1　当該調査において重症新生児は以下と定義
体外式膜型人工肺を要する新生児
腎代替療法を要する新生児
交換輸血を要する新生児
低体温療法を要する新生児
出生時体重が750g未満であって人工呼吸管理を要する新生児
人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法を要する新生児
人工呼吸管理下に胸腔・腹腔ドレーン管理を要する新生児
開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を要する新生児
新興感染症や先天性感染症等のために個室管理など
厳重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を要する新生児

※2　入院後14日以内を上限とし（患者1人あたり14人・日が限度）とし以下の方法で割合を算出した。

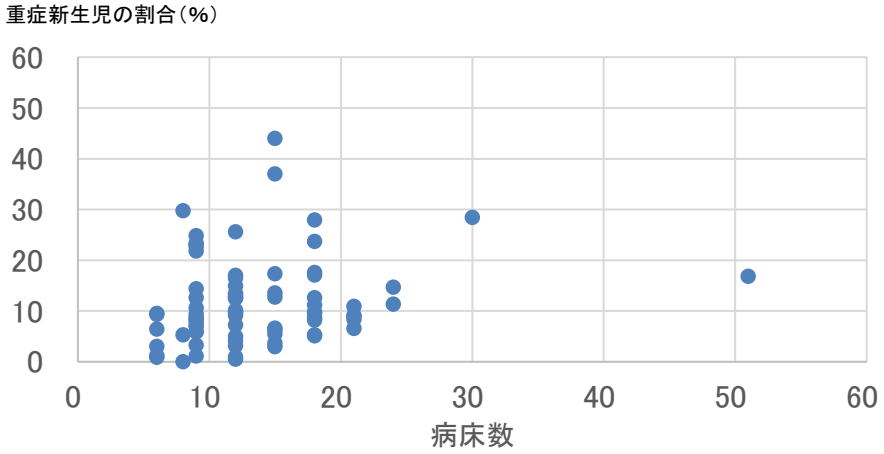
$$\text{重症新生児該当期間の割合} = \frac{\text{重症新生児の延日数}}{\text{新入院患者の延日数}}$$

出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究
対象施設：完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した。
対象期間：2022年1月1日から2022年12月31日に新規に入院した患者

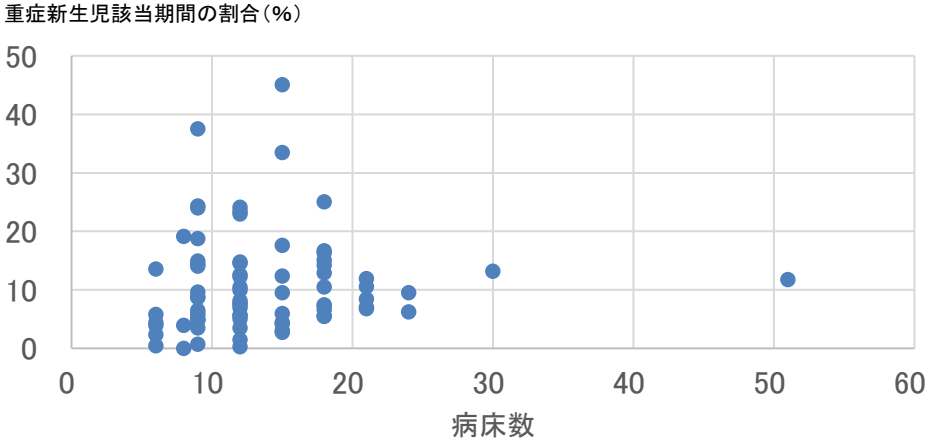
病床数及び病床利用率と重症新生児割合の関係

○　病床規模が大きくなるほど、重症児の割合が高くなる傾向がある。
○　多くの施設で病床利用率が80%を超えており、重症新生児の割合の高い施設は病床利用率も高い

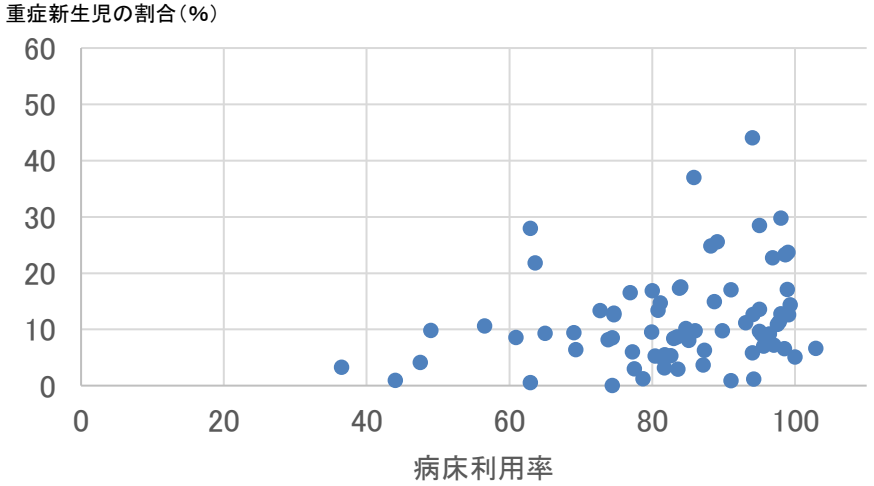
病床数と新入院患者に対する重症新生児の割合の関係(n=77)



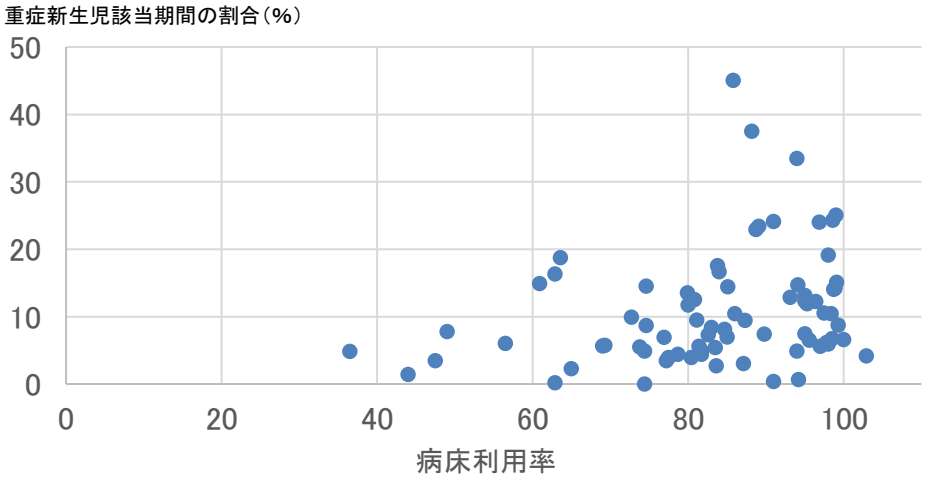
病床数と重症新生児該当期間の割合の関係(n=77)



病床利用率と新入院患者に対する重症新生児の割合の関係（n=76）



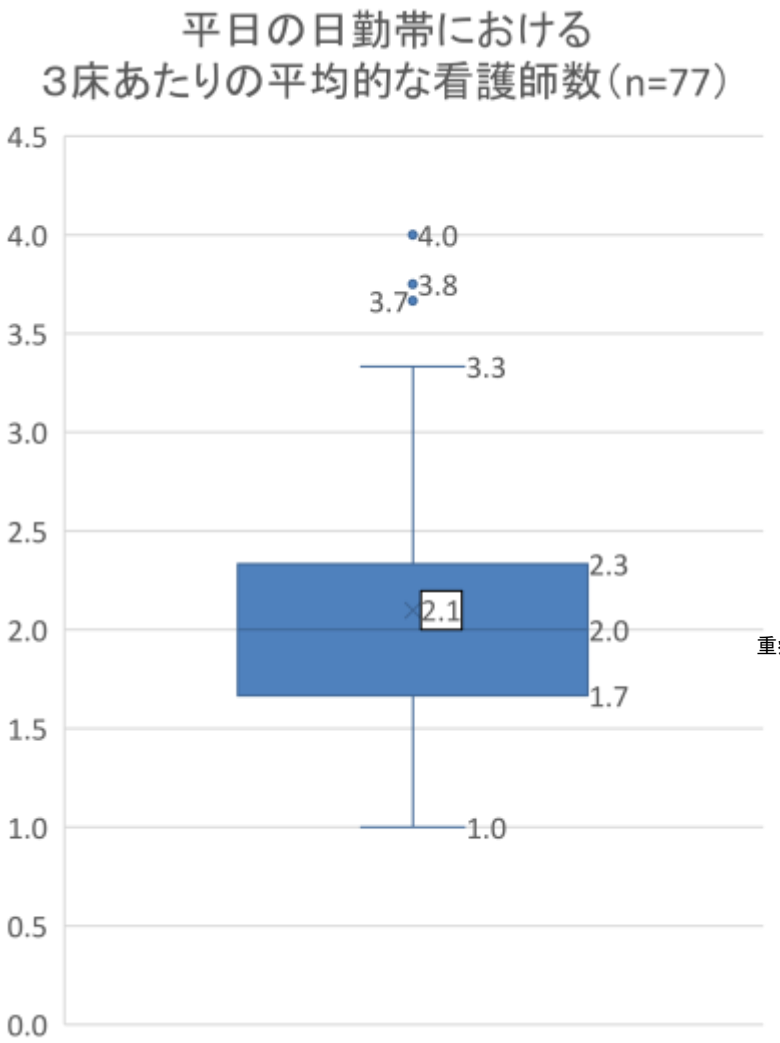
病床利用率と重症新生児該当期間の割合の関係(n=76)

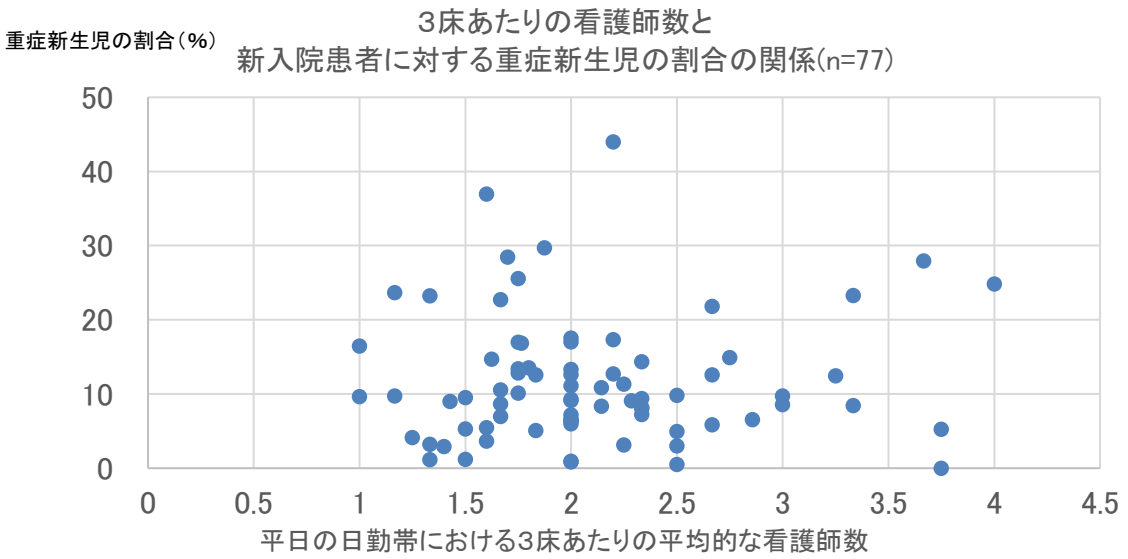


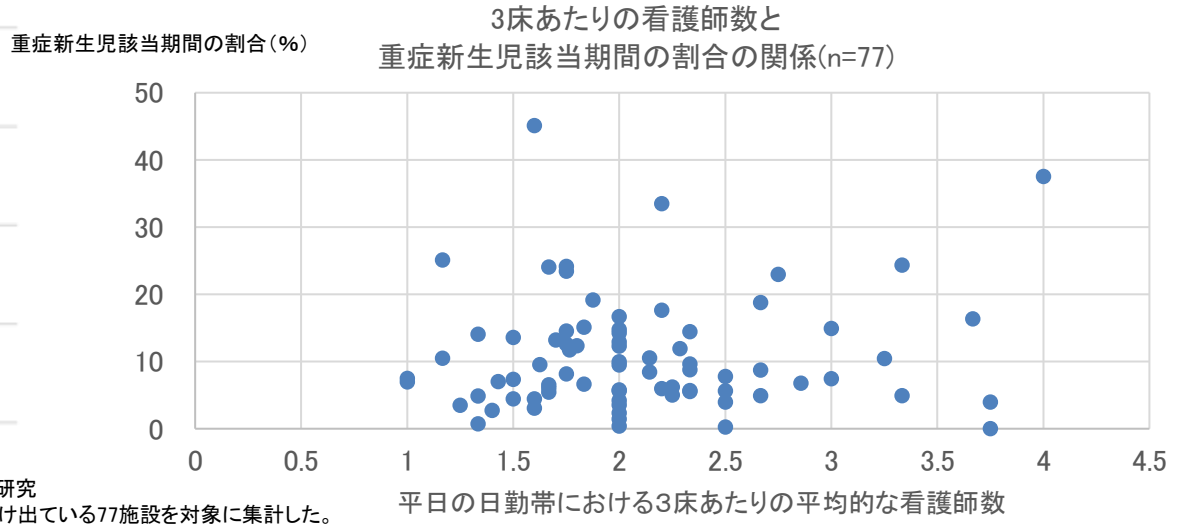
出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究
対象施設：完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した。
対象期間：2022年１月１日から2022年12月31日に新規に入院した患者

日勤帯における看護配置について

○　3床あたりの看護師数が1を超えている施設がほとんどであり、半数以上の施設が3床あたり2人以上配置している。







出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究
対象施設：完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した。
対象期間：2022年1月1日から2022年12月31日に新規に入院した患者

治療室別の配置看護師数

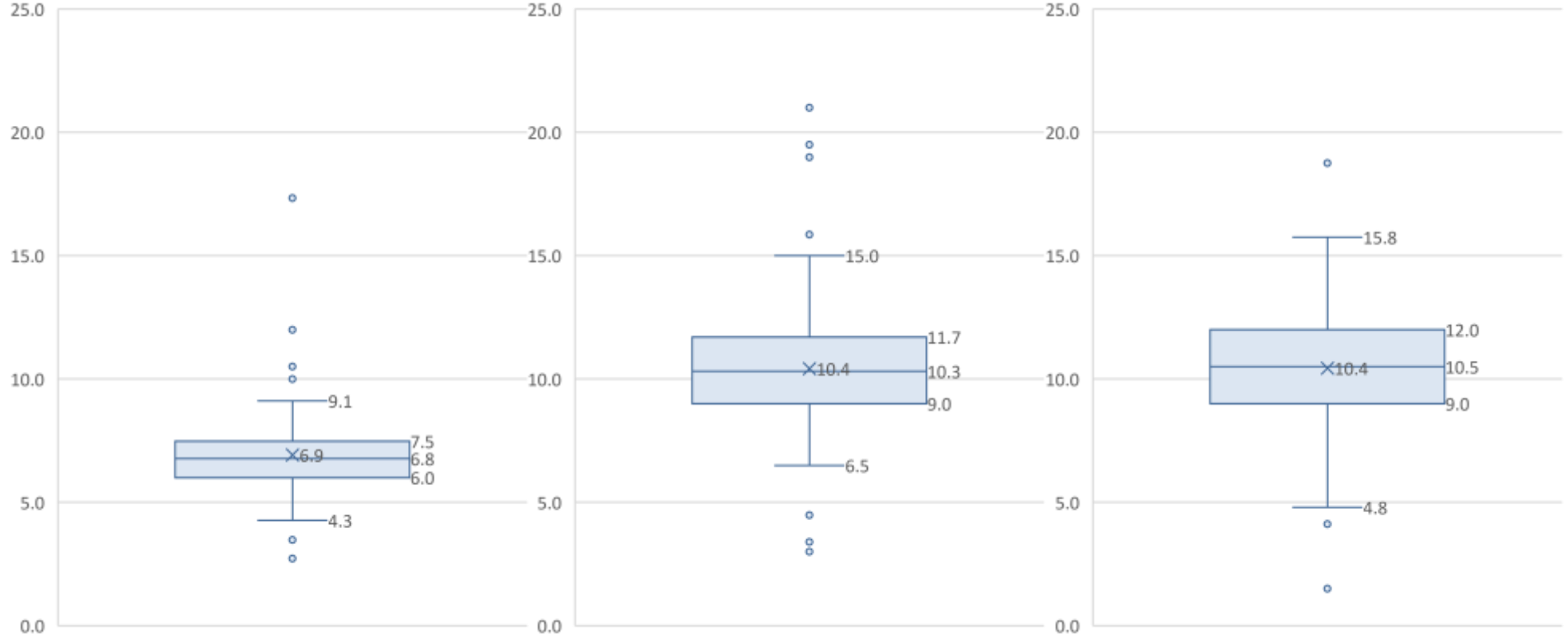
○ NICUとICUに配置されている3床あたりの看護師数は、平均値・中央値共にNICUは約7人、ICUは約10人となっており、NICUにおいても一部は常時2対1相当の看護師が配置されている施設もある。

■ＮＩＣＵ及びＩＣＵにおける３床あたりの配置看護師数（常勤換算）の分布（令和５年６月１日時点）

新生児特定集中治療室管理料及び新生児集中治療室管理料（n=78）
［施設基準で求める看護配置：常時３対１］

特定集中治療室管理料１・２
（n=123）
［施設基準で求める看護配置：常時２対１］

特定集中治療室管理料３・４
（n=148）
［施設基準で求める看護配置：常時２対１］

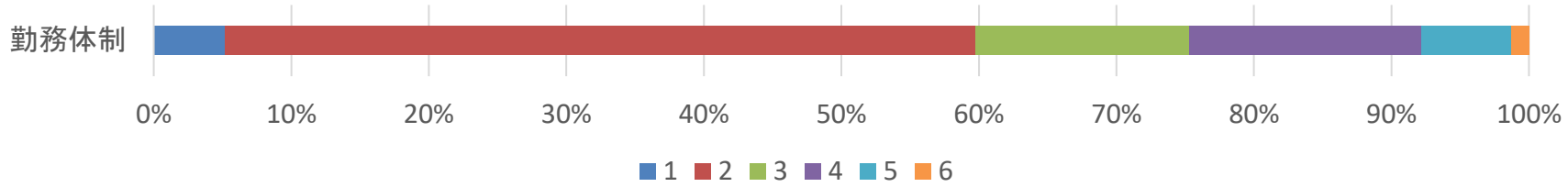


出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

ＮＩＣＵにおける臨床工学技士と臨床心理技術者の配置状況

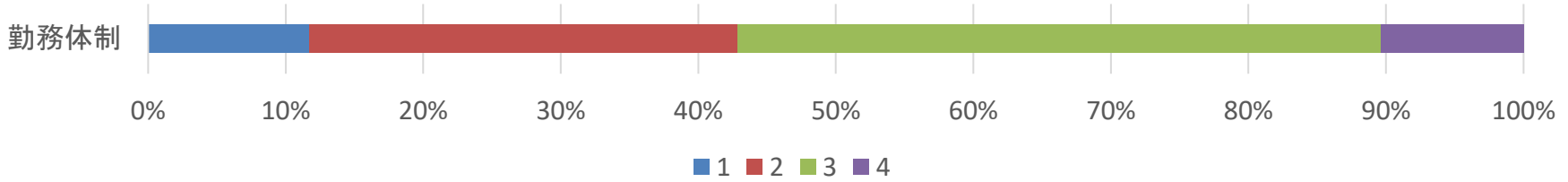
○ 臨床工学技士は、常時院内に勤務しており、24時間体制で対応可能な施設が約6割である。
○ 臨床心理技術者は、自施設に勤務している施設が約9割である。

臨床工学技士の勤務体制（n=77）



1.専任の臨床工学技士が、常時院内に勤務していて、24時間体制で対応可能である
2.専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、常時院内に勤務していて、24時間体制で対応可能である
3.平日の日勤帯は専任の臨床工学技士が対応可能であり、休日・夜間は専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、オンコール体制等により24時間体制で対応可能である
4.専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、オンコール体制等により24時間体制で対応可能である（平日の日勤帯も専任の臨床工学技士が対応するとは限らない）
5.専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、原則として平日・日中のみ対応可能である
6.いずれにも該当しない（臨床工学技士が自施設にいない場合を含む）

臨床心理技術者※1の勤務体制(n=77)



1.専従の常勤臨床心理技術者が配置されている
2.専任の常勤臨床心理技術者が配置されている
3.1又は2に該当しないが、自施設に勤務する臨床心理技術者が対応する
4.いずれにも該当しない（臨床心理技術者が自施設にいない場合を含む）

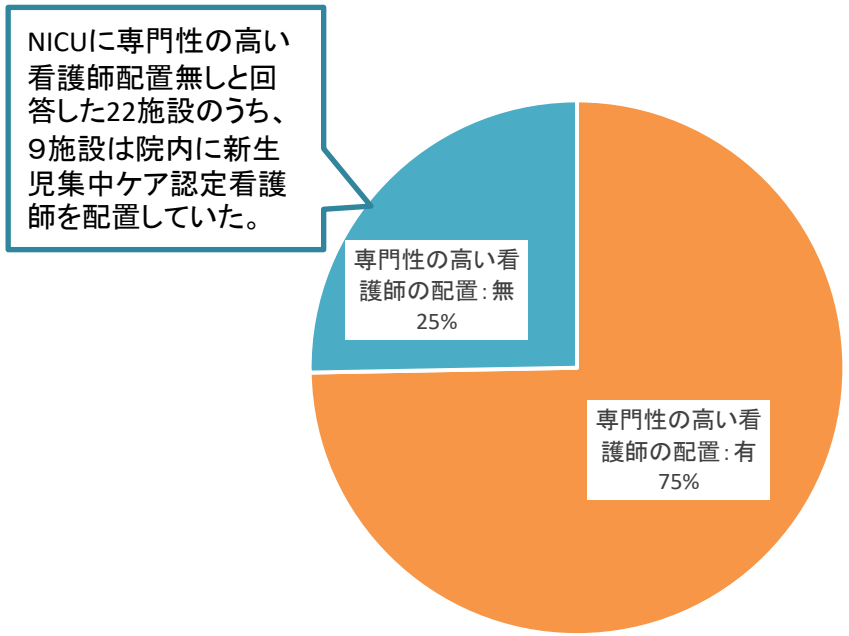
※1　公認心理士であるか否かを問わない

出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究
対象施設：完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した

ＮＩＣＵにおける専門性の高い看護師の配置及びその効果

○ NICUのうち約7割は専門性の高い看護師を配置している。
○ 新生児集中ケア認定看護師を配置しているNICUの方が、新生児の特性を考慮した医師と看護師の協働や家族ケアが行われていた。

■NICUにおける専門性の高い看護師（※）の配置状況（n=87）



（※）専門性の高い看護師
小児看護専門護師、急性・重症患者看護専門看護師
新生児集中ケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、小児プライマリケア 認定看護師

出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究

■新生児集中ケア認定看護師配置有無別の診療の補助及び療養支援の実施状況

【呼吸器関連；医師との協働】	新生児集中ケア認定看護師配属 あり N＝109 N（郡内%）	なし N＝66 N（郡内%）	p値
吸引前後の呼吸器設定と酸素変更	20（18.3）	5（7.6）	0.037

（カイ二乗検定：片側）

【新生児蘇生；医師との協働】	新生児集中ケア認定看護師配属 あり N＝109 N（郡内%）	なし N＝62 N（郡内%）	p値
侵襲が大きい時期の体温管理	57（54.8）	17（27.4）	0.001

（カイ二乗検定：両側）

家族ケア	新生児集中ケア認定看護師配属 あり N＝109 N（郡内%）	なし N＝62 N（郡内%）	p値
プレネイタルビジットの実施	82（78.1）	39（61.9）	0.033
祖父母面会	91（86.7）	37（58.7）	0.000
きょうだい面会	61（58.1）	14（22.2）	0.000
NICUとGCUの家族部屋	53（50.5）	20（31.7）	0.023
家族会の紹介	55（52.4）	20（31.7）	0.014

（Fisherの直接法：両側）

出典：清水彩他：全国の周産期母子医療センター新生児集中治療室の看護体制とケア実践に関する実態調査、日本新生児看護学会誌、Vol.124、p16-22、2022

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－３－１　新生児特定集中治療室管理料について

１－３－２　新生児の退院支援について

１－３－３　小児特定集中治療室管理料について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

入退院支援加算３の算定要件、施設基準

○　先天奇形、染色体異常、低出生体重児等に対する児への退院支援については、入退院支援加算3で評価している。

Ａ２４６　　入退院支援加算（退院時１回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算１　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　７００点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　１，３００点
  入退院支援加算２　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　１９０点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　６３５点
  入退院支援加算３　　１，２００点
- 入退院支援加算１又は２を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。　　小児加算　２００点

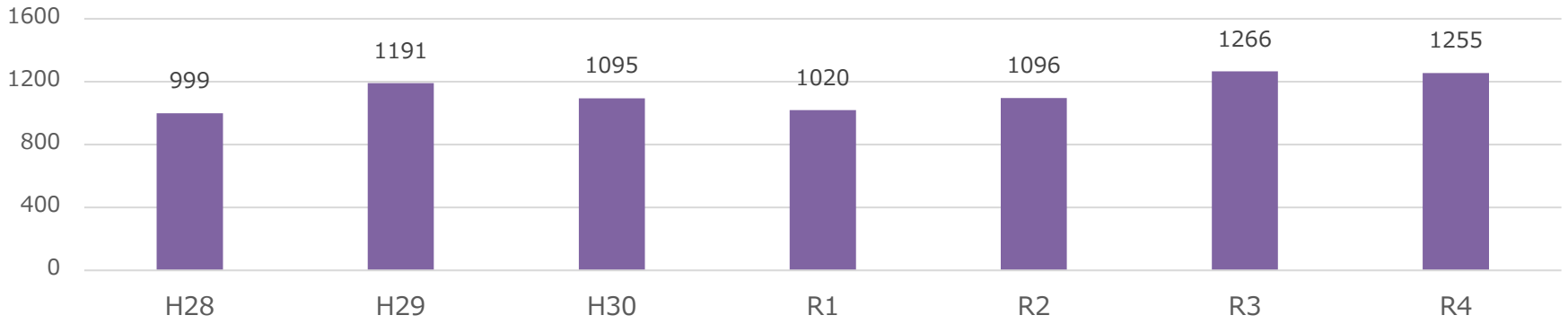
［主な算定要件・施設基準］

	入退院支援加算３
退院困難な要因	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
転院時の算定可否	**他の保険医療機関において当該加算を算定した患者**（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算３を算定できるものを現に算定している患者に限る。）**の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合**は算定可
①退院困難な患者の抽出 **②・患者・家族との面談** **・退院支援計画の着手** **③多職種によるカンファレンスの実施**	①入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・７日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後１か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置
入退院支援部門の人員配置	入退院支援部門に入退院支援及び**５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験**を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び**５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験**を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること

入退院支援加算３の算定状況等

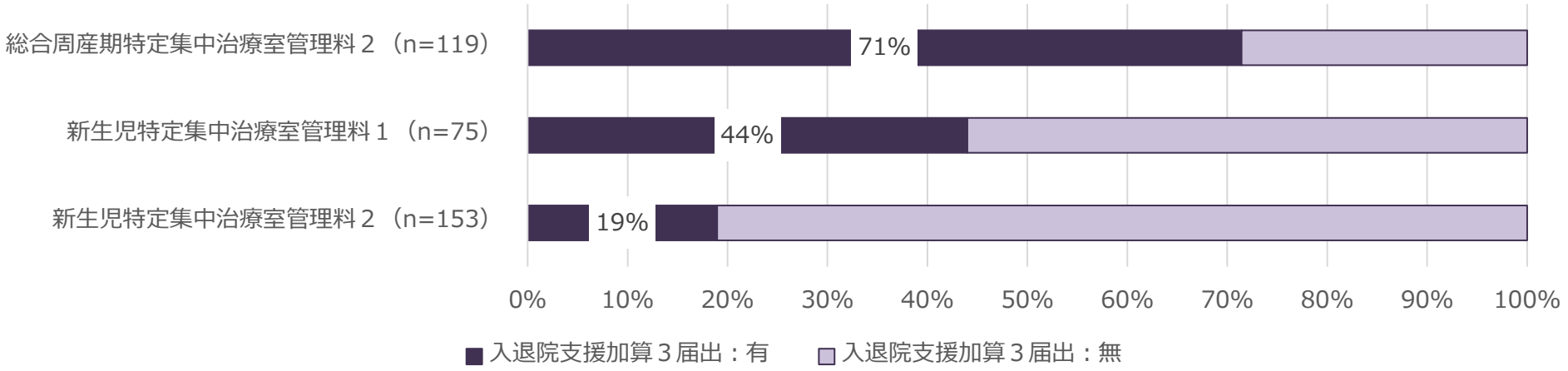
○　入退院支援加算3の算定回数は概ね横ばいである。
○　総合周産期特定集中治療室管理料2を届け出る施設のうち71%、新生児特定集中治療室管理料1を届け出る施設のうち44%は入退院支援加算3を届け出ている。

■入退院支援加算３の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

■治療室届出状況別の入退院支援加算３の届出状況

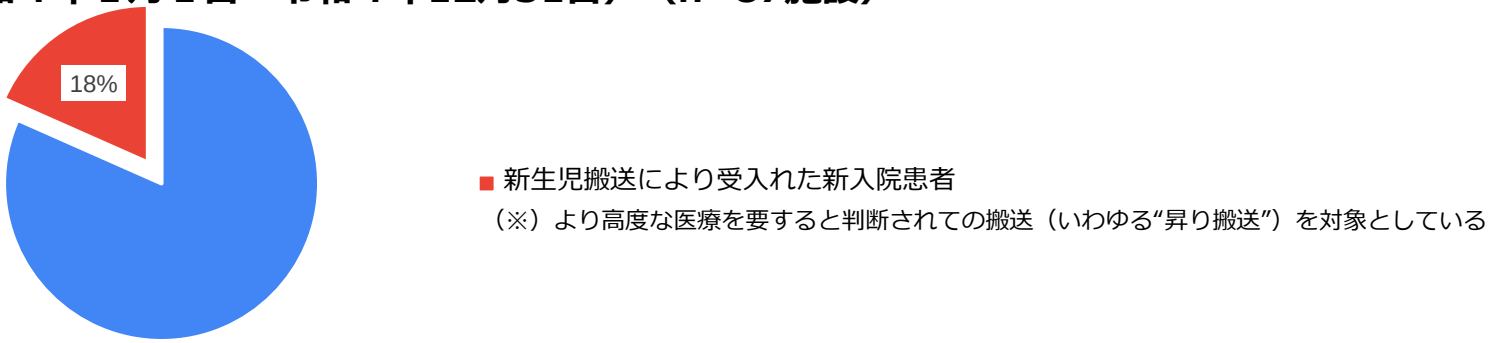


出典：保険局医療課調べ（令和4年7月1日時点の届出状況）

転院搬送される児の実態

○ 新生児特定集中治療室に入室する患者のうち18%は、より高度な医療を要すると判断されて搬送された新生児である。
○ 転院搬送された新生児においても、治療室から小児病棟等を経て退院するにあたり、退院支援が必要な場合がある。

■NICUにおける新入院患者数に占める、新生児搬送により受入れた新入院患者の割合
（令和４年１月１日～令和４年12月31日）（n=87施設）



（※）より高度な医療を要すると判断されての搬送（いわゆる“昇り搬送”）を対象としている

出典:「新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究」

（参考）出生後に転院搬送され、退院支援が必要な事例

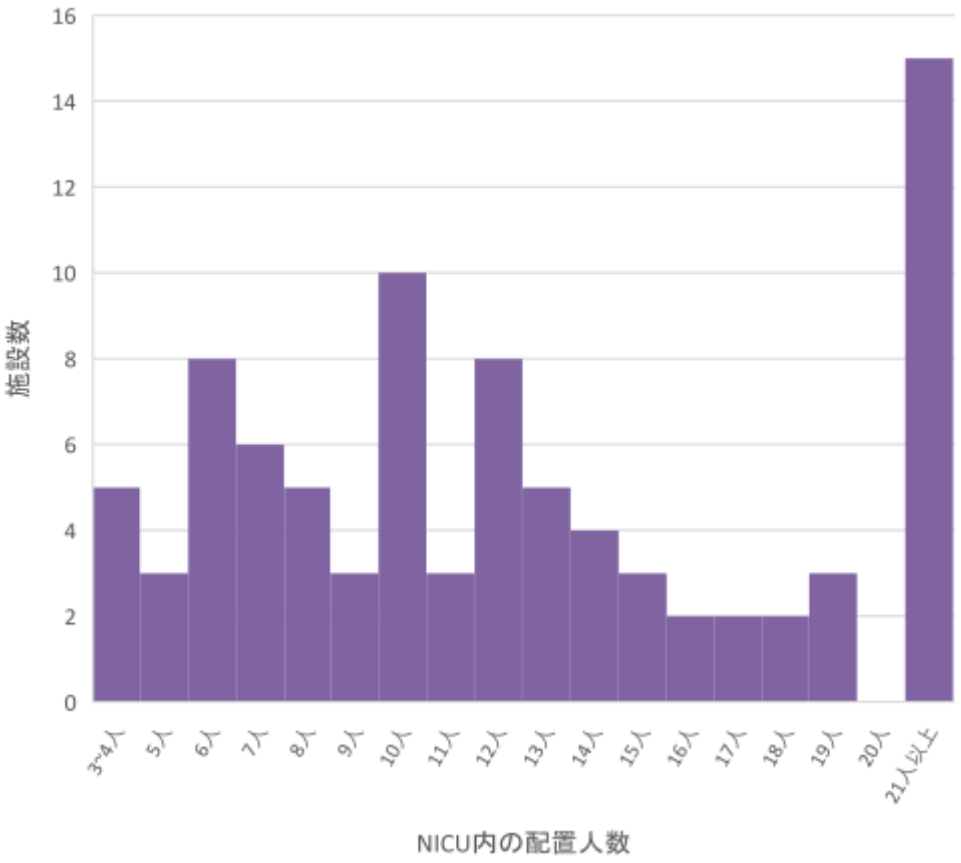
疾患名	チャージ症候群（指定難病）
出生体重・週数	40週3100g代、A病院で出生➡日齢1でB病院へ転院➡日齢14でC病院へ搬送
家族	父30代、母30代
経過	【C病院における治療経過】 心疾患（姑息術）の手術目的にてへC病院のNICUへ搬送。日齢15で心疾患に対する姑息術施行。 日齢30頃、GCUへ転室。 日齢80頃、口唇裂手術のため小児病棟へ転棟 【関与した科】 小児新生児、小児循環器、遺伝センター、口腔外科・形成外科、心臓外科　等
退院調整	必要量の経口哺乳は困難あり、胃管併用のため、訪問看護の導入を調整し退院。

【参考】ＮＩＣＵ経験５年以上の看護師の配置状況

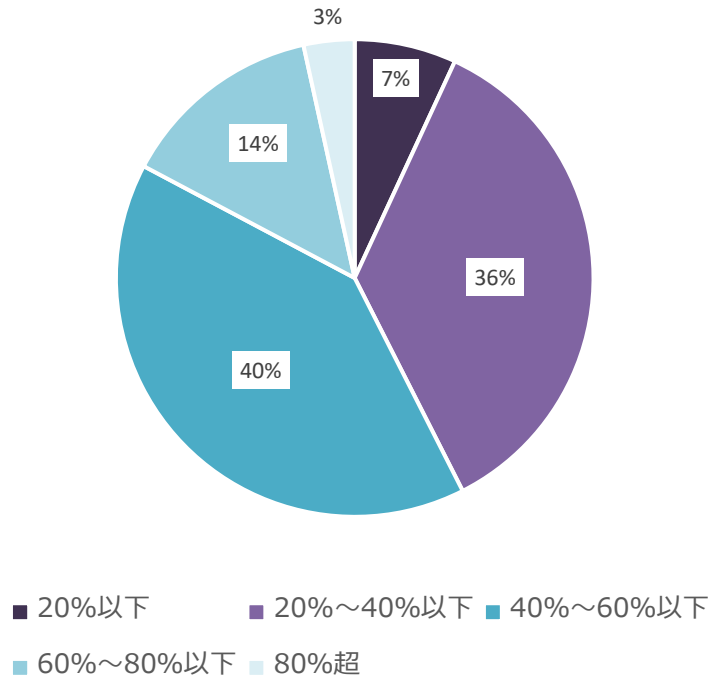
○ NICUにおけるNICU経験5年以上の看護師の配置状況は以下のとおり。

■NICUにおけるNICU経験５年以上の看護師の配置状況

①NICU内の配置人数（n=87）



②NICUの看護師数に占めるNICU経験５年以上の看護師の割合（n=87）



出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－３－１　新生児特定集中治療室管理料について

１－３－２　新生児の退院支援について

１－３－３　小児特定集中治療室管理料について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

小児特定集中治療室管理料（ＰＩＣＵ）の概要

○　平成24年度の診療報酬改定において、小児救急医療の充実を図る観点から、小児専門の特定集中治療室（PICU）に対する評価が新設された 。

A301-4　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

７日以内の期間　　16,317点
８日以上の期間　　14,211点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長などに届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児にあっては55日）を限度として算定する。

● 算定対象

15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）であって、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めたもの。

ア　意識障害又は昏睡	カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	キ　広範囲熱傷
ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む）	ク　大手術後
エ　急性薬物中毒	ケ　救急蘇生後
オ　ショック	コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

〈施設基準〉

○　小児入院医療管理料１の届出を行っている医療機関であること。
○　専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。
○　１床あたり15平方メートル以上であること。
○　当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい
○　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び危惧を特定集中治療室内に備えていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応出来る場合においてはこの限りではない。（ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、イ　除細動器、ウ　ペースメーカー、エ　心電図、オ　ポータブルX線撮影装置、カ　呼吸循環監視装置、キ　体外補助循環装置　ク　血液浄化療法に必要　）

○　次のいずれかの基準を満たしていること
ア　当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関でA300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料を算定するものに限る）が直近１年間に20名以上であること。
イ　当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関でC004救急搬送診療料を算定したものに限る）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く）のものに限る）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない）が30名以上）であること。
ウ　当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

等

小児特定集中治療室管理料（ＰＩＣＵ）の変遷

	改定内容	7日以内	8日以上
平成22年	救命救急入院料と特定集中治療室管理料に 小児加算を新設		
平成24年	小児特定集中治療室管理料の新設	15,500点	13,500点 （～14日）
平成26年	転院搬送に関する施設基準の見直し	15,752点	13,720点 （～14日）
平成28年	算定日数上限の見直し	15,752点	13,720点
平成30年	小児慢性特定疾病の対象患者については 対象年齢を20歳未満まで拡大	15,752点	13,720点
令和2年	主な改定なし	16,317点	14,211点
令和4年	先天性心疾患手術患者に関する 施設基準と算定上限日数の見直し	16,317点	14,211点

小児特定集中治療室管理料の見直し

➢ 高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、要件及び算定上限日数を見直す。

施設基準の見直し

➢ 小児特定集中治療室管理料の施設基準の実績要件について、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改定後

【小児特定集中治療室管理料】
（８）次の**いずれか**の基準を満たしていること。
ア　当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。
イ　当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。
ウ　当該治療室に入院する患者のうち、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近１年間に80名以上であること。

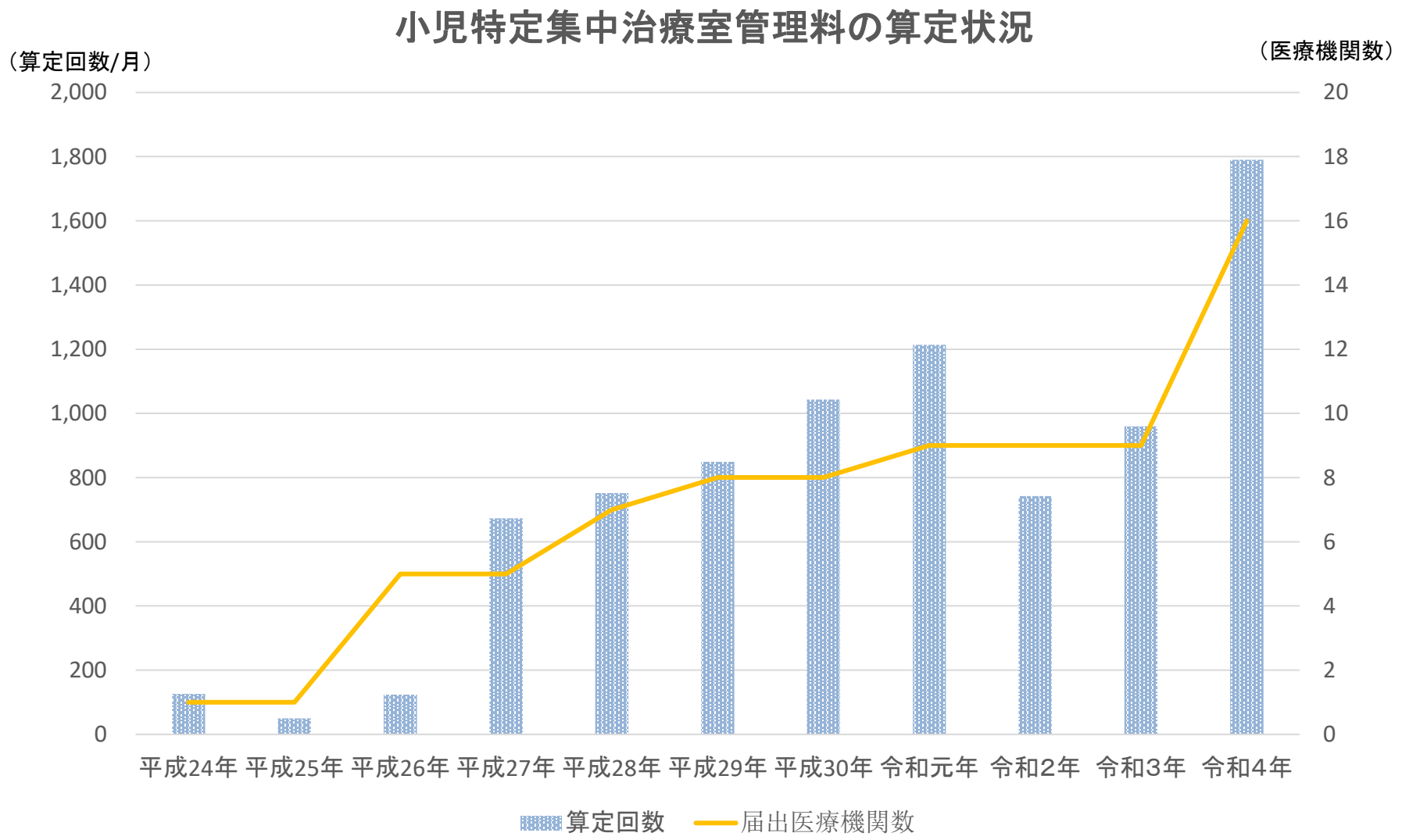
算定上限日数の見直し

➢ 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行う。

改定後	
15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症　のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児 ※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。	**55日**

小児特定集中治療室管理料（ＰＩＣＵ）の現状

○　令和4年度に算定回数、届出医療機関数ともに増加した。



出典：（届出医療機関数）各年度　中医協資料「主な施設基準の届出状況等」
（算定回数）社会医療行為別統計

救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

➢ 急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

現行

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※１）	60日

（※１）救命救急入院料３及び４、特定集中治療室管理料２及び４に限る。

改定後

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※１）	60日
急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする患者	**25日**
臓器移植（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	**30日**

［算定上限日数に係る施設基準の概要］
・当該治療室において、**「早期離床・リハビリテーション加算」**又は**「早期栄養介入管理加算」**の届出を行っていること。
・**関係学会と連携**をとって患者の診療を行っていること。

施設基準の見直し

➢ バイオクリーンルーム設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置に関する要件の見直しを行う。

現行

［施設基準］
・　原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

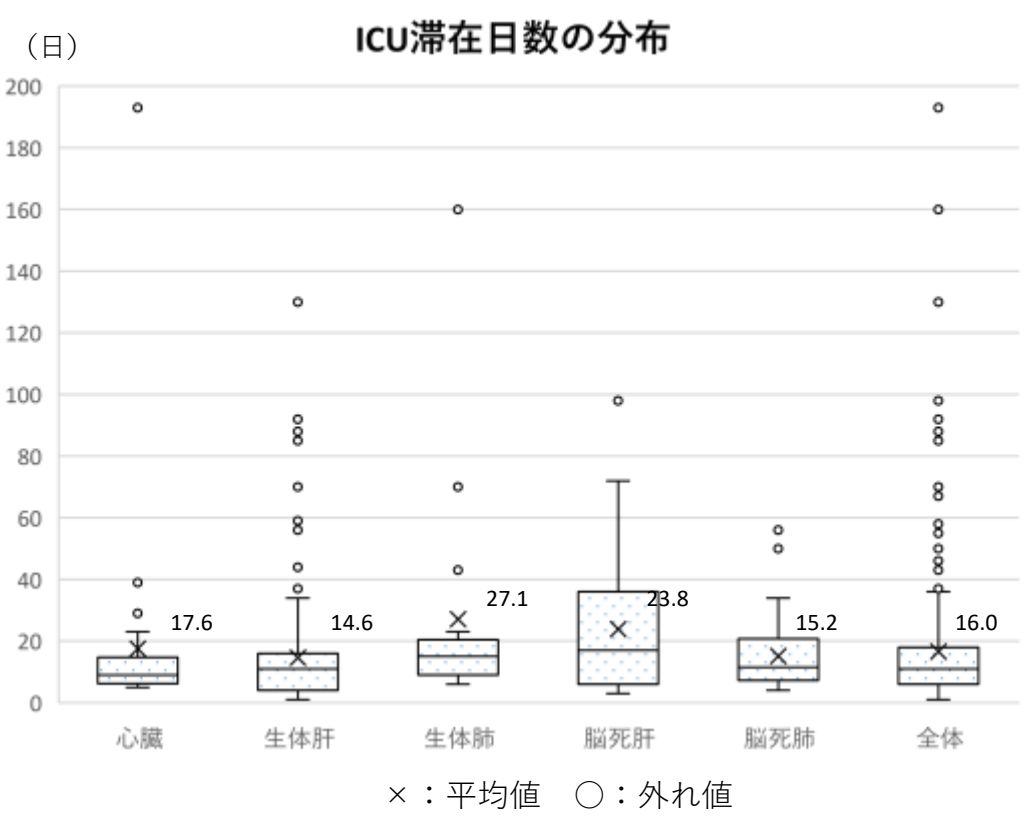
改定後

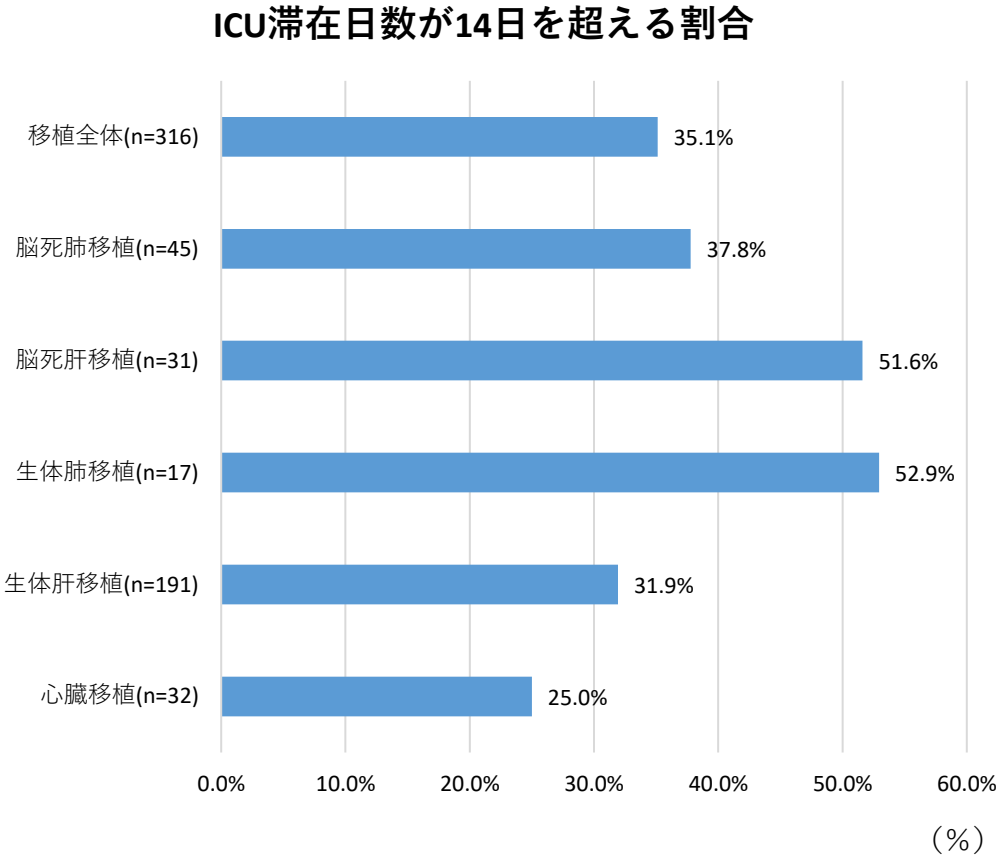
［施設基準］
・　**当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。**

［見直しの対象となる治療室］
「Ａ３００」救命救急入院料２・４、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料１～４、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料

ICU滞在日数の比較②

○　臓器移植が行われた患者におけるICU平均滞在日数を移植臓器別に比較すると、いずれの平均ICU滞在日数についても14日を超過していた。ICU滞在日数は症例によるばらつきが大きかった。
○　ICU滞在日数が14日を超える割合を移植臓器別に比較すると、「脳死肝移植」「生体肺移植」においては、50%以上の患者が14日を超過してICUに滞在していた。

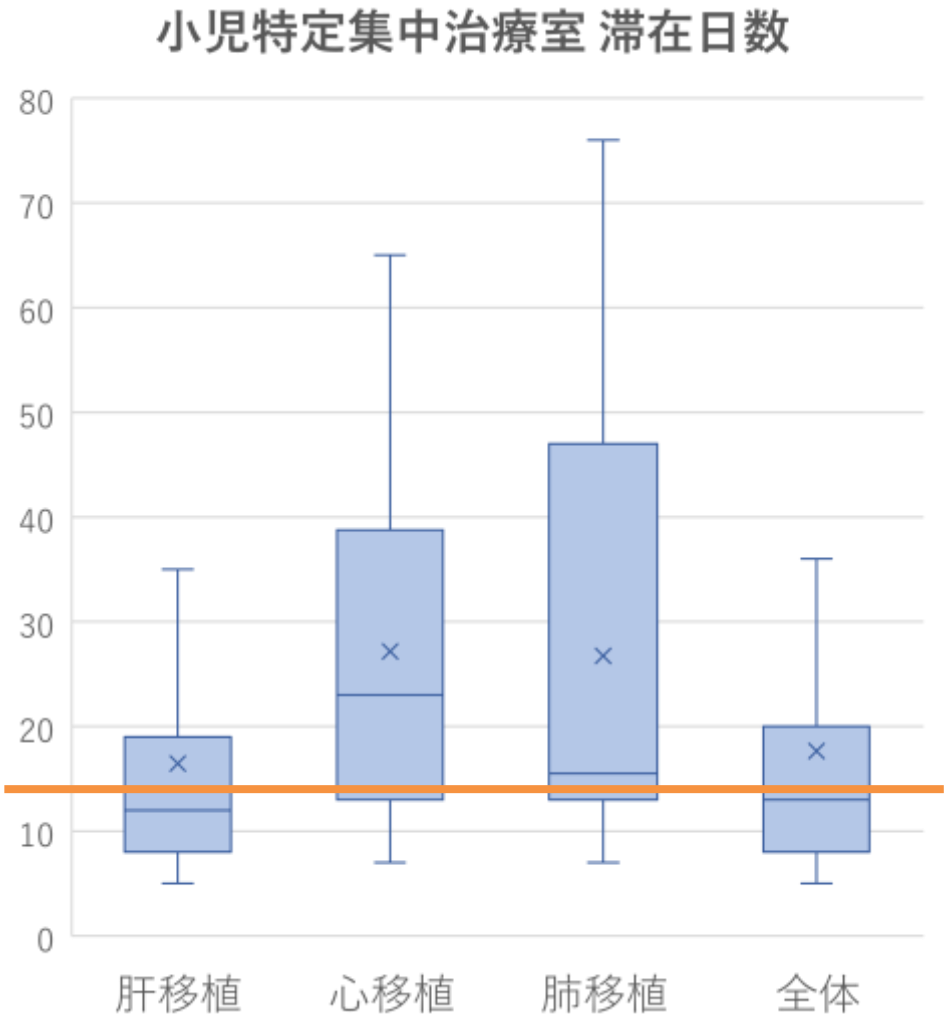




出典：国立大学病院長会議集計データ

臓器移植患者のＰＩＣＵ滞在日数

○ 心臓、肺、肝臓移植いずれの移植後の患者においてもPICUの平均滞在日数は14日を超えている。
○ 移植施設のうち、PICU管理料を届け出ている施設は少なく、小児臓器移植患者を、ICUで管理している施設もあると考えられる。



心臓、肺：A病院（2017-2021）、肝：B病院（2020-2021）

	小児特定集中治療室 滞在日数の平均
心移植（n=6）	27.2 日
肺移植（n=8）	26.8 日
肝移植（n=108）	16.5 日

	移植施設	移植施設のうち、 PICU管理料を 届け出ている施設
心臓	11※1	2
肺	11	1
肝臓	23※2	4

※1　全年齢移植可能施設は6施設

※2　脳死肝移植施設（成人＋小児）

出典：日本集中治療医学会小児集中治療委員会より提供

臓器移植患者の臨床経過について

○ 各臓器ともに、移植前からの集中治療室における全身管理が必要であり、集中治療室滞在日数が長くなることが考えられる。

移植非実施施設 ⇨ **移植実施施設**

心臓

心臓移植施行小児患者（例：拡張型心筋症）の経過イメージ

ICU | 搬送 | PICU | 移植 | PICU | 退室 → 一般病棟へ

急性期の全身管理
・人工呼吸管理
・循環作動薬

心臓移植前の全身管理
・人工呼吸器管理　・重症心不全管理
・急変・感染症対応
・小児用VAD導入
→人工呼吸器離脱→一般病棟移行準備

心臓移植後の全身管理
・術後侵襲への対応　・心不全管理
・免疫抑制剤の調整

肺

肺移植施行小児患者の経過イメージ

急性期の全身管理
・人工呼吸器管理
・ECMO

肺移植前の全身管理
・人工呼吸器管理　・ECMO
・急変・感染対応

肺移植後の全身管理
・術後侵襲への対応・十分な排痰補助
・免疫抑制剤の調整・感染症の予防と早期発見

→ 一般病棟へ

肝臓

肝移植施行小児患者（例：急性肝不全）の経過イメージ

急性期の全身管理
・厳重なモニタリング
・凝固障害や高アンモニア血症への早期対応

肝移植前の全身管理
・人工呼吸器管理
・血液透析、血漿交換
・肝性脳症に対する中枢神経保護管理

肝移植後の全身管理
・厳格な肝機能や肝血流モニタリング
・厳格な水分管理
・人工呼吸器離脱に難渋する場合も多い

→ 一般病棟へ

出典：日本集中治療医学会小児集中治療委員会より提供

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１－２　小児入院医療について

１－３　小児高度急性期医療について

１－４　医療的ケア児について

１－５　小児医療における精神領域について

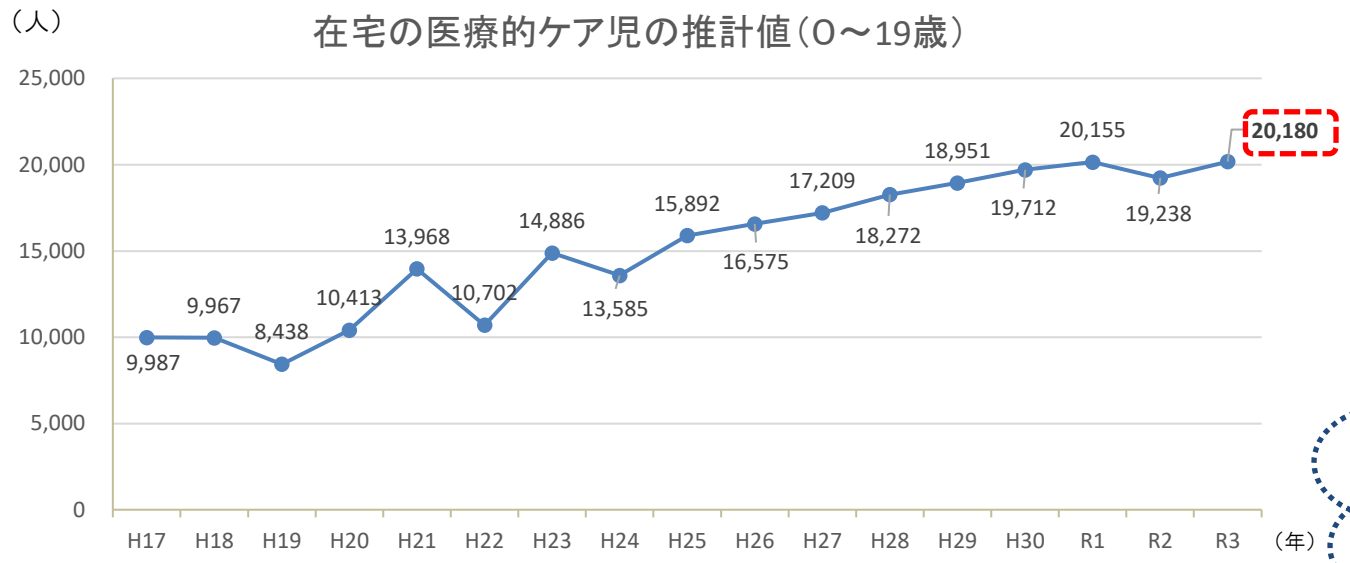
2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２－２　出産費用の見える化等について

医療的ケア児について

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
○ 全国の医療的ケア児（在宅）は、約２万人〈推計〉である。



出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成）



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿　等



医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和３年６月18日公布・同年９月18日施行）

第二条　この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

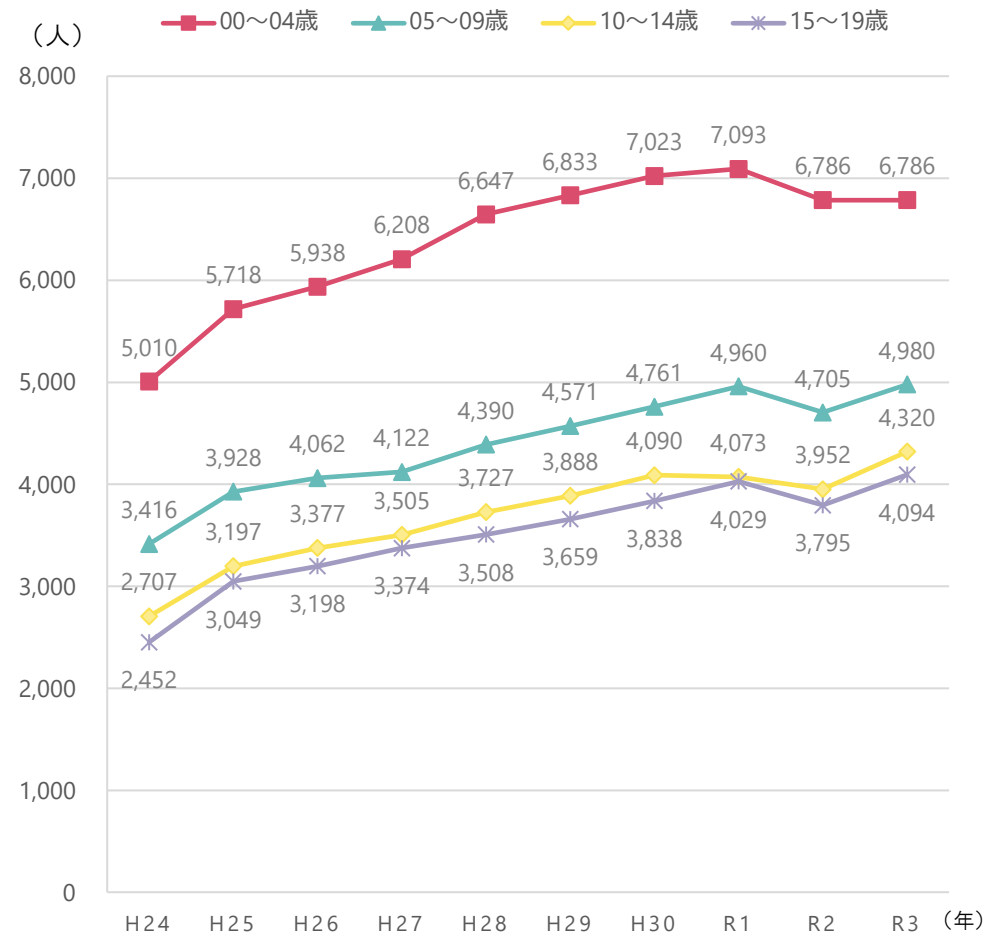
２　この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

年齢階級別の医療的ケア児数等

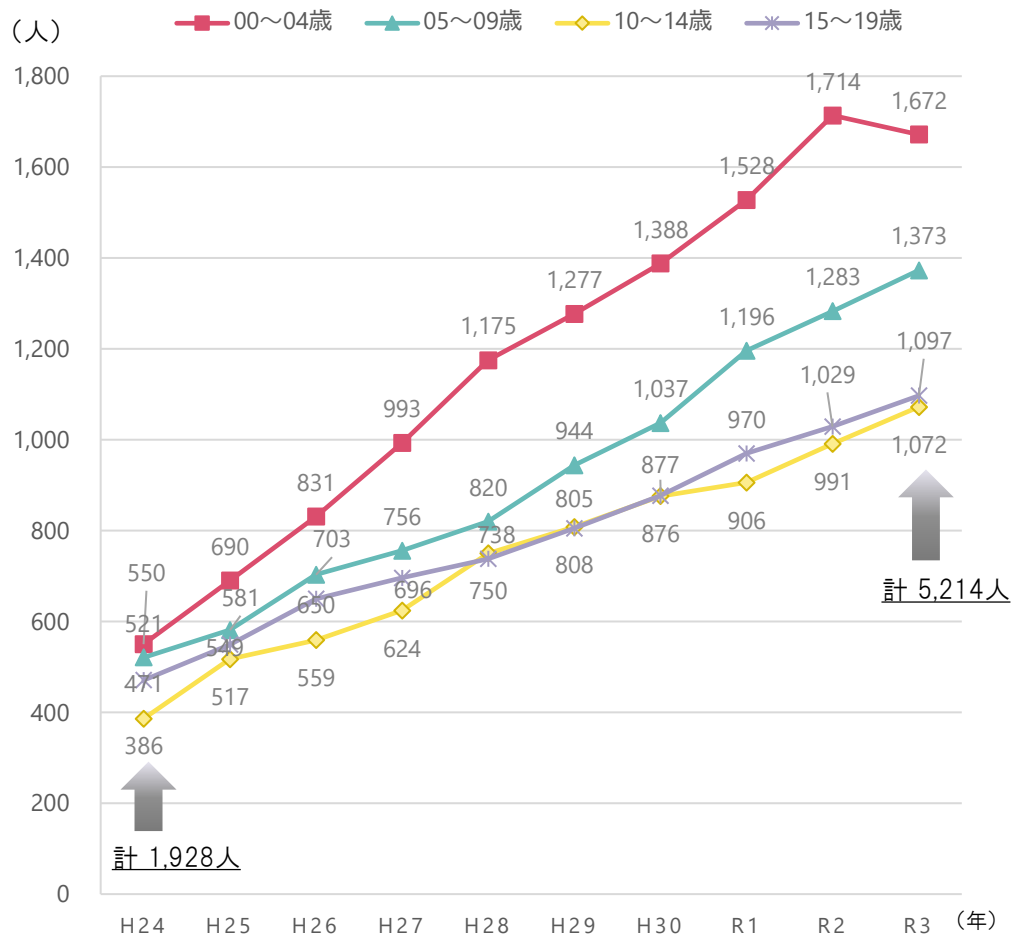
○ 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。

○ 人工呼吸器を必要とする児数は、直近９年で約2.7倍に増加し、0～4歳が最も多い。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年６月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107　在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

医療的ケア児への支援方針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について
（令和5年医政地発0331第14号）

小児医療の体制構築に係る指針　**第２ 医療体制の構築に必要な事項**

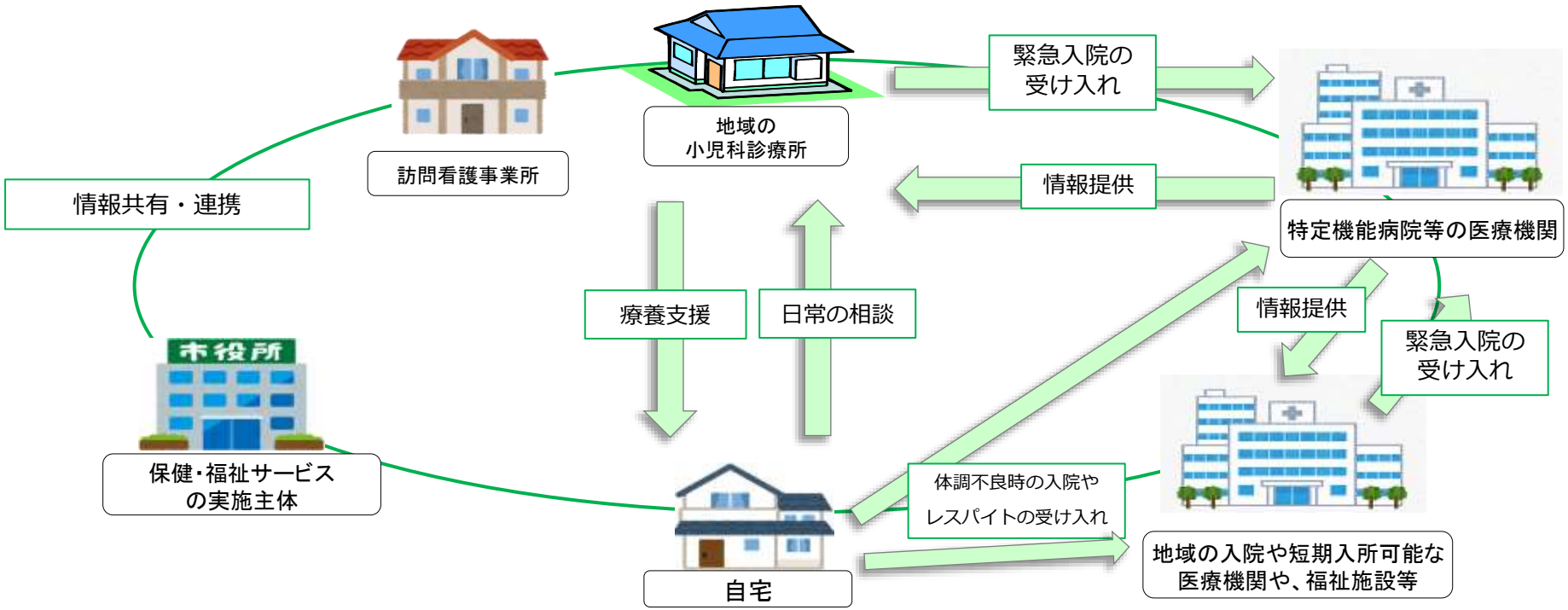
２　目指すべき方向

（４）療養・療育支援が可能な体制

① 医療的ケア児が入院する医療機関において、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制

② 退院後の医療的ケア児等の緊急入院に対応できる体制

③ 退院後の医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するための、レスパイト等の受入れ体制



在宅の医療的ケア児とその家族の支援に向けた主な取組

在宅における医療的ケア児とその家族を支えるため、NICU・GCUから在宅へ円滑に移行するための支援や地域における生活の基盤整備等の在宅生活支援、医療的ケア児を受け入れる障害児通所、保育園、学校等の基盤整備といった社会生活支援、経済的支援等の取組が実施されている。

出生

(乳児)

(幼児)

6歳

18歳

在宅生活支援

NICU・GCUから在宅への移行支援　在宅生活の基盤整備

【病院】医療ソーシャルワーカー等

① 地域療育支援施設運営事業

② 日中一時支援事業

【行政】地域の保健師等

③ 子育て世代包括支援センター

障害児相談支援

④ 医療的ケア児総合支援事業
（医療的ケア児支援センター）

⑤ 医療的ケア児等医療情報共有システム

【病院・診療所】外来、入院

【在宅医療】訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理 等

⑥ 診療報酬

⑦ 在宅医療関連講師人材養成事業

障害児相談支援

居宅介護　短期入所

⑧ 障害福祉サービス等報酬

⑨ 医療型短期入所事業所開設支援

等

社会生活支援

社会生活の基盤整備

【障害児通所】
児童発達支援・医療型児童発達支援・
居宅訪問型児童発達支援

⑧ 障害福祉サービス等報酬

【保育園等】

⑩ 医療的ケア児保育支援事業

保育所等訪問支援

【幼稚園、特別支援学校等】

⑪ 医療的ケア看護職員配置事業

⑫ 学校における医療的ケア実施体制充実事業

【小・中・高等学校、特別支援学校等】

⑪ 医療的ケア看護職員配置事業

⑫ 学校における医療的ケア実施体制充実事業

放課後児童クラブ　小学校就学児童

⑬ 障害児受入強化推進事業

【障害児通所】放課後等デイサービス

⑧ 障害福祉サービス等報酬

等

経済的支援等

⑭ 小児慢性特定疾病の医療費助成

⑮ 小児慢性特定疾病児童自立支援事業

未熟児療育事業

難病医療費

身体障害者手帳

療育手帳

精神障害者保健福祉手帳

特別児童扶養手当

障害児福祉手当

等

注）対象年齢等は制度により異なる

医療　母子保健、保育、子育て　障害福祉　教育

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ１：地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3）医療・介護と障害福祉サービスとの連携

○　障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

○　医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。

○　既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのかが重要。

（2）医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

○　介護支援専門員は既に利用者の様々な情報（例：家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等）を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。

○　各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。

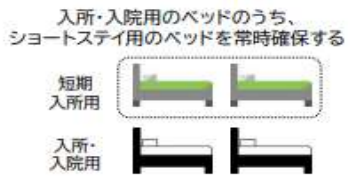
○　ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

医療的ケアスコアについて

医療的ケア（診療の補助行為）		基本スコア 日中	基本スコア 夜間	基本スコア	見守りスコア 高	見守りスコア 中	見守りスコア 低	見守りスコアの基準（目安） 見守り高の場合	見守りスコアの基準（目安） 見守り中の場合	見守りスコアの基準（目安） 見守り低の場合（0点）
1　人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む）の管理 注）人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。		□		10点	□	□	□	自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに対応する必要がある場合（2点）	直ちにではないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合（1点）	それ以外の場合
2　気管切開の管理 注）人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。（人工呼吸器10点＋人工呼吸器見守り〇点＋気管切開8点）		□		8点	□		□	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合（2点）		それ以外の場合
3　鼻咽頭エアウェイの管理		□		5点	□		□	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合（1点）		それ以外の場合
4　酸素療法		□	□	8点	□		□	酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がもたらされる場合（1点）		それ以外の場合
5　吸引（口鼻腔・気管内吸引）		□		8点	□		□	自発運動等により吸引の実施が困難な場合（1点）		それ以外の場合
6　ネブライザーの管理		□	□	3点						
7　経管栄養	(1)　経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻	□		8点	□		□	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合（2点）		それ以外の場合
	(2)　持続経管注入ポンプ使用	□		3点	□		□	自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合（1点）		それ以外の場合
8　中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など）		□		8点	□		□	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合（2点）		それ以外の場合
9 皮下注射 注）いずれか一つを選択	(1)　皮下注射（インスリン、麻薬など）	□	□	5点	□		□	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合（1点）		それ以外の場合
	(2)　持続皮下注射ポンプ使用	□	□	3点	□		□	自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合（1点）		それ以外の場合
10　血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む） 注）インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。		□	□	3点	□		□	血糖測定とその後の対応が頻回に必要になる可能性がある場合（1点）		それ以外の場合
11　継続的な透析（血液透析、腹膜透析を含む）		□		8点	□		□	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合（2点）		それ以外の場合
12　導尿 注）いずれか一つを選択	(1)　利用時間中の間欠的導尿	□	□	5点						
	(2)　持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ）	□	□	3点	□		□	自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合（1点）		それ以外の場合
13　排便管理 注）いずれか一つを選択	(1)　消化管ストーマ	□	□	5点	□		□	自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合（1点）		それ以外の場合
	(2)　摘便、洗腸	□	□	5点						
	(3)　浣腸	□	□	3点						
14　痙攣時の 座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注）医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場合		□		3点	□		□	痙攣が10分以上重積する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が高い場合（2点）		それ以外の場合

14項目の基本スコアと見守りスコアの合計が医療的ケアスコアとなる。

障害福祉サービスにおける「医療型短期入所サービス」

		併設型	空床利用型
対象者		＜重症心身障害児者等＞ • 区分６に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 • 区分５以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者　等 ＜その他＞ • 重症心身障害児者等に該当しない場合であって、区分１以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（難病を含む） • 区分１以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者	
サービス内容		病院等に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援	
実施主体		病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所（日中の受入のみ）※法人格のない病院、診療所も可	
ショートステイ用の居室の設定		**あり**  	**なし** 
人員基準	**従業者**	本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、**本体施設として必要とされる数以上**	
	管理者	管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する（支障がないときは、他の職務との兼務が可能）	
設備基準		本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、**本体施設の設備をショートステイで利用できる**	空床を利用する**本体施設で必要とされる設備を有することで問題ない**

報酬単価	**基本報酬**	**・医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合)**　1,747単位～3,010単位 区分６の気管切開を伴う人工呼吸器 による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合 **・医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合)**　1,266単位～2,835単位 医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合
	主な加算	＜緊急短期入所受入加算＞　270単位 緊急時の受入れを行った場合 ＜特別重度支援加算＞　120単位～610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合

医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等

(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔栄養

【論点２】医療的ケア児者の受入体制の拡充について

現状・課題

○　医療的ケア児者の家族のレスパイトの時間を確保することは、医療的ケア児者とその家族への支援に当たって重要であり、医療的ケア児者を受け入れることができる体制の構築が必要との指摘がある。

○　短期入所サービスについては、これまで、

・　平成30年度報酬改定において、福祉型強化短期入所サービスを創設するとともに、看護職員による福祉型短期入所事業所への訪問による看護の提供等について評価の充実

・　令和３年度報酬改定において、医療型短期入所サービス費の基本報酬の引き上げや、日中活動を実施している場合の評価の充実を行っている。

検討の方向性

○　医療的ケア児者については、入浴支援を行える施設が不足しているなど、現行では十分な受け皿がないといった課題があることから、常勤看護職員の配置のある福祉型強化短期入所サービスにおいて、このような日中のみの支援ニーズに応えるサービス類型を検討してはどうか。

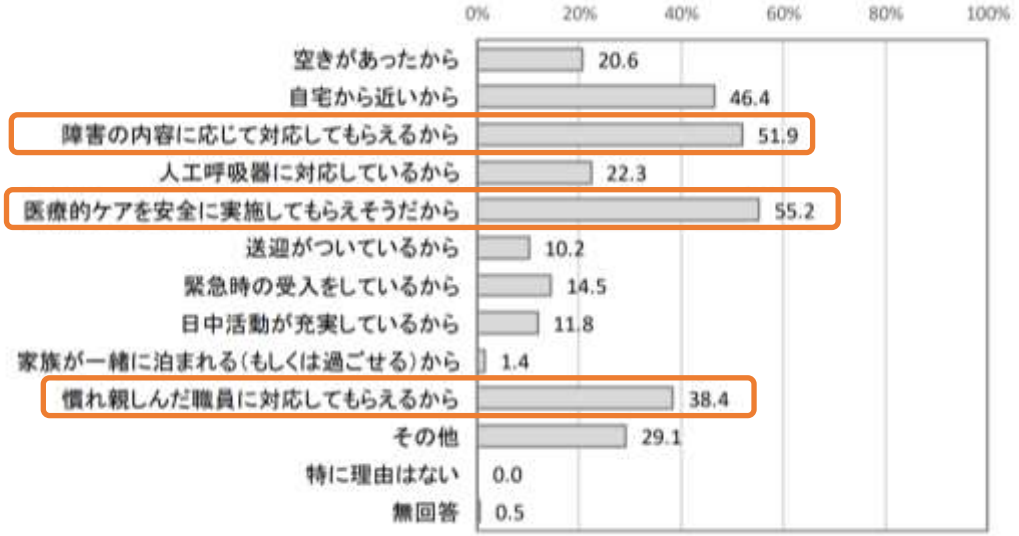
○　福祉型短期入所サービスについては、医療的ケア判定のスコア表の項目に該当する障害児者を受け入れて対応している場合や、区分５・６以上を多く受け入れている場合もあることから、このようなケースで医療的ケアを行う体制をとった場合の評価について検討してはどうか。

○　医療的ケア児者を安心して預けてもらうため、医療型短期入所サービスの利用を希望する医療的ケア児者に対して、医療型短期入所サービスを利用する前から、事前に自宅等へ訪問し、医療的ケアの手技等を確認した上で、事業所で新たに受け入れた場合の評価について検討してはどうか。

医療型短期入所を利用する上での事業所の選定理由や利用にあたっての不安等

○　医療型短期入所を利用した家族等が当該事業所を利用した理由としては、「医療的ケアを安全に実施してもらえそうだから」が55.2%、「障害の内容に応じて対応して貰えるから」が51.9%、「慣れ親しんだ職員に対応してもらえるから」が38.4%となっていた。

■この事業所を利用した理由（n=422）（複数回答）



■これまでのサービス利用で、不便・不安と感じたこと（n=422）（複数回答）



※上記の中で医療サービスに関連したものを枠で囲っている。

【調査概要】

○調査対象

事業所票：2019年３月に、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定した短期入所事業所

利用者票：上記事業所の短期入所サービスを、調査期間中に利用している本人やその家族、もしくは支援されている方

○調査実施期間

調査票の発送：令和元年９月４日、回収〆切：令和元年10月31日

○回収状況

事業所票：配布363件、有効回収数250件（有効回収率68.9%）

利用者票：有効回収数422件（１事業所につき最大５名の利用者を対象に配布）

出典：令和元年度障害者総合福祉推進事業（医療型短期入所のあり方に関する実態調査）

医療的ケア児の入院前調整を行っている医療機関の一例

○　医療的ケア児が入院する際、在宅時からの連続的なケアを受けることができるよう、入院前調整を行っている医療機関の一例を紹介する。

○　入院前調整の内容

①　初回の入院となる前に、児と家族と面談を行い、在宅でのケア等の確認を行う。

②　呼吸器管理を行っている児等を対象に、看護師が自宅へ訪問する。

・　本人の状態や医療的ケアの実施方法を確認する。

・　事前訪問先で、訪問診療を担当する医師、看護師、保健師と合流し、情報交換を実施する場合もある。

③　事前訪問で得た情報を、病棟看護師と共有し、入院時のケアについて検討を行う。呼吸器管理のために、勉強会を行うこともある。

○　入院前調整の具体的なイメージ

症例：4歳　男児　脳性まひ

必要な医療的ケア：人工呼吸管理、経管栄養、浣腸、服薬、吸引

入院前に自宅を訪問して確認した内容

・　右鼻を吸引する際は嫌がるので、右鼻は最後に吸引を行う。

・　自宅ではスプーンを用いて1口ずつ水分摂取を行う。

・　自宅では真っ暗ではなく薄暗い部屋で入眠している。

・　中途覚醒した際は、お気に入りの音楽をかけると再入眠してくれる。

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

１―５－１　小児科外来における対応について

１－５－２　不適切な養育への対応について

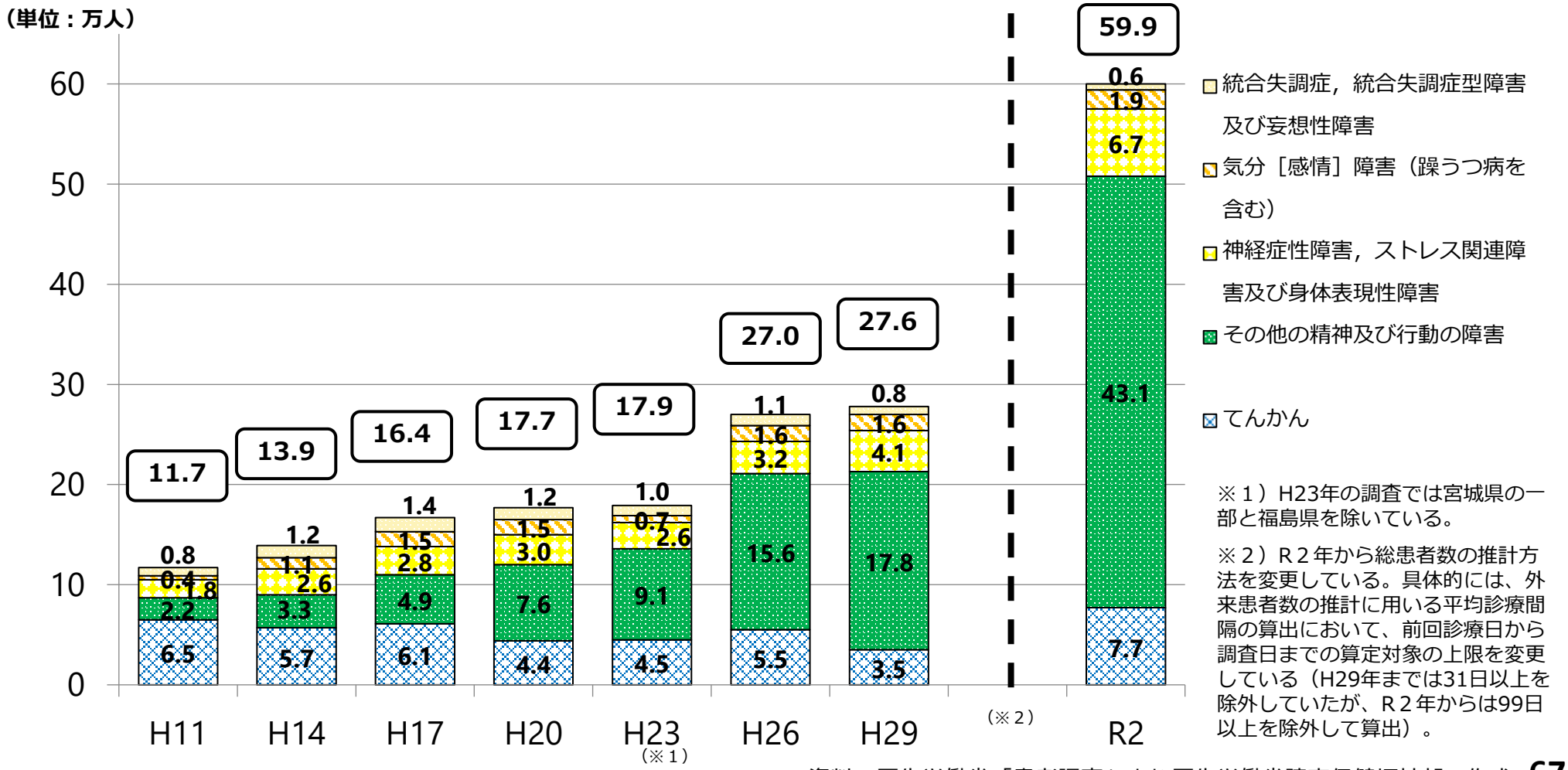
2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）

○ 20歳未満の、精神疾患を有する総患者数は、約59.9万人。
○ 疾患別では、「その他の精神及び行動の障害」が最も多い。
○ 「その他の精神及び行動の障害」には、「心理的発達の障害（F80-F89）」や「小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」等が含まれる。



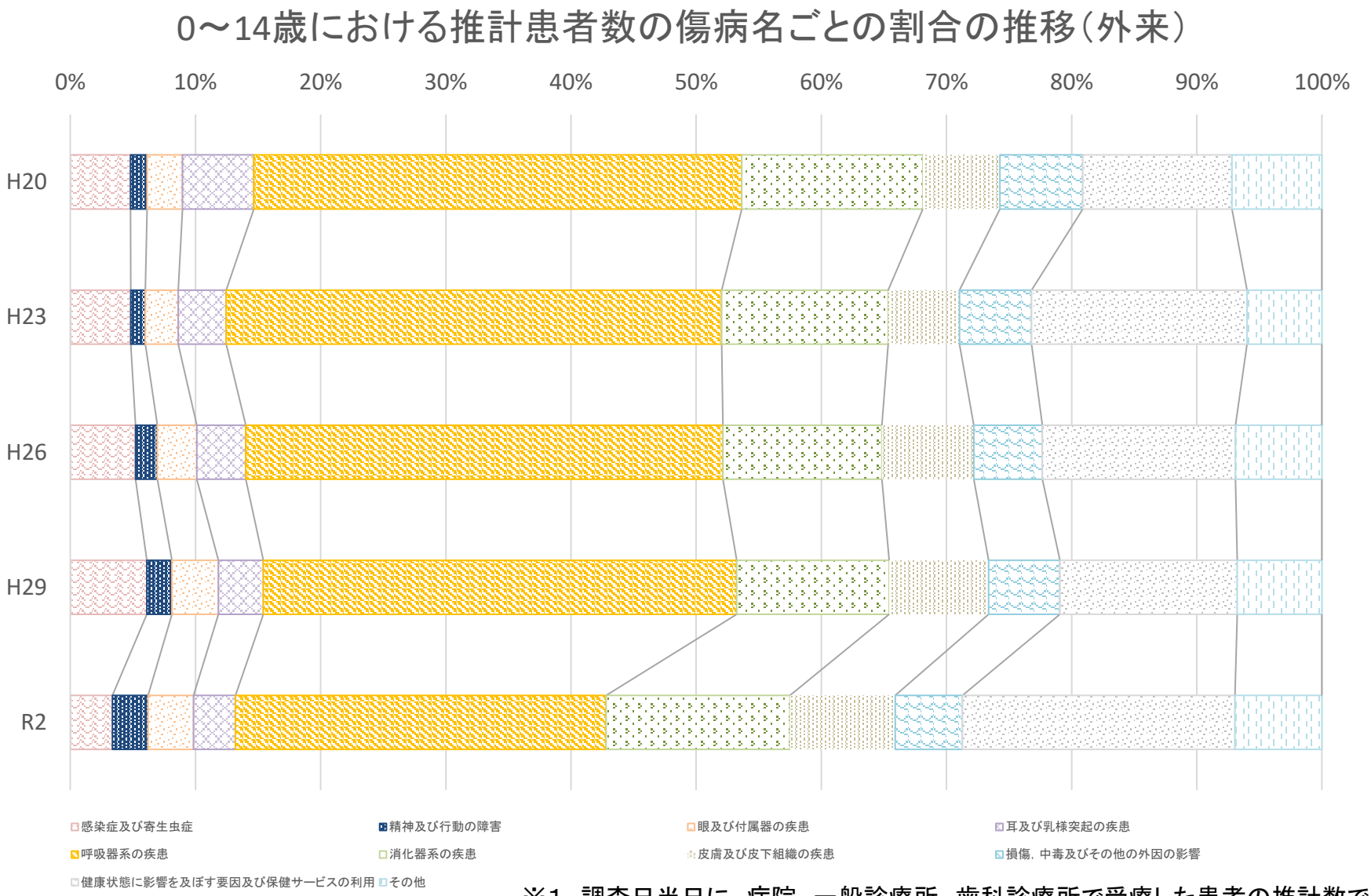
※１）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※２）R２年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R２年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

0～14歳における推計患者数※1の傷病名※2ごとの割合の推移（外来）

○　呼吸器系の疾患の割合は40%前後と1番高いが、令和2年には減少した。



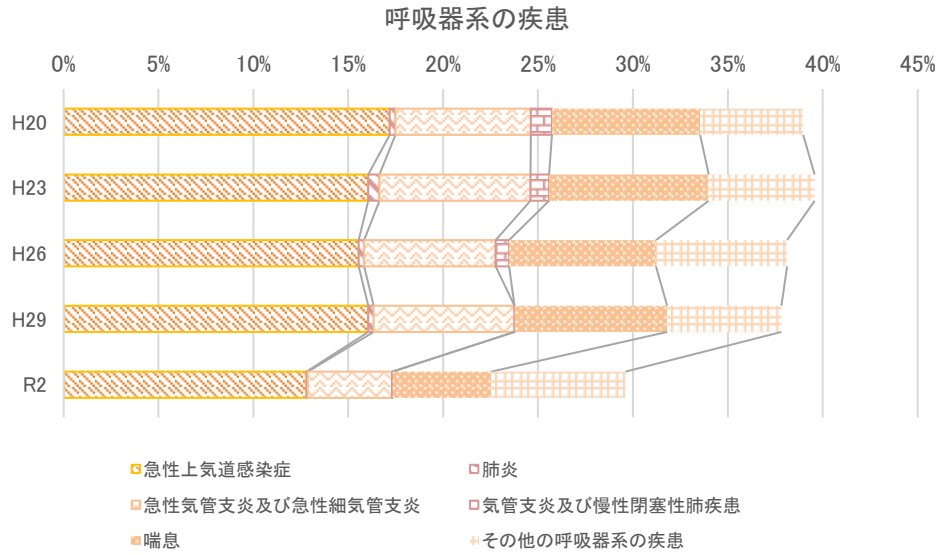
出典：患者調査（調査月：10月）

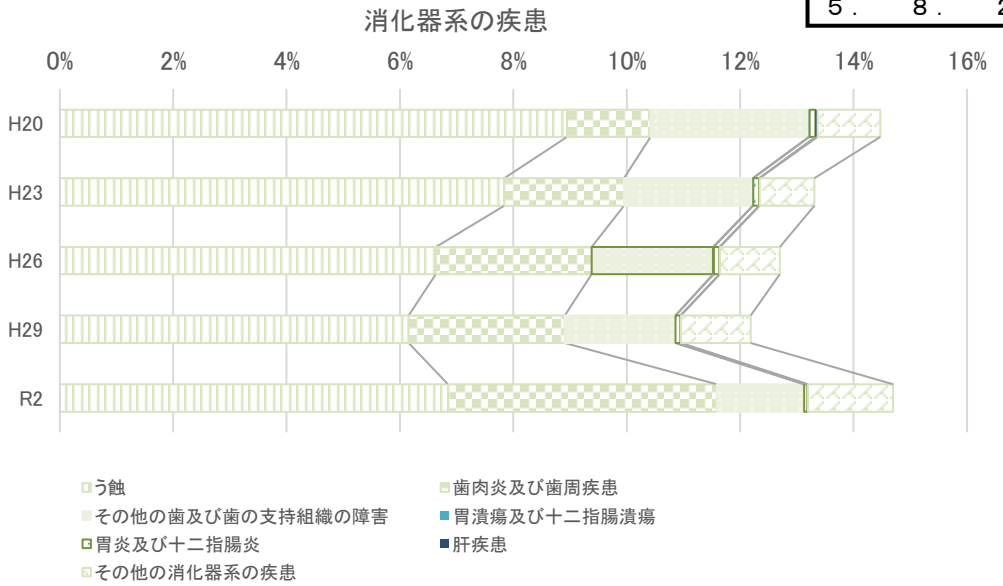
※1　調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。
※2　調査日現在、主として治療または検査をした傷病を疾病大分類ごとに集計した。

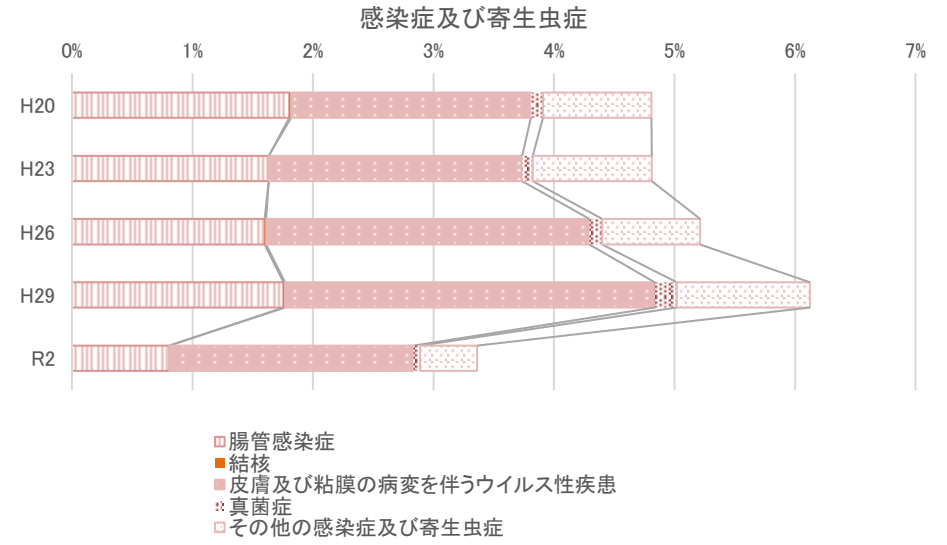
0～14歳における推計患者数※1の疾病大分類ごとの割合※2の推移（外来）

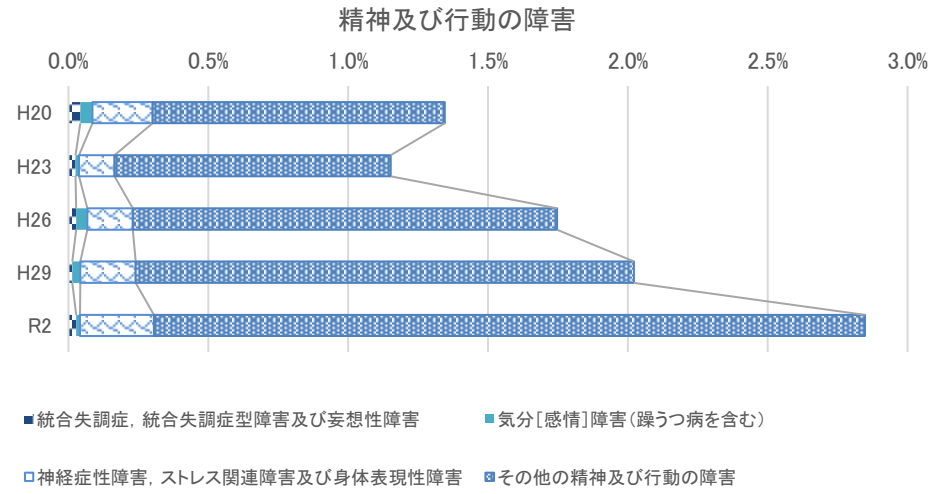
○　精神及び行動の障害において、知的障害を含むその他の精神及び行動の障害が増加している。

中医協　総－２
５．　８．　２









※1　調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。
※2　推計外来患者の総数に対する割合

出典：患者調査（調査月：10月）

精神科領域と小児科領域における児童青年期の精神疾患の診療状況

○ 児童青年期の精神疾患の治療を専門に実践している精神科領域と小児科領域の医師から、症例を収集した調査において、小児科領域の医師が診ている患者の年齢は、精神科領域の医師が診ている患者よりも有意に若年であるという結果であった。

専門領域別の患者年齢

	精神科領域（91事案）	小児科領域（32事案）
平均年齢	11．0（歳）	7.9（歳）
標準偏差	3.6	3.3
最少年齢	2	2
最高年齢	19	15

専門領域別の診断や状態の類型と重症度（重複回答あり）

		精神科領域（91事案）	小児科（32事案）
精神疾患	軽症	5（5.5%）	0（0.0%）
	重症	3（3.3%）	0（0.0%）
発達障害	軽症	47（51.6%）	14（43.8%）
	重症	22（24.2%）	18（56.3%）
家庭・社会の問題	軽症	20（22.0%）	16（50.0%）
	重症	8（8.8%）	6（18.8%）

軽症：精神症状が軽度で、問題が複雑化しておらず、高次医療機関よりも一次医療機関などで診療することが望ましいと考えられる症例を指す。

重症：精神症状が重度あるいは問題が複雑化しており、高次医療機関や入院施設がある医療機関で診療することが望ましいと考えられる症例を指す。

出典：令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「児童・思春期精神疾患の診療実態把握と連携推進のための研究」（研究代表者：五十嵐隆）

発達障害者支援に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告（概要）

勧告日：平成29年1月20日
勧告先：文部科学省、厚生労働省

背景

◆ 自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）などの「発達障害」を持つ児童生徒が乳幼児期から切れ目なく適切な支援が受けられるよう、国、都道府県及び市町村の責務や求められる取組を定めた発達障害者支援法（平成16年法律第167号）が平成17年4月に施行

※ 固有の手帳制度がない発達障害者の正確な数は分かっていないが、推計値としては、
文部科学省の調査では、公立の小・中学校の通常学級で学習面又は行動面で著しい困難を示す児童生徒の割合は、平成23年度6.5%（30人学級では1～2人。13年度6.3%）
厚生労働省の調査では、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群等の患者の総数は、平成14年度の3.5万人から26年度の19.5万人に増加

◆ 法の施行後、発達障害に対する理解や支援の取組が進展したとの評価がある一方、乳幼児期から在学時、成人期までの各ライフステージを通じた継続的な支援に課題（発見の遅れ、進学過程での支援の途切れなど）があるとの指摘あり

⇒ 今回、法の施行から約10年を迎えた機会を捉え、保育所・学校現場を含む都道府県・市町村における発達障害者支援の実態を初めて調査。今後の取組に当たっての課題を整理し、関係省に改善を勧告（平28.8の改正法の運用において本勧告を踏まえた対応が期待）

調査結果（ポイント）

① 発達障害の早期発見

主な調査結果

- 乳幼児健診時や在学中の行動観察において、発達障害が疑われる児童を見逃しているおそれ
- 支援の遅れとなり、二次障害（不登校、暴力行為等）が発生する場合あり

主な勧告

- 乳幼児健診における発達障害が疑われる児童の早期発見に資する有効な措置
- 在学中の行動観察における着眼点等を共通化した標準的なチェックリストの提示

② 適切な支援と情報の引継ぎ

主な調査結果

- 支援計画等の作成対象が限定され、未作成のものあり
- 進学先に情報が引き継がれていないものあり

主な勧告

- 支援計画等の作成対象とすべき児童生徒の考え方の提示
- 支援計画など情報の適切な引継ぎ

③ 専門的医療機関の確保

主な調査結果

- 専門的医療機関が不足（初診待ちが長期化）

主な勧告

- 専門的医療機関確保のための一層の取組

出典：総務省｜発達障害者支援に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告（概要）（平成29年１月）

発達障害診断待機解消事業

【事業概要】
　地域における発達障害の診断待機を解消するため、「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」及び「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」 を実施し、発達障害を早期に診断する体制を確保する。

【実施主体】　都道府県、指定都市（事業の一部について委託可）

【令和４年度予算額】　92,909千円（92,909千円）

発達障害専門医療機関初診待機解消事業

発達障害の診断をする医療機関の行うアセスメント等に関して、次の内容を取り組む。

○アセスメント強化（以下の全部又は一部を実施）

・発達障害にかかるアセスメント対応職員の医療機関への配置
・地域の児童発達支援センターや発達障害者支援センター等でのアセスメントの実施
　（実施内容は診断する医療機関に引き継ぐ）
・医療機関にケースワーカー等を配置し、子どもが通う施設（例：市町村の保健センターや保育所等）に出向いて情報提供や行動観察を依頼

○効果測定

　アセスメント強化の方法や実施した上での診断待機の改善状況、発見された課題等について有識者を加えて検討し、報告書を作成

発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業

発達障害に関して高度な専門性を有する地域の拠点医療機関を選定し、次の内容を取り組む。

○人材育成・実地研修
　地域の医療従事者への専門技術に関する研修や診療等への陪席の実施　など

○情報収集・提供
　受診希望の当事者や家族に対する診療可能な医療機関の情報提供　など

○ネットワーク構築・運営
　地域の医療機関同士の会議体を構成し、意見交換等を実施

○発達障害医療コーディネーターの配置
　医療機関やその他関係機関、当事者及びその家族との連絡・調整

両事業を併せて実施することで効率的な事業実施を図る

5歳児健診のフォローアップ体制のイメージ（案）

第２回こども家庭審議会成育医療等分科会
令和５年11月22日　資料２

概要

○　多くの市町村では、3歳児健診（法定健診）以降、就学時健診まで健診がない。乳幼児への切れ目のない母子保健の提供のため、社会性発達の評価、発達障害等のスクリーニング、健康増進を目的とした、**5歳児健診の標準化・体制整備が必要。**
（4～6歳児健診について、公費負担を実施している自治体は15%（令和3年度母子保健課調べ））

○　特別な配慮が必要な児に対して**早期介入を実施**することで、**保護者の課題への気づきや生活への適応が向上**する可能性が指摘されており、**5歳児健診により学童期の不登校発生数が減少**したという研究結果もある。

○　5歳児健診において所見が認められた場合に、**必要な支援につなげる地域のフォローアップ体制が重要**。

5歳児健診

今年度、研究班で健康診査票・問診票を作成し、関係団体に意見照会中。
今後、成育医療等分科会で議論。

問診・診察・評価

- 情報集約（過去の健診結果、家庭環境、保育所情報等）
- 発達等の評価
- 困り感の把握
- 保護者への説明　等

【健診に関わる職種の例】
小児科医師、保健師、
心理職、保育士、教育職、
作業療法士・運動指導士　等

専門相談

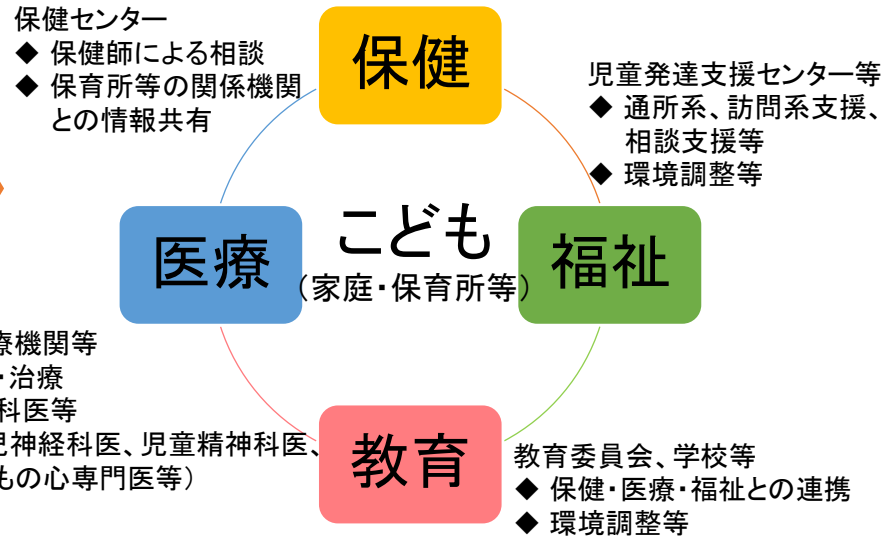
保護者との共有
- 健診後の不安の傾聴
- 保護者の気づきを促す
- 多職種による助言

健診後カンファレンス

多職種による評価、支援の必要性の検討

地域のフォローアップ体制

地域のリソースを使った支援体制（受け皿）を構築



地域のフォローアップ体制に係る課題

○　**医療のキャパシティ強化**　⇒　発達障害の診察ができる医師の養成、医療機関の体制強化。診療報酬についても別途検討

○　**福祉との連携強化**　⇒　児童発達支援センターと母子保健の連携強化、福祉の支援体制強化（障害報酬を含む）

○　**教育との連携強化**　⇒　保育園、幼稚園、学校等、教育委員会等との情報共有、保健・医療・福祉と連携した個別の支援・配慮

医療機関における発達障害の初診待機の状況

○　日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月（0～54か月）であった。
○　報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、**①初診対象者の選択**や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

■発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

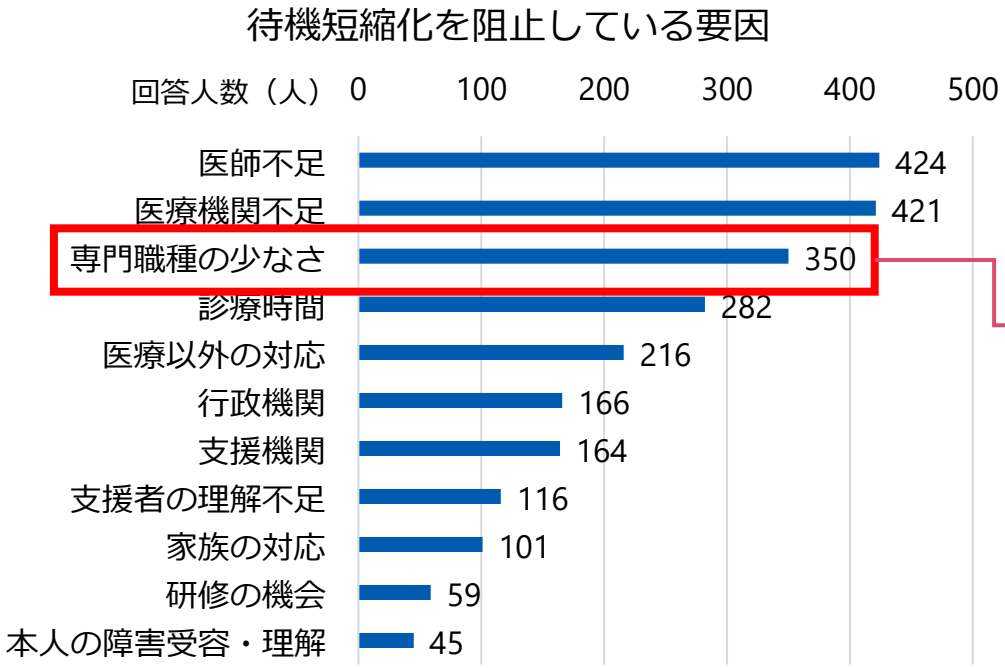
① 初診対象者の選択（緊急枠設定、トリアージ対応）
② 診療時間・診療継続期間の適正化
③ コメディカルスタッフの関与
④ 相談機関・介入機関との連携
⑤ かかりつけ医との関係構築
⑥ 予約法の検討
⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

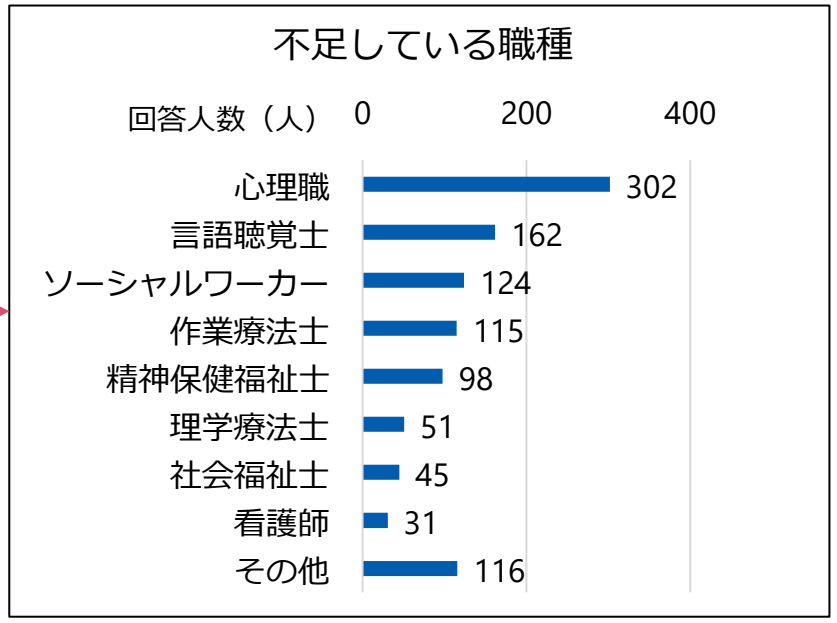
出典：令和元年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査」研究報告書
（事業主体：国立大学法人信州大学）

医療機関において初診待機解消が進まない理由

○　待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足のほか、児童思春期精神医療に知見を有する専門職種の少なさがあげられた。
○　特に不足している職種は、心理職であると考えている医師が多かった。

■初診待機期間が短縮されない理由





出典：令和元年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査」研究報告書
（事業主体：国立大学法人信州大学）

児童精神科における診療時間と職員配置

○ 一人あたりの診療には、児及び養育者との面接、2時間以上の検査、医師の診察、他機関との調整など、多くの手間と時間を要している。
○ 医師一人当たりの初診人数が多い医療機関では、多職種がそれぞれの専門性を発揮しつつ、協力して、可能な限り多くの診療に繋げている実態がある。
○ 常勤医師が1人であっても、16歳未満の患者を多く診療している医療機関においては、外来に、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が多く配置されている。

■医療機関における初診及び再診の流れ

※医師数あたりの初診人数が多い医療機関に対するヒアリング結果

初診		
予診	児と養育者から**各約30分ずつ**聴取 ※児に対しては、一緒に遊びつつ、徐々に聞き取りを行う	**看護師** **PSW** **公認心理師**
心理検査	**各１～２時間程度の検査（２種類以上）** 検査結果について**レポート作成** 方針のカンファレンス（**約30分**）	**公認心理師**
診察	全体のフィードバック	医師
診察後の対応	**教育機関や行政機関**等にフィードバック ※**診療時間外**に対面や電話で説明 ※必要に応じて**会議**を開催	医師 **看護師** **PSW** **公認心理師**

再診	
医師の診察（約５～30分） 公認心理師の**プレイセラピー及びカウンセリング（約40分）** 保護者のみに対する面接（**児の診察とは別に月１回**程度）	**全職員**

■常勤医師が１人の医療機関における多職種の配置状況

	多職種（常勤）配置状況			1ヶ月間に診療した16歳未満の患者数
	看護師	PSW	公認心理師	
総医療機関（n=19）	0.94人	1.05人	1.21人	236.3人
平均値以上の患者数を診療した医療機関（n=9）	**1.53人**	**1.22人**	**1.89人**	**419.1人**

※非常勤職員についても、常勤に対する調査と同様に、診療数が平均値以上の医療機関で多く配置されていた

出典：日本児童青年精神科・診療所連絡協議会調べ（児童精神科診療を行っている診療所を対象とした、2022年11月の診療内容に係るアンケート結果）

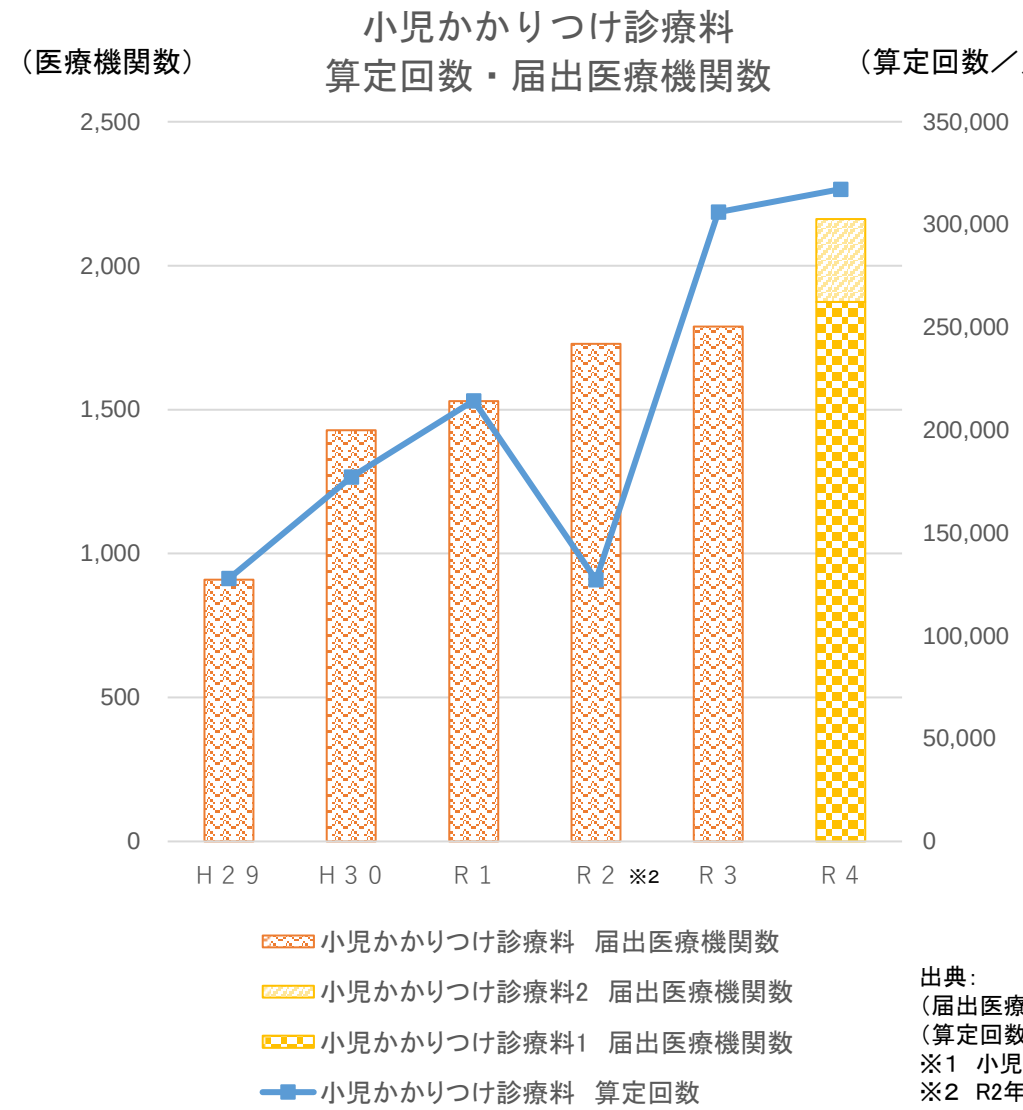
小児科の外来診療の評価について

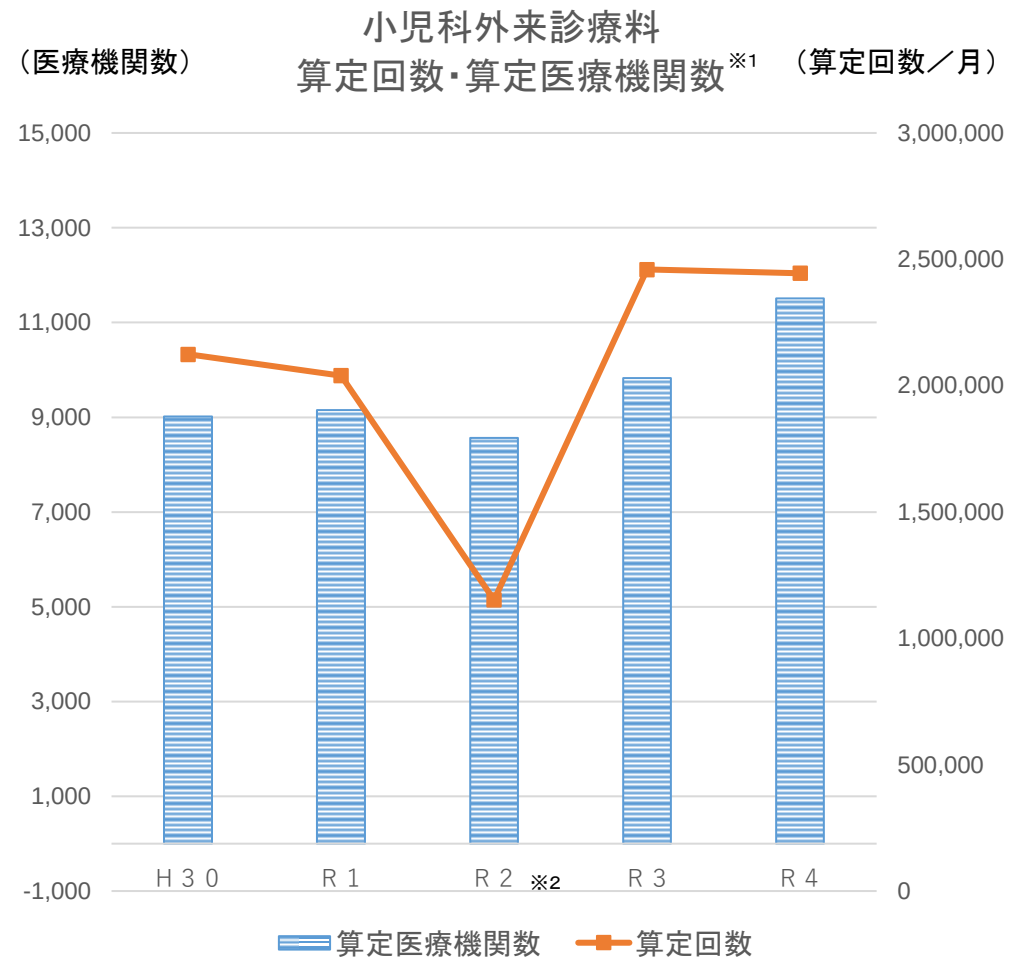
	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	（1日につき） 1．保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　　初診時：599点、再診時：406点 2．1．以外の場合　初診時：716点、再診時：524点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：641点、再診時：448点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：758点、再診時：566点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：630点、再診時：437点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：747点、再診時：555点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ）・院内トリアージ実施料・往診料	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料	
対象疾患	・入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る）。 （小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリビズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、算定対象とならない。）	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあっては、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）の患者であって入院中の患者以外のもの。	
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。 等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導等を行う。 等	
施設基準	小児科を標榜している医療機関であること。	①　小児科を標榜している医療機関であること。 ②　小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③　②の医師について、以下の要件のうち2つ以上に該当すること。 a.　市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 b.　定期予防接種を実施 c.　過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 d.　幼稚園の園医又は保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任	
施設基準（時間外要件）		時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。	次のいずれかを満たしていること。 ア　時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ　在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

○ 小児かかりつけ診療料の算定回数は、令和２年に減少したが、令和３年に増加した。
○ 小児科外来診療料の算定回数は、令和２年までは減少傾向であったが、令和３年は算定回数・算定医療機関数ともに増加した。





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（各年６月審査分）
※１　小児科外来診療料の算定医療機関数はNDBより保険局医療課にて集計。
※２　R2年度改定にて、対象年齢を3歳未満から6歳未満に拡大した

小児特定疾患カウンセリング料の概要

B001-4　小児特定疾患カウンセリング料（１日につき）

イ　医師による場合

（１）　月の１回目　500点

（２）　月の２回目　400点

ロ　公認心理師による場合　200点

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす**小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関**において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、**2年を限度として月2回に限り算定する。**ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

(1)「イ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。

(2)「ロ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して、日常生活の環境等を十分勘案した上で、当該患者の診療を担当する小児科又は心療内科の医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定する。なお、一連のカウンセリングの初回は当該医師が行うものとし、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、３月に１回程度、医師がカウンセリングを行うこと。

(3) カウンセリングを患者の家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 気分障害の患者

イ 神経症性障害の患者

ウ ストレス関連障害の患者

エ 身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者

オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者

カ 心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者

キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者

(5) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。

(6) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第１回目及び第２回目のカウンセリングを行った日に算定する。

(7)「ロ」を算定する場合、公認心理師は、当該疾病の原因と考えられる要素、治療計画及び指導内容の要点等についてカウンセリングに係る概要を作成し、指示を行った医師に報告する。当該医師は、公認心理師が作成した概要の写しを診療録に添付する。

(8) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第１回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(9) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

(10) 平成 31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者　イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

➢ 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について公認心理師が実施する場合の評価を新設する。

現行	改定後
【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　月の1回目　500点 ロ　月の2回目　400点	【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 （1）月の1回目　500点 （2）月の2回目　400点 ロ　公認心理師による場合　200点





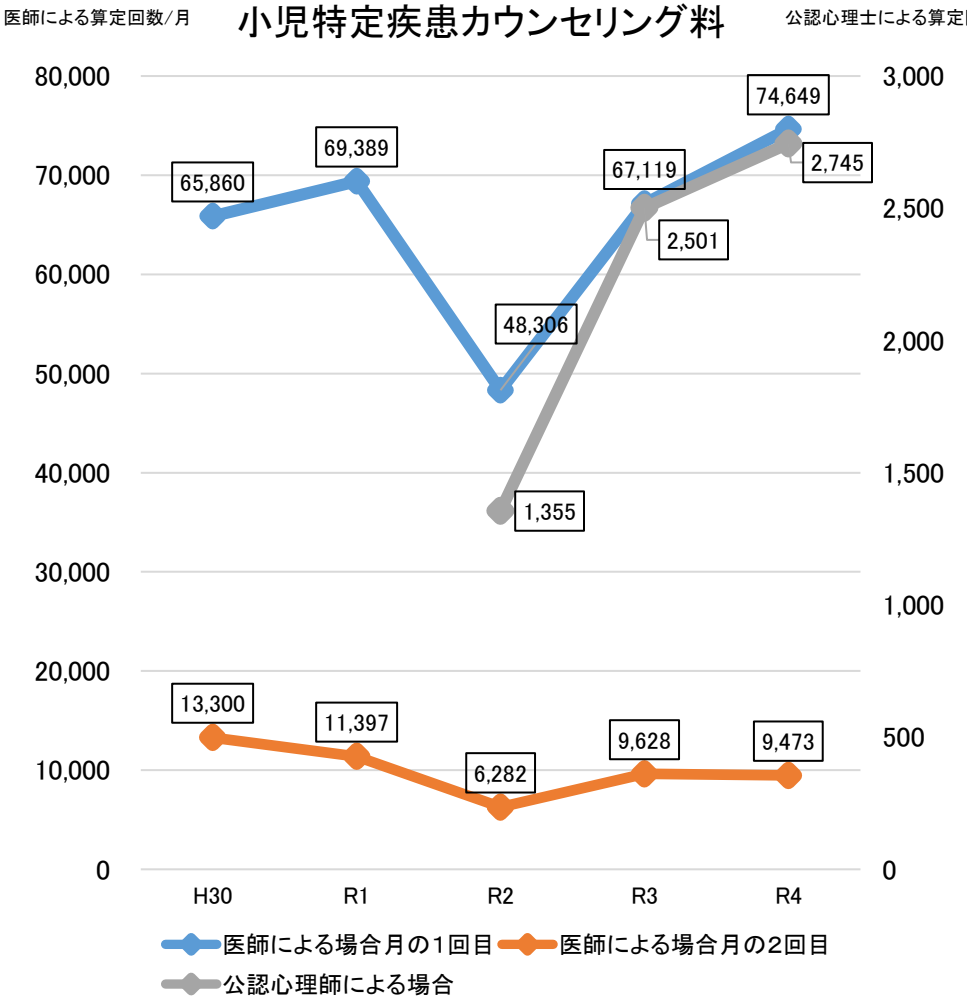
［公認心理師による場合の算定要件］

（1）一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
（2）医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定できる。
（3）継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。

➢ 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

小児特定疾患カウンセリング料の算定状況と主傷病名順位

○ 医師による場合の月の1回目や公認心理師による場合について、算定回数は増加傾向である。
○ 算定された児の主傷病名は、自閉症スペクトラム症と注意欠陥多動障害の割合が高い。



出典：社会医療診療行為別統計

主傷病名順位

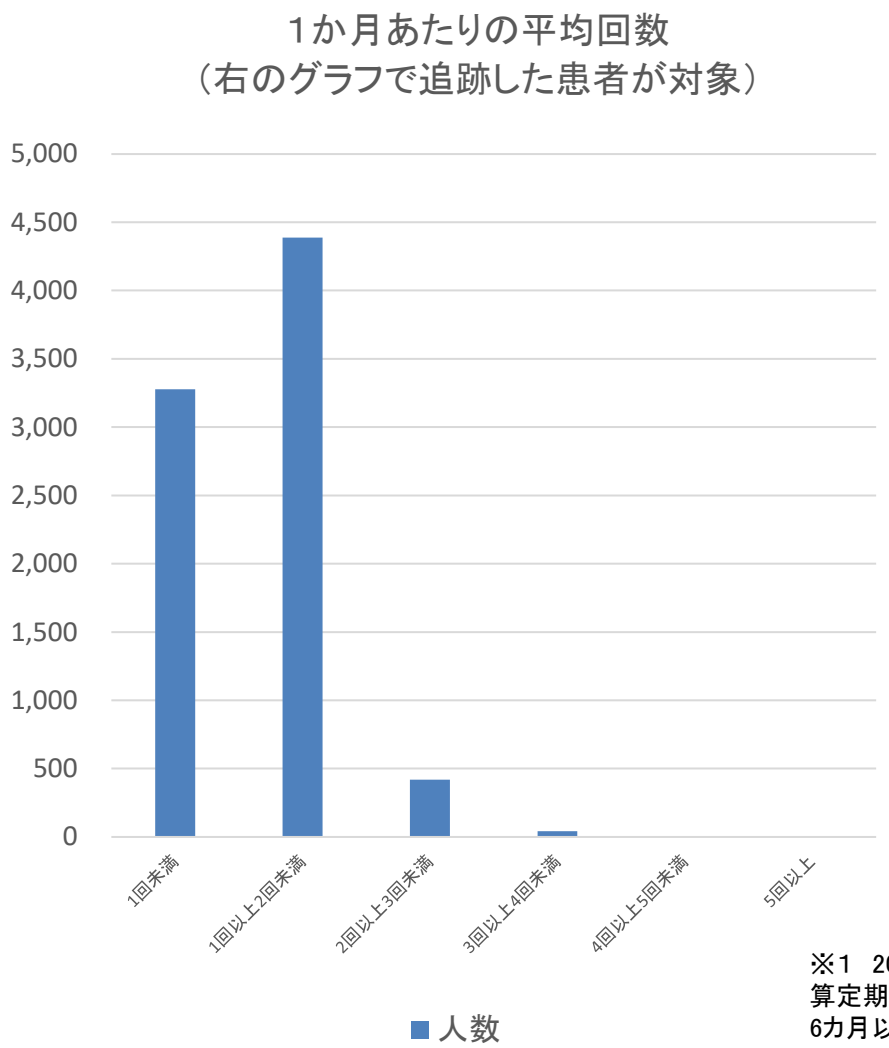
順位※1	主傷病名※2	患者数（n=8136）
1	自閉症スペクトラム障害	1,443
2	注意欠陥多動障害	1,026
3	気管支喘息	871
4	発達障害	458
5	夜尿症	446
6	自閉症	275
7	不登校	174
8	言語発達遅滞	172
9	広汎性発達障害	161

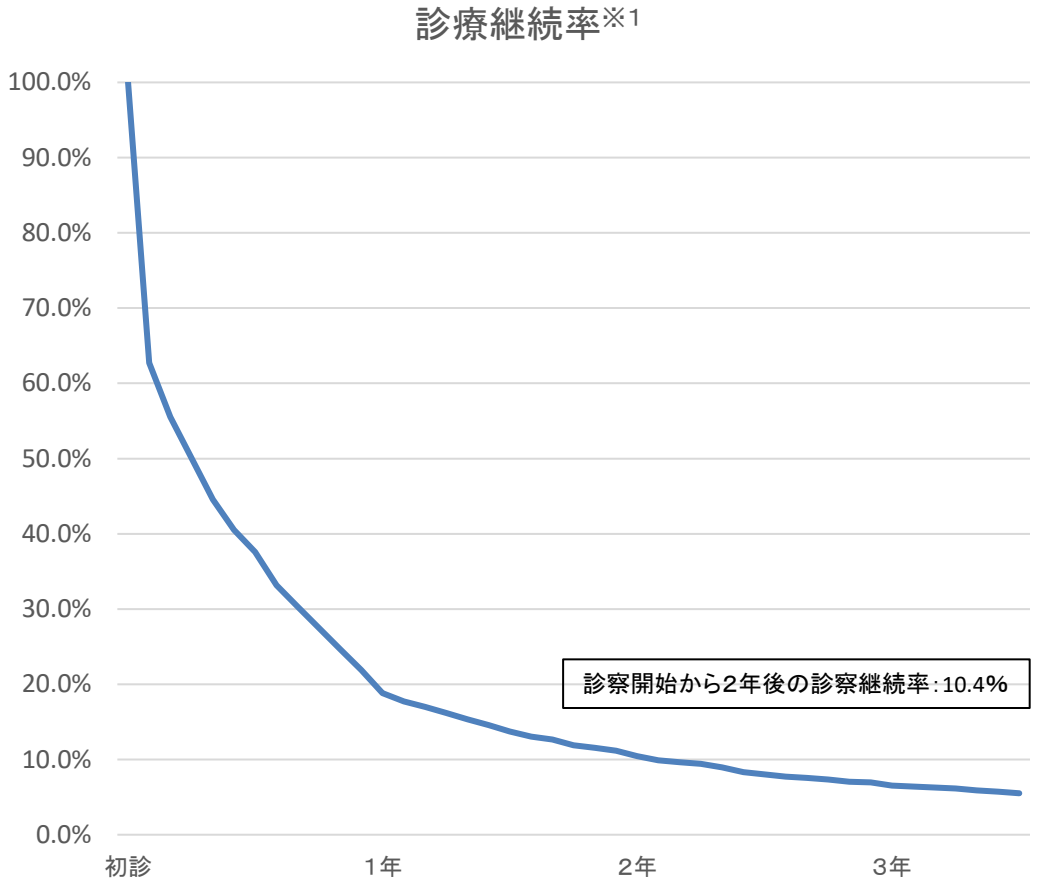
※1　未コード化傷病名は除いている
※2　2019年4月に初診で受診し、小児特定疾患カウンセリング料を算定した患者の初診時の主傷病名を集計した。

出典：NDBより保険局医療課において集計

小児特定疾患カウンセリング料を算定された児の受診頻度と診療継続率

○ 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関を、月3回以上受診している患者が一定数いる。
○ 10%程度の患者が、算定期限である2年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。





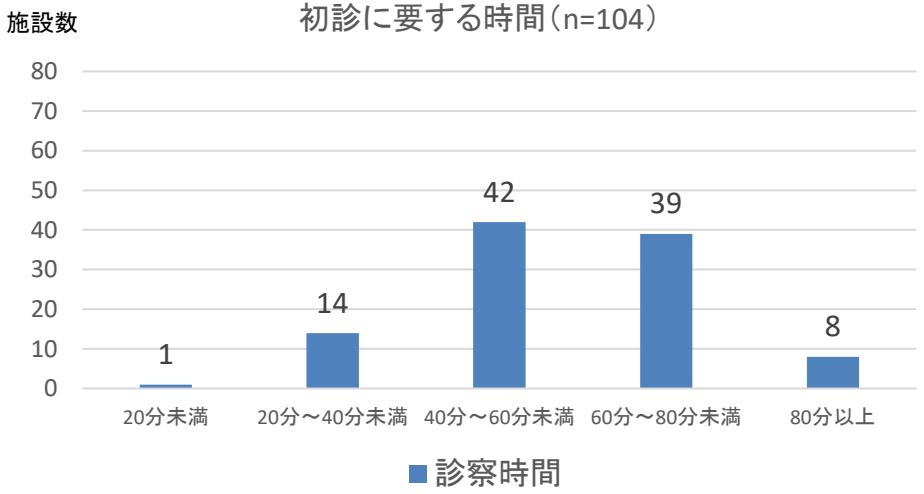
※1　2019年4月に初診で受診し、小児特定疾患カウンセリング料を算定した患者（8,136人）を追跡した。
算定期間が初診から2年であるため、2年目以降は同一医療機関で再診料を算定しているかを追跡した。
6カ月以上算定されない期間があった場合に「終診」と判断した。

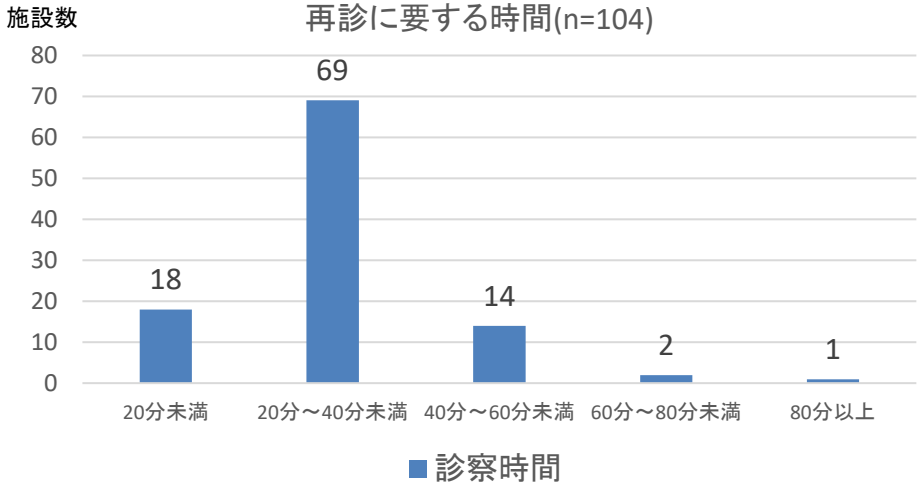
出典：NDBより保険局医療課において集計

小児科における心身症及び神経発達症に対する診察時の所要時間

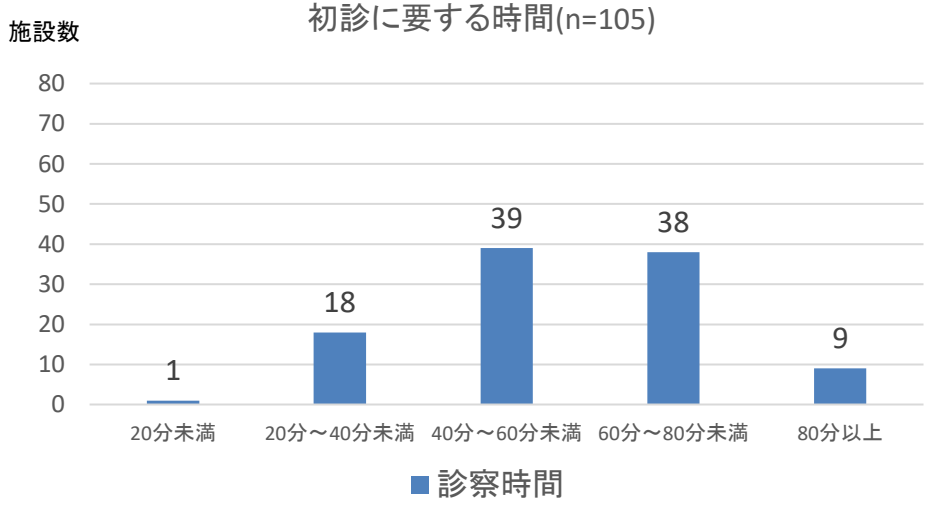
○ 初診には60分から80分かけると回答する施設が一定程度ある。
○ 再診と比較して、初診に要する時間が長い施設が多い。

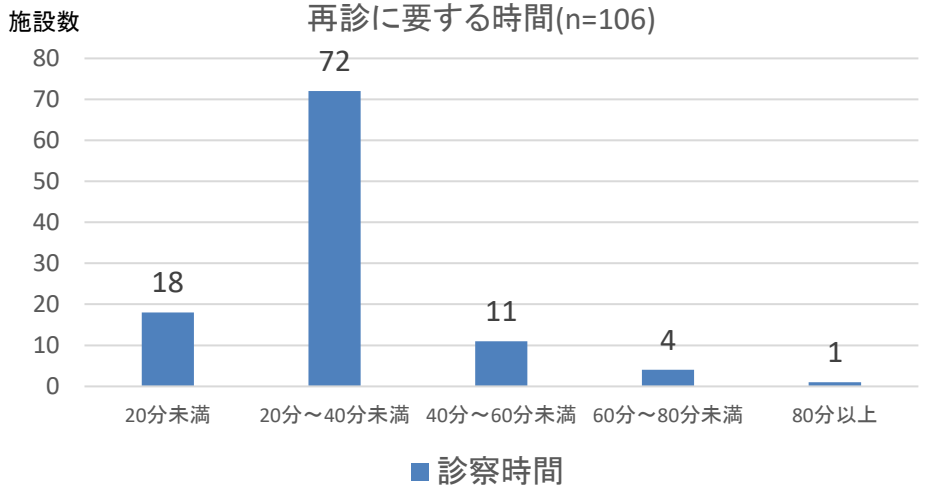
心身症





神経発達症





出典：日本小児心身医学会・日本小児精神神経学会
児童精神を診察する小児科医師を対象に心身症、神経発達症を診察する場合の診察時間を調査

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

１―５－１　小児科外来における対応について

１－５－２　不適切な養育への対応について

2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

児童虐待対応件数の現状

○　児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々上昇傾向にある。

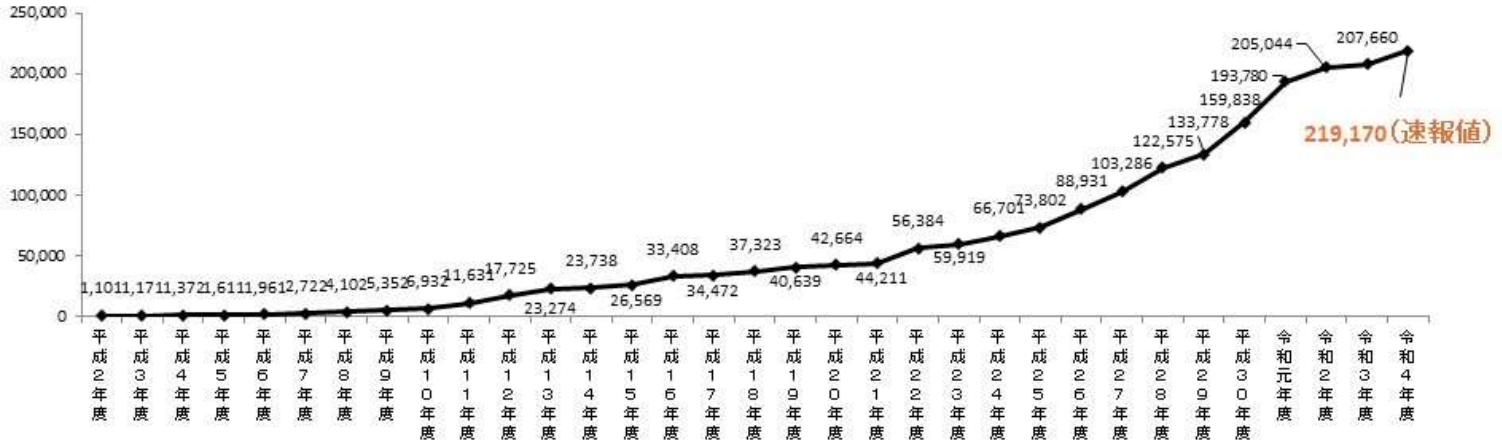
児童相談所における虐待相談対応件数とその推移

○令和４年度中に、全国**232**か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は
219,170 件（速報値）で、過去最多。

※　対前年度比＋5.5%（11,510件の増加）（令和3年度：対前年度比＋1.3%（ 2,616件の増加））
※　相談対応件数とは、令和4年度中に児童相談所が相談を受け、援助方針会議の結果により指導や措置等を行った件数。

【主な傾向】
・心理的虐待に係る相談対応件数の増加（令和３年度：124,724件→令和４年度：129,484件（+4,760件））
・警察等からの通告の増加（令和３年度：103,104件→令和４年度：112,965（+9,861件））

〈令和３年度と比して児童虐待相談対応件数が増加した自治体への聞き取り〉
・関係機関の児童虐待防止に対する意識や感度が高まり、関係機関からの通告が増えている。



（注）平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

年　度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度（速報値）
件　数	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	219,170
対前年度比	+6.3%	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+5.5%

1

出典：子ども家庭庁支援局家庭福祉課より提供

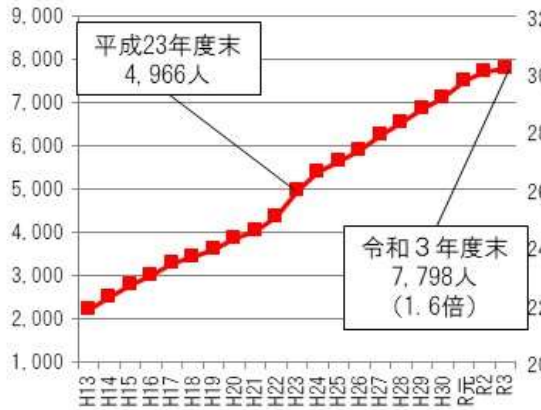
要保護児童数（里親等・施設別）の推移

○　過去10年で、里親等委託児童数は約1.6倍、児童養護施設の入所児童数は約2割減、乳児院が約2割減となっている。

○要保護児童数（里親等・施設別）の推移

過去１０年で、里親等委託児童数は約１．６倍、児童養護施設の入所児童数は約２割減、乳児院が約２割減となっている。

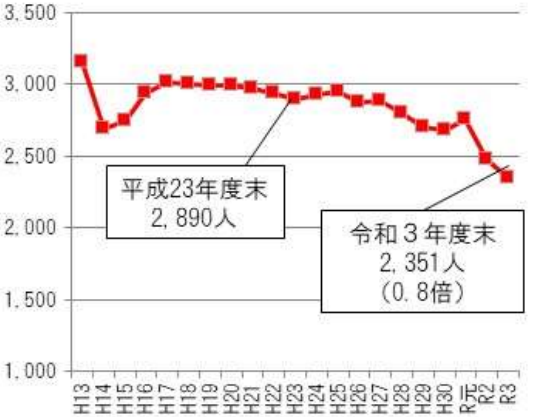
○　里親・ﾌｧﾐﾘｰﾎｰﾑへの委託児童数



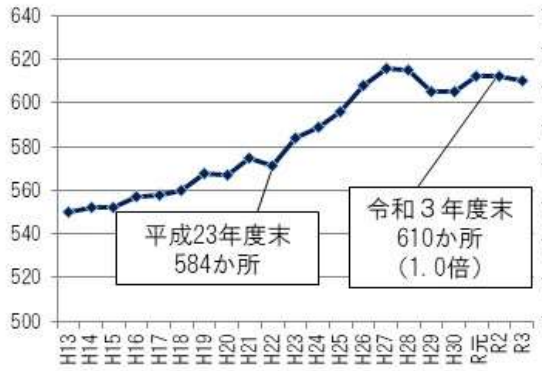
○児童養護施設の入所児童数



○　乳児院の入所児童数



○児童養護施設の設置数



○　乳児院の設置数

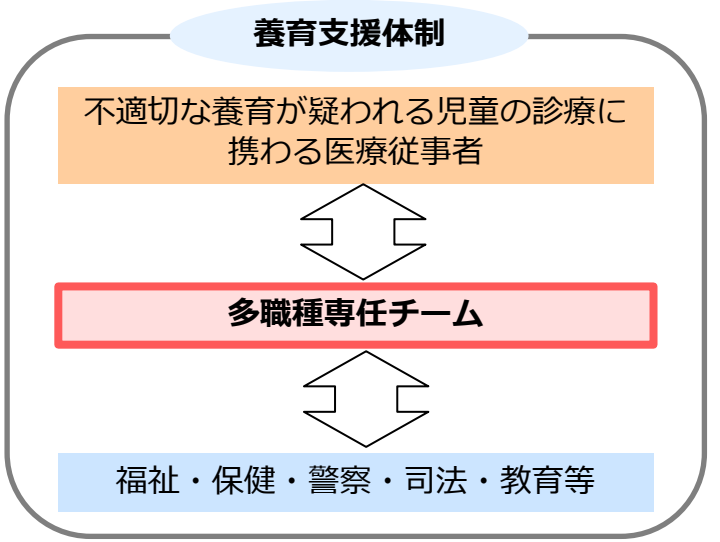


（注）各年度3月末日現在（福祉行政報告例）

出典：「社会的養育の推進に向けて」（子ども家庭庁支援局家庭福祉課）

不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価

➢ 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。



小児入院医療管理料１～５

（新）　養育支援体制加算　300点（入院初日）

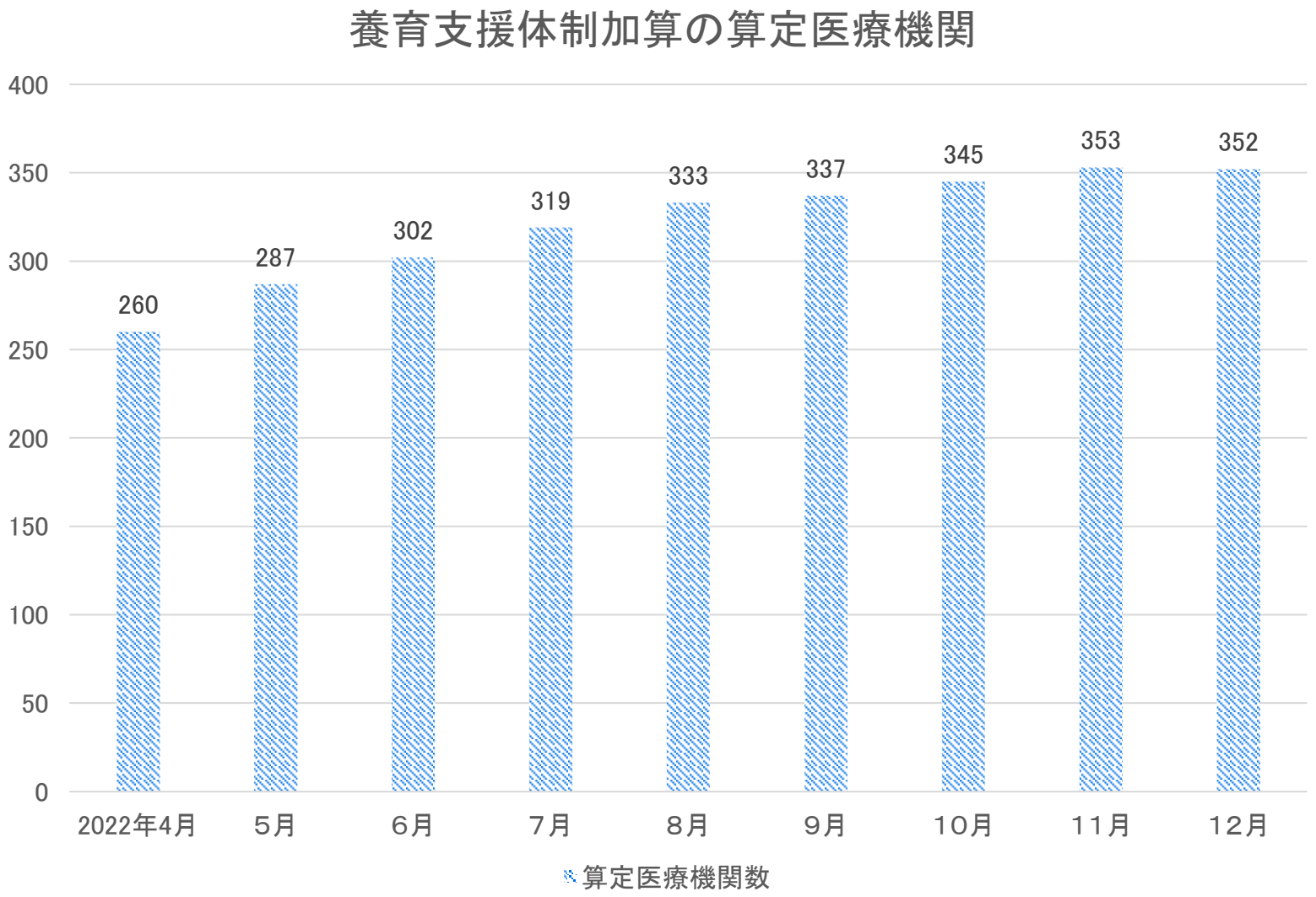
［対象患者］
・**小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。**

［算定要件］
・当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

［施設基準の概要］
（１）以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う**養育支援チーム**が設置されていること
　ア　小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
　イ　小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
　ウ　小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士
（２）養育支援チームの業務
　ア　養育支援に関する**プロトコルの整備**及び定期的な**プロトコルの見直し**。
　イ　虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、**院内からの相談に対応**。
　ウ　**主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う**。
　エ　虐待等不適切な養育が疑われた**症例を把握・分析**し、養育支援の体制確保のために**必要な対策を推進**。
　オ　養育支援体制を確保するための**職員研修を企画・実施**すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年２回程度実施されていること。
（３）（２）のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。

養育支援体制加算の算定状況

○　養育支援体制加算の算定状況は以下の通り。
○　算定医療機関は増加している。

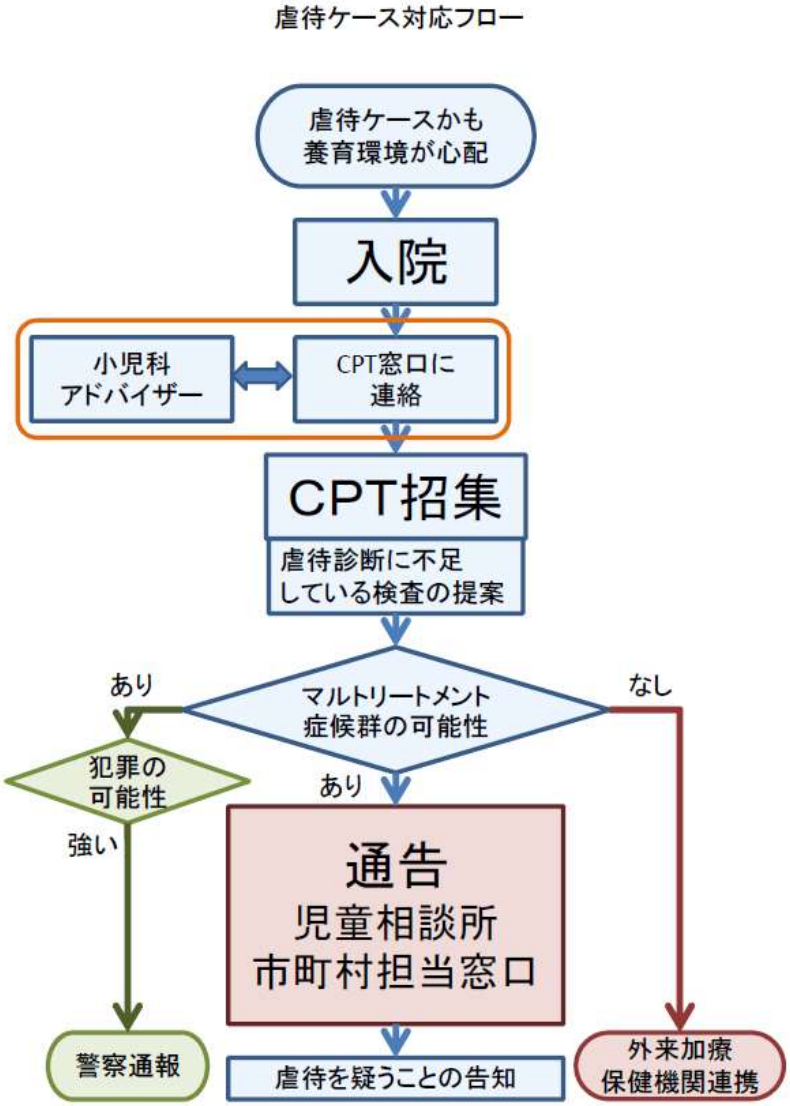


出典：NDBより保険局医療課において集計

CPT（Child Protection Team）の概要

○　虐待の対応には福祉・保健・警察・司法・教育等様々な機関と連携を取る必要がある。
○　対応を迅速に行うにあたり、多くのマンパワーと専門知識が必要となるため、CPT（Child Protection Team）と呼ばれるチームでの対応が推奨されている。

【マルトリートメント症候群】
養育者に加害の意図があったか否かとは無関係に、作為的もしくは不作為的な「不適切な養育」（※）によって18歳未満の小児に急性もしくは慢性の身体的・精神心理的症状が生じている場合、または健康な身体的成長・精神的発達が阻害されたと考えられる場合をいう。
（※）「不適切な養育」とは子どもの健全な身体的・精神的発達を阻害する可能性のある養育のことを指す。



出典：厚生労働科学研究成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど）に関する研究」（研究代表者：奥山眞紀子、平成20～22年度）分担研究報告書

CPTの基本的な組織構成

○　CPTは、活動の中心となる「コアメンバー」、必要に応じてチームの一員となる「拡大メンバー」、また、時折意見を求めることとなる「補足的メンバー」から構成されており、医療機関ごとの特性に見あった組織形態をとることが推奨されている。

○　コアメンバー

活動の中心となる必要最低限のメンバー。

・小児科医 → **小児科アドバイザー**：虐待に精通した小児科によるアドバイス（もしくはバックアップ）を行う。

・医療ソーシャルワーカー
・救急外来看護師
・小児科看護師

CPT窓口：院内スタッフから、虐待を疑われるケースについて連絡を受ける窓口となる。CPT窓口には院内全ての職種から、情報が得られるよう周知する。

○　拡大メンバー

チームの一員であれば対応の幅が広がるメンバー

・救急医/放射線科医/脳神経外科医/整形外科医/眼科医/外科医/皮膚科医/産婦人科医・産科看護師・助産師/未熟児新生児科医・NICU看護師/臨床心理師/歯科医

○　補足的メンバー

時折意見を求める事となるメンバー

・耳鼻咽喉科医/泌尿器科医/精神科医/GCU看護師/医事課

出典：厚生労働科学研究成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど）に関する研究」（研究代表者：奥山眞紀子、平成20～22年度）分担研究報告書

医療機関における虐待対応組織の設置に係る現状

○　全国の医療機関を対象に行ったアンケート調査によると、医療機関ごとの虐待患者対応状況は以下のとおりであった。
○　アンケート調査によると、虐待対応組織の設置をしていると回答した医療機関数は70.1%（246施設）であった。

図３　虐待の疑いがある実患者、入院、社会的入院を
それぞれ１人以上経験した医療機関（本年度調査）（令和2年度）

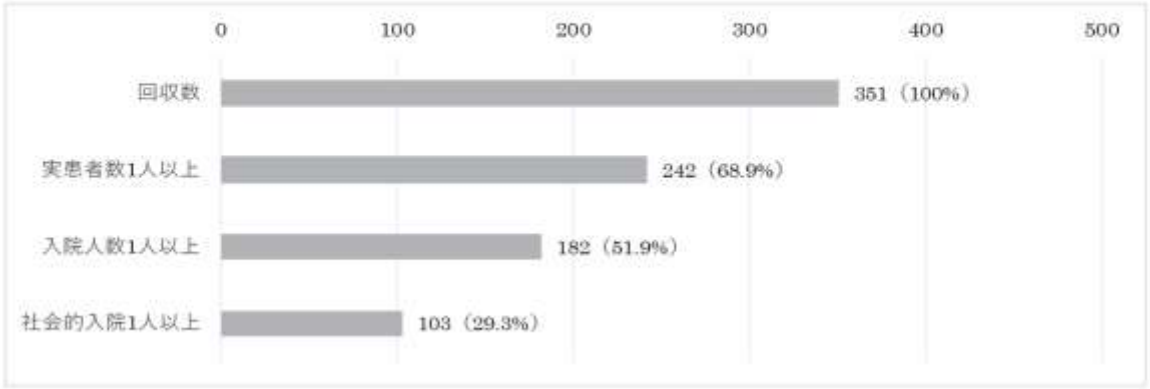


表 13　虐待対応組織の設置（単一回答）

	本年度調査(令和2年度)		平成 30 年度調査	
	医療機関数	%	医療機関数	%
設置している	246	70.1	257	65.1
設置していない	103	29.3	136	34.4
無回答	2	0.6	2	0.5
合計	351	100.0	395	100.0

※対象期間は平成31年1月1日から令和元年12月31日

※全国943施設の医療機関（日本小児科学会の教育研修施設、５類型病院、各都道府県の保健医療計画で小児の救急輪番に参加している病院のいずれかに該当する施設）有効回収率37.1%、351施設

※出典：令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
医療機関における被虐待児童の実態に関する調査事業報告書

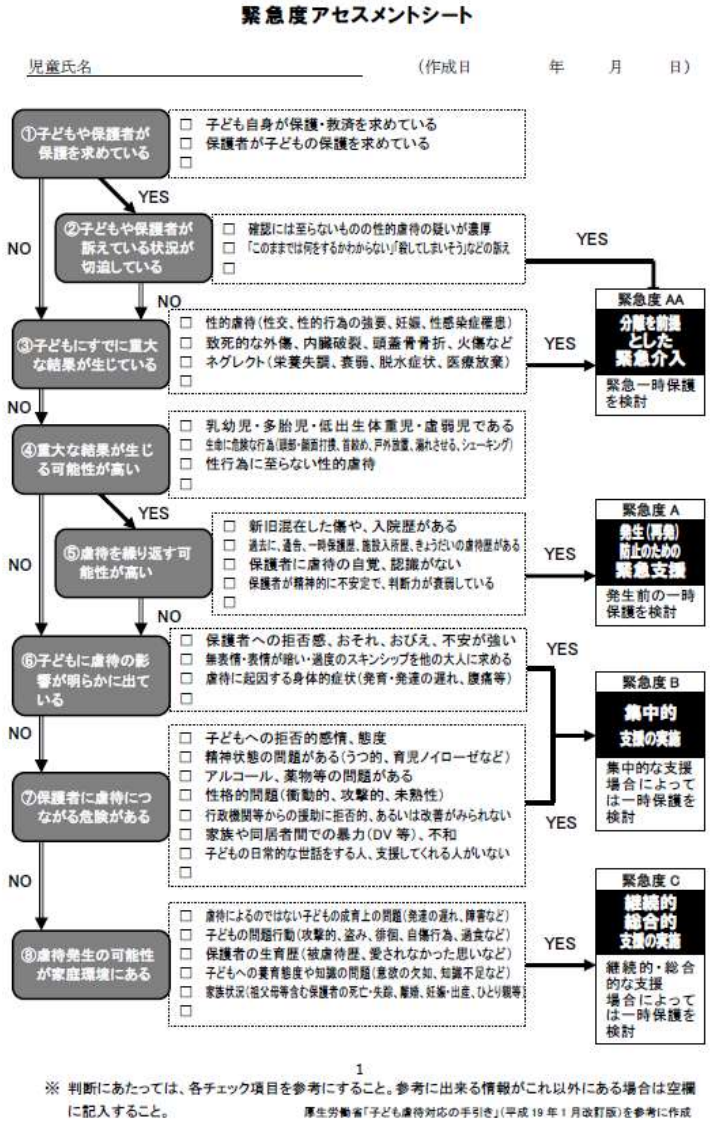
CPTを実施している場合の例

【CPTの構成員】
約30名で構成される。
小児科に限らない多数の診療科から、医師、看護師、事務職、MSW、公認心理士などで構成される。

【CPT体制】
虐待対応マニュアルが策定されており、職員がPCですぐに確認出来る。診療した子どもの安全が疑われた場合にはCPTに連絡することが定められており、連絡窓口は主にMSWが務める。毎月発生した新規の虐待疑いケースについて、月例会議で話し合いを行う。

【児童相談所・関係機関への通告】
当都道府県で定められている「緊急度アセスメントシート」に沿って通告先を判定し、児童相談所への通告はCPTメンバーが行う。ただし、CPTメンバーは子どもの主治医にならないこととしている。（保護者との関係性保持や主治医負担軽減のため）

【軽症対応】
軽症と判断した場合、入院ではなく、翌日に一般外来で再受診してもらう。その際、再発防止のために市町村へ繋ぐことを保護者に必ず伝え、了承を得ている。



千葉県で使用されている緊急度アセスメントシートの一例。
千葉県ホームページより許可を得て引用。

※出典：令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
医療機関における被虐待児童の実態に関する調査事業報告書

虐待が小児に与える影響と虐待への対応にかかる研修

○　虐待が小児に与える影響について以下のような報告がある。

・　心理的虐待は、PTSD※1の重症度と関連性が強い。　※1 Post Traumatic Stress Disorder（心的外傷後ストレス障害）

・　身体的虐待、心理的虐待や育児放棄を受けたことと、その児のうつ病、薬物使用、自殺企図等の発生は関連性が強い。

出典

上：Sophie A. Rameckers et al. The impact of childhood maltreatment on the severity of childhood-related posttraumatic stress disorder in adults. Child Abuse & NeglectVolume 120. October 2021, 105208

下：Rosana E Norman et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11)

○　虐待への対応にかかる研修について

<u>BEAMS研修：医療機関向けの虐待対応プログラム</u>

Stage1:すべての医療関係者向け

・　虐待の早期発見と通告の意義を理解し、医療機関での見張り番として適切な行動がとれるようになることが目標。

Stage2：CPTメンバー・小児科医向け

・　被虐待児の安全を担保し地域へ繋げ、医学診断をネットワークに的確に提供出来るようになることが目標。

Stage3：CPTメンバー医師・虐待専門医師

・　虐待対応の医療的リーダーシップを発揮出来るようになることが目標。

出典：日本子ども虐待医学会

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

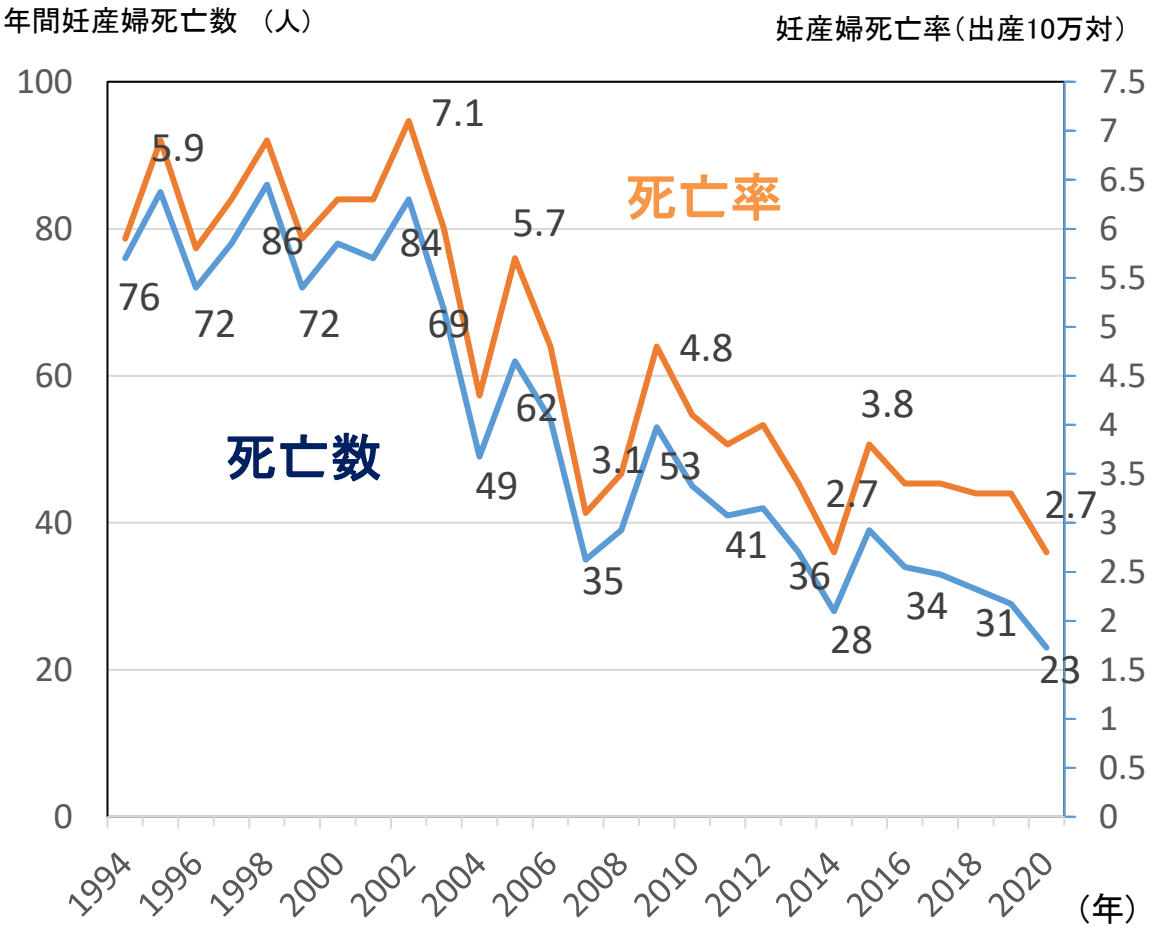
2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

○　妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和２年）には、23例/年。
○　本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



出典：厚生労働省「人口動態調査」

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

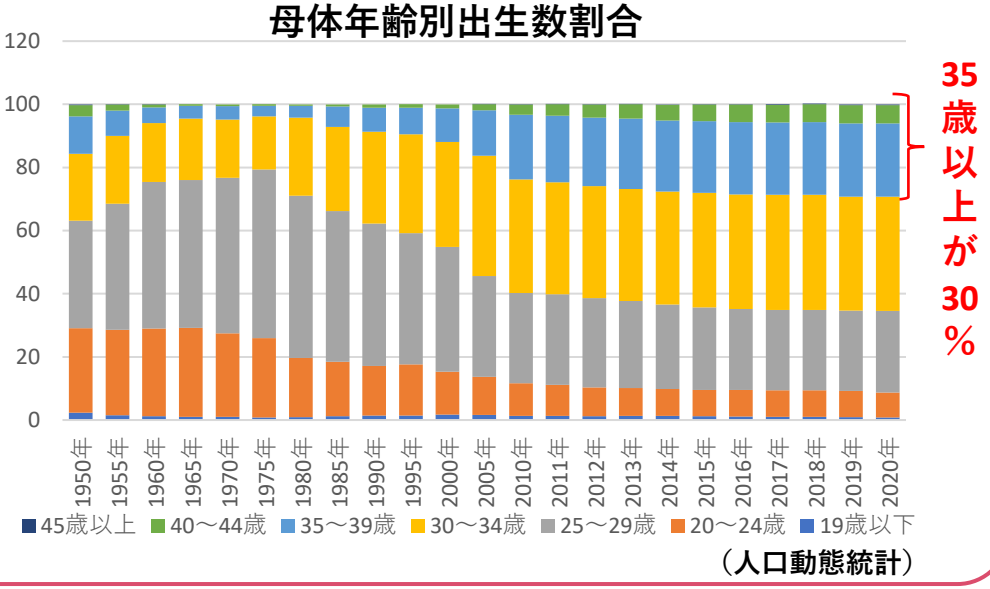
*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和２年）」、
WHO「World Health Statstics Annual」、
UN「Demographic Yearbook」

ハイリスク妊産婦の増加

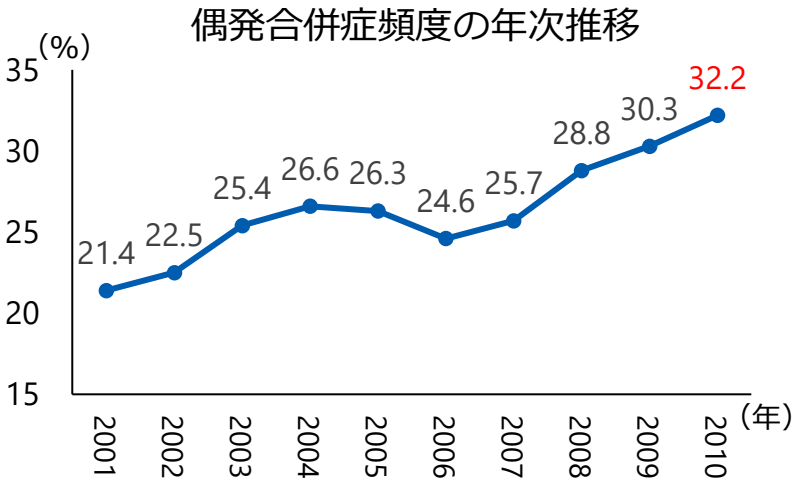
第11回第8次医療計画等に関する検討会（令和4年7月27日）参考資料4（一部改変）

①高齢出産の増加



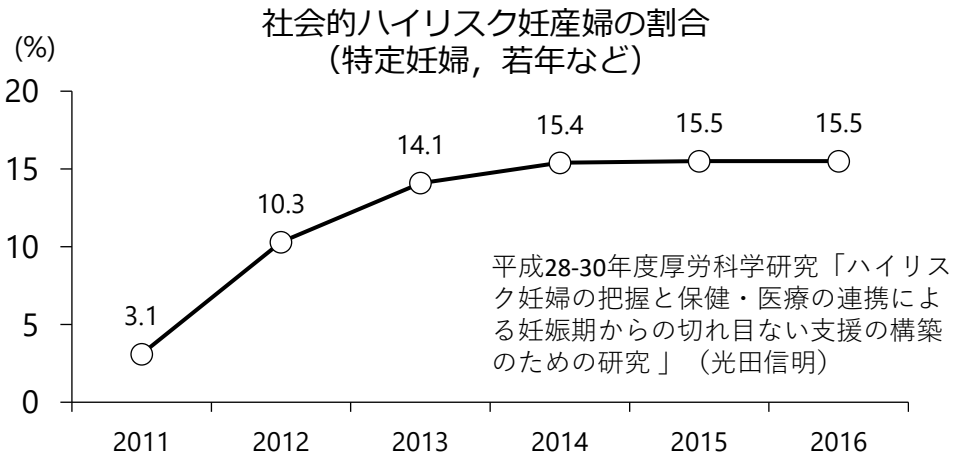
（人口動態統計）

②妊娠における偶発合併症の増加



日本産科婦人科学会周産期登録2001～2010年単胎584,378例（日本医科大学作成）

③社会的ハイリスク妊産婦※の増加

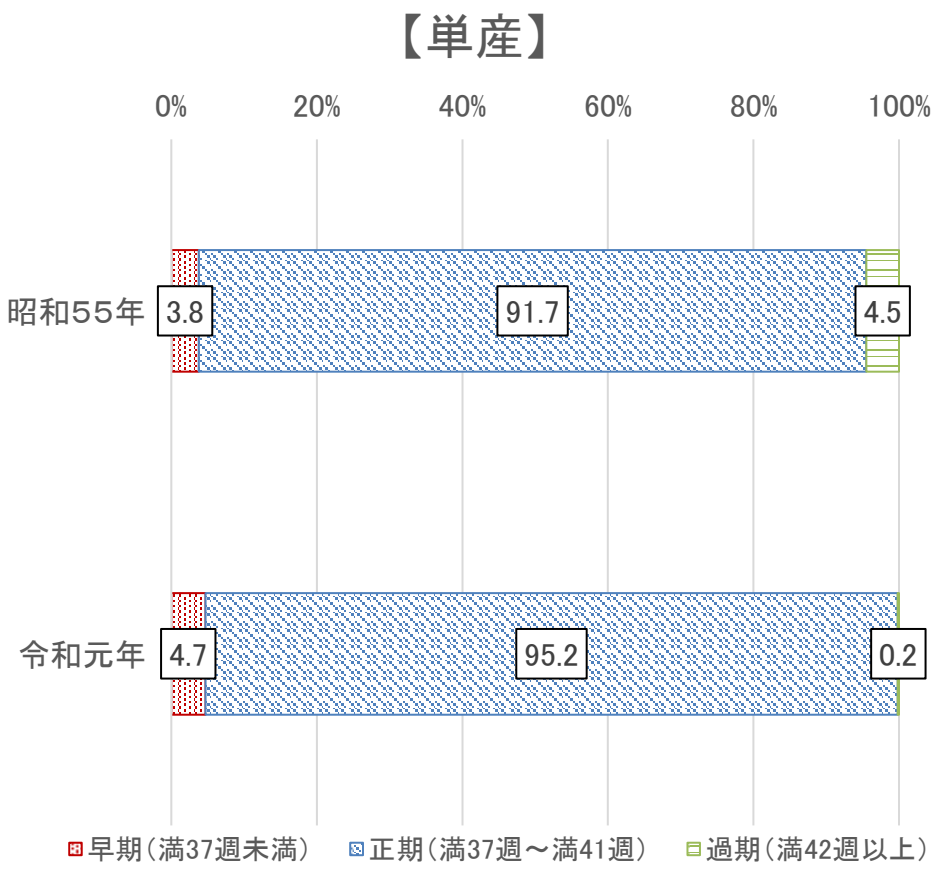


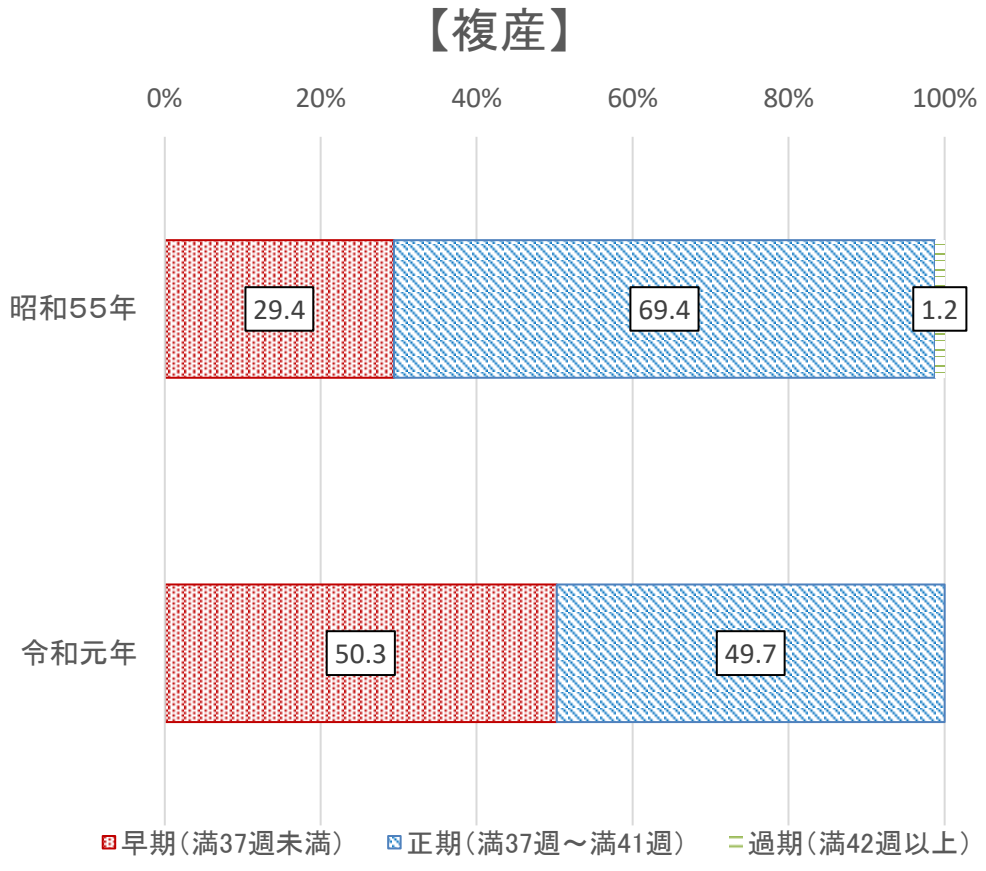
- **妊婦の高齢化（35歳以上が30%）に伴い、合併症の頻度が増加し３人に１人が何らかのリスクを持つため、ハイリスクな妊産婦、新生児に対応する体制の充実が必要ではないか。**
- **社会的なハイリスク妊産婦が増加していることから、これらの妊産婦に対応する体制の強化が必要ではないか。**

※社会的ハイリスク妊産婦とは、特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

妊娠期間別にみた出生

○　妊娠期間別の出生構成割合を昭和55年と令和元年で比較すると、双子・三つ子等多胎で生まれた出生において「早期」の占める割合が上昇している。





注：1）割合は、妊娠期間不詳を除いた総数に対する数値である。
　　2）単産とは単胎で生まれた出生であり、死産は含まない。
　　また、複産とは双子・三つ子等多胎で生まれた出生であり死産は含まない。

出典：出生に関する統計（厚生労働省）

出産前後の母体・胎児・新生児の特定集中治療室管理

総合周産期特定集中治療室管理料

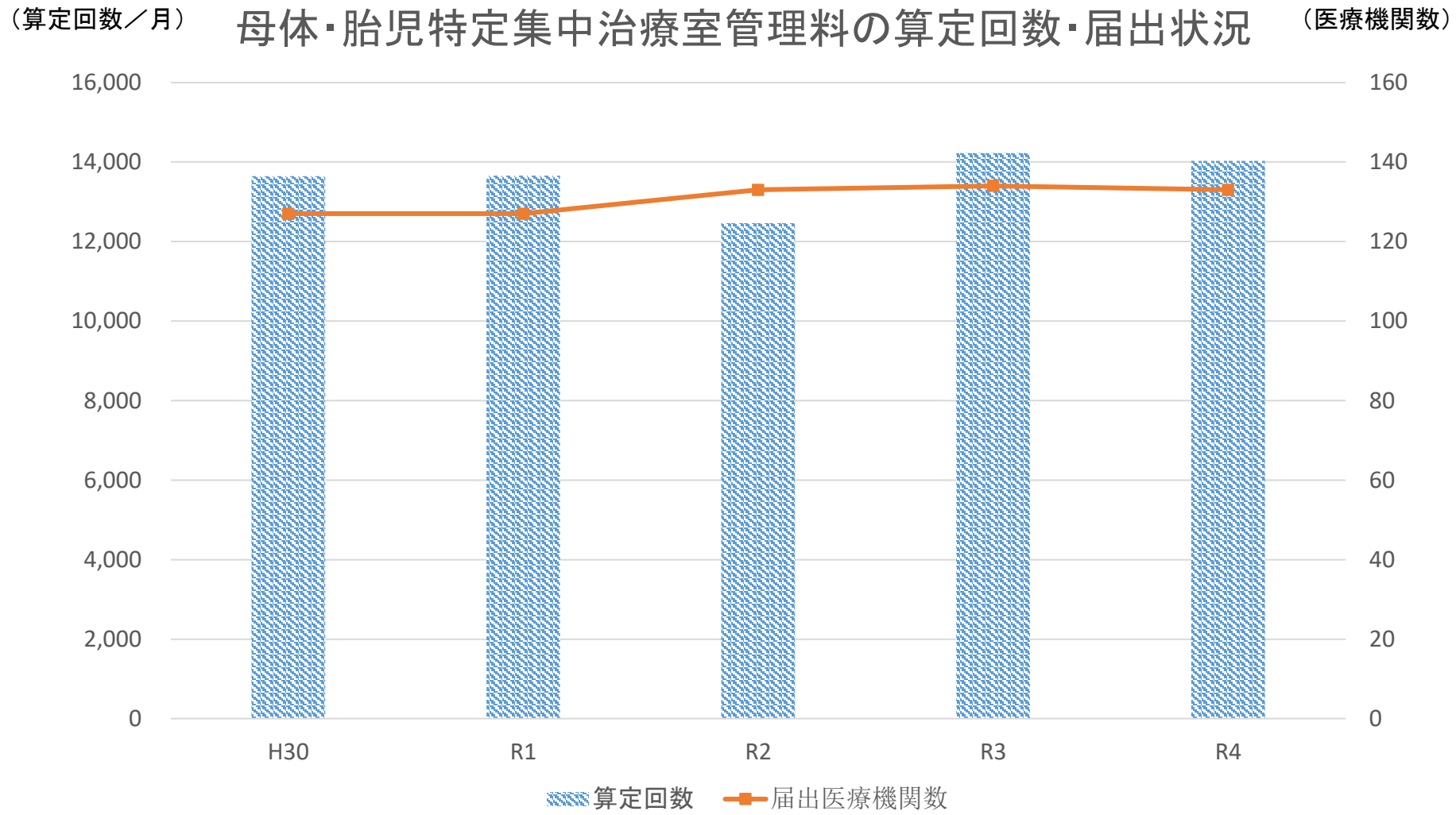
➢ リスクの高い妊産婦（産褥婦を含む）や集中治療室管理が必要な新生児に対して、出産前後の母体・胎児・新生児の一貫した特定集中治療室管理を行うことを評価。

	母体・胎児集中治療室管理料 （総合周産期特定集中治療室管理料1）	**新生児集中治療室管理料** （総合周産期特定集中治療室管理料2）
評価	**7,381点（1日につき・14日を限度）**	**10,539点（1日につき・新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と通算して21日を限度）**
対象	合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流早産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常等のため、母体又は胎児に対するリスクの高い妊産婦（産褥婦）	高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害、急性呼吸不全、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後などの状態にある新生児
要件	上記の対象に対して、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に算定。	
施設基準	• 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかである。 • 専任の医師が常時治療室内に勤務している（ただし、看護師と連携をとって一時的に離れることは可能）。 • 集中治療室管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している。 • 自家発電装置を有しており、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できる。 • 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。 • 当該治療室勤務の医師／看護師は、同時間帯は治療室以外での当直勤務／夜勤を併せて行わない。	
	• 専用の治療室内に1床あたり15㎡以上の病床を3床以上設置。	• 専用の治療室内に1床あたり7㎡以上の病床を6床以上設置。
	• 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、心電計、呼吸循環監視装置、分娩監視装置、超音波診断装置	• 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器
	• 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能であること。	• 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者が4件以上。 イ 直近1年間の当該治療室の患者に対する開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上。

母体・胎児特定集中治療室管理料の算定回数・届出状況

中医協　総－２
５．　８．　２

○　母胎・胎児特定集中治療室管理料算定回数は、令和2年に一時的に減少したが、令和3年に増加した。



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（各年6月審査分）

合併症等により、リスクの高い妊婦に対する入院管理の評価

ハイリスク妊娠管理加算（１日につき）　1,200点

- 合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価。
- 入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、１入院に限り20日を限度として加算する。

※ １入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、１入院当たり28 日を限度として算定できる
※ ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

【算定要件】

○ 対象患者（保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊婦。妊婦とは産褥婦を含まない。）

ア　妊娠22 週から32 週未満の早産の患者
イ　妊娠高血圧症候群重症の患者
ウ　前置胎盤の患者
エ　妊娠30 週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。
　(イ)　前期破水を合併したもの
　(ロ)　羊水過多症又は羊水過少症のもの
　(ハ)　経腟超音波検査で子宮頸管長が20mm 未満のもの
　(ニ)　切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの
　(ホ)　早産指数(tocolysis index)が３点以上のもの
オ　多胎妊娠の患者
カ　子宮内胎児発育遅延の患者
キ　心疾患の患者
ク　糖尿病の患者
ケ　甲状腺疾患の患者
コ　腎疾患の患者
サ　膠原病の患者
シ　特発性血小板減少性紫斑病の患者
ス　白血病の患者
セ　血友病の患者
ソ　出血傾向のある状態の患者
タ　HIV陽性の患者
チ　Rh不適合の患者
ツ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者
テ　精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

※ キ～ソについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、特定一般病棟入院料を現に算定している患者について、ハイリスク妊娠管理を行った場合に算定する。

【施設基準】

（1） 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
（2） 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、１名以上配置されていること。
（3） 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
（4） 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

合併症等により、リスクの高い妊婦に対する分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算（１日につき）　3,200点

- 合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理を評価。
- 分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として加算する。

※ １入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、１入院当たり28 日を限度として算定できる
※ ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

【算定要件】
〇対象患者（保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦。妊産婦には産褥婦を含む。）

ア　妊娠22 週から32 週未満の早産の患者 イ　40 歳以上の初産婦である患者 ウ　分娩前のBMIが35 以上の初産婦である患者 エ　妊娠高血圧症候群重症の患者 オ　常位胎盤早期剥離の患者 カ　前置胎盤（妊娠28 週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者 キ　双胎間輸血症候群の患者 ク　多胎妊娠の患者 ケ　子宮内胎児発育遅延の患者	コ　心疾患の患者 サ　糖尿病の患者 シ　特発性血小板減少性紫斑病の患者 ス　白血病の患者 セ　血友病の患者 ソ　出血傾向のある状態の患者 タ　HIV陽性の患者 チ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者 ツ　精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

※ コ～ソについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、特定一般病棟入院料を現に算定している患者について、ハイリスク分娩管理を行った場合に算定する。

【施設基準】
（1） 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、**3名以上配置**されていること。
（2） 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が**3名以上**配置されていること。
（3） １年間の分娩件数が120件以上であり、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（4） 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

➢ 妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、有床診療所において、医療機関が総合周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

ハイリスク分娩**等**管理加算（１日につき）（８日まで）

１　ハイリスク分娩管理加算　　3,200点

（新）２　地域連携分娩管理加算　　3,200点

［対象患者］

次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めたもの。

40歳以上の初産婦である患者	ー
子宮内胎児発育遅延の患者	**重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外**の患者であって、**総合周産期母子医療センター等から**当該保険医療機関に対して**診療情報が文書により提供されているもの**に限る。
糖尿病の患者	**２型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者**（**食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに**限る。）であって、**専門医又は総合周産期母子医療センター等から**当該保険医療機関に対して**診療情報が文書により提出されているもの**に限る。
精神疾患の患者	他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。

［算定要件］

・　地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、**分娩を伴う入院前に、**当該保険医療機関から、**連携を行っている総合周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない**。

・　対象患者に該当する妊産婦であっても、**当該患者が複数の疾患等を有する場合**においては、**当該加算は算定できない**。

［施設基準の概要］

（１）当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が３名以上配置されていること。

（２）当該保険医療機関内に常勤の助産師が３名以上配置されていること。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師**であること。

（３）一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

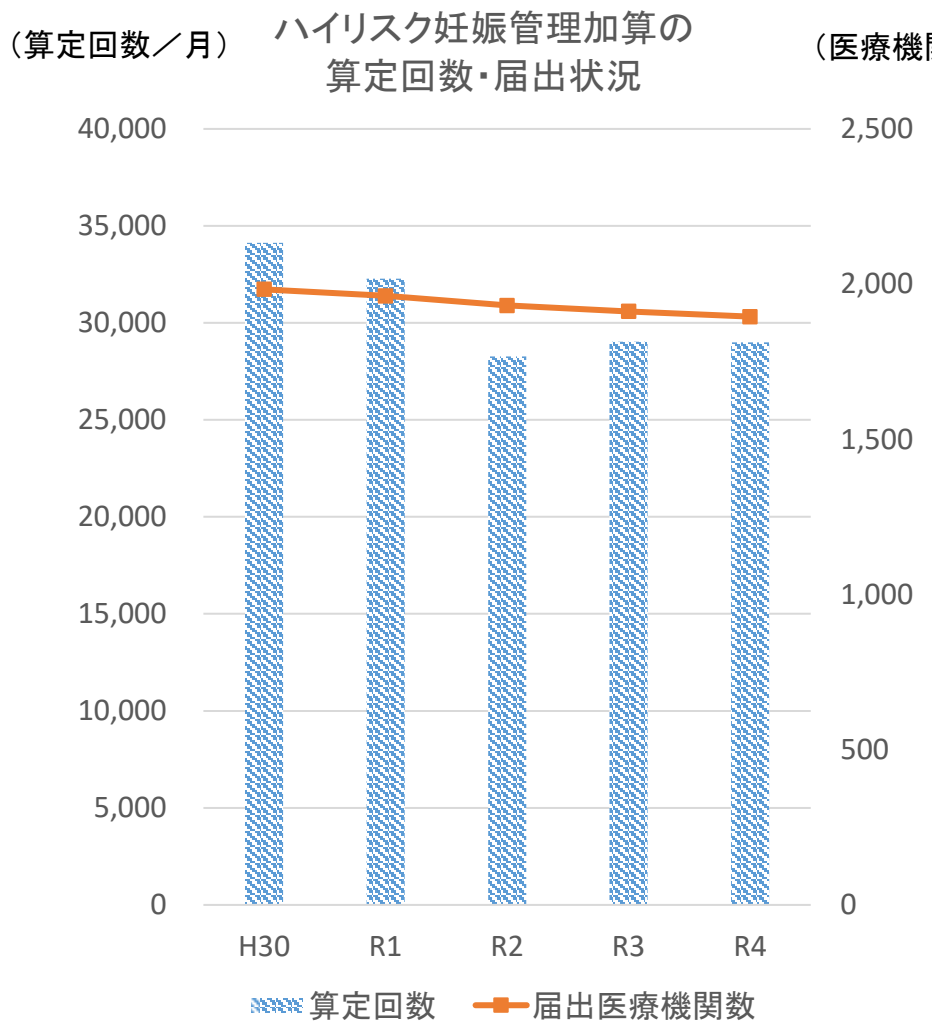
（４）**当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっていること。**

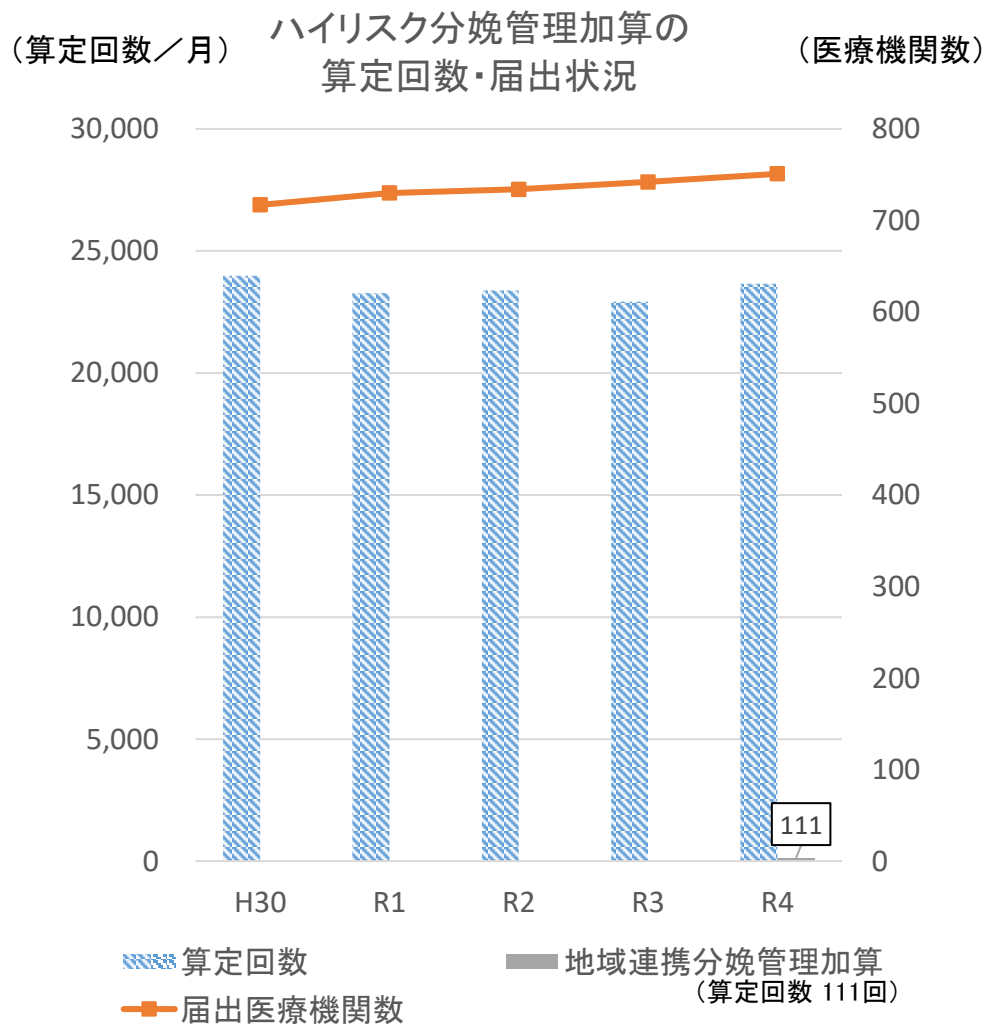
（５）公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

ハイリスク妊娠管理加算・ハイリスク分娩管理加算の算定回数・届出状況

中医協　総－２
５．　８．　２

○　ハイリスク妊娠管理加算・ハイリスク分娩管理加算の算定回数・届出状況は以下のとおり。

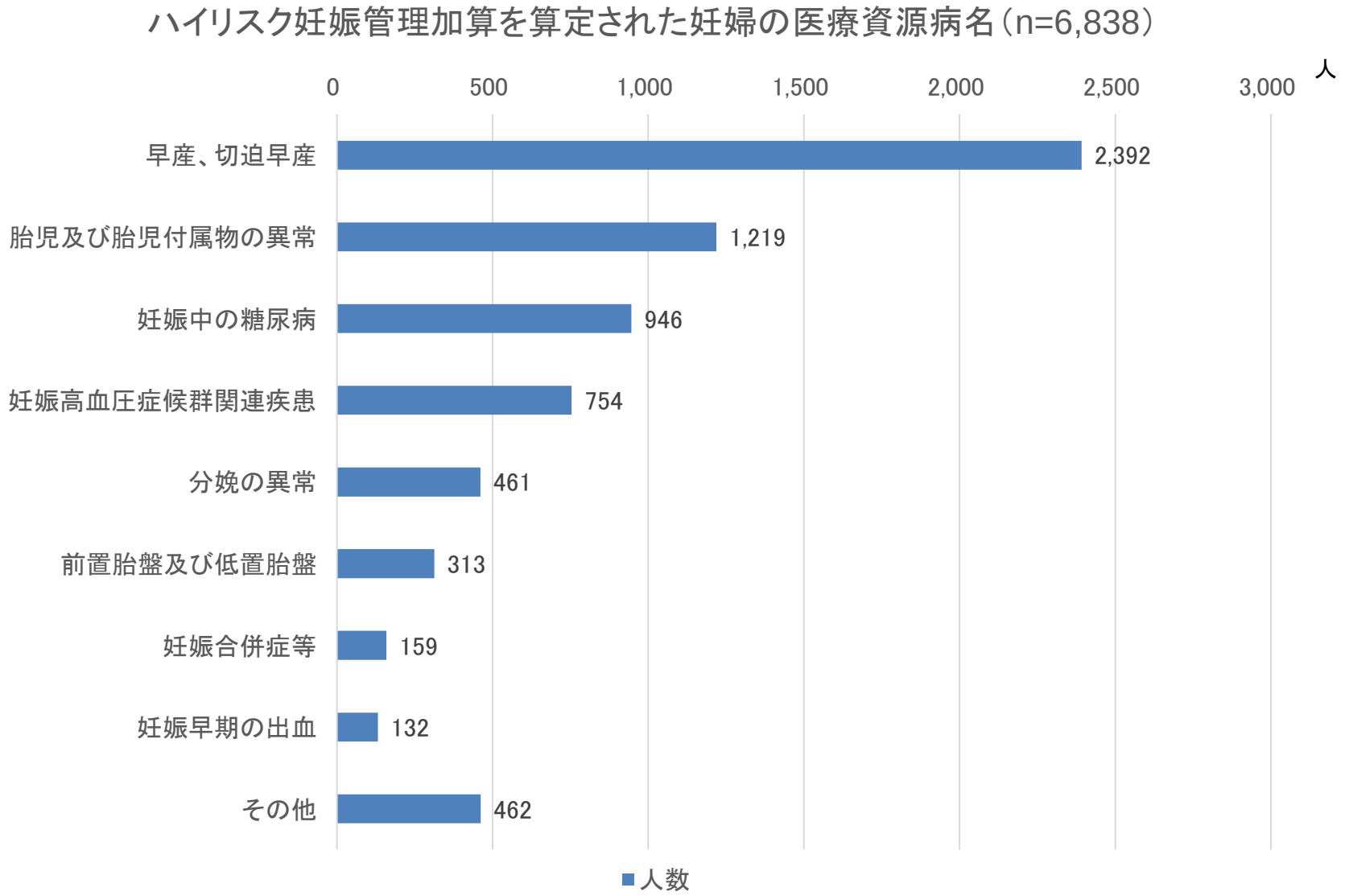




出典：
（届出医療機関数）各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
（算定回数）社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の医療資源病名

○ ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦においては、医療資源病名が早産、切迫早産の割合が最も高い。

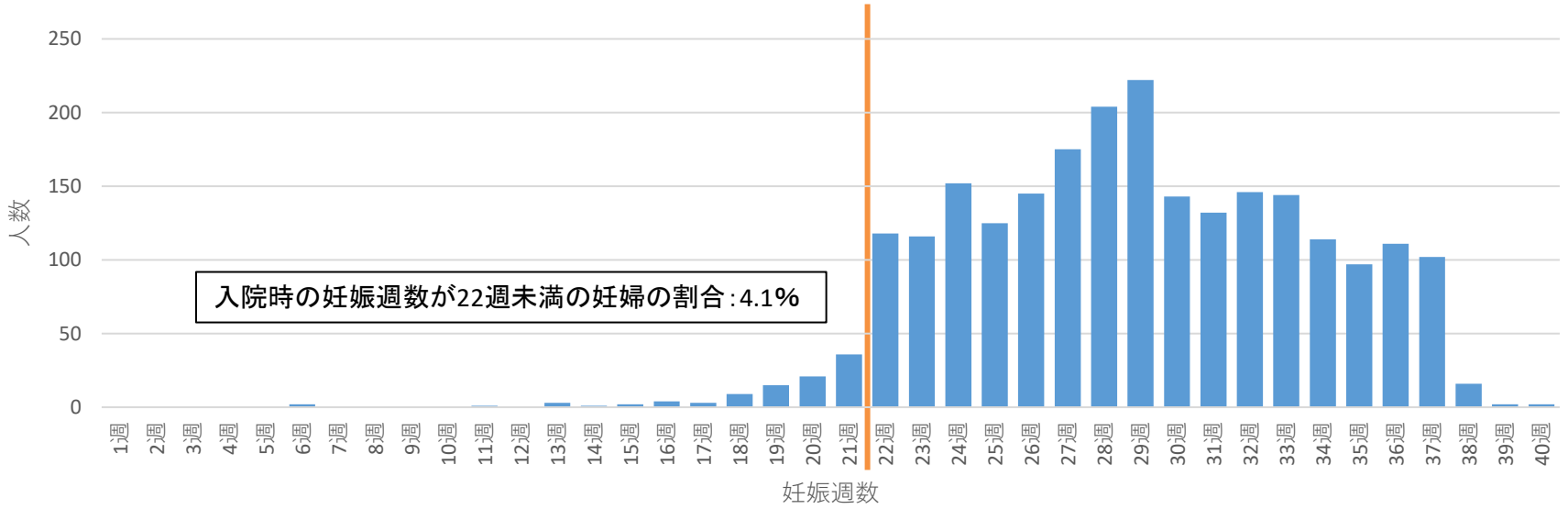


出典：DPCデータより保険局医療課において集計（対象期間：2023年４月～６月に退院した症例）

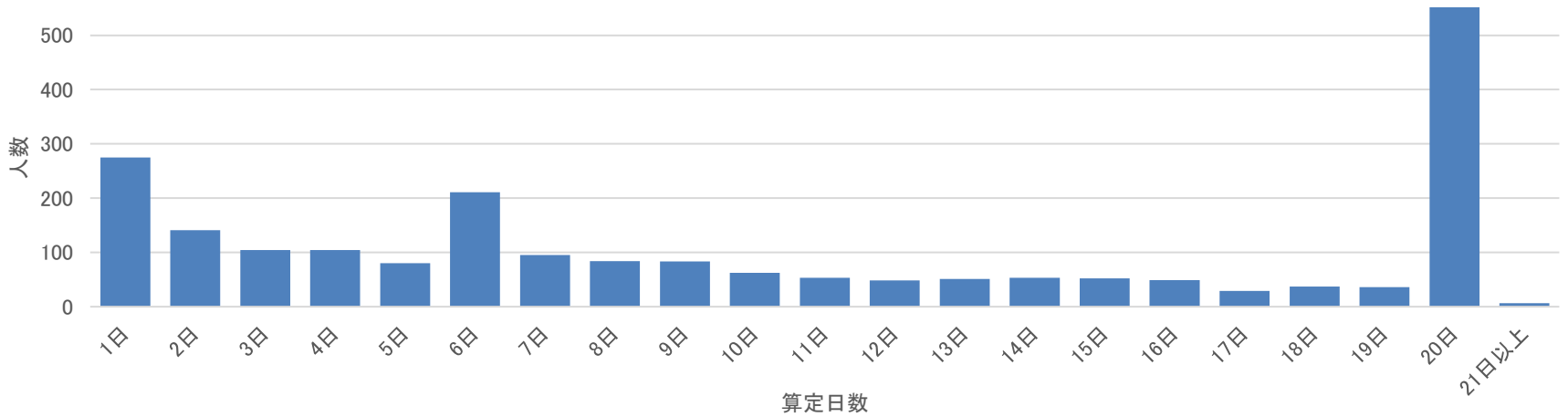
早産、切迫早産によりハイリスク妊娠管理を行われた妊婦の入院時の妊娠週数等

○ 妊娠週数22週未満で入院し、妊娠管理を行われている妊婦が一定数いる。
○ 早産、切迫早産の管理目的にハイリスク妊娠管理加算を算定されている患者の多くが算定日数上限である20日間算定されている

医療資源病名が早産、切迫早産であり、ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の入院時の妊娠週数



医療資源病名が早産、切迫早産である患者のハイリスク妊娠管理加算算定日数



出典：DPCデータより保険局医療課において集計（対象期間：2023年４月～６月に退院した症例）

1.小児医療について

１－１　小児医療の現状等について

１―２　小児入院医療について

１―３　小児高度急性期医療について

１－４　医療的ケア児について

１―５　小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

２－１　ハイリスク妊婦について

２―２　出産費用の見える化等について

こども未来戦略方針（令和5年6月13日 閣議決定）

Ⅲ－１．「加速化プラン」において実施する具体的な施策
１．ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

（2）出産等の経済的負担の軽減
～妊娠期からの切れ目ない支援、出産費用の見える化と保険適用～

○　これまで実施してきた幼児教育・保育の無償化に加え、支援が手薄になっている妊娠・出産期から2歳までの支援を強化する。令和４年度第二次補正予算で創設された「出産・子育て応援交付金」（10 万円）について、制度化に向けて検討することを含め、妊娠期からの伴走型相談支援とともに着実に実施する。

○　本年４月からの出産育児一時金の大幅な引上げ（42 万円→50 万円）及び低所得の妊婦に対する初回の産科受診料の費用助成を着実に実施するとともに、出産費用の見える化について来年度からの実施に向けた具体化を進める。その上でこれらの効果等の検証を行い、2026 年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める。あわせて、無痛分娩について、麻酔を実施する医師の確保を進めるなど、妊婦が安全・安心に出産できる環境整備に向けた支援の在り方を検討する。

出産費用の見える化について（スケジュール等）

令和5年9月7日 | 第167回社会保障審議会医療保険部会 | 資料2

経緯・今後の方針

- 出産費用の見える化を進め、妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境を整備する。

  ※医療機関等ごとの出産費用の状況のみならず、その医療機関等の特色やサービスの内容なども併せて公表
- 公表項目等の詳細については、出産費用の分析等を行う調査研究の研究班（代表：田倉智之教授・東大医療経済学）において、学識者、産婦人科医、保険者、当事者の立場等の方の参画の下、素案を作成。

見える化の具体的なスケジュール案

<令和５年>

４～７月　見える化の公表項目について、有識者による検討・原案の作成

インターネットを通じてご意見募集（８月23日から９月３日まで実施）

９月７日　**医療保険部会に見える化の公表項目案を報告**

10～１月　医療機関等への周知・医療機関等からの情報の受付

10～３月　見える化に必要な情報の収集・整理

<令和６年>

１月～３月　見える化ウェブサイトの作成

春　見える化ウェブサイトで公表開始

【参考：医療保険部会における議論の整理（令和４年12月15日）（抜粋）】

○　被保険者等である妊婦の方々が適切に医療機関等を選択できるよう、直接支払制度を行っている医療機関等については、
①その医療機関等の特色（機能や運営体制等）、
②室料差額や無痛分娩の取扱い等のサービス内容、
③その医療機関等における分娩に要する費用及び室料差額、無痛分娩等の内容（価格等）の公表方法、
に関してそれぞれ報告を求め、
④直接支払制度の専用請求書の内容に基づき算出した平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額等の平均値に係る情報
と併せ、新たに設ける「見える化」のためのＨＰで医療機関等ごとに公表すべきである。

○　なお、④については一定期間における平均値であることから、分娩数が少ない医療機関等については公表を任意とする。**①～④の公表項目等の詳細については、有識者により令和５年夏までに検討を行い、医療保険部会に報告の上、令和６年４月を目途に実施すべき**である。

出産費用の見える化について（公表内容等）

公表内容等

【対象医療機関等】 出産費用の直接支払制度を利用している医療機関・助産所（約2,300施設）

※年間分娩件数が20以下の医療機関・助産所に関しては、件数が少なく平均値に代表性がないため掲載は任意とする。

【公表事項】

①分娩施設の概要	施設種別、年間の取扱分娩件数、実施される検査（新生児聴覚検査等）等
②助産ケア	助産師外来・院内助産の実施の有無、産後ケア事業の実施の有無等
③付帯サービス	立ち会い出産実施の有無、無痛分娩実施の有無等
④分娩に要する費用等の公表方法	分娩に要する費用・室料差額・無痛分娩に要する費用
⑤直接支払制度の請求書データからの費用等	平均入院日数、出産費用の平均額等、室料差額の平均額等、妊婦合計負担額の平均額等

※①～④については、各医療機関・助産所から提供のあった項目について情報を公表。
※⑤については、各医療機関・助産所の同意を得て、審査支払機関に提出された直接支払制度の専用請求書のデータの内容に基づき公表。

【公表方法】 厚生労働省が新設する「見える化」のためのウェブサイトにおいて、医療機関・助産所ごとの情報を公表
別途、医療機関ごとに妊婦にとって有益と考えられる補足的な情報等について、医療機関ＨＰにおいて公表（任意）

調査の概要

○　分娩取扱施設(病院・診療所・助産所)の出産費用の価格改定については、令和５年４月の出産育児一時金の引上げとの関連について報道等により様々な指摘がなされている一方、質の高い周産期医療を提供するための人材の確保、物価の高騰、分娩件数の減少など、地域における分娩取扱施設を取り巻く環境も変化している。

○　こうした状況を踏まえ、出産費用の価格改定の有無やその理由、これまで価格改定を行わなかった期間等について、全国の分娩取扱施設を対象としたアンケート調査を実施した。併せて、出産費用の実績値の変化については、直接支払制度の請求書データを元に把握を行った。

（調査対象）　直接支払制度を利用しており、令和５年７月時点で分娩を取り扱っている分娩取扱施設

（調査手法）　分娩取扱施設に調査票を送付し、回答(オンラインもしくは郵送)を依頼
(令和5年７月24日～８月15日)

（調査項目）
① 令和４年４月～令和５年４月の出産費用の価格改定の有無
② ①の価格改定の決定時期および理由
③ 価格改定の内容の妊婦への情報提供方法・時期
④ 令和４年３月以前の価格改定の有無および時期
⑤ 今後の価格改定の予定・理由
⑥ 自由記載

（回収状況）
・調査表送付数　2,232件
・有効回答数　1,742（公的病院：418　私的病院：307　診療所：798　助産所：219）
・回答率　78%

小児・周産期医療に係る課題①

【課題】

（小児入院医療について）

- 15歳未満人口は減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。また、15歳未満の入院患者数減少傾向であり、入院の受療率も低下している。このような背景により、小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数はやや減少傾向である。また、小児入院医療管理料の病棟は、急性期一般入院料1に比べ、1病棟あたりの病床数が少ない。
- 小児の入院環境としては、小児の専門病棟よりも成人との混合病棟が多く、小児の成長発達に合わせた看護を提供すること等が課題となっている。リスクをマネジメントし子どもの安全を守りつつ、子どもと家族に必要な継続的なケアを提供し子どもの療養環境を向上させるために、ユニットマネジメントの実施等が提言されている。
- 小児入院医療管理料では、小児の療養生活や成長発達等に着目した加算の中で、保育士が1名以上常勤していることを評価しているが、看護補助者に係る加算はない。小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。
- 小児病棟では、特に夜勤帯において、寝具交換等の周辺業務を看護師が担っている割合が高い。
- 入院中であってもこどもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望により親が付き添う場合であっても過度な負担がかからないよう、医療機関が適切な体制を確保することが求められている。

（小児高度急性期医療について）

- 医療の高度化に伴い、低出生体重児、早期産の児の死亡率は低下している。
- 看護体制の強化がNICUにおける予後の改善やインシデントの減少につながるという報告があり、重症新生児に対しては、看護体制を強化している施設もある。
- 重症新生児に対する退院支援は、入退院支援加算3で評価している。算定回数は概ね横ばいであり、総合周産期特定集中治療室管理料2届出施設のうち71%、新生児特定集中治療室管理料1届出施設のうち44%は入退院支援加算3を届け出ている。
- 新生児特定集中治療室に入室する患者のうち、約1割はより高度な医療を要すると判断されて搬送された新生児である。これらの転院搬送された新生児においても、退院支援が必要な場合があるが、現在の規定では、転院前の医療機関で入退院支援加算3を算定した患者でなければ、転院搬送後の医療機関で入退院支援加算3を算定できない。
- 入退院支援加算3の施設基準では、入退院支援部門「5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験」を有する看護師の配置を求めているが、重症新生児は治療室から小児病棟等を経て退院することもあり、退院支援にあたり求められる経験は必ずしも新生児集中治療の業務に限られない。
- 令和4年度診療報酬改定において、特定集中治療室等における臓器移植患者に係る算定日数上限が延長されたが、小児特定集中治療室においても、臓器移植患者は平均滞在日数が長く、算定上限日数を超過して滞在している患者が一定数存在した。

小児・周産期医療に係る課題②

【課題】

（医療的ケア児について）

・ 医療的ケア児は増加傾向であり、医療計画においては、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。

・ 障害福祉サービスにおける医療型短期入所サービスにおいては、医療的ケア児者を安心して預けてもらうため、事前に自宅等へ訪問し、医療的ケアの手技等を確認した上で、事業所に新たに受け入れた場合の評価について検討されている。

・ 医療的ケア児が入院する際、在宅時からの連続的なケアを受けることができるよう、初回の入院前調整を行っている医療機関もある。

（小児科における精神領域について）

・ 発達障害の初診待機が課題となっており、待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足のほか、児童思春期精神医療に知見を有する専門職種の少なさがあげられている。

・ 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関に、月３回以上を受診している患者が一定数おり、10%程度の患者が、算定期限である２年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。

・ 小児科における心身症及び神経発達症の診察時間においては、再診と比較して、初診に要する時間が長い傾向がある。

・ 児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々上昇傾向にある。

（周産期医療について）

・ ハイリスク妊産婦増加への対応の必要性が指摘されており、昭和55年と令和元年を比較すると早期産の割合が増加している。

・ ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の中で早産、切迫早産の管理目的に入院している妊婦の割合が最も多く、その中には、入院時の妊娠週数が22週未満の妊婦が一定数いる。

・ 2026 年度を目途とした出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含めた、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進めることとされている。

小児・周産期医療に係る論点

【論点】

（小児入院医療について）

○ 小児の入院患者数の減少等を踏まえ、小児入院医療管理料の病棟の運用についてどのように考えるか。また、成人患者との混合病棟となる場合に、子どもとその家族の療養環境を向上させる方策についてどのように考えるか。

○ 入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって親が子どもに付き添う場合に親に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保するために、小児入院医療管理料における保育士や看護補助者の配置に関する評価についてどのように考えるか。

（小児高度急性期医療について）

○ 医療の進歩とともに、重症新生児の死亡率は低下してきていること、重症新生児に対しては現行の新生児特定集中治療室管理料における看護配置よりも手厚くして対応する必要があるという実態を踏まえ、重症新生児に対する集中治療に係る評価についてどのように考えるか。

○ 重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であったり治療室から小児病棟等を経て退院する等、新生児に対する退院支援の実態を踏まえた評価に見直すことについてどのように考えるか。

○ 臓器移植患者においては、移植前からの集中治療が必要な実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料における評価についてどのように考えるか。

（医療的ケア児について）

○ 医療的ケア児の入院受け入れに係る体制の整備が求められるなか、その評価についてどのように考えるか。

（小児科における児童精神について）

○ 発達障害の初診待機が課題とされていること、児童相談所における虐待相談対応件数が上昇傾向であることを踏まえ、小児科のかかりつけ医機能を有する医療機関の役割についてどのように考えるか。また、小児特定疾患カウンセリング料の在り方についてどのように考えるか。

（周産期医療について）

○ 2026年度を目途とした出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含めた、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進めていくなか、ハイリスク妊婦に係る評価についてどのように考えるか。

中医協　総－４
５．１２．１

個別事項（その10）

リハビリテーション・栄養・口腔

1. リハビリテーションについて

2. 栄養管理について

3. 口腔管理について

4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

２．持続可能な社会保障制度の構築

健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第３期データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業[255]を推進する。**リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。**全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科技工を含む歯科領域におけるＩＣＴの活用を推進し、歯科保健医療提供体制構築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。計画[256]に基づき、がんの早期発見・早期治療のためのリスクに応じたがん検診の実施や適切な時機でのがん遺伝子パネル検査の実施、小児がん等に係る治療薬へのアクセス改善などのがん対策及び循環器病対策を推進する。また、難聴対策、難病対策、移植医療対策[257]、慢性腎臓病対策、アレルギー疾患対策、メンタルヘルス対策、栄養対策等を着実に推進する。

255 予防・重症化予防・健康づくりの政策効果に関する大規模実証事業を活用する。
256 「がん対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）及び「循環器病対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）。
257 臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言2018年版において、「各国は臓器提供と臓器移植の自給自足の達成に努めるべきである」等とされたことを踏まえ、国内の移植医療を推進する。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ２：リハビリテーション・口腔・栄養

（１）リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

○　リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。

○　令和３年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。

○　リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

（２）リハビリテーション

○　急性期・回復期と生活期のリハビリテーションの円滑な移行について、フェーズに応じてプログラム内容を変化させていくための仕組みが必要。医療機関で完結することが前提ではなく生活期で更なるQOL向上を目指すために、急性期・回復期では何をするべきかという視点が医療側に求められる。

○　医療側のリハビリテーションの計画が、介護事業者と十分に情報共有されていないことは問題。計画書を介護事業者に提供した場合の評価が診療報酬としては存在しており、情報提供を評価するという方法では改善が難しい。

（３）口腔

○　病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。

○　歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。

（４）栄養

○　潜在的な低栄養の高齢者が多いことが課題であり、踏み込んだ対策が必要。

○　医療機関や介護保険施設では管理栄養士や多職種による栄養管理が行われているが、退院・退所後、在宅での栄養・食生活支援を行うための社会資源の充実が望まれる。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ３：要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

（１）急性期疾患に対応する医療機関等

○　要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。

○　地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。

○　医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

（２）高齢者の心身の特性に応じた対応

○　急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。

○　労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。

○　診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

（３）入退院支援

○　薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

（４）医療・介護の人材確保

○　急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

リハビリテーション・栄養・口腔に係る中医協総会等における主な意見

＜令和５年９月27日 中医協基本問題小委委員会＞

○　リハビリテーション・栄養との連携における口腔管理の取組について、医療機関の歯科標榜の有無、外部の歯科医療機関との連携状況によって、どの程度の差が出ているのか分析が必要ではないか。

＜令和５年11月８日　中医協総会　入院について（その２）＞

○　誤嚥性肺炎の患者は、摂食嚥下リハビリテーションや適切な栄養管理の対応が可能な病棟で受け入れるべき。

○　急性期医療の中で高齢者の廃用性機能障害を防止し、ADLを維持するための対応は充実すべきであり、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置を充実していく必要がある。回復期リハ病棟や療養病棟では365日リハビリテーションを提供できる体制が構築されているが、急性期病棟においても同様の体制を構築する仕組みが必要。

○　ADL維持向上等体制加算の届出件数は少ないが、この評価が十分でないため体制構築に至っていないと捉えられる。充実したリハビリテーションを提供することを担保として、この評価を充実させるべきと考える。

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）＞

○　急性期入院医療における高齢者のADL悪化を防ぐ取組は喫緊の課題であり、予防の取組を推進することが重要。一方、ADL悪化を予防するためには、リハビリテーションを実施するだけではなく、看護体制や介護福祉士の配置等を含めて、パッケージとしての対応を検討するべきとの指摘があった。

○　休日を含めて早期からの切れ目のないリハビリテーションが提供されることが極めて重要。土日祝日にリハビリテーションを提供するための体制を確保するため、このような取組は診療報酬において評価されるべきとの指摘があった。

○　ADL維持向上等体制加算の届出実態は極めて少ないが、疾患別リハビリテーション料と当該加算を併用できるよう見直すべきではないか、また点数設計を見直す必要があるとの指摘があった。

○　栄養・摂食嚥下状態に関する状況を把握していくことは重要であり、低栄養の世界的診断基準や通常の評価項目等を参考にして、DPCデータ（様式１）の項目を検討してはどうかとの指摘があった。

○　病棟における管理栄養士の業務について、

- 入院早期から速やかに評価や栄養管理を行うことは重要であり、入院栄養管理体制加算の対象拡大も考慮してはどうか
- 栄養情報提供書の作成やミールラウンドは十分に行われているとはいえず、管理栄養士が果たすべき役割を改めて明確にして、しっかりと対応を進めるべき

との指摘があった。

○　他の医療機関や介護保険施設に退院する患者は、入院栄養食事指導の対象ではないが栄養情報連携が必要な場合もあり、入院栄養食事指導の対象や栄養情報連携の仕組みについて、医療と介護の連携が更に進むよう検討してはどうかとの指摘があった。

○　栄養状態の評価や提供栄養量に応じてリハビリテーションが実施されることで生活機能の改善や維持が図られるものであり、リハビリテーションと栄養の取組は組み合わせて推進されるよう検討すべきとの指摘があった。

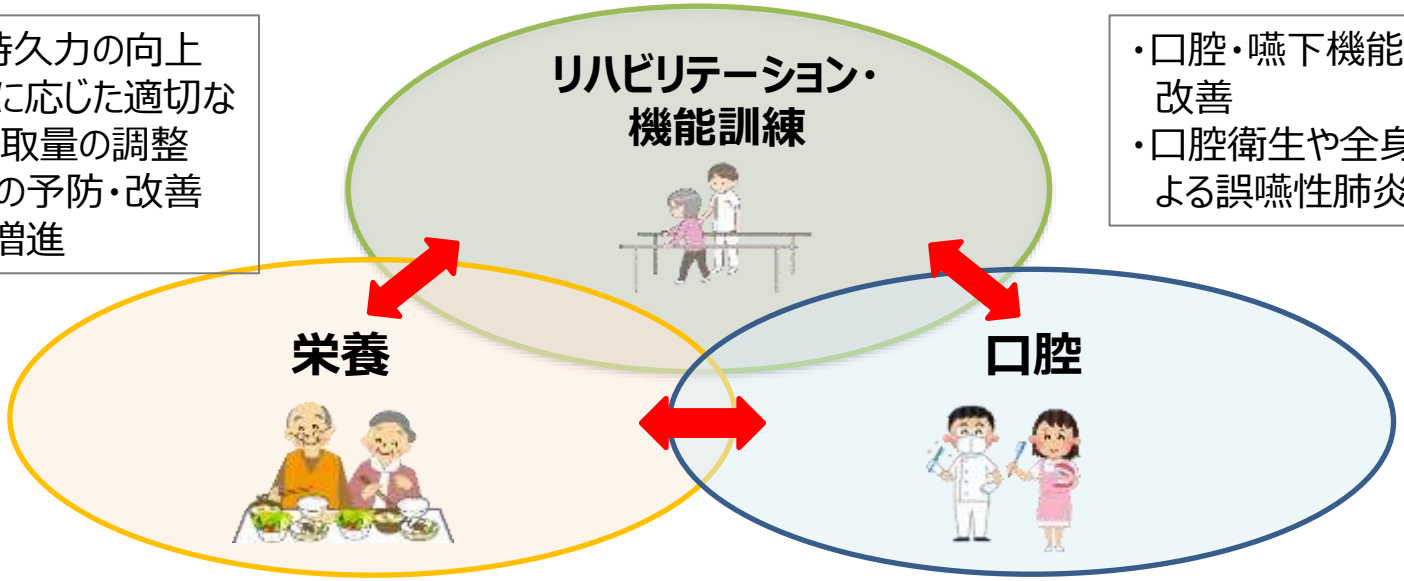
○　リハビリテーションが実施される時間帯以外における、看護職員等による生活リハビリテーションが提供されることも重要との指摘があった。

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

・筋力・持久力の向上
・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
・低栄養の予防・改善
・食欲の増進



・口腔・嚥下機能の維持・改善
・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

・適切な食事形態・摂取方法の提供　・食事摂取量の維持・改善　・経口摂取の維持

- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

１．リハビリテーションについて

**　１－１．概要**

　１－２．疾患別リハビリテーション料について

　１－３．医療・介護・障害福祉サービスの連携について

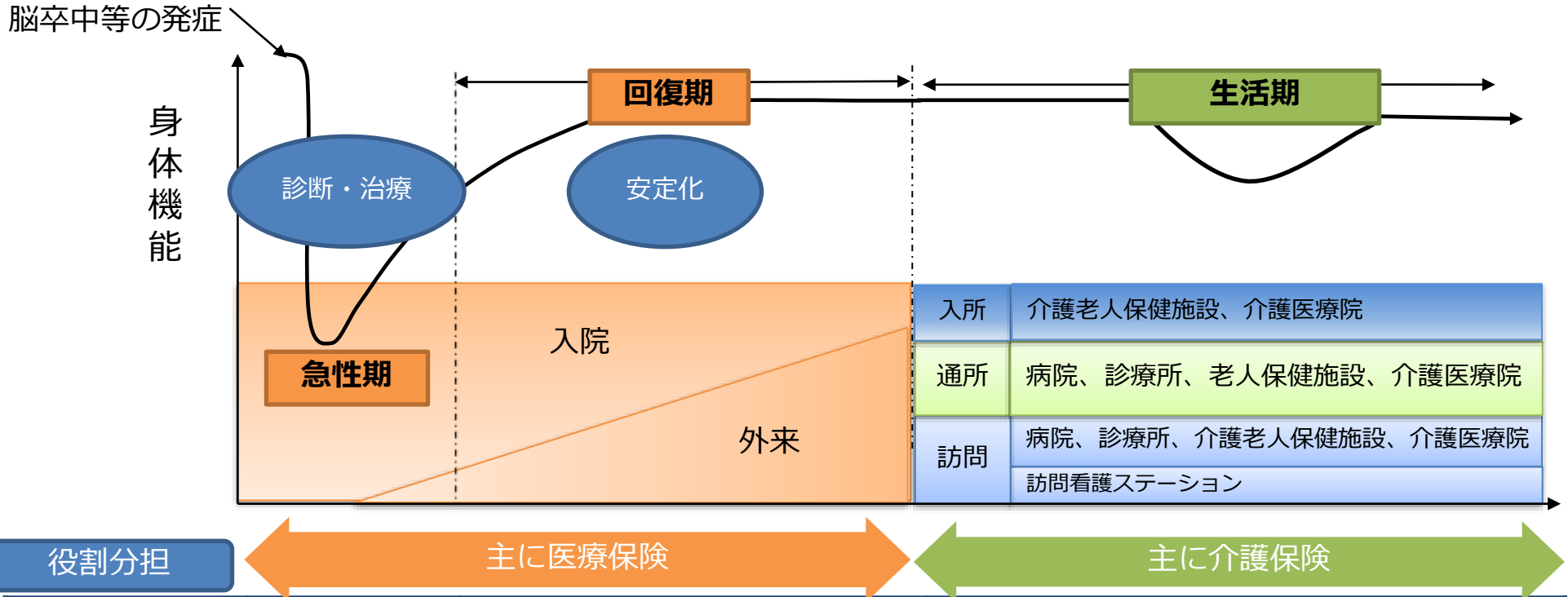
　１－４．がん患者に対するリハビリテーションについて

２．栄養管理について

３．口腔管理について

４．急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



	急性期	回復期	生活期
心身機能	**改善**	**改善**	維持･改善
ADL	**向上**	**向上**	維持･向上
活動･参加	再建	再建	**再建･維持･向上**
QOL	維持･向上	維持･向上	**維持･向上**
内容	早期離床･早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復･ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持･向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

（資料出所）日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」（青海社）より厚生労働省老人保健課において作成（一部改変）

疾患別リハビリテーション料の見直し①

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

➢ 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に１回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

改定後

【リハビリテーション】
［算定要件］（概要）

- **１か月に１回以上、ＦＩＭ（機能的自立度評価法）の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断する**
- リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付
- **「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添２」の様式に基づき、１年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、ＦＩＭ等について報告を行うこととする**
  （ただし、ＦＩＭの測定については、令和４年９月30日までの間にあってはこの限りではない。）

★疾患別リハビリテーション料の点数について（イメージ）
（脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合）

赤枠の部分（標準的算定日数を超えた場合であって、医学的にリハビリテーションを継続して行うことが必要であると認められた場合）について、月に１回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。



外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

➢ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

[算定要件]
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）　**外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
（２）　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

※　在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来・在宅・リハデータ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

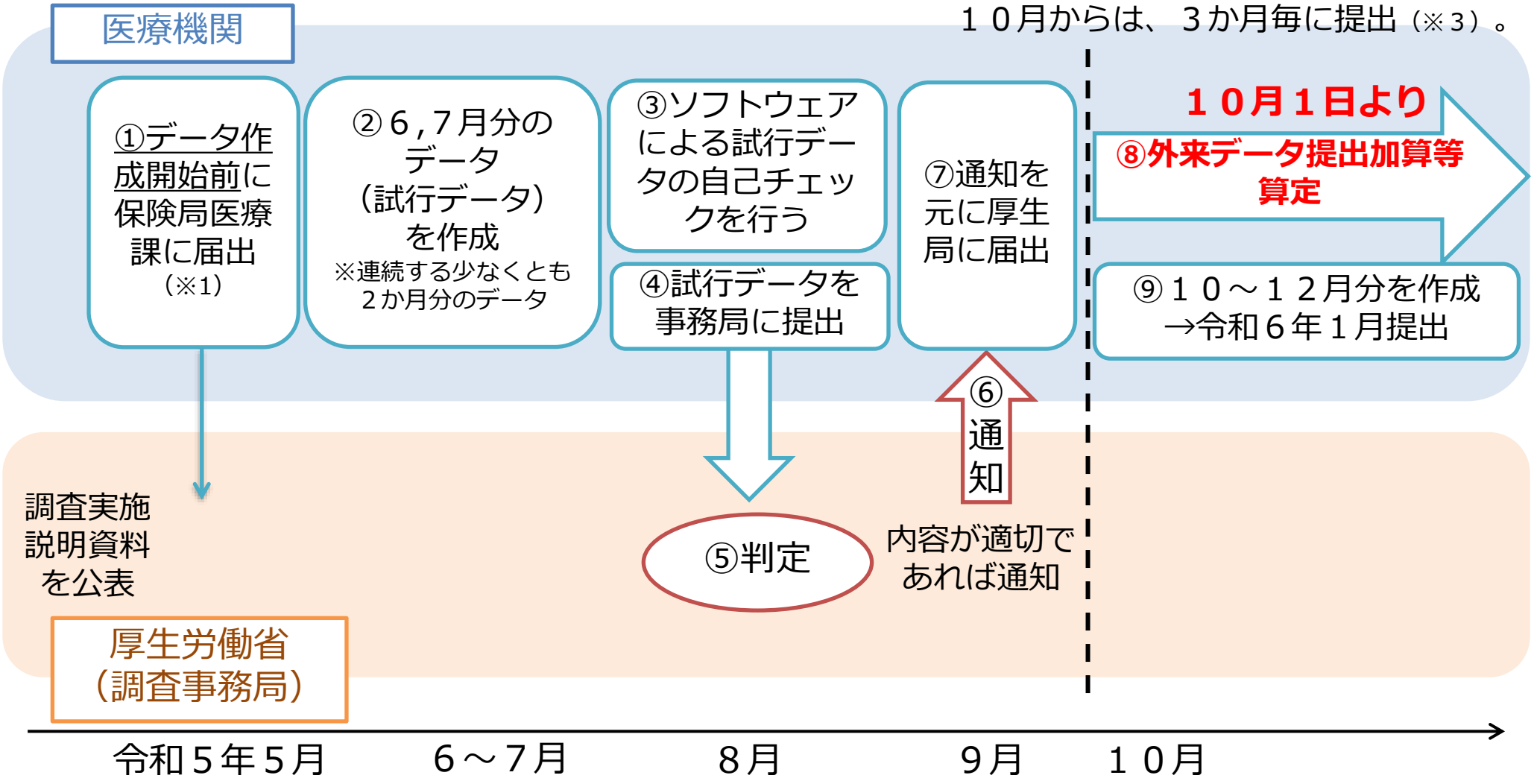
大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈リハビリテーションデータ提出加算〉

大項目	項目名
入院加療を受けた場合の退院年月日	退院年月日
ADL	バーセルインデックス
	FIM
リハビリテーションを提供した職種	理学療法士
	作業療法士
	言語聴覚士
	医師
	看護師
	その他

出典:2022年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）

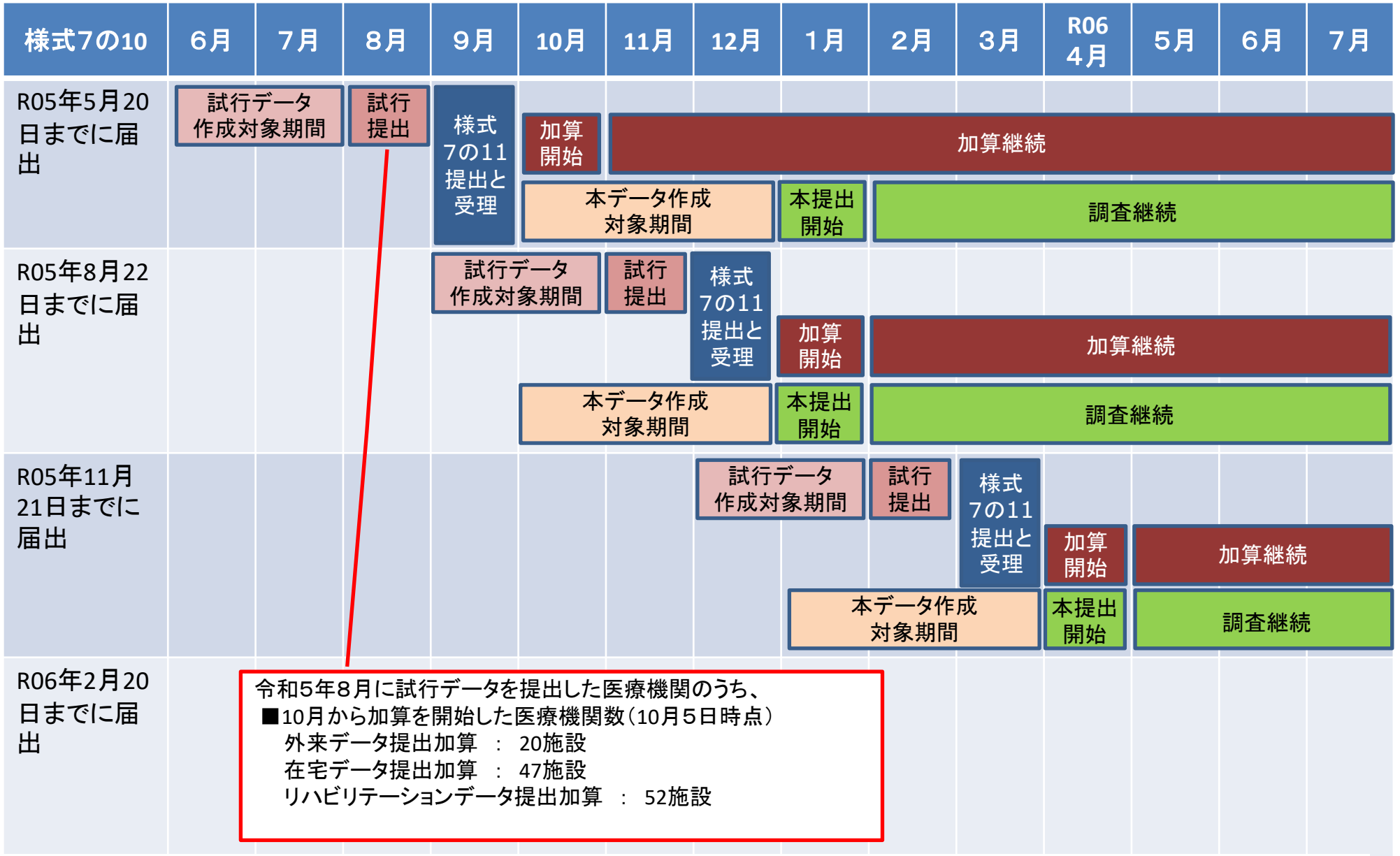


※１　5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※２　自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※３　提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

令和５年度提出スケジュール



※ 本表における加算開始時期及び本データ作成時期は、あくまで最短のスケジュールを示したものであり、様式7の11の届出時期によって異なることに注意すること。

１．リハビリテーションについて

１－１．概要

１－２．疾患別リハビリテーション料について

１－３．医療・介護・障害福祉サービスの連携について

１－４．がん患者に対するリハビリテーションについて

２．栄養管理について

３．口腔管理について

４．急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

リハビリテーションに係る主な改定の経緯①

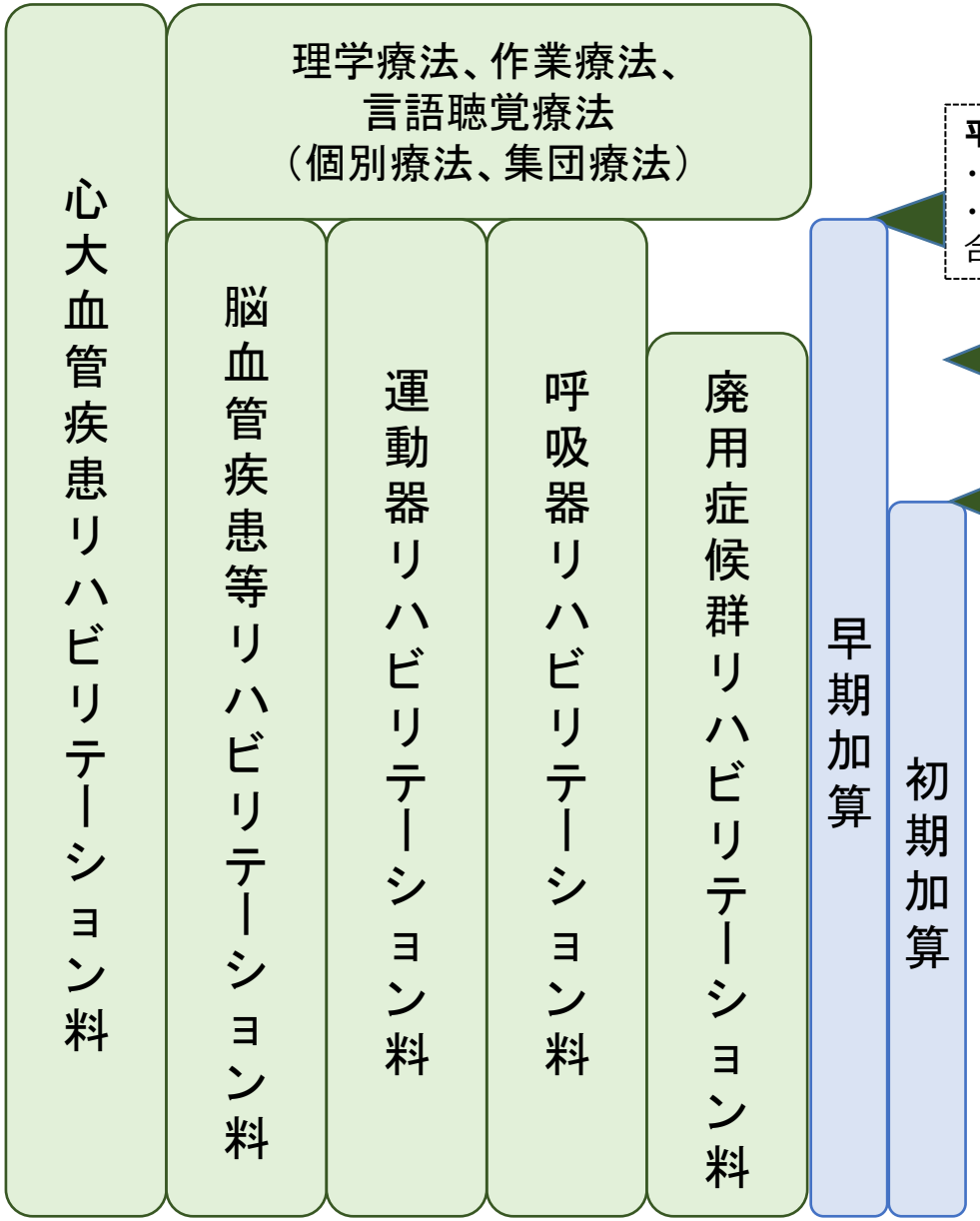
平成18年	・疾患別リハビリテーション料が新設 ・疾患毎に算定上限日数を設定するとともに、１月に一定単位数以上行った場合の逓減制を廃止 ・集団療法に係る評価の廃止、機能訓練室の面積要件の緩和、発症後早期の上限単位数を緩和
平成20年	・リンパ浮腫指導管理料を新設
平成22年	・脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げ ・運動器リハビリテーション料について充実した人員配置を評価した新たな区分を新設(運動器リハビリテーション料(Ⅰ)) ・がん患者リハビリテーション料を新設 ・心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を見直し ・早期加算を引き上げ
平成24年	・外来リハビリテーションについて、医師の包括的な診察に関する評価を新設(外来リハビリテーション診療料) ・発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、初期加算を新設 ・介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を２月間に延長 ・訪問リハビリテーションを提供している患者が急性増悪等のため一時的にADLが低下した場合、ADL改善のため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能へ
平成26年	・脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能へ ・地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合を評価(リハビリテーション総合計画提供料) ・外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とした ・廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化 ・入院患者以外の要介護被保険者等について、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合を評価(介護保険リハビリテーション移行支援料) ・一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の 7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を新設(ADL維持向上等体制加算)

※平成12、14、16年の点数は、社会保険の場合の診療報酬点数

リハビリテーションに係る主な改定の経緯②

平成28年	・早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化 ・廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設定 ・心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を緩和 ・運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の評価を充実 ・IADL（手段的日常生活活動）や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象へ ・要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設（目標設定等支援・管理料） ・リンパ浮腫に対する複合的治療について項目を新設（リンパ浮腫複合的治療料） ・リンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加 ・ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、質や密度の高い介入を行っていると認められる病棟の評価を充実
平成30年	・疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象を追加 ・介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設（リハビリテーション総合計画評価料2） ・要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて経過措置を1年間に限り延長 ・医療介護共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設（リハビリテーション計画提供料1） ・介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を新設（電子化連携加算） ・特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設（早期離床・リハビリテーション加算）
令和2年	・呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加 ・難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を追加 ・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設定 ・外来リハビリテーション診療料におけるリハビリテーションスタッフとのカンファレンスに係る要件を緩和 ・がん患者リハビリテーション料の算定対象となる患者を、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件へ見直し ・リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者を拡大
令和4年	・標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化 ・運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確化 ・リハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設（リハビリテーションデータ提出加算）

疾患別リハビリテーション料の変遷



平成18年
・疾患別リハビリテーション料が新設　・集団療法に係る評価の廃止
・疾患毎に算定上限日数を設定するとともに、１月に一定単位数以上行った場合の逓減制を廃止

平成22年
・脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げ
・廃用症候群に対するリハビリテーションを評価　・ 早期加算を引き上げ

平成24年
・発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、初期加算を新設

平成26年
・廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化

平成28年
・廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化
・心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を緩和
・運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の評価を充実

平成30年
・疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象を追加

令和２年
・呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加

令和４年
・リハビリテーションデータ提出加算の創設

疾患別リハビリテーション料の概要①

- H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患（抜粋）
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）　205点 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）　125点	1単位 20分	150日	○　急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下　等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）　245点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）　200点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）　100点	1単位 20分	180日	○　脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害　等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）　180点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）　146点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）　77点	1単位 20分	120日	○　急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　185点 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）　170点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　85点	1単位 20分	150日	○　上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍　等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）　175点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）　85点	1単位 20分	90日	○　肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態　等

疾患別リハビリテーション料の概要②

➢ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名		医師※1	療法士全体	理学療法士（PT※2）	作業療法士（OT※2）	言語聴覚士（ST※2、※3）	専有面積（内法による）		器械・器具具備
心大血管疾患リハビリテーション料	（Ⅰ）	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤１名以上	－	専従常勤PT及び専従常勤看護師合わせて２名以上等	必要に応じて配置	－	病院　30m²以上 診療所　20m²以上		要
	（Ⅱ）	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師（いずれも非常勤を含む）１名以上勤務	－	専従のPT又は看護師いずれか１名以上					
脳血管疾患等リハビリテーション料	（Ⅰ）	専任常勤２名以上※4	専従従事者合計10名以上※4	専従常勤PT５名以上※4	専従常勤OT３名以上※4	（言語聴覚療法を行う場合）専従常勤ST１名以上※4	160m²以上※4	（言語聴覚療法を行う場合）専用室（８m²以上）１室以上	要
	（Ⅱ）	専任常勤１名以上	専従従事者合計４名以上※4	専従常勤PT１名以上	専従常勤OT１名以上		病院　100m²以上 診療所　45m²以上		
	（Ⅲ）	専任常勤１名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか１名以上				病院　100m²以上 診療所　45m²以上		
廃用症候群リハビリテーション料	（Ⅰ）～（Ⅲ）	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる							
運動器リハビリテーション料	（Ⅰ）	専任常勤１名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて４名以上			－	病院　100m²以上 診療所　45m²以上		要
	（Ⅱ）		専従常勤PT２名又は専従常勤OT２名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて２名以上						
	（Ⅲ）		専従常勤PT又は専従常勤OT１名以上				45m²以上		
呼吸器リハビリテーション料	（Ⅰ）	専任常勤１名以上	専従常勤PT１名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて２名以上			－	病院　100m²以上 診療所　45m²以上		要
	（Ⅱ）		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST１名以上				45m²以上		

※１　常勤医師は、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※２　常勤PT・常勤OT・常勤STは、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能（ただし、２名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで）

※３　言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※４　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○　医師：専任常勤１名以上　　○　専従常勤ST３名以上（※２の適用あり）　　○　専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○　医師：専任常勤１名以上　　○　専従常勤ST２名以上（※２の適用あり）　　○　専用室及び器械・器具の具備あり

リハビリテーションの充実②

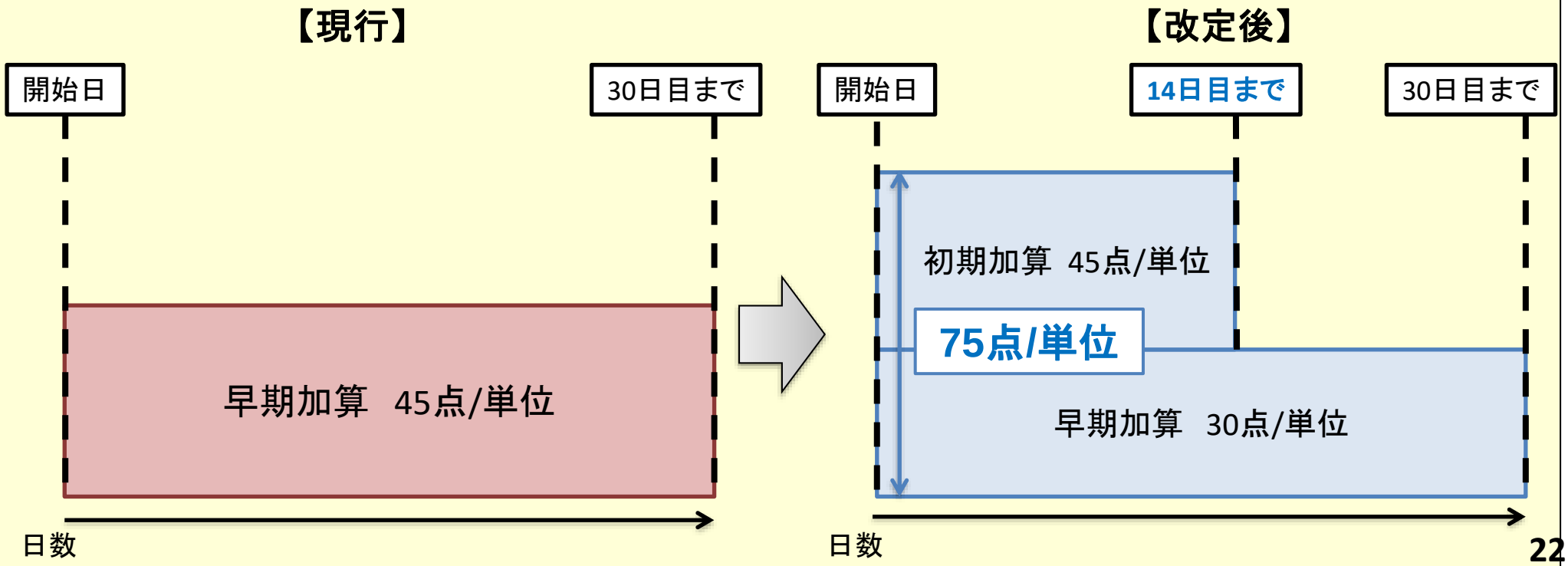
早期リハビリテーションの評価

➢ 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

（新） リハビリテーション初期加算　　45点（14日目まで）

（改） 早期リハビリテーション加算　45点→ 30点（30日目まで）

- リハビリテーション初期加算は**リハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合**に算定できる。
- リハビリテーション初期加算と早期リハビリテーション加算は**併算定可能**。



早期加算・初期加算の概要

早期加算（1単位あたり）　30点

発症、手術又は急性増悪から30日を限度として加算

初期加算（1単位当たり）　45点

発症、手術又は急性増悪から14日を限度として加算

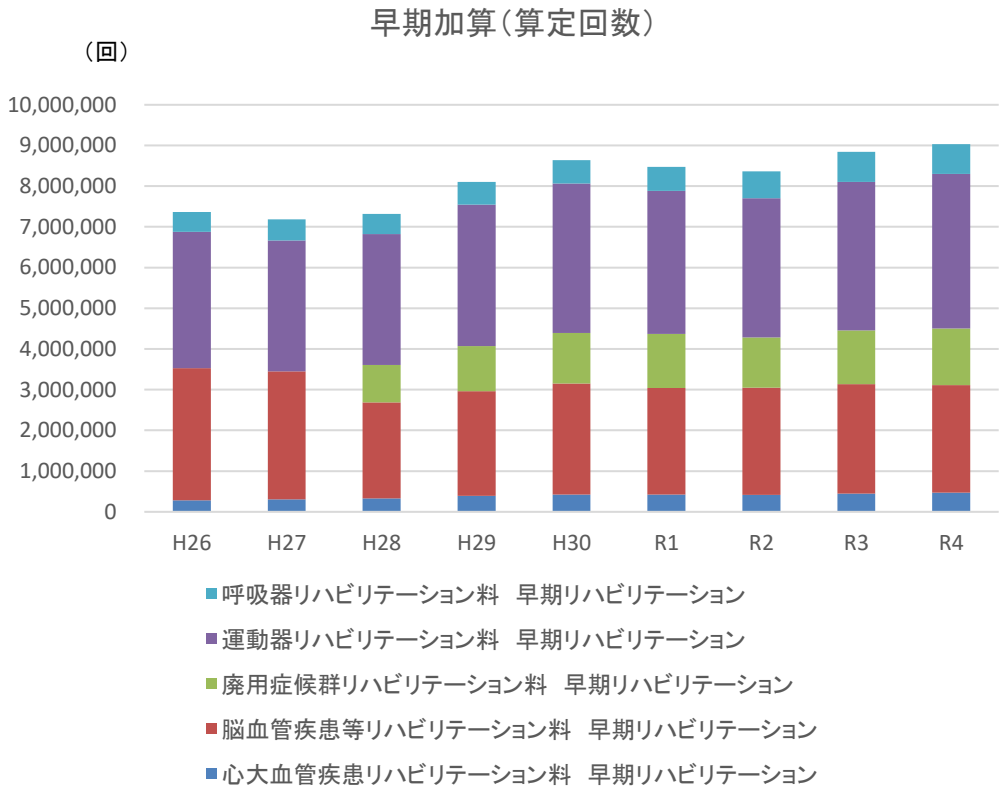
※早期加算、初期加算いずれも心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

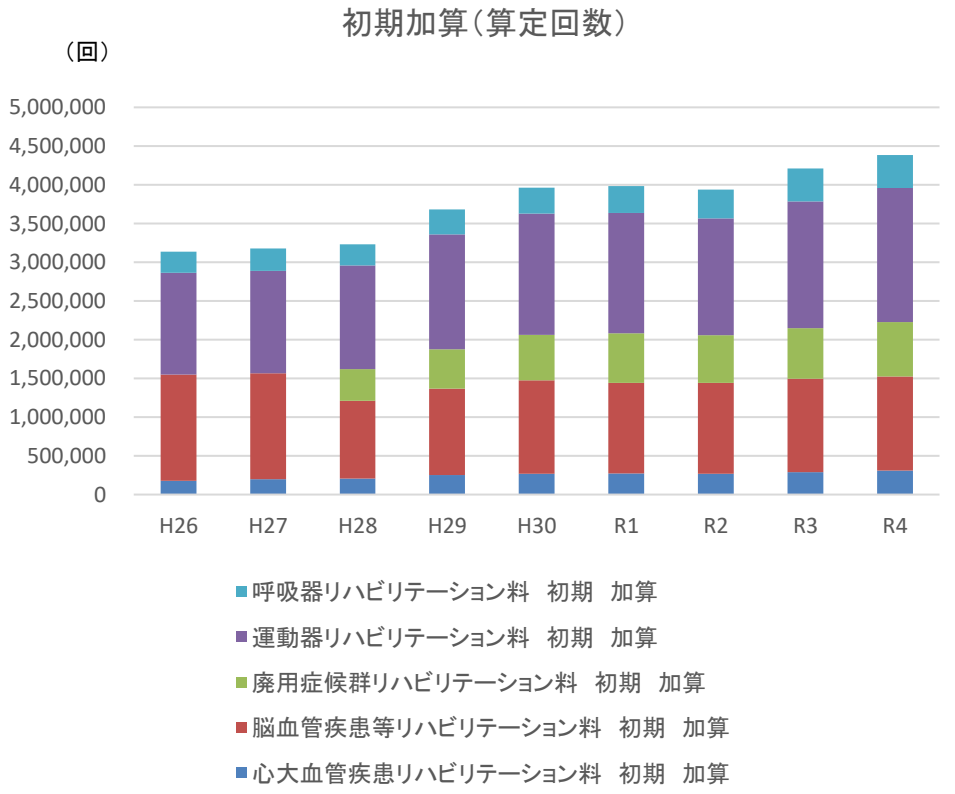
【早期加算の概要】

○　発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したもの。

【初期加算の概要】

○　発症、手術又は急性増悪後より早期からのリハビリテーションの実施について評価したもので、早期加算とは別に算定可能。





出典：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）（各年６月審査分）

誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション

○　急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることが示されている。
○　早期リハビリテーションを実施する場合において、１日２単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることが示されている。

○　DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後３日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった（オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群（N=16,835）	対照群（N=51,749）	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※　論文を元に医療課で作成　数値は平均値±標準偏差または度数（%）

○　DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後７日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった（オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64）。

Yagi M,et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群（N=48,201）	対照群（N=64,357）	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※　論文を元に医療課で作成　数値は平均値±標準偏差または度数（%）

○　入院後３日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者（4,148例）を対象としたデータベース研究において、１日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下（オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97）、自宅退院割合（オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71）、在院日数の短縮（係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40）に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

急性期脳卒中に対する早期リハビリテーション

○　診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

脳卒中治療ガイドライン2021（一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会）より抜粋

○　合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル高）。

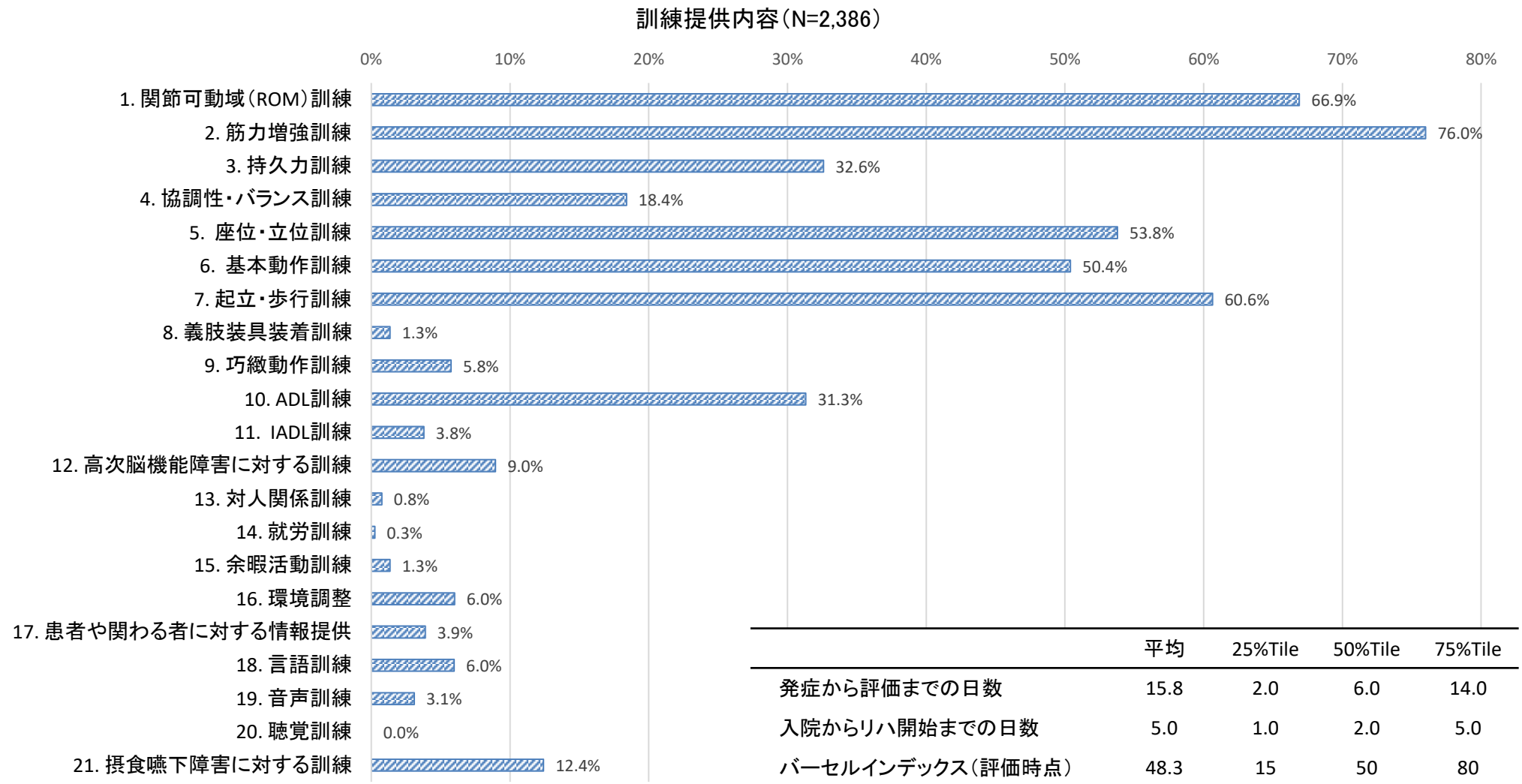
○　十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことがすすめられる（推奨度A、エビデンスレベル中）。

○　脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit（SU）で治療することが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル高）。

○　リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作（ADL）の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる（推奨度A、エビデンスレベル中）。

急性期病棟におけるリハビリテーションの提供内容

○　急性期病棟におけるリハビリテーションの提供内容は以下のとおりであり、筋力増強訓練、関節可動域訓練、起立・歩行訓練が多い。



	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
発症から評価までの日数	15.8	2.0	6.0	14.0
入院からリハ開始までの日数	5.0	1.0	2.0	5.0
バーセルインデックス（評価時点）	48.3	15	50	80

出典：「疾患別リハビリテーションに係る実態調査（三重大学医学部附属病院リハビリテーション部　教授　百崎良）」による調査結果。令和5年5月の国内42施設の新規入院症例を対象。急性期一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、ICU、HCU、SCUにおいて疾患別リハ料を算定した症例を対象。

疾患別リハビリテーション料等ごとの実施されている提供内容

○　急性期病棟における疾患別リハビリテーション料等ごとの実施されている提供内容は以下のとおり。脳血管疾患等リハビリテーション料においては、他の疾患別リハ料より高次脳機能障害や言語聴覚療法に係る内容が多い。

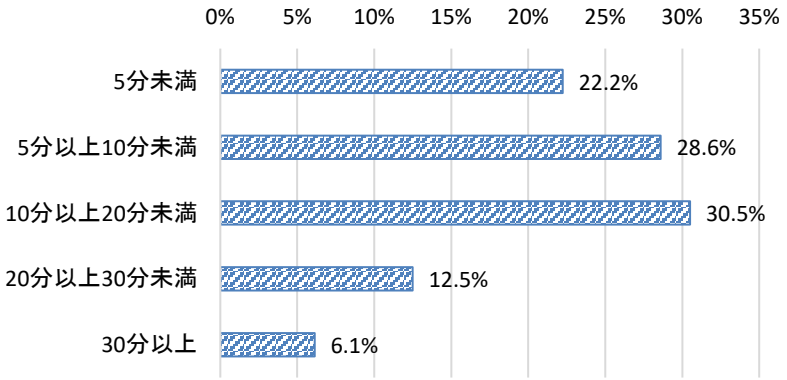
	全体（N=2746）	心大血管疾患（N=272）	脳血管疾患等（N=851）	廃用症候群（N=405）	運動器（N=628）	呼吸器（N=317）	がん患者（N=262）
1. 関節可動域（ROM）訓練	66.9%	58.1%	71.9%	55.8%	83.8%	57.4%	49.2%
2. 筋力増強訓練	76.0%	72.4%	68.0%	80.5%	89.0%	67.2%	79.3%
3. 持久力訓練	32.6%	42.6%	30.7%	36.8%	30.4%	27.4%	34.4%
4. 協調性・バランス訓練	18.4%	10.3%	28.7%	13.3%	18.2%	8.2%	13.8%
5.　座位・立位訓練	53.8%	59.9%	58.0%	50.6%	53.0%	51.7%	44.7%
6.　基本動作訓練	50.4%	43.4%	52.5%	54.8%	55.7%	40.1%	45.4%
7. 起立・歩行訓練	60.6%	67.6%	55.2%	62.5%	67.5%	50.5%	65.6%
8. 義肢装具装着訓練	1.3%	0.0%	1.3%	1.0%	3.5%	0.0%	0.0%
9. 巧緻動作訓練	5.8%	0.4%	10.7%	3.0%	6.4%	0.9%	4.2%
10. ADL訓練	31.3%	19.5%	39.2%	29.9%	38.5%	16.1%	22.1%
11.　IADL訓練	3.8%	0.4%	6.2%	3.5%	4.8%	0.6%	1.5%
12. 高次脳機能障害に対する訓練	9.0%	0.4%	24.2%	3.7%	0.5%	2.8%	4.6%
13. 対人関係訓練	0.8%	0.0%	1.3%	2.0%	0.2%	0.0%	0.4%
14. 就労訓練	0.3%	0.4%	0.6%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
15. 余暇活動訓練	1.3%	0.0%	1.2%	3.7%	1.0%	0.0%	2.3%
16. 環境調整	6.0%	3.3%	6.9%	9.1%	6.1%	3.2%	4.6%
17. 患者や関わる者に対する情報提供	3.9%	2.9%	4.7%	3.0%	3.3%	5.4%	3.4%
18. 言語訓練	6.0%	0.4%	15.7%	3.5%	0.0%	3.8%	1.1%
19. 音声訓練	3.1%	0.7%	7.3%	1.2%	0.0%	3.5%	1.9%
20. 聴覚訓練	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
21. 摂食嚥下障害に対する訓練	12.4%	3.3%	21.0%	16.5%	0.5%	19.9%	7.6%

出典：「疾患別リハビリテーションに係る実態調査（三重大学医学部附属病院リハビリテーション部　教授　百崎良）」による調査結果。令和5年5月の国内42施設の新規入院症例を対象。急性期一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、ICU、HCU、SCUにおいて疾患別リハ料を算定した症例を対象。

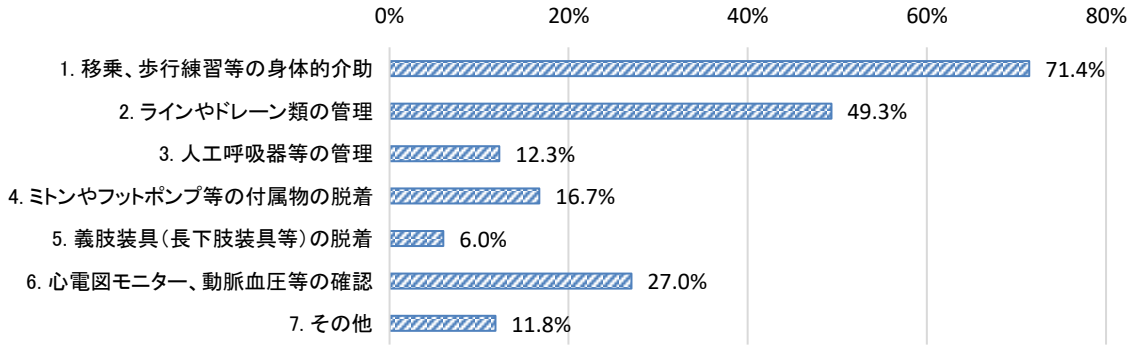
疾患別リハビリテーションにおける追加的対応

○　複数人による訓練提供をした時間としては10分以上20分未満、追加的な対応をした人数は１名が最多であった。複数人による訓練提供の内容としては、移乗、歩行練習等の身体的介助が約７割であった。
○　訓練提供時間以外に10分以上の時間を要した理由としては、医師・看護師等の情報共有が最多であった。

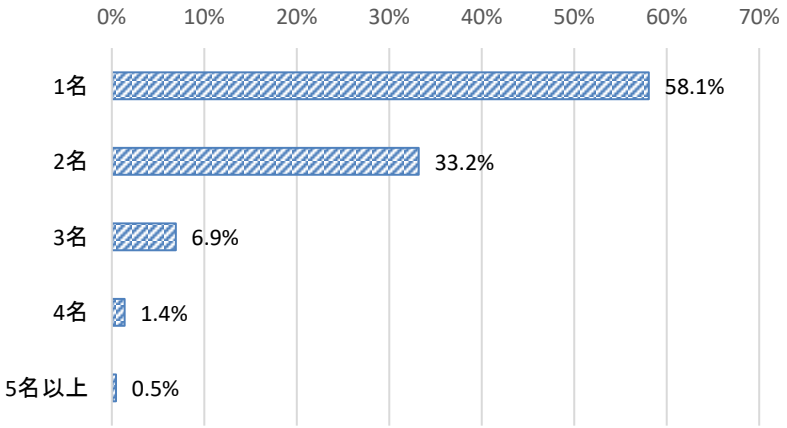
複数人による訓練提供をした時間（N=472）



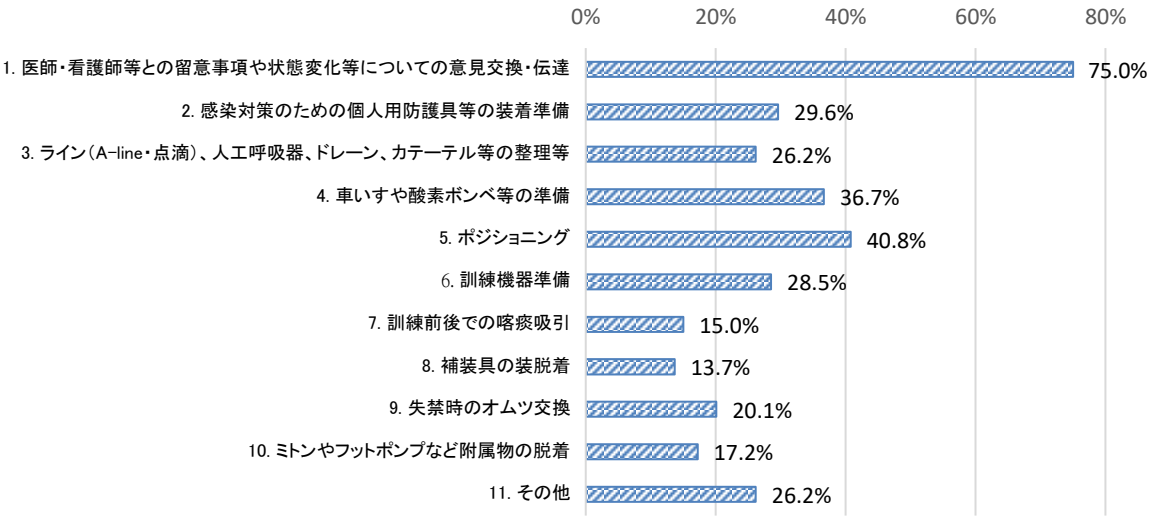
複数人による訓練提供の内容（N=448）



複数人による訓練提供をした場合の追加的な対応をした人数（N=434）



訓練提供時間以外に10分以上の時間を要した理由（N=592）

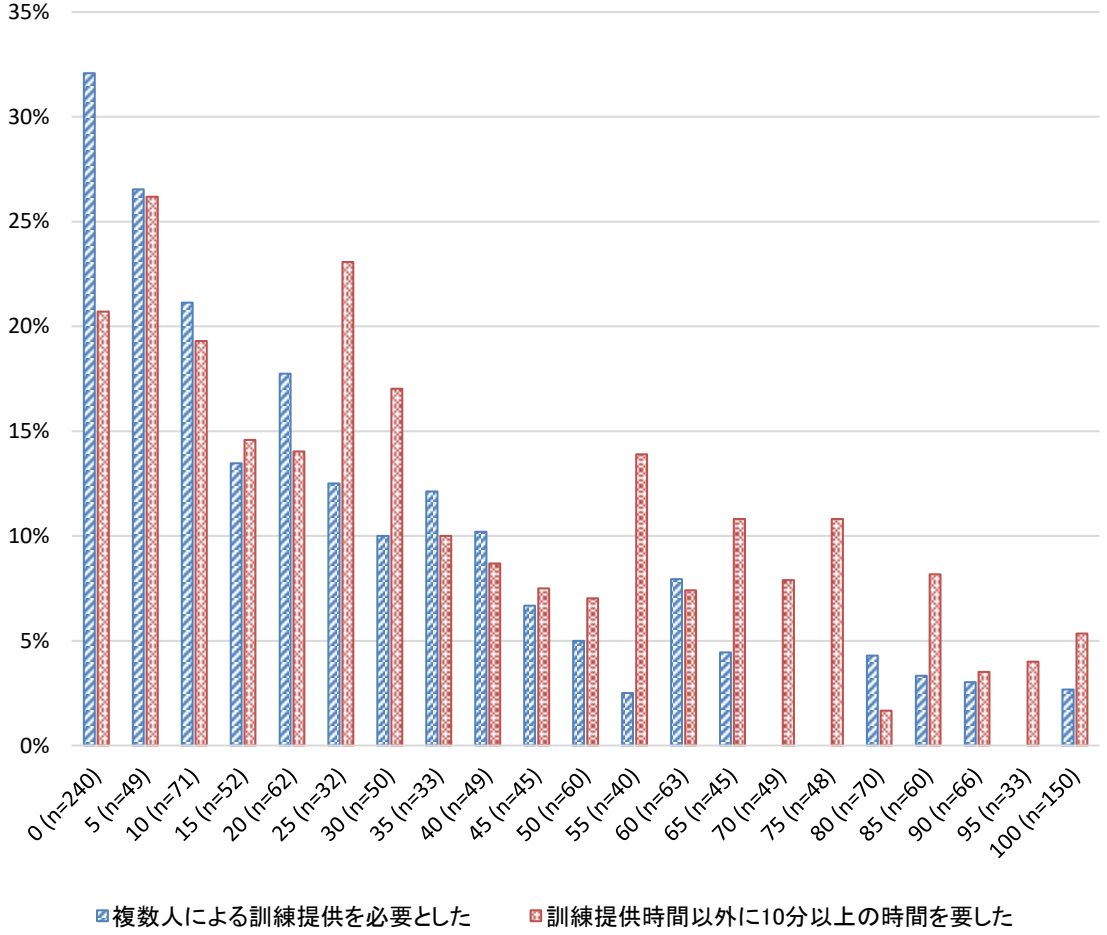


出典：「疾患別リハビリテーションに係る実態調査（三重大学医学部附属病院リハビリテーション部　教授　百崎良）」による調査結果。令和5年5月の国内42施設の新規入院症例を対象。急性期一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、ICU、HCU、SCUにおいて疾患別リハ料を算定した症例を対象。

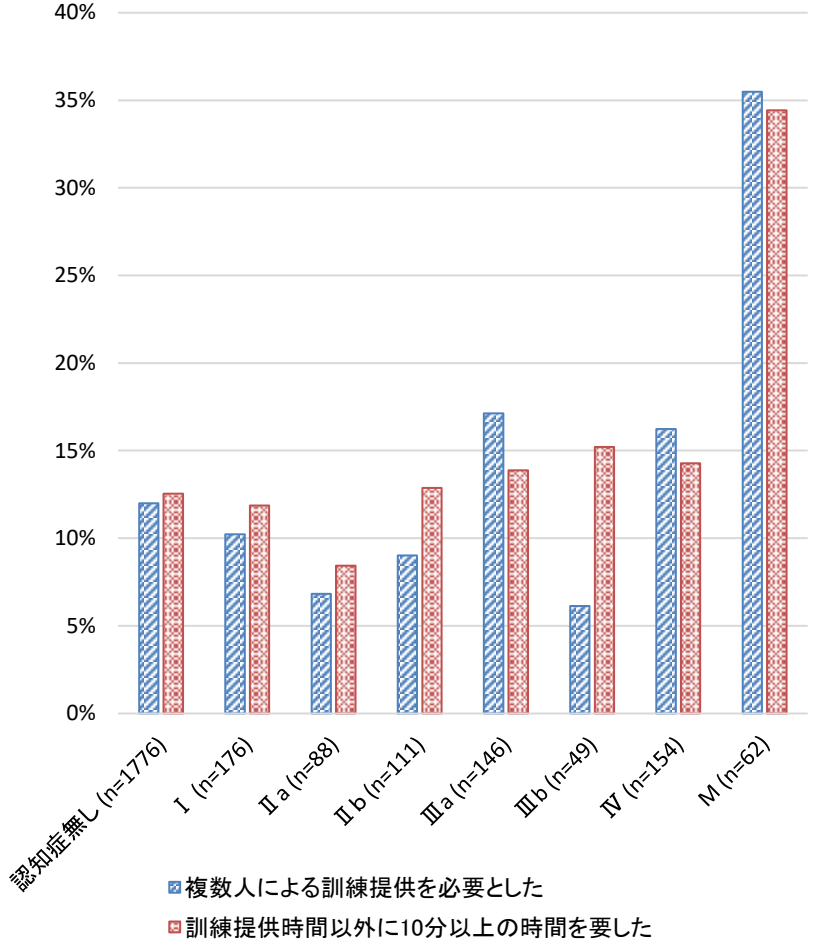
疾患別リハビリテーションとＡＤＬ・認知症

○　ADLが低いほど、また認知症が重症であるほど、疾患別リハビリテーションを実施する際に、複数人による訓練提供及び訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあった。

追加的な対応の実施割合
（バーセルインデックス別）



追加的な対応の実施割合
（認知症高齢者の日常生活自立度別）

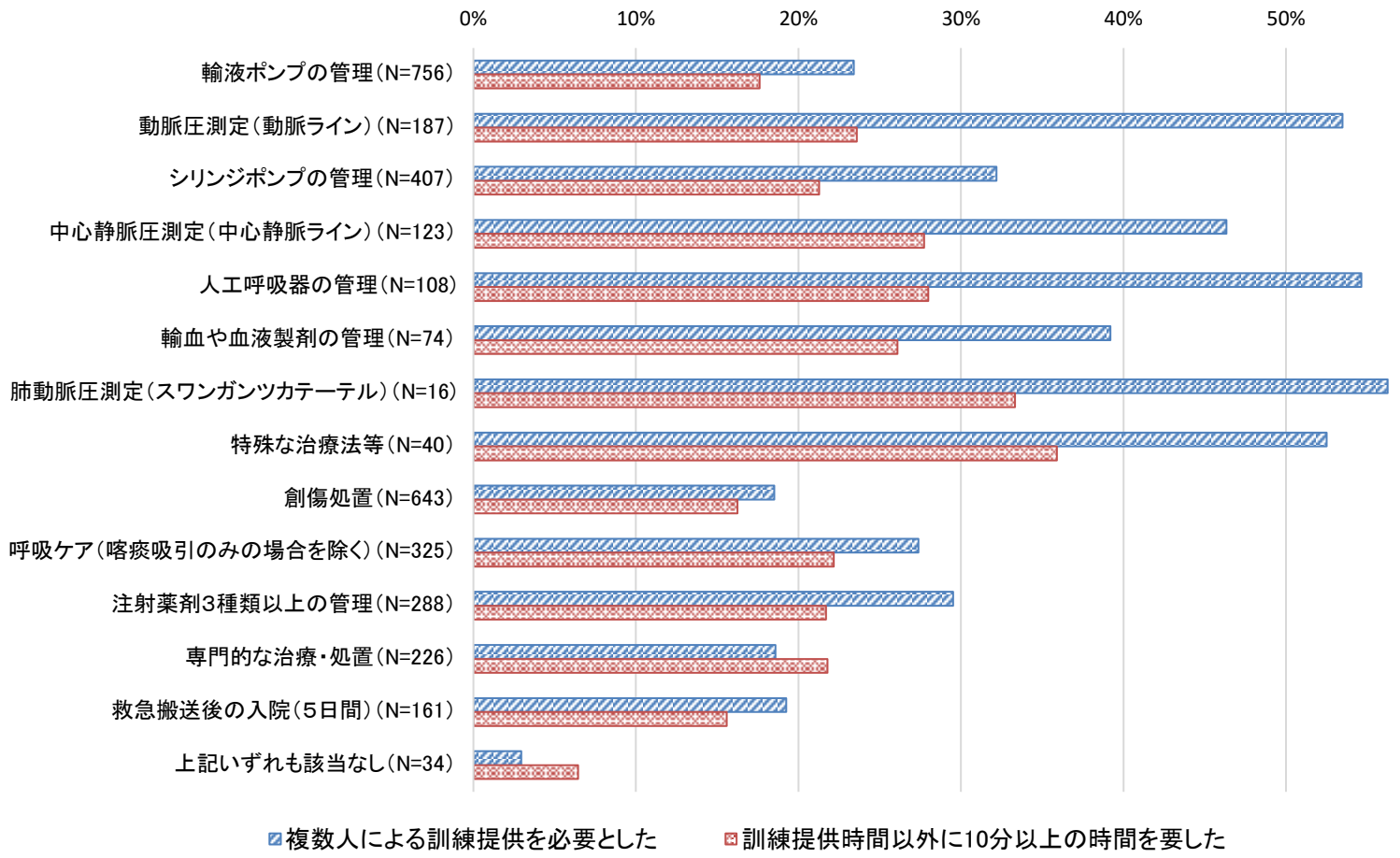


出典：「疾患別リハビリテーションに係る実態調査（三重大学医学部附属病院リハビリテーション部　教授　百崎良）」による調査結果。令和5年5月の国内42施設の新規入院症例を対象。急性期一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、ICU、HCU、SCUにおいて疾患別リハ料を算定した症例を対象。

疾患別リハビリテーションと重症度、医療・看護必要度

○　特定集中治療室用及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目と疾患別リハビリテーション料における追加的対応の実施割合について、特に特定集中治療室用のA項目が該当する場合において、複数人による訓練提供及び訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあった。

追加的対応の実施割合
特定集中治療室・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目の各項目が該当する場合



特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目
①輸液ポンプの管理
②動脈圧測定（動脈ライン）
③シリンジポンプの管理
④中心静脈圧測定（中心静脈ライン）
⑤人工呼吸器の装着
⑥輸血や血液製剤の管理
⑦肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
⑧特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）

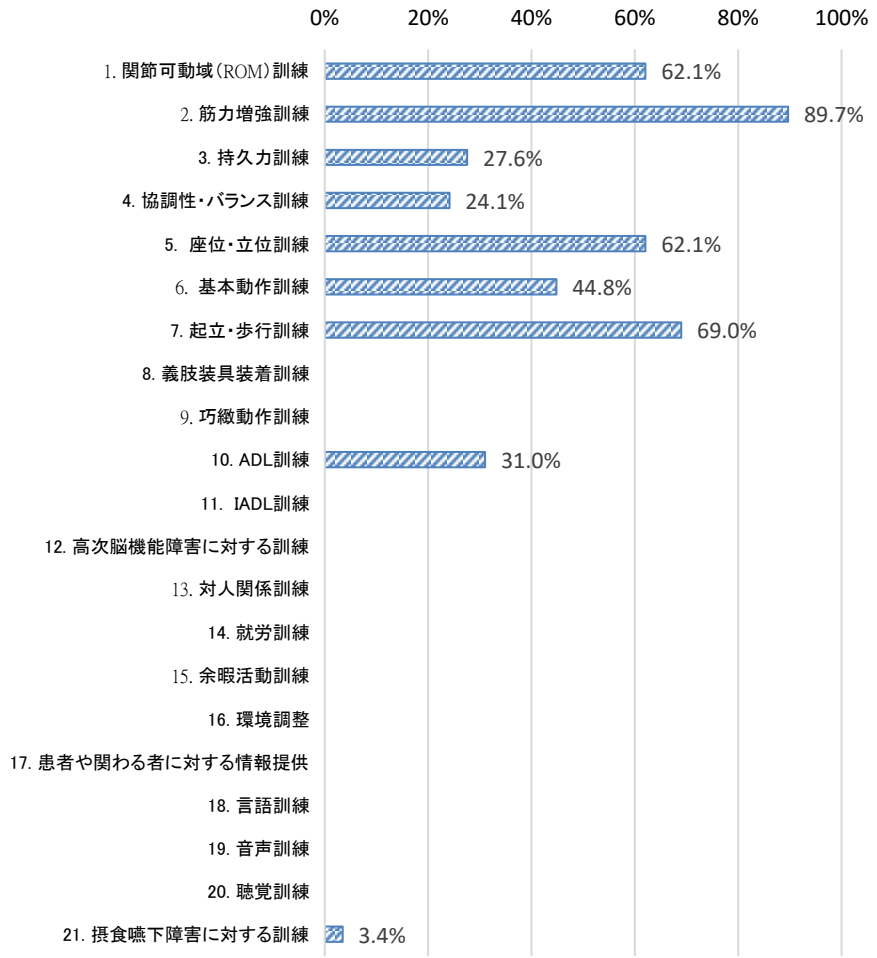
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目
・①創傷処置
・②呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）
・③注射薬剤3種類以上の管理
・④シリンジポンプの管理
・⑤輸血や血液製剤の管理
・⑥専門的な治療・処置
・⑦Ⅰ救急搬送後の入院（5日間）
・⑦Ⅱ緊急に入院を必要とする状態（5日間）

出典：「疾患別リハビリテーションに係る実態調査（三重大学医学部附属病院リハビリテーション部　教授　百崎良）」による調査結果。令和5年5月の国内42施設の新規入院症例を対象。急性期一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、ICU、HCU、SCUにおいて疾患別リハ料を算定した症例を対象。

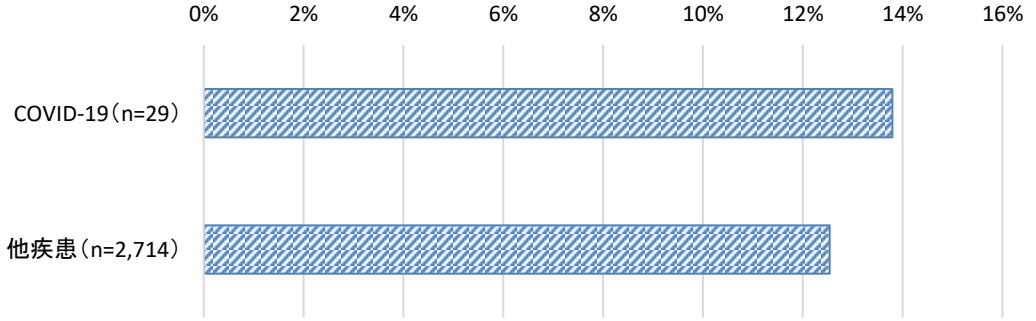
新型コロナウイルス感染症患者に対するリハビリテーション

○　急性期病棟における新型コロナウイルス感染症患者に対するリハビリテーションの提供内容等は以下のとおり。COVID-19とそれ以外の疾患において、複数人による訓練提供あるいは訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合は差は認めなかった。感染防護具は約8割の症例において必要であった。

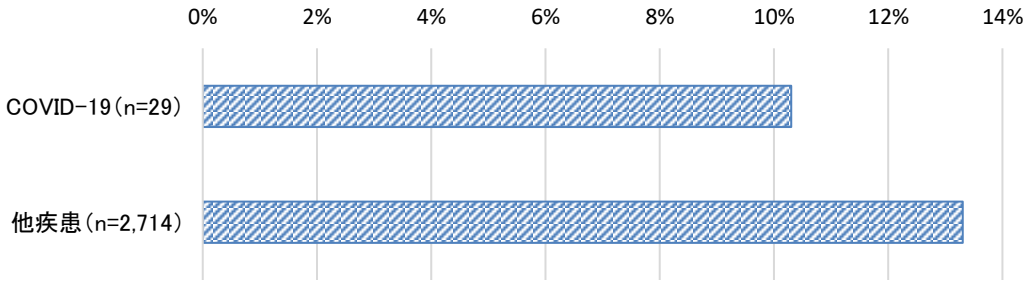
訓練提供内容(N=29)



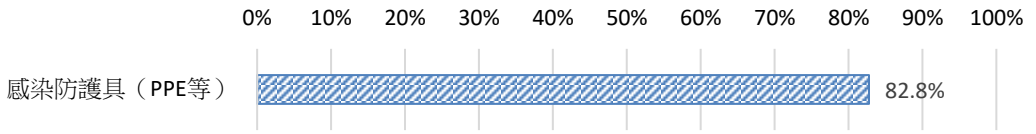
複数人による訓練提供の割合



訓練提供時間以外に10分以上の時間を要した割合



訓練提供時に必要とした追加的な物品(N=29)



出典：「疾患別リハビリテーションに係る実態調査（三重大学医学部附属病院リハビリテーション部　教授　百崎良）」による調査結果。令和5年5月の国内42施設の新規入院症例を対象。急性期一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、ICU、HCU、SCUにおいて疾患別リハ料を算定した症例を対象。

各リハビリテーション専門職に係るエビデンス

○ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションの効果は職種ごとに異なる。
○ 本邦では一部のデータベースによる報告はあるものの、NDB/DPCにおいてはリハビリテーションを提供する職種の情報がなく、本邦における各専門職のリハビリテーションの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。

○ 急性期病院における大腿骨頸部骨折患者（N=3,501）に対し、積極的な作業療法はADLの改善に有意に関連していた。
出典：Uruma M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019 Jul;19(7):611-615.

○ 急性期脳卒中患者（N=3,501）に対し、積極的な作業療法はADLの改善と在院日数の短縮に有意に関連していた。
出典：Yamakawa S et al. Front Rehabil Sci. 2023 Jan 5;3:1045231.

○ 急性期脳卒中患者（N=3,341）における積極的な言語療法時間は、良好な認知機能回復と有意に関連していた。
出典：Sakai K, et al. Prog Rehabil Med. 2016 Sep 30;1:20160004.

○ 米国からの報告では言語聴覚療法の実施は急性期脳卒中患者の認知機能回復と関連しなかったという米国からの報告（N=100）があるが、上記報告との違いについて、日米の言語聴覚士の業務内容の違いが影響を与えたという指摘がある。
出典：Cogan AM, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Feb;22(2):453-458.e3.
Hori S, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Jun;22(6):1327-1328.

理学療法士の主な業務内容

○ 理学療法士の主な業務内容は、以下のとおり。
○ 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組を行う。
○ 実用的な日常生活における諸活動の実現のために、評価、予後予測、計画立案と、基本的動作能力の回復等を目的として、運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いる理学療法を行う。

ICU



早期離床

一般病棟





物理療法



立ち上がり動作訓練



歩行訓練



多職種チームによる歩行訓練



関節可動域訓練



起居動作訓練



心肺機能訓練



階段昇降訓練

（写真提供：神戸市立医療センター中央市民病院、藤田医科大学病院、小田原市立病院）

（日本理学療法士協会から提供）

（※） 理学療法士及び作業療法士法　第二条第一項　この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マツサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

作業療法士の主な業務内容

○ 作業療法士の主な業務内容は、以下のとおり。
○ リスク管理に十分配慮した上での離床促進や心身機能の改善、身辺動作の向上への支援を実施する。
○ 病態に応じて段階的に活動の拡大を図るが、軽症であれば急性期の医療機関から直接自宅に退院することもできるため、家事動作などの家庭での役割復帰への支援、職業関連活動指導も必要となる。

ICU



ポータブルトイレへの移乗

一般病棟



精神機能の賦活訓練



入浴動作訓練



整容動作訓練



上肢機能訓練





退院に向けたモニター管理下での家事動作訓練 （日本作業療法士協会から提供）

（※） 理学療法士及び作業療法士法 第二条第二項 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

言語聴覚士の主な業務内容

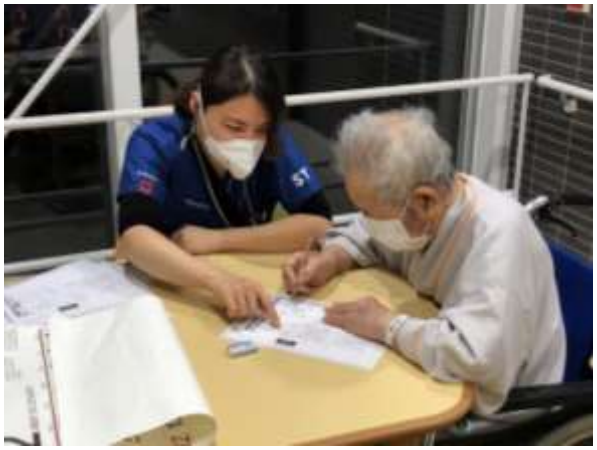
○　言語聴覚士の主な業務内容は、以下のとおり。
○　意識レベルや循環動態に配慮し、早期から口腔機能および摂食嚥下機能を評価し、機能訓練・環境調整を行うことで経口摂取や服薬方法を確立する。
○　認知機能、言語機能、発声発語機能、聴力等の評価をもとにコミュニケーション手段を確保しつつ、機能回復を図り、意思疎通を支援する。
○　自宅退院や転院の方針を踏まえ、多職種と連携してADLの改善を図り、退院後の生活を見据えた支援を行う。



循環動態を把握しながらの早期介入
(精神機能賦活)



口腔機能訓練・
間接的嚥下訓練



言語機能訓練
（書字課題）



直接的嚥下訓練
（離床しての食事場面）

（写真提供：医療法人社団永生会）

（※） 言語聴覚士法　第二条　この法律で「言語聴覚士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。

１．リハビリテーションについて

１－１．概要

１－２．疾患別リハビリテーション料について

１－３．医療・介護・障害福祉サービスの連携について

１－４．がん患者に対するリハビリテーションについて

２．栄養管理について

３．口腔管理について

４．急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者※に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を１年間に限り延長。
  （平成 31年4月以降、要介護・要支援被保険者等※に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする）
  ※入院中の患者以外の患者に限る。

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

（新）　リハビリテーション計画提供料１　275点

（新）　電子化連携加算　5点

［リハビリテーション計画提供料１の算定要件］
脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

➢　脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する。

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】
300点
［対象患者］
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者

改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】
リハビリテーション総合計画評価料1　　300点
［対象患者］
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

（新）リハビリテーション総合計画評価料2　　240点

［対象患者］
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者

リハビリテーション計画提供料の概要

H003-3　リハビリテーション計画提供料

1　リハビリテーション計画提供料1　275点

2　リハビリテーション計画提供料2　100点

リハビリテーション計画提供料1は、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、指定リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に算定する。

リハビリテーション計画提供料2は、退院時にA246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者について、当該患者の同意を得た上で、退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定する。

【対象患者（概要）】

○　脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している患者のうち

1　介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているもの

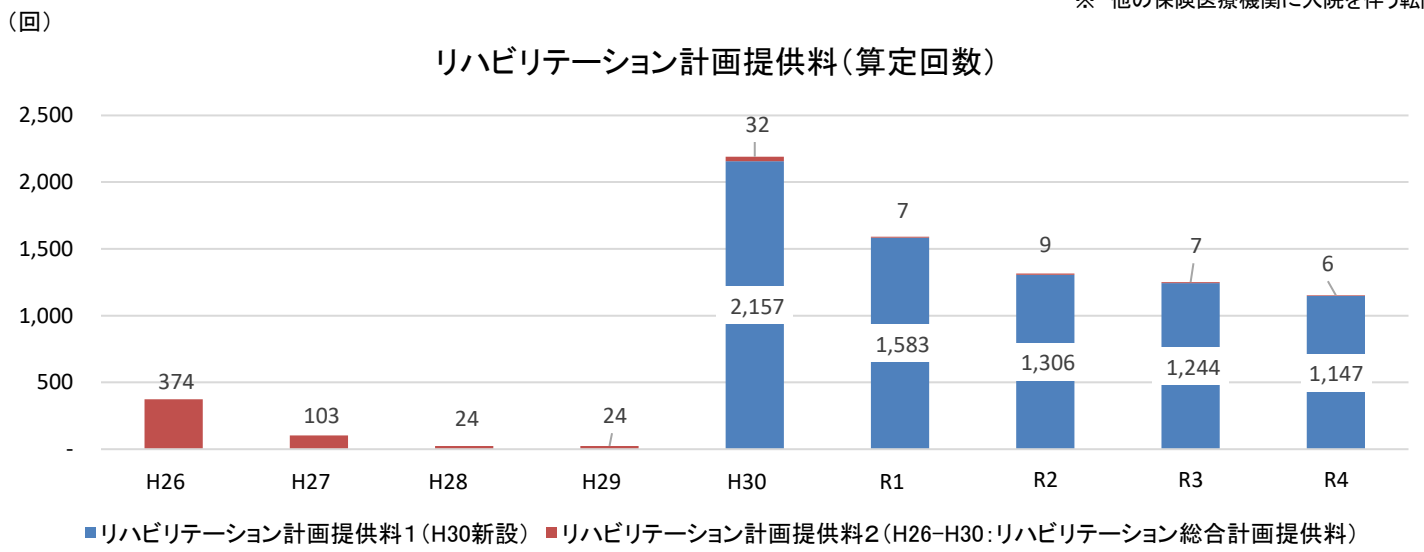
2　A246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者

【算定要件（抜粋）】

○　リハビリテーション計画提供料1：当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定する。

○　リハビリテーション計画提供料2：当該患者の同意を得た上で、退院後の外来リハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定※する。

※　他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。



出典：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）（各年６月審査分）

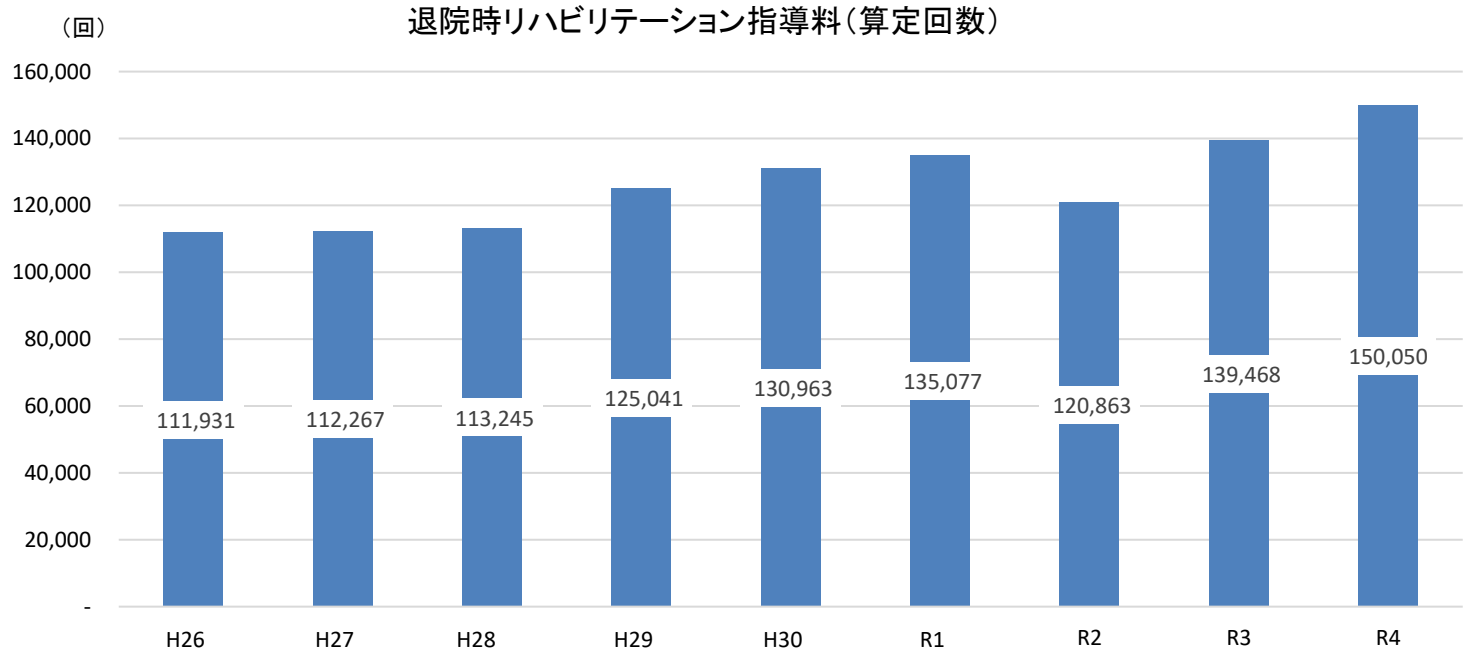
退院時リハビリテーション指導料の概要

B006-3　退院時リハビリテーション指導料　　300点

患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者（概要）】
○　いずれかの疾患別リハビリテーションを実施した患者。

【算定要件（抜粋）】
○　入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
○　退院日に1回に限り算定。



出典：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）（各年６月審査分）

退院時共同指導料２の概要

B005　退院時共同指導料2　　400点

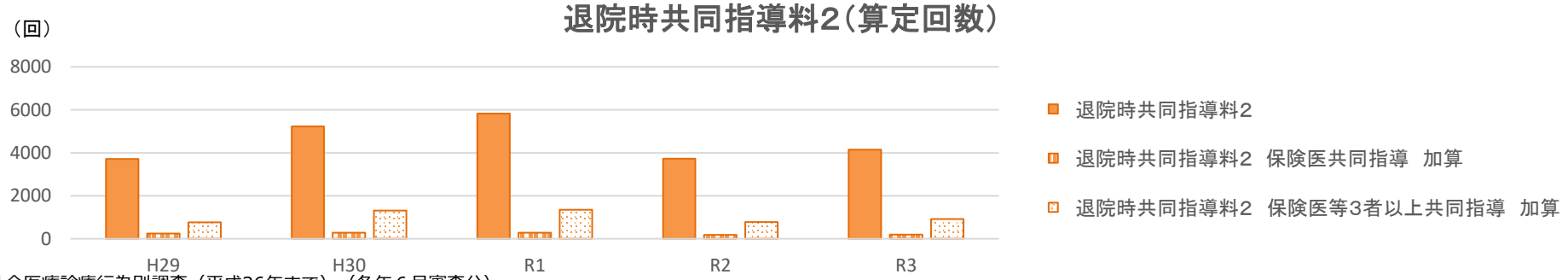
保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医等が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において算定。

【共同指導への参加が求められる職種】

患者が入院している保険医療機関	退院後の医療機関
○　保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士	○　在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士 ○　在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士

【算定要件等】
- 入院中１回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定）
- 退院時共同指導料2の共同指導はビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

【加算等】
注2　300点加算
※在宅療養担当医療機関の医師と共同指導した場合に限る
注3　多機関共同指導加算：2,000点加算
※　医師、看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る
- 在宅療養担当医療機関の医師又は看護師等
- 歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士
- 薬剤師
- 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
- 介護支援専門員
- 相談支援専門員



出典：社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）

リハビリテーションに係る医療介護連携の評価（イメージ）

○　医療保険から介護保険への移行時に、医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を情報提供することは評価されているが、それ以外のリハビリテーション実施計画書を提供することは情報連携に係る診療報酬の要件となっていない。

保険
医療機関



医療保険から介護保険への移行時の評価

診療情報提供料（Ⅰ）：診療情報提供書を添え患者の紹介を行った場合に算定

リハビリテーション計画提供料１：医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を使用して、訪問・通所リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画書を文書により提供した場合に算定

※　診療情報提供料（Ⅰ）とリハビリテーション計画提供料１は併算不可

通所リハ・訪問リハ事業所
（医療機関・老健・介護医療院）



事業所医師の指示に基づき
リハビリテーションを提供
（訪問リハ・通所リハ）

患者・家族



退院時の情報連携・提供の評価

退院時リハビリテーション指導料：
退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定

在宅医療等の在宅療養を提供

在宅療養
担当医療機関



退院時共同指導料２：地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な指導を共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合に算定

【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

医療保険　回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：**脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害）**　　既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，**左片麻痺・摂食嚥下障害**があり，**ADL全介助（経管栄養）** **食事と移乗の自立を目標**に**筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練**を実施． **介助下にポータブルトイレでの排泄が可能**となり，介護申請して自宅退院．**左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害**が残存
要介護3	**訪問リハビリテーション**，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

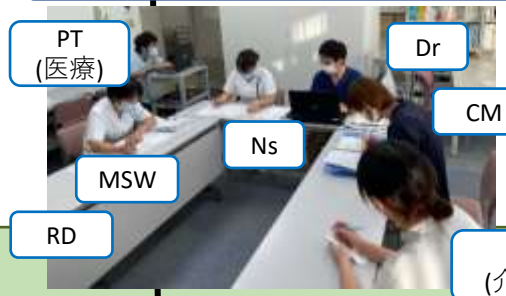
連携のポイント①　診療情報を提供

診療情報提供書
- 現病歴・既往歴
- 治療経過　・内服薬
- 医学管理上の留意点
- 入院中のイベントなど

連携のポイント②　医療と介護共通のリハビリテーション実施計画書を作成

リハビリ実施計画書
- 現在の身体機能・動作能力
- 訓練の目標・方針
- 入院中の訓練内容
- 訓練上の留意点・禁忌
- 栄養管理の内容など

連携のポイント③　退院前カンファレンスに介護スタッフも参加



退院前カンファレンス
- 入院経過の詳細
- 本人・家族の思い
- 退院後ケアプラン
- 現状の課題　等

介護保険　訪問リハビリテーション

Survey

健康状態の把握・生活機能の評価
- 診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- 課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ADL：Barthel Index：15点　**娘の介助下にポータブルトイレで排泄**

背景因子(環境・個人)
- 本人の希望:**普通のご飯を食べたい**
- 家族の希望:**トイレで排泄してほしい**
- 夫と娘との3人暮らし
- 家族は非常に熱心で協力的

Plan

訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	**①杖歩行**で**トイレでの排泄**ができるようになる　　②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整


歩行訓練


嚥下訓練


トイレでの排泄訓練

Do

Check

6か月後：娘の見守りのもと，**杖歩行でトイレでの排泄**ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

アウトカム評価
Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒０点

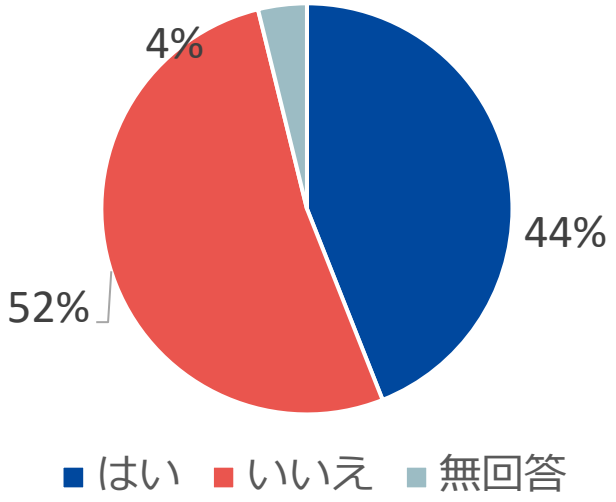
Act

体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に**通所リハビリテーションに移行**

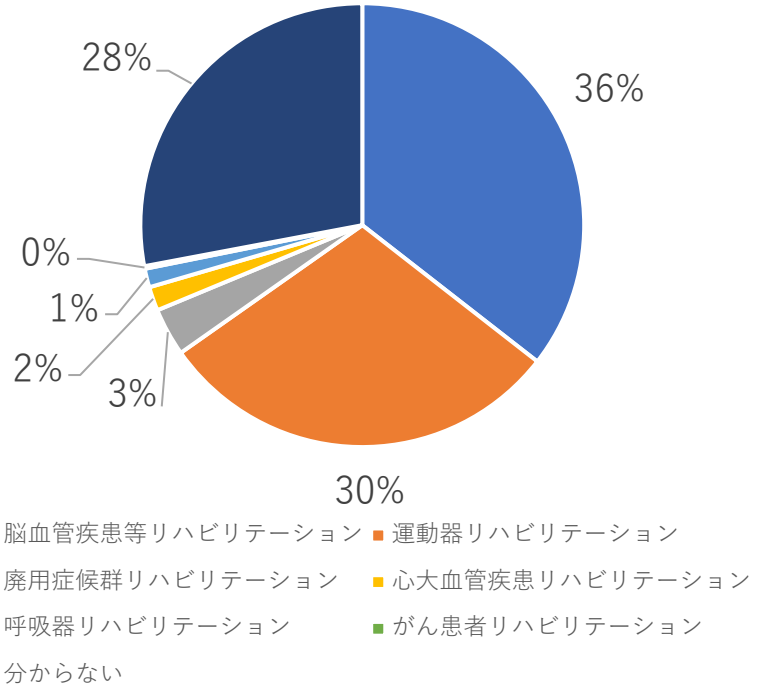
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が
疾患別リハビリテーションの
リハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している
移行前の疾患別リハビリテーションの分類



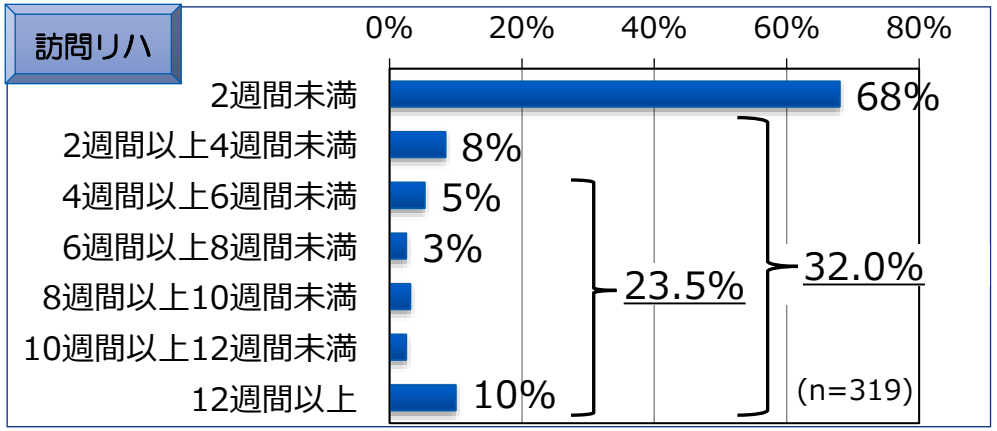
		医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	*Fisherの正確検定
同一医療法人または関連医療機関からの紹介	はい	215 54.3%	181 45.7%	**<0.001**
	いいえ	48 26.8%	131 73.2%	

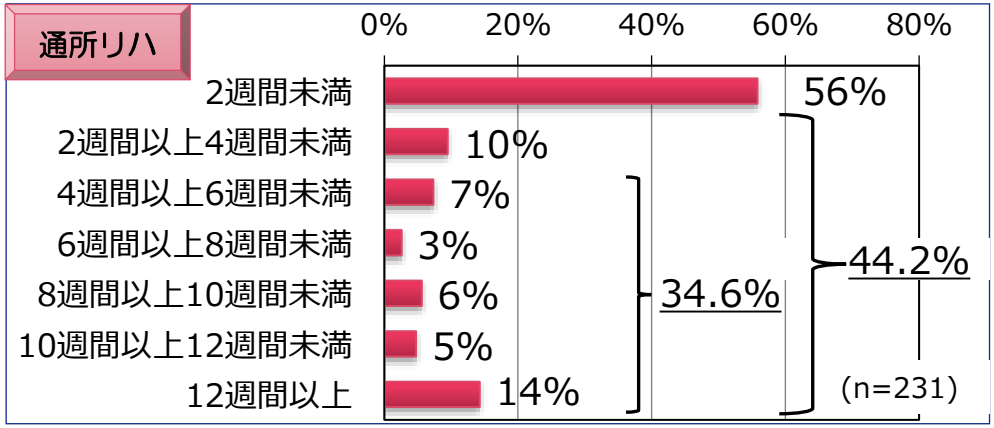
※　厚生労働科学研究費補助金　（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和２～４年度）によるアンケート調査結果

退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

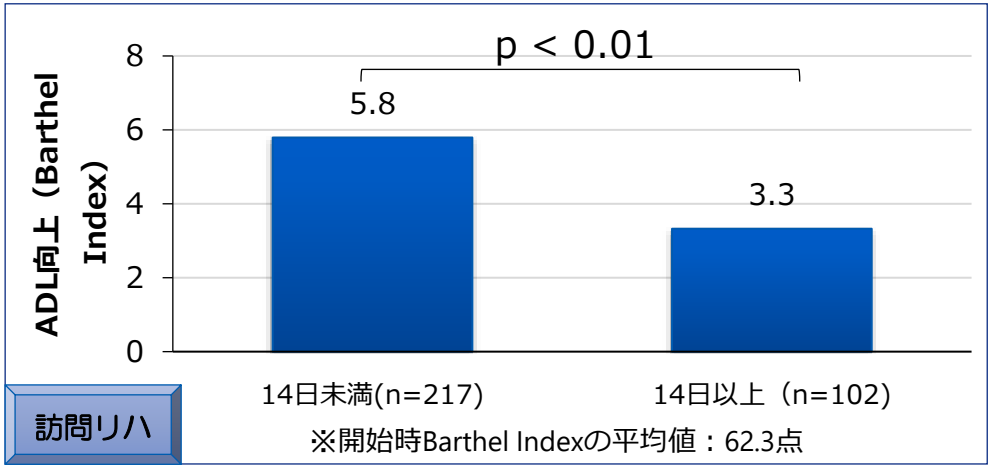
○　退院後のリハビリテーション利用の開始について、
・訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
・通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
○　退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

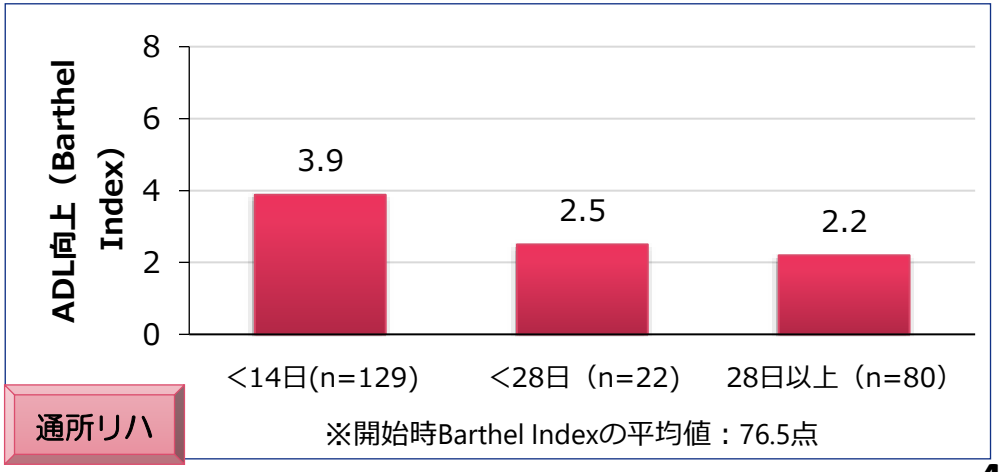
■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間





■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度





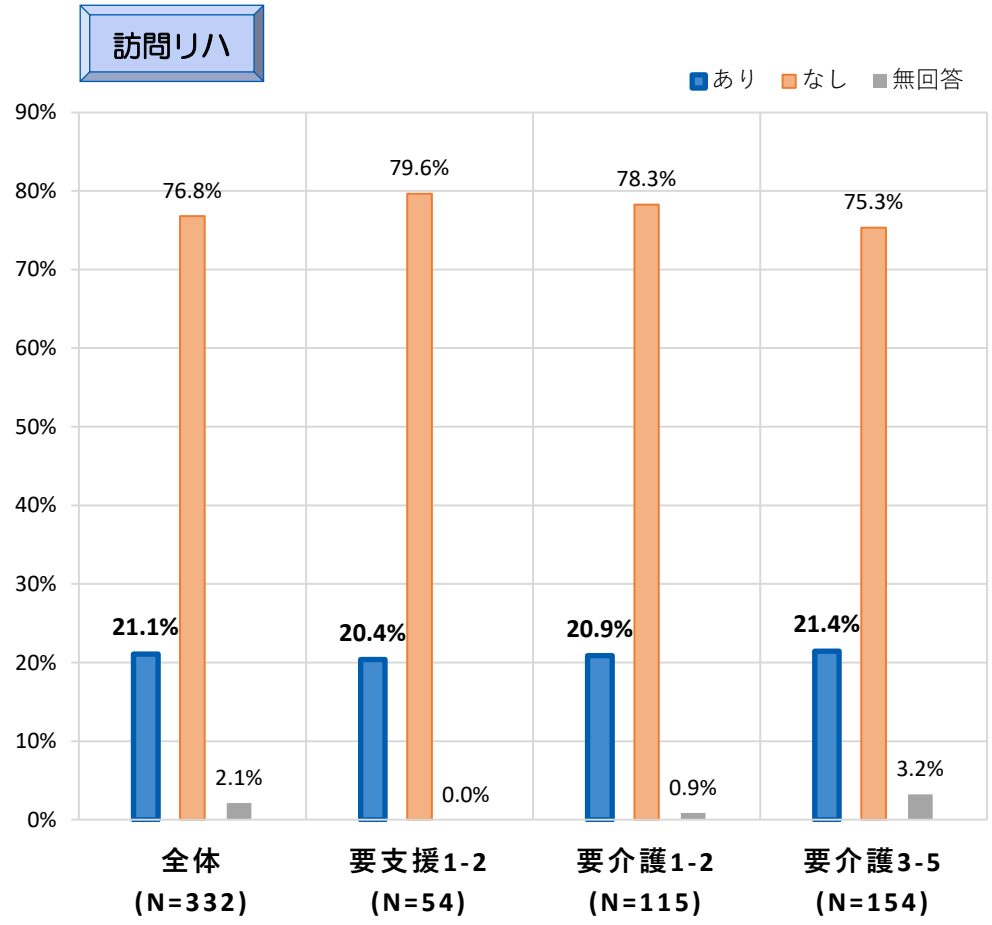
（出典）平成27年度介護報酬改定検証調査（平成28年度調査）の結果を事務局で集計

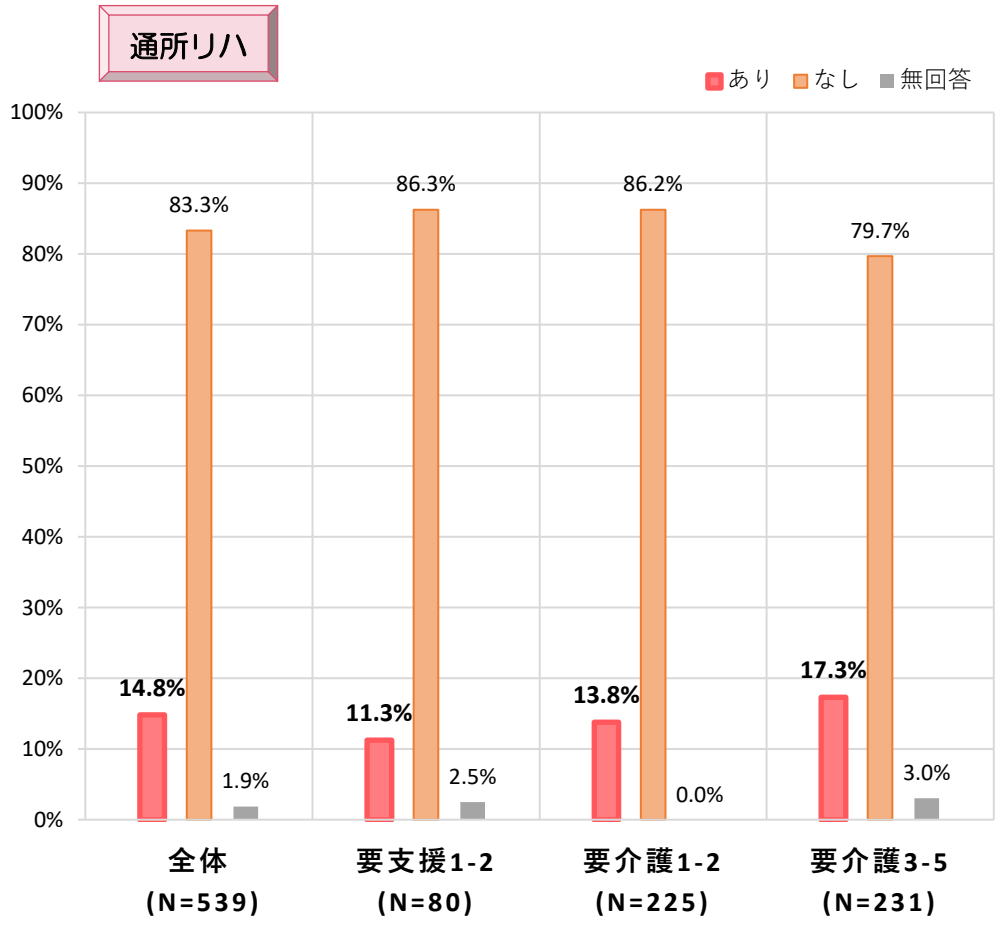
退院前カンファレンスへの参加状況

社会保障審議会
介護給付費分科会（第230回）
令和５年11月６日
資料３

○　医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを開始した利用者のうち、リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加した割合は、訪問リハビリテーションで21.1%、通所リハビリテーションで14.8%。

■ 医療機関が開催する退院前カンファレンスへの参加





（出典）生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業（令和４年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業）

論点１　リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

社会保障審議会
介護給付費分科会（第229回）
令和５年10月26日
資料３

論点１

■　退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所リハビリテーションの利用開始まで２週間以上かかっている利用者が一定数いる。

■　介護保険のリハビリテーション事業所が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44％の利用者に留まっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。

■　また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。

■　医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

■　ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。

■　退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。

（１）　基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。

（２）　通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

自立訓練（機能訓練）の概要

○ 対象者

■ 地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な障害者 （具体的には次のような例）
① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者
② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者 等

○ サービス内容

■ 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を実施
■ 事業所に通う以外に、居宅を訪問し、運動機能や日常生活動作能力の維持・向上を目的とした訓練等を実施
■ 標準利用期間（18ヶ月、頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は36ヶ月）内で、自立した日常生活又は社会生活を営めるよう支援を実施

○ 主な人員配置

■ サービス管理責任者 60:1以上（1人は常勤）
■ 看護職員（1人以上（1人は常勤））
■ 理学療法士又は作業療法士（1人以上）
■ 生活支援員（1人以上（1人は常勤））
} 6:1以上

○ 報酬単価（令和3年4月～）

■ 基本報酬

通所による訓練

利用定員20人以下	815単位	利用定員61～80人	664単位
〃 21～40人	728単位	〃 81人以上	626単位
〃 41～60人	692単位		

訪問による訓練

所要時間1時間未満の場合	255単位
所要時間1時間以上の場合	584単位
視覚障害者に対する専門的訓練の場合	750単位

■ 主な加算

リハビリテーション加算

（Ⅰ） 頸髄損傷による四肢麻痺等の状態にある障害者に対し、個別のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを行った場合 48単位
（Ⅱ） その他の障害者に対し、個別のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを行った場合 20単位

就労移行支援体制加算

自立訓練を受けた後、就労（一定の条件を満たす復職を含む）し、就労継続期間が6月以上の者が前年度において1人以上いる場合

利用定員20人以下	57単位	利用定員61～80人	10単位
〃 21～40人	25単位	〃 81人以上	7単位
〃 41～60人	14単位		

○ 事業所数

183（国保連令和 5年 4月実績）

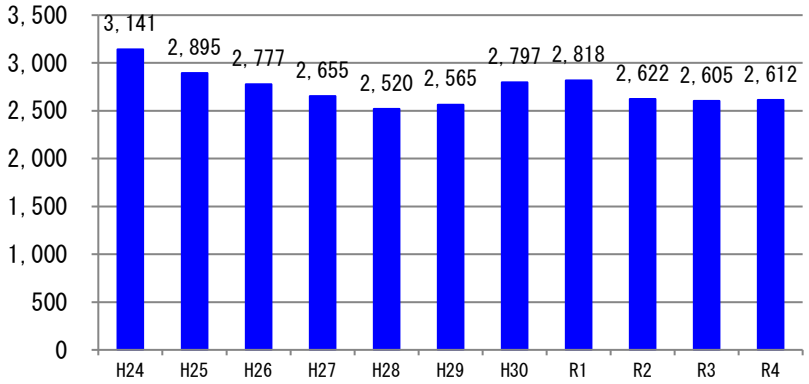
○ 利用者数

2,217（国保連令和 5年 4月実績）

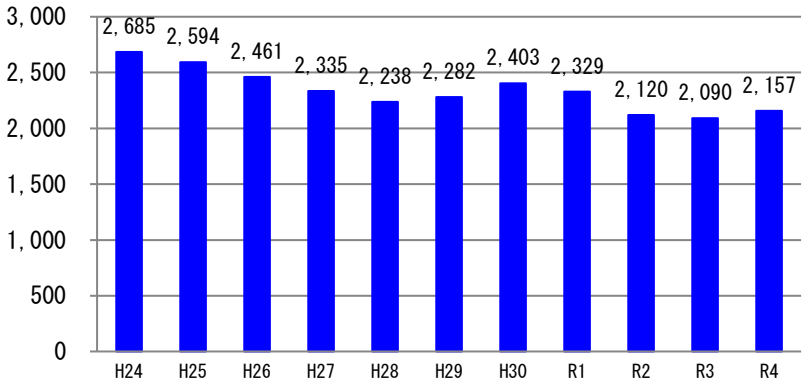
自立訓練（機能訓練）の現状①

○ 令和４年度の費用額は約26億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の0.1%を占めている。

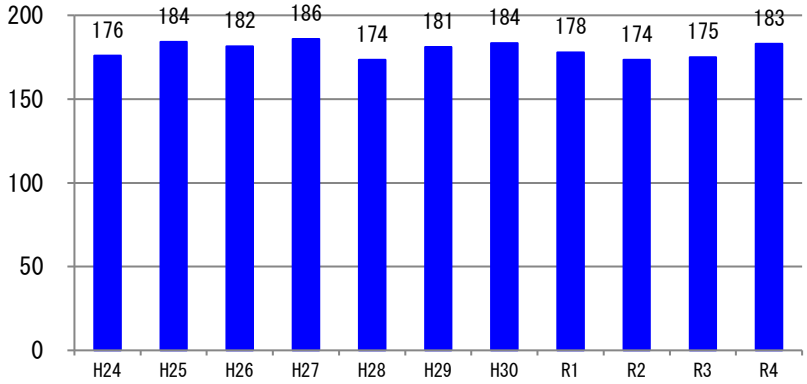
費用額の推移（百万円）



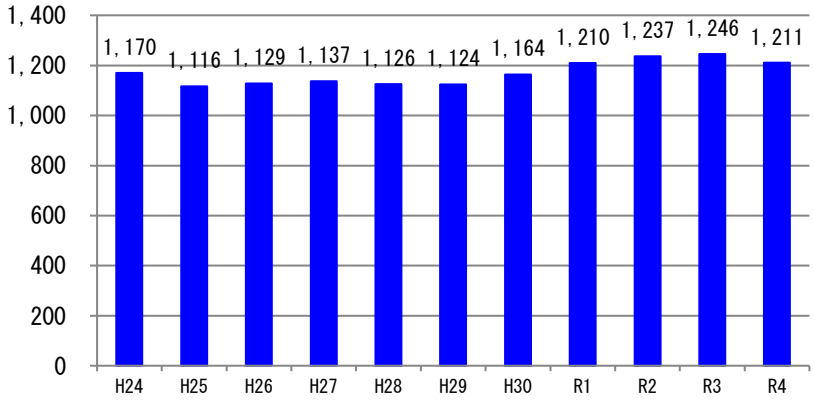
利用者数の推移（一月平均（人））



事業所数の推移（一月平均（か所））



一人当たり事業費（千円）



※出典：国保連データ

自立訓練（機能訓練）の実施上の課題①

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム
第40回（R5.10.23）　資料４

○　自立訓練（機能訓練）事業所に対し事業実施上の課題点を調査したところ、「事業の認知度が低く利用が少ない」、「有期限のサービスのため利用者の確保に苦慮する」、「利用終了後に活用できる社会資源が不足している」、「支援に必要な人員体制が十分に確保できない」等の回答が上がったところ。

○　事業の廃止や縮小や事業の継続を悩んでいる事業所の運営法人からは、利用者の確保が難しく充足しないことや、専門職等の職員配置が難しいことが課題として挙げられた。



（資料）平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練（機能訓練、生活訓練）の実態把握に関する調査研究」報告書

自立訓練（機能訓練）の実施上の課題②

（論点5参考資料②）

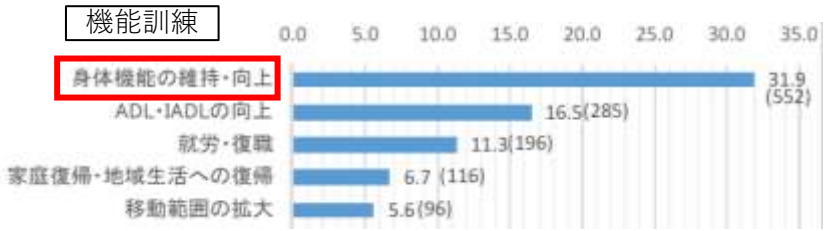
障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第40回（R5.10.23）	資料４

○ 自立訓練（機能訓練）のサービス利用時のニーズは「身体機能の維持・向上」が最も高い。

○ 自立訓練（機能訓練）事業所の配置基準上、看護師及び理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職が必置とされている。

○ 自立訓練事業所の設置主体別の状況を見ると、医療法人の割合が全体の5%程度となっている。

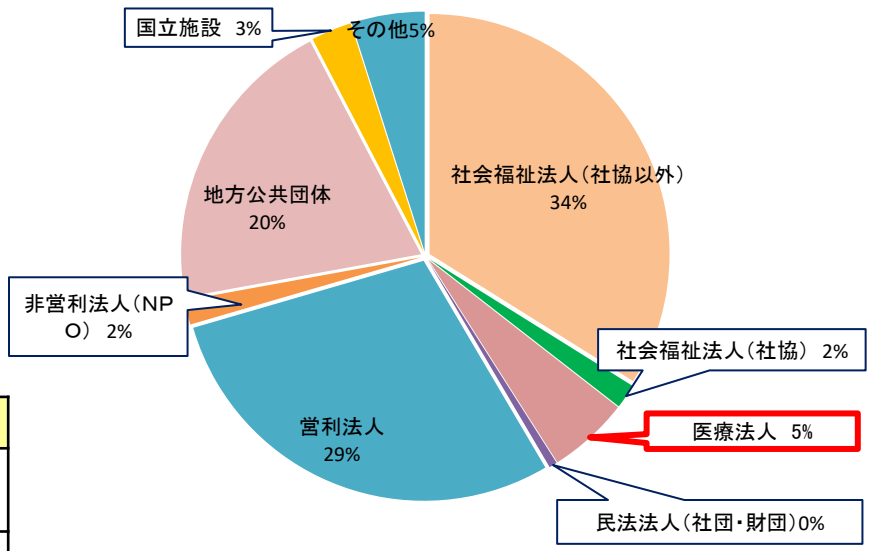
（１）自立訓練（機能訓練）利用者の利用開始時の利用意向別件数



（２）自立訓練(機能訓練)事業所における従事者数（医療専門職）

医療専門職	配置要件	常勤	非常勤
保健師・看護師（n=200）	必置（常勤１人以上）	107名（内、専従65名 兼務42名）	93名
理学・作業療法士（n=198）	必置（常勤・非常勤） ※理学療法士又は作業療法士の配置が困難な場合は、機能訓練指導員でも可	102名（内、専従52名 兼務50名）	95名

（３）自立訓練事業所の法人種別



（出典）
（１）平成30年度障害者総合福祉推進事業
「自立訓練（機能訓練、生活訓練）の実態把握に関する調査研究」報告書
（２）国保連データ令和５年４月
（３）令和３年社会福祉施設等調査

日中活動サービスにおける基準該当障害福祉サービス（論点5参考資料⑤）

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム
第40回（R5.10.23）　資料４

○　日中活動サービスにおける基準該当障害福祉サービスは、**指定障害福祉サービス事業所の基準の一部を満たしていない事業所により提供されるサービス**である。

○　都道府県等による事業者指定は必要なく、**市町村が認める場合に特例介護給付費等が給付される**。

【基準該当サービスの種類】

	離島その他の地域における 基準該当障害福祉サービス	介護保険事業所における 基準該当障害福祉サービス
対象	離島、山村等の地域であって将来的にも利用者の確保の見込みがなく、障害福祉サービスを利用することが困難な場合	地域において指定障害福祉サービス事業所がない等指定障害福祉サービスを受けることが困難な障害者に対して、介護保険法の指定通所介護事業所等においてサービス提供を行った場合
要件	指定基準より従業者の員数や最低定員について緩和	指定通所介護事業所等の指定基準を満たしていることが要件
報酬	厚生労働大臣が定める指定障害福祉サービスの報酬単価を基準として市町村が定める加算の算定が可能	厚生労働大臣が定める基準該当障害福祉サービス独自の報酬単価（障害者の場合）を基準として市町村が定める食事提供体制加算・処遇改善加算を除き加算の算定不可

【論点５】自立訓練（機能訓練）の提供主体の拡充について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第40回（R5.10.23）	資料４

現状・課題

○　自立訓練（機能訓練）の利用者数及び事業所数は低位のまま推移しており、事業所が1か所もない都道府県もある。

○　地域の実情に合わせて限られた社会資源を有効に活用する観点から、介護保険の通所介護事業所又は小規模多機能型居宅介護事業所であれば、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能であるが、入浴・排せつ・食事等の介護の提供が中心となるこれらのサービスでは、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないとの指摘もある。

検討の方向性

○　医療から自立訓練（機能訓練）への円滑な移行を図り、また障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに対応するため、医療保険のリハビリテーションを提供する病院及び診療所並びに介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を可能とすることを検討してはどうか。

論点６　機能訓練事業所（障害サービス）の拡充

社会保障審議会
介護給付費分科会（第229回）
令和５年10月26日
資料３

論点６

■　障害サービスの自立訓練（機能訓練）の利用者数及び事業所数は低位のまま推移しており、事業所が1か所もない都道府県もある。その理由として、事業所数自体が少ないことがサービスの認知度の低さの原因となっている点や、医療専門職等の確保が困難である点が挙げられている。

■　また、介護保険の通所介護事業所又は小規模多機能型居宅介護事業所であれば、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能であるが、入浴・排せつ・食事等の介護の提供が中心となるこれらのサービスでは、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないとの指摘もある。

■　障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおいて、通所リハビリテーション事業所における共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が検討されている。

■　障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する自立訓練（機能訓練）のニーズに対応するため、どのような方策が考えられるか。

対応案

■　介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を行う場合に、人員や施設の共有を可能とすることとしてはどうか。

１．リハビリテーションについて

１－１．概要

１－２．疾患別リハビリテーション料について

１－３．医療・介護・障害福祉サービスの連携について

１－４．がん患者に対するリハビリテーションについて

２．栄養管理について

３．口腔管理について

４．急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

がん患者に対するリハビリテーションに係る見直し

がん患者リハビリテーション料の見直し

➢ がん患者リハビリテーション料の算定対象となる患者について、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件に見直す。

現行	改定後
ア　食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者 イ　舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者 ウ　乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者 エ　骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者 オ　原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者 カ　血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者 キ　当該入院中に骨髄抑制を来し得る化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者 ク　緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの	ア　当該入院中にがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法 、放射線治療又は造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者 イ　緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

【現行】

【がんの種別】		【治療方法】
● 食道がん、肺がん　等	×	● 全身麻酔による手術
● 口腔がん、咽頭がん　等	×	● 放射線治療
● 血液腫瘍	×	● 化学療法 ● 造血幹細胞移植

【改定後】

【がんの種別】	【治療方法】
がんの種別による規定を削除	● 手術 ● 骨髄抑制を来しうる化学療法 ● 放射線治療 ● 造血幹細胞移植 を予定又は行われた患者

がんリハビリテーション料の概要

H007-2　がん患者リハビリテーション料（１単位）　　205点

【対象患者（概要）】

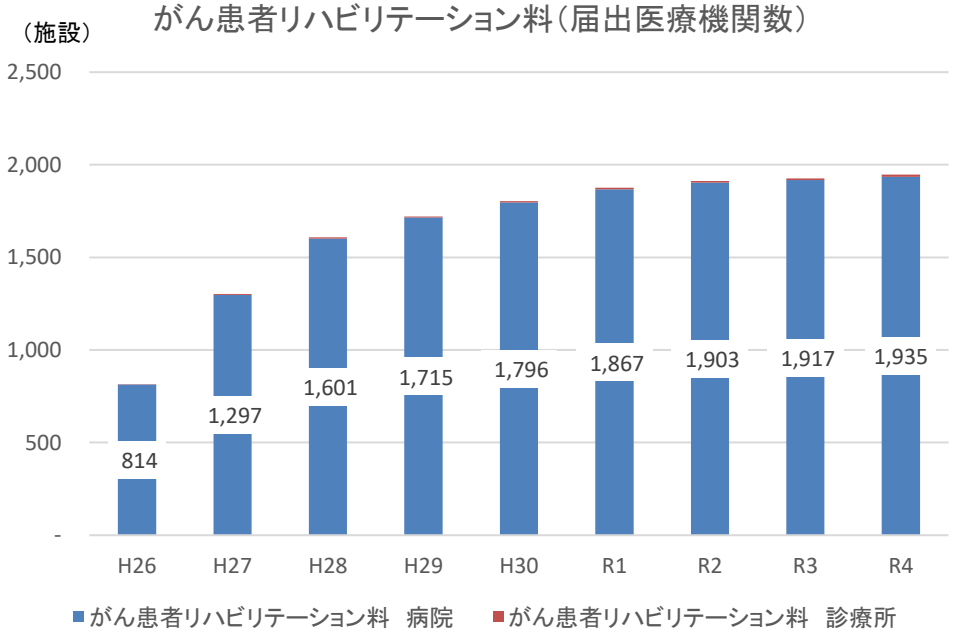
○ 「特掲診療料の施設基準等」の「別表第10の2の2」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。

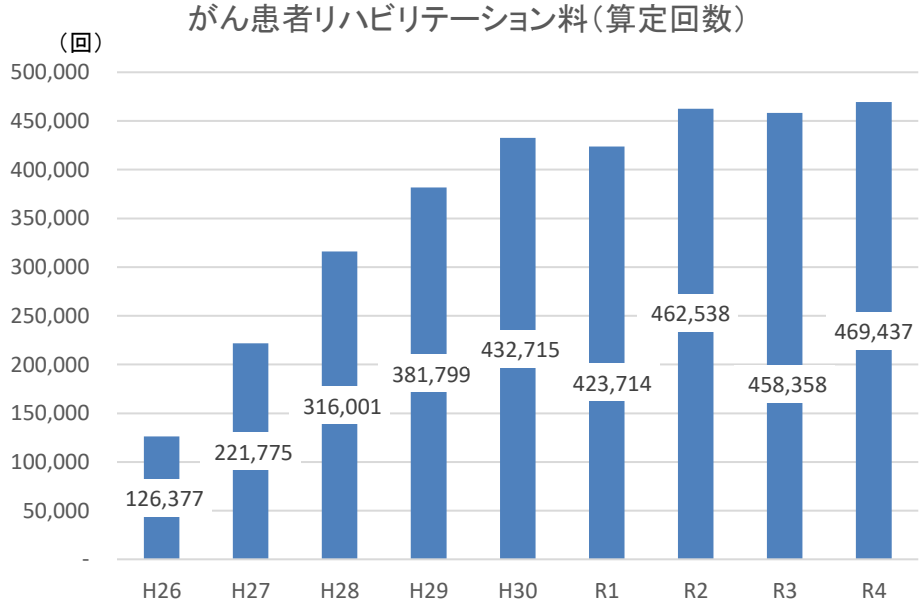
ア　がん患者であって、がんの治療のために入院している間に手術、化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの

イ　緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

【算定要件（抜粋）】

○　がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用または障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。





出典：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）（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

呼吸器リハビリテーション料の概要

H003　呼吸器リハビリテーション料

1　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）　175点

2　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）　85点

【対象患者（概要）】

○「特掲診療料の施設基準等」の「別表第9の7」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。

ア　急性発症した呼吸器疾患の患者

イ　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者

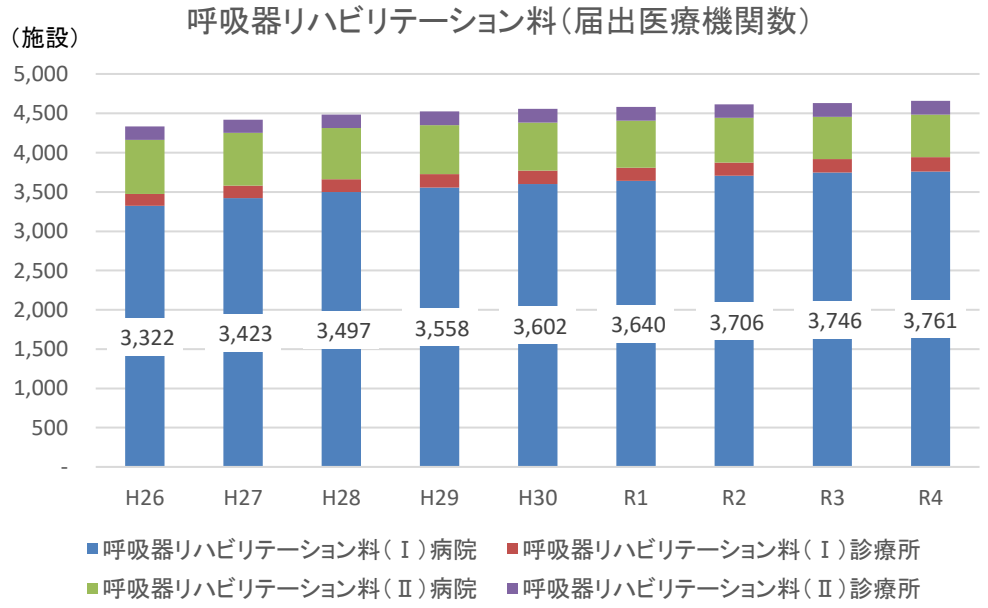
ウ　慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者

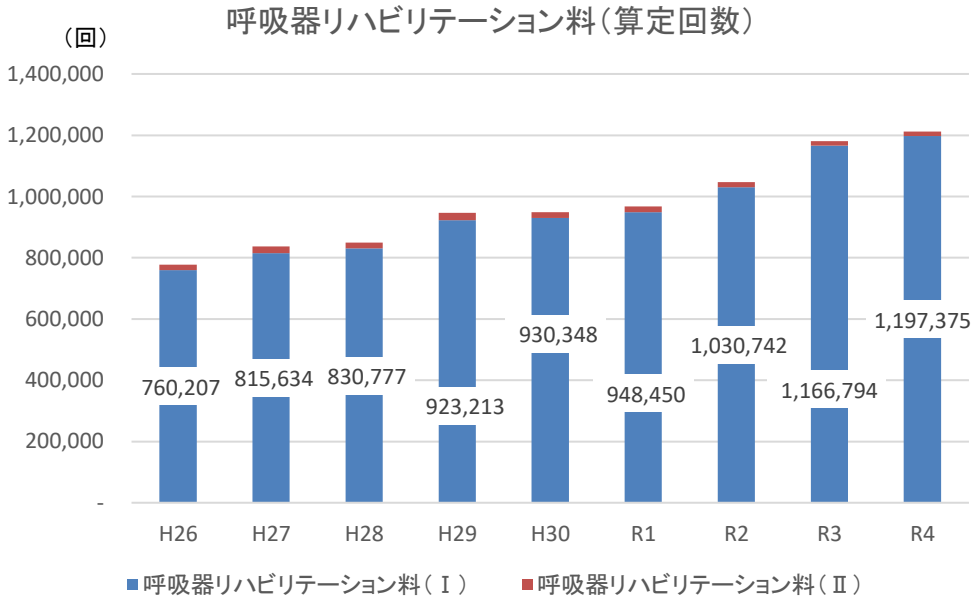
エ　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸訓練を要する患者

【算定要件（抜粋）】

○　呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。

○　標準的算定日数：治療開始から90日。

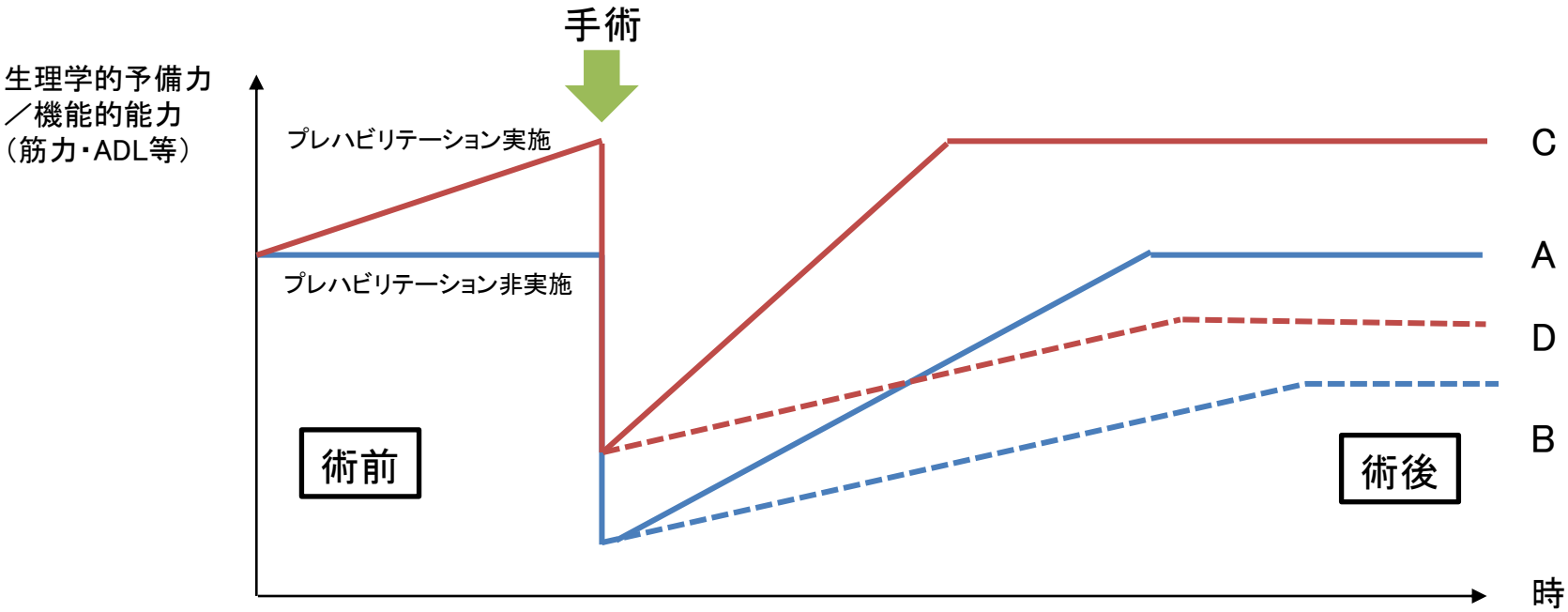




出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

プレハビリテーション（術前リハビリテーション）について

○　術前から運動療法、食事療法、生活指導、術前教育などを組み合わせた介入は「プレハビテーション（prehabilitation）」と呼ばれる。
○　手術に伴う身体機能の低下を避けるのは難しいが、術前から能力を高めておくことで、手術による機能障害を生じたとしても、能力的に自立して術後の回復を促進することができる。このため、待機的手術では術前に患者状態を最適化する目的でプレハビリテーション（術前リハビリテーション）が求められる。



A：手術介入により生理学的予備力/機能的能力が低下するが、その後、術後回復・リハビリテーションにより改善がみられる。
B：生理学的予備力/機能的能力が低いと、周術期合併症や回復の遅れにつながり、もとのレベルまで到発できない。
C：プレハビリテーションを受けた患者では、手術時には生理学的予備力/機能的能力が向上しており、迅速な回復がみられる。
D：回復が困難な場合でも、プレハビリテーションを受けた患者は、長期的に機能的自立と生活の質を維持できる可能性がある。

出典：村井他、Jpn J Rehabil Med 2022；59：681-686より（図は文献を元に医療課が作成）

プレハビリテーション（術前リハビリテーション）のイメージ

従来

術前リハビリテーション

手術の1ヶ月前から開始

入院

術前リハビリテーション（Prehabilitation）



手術

合併症

従来のリハビリテーション

退院

術後早期からのリハビリテーション

退院





- リハビリの必要性、プログラムの内容の説明
  入院/外来リハビリ（監督下）、在宅リハビリ（自主トレ）
- 患者の評価
  身体/認知機能、PS*、GA*、ADL、IADL、QOL、社会的背景等

*PS: Performance Status, GA: 高齢者機能評価、Geriatric Assessment





呼吸リハビリテーション

呼吸法（腹式）
排痰法指導
呼吸訓練器の使用
（IS*、IMT*）







有酸素運動

自転車エルゴメーター
トレッドミル
ウォーキング

筋力トレーニング

重錘
ゴムバンド
自重
トレーニング機器





術前リハビリテーションの効果

- ■術後合併症の減少
  （肺炎・無気肺・腸閉塞等）
- ■術後の身体機能/体力向上
- ■早期の退院・回復
  （入院期間の短縮）

*IMT: 呼吸筋トレーニング（Inspiratory Muscle Training、
IS: インセンティブ・スパイロメトリ (Incentive Spirometory)

（出典・写真提供）慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 辻哲也医師
（参考）がんと療養シリーズ がんとリハビリテーション医療 第2版
国立がん研究センターがん情報サービス編集委員会（編集）2021

術前からの呼吸リハビリテーションについて

○　診療ガイドラインにおいて、術前からの呼吸リハビリテーションは術後合併症を減らすこと、入院日数を短縮させることから推奨されている。

【がんのリハビリテーションガイドライン（日本リハビリテーション医学会編）】

○　開胸・開腹術を施行される予定の患者に対し、術前から呼吸リハビリテーションを行うと、術後の呼吸器合併症が減るので勧められる（推奨グレードB）。

○　術後の入院期間の短縮のため、開胸・開腹術を施行される予定の患者に術前から呼吸リハビリテーションの指導を行うことが勧められる（推奨グレードB）。

※　術前呼吸リハビリテーションの目的：

開胸・開腹術における術前呼吸リハビリテーションの目的は、おもに術後患者が呼吸訓練（腹式呼吸、インセンティブスパイロメトリー、排痰法など）を正しく行えるように事前に慣れておくことである。（略）

術前リハビリテーションについて

○ 大腸結腸癌、卵巣がん、膵癌に対する術前リハビリテーションにより、術後合併症が減少すること、在院日数が短縮すること、ADL悪化が予防されることの報告がある。

○ 大腸結腸癌に対する術前リハビリテーションの有効性を検討したRCTにおいて、術前リハビリテーション群において重篤な合併症（17.1% vs 29.7%, P = .02）が低下した。※対象には開腹手術以外に腹腔鏡手術を含む

Molenaar CJL, et al., JAMA Surg. 2023 Jun 1;158(6):572-581.

○ ステージ 1及び 2 の結腸直腸がん患者に対する術前リハビリテーションの有効性を検討した本邦のDPCデータを用いた研究では、39.3%が術前リハビリテーションが実施されており、術前リハビリテーションの実施はADL悪化の予防（6.3% vs 9.8%, P = 0.024）、および術後合併症の減少に有意に関連していた。

Watanabe T, et al. Support Care Cancer. 2020 May;28(5):2293-2297.

○ 進行卵巣癌に対する術前リハビリテーションの有効性を検証した前後比較研究において、プレリハビリテーション群において在院日数は有意に短縮した（中央値：5日（IQR、4～6） vs 7日（IQR、5～9）、p = 0.04）。また、化学療法開始までの日数はプレリハビリテーション群の方が有意に短かった。

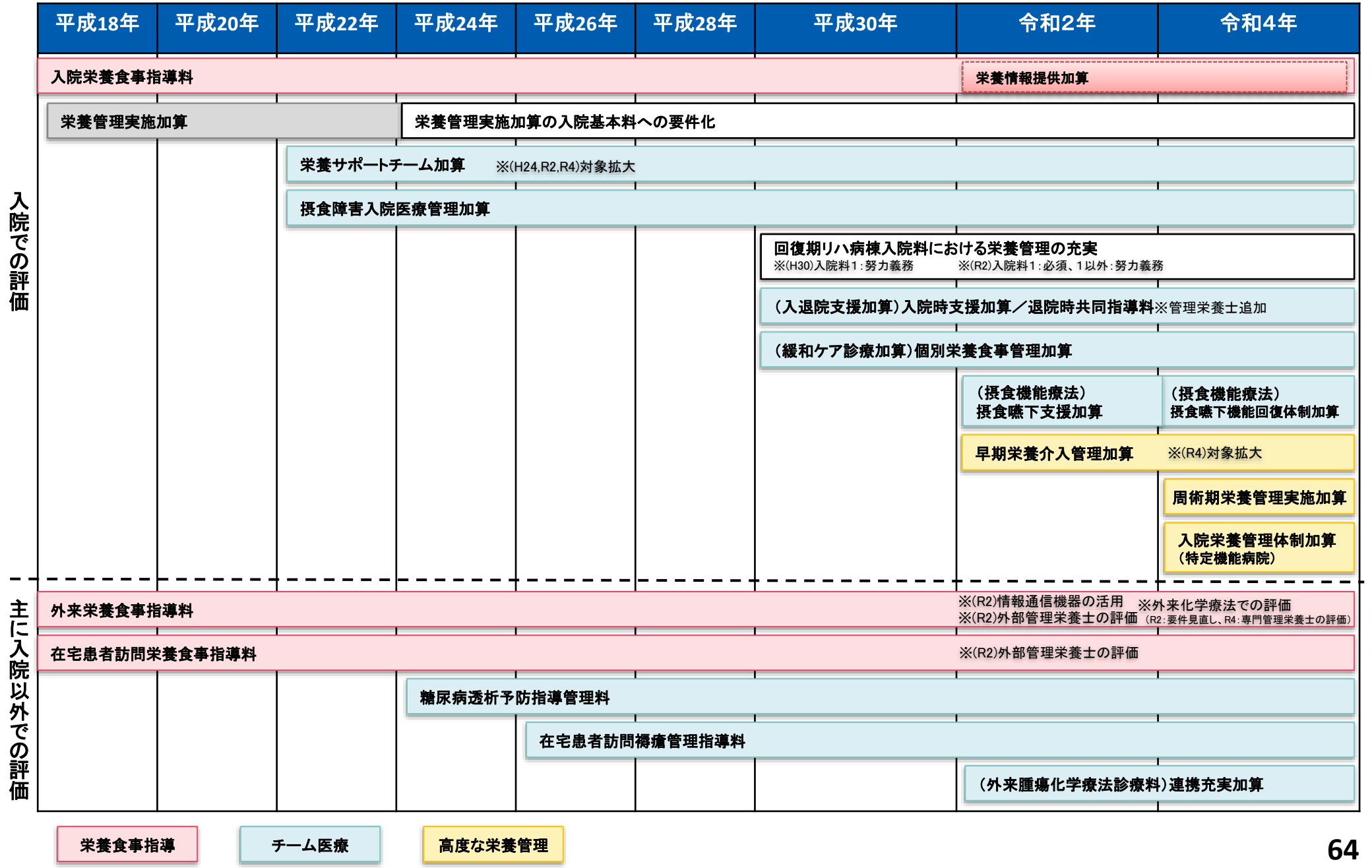
Diaz-Feijoo B, et al. Cancers (Basel). 2022 Mar 23;14(7):1635.

○ 膵癌に対する膵頭十二指腸切除術を予定している患者に対する栄養加入を含む術前の呼吸リハビリテーションの有効性を検討したRCTにおいて、介入群において術後の胃排泄遅延は有意に低下した。

Ausania F, Senra P, Melendez R, et al. Rev Esp Enferm Dig. 2019;111(8):603-8.

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
**　2－1. 概要**
　2－2. 栄養管理体制
　2－3. 医療・介護の連携
3. 口腔管理について
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷



診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）



急性期　回復期　慢性期

入院料

栄養管理体制（通則）
・ 常勤管理栄養士1名以上を配置　・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成　・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

回復期リハビリテーション病棟入院料
管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

加算

チーム医療

（入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点,2：200点/退院時1回）
入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）
患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価

（摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点,2：190点,3：120点/週1回）
専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点,31日以上60日以内：100点/日）
摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

高度な栄養管理

栄養サポートチーム加算（200点/週1回）
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

栄養サポートチーム加算【再掲】

入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）
特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

（緩和ケア診療加算）個別栄養食事管理加算（70点/日）
緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

早期栄養介入管理加算
（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）
特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）
全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導料（初回 1：260点,2:250点、2回目 1：200点,2：190点/週1回・入院中2回）　**栄養情報提供加算**（50点/入院中1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

集団栄養食事指導料（80点/月1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

➢　入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に**言語聴覚士を追加**する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

➢　早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。

［施設基準］
・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

改定後

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

［施設基準］
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　**当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**
※　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること**。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

➢　特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

・早期離床・リハビリテーション加算
　500点（１日につき）（14日まで）
・早期栄養介入管理加算
　400点（１日につき）（７日まで）

現行

特定集中治療室管理料1～4

改定後

特定集中治療室管理料１～４
救命救急入院料１～４
ハイケアユニット入院医療管理料１、２
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

➢ 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（抜粋・例）

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（抜粋・例）
特殊疾患入院医療管理料　2,070点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］（抜粋・例）

1	特殊疾患病棟入院料1	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料2	1,675点

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注12　イ　7対1入院基本料又は10対1入院基本料
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,345点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,221点
ロ　13対1入院基本料
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,207点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,084点
ハ　15対1入院基本料
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,118点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　**イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点**
ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　イ　特殊疾患病棟入院料1
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点
ロ　特殊疾患病棟入院料2
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

➢ 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

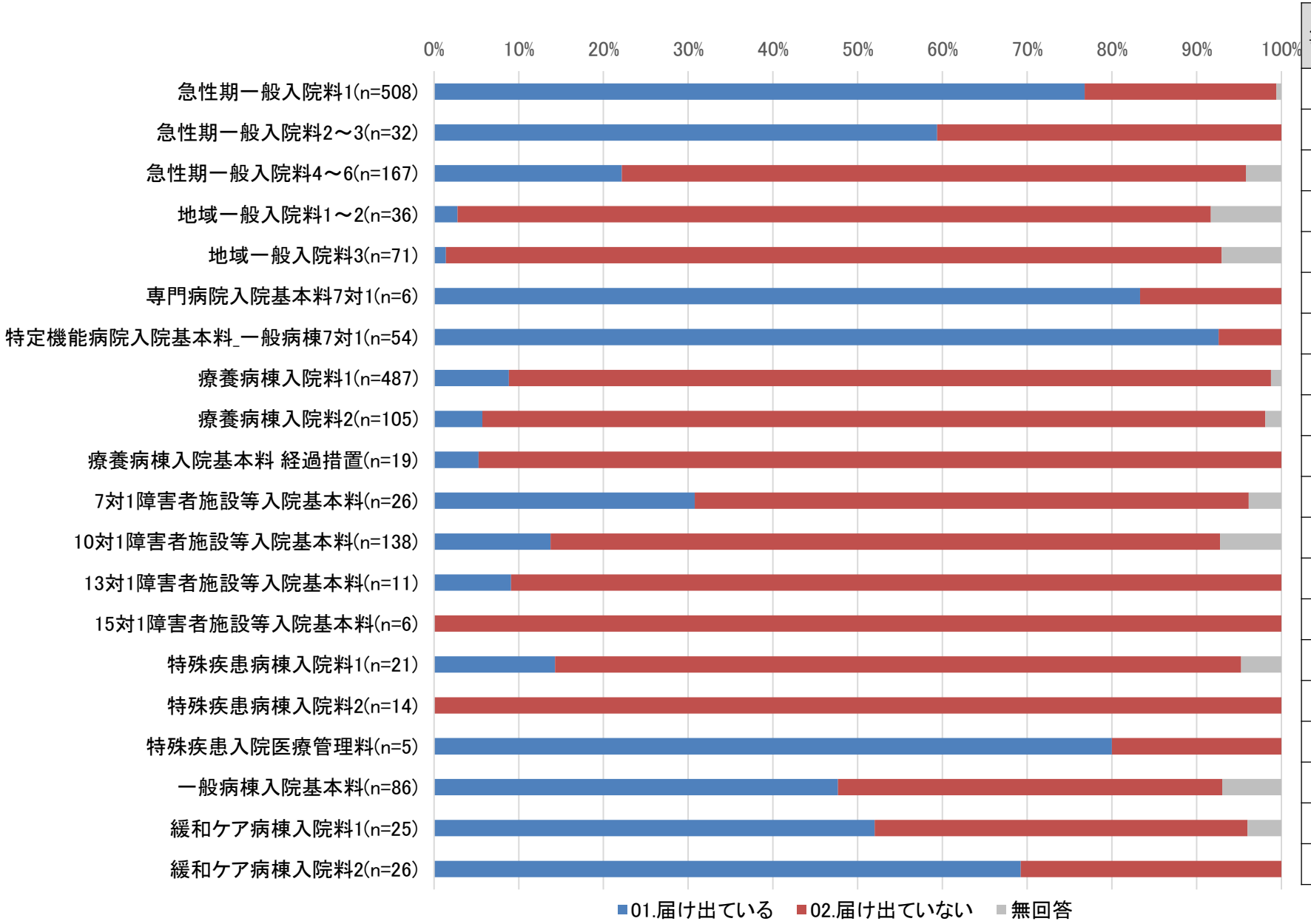
○　当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
○　また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
○　平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
○　令和２年度改定において、結核病棟、精神病棟、令和４年度改定において、障害者施設等入院基本料も算定可能となった。

○：算定可、×：算定不可

	基本入院料									特定入院料	
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料（一般病棟）	特定機能病院入院基本料（結核病棟）	特定機能病院入院基本料（精神病棟）	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○（7対1、10対1のみ）	×	×	×	○	×	×	○（7対1、10対1のみ）	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
令和4年	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
備考	平成26年度改定から医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定から専従要件を緩和										

入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

診調組　入－１
５．９．６



	届出施設 算定件数（中央値） （R4.10　1か月）
急性期一般入院料1(n=508)	32.0
急性期一般入院料2～3(n=32)	26.0
急性期一般入院料4～6(n=167)	16.0
地域一般入院料1～2(n=36)	－
地域一般入院料3(n=71)	15.0
専門病院入院基本料7対1(n=6)	41.0
特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1(n=54)	47.5
療養病棟入院料1(n=487)	16.0
療養病棟入院料2(n=105)	4.0
療養病棟入院基本料 経過措置(n=19)	3.0
7対1障害者施設等入院基本料(n=26)	22.5
10対1障害者施設等入院基本料(n=138)	12.0
13対1障害者施設等入院基本料(n=11)	－
15対1障害者施設等入院基本料(n=6)	－
特殊疾患病棟入院料1(n=21)	9.0
特殊疾患病棟入院料2(n=14)	－
特殊疾患入院医療管理料(n=5)	21.5
一般病棟入院基本料(n=86)	21.0
緩和ケア病棟入院料1(n=25)	25.0
緩和ケア病棟入院料2(n=26)	21.0

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

周術期の栄養管理の推進

➢ 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

（新）　周術期栄養管理実施加算　270点（１手術に１回）

［算定対象］
全身麻酔を実施した患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**手術の前後に必要な栄養管理を行った場合**であって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式**全身麻酔を伴う手術を行った**場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

（１）周術期栄養管理実施加算は、**専任の管理栄養士が医師と連携**し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、**術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合**に算定する。
（２）栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline：Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
（３）（２）の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する**入院栄養管理体制加算**並びに救命救急入院料の注９、特定集中治療室管理料の注５、ハイケアユニット入院医療管理料の注４、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び小児特定集中治療室管理料の注４に規定する**早期栄養介入管理加算は別に算定できない**。

［施設基準］
（１）当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置**されていること。
（２）**総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算　　270点（入院初日及び退院時）

［対象患者］
特定機能病院入院基本料を算定している患者

［算定要件］
（１）特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

ア　**入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。

イ　当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。

ウ　**医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

（２）別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時１回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
（２）**入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
（３）栄養情報提供加算の対象患者は、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特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
　2－1. 概要
　2－2. 栄養管理体制
　2－3. 医療・介護の連携
3. 口腔管理について
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

入院時の高齢患者の栄養状態

○　入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。

○　高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表　入院時の栄養状態

		総数	40歳～69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	**41.9%**
低栄養**		18.0%	10.6%	**25.7%**

＊簡易栄養状態評価表（Mini Nutritional Assessment-Short Form）による評価
＊＊GLIM基準（Global Leadership Initiative on Malnutrition）による評価

対象者：国内の大学病院　入院患者1,987名
（40～69歳 717名、70歳以上 1,270名）

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

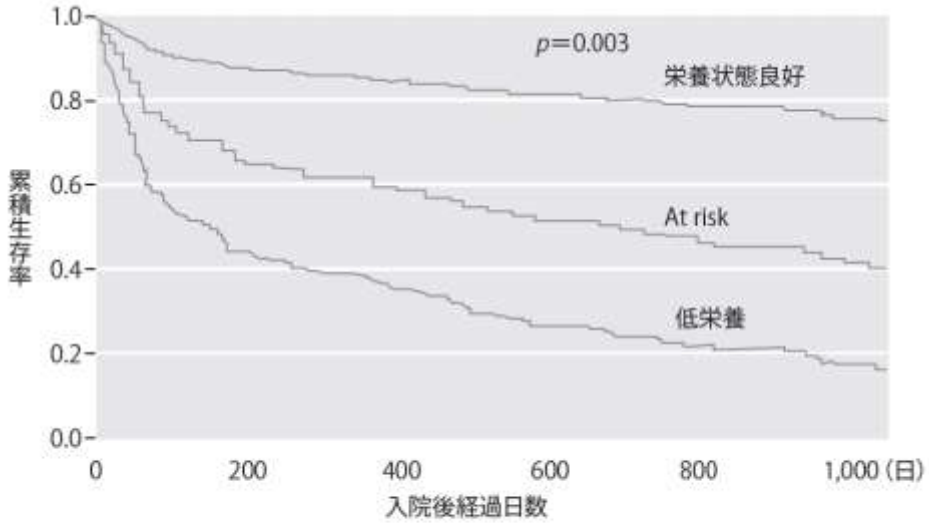
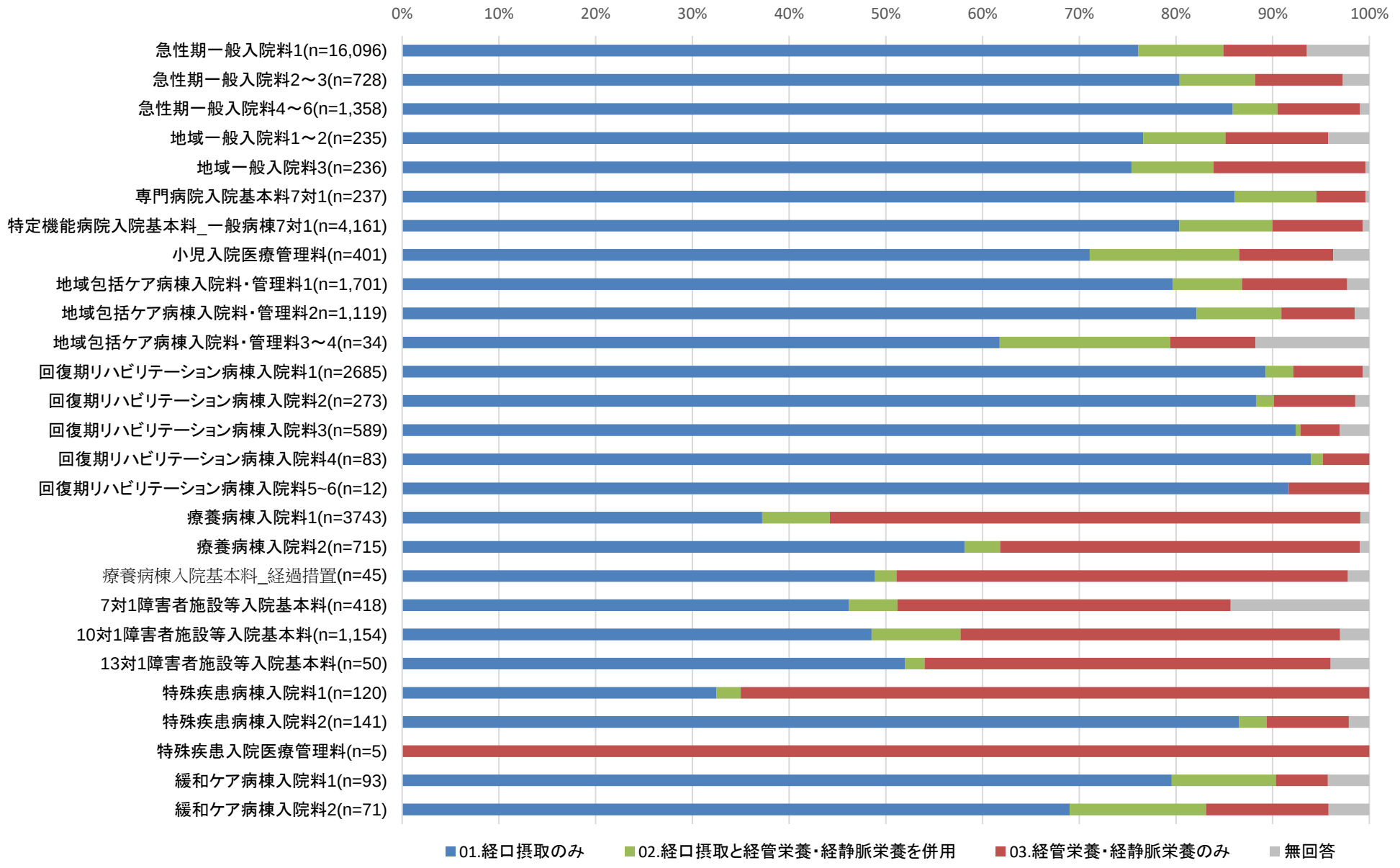


図1　入院高齢者の生命予後と栄養状態（文献1）
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し，3群に分けた生存曲線（Kaplan-Meier法）を示す．

出典：前田；日内会誌　110：1184～1192，2021
（文献1）Kagansky N, et al. Am JClin Nutr 82 : 784—791, 2005.

入院料ごとの栄養摂取の状況

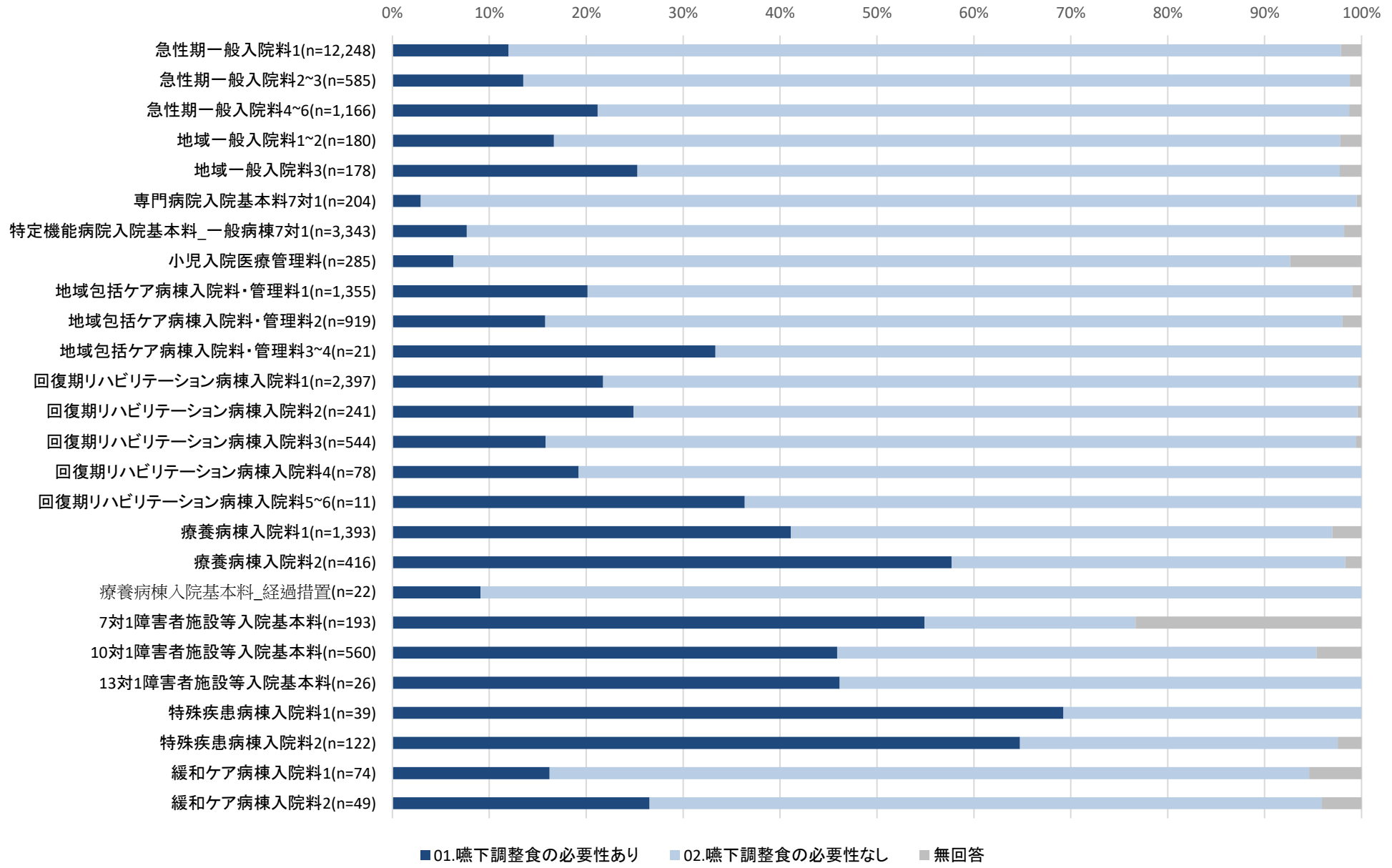
診調組　入－１
５．６．８



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの嚥下調整食の状況

診調組　入－3
５．９．６



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

医療機関における栄養管理体制について

○　入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。

【栄養管理体制の基準（施設基準）】

① 栄養管理を担当する**常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。

② **管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の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 **入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認**し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、**医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成**していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。

⑥ 当該患者について、**栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直し**ていること。

⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

診調組　入－3
５．９．６

○　急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

【対象・方法】

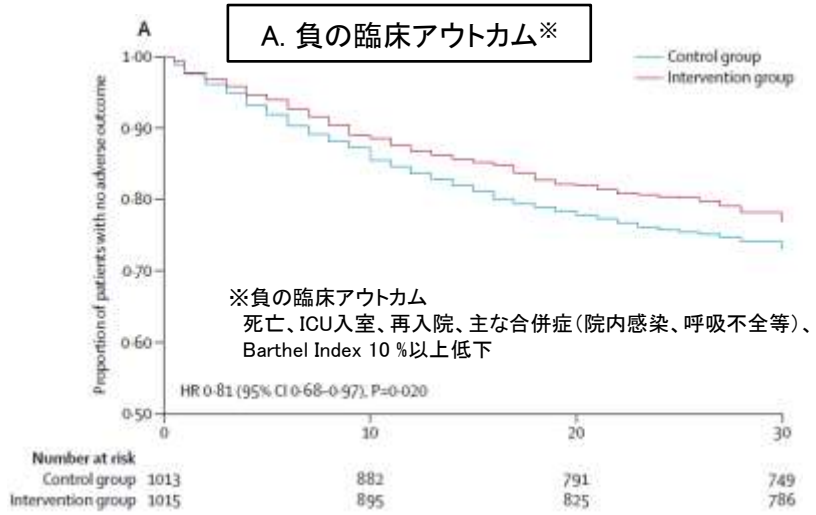
対象：入院時の栄養スクリーニング（NRS2002)で低栄養リスクがあり、４日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法：8つの急性期病院において、介入群（目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施）と対照群（通常の病院給食）を比較（RCT）

個別的な栄養管理

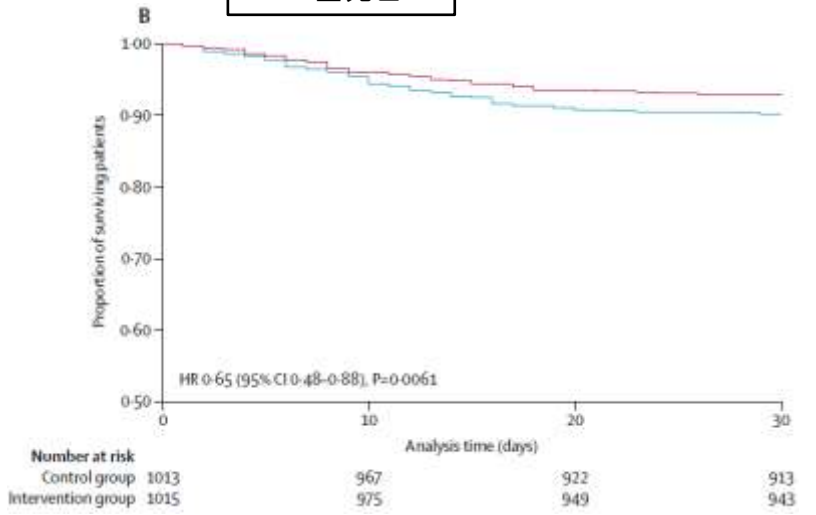
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標（たんぱく質・エネルギー等）を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養（患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供）と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ ５日以内に経口栄養で１日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24～48時間ごとに再評価
  - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施

A. 負の臨床アウトカム※



※負の臨床アウトカム
死亡、ICU入室、再入院、主な合併症（院内感染、呼吸不全等）、Barthel Index 10 %以上低下

B. 全死亡

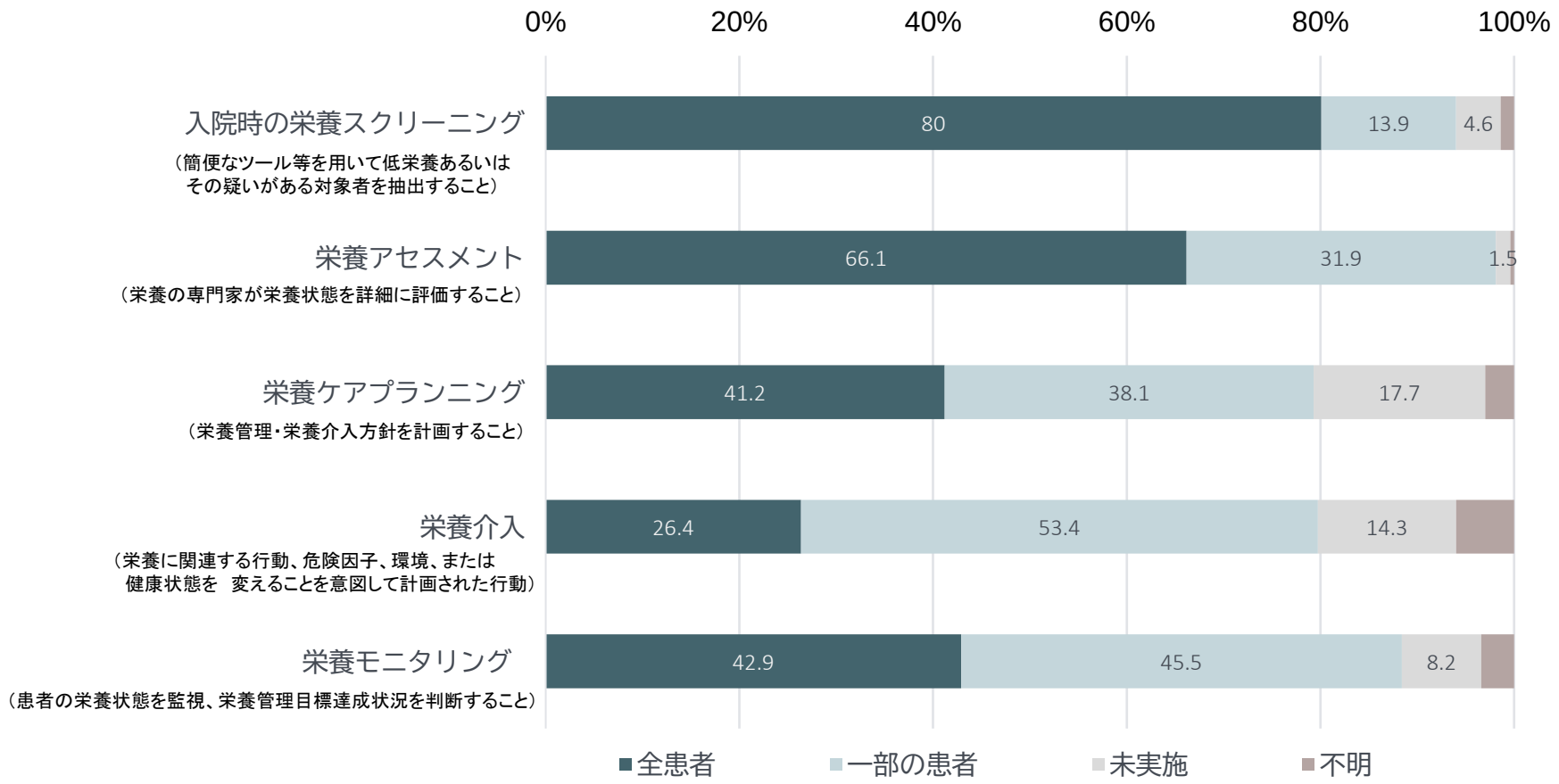


出典：Schuetz P, et al :Lancet 393 : 2312—2321, 2019.

入院患者の栄養管理体制に関する状況

○ 入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施していると回答した病院は、約8割。
○ 栄養ケアプランニングや栄養介入、栄養モニタリングを未実施と回答した病院が、一定数存在した。

■ **入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施対象　n=905**



出典：前田ら，急性期病院の管理栄養士を対象とした入院患者の栄養管理に関するアンケート調査，日本栄養・嚥下理学療法学会シンポジウム資料（2023年9月）

ＤＰＣデータ（様式１）における栄養関連項目

○　入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ（様式1）において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■　患者プロファイル

- 身長（入院時のみ）
- 体重（入院時のみ）※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無（入棟時・退棟時）　※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■　要介護情報

- 低栄養の有無（様式1開始日時点・様式1終了日時点）

※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、 血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

- 摂食・嚥下機能障害の有無（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。）

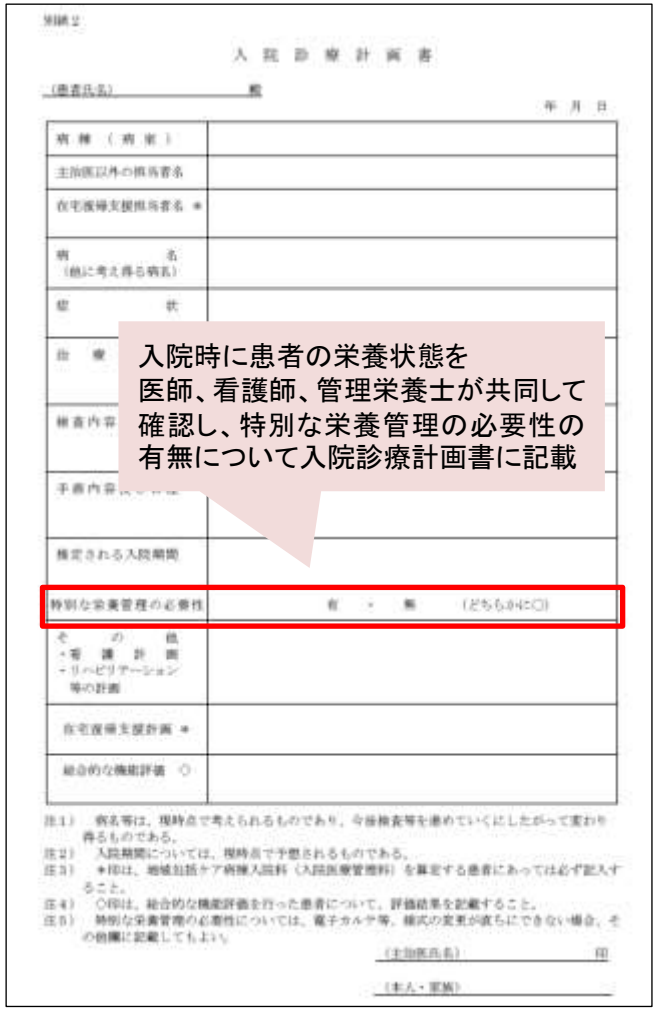
- 経管・経静脈栄養の状況（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

※　経鼻胃管 、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

栄養管理計画書における栄養補給に関する事項

○　特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者に対して作成する栄養管理計画書の項目として、「栄養補給量（エネルギー、たんぱく質、水分等）、栄養補給方法（経口、経腸栄養、静脈栄養）、嚥下調整食の必要性の有無（有の場合は、学会分類コード）がある。

＜入院診療計画書＞



入院診療計画書

（患者氏名）　殿

年　月　日

病　名（病　状）	
主治医以外の担当者名	
在宅療養支援担当者名 ＊	
病　名（他に考え得る病名）	
症　状	
治　療	
検査内容	
予後内容	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有　・　無　（どちらかに○）
その他・看護計画・リハビリテーション等の計画	
在宅療養支援計画 ＊	
総合的な機能評価 ○	

注1）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
注2）　入院期間については、現時点で予想されるものである。
注3）　＊印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。
注4）　○印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
注5）　特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

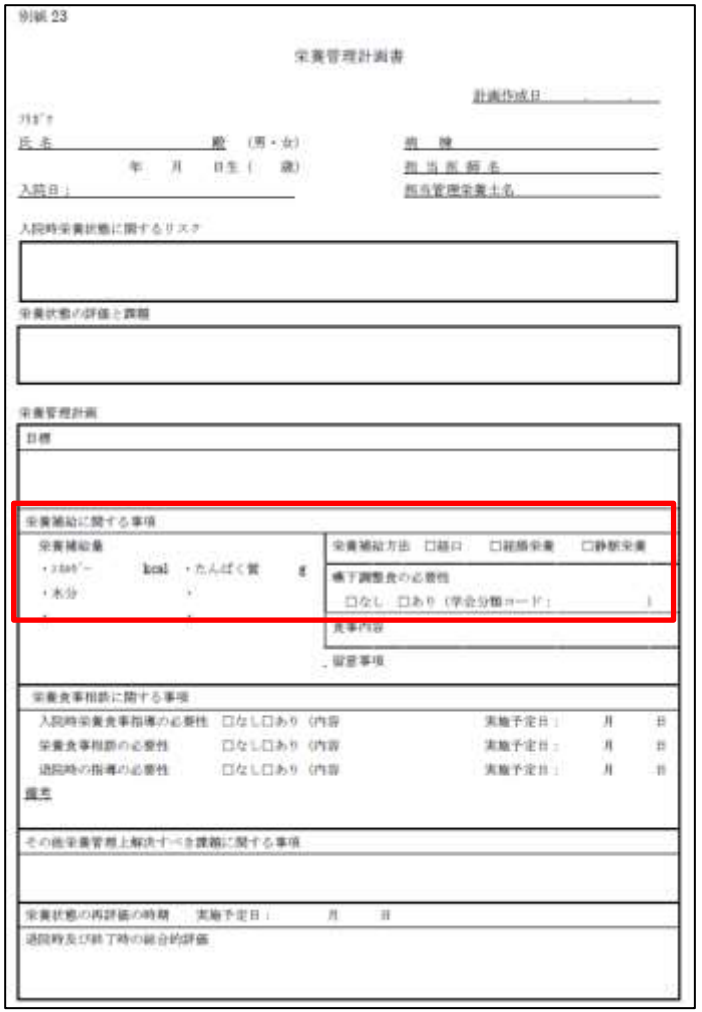
（主治医氏名）　印

（本人・家族）

入院時に患者の栄養状態を
医師、看護師、管理栄養士が共同して
確認し、特別な栄養管理の必要性の
有無について入院診療計画書に記載

特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者

＜栄養管理計画書＞



別紙23

栄養管理計画書

計画作成日　　年　月　日

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　殿（男・女）
年　月　日生（　歳）
入院日：

病　棟
担当医師名
担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項

栄養補給量
・ｴﾈﾙｷﾞｰ　kcal　・たんぱく質　g
・水分　・

栄養補給方法　□経口　□経腸栄養　□静脈栄養

嚥下調整食の必要性
□なし　□あり（学会分類コード：　）

食事内容

留意事項

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性　□なし□あり（内容　　実施予定日：　月　日
栄養食事相談の必要性　□なし□あり（内容　　実施予定日：　月　日
退院時の指導の必要性　□なし□あり（内容　　実施予定日：　月　日

備考

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

栄養状態の再評価の時期　実施予定日：　月　日

退院時及び終了時の総合的評価

＜参考＞　嚥下調整食分類2021

診調組　入－3
５．９．６

○　日本摂食嚥下リハビリテーション学会により、嚥下調整食分類が示されている。

コード		名称	形態	目的・特色	主食の例
0	j	嚥下訓練食品 0j	均質で，付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく，スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんぱく質含有量が少ない	
	t	嚥下訓練食品 0t	均質で，付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 （原則的には，中間のとろみあるいは濃いとろみ＊ のどちらかが適している）	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんぱく質含有量が少ない	
1	j	嚥下調整食 1j	均質で，付着性，凝集性，かたさ，離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている （少量をすくってそのまま丸呑み可能） 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある 0j に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー，ミキサー粥のゼリー など
2	1	嚥下調整食 2－1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など，均質でなめらかで，べたつかず，まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの （咽頭では残留，誤嚥をしにくいように配慮したもの）	粒がなく，付着性の低いペースト状のおもゆや 粥
	2	嚥下調整食 2－2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで，べたつかず，まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質（粒がある）でもやわらかく，離水もなく付着性も低い粥類
3	嚥下調整食 3		形はあるが，押しつぶしが容易，食塊形成や移送が容易，咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し（あるいはそれらの機能を賦活 し），かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など
4	嚥下調整食 4		かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが，上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など

出典：日摂食嚥下リハ会誌　25(2)：135-149, 2021を基に医療課にて作成

本表は学会分類2021（食事）の早見表　抜粋
＊上記0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については，学会分類2021（とろみ）を参照

低栄養の世界的診断基準　ＧＬＩＭ基準

○ ESPEN（欧州臨床代謝学会）、A.S.P.E.N（アメリカ静脈経腸栄養学会）、PENSA（アジア静脈経腸栄養学会）、FELANPE（南米栄養治療・臨床栄養代謝学会）による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良（低栄養）の定義が策定された。　※　Global Leadership Initiative on Malnutrition

○ 表現型（体重変化、BMI、筋肉量）と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール（NRS-2002,MNA-SF等）を使用

診断のためのアセスメント（GLIM基準）

● **表現型**

- 体重減少
  6か月以内で5%　6か月以上で10%
- 低BMI
  <20kg/m² 70歳未満　　アジア　<18.5kg/m² 70歳未満
  <22kg/m² 70歳以上　　<20kg/m² 70歳以上
- 筋肉量減少

● **病因（※）**

- 食事摂取量減少／吸収障害
- 疾病負荷／炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

＜重症度判定＞

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5～10%：過去6か月以内 10～20%：過去6か月以上	<20：70歳未満 <22：70歳以上 アジア <18.5：70歳未満 <20：70歳以上	軽度－中等度の減少
ステージ2 重度の 低栄養	＞10%：過去6か月以内 ＞20%：過去6か月以上	<18.5：70歳未満 <20：70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注）臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

（※）　病因に基づく診断分類
慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養（社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因）
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

出典：外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

低栄養評価における血中アルブミン値の取扱い

低栄養の診断基準
An ESPEN Consensus Statement　抜粋

European Society of Clinical Nutrition and Metabolism（ESPEN）
Clinical Nutrition 34 (2015) 335e340

○　血中アルブミン値のような内臓タンパク質は、疾患の重症度と予後のよい指標である。

○　今日では、内臓タンパク質の低下の主な要因は、炎症反応であると考えられている。

○　したがって、内臓タンパク質は、低栄養のスクリーニングや診断に用いるべきではない。

○　栄養特異性の程度が低いことが、主な理由である。

Fact box:　低栄養を診断する2つの方法

既存の栄養スクリーニングツールを用い、低栄養のリスクを判定した上で、

① BMI　＜ 18.5 kg/m^2

② ・ 体重減少（意図的ではないもの）
10%以上／期限なし　又は　5%以上／3か月

・ BMI（body mass index）
70歳未満 ＜ 20 kg/m^2、70歳以上 ＜ 22 kg/m^2

又は

・ FFMI（fat free mass index）
女性＜ 15 kg/m^2 、男性＜ 17 kg/m^2

栄養指標としての内臓タンパク質の使用
An ASPEN Position Paper　抜粋

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition（ASPEN）
Nutr Clin Pract. 2021;36:22–28

○　血清アルブミンとプレアルブミンは、

・　現在認められている低栄養の定義の構成要素ではない。

・　総タンパク質や総筋肉量の有効な代替尺度として機能しないため、栄養指標として使用すべきではない。

・　栄養状態に関係なく、炎症が存在すると低下する。

・　低栄養そのものではなく、「栄養リスク」に関連する炎症マーカーとして認識される必要がある。

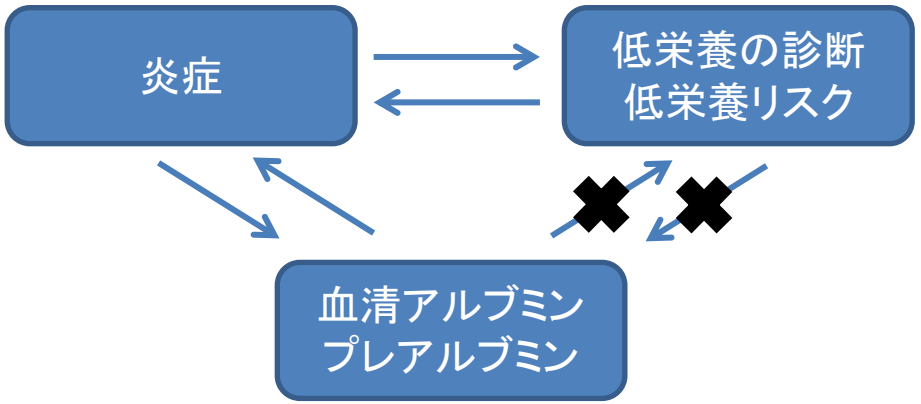


図　低栄養、炎症、内臓タンパク質の関係

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
　2－1. 概要
　2－2. 栄養管理体制
　2－3. 医療・介護の連携
3. 口腔管理について
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の概要

B001・10　入院栄養食事指導料 （入院中2回に限る）

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の**医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって、初回にあたっては概ね30分以上、2回目にあっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合**に算定

イ　入院栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

（1） 初回　260点 （2） 2回目　200点

ロ　入院栄養食事指導料2

有床診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

（1） 初回　250点 （2） 2回目　190点

栄養情報提供加算 （入院中1回）　50点

栄養食事指導に加え、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設等の医師又は管理栄養士と共有した場合に算定

入院栄養食事指導料　対象患者

○　入院栄養食事指導料の対象患者は、下記のとおり。

■　対象患者

- 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別表第三※に掲げる**特別食を必要とする患者**
- **がん患者**
- **摂食機能又は嚥下機能が低下した患者**

  医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者
- **低栄養状態にある患者**

  次のいずれかを満たす患者

  ア　血中アルブミンが3.0g/dl 以下である患者

  イ　医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、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、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

➢ 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。



（新）　栄養情報提供加算　　50点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



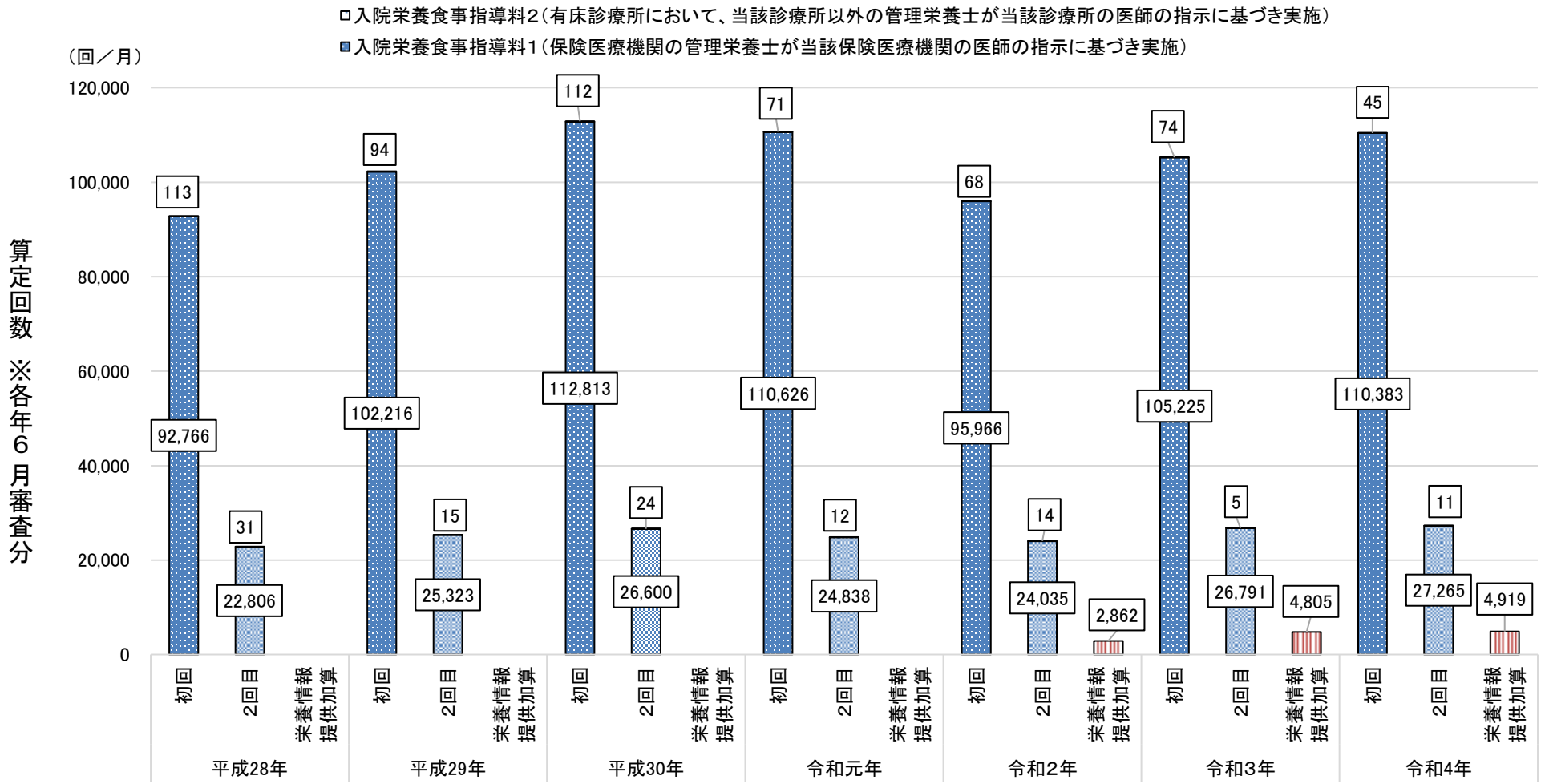
＜入院中の栄養管理に関する情報＞
・必要栄養量
・摂取栄養量
・食事形態（嚥下食コードを含む。）
・禁止食品
・栄養管理に係る経過　　等



在宅担当医療機関等

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の算定状況

○　入院栄養食事指導料の算定回数は、令和２年に減少したものの、近年は概ね横ばいである。
○　栄養情報提供加算の算定回数は、入院栄養食事指導料の算定回数に対して少ない。



※令和２年度診療報酬改定において、栄養情報提供加算を新設

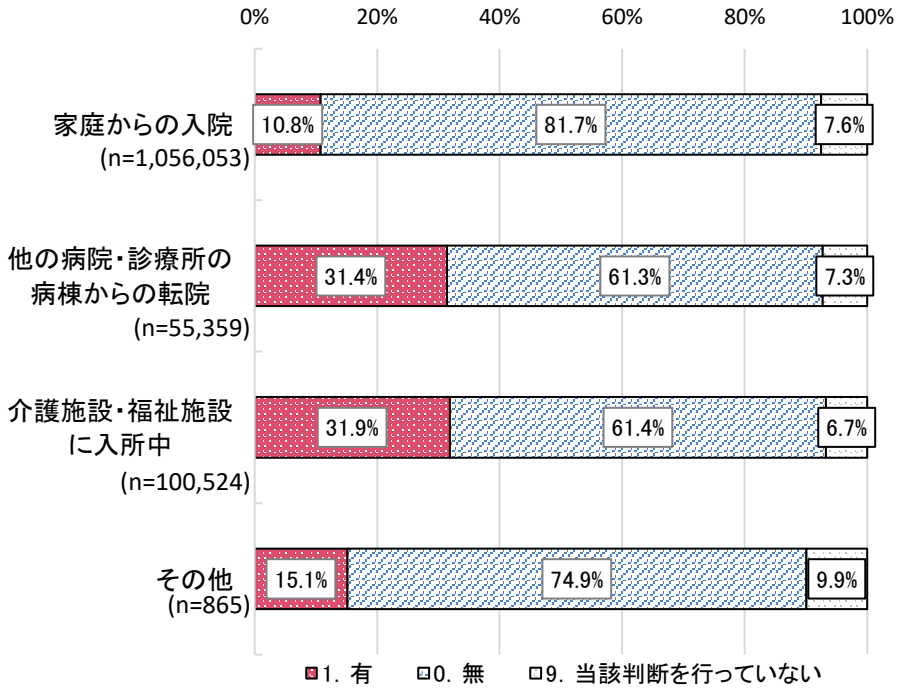
出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）

高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（入院時）

診調組　入－１
５．９．６

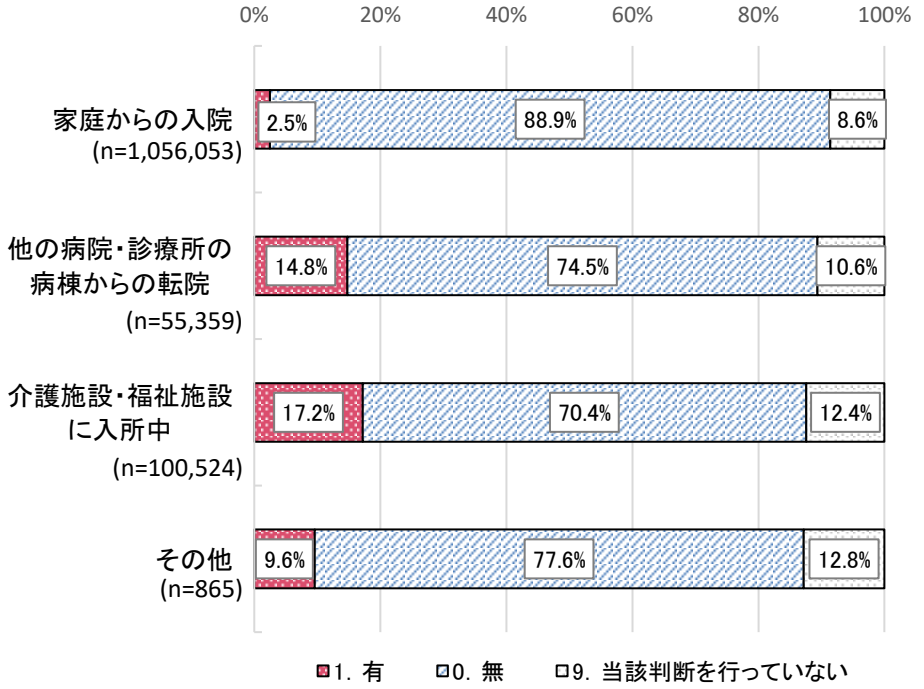
○　入院経路が「他の病院・診療所の病棟から転院」・「介護施設・福祉施設に入所中」の患者は、入院時に低栄養の割合が約3割、摂食・嚥下機能障害を有する割合が２割弱だった。

■　入院時の低栄養の有無　（入院経路別）



※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式１開始日又は様式１終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

■　入院時の摂食・嚥下機能障害の有無　（入院経路別）



※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。）

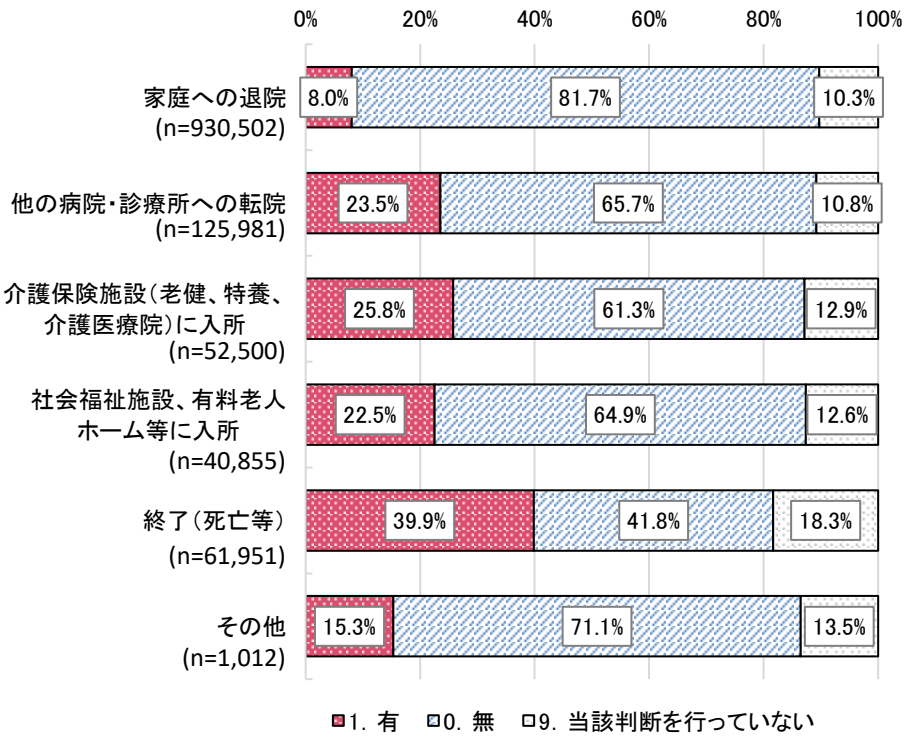
出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数４日以上、65歳以上を対象として集計）

高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（退院時）

診調組　入－1
５．９．６

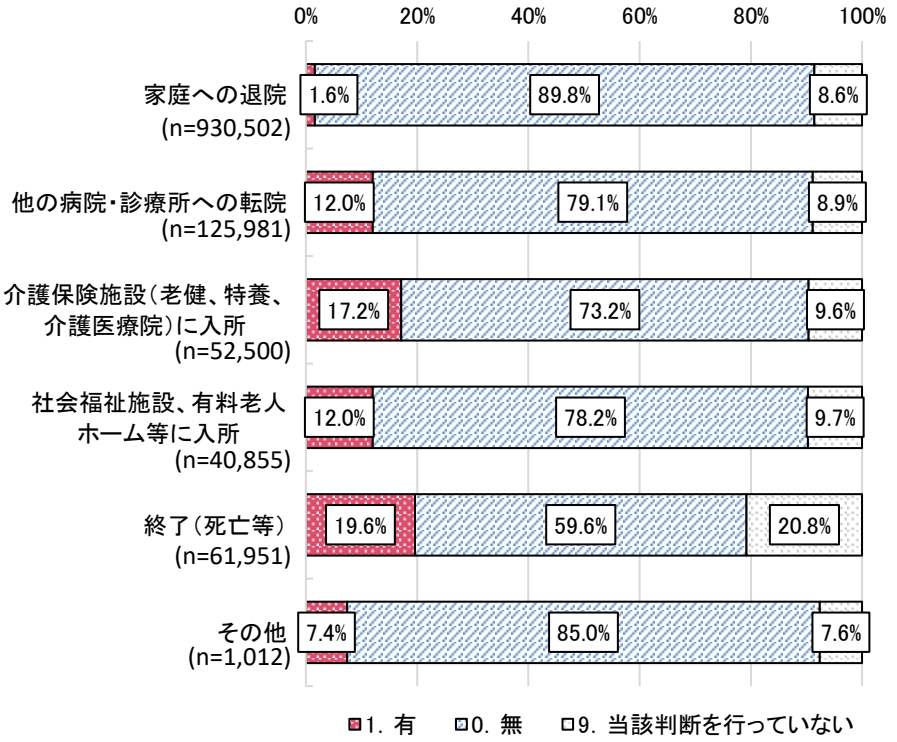
○　退院後、介護保険施設に入所する高齢患者の約４人に１人は退院時に低栄養であり、約５人に１人は摂食・嚥下機能障害を有する。
○　低栄養及び摂食・嚥下機能障害を有する者の割合は、終了（死亡等）の場合が最も高い。

■　退院時の低栄養の有無　（退院先別）



※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式１開始日又は様式１終了時を含む７日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

■　退院時の摂食・嚥下機能障害の有無　（退院先別）



※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。）

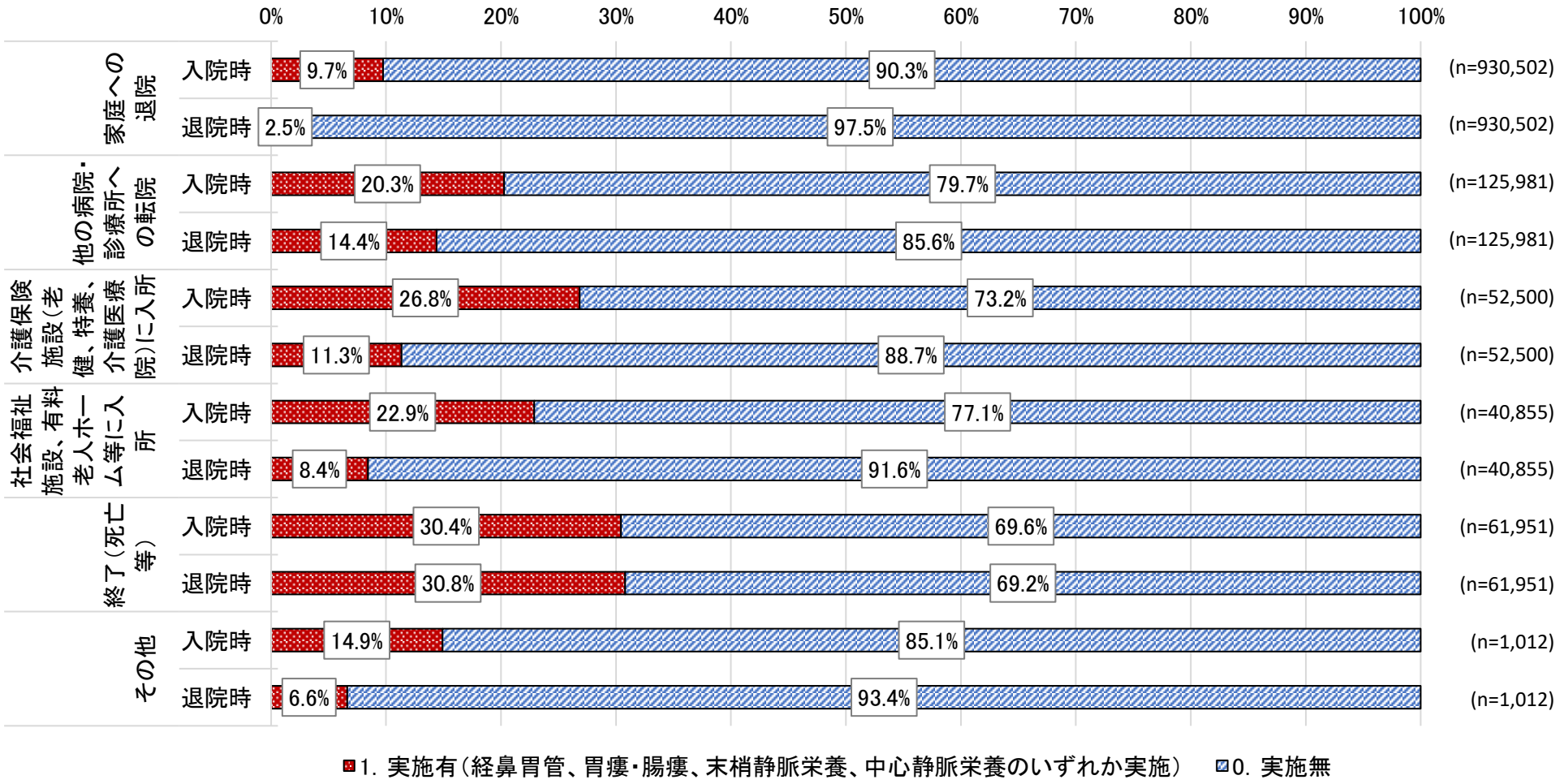
出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数４日以上、65歳以上を対象として集計）

高齢入院患者の経管・経静脈栄養の状況（入院時・退院時）

診調組　入－１
５．９．６

○　退院先が「終了（死亡等）」以外の場合は、入院時と比べ退院時は経管・経静脈栄養の実施割合が減少。
○　一方で、他の医療機関への転院や介護保険施設に入所する場合は、退院時も1割強が経管・経静脈栄養を実施。

■　入・退院時の経管・経静脈栄養の状況　（退院先別）

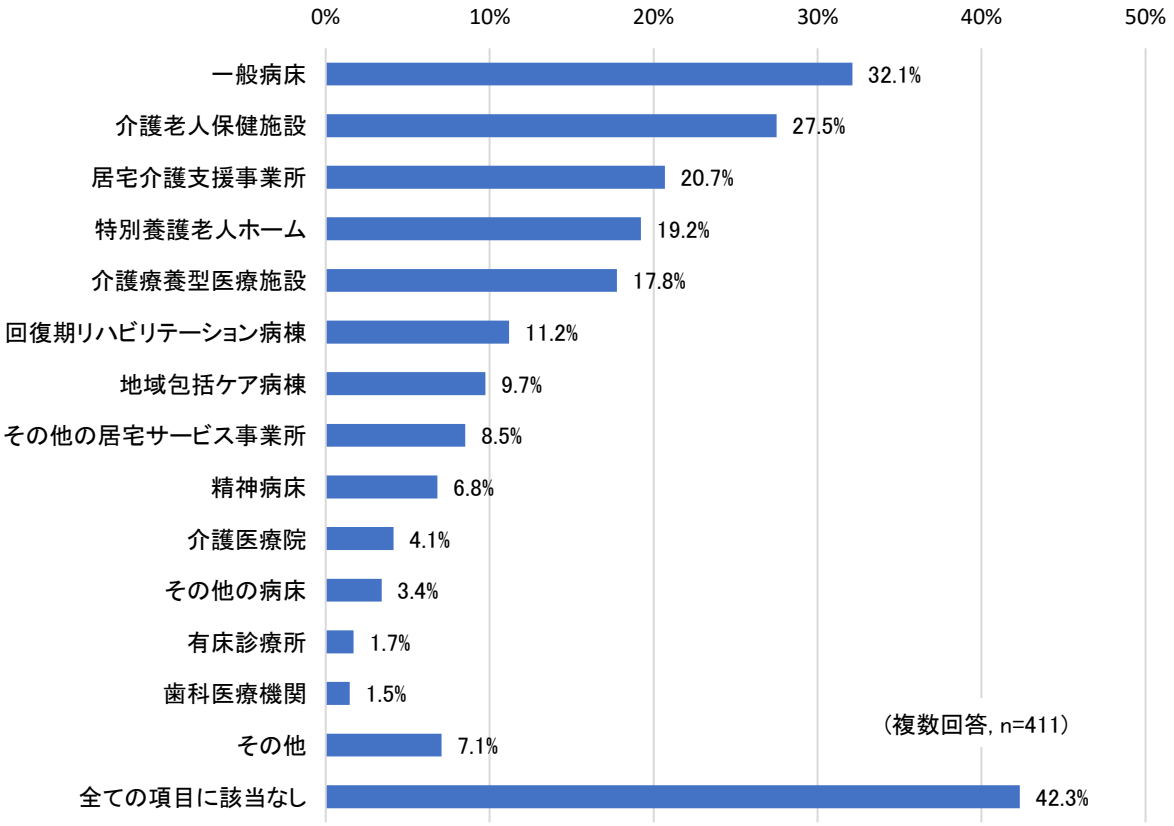


出典：DPCデータ
（令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例、在院日数４日以上、65歳以上を対象として集計）

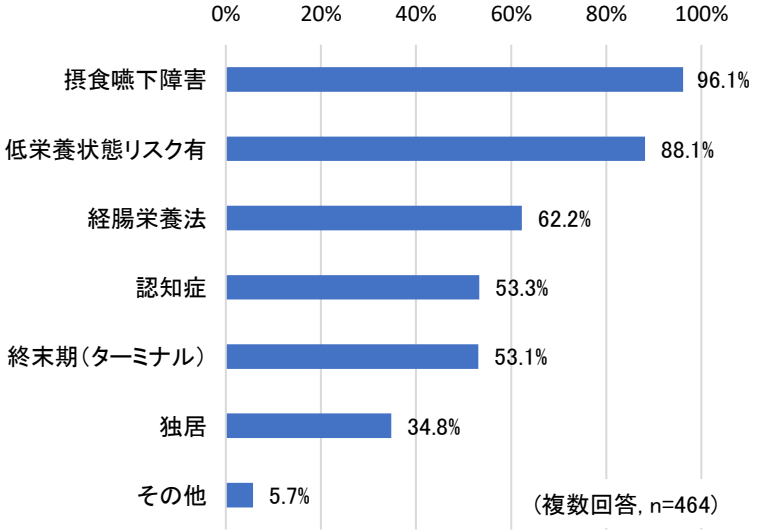
医療機関と介護保険施設との栄養情報連携

○ 介護保険施設の管理栄養士が栄養情報連携を行っている事業所等は、一般病床が32.1%だった一方で、全ての項目に該当なし（連携先なし）が最も多く42.3%だった。
○ 栄養情報連携の必要性を感じる入所者は、摂食嚥下障害が96.1%、低栄養リスク有が88.1%だった。

■ 介護保険施設の管理栄養士が栄養情報連携を行う事業所、病院・病床種等



■ 管理栄養士による施設・事業所間の栄養情報連携の必要性を感じる入所者



回答者：老健・特養の管理栄養士

出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」（日本健康・栄養システム学会）

栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価

社会保障審議会
介護給付費分科会（第232回）
令和５年11月27日
資料5

イメージ

介護保険施設A

一次入所



経口から食事摂取

二次入所



栄養ケア計画に基づき、一次入所時とは異なる二次入所において必要となる栄養管理を実施

論点⑥

介護報酬
「再入所時栄養連携加算」

論点⑤

施設移動
入院
自宅退所

栄養管理等に関する
情報連携

入院

入院

元の
施設に
再入所

医療機関Ⅰ

介護保険施設B



医療機関Ⅱ



自宅



施設退院
転院
自宅退院

診療報酬
「栄養情報提供加算」

※「栄養情報提供加算」の対象と算定要件

【対象】栄養食事指導の対象となる患者



【算定要件】
栄養指導に加え、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の医療機関等の医師又は管理栄養士に提供



※「再入所時栄養連携加算」の対象と算定要件

【対象】経管栄養又は嚥下調整食を新規導入した者



【算定要件】
栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成

※当該者等の同意を得たうえでテレビ電話装置等を活用して行うことも可

介護保険施設Aの
管理栄養士



医療機関の
管理栄養士

論点⑤　医療と介護における栄養管理に関する情報連携

社会保障審議会
介護給付費分科会（第232回）
令和５年11月27日
資料5

論点⑤

- 診療報酬では、入院中の栄養管理等に関する情報を入院医療機関から介護保険施設等の医師又は管理栄養士に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算が令和２年に創設された。
- 一方、介護報酬においては、栄養管理等に関する情報連携の評価として再入所時栄養連携加算があるが、その対象者は、再入所の場合と限定的である。
- また、介護保険施設において、医療機関に入院する入所者の栄養情報を医療機関に毎回提供している施設が一定数あることや、栄養情報の連携が、看護師等の業務時間削減や適切な食形態での食事提供等の栄養管理に繋がっているとの報告がある。
- 同時報酬改定に向けた第１回意見交換会においては、医療機関と介護保険施設等との連携が重要であるとの意見があった。
- 介護保険施設と医療機関等で円滑に栄養に関する情報共有や管理栄養士間の連携が図られ、切れ目のない支援が行われるために、介護保険施設の入所者の栄養管理に関する情報連携についてどのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等の医師又は管理栄養士、及び介護支援専門員に文書等で提供することを新たに評価してはどうか。

論点⑥　再入所時栄養連携加算の対象の見直し

社会保障審議会
介護給付費分科会（第232回）
令和５年11月27日
資料
5

論点⑥

- 平成30年介護報酬改定において、介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所中とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、より専門的な再入所後の栄養管理に関する調整や受け入れ準備を行った場合の評価がなされた。
- 再入所時栄養連携加算の対象は、入院中に経管栄養または嚥下調整食が新規導入となった入所者となっており、対象が限定的である。
- また、医療機関の入院患者のうち特別食加算の算定割合は約３割で、介護保険施設での療養食加算の算定割合も約３割と、特別な栄養管理が必要な対象者が一定程度いる。
- こうした中、介護保険施設において、医療機関からの受け入れの際に、施設での栄養管理に関して病院管理栄養士と療養食等の具体的な内容や栄養補助食品の種類等の相談をしている割合は約４割である。
- 栄養管理を必要とする利用者に切れ目無くサービスを提供するためにどのような方策が考えられるか。

対応案

- 再入所時栄養連携加算の対象について、現行に加え、療養食を提供する必要性がある入所者等としてはどうか。

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
3. 口腔管理について
**　3－1. 概要**
　3－2. 回復期における口腔管理
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

病院で求められる歯科医療（イメージ）

急性期 医療　　回復期医療　　慢性期医療

入院

口腔機能管理、口腔衛生管理

周術期等の口腔衛生管理、口腔機能管理

化学療法、放射線治療時等の口腔衛生管理、口腔機能管理

口腔機能の回復を目的とした歯科治療

非経口摂取患者の口腔衛生管理

摂食嚥下障害への対応（摂食嚥下リハビリテーション）

栄養サポート

気管内挿管時の口腔内装置等

リハビリテーション・栄養との連携

外来

・地域からの紹介による患者（全身管理が必要な患者等）に対する歯科治療
・障害児者や医療的ケア児に対する歯科治療
・歯科口腔外科領域の手術・処置（入院が必要なものも含む）　　等

歯科疾患、口腔管理の主な評価（歯科点数表）

歯科疾患に関する管理

- 継続的な歯科疾患の管理の評価

  歯科疾患管理料　100点

口腔機能に関する管理

- 口腔機能の管理等の評価

  小児口腔機能管理料　　100点

  【小児の口腔機能の管理を評価】

  口腔機能管理料　　100点

  【高齢者の口腔機能の管理を評価】

周術期の口腔機能管理

- がん患者等の周術期等における口腔機能の管理等を評価

  周術期等口腔機能管理計画策定料　　300点

  【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

  周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）　　1　手術前　280 点　　2　手術後　190点

  【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

  周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）　　1　手術前　500点　　2　手術後　300点

  【入院中の口腔機能の管理を評価】

  周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）　　200点

  【放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する（予定している患者も含む）患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期等における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

  周術期等専門的口腔衛生処置1　　100点

  【入院中の患者の専門的口腔衛生処置を評価】

  周術期等専門的口腔衛生処置2　　110点

  【放射線治療、化学療法を行っている患者に対し口腔粘膜保護材を使用した口腔粘膜に対する処置を評価】

医科歯科連携に関する評価（医科点数表）

周術期等口腔機能管理に関する連携

■　診療情報提供料Ⅰ　　歯科医療機関連携加算1　100点

周術期等における口腔機能管理の必要を認め、歯科医療機関に対して、当該患者の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合の評価

■　診療情報提供料Ⅰ　　歯科医療機関連携加算2　100点

周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合の評価（歯科医医療機関連携加算1と併算定可能）

■　周術期口腔機能管理後手術加算　　200点

周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算

在宅歯科医療に関する連携

■　診療情報提供料Ⅰ　　歯科医療機関連携加算1　100点

医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う歯科医療機関に情報提供を行った場合の評価

全身的な管理を必要とする患者の歯科治療に関する連携

■　診療情報連携共有料　120点

歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価

在宅医療における医科歯科連携の推進

歯科医療機関連携加算１の対象医療機関及び患者の拡充

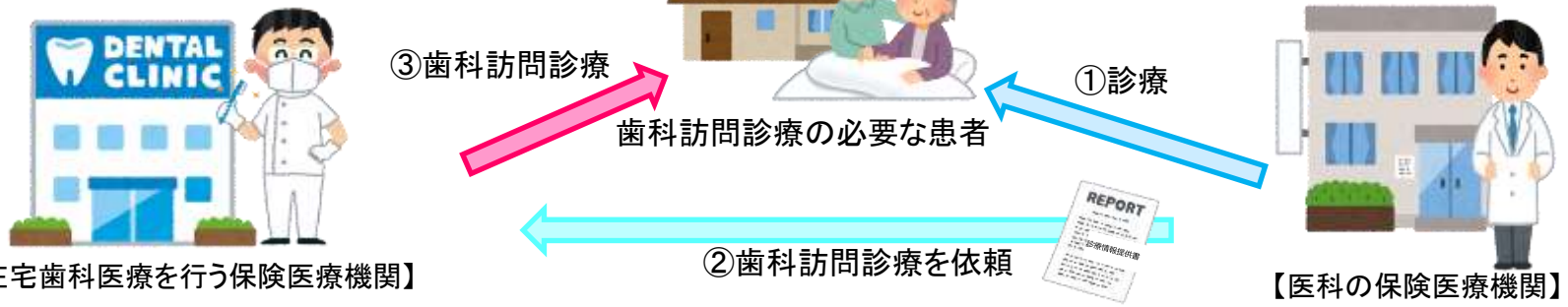
➢ 診療情報提供料（Ⅰ）における 歯科医療機関連携加算１について、 情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする 。

現行

【歯科医療機関連携加算１（医科点数表　診療情報提供料（Ⅰ））】
［算定要件］
(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算１は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。（略）
ア　（略）
イ　**在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師**が、**訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め**、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

改定後

【歯科医療機関連携加算１（医科点数表　診療情報提供料（Ⅰ））】
［算定要件］
(27) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算１は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。（略）
ア　（略）
イ　**医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師**が、**歯科訪問診療の必要性を認めた患者について**、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合



総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

総合医療管理加算等の算定要件の見直し

➢ 口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、 総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

現行	改定後
【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11　**別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。 ［対象患者］ 糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者 ［施設基準］ 六の二の四　**歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び**歯科治療時医療管理料の施設基準	【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11　別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。 ［対象患者］ 糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者**又はHIV感染症の患者** ［施設基準］ 六の二の四　歯科治療時医療管理料の施設基準

※　在宅総合医療管理加算についても同様の見直しを行う。

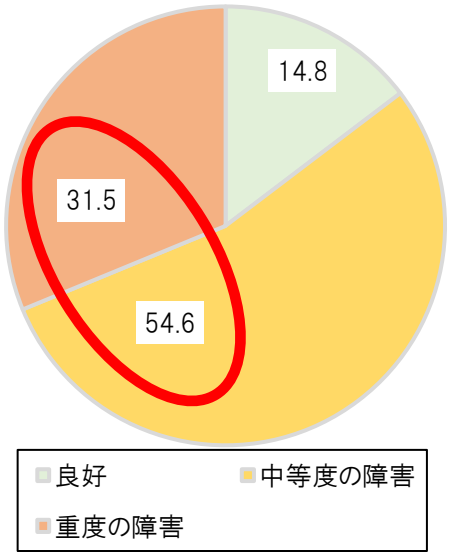
1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
3. 口腔管理について
　3－1. 概要
　3－2. 回復期における口腔管理
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

回復期リハビリテーション患者の口腔の状態

○　回復期リハビリテーション病棟入院の高齢患者の約8割に、なんらかの口腔機能障害が認められ、そのうちの31.5%は重度の障害であった。

○　口腔機能障害の内容を見ると、歯・義歯の問題が最も多く（中等度：46.7%、重度：31.8%）、次いで舌の問題、歯肉の問題が多かった。

■　回復期リハビリテーション病棟入院患者で口腔機能障害がある者の割合



※ROAGスコア9点以上：口腔機能障害あり

■　口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア１ n(%)	スコア２ n(%)	スコア３ n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)

【ROAGスコア】
スコア１：良好
スコア２：中等度の障害
スコア３：重度の障害

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者108名（2013年6月～10月までに連続入院した65歳以上の患者、男性55名、女性53名、平均年齢80.5±6.8歳）
方法：歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド（ROAG、Revised Oral　Assessment Guide）を用いて口腔内の評価を実施。
※ROAG：改定口腔アセスメントガイド（ROAG、Revised Oral　Assessment Guide）
声、嚥下、口唇、歯・義歯、粘膜、歯肉、舌、唾液の8項目の状態をそれぞれ各項目の診査方法と評価基準に従いスコア1、2、3の3段階で評価

出典：白石愛　他「高齢入院患者における口腔機能障害はサルコペニアや低栄養と関連する」日本静脈経腸栄養学会雑誌 31（2）：711-717：2016

回復期病棟における患者の口腔状況と歯科の連携状況

○　回復期リハビリテーション病棟で頻繁に見られる歯科的な問題は、義歯に関することが最も多く、94.0%の施設で見られた。「問題はない」と回答した施設は0.6%であった。

○　治療内容では、「義歯修理・製作」が79.3%と最も多く、ついで「歯科治療」が75.3%、口腔衛生管理が70.6%であった。

■病棟で頻繁に見られる歯科的問題点

	N（%）
義歯	297(94.0)
歯周疾患	191(60.4)
口腔乾燥	191(60.4)
口腔衛生状態不良	187(59.2)
う蝕	161(50.9)
食欲の低下	145(45.9)
むせ	127(40.2)
出血	79(25.0)
口を開かない	72(22.8)
歯ブラシを嫌がる	67(21.2)
口腔顔面領域の痛み	18(5.7)
問題はない	2(0.6)
その他	10(3.2)

■院内歯科と訪問歯科での歯科治療実施数および内容の比較

	全体	院内	訪問	p 値
治療延べ人数（中央値、四分位）	10(3～70)	70(10～265)	10(3～40)	＜0.001
治療内容（N, %）				
口腔衛生管理	211(70.6)	65(83.3)	146(66.1)	0.004
歯石除去・クリーニング	157(52.5)	64(82.1)	93(42.1)	<0.001
歯科治療	225(75.3)	74(94.9)	151(68.3)	<0.001
義歯修理・製作	237(79.3)	70(89.7)	167(75.6)	0.008
摂食嚥下評価（VE, VF）	53(17.7)	22(28.2)	31(14.0)	0.005
摂食嚥下評価（VE, VF以外）	32(10.7)	14(17.9)	18(8.1)	0.016
摂食嚥下訓練	49(16.4)	16(20.5)	33(14.9)	0.252
栄養評価	14(4.7)	8(10.3)	6(2.7)	0.012
その他	14(4.7)	2(2.6)	12(6.3)	0.245

対象：2021年11月～2022年1月に回復期リハビリテーション病棟協会会員施設（1,235施設）で口腔や栄養に関連する医療従事者もしくは運営管理者
方法：歯科との連携状況に関する無記名自記式質問票を郵送
分析対象：回答のあった319施設（25.8%）
分析方法：院内歯科（院内）群と訪問歯科（訪問）群について、χ2検定及びMann-WhitneyのU検定を用いて分析

出典：田坂他「回復期リハビリテーション病棟における歯科との連携状況－自記式質問票による全国調査－」 老年歯学，37，312－319，2023.

リハビリテーション患者に対する口腔管理の必要性

○　退院時に口腔衛生・口腔機能の改善がみられる群（良好群）と、口腔衛生・口腔機能の改善が見られない群（非良好群）を比較すると、良好群は、FIMの運動項目、認知項目、合計点数、FIM効率、FIM利得が有意に高かった。

項目	全体 (n=492)	退院時ROAGスコア（口腔衛生・口腔機能の状態） 良好群 (n=126)	非良好群 (n=366)	p値
ROAG、中央値（四分位範囲）		1(0-2)	1(0-2)	0.019
在院日数、中央値（四分位範囲）	109(77-154)	101(71-151)	114(79-155)	0.31
リハ実施単位	963(665-1,350)	886(605-1,339)	1013(687-1,352)	0.27
FIM、中央値（四分位範囲）				
運動項目	69(41-85)	83(65-89)	61(34-81)	<0.001
認知項目	25(18-31)	30(26-34)	23(16-29)	<0.001
総合計	95(60-114)	112(94-121)	82(53-109)	<0.001
FIM効率	0.27(0.14-0.40)	0.32(0.24-0.44)	0.24(0.13-0.39)	<0.001
FIM利得	27(15-40)	32(22-45)	24(13-38)	<0.001
転帰先				
自宅	337(68.5)	106(84.1)	231(63.1)	
施設	135(27.4)	18(14.3)	117(32.0)	
老健	6(1.2)	1(0.8)	5(1.4)	
療養病床	13(2.6)	1(0.8)	12(3.3)	
その他	1(0.2)	0(0)	1(0.3)	
FILS、中央値（四分位範囲）	9(8-10)	10(9-10)	9(8-10)	<0.001
退院時ROAG、中央値（四分位範囲）	9(8-11)	8(8-8)	10(9-11)	<0.001

FIM：Functional independence measure、 機能的自立度評価表

対象：A病院に2018年１月１日から2020年12月31日に脳卒中後の回復期リハビリテーション目的で入退院した患者で、入院時に口腔内に問題があると評価された患者のうち、脳卒中患者492名を対象。
方法：口腔内の状態は歯科衛生士によりROAG（Revised Oral　Assessment Guide）、ADLはFIM（functional independence measure）を用いて看護師、介護福祉士を中心として評価を行った。対象者を退院時ROAG8 点未満の群（口腔内良好群）と 9 点以上の群（口腔内非良好群）に分け、2 群間の退院時FIM合計点等を単変量解析で比較した。

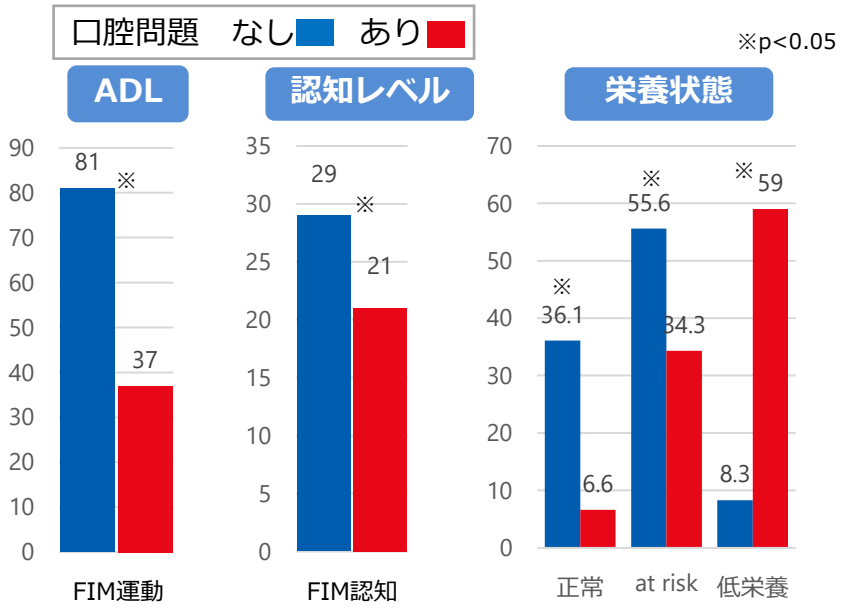
出典：大石他「回復期脳卒中患者の口腔衛生・口腔機能と退院時ADLとの関連」 Jpn J Compr Rehabil Sci Vol 13, 2022

リハビリテーション患者における口腔とADL、栄養の関連及び口腔の管理の効果

○ 回復期リハビリテーション患者の口腔の問題は、ADL、認知レベル、栄養状態と関連し、歯科専門職の介入による口腔管理は、口腔状態や咀嚼嚥下、栄養状態の改善を通じて、間接的にADLの改善等につながると考えられる。

中医協　総－２
５．　１１．１７

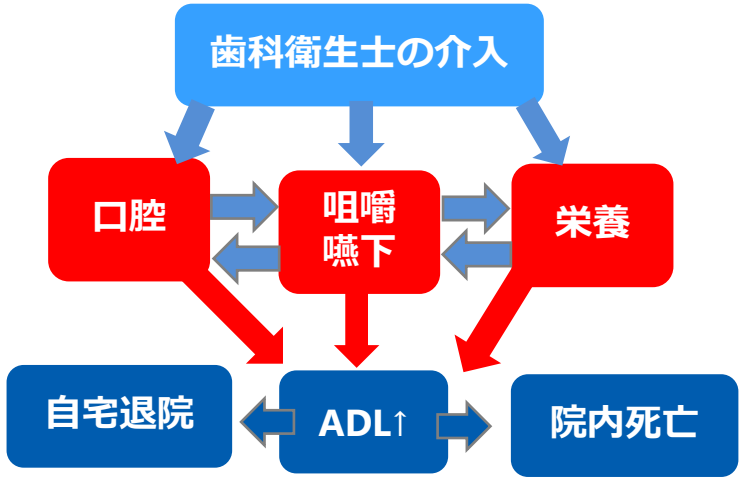
■ 口腔の問題と、ADL、栄養状態との関連



◆結果：口腔問題はADL,認知レベル、栄養状態と独立して関連

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056名
方法：前向きコホート研究。評価指標は、口腔内の状態：改訂口腔アセスメントガイド（Revised Oral　Assessment Guide）、身体機能、認知レベルADL：FIM（functional independence measure）、栄養状態：MNA-SFを用いて評価。

■ 歯科衛生士による介入の効果



院内死亡の60%が誤嚥性肺炎

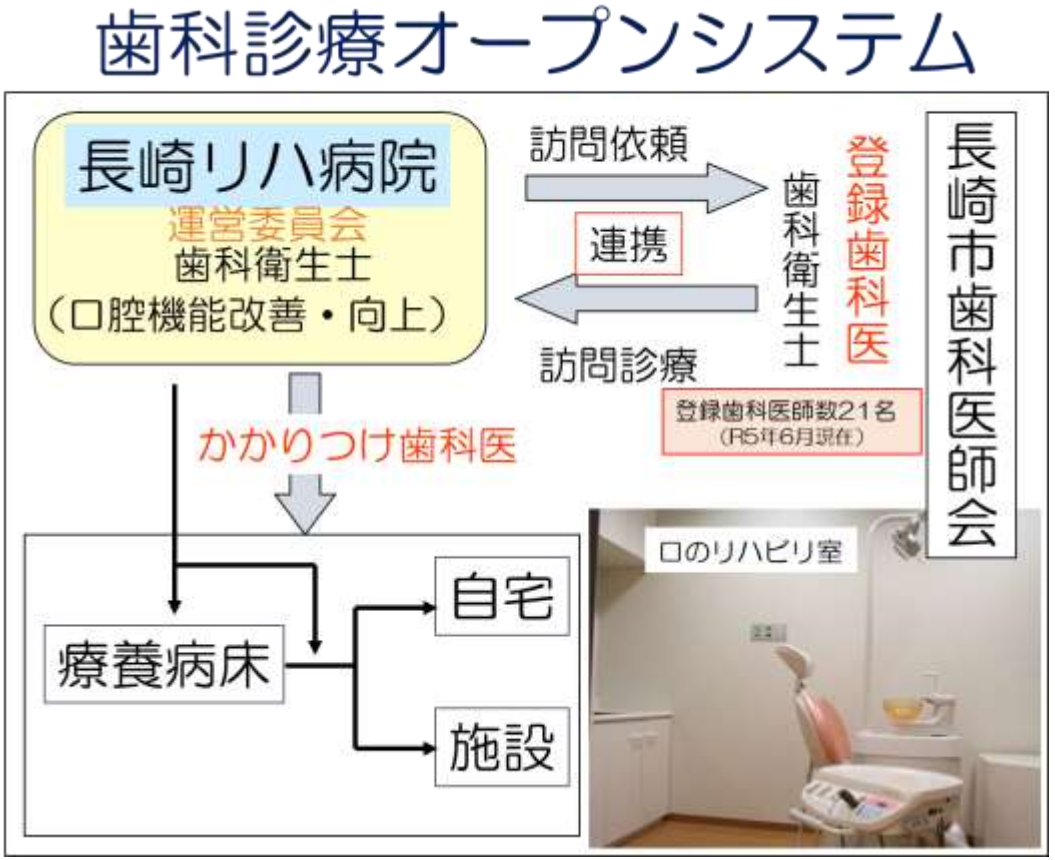
◆結果：歯科衛生士の治療的介入の効果として、1)退院時のADL、2)入院期間、3)院内死亡を改善。
- 歯科衛生士による治療的介入により口腔や咀嚼嚥下、栄養状態が改善し、間接的にこれらのアウトカムを改善していると考えられる。

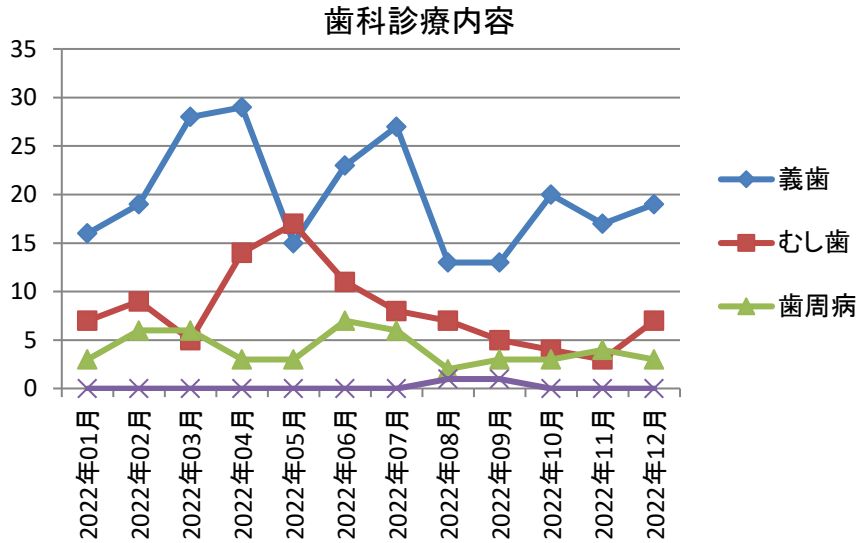
対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056人
方法：歯科衛生士により口腔の管理を行った群（415人）と、行っていない群（641人）について、傾向スコアを用いたマッチングを行い2群間で比較。交絡因子を調整して多変量解析を実施

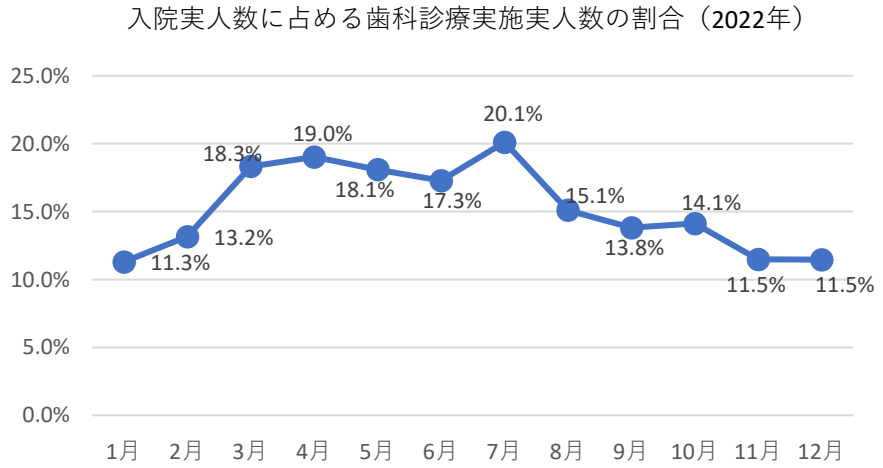
出典：吉村芳弘、白石愛 「歯科衛生士の口腔管理は回復期リハビリテーションの患者アウトカムを改善する」日補綴会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 42-49, 2020
を元に保険局医療課で作成

回復期リハ病棟における医科歯科連携の事例

○　回復期リハ病棟におけるかかりつけ歯科医師あるいは登録歯科医師と連携する医科歯科連携のシステムを構築している例がある。実施されている歯科の診療内容としては義歯調整が多い。







◆歯科衛生士が評価をし、歯科受診が必要であれば主治医および本人・家族の許可の下で以下の通り診療を依頼
①かかりつけ歯科医師が訪問する場合にはそのかかりつけ歯科医師へ
②かかりつけ歯科医師が訪問できない場合には登録歯科医師（現在21人）へ

出典：長崎リハビリテーション病院　栗原正紀理事長よりご提供

回復期リハビリテーション入院料１病棟における多職種連携の取組状況

○　回復期リハビリテーション入院料１病棟における多職種連携の状況を見ると、「口腔管理に関する計画の作成」の実施は58.6%であった。

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
NST等の専門チームでのカンファレンス	73.2%	94.4%	9.3%	98.5%	55.9%	62.2%	44.4%	78.9%	98.1%	22.6%
専門チームでのカンファレンス以外の病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む）	93.5%	88.1%	3.5%	100.0%	44.8%	89.0%	84.9%	91.9%	89.2%	9.9%
褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	96.2%	72.9%	0.3%	99.7%	46.3%	39.8%	22.9%	12.7%	61.9%	0.8%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	97.0%	61.2%	1.1%	80.7%	10.9%	20.4%	17.0%	27.1%	95.3%	1.1%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	97.6%	54.7%	0.6%	91.7%	2.8%	96.7%	93.9%	66.7%	10.3%	2.2%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	94.3%	59.5%	0.6%	87.4%	5.5%	53.4%	77.0%	67.0%	8.0%	0.3%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	84.9%	35.1%	18.8%	78.0%	1.9%	5.1%	5.4%	70.6%	12.5%	49.8%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	97.8%	59.3%	6.4%	77.8%	5.0%	10.0%	11.1%	95.8%	39.6%	17.7%
栄養管理計画の作成	97.0%	55.0%	0.8%	54.2%	9.8%	12.0%	10.1%	18.2%	95.8%	3.4%
離床やリハビリテーションに係る計画の作成	97.3%	78.3%	0.0%	85.2%	5.6%	97.8%	93.6%	80.5%	33.7%	3.1%
口腔管理に関する計画の作成	58.6%	42.5%	22.2%	68.9%	1.9%	2.4%	6.6%	58.5%	11.8%	50.0%
ミールラウンド（食事の観察）	87.6%	33.3%	2.8%	82.6%	2.8%	20.2%	32.4%	70.7%	83.2%	14.3%
食事形態の検討・調整	97.3%	76.1%	6.7%	88.8%	2.8%	6.5%	12.9%	85.1%	94.7%	10.7%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	94.1%	93.4%	0.9%	84.4%	16.2%	1.7%	1.4%	15.0%	87.9%	0.6%
退院前の居宅への訪問指導	84.9%	32.6%	0.0%	55.0%	1.6%	97.4%	95.2%	30.0%	5.4%	0.0%
退院時のカンファレンス	95.9%	84.5%	2.5%	98.6%	26.0%	94.4%	94.4%	93.5%	52.8%	5.9%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

歯科標榜の有無別回復期リハ病棟における口腔に係る取組の実施状況

○　多職種連携の内容のうち「口腔管理に関する計画の作成」の実施状況は、歯科標榜のある病院の回復期リハ病棟で70.4%、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟で54.4%にとどまる。
○　院外の歯科医師・歯科衛生士の連携の有無をみると、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟では約半数近くが連携ありだった。
○　連携内容をみると、「口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価」は約9割の歯科医師・歯科衛生士が行っていた。一方で、「口腔管理に関する計画の作成」は歯科医師では30.2%、歯科衛生士では24.5%にとどまっていた。

■多職種連携の内容

	実施ありの割合	
	歯科標榜あり（n=98）	歯科標榜なし（n=272）
NST等の専門チームでのカンファレンス	82.7%	69.9%
NST等専門チームでのカンファレンス以外の病棟でのカンファレンス	92.9%	93.8%
褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	99.0%	95.2%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	99.0%	96.3%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	99.0%	97.1%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	90.8%	95.6%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	89.8%	83.1%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	98.0%	97.8%
栄養管理計画の作成	100.0%	96.0%
離床やリハビリテーションに係る計画の作成	100.0%	96.3%
口腔管理に関する計画の作成	70.4%	54.4%
ミールラウンド	94.9%	84.9%
食事形態の検討・調整	99.0%	96.7%
経腸栄養剤の検討・調整	96.9%	93.0%
退院前の居宅への訪問指導	93.9%	81.6%
退院時のカンファレンス	94.9%	96.3%

■院外の歯科医師・歯科衛生士の連携の有無

＜歯科標榜なし＞

	歯科医師		歯科衛生士		歯科医師または歯科衛生士	
	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし
連携の有無	48.2%	51.8%	36.4%	63.6%	49.6%	50.4%

＜歯科標榜あり＞

	歯科医師		歯科衛生士		歯科医師または歯科衛生士	
	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし
連携の有無	12.2%	87.8%	8.2%	91.8%	12.2%	87.8%

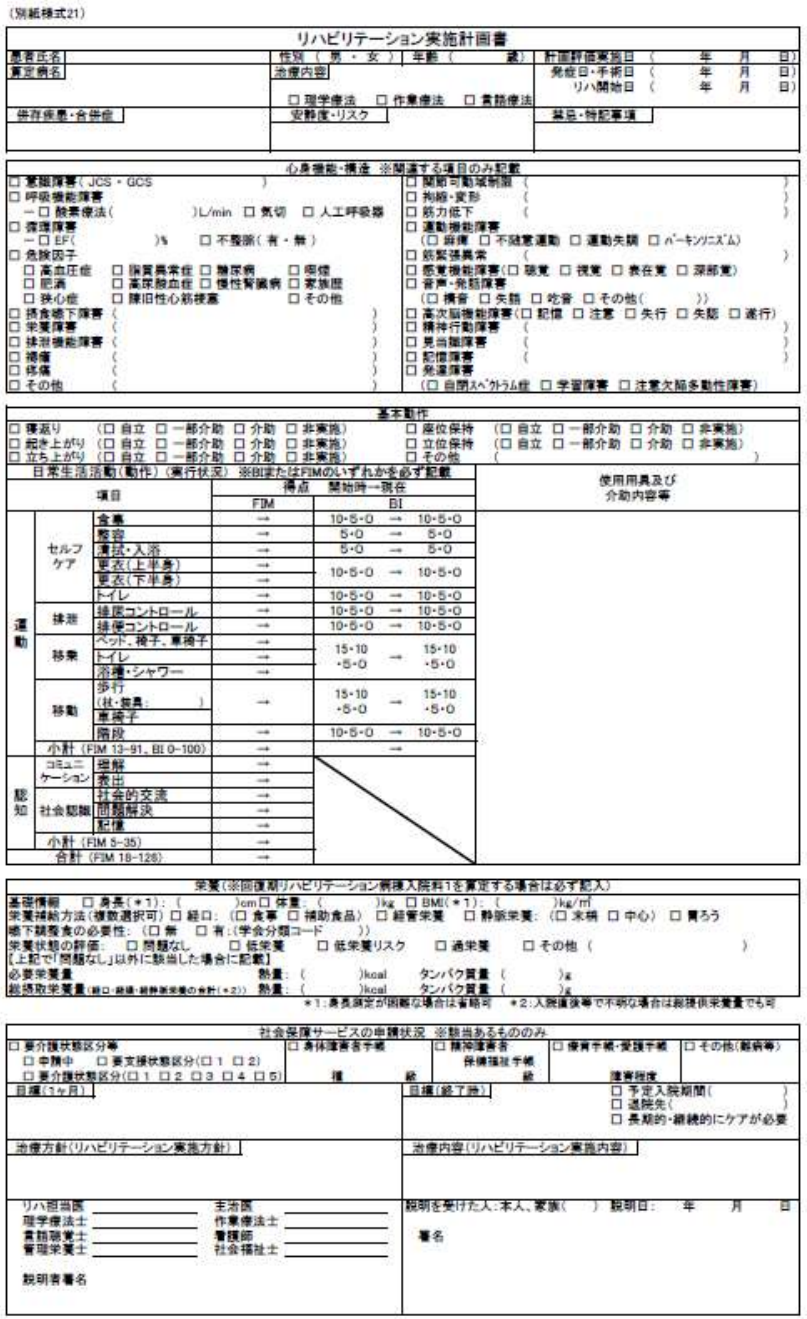
■院外の歯科医師・歯科衛生士の主な連携内容（歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟）

	歯科医師	歯科衛生士
NST等の専門チームでのカンファレンス	3.9%	1.0%
NST等専門チームでのカンファレンス以外の病棟でのカンファレンス	3.9%	0.0%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	89.9%	91.8%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	23.3%	14.3%
口腔管理に関する計画の作成	30.2%	24.5%
ミールラウンド	6.2%	3.1%
食事形態の検討・調整	14.0%	6.1%
退院時のカンファレンス	0.8%	1.0%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

リハビリテーション実施計画書（医療）

意見交換　資料－４参考－１
Ｒ　５　．　３　．　１　５　改



（別紙様式21）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別（男・女）	年齢（　歳）	計画評価実施日（　年　月　日）
算定病名	治療内容		発症日・手術日（　年　月　日）
	□理学療法 □作業療法 □言語療法		リハ開始日（　年　月　日）
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

□意識障害（JCS・GCS　　）
□呼吸機能障害
　－□酸素療法（　　）L/min □気切 □人工呼吸器
□循環障害
　－□EF（　　）% □不整脈（有・無）
□危険因子
　□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □喫煙
　□肥満 □高尿酸血症 □慢性腎臓病 □家族歴
　□狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □その他
□摂食嚥下障害（　　）
□栄養障害（　　）
□排泄機能障害（　　）
□褥瘡（　　）
□疼痛（　　）
□その他（　　）

□関節可動域制限（　　）
□拘縮・変形（　　）
□筋力低下（　　）
□運動機能障害
　（□麻痺 □不随意運動 □運動失調 □パーキンソニズム）
□筋緊張異常（　　）
□感覚機能障害（□聴覚 □視覚 □表在覚 □深部覚）
□音声・発語障害
　（□構音 □失語 □吃音 □その他（　　））
□高次脳機能障害（□記憶 □注意 □失行 □失認 □遂行）
□精神行動障害（　　）
□見当識障害（　　）
□記憶障害（　　）
□発達障害
　（□自閉スペクトラム症 □学習障害 □注意欠陥多動性障害）

基本動作

□寝返り（□自立 □一部介助 □介助 □非実施）
□起き上がり（□自立 □一部介助 □介助 □非実施）
□立ち上がり（□自立 □一部介助 □介助 □非実施）
□座位保持（□自立 □一部介助 □介助 □非実施）
□立位保持（□自立 □一部介助 □介助 □非実施）
□その他（　　）

日常生活活動（動作）（実行状況）※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

	項目		得点 FIM	得点 開始時→現在 BI	使用用具及び介助内容等
運動	セルフケア	食事	→	10-5-0 → 10-5-0	
		整容	→	5-0 → 5-0	
		清拭・入浴	→	5-0 → 5-0	
		更衣（上半身）	→	10-5-0 → 10-5-0	
		更衣（下半身）	→		
		トイレ	→	10-5-0 → 10-5-0	
	排泄	排尿コントロール	→	10-5-0 → 10-5-0	
		排便コントロール	→	10-5-0 → 10-5-0	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→	15-10 -5-0 → 15-10 -5-0	
		トイレ	→		
		浴槽・シャワー	→		
	移動	歩行（杖・装具：　）	→	15-10 -5-0 → 15-10 -5-0	
		車椅子			
		階段	→	10-5-0 → 10-5-0	
	小計（FIM 13-91、BI 0-100）		→	→	
認知	コミュニケーション	理解	→		
		表出	→		
	社会認知	社会的交流	→		
		問題解決	→		
		記憶	→		
	小計（FIM 5-35）		→		
	合計（FIM 18-126）		→		

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報　□身長（＊1）：（　　）cm □体重：（　　）kg □BMI（＊1）：（　　）kg/m²
栄養補給方法（複数選択可）□経口：（□食事 □補助食品）□経管栄養 □静脈栄養：（□末梢 □中心）□胃ろう
嚥下調整食の必要性：（□無 □有：（学会分類コード　　））
栄養状態の評価：□問題なし □低栄養 □低栄養リスク □通栄養 □その他（　　）
【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
経口摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
＊1：身長測定が困難な場合は省略可　＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

□要介護状態区分等
　□申請中 □要支援状態区分（□1 □2）
　□要介護状態区分（□1 □2 □3 □4 □5）
□身体障害者手帳　種　級
□精神障害者保健福祉手帳　級
□療育手帳・愛護手帳　障害程度
□その他（難病等）

目標（3ヶ月）

目標（終了時）
□予定入院期間（　　）
□退院先（　　）
□長期的・継続的にケアが必要

治療方針（リハビリテーション実施方針）

治療内容（リハビリテーション実施内容）

リハ担当医　主治医
理学療法士　作業療法士
言語聴覚士　看護師
管理栄養士　社会福祉士

説明者署名

説明を受けた人：本人、家族（　）説明日：　年　月　日
署名

心身機能・構造

基本動作

栄養

※口腔機能に係る項目は含まれていない

社会保障サービスの申請状況

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（介護）

氏名：　　殿				入所（院）日　：　　年　月　日
				初回作成日：　　年　月　日
作成者：	リハ	栄養	口腔	作成（変更）日：　　年　月　日
利用者及び				説明日　年　月　日

リハビリテーション・個別機能訓練　**栄養**　**口腔**

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行*1・維持*2	口腔
解決すべき課題（ニーズ）		低栄養状態のリスク（□低　□中　□高）	□口腔衛生状態（□歯の汚れ、□義歯の汚れ、□舌苔、□口臭） □口腔機能の状態（□食べこぼし、□舌の動きが悪い、□むせ、□痰がらみ、□口腔乾燥） □歯の本数（　）本 □歯の問題（□う蝕、□歯の破折、□修復物脱離、□その他（　）） □義歯の問題（□不適合、□破損、□その他（　）） □歯周病　□口腔粘膜疾患（潰瘍等）
長期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		□歯科疾患（□予防、□重症化予防） □口腔衛生（□自立、□介護者の口腔清掃の技術向上、□専門職の定期的な口腔清掃等） □摂食・嚥下機能（□維持、□改善） □食形態（□維持、□改善） □栄養状態（□維持、□改善） □誤嚥性肺炎の予防 □その他（　）
短期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		
具体的なケア内容	担当職種：　、期間：　、 頻度：週　回、時間：　分／回	担当職種：　、期間：　、頻度：週　回	□口腔の清掃　□口腔の清掃に関する指導 □義歯の清掃　□義歯の清掃に関する指導 □摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □その他（　） □月4回程度　□月2回程度　□月1回程度　□その他（　）

算定加算等	
	□リハビリテーションマネジメント（介護老人保健施設）　□個別機能訓練加算
	□理学療法　□作業療法　□言語聴覚療法　□理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算（介護医療院）
	□栄養マネジメント強化加算　□経口移行加算*1　□経口維持加算*2（□Ⅰ　□Ⅱ）　□療養食加算
	□口腔衛生管理加算（Ⅰ）　□口腔衛生管理加算（Ⅱ）

令和３年度介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を提示

通所系サービス等における口腔・栄養スクリーニングの推進

意見交換　資料　４参考　１
Ｒ　５　．　３　．　１　５

○　介護保険における通所系サービス等において、口腔機能低下や低栄養のおそれがある利用者を早期に確認し、必要なサービスにつなげる観点から、介護職員等による口腔と栄養に関する一体的なスクリーニングを評価

<口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）>
20単位／回　※６月に１回



スクリーニング内容（主なチェック項目）

口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	
	入れ歯を使っている	
	むせやすい	
栄養	身長・体重	BMI 18.5未満
	１～６か月の体重減少	３%以上
	血清アルブミン値	3.5g/dl未満
	食事摂取量	75%未満

※把握できない項目は省略可

チェックした全員の情報を文書で提供



介護支援専門員



専門職への相談提言や
適切なサービスの選択

<対象サービス>
通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★
（★：介護予防についても同様の措置を講ずる場合）

論点②介護保険施設入所者等の口腔管理の充実

社会保障審議会 介護給付費分科会（第232回）	資料 5
令和５年11月27日	

論点②

■介護保険施設入所者において、一部の入所者は歯科専門職の介入が必要な状況であっても、介入されていない状況であった。
■入所者の全員に対して口腔のスクリーニングを実施していない施設は、老健では46.1％、介護医療院では41.8％であった。
■口腔のスクリーニングを実施していない理由は「口腔のスクリーニングの指標がない」等の理由が挙げられた 。
■限られた人材で入所者の口腔の状態を把握し、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

■介護保険施設等の入所者毎の口腔状態の確認の実施を運営基準の口腔衛生の管理に位置づけ、介護職員等においても実施可能な口腔のアセスメントの簡易指標を示してはどうか。
（※　特定施設及び認知症対応型共同生活介護（予防も含む）等においては口腔・栄養スクリーニング加算の要件とする。）

1. リハビリテーションについて

2. 栄養管理について

3. 口腔管理について

4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ３：要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

（１）急性期疾患に対応する医療機関等

○　要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。

○　地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。

○　医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

（２）高齢者の心身の特性に応じた対応

○　急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。

○　労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。

○　診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

（３）入退院支援

○　薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

（４）医療・介護の人材確保

○　急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

入院関連機能障害について

○　入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害（特に運動障害）は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30−40%に発生すると報告されている[1]。
○　入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子[2-5]
○　高齢であること（特に85歳以上）
○　入院前のADL低下
○　認知機能低下
○　歩行機能障害
○　栄養状態不良（低アルブミン血症）
○　悪性腫瘍の既往
○　脳卒中の既往　等

1. Ettinger WH. Can hospitalizatien－associated disability beprevented？」AMA. 2011;306:1800－1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645－52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC. Chren M－M, et al. A clinical index to strati fy hospitalized older adults according to risk fbr new－onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206－16.
4. Mahoney JE, Sager MA. Jalaluddin M. Use of an ambutation assistive device predicts functional decline
5. associated with hospitalization.』Gerontel Med Sci. 1999;54A:M83－8.
6. Lindenberger EC, Landcfeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ung. teadiness reperted by older hospitalized patients predicts functional decline. JArn Geriatr Soc. 2003;51:621－6.

高齢者の多疾患併存について

○　高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

○　東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
○　3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
○　頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
　・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
　・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
　・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%) 。
○　女性では以下の通り。
　・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
　・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
　・高血圧・脂質異常症・変形性関節症/脊椎障害(10.7%)。
○　多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. Prev Chronic Dis. 2019 Jan 31;16:E11.

安静臥床の弊害について

○　安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす全身への影響

1. 筋骨格系
- 1）筋量減少、筋力低下
- 2）骨密度減少
- 3）関節拘縮

2. 循環器系
- 1）循環血液量の低下
- 2）最大酸素摂取量低下
- 3）静脈血栓

3. 呼吸器系
- 1）肺活量低下
- 2）咳嗽力低下

4. 消化器系
- 1）便秘等

5. 泌尿器系
- 1）尿路結石等

6. 精神神経系
- 1）せん妄等

出典：佐藤和香　Jpn J Rehabil Med.2019: 56::842−847.

○　ギプス固定で１日で1-4%、３～５週間で約50%の筋力低下が生じる。
出典：Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○　疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。
出典：Puthucheary ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○　3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。
出典：長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

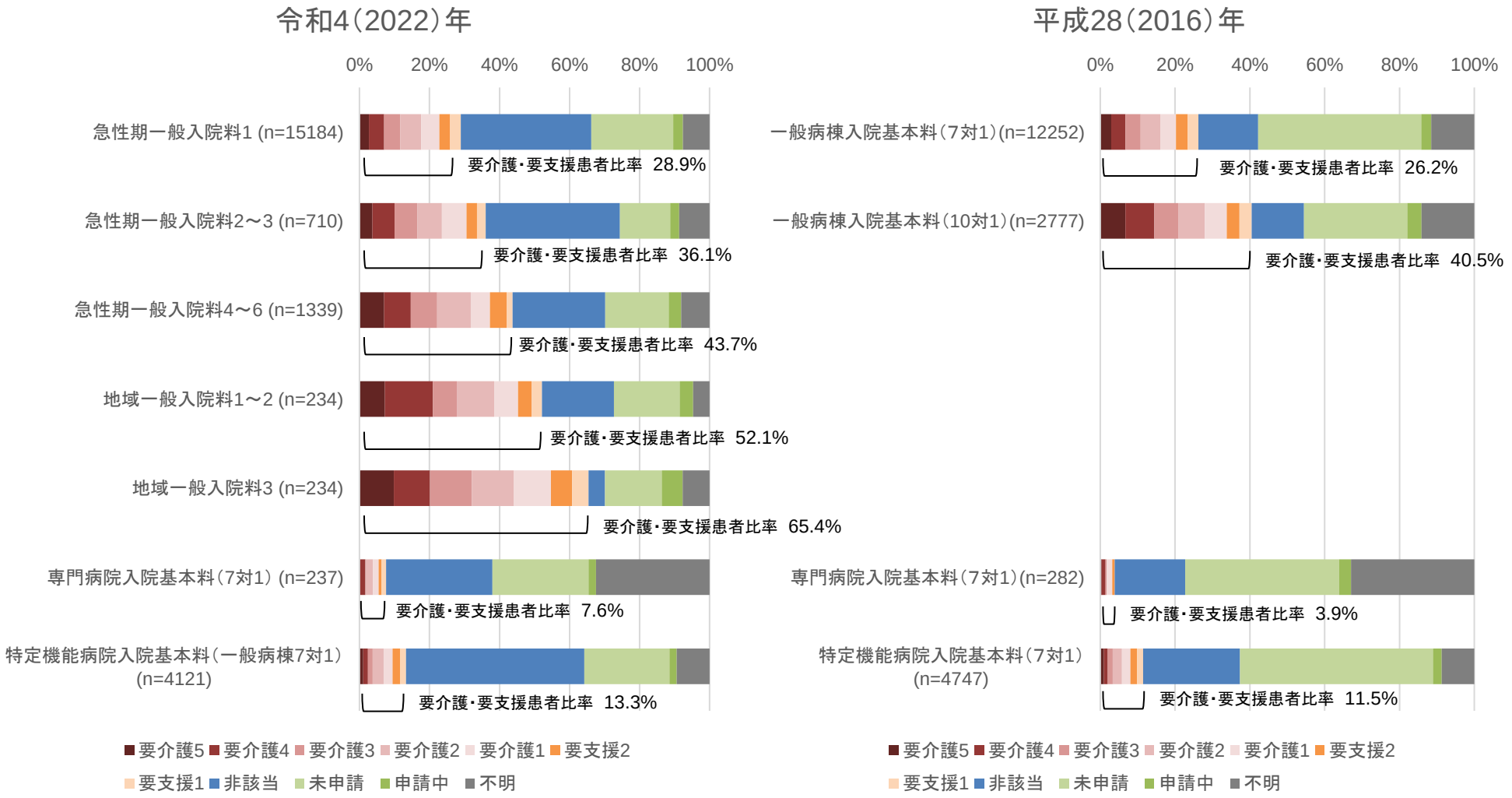
○　長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。
出典：佐々木信幸.Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○　高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。
出典：Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

入院料ごとの要介護度別の患者割合（対平成28年度）

診調組　入－３
５．９．６

○　平成28年度と令和４年度調査を比較すると、急性期一般入院料１（一般病棟入院基本料（７対１）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。



出典：平成28年度入院医療等の調査・令和４年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

➢　入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に**言語聴覚士を追加**する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

➢　早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。

［施設基準］
・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

改定後

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

［施設基準］
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　**当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**
※　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること**。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

➢　特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

・早期離床・リハビリテーション加算
　　500点（１日につき）（14日まで）
・早期栄養介入管理加算
　　400点（１日につき）（７日まで）

現行

特定集中治療室管理料1～4

改定後

特定集中治療室管理料１～４
救命救急入院料１～４
ハイケアユニット入院医療管理料１、２
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

早期離床・リハビリテーション加算の概要

【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

早期離床・リハビリテーション加算　　500点/日　※入室した日から起算して14日を限度

特定集中治療室等入室後早期から多職種による離床に向けた取組が行われた場合に加算する。

【算定要件（抜粋）】

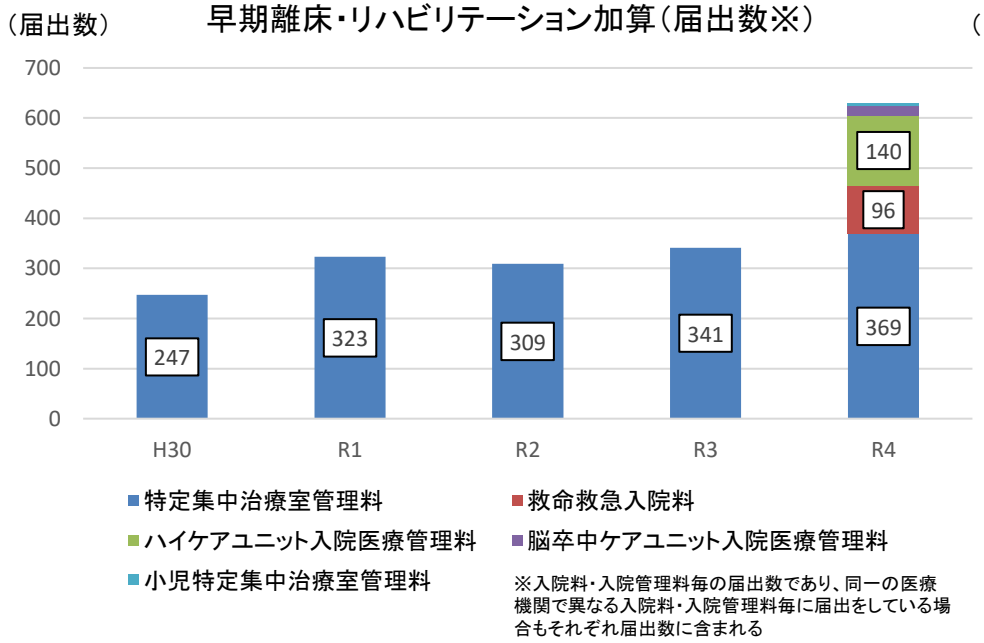
○　早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価

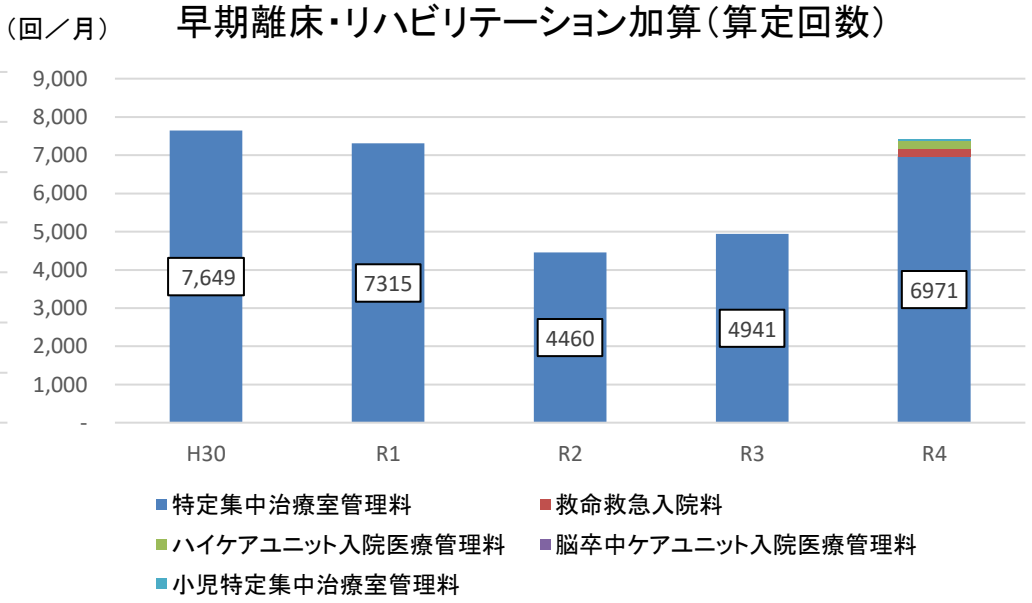
ア　早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ　当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ　早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

エ　アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。





出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

早期栄養介入管理加算の概要

【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

早期栄養介入管理加算　250点/日　※入室した日から起算して7日を限度

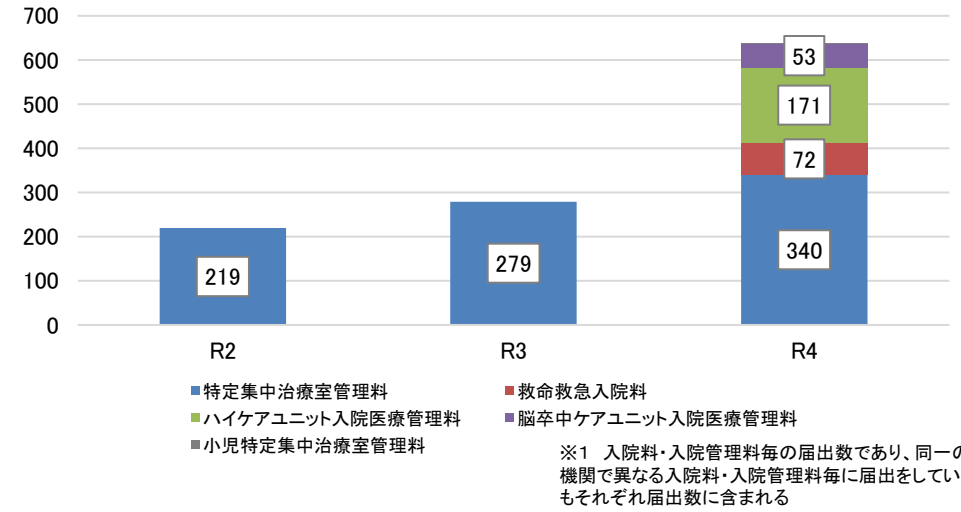
（早期から経腸栄養を開始した場合、当該開始日以降 400点/日）

特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

【算定要件（抜粋）】

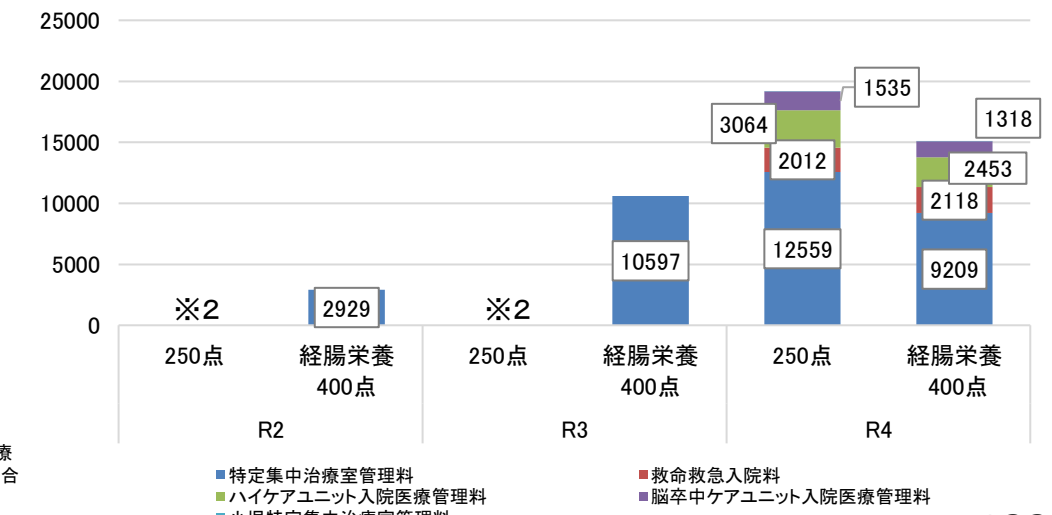
- 日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- 入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、ア及びイ（「入室後早期から経腸栄養を開始した場合」の所定点数を算定する場合にあっては、アからウまで）は入室後 48 時間以内に実施すること。
  ア）栄養アセスメント、イ）栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施、ウ）腸管機能評価を実施し、入室後 48 時間以内に経腸栄養等を開始、エ）経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施、オ）再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認、カ）アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること
- 上記項目を実施する場合、治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

（届出数）



※1　入院料・入院管理料毎の届出数であり、同一の医療機関で異なる入院料・入院管理料毎に届出をしている場合もそれぞれ届出数に含まれる

（回／月）



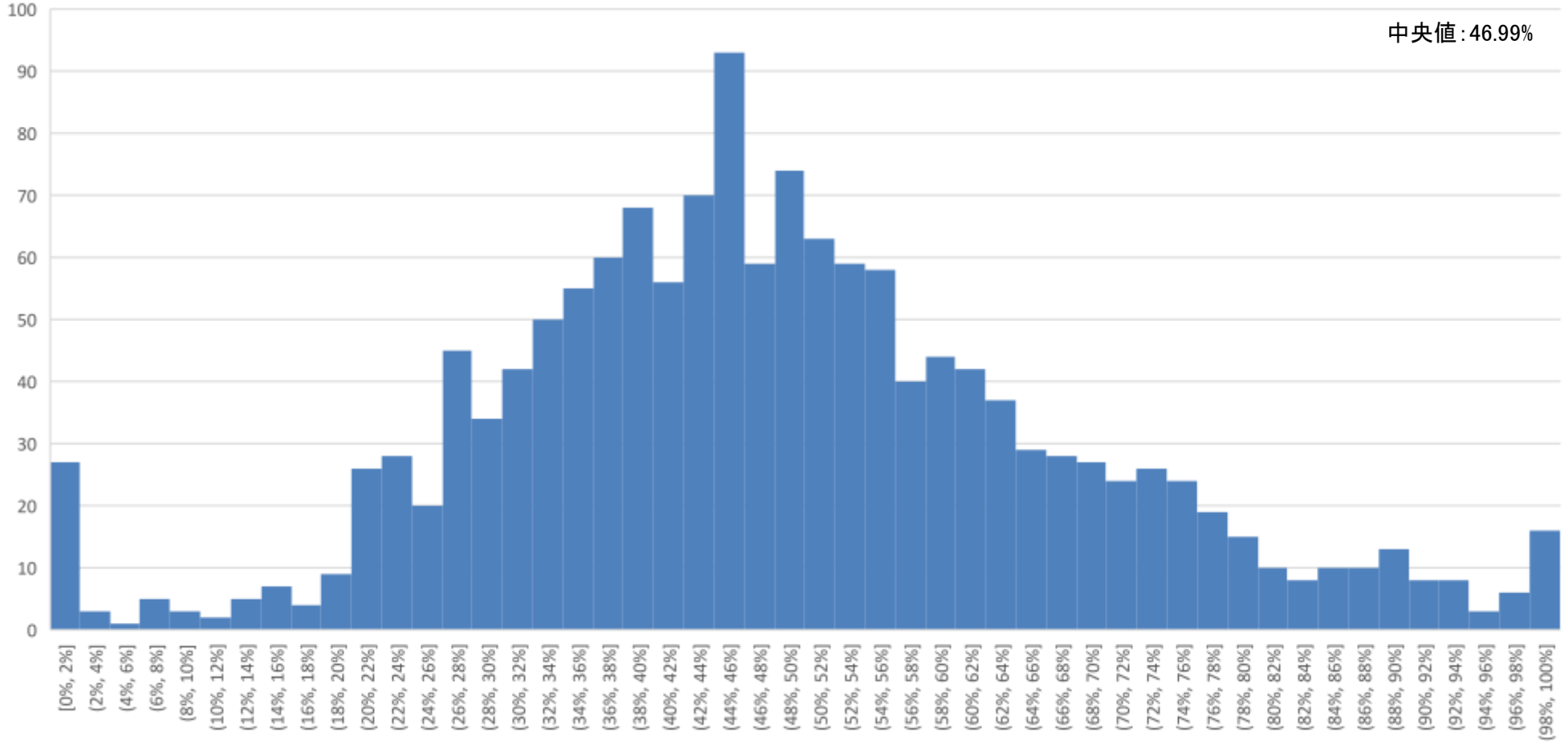
※2　R2、R3は、経腸栄養を開始した場合のみ評価

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

急性期一般入院料１におけるリハ実施率

○　急性期一般入院基本料１における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下の通り。

（医療機関数）



（リハ実施率）

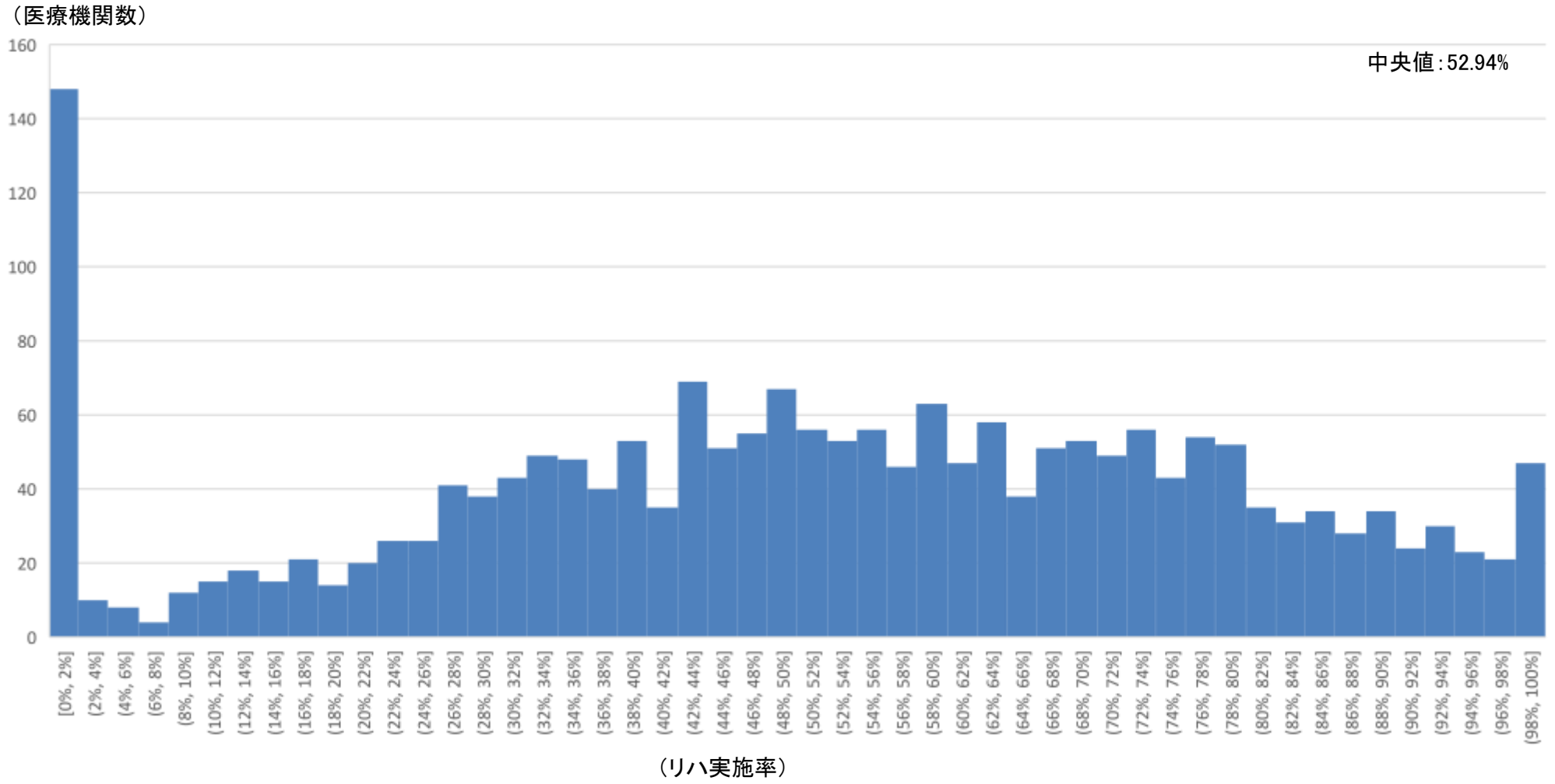
抽出条件：令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上の急性期一般入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

出典：DPCデータ

急性期一般入院料２～６におけるリハ実施率

診調組　入－３
５．９．６

○　急性期一般入院基本料２～６における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。



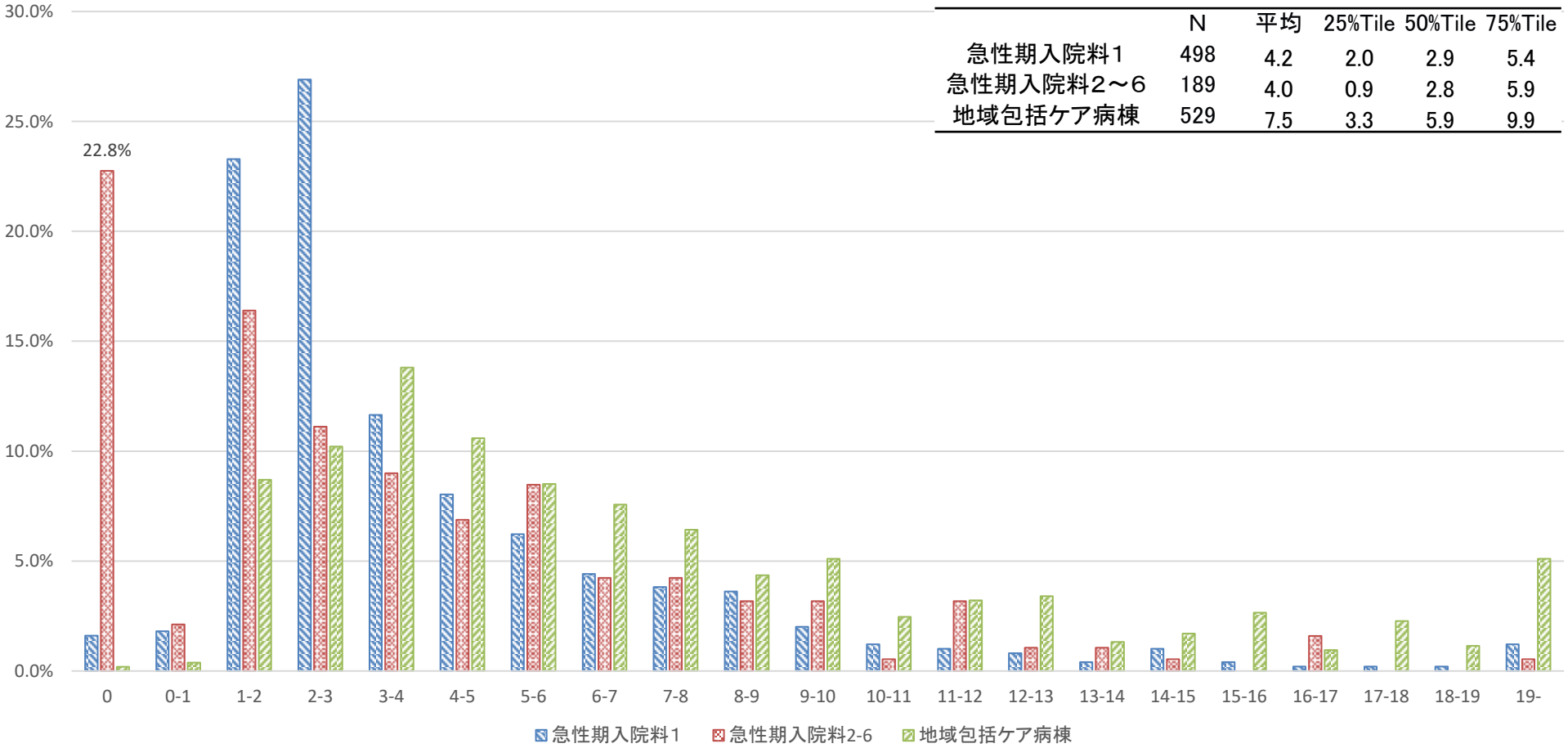
抽出条件：令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上の急性期一般入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

出典：DPCデータ

40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

○　急性期入院料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期入院料１を届け出ている医療機関の配置は40床あたり２～３人にピークがあった。急性期入院料２～６を届け出ている医療機関では０人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届けている医療機関の方が急性期入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。

○　届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。

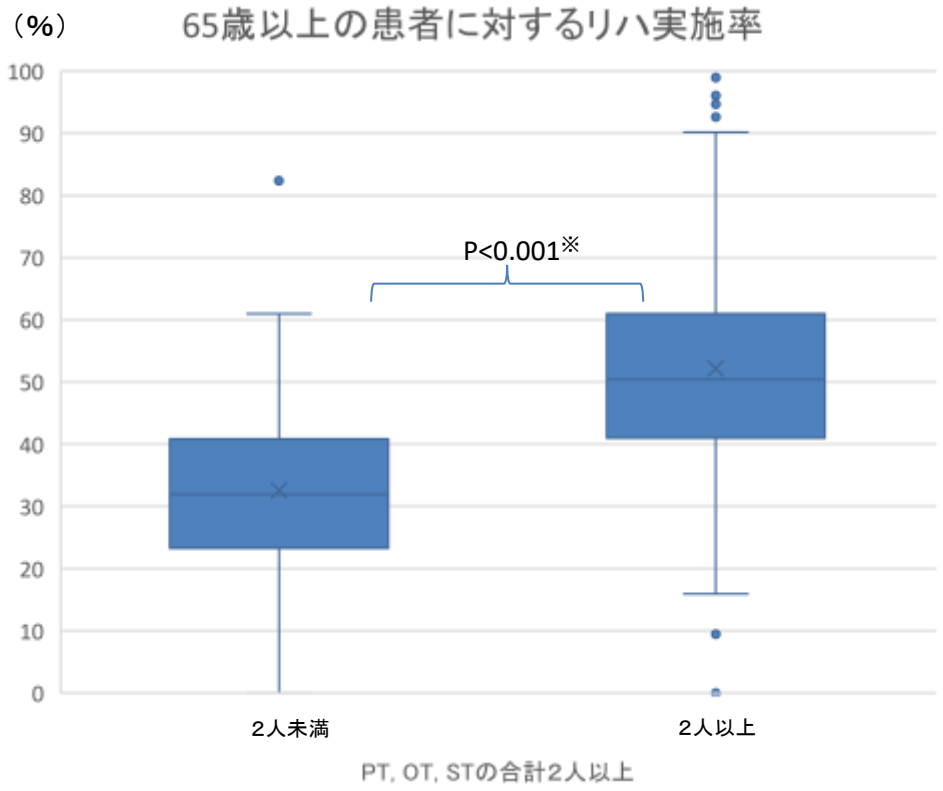


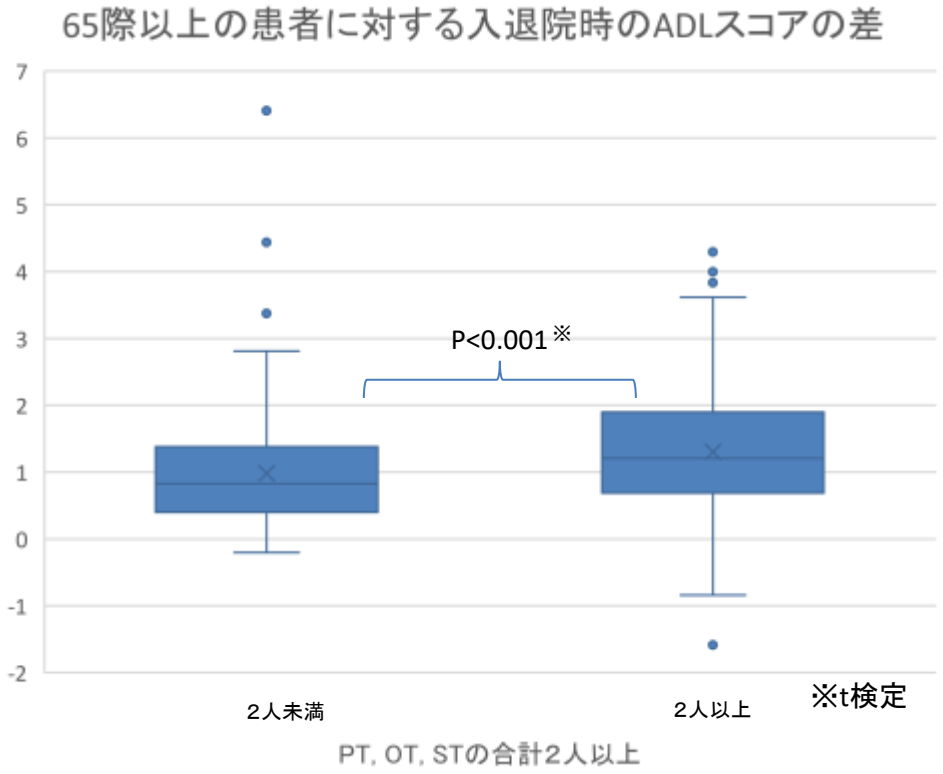
	N	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
急性期入院料１	498	4.2	2.0	2.9	5.4
急性期入院料２～６	189	4.0	0.9	2.8	5.9
地域包括ケア病棟	529	7.5	3.3	5.9	9.9

出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

リハビリテーション専門職の配置とＡＤＬ改善（急１）

○　急性期一般入院料１における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。





	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

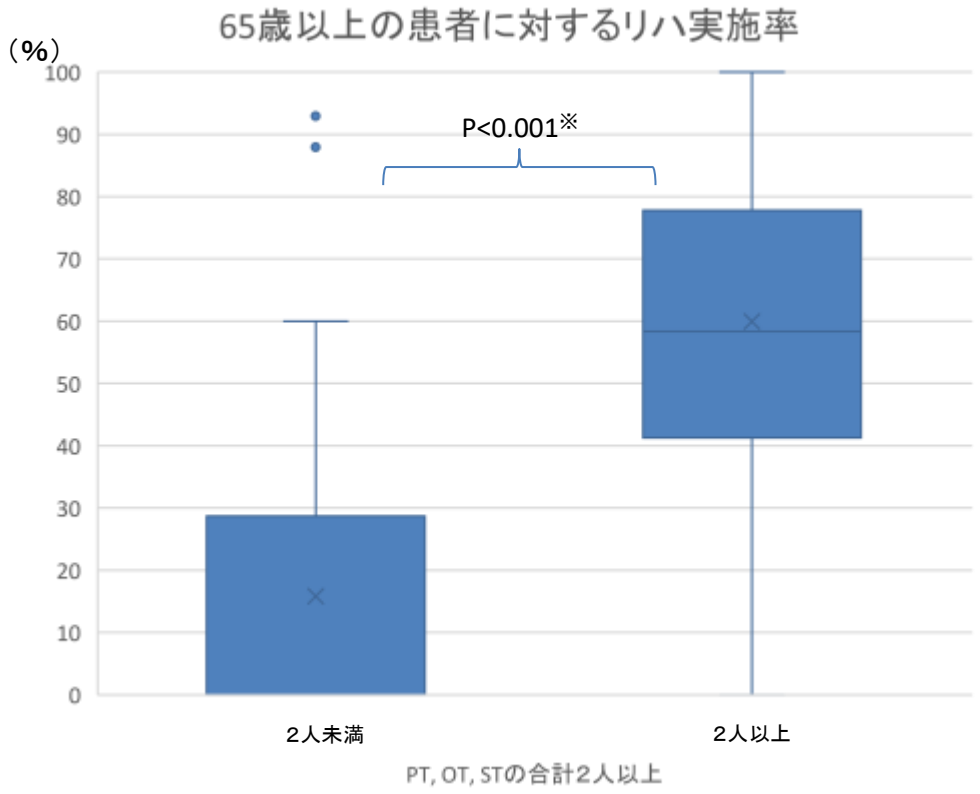
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

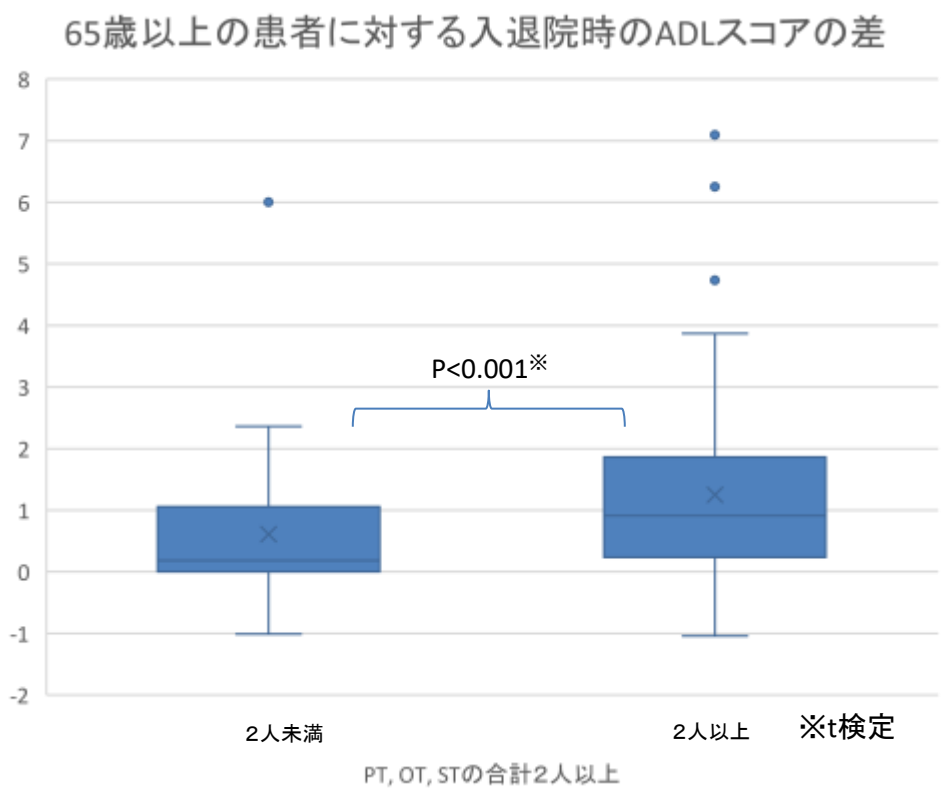
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

リハビリテーション専門職の配置とＡＤＬ改善（急２～６）

○　急性期一般入院料２～６における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。





	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	15.8%	23.1%
PT, OT, STの合計2人以上	115	59.9%	24.5%

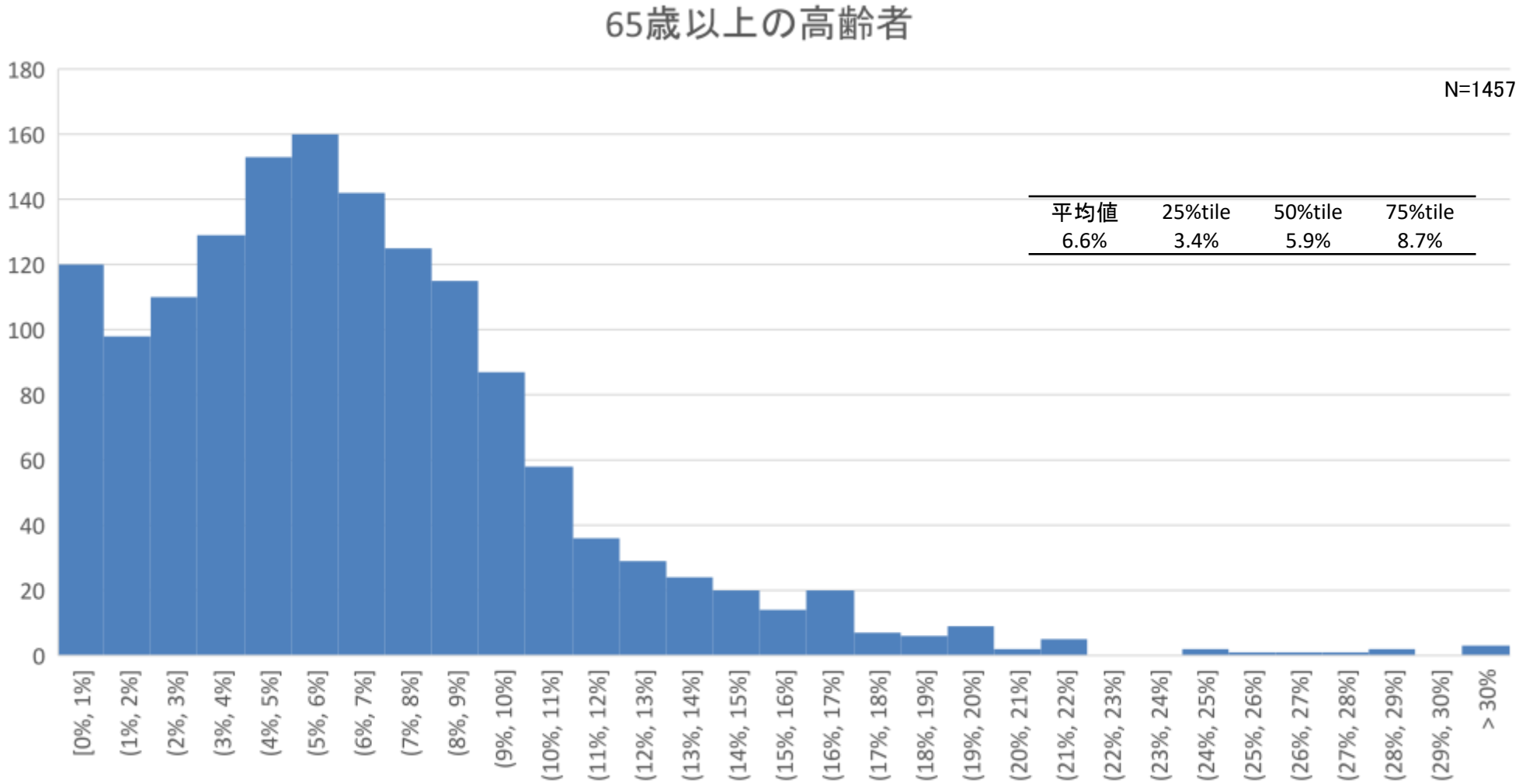
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

ADLが悪化した患者（65歳以上）割合分布（急１）

○　急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

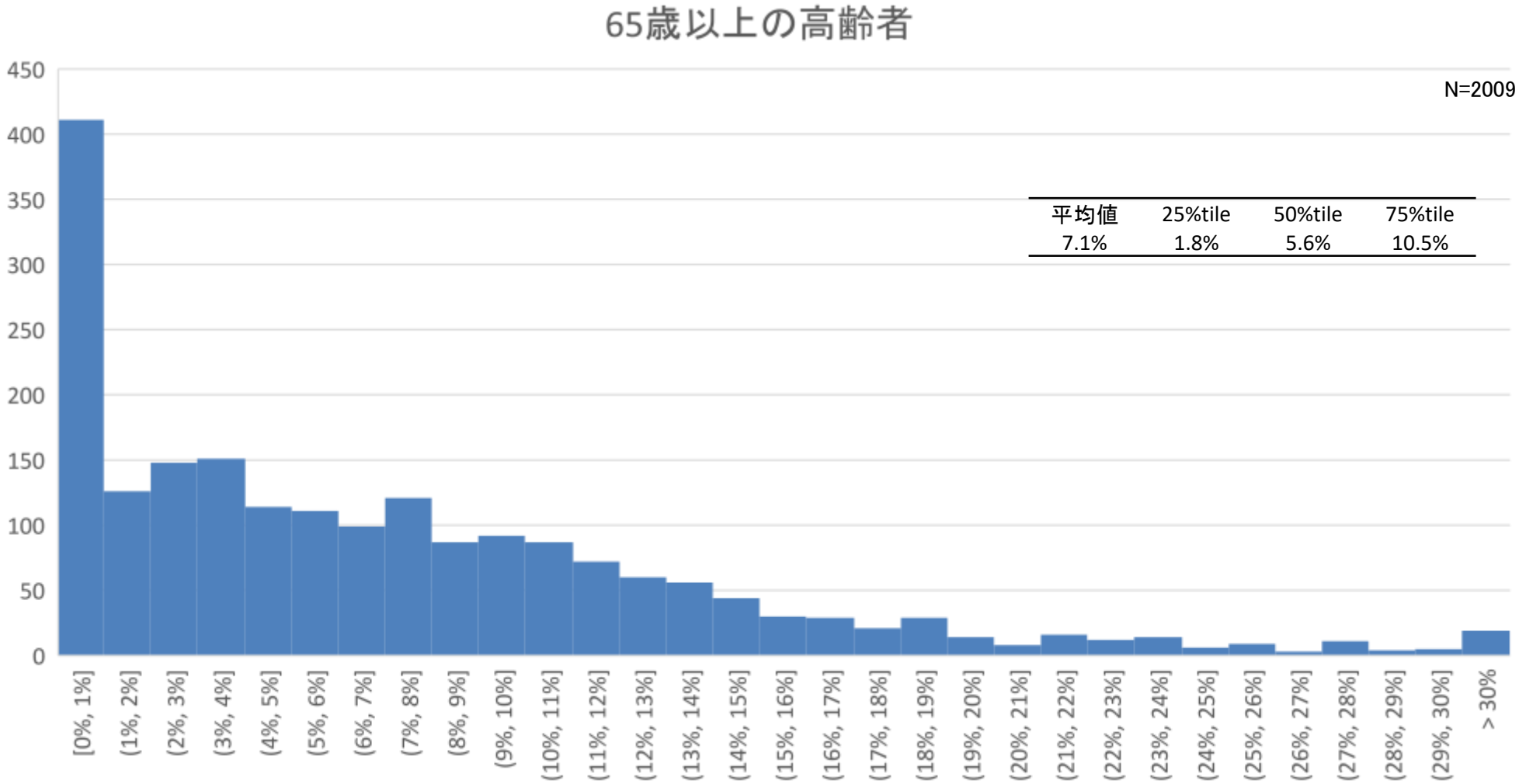


抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

ＡＤＬが悪化した患者（65歳以上）割合分布（急２～６）

○　急性期一般入院料2～6を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。



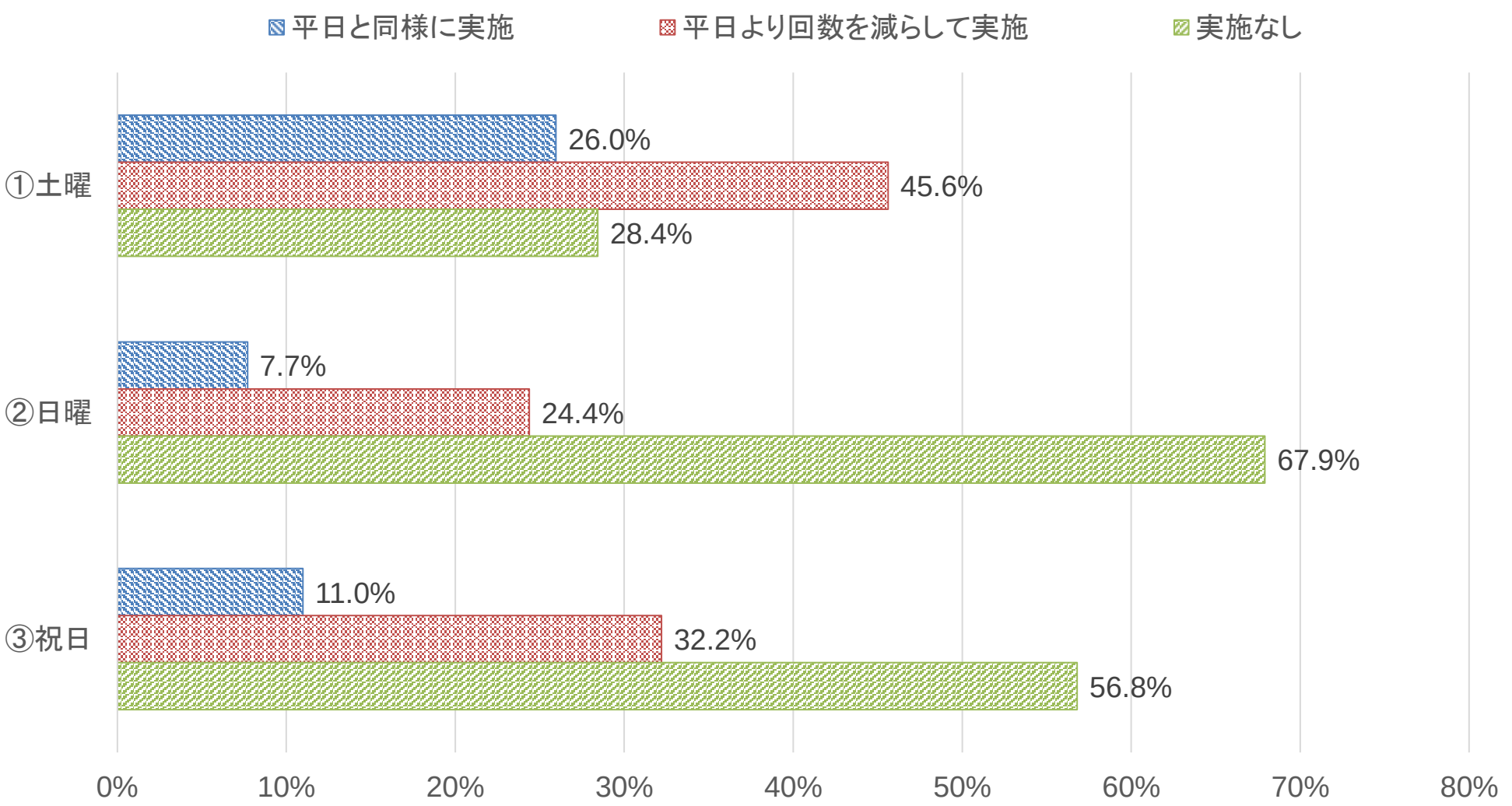
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

土日祝日のリハビリテーションの実施状況

診調組　入－3
５．９．６

○　土日祝日のリハビリテーションの実施状況は、以下のとおり。リハビリテーションを実施していない施設は、土曜日は28.4%、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。



出典：令和4年度入院医療等における実態調査（施設票）

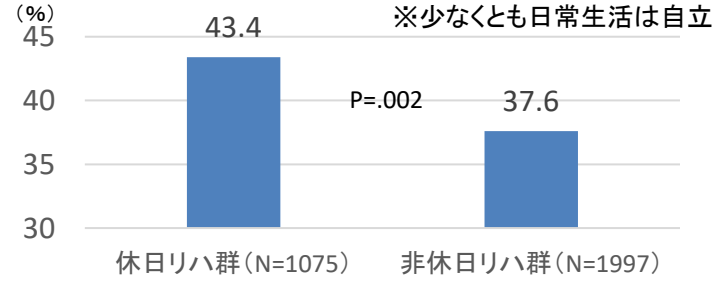
急性期における休日リハビリテーションについて

○ 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
○ 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

○ 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

出典：Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.

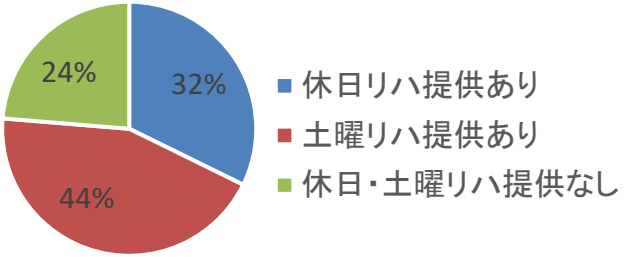
退院時Modified Rankin Scale 0-2（※）の割合



○ 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜はリハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

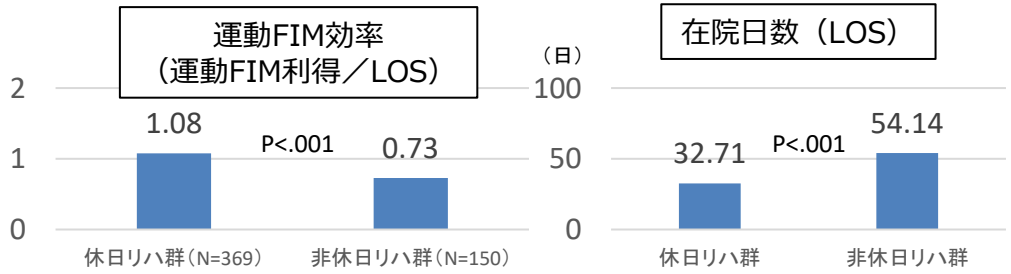
出典：角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター959施設に対するアンケート調査結果（有効回答数595施設）。



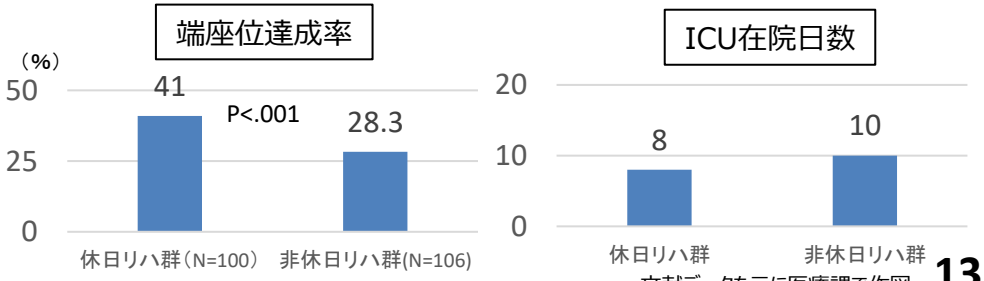
○ 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典：Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



○ ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典：森田ら.日集中医誌.2020;27:395-402.



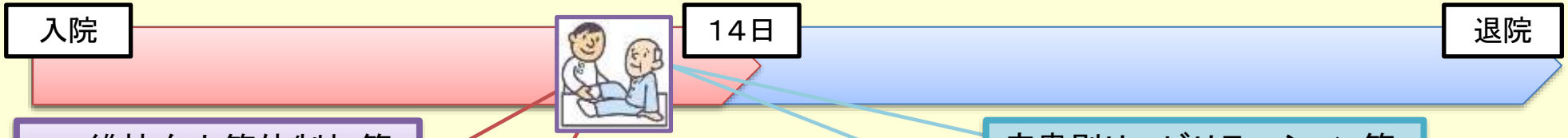
文献データを元に医療課で作図

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価①

➢ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）または専門病院入院基本料の 7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

（新） ADL維持向上等体制加算 25点 （患者1人1日につき）



ADL維持向上等体制加算

患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

目的

入院患者のADLの維持、向上等

取組内容

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

疾患別リハビリテーション等

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者であっても、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、摂食機能療法、視能訓練、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

ADL維持向上等体制加算の概要

A100　一般病棟入院基本料
注12　ADL維持向上等体制加算　　80点（１日につき）

※　一般病棟入院基本料のほか、特定機能病院入院基本料（一般病棟）または専門病院入院基本料の 7対１病棟、10対１病棟で算定可能

【算定要件（抜粋）】

○　急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病院において以下の取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は選任を含む常勤PT、OT又はSTをあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤PT等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

【施設基準（抜粋）】

○　当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが2名以上配置。又は当該病棟に専従常勤のPT,OT若しくはSTが１名以上配置され、かつ、当該病棟に専任常勤のPT,OT若しくはSTが１名以上配置。

○　当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が１名以上勤務していること。

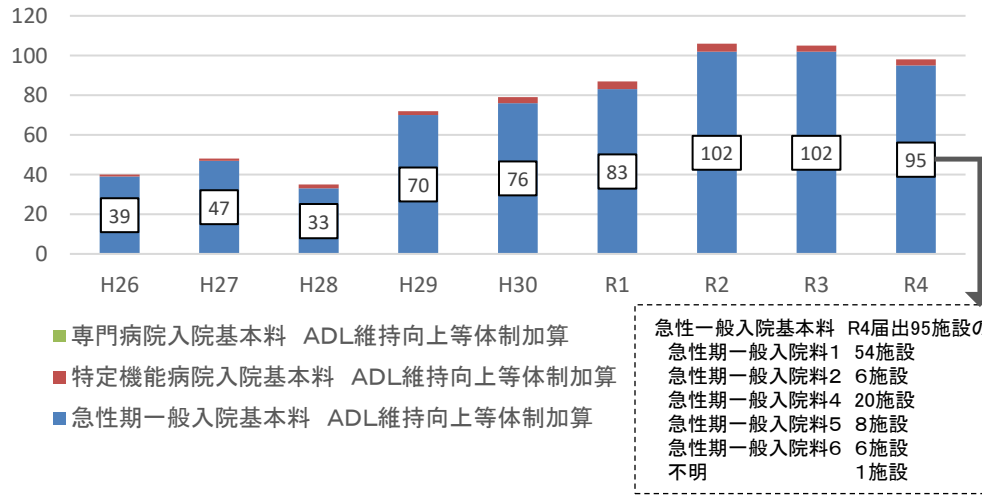
ア　リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ　適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

○　当該病棟の直近１年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

○　アウトカム評価としてBarthel Indexで評価されたADLが入院時として比較して低下した患者の割合が3%未満であること等。

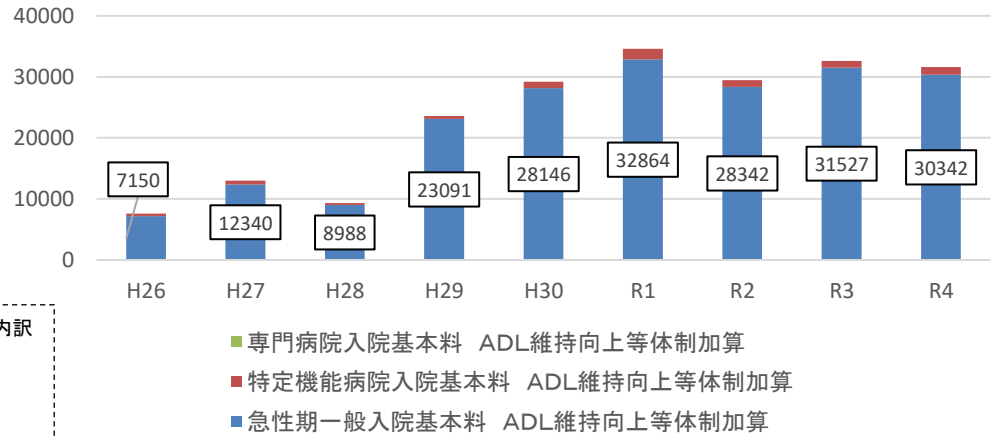
（施設）　ADL維持向上等体制加算（届出医療機関数）



急性一般入院基本料　R4届出95施設の内訳

急性期一般入院料1	54施設
急性期一般入院料2	6施設
急性期一般入院料4	20施設
急性期一般入院料5	8施設
急性期一般入院料6	6施設
不明	1施設

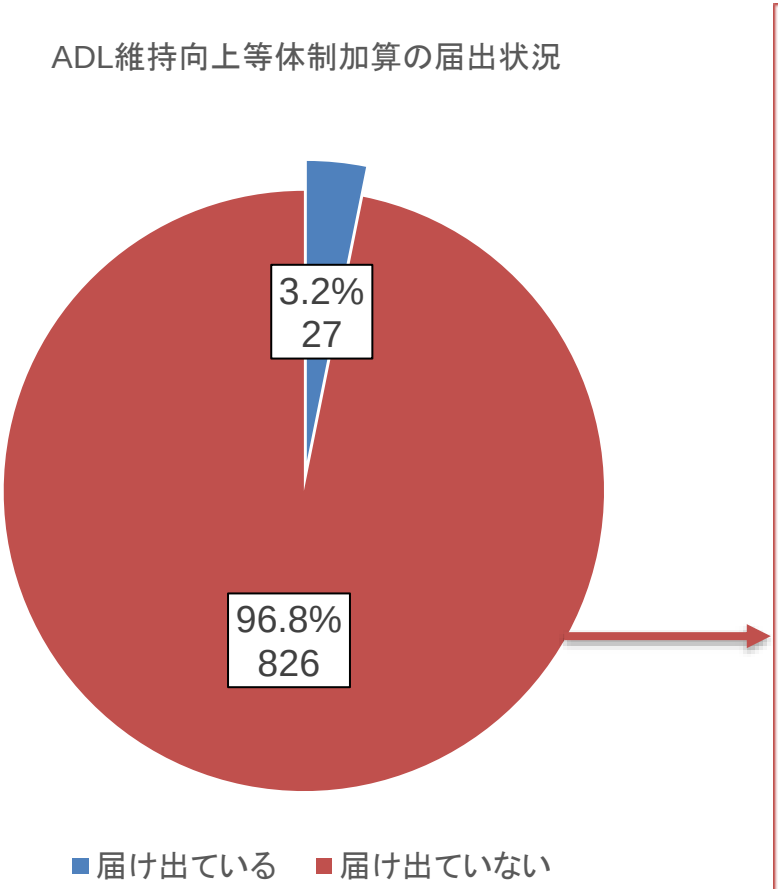
（回）　ADL維持向上等体制加算（算定回数）

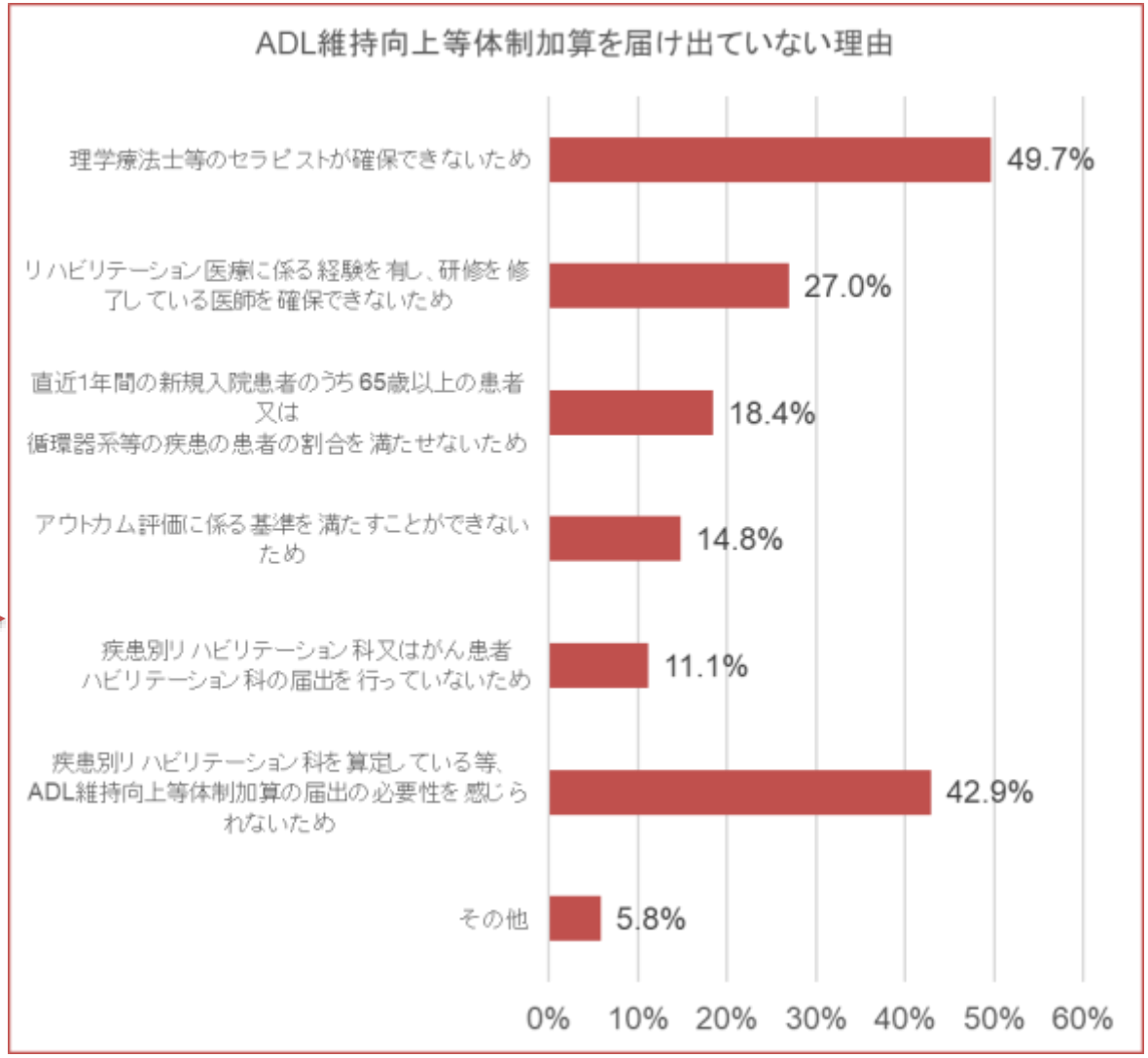


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）、保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

ADL維持向上等体制加算の届出状況

○　ADL維持向上等体制加算を届け出ている施設は3.2%（27施設）であった。
○　同加算を届け出ていない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。





出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算　　270点（入院初日及び退院時）

［対象患者］
特定機能病院入院基本料を算定している患者

［算定要件］
（１）特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

ア　**入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。

イ　当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。

ウ　**医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

（２）別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時１回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

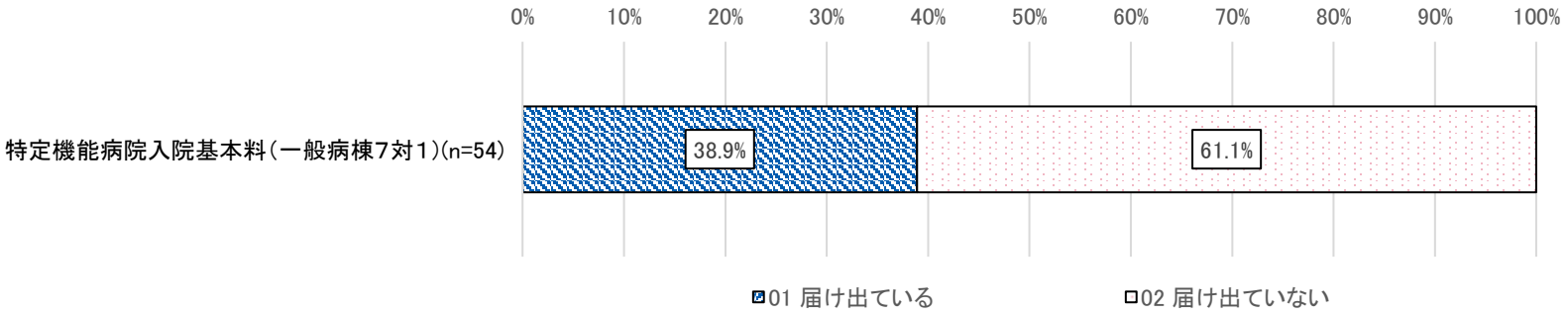
［施設基準］
（１）当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
（２）**入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
（３）栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

入院栄養管理体制加算の届出状況・届出をしていない理由

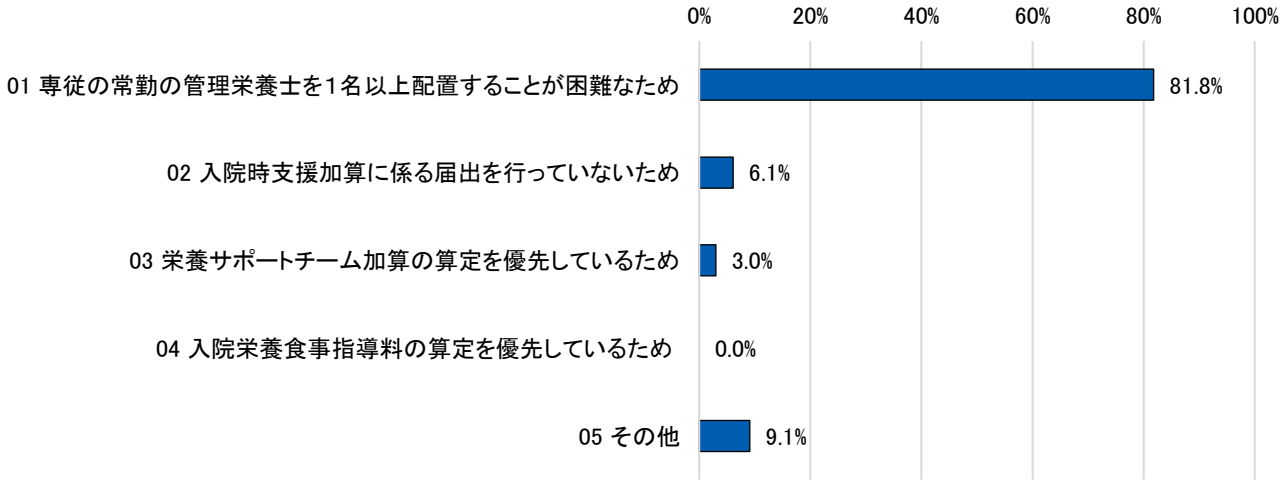
診調組　入－1
５．９．６

○　入院栄養管理体制加算の届出割合は、38.9%。
○　届出をしていない理由は、「専従の常勤の管理栄養士を１名以上配置することが困難なため」が最も多かった。
○　届出をしていない特定機能病院の約3割は、「届出の意向があり、今後届出をする予定」と回答。

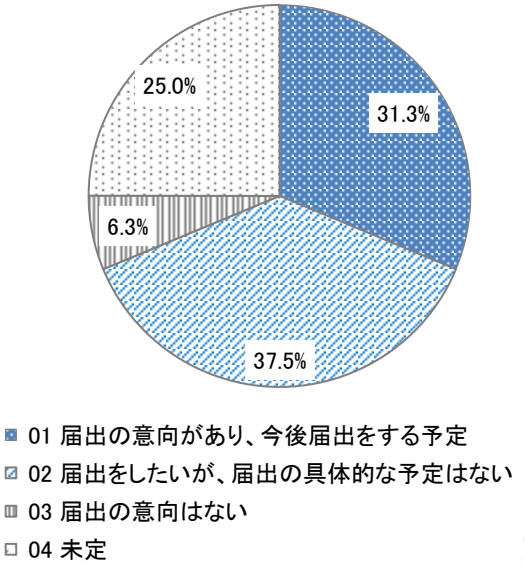
■　届出状況（特定機能病院入院基本料）



■　届出をしていない理由（特定機能病院入院基本料）（n=33）



■　今後の意向（特定機能病院入院基本料）（n=32）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

診調組　入－3
5．9．6

○　急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

【対象・方法】

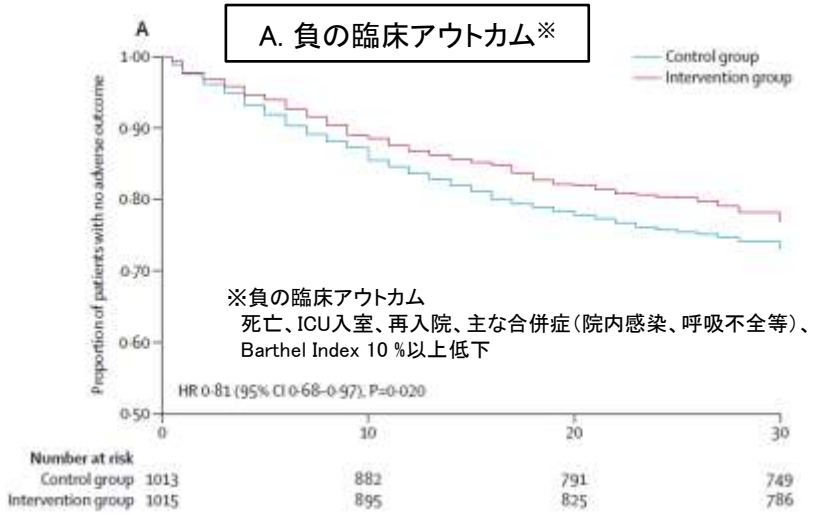
対象：入院時の栄養スクリーニング（NRS2002)で低栄養リスクがあり、４日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法：8つの急性期病院において、介入群（目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施）と対照群（通常の病院給食）を比較（RCT）

個別的な栄養管理

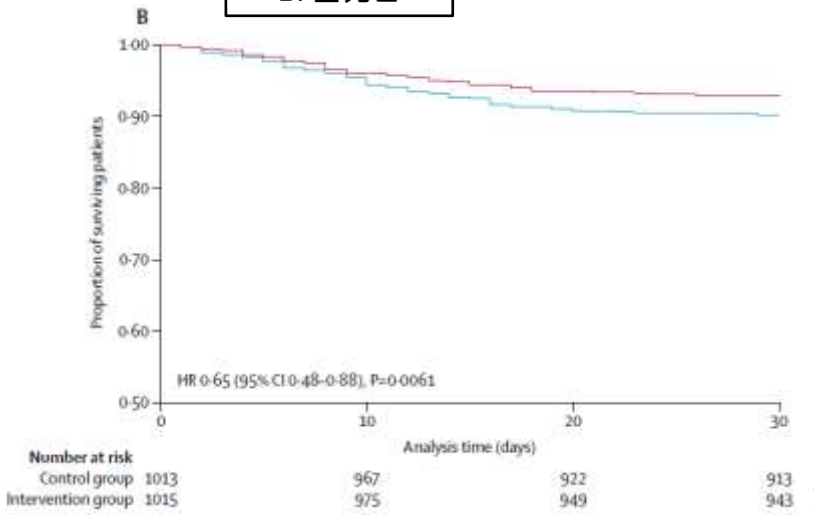
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標（たんぱく質・エネルギー等）を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養（患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供）と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24～48時間ごとに再評価
  - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施

A. 負の臨床アウトカム※



※負の臨床アウトカム
死亡、ICU入室、再入院、主な合併症（院内感染、呼吸不全等）、Barthel Index 10 %以上低下

B. 全死亡

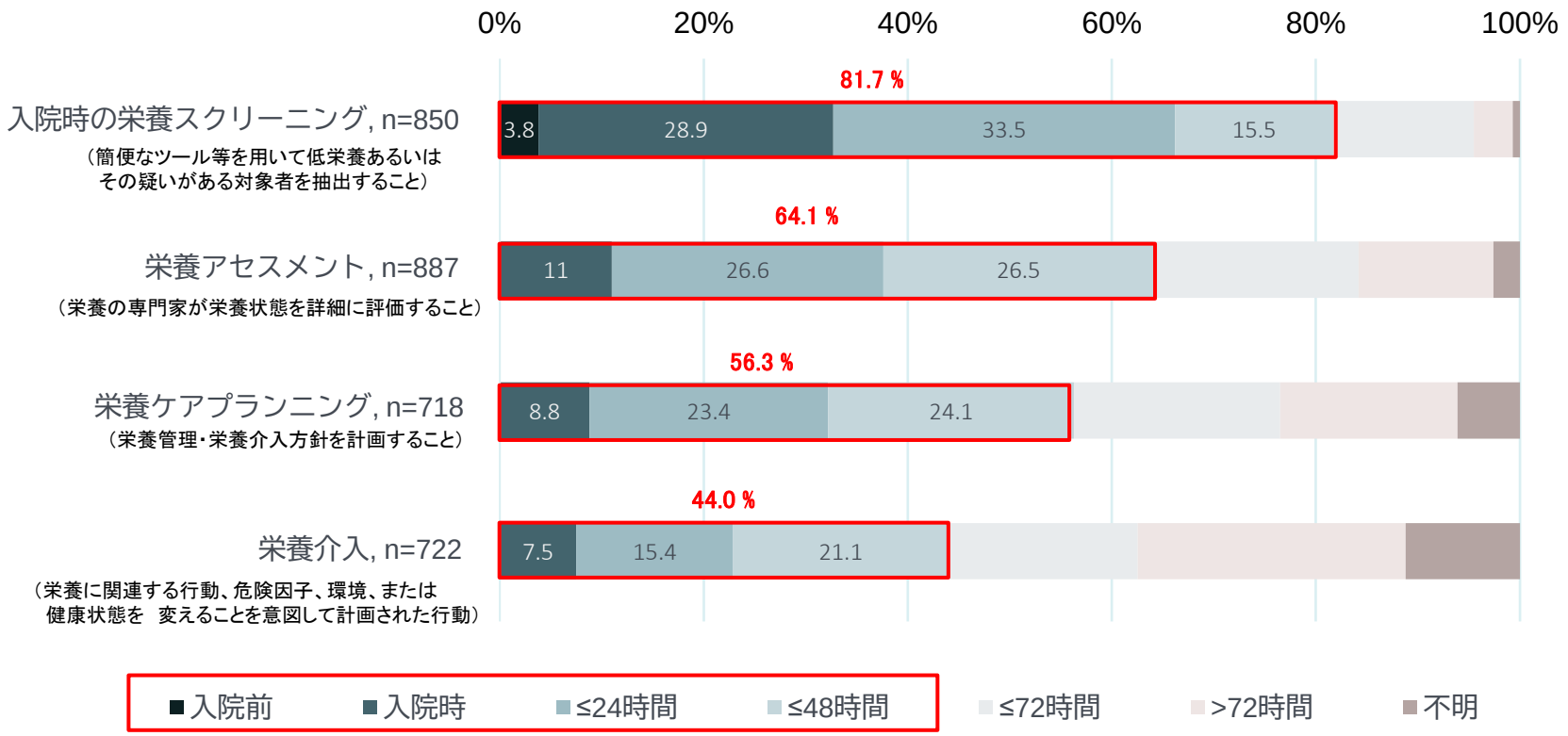


出典：Schuetz P, et al :Lancet 393 : 2312—2321, 2019.

入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施時期

○ 入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施時期について、最も多いタイミングとして、入院後48時間以内と回答した割合は、栄養スクリーニングが約8割、栄養アセスメントと栄養ケアプランニングが約6割、栄養介入が約4割だった。

■ 入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施時期　※最も多いタイミングを回答



出典：前田ら，急性期病院の管理栄養士を対象とした入院患者の栄養管理に関するアンケート調査，日本栄養・嚥下理学療法学会シンポジウム資料（2023年9月）

管理栄養士の病棟配置による効果

○　管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

■　病棟配置有無別の管理栄養士介入状況

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
管理栄養士訪問までの日数	（日）	1.0（1.0 - 1.5）	5.0 （2.0 - 9.8）	<0.001
食事箋の変更回数	（回）	4.0（1.0 – 7.8）	5.0（2.0 - 8.0）	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	（回）	1.0（1.0 – 2,0）	1.0（1.0 - 1.5）	0.526

Mann–Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■　病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
体重減少量	（kg）	1.1（0.5 - 2.8）	3.5（1.0 - 4.8）	0.002
体重減少率	（%）	3.1（1.1 - 4.0）	5.9（2.2 - 7.6）	0.002

Mann–Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出
（体重記録なし、BMI25以上等を除外）
調査項目：診療録調査（入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等）、栄養科アンケート調査（常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等）

出典：本川 他, 日本臨床栄養学会雑誌44(2)：85–89, 2022(2023)

管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

○　施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料１以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

		急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2～3 (n=72)	急性期一般入院料4～6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1～2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4 (n=9)
配置あり	専従	2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任	24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし		70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

*病床単位で届け出ている場合を除く

		回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5～6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院基本料_経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料 2～4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従	18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任	67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし		12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答		1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施内容

診調組　入－１
５．９．６

○　病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。
○　一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。

区分A（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料等）	配置あり (n=720)	専従 (n=91)	専任 (n=629)
入院栄養食事指導	89.3%	90.1%	89.2%
栄養情報提供書の作成	57.4%	54.9%	57.7%
栄養状態の評価	95.8%	94.5%	96.0%
栄養管理計画の作成、再評価	96.5%	95.6%	96.7%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	94.0%	89.0%	94.8%
ミールラウンド	71.8%	64.8%	72.8%
食事形態の確認、調整	95.8%	94.5%	96.0%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.5%	93.4%	93.5%
栄養補助食品の紹介・提案	93.5%	87.9%	94.3%
医師への栄養メニュー提案	85.3%	69.2%	87.6%
その他	20.0%	15.4%	20.7%

区分B（地域包括ケア病棟入院料、回復期リハ病棟入院料等）	配置あり (n=378)	専従 (n=93)	専任 (n=285)
入院栄養食事指導	84.7%	80.6%	86.0%
栄養情報提供書の作成	61.1%	54.8%	63.2%
栄養状態の評価	95.8%	88.2%	98.2%
栄養管理計画の作成、再評価	96.0%	88.2%	98.6%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	95.5%	90.3%	97.2%
ミールラウンド	82.5%	73.1%	85.6%
食事形態の確認、調整	96.6%	91.4%	98.2%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.9%	84.9%	96.8%
栄養補助食品の紹介・提案	95.0%	90.3%	96.5%
医師への栄養メニュー提案	83.3%	76.3%	85.6%
その他	18.8%	7.5%	22.5%

区分C（療養病棟入院基本料等）	配置あり (n=160)	専従 (n=66)	専任 (n=94)
入院栄養食事指導	55.0%	45.5%	61.7%
栄養情報提供書の作成	35.6%	24.2%	43.6%
栄養状態の評価	92.5%	92.4%	92.6%
栄養管理計画の作成、再評価	94.4%	98.5%	91.5%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	85.0%	78.8%	89.4%
ミールラウンド	65.0%	57.6%	70.2%
食事形態の確認、調整	91.3%	90.9%	91.5%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	83.1%	81.8%	84.0%
栄養補助食品の紹介・提案	78.1%	71.2%	83.0%
医師への栄養メニュー提案	60.0%	53.0%	64.9%
その他	4.4%	1.5%	6.4%

区分D（障害者施設等入院基本料等）	配置あり (n=53)	専従 (n=18)	専任 (n=35)
入院栄養食事指導	43.4%	27.8%	51.4%
栄養情報提供書の作成	26.4%	11.1%	34.3%
栄養状態の評価	96.2%	94.4%	97.1%
栄養管理計画の作成、再評価	94.3%	94.4%	94.3%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	83.0%	77.8%	85.7%
ミールラウンド	58.5%	61.1%	57.1%
食事形態の確認、調整	94.3%	88.9%	97.1%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	79.2%	83.3%	77.1%
栄養補助食品の紹介・提案	75.5%	77.8%	74.3%
医師への栄養メニュー提案	66.0%	66.7%	65.7%
その他	11.3%	5.6%	14.3%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

○　入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%
出典：Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

○　禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される
出典：Geriar. Med. 55(11):1239-1241,2017

○　誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた
出典：Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

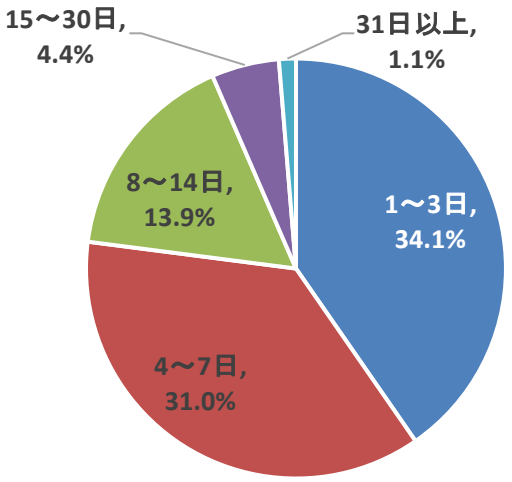


図　禁食から食事が開始された時期
（n = 72,315）

○　経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない
出典：Geriatr Gerontol Int. 2016［PMID：25953259］

○　誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入（口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等）を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された
出典：日摂食嚥下リハ会誌　24(1):14-25, 2020

病棟における多職種連携の取組状況

○　病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
○　栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■　各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院料１　n=3,030）

		実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01	NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02	01以外の病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む）	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03	褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04	栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05	ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06	認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07	口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08	摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09	栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10	離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11	口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12	ミールラウンド（食事の観察）	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13	食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14	経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15	退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16	退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）【速報値】

課題①

（リハビリテーションについて）

（疾患別リハビリテーション料について）

- 急性期における早期リハの有効性がガイドラインやエビデンスとして示されている。急性期病棟における疾患別リハ料ごとの実施されている提供訓練内容について、脳血管疾患等リハ料においては、他の疾患別リハ料より高次脳機能障害や言語聴覚療法に係る内容が多かった。
- ADLが低いほど、また認知症が重症であるほど、また特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目に該当する場合、疾患別リハを実施する際の複数人による訓練提供及び訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあった。急性期病棟における新型コロナウイルス感染症患者に対するリハビリテーションを実施する際に、感染防護具は約8割の症例において必要であった。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハの効果は職種ごとに異なるが、NDB/DPCにおいては提供する職種の情報がなく、各専門職のリハの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。

（医療・介護・障害福祉サービスの連携について）

- 介護保険のリハ実施者が疾患別リハのリハ実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。平成30年度同時改定においては、リハ実施計画書について医療・介護共通様式が策定されるとともに、この様式を医療機関から介護保険事業所へ提供する際の評価としてリハ計画提供料1が創設されたが、この算定回数は1,100回／月と乏しい。
- 退院時共同指導料2において、老健・介護医療院の訪問・通所リハ事業所の医師・理学療法士などは共同指導への参加が求められる退院後の医療機関の職種として位置づけられていない。
- 医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを開始した利用者のうち、リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加した割合は、訪問リハビリテーションで21.1%、通所リハビリテーションで14.8%だった。
- 障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）の事業所数が増えていないが、支援に必要な人員体制が十分に確保できないことが課題として挙げられている。障害福祉サービス等報酬改定検討チーム及び介護給付費分科会においては、医療保険のリハを提供する病院及び診療所並びに介護保険の通所リハ事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を可能とすることが検討されている。

（がん患者に対するリハビリテーションについて）

- 術前から運動療法、食事療法、生活指導、術前教育などを組み合わせたプレハビリテーションは術後合併症を予防することが示されている。呼吸器リハ料の対象として、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸訓練を要する患者とされている。大腸結腸癌、卵巣がん、膵癌に対する術前リハにより、術後合併症が減少すること、在院日数が短縮すること、ADL悪化が予防されることのエビデンスがある。

課題②

（栄養管理について）

- 診療報酬における栄養管理に関する評価は、栄養食事指導に加えて、チーム医療における管理栄養士の役割やICU等での高度な栄養管理が評価されるようになり、昨今の改定で充実してきている。
- 低栄養や経管栄養・嚥下調整食が必要な入院患者は一定数おり、入院基本料等の算定に当たっては、栄養管理体制の基準の遵守を求めている。
- 栄養管理体制の基準で示すような入院時のスクリーニングや定期的な評価を含む個別的な栄養管理により、全死亡率等が低下したという報告がある。一方で、全患者に栄養スクリーニングを実施している病院は約8割。
- 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータで把握できる項目や時点は限られている。
- 入院栄養食事指導料について、栄養食事指導に加えて、入院中の栄養管理に関する情報を他の医療機関や介護保険施設等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合、栄養情報提供加算として評価されているが、算定件数は少ない。
- 医療機関と介護保険施設との栄養情報連携が重要となる低栄養や摂食・嚥下機能障害などの高齢入院患者は、一定数存在する。
- 介護保険施設の管理栄養士が栄養情報連携を行っている事業所等について、該当なし（連携先なし）が最も多かった。

（口腔管理について）

- 診療報酬における口腔管理に関する評価としては、歯科疾患の継続的な管理や口腔機能の管理、周術期等の口腔機能の管理の評価がなされている。
- 回復期リハ病棟の入院患者の約8割に、口腔機能障害が認められる。入院患者の口腔の問題は、ADL、認知レベル、栄養状態と関連するとともに、歯科衛生士による口腔の管理実施群は、非実施群と比較し退院時のADLが改善していた。
- 回復期リハ入院料1病棟における多職種連携の状況について、「口腔管理に関する計画の作成」は58.6%であった。歯科標榜の有無別の多職種連携の取組状況は、歯科標榜のある病院の回復期リハ病棟で70.4%、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟で54.4%にとどまる。院外の歯科医師・歯科衛生士の連携の有無をみると、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟では約半数近くが連携ありだった。
- かかりつけ医歯科医師及び歯科医師と医科歯科連携のためのシステムを構築している回復期リハ病棟の事例がある。
- リハ実施計画書において、口腔に関する項目は位置づけられていない。

課題③

（急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔）

- 平成28年度と令和4年度調査を比較すると、急性期一般入院料1（一般病棟入院基本料（7対1）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。
- 急性期一般入院料1及び2～6における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布にはばらつきがあり、特に急性期一般入院料1と比べ、急性期一般入院料2～6でのばらつきが大きかった。
- 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、リハ専門職の人数の分布について、届け出ている入院料それぞれにおいて、リハ専門職の配置はばらつきが大きかった。
- 急性期一般入院料1及び2～6における、65歳以上の患者について、リハ専門職の40床以上2名以上の方が、有意にリハ実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。
- 急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の平均値は6.6%であった。急性一般入院料2～6においてはこの平均値は7.1%であった。
- 土日祝日にリハを実施していない施設は、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。急性期における休日リハの有効性がエビデンスとして示されている。
- ADL維持向上等体制加算の届出施設数は令和4年度で98施設であった。同加算を届け出ていない理由として、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハ料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。
- 急性期病院において入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理により全死亡率等が低下したという報告があるが、入院後48時間以内に実施することが最も多いと回答した割合は、栄養スクリーニングが約8割、栄養介入が約4割。
- 管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、体重減少量等が抑制されていたが、管理栄養士の病棟配置割合は低い。
- 病棟配置の管理栄養士による栄養管理としては、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。
- 誤嚥性肺炎患者に対し、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、できるだけ早期に経口摂取を開始することが重要であることがエビデンスとして示されている。
- 病棟における多職種連携の取組の実施割合について、栄養、離床・リハ、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

リハビリテーション・栄養・口腔についての論点①

【論点】

（リハビリテーションについて）

（疾患別リハビリテーション料について）

○ ADLが低いほど、認知症が重症であるほど、また特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目の一部に該当する場合、疾患別リハビリテーションを実施する際に、複数人による訓練提供および訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあったこと等から、急性期のリハビリテーションを推進するためにどのような方策が考えられるか。

○ 疾患別リハビリテーション料の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による提供実態を把握するために、どのような方策が考えられるか。

（医療・介護・障害福祉サービスの連携について）

○ 保険医療機関から介護保険事業所へのリハビリテーション実施計画書の提供が半分以下に留まっている実態を踏まえ、医療・介護連携を推進するための情報連携の評価の在り方として、リハビリテーション実施計画書を提供することを疾患別リハビリテーション料の通則に位置づけること及び退院時共同指導料2の共同指導に参加する職種に老健・介護医療院等の訪問リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等が参加することが望ましいことを明確化することについて、どのように考えるか。

○ 保険医療機関が障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を提供する際の、理学療法士等の人員配置基準や面積などの施設基準について保険医療機関の利用者の支障のない範囲での共用等を認めることをどのように考えるか。

（がん患者に対するリハビリテーションについて）

○ がん患者に対する術前の呼吸リハビリテーションの有効性を踏まえて、術前の呼吸器リハビリテーション料の対象となる疾患を明確にすることについて、どのように考えるか。

リハビリテーション・栄養・口腔についての論点②

【論点】

（栄養管理について）

○　入院患者の栄養管理が適切に実施される取組の推進とともに、栄養・摂食嚥下状態を定期的に把握するためのDPCデータ（様式1）の活用等を含めた仕組みについて、どのように考えるか。

○　医療機関と介護保険施設の栄養情報連携を推進するために、どのような方策が考えられるか。

（口腔管理について）

○　回復期リハビリテーション入院患者に対する口腔の管理を推進するために、リハビリテーション実施計画書における口腔管理に係る項目を追加することや、歯科医療機関との連携方策について、どのように考えるか。

（急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔）

○　急性期入院医療における高齢者のADL悪化を防ぐ取組の推進が求められているが、ADL維持向上等体制加算の届出施設数は少ないことを踏まえ、急性期病棟において、

- 理学療法士等の配置とリハビリテーションの提供の推進
- 土日祝日のリハビリテーションの提供
- 患者の状態に応じた速やかな食事の提供・変更等を含めた栄養管理の強化
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な運用

を図るため、どのような方策が考えられるか。

長期収載品（その2）

１．保険給付と選定療養の適用場面・対象品目

①　保険給付と選定療養の適用場面

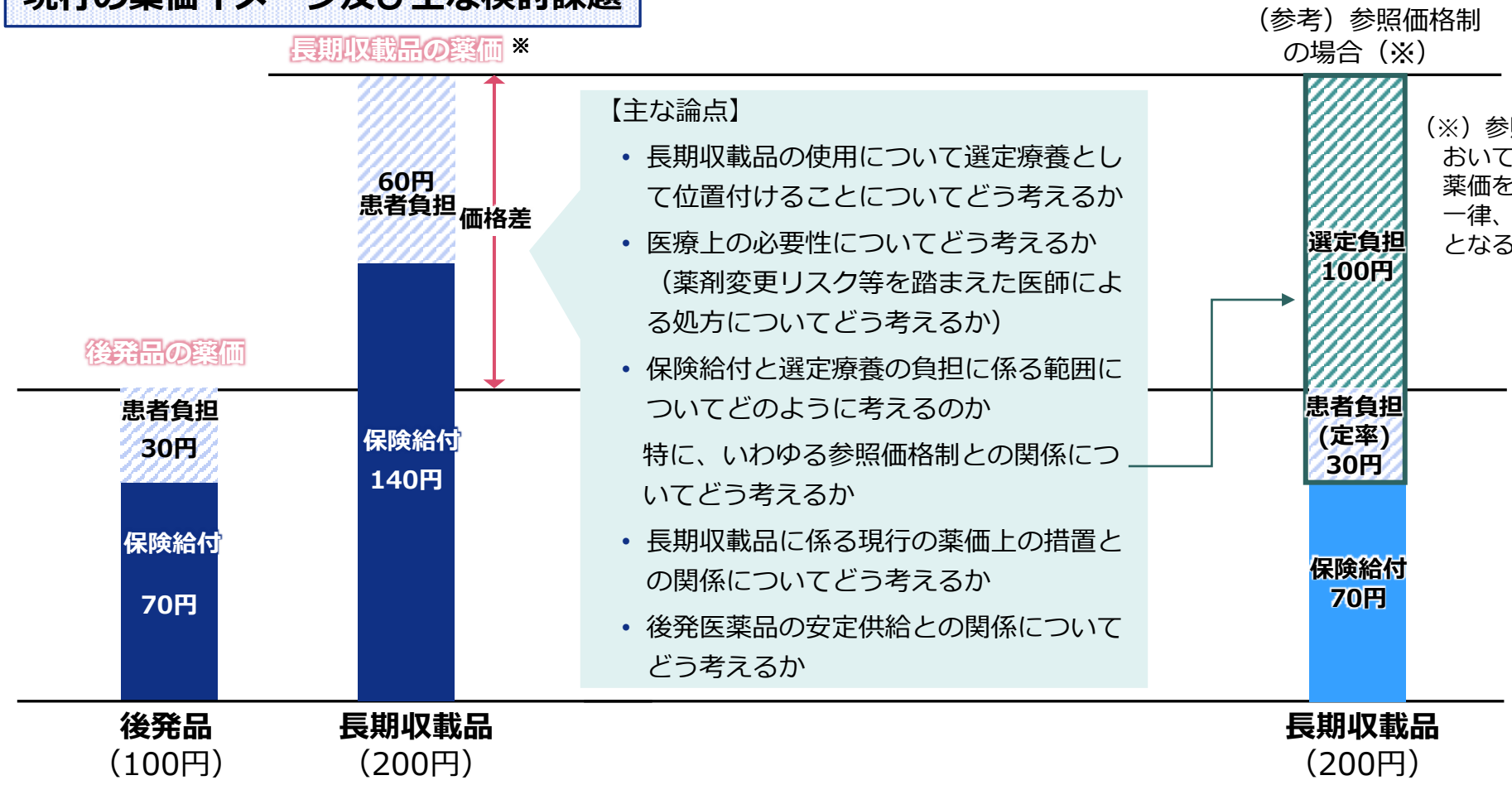
②　選定療養の対象品目

２．保険給付と選定療養の負担に係る範囲

長期収載品の保険給付の在り方の見直しに係る具体的な論点

長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めることとする場合、例えば、以下の論点についてどう考えるか。

現行の薬価イメージ及び主な検討課題



【主な論点】

- 長期収載品の使用について選定療養として位置付けることについてどう考えるか
- 医療上の必要性についてどう考えるか（薬剤変更リスク等を踏まえた医師による処方についてどう考えるか）
- 保険給付と選定療養の負担に係る範囲についてどのように考えるのか

  特に、いわゆる参照価格制との関係についてどう考えるか
- 長期収載品に係る現行の薬価上の措置との関係についてどう考えるか
- 後発医薬品の安定供給との関係についてどう考えるか

（※）参照価格制度においては、後発品の薬価を超える部分は、一律、全額自己負担となる。

（※）長期収載品に係る薬価上のルールとしては、原則として、後発品上市から10年経過後、薬価を段階的に後発品価格まで引き下げ

保険給付と選定療養の適用場面に係る論点

令和5年11月29日
第171回社会保障審議会医療保険部会　資料2

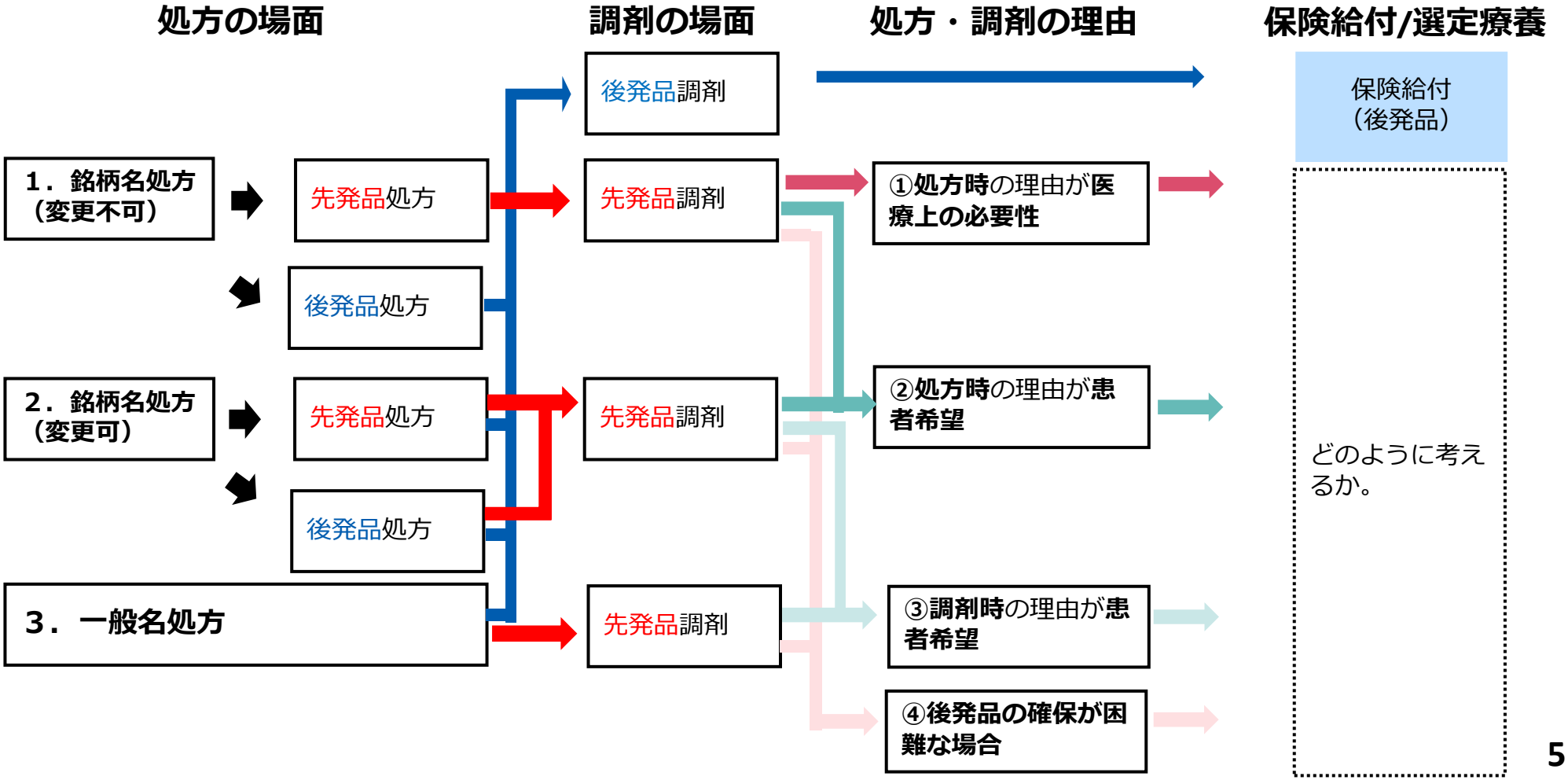
- 医療上の必要性があると認められる場合については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする方向で検討を進めてはどうか。
- 医療上の必要性が認められる場合に関して、例えば医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合が考えられるが、次のケースについては、どのように考えるか。

  ①　銘柄名処方の場合であって、患者希望により先発医薬品を処方・調剤した場合

  ②　一般名処方の場合
- 上記に際して、後発医薬品の確保が困難な場合に、選定療養の適用場面について、どのように考えるか。

保険給付と選定療養の適用場面（イメージ）（院外処方の例）

○ 前提として、いずれの処方であれ、後発品を調剤した場合は、後発品を保険給付
○ 銘柄名処方（変更不可）であって、医療上の必要性を理由とする場合（①）は、先発品としての保険給付を認めることとしてはどうか。
○ 他方、患者希望により先発品を処方・調剤した場合（②・③）について、どのように考えるか。
○ 全体に共通する事項として、後発品の確保が困難であるため、先発品を処方・調剤した場合（④）につき、どのように考えるか。



（参考１）後発医薬品の薬事上の品質確保等について

後発医薬品の承認審査

- 先発医薬品と品質・有効性・安全性において同等であるかを、後発医薬品企業の作成した申請時添付資料に基づき審査する。

► **規格及び試験方法**

♦ 3ロットについて3回の繰り返し測定の実測値
♦ 試験法のバリデーション(※)結果

➢**有効成分の含量、不純物管理等が先発医薬品と同等**

※試験法のバリデーションとは、試験法の特異性、検出限界等を考慮し、用いる試験法が適切なものであることを確認すること。

► **安定性**

♦ 3ロットについて、加速試験、品目により長期保存試験等の結果

➢**安定性について先発医薬品と同等**

► **生物学的同等性**

♦「後発医薬品の生物学的同等性試験ガイドライン」に則り両者を比較

➢**治療学的に先発医薬品と同等**

※色、形、味、添加物が先発医薬品と同一であることは必ずしも求めていない。
両者で添加物が異なるにしても、生物学的同等性試験によって、有効性・安全性が同等であることを担保している。

※添加物については、安全性が確認されているもののみ認めている。

- 剤形による製剤の特性又は機能等の品質を規定すべきものについては、規格及び試験方法の設定に際し、日本薬局方の通則、製剤総則、一般試験法、標準品及び試薬・試液等を原則準用し、適合していることを確認する。

先発医薬品と後発医薬品の薬事上の比較

		先発医薬品	後発医薬品
有効成分		―	同じ （ただし、原料の入手先は異なる場合が多い。）
添加剤		― （ただし、承認後に当初使用されていたものと異なる添加剤に変更される場合がある。）	同一とは限らない （ただし、安全性が確認されているものに限る。）
安定性	加速試験	○	○
	長期保存試験	○	△ （必要に応じて求める。）
有効性		臨床試験により検証	生物学的同等性により保証

厚生労働省医薬局医薬品審査管理課　作成

後発医薬品の品質確保等について

- 後発医薬品の承認審査に当たっては、品質、有効性、安全性を厳正に審査。
  - 品質の審査
    （製剤の品質：製造方法、有効成分の含有量、溶出性、不純物濃度等を比較、確認）
  - 有効性・安全性の審査
    （生物学的同等性：例えばヒトでの血中濃度を比較し、同等性を確認）
- 承認時に加え、承認後の製造段階においても、先発医薬品と後発医薬品に同じ製造管理及び品質管理に係る基準（GMP）を適用。定期的に都道府県（海外製造所はPMDA）が査察を実施。

先発医薬品と後発医薬品との間で、
品質、有効性及び安全性は同等

ジェネリック医薬品品質情報検討会
後発医薬品の試験検査等の実施による品質確保

一般国民 | 医療機関・大学・製薬企業 | 医師・歯科医師・薬剤師等

後発品の品質に関する懸念

学会発表、公表論文

・後発品の信頼に対する懸念を払拭するための、試験検査の実施

・注射剤等の原薬不純物について試験検査
・研究論文等の収集・評価

主な相談内容、調査試験結果の概要等を PMDA及び国衛研HPで公表、PMDAメディナビで発信

医薬品医療機器総合機構
相談窓口

学会等で発表

厚生労働省

国立医薬品食品衛生研究所
ジェネリック医薬品品質情報検討会



・収集された情報の評価
・試験対象品目の選定
・試験結果の評価

・大学、医師会、薬剤師会、企業等10人程度で構成

地方衛生研究所
国立感染症研究所

試験の実施

後発医薬品品質情報
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/kouhatsu_iyakuhin/

くすり相談窓口
https://www.pmda.go.jp/safety/consultation-for-patients/0001.html

科学的な分析、試験調査、評価 → 信頼の基盤づくり

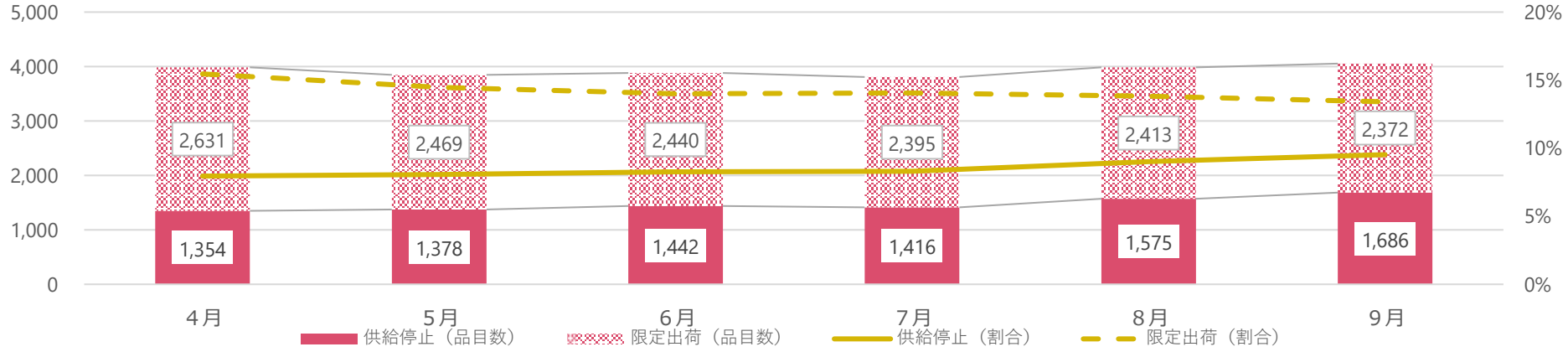
厚生労働省医薬局医薬品審査管理課 作成

（参考２）後発医薬品の安定供給について

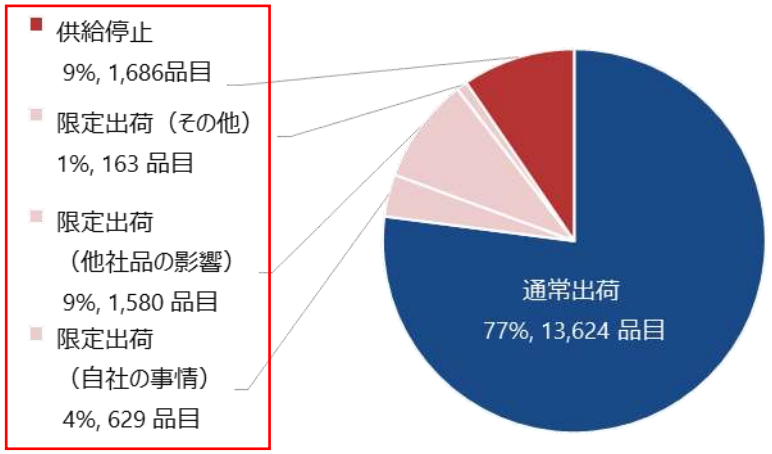
医療用医薬品の供給状況

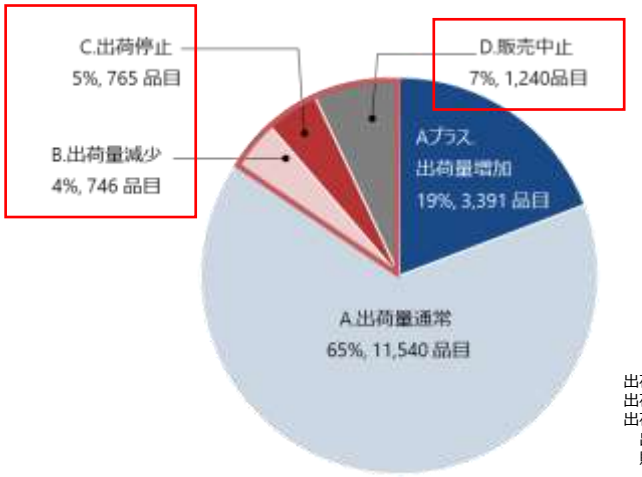
○　2020年から医薬品の供給停止・限定出荷が繰り返されている状況が継続しているが、2023年9月においても、出荷制限や供給量が減少している品目が2割を超えている。

医療用医薬品の出荷状況の推移（2023年4月～9月）



医薬品全体の出荷状況（2023年9月時点）





出荷量増加	予定出荷量の概ね110%以上の出荷状況
出荷量通常	予定集荷量の概ね90%以上110%未満の出荷状況
出荷量減少	予定出荷量の概ね90%未満の出荷状況
出荷停止	市場に出荷していない状況
販売中止	薬価削除に向けた対応を行っている状況

出典：令和5年度厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課委託事業「医療用医薬品供給情報緊急調査事業」のデータを基に保険局医療課で作成
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/kouhatu-iyaku/04_00002.html

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会

【検討会の目的】

後発医薬品の供給不安に係る課題について、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において議論され、薬価や薬事制度を起因とする産業構造上の課題が指摘されたほか、後発医薬品産業のあるべき姿やその実現のための具体策を検討するための会議体を新設することが提言された。

上記の議論や提言を踏まえ、後発医薬品産業を安定供給が確保された産業構造として再構築するため、産業のあるべき姿、その実現に向けた産業政策について幅広い議論を行うことを目的として開催する。

（令和5年7月31日 第1回検討会開催）

【検討会の構成員】

	氏名	所属
（座長代理）	川上 純一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院　教授・薬剤部長
	櫻井 信豪	東京理科大学薬学部　教授
	田極 春美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社政策研究事業本部　主任研究員
	堤　崇士	グロービス経営大学院　教授
	鳥巣 正憲	長島・大野・常松法律事務所　弁護士
	野澤 昌史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部　ヘルスケア室長
	福田 彰子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザリー合同会社 LSHC M&Aトランザクションサービス　シニアヴァイスプレジデント
	間宮 弘晃	国際医療福祉大学薬学部　准教授
（座長）	武藤 正樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ　理事
	安本 篤史	ネクスレッジ株式会社　代表取締役社長
	柳本 岳史	ボストン コンサルティング グループ　マネジング・ディレクター＆パートナー

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 中間取りまとめ（概要）

2023年10月11日公表

中間とりまとめの位置づけ

- 厚生労働省の他の会議体において後発医薬品に関する課題を含めた施策の検討が進められており、これらの会議体における検討の参考となるよう、**先だって薬事・薬価に関係する事項について提言を行う**もの。
- **中間取りまとめ以降も検討会で議論**を続け、後発医薬品産業を巡る構造的課題の解決に向けて**取り得る一連の施策について提言を行う予定**。

安定供給等の企業情報の可視化

- **品質が確保された後発品を安定供給できる企業が市場で評価**され、結果的に優位となることを目指し、例えば以下の項目を公開すべきである。
  - ●安定供給体制に関する情報：安定供給マニュアルの運用状況、共同開発の有無、製剤製造企業名（委託企業含む。）、供給不安発生時の事後対応　等
  - ●供給状況に関する情報：自社品目の出荷状況、出荷停止や回収事例　等　／●自社の情報提供状況に関する情報：医療関係者への情報提供の状況　等
  - ●緊急時の対応手法に関する情報：余剰製造能力の確保又は在庫による対応　等／
  - ●業界全体の安定供給への貢献に関する情報：他社の出荷停止品目等に対する増産対応　等
- 公表事項について基準を設定した上で厚生労働省が評価するとともに、公表事項以外の企業情報（供給計画・実績　等）も評価に反映し、**評価結果を薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みに活用**することを検討すべきである。
  - ※　企業に求められる最低限の基準を満たさない場合は低評価、基準を超えるような指標を満たす場合は高評価といった**メリハリをつける。**
  - ※　導入時期について、企業側の負担を考慮し、一部の公表を求めることや、経過措置を設けるなど、優先順位を設けて柔軟に対応する。

少量多品目構造の解消

- **新規収載品目の絞り込み：**安定供給に貢献しない企業の参入を抑制するため、新規収載に当たって企業に対し安定供給に係る責任者の指定を求めるとともに、継続的に供給実績を報告させる仕組み等を検討すべきである。
- **既収載品目の統合：**企業間の品目統合を促進するため、統合後の品目の増産が行いやすくなるよう、製造方法の変更に係る薬事審査等の合理化に係る検討を行うべきである。
- **供給停止・薬価削除プロセスの簡略化等：**一定の条件に該当する品目（医療上の必要性や市場シェアが低い等）につき、医療現場への影響、採算性のみを理由とした供給停止等に配慮しつつ、供給停止プロセスの合理化・効率化の検討を行うべきである。
- 新規収載品の品目数の抑制や既収載品の品目数の削減等、**安定供給の確保に資するような薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みを検討**すべきである。　※　例えば、後発品の内用薬について、現行の薬価制度上、10品目を超える場合に薬価を下げる仕組みがある。

鎮咳薬・去痰薬の安定供給に向けた緊急対応（10/18大臣発言）

インフルエンザや新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大に伴い、鎮咳薬（咳止め）や去痰薬（痰を排出しやすくする薬）の需給が逼迫している。９月末に、初期からの長期処方を控え、医師が必要と判断した患者へ最少日数での処方とするよう協力要請などを行ったところ。

年内の緊急対応

鎮咳薬や去痰薬のメーカー主要８社の協力により、供給量を増加

年内は他の医薬品の生産ラインからの緊急融通やメーカー在庫の放出等により、これらの社の出荷量について、鎮咳薬は**約1,100万錠**、去痰薬は**約1,750万錠**の増加が可能となるなど、９月末時点よりもさらに**１割以上、供給が増える見通し**。

年明けの更なる増産

メーカー側から、年明け以降にさらに増産するためには、一定の教育訓練を受けた製造人員を新たに確保した上で、24時間の生産体制へと移行することや、他の医薬品の生産ラインからの更なる緊急融通を図ること、効率的な生産に向けた設備の増強を図ることが必要との声がある。

デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月２日閣議決定）
～日本経済の新たなステージへむけて～

第５節　国土強靱化、防災・減災など国民の安全・安心を確保する
３．国民の安全・安心の確保及び外交・安全保障環境の変化への対応
（１）国民の安全・安心の確保
感染症等に対応する医薬品の供給不安を解消するため、これまで増産要請に対応してきた企業が更なる増産を行う場合の人員体制の整備や、設備の増強を支援するとともに、2024年度薬価改定において、安定的な供給確保に向けた薬価上の措置を検討する。

来年度以降の増産

原薬について代替的な供給源を確保する必要がある場合への対応を実施

安定供給に支障が生じている又はそのおそれがある医薬品については、製造所等の一部変更承認申請に迅速に対応することとし、10/16に通知を発出。

新規

医薬品安定供給体制緊急整備補助金

令和５年度第１次補正予算要求額　　１４億円（－億円）※（）内は前年度当初予算額

１　事業の目的

○　医療用医薬品の供給不安は、令和３年（2021年）２月における後発品メーカーの医薬品医療機器法違反に対する行政処分を端緒に拡大し、令和５年８月現在においても、約4,000品目（医療用医薬品全体の23%）が供給停止又は限定出荷となっている。また、それらの品目の多くは解消見込み時期が不明であり、医療現場及び患者の負担が継続していることから、供給不安の解消は喫緊の課題となっている。

○　供給不安が長期化している原因の一つとして、行政処分等による出荷停止の供給量の不足を補うための他メーカーによる増産について、製造設備の更新や増強などの増産体制の構築が進められていないことが挙げられる。その背景として、特に供給停止や限定出荷の発生頻度が高い後発医薬品等については、原価率が高いため採算性が低く、また、昨今の物価高騰の影響を受けさらに採算性が悪化している。それらの医薬品を製造販売する企業は、採算性の低い品目であっても、我が国の医療提供体制を下支えするため引き続き生産に注力している企業であると認められるが、さらなる増産のための人件費の増額や設備投資の実施は非常に困難な状況にあると考えられる。

○　これを踏まえ、現下で発生している大規模な供給不安を可能な限り早期に解消するため、供給不安の解消に貢献する企業を国として支援する必要があることから、
①現在供給停止や限定出荷状態等となっている医療上必要性の高い医薬品について、その供給不安の解消に向けた増産又は製造再開に係る生産計画を策定して申請をした製造業者等に対し、当該生産計画の実施に当たって必要な製造設備の整備や、
②医療上の必要性の高いにもかかわらず供給不安を引き起こしている医薬品の増産等に現に注力している企業のうち、さらに国からの増産要請を受けて対応する企業への人件費の支援について
緊急的かつ特例的に補助を行う。

２　事業の概要・スキーム

現在供給停止や限定出荷状態等となっている医療上必要性の高い医薬品について、その供給不安の解消に向けた増産又は製造再開に係る生産計画を策定して申請をした製造業者等に対し、当該生産計画の実施に当たって必要な設備（製造設備、試験設備、関連する補助設備等）の整備に係る経費について、１／２の補助を行う。

また、コロナウイルス感染症等の拡大に伴い安定供給上支障を生じ、またはそのおそれがある医薬品について、現在の生産能力を活用して増産している企業に対し、さらなる増産を要請したが増産にかかる人件費等のコスト増により採算が取れなくなる場合、その人件費の増加分について国から１／２の補助を行う。

ただし、今般の供給不安の端緒となった2021年２月の医薬品医療機器法に係る行政処分以降に、製造管理に係る同法違反による行政処分の対象とされた企業は補助対象から除外する。

３　実施主体等

医薬品製造業者等に補助（１／２補助）

１．保険給付と選定療養の適用場面・対象品目

① 保険給付と選定療養の適用場面

② 選定療養の対象品目

２．保険給付と選定療養の負担に係る範囲

選定療養の対象品目に係る論点

令和5年11月29日
第171回社会保障審議会医療保険部会　資料2

- 選定療養の対象となる長期収載品の品目の範囲について、どのように考えるか。具体的には、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進む中で、長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後の年数等に着目して薬価ルールを設定していることも参考に、次のような観点について、どのように考えるか。

  （例）

  ・　後発品上市後の年数

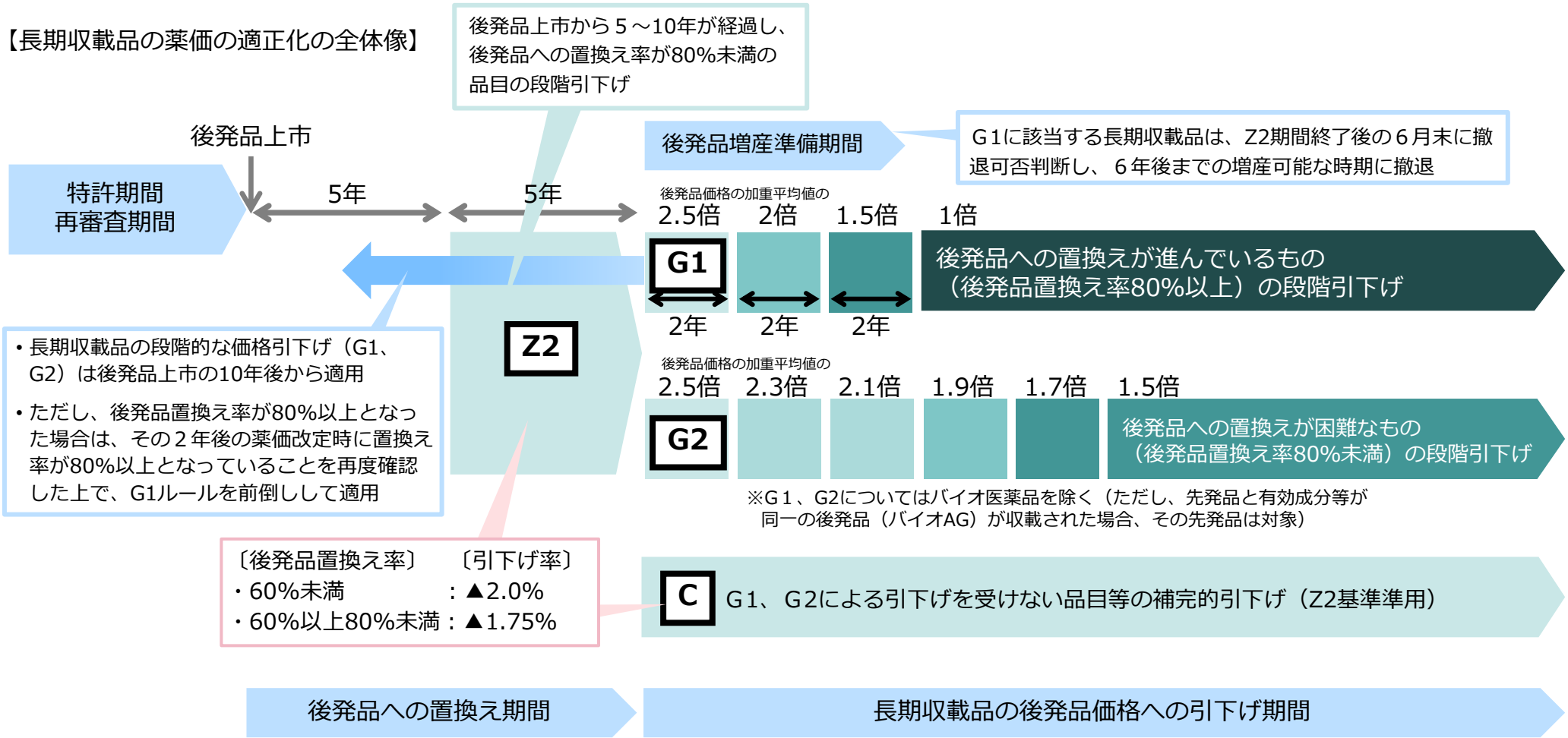
  ・　後発品の置換率

  等

長期収載品の薬価の改定 第３章第３節

- 長期収載品（後発品のある先発品）の薬価の更なる適正化を図る観点から、後発品上市後、後発品への置換え率に基づき、長期収載品の薬価を段階的に引き下げることとしている。

【長期収載品の薬価の適正化の全体像】



長期収載品の薬価の改定ルール（イメージ）

後発品の置換え率に応じた引下げ

後発品価格に段階的に引下げ／一定程度引き下がっているものは置換え率に応じた補完的引下げ
※H30に導入された制度のため、最も進んでいる場合でもG1は1.5倍、G2 は2.1倍の時期

特許期間
再審査期間

後発品への置換え期間

長期収載品の後発品価格への引下げ期間

後発品上市

5年　5年

後発品増産準備期間※

※ G1に該当する長期収載品は、Z2期間終了後の６月末に撤退可否判断し、６年後までの増産可能な時期に撤退

後発品に適切に置き換わっているもの

（置換え率80%以上）

80%以上２回で前倒し

後発品に適切に置き換わっていないもの

（置換え率80%未満）

Z2

・60%未満：▲2.0%
・60%以上80%未満：▲1.75%

価格が十分に下がっていないもの

※ バイオAGのある先行品も対象

後発品価格の加重平均値の

2.5倍　2倍　1.5倍　1倍

G1

2年　2年　2年

後発品への置換えが進んでいるもの
（後発品置換え率80%以上）の段階引下げ

後発品価格の加重平均値の

2.5倍　2.3倍　2.1倍　1.9倍　1.7倍　1.5倍

G2

後発品への置換えが困難なもの
（後発品置換え率80%未満）の段階引下げ

価格が一定程度下がっているもの

（G1/G2ルールを適用するより価格が下がっているもの）
※ バイオ後続品のある先行品も対象

C　G1、G2による引下げを受けない品目等の補完的引下げ（Z2基準準用）

・60%未満：▲2.0%
・60%以上80%未満：▲1.75%

価格調整対象外

・日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）
・生物学的製剤（血液製剤を含む。）
・漢方製剤・生薬
・希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しないもの
・低薬価品の特例（基礎的医薬品・不採算品再算定・最低薬価）のいずれかに該当するもの
・後発品価格のうち最も低いものを下回るもの

１．保険給付と選定療養の適用場面・対象品目

① 保険給付と選定療養の適用場面

② 選定療養の対象品目

２．保険給付と選定療養の負担に係る範囲

保険給付と選定療養の負担に係る範囲についての論点

令和5年11月29日
第171回社会保障審議会医療保険部会　資料2

- 保険給付と選定療養の負担に係る範囲について、以下の視点について、どのように考えるか。

① 患者が長期収載品を選好する場合における患者の負担の水準

② メーカーによる薬剤工夫など、付加価値等への評価

③ 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点や、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進めていく観点

④ 選定療養化に伴い、一定程度、後発医薬品への置換えが進むことが想定される中で、現下の後発医薬品の供給状況

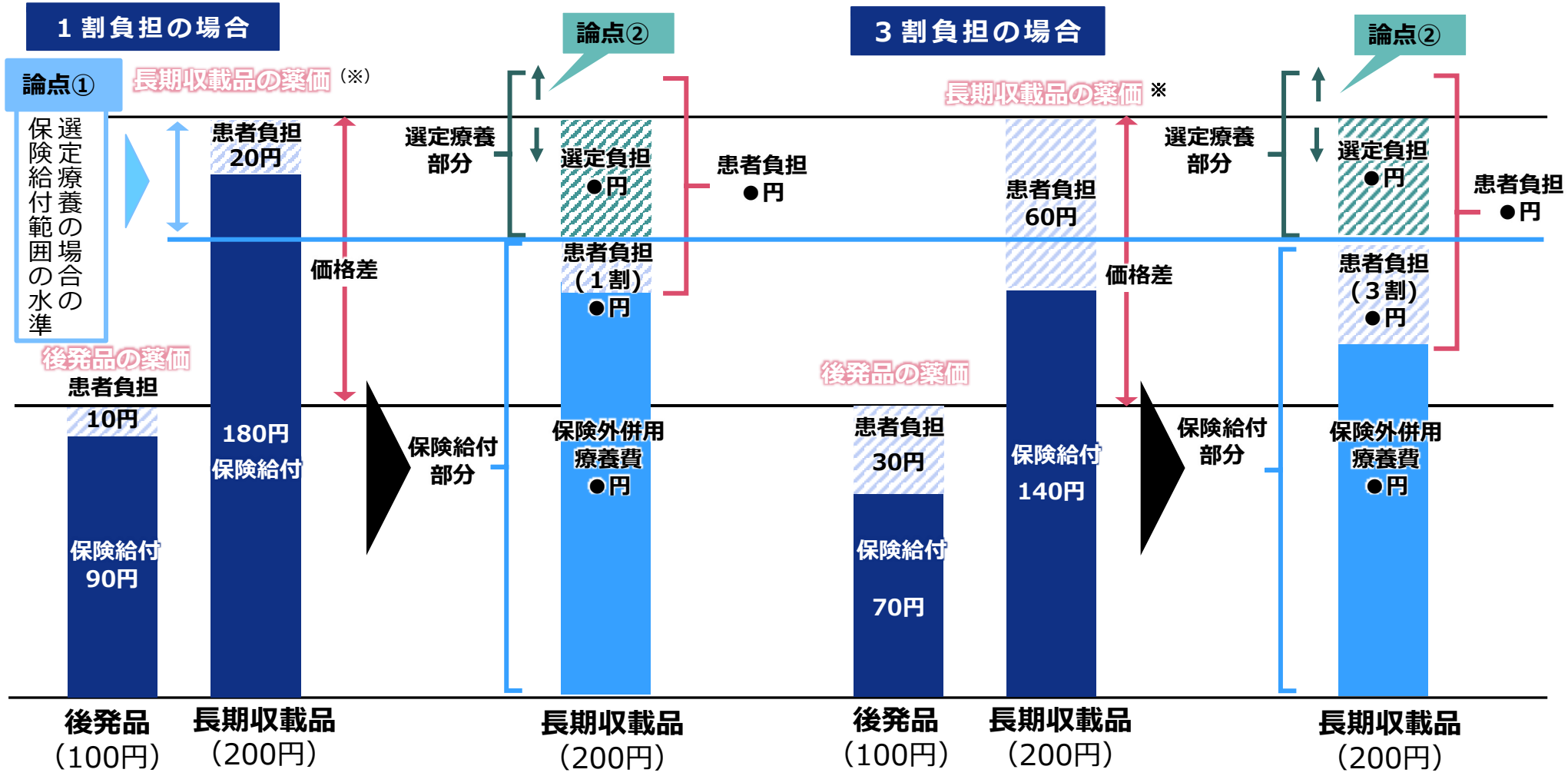
保険給付と選定療養の負担についての具体的な論点・イメージ

令和5年11月29日
第171回社会保障審議会医療保険部会　資料2

① 長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、選定療養の場合における保険給付範囲の水準はどの程度とすべきか（長期収載品の薬価と、選定療養の場合における保険給付範囲の水準の差は、どの程度が適当か）。

② 上記を踏まえ、選定療養に係る負担については、どの程度を標準とするべきか。また、次の点についてどのように考えるか。

- 長期収載品の薬価を超えて、選定療養に係る負担を徴収することを認めるのか
- 選定療養に係る負担を徴収しないことや、標準とする水準より低い額で徴収することを認めるのか。



（※）長期収載品に係る薬価上のルールとしては、原則として、後発品上市から10年経過後、薬価を段階的に後発品価格まで引き下げ

保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
（特定療養費制度から範囲拡大）

○ 保険診療との併用が認められている療養

① 評価療養
② 患者申出療養
　→ **保険導入のための評価を行う**もの

③ 選定療養 ⟶ 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み
［評価療養の場合］



保険外併用療養費として医療保険で給付

患者から料金徴収可（自由料金）

※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件（料金の掲示等）を明確に定めている。

○ 評価療養

- 先進医療（先進A：28技術、先進B：53技術　令和5年6月時点）
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用
  （用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの）
- 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
  （使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの）

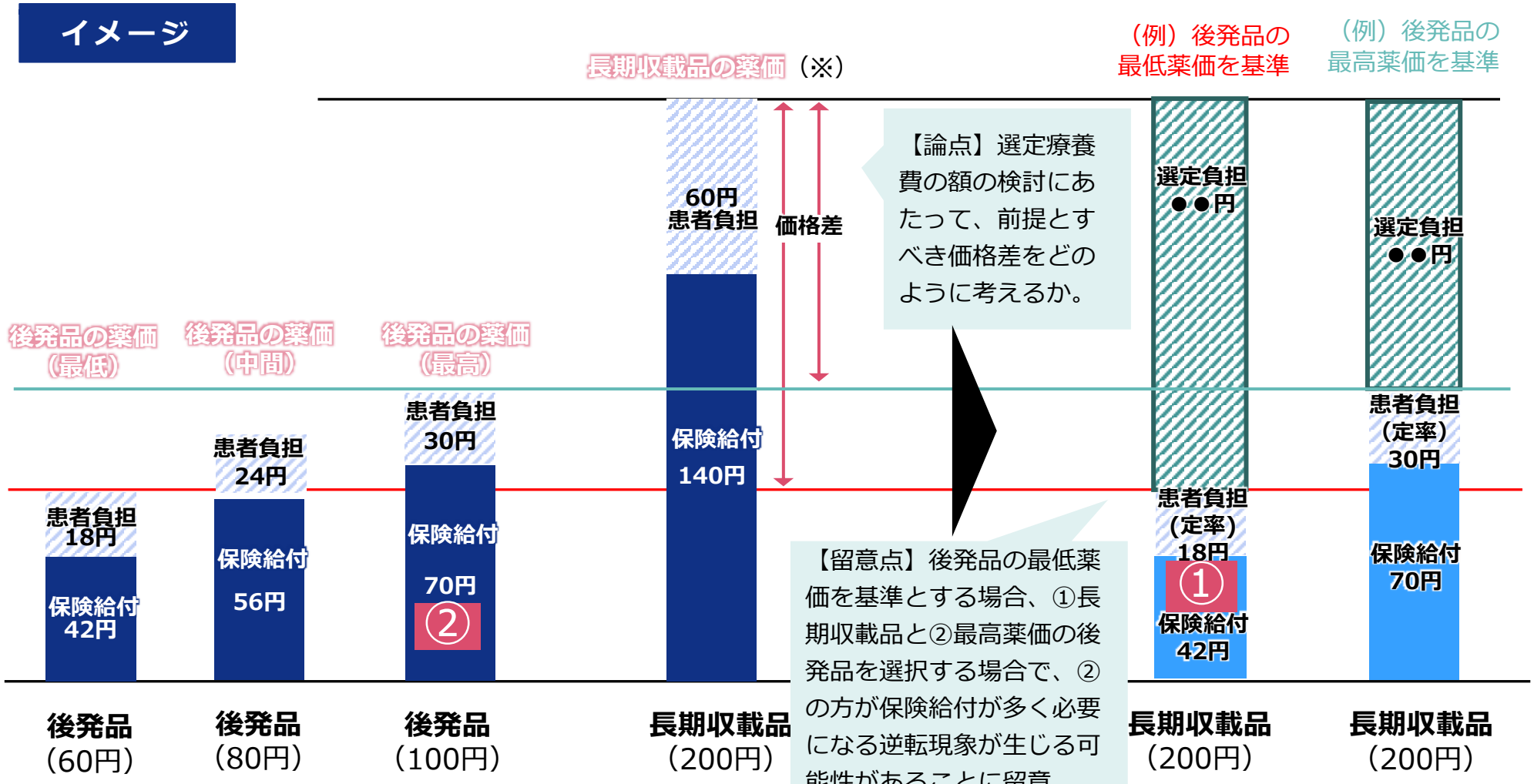
○ 患者申出療養

○ 選定療養

- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 小児う蝕の指導管理
- 180日以上の入院
- 制限回数を超える医療行為
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

長期収載品の選定療養の前提となる後発医薬品の価格（イメージ）

○ 後発品の最低薬価を基準とする場合、①長期収載品と②最高薬価の後発品を選択する場合には、②の方が保険給付が多くなる逆転現象が生じる可能性を踏まえ、長期収載品の選定療養の場合における保険給付範囲の水準の検討に際して、前提とすべき価格差をどのように考えるか。



後発医薬品等の価格帯　第３章第７節

算定ルール

○　組成、剤形区分、規格が同一である全ての類似品について以下の区分ごとに加重平均により価格帯を集約する。

（１）最高価格の**50%以上**の算定額となる後発品

（２）最高価格の**30%以上、50%を下回る**算定額となる後発品

（３）最高価格の**30%を下回る**算定額となる後発品

※　ただし、実勢価改定後薬価が、**前回の改定時に属していた区分より上に属することにより、薬価が改定前よりも引き上がる場合**には、**前回改定時に属していた区分に含めて加重平均する。**前回改定時に属していた区分より上の区分に上がらない場合であって、**薬価が改定前より引き上がる品目については、当該品目で再度加重平均する。**

※　G1/G2品目に係る後発品は、当該G1/G2品目に係る最初の後発品上市後12年を経過した後の薬価改定で**原則１価格帯に集約**（ただし、集約により改定前より薬価が引き上がる品目がある場合、改定前薬価が加重平均値を下回る品目・上回る品目のそれぞれで加重平均する。また、G1品目の先発品が市場から撤退する場合、**増産対応する企業であって、合算して後発品生産量が全後発品の50%を超える単一又は複数の企業の後発品を別の価格帯**とする。）

【算定のイメージ】※G1/G2以外の例

販売名	単位（円）
先発品A	221.80
B	144.70
C	121.40
D	95.80
E	84.50
F	84.30
G	76.20
H	64.90
I	59.90

最高価格（221.80円）

最高価格の50%値

最高価格の30%値

各区分で加重平均して価格帯を集約

	販売名	改定薬価（円）
	先発品A	221.80
区分（１）	B C	124.00
区分（２）	D E F G	87.60
区分（３）	H I	62.60

後発医薬品の価格帯（令和4年度改定及び令和5年度改定）

- 中間年改定においては、改定対象になる品目とならない品目があるため、中間年改定を経ると価格帯が増えることとなり、実態として最大で５価格帯となっている。

１．後発医薬品の価格帯（２．を除く）

価格帯数	令和４年度改定	令和５年度改定
1	８８６	７６９
2	１７３	２２０
3	５４	８９
4	1	２５
5	0	3

２．G1／G2品目に係る後発医薬品の価格帯

１）市場から撤退予定のG1品目に係る後発医薬品

価格帯数	令和４年度改定	令和５年度改定
1	1	1
2	3	2
3	0	1

２）市場から撤退しない予定のG1品目に係る後発品及びG2品目に係る後発医薬品

価格帯数	令和４年度改定	令和５年度改定
1	６４５	６１３
2	１３５	１１６
3	0	２９

長期収載品の保険給付の在り方についての課題

【課題】

- 社会保障審議会医療保険部会において、医療上の必要性があると認められる場合については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とすることについて、議論がされている。長期収載品の選定療養の制度設計にあたっては、医療上の必要性が認められる場合について、処方の種類等を踏まえつつ、具体的な場面における保険給付または選定療養の適用に係る検討がなされる必要がある。
- 2020年から医薬品の供給停止・限定出荷が繰り返されている状況が継続しているが、2023年9月においても、出荷制限や供給量が減少している品目が2割を超えている状況。この状況に対して、後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会等において議論がなされており、また、経済対策や補正予算において、安定供給の確保に向けた取組がなされている。こうした点を踏まえつつ、後発医薬品の供給不安を踏まえ、後発品の確保が困難な場合を考慮する必要がある。
- その上で、選定療養の対象となる長期収載品の品目についても、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進む状況を踏まえながら、長期収載品の薬価ルールも参考に、検討する必要がある。
- また、保険給付と選定療養の負担に係る範囲については
  - 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会の報告書においては、「新薬の研究開発に注力する環境を整備する観点や、長期収載品の様々な使用実態に応じた評価を行う観点から、選定療養の活用・・・を含め、適切な対応について、検討すべき」とされていることや、
  - 骨太2023においては、「医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため、長期収載品等の自己負担の在り方の見直し、検討を進める」とされていること

  を踏まえつつ、現下の後発医薬品の供給状況も踏まえながら検討する必要がある。
- 加えて、後発品については、組成、剤形区分、規格が同一である全ての類似品について、区分ごとに加重平均により価格帯を集約されており、複数の価格帯が存在する。このため、選定療養の場合の保険給付範囲の水準について、複数の価格帯のいずれを水準とすべきか検討する必要がある。

長期収載品の保険給付の在り方についての論点

【論点】

（保険給付と選定療養の適用場面について）

○ 医療上の必要性が認められる場合に関して、例えば医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合が考えられるが、次のケースについては、どのように考えるか。

① 銘柄名処方の場合であって、患者希望により先発医薬品を処方・調剤した場合

② 一般名処方の場合

○ 上記に際して、後発医薬品の供給不安を踏まえ、選定療養の適用場面について、どのように考えるか。

○ 院外処方のほか、院内処方、入院時についてどのように考えるか。

（選定療養の対象品目について）

○ 選定療養の対象となる長期収載品の品目の範囲については、どのように考えるか。具体的には、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進む中で、長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後の年数等に着目して薬価ルールを設定していることも参考に、次のような観点について、どのように考えるか。

（例） 後発品上市後の年数 ／ 後発品の置換率 等

（保険給付と選定療養の負担に係る範囲について）

○ 保険給付と選定療養の負担に係る範囲について、以下の視点を踏まえ、どのように考えるか。

① 患者が長期収載品を選好する場合における患者の負担の水準

② メーカーによる薬剤工夫など、付加価値等への評価

③ 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点や、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進めていく観点

④ 選定療養化に伴い、一定程度、後発医薬品への置換えが進むことが想定される中で、現下の後発医薬品の供給状況

（長期収載品の選定療養の前提となる後発医薬品の価格について）

○ 患者負担への配慮や、後発品の最低薬価を基準とする場合、①長期収載品と②最高薬価の後発品を選択する場合には、②の方が保険給付が多くなる逆転現象が生じる可能性を踏まえ、長期収載品の選定療養の場合における保険給付範囲の水準の検討に際して、前提とすべき価格差をどのように考えるか。

第24回医療経済実態調査
結果報告に関する分析

令和5年12月1日

健康保険組合連合会

目　次

主な分析結果 1

本分析における主なデータの出典と用語 2

Ⅰ　損益差額率の経年比較

１．医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化（H27～Ｒ４年度）

（１）一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局 3

（２）一般病院の開設者別 5

２．医療機関別 損益差額率の経年変化

（１）一般病院

①　機能別（H27～Ｒ４年度） 7

②　病床規模別（H27～Ｒ４年度） 9

③　同開設者の他施設保有の有無別（Ｒ３、Ｒ４年度） 11

④　看護職員処遇評価料の状況別（Ｒ３、Ｒ４年度） 13

⑤　重点医療機関・協力医療機関の指定別状況（Ｒ元～Ｒ４年度) 15

（２）一般診療所

①　開設者別・有床無床別（H27～Ｒ４年度） 17

②　開設者別・主たる診療科別（H27～Ｒ４年度） 19

③　同開設者の他施設保有の有無別（Ｒ３、Ｒ４年度） 21

（３）保険薬局

①　開設者別・店舗数別（H27～Ｒ４年度） 23

②　調剤基本料別・立地別（H27～Ｒ４年度） 25

③　特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係有無別（H27～Ｒ４年度） 27

④　地域連携薬局等の認定等状況別（Ｒ３、Ｒ４年度） 29

Ⅱ　費用構造の経年変化

１．医業・介護費用の構成比率と損益差額率

（１）医療機関別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率（Ｒ元～Ｒ４年度） 31

（２）一般病院の開設者別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率（Ｒ元～Ｒ４年度） 32

２．職員給与
（１）一般病院病院長（開設者別）と一般診療所院長の平均年収比較（H27～Ｒ４年度）……33
（２）一般病院の主な医療従事者の平均年収比較（H27～Ｒ４年度）……34
（３）一般病院の開設者別の主な医療従事者の平均年収比較（H27～Ｒ４年度）……35
（４）一般診療所の主な医療従事者の平均年収比較（H27～Ｒ４年度）……39
３．常勤職員数
（１）一般病院の開設者別の主な医療従事者の 100 床あたりの常勤職員数（H27～Ｒ４年度）……40
（２）一般診療所の有床無床別・主たる診療科別の常勤職員数（H27～Ｒ４年度）……44

Ⅲ　資産・負債等の経年比較
１．純資産比率と流動比率
（１）一般病院の開設者別……48
（２）一般診療所、歯科診療所、保険薬局……50
２．設備投資額および長期借入金……52

Ⅳ　次回調査に向けた意見……53

Ⅴ　参考資料
１．概算医療費の長期推移（H17 年度=100 とした場合の指数の推移。H17～Ｒ４年度。）
（１）医科入院、医科外来、歯科、保険薬局……54
（２）入院(病院、医科診療所)……55
（３）外来(病院、医科診療所(主たる診療科別))……56
２．1 日当たり医療費の長期推移(H17 年度=100 とした場合の指数の推移。H17～Ｒ４年度。)
（１）医科入院、医科外来、歯科、保険薬局……57
（２）入院(病院、医科診療所)……58
（３）外来(病院、医科診療所(主たる診療科別))……59
３．受診延日数の長期推移(H17 年度=100 とした場合の指数の推移。H17～Ｒ４年度。)
（１）医科入院、医科外来、歯科、保険薬局……60
（２）入院(病院、医科診療所)……61
（３）外来(病院、医科診療所(主たる診療科別))……62
４．病床稼働率の推移……63
５．1 診療所あたりの外来延べ患者数……64
６．一般病院の開設者別指標比較
（１）医療法人と公立病院の経営指標比較（Ｒ４年度）……65
（２）開設者別 100 床あたり職種別常勤職員数の比較……66

Ⅵ　注釈……67

主な分析結果

【一般病院の損益差額率等】

- 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた損益差額率は、一般病院全体では1.8%の黒字であった（R4年度加重平均）（3頁）。
  - 療養病床60%以上の病院では3.4%の黒字であり（7頁）、コロナ関連補助金を除いた場合も1.6%の黒字を維持した（R4年度）（8頁）。
  - 入院の受診延日数は長期的にみて減少傾向にあり（61頁）、人口構造の変化等も踏まえ、地域医療構想に基づく病床再編の一層の推進が必要である。
- 一般病院の純資産比率は39.2%であり（R4年度）、R3年度と比較して1.9ポイント上昇した（48頁）。また、流動比率は213.7%であり（R4年度）、R3年度と比較して11.3ポイント上昇した（49頁）。
- 一般病院の薬剤師・看護職員・医療技術員の平均年収はR3年度と比較して0.4～1.6%上昇した（R4年度）（34頁）。

【一般診療所の損益差額率等】

- 一般診療所では個人が31.5%、医療法人が9.7%の黒字であり（R4年度）、医療法人はR元年度以降で最も高い水準であった（3頁）。
  - 耳鼻咽喉科・精神科・小児科では前回調査のR2年度は赤字であったが、R3およびR4年度はR元年度を上回る黒字へ転換した（19頁）。
- 一般診療所の純資産比率は、個人、医療法人それぞれ69.2%と69.4%であり（R4年度）、R3年度と比較して2.0～2.1ポイント上昇した（50頁）。また、流動比率は、個人、医療法人それぞれ682.2%と455.6%であり（R4年度）、R3年度と比較して9.3～11.6ポイント上昇した（51頁）。
- 一般診療所の看護職員・医療技術員の平均年収はR3年度と比較して1.8～2.2%上昇した（R4年度）（39頁）。
- 医療法人の一般診療所ではR3年度と比較して医業収益と損益差額率が上昇したが、給与費率は0.2ポイント減少した（R4年度）（31頁）。
- 長期的にみて一般診療所の施設数は増加傾向にある一方、1診療所あたり外来延べ患者数は減少傾向にある（64頁）。

【歯科診療所の損益差額率等】

- 歯科診療所では個人が24.9%、医療法人が8.7%の黒字であり（R4年度）、医療法人はR元年度を上回る水準であった（3頁）。
- 歯科診療所の純資産比率は、個人、医療法人それぞれ51.5%と52.3%であり（R4年度）、個人はR3年度と比較して0.2ポイント減少、医療法人は同1.9ポイント上昇した（50頁）。また、流動比率は、個人、医療法人それぞれ395.9%と456.0%であり（R4年度）、R3年度と比較して3.9～9.2ポイント上昇した（51頁）。

【保険薬局の損益差額率等】

- 保険薬局は全体で5.5%の黒字であった（R4年度）（3頁）。
- 専門医療機関連携薬局と地域連携薬局は保険薬局全体と比較して損益差額率が0.3～0.8ポイント低かった（R4年度）（29頁）。

本分析における主なデータの出典と用語

【データ】

- 病院については、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関を集計したデータ（集計1）を使用している。
- 病院以外については、調査に回答した全ての医療機関等を集計したデータ（集計2）を使用している。
- 年度損益を扱った集計について、一般診療所と歯科診療所のH29・H30・R元・R2・R3・R4年度の個人および全体の集計は、青色申告者を含むデータを使用している。
- 「Ⅲ 資産・負債等の経年比較」の集計について、R3・R4年度の一般診療所と歯科診療所の個人および全体は、設備投資額を除いて青色申告者を含む集計が存在しないため、青色申告者を含まないデータを使用している。
- 一部のデータについては、厚生労働省と調整の上使用している。

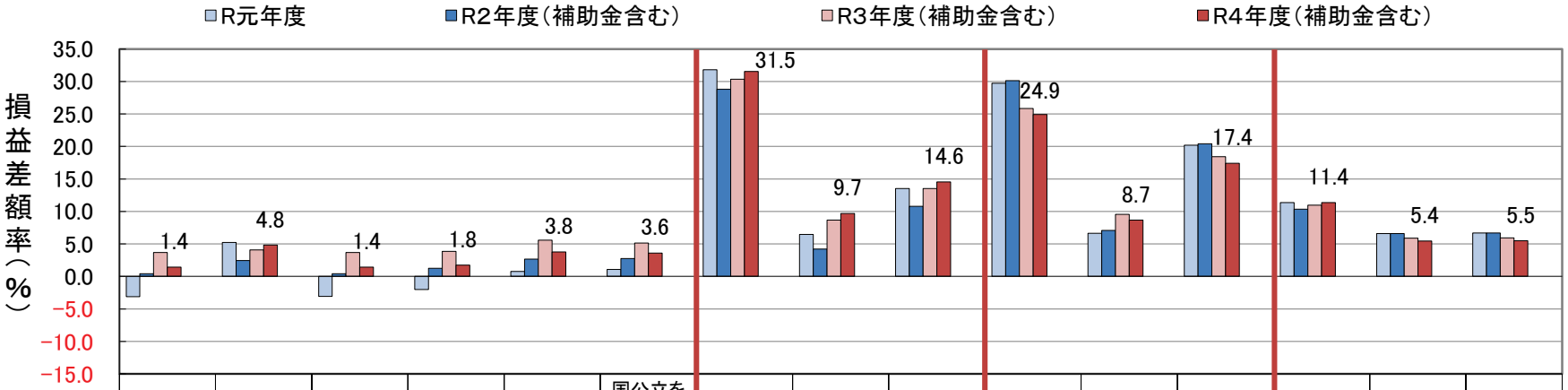
【用語】

- 今回調査とは第24回医療経済実態調査（R3・R4年度のデータ）、前回調査とは同第23回（R元・R2年度データ）を指す。
- 一般診療所の「有床」とは入院診療収益のある診療所、「無床」とは入院診療収益のない診療所と定義した。入院診療収益のない診療所の中には有床診療所として登録されているものも少数あるが、結果報告データでは参考値となっているため、本分析では入院診療収益のある診療所のみを「有床」として扱う。
- 収益を、医業収益・介護収益（保険薬局は収益）の合計額とし、新型コロナウイルス感染症関連の補助金は含まないものと定義した。
- 「（コロナ関連の補助金を含む）」の損益差額は、収益に新型コロナウイルス感染症関連の補助金を加えた額から医業・介護費用（保険薬局は費用）を引いた額と定義した。「（コロナ関連の補助金を除く）」の損益差額は、収益から医業・介護費用（保険薬局は費用）を引いた額と定義した。
- 損益差額率は、損益差額を収益で除した値と定義した。
- 材料費は、診療材料費・医療消耗器具備品費（一般診療所の場合は材料費、歯科の場合は歯科材料費） および給食用材料費の合計と定義した。
- 年収は、給料の年（度）額と賞与を合計した金額と定義した。
- ※上記以外の注釈は末尾を参照のこと。

Ⅰ　損益差額率の経年比較

1.　医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化（H27～R4年度）

（1）一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局（コロナ関連の補助金を含む）

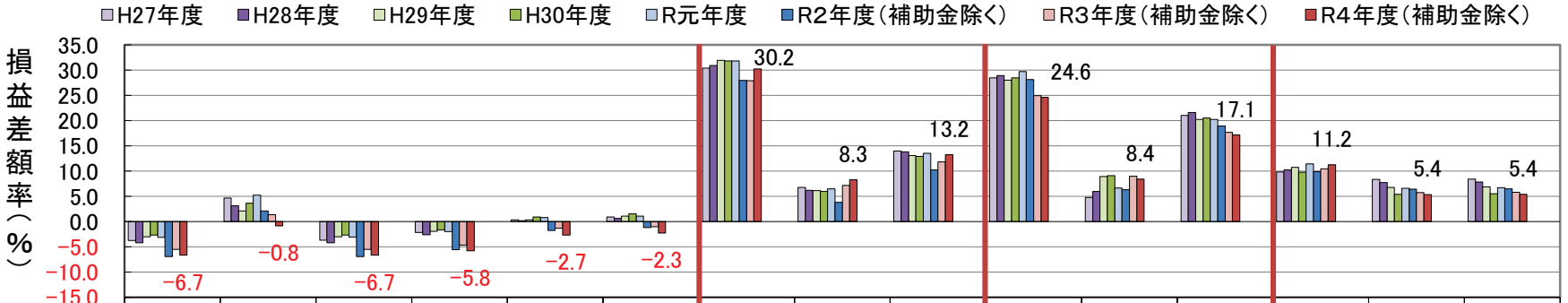


	一般病院						一般診療所			歯科診療所			保険薬局		
	法人その他全体	個人	全体	全体加重平均	国公立を除く	国公立を除く加重平均	個人	医療法人	全体	個人	医療法人	全体	個人	法人	全体
R元年度	−3.1	5.2	−3.1	−2.0	0.8	1.1	31.8	6.5	13.5	29.7	6.6	20.2	11.4	6.6	6.7
R2年度（補助金含む）	0.4	2.5	0.4	1.2	2.7	2.8	28.8	4.2	10.8	30.1	7.1	20.4	10.4	6.6	6.7
R3年度（補助金含む）	3.7	4.1	3.7	3.9	5.6	5.1	30.3	8.7	13.5	25.9	9.6	18.4	11.0	5.9	5.9
R4年度（補助金含む）	1.4	4.8	1.4	1.8	3.8	3.6	31.5	9.7	14.6	24.9	8.7	17.4	11.4	5.4	5.5
R元・R2年度施設数	761	7	768	768	610	610	729	945	1,706	485	138	625	41	863	904
R3・R4年度施設数	699	4	703	703	561	561	881	1,332	2,272	438	148	587	42	1,115	1,157

- ○ コロナ関連補助金を含めると、一般病院全体は1.8%の黒字であった（R4年度加重平均）。
- ○ 一般診療所は個人、医療法人それぞれ31.5%、9.7%の黒字であり（R4年度）、医療法人はR元年度以降で最も高い水準であった。
- ○ 歯科診療所は個人、医療法人それぞれ24.9%、8.7%の黒字であり（R4年度）、医療法人はR元年度を上回る水準であった。
- ○ 保険薬局は全体で5.5%の黒字であった（R4年度）。

1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化（H27～R4年度）

（1）一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局（コロナ関連の補助金を除く）

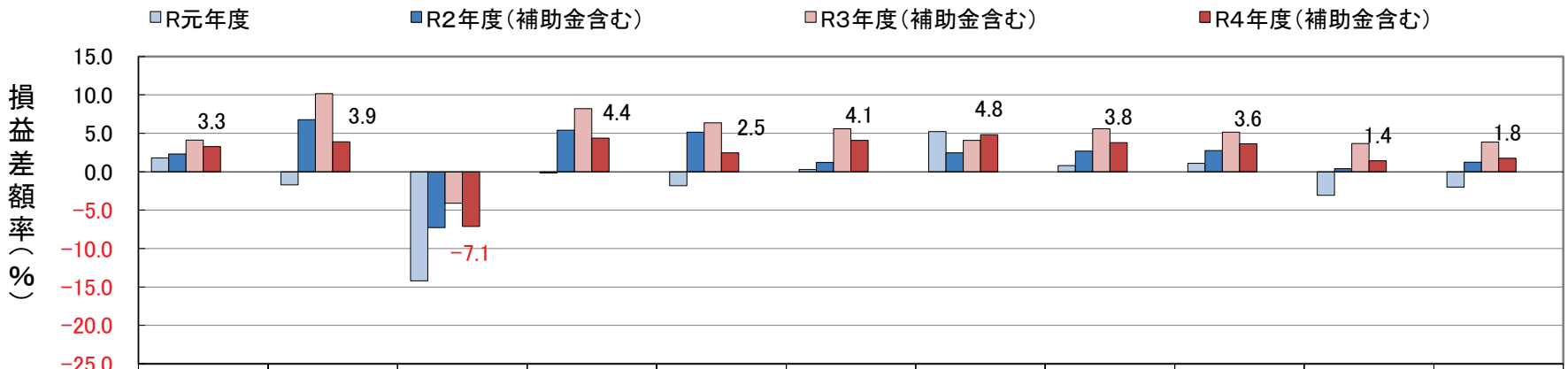


	一般病院						一般診療所			歯科診療所			保険薬局		
	法人その他全体	個人	全体	全体加重平均	国公立を除く	国公立を除く加重平均	個人	医療法人	全体	個人	医療法人	全体	個人	法人	全体
H27年度	−3.8	4.6	−3.7	−2.2	0.4	0.9	30.4	6.8	14.0	28.4	4.8	21.0	9.8	8.3	8.4
H28年度	−4.2	3.1	−4.2	−2.6	0.1	0.6	30.9	6.2	13.8	28.9	5.9	21.6	10.2	7.7	7.8
H29年度	−3.0	2.1	−3.0	−1.9	0.3	1.0	31.9	6.1	13.0	28.0	8.9	20.2	10.7	6.8	6.9
H30年度	−2.7	3.6	−2.7	−1.6	0.9	1.5	31.8	6.0	12.9	28.5	9.1	20.5	9.8	5.4	5.5
R元年度	−3.1	5.2	−3.1	−2.0	0.8	1.1	31.8	6.5	13.5	29.7	6.6	20.2	11.4	6.6	6.7
R2年度（補助金除く）	−7.0	2.1	−6.9	−5.6	−1.8	−1.2	28.0	3.8	10.2	28.1	6.3	18.9	9.9	6.4	6.5
R3年度（補助金除く）	−5.5	1.4	−5.5	−4.7	−1.3	−1.0	27.9	7.1	11.8	24.9	9.0	17.7	10.4	5.7	5.8
R4年度（補助金除く）	−6.7	−0.8	−6.7	−5.8	−2.7	−2.3	30.2	8.3	13.2	24.6	8.4	17.1	11.2	5.4	5.4
H27・H28年度施設数	870	18	888	888	658	658	837	858	1,744	545	109	654	62	1,028	1,090
H29・H30年度施設数	831	17	848	848	674	674	744	917	1,704	481	141	625	59	979	1,038
R元・R2年度施設数	761	7	768	768	610	610	729	945	1,706	485	138	625	41	863	904
R3・R4年度施設数	699	4	703	703	561	561	881	1,332	2,272	438	148	587	42	1,115	1,157

- コロナ関連補助金を除くと、一般病院全体は5.8%の赤字であった（R4年度加重平均）。
- 一般診療所は個人、医療法人それぞれ30.2%、8.3%の黒字であり（R4年度）、医療法人はH27年度以降で最も高い水準であった。
- 歯科診療所は個人、医療法人それぞれ24.6%、8.4%の黒字であり（R4年度）、医療法人はR元年度と比較して1.8ポイント上昇した。
- 保険薬局は全体で5.4%の黒字であり（R4年度）、H30年度とほぼ同水準であった。

1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化（H27～R4年度）

（2）一般病院の開設者別（コロナ関連の補助金を含む）

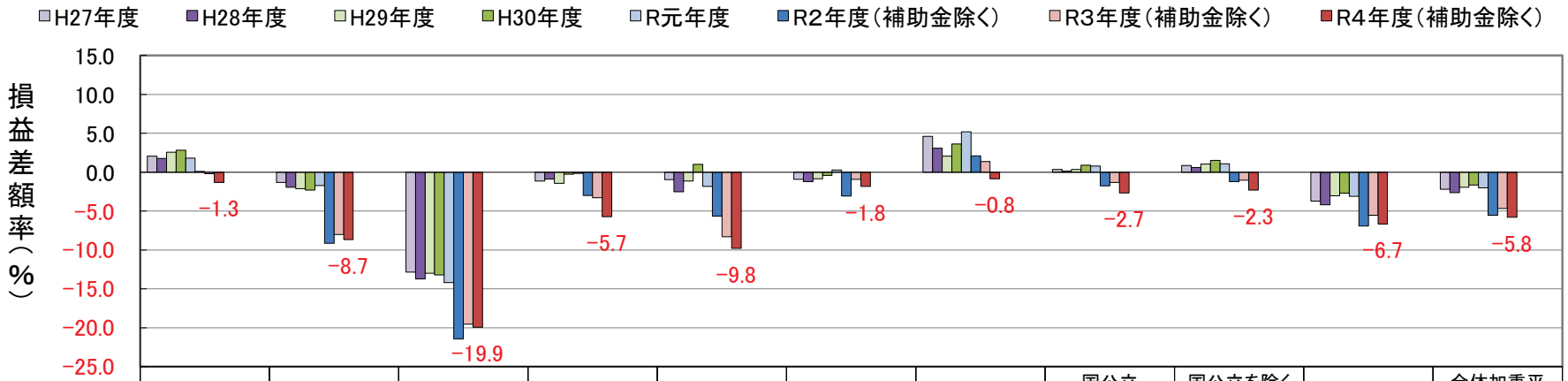


	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人	国公立を除く	国公立を除く加重平均	全体	全体加重平均
	一般病院										
R元年度	1.8	−1.7	−14.2	−0.2	−1.8	0.3	5.2	0.8	1.1	−3.1	−2.0
R2年度（補助金含む）	2.3	6.8	−7.3	5.4	5.2	1.2	2.5	2.7	2.8	0.4	1.2
R3年度（補助金含む）	4.1	10.2	−4.1	8.2	6.3	5.6	4.1	5.6	5.1	3.7	3.9
R4年度（補助金含む）	3.3	3.9	−7.1	4.4	2.5	4.1	4.8	3.8	3.6	1.4	1.8
R元・R2年度施設数	410	18	140	38	6	149	7	610	610	768	768
R3・R4年度施設数	382	20	122	43	6	126	4	561	561	703	703

○ コロナ関連補助金を含めると、一般病院の開設者別では、医療法人・国立・公的・その他は3.3～4.4%の黒字であった（R4年度）。
○ 公立病院は7.1%の赤字であったが（R4年度）、R元年度と比較して7.1ポイント上昇した。

1. 医療機関別・開設者別 損益差額率の経年変化（H27～R4年度）

（2）一般病院の開設者別（コロナ関連の補助金を除く）



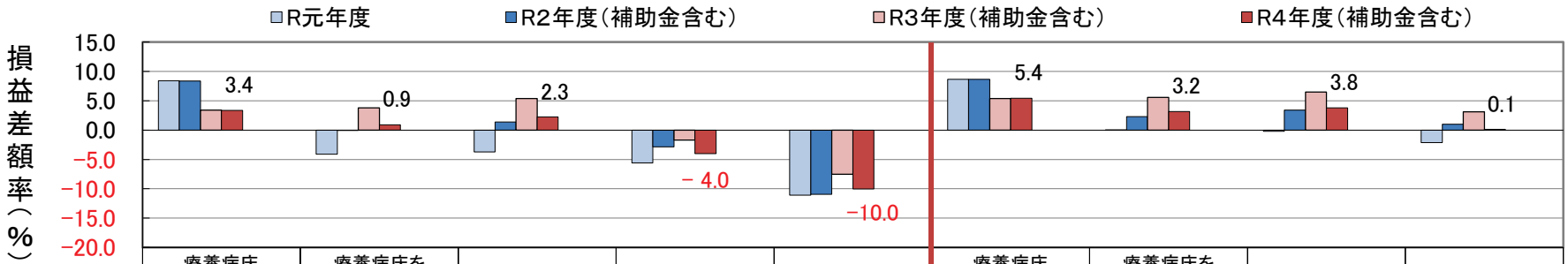
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人	国公立を除く	国公立を除く加重平均	全体	全体加重平均
	一般病院										
H27年度	2.1	-1.3	-12.8	-1.2	-0.9	-0.9	4.6	0.4	0.9	-3.7	-2.2
H28年度	1.8	-1.9	-13.7	-0.9	-2.5	-1.2	3.1	0.1	0.6	-4.2	-2.6
H29年度	2.6	-2.1	-13.0	-1.4	-1.2	-0.9	2.1	0.3	1.0	-3.0	-1.9
H30年度	2.8	-2.3	-13.2	-0.3	1.0	-0.4	3.6	0.9	1.5	-2.7	-1.6
R元年度	1.8	-1.7	-14.2	-0.2	-1.8	0.3	5.2	0.8	1.1	-3.1	-2.0
R2年度（補助金除く）	0.1	-9.2	-21.4	-3.0	-5.7	-3.1	2.1	-1.8	-1.2	-6.9	-5.6
R3年度（補助金除く）	-0.2	-8.0	-19.6	-3.3	-8.3	-0.9	1.4	-1.3	-1.0	-5.5	-4.7
R4年度（補助金除く）	-1.3	-8.7	-19.9	-5.7	-9.8	-1.8	-0.8	-2.7	-2.3	-6.7	-5.8
H27・H28年度施設数	455	46	184	66	13	106	18	658	658	888	888
H29・H30年度施設数	443	22	152	56	7	151	17	674	674	848	848
R元・R2年度施設数	410	18	140	38	6	149	7	610	610	768	768
R3・R4年度施設数	382	20	122	43	6	126	4	561	561	703	703

- コロナ関連補助金を除くと、一般病院の開設者別では0.8%（個人）～19.9%（公立）の赤字であり、開設者によって大きな差があった（R4年度）。
- 公立病院が有効回答施設数に占める割合（17%）と日本全国の施設数に占める割合（12%）にはほぼ1.5倍の開きがあり、加重平均で構成割合を補正しない「全体」の損益差額率の値は公立病院の影響を過大に反映している。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

① 機能別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



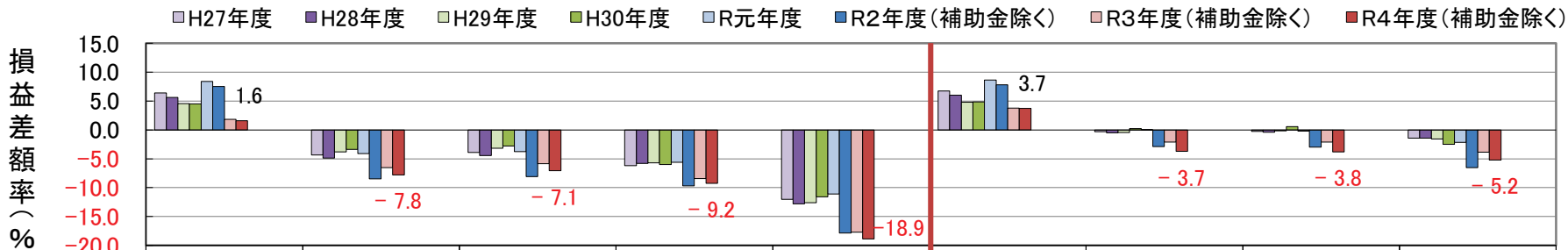
	一般病院全体					一般病院（国公立を除く）			
	療養病床60%以上	療養病床を有しない	DPC対象病院	特定機能病院	こども病院	療養病床60%以上	療養病床を有しない	DPC対象病院	特定機能病院
R元年度	8.4	− 4.1	− 3.7	− 5.6	−11.1	8.7	0.0	− 0.2	− 2.2
R2年度（補助金含む）	8.4	− 0.1	1.4	− 2.8	−11.0	8.7	2.3	3.4	1.0
R3年度（補助金含む）	3.4	3.8	5.4	− 1.7	− 7.5	5.4	5.6	6.5	3.1
R4年度（補助金含む）	3.4	0.9	2.3	− 4.0	−10.0	5.4	3.2	3.8	0.1
R元・R2年度施設数	112	454	231	83	18	110	327	152	30
R3・R4年度施設数	118	403	214	86	25	108	295	148	30

- コロナ関連補助金を含めると、療養病床60%以上の病院・療養病床を有しない病院・DPC対象病院は、全体で0.9～3.4%、国公立を除くと3.2～5.4%の黒字であった（R4年度）。
- 特定機能病院は全体で4.0%の赤字、国公立を除くと0.1%の黒字であった（R4年度）。
- こども病院は10.0%の赤字であった（R4年度）。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

① 機能別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



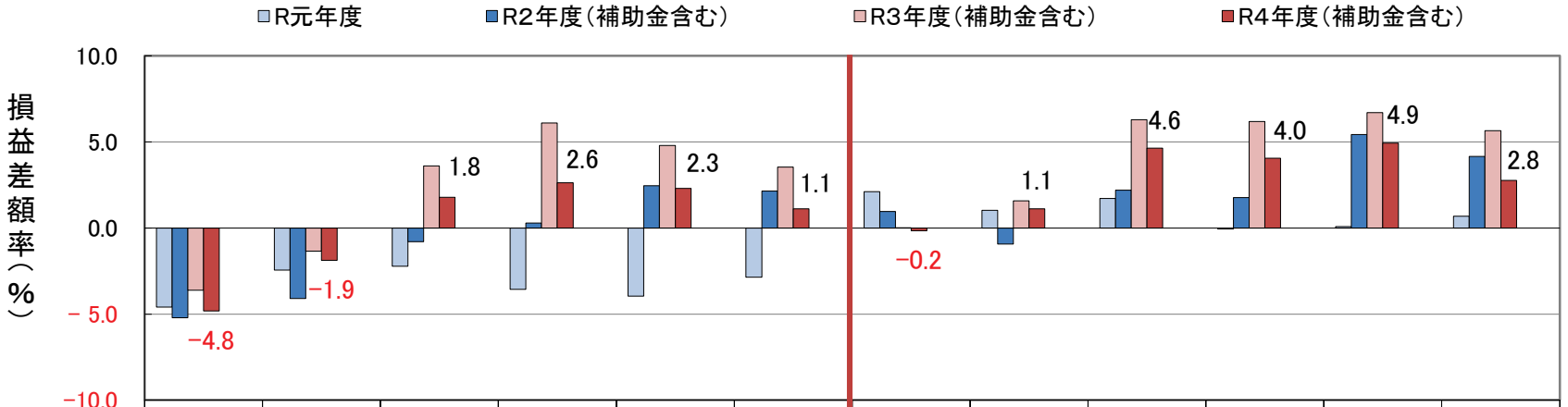
	療養病床60%以上	療養病床を有しない	DPC対象病院	特定機能病院	こども病院	療養病床60%以上	療養病床を有しない	DPC対象病院	特定機能病院
	一般病院全体					一般病院（国公立を除く）			
H27年度	6.4	− 4.3	− 3.9	− 6.2	−12.0	6.7	− 0.3	− 0.3	− 1.4
H28年度	5.7	− 4.9	− 4.4	− 5.8	−12.8	6.0	− 0.5	− 0.4	− 1.4
H29年度	4.6	− 3.8	− 3.2	− 5.7	−12.6	4.8	− 0.5	− 0.2	− 1.6
H30年度	4.5	− 3.4	− 2.8	− 6.0	−11.6	4.9	0.2	0.6	− 2.5
R元年度	8.4	− 4.1	− 3.7	− 5.6	−11.1	8.7	0.0	− 0.2	− 2.2
R2年度（補助金除く）	7.5	− 8.5	− 8.1	− 9.7	−17.8	7.8	− 2.9	− 3.0	− 6.5
R3年度（補助金除く）	1.9	− 6.5	− 5.8	− 8.4	−17.7	3.8	− 2.1	− 2.1	− 3.8
R4年度（補助金除く）	1.6	− 7.8	− 7.1	− 9.2	−18.9	3.7	− 3.7	− 3.8	− 5.2
H27・H28年度施設数	126	567	315	81	24	123	383	194	27
H29・H30年度施設数	144	501	283	83	20	141	367	192	29
R元・R2年度施設数	112	454	231	83	18	110	327	152	30
R3・R4年度施設数	118	403	214	86	25	108	295	148	30

- コロナ関連補助金を除くと、療養病床60%以上の病院では、全体で1.6%、国公立を除くと3.7%の黒字を維持した（R4年度）。
- 療養病床を有しない病院・DPC対象病院・特定機能病院では7.1～9.2%の赤字であったが、国公立を除くと3.3～4.1ポイント高かった（R4年度）。
- こども病院は18.9%の赤字であった（R4年度）。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

② 病床規模別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



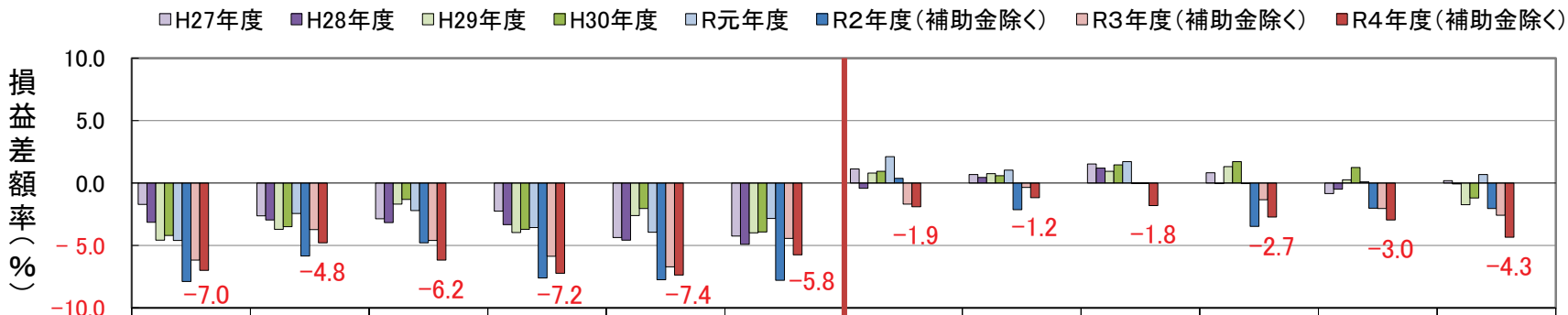
	20～49床	50～99床	100～199床	200～299床	300～499床	500床以上	20～49床	50～99床	100～199床	200～299床	300～499床	500床以上
	一般病院						国公立病院を除く一般病院					
R元年度	−4.6	−2.4	−2.2	−3.6	−4.0	−2.8	2.1	1.0	1.7	−0.1	0.1	0.7
R2年度（補助金含む）	−5.2	−4.1	−0.8	0.3	2.5	2.1	1.0	−0.9	2.2	1.8	5.4	4.2
R3年度（補助金含む）	−3.6	−1.3	3.6	6.1	4.8	3.5	0.0	1.6	6.3	6.2	6.7	5.7
R4年度（補助金含む）	−4.8	−1.9	1.8	2.6	2.3	1.1	−0.2	1.1	4.6	4.0	4.9	2.8
R元・R2年度施設数	78	211	250	85	91	30	65	179	205	66	60	16
R3・R4年度施設数	77	175	245	81	95	21	66	150	202	60	61	17

○ コロナ関連補助金を含めると、100床以上の一般病院は1.1～2.6%の黒字であった。国公立を除くと50床以上の一般病院では1.1～4.9%の黒字であった（R4年度）。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

② 病床規模別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



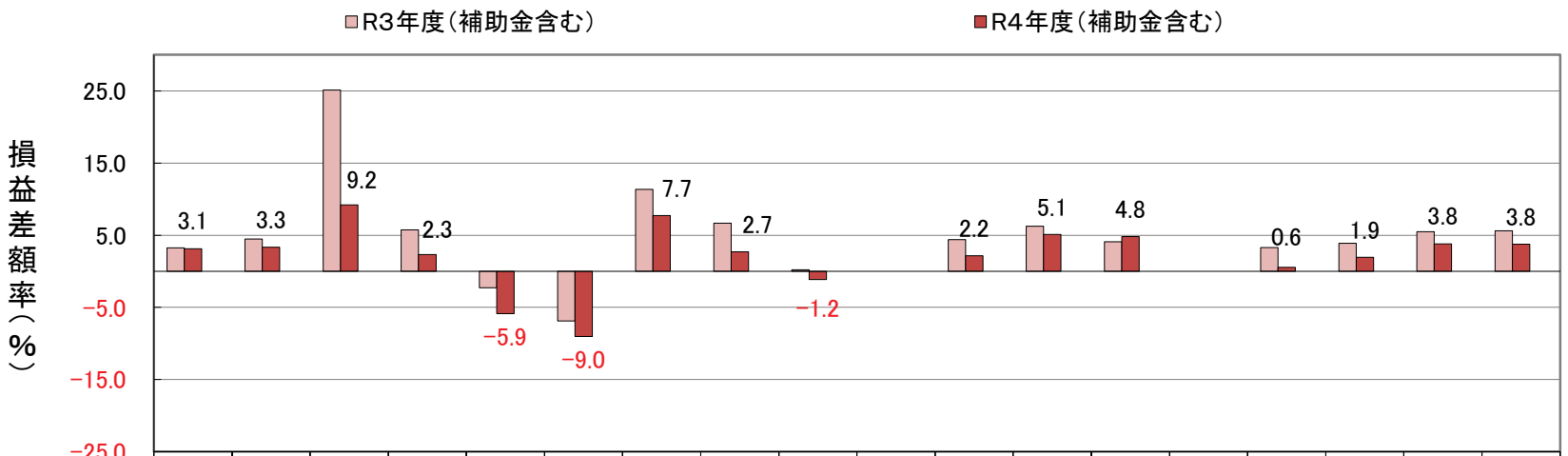
	一般病院						国公立病院を除く一般病院					
	20～49床	50～99床	100～199床	200～299床	300～499床	500床以上	20～49床	50～99床	100～199床	200～299床	300～499床	500床以上
H27年度	－1.7	－2.6	－2.9	－2.3	－4.4	－4.3	1.1	0.7	1.5	0.8	－0.9	0.2
H28年度	－3.2	－3.0	－3.2	－3.3	－4.6	－4.9	－0.4	0.4	1.2	－0.1	－0.5	－0.1
H29年度	－4.6	－3.7	－1.7	－4.0	－2.6	－4.0	0.8	0.8	0.9	1.3	0.3	－1.7
H30年度	－4.2	－3.5	－1.3	－3.7	－2.0	－3.9	0.9	0.6	1.4	1.7	1.2	－1.2
R元年度	－4.6	－2.4	－2.2	－3.6	－4.0	－2.8	2.1	1.0	1.7	－0.1	0.1	0.7
R2年度（補助金除く）	－7.9	－5.8	－4.8	－7.6	－7.7	－7.8	0.4	－2.1	－0.0	－3.5	－2.0	－2.0
R3年度（補助金除く）	－6.2	－3.7	－4.6	－5.9	－6.7	－4.4	－1.7	－0.4	－0.0	－1.3	－2.0	－2.6
R4年度（補助金除く）	－7.0	－4.8	－6.2	－7.2	－7.4	－5.8	－1.9	－1.2	－1.8	－2.7	－3.0	－4.3
H27・28年度施設数	104	197	263	105	161	49	93	168	213	75	84	20
H29・30年度施設数	92	206	282	89	130	38	80	177	240	62	88	19
R元・R2年度施設数	78	211	250	85	91	30	65	179	205	66	60	16
R3・R4年度施設数	77	175	245	81	95	21	66	150	202	60	61	17

○ コロナ関連補助金を除くと、国公立を除く一般病院では、200床未満の病院は200床以上の病院と比較して赤字幅が小さい傾向にあった。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

③ 同開設者の他施設保有の有無別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



	医療法人		国立		公立		公的		社保法人		その他		個人		全体		国公立を除く	
	調査対象病院のみ保有 ※1	調査対象病院以外も保有 ※2	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有
R3年度（補助金含む）	3.3	4.5	25.1	5.7	−2.3	−6.9	11.4	6.7	0.2	−	4.4	6.2	4.1	−	3.3	3.9	5.5	5.6
R4年度（補助金含む）	3.1	3.3	9.2	2.3	−5.9	−9.0	7.7	2.7	−1.2	−	2.2	5.1	4.8	−	0.6	1.9	3.8	3.8
R3・R4年度施設数	153	229	6	14	63	59	11	32	4	−	39	87	4	−	280	423	211	350

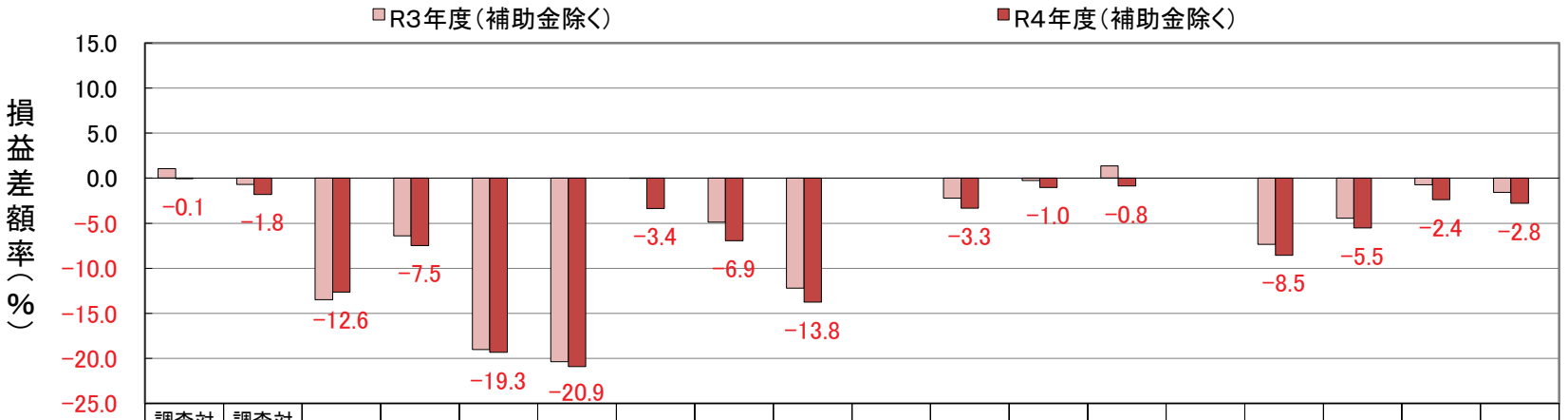
○ コロナ関連補助金を含めると、調査対象病院以外の施設も保有している一般病院全体（1.9%の黒字）は、調査対象病院のみ保有している一般病院全体（0.6%の黒字）と比較して損益差額率が高かった（R4年度）。

注）※1「調査対象病院のみ保有」は「調査対象病院のみ保有している一般病院」を指す。
※2「調査対象病院以外も保有」は「調査対象病院以外の施設（病院、診療所、介護保険施設等）も保有している一般病院」を指す。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

③ 同開設者の他施設保有の有無別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



	医療法人		国立		公立		公的		社保法人		その他		個人		全体		国公立を除く	
	調査対象病院のみ保有 ※1	調査対象病院以外も保有 ※2	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有	調査対象病院のみ保有	調査対象病院以外も保有
R3年度（補助金除く）	1.1	−0.7	−13.5	−6.4	−19.0	−20.4	−0.0	−4.9	−12.2	−	−2.2	−0.3	1.4	−	−7.3	−4.4	−0.7	−1.6
R4年度（補助金除く）	−0.1	−1.8	−12.6	−7.5	−19.3	−20.9	−3.4	−6.9	−13.8	−	−3.3	−1.0	−0.8	−	−8.5	−5.5	−2.4	−2.8
R3・R4年度施設数	153	229	6	14	63	59	11	32	4	−	39	87	4	−	280	423	211	350

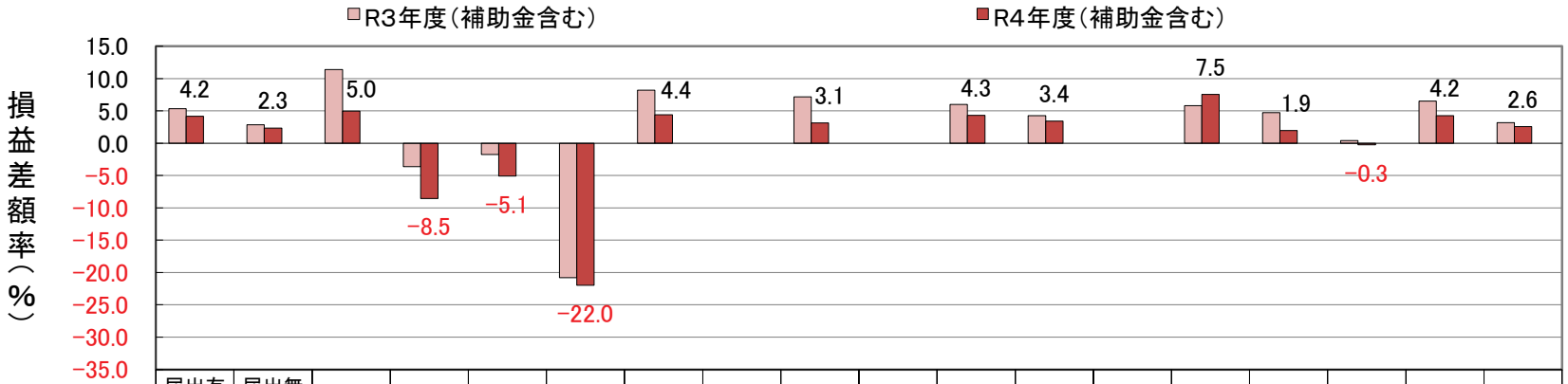
○ コロナ関連補助金を除くと、調査対象病院以外の施設も保有している一般病院全体（5.5%の赤字）は、調査対象病院のみ保有している一般病院全体（8.5%の赤字）と比較して赤字幅が小さかった（R4年度）。

注）※1「調査対象病院のみ保有」は「調査対象病院のみ保有している一般病院」を指す。
※2「調査対象病院以外も保有」は「調査対象病院以外の施設（病院、診療所、介護保険施設等）も保有している一般病院」を指す。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

④ 看護職員処遇改善評価料の状況別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



	医療法人		国立		公立		公的		社保法人		その他		個人		全体		国公立を除く	
	届出有※1	届出無※2	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無
R3年度（補助金含む）	5.3	2.8	11.4	−3.7	−1.7	−20.8	8.2	−	7.2	−	6.0	4.3	−	5.8	4.7	0.4	6.5	3.2
R4年度（補助金含む）	4.2	2.3	5.0	−8.5	−5.1	−22.0	4.4	−	3.1	−	4.3	3.4	−	7.5	1.9	−0.3	4.2	2.6
R3・R4年度施設数	111	271	17	3	74	48	42	−	5	−	74	52	−	3	324	379	233	328

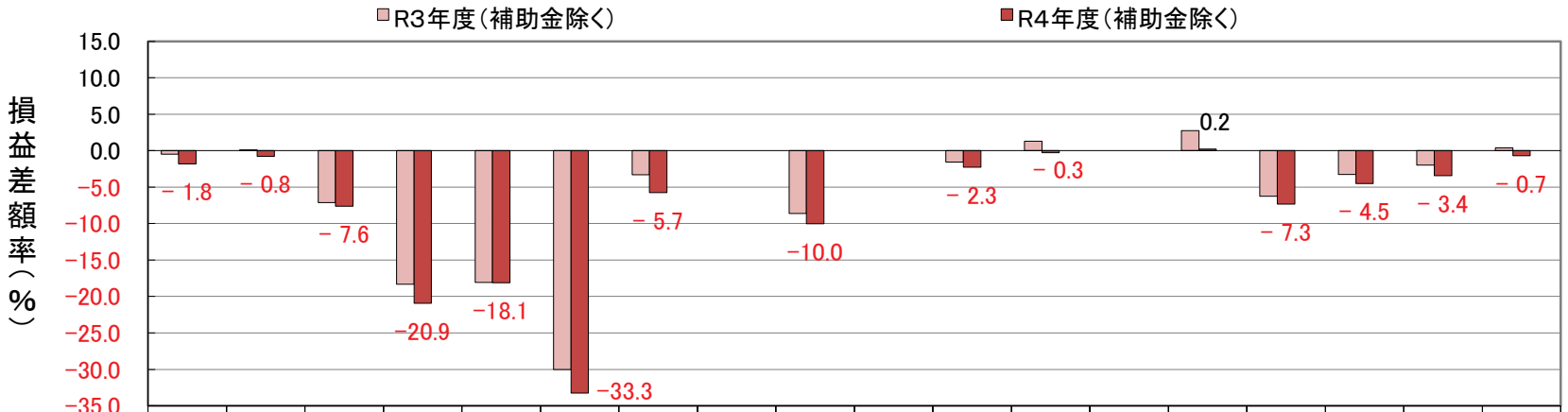
○ コロナ関連補助金を含めると、看護職員処遇改善評価料の届出無の病院は全体で0.3%の赤字、届出有の病院は全体で1.9%の黒字であった（R4年度）。

注）※1「届出有」は「看護職員処遇改善評価料の届出を出している一般病院」を指す。
※2「届出無」は「看護職員処遇改善評価料の届出を出していない一般病院」を指す。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

④ 看護職員処遇改善評価料の状況別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



	医療法人		国立		公立		公的		社保法人		その他		個人		全体		国公立を除く	
	届出有※1	届出無※2	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無	届出有	届出無
R3年度（補助金除く）	-0.5	0.1	-7.1	-18.3	-18.1	-30.0	-3.3	-	-8.6	-	-1.6	1.3	-	2.8	-6.2	-3.3	-2.0	0.4
R4年度（補助金除く）	-1.8	-0.8	-7.6	-20.9	-18.1	-33.3	-5.7	-	-10.0	-	-2.3	-0.3	-	0.2	-7.3	-4.5	-3.4	-0.7
R3・R4年度施設数	111	271	17	3	74	48	42	-	5	-	74	52	-	3	324	379	233	328

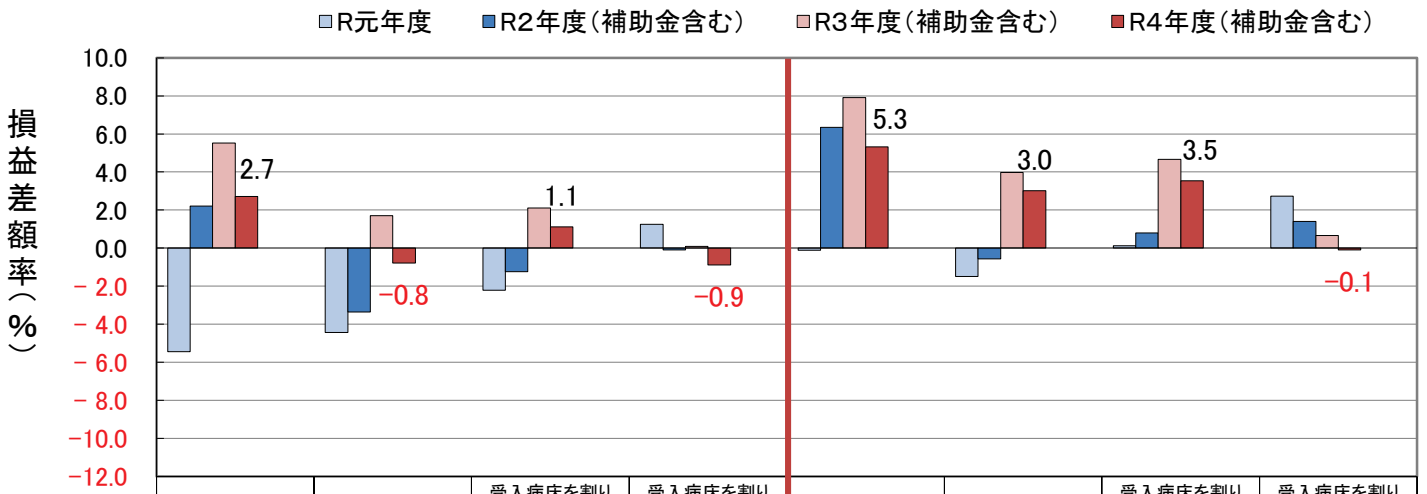
○ コロナ関連補助金を除くと、看護職員処遇改善評価料の届出有無別にみると、届出無の病院は全体で4.5%の赤字、届出有の病院は全体で7.3%の赤字であった（R4年度）。

注）※1「届出有」は「看護職員処遇改善評価料の届出を出している一般病院」を指す。
※2「届出無」は「看護職員処遇改善評価料の届出を出していない一般病院」を指す。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

⑤ 重点医療機関・協力医療機関の指定別状況（R元～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



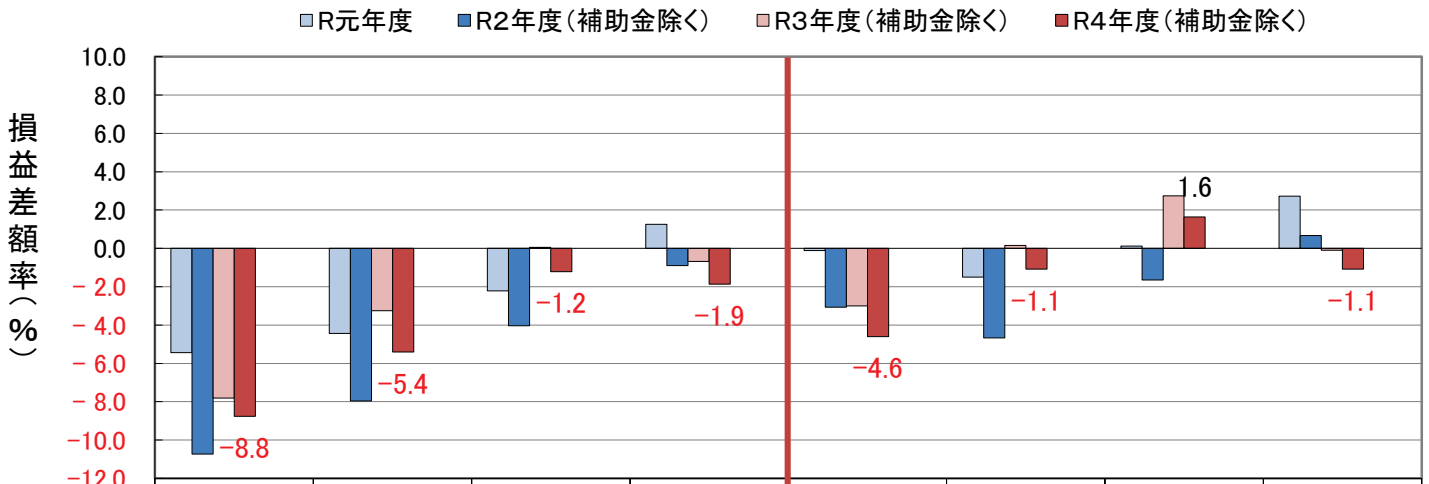
	一般病院				国公立病院を除く一般病院			
	重点医療機関	協力医療機関	受入病床を割り当てられたその他の医療機関	受入病床を割り当てられていない	重点医療機関	協力医療機関	受入病床を割り当てられたその他の医療機関	受入病床を割り当てられていない
R元年度	－5.4	－4.4	－2.2	1.2	－0.1	－1.5	0.1	2.7
R2年度（補助金含む）	2.2	－3.4	－1.2	－0.1	6.3	－0.6	0.8	1.4
R3年度（補助金含む）	5.5	1.7	2.1	0.1	7.9	4.0	4.7	0.7
R4年度（補助金含む）	2.7	－0.8	1.1	－0.9	5.3	3.0	3.5	－0.1
R元・R2年度施設数	149	120	44	455	69	86	38	417
R3・R4年度施設数	227	99	52	178	147	74	43	167

- コロナ関連補助金を含めると、重点医療機関・受入病床を割り当てられたその他の医療機関では1.1～2.7%の黒字であった（R4年度）。
- 協力医療機関では0.8%の赤字であったが（R4年度）、R元年度と比較して3.6ポイント上昇した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（1）一般病院

⑤ 重点医療機関・協力医療機関の指定別状況（R元～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



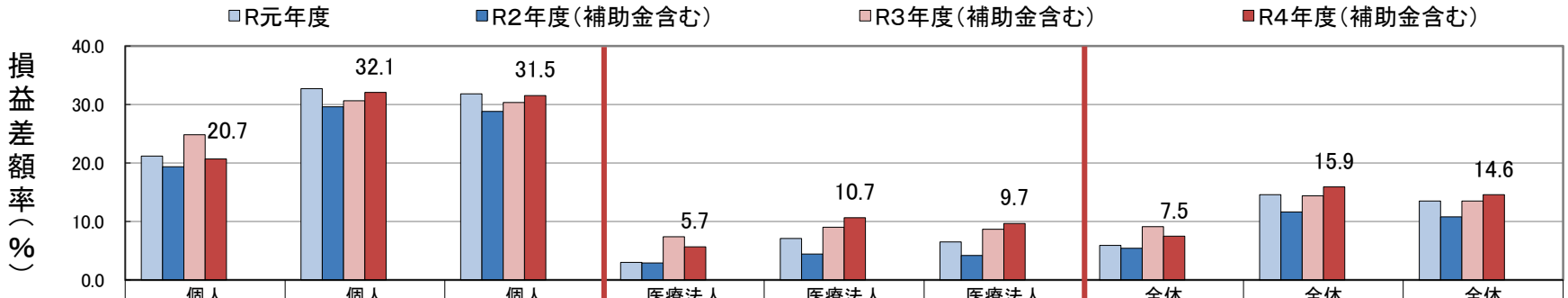
	一般病院				国公立病院を除く一般病院			
	重点医療機関	協力医療機関	受入病床を割り当てられたその他の医療機関	受入病床を割り当てられていない	重点医療機関	協力医療機関	受入病床を割り当てられたその他の医療機関	受入病床を割り当てられていない
R元年度	－5.4	－4.4	－2.2	1.2	－0.1	－1.5	0.1	2.7
R2年度（補助金除く）	－10.7	－8.0	－4.0	－0.9	－3.1	－4.7	－1.6	0.7
R3年度（補助金除く）	－7.8	－3.3	0.0	－0.7	－3.0	0.1	2.7	－0.1
R4年度（補助金除く）	－8.8	－5.4	－1.2	－1.9	－4.6	－1.1	1.6	－1.1
R元・R2年度施設数	149	120	44	455	69	86	38	417
R3・R4年度施設数	227	99	52	178	147	74	43	167

○ コロナ関連補助金を除くと、受入病床を割り当てられていない医療機関の損益差額率はR元年度と比較して3.1ポイント減少した。重点医療機関では同3.4ポイント減少、協力医療機関では同1.0ポイント減少、受入病床を割り当てられたその他の医療機関では同1.0ポイント上昇した（R4年度）。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（2）一般診療所

① 開設者別・有床無床別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



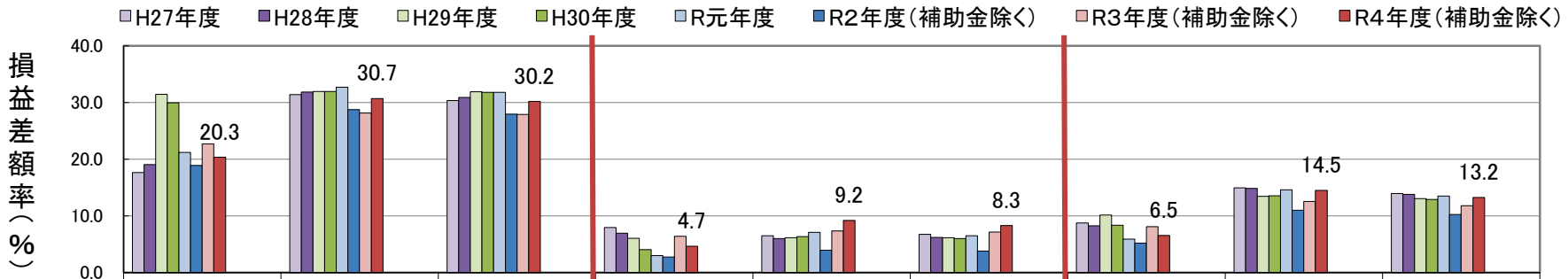
	個人（有床）	個人（無床）	個人（全体）	医療法人（有床）	医療法人（無床）	医療法人（全体）	全体（有床）	全体（無床）	全体（全体）
R元年度	21.2	32.7	31.8	3.0	7.1	6.5	5.9	14.6	13.5
R2年度（補助金含む）	19.4	29.6	28.8	2.9	4.4	4.2	5.4	11.6	10.8
R3年度（補助金含む）	24.9	30.6	30.3	7.4	9.0	8.7	9.1	14.4	13.5
R4年度（補助金含む）	20.7	32.1	31.5	5.7	10.7	9.7	7.5	15.9	14.6
R元・R2年度施設数	27	702	729	68	877	945	97	1,609	1,706
R3・R4年度施設数	18	863	881	115	1,217	1,332	136	2,136	2,272

- コロナ関連補助金を含めると、個人の一般診療所では、有床、無床それぞれ20.7%と32.1%の黒字であり（R4年度）、R3年度と比較して有床は4.2ポイント減少、無床は1.5ポイント上昇した。
- 医療法人の一般診療所では、有床、無床それぞれ5.7%と10.7%の黒字であり（R4年度）、R3年度と比較して有床は1.7ポイント減少、無床は1.7ポイント上昇した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（2）一般診療所

① 開設者別・有床無床別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



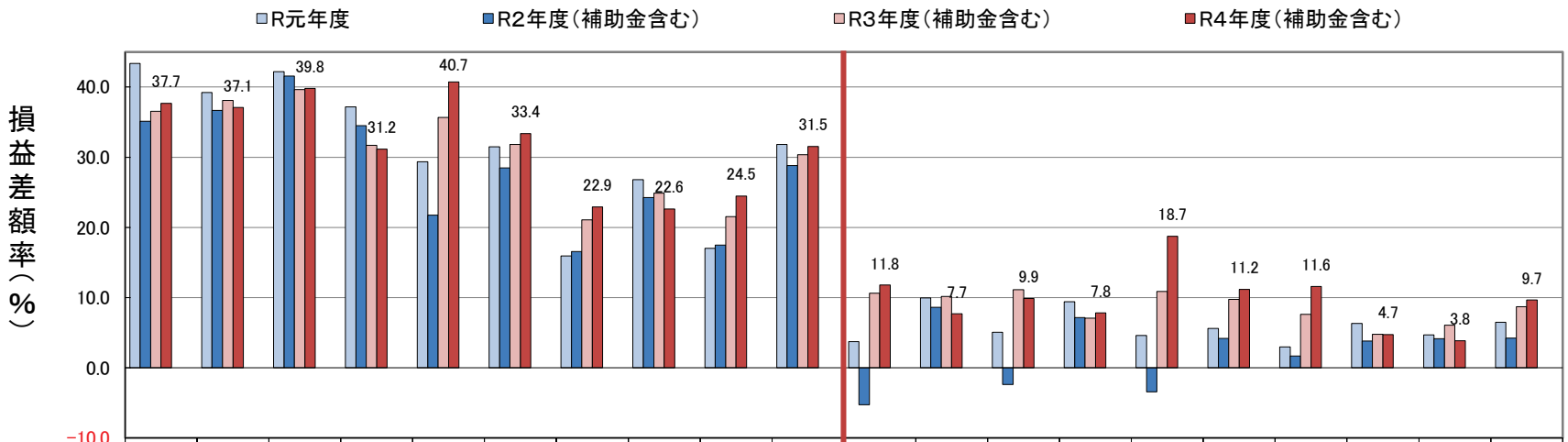
	個人（有床）	個人（無床）	個人（全体）	医療法人（有床）	医療法人（無床）	医療法人（全体）	全体（有床）	全体（無床）	全体（全体）
H27年度	17.6	31.4	30.4	7.9	6.5	6.8	8.7	14.9	14.0
H28年度	19.1	31.8	30.9	6.9	6.0	6.2	8.2	14.8	13.8
H29年度	31.4	32.0	31.9	6.1	6.2	6.1	10.2	13.5	13.0
H30年度	29.9	32.0	31.8	4.1	6.3	6.0	8.3	13.5	12.9
R元年度	21.2	32.7	31.8	3.0	7.1	6.5	5.9	14.6	13.5
R2年度（補助金除く）	18.9	28.8	28.0	2.7	4.0	3.8	5.2	11.0	10.2
R3年度（補助金除く）	22.7	28.2	27.9	6.4	7.3	7.1	8.1	12.5	11.8
R4年度（補助金除く）	20.3	30.7	30.2	4.7	9.2	8.3	6.5	14.5	13.2
H27・H28年度施設数	42	795	837	84	774	858	130	1,614	1,744
H29・H30年度施設数	25	719	744	76	841	917	103	1,601	1,704
R元・R2年度施設数	27	702	729	68	877	945	97	1,609	1,706
R3・R4年度施設数	18	863	881	115	1,217	1,332	136	2,136	2,272

- コロナ関連補助金を除くと、個人の一般診療所では、有床、無床それぞれ20.3%と30.7%の黒字であり（R4年度）、R3年度と比較して有床は2.4ポイント減少、無床は2.5ポイント上昇した。
- 医療法人の一般診療所では、有床、無床それぞれ4.7%と9.2%の黒字であり（R4年度）、R3年度と比較して有床は1.7ポイント減少、無床は1.9ポイント上昇した。無床はH27年度以降で最も高い水準であった。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（2）一般診療所

② 開設者別・主たる診療科別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



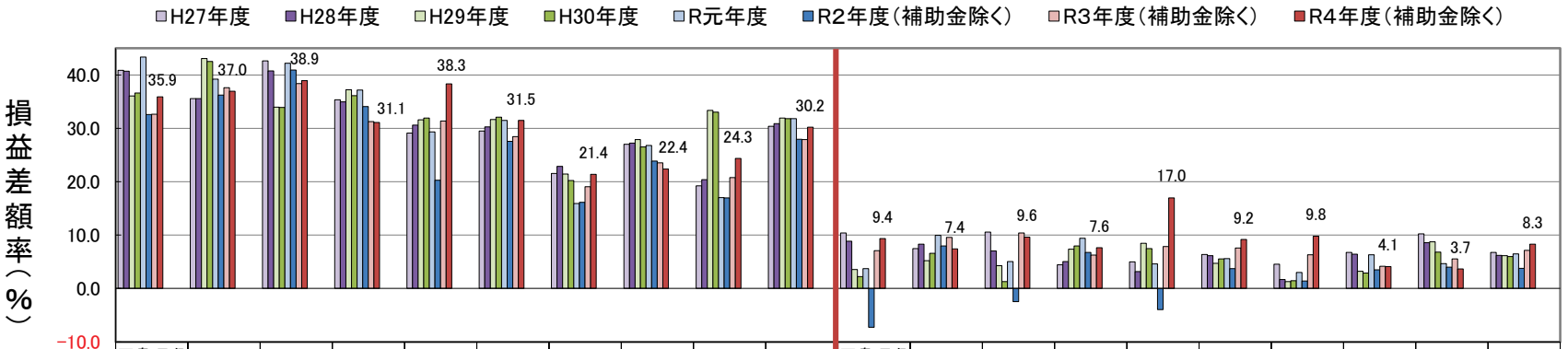
	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科	眼科	小児科	内科	外科	整形外科	産婦人科	全体	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科	眼科	小児科	内科	外科	整形外科	産婦人科	全体
	個人										医療法人									
R元年度	43.4	39.2	42.2	37.2	29.4	31.5	15.9	26.8	17.0	31.8	3.7	9.9	5.1	9.4	4.6	5.6	3.0	6.3	4.7	6.5
R2年度（補助金含む）	35.1	36.7	41.6	34.5	21.7	28.5	16.6	24.3	17.5	28.8	−5.3	8.6	−2.4	7.2	−3.4	4.2	1.7	3.8	4.1	4.2
R3年度（補助金含む）	36.5	38.1	39.6	31.7	35.7	31.8	21.1	24.9	21.5	30.3	10.6	10.2	11.1	7.1	10.9	9.7	7.6	4.8	6.1	8.7
R4年度（補助金含む）	37.7	37.1	39.8	31.2	40.7	33.4	22.9	22.6	24.5	31.5	11.8	7.7	9.9	7.8	18.7	11.2	11.6	4.7	3.8	9.7
R元・R2年度施設数	55	47	26	67	45	347	21	54	35	729	62	50	16	70	79	450	50	92	32	945
R3・R4年度施設数	46	52	31	80	65	443	44	64	28	881	83	71	28	115	90	602	71	147	58	1,332

- コロナ関連補助金を含めると、個人の一般診療所の診療科別では、22.6%（整形外科）～40.7%（小児科）の黒字であった（R4年度）。耳鼻咽喉科・精神科・小児科・内科・外科・産婦人科ではR3年度と比較して0.2～5.0ポイント上昇した。
- 医療法人の一般診療所の診療科別では、3.8%（産婦人科）～18.7%（小児科）の黒字であった（R4年度）。耳鼻咽喉科・精神科・小児科では前回調査のR2年度は赤字であったが、R3およびR4年度はR元年度を上回る黒字へと転換した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（2）一般診療所

② 開設者別・主たる診療科別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



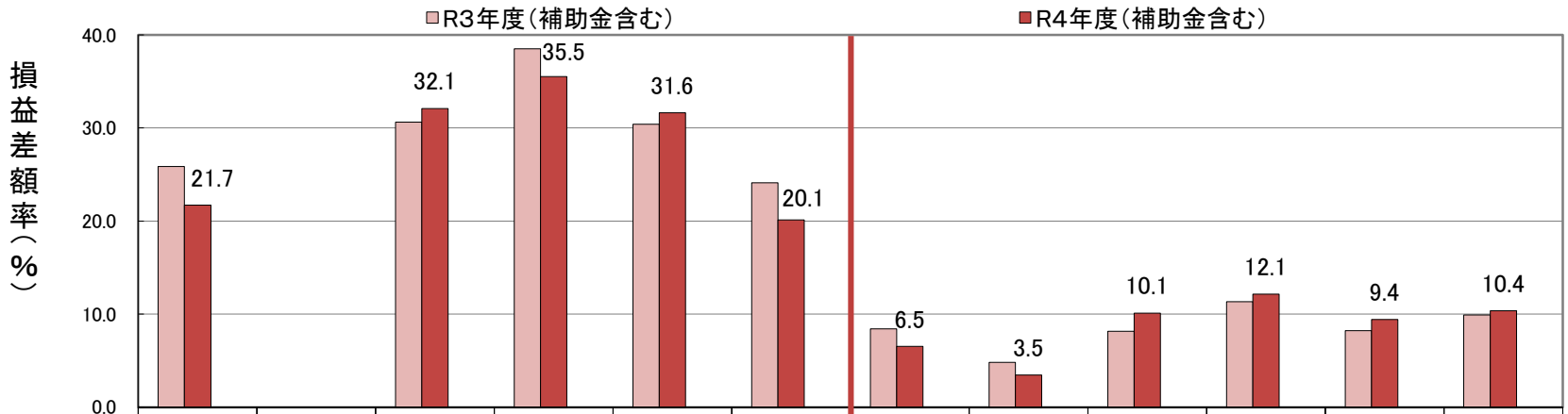
	個人										医療法人									
	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科	眼科	小児科	内科	外科	整形外科	産婦人科	全体	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科	眼科	小児科	内科	外科	整形外科	産婦人科	全体
H27年度	40.9	35.6	42.7	35.4	29.1	29.5	21.6	27.0	19.2	30.4	10.4	7.5	10.6	4.4	5.0	6.4	4.5	6.8	10.2	6.8
H28年度	40.7	35.5	40.8	34.9	30.6	30.3	22.9	27.2	20.4	30.9	8.9	8.3	7.0	5.1	3.1	6.1	1.7	6.4	8.6	6.2
H29年度	36.1	43.1	34.0	37.2	31.6	31.7	21.4	27.9	33.3	31.9	3.5	5.2	4.3	7.3	8.5	4.7	1.3	3.2	8.7	6.1
H30年度	36.6	42.5	33.9	36.1	31.9	32.1	20.2	26.5	33.0	31.8	2.2	6.6	1.3	8.0	7.5	5.5	1.5	2.9	6.8	6.0
R元年度	43.4	39.2	42.2	37.2	29.4	31.5	15.9	26.8	17.0	31.8	3.7	9.9	5.1	9.4	4.6	5.6	3.0	6.3	4.7	6.5
R2年度（補助金除く）	32.6	36.2	40.9	34.1	20.3	27.5	16.1	23.9	16.9	28.0	−7.3	7.9	−2.5	6.7	−3.9	3.7	1.4	3.5	4.0	3.8
R3年度（補助金除く）	32.7	37.6	38.4	31.3	31.4	28.4	19.1	23.5	20.8	27.9	7.1	9.6	10.4	6.3	7.9	7.6	6.3	4.2	5.6	7.1
R4年度（補助金除く）	35.9	37.0	38.9	31.1	38.3	31.5	21.4	22.4	24.3	30.2	9.4	7.4	9.6	7.6	17.0	9.2	9.8	4.1	3.7	8.3
H27・H28年度施設数	52	42	33	83	50	420	46	55	22	837	56	49	27	64	52	388	50	91	41	858
H29・H30年度施設数	59	52	29	62	51	341	45	59	25	744	53	38	12	62	63	457	39	108	43	917
R元・R2年度施設数	55	47	26	67	45	347	21	54	35	729	62	50	16	70	79	450	50	92	32	945
R3・R4年度施設数	46	52	31	80	65	443	44	64	28	881	83	71	28	115	90	602	71	147	58	1,332

- コロナ関連補助金を除くと、個人の一般診療所の診療科別では、21.4%（外科）～38.9%（精神科）の黒字であった（R4年度）。耳鼻咽喉科・精神科・小児科・内科・外科・産婦人科ではR3年度と比較して0.5～6.9ポイント上昇した。
- 医療法人の一般診療所の診療科別では、3.7%（産婦人科）～17.0%（小児科）の黒字であった（R4年度）。耳鼻咽喉科・精神科・小児科では前回調査のR2年度は赤字であったが、R3およびR4年度はR元年度を上回る黒字へと転換した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（2）一般診療所

③ 同開設者の他施設保有の有無別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



	個人（有床）		個人（無床）		個人（全体）		医療法人（有床）		医療法人（無床）		医療法人（全体）	
	調査対象診療所のみ保有 ※1	調査対象診療所以外も保有 ※2	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有
R3年度（補助金含む）	25.9	－	30.6	38.5	30.4	24.1	8.4	4.8	8.2	11.3	8.2	9.9
R4年度（補助金含む）	21.7	－	32.1	35.5	31.6	20.1	6.5	3.5	10.1	12.1	9.4	10.4
R3・R4年度施設数	17	－	860	3	877	4	85	30	991	226	1,076	256

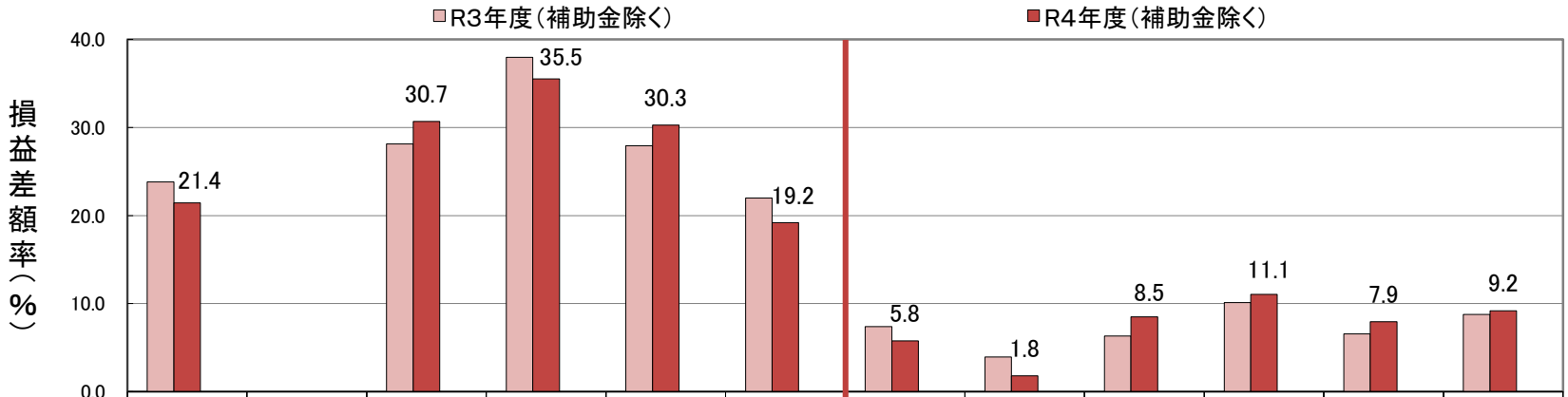
○ コロナ関連補助金を含めると、調査対象診療所以外の施設も保有している一般診療所の医療法人では、調査対象診療所のみ保有している一般診療所の医療法人と比較して損益差額率が1.0ポイント高かった（R4年度）。

注）※1「調査対象診療所のみ保有」は「調査対象診療所のみ保有している一般診療所」を指す。
※2「調査対象診療所以外も保有」は「調査対象診療所以外の施設（病院、診療所、介護保険施設等）も保有している一般診療所」を指す。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（2）一般診療所

③ 同開設者の他施設保有の有無別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



	個人（有床）		個人（無床）		個人（全体）		医療法人（有床）		医療法人（無床）		医療法人（全体）	
	調査対象診療所のみ保有 ※1	調査対象診療所以外も保有 ※2	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有	調査対象診療所のみ保有	調査対象診療所以外も保有
R3年度（補助金除く）	23.8	－	28.1	38.0	27.9	22.0	7.4	3.9	6.3	10.1	6.5	8.8
R4年度（補助金除く）	21.4	－	30.7	35.5	30.3	19.2	5.8	1.8	8.5	11.1	7.9	9.2
R3・R4年度施設数	17	－	860	3	877	4	85	30	991	226	1,076	256

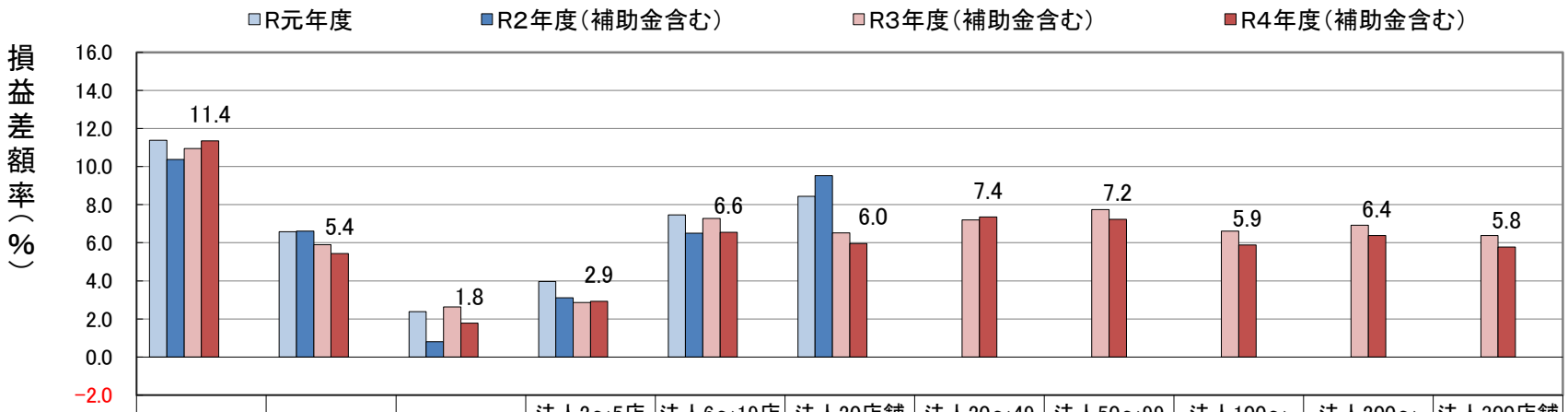
○ コロナ関連補助金を除くと、調査対象診療所以外の施設も保有している一般診療所の医療法人では、調査対象診療所のみ保有している一般診療所の医療法人と比較して損益差額率が1.3ポイント高かった（R4年度）。

注）※1「調査対象診療所のみ保有」は「調査対象診療所のみ保有している一般診療所」を指す。
※2「調査対象診療所以外も保有」は「調査対象診療所以外の施設（病院、診療所、介護保険施設等）も保有している一般診療所」を指す。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

① 開設者別・店舗数別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



	個人	法人全体	法人1店舗	法人2～5店舗	法人6～19店舗	法人20店舗以上	法人20～49店舗	法人50～99店舗	法人100～199店舗	法人200～299店舗	法人300店舗以上
R元年度	11.4	6.6	2.4	4.0	7.5	8.4	－	－	－	－	－
R2年度（補助金含む）	10.4	6.6	0.8	3.1	6.5	9.5	－	－	－	－	－
R3年度（補助金含む）	11.0	5.9	2.6	2.9	7.3	6.5 ※	7.2	7.7	6.6	6.9	6.4
R4年度（補助金含む）	11.4	5.4	1.8	2.9	6.6	6.0 ※	7.4	7.2	5.9	6.4	5.8
R元・R2年度施設数	41	863	95	256	161	351	－	－	－	－	－
R3・R4年度施設数	42	1,115	48	317	178	572 ※	71	38	49	30	384

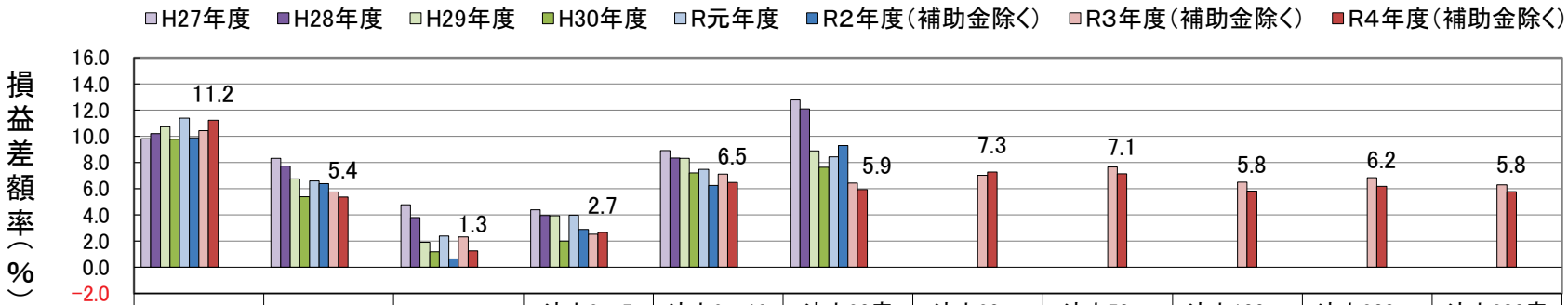
○ コロナ関連補助金を含めると、保険薬局では個人、法人全体それぞれ11.4%と5.4%の黒字であった（R4年度）。
○ 同一グループの店舗数別にみると、20～49店舗（7.4%の黒字）の損益差額率が最も高かった（R4年度）。

注）※今回調査より、「法人20店舗以上」は「法人20～49店舗」「法人50～99店舗」「法人100～199店舗」「法人200～299店舗」「法人300店舗以上」に細分化されたが、本分析では、これらの各項目を施設数で乗じた数値を合計し、施設数の合計で除すことで「法人20店舗以上」の数値を集計した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

① 開設者別・店舗数別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



	個人	法人全体	法人1店舗	法人2～5店舗	法人6～19店舗	法人20店舗以上	法人20～49店舗	法人50～99店舗	法人100～199店舗	法人200～299店舗	法人300店舗以上
H27年度	9.8	8.3	4.8	4.4	8.9	12.8	－	－	－	－	－
H28年度	10.2	7.7	3.8	4.0	8.3	12.1	－	－	－	－	－
H29年度	10.7	6.8	1.9	3.9	8.3	8.9	－	－	－	－	－
H30年度	9.8	5.4	1.2	2.0	7.2	7.6	－	－	－	－	－
R元年度	11.4	6.6	2.4	4.0	7.5	8.4	－	－	－	－	－
R2年度（補助金除く）	9.9	6.4	0.6	2.9	6.3	9.3	－	－	－	－	－
R3年度（補助金除く）	10.4	5.7	2.3	2.5	7.1	6.4 ※	7.0	7.7	6.5	6.8	6.3
R4年度（補助金除く）	11.2	5.4	1.3	2.7	6.5	5.9 ※	7.3	7.1	5.8	6.2	5.8
H27・H28年度施設数	62	1,028	32	496	192	308	－	－	－	－	－
H29・H30年度施設数	59	979	94	368	174	343	－	－	－	－	－
R元・R2年度施設数	41	863	95	256	161	351	－	－	－	－	－
R3・R4年度施設数	42	1,115	48	317	178	572 ※	71	38	49	30	384

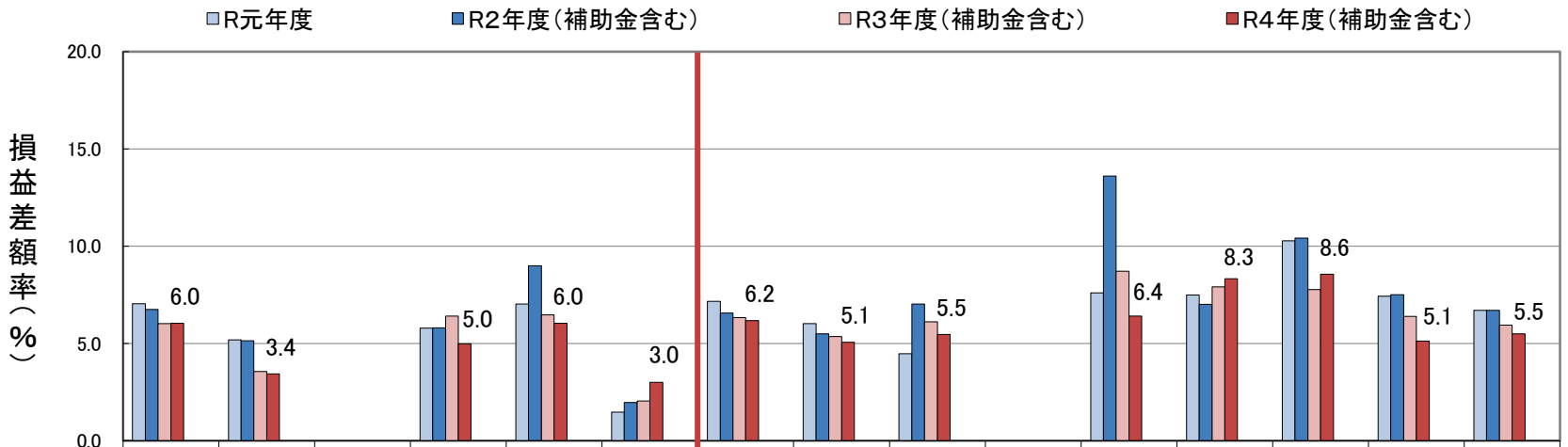
- コロナ関連補助金を除くと、保険薬局では個人、法人全体それぞれ11.2%と5.4%の黒字であった（R4年度）。
- 同一グループの店舗数別にみると、20～49店舗（7.3%の黒字）の損益差額率が最も高かった（R4年度）。

注）※今回調査より、「法人20店舗以上」は「法人20～49店舗」「法人50～99店舗」「法人100～199店舗」「法人200～299店舗」「法人300店舗以上」に細分化されたが、本分析では、これらの各項目を施設数で乗じた数値を合計し、施設数の合計で除すことで「法人20店舗以上」の数値を集計した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

② 調剤基本料別・立地別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



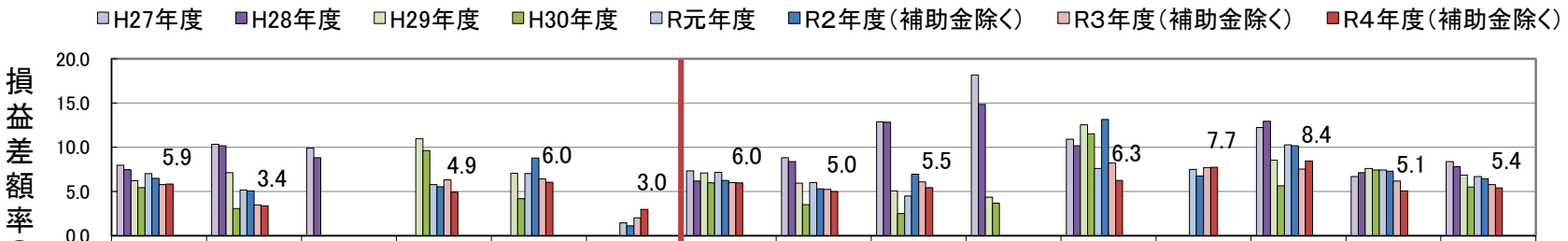
	調剤基本料1	調剤基本料2	調剤基本料3	調剤基本料3－イ	調剤基本料3－ロ	特別調剤基本料	診療所前	中小病院（500床未満）前	大病院（500床以上）前	病院敷地内	診療所敷地内	同一建物内に単一の保険医療機関が所在	医療モール内	左記以外	全体
R元年度	7.0	5.2	－	5.8	7.0	1.5	7.2	6.0	4.5	－	7.6	7.5	10.3	7.4	6.7
R2年度（補助金含む）	6.8	5.1	－	5.8	9.0	2.0	6.6	5.5	7.0	－	13.6	7.0	10.4	7.5	6.7
R3年度（補助金含む）	6.0	3.6	－	6.4	6.5	2.0	6.3	5.4	6.1	－	8.7	7.9	7.8	6.4	5.9
R4年度（補助金含む）	6.0	3.4	－	5.0	6.0	3.0	6.2	5.1	5.5	－	6.4	8.3	8.6	5.1	5.5
R元・R2年度施設数	733	38	－	60	68	5	512	150	28	－	4	24	34	151	904
R3・R4年度施設数	717	34	－	57	134	18	509	178	82	－	10	45	57	257	1,157

- コロナ関連補助金を含めると、調剤基本料別では、調剤基本料1および調剤基本料3－ロの損益差額率が6.0%と最も高い水準であった（R4年度）。
- 特別調剤基本料の損益差額率はR3年度と比較して1.0ポイント上昇した（R4年度）。
- 立地別では、医療モール内の損益差額率が8.6%と最も高い水準であった（R4年度）。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

② 調剤基本料別・立地別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



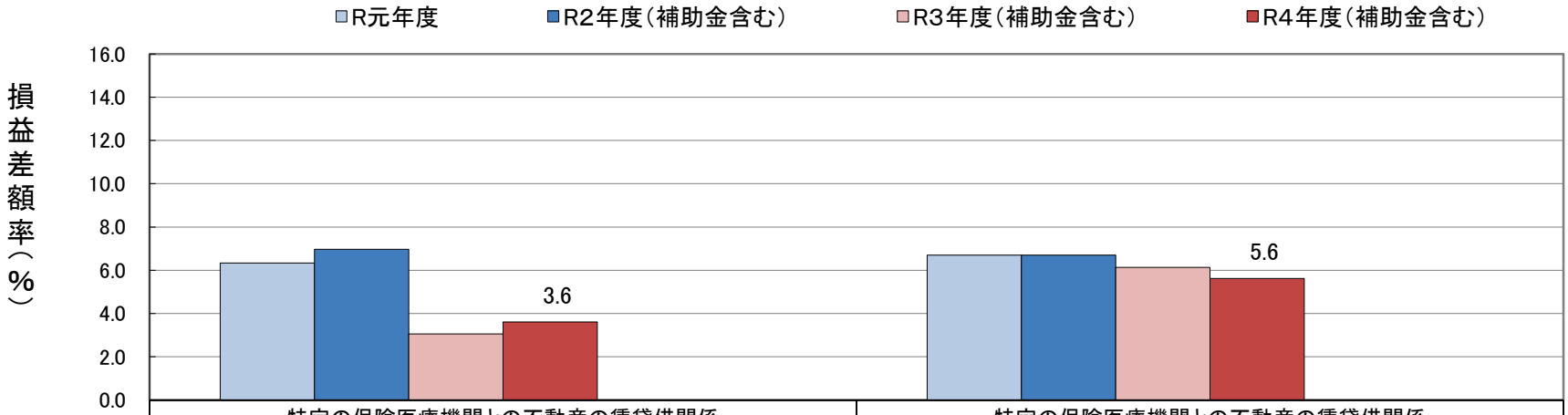
	調剤基本料1	調剤基本料2	調剤基本料3	調剤基本料3－イ	調剤基本料3－ロ	特別調剤基本料	診療所前	中小病院（500床未満）前	大病院（500床以上）前	病院敷地内	診療所敷地内	同一建物内に単一の保険医療機関が所在	医療モール内	左記以外	全体
H27年度	8.0	10.3	9.9	－	－	－	7.3	8.8	12.9	18.2	10.9	－	12.2	6.7	8.4
H28年度	7.5	10.2	8.8	－	－	－	6.2	8.4	12.8	14.9	10.2	－	12.9	7.1	7.8
H29年度	6.2	7.1	－	11.0	7.1	－	7.1	6.0	5.1	4.4	12.5	－	8.6	7.6	6.9
H30年度	5.4	3.1	－	9.6	4.2	－	6.0	3.5	2.5	3.7	11.5	－	5.6	7.4	5.5
R元年度	7.0	5.2	－	5.8	7.0	1.5	7.2	6.0	4.5	－	7.6	7.5	10.3	7.4	6.7
R2年度（補助金除く）	6.5	5.1	－	5.5	8.8	1.1	6.3	5.3	7.0	－	13.2	6.8	10.2	7.3	6.5
R3年度（補助金除く）	5.8	3.5	－	6.3	6.4	2.0	6.0	5.2	6.1	－	8.2	7.7	7.5	6.2	5.8
R4年度（補助金除く）	5.9	3.4	－	4.9	6.0	3.0	6.0	5.0	5.5	－	6.3	7.7	8.4	5.1	5.4
H27・H28年度施設数	952	48	89	－	－	－	634	163	31	4	8	－	30	220	1,090
H29・H30年度施設数	826	53	－	69	89	－	590	165	35	3	5	－	42	198	1,038
R元・R2年度施設数	733	38	－	60	68	5	512	150	28	－	4	24	34	151	904
R3・R4年度施設数	717	34	－	57	134	18	509	178	82	－	10	45	57	257	1,157

- コロナ関連補助金を除くと、調剤基本料別では、調剤基本料3－ロの損益差額率が6.0%と最も高い水準であった（R4年度）。
- 特別調剤基本料の損益差額率はR3年度と比較して1.0ポイント上昇した（R4年度）。
- 立地別では、医療モール内の損益差額率が8.4%と最も高い水準であった（R4年度）。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

③ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係有無別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



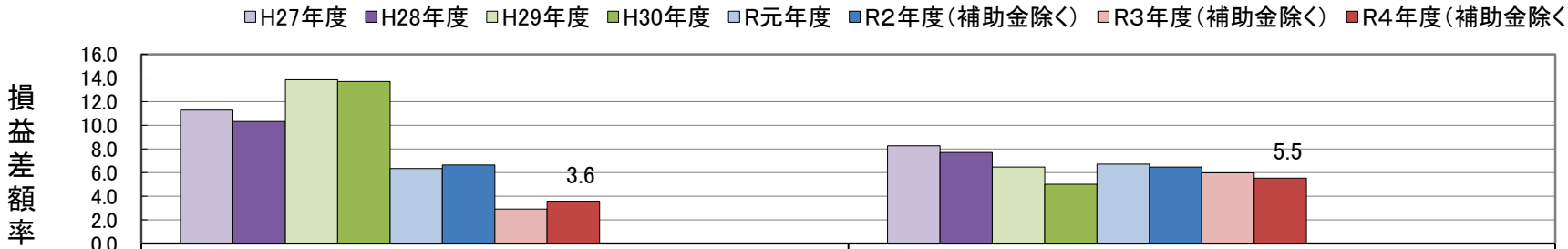
	特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係 あり	特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係 なし
R元年度	6.3	6.7
R2年度（補助金含む）	7.0	6.7
R3年度（補助金含む）	3.1	6.1
R4年度（補助金含む）	3.6	5.6
R元・R2年度施設数	32	872
R3・R4年度施設数	47	1,110

○ コロナ関連補助金を含めると、特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係あり・なし別では、それぞれ3.6%と5.6%の黒字であり（R4年度）、賃貸借関係ありの薬局は前回調査のR2年度と比較して損益差額率が3.4ポイント減少した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

③ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係有無別（H27～R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



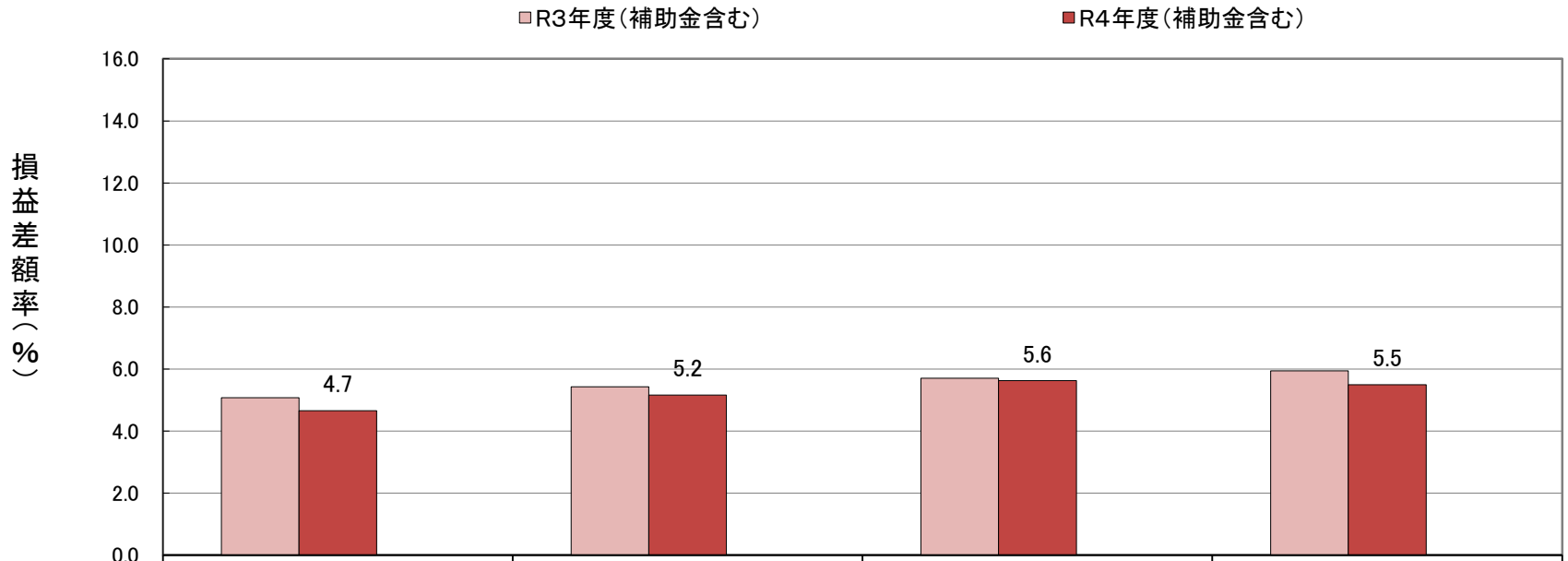
	特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係 あり	特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係 なし
H27年度	11.3	8.3
H28年度	10.3	7.7
H29年度	13.8	6.5
H30年度	13.7	5.0
R元年度	6.3	6.7
R2年度（補助金除く）	6.7	6.5
R3年度（補助金除く）	2.9	6.0
R4年度（補助金除く）	3.6	5.5
H27・H28年度施設数	42	1,048
H29・H30年度施設数	27	1,011
R元・R2年度施設数	32	872
R3・R4年度施設数	47	1,110

○ コロナ関連補助金を除くと、特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係あり・なし別では、それぞれ3.6%と5.5%の黒字であり（R4年度）、賃貸借関係ありの薬局は前回調査のR2年度と比較して損益差額率が3.1ポイント減少した。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

④ 地域連携薬局等の認定等状況別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を含む）



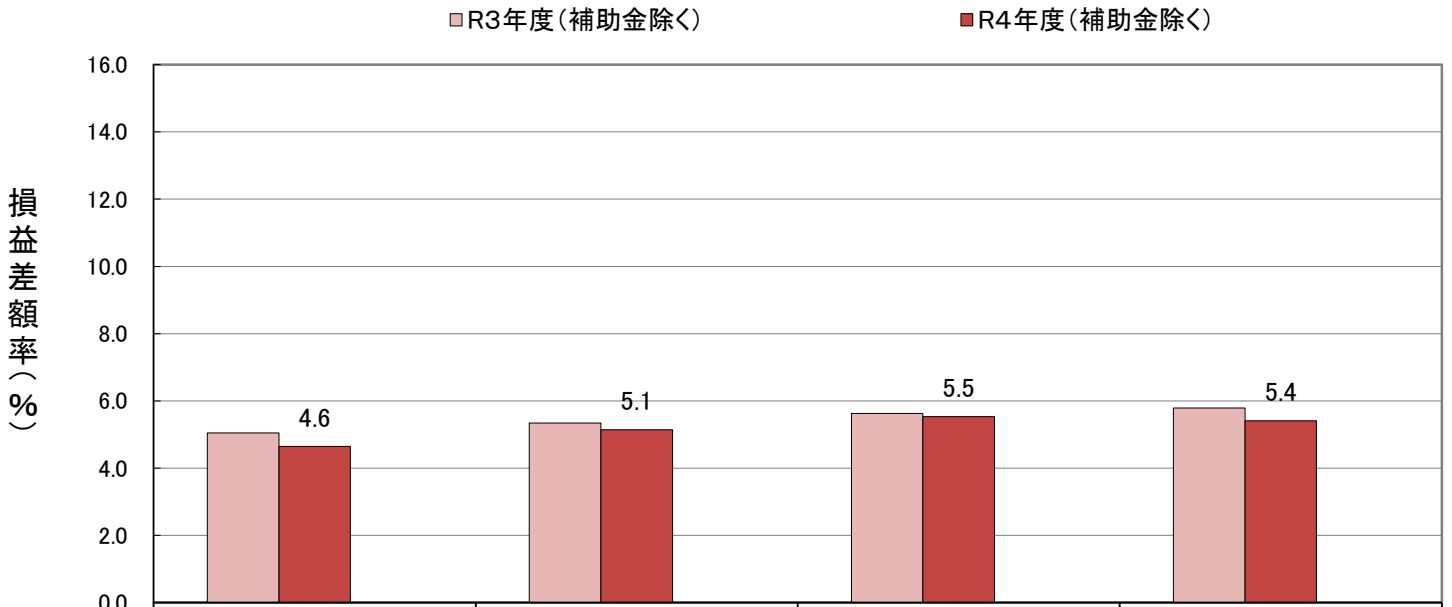
	専門医療機関連携薬局	地域連携薬局	健康サポート薬局	保険薬局全体
R3年度（補助金含む）	5.1	5.4	5.7	5.9
R4年度（補助金含む）	4.7	5.2	5.6	5.5
R3・R4年度施設数	121	240	129	1,157

- コロナ関連補助金を含めると、専門医療機関連携薬局と地域連携薬局では、保険薬局全体と比較して損益差額率が0.3～0.8ポイント低かった（R4年度）。
- 健康サポート薬局では、損益差額率が保険薬局全体とほぼ同水準であった（R4年度）。

2. 医療機関別 損益差額率の経年変化

（3）保険薬局

④ 地域連携薬局等の認定等状況別（R3、R4年度）（コロナ関連の補助金を除く）



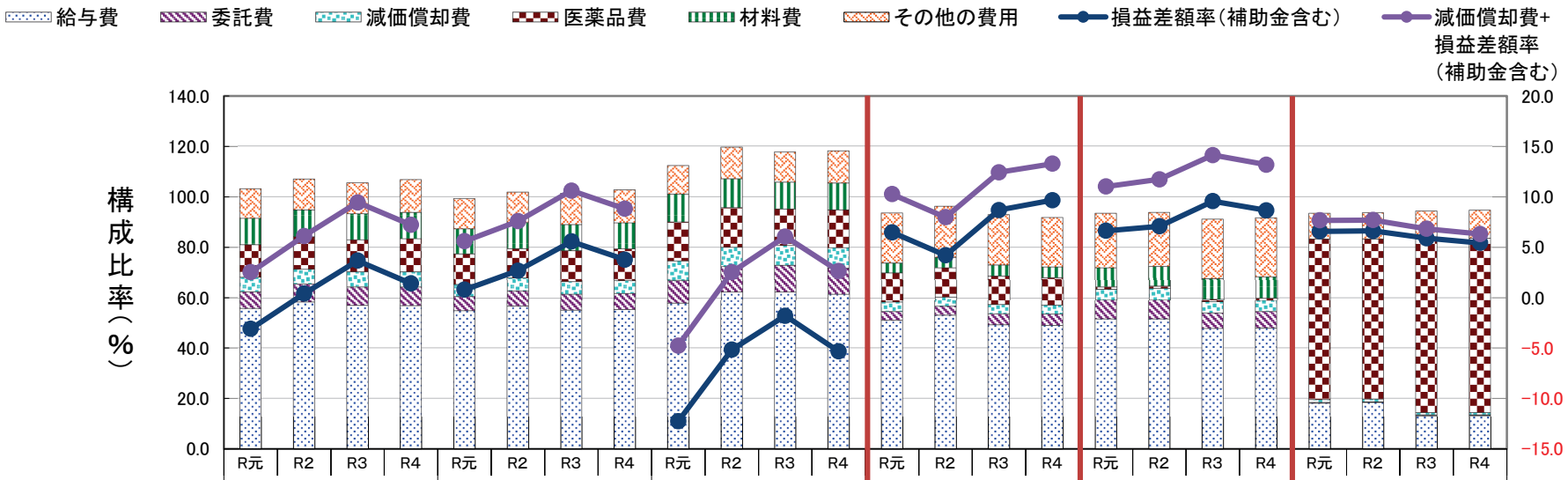
	専門医療機関連携薬局	地域連携薬局	健康サポート薬局	保険薬局全体
R3年度（補助金除く）	5.0	5.3	5.6	5.8
R4年度（補助金除く）	4.6	5.1	5.5	5.4
R3・R4年度施設数	121	240	129	1,157

- コロナ関連補助金を除くと、専門医療機関連携薬局と地域連携薬局では、保険薬局全体と比較して損益差額率が0.3～0.8ポイント低かった（R4年度）。
- 健康サポート薬局では、損益差額率が保険薬局全体とほぼ同水準であった（R4年度）。

Ⅱ 費用構造の経年変化

1. 医業・介護費用の構成比率と損益差額率

（1）医療機関別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率（R元～R4年度）



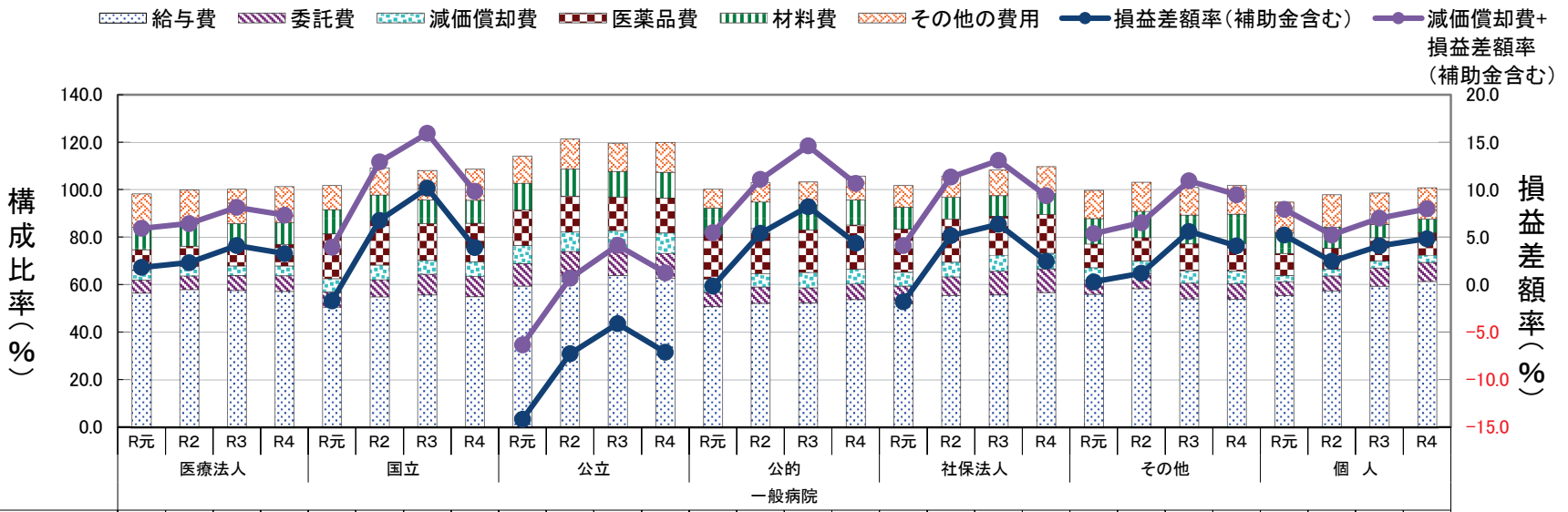
	一般病院 全体				一般病院 国公立を除く				一般病院 国公立				一般診療所（医療法人）				歯科診療所（医療法人）				保険薬局（法人）			
	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4
その他の費用	11.8	12.2	12.3	12.9	11.9	12.1	12.4	13.0	11.3	12.5	11.9	12.7	19.8	20.2	20.0	19.6	21.5	21.3	23.4	23.3	10.2	10.4	10.9	11.1
材料費	10.3	10.6	10.3	10.4	10.0	10.3	10.2	10.3	11.0	11.4	10.7	10.6	4.0	4.2	4.3	4.3	7.4	7.7	8.1	8.3	－	－	－	－
医薬品費	12.9	12.8	12.7	13.1	11.7	11.6	12.1	12.4	15.5	15.7	14.4	15.1	11.5	11.4	11.3	10.8	0.8	0.9	1.0	1.0	63.8	63.5	69.0	69.3
減価償却費	5.6	5.7	5.8	5.8	4.8	4.9	5.0	5.0	7.5	7.7	7.8	8.0	3.8	3.8	3.7	3.6	4.4	4.7	4.6	4.5	1.1	1.1	0.9	0.9
委託費	6.8	7.3	7.5	7.5	5.8	6.2	6.5	6.6	9.1	9.9	10.3	10.3	3.5	3.6	4.4	4.5	7.6	7.6	6.1	6.4	0.4	0.3	0.3	0.3
給与費	55.7	58.3	57.0	56.9	54.8	56.6	55.0	55.3	57.9	62.4	62.5	61.5	51.0	53.0	49.2	49.0	51.6	51.6	47.8	48.0	18.0	18.3	13.2	13.2
損益差額率（補助金含む）	−3.1	0.4	3.7	1.4	0.8	2.7	5.6	3.8	−12.3	−5.2	−1.8	−5.3	6.5	4.2	8.7	9.7	6.6	7.1	9.6	8.7	6.6	6.6	5.9	5.4
減価償却費+損益差額率（補助金含む）	2.5	6.1	9.4	7.2	5.6	7.6	10.6	8.8	−4.7	2.5	6.1	2.6	10.3	8.0	12.4	13.3	11.0	11.7	14.1	13.2	7.7	7.7	6.8	6.3

- 国公立は収益に対する給与費、減価償却費等の割合が高く、高コスト体質である。国公立を除く一般病院と比較して給与費率、減価償却費率がそれぞれ6.2ポイント、3.0ポイント高い（R4年度）。
- 医療法人の一般診療所ではR3年度と比較して医業収益※と損益差額率が上昇したが、給与費率は0.2ポイント減少した（R4年度）。

注）※「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」より、医業収益の伸び率は＋3.9%。

1. 医業・介護費用の構成比率と損益差額率

（2）一般病院の開設者別 医業・介護費用の構成比率と損益差額率（R元～R4年度）

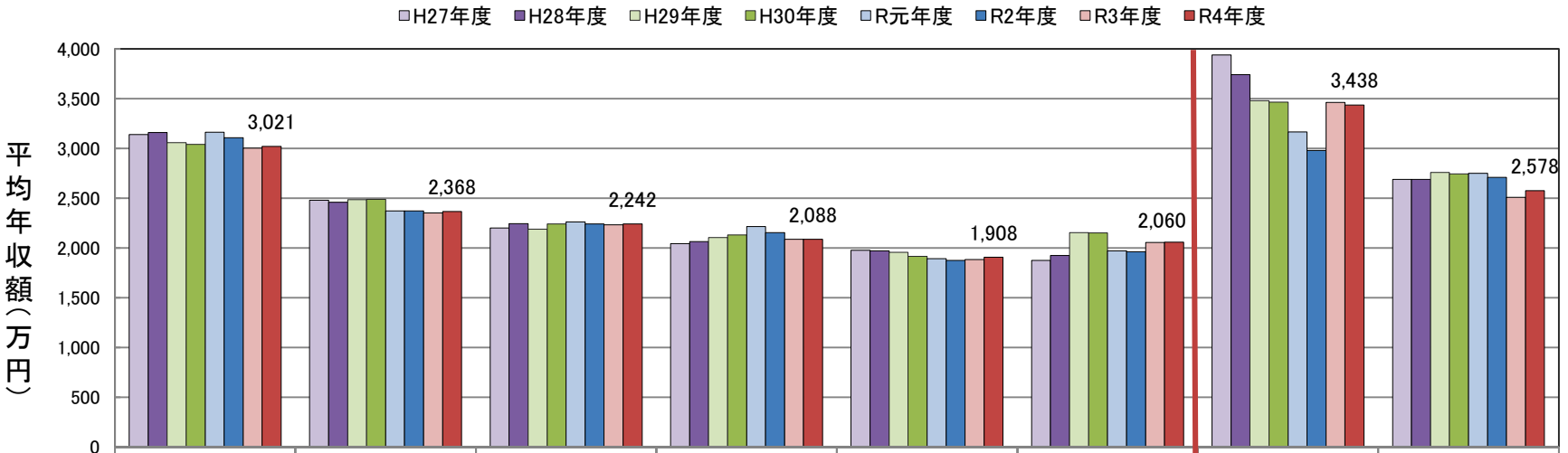


	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4	R元	R2	R3	R4
その他の費用	14.2	14.2	14.6	15.3	10.1	11.4	12.4	13.1	11.5	12.7	11.9	12.6	8.0	8.2	9.7	10.1	9.3	8.9	10.8	11.5	11.9	12.2	11.6	12.2	13.0	13.8	13.3	13.3
材料費	9.1	9.4	8.8	8.9	10.2	10.9	9.9	9.7	11.2	11.5	10.8	10.8	11.1	11.2	10.7	10.5	9.2	9.2	8.7	8.8	10.6	11.0	12.0	12.1	8.4	8.5	5.4	5.7
医薬品費	8.9	8.7	9.1	9.4	18.9	18.7	15.6	16.4	14.9	15.1	14.2	14.8	18.7	19.0	17.9	18.7	18.1	18.2	16.5	16.1	10.2	10.1	11.5	11.8	9.5	9.2	10.0	9.4
減価償却費	4.1	4.1	4.0	4.1	5.7	6.2	5.8	5.9	7.9	8.0	8.2	8.4	5.6	5.7	6.4	6.3	5.9	6.2	6.7	6.9	5.1	5.3	5.3	5.4	2.7	2.8	2.9	3.1
委託費	5.5	5.8	6.4	6.6	6.4	7.2	8.7	8.7	9.5	10.4	10.6	10.6	6.1	6.8	6.4	6.4	7.2	7.9	10.0	9.9	6.0	6.3	6.6	6.5	5.9	6.3	7.7	7.9
給与費	56.3	57.8	57.4	57.1	50.4	54.7	55.6	54.8	59.2	63.8	63.8	62.8	50.7	52.1	52.2	53.7	52.1	55.3	55.6	56.6	55.9	58.2	53.9	53.8	55.2	57.3	59.2	61.3
損益差額率（補助金含む）	1.8	2.3	4.1	3.3	−1.7	6.8	10.2	3.9	−14.2	−7.3	−4.1	−7.1	−0.2	5.4	8.2	4.4	−1.8	5.2	6.3	2.5	0.3	1.2	5.6	4.1	5.2	2.5	4.1	4.8
減価償却費+損益差額率（補助金含む）	5.9	6.4	8.1	7.3	3.9	12.9	15.9	9.8	−6.3	0.7	4.1	1.2	5.5	11.1	14.6	10.6	4.1	11.3	13.1	9.4	5.4	6.5	10.9	9.5	7.9	5.2	7.0	8.0

○ 公立病院では、給与費率が62.8%と依然として高い水準にあり、公的病院の53.7%と大きな開きがある（R4年度）。

2. 職員給与

（1）一般病院病院長（開設者別）と一般診療所院長の平均年収比較（H27～R4年度）

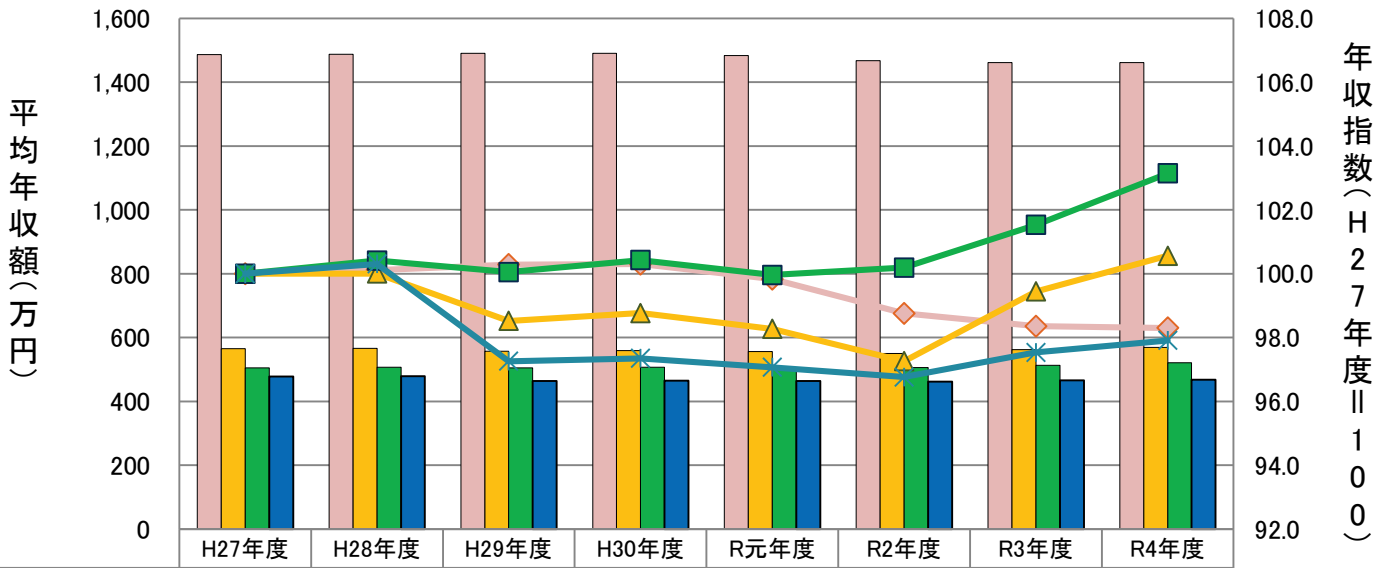


	医療法人	その他	公的	公立	国立	社保法人	医療法人 有床	医療法人 無床
	一般病院病院長						一般診療所院長	
H27年度	3,141	2,480	2,202	2,044	1,977	1,876	3,939	2,691
H28年度	3,161	2,459	2,246	2,065	1,972	1,925	3,741	2,690
H29年度	3,059	2,485	2,191	2,105	1,958	2,156	3,482	2,761
H30年度	3,042	2,490	2,241	2,131	1,918	2,153	3,466	2,745
R元年度	3,163	2,373	2,263	2,215	1,892	1,973	3,168	2,751
R2年度	3,110	2,374	2,241	2,154	1,876	1,963	2,982	2,709
R3年度	3,004	2,353	2,234	2,087	1,886	2,055	3,464	2,509
R4年度	3,021	2,368	2,242	2,088	1,908	2,060	3,438	2,578

- 一般病院病院長の開設者別の平均年収は最低1,908万円（国立）～最高3,021万円（医療法人）であり（R4年度）、医療法人・その他・公的・国立ではR3年度と比較して0.4～1.2%上昇した。
- 一般診療所院長の平均年収は有床が3,438万円、無床が2,578万円であり（R4年度）、有床はR3年度と比較して26万円（0.9%）減少、無床は同69万円（2.8%）上昇した。

2. 職員給与

（2）一般病院の主な医療従事者の平均年収比較（H27～R4年度）



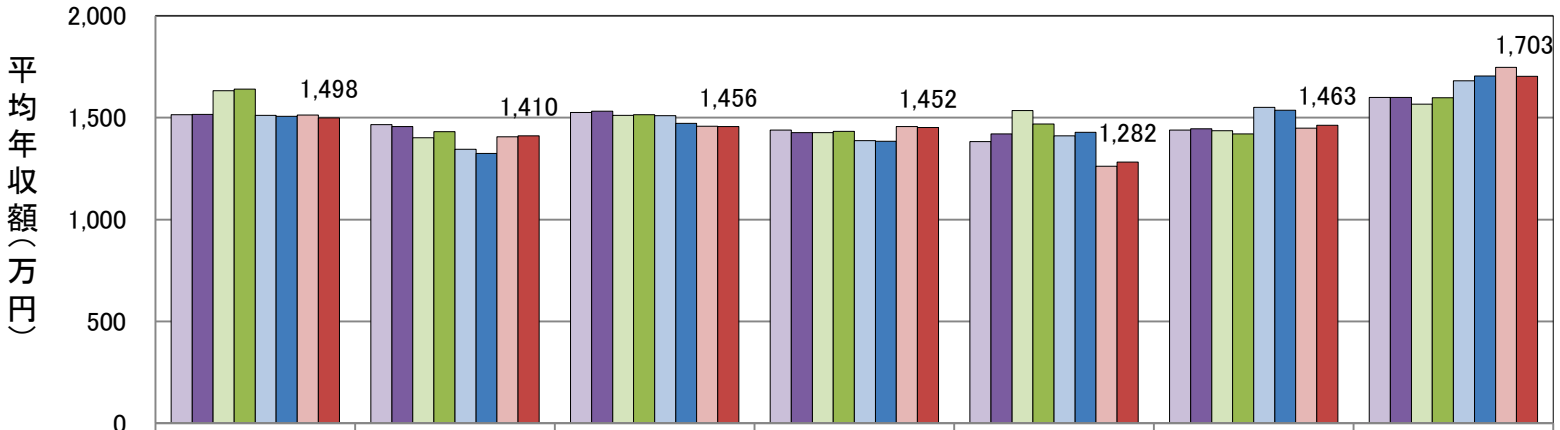
	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
一般病院 医師 平均年収額（万円）	1,486	1,488	1,491	1,491	1,484	1,468	1,462	1,461
一般病院 薬剤師 平均年収額（万円）	566	566	557	559	556	550	563	569
一般病院 看護職員 平均年収額（万円）	505	507	505	507	505	506	513	521
一般病院 医療技術員　平均年収額（万円）	478	479	464	465	464	462	466	468
一般病院 医師 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	100.1	100.3	100.3	99.8	98.8	98.4	98.3
一般病院 薬剤師 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	100.0	98.5	98.8	98.3	97.3	99.4	100.6
一般病院 看護職員 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	100.4	100.1	100.4	100.0	100.2	101.5	103.1
一般病院 医療技術員 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	100.3	97.3	97.4	97.1	96.8	97.5	97.9

○ 一般病院の薬剤師・看護職員・医療技術員の平均年収はR3年度と比較して2～8万円（0.4～1.6%）上昇した（R4年度）。
○ 一般病院の医師の平均年収はR3年度と比較してほぼ同水準であった（R4年度）。

2. 職員給与

（3）一般病院の開設者別の主な医療従事者の平均年収比較（H27～R4年度）

① 医師



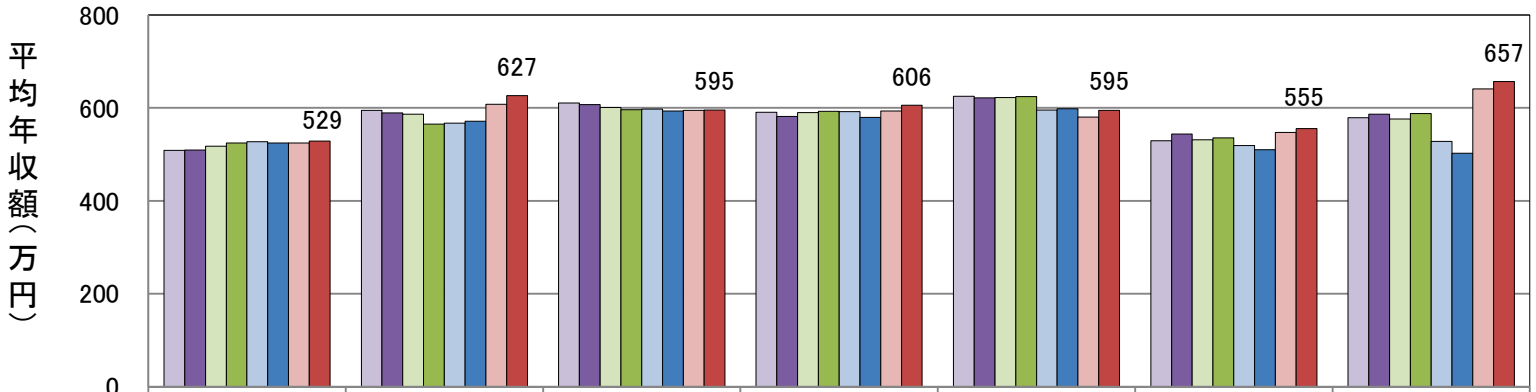
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人
H27年度	1,514	1,466	1,525	1,438	1,383	1,440	1,598
H28年度	1,517	1,456	1,531	1,427	1,420	1,446	1,600
H29年度	1,632	1,401	1,511	1,426	1,534	1,436	1,567
H30年度	1,641	1,432	1,514	1,433	1,469	1,420	1,597
R元年度	1,511	1,345	1,509	1,387	1,411	1,551	1,681
R2年度	1,506	1,324	1,473	1,384	1,428	1,536	1,705
R3年度	1,513	1,405	1,458	1,456	1,262	1,448	1,747
R4年度	1,498	1,410	1,456	1,452	1,282	1,463	1,703

○ 国立・その他の一般病院では、医師の平均年収がR3年度と比較して5～15万円（0.3～1.0%）上昇し、医療法人・公立・公的では2～15万円（0.2～1.0%）減少した（R4年度）。

2. 職員給与

（3）一般病院の開設者別の主な医療従事者の平均年収比較（H27～R4年度）

② 薬剤師



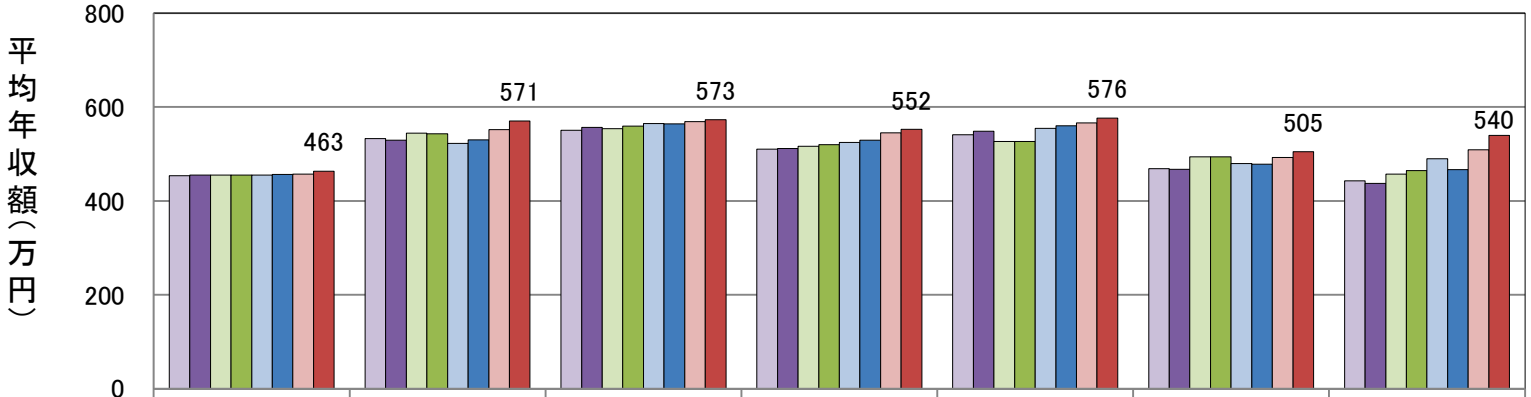
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人
H27年度	509	595	611	591	625	529	579
H28年度	510	589	607	582	621	544	586
H29年度	518	587	601	590	622	531	576
H30年度	525	565	596	592	624	535	588
R元年度	528	567	597	592	595	519	528
R2年度	525	572	594	579	599	510	503
R3年度	524	608	595	594	581	547	641
R4年度	529	627	595	606	595	555	657

- ○ 医療法人・国立・公的・その他の一般病院では、薬剤師の平均年収はR3年度と比較して5～19万円（0.8～3.1%）上昇した（R4年度）。
- ○ 公立病院の薬剤師の平均年収はR3年度と同水準であった（R4年度）。

2. 職員給与

（3）一般病院の開設者別の主な医療従事者の平均年収比較（H27～R4年度）

③ 看護職員



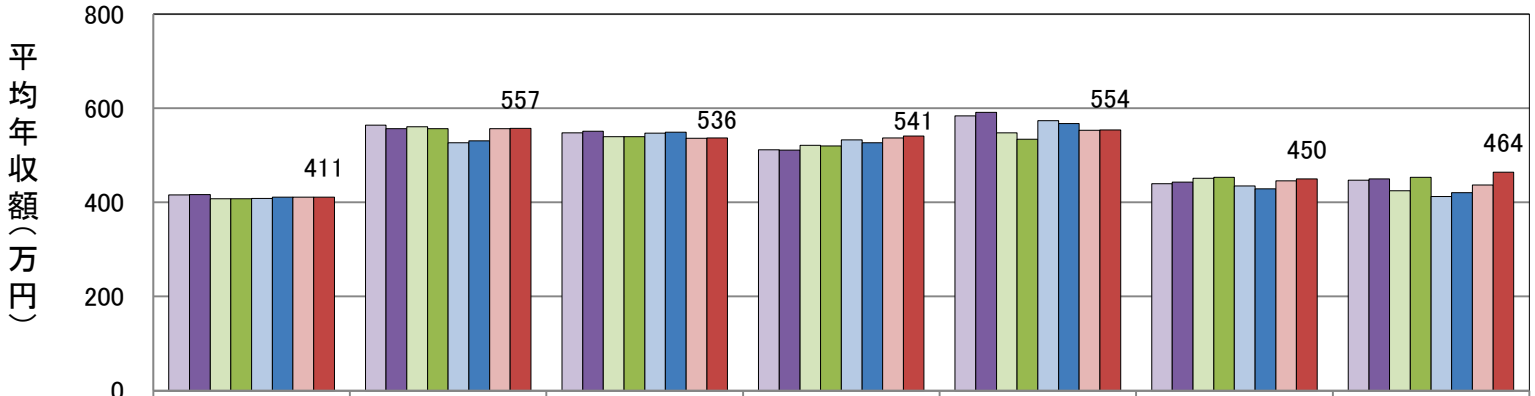
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人
H27年度	454	533	551	510	541	469	443
H28年度	455	529	557	512	548	467	438
H29年度	455	544	554	517	526	494	457
H30年度	455	543	560	520	526	494	464
R元年度	455	522	565	525	555	480	490
R2年度	456	530	564	529	560	478	467
R3年度	457	552	569	545	566	492	509
R4年度	463	571	573	552	576	505	540

○ 医療法人・国立・公立・公的・その他の一般病院では、看護職員の平均年収は、R3年度と比較して4～19万円（0.8～3.4%）上昇した（R4年度）。

2. 職員給与

（3）一般病院の開設者別の主な医療従事者の平均年収比較（H27～R4年度）

④ 医療技術員

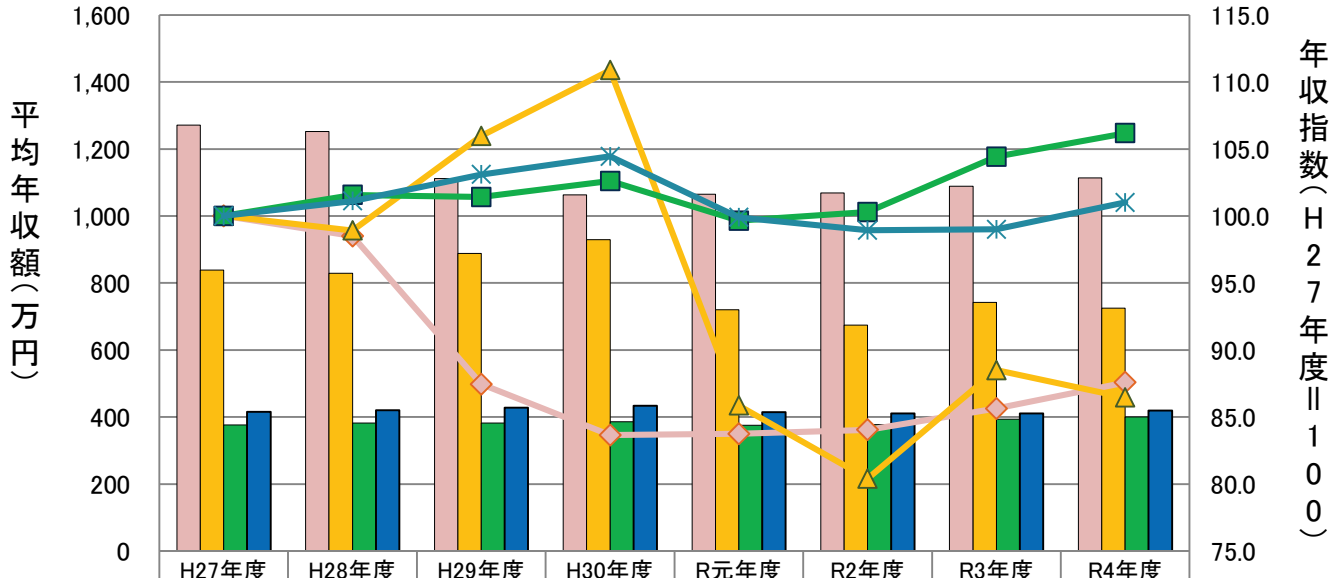


	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人
H27年度	415	564	548	512	584	439	447
H28年度	416	556	551	511	591	443	450
H29年度	408	561	539	521	547	451	425
H30年度	408	557	539	520	534	453	453
R元年度	409	527	547	533	573	435	413
R2年度	411	530	549	527	567	429	420
R3年度	411	557	536	537	553	446	437
R4年度	411	557	536	541	554	450	464

○ 公的・その他の一般病院では、医療技術員の平均年収がR3年度と比較して4万円（0.8%）上昇し、医療法人・国立・公立の一般病院では同水準であった（R4年度）。

2. 職員給与

（4）一般診療所の主な医療従事者の平均年収比較（H27～R4年度）



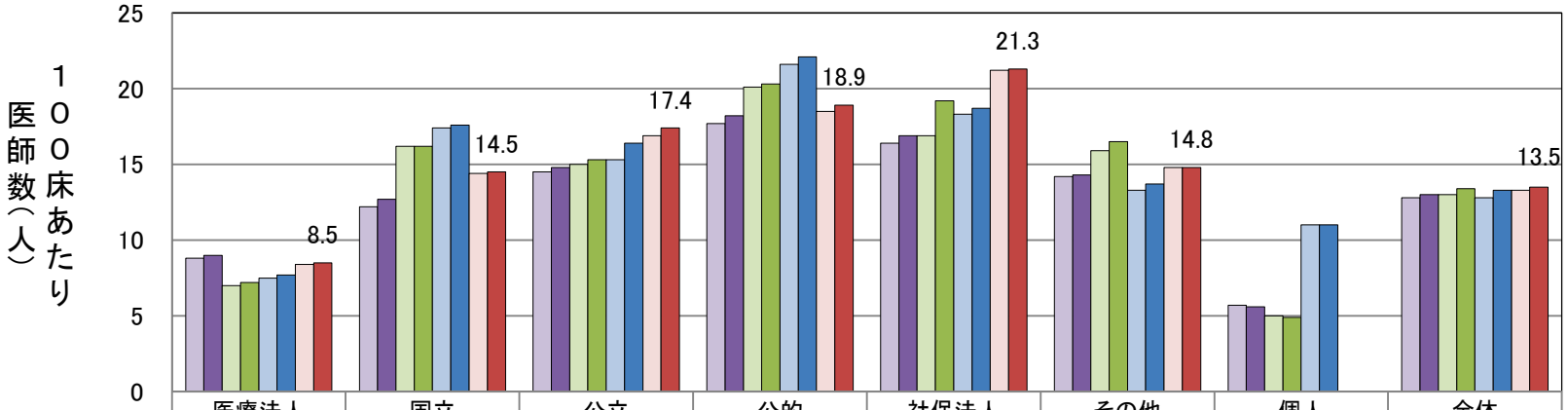
	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
一般診療所 医師 平均年収額（万円）	1,271	1,252	1,112	1,063	1,065	1,069	1,089	1,114
一般診療所 薬剤師 平均年収額（万円）	839	829	889	930	720	674	742	725
一般診療所 看護職員 平均年収額（万円）	376	382	382	386	375	378	393	400
一般診療所 医療技術員　平均年収額（万円）	415	420	428	434	415	411	411	420
一般診療所 医師 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	98.5	87.4	83.6	83.7	84.0	85.6	87.6
一般診療所 薬剤師 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	98.9	106.0	110.9	85.9	80.4	88.5	86.5
一般診療所 看護職員 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	101.6	101.4	102.6	99.7	100.3	104.4	106.2
一般診療所 医療技術員 平均年収指数（H27年度=100）	100.0	101.1	103.1	104.4	99.9	98.9	99.0	101.0

- 一般診療所の医師の平均年収はR3年度と比較して25万円（2.3%）上昇した（R4年度）。
- 一般診療所の看護職員・医療技術員の平均年収はR3年度と比較して7～9万円（1.8～2.2%）上昇した（R4年度）。
- 一般診療所の薬剤師の平均年収はR3年度と比較して17万円（2.3%）減少した（R4年度）。

3. 常勤職員数

（1）一般病院の開設者別の主な医療従事者の100床あたりの常勤職員数（H27～R4年度）

① 医師



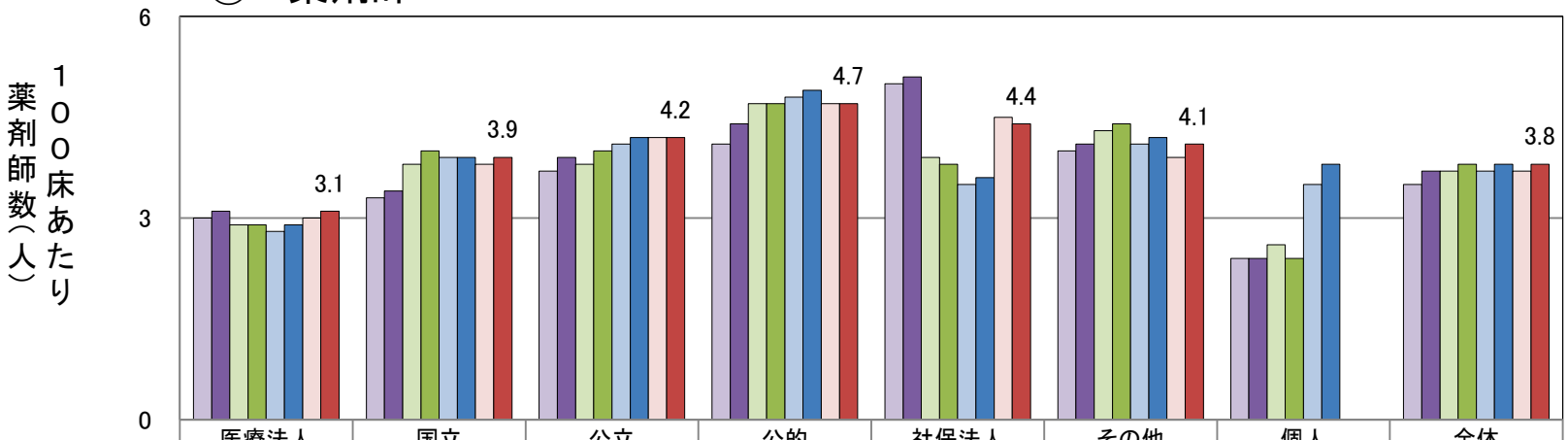
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人	全体
H27年度	8.8	12.2	14.5	17.7	16.4	14.2	5.7	12.8
H28年度	9.0	12.7	14.8	18.2	16.9	14.3	5.6	13.0
H29年度	7.0	16.2	15.0	20.1	16.9	15.9	5.0	13.0
H30年度	7.2	16.2	15.3	20.3	19.2	16.5	4.9	13.4
R元年度	7.5	17.4	15.3	21.6	18.3	13.3	11.0	12.8
R2年度	7.7	17.6	16.4	22.1	18.7	13.7	11.0	13.3
R3年度	8.4	14.4	16.9	18.5	21.2	14.8	－	13.3
R4年度	8.5	14.5	17.4	18.9	21.3	14.8	－	13.5

○ 一般病院全体の100床あたり医師数は13.5人であり（R4年度）、R3年度と比較して0.2人（1.5%）増加した。
○ 開設者別にみると、公立の100床あたり医師数はH27年度以降増加傾向にある。

3. 常勤職員数

（1）一般病院の開設者別の主な医療従事者の100床あたりの常勤職員数（H27～R4年度）

② 薬剤師



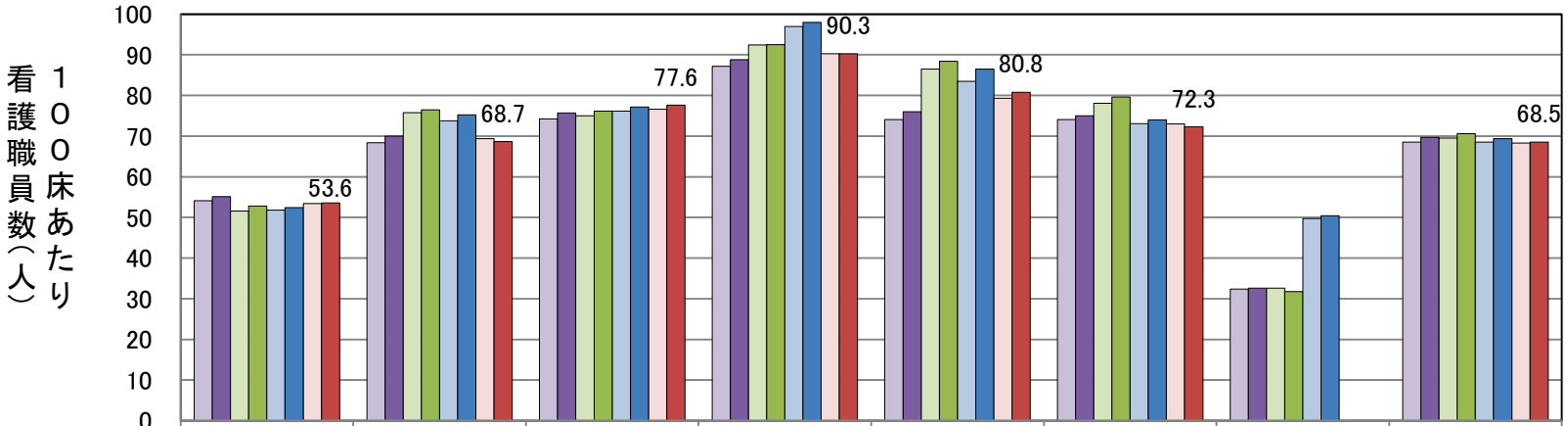
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人	全体
H27年度	3.0	3.3	3.7	4.1	5.0	4.0	2.4	3.5
H28年度	3.1	3.4	3.9	4.4	5.1	4.1	2.4	3.7
H29年度	2.9	3.8	3.8	4.7	3.9	4.3	2.6	3.7
H30年度	2.9	4.0	4.0	4.7	3.8	4.4	2.4	3.8
R元年度	2.8	3.9	4.1	4.8	3.5	4.1	3.5	3.7
R2年度	2.9	3.9	4.2	4.9	3.6	4.2	3.8	3.8
R3年度	3.0	3.8	4.2	4.7	4.5	3.9	－	3.7
R4年度	3.1	3.9	4.2	4.7	4.4	4.1	－	3.8

○ 一般病院全体の100床あたり薬剤師数は3.8人であり（R4年度）、R3年度と比較して0.1人（2.7%）増加した。
○ 開設者別にみると、公立の100床あたり薬剤師数はH27年度以降増加傾向にある。

3. 常勤職員数

（1）一般病院の開設者別の主な医療従事者の100床あたりの常勤職員数（H27～R4年度）

③ 看護職員



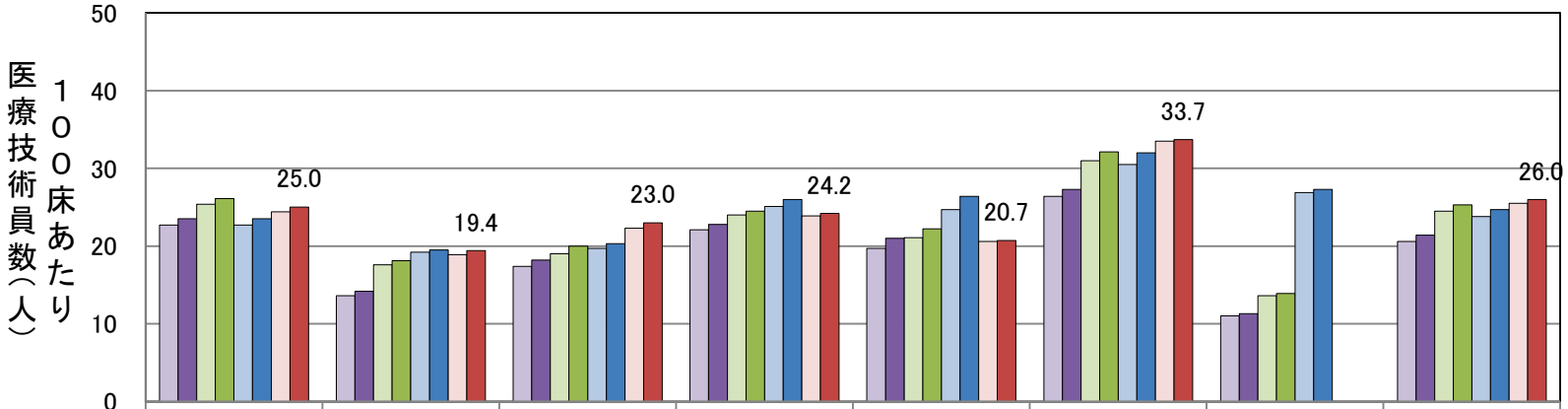
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人	全体
H27年度	54.1	68.4	74.2	87.2	74.1	74.1	32.4	68.5
H28年度	55.1	70.0	75.7	88.8	76.0	75.0	32.6	69.7
H29年度	51.6	75.8	75.0	92.4	86.5	78.1	32.6	69.5
H30年度	52.8	76.5	76.2	92.5	88.4	79.6	31.8	70.6
R元年度	51.8	73.8	76.2	97.0	83.5	73.1	49.7	68.5
R2年度	52.4	75.2	77.2	98.0	86.5	74.0	50.4	69.4
R3年度	53.4	69.4	76.6	90.3	79.3	73.0	－	68.3
R4年度	53.6	68.7	77.6	90.3	80.8	72.3	－	68.5

○ 一般病院全体の100床あたり看護職員数は68.5人であり（R4年度）、R3年度と比較して0.2人（0.3%）増加した。
○ 開設者別にみると、公立の100床あたり看護職員数はH27年度以降増加傾向にある。

3. 常勤職員数

（1）一般病院の開設者別の主な医療従事者の100床あたりの常勤職員数（H27～R4年度）

④ 医療技術員



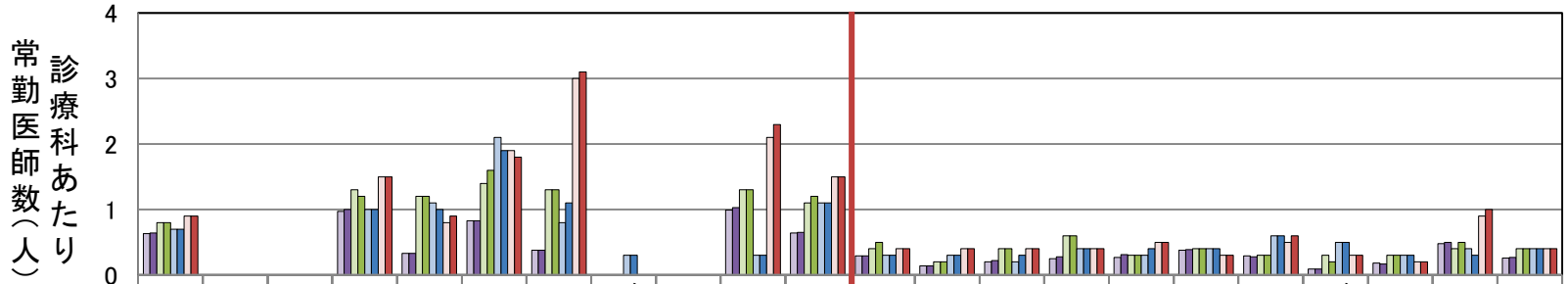
	医療法人	国立	公立	公的	社保法人	その他	個人	全体
H27年度	22.7	13.6	17.4	22.1	19.7	26.4	11.0	20.6
H28年度	23.5	14.2	18.2	22.8	21.0	27.3	11.3	21.4
H29年度	25.4	17.6	19.0	24.0	21.1	31.0	13.6	24.5
H30年度	26.1	18.1	20.0	24.5	22.2	32.1	13.9	25.3
R元年度	22.7	19.2	19.7	25.1	24.7	30.5	26.9	23.8
R2年度	23.5	19.5	20.3	26.0	26.4	32.0	27.3	24.7
R3年度	24.4	18.9	22.3	23.9	20.6	33.5	－	25.5
R4年度	25.0	19.4	23.0	24.2	20.7	33.7	－	26.0

○ 一般病院全体の100床あたり医療技術員数は26.0人であり（R4年度）、R3年度と比較して0.5人（2.0%）増加した。
○ 開設者別にみると、公立・その他の100床あたり医療技術員数はH27年度以降増加傾向にある。

3. 常勤職員数

（2）一般診療所の有床無床別・主たる診療科別の常勤職員数（H27～R4年度）

① 医師



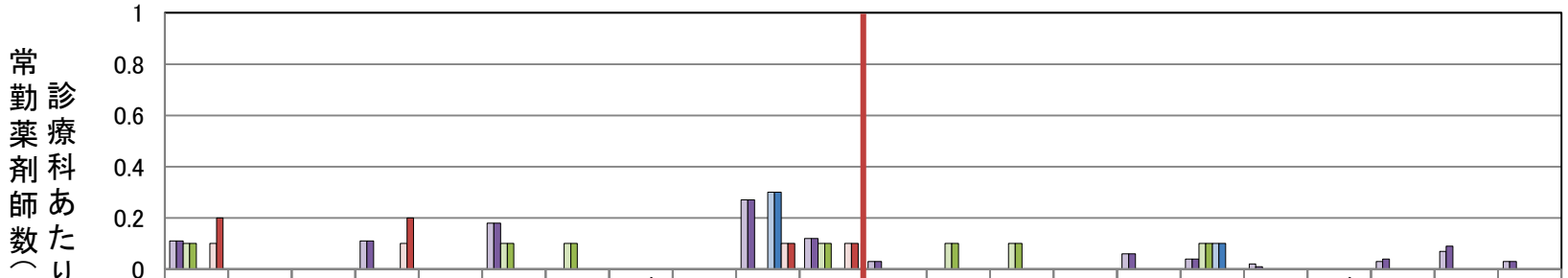
	一般診療所（有床）											一般診療所（無床）										
	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体
H27年度	0.6	－	－	1.0	0.3	0.8	0.4	0.0	－	1.0	0.6	0.3	0.1	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.1	0.2	0.5	0.3
H28年度	0.6	－	－	1.0	0.3	0.8	0.4	0.0	－	1.0	0.7	0.3	0.1	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.1	0.2	0.5	0.3
H29年度	0.8	－	－	1.3	1.2	1.4	1.3	－	－	1.3	1.1	0.4	0.2	0.4	0.6	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4
H30年度	0.8	－	－	1.2	1.2	1.6	1.3	－	－	1.3	1.2	0.5	0.2	0.4	0.6	0.3	0.4	0.3	0.2	0.3	0.5	0.4
R元年度	0.7	－	－	1.0	1.1	2.1	0.8	0.3	－	0.3	1.1	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.6	0.5	0.3	0.4	0.4
R2年度	0.7	－	－	1.0	1.0	1.9	1.1	0.3	－	0.3	1.1	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.6	0.5	0.3	0.3	0.4
R3年度	0.9	－	－	1.5	0.8	1.9	3.0	－	－	2.1	1.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.3	0.2	0.9	0.4
R4年度	0.9	－	－	1.5	0.9	1.8	3.1	－	－	2.3	1.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.3	0.6	0.3	0.2	1.0	0.4

○ 一般診療所の常勤医師数は、有床が1.5人、無床が0.4人であり（R4年度）、R3年度と同水準であった。

3. 常勤職員数

（2）一般診療所の有床無床別・主たる診療科別の常勤職員数（H27～R4年度）

② 薬剤師



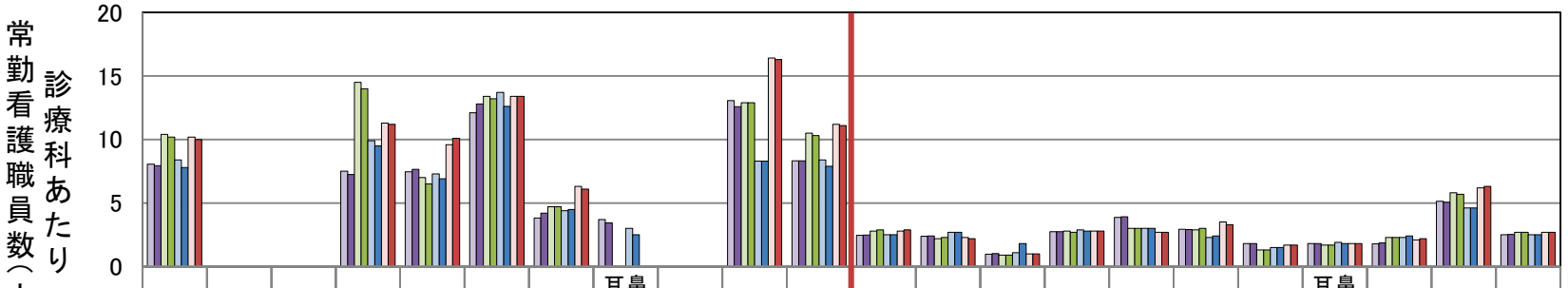
	一般診療所（有床）											一般診療所（無床）										
	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体
H27年度	0.1	－	－	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	－	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
H28年度	0.1	－	－	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	－	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
H29年度	0.1	－	－	0.0	0.0	0.1	0.1	－	－	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H30年度	0.1	－	－	0.0	0.0	0.1	0.1	－	－	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
R元年度	0.0	－	－	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	－	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
R2年度	0.0	－	－	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	－	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
R3年度	0.1	－	－	0.1	0.0	0.0	0.0	－	－	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
R4年度	0.2	－	－	0.2	0.0	0.0	0.0	－	－	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

○ 一般診療所の常勤薬剤師数は、有床が0.1人、無床が0.0人であった（R4年度）。

3. 常勤職員数

（2）一般診療所の有床無床別・主たる診療科別の常勤職員数（H27～R4年度）

③ 看護職員



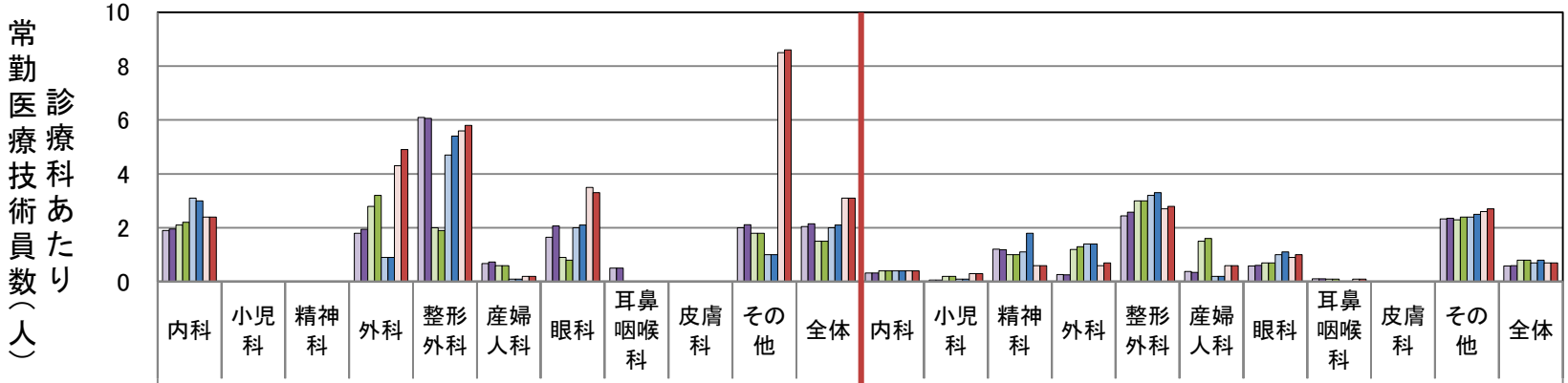
	一般診療所（有床）											一般診療所（無床）										
	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体
H27年度	8.1	－	－	7.5	7.5	12.1	3.8	3.7	－	13.1	8.3	2.5	2.4	1.0	2.7	3.9	2.9	1.8	1.8	1.8	5.1	2.5
H28年度	7.9	－	－	7.3	7.6	12.8	4.2	3.4	－	12.6	8.3	2.5	2.4	1.0	2.7	3.9	2.9	1.8	1.8	1.9	5.1	2.5
H29年度	10.4	－	－	14.5	7.0	13.4	4.7	－	－	12.9	10.5	2.8	2.2	0.9	2.8	3.0	2.9	1.3	1.7	2.3	5.8	2.7
H30年度	10.2	－	－	14.0	6.5	13.2	4.7	－	－	12.9	10.3	2.9	2.3	0.9	2.7	3.0	3.0	1.3	1.7	2.3	5.7	2.7
R元年度	8.4	－	－	9.9	7.3	13.7	4.4	3.0	－	8.3	8.4	2.5	2.7	1.1	2.9	3.0	2.3	1.5	1.9	2.3	4.6	2.5
R2年度	7.8	－	－	9.5	6.9	12.6	4.5	2.5	－	8.3	7.9	2.5	2.7	1.8	2.8	3.0	2.4	1.5	1.8	2.4	4.6	2.5
R3年度	10.2	－	－	11.3	9.6	13.4	6.3	－	－	16.4	11.2	2.8	2.3	1.0	2.8	2.7	3.5	1.7	1.8	2.1	6.2	2.7
R4年度	10.0	－	－	11.2	10.1	13.4	6.1	－	－	16.3	11.1	2.9	2.2	1.0	2.8	2.7	3.3	1.7	1.8	2.2	6.3	2.7

○ 一般診療所の常勤看護職員数は、有床が11.1人、無床が2.7人であり（R4年度）、R3年度とほぼ同水準であった。

3. 常勤職員数

（2）一般診療所の有床無床別・主たる診療科別の常勤職員数（H27～R4年度）

④ 医療技術員



	一般診療所（有床）											一般診療所（無床）										
	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	その他	全体
H27年度	1.9	－	－	1.8	6.1	0.7	1.7	0.5	－	2.0	2.1	0.3	0.1	1.2	0.3	2.4	0.4	0.6	0.1	0.0	2.3	0.6
H28年度	2.0	－	－	1.9	6.1	0.7	2.1	0.5	－	2.1	2.2	0.3	0.1	1.2	0.3	2.6	0.4	0.6	0.1	0.0	2.4	0.6
H29年度	2.1	－	－	2.8	2.0	0.6	0.9	－	－	1.8	1.5	0.4	0.2	1.0	1.2	3.0	1.5	0.7	0.1	0.0	2.3	0.8
H30年度	2.2	－	－	3.2	1.9	0.6	0.8	－	－	1.8	1.5	0.4	0.2	1.0	1.3	3.0	1.6	0.7	0.1	0.0	2.4	0.8
R元年度	3.1	－	－	0.9	4.7	0.1	2.0	0.0	－	1.0	2.0	0.4	0.1	1.1	1.4	3.2	0.2	1.0	0.0	0.0	2.4	0.7
R2年度	3.0	－	－	0.9	5.4	0.1	2.1	0.0	－	1.0	2.1	0.4	0.1	1.8	1.4	3.3	0.2	1.1	0.0	0.0	2.5	0.8
R3年度	2.4	－	－	4.3	5.6	0.2	3.5	－	－	8.5	3.1	0.4	0.3	0.6	0.6	2.7	0.6	0.9	0.1	0.0	2.6	0.7
R4年度	2.4	－	－	4.9	5.8	0.2	3.3	－	－	8.6	3.1	0.4	0.3	0.6	0.7	2.8	0.6	1.0	0.1	0.0	2.7	0.7

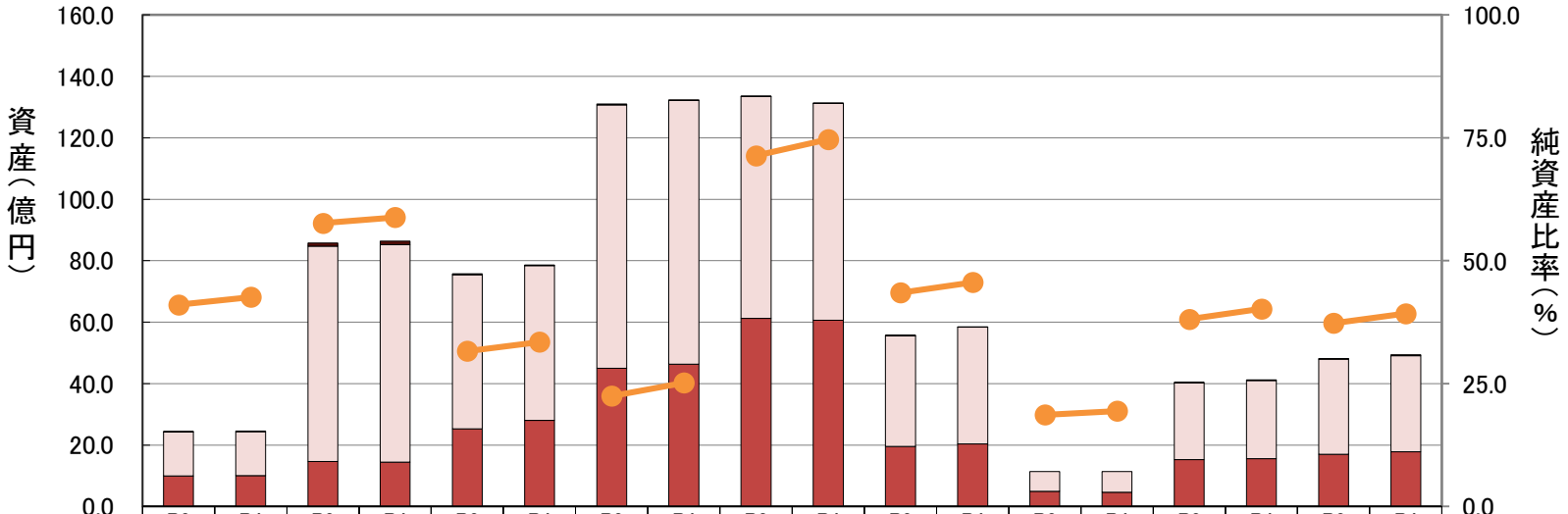
○ 一般診療所の常勤医療技術員数は、有床が3.1人、無床が0.7人であり（R4年度）、R3年度と同水準であった。

Ⅲ 資産・負債等の経年比較

1. 純資産比率と流動比率

（1）一般病院の開設者別

① 純資産比率



	医療法人		国立		公立		公的		社保法人		その他		個人		国公立を除く		全体	
	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4
繰延資産	0.2	0.2	1.0	1.1	0.3	0.3	0.3	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2
固定資産	14.2	14.3	70.1	70.8	50.2	50.3	85.8	85.8	72.2	70.5	36.1	38.0	6.4	6.7	25.0	25.5	30.9	31.3
流動資産	10.0	10.1	14.7	14.5	25.2	28.0	45.0	46.3	61.3	60.7	19.6	20.4	5.0	4.6	15.2	15.6	17.0	17.8
純資産比率	41.0	42.6	57.7	58.8	31.6	33.5	22.5	25.2	71.4	74.7	43.5	45.6	18.6	19.4	38.1	40.2	37.3	39.2

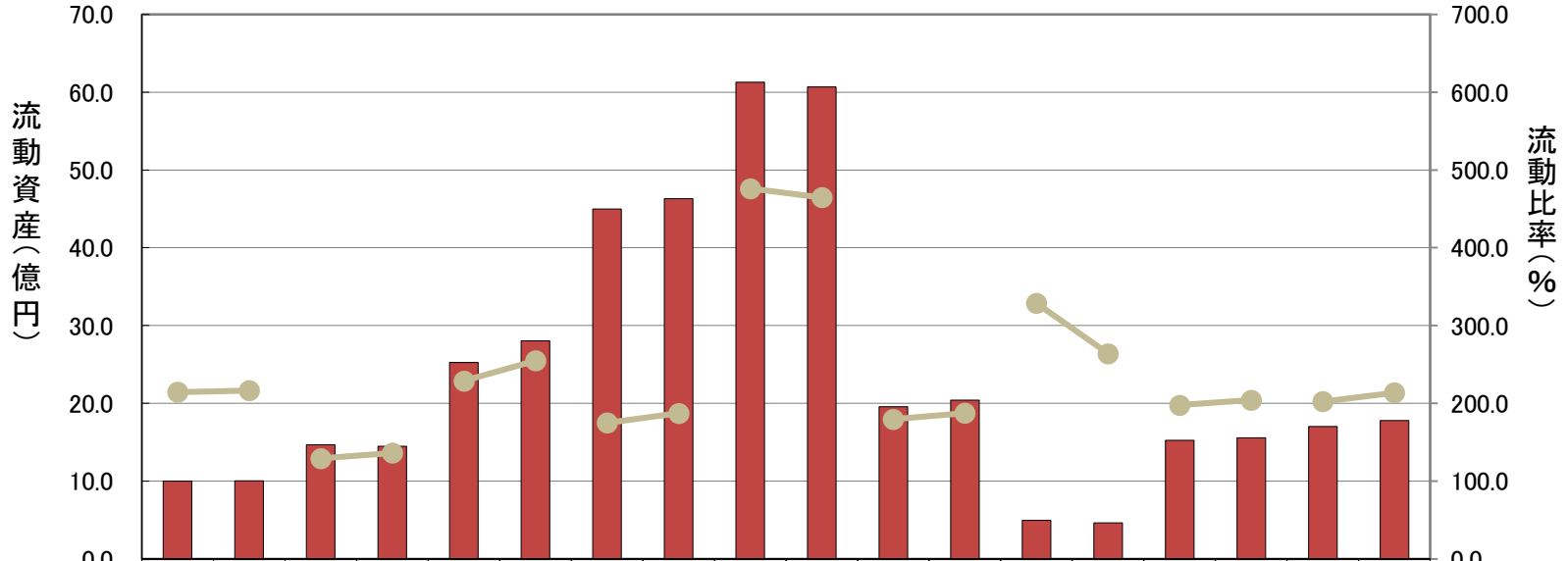
○ 一般病院全体の純資産比率は39.2%であり（R4年度）、R3年度と比較して1.9ポイント上昇した。
○ 開設者別にみると、医療法人・国立・公立・公的・その他ではR3年度と比較して1.1～2.7ポイント上昇した（R4年度）。

注）※純資産比率は、資本合計（資産合計－負債合計）／資産合計により算出した。

1. 純資産比率と流動比率

（1）一般病院の開設者別

② 流動比率



	医療法人		国立		公立		公的		社保法人		その他		個人		国公立を除く		全体	
	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4
流動資産	10.0	10.1	14.7	14.5	25.2	28.0	45.0	46.3	61.3	60.7	19.6	20.4	5.0	4.6	15.2	15.6	17.0	17.8
流動比率	214.5	216.5	129.2	136.3	228.8	254.8	175.0	187.2	476.2	464.7	179.6	187.5	328.7	264.0	197.9	204.2	202.4	213.7

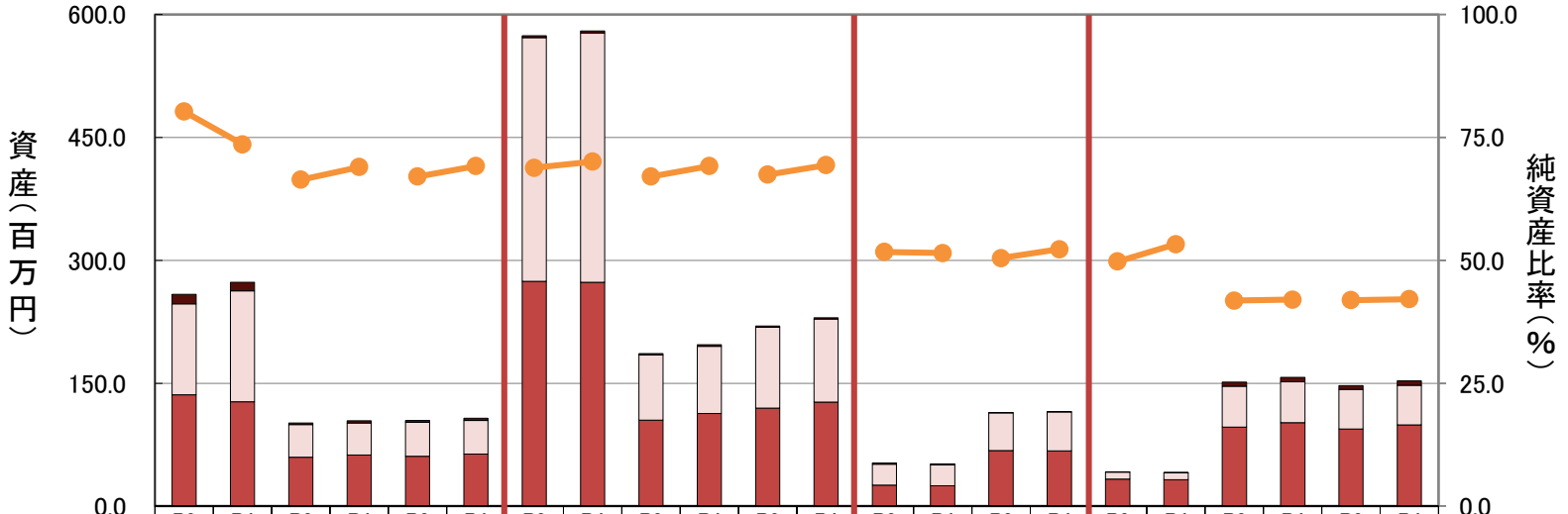
- 一般病院全体の流動資産の平均額はR3年度と比較して4.4%増加した（R4年度）。
- 一般病院全体の流動比率は213.7%であり（R4年度）、R3年度と比較して11.3ポイント上昇した。
- 開設者別にみると、医療法人・国立・公立・公的・その他ではR3年度と比較して2.0～26.0ポイント上昇した（R4年度）。

注）※流動比率は、流動資産／流動負債により算出した。

1. 純資産比率と流動比率

（2）一般診療所、歯科診療所、保険薬局

① 純資産比率



	一般診療所・個人						一般診療所・医療法人						歯科診療所				保険薬局					
	有床		無床		全体		有床		無床		全体		個人		医療法人		個人		法人		全体	
	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4
繰延資産	11.5	10.4	2.2	2.8	2.4	2.9	2.6	2.5	1.5	1.7	1.6	1.8	1.4	1.3	0.3	0.3	0.3	0.3	5.0	5.7	4.8	5.5
固定資産	111.3	135.3	39.9	39.1	41.2	40.9	297.2	304.1	79.8	82.1	98.6	101.3	25.4	25.4	46.2	47.4	8.4	8.4	50.1	49.7	48.5	48.2
流動資産	135.7	127.3	59.6	62.4	61.0	63.6	274.5	273.3	104.9	113.2	119.5	127.0	25.7	25.1	67.7	67.5	33.2	32.2	96.3	101.9	94.0	99.3
純資産比率	80.3	73.6	66.4	69.0	67.1	69.2	68.8	70.1	67.0	69.2	67.4	69.4	51.7	51.5	50.4	52.3	49.8	53.3	41.8	42.0	41.9	42.1

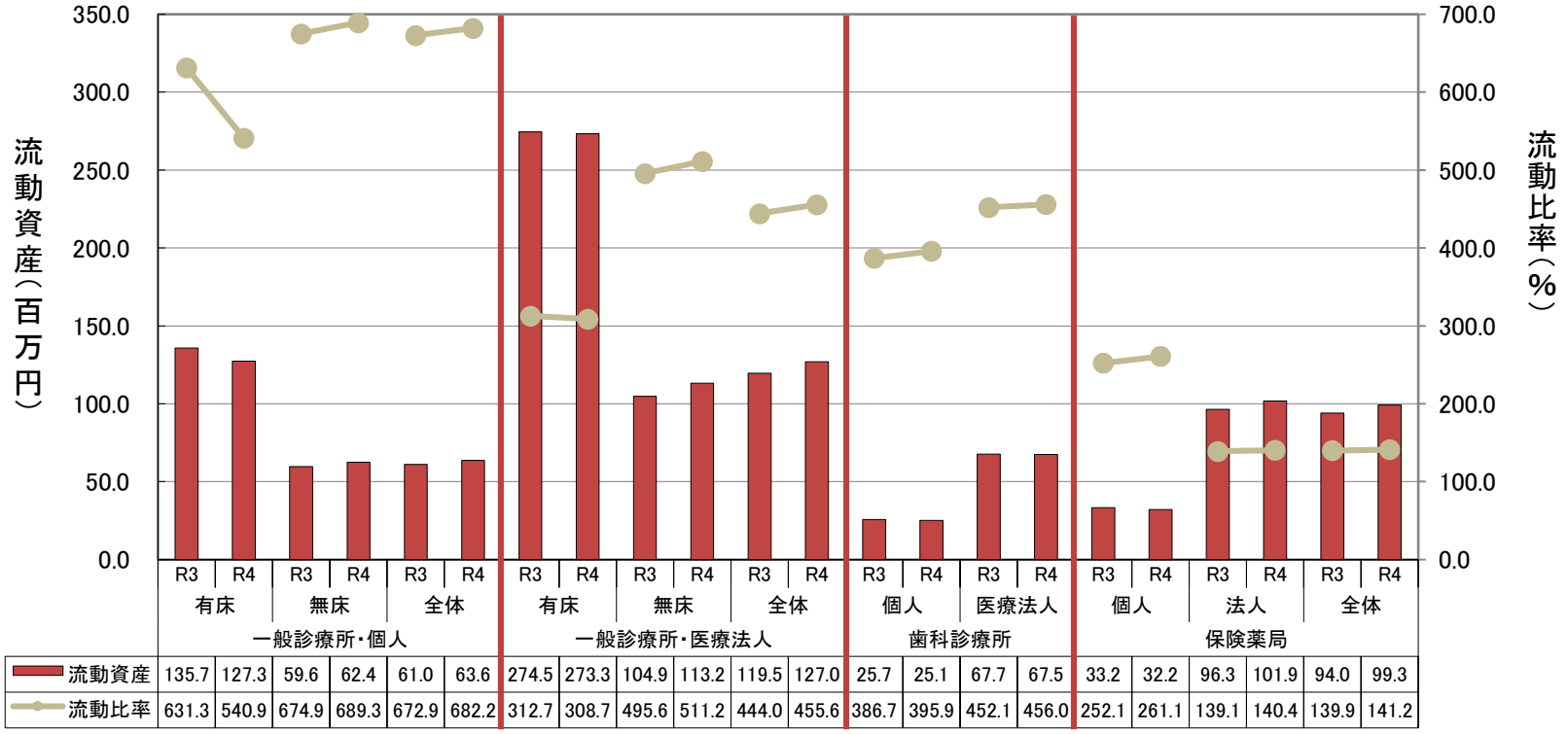
- ○ 一般診療所の純資産比率は、個人、医療法人それぞれ69.2%と69.4%であり（R4年度）、R3年度と比較して2.0～2.1ポイント上昇した。
- ○ 歯科診療所の純資産比率は、個人、医療法人それぞれ51.5%と52.3%であり（R4年度）、個人はR3年度と比較して0.2ポイント減少、医療法人は同1.9ポイント上昇した。
- ○ 保険薬局の純資産比率は42.1%であり（R4年度）、R3年度と比較して0.2ポイント上昇した。

注）※純資産比率は、資本合計（資産合計－負債合計）／資産合計により算出した。
※一般診療所・個人、一般診療所・全体、および歯科診療所の集計は青色申告者を含まない。

1. 純資産比率と流動比率

（2）一般診療所、歯科診療所、保険薬局

②流動比率

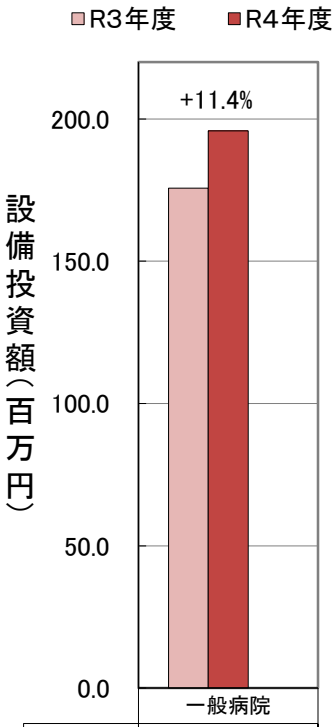


	一般診療所・個人						一般診療所・医療法人						歯科診療所				保険薬局					
	有床		無床		全体		有床		無床		全体		個人		医療法人		個人		法人		全体	
	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4	R3	R4
流動資産	135.7	127.3	59.6	62.4	61.0	63.6	274.5	273.3	104.9	113.2	119.5	127.0	25.7	25.1	67.7	67.5	33.2	32.2	96.3	101.9	94.0	99.3
流動比率	631.3	540.9	674.9	689.3	672.9	682.2	312.7	308.7	495.6	511.2	444.0	455.6	386.7	395.9	452.1	456.0	252.1	261.1	139.1	140.4	139.9	141.2

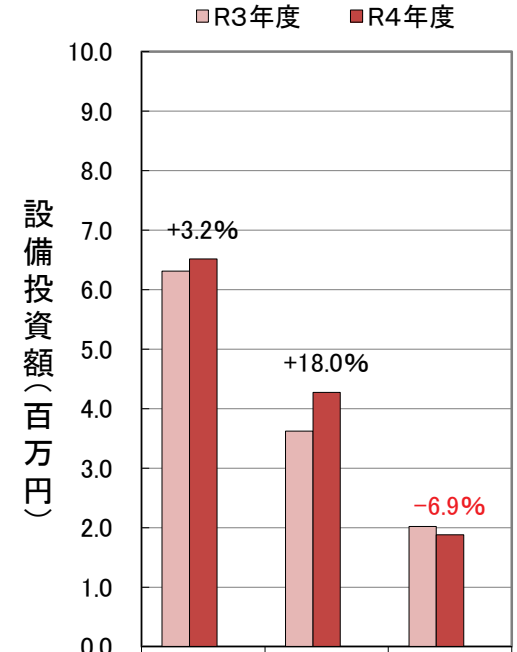
- 流動資産の平均額はR3年度と比較して、一般診療所では個人が4.3%増加、医療法人が6.3%増加、歯科診療所では個人が2.3%減少、医療法人が0.3%減少、薬局では5.6%増加した（R4年度）。
- 一般診療所の流動比率は個人、医療法人それぞれ682.2%と455.6%であり（R4年度）、R3年度と比較して9.3～11.6ポイント上昇した。歯科診療所では個人、医療法人それぞれ395.9%と456.0%であり（R4年度）、R3年度と比較して3.9～9.2ポイント上昇した。保険薬局では141.2%であり（R4年度）、R3年度と比較して1.3ポイント上昇した。

注）※流動比率は、流動資産／流動負債により算出した。
※一般診療所・個人、一般診療所・全体、および歯科診療所の集計は青色申告者を含まない。

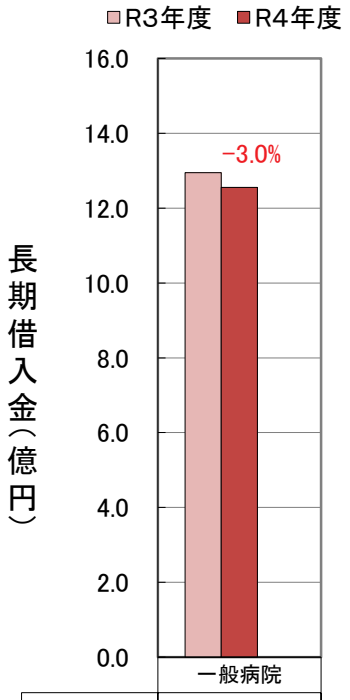
2. 設備投資額および長期借入金



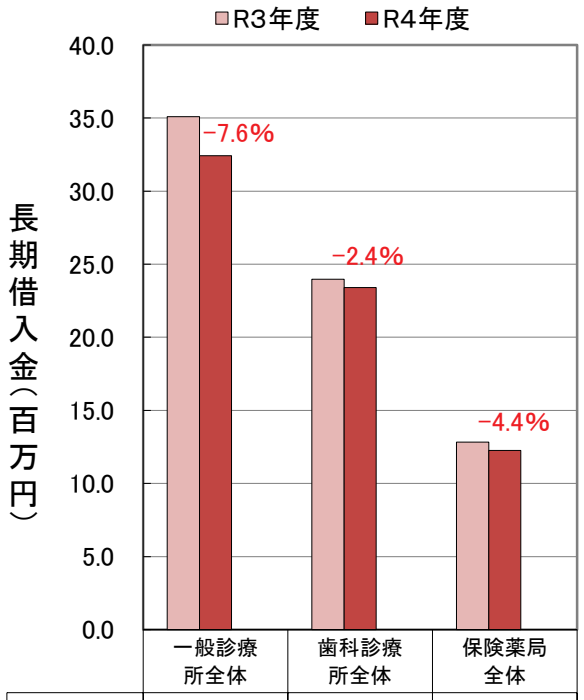
	一般病院
R3年度	175.7
R4年度	195.8
R3・R4年度施設数	607



	一般診療所全体	歯科診療所全体	保険薬局全体
R3年度	6.3	3.6	2.0
R4年度	6.5	4.3	1.9
R3・R4年度施設数	1,532	343	814



	一般病院
R3年度	12.9
R4年度	12.6
R3・R4年度施設数	664



	一般診療所全体	歯科診療所全体	保険薬局全体
R3年度	35.1	24.0	12.8
R4年度	32.4	23.4	12.3
R3・R4年度施設数	1,856	415	1,064

- ○ 設備投資額はR3年度と比較して、一般病院が11.4%増加、一般診療所が3.2%増加、歯科診療所が18.0%増加、保険薬局が6.9%減少した（R4年度）。
- ○ 長期借入金はR3年度と比較して、一般病院が3.0%減少、一般診療所が7.6%減少、歯科診療所が2.4%減少、保険薬局が4.4%減少した（R4年度）。

注） ※一般診療所および歯科診療所の集計は青色申告者を含まない。

Ⅳ　次回調査に向けた意見

- 報告書において、加重平均値を併記する項目を拡大すべきである。
  - 一般診療所、歯科診療所および保険薬局それぞれの「全体」、ならびに報告書「（25）資産・負債の状況」等にも加重平均値を併記すべきである。

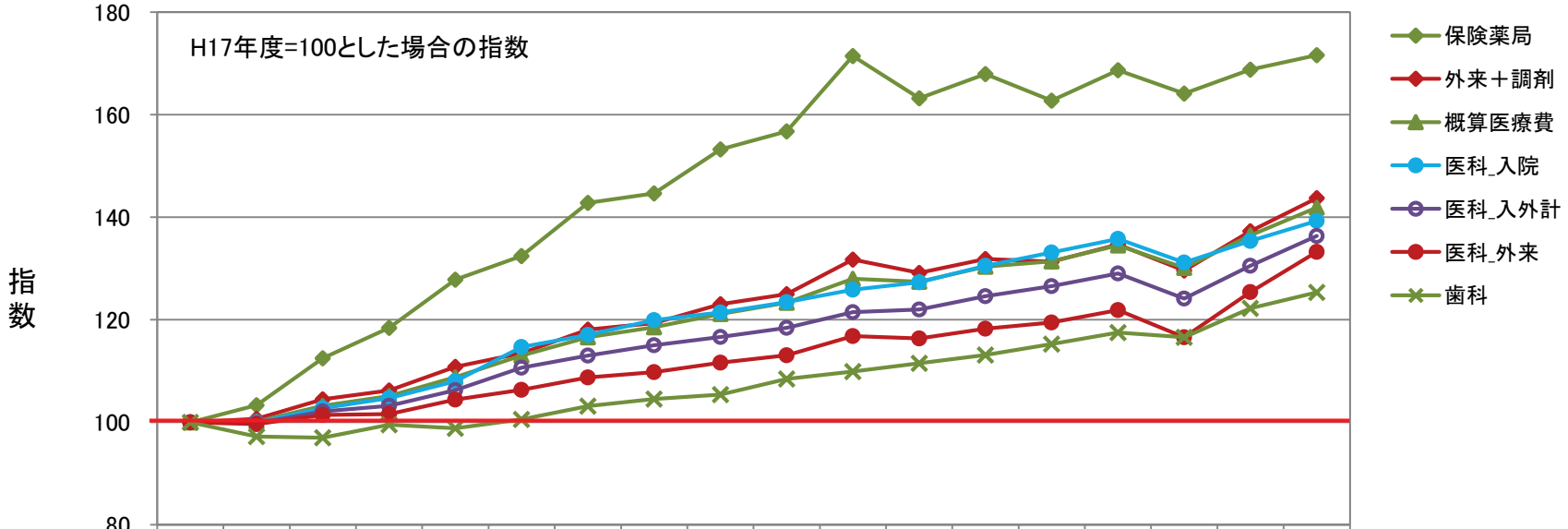
- 「（25）資産・負債の状況」については国公立を除く値も併記すべきである。

- 次回調査においては、医療機関の稼働状況と損益の関係性をより分析しやすいように、入院延べ患者数および外来延べ患者数を調査票の項目に追加してはどうか。

Ⅴ 参考資料

1. 概算医療費の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（1）医科入院、医科外来、歯科、保険薬局



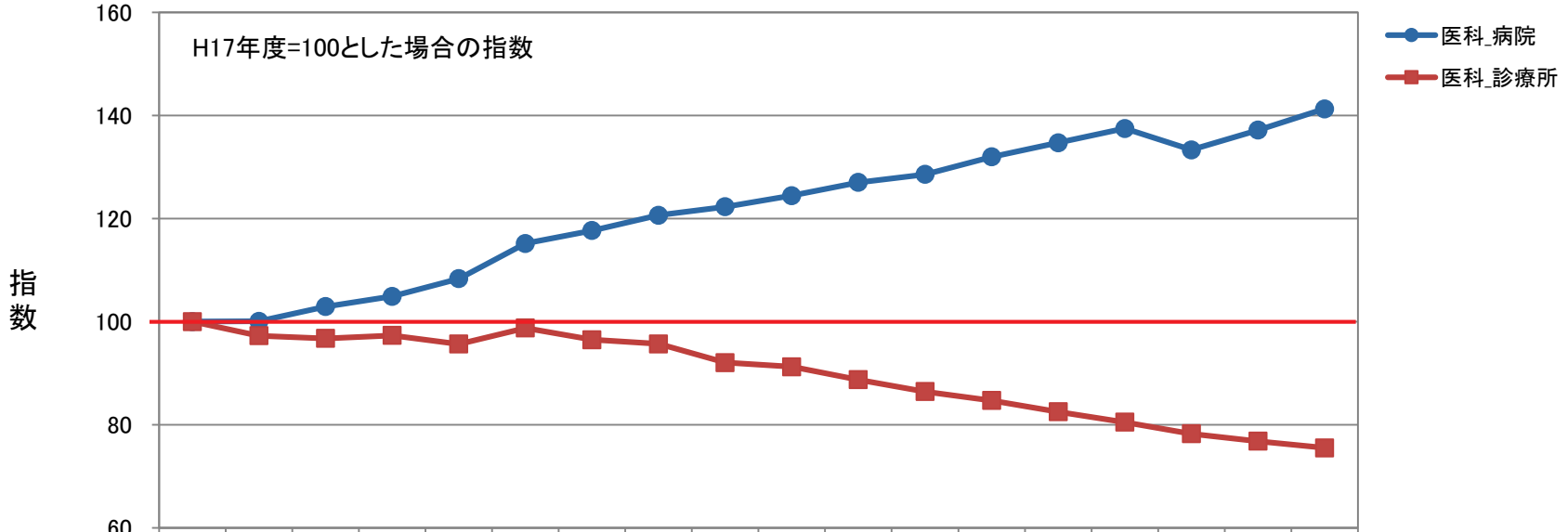
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
保険薬局	100	103	113	118	128	132	143	145	153	157	171	163	168	163	169	164	169	172
外来＋調剤	100	101	104	106	111	113	118	119	123	125	132	129	132	131	135	130	137	144
概算医療費	100	100	103	105	109	113	117	119	121	123	128	127	130	131	135	130	136	142
医科_入院	100	100	103	105	108	115	117	120	121	123	126	127	131	133	136	131	135	139
医科_入外計	100	100	102	103	106	111	113	115	117	118	121	122	125	127	129	124	131	136
医科_外来	100	100	101	102	104	106	109	110	112	113	117	116	118	119	122	117	125	133
歯科	100	97	97	100	99	101	103	105	105	108	110	112	113	115	118	117	122	125

○ 医科入院・医科外来・歯科の医療費はR2年度に一時的に減少したが、R4年度は過去最高の水準に達している。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

1. 概算医療費の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（2）入院（病院、医科診療所）



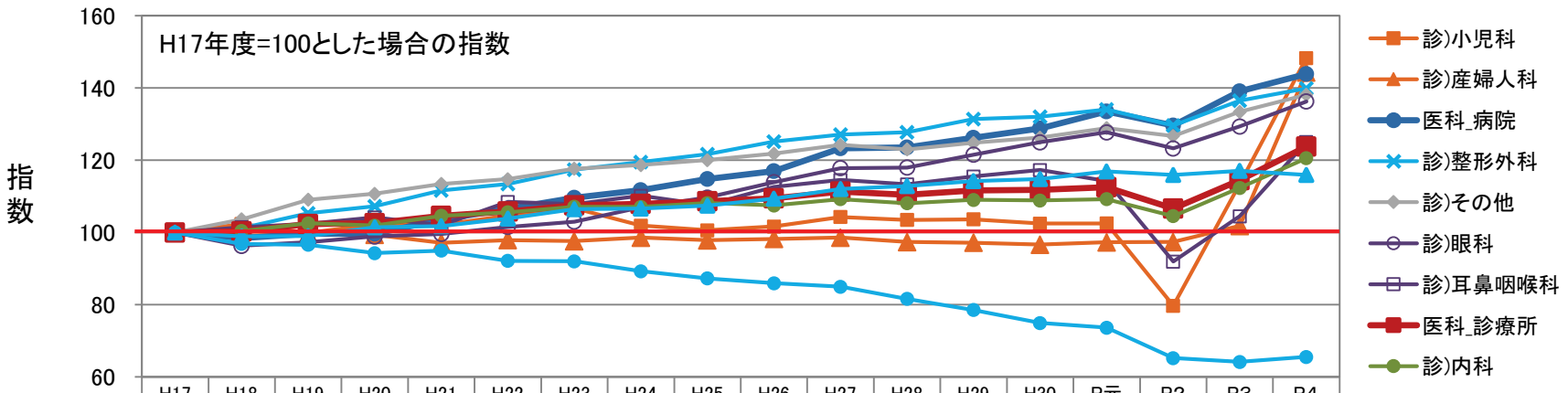
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
医科_病院	100	100	103	105	108	115	118	121	122	124	127	129	132	135	137	133	137	141
医科_診療所	100	97	97	97	96	99	97	96	92	91	89	86	85	83	81	78	77	76

○ 入院の医療費をみると、病院はR2年度に一時的に減少したが、R4年度は過去最高の水準に達している。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

1. 概算医療費の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（3）外来（病院、医科診療所（主たる診療科別））



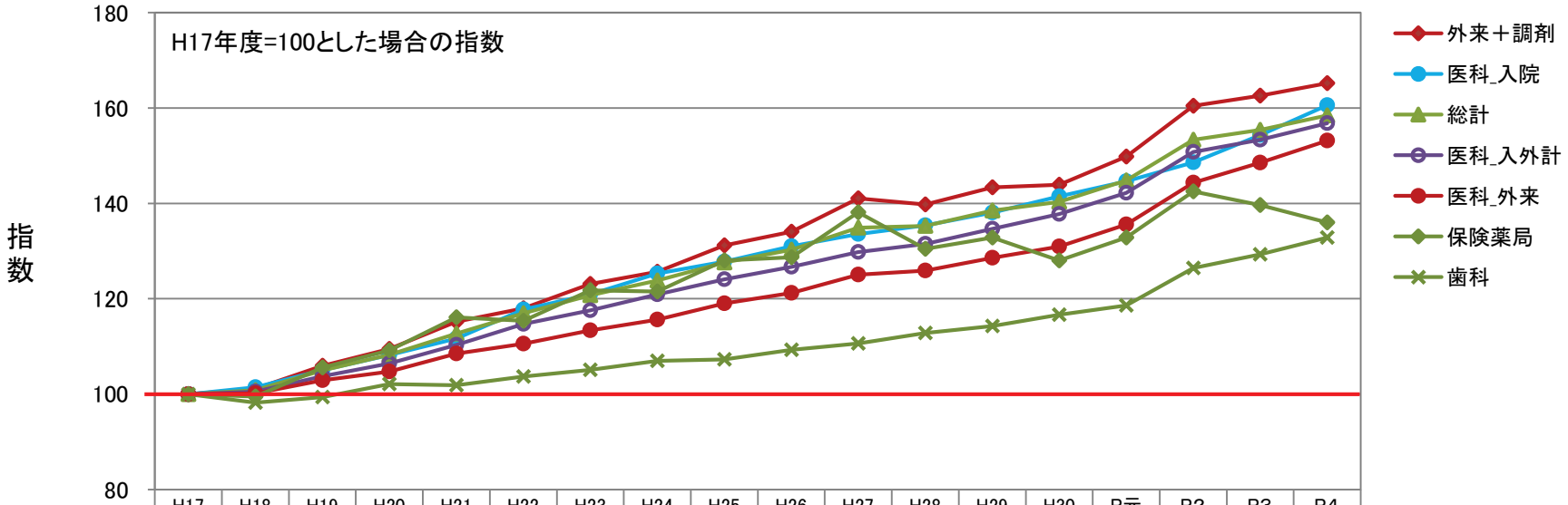
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
診)小児科	100	102	100	102	102	105	107	102	101	102	104	104	104	102	103	80	113	148
診)産婦人科	100	99	100	99	97	98	98	99	98	98	99	97	97	97	97	97	102	144
医科_病院	100	98	100	100	104	107	110	112	115	117	123	124	126	129	134	130	139	144
診)整形外科	100	101	105	107	112	113	117	120	122	125	127	128	131	132	134	130	136	140
診)その他	100	104	109	111	113	115	118	119	120	122	124	123	125	126	129	127	133	138
診)眼科	100	96	97	99	100	102	103	107	110	114	118	118	122	125	128	123	129	136
診)耳鼻咽喉科	100	101	102	104	102	108	108	110	108	113	115	113	116	117	114	92	104	125
医科_診療所	100	100	102	103	105	106	108	108	109	109	111	110	112	112	113	107	114	124
診)内科	100	100	103	102	105	106	107	107	108	108	109	108	109	109	109	105	112	121
診)皮膚科	100	99	99	101	102	104	106	107	107	109	112	113	114	115	117	116	117	116
診)外科	100	97	97	94	95	92	92	89	87	86	85	82	79	75	74	65	64	66

○ 医科診療所の外来の医療費をみると、内科・小児科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科・産婦人科ではR4年度は過去最高の水準に達している。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

2. １日当たり医療費の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（１）医科入院、医科外来、歯科、保険薬局



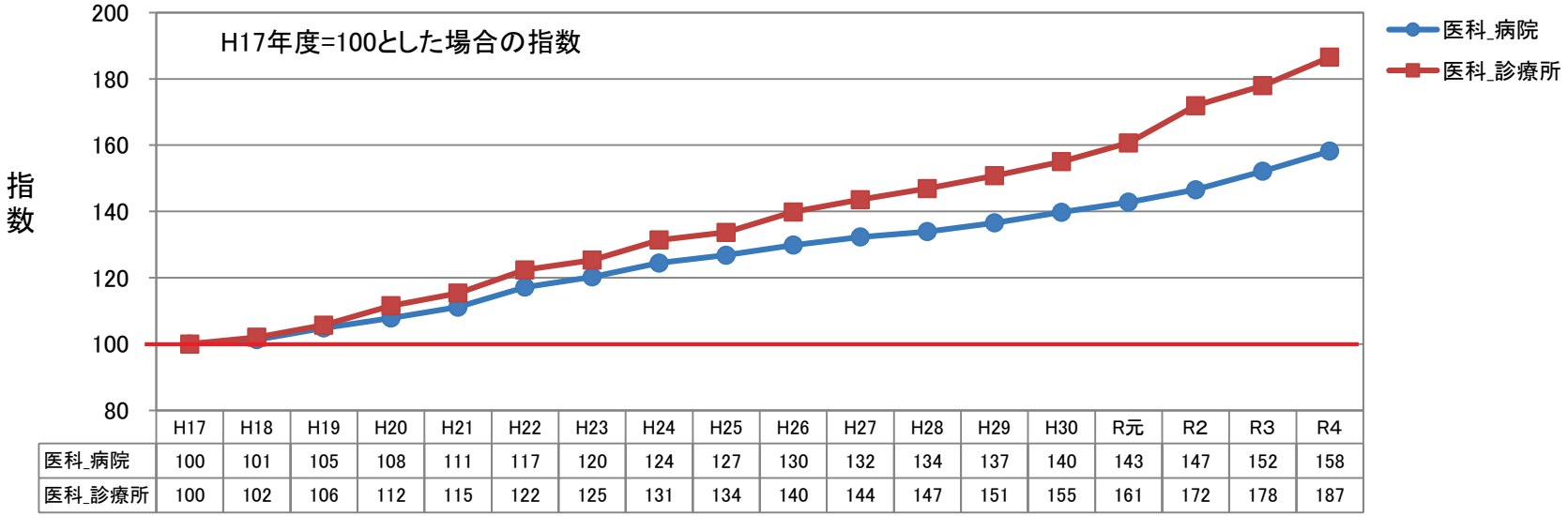
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
外来＋調剤	100	101	106	109	115	118	123	126	131	134	141	140	143	144	150	160	163	165
医科_入院	100	101	105	108	112	118	121	125	128	131	134	135	138	141	145	149	154	161
総計	100	101	105	108	113	117	121	124	128	130	135	135	139	140	145	153	155	158
医科_入外計	100	101	104	106	110	115	118	121	124	127	130	131	135	138	142	151	153	157
医科_外来	100	100	103	105	109	111	113	116	119	121	125	126	129	131	136	144	149	153
保険薬局	100	99	106	109	116	115	122	122	128	129	138	130	133	128	133	143	140	136
歯科	100	98	99	102	102	104	105	107	107	109	111	113	114	117	119	126	129	133

○ 医科入院・医科外来・歯科の１日当たり医療費は増加傾向にあり、R4年度は過去最高の水準に達している。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

2. １日当たり医療費の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（２）入院（病院、医科診療所）



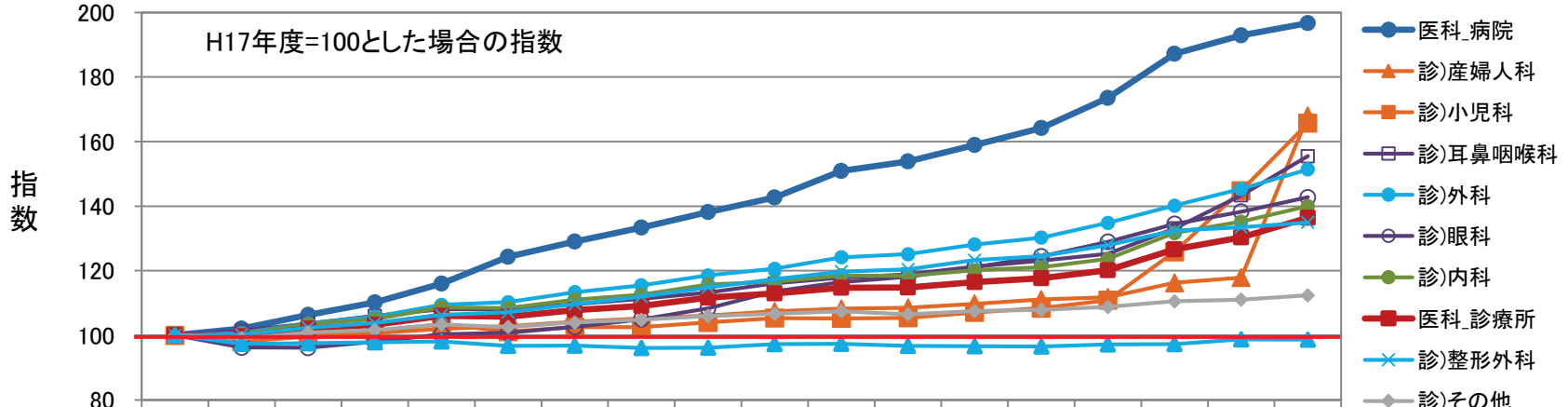
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
医科_病院	100	101	105	108	111	117	120	124	127	130	132	134	137	140	143	147	152	158
医科_診療所	100	102	106	112	115	122	125	131	134	140	144	147	151	155	161	172	178	187

○ 入院の１日当たり医療費は病院・医科診療所ともに増加傾向にあり、R4年度は過去最高の水準に達している。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

2. １日当たり医療費の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（３）外来（病院、医科診療所（主たる診療科別））



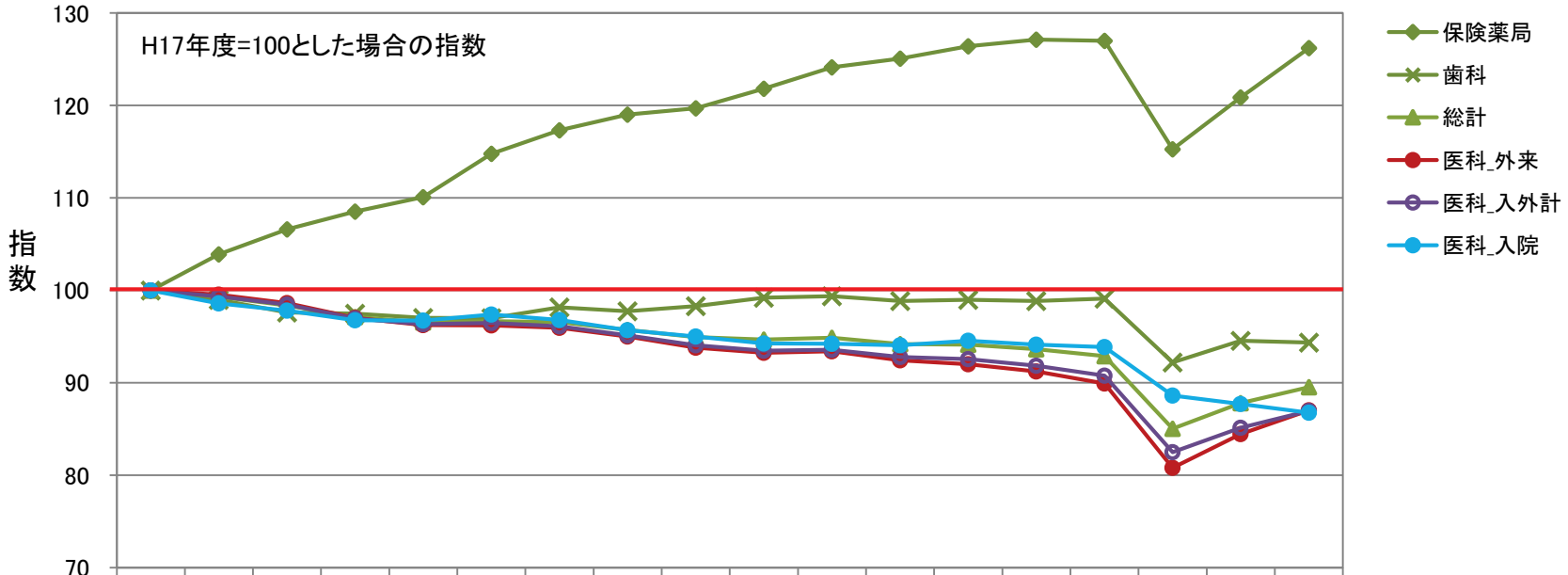
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
医科_病院	100	102	106	110	116	124	129	133	138	143	151	154	159	164	174	187	193	197
診)産婦人科	100	98	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	116	118	168
診)小児科	100	99	100	101	103	101	103	103	104	105	105	105	107	108	111	126	145	166
診)耳鼻咽喉科	100	101	104	106	108	108	110	111	113	116	118	119	121	123	125	133	143	156
診)外科	100	101	104	106	109	110	113	115	119	121	124	125	128	130	135	140	145	151
診)眼科	100	96	96	98	100	101	103	105	108	114	116	118	121	124	129	135	138	143
診)内科	100	100	104	105	109	108	111	113	116	117	119	118	120	121	124	132	135	140
医科_診療所	100	100	102	103	106	106	108	109	112	113	115	115	117	118	120	127	130	136
診)整形外科	100	100	102	104	106	107	110	112	115	117	120	120	123	125	128	132	133	135
診)その他	100	99	101	102	103	103	104	105	106	107	107	106	107	108	109	111	111	112
診)皮膚科	100	97	98	98	98	97	97	96	96	97	97	97	97	97	97	97	99	99

○ 医科診療所の外来の１日当たり医療費をみると、内科・小児科・外科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科・産婦人科ではR4年度は過去最高の水準に達している。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

3. 受診延日数の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（1）医科入院、医科外来、歯科、保険薬局



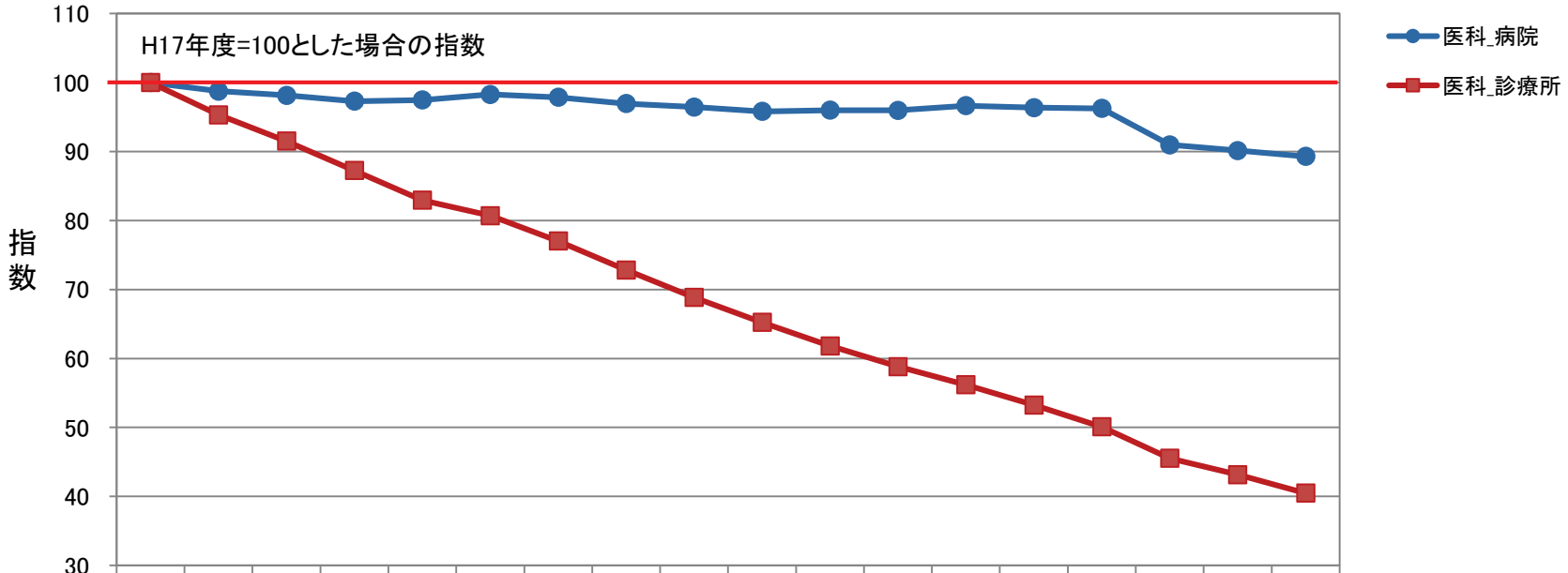
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
保険薬局	100	104	107	109	110	115	117	119	120	122	124	125	126	127	127	115	121	126
歯科	100	99	98	97	97	97	98	98	98	99	99	99	99	99	99	92	95	94
総計	100	99	98	97	97	97	97	96	95	95	95	94	94	94	93	85	88	90
医科_外来	100	100	99	97	96	96	96	95	94	93	93	92	92	91	90	81	84	87
医科_入外計	100	99	98	97	96	96	96	95	94	93	94	93	93	92	91	82	85	87
医科_入院	100	99	98	97	97	97	97	96	95	94	94	94	95	94	94	89	88	87

- ○ 医科入院の受診延日数は長期的にみて減少傾向にある。
- ○ 医科外来・歯科の受診延日数はR2年度に大きく減少した後、戻りつつある。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

3. 受診延日数の長期推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（2）入院（病院、医科診療所）



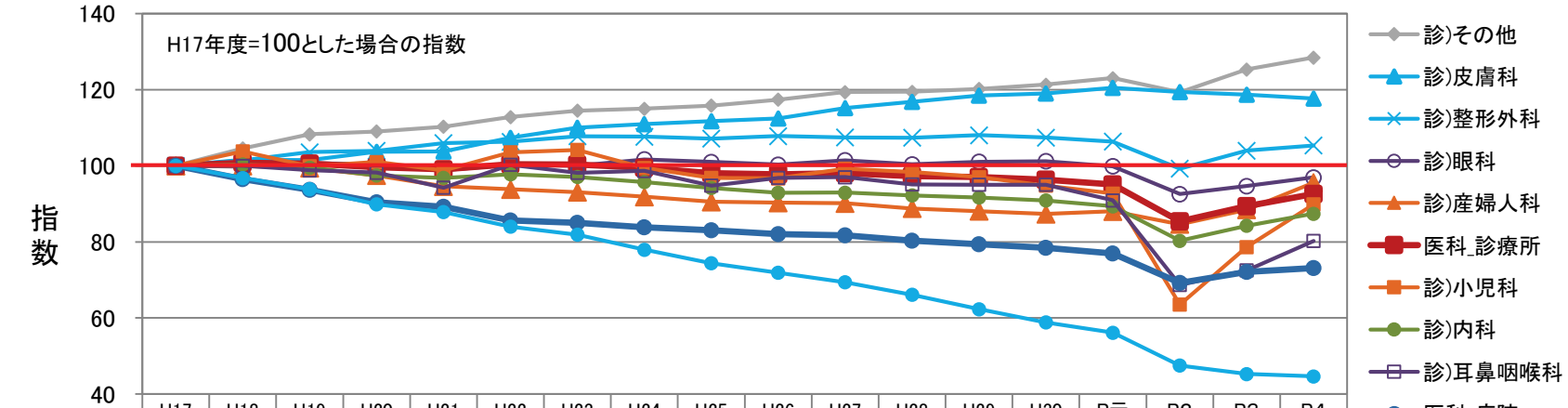
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
医科_病院	100	99	98	97	97	98	98	97	96	96	96	96	97	96	96	91	90	89
医科_診療所	100	95	92	87	83	81	77	73	69	65	62	59	56	53	50	46	43	40

○ 入院の受診延日数は病院・医科診療所ともに長期的にみて減少傾向にある。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

3. 受診延日数の推移（H17年度＝100とした場合の指数の推移。H17～R4年度。）

（3）外来（病院、医科診療所（主たる診療科別））

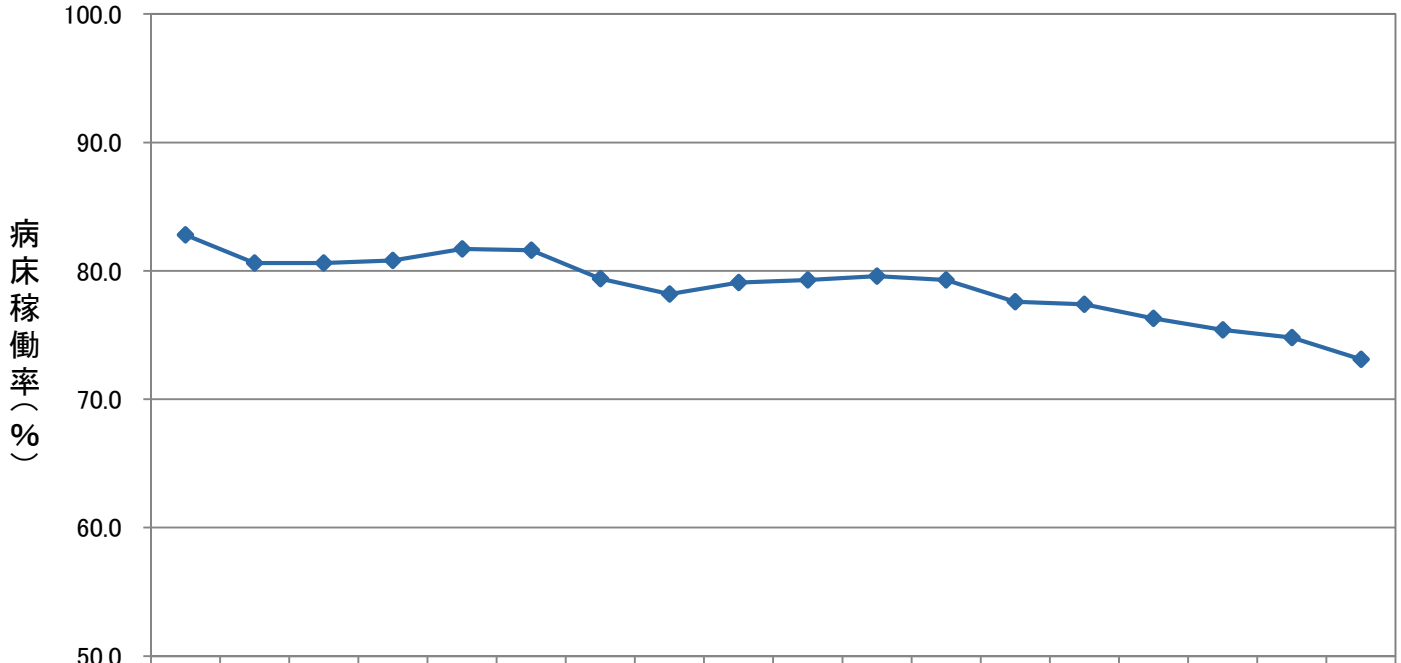


	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
診)その他	100	105	108	109	110	113	115	115	116	117	119	119	120	121	123	119	125	128
診)皮膚科	100	102	101	104	104	107	110	111	112	112	115	117	118	119	120	119	119	118
診)整形外科	100	101	104	104	106	106	108	108	107	108	107	107	108	107	106	99	104	105
診)眼科	100	100	101	101	99	100	100	102	101	100	101	100	101	101	100	93	95	97
診)産婦人科	100	100	99	97	95	94	93	92	91	90	90	89	88	87	88	85	88	96
医科_診療所	100	101	101	100	99	100	100	99	98	98	98	97	97	96	95	85	89	93
診)小児科	100	104	100	101	99	104	104	99	97	97	99	98	97	95	93	64	79	90
診)内科	100	100	100	97	97	98	97	96	94	93	93	92	92	91	89	80	84	87
診)耳鼻咽喉科	100	100	99	98	94	100	98	99	95	97	97	95	95	95	91	69	73	80
医科_病院	100	96	94	90	89	86	85	84	83	82	82	80	79	78	77	69	72	73
診)外科	100	97	94	90	88	84	82	78	74	72	69	66	62	59	56	48	45	45

○ 医科診療所の外来の受診延日数をみると、内科・小児科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科ではR2年度に大きく減少した後、戻りつつある。産婦人科ではR2年度に減少した後、R元年度を超える水準にある。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データを用いた。

4.　病床稼働率の推移

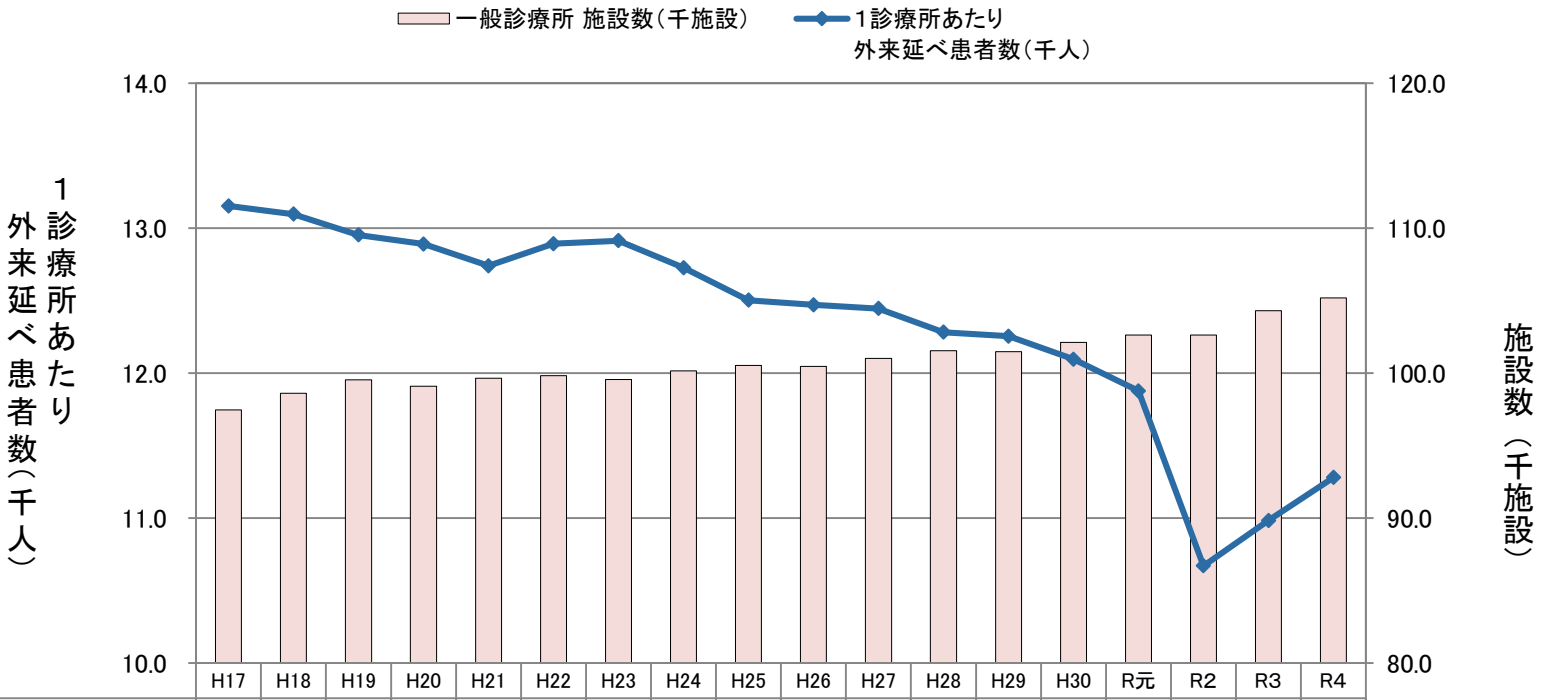


	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
年度末の病床稼働率	82.8	80.6	80.6	80.8	81.7	81.6	79.4	78.2	79.1	79.3	79.6	79.3	77.6	77.4	76.3	75.4	74.8	73.1

○ 病院の病床稼働率は長期的にみて減少傾向にあり、R4年度末の病床稼働率（73.1%）はH17年度末（82.8%）と比較して9.7ポイント減少した。

注）厚生労働省「病院報告（毎月分概数）」の病院総数のデータを用いた。

5.　１診療所あたりの外来延べ患者数



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
一般診療所 施設数（千施設）	97.4	98.6	99.5	99.1	99.6	99.8	99.5	100.2	100.5	100.5	101.0	101.5	101.5	102.1	102.6	102.6	104.3	105.2
１診療所あたり外来延べ患者数（千人）	13.2	13.1	13.0	12.9	12.7	12.9	12.9	12.7	12.5	12.5	12.4	12.3	12.3	12.1	11.9	10.7	11.0	11.3

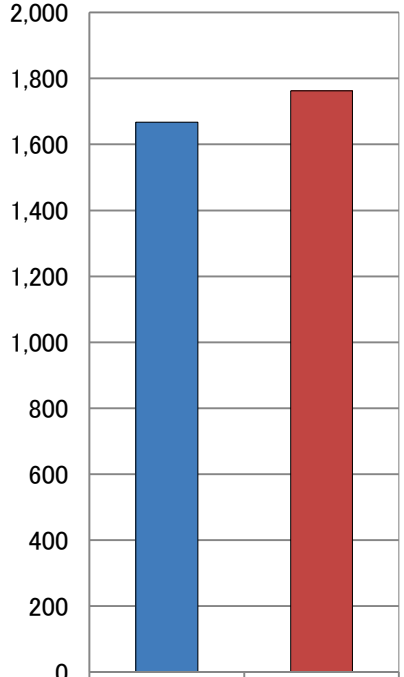
○ 一般診療所の施設数は長期的にみて増加傾向にある。
○ １診療所あたり外来延べ患者数は長期的にみて減少傾向にある。R2年度に大きく落ち込んだ後は徐々に戻りつつある。

注）厚生労働省「医療費の動向調査」の年次データ、および厚生労働省「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」の診療所数の年次推移をもとに集計。

6. 一般病院の開設者別指標比較

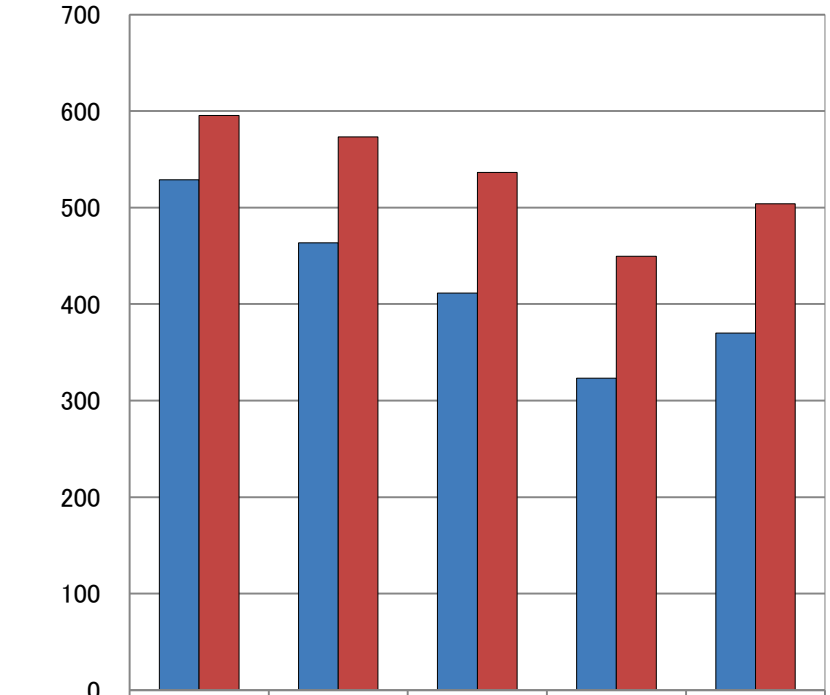
（1）医療法人と公立病院の経営指標比較（R4年度）

医療従事者一人あたり収益（万円）



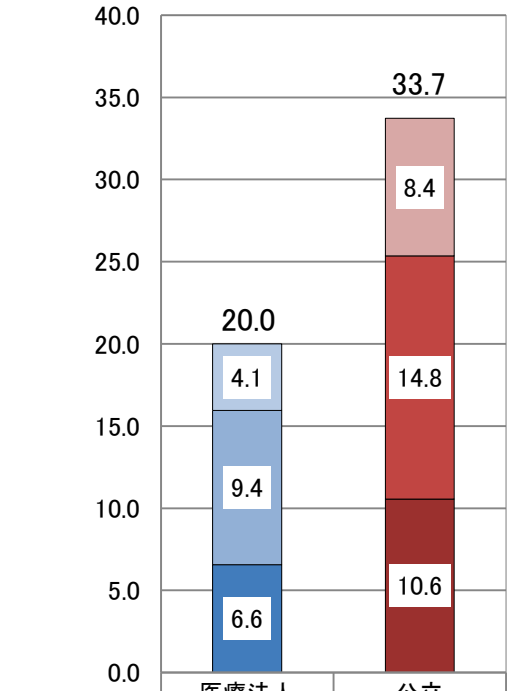
	医療法人	公立
医療従事者一人あたり収益	1,667	1,762

職種別平均年収（万円）



	薬剤師	看護職員	医療技術員	歯科衛生士	事務職員
医療法人	529	463	411	323	370
公立	595	573	536	449	504

医薬品費率・委託費率・減価償却費率（%）



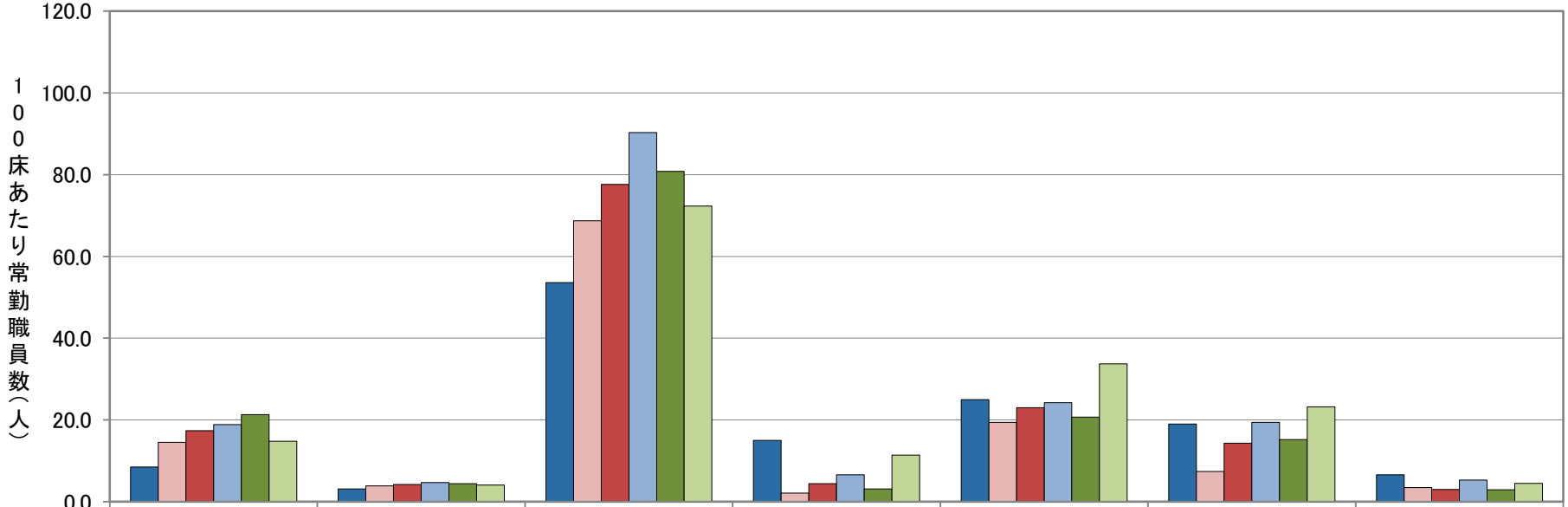
	医療法人	公立
減価償却費率	4.1	8.4
医薬品費率	9.4	14.8
委託費率	6.6	10.6

○ 医療法人と公立病院の差異を分析すると、医療従事者一人あたり収益は公立病院のほうが6%高いものの、職種別平均年収は13%（薬剤師）～39%（歯科衛生士）の開きがあり、公立病院は収益に対して給与費が高い構造にある。

○ 加えて、医薬品費率・委託費率・減価償却費率についても、医療法人と公立病院では1.7倍の開きがある。

6. 一般病院の開設者別指標比較

（2）開設者別100床あたり職種別常勤職員数の比較（R4年度）



	医師	薬剤師	看護職員	看護補助職員	医療技術員	事務職員	その他職員
医療法人	8.5	3.1	53.6	15.0	25.0	19.0	6.6
国立	14.5	3.9	68.7	2.1	19.4	7.4	3.5
公立	17.4	4.2	77.6	4.4	23.0	14.3	3.0
公的	18.9	4.7	90.3	6.6	24.2	19.4	5.3
社保法人	21.3	4.4	80.8	3.1	20.7	15.2	2.9
その他	14.8	4.1	72.3	11.4	33.7	23.2	4.5

○ 医療法人では、それ以外の開設者と比べて医師１人あたり事務職員、看護職員１人あたり看護補助職員がともに最多で、事務職員や看護補助職員へのタスクシフトにより医師および看護職員の負担軽減が図られていると推測される（それぞれ2.2人、0.3人）。

Ⅵ　注釈

【一般病院の集計】

- 一般病院のデータについて、全国施設数に基づく加重平均の計算方法は以下の通り。
  - （開設者別の集計結果×開設者別の全国施設数）の全開設者合計額/全国の施設数

【開設者の定義】

- 「国立」とは、国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）である。
- 「公立」とは、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院である。
- 「公的」とは、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等である。
- 「社会保険関係法人」とは、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合である。なお、本分析中では「社保法人」と省略する。
- 病院の「その他」とは、公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人、その他の法人等である。
- 一般診療所および歯科診療所の全体の集計は、個人と医療法人の合計に加えて、その他（市町村立等）を含む。

【病院機能の定義・集計】

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

【保険薬局に関する用語定義】

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

【職員の職種に関する用語定義】

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

【収益・費用・経営指標等に関する用語】

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

【新型コロナウイルス感染症に関する用語定義】

- 新型コロナウイルス感染症関連の補助金は、国、地方公共団体、系統機関などからの補助金・負担金等の交付金のうち、新型コロナウイルス感染症関連の補助金等の交付金を指し、従業員向け慰労金は含まない。
- 「重点医療機関」とは、都道府県の指定を受け、新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関である。
- 「協力医療機関」とは、都道府県の指定を受け、新型コロナウイルス感染症患者として確定診断がつくまでの間、新型コロナ疑い患者専用の個室を設定して当該患者を受け入れ、必要な救急医療等を提供する医療機関である。
- 「新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関」とは、重点医療機関・協力医療機関以外で新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者受入病床を割り当てられた医療機関である。

令和５年１２月１日

第 24 回 中医協医療経済実態調査（医療機関等調査）結果報告に対する見解

中央社会保険医療協議会
二 号 委 員
長 島 公 之
茂 松 茂 人
江 澤 和 彦
池 端 幸 彦
太 田 圭 洋
林　　正 純
森　　昌 平

〔医科〕

新型コロナに関する診療報酬上の特例や補助金及びかかりまし費用等の影響を排除した令和 3、4 年度の損益率は、一般病院はそれぞれ▲5.6%、▲6.8%、一般診療所はそれぞれ 6.0%、6.9%であった。コロナ後の平均をとると、一般病院で▲6.4%、一般診療所は 5.6%であり、コロナ前の平均を下回っている。精神科病院は令和元年度以降、赤字の状態から脱却できていない。

コロナ禍における診療報酬上の特例やコロナ補助金は一過性の収益であり、これまでの感染対策経費の増加、追加的人員の確保などの診療体制の整備に活用しており、また全ての医療機関が特例、補助金の対象となっているわけではない。したがって、令和 6 年度診療報酬改定の議論はこれらの影響を除いて行うべきである。

令和 4 年度の損益率（コロナ関係補助金を除く）の分布を見ると、一般病院の７割弱、一般診療所の約３割が赤字であった。物価高騰、賃金上昇が続く中、現状、コロナ特例は大幅に縮小されてきており、今後特例が廃止となり、さらに収益が下がることがあれば､赤字施設の割合がさらに増え､地域の医療提供体制が維持できなくなる。そもそも経営基盤が脆弱な診療所では、倒産が相次ぐ恐れがある。

費用については、病院、診療所ともに上昇し、特に、物価高騰を反映して水道光熱費の伸びが顕著であった。また紹介手数料も大きく上昇し、これは、医療業界における人材確保の厳しさの現れである。

あわせて、メディカルスタッフ（看護職員、看護補助職員、医療技術員）の平均給与は、病院、診療所ともに各職種で増加が見られたが、他産業の賃上げが進む中、医療従事者の賃金を引き上げ、サービスを提供する人材を確保していくための原資を確

実に担保することは、従業員が他産業へ流出し、人材確保が厳しくなっている折も踏まえれば急務と言える。

なお、令和 4 年度の診療所の院長給与については、平均値、中央値、最頻値それぞれの乖離が大きいが、分布に偏りがあることを踏まえ、実態を正確に把握するためには、中央値と最頻値を重視するべきである。

以上のとおり、病院・診療所とも、コロナ後の経営状況は非常に厳しい状況にあると言え、さらに、物価高騰・賃金上昇を支える対応が必要な状況である。

〔歯科〕

令和 4 年度診療報酬改定を踏まえた個人立歯科診療所の直近 2 事業年の医業収益はマイナス 0.9%と落ち込んだ。地域医療を担う歯科医療機関の約 8 割が個人立歯科診療所であり、その経営は依然として回復傾向になく、厳しい状況が続いている。

歯科医療機関においては、外科的処置や飛沫が多い歯科治療の特性を踏まえ、従来のスタンダード･プリコーションに加え､新興感染症への更なる対策を継続している。感染防止対策にこれまで以上の対応を徹底するなか、令和 4 年度は新型コロナウイルス感染症関連の補助金等もほとんどなく、昨今の物価高騰の影響による歯科材料費等の価格上昇､併せて歯科衛生士等の人材確保のための対応などその影響は計り知れず、医院経営はひっ迫している。

これまで繰り返し指摘しているとおり、歯科医療機関の経営努力は明らかに限界に達しており、安全・安心を前提とした歯科医療提供体制の根幹を揺るがしかねない状況にある。国民の生命と健康を守る歯科医療と口腔健康管理の充実を図るためには、迅速かつ抜本的な対応が求められる。

〔薬局〕

保険薬局の直近の損益状況については、全体平均（法人）で＋５%程度という状態を維持しているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響から回復しつつある一方、物価高騰や賃金上昇への対応のため、対前年比は減少傾向にあり、厳しい経営状況が続いている。

後発医薬品メーカーを中心として長期間にわたる医薬品供給不足の状態が続く中、後発品の普及促進に係る取り組みの維持や、それに伴う備蓄医薬品の増加に係る対応など、医薬品の管理コストもさらなる負担増となっている。

さらに同一グループの規模別でみると、地域の医薬品提供体制の中核を担っている小規模の保険薬局のうち、特に「１店舗」および「２～５店舗」の施設における損益差額の悪化が目立つ（＋２%程度)。小規模薬局の経営基盤は極めて脆弱であり、このままの状況が続けば今後の地域の医薬品供給に支障をきたすことになる。

〔まとめ〕

以上、今回の医療経済実態調査結果から、医療機関等はコロナ前と比較しても厳しい経営を強いられていることが明らかとなった。コロナ禍の医療費減を十分に補填する間もなく、医療機関等は医療従事者の賃上げや物価高騰への対応を求められており、非常に厳しい状況にあると言える。

特に、患者さんへ質の高い医療を継続的に提供するためには、医療従事者に対する賃上げと、その人材確保が急務である。

診療報酬という公定価格で運営する医療機関等にとって、賃上げや人材確保を継続的かつ安定的に行い、物価高騰にも対応するためには、十分な原資が必要であり、そのためには、令和 6 年度診療報酬改定が担う役割は非常に重要である。

「第24回医療経済実態調査報告－令和5年度実施－」について

2023年12月1日

公益社団法人 日本医師会

内 容

1. 損益率の推移
   1－1. 一般病院
   1－2. 一般診療所
   1－3. 精神科病院
2. 損益率の分布 （一般病院、一般診療所）
3. 医業・介護費用の伸び （一般病院、一般診療所）
   3－1. 一般病院 各費用項目の伸び率
   3－2. 一般診療所 各費用項目の伸び率
   3－3. 委託費・水道光熱費等
4. 給与費 （一般病院、一般診療所）

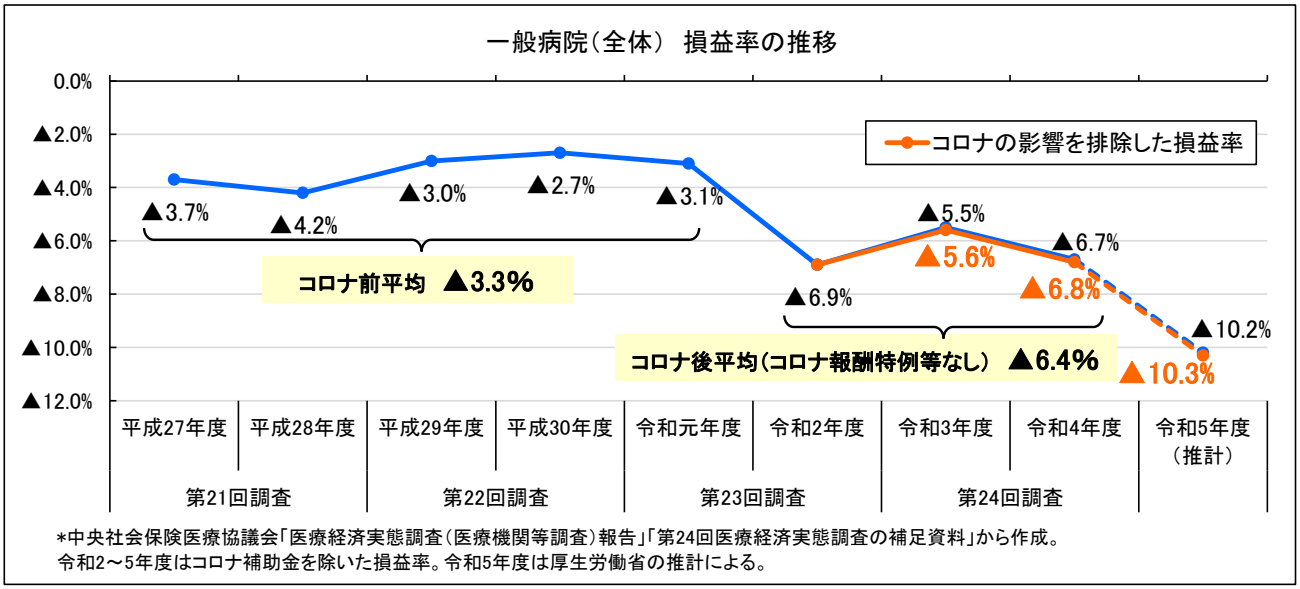
【医療機関機能別損益等の状況】

5. 病院
   5－1. コロナ重点医療機関等の指定状況別 損益率
   5－2. コロナ重点医療機関等の指定状況別 費用の伸び率
   5－3. クラスター発生の有無別 損益率
   5－4. 入院基本料別 損益率
   5－5. 病床規模別 損益率
6. 一般診療所
   6－1. 入院収益の有無別 損益率
   6－2. コロナ診療・検査医療機関の指定状況別 損益率

【備考】
- 分析にあたって、病院は集計1、診療所は集計2のデータを使用
- 損益率は、（医業・介護収益－医業・介護費用）÷医業・介護収益
  この「医業・介護収益」は、新型コロナ関係補助金を含まない額

1－1．一般病院　損益率の推移

- 令和3、4年度の一般病院の損益率（コロナ補助金を除く）は悪化しており、コロナ前（平成27年～令和元年）の水準を下回っている。新型コロナに関する診療報酬上の特例等の影響を排除した場合、損益率はさらに低下している。
- 厚生労働省推計による令和5年度の損益率は、▲10%を超える赤字となる見込みである。



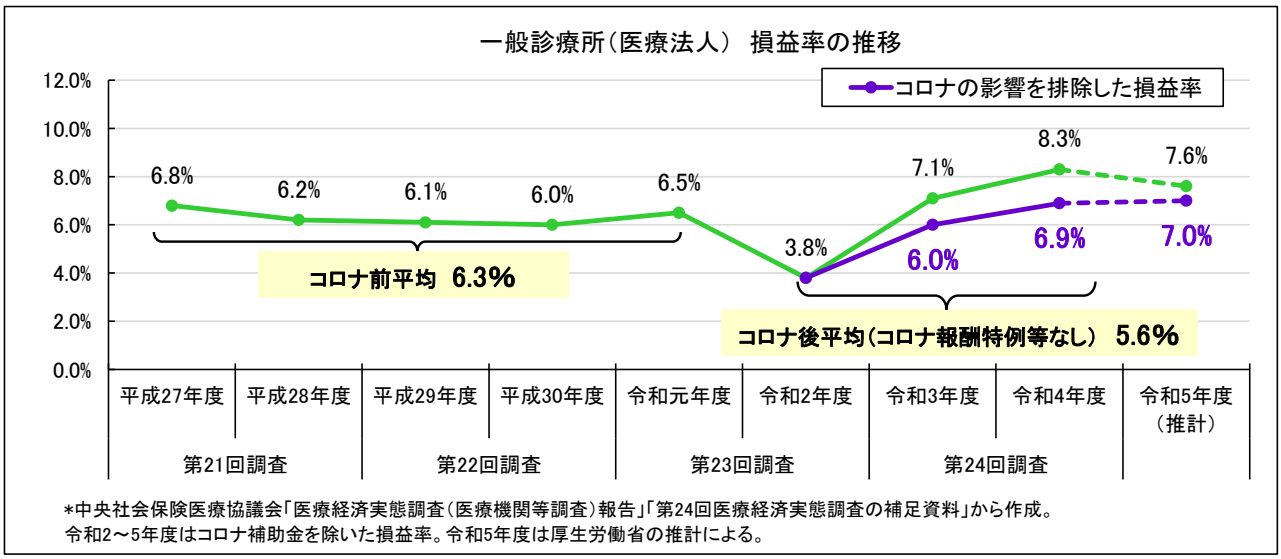
*中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」「第24回医療経済実態調査の補足資料」から作成。
令和2～5年度はコロナ補助金を除いた損益率。令和5年度は厚生労働省の推計による。

※「医療経済実態調査」は各回2年分については定点調査であるが、回ごとに客体が変わることに注意を要する。

2

1－2．一般診療所　損益率の推移

- 令和3、4年度の一般診療所の損益率（コロナ補助金を除く）は、新型コロナに関する診療報酬上の特例等の影響を排除すると、それぞれ6.0%、6.9%であった。
- コロナ後（令和2～4年度）の損益率の平均は5.6%であり、コロナ前（平成27年～令和元年）の平均を下回っている。
- 厚生労働省推計による令和5年度の損益率は、令和4年度からほぼ横ばいの見込みである。



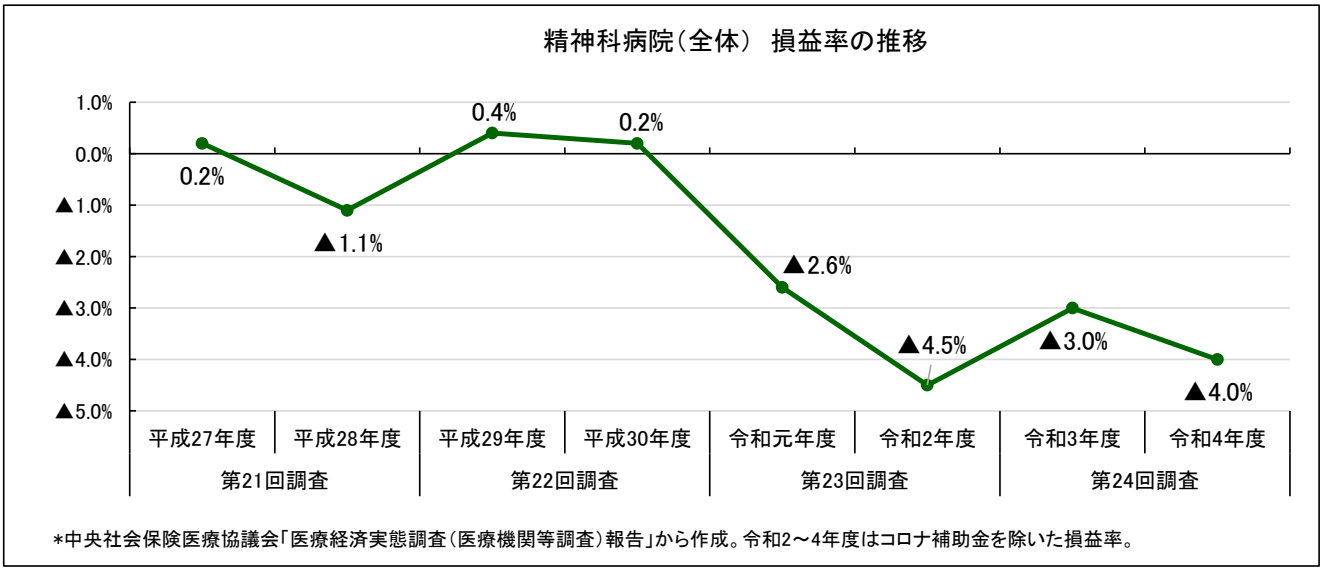
*中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」「第24回医療経済実態調査の補足資料」から作成。
令和2～5年度はコロナ補助金を除いた損益率。令和5年度は厚生労働省の推計による。

※「医療経済実態調査」は各回2年分については定点調査であるが、回ごとに客体が変わることに注意を要する。

3

1－3. 精神科病院　損益率の推移

精神科病院は令和元年度以降、赤字の状態から脱却できていない。

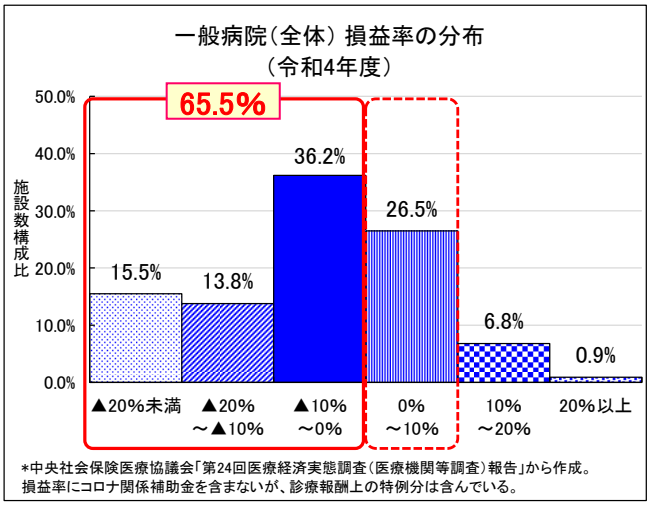


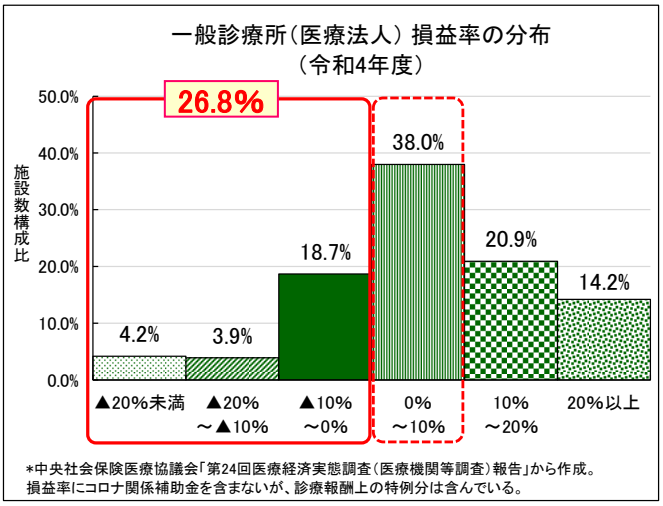
※「医療経済実態調査」は各回2年分については定点調査であるが、回ごとに客体が変わることに注意を要する。

4

2. 一般病院・一般診療所　損益率の分布

- 令和4年度の損益率（コロナ関係補助金を含まない）の分布を見ると、一般病院の7割弱、一般診療所の約3割が赤字であった。損益率には新型コロナに関する診療報酬上の特例が含まれており、特に一般診療所では特例がなくなると経営への影響は非常に大きい。
- 現状、すでにコロナ特例は大幅に縮小されており、今後特例が廃止となり、さらに収益が下がることがあれば、0%～10%の階級にある医療機関のかなりの部分が赤字に転落し、地域の医療提供体制が維持できなくなる。
- 経営基盤が脆弱な診療所では倒産が相次ぐ恐れがある。

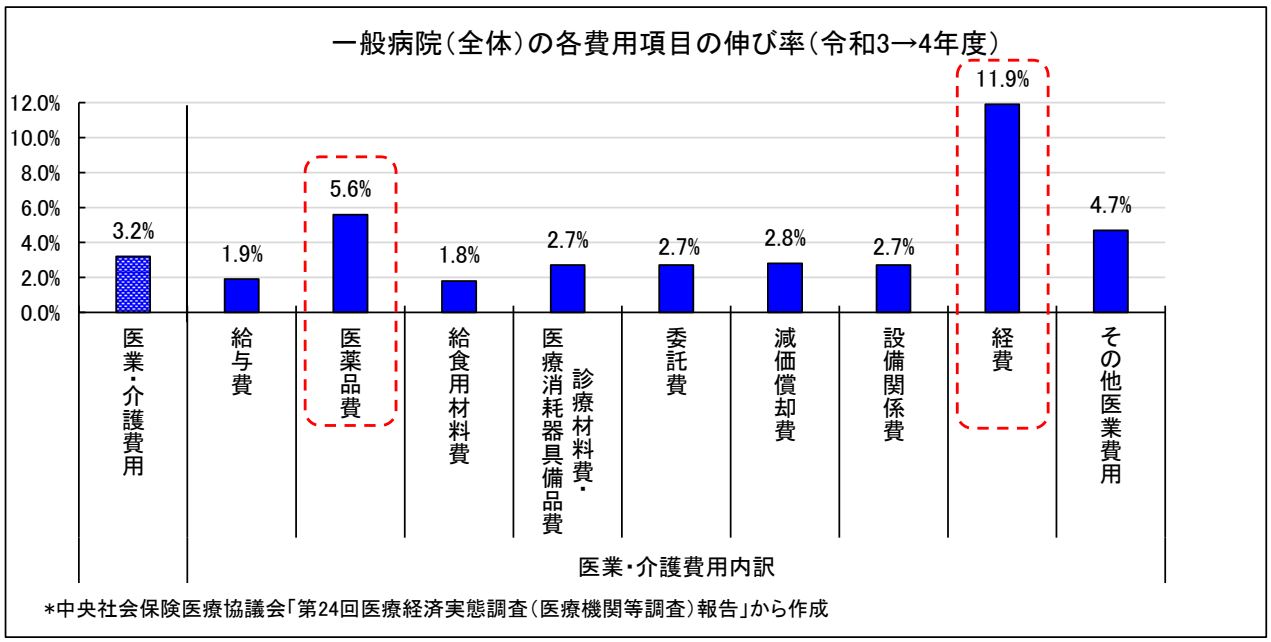




5

3－1. 一般病院　各費用項目の伸び率

一般病院ではすべての項目で費用が上昇し、医業・介護費用全体で3.2%上昇した。
特に医薬品費と経費（水道光熱費を含む）の伸びが目立った。

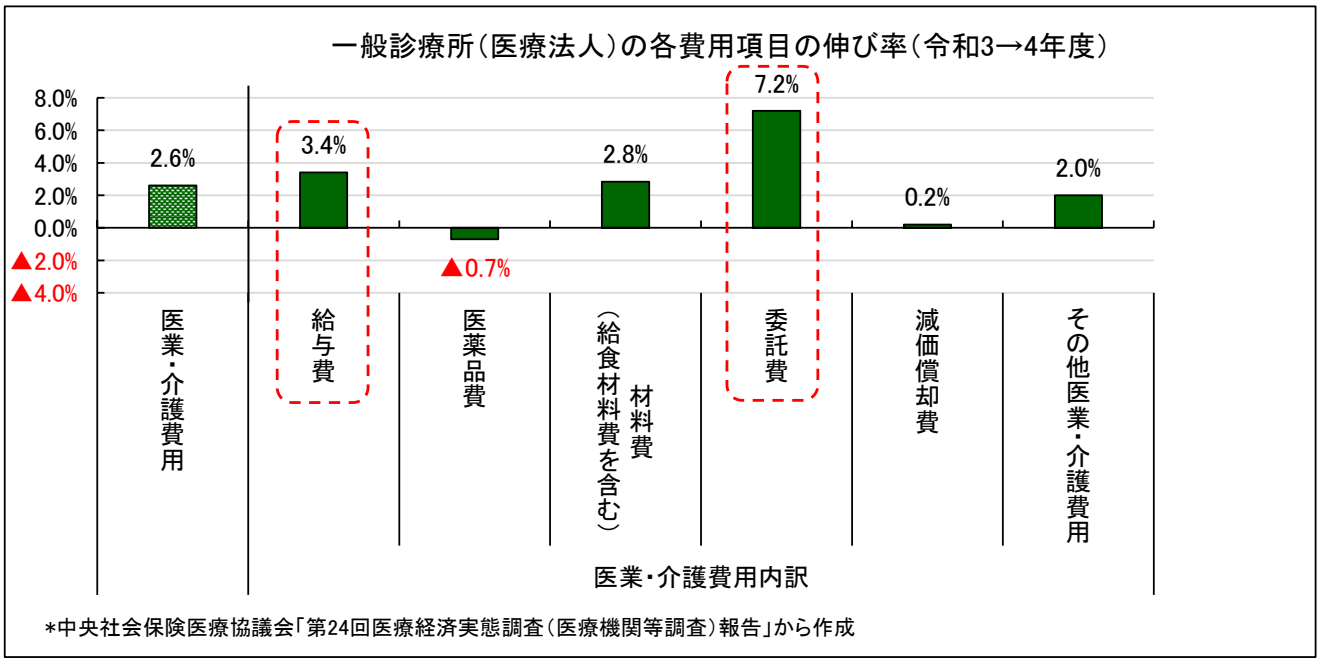


*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成

6

3－2. 一般診療所　各費用項目の伸び率

一般診療所では医薬品費以外の費用が上昇し、医業・介護費用全体で2.6%上昇した。
特に給与費、委託費が伸びた。

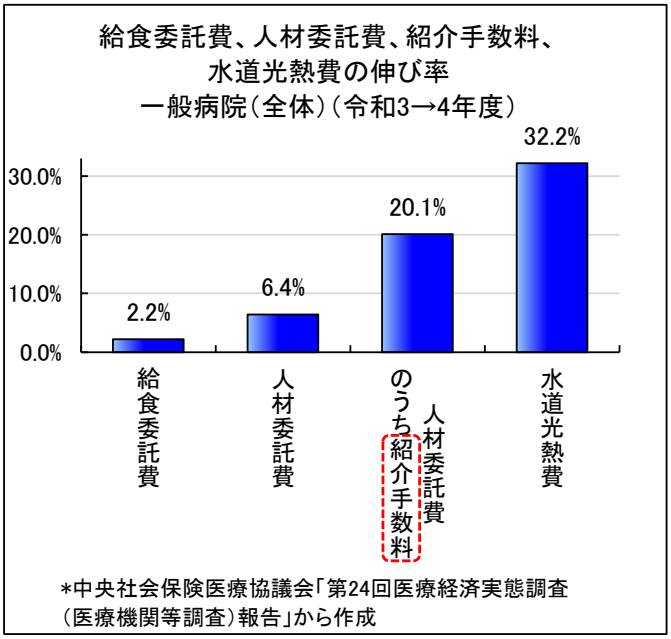


*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成

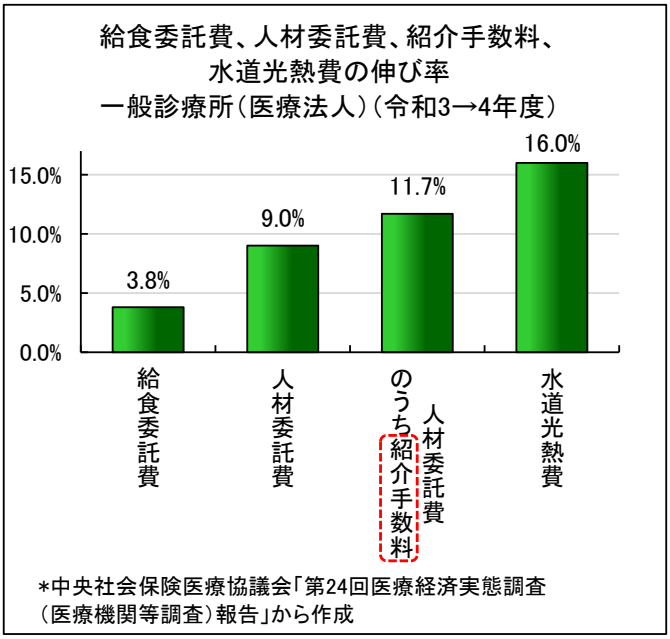
7

3－3. 一般病院・一般診療所　委託費、水道光熱費等の伸び率

今回の調査から新たに加わった給食委託費、人材委託費、紹介手数料、水道光熱費はいずれも令和3年度よりも増加している。特に、物価高騰を反映して水道光熱費の伸びが顕著であった。また紹介手数料も大きく上昇し、人材確保の厳しさを示している。



*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成

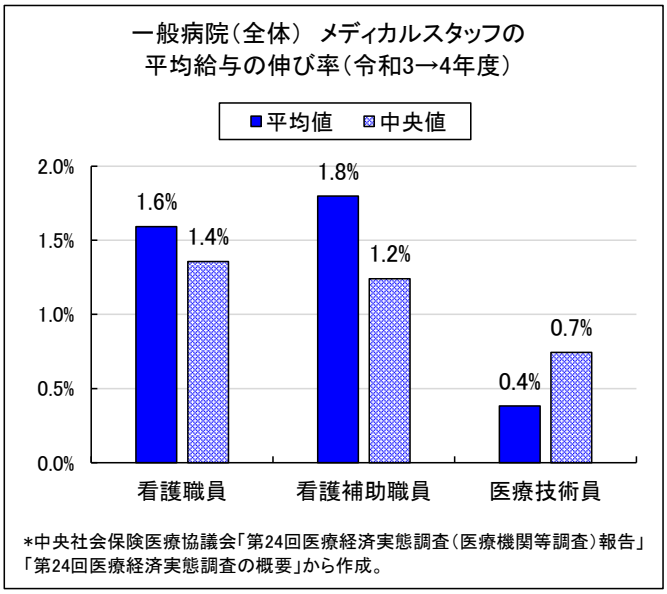


*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成

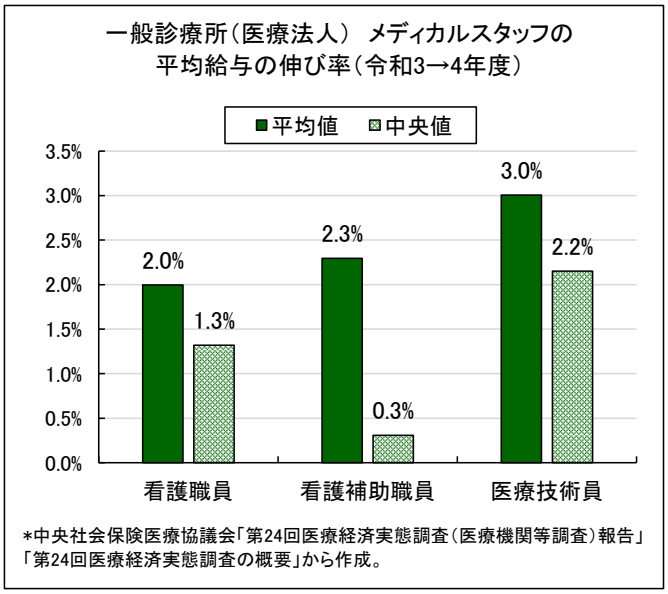
8

4. 給与費（メディカルスタッフの平均給与）

メディカルスタッフ（看護職員、看護補助職員、医療技術員）の平均給与は、病院、診療所ともに各職種で増加が見られたが、賃上げが進む他産業へ人材が流出し、人材確保が厳しい状況では、人材を確保するための財源を確実に担保することが急務である。



*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」「第24回医療経済実態調査の概要」から作成。



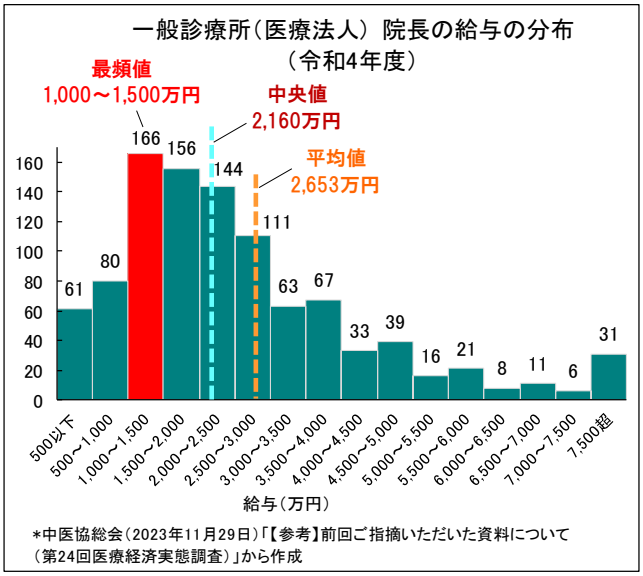
*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」「第24回医療経済実態調査の概要」から作成。

※ここでのメディカルスタッフは看護職員、看護補助職員、医療技術員を指す。
※「平均給与」は各職種の常勤職員1人平均給料年（度）額等による。

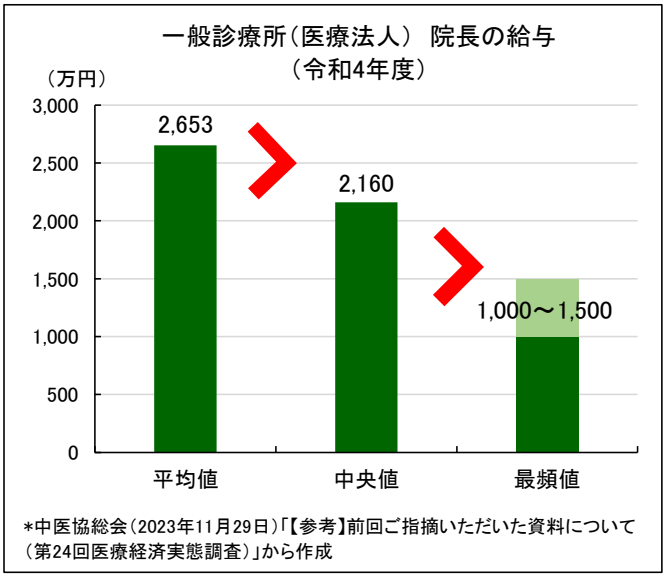
9

4. 給与費(院長)

- 令和4年度の診療所の院長給与は、平均値(2,653万円)に比べ、中央値(2,160万円)は約500万円低く、最頻値(1,000～1,500万円)は平均値の半分程度であった。これら3つの値の乖離が大きい理由は、自由診療の比率が高いと思われる診療所など一部の高額のデータが平均値を押し上げる一方、分布はかなり左に偏っていることである。
- 従って、実態を正確に把握するためには、平均値ではなく中央値と最頻値を重視するべきである。



*中医協総会(2023年11月29日)「【参考】前回ご指摘いただいた資料について(第24回医療経済実態調査)」から作成



*中医協総会(2023年11月29日)「【参考】前回ご指摘いただいた資料について(第24回医療経済実態調査)」から作成

10

医科　総括

- 病院・診療所とも、コロナ後の経営状況は非常に厳しい状況にあると言え、さらに、物価高騰・賃金上昇を支える対応が必要な状況である。
- 特に、患者さんへ質の高い医療を継続的に提供するためには、医療従事者に対する賃上げと、人材確保が急務である。
- 診療報酬という公定価格で運営する医療機関等にとって、賃上げや人材確保を継続的かつ安定的に行い、物価高騰にも対応するためには、十分な原資が必要であり、そのためには、令和6年度診療報酬改定が担う役割は非常に重要である。

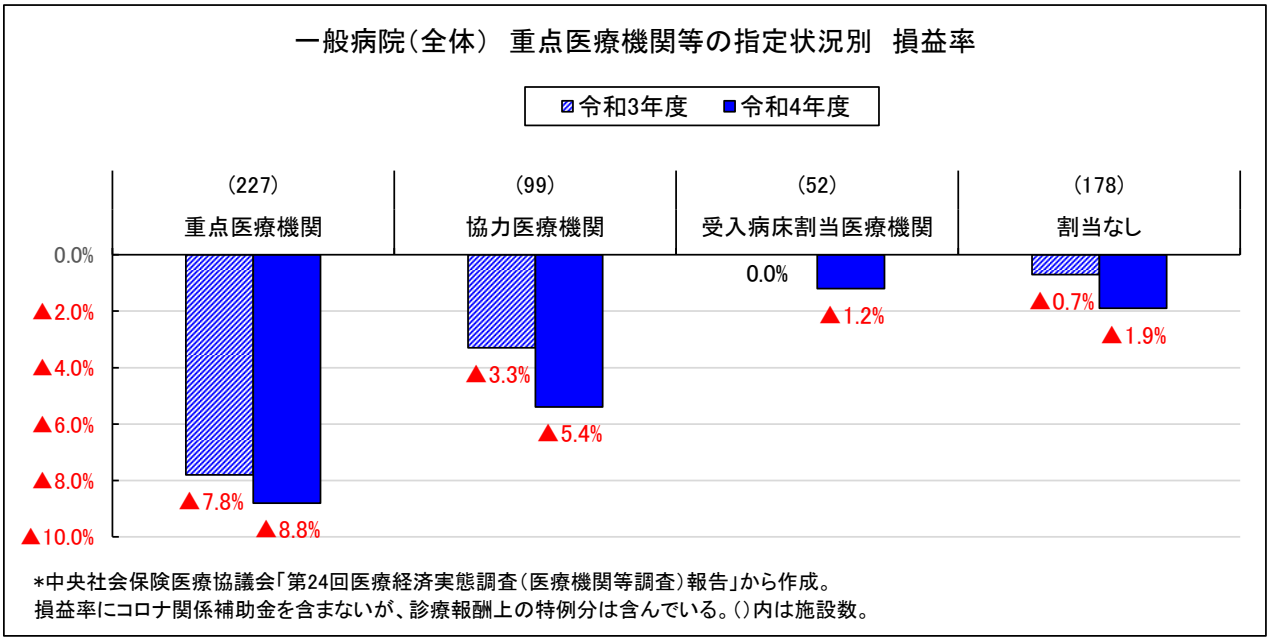
11

医療機関機能別損益等の状況

12

5－1. コロナ重点医療機関等の指定状況別　損益率

令和4年度は、新型コロナの重点医療機関、協力医療機関、受入病床割当医療機関のいずれにおいても、診療報酬上の特例分を含めても損益率（コロナ関係補助金を含まない）のマイナス幅が拡大した。

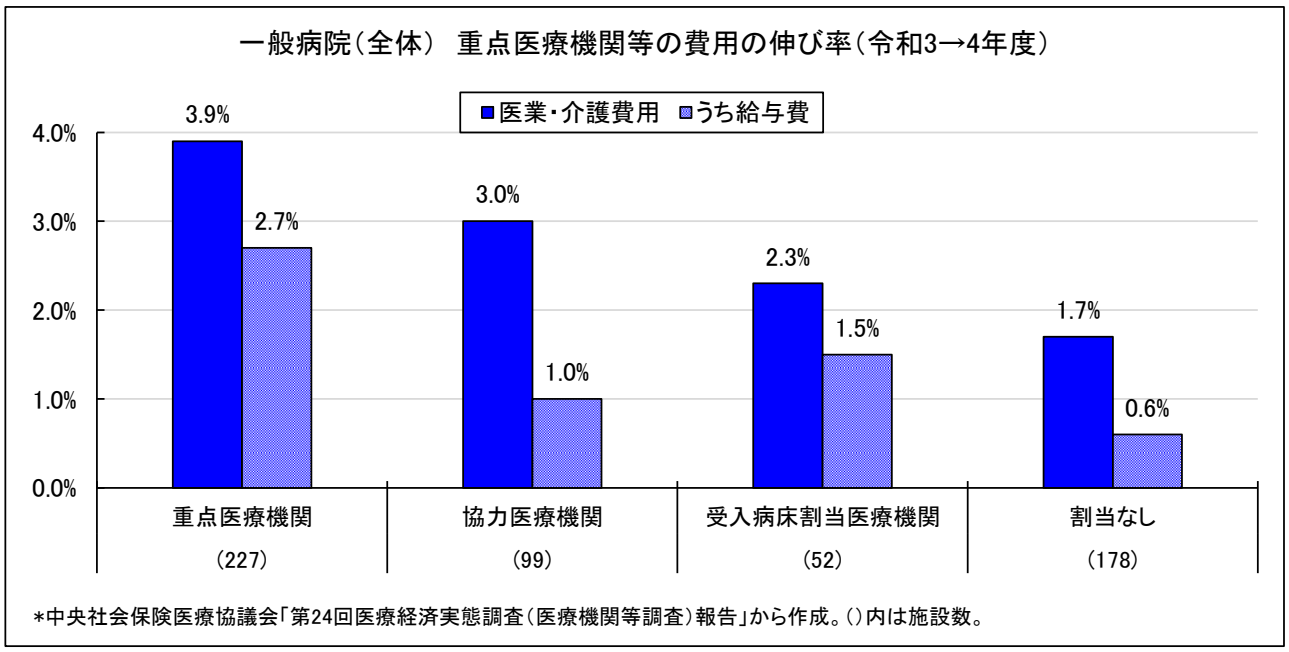


*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成。
損益率にコロナ関係補助金を含まないが、診療報酬上の特例分は含んでいる。（）内は施設数。

13

５－２. コロナ重点医療機関等の指定状況別　費用の伸び率

新型コロナの重点医療機関に指定されている医療機関では、他の医療機関に比べて医業・介護費用の伸び率が最も高かった。また、給与費の伸び率も最も高かった。

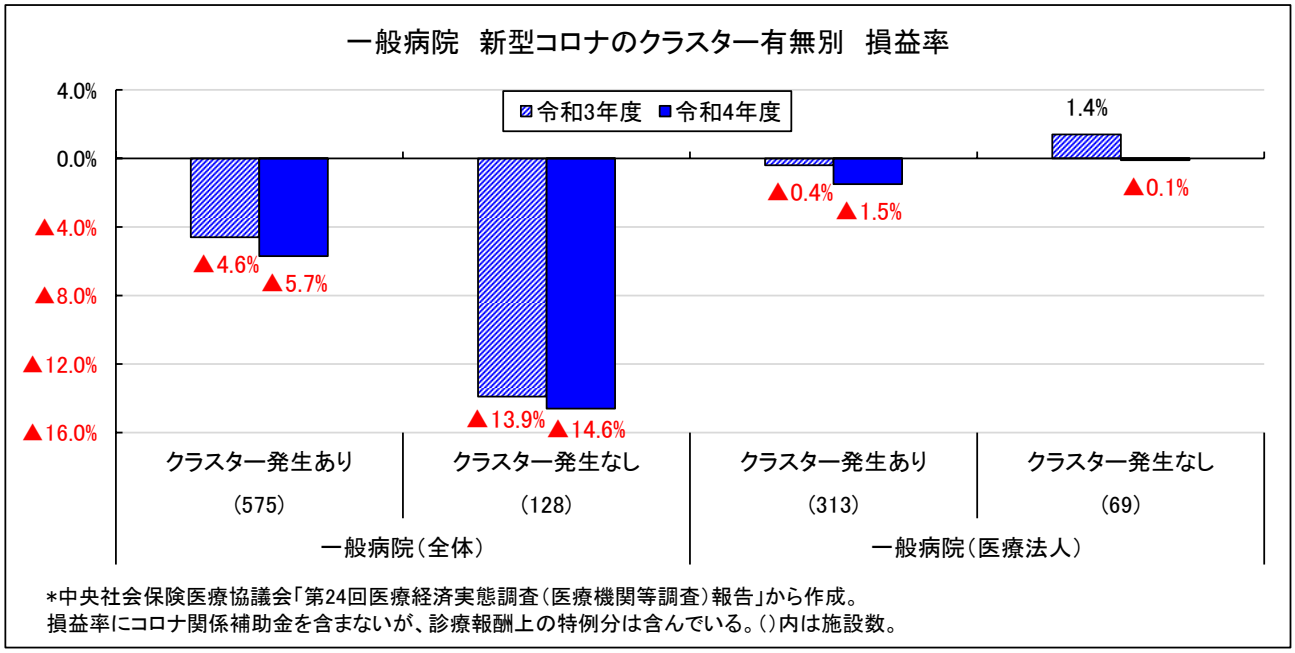


＊中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成。（）内は施設数。

14

５－３. クラスター発生の有無別　損益率

一般病院では、クラスター発生の有無にかかわらず、令和4年度は損益率（コロナ関係補助金を含まない）が悪化した。



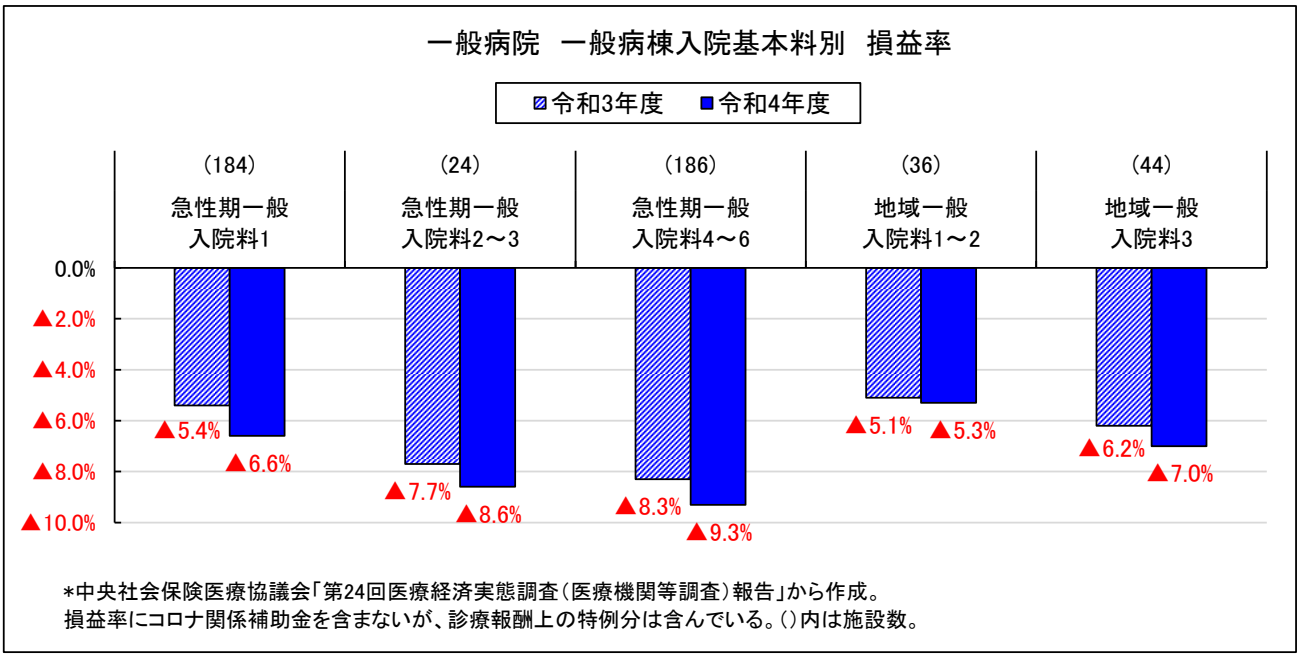
＊中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成。
損益率にコロナ関係補助金を含まないが、診療報酬上の特例分は含んでいる。（）内は施設数。

※令和3年4月1日から令和5年3月31日までの新型コロナのクラスター発生の有無を尋ねている。

15

５－４．一般病院　入院基本料別　損益率

急性期一般入院料、地域一般入院料のいずれを算定している医療機関でも、損益率（コロナ補助金を含まない）が悪化した。

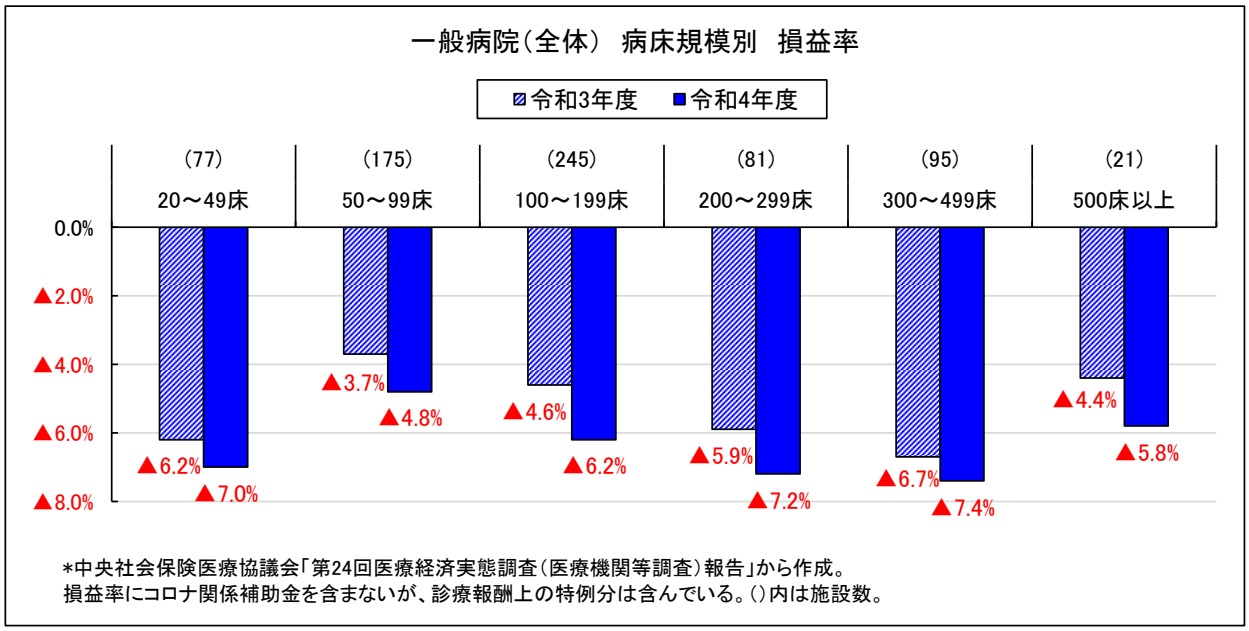


*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成。
損益率にコロナ関係補助金を含まないが、診療報酬上の特例分は含んでいる。（）内は施設数。

16

５－５．一般病院　病床規模別　損益率

病床規模にかかわらず、令和4年度は損益率（コロナ補助金を含まない）が悪化した。

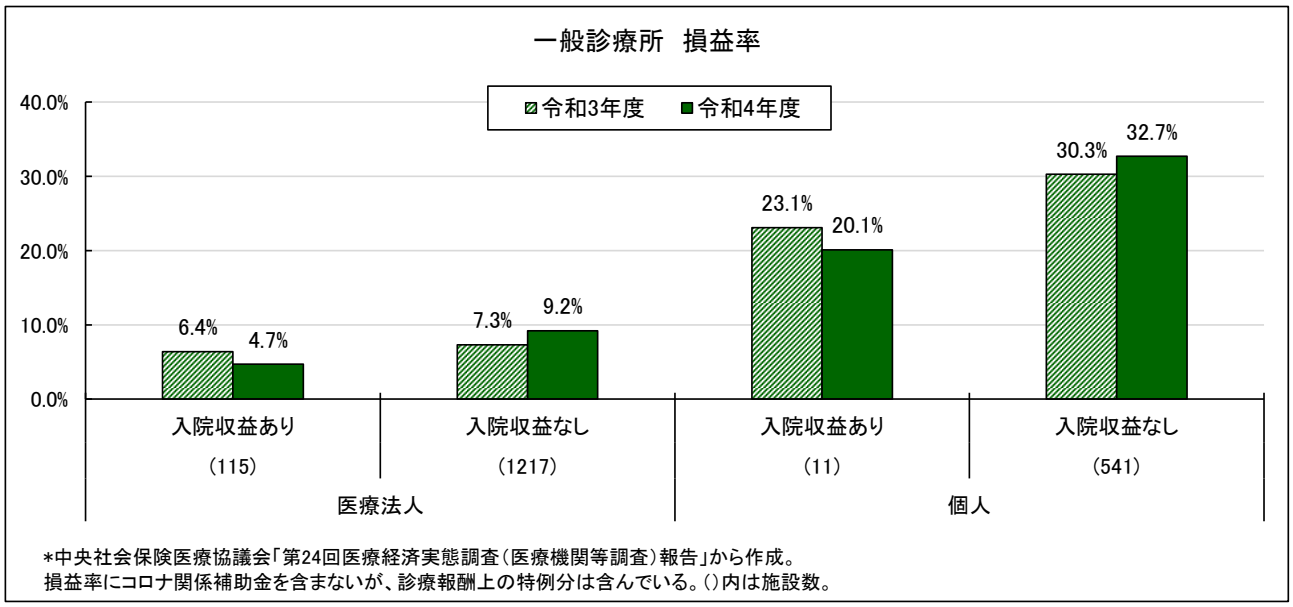


*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成。
損益率にコロナ関係補助金を含まないが、診療報酬上の特例分は含んでいる。（）内は施設数。

17

６－１．一般診療所　入院収益の有無別　損益率

令和4年度は有床診療所で損益率（コロナ補助金を含まない）が悪化した。



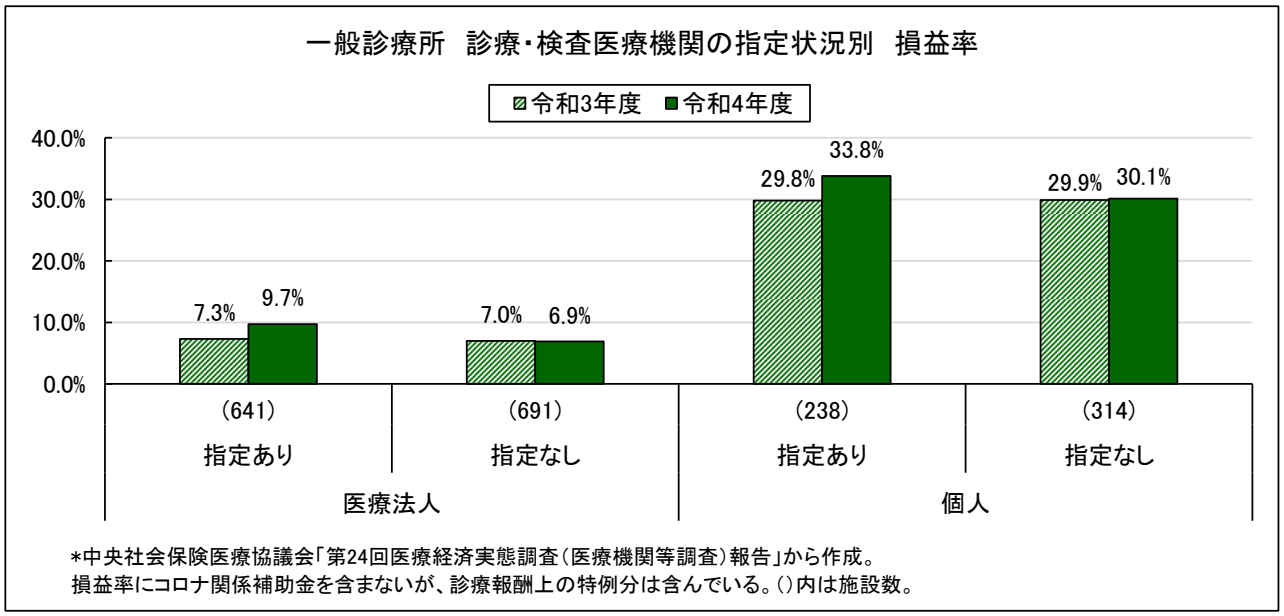
＊中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成。
損益率にコロナ関係補助金を含まないが、診療報酬上の特例分は含んでいる。（）内は施設数。

※個人立の診療所においては、院長の給与に相当する金額が費用に計上されないことから、医療法人よりも損益率が数値上、高く表れる。

18

６－２．一般診療所　コロナ診療・検査医療機関の指定状況別　損益率

コロナ等発熱患者の診療・検査医療機関の「指定あり」では損益率（コロナ関係の補助金を含まない）が改善し、「指定なし」ではほぼ横ばいであった。



＊中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成。
損益率にコロナ関係補助金を含まないが、診療報酬上の特例分は含んでいる。（）内は施設数。

※個人立の診療所においては、院長の給与に相当する金額が費用に計上されないことから、医療法人よりも損益率が数値上、高く表れる。

19

第24回医療経済実態調査報告結果（個人立歯科診療所）について

2023年12月1日

公益社団法人 日本歯科医師会

第24回医療経済実態調査結果について

歯科診療所に占める個人立歯科診療所の割合は令和4年では75.1%と約8割であり、地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護・福祉を少ないマンパワーで支える重要な役割を果たしている。

今回の調査では歯科診療所の有効回答率は53.9%で、2013年以降5割を超えており、青色申告での省略形式提出以外の回答施設数が増加しており、本調査への理解や関心が高まっていると考えられる（P3）。

個人立歯科診療所の令和4年度の損益差額は対前年度比で▲3.9%と減少が大きく、医業・介護収益に占める新型コロナウイルス感染症関連の補助金の割合は0.3%と歯科においてはほとんどなかった。医業・介護収益が対前年度比▲0.9%と減少するなかで、人材確保の観点から給与費を0.7%増加しているが、2023年春闘による全産業平均賃上げ率3.58%には到底及んでいない（P4）。

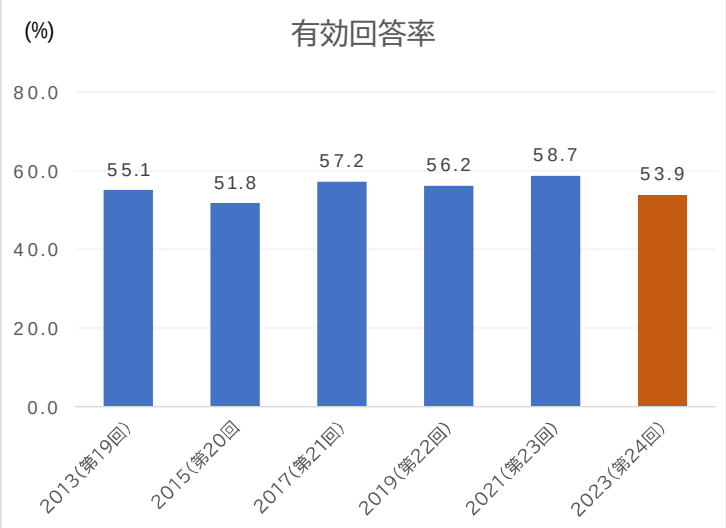
また、令和4年度の損益差額の分布をみると、最頻値は平均値に示される層とは大きく乖離し、一部の歯科診療所が平均値を押し上げる形であり、歯科診療所間の格差が大きくなっている。
特に、平均損益差額は1,119万円であるが、最頻値は500～750万円であり、1千万未満の歯科診療所の割合は54.4%と半数以上を占めている（P5）。また、青色申告者では損益差額の平均値が900万円を下回っており、損益率は21～22%と極めて厳しい状況であり、前回調査（第23回）と比較しても大きく減少している（P6）。

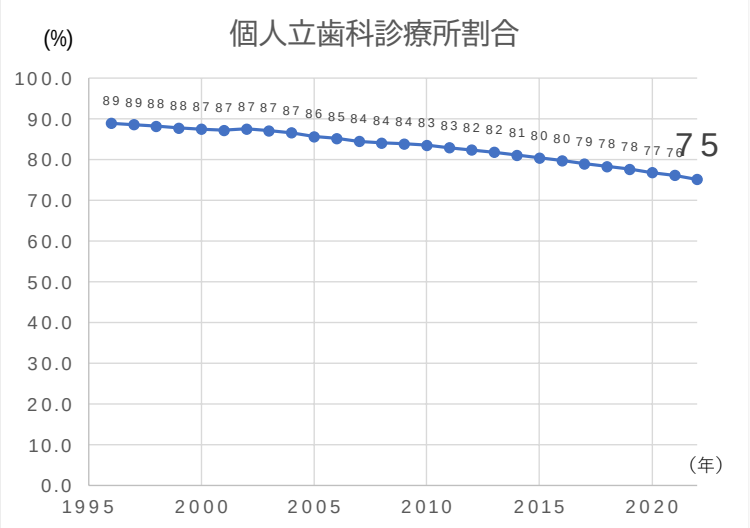
昨今、物価高騰の影響により、水道光熱費は13.3%増加しており、委託費等の費用も増加していた。
金パラ価格を含めた歯科材料費はマイナスに転じていたが、金パラ以外の歯科材料や医療機器等の価格は上昇しており、感染対策等の衛生用品を含めて、歯科診療所の負担はこれまで以上に増加している。

歯科衛生士等の給与水準についても、他の医療職種と比較しても看護補助職員に次いで低い水準であり（P7）、地域包括ケアシステムにおいて、「リハ・栄養・口腔」を一体的に提供していくためには、スタッフ給与の引き上げは喫緊の課題と考える。

個人立歯科診療所の損益差額と消費者物価指数の経年変化（P8）からも歯科診療所の経営状況は回復しておらず、安全安心を前提とした歯科医療提供体制を継続的に維持するための方策や対応が必要不可欠である。

医療経済実態調査における歯科診療所有効回答率及び個人立歯科診療所割合 3





個人立歯科診療所の医業・介護収益、医業・介護費用及び損益差額 4

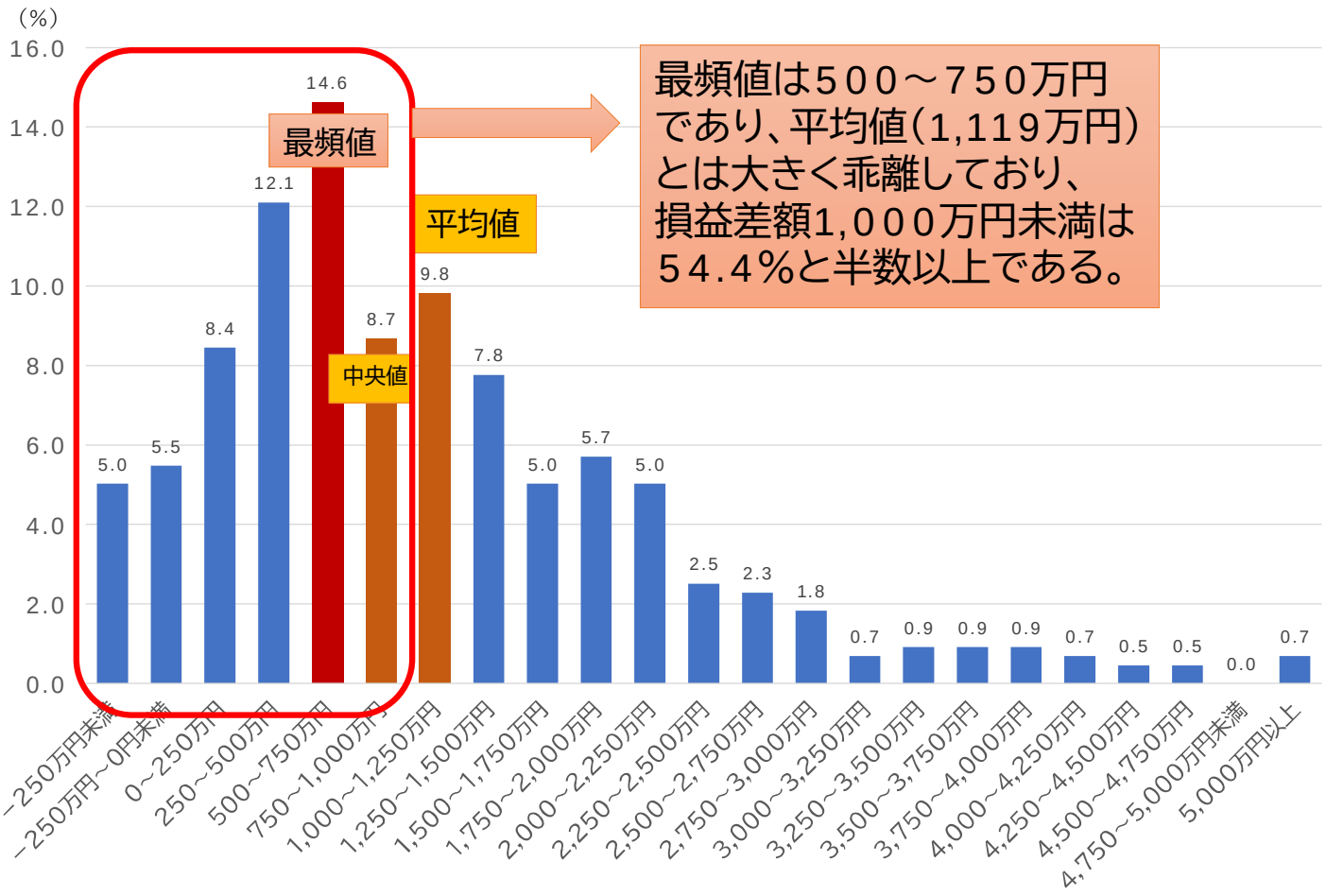
	R4 (R3との比較)	補助金を除いた比率(R4)
医業・介護収益	▲0.9	99.7%
医業・介護費用	0.1	-
損益差額	▲3.9	98.7%

(青色申告者含む　n＝438)

	増減率(%)
医業・介護費用【総額】	0.1
給与費	0.7
医薬品費	▲ 4.8
歯科材料費	▲ 6.2
委託費	▲ 0.2
減価償却費	▲ 0.7
その他の医業費用	2.6

医業介護収益は▲0.9%とマイナスであり、損益差額も▲3.9%と**大きく減少**している。また、令和4年度はコロナ補助金は0.3%とほとんどないなか、給与費を0.7%増加しているが、2023年春闘による全産業平均賃上げ率3.58%には到底及ばない

個人立歯科診療所の損益差額分布



最頻値は５００～７５０万円であり、平均値（1,119万円）とは大きく乖離しており、損益差額1,０００万円未満は５４.４％と半数以上である。

個人立歯科診療所の経営状況の内訳

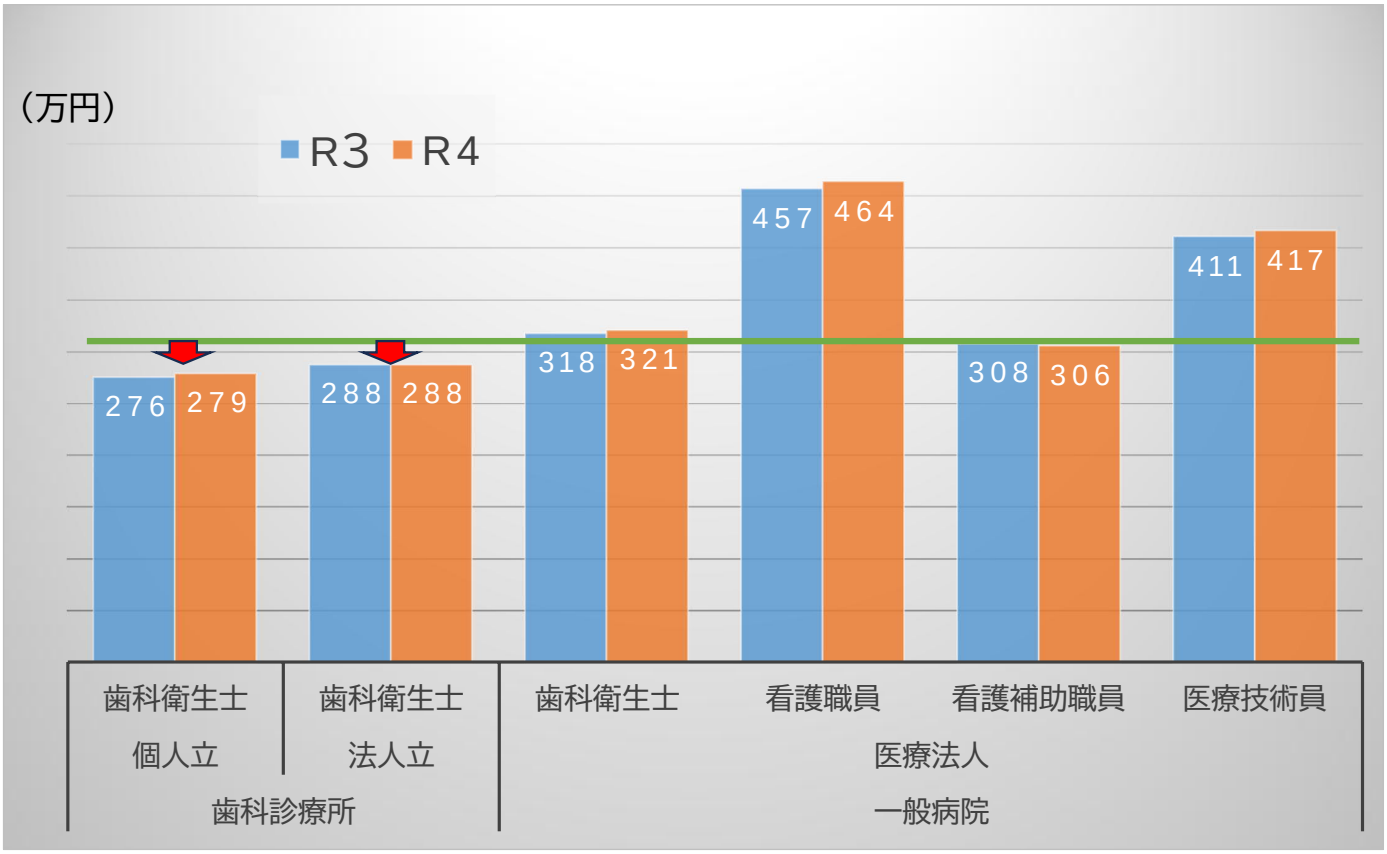
単位（千円） *コロナ補助金含まない	全ての調査票に回答 n＝281			青色申告者 n＝157		
	R3	R4	増減率(%)	R3	R4	増減率(%)
医業収益*	47,518	47,043	▲ 1.0	40,102	40,584	1.2
保険診療収益	39,252	39,193	▲ 0.2	38,205	38,337	0.3
その他の診療収益	7,267	6,909	▲ 4.9			
その他の医業収益*	1,434	1,084	▲ 24.4			
介護収益	217	213	▲ 1.8	48	38	▲ 20.8
医業・介護費用	34,979	35,023	0.1	31,662	31,714	0.2
給与費	14,192	14,268	0.5	12,458	12,585	1.0
医薬品費	761	720	▲ 5.4	561	540	▲ 3.7
歯科材料費	3,868	3,551	▲ 8.2	3,464	3,390	▲ 2.1
委託費	3,808	3,796	▲ 0.3	3,669	3,664	▲ 0.1
減価償却費	2,774	2,737	▲ 1.3	2,430	2,446	0.7
その他の医業費用	9,577	9,951	3.9	9,079	9,089	0.1
損益差額*	12,757	12,232	▲ 4.1	8,488	8,908	4.9

損益率(%)**	26.7	25.9	▲ 0.8	21.1	21.9	0.8
過去参考：損益率(%)**	29.7(R1)	29.1(R2)		29.7(R1)	27.6(R2)	

** （医業・介護収益－医業・介護費用）÷医業・介護収益

青色申告者では、損益差額は９００万円を切っており損益率も21～22％とさらに厳しい

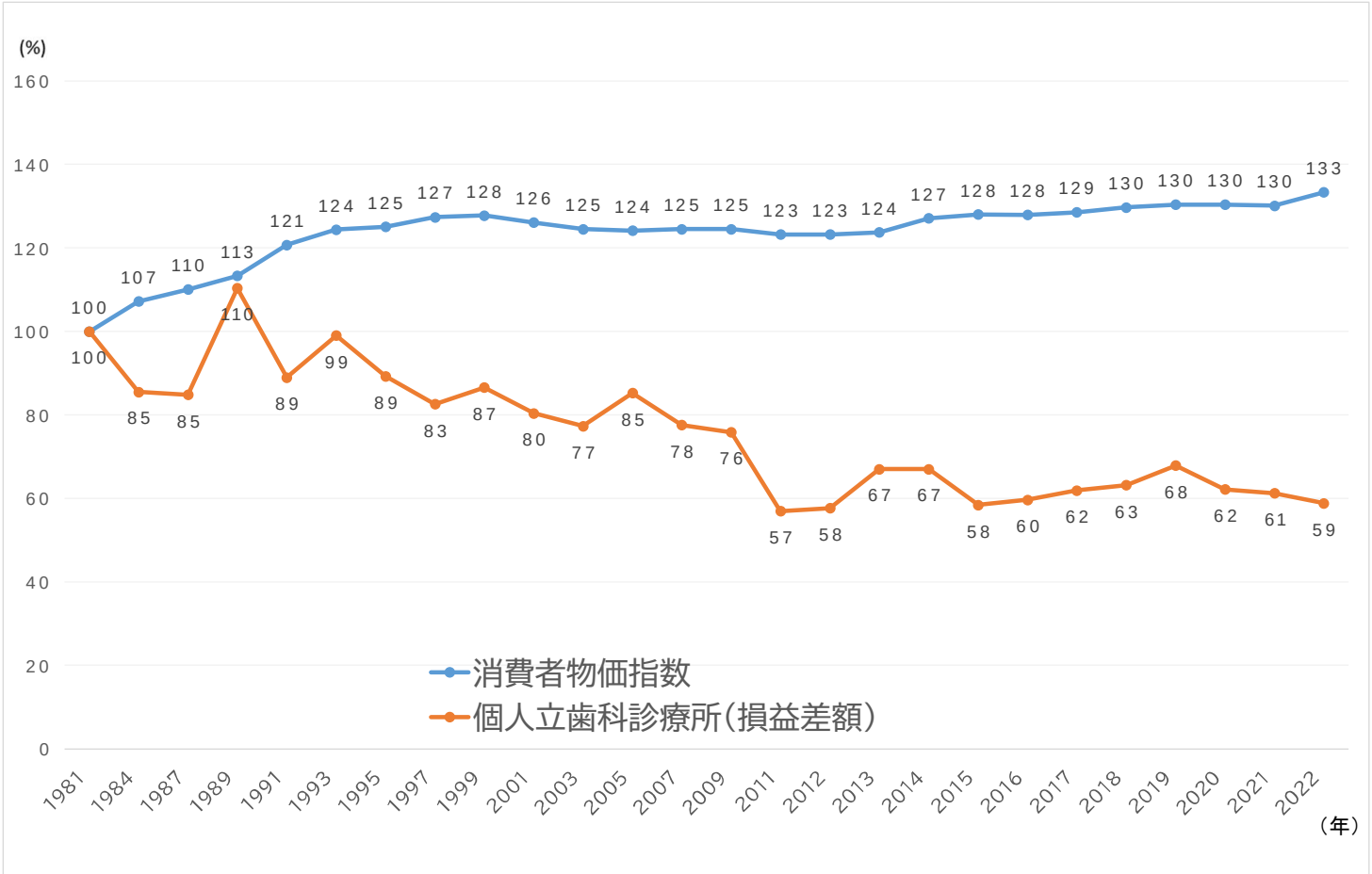
一般病院（医療法人）および歯科診療所（個人・法人）の歯科衛生士等の平均給与



歯科診療所の歯科衛生士の平均給与額は一般病院看護補助職員よりも低い

日本歯科医師会

個人立歯科診療所の損益差額と消費者物価指数の経年推移



（1981年を100とした場合）

第24回医療経済実態調査結果（保険薬局関係）について

令和５年12月１日
日本薬剤師会

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved.

保険薬局の損益状況の把握について

（法人施設のデータに基づく状況把握）

- 全国の保険薬局の約9割は法人立。今回の調査結果においても回答施設数の9割5分以上が法人立を占めている。
- 個人立の保険薬局の損益差額には開設者の給与などが含まれており、個人立と法人立を合算した全体平均により保険薬局の損益状況を的確に把握することは困難。
- そのため本資料では、個人立のデータも踏まえつつ、基本的に**「法人」の集計結果**を使用した。

形態	回答施設数	1施設あたり処方せん枚数
法人立	1,115薬局（96.4%）	18,289枚／年（月平均 1,524枚）
個人立	42薬局（3.6%）	9,085枚／年（月平均 757枚）

（損益差額に与える補助金の影響）

- 保険薬局における「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」（従業員向け慰労金を除く）を含めた損益差額への影響は、概ね＋0.2%程度。
- 補助金の影響を除いた損益状況を把握するため、本資料では当該補助金を除いた数値を使用した。

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

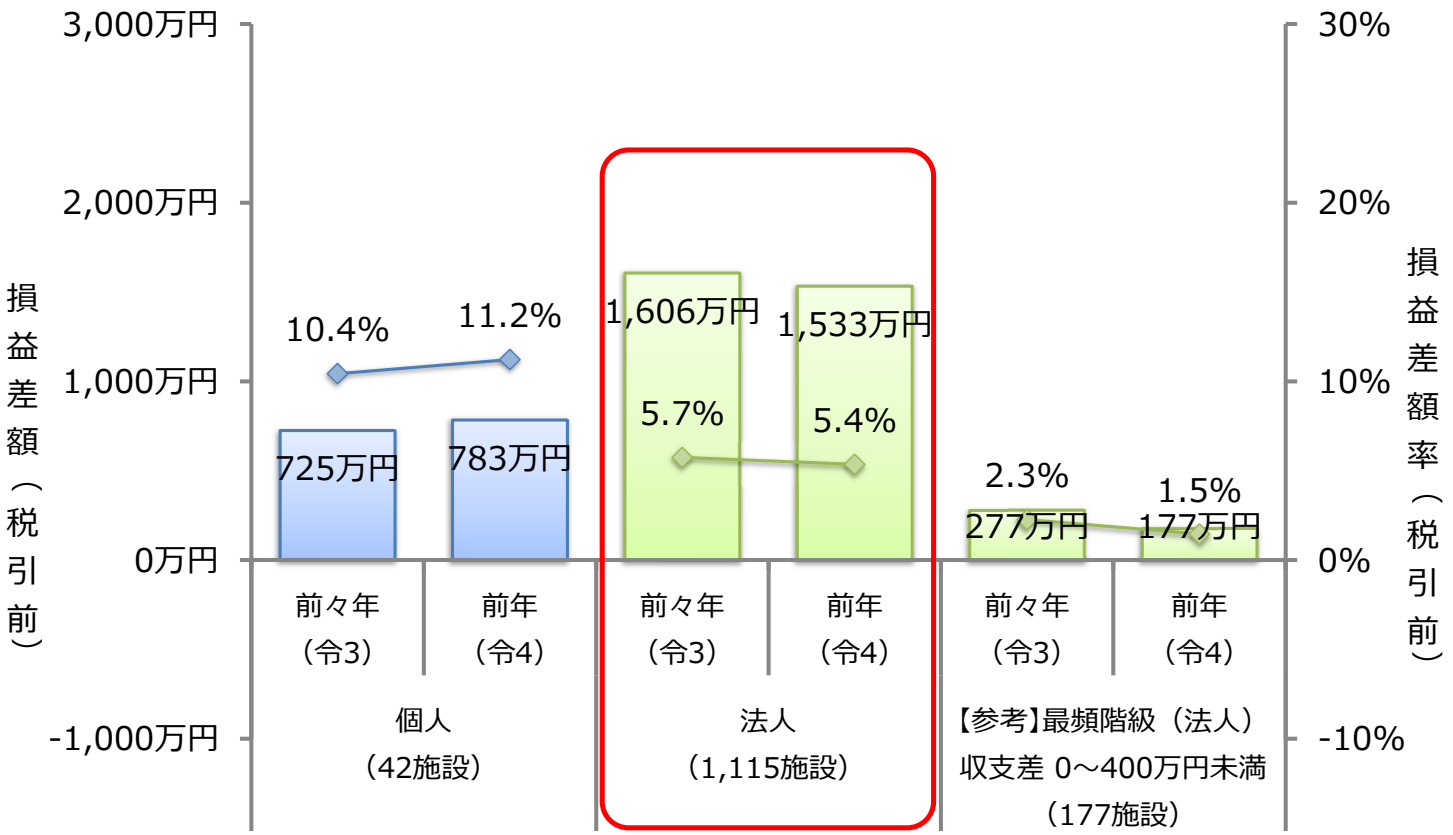
保険薬局の損益状況（個人、法人）

- 保険薬局の収益（収入）の9割超を占める保険調剤収益は、全体平均で＋2%程度の伸びとなっている。一方、費用（支出）は、給与費が＋2.6%、医薬品等費が＋2.7%と増加、特に水道光熱費については収益の伸び率を大きく上回る＋20%以上の増加となっており、保険薬局の損益を圧迫している。
- 個人立・法人立いずれの保険薬局も損益差額はプラスであるものの、法人立の保険薬局の場合、損益差額は＋5%程度を維持しているが、直近の状況は対前年比で▲0.3ポイント減少、金額規模では▲4.6%の縮小となっている。
- また、法人立の最頻階級（2割弱の保険薬局が該当）においては、保険調剤収益の減少や給与費・水道光熱費の増加の影響により、直近年の損益差額はわずかにプラスであるものの（＋1.5%）、全体平均と比べて非常に悪化しており、対前年比で▲0.8ポイント減少、金額規模で▲36.3%の縮小となり、極めて厳しい状況であると言える。

収支項目		個人（42施設）			法人（1,115施設）			【参考】最頻階級（法人）収支差 0～400万円未満（177施設）		
		前々年（令3）	前年（令4）	伸び率	前々年（令3）	前年（令4）	伸び率	前々年（令3）	前年（令4）	伸び率
		万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%
収益（収入）	保険調剤	6,508	6,580	1.1	25,784	26,361	2.2	11,812	11,678	▲ 1.1
	その他	438	399	▲ 8.9	2,172	2,261	4.1	415	445	7.3
費用（支出）	給与費	860	905	5.3	3,676	3,770	2.6	2,575	2,619	1.7
	医薬品等費	4,405	4,446	0.9	19,293	19,822	2.7	7,899	7,810	▲ 1.1
	水道光熱費	33	37	14.5	65	81	24.4	40	46	15.1
	その他	924	808	▲ 12.6	3,316	3,417	3.0	1,437	1,473	2.5
損益差額（税引前）	金額	725	783	8.1	1,606	1,533	▲ 4.6	277	177	▲ 36.3
	率	10.4%	11.2%	-	5.7%	5.4%	-	2.3%	1.5%	-

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

保険薬局の損益状況（個人、法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

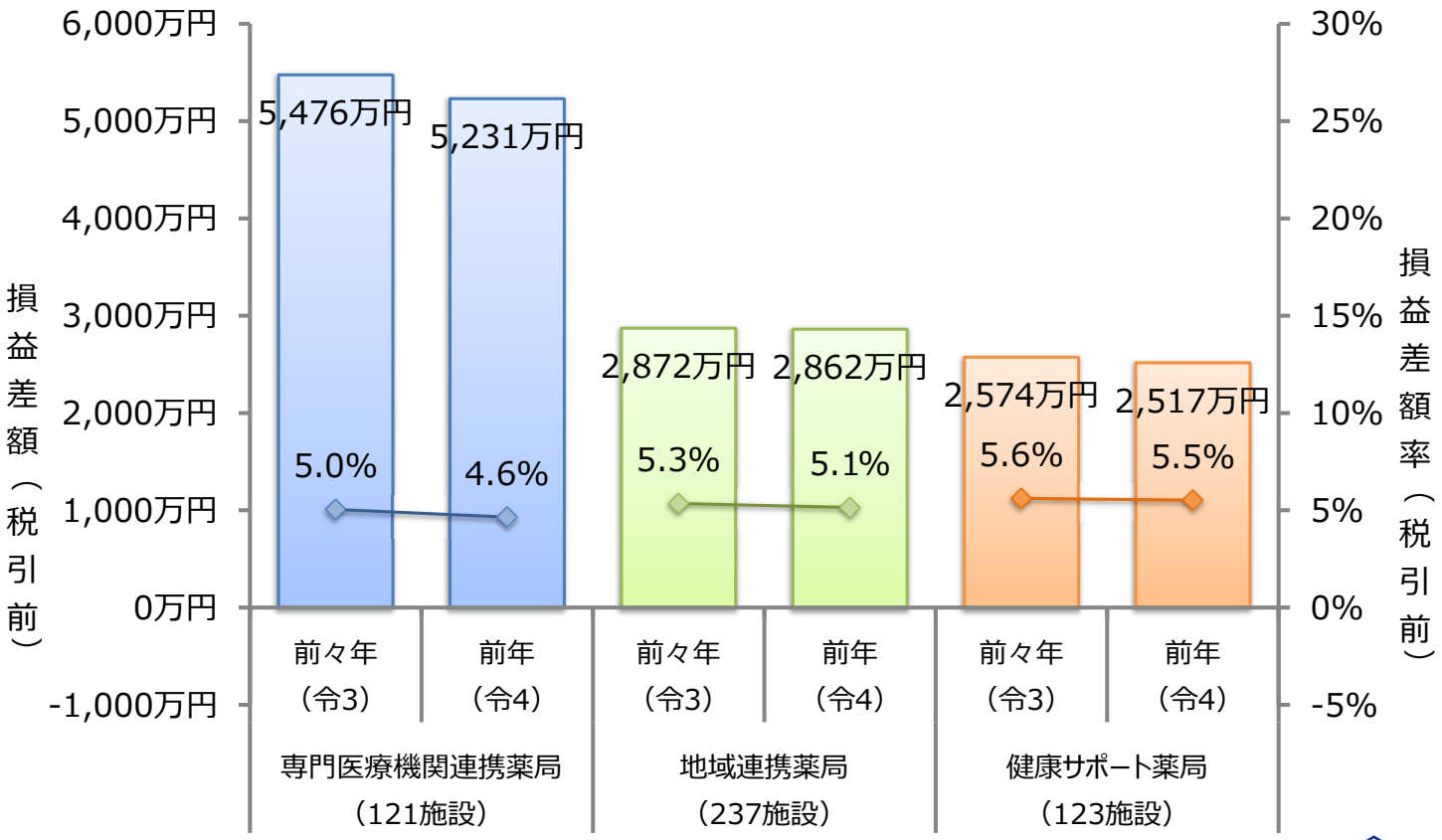
保険薬局の損益状況（機能別・法人）

- 専門医療機関連携薬局、地域連携薬局、健康サポート薬局の別でみると、収益規模の違いはあるものの、それぞれの損益状況の傾向について大きな差異は認められない。
- いずれの薬局も、給与費（＋2%前後）、医薬品等費（＋4%超。健康サポートを除く）、特に水道光熱費（＋20%前後）の増加の影響により、直近年の損益差額・率は前年よりも縮小し、保険薬局の損益を圧迫している。

収支項目		専門医療機関連携薬局（121施設）			地域連携薬局（237施設）			健康サポート薬局（123施設）		
		前々年（令3）	前年（令4）	伸び率	前々年（令3）	前年（令4）	伸び率	前々年（令3）	前年（令4）	伸び率
		万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%
収益（収入）	保険調剤	106,993	110,800	3.6	52,132	54,029	3.6	45,116	44,736	▲ 0.8
	その他	1,562	1,708	9.4	1,553	1,623	4.5	753	868	15.2
費用（支出）	給与費	7,899	8,028	1.6	5,362	5,514	2.8	5,576	5,663	1.6
	医薬品等費	81,514	85,002	4.3	38,498	40,084	4.1	31,916	31,534	▲ 1.2
	水道光熱費	120	143	19.2	83	102	22.3	87	102	16.9
	その他	13,545	14,105	4.1	6,870	7,090	3.2	5,717	5,788	1.2
損益差額（税引前）	金額	5,476	5,231	▲ 4.5	2,872	2,862	▲ 0.3	2,574	2,517	▲ 2.2
	率	5.0%	4.6%	-	5.3%	5.1%	-	5.6%	5.5%	-

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

保険薬局の損益状況（機能別・法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

在宅薬剤管理指導の算定回数別（保険薬局・法人）

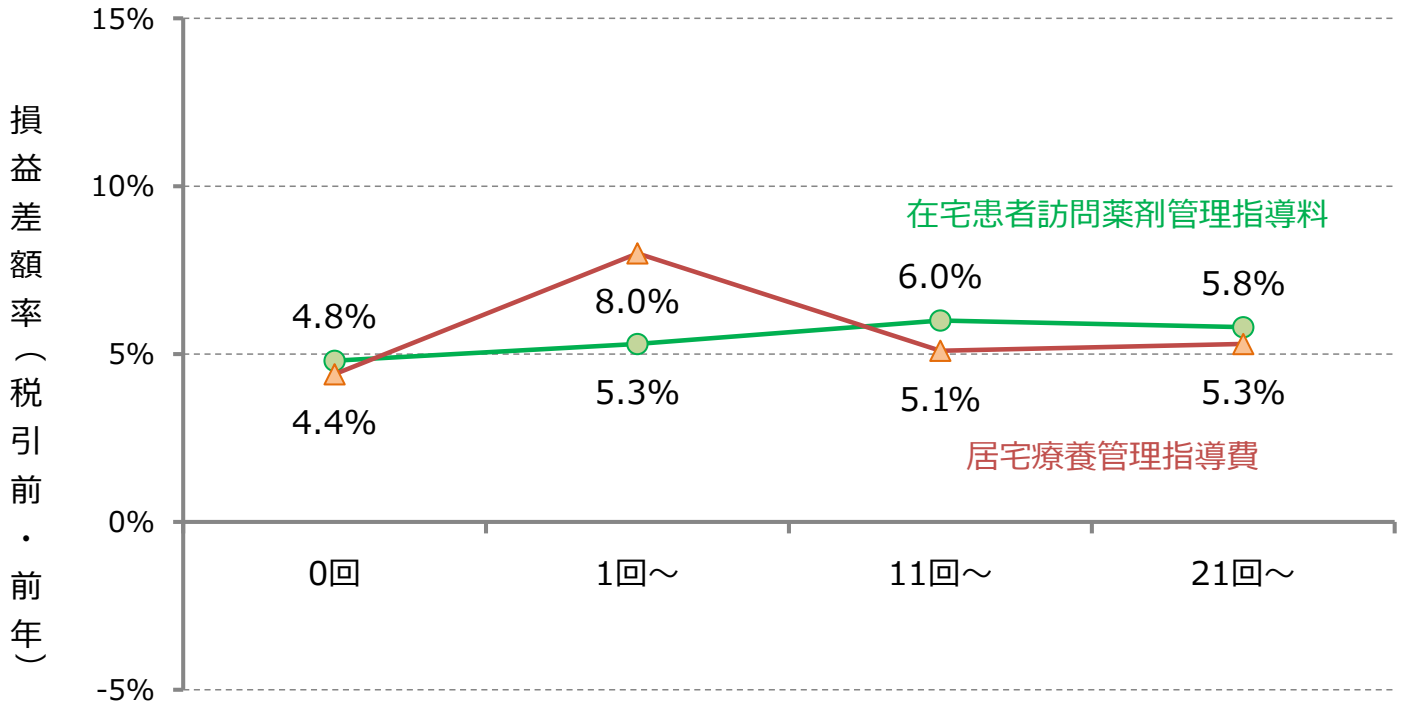
- 在宅薬剤管理指導の算定回数別では、在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）および居宅療養管理指導費（介護保険）ともに、概ね同様の傾向を示している。
- 算定回数に応じた明確な傾向を把握することは難しいが、算定実績のない施設（「0回」）よりも、実績が多い薬局ほど損益差額率は緩やかに改善している。

収支項目		金額の構成比率（在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数別）			
		0回（645施設）	1回～（118施設）	11回～（90施設）	21回～（262施設）
収益（収入）	保険調剤等	99.8%	99.8%	99.9%	99.5%
	介護	0.2%	0.2%	0.1%	0.5%
費用（支出）	給与費	16.3%	11.1%	11.6%	11.3%
	医薬品等費	67.0%	71.6%	69.5%	70.5%
	水道光熱費	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
	その他	11.6%	11.7%	12.6%	12.1%
損益差額	税引前	4.8%	5.3%	6.0%	5.8%

収支項目		金額の構成比率（居宅療養管理指導費の算定回数別）			
		0回（323施設）	1回～（66施設）	11回～（74施設）	21回～（652施設）
収益（収入）	保険調剤等	99.9%	100.0%	100.0%	99.6%
	介護	0.1%	0.0%	0.0%	0.4%
費用（支出）	給与費	18.6%	11.3%	13.2%	12.3%
	医薬品等費	66.1%	70.3%	68.3%	69.9%
	水道光熱費	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%
	その他	10.5%	10.0%	13.1%	12.2%
損益差額	税引前	4.4%	8.0%	5.1%	5.3%

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

在宅薬剤管理指導の算定回数別（保険薬局・法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

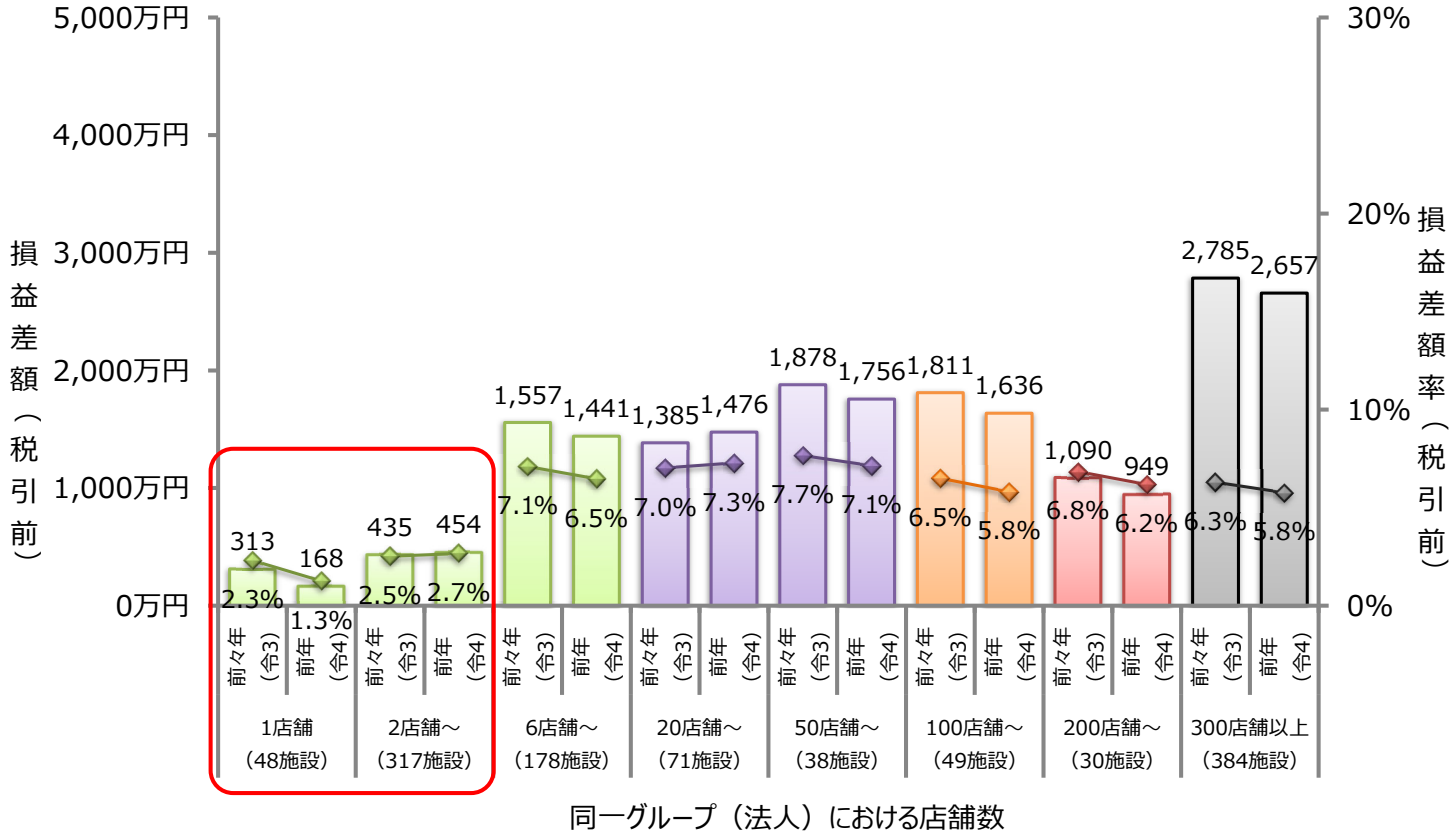
同一グループにおける店舗数別（保険薬局・法人）

- 同一グループにおける店舗数別でみると、いずれのグループに属する保険薬局も損益差額はプラスであるが、対前年比では縮小している。
- 「1店舗」と「2～5店舗」の保険薬局においては、それ以外のグループの保険薬局の損益状況（+6～7%）と比べ、損益差額の規模は+2%程度と非常に小さく、特に厳しい経営状況にある。
- 給与費の状況は、各薬局の対応の違いなどもあり店舗数別による一定の傾向を把握することは難しいが、賃上げへの対応に努めている様子はうかがえる。また、特に水道光熱費が増加しており、店舗数規模の差はあるが、概ね＋15～20%程度と収益の伸びを大きく上回っており、薬局の損益を圧迫している。

収支項目		1店舗（48施設）			2店舗～（317施設）			6店舗～（178施設）			20店舗～（71施設）			50店舗～（38施設）			100店舗～（49施設）			200店舗～（30施設）			300店舗以上（384施設）		
		前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率
		万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%
収益・収入	保険調剤	12,781	12,590	▲1.5	16,661	16,463	▲1.2	21,380	21,663	1.3	19,417	19,930	2.6	24,342	24,338	▲0.0	27,641	27,852	0.8	15,826	15,253	▲3.6	38,842	40,499	4.3
	その他	736	758	2.9	573	601	4.8	550	618	12.3	287	336	17.3	180	252	39.8	233	289	24.1	103	99	▲4.3	5,379	5,557	3.3
費用・支出	給与費	2,902	2,903	0.0	3,288	3,299	0.3	3,579	3,687	3.0	3,179	3,308	4.1	3,072	3,074	0.0	3,415	3,439	0.7	2,771	2,702	▲2.5	4,395	4,586	4.4
	医薬品等費	8,927	8,785	▲1.6	11,810	11,596	▲1.8	14,641	14,915	1.9	13,584	13,907	2.4	16,746	16,851	0.6	19,101	19,379	1.5	9,974	9,515	▲4.6	30,982	32,516	5.0
	水道光熱費	43	48	12.2	53	61	15.4	56	64	15.8	48	56	16.2	54	62	14.0	63	72	14.2	52	62	20.7	88	119	35.0
	その他	1,333	1,444	8.3	1,649	1,654	0.3	2,097	2,174	3.7	1,507	1,519	0.8	2,770	2,847	2.8	3,484	3,615	3.8	2,043	2,123	3.9	5,971	6,178	3.5
損益差額・税引前	金額	313	168	▲46.2	435	454	4.4	1,557	1,441	▲7.5	1,385	1,476	6.6	1,878	1,756	▲6.5	1,811	1,636	▲9.7	1,090	949	▲12.9	2,785	2,657	▲4.6
	率	2.3%	1.3%	-	2.5%	2.7%	-	7.1%	6.5%	-	7.0%	7.3%	-	7.7%	7.1%	-	6.5%	5.8%	-	6.8%	6.2%	-	6.3%	5.8%	-
処方箋1枚あたり損益差額		228円	122円	▲46.5	292円	301円	3.3	902円	821円	▲8.9	795円	827円	4.0	1,062円	965円	▲9.2	1,023円	932円	▲8.8	735円	640円	▲12.9	1,293円	1,190円	▲7.9

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

同一グループにおける店舗数別（保険薬局・法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

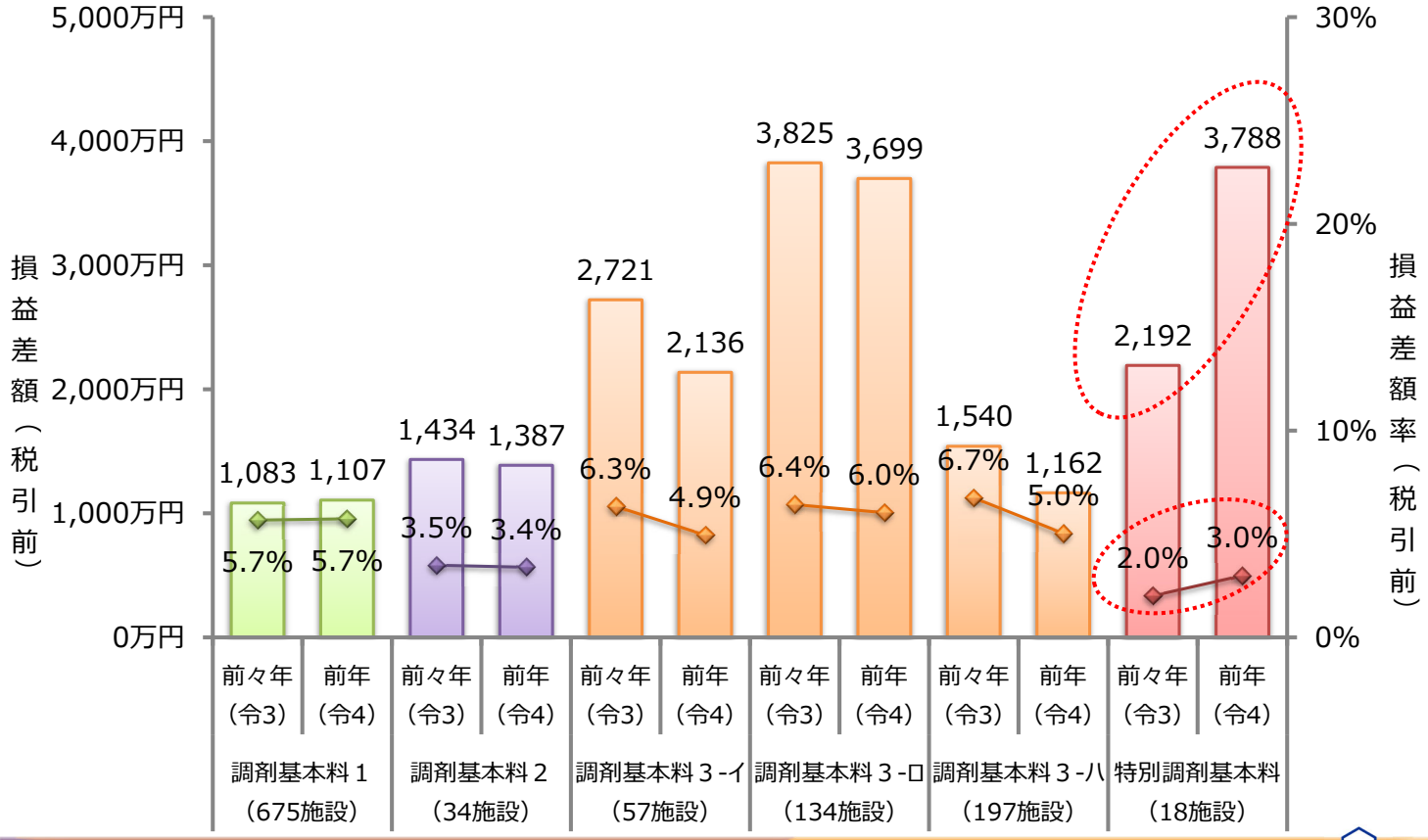
調剤基本料別（保険薬局・法人）

- 調剤基本料別でみると、特別調剤基本料に該当する保険薬局を除き、いずれの区分も収益差額は概ね+5%程度で推移している。
- 特別調剤基本料の保険薬局の損益状況は、他の区分の保険薬局と比べてそれほど突出していないものの、直近の損益差額・率については対前年比でいずれも増加・上昇している。

収支項目		調剤基本料１（675施設）			調剤基本料２（34施設）			調剤基本料３-イ（57施設）			調剤基本料３-ロ（134施設）			調剤基本料３-ハ（197施設）			特別調剤基本料（18施設）		
		前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率
		万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%
収益・収入	保険調剤	15,787	15,885	0.6	40,234	39,957	▲0.7	42,426	42,483	0.1	59,196	60,935	2.9	22,443	22,621	0.8	108,470	126,050	16.2
	その他	3,307	3,409	3.1	835	916	9.7%	530	678	27.9	337	363	7.7	387	455	17.6	554	690	24.5
費用・支出	給与費	3,252	3,302	1.5%	6,958	7,043	1.2%	4,228	4,254	0.6	4,540	4,616	1.7	3,286	3,531	7.4	9,475	9,952	5.0
	医薬品等費	12,718	12,814	0.8	29,084	28,814	▲0.9	31,268	31,707	1.4	43,323	44,879	3.6	14,784	15,057	1.8	79,871	93,598	17.2
	水道光熱費	68	87	28.0	108	126	17.0	66	79	20.7	64	73	14.2	43	53	21.0	114	140	22.8
	その他	1,972	1,983	0.6	3,485	3,503	0.5	4,674	4,984	6.6	7,781	8,031	3.2	3,176	3,275	3.1	17,372	19,262	10.9
損益差額・税引前	金額	1,083	1,107	2.2%	1,434	1,387	▲3.3	2,721	2,136	▲21.5	3,825	3,699	▲3.3	1,540	1,162	▲24.6	2,192	3,788	72.8
	率	5.7%	5.7%	-	3.5%	3.4%	-	6.3%	4.9%	-	6.4%	6.0%	-	6.7%	5.0%	-	2.0%	3.0%	-
処方箋1枚あたり損益差額		735円	735円	▲0.0	450円	430円	▲4.3	1,284円	1,007円	▲21.6	1,540円	1,482円	▲3.8	845円	617円	▲27.0	501円	787円	57.0

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

調剤基本料別（保険薬局・法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

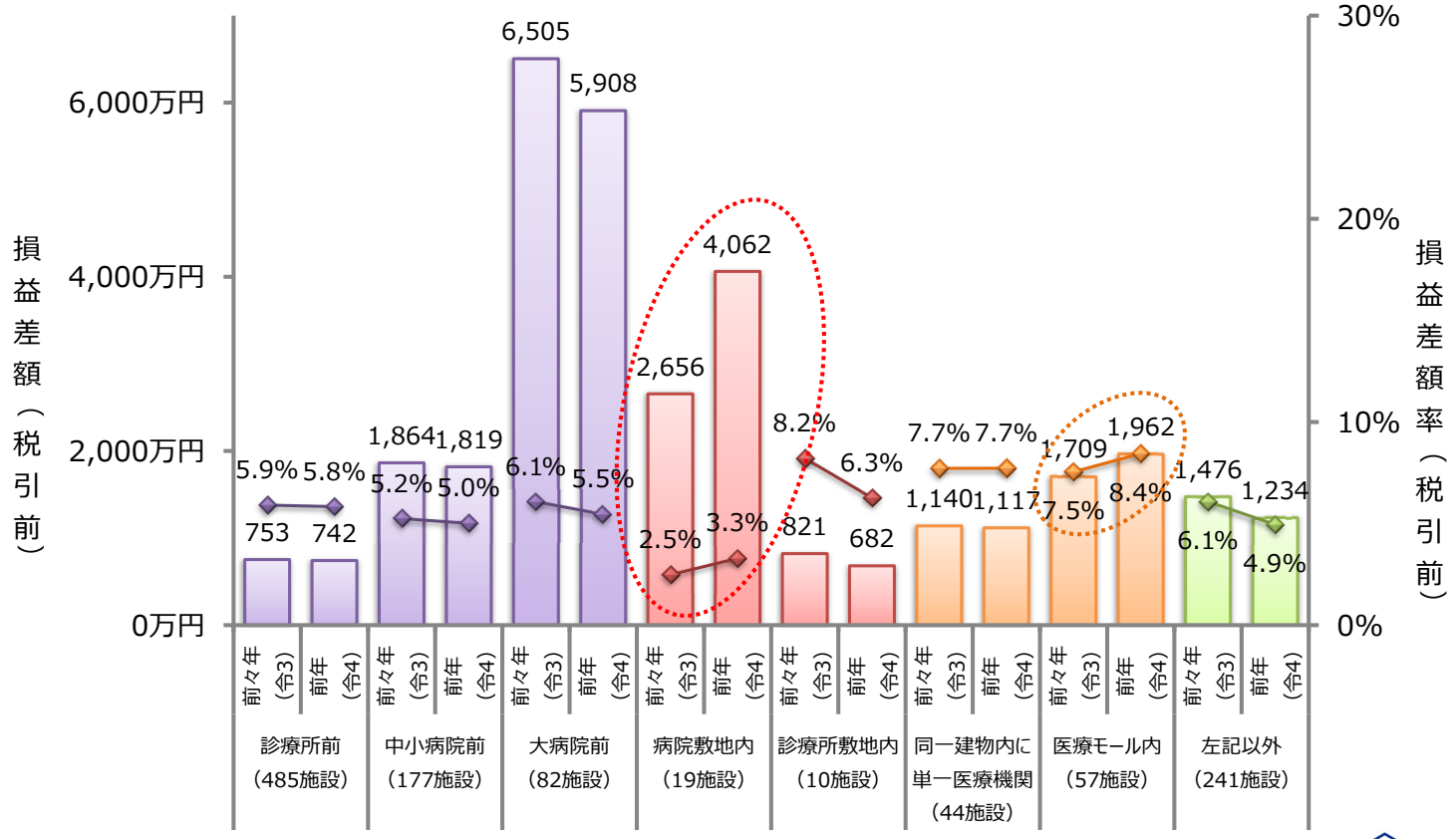
立地別（保険薬局・法人）

- 保険薬局の立地別でみると、いずれの保険薬局も損益差額は概ね＋5～7%程度で推移している。
- ただし、「病院敷地内」と「医療モール内」の保険薬局の直近の損益差額は、対前年比で増加している。
- 保険薬局の立地状況に関わらず、いずれの施設も給与費や水道光熱費の増加の影響を大きく受け、損益を圧迫している。

収支項目		診療所前（485施設）			中小病院前（177施設）			大病院前（82施設）			病院敷地内（19施設）			診療所敷地内（10施設）			同一建物内に単一医療機関（44施設）			医療モール内（57施設）			左記以外（241施設）		
		前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率	前々年 令3	前年 令4	伸び率
		万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%	万円	万円	%
収益・収入	保険調剤	12,381	12,340	▲0.3	35,081	35,747	1.9	106,328	107,609	1.2	106,463	122,757	15.3	9,861	10,736	8.9	14,494	14,105	▲2.7	22,212	22,767	2.5	15,728	16,178	2.9
	その他	373	394	5.6	456	548	20.2	732	795	8.6	551	696	26.4	138	147	6.8	275	359	30.9	438	481	9.8	8,513	8,756	2.9
費用・支出	給与費	2,735	2,775	1.5	4,311	4,391	1.9	6,890	6,909	0.3	9,460	9,915	4.8	2,010	2,132	6.1	2,516	2,567	2.0	4,961	5,090	2.6	3,532	3,740	5.9
	医薬品等費	7,702	7,619	▲1.1	24,753	25,348	2.4	82,460	84,018	1.9	77,975	90,715	16.3	5,732	6,457	12.6	9,353	8,995	▲3.8	13,045	13,110	0.5	16,345	17,008	4.1
	水道光熱費	44	51	16.6	68	78	13.8	102	116	13.7	107	131	23.0	41	51	26.6	43	53	23.4	63	76	20.6	95	135	41.9
	その他	1,519	1,546	1.7	4,541	4,659	2.6	11,103	11,452	3.1	16,815	18,630	10.8	1,394	1,561	11.9	1,717	1,732	0.9	2,872	3,010	4.8	2,794	2,819	0.9
損益差額・税引前	金額	753	742	▲1.4	1,864	1,819	▲2.4	6,505	5,908	▲9.2	2,656	4,062	52.9	821	682	▲17.0	1,140	1,117	▲2.0	1,709	1,962	14.8	1,476	1,234	▲16.4
	率	5.9%	5.8%	-	5.2%	5.0%	-	6.1%	5.5%	-	2.5%	3.3%	-	8.2%	6.3%	-	7.7%	7.7%	-	7.5%	8.4%	-	6.1%	4.9%	-
処方箋1枚あたり損益差額		516円	497円	▲3.6	938円	908円	▲3.2	2,025円	1,854円	▲8.4	610円	848円	39.1	615円	477円	▲22.4	756円	730円	▲3.3	577円	655円	13.5	1,047円	837円	▲20.1

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

立地別（保険薬局・法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

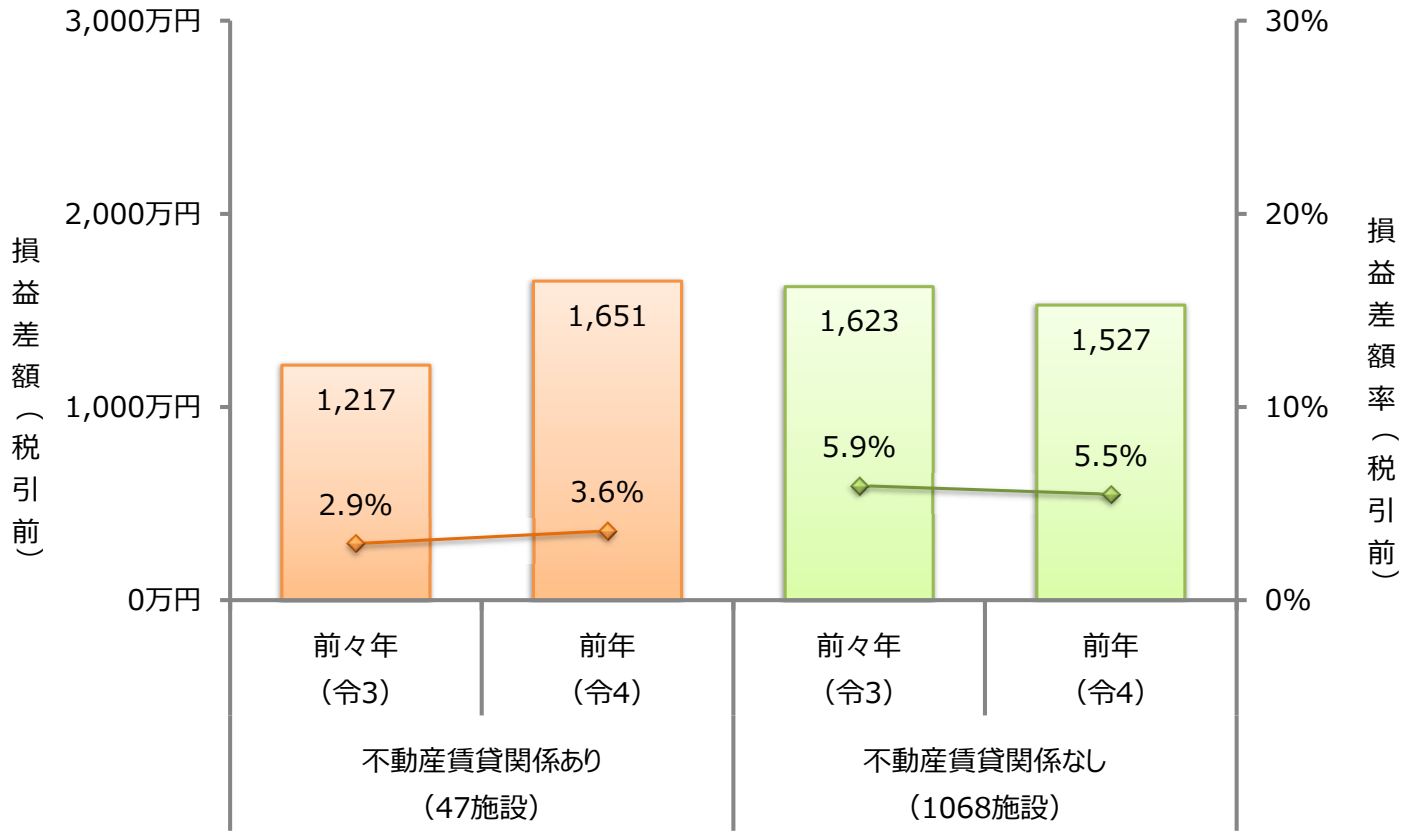
特定の保険医療機関との不動産の賃貸関係別（保険薬局・法人）

- 特定の保険医療機関との不動産賃貸関係の有無別でみると、「関係あり」の保険薬局の損益差額は＋0.7ポイントの増加（金額では＋35.7%）、「関係なし」の保険薬局では▲0.4ポイントの減少（金額で▲5.9%）となっている。
- 処方箋1枚あたりの損益差額をみると、「関係あり」の保険薬局では＋28.1%の増加、「関係なし」の保険薬局は▲7.7%の減少となっている。

収支項目		不動産賃貸関係あり（47施設）			不動産賃貸関係なし（1068施設）		
		前々年（令3）	前年（令4）	伸び率	前々年（令3）	前年（令4）	伸び率
		万円	万円	%	万円	万円	%
収益（収入）	保険調剤	41,157	45,589	10.8	25,107	25,515	1.6
	その他	373	467	25.1	2,251	2,340	4.0
費用（支出）	給与費	4,807	4,974	3.5	3,627	3,717	2.5
	医薬品等費	29,143	32,525	11.6	18,859	19,263	2.1
	水道光熱費	63	76	20.2	65	81	24.5
	その他	6,300	6,829	8.4	3,185	3,267	2.6
損益差額（税引前）	金額	1,217	1,651	35.7	1,623	1,527	▲ 5.9
	率	2.9%	3.6%	-	5.9%	5.5%	-
処方箋1枚あたり損益差額		521円	667円	28.1	920円	848円	▲ 7.7

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

特定の保険医療機関との不動産の賃貸関係別（保険薬局・法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

薬剤師の給与の状況（保険薬局・法人）

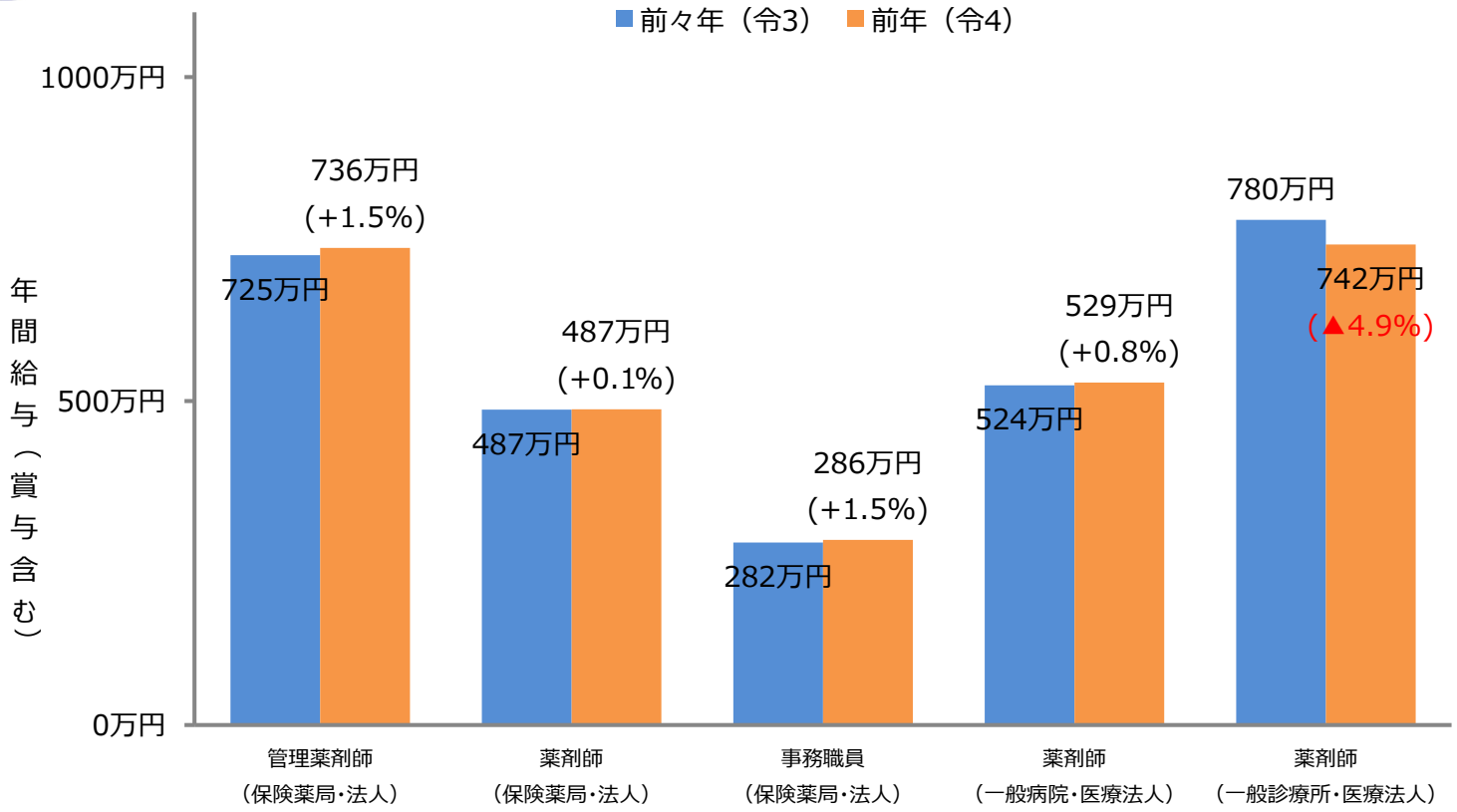
- 保険薬局（法人）の「管理薬剤師」および「事務職員」の年額給与（賞与を含む）は、全体平均で＋1.5%の増加となっている。
- 一方、保険薬局の「薬剤師」（管理薬剤師以外）の年額給与（賞与を含む）は増加しているものの、その規模は全体平均で＋0.1%にとどまっている。

職種	前々年（令3）	前年（令4）	伸び率
管理薬剤師（保険薬局・法人）	725万円（674万円）	736万円（689万円）	**＋ 1.5%**
薬剤師（保険薬局・法人）	487万円（500万円）	487万円（499万円）	**＋ 0.1%**
事務職員（保険薬局・法人）	282万円	286万円	**＋ 1.5%**
＜参考＞			
薬剤師（一般病院・医療法人）	524万円（551万円）	529万円（549万円）	＋ 0.8%
薬剤師（一般診療所・医療法人）	780万円（571万円）	742万円（599万円）	▲ 4.9%

※括弧内の金額は中央値

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

薬剤師の給与の状況 （保険薬局・法人）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

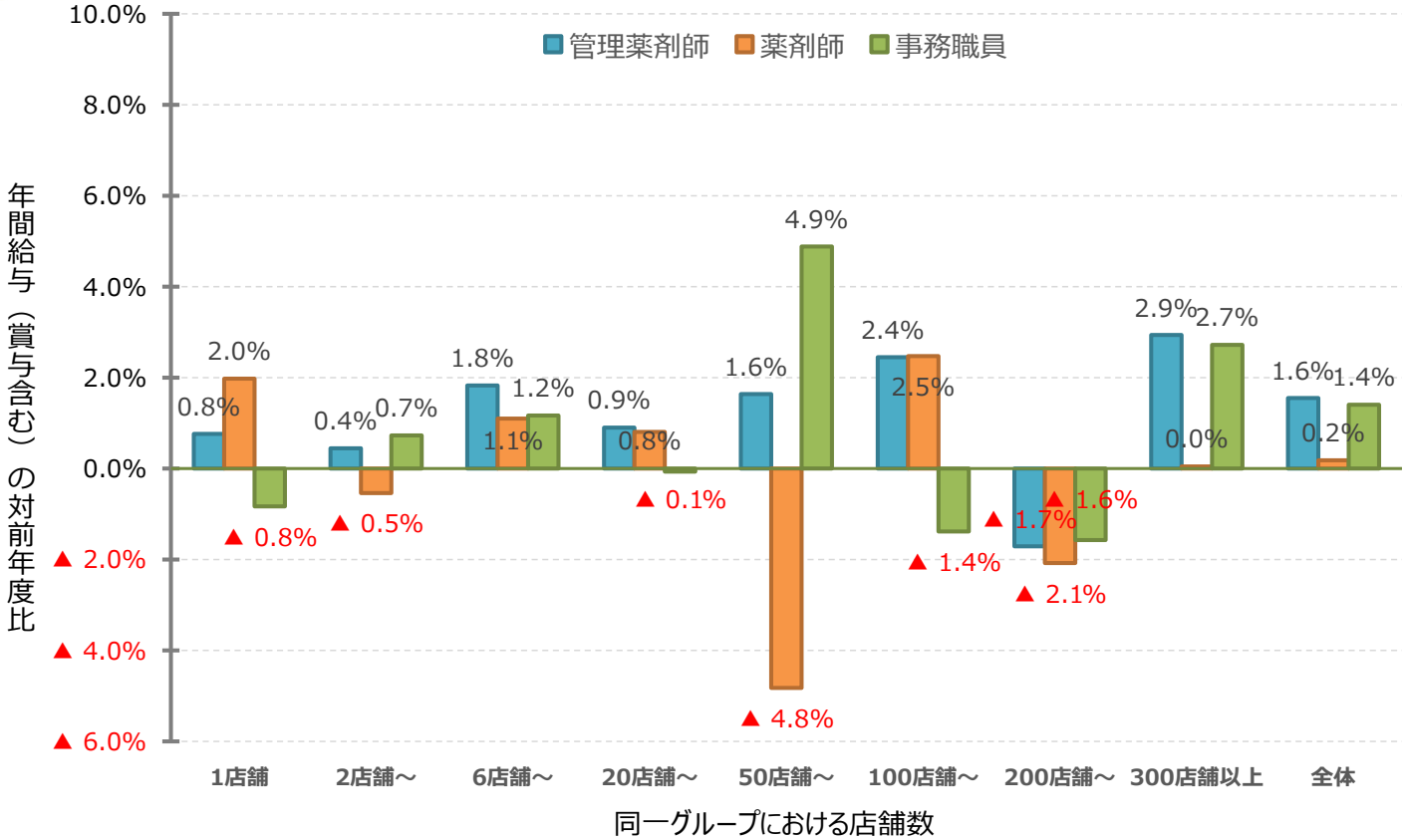
薬剤師の給与の状況（同一グループにおける店舗数別）

- 同一グループの店舗数別でみると、「管理薬剤師」、「薬剤師」（管理薬剤師以外）および「事務職員」の給与については、いずれのグループの保険薬局においても概ね上昇している。
- このうち、「薬剤師」の平均給与は、いずれの規模の店舗でも 500万円前後であり、それほど大きな差異は生じていないが、「管理薬剤師」の平均給与は 730万円程度を中心として、最大／最小で280万円程度の幅があり、同一グループ店舗数が多い保険薬局ほど低い傾向にあることがうかがえる。

職種	1店舗		2店舗～		6店舗～		20店舗～		50店舗～		100店舗～		200店舗～		300店舗以上		全体	
	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4	前々年 令3	前年 令4
管理薬剤師	926万円	933万円 0.8%	802万円	805万円 0.4%	676万円	688万円 1.8%	664万円	670万円 0.9%	641万円	652万円 1.6%	698万円	715万円 2.4%	685万円	673万円 ▲1.7%	675万円	695万円 2.9%	724万円	735万円 1.6%
薬剤師	576万円	588万円 2.0%	451万円	448万円 ▲0.5%	484万円	489万円 1.1%	494万円	498万円 0.8%	485万円	461万円 ▲4.8%	494万円	507万円 2.5%	497万円	486万円 ▲2.1%	495万円	495万円 0.0%	486万円	486万円 0.2%
事務職員	256万円	254万円 ▲0.8%	252万円	254万円 0.7%	280万円	283万円 1.2%	279万円	278万円 ▲0.1%	301万円	315万円 4.9%	295万円	291万円 ▲1.4%	252万円	248万円 ▲1.6%	303万円	311万円 2.7%	279万円	283万円 1.4%

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

薬剤師の給与の状況（同一グループにおける店舗数別）



©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved

保険薬局の損益状況について（まとめ）

- 保険薬局の直近の損益状況については、全体平均（法人）で＋５％程度という状態を維持しているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響から回復しつつある一方、物価高騰や賃金上昇への対応のため、対前年比は減少傾向にあり、厳しい経営状況が続いている。

- 後発医薬品メーカーを中心として長期間にわたる医薬品供給不足の状態が続く中、後発品の普及促進に係る取り組みの維持や、それに伴う備蓄医薬品の増加に係る対応など、医薬品の管理コストもさらなる負担増となっている。

- さらに同一グループの規模別でみると、地域の医薬品提供体制の中核を担っている小規模の保険薬局のうち、特に「1店舗」および「2～5店舗」の施設における損益差額の悪化が目立つ（+2%程度）。小規模薬局の経営基盤は極めて脆弱であり、このままの状況が続けば今後の地域の医薬品供給に支障をきたすことになる。

©Japan Pharmaceutical Association All Rights Reserved