

中央社会保険医療協議会 総会（第 571 回） 議事次第

令和 5 年 12 月 8 日(金) 8 : 30～

議 題

- 診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」からの報告について
- 医療 DX（その 4）について
- 個別事項（その 12）について
- 個別事項（その 13）について
- 個別事項（その 14）について
- 処遇改善（その 2）について
- 入院時の食費について（その 2）
- 令和 6 年度診療報酬改定に関する基本的な見解（各号意見）について

診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」からの 報告について

医療機関等における消費税負担に関する分科会における議論の経過

- 「医療機関等における消費税負担に関する分科会」は、医療機関等における消費税課税等の状況を把握するとともに、消費税引上げに対する診療報酬制度等における対応等について検討を行う場として設置されているもの。
- 令和5年度は、令和3年度に引き続き、診療報酬による補てん状況の把握を行い、令和6年度診療報酬改定における対応について、議論を行った。

【令和5年度の開催状況】

令和5年10月4日(第23回分科会) 議題:今後の進め方等について

令和5年12月6日(第24回分科会) 議題:補てん状況の把握等について

【分科会委員名簿】 ※◎は分科会長

○公益、税制、会計有識者

◎飯塚 敏晃 東京大学大学院経済学研究科教授
野口 晴子 早稲田大学政治経済学術院教授
安部 和彦 拓殖大学商学部教授
川原 丈貴 株式会社川原経営総合センター代表取締役社長

○支払側委員

鳥潟 美夏子 全国健康保険協会理事
松本 真人 健康保険組合連合会理事
佐保 昌一 日本労働組合総連合会総合政策推進局長
清家 武彦 日本経済団体連合会経済政策本部副本部長
鈴木 順三 全日本海員組合組合長代行
末松 則子 三重県鈴鹿市長

○診療側委員

猪口 雄二 日本医師会副会長
長島 公之 日本医師会常任理事
川瀬 弘一 日本私立医科大学協会
大学病院の診療報酬に関する検討委員会委員
中村 康彦 全日本病院協会副会長
寺島 多実子 日本歯科医師会常務理事
豊見 敦 日本薬剤師会常務理事

○医薬品、材料関係団体

枝廣 弘巳 日本医薬品卸売業連合会副会長
尾形 龍紀 四国医療器株式会社代表取締役社長

令和6年度診療報酬改定における対応(案)

- 令和5年度の医療経済実態調査によると、令和3年度・4年度においては保険診療収益について、新型コロナウイルスの影響から一定程度回復傾向がみられる一方で、令和4年度においては、物価高騰の影響から医療・介護費用(課税対象経費)も増加している。
- こうした中、医療機関等の消費税負担(5~10%部分)の診療報酬による補てん状況については、医科、歯科、調剤を合わせた全体の補てん率はそれぞれ106.1%、104.5%となっており、また、医科全体、歯科それぞれにおいても補てん不足になっておらず、調剤においても令和3年度から4年度にかけて改善がみられている。
- このため、令和6年度診療報酬改定においては、診療報酬の上乗せ点数の見直しは行わないこととして、引き続き、消費税負担額と診療報酬の補てん状況を把握して検証を行うことが適当ではないか。

【令和4年度の消費税負担の補てん状況】 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局ごとの施設数による加重平均により、全体の補てん率を算出すると、**106.1%**
(1施設・1年間あたり)

	医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
補てん差額	286千円	4,841千円	▲73千円	38千円	▲61千円
補てん率	107.1%	112.8%	94.6%	105.4%	91.7%
集計施設数	(2,838)	(774)	(2064)	(516)	(1,102)

【令和3年度の消費税負担の補てん状況】 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局ごとの施設数による加重平均により、全体の補てん率を算出すると、**104.5%**
(1施設・1年間あたり)

	医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
補てん差額	225千円	4,898千円	▲149千円	23千円	▲80千円
補てん率	105.6%	113.2%	88.9%	103.2%	89.5%
集計施設数	(2,813)	(772)	(2041)	(513)	(1,101)

※ 医療機関等種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

- 令和5年度の補てん状況の把握結果を踏まえ、「令和6年度診療報酬改定においては、消費税上乗せ分の見直しは行わないこととし、引き続き、消費税負担額と診療報酬の補てん状況を把握して検証を行うことが適当」という対応案について、方向性は概ね一致が得られた。

【委員からの主な意見】

○ 支払側委員

- ・ 本調査では、収益からはコロナ補助金を控除している一方で、費用からはコロナ補助金で購入した物品等の費用について控除されていないという認識であり違和感が残るが、精緻な把握を行うには技術的に困難な事項があることも一定理解するため、マクロで補てんされている状況を踏まえ、基本的には対応案に異論はない。一方で、次回調査においては、より適切な把握方法や、補てんの過不足をどこまで許容するかについて、技術的な観点からも整理し、分科会で議論することも必要。

○ 診療側委員

- ・ 一般診療所においては、前回調査（令和3年度）に引き続き補てん不足となっており、誠に遺憾である。特に医療法人立については大きなマイナスが続いている。今回の対応案を了承するが、今後、一般診療所が補てん不足とならないよう、上乗せ点数の適切な見直しについて、引き続き検討する必要がある。
- ・ 今回は補てん方法を大きく見直す必要はないと考える。一方で、それぞれの種別の中でのばらつきについては今回の結果からは見えないため、今後はそのような資料も提示し議論すべき。
- ・ 保険薬局においては、令和3年度から4年度にかけて改善がみられるとされているが、なお補てん不足がある状況については課題が残る。今後も補てん状況については注視していくべき。

参考資料

(補てんの把握方法・補てん率)

令和6年度診療報酬改定に係る補てん状況の把握について（案）

- 前回（令和3年度）に実施した方法に倣って、以下のとおり実施することとしてはどうか。

1. 目的

令和元年に行われた、消費税率10%への引上げに伴う診療報酬による補てん（5%～10%部分）について、令和3年度、令和4年度の状況を把握する。

（※）薬価・特定保険医療材料は、税抜きの世界実勢価格に消費税を上乗せし、個々の薬価等に反映されているため、対象としない。

2. 補てん状況の把握方法について

○ 対象医療機関

現在実施中の第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）の調査対象となっている医療機関等を対象とする。

○ 使用するデータ

個々の医療機関等について、収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分と、支出のうち課税経費の消費税相当額とを把握するため、以下のデータを使用する。

- ・ 収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分については、レセプト情報・特定健診等情報データベースから抽出した算定回数等のデータを使用する。（令和3年度・4年度分のデータを収集）
- ・ 支出のうち課税経費の消費税相当額については、第24回医療経済実態調査のデータを使用する。（各医療機関における、直近の事業年度（令和3年度・4年度）のデータを収集）

3. 補てん状況の把握のための収入と支出の対比について

個々の医療機関における補てん状況を推計し、医療経済実態調査の損益状況の集計区分と同様に、開設者別、病院機能別、入院基本料別に区分して比較する。

4. 報告時期

令和5年12月を目途として報告する。

【論点】

- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響や昨今の物価高騰の影響を踏まえ、データの分析や解釈についてどのように考えるか。

(参考) 補てん状況把握のイメージ

診調組 税 - 1
5 . 1 0 . 4

診調組 税 - 1
5 . 1 2 . 6

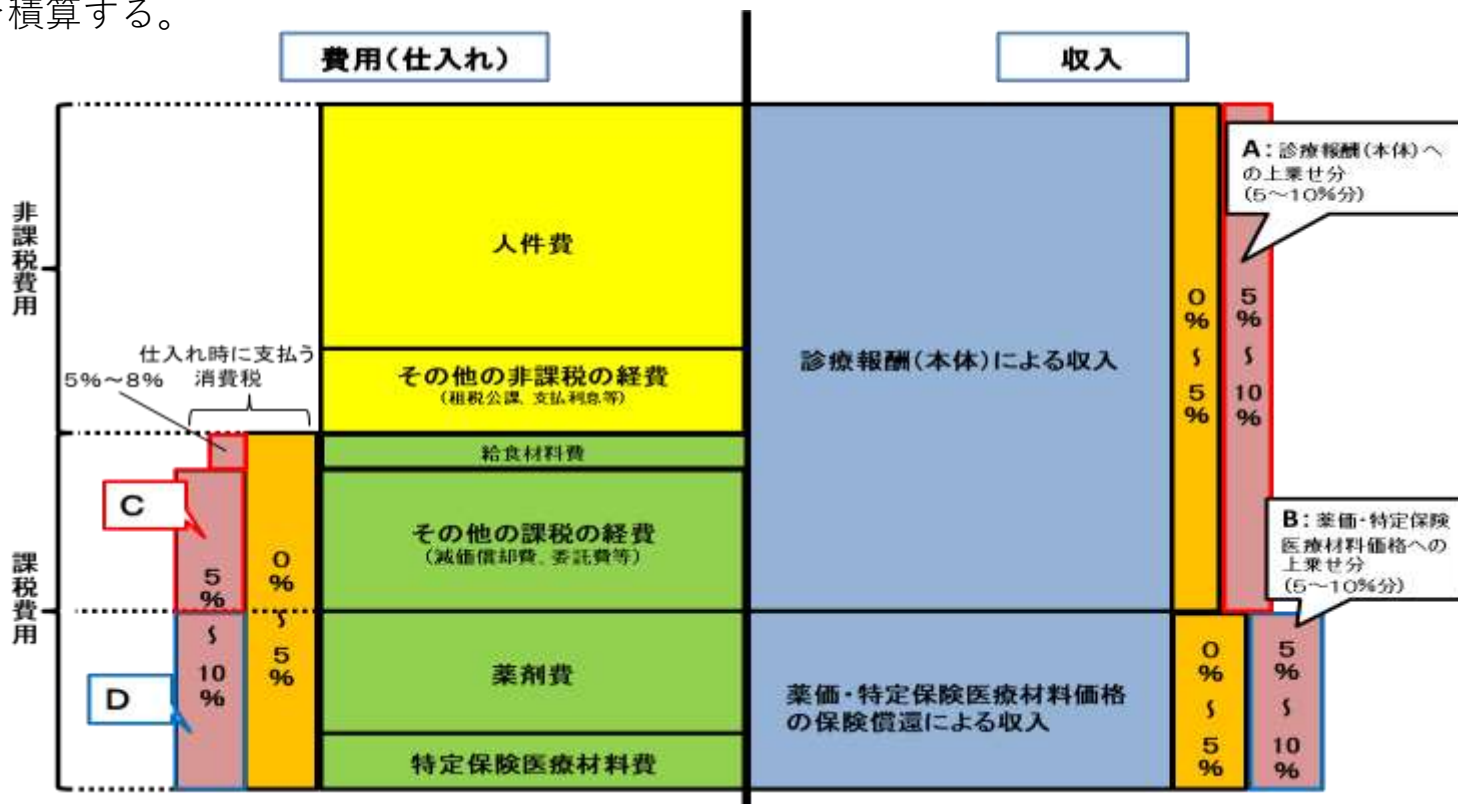
○ 収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分（下図のAの部分）と、支出のうち課税経費の消費税相当額（下図のCの部分）とを比較し、補てん状況を把握する。

・収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分（Aの部分）

消費税10%引上げに伴い上乗せした各診療項目（初・再診料、入院料等）の点数に、レセプト情報・特定健診等情報データベースから抽出した算定回数に乗じて積算する。

・支出のうち課税経費の消費税相当額（Cの部分）

第24回医療経済実態調査のデータより、個々の医療機関等の課税経費額を推計し、「その他の課税の経費」の消費税5%分を積算する。



(支出)

- 第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）に回答した医療機関等を対象として、各医療機関等の同調査の令和3年度、令和4年度の課税経費（消費税5～10%部分）を使用。

(収入)

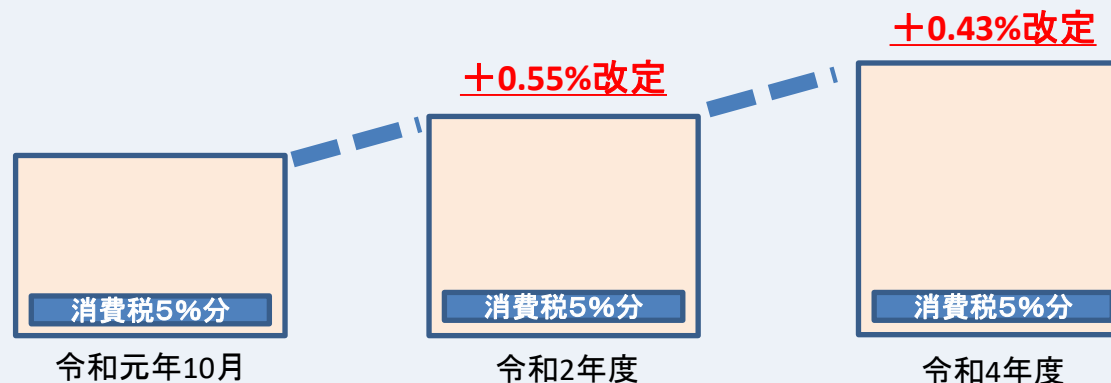
- レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）により、上記の各医療機関等の令和3年4月から令和4年3月、令和4年4月から令和5年3月の消費税上乗せ項目の算定回数を抽出し、各項目の消費税上乗せ点数（消費税5～10%部分）を乗じて、年間の消費税上乗せ分の合計を算出。
 - ・ 令和4年度改定により改正されている項目は、改定前の同様の項目と同程度の上乗せ点数が含まれているものとしている。
 - ・ 特定入院料等のうち包括入院料については、薬剤費の消費税上乗せ分相当の点数も含まれるため、報酬本体の消費税上乗せ分相当として今回用いる点数は、各包括入院料の上乗せ分相当の点数全体から、薬剤費の消費税上乗せ分相当の点数を控除したものである。
 - ・ DPC病院の包括部分については、DPC病院から厚生労働省に提出されるDPCデータを用いて、医療経済実態調査に回答したDPC病院について、包括部分の消費税上乗せ分相当の点数、医療機関別の係数、入院日数から算出している。

(その他)

- 医療機関等種別ごとの平均補てん率を算出するに当たって、病院は病院種別（一般病院、精神科病院、特定機能病院、こども病院）ごとの施設数による加重平均、一般診療所は入院診療収益の有無ごとの施設数による加重平均、歯科診療所及び保険薬局は開設者種別（法人、個人）ごとの施設数による加重平均を行っている。また、病院のうち一般病院は、開設者種別（国立、公立、公的、社保関係法人、医療法人、その他法人、個人）ごとの施設数による加重平均を行っている。
- 今回の補てん状況の把握の客体は、原則として、医療経済実態調査に回答した医療機関等（病院においては介護収益2%未満（集計1に該当）、一般診療所・歯科診療所においては青色申告を行っている施設も含む）としているが、材料費がゼロ、その他の医業・介護費用（控除対象外消費税など）がゼロ、NDBの算定回数がゼロ、医療・介護収益における社会保険診療分の割合が50%未満など、外れ値と考えられる医療機関等は対象としていない。

(留意点)

- 令和3年度、4年度については、医療機関等の支出面、収入面とも、新型コロナウイルス感染症の影響を受けている。
- また令和4年度については、物価高騰の影響により医業・介護費用が上昇している。
- 支出については、サンプル調査（医療経済実態調査）を基にしており、対象医療機関等が調査ごとに異なる。収入についても、当該調査に回答した医療機関等を対象にしている。
- 診療報酬による補てんについては、個々の医療機関等ごとに消費税負担が異なる状況を踏まえつつ、類型ごとに平均的な医療機関等について補てんできるよう配点しているが、改定後の時間の経過とともに、医療機関等の消費税負担の状況は変化し、また、初・再診料や入院基本料等の算定回数も変化する。
- 消費税分を上乗せした項目の一部がその後の通常改定で改定されている。
- 令和元年10月の改定後、令和2年度に+0.55%、令和4年度に+0.43%のプラス改定を行っている。



令和5年度 補てん状況把握結果① 【全体】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
報酬上乘せ分 (A)	4,310千円	42,561千円	1,294千円	749千円	680千円
5%相当負担額 (B)	4,024千円	37,720千円	1,367千円	711千円	741千円
補てん差額 (A-B)	286千円	4,841千円	▲73千円	38千円	▲61千円
補てん率 (A/B)	107.1%	112.8%	94.6%	105.4%	91.7%
医業・介護収益 (C)	380,481千円	3,288,867千円	151,143千円	59,961千円	262,405千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.08%	0.15%	▲0.05%	0.06%	▲0.02%
集計施設数	(2,838)	(774)	(2064)	(516)	(1,102)

令和3年度	医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
報酬上乘せ分 (A)	4,210千円	41,986千円	1,188千円	734千円	679千円
5%相当負担額 (B)	3,985千円	37,089千円	1,337千円	711千円	759千円
補てん差額 (A-B)	225千円	4,898千円	▲149千円	23千円	▲80千円
補てん率 (A/B)	105.6%	113.2%	88.9%	103.2%	89.5%
医業・介護収益 (C)	373,561千円	3,236,403千円	144,543千円	59,330千円	256,141千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.06%	0.15%	▲0.10%	0.04%	▲0.03%
集計施設数	(2,813)	(772)	(2041)	(513)	(1,101)

※ 医療機関等種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。
 ※ 医業・介護収益には、新型コロナ関連補助金を含まない。(以下同様)

※ 調査年度ごとに、外れ値を除いているため集計施設数、平均病床数は必ずしも一致しない。(以下同様)

令和5年度 補てん状況把握結果② 【病院】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	42,561千円	40,003千円	19,380千円	473,044千円	201,099千円
5%相当負担額 (B)	37,720千円	35,440千円	15,204千円	432,403千円	212,070千円
補てん差額 (A-B)	4,841千円	4,563千円	4,176千円	40,640千円	▲ 10,971千円
補てん率 (A/B)	112.8%	112.9%	127.5%	109.4%	94.8%
医業・介護収益 (C)	3,288,867千円	3,126,331千円	1,414,192千円	35,181,225千円	14,193,418千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.15%	0.30%	0.12%	▲0.08%
集計施設数	(774)	(562)	125	61	19
平均病床数	(250)	(185)	232	837	455

令和3年度	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	41,986千円	39,585千円	17,807千円	471,462千円	203,412千円
5%相当負担額 (B)	37,089千円	34,898千円	14,926千円	421,352千円	210,043千円
補てん差額 (A-B)	4,898千円	4,687千円	2,881千円	50,110千円	▲ 6,631千円
補てん率 (A/B)	113.2%	113.4%	119.3%	111.9%	96.8%
医業・介護収益 (C)	3,236,403千円	3,079,043千円	1,412,510千円	34,163,308千円	14,050,800千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.15%	0.20%	0.15%	▲0.05%
集計施設数	(772)	(560)	124	62	19
平均病床数	(253)	(187)	234	836	454

※ 病院全体、一般病院の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和5年度 補てん状況把握結果③ 【一般病院：開設主体別】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	一般病院全体	医療法人	国立	公立	国公立除く
報酬上乘せ分 (A)	40,003千円	27,942千円	67,708千円	55,850千円	44,247千円
5%相当負担額 (B)	35,440千円	23,054千円	59,436千円	62,487千円	37,023千円
補てん差額 (A-B)	4,563千円	4,888千円	8,272千円	▲ 6,637千円	7,223千円
補てん率 (A/B)	112.9%	121.2%	113.9%	89.4%	119.5%
医業・介護収益 (C)	3,126,331千円	2,194,979千円	5,083,066千円	4,399,862千円	3,455,933千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.22%	0.16%	▲0.15%	0.21%
集計施設数	(562)	283	18	113	431
平均病床数	(185)	142	274	200	177

令和3年度	一般病院全体	医療法人	国立	公立	国公立除く
報酬上乘せ分 (A)	39,585千円	27,510千円	65,999千円	55,605千円	43,764千円
5%相当負担額 (B)	34,898千円	22,791千円	58,357千円	60,576千円	36,637千円
補てん差額 (A-B)	4,687千円	4,719千円	7,642千円	▲ 4,971千円	7,127千円
補てん率 (A/B)	113.4%	120.7%	113.1%	91.8%	119.5%
医業・介護収益 (C)	3,079,043千円	2,166,916千円	4,955,501千円	4,274,118千円	3,413,059千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.22%	0.15%	▲0.12%	0.21%
集計施設数	(560)	282	18	113	429
平均病床数	(187)	143	276	202	179

※ 一般病院全体の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和5年度 補てん状況把握結果④-1 【病院うちDPC病院】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	94,128千円	—	473,044千円	211,004千円
5%相当負額分 (B)	87,081千円	—	432,403千円	221,693千円
補てん差額 (A-B)	7,047千円	—	40,640千円	▲ 10,689千円
補てん率 (A/B)	108.1%	—	109.4%	95.2%
医業・介護収益 (C)	7,449,809千円	—	35,181,225千円	14,872,082千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.09%	—	0.12%	▲0.07%
集計施設数	196	—	61	18
平均病床数	290	—	837	474

令和3年度	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	93,916千円	—	471,462千円	213,170千円
5%相当負額分 (B)	85,028千円	—	421,352千円	219,566千円
補てん差額 (A-B)	8,888千円	—	50,110千円	▲ 6,396千円
補てん率 (A/B)	110.5%	—	111.9%	97.1%
医業・介護収益 (C)	7,264,939千円	—	34,163,308千円	14,718,813千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.12%	—	0.15%	▲0.04%
集計施設数	196	—	62	18
平均病床数	291	—	836	474

令和5年度 補てん状況把握結果④-2 【病院うち非DPC病院】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	22,137千円	19,380千円	-	-
5%相当負額分 (B)	19,181千円	15,204千円	-	-
補てん差額 (A-B)	2,956千円	4,176千円	-	-
補てん率 (A/B)	115.4%	127.5%	-	-
医業・介護収益 (C)	1,688,591千円	1,414,192千円	-	-
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.18%	0.30%	-	-
集計施設数	366	125	-	-
平均病床数	129	232	-	-

令和3年度	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	21,535千円	17,807千円	-	-
5%相当負額分 (B)	19,086千円	14,926千円	-	-
補てん差額 (A-B)	2,449千円	2,881千円	-	-
補てん率 (A/B)	112.8%	119.3%	-	-
医業・介護収益 (C)	1,682,551千円	1,412,510千円	-	-
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.20%	-	-
集計施設数	364	124	-	-
平均病床数	131	234	-	-

令和5年度 補てん状況把握結果⑤-1 【一般病院：届出入院基本料別】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	一般病棟入院基本料届出病院	療養病棟入院基本料届出病院	結核病棟入院基本料届出病院	精神病棟入院基本料届出病院
報酬上乘せ分 (A)	56,478千円	25,520千円	71,052千円	82,762千円
5%相当負額分 (B)	52,426千円	19,805千円	77,053千円	69,812千円
補てん差額 (A-B)	4,053千円	5,716千円	▲ 6,002千円	12,950千円
補てん率 (A/B)	107.7%	128.9%	92.2%	118.5%
医業・介護収益 (C)	4,483,291千円	1,803,609千円	5,765,901千円	6,645,166千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.09%	0.32%	▲0.10%	0.19%
集計施設数	417	212	19	39
平均病床数	201	153	258	366

令和3年度	一般病棟入院基本料届出病院	療養病棟入院基本料届出病院	結核病棟入院基本料届出病院	精神病棟入院基本料届出病院
報酬上乘せ分 (A)	56,191千円	24,841千円	70,879千円	81,467千円
5%相当負額分 (B)	51,339千円	19,744千円	71,420千円	68,280千円
補てん差額 (A-B)	4,852千円	5,096千円	▲ 542千円	13,188千円
補てん率 (A/B)	109.5%	125.8%	99.2%	119.3%
医業・介護収益 (C)	4,391,204千円	1,794,336千円	5,608,586千円	6,534,928千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.11%	0.28%	▲0.01%	0.20%
集計施設数	416	212	19	39
平均病床数	203	155	262	369

※ 入院基本料の届出は令和4年事業年度末時点。(以下同様)

※ 特別入院基本料を除く。(以下同様)

令和5年度 補てん状況把握結果⑤-2 【一般病院：届出入院基本料別】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	特定機能病院入院基本料届出病院			専門病院入院基本料届出病院	障害者施設等入院基本料届出病院
	一般病棟	結核病棟	精神病棟		
報酬上乘せ分 (A)	473,044千円	433,164千円	476,933千円	95,206千円	35,787千円
5%相当負額分 (B)	432,403千円	375,801千円	443,777千円	86,589千円	29,835千円
補てん差額 (A-B)	40,640千円	57,364千円	33,157千円	8,618千円	5,952千円
補てん率 (A/B)	109.4%	115.3%	107.5%	110.0%	119.9%
医業・介護収益 (C)	35,181,225千円	29,684,167千円	34,828,192千円	7,987,441千円	2,713,968千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.12%	0.19%	0.10%	0.11%	0.22%
集計施設数	61	8	48	3	55
平均病床数	837	819	857	318	192

令和3年度	特定機能病院入院基本料届出病院			専門病院入院基本料届出病院	障害者施設等入院基本料届出病院
	一般病棟	結核病棟	精神病棟		
報酬上乘せ分 (A)	471,462千円	424,517千円	474,603千円	85,856千円	35,553千円
5%相当負額分 (B)	421,352千円	384,128千円	428,212千円	86,049千円	29,793千円
補てん差額 (A-B)	50,110千円	40,390千円	46,392千円	▲ 193千円	5,760千円
補てん率 (A/B)	111.9%	110.5%	110.8%	99.8%	119.3%
医業・介護収益 (C)	34,163,308千円	29,193,728千円	33,600,063千円	7,605,240千円	2,704,902千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.14%	0.14%	▲0.00%	0.21%
集計施設数	62	7	50	3	55
平均病床数	836	833	853	318	193

令和5年度 補てん状況把握結果⑥ 【一般病院：看護配置基準別】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	単純平均	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～6	地域一般入院料1、2	地域一般入院料3
報酬上乘せ分 (A)	56,478千円	96,674千円	30,871千円	17,730千円	28,113千円
5%相当負担額 (B)	52,426千円	90,301千円	28,473千円	17,407千円	15,143千円
補てん差額 (A-B)	4,053千円	6,374千円	2,398千円	323千円	12,970千円
補てん率 (A/B)	107.7%	107.1%	108.4%	101.9%	185.6%
医業・介護収益 (C)	4,483,291千円	7,826,868千円	2,322,766千円	1,599,638千円	1,558,508千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.09%	0.08%	0.10%	0.02%	0.83%
集計施設数	417	169	208	32	8
平均病床数	201	287	143	145	149

令和3年度	単純平均	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～7	地域一般入院料1、2	地域一般入院料3
報酬上乘せ分 (A)	56,191千円	96,259千円	30,776千円	16,445千円	26,308千円
5%相当負担額 (B)	51,339千円	88,199千円	27,897千円	17,633千円	14,036千円
補てん差額 (A-B)	4,852千円	8,060千円	2,879千円	▲ 1,188千円	12,272千円
補てん率 (A/B)	109.5%	109.1%	110.3%	93.3%	187.4%
医業・介護収益 (C)	4,391,204千円	7,627,951千円	2,294,874千円	1,592,997千円	1,450,294千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.11%	0.11%	0.13%	▲0.07%	0.85%
集計施設数	416	169	207	32	8
平均病床数	203	288	144	146	149

令和5年度 補てん状況把握結果⑦ 【一般病院：新型コロナ対応別】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	一般病院全体	重点医療機関	協力医療機関	受入病床割当医療機関	左記以外
報酬上乘せ分 (A)	40,003千円	84,771千円	38,624千円	35,959千円	20,940千円
5%相当負担額 (B)	35,440千円	80,771千円	30,563千円	32,063千円	17,413千円
補てん差額 (A-B)	4,563千円	4,000千円	8,061千円	3,896千円	3,526千円
補てん率 (A/B)	112.9%	105.0%	126.4%	112.2%	120.3%
医業・介護収益 (C)	3,126,331千円	6,815,362千円	2,702,940千円	2,714,272千円	1,616,273千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.06%	0.30%	0.14%	0.22%
集計施設数	(562)	199	82	42	239
平均病床数	(185)	276	161	162	121

令和3年度	一般病院全体	重点医療機関	協力医療機関	受入病床割当医療機関	左記以外
報酬上乘せ分 (A)	39,585千円	83,836千円	38,667千円	36,472千円	20,386千円
5%相当負担額 (B)	34,898千円	78,663千円	29,470千円	33,207千円	17,360千円
補てん差額 (A-B)	4,687千円	5,173千円	9,197千円	3,265千円	3,025千円
補てん率 (A/B)	113.4%	106.6%	131.2%	109.8%	117.4%
医業・介護収益 (C)	3,079,043千円	6,601,678千円	2,699,017千円	2,723,982千円	1,620,745千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	0.15%	0.08%	0.34%	0.12%	0.19%
集計施設数	(560)	200	81	41	238
平均病床数	(187)	277	163	166	123

※ 一般病院全体の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	全体	個人	医療法人・その他
報酬上乘せ分 (A)	1,294千円	940千円	1,492千円
5%相当負担額 (B)	1,367千円	837千円	1,663千円
補てん差額 (A-B)	▲73千円	104千円	▲171千円
補てん率 (A/B)	94.6%	112.4%	89.7%
医業・介護収益 (C)	151,143千円	93,333千円	183,556千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C)	▲0.05%	0.11%	▲0.09%
集計施設数	(2064)	804	1260

令和3年度	全体	個人	医療法人・その他
報酬上乘せ分 (A)	1,188千円	867千円	1,370千円
5%相当負担額 (B)	1,337千円	804千円	1,641千円
補てん差額 (A-B)	▲149千円	62千円	▲271千円
補てん率 (A/B)	88.9%	107.8%	83.5%
医業・介護収益 (C)	144,543千円	87,292千円	177,182千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C)	▲0.10%	0.07%	▲0.15%
集計施設数	(2041)	797	1244

※ 全体の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

令和5年度 補てん状況把握結果⑨ 【歯科診療所】

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	全体	個人	医療法人・その他
報酬上乘せ分 (A)	749千円	618千円	1,145千円
5%相当負担額 (B)	711千円	595千円	1,063千円
補てん差額 (A-B)	38千円	24千円	82千円
補てん率 (A/B)	105.4%	104.0%	107.7%
医業・介護収益 (C)	59,961千円	46,220千円	101,426千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C)	0.06%	0.05%	0.08%
集計施設数	(516)	388	128

令和3年度	全体	個人	医療法人・その他
報酬上乘せ分 (A)	734千円	606千円	1,139千円
5%相当負担額 (B)	711千円	595千円	1,078千円
補てん差額 (A-B)	23千円	11千円	61千円
補てん率 (A/B)	103.2%	101.9%	105.6%
医業・介護収益 (C)	59,330千円	45,817千円	102,284千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C)	0.04%	0.02%	0.06%
集計施設数	(513)	384	129

※ 全体の値は、開設者種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

(1施設・1年間当たり)

令和4年度	全体	個人	法人
報酬上乘せ分 (A)	680千円	303千円	706千円
5%相当負担額 (B)	741千円	219千円	777千円
補てん差額 (A-B)	▲61千円	83千円	▲72千円
補てん率 (A/B)	91.7%	138.0%	90.8%
医業・介護収益 (C)	262,405千円	69,787千円	275,804千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C)	▲0.02%	0.12%	▲0.03%
集計施設数	(1,102)	42	1060

令和3年度	全体	個人	法人
報酬上乘せ分 (A)	679千円	303千円	706千円
5%相当負担額 (B)	759千円	249千円	796千円
補てん差額 (A-B)	▲80千円	54千円	▲90千円
補てん率 (A/B)	89.5%	121.9%	88.7%
医業・介護収益 (C)	256,141千円	69,456千円	269,741千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合 ((A-B)/C)	▲0.03%	0.08%	▲0.03%
集計施設数	(1,101)	42	1059

※ 全体の値は、開設者種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

医療DXについて (その4)

1. 診療報酬における書面要件のデジタル化について
2. 書面掲示のデジタル化について
3. 診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種
対応について

1. 診療報酬における書面要件のデジタル化について
2. 書面掲示のデジタル化について
3. 診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種
対応について

デフレ完全脱却のための総合経済対策～日本経済の新たなステージに向けて～（令和5年11月2日閣議決定）（主な箇所抜粋）

第4節 人口減少を乗り越え、変化を力にする社会変革を起動・推進する 5. 人手不足等に対応する制度・規制改革及び外国人材の活用

（医療・介護分野におけるデジタル技術を活用した効率化）

効率化を実現するには、ICT技術の活用と、それによる生産性向上の結果を診療報酬・介護報酬制度へ反映することが重要である。医療従事者の事務負担等を軽減するため、診療報酬の算定に関するシステムの開発を始めとした診療報酬改定DX等の推進を行う。

報酬改定に当たって、常勤又は専任の医療・介護従事者の配置要件等の見直しについて、医療及び介護の質の担保を前提に、柔軟な働き方を推進する方向で検討し、2023年度中に所要の措置を講ずる。併せて、報酬改定も見据え、ICT機器等の導入を通じた生産性向上が促されるよう検討の上、2023年度中に所要の措置を講ずる。

マイナ保険証の利用促進や環境整備を進めるため、医療機関・保険者への支援や、「オンライン資格確認等システム」等の改修を行う。（後略）

診療報酬改定時の医療機関等によるシステム改修を効率化するため、簡易に報酬計算を行える共通算定モジュールの開発に着手する。中小規模の病院や診療所が取り入れやすい標準型レセプトコンピューターの開発を継続する。（後略）

診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、デジタル原則（※72）に倣い医療現場において電磁的方法の活用が進むよう、2024年度診療報酬改定において、関係ガイドラインを踏まえつつ、2023年度中に必要な検討を行った上で措置を講ずる。

※72 デジタル臨時行政調査会において、令和5年12月に策定され、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和5年6月9日閣議決定）において、「デジタル社会の実現に向けての理念・原則」として位置づけられている。

現行で電子的方法での提出が可能となっている書類について

- 既に、一部の様式については、
 - ・ 個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関、保険薬局等に提供する場合において、
 - ・ 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保し、
 - ・ また、書面における署名又は記名・押印に代わり、同ガイドラインに定められた電子署名を施した上であれば、電子的方法での提出は可能となっている。

○「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」（令和4年3月4日保医発0304第1号） 別添1の2

<通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

様式 11、12、12 の 2、12 の 3、12 の 4、13、16、17、17 の 2、18 について、**電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関、保険薬局等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名**（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第102 号）第 2 条第 3 項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第 2 項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年 1 月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）**を施すこと。**

医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

会議や研修の効率化・合理化

会議 ➡ ・安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



院内研修 ➡ ・抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。
・急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。

院外研修 ➡ ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

記録の効率化・合理化

診療録 ➡ ・栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
・在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト
摘要欄 ➡ ・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

● 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

● 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



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)

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。

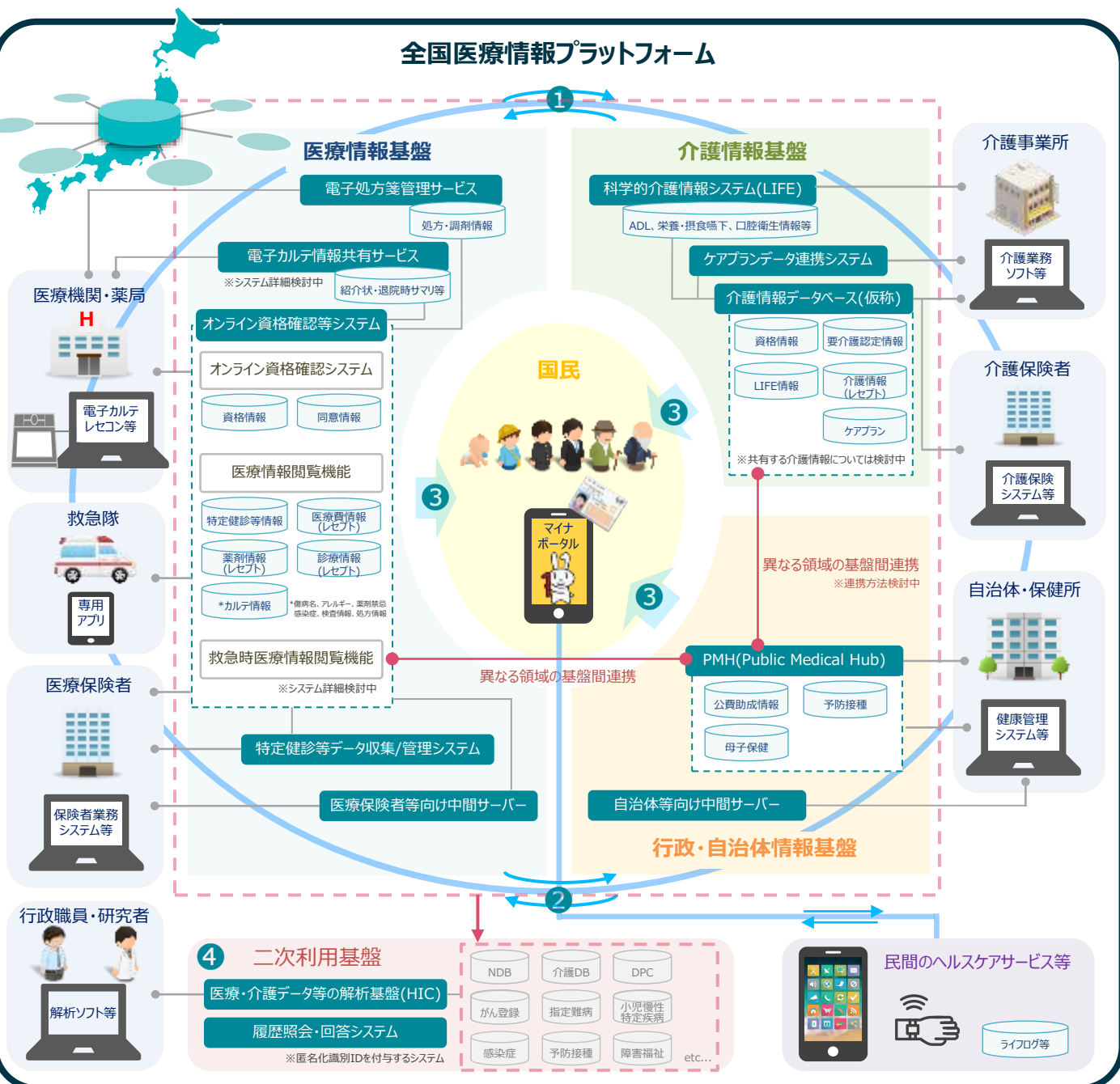
課題

- 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



「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。

救急隊: 意識不明による救急搬送中の確認
 医療機関・薬局: 救急医療入院中の確認
 介護事業所: 施設入所時・リハビリ中の確認

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。

自治体: 公費助成情報の連携 (持参不要)
 医療機関: 健診結果(母子保健)、接種記録等の連携 (手入力不要)

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

✓ 予約券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。予約券・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。

全国医療情報プラットフォーム → 接種通知、患者サマリ情報等 → 国民
 国民 → 問診票・予約券入力、データ提供同意 → 全国医療情報プラットフォーム

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、よりよい治療や確かな診断が可能になる。

二次利用データベース群(例)

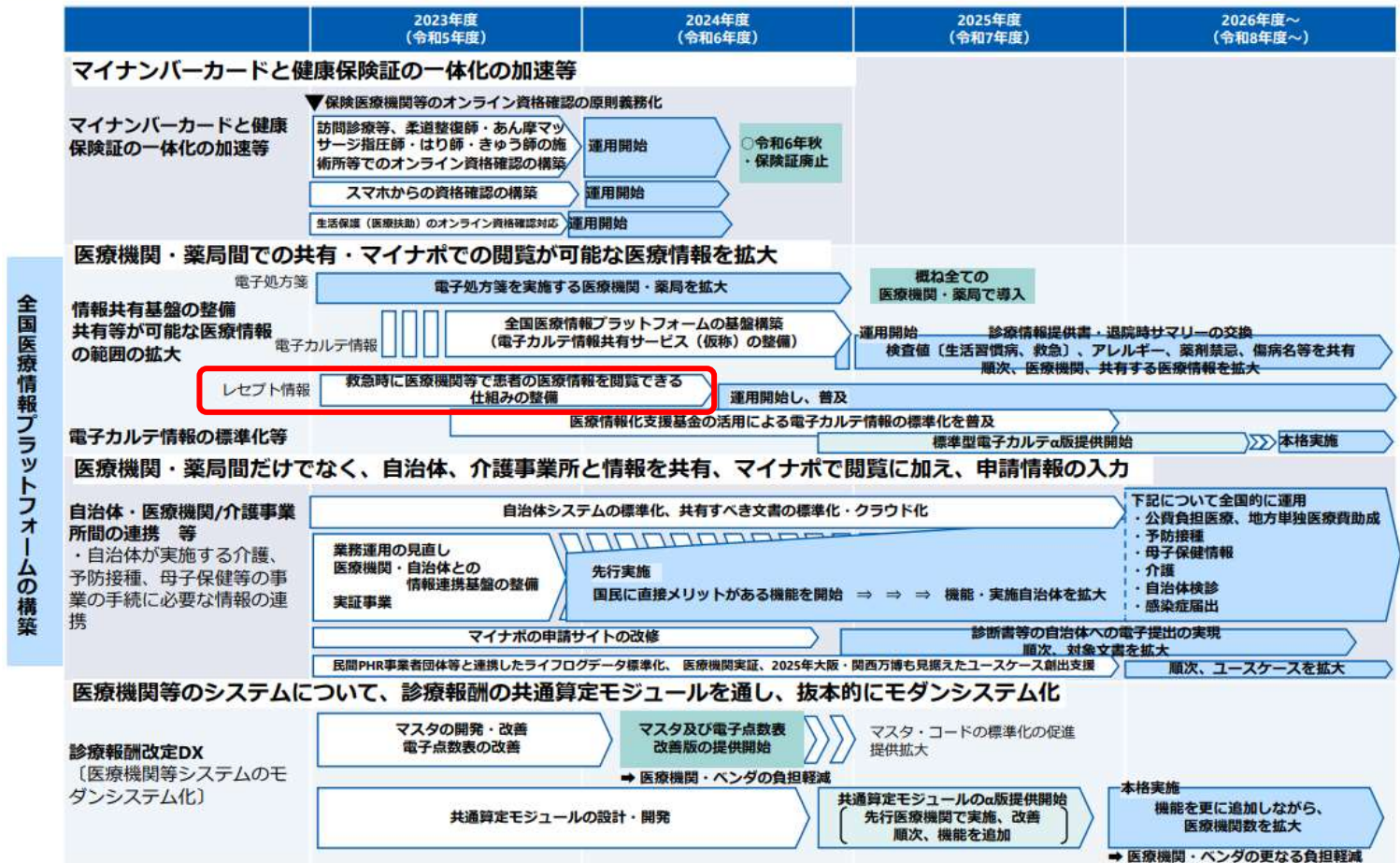
- NDB (がん登録, 感染症)
- 介護DB (指定難病, 予防接種)
- DPC (小児慢性特定疾病, 障害福祉)

各DBのデータ連携 → 解析基盤 → 行政職員・研究者 医薬品産業等

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。

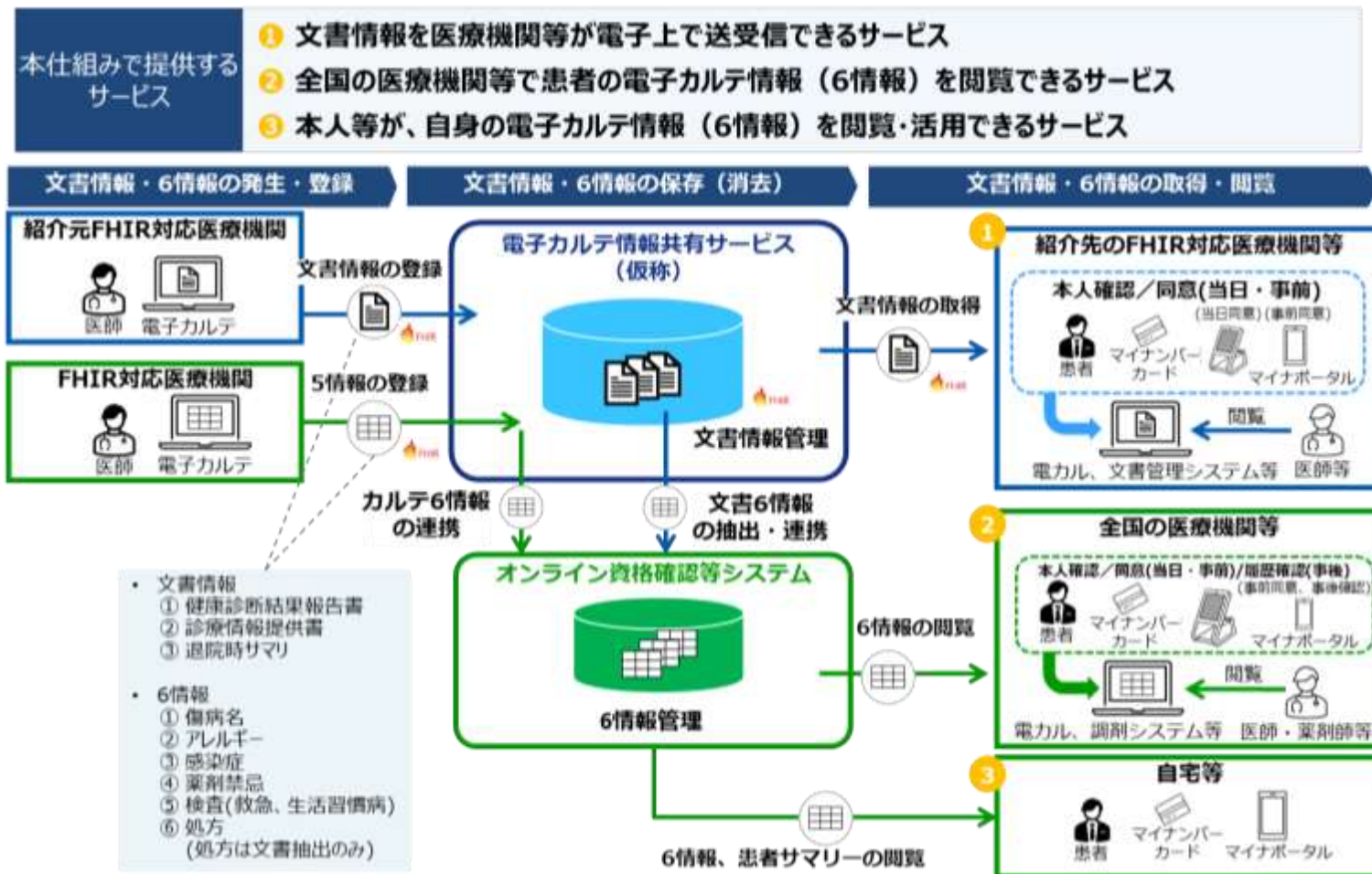
医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



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



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することで、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。

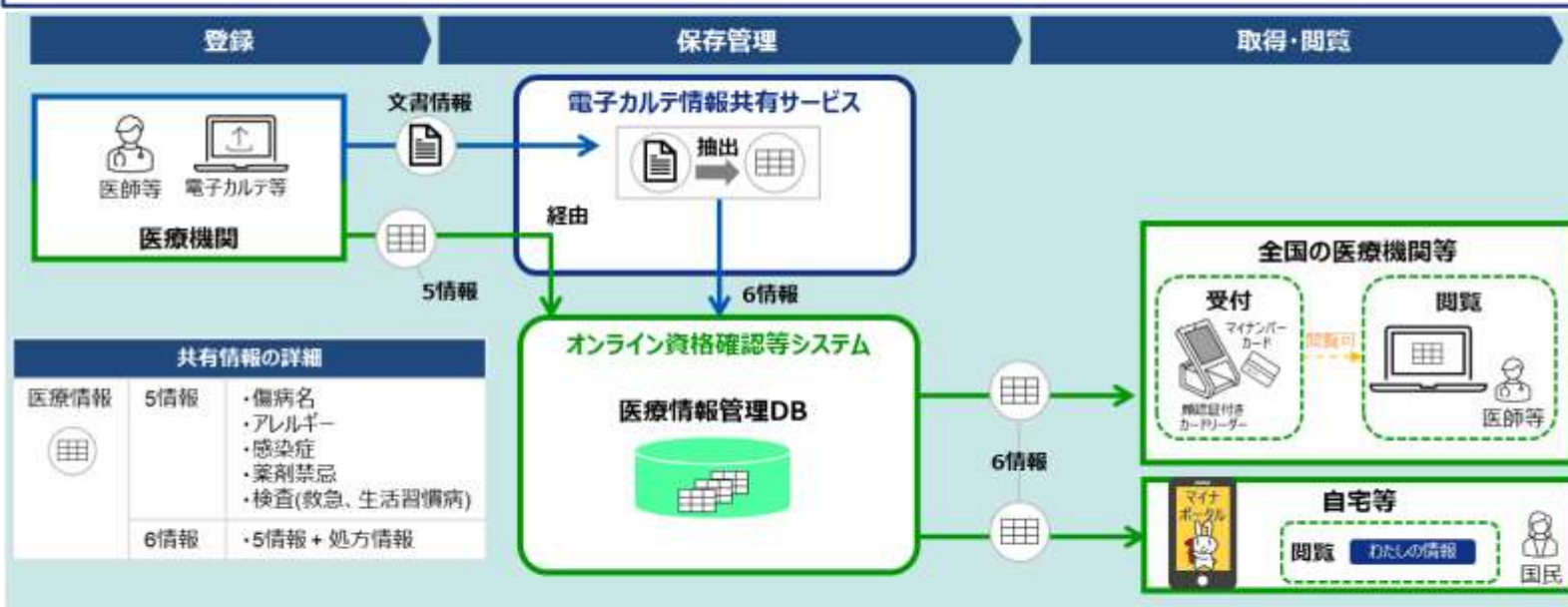
6情報閲覧サービスの仕組みとメリット

- 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情報閲覧サービスの仕組みとメリット

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

- 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」を組み合わせることで情報を整理し、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する注意事項の記載
 - 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

患者サマリーのイメージ (案)

患者サマリー

(Patient Summary)

基本情報

氏名	性別
生年月日	年齢

プロフィール情報

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

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 ▼	長期保存
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日〇分、〇〇程度の運動を行いましょう。
- ・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
- ・〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょう。
- ・〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。

疾病分類 (ICD10)表示 →

傷病名表示 (プルダウン) →

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回朝食後
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

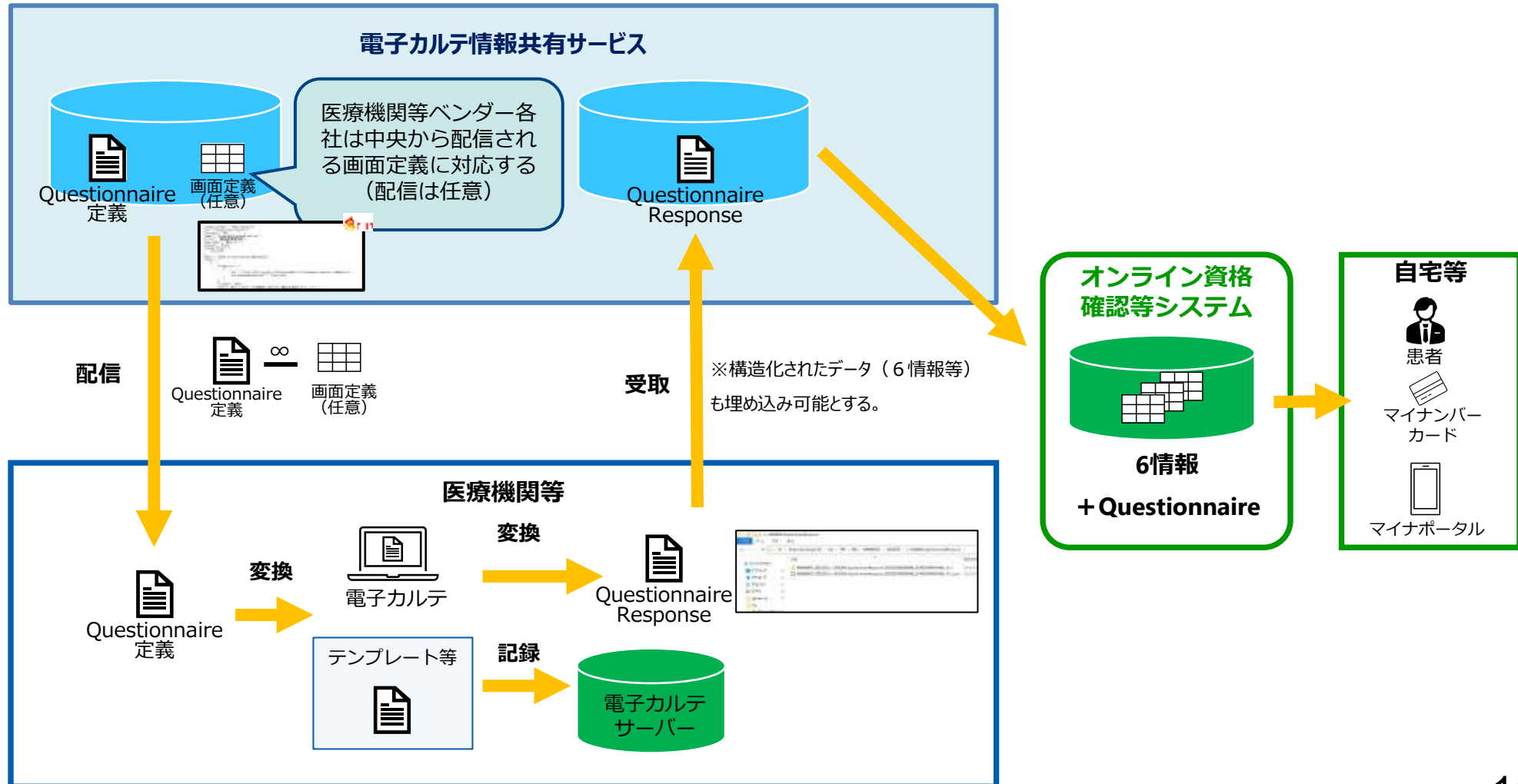
※検査項目は生活習慣病関連・救急時に有用な44項目に抜粋

前回受診日: 2023年5月14日

14

患者サマリーの対応について

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。



1. 診療報酬における書面要件のデジタル化について
2. 書面掲示のデジタル化について
3. 診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種
対応について

「デジタル臨時行政調査会」でのデジタル化の議論と対応

【背景】

- 令和3年11月に政府に設置された「デジタル臨時行政調査会」において、社会全体のデジタル化を推進するため、現行の法令上の規制事項に関するデジタル化の検討が進められており、具体的には、目視、定期検査・点検、実地監査、常駐・専任、書面掲示、対面講習、往訪閲覧・縦覧といった種類のデジタル活用を促す見直しを行っていく方向。政府の規制のうち該当条項は全て一定の見直しを行うこととなる。
- 令和4年12月21日のデジタル臨時行政調査会において、政府の規制のうち法律・政令・省令に関する該当条項が整理され、「デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表」として示された。（保険医療機関等の院内掲示に係る省令の規定等が該当）
- また、令和5年5月30日のデジタル臨時行政調査会において、政府の規制のうち告示・通知に関する該当条項が整理され、「デジタル原則を踏まえたアナログ規制（通知・通達等）の見直し方針」として示された。（保険医療機関等の院内掲示に係る告示・通知の規定等が該当）

【書面掲示に関するデジタル臨調の方針】

- 紙発行の文書を特定の場所に掲示することを求めている規制を「書面掲示」とし、当該掲示について、インターネットでの閲覧等を可能な状態にすることを義務付けるよう、見直しを進めることとしている。

【保険医療機関等の院内掲示に関する具体の対応】

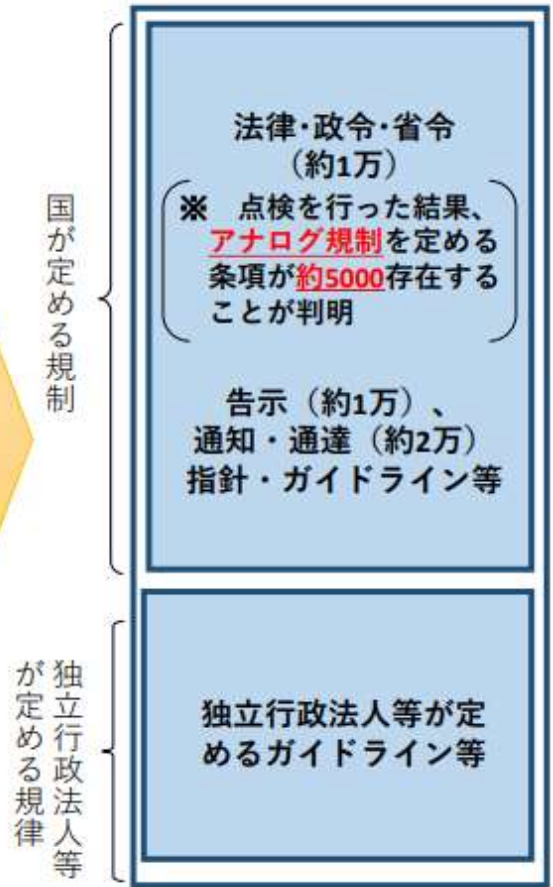
- 保険医療機関等における書面掲示に関しては、院内等での掲示に加えインターネットでの閲覧等を可能な状態にすることについても原則義務化することが求められている。
- 具体的には、「デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表」（令和4年12月21日デジタル臨時行政調査会決定）及び「デジタル原則を踏まえたアナログ規制（通知・通達等）の見直し方針」（令和5年5月30日デジタル臨時行政調査会決定）において、令和6年6月までに必要な対応を行うこととされた。

デジタル原則に照らした規制の点検・見直し作業

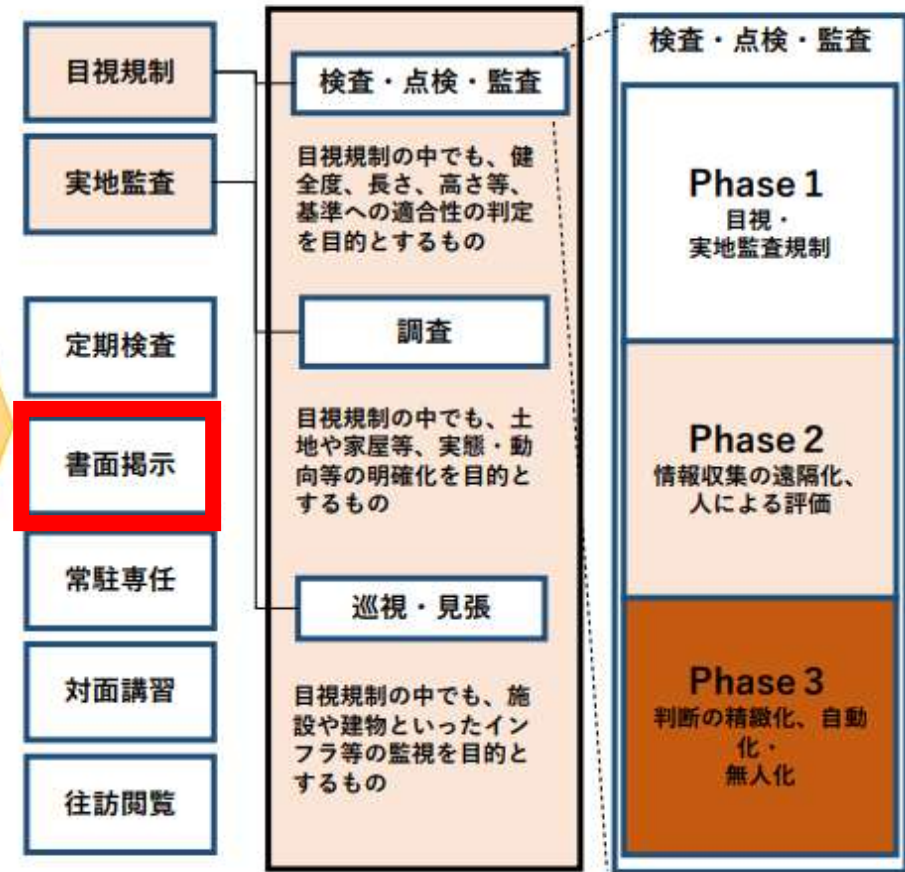
○ 構造改革のためのデジタル原則

- 原則①
デジタル完結・自動化原則
- 原則②
アジャイルガバナンス原則
(機動的で柔軟なガバナンス)
- 原則③
官民連携原則
(GtoBtoCモデル)
- 原則④
相互運用性確保原則
- 原則⑤
共通基盤利用原則

○ デジタル臨調における適合性の点検・見直し対象の規律の範囲



○ 一括的見直しに向けた類型化とフェーズの考え方 (目視規制・実地監査の例)



※ 地方公共団体が定める規制(条例等)については、マニュアルや先行事例の提示等を通じて、地方公共団体による見直しを支援

医療・介護・福祉

●病院等における管理者の常駐：2023年3月まで

（参考）病院、一般・歯科診療所数：約18万施設（2022年7月末時点）

病院等の管理者は、原則、勤務時間中病院等に常時滞在しなければならないが、デジタル技術の活用等により、病院等の管理体制が確保されているなどの要件の下で、常時滞在を求めないことを明らかにする。

●一般用医薬品の販売等を行う店舗における薬剤師等の常駐：2024年6月まで

（参考）店舗販売業の施設数：約3万施設（2020年度末時点）

店舗販売業の許可要件として、有資格者等の設置を求めている現行制度について、デジタル技術の利用によって、販売店舗と設備及び有資格者がそれぞれ異なる場所に所在することを可能とする制度設計の是非について、消費者の安全確保や医薬品へのアクセスの円滑化の観点から、検討し、結論を得る。

●医療機関入院時の差額ベッド等の内容等に係る揭示：2024年6月まで

医療機関入院時における選定療養（差額ベッド等）の内容や費用に関する情報について、国民の利便性向上の観点から、入院前でも時間・場所を問わず内容を確認できるよう、インターネットを利用した閲覧を可能とする。

●医療法人の書類の閲覧：2023年4月まで

現在、都道府県において請求に応じて書面により行われている医療法人の事業報告書等の閲覧について、請求から閲覧までの手続を一貫してインターネットの利用により行うことを可能とし、国民の利便性の向上を図る。

●介護サービス事業所等における管理者・専門職等の常駐：2023年9月まで（管理者等）、2024年3月まで（専門職等）

（参考）訪問介護事業所数：約3.5万事業所（2020年10月1日時点）、地域包括支援センター数：約5千か所（2021年4月末時点）

介護サービス事業所等に必置の管理者・専門職等の常駐規制について、利用者のサービスに直接関わらない業務については、例えば、テレワーク等の取扱いを明示するなどの必要な対応等を実施する。

●介護支援専門員に係る法定研修：2023年3月まで

（参考）介護支援専門員の従事者数：約19万人

介護支援専門員に係る法定研修について、講習申込・受講、修了証発行までの一連のプロセスをデジタル完結が可能である旨周知することにより、指定された場所に行かなくても講習が受講できる都道府県の拡大を図る。

●介護サービスにおける申込者のサービス選択に資する重要事項の揭示：2024年3月まで

介護サービス事業所・施設の運営規程の概要、従業者の勤務の体制等について、現地に赴かなくともインターネット上で時間・場所を問わずに閲覧を可能とし、利用者・家族によるサービス選択の利便性向上につなげる。

●有料老人ホーム協会会員名簿の閲覧：2023年9月まで

有料老人ホーム協会の会員名簿について、インターネット上で時間・場所を問わずに閲覧を可能とし、利用者・家族が施設を選択する際の利便性の向上につなげる。

●児童福祉司に対する講習：2024年3月まで

（参考）児童福祉司数：約6,000人

一部自治体で修了証発行がオンライン化されているが、講習申込・受講（実技を除く）、修了証発行までの一連のプロセスのデジタル完結を基本とし、指定された場所に行かなくても講習受講できる機会を増やす。

●認可外保育施設の提供サービスの内容の揭示：2023年6月まで

認可外保育施設の提供サービスの内容について、揭示内容を確認するために現地に赴かなくても、インターネットによる閲覧を可能とし、保護者等がサービスを比較検討する際の利便性向上につなげる。

●養育里親研修：2023年6月まで

対面により実施されている研修について、今後、講習申込、講習受講（実習を除く）、修了証発行までのプロセスのデジタル化を図ることにより、主に手続面から利用者の利便性の向上につなげる。

●指定障害福祉サービス事業者等の事業所の実地指導：2024年6月まで

指導指針に基づく実地指導のうち、実地でなくても確認できる内容（運営体制や報酬請求の確認・指導等）については、情報セキュリティの確保を前提として、業務効率化のための選択肢の一つとしてオンライン等を活用することの可否について検討し、結論を得る。

書面掲示に係る見直し事項について

○デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表（2022年12月21日デジタル臨時行政調査会決定） 抜粋

省令名	概要	該当の条文・規定
保険医療機関及び保険医療養担当規則	生活療養等の内容に係る掲示義務	第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
	食事療養の内容等に係る掲示義務	第五条の三第四項 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	生活療養の内容等に係る掲示義務	第五条の三の二第四項 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	評価療養等の内容等に係る掲示義務	第五条の四第二項 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則	必要事項に係る掲示義務	第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
健康保険法施行規則	必要事項に係る掲示義務	第七十五条 指定訪問看護事業者は、訪問看護ステーションの見やすい場所に、訪問看護ステーションである旨を掲示しなければならない。
指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	利用申込者のサービスの選択に資する重要事項の掲示義務	第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

○デジタル原則を踏まえたアナログ規制（通知・通達等）の見直し方針（2023年5月30日デジタル臨時行政調査会決定） 抜粋

告示名	概要	該当の条文・規定
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準	食事療養の内容等に係る掲示義務	(食事療養) 第五条の三 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	生活療養の内容等に係る掲示義務	(生活療養) 第五条の三の二 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	保険外併用療養等の内容等に係る掲示義務	(保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第五条の四 2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
	保険薬局における必要事項の掲示義務	(掲示) 第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等	保健医療機関における必要事項の掲示義務	○療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等

書面掲示に係る見直し事項について②

告示名	概要	該当の条文・規定
基本診療料の施設基準等	包括的な診療を担う医療機関の掲示 医科初診料の機能強化加算の施設基準	第三・三の二 (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。
	明細書の無償交付の体制の掲示 明細書発行体制等加算の施設基準	第三・六 (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
	院内感染防止対策の掲示 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表第一章第一部初・再診料第一節初診料の注1に規定する施設基準	第三・八の三 (4) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
	院内感染防止対策の掲示 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準	第三・九 (6) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
	医療安全対策の掲示 歯科外来診療環境体制加算1の施設基準	第三・十(1) へ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
	医療安全対策の掲示 歯科外来診療環境体制加算2の施設基準	第三・十(2) へ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
	看護職員と入院患者の割合の掲示 病院の入院基本料の施設基準等通則	第五・一(8) 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。
	看護職員数の掲示 診療所の入院基本料の施設基準等通則	第六・一 (4) 現に看護に従事している看護職員数を当該診療所内の見やすい場所に掲示していること。
	分娩実施数の掲示 ハイリスク分娩等管理加算の施設基準等	第八・三十二(1) ハ 一年間の分娩実施件数が百二十件以上であり、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。
	後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の掲示 後発医薬品使用体制加算1の施設基準	第八・三十五の三(1) ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
	後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の掲示 後発医薬品使用体制加算2の施設基準	第八・三十五の三(2) ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
	後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の掲示 後発医薬品使用体制加算3の施設基準	第八・三十五の三(3) ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
看護職員と入院患者の割合の掲示 特定一般病棟入院料1の施設基準	第九・十九(2) へ 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。	

書面掲示に係る見直し事項について③

告示名	概要	該当の条文・規定
特掲診療料の 施設基準等	院内トリアージの実施基準の掲示 院内トリアージ実施料の施設基準等	第三・四の四(1) ロ 院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
	ハイリスク分娩管理の掲示 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)及びハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)の施設基準等	第三・九(1) ロ ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称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。
	診療費用の掲示 コンタクトレンズ検査料の施設基準通則	第五・十一(1) イ 当該検査を含む診療に係る費用について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
	後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の掲示 外来後発医薬品使用体制加算1～3の施設基準	第七・四(1)ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨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。 (2)ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨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。 (3)ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨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。
	手術件数の掲示 医科点数表第二章第十部手術通則第5号及び第6号並びに歯科点数表第二章第九部手術通則第4号に掲げる手術の施設基準	第十二・二 (3) 当該手術の一年間の実施件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。
	有床義歯を修理する体制が整備されている旨の掲示 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2の施設基準	第十三の二・二 (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されている旨を院内掲示していること。

書面掲示に係る見直し事項について④

通知名	概要	該当の条文・規定
指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第八十八条第一項の規定に基づく指定等の取扱いについて	指定訪問看護ステーションである旨の掲示義務	第一 二(四) 指定訪問看護事業者は、施行規則第七十五条の規定により、指定訪問看護ステーションの見やすい場所、指定訪問看護ステーションである旨を掲示しなければならないこと。
指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について	利用申込者のサービスの選択に資する重要事項の掲示義務	第三 三 基準第二四条は、利用者に対し適切な指定訪問看護を提供するため、指定訪問看護ステーション内の見やすい場所に、運営規程の概要、職員の勤務体制その他の利用申込者の選択に資すると思われる事項を掲示し、周知しなければならないこととしたものであること。
医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について	保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況の掲示義務	八 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。)を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式九を参考とすること。
「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について	保険外負担の掲示義務	第一 二 (五)① いわゆる保険外負担については、その適切な運用を期するため、院内掲示の対象とすることとしたものであること。
	予約患者とそうでない患者の取扱いの掲示義務	第三 一三 (六) 上記の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内に患者にとって分かりやすく掲示するとともに、保険医療機関の受付窓口の区分、予約でない患者に対する受付窓口での説明、予約患者でない患者への番号札の配布等、各保険医療機関に応じた方法により、予約患者とそうでない患者のそれぞれについて、当該取扱いが理解されるよう配慮するものとする。
	明細書の発行状況に関する事項の掲示義務	第一 二 (四)① 保険医療機関及び保険医療養担当規則第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書の発行状況に関する事項について、院内掲示するものとする。
	特別療養環境室の場所及び料金の掲示義務	第三 一二 (七)① 保険医療機関内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数、特別療養環境室の場所及び料金を患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。
	届出事項等の掲示義務	第一 一 保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、療養担当規則上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。
	医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療の掲示義務	(三) 医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る特別の料金の徴収を行おうとする保険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておくなければならない。
保険(医療)給付と重複する保険外負担の是正について	実費に係る費用の内容及び金額等の掲示義務	一 保険外負担の取扱いについて (二)なお、この場合、保険医療機関はその病院又は診療所の見やすい場所に当該実費に係る費用の内容及び金額等に関する事項を掲示するとともに、当該実費の徴収に当たってはあらかじめ患者又はその家族等に対してそれらの実費に関して十分説明を行い、承諾を得ること。
柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の実施上の留意事項等について	一〇円未満の四捨五入を行う旨の掲示	第七 一部負担金 (中略)また、施術所の窓口においては、一〇円未満の四捨五入を行う旨の掲示を行うことにより、被保険者等との間に無用の混乱のないようにすること。
療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて	サービス等の内容及び料金の掲示	1 費用徴収する場合の手続について (1) 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月13日保医発第0313003号)第1の2(5)に示す掲示例によること。

1. 診療報酬における書面要件のデジタル化について
2. 書面掲示のデジタル化について
3. 診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種
対応について

診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種対応について①

- 令和5年8月2日の中央社会保険医療協議会総会において、診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するために、令和6年度診療報酬改定より施行を6月1日(薬価を除く)に後ろ倒しすることについて了解いただいたところ。
- 経過措置については、後ろ倒し実施後も9月末を基本とすることをお示したところであるが、経過措置以外にも、診療報酬改定が4月に施行されることを前提に、調査・報告等の時期が定められているものがある。これらについて、実施時期等の整理する必要がある。

具体的な調査・報告等は、以下のとおり。

- ① 社会医療診療行為別統計: 現在は**5月診療分(6月請求分)**のデータを用いて分析・公表
- ② 施設基準の届出状況等の報告: 現在は**7月1日時点の状況**を保険医療機関等に報告を求めている
- ③ 歯科用貴金属価格の随時改定時期: 現在は**4月、7月、10月、1月**に改定を実施
- ④ 各種実績要件: 施設基準の届出や報告を実施する際に、**前年度(前年4月～当年3月)での実績**を求めているものがある

診療報酬改定施行時期の後ろ倒しを踏まえた各種対応について②

①から④の各種調査・報告等の趣旨を踏まえ、以下の方向で対応を行う。

- ①の社会医療診療行為別統計は、医療保険制度における医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的としている。そのため、診療報酬改定により新たな診療行為が追加された場合に反映することは重要であり、**現行の5月診療分では新たな診療行為の反映が1年後になってしまうため、実施時期を見直す。**
 - ②の施設基準の届出状況等の報告は、診療報酬改定等に必要となる保険医療機関等の届出の実態を把握するために実施しており、**新設の施設基準については、7月1日時点では施行1か月後であり、診療報酬改定等に使用するデータとして適切とは言い難い※ため、1か月後ろ倒しし、8月1日時点の報告とする。**
- ※施行直後は施設基準の届出医療機関数が最も少なく、患者数も少ない傾向があることから、施行後2～3か月経過後のデータのほうが、新設された施設基準等の影響が反映されやすい。
- ③の歯科用貴金属価格の随時改定時期は、本年11月17日の中央社会保険医療協議会において了解いただいたとおり、**令和6年6月1日施行後は、9月・12月・3月・6月とする。**
 - ④の各種実績要件は、従来からある施設基準など継続性があるものについては引き続き年度単位での報告を求めることとし、新設の施設基準や要件に変更がある施設基準については、新設や変更のタイミングで初回の報告期間(例えば6月～翌年3月)を明確化し、その上で、2回目以降の報告については年度単位での報告を求めることとする。

医療DXに係る課題と論点

【課題】

- 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、タイムリーな送受信による診療の質の向上等が示されている。
- 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。
- こうした状況の中、今般閣議決定された経済対策においては、「診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、デジタル原則に倣い医療現場において電磁的方法の活用が進むよう、2024年度診療報酬改定において、関係ガイドラインを踏まえつつ、2023年度中に必要な検討を行った上で措置を講ずる。」とされている。
- また、令和3年11月に政府に設置された「デジタル臨時行政調査会」において、社会全体のデジタル化を推進するため、現行の法令上の規制事項に関するデジタル化の検討が進められており、具体的には、目視、定期検査・点検、実地監査、常駐・専任、書面掲示、対面講習、往訪閲覧・縦覧といった類型のデジタル活用を促す見直しを行っていく方向が示され、政府の規制のうち該当条項は全て一定の見直しを行うこととされている。この中で、書面掲示に関する規制条項については、インターネットでの閲覧等を可能な状態にすることを求められているを義務付ける方向が示されている。



【論点】

診療報酬における書面要件のデジタル化について

- 医療情報の電子的な共有の仕組みの構築が進む中で、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、電磁的な方法による書面の交付も可能とすることについてどのように考えるか。
- その際、現時点においても、一部の書面については、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関等に提供する場合に、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、同ガイドラインに定められた電子署名を施すといった事項を求めていることを踏まえ、どのように考えるか。

書面掲示のデジタル化について

- デジタル原則に基づき、医療機関等はインターネットでの閲覧等を可能な状態にすることを義務付けを求められている中で、保険医療機関等における対応についてどのように考えるか。

個別事項(その12)

人生の最終段階における医療・ケア

1. 総論

2. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

適切な意思決定支援の推進について

3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

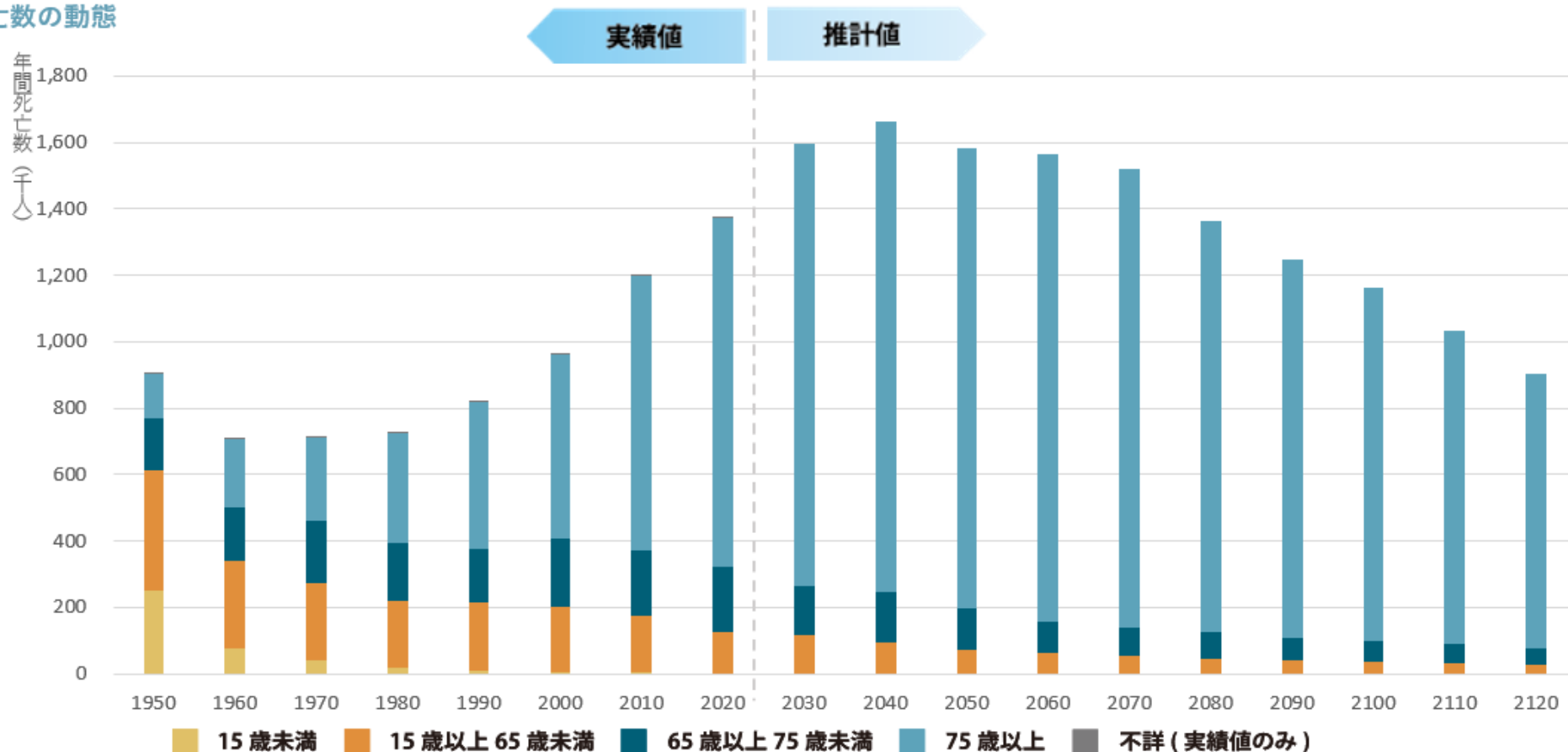
情報の共有について

死亡数が一層増加する

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料 - 2
R 5 . 3 . 1 5

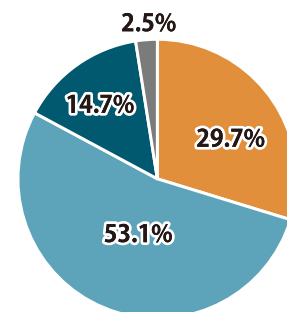
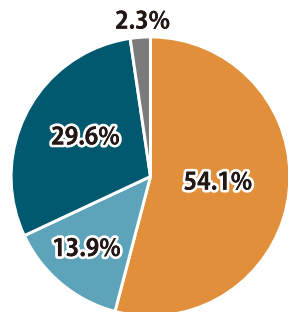
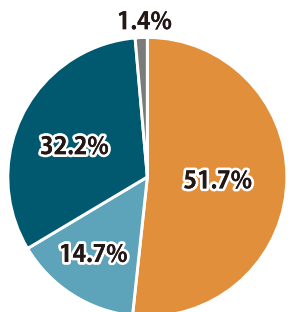
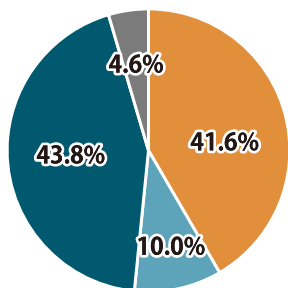
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

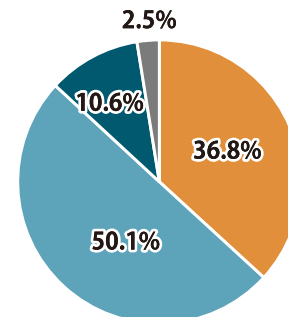
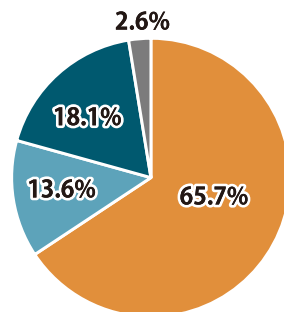
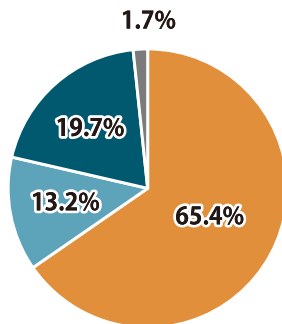
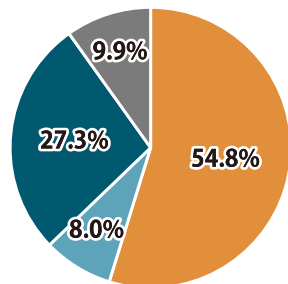
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関
 介護施設
 自宅
 無回答

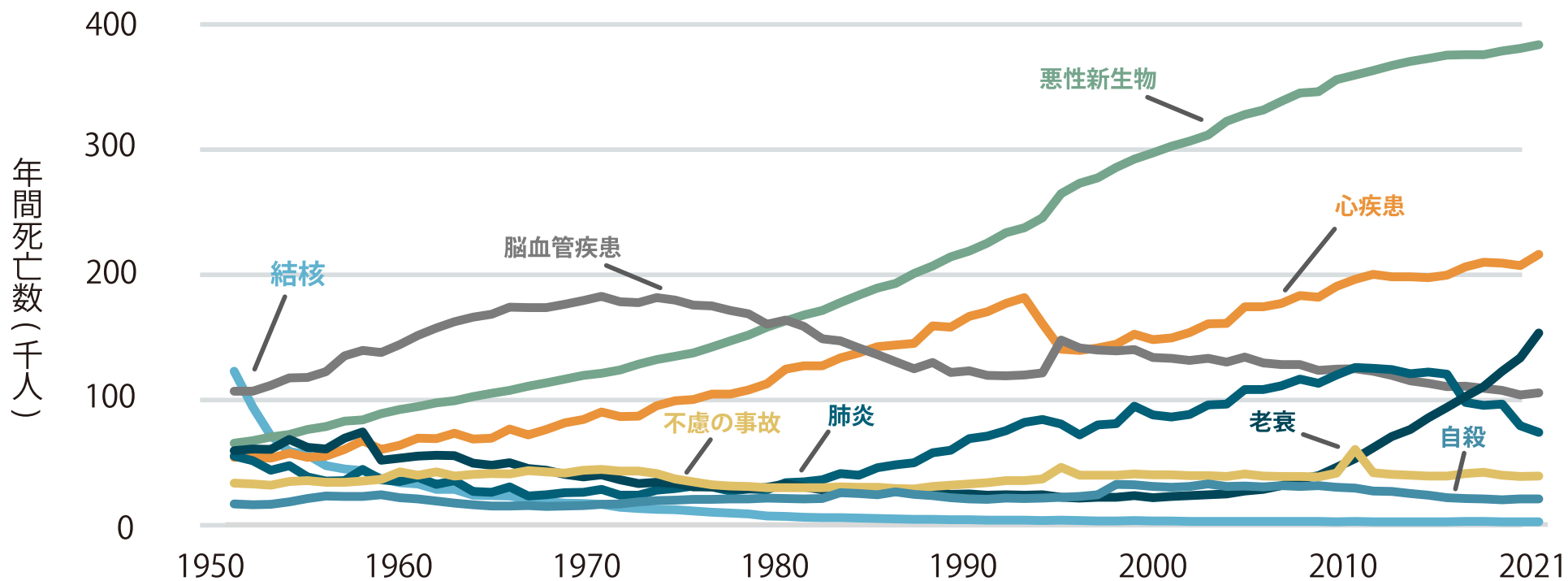
出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(速報値)
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

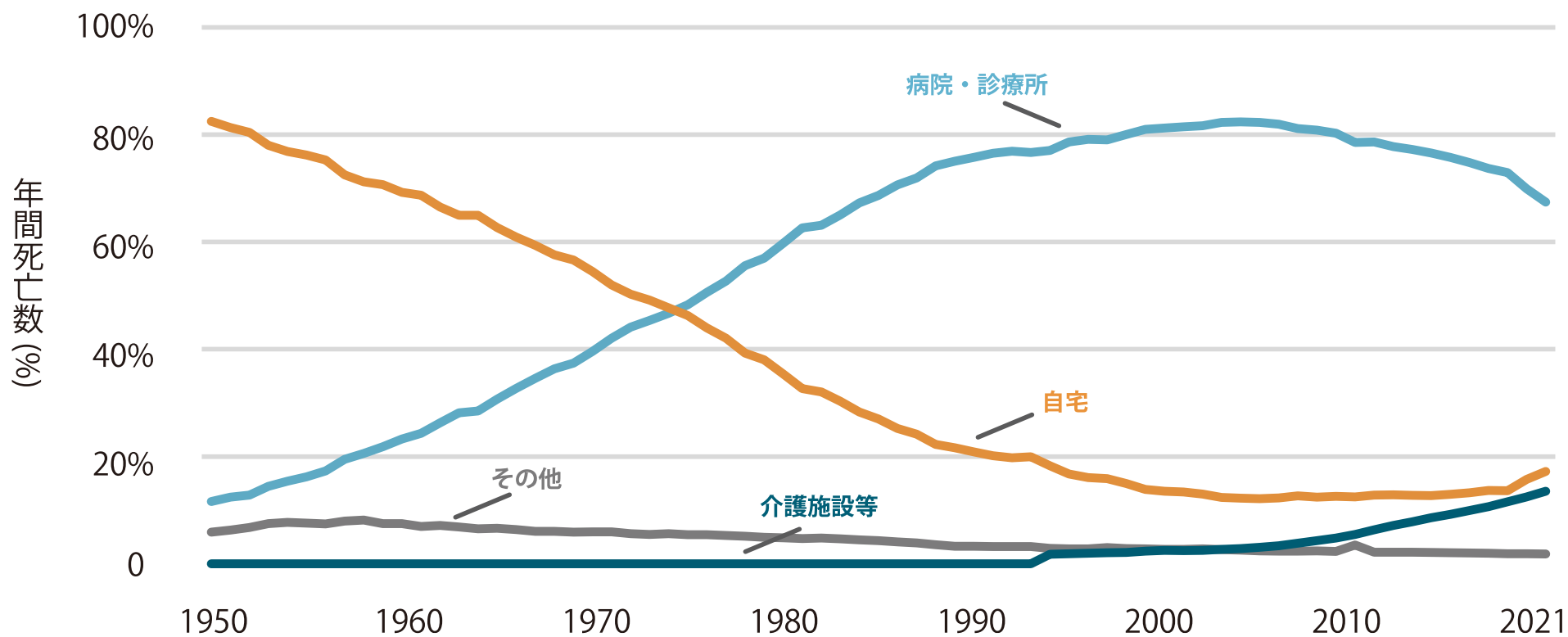
死因の推移



死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

意見交換 資料-2 参考1
29 . 3 . 22

策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

1. 見直しの必要性

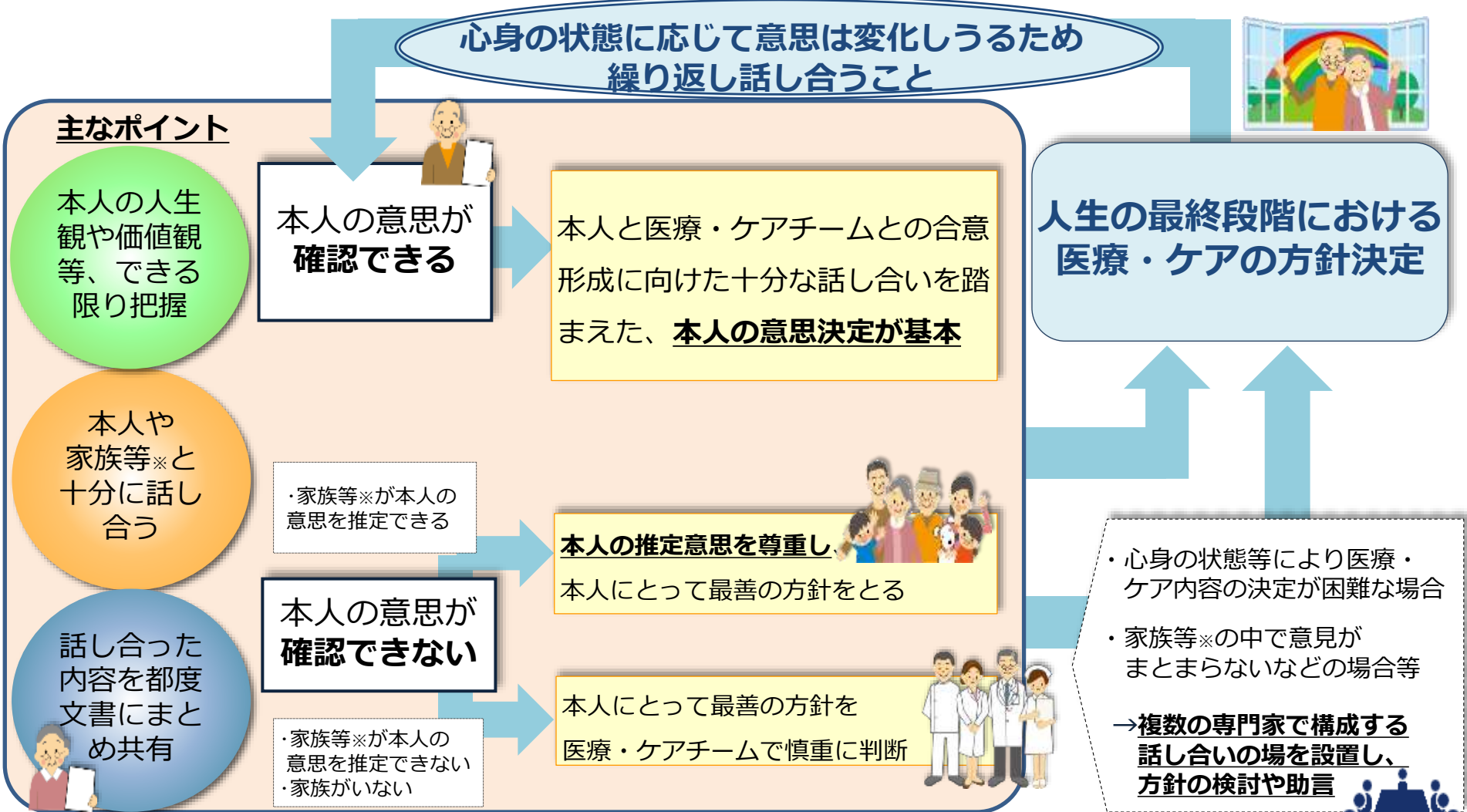
- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
 - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

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

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



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって決めておくことが重要である。

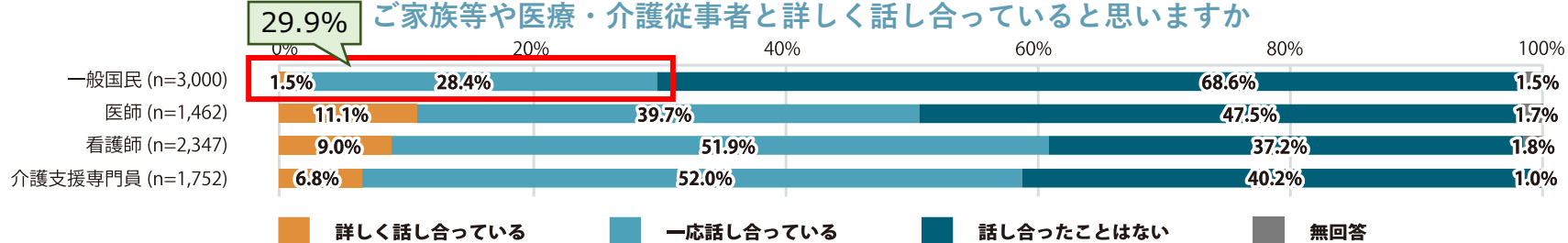
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



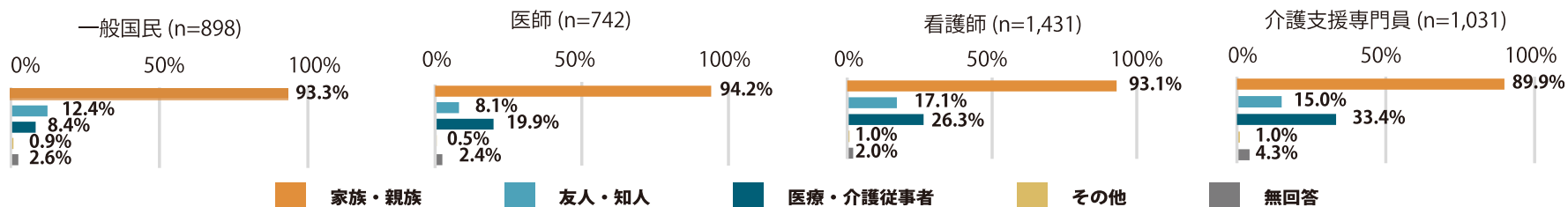
人生の最終段階における医療・ケアに関する 家族等や医療・介護従事者との話し合いの実施状況

意見交換 資料 - 2 改
R 5 . 3 . 1 5

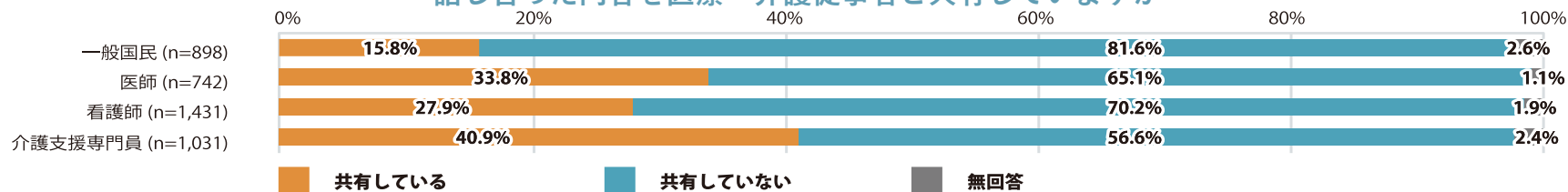
あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、
ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか」の間に「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。
どなたと話し合いましたか（複数回答可）



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか」の間に「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。
話し合った内容を医療・介護従事者と共有していますか



出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」（速報値）

※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

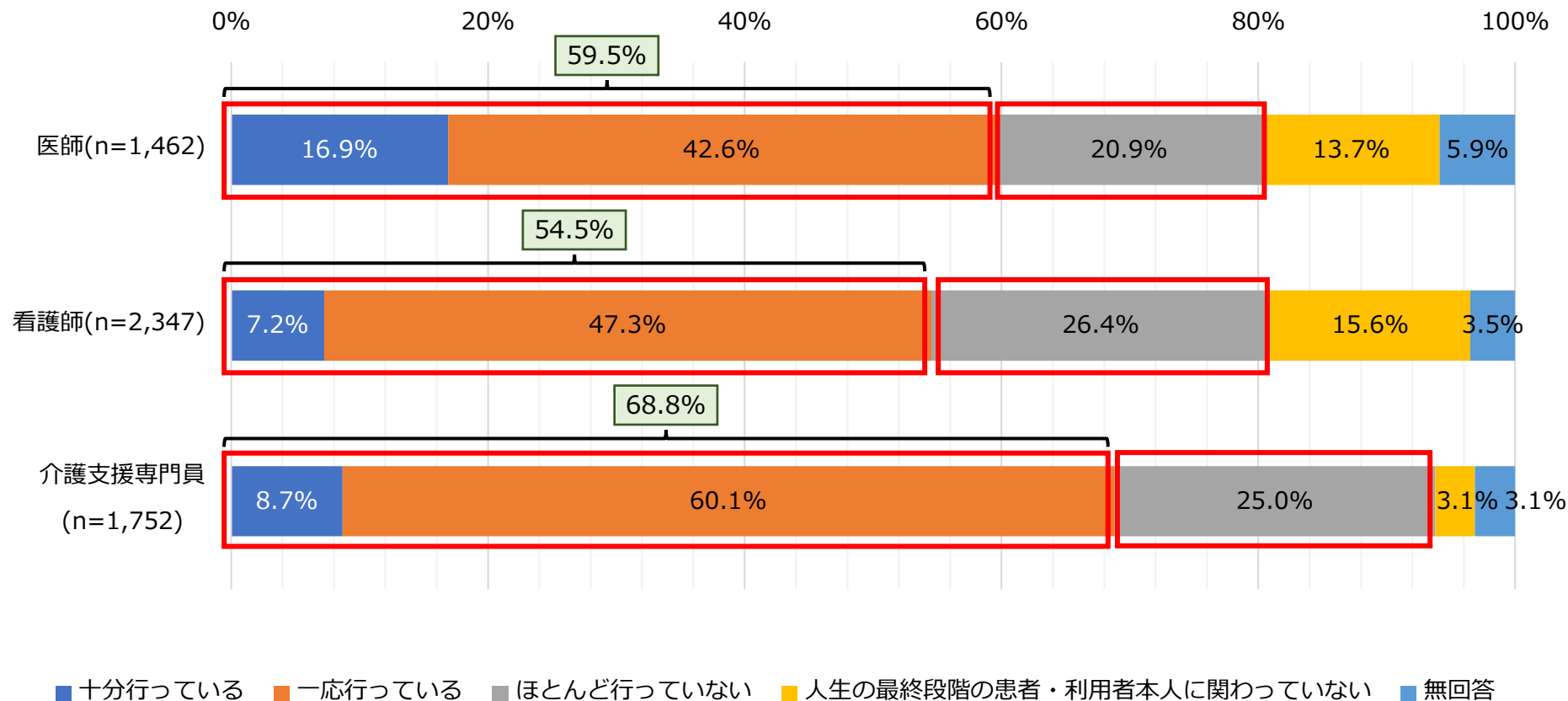
※ 回答の比率（%）は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いの実施状況

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

- 担当患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアに関する話し合いについて、「十分行っている」及び「一応行っている」を合わせると、医師が59.5%、看護師が54.5%、介護支援専門員が68.8%である。一方、医師の20.9%、看護師の26.4%、介護支援専門員の25.0%が、「ほとんど行っていない」としている。

あなたは、担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか（○は1つ）



同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

中医協 総 - 4
5 . 6 . 1 4

テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護

(1) 人生の最終段階における意思決定支援

- いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。
- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。
- 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供

- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。
- 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重した看取りの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。

Ⅱ. 検討結果の概要

13. 横断的個別事項について

13-7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

- 入院医療における人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援については、指針の作成の有無の現状は入院患者の状況にもよるとは思うが、医療の質の改善を目指す観点からも、指針の策定や有効利用を推進していくべきではないかとの指摘があった。
- 外来医療における人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援については、高齢者が増加し、意思決定支援の必要性が高まっているなか、入院医療と比較し外来医療における取組に差があることや今後は認知症患者が増加することも踏まえ、かかりつけ医による取組の強化が必要ではないかとの指摘があった

1. 総論

2. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

適切な意思決定支援の推進について

2-1. 外来における意思決定支援について

2-2. 入院における意思決定支援について

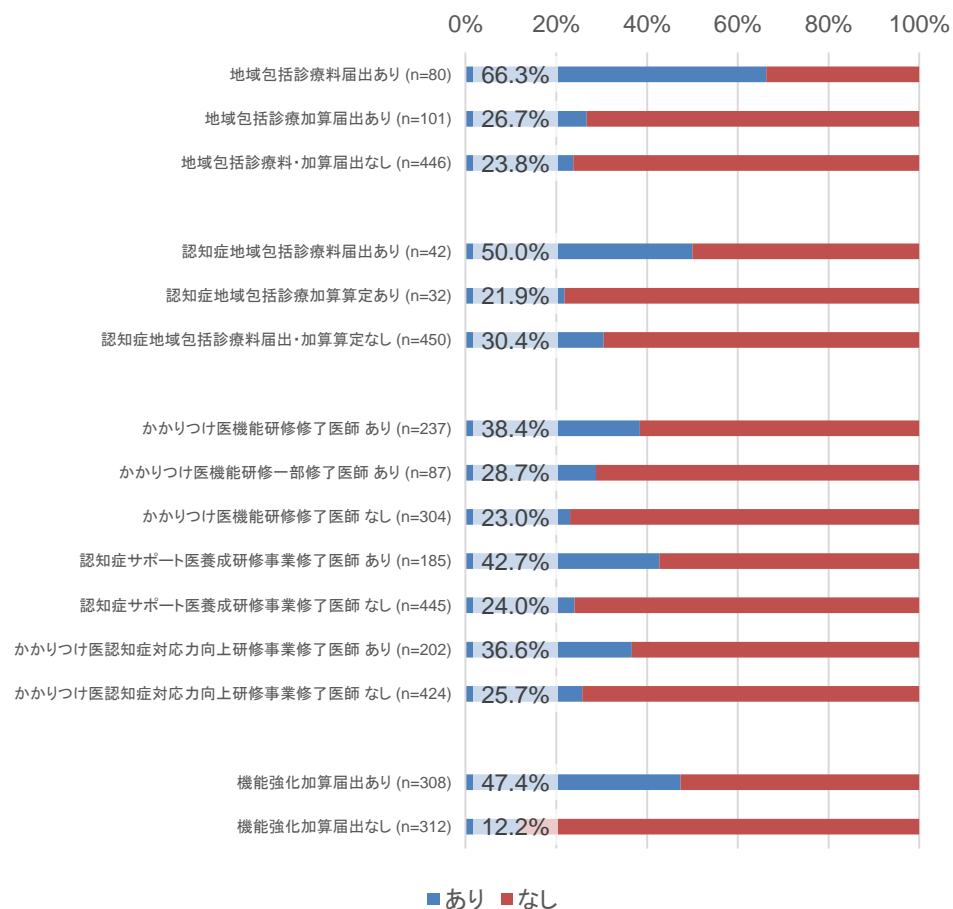
3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

情報の共有について

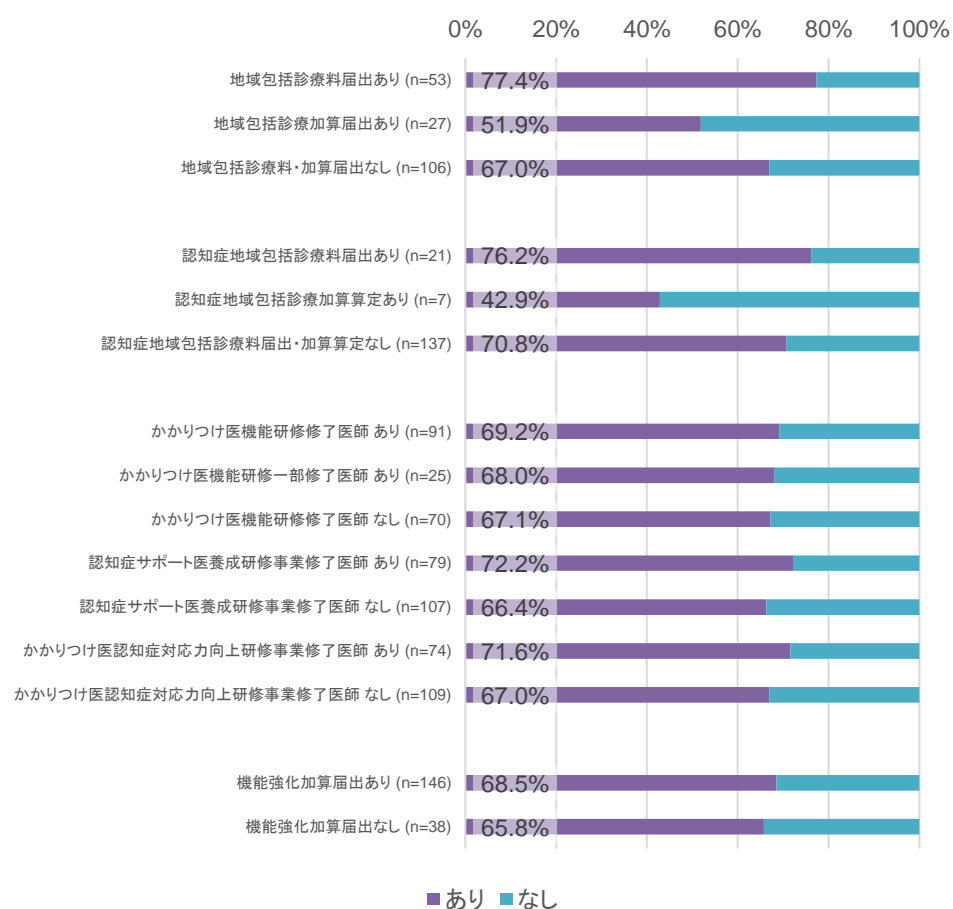
適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を策定している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



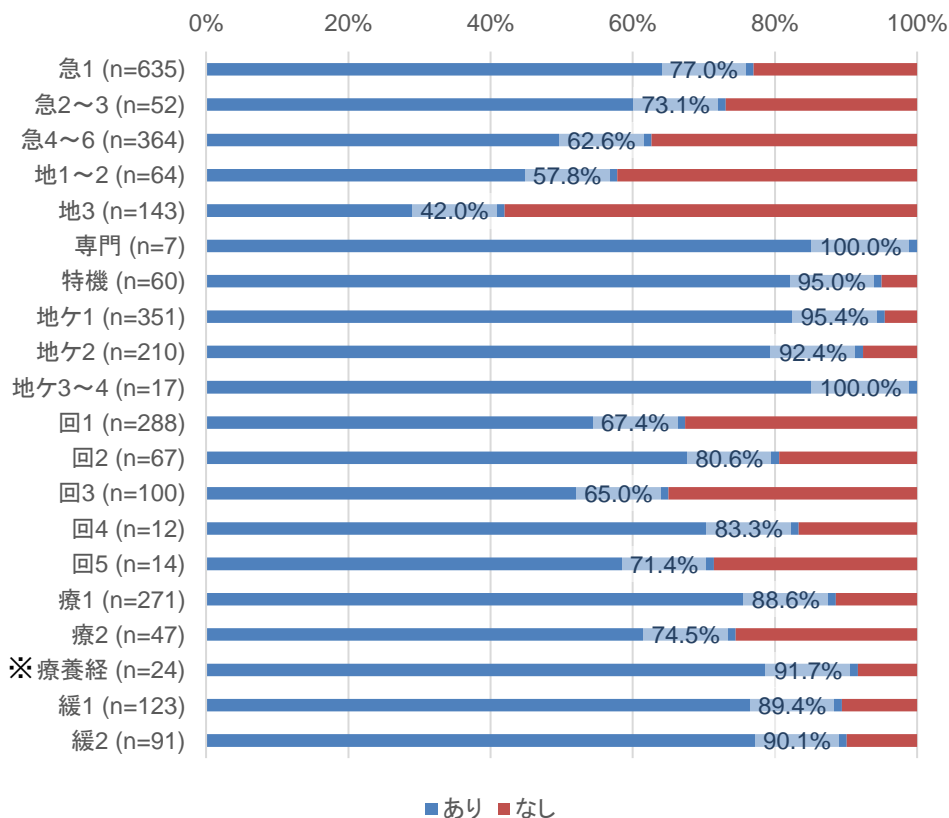
定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



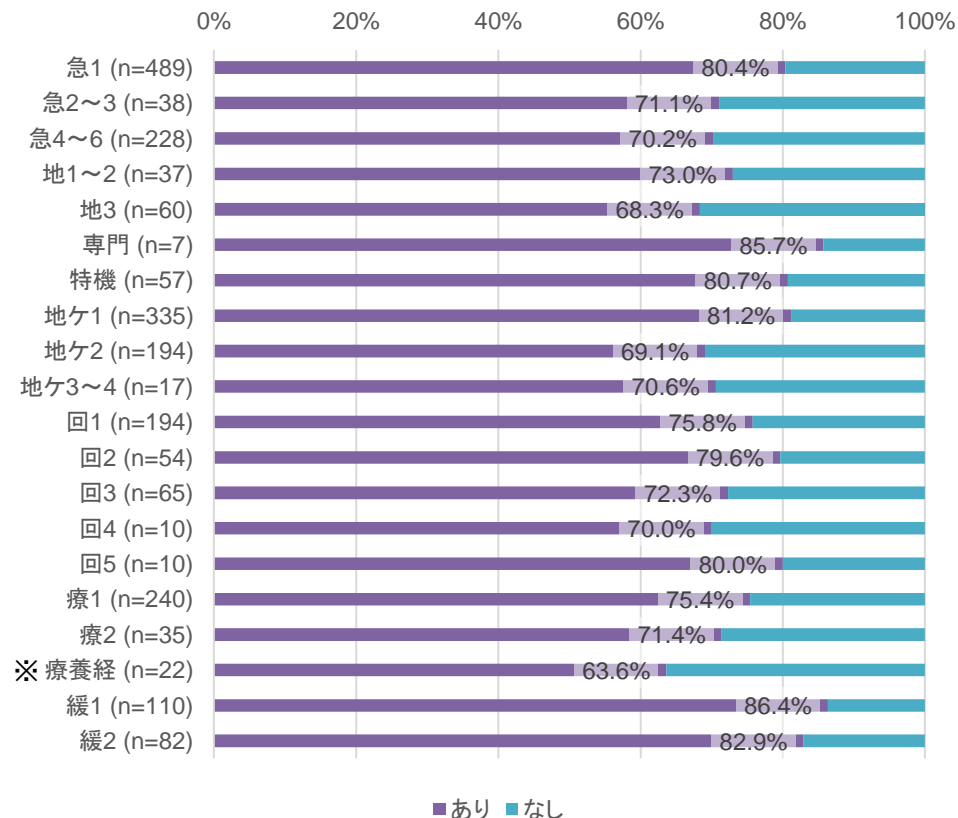
適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を策定していない割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



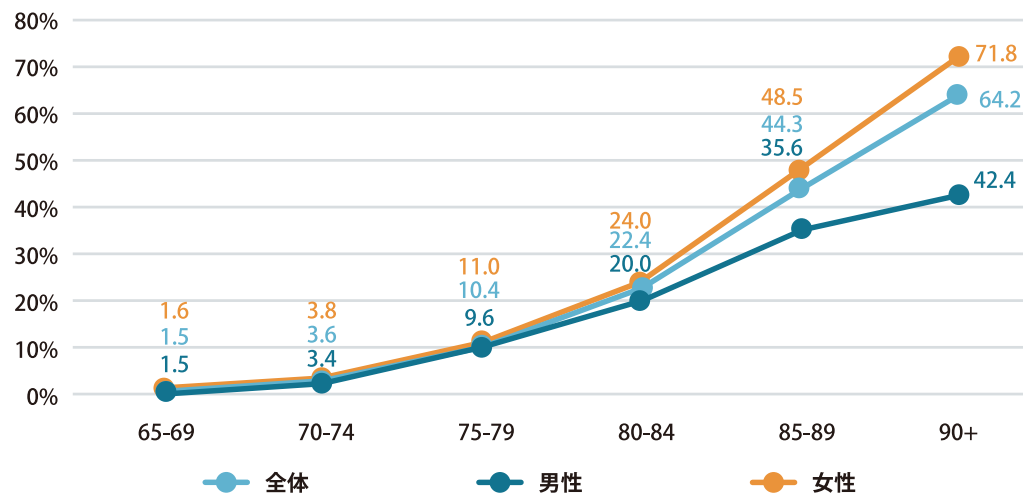
人生の最終段階における適切な意思決定に関する指針の策定の評価の経緯

- 診療報酬においては入院・外来・在宅のそれぞれの場において「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件としている。
- 外来においては、がん患者に対する指導管理における意思決定支援に関する指針の作成に関する評価の見直しは行っているが、他の患者の意思決定支援に関する診療報酬上の対応は行っていない。

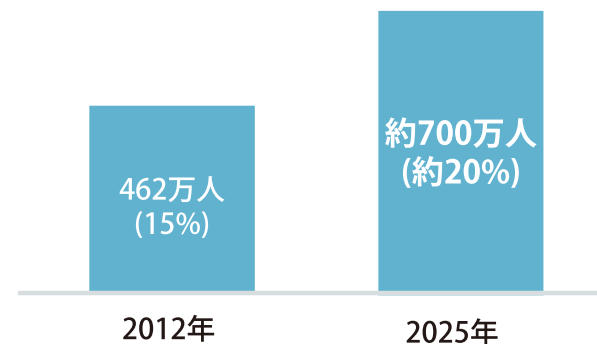
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定に対する評価の経緯

	入院	外来	在宅
平成30年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1, 3 において、医療機関で看取りの指針を定めていることを要件化	—	—
令和2年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—	—
令和4年	—	がん患者指導管理料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	在宅療養支援診療所・病院において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化

年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果 (解析対象5,073人)
 研究代表者二宮治 (九州大学大学院) 提供のデータより作図

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

認知症の人の将来推計について

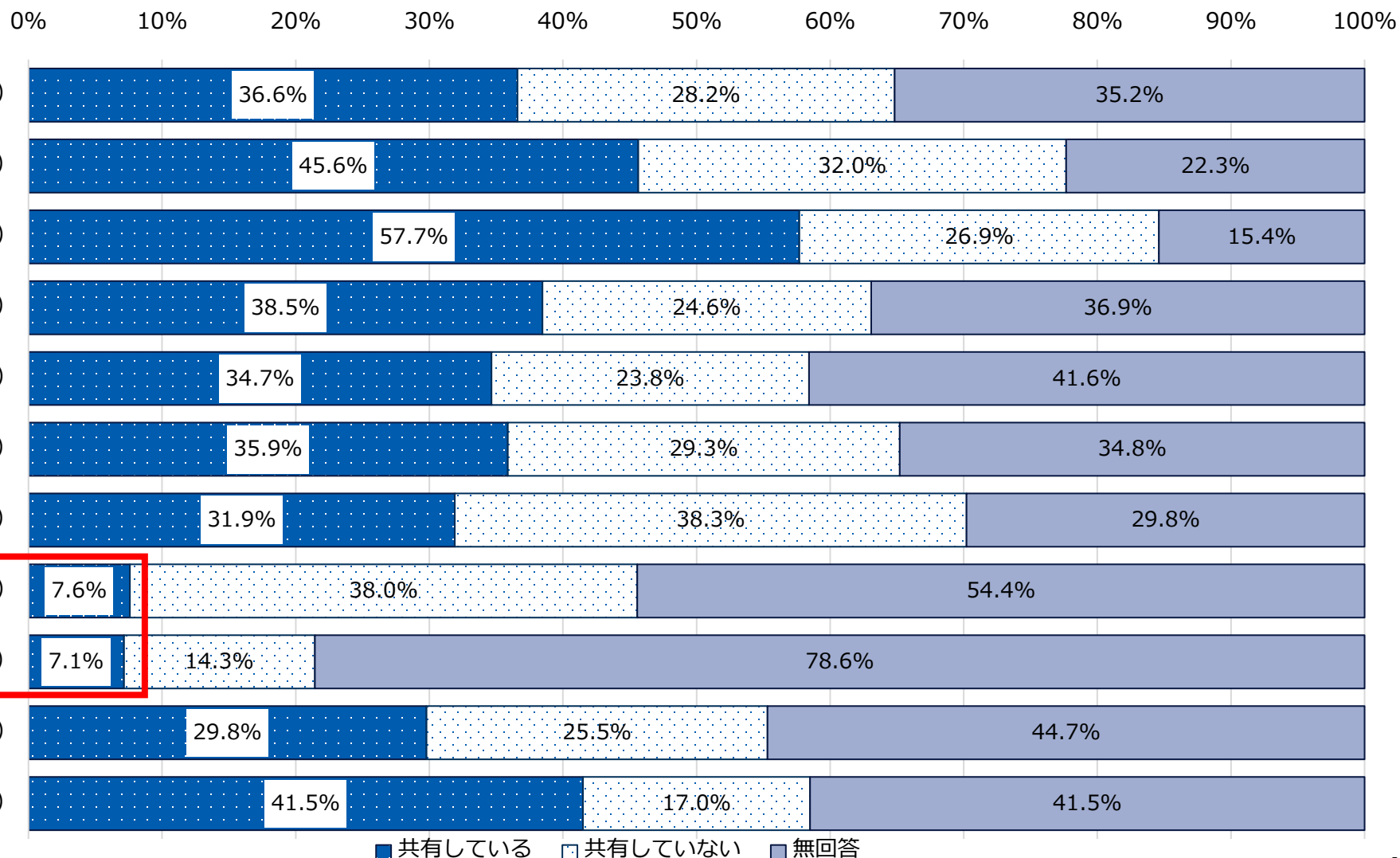
年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/率		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針の共有状況

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8 改

○ 訪問診療を受けている認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針の本人との共有状況について、日常生活自立度が低い患者ほど方針の共有をしている割合が低い。

人生の最終段階における医療・ケアの方針について、患者本人との共有状況



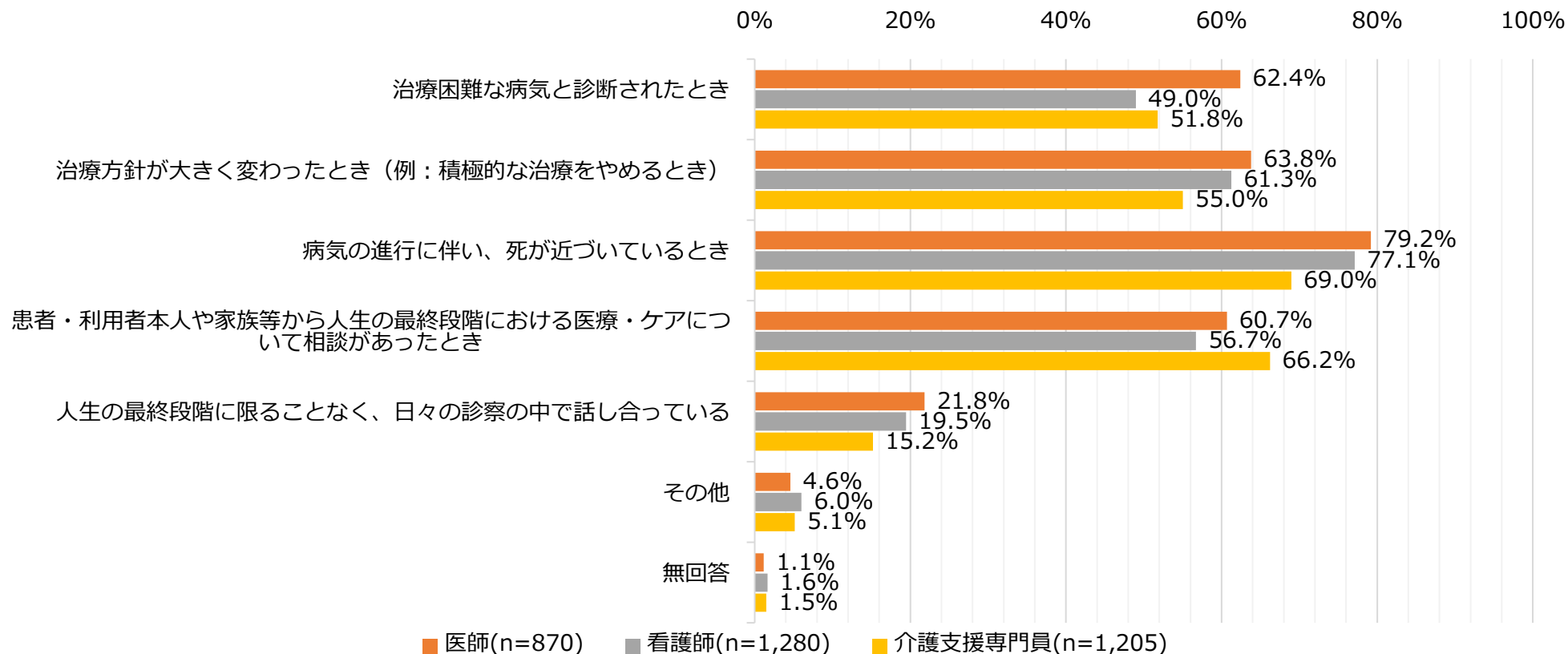
■ 共有している □ 共有していない ■ 無回答

人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いの時期について

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8 改

○ 人生の最終段階の医療・ケアの話し合いを行う場面としては、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき」が医師で79.2%、看護師で77.1%、介護支援専門員で69.0%と最も多く、「治療方針が大きく変わったとき」、「治療困難な病気と診断されたとき」や「患者・利用者本人や家族等から人生の最終段階における医療・ケアについて相談があったとき」が約5～6割であった。

あなたは患者・利用者本人やその家族等と人生の最終段階の医療・ケアについての話し合いをいつ行っていますか（複数回答可）（※）



※ 「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていますか」の間に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

- 人生の最終段階における医療・介護に対する意思決定支援について、認知機能の低下や明瞭に意思を示せない状態に至った場合に備える目的で、対象者へ継続的に診療やサービス提供をする中で専門職が機会をとらえて断続的に繰り返すことが重要とされている。

【継続的な意思決定支援】

- ステップ1 本人の嫌なこと、好み、大切なこと、価値観、人生観、死生観を示す“発言”や“エピソード”を把握する
 ステップ2 把握した“発言”や“エピソード”をできるだけ逐語的に記録し、把握した場面も分かるような記述を添える
 ステップ3 記録は必要な時に共有できるよう準備しておく

*複雑な事例や当事者間に意見の相違や対立があって第三者の介入が望ましい場合など

第三者を交えた会議の開催や文書化*

・倫理委員会やチームの関与 ・事前指示書の作成 ・代理意思決定者の選定 など

専門職が支援を通じて把握に努め、それらの記録を蓄積したい情報

①望む暮らし

・「母が肺炎のとき 医者から食事をとめられた。食べられないなら死んだも同じで、自分だったら肺炎になってもいいから食べたい」
 ・「どうしてもポータブルトイレは使いたくないから 立ち上がるのも大変だけど、頑張ってトイレに行きたい」

②療養場所の選択

・「グループホームで母は幸せそうに最後まで暮らしていたから、自分もあんな施設なら入ってもいい」
 ・「妻に迷惑をかけたくないから、本当は家にいたいけど、最後は入院させてください」
 (肺がん末期の男性)

最初嫌がっていたが、宿泊サービスを利用を重ねたのち「ああいう所に住むのもいい」
 (認知症の80代女性)

支援を通じて意向に変化を生じた

③医療についての選好

・「病院では娘にも会えず寂しいからできるだけ入院したくない」
 (入院を繰り返している心不全患者)
 ・「父が集中治療室でたくさんの管に繋がれているのを見て、ああはなりたくないと思った」

・「もし4つ目の癌が診断されたら手術をしますか」との質問に「次は無理です」と答えた
 (癌の手術を3回経験した90代男性)

意図した問いが意向を具体化する

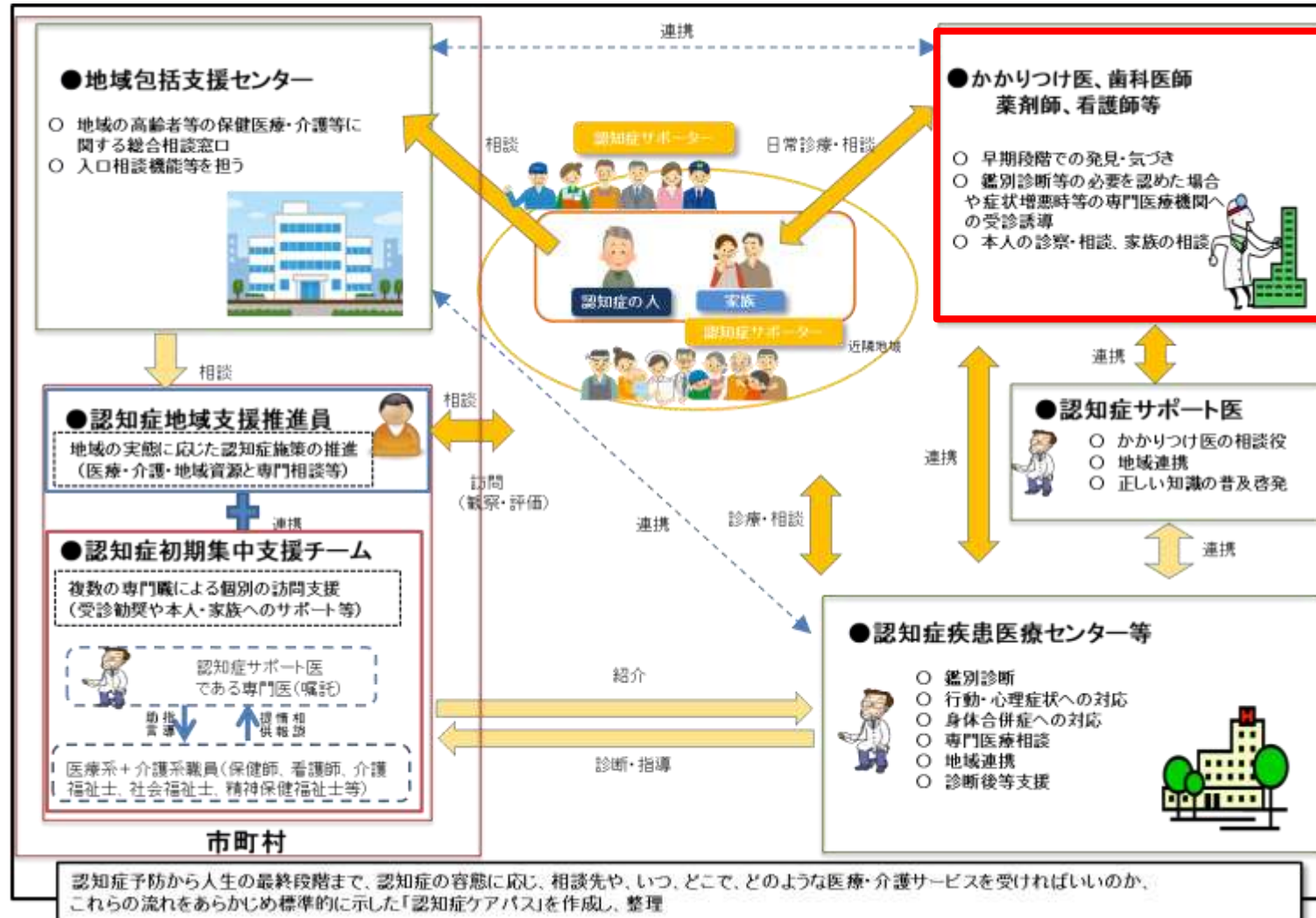
④現状のQOLの満足度

・「母と同じ年齢までは生きたいと思う」
 現状に不満足ではないことの表出
 ・「改善の可能性が3割程度と見込まれる場合に、侵襲性の高い手術を受けるか？」と聞かれたらどう考えるか？と尋ねると「希望しない、もう早く死にたい」
 現状に不満足・余力のなさの反映

日常生活の中で垣間見うる情報(嫌なこと/好み、大切にしていること等)

認知症患者に対するかかりつけ医の対応

- かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて他の医療機関等と連携を図ることが求められている。
- 診断後は、認知症への対応に困ったとき、相談に乗り、適切にアドバイスをする役割を担いつつ、適切な段階においては、人生の最終段階における意思決定支援を行うことも一つの役割である。



地域包括診療料・加算について

中医協 総-8
5. 6. 21改

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)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 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ※ 地域包括診療加算2については在宅医療の提供及び当該患者に対し、24時間の連絡体制の確保していること。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

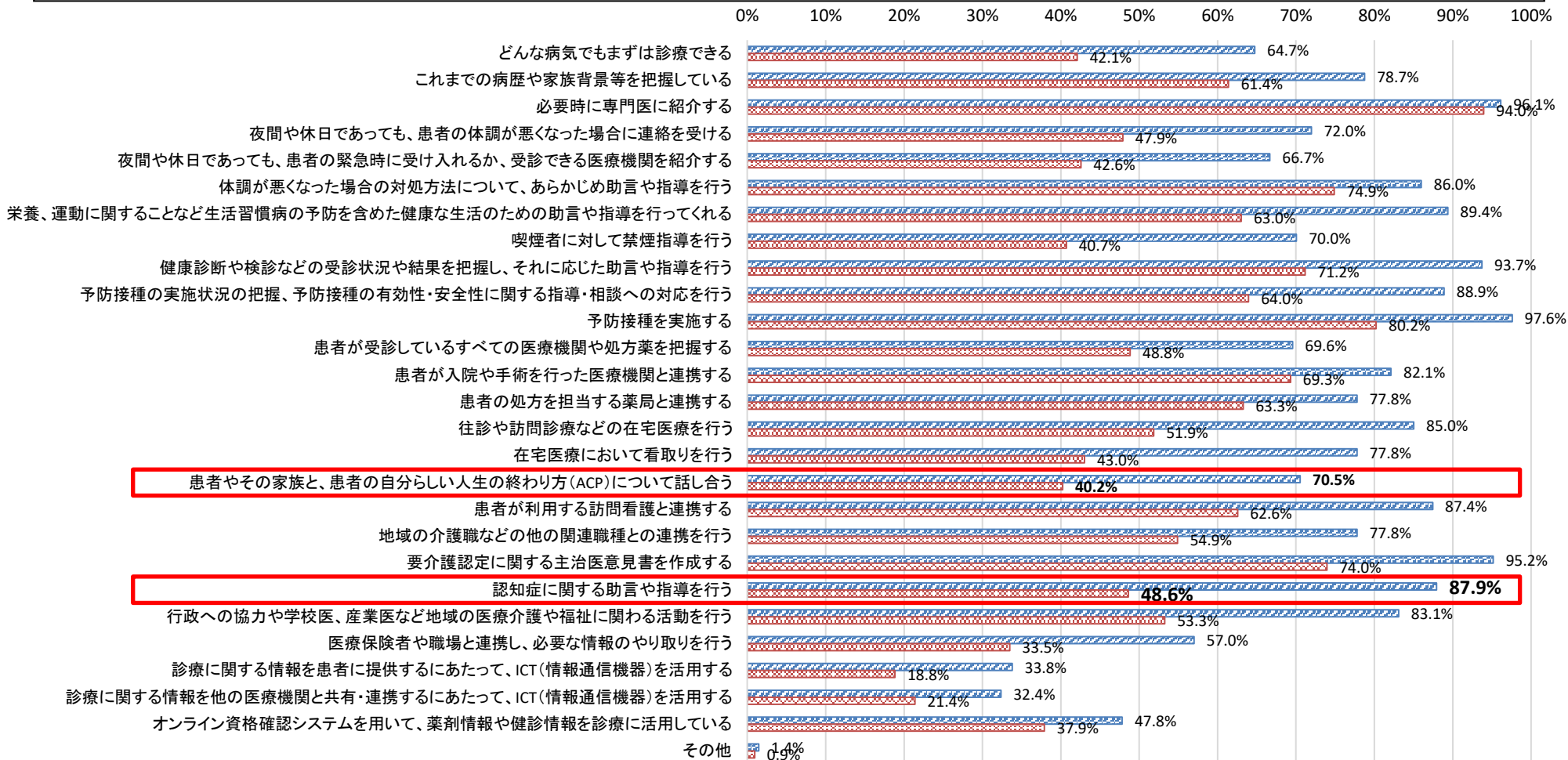
【カリキュラム内容】

- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、**認知症の人の意思決定支援について**
認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



かかりつけ医機能について

○ 施設が有するかかりつけ医機能として「認知症に関する助言や指導」を有する施設は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師が所属する施設では87.9%、所属していない施設では48.6%であった。「患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方(ACP)について話し合う」の割合は、研修を受講した医師の所属する施設の方が高かった。



■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 あり(n=207)

■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 なし(n=430)

○ 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から、次のような利点が挙げられた。

① 利用者・家族が「チームによる支援」を感じる場となる

サービス担当者会議は、訪問診療ではなく、特に外来通院のみを受けている方について有効。

「私はまだ通えているから大丈夫」、「うちはまだ往診は必要ないから」という利用者・家族が、例えば自宅に来るヘルパー等の訪問スタッフではなく、自らが出向き通う先の、生活の場と離れた場にいる医師とのつながりからチームを実感し、チームの一体感を感じられる貴重な機会である。

また、早い時期に、全体に対して意向の確認ができる場になる。医療への期待や自身の将来、支援者への期待等について、本人・家族の気持ちを医師と共に確認できる重要な場となり、意思決定支援のはじめの一歩となることも多い。

② 要支援者や軽度者ほど、現実を直視する場となる

自立に近く、元気な方ほど現実とセルフイメージにギャップが生じている方が多い。健康寿命を左右する大切な時期を支える外来医療における主治医には重要な役割があり、定期的な担当者会議への参加は利用者・家族、医師をはじめとする支援者双方にとって、大変有効な機会となっている。利用者・家族にとっては元気高齢者であり続けるために、現実を正しく知ることからリスクや予防への意欲・目標意識が高まる場になる。主治医は在宅の状況や家族の事情を定期的に知り、情報を更新する良い機会となるため、急変時などの意思決定支援につながる情報を得る場となる。この時期に、利用者・家族、外来医師・ケアマネジャーがつながることにより、早期からの意思決定支援の開始、本人・家族状況の把握ができ、急変等の緊急時や災害時にも役立つ。

③ 客観的な立場から評価を得られる場となる

外来で付き添う家族や支援者へのアセスメント、客観的な評価が得られることも大きなポイント。ヤングケアラー問題、虐待予防や家族の心身の健康状態、栄養評価による生活困窮などの課題の早期発見、適切な支援者とのマッチング、など、要支援者・軽度者における早期の担当者会議への主治医の参画は様々な効果が得られる。

④ 主治の医師、医師それぞれの役割が明確になる

外来医療が中心となる時、利用者は様々な診療科にかかっている。ケアマネジャーがハブとなり、医師同士や病院間のつながりをつくりコンサルテーションを進めるきっかけになるのが担当者会議である。重度になってからより、元気な頃の方が進めやすく、それぞれの医師が自分の役割を認識し、横のつながりで協力し合うネットワークをつくってもらえると、重度化した際や、急変時には大変役立つネットワークとなる。

⑤ 外来の情報は宝の山であり、意思決定支援のはじめの一歩となる

のちに重要となる情報は外来医療の場にある。病気になった初期の反応や受け止め、意向や目標なども外来医師がよく把握している場合も多く、地域のかかりつけ医である場合には、その方が介護者であった時の頃のこと、近しいご親族の関係性などもよく知っていて介護や支援の入り口を教えてもらうことも多い。外来診療時の主治医へ、定期的な報告がケアマネジャーより蓄積されていけば入院時には医師間・支援者間に役立つ情報が主治医のもとに集積されており、緊急・災害時にも、入退院連携時にも役立つ。外来と病棟、外来と地域、外来と外来等、諸機関連携に大変重要な役割を担っている。

外来における意思決定支援について【事例】

- 外来において、認知症診断後早期の段階で人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意向について話し合いを行うことで、患者本人の望む医療・ケアを提供できる場合もある。

経過の概要

(80歳代男性 慢性腎不全 アルツハイマー型認知症)

- ・妻と二人暮らし、2年前から物忘れが目立つようになり、認知症疾患医療センターにてアルツハイマー型認知症と診断。抗認知症薬の内服している。
- ・最近、慢性腎不全の病状が進行し、近い将来、透析が必要になるだろうと、外来の主治医より説明した。
- ・**外来の主治医が、意思決定の必要性を判断し、看護師によって本人と妻と将来のことについて話し合いを実施した。**

<看護師と本人・家族の話し合い>

- 本人は主治医からの説明をほぼ記憶していたが、年齢や認知症のことから、透析はしたくないとの意向であった。妻は本人の意向を尊重したいと考えていた。看護師から本人と妻に苦痛症状への対応について聞くと、症状緩和は最大限行って欲しいとの意向であった。

- ・主治医の診察時、看護師との話し合い内容を踏まえ、**本人達は自身の意向を家族・主治医に共有し、医療・ケアに関する意向について書式として保管することになった。**

- ・初回面談から半年後、呼吸困難と全身浮腫で救急搬送された。
- ・妻は病院の救急担当医に本人の意向を記載した書式を見せ、主治医も了解していることを伝え、呼吸困難の緩和目的に入院、保存治療となった。

- ・保存治療で症状は緩和され、退院の目途は立ったが、ADL低下が見られたため、家族は施設入所を希望した。
- ・本人から、「**家で最期を迎えたい**」と意思表示があり、医療多職種チームで繰り返し話し合い、入院後1ヶ月で自宅退院となった。



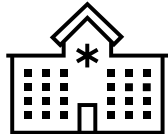
認知症診断後早期からの話し合い



緊急入院



在宅移行



1. 総論

2. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

適切な意思決定支援の推進について

2-1. 外来における意思決定支援について

2-2. 入院における意思決定支援について

3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

情報の共有について

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料 - 2
R 5 . 3 . 1 5

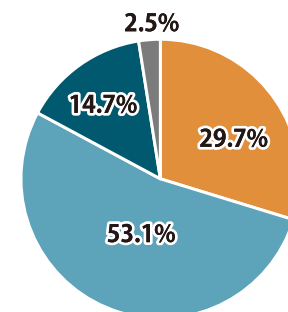
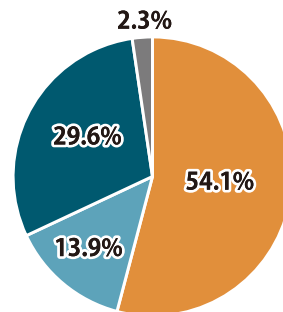
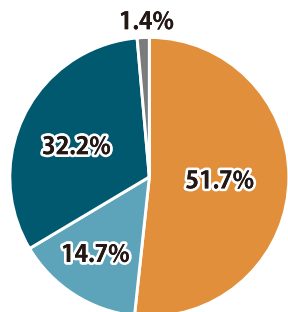
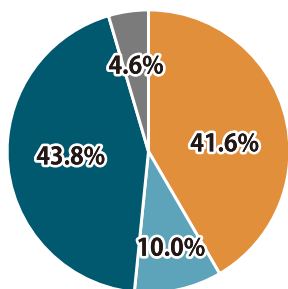
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

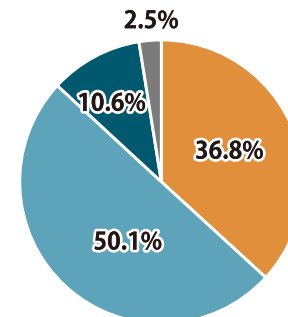
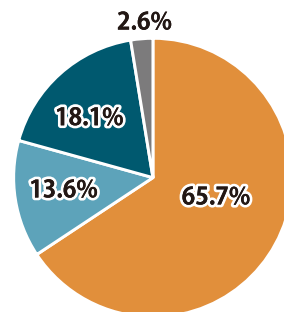
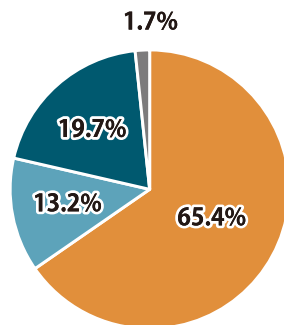
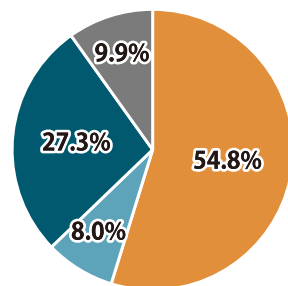
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関
 介護施設
 自宅
 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(速報値)
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

【再掲】 人生の最終段階における適切な意思決定に関する指針の策定の評価の経緯

- 診療報酬においては入院・外来・在宅のそれぞれの場において「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件としている。
- 外来においては、がん患者に対する指導管理を評価する観点での指針に関する評価の見直しは行っているが、他の患者の意思決定支援に関する診療報酬上の対応は行っていない。

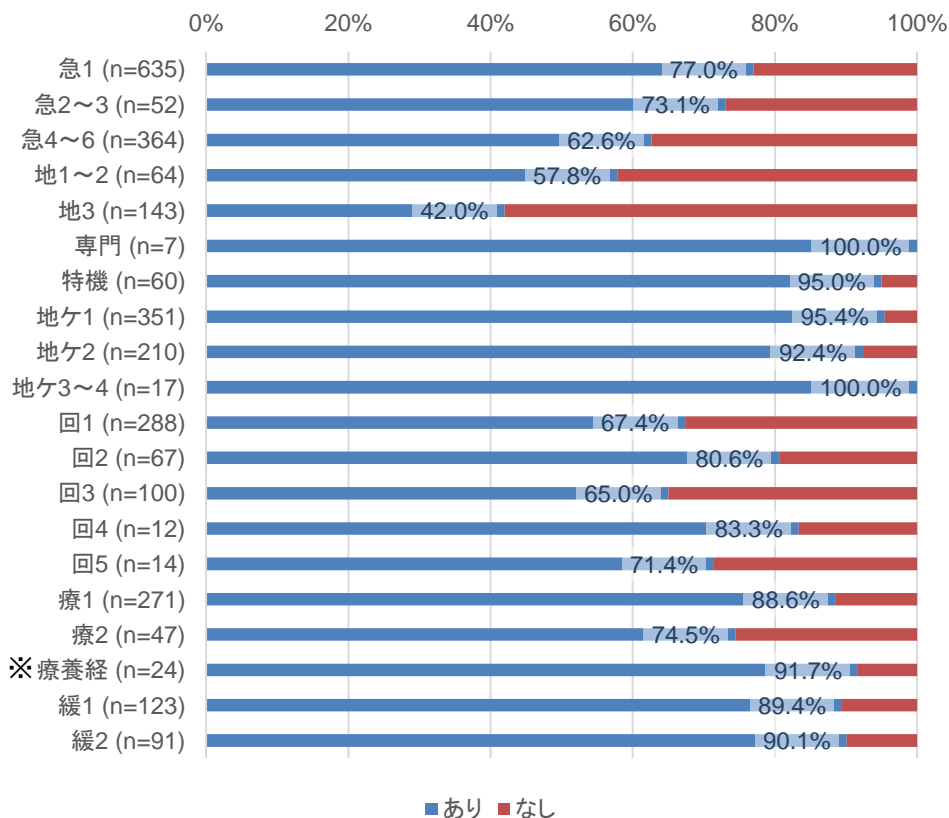
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定に対する評価の経緯

	入院	外来	在宅
平成30年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1,3において、医療機関で看取りの指針を定めていることを要件化	—	—
令和2年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—	—
令和4年	—	がん患者指導管理料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	在宅療養支援診療所・病院において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化

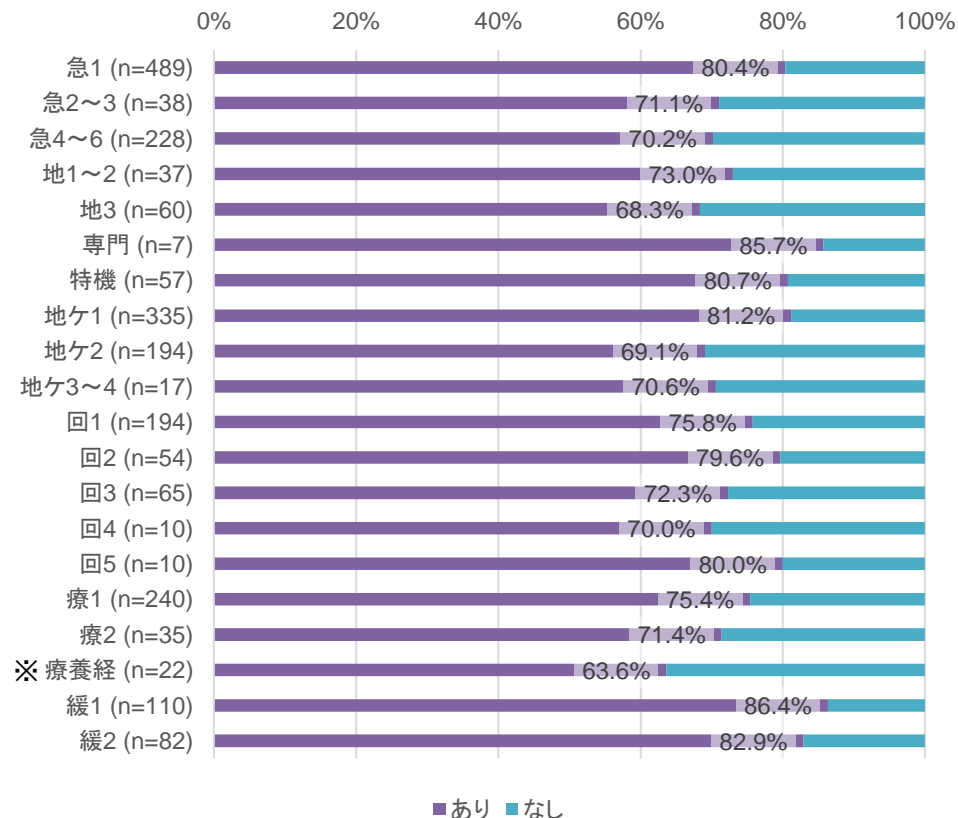
【再掲】適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を策定していない割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



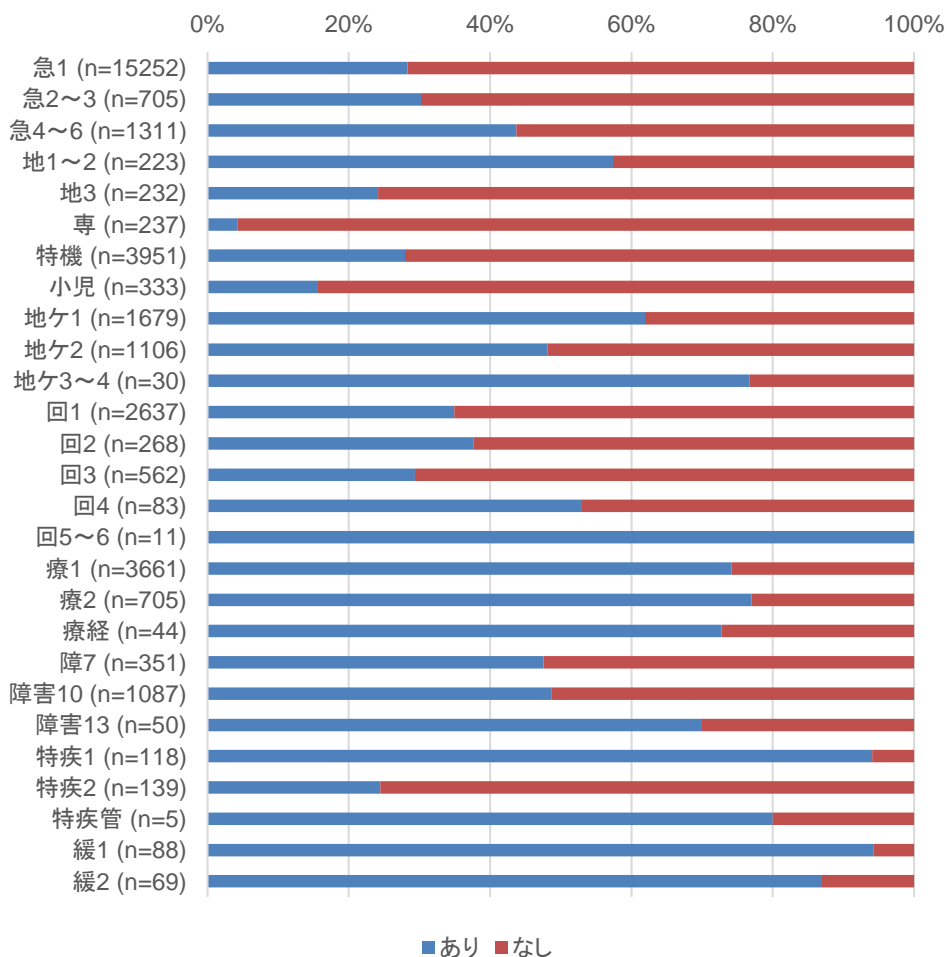
定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



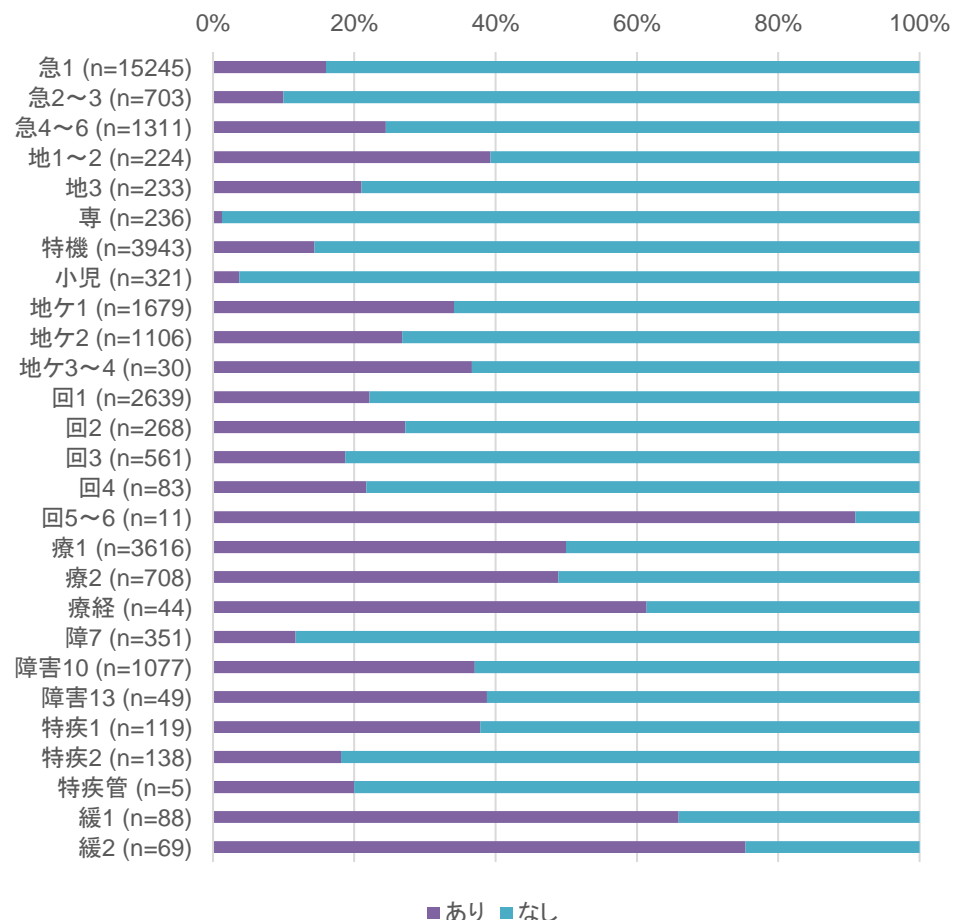
人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援

- 療養病棟・特殊疾患病棟・緩和ケア病棟での意思決定支援実施率が高く、急性期病棟に比べて、地域包括ケア病棟での実施率が高い傾向があった。
- また、緩和ケア病棟・療養病棟を除いて、他施設からの医療・ケア方針に関する情報提供の割合は多くなかった。

自院での適切な意思決定支援の実施有無



入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針についての情報提供の有無



高齢者に多い疾患の入棟先について

○ 高齢者に多い疾患の患者、特にそのうち救急搬送された患者は、適切な意思決定支援に関する指針の策定を要件としていない急性期一般入院料を算定する割合が高い。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患^{※1}における75歳以上の患者が一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先の内訳
(カッコ内は、そのうち救急搬送により入院した割合)

(全疾患)	急性期一般 入院料1 (353,143床)	急性期一般 入院料2-3 (15,941床)	急性期一般 入院料4-6 (135,739床)	地域一般 入院料1-2 (19,121床)	地域一般 入院料3 (29,777床)	その他の DPC算定病床 ^{※1} (113,549床)	地域包括 ケア病棟 (98,546床)	地域包括ケア病棟 のうち 転院入院以外
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
2 食物及び吐物による肺炎	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
3 うっ血性心不全	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
4 老人性初発白内障	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
5 大腸<結腸>のポリープ	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
6 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
7 転子寛骨骨折 閉鎖性	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
8 尿路感染症、部位不明	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
9 老人性核白内障	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
10 肺炎、詳細不明	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
11 腰椎骨折 閉鎖性	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
12 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
13 その他の型の狭心症	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
14 脳動脈の血栓症による脳梗塞	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
15 体液量減少(症)	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
16 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
17 慢性腎臓病、ステージ5	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
18 脊柱管狭窄(症) 腰部	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
19 急性尿管管腔質性腎炎	64.2% (50.1%)	2.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	5.6% (18.5%)	5.1% (19.8%)
20 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
21 脳動脈の血栓症による脳梗塞	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
22 その他の原発性膝関節症	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% (6.5%)
23 細菌性肺炎、詳細不明	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)
24 一側性又は患側不明の鼠径ヘルニア、閉塞及び壊瘍を伴わないもの	69.5% (1.0%)	2.2% (1.6%)	6.8% (1.6%)	0.2% (1.7%)	0.1% (11.8%)	17.5% (0.6%)	3.8% (0.4%)	3.8% (0.3%)
25 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、肝細胞癌	62.8% (7.5%)	1.9% (9.7%)	6.6% (15.2%)	0.4% (15.0%)	0.4% (5.5%)	25.6% (5.6%)	2.3% (6.8%)	1.8% (8.7%)

※1 入院初日にDPC算定病床^{※2}又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、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、総合産科特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床

※3 病床数は令和4年7月1日時点

出典：DPCデータ(令和4年1月～12月)

病棟区分別の傷病名別患者数・意思決定支援の状況

○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援の状況について、一般病棟※と地域包括ケア病棟・療養病棟では患者の傷病名の構成が異なっており、同一傷病名であっても一般病棟に比べて地域包括ケア病棟・療養病棟の意思決定支援の実施割合が高い。

※急性期一般入院料・地域一般入院料・専門病院入院基本料・特定機能病院入院基本料を算定している病棟

■病棟区分別の傷病名別患者数・意思決定支援実施割合（75歳以上）

一般病棟

順位	傷病名	患者数	支援実施割合
1	誤嚥性肺炎	485	40.8%
2	うっ血性心不全	391	39.4%
3	COVID-19	314	37.9%
4	大腿骨頸部骨折	299	30.8%
5	大腿骨転子部骨折	279	29.1%
6	急性腎盂腎炎	137	45.8%
7	心原性脳塞栓症	136	37.7%
8	細菌性肺炎	122	50.4%
9	腰部脊柱管狭窄症	117	20.2%
10	尿路感染症	90	32.6%
11	慢性うっ血性心不全	88	33.7%
12	アテローム血栓性脳梗塞・急性期	83	33.3%
13	肝細胞癌	80	32.4%
14	腰椎圧迫骨折	80	21.5%
15	変形性膝関節症	75	16.0%
16	末期腎不全	74	44.4%
17	肺炎	72	36.2%
18	アテローム血栓性脳梗塞	66	23.4%
19	直腸癌	66	32.2%
20	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	65	28.1%

地域包括ケア病棟・療養病棟

順位	傷病名	患者数	支援実施割合
1	脳梗塞後遺症	266	81.9%
2	誤嚥性肺炎	239	69.8%
3	廃用症候群	224	79.1%
4	アルツハイマー型認知症	192	71.7%
5	脳梗塞	188	75.5%
6	慢性心不全	187	65.7%
7	脳出血後遺症	168	77.6%
8	パーキンソン病	158	71.3%
9	慢性腎不全	146	61.5%
10	認知症	122	84.5%
11	腰椎圧迫骨折	112	49.5%
12	大腿骨転子部骨折	105	58.3%
13	大腿骨頸部骨折	104	58.6%
14	COVID-19	99	73.7%
15	尿路感染症	98	55.4%
16	うっ血性心不全	89	72.6%
17	肺炎	89	71.4%
18	脱水症	79	61.1%
19	2型糖尿病	77	56.3%
20	くも膜下出血後遺症	69	67.5%

適切な意思決定支援の実施状況（疾患分類別）

○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援の実施状況は疾患分類によって異なっているが、多くの疾患分類で一般病棟※と比較して地域包括ケア病棟・療養病棟における実施割合が高い。

※急性期一般入院料・地域一般入院料・専門病院入院基本料・特定機能病院入院基本料を算定している病棟

■ ICD10大分類別の適切な意思決定支援の実施割合（75歳以上）

一般病棟

傷病名	該当患者数	支援あり	支援なし	支援実施割合
感染症および寄生虫症	207	66	141	31.9%
新生物<腫瘍>	1,903	597	1,306	31.4%
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	83	29	54	34.9%
内分泌,栄養および代謝疾患	220	94	126	42.7%
精神および行動の障害	10	4	6	40.0%
神経系の疾患	237	96	141	40.5%
眼および付属器の疾患	108	11	97	10.2%
耳および乳様突起の疾患	16	5	11	31.3%
循環器系の疾患	1,862	624	1,238	33.5%
呼吸器系の疾患	1,056	423	633	40.1%
消化器系の疾患	904	265	639	29.3%
皮膚および皮下組織の疾患	156	69	87	44.2%
筋骨格系および結合組織の疾患	642	152	490	23.7%
尿路器系の疾患	576	205	371	35.6%
妊娠,分娩および産じょく<褥>	0	0	0	0.0%
周産期に発生した病態	0	0	0	0.0%
先天奇形,変形および染色体異常	5	2	3	40.0%
症状,徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	26	15	11	57.7%
損傷,中毒およびその他の外因の影響	1,436	414	1,022	28.8%
傷病および死亡の外因	0	0	0	0.0%
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	2	0	2	0.0%
COVID-19関連	347	131	216	37.8%

地域包括ケア病棟・療養病棟

傷病名	該当患者数	支援あり	支援なし	支援実施割合
感染症および寄生虫症	49	28	21	57.1%
新生物<腫瘍>	245	172	73	70.2%
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	24	18	6	75.0%
内分泌,栄養および代謝疾患	260	166	94	63.8%
精神および行動の障害	176	132	44	75.0%
神経系の疾患	522	383	139	73.4%
眼および付属器の疾患	6	4	2	66.7%
耳および乳様突起の疾患	7	2	5	28.6%
循環器系の疾患	1,429	1,047	382	73.3%
呼吸器系の疾患	565	399	166	70.6%
消化器系の疾患	196	128	68	65.3%
皮膚および皮下組織の疾患	114	76	38	66.7%
筋骨格系および結合組織の疾患	472	319	153	67.6%
尿路器系の疾患	324	209	115	64.5%
妊娠,分娩および産じょく<褥>	0	0	0	0.0%
周産期に発生した病態	0	0	0	0.0%
先天奇形,変形および染色体異常	2	1	1	50.0%
症状,徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	71	51	20	71.8%
損傷,中毒およびその他の外因の影響	764	460	304	60.2%
傷病および死亡の外因	0	0	0	0.0%
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	10	9	1	90.0%
COVID-19関連	98	70	28	71.4%

高齢者に多い疾患の患者の在院日数について

○ 高齢者に多い疾患の患者(75歳以上)について、一般病棟に入院した患者であって自宅又は高齢者施設に退院した患者の平均在院日数と、他院からの転院以外で地域包括ケア病棟に初日から入棟した患者であって自宅又は高齢者施設に退院した患者の平均在院日数は以下のとおり。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者(自宅又は高齢者施設に退院した患者に限る)が一般病棟又は地域包括ケア病棟※2に入院する際の平均在院日数

順位	疾患名	一般病棟		地域包括ケア病棟	
		平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
1	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	12.4	79,868	14.4	1,885
2	食物及び吐物による肺臓炎	20.1	49,163	27.3	4,406
3	うっ血性心不全	18.3	59,839	24.2	3,207
4	老人性初発白内障	2.8	52,263	3.0	14,292
5	大腸<結腸>のポリープ	2.7	42,281	2.5	7,381
6	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	27.1	15,512	37.4	746
7	転子貫通骨折 閉鎖性	26.9	14,341	37.5	818
8	尿路感染症, 部位不明	15.7	34,769	23.6	4,597
9	老人性核白内障	2.7	37,906	2.9	8,230
10	肺炎, 詳細不明	17.9	24,777	25.5	3,975
11	腰椎骨折 閉鎖性	22.3	13,809	35.2	6,911
12	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	5.1	38,137	6.2	1,131
13	その他の型の狭心症	3.6	44,220	8.9	57
14	脳動脈の血栓症による脳梗塞	16.8	15,978	23.2	266
15	体液量減少(症)	13.0	19,969	22.4	5,950
16	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	9.9	25,333	15.7	198
17	慢性腎臓病, ステージ5	12.2	24,840	13.3	2,258
18	脊柱管狭窄(症) 腰部	13.9	22,889	25.4	2,409
19	急性尿細管間質性腎炎	14.3	24,841	21.7	1,596
20	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	9.8	22,216	14.4	191
21	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	18.0	7,901	23.5	208
22	その他の原発性膝関節症	22.5	14,653	29.0	1,501
23	細菌性肺炎, 詳細不明	16.1	16,754	21.3	871
24	一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>疝を伴わないもの	4.7	23,439	5.5	1,133
25	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>, 肝細胞癌	10.0	16,925	14.8	285

※1 入院初日にDPC算定病床※3又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

※2 入院初日に地域包括ケア病棟を算定している患者であって他院からの他院からの転院以外の患者に限る

※3 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、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、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞手術等基本料3を算定する病床

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置

- 平成29年実施の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」においては、国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置について、末期がんで状態が悪化している状態で、飲水できなくなった場合の点滴を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より低かった一方、人工呼吸器や心肺蘇生を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より高かったという報告がある。

国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置の比較

医療処置	国民 望む		医師 勧める		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=675, 758)	268	39.7	234	30.9	<0.001
飲水できなくなった場合の点滴 (n=745, 860)	472	63.4	618	71.9	<0.001
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=693, 831)	134	19.3	193	23.2	0.066
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=718, 824)	95	13.2	156	18.9	0.002
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=751, 843)	58	7.7	107	12.7	0.001
人工呼吸器 (n=713, 880)	79	11.1	50	5.7	<0.001
心肺蘇生 (n=783, 910)	110	14.0	53	5.8	<0.001

※ 平成29年12月に実施された「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、「もし、あなたが末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいといった状態です。しかし、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれて場合、どのような医療を希望しますか」との質問に対し、国民の場合は希望する、医師の場合は勧めると回答した割合

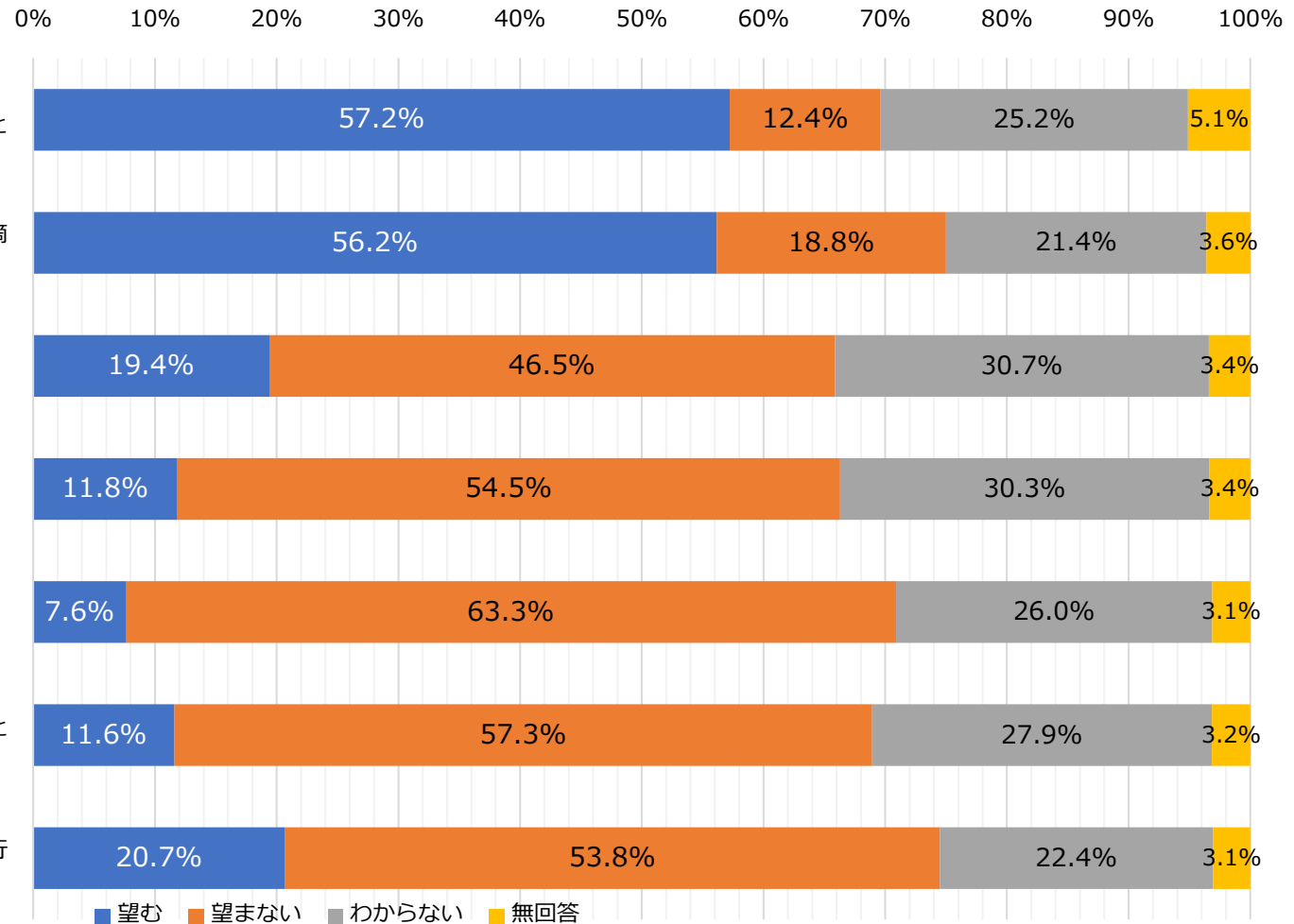
出典：厚労科研「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究」

分担研究報告書「人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置の差 および医療・介護従事者による人生の最終段階における話し合いの実態」より抜粋

人生の最終段階において望む処置

○ 人生の最終段階において、抗生剤投与や点滴からの水分補給に比べ、中心静脈栄養・経鼻栄養・胃ろう・人工呼吸器管理・心肺蘇生を望む国民が少ない傾向にあった。また、どの項目についても、「わからない」と回答する国民が一定数いた。

人生の最終段階で望む処置＜一般国民（n=3,000）のみ＞



1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
- ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
- を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

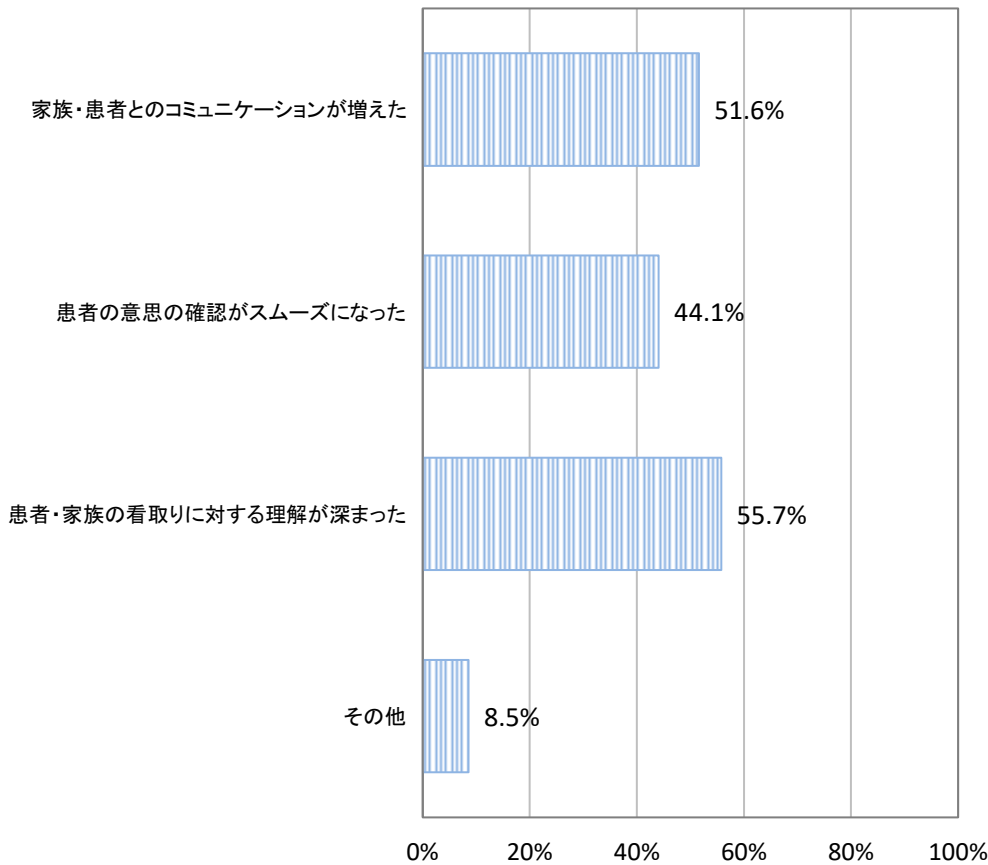
- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

○ 適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果として、「患者・家族の看取りに対する理解が深まった」が多かった。

適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果

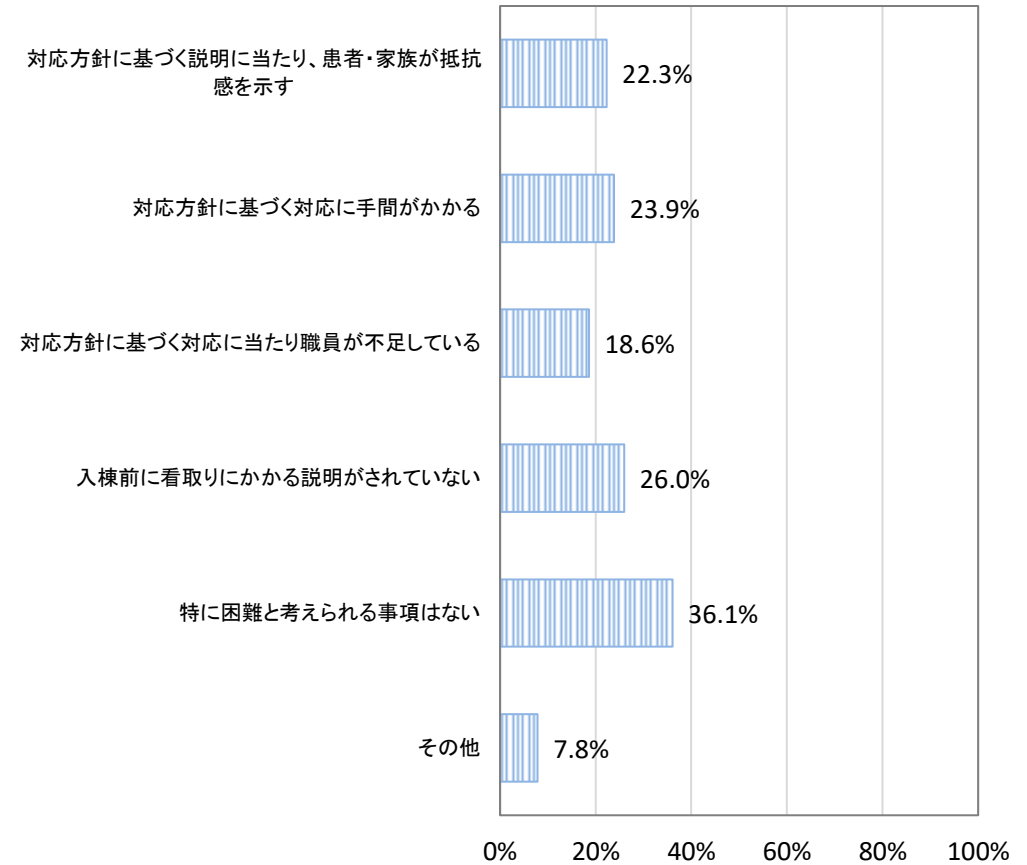
(複数回答)

(n=574(病棟数))



適切な看取りに対する指針の実行にあたり困難と考えられる事項

(n=574(施設数))



1. 総論

2. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

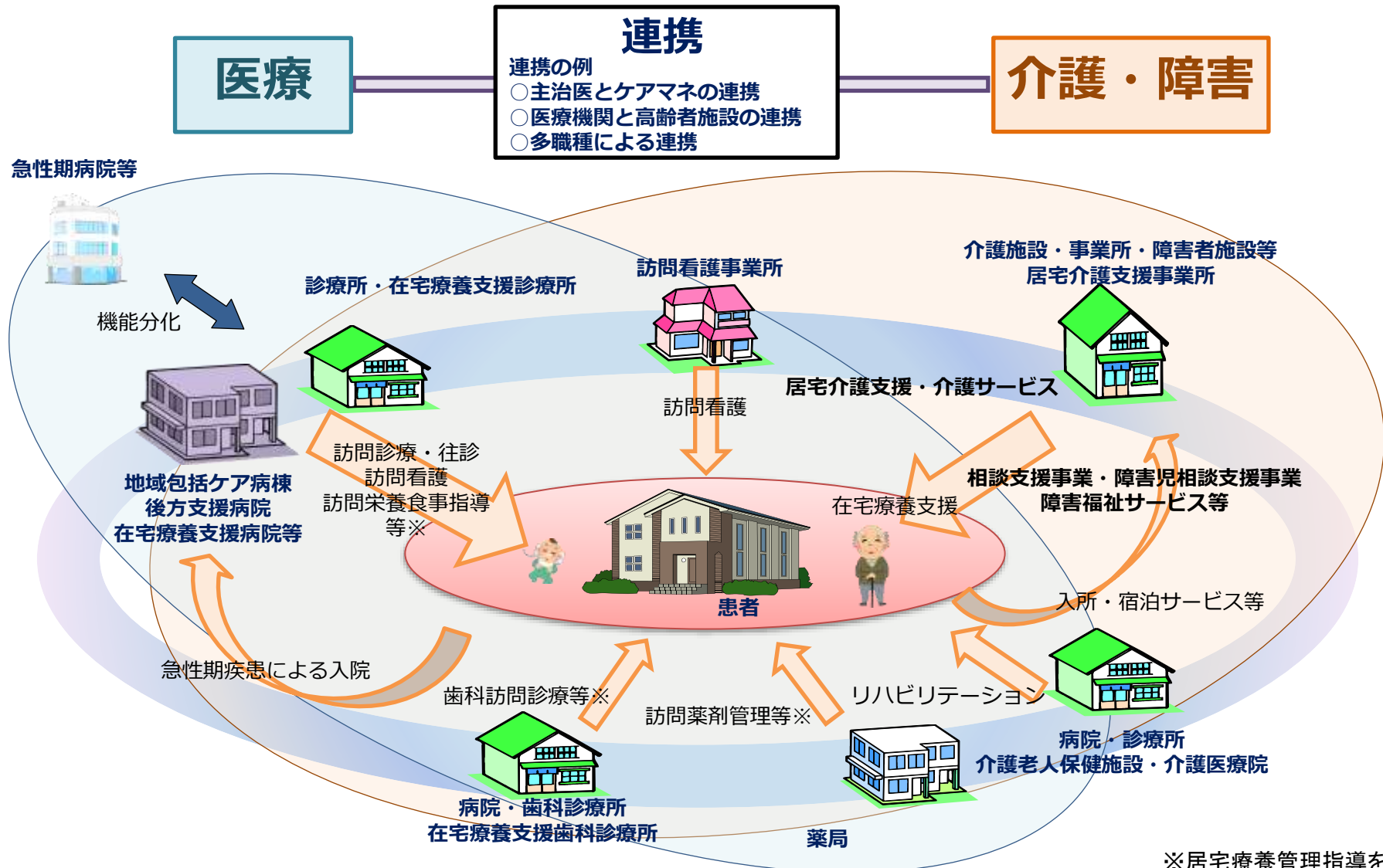
適切な意思決定支援の推進について

3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

情報の共有について

地域包括ケアシステムにおける医療・介護（イメージ）

○ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。



※居宅療養管理指導を含む

1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
 - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

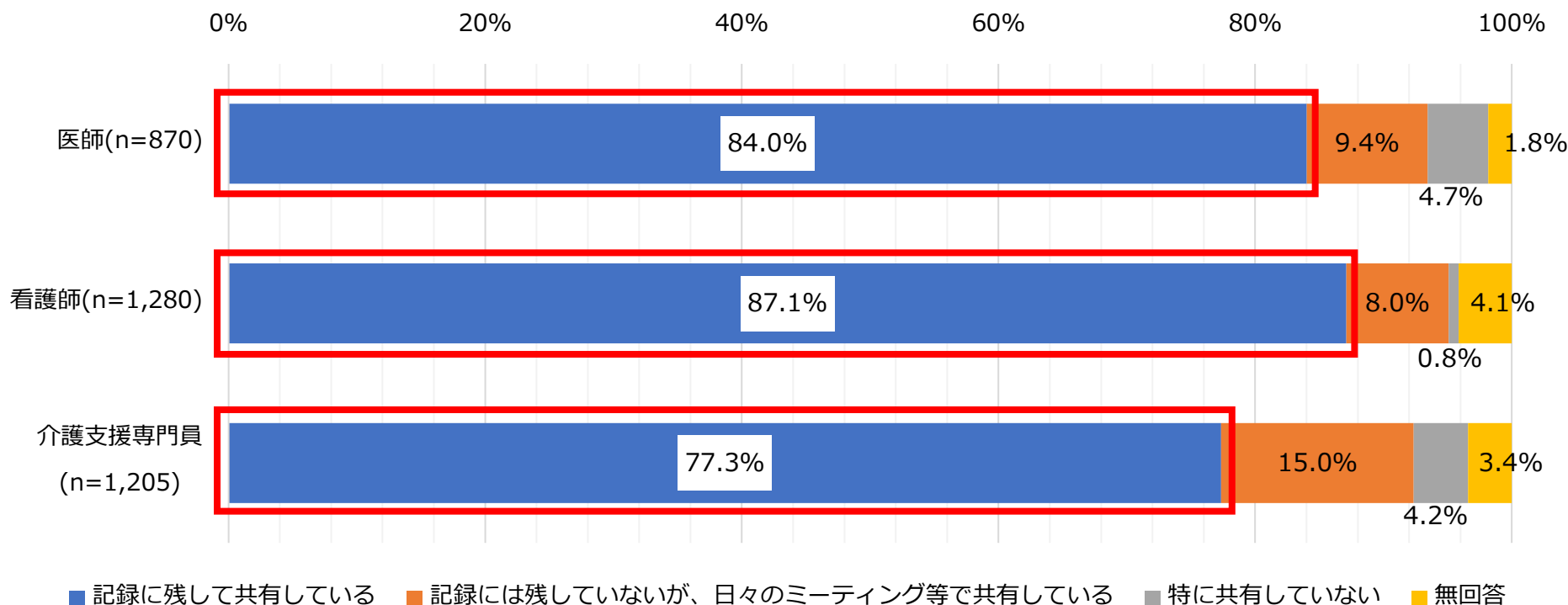
- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合い内容の情報共有

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

○ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人や家族等と話し合った内容についての医療・ケアチームでの情報共有は、記録に残して共有しているとした医師は84.0%、看護師は87.1%、介護支援専門員は77.3%であった。

人生の最終段階の医療・ケアについての情報共有（※）



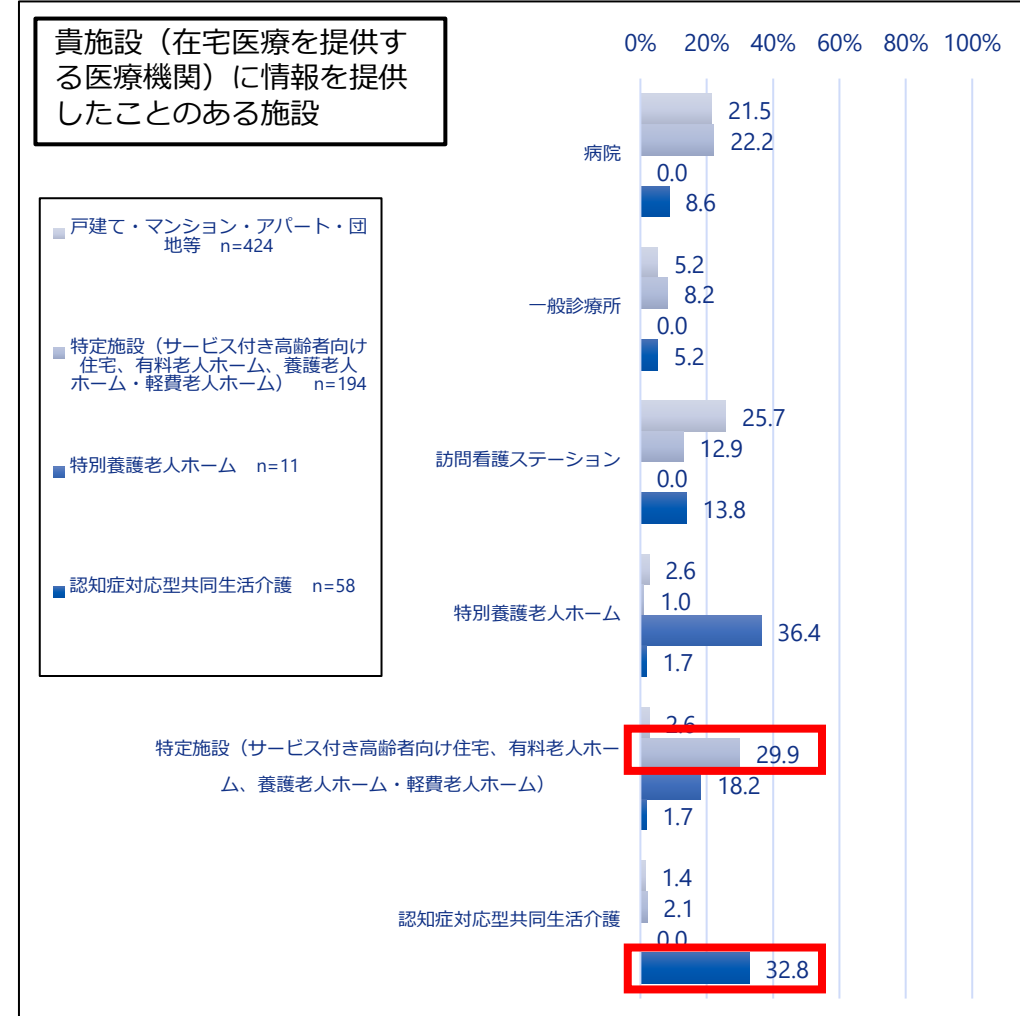
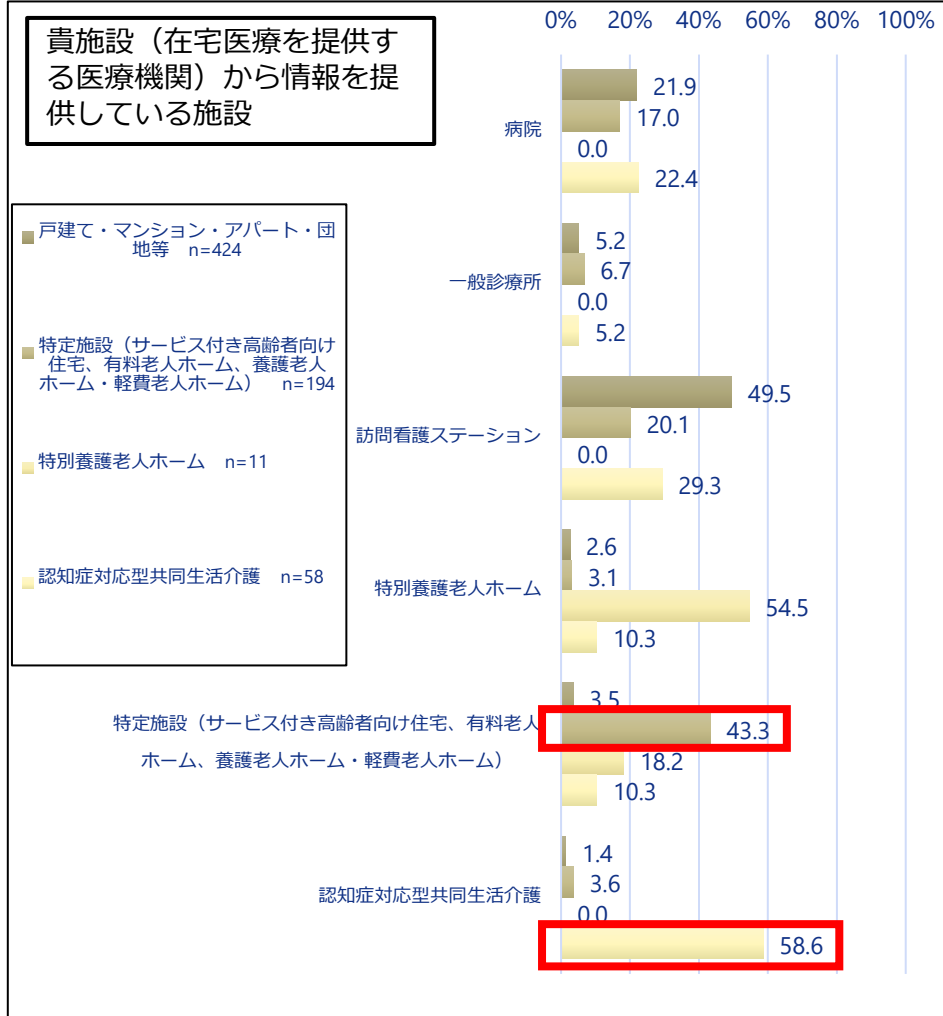
※ 「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか」の間に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有について

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

○ 高齢者施設入居者の人生の最終段階における「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況について、医療機関から高齢者施設へ情報を提供している割合に比べ、高齢者施設から医療機関へ情報を提供している割合が低かった。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況



医療機関種別の意思決定支援の指針の作成の有無

○ 医療機関における届け出状況別に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針の作成有無について尋ねたところ、指針を作成している医療機関の91.4%、「医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」を指針として定めている一方で、「介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」については、指針に定めている医療機関は76.2%であった。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設の割合

	1. 医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと	2. 介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと。	3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。	4. 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援を医療・ケアチームによって行うこと。	5. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いを繰り返し行うこと。	6. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、本人が特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくこと。	7. 本人の意思確認ができない場合に、医療・ケアチームと家族等で十分に話し合い、適切な手順によって慎重な判断を行うこと。	8. 本人の意思確認ができない場合で、家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること。	9. 医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等を、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すること。	10. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うこと。	11. 医療・ケアの方針について、本人、家族等、医療・ケアチームの間で話し合いを繰り返し行う等しても、合意に至らない場合の対応方針。	12. 話し合った内容をその都度文章にまとめておくこと。
全体 n=269	91.4	76.2	88.8	88.1	87.7	82.2	88.1	85.9	78.8	82.9	71.0	85.1
機能強化型 在宅療養支援病院 n=40	90.0	75.0	87.5	95.0	90.0	82.5	92.5	87.5	82.5	85.0	77.5	87.5
機能強化型でない 在宅療養支援病院 n=35	94.3	74.3	94.3	85.7	82.9	74.3	91.4	85.7	74.3	82.9	68.6	85.7
在宅療養支援病院 でない病院 n=50	90.0	62.0	82.0	90.0	86.0	82.0	84.0	86.0	76.0	80.0	74.0	86.0
機能強化型 在宅療養支援診療所 n=47	95.7	85.1	95.7	91.5	93.6	89.4	93.6	87.2	76.6	87.2	72.3	87.2
機能強化型ではない 在宅療養支援診療所 n=83	91.6	84.3	89.2	85.5	90.4	84.3	86.7	86.7	83.1	84.3	68.7	84.3

※本調査において在宅療養支援診療所でない診療所において、当該指針を作成していると回答した医療機関は0件であった。

ICTを用いた情報共有【事例】










中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 4

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

記録者


記録内容(概要)

補足

Day	記録者	記録内容(概要)
	 (在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、 本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。
-58日	 (看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」
-14日	 (看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。 (起居動作を動画にて保存)
-10日	 (看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。
-6日	 (在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。 (良姿勢を動画にて保存) 連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有
-4日	 (ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されておりました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。 先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心 」
-2日	 (在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。
-2日	 (緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて 病態変化を事前に確認できて いるので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。
0日	 (病棟)	当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。

写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。

【共有内容のイメージ】

 ○月△日 □□:□□
投稿者:○○ ○○(医師)

題名:呼吸苦時の対応
本文:呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。

添付:



家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。

ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。

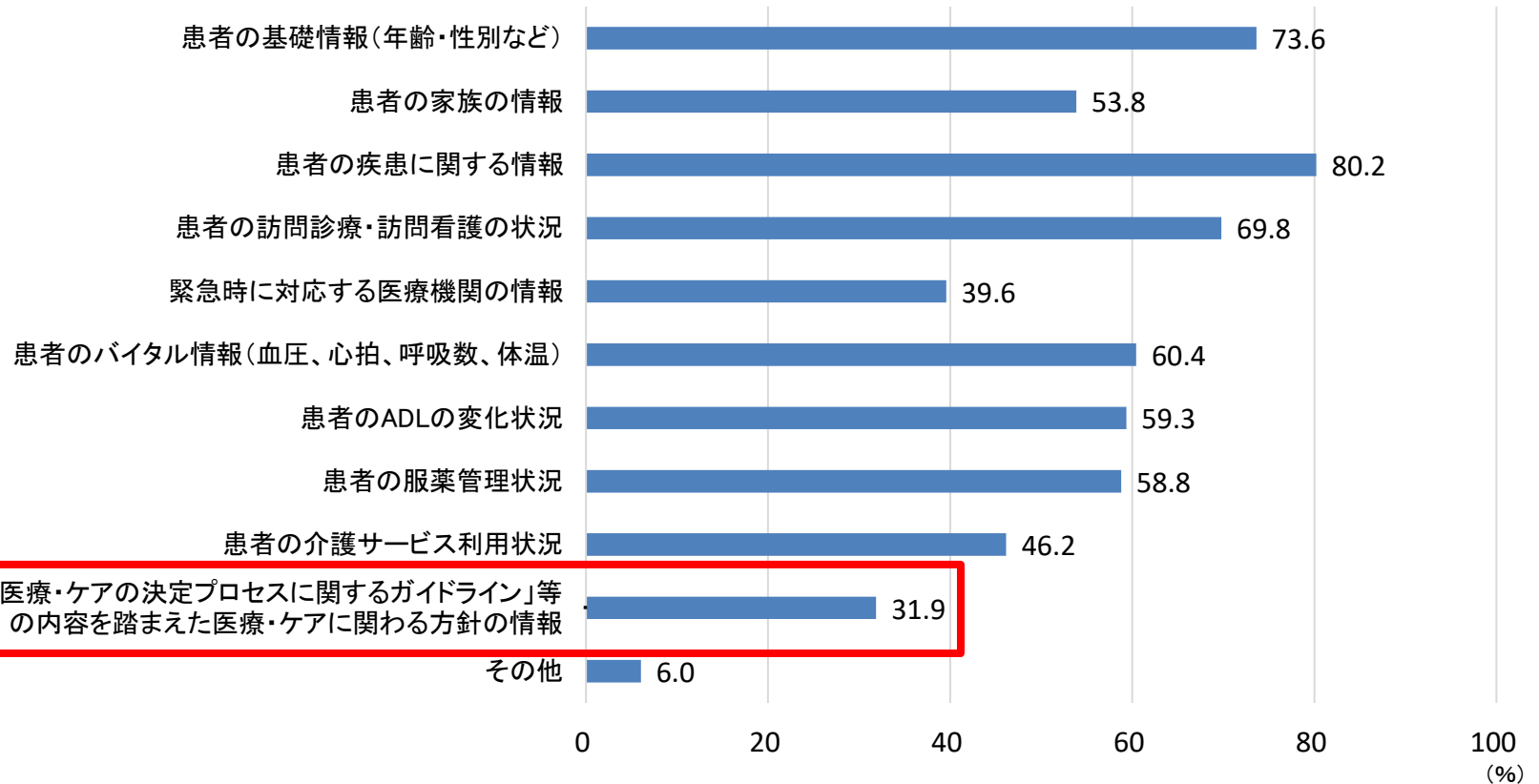
患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。



ICTを活用して共有している情報

- 在宅医療を提供している医療機関においてICTを活用している場合の、ICTを活用して共有している情報として「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた医療・ケアに関わる方針の情報を共有している医療機関は31.9%である。

ICTを活用している医療機関※におけるICTを活用して共有している情報の内容(n=182)



※ ICTを活用していると回答した医療機関のうち、活用しているICTが、「メール」のみであった医療機関を除く

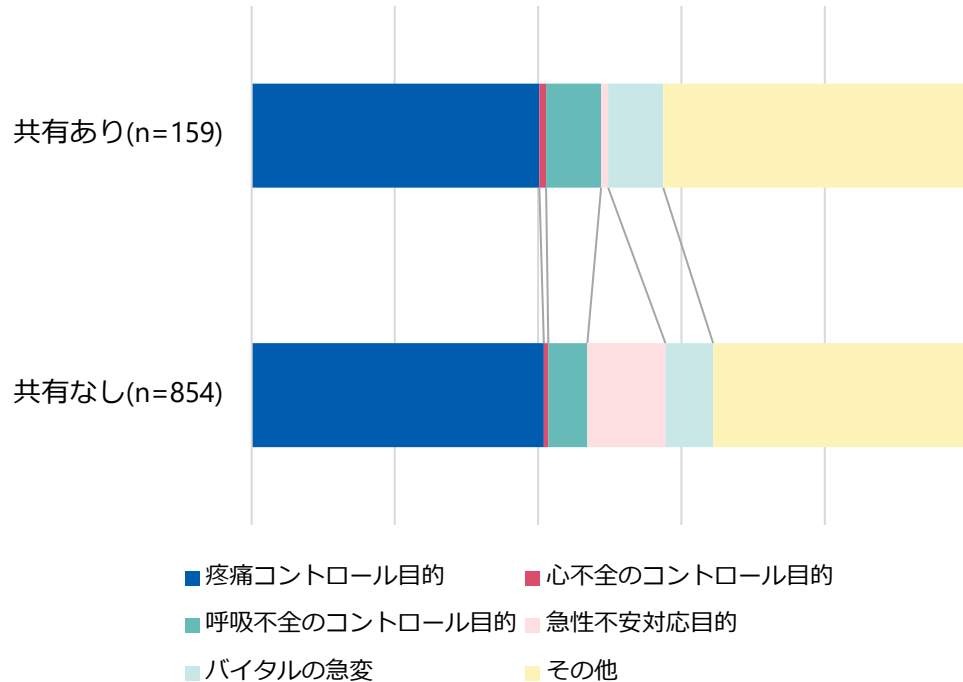
出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

○ 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の情報に係る情報を共有している医療機関はそうではない医療機関と比較して、緩和ケアを必要とする患者の入院で急性不安対応目的の入院の割合が低く、容態が急変した際の入院先として急性期一般病棟に入院した割合が低い一方で、緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟に入院した割合が高かった。

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別（ICT）

緩和ケアを必要とする患者の入院の目的

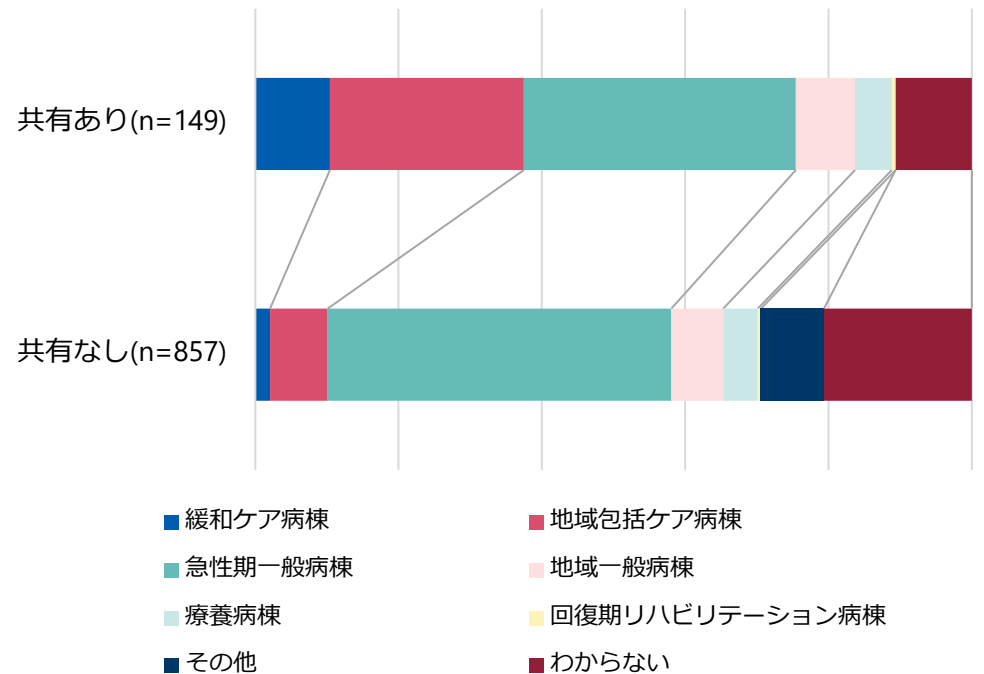
0% 20% 40% 60% 80% 100%



人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別（ICT）

容体が急変し入院した際の入院先

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

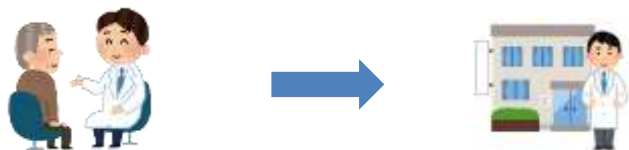


※ 容体が急変し入院した後の入院先の対象患者は、悪性腫瘍以外の患者も含まれる。

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価。

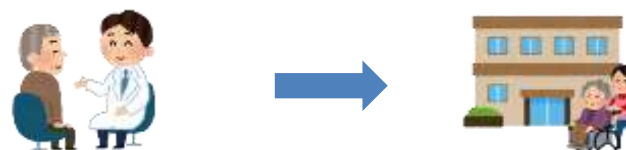
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



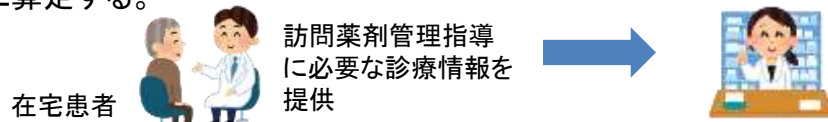
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



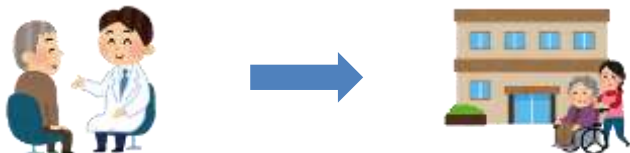
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



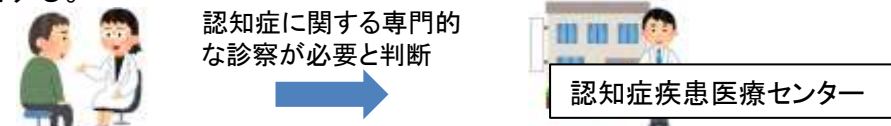
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



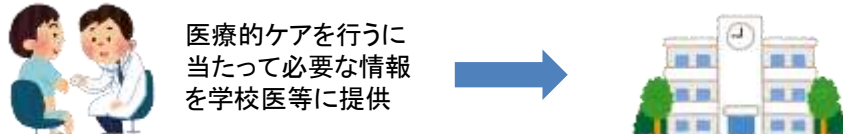
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
（患者1人につき月1回に限り）

- 診療情報提供料(Ⅰ)では、紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付することとしている。

■ 他の保険医療機関

(別紙様式 11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名
患者住所 性別 男・女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

■ 指定居宅介護支援事業所等

(別紙様式 12 の 4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

情報提供先事業所 年 月 日
担当 殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師氏名 印

患者氏名	(ふりがな)	男	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 生 (歳)	女		連絡先 ()

患者の病状、経過等

(1) 診断名 (生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については 1. に記入) 及び発症年月日

1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

(3) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(4) 診療形態
外来 ・ 訪問診療 ・ 入院
入院患者の場合
入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(3) サービスの必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式見直し

医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方にかかる調査研究事業

(令和5年度 老人保健健康増進等事業 (実施主体:NTT Data経営研究所))

1. 事業概要

今後、高齢化が一層進展し、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が増加する中で、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅・施設”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質が高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。

このような医療・ケアの実現に向け、医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進する必要がある、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」でも指摘がされたところ。

そのため、本事業では、将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等も見据え、医療機関・介護事業所間で情報提供を行う際に用いる様式について、それぞれの情報提供項目・様式について、関係団体や専門家等の意見を踏まえ、必要な項目等の検討を行う。

2. 事業の進め方

- ①委員会において、様式案を作成
- ②複数の医療機関・施設等で、様式案を用いたプレ調査を実施
- ③プレ調査の結果を踏まえて委員会で改めて必要な項目・様式について検討

■退院時における居宅介護支援事業所等向けの「診療情報提供書」に関する見直し(案)

現在の様式の項目

1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び服薬内容を含む治療内容
- (3)日常生活の自立度等について / (4)診療形態

2. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
- (2)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
- (3)サービスの必要性
- (4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

3. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

見直し案の項目

※調査研究事業の中で検討中であり、今後変更の可能性あり

1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の治療内容
- (3)病状等の説明内容と理解・希望
- (4)日常生活の自立度等について / (5)口腔・栄養に関する情報
- (6)服薬に関する情報 / (7)療養上の留意点 / (8)診療形態

2. 退院後のサービスの必要性

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)ADLに関する入院中の変化 / (2)自助具の使用
- (3)現在あるかまたは今後発生の可能性が高い生活機能の低下とその対処方針
- (4)留意が必要な事項とその対処方針

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

人生の最終段階における医療・ケアについての課題①

【総論】

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)の解説編では、人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきたとされている。
- また、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰もが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境も様々なものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきたとされている。
- しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認し、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、平成19年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」として、初めてのガイドラインが策定された。以降2回改訂し、その度に周知を行っている。
- 人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いの実施状況については、意識調査によると、「人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っている」と思うかについて、「詳しく話し合っている」または「一応話し合っている」と回答した一般国民の割合は29.9%である。
- 医療・介護従事者が担当患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて十分話し合いを行っているかについて、「十分行っている」及び「一応行っている」と回答した医師が59.5%、看護師が54.5%、介護支援専門員が68.8%である。一方、医師の20.9%、看護師の26.4%、介護支援専門員の25.0%が、「ほとんど行っていない」と回答している。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について】

(外来における意思決定支援について)

- 外来における「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、指針を策定している割合は入院と比較して低い。
- 認知症の高齢者人口は将来増加していくことが予想されている。
- かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて適切な医療機関等と連携を図ることが求められており、診断後は、認知症への対応に困ったとき、相談に乗り、適切にアドバイスをする役割を担いつつ、適切な段階においては、人生の最終段階における意思決定支援を行うことも一つの役割である。
- 認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針の本人との共有状況について、日常生活自立度が低い患者ほど方針の共有をしている割合が低い。
- 人生の最終段階における医療・介護に対する意思決定支援について、認知機能の低下や明瞭に意思を示せない状態に至った場合に備える目的で、対象者へ継続的に診療やサービス提供をする中で専門職が機会をとらえて断続的に繰り返すことが重要とされている。
- 人生の最終段階の医療・ケアの話し合いを行う場面として、人生の最終段階に限ることなく、日々の診察の中で話し合っていると医師が回答した割合は21.8%であった。

人生の最終段階における医療・ケアについての課題②

【人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について(続き)】

（入院における意思決定支援について）

- 急性期一般病棟等の入院患者においても適切な意思決定の支援を実施されている患者は一定数存在している一方、指針を策定していない医療機関が存在する。
- 高齢者に多い疾患、特に救急搬送された患者は、適切な意思決定支援に関する指針の策定を要件としていない急性期一般入院料に入院する割合が高い。
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援の実施状況は傷病名によって異なっているが、同一傷病名であっても一般病棟に比べて地域包括ケア病棟等での実施割合が高い。
- 国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置について、末期がんで状態が悪化している状態で、飲水できなくなった場合の点滴を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より低かった一方、人工呼吸器や心肺蘇生を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より高かったという報告がある。
- 人生の最終段階において、抗生剤投与や点滴からの水分補給に比べ、中心静脈栄養・経鼻栄養・胃ろう・人工呼吸器管理・心肺蘇生を望む国民が少ない傾向にあった。また、どの項目についても、「わからない」と回答する国民が一定数いた。
- 診療報酬においては、地域包括ケア病棟や療養病棟について、適切な意思決定支援に関する支援を定めていることを要件とする等により、適切な意思決定の支援を推進しており、指針を作成した医療機関においては患者・家族の看取りに対する理解が深まった等の効果があったとする医療機関が多い。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。
- 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人や家族等と話し合ったの医療・ケアチームでの情報共有は、記録に残して共有しているとした医師は84.0%、看護師は87.1%、介護支援専門員は77.3%であった。
- 高齢者施設入居者の人生の最終段階における「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況について、医療機関から高齢者施設へ情報を提供している割合に比べ、高齢者施設から医療機関へ情報を提供している割合が低かった。
- 医療機関における届出状況別に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針の作成有無について尋ねたところ、指針を作成している医療機関の91.4%が「医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」を指針として定めている一方で、「介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」については、指針に定めている医療機関は76.2%であった。
- ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。
- 入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式は、令和5年度老人保健健康増進等事業で見直しの検討が行われている。

人生の最終段階における医療・ケアについての論点

【論点】

【人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援の推進について】

（外来における意思決定支援について）

○ 適切な意思決定支援の指針の策定について、入院医療と比較して外来医療においては指針の策定割合が低いことや、認知症の高齢者人口が将来増加していくことが予想されていることも踏まえ、認知症患者の症状が進行し意思確認が困難になる場合等に備えて、かかりつけ医がより早期から適切な意思決定支援を実施することを推進する方策について、どのように考えるか。

（入院における意思決定支援について）

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて、どのように考えるか。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】

- 全ての療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、介護支援専門員を含めた多職種と、急変時の入院先の医療機関の医療関係職種等とも情報を共有するために、ICT等を用いることについてどのように考えるか。
- また、人生の最終段階における医療・ケアについては、本人による意思決定を基本としつつ、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることも踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進に資する診療情報提供料（I）の「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

個別事項(その13) (明細書・簡素化)

1. 明細書の無料発行について
2. 業務の効率化・簡素化について

1. 明細書の無料発行について
2. 業務の効率化・簡素化について

明細書の無料発行の経緯①

【平成18年度診療報酬改定時】

- 「医療費の内容が分かる領収証の交付について」(平成18年保発第0306005号)において、保険医療機関等、保険薬局及び指定訪問者護事業者においては、患者から求めがあったときは、個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書の発行に努めることとされた。

【平成20年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関(※1)は、患者から求められたときは、明細書を交付しなければならない取扱いとする。

【平成22年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
- なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

(薬担則)

- 厚生労働大臣の定める保険薬局(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
- なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

【平成24年度診療報酬改定時】

(療担則)【平成26年4月1日施行】

- 病床数が400床以上の保険医療機関においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
- 病床数が400床未満の保険医療機関において、正当な理由(※2)がある場合は、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りることとし、有償で行うことができることとする。

(薬担則)【平成26年4月1日施行】

- 厚生労働大臣の定める保険薬局(※1)において、正当な理由(※2)がある場合は、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りることとし、有償で行うことができることとする。

明細書の無料発行の経緯②

【平成26年度診療報酬改定時】

(療担則)

- 病院においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。

【平成28年4月1日施行】

【平成28年度診療報酬改定時】

(療担則・薬担則)

- 厚生労働大臣の定める保険医療機関及び保険薬局(※1)においては、公費負担医療により自己負担のない患者に対して、患者から求めがあったときは、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
- 正当な理由(※2)がある場合は、平成30年3月31日までの間(診療所については当分の間)、明細書を交付することを要さず、有償で行うことができることとする。

【平成30年度診療報酬改定時】

(療担則・薬担則)

- 公費負担医療により自己負担のない患者について、厚生労働大臣の定める保険医療機関及び保険薬局(※1)は、患者から求めによらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとし、診療所は、正当な理由(※2)がある場合、明細書を交付することを要さず、有償で行うことができることとする。

【令和2年度診療報酬改定時】

(療担則・薬担則)

- 公費負担医療により自己負担のない患者について、正当な理由(※2)を有する診療所は、患者からの求めがある場合には、明細書を交付しなければならない取扱いとする。なお、明細書の交付は、有償で行うことができることとする。

【令和4年4月1日施行】

【令和4年度診療報酬改定時】

(答申書付帯意見)

- 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(※1) 電子レセプト請求を行っている施設

(※2) 正当な理由: ①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合、②自動入金機の改修が必要な場合

明細書の無料発行の現状（令和4年4月～）

	自己負担のある患者	自己負担のない患者
病院 (電子レセプト請求を行っている ものに限る)	無料発行義務あり	無料発行義務あり
診療所（医科・歯科） (電子レセプト請求を行っている ものに限る)	無料発行義務あり (正当な理由※1がある場合、当分の間、 患者から求められたときに交付することで足りる) (正当な理由※1がある場合、当分の間、 交付を有償で行うことができる)	無料発行義務あり (正当な理由※2がある場合、当分の間、 患者から求められたときに交付することで足りる) (正当な理由※3がある場合、当分の間、 交付を有償で行うことができる)
保険薬局 (電子レセプト請求を行っている ものに限る)	無料発行義務あり	無料発行義務あり
電子レセプト請求免除（未対 応）の施設	特に規定なし	
訪問看護ST	患者から求めがあれば発行に努める※4	

※1 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のある患者）

- ①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合。

H24改正省令附則第2条

※2 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のない患者）

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

R 2改正省令附則第3条

※3 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のない患者）

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

H28改正省令附則第3条

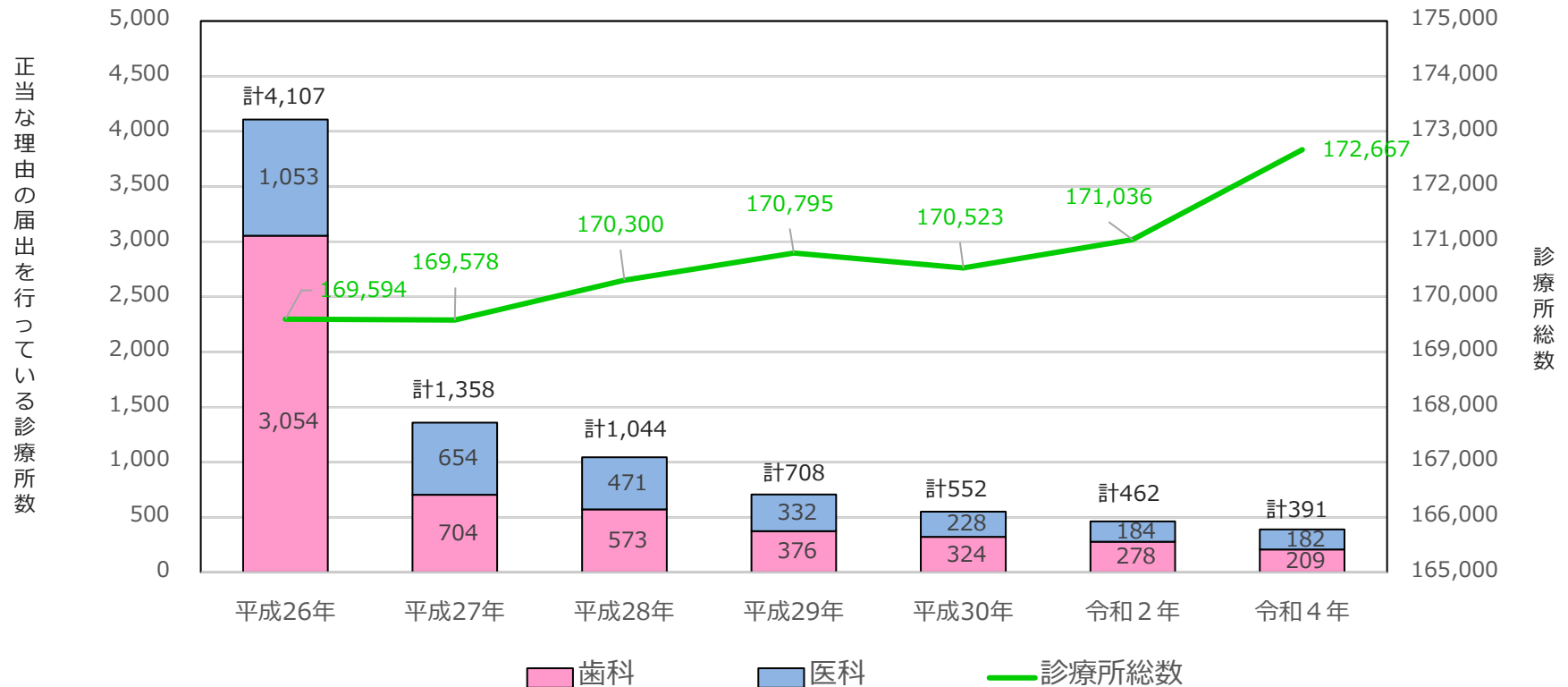
※4 指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。

「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（R4保発0304第2号）

「正当な理由」に該当し明細書の無料発行をしていない施設の状況

「正当な理由」に該当し、全ての患者に明細書を発行していない（患者から求められたときに交付している）施設

正当な理由に該当する旨届出を行っている診療所数の推移



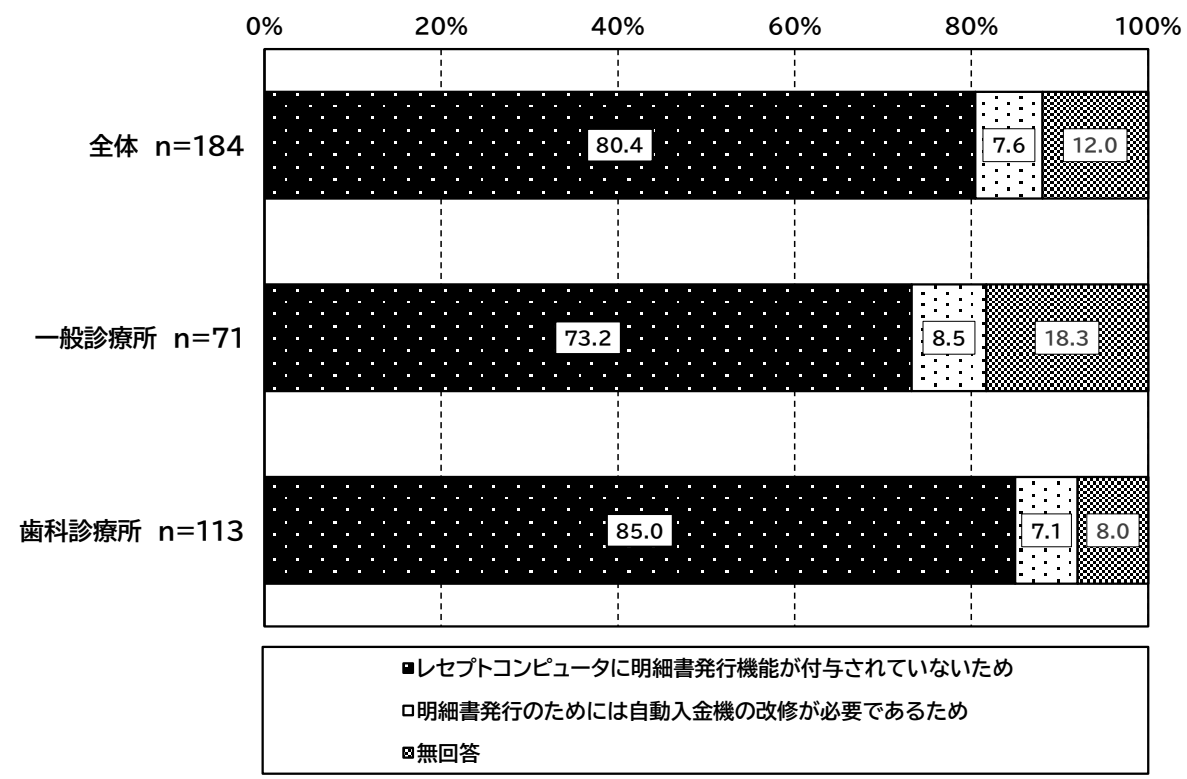
出典：保険局医療課調べ（毎年7月現在の届出状況報告及び医療施設動態調査より）

一般診療所・歯科診療所調査の結果②

＜施設が該当する「正当な理由」＞（報告書p13）

○施設が該当する「正当な理由」は、「レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため」が80.4%、「明細書発行のためには自動入金機の改修が必要であるため」が7.6%であった。

図表 2-8 施設が該当する「正当な理由」

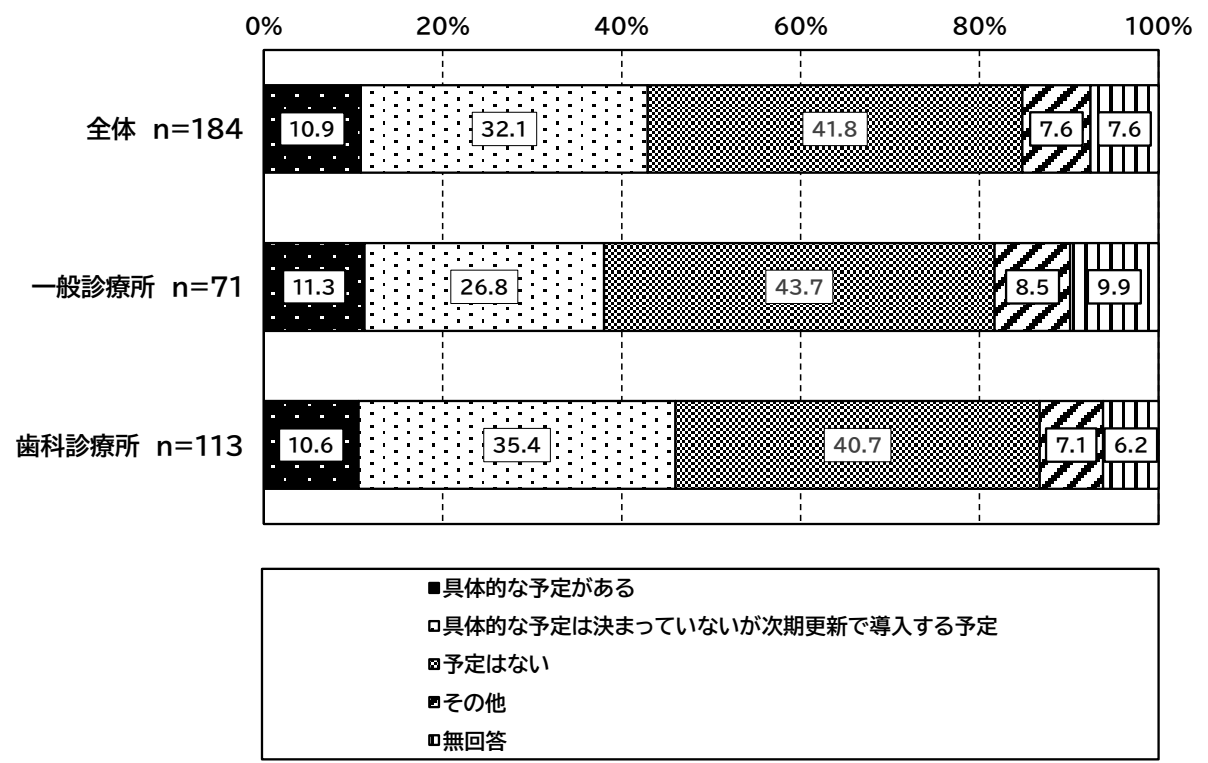


一般診療所・歯科診療所調査の結果③

＜全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定の有無＞（報告書p14）

○全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定の有無について、「具体的な予定がある」が10.9%、「具体的な予定は決まっていないが次期更新で導入する予定」が32.1%、そして「予定はない」が41.8%であった。また、「具体的な予定がある」と答えた20施設について明細書無料発行予定時期をみると、令和4年度中が50.0%、令和5年度中が35.0%であった。

図表 2-9 全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定の有無

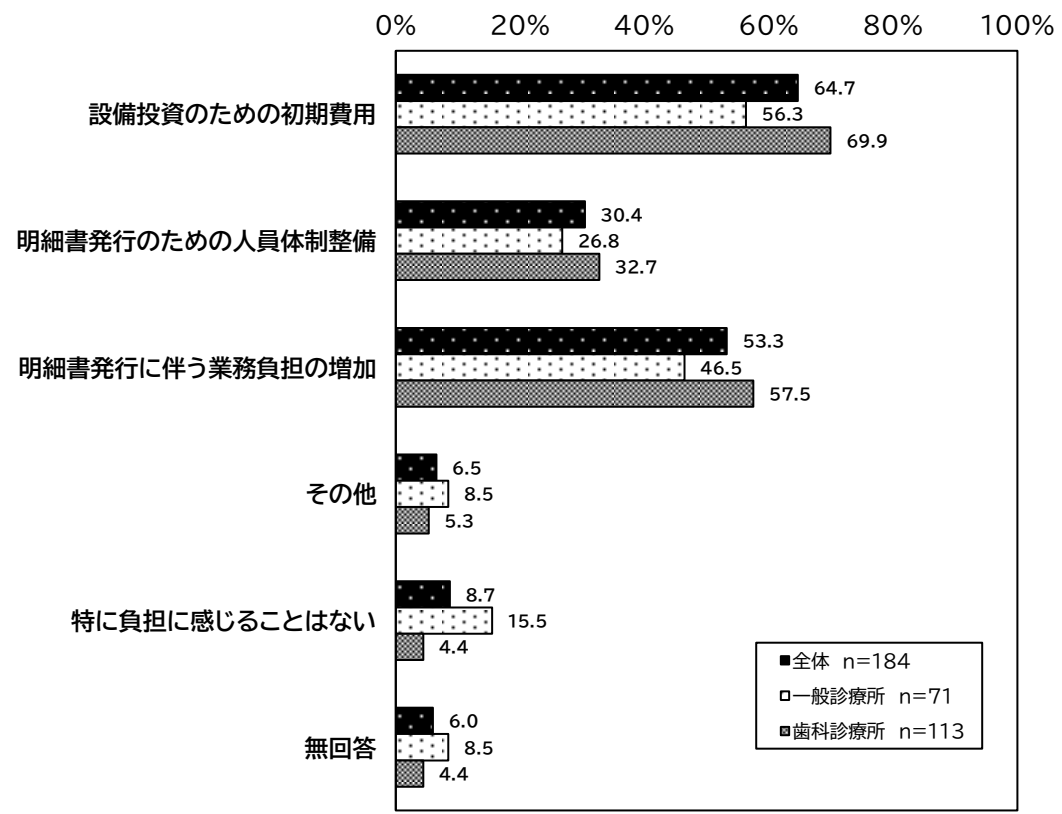


一般診療所・歯科診療所調査の結果④

＜全患者に明細書を無料で発行する場合の課題＞（報告書p15）

○全患者に明細書を無料で発行する場合の課題について、「設備投資のための初期費用」が最も多く64.7%で、次いで「明細書発行に伴う業務負担の増加」が53.3%、「明細書発行のための人員体制整備」が30.4%であった。

図表 2-11 全患者に明細書を無料で発行する場合の課題



一般診療所・歯科診療所調査の結果⑦

＜レセプトコンピュータの次の改修時期・対応に必要な期間＞（報告書p21～23）

○レセプトコンピュータの改修予定時期は、「令和5年頃」と「令和6年頃」で47.7%と全体の約半数を占めていた。

図表 2-19 レセプトコンピュータの次の改修時期

	全体		一般診療所		歯科診療所	
	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比
令和5年頃	11	25.0%	2	12.5%	9	32.1%
令和6年頃	10	22.7%	5	31.3%	5	17.9%
令和7年頃	7	15.9%	2	12.5%	5	17.9%
令和8年頃	1	2.3%	0	0.0%	1	3.6%
令和9年頃	5	11.4%	2	12.5%	3	10.7%
令和10年頃以降	10	22.7%	5	31.3%	5	17.9%
	44	100.0%	16	100.0%	28	100.0%

○明細書の無料発行が義務化された場合、対応に必要な期間は、平均2.5年であった。

図表 2-22 対応に必要な期間（/年）

	施設数	平均値 (年)	標準偏差	中央値
全体	75	2.5	2.4	2
一般診療所	26	2.1	1.9	2
歯科診療所	49	2.7	2.6	2

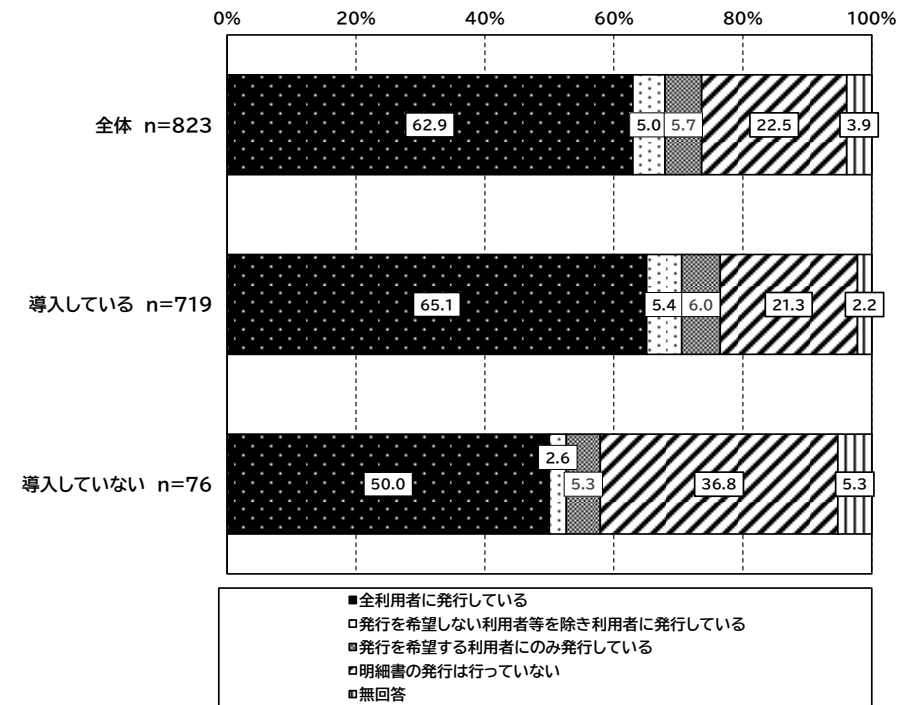
訪問看護調査の結果②

＜明細書の発行状況と明細書を無料発行していない理由＞（報告書p28,29 p34,35）

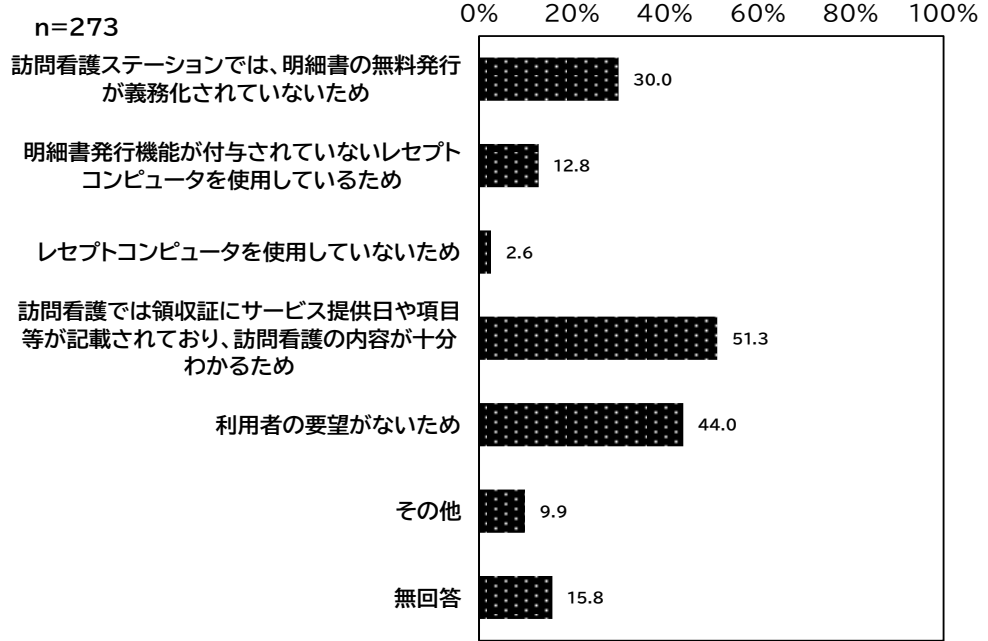
○明細書の発行状況については、「全利用者に発行している」は62.9%で、「明細書の発行は行っていない」は22.5%であった。医事会計システム導入の有無別では、導入している事業所の「全利用者に発行している」が65.1%に対し、導入していない事業所では50.0%であった。

○全利用者に明細書を無料発行していない理由として最も多かったものは「訪問看護では領収書にサービス提供日や項目等が記載されており、訪問看護の内容が十分わかるため」で51.3%であり、次いで、「利用者の要望がないため」が44.0%、「訪問看護ステーションでは、明細書の無料発行が義務化されていないため」が30.0%であった。

図表 3-6 明細書の発行状況



図表 3-17 全利用者に明細書を無料発行していない理由

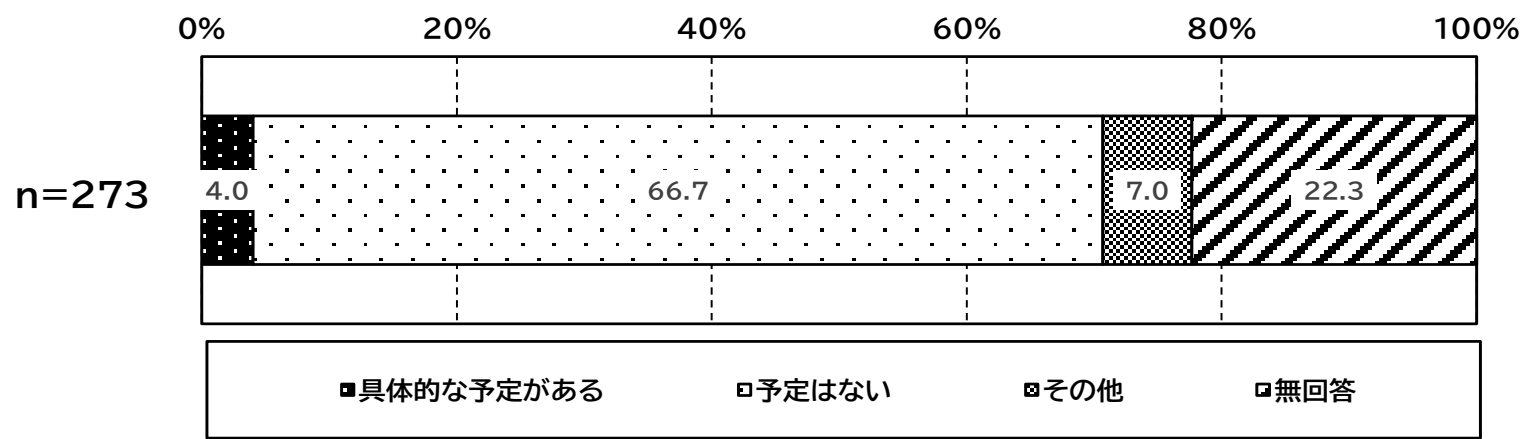


訪問看護調査の結果③

<体制を整える予定の有無> (報告書p35)

○今後、全利用者に明細書を無料で発行する体制を整える「具体的な予定がある」は4.0%、「ない」は66.7%であった。
○また、予定があると回答した施設のうち、最も多かった時期は令和6年4月の4事業所で(36.4%)で、次いで令和5年1月の3事業所(27.3%)であった。

図表 3-18 体制を整える予定の有無



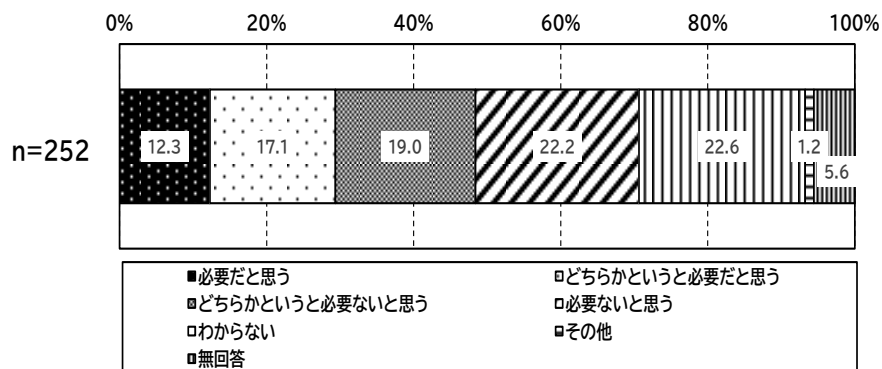
患者調査の結果⑤（一般診療所・歯科診療所／病院）

＜明細書を原則無料で受け取れる制度の是非＞（報告書p49,54）

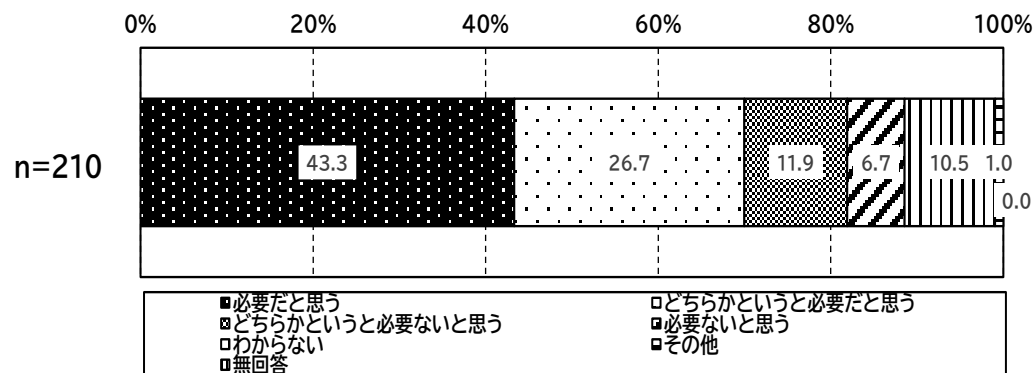
○明細書を原則無料で受け取れる制度については、

- ・一般診療所・歯科診療所については、「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」の合計が29.4%で、「どちらかという必要ない」と「必要ないと思う」の合計が41.2%であり、「必要ないと思う」の回答が若干上回った。
- ・病院については、「必要だと思う」と「どちらかという必要だと思う」の合計が70.0%で、「どちらかという必要ないと思う」と「必要ないと思う」の合計が18.6%であり、「必要だと思う」の回答が大幅に上回るという結果となった。

図表 4-20 一般診療所・歯科診療所における明細書を原則無料で受け取れる制度の是非



図表 5-10 病院における明細書を原則無料で受け取れる制度の是非

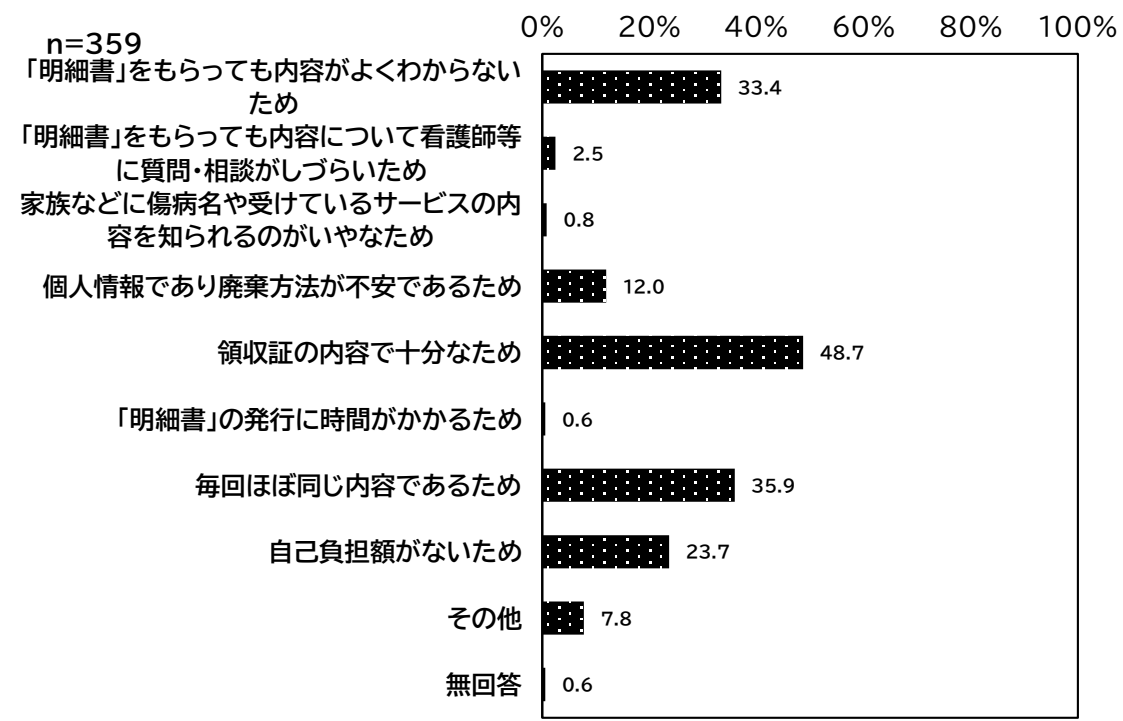


利用者調査（訪問看護）の結果

＜明細書発行を希望しない理由＞（報告書p64）

○訪問看護ステーションでの明細書の発行を希望しない理由については、「領収証の内容で十分なため」が最も多く48.7%で、次いで「毎回ほぼ同じ内容であるため」が35.9%、「『明細書』をもらっても内容がよくわからないため」が33.4%であった。

図表 6-15 明細書発行を希望しない理由



医科・歯科と訪問看護の領収証の相違点

訪問看護における利用者調査において、明細書の発行を希望しない理由として、「領収証の内容で十分なため」、「毎回ほぼ同じ内容であるため」の声が多く挙がったが、医科・歯科における領収証と訪問看護における領収証は、それぞれ以下のとおりとなっており、相違点がある。

【医科・歯科における領収証】

- 医科・歯科の項目(点数)は多岐にわたることから、領収証では類型(点数表の部に相当)毎の合計点数を記載することとなっており、その内訳(各点数項目)は領収証だけでは確認ができず、個別の入院料や管理料、加算等の詳細な点数が知りたい場合は、領収証と明細書と併せて確認する必要がある。
- 類型毎に合計点数が記載されているため、個別の項目の内容が分からない場合であっても、検査だけでいくらかかったのかなどがわかりやすく、視認性が高い様式となっている。

【訪看における領収証】

- 訪問看護の項目(費用項目)は、医科の点数表ほど多くなく、患者一人当たりに提供されるサービス数もある程度限られていることから、領収証に個別の項目を記載することになっている。
- また、個別の項目だけでなく、それらの単価、回数、行為毎の金額も分かる様式となっており、医科・歯科の診療報酬明細書の内容にかかる内容も網羅されている。

領収証・明細書の様式① (医科・領収証)

(別紙様式1)

(医科診療報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名
	様

請求期間 (入院の場合)
年 月 日 ~ 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円				

保険外 負 担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合 計	円		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収印

領収証・明細書の様式② (歯科・領収証)

(別紙様式2)

(歯科診療報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)
	様	年 月 日 ~ 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				

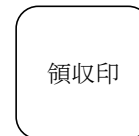
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	病理診断	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

保険外 負 担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合 計	円		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇



領収証・明細書の様式③ (医科・歯科共通・明細書)

(別紙様式5)

診療明細書

入院/入院外	保険	患者番号	氏名	受診日
受診科				

部	項目名	点数	回数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇病院 〇〇 〇〇

診療明細書(記載例)

入院	保険	患者番号	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD~ YYYY/MM/DD
受診科						

部	項目名	点数	回数
医学管理	* 薬剤管理指導料2(1の患者以外の患者)	〇〇〇	〇
注射	* 点滴注射	〇〇〇	〇
	A注0.1% 0.1%100mL1瓶		
	生理食塩液500mL 1瓶		
	* 点滴注射料	〇〇	〇
	* 無菌製剤処理料2	〇〇	〇
処置	* 救命のための気管内挿管	〇〇〇	〇
	* カウンターショック(その他)	〇〇〇〇	〇
	* 人工呼吸(5時間超) 360分	〇〇〇	〇
	* 非開胸的心マッサージ 60分	〇〇〇	〇
検査	* 微生物学的検査判断料	〇〇〇	〇
	* 検体検査管理加算(2)	〇〇〇	〇
	* HCV核酸定量	〇〇〇	〇
リハビリ	* 心大血管疾患リハビリテーション料(1) 早期リハビリテーション加算 初期加算	〇〇〇	〇〇
入院料	* 急性期一般入院料7	〇〇〇〇	〇
	* 医師事務作業補助体制加算1(50対1)	〇〇〇	〇
	* 救命救急入院料1(3日以内)	〇〇〇〇	〇
	* 救命救急入院料1(4日以上7日以内)	〇〇〇〇	〇

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収証・明細書の様式④（訪問看護・領収証）

（別紙様式4）

（訪問看護療養費の例）

領 収 証

領収書N o .	患者番号	氏 名
		様

請 求 期 間
年 月 日 ~ 年 月 日

発 行 日	負担割合	本・家	区 分
年 月 日			

提 供 日						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

保 険 適 用 負 担	保 険 負 担 分 項 目	単 価	数 量	金 額
	(内 訳)			

備 考

保 険 外 負 担	保 険 外 負 担 分 項 目	単 価	数 量	金 額	税	消 費 税 等
	(内 訳)					

	保 険	保 険 外 負 担
明 細 合 計 額	円	円
課 税 対 象 額		円
領 収 額 合 計		円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇 訪問看護ステーション
 〇〇 〇〇



訪問看護療養費の領収証の記載例

○ 訪問看護療養費で交付が義務づけられている領収証は、「指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。」としている。

(別紙様式4)

(訪問看護療養費の例)

領 収 証

領収書No.	患者番号	氏 名
1	111111	〇〇 〇〇 様

請 求 期 間
●年●月●日 ~ ●年●月●日

発 行 日	負担割合	本・家	区 分
●年●月●日	3割	本人	後期

提 供 日						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑
㉒	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

保険適用 負 担	保険負担分項目	単価	数量	金額
	基本療養費Ⅰ 看護師等(週3日まで)	5,550	6	33,300
	基本療養費 夜間・早朝訪問看護加算	2,100	3	6,300
	基本療養費 深夜訪問看護加算	4,200	1	4,200
	複数名訪問看護加算 (看護師等 同一建物1人又は2人)	4,500	1	4,500
	難病等複数回訪問加算 (1日に2回 同一建物1人又は2人)	4,500	4	18,000
	難病等複数回訪問加算 (1日に3回 同一建物1人又は2人)	8,000	1	8,000
	管理療養費 初日	7,440	1	7,440
	管理療養費 2日目以降	3,000	5	15,000
	24時間対応体制加算	6,400	1	6,400
退院支援指導加算(8400円)	8,400	1	8,400	

備 考

保険外 負 担	保険外負担分項目	単価	数量	金額	税	消費税等
	(内訳)					

	保 険	保険外負担
明細合計額	33,460円	円
課税対象額		円
領収額 合 計		33,460円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇 訪問看護ステーション
 〇〇 〇〇

領収印

明細書に係る各種議論の状況

明細書の無料発行に係る議論については、「電子レセプト請求(オンライン請求及び電子媒体による請求)の実施の有無」や「正当な理由に該当する医療機関のデジタル化」などが大きな論点になる。

○ 電子レセプト請求の実施の有無

明細書の無料発行義務については、電子レセプト請求の実施の有無により決まっており、現在紙レセプトによる請求を行っている医療機関が、電子レセプト請求であるオンライン請求を開始することになると、新たに明細書の発行義務がかかることになる。

⇒現在オンライン請求の割合を100%に近づけていく取り組みが進められており、訪問看護ステーションのオンライン請求について、令和6年6月(7月請求分)から開始される予定となっている。

○ 正当な理由に該当する医療機関のデジタル化

明細書の無料発行義務対象の医療機関であっても、明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、正当な理由がある場合がある場合は、当該義務が免除されている。その理由の一つが、「明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合」となっており、当該医療機関のデジタル化が進めば、免除に該当する施設がなくなることが期待される。

⇒診療報酬改定DXの中で、標準型電子カルテと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供することが検討されており、当該標準型レセコンに明細書の発行機能も搭載することにより、PCさえあればどのような医療機関であっても明細書が発行できる環境の構築が可能になる。

医療保険におけるオンライン化の取組

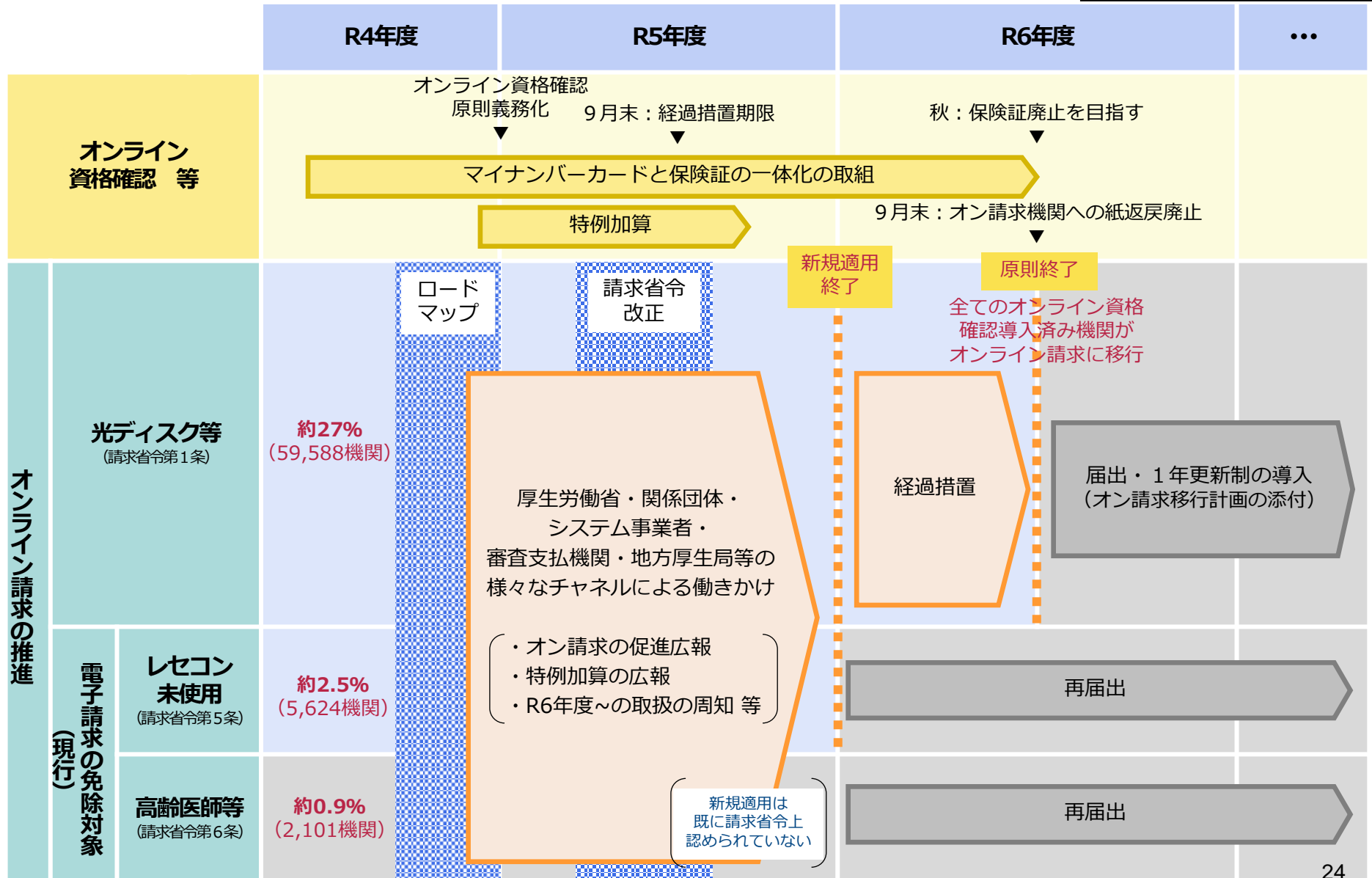
- レセプト請求については、これまでオンライン化が進んでおり、光ディスク等・紙レセプトによる請求が減少している。現在、紙レセプトは例外的な取扱い（約3.5%）であり、小規模な医療機関・薬局の高齢医師等が長らく紙レセプトで請求を行ってきている。一方で、光ディスク等は、約27%の医療機関・薬局で用いられている。
 - 令和5年4月から医療機関・薬局においてオンライン資格確認の導入が原則義務化される。これに伴い、義務化の対象である光ディスク等請求機関においては、オンライン請求も可能な回線が敷設される。
 - オンライン資格確認の導入に伴う医療の質の向上を診療報酬上の加算で評価するとともに、オンライン請求を更に普及する観点から、オンライン請求を令和5年末までに開始する場合も加算算定を可能とした（要件緩和）。
 - マイナンバーカードで受診することにより、より良い医療を受けることが可能になる、医療制度全体の効率化につながるなど、患者、医療機関・薬局、保険者にとって様々なメリットがあることを踏まえ、カードと健康保険証の一体化を加速し、令和6年秋に健康保険証を廃止することを目指している。
- (参考) オンライン請求機関による返戻再請求等を令和5年4月からオンライン化し、令和6年9月末に紙返戻を廃止することとしている。

基本的考え方

- 本年末にかけて、オンライン資格確認の特例加算の要件緩和を含め、オンライン請求に係る周知広報を集中的に行う。
- 光ディスク等請求機関は、オンライン資格確認の原則義務化によりオンライン請求も可能な回線が敷設される機会を捉え、令和6年9月末までに、原則オンライン請求に移行する。
 - 新規適用を令和6年4月から終了する。既存機関は令和6年9月末までに、原則オンライン請求に移行する。
 - 光ディスク等請求を続ける機関（レセコンを保有していないが、外部委託により光ディスク請求を実施する機関など）には、移行計画の提出を求め、1年単位の経過的な取扱いとする。
⇒ 令和6年9月末までに全てのオンライン資格確認導入済み機関がオンライン請求に移行することを目指す。
- 紙レセプト請求機関は、あくまで経過的な取扱いであることを明確化した上で、新規適用を終了する。
 - レセコン未使用の場合の新規適用を令和6年4月から終了する。（※高齢医師等については既に新規適用なし）
 - 令和6年4月以降も紙レセプト請求を続ける機関は、改めて当初の要件を満たしている旨の届出を提出する。

オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ

第164回社会保障審議会医療保険部会
(令和5年3月23日) 資料1



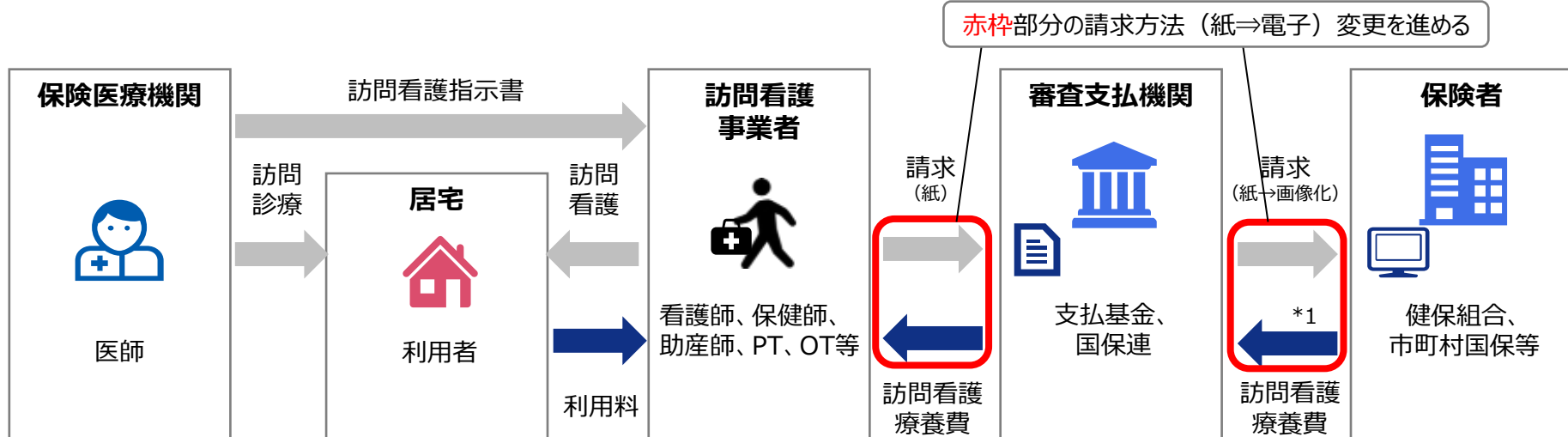
訪問看護レセプト（医療保険）のオンライン請求について

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

1. 概要・目的

- オンライン請求とは、電子的に作成したレセプトデータを、セキュリティが確保されたネットワーク回線により、オンラインで審査支払機関に送付することです。
- 全国の訪問看護ステーションにおけるレセプト請求事務や、審査支払機関・保険者等におけるレセプト処理事務の効率化が図られます。
- より質の高い医療・看護の実現に向けた、レセプト情報の利活用（介護保険分野と合わせた訪問看護全体のデータ分析、地域医療や在宅医療の実態把握等）の推進につながります。

2. 訪問看護の流れとオンライン請求の範囲



訪問看護レセプトのオンライン請求・オンライン資格確認

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

- 訪問看護ステーションにおいて、令和6年6月よりレセプトのオンライン請求とオンライン資格確認を開始する。
- また、令和6年秋の保険証廃止を見据えつつ、オンライン請求・オンライン資格確認を義務化する。その際、現行の保険証廃止は、国民の不安払拭のための措置が完了することが大前提であり、医療現場に混乱が生じないように、安心してマイナ保険証を利用できる環境を実現する。

1. オンライン請求・オンライン資格確認の開始

- 訪問看護ステーションの**オンライン請求を開始** (省令改正・令和6年6月施行予定。適用は翌月請求分から)
 - 訪問看護ステーションの**オンライン資格確認を開始** ※令和6年6月開始予定
 - 訪問看護ステーションに対する**オンライン資格確認導入に係る財政支援**
- ※ **オンライン請求**の開始に向けて準備が必要な機器等の一部は、**オンライン資格確認**と兼用することが可能

2. オンライン請求・オンライン資格確認の義務化・経過措置

- 訪問看護ステーションに**オンライン請求を義務化** (省令改正・令和6年秋(保険証廃止時期)施行予定)
※ 経過措置：通信障害、システム整備中、ネットワーク環境、改築工事、廃止・休止、その他特に困難な事情
- 訪問看護ステーションに**オンライン資格確認を義務化** (省令改正・令和6年秋(保険証廃止時期)施行予定)
※ 経過措置：システム整備中、ネットワーク環境、改築工事、廃止・休止、その他特に困難な事情

訪問看護レセプトのオンライン請求の義務化の経過措置

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

- 令和6年秋（保険証廃止時期）時点でやむを得ない事情がある場合は、期限付きの経過措置を設ける。※1

※1 経過措置の対象事業者は、支払基金に原則オンラインで事前届出を行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 電気通信回線設備に障害が発生した場合	障害が解消されるまで
(2) 義務化の2か月前の月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の場合（システム整備中）	システム整備が完了する日まで （遅くとも義務化の6か月後の月末まで）
(3) オンライン請求に必要な光回線ネットワーク環境が整備されていない場合（ネットワーク環境事情）	オンライン請求に必要な光回線ネットワーク環境が整備されてから6ヶ月後まで
(4) 改築工事中的の場合	改築工事が完了するまで
(5) 廃止・休止に関する計画を定めている場合	廃止・休止まで （遅くとも義務化の6か月後の月末まで）
(6) その他特に困難な事情がある場合 ※ 常勤の看護職員その他の従業者の年齢が、平成30年3月31日において、いずれも65歳以上である場合【介護保険におけるオンライン請求の経過措置と同じ】※2 ※ (1)～(5)の類型と同視できるか個別判断	特に困難な事情が解消されるまで

※2 令和6年3月31日時点では、71歳以上。

（参考）介護レセプトの令和5年3月審査分において、訪問看護ステーション約13,500事業所のうち、120事業所（0.9%）が紙レセプトにより請求。

オンライン資格確認等についての課題及び論点

【課題】

(訪問看護におけるオンライン資格確認の導入について)

- 訪問看護においては、オンライン請求の導入とともに、オンライン資格確認の導入を進めることで、業務効率化や質の高い医療の提供が実現するなどのメリットがある。また、令和6年秋の保険証廃止を見据えつつ、利用者がマイナンバーカードで安心して必要な訪問看護を受けられる環境を整備する必要がある。

(オンライン資格確認の用途拡大に伴う対応について)

- 訪問診療等においては、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が可能な仕組みを、居宅同意取得型に実装することとしている。

(オンライン請求の推進に伴う対応について)

- 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入の原則義務化については、現在紙レセプトでの請求が認められているものを例外しているところ、レセプトの請求方法については、「オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ」に基づき、請求命令の改正を行い、令和6年4月以降も継続する場合には、改めて届出が必要となる改正等を予定している。

【論点】

- 令和6年秋の保険証廃止を見据えつつ、訪問看護基準（省令）を改正し、訪問看護におけるオンライン資格確認の導入を義務化することとしてはどうか。その際、令和6年秋時点でやむを得ない事情がある場合は、期限付きの経過措置を設けることとしてはどうか。（別紙1関係）
- 居宅同意取得型に実装される再照会について、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場合における2回目以降の訪問においては、療養担当規則等に法令上の資格確認方法として位置づけることとしてはどうか。（別紙2関係）
- 療養の給付等に関する請求方法等についての法令改正を踏まえた療養担当規則等の改正を行ってはどうか。（別紙3関係）

今後のスケジュール（案）

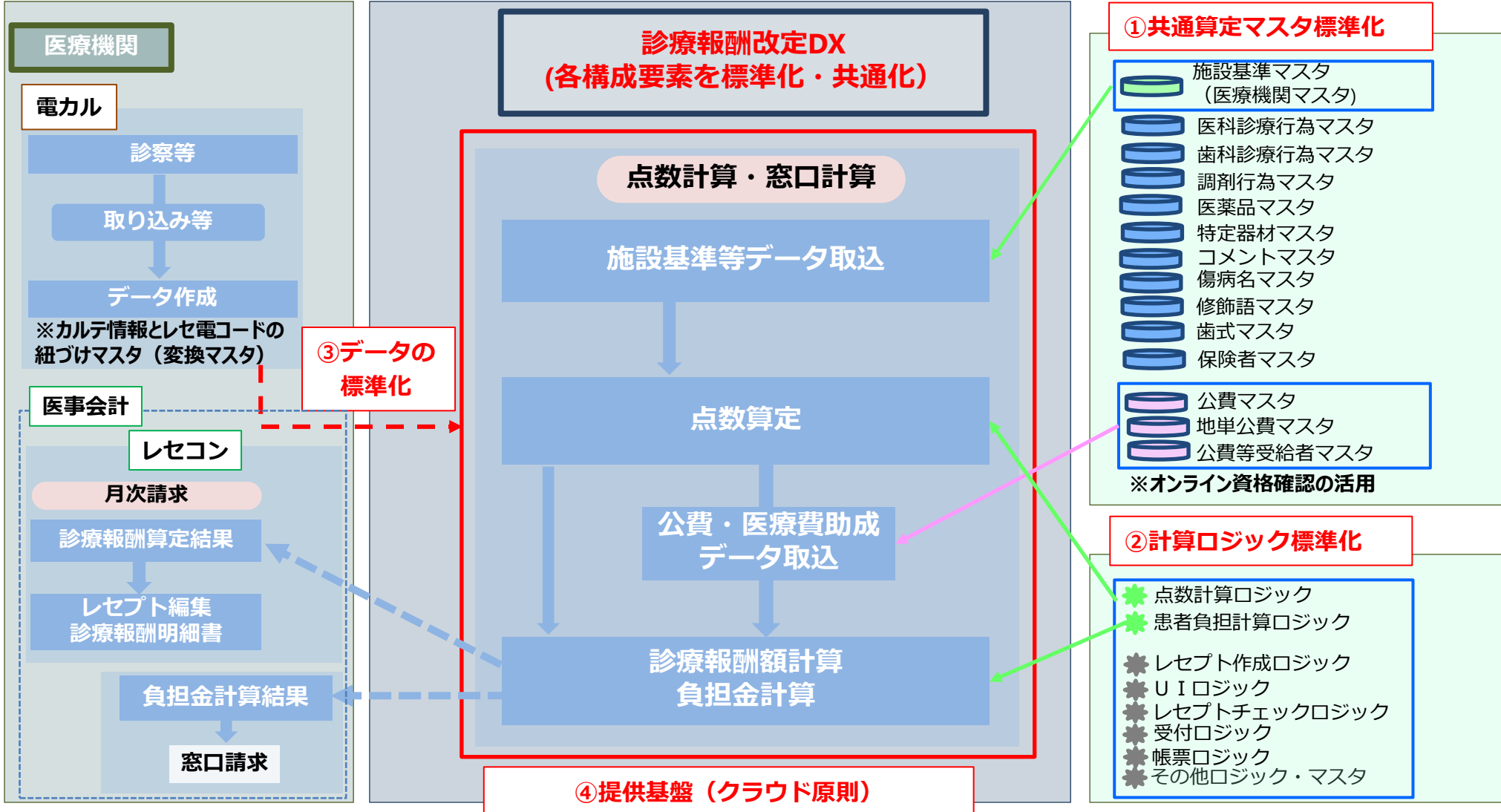
第168回社会保障審議会医療保険部会
(令和5年9月29日) 資料1

	令和5年度 (2023年度)							令和6年度 (2024年度)						
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月~
マイルストーン	R6診療報酬改定施行 秋：保険証廃止													
オンライン請求・ オンライン資格確認 導入推進の取組	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>総合ポータルサイト開設 (説明資料、動画等) ★</p> </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <p>総合ポータルサイト更新 (利用申請、 電子証明書発行) ★</p> </div> <div style="width: 20%; text-align: right;"> <p>義務化 経過措置 ★</p> </div> </div> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">※ 導入支援事業者や介護レセコンベンダなどシステム事業者が参画する連絡協議会を開催し、ベンダ側に対しても導入促進を図る。</p>													
訪問看護 ステーション	<p style="text-align: right; margin-right: 20%;">✓ 訪問看護ステーションごとに順次導入</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 30%; border: 1px solid green; padding: 5px; background-color: #e0f0e0;"> <p>準備・導入作業 (導入支援事業者等へ見積依頼・契約調整)</p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid blue; padding: 5px; background-color: #e0e0f0;"> <p>接続・運用テスト (端末の設定、運用テスト等)</p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px;">オンライン請求開始</p> <p style="font-size: small; margin-left: 5px;">※報酬改定が6月から であることを踏まえた対応</p> <p style="background-color: #e0ffe0; display: inline-block; padding: 2px;">オンライン資格確認開始</p> </div> </div>													

共通算定モジュールの構成要素と標準化・共通化 (DX)

● 共通算定モジュールは4つの要素 (①共通算定マスタ、②計算ロジック、③データの標準化、④提供基盤 (クラウド原則)) で構成。

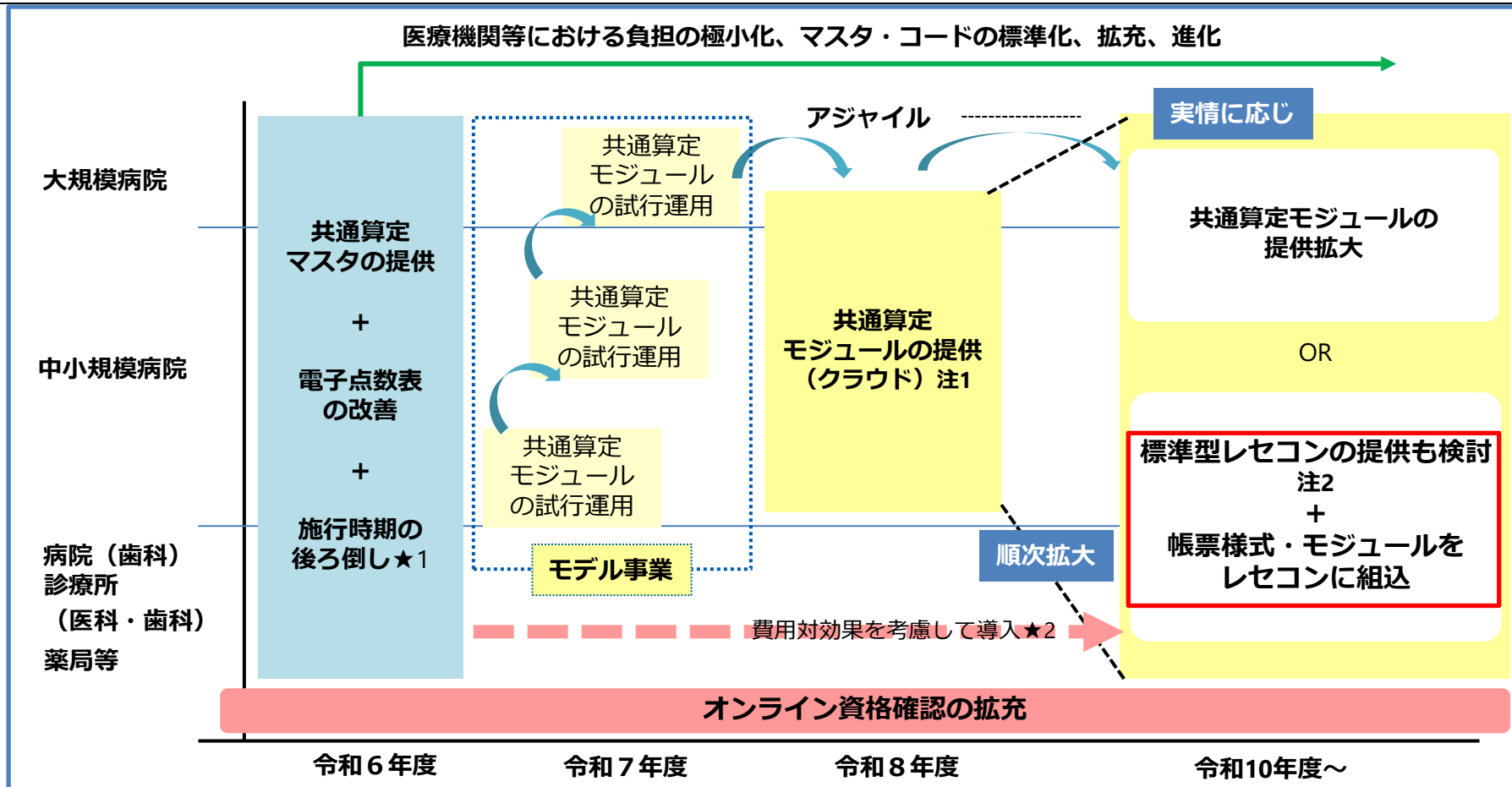
共通算定モジュールの開発範囲については、調査研究事業を踏まえつつ、関係者と協議のうえ検討



※マスタ・・・プログラムがデータ処理をする際に参照する基本ファイル。マスタについてはベンダ各社の創意工夫による競争の要素があることに留意。
ロジック・・・プログラムがデータ処理をする際の手順・内容

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール(案)

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。
- 診療所向けには、一部の計算機能より、総合的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。



注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ(帳票様式を含む)と一体的に提供することも検討。

★1 施行時期・施行年度については、中医協の議論を経て決定。

★2 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについて、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

明細書無料発行に係る現状と論点

【現状】

(全体)

- 平成20年度以降、累次の診療報酬において、明細書の発行にかかる取組を進めている。
- 平成22年度以降、厚生労働大臣の定める保険医療機関(電子レセプト請求を行っている施設)については、明細書を無料で発行しなければならない取扱いとしており、対象等を順次拡大している。

[現在の取扱い]

- － 診療所(医科・歯科)については、正当な理由に該当する場合、地方厚生(支)局長に届出を行うこととしており、その届出により、明細書の無料発行が免除され、患者の自己負担の有無に関わらず、患者から求められたときに交付することで足りることとされている。
- － 訪問看護ステーションについては、患者から求めがあれば発行に努めることとされている。
- 全ての患者に明細書を発行していない診療所数は減少傾向であり、平成26年時点において届出施設が4107施設であったが、令和4年度時点では、391施設となっている。
- 令和4年度診療報酬改定検証調査結果によると
 - － 患者全員に明細書を無料で発行する体制を整える予定について、具体的な予定があると回答したのは、診療所で約10%、訪問看護ステーションで約4%であった。
 - － 明細書を無料発行できない診療所の正当な理由としては「レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため」が約80%で、無料発行する場合の課題についても「設備投資のための初期費用」が約65%となっており、レセプトコンピュータの改修が最も大きなハードルとなっている。
 - － 明細書の原則無料発行に対して、「必要だと思う」または「どちらかというが必要だと思う」を選択した患者は、既に全員に発行を行っている病院で70%、無料発行を行っていない診療所(医科・歯科)で約30%であった。
 - － 訪問看護ステーションは、「会計の都度、『明細書』の発行を希望する」と「訪問看護の内容に変更があったときなど、場合により、発行を希望する」で約6割となっている一方で、訪問看護療養費の領収証には項目の記載があり、領収証の内容で十分という意見が施設調査、利用者調査ともに約50%となっている。

明細書無料発行に係る現状と論点

【現状】

(医療DX等による電子化推進)

- 保険医療機関・薬局(以下「保険医療機関等」という)においては、オンライン請求100%に向けた取組が進められており、訪問看護ステーションにおいては、令和6年6月(7月請求分)から電子レセプト請求が開始される予定である。
- 現在紙レセプトで請求を行っている保険医療機関等については、現在は明細書無料発行の義務が科されていないがオンライン請求に移行した場合、当該義務の対象となる。
- 医療DXや診療報酬改定DXの取組において、共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンの提供なども検討されており、レセプトコンピュータ未導入や旧型のレセプトコンピュータを使用している保険医療機関等に提供することが想定されている。なお、提供時期は令和10年度以降とされている。

【論点】



【診療所(医科・歯科)】

- 患者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、明細書の無料発行をしていない施設数が少なくなっている現状を踏まえ、診療所(医科・歯科)における、明細書無料発行の免除規定を廃止してはどうか。
- また、免除規定の廃止の時期について、個別の保険医療機関のシステムを改修するには費用がかかること、診療報酬改定DXにおいて令和10年度以降に標準型レセコン等の提供が検討されていることを踏まえ、令和10年度以降の当該標準型レセコン提供開始時期を目途としてはどうか。

【訪問看護ステーション】

- 令和6年6月(7月請求分)から訪問看護ステーションにおいてもオンライン請求が開始されることを踏まえ、現在努力規定となっている明細書の発行について義務化することとしてはどうか。また、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、現在の領収証を領収証兼明細書として位置づけてはどうか。

1. 明細書の無料発行について
2. 業務の効率化・簡素化について

診療報酬点数表のルールの特質化について①

「医療DXの推進に関する工程表」において、「デジタル化に対応するため、診療報酬点数表におけるルールの特質化・特質化を図る」ことが明記され、令和6年度診療報酬改定においても、診療点数表におけるルールの特質化・特質化の取り組みを進める必要がある。

医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）（抄）

Ⅲ 具体的な施策及び到達点

（4）診療報酬改定DX

診療報酬改定時に、医療機関等やベンダが、短期間で集中して個別にシステム改修やマスタメンテナンス等の作業に対応することで、人的、金銭的に非常に大きな間接コストが生じている。限られた人的資源、財源の中で医療の質の更なる向上を実現するためには、作業の一本化や分散・平準化を図るとともに、進化するデジタル技術を最大限に活用して、間接コストの極小化を実現することが重要である。

このため、2024年度において、医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善し、提供する。併せて、**デジタル化に対応するため、診療報酬点数表におけるルールの特質化・特質化を図る**とともに、診療報酬の算定と患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通的な電子計算プログラムである共通算定モジュールの開発を進め、2025年度にモデル事業を実施した上で、2026年度において本格的に提供する。その上で、共通するマスタやモジュール、標準様式を実装した標準型レセプトコンピュータについて、標準型電子カルテとの一体的な提供も行うことで、コスト縮減の観点も踏まえながら、医療機関等のシステムを抜本的にモダンシステム化していく。これらの取組については、公費負担医療等を含め、限度額を超えた患者の窓口負担金を日々の診療の段階で軽減する仕組みの強化に加えて、感染症危機への対応等医療情報の二次利用に資するものとなるよう、検討を進める。

これらの取組により医療機関等の間接コストや作業負担の軽減を図るとともに、診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討する。

診療報酬点数表のルールの特素化について②

令和5年度「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和5年6月9日）（抄）

第1 安全・安心で便利な国民の生活や事業者の活動に向けた重点的な取組

5. 準公共サービスの拡充

(1) 健康・医療・介護分野

⑤ 診療報酬改定DX

・医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善し、2024年度（令和6年度）中に提供する。あわせて、**デジタル化に対応するため、診療報酬点数表におけるルールの明確化・特素化を図る**とともに、診療報酬の算定と患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通算定モジュールの開発を進め、2025年度（令和7年度）にモデル事業を実施した上で、2026年度（令和8年度）に本格的に提供する。

診療報酬明細書の記載に係る簡素化

- 平成30年度診療報酬改定において、診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応として、医科・歯科の診療行為及び調剤行為のうちレセプト摘要欄に記載を求めている項目については、選択式記載を導入し、所要のコードを設定した。
- しかし、摘要欄に記載を必要とする項目は平成30年度改定時には562項目、令和2年度改定時には617項目、令和4年度改定時には722項目（医薬品投与における記載事項等も選択式のコードを設定。計890項目）と診療報酬改定ごとに増え続けている。
- 令和6年度診療報酬改定においては、以下に示すような記載項目について見直しを行い、必要に応じて廃止する等の検討を行うこととする。

レセプトに記載されている情報等から確認できるもの

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
（月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合） 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を当該月に算定している場合） 当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日；（元号）yy”年 “mm”月”dd”日”



生年月日情報で
確認可能と思われる



算定日情報で
確認可能と思われる

必要以上の記載項目と考えられるもの

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
（入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合） 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他（労災、他保険等にて請求済み）」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148	外来にて請求済み
	820100149	入院にて請求済み
	820100150	その他（労災、他保険にて請求済み）



算定していないものの
理由は不要ではないか

地方厚生（支）局への届出の簡素化（1）

- 現在地方厚生（支）局への届出を求めている施設基準が約800、その届出に使用する様式が約500種類となっており、様式以外に研修の受講証等の添付書類を求めている施設基準もあることから、施設基準の届出等の手続きが保険医療機関の負担となっている。
- また、新たな医療技術が評価されると、その実施の担保のため施設基準の届出を求めていることから、届出様式等は継続的に増加している現状がある。（H30改定：384様式、R2改定：438様式、R4改定：499様式）
- 今後、施設基準届出の効率化や電子化を進めていくにあたり、届出様式の統廃合や届出の省略化、添付資料の省略化など、手続きの簡素化・合理化する必要がある。

見直しのイメージ

【様式の統廃合】

現行

簡素化後

様式〇
××××勤務する従事者の名簿

	職種	氏名	勤務の様様	勤務時間	備考
1		〇〇太郎	常勤・専任	38.75	5年
2		〇〇二郎	常勤・専任	38.75	5年
3		〇〇××	常勤・専任	38.75	
4		〇〇△△	常勤・専任	38.75	
5		〇〇□□	常勤・専任	38.75	

一部の施設基準について、施設基準ごとの届出様式とは別に、従業者の一覧の様式の届出も求めているものがある。

様式廃止

※添付書類で確認又は適時調査等で事後確認

様式統合

入院基本料や各種加算等の届出様式に名簿の記載欄を追加した上で当該様式は廃止

地方厚生（支）局への届出の簡素化（2）

【添付書類の省略】

現行

（届出様式）

様式〇

×××××加算の施設基準に係る届出書添付書類
×××××加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	医療機関名	
②	〇〇〇について揭示している	<input type="checkbox"/>
③	専任の医師氏名	
④	他の医療機関と連携体制が構築されている	<input type="checkbox"/>
⑤	連携医療機関名	
⑥	〇〇管理料を算定している	<input type="checkbox"/>

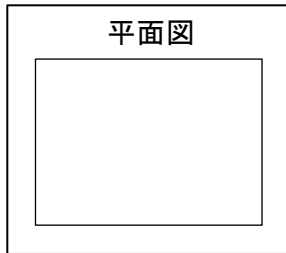
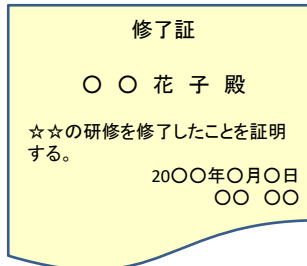
【記載上の注意】

- ③には所定の研修を修了した専任の医師の指名を記入する
- 研修受講した修了証の写しを添付すること
- 〇〇〇室の平面図を添付すること。
- ⑥について、確認ができる資料の写しを添付すること。

一部の施設基準について

- ・研修の受講証の写し
- ・病棟や病室等の平面図（面積等を要件としているものを除く）
- ・別の施設基準を届け出ていることが分かる書類などの添付を求めているものがある。

（添付書類）



簡素化後

（届出様式）

様式〇

×××××加算の施設基準に係る届出書添付書類
×××××加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	医療機関名	
②	〇〇〇について揭示している	<input type="checkbox"/>
③	専任の医師氏名	
④	他の医療機関と連携体制が構築されている	<input type="checkbox"/>
⑤	連携医療機関名	
⑥	〇〇管理料を算定している	<input type="checkbox"/>

【記載上の注意】

- ③には所定の研修を修了した専任の医師の指名を記入する

（名簿・添付書類）

提出不要

※適時調査等で事後確認

- 施設基準ごとの様式や添付書類の必要性を精査しつつ、保険医療機関等の負担軽減及び業務効率化の観点から、可能な施設基準から様式の統廃合や添付書類の省略化などの検討する。
- 一方で施設基準にかかる要件確認は重要であることから、省略した様式等に記載された要件については、適時調査等で確認する。

地方厚生（支）局への届出の電子化（1）

- 施設基準の届出について、一部電子的な届出が可能になっているものの、ほとんどの施設基準で紙での届出が必要となっており、郵送等の手間や費用がかかっている状況にある。
- 医科・歯科・調剤の施設基準の中でも、施設基準の少ない調剤では後発医薬品調剤体制加算を除いて、電子的な届出が可能になっているが、電子的な届出を行っている保険薬局は限定的である。
- 診療報酬改定DXにおいても、「施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進」することが一つのテーマとなっており、令和6年度以降進めていく予定である。ただし、約800の施設基準のうち784の施設基準が未対応の状況であり、段階的に対応を行っていく必要がある。
- 電子的な届出は「保険医療機関等電子申請・届出等システム」から実施いただく必要があり、保険医療機関及び保険薬局が当該システムを利用するためにオンライン請求用の回線を使用している必要があり、電子的な届出を推進するためには、オンライン請求（又はオンライン資格確認）の推進も重要である。

【電子的な届出が可能な施設基準】

項番	名称	項番	名称
1	入退院支援加算	11	地域支援体制加算3
2	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	12	地域支援体制加算4
3	調剤基本料1	13	連携強化加算
4	調剤基本料2	14	無菌製剤処理加算
5	調剤基本料3イ	15	在宅患者調剤加算
6	調剤基本料3ロ	16	特定薬剤管理指導加算2
7	調剤基本料3ハ	17	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料
8	調剤基本料1（注1のただし書に該当する場合）	18	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
9	地域支援体制加算1	19	在宅中心静脈栄養法加算
10	地域支援体制加算2		

地方厚生（支）局への届出の電子化（2）

【電子的な届出が未導入な施設基準内訳】

<医科>		特掲診療料													
区分	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	食事
未対応 ↓	初・再診料 入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリ テーション	精神科専門 療法	処置	手術	麻酔	放射線治療	病理診断	入院時食事 療養
732	300	58	29	46	18	2	3	20	21	19	188	3	17	7	1

<歯科>		特掲診療料													
区分	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
未対応 ↓	初・再診料 入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリ テーション	処置	手術	麻酔	放射線治療	歯冠修復及 び欠損補綴	歯科矯正	病理診断
49	6	5	4	7	2	0	0	1	2	14	1	0	3	2	2

<薬局> 未対応 ↓	特掲診療料
3	後発医薬品調剤体制加算 1～3

診療報酬改定DX対応方針

診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等(※)における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

(※) 病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

標準様式のアプリ化とデータ連携

- 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供
- ※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。

- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

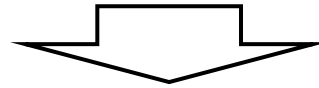
診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

業務の効率化に係る現状及び課題と論点

【課題】

- ・ 施設基準の届出項目や手続き等が保険医療機関の負担となっているものについて、届出の省略や手続きの簡素化を図ってきているが、新たな技術の評価により、様式数は継続的に増加している。
- ・ 保険医療機関等からの施設基準の届出について、研修修了証等の研修の受講状況が確認できる文書や病室等の平面図など、添付書類を多く求めている施設基準がある。
- ・ 保険医療機関等からの施設基準の届出について、ほとんどの施設基準が紙で届け出ることとされている。
- ・ 電子的な届出には、オンライン請求用の回線を使用するため、オンライン請求（又はオンライン資格確認）の実施率を向上させる必要がある。



【論点】

- 医療機関等の医療従事者の負担軽減及び業務効率化の観点から、施設基準の届出や添付書類の提出を一部省略化することについて、どのように考えるか。
- 施設基準届出の電子化の推進策についてどのように考えるか。

参考資料

(直近の改定における業務の効率化・簡素化)

施設基準に係る届出の一部簡素化について

➤ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う。

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- | | | |
|---------------|----------------|---|
| ○夜間・早朝等加算 | ○強度行動障害入院医療加算 | ○経皮的冠動脈形成術 |
| ○明細書発行体制等加算 | ○がん診療連携拠点病院加算 | ○経皮的冠動脈ステント留置術 |
| ○臨床研修病院入院診療加算 | ○小児科外来診療料 | ○医科点数表第2章第10部手術の
通則5及び6(歯科点数表第2章
第9部の通則4を含む。)に掲げる
手術 |
| ○救急医療管理加算 | ○夜間休日救急搬送医学管理料 | |
| ○妊産婦緊急搬送入院加算 | ○がん治療連携管理料 | |
| ○重症皮膚潰瘍管理加算 | ○認知症専門診断管理料 | |

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| ○外来リハビリテーション診療料
(心大血管疾患リハビリテーション料 等) | ○植込型除細動器移行期加算
(両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術 等) | ○経皮的冠動脈遮断術
(救命救急入院料 等) | ()内は届出が必要な別の項目の例
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数 |
| ○一酸化窒素吸入療法
(新生児特定集中治療室管理料 等) | ○植込型心電図検査
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | ○認知症地域包括診療加算(※)
(地域包括診療加算) | |
| ○造血器腫瘍遺伝子検査
(検体検査管理加算) | ○植込型心電図記録計移植術及び
植込型心電図記録計摘出術
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | ○認知症地域包括診療料(※)
(地域包括診療料) | |
| ○大腸CT撮影加算
(CT撮影 64列以上の場合 等) | | ○ダメージコントロール
手術
(救命救急入院料 等) | ○廃用症候群
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) |

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

施設基準等の届出等の簡素化・合理化

- 医療機関の業務の効率化の観点から、施設基準等の届出において、様式の廃止や提出する資料数の低減、届出する機会を減らす等の合理化を行う。

入院料等	届出等	対応
基本診療料・特掲診療料 訪問看護療養費	施設基準等に係る届出	副本の提出、副本のコピーの添付を廃止。
急性期一般入院基本料の入院料	急性期一般入院料2～6の 変更の届出	平成30年10月1日以降において、急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であれば、急性期一般入院料2～6の届出において、様式10のみの届出を可能とする。
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料、等	重症度、医療・看護必要度の実績の届出	年間の実績を求める様式10の3を削除し、様式10のみの届出を可能とする。
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリテーション実績指数等の報告	年4回の報告を、年1回(7月)の報告のみとする。
総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、等	医療従事者等の負担の軽減並びに処遇の改善に関する届出	負担軽減等に係る内容を求めている評価について、配置等に係る評価に集約し、他の評価における届出を廃止。 届出の変更にあたり、直近の年1回(7月)の報告から変更がない場合、届出時の様式の添付を省略可能とする。
高度難聴指導管理料	施設基準の届出	届出を廃止し、施設基準を満たす保険医療機関は算定可能とする。

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進②

評価項目の削除

- 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術や評価項目について削除し、診療報酬点数表の簡素化を図る。

K043-2 骨関節結核瘻孔摘出術
 K043-3 骨髄炎手術(骨結核手術を含む)。
 K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術
 K052-3 多発性骨腫摘出術
 K084 1 四肢切断術 肩甲帯
 K667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
 K781-2 ピンハンマー式尿路結石破碎術
 I012 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)
 精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

経過措置のあるもの(平成32年3月31日まで)

D006 2 トロンボテスト
 D006-3 2 mRNA定量(1以外のもの)
 D007 9 ムコ蛋白
 D007 24 膵分泌性トリプシンインヒビタ(PSTI)
 D009 6 前立腺酸ホスファターゼ(PAP)

診療報酬明細書の添付資料の見直し

- 診療報酬明細書の添付資料について、算定要件を満たすか否かの判断に不必要なものは廃止する。また、記載が必要なものでも、可能な限り診療報酬明細書(レセプト)に記載することとし、記載で置き換え可能な添付資料は廃止する。

例 療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分に係る評価票の添付資料

【療養病棟入院基本料の施設基準告示】

現行

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること



改定後

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、記録していること

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進③

診療情報の利活用の推進のための見直し

- 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、診療報酬明細書等の請求時の対応の変更等を行う。



① 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項の選択式化

診療報酬明細書(レセプト)に算定理由等を記載するもののうち、留意事項通知等で選択肢が示されているものについては、フリーテキストで記載するのではなく、選択式とする。

② 診療報酬明細書の患者氏名表記のカタカナ併記

電子レセプト等について、カタカナ併記の協力を求めることとし、医療と介護のデータの連携を可能とする。

③ 診療報酬明細書の精神疾患の傷病名の記載の方法見直し

精神疾患の傷病名について、原則として、ICD-10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

④ DPCデータの術式の記載の追加

DPCデータに、手術分類(Kコード)に加えて、外科学会社会保険委員会連合が提供する基幹コード(STEM7)も記載することとする。

医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

会議や研修の効率化・合理化

会議 ➡ ・安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



院内研修 ➡ ・抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。
・急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。

院外研修 ➡ ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

記録の効率化・合理化

診療録 ➡ ・栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
・在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト
摘要欄 ➡ ・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

● 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

● 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



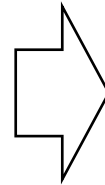
医療機関におけるICTを活用した業務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行

【小児科外来診療料】
 [算定要件]
 注1 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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。



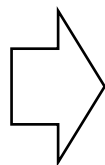
改定後

【小児科外来診療料】
 [算定要件]
 注1 **小児科を標榜する保険医療機関において**、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

- ◆ レセプト摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について**選択式記載**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減**を図る。

【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】
 ・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	施設要件 ア
8201xxxxx	施設要件 イ
(略)	ウ～オ (略)



〔レセプト表示イメージ〕

33:	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886 X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

個別事項(その14)

生活習慣病対策

生活習慣病対策に係る中医協総会等における主なご意見

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1）>

- 医科歯科連携による治療効果の改善がエビデンスとしても示されており、こうした連携を深めていくべき。
- 生活習慣病の管理をどういった形で評価していくのか、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象となっている患者像を分析し、議論を深めていく必要がある。「計画的な管理」を評価している地域包括診療加算と特定疾患管理料が併算定できることも踏まえ、単純に加算を新設するといった発想ではなく、既存のかかりつけ医機能の評価について体系的に整理すべき。

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会・総会>

- コロナ禍で定期的な受診ができなかった状況で、糖尿病の悪化がみられたというデータもあるため、定期的にしっかりした診療を受けられるようにすることが重要ではないか。
- 特定疾患療養管理料における医療法改正による書面交付への対応、生活習慣病管理料における療養計画書の見直しについては、医療の質・患者の負担・効率性の視点で更なる検討が必要である。
- 高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれも再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定が極めて少ない実態を考えると、かかりつけ医機能をどの診療報酬項目で評価すべきなのかを体系的に整理すべき時期に来ているのではないか。

<令和5年11月10日 中医協総会>

- 生活習慣病について、月2回以上の受診に対する評価について見直すべき。症状が安定している場合、2～3か月に1回の受診という形態も、適切な治療計画のもと、普及させていくべき。また、リフィル処方箋の活用も推進すべき。
- 受診回数減少や処方期間の長期化について、これはコロナ流行下という状況において行われたことを理解する必要がある。
- 2～3ヶ月に1回の診療でよいという意見があるが、3月に1回の受診ではコントロールが難しい。生活習慣病の管理は1ヶ月に1回が基本ということを認識していただく必要がある。
- 医療情報プラットフォームの構築に向けた取組を推進していく観点が重要。

<令和5年11月22日 中医協総会>

- リフィル処方箋は周知に課題がある状況であり、医療機関・薬局においても活用について掲示等の対応を進めるべき。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

- 生活習慣病の管理について看護師による療養指導、多職種連携を評価する仕組みを検討すべきとの指摘があった。
- 生活習慣病管理料の療養計画書について見直しが必要との指摘があった。
- データ提出について、最終的に過不足がなく、現場の負担にも配慮した情報管理としてほしい、との指摘があった。

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1-1. 概要

1-2. 書面交付と医療DXについて

1-3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

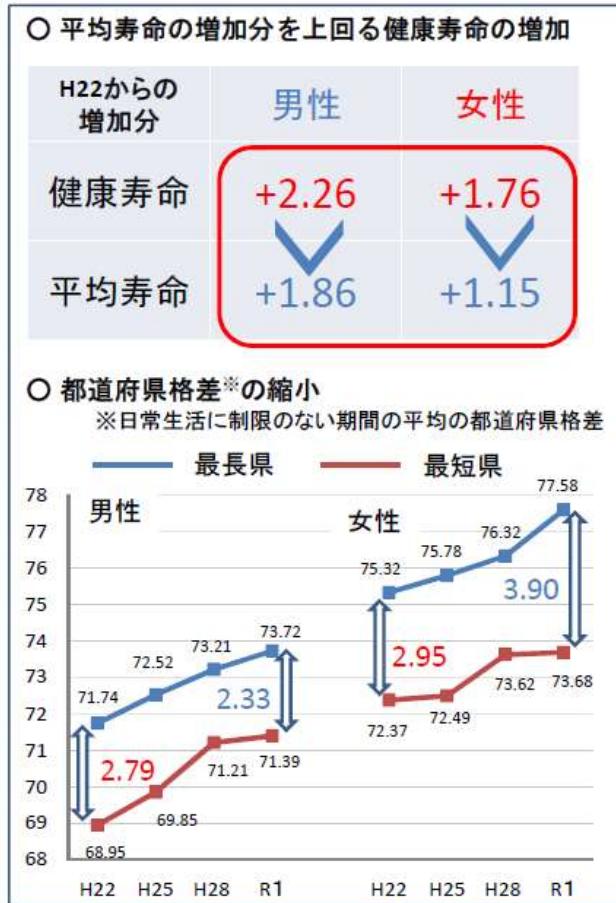
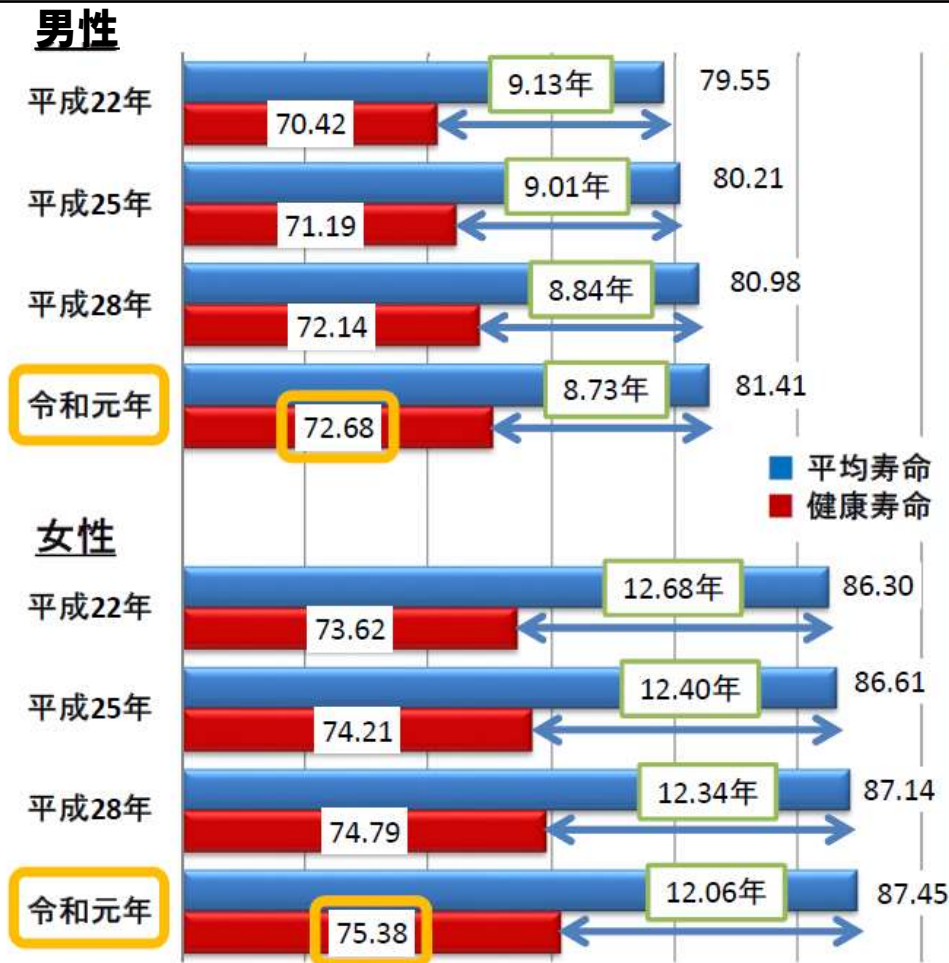
1-4. 疾病管理におけるエビデンスについて

2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

健康寿命と平均寿命の推移

- 平成22年から令和元年については、男女ともに、
 - ・平均寿命・健康寿命は延伸している。
 - ・平均寿命と健康寿命の差である不健康期間は短縮している。
 - ・健康寿命の地域間格差は男性で縮小している一方で、女性では拡大している。



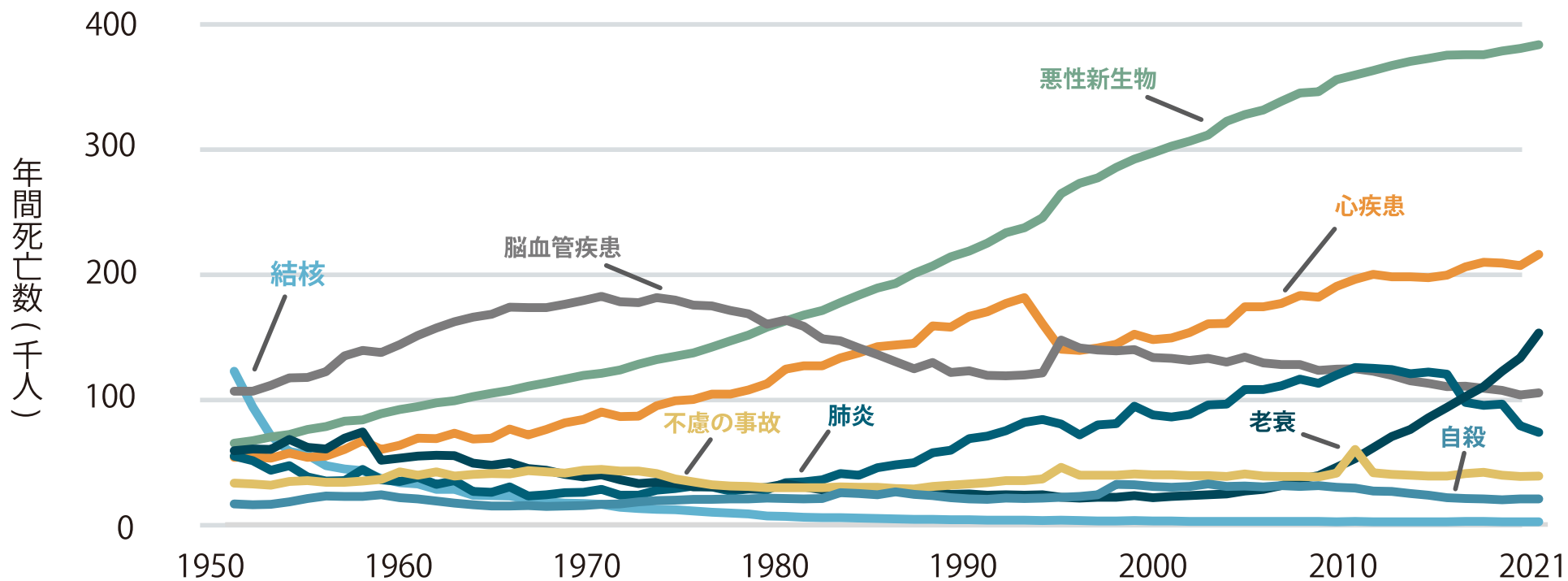
※厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(研究代表者 辻一郎)において算出
■健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(令和4年度)
■健康寿命延伸プランの目標:健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(2016年比)、75歳以上とする(2040年)

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」
「平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口動態統計」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年国民生活基礎調査」※
総務省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年推計人口」より算出
※平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

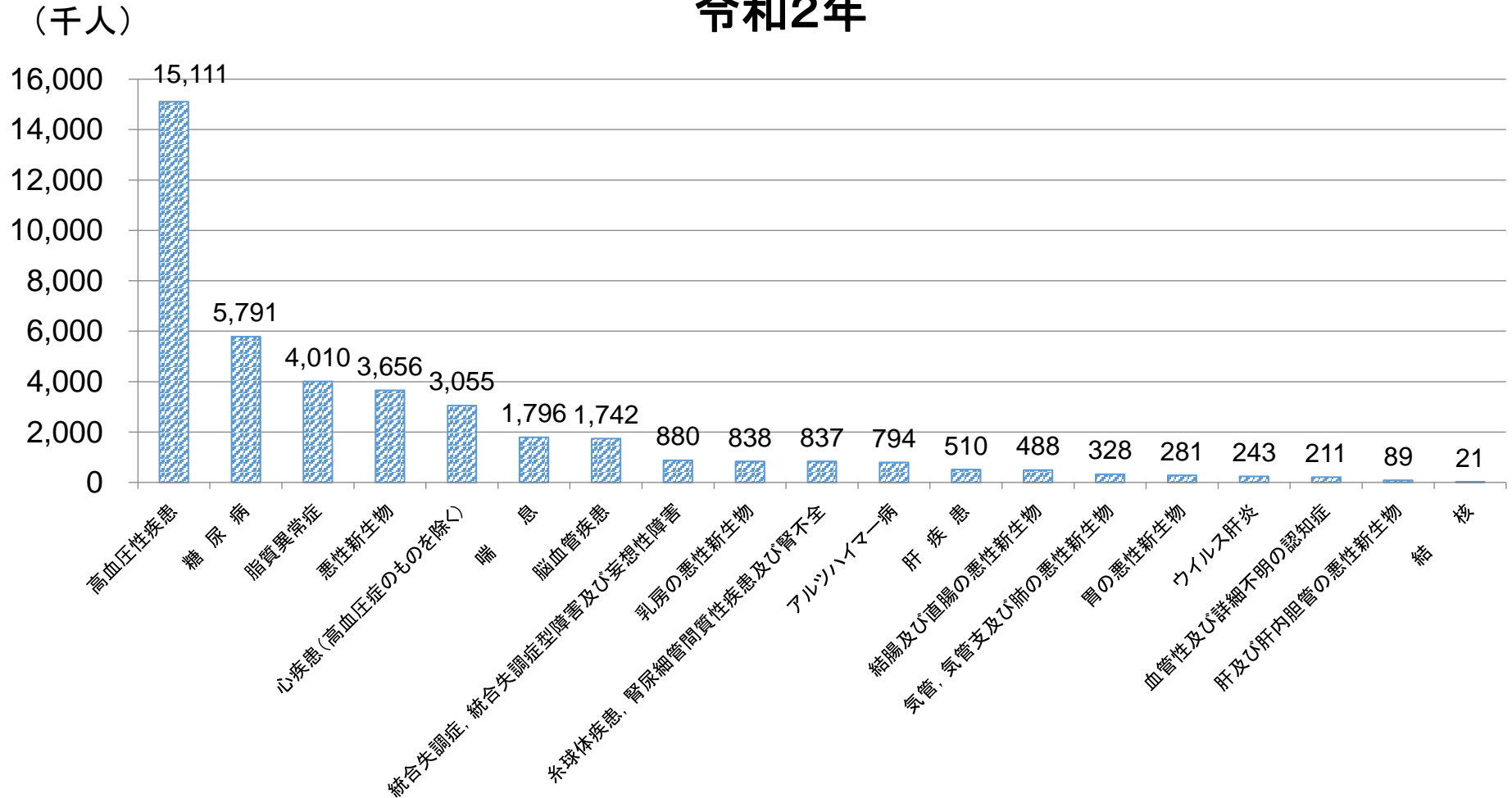
死因の推移



主な傷病の総患者数

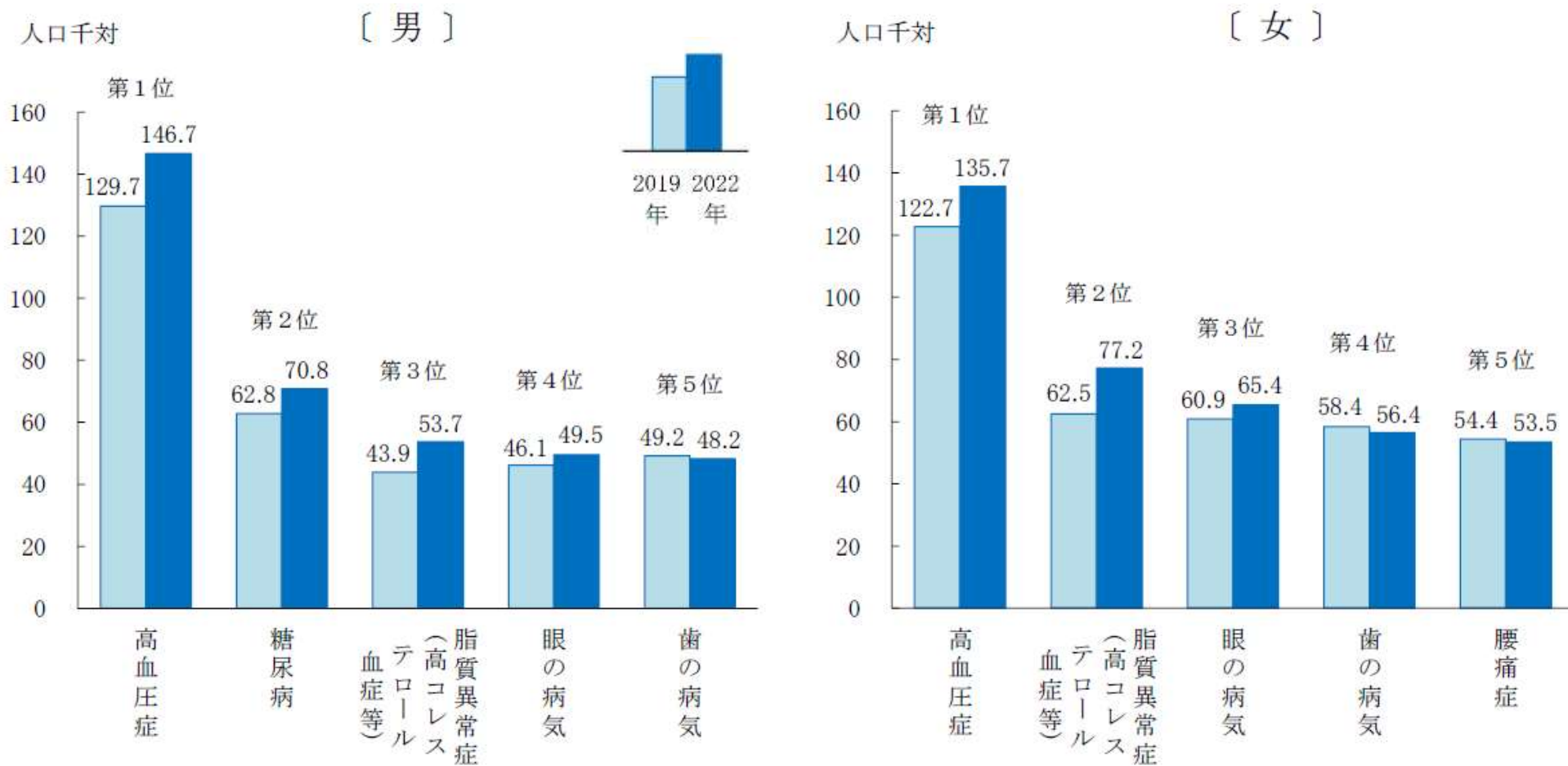
○ 主な傷病の総患者数を比較すると、高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症、悪性新生物、心疾患(高血圧症のものを除く)が上位を占める。

令和2年



通院者数の推移

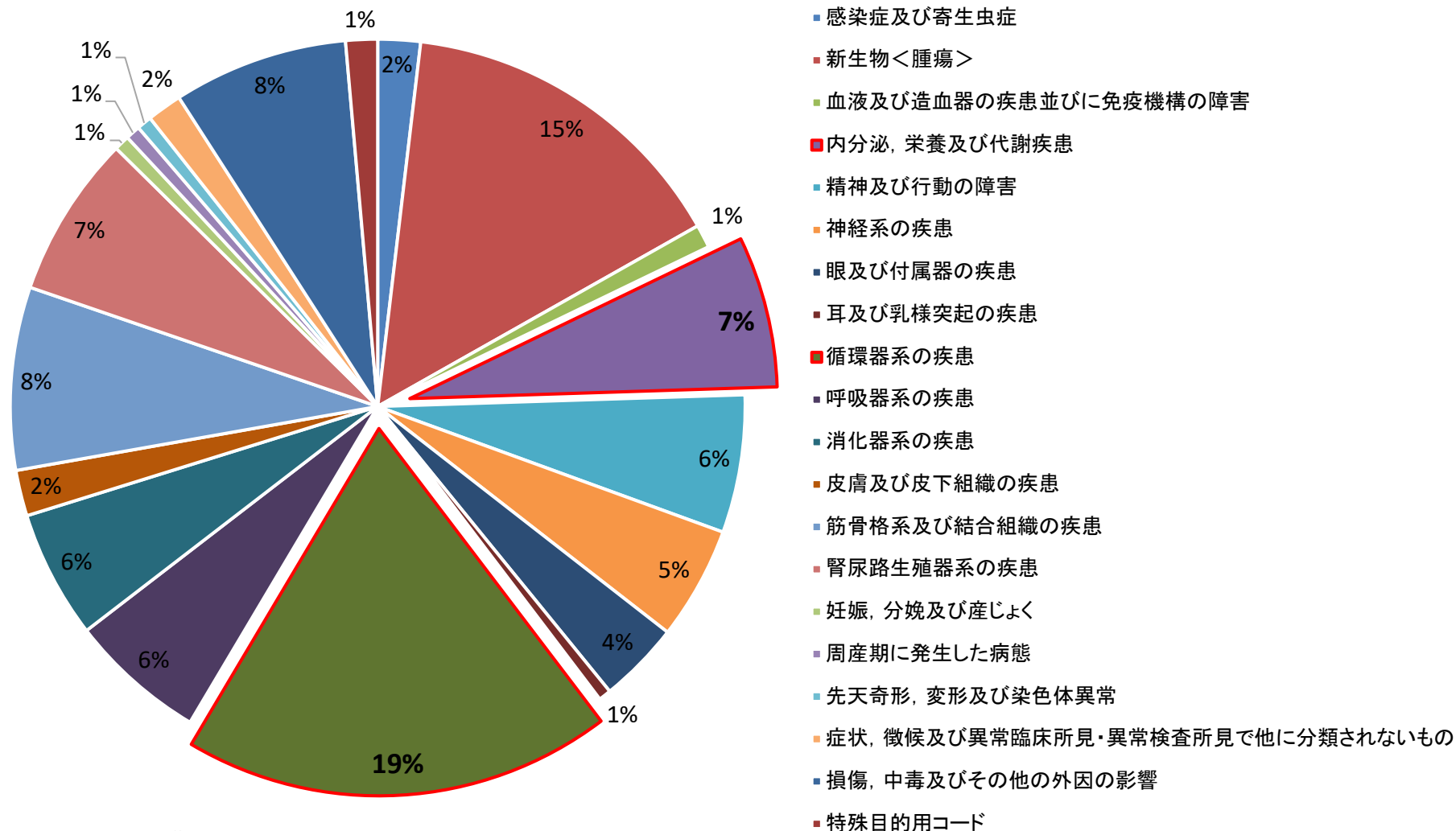
○ 傷病で通院している者〔通院者〕の上位3疾患は高血圧症、糖尿病、脂質異常症となっており、2019（令和元）年から2022（令和4）年にかけて通院者数は増加している。



傷病分類別の医科診療医療費

○ 医科診療医療費のうち、「内分泌、栄養及び代謝疾患」の医療費は全体の7%、このうち糖尿病は4%であった。「循環器系の疾患」は全体の19%、このうち高血圧性疾患は5%であった。

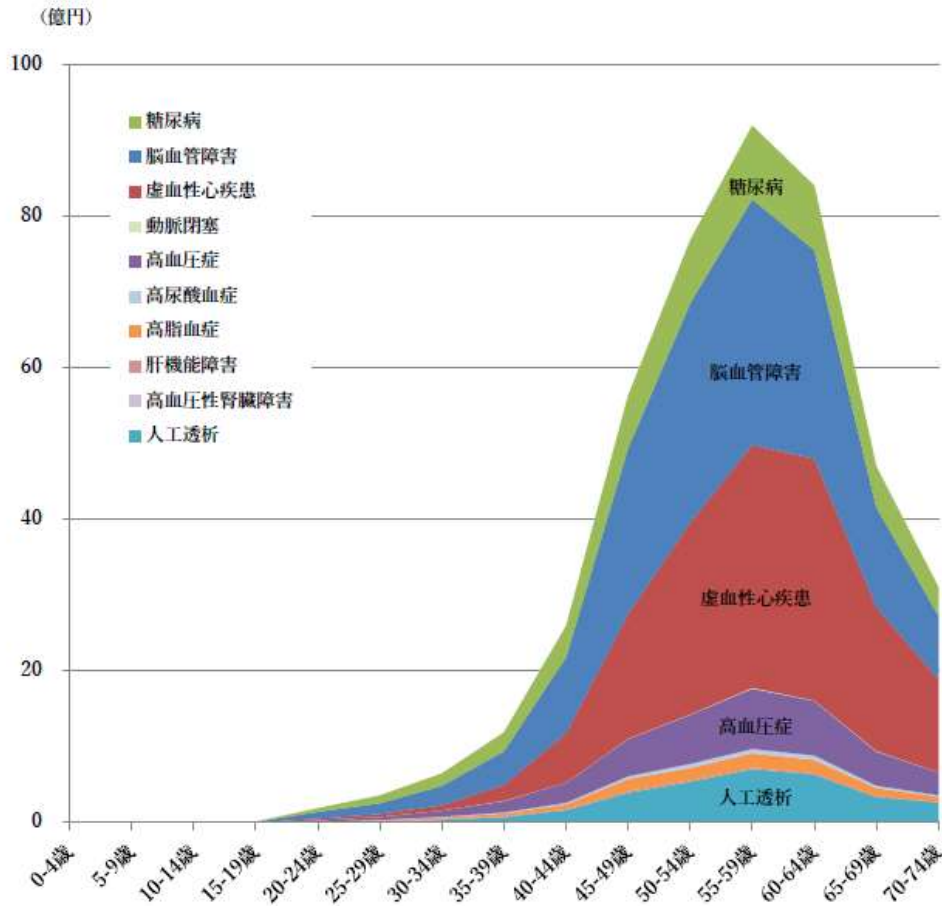
医科診療医療費



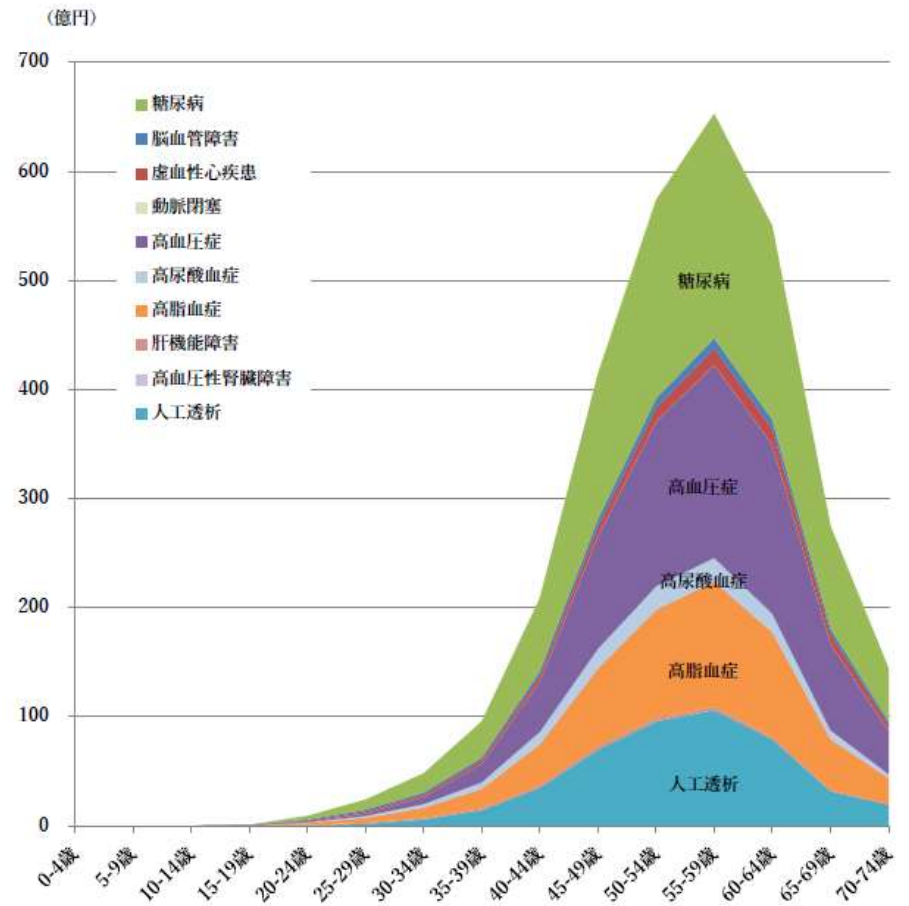
生活習慣病関連疾患の医療費

○ 生活習慣関連疾患の年齢階層別有病者数は55～59歳が最多であった。入院医療費については、55～59歳において、脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病の順に医療費が高かった。入院外医療費については、55～59歳において、糖尿病、高血圧症、高脂血症の順に医療費が高かった。

年齢階層別生活習慣関連 10 疾患医療費
【医科合計(入院)】



年齢階層別生活習慣関連 10 疾患医療費
【医科合計(入院外)】



生活習慣病によるリスク

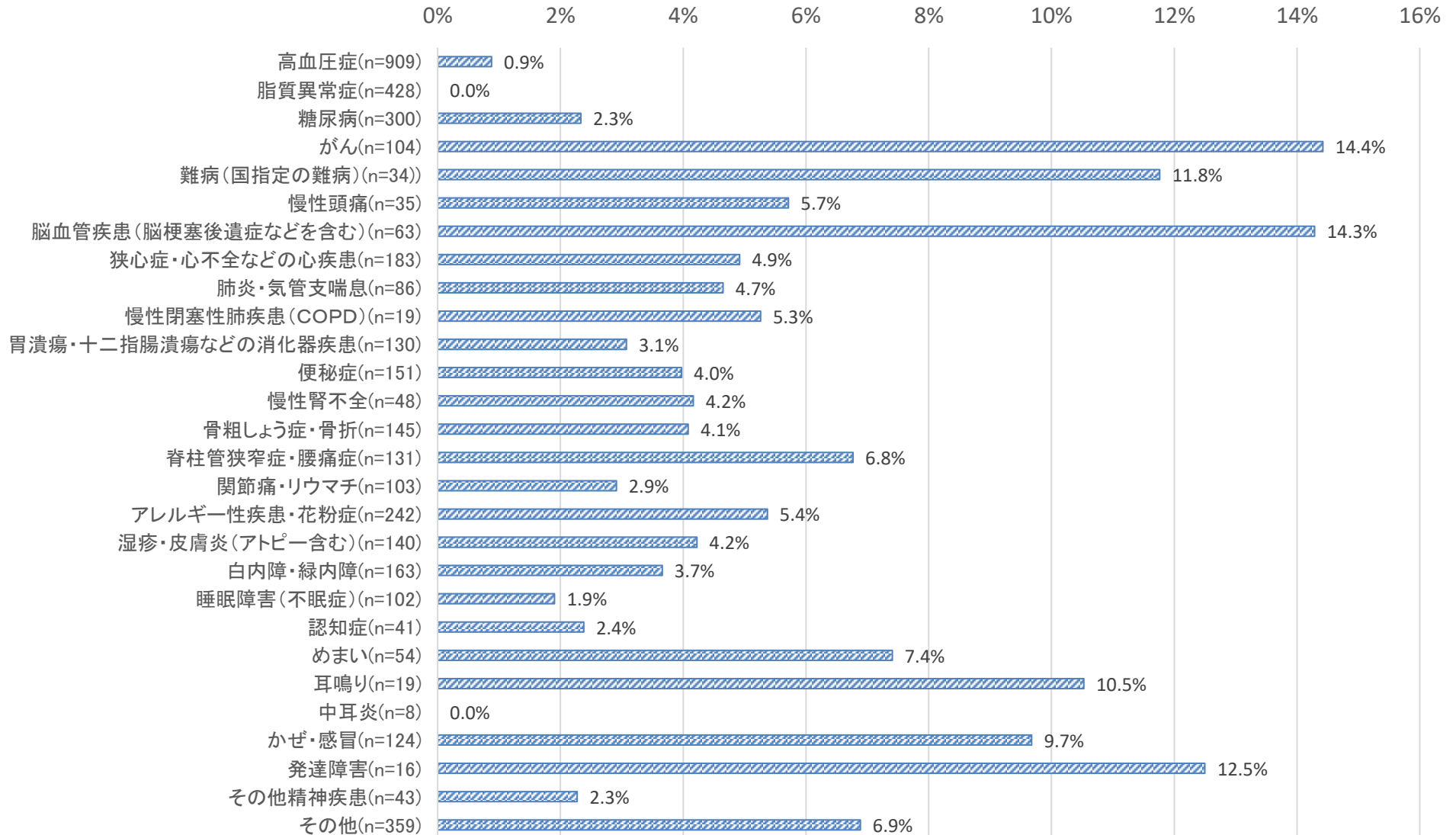
- 脳卒中・心臓病などの循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要である。

- 脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成 30(2018)年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、年間 31 万人以上の国民が亡くなっている。また令和元(2019)年の国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の 20.6%を占めており介護が必要となった主な原因の一つでもある。
- 循環器病の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症(特に高LDLコレステロール血症)、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要である。
- 高血圧は循環器病の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因となることが示されている。循環器病の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧と高値血圧(正常血圧と高血圧の間の領域)においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられ、40 歳から 80 歳代までの各年齢層で血圧と総死亡は正の関連を示している。
- 脂質異常症は虚血性心疾患(冠動脈疾患)の危険因子であり、国内外のコホート研究においてLDLコレステロール値の上昇に伴い冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することが報告されているが、脳血管疾患については、LDLコレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告がある一方、高LDLコレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されている。
- 糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要である。糖尿病腎症による新規透析導入患者数は令和3(2021)年で 15,271 人であり、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の主要な要因でもあり、平成 27(2015)年に新たに身体視覚障害と認定された者の原因疾患の第3位(12.8%)に位置している。

疾病毎の複数医療機関受診割合（患者票）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

○ 疾病に対して定期的(3か月に1回以上)に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。
高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0~約2%であった。



生活習慣病に係る評価の経緯

中医協 総－8
5 . 6 . 2 1

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

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

透析予防指導管理の対象拡大、質の高い人工腎臓等の評価の充実

- 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。

現行	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
腎不全期患者指導加算	100点

[算定要件]

腎不全期(eGFRが30mL/min/1.73m²未満)の患者に対して医師が必要な指導を行った場合



改定後	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
(改)高度腎機能障害患者指導加算	100点

[算定要件]

eGFRが45mL/min/1.73m²未満の患者に対して医師が必要な指導を行った場合

- 夜間、休日に行われる人工腎臓や質の高い人工腎臓の評価を充実させる。

- ① 夜間、休日に人工腎臓を行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
時間外・休日加算	300点

[算定できる場合]

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



改定後	
【人工腎臓】	
(改)時間外・休日加算	380点

- ② 著しく人工腎臓が困難な患者等に対して行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
障害者等加算	120点



改定後	
【人工腎臓】	
(改)障害者等加算	140点

- ③ 長時間の人工腎臓に対する評価を新設する。

(新) 長時間加算 150点 (1回につき)

[算定要件]

通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

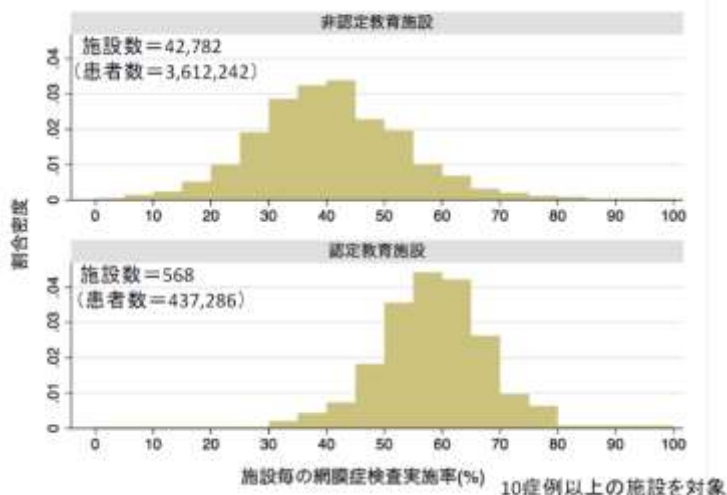
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

- 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科の受診勧奨及び歯科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

- 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。
- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に歯科受診の状況の記載欄を追加する。

(参考)

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



厚生労働科学研究(平成29年度～)
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究
研究代表者:門脇孝

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」(2014年)
(日本歯周病学会)

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

- 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

現行

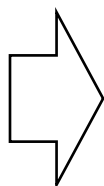
【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。



改定後

【生活習慣病管理料】

- (改)** 1 脂質異常症を主病とする場合 **570点**
- 2 高血圧症を主病とする場合 **620点**
- 3 糖尿病を主病とする場合 **720点**

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

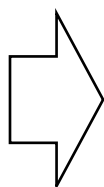
算定要件の見直し

- 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
(削除)

生活習慣病の診療の評価について

中医協 総-8
5.6.21

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	570~720点 (月1回)	170点 (月1回)	350点 (月1回)	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 療養計画書を作成。 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。<u>この場合、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の他職種と連携して実施しても差し支えない。</u> 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導計画を作成。 ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 「透析予防診療チーム」(糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師(保健師)及び管理栄養士からなる)が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 指導計画を作成する。 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 200床未満の病院及び診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師1名以上配置。 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 薬剤師、理学療法士が配置されることが望ましい。 糖尿病教室を定期的実施している。 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。 	<p>次の②の①に対する割合が5割以上。</p> <p>① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者</p> <p>② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者</p>
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、 <u>医学管理等(糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く)、</u> 検査、注射、病理診断		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

生活習慣病管理料

B001-3 生活習慣病管理料

1 脂質異常症を主病とする場合	570点
2 高血圧症を主病とする場合	620点
3 糖尿病を主病とする場合	720点

<留意事項通知(抜粋)>

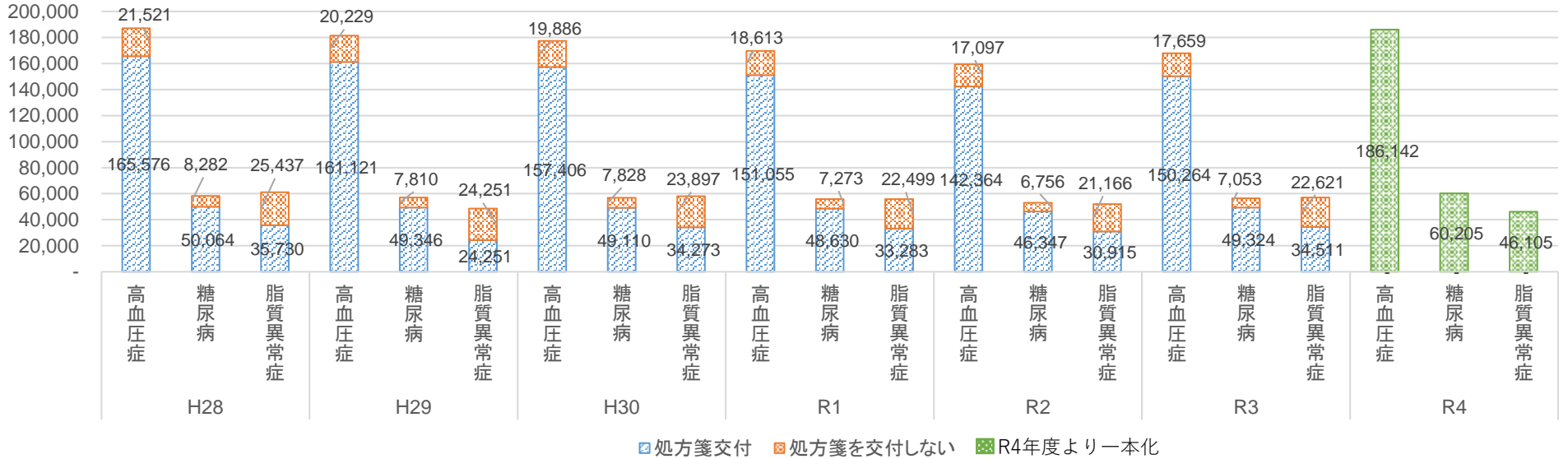
- (1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たったの問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) **生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。)により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。**また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。
- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) **生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。**
- (5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たったの問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。)を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
- (6) 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
- (7) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。
- (8) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
- (9) **学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。**
- (10) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し療養計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。
- (11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。

生活習慣病管理料の算定状況

○ 生活習慣病管理料の算定回数は高血圧症・糖尿病については令和3年から令和4年にかけて増加しているが、脂質異常症については令和3年から令和4年にかけて減少している。

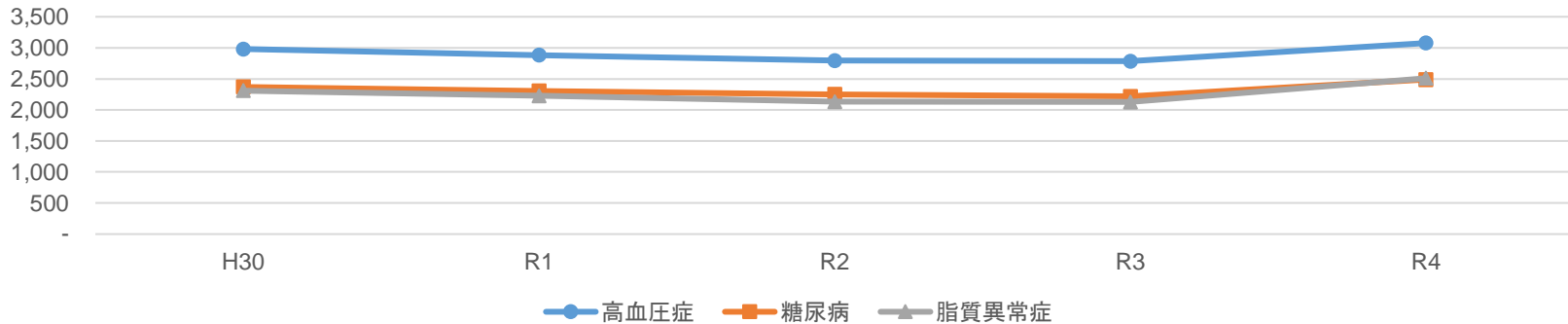
(算定回数/月)

生活習慣病管理料の算定回数の年次推移



(医療機関数)

生活習慣病管理料を算定している医療機関の年次推移

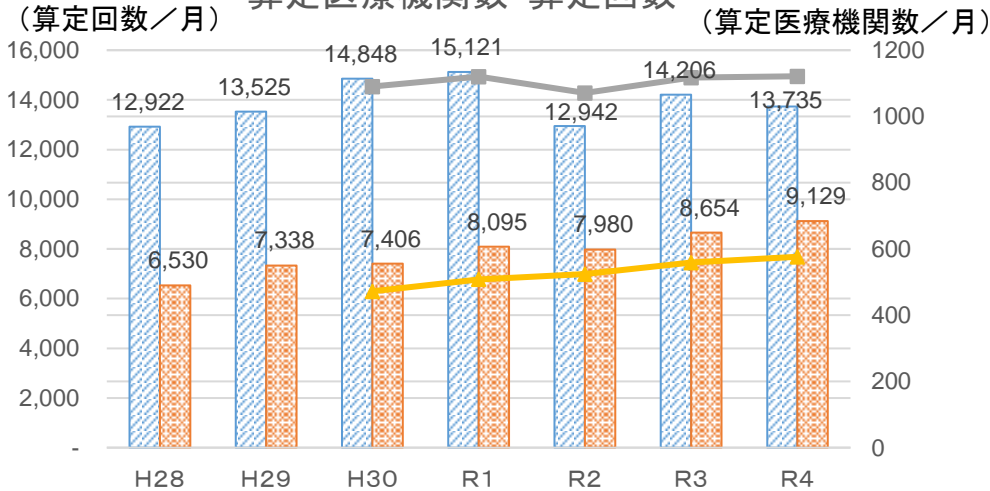


糖尿病・腎機能障害の管理に係る報酬の算定状況

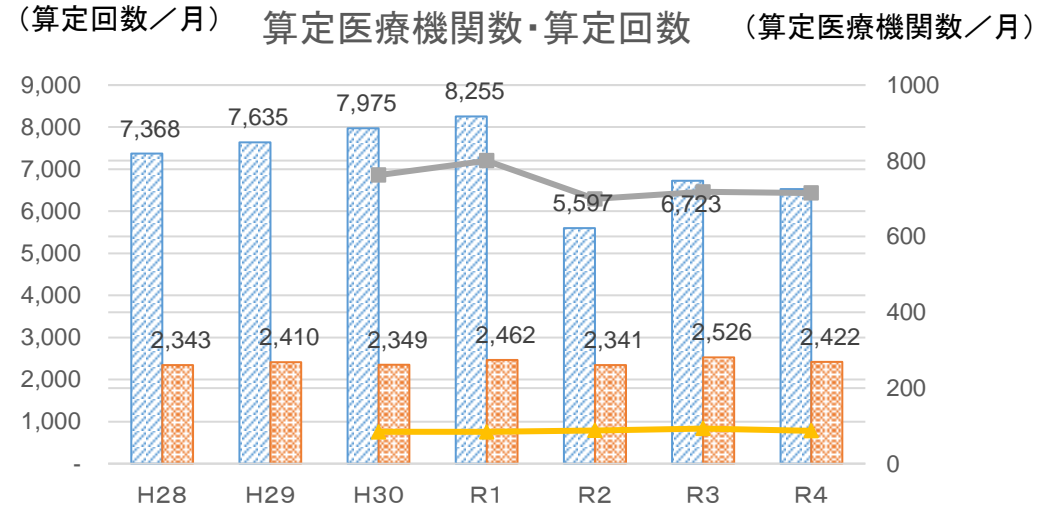
中医協 総-8
5.6.21改

○ 糖尿病・腎機能障害の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成28年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。

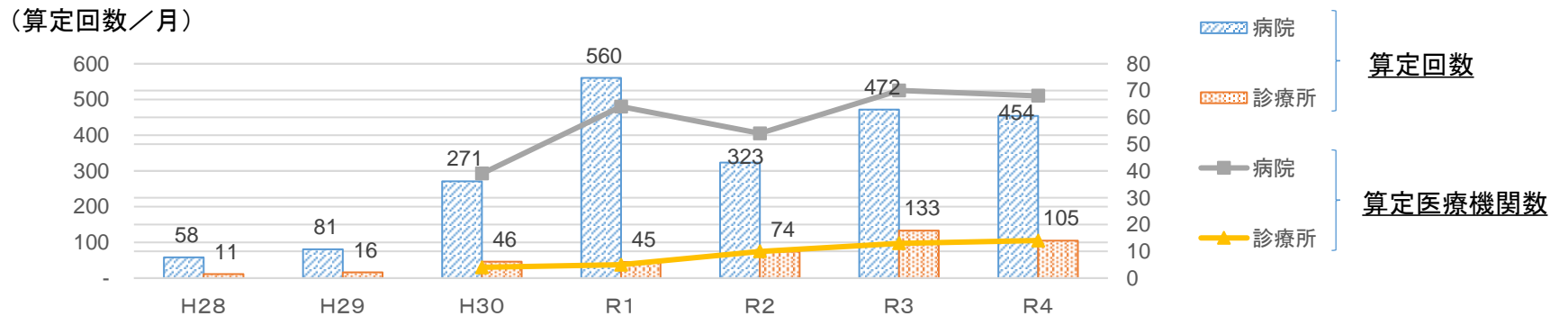
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数

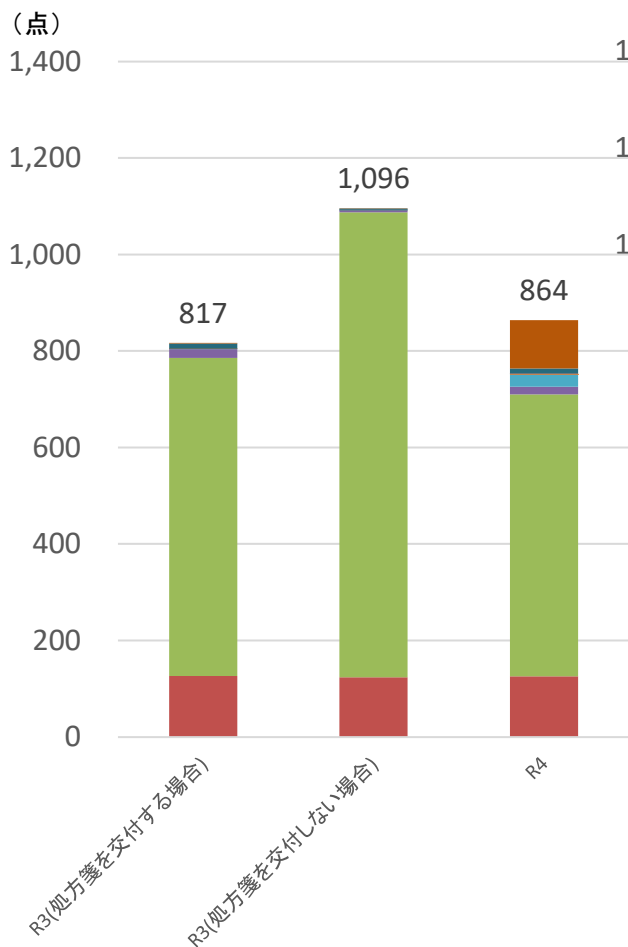


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

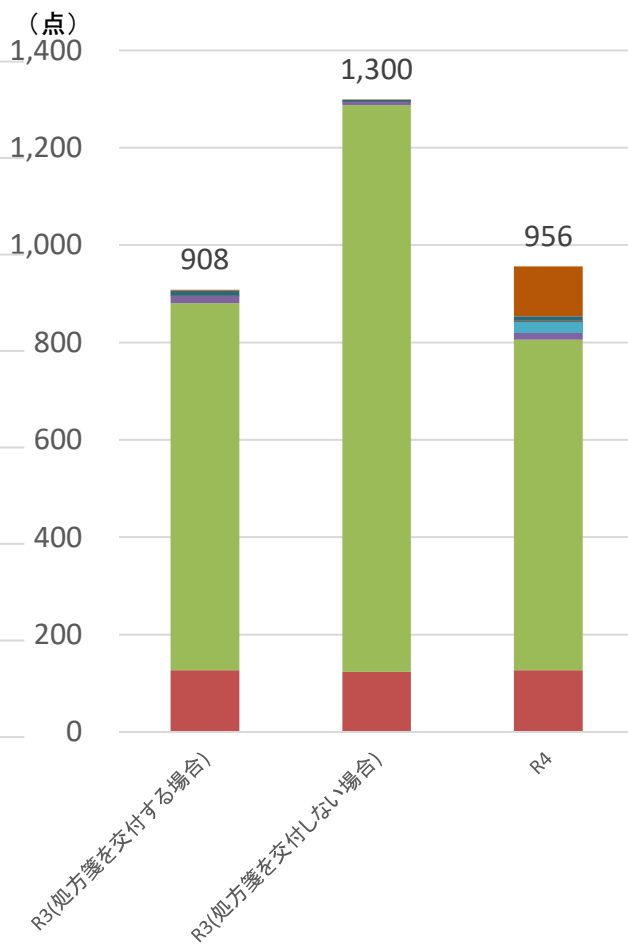
生活習慣病管理料に係る診療費の内訳

- 生活習慣病管理料の算定日における診療費(平均)の内訳は以下のとおり。
- 令和4年度診療報酬改定後において、「投薬」に係る費用が増加している。

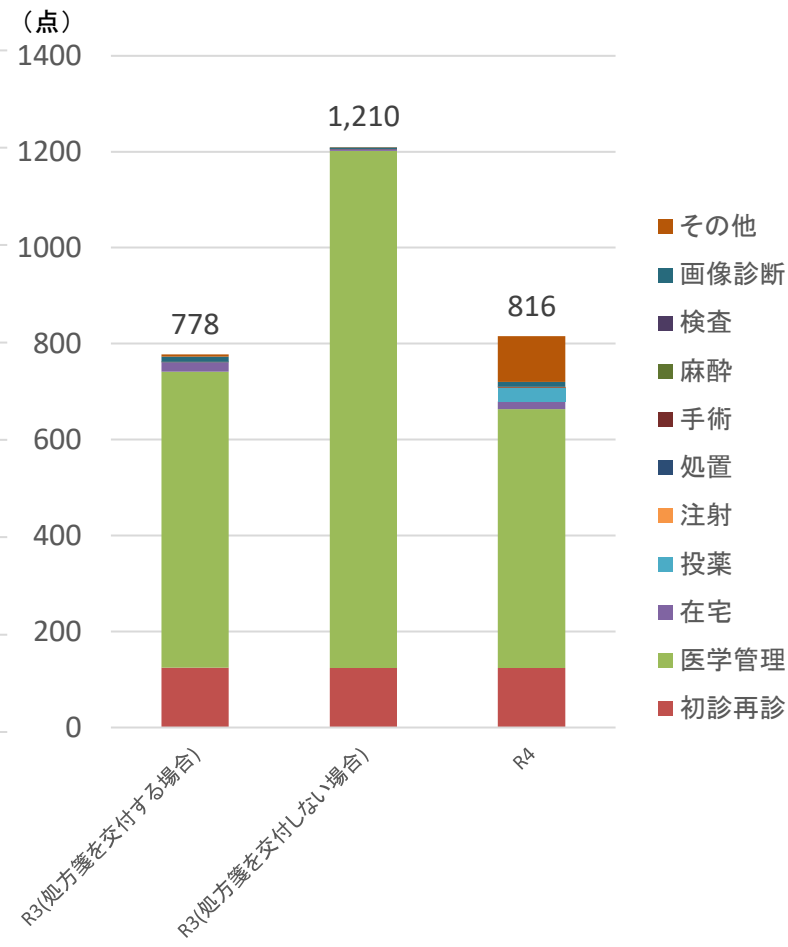
高血圧を主病とするもの



糖尿病を主病とするもの



脂質異常症を主病とするもの



- その他
- 画像診断
- 検査
- 麻酔
- 手術
- 処置
- 注射
- 投薬
- 在宅
- 医学管理
- 初診再診

生活習慣病に係る外来受診実人数

診調組 入-5
5.10.5改

- 生活習慣病にかかる外来受診患者数は以下のとおり。
- 脂質異常症、高血圧、糖尿病それぞれについて、特定疾患療養管理料を算定している患者が約7～8割であり、生活習慣病管理料を算定している患者は約1%であった。

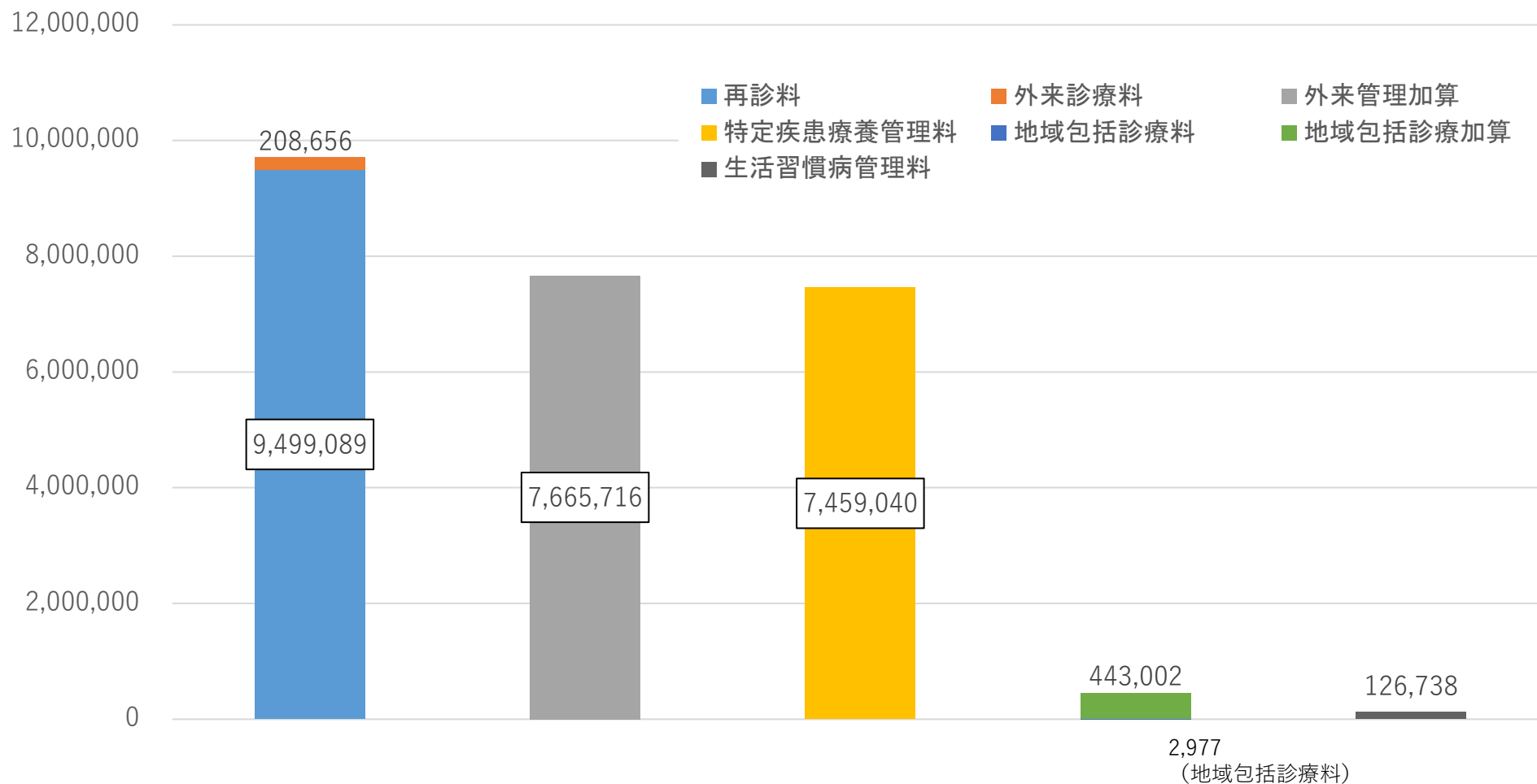
令和5年5月1か月間の外来患者の実人数 (令和5年5月1か月間の実人数)	件数	平均値	平均値 の割合	25%tile値	50%tile値	75%tile値
01 脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	427	110.6	-	0.0	34.0	131.0
02 01のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	427	1.4	1.3%	0.0	0.0	0.0
03 01のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	427	92.3	83.5%	0.0	20.0	102.5
04 高血圧を主病とする患者の概ねの人数	430	261.4		0.0	131.0	352.8
05 04のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	430	4.0	1.5%	0.0	0.0	0.0
06 04のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	430	206.0	78.8%	0.0	89.5	295.5
07 糖尿病を主病とする患者の概ねの人数	428	124.7		0.0	34.5	126.3
08 07のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	428	1.3	1.1%	0.0	0.0	0.0
09 07のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	428	90.5	72.5%	0.0	20.0	100.0

高血圧患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が高血圧の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

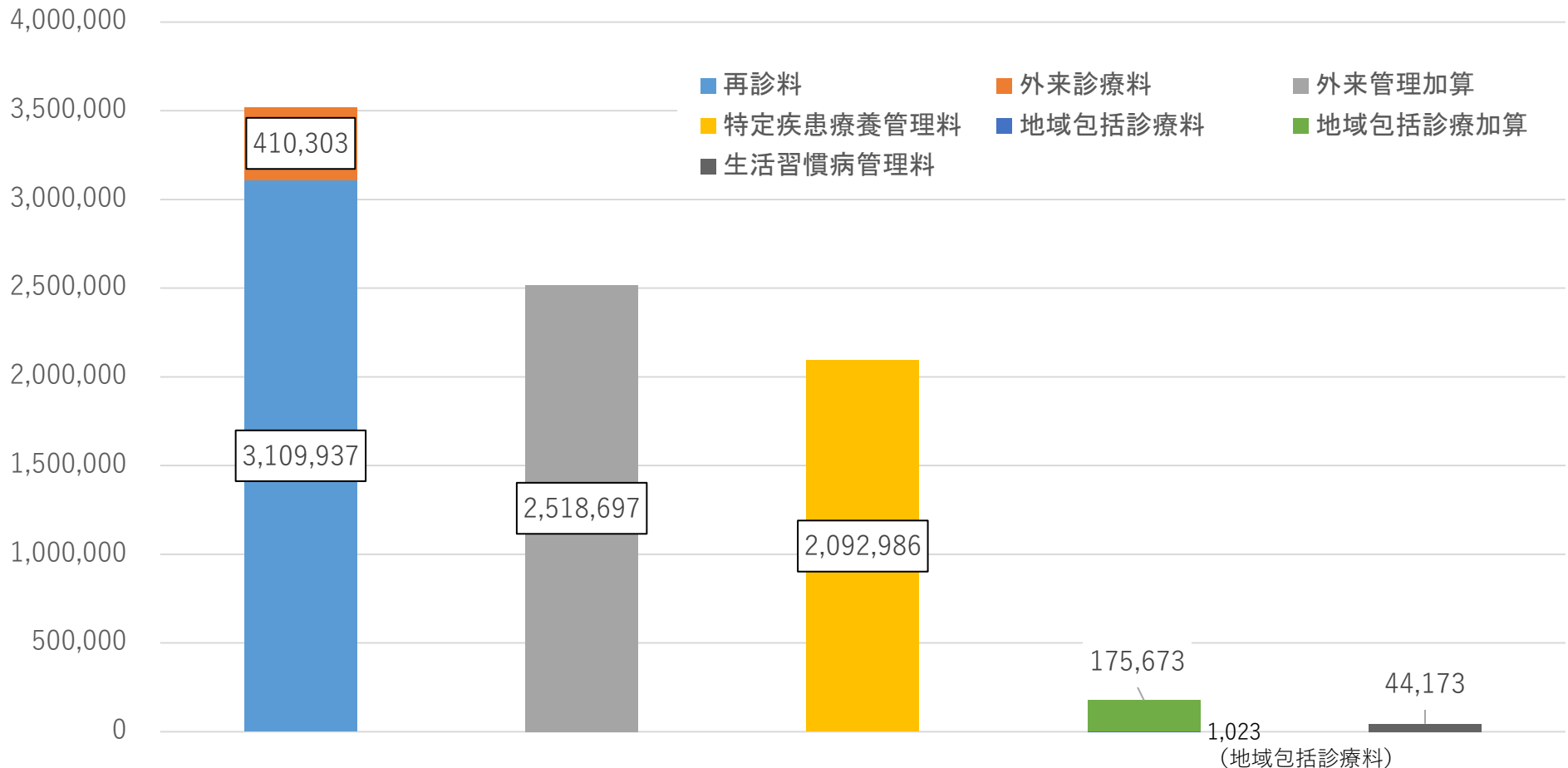


糖尿病患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が糖尿病の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

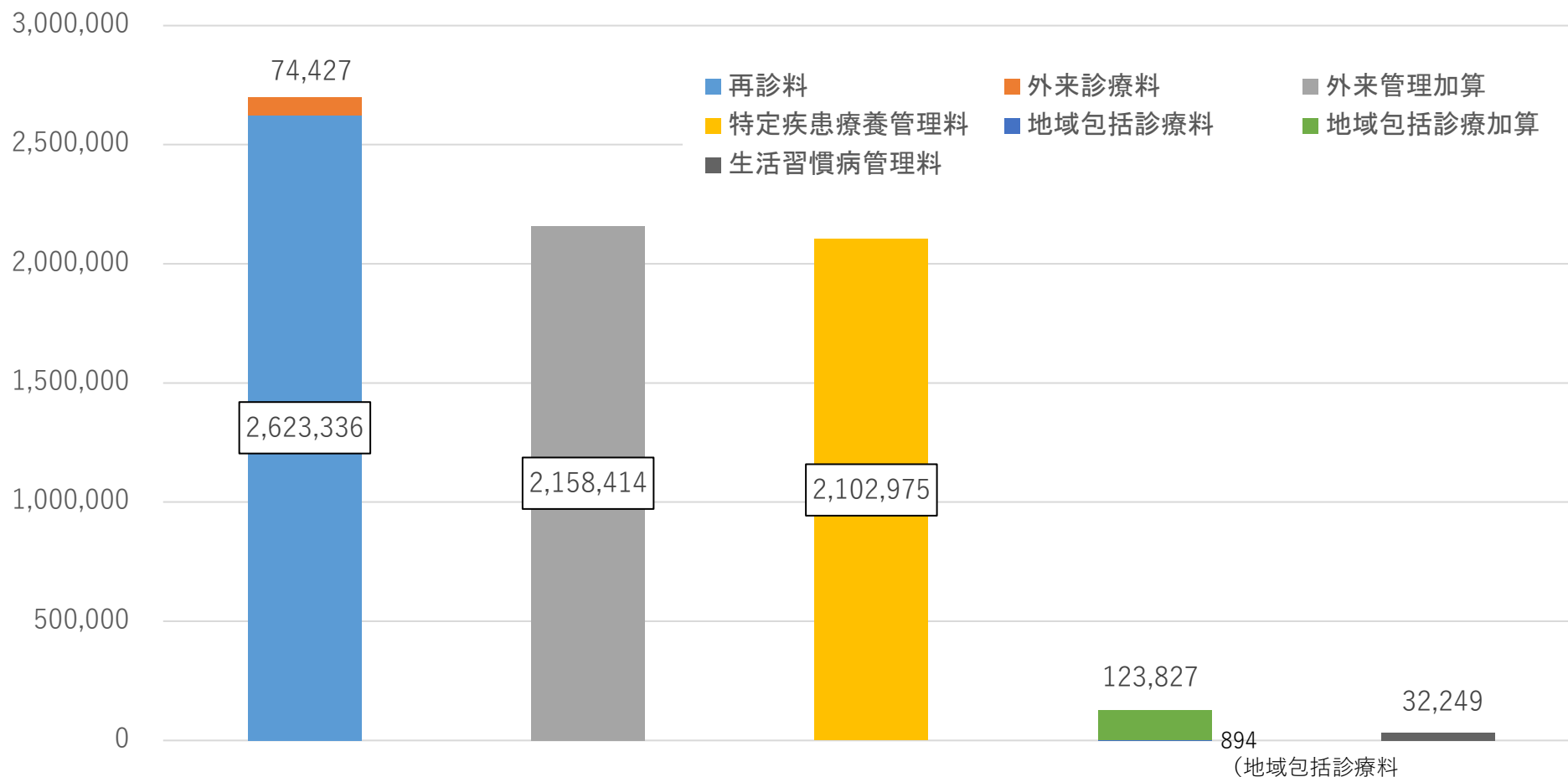


脂質異常症患者の外来診療における算定状況

診調組 入 - 1
5 . 7 . 2 0

○ 主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が脂質異常症の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



894
(地域包括診療料)

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組 入-1
5. 7. 20 改

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症 、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っているものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、 糖尿病 、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及び その他の脂（質）血症 、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、 高血圧性疾患 、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

特定疾患療養管理料

➤ 生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価。

1 診療所の場合	225点	
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	(月2回に限り)

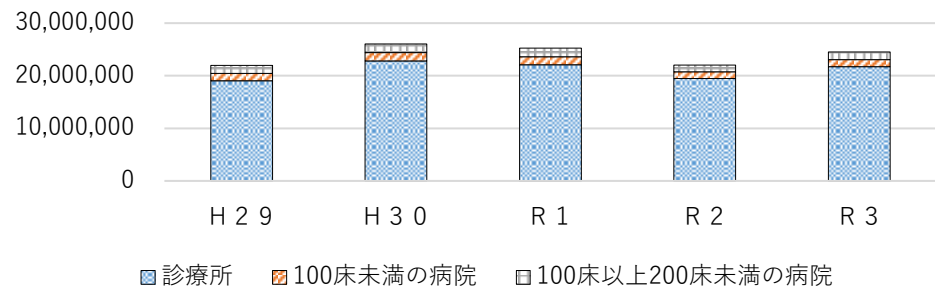
[算定要件]

- 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 第1回目の特定疾患療養管理料は、A000初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- 管理内容の要点を診療録に記載する。
- 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- 実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている医療機関では算定できない。
- 在宅療養指導管理料又は皮膚科特定疾患指導管理料の患者に対して行った管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれる。

[厚生労働大臣が定める疾患(抜粋)]

結核、悪性新生物、甲状腺障害、糖尿病、
高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、
脳血管疾患、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、
十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患、
慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性肝炎等

算定回数(1か月あたり)の推移

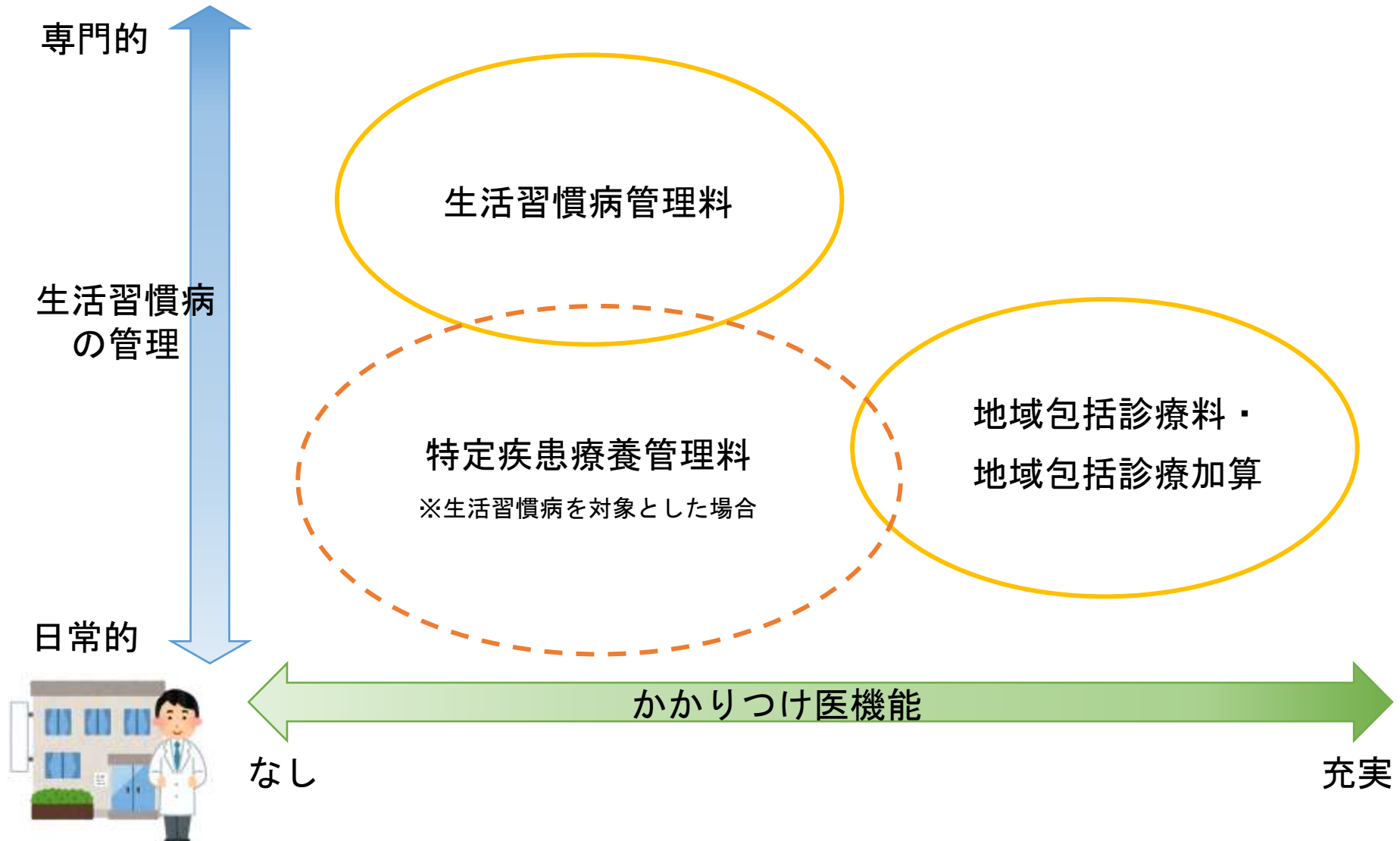


特定疾患療養管理料の評価・要件の経緯

昭和33年	新設	慢性疾患を主病とする者に対して、栄養、安静、運動その他療養上必要な指導をした場合の評価として、慢性疾患指導料（13点（甲表））を新設
昭和47年	拡充	慢性疾患指導料の点数（13→26点）を引き上げるとともに、乙表においても新設
昭和56年	名称変更	慢性疾患指導料を慢性疾患指導管理料に名称変更
昭和63年	要件変更	慢性疾患指導管理料を慢性疾患指導料（診療所150点、病院90点（甲表）120点（乙表））と慢性疾患外来学管理料（150点）に分離
平成4年	新設	（慢性疾患指導料及び慢性疾患外来医学管理料を廃止し、）厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対し、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合の評価を新設（月2回限度）。（※慢性疾患指導料等で一部趣旨に合わない疾患が含まれていたこと、地域のかかりつけ医のプライマリ・ケア機能を踏まえ、改定） <ul style="list-style-type: none"> 診療所 170点、100床未満の病院 100点、200床未満の病院 50点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 170→190点、100床未満の病院 100→130点、200床未満の病院 50→75点
平成8年	点数引き上げ	点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 190→200点、100床未満の病院 130→135点、200床未満の病院 75→80点
平成9年	点数引き上げ（消費税増税に伴うもの）	点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 200→202点、100床未満の病院 135→137点、200床未満の病院 80点（据え置き）
平成12年	点数引き上げ	老人慢性疾患生活指導料の評価に合わせ点数引き上げ <ul style="list-style-type: none"> 診療所 202→225点、100床未満の病院 137→147点、200床未満の病院 80→87点
平成18年	名称変更	特定疾患療養指導料→特定疾患療養管理料 老人慢性疾患生活指導料を特定疾患療養管理料に統合

※算定要件の変更は文言等の観点のみ

200床未満の病院及び診療所における 生活習慣病の管理を中心とした評価



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。

外来データ提出加算での主な入力項目について

中医協 総-8
5. 6. 21

〈共通〉

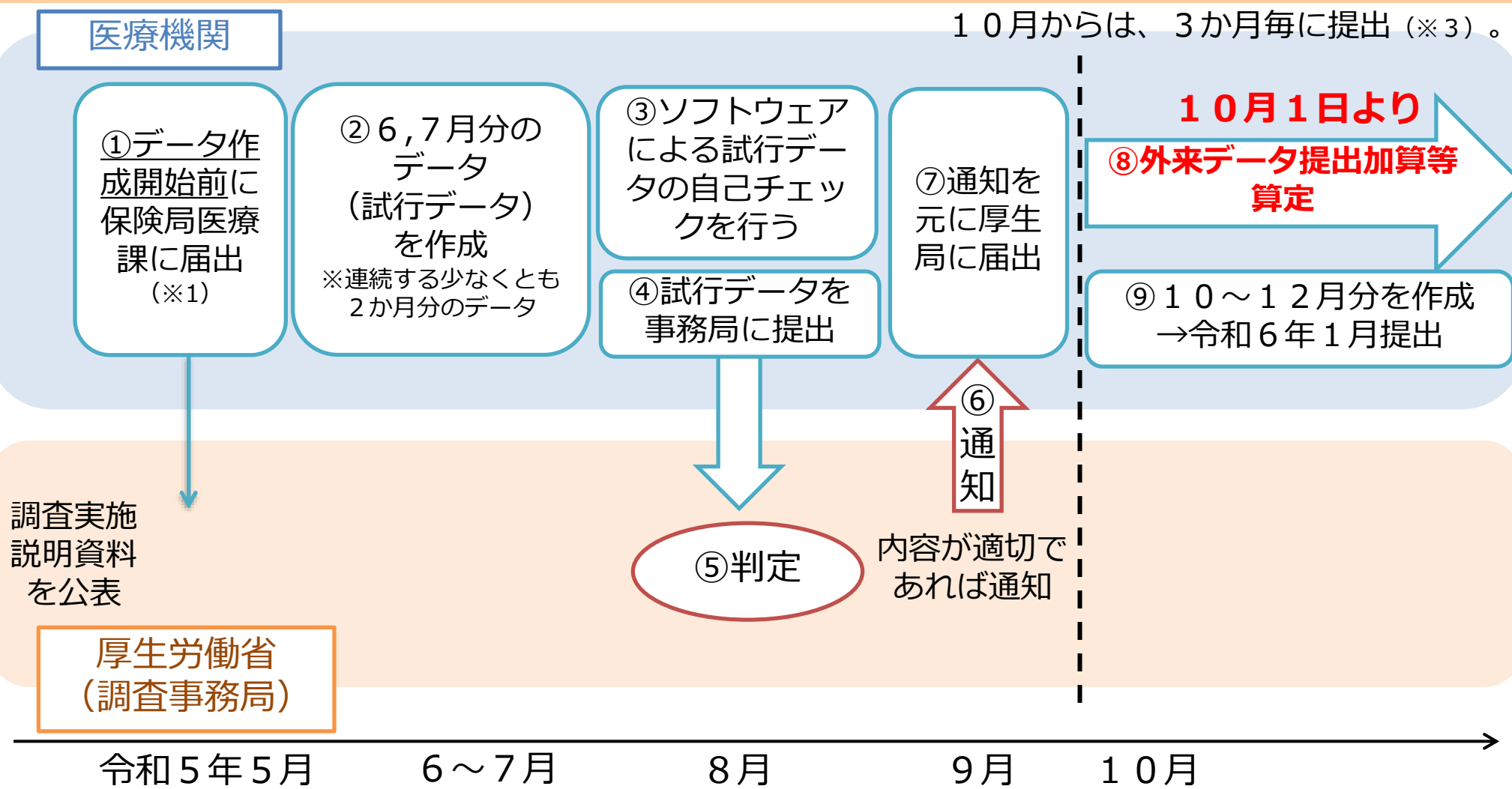
〈外来データ提出加算〉

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

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

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。 **33**

令和5年度提出スケジュール



様式7の10	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R06 4月	5月	6月	7月		
R05年5月20日までに届出	試行データ作成対象期間		試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続										
					本データ作成対象期間		本提出開始	調査継続								
R05年8月22日までに届出				試行データ作成対象期間	試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続								
					本データ作成対象期間		本提出開始	調査継続								
R05年11月21日までに届出						試行データ作成対象期間	試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続						
							本データ作成対象期間		本提出開始	調査継続						
R06年2月20日までに届出	<p>令和5年8月に試行データを提出した医療機関のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> ■10月から加算を開始した医療機関数(10月5日時点) 外来データ提出加算 : 20施設 在宅データ提出加算 : 47施設 リハビリテーションデータ提出加算 : 52施設 															

令和5年度外来データ提出加算等に係る対応について

外来医療等の影響評価に係る調査実施説明資料の作成・公表について

- 外来データ提出加算を算定するためには、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必要がある。
- そのため、厚生労働省においては、令和6年3月には当該データの作成にかかる実施説明資料を作成し、厚生労働省ホームページに公表した。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)

▶  [2023年度（令和5年度）「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料【3,190KB】【3.2MB】](#)  ※令和5年7月14日更新

説明会の開催について

- 外来医療等の影響評価に係る調査実施説明資料の作成・公表のほか、令和5年5月には大阪・東京の2拠点及びweb配信において、当該制度説明会の開催を実施し、制度の周知及び適切な届出等についての案内をしている。
- 引き続き、データに基づく適切な評価を推進する観点から、適切なデータの提出等についての周知等を行う。

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1－1. 概要

1－2. 書面交付と医療DXについて

1－3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

1－4. 疾病管理におけるエビデンスについて

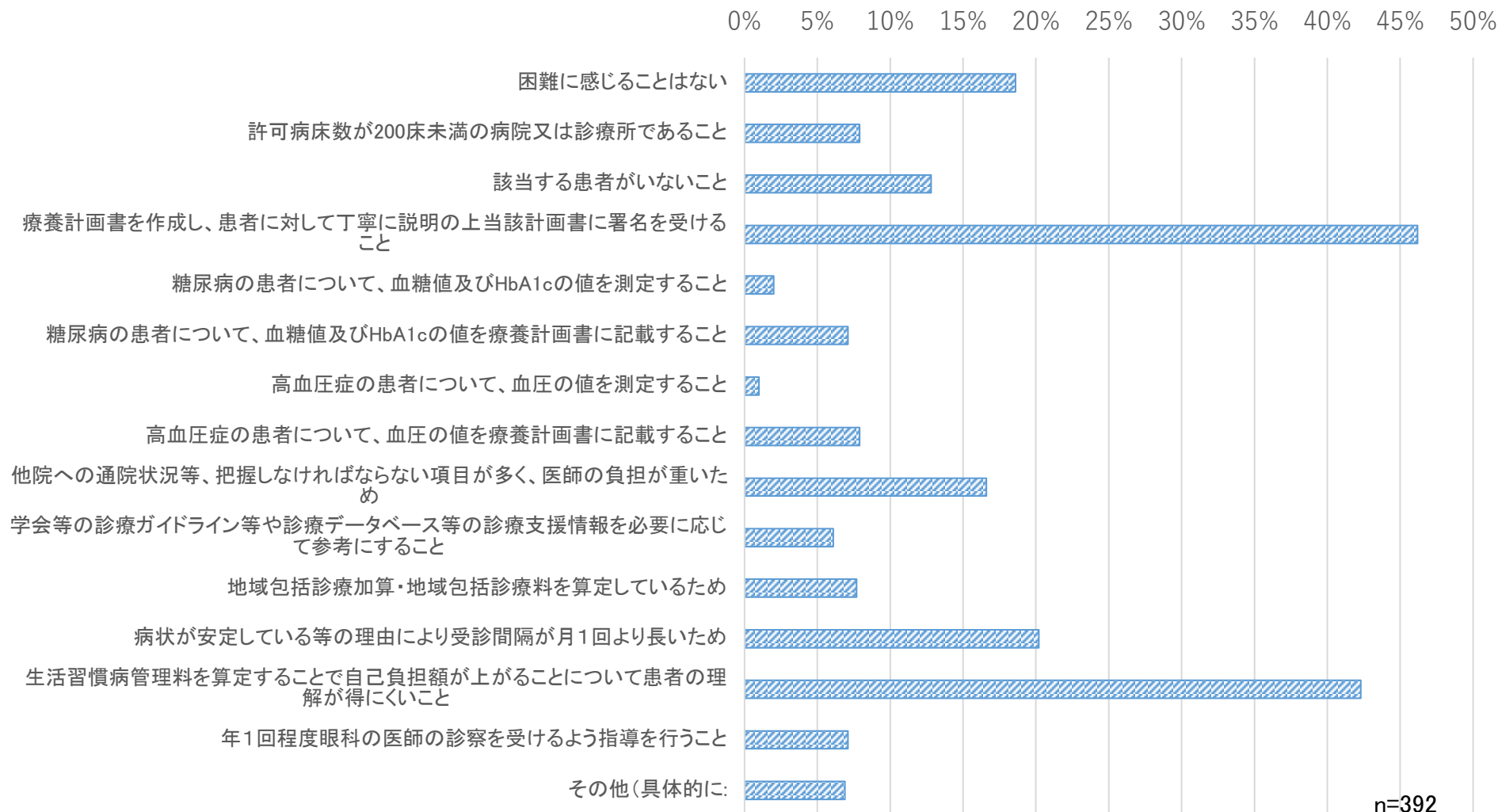
2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

生活習慣病管理料の算定について困難なこと

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

- 生活習慣病管理料の算定について困難なこととしては、「療養計画書を作成し、患者に対して丁寧に説明の上当該計画書に署名を受けること」が最も多い。



n=392

生活習慣病管理料の療養計画書

○ 生活習慣病管理料においては、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。

(別紙様式D)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
<p>おたが、検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること</p>			
検査・問診	<p>【検査項目】</p> <p>□身長 () cm</p> <p>□体重:現在 () kg →目標 () kg</p> <p>□BMI ()</p> <p>□腹囲:現在 () cm →目標 () cm</p> <p>□栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 悪調)</p> <p>□収縮期/拡張期血圧:現在 () mmHg →目標 () mmHg</p> <p>□運動負荷心電図</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【血液検査項目】 (採血日 月 日)</p> <p>□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) mg/dl</p> <p>□HbA1c:現在 () % →目標 () %</p> <p>□総コレステロール () mg/dl</p> <p>□中性脂肪 () mg/dl</p> <p>□HDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□LDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □薬剤の受診状況 □その他の生活</p> <p>【①達成目標】:患者と相談した目標</p> <p>【②行動目標】:患者と相談した目標</p>
	<p>【医師氏名】 (印)</p>		
重点を置く領域と指導項目	<p>□食事摂取量を適正にする</p> <p>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</p> <p>□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()</p> <p>□食事: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□間食: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())</p> <p>□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくする</p>	<p>□食塩・調味料を控える</p> <p>□外食の際の注意事項()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□運動処方:種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週)、時間(30分以上・)、強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 激拍 拍/分 or)</p> <p>□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)</p> <p>□運動時の注意事項など()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□たばこ □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量</p> <p>□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)</p> <p>□その他()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明		担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【特定保健指導の利用の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【保険者からの情報提供の求めに対する患方の同意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

(別紙様式Dの2)

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日) () 回目	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
<p>おたが、重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組みること</p>			
検査・問診	<p>【検査項目】</p> <p>□体重:現在 () kg →目標 () kg</p> <p>□BMI ()</p> <p>□腹囲:現在 () cm →目標 () cm</p> <p>□栄養状態 (栄養状態の恐れ 良好 悪調)</p> <p>□収縮期/拡張期血圧:現在 () mmHg →目標 () mmHg</p> <p>□運動負荷心電図</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【血液検査項目】 (採血日 月 日)</p> <p>□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) mg/dl</p> <p>□HbA1c:現在 () % →目標 () %</p> <p>□総コレステロール () mg/dl</p> <p>□中性脂肪 () mg/dl</p> <p>□HDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□LDLコレステロール () mg/dl</p> <p>□その他 ()</p>	<p>【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標</p> <p>【①達成目標】:患者と相談した目標</p> <p>【②行動目標】:患者と相談した目標</p>
	<p>【医師氏名】 (印)</p>		
重点を置く領域と指導項目	<p>□食事摂取量を適正にする</p> <p>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</p> <p>□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()</p> <p>□食事: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□間食: [減らす(種類・量) を選 (回)]</p> <p>□食べ方: (ゆっくり食べる・その他())</p> <p>□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくする</p>	<p>□食塩・調味料を控える</p> <p>□外食の際の注意事項()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□運動処方:種類(ウォーキング・)、頻度(ほぼ毎日・週)、時間(30分以上・)、強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 激拍 拍/分 or)</p> <p>□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)</p> <p>□運動時の注意事項など()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□たばこ □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
	<p>□仕事 □余暇 □睡眠 □睡眠の確保(質・量) □減量</p> <p>□家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等)</p> <p>□その他()</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>	<p>担当者の氏名 (印)</p>
【服薬指導】 □処方なし □薬の説明		担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【特定保健指導の利用の有無】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【保険者からの情報提供の求めに対する患方の同意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

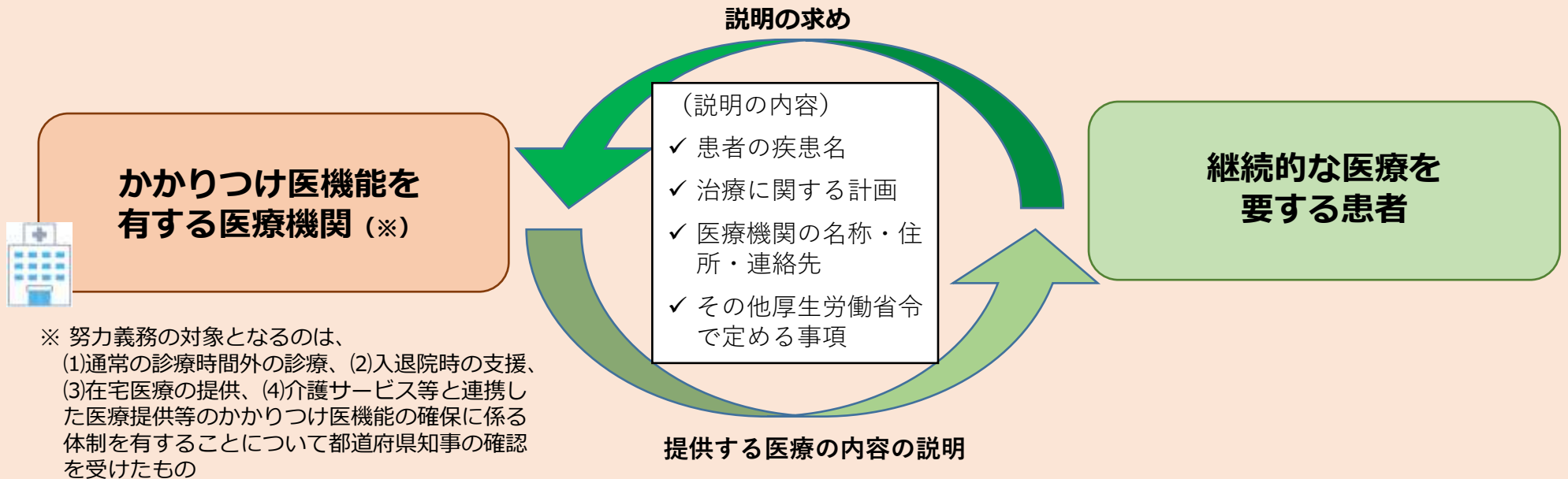
- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

- ▶ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる

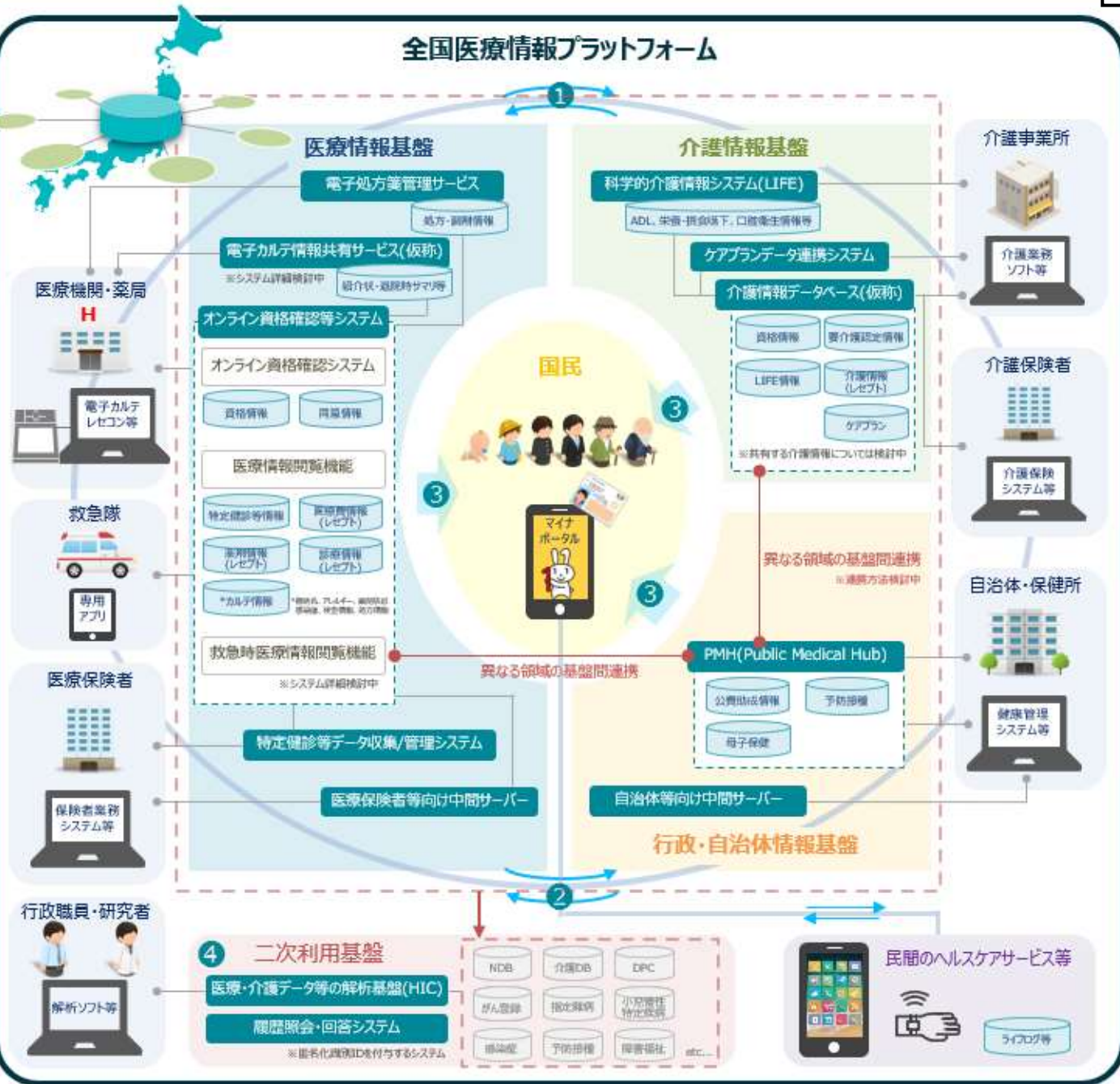


※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

医療法上の患者への説明に係る規定と診療報酬上の対応

- 入院診療計画書は医療法の規定に沿い、診療報酬において施設基準で策定と説明を義務づけている。
- 外来における患者への説明については以下のとおり医療法の改正がなされたところ。

	医療法上の規定	診療報酬上の対応
入院（入院診療計画書）における患者への説明	<p>第二章 医療に関する選択の支援等 第一節 医療に関する情報の提供等 第六条の四 病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該患者の診療を担当する医師又は歯科医師により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。ただし、患者が短期間で退院することが見込まれる場合その他の厚生労働省令で定める場合は、この限りでない。</p> <p>一 患者の氏名、生年月日及び性別 二 当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名 三 入院の原因となつた傷病名及び主要な症状 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画 五 その他厚生労働省令で定める事項</p>	<p>施設基準告示 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥（じよく）瘡（そう）対策及び栄養管理体制の基準</p> <p>一 入院診療計画の基準 (1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。 (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。 (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。</p>
外来における患者への説明	<p>第二章 医療に関する選択の支援等 第一節 医療に関する情報の提供等 第六条の四の二 第三十条の十八の四第二項の規定による確認を受けた病院又は診療所であつて、同項の厚生労働省令で定める要件に該当する体制を有するもの（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）の管理者は、同条第一項に規定する継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たつて説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であつて、当該継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあつたときは、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項の適切な説明が行われるよう努めなければならない。</p> <p>一 疾患名 二 治療に関する計画 三 当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先 四 その他厚生労働省令で定める事項</p>	<p>一</p>



「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、迅速に確か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、より良いケアを受けられる。

救急隊 医療機関・薬局 介護事業所

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。

自治体 医療機関 患者

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。

国民

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、よりよい治療や確かな診断が可能になる。

二次利用データベース群(例)

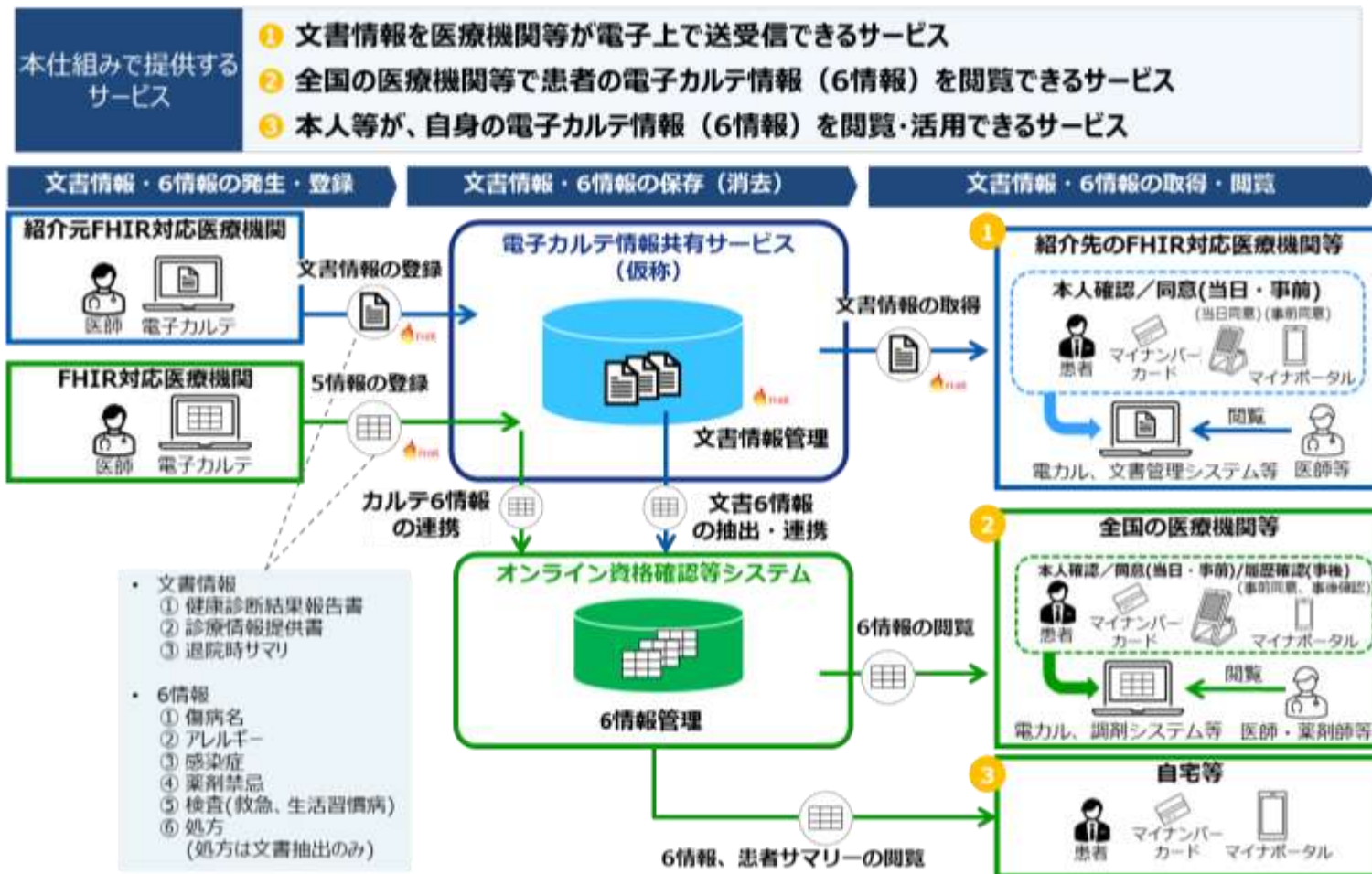
NDB	介護DB	DPC
がん登録	指定難病	小児慢性特定疾病
感染症	予防接種	障害福祉

各DBのデータ連携 → 解析基盤 → 行政職員・研究者 医薬品産業等

電子カルテ情報共有サービスの概要

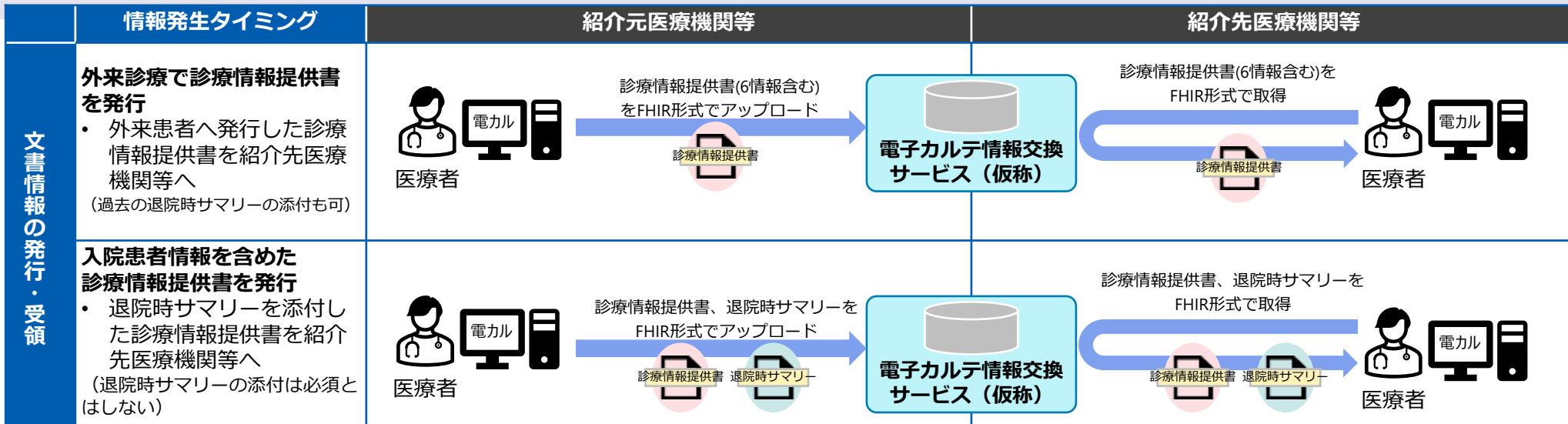
- 電子カルテ情報共有サービスにおいて提供されるサービスについては、3文書6情報に係るものとして、①文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス、②全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報(6情報)を閲覧できるサービス、③本人等が、自身の電子カルテ情報(6情報)を閲覧・活用できるサービス、が示されている。

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

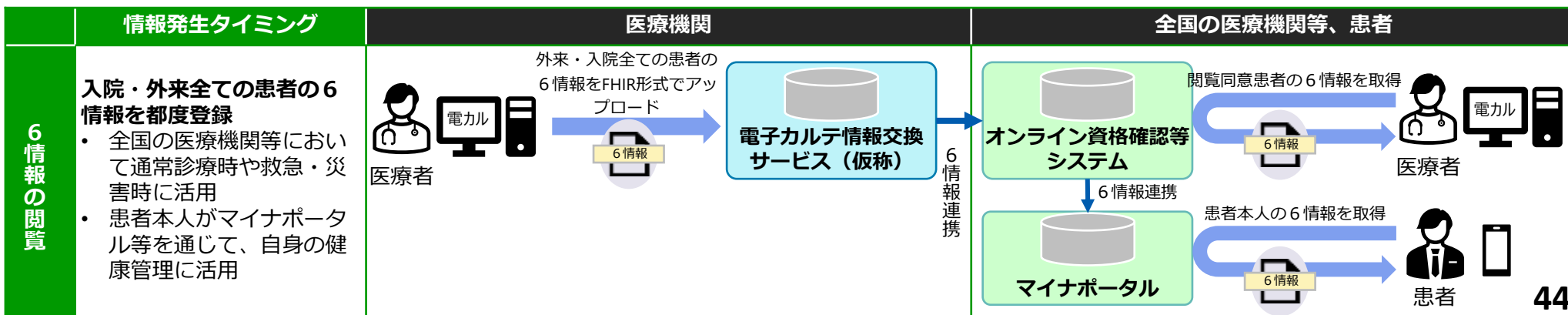


基盤を構築する上での情報の発生タイミング・登録の仕組みに関する想定

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。
※ 健診結果に関しては、HL7-FHIRの標準化を待たずして既に自治体間やマイナポータルとの情報連携が開始されているため、まずは他の2文書に関して実装を進める



※退院時サマリー単独の取扱いに関しては引き続き検討



患者サマリー(Patient summary)の運用整理

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。

① 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

② 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

③ 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

④ 「外来の記録」が書かれなかった場合のPatient summaryはどのように表現するか

「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)

患者サマリー
(Patient Summary)

基本情報

氏名	性別
生年月日	年齢

プロフィール情報

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

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	▼	長期保存
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日〇分、〇〇程度の運動を行いましょう。
- ・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
- ・〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょう。
- ・〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。

疾病分類
(ICD10)表示 →

傷病名表示
(プルダウン) →

おくすり情報

アトルvastatin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回朝食後
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

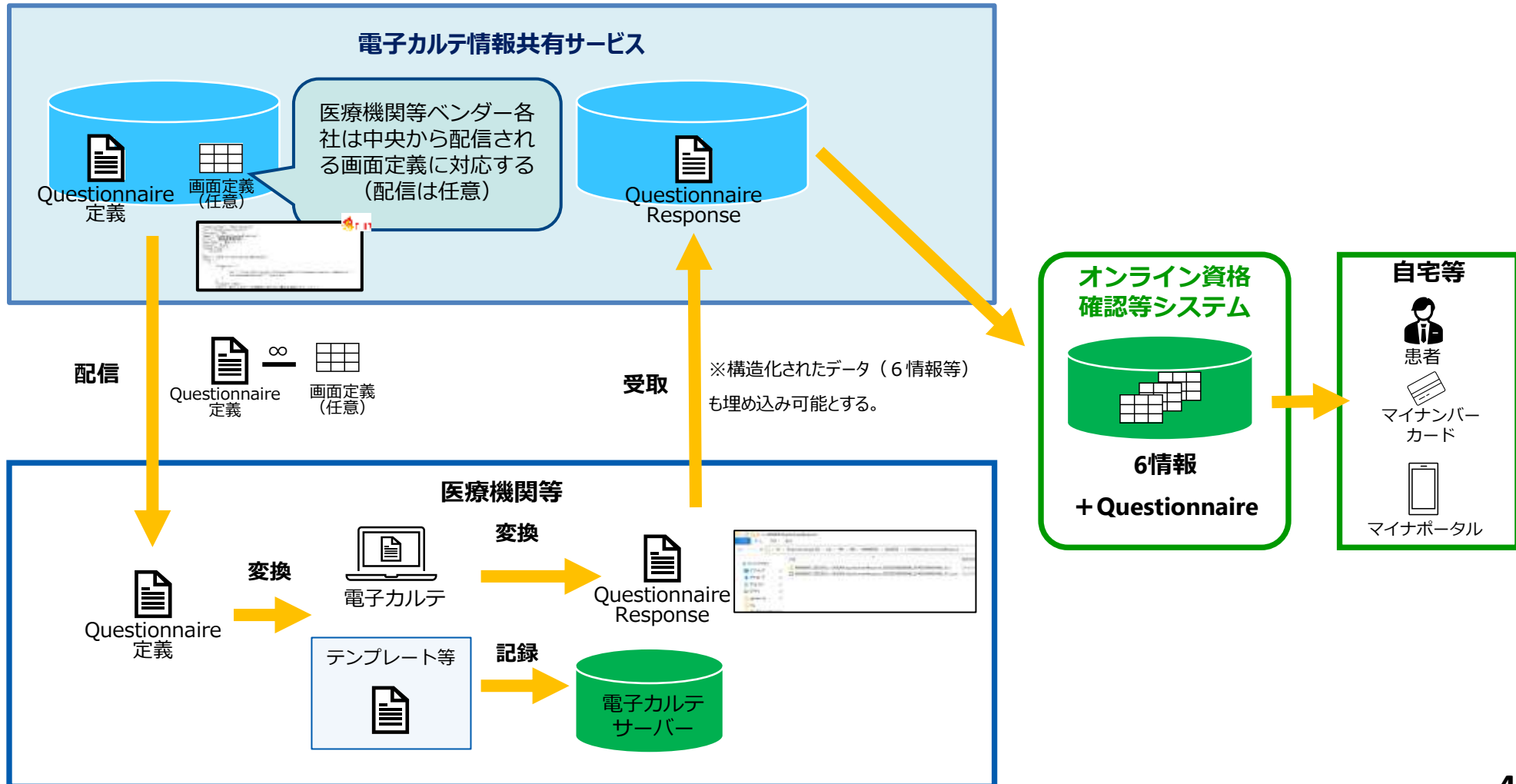
※検査項目は生活習慣病関連・救急時に有用な44項目に抜粋

前回受診日: 2023年5月14日

▼

患者サマリーの対応について

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。



救急時に有用な検査情報及び生活習慣病関連の検査情報

- 救急時に有用な検査情報は、救急や災害時の医療機関受診時に初期治療に有用な検査項目の整理を日本救急医学会に依頼し、集約されたもの。
- 生活習慣病については、関係する6臨床学会において、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病（CKD）の4つの疾患について共通して利用可能な検査項目が策定されている。
- その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、カルテへの実装を進める。

標準化を進める文書以外のデータ		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
傷病名	既往歴		○	○
	現病名		○	
アレルギー情報			○	
薬剤禁忌情報			○	

臨床検査項目基本コードセット		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
感染症情報	梅毒STS (RPR法)		○	
	梅毒TP抗体		○	
	HBs		○	
	HCV		○	
	HIV		○	

※ 記号は、各データセットにおいて「○：必要」、「●：適宜実施」とされているものを記載。

※ 各項目のデータが記録された日付等もあわせて示すことが必要と想定。

臨床検査項目基本コードセット	生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
生化学的検査			
総蛋白 (TP)		○	○
アルブミン		○	○
クレアチンキナーゼ (CK)			○
AST (GOT)		○	○
ALT (GPT)		○	○
LD (LDH)			○
アルカリフォスファターゼ (ALP)			○
γ-GTP (GGT)	○	○	○
コリンエステラーゼ (ChE)			○
アミラーゼ (AMY)			○
クレアチニン (Cre)	○	○	●
シスタチンC	○		
尿酸 (UA)	○		
尿素窒素 (BUN)	○	○	
グルコース (血糖)	○	○	○
HbA1c (NGSP)	○	○	○
中性脂肪 (TG)	○		○
総コレステロール (T-CHO)	○		
HDL-コレステロール (HDL-C)			○
LDL-コレステロール (LDL-C)	○		○
ナトリウム (Na)		○	
カリウム (K)	○	○	
クロール (Cl)		○	
カルシウム (Ca)		○	
総ビリルビン (T-Bil)		○	
直接ビリルビン (D-Bil)		○	

臨床検査項目基本コードセット	生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
血液学的検査			
血算-白血球数		○	
血算-赤血球数		○	●
血算-ヘモグロビン	○	○	●
血算-ヘマトクリット			●
血算-血小板数		○	
活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)		○	
プロトロンビン時間		○	
FDP			
Dダイマー (DD)		○	
尿検査			
尿蛋白	○		○
尿糖	○		○
尿潜血	○		
蛋白/クレアチニン比 (P/C比)	○		
アルブミン/クレアチニン比 (A/C比)	○		
内分泌学的検査			
脳性Na利尿ペプチド (BNP)		○	
ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)		○	
免疫学的検査			
C反応性蛋白 (CRP)		○	
血液型-ABO		○	
血液型-Rh		○	
項目数	22	37	

生活習慣病管理料における療養計画書の項目について

- 生活習慣病管理料における療養計画書の各項目は以下のとおり。このうち、血液検査項目等については医療DXにより電子カルテ情報共有サービスでの閲覧が令和7年度に可能となる予定である。

大項目	項目	詳細
検査・問診	検査項目	身長、体重、BMI、腹囲、血圧等
	血液検査項目	血糖、HbA1c、総コレステロール等
	問診（初回） 目標の達成状況と次の目標 （継続用）	食事・運動の状況、たばこ、歯科の受診状況等 達成目標、行動目標
重点を置く領域 と指導項目	食事	食事摂取量、減塩、食物繊維の摂取、節酒、間食等
	運動	運動処方、日常生活の運動量増加等
	たばこ	禁煙・節煙の有効性、禁煙の実施方法等
	その他	仕事、余暇等
服薬指導	-	薬の説明
その他	-	特定健康診査の受診の有無、特定保健指導の利用の有無等

アドヒアランス・コンコーダンス

- 治療継続についてアドヒアランス・コンコーダンスといった考え方が導入されており、治療に係る情報について、医師と患者が共通の理解を持つ重要性が示されている。
- アドヒアランスは患者が病気や治療の必要性について理解し自発的、積極的に治療を続けることで、より望ましい姿勢である。さらに、コンコーダンスという言葉には、患者がチームの一員として医師などの医療スタッフと対等な立場で話し合い、合意のもとに治療方針を決定し続けていくことが含まれ、患者が病気と治療について十分な知識を備えることが前提となる。
- 服薬アドヒアランスは、血圧コントロールの良否とともに脳心血管病の発生・予後に関係する。
- 良好なアドヒアランス、コンコーダンスを得るためには、高血圧がどのような病気であるか、治療の目的が標的臓器障害と脳心血管病の予防であること、治療法(生活習慣の修正, 薬物療法), 治療により期待される効果と副作用、医療経費などについて医師と患者が共通の理解をもつ必要がある。

医療スタッフが患者とパートナーシップを築きコンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資材でわかりやすく提供する
- 患者の合意, 自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方をも単純化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用, 一包化調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

疾病管理に係る評価における書面交付について

		評価の概要	書面交付
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	-
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	かかりつけ医として療養上必要な指導及び診察を行うこと等を患者に対して書面を交付して説明し同意を得る。
④	機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	- (かかりつけ医機能を有する医療機関として、必要に応じて、患者が受診しているほかの医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載する等の対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。)
⑤	生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと	服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定検診・特定保健指導に係る情報提供およびその他療養を行うにあたっての問題点などの生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書を交付する。
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	-
⑦	外来管理加算 (※)	処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	-

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1－1. 概要

1－2. 書面交付と医療DXについて

1－3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

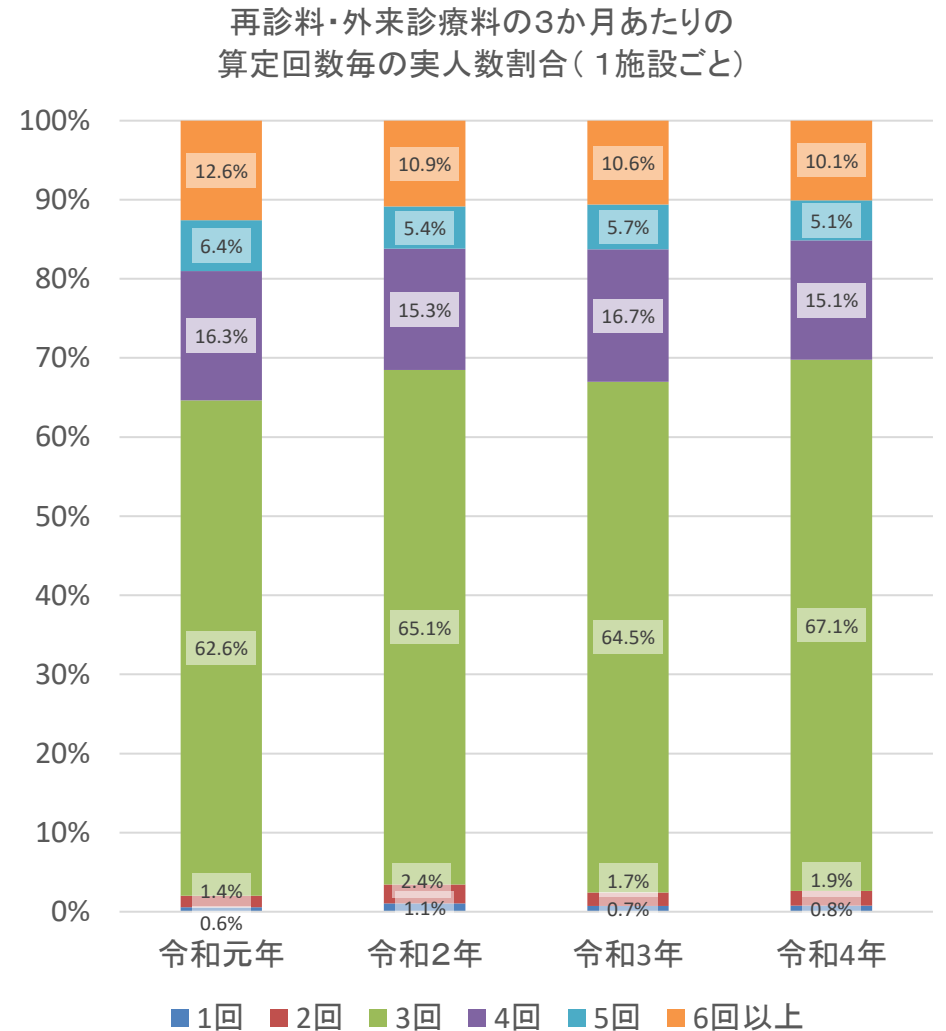
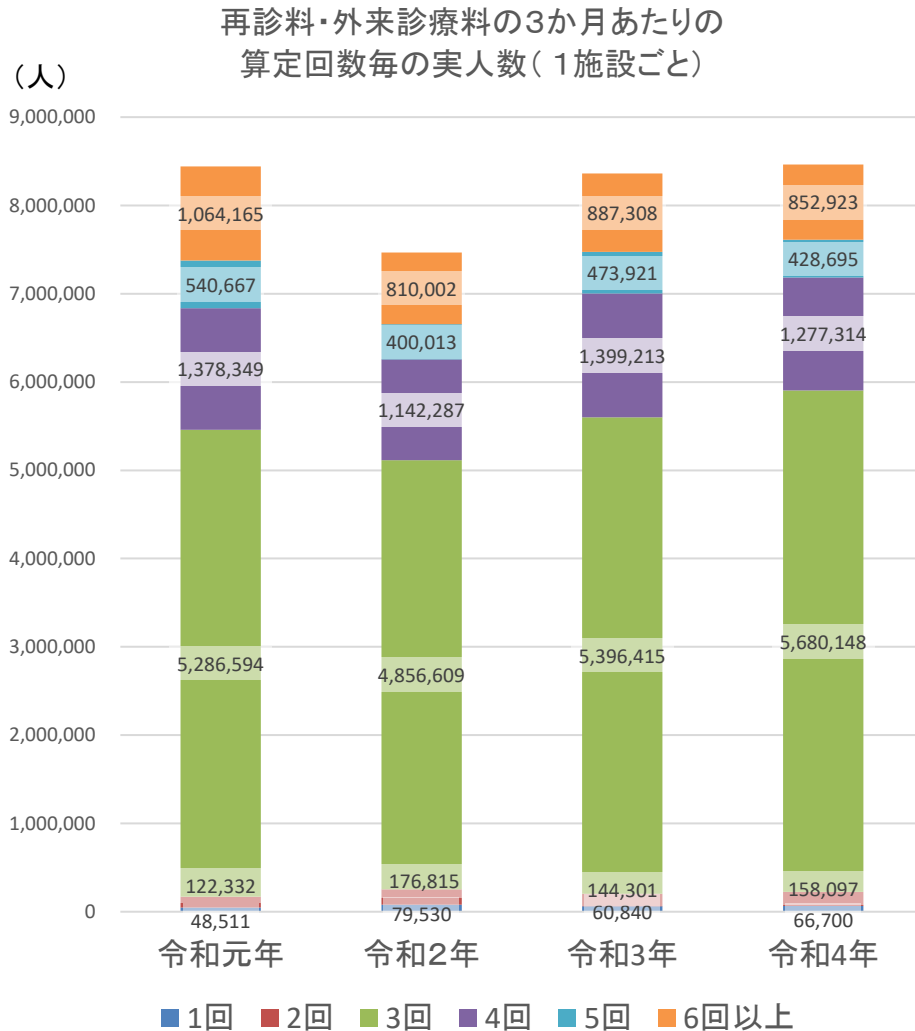
1－4. 疾病管理におけるエビデンスについて

2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

再診料・外来診療料の3か月あたりの算定実人数

○ 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回（1月に1回）算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。3か月間に1～2回受診する患者は約2～3%であった。



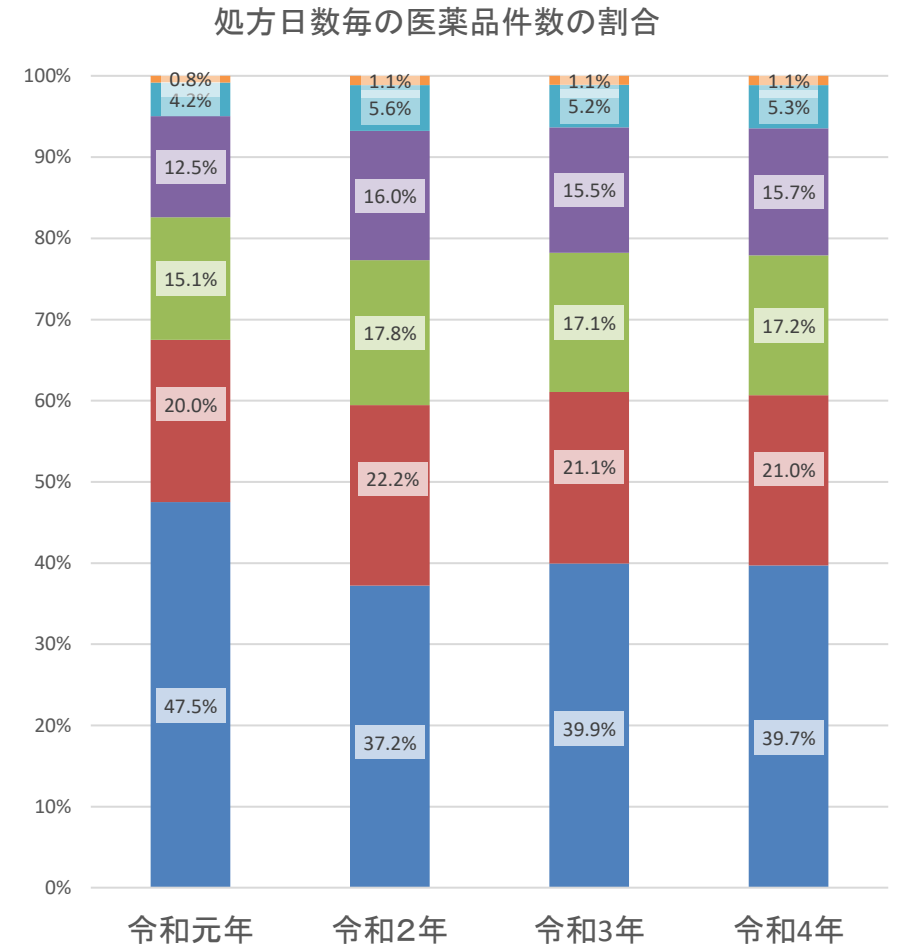
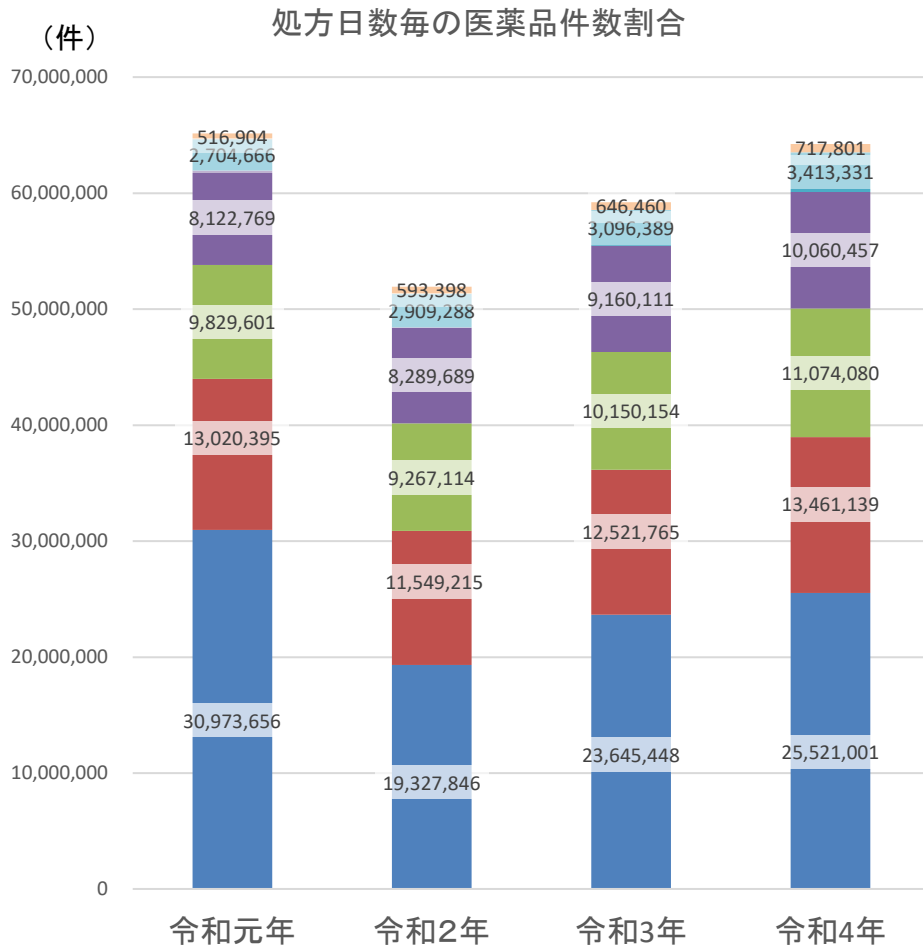
内服薬の投薬日数

○ 内服薬の投薬日数は令和元年度から令和2年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和2年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。

	実数(日)					
	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
総数	23.6	24.1	25.0	28.2	28.1	27.9
11 中枢神経系用薬	22.1	22.6	23.1	24.6	24.7	24.9
114 解熱鎮痛消炎剤	16.2	16.7	17.2	19.7	19.7	19.6
21 循環器官用薬	32.3	32.9	33.7	35.1	35.2	35.7
212 不整脈用剤	33.0	33.5	34.2	35.5	35.4	35.9
214 血圧降下剤	33.4	34.0	34.7	36.3	36.4	36.9
218 高脂血症用剤	34.3	34.9	35.8	37.4	37.5	38.1
22 呼吸器官用薬	8.5	8.7	9.1	12.7	11.6	10.7
396 糖尿病用剤	33.7	34.3	35.1	36.6	36.6	37.1
44 アレルギー用薬	17.7	18.5	19.7	24.0	23.7	23.8
61 抗生物質製剤	6.7	6.9	7.2	8.6	8.6	8.6
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	4.8	4.9	5.0	5.1	5.1	5.2
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	8.5	8.9	9.4	12.9	13.0	12.8
62 化学療法剤	10.6	10.3	11.7	15.4	15.6	14.6
624 合成抗菌剤	5.4	5.5	5.6	6.0	6.0	6.1
625 抗ウイルス剤	11.3	8.8	12.3	19.3	19.6	14.4

処方日数毎の医薬品件数

○ 令和元年から令和2年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和2年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。



■ 14日以内 ■ 15日以上28日以内 ■ 29日以上30日以内
■ 31日以上60日以内 ■ 61日以上90日以内 ■ 91日以上

■ 14日以内 ■ 15日以上28日以内 ■ 29日以上30日以内
■ 31日以上60日以内 ■ 61日以上90日以内 ■ 91日以上

主傷病名別の31日以上処方箋の発行回数

- 令和5年1～3月の病院・診療所における31日以上処方箋の疾患(中分類)毎の発行数と年齢構成は以下のとおり。
- 診療所においては、疾患としては高血圧性疾患、脂質異常症、糖尿病などが多く年齢は40歳～90歳が多い。病院においては、疾患としては高血圧疾患、糖尿病、消化器系疾患などが多く、年齢は40歳～90歳が多い。

主傷病名別・年齢別の31日以上処方箋の発行回数

<診療所>

	主傷病名	31日以上処方発行回数	年齢	31日以上処方発行回数
TOP1	高血圧性疾患	5,453,492	0歳以上～5歳未満	92,745
TOP2	脂質異常症	2,434,909	5歳以上～10歳未満	156,930
TOP3	糖尿病	1,970,159	10歳以上～15歳未満	194,574
TOP4	アレルギー性鼻炎	1,677,901	15歳以上～20歳未満	177,690
TOP5	その他の消化器系の疾患	807,464	20歳以上～25歳未満	158,298
TOP6	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	720,090	25歳以上～30歳未満	189,785
TOP7	皮膚炎及び湿疹	653,333	30歳以上～35歳未満	239,107
TOP8	胃炎及び十二指腸炎	606,347	35歳以上～40歳未満	342,792
TOP9	症状、徴候及び異常臨床所見	562,877	40歳以上～45歳未満	498,267
TOP10	その他の心疾患	545,549	45歳以上～50歳未満	800,176
TOP11	喘息	544,606	50歳以上～55歳未満	1,057,463
TOP12	その他の神経系の疾患	433,586	55歳以上～60歳未満	1,164,676
TOP13	甲状腺障害	370,241	60歳以上～65歳未満	1,389,377
TOP14	前立腺肥大(症)	369,078	65歳以上～70歳未満	1,775,678
TOP15	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	350,247	70歳以上～75歳未満	2,735,677
TOP16	その他の腎尿路系の疾患	349,086	75歳以上～80歳未満	2,634,606
TOP17	骨の密度及び構造の障害	338,400	80歳以上～85歳未満	2,273,410
TOP18	脊椎障害(脊椎症を含む)	335,824	85歳以上～90歳未満	1,463,212
TOP19	月経障害及び閉経周辺期障害	329,499	90歳以上～95歳未満	580,871
TOP20	気分[感情]障害(躁うつ病)	323,692	95歳以上～100歳未満	126,918
			100歳以上	13,314

<病院>

	主傷病名	31日以上処方発行回数	年齢	31日以上処方波高回数
TOP1	高血圧性疾患	1,553,819	0歳以上～5歳未満	87,402
TOP2	糖尿病	1,326,487	5歳以上～10歳未満	280,582
TOP3	その他の消化器系の疾患	822,351	10歳以上～15歳未満	372,534
TOP4	その他の心疾患	688,934	15歳以上～20歳未満	406,311
TOP5	脂質異常症	618,658	20歳以上～25歳未満	391,299
TOP6	その他の悪性新生物<腫瘍>	545,959	25歳以上～30歳未満	468,566
TOP7	症状、徴候及び異常臨床所見	538,939	30歳以上～35歳未満	545,832
TOP8	その他の神経系の疾患	464,047	35歳以上～40歳未満	736,086
TOP9	虚血性心疾患	408,581	40歳以上～45歳未満	1,029,942
TOP10	脊椎障害(脊椎症を含む)	393,220	45歳以上～50歳未満	1,577,863
TOP11	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	381,860	50歳以上～55歳未満	2,066,309
TOP12	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	349,053	55歳以上～60歳未満	2,232,989
TOP13	良性新生物<腫瘍>及びその症状、徴候及び異常臨床所見	326,806	60歳以上～65歳未満	2,456,144
TOP14	脳梗塞	316,695	65歳以上～70歳未満	2,737,712
TOP15	その他の腎尿路系の疾患	282,658	70歳以上～75歳未満	3,626,715
TOP16	関節症	275,007	75歳以上～80歳未満	3,099,093
TOP17	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	273,732	80歳以上～85歳未満	2,425,285
TOP18	骨折	269,336	85歳以上～90歳未満	1,506,431
TOP19	皮膚炎及び湿疹	258,075	90歳以上～95歳未満	625,251
TOP20	甲状腺障害	253,862	95歳以上～100歳未満	147,583
			100歳以上	16,955

主傷病名別のリフィル処方箋発行回数①（病院）

- 令和4年4月～令和5年3月の病院におけるリフィル処方箋の疾患（中分類）毎の発行数と年齢構成は以下のとおり。
- 疾患としては糖尿病、高血圧性疾患、心疾患などが多い、年齢は40歳～80歳が多い。

主傷病名別・年齢別のリフィル処方箋の発行回数（病院）

	主傷病名	リフィル処方箋発行回数 (a)	全処方箋発行回数(b)	リフィル処方箋発行割合 (a/b)	年齢	リフィル処方箋発行回数 (a)	全処方箋発行回数(b)	リフィル処方箋発行割合 (a/b)
TOP1	糖尿病	10,146	10,183,786	0.10%	0歳以上～5歳未満	821	2,447,560	0.03%
TOP2	高血圧性疾患	8,633	14,083,204	0.06%	5歳以上～10歳未満	1,196	2,177,963	0.05%
TOP3	その他の心疾患	6,856	5,356,596	0.13%	10歳以上～15歳未満	1,206	2,384,452	0.05%
TOP4	その他の消化器系の疾患	6,350	7,092,455	0.09%	15歳以上～20歳未満	1,452	2,183,603	0.07%
TOP5	虚血性心疾患	5,405	3,116,593	0.17%	20歳以上～25歳未満	1,830	2,321,326	0.08%
TOP6	その他の悪性新生物<腫瘍> 症状、徴候及び異常臨床所見・ 異常検査所見で他に分類されないもの	5,339	5,066,480	0.11%	25歳以上～30歳未満	1,993	2,868,838	0.07%
TOP7	その他の神経系の疾患	4,880	5,462,856	0.09%	30歳以上～35歳未満	2,541	3,523,548	0.07%
TOP8	乳房の悪性新生物<腫瘍>	4,211	1,661,559	0.25%	35歳以上～40歳未満	3,544	4,489,127	0.08%
TOP9	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	4,104	2,766,386	0.15%	40歳以上～45歳未満	5,323	5,712,244	0.09%
TOP10	脂質異常症	3,767	4,695,965	0.08%	45歳以上～50歳未満	8,211	8,340,709	0.10%
TOP11	脊椎障害（脊椎症を含む）	3,544	4,303,304	0.08%	50歳以上～55歳未満	11,204	10,320,756	0.11%
TOP12	甲状腺障害	3,411	1,792,643	0.19%	55歳以上～60歳未満	12,113	10,843,574	0.11%
TOP13	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3,227	3,777,315	0.09%	60歳以上～65歳未満	12,835	12,486,874	0.10%
TOP14	脳梗塞	3,073	2,773,836	0.11%	65歳以上～70歳未満	14,151	15,887,302	0.09%
TOP15	骨折	2,893	3,334,715	0.09%	70歳以上～75歳未満	22,205	24,931,475	0.09%
TOP16	骨の密度及び構造の障害	2,846	1,706,612	0.17%	75歳以上～80歳未満	20,658	23,580,572	0.09%
TOP17	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	2,752	4,436,050	0.06%	80歳以上～85歳未満	15,813	21,573,827	0.07%
TOP18	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	2,722	2,153,191	0.13%	85歳以上～90歳未満	9,619	14,871,365	0.06%
TOP19	関節症	2,377	3,545,482	0.07%	90歳以上～95歳未満	3,225	6,662,057	0.05%
TOP20					95歳以上～100歳未満	805	1,805,224	0.04%
					100歳以上	105	255,729	0.04%

主傷病名別のリフィル処方箋発行回数②（診療所）

- 令和4年4月～令和5年3月の診療所におけるリフィル処方箋の疾患（中分類）毎の発行数と年齢構成は以下のとおり。
- 疾患としては高血圧性疾患、アレルギー性鼻炎、脂質異常症などが多い、年齢は40歳～80歳が多い。

主傷病名別・年齢別のリフィル処方箋の発行回数（診療所）

TOP	主傷病名	リフィル処方箋発行回数			年齢	リフィル処方箋発行回数		
		(a)	(b)	(a/b)		(a)	(b)	(a/b)
TOP1	高血圧性疾患	36,139	79,378,068	0.05%	0歳以上～5歳未満	1,142	18,324,591	0.01%
TOP2	アレルギー性鼻炎	20,073	27,233,131	0.07%	5歳以上～10歳未満	4,825	23,394,656	0.02%
TOP3	脂質異常症	17,371	31,443,769	0.06%	10歳以上～15歳未満	5,522	18,570,113	0.03%
TOP4	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	8,798	26,628,026	0.03%	15歳以上～20歳未満	4,334	14,004,323	0.03%
TOP5	糖尿病	6,727	25,952,477	0.03%	20歳以上～25歳未満	4,297	14,359,105	0.03%
TOP6	その他の眼及び付属器の疾患	5,831	22,517,325	0.03%	25歳以上～30歳未満	5,581	16,841,921	0.03%
TOP7	その他の消化器系の疾患	5,487	14,011,288	0.04%	30歳以上～35歳未満	5,990	18,962,662	0.03%
TOP8	皮膚炎及び湿疹	4,856	30,904,267	0.02%	35歳以上～40歳未満	7,989	22,281,626	0.04%
TOP9	骨の密度及び構造の障害	4,759	5,118,910	0.09%	40歳以上～45歳未満	10,068	25,643,322	0.04%
TOP10	胃炎及び十二指腸炎	4,626	13,887,797	0.03%	45歳以上～50歳未満	13,927	32,984,183	0.04%
TOP11	月経障害及び閉経周辺期障害	4,274	2,940,003	0.15%	50歳以上～55歳未満	16,293	37,897,523	0.04%
TOP12	喘息	3,893	15,903,972	0.02%	55歳以上～60歳未満	16,628	37,728,585	0.04%
TOP13	脊椎障害（脊椎症を含む）	3,513	11,921,230	0.03%	60歳以上～65歳未満	17,092	39,894,122	0.04%
TOP14	その他の神経系の疾患	3,472	11,000,733	0.03%	65歳以上～70歳未満	18,114	45,930,501	0.04%
TOP15	結膜炎	3,455	9,326,882	0.04%	70歳以上～75歳未満	22,685	66,639,000	0.03%
TOP16	関節症	3,361	11,151,988	0.03%	75歳以上～80歳未満	17,540	60,853,424	0.03%
TOP17	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	3,345	12,968,592	0.03%	80歳以上～85歳未満	13,919	54,218,116	0.03%
TOP18	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	2,802	4,555,968	0.06%	85歳以上～90歳未満	8,707	36,449,228	0.02%
TOP19	甲状腺障害	2,756	3,643,889	0.08%	90歳以上～95歳未満	4,354	16,232,432	0.03%
TOP20	その他の泌尿系の疾患	2,259	5,551,640	0.04%	95歳以上～100歳未満	1,248	4,427,030	0.03%
					100歳以上	206	658,053	0.03%

リフィル処方箋の活用に向けた取組状況

○ リフィル処方箋については、骨太の方針2023を踏まえ、医療機関等、都道府県、保険者の必要な取組の検討、実施を通じて、その活用を進めている。

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）（抄）

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

・・・また、関係者・関係機関の更なる対応²⁵³により、リフィル処方箋の活用を進める。・・・

²⁵³ 保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施する。

リフィル処方箋の活用に向けた取組状況

	取組状況
医療機関等に関する取組	<ul style="list-style-type: none">令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見を踏まえ、同改定の検証調査において、リフィル処方箋の実施状況について調査を実施。令和4年度調査の結果を令和5年3月に、また、令和5年度調査の結果やNDBの分析結果を令和5年11月に、中医協に報告。「花粉症対策 初期集中対応パッケージ」（令和5年10月11日花粉症に関する関係閣僚会議決定）を踏まえ、花粉症の治療薬に係る長期処方やリフィル処方箋の活用について周知を実施。
都道府県に関する取組	<ul style="list-style-type: none">第4期医療費適正化計画の基本方針において、リフィル処方箋について必要な取組の検討・実施により活用を進める必要があること、その際、分割調剤等その他の長期処方も併せて取り組むことも重要であることを記載。今後、第4期医療費適正化計画の基本方針に基づき、都道府県において都道府県医療費適正化計画を策定していく。
保険者に関する取組	<ul style="list-style-type: none">国民健康保険の保険者努力支援制度における令和6年度指標として、市町村が被保険者に対してリフィル処方箋に関する周知・啓発の取組を実施した場合に評価対象とする指標を設定。引き続き、保険者努力支援制度等を活用しつつ、保険者による被保険者への働きかけを進めていく。あわせて、保険者努力支援制度等の更なる活用についても検討していく。

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

1－1. 概要

1－2. 書面交付と医療DXについて

1－3. 疾病管理（受診頻度とリフィル処方箋等）について

1－4. 疾病管理におけるエビデンスについて

2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の指導の重要性が示されている。

高血圧治療ガイドライン2019

第4章 生活習慣の修正 総論(抜粋)

生活習慣の修正は、それ自身による降圧効果が期待されるだけでなく、高血圧予防の観点からも重要である。また、降圧薬服用患者においても降圧作用の増強や投与量の減量につながることを期待できるため、生活習慣の修正は、すべての高血圧患者に対して指導すべきである。

糖尿病診療ガイドライン2019

CQ 3-1 糖尿病の管理に食事療法は有効か？

○ 糖尿病の管理には、食事療法を中心とする生活習慣の是正が有効である。[推奨グレード A]

CQ 4-1 糖尿病の管理に運動療法は有効か

○ 2型糖尿病患者に対する有酸素運動やレジスタンス運動、あるいはその組み合わせによる運動療法は、血糖コントロールや、心血管疾患のリスクファクターを改善させる。2型糖尿病患者に対する有酸素運動とレジスタンス運動は、ともに単独で血糖コントロールに有効であり、併用によりさらに効果が高まる。[推奨グレード A]

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理 6 包括的リスク評価・管理の実際 Step 5 生活習慣の改善

生活習慣の改善は動脈硬化性疾患予防の根幹であり、安易な薬物療法導入は厳に慎むべきである。薬物治療中もこれらの非薬物療法の継続、すなわち生活習慣の改善指導を怠るべきではない。禁煙は動脈硬化性疾患の原因の中で最も介入が必要な因子であり、その予防にあっては性別を問わず全ての年齢層に対して禁煙を進めるべきである。

高血圧治療ガイドライン2019

- 高血圧治療ガイドラインにおいて、減塩、食事パターン、適正体重の維持、運動、節酒、禁煙といった生活習慣の指導を行うことが推奨されている。

第4章 生活習慣の修正

1. 生活習慣修正は高血圧予防や降圧薬開始前のみならず、降圧薬開始後も重要である。
2. 減塩:減塩目標は食塩 6g/日未満である。
3. 食事パターン:野菜・果物を積極的に摂取し、飽和脂肪酸・コレステロールの摂取を控える。多価不飽和脂肪酸や低脂肪乳製品の積極的摂取も推奨される。
4. 適正体重の維持:BMI(体重[kg]/身長[m]²)25 未満を維持する。
5. 運動:軽強度の有酸素運動(動的および静的筋肉負荷運動)を毎日 30 分、または週 180分以上行う。
6. 節酒:エタノールとして男性 20-30 mL/日以下、女性 10- 20 mL/日以下に制限する。
7. 禁煙:禁煙の治療・指導と受動喫煙の防止に努める。
8. その他:防寒や情動ストレスの管理などを行う。
9. 複合的な生活習慣の修正はより効果的である。

CQ 4高血圧患者における減塩目標 6g/日未満は推奨されるか？

高血圧患者における減塩目標を6 g/日未満にすることを強く推奨する。(推奨の強さ1 エビデンスの強さA)

糖尿病診療ガイドライン2019における食事療法

- 糖尿病診療ガイドラインにおいて、食事療法について以下のとおり詳細な推奨が示されており、管理栄養士による指導が有効であるとされている。

CQ 3-2 食事療法の実践にあたっての管理栄養士による指導は有効か？

- 食事療法の実践にあたって、管理栄養士による指導が有効である。[推奨グレード A]

CQ3-3 総エネルギー摂取量をどのように定めるか？

- 2型糖尿病の食事療法の目的は、全身における良好な代謝状態を維持することによって、合併症を予防し、かつ進行を抑制することにある。そのために、体重に見合う総エネルギー摂取量を設定するが、目標とする体重は患者の年齢、病態等によって異なることを考慮し、個別化を図ることが必要である。まず、治療開始時に総エネルギー摂取量の目安を定め、病態、年齢や体組成、患者のアドヒアランスや代謝状態の変化を踏まえ、適宜変更する

CQ3-8 食物繊維の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？

- 食物繊維は糖尿病状態の改善に有効であり、炭水化物摂取量とは無関係に 20g/日以上の摂取を促す。

CQ3-10 食塩の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？

- 食塩摂取目標量は、男性 7.5g/日、女性 6.5g/日未満とし、高血圧合併例の食塩摂取量を6.0g/日未満とする。

CQ3-11 アルコールの摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？

- アルコール摂取量の上限として 25g/日を目安として、個々の飲酒習慣によって個別化を図る。 アルコール飲料の種類による糖尿病管理に及ぼす影響の差異は明らかではないが、発泡酒などでは含有される炭水化物のエネルギーにも留意する。インスリン療法中の患者では、急性効果としての低血糖に注意する。これらの要因が管理できれば、飲酒は許容してよい

CQ3-13 食事の摂り方は糖尿病の管理にどう影響するか？

- 個々人の食事パターン(eating pattern)を評価しながら、包括的に適正な食材の選択を促す。 規則的に 3 食を摂ることが、糖尿病の予防に有効である

糖尿病診療ガイドライン2019における運動療法

- 糖尿病診療ガイドラインにおいて、運動療法について以下のとおり詳細な推奨が示されている。

CQ4-2 運動療法を開始する前に医学的評価(メディカルチェック)は必要か？

● 運動療法を開始する前に、網膜症、腎症、神経障害などの合併症や、整形外科的疾患などを含む身体状態を把握し、運動制限の必要性を検討する。

● 心血管疾患のスクリーニングに関しては、一般的には無症状、かつ、行う運動が軽度～中強度の運動(速歩など日常生活活動の範囲内)であれば必要ないが、普段よりも高強度の運動を行う場合や、心血管疾患リスクの高い患者では、主治医によるスクリーニングと、必要に応じて運動負荷試験などを考慮する。

CQ4-3 具体的な運動療法はどのように行うか？

● 有酸素運動は、中強度で週に150分かそれ以上、週に3回以上、運動をしない日が2日間以上続かないように行い、レジスタンス運動は、連続しない日程で週に2～3回行うことがそれぞれ勧められ、禁忌でなければ両方の運動を行う。

● 日常の座位時間が長ならないようにして、軽い活動を合間に行うことが勧められる

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版①

○ 動脈硬化性疾患予防ガイドラインにおいて、禁煙・飲酒等の生活習慣改善に係る詳細な推奨がなされている。

2 生活習慣の改善

2.1 禁煙

- 動脈硬化性疾患の一次・二次予防のため、喫煙者には禁煙することを推奨する。○ 動脈硬化性疾患の一次・二次予防のため、すべての人に受動喫煙を回避することを推奨する。
- 禁煙介入はニコチン依存症の治療であり、禁煙成功率を上げるために禁煙補助薬を使用した治療を推奨する

2.2 飲酒

- 動脈硬化性疾患の予防のためには、多量飲酒を避ける。○ 飲酒者の飲酒状況を確認する

2.3 肥満およびメタボリックシンドローム対策

- 肥満症やメタボリックシンドロームの治療の基本は、生活習慣の改善により、過剰な体重および内臓脂肪を減少させることである。

2.4 食事療法

【総エネルギー】

FQ 1総エネルギー摂取量を制限して適正な体重を維持することを動脈硬化性疾患の予防に推奨するか？ ○ 肥満者においては、総エネルギー摂取量を制限して減量し適正な体重を維持することにより血清脂質が改善するため推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 肥満者においては、総エネルギー摂取量を制限することによって減量し血清脂質異常を含む代謝異常の改善をはかることが、動脈硬化性疾患の発症を予防できる可能性があるために推奨する。(エビデンスレベル:コンセンサス、推奨レベル:A)

【脂肪エネルギー比率】

FQ 2適正な総エネルギー摂取量のもとで日本人に適切な脂肪エネルギー比率を維持することを動脈硬化性疾患の予防に推奨するか？ ○ LDL コレステロール低下を目的に、適正な総エネルギー摂取量のもとで脂肪エネルギー比率を制限することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 肥満者では適正な総エネルギー摂取量のもとで、減量に加えて脂質の摂取内容を修正して制限、また非肥満者においても脂質の摂取内容を修正して制限することにより血清脂質が改善されて、動脈硬化性疾患の発症を抑制できる可能性があるために推奨する。(エビデンスレベル:コンセンサス、推奨レベル:A)

【脂肪酸:飽和脂肪酸】

FQ 3適正な総エネルギー摂取量のもとで、飽和脂肪酸を減らすこと、または飽和脂肪酸の摂取量を他の不飽和脂肪酸(一価不飽和脂肪酸、多価不飽和脂肪酸)に置換することを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ 適正な総エネルギー摂取量のもとで飽和脂肪酸を減らすこと、または飽和脂肪酸を多価不飽和脂肪酸に置換することは血清脂質の改善に有効であり、冠動脈疾患発症の予防のために推奨する。(エビデンスレベル: 1 +、推奨レベル:A) ○ 適正な総エネルギー摂取量のもとで、血清脂質の改善を目的に、飽和脂肪酸を一価不飽和脂肪酸に置換することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A)

【脂肪酸:n-3系多価不飽和脂肪酸】

FQ 4n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取量を増やすことを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ トリグリセライドの低下を目的に、n-3系多価不飽和脂肪酸のうち魚油摂取量を増やすことを推奨する。(エビデンスレベル: 1 +、推奨レベル:A) ○ 食事による魚油の摂取を増やすことは、冠動脈疾患発症の抑制が期待できるために提案する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:B)

【脂肪酸:n-6系多価不飽和脂肪酸】

FQ 5n-6系多価不飽和脂肪酸の摂取量を増やすことを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ 血清脂質の改善を目的に、適正な総エネルギー摂取量のもとでn-6系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす、あるいは飽和脂肪酸をn-6系多価不飽和脂肪酸で置換することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 適正な総エネルギー摂取量のもとで、飽和脂肪酸をn-6系多価不飽和脂肪酸、なかでもリノール酸で置換することを、動脈硬化性疾患の予防のために提案する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:B)

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版②

○ 動脈硬化性疾患予防ガイドラインにおいて、食事療法・運動療法等の生活習慣改善に係る詳細な推奨がされている。

【脂肪酸:トランス脂肪酸】

FQ 7トランス脂肪酸を制限することを動脈硬化性疾患予防のために推奨するか？ ○ 血清脂質の改善を目的に、トランス脂肪酸を一価不飽和脂肪酸もしくは多価不飽和脂肪酸に置換することを推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A) ○ 冠動脈疾患予防のために、トランス脂肪酸の摂取を控えることを、推奨する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:A)

【コレステロール】

FQ 8コレステロールの摂取量を制限することを動脈硬化性疾患発症の予防に推奨するか？ ○ 高LDLコレステロール血症の患者では、コレステロールの摂取を 200 mg/日未満に制限することでLDLコレステロールを低下させ、動脈硬化性疾患発症を予防できる可能性があるため、コレステロール摂取制限を推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A)

FQ 9食物繊維の摂取を増やすことを動脈硬化性疾患の予防に推奨するか？ ○ 血清脂質の改善のために、食物繊維の摂取を増やすことを推奨する。(エビデンスレベル: 1+、推奨レベル:A) ○ 食物繊維の摂取を増やすことを、総死亡の減少、心血管疾患、脳卒中の予防のために提案する。また全粒穀物および野菜・果物の摂取を、総死亡の減少、心血管疾患の予防のために提案する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:B)

【果糖を含む加工食品】

FQ 10果糖を含む加工食品の摂取量を減らすことを動脈硬化性疾患予防に推奨するか？ ○ 果糖を含む加工食品の過剰摂取は、動脈硬化性疾患のリスクを高める可能性があり、果糖を含む加工食品の摂取量を減らすことでトリグリセライドの低下が期待できるため、その摂取を減らすことを推奨する。(エビデンスレベル: 2、推奨レベル:A)

【日本食パターン】

FQ 11日本食パターンの食事を動脈硬化性疾患予防に推奨するか？ ○ 肉の脂身や動物脂(牛脂、ラード、バター)、加工肉を控え、大豆、魚、野菜、海藻、きのこ、果物、未精製穀類を取り合わせて食べる減塩した日本食パターンの食事は血清脂質を改善し、動脈硬化性疾患の予防が期待されるため推奨する。(エビデンスレベル: コンセンサス、推奨レベル:A)

2.5 運動療法

FQ 12成人に対して有酸素運動は血清脂質の改善を目的に勧められるか？ ○ 成人では、1日合計30分以上を週3回以上(可能であれば毎日)、または週に150分以上中強度以上の有酸素運動を実施することは血清脂質を改善するため、推奨する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:A)

FQ 13成人に対してレジスタンス運動は血清脂質の改善を目的に勧められるか？ ○ 成人では、レジスタンス運動は血清脂質の改善があり、提案する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:B)

FQ 14成人に対して食事療法に加えて運動療法の併用は血清脂質の改善を目的に勧められるか？ ○ 成人では食事療法に加えて運動療法を併用すると血清脂質の改善がより期待でき、提案する。(エビデンスレベル: 1、推奨レベル:B)

BQ 17成人において有酸素運動および身体活動で動脈硬化性疾患の発症率が下がるか？ 成人では有酸素運動および身体活動量の増加は動脈硬化性疾患を予防することが期待できるため、推奨する。(エビデンスレベル: 1)

BQ 18成人においてレジスタンス運動は動脈硬化性疾患の発症を予防するか？ 成人においてレジスタンス運動は動脈硬化性疾患の予防効果があり、提案する。(エビデンスレベル: 2)

BQ 19成人において座位時間を減らすことは動脈硬化性疾患の発症を予防するか？ 成人では座位時間を減らすことは動脈硬化性疾患の予防効果があり、提案する。(エビデンスレベル: 2)

3 健康行動理論に基づく保健指導

FQ 15肥満・脂質異常症の改善を目的とした保健指導では、一般的な指導より健康行動理論に基づく保健指導を推奨すべきか？ ○ 肥満・脂質異常症の改善を目的とした保健指導において、いくつかの健康行動理論に基づく保健指導は一般的な保健指導と比較して脂質値の改善や受療行動の促進により効果的であるため推奨する。(エビデンスレベル: コンセンサス、推奨レベル:A)

新規技術を活用した生活習慣病管理の例

<血糖自己測定器加算・間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの>

令和4年度診療報酬改定

出典：企業提出資料

現行

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

改定後

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、**インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている**入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

[技術の概要]

- センサーを上腕の後ろ側に装着し、リーダー等でセンサーをスキャンすることで、皮下間質液中のグルコース値を表示することができ、また、連続グルコース値のグラフを表示することができる。



<高血圧症治療補助プログラム加算>

関連技術料（医学管理）

B000 特定疾患療養管理料

- 1 診療所の場合 **225点**
- 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 **147点**
- 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 **87点**

+

プログラム医療機器の使用に係る指導管理及びプログラム医療機器の使用に対する評価

B100 高血圧症治療補助プログラム加算

- 初回 **140点**
初回から6ヶ月まで **830点**

患者アプリ



医師アプリ

医師アプリでの表示内容に応じた生活指導



CGM (continuous glucose monitoring)

- 糖尿病治療に新しい技術であるCGM(continuous glucose monitoring)が診療ガイドラインにおいて有効とされている。専門医のみならずかかりつけ医による糖尿病診療にもCGMが有効との報告がある。

(糖尿病治療ガイドライン2019より)

CQ7-4 CGM(continuous glucose monitoring)はどのような点で糖尿病治療に有効か？

- 小児および成人 1 型糖尿病ならびに成人 2 型糖尿病患者において、リアルタイム CGM はSMBG よりも血糖コントロール改善において有効であるとする報告がある
- 1型糖尿病ならびに 2 型糖尿病患者において、intermittently viewed CGM(i-CGM)はSMBG よりも低血糖時間の短縮において有効であるとする報告がある

- 低血糖を回避しつつ血糖コントロールを行うため、インスリン療法を行っている患者は厳密に自身の血糖変動について把握する事が望まれる。(略)SMBG のみでは高血糖や低血糖に対する事前の対策が難しいことが 臨床的な問題である。リアルタイム CGM は間質液中のグルコース濃度を継続的に自動測定し、グルコース値の変化を線状のグラフとして常時機器上に表示する。また、測定結果から低グルコース閾値や高グルコース閾値にいたることを予測してアラートを発する機能があることから、低グルコース閾値を適切に設定し、その際の対応を指導しておくことで、患者自身が低血糖に対して事前の対策を取れるようになることが期待される。

一般社団法人日本糖尿病学リアルタイム CGM 適正使用指針(2023 年11 月1 日改訂)

- CGMは、HbA1cなどの通常の血糖関連指標に加え、すべての1型糖尿病と強化インスリン療法中の2型糖尿病で治療目標が達成できていない患者(特に低血糖が問題となっている場合)において併用することが推奨される。

西村 亜希子ほか 診断と治療(0370-999X)107巻3号 Page349-355(2019.03)

- かかりつけ医で治療されていた2型糖尿病患者175例を対象にCGMと従来の血糖自己測定(SMBG)を対象としたRCTにおいて、CGMを使用することで、血糖コントロールが改善し、低血糖時間が減少すると報告されている。

Martens T, et al. JAMA 325 : 2262-2272, 2021

1. 生活習慣病に対する疾病管理について

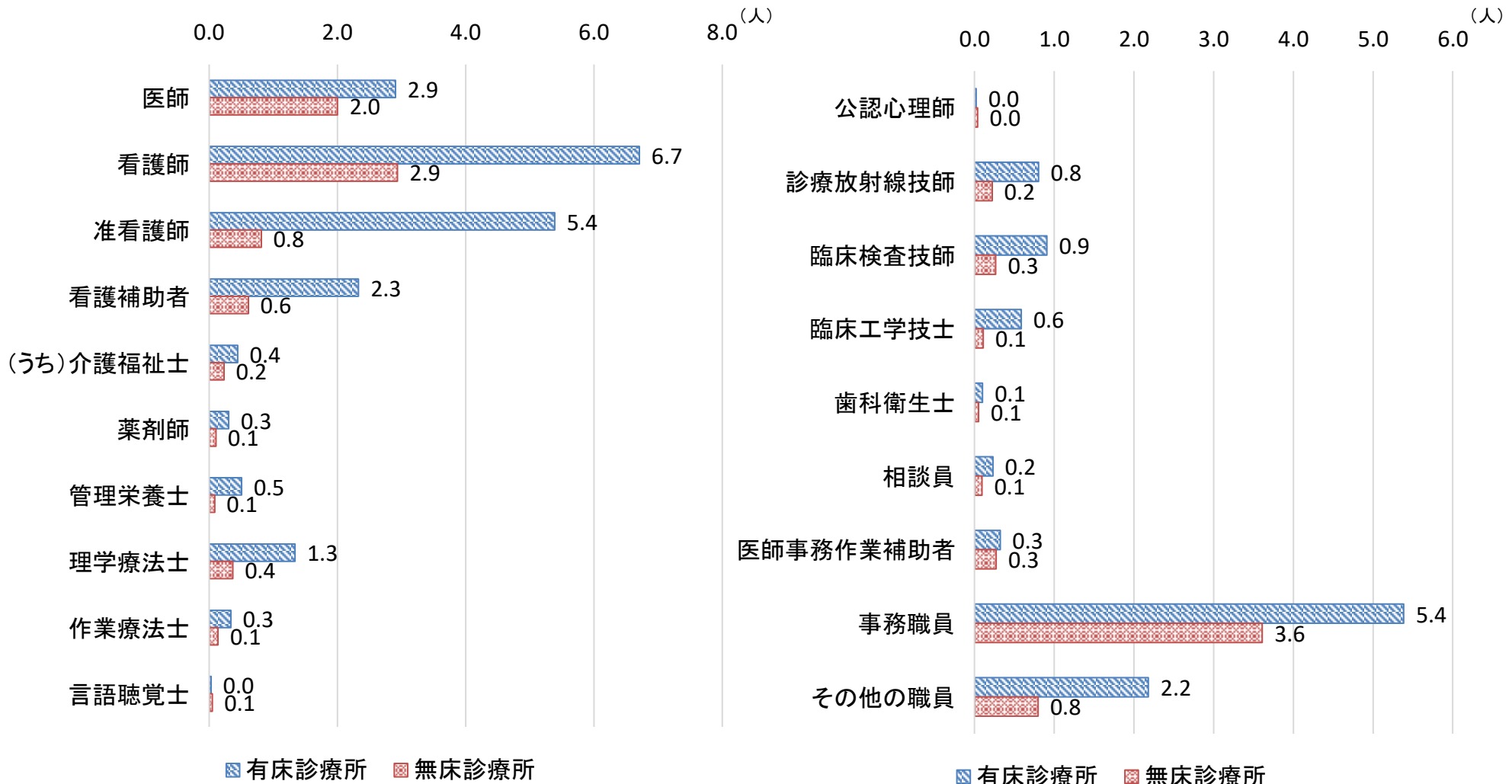
2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

診療所における職員配置状況

○ 診療所における職員配置状況は以下のとおり。無床診療所においては看護職員と事務職員以外は殆ど配置されていない。

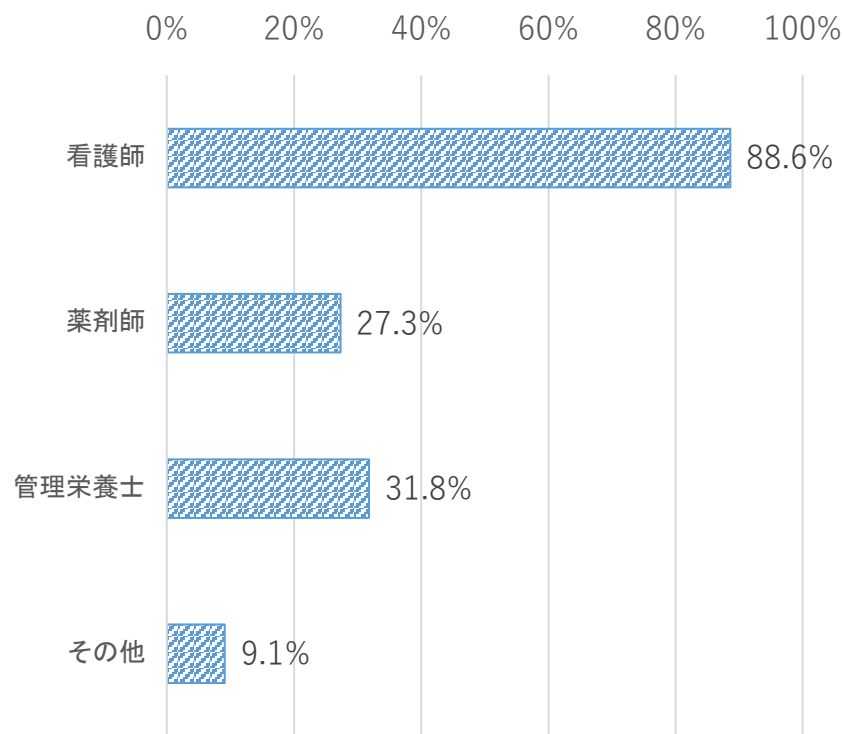
常勤職員・非常勤職員の合計数(平均値、常勤換算)(令和5年6月1日時点)



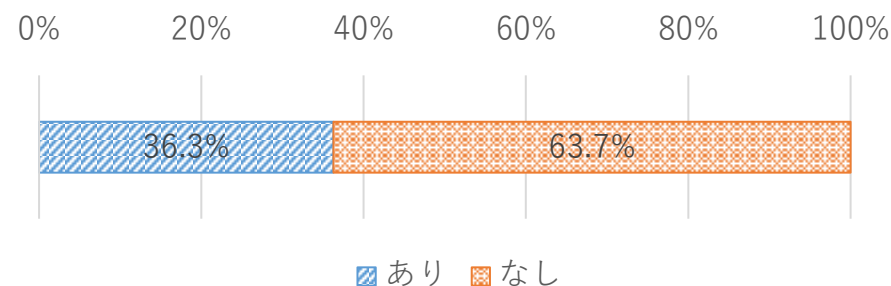
生活習慣病にかかると多職種との関与

- 生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、医師と連携している職種としては看護師が最多であった。
- 糖尿病を主病としている患者に対する管理栄養士による栄養指導を実施しているのは36.3%であった。また、栄養指導を実施している管理栄養士の所属としては自院(常勤)が最多であった。

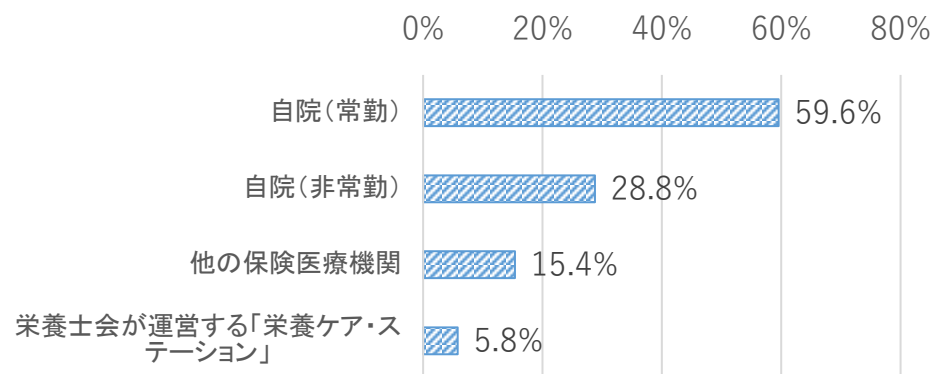
生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、連携している職種(n=44)



糖尿病を主病としている患者に対する管理栄養士による栄養指導を実施の有無(n=289)



栄養指導を実施している管理栄養士の所属(n=104)



外来栄養食事指導料の概要

B001・9 外来栄養食事指導料

入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が初回にあつては概ね30分以上、2回目以降にあつては概ね20分以上、療養のために必要な栄養の指導を行った場合に算定

【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
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、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。)

イ 外来栄養食事指導料1

(初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回)

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 | |
| ① 対面で行った場合 | 260点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 235点 |
| (2) 2回目以降 | |
| ① 対面で行った場合 | 200点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 180点 |

ロ 外来栄養食事指導料2

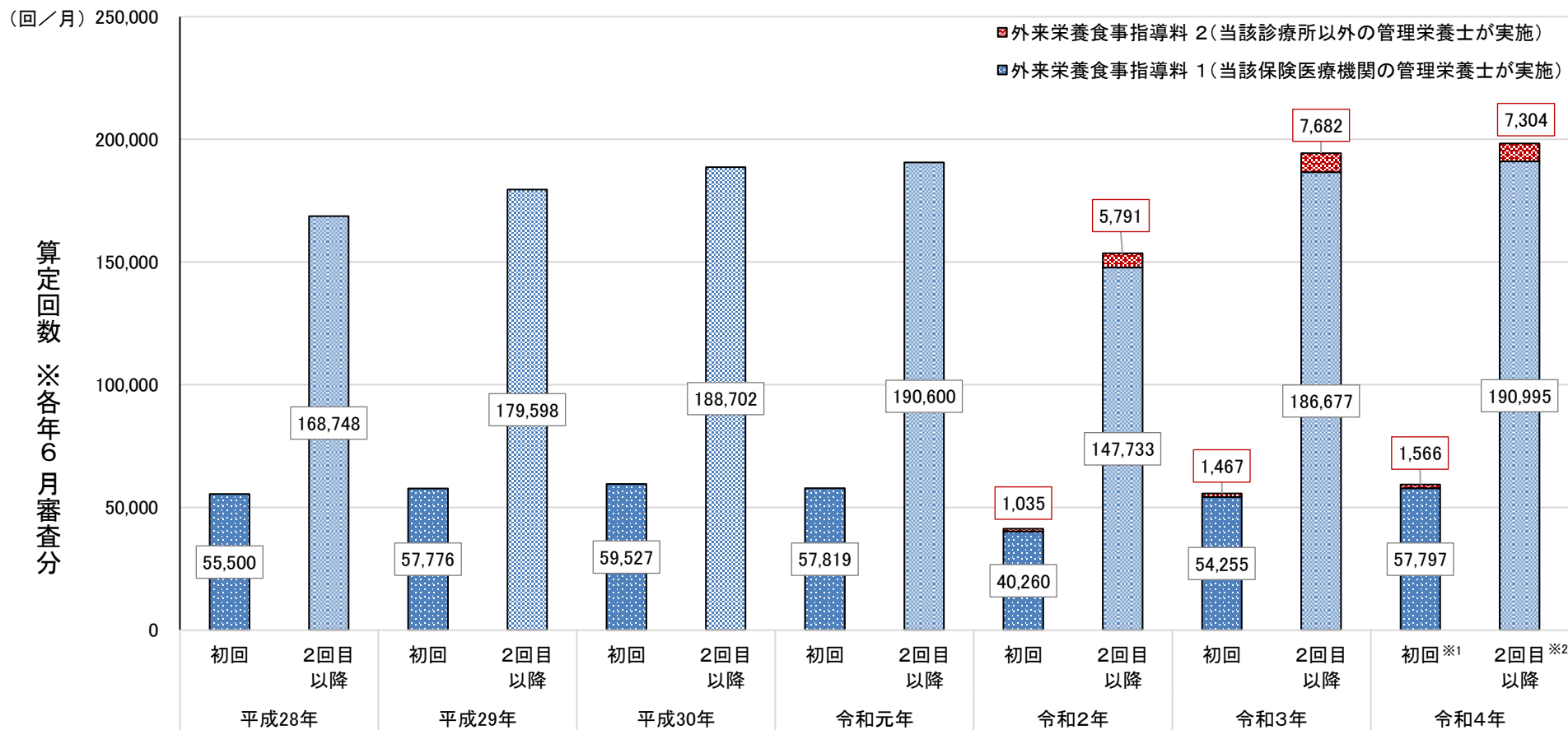
(初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回)

診療所において、当該診療所以外(栄養ケア・ステーション又は他の保険医療機関)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 | |
| ① 対面で行った場合 | 250点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 225点 |
| (2) 2回目以降 | |
| ① 対面で行った場合 | 190点 |
| ② 情報通信機器等を用いた場合 | 170点 |

外来栄養食事指導料の算定状況

- 外来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。
- 当該診療所以外(栄養ケア・ステーション又は他の保険医療機関)の管理栄養士による外来栄養食事指導料2の算定回数は少ない。



※1 注3(2,461回)含む
※2 注2(82回)含む

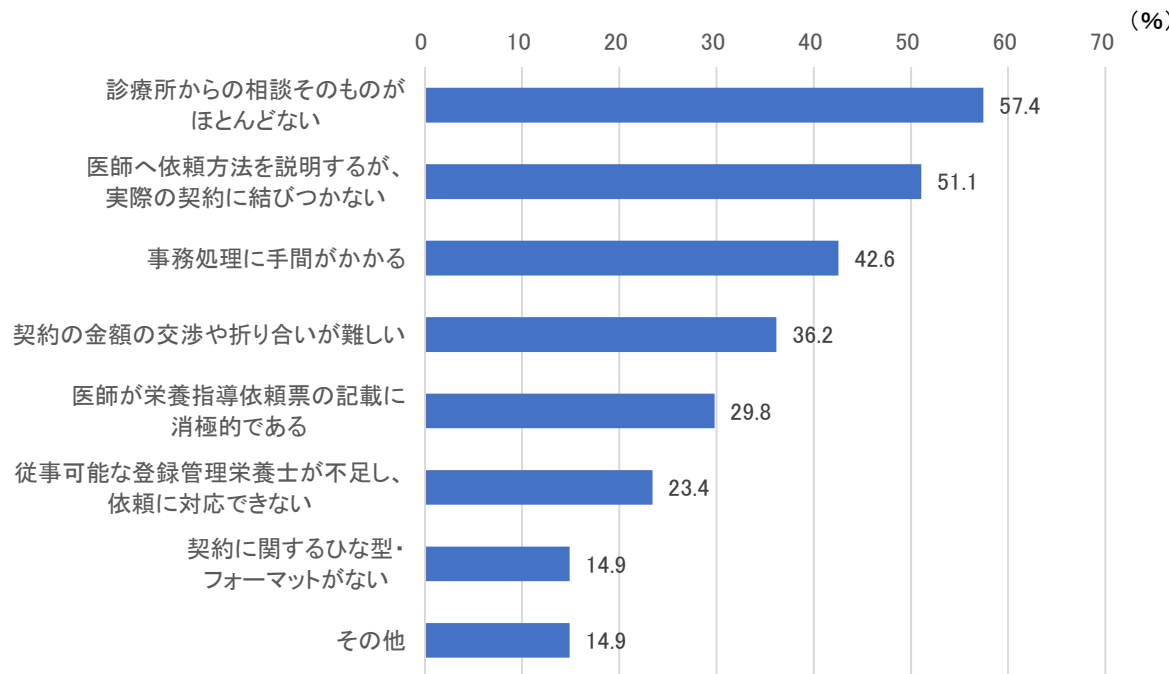
注2:管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、外来腫瘍化学療法診察料の算定日と同日に月2回以上(時間不問)の指導を行った場合【R2~】
注3:専門的な知識を有した管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、療養のため必要な指導を行った場合【R4~】

- 診療報酬で連携が評価されている栄養ケア・ステーション(栄養CS)は、47都道府県栄養士会に設置されており、全国で拠点数は110か所、登録管理栄養士数は4,625人(2022年度)である。
- 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績がある都道府県栄養CSは約4割であり、契約締結の課題としては、「診療所からの相談そのものがほとんどない」、「医師へ依頼方法を説明するが、実際の契約に結びつかない」、「事務処理に手間がかかる」の順が多い。

■ 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績

実績有り 18 / 47 都道府県栄養CS
(38.3%)

■ 診療所との契約締結における課題 (n=47 都道府県栄養CS)



栄養ケア・ステーション活用の流れ



○ 高血圧症や糖尿病等においては、多職種による療養指導の重要性についてガイドライン等で示されており、関係学会による研修・認定制度が設けられている。

「高血圧治療ガイドライン2019」 日本高血圧学会

表3-4 医療スタッフが患者とパートナーシップを築き
コンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資材でわかりやすく提供する
- 患者の合意、自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方をも単純化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用、一包化調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

※「コンコーダンス」: 患者がチームの一員として医療スタッフと話し合い、治療方針を決定し続けていくこと

出典: 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編)
「高血圧治療ガイドライン2019」, p55

「糖尿病診療ガイドライン2019」 日本糖尿病学会

●糖尿病自己管理教育の総死亡リスクへの効果

DSME RCT 42 件のメタ解析¹⁾では、DSME 介入は通常ケアに比べて2型糖尿病患者の総死亡リスクを26%抑制することが報告され、その効果は多職種チームによる介入、看護師主導介入双方ともに有効であった。 DSME による総死亡リスク抑制効果は、10時間以上、複数回、組織化されたカリキュラム、対面式での介入を受けた患者で大きかった。

出典:

日本糖尿病学会編・著: 糖尿病診療ガイドライン2019, p107, 108, 南江堂, 2019

生活習慣病における多職種が連携した療養指導等

○ 糖尿病や慢性腎臓病(CKD)の外来診療においては、多職種が連携して必要な療養指導を実施している。

■ 糖尿病センター外来

腎症の重症化予防を目的として透析予防診療チームで介入。血糖管理に加えて、減塩を中心とした血圧管理、適切な体重管理、脂質管理、といった生活習慣改善を指導している。

看護師

- ・生活指導(フットケアなども実施)
- ・自己注射手技の指導

管理栄養士

- ・栄養指導(栄養摂取量の把握と目標設定など)

薬剤師

- ・教育入院後のフォロー、服薬状況の確認
- ・治療薬導入時の服薬指導とフォローアップ
- ・自己注射手技の確認

■ 慢性腎臓病(CKD)外来

医師の診察の待ち時間を利用した療養指導を多職種で実施

-主な指導内容-

- ・教育入院後のフォロー
- ・球形吸着炭や重曹錠、カリウム吸着剤の服薬確認
- ・降圧剤や利尿剤の評価、血圧測定や体重測定
- ・お薬手帳で他科処方の確認、CKDシールの貼付
- ・SGLT2阻害薬の服薬指導
- ・腎臓病教室や腎代替療法指導の希望があるか
- ・栄養指導

【医師】診察



【看護師】生活指導



【薬剤師】服薬指導



【管理栄養士】栄養指導



在宅療養指導料の概要

B001・13 在宅療養指導料 170点

第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。

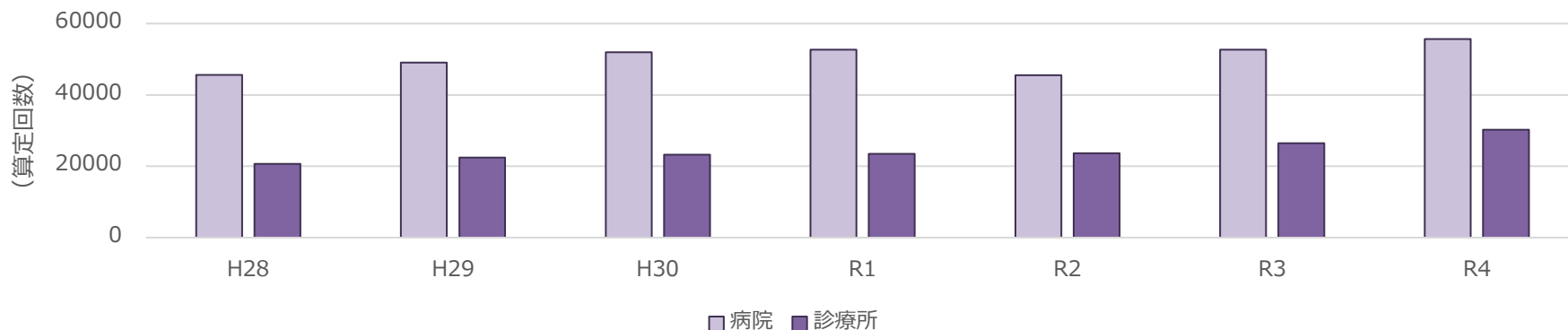
【対象患者】

- 在宅療養指導管理料を算定している患者
- 入院中の患者以外の患者であつて、器具(人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等)を装着しており、その管理に配慮を要する患者

【算定要件】

- 初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
- 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであつて、患家において行った場合には算定できない。
- 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

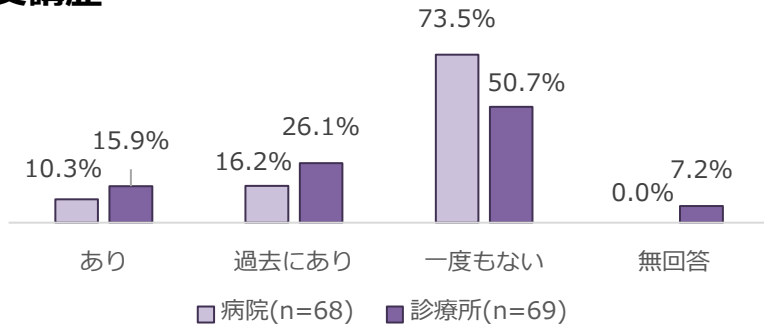
■ 在宅療養指導料の算定回数の推移



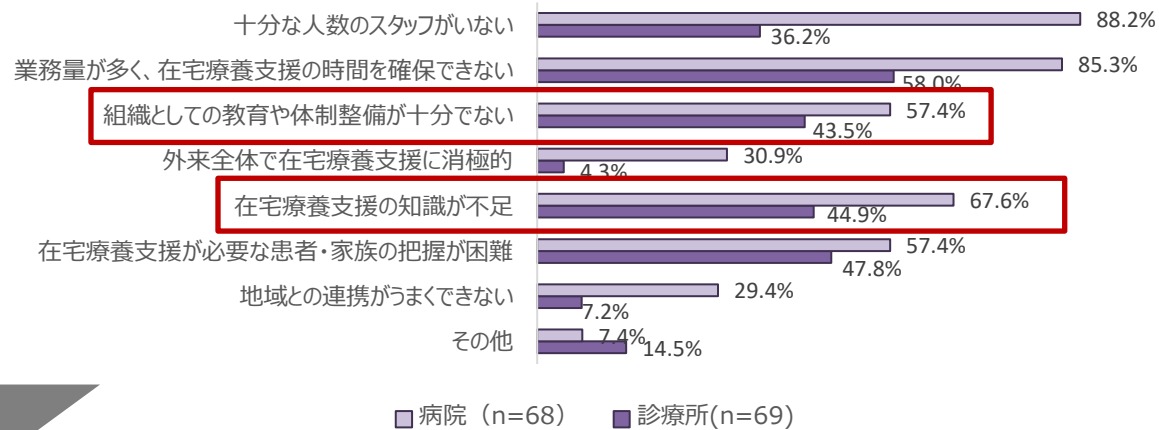
外来における療養支援の質向上に向けた取組

- 外来では、重症化予防や療養支援等を看護職員が担うことがあるが、知識・技術等の向上のために研修を受講する機会は限られていた。
- 在宅療養支援に係る研修を受講した看護職員は、外来における療養支援、療養生活を継続するための社会資源の情報、地域で切れ目ない療養支援を行う上での自施設の役割の理解等が深まっていた。

■ 過去1年間の外来看護に関する研修受講歴

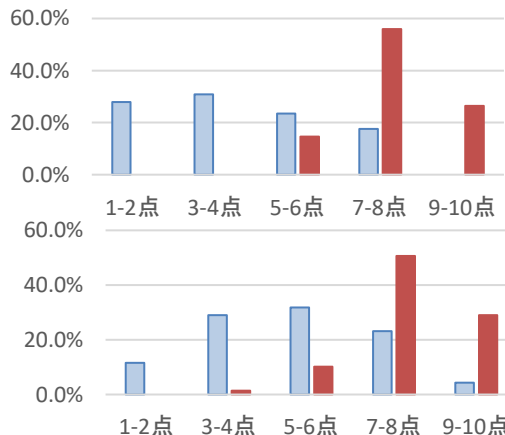


■ 外来で在宅療養支援を行う上での困難（複数回答）

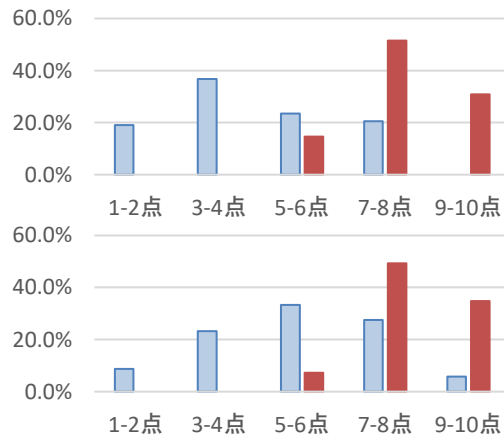


在宅療養支援能力向上の為の研修を受講

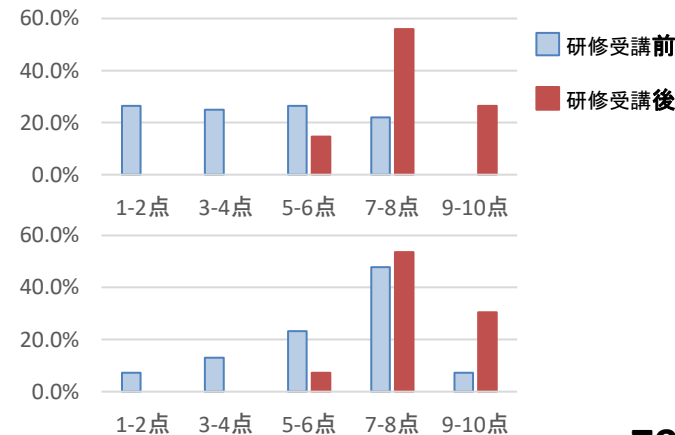
外来における療養支援についての理解



療養生活を継続するための社会資源の情報の理解



地域で切れ目ない在宅療養支援を行う上での自施設の役割の理解



【参考】外来における療養支援向上に向けた取組

■ 外来における療養支援の概念化 (外来での在宅療養支援と看護師に求められること)



出典：永田智子、田口敦子編著「外来で始める在宅療養支援～ニーズ把握と実践のポイント～」(2021年4月発行)における在宅療養支援と看護職の役割を、日本看護協会にて図式化



「外来での在宅療養支援」の概念を基本におき、在宅療養支援を行う外来看護職員に必要な能力と研修プログラムの検討

■ 外来における在宅療養支援向上のための研修

	内容	
オンデマンド第1章	外来看護を取り巻く現状と課題、国の政策動向等に基づく外来看護職の役割 1. 外来看護を取り巻く環境の変化 2. 外来医療に関する政策動向 3. 社会の変化と政策動向に基づく外来看護職の役割	25分
オンデマンド第2章	外来における在宅療養支援 1. 在宅療養支援とは 2. なぜ在宅療養支援が必要か 3. 在宅療養支援を担う看護職の役割	50分
オンデマンド第3章	在宅療養を支える地域連携とネットワーク 1. なぜ地域連携が必要か 2. 地域との連携体制構築の方策	47分
オンデマンド第4章	在宅療養患者(外来患者)の意思決定支援 1. 意思決定の現状と課題 2. 外来看護職に求められる意思決定支援	40分
オンデマンド第5章	在宅療養患者(外来患者)を支える社会資源 1. 在宅療養患者が活用可能な社会資源の基礎知識 2. 地域における多職種の連携・協働の実際と推進の必要性	40分
事前課題	【課題の内容】 ①地域における自施設の役割と外来看護職として自らが担う役割等について ②外来看護に関する実践事例 ③外来における療養支援について自身が感じている課題	—
演習	【主な内容】 ・オリエンテーション ・講義「地域の現状や自施設を取り巻く状況等について」 ・事例検討：グループディスカッション ・全体共有：グループからの報告及び質疑応答・意見交換	150分

出典：日本看護協会「2023年度 外来における在宅療養支援能力向上のための研修」

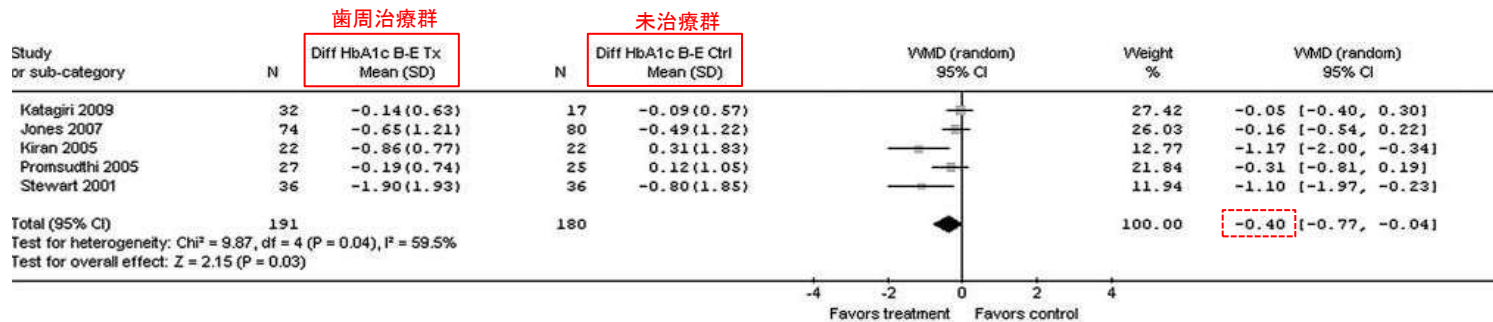
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考1》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考2》
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95%CI	p-value	Relative Risk	95%CI	p-value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319	1			1		
22-25	2,153	1.12	1.04-1.22	0.005			
25-30	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001			
> 30	140	1.41	1.16-1.70	0.001			
Smoking status							
Never smoker	2,484	1			1		
Former smoker	1,360	1.12	1.02-1.24	0.022			
Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.66	0.001			
Sex							
Men	4,511	1			1		
Women	1,245	0.90	0.81-1.00	0.044			
Age, yrs							
		1.03	1.02-1.03	0.001			

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考2》出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al: Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

- 糖尿病患者の約16~17%で過去1年間に歯の喪失があることや約32%で歯肉腫脹の既往があること、定期的な歯科受診がない者が約57%、また、現在歯数20歯未満とHbA1c8.0%以上であることと有意な関連があること等が報告されている。

Table 4 Multiple logistic regression analysis for the odds ratio (OR) of number of present teeth <20 in JDCP type 2 diabetes subjects at baseline (n = 5,065)

		OR and 95 % confidence interval (CI)	p value	adjusted OR** and 95 % CI	p value	adjusted OR*** and 95 % CI	p value
gender	male	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	female	1.19 (1.06-1.33)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01
age (years)	<60	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥60	2.68 (2.36-3.04)	<0.01	2.66 (2.33-3.05)	<0.01	2.69 (2.36-3.08)	<0.01
smoking	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.04 (0.93-1.17)	0.47	1.06 (0.94-1.20)	0.35	1.06 (0.94-1.20)	0.37
duration of diabetes (years)	<10	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥10	1.41 (1.26-1.58)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01
BMI	<25	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥25	0.88 (0.79-0.99)	<0.05	0.95 (0.84-1.08)	0.47	0.95 (0.83-1.08)	0.41
past history*	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.27 (1.10-1.45)	<0.01	1.17 (1.01-1.36)	<0.05	1.18 (1.02-1.36)	<0.05
use of interdental brush	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.93 (1.71-2.18)	<0.01	2.02 (1.76-2.31)	<0.01	2.02 (1.76-2.32)	<0.01
regular dental check-ups	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.37 (1.22-1.53)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01
HbA1c	<7.0	1.0 (reference)		1.0 (reference)		-	
	≥7.0	1.02 (0.91-1.14)	0.76	1.05 (0.93-1.19)	0.40	-	
	<8.0	1.0 (reference)		-		1.0 (reference)	
	≥8.0	1.02 (0.89-1.17)	0.77	-		1.16 (1.00-1.34)	<0.05

* no: no history of hypertension, hyperlipidemia, cardiac infarction and cerebrovascular disease.

** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (7 %).

*** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (8 %).

■ 対象

- 全国の基本的に糖尿病を対象とする医療機関に通院中の40歳以上75歳未満の1型、2型糖尿病患者6,099名

■ 方法

- 糖尿病罹患機関は主治医が記載
- 歯周病に関する質問事項6項目と同意を得られた者に歯科医師によるレントゲン検査を含む歯周病検査を実施

■ 結果

● 歯周病に関する質問への回答 (抜粋)

- 現在歯数 (自己申告) : 19.8±9.4本
- 過去1年間の歯の喪失既往 :
 - 1型 : 喪失していない者84.1%、喪失した者15.9%
 - 2型 : 喪失していない者83.1%、喪失した者16.9%
- 歯肉腫脹の既往 : 既往あり32.0%、既往なし68.0%
- 歯科の定期健診の頻度 :
 - ほとんど受診していない者56.5%
 - 年に1~2回 29.2%、年に3~5回 6.0%
 - 年に5回以上 8.3%

● 2型糖尿病コントロール状態と現在歯数の関係 (Table 4)

- HbA1c8.0%以上になると、現在歯数20歯未満になるORは1.02、9因子を調整したORは1.16となった。
- その他、糖尿病罹患期間等も有意な関連を示した。

- 糖尿病患者に対する歯周治療は、感染のリスクの高さを踏まえた治療や血糖コントロールをはじめとした状態把握等が非常に重要であり、糖尿病担当医との連携が重要である。

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第3版より抜粋

歯周病の発症頻度

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の発症頻度が増加するか？ → **糖尿病患者では歯周病の発症頻度は増加する。**
 - ・ 1型・2型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高いといえる。

歯周病の増悪

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の増悪がみられるか？ → **糖尿病患者では歯周病が悪化する。**
 - ・ 血糖コントロール不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させると判断される。

歯周基本治療とHbA1c

- ◆ 糖尿病を有する歯周病患者に対して歯周基本治療はHbA1cの改善に有効か？
→ **糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療はHbA1cの改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する。**
(エビデンスの確実性:高 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 歯周基本治療介入によってHbA1cは統計学的に有意に改善するという無作為比較試験の報告が多くある。
 - ・ 複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による、血糖コントロールの改善効果が支持されている。

歯周病安定期治療(SPT)の間隔

- ◆ 糖尿病患者にSPTを行う際、慢性歯周炎の再発・進行を防ぐために治療間隔は短くするべきか？
→ **糖尿病はSPT期にあっても歯周病に対する疾患感受性が高いと考えられるため、糖尿病患者にSPTを行う治療間隔は年4回よりも短くすることが推奨される。**(エビデンスの確実性:中 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 糖尿病患者は歯周炎に対するハイリスク集団と捉えられている。したがって動的歯周治療後のSPT期においても厳格な管理を要するものと考えられる。
 - ・ 糖尿病は歯周病のリスクファクターであり、糖尿病のコントロールがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスが悪化することが示されている。

- 糖尿病患者に対する歯科治療に関し、医学管理や歯周病治療に関して評価がなされている。

歯科疾患管理料 総合医療管理加算、歯科疾患在宅療養管理料 在宅総合医療管理加算

- **別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から**歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により**患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供**を受け、適切な総合医療管理を実施した場合の評価。
(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、H I V感染症の患者

歯科治療時医療管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料

- 施設基準を届け出た医療機関において、**歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理**を行った場合の評価。
(対象疾患) 高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、**糖尿病**、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者

歯周病処置（糖尿病を有する患者）

- 計画的な特定薬剤の注入について、基本的には歯周基本治療後に行うが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者**については、歯周病基本治療と並行して実施した場合に算定が可能。

機械的歯面清掃処置

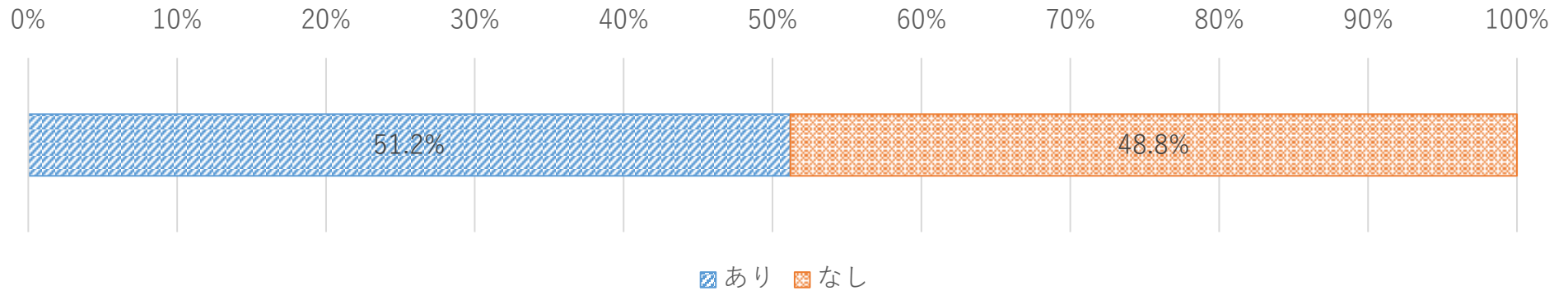
- 算定間隔について、基本的には2月に1回であるが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者は月1回**の算定が可能。

歯周病安定期治療

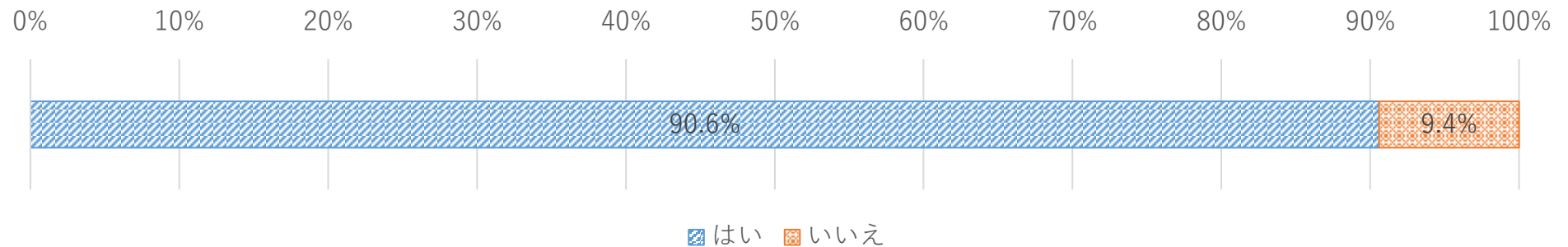
- 算定間隔について、基本的には3月に1回であるが、**全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合、主治の医師からの文書がある場合は月1回**の算定が可能。

○ 糖尿病を主病とする患者が1名以上いる施設において、糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施している施設は51.2%、糖尿病と歯周病の関係性(※)について知っている施設は90.6%であった。

糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施してるかどうか (n=287)



糖尿病と歯周病の関係性 (※) について知っているかどうか (N=289)



※ 糖尿病診療ガイドライン2019(日本糖尿病学会)において、歯周病は慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすこと等が示されている。

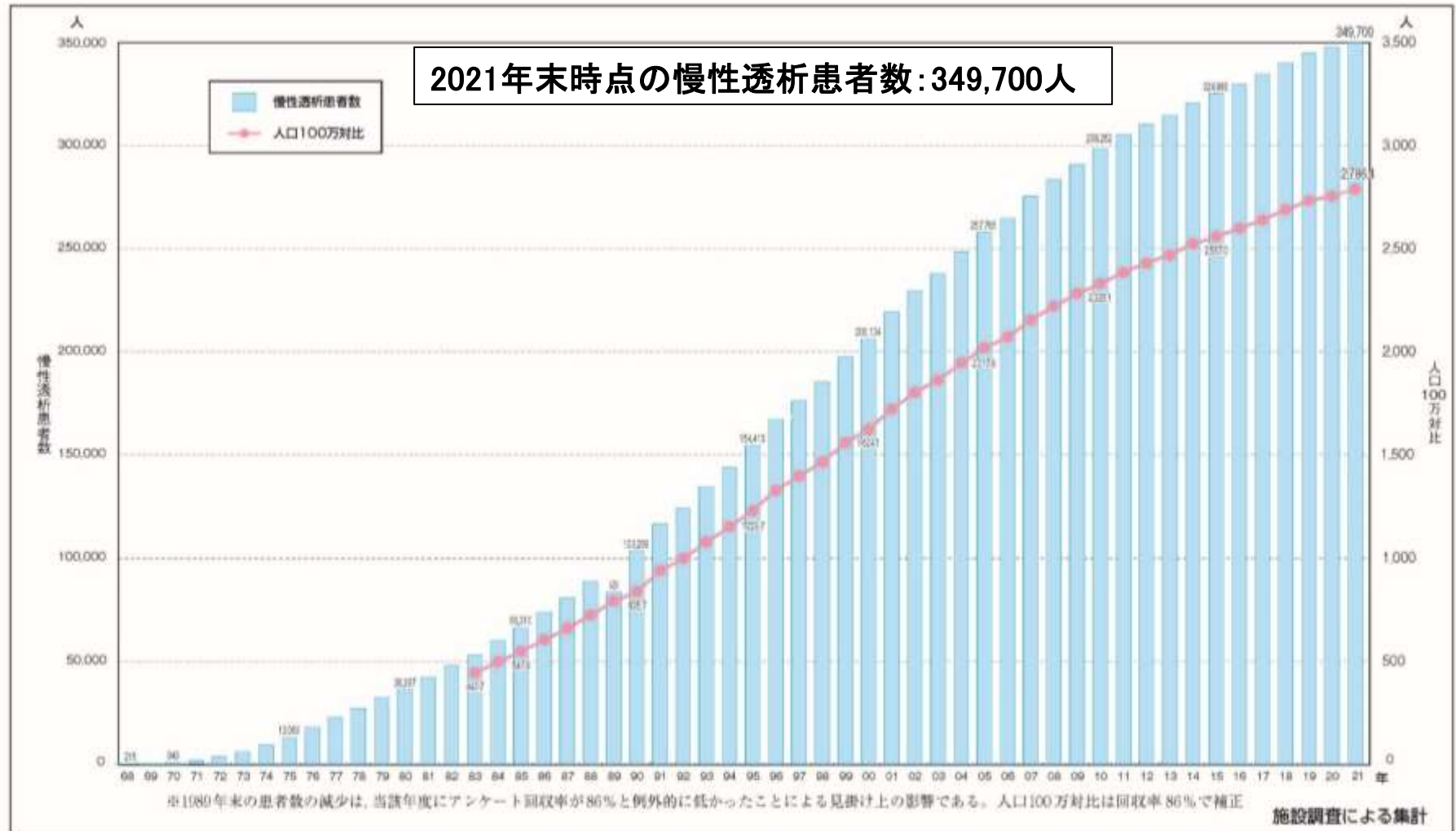
1. 生活習慣病に対する疾病管理について

2. 多職種連携・医科歯科連携について

3. 慢性腎臓病に係る対応について

慢性透析患者数と有病率の推移※

※慢性透析患者数：1968～2021年、有病率：人口100万対比、1983～2021年



一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年12月31日現在）」

厚生労働省健康局がん疾病対策課により抜粋、一部改変

腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月)に係る取組の中間評価と 今後の取組について(抜粋)(令和5年10月)

(c) 新規透析導入患者数

(達成すべき成果目標 (KPI))

2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させる。

(評価指標)

○ 新規透析導入患者数について、2016年比で、5年で5%以上減少、10年で10%以上減少を達成する都道府県数等

※ その際、地域の実情に応じて、人口当たりの導入患者数や、年齢調整、原疾患別の評価等を行うことも有用と考えられる。

※平成30年報告書からの抜粋

(成果目標に対する進捗・中間評価)

- 直近の日本全国における新規透析導入患者数は40,511人(令和3年)であり、現時点ではKPIの35,000人は達成できていない。一部の地域では透析導入患者数が減少しているが、全国で見ると、近年はほぼ横ばいで推移している。
- 平成30年から令和3年までの年齢調整後の予測透析導入患者数と、実際の新規透析導入患者数を比較すると、実際の新規透析導入患者数は予測透析導入患者数を下回っており、年齢階級別新規透析導入率は、高齢男性(80歳代~)では増加しているものの、男女ともに若い世代(~70歳代)で減少し、新規透析導入患者の平均年齢は、年々高くなる傾向が見られた(2016年時点で69.40歳、2021年時点で71.09歳)。
- 2016年比で、5年で新規透析導入患者数が5%以上減少を達成した都道府県数は12道府県あった。
- **新規透析導入患者の原因疾患としては糖尿病性腎症が最多であるものの、主に高血圧や加齢により発症する腎硬化症の割合が近年増加傾向にある。また、慢性糸球体腎炎等の割合も依然として高い。**

(上記評価に基づき更に推進すべき事項)

- 国は、新規透析導入患者数は人口構造の変化の影響を受けることを踏まえ、性・年齢階級別の人口の変化の影響を調整した予測透析導入患者数との比較や年齢階級別での透析導入率の変化を指標とした評価を行う。
- **国及び地方公共団体は、新規透析導入患者数の原因疾患への対応として、糖尿病対策と併せて、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病(NCDs)対策を引き続き推進する。**
- 国及び地方公共団体は、新規透析導入患者数のKPIを達成するために、引き続き、以下に示す個別対策を推進する。

透析予防に係る管理の評価 糖尿病透析予防指導管理料

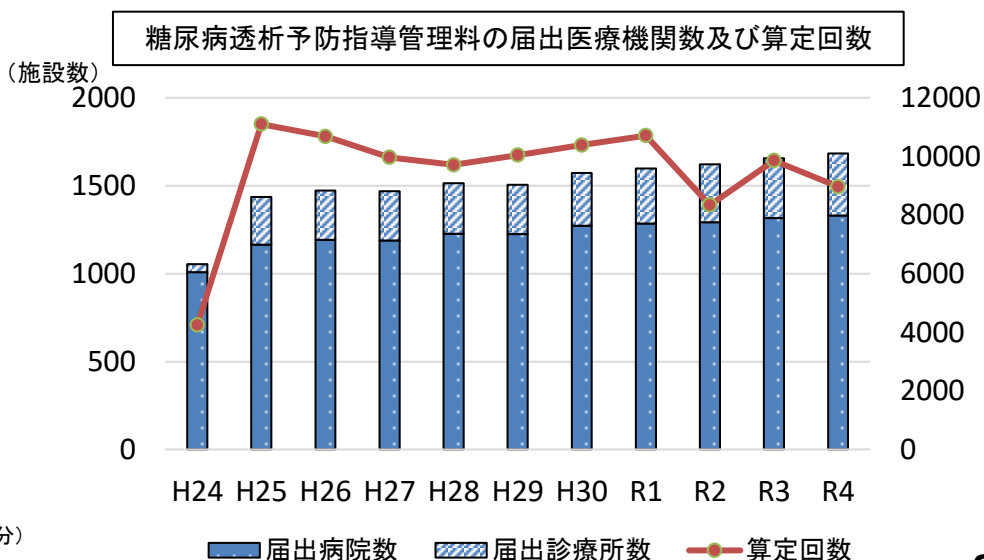
B001・26 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[主な算定要件]

- 糖尿病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の糖尿病患者のうち、HbA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(現に透析療法を行っている者を除く。)に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認められた場合に、月1回に限り算定する。
- 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師(又は保健師)及び管理栄養士(以下「透析予防診療チーム」という。)が、糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認められた患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿医学病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
- 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

[主な施設基準]

- 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士



出典

算定回数：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)

届出施設数：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

慢性腎臓病の重症度及び患者の分布

○ 慢性腎臓病の重症度は蛋白尿及びeGFRから判定され、患者の分布は以下のとおり。

J-SHC研究データ 特定健診受診者におけるCKD重症度分類の頻度

		蛋白尿(試験紙法)					計
		A1(-)	A2(±)	A3(1+以上)			
eGFR, (mL/分/1.73m ²)	G1	正常または高値	90~	16.35%	1.40%	0.76%	18.51%
	G2	正常または軽度低下	60~89	58.89%	5.19%	3.01%	67.09%
	G3a	軽度から中等度低下	45~59	10.57%	1.13%	1.10%	12.80%
	G3b	中等度から高度低下	30~44	0.84%	0.14%	0.33%	1.31%
	G4	高度低下	15~29	0.06%	0.02%	0.12%	0.20%
	G5	末期腎不全	<15	0.03%	0.01%	0.04%	0.08%
		計		86.74%	7.89%	5.36%	100.00%

2008年度特定健診受診者(n = 442,185人(22道府県、男性40.7%、平均年齢63.6歳、39歳~75歳))

糖尿病及び非糖尿病の慢性腎臓病に対する多職種による患者介入

- 非糖尿病患者も糖尿病の患者と同様に、多職種による介入の結果、推定糸球体濾過量 (eGFR) の低下が有意に抑制されたという研究結果がある。

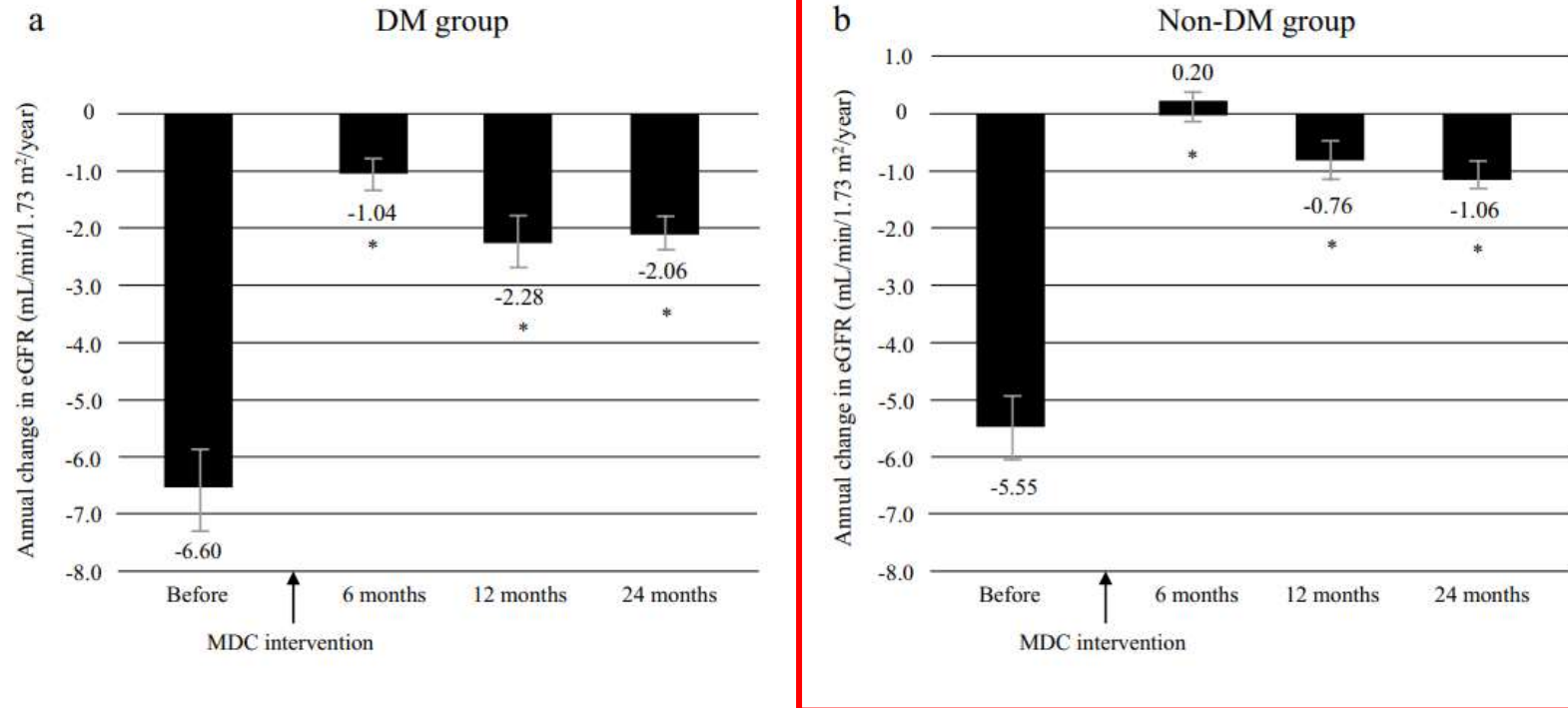


Fig. 2 Annual changes in eGFR decline (Δ eGFR) in the 12 months before and 24 months after initiation of multidisciplinary care according to DM status. **a** DM group, **b** non-DM group. * $P < 0.0001$ vs.

before start of MDC. Data are shown as the mean. Bars indicate the 95% confidence interval. DM diabetes mellitus, eGFR estimated glomerular filtration rate, MDC multidisciplinary care

慢性腎臓病に対する多職種による患者介入の効果

○ ステージ3以降の慢性腎臓病(CKD)の患者に対して、多職種による介入を行ったところ、いずれのステージにおいても、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が有意に抑制されるという研究結果がある。

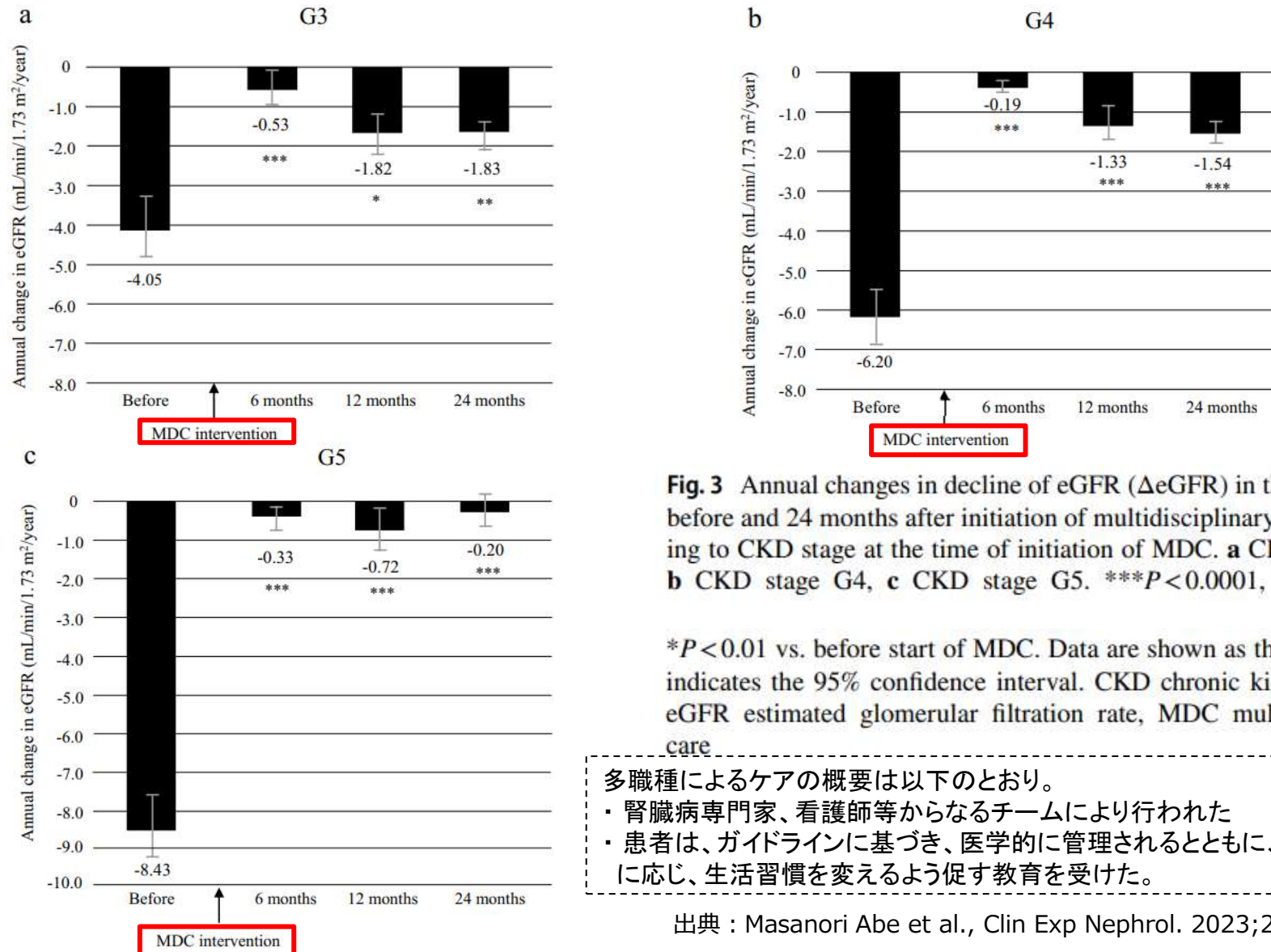


Fig. 3 Annual changes in decline of eGFR (Δ eGFR) in the 12 months before and 24 months after initiation of multidisciplinary care according to CKD stage at the time of initiation of MDC. **a** CKD stage G3, **b** CKD stage G4, **c** CKD stage G5. *** $P < 0.0001$, ** $P < 0.001$,

* $P < 0.01$ vs. before start of MDC. Data are shown as the mean. Bars indicates the 95% confidence interval. CKD chronic kidney disease, eGFR estimated glomerular filtration rate, MDC multidisciplinary care

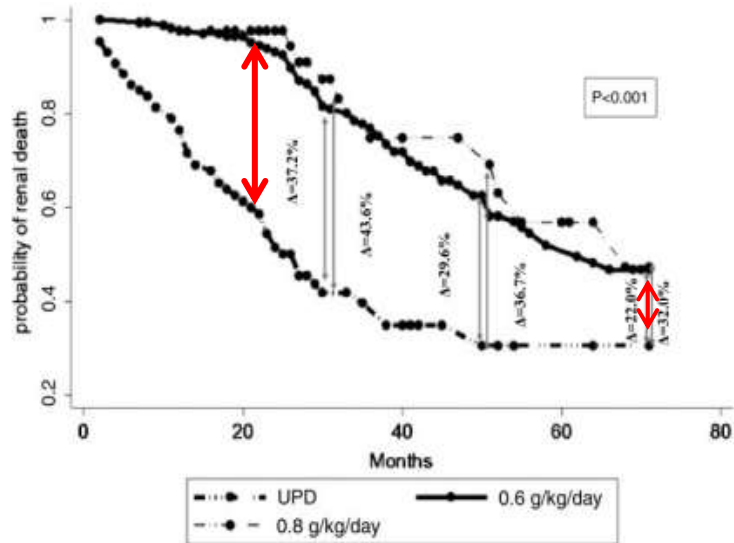
多職種によるケアの概要は以下のとおり。

- ・ 腎臓病専門家、看護師等からなるチームにより行われた
- ・ 患者は、ガイドラインに基づき、医学的に管理されるとともに、CKDのステージに応じ、生活習慣を変えるよう促す教育を受けた。

慢性腎臓病に対する多職種による患者介入の効果

- 慢性腎臓病による多職種による介入では、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告がある。

Clin Kidney J. 2019 Nov 8;13(2):253–260.



feier analysis. Kaplan-Meier survival analysis in the UPD, LPD and CPD subjects. At 30 months, the percentages of renal death in the UPD, LPD and S/85 patients (52.9%, renal survival 47.1%), 27/171 patients (15.7%, renal survival 84.3%) and 4/43 patients (9.3%, renal survival 90.7%; $P < 0.001$), respectively. At 70 months, these values were 49/85 patients (57.6%, renal survival 42.4%), 48/171 patients (28.0%, renal survival 72.0%) and 9/43 patients (20.9%, renal survival 79.1%), respectively. At 70 months, these values were 49/85 patients (57.6%, renal survival 42.4%), 61/171 patients (35.6%, renal survival 64.4%) 25.6%, renal survival 74.4%; $P < 0.001$), respectively.

- 慢性腎臓病Stage4を対象とし、管理栄養士を加えた多職種介入が行われた2群(0.8g/kg/日又は0.6g/kg/日まで蛋白制限を行った2群を設定)と通常群で、腎生存率を比較した観察研究。
- 治療開始早期(1-2年程度)で介入群と通常群の差が特に大きい。

J Diabetes Complications. 2017 Mar;31(3):624–630.

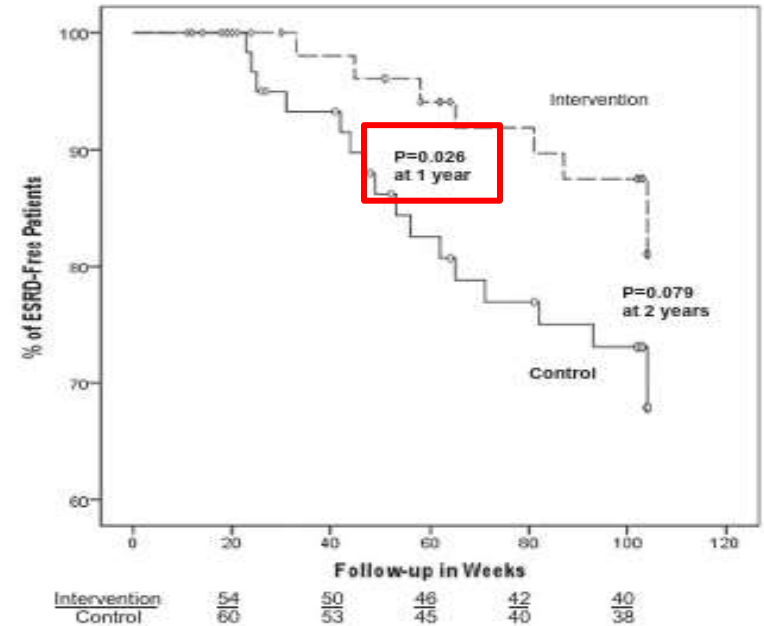


Fig. 2. Progression to ESRD expressed as percentage of ESRD free patients at one year and at the end of 2 years of follow up using Kaplan-Meier survival analysis. Patients who dropped out were censored with the numbers remaining at each 20-week time interval listed above.

- 2型糖尿病とCKD stage3-4をもつ患者を対象とし、医師、管理栄養士、看護師等による多職種介入が行われた群と通常ケア群で、腎生存率を比較したランダム化比較試験。
- 介入開始後1年時点で有意差を認めた。介入開始後2年時点では介入群の方が有効である傾向はあったが、統計学的に有意ではなかった。

課題①

(生活習慣病に対する疾病管理について)

- 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成14年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。累次の改定においてその要件は見直されており、平成30年度、令和2年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。
- 生活習慣病管理料に係るレセプトについて、令和4年度診療報酬改定後に「投薬」に係る費用が増加している。
- 生活習慣病管理料において、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。生活習慣病管理料の算定について困難なこととしては、「療養計画書を作成し、患者に対して丁寧に説明の上当該計画書に署名を受けること」が最も多い。
- 改正医療法において、患者等から求めがあったときは正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならないこととなる。
- 医療DXとして、電子カルテ情報共有サービスの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書およびそれに含まれる6情報(生活習慣病に係る血液検査項目を含む)を普及促進し、医療の質向上のために活用されていくこととされている。患者サマリー(Patient summary)の運用が令和7年度に開始されることとなっている。生活習慣病管理料の療養計画書の血液検査項目等は医療DXにより電子カルテ情報共有サービスでの閲覧が令和7年度に可能となる予定。
- 治療継続についてアドヒアランス・コンコーダンスといった考え方が導入されており、治療に係る情報について、医師と患者が共通の理解を持つ重要性が示されている。
- 高血圧・糖尿病・脂質異常症を主病とする患者における再診料・外来診療料は、3か月間に3回(1月に1回)算定されている患者が最多であった。再診料・外来診療料が3か月間に4回以上算定されている患者割合は令和元年から令和2年にかけて減少していた。3か月間に1～2回受診する患者は約2～3%であった。
- 内服薬の投薬日数は令和元年度から令和2年度にかけ伸びを認めた。薬効分類としては、生活習慣病に係る血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤についても令和元年度から令和2年度にかけ投薬日数の伸びを認めた。令和元年から令和2年にかけて処方日数が14日以内である医薬品件数の割合が減っており、令和2年以降は日数毎の件数割合は同様の傾向であった。
- リフィル処方箋を多く発行されている主傷病名は高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症等が多く、30日以上処方と同様の傾向である。
- リフィル処方箋を交付された経験のある患者は、今後も症状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいと考えている患者が多く、リフィル処方箋の利用にあたっては「信頼するかかりつけ医」が必要だと感じている。
- 「経済財政陣営と改革の基本方針2023」(令和5年6月16日)において、「関係者・関係機関の更なる対応により、リフィル処方の活用を進める」とされており、現在第4期医療費適正化計画や国民健康保険の保険者努力支援制度において取組の推進を図っている。

課題②

(生活習慣病に対する疾病管理について(続き))

- 生活習慣病管理料は診療ガイドラインを参考とした総合的な医学的管理を評価したものであるが、高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の療養指導について詳細な推奨がなされている。
- 生活習慣病を対象として療養指導に係る診療報酬上の評価のうち、書面交付が規定されているのは生活習慣病のみである。
- 糖尿病治療に新しい技術であるCGM(continuous glucose monitoring)が診療ガイドラインにおいて有効とされている。専門医のみならずかかりつけ医による糖尿病診療にもCGMが有効との報告がある。

(多職種連携・医科歯科連携について)

- 無床診療所には看護職員と事務職員以外は殆ど配置されていない。
- 生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、糖尿病を主病としている患者に対する管理栄養士による栄養指導を実施しているのは36.3%であった。また、栄養指導を実施している管理栄養士の所属としては自院(常勤)が最多であった。
- 外来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。令和2年度から、当該診療所以外(栄養ケア・ステーション又は他の保険医療機関)の管理栄養士による栄養食事指導についても評価しているが、算定回数は少ない。
- 生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、医師と連携している職種としては看護師が最多であるが、外来の看護師等が療養指導の知識・技術等の向上のために研修を受講する機会は限られていた。
- 在宅療養支援に係る研修を受講した看護職員は、外来における療養支援、療養生活を継続するための社会資源の情報、地域で切れ目ない療養支援を行う上での自施設の役割の理解等が深まっていた。
- 糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性がガイドライン等で示されている。糖尿病は歯周病のリスクファクターであることが知られており、糖尿病患者の約16~17%で過去1年間に歯の喪失があることや、約32%で歯肉腫脹の既往がある一方で、定期的な歯科受診がない者が約57%であることなどが報告されている。糖尿病を主病とする患者が1名以上いる施設において、糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施している施設は51.2%、糖尿病と歯周病の関係性について知っている施設は90.6%であった。

(慢性腎臓病に係る対応について)

- 糖尿病の患者に対する透析予防の取組については、糖尿病透析予防管理料により評価されている。
- 非糖尿病患者も糖尿病の患者と同様に、多職種による介入の結果、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が有意に抑制されたという研究結果がある。慢性腎臓病による多職種区による介入では、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告がある。

生活習慣病対策についての論点

【論点】

(生活習慣病に対する疾病管理について)

- 医療DXの推進により血液検査項目等を電子カルテ情報共有サービスで閲覧できるようになることを踏まえ、生活習慣病管理料の療養計画書を一定程度簡素化するとともに、改正医療法の内容を踏まえ患者の求めに応じ文書を交付することについてどう考えるか。
- 生活習慣病管理料は少なくとも1月に1回以上診療することが要件とされているが、生活習慣病について2～3月に1回の診療形態が一定程度あることから、少なくとも1月に1回以上の診療を求める要件は見直してはどうか。
- リフィル処方箋は生活習慣病に対して他の疾患と比べ多く発行されている実態があることを踏まえ、生活習慣病の疾病管理においてリフィル処方箋の活用を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 生活習慣病管理料は診療ガイドライン等を参考とした総合的な生活習慣病に係る医学的管理を評価したものであるが、診療ガイドラインにおいて生活習慣病に対する生活習慣の指導について詳細な推奨がなされており、このような診療ガイドラインに沿った診療を推進するための方策についてどのように考えるか。
- 外来データ提出加算が創設されたことを踏まえ、データに基づいた生活習慣病対策を推進していくための方策についてどのように考えるか。

(多職種連携・医科歯科連携について)

- 多職種連携・医科歯科連携の有効性がガイドライン等において示されていることを踏まえ、より有効な生活習慣病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について、多職種連携・医科歯科連携に係る要件を追加することについてどのように考えるか。

(慢性腎臓病に係る対応について)

- 非糖尿病の慢性腎臓病患者に対して、多職種の取組により腎機能低下が抑制がされたことを踏まえ、透析予防の取組に係る評価についてどのように考えるか。
- 透析予防の取組は多職種による行動変容を促すものであり、発症早期の介入が効果的であると考えられること、介入開始後早期に特に大きな効果を得られるとする報告があることから、取組開始後の期間に応じて評価することについてどのように考えるか。

処遇改善(その2)

1. これまでのご指摘について

2. 処遇改善等に係る施策について

3. 医療を取り巻く状況等について

4. 論点

中医協総会における主な指摘

【10月27日 中央社会保険医療協議会総会】

(処遇改善全般)

- 春闘の平均賃上げ率が3.58%となっている中、医療・介護の賃上げは一般企業に及んでおらず、その結果、高齢化等による需要増加にも関わらず、他産業に人材が流出しており、医療分野における有効求人倍率は全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まりしており、人材確保難となっている。公定価格により経営する医療機関においては、価格転嫁ができないこと等により、経営努力のみでは対応が困難。賃上げを確実に達成していくという、政権の目標に沿うためにも、公定価格である診療報酬を、確実に引き上げる対応が必須であり、従事者の給与の上昇および人材確保を図る原資の確保が求められている。
- 人材確保は重要であり、業務量に見合う人員配置の評価が必要。
- 看護補助者の重要性が議論になっているが、介護職員は処遇改善加算等により処遇改善されているため、介護職員と看護補助者の給与差が広がってきている。このままでは病院の中で非常に重要な看護補助者の確保が難しくなるため、この差を埋める必要がある。
- 薬剤師は地域医療も支えており、薬剤師の処遇改善についても対応が必要。
- 来年度から医師の働き方改革により残業規制が始まり、医師から看護師、看護師から看護補助者等のタスクシフト/タスクシェアが起き、医療機関の中での人件費の配分が変化すると想定されるため、処遇改善は医療機関のマネジメントで対応していくべき。
- 一般企業においても毎年利益が生まれるわけではなく、経営努力によって成り立っており、医療機関も効率化をはかっていくべき。
- 診療報酬で処遇改善を行う場合、患者負担や保険料負担への影響も十分に踏まえるべき。
- 費用の使途の見える化が重要。

(看護職員処遇改善評価料の課題)

- 看護職員処遇改善評価料は、対象とならない職種や医療機関があるため、医療機関で働く全ての職員の処遇改善につながるよう、現行の仕組みで対応できるのかも含めて検討が必要。
- 分科会指摘のとおり、薬剤師が看護職員処遇改善評価料の支給対象になっていないことは問題である。
- 看護職員処遇改善評価料は、補助金からの移行という事情があり、評価体系として技術的な課題がある。
- 看護職員処遇改善評価料を算定している医療機関は、すでに約9割のベア等を行っており、今働いている人の不利益にならないよう、引き続き原資の確保が必要。

【10月12日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 「看護職員処遇改善評価料」が予定通り運用されていることがわかったが、今後、賃金引き上げの対象を拡大するうえで、現行の評価料では対応しきれないのではないか。
- 次回改定においては、医療機関に従事する全ての職種について、他業種並みの賃金引き上げが可能となるよう、原資の確保の検討をお願いしたい。
- 患者からすると、「看護職員処遇改善評価料」がどのように理解されているか疑問。今後、賃金引き上げの対象を他職種に広げるとすれば患者負担も増加するため、患者が納得する仕組みを検討すべきではないか。
- 病院勤務の薬剤師の確保が難しくなっている中、薬剤師は「看護職員処遇改善評価料」の支給対象となっていないなどの課題があり、職種に関わらず、病院職員全体の賃金引き上げができる仕組みを検討すべきではないか。
- 今回の「看護職員処遇改善評価料」は、地域のコロナ医療を担う看護職員を評価するために創設されたものであり、賃金引き上げのための議論とは本来、切り離すべきではないか。
- 他職種も含めた賃金引き上げを実現するには、入院基本料等での対応を検討すべきではないか。
- 賃金引き上げの在り方については、今後、入院基本料等での対応も含め、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論すべきではないか。

1. これまでのご指摘について

2. 処遇改善等に係る施策について

3. 医療を取り巻く状況等について

4. 論点

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。その際、第5章2における「令和6年度予算編成に向けた考え方」※14を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

勤労者皆保険の実現、年齢や性別にかかわらず働き方に中立的な社会保障制度の構築に向け、企業規模要件の撤廃など短時間労働者への被用者保険の適用拡大、常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消等について次期年金制度改革に向けて検討するほか、いわゆる「年収の壁」について、当面の対応として被用者が新たに106万円の壁を超えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援などを本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。

※14 第5章2②で引用されている骨太方針2021においては、社会保障関係費について、基盤強化期間における方針、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続することとされている。

（参考）第5章 当面の経済財政運営と令和6年度予算編成に向けた考え方

2. 令和6年度予算編成に向けた考え方

- ② 令和6年度予算において、本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。
ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。

第2章 新しい資本主義の加速

1. 三位一体の労働市場改革による構造的賃上げの実現と「人への投資」の強化、分厚い中間層の形成

（家計所得の増大と分厚い中間層の形成）

（略）公的セクターの賃上げを進めるに当たり、2022年10月からの処遇改善の効果が現場職員に広く行き渡るようになってきているかどうかの検証を行い、経営情報の見える化を進める。

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

（略）急速な高齢化が見込まれる中で、医療機関の連携、介護サービス事業者の介護ロボット・ICT機器導入や協働化・大規模化、保有資産の状況なども踏まえた経営状況の見える化を推進した上で、賃上げや業務負担軽減が適切に図られるよう取り組む。介護保険料の上昇を抑えるため、利用者負担の一定以上所得の範囲の取扱いなどについて検討を行い、年末までに結論を得る。介護保険外サービスの利用促進に係る環境整備を図る。

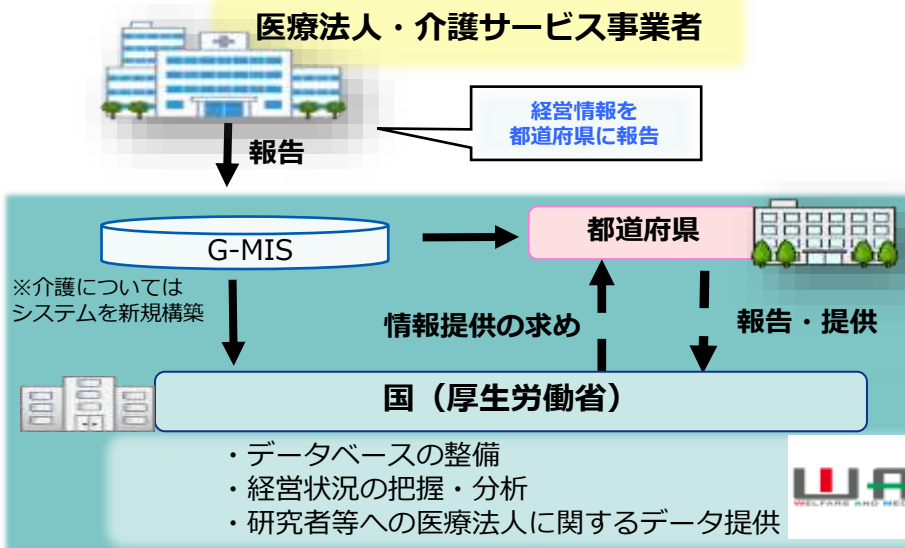
医療法人・介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等（参考資料）

- ▶ 医療・介護の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、①医療法人・介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度を創設する。

【施行日：①及び②（医療）令和5年8月1日（介護）令和6年4月1日 ③は公布日から三年以内に政令で定める日】

【データベースの概要】

- **対象**：原則、全ての医療法人・介護サービス事業者
- **収集する情報**：病院・診療所及び介護施設・事業所における**収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数**
（収集する内容は省令以下で規定） ※病床機能報告・外来機能報告等と連携させるとともに、データの活用に当たっては、公立医療機関の経営情報などの公開情報及び、必要に応じて統計調査も活用した分析等に取り組む。
- **公表方法**：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表



- ① 医療法人・介護サービス事業者は、毎会計年度終了後に経営情報を都道府県知事に報告。
- ② 都道府県知事は、医療法人・介護サービス事業者の活動状況等に関する調査及び分析等を行い、厚生労働大臣にも報告。
- ③ 厚生労働大臣は、医療法人・介護サービス事業者に関する情報のデータベースを整備し、経営状況の把握・分析、結果の公表。
- ④ データベースに記録された医療法人に関する情報については、研究者が行う学術研究等にも提供可能。

分かりやすくなるようグルーピングした分析結果を公表

国民

デフレ完全脱却のための総合経済対策～日本経済の新たなステージに向けて～（令和5年11月2日 閣議決定）（主な箇所抜粋）

第2章 経済再生に向けた具体的施策

第1節 物価高から国民生活を守る

1. 物価高により厳しい状況にある生活者・事業者への支援

地方創生臨時交付金のうち、2023年3月に措置した、地方公共団体が地域の実情に応じて柔軟に活用できる「重点支援地方交付金」において、生活者には、小中学校等における学校給食費等の支援、プレミアム商品券や地域で活用できるマイナポイント等の発行による消費下支えの取組やLPガス使用世帯への給付等の支援を、事業者には、特別高圧やLPガスを使用する中小企業、飼料等を使用する農林水産事業者、地域観光業のほか、医療・介護・保育施設、学校施設、商店街・自治会等に対し、エネルギー価格や食料品価格の高騰に対する支援を行っている。引き続き、地域の実情に応じて、困難な状況にある者をしっかり支えるとの観点から、こうした支援を行うため、同交付金の追加を行う。

執行に当たっては、同交付金が物価高の影響緩和に必要とされる分野に有効に活用されるよう、医療・介護や中小企業といった各行政分野を所管する府省庁が地方公共団体に対して、物価高対策として特に必要かつ効果的であって広く実施されることが期待される事業について、優良な活用事例を始め必要な情報を積極的に提供し、これらの分野における重点的な活用を推奨するとともに、活用状況を定期的にきめ細かくフォローアップするなど、十分な取組を行う。その際、入院時の食費の基準が、長年据え置かれ、介護保険とも差が生じていることを踏まえ、診療報酬の見直しに向けた検討を行うことと併せ、それまでの間、早急かつ確実に支援（※12）を行う。

※12 2023年度中については、重点支援地方交付金により対応。2024年度については、地域医療介護総合確保基金による対応を念頭に、診療報酬の見直しと合わせ、2024年度予算編成過程において検討。

第2節 地方・中堅・中小企業を含めた持続的賃上げ、所得向上と地方の成長を実現する

1. 中堅・中小企業の賃上げの環境整備、人手不足対応、生産性向上を通じた賃上げ継続の支援

（2）人手不足対応、生産性向上を通じた賃上げ継続の支援

医療・介護・障害福祉分野においては、2024年度の医療・介護・障害福祉サービス等報酬の同時改定での対応を見据えつつ、喫緊の課題に対応するため、人材確保に向けて賃上げに必要な財政措置を早急に講ずる。

施策例

- ・医療・介護・障害福祉分野における処遇改善支援事業（厚生労働省、こども家庭庁）

施策名：看護補助者の処遇改善事業

令和5年度補正予算案 49億円

① 施策の目的

- 医療分野では他の産業に賃上げが追いついていない現状を踏まえて、緊急の対応として、他の職種より給与水準が低く、人材確保や定着が困難な看護補助者の処遇改善を行うことを目的とする。

② 対策の柱との関係

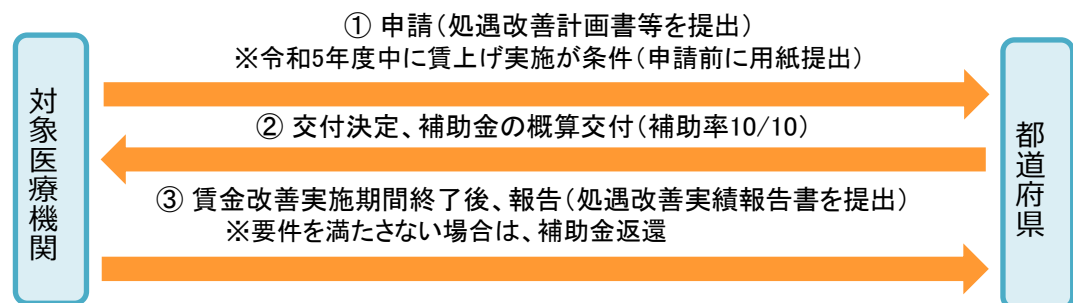
I	II	III	IV	V
	○		○	

③ 施策の概要

- 病院及び有床診療所に勤務する看護補助者を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を引き上げるための措置を実施するために必要な経費を都道府県に補助する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 対象期間 令和6年2月～5月の賃金引上げ分(以降も、別途賃上げ効果が継続される取組みを行う)
- 補助金額 対象施設の看護補助者(常勤換算)1人当たり月額平均6,000円の賃金引上げに相当する額
- 対象施設 病院及び有床診療所であって、看護補助者の配置を要件とする診療報酬を算定する医療機関
- 対象職種 看護補助者(看護補助者として以下の業務に専ら従事する者)であって、診療報酬の算定対象となる者
看護師長及び看護職員の指導の下に行う、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内における看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務



※上記のほか、補助金の申請・支払い等の事務に対応するため、国・都道府県の事務費等を確保

⑤ 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)

- 給与水準の引上げによって看護補助者の確保・定着が促進されることにより、看護職から看護補助者へのタスク・シフト／シェアが円滑化することなどから、現場における効率的かつ質の高い医療の提供が期待される。

令和 6 年度 診 療 報 酬 改 定 の 基 本 方 針 (骨 子 案 の 概 要)

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後継品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

1. 改定に当たっての基本認識

- （物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応）
- 現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。
 - 令和6年度診療報酬改定では、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）を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

（1）現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

（基本的視点）

- 2023年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。そうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、有効求人倍率が全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は0%に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。
- このような状況を踏まえ、必要な処遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者の人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。
- 加えて、医師等の働き方改革を進め、健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬の対応がより実効性のあるものとなるよう検討する必要がある。

（具体的方向性の例）

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
 - ・ 令和4年度に実施した看護職員の処遇改善に係る取組や令和5年11月の経済対策も踏まえつつ、医療従事者の賃上げに向けた取組の推進。
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含めた必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

1. これまでのご指摘について
2. 処遇改善等に係る施策について
- 3. 医療を取り巻く状況等について**
4. 論点

医療機関等における職種別常勤換算従事者数①

- 医療機関等には様々な職種が従事しており、入院患者数に対する配置数が定められている看護職員等以外にも多くの職種が従事している。
- 職種別従事者数の構成割合は、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションそれぞれで異なる。

■病院における職種別常勤換算従事者数

一般病院（総数：1,941,231.5人）			
医師	12.0%	診療エックス線技師	0.0%
歯科医師	0.5%	臨床検査技師	2.8%
薬剤師	2.5%	衛生検査技師	0.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	44.7%	臨床工学技士	1.2%
保健師	0.3%	あん摩マッサージ指圧師	0.0%
助産師	1.2%	柔道整復師	0.0%
看護師	39.6%	管理栄養士	1.1%
准看護師	3.5%	栄養士	0.2%
看護業務補助者	6.8%	精神保健福祉士	0.1%
理学療法士（PT）	4.3%	社会福祉士	0.7%
作業療法士（OT）	2.1%	介護福祉士	1.9%
視能訓練士	0.2%	保育士	0.3%
言語聴覚士	0.9%	公認心理師	0.1%
義肢装具士	0.0%	その他の技術員	0.7%
歯科衛生士	0.3%	医療社会事業従事者	0.2%
歯科技工士	0.0%	事務職員	10.9%
診療放射線技師	2.3%	その他の職員	3.1%

精神科病院（総数：161,481.8人）			
医師	6.1%	診療エックス線技師	0.0%
歯科医師	0.1%	臨床検査技師	0.6%
薬剤師	1.9%	衛生検査技師	0.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	49.7%	臨床工学技士	0.0%
保健師	0.1%	あん摩マッサージ指圧師	0.0%
助産師	0.0%	柔道整復師	0.0%
看護師	35.9%	管理栄養士	1.3%
准看護師	13.8%	栄養士	0.5%
看護業務補助者	13.7%	精神保健福祉士	4.1%
理学療法士（PT）	0.2%	社会福祉士	0.1%
作業療法士（OT）	4.3%	介護福祉士	1.5%
視能訓練士	0.0%	保育士	0.2%
言語聴覚士	0.0%	公認心理師	1.1%
義肢装具士	-	その他の技術員	0.7%
歯科衛生士	0.1%	医療社会事業従事者	0.1%
歯科技工士	0.0%	事務職員	7.1%
診療放射線技師	0.4%	その他の職員	6.4%

医療機関等における職種別常勤換算従事者数②

■ 一般診療所における職種別常勤換算従事者数

一般診療所（総数：766,481.9人）			
医師	18.4%	診療エックス線技師	0.1%
歯科医師	0.3%	臨床検査技師	1.6%
薬剤師	0.6%	衛生検査技師	0.1%
保健師・助産師・看護師・准看護師	34.4%	臨床工学技士	1.0%
保健師	1.2%	あん摩マッサージ指圧師	0.3%
助産師	1.1%	柔道整復師	0.5%
看護師	21.0%	管理栄養士	0.6%
准看護師	11.1%	栄養士	0.2%
看護業務補助者	2.4%	精神保健福祉士	0.2%
理学療法士（PT）	2.2%	社会福祉士	0.2%
作業療法士（OT）	0.4%	介護福祉士	2.6%
視能訓練士	0.7%	保育士	0.2%
言語聴覚士	0.1%	公認心理師	0.3%
義肢装具士	0.0%	その他の技術員	0.6%
歯科衛生士	0.2%	医療社会事業従事者	0.1%
歯科技工士	0.0%	事務職員	24.2%
診療放射線技師	1.4%	その他の職員	5.9%

■ 歯科診療における職種別常勤換算従事者数

歯科診療所（総数：344,698.4人）	
医師	0.0%
歯科医師	29.3%
薬剤師	0.1%
保健師・助産師・看護師・准看護師	0.3%
看護師	0.2%
准看護師	0.0%
歯科衛生士	35.8%
歯科技工士	2.7%
事務職員	8.4%
その他の職員	2.4%

■ 薬局における常勤換算職員数

薬局（総数：355,538人）（推計）	
薬剤師	56%
事務職員等	44%

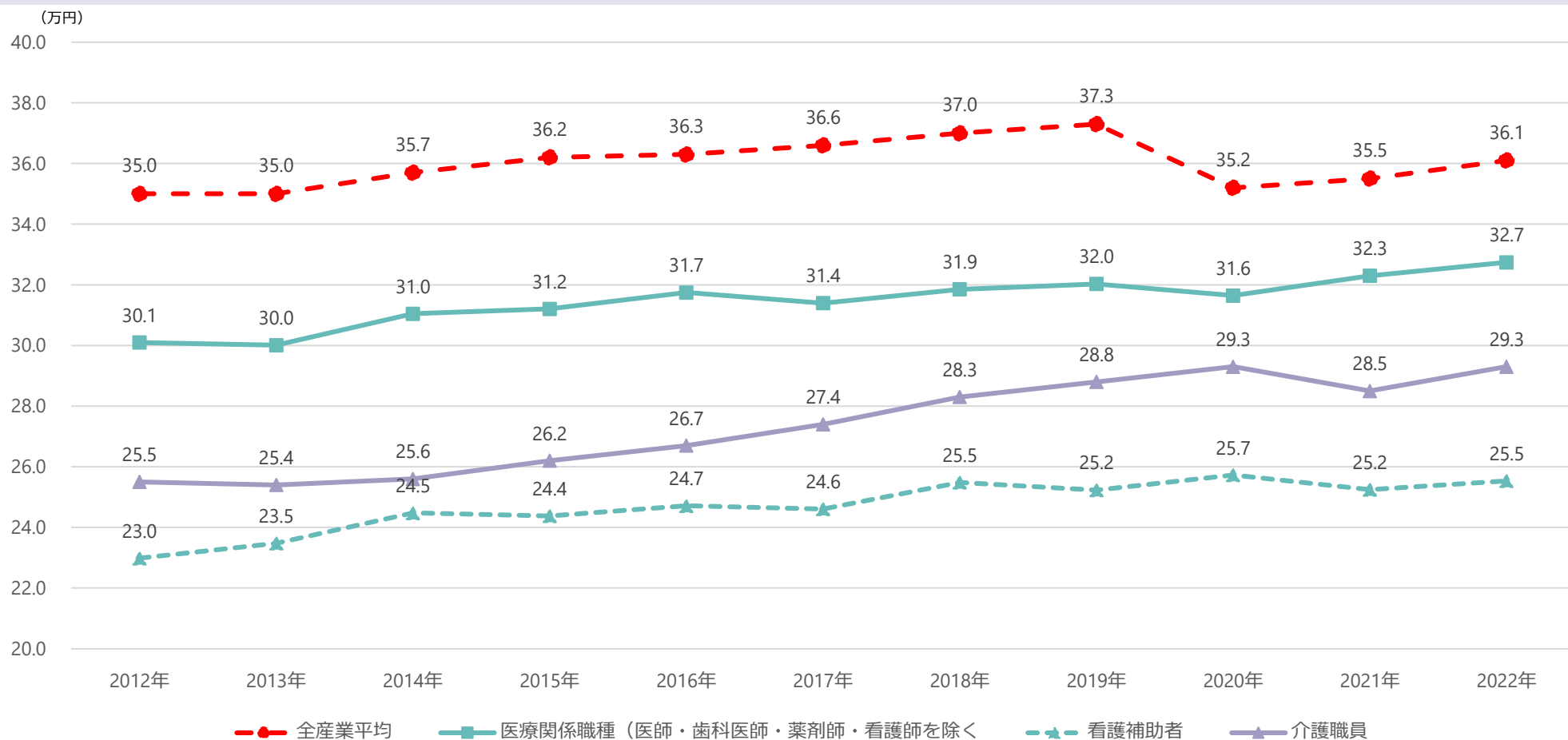
※令和4年度衛生行政報告例の薬局数、及び令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」（薬局票）の職員数の割合を用いて保険局医療課で推計

■ 訪問看護ステーションにおける職種別常勤換算従事者数

訪問看護ステーション（総数：93,366.1人）	
保健師、助産師、看護師、准看護師	69.9%
保健師	1.2%
助産師	0.1%
看護師	63.1%
准看護師	5.5%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	21.6%
精神保健福祉士	0.2%
看護補助者	1.1%
事務員	7.3%

医療関係職種の賞与込み給与の推移について

○ コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。

注2) 「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。

医療関係職種の賃金の状況（一般労働者、男女計）

		平均年齢（歳）	勤続年数（年）	賞与込み給与（万円）
産業別	産業計	42.6	10.4	36.1
	職種別			
	医師	39.3	3.9	97.1
	歯科医師	35.8	4.3	61.3
	薬剤師	39.2	7.2	45.6
	保健師	41.2	8.1	37.6
	助産師	42.3	9.8	47.9
	看護師	39.4	7.8	40.7
	准看護師	51.0	12.0	34.5
	診療放射線技師	39.2	11.3	41.9
	臨床検査技師	37.4	8.9	37.8
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士	33.5	6.2	34.2
	歯科衛生士	36.0	7.0	31.5
	歯科技工士	41.4	10.7	34.0
	栄養士	37.5	7.5	30.3
	その他の保健医療従事者	38.2	7.8	34.4

【出典】厚生労働省「令和4年賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1)一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

注2)「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額(労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額)」に、「年間賞与その他特別給与額(前年1年間(原則として1月から12月までの1年間)における賞与、期末手当等特別給与額(いわゆるボーナス))」の1/12を加えて算出した額

注3)産業別賃金は「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役職者は含まれていない。役職者を含む産業計は、平均年齢43.7歳、勤続年数12.3年、賞与込み給与41.4万円

賃金の動向

- 2023年春季生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は、10,560円/3.58%となっている。
(参考) 賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」(定期昇給相当分を除いたもの)の加重平均は5,983円/2.12%

【全産業】

①平均賃金方式 (集計組合員数による加重平均)

平均賃金方式	2023回答 (2023年7月5日公表)				昨年対比	2022回答 (2022年7月5日公表)			
	集計組合数	定昇相当込み賃上げ計		集計組合数		定昇相当込み賃上げ計			
	集計組合員数	額	率			集計組合員数	額	率	
	5,272 組合 2,877,053 人	10,560 円	3.58 %	4,556 円 1.51 倍	4,944 組合 2,710,296 人	6,004 円	2.07 %		
300人未満 計	3,823 組合 362,688 人	8,021 円	3.23 %	3,178 円 1.27 倍	3,596 組合 340,095 人	4,843 円	1.96 %		
~99人	2,313 組合 96,456 人	6,867 円	2.94 %	2,480 円 1.05 倍	2,184 組合 88,939 人	4,387 円	1.89 %		
100~299人	1,510 組合 266,232 人	8,451 円	3.32 %	3,441 円 1.34 倍	1,412 組合 251,156 人	5,010 円	1.98 %		
300人以上 計	1,449 組合 2,514,365 人	10,957 円	3.64 %	4,774 円 1.55 倍	1,348 組合 2,370,201 人	6,183 円	2.09 %		
300~999人	978 組合 524,199 人	9,389 円	3.44 %	3,994 円 1.44 倍	902 組合 485,271 人	5,395 円	2.00 %		
1,000人~	471 組合 1,990,166 人	11,380 円	3.69 %	4,984 円 1.57 倍	446 組合 1,884,930 人	6,396 円	2.12 %		

※ 2023年と2022年で集計対象組合が異なるため、「定昇相当込み賃上げ計」の昨年対比は整合しない。

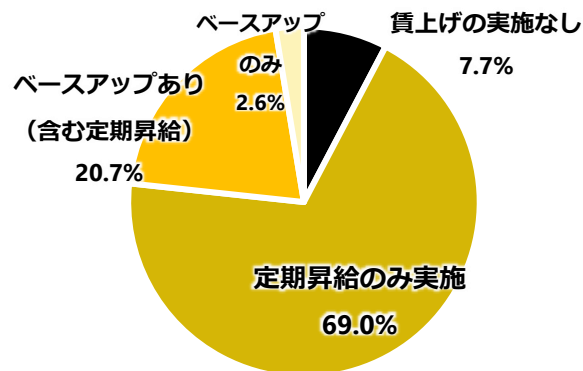
《参考》 賃上げ分が明確に分かる組合の集計 (加重平均)	2023回答 (2023年7月5日公表)				賃上げ分 昨年対比	2022回答 (2022年7月5日公表)			
	集計組合数	定昇相当込み賃上げ計		集計組合数		定昇相当込み賃上げ計			
	集計組合員数	賃上げ分	賃上げ分			集計組合員数	賃上げ分	賃上げ分	
	3,186 組合 2,320,523 人	10,995 円 3.69 %	5,983 円 2.12 %	4,119 円 1.49 倍	2,213 組合 1,938,910 人	6,474 円 2.20 %	1,864 円 0.63 %		
300人未満 計	2,019 組合 238,848 人	9,169 円 3.57 %	4,982 円 1.96 %	3,210 円 1.24 倍	1,376 組合 167,398 人	5,769 円 2.26 %	1,772 円 0.72 %		
~99人	967 組合 49,072 人	8,333 円 3.36 %	4,433 円 1.87 %	2,636 円 1.10 倍	636 組合 32,128 人	5,461 円 2.24 %	1,797 円 0.77 %		
100~299人	1,052 組合 189,776 人	9,387 円 3.62 %	5,124 円 1.99 %	3,358 円 1.28 倍	740 組合 135,270 人	5,842 円 2.27 %	1,766 円 0.71 %		
300人以上 計	1,167 組合 2,081,675 人	11,222 円 3.71 %	6,098 円 2.14 %	4,225 円 1.52 倍	837 組合 1,771,512 人	6,546 円 2.19 %	1,873 円 0.62 %		
300~999人	772 組合 417,141 人	10,139 円 3.68 %	5,698 円 2.09 %	3,919 円 1.43 倍	533 組合 291,462 人	6,093 円 2.25 %	1,779 円 0.66 %		
1,000人~	395 組合 1,664,534 人	11,502 円 3.71 %	6,198 円 2.16 %	4,306 円 1.55 倍	304 組合 1,480,050 人	6,637 円 2.18 %	1,892 円 0.61 %		

医療・介護分野の賃上げ等の状況について

- 政府全体で賃上げを進める中、令和5年度春闘では、平均3.58%（ベア分2.12%）（300人未満3.23%（ベア分1.96%））の賃上げを実現。
- 一方、医療・介護分野の賃上げは、公定価格の下で、半分程度の水準（1%台）にとどまっている。

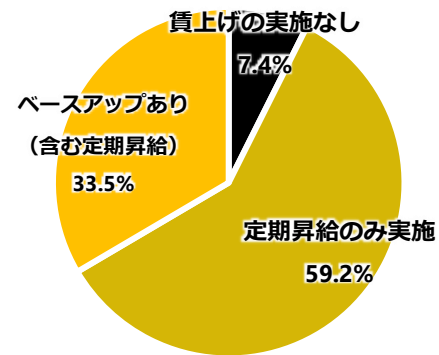
【医療分野】

- 医療現場における賃上げの状況（令和5年度）



【介護分野】

- 介護現場における賃上げの状況（令和5年度）



	賃上げ額 (平均)	賃上げ率	ベア額 (平均)	ベア率
全体	5,889円	1.9%	1,259円	0.4%
医師	15,001円	1.8%	1,081円	0.1%
看護職員	5,370円	2.0%	1,473円	0.5%
その他の職員	4,637円	1.9%	1,037円	0.4%

賃上げ額 (平均)	賃上げ率	ベースアップ額 (平均)	ベースアップ分 上げ率
3,363円	1.42%	1,271円	0.54%

出典：医療機関における賃上げの状況に関する調査（令和5年4月10日）
（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）

出典：全老健・老施協・GH協・介護医療院における調査結果（n=1433）

職種別給与の平均と中央値、伸び率①

■一般病院(全体)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		平均給料の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
病院長	26,208,673	23,359,348	26,334,663	23,778,440	0.5
医師	14,619,456	16,889,246	14,610,739	16,748,784	▲0.1
歯科医師	12,587,192	12,637,429	12,491,733	12,025,456	▲0.8
薬剤師	5,625,692	5,668,371	5,688,862	5,657,393	1.1
看護職員	5,127,639	4,909,081	5,209,279	4,975,673	1.6
看護補助職員	3,187,598	3,099,619	3,244,894	3,138,072	1.8
医療技術員	4,657,816	4,462,923	4,675,624	4,496,132	0.4
歯科衛生士	3,759,497	3,656,860	3,778,665	3,668,069	0.5
歯科技工士	5,050,562	4,704,000	4,909,517	4,439,325	▲2.8

回答施設数
605
609
124
605
627
549
609
157
17

■一般病院(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
病院長	30,044,796	25,800,000	30,212,670	26,551,065	0.6
医師	15,130,232	17,699,500	14,984,967	17,672,170	▲1.0
歯科医師	11,196,546	11,910,903	10,830,121	10,310,730	▲3.3
薬剤師	5,242,903	5,514,594	5,286,383	5,494,153	0.8
看護職員	4,569,017	4,536,948	4,633,380	4,637,455	1.4
看護補助職員	3,081,175	3,014,972	3,129,319	3,061,833	1.6
医療技術員	4,109,461	4,120,272	4,112,932	4,166,263	0.1
歯科衛生士	3,183,728	3,175,575	3,231,712	3,214,481	1.5
歯科技工士	3,895,043	4,072,911	3,910,644	4,030,486	0.4

回答施設数
317
317
36
315
332
314
316
55
5

※ 中央値については保険局医療課において集計。

職種別給与の平均と中央値、伸び率②

■一般診療所(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		平均給料の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
院長	25,915,156	21,600,000	26,529,548	21,600,000	2.4
医師	10,940,874	10,500,000	11,180,508	11,600,000	2.2
薬剤師	7,797,038	5,708,450	7,416,328	5,992,800	▲4.9
看護職員	4,012,040	3,836,950	4,092,131	3,887,538	2.0
看護補助職員	2,547,336	2,673,775	2,605,794	2,682,001	2.3
医療技術員	4,088,232	4,020,609	4,211,087	4,107,151	3.0

回答施設数
1,014
365
31
872
180
285

■歯科診療所(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
院長	14,961,659	12,700,000	15,279,492	13,300,000	2.1
歯科医師	6,717,040	6,000,000	7,039,931	6,230,000	4.8
歯科衛生士	2,875,027	3,093,949	2,882,783	3,156,785	0.3
歯科技工士	4,037,767	3,966,961	3,994,023	3,887,825	▲1.1

回答施設数
110
61
101
23

■保険薬局(法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
管理薬剤師	7,250,755	6,744,425	7,363,108	6,890,000	1.5
薬剤師	4,867,999	5,003,698	4,872,875	4,991,438	0.1

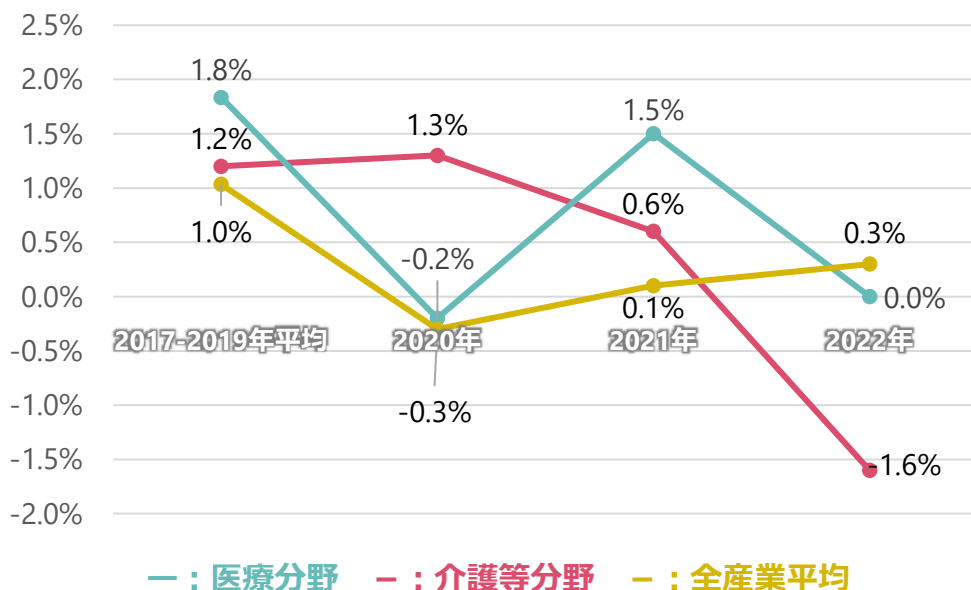
回答施設数
831
676

※ 中央値については保険局医療課において集計。

医療・介護分野における人材確保の状況について

- 高齢化等による需要増加にも関わらず、医療介護分野とも、人材確保の状況が悪化するとともに、有効求人倍率は全職種平均の2~3倍程度の水準で高止まりしている。

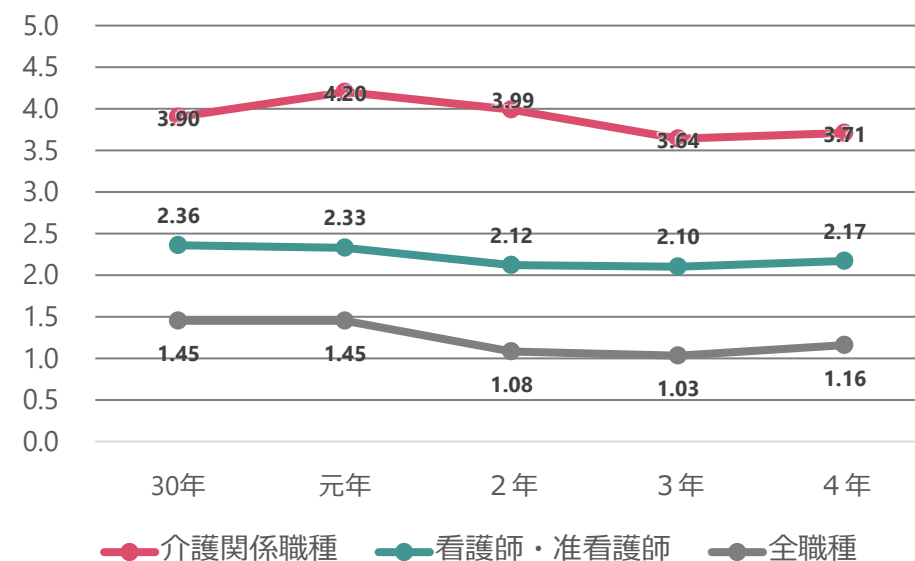
■ 医療・介護分野の入職超過率（入職率 - 離職率）



出典：厚生労働省「雇用動向調査」より作成

注) それぞれの入職超過率は、入職率から離職率を減じて小数第2位で四捨五入することにより算出。

■ 医療・介護分野の有効求人倍率（直近5年の動き）



出典：厚生労働省「職業安定業務統計」一般職業紹介状況

1. これまでのご指摘について
2. 処遇改善等に係る施策について
3. 医療を取り巻く状況等について

4. 論点

処遇改善についての課題と論点

(処遇改善等に係る施策について)

- 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)では、「2022年10月からの処遇改善の効果が現場職員に広く行き渡るようになっていくかどうかの検証を行い、経営情報の見える化を進める」、「経営状況の見える化を推進した上で、賃上げや業務負担軽減が適切に図られるよう取り組む」とされた。
- 「デフレ完全脱却のための総合経済対策～日本経済の新たなステージに向けて～」(令和5年11月2日閣議決定)では、医療・介護・障害福祉分野においては、2024年度の医療・介護・障害福祉サービス等報酬の同時改定での対応を見据えつつ、喫緊の課題に対応するため、人材確保に向けて賃上げに必要な財政措置を早急に講ずるとされた。これに対し、医療分野では、看護補助者の収入を引き上げるための措置として、看護補助者の処遇改善事業が実施されることとなった。
- 令和6年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)では、重点課題を「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」とし、具体的方向性の例として「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」を挙げている。

(医療を取り巻く状況等について)

- 医療機関等には様々な職種が従事しており、入院患者数に対する配置数が定められている看護職員等以外にも多くの職種が数従事している。また、職種別従事者数の構成割合は、病院、診療所、訪問看護ステーションそれぞれで異なる。
- 医療機関等の従事者のうち、医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。
- 政府全体で賃上げが進める中、2023年春期生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は10,560円/3.58%であり、賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」(定期昇給相当分を除いたもの)の加重平均は5,983円/2.12%となっている。一方、医療分野の賃上げ率は1.9%にとどまっている。
- 高齢化等による需要増加にも関わらず、医療分野の人材確保の状況は厳しく、看護職員の有効求人倍率は全職種平均の2倍程度の水準で高止まりしている。

(看護職員処遇改善評価料について)

- 令和4年度診療報酬改定において新設した「看護職員処遇改善評価料」については、以下のような課題が指摘されている。
 - 対象となる看護職員の収入を3%(月額平均12,000円相当)引き上げるという観点では、運用は予定通り行われていた
 - 本評価料は、看護職員処遇改善補助金を受けた医療機関の処遇改善が継続することを担保しなければならなかったため、評価体系として技術的な課題がある
 - 本評価料を算定している医療機関は、すでに賃金改善額のうちベア等の割合が約9割となっており、引きあがった基本給等が再度引き下げられる等、今働いている人の不利益にならないよう、引き続き原資の確保が必要

【論点】

- 医療関係職種は全産業平均の賃上げに追いついていない状況を踏まえ、医療機関等の職員における処遇改善について、診療報酬において対応する場合を想定し、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な分析を行い、検討を進めることとしてはどうか。

參考資料

年度別の損益率の状況①(病院)

()内はコロナ補助金を含んだ損益率※1
【】内は総損益率※2

■一般病院

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
全体	▲3.0% 【▲0.4%】	▲2.7% 【0.3%】	▲3.1% 【0.5%】	▲6.9% (0.4%) 【3.7%】	▲5.5% (3.7%) 【6.7%】	▲6.7% (1.4%) 【4.4%】
医療法人	2.6%	2.8%	1.8%	0.1% (2.3%)	▲0.2% (4.1%)	▲1.3% (3.3%)
国立	▲2.1%	▲2.3%	▲1.7%	▲9.2% (6.8%)	▲8.0% (10.2%)	▲8.7% (3.9%)
公立	▲3.0%	▲13.2%	▲14.2%	▲21.4% (▲7.3%)	▲19.6% (▲4.1%)	▲19.9% (▲7.1%)
公的	▲1.4%	▲0.3%	▲0.2%	▲3.0% (5.4%)	▲3.3% (8.2%)	▲5.7% (4.4%)
国公立を除く全体	0.3%	0.9%	0.8%	▲1.8% (2.7%)	▲1.3% (5.6%)	▲2.7% (3.8%)

今回調査の 回答施設数
703
382
20
122
43
561

■精神科病院

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
全体	0.4% 【0.4%】	0.2% 【2.8%】	▲2.6% 【1.0%】	▲4.5% (▲2.2%) 【0.9%】	▲3.0% (▲1.6%) 【2.1%】	▲4.0% (▲1.6%) 【2.6%】
国公立を除く全体	2.7%	2.6%	1.4%	0.0% (1.4%)	1.0% (2.0%)	0.4% (2.1%)

今回調査の 回答施設数
163
153

注1) 損益率は、(医業・介護収益 - 医業・介護費用) ÷ 医業・介護収益、「医業・介護収益」は、新型コロナウイルス関係補助金を含まない額。

※1 上記の損益率+コロナ補助金の構成比率により算出。

※2 (医業・介護収益+その他の医業・介護関連収益 - 医業・介護費用 - その他の医業・介護関連費用) ÷ (医業・介護収益+その他の医業・介護関連収益)により算出

年度別の損益率の状況②(一般診療所)

()内はコロナ補助金を含んだ損益率※1

【】内は総損益率※2

■一般診療所(全体)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
医療法人	6.1% 【6.1%】	6.0% 【6.0%】	6.5% 【6.5%】	3.8% (4.2%) 【4.2%】	7.1% (8.7%) 【8.6%】	8.3% (9.7%) 【9.5%】
個人	30.2%	29.8%	32.5%	29.2% (30.0%)	29.8% (32.4%)	32.0% (33.2%)

今回調査の 回答施設数
1,332
552

■一般診療所のうち有床診療所(入院診療収益あり)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
医療法人	6.1%	4.1%	3.0%	2.7% (2.9%)	6.4% (7.4%)	4.7% (5.7%)
個人	28.6%	24.9%	24.4%	20.9% (21.4%)	23.1% (25.3%)	20.1% (20.5%)

今回調査の 回答施設数
115
11

■一般診療所のうち無床診療所(入院診療収益なし)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
医療法人	6.2%	6.3%	7.1%	4.0% (4.4%)	7.3% (9.0%)	9.2% (10.7%)
個人	30.4%	30.4%	33.0%	29.8% (30.6%)	30.3% (32.9%)	32.7% (34.0%)

今回調査の 回答施設数
1,217
541

注1) 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、新型コロナウイルス関係補助金を含まない額。

※1 上記の損益率+コロナ補助金の構成比率により算出。

※2 (医業・介護収益(新型コロナウイルス関係補助金を含む) - 医業・介護費用) ÷ 医業・介護収益(コロナウイルス関係補助金を含む)

注2) 個人立の一般診療所については、損益差額の計算上、開設者(院長等)の報酬に相当する部分が、費用に計上されていないこと等から、医療法人よりも、「損益率」が数値上高くあらわれている。

注3) 一般診療所、歯科診療所については青色申告者を含めていない。

年度別の損益率の状況③(歯科・薬局)

()内はコロナ補助金を含んだ損益率※1

【 】内は総損益率※2

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■ 歯科診療所

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	今回調査の 回答施設数
医療法人	8.9% 【8.9%】	9.1% 【9.1%】	6.6% 【6.6%】	6.3% (7.1%) 【7.0%】	9.0% (9.6%) 【9.5%】	8.4% (8.7%) 【8.6%】	148
個人	28.0%	28.4%	29.7%	29.1% (31.0%)	26.7% (27.6%)	25.9% (26.2%)	281

■ 保険薬局

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	今回調査の 回答施設数
法人	6.8% 【6.8%】	5.4% 【5.4%】	6.6% 【6.6%】	6.4% (6.6%) 【6.6%】	5.7% (5.9%) 【5.9%】	5.4% (5.4%) 【5.4%】	1,115
個人	10.7%	9.8%	11.4%	9.9% (10.4%)	10.4% (11.0%)	11.2% (11.4%)	42

注1) 歯科診療所の損益率は、(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、新型コロナウイルス関係補助金を含まない額。

注2) 保険薬局の損益率は、(収益 + 介護収益 - 費用) ÷ (収益 + 介護収益)、この「収益」は新型コロナウイルス関係補助金を含まない額。

※1 上記の損益率+コロナ補助金の構成比率により算出。

※2 歯科診療所は、(医業・介護収益(新型コロナウイルス関係補助金を含む) - 医業・介護費用) ÷ 医業・介護収益(新型コロナウイルス関係補助金を含む)、
保険薬局は(収益(新型コロナウイルス関係補助金を含む) - 介護収益 - 費用) ÷ (収益(新型コロナウイルス関係補助金を含む) + 介護収益)

注3) 個人立の歯科診療所・保険薬局については、損益差額の計算上、開設者(院長等)の報酬に相当する部分が、費用に計上されていないこと等から、医療法人よりも、「損益率」が数値上高くあらわれている。

注4) 一般診療所、歯科診療所については青色申告者を含めていない。

各収益・費用項目の伸び率①(病院①)

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■一般病院(全体)

収益項目	金額の伸び率								医業・ 介護収益に占める比 率
	全体		重点医療機関		協力医療機関		割当なしの医療機関		
	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	
医業収益	▲3.3%	2.1%	▲4.7%	3.0%	▲2.8%	0.9%	▲1.8%	0.7%	99.8%
入院診療収益	▲3.2%	2.2%	▲5.6%	3.2%	▲2.0%	1.2%	▲0.8%	0.7%	66.8%
保険診療収益	▲3.2%	2.5%	▲5.6%	3.4%	▲2.0%	1.5%	▲0.6%	0.8%	65.3%
公害等診療収益	▲5.5%	▲5.3%	▲8.0%	▲4.6%	▲1.2%	▲10.4%	▲3.6%	▲6.1%	0.5%
その他の診療収益	▲5.7%	▲7.4%	1.1%	▲10.0%	▲7.8%	▲13.1%	▲7.8%	▲3.0%	0.9%
特別の療養環境収益	▲11.0%	▲6.1%	▲11.9%	▲5.3%	▲8.9%	▲5.3%	▲10.4%	▲6.6%	0.8%
外来診療収益	▲3.6%	2.8%	▲3.1%	3.4%	▲4.5%	1.8%	▲4.3%	1.7%	28.3%
保険診療収益	▲3.6%	3.0%	▲3.0%	3.5%	▲4.4%	2.5%	▲4.4%	2.1%	27.4%
公害等診療収益	▲10.4%	2.9%	▲11.8%	3.9%	▲5.8%	2.6%	▲10.1%	▲2.3%	0.3%
その他の診療収益	▲2.9%	▲7.5%	▲11.6%	▲2.4%	▲8.7%	▲16.6%	3.8%	▲5.8%	0.6%
その他の医業収益	0.3%	▲2.8%	6.5%	▲2.6%	▲2.5%	▲7.1%	▲4.4%	▲3.1%	3.9%
介護収益	▲40.8%	▲14.6%	2.4%	▲7.1%	▲30.2%	4.2%	▲59.4%	▲39.0%	0.2%

※上記の各収益には、新型コロナウイルス関係補助金は含まれていない。

※(参考)医業・介護収益に占める比率は、令和4年度の一般病院全体の数値。

※R元年度からR2年度への伸びは、前回調査より抜粋

各収益・費用項目の伸び率②(病院②)

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■一般病院(全体)

費用項目	金額の伸び率								医療・介護収益に占める比率
	全体		重点医療機関		協力医療機関		割当なしの医療機関		
	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	
医療・介護費用	0.2%	3.2%	0.1%	3.9%	0.4%	3.0%	0.0%	1.7%	106.7%
給与費	1.0%	1.9%	1.4%	2.7%	0.6%	1.0%	0.7%	0.6%	56.9%
医薬品費	▲4.0%	5.6%	▲3.6%	6.4%	▲3.7%	3.8%	▲5.5%	1.2%	13.1%
給食用材料費	▲3.6%	1.8%	▲8.5%	2.1%	▲3.2%	3.3%	▲0.6%	1.3%	0.7%
診療材料費・医療消耗器具備品費	▲0.6%	2.7%	▲2.5%	2.7%	1.7%	4.0%	1.6%	3.4%	9.7%
委託費	3.7%	2.7%	4.1%	2.8%	4.6%	3.7%	2.0%	3.4%	7.5%
(再掲)給食委託費	－	2.2%	－	0.6%	－	2.5%	－	8.1%	1.2%
(再掲)人材委託費	－	6.4%	－	6.4%	－	9.0%	－	3.5%	1.3%
(再掲)紹介手数料	－	20.1%	－	34.6%	－	14.6%	－	10.1%	0.1%
減価償却費	▲1.8%	2.8%	▲3.5%	2.8%	▲0.3%	9.7%	▲0.4%	0.8%	5.8%
(再掲)建物減価償却費	0.6%	4.0%	▲0.7%	3.5%	0.5%	7.9%	0.8%	4.2%	1.9%
(再掲)医療機器減価償却費	▲4.6%	4.5%	▲6.2%	4.1%	▲0.6%	15.9%	▲2.9%	2.0%	2.0%
設備関係費	1.6%	2.7%	3.2%	5.0%	0.9%	2.3%	0.5%	▲2.2%	4.2%
(再掲)設備機器賃借料	0.0%	▲0.7%	▲2.6%	1.3%	3.0%	▲4.6%	3.6%	▲0.6%	1.1%
(再掲)医療機器賃借料	2.1%	0.0%	1.1%	2.1%	1.4%	0.7%	4.1%	▲4.2%	0.7%
経費	▲1.7%	11.9%	0.4%	12.2%	▲1.4%	16.3%	▲3.8%	9.6%	6.3%
(再掲)水道光熱費	－	32.2%	－	33.2%	－	36.3%	－	28.7%	2.3%
その他の医療費用	3.1%	4.7%	3.4%	5.3%	4.3%	▲1.3%	3.7%	7.2%	2.4%

※(参考)医療・介護収益に占める比率は、令和4年度の一般病院全体の数値。

※赤字は今回調査より加わった項目。

各収益・費用項目の伸び率③(病院③)

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■一般病院(医療法人)

収益項目	金額の伸び率								医業・ 介護収 益に占 める比 率
	全体		重点医療機関		協力医療機関		割当なしの医療機関		
	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	
医業収益	▲0.9%	1.8%	1.4%	4.1%	▲1.3%	0.5%	▲1.4%	1.2%	99.7%
入院診療収益	0.0%	1.3%	2.2%	2.5%	▲0.1%	1.4%	▲0.6%	0.9%	67.6%
保険診療収益	0.1%	1.5%	2.4%	2.8%	0.0%	1.7%	▲0.4%	1.0%	65.5%
公害等診療収益	▲5.5%	▲10.8%	▲9.0%	▲20.1%	▲7.8%	▲9.7%	▲3.9%	▲6.4%	0.5%
その他の診療収益	▲4.4%	▲4.9%	▲1.8%	▲5.5%	5.0%	▲15.9%	▲5.7%	▲3.3%	1.7%
特別の療養環境収益	▲8.4%	▲8.3%	▲7.4%	▲7.9%	▲12.5%	▲5.0%	▲7.6%	▲8.4%	0.6%
外来診療収益	▲2.9%	3.1%	0.8%	6.3%	▲3.6%	0.5%	▲3.5%	2.5%	26.8%
保険診療収益	▲3.0%	3.7%	1.2%	6.6%	▲3.4%	1.3%	▲3.7%	3.0%	25.4%
公害等診療収益	▲11.2%	2.8%	▲23.8%	13.8%	▲8.9%	0.0%	▲10.8%	▲3.0%	0.3%
その他の診療収益	1.9%	▲9.8%	▲2.4%	▲3.9%	▲6.6%	▲15.0%	4.8%	▲7.4%	1.1%
その他の医業収益	▲4.2%	3.2%	▲12.9%	14.1%	▲3.2%	▲8.1%	▲3.0%	0.2%	4.7%
介護収益	▲64.6%	▲26.0%	▲32.6%	▲15.5%	▲54.6%	5.8%	▲70.1%	▲47.6%	0.3%

※上記の各収益には、新型コロナウイルス関係補助金は含まれていない。

※医業・介護収益に占める比率は、令和4年度の一般病院(医療法人)全体の数値。

各収益・費用項目の伸び率④(病院④)

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■一般病院(医療法人)

費用項目	金額の伸び率								医療・介護収益に占める比率
	全体		重点医療機関		協力医療機関		割当なしの医療機関		
	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	R元→2年度	R3→4年度	
医療・介護費用	0.4%	2.8%	3.4%	5.0%	1.2%	2.8%	▲0.4%	2.0%	101.3%
給与費	1.3%	1.2%	5.4%	2.7%	1.5%	1.3%	0.5%	0.7%	57.1%
医薬品費	▲4.2%	4.8%	0.8%	8.8%	▲5.2%	1.5%	▲5.5%	2.0%	9.4%
給食用材料費	▲1.3%	1.7%	▲1.3%	3.6%	▲1.2%	2.5%	▲1.1%	1.4%	1.0%
診療材料費・医療消耗器具備品費	1.6%	3.9%	1.9%	4.9%	1.8%	5.8%	0.9%	3.1%	7.9%
委託費	2.7%	4.7%	3.4%	9.3%	3.9%	▲1.2%	2.0%	4.3%	6.6%
(再掲)給食委託費	—	3.6%	—	0.6%	—	▲6.3%	—	10.4%	1.5%
(再掲)人材委託費	—	10.3%	—	21.0%	—	14.3%	—	0.2%	1.0%
(再掲)紹介手数料	—	15.4%	—	30.8%	—	3.4%	—	1.8%	0.2%
減価償却費	▲1.3%	2.5%	▲4.5%	0.4%	3.2%	14.6%	▲1.8%	3.8%	4.1%
(再掲)建物減価償却費	0.5%	3.9%	2.1%	5.1%	3.7%	3.5%	▲0.1%	3.8%	1.2%
(再掲)医療機器減価償却費	▲3.8%	8.0%	▲0.8%	7.0%	▲2.5%	25.8%	▲5.4%	8.2%	1.1%
設備関係費	0.9%	1.9%	4.7%	9.6%	2.7%	2.0%	▲0.3%	▲3.4%	5.1%
(再掲)設備機器賃借料	3.0%	▲0.8%	2.7%	4.0%	9.7%	0.7%	1.7%	▲0.7%	1.2%
(再掲)医療機器賃借料	2.9%	▲0.8%	12.9%	4.7%	13.0%	0.2%	▲0.3%	▲0.4%	0.7%
経費	▲3.1%	10.9%	▲0.8%	12.7%	0.2%	13.5%	▲3.9%	10.0%	7.1%
(再掲)水道光熱費	—	29.1%	—	32.7%	—	33.5%	—	27.0%	2.1%
その他の医療費用	0.7%	5.0%	6.3%	6.6%	8.6%	1.2%	▲2.3%	7.6%	3.1%

※(参考)医療・介護収益に占める比率は、令和2年度の一般病院(医療法人)全体の数値。

※赤字は今回調査より加わった項目。

各収益・費用項目の伸び率⑤(一般診療所)

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■一般診療所(医療法人)

収益項目	R元→2年度	R3→4年度	(参考) 医業・介護収益 に占める比率
医業収益	▲4.0%	4.0%	97.0%
入院診療収益	2.4%	0.2%	6.6%
保険診療収益	0.8%	0.7%	4.4%
公害等診療収益	65.1%	▲9.1%	0.0%
その他の診療収益	4.0%	▲0.6%	2.3%
外来診療収益	▲4.8%	4.1%	84.4%
保険診療収益	▲5.0%	4.0%	74.6%
公害等診療収益	▲10.6%	1.5%	0.6%
その他の診療収益	▲1.8%	5.2%	9.1%
その他の医業収益	8.8%	7.6%	6.1%
介護収益	1.4%	0.2%	3.0%

※上記の各収益には、新型コロナウイルス関係補助金は含まれていない。
 ※(参考)医業・介護収益に占める比率は、令和4年度の数値。
 ※赤字は今回調査より加わった項目。

費用項目	R元→2年度	R3→4年度	(参考) 医業・介護収益 に占める比率
医業・介護費用	▲1.1%	2.6%	91.7%
給与費	▲0.1%	3.4%	49.0%
医薬品費	▲4.1%	▲0.7%	10.8%
材料費	0.7%	3.3%	4.0%
給食用材料費	▲1.0%	▲4.4%	0.2%
委託費	▲0.7%	7.2%	4.5%
(再掲)給食委託費	—	3.8%	0.4%
(再掲)人材委託費	—	9.0%	0.6%
(再掲)紹介手数料	—	11.7%	0.1%
減価償却費	▲4.1%	0.2%	3.6%
(再掲)建物減価償却費	▲4.9%	▲0.5%	0.7%
(再掲)医療機器減価償却費	▲3.5%	▲1.7%	1.3%
その他の医業・介護費用	▲1.6%	2.0%	19.6%
(再掲)設備機器賃借料	▲1.9%	1.0%	1.3%
(再掲)医療機器賃借料	0.5%	▲2.1%	0.8%
(再掲)水道光熱費	—	16.0%	1.3%

各収益・費用項目の伸び率⑥(歯科診療所)

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■ 歯科診療所(医療法人)

収益項目	R元→2年度	R3→4年度	(参考) 医業・介護収益に占める比率
医業収益	▲0.3%	2.1%	99.5%
保険診療収益	▲1.3%	1.0%	70.6%
労災等診療収益	▲5.7%	600%	0.0%
その他の診療収益	0.3%	5.3%	26.9%
その他の医業収益	27.3%	1.3%	2.0%
介護収益	44.4%	4.5%	0.5%

費用項目	R元→2年度	R3→4年度	(参考) 医業・介護収益に占める比率
医業・介護費用	0.2%	2.8%	91.6%
給与費	▲0.1%	2.7%	48.0%
医薬品費	6.6%	0.4%	1.0%
歯科材料費	3.1%	4.0%	8.3%
委託費	0.2%	7.6%	6.4%
(再掲)人材委託費	—	▲2.2%	0.6%
(再掲)紹介手数料	—	86.4%	0.0%
減価償却費	5.8%	1.4%	4.5%
(再掲)建物減価償却費	7.4%	▲1.0%	0.5%
(再掲)医療機器減価償却費	▲0.7%	▲0.1%	1.9%
その他の医業・介護費用	▲1.4%	1.7%	23.3%
(再掲)設備機器賃借料	5.4%	2.2%	0.5%
(再掲)医療機器賃借料	▲2.5%	▲1.3%	0.3%
(再掲)水道光熱費	—	12.8%	1.0%

※上記の各収益には、新型コロナウイルス関係補助金は含まれていない。
 ※医業・介護収益に占める比率は、令和4年度の数値。
 ※赤字は今回調査より加わった項目。

各収益・費用項目の伸び率⑦(保険薬局)

第24回医療経済
実態調査の概要
(令和5年 11月24日版)

■保険薬局(法人)

収益項目	R元→2年度	R3→4年度	(参考) 医業・介護収益に占める比率
収益	▲1.7%	2.4%	99.7%
保険調剤収益	▲1.7%	2.2%	92.1%
公害等調剤収益	▲8.5%	1.1%	0.1%
その他の薬局事業収益	▲1.4%	3.9%	7.5%
介護収益	▲1.7%	9.8%	0.3%

※上記の各収益には、新型コロナウイルス関係補助金は含まれていない。
 ※医業・介護収益に占める比率は、令和4年度の数値。
 ※赤字は今回調査より加わった項目。

※「調剤用医薬品費」及び「一般用医薬品費」については、回答があった施設のみの伸び率。

費用項目	R元→2年度	R3→4年度	(参考) 医業・介護収益に占める比率
費用	▲1.4%	2.8%	94.6%
給与費	0.1%	2.6%	13.2%
医薬品等費	▲2.1%	2.7%	69.3%
(再掲)調剤用医薬品費	▲2.0%	0.3%	57.7%
(再掲)一般用医薬品費	1.8%	9.5%	0.8%
委託費	▲26.9%	▲5.0%	0.3%
(再掲)人材委託費	—	▲4.6%	0.2%
(再掲)紹介手数料	—	▲3.1%	0.0%
減価償却費	▲1.2%	▲3.7%	0.9%
(再掲)建物減価償却費	▲1.6%	0.2%	0.2%
(再掲)調剤用機器減価償却費	▲4.1%	▲5.8%	0.3%
その他の経費	1.0%	4.3%	11.1%
(再掲)設備機器賃借料	0.3%	▲2.6%	0.1%
(再掲)調剤用機器賃借料	1.3%	▲5.2%	0.1%
(再掲)水道光熱費	—	24.4%	0.3%

年度別の資産・負債の状況①

■一般病院(全体)

(単位:千円)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
流動資産	1,394,985	1,404,510	1,285,069	1,513,065	1,703,514	1,778,404
固定資産	3,229,287	3,287,645	3,013,382	3,032,666	3,093,195	3,134,728
繰延資産	36,452	36,891	33,317	32,840	22,441	23,882
資産合計	4,660,724	4,729,046	4,331,769	4,578,570	4,819,150	4,937,014
流動負債	904,014	923,005	825,049	860,752	841,669	832,276
固定負債	2,098,368	2,165,737	2,031,728	2,106,691	2,179,129	2,167,468
(うち)長期借入金	1,346,168	1,327,723	1,299,655	1,345,752	1,294,649	1,255,522
負債合計	3,002,382	3,088,742	2,856,777	2,967,443	3,020,798	2,999,743
資本合計	1,658,342	1,640,304	1,474,992	1,611,127	1,798,352	1,937,271
施設数	812		726		664	

■一般診療所(全体)

(単位:千円)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
流動資産	94,889	88,443	91,965	97,739	103,226	109,455
固定資産	78,115	77,711	78,902	78,636	84,855	86,473
繰延資産	954	1,031	711	761	1,765	2,092
資産合計	173,958	167,185	171,577	177,137	189,847	198,020
流動負債	25,428	25,079	17,634	17,418	25,167	25,798
固定負債	32,335	30,792	30,279	35,405	41,301	39,102
(うち)長期借入金	—	—	24,053	27,974	35,090	32,412
負債合計	57,763	55,872	47,913	52,822	66,468	64,899
資本合計	116,196	111,313	123,665	124,314	123,379	133,121
施設数	1,165		1,162		1,856	

年度別の資産・負債の状況②

■歯科診療所(全体)

(単位:千円)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
流動資産	25,723	26,167	31,702	41,568	40,669	40,176
固定資産	31,912	31,798	34,475	33,986	32,843	33,225
繰延資産	840	594	822	786	1,017	913
資産合計	58,475	58,559	66,999	76,340	74,529	74,313
流動負債	9,647	10,027	9,227	9,669	9,637	9,380
固定負債	20,976	19,367	19,630	27,353	26,857	26,348
(うち)長期借入金	—	—	16,354	23,651	23,975	23,411
負債合計	30,623	29,394	28,857	37,022	36,494	35,728
資本合計	27,852	29,165	38,142	39,318	38,036	38,586
施設数	288		276		415	

■保険薬局(全体)

(単位:千円)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
流動資産	58,498	58,428	60,200	60,434	93,974	99,279
固定資産	26,718	26,640	27,200	26,735	48,511	48,177
繰延資産	613	591	861	367	4,830	5,450
資産合計	85,830	85,659	88,260	87,536	147,315	152,905
流動負債	35,865	34,571	33,212	33,824	67,161	70,303
固定負債	13,855	13,978	14,289	15,646	18,420	18,216
(うち)長期借入金	—	—	10,881	12,161	12,837	12,271
負債合計	49,719	48,549	47,501	49,470	85,581	88,520
資本合計	36,110	37,110	40,759	38,066	61,734	64,386
施設数	968		814		1,064	

入院時の食費について（その2）

入院時の食費をめぐる状況

○ 病院給食の委託単価は、公定価格（1,920円）を上回る状況。昨今の食材料費等の高騰によりその差が拡大。

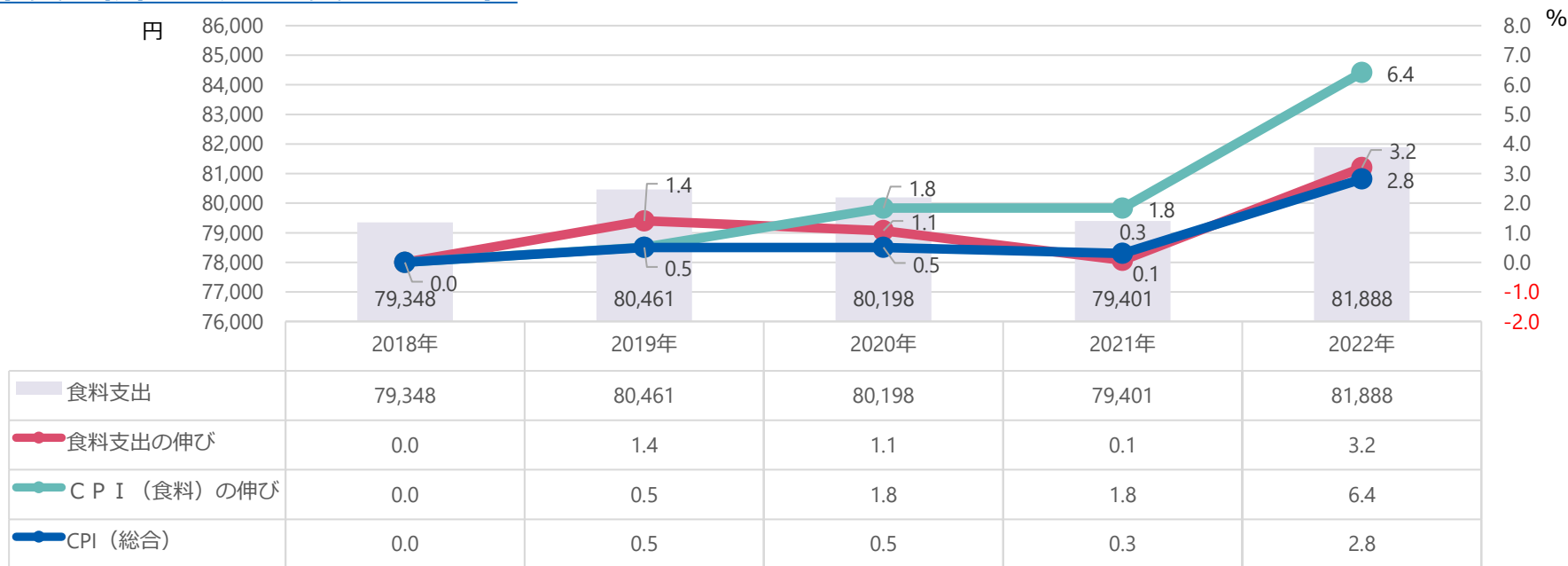
■ 病院給食の委託単価【医療分野】

	①2018年	②2021年	③2022年
病院給食の委託単価	1,796円	1,962円	1,997円
入院時の食費の総額 (1,920円)との差額	-124円 (-6%)	+42円 (+2%)	+77円 (+4%)

出典：公益社団法人日本メディカル給食協会調べ（各年10月時点の状況）※ 税込み価格

○ 家計の食費支出は近年大幅に上昇。

■ 消費者物価指数・食費支出の動向

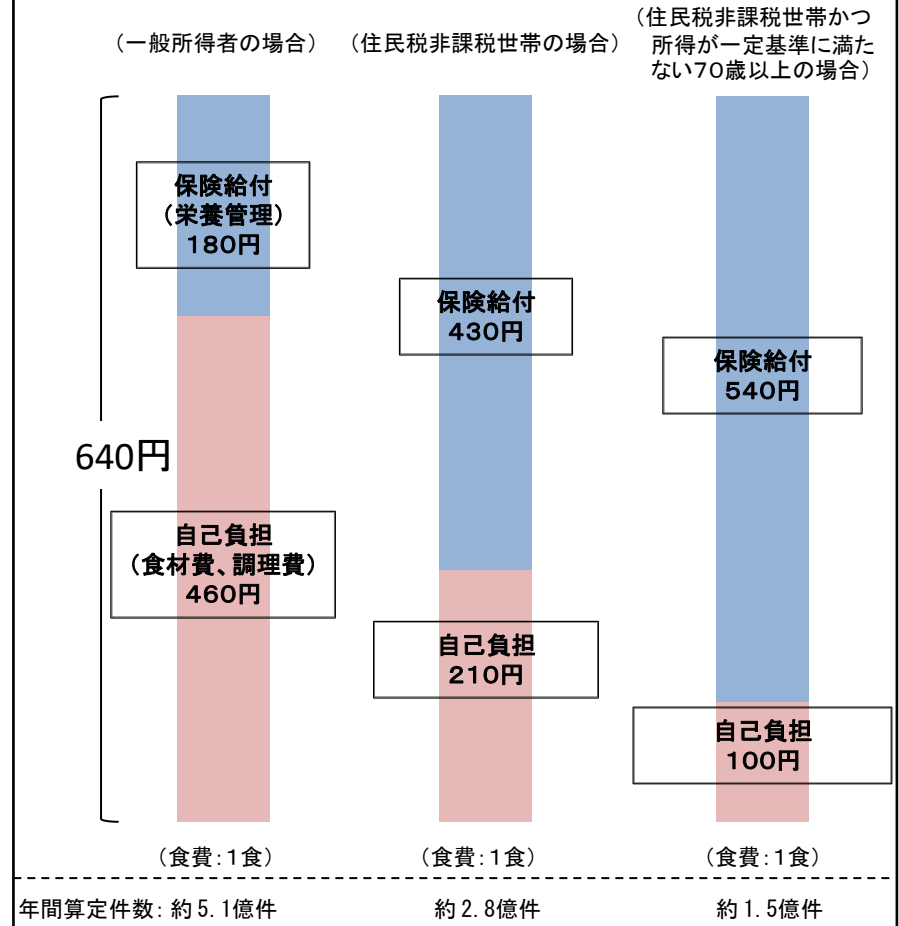


出典：総務省「消費者物価指数」、総務省「家計調査」

入院時食事療養費の概要

- 入院時に必要な食費は、1食あたりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付(入院時食事療養費)として支給している。
- 「入院時食事療養費(保険給付)」
＝「食事療養基準額(総額)」－
「標準負担額(自己負担)」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

＜現状の仕組み＞ 入院時食事療養費



出典：NDBデータより推計。入院時生活療養費に係る食費の算定件数も含む。住民税非課税世帯については、入院90日以後、保険給付480円・自己負担160円になる場合の件数も含む。

「入院時食事療養費制度」発足以来の食事療養費等の変遷

		総額	自己負担	保険給付
H6.10	1日あたりで算定	1900円	600円	1300円
H8.10			760円	1140円
H9.4		1920円		1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4	1食あたりで算定	640円 (1日当たり1920円)	260円	380円
H28.4			360円	280円
H30.4			460円(※)	180円

※介護保険の入所者の食費の基準費用額：
約482円(1食あたり換算)

参照条文

○健康保険法（大正十一年法律第七十号）（抄）

（入院時食事療養費）

第八十五条 被保険者（特定長期入院被保険者を除く。）が、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所のうち自己の選定するものから、電子資格確認等により、被保険者であることの確認を受け、同条第一項第五号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、入院時食事療養費を支給する。

2 入院時食事療養費の額は、当該食事療養につき食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該食事療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に食事療養に要した費用の額）から、平均的な家計における食費の状況及び特定介護保険施設等（介護保険法第五十一条の三第一項に規定する特定介護保険施設等をいう。）における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額（所得の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定める者については、別に定める額。以下「食事療養標準負担額」という。）を控除した額とする。

3 厚生労働大臣は、前項の基準を定めようとするときは、中央社会保険医療協議会に諮問するものとする。

4 厚生労働大臣は、食事療養標準負担額を定めた後に勘案又はしん酌すべき事項に係る事情が著しく変動したときは、速やかにその額を改定しなければならない。

5～9 （略）

入院時の食費の見直し

- 入院時の食費について、昨今の食材費等は特に足下で大きく高騰しており、また、介護保険の食費の自己負担は一食当たり約482円であり、入院時の食費との差は22円となっている。
- 食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、入院時の食費を例えば30円引き上げることとしてはどうか。

※入院時の食費と同様の価格設定がされている入院時の生活療養費の食費分についても同様の見直しを検討。
※入院時の食費の自己負担の観点から、医療保険部会での議論も行われているところ。
※中央社会保険医療協議会においては、別途、入院時の栄養管理体制の充実も含めた評価の在り方についても検討。
※見直しの施行日については、2024年度予算編成過程を経て決定。

令和5年12月8日

中央社会保険医療協議会
会長 小塩 隆士 殿

中央社会保険医療協議会
1号側（支払側）委員
鳥潟 美夏子
松本 真人
佐保 昌一
高町 晃司
眞田 享
鈴木 順三
末松 則子

令和6年度診療報酬改定に関する1号側（支払側）の意見

新型コロナウイルス感染症の拡大により、経済の停滞や、医療現場の混乱など未曾有の危機を経験したが、医療従事者の献身的な対応をはじめ国民全体の弛まぬ努力により、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけが5類に引き下げられて以降、社会経済活動が活発化し、デフレ脱却に向けた兆しが見えはじめるなど、新たな道を歩みだした。

そうしたなか、我が国の医療費は、令和2年度に一時的な落ち込みがあったものの、一貫して増加基調にあり、令和4年度は過去最高の46兆円規模にまで拡大した。さらに、足元ではコロナ禍前をしのぐ大幅な伸びを示し、予断を許さない状況にある。今後も生産年齢人口が減少するなかで、団塊世代の後期高齢者への移行が進むなど高齢化に伴い医療費はますます増加する見込みである。

また、令和4年度診療報酬改定においては、リフィル処方箋の仕組みが導入されたが、厚生労働省が中央社会保険医療協議会に提出した分析結果に基づけば、令和4年度政府予算編成に関する関係大臣折衝で合意された医療費▲0.10%の適正化効果（再診の効率化）は明らかに未達である。

第 24 回医療経済実態調査の結果、令和 4 年度における一般病院の経営状況は、総じて令和 3 年度に比べて収益の増加を費用の増加が上回り、赤字が拡大したものの、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めると、損益差額が全体で 1.4%の黒字となった。一般診療所の場合は費用の増加を収益の増加が上回ったために黒字が拡大し、医療法人では、新型コロナウイルス関連の補助金を含めた損益差額が 9.7%の黒字となった。歯科診療所と保険薬局は、引き続き黒字基調で安定的に推移した。また、医療法人における看護職員や看護補助職員の平均給料年額は、一般病院で 1 % 台半ば、一般診療所で 2 % 程度の伸びとなった。一方、資産・負債の状況に目を向けると一般病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局のいずれも、長期借入金をはじめとする固定負債が減少して資本が増加し、一般診療所を中心に医療機関・薬局の経営は堅調と言える。

昨今の物価の高騰等は国民の生活を圧迫し、さらに、これまで長期にわたり、賃金・物価の伸びを医療費の伸びが上回る構造が続いてきたことで、国民・事業主の保険料負担と患者自己負担は着実に増加し、医療保険財政は限界に近い状況にある。医療保険制度の持続可能性を確保するため、医療の質を担保しつつ、効率化や適正化の取組みが極めて重要である。そのため、医療提供体制については、令和 7 年に達成すべき地域医療構想に基づく病床再編の推進、かかりつけ医機能に関する制度整備、医療 DX の推進等を踏まえ、医療機能の分化・強化と連携を加速させることが必要となる。あわせて、医療・介護・障害福祉等サービスの同時報酬改定を通じて、各制度において各施設・各職種それぞれが機能を強化したうえで、ICT 等を活用して円滑な連携を図らなければ、生産年齢人口の減少によるサービスの担い手が不足するなかで、高齢化により増大する需要をまかなうことは到底できない。

令和 6 年度診療報酬改定においては、賃金、物価の動向を考慮しつつも、高止まりする医療費の自然増により医療保険制度の持続可能性に懸念があること、限界にある国民負担の状況、診療所と病院の経営状況の違い、職種別の給与水準の格差などを総合的に勘案する必要がある。したがって、患者の負担増や保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引き上げを行う環境にはない。一方で、令和 6 年 4 月からの働き方改革を踏まえ、救急も含め 24 時間対応可能な地域医療体制の確保に向けて、多様な医療人材の連携を促進するとともに、看護職員等の医療従事者の処遇改善は重要事項である。まずは診療報酬と補助金・交付金との役割分担の整理・効果検証を行い、その結果を踏まえた大胆な配分の見直しにより実現を図るなど、真に有効でメリハリの効いた診療報酬改定が不可欠である。また、薬価・材料価格改定については、革新的新薬等のイノベーションへの十分な配慮、後発医薬品等の安定供給の確保を着実に進めるとともに、市場実勢価格の低下に伴う引下げ分を国民に還元すべきである。

以上

令和5年12月8日

令和6年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見

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

診療報酬は、全国一律の公定価格として厚生労働大臣により定められ、国民にとって安全で、安心できる医療を提供するための原資であることはもとより、医学の進歩・高度化に対応するための設備投資、患者ニーズの多様化に応える医療従事者の雇用の確保および拡充に不可欠なコストを賄っている。

したがって、診療報酬は、原則2年毎に改定されることから、その間の賃金や物価の動向を適切に反映するものでなければならない。

また、これまでの改定に期待される役割に加え、令和6年度の診療報酬改定においては、政府の重要政策とされる医療従事者の『賃上げ』および現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰という極めて異例の状況に対応できる改定でなければならない。

医療の質を高めつつ、賃上げの好循環を全国の医療従事者に行き渡らせるためには、適切な財源が必要であり、令和6年度の診療報酬改定では従来以上の大幅なプラス改定が求められている。

◇ 医療機関・薬局は新型コロナウイルス感染症の感染拡大前と比較しても厳しい経営を強いられている

新型コロナウイルス感染症（以下、コロナという。）に関する診療報酬上の特例や補助金、かかりまし費用等の影響を排除した病院・診療所の損益率を見ると、コロナ後3年間の平均は、コロナ前の平均を下回っている。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、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されており、また、すべての医療機関の収益となっていないものであるため、令和6年度診療報酬改定の議論は、これらの影響を除いた上で行うべきである。

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、さらに、今後特例が廃止となって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。

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。

保険薬局の直近の損益状況については、コロナ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、損益差額ともに対前年比は減少傾向にあり、引き続き厳しい経営状況が続いている。

◇ 医療における賃上げが人材確保を支え、経済の好循環、地方創生をも生み出す

この3年間、多くの医療機関等では、不眠不休で未知のウイルスに立ち向かい、時間外に発熱外来やワクチン接種、自宅・宿泊療養者の健康観察などを担ってきた。その際の補助金や診療報酬上の特例による一時的な収入増は、コロナ流行時にしっかり対応してきた証でもある。

したがって、コロナ禍という特殊な状況で生まれたストックは、賃上げの原資となるものではなく、賃上げは、フローで行うべきである。

令和3年10月の岸田内閣発足時の政府の方針に基づいて行われた令和4年度診療報酬改定では、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、収入を3%程度引き上げるための処遇改善の仕組が導入された。

しかし、「民間主要企業春季賃上げ要求・妥結状況」によると、令和4年には令和3年の1.86%から2.20%に上がり、さらに令和5年には3.60%に上昇している中で、医療・介護分野の賃金上昇は、一部に限定されたため、1%台にとどまり、他産業に大きく遅れをとっている。

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ための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、医療従事者が他産業へ流出し、人材確保が厳しくなっている現状も踏まえれば急務と言える。

同時に、改定により医療従事者の賃金が引き上げられることで、雇用の拡大、地方創生、ひいては、経済の好循環を生み出すことにもつながることから、医療機関等がそれぞれの状況に応じて幅広く、かつ、恒久的に賃金を引き上げることができるだけの原資を確保するため、十分な手当てがなされる必要があることは論を俟たない。

◇ 食材料費・光熱費等の物価高騰への対応

今般の食材料費、光熱費等の物価高騰は、国民のみならず医療機関にも大きな影響を及ぼしている。

特に、入院中の食事療養費は、約30年間も据え置かれ、もはや、経営努力のみでは良質な食事の提供が極めて困難な状況である。

実際、病院給食委託単価は、令和3年時点ですでに公定価格の単価（3食分で1,920円）を上回る状況で、令和4年にはさらにその差が広がっている。

入院患者への質の高い食事提供ができないことは、患者にとって不幸なことであり、良質な食事の提供を継続していくためにも、対応は待ったなしの状況となっている。

◇ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

令和6年4月からはじまる医師等の働き方改革に関しては、「医師の健康確保」、「地域医療の継続性」、「医療・医学の質の維持・向上」といった重要課題にしっかり取り組むことが重要である。

そのためには、これまでに働き方改革を目的として設定された「地域医療体制確保加算」や、医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアに活用された「医師事務作業補助体制加算」など、多くの診療報酬項目により、医師等の働き方改革の推進、医療従事者の負担軽減が図られてきた。

これらの診療報酬項目は、まさにこれからはじまる医師等の働き方改革の確実な実行において、その効果を発揮するものであり、令和6年度診療報酬改定においても、この歩みを着実に継続し、さらに加速させていくため、現場に有効に活用されるような見直しと評価の継続が求められるものである。

◇ ICT活用や医療の高度化は、政府の成長戦略として必須

医療の高度化や、AIやICT等といった技術の医療への活用は、医療の質の向上だけでなく、医療現場で働く医療従事者の負担軽減を図り、さらなる効率化につながることを期待されている。これはすなわち、患者さん自身にとって直接感じられるサービスの向上となるものであり、診療報酬改定ごとに不断に医療技術として取り入れることが必要で、歩みを止めてはならない。

さらに、ICTを活用して広くインフラを整備することに係る経費については、政府の成長戦略として重要な一角を担っているところであり、その発展を促進すべきである。

◇ 薬価改定財源等もあわせ、異例の診療報酬改定を乗り切る

ここまで述べてきたように、今回の診療報酬改定は、異例の状況を乗り切るため、非常に重要な改定である。その中で、薬剤料には、薬価制度発足時に十分な技術評価ができなかった不足分に相当する潜在的技術料も含まれている。しかし、平成26年度で薬価改定財源が消費税対応に活用され、その後、薬価改定財源は診療報酬本体に活用されていないものの、診療報酬と薬価は不可分一体の関係にある。

令和6年度の診療報酬改定では、国民の安心・安全を守るために医療の質を向上させる取組を進める中で、ここ何年かの改定とは明らかに異なる状況である物価高騰、賃金上昇への対応に加え、医療DX対応に向けた環境整備の必要性もあることから、薬価改定により生じる財源を診療報酬に充当するなど十分な財源を確保し、この局面を乗り切るべきである。