

(令和7年度第8回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編④

令和7年7月31日(木)

0. 調査概要

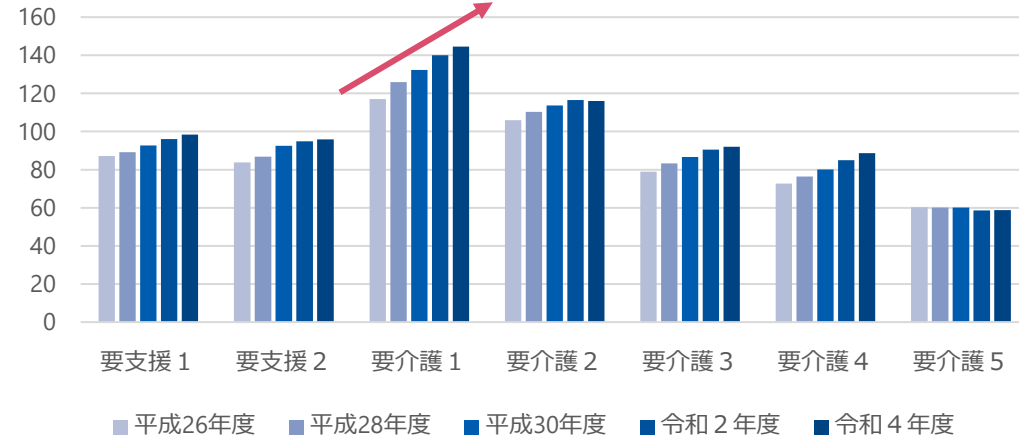
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
- 12. 外来医療について**
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項について

要支援・要介護認定者数の経年推移

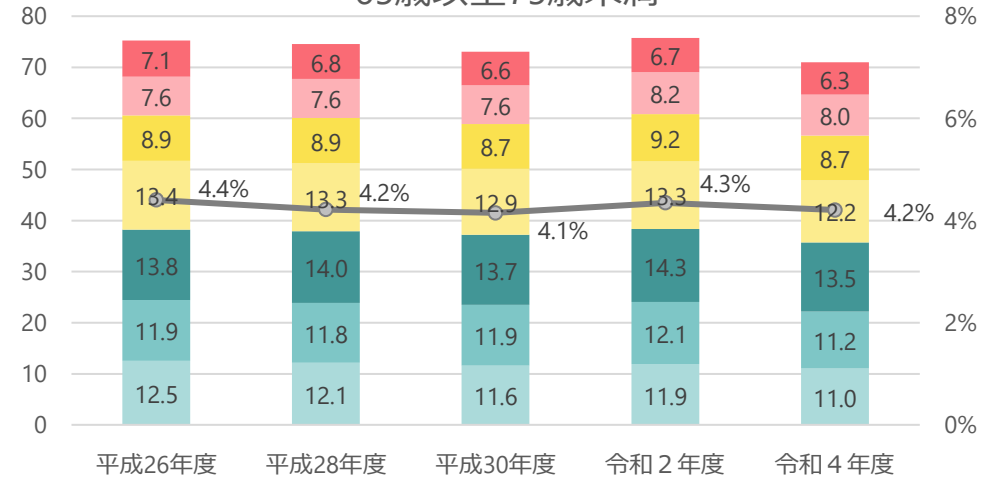
診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

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

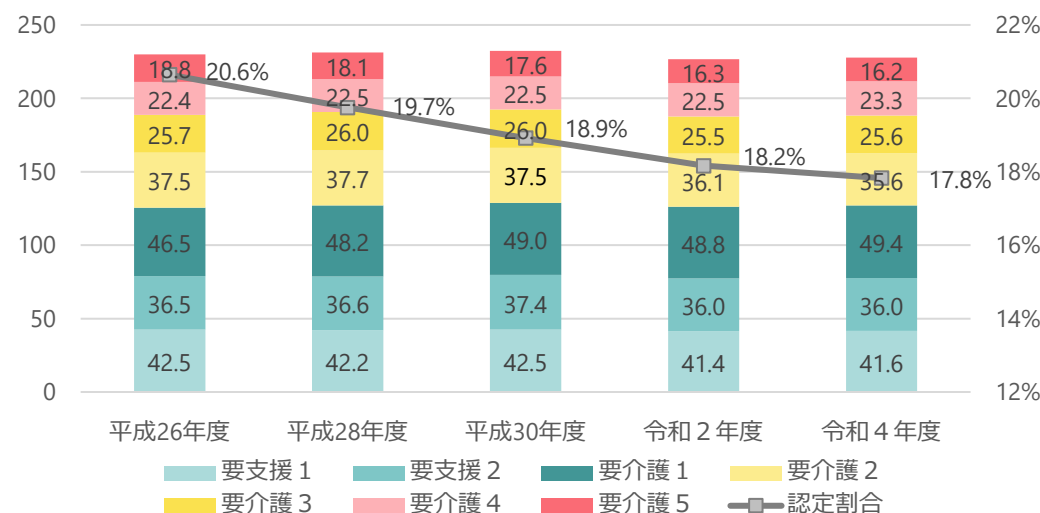
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



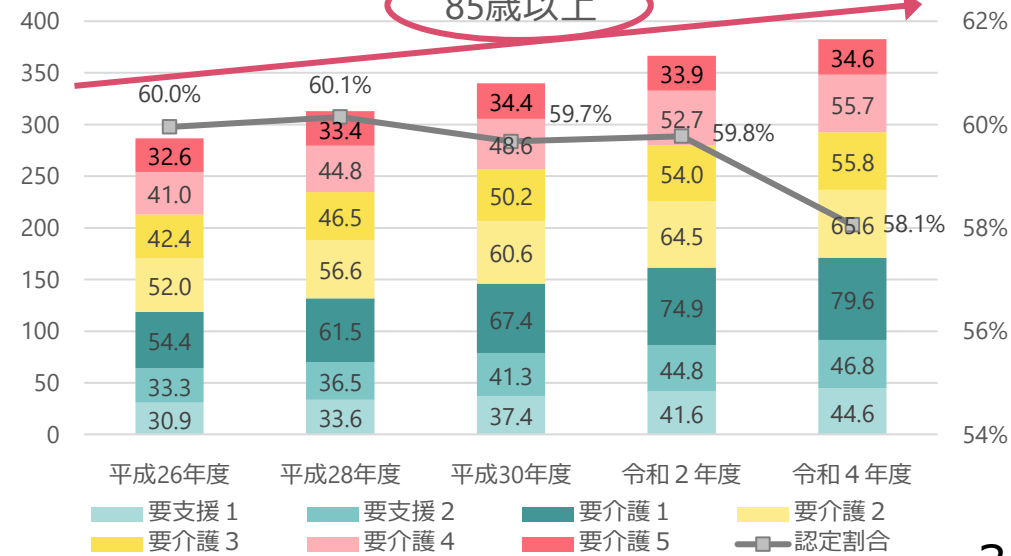
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

※縦軸の単位はすべて万人

「高齢者に対する適切な医療提供の指針」の概要

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

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

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

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（１）

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

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

1. 「高齢者の多病と多様性」

- ・ 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。

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

（中略）

2. 「QOL維持・向上を目指したケア」

- ・ 生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。

（中略）

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

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（2）

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

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」

- ・ 有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。

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

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

（中略）

6. 「家族などの介護者もケアの対象に」

- ・ 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。

（中略）

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

高齢者に必要となる包括管理のイメージ

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

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

地域包括診療料・加算について

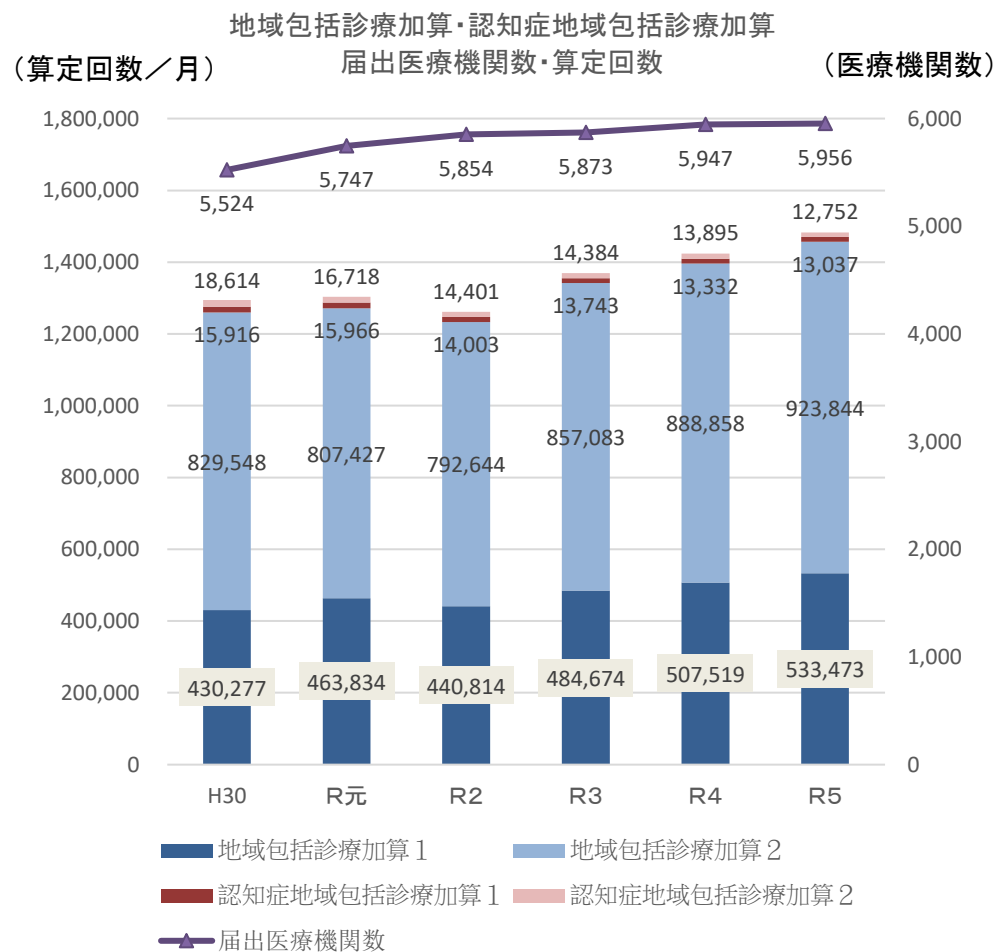
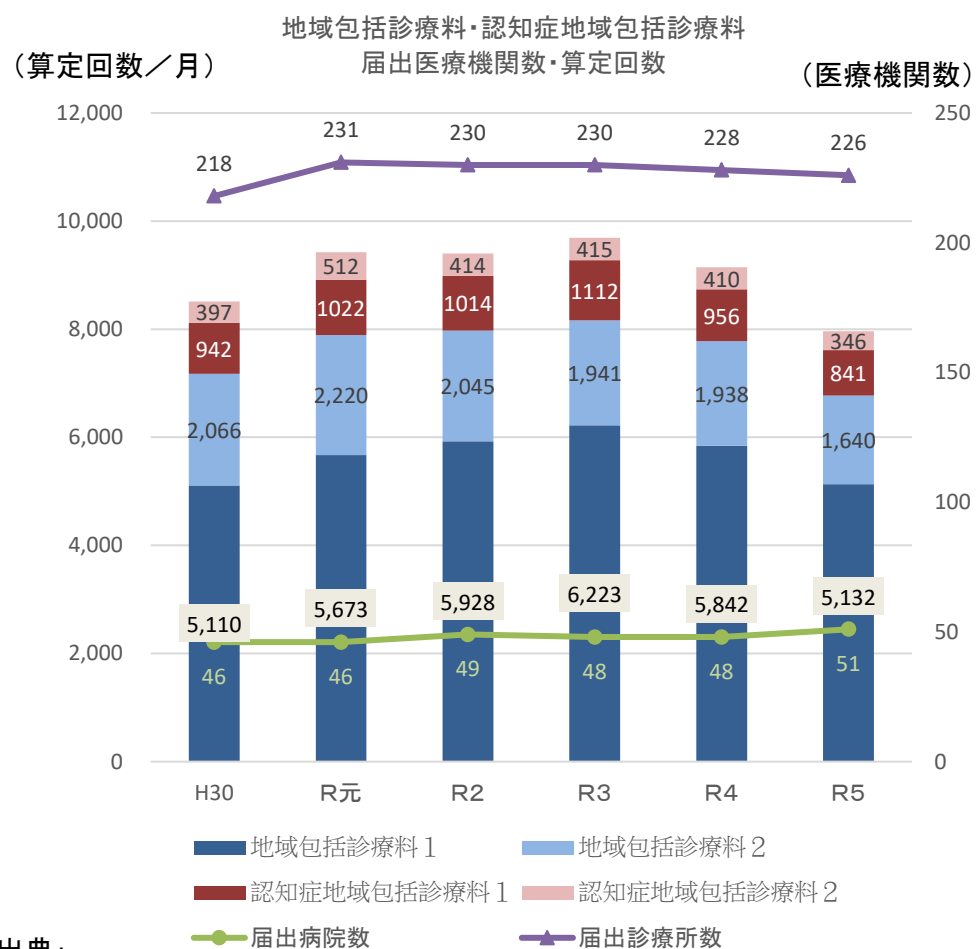
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回)		地域包括診療加算 1 28点 地域包括診療加算 2 21点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料（Ⅱ）・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。認知症に係る研修を修了していることが望ましい。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。 等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。 ・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨の院内掲示。 ・主治医意見書の作成を行っていること。 ・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。 等		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。） ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。（地域包括診療料 1 及び地域包括診療加算 1 に限る。）		
	・下記のすべてを満たす。 ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす。 ①時間外対応加算 1 の届出 ②常勤換算 2 人以上の医師が配置され、うち 1 人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか 1 つを満たす。 ①時間外対応加算 1 ～4 の届出 ②常勤換算 2 人以上の医師が配置され、うち 1 人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所
その他	・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。		

認知症地域包括診療料・加算について

	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月 1 回)		認知症地域包括診療加算 1 38点 認知症地域包括診療加算 2 31点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・ (再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・ 外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・ 地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料 (Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・ 在宅医療に係る点数 (訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・ 薬剤料 (処方料、処方せん料を除く。) ・ 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) (Ⅱ) ・ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・ 認知症以外に 1 以上の疾病を有する (疑いは除く) ・ 同月に、当該保険医療機関において「1 処方につき 5 種類を超える内服薬」「1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。認知症に係る研修を修了していることが望ましい。		
服薬管理	・ 当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。 等	・ 当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。 等	
	・ 他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する。 ・ 原則として院内処方を行う。 ・ 院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・ 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。		
健康管理	・ 健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・ 介護保険に係る相談を受ける旨、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・ サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。 等		
在宅医療の提供	・ 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・ 外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料 1 及び地域包括診療加算 1 に限る。)		
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること。 診療料 1：地域包括診療料 1 診療料 2：地域包括診療料 2		それぞれ以下の届出を行っていること。 加算 1：地域包括診療加算 1 加算 2：地域包括診療加算 2
その他	・ 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・ 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。		

地域包括診療料・加算等の算定・届出状況

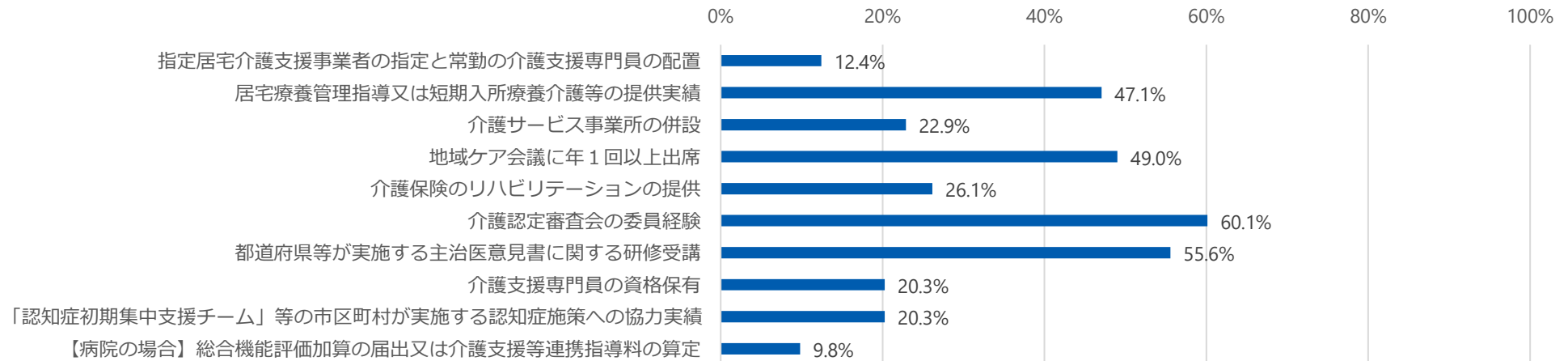
- 地域包括診療料の届出医療機関数は近年横ばいであるが、算定回数は減少傾向である。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は、地域包括診療料と比較して多く、近年増加傾向である。
- 認知症地域包括診療料・加算の算定回数は、地域包括診療料・加算の算定回数と比較して少ない。



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

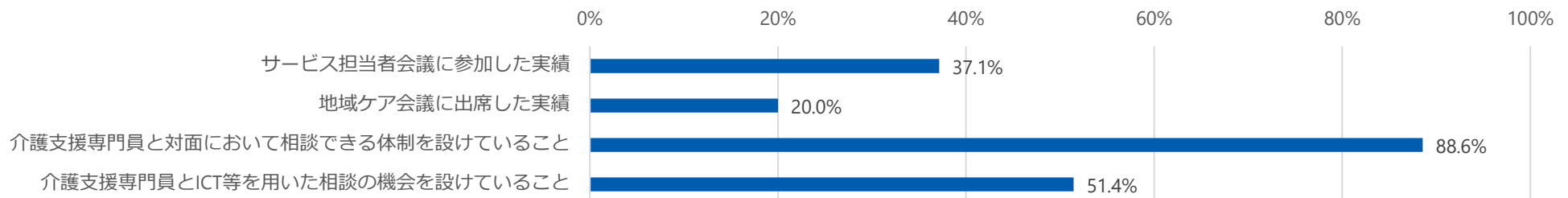
- 地域包括診療料又は地域包括診療加算を届け出ている医療機関において、当該診療料又は加算の施設基準のうち、介護保険制度に関連した要件に関する状況は以下のとおり。

満たすことができている介護保険制度に関する要件 (n=153)



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

満たすことができている要件 (n=140)



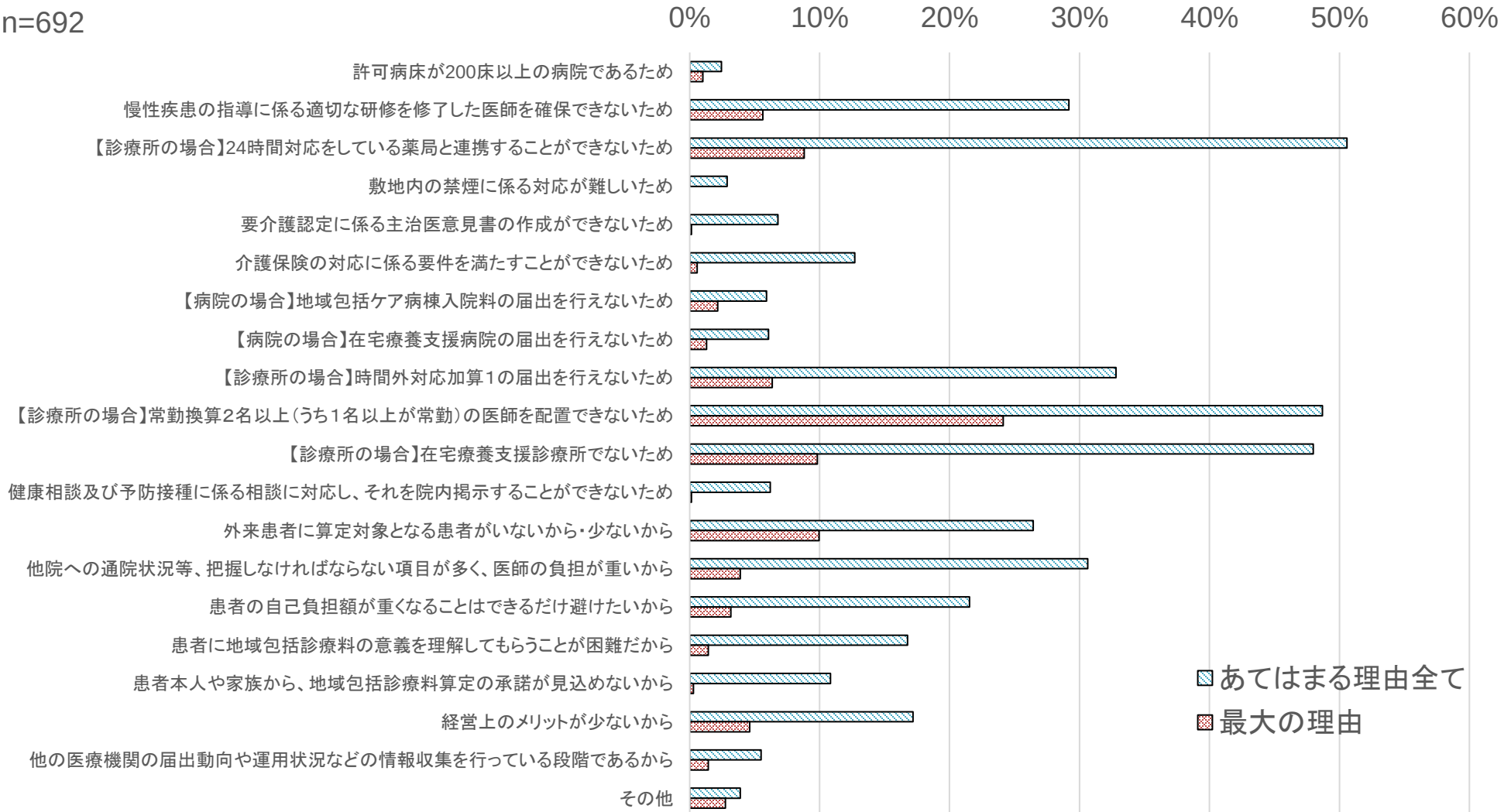
※施設基準において、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

地域包括診療料を届け出していない理由

診調組 入 - 1
5 . 6 . 8

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

n=692

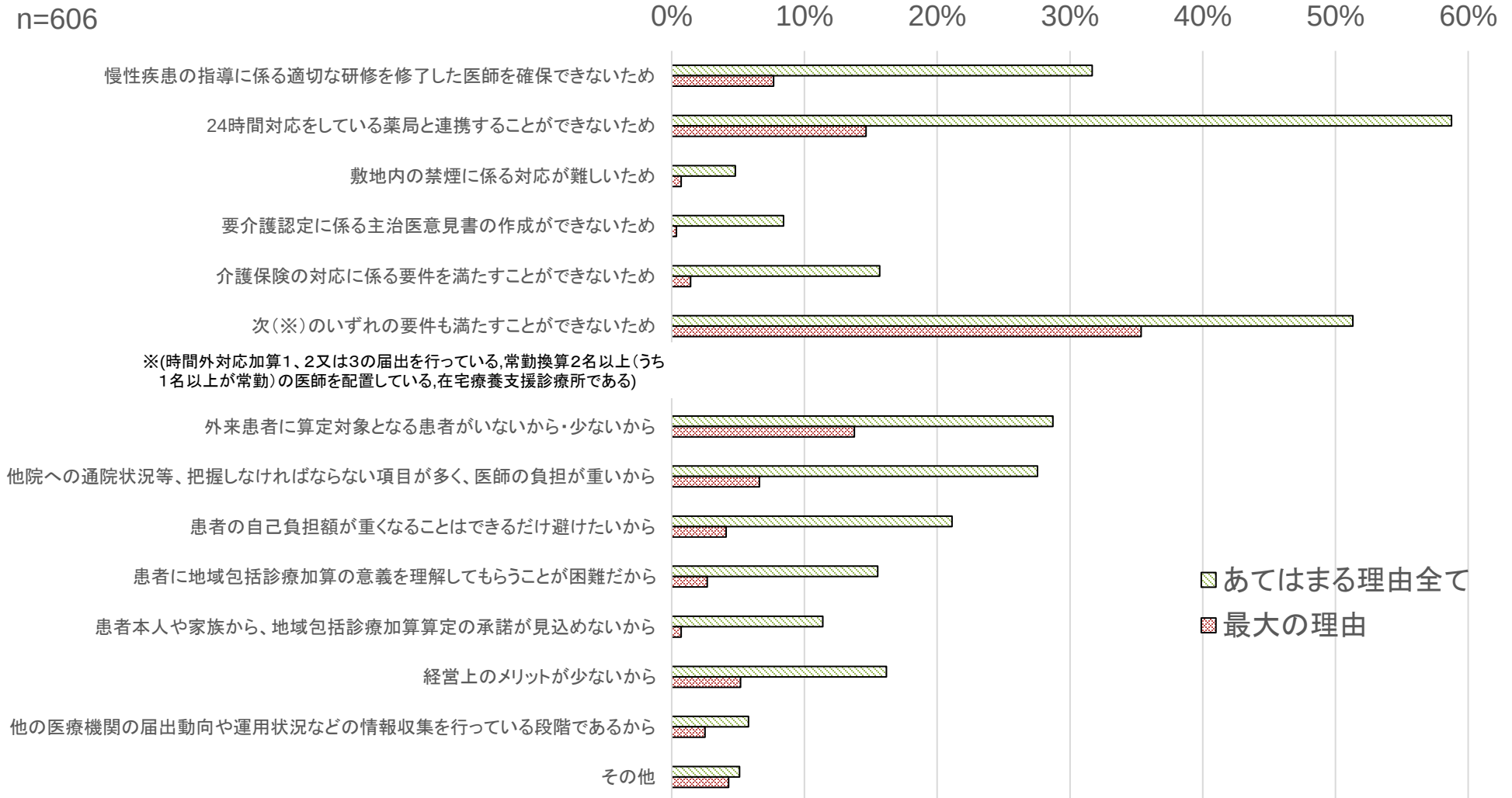


■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出していない理由

診調組 入 - 1
5 . 6 . 8

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



地域包括診療料・加算算定施設の疾病別患者数

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

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

地域包括診療料・加算等の算定患者の主傷病名

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

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	地域包括患者の全算定回数		1,768,637	100.0%
再掲	糖尿病		215,559	12.2%
	脂質異常症		182,258	10.3%
	高血圧症		512,935	29.0%
	心不全		101,556	5.7%
	慢性腎臓病		41,972	2.4%
	認知症		14,483	0.8%
1	高血圧症	I10	484,696	27.4%
2	2型糖尿病	E11	114,176	6.5%
3	糖尿病	E14	100,779	5.7%
4	高コレステロール血症	E780	77,776	4.4%
5	慢性心不全	I509	68,291	3.9%
6	狭心症	I209	68,045	3.8%
7	慢性胃炎	K295	54,721	3.1%
8	高脂血症	E785	51,910	2.9%
9	脂質異常症	E785	47,707	2.7%
10	気管支喘息	J459	30,721	1.7%
11	慢性腎不全	N189	29,134	1.6%
12	本態性高血圧症	I10	28,096	1.6%
13	脳梗塞	I639	22,465	1.3%
14	非弁膜症性心房細動	I489	18,440	1.0%
15	** 未コード化傷病名 **		17,027	1.0%
16	心不全	I509	16,617	0.9%
17	甲状腺機能低下症	E039	16,279	0.9%
18	脂肪肝	K760	14,569	0.8%
19	胃潰瘍	K259	13,696	0.8%
20	慢性肝炎	K739	13,492	0.8%
21	脳梗塞後遺症	I693	13,384	0.8%
22	心房細動	I489	12,635	0.7%

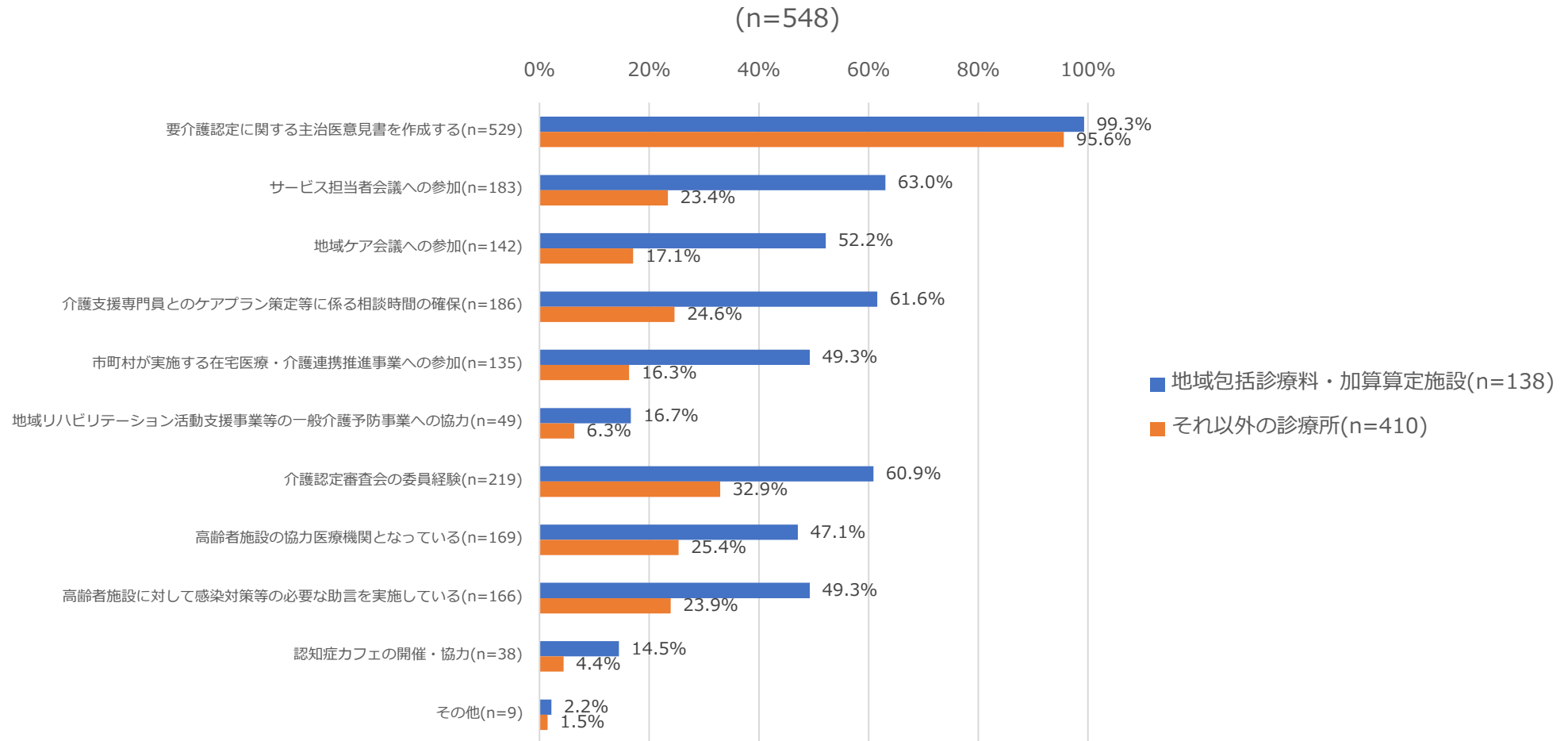
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
23	うつ血性心不全	I500	12,066	0.7%
24	胃炎	K297	10,988	0.6%
25	慢性気管支炎	J42	10,527	0.6%
26	アルツハイマー型認知症	G309	10,159	0.6%
27	COVID-19	U071	8,930	0.5%
28	慢性腎臓病	N189	7,604	0.4%
29	不整脈	I499	7,182	0.4%
30	便秘症	K590	6,960	0.4%
31	陳旧性心筋梗塞	I252	6,712	0.4%
32	腰痛症	M5456	6,598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

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

診療所における介護連携の状況

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

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



生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

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

	生活習慣病管理料（Ⅰ） 月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料（Ⅱ） 月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	- 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可） - 第1部医学管理等（ただし、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。） - 第3部検査 - 第6部注射 - 第13部病理	- 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可） - 第1節医学管理料等（ただし、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料（Ⅰ）、電子的診療情報評価料、診療情報提供料（Ⅱ）、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料は併算定可能。）
主な算定要件	- 初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 - 糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 - 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと。（総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。） - 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。 - 算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力を行う。 - 糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。	
(療養計画書)	（初回）療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。 （継続）療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。 - 電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。	
主な施設基準	- 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応が可能であること院内掲示する。	

・令和6年3月28日付け保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。

（答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

生活習慣病に係る評価の経緯

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

特定疾患療養管理料の対象疾患の経緯

平成4年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、狭心症、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	
平成6年	結核、新生物（良性新生物、上皮内癌、性状不詳の新生物及び性質の明示されない新生物を除く。）、甲状腺の障害、糖尿病、脂質代謝障害、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、慢性気管支炎、肺気腫、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、慢性肝疾患及び肝硬変、慢性膵炎	・「脂質異常症」を追加 ・「狭心症」を「虚血性心疾患」に拡大
平成8年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎	・病名の大幅変更
平成10年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常	・「思春期早発症」、「性染色体異常」を追加
令和6年	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群	・「高血圧性疾患」「糖尿病」を除外 ・脂質異常症等を遺伝性疾患に限る ・「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」を追加

特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組 入－1
5 . 7 . 2 0

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

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

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

特定疾患療養管理料に係る主傷病名

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

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

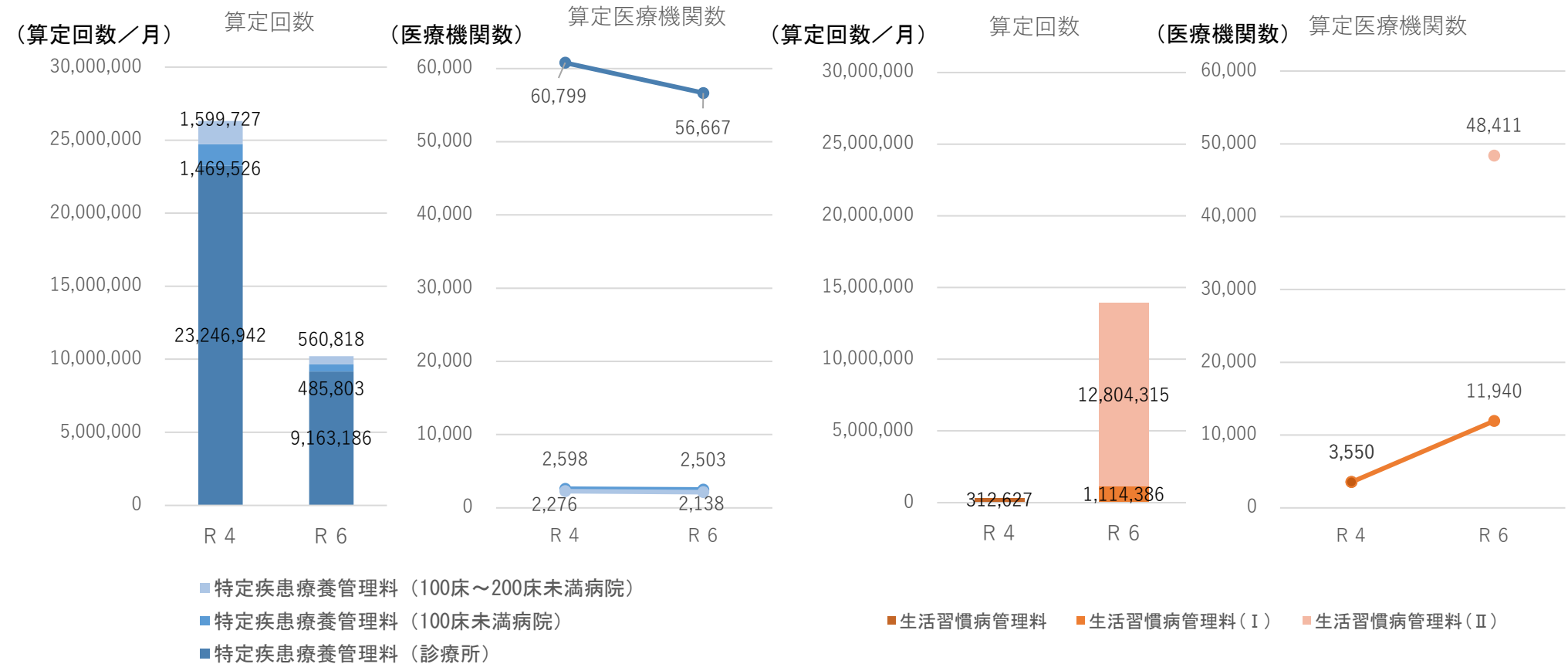
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
23	バセドウ病	E050	84,906	0.8%
24	アレルギー性鼻炎	J304	80,952	0.8%
25	高脂血症	E785	74,109	0.7%
26	陳旧性心筋梗塞	I252	72,634	0.7%
27	慢性閉塞性肺疾患	J449	69,913	0.7%
28	不整脈	I499	69,295	0.6%
29	慢性腎不全	N189	67,587	0.6%
30	心室期外収縮	I493	66,573	0.6%
31	急性気管支炎	J209	64,049	0.6%
32	2型糖尿病	E11	62,630	0.6%
33	萎縮性胃炎	K294	62,511	0.6%
34	C O V I D - 1 9	U071	61,629	0.6%
35	甲状腺機能亢進症	E059	61,220	0.6%
36	橋本病	E063	60,980	0.6%
37	発作性心房細動	I480	53,602	0.5%
38	脂質異常症	E785	52,327	0.5%
39	頻脈性不整脈	R000	47,368	0.4%
40	家族性高コレステロール血症	E780	46,864	0.4%
41	虚血性心疾患	I259	44,625	0.4%
42	便秘症	K590	44,268	0.4%
43	急性上気道炎	J069	43,994	0.4%
44	虚血性脳血管障害	I678	42,059	0.4%
45	逆流性食道炎	K210	41,871	0.4%
46	陳旧性脳梗塞	I693	41,047	0.4%
47	胃癌	C169	40,560	0.4%
48	内頸動脈狭窄症	I652	39,167	0.4%
49	喘息性気管支炎	J459	38,988	0.4%
50	心筋梗塞	I219	37,651	0.4%

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料等の算定状況

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

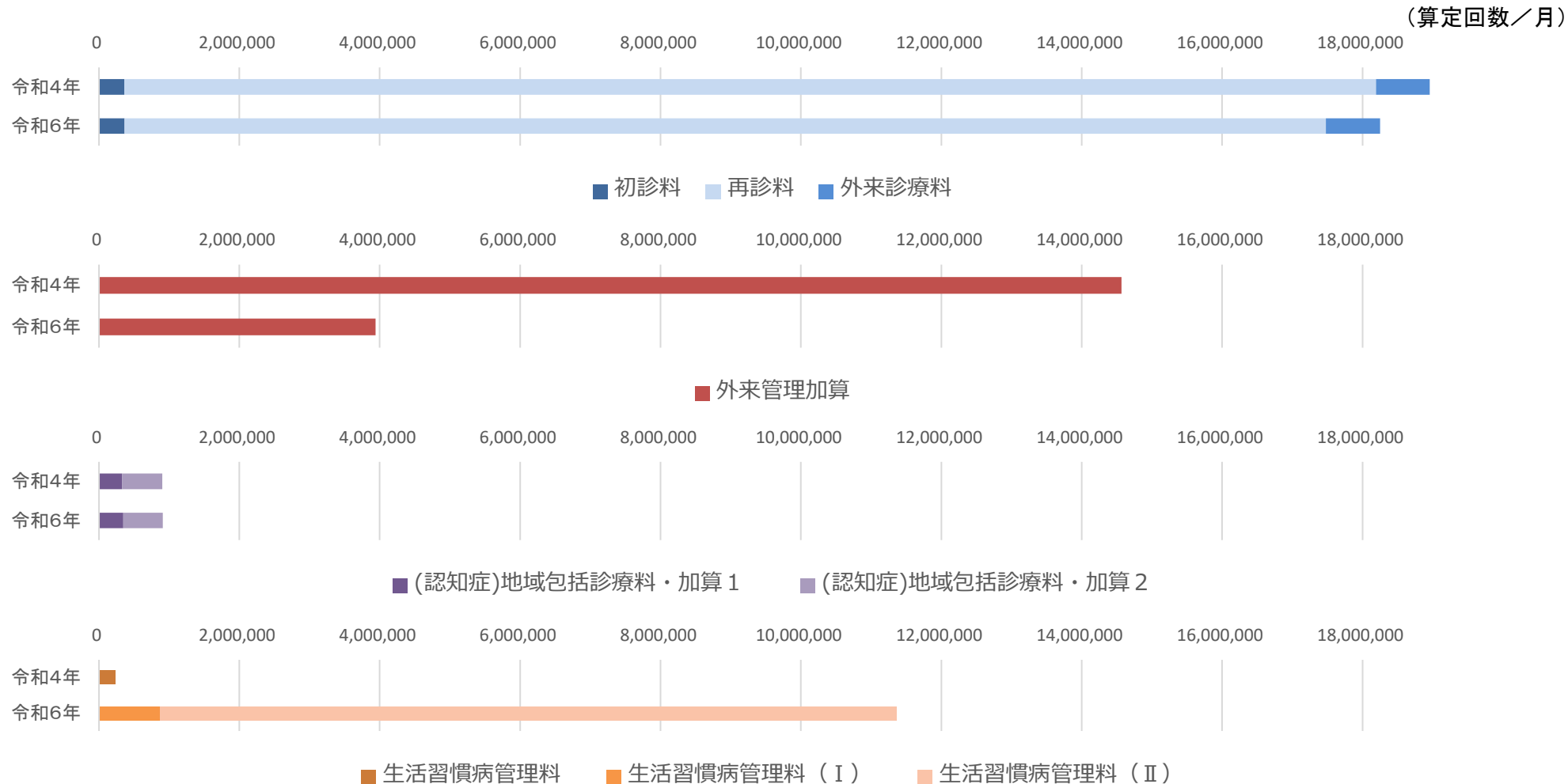
特定疾患療養管理料

生活習慣病管理料等



生活習慣病患者の外来診療における算定状況

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



高齢者の生活習慣病管理の特徴

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

第7章 高齢者

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

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

第8章 高齢者高血圧

1. 高齢者高血圧の特徴

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

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

19章 高齢者の糖尿病（認知症を含む）

Q 19-1 高齢者糖尿病はどのような特徴があるか？

【ポイント】

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

高齢者の糖尿病治療目標

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

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）

高齢者糖尿病診療ガイドライン2023 （日本老年医学会・日本糖尿病学会）

コントロール目標値 注4)			
目 標	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
- 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7.0%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。
- 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
- 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

図3 血糖コントロール目標

65歳以上については「19章. 高齢者の糖尿病」を参照

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

患者の特徴・健康状態 注1)	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし 注2)	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり 注3)	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)

図1 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）

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

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

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

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

【重要な注意事項】

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

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の療養計画書

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

(別紙様式9)

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

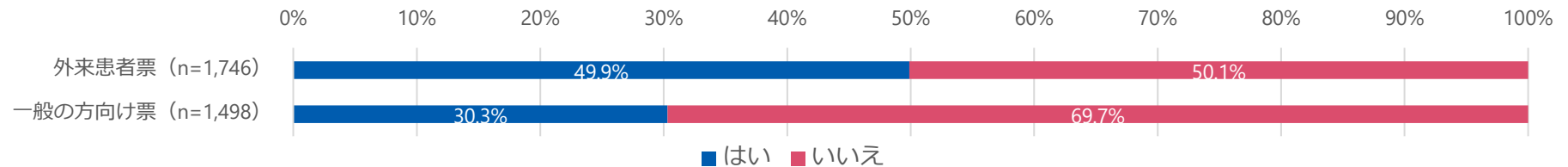
(別紙様式9の2)

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

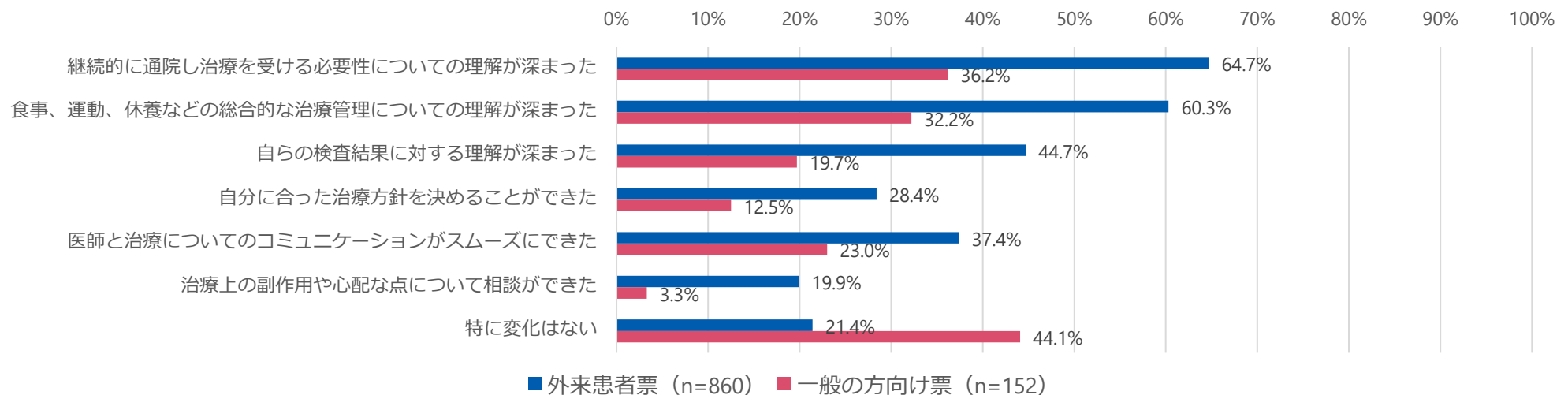
- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、交付を受けたことによる変化を聞いたところ、外来患者票では、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった」が多く、一般の方向け票では、「特に変化はない」「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」が多かった。

（「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院している場合）

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



（交付を受けた場合）療養計画書の交付を受けたことによる変化について



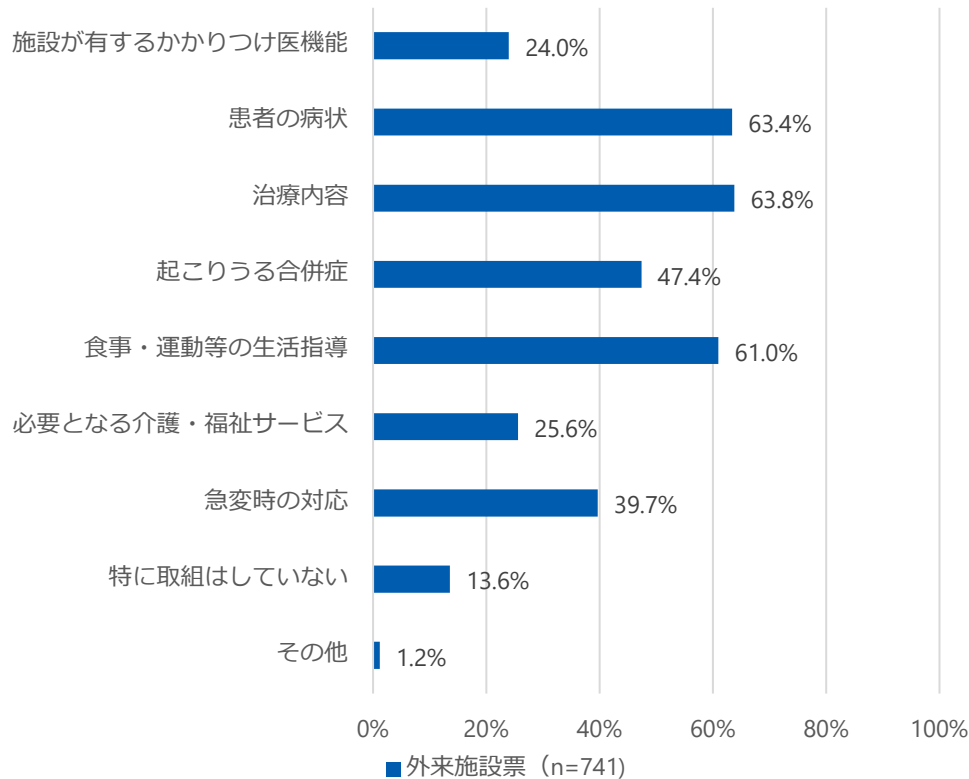
書面を用いて外来患者へ説明する内容

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

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

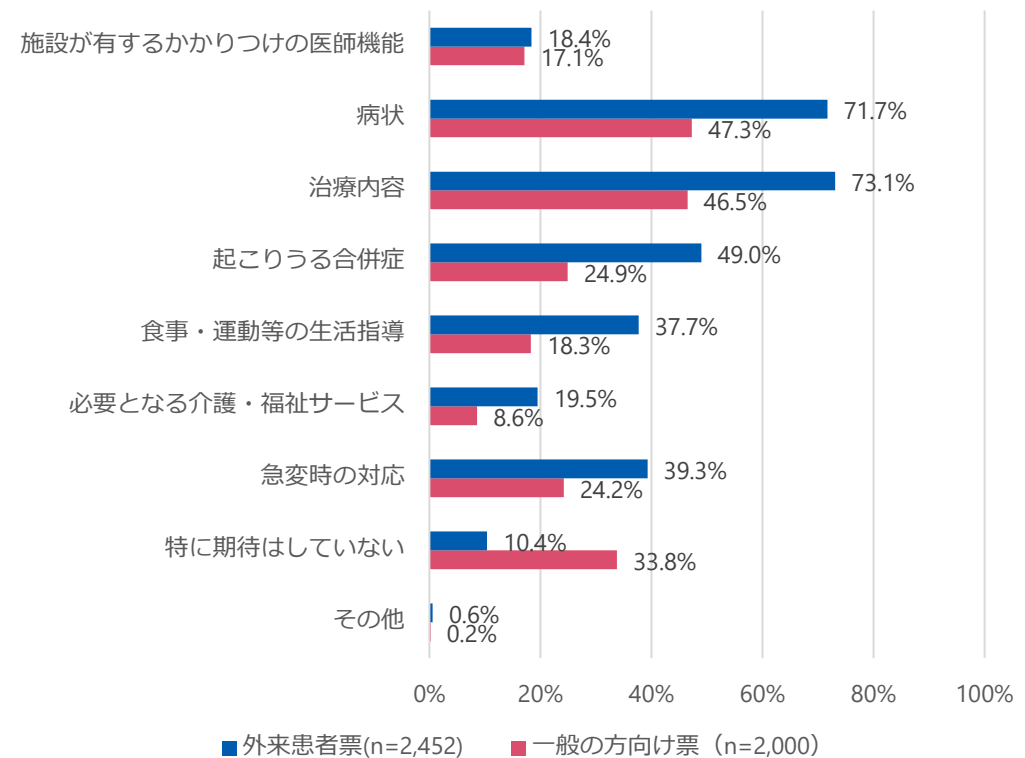
(医療機関対象)

書面を用いて患者へ説明する内容について



(外来患者・一般の方対象)

かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するか

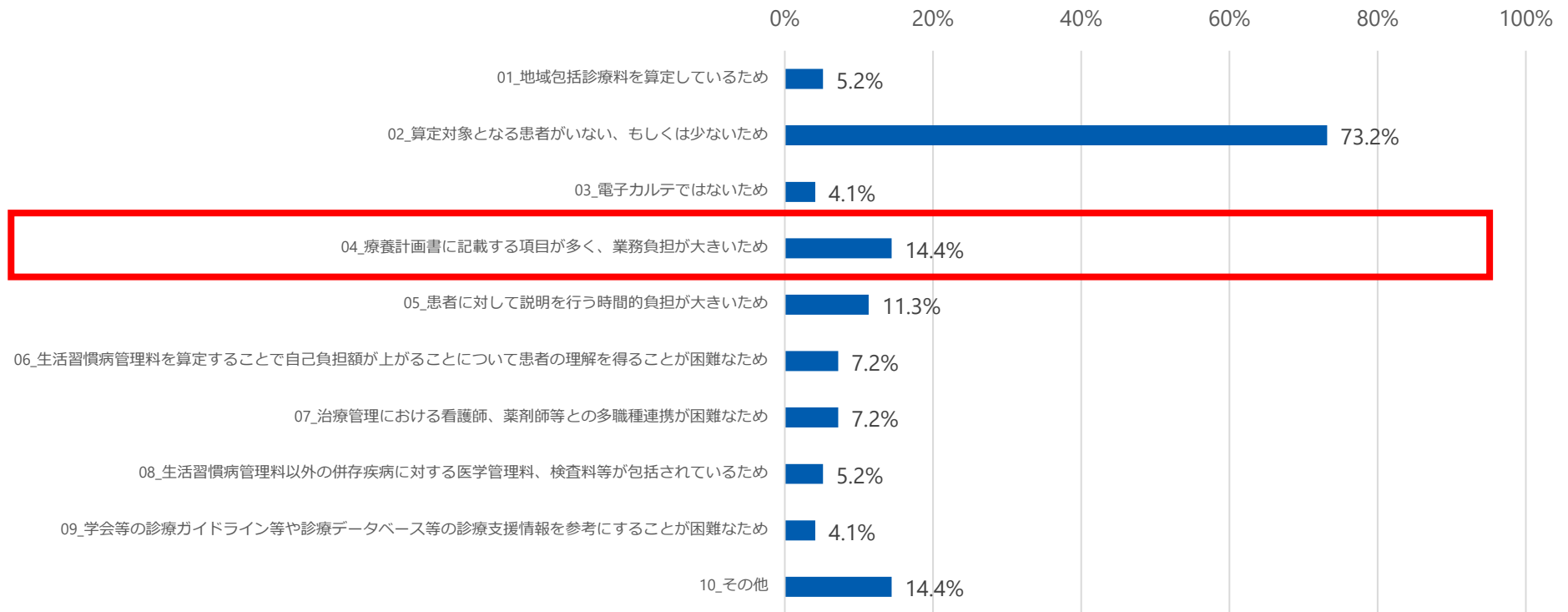


生活習慣病管理料を算定していない理由

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

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

生活習慣病管理料を算定していない理由 (n=97)

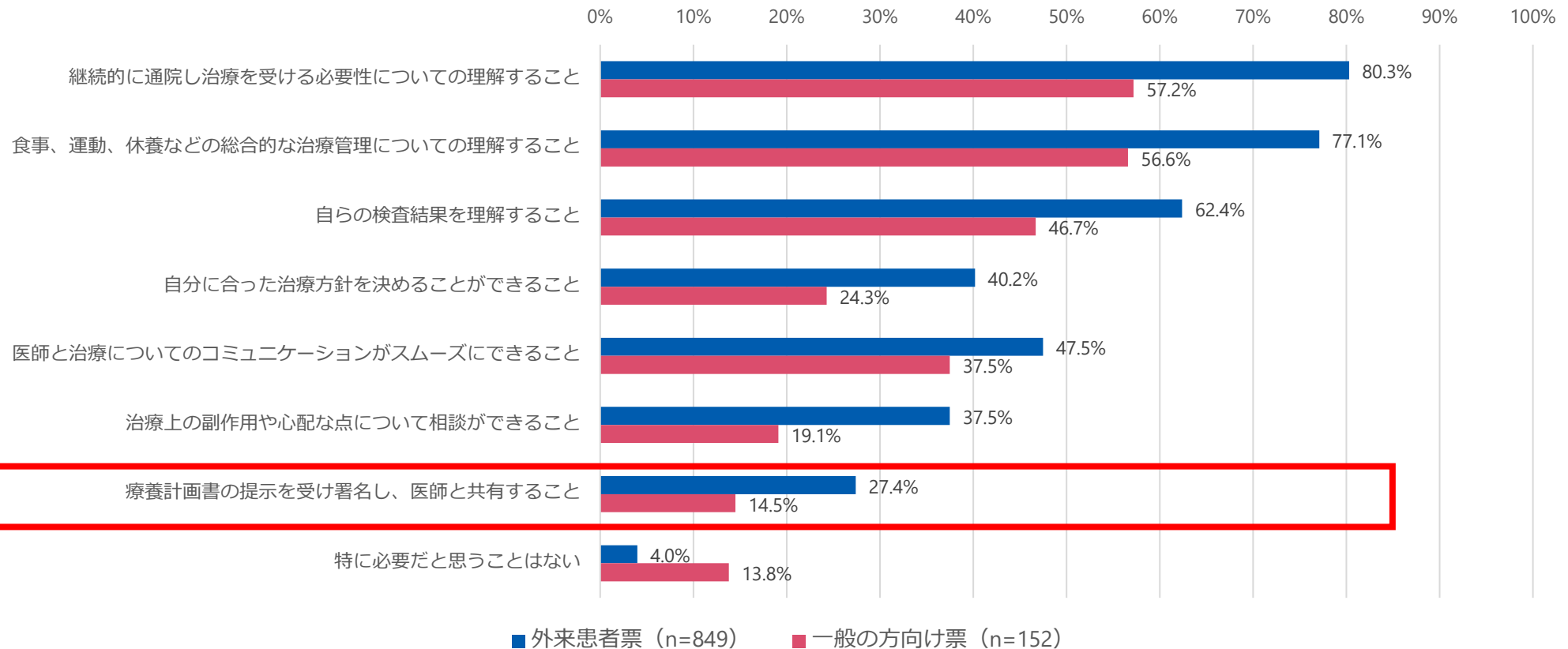


その他（自由記載欄）の主な記載例（一部要約）

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

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

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



生活習慣病の治療継続の必要性

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

4.4 薬物療法のフォローアップ

BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

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

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

4.6 アドヒアランス、Treat to Target

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

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

BQ25 服薬アドヒアランスに影響する因子は何か？

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

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

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

（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

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

糖尿病の重症化予防に向けた取組

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

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

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

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

② 医療機関に求められる事項

（中略）

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

（中略）

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

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

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（抜粋）

4. 地域における関係機関との連携

（中略）

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

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

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る分析結果

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

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

2.3 ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証

2.3.3 結果

(1) 分析1：透析導入や糖尿病性腎症病期の悪化要因の分析

（中略）

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

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

（中略）

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

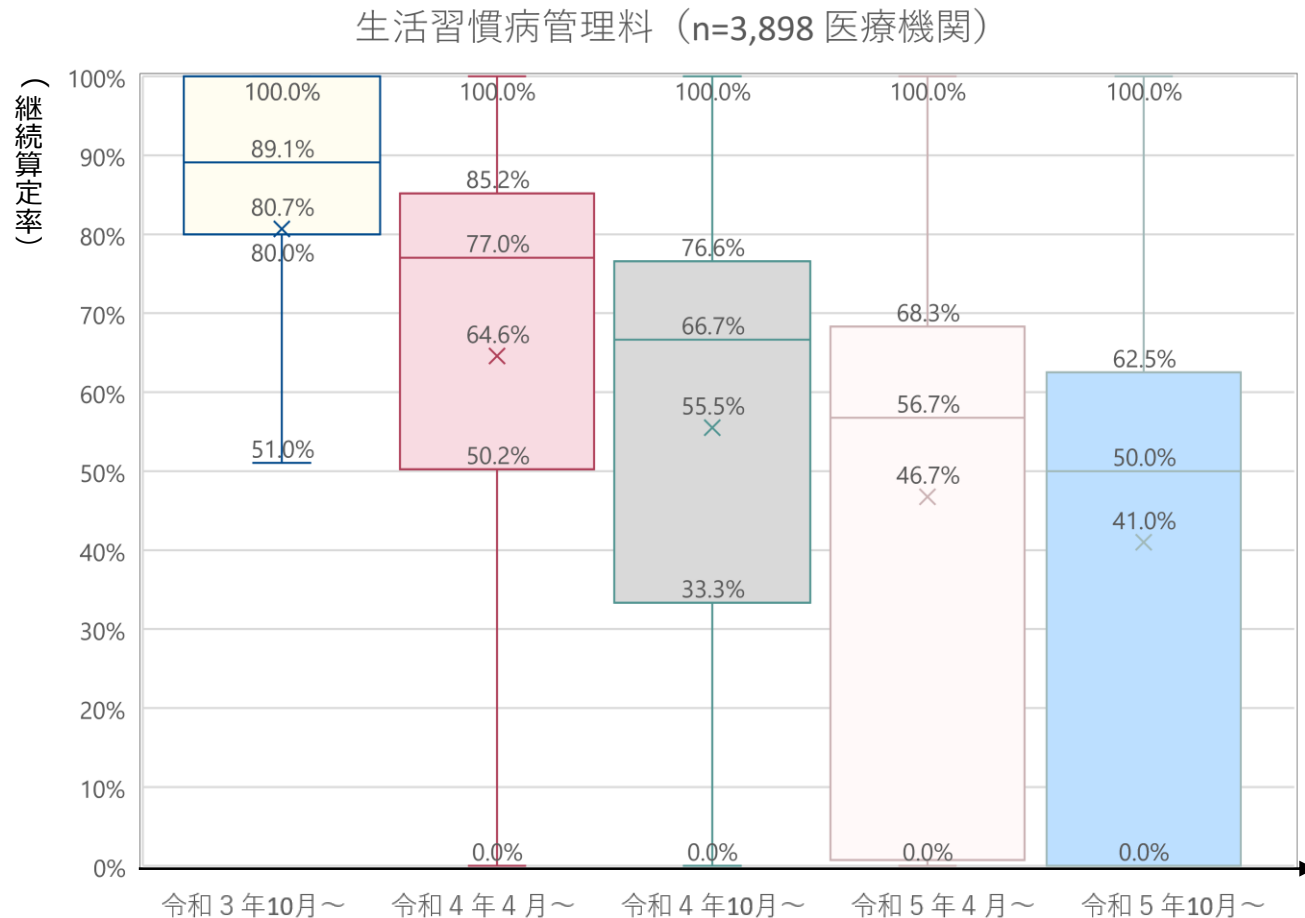
はじめに、実事業（3）で用いた NDB データにおける 2018 年度の特定健診受診者数、糖尿病該当者数、同年度医療機関受診者数、翌年度医療機関受診者数、同年度継続受診者数、翌年度継続受診者数を示す（図表 2-3-2）。（中略）

図表 2-3-2 受診に関する基礎集計（人数・割合）全体（一部抜粋）

	性別	全年齢 (40-7 歳)	40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
糖尿病該当者数 /特定健診受診者数(%)	男	12.0	4.1	6.8	10.3	14.0	17.3	19.7	21.4
	女	5.7	1.4	2.2	3.5	5.2	7.3	9.6	11.9
	総数	9.1	3.0	4.9	7.4	10.1	12.7	14.5	16.3
同年度医療機関受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	78.1	63.7	68.3	73.1	77.5	80.3	83.5	86.0
	女	80.9	65.2	69.8	74.6	78.5	81.4	84.1	85.9
	総数	78.9	64.0	68.6	73.4	77.7	80.6	83.7	85.9
翌年度医療機関受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	77.9	66.8	71.2	75.2	78.9	76.2	81.6	85.0
	女	80.5	66.2	70.9	75.7	78.3	78.8	84.0	85.0
	総数	78.6	66.7	71.1	75.3	78.7	76.9	82.4	85.0
同年度継続受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	62.8	44.0	50.5	56.9	62.8	62.9	69.3	74.9
	女	65.7	45.8	51.1	55.9	61.2	64.0	70.0	74.1
	総数	63.6	44.4	50.6	56.7	62.5	63.2	69.5	74.6
翌年度継続受診者数 /糖尿病該当者数(%)	男	65.0	50.9	56.6	62.1	65.6	63.5	71.0	72.4
	女	68.1	51.7	57.0	61.9	65.3	66.8	73.9	71.8
	総数	65.9	51.1	56.7	62.0	65.6	64.4	72.0	72.2

生活習慣病管理料の継続算定率

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

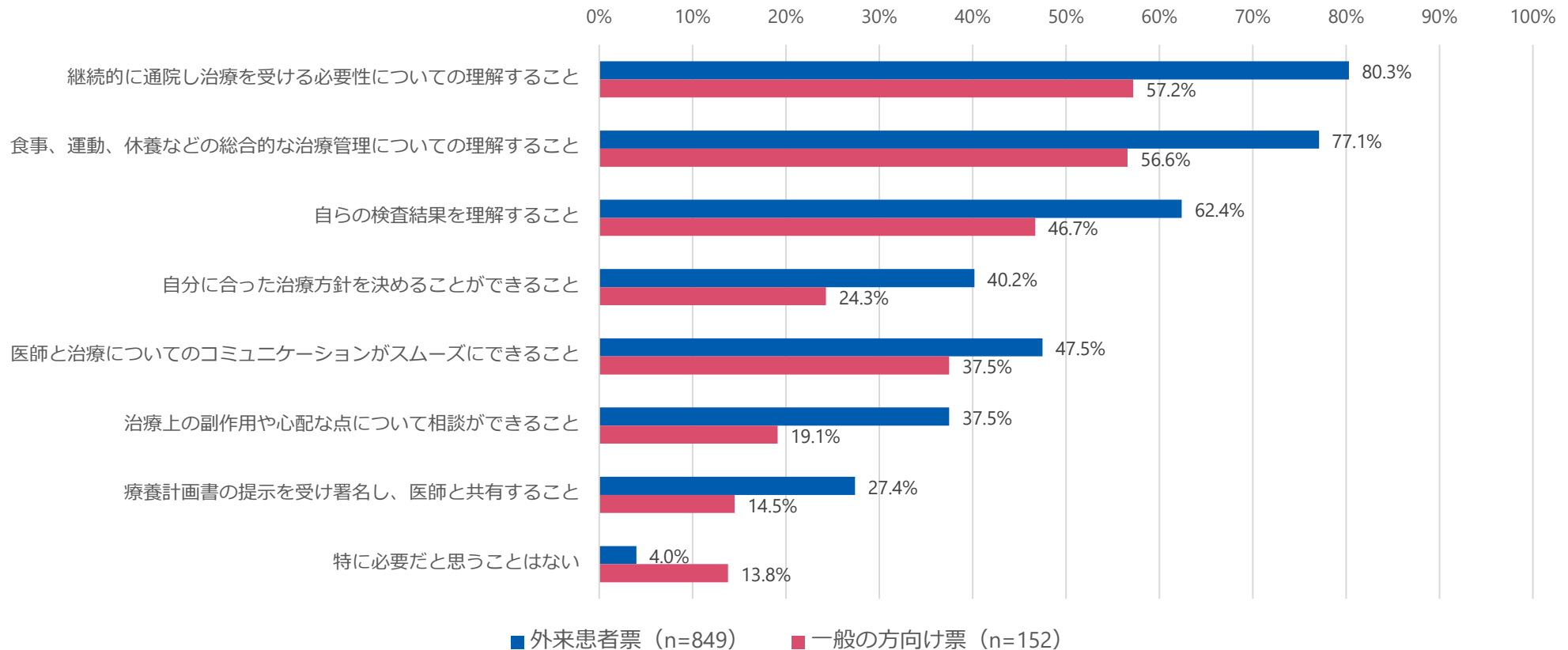


生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うこと（再掲）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

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

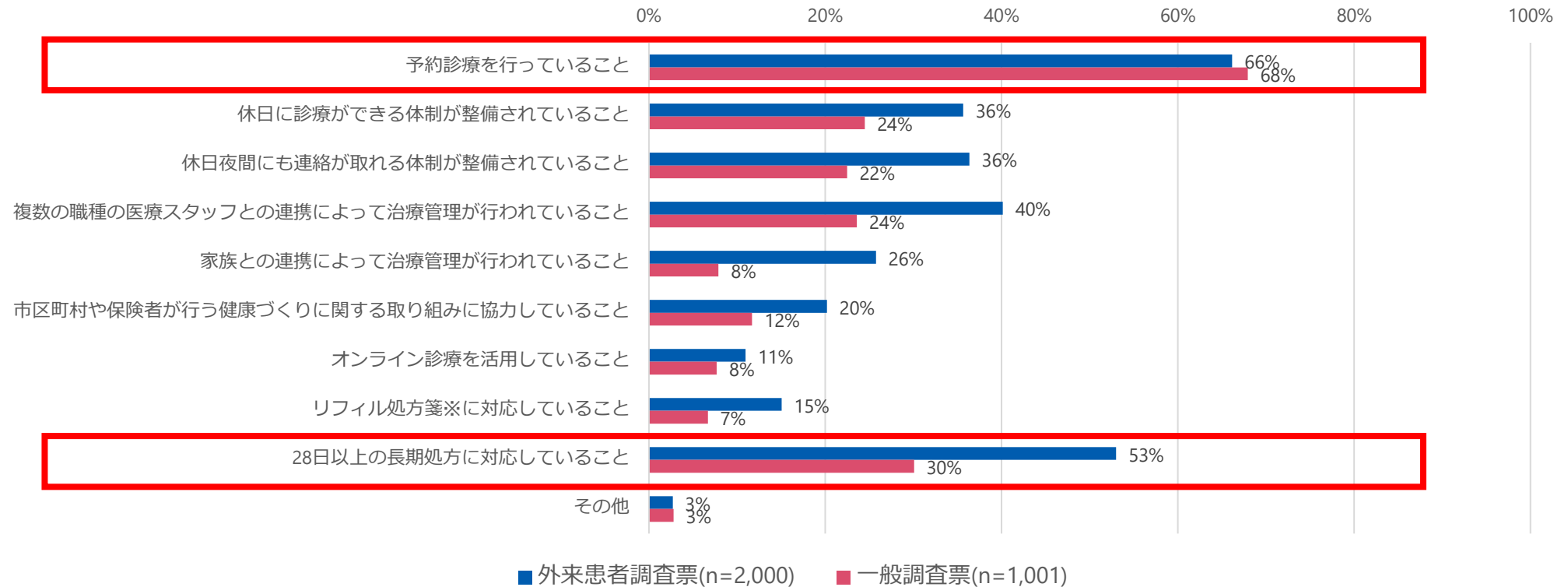


定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

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



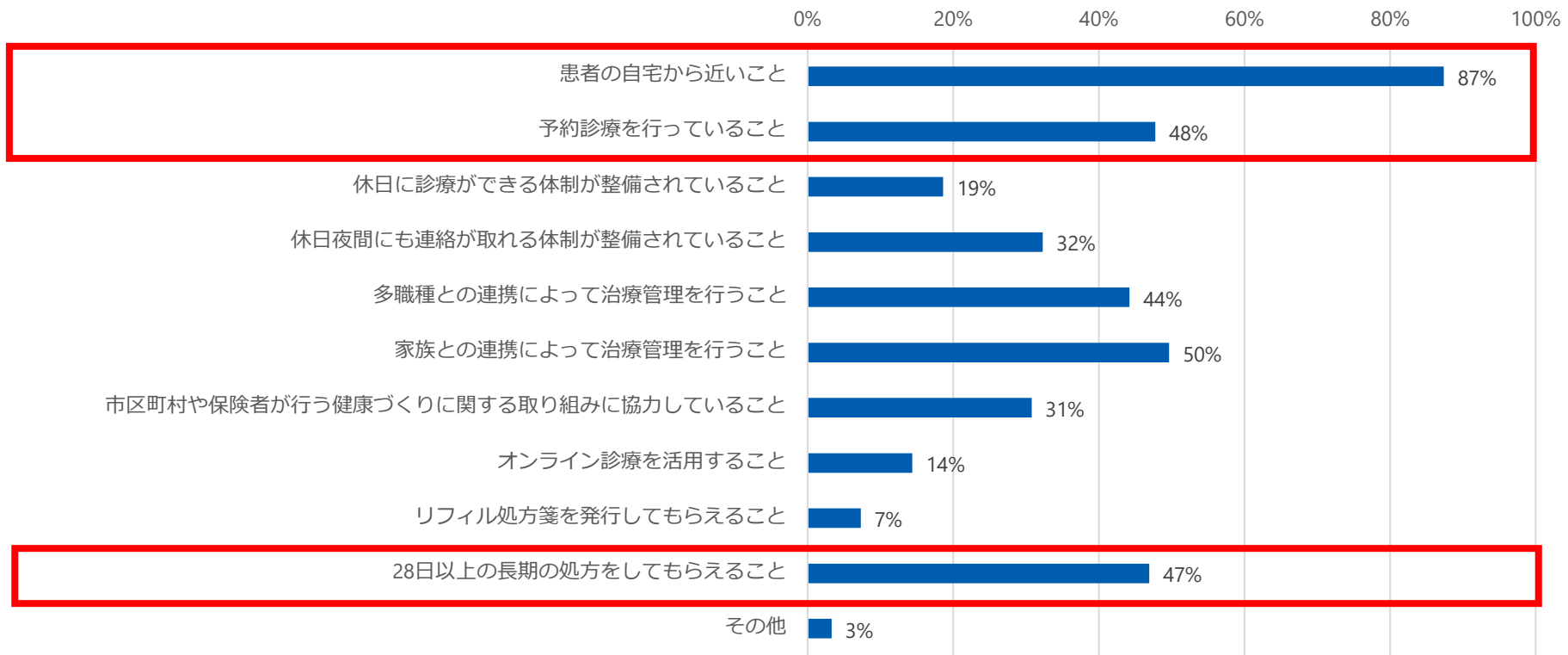
※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

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



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

生活習慣病患者の紹介

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

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 (日本動脈硬化学会)

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

1. 血糖コントロール改善・治療調整

- 薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合(血糖コントロール目標※1)が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい。

※1. 血糖コントロール目標

- 新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。
○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。
○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
○感染症が合併している場合。

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

- 食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。

3. 慢性合併症

- 慢性合併症(網膜症、腎症※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。
○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。

4. 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。
○ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるので速やかに紹介することが望ましい)。

5. 手術

- 待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。
○緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。

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

Step 1c 専門医への紹介必要性の判断

- ①脳卒中／一過性脳虚血発作・冠動脈疾患・心房細動等の不整脈・大動脈疾患や末梢動脈疾患の既往や合併が疑われる場合

②高血圧

二次性高血圧疑い(若年発症・急激な発症など)、妊娠高血圧症候群、高血圧緊急症・切迫症疑い(未治療で拡張期血圧 ≥ 120 mmHg)、治療抵抗性高血圧(治療中ではあるが $\geq 180/110$ mmHg または 3 剤併用でも降圧目標未達成)

③糖尿病

1 型糖尿病、HbA1c $\geq 8.0\%$ 、空腹時血糖 ≥ 200 mg/dL (または随時血糖 ≥ 300 mg/dL)、急性合併症(高血糖緊急症)、妊娠糖尿病

④脂質異常症

LDL-C ≥ 180 mg/dL、HDL-C < 30 mg/dL、空腹時 TG ≥ 500 mg/dL、non-HDL-C ≥ 210 mg/dL、原発性高脂血症疑い、二次性(続発性)脂質異常症疑い

⑤慢性腎臓病(CKD)

タンパク尿と血尿を両方認める CKD 患者。
eGFR < 45 mL/min/1.73 m² (G3b ～ 5)、またはタンパク尿区分 A3 (糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 300 mg/gCr 以上の場合、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.5 g/Cr 以上)。40歳未満や A2区分(糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 30～299 mg/gCr、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.15～0.49 g/Cr)では、eGFR45～59でも紹介することが望ましい。

⑥肥満

高度肥満(BMI ≥ 35)、二次性肥満(症候性肥満)疑い

生活習慣病を主病とする患者の状況

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

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

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

注) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院を対象として集計。

かかりつけ医機能

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

制度施行に向けた基本的な考え方

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

制度施行に向けた基本的な考え方

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

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

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

※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

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

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等**

地域における協議の場での協議

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

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

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

医療DXによる情報共有基盤の整備

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

患者等への説明

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

施行に向けた今後の取組

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

かかりつけ医機能に係る主な評価について

① 体制整備に対する評価	
時間外対応加算 (平成24年度改定で新設)	地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するもの。 【届出医療機関数(令和5年)】(加算1) 診療所 11,354 (加算2) 診療所 15,943 (加算3) 診療所 364
機能強化加算 (平成30年度改定で新設)	- 専門医療機関への受診の要否の判断、一元的な服薬管理等を含めた、診療機能を評価する加算。(初診料加算) - 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制(地域包括診療料・加算や小児かかりつけ診療料等の届出や保健福祉サービスを担う医師の配置等)が整備されている必要がある。 【届出医療機関数(令和5年)】病院 1,289 診療所 13,518
在宅療養支援診療所・病院 (平成18年度改定で新設)	地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価。(在宅時医学総合管理料等で高い評価を設定) 【届出医療機関数(令和5年)】病院 2,021 診療所 14,755
② 診療行為に対する評価	
地域包括診療料・加算 (平成26年度改定で新設)	- 複数の慢性疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全又は慢性腎臓病の6つのうち2つ以上)を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。(診療料は月1回の包括点数) - 上記の患者に対し、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制(研修を受けた医師等)が整備されている必要がある。 【届出医療機関数(令和5年)】(診療料) 病院 51 診療所 226 (加算) 診療所 5,956
小児かかりつけ診療料 (平成28年度改定で新設)	- 小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。 - 小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。 【届出医療機関数(令和5年)】(診療料1) 診療所 1,992 (診療料2) 病院 6 診療所 324
生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ) (令和6年度改定で再編)	- 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病患者の治療における生活習慣に関する、療養計画書を用いた総合的な治療管理の評価。 - 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。 ※ 届出不要
③ その他、連携や紹介等に対する評価	
連携強化診療情報提供料 (令和4年度改定で改称等)	「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。 ※ 届出不要
紹介割合等による減算 (平成24年度改定で新設)	紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等(注)を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料を減算する規定。(注) 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関 ※ 届出不要

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

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

時間外対応加算

地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するもの。
(平成24年度診療報酬改定において、従来の「地域医療貢献加算」を再編して新設。)

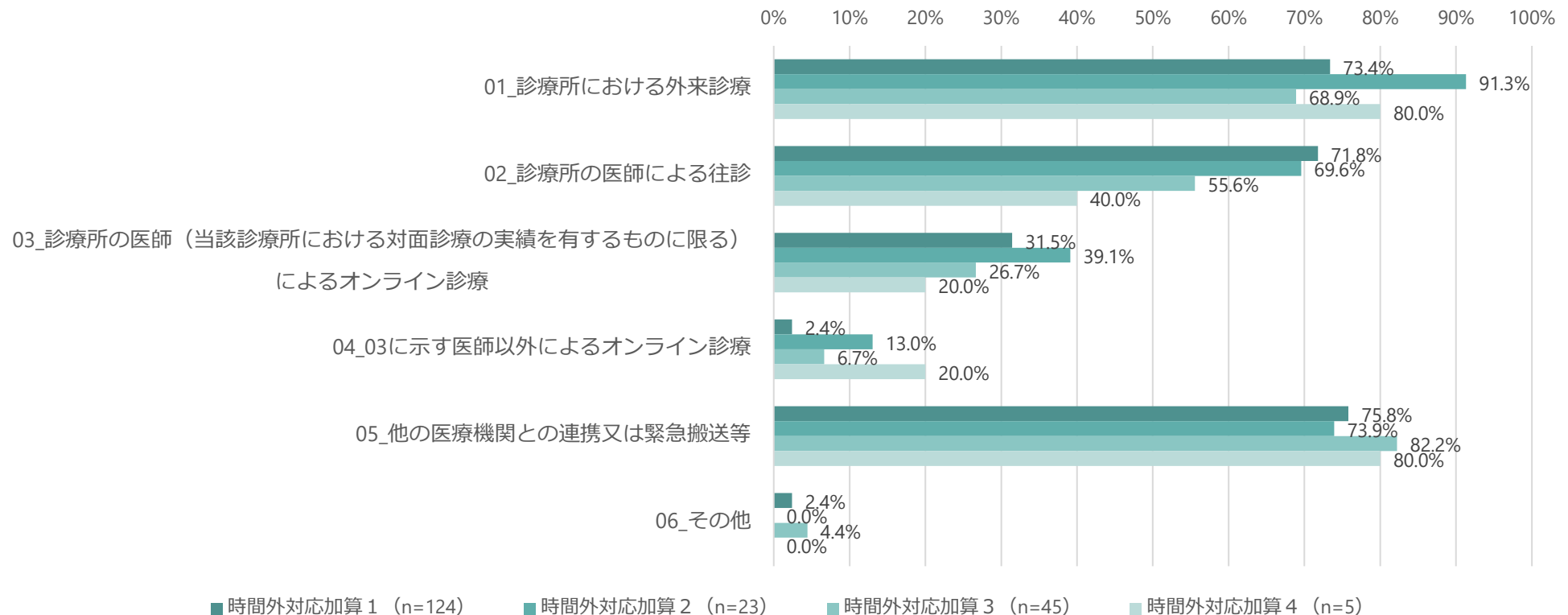
	時間外対応加算 1 5 点	時間外対応加算 2 4 点	時間外対応加算 3 3 点	時間外対応加算 4 1 点
算定対象患者	再診料を算定する患者			
対象医療機関	診療所			
主な算定要件	- 緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。 - 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。			
主な施設基準	- 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対応する体制。 - やむを得ない事由により、問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制。			
	原則として当該診療所において、常時対応できる体制。	- 常時、電話等により対応できる体制。 - 必要に応じて診療録を閲覧することができる体制。	- 標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、対応できる体制。 - 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行う等の配慮をする。	- 複数の診療所（最大で 3 診療所）による連携で対応する体制。 - 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制。 - 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行う等の配慮をする。
対応を行う者	- 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 - 週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等	当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等	- 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 - 週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等	当該診療所に勤務する医師、看護職員又は事務職員等

時間外対応加算の算定医療機関における対応

診調組 入-1参考
7. 5. 22 改

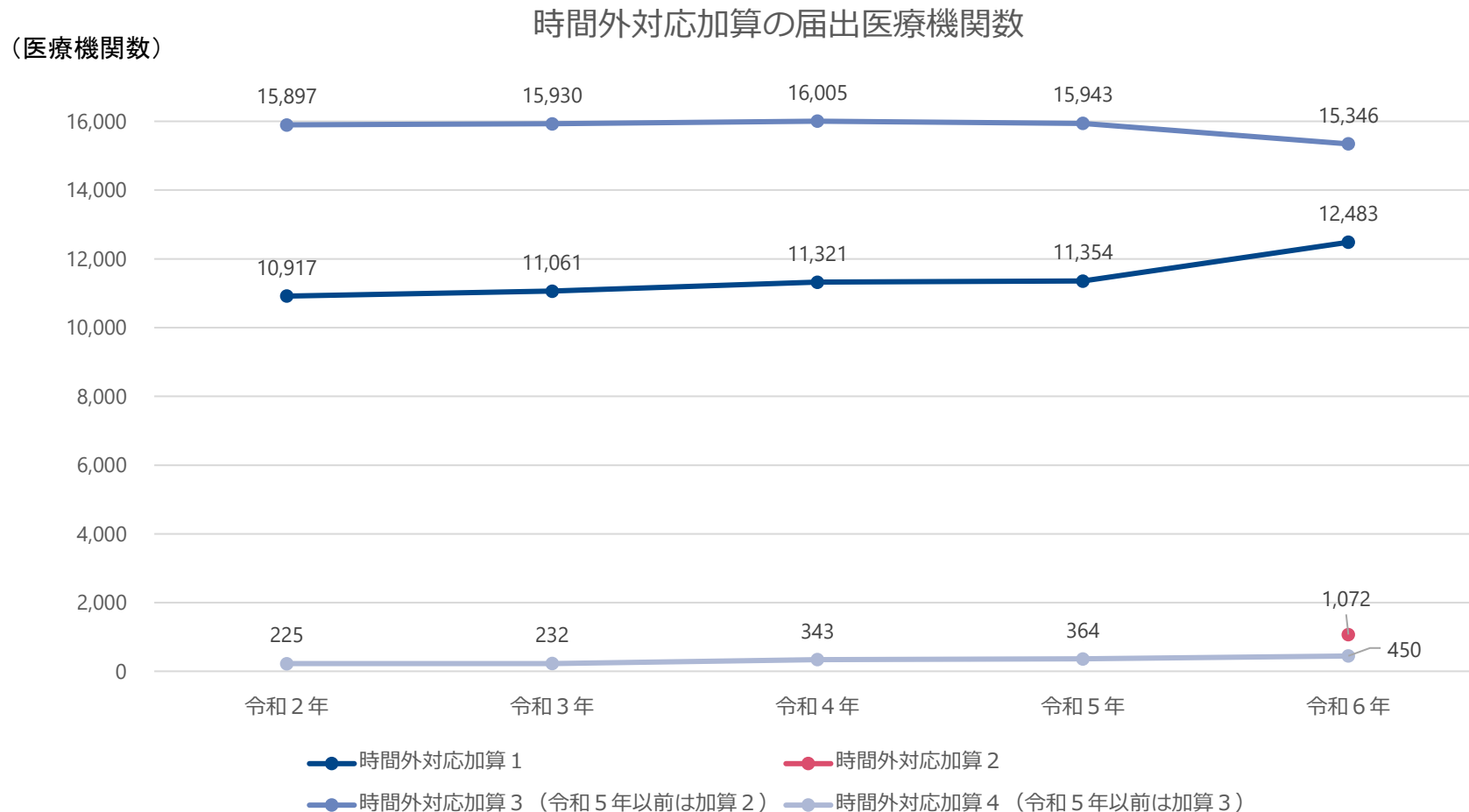
- 時間外対応加算の算定医療機関における、電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に実施可能な対応は以下のとおり。
- いずれの加算区分においても、外来診療による対応と、他の医療機関との連携又は救急搬送等が多い傾向があった。また、時間外対応加算 1、2 を算定する医療機関では、時間外対応加算 3、4 を算定する医療機関と比較して、往診が可能な医療機関が多い傾向があった。

電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に実施可能な対応



時間外対応加算の届出医療機関数

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



機能強化加算について

機能強化加算

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

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

機能強化加算の届出・実績等について

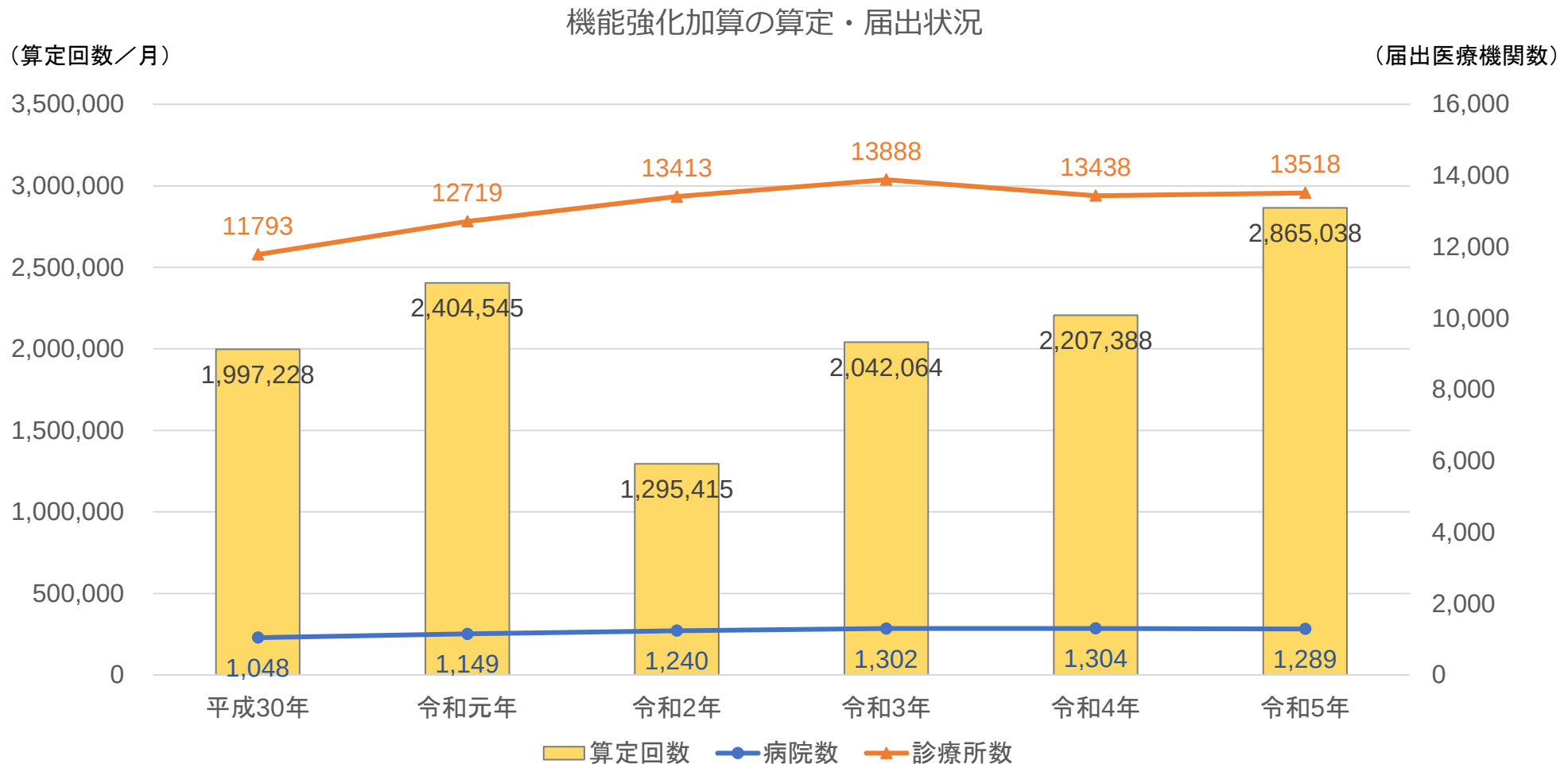
中 医 協 総 - 8
5 . 6 . 2 1

令和4年改定前	
届出・実績	次のいずれかの届出
	- 地域包括診療加算 - 地域包括診療料
	小児かかりつけ診療料
配置医師	- 在宅時医学総合管理料 - 施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)
	—

改定後	
次のいずれかを満たしていること。	
- 地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 (参考: 地域包括加算1／診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。 - 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 - 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。	以下のいずれも満たすものであること。 - 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 - 直近1年間ににおいて、次のいずれかを満たしていること。 - 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 - 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
- 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 (参考: 機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間ににおいて、 (在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 - 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。	以下のいずれも満たすものであること。 - 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 - 以下のいずれかを満たしていること。 過去1年間ににおいて、 (在支診の場合) 緊急往診の実績3件以上。 (在支病の場合) 緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 - 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力	

機能強化加算の算定・届出状況

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



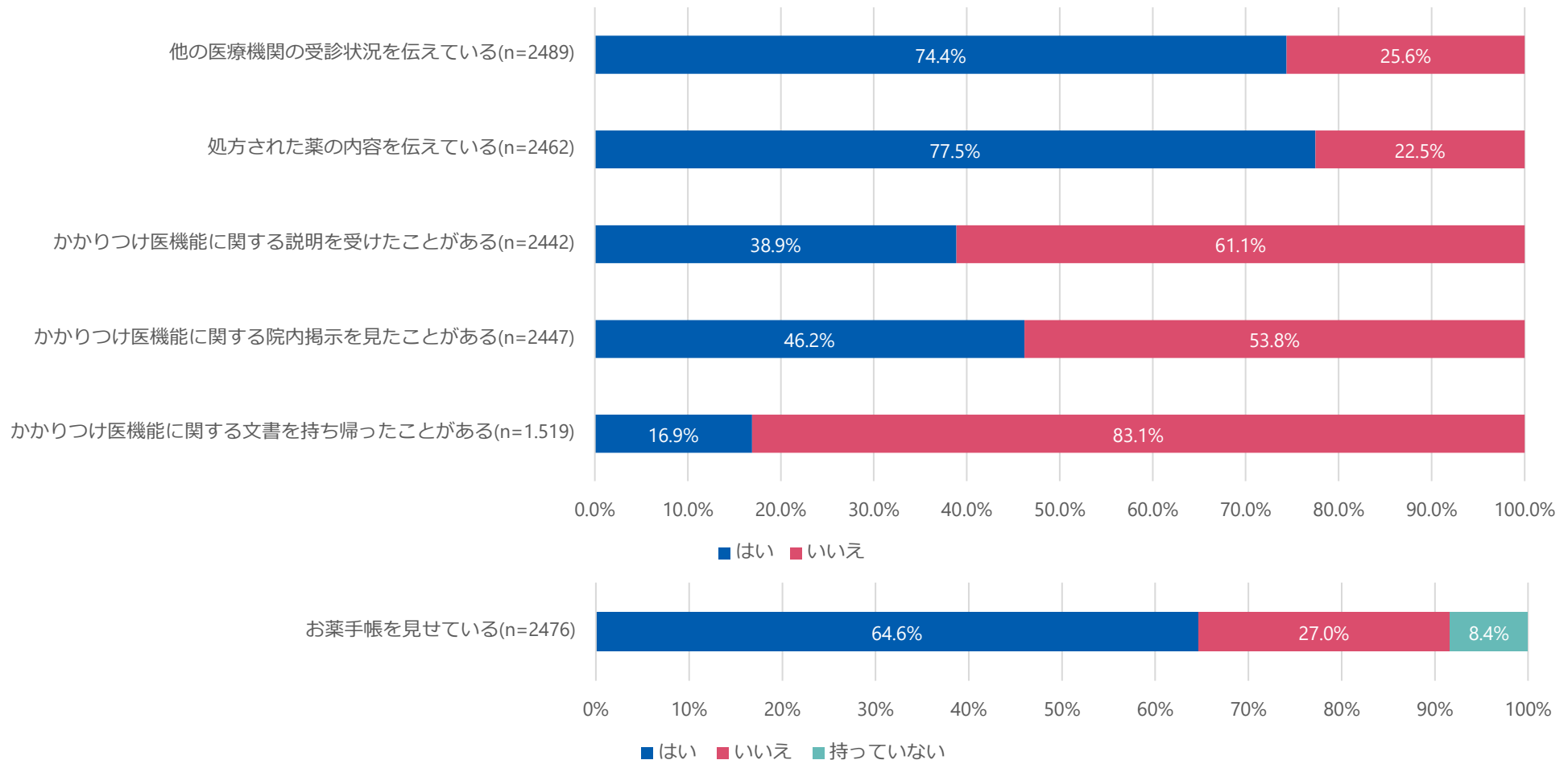
医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較

赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

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

かかりつけ医機能に関する院内掲示等（外来患者調査）

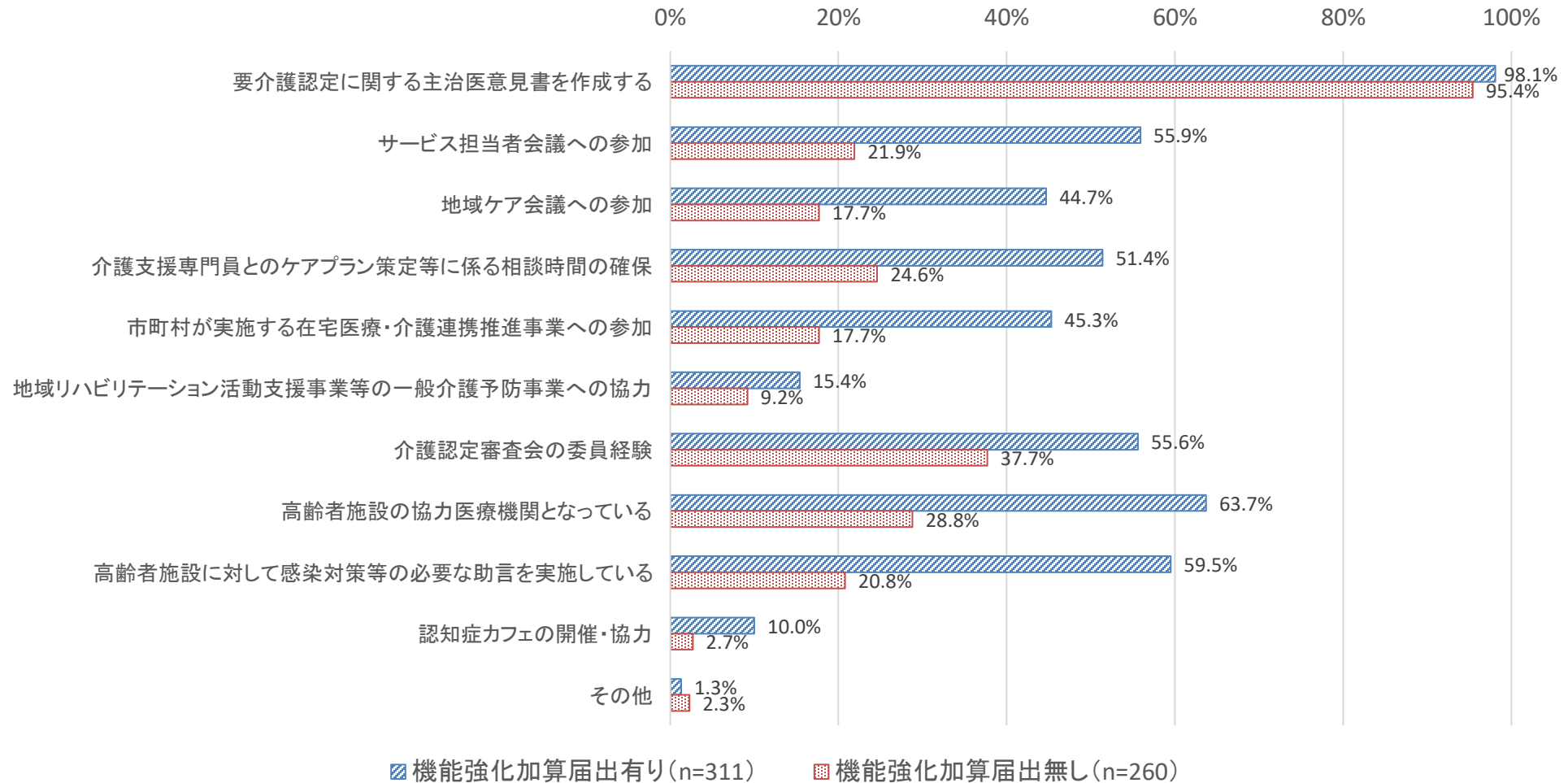
- 外来受診した医療機関において「かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある」と回答した患者は、38.9%であり、「かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある」と回答した患者は、46.2%であった。



介護との連携（機能強化加算届出有無）

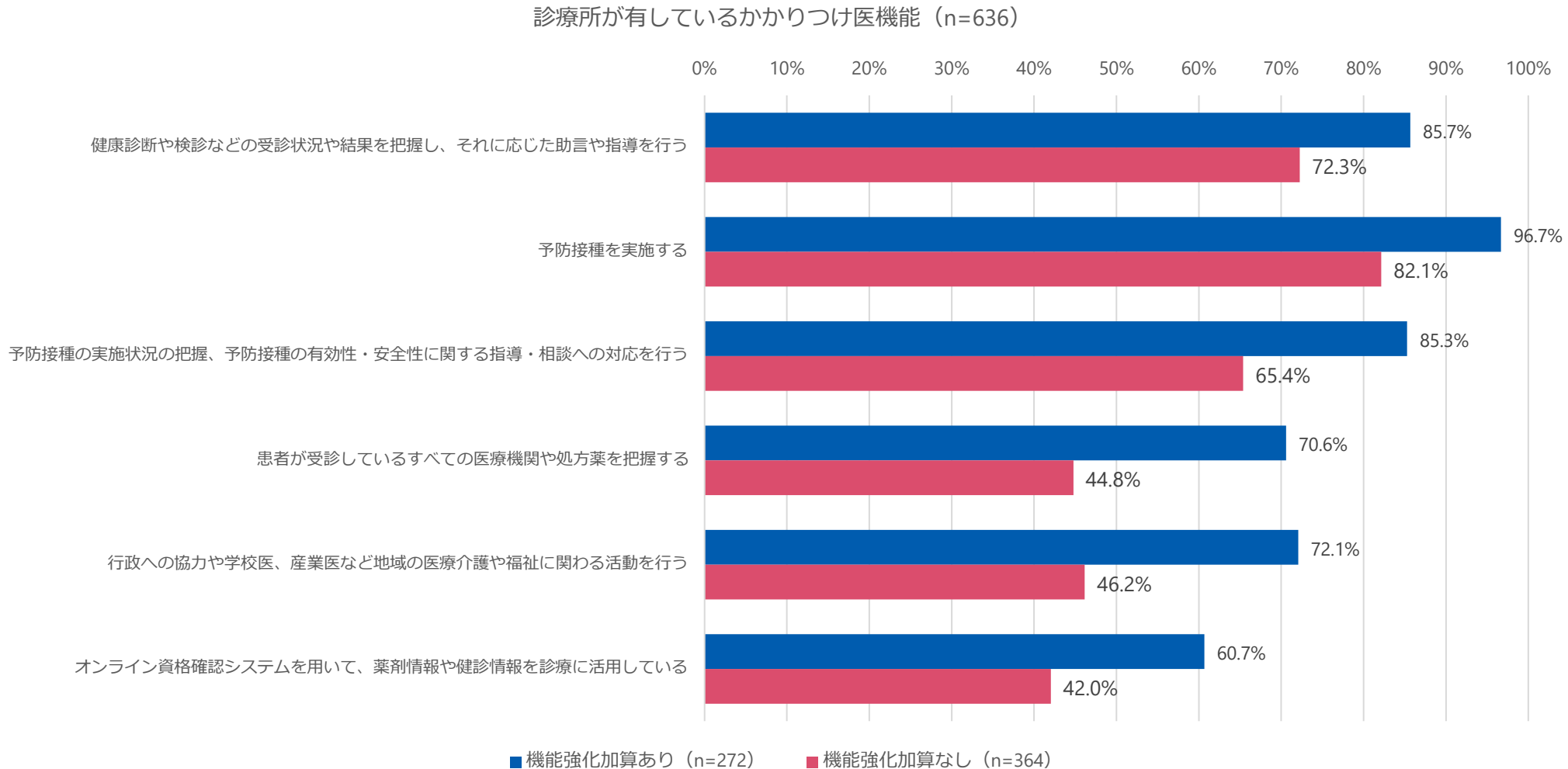
診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

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



機能強化加算届出医療機関の有するかかりつけ医機能

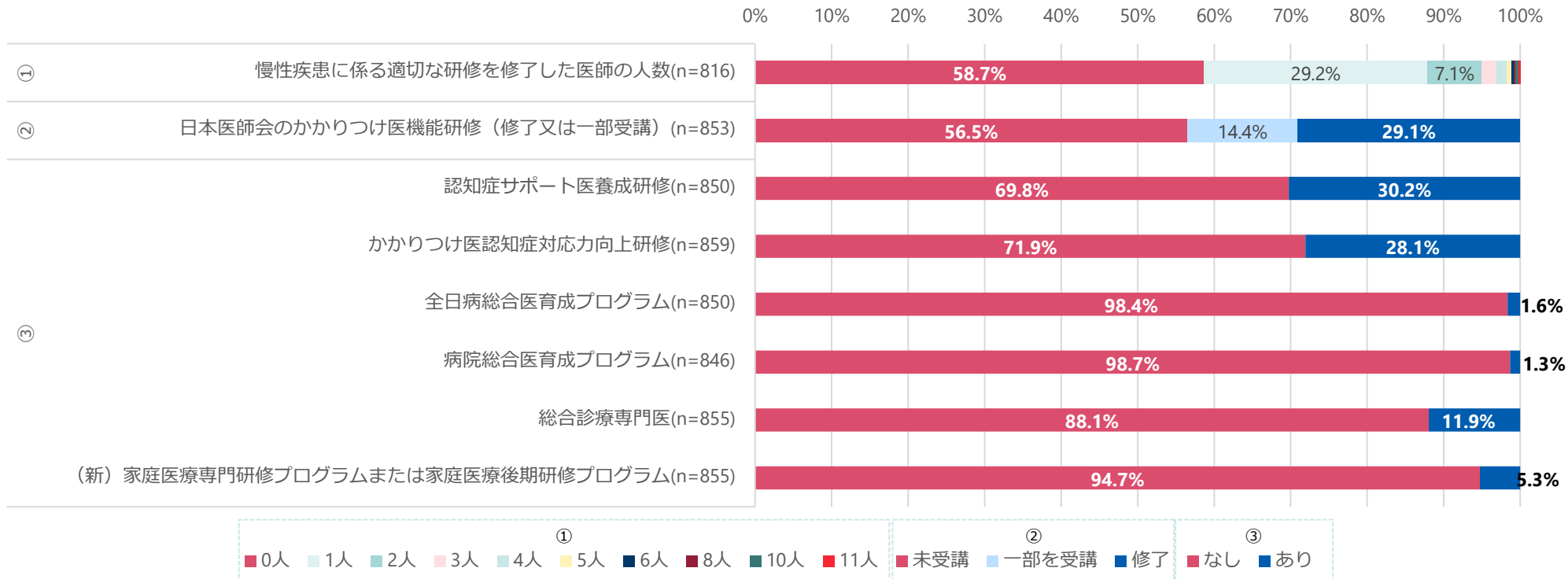
- 機能強化加算の届出医療機関は、機能強化加算の算定要件の一部となっている「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」等に関する機能を有している割合が大きかった。



かかりつけ医に関連した研修等を修了した医師の割合

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

各種研修を修了した医師の有無



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

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

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

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

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

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

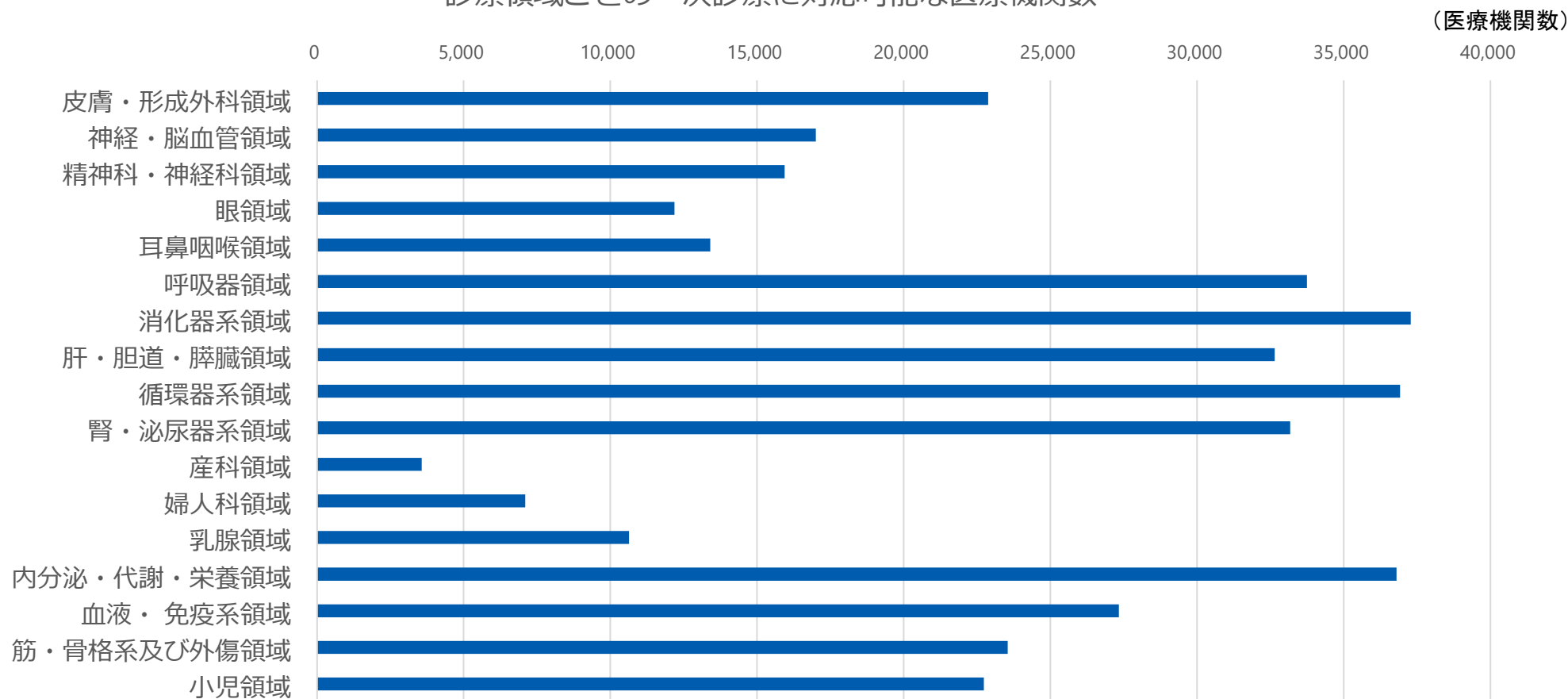
【上記例の設定の考え方】

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

診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数

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

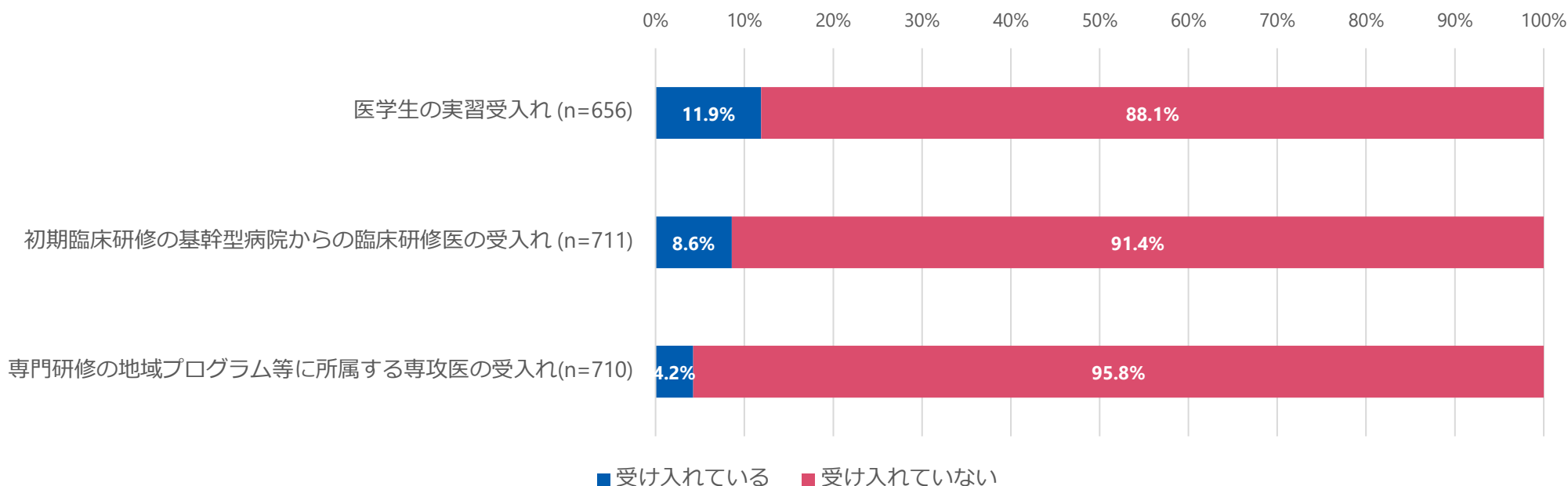
診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数



診療所の学生実習・臨床研修医等の受入れ状況

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

実習・研修等の受入れを行っているか



かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

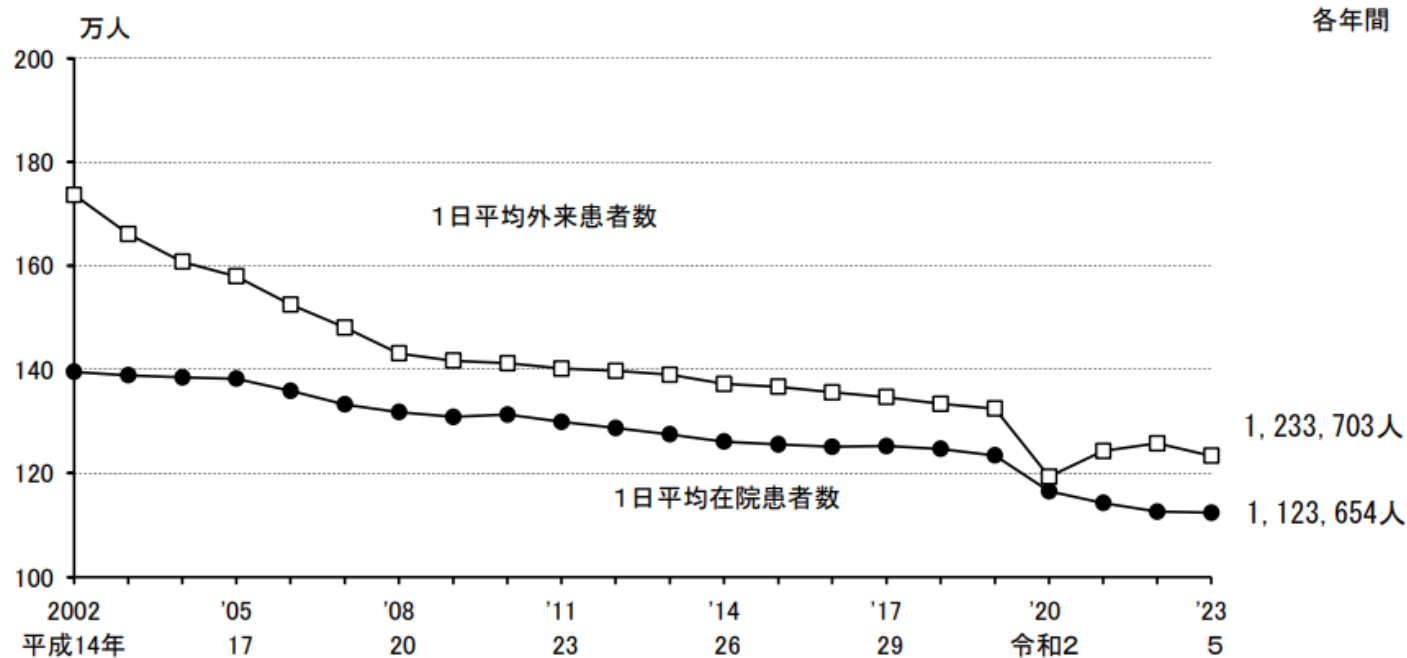
		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①、③～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行う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

病院の1日平均外来患者数の年次推移

中医協 総－3
7 . 7 . 16

○ 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。

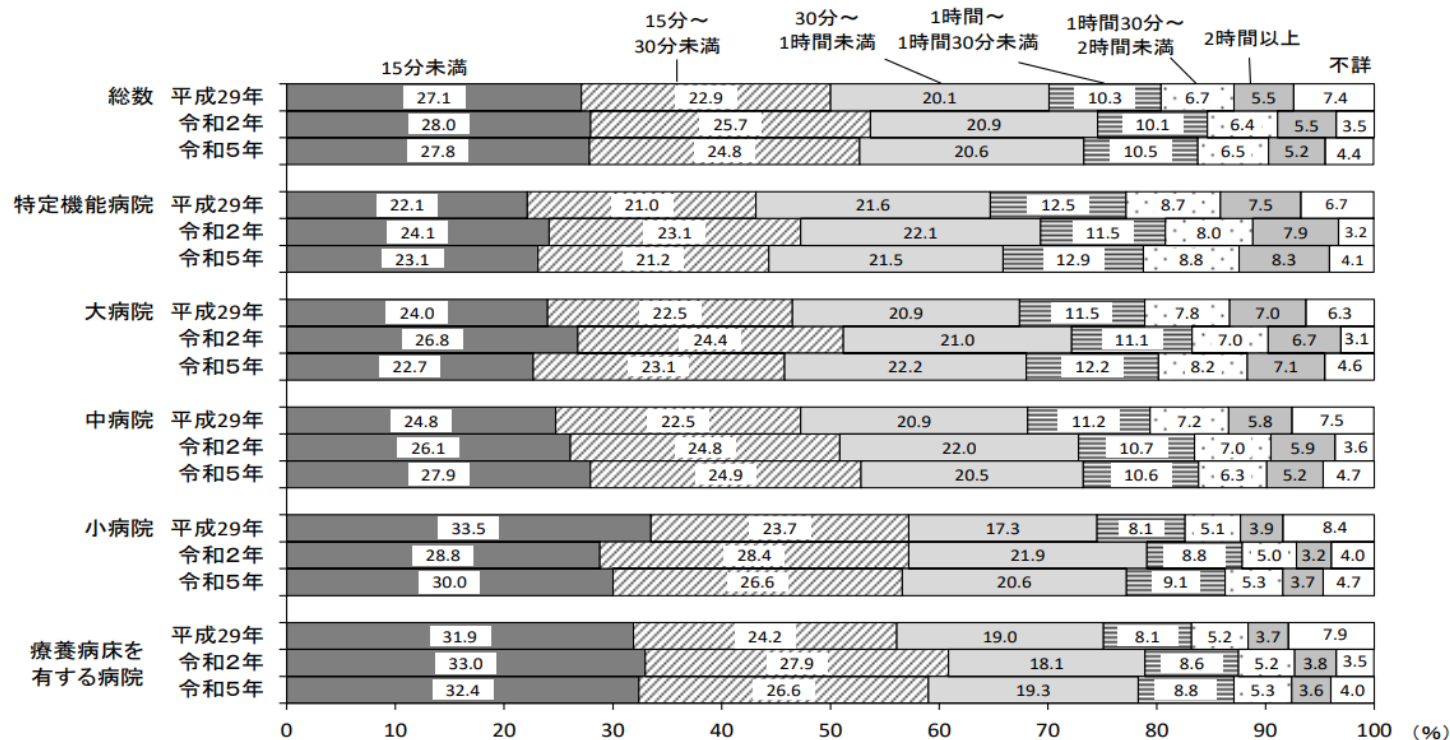
図1 病院の1日平均患者数の年次推移



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

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

図2 病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間（基本集計）



注：「2時間以上」は「2時間～3時間未満」「3時間以上」の合計である。

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

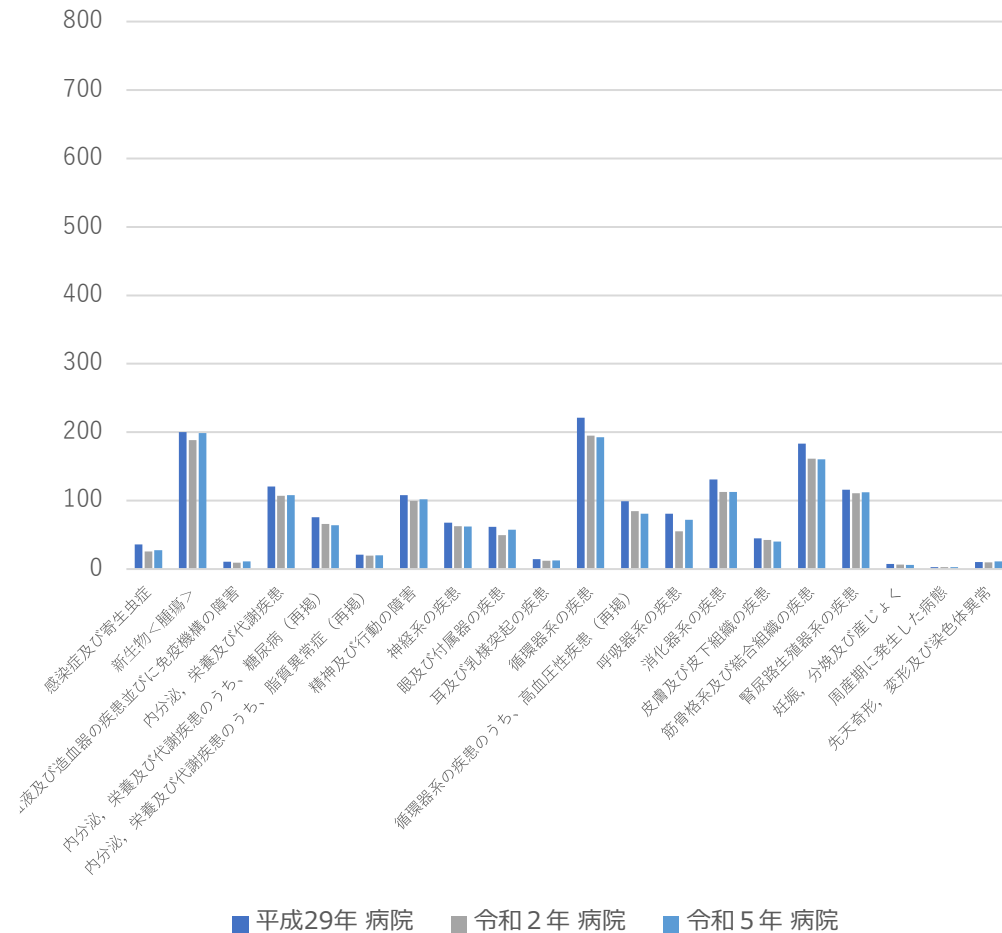
傷病分類別にみた外来の推計患者数

中医協 総一 3
7 . 7 . 1 6

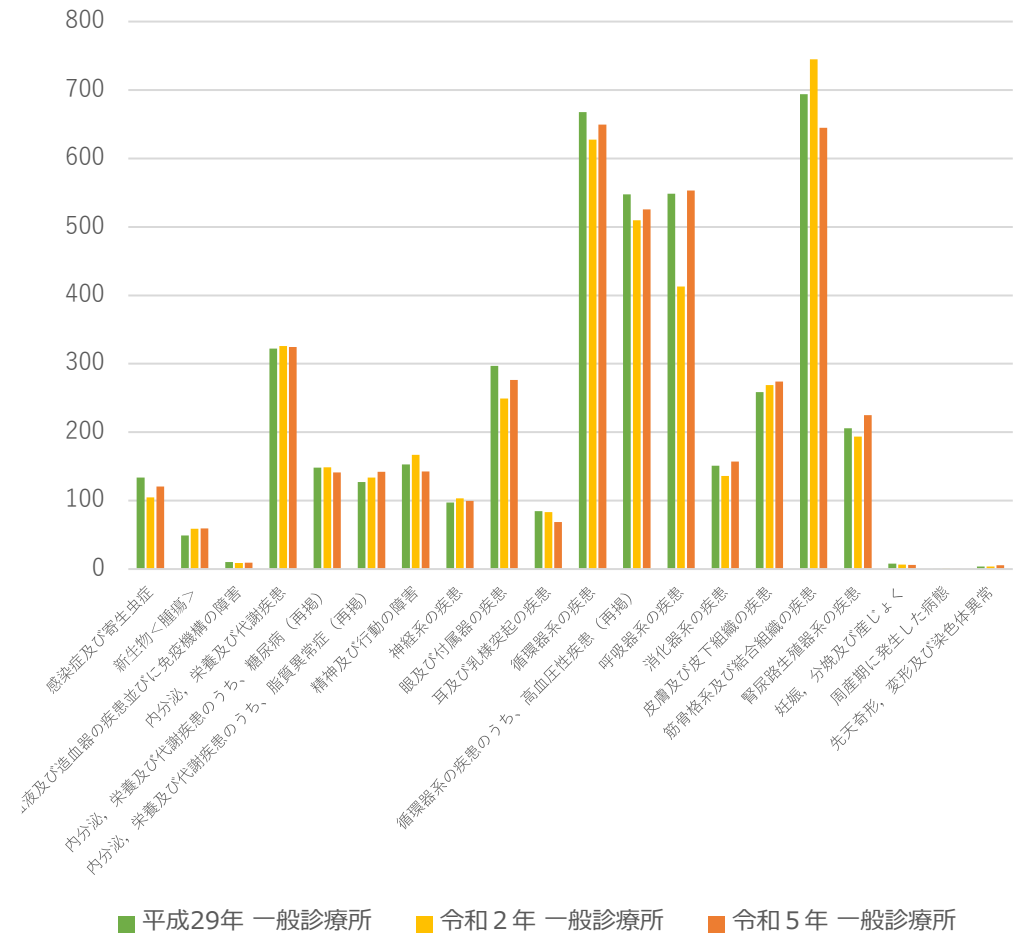
- 外来における、疾病分類別の推計患者数を病院・一般診療所別にみると、「悪性腫瘍」「妊娠、分娩及び産じょく」「先天奇形、変形及び染色体異常」の推計患者数は病院で多く、その他の傷病分類の推計患者数は診療所で多かった。

(千人)

傷病別にみた外来の推計患者数推移（病院）



傷病別にみた外来の推計患者数推移（一般診療所）



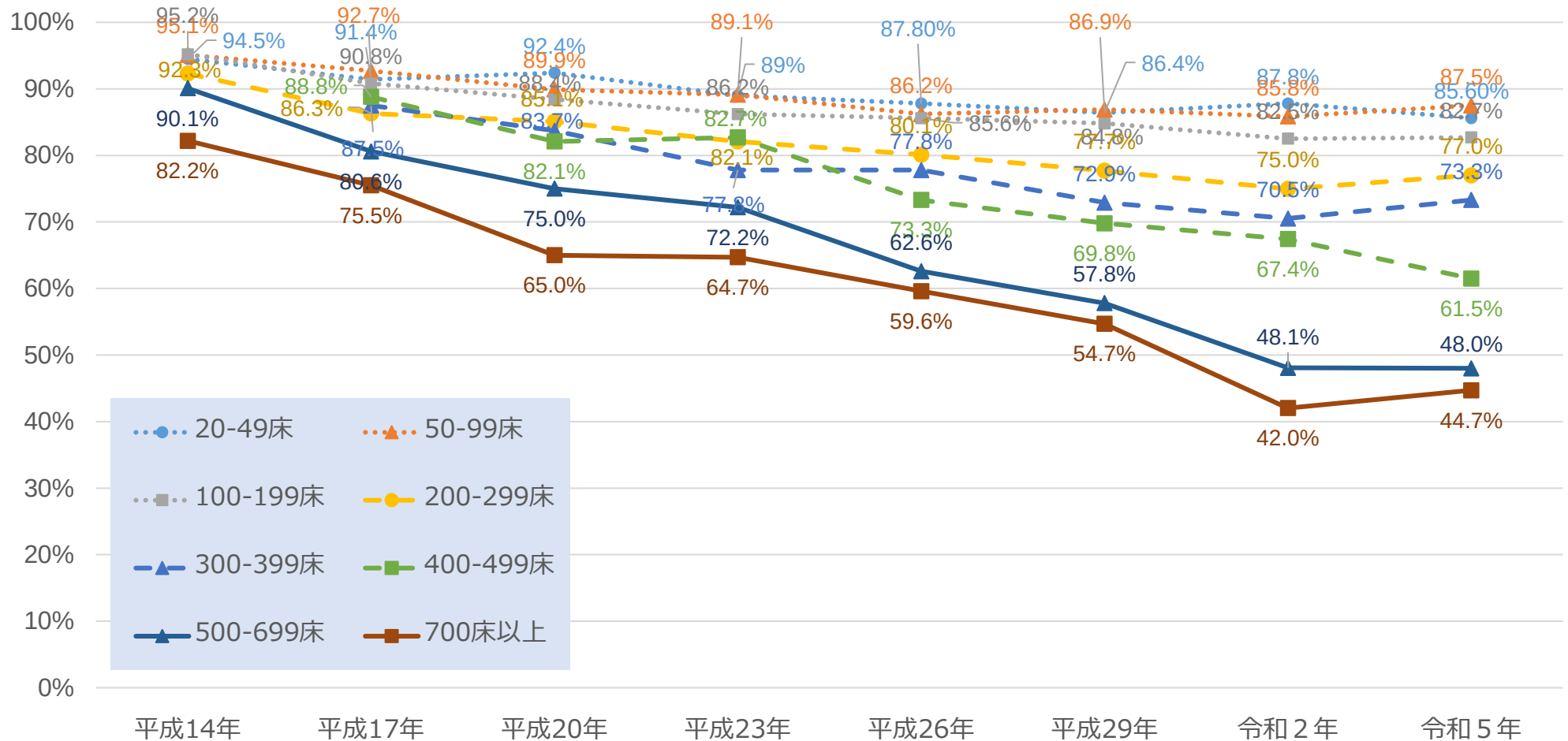
出典：患者調査をもとに医療課で作成

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

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

中医協 総一 3
7 . 7 . 16

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



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

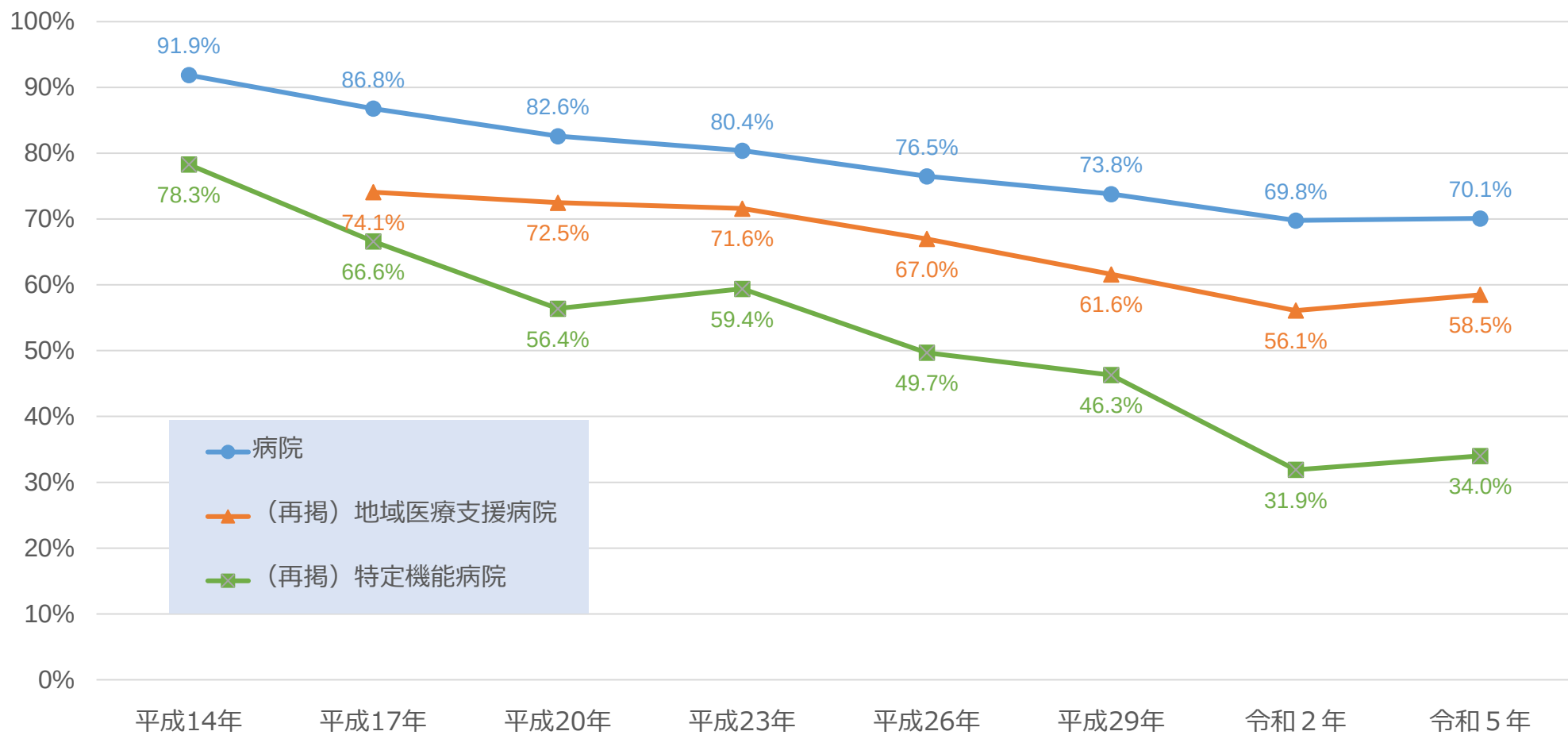
注1：平成8年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

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

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

中医協 総一 3
7 . 7 . 1 6

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



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

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

紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

中医協 総-3
7. 7. 16

初診料の注2、3 **216点**

外来診療料の注2、3 **56点**

(情報通信機器を用いた初診については188点)

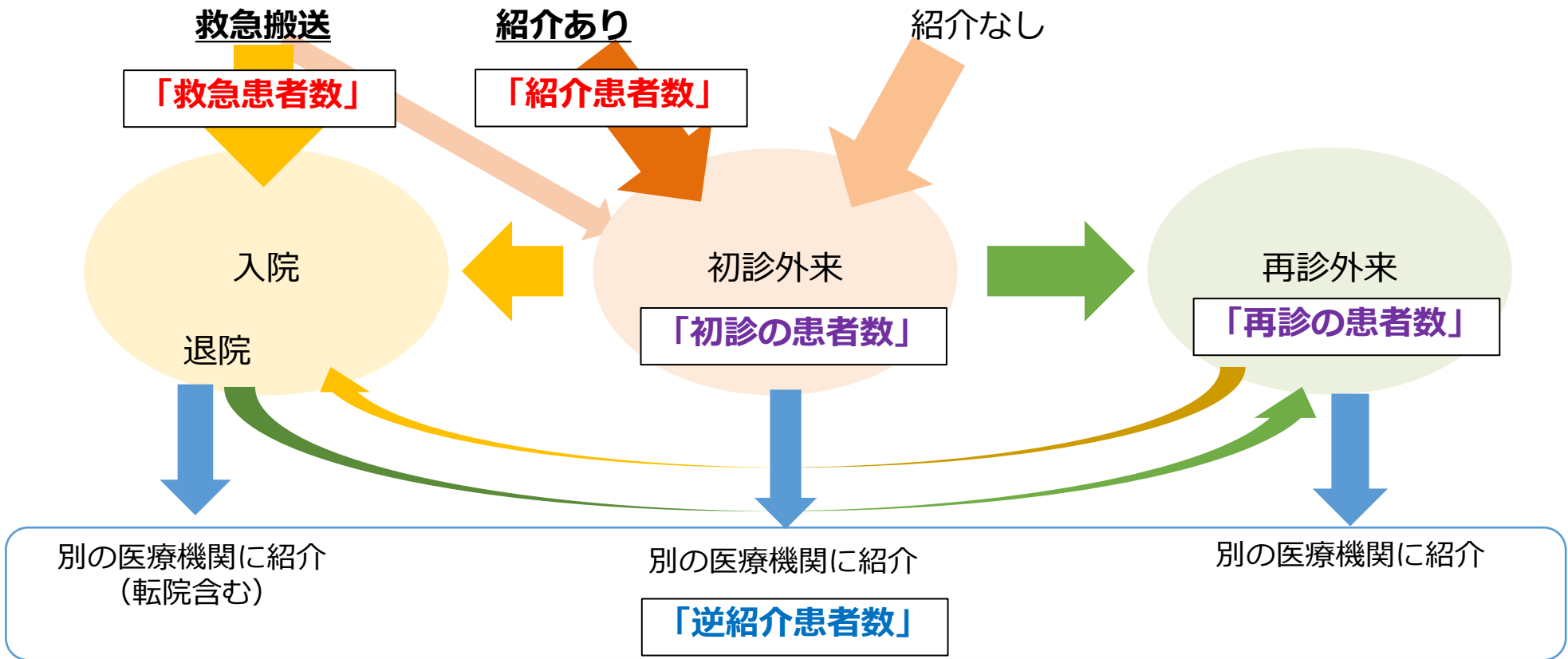
	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	・ 初診料 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者 ・ 外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者 ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	(紹介患者数+救急患者数)／初診の患者数 × 100			
逆紹介割合 (‰)	逆紹介患者数／(初診の患者数+再診の患者数) × 1,000			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			
(※上記の患者数は、すべて延べ人数を使用する。)				

外来医療における患者の流れと、紹介・逆紹介割合（イメージ）

中医協 総-3
7. 7. 16

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

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



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

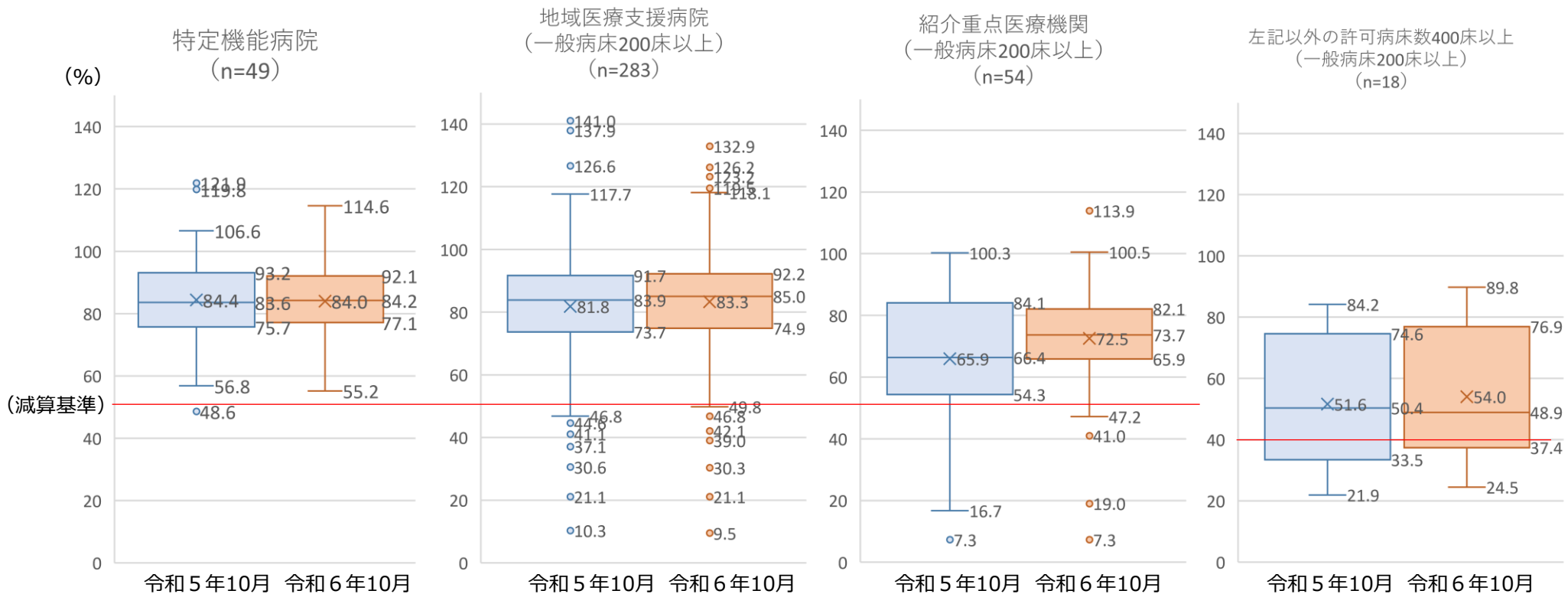
※「再診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者、「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」を算定している患者及び「転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者」を含まない。

病院区分別の紹介割合

中医協 総一 3
7 . 7 . 1 6

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

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



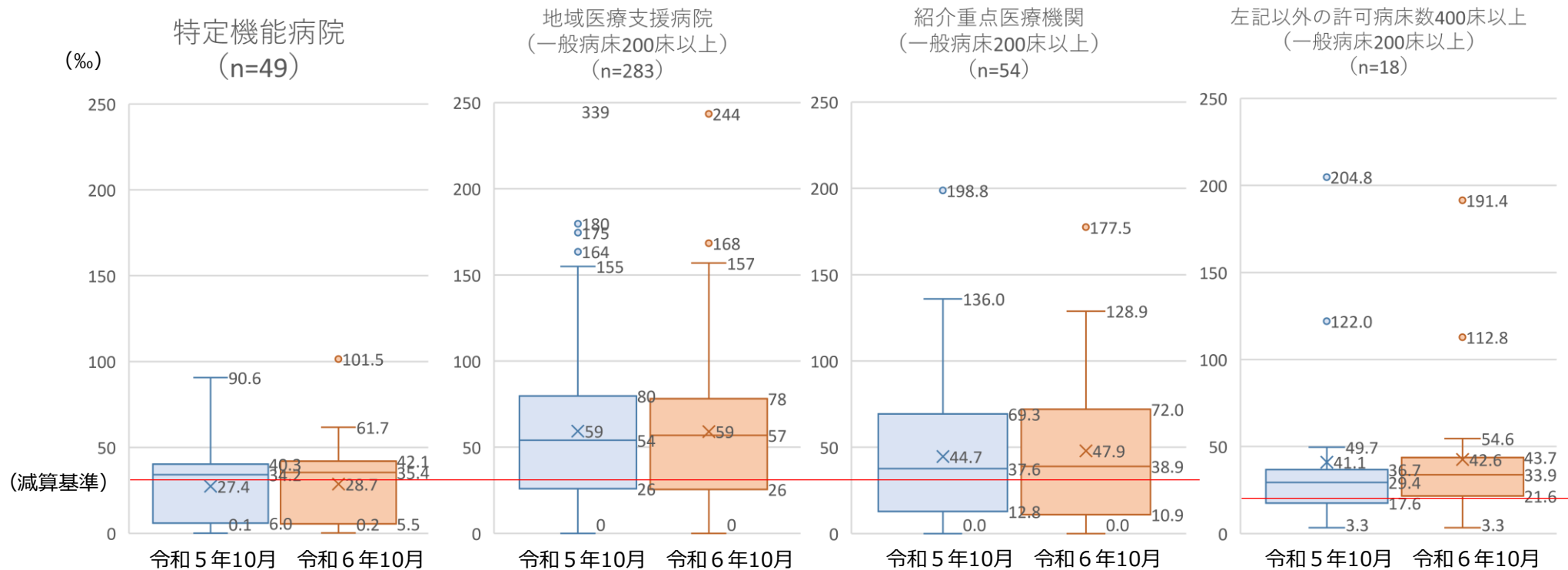
※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

病院区分別の逆紹介割合

中医協 総- 3
7 . 7 . 1 6

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

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



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

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

初診の患者数・再診の患者数

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

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

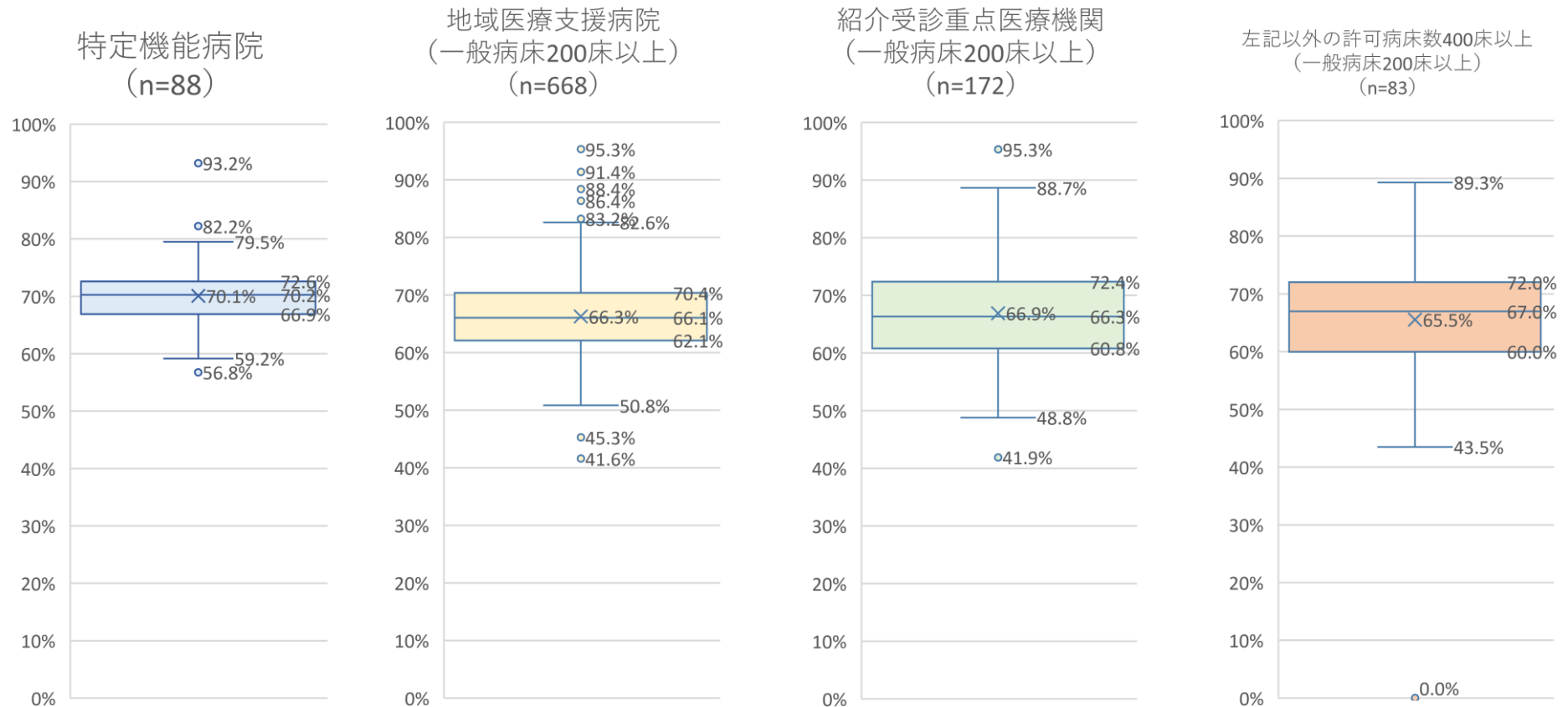
		(参考) 全受診患者に占める初診患者割合※					
		最大値	75%tile	中央値	平均値	25%tile	最小値
特定機能病院 (n=49)	令和5年10月	9.8%	6.8%	5.5%	5.9%	4.5%	2.6%
	令和6年10月	10.5%	7.0%	5.6%	6.0%	4.7%	2.8%
地域医療支援病院 (一般病床200床以上) (n=283)	令和5年10月	44.7%	12.1%	10.0%	10.9%	8.2%	3.3%
	令和6年10月	39.7%	12.0%	9.9%	10.7%	8.2%	3.5%
紹介重点医療機関 (一般病床200床以上) (n=54)	令和5年10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

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

2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合

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

2年以内に同一医療機関における初診料の算定がない外来再診患者の割合



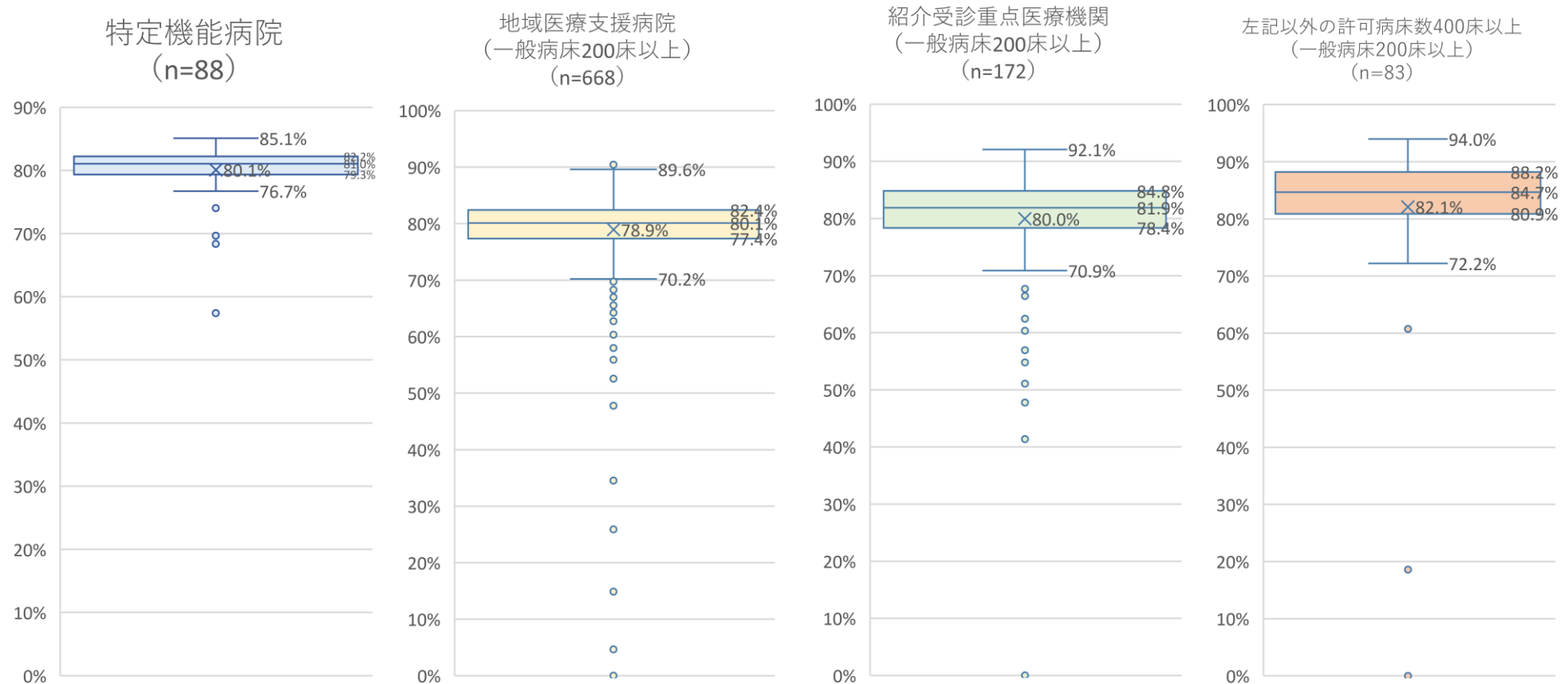
出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

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

6か月以内に外来再診した患者の割合

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

6か月以内に同一医療機関において外来診療料を算定した外来再診患者の割合

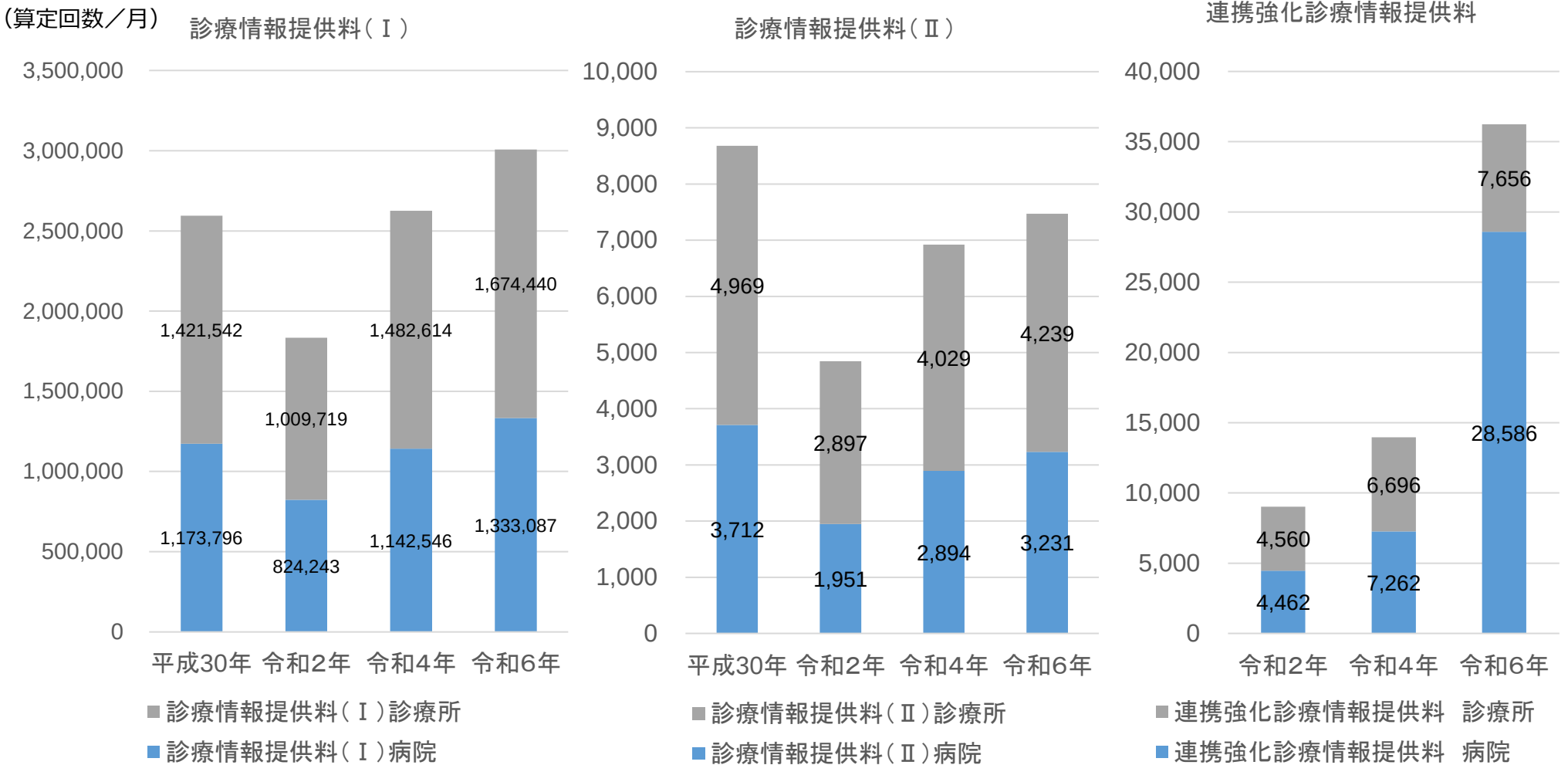


出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

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

診療情報提供料の算定回数

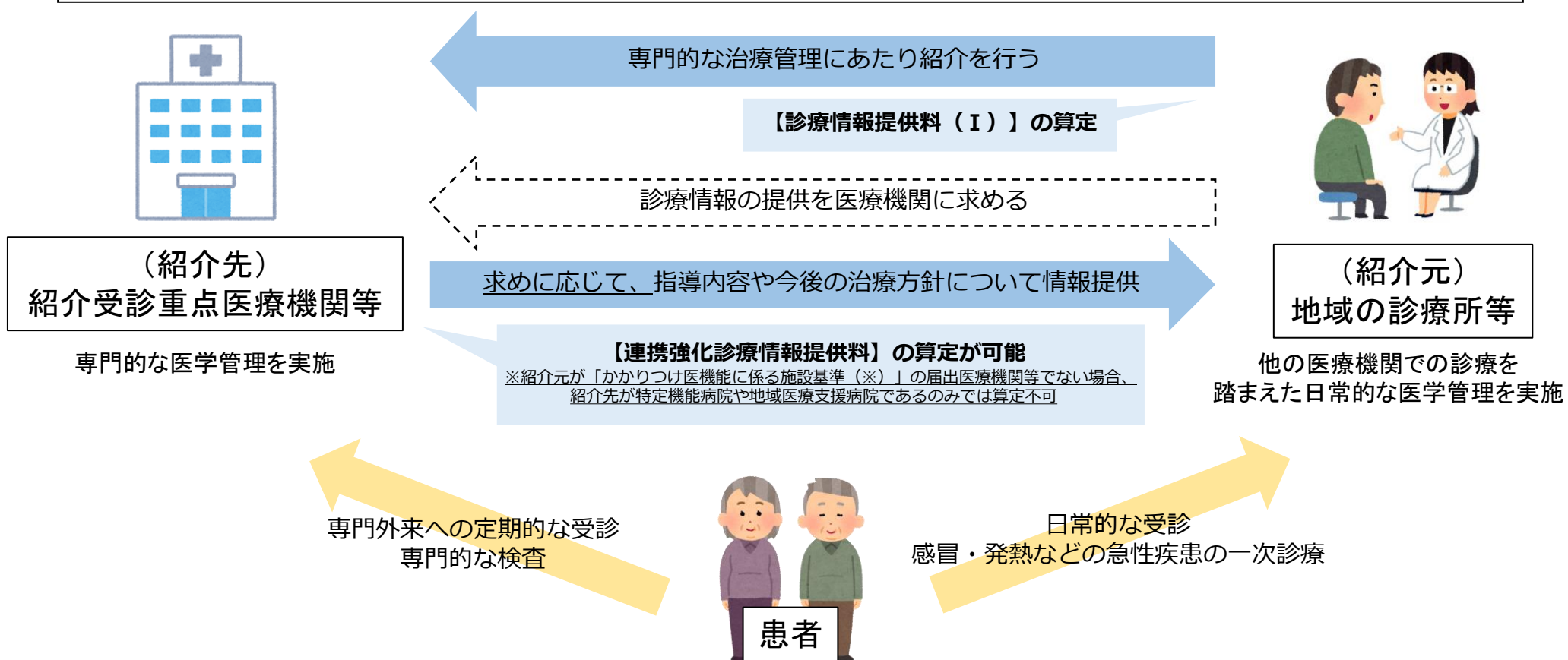
- 診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。特に、「連携強化情報提供料」は、令和6年に算定回数が大きく増加した。



※令和2年は「診療情報提供料(Ⅲ)」

外来機能に応じた医療機関連携の具体例（1）

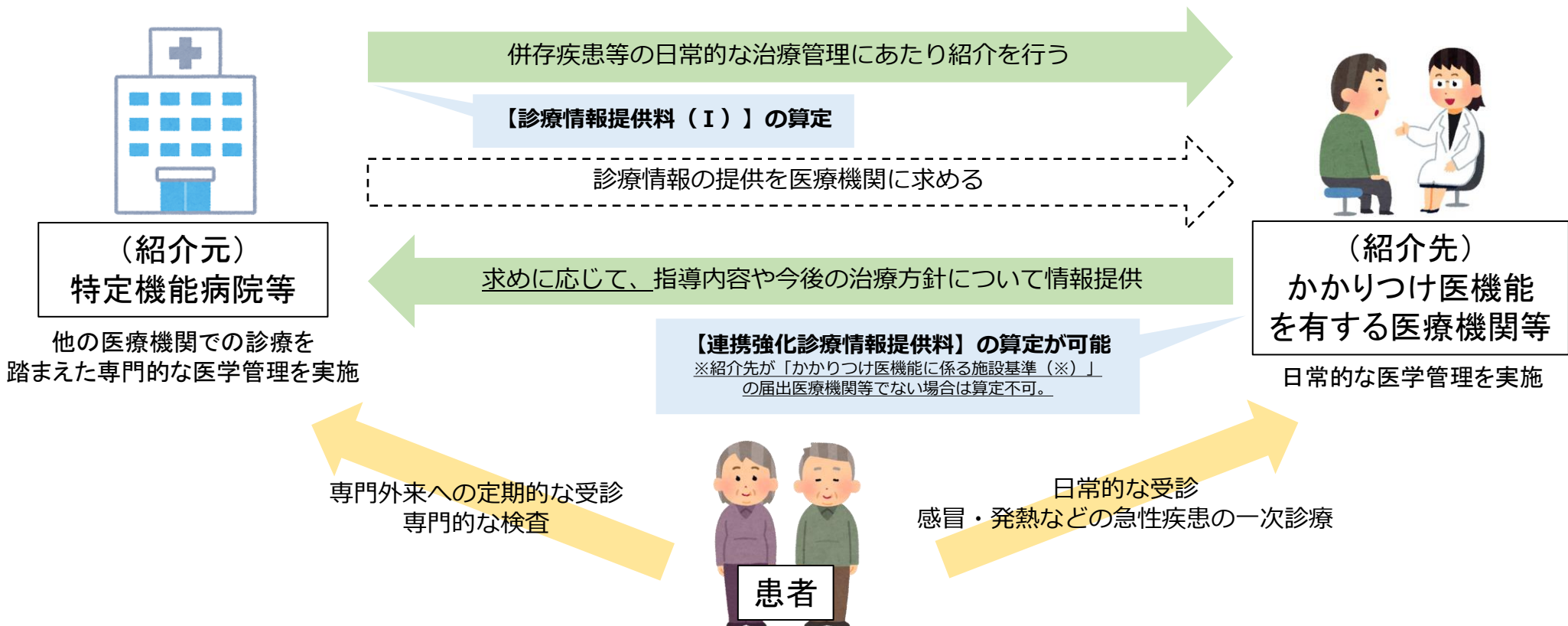
- 例えば、地域の診療所等に通院する患者について、専門的治療の必要性を認め、紹介受診重点医療機関等への紹介を行う場合、診療情報提供料（I）を算定する。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても専門的な医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。



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

外来機能に応じた医療機関連携の具体例（2）

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



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

0. 調査概要

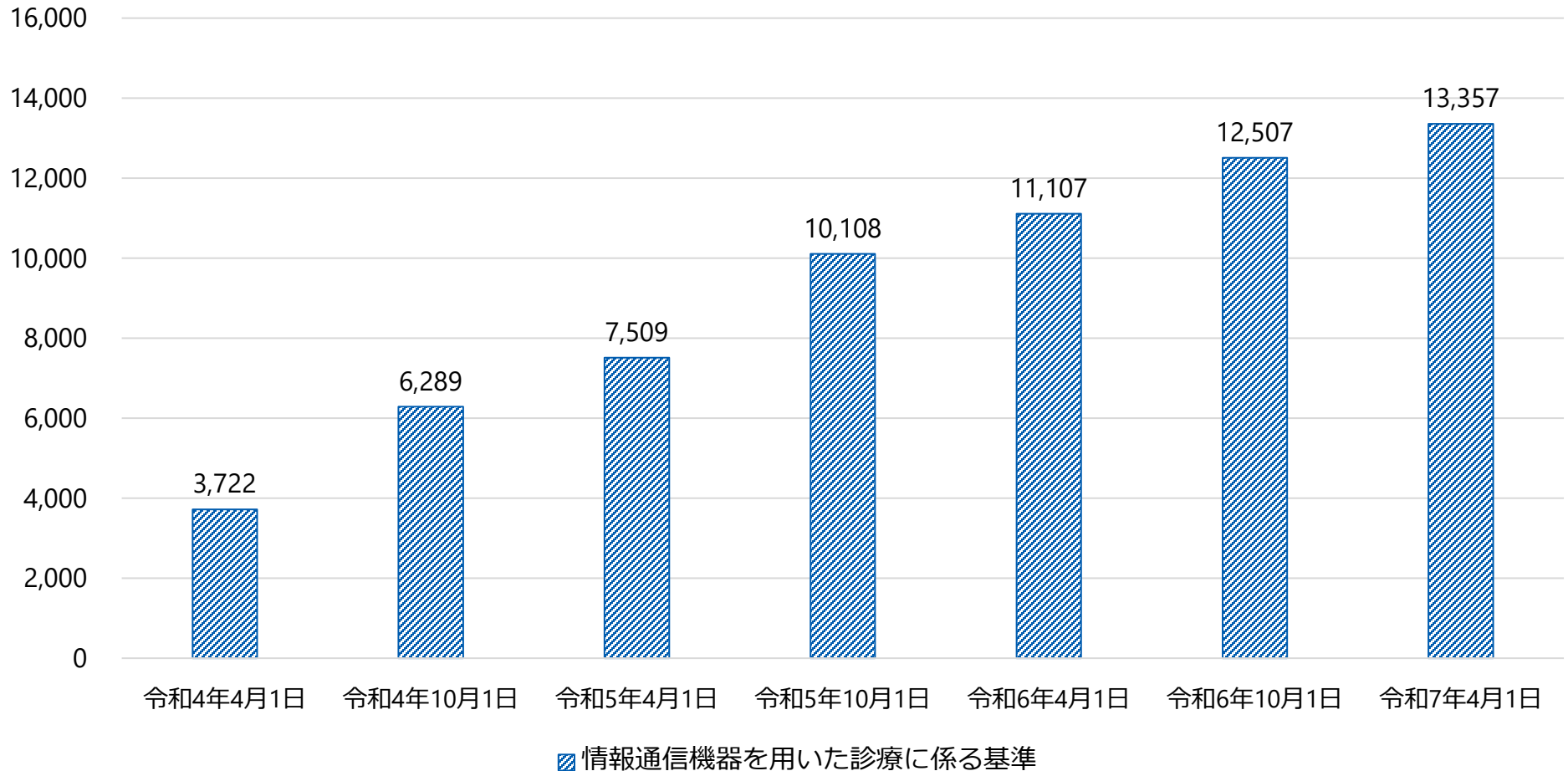
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項について

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

診調組 入-1
7. 6. 19

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

(届出医療機関数)



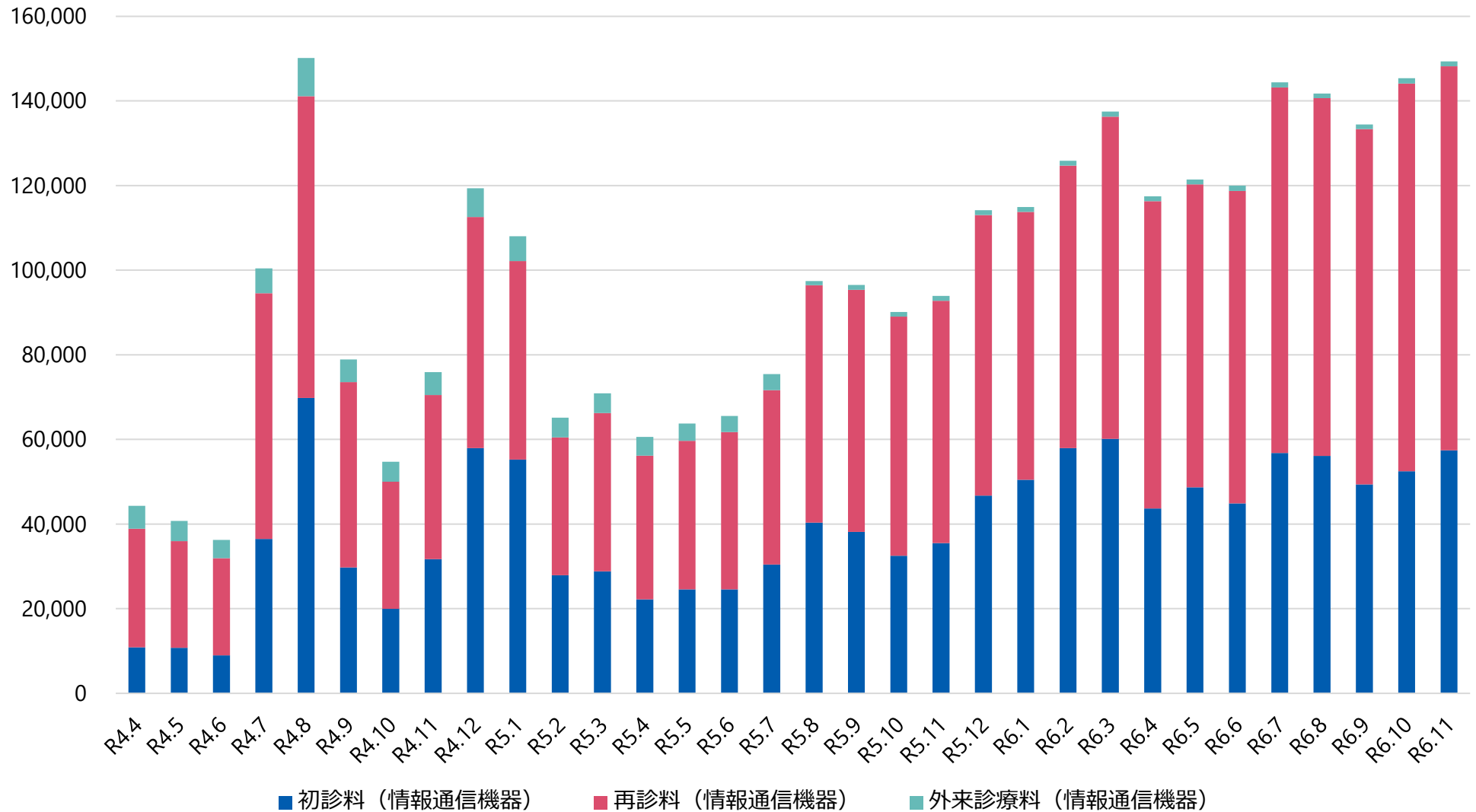
出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

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

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

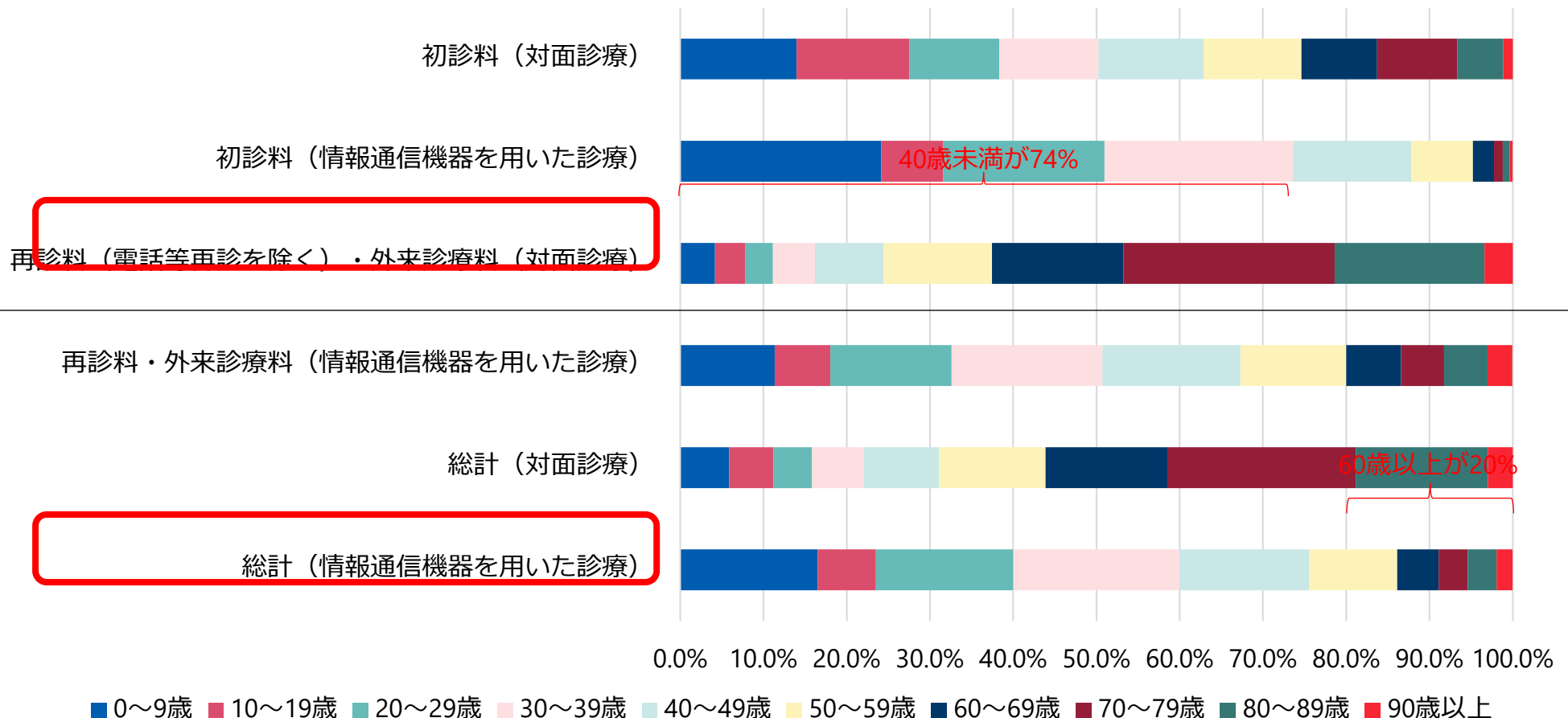
○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数（年齢分布）

診調組 入-1
7. 6. 19

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

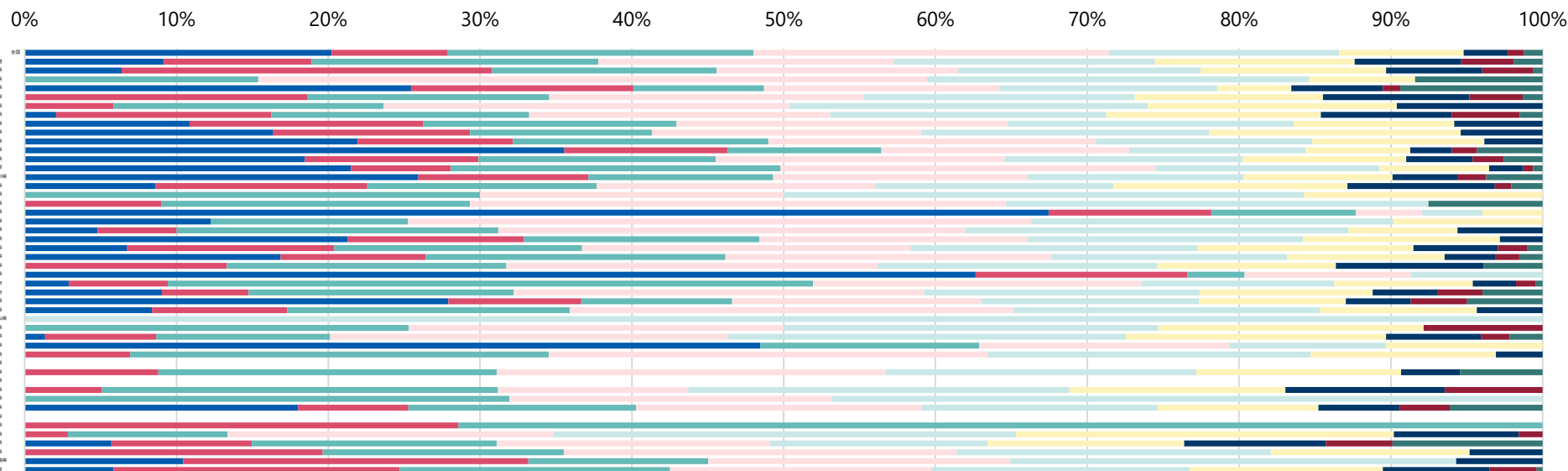


情報通信機器を用いた初診料等の算定回数の年齢分布（医療機関住所地）

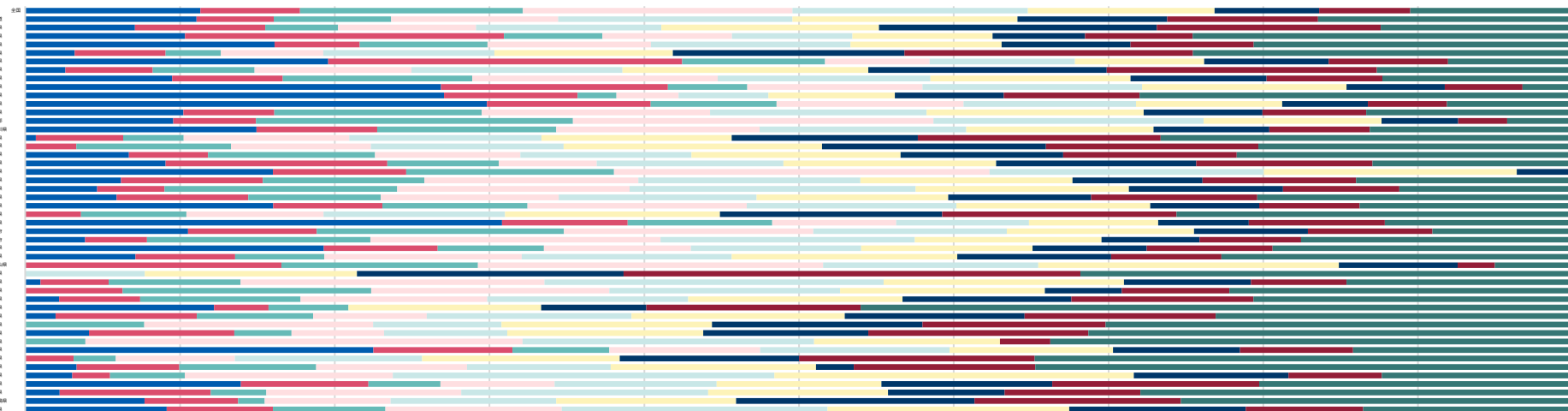
診療組 入-1
7. 6. 19

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

初診料



再診料・外来診療料



■ 0～9歳 ■ 10～19歳 ■ 20～29歳 ■ 30～39歳 ■ 40～49歳 ■ 50～59歳 ■ 60～69歳 ■ 70～79歳 ■ 80歳以上

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

診療組 入-1
7. 6. 19

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

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

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

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

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診療組 入-1
7. 6. 19

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

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

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

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

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

診調組 入-1
7. 6. 19

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

（医療機関数）



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

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割)

診調組 入-1
7. 6. 19

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

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

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

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

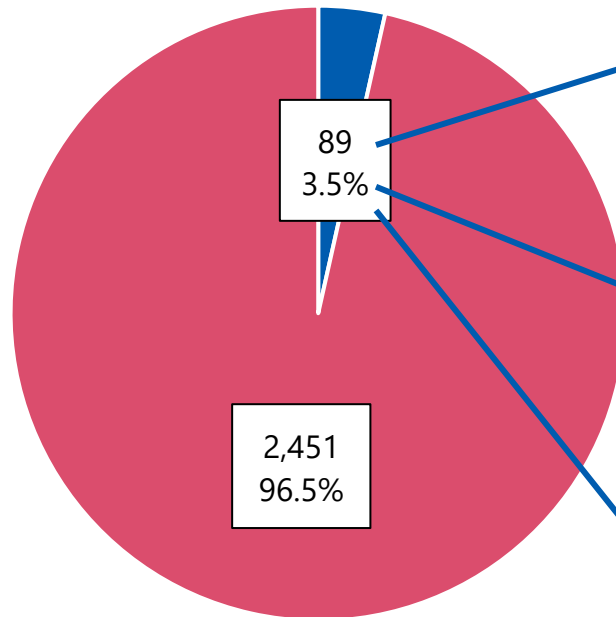
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

オンライン診療の受診状況（患者調査）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

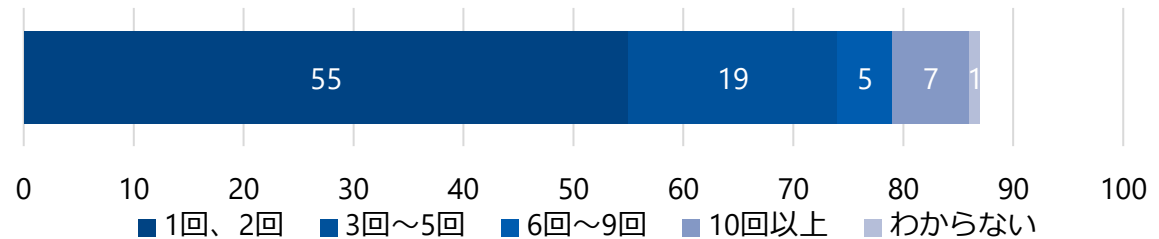
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,540)



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

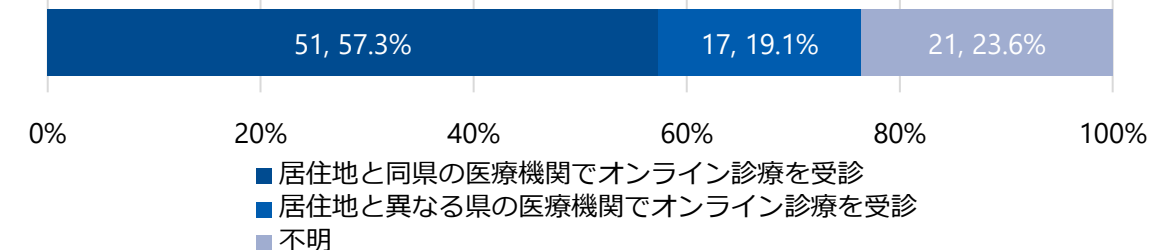
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)

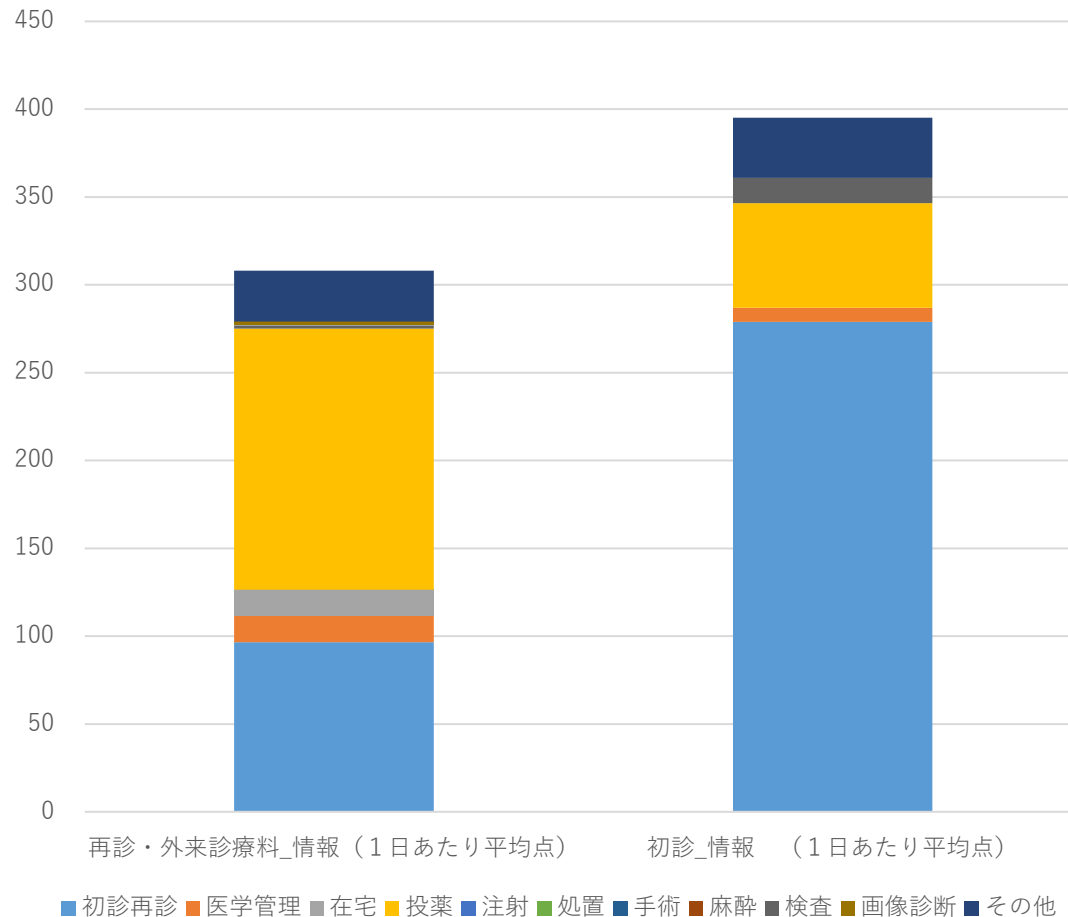


不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

中医協 総 - 4
5. 1 1. 8

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

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



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

再診・外来診療料

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

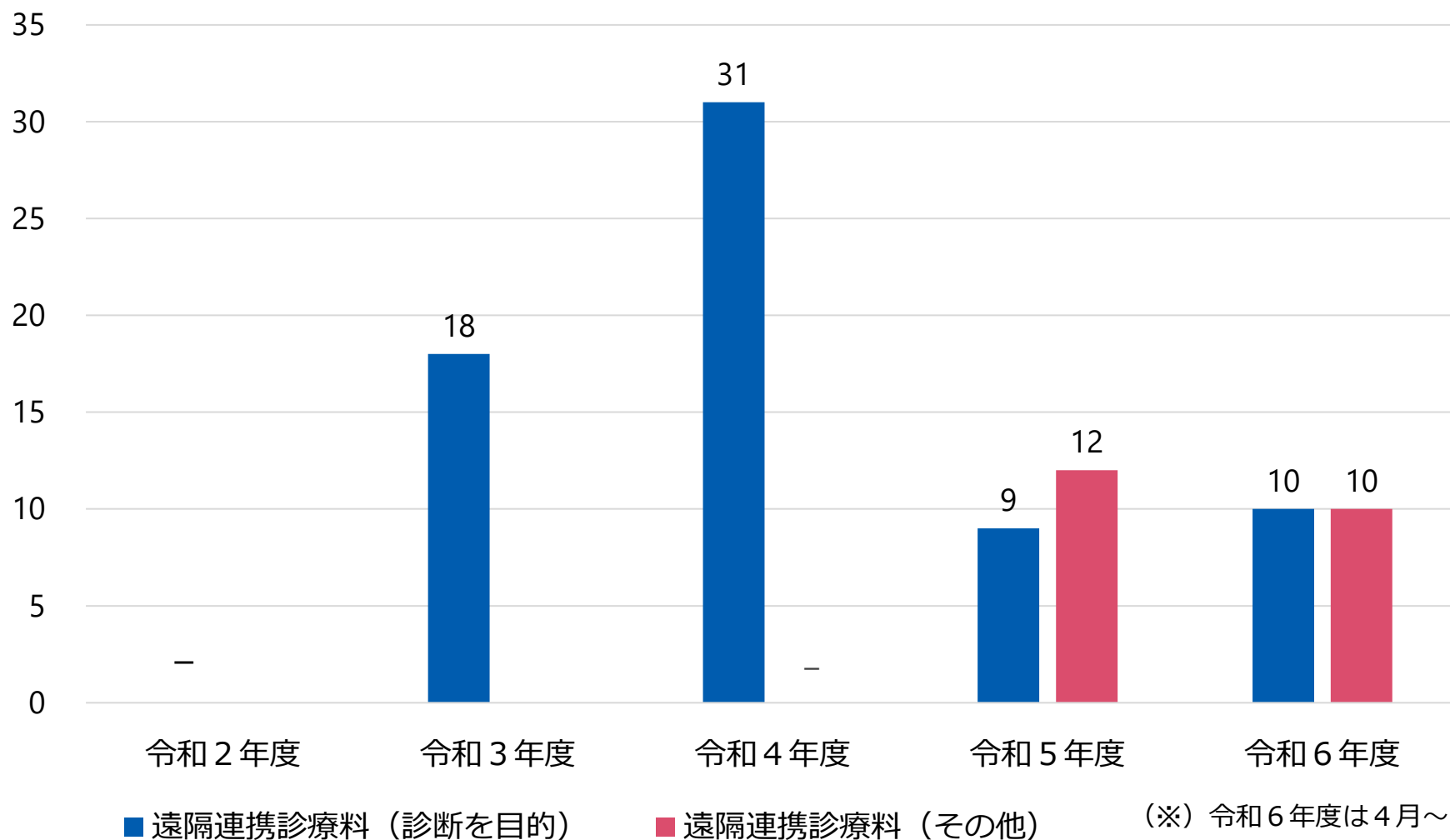
初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

遠隔連携診療料の算定回数

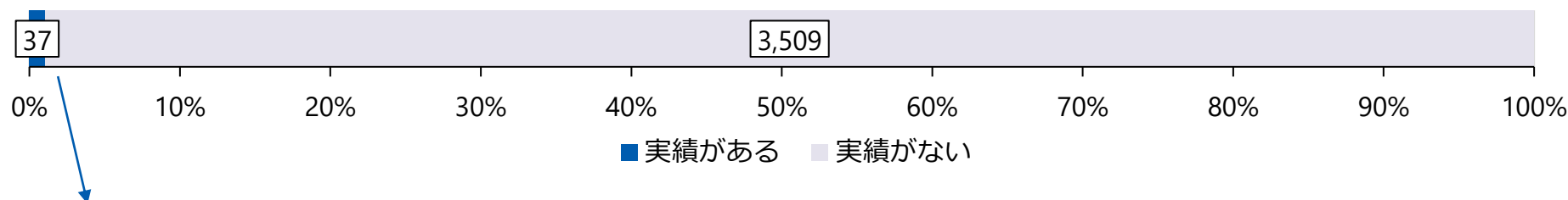
診調組 入-1
7. 6. 19

○ 遠隔連携診療料の算定回数は以下のとおり。

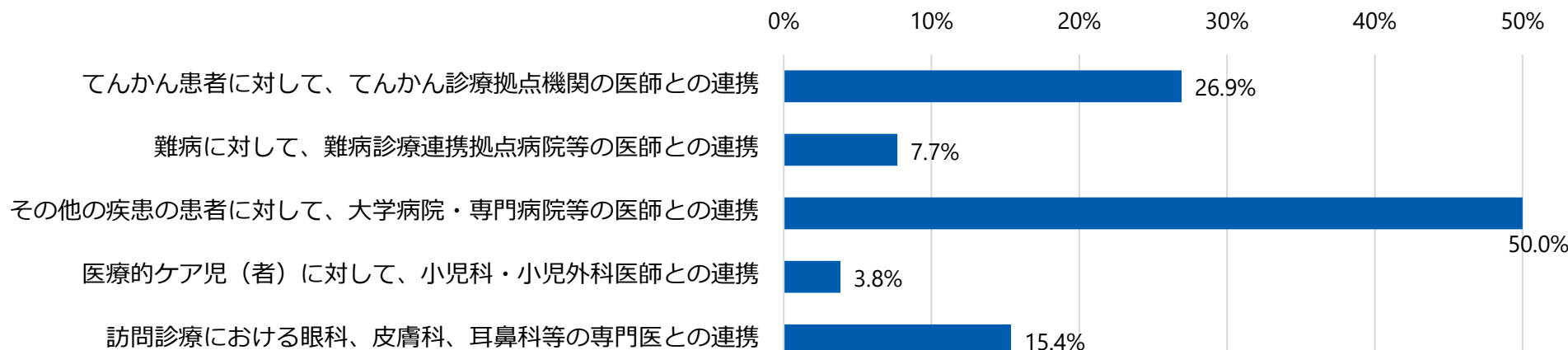


- 過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%であった。
- 遠隔連携診療料を算定できる状況（てんかん患者、難病患者）以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。

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



連携を行った状況（n=26、複数回答）



その他の疾患：循環器疾患・呼吸器疾患の術後患者、先天性心疾患、皮膚疾患等

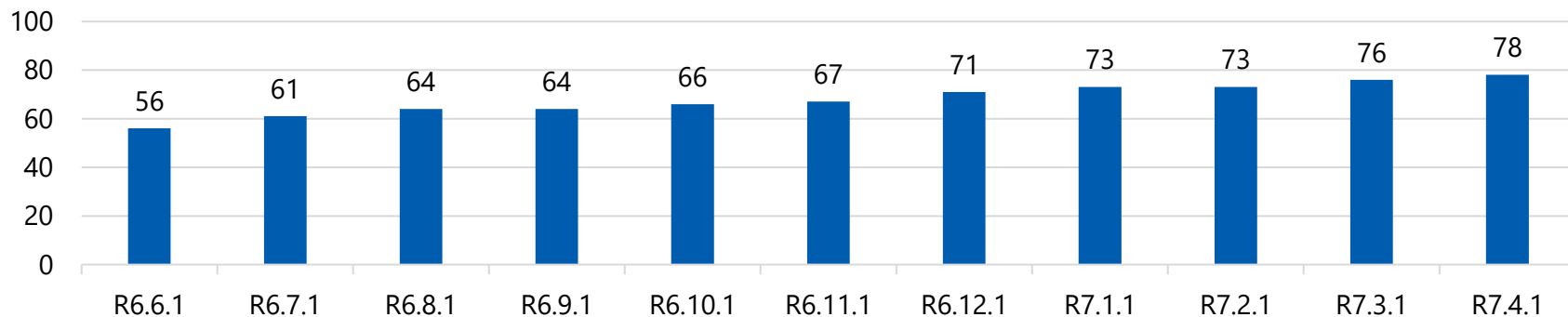
看護師等遠隔診療補助加算

診調組 入-1
7. 6. 19

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

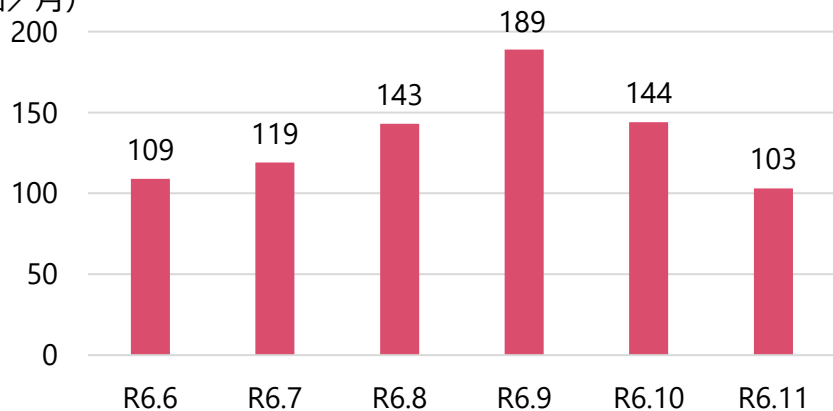
(届出医療機関数)

看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数

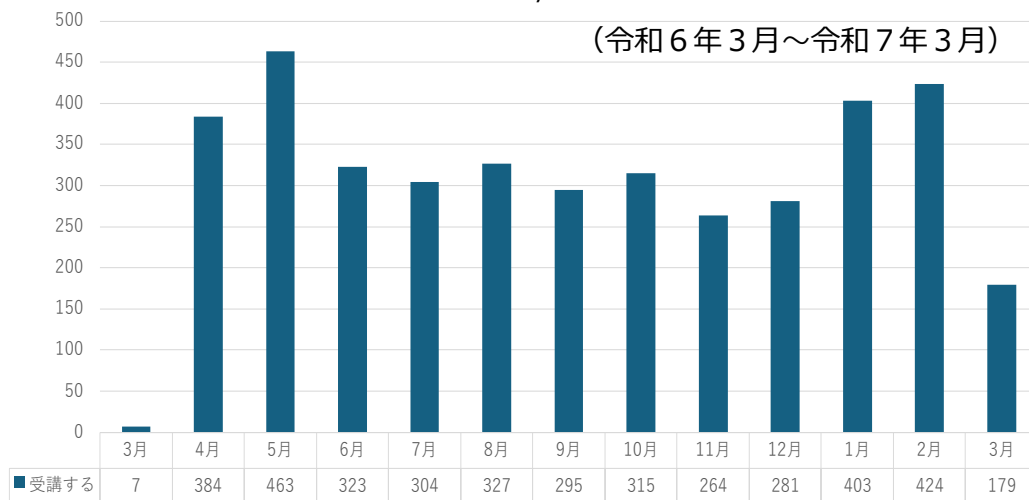


看護師等遠隔診療補助加算の月別算定回数

(回/月)



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



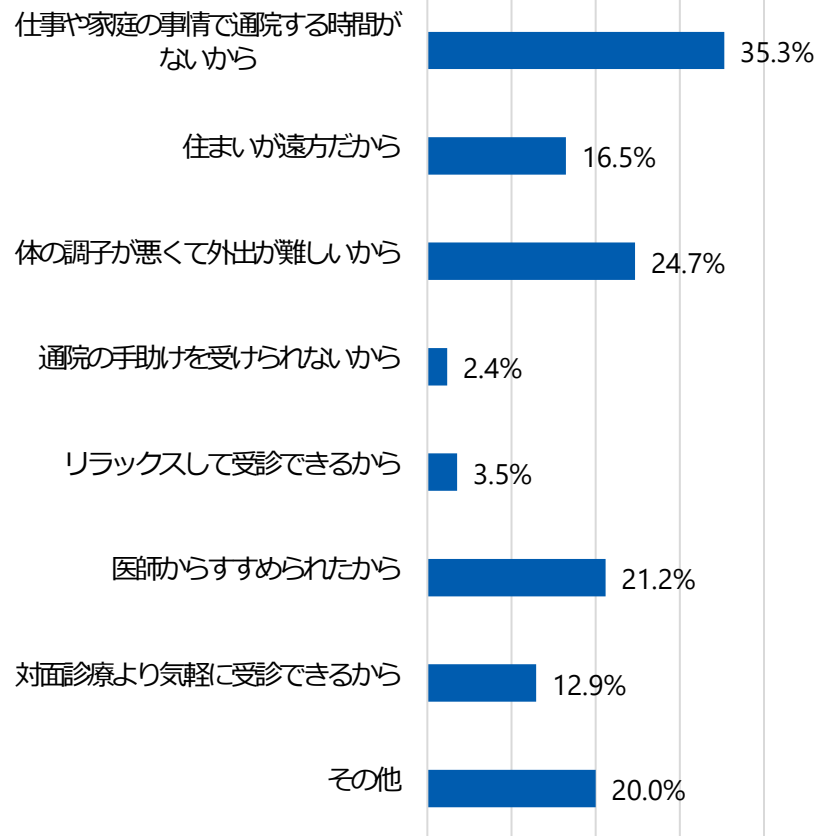
オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査）

診調組 入－1
7 . 5 . 2 2

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

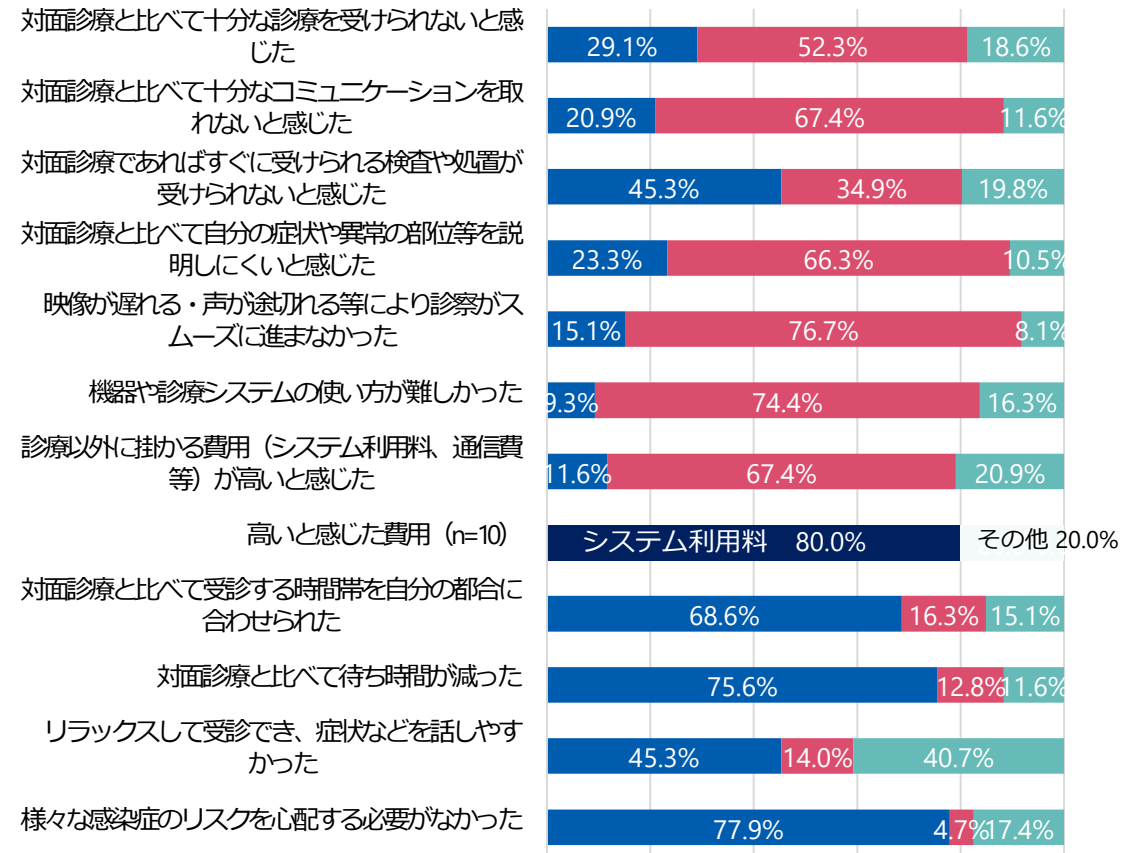
直近のオンライン診療を受けた理由（n=85）

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



オンライン診療を受けた際に感じたこと（n=86）

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



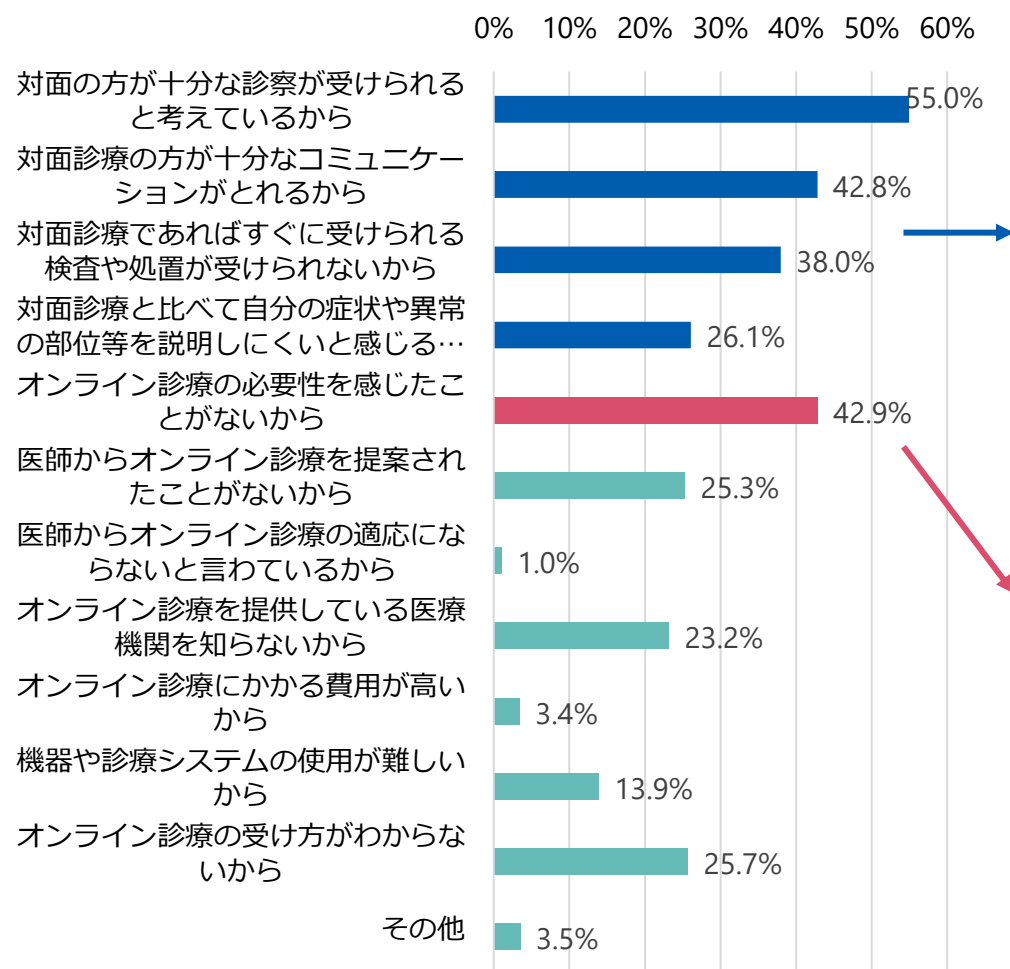
■ 1_そう思う ■ 2_そう思わない ■ 3_どちらでもない

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（患者調査）

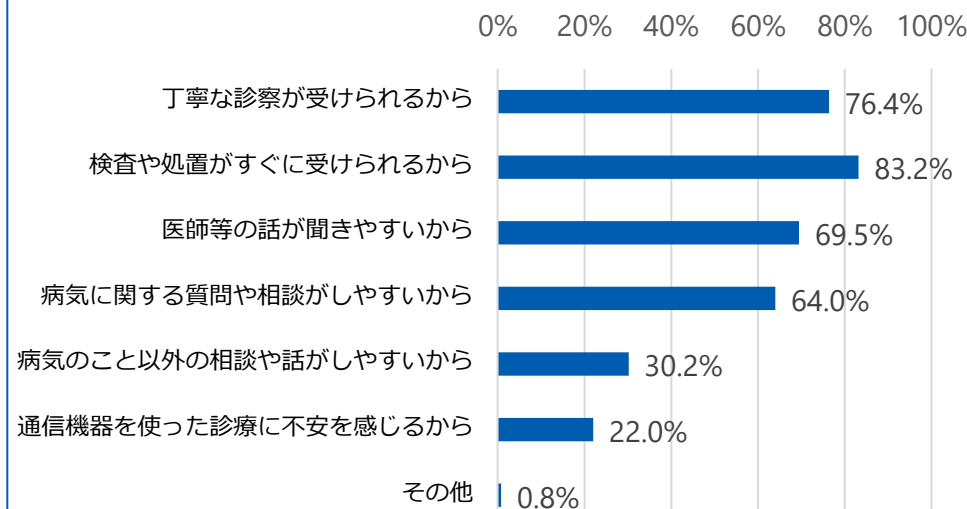
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

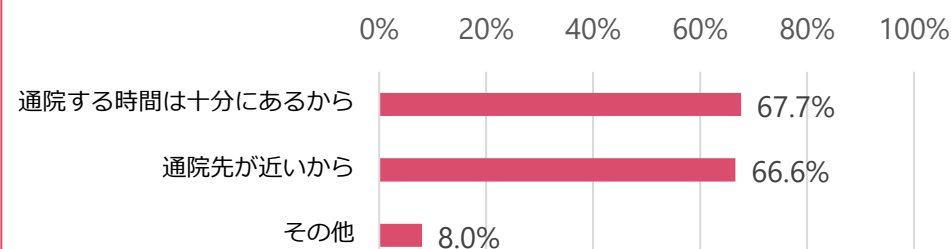
オンライン診療を受けたことがない理由
(n=2,342)



オンライン診療より対面診療を希望する理由 (n=1,474)



オンライン診療の必要性を感じたことがない理由
(n=949)



Ⅱ 実施事項

1. 地方創生

(3) 健康・医療・介護

No.1 地域におけるオンライン診療の更なる普及及び円滑化

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

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

へき地医療におけるオンライン診療の活用状況

診調組 入-1
7. 6. 19

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

	施設数（※1）	情報通信機器を用いた診療の届出数（※2）
へき地医療拠点病院	358施設	83施設
へき地診療所	1,120施設（※3）	134施設

※1 令和6年4月1日時点
 ※2 令和7年4月1日時点、
 ※3 全体の施設数には歯科診療所を含む

○ へき地拠点病院

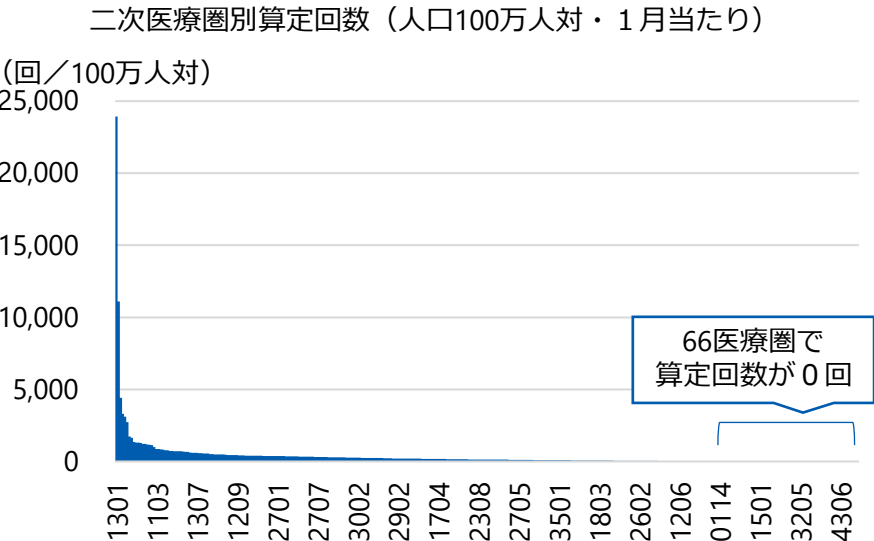
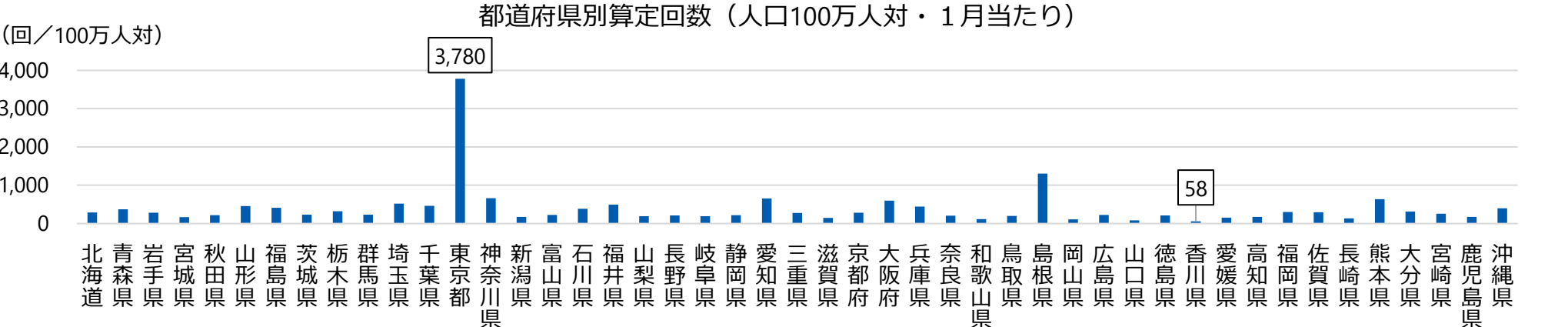
巡回診療を実施した医療機関のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数	7 / 98 (7.1%)
代診医派遣を実施した医療機関のうち、オンライン診療による代診医派遣を実施した医療機関数	0 / 100 (0%)
ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	31 / 358 (8.7%)

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

○ へき地診療所

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

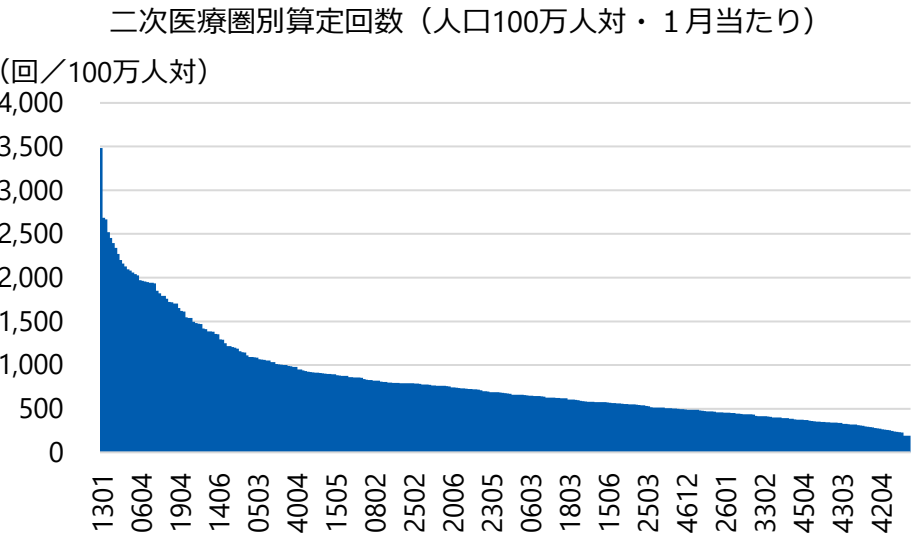
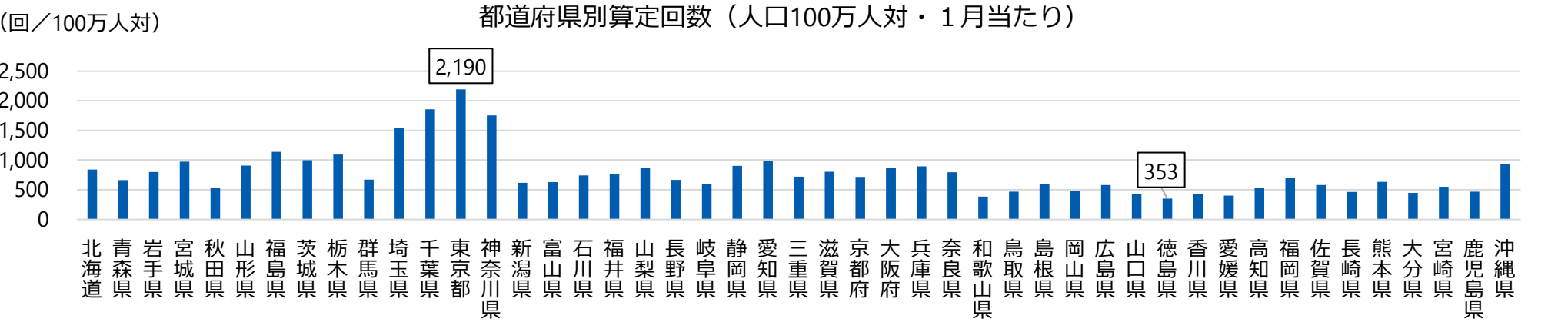
- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和5年4月～令和6年3月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で3,780回、最も少ない香川県で58回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約29,000回で最も多く、人口当たりの算定回数が上位5医療圏で総算定回数の5割を占めている。また、66医療圏で算定回数が0回であった。



人口100万人対・1月当たりの算定回数上位5医療圏

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

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



人口100万人対・1月当たりの 算定回数上位5 医療圏			
		算定回数 (人口100万人対・1月当たり)	算定回数
1301	区中央部	3,481	10,361
2201	賀茂	2,685	434
1303	区西南部	2,665	11,828
0121	根室	2,519	503
1313	島しよ	2,455	169

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

0. 調査概要

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

短期滞在手術等基本料の概要

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

（共通の要件）

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

短期滞在手術等基本料 1 日帰りの場合		短期滞在手術等基本料 3 4泊5日までの場合	
届出	届出が必要	届出は不要	
主な施設基準	・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること ・当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること、又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること	・DPC対象病院又は診療所ではないこと	
包括される検査等	・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料(Ⅰ) ・麻酔管理料(Ⅱ)	・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断	
点数設計	・主として入院で実施されている手術か否か、麻酔を伴う手術か否かにより、2×2通り	・手術毎に設定	

短期滞在手術等の算定方法

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

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

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

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

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

※1 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を指す。

※2 DPC対象病院及び診療所においては、短期滞在手術等基本料3を算定することはできない。

※3 特に規定する場合を除く。

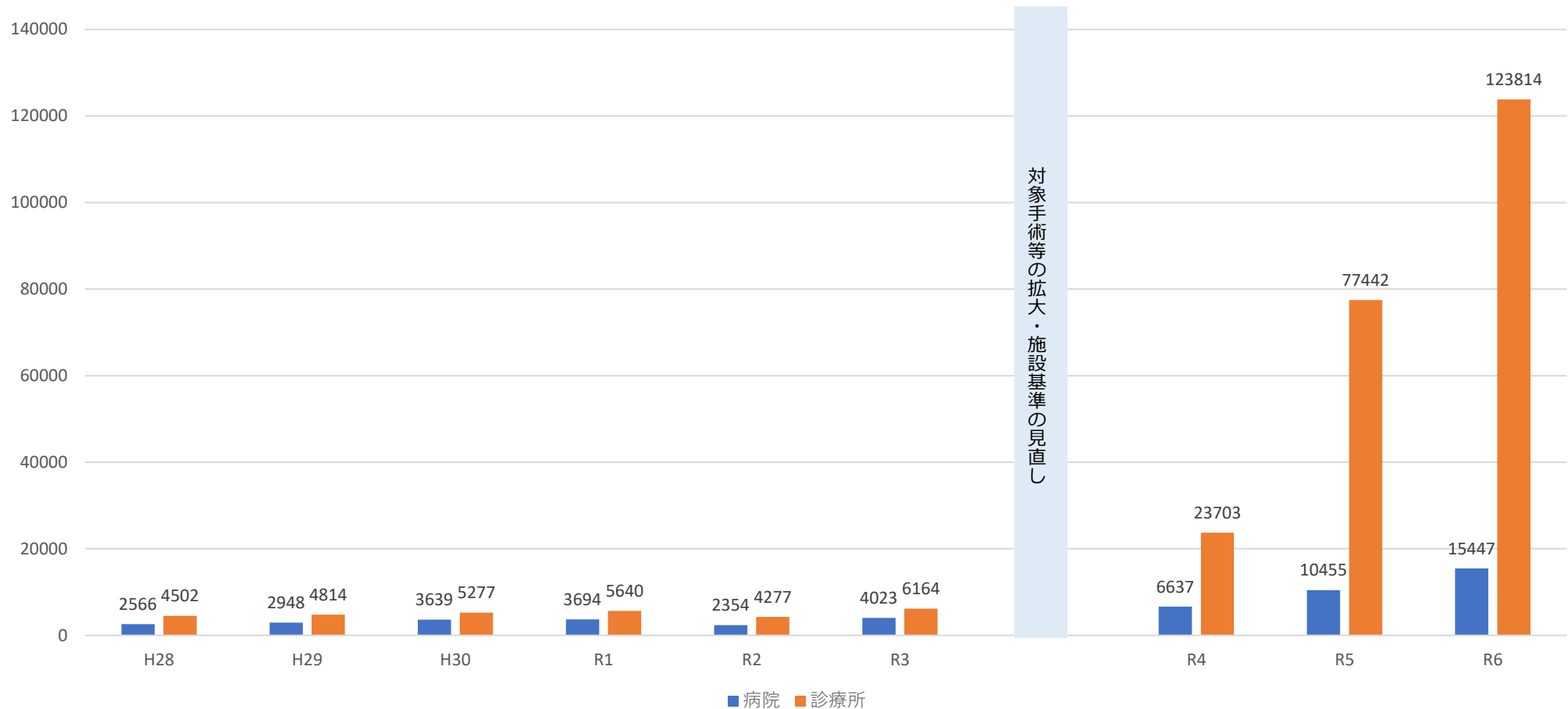
※4 DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に対象手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。

※5 短期滞在手術等基本料1により包括的に評価される検査等を指す。

短期滞在手術等基本料 1 の算定回数の年次推移

診療組 入 - 1 参考
7 . 7 . 3

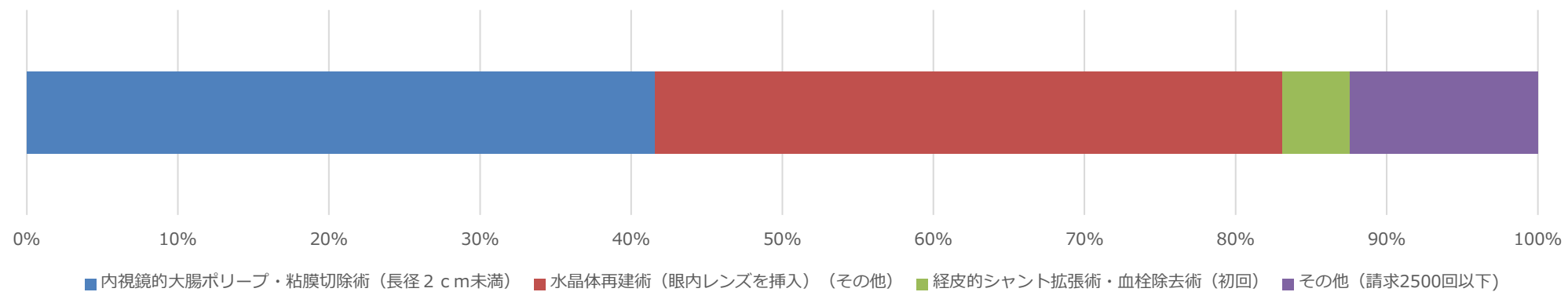
- 短期滞在手術等基本料 1 の病院及び診療所における算定回数の推移は以下のとおり。
- 令和 4 年度診療報酬改定以降、特に診療所における算定回数が顕著に増加している。



短期滞在手術等基本料 1 を算定する手術の内訳

診調組 入ー1参考(改)
 7 . 7 . 3

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



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

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

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

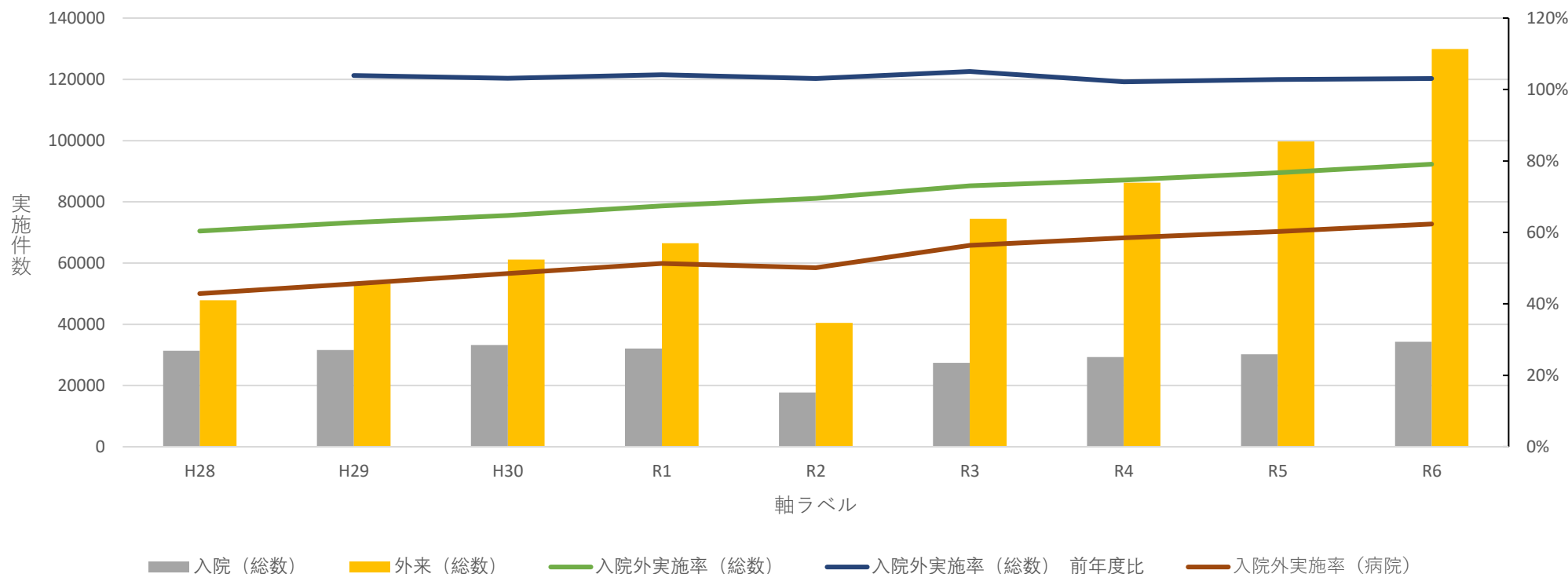
※ 2 「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの (片側)」、「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの (両側)」及び従たる手術として実施する場合を含む。

K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径 2 c m未満

診療組 入-1参考(改)
 7 7 3

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

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径 2 c m未満（総数）



出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）

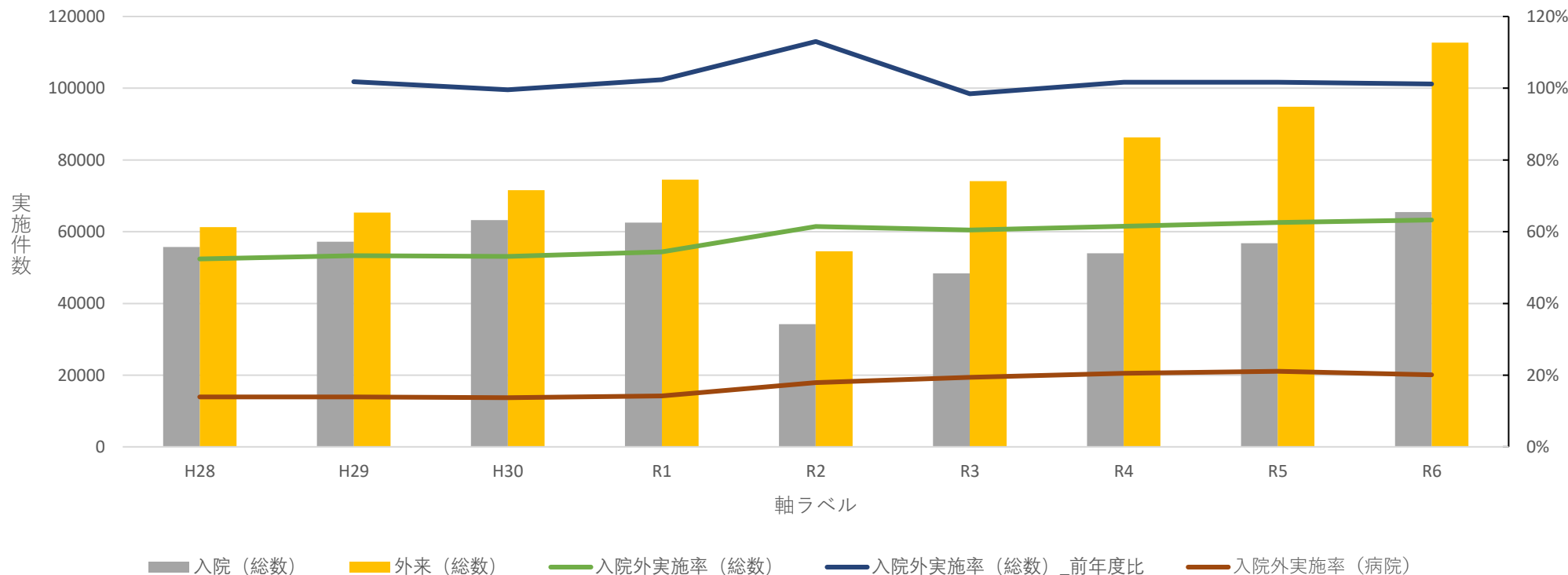
※ 入院での実施件数には、短期滞在手術等基本料 3 として手術を実施する場合を含む。

K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの

診調組 入-1参考(改)
 7 . 7 . 3

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

K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（総数）



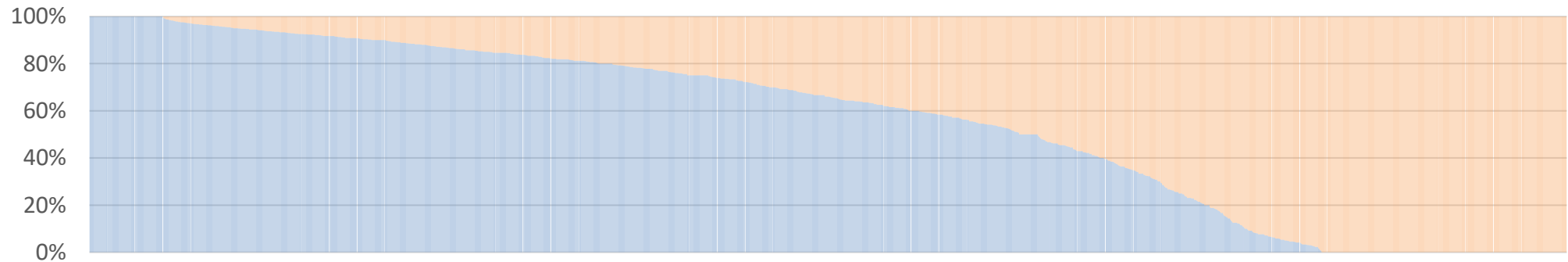
出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）

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

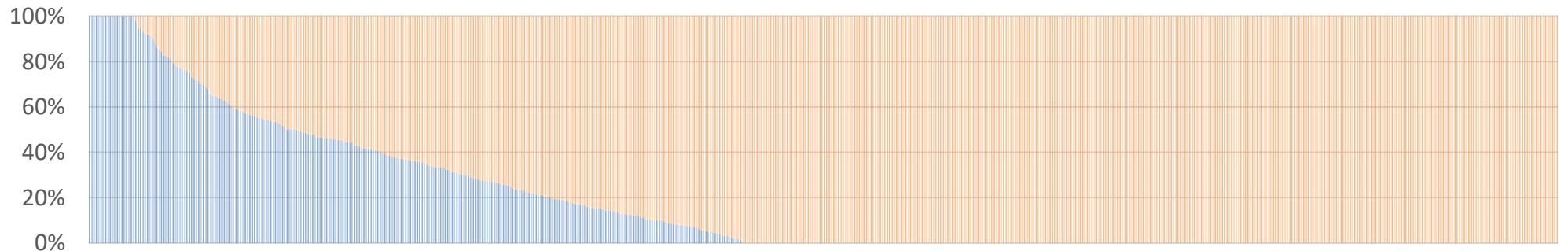
短期滞在手術の入院外での実施状況

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

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2cm未満(n=1,953)



水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他 (n=1,238)



■ 入院外実施率 ■ 入院実施率

令和6年10月NDBデータ（単月）

縦棒は、各医療機関を表す。

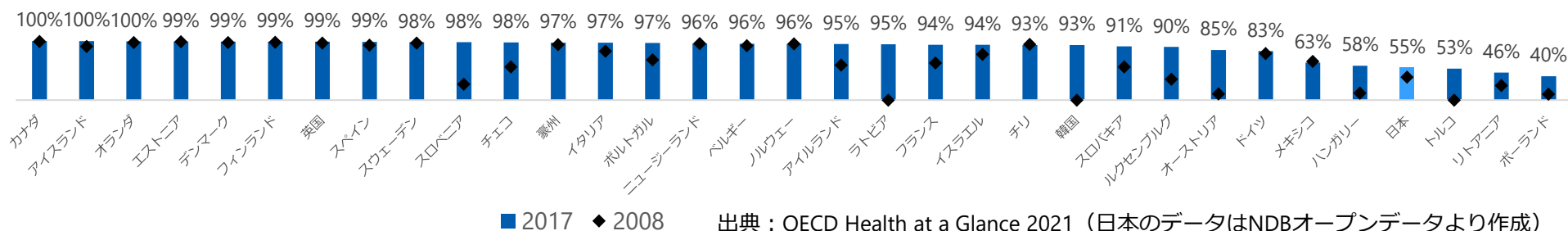
※1 「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 c m未満」及び「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」の算定回数が10件以上の病院に限る。

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

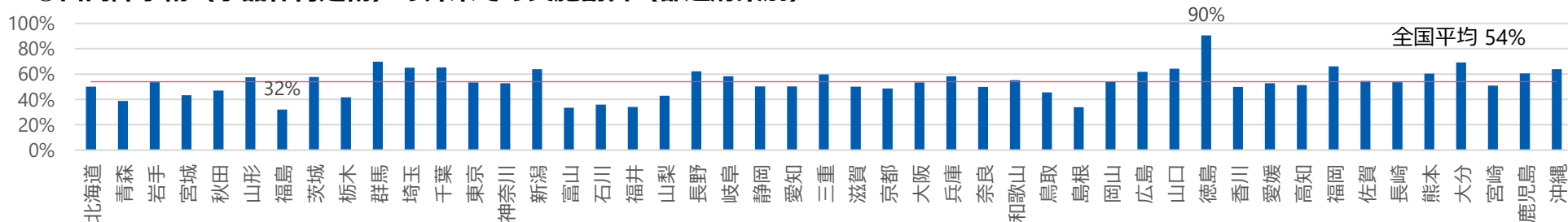
医療資源の投入量に地域差がある医療 (1)白内障手術

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

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）



○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）



短期滞在手術等基本料1対象手術実施時の請求点数

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

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

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

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

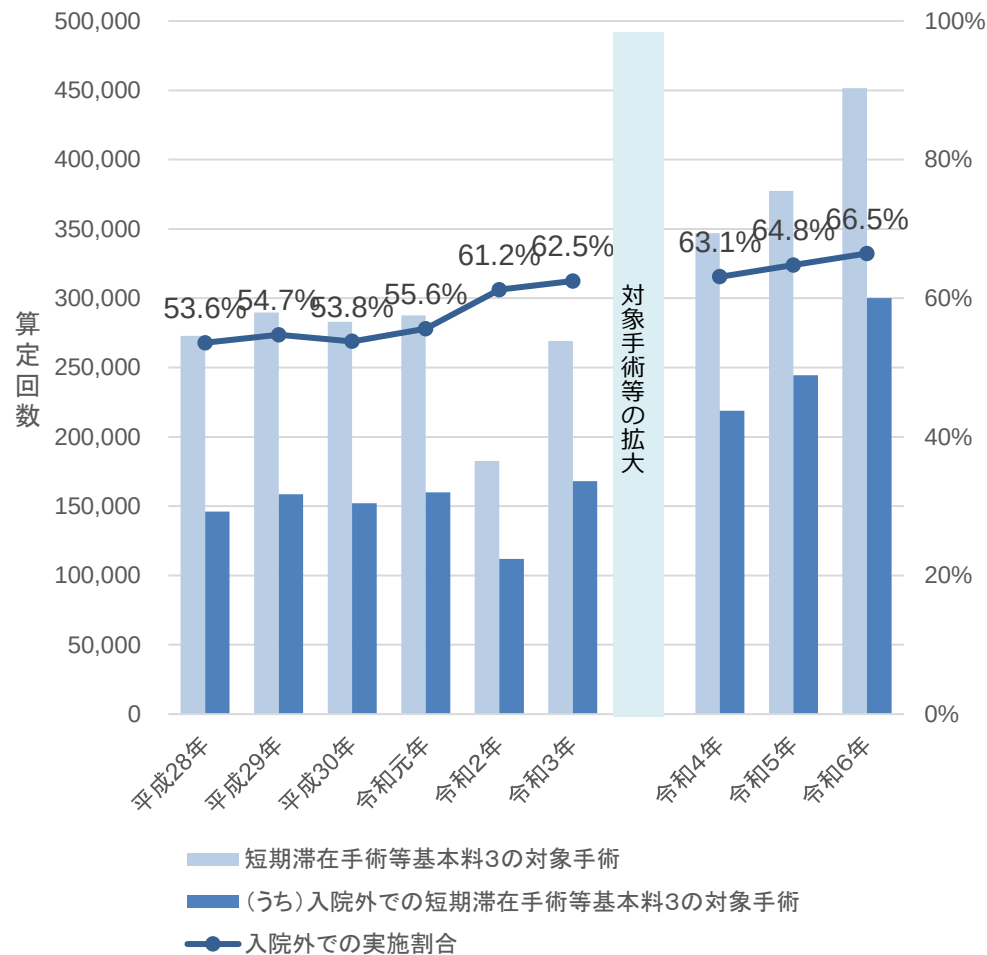
※3 短期滞在手術等基本料3の点数。「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）」については、片側を指す。

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

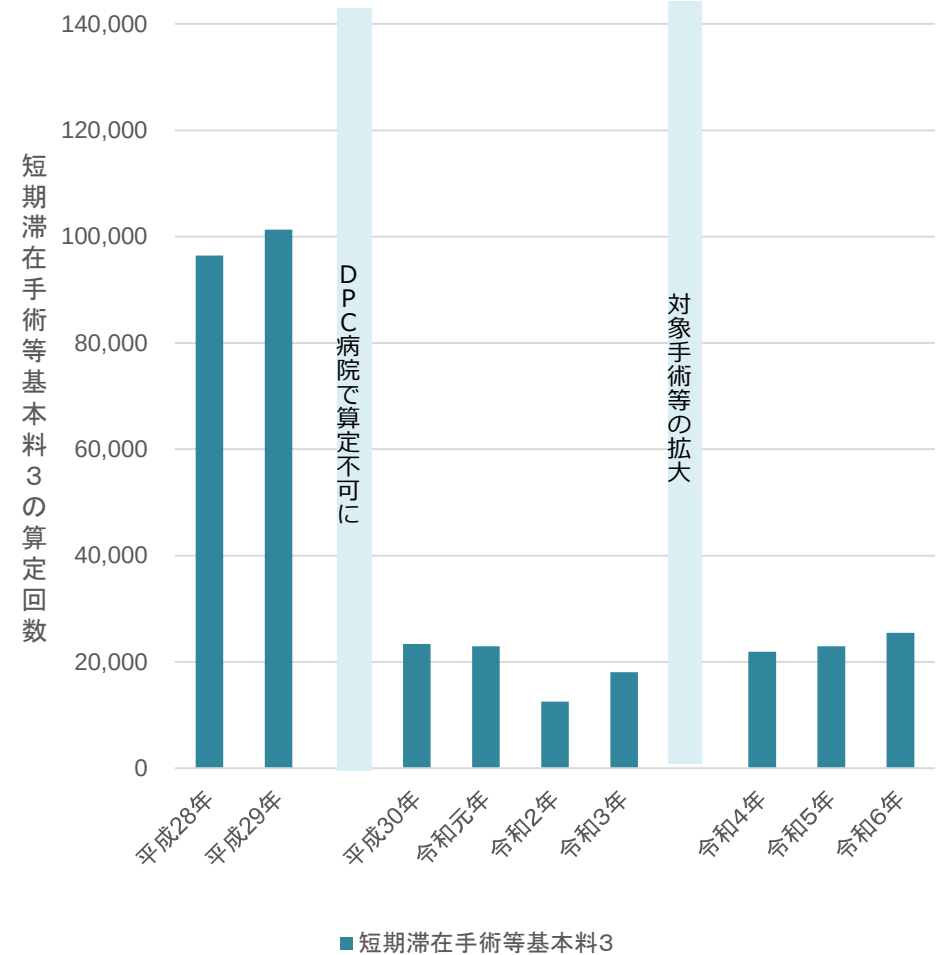
短期滞在手術等基本料 3 の年次推移

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

短期滞在手術等基本料3の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料 3 の対象手術の平均在院日数等の状況①

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

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

DPCデータ（各年度 1 年分）

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

※ 2 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等は赤字としている。

※ 3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術の平均在院日数等の状況②

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

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

DPCデータ（各年度 1 年分）

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

※ 2 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等は赤字としている。

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術の平均在院日数等の状況③

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

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

DPCデータ（各年度 1 年分）

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

※ 2 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等は赤字としている。

※ 3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

0. 調査概要

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

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

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

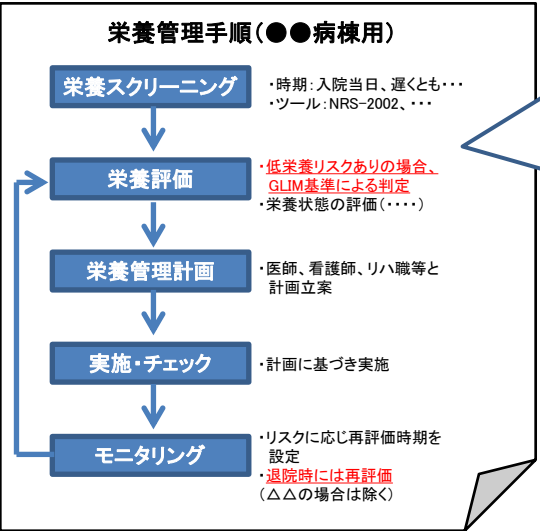
現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

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

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

●栄養スクリーニング

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

低栄養リスクあり

●低栄養診断

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

低栄養と判定

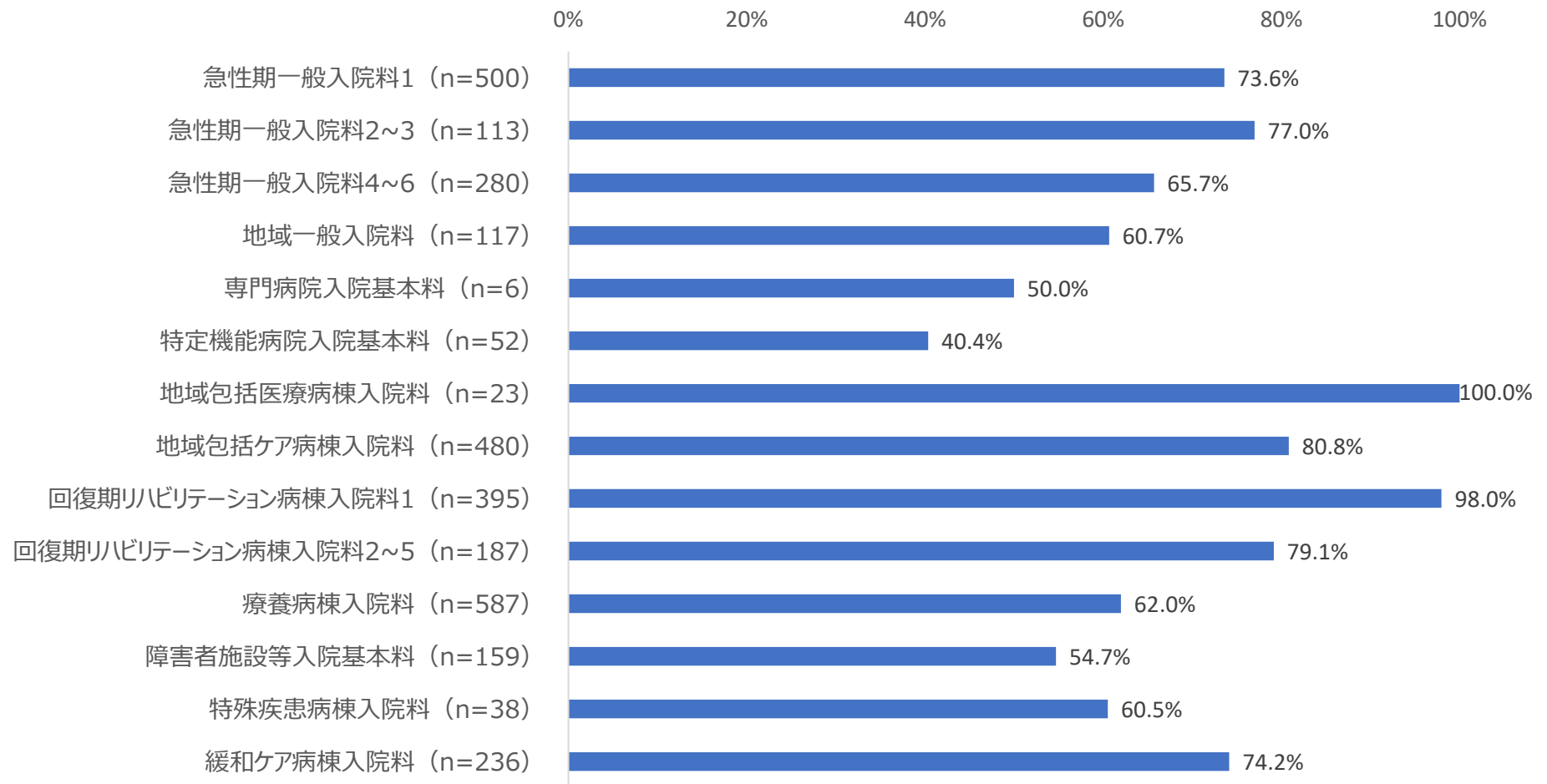
重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

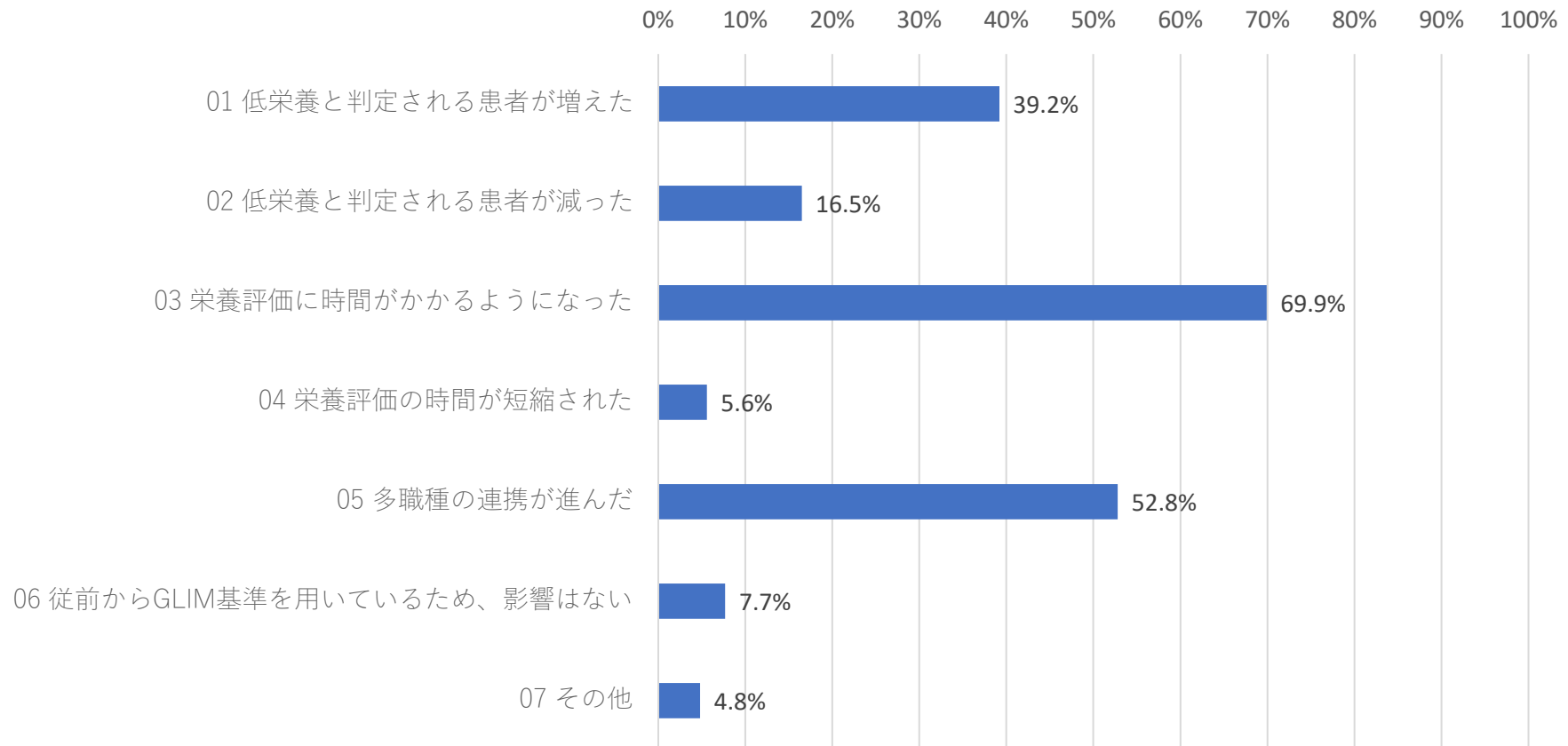
入院料ごとのGLIM基準の活用状況

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

■ 入院料ごとの栄養管理手順にGLIM基準を位置づけている割合



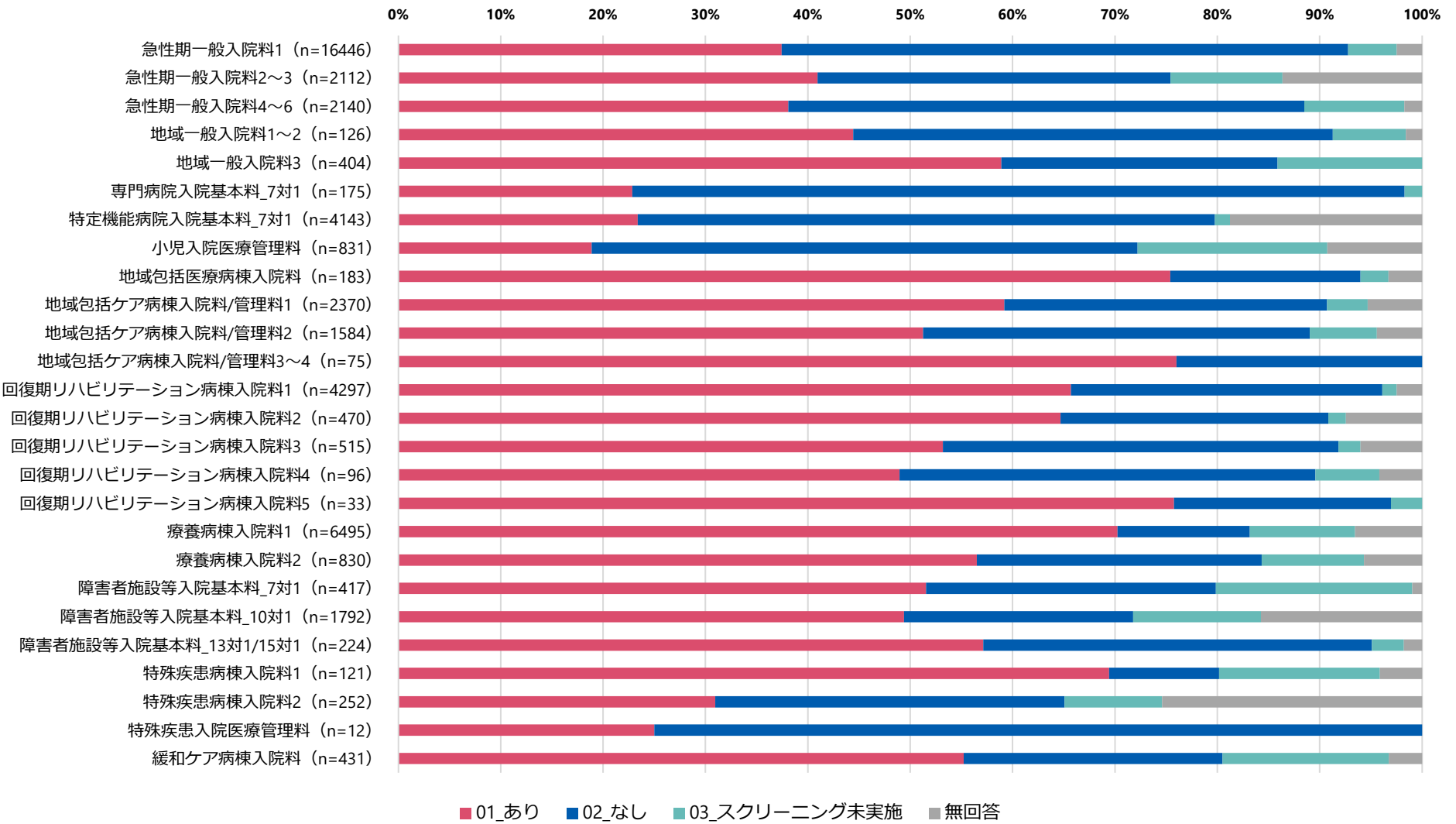
- GLIM基準の評価を導入したことで、「栄養評価に時間がかかるようになった」という回答が69.9%と最も多かった一方で、「多職種連携が進んだ」という回答が52.8%と次に多かった。



（複数回答） n=375

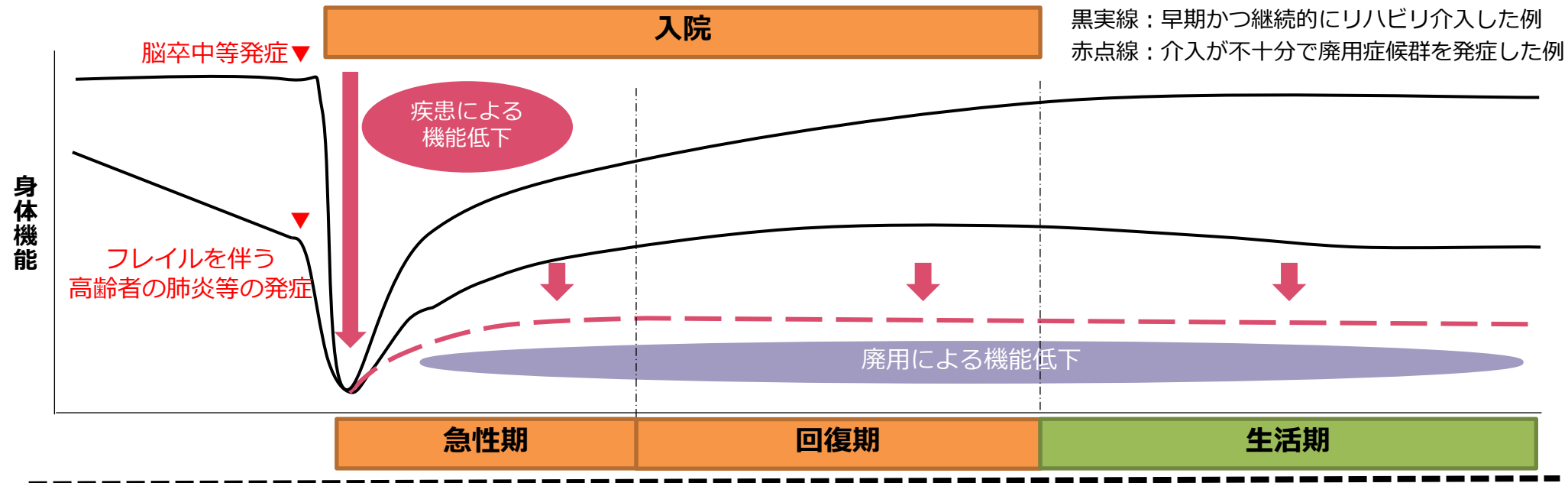
入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

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



各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6



必要なリハビリの
イメージ

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

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

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

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

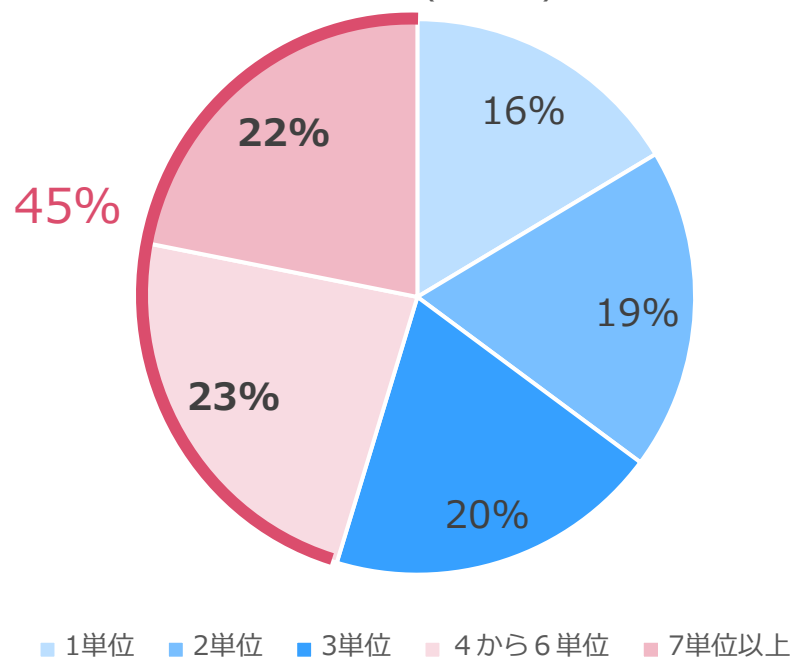
屋外等での疾患別リハビリテーション実施単位数について

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

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

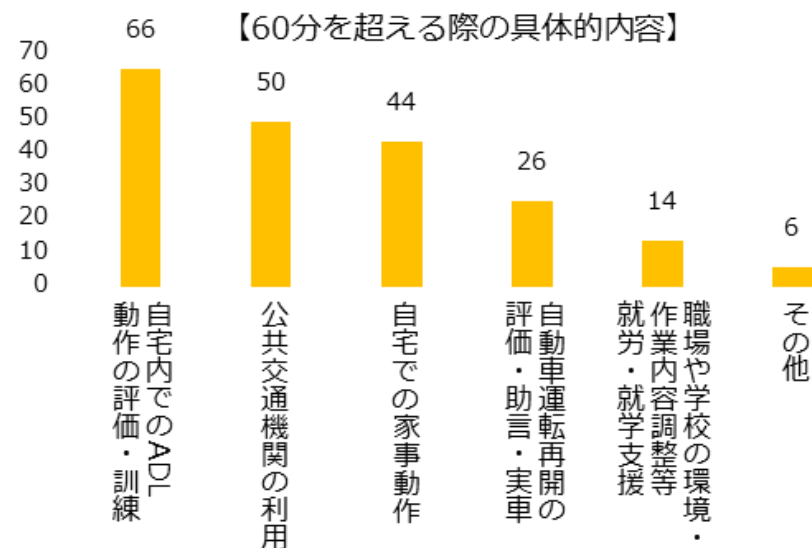
屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と

人数の割合(n=128)



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

参考) 屋外等でのリハビリテーションが60分を超える際の具体的な実施内容



※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

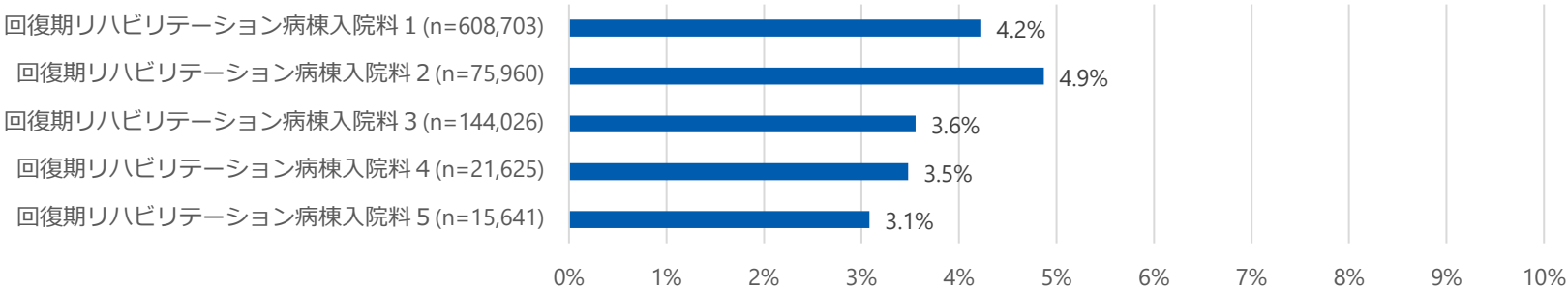
出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

退院前訪問指導の実施状況

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

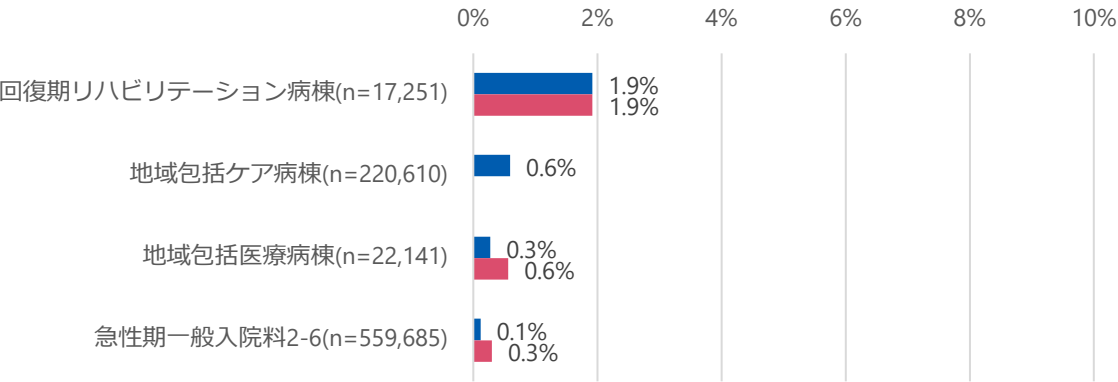
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3～5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14～24%に留まっていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの退院前訪問指導を実施した患者の割合



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

退院前訪問指導を実施した患者の割合



■ 退院全患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合
■ 疾患別リハを実施した患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合

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

※ 疾患別リハ料が入院料に包括されていることに注意が必要。

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

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

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

(1) 入院中の診療

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

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

(2) 入院中の退院支援

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

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

(3) 退院後の外来診療（略）

(4) 退院後の相談支援（略）

(5) 障害者手帳の取得

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

急性期リハビリテーション加算等の算定要件

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

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

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

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



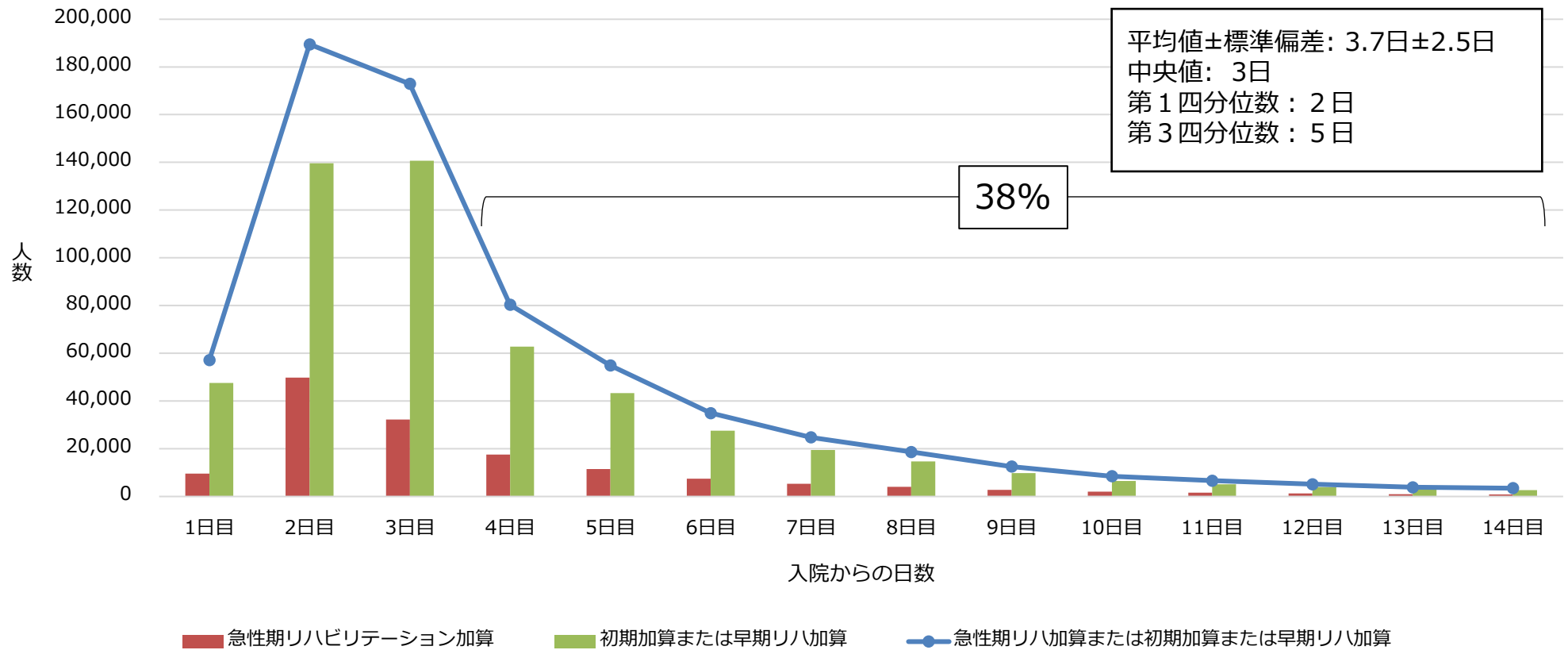
Dの症例においても、急性期リハビリテーション加算は算定可能

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

診調組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

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

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）



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

入院時食事療養費に係る食事療養の概要

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

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

届出必要

届出病院数
(令和5年)
7,952施設

入院時食事療養（Ⅰ）【1食につき】

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

<主な要件>

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

又は

届出不要

入院時食事療養（Ⅱ）【1食につき】

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

特別食加算【1食につき】 76円※

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

<厚生労働大臣が定める特別食>

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

食堂加算【1日につき】 50円

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

特別料金の支払いを受けることによる食事の提供

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

入院料ごとの栄養摂取の状況

診調組 入-1 参考
7 . 5 . 2 2 改

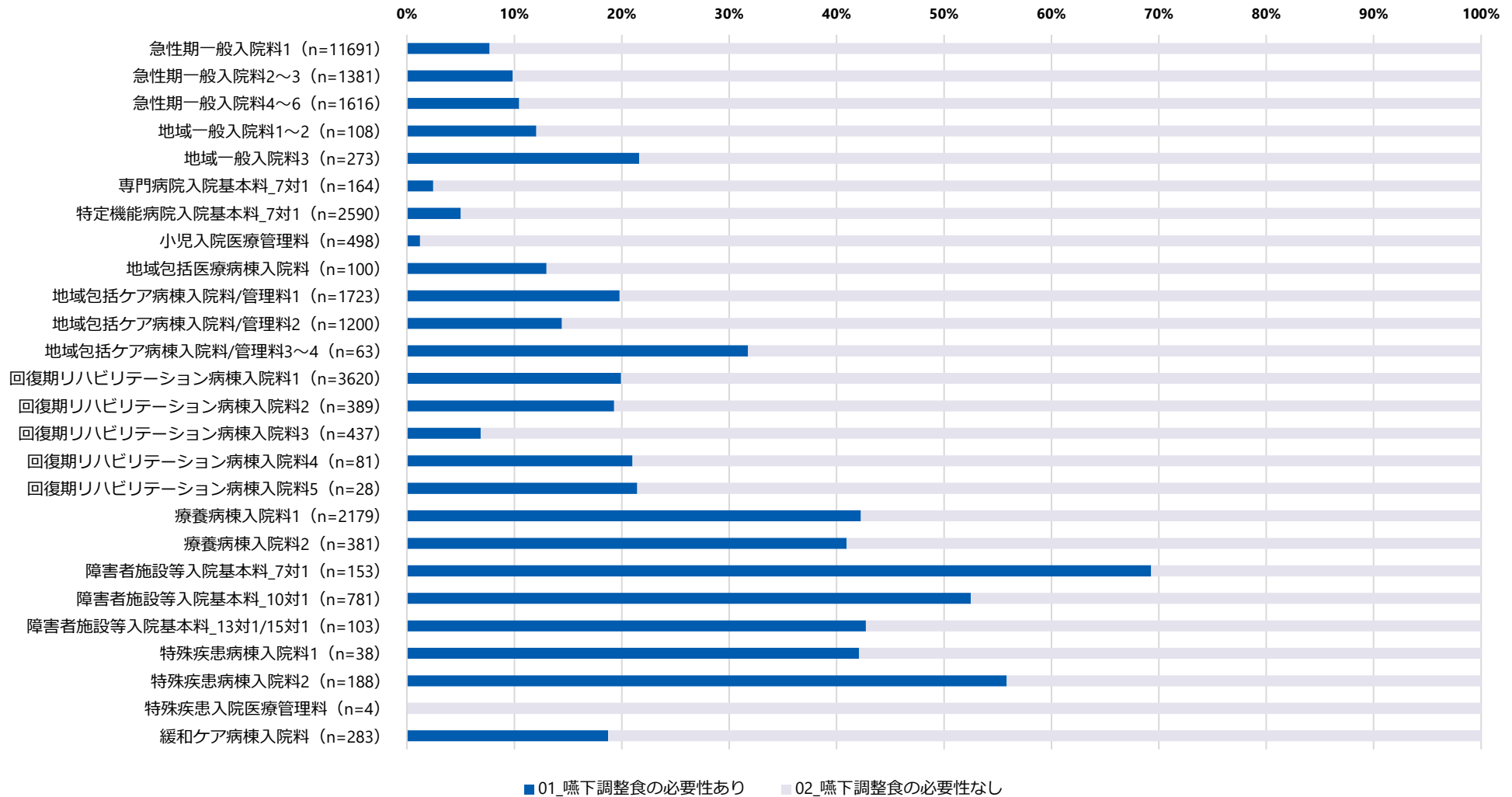
- 栄養摂取の方法として、急性期や包括期病棟は約 8 割の患者が経口摂取のみであり、慢性期病棟でも約 5 割の患者が経口摂取をしている。



入院料ごとの嚥下調整食の状況

診調組 入-1 参考
7 . 5 . 2 2 改

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



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

入院時の食費の基準額について（令和6年度診療報酬改定等）

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

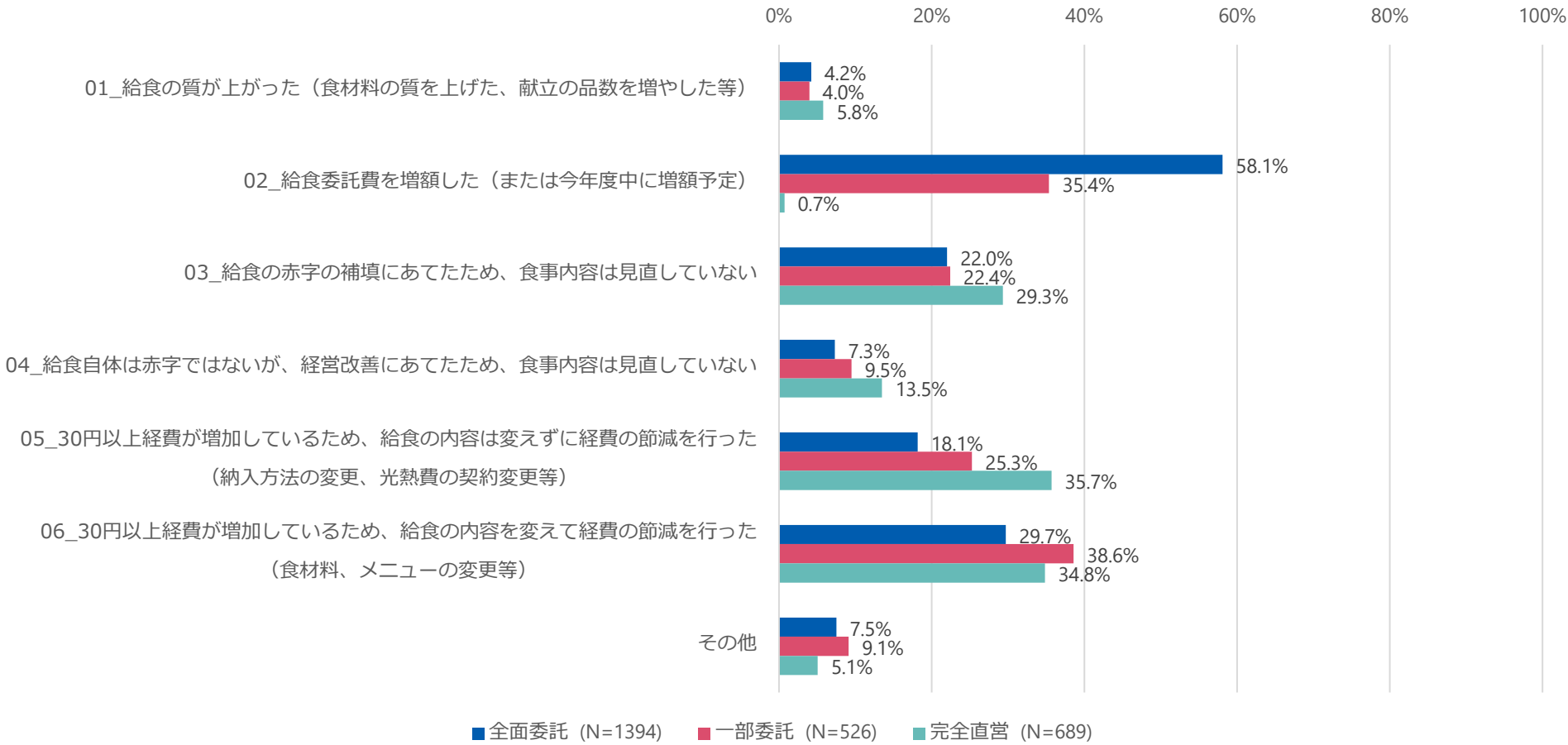
	～令和6年5月		令和6年6月～		令和7年4月～
総額	640円	+30円 ➡	670円	+20円 ➡	690円
自己負担					
一般所得者の場合	460円	+30円 ➡	490円	+20円 ➡	510円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円 ➡	230円	+10円 ➡	240円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円 ➡	110円	据え置き ➡	110円

入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したこと

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

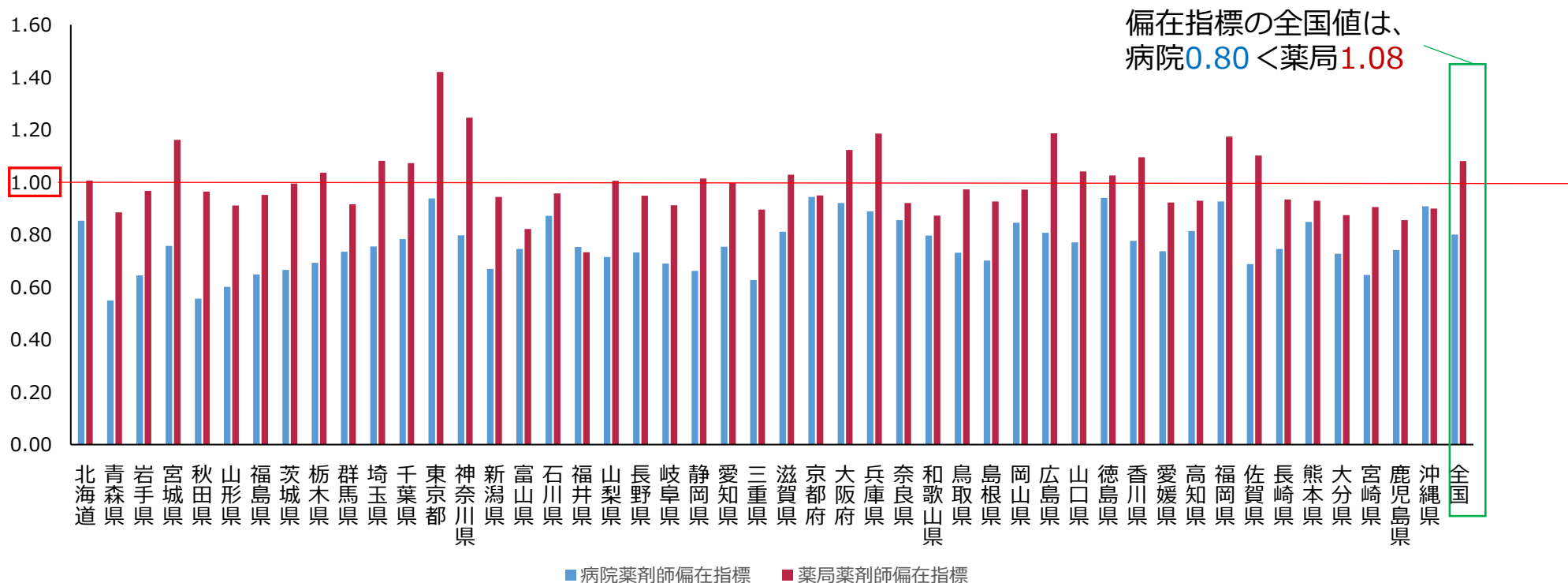
- 給食運営を全面委託している施設の約 6 割が、「給食委託費を増額した」と回答。
- 一部委託や完全直営の施設の約 4 割は、30円以上経費が増加しているため、納入方法や食材料等の変更を行い、更なる経費の削減を行っていた。

給食運営の状況別_給食提供等に関して見直したこと



現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

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



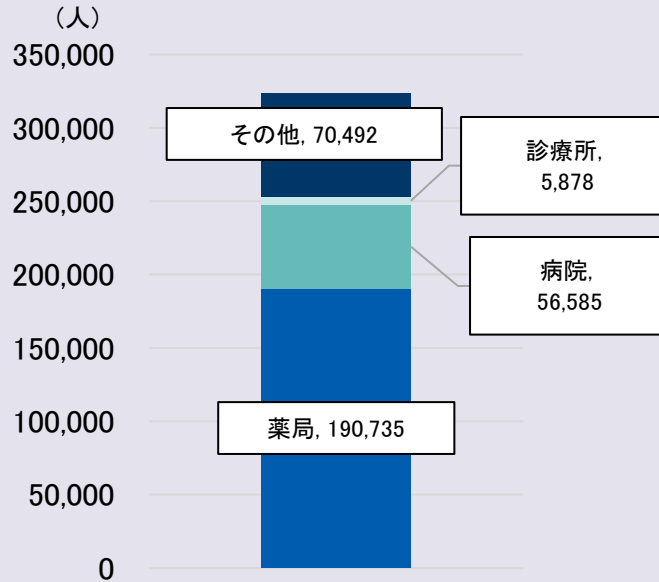
$$\text{薬剤師偏在指数} = \frac{\text{地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量（現在の労働量）}}{\text{地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量（必要な業務量）}}$$

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

病院薬剤師の配置状況

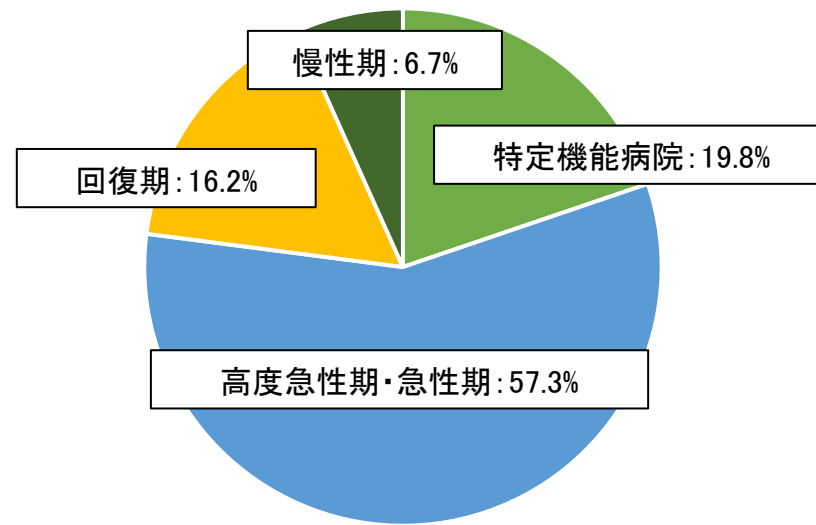
○ 病院に勤務する薬剤師は5.66万人（令和4年度時点）であり、病床機能別・業務別の人員配置割合は以下のとおり。

■ 薬剤師統計における薬剤師数 （令和4年12月31日現在）



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

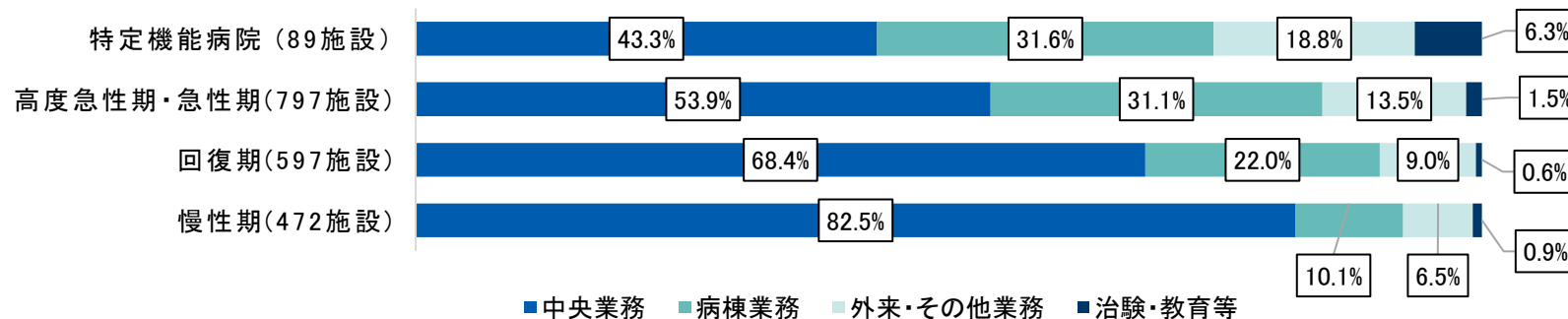
■ 病床機能別の薬剤師人数割合



【病床機能別分類の集計手順】

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

■ 病床機能別・業務別の薬剤師人数割合



【業務別分類の定義】

薬剤師本人が主に働いている場所として回答した結果に応じて以下のとおり分類した。

「中央業務」：調剤室、注射室、製剤室、医薬品情報室、管理室、麻薬室、薬務室

「病棟業務」：病棟
「外来・その他業務」：チーム医療活動、手術室、外来、化学療法室、医療安全室、その他

「治験・教育等」：試験・研究室、治験室

院内処方と院外処方における診療報酬の比較

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

医師の処方に基づく医薬品の調剤に係る診療報酬（技術料）の合計（イメージ）

※ 服用時点が異なる内服薬が2種類、28日分処方されている患者の場合

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

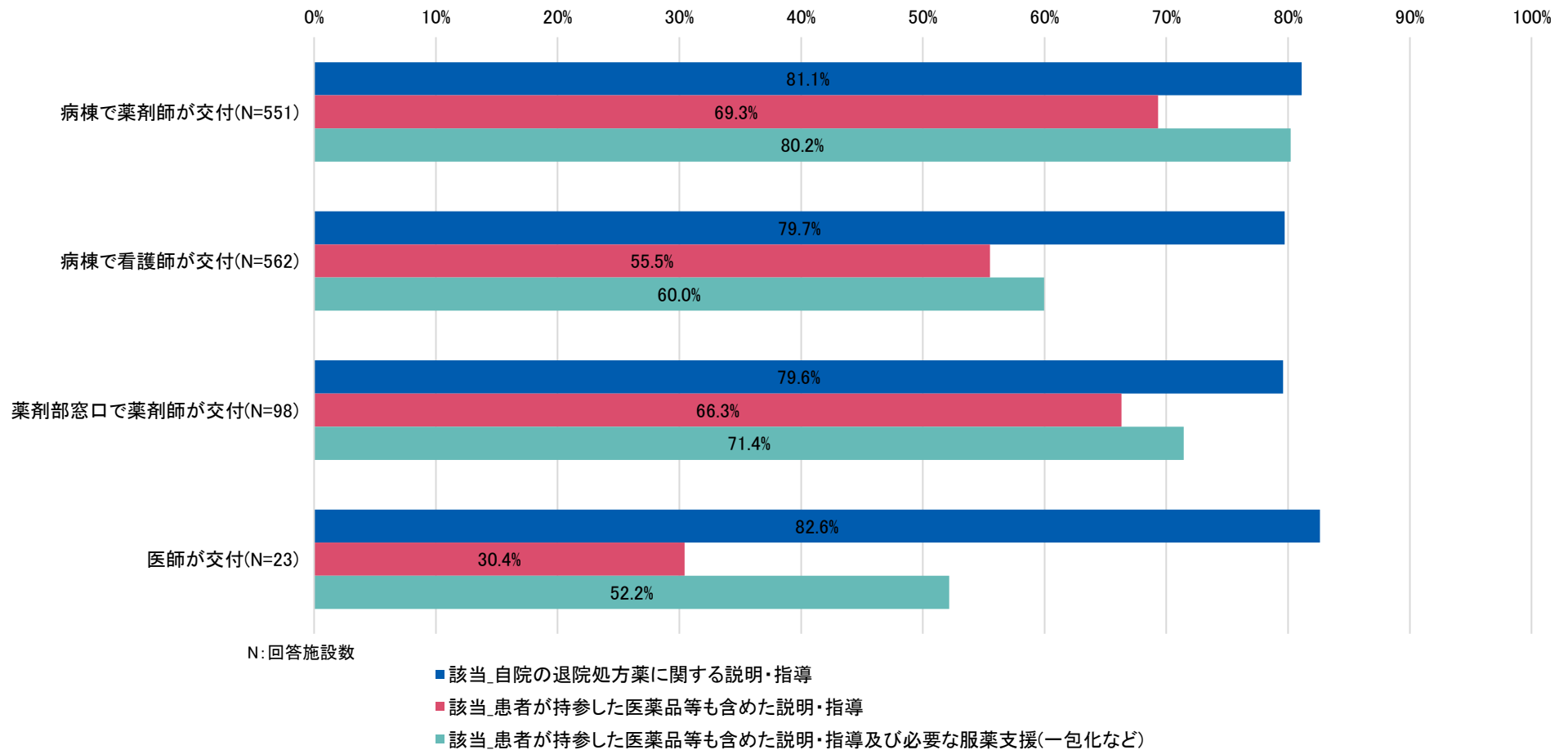
夜間・休日等の評価（夜間をはじめとする医療提供体制が乏しくなる時間帯の医療提供への評価）

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

退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲

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

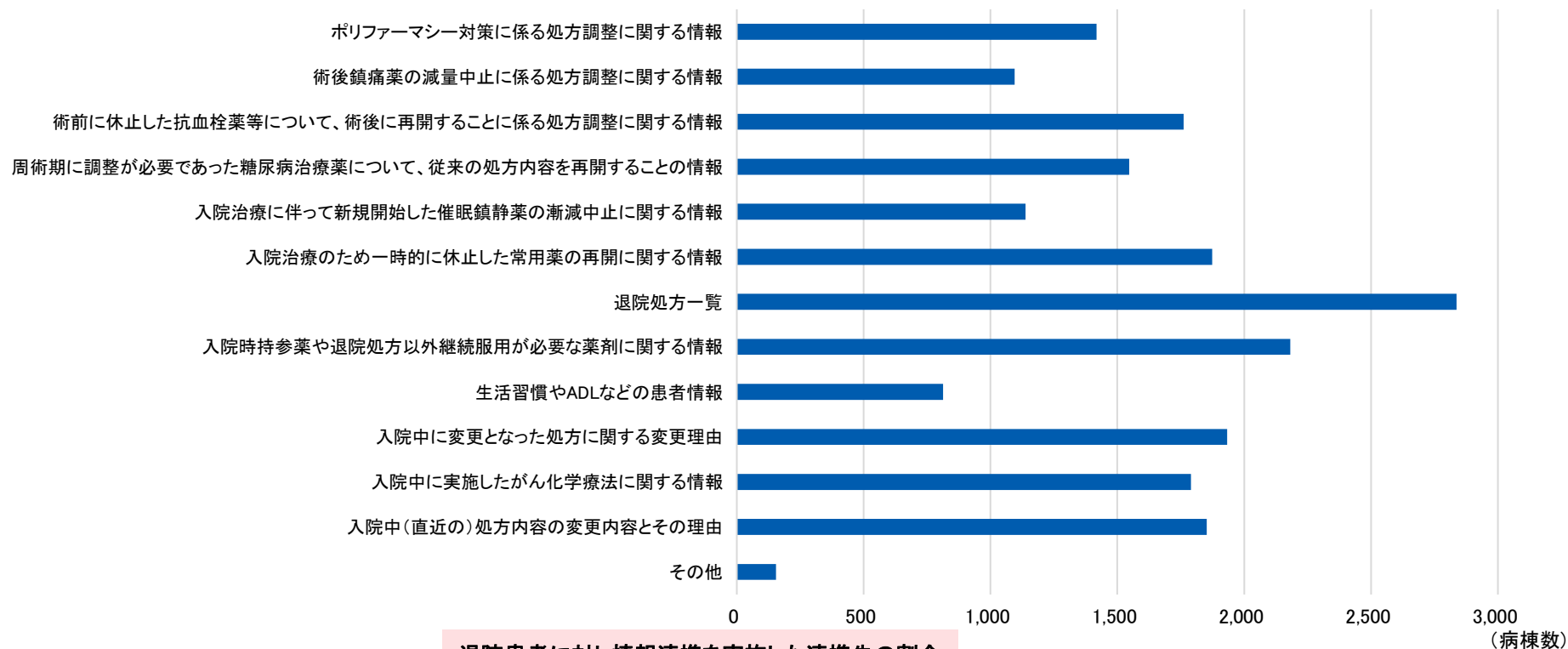
退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲
(該当)



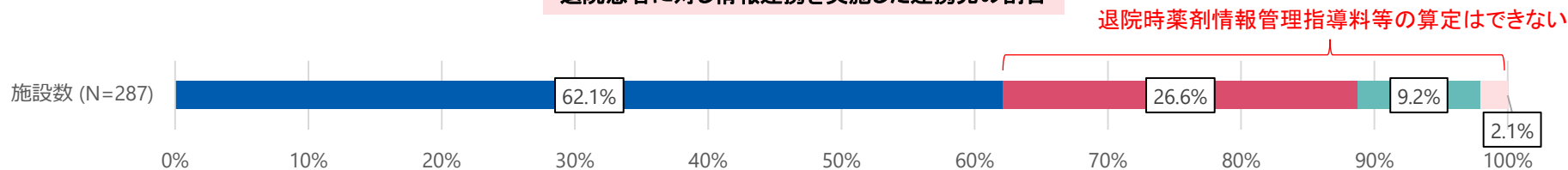
退院時薬剤関連情報連携における実施項目と連携先

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

退院時薬剤関連情報連携における実施項目



退院患者に対し情報連携を実施した連携先の割合



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

退院時の薬剤に関する情報提供の実施状況

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

退院時の薬剤に関する情報提供の評価

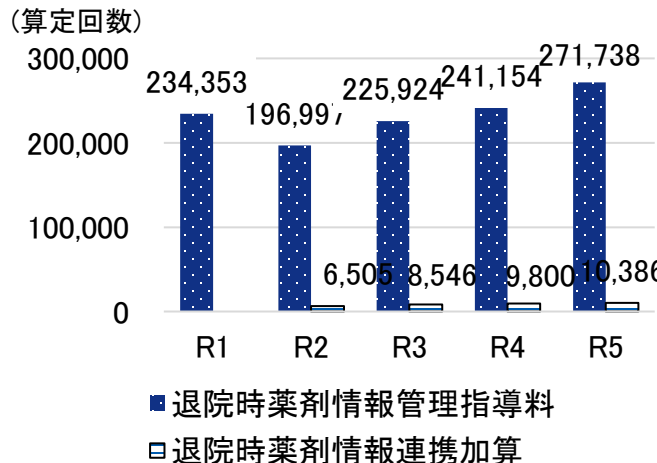
① 退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）

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

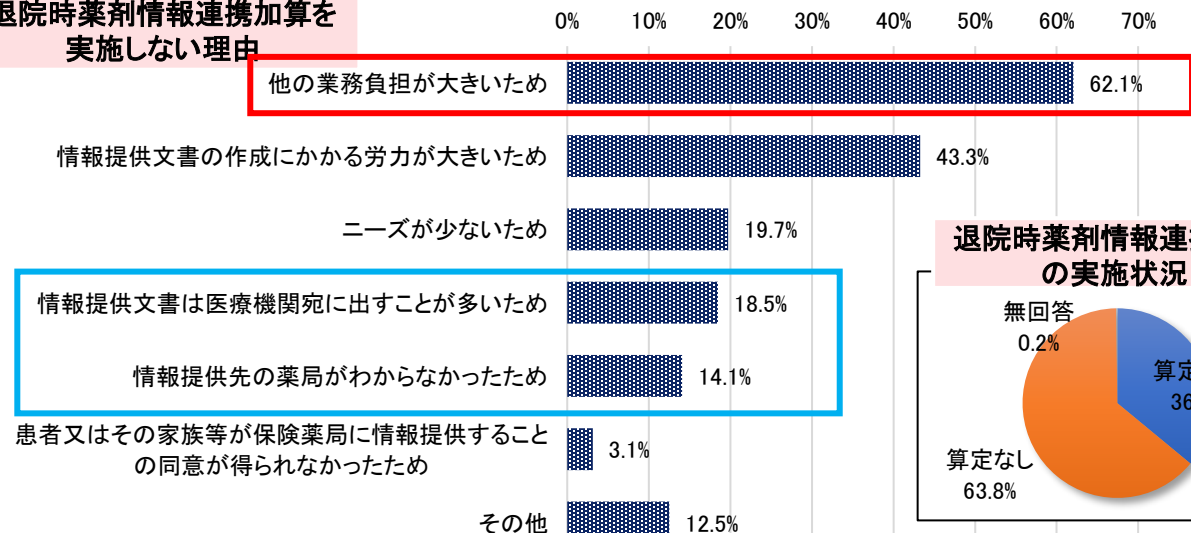
② 退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）

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

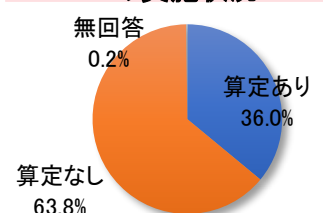
退院時薬剤情報管理指導料等¹⁾



退院時薬剤情報連携加算を実施しない理由



退院時薬剤情報連携加算の実施状況



入院時のポリファーマシー対策の評価と実施状況

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

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

①薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)

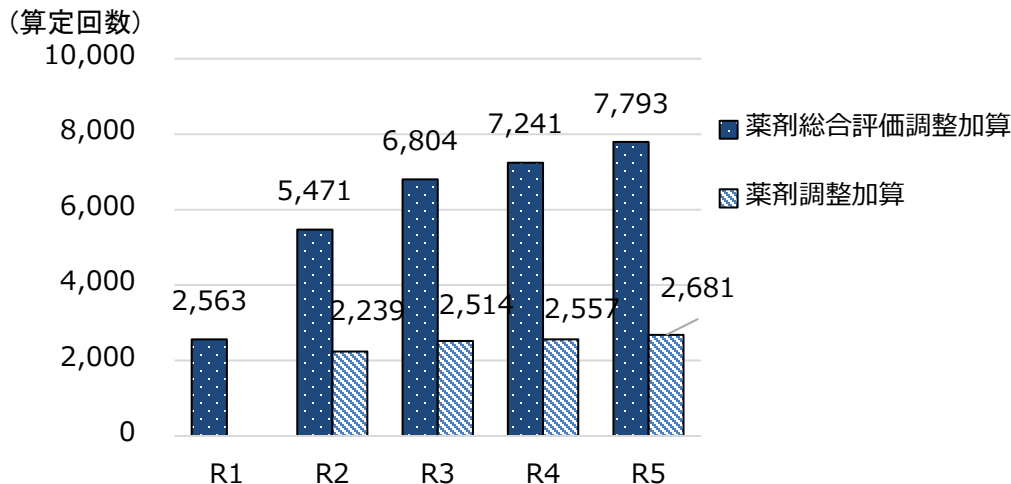
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
イ アを踏まえ、医師、薬剤師及び看護師等の**多職種による連携の下で**、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を行う。
ウ 処方内容を変更する際の留意事項を**多職種で共有した上で**、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し必要に応じて、再評価を行う。
オ 実施するに当たっては、**病棟等における日常的な薬物療法の総合的な評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。**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

②薬剤調整加算(退院時1回 150点)

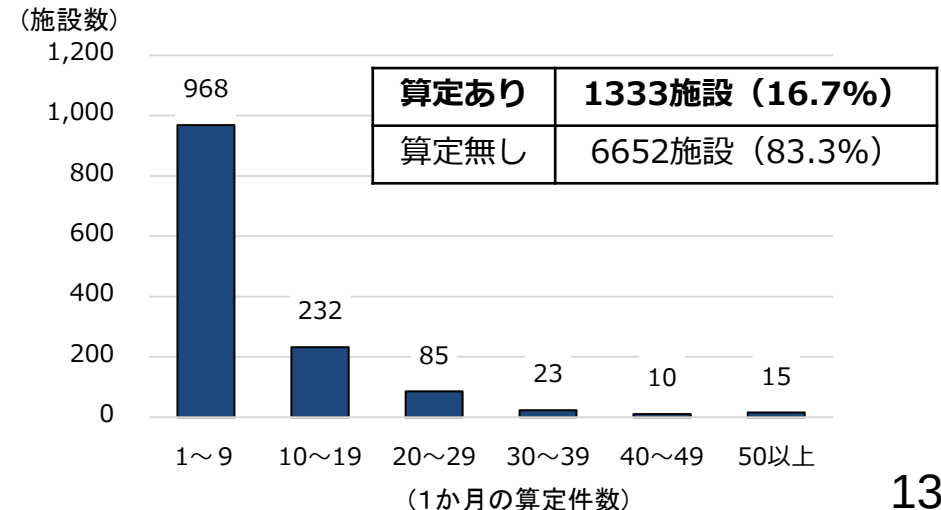
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
- ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 - ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

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

■薬剤総合評価調整加算及び薬剤調整加算の算定数の推移¹⁾



■薬剤総合評価調整加算の1か月の算定回数(n=7985)²⁾



薬剤適正使用連携加算について

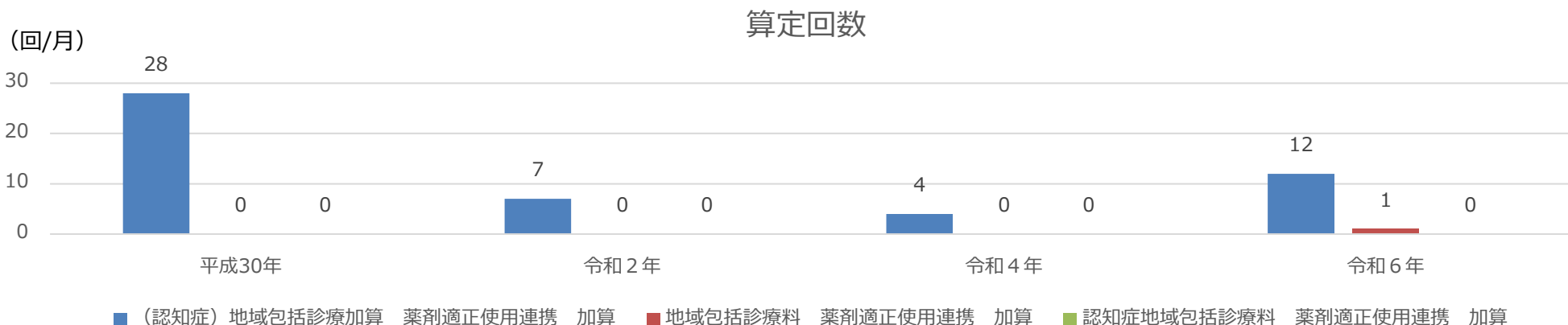
薬剤適正使用連携加算

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

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

[算定要件]

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



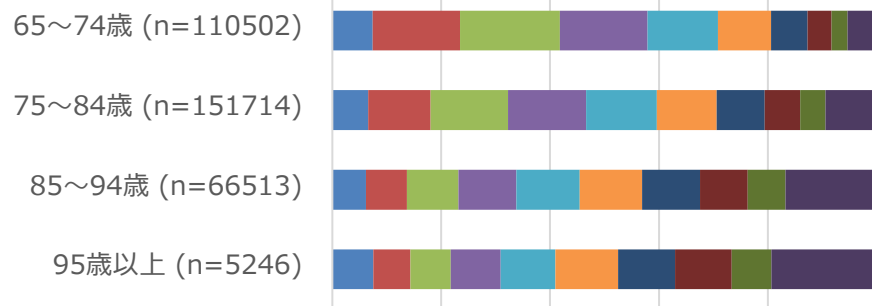
年齢階級別にみた一患者あたりの院内処方薬剤種類数

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

院内処方

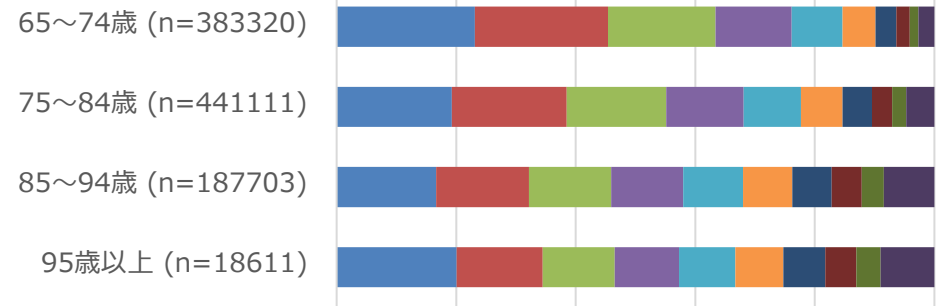
地域包括診療加算 算定患者

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

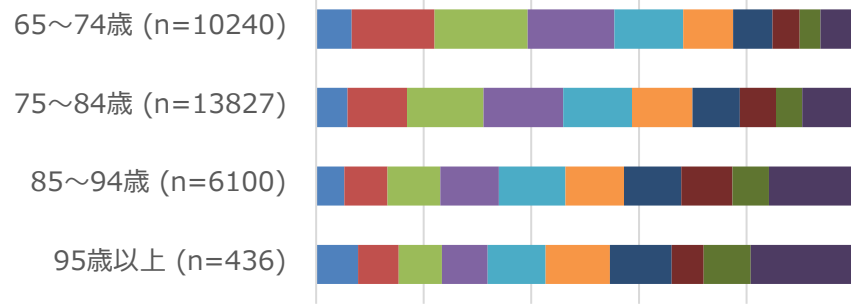


地域包括診療加算 算定患者以外

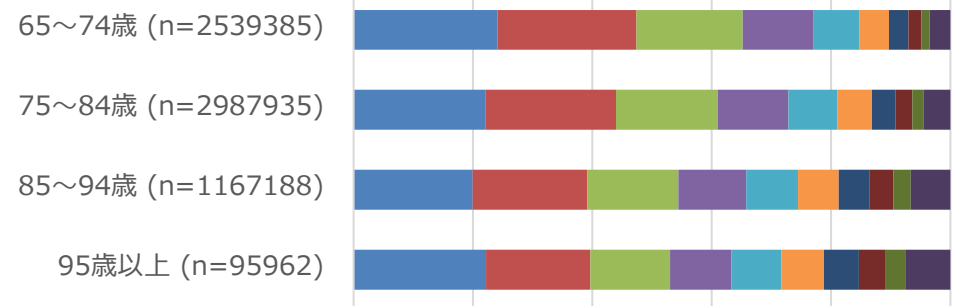
0% 20% 40% 60% 80% 100%



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



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



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

出典：NDBデータ（令和6年7月）

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

年齢階級別にみた一患者あたりの院外処方薬剤種類数

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

院外処方

地域包括診療加算 算定患者

機能強化加算
算定施設

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



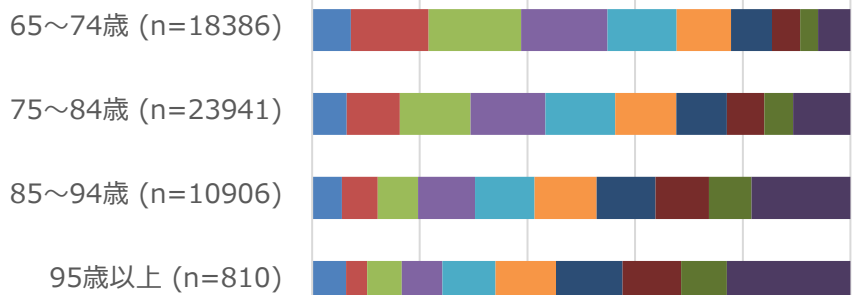
地域包括診療加算 算定患者以外

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

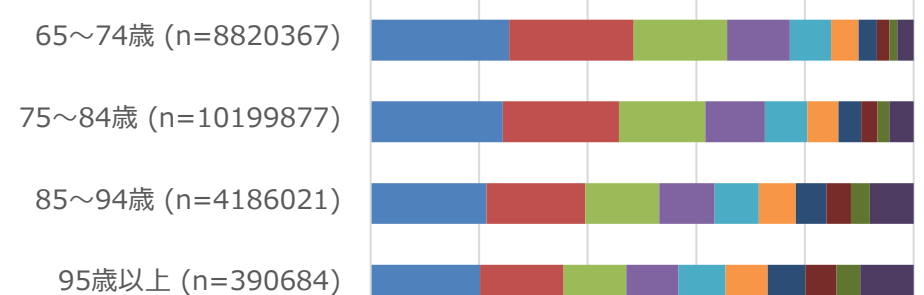


機能強化加算
算定施設以外

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



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



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

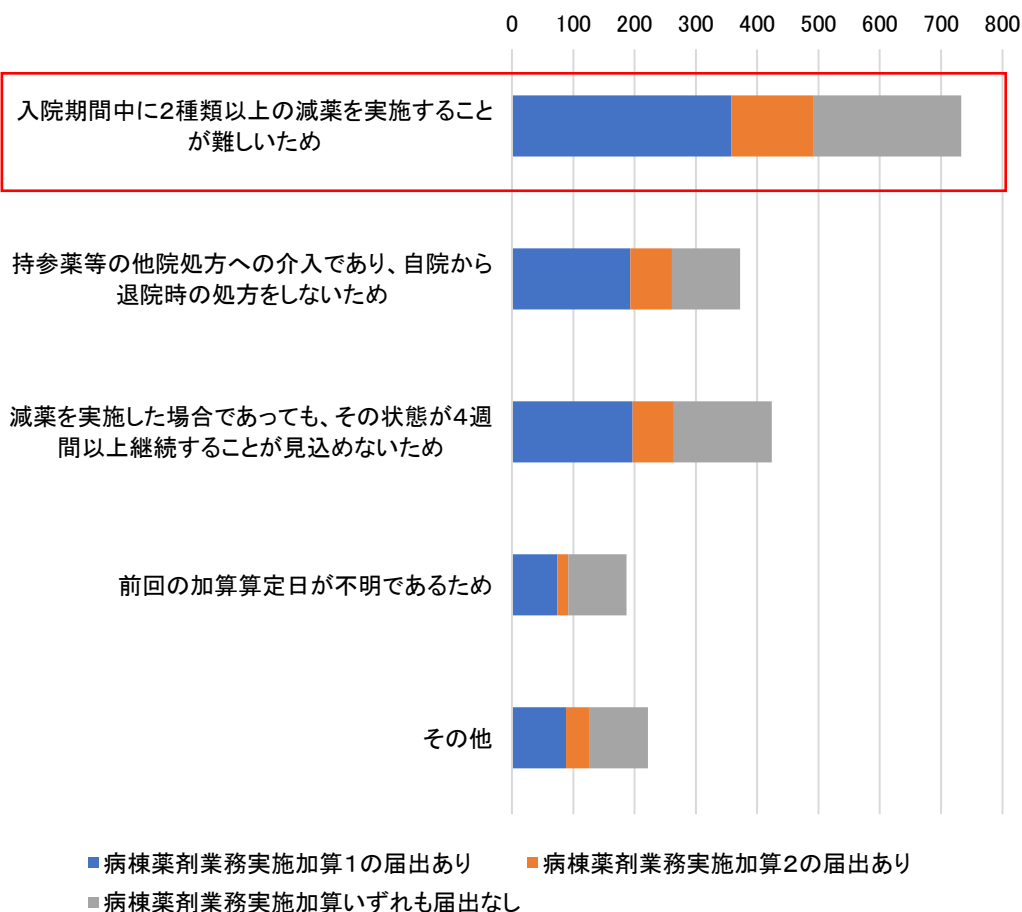
出典：NDBデータ（令和6年7月）

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

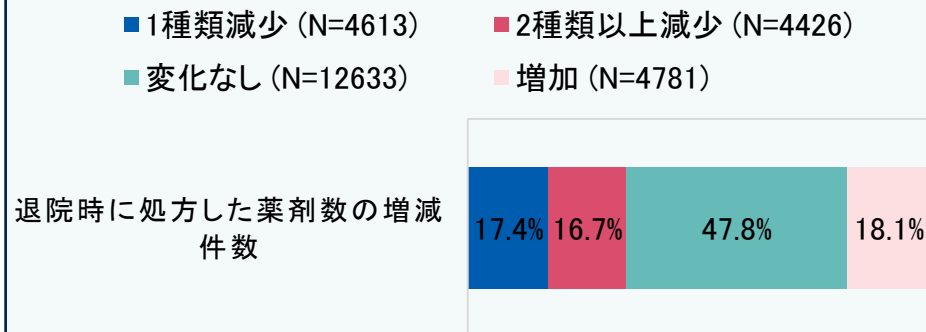
入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

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

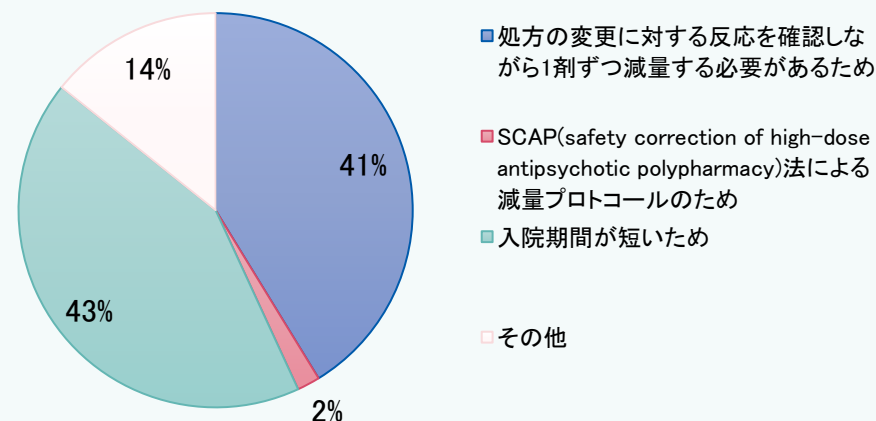
薬剤総合評価調整加算を算定していない理由



ポリファーマシー対策の介入による退院時処方薬剤数の増減割合



入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由

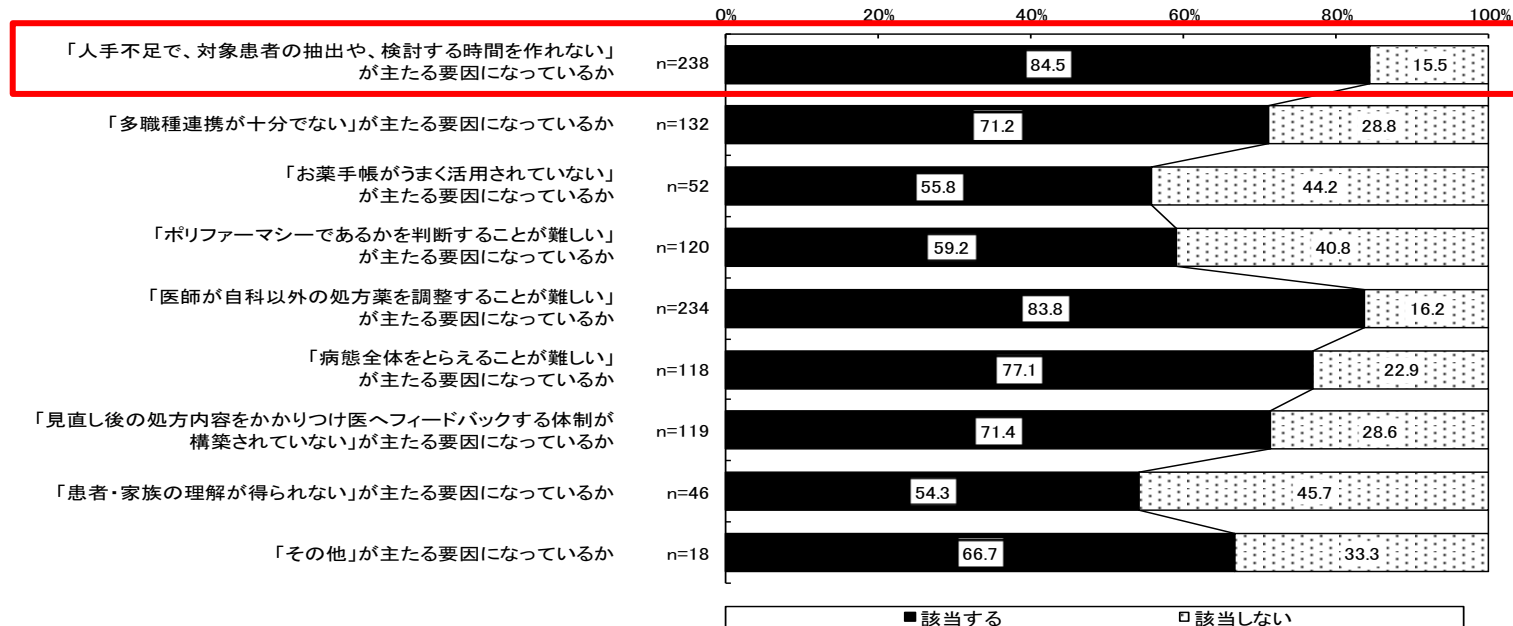


病院でポリファーマシー対策が普及しない主たる要因

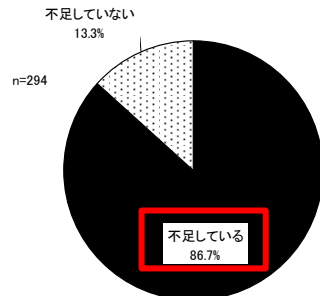
令和6年6月21日
第18回高齢者医薬品適正使用検討会
参考資料1 一部改変

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

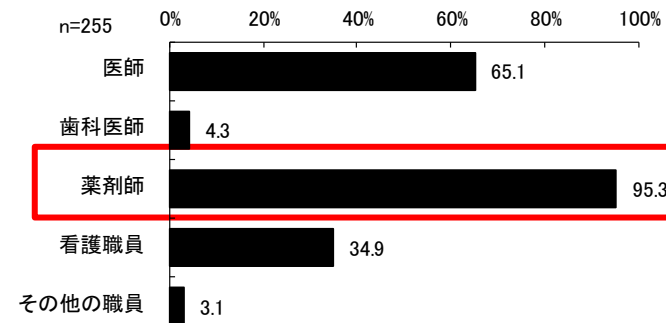
ポリファーマシー対策を始められない・進められない主たる要因



ポリファーマシー対策を行う人員が不足しているか



不足していると考えられる職種



目的

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

対象

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

使い方

2つの側面を評価することを推奨

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

158薬物を掲載

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

(参考)

表1. 老年症候群の症候とその被疑薬

青字：向精神薬、緑字：抗コリン作用を有する薬物

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

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

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

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言1】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

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

【提言2】服薬は昼1回に：昼にまとめられる場合は積極的に検討する

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

服薬簡素化のイメージ



高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

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

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

ステップ7: 退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有



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

精神疾患の医療体制構築に係る指針（抄）

（11）身体合併症

（基本情報）

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

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

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

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

総合病院精神科の機能

外来・在宅医療

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

一般病床

- コンサルテーション
- リエゾン

- ・ 精神身体合併症

精神病床

- ・ 病期
急性期/回復期/慢性期
- ・ 入院形態

（医療観察法病床）

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

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

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

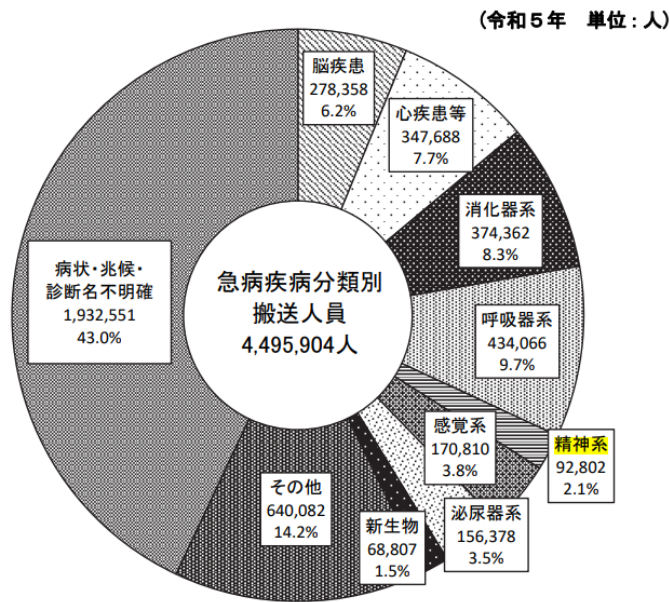
日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）を基に作成

疾患別の病院収容平均所要時間

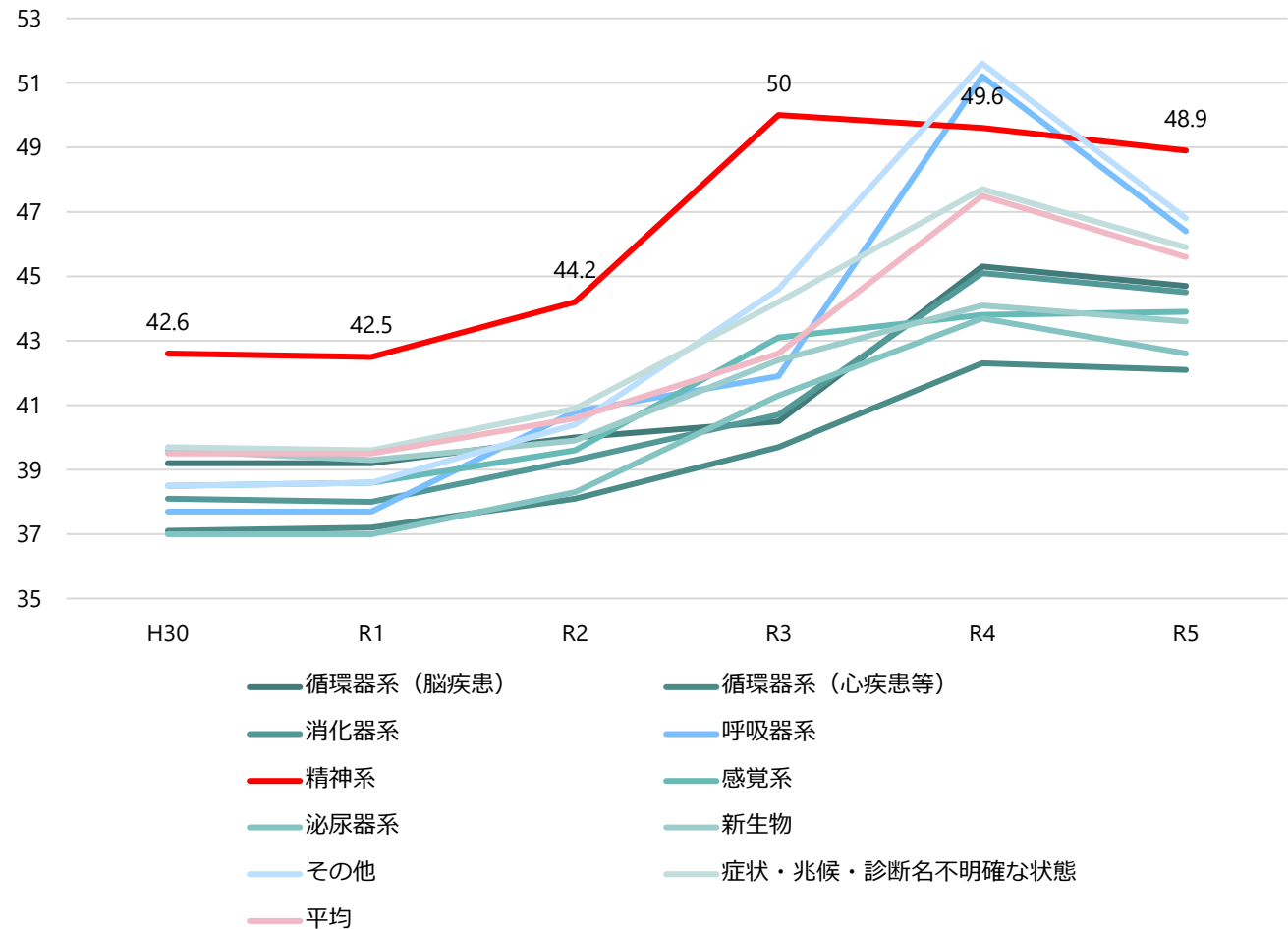
診調組 入-1
7 . 7 . 17

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

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員



覚知から医師引継ぎまでに要した時間（分）

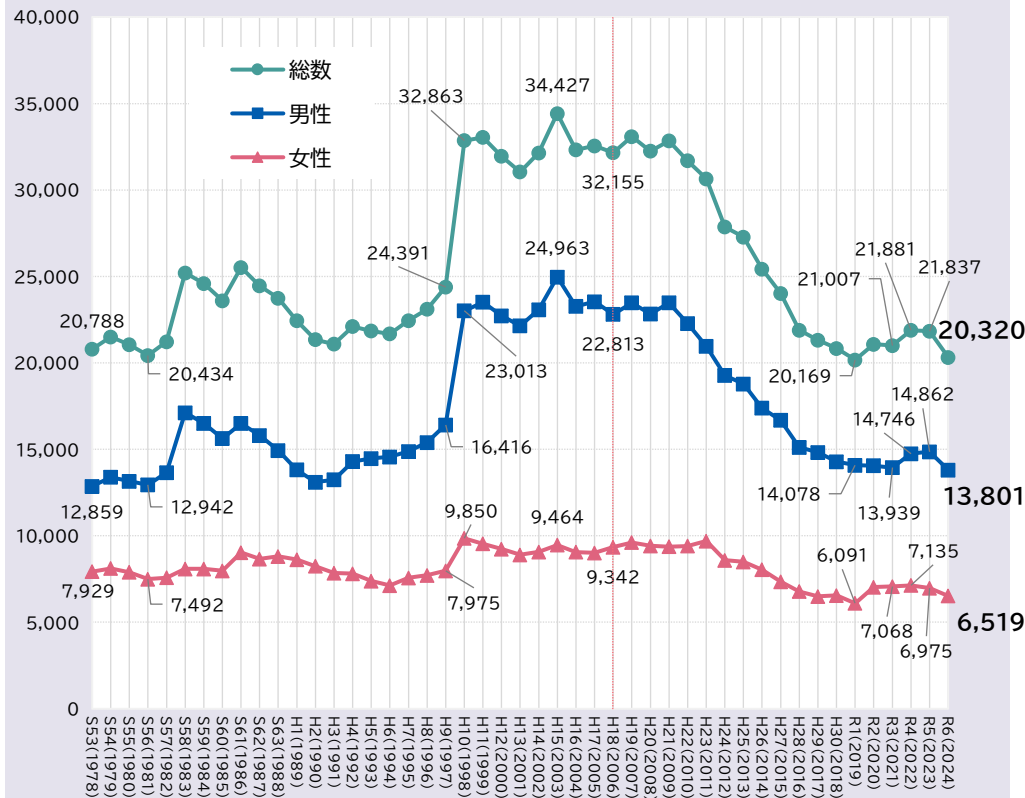


【令和6年（確定値）】自殺者数の推移

令和7年3月28日現在

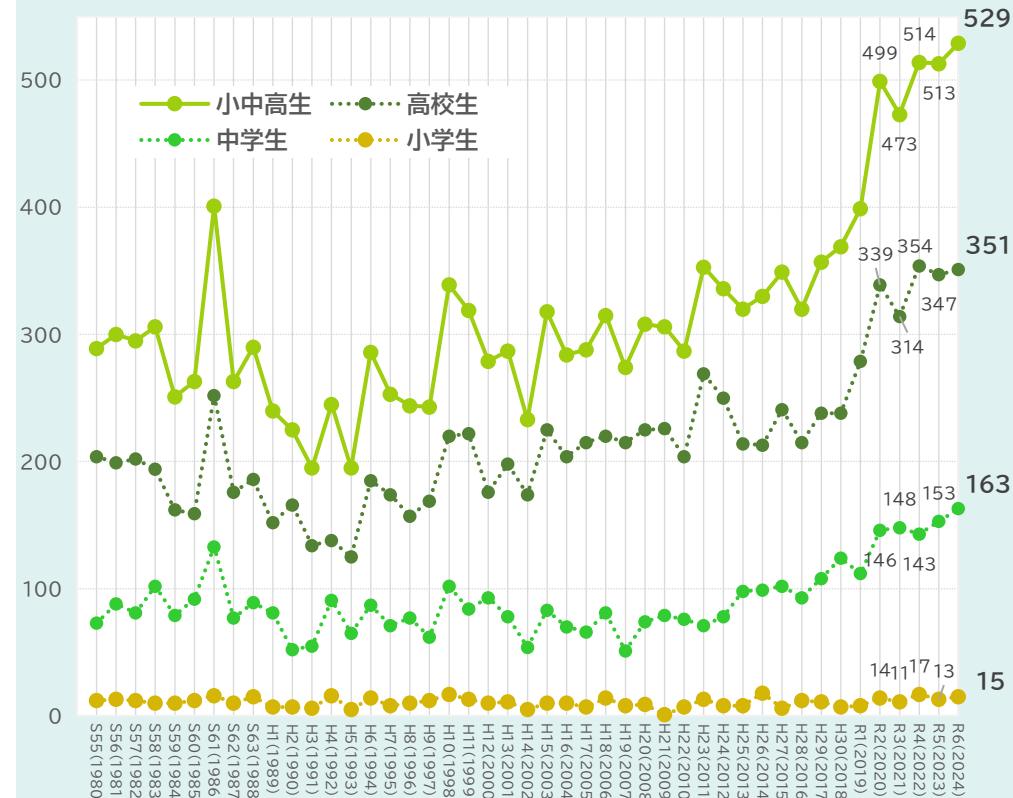
自殺者総数・男女別の推移

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



小・中・高生の自殺者数の推移

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



総合病院精神科に係る主な診療報酬上の評価について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

評価	算定病床	評価の趣旨及び主な要件
総合病院の精神科に対する評価		
総合入院体制加算 1	一般病床	・十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価するもの。 ・精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法に規定する精神病床を有し、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
急性期充実体制加算 注2 小児・周産期・精神科充実体制加算 注3 精神科充実体制加算	一般病床	・高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している体制を評価するもの。 ・精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法に規定する精神病床を有し、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
精神科急性期医師配置加算 2 イ	精神病床	・精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価するもの。 ・100床以上かつ内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜すること。 ・精神病床が許可病床数の50%未満かつ精神病棟が2病棟以下であること。
総合入院体制加算 2・3	一般病床	・十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価したもの。 ・精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。
精神科リエゾンチーム加算	一般病床	・一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したもの
救命救急入院料 注2 精神疾患診断治療初回加算	救命救急入院料算定病棟	・自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、精神科の医師が精神疾患にかかわる診断治療等を行うことを評価したもの。
DPC機能評価係数Ⅱ	DPC算定病床	・「精神科身体合併症管理加算」、「精神科救急・合併症入院料」の算定実績を用いて、精神科入院医療を評価したもの。

その他の身体合併症等に係る主な診療報酬上の評価について

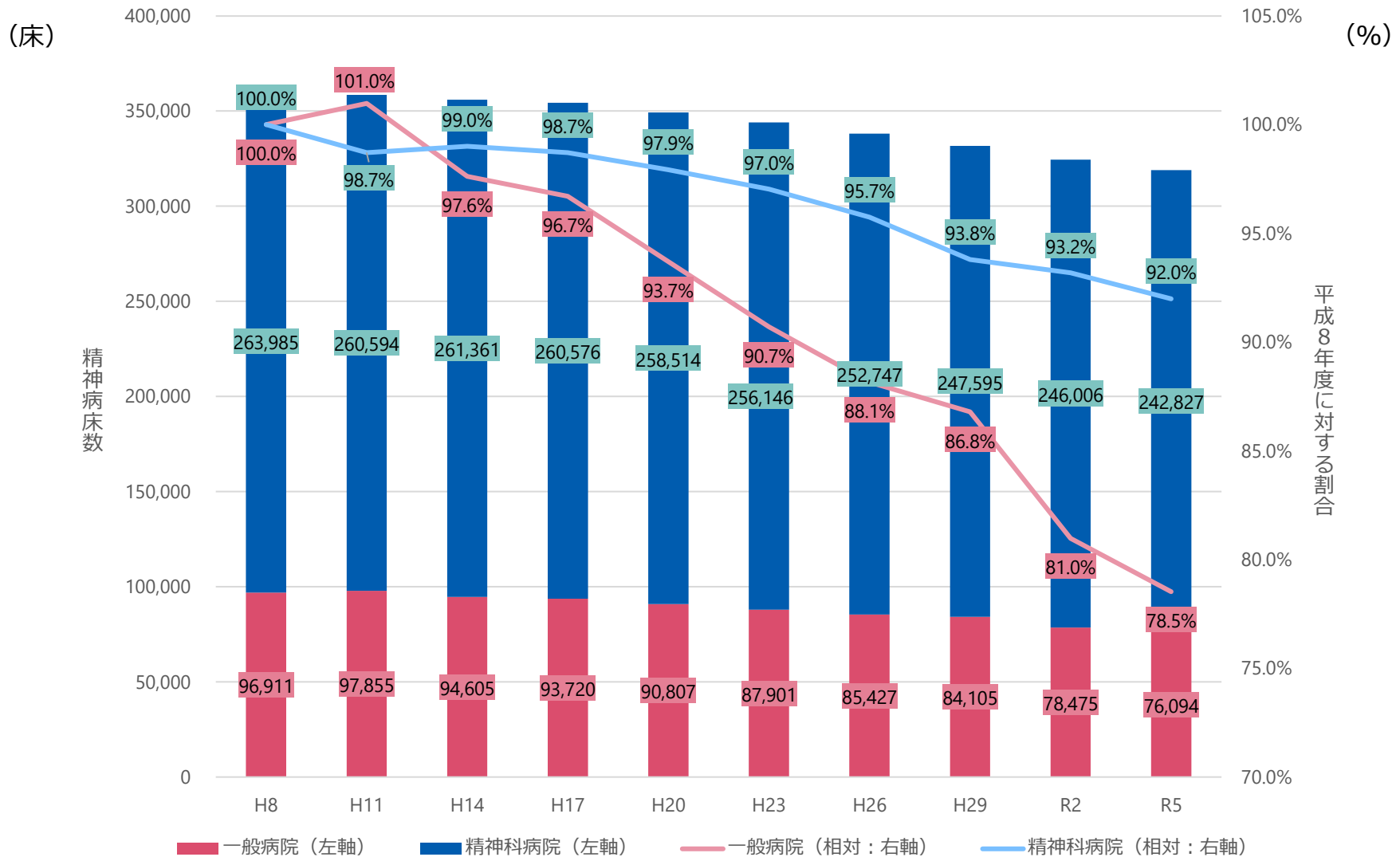
診 調 組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

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

精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

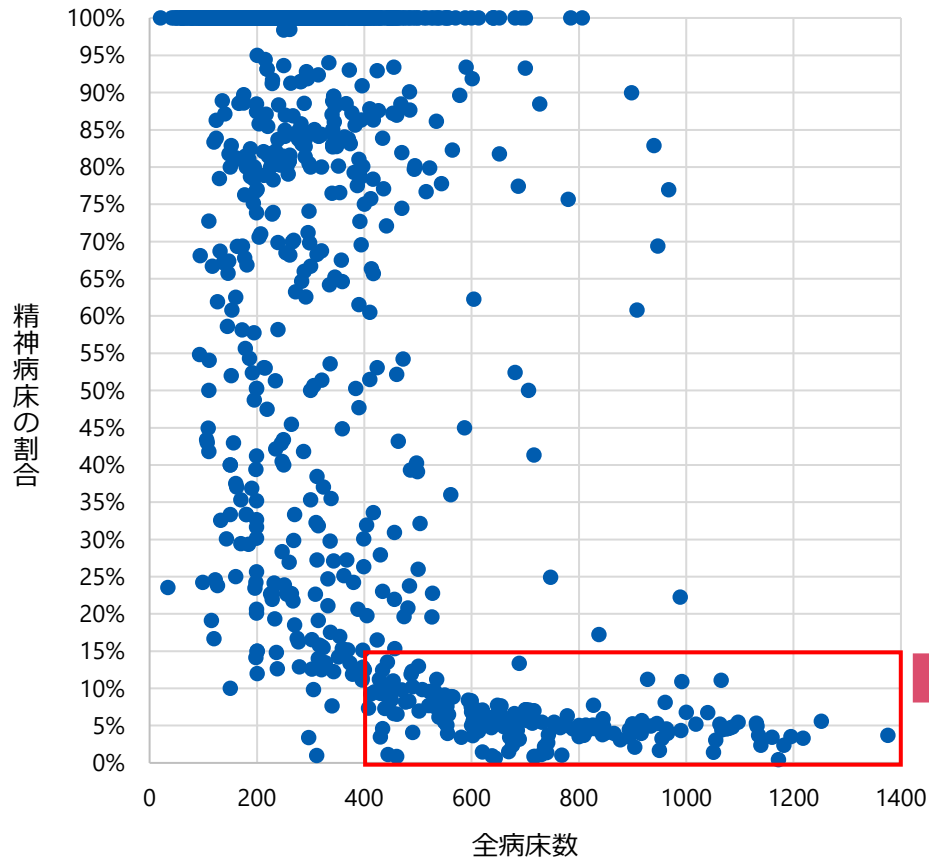
- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。



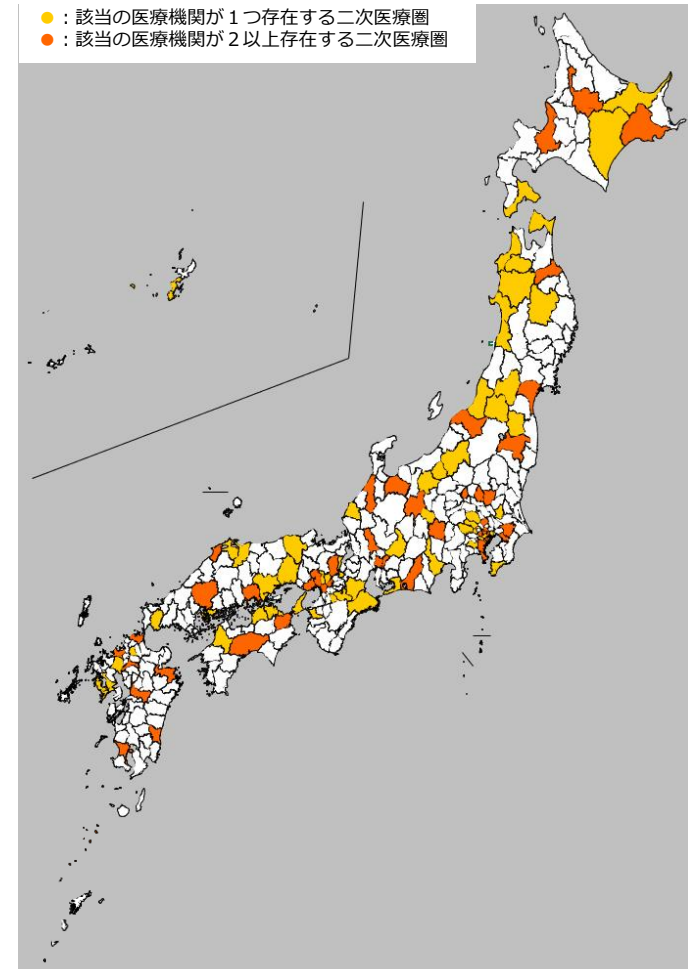
- 精神病床を有する保険医療機関における、全病床数と精神病床の割合は、以下のとおり。
- 精神病床を有しながら、入院医療における総合性を兼ね備えていると考えられる、全病床数が400床以上かつ精神病床の割合が15%未満の医療機関が存在しない二次医療圏が多く存在した。

精神病床を有する保険医療機関における

全病床数と精神病床割合 (n=1586)



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



精神病床以外の病床で受け入れ可能な精神疾患について

診 調 組 入 - 1
 7 . 7 . 1 7

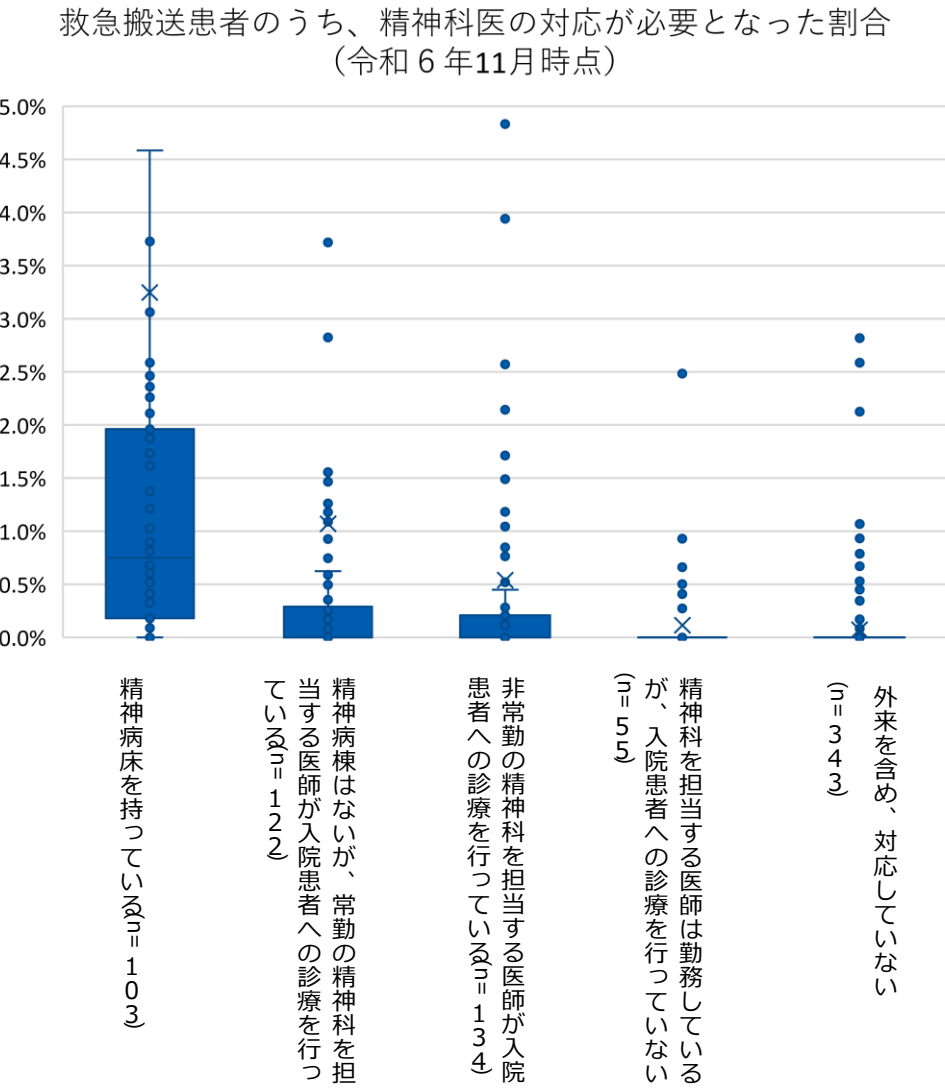
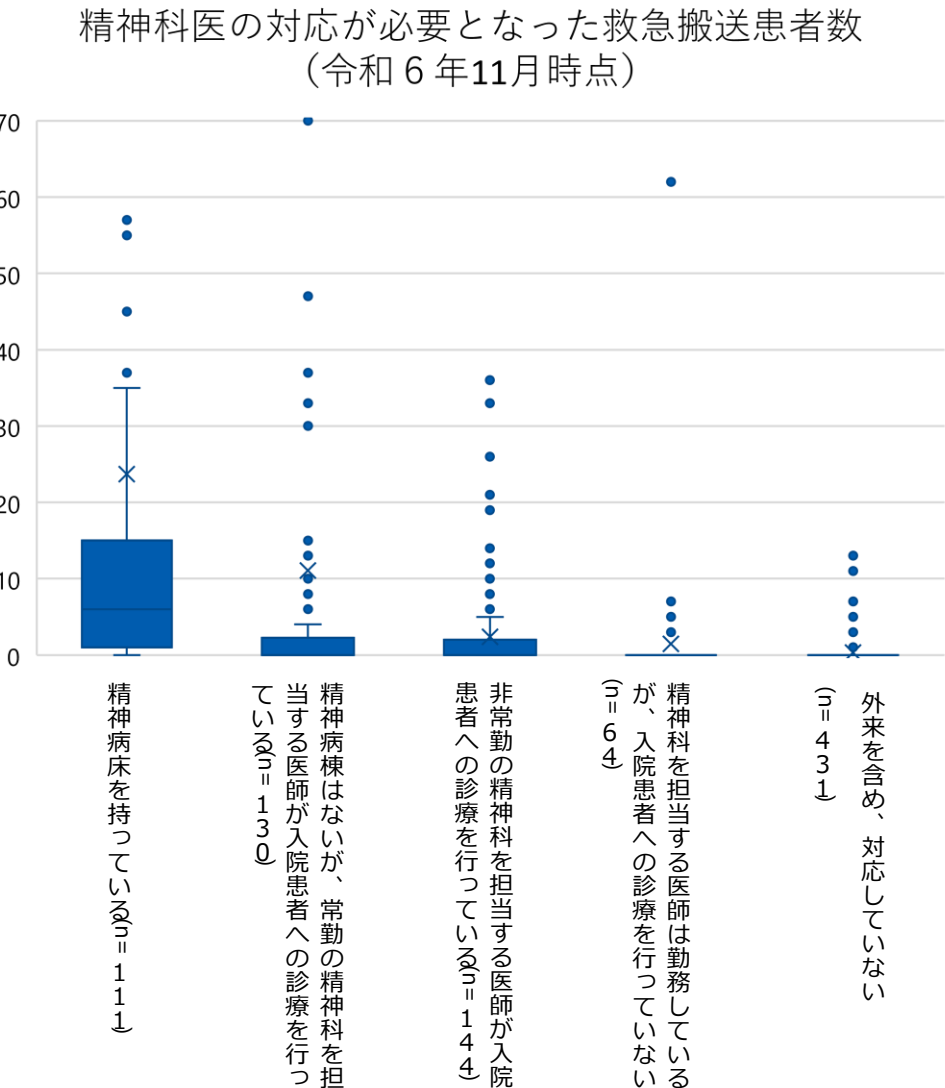
- 急性期の一般病床において、精神科の対応体制に応じ、精神疾患の種類ごとに、対応可能と回答があった医療機関の割合は以下の通り。
- すべての疾患について、精神病床を有する病院の方が、それ以外の病院よりも対応可能と回答した割合が多い傾向にあった。

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

救急搬送患者のうち、精神科医の対応が必要となった件数及び割合

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入患者像

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

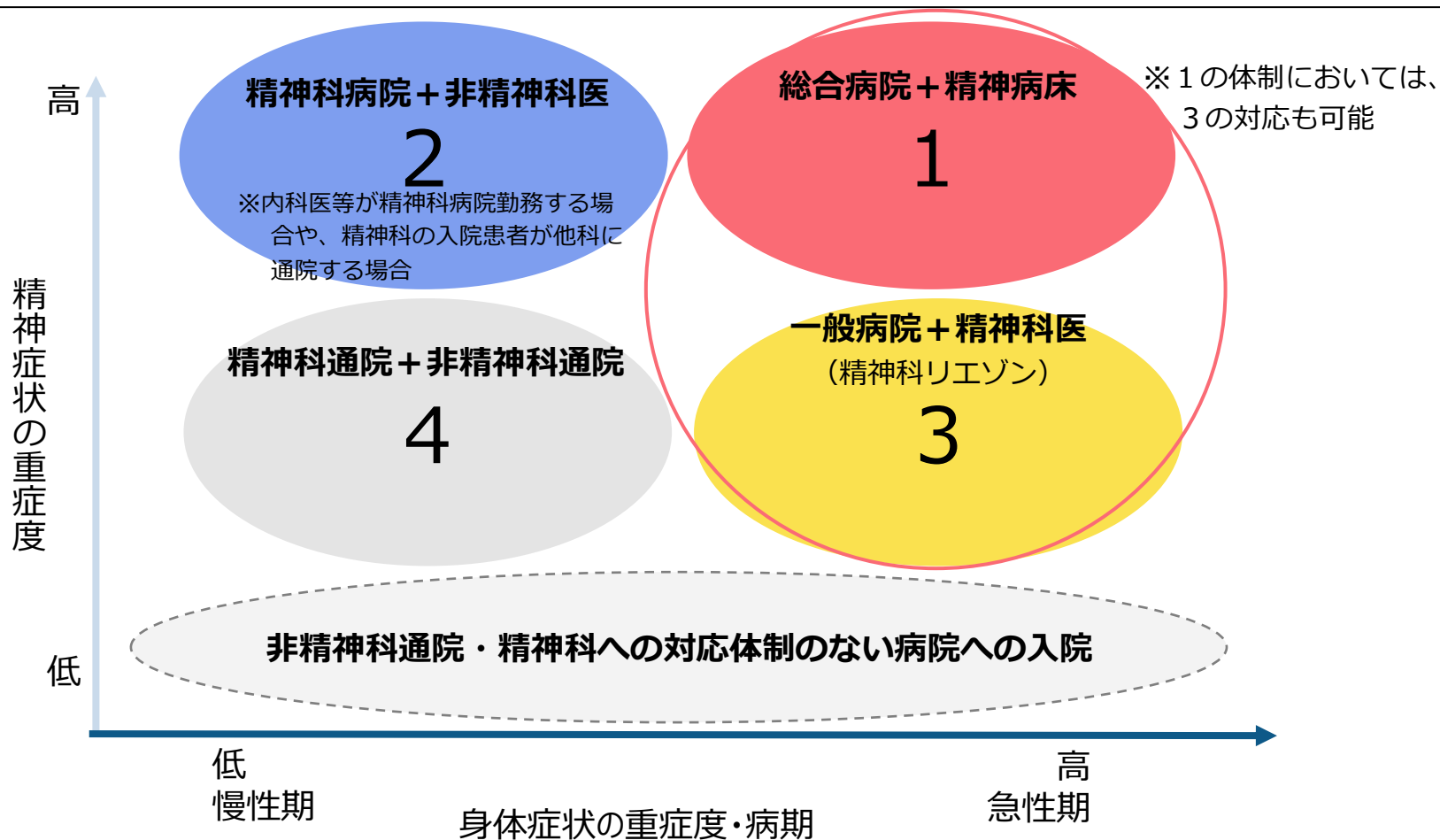
- a-hの患者像について、救急受入を行っていると答えた医療機関の割合は以下のとおり。
- いずれの患者像についても地域包括医療病棟で地域包括ケア病棟より受入の頻度が高かった。
- 「d_精神疾患を有する患者」について受入を行っていると回答した施設はいずれの入院料を届け出ている医療機関においても少なかった。

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

精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

診調組 入-1
7. 7. 17

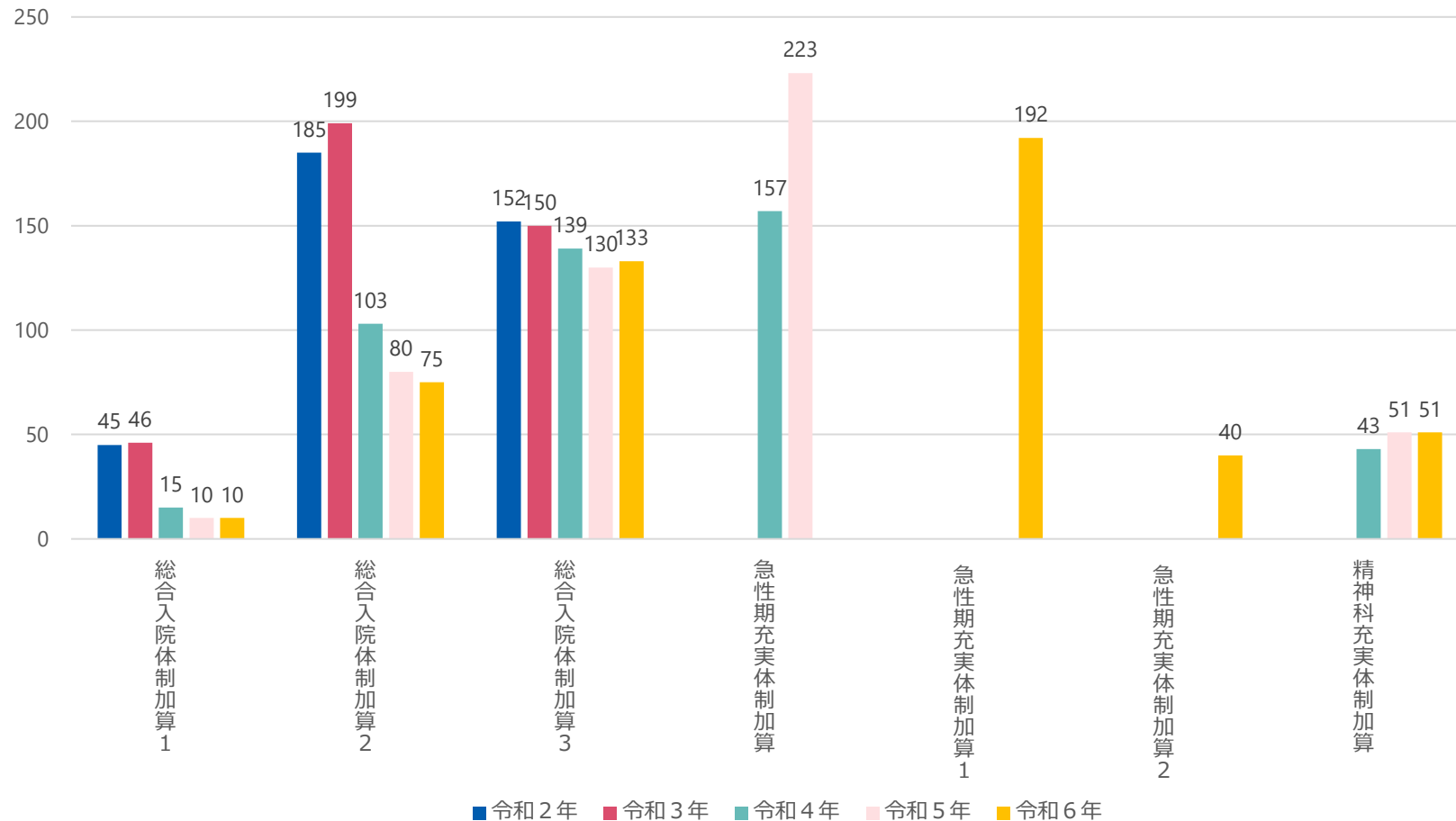
- 精神身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なるとの指摘がある。
- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。



総合入院体制加算等の届出医療機関数について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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



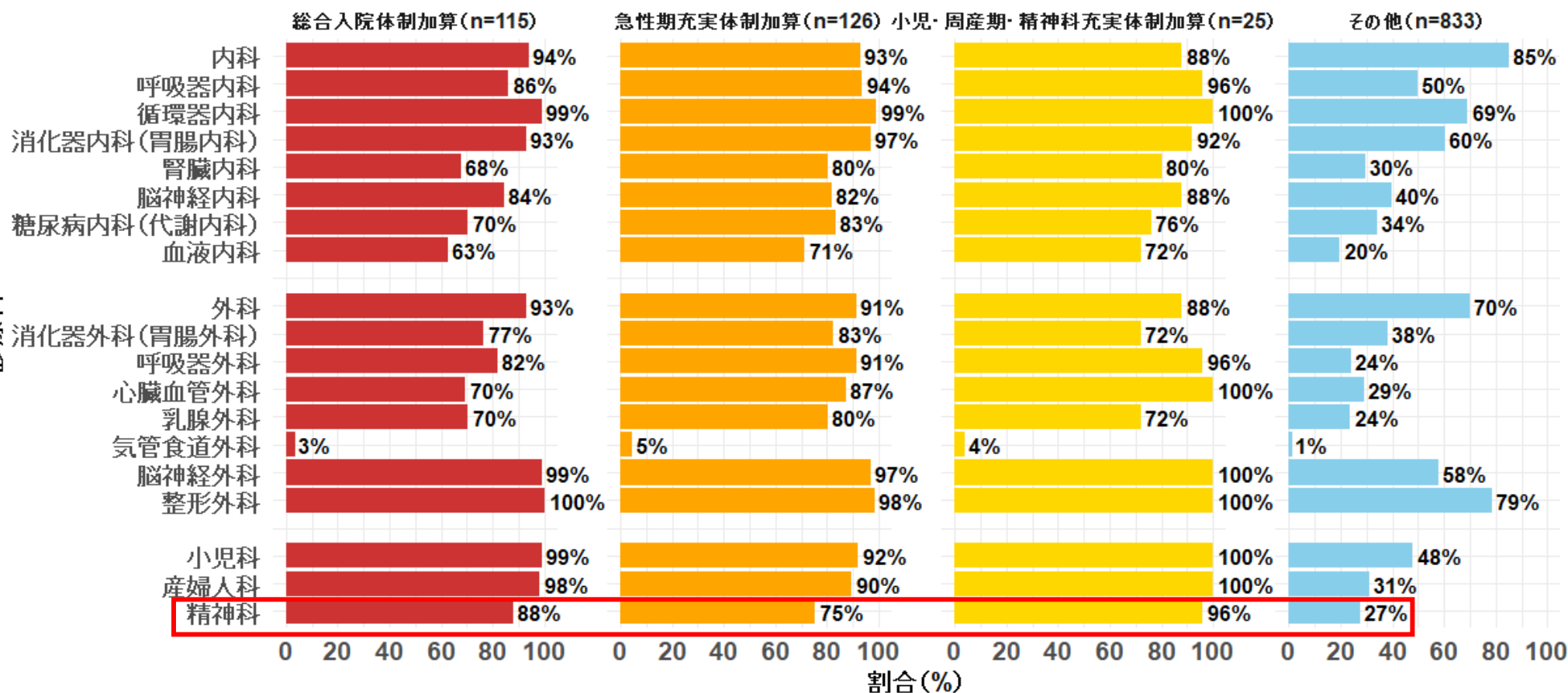
※令和6年は精神科充実体制加算の届出数に、
小児・周産期・精神科充実体制加算を含む

各診療科を標榜している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

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

診療科ごとの標榜割合（加算区分別）

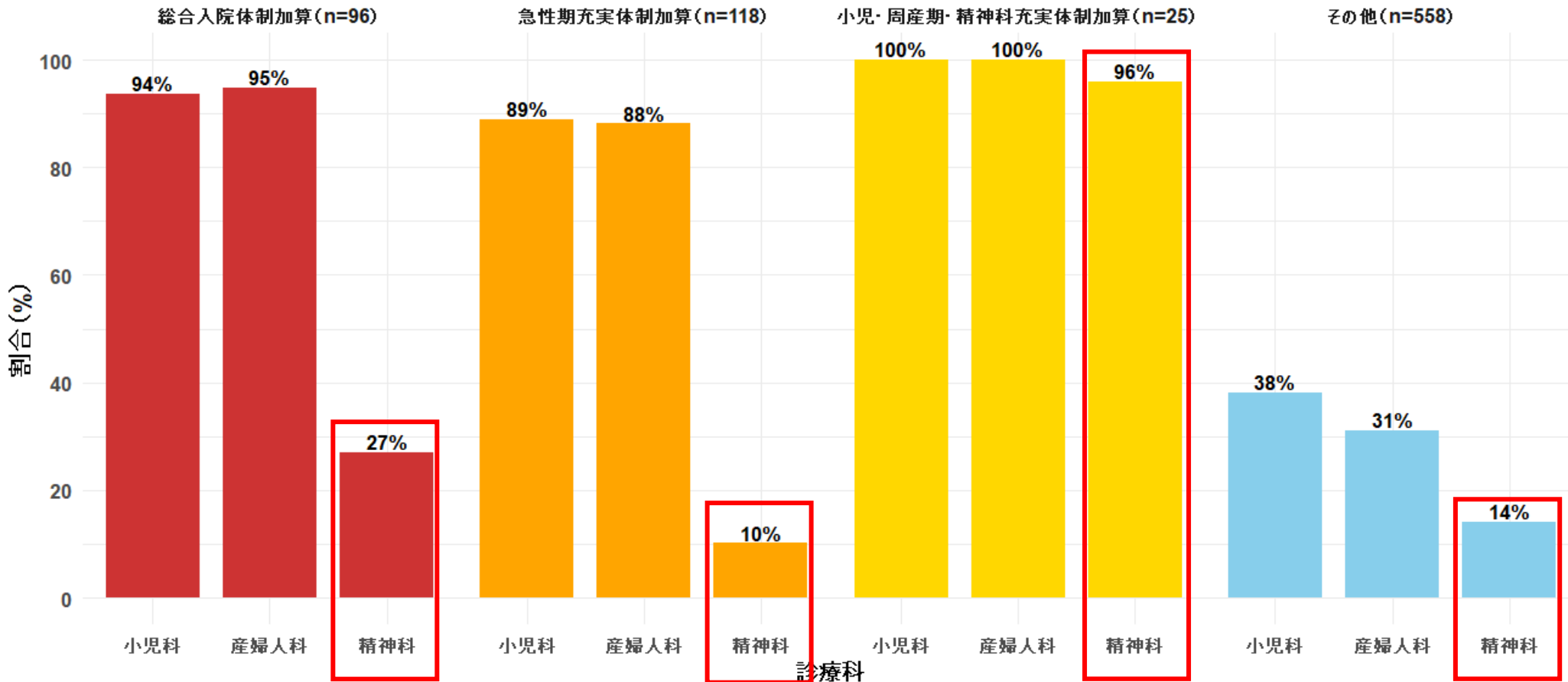


各診療科の入院医療を提供している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

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

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

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

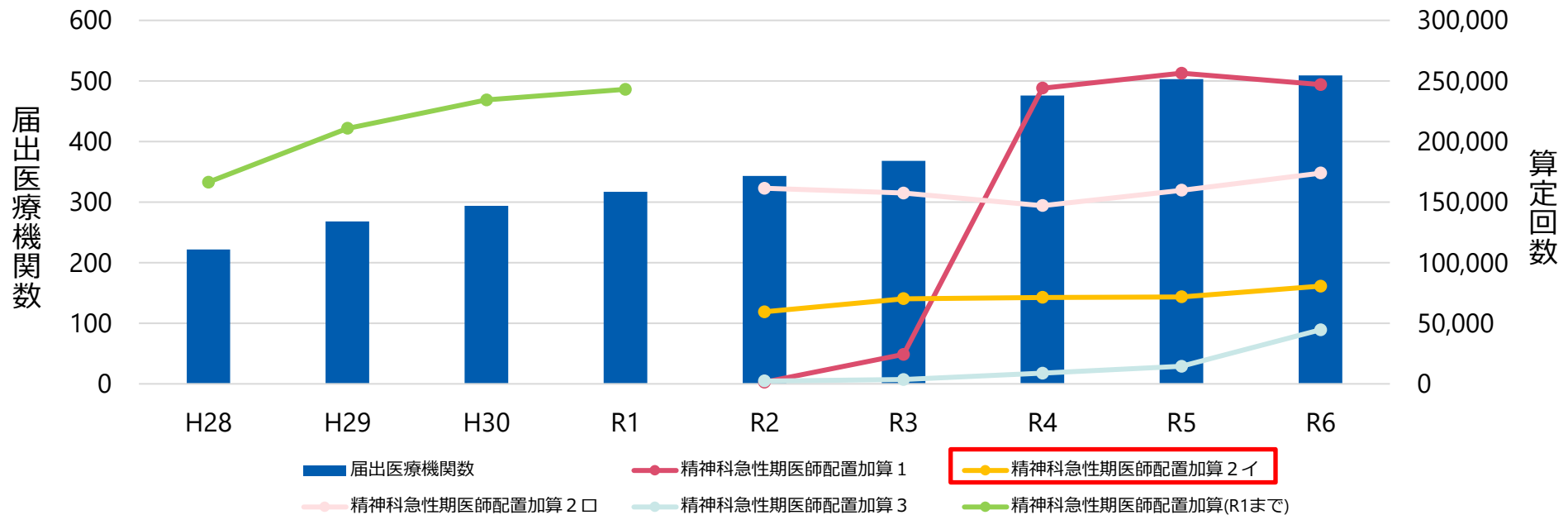
2 精神科急性期医師配置加算 2

イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点 (算定対象となる入院料)

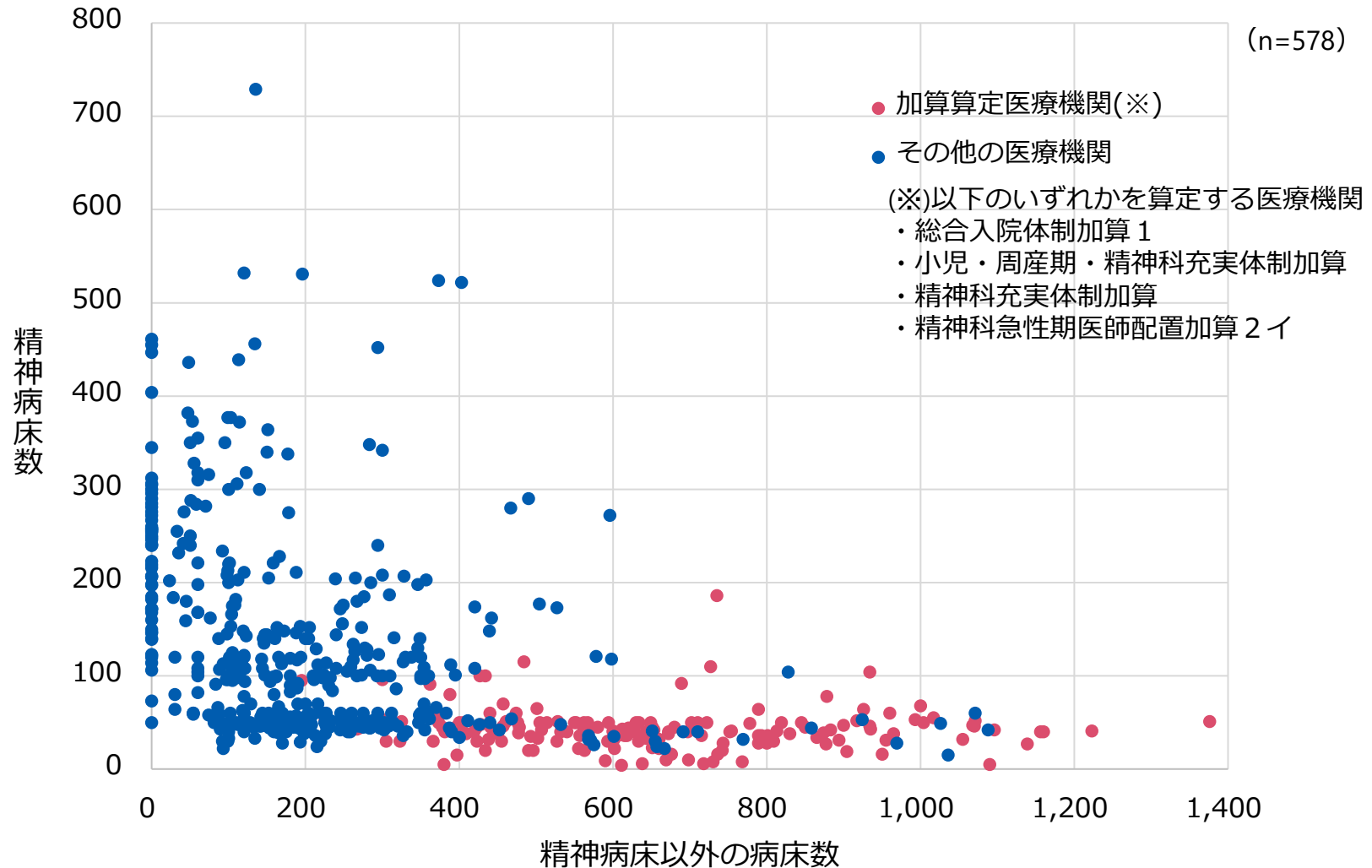
- ・精神病棟入院基本料（10：1又は13：1に限る）
- ・特定機能病院入院基本料（7：1、10：1又は13：1に限る）

主な施設基準

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



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

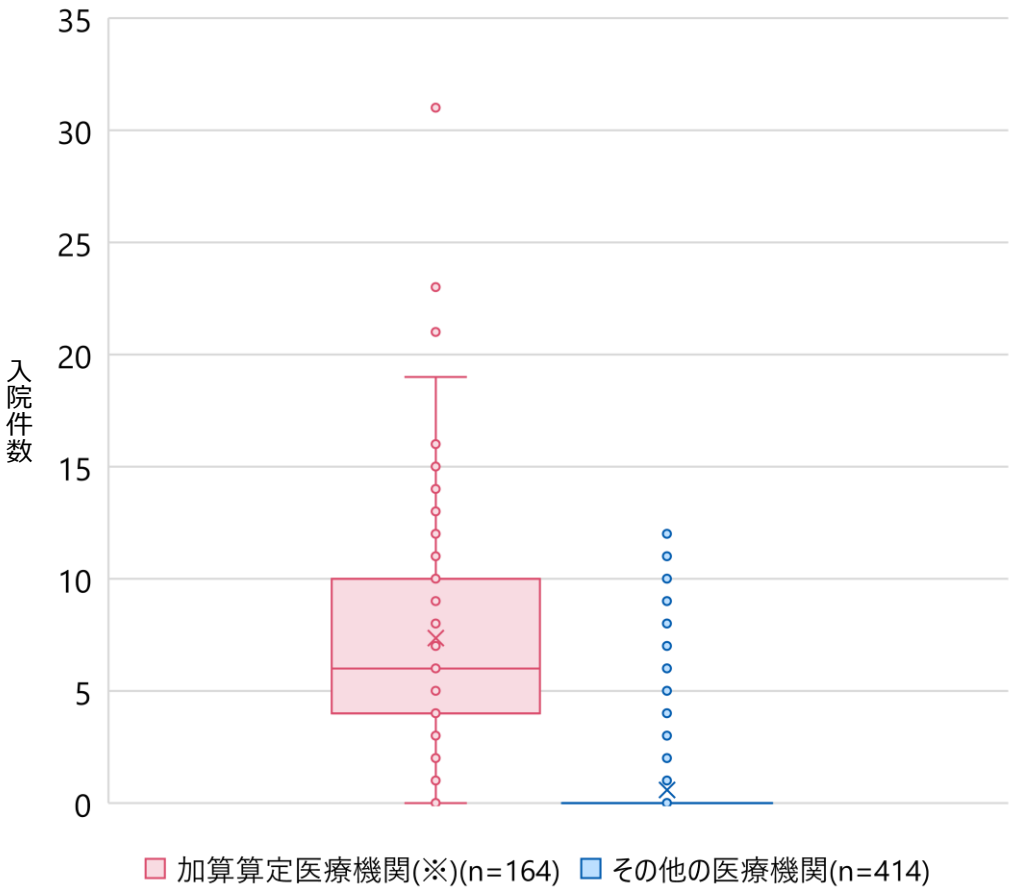


精神病床を有する病院における身体合併症のある統合失調症患者の入院件数

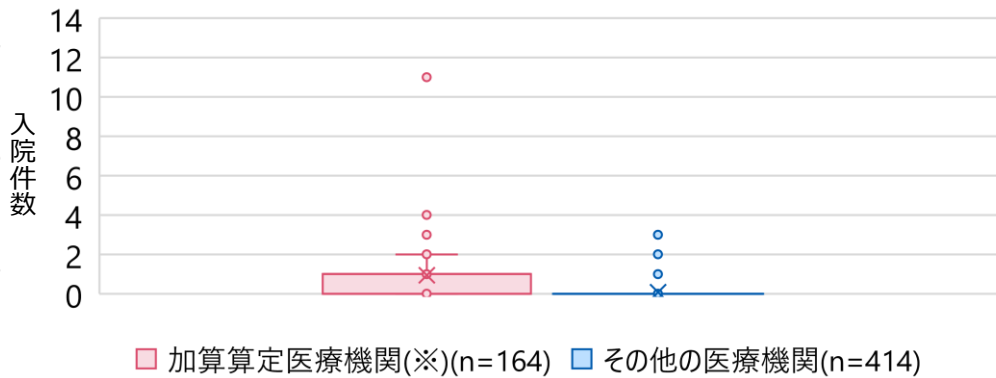
診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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

傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する手術を伴う入院件数

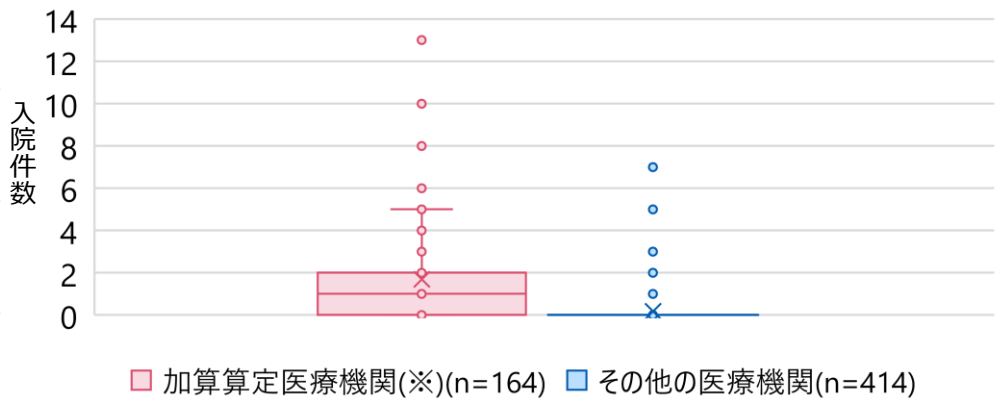


傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する悪性腫瘍手術を伴う入院件数



各医療機関の全病床数

傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する化学療法を伴う入院件数



各医療機関の全病床数

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

300点（週1回）

（趣旨）

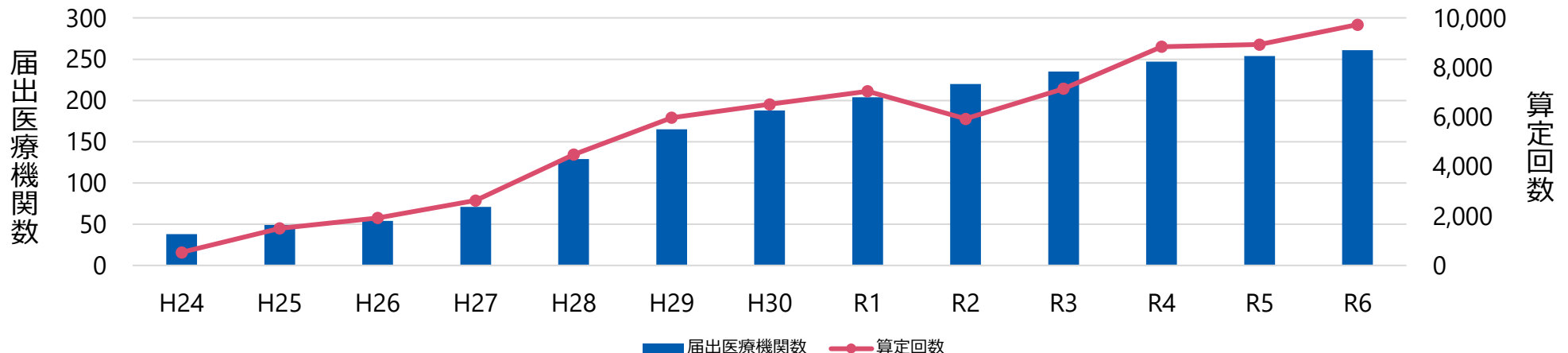
- 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したものである。

（主な留意事項）

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

（主な施設基準）

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



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

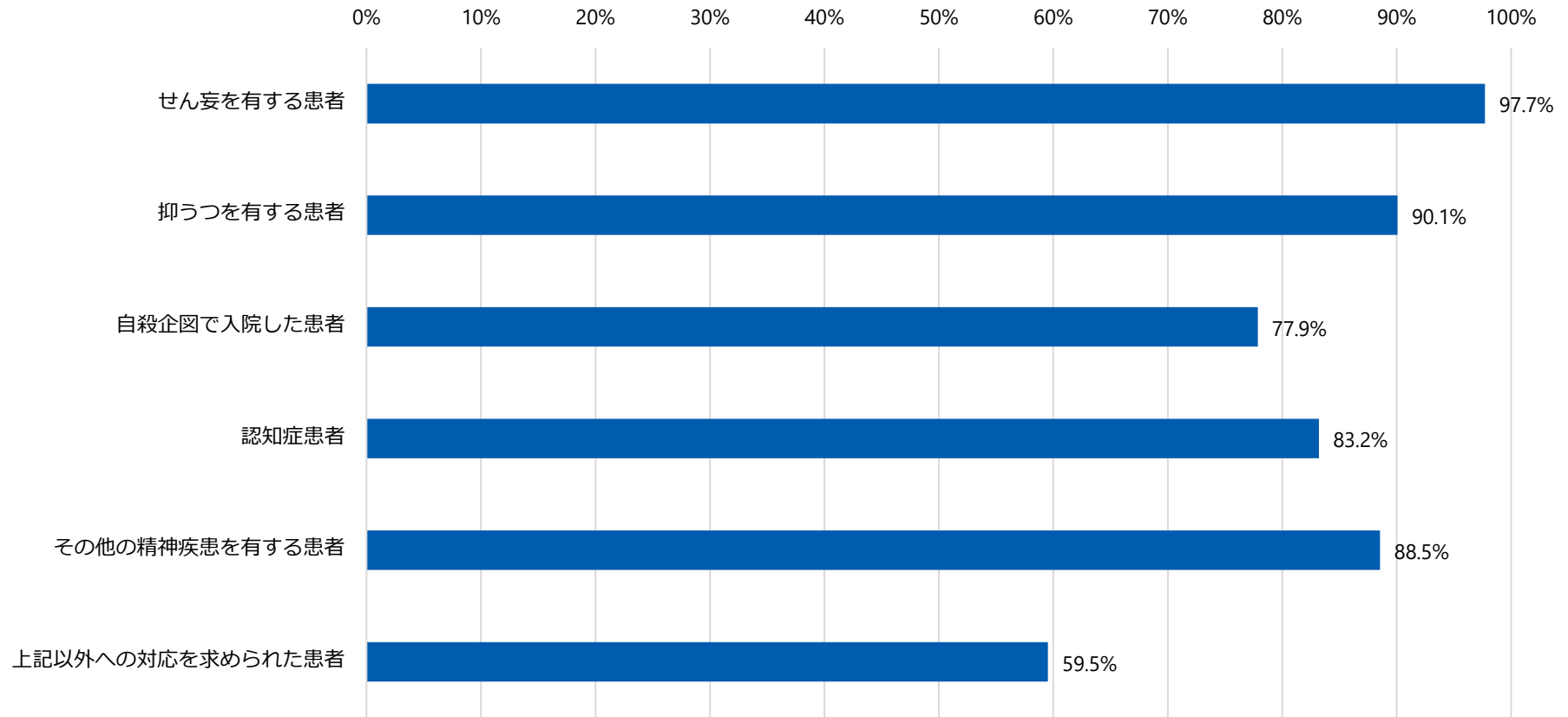
算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

精神科リエゾンチームが介入したことがある患者像

診調組 入-1
7 . 7 . 17

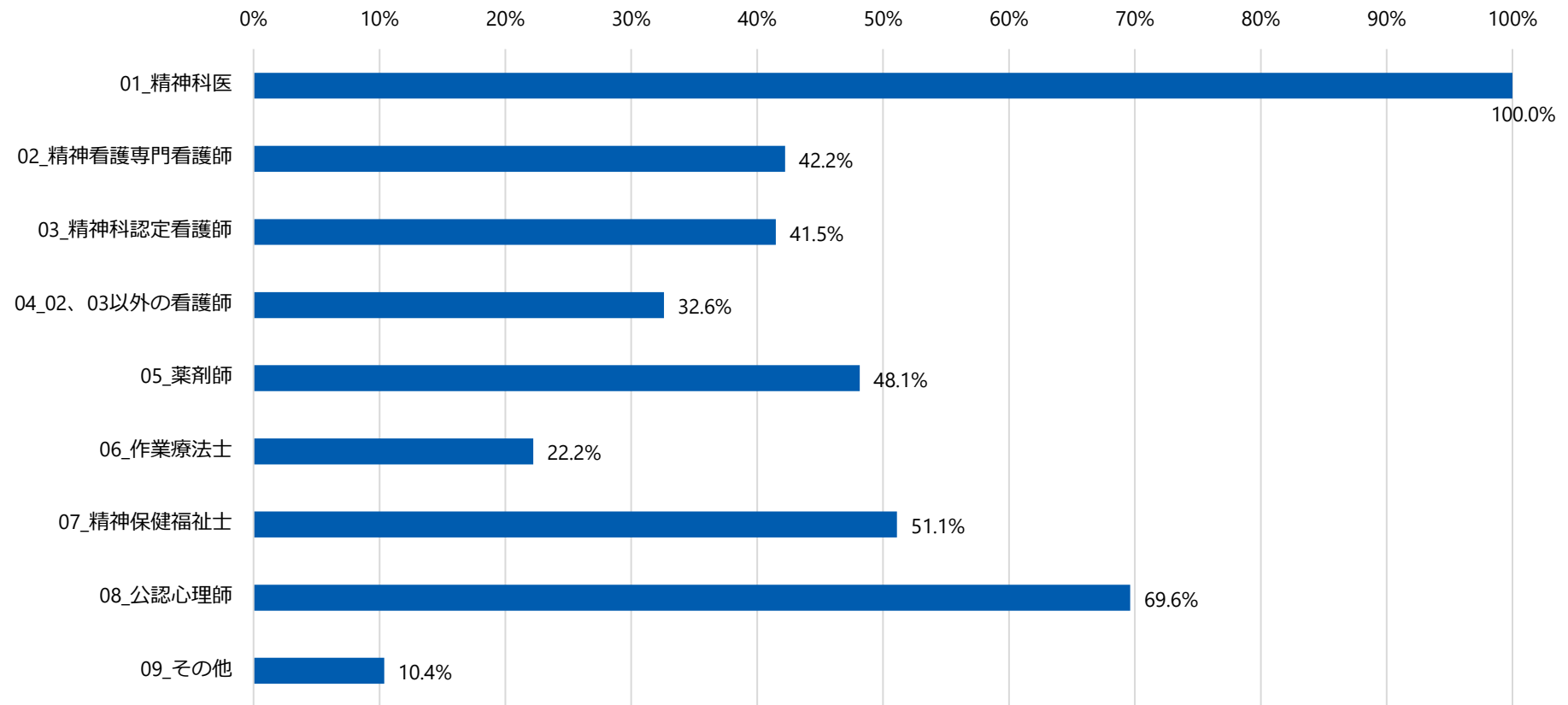
- 急性期の一般病床において、精神科リエゾンチームは、せん妄や抑うつを有する患者、自殺企図で入院した患者、認知症患者等、多様な精神疾患に介入している。

精神科リエゾンチームが介入した患者（n=131）



- 精神科リエゾンチームに参加している職種は、以下のとおりであった。

精神科リエゾンチームに参加している職種（n=135）



認知症ケア加算 1 について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

A247 認知症ケア加算（1日につき）

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 180点

ロ 15日以上期間 34点

（趣旨）

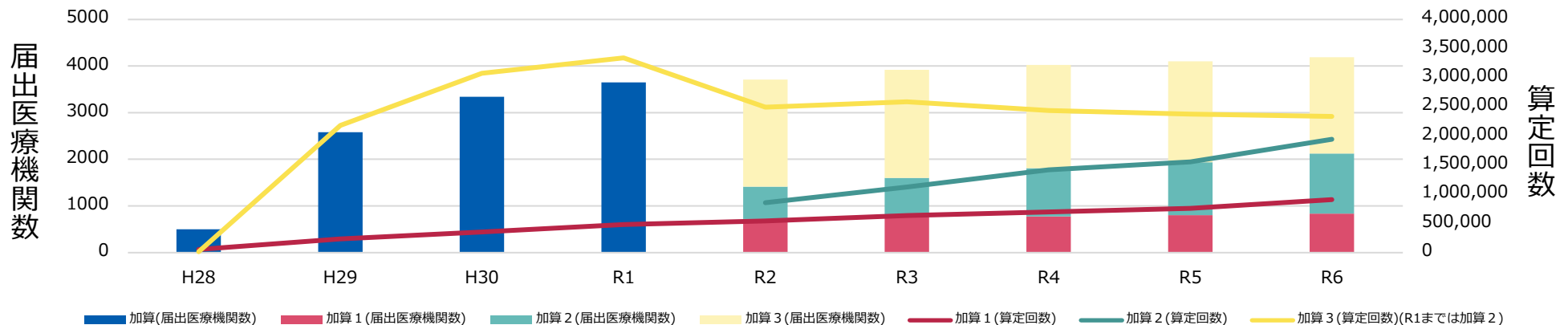
- 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

（主な留意事項）

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

（主な施設基準）

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



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

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

精神科リエゾンチーム加算と認知症ケア加算の併届出状況について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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

【精神科リエゾンチーム加算】

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

【認知症ケア加算 1】

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

【認知症ケア加算 2 又は 3 ※】

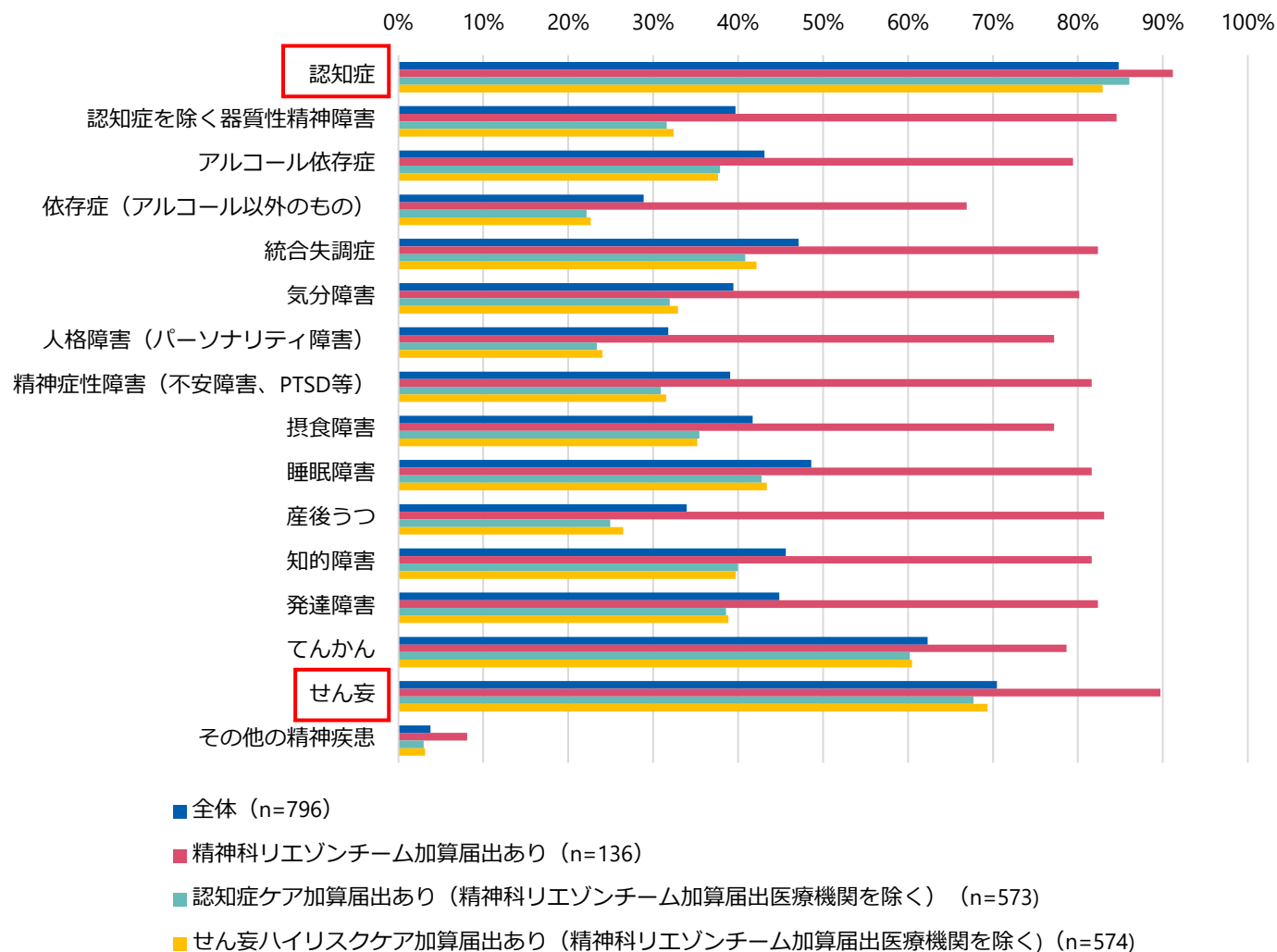
全届出医療機関	3,414施設
うち、精神科リエゾンチーム加算 届出医療機関	63施設（1.8%）
その他の医療機関	3,351施設（98.2%）

※ 加算の区分報告を行っていない医療機関を含む

精神科リエゾンチームの設置有無による、対応可能な疾患について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

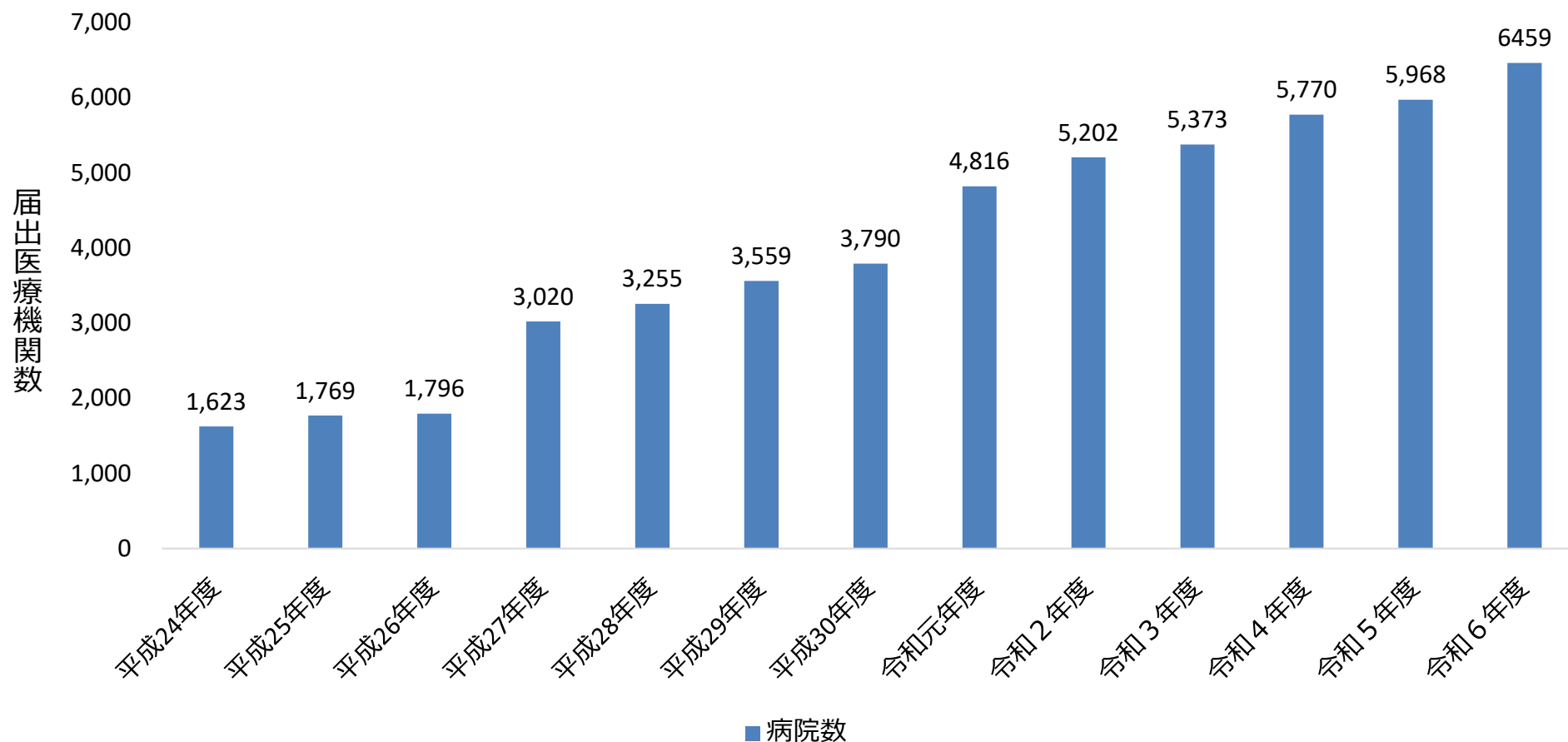
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。



データ提出加算の届出医療機関数の推移

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

データ提出加算の届出状況



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
※令和6年度については速報値

DPCデータに含まれるデータ

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

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

様式 1 の詳細

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

すべての患者に関する項目（抜粋）	
入院情報	入院年月日
	入院経路
	他院よりの紹介の有無
	自院の外来からの入院
	予定・救急医療入院
	救急車による搬送の有無
	入院前の在宅医療の有無
	自傷行為・自殺企図の有無
	過去の自傷行為・自殺企図の有無
診療科	診療科コード
	転科の有無
患者プロフィール/身長・体重	身長
	入院時体重
	退院時体重
患者プロフィール/喫煙指数	喫煙指数
要介護度	要介護度
栄養情報	低栄養の有無（様式 1 開始日時点）
	摂食・嚥下機能障害の有無（様式1 開始日時点）
	経管・経静脈栄養の状況（様式1 開始日時点）
	入院後48 時間以内の栄養アセスメントの実施

転倒・転落	転倒・転落回数
	インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落
身体的拘束	身体的拘束日数
診断情報	ICD10コード
	傷病名コード
	主傷病名
ADLスコア	入院時及び退院時のADLスコア

急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目（抜粋）	
がん患者/UICC TNM	UICC病期分類（T）
	UICC病期分類（N）
	UICC病期分類（M）
	UICC病期分類（版）
JCS	入院時意識障害がある場合のJCS
脳卒中患者	発症前 Rankin Scale
	脳卒中の発症時期
	退院時 modified Rankin Scale
肺炎患者	肺炎の重症度分類
	医療介護関連肺炎に該当の有無
解離性大動脈瘤	Stanford A/B 型
	解離性大動脈瘤の発症時期
手術情報	手術日
	点数表コード
	手術基幹コード

回復期、慢性期や精神病棟に関する項目（抜粋）	
FIM	入棟日、入棟中及び退棟日のFIM得点
退院に向けた会議の開催状況	入棟後に初めて行われた、当該患者の退院に向けた会議の実施日
	当該患者の退院に向けた会議の開催回数
	当該患者の退院に向けた会議への参加職種
個別支援の実施状況	薬剤師による服薬指導の実施回数
	作業療法士による個別作業療法の実施回数
	精神保健福祉士による個別相談支援の実施回数
	公認心理士による個別心理支援の実施回数
外出又は外泊の実施状況	入院中に患者が患家等を訪問した回数
	患者の患家等への訪問に同行した職種
	入院中に患者が外泊を行った回数
障害福祉サービス等との連携に関する情報	障害福祉サービス等事業所（介護給付）との面談回数
	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（介護給付）
	障害福祉サービス等事業所（訓練等給付）との面談回数
	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（訓練等給付）
	障害福祉サービス等事業所（相談支援）との面談回数
	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（相談支援）

※患者の状態や入院する病棟等に応じて、必須とされる項目は異なる

診療実績データ等に基づく施設基準

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

診療報酬データを用いる施設基準の例

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

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

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

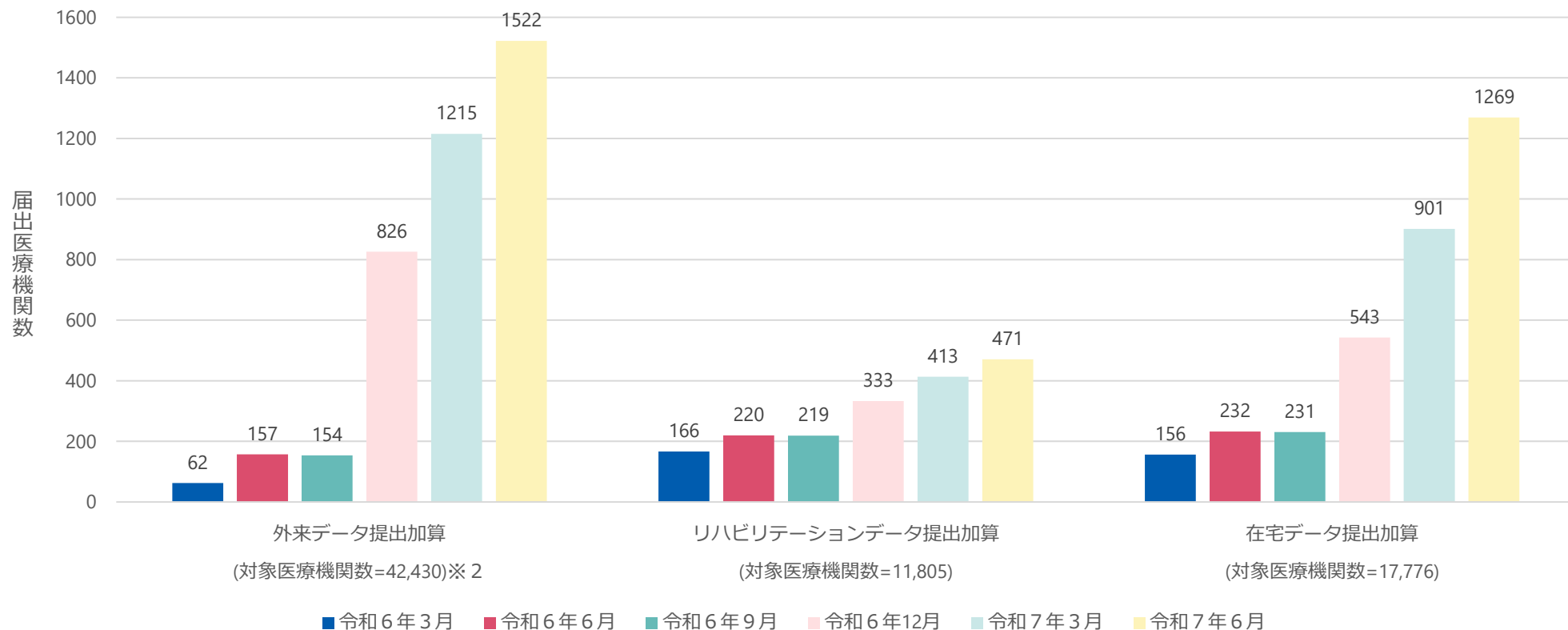
※3 患者属性や病態等の情報

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

外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

○ 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。

外来データ等提出加算の3カ月毎の届出状況※ 1



出典：保険局医療課調べ

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

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

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

外来様式 1 の詳細①

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

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

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

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

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

外来様式 1 の詳細②

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

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

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

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

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

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

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

