

(令和7年度第10回)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年8月28日(木)

1. 高度急性期入院医療について（その2）
2. 入退院支援（その2）
3. 外来医療について（その3）
4. データ提出加算（その2）

1. 高度急性期入院医療について（その2）
2. 入退院支援（その2）
3. 外来医療について（その3）
4. データ提出加算（その2）

1. 高度急性期入院医療について（その2）

1－1. 特定集中治療室等を有する病院について

1－2. 特定集中治療室管理料の医師配置要件について

1－3. 重症患者対応体制強化加算について

中間とりまとめ（令和7年7月31日）抜粋

【高度急性期入院医療に関する分科会での評価・分析に関する意見】

（特定集中治療室等を有する病院について）

- 集中治療室等の役割は、救急搬送された重症患者や術後患者の管理を担うことである。これらの役割を踏まえると、救急部門の設置や一定の救急患者受入件数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないかと意見があった。

（特定集中治療室管理料の医師配置要件について）

- 特定集中治療室には、医師が常時配置されている体制が、まずあるべき姿ではないかと意見があった。
- 今後、救急医師の確保が一層困難となることが見込まれる状況を踏まえると、特定集中治療室の医師配置要件は緩和する方向での検討が必要ではないかと意見があった。
- 現行の「治療室内に常時勤務」との要件は厳しいものであり、治療室外に医師がいる場合であっても治療室の患者に対する適切な対応が可能な体制が整っている場合もあるのではないかと意見があった。
- 医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿日直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき姿について検討を進める必要があるのではないかと意見があった。

（特定集中治療室遠隔支援加算について）

- 地域において必要な役割を果たしている集中治療室であることを前提として、集中治療を専門とする医師等の不足が見込まれる地域に対しては、遠隔支援を活用することが有効であると考えられるとの意見があった。
- 集中治療を専門とする医師の確保が困難な状況であり、医師少数区域以外にもこのような医師が不足している地域があることが予想されるとの意見があった。

【高度急性期入院医療に関する検討の方向性】

- 救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室において、その重症度等がどのように異なっているのか、更に分析を進める。
- 専任の医師が宿日直を行う医師ではない「特定集中治療室管理料1～4」を算定する治療室と、専任の医師が宿日直を行うことができる「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室における専任の医師の違いについて、更に分析を進める。

救命救急入院料等の主な施設基準

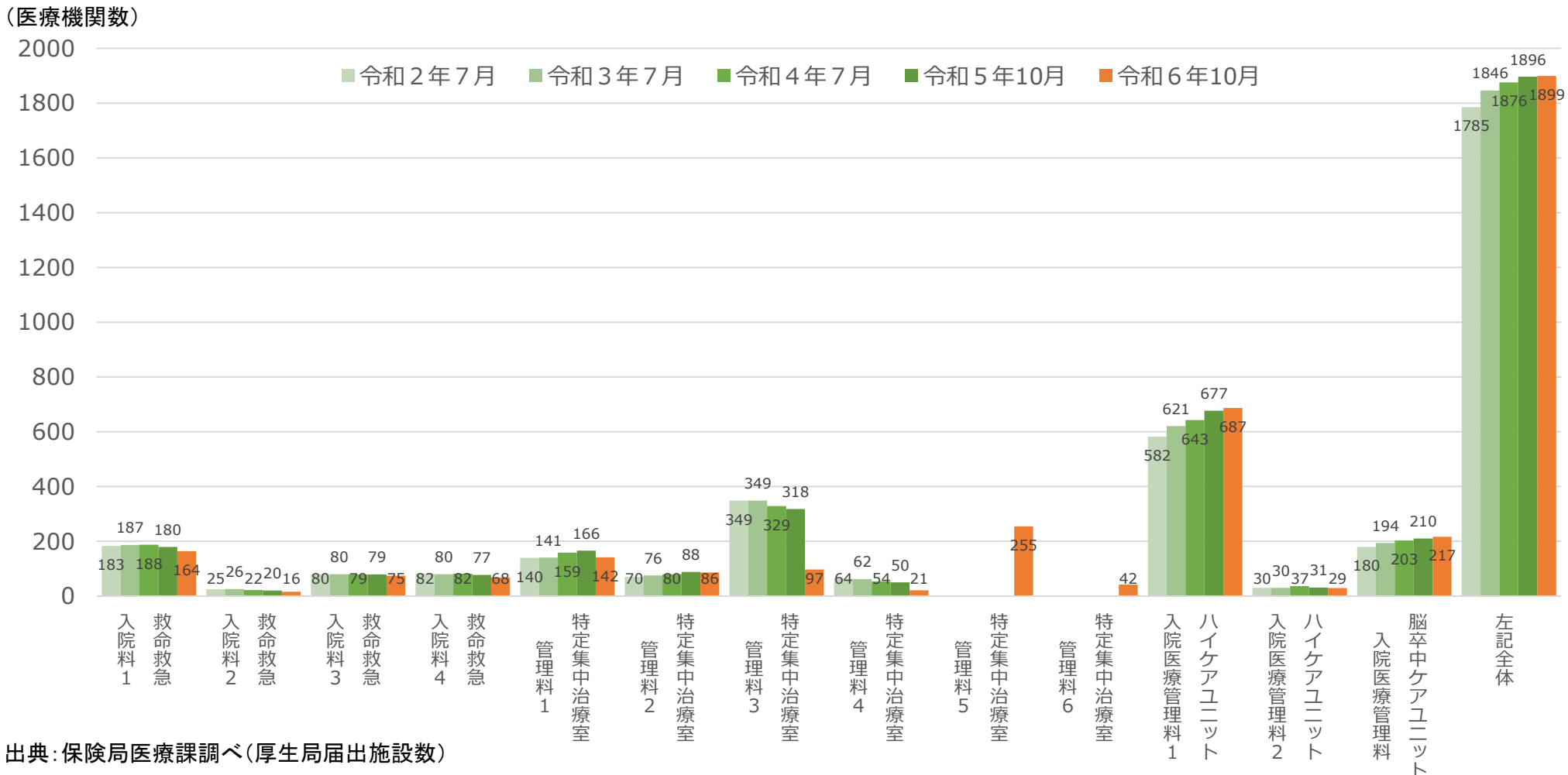
診調組 入－2
7. 5. 22

		点数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		入室日 SOFA	その他
救命救急 入院料	入院 料1	～3日 10,268点	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	-	・救命救急 センターを 有している こと ・医療安全 対策加算1を 届出ていること ・救急時 医療情報 閲覧機能を有し ていること ※「イ」は救命 救急入院料 「ロ」は広範囲 熱傷特定集中 治療管理料を 指す
		～7日 9,292点							
		～14日 7,934点							
	入院 料2	～3日 11,847点	・救命救急入院料1の基準 ・特定集中治療室管理料1又は3の基準	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治 療室内)	2対1	ICU用 (Ⅱ)	Ⅱ：7割 以上	-	
		～7日 10,731点							
		～14日 9,413点							
	入院 料3	イ・ロ：～3日 10,268点	・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(治 療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)	4対1	HCU用	測定評価	-	
		イ・ロ：～7日 9,292点							
		イ：～14日 7,934点 ロ：～60日 8,356点							
	入院 料4	イ・ロ：～3日 11,847点	・救命救急入院料2の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)	2対1	ICU用 (Ⅱ)	Ⅱ：7割 以上	-	
		イ・ロ：～7日 10,731点							
		イ・ロ：～14日 9,413点 ロ：～60日 8,356点							
特定集中 治療室 管理料 (ICU)	管理 料1	～7日 14,406点	・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室 内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(う ち2人がICU経験5年以上)(治療室内)	2対1	ICU用 (Ⅱ)	Ⅱ：8割 以上	5以上 (直近1年の 入室患者の 1割以上)	・医療安全 対策加算1を 届出ていること ※「イ」は特定 集中治療室管 理料 「ロ」は広範囲 熱傷特定集中 治療管理料を 指す
		～14日 12,828点							
	管理 料2	イ・ロ：～7日 14,406点	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務(う ち2人がICU経験5年以上)(治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)			Ⅱ：7割 以上	3以上 (直近1年の 入室患者の 1割以上)	
		イ：～14日 12,828点 ロ：～60日 13,028点							
	管理 料3	～7日 9,890点	-	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内)			Ⅱ：7割 以上	-	
		～14日 8,307点							
	管理 料4	イ・ロ：～7日 9,890点	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・宿日直ではない専任の医師が常時勤務 (治療室内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)			Ⅱ：7割 以上	-	
		イ：～14日 8,307点 ロ：～60日 8,507点							
	管理 料5	～7日 8,890点	・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室 内に週20時間以上 ・継続して3月以上、特定集中治療室管理料1 ～4又は救命救急入院料を算定している	・専任の医師(宿日直可)が常時勤務(医療 機関内)			Ⅱ：7割 以上	-	
		～14日 7,307点							
	管理 料6	イ・ロ：～7日 8,890点	・特定集中治療室管理料5の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわし い設備・医師	・専任の医師(宿日直可)が常時勤務(医療 機関内) ・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤 の医師(医療機関内)			Ⅱ：7割 以上	-	
		イ：～14日 7,307点 ロ：～60日 7,507点							
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理 料1	6,889点	・病床数30床以下	・専任の常勤医師(宿日直可)が常時医療機 関内にいる	4対1	HCU用	基準①15%以上 基準②80%以上	-	
	管理 料2	4,250点			5対1		基準①15%以上 基準②65%以上	-	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,045点	・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法 士が配置 ・病床数30床以下	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師 (宿日直可)が常時勤務(医療機関内) ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外 科の経験を3年以上有する専任の医師が常 時勤務すれば可	3対1	一般病 棟用 (Ⅰ・Ⅱ)	測定評価	-	・脳梗塞、 脳出血、くも膜 下出血が8割以 上

特定集中治療室管理料等の届出医療機関数推移

診療組 入 - 2
7 . 5 . 2 2

- 令和6年度診療報酬改定において新設した「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療機関数が増加した一方、「救命救急入院料1～4」、「特定集中治療室管理料1～4」の届出施設数は減少し、特に「特定集中治療室管理料3、4」においてその傾向が強かった。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」の傾向に大きな変化はなかった。



1. 高度急性期入院医療について（その2）

1－1. 特定集中治療室等を有する病院について

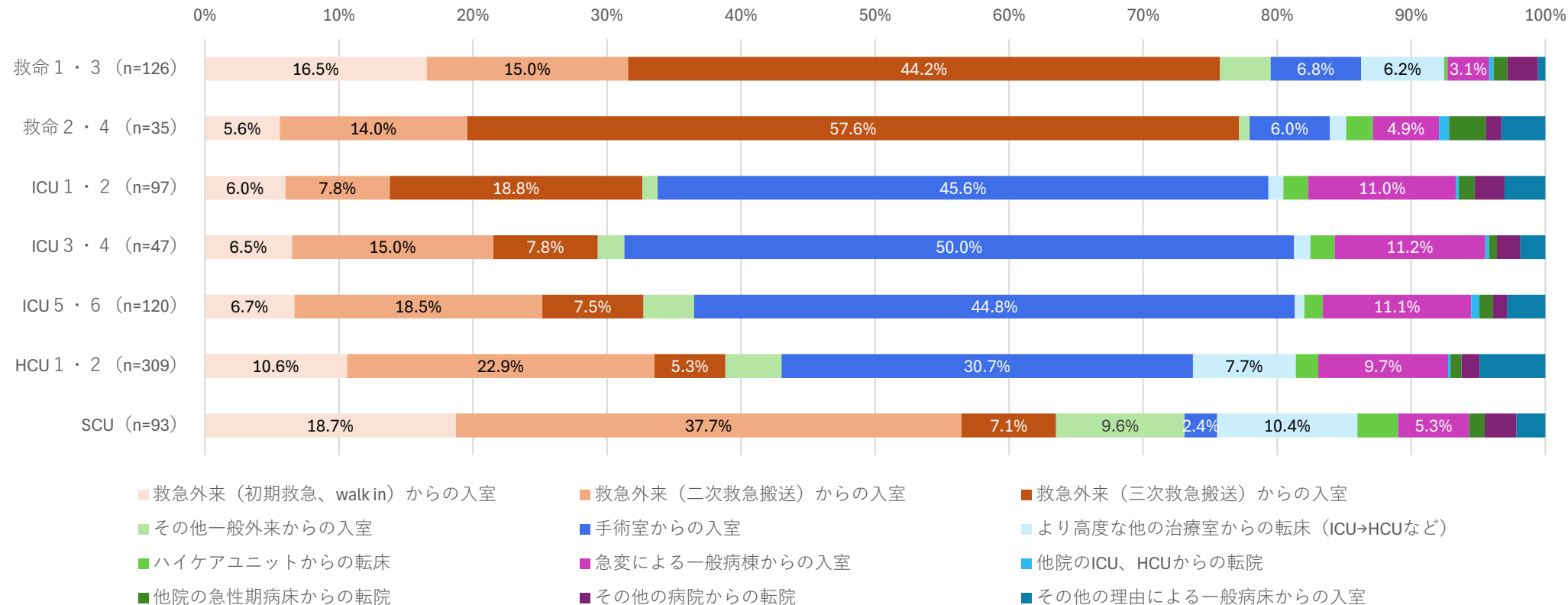
1－2. 特定集中治療室管理料の医師配置要件について

1－3. 重症患者対応体制強化加算について

治療室への入室経路

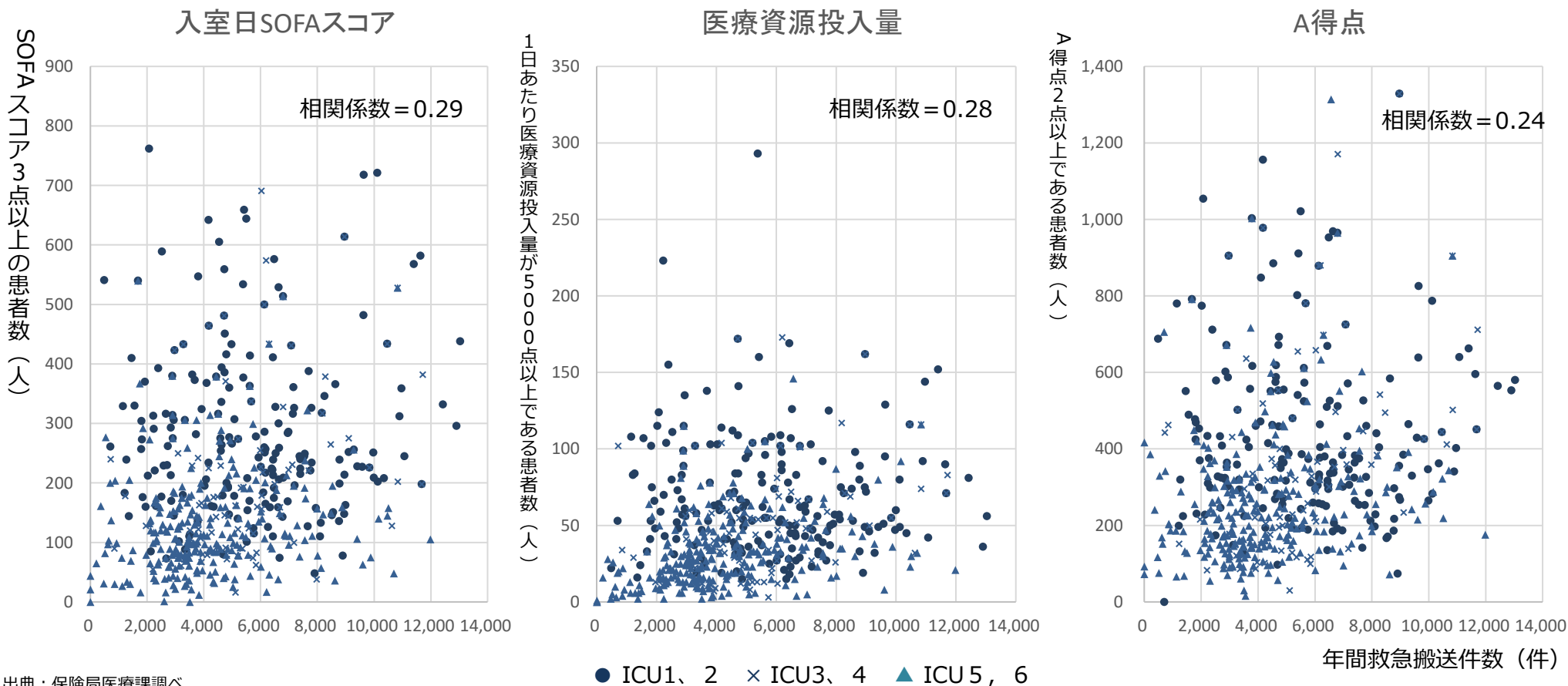
- 「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定している各治療室において、患者の入室経路ごとの割合を治療室単位で算出し、その平均を各区分ごとに示したものは以下のとおり。
- 「救命救急入院料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」では救急外来からの入室が多く、「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」では救急外来に加えて手術室からの入室が多かった。また、いずれの区分においても、急変による入室が一定割合存在した。

治療室入室患者の入室経路



年間救急搬送件数と重症な入室患者数の関係（ICU）

- 年間救急搬送件数と、「特定集中治療室管理料」を算定する患者のうち「1日あたり医療資源投入量が5,000点以上である患者数」「入室日SOFAスコア3点以上の患者数」「A得点2点以上の患者数」について、それぞれ病院ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数と重症な入室患者数には、弱い正の相関があった。

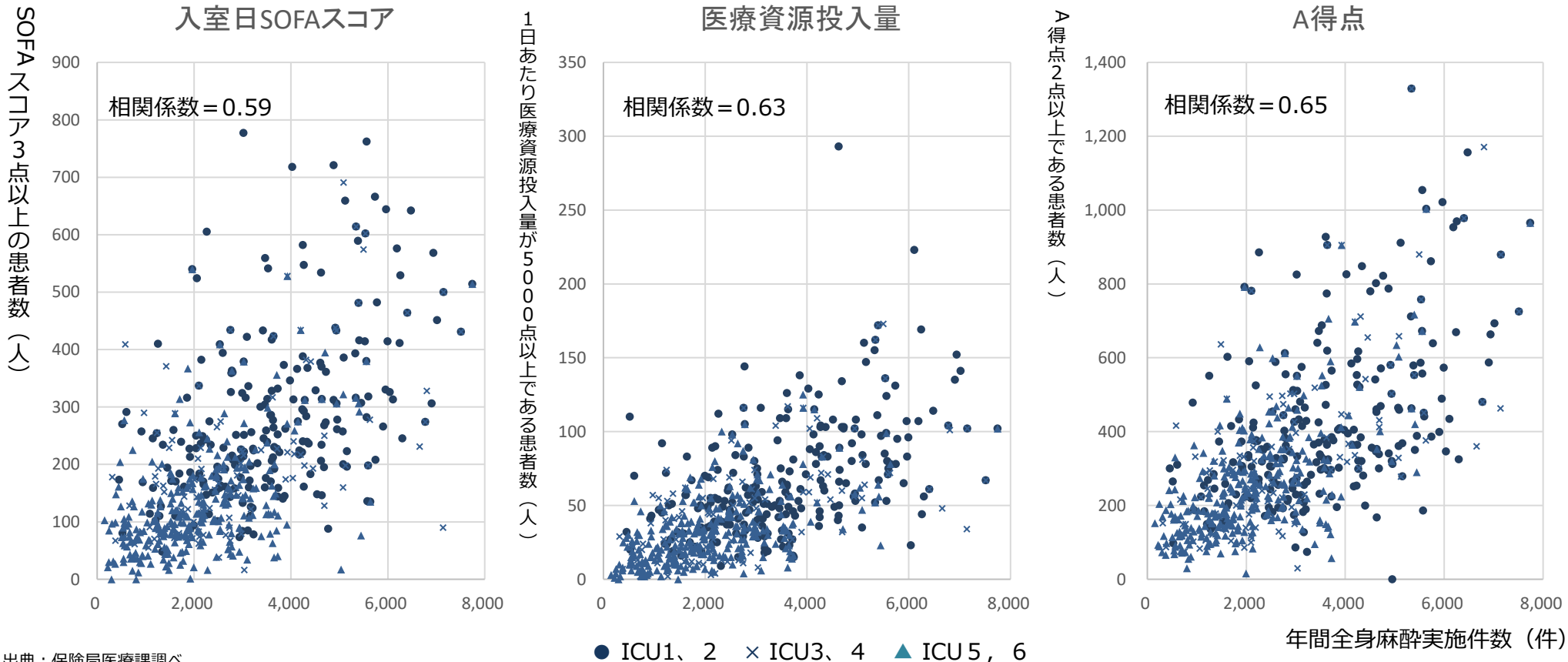


出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「1日あたり医療資源投入量」は、「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」とした。
- ・「A得点」は、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 A モニタリング及び処置等」の得点を指す。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。14,000件を超える2医療機関は図から除外。

年間全身麻酔実施件数と重症な入室患者数の関係（ICU）

- 年間全身麻酔実施件数と、「特定集中治療室管理料」を算定する患者のうち「1日あたり医療資源投入量が5,000点以上である患者数」「入室日SOFAスコア3点以上の患者数」「A得点2点以上の患者数」について、それぞれ病院ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 年間全身麻酔実施件数と重症な入室患者数には、正の相関があった。



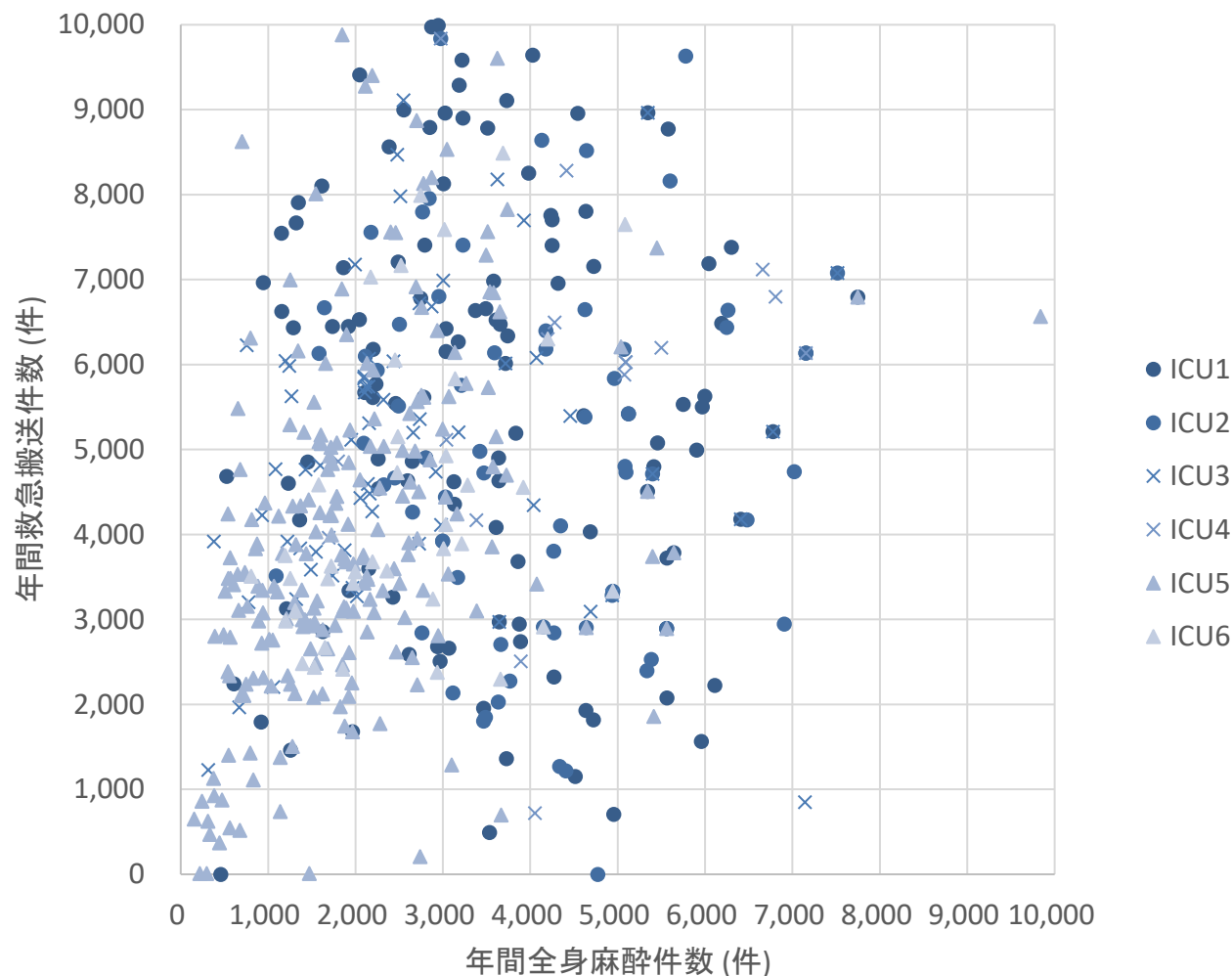
出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「1日あたり医療資源投入量」は、「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」とした。
- ・「A得点」は、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 A モニタリング及び処置等」の得点を指す。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。8,000件を超える1医療機関は図から除外。

集中治療室を有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも一定数未満である病院が一定数あった。



出典: 保険局医療課調べ

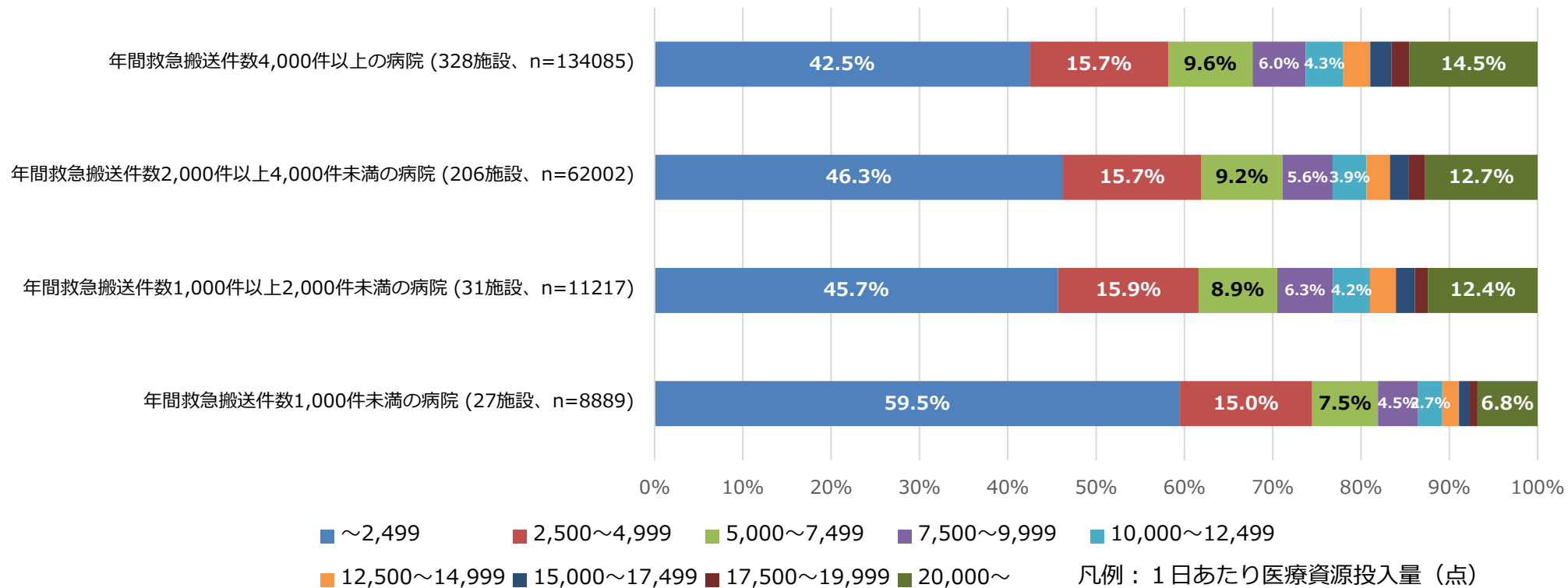
・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。

・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

救急搬送件数とICUの医療資源投入量

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれの特定集中治療室の入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

特定集中治療室管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



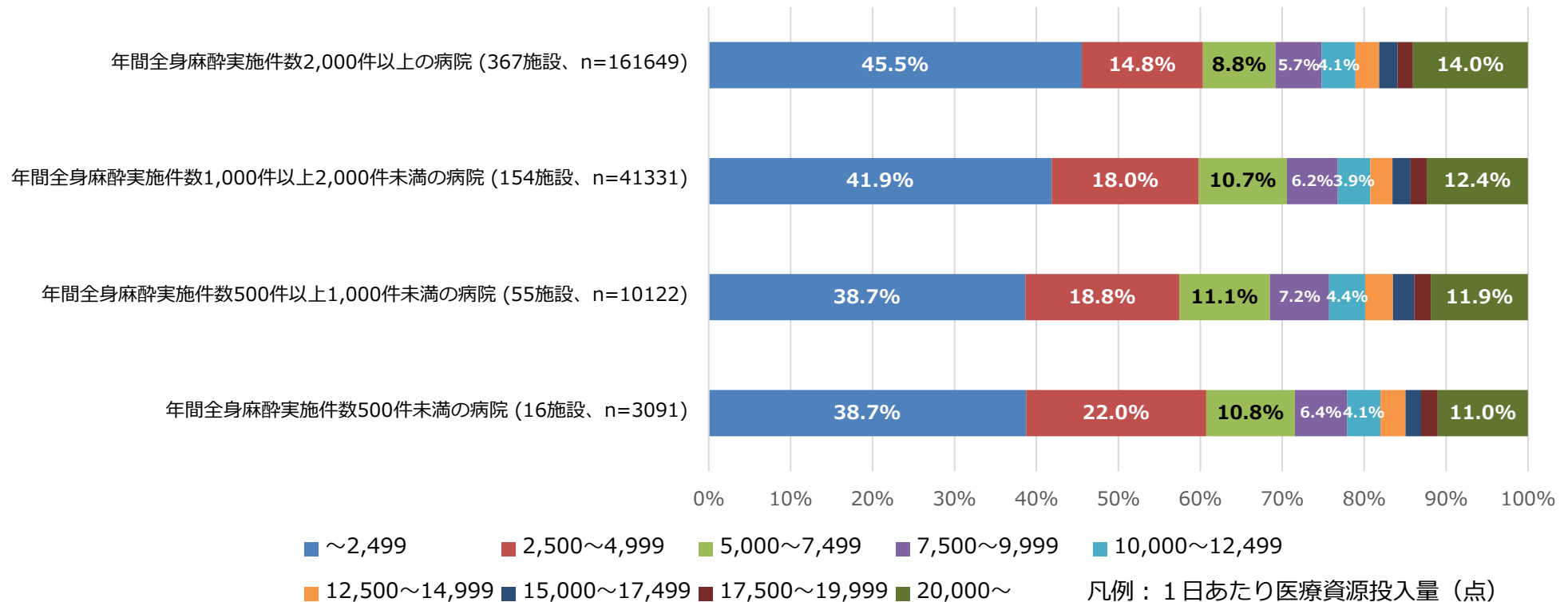
出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「特定集中治療室管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。

全身麻酔実施件数とICUの医療資源投入量

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院を、年間全身麻酔実施件数ごとに分類し、それぞれの特定集中治療室の入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間全身麻酔実施件数が多い病院ほど、1日あたり医療資源投入量が2,500点未満の患者数が多い一方で、20,000点以上の患者数も多い傾向があった。

特定集中治療室管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量

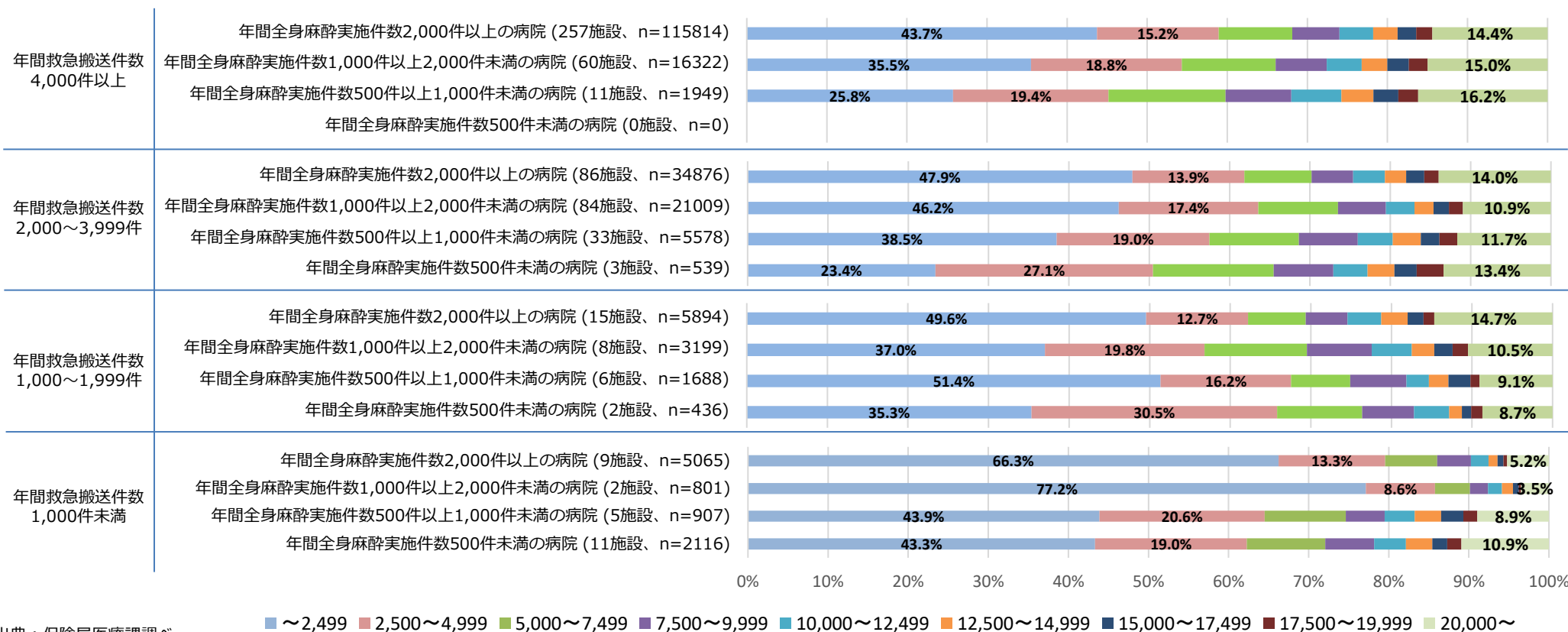


出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「特定集中治療室管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

全身麻酔件数・救急搬送件数とICUの医療資源投入量

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数と年間全身麻酔実施件数に分類し、それぞれの特定集中治療室の入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が1,000件以上2,000件未満の病院では、年間全身麻酔件数が多いほど医療資源投入量の高い患者数が多い傾向があった一方で、年間救急搬送件数が1,000件未満の病院では、年間全身麻酔件数が多いほど医療資源投入量の高い患者数が少ない傾向があった。



出典：保険局医療調べ

・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。

・「特定集中治療室管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。

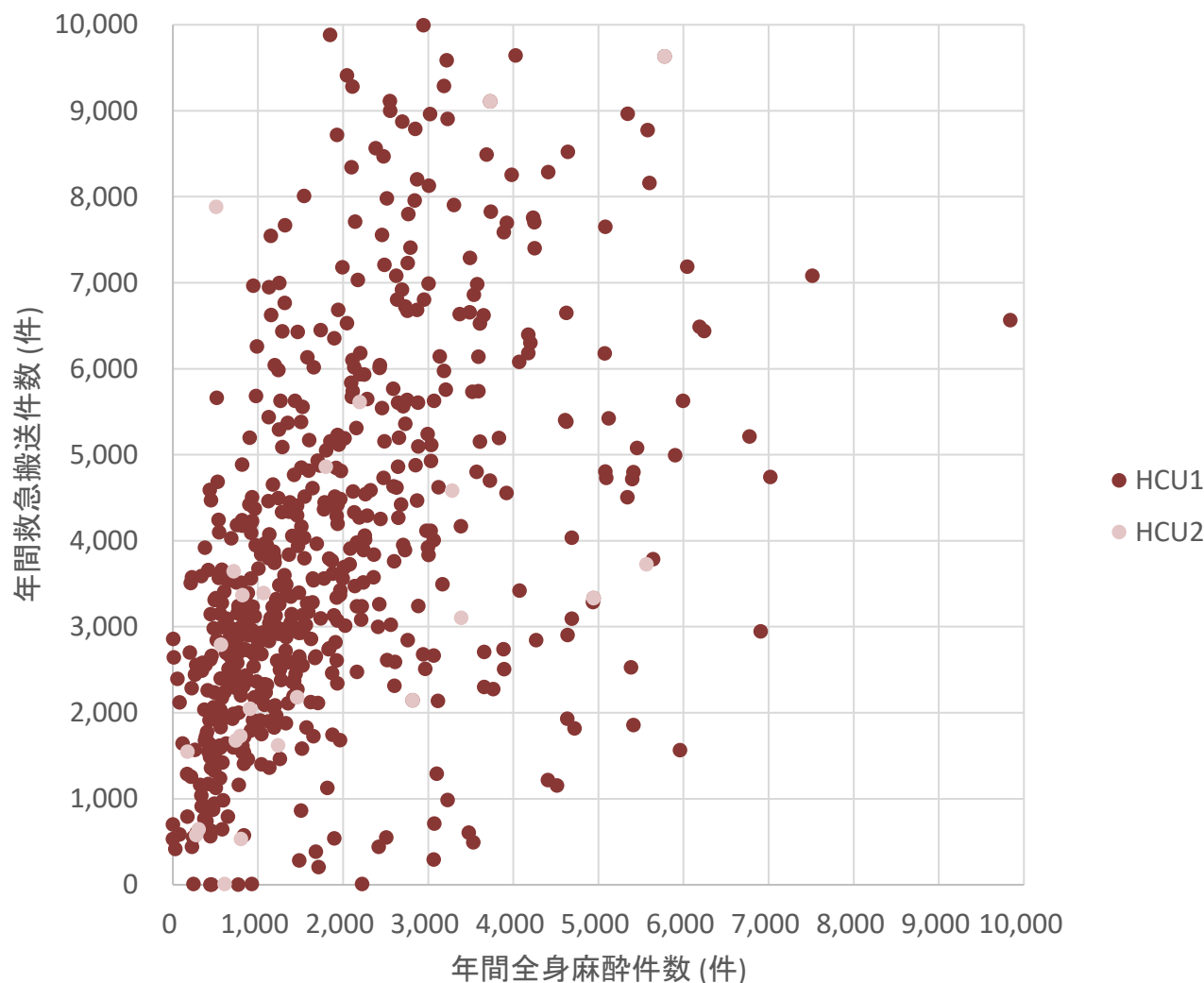
・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

凡例：1日あたり医療資源投入量（点）

ハイケアユニットを有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

診調組 入-2
7.5.22改

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも一定数未満である病院があった。



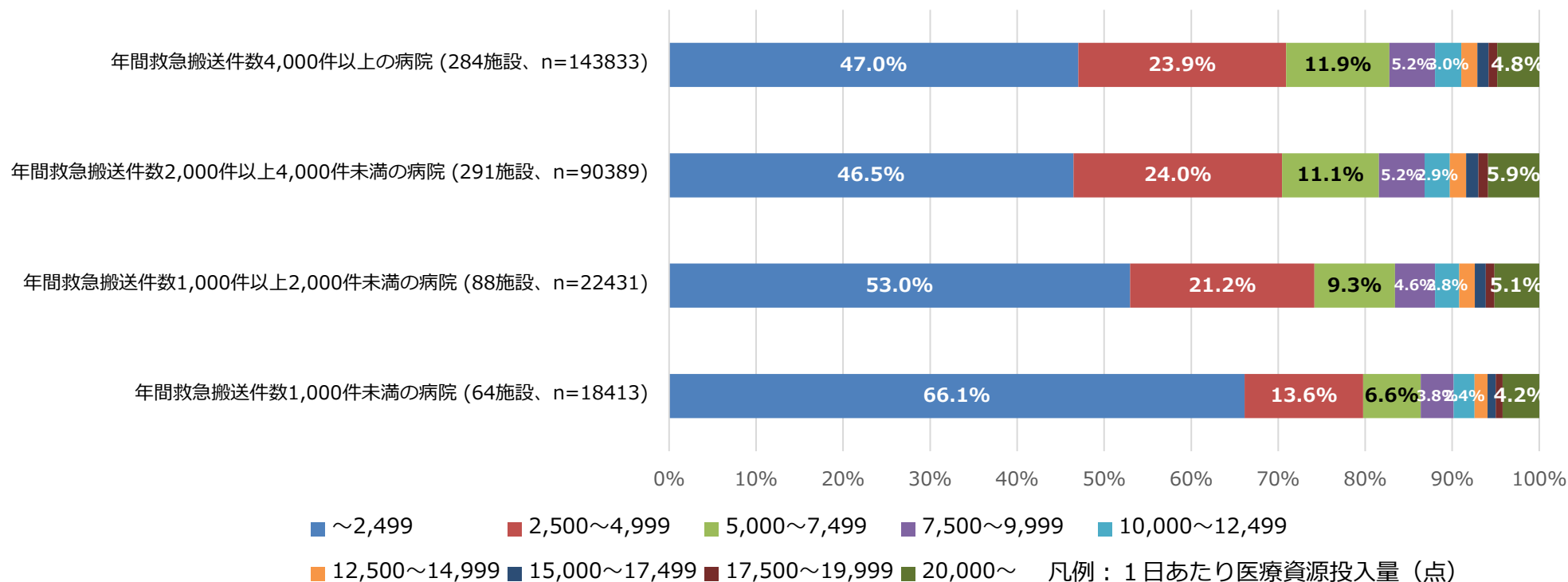
出典: 保険局医療課調べ

・令和6年12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

救急搬送件数とHCUの医療資源投入量

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



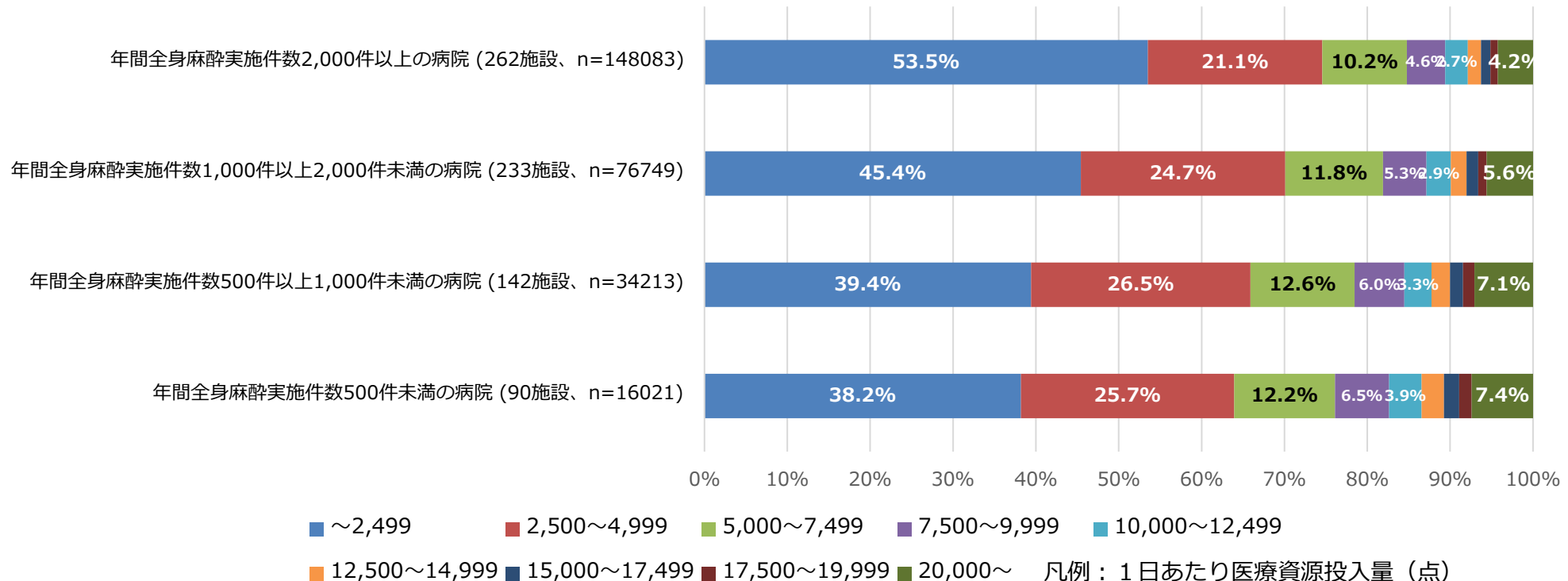
出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「ハイケアユニット入院医療管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。

全身麻酔実施件数とHCUの医療資源投入量

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間全身麻酔実施件数ごとに分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間全身麻酔実施件数が多い病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が低い傾向があった。

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量

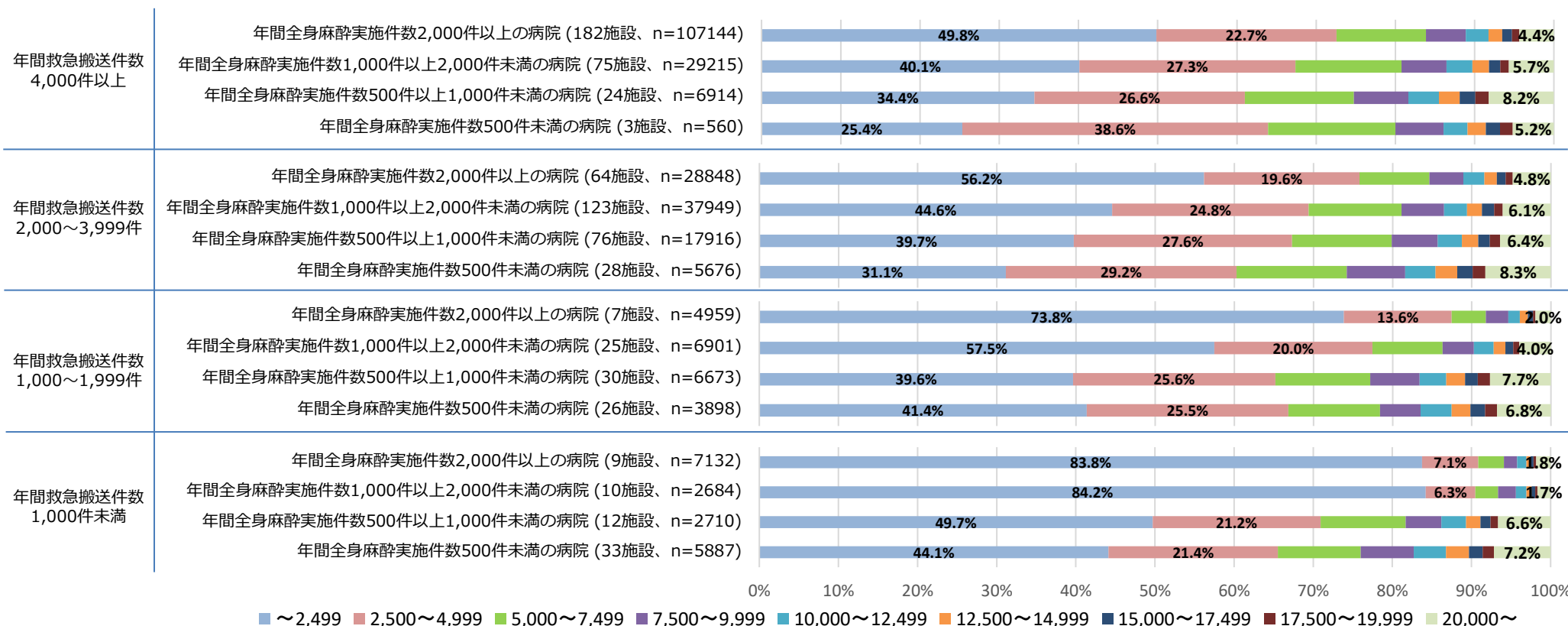


出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「ハイケアユニット入院医療管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

全身麻酔件数・救急搬送件数とHCUの医療資源投入量

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数と年間全身麻酔実施件数に分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数の区分に関わらず、年間全身麻酔実施件数が多い病院では、1日あたり医療資源投入量が低い傾向があった。



出典：保険局医療課調べ

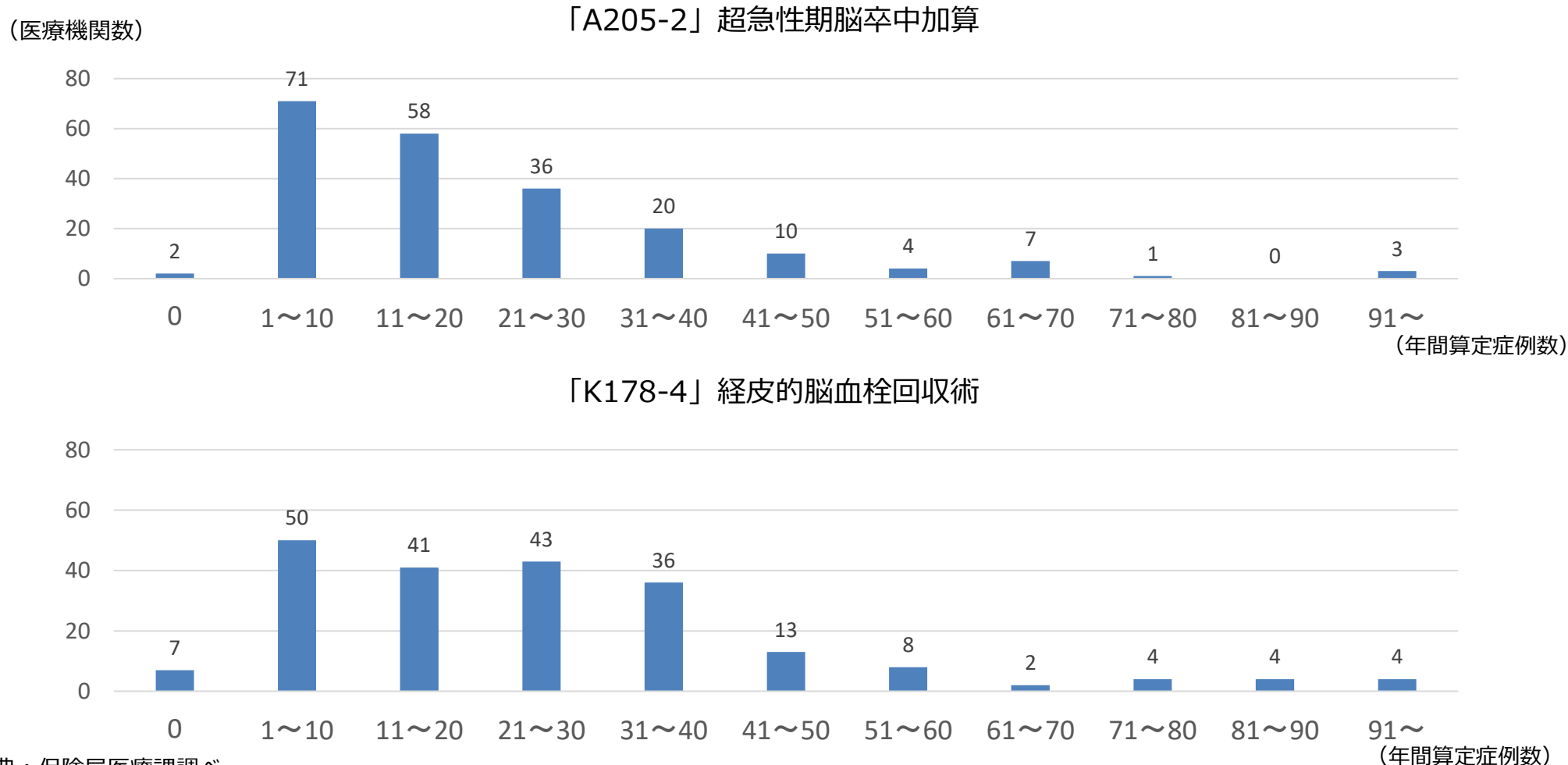
・令和6年6月～12月において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
 ・「ハイケアユニット入院医療管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を1日あたり医療資源投入量とした。
 ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

凡例：1日あたり医療資源投入量（点）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施していたが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった。



出典：保険局医療課調べ

・令和5年4月～令和6年3月のDPCデータから、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関を抽出。

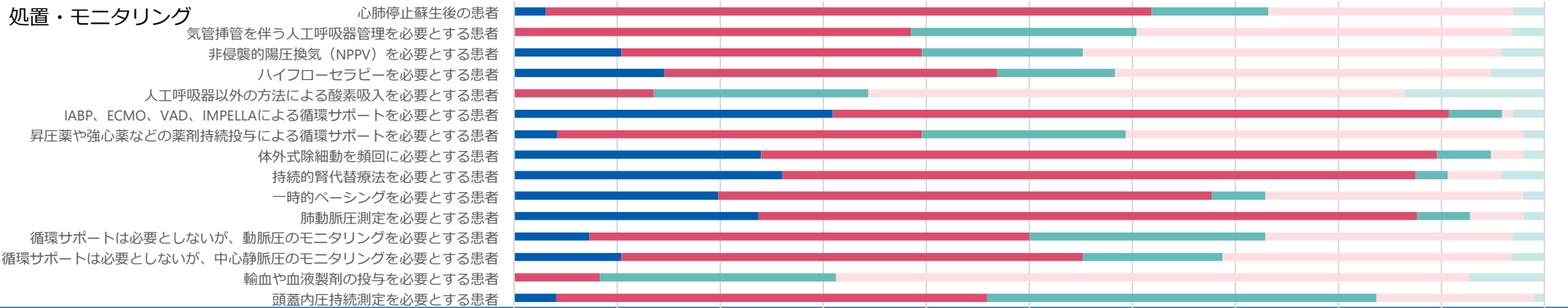
脳卒中ケアユニットの患者受入方針

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 「頭蓋内圧持続測定を必要とする患者」を原則受け入れ可能な治療室は約 5 割であり、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約 8 割であった。

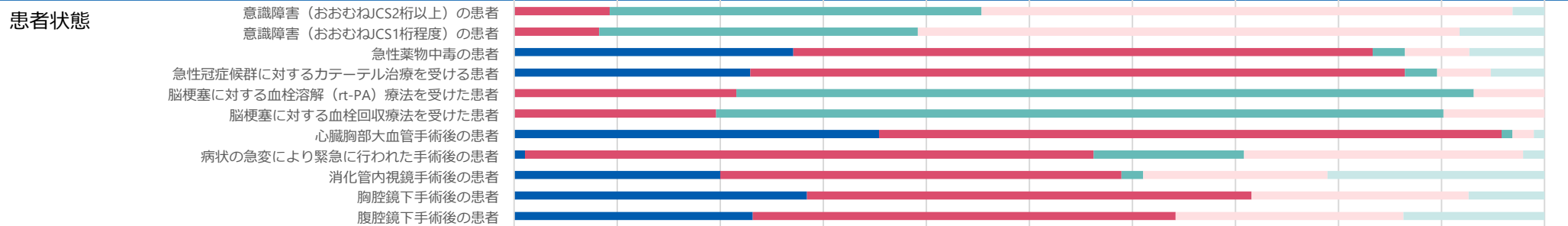
脳卒中ケアユニット入院医療管理料（n=97）

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

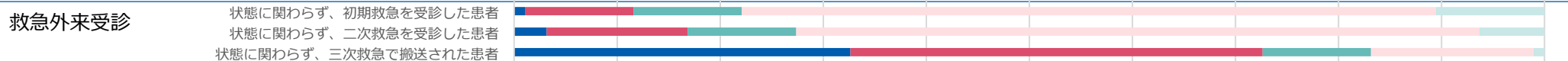
処置・モニタリング



患者状態



救急外来受診



■ 原則として、自院では受け入れない又は転院搬送を行う ■ 原則として、自院の他の治療室に入室する ■ 原則として、自治療室に入室する

■ 一般病棟での管理も行うが、必要に応じて治療室に入室する ■ 原則として、一般病棟に入棟する

1. 高度急性期入院医療について（その2）

1－1. 特定集中治療室等を有する病院について

1－2. 特定集中治療室管理料の医師配置要件について

1－3. 重症患者対応体制強化加算について

特定集中治療室管理料を算定する治療室の患者受入方針

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目では、各区分に大きな差を認めなかった。救急外来受診に関する項目については、「特定集中治療室管理料 1、2」において三次救急で搬送された患者を受け入れている割合が比較的多い傾向があった。

特定集中治療室管理料 1、2 (n=107)

特定集中治療室管理料 3、4 (n=47)

特定集中治療室管理料 5、6 (n=119)

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

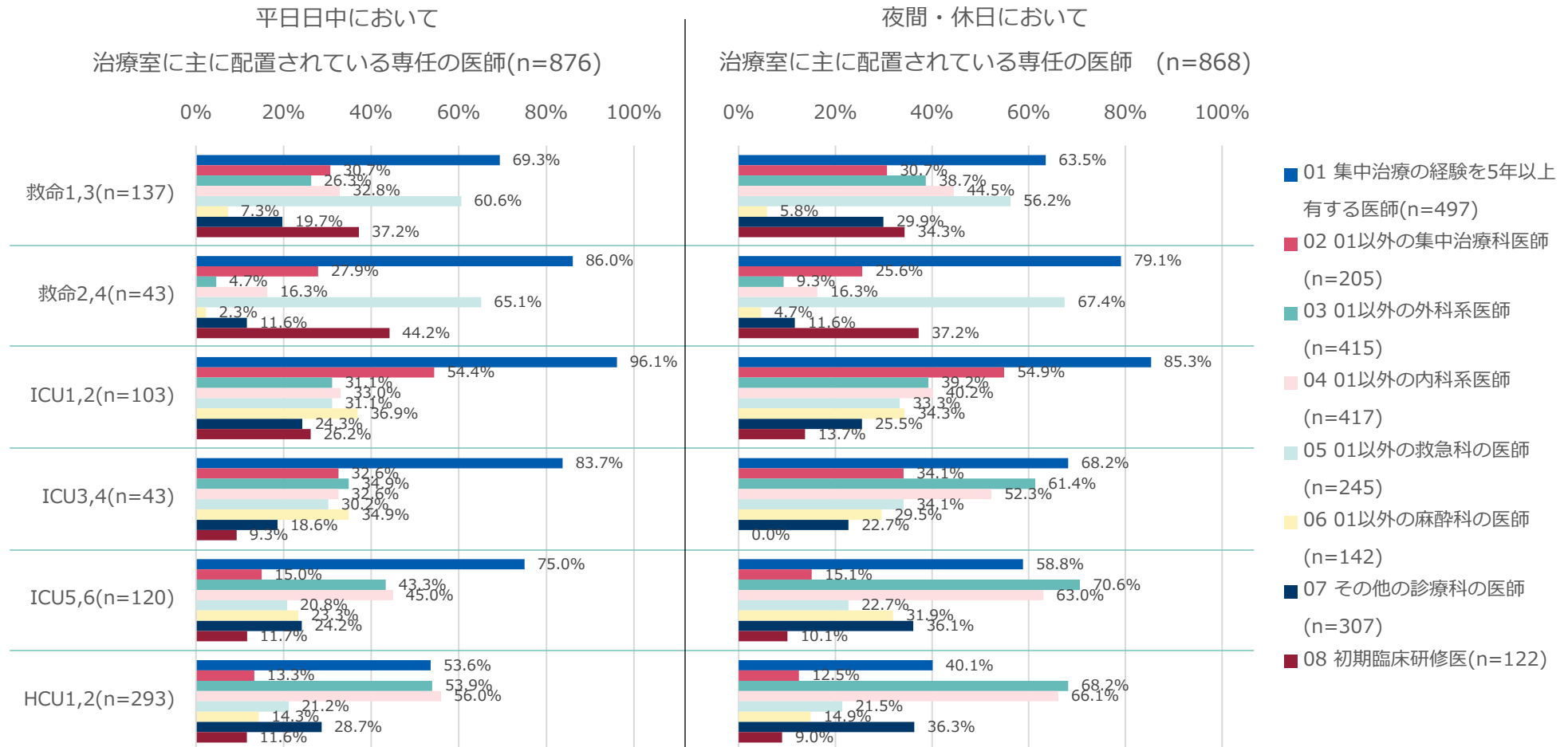
処置・モニタリング



■ 原則として、自院では受け入れない又は転院搬送を行う ■ 原則として、自院の他の治療室に入室する ■ 原則として、自治療室に入室する
■ 一般病棟での管理も行うが、必要に応じて治療室に入室する ■ 原則として、一般病棟に入棟する

治療室に配置されている専任の医師

- 平日日中及び夜間・休日において、治療室に配置されている専任の医師の状況は以下のとおり。
- 集中治療の経験を5年以上有する医師は、当該医師の配置が要件とされていない区分（ICU1,2以外）においても、一定の配置が行われていた。
- 専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる区分（ICU5,6、HCU1,2）では、その他の区分と比較して、夜間・休日に「その他の診療科の医師」を配置している割合が多かった。



1. 高度急性期入院医療について（その2）

1－1. 特定集中治療室等を有する病院について

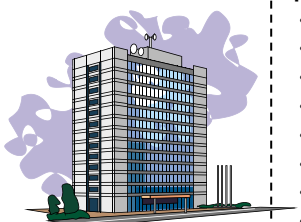
1－2. 特定集中治療室管理料の医師配置要件について

1－3. 重症患者対応体制強化加算について

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

特定集中治療室管理料の対象患者

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

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が **1割5分**以上

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする看護に関する適切な研修を修了した看護師（専従の常勤看護師 1名以上）

➤ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士（専従の常勤臨床工学技士 1名以上）

➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講（2名以上）

新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）

③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

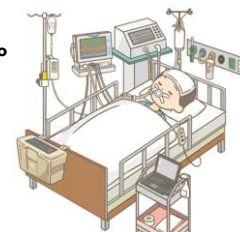
➤ 集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。

院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること。

- ・重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
- ・人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実践

➤ 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における

集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。



特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

➤ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算		
イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

〔算定要件〕
重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

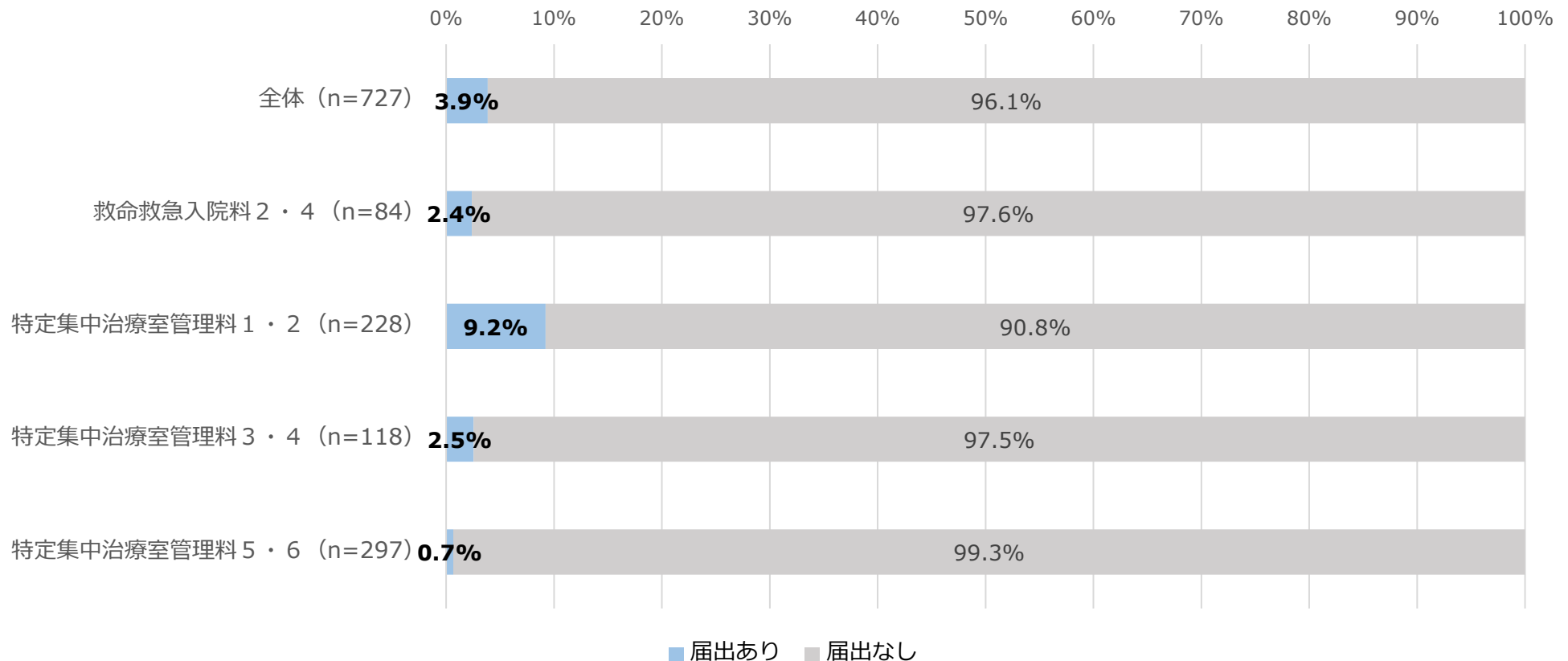
〔施設基準の概要〕

専従の常勤看護師 1名 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	*実施業務* ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした 院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際	
看護師 2名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		*実施業務* ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、 他の医療機関等の支援を行う。 （支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・ 地域の医療機関等が主催する 集中治療を必要とする患者の看護に関する 研修に講師として参加する など、地域における集中治療の質の向上を目的として、 地域の医療機関等と協働する ことが望ましい。
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上		

重症患者対応体制強化加算の届出状況

- 重症患者対応体制強化加算を届け出ている治療室は、「特定集中治療室管理料」「救命救急入院料 2、4」全体の約3.9%であり、「特定集中治療室管理料 1、2」を算定する治療室の約9.2%であった。

重症患者対応体制強化加算の届出状況（令和6年10月1日時点）

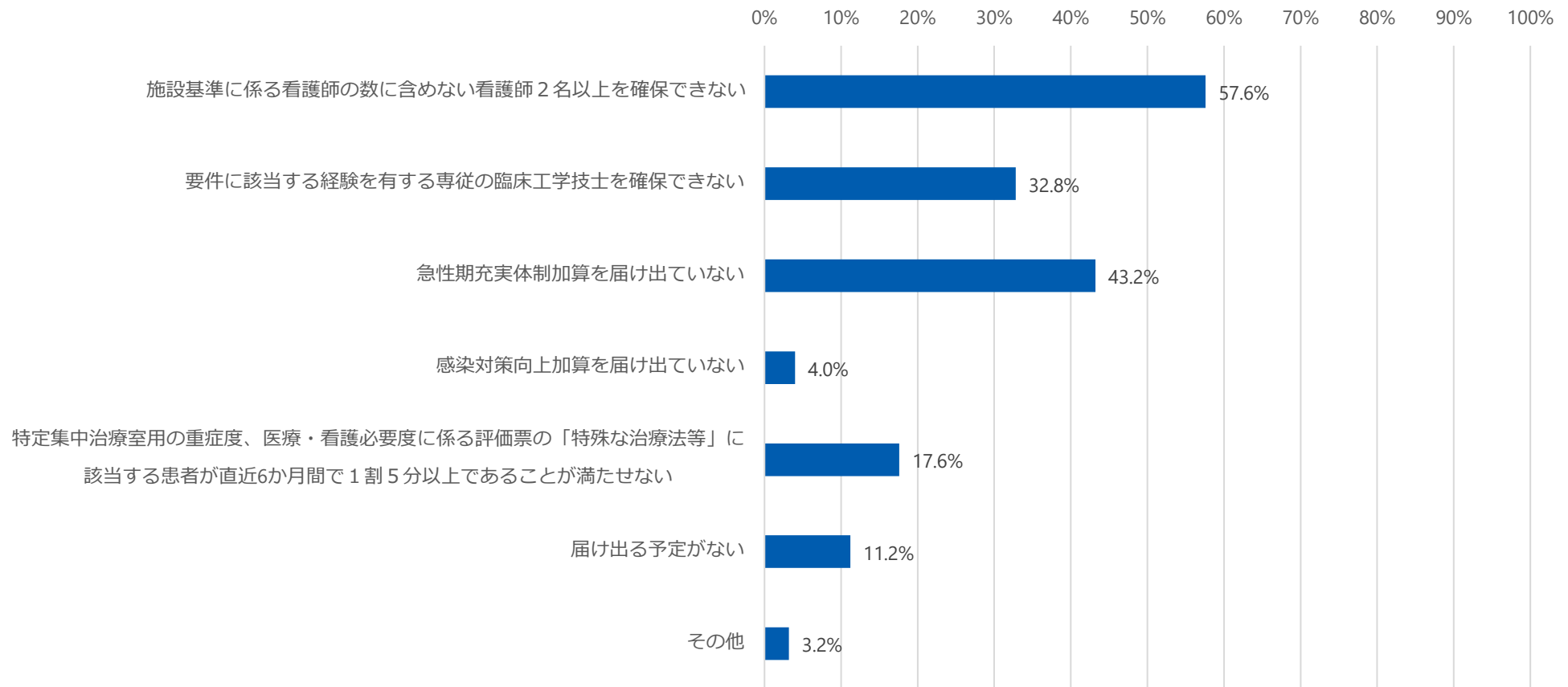


重症患者対応体制強化加算を届け出していない理由

診調組 入-1
7. 5. 22

- 「救命救急入院料 2, 4」又は「特定集中治療室管理料 1～4」のいずれかを算定している治療室であって、重症患者対応体制強化加算を届け出していない治療室に対してその理由を聞いたところ、「施設基準に係る看護師の数に含めない看護師 2 名以上を確保できない」が最も多く、次いで「急性期充実体制加算を届け出していない」が多かった。

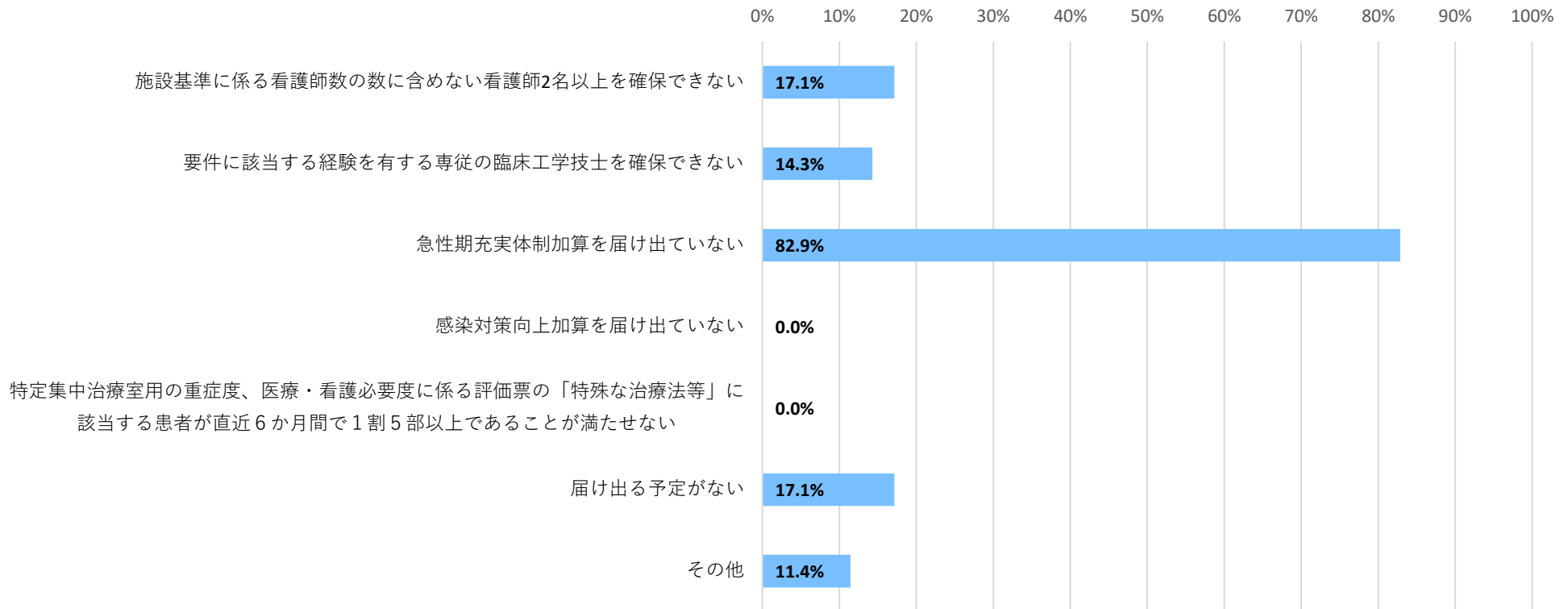
重症患者対応体制強化加算を届け出していない理由(n=125)



特定機能病院の治療室における重症患者対応体制強化加算

- 特定機能病院において、「救命救急入院料 2、4」「特定集中治療室管理料 1～4」のいずれかを算定している治療室に対して、「重症患者対応体制強化加算」を届出できない理由を聞いたところ、「急性期充実体制加算を届け出していない」が82.9%と多い一方で、その他の理由についてはいずれも20%未満であった。

特定機能病院の治療室において重症患者対応体制加算を届出できない理由 (n=35)

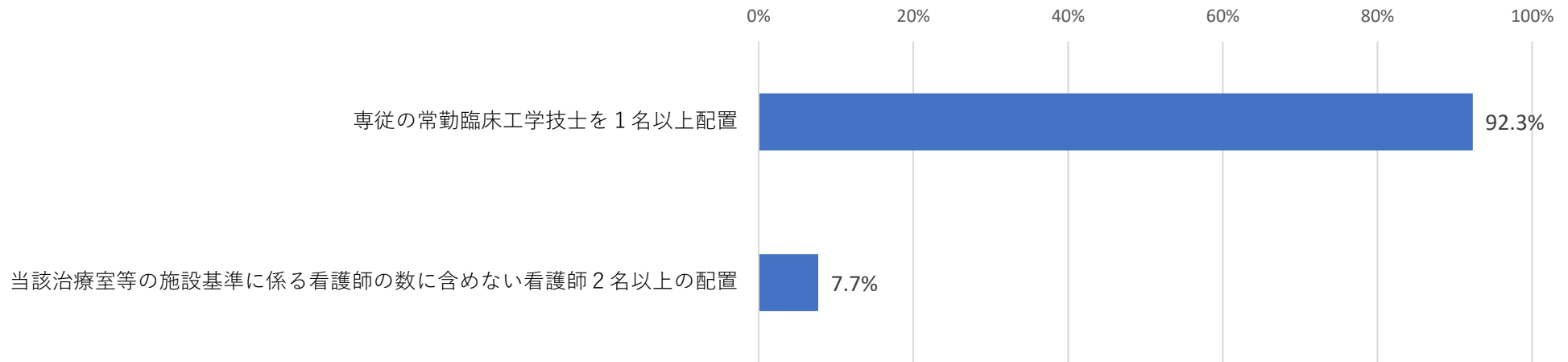


※特定機能病院は、急性期充実体制加算を届け出ることができないため、急性期充実体制加算の届出が要件となっている重症患者対応体制強化加算の届出ができない。

特定機能病院の治療室における職員の配置状況

- 特定機能病院において、「救命救急入院料 2、4」「特定集中治療室管理料 1～4」のいずれかを算定している治療室に対して、「重症患者対応体制強化加算」の要件に関する職員の配置状況について聞いたところ、「専従の常勤臨床工学技士を 1 名以上の配置」を実施する治療室は92.3%であり、「当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師 2 名以上の配置」を実施する治療室は7.7%であった。

特定機能病院の治療室における職員の配置状況（n=13）



現状と課題

(特定集中治療室等を有する病院について)

- 「救命救急入院料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」では救急外来からの入室が多く、「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」では救急外来に加えて手術室からの入室が多かった。また、いずれの区分においても、急変による入室が一定割合存在した。
- 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室の重症な入室患者数は、年間救急搬送件数と軽度の正の相関があり、年間全身麻酔実施件数と正の相関があった。
- 年間救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。年間全身麻酔実施件数が多い病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が低い傾向があった。
- 年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。年間全身麻酔実施件数が多い病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が低い傾向があった。
- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室のうち、「頭蓋内圧持続測定を必要とする患者」を原則受け入れ可能な治療室は約5割であり、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約8割であった。

(特定集中治療室管理料の医師配置要件について)

- 専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる「特定集中治療室管理料5、6」とそれ以外の区分において、処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目に関する患者受入方針に大きな差を認めなかった。救急外来受診に関する項目については、「特定集中治療室管理料1、2」において三次救急で搬送された患者を受け入れている割合が比較的多い傾向があった。
- 集中治療の経験を5年以上有する医師は、当該医師の配置が要件とされていない区分においても、一定の配置が行われていた。
- 「特定集中治療室管理料5、6」では、その他の区分と比較して、夜間・休日に「その他の診療科の医師」を配置している割合が多かった。

(重症患者対応体制強化加算について)

- 重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価する「重症患者対応体制強化加算」がある。
- 特定機能病院において「重症患者対応体制強化加算」を届出できない理由を聞いたところ、「急性期充実体制加算届け出ていない」が82.9%と多い一方で、その他の理由についてはいずれも20%未満であった。

【課題】

- 救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室における重症度等の関係についてどのように評価するか。
- 「特定集中治療室管理料1～4」を算定する治療室と、「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室における専任の医師の違いについてどのように評価するか。
- 「重症患者対応体制強化加算」の調査結果についてどのように評価するか。

1. 高度急性期入院医療について（その2）
2. 入退院支援（その2）
3. 外来医療について（その3）
4. データ提出加算（その2）

2. 入退院支援（その2）

2－1. 入退院支援について

2－2. 後方支援を目的とした円滑な情報共有・地域連携について

9. 入退院支援について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 入退院支援加算について、緊急入院の患者と生活再編が必要な患者は、それぞれ必要な支援の内容が異なるということが考えられるため、具体的にどのような支援が行われているのかについて、更に詳細に支援内容を見るのがよいのではないかと意見があった。
- 介護施設等における対応力強化について、例えば高齢者施設で診ている心不全患者においては、水分貯留によって体重増加や症状・兆候によって早期に外来を受診させる、訪問診療で利尿剤を調整する、病院の看護職員等が出向いてケア体制の支援を行う等を行うことによって、無駄な救急搬送・救急入院を減らすことが可能なケースがある。救急搬送前の連携対応の評価を行い、施設からの高齢者の救急搬送を減らすことにつながる可能性があるのではないかと意見があった。
- 入院時支援加算について、入退院支援部門が入院前に外来等で関わることにより、病棟看護師の業務軽減にも結びつく。病院全体の効率化に向けた動きが進んでいると受け取ることができるとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 入退院支援加算や入院時支援加算等について、病院・病棟の機能ごとに入退院支援部門に期待される機能や、医療介護連携の更なる推進の観点から、令和7年度入院外来調査の結果をもとに、更に検討を進める。

入退院支援加算 1 ・ 2 の概要

診調組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

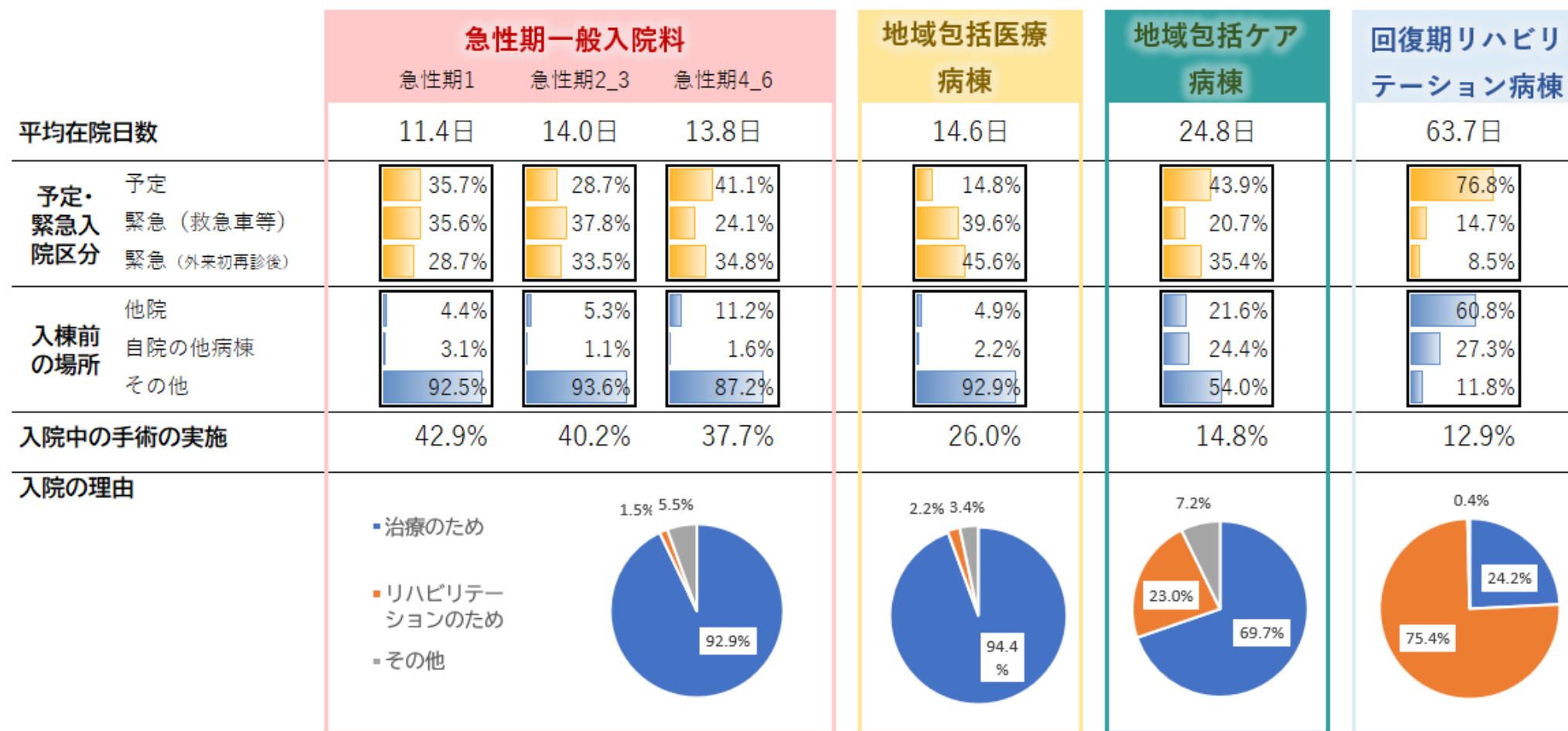
[主な算定要件・施設基準]

A246 入退院支援加算	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
退院困難な要因	ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかで あること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は 要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること エ 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者 オ 強度行動障害の状態の者 カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ 生活困窮者であること ク 入院前に比べ A D L が低下し、退院後の生活様式の再編が必要である こと（必要と推測されること。）	ケ 排泄に介助を要すること コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる 状況にないこと サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと シ 入退院を繰り返していること ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれるこ と セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる 場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンス の実施	①原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は 7 日以内 療養病棟入院基本料等は 1 4 日以内 に実施 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上 かつ、①もしくは② ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福 祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）	-
連携機関との面会	(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機 関の数が 25 以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院 入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のう ち 1 以上は保険医療機関であること。 また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当 該連携機関の数のうち 5 以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地 域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者 又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく 指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事 業者であること。	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-

入院料別の入院患者の特徴

診調組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 急性期一般入院料、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の特徴は以下のとおり。

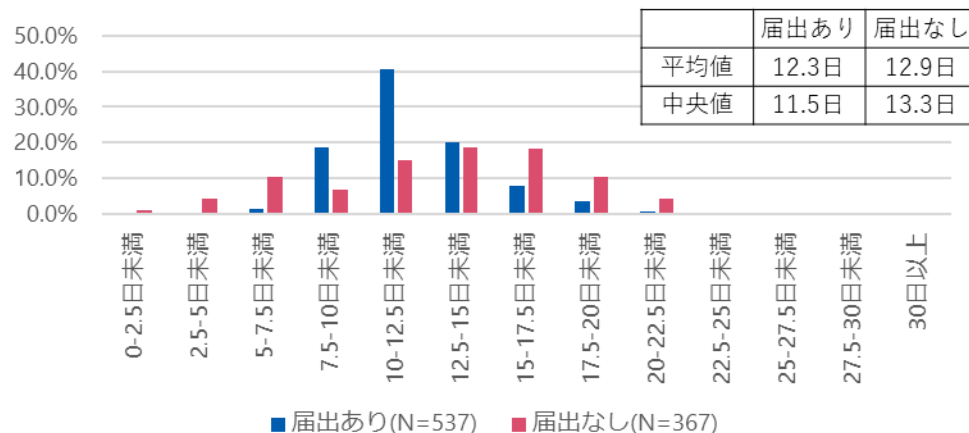


入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

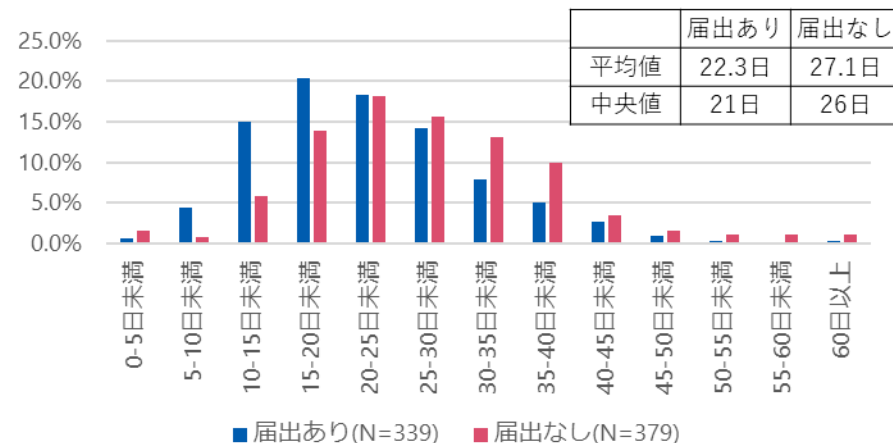
診調組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても入院時支援加算の届出がある場合は、届出がない場合と比較して平均在院日数が短かった。

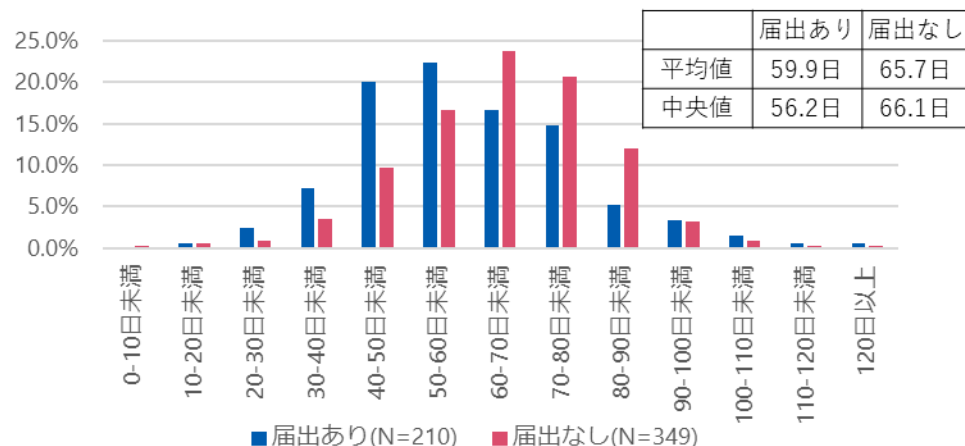
急性期一般入院基本料



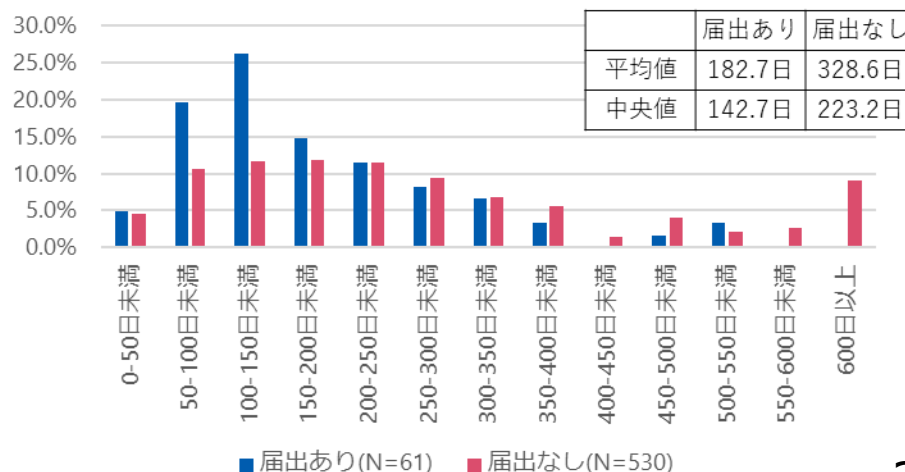
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



療養病棟入院基本料

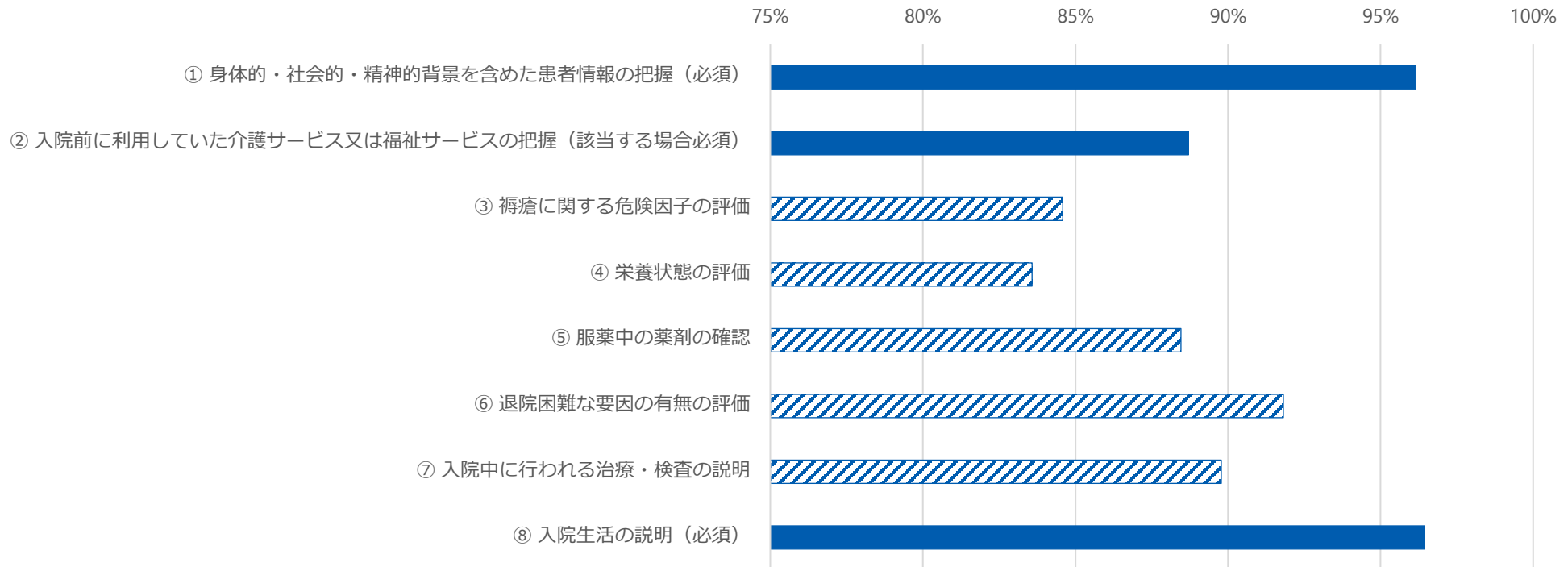


入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

診調組 入-1
7. 6. 26改

- 入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項として、身体的・社会的・精神的背景を踏まえた患者情報の把握、介護・福祉サービスの把握、入院生活の説明の他に、褥瘡に関する危険因子・栄養状態の評価、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明等があった。

入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和6年8月～10月）（n=162,213）



<急性期病棟>

- ・ 緊急入院割合が6～7割を占める。
- ・ 急性期入院料においては、自宅から入棟し、自宅へ退棟する割合が高い。
- ・ **入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として「緊急入院であること」が最も多い。**

<地域包括医療病棟>

- ・ 地域包括医療病棟への入棟では、自宅から入棟する割合が高い。
- ・ 退棟先は、自宅へ退棟する割合が最も高いが、転院や介護施設等への入所等、多様な退棟先がある。
- ・ **入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として「緊急入院であること」とともに、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多い。**

<地域包括ケア病棟>

- ・ 地域包括ケア病棟への入棟では、自宅からの入院が最も多く、自院からの転棟、他院からの入院も多い。
- ・ 退棟先は、自宅の割合が最も高い一方、介護施設等や他院の割合が合わせて約3割となっていた。
- ・ **入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として「緊急入院であること」とともに、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多い。**

<回復期リハビリテーション病棟>

- ・ 回復期リハビリテーション病棟では、入棟先として最も多いのは他院の一般病床であり、退棟先は自宅、介護施設等、他院となっていた。

<療養病棟>

- ・ 療養病棟では、入棟元として最も多いのは他院からであり6割を占めていた。
- ・ 退棟先として、自宅は2割を切っており、介護施設等、他院、また死亡退院が約6割となっていた。
- ・ **入退院支援加算を届け出ている理由として、「退院支援が必要な患者が少ないため」が最も多い。**



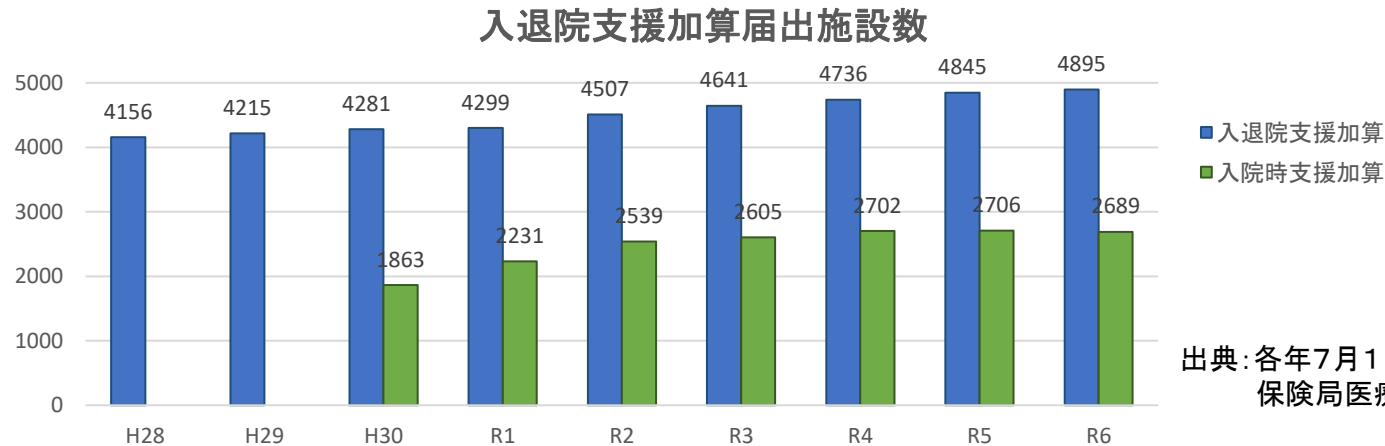
入退院支援において実施されている支援は、入院料及び患者像によって異なる可能性がある。

入退院支援加算の届出・算定状況

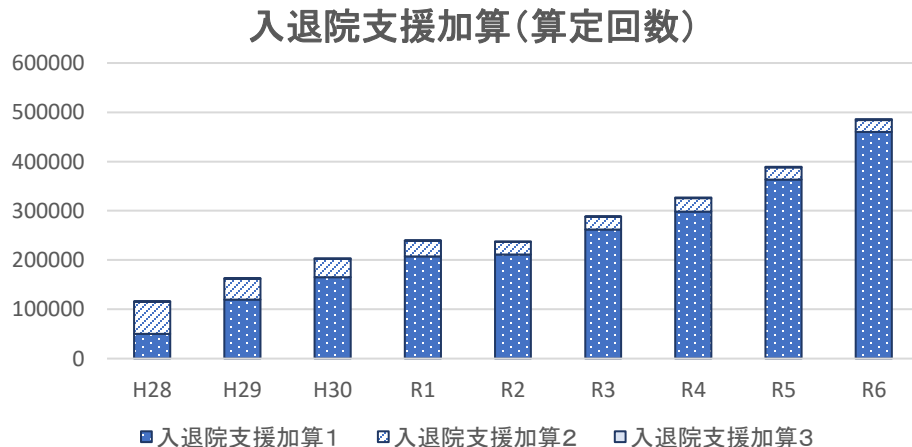
診調組 入 - 1
7 . 6 . 26改

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は微増している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数は年々増加している。

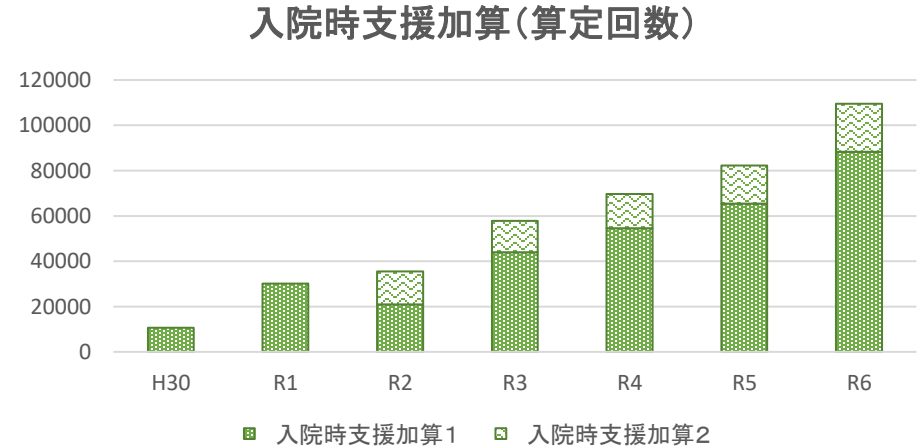
■ 入退院支援加算の届出状況の推移



■ 入退院支援加算の算定状況の推移

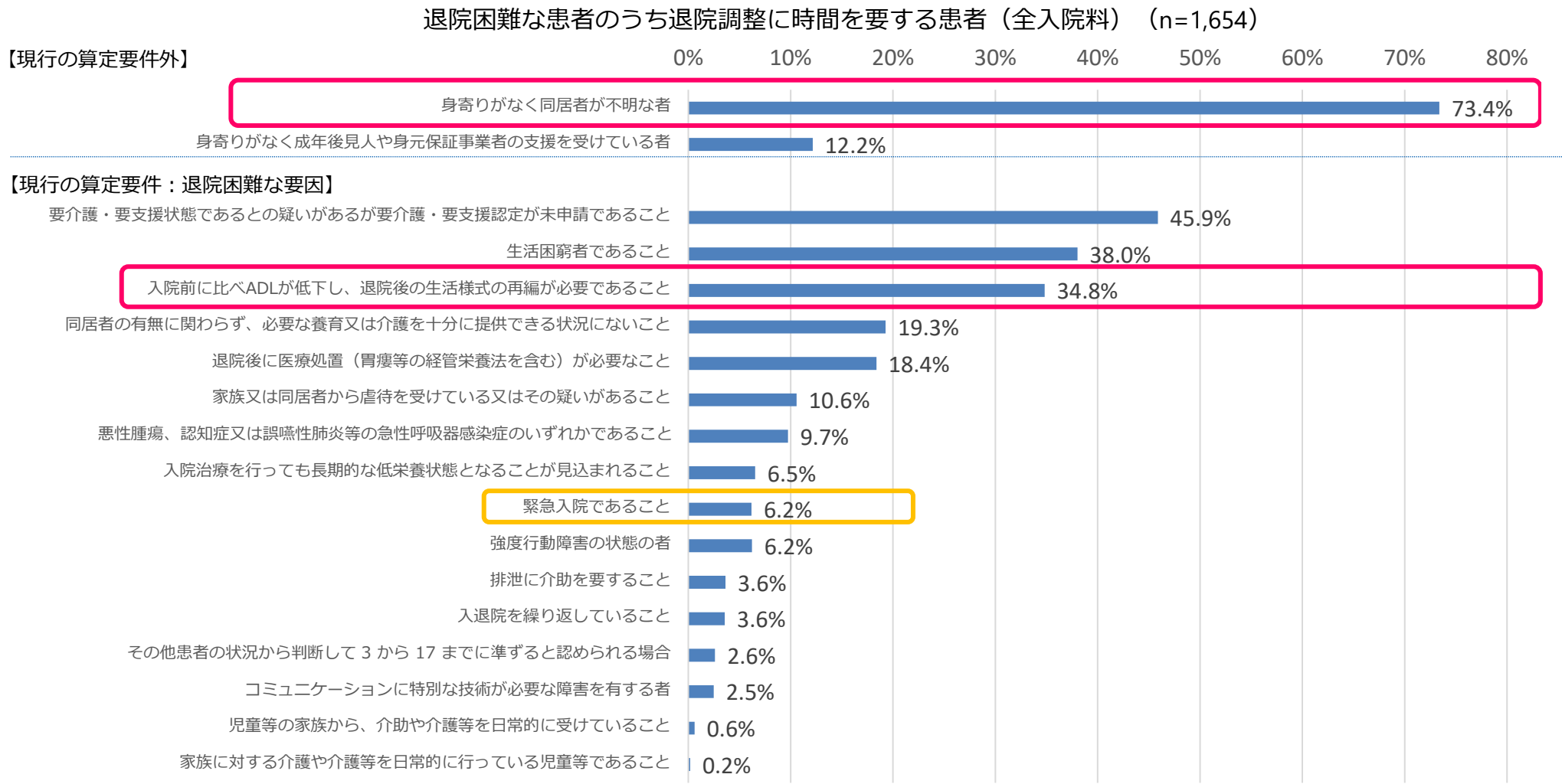


■ 入院時支援加算の算定状況の推移



退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者(全入院料)

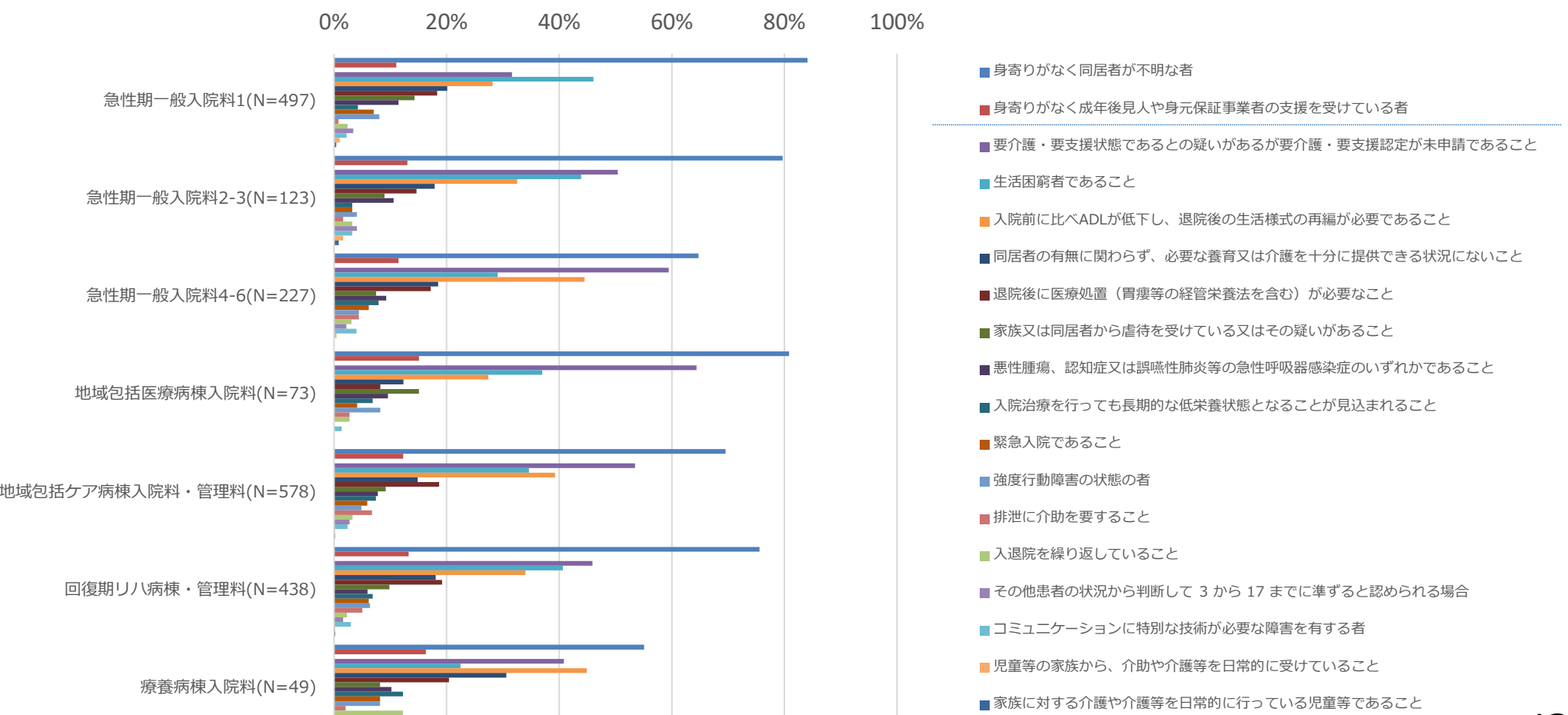
- 退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が73.4%を回答しており、次に「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること」45.9%、「生活困窮者であること」38.0%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」34.8%であった。
- 「緊急入院であること」は6.2%であった。



退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者(入院料別)

- 退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が全ての入院料で多かった。
- 急性期一般4～6、地域包括医療病棟、地ケア病棟、回復期リハ病棟では「生活困窮者であること」、「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護・要支援認定が未申請であること」、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」の割合が高かった。
- 療養病棟は、「身寄りがなく同居者が不明な者」、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」、「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること」の順であった。

退院困難な患者のうち退院調整に時間を要する患者（入院料別）



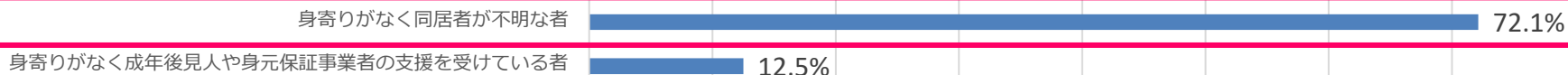
出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票～D票））

退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者（全入院料）

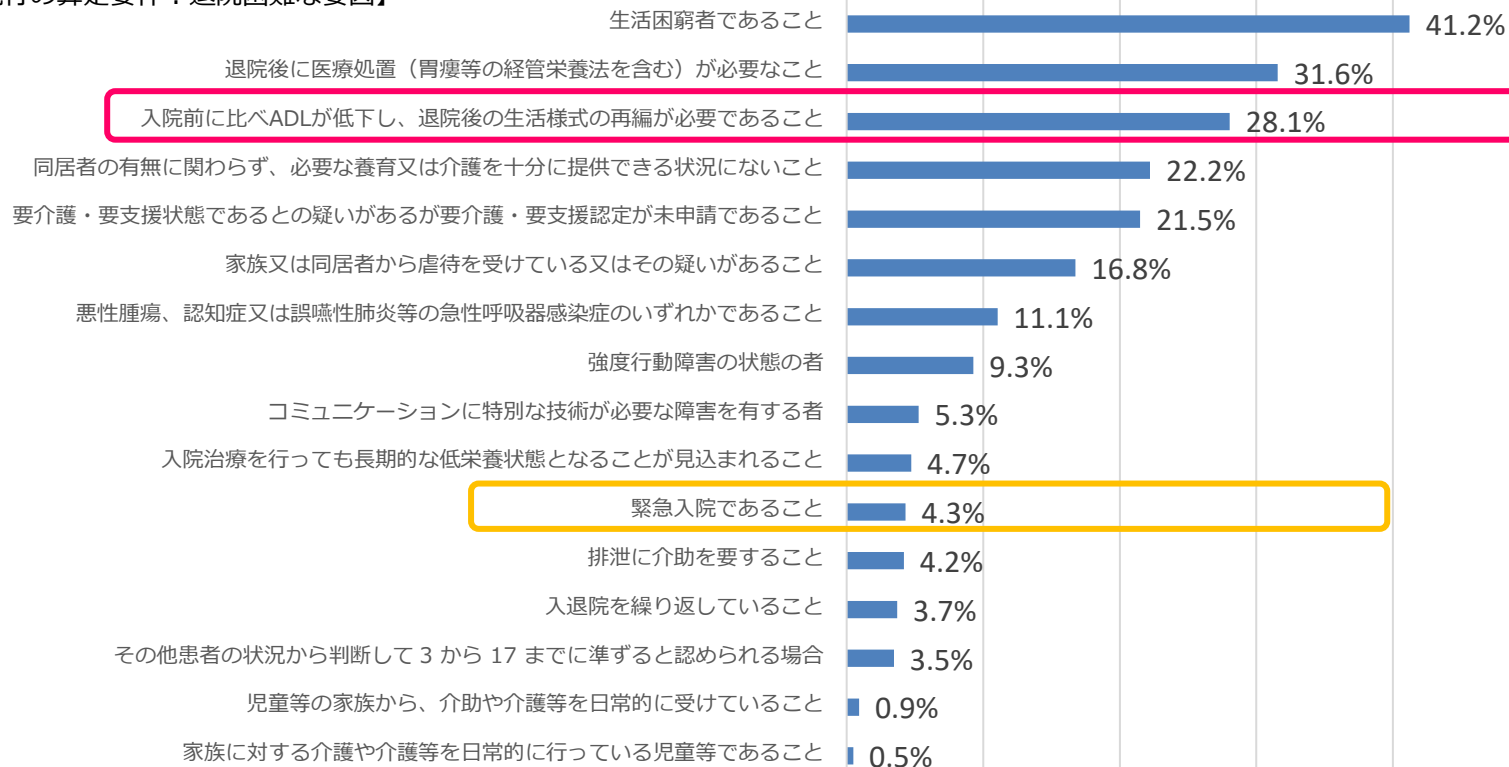
- 退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」を全体の72.1%を回答しており、次に「生活困窮者であること」41.2%、「退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと」31.6%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」28.1%を回答した。
- 「緊急入院であること」は、4.3%であった。

退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者（全入院料）（n=1,647）

【現行の算定要件外】



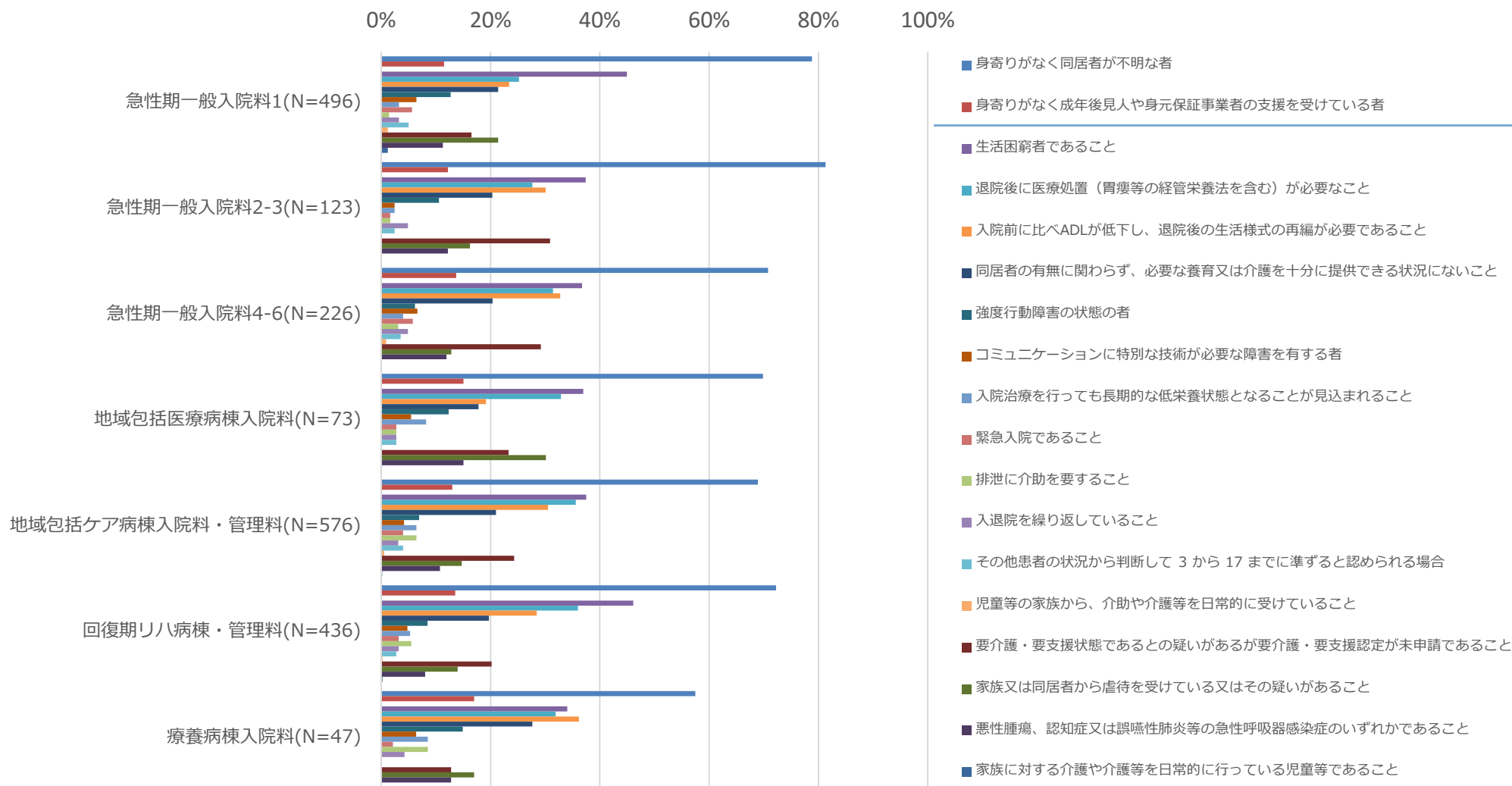
【現行の算定要件：退院困難な要因】



退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者（入院料別）

- 退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が全ての入院料で多かった。
- 次に「生活困窮者であること」、「退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと」、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」の割合が高かった。
- 療養病棟では、次点に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」が多かった、それ以外の入院料では「生活困窮者であること」が次に多かった。

退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者（入院料別）

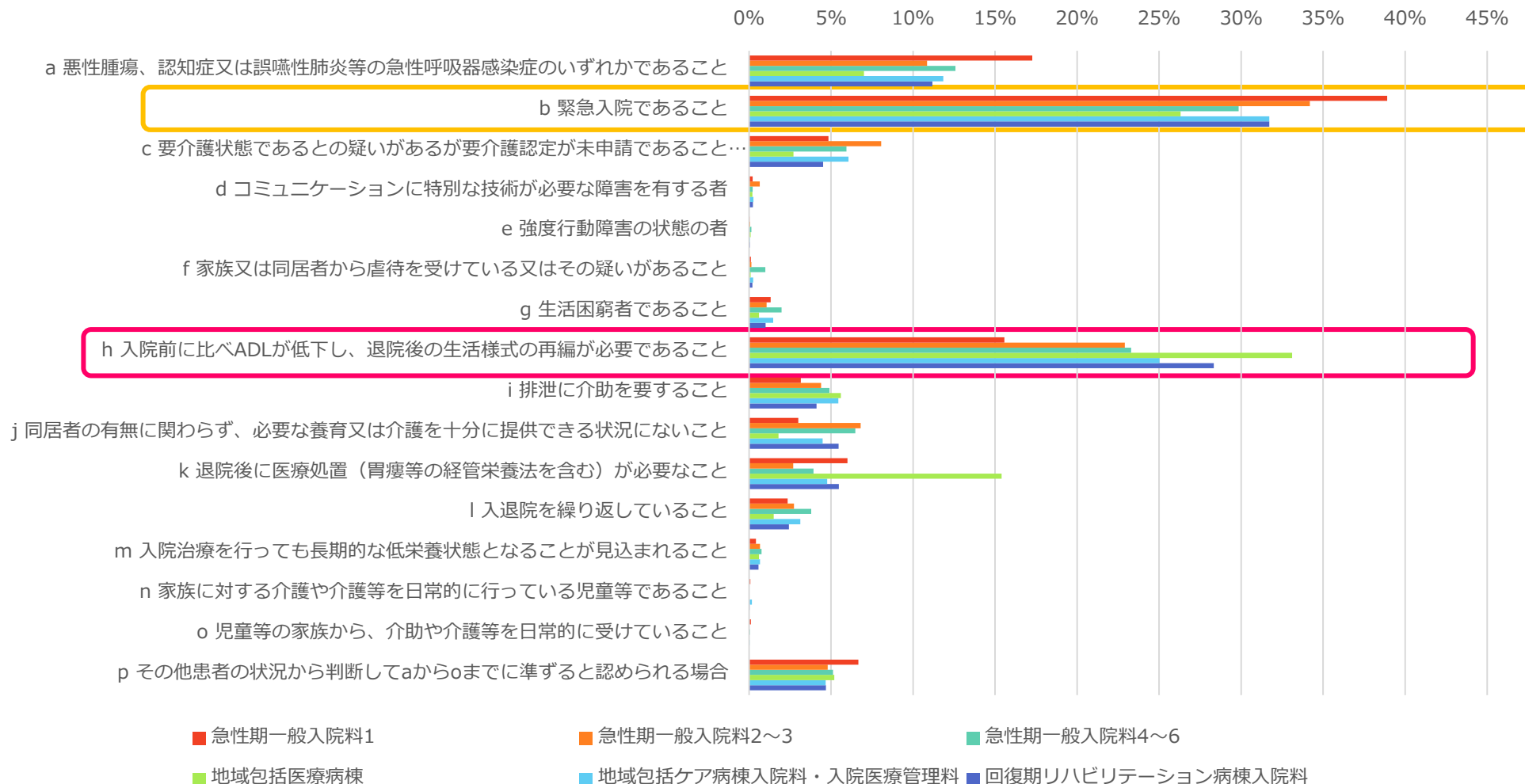


入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」

診調組 入 - 1
7 . 6 . 26 改

- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「緊急入院であること」が最も多く、特に急性期一般入院料1において高かった。
- 次に「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が多く、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟において高かった。

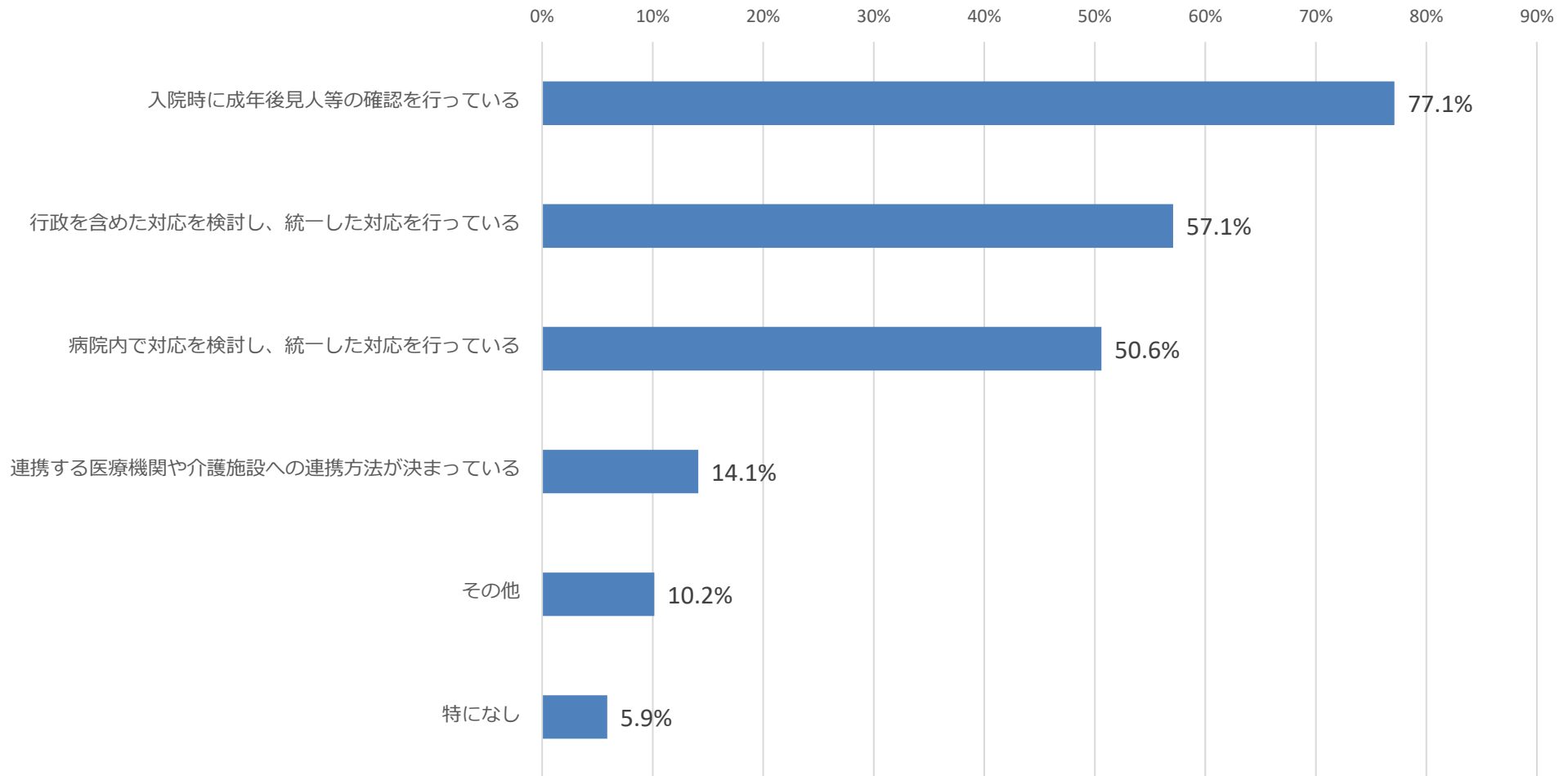
入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」 (n=348,884)



身寄りがなく同居者が不明な者に対する入退院支援

- 身寄りがなく同居者が不明な者（配偶者や親族等の身元保証人が確認できなかった者）に対する入退院支援として、「入院時に成年後見人等の確認を行っている」は77.1%、「行政を含めた対応を検討し、統一した対応を行っている」は57.1%、「病院内で対応を検討し、統一した対応を行っている」は50.6%であった。

身寄りがなく同居者が不明な者に対する入退院支援（n=1,713）



身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援 に関するガイドラインについて（概要）

身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援 に関するガイドラインについて＜概要＞

ガイドラインの読み手

医療機関で勤務する職員の方々

ガイドラインの支援の対象者

身寄りがない人：身寄りがない人に加えて、
例えば次のような人を想定

- ① 家族や親類へ連絡がつかない状況にある人
- ② 家族の支援が得られない人

医療機関が「身元保証・身元引受等」に求めている機能・役割

- ① 緊急の連絡先に関する事
- ② 入院計画書に関する事
- ③ 入院中に必要な物品の準備に関する事
- ④ 入院費等に関する事
- ⑤ 退院支援に関する事
- ⑥ （死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事

※「身元保証・身元引受等」に対して医療行為の同意をする役割を期待している事例もあるが、医療行為の同意については、本人の一身専属性がきわめて強いものであり、「身元保証人・身元引受人等」の第三者に同意の権限はないものと考えられる（具体的な対応については、右欄「医療に係る意思決定が困難な場合に求められること」参照）。

身寄りがない人への対応

次の（１）～（３）に分けて具体的な対応を明示。どの場合でも、**本人の意思を確認・尊重しながら支援を行うことが原則**

- （１）判断能力が十分な場合
- （２）判断能力が不十分で、成年後見制度を利用している場合
- （３）判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

医療に係る意思決定が困難な場合に求められること

（１）医療・ケアチームや倫理委員会の活用

意思決定が求められる時点で本人の意思が確認できない場合、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（平成30年3月改訂 厚生労働省）の考え方を踏まえ、関係者や医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要。また、医療機関においては、身寄りがない人へのマニュアル作成、倫理委員会の設置などの体制整備を行うことも有効。なお、直ちに救命措置を必要とするような緊急の場合には柔軟な対応をする必要。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

（２）成年後見人等に期待される具体的な役割

本人の意思決定が困難な場合において、成年後見人等が以下の役割を果たすことで、円滑に必要な医療を受けられるようにしていくことが重要。医療機関はこのような関わりが可能か成年後見人等に相談。

① 契約の締結等

➢ 必要な受診機会の確保・医療費の支払い

② 身上保護（適切な医療サービスの確保）

➢ 本人の医療情報の整理

③ 本人意思の尊重

➢ 本人が意思決定しやすい場の設定

➢ 本人意思を推定するための情報提供等

➢ 退院後、利用可能なサービスについての情報提供

④ その他

➢ 親族への連絡・調整（親族の関与の引き出し）

➢ 緊急連絡先、入院中の必要な物品等の手配、遺体・遺品の引き取り

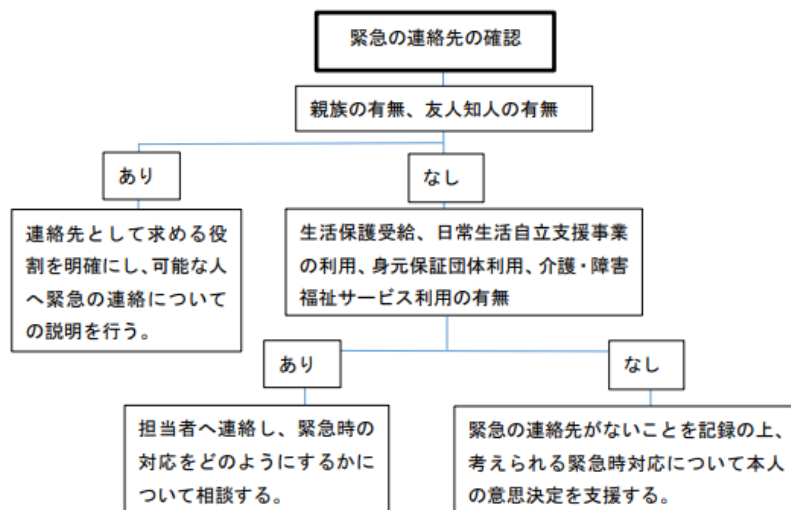
身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドラインについて

- 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」では、本人の判断能力に応じた具体的な調整方法について説明しており、行政との連携についても説明している。

(1) 本人の判断能力が十分な場合

①緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



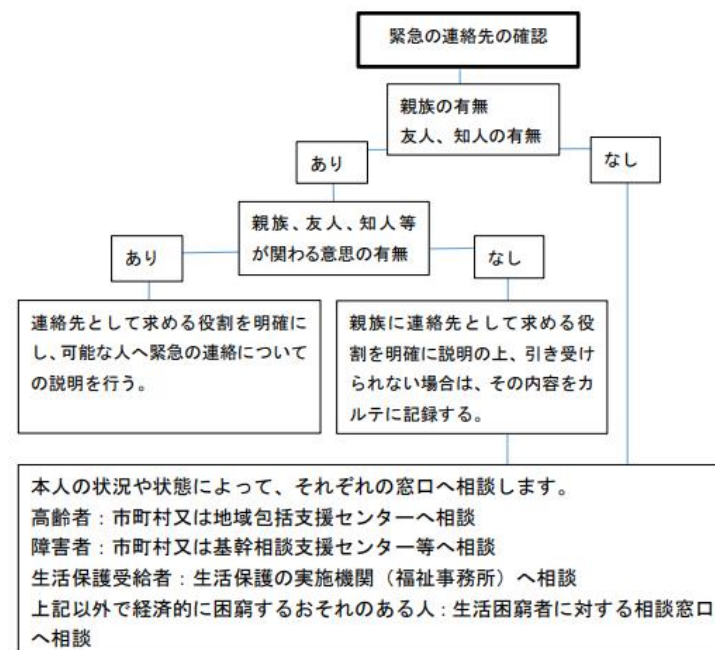
②入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行います。家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの人で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は本人の意向を確認した上で、情報提供を行います。¹⁸

(3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

①緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



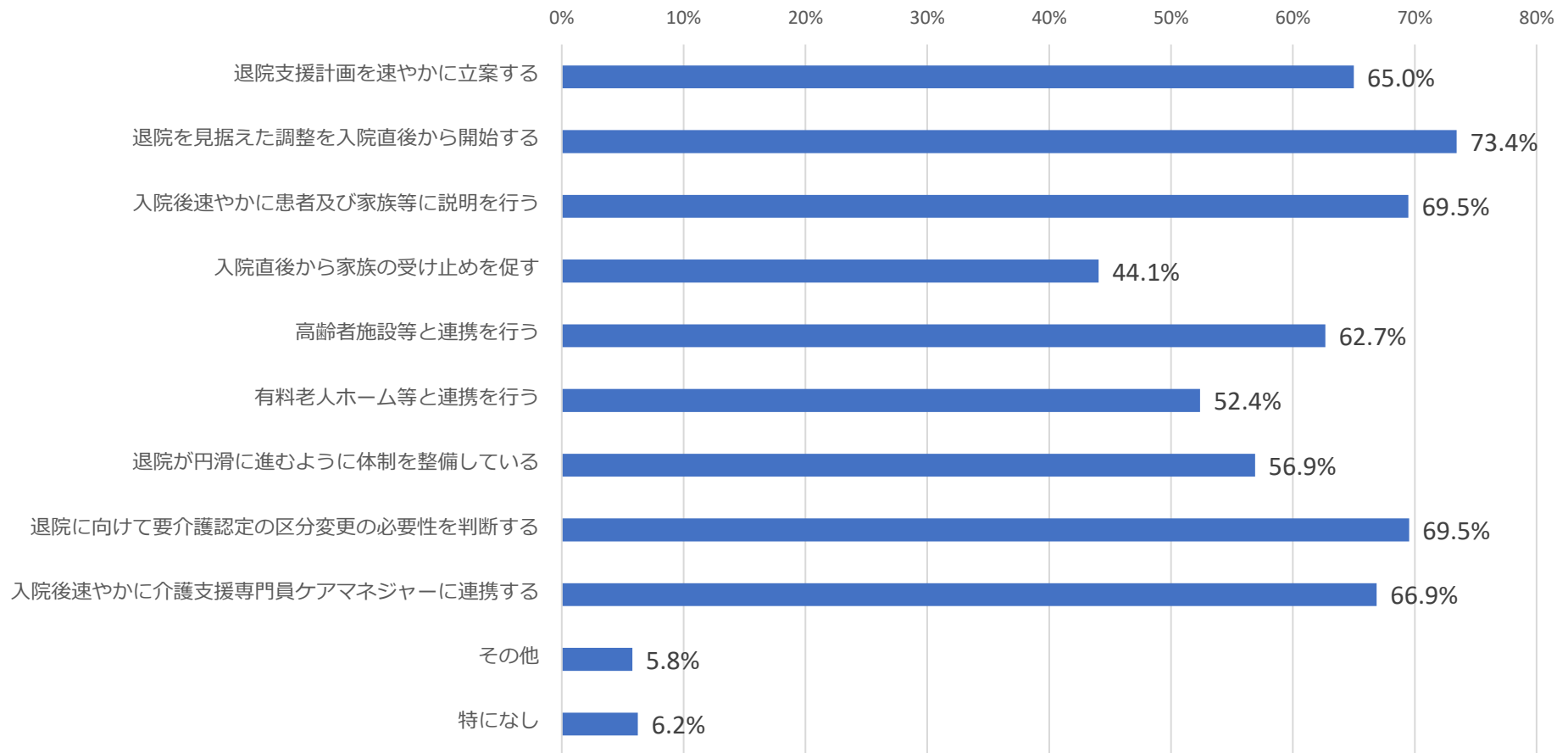
地域包括支援センター等が介護予防の事業や民生委員等からの情報で本人の暮らしを把握していることもあります。本人と相談の上、地域包括支援センターや市町村と連絡を取ります。

本人が、緊急の連絡先やかかりつけ医などを予め記載した書類等を救急搬送時に持ってきている場合があります。救急要請から搬送までの経過を救急隊員より聞き取りをして、本人が予め記載した書類や搬送前に立ち会った人などから情報を得ます。

退院先の確保を行うために工夫している取組（全入院料）

- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」は73.4%、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」は69.5%、「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」は69.5%であった。

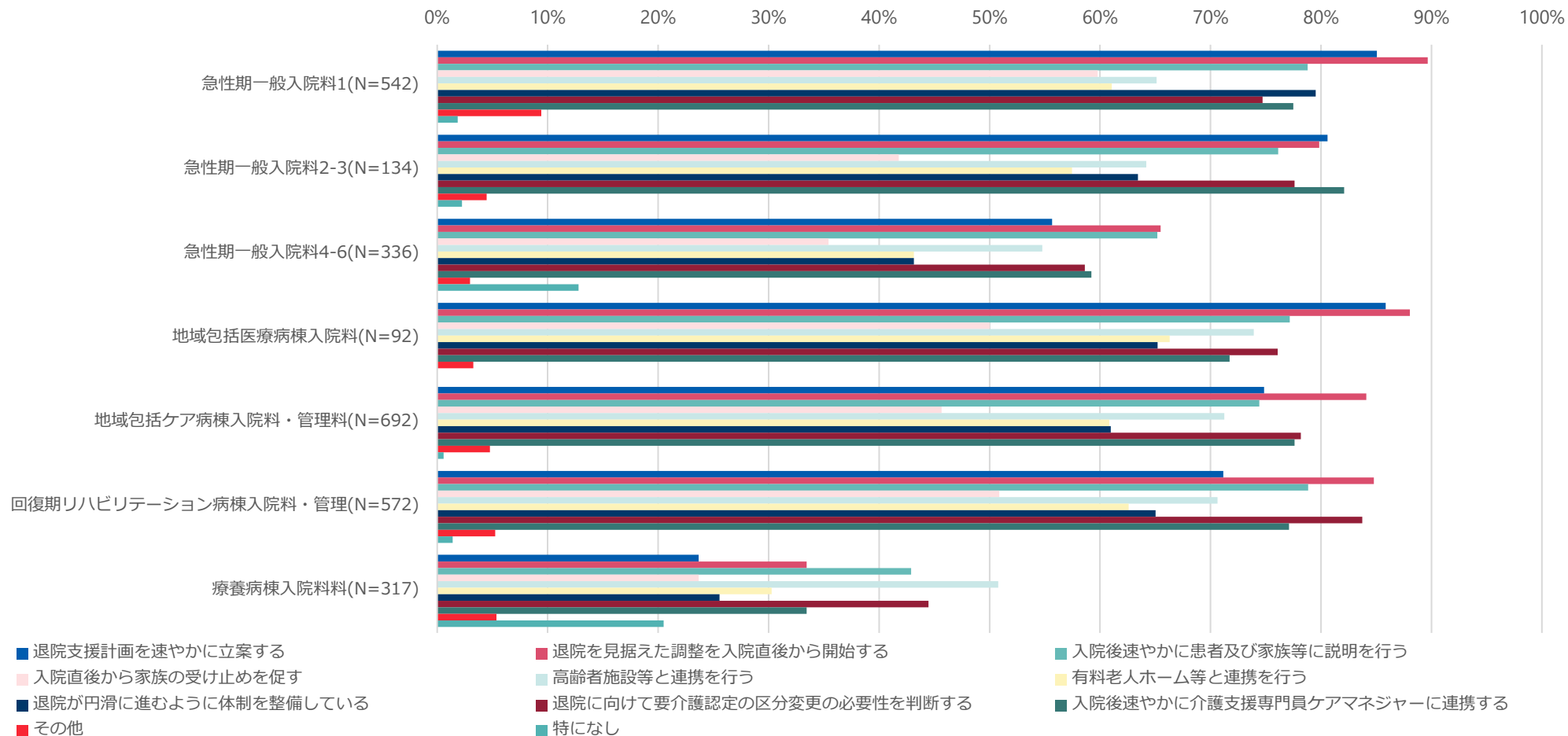
退院先の確保を行うために工夫している取組（n=3,125）



退院先の確保を行うために工夫している取組（入院料別）

- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、入院料別にみた場合、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」の割合が多くの入院料で最も高かった。
- 急性期一般入院料1では、次点に「退院が円滑に進むように体制を整備している」の割合が高かった。
- 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では、次点に「退院に向けて要介護認定の区分変更の必要性を判断する」の割合が高かった。
- 療養病棟では、「高齢者施設等と連携を行う」、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」、「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」、「入院後速やかに患者及び家族等に説明を行う」の順となっていた。

退院先の確保を行うために工夫している取組



介護支援等連携指導料について

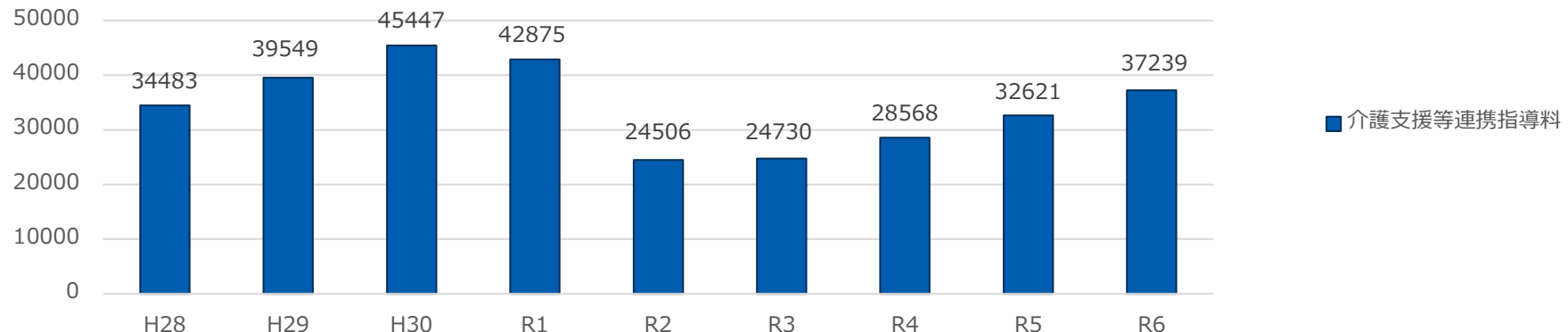
- 介護支援等連携指導料の算定状況は下記のとおり。

介護支援等連携指導料

- 入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画の作成につなげることを評価するもの。
- 医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定可能。

■ 介護支援等連携指導料の算定状況の推移

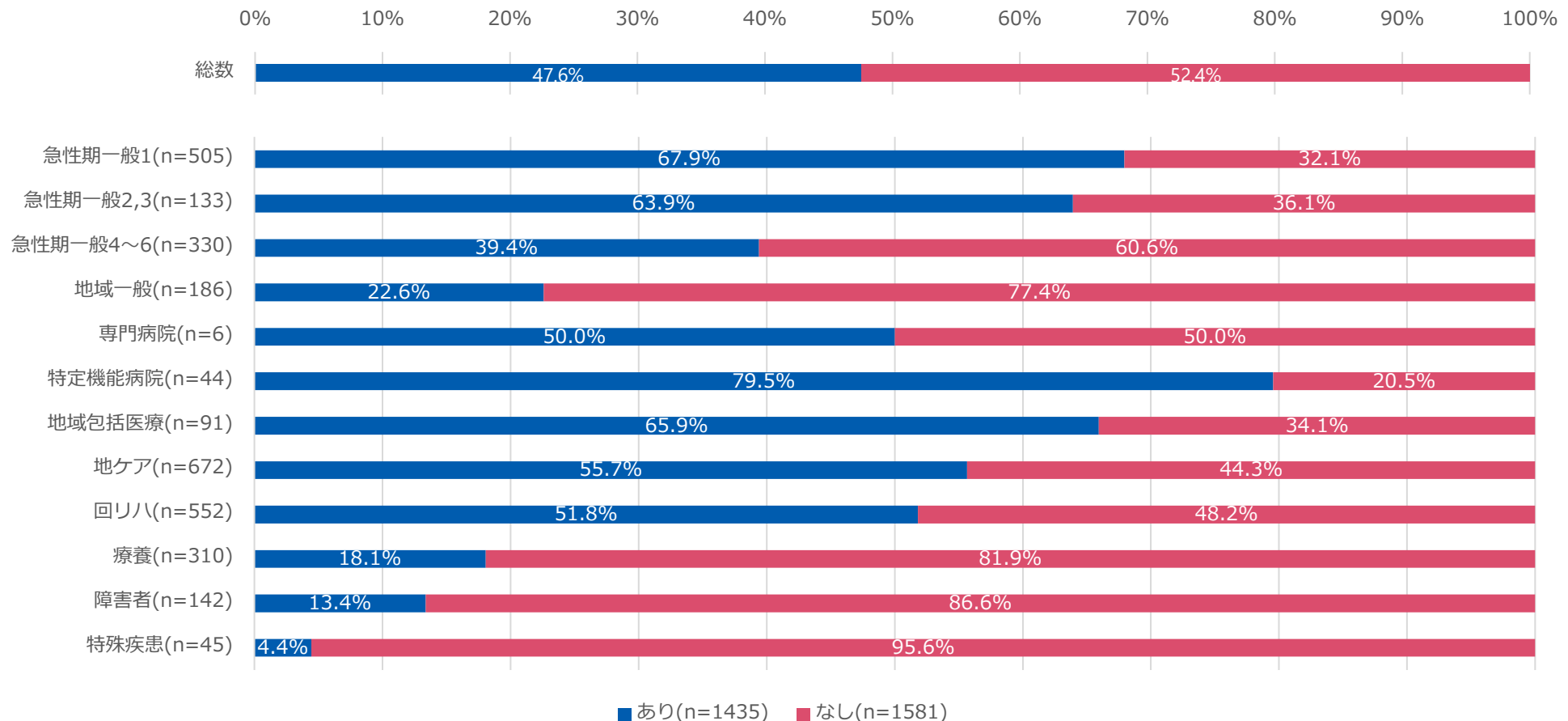
介護支援等連携指導料（算定回数）



介護支援等連携指導料に関する状況

- 介護支援等連携指導料の算定に関する課題について尋ねたところ、「課題あり」と答えたのは47.6%であった。
- 入院料別では、急性期1、急性期2～3、特定機能病院、地域包括医療病棟において「課題あり」が6割を越えていた。

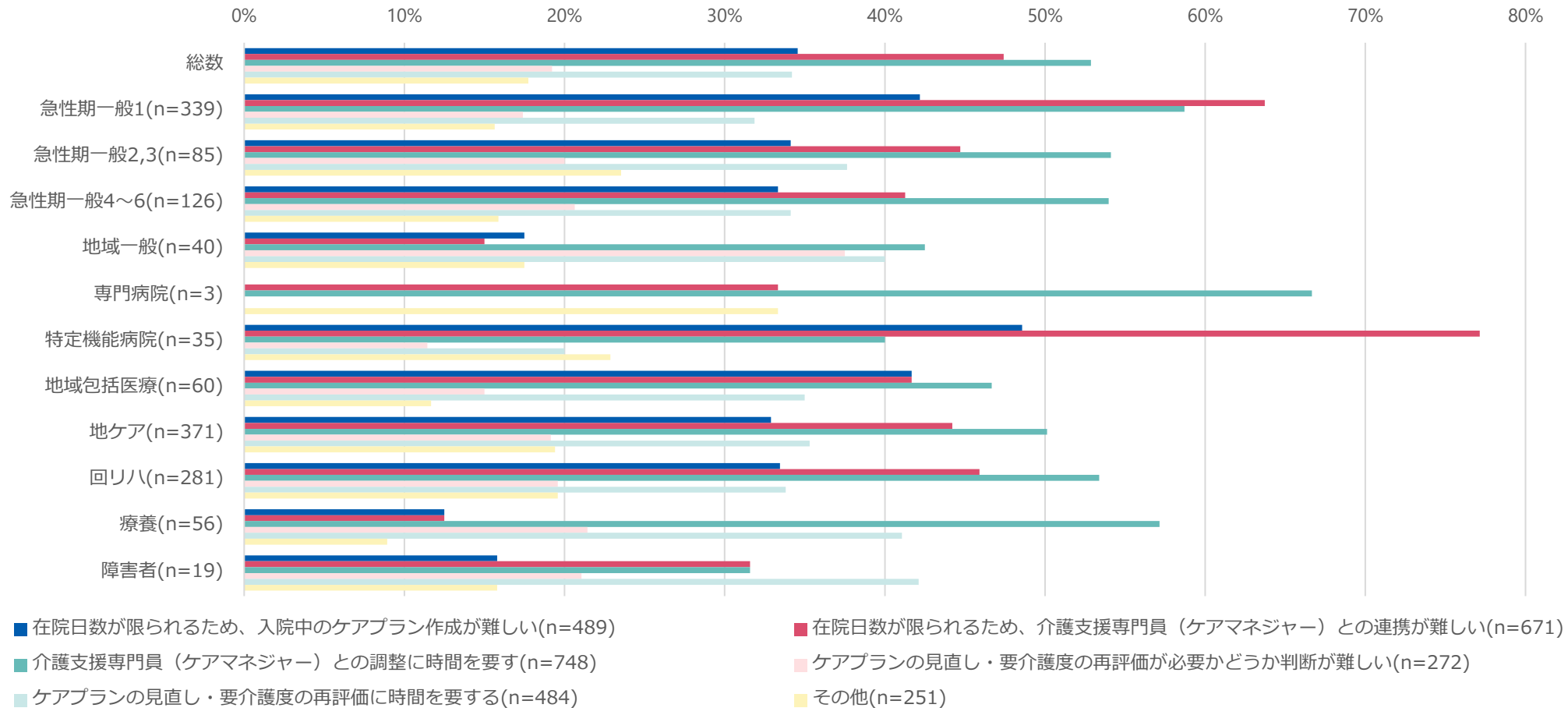
介護支援等連携指導料の算定についての課題の有無（n=3,016）



介護支援等連携指導料に関する状況

- 介護支援等連携指導料の算定に関する課題として、「介護支援専門員（ケアマネジャー）との調整に時間を要す」が52.9%、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」が47.4%であった。
- 急性期一般病棟入院料1、特定機能病院において、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」が6割を越えていた。

該当する課題について（n=1,417）



精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

(新) 精神科入退院支援加算

1,000点 (退院時 1 回)

(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算

300点 (退院時 1 回)



〔算定要件〕 (概要)

- (1) 原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- (4) 当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

〔施設基準〕 (概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関の数の合計が10以上であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
 - (イ) 他の保険医療機関
 - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
 - (ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ 直近1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

精神科入退院支援加算について

○ 精神科入退院支援加算の届出・算定状況は下記のとおり。

■精神科入退院支援加算の届出・算定状況

算定医療機関数	131
算定件数	1,435
算定回数	1439

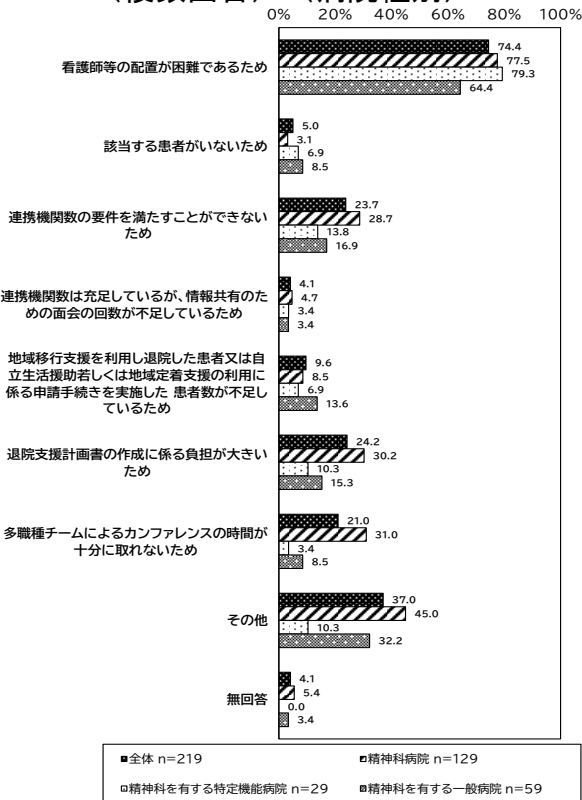
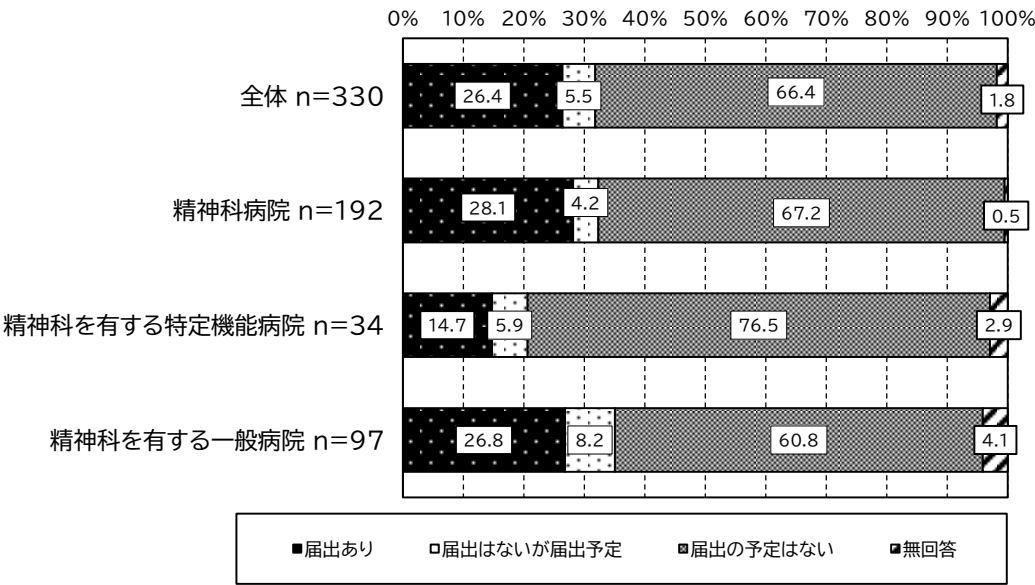
■精神科入退院支援加算について

- 精神科入退院支援加算の算定状況（病院種別）において、330施設のうち、「届出あり」は26.4%、「届出の予定はない」は66.4%であった。
- 精神科入退院支援加算の届出をしていない理由は「看護師等の配置が困難であるため」が最も多く77.4%であった。

出典：令和6年8月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

図表 2-83 精神科入退院支援加算の算定状況（病院種別）

図表 2-85 精神科入退院支援加算の届出をしていない理由（複数回答）（病院種別）



出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

（新） 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点



[対象患者]

医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）

[算定要件]

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもので除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。
- 3 区分番号A246の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上であること。
- (2) 令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

医療的ケア児（者）入院前支援加算について

- 医療的ケア児（者）入院前支援加算は届出・算定状況は下記のとおり。

医療的ケア児（者）入院前支援加算

- 医療的ケア児（者）入院前支援加算は、医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの継続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認し、支援することを評価するも。

※区分番号 A 2 4 6 の注 7 に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

■ 医療的ケア児（者）入院前支援加算の届出状況と算定状況

	R6
届出状況	
施設数	195
算定回数	
医療的ケア児（者）入院前支援加算	17
医療的ケア児（者）入院前支援加算 情報通信機器を用いた場合	1

入退院支援部門の専従配置について

- 病床規模別の入退院支援部門の専従の職員配置（常勤換算）は、下記のとおり。

【看護師】

病床規模別	看護師	中央値	平均値	最大値	最小値	最頻値
	100床未満(n=337)	1.0	1.0	4.5	0.0	1.0
	100床～200床未満(n=587)	1.0	1.5	10.0	0.0	1.0
	200床～300床未満(n=222)	2.0	2.4	10.0	0.0	1.0
	300床～400床未満(n=227)	2.0	3.5	15.0	0.0	1.0
	400床～500床未満(n=127)	3.0	4.7	23.3	0.0	1.0
	500床以上(n=194)	6.2	7.8	30.0	0.0	1.0

【社会福祉士】

病床規模別	社会福祉士	中央値	平均値	最大値	最小値	最頻値
	100床未満(n=354)	1.0	1.4	6.0	0.0	1.0
	100床～200床未満(n=598)	2.0	2.3	9.0	0.0	1.0
	200床～300床未満(n=219)	2.0	2.7	9.0	0.0	1.0
	300床～400床未満(n=223)	3.0	3.2	18.0	0.0	1.0
	400床～500床未満(n=123)	4.0	4.0	14.0	0.0	0.0
	500床以上(n=183)	5.0	5.4	27.0	0.0	0.0

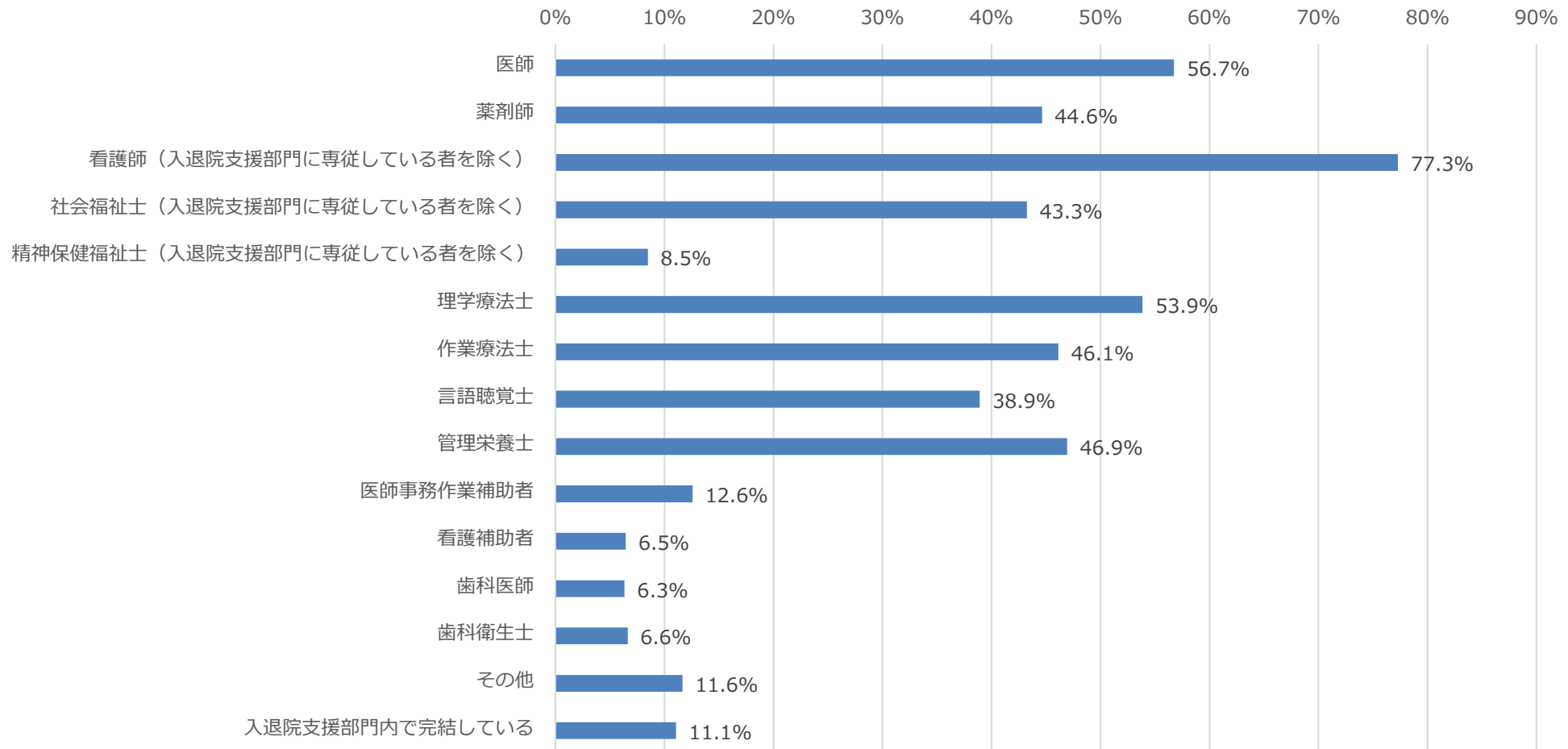
【精神保健福祉士】

病床規模別	精神保健福祉士	中央値	平均値	最大値	最小値	最頻値
	100床未満(n=302)	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
	100床～200床未満(n=538)	0.0	0.1	5.0	0.0	0.0
	200床～300床未満(n=197)	0.0	0.1	4.0	0.0	0.0
	300床～400床未満(n=208)	0.0	0.3	5.0	0.0	0.0
	400床～500床未満(n=116)	0.0	0.4	9.0	0.0	0.0
	500床以上(n=175)	0.0	1.1	12.7	0.0	0.0

入退院支援に関わっている職種（全入院料）

- 入退院支援部門に専従となっている看護師、社会福祉士、精神保健福祉士以外で入退院支援に関わっている職種は次のとおりであった。

入退院支援に関わっている職種（n=1,734）



地域連携診療計画加算について

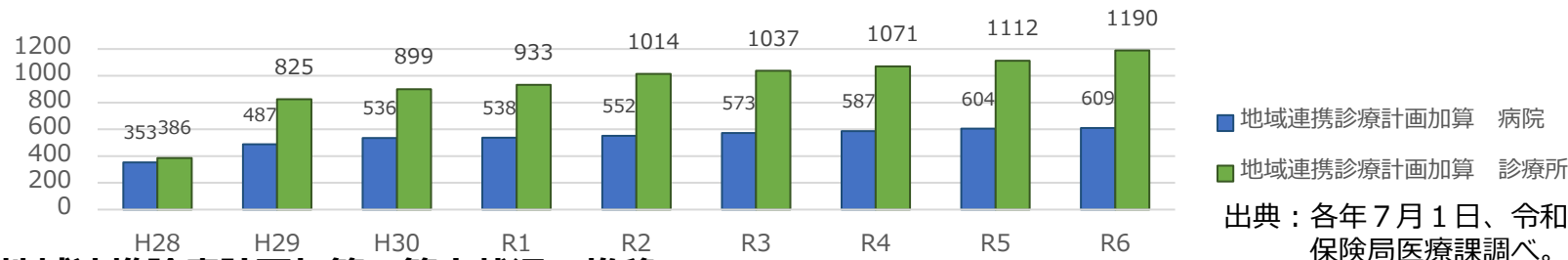
- 地域連携診療計画加算届出施設は微増しており、算定回数はほぼ横ばいである。

地域連携診療計画加算

- 地域連携診療計画は、**疾患ごとに作成され**、一連の治療を担う複数の保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者」という。）、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害児相談支援事業者」という。）等（以下この項において「連携保険医療機関等」という。）との間であらかじめ共有して活用されるものであり、**病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。**
- また、地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。

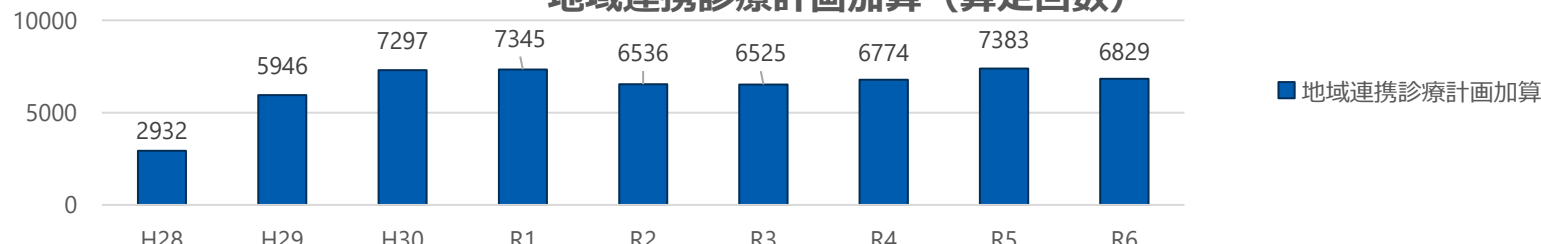
■ 地域連携診療計画加算の届出状況の推移

地域連携診療計画加算届出施設数



■ 地域連携診療計画加算の算定状況の推移

地域連携診療計画加算（算定回数）



出典：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

入退院支援ルールについて①

- 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有・協働を行うことにより、一体的でスムーズな医療・介護サービスの調整につながり、円滑に進めることが可能となる。

(1) 入退院支援の場面の考え方

<目的>

- 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有・協働を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

<考え方のポイント>

- 入退院支援は、「一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療機関と介護事業所等の情報共有・協働により、スムーズな入退院支援を行うことが重要である。
- 入退院の際には、入院時、ケアマネジャーから医療機関へ、速やかに患者・利用者の在宅療養状況を共有することで、退院を見据えた入院計画の策定が可能となるなど、スムーズな入退院が可能となることが重要である。さらに、入退院カンファレンスにおいて、例えばケアマネジャーや地域包括支援センターだけでなく、訪問看護・訪問介護担当者等も参加をし、療養にあたっての必要事項や注意事項が共有されることが重要である。

入退院支援に関する情報共有の様式②

- ## （様式２）退院・退所情報記録書（ケアマネジャー）

■様式2について（既存）

- 退院時の状況について、ケアマネが病院関係者から患者の情報を聞き取る際に使用するもの（現在利用されている厚労省の様式）

■ 主な項目

- 氏名、生年月日、性別、介護保険利用状況
- 入院の概要
- 疾患と入院(所)中の状況
- 本人及び家族の意向
- 退院後に必要な事柄（医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点等）
- 本人の生活情報、身体・生活機能（ADL、IADL等）の状況、療養生活上の課題
- 症状・病状の予後・予測
- 在宅復帰のために整えなければならない要件

地域における入退院支援ルールของ普及促進について

- 全県統一の入退院支援ルールを策定し、普及促進等を進めている事例がある。

1. 県全域へ入退院支援ルールの普及促進（福井県）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	752,390人 ・ 65歳以上：31.1% 85歳以上：6.0%（令和6年1月1日時点）
面積	4,190.57km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	協議：平成27年度 運用開始：平成28年度
取組に関するホームページ	https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/taiinshien.html
担当部署連絡先	福井県長寿福祉課（メール）choju@pref.fukui.lg.jp

背景課題	● 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部では取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分に活用されていなかった。
取組概要	● 退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、全県統一の入退院支援ルールを策定した。（平成28年4月運用開始）
効果	● 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながった。 ➢ 入院時情報提供の割合：約5割→約7割 ➢ 退院時に介護支援専門員に情報提供を行っている割合：約8割→約9割 ● 協議を重ねることで、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなった。 ● ルール活用により入退院にかかる診療報酬・介護報酬上の評価・加算につながった。

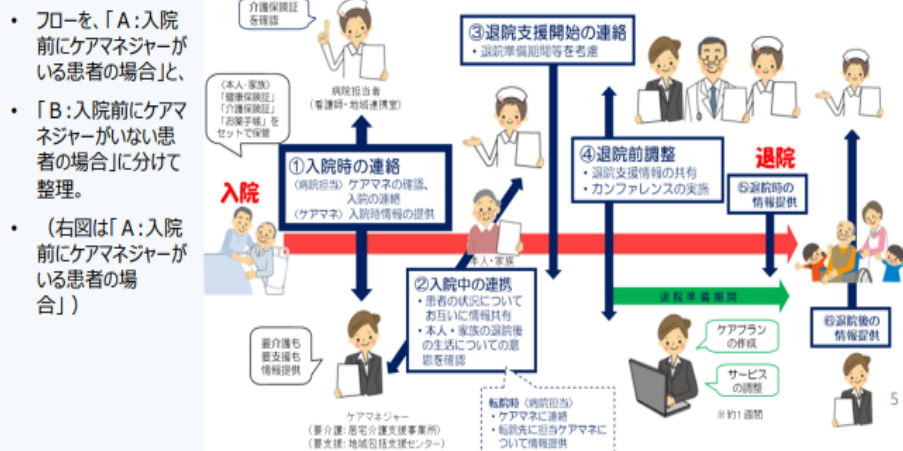
主な取組内容

■ 調整の流れ

- 全県統一の入退院支援ルールの必要性について、関係者間で次の流れを調整・議論した。
 - ① 県と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け取り組むことを確認。
 - ② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。
 - ③ 県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。
医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、入退院支援ルールについての意見の取りまとめを実施。その中で、市町や医療圏をまたぐ退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

■ 福井県入退院支援ルールの策定

- ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議及び県医療審議会において全県統一のルールを策定した。



高齢者施設等への患者紹介に係る金銭等の授受の状況

- 高齢者施設への患者紹介に係る金銭等の授受の状況については、以下のとおり。
- 一部の医療機関において、授受や打診を受けたことがある。

高齢者施設への患者紹介に係る金銭等の授受の状況

(n=2659)

- 金銭を受け取ったことがある (n=2)
- 贈答品や商品券を受け取ったことがある(n=2)
- 金品の提供を打診されたが、受け取っていない(n=6)
- ない(n=2649)

金銭、贈答品又は商品券を受け取った事がある場合、その提供元(n=8)(複数選択可) (件)

01_介護医療院	0
02_介護老人保健施設	2
03_特別養護老人ホーム	2
04_養護老人ホーム	1
05_軽費老人ホーム	0
06_特定施設入居生活介護 (04, 05を除く)	0
07_ 認知症グループホーム	1
08_ 有料老人ホーム (06を除く)	2
09_サービス付き高齢者向け住宅 (06, 08を除く)	4
10_障害者支援施設	0
11_その他	1

I クライアントに対する倫理責任

1. クライアントとの関係

- 1-1 医療ソーシャルワーカーは、クライアント・ワーカー専門的援助関係を築き、その関係を自らの利益のために利用しない。
- 1-2 医療ソーシャルワーカーは、専門職として、クライアントと社会通念上不適切と見なされる関係を持たない。
- 1-3 医療ソーシャルワーカーは、自分の個人的・宗教的・政治的な動機や利益のために、専門的援助関係を利用しない。
- 1-4 医療ソーシャルワーカーは、専門家としての公平な判断に支障を及ぼすクライアントとの利害を回避するよう努める。利害の対立が避けられない場合は、クライアントにその内容を説明し専門的援助関係を終了することもある。この場合、クライアントの最善の利益に配慮し、新たな専門的援助関係の構築を支援する。
- 1-5 医療ソーシャルワーカーは、クライアントと利益相反関係になることが避けられないときは、クライアントにその事実を示し、専門的援助関係を終了する。その場合は、クライアントを守る手段を講じ、新たな専門的援助関係の構築を支援する。
- 1-6 医療ソーシャルワーカーは、クライアントから専門職としての支援に対して正規の報酬以外に物品や金銭を受けとらない。

面会制限に伴う影響

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う一般病棟での面会制限に伴う影響が生じているという報告がある。

新型コロナウイルス感染症の拡大やそれに伴う一般病棟での面会制限によって、家族に対する看護師の関わりにどのような困難が生じているか、また、その困難にどのような対応をしているか

結果：

看護師が家族に関わる際に抱く困難の内容

- 《非対面で家族とコミュニケーションを取ることが難しい》
- 《患者と家族の関係性を把握できない》
- 《患者の状況や家族の思いを家族と看護師で共有することが難しい》
- 《患者や家族の状況、家族の意向を踏まえたうえで治療や退院支援を進めることが難しい》

困難への対応として

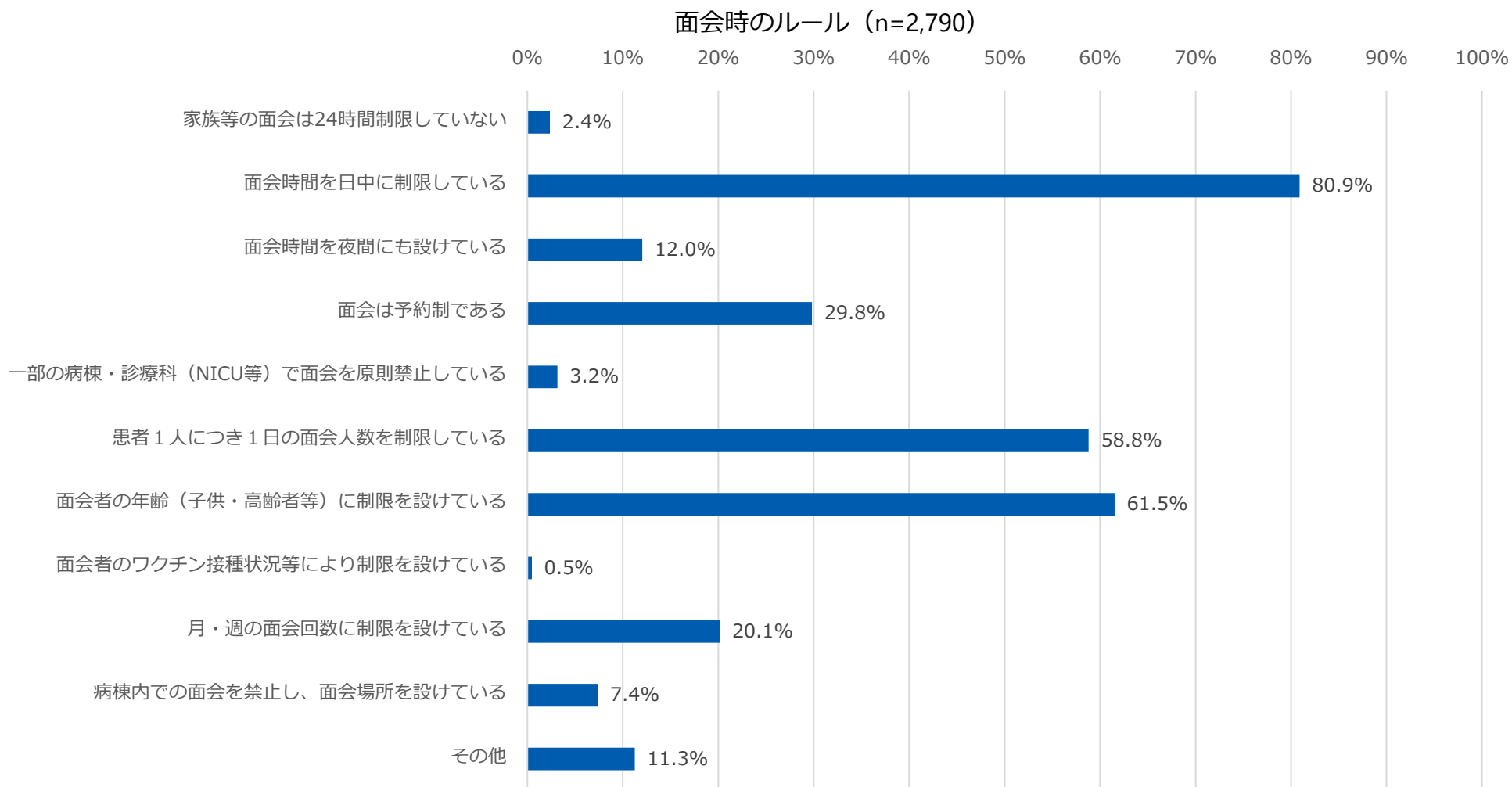
- 《限られた接触の機会に家族と効率的にコミュニケーションをとる工夫をする》
- 《家族へ意識的に目を向け、働きかける》
- 《患者と家族が双方のことを思い浮かべるような関わりをする》



患者と家族の関係性の把握、家族の思いを共有することが難しく、
患者や家族の状況、家族の意向を踏まえた退院支援を進めることが難しい状況が生じていた。

面会時のルールについて

- 面会時のルールについて、「家族等の面会は24時間制限していない」と回答したのは2.4%であった。
- 面会について、「面会時間を日中に制限している」は80.9%、「面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている」は61.5%、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」は58.8%、「面会は予約制である」は29.8%であった。



入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域との連携を評価。

外来・在宅

入院

外来・在宅

入院前からの支援

入院時支援加算1 240点

入院時支援加算2 200点

<入院時支援加算の対象>

- 入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまでを実施し
- その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合
- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ 栄養状態の評価
- オ 服薬中の薬剤の確認
- カ 退院困難な要因の有無の評価
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク 入院生活の説明

事前に情報をもとに療養支援の計画立案

入院事前調整加算 200点

医療的ケア児（者）入院前支援加算
1,000点

薬剤適正使用連携加算

後方支援を評価

在宅患者支援病床初期加算
有床診療所在宅患者支援病床
初期加算



入退院支援加算

入退院支援加算1 700点、1,300点

入退院支援加算2 190点、635点

入退院支援加算3 1,200点

退院後の診療計画の共有

地域連携診療計画加算 300点

日常生活機能などの機能評価

総合機能評価加算 50点

精神科入退院支援加算

精神科入退院支援加算 1,000点



退院に向けた療養上必要な説明及び指導を共同して実施

退院時共同指導料1 1,500点・900点、退院時共同指導料2 400点

円滑な退院、在宅療養への円滑な移行

退院前訪問指導料 580点、退院後訪問指導料 580点

診療情報提供料（Ⅰ） 250点

ケアマネジャーとの連携

介護支援等連携指導料 400点

リハビリテーションの観点から退院後の指導

退院時リハビリテーション指導料 300点

栄養に関する情報提供

栄養情報連携料 70点

- <入退院支援加算の対象となる患者>
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 - イ 緊急入院であること
 - ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
 - エ 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者
 - オ 強度行動障害の状態の者
 - カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
 - キ 生活困窮者であること
 - ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
 - ケ 排泄に介助を要すること
 - コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
 - サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
 - シ 入退院を繰り返していること
 - ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
 - セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
 - ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
 - タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

入退院支援に係る現状と課題①

（「退院困難な要因」について）

- 退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が73.4%を回答しており、次に「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること」45.9%、「生活困窮者であること」38.0%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」34.8%であった。
- 退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」を全体の72.1%を回答しており、次に「生活困窮者であること」41.2%、「退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと」31.6%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」28.1%を回答した。
- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として、病棟種別にかかわらず、「緊急入院であること」が最も多く、次いで、特に、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟においては、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」も多い傾向が見られた。
- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」73.4%、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」69.5%、「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」69.5%であった。
- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、入院料別にみた場合にも、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」の割合が多く入院料で最も高かった。急性期一般入院料1では、次点に「退院が円滑に進むように体制を整備している」の割合が高く、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では、次点に「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」の割合が高かった。療養病棟では、「高齢者施設等と連携を行う」、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」、「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」、「入院後速やかに患者及び家族等に説明を行う」の順となっていた。
- 入退院支援部門の専従の看護師・社会福祉士の配置人数（常勤換算）は、病床数によって異なっていた。
- 令和6年度診療報酬改定において新設された精神科入退院支援加算の算定状況（病院種別）において、330施設のうち、「届出あり」は26.4%、「届出の予定はない」は66.4%であった。精神科入退院支援加算の届出をしていない理由は「看護師等の配置が困難であるため」が最も多く77.4%であった。

入退院支援に係る現状と課題②

(入退院支援に係る具体的な支援内容について)

- ・ 身寄りがなく同居者が不明な者（配偶者や親族等の身元保証人が確認できなかった者）に対する入退院支援として、「入院時に成年後見人等の確認を行っている」は77.1%、「行政を含めた対応を検討し、統一した対応を行っている」は57.1%、「病院内で対応を検討し、統一した対応を行っている」は50.6%であった。
- ・ 「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」には、身寄りがいない患者に係る調整状況等についてまとめられている。
- ・ 地域連携診療計画加算届出施設は微増しているが、算定回数はほぼ横ばいである。適切な情報連携等、入退院支援ルールของ普及促進等を進めていることで、円滑な入退院につなげることが可能となる。
- ・ 介護支援等連携指導料の算定に関する課題について尋ねたところ、「課題あり」と答えたのは47.6%であった。具体的には、「介護支援専門員（ケアマネジャー）との調整に時間を要す」52.9%、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」47.4%であった。急性期一般1、特定機能病院において、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」が6割を越えていた。
- ・ 「患者が高齢者施設等に退院するにあたって、施設から金銭等を受け取ったことがありますか。」という問いに対して、「受け取ったことがある」が4医療機関、「金品の提供を打診されたが、受け取っていない」が6医療機関あった。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う一般病棟での面会制限に伴う影響として、患者と家族の関係性の把握、家族の思いを共有することが難しく、患者や家族の状況、家族の意向を踏まえた退院支援を進めることが難しい状況が生じていた。
- ・ 面会時のルールについて、「家族等の面会は24時間制限していない」と回答したのは2.4%であった。面会について、「面会時間を日中に制限している」は80.9%、「面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている」は61.5%、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」は58.8%、「面会は予約制である」は29.8%であった。

【課題】



- 入退院支援に係る「退院困難な要因」や、病棟種別毎に必要な支援の密度について、どのように評価するか。
- 入退院支援に係る具体的な支援に当たって、身寄りのない人への支援、面会の制限、紹介先との利害関係等について現状をどのように評価するか。

2. 入退院支援（その2）

2－1. 入退院支援について

2－2. 後方支援を目的とした円滑な情報共有・地域連携について

4－3．包括的な入院医療を担う医療機関の機能について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 高齢者の入院医療においては、救急の受入とともに在宅との連携も重要であり、在宅医療を含めて地域医療全体を考えることは重要なテーマとの意見があった。また、救急搬送から自宅に退院するまで1つの病院で加療できることが望ましく、病院単位でどのような役割をどのように評価するかといった観点で検討が必要ではないかとの意見があった。
- 新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。
- 地域包括ケア病棟の3つの機能について、病院単位で救急受入等を評価すると、結局ほとんど急性期の病棟に入院している場合があるので、形だけの救急告示ではなく、実際に果たしている後方支援機能等を評価する仕組みが必要ではないか、との意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 包括期の入院医療を担う医療機関の役割として、救急搬送の受入と在宅・施設等の後方支援という観点が示されており、これらを評価する指標を検討するとともに、各医療機関の役割を踏まえながら、適切な基準についての検討を進める。

15－1．意思決定支援について

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針についての情報提供の有無について、改定前と大きく変化がないため、地域全体で切れ目なく情報共有や支援を行うことを推進する観点から、意思決定支援とACPの情報提供に係る一連のプロセスについて評価を行うべきとの意見があった。
- 一方で、患者本人が意思決定の主体となることから、医療機関が個別にACPに係る指導を行うことを押し付けるような評価は行うべきではないとの指摘があった。
- ACPに関して、多職種間での理解の不一致がある場合があるため、多職種間の認識一致を目指していくべきとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 患者が医療を受ける場所によらず、患者意思に基づいた医療を提供できる体制の構築を更に推進する観点から、情報連携に係る評価について現行の評価との整理も含め検討する。

在宅及び施設患者の後方支援を行う医療機関について

- 居宅や高齢者住まい等で在宅医療を受ける患者は在宅療養後方支援病院が、介護保険施設の入居患者は協力医療機関が、それぞれ緊急時の入院受け入れ機能を果たすことを期待されており、緊急時を見据えた平時からの情報連携を要件としている。

在宅療養後方支援病院（R6.8時点で610施設）

介護保険施設の協力医療機関

対象患者	在宅医療を受ける患者	介護保険施設の入居患者
施設要件	200床（医療資源の少ない地域にある場合は160床）以上の医療機関	特になし（在支診・在支病・在宅療養後方支援病院・地ケアを有する病院は求めに応じて担うことが望ましい。）
診療報酬上の評価	- 在宅患者緊急入院診療加算（400床以上のみ） - 在宅患者共同指導料（400床未満のみ）	- 協力対象施設入所者入院加算 - 介護施設等連携往診加算
相談体制・診療体制	24時間連絡を受ける担当者を指定	（経過措置中） - 医師又は看護師による相談体制 - 常時の診療体制
連携機関との情報共有	24時間連絡を受ける担当者を指定し、連携する在宅医療機関に提供 - 連携医療機関との間で、3月に1回以上患者の診療情報（当該病院への入院希望等）の交換	1年に1回以上、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認する。
入院希望患者に係る要件	- 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保し、あらかじめ入院希望患者に説明すること（連携医療機関を通じて説明を行ってもよい。）。 - 入院希望患者の最新の一覧表を作成。	（経過措置中） 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制
病床確保に係る要件	- 入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保する。 - やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介する。	特になし

- 令和6年度介護報酬改定において、介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、より適切な対応を行う体制を確保する観点から、協力医療機関との実効性のある連携体制に資する要件が定められた。
- 令和6年度診療報酬改定において、在支病、在支診、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院について、求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこととされた。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置3年間＞
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

医療と介護の連携の推進（イメージ）

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- **協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定**
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
- **協力医療機関連携加算の新設**
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
- **医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※ 協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ **協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ **退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ **早期退院の受入りの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ **入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ **通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当学会又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。

注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする

注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

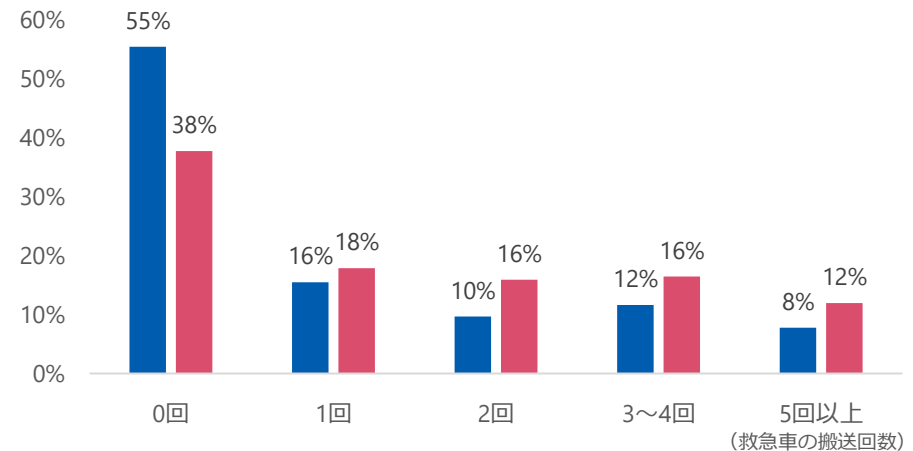
- ・診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



■ 緊急時の対応連携あり

■ 緊急時の対応連携なし

資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

協力医療機関及び協力対象施設との連携の実例

- 協力医療機関及び協力対象施設との連携として、平時からの連携に加えて、介護保健施設からの求めに応じて緩和ケアの支援が行われている。

連携のイメージ

協力対象施設（特別養護老人ホーム：3施設）

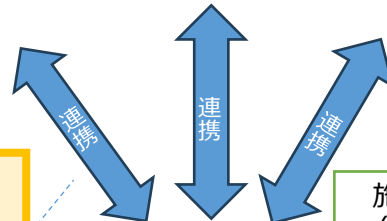
施設A



施設B



施設C



協力医療機関



施設の看護管理者
(副施設長)と調整

認定看護師による支援

<介入内容>

介護保健施設からの求めに応じ、
専門性の高い看護師が下記支援を実施
※2023年から施設Cに介入開始

緩和ケア認定看護師

- ・施設内での看取り体制の構築（マニュアル整備、知識・技術研修等）
- ・看取りが予想される利用者のケア
- ・痛みや苦痛に対する緩和ケア
- ・実施した看取りの振り返り

<協力医療機関としての連携内容>

- ※いずれの特養にも同様に実施
- ・平時からの連携（月に一度のカンファレンス）
- ・急変時の相談・診療
- ・入院の受け入れ
- ・早期退院に向けた退院調整

<協力医療機関から協力対象施設への支援内容>

- 協力医療機関と協力対象施設（3施設）間において、平時からの情報共有（カンファレンスの実施）や急変時の相談・診療等を実施。
- そのうち1施設から「利用者の穏やかな生活を支え看取り等にも対応可能な体制整備に向け、専門性の高い看護師からの支援を受けたい」との相談を受け、継続的に緩和ケア認定看護師による、相談・支援を行っている。

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

○医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。

○救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	あり	なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=761)	33.0%	64.3%	2.8%
	満たしていない(n=429)	42.2%	53.6%	4.2%
介護老人保健施設	満たしている(n=504)	38.7%	58.7%	2.6%
	満たしていない(n=213)	39.9%	52.1%	8.0%
介護医療院	満たしている(n=191)	15.2%	80.1%	4.7%
	満たしていない(n=32)	28.1%	71.9%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=327)	30.6%	66.7%	2.8%
	満たしていない(n=341)	34.6%	60.1%	5.3%
軽費老人ホーム	満たしている(n=191)	33.0%	61.3%	5.8%
	満たしていない(n=165)	49.1%	48.5%	2.4%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=406)	49.5%	43.8%	6.7%
	満たしていない(n=183)	61.7%	34.4%	3.8%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=131)	47.3%	49.6%	3.1%
	満たしていない(n=93)	57.0%	40.9%	2.2%

図表37 救急車による搬送があったもののうち、入院先の医療機関と事前調整をした上で、救急車を呼んだか

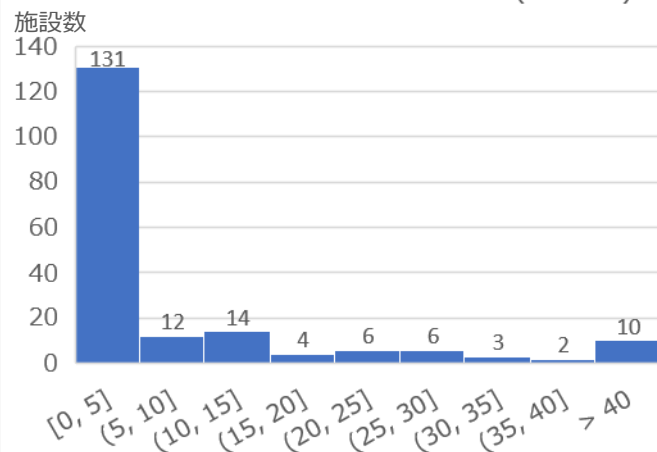
1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	調整あり	調整なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=251)	57.0%	41.0%	2.0%
	満たしていない(n=181)	46.4%	53.0%	0.6%
介護老人保健施設	満たしている(n=195)	75.4%	23.1%	1.5%
	満たしていない(n=85)	81.2%	15.3%	3.5%
介護医療院	満たしている(n=29)	89.7%	10.3%	0.0%
	満たしていない(n=9)	88.9%	11.1%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=100)	54.0%	42.0%	4.0%
	満たしていない(n=118)	33.9%	66.1%	0.0%
軽費老人ホーム	満たしている(n=63)	57.1%	33.3%	9.5%
	満たしていない(n=81)	43.2%	54.3%	2.5%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=201)	62.7%	34.8%	2.5%
	満たしていない(n=113)	57.5%	36.3%	6.2%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=62)	62.9%	37.1%	0.0%
	満たしていない(n=53)	45.3%	52.8%	1.9%

協力医療機関となっている施設数の分布

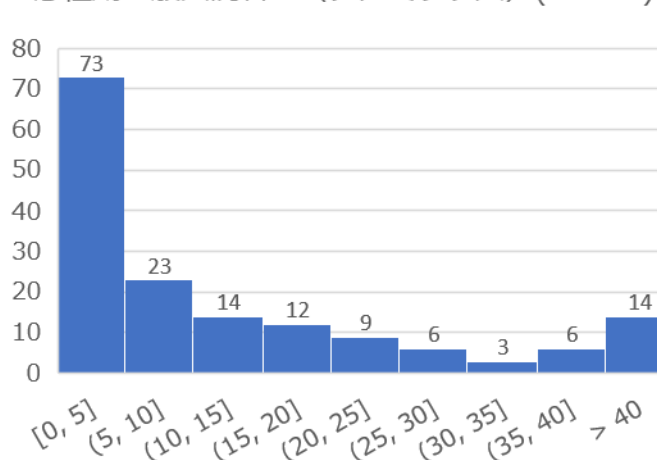
- 各入院料を算定する医療機関や病棟の組合せごとの協力医療機関となっている施設数の分布は以下のとおり。
- いずれの入院料においても0-5件が最多であるものの、急性期一般入院料2-6を算定するケアミックス型の医療機関、地域包括医療病棟を有する医療機関、地域包括ケア病棟を有する医療機関では、より多くの協力対象施設を有する医療機関の割合が高かった。
- 地域包括ケア病棟では入退院支援加算1で5件以上の介護保険施設等の協力医療機関になることが望ましいとされているものの、半数程度の施設では協力医療機関となっている施設数が5件以下であった。

急性期一般入院料1（急性期のみ）（n=188）

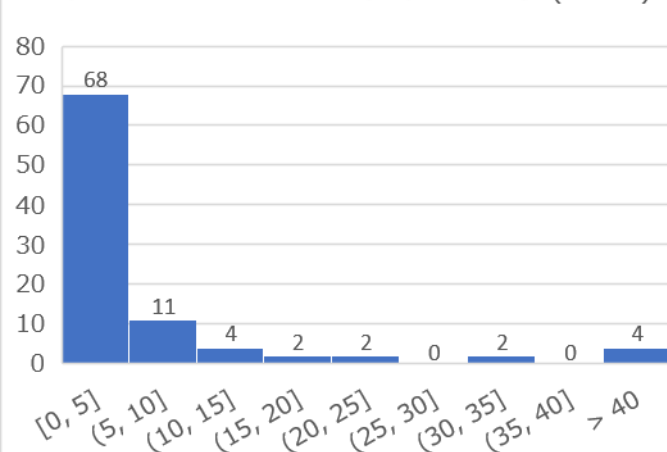


協力医療機関となっている施設数（他のグラフも同じ）

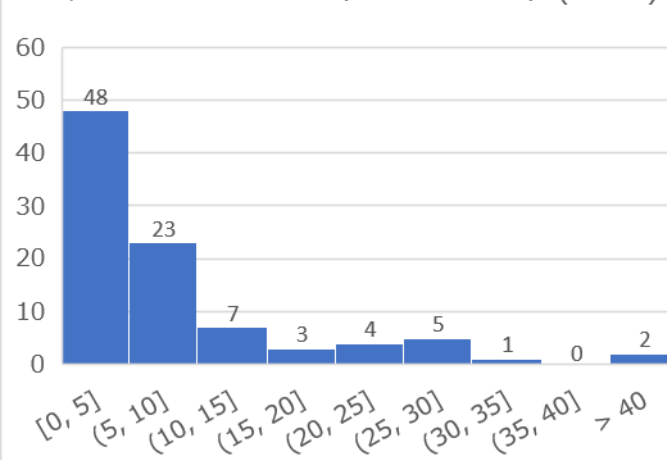
急性期一般入院料1（ケアミックス）（n=160）



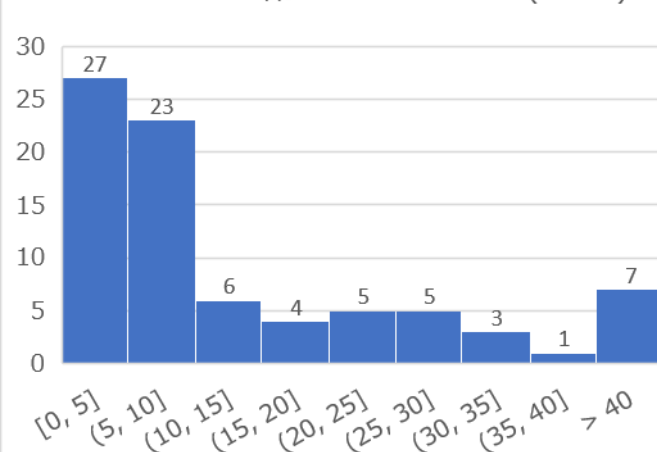
急性期一般入院料2-6（急性期のみ）（n=93）



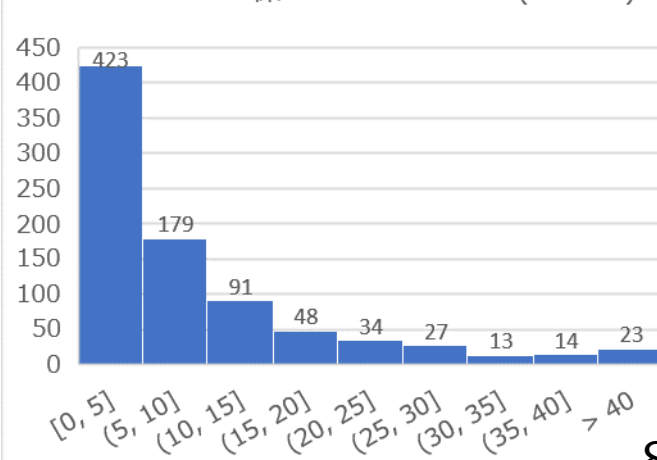
急性期一般入院料2-6（ケアミックス）（n=93）



地域包括医療病棟を有する医療機関(n=81)



地域包括ケア病棟を有する医療機関(n=852)



協力医療機関となっている施設の類型毎の数

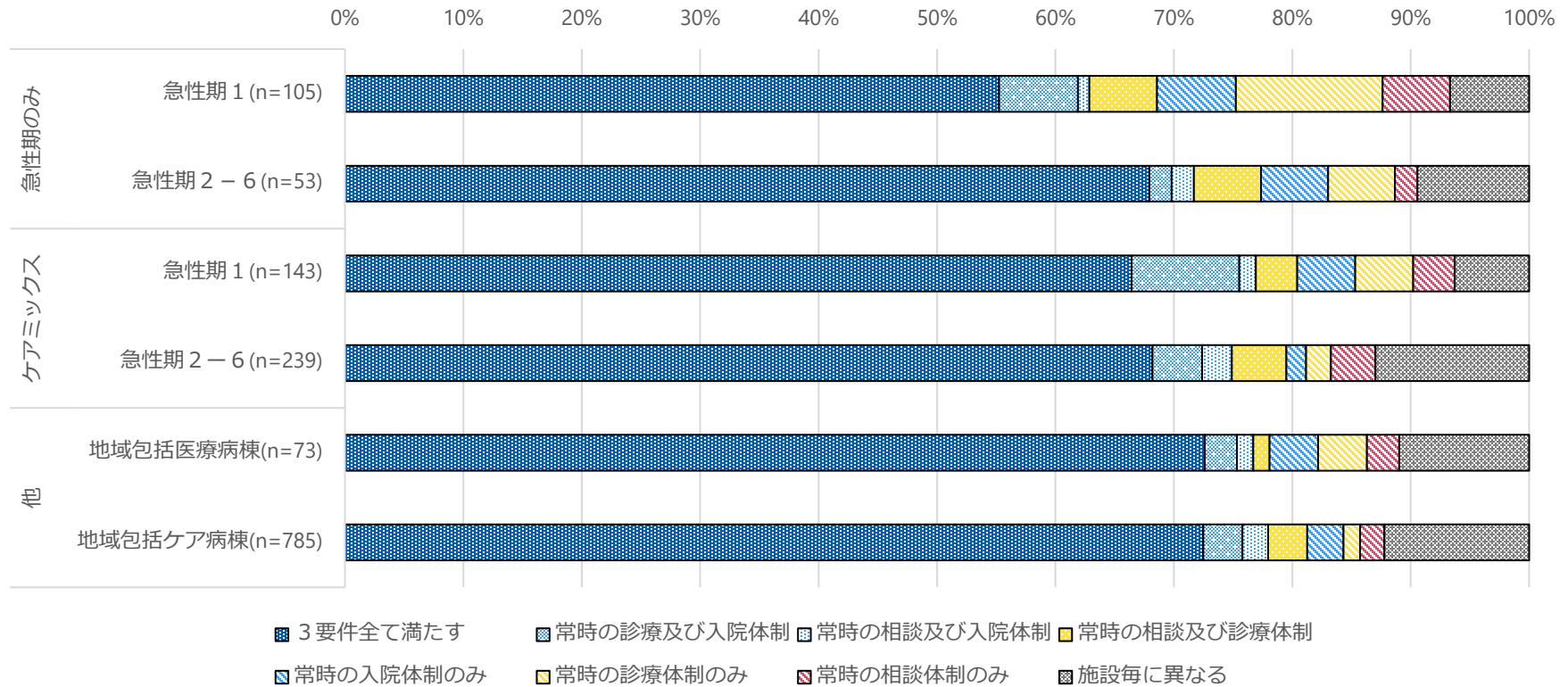
- 入院料別にみると、急性期一般入院料 1 を算定する病棟や、地域包括医療病棟を有する医療機関で協力医療機関となっている施設の数が多かった。病棟の組合せでは、急性期一般入院料単独よりケアミックス型の病院で協力医療機関の数が多かった。
- 施設の類型別では、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の件数が多く、入院料ごとの傾向の差は目立たなかった。

	急性期のみ		ケアミックス型		以下の病棟を有する医療機関（一部再掲）	
	急性期 1 (n=42)	急性期 2 - 6 (n=22)	急性期 1 (n=55)	急性期 2 - 6 (n=101)	地域包括医療病棟(n=30)	地域包括ケア病棟(n=394)
介護医療院	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2
介護老人保健施設	2.2	1.1	2.7	1.8	2.0	1.6
特別養護老人ホーム	2.5	2.2	4.4	3.4	5.1	3.1
養護老人ホーム	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2
軽費老人ホーム	0.2	0.3	0.3	0.2	0.4	0.2
特定施設入居者生活介護	0.5	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3
認知症グループホーム	0.8	0.5	1.7	1.4	1.6	1.4
有料老人ホーム	1.2	0.4	2.2	2.4	3.4	1.8
サービス付高齢者向け住宅	0.8	0.8	1.2	0.8	0.8	0.5
障害者支援施設	2.1	0.1	1.2	0.8	0.9	0.7
その他の施設	1.4	0.1	2.0	0.7	0.9	0.9
合計	12.1	6.0	16.6	12.1	15.6	10.9

協力医療機関として備えている体制

- 入院料や病棟の組合せ別の協力医療機関としての体制は以下のとおり。
- 急性期一般入院料 1 を算定する急性期病棟のみの医療機関では、常時の相談、常時の診療、常時の入院体制の 3 要件全てを満たしている施設の割合は低く、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関では 3 要件全てを満たす施設の割合が高かった。

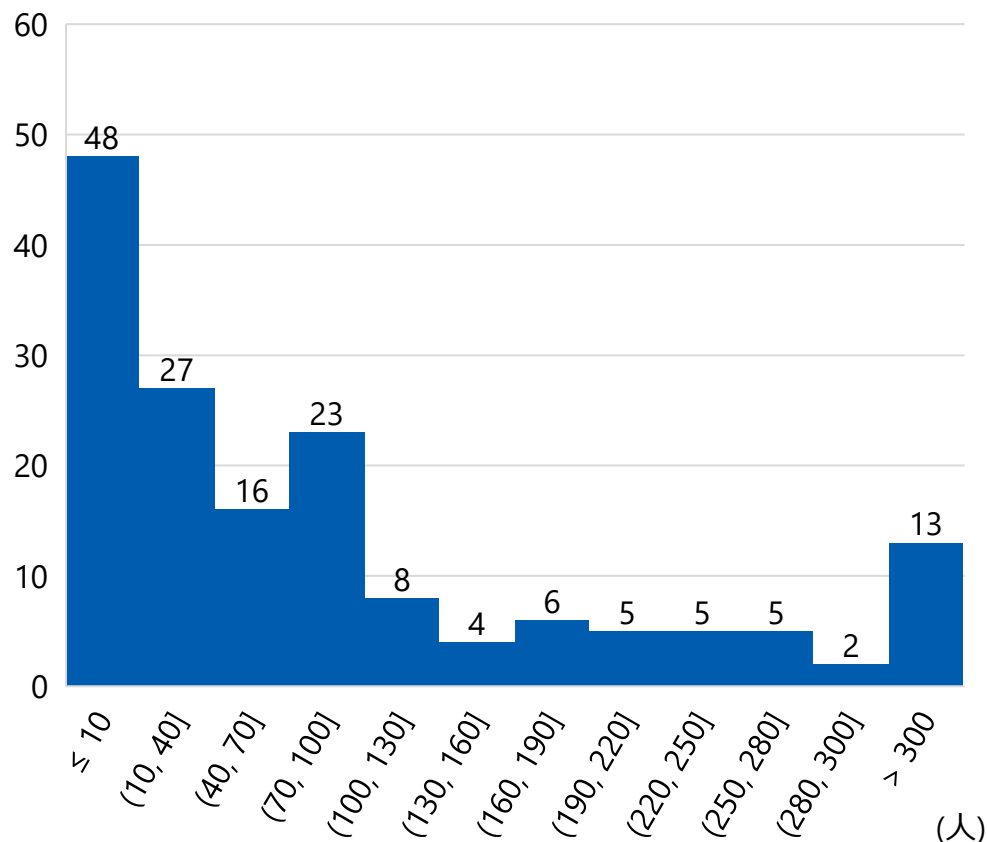
協力対象施設に対して提供している体制



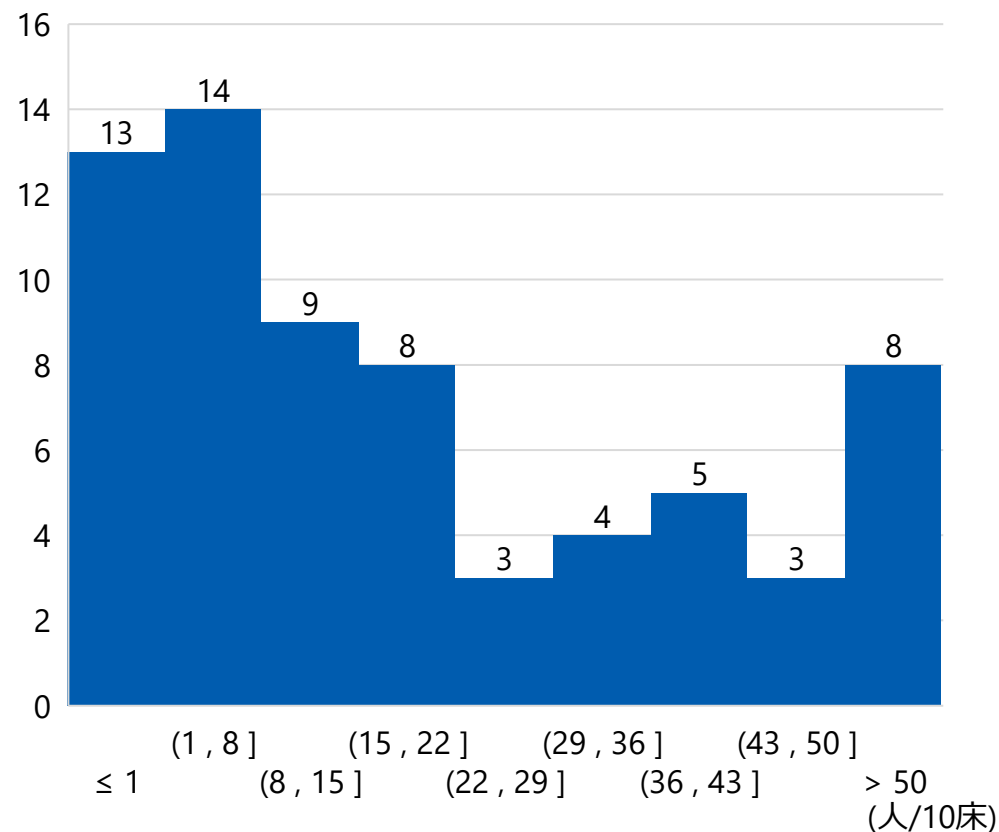
協力医療機関が担当する協力対象施設入居者数

- 協力医療機関が協力関係を結んでいる全ての協力対象施設における、合計入居者数の分布は以下のとおり。
- 協力医療機関ごとに、10床当たりの協力対象施設入居者数を見ると、1人以下の医療機関も一定数存在したが、一部の医療機関では50人以上であり、取り組みには差がみられた。

1 協力医療機関が担当する
協力対象施設入居者数ごとの医療機関数 (n=117)



1 協力医療機関が担当する10床あたりの
協力対象施設入居者数ごとの医療機関数(n=67)

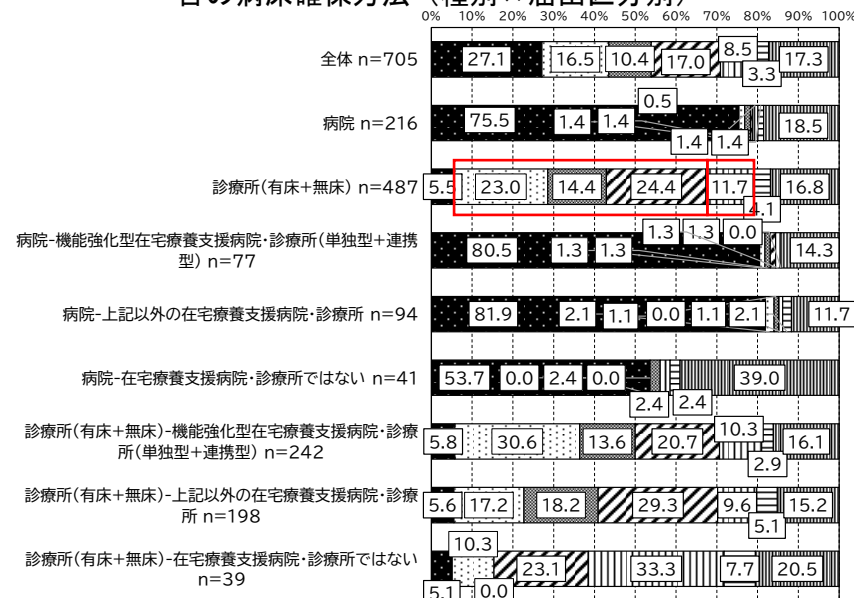


入院が必要になった場合の病床確保方法について

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法として、診療所の59.8%が平時から連携体制を取っている他の医療機関を地域で確保している一方で、11.7%が基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していなかった。

図表 2-50 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法（種別×届出区分別）



■基本的に自施設で確保している

- ☐ 平時から在宅医療について連携体制を取っている他の医療機関(例:機能強化型在宅療養支援病院(連携型))が入院患者を受け入れることで確保している
- ☐ 平時から入院可能な在宅療養後方支援病院を確保している
- ☐ 入院可能なその他の医療機関を地域で確保している
- ☐ 基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していない
- ☐ その他
- ☐ 無回答

救急受入や後方支援に関する現状の評価

診 調 組 入 - 1
7 . 7 . 1 7 改

区分番号	概要	主な要件	届出医療機関数 (令和6年8月時点)
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院（定められた疾患等の場合のみ）の場合1、 連携医療機関の場合2、 それ以外の場合3	—
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地域包括ケア病棟を有する医療機関 <u>当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること</u>	838施設
A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	—
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	病院 264施設 診療所 775施設

介護保険施設等連携往診加算及び協力対象施設入所者入院加算について

中医協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

介護保険施設等連携往診加算

- 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価。

介護保険施設等連携往診加算 200点

[主な施設基準]

- ・ 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められており、**24時間連絡を受けることができる体制及び当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制**を確保していること。

協力対象施設入所者入院加算

- 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価。

協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

[対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する病院

[主な施設基準]

- ・ 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められており、**緊急時の連絡体制及び入院を要すると認められた入所者の入院を原則として当該保険医療機関が受け入れる体制**を確保していること。

<両加算に共通するカンファレンスに係る要件>

ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。

- （イ）入院受入れを行う保険医療機関の保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。**
- （ロ）介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年3回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

	介護保険施設等 連携往診加算	協力対象施設入所者入院加算	
		加算 1	加算 2
算定医療機関数	316	27	420
算定件数	1,886	60	1,954
算定回数	2,410	60	1,969

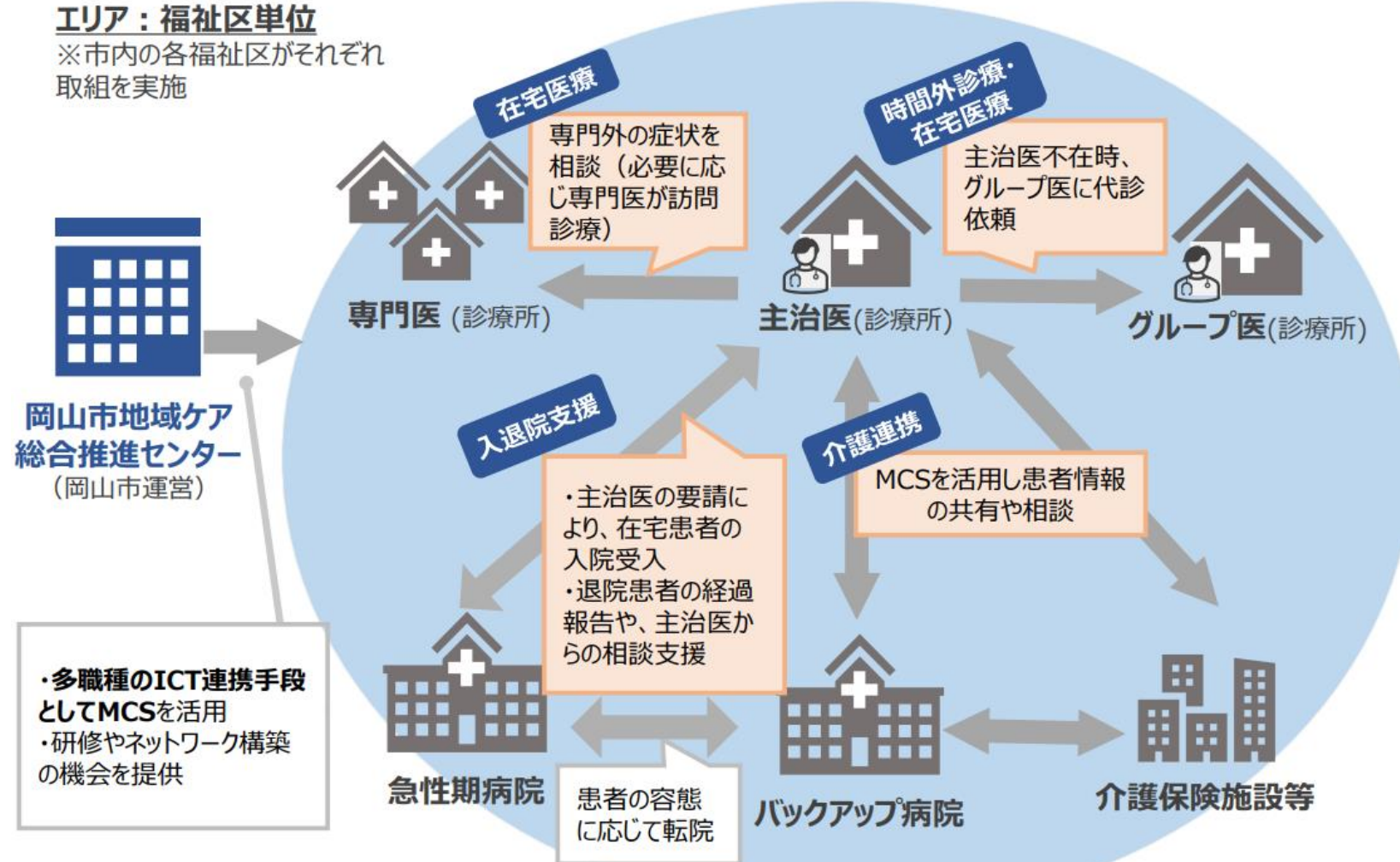
出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

在宅医療提供機関と緊急時の入院受け入れ病院とのICTを用いた平時からの情報連携事例

- 在宅医療を提供する医療機関が、緊急時の入院受け入れ病院及び介護保険施設等とICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、円滑な入院受入相談等を行うための連携体制を構築している事例がある。

中医協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

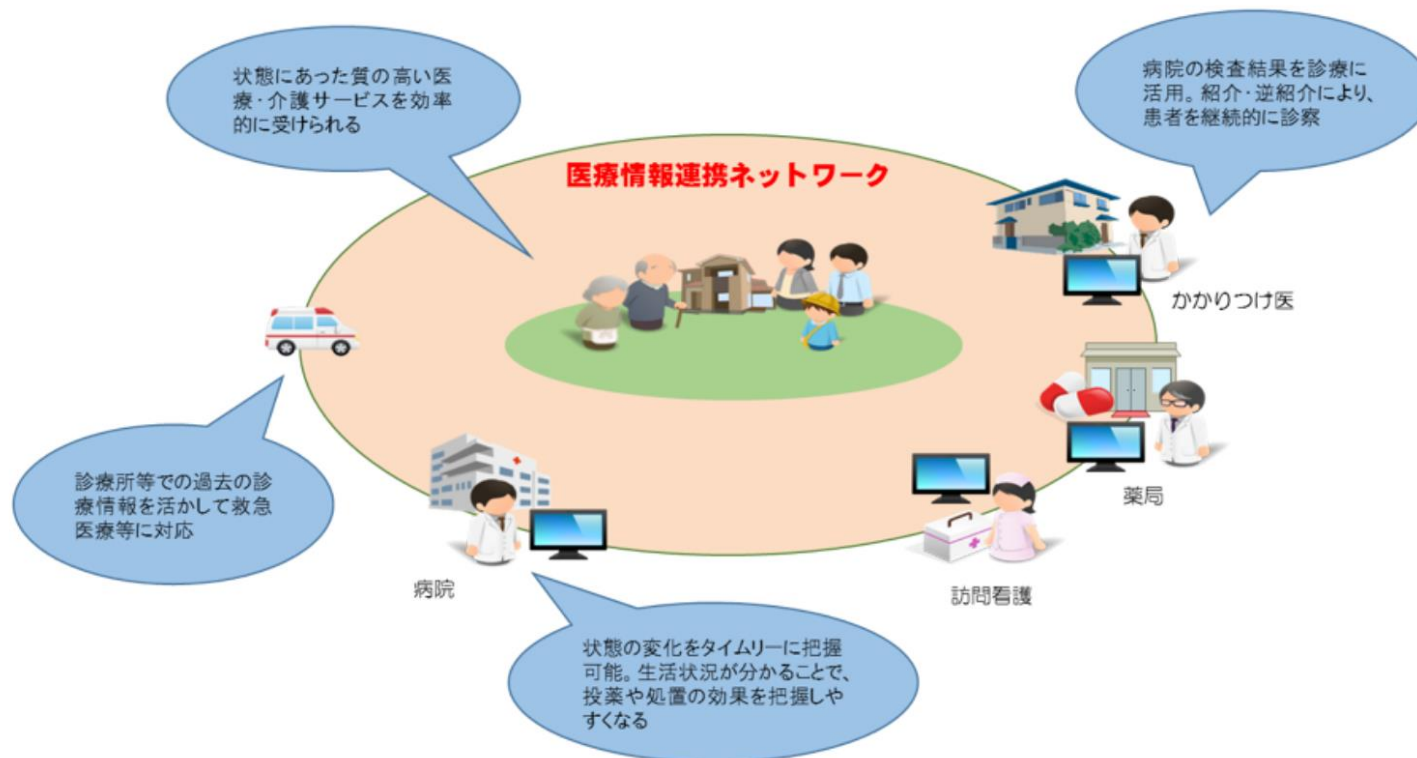
岡山市が目指しているイメージ図



I C T を用いた平時からの診療情報の連携について①

中医協 総一 1
5. 12. 15

- 医療情報連携ネットワークとは、患者の同意のもと、医療機関等の間で、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できることを可能とする仕組みである。
- 関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になることから、例えば、
 - ・患者に関する豊富な情報が得られ、患者の状態に合った質の高い医療の提供
 - ・高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制の構築
 - ・投薬や検査の重複が避けられることによる患者負担の軽減などの効果が期待されている。



ICTを用いた情報共有【事例】

中医協 総-2
5. 10. 4

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

記録者

記録内容(概要)

補足

Day



(在宅医師)



(看護師)

-58日



(看護師)

-14日



(看護師)

-10日



(在宅医師)

-6日



(ケアマネジャー)

-4日



(在宅医師)

-2日



(緩和ケア
病棟スタッフ)

-2日

0日



肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。
少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。
主たる介護者は妻であり、**本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。**

奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」

トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。**(起居動作を動画にて保存)**

頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。

奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。**(良姿勢を動画にて保存)**

連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有

福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。**先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心**」

画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。

これまでも地域ICTの記録を通じて**病態変化を事前に確認できて**いるので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。

当該緩和ケア病棟に入院
入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。

写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。

【共有内容のイメージ】



○月△日 □□:□□
投稿者:○○ ○○(医師)

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

添付:



家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。

ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。

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

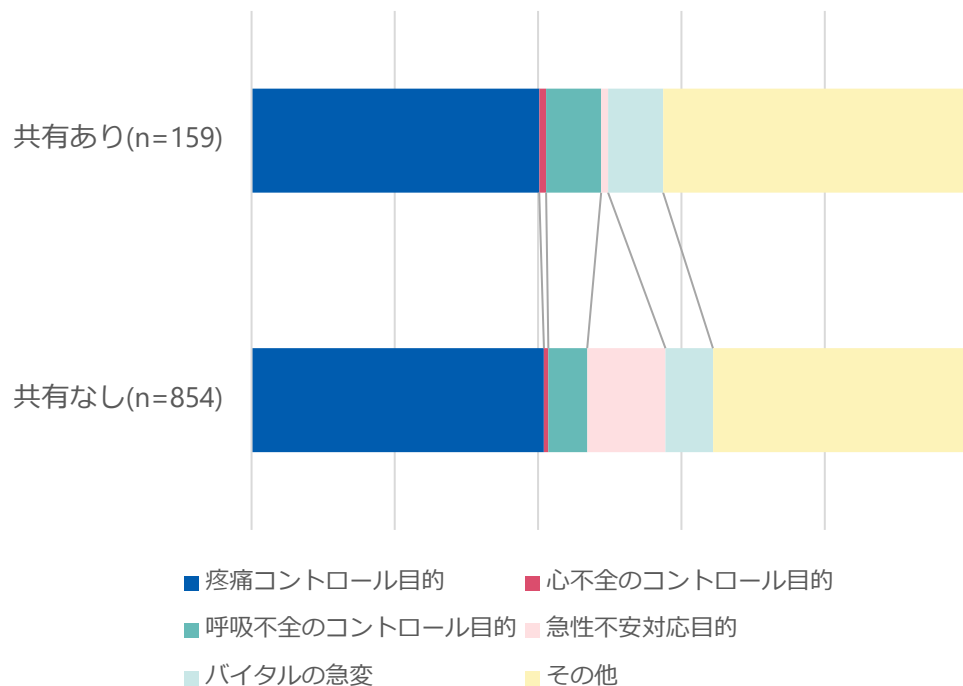


- 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の情報に係る情報を共有している医療機関はそうではない医療機関と比較して、緩和ケアを必要とする患者の入院で急性不安対応目的の入院の割合が低く、容態が急変した際の入院先として急性期一般病棟に入院した割合が低い一方で、緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟に入院した割合が高かった。

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別（ICT）

緩和ケアを必要とする患者の入院の目的

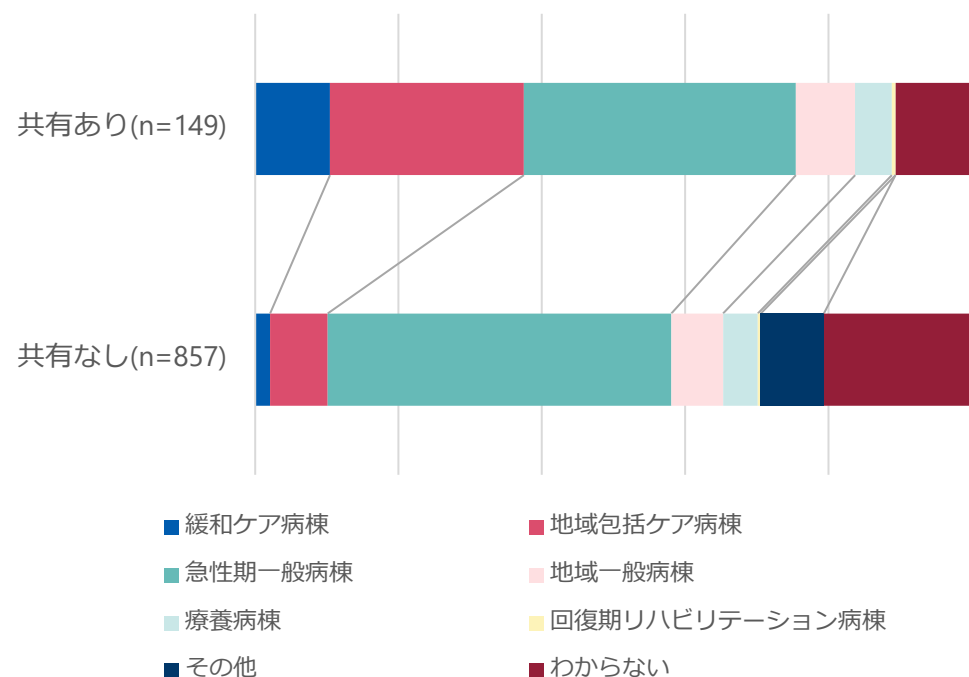
0% 20% 40% 60% 80% 100%



人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別（ICT）

容体が急変し入院した際の入院先

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

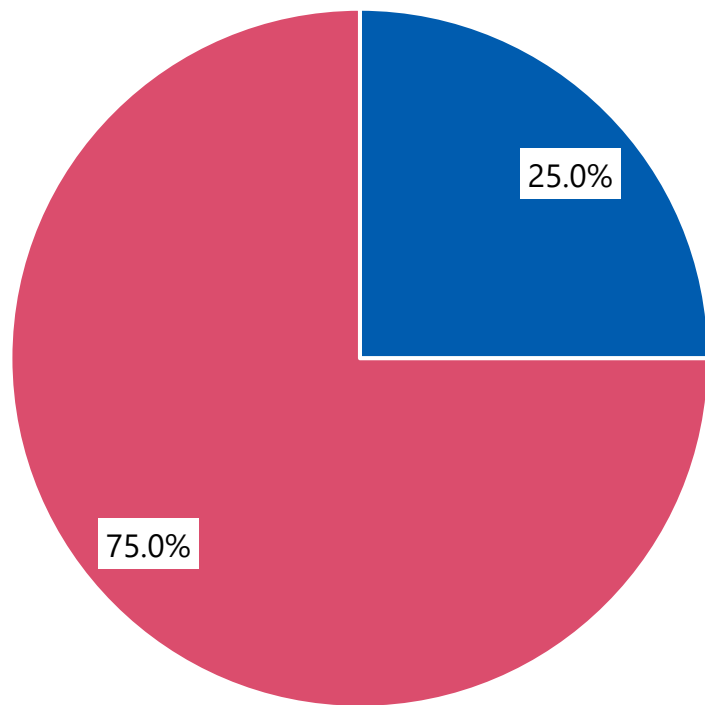


※ 容体が急変し入院した後の入院先の対象患者は、悪性腫瘍以外の患者も含まれる。

病院における多職種連携システムの活用状況

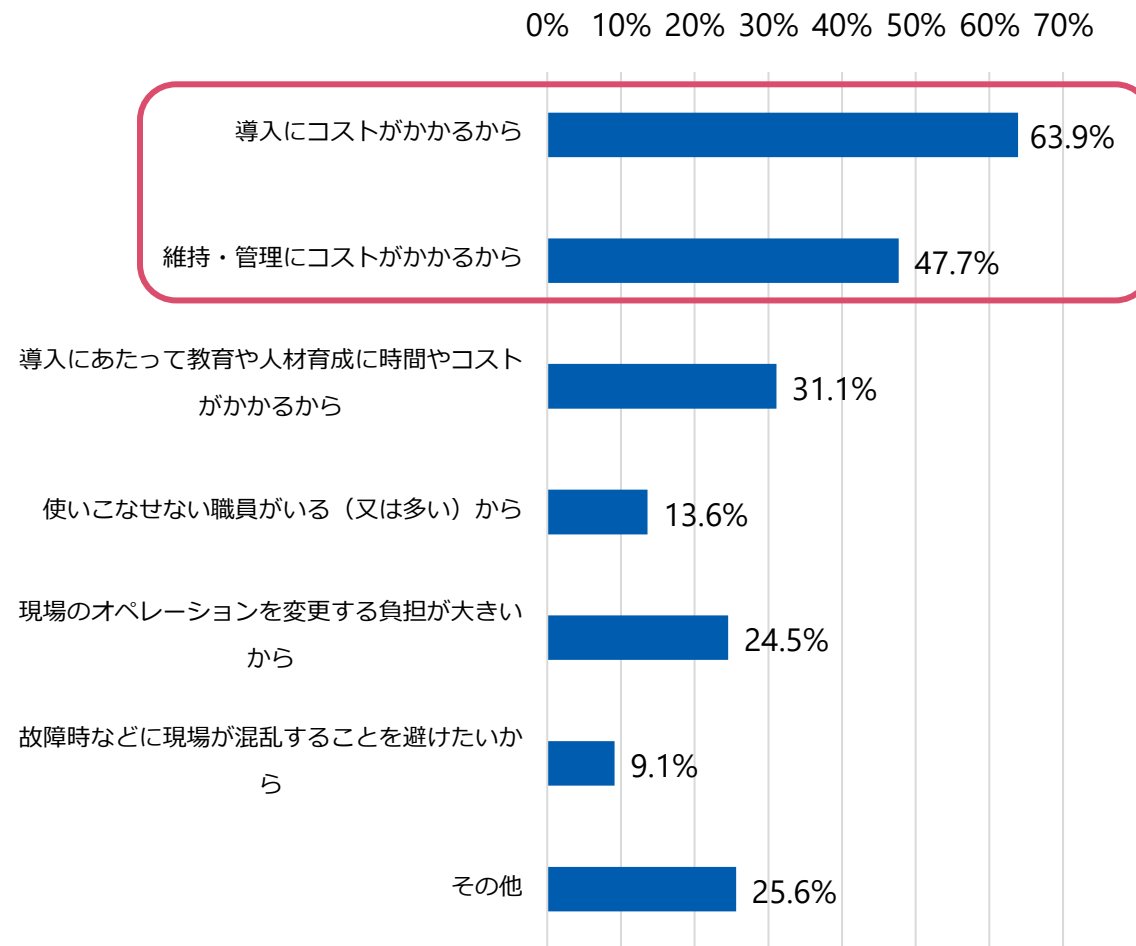
- 病院における多職種連携システム（地域医療情報連携ネットワーク等）を活用している施設は約3割であった。
- 導入していない理由として、導入や維持・管理のコストをあげた施設が5割を超えていた。

在宅医療を提供する施設との情報連携のための
多職種連携システム活用の有無(n=2020)



■ 活用している ■ 活用していない

多職種連携システムを活用していない理由(n=1499)

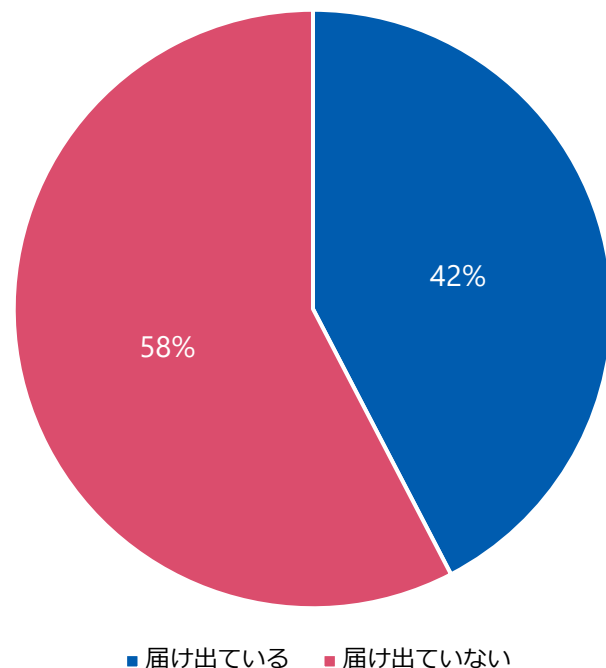


協力対象施設入所者入院加算の届出状況

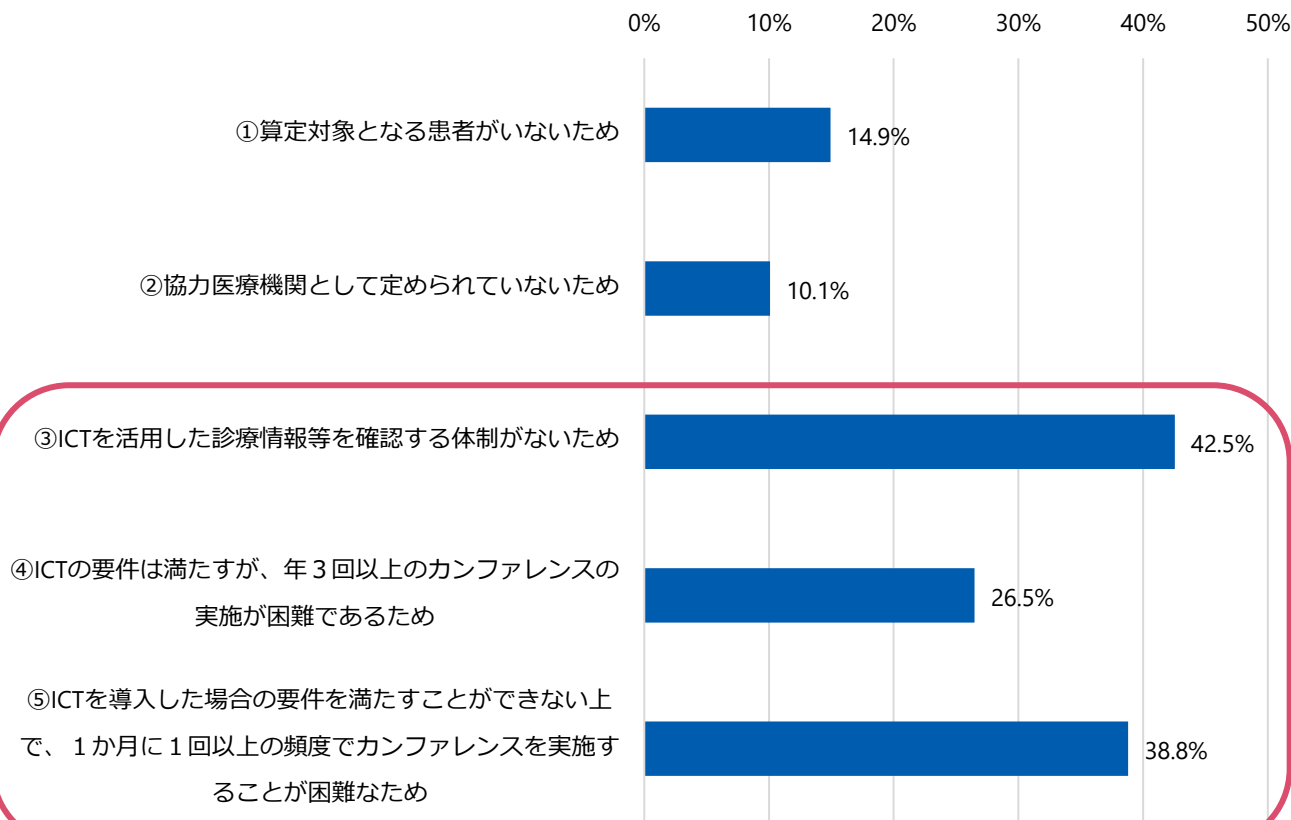
- 算定要件である在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であった。
- 届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。

協力対象施設入所者入院加算の届出

(n=465)



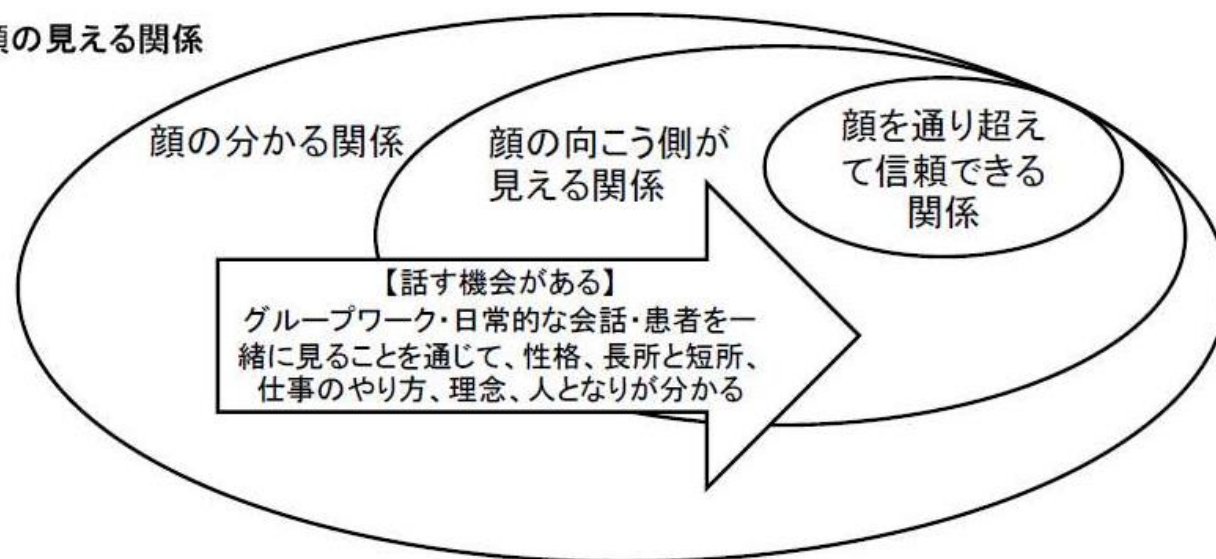
協力対象施設入所者入院加算を届け出していない理由(n=268)



顔の見える関係について

- 「顔の見える関係がある」とは①名前と顔が分かる、②考え方や価値観・人となりが分かる、③信頼感をもって一緒に仕事ができる、という段階に分かれており、地域連携を促進するためには、地域の中で話す機会を継続的に構築することが有用であるとする考え方がある。
- 地域に「顔の見える関係」があることによって、安心して連絡しやすくなる、役割を果たせるキーパーソンが分かる、効率が良くなる、といった効果があり、より地域連携がしやすくなることが示唆されている。

顔の見える関係



顔の見える関係と連携との関係

顔が分かるから安心して連絡しやすい
役割を果たせるキーパーソンが分かる
自分の対応を変えることでやりやすくなる
同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる
親近感がわく
責任のある対応をする



連携しやすくなる

病院と在宅医療等との連携を要件とする診療報酬上の評価の例とその趣旨

- 病院と在宅医療等との連携に係る診療報酬上の評価においては、主として顔の見える関係の構築をめざした要件と、緊急入院等に備え個別の患者の診療情報の共有を行うための要件があり、後方支援に係る加算では双方を要件としている。
- 各要件におけるカンファレンスの頻度や情報共有の方法は異なっているが、ICTを活用して常時診療情報等が確認できる場合には、文書の代用とすることができる他、カンファレンスの頻度は低く設定されている。

主な趣旨	区分番号	概要	求められる連携
患者紹介等における連携の円滑化を目指した「顔の見える関係」(具体的には、施設の職員どうしが知り合っていること、計画見直し等の共同作業を行っていること等)を求めているもの	A246 入退院支援加算 A246-2 精神科入退院支援加算	施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するもの。	・年3回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行うこと。 (面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えない。)
	B009 診療情報提供料(Ⅰ) 注16 地域連携診療計画加算	あらかじめ地域連携診療計画を共有する連携保険医療機関において、計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や在宅復帰後の患者の状況等について、退院月又はその翌月までに情報提供を行った場合に算定する。	・地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
	A310 緩和ケア病棟入院料 注2 緩和ケア病棟緊急入院初期加算	在宅緩和ケアを提供する連携医療機関からの求めに応じて、あらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、急変時等に入院させた場合に加算する。	・過去1年以内に、緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修又は共同でのカンファレンスの実施等の際に、医師その他の職員が面会した実績を記録すること。 ・緊急に入院を要する可能性のある患者について、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、予め文書による情報提供を受けること。(ICTの活用により、常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合は代用可)
上記に加え、より確実に迅速な対応を目指して、入院の可能性のある患者等を予め医療機関が把握することを求めているもの	在宅療養後方支援病院	在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であるとの観点から設けられた、後方病床をもつ医療機関について評価するもの。	以下の体制や要件を満たすこと。 ・24時間連絡を受ける担当者の連絡先を文書で共有 ・入院希望患者の診療が24時間可能な体制確保 ・入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床の常時確保 ・連携医療機関との間で、3月に1回以上患者の診療情報の交換(記録が残るものに限る。) ・入院希望患者の最新の一覧表の作成
	A253 協力対象施設入所者入院加算	介護保険施設等において療養を行っている患者の急変時等に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	・ICTを活用して診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制をもち、かつ年3回以上のカンファレンスによる診療情報及び急変時の対応方針の共有を行うこと。 又は ・1月に1回以上のカンファレンスによる診療情報及び急変時の対応方針の共有を行うこと。

入退院支援に係る現状と課題③

(後方支援を目的とした円滑な情報共有・地域連携について)

- 居宅や高齢者住まい等で在宅医療を受ける患者は在宅療養後方支援病院が、介護保険施設の入居患者は協力医療機関が、それぞれ緊急時の入院受け入れ機能を果たすことを期待されており、緊急時を見据えた平時からの情報連携を要件としている。
- 増加する高齢者救急への対応として、介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要である。
- 協力医療機関となっている施設数は入院料や病棟の組合せによらず5件以下の医療機関が最多であり、急性期一般入院料2ー6を算定するケアミックス型の医療機関や地域包括医療病棟を有する医療機関で対象となる施設数が多い傾向であった。施設類型別では特別養護老人ホーム、介護老人保健施設の件数が多かった。協力医療機関としての実行性のある連携に資する3要件全てを満たす医療機関の割合は半数程度であり、特に急性期一般入院料1を算定する急性期病棟のみの医療機関ではその割合が低かった。
- 協力医療機関ごとに、10床当たりの協力対象施設入居者数を見ると、1人以下の医療機関も一定数存在したが、一部の医療機関では50人以上であり、取り組みには差がみられた。
- 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法として、診療所の59.8%が平時から連携体制を取っている他の医療機関を地域で確保している一方で、11.7%が基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していなかった。
- 協力対象施設入所者入院加算等において、ICTを用いた平時からの患者情報の共有及び定期的な協力対象施設とのカンファレンス等が要件となっている。
- 後方支援を担う病院と在宅医療機関及び介護保険施設等が、地域医療情報連携ネットワーク等のICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、円滑な入院受入相談等を行うための連携体制を構築し、患者の状態に合った質の高い医療の提供等が期待されているが、病院において活用している施設は約3割であった。
- 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であり、届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。
- 病院と在宅医療等との連携に係る診療報酬上の評価においては、主として顔の見える関係の構築をめざした要件と、緊急入院等に備え個別の患者の診療情報の共有を行うための要件があり、後方支援に係る加算では双方を要件としている。

【課題】

- 在宅患者の緊急入院を受け入れる機能を持つ医療機関と、在宅医療を提供する医療機関や介護保険施設等との間で、必要なときに円滑迅速に患者の受け入れが可能となるとともに、医療機関が多数の施設と連携するに当たって現実的にとりうる関係の構築について、現場の実情や、診療報酬上の要件等の観点から、現状をどのように評価するか。

1. 高度急性期入院医療について（その2）
2. 入退院支援（その2）
3. 外来医療について（その3）
4. データ提出加算（その2）

3. 外来医療について（その3）

3－1. 全人的な診療を必要とする患者について

3－2. 生活習慣病管理料について

3－3. 特定機能病院等の再診患者について

中間とりまとめ（令和7年7月31日）抜粋

【外来医療に関する分科会での評価・分析に関する意見】

（地域包括診療料・生活習慣病管理料について）

- 高齢者では、複数疾患への罹患やポリファーマシーなど、リスクが重なり合う中でフレイルが進行することを踏まえると、これらを包括的に診る役割を担うことが、かかりつけ医の重要な機能であると考えられるとの意見があった。
- 生活習慣病管理料を算定していない理由として、対象患者が少ないこと以外に、療養計画書の作成負担が大きいことが挙げられており、過去に簡素化がなされたものの、依然として負担感が残っている。療養計画書のあり方について見直しの検討が必要ではないかとの意見があった。
- 生活習慣病管理料においては、患者が治療から脱落せず、継続的に受診を続けることが重要な観点である。「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」の調査結果において、予約診療及び長期処方への対応が多く選択されていることを踏まえた検討が必要ではないかとの意見があったとの意見があった。
- かかりつけ医機能は、地域全体で「面」で担っているという特性がある。かかりつけ医としては継続的な通院を望む一方で、患者の状況に応じて通院先が変更となる可能性もあることを踏まえて、継続算定率のデータは慎重に評価する必要があるとの意見があった。
- 糖尿病患者に対する歯科受診は、オーラルフレイルの予防や口腔機能の低下への早期対応の観点から重要である。糖尿病の内科診療を受ける外来患者に対しては、歯科診療所への定期的な受診を促す体制がさらに必要ではないかとの意見があった。
- 長期処方への対応状況と、リフィル処方への対応状況には大きな差がある。生活習慣病の外来診療は、データからも長期処方で十分対応できていることから、リフィル処方の必要性は限定的であると考えられ、リフィル処方に対する過度な期待については、見直しの余地があるのではないかと意見があった。

（かかりつけ医機能について）

- 現在の機能強化加算は、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料等の届出をもって、かかりつけ医機能が高いと評価する考え方となっている。かかりつけ医機能報告制度が開始されることを踏まえると、この制度に沿った形で再検討することが求められるのではないかと意見があった。
- かかりつけ医機能に係る診療報酬上の評価（機能強化加算等）のあり方については、制度が作られた際の趣旨を十分に踏まえた上で、慎重に検討する必要がある。また、かかりつけ医機能報告制度は、医療機関の機能を認定する制度ではなく、現状を把握するための報告制度であり、地域における専門性を有する医療機関が連携して面としてかかりつけ医機能を発揮することを目指すものであるため、かかりつけ医機能報告制度と診療報酬は関連させるものではないとの意見があった。

（外来機能分化について）

- 減算規定の対象病院において、相当数の患者が2年以上通院していることや、半年以内に外来再診していることについては、当該患者が本来逆紹介すべき患者であるのか、あるいは地域の医療機関で日常的な管理を受けつつ、専門外来でフォローアップされているのか、現状のデータだけでは判断が困難であるため、今後、他の医療機関への受診状況や疾患の種類等も含めて分析を行い、継続的な受診の妥当性について検討することが必要ではないかとの意見があった。
- 特定機能病院等の再診患者には、悪性腫瘍のフォローアップや化学療法を要する患者など、継続的な医学的管理が必要な患者が含まれていると考えられる。どのような患者が再診を継続しているのか、更なる分析が必要ではないかとの意見があった。
- かかりつけ医機能の充実に向け、診療情報のやりとりは重要であり、診療情報提供料の算定回数増加は好ましい傾向である。連携強化診療情報提供料は病院での算定が大きく伸びる一方で、診療所では伸びていない。その要因が、算定要件が複雑であるためであるならば、要件の見直しが必要ではないかとの意見があった。

【外来医療に関する検討の方向性】

- 複数疾患や生活の場を含めた全人的な診療を必要とする患者について、更に分析を進める。
- 令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する患者の特性等について、更に分析を進める。
- 特定機能病院等の再診患者の特性や、地域の診療所と連携して診療にあたっている患者数について、更に分析を進める。
- 特定機能病院等が再診患者の逆紹介を行う上での課題や、診療所において病院からの紹介患者を受け入れる上での課題、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について、更に分析を進める。

3. 外来医療について（その3）

3－1. 全人的な診療を必要とする患者について

3－2. 生活習慣病管理料について

3－3. 特定機能病院等の再診患者について

地域包括診療料・加算について

診調組 入－1
7. 6. 19

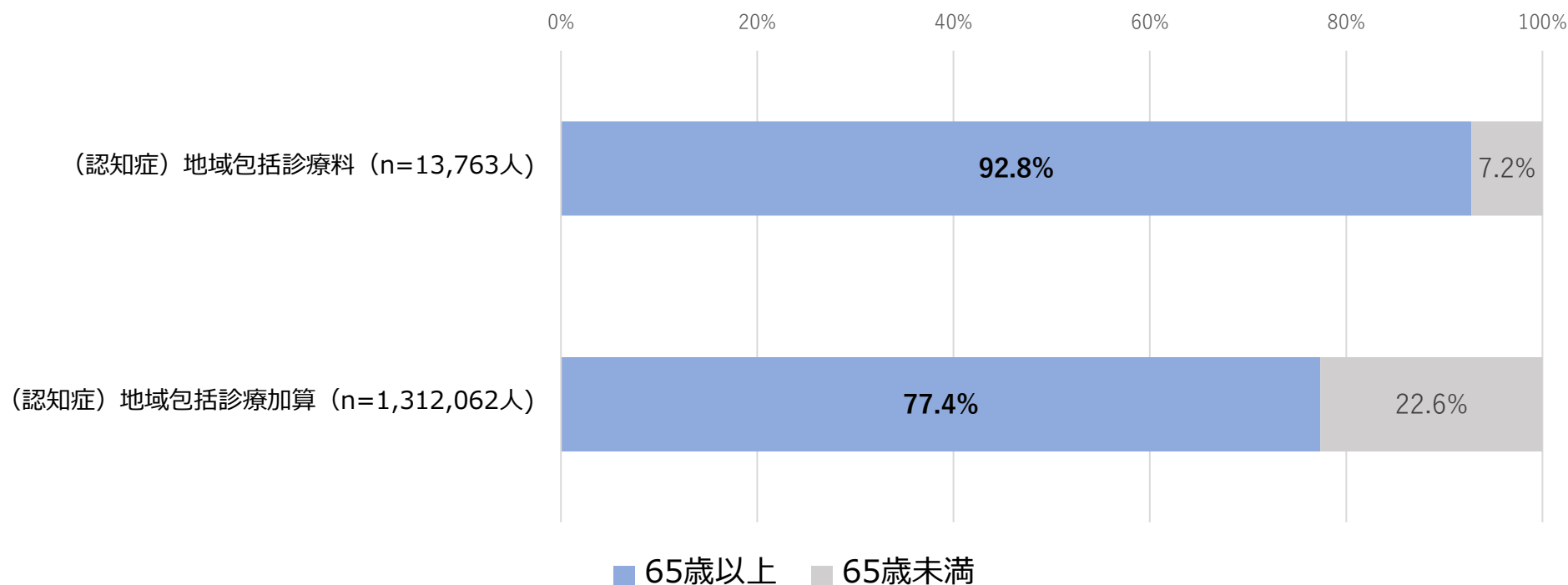
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回)		地域包括診療加算 1 28点 地域包括診療加算 2 21点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・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 ・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。	・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	
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。		

10

地域包括診療料・加算算定患者に占める高齢者の割合

- 令和3年4月～9月において「（認知症）地域包括診療料」「（認知症）地域包括診療加算」を算定された患者に占める65歳以上の患者の割合は、「（認知症）地域包括診療料」では約93%であり、「（認知症）地域包括診療加算」では約77%であった。

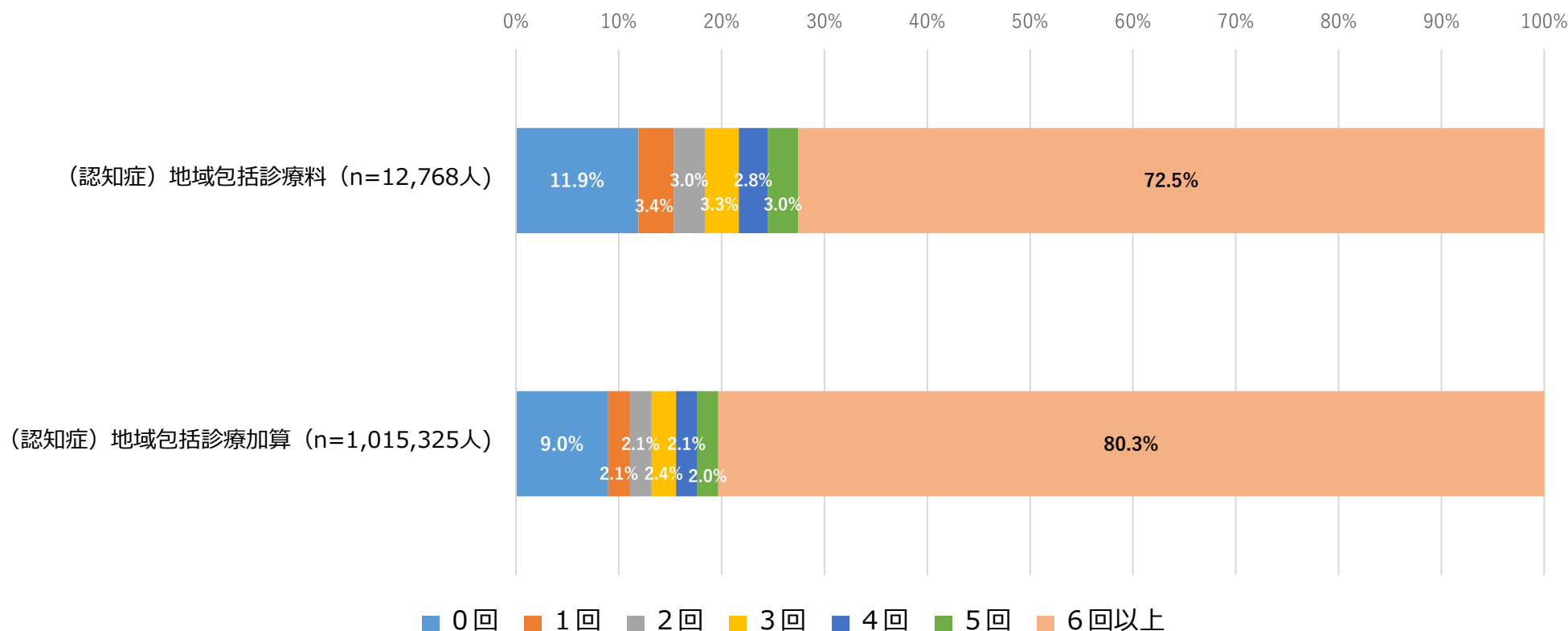
算定患者に占める高齢者の割合（令和3年4月～9月）



地域包括診療料・加算を算定された高齢者の受診回数

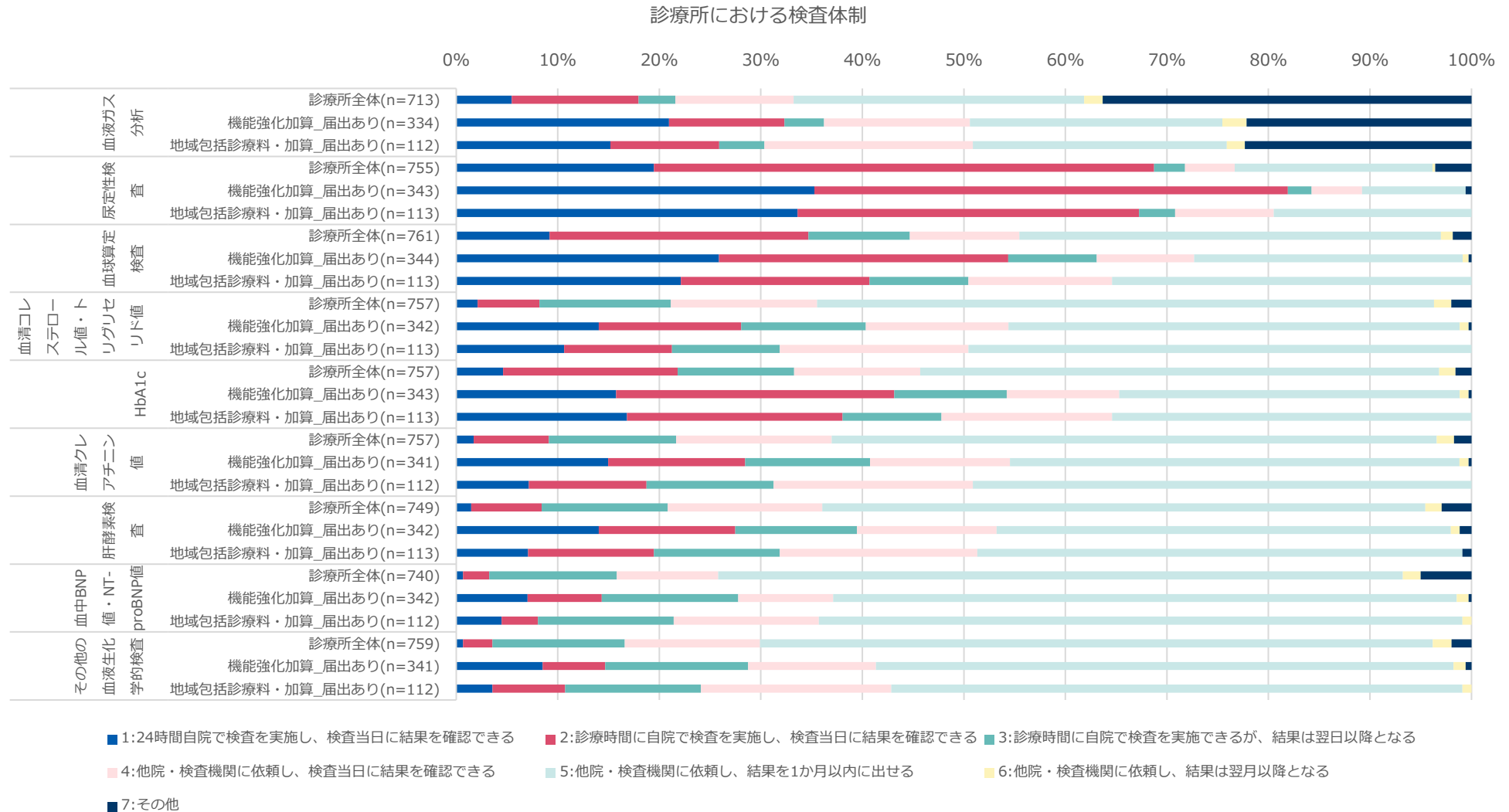
- 令和3年4月～9月において「（認知症）地域包括診療料」「（認知症）地域包括診療加算」を算定された65歳以上の患者について、令和3年10月から令和6年3月までの期間に、同一医療機関に受診した回数ごとの患者割合は以下のとおり。
- 4回以上受診した患者の割合は、「（認知症）地域包括診療料」では約78%であり、「（認知症）地域包括診療加算」では約84%であった。

算定患者の同一医療機関への受診回数



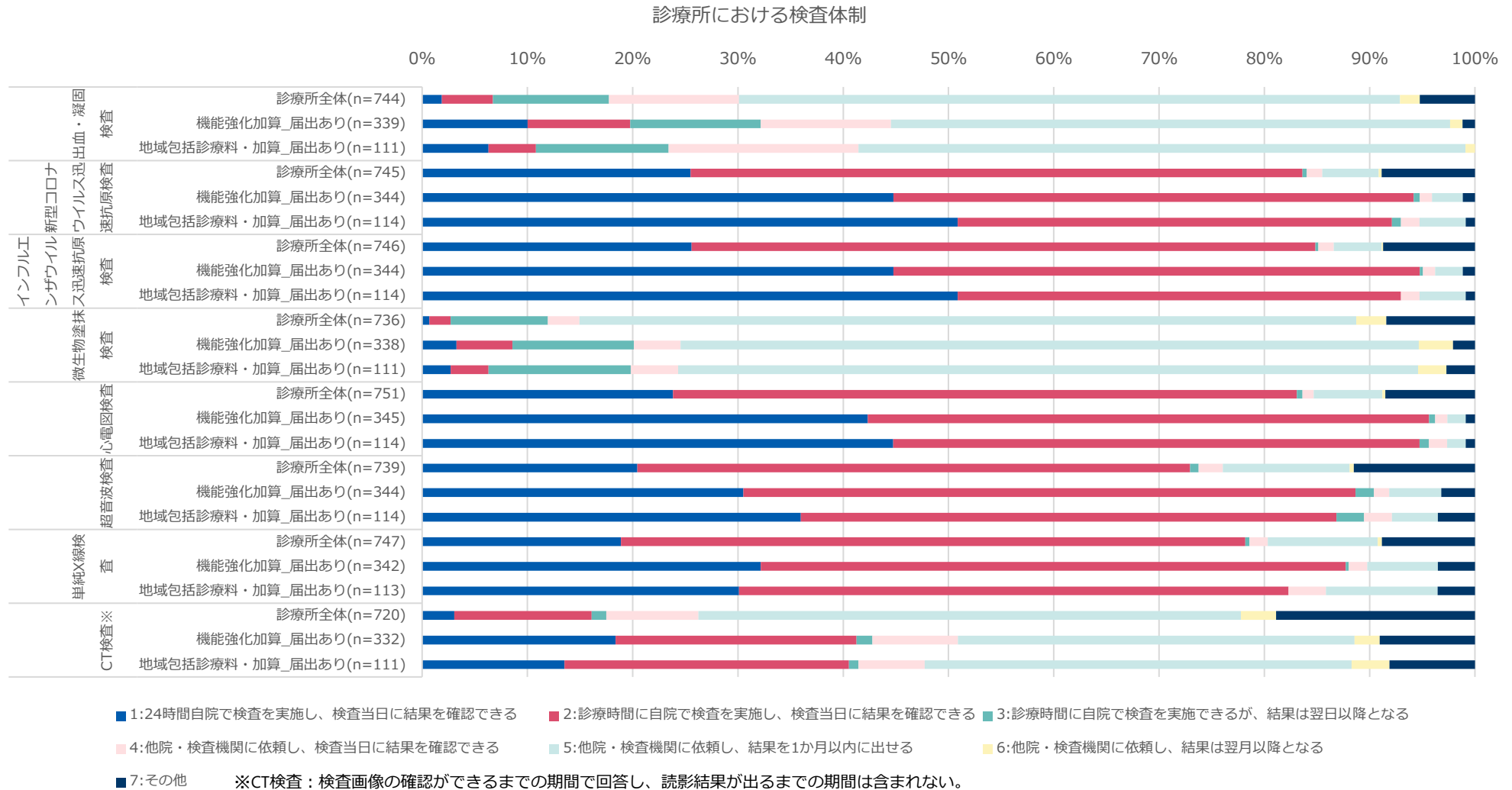
診療所における検査体制(1)

- 診療所における各検査項目の実施体制は以下のとおり。いずれの項目についても、機能強化加算の算定医療機関において、より早期に結果を出せる体制が確保されている傾向があった。



診療所における検査体制(2)

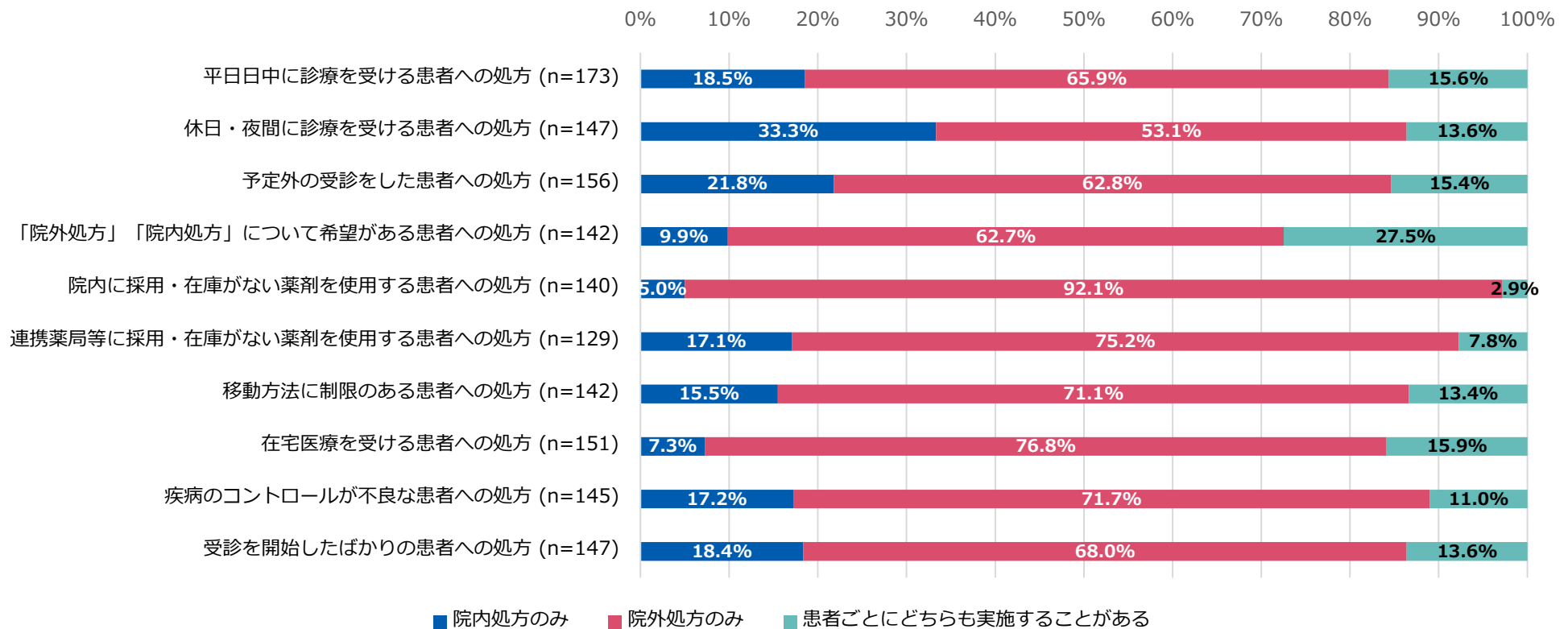
- 診療所における各検査項目の実施体制は以下のとおり。いずれの項目についても、機能強化加算の算定医療機関において、より早期に結果を出せる体制が確保されている傾向があった。



地域包括診療料・加算の届出医療機関における処方

- 「（認知症）地域包括診療料・加算」を算定する患者について処方を行う場合には、原則として院内処方を行うこととされているが、24時間対応薬局と連携する場合には、院外処方を可能としている。
- 「地域包括診療料・加算」の届出医療機関において、院内処方のみを実施する割合は、「休日・夜間に診療を受ける患者」が最も多く33.3%であり、次いで「予定外の受診をした患者」が21.8%と多かった。

「院内処方」と「（連携薬局等での）院外処方」について、医療機関ごとの対応状況



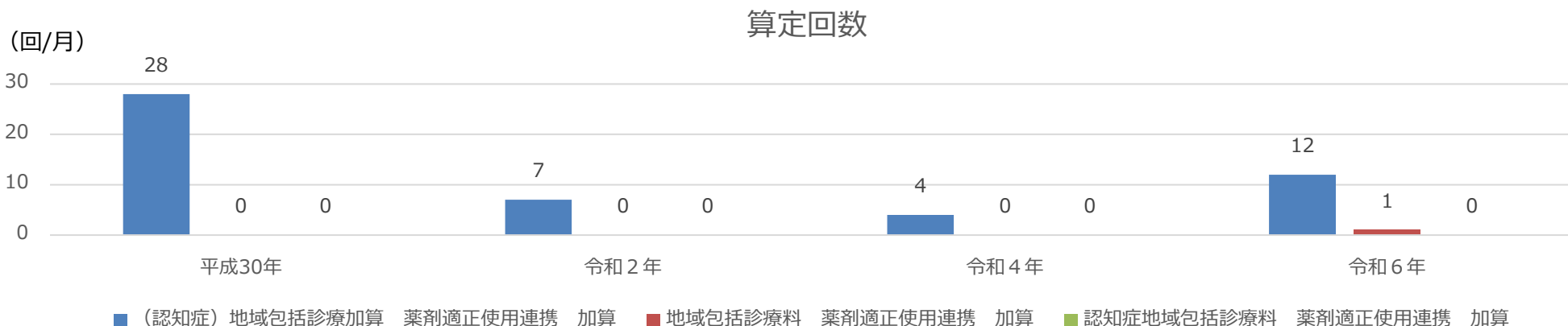
薬剤適正使用連携加算

- 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]

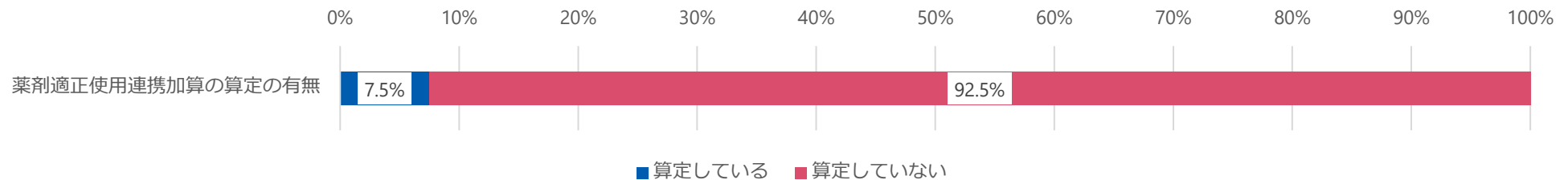
- 地域包括診療診療料・加算又は認知症地域包括診療診療料・加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。
 - ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。
 - 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



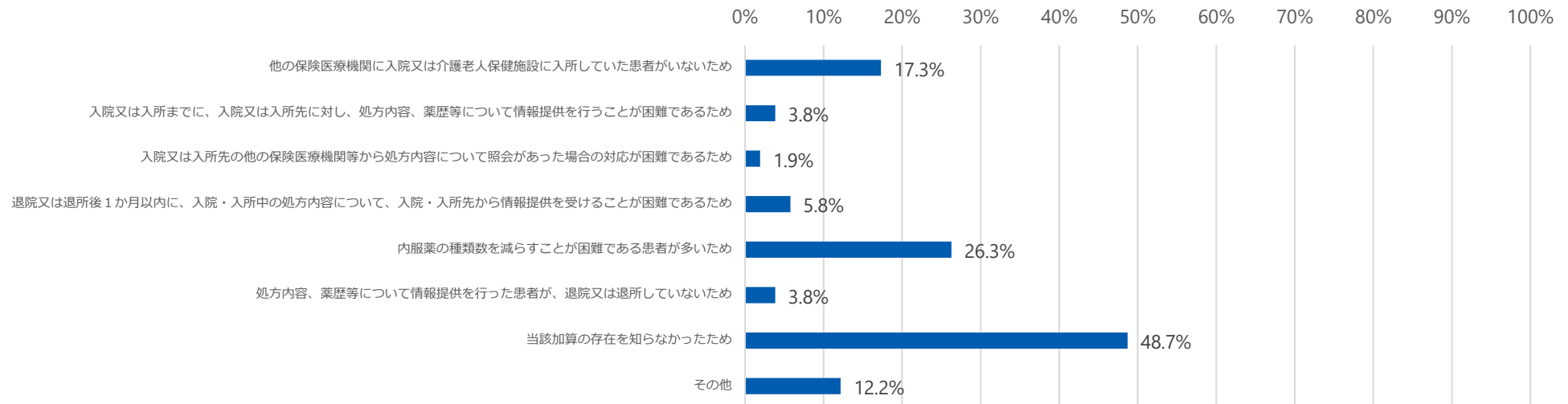
薬剤適正使用連携加算の算定状況

- 「地域包括診療料・加算」の届出医療機関において、薬剤適正使用連携加算を算定していると回答した医療機関は、7.5%であった。
- 薬剤適正使用連携加算を算定していない理由は、「当該加算の存在を知らなかったため」が最も多く、次いで「内服薬の種類数を減らすことが困難である患者が多いため」が多かった。

薬剤適正使用連携加算の算定の有無 (n=174)



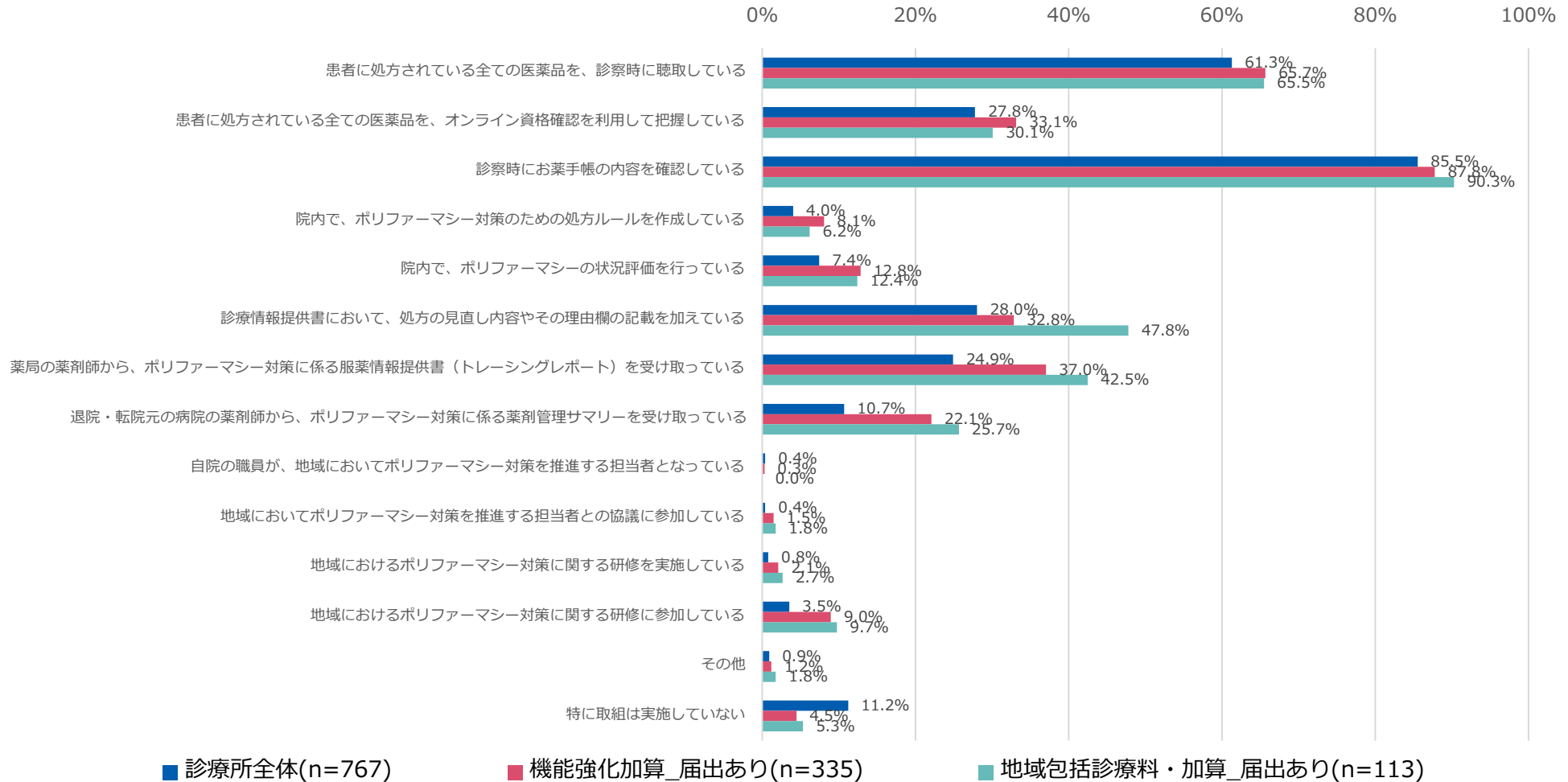
薬剤適正使用連携加算を算定していない理由 (n=156)



診療所におけるポリファーマシー対策の状況

- 診療所におけるポリファーマシー対策の取組状況は以下のとおり。「機能強化加算」「地域包括診療料・加算」の算定医療機関において、より多く取り組まれている傾向があった。
- いずれの区分においても、「診察時にお薬手帳の内容を確認している」が最も多かった。

ポリファーマシー対策に関する取組



- 糖尿病高齢者における栄養管理に関するレビューによれば、年齢の進行に伴い、食事指導において重視される点が変化するとされている。

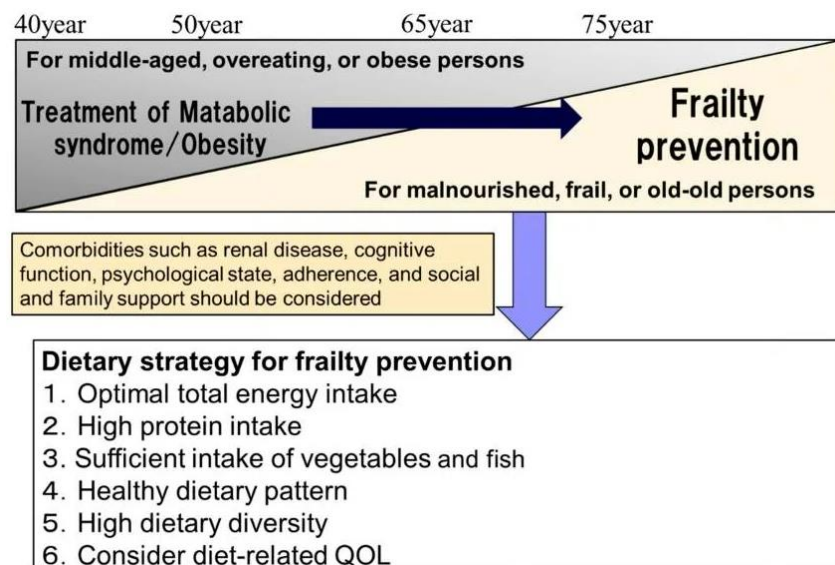


Review

Nutrition Management in Older Adults with Diabetes: A Review on the Importance of Shifting Prevention Strategies from Metabolic Syndrome to Frailty

Yoshiaki Tamura, Takuya Omura , Kenji Toyoshima and Atsushi Araki

Figure4.



- 一般集団を対象とした調査では、65歳以下ではたんぱく質摂取量の増加に伴い全死亡およびがん死亡のリスクが増加した一方で、65歳を超えるとたんぱく質摂取量の減少に伴い死亡リスクが増加することが示された。

- メタ解析によると、果物、野菜、全粒穀物を多く含む健康的な食事パターンは、65歳以上ではフレイルのリスクを60%低下させたが、若年者ではその効果は認められなかった。

- 糖尿病高齢者の食事戦略は、年齢の進行に伴い、メタボリックシンドロームや肥満治療のための厳格な食事制限から、フレイルやサルコペニア予防のための食事へとシフトすべきである (Figure4)。特に、75歳以上の患者には、たんぱく質、野菜、果物、魚を多く含む食事が推奨される。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の療養計画書

診調組 入－1
7. 6. 19 改

- 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けることを原則としている。
- 当該計画書の様式は、メタボリックシンドローム予防に重点をおいた様式となっている。

(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】	☐ 体重: (kg) ☐ 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 ☐ 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) ☐ HDLコレステロール (mg/dl) ☐ LDLコレステロール (mg/dl) ☐ HbA1c: (%) ☐ 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】	☐ 体重: (kg) ☐ 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) ☐ HDLコレステロール (mg/dl) ☐ LDLコレステロール (mg/dl) ☐ HbA1c: (%) ☐ 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)			

- 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
食事指導	メタボリックシンドローム予防	フレイル予防 (高たんぱく質・エネルギー摂取)

3. 外来医療について（その3）

3－1. 全人的な診療を必要とする患者について

3－2. 生活習慣病管理料について

3－3. 特定機能病院等の再診患者について

3－2．生活習慣病管理料について

①生活習慣病管理料の包括範囲について

②生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定状況について

③生活習慣病患者の継続算定率について

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

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。

生活習慣病管理料(Ⅱ)に包括される主な医学管理料

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)における医学管理料の主な包括範囲は以下のとおり。
- また、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)ともに、糖尿病を主病とした場合は、他疾患に対して在宅自己注射指導管理を行う場合であっても、在宅自己注射指導管理料を算定できない。

現在併算定可能なもの	現在併算定ができない主なもの
① 生活習慣病に関連する医学管理（総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべきもの。）	
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、糖尿病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、プログラム医療機器等指導管理料、薬剤情報提供料	下肢創傷処置管理料
② 生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	
がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料	特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、移植後患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、認知症療養指導料、認知症サポート指導料、肝炎インターフェロン治療計画料
③ 時間外対応・救急対応に関する医学管理	
	地域連携夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、救急救命管理料
④ 情報提供等に関連する評価	
療養・就労両立支援指導料、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	傷病手当金意見書、療養費同意書交付料

3－2．生活習慣病管理料について

①生活習慣病管理料の包括範囲について

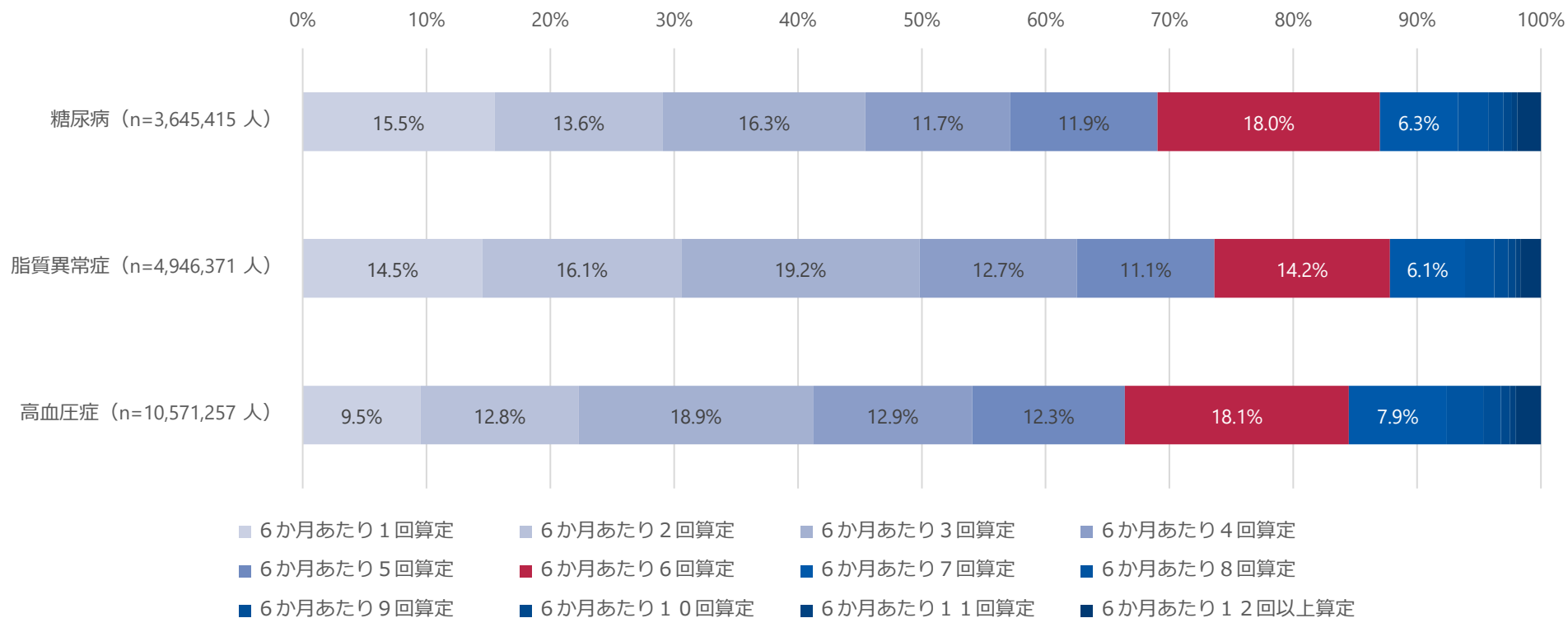
②生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定状況について

③生活習慣病患者の継続算定率について

生活習慣病患者における再診料等の6か月あたり算定回数

- 診療所に受診した、主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」である外来患者について、「再診料」「外来診療料」の6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を示したものは以下のとおり。
- 平均して1か月に1回以下の頻度で算定している患者は、約85%程度であった。

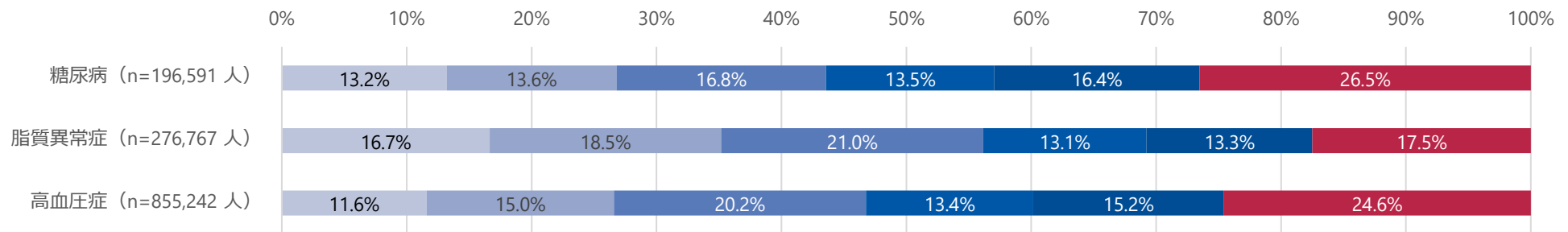
再診料



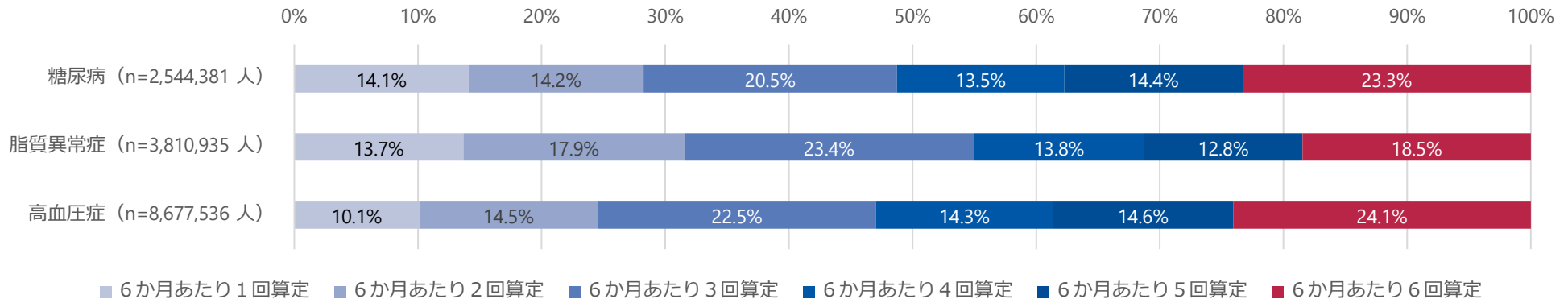
生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)の6か月あたり算定回数

- 診療所に受診した、主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」である外来患者について、「生活習慣病管理料(Ⅰ)」「生活習慣病管理料(Ⅱ)」の6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を示したものは以下のとおり。
- 平均して2か月に1回以下の頻度で算定している患者は、約50%前後であった。

生活習慣病管理料(Ⅰ)



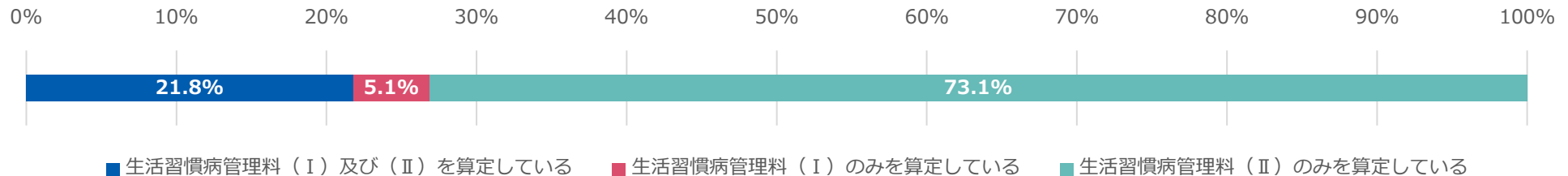
生活習慣病管理料(Ⅱ)



生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する医療機関に対して、その算定状況を聞いたところ、73.1%の医療機関が「生活習慣病管理料(Ⅱ)のみを算定している」と回答した。
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定しない理由をそれぞれ聞いたところ、「生活習慣病の受診を開始したばかりの患者」「疾病のコントロールが不良な患者」「検査の頻度が多い患者」について、(Ⅰ)と(Ⅱ)での回答傾向が異なっていた。

生活習慣病（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況 (n=633)

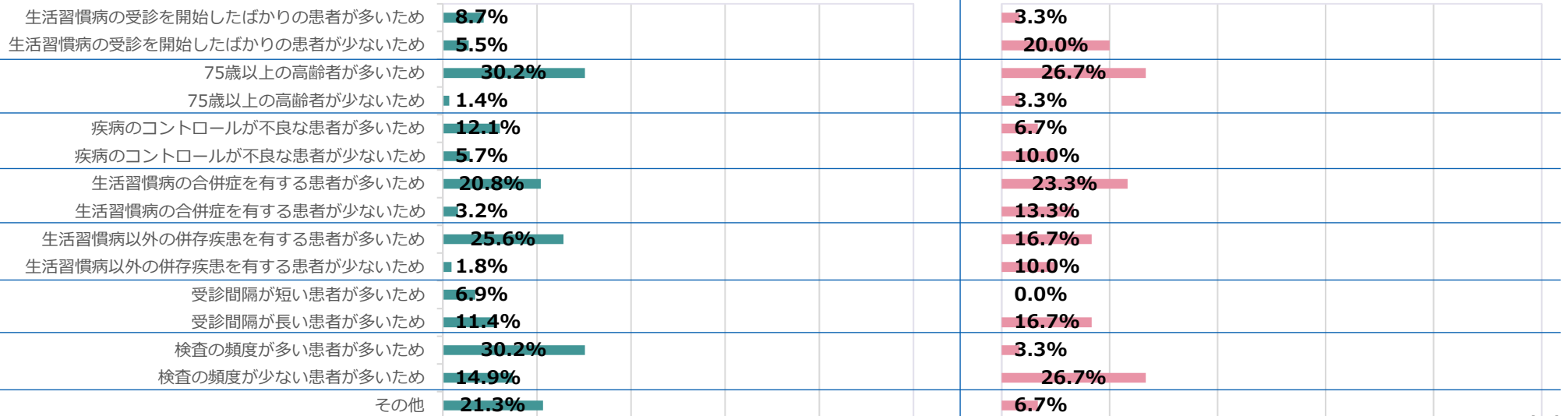


生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定しない理由 (n=437)

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

生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定しない理由 (n=30)

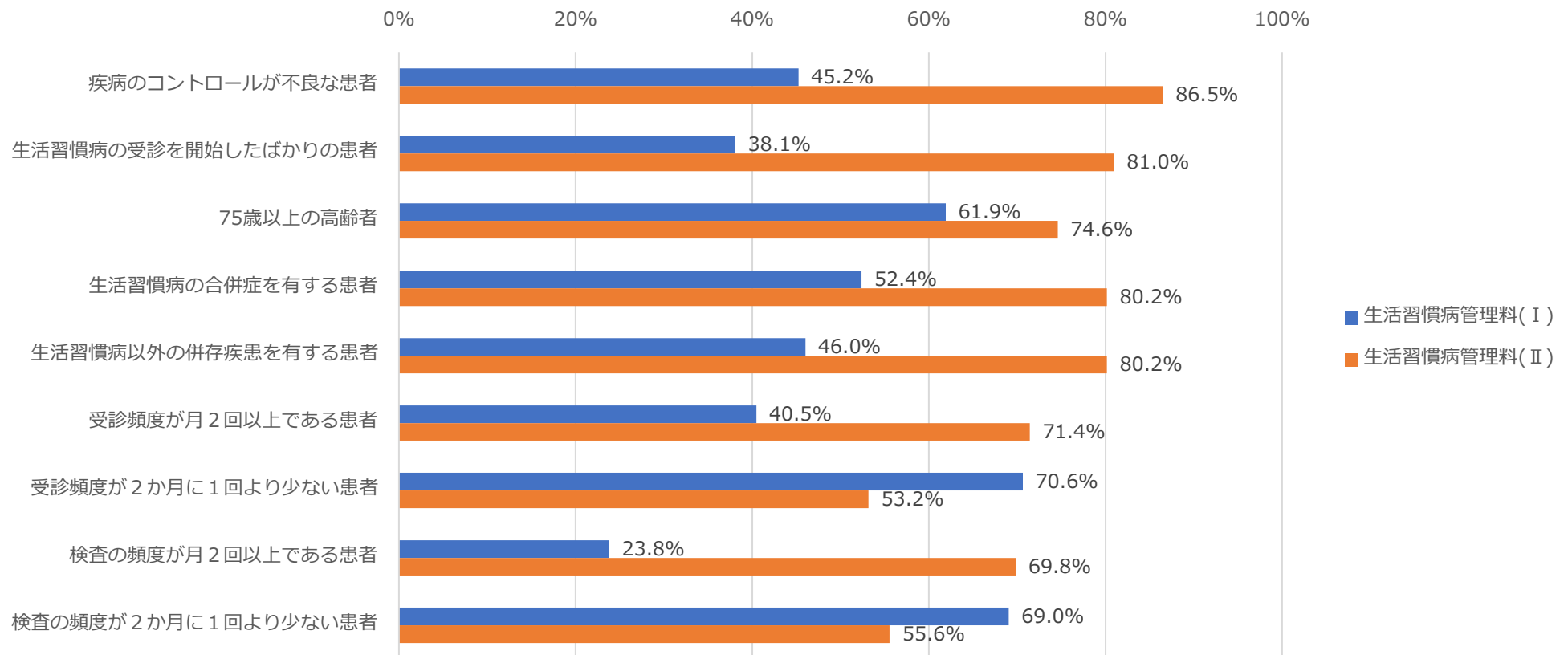
0% 20% 40% 60% 80% 100%



生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況（2）

- 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の両方を算定している医療機関に対して、それぞれの算定対象としている患者の属性について確認した結果は以下のとおり。
- 「受診頻度が2か月に1回より少ない患者」「検査の頻度が2か月に1回より少ない患者」については、「生活習慣病管理料（Ⅰ）」の算定が多く、その他の患者については、「生活習慣病管理料（Ⅱ）」の算定が多い傾向があった。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況(n=126)



生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)算定患者の検査等実施状況

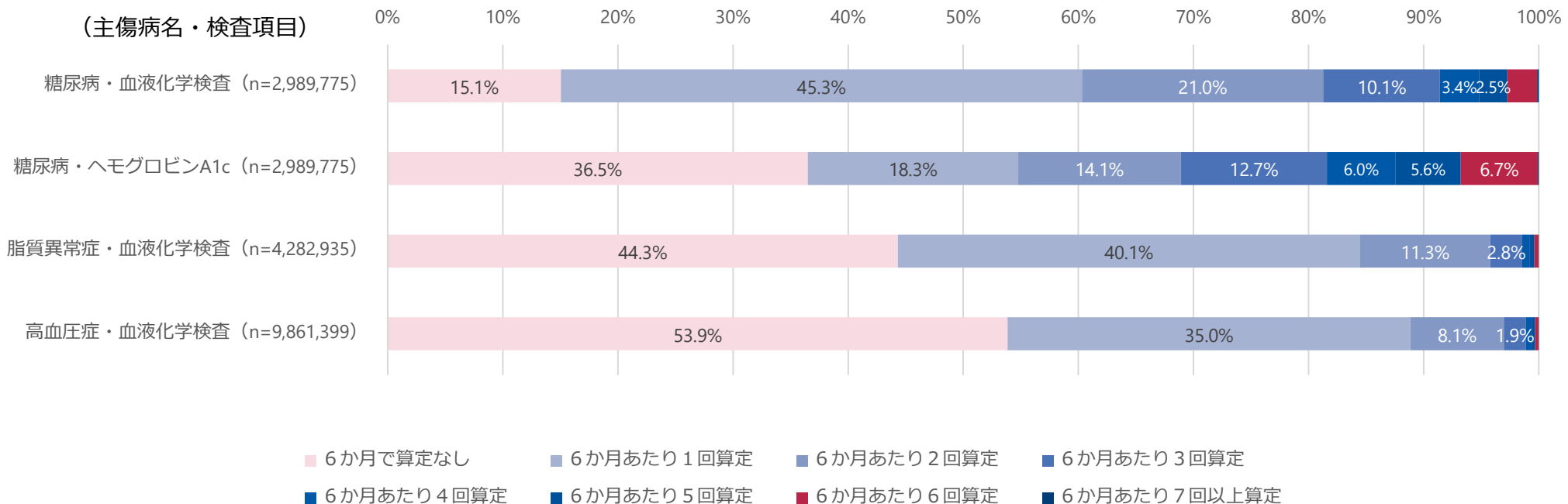
- 令和6年10月から令和7年3月の6か月間に生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)を算定した患者数に占める、生活習慣病管理料(Ⅰ)で包括される「第3部 検査」「第6部 注射」「第13部 病理診断」に該当する各項目を実施した患者数の割合を医療機関ごとに算出し、その平均値等を示したものは以下のとおり。(生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定する月に、包括内として実施された検査が**含まれる**。)
- いずれの項目も、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する患者に対してより多く実施されていた。

		生活習慣病管理料(Ⅰ)				生活習慣病管理料(Ⅱ)			
算定施設数		589				2,128			
算定人数		91,649				1,741,034			
		最大値	中央値	平均値	最小値	最大値	中央値	平均値	最小値
検査	血液学的検査判断料	100%	17.2%	26.2%	0%	100%	67.4%	65.5%	0%
	生化学的検査(Ⅰ)判断料	100%	14.6%	25.4%	0%	100%	69.5%	67.2%	0%
注射	皮内、皮下及び筋肉内注射	50%	0.0%	0.5%	0%	100%	1.1%	2.4%	0%
	静脈内注射	13%	0.0%	0.3%	0%	65%	0.2%	0.9%	0%
病理	病理判断料	25%	0.0%	0.2%	0%	50%	0.5%	1.1%	0%

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定患者の血液検査算定回数

- 主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」であり、6か月に1回以上生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した外来患者について、「血液化学検査(5項目以上)」「ヘモグロビンA1c」の6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を示したものは以下のとおり。
- いずれの区分においても、平均して6か月に2回以下の頻度で算定している患者が、全体の約7～9割以上であった。6か月に1回も算定がない患者も一定数を占めていた。

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定患者の各血液検査の算定回数



3－2．生活習慣病管理料について

①生活習慣病管理料の包括範囲について

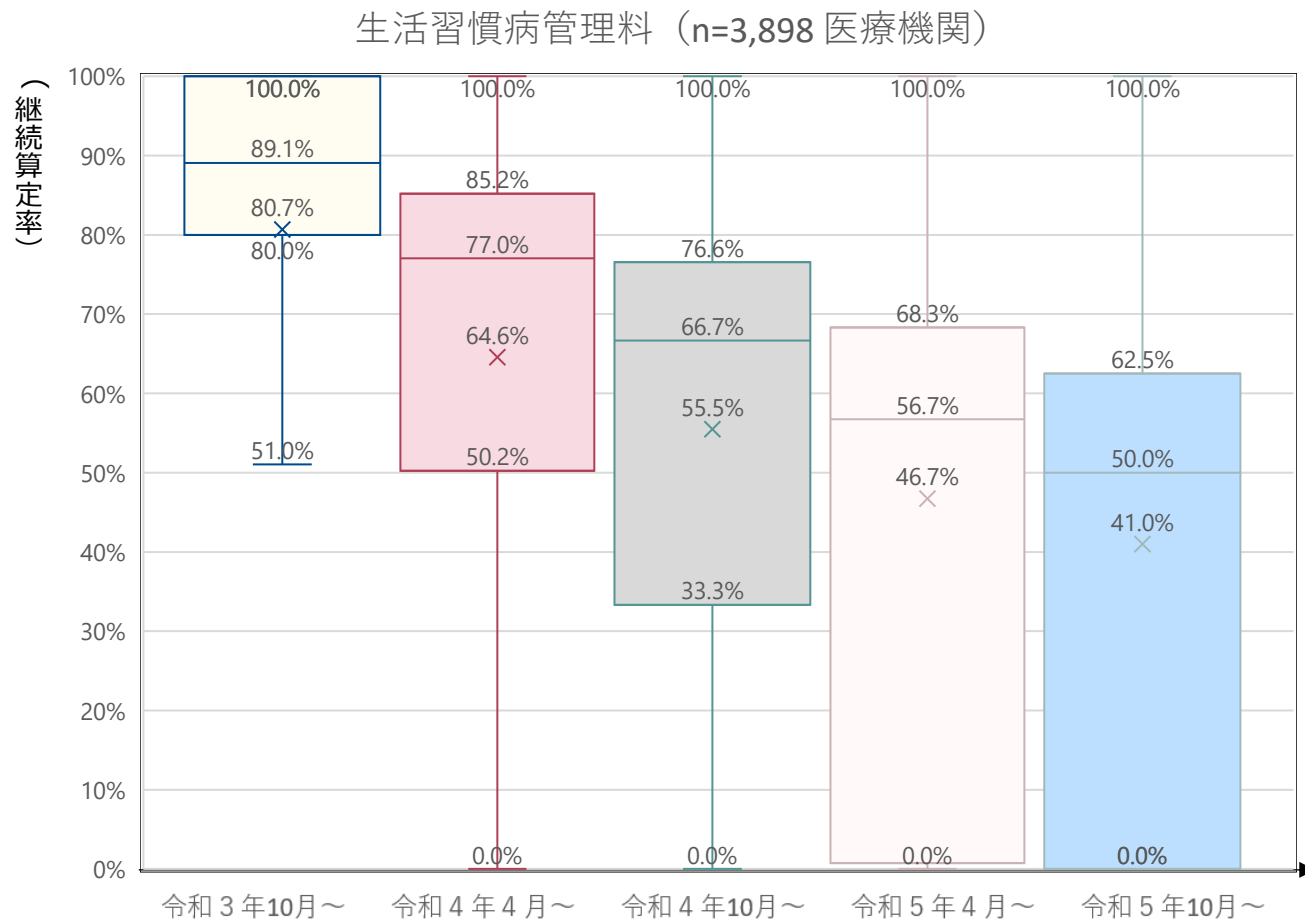
②生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定状況について

③生活習慣病患者の継続算定率について

生活習慣病管理料の継続算定率

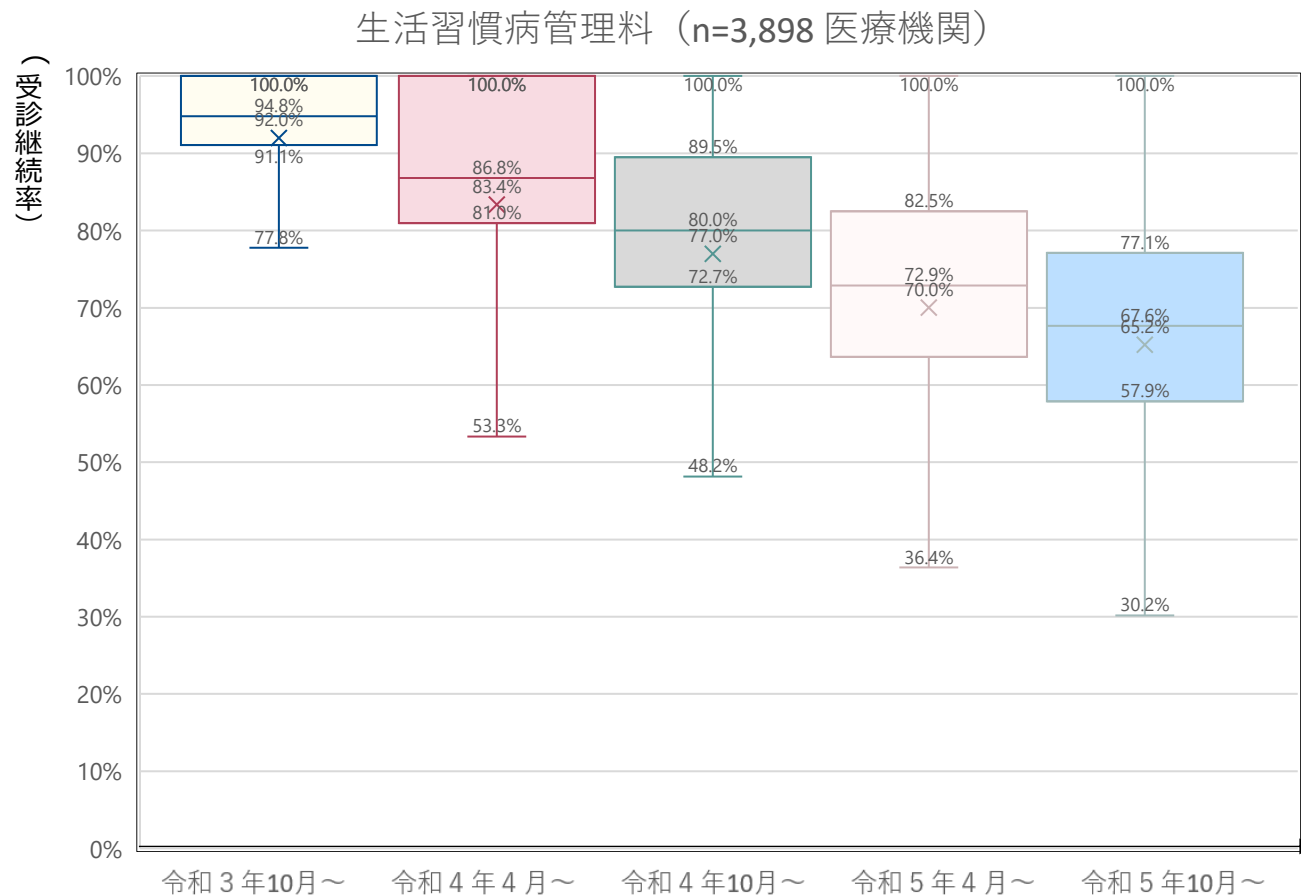
診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 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。



生活習慣病管理料算定患者の受診継続率

- 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、**同一医療機関又は他の医療機関において**生活習慣病管理料又は特定疾患療養管理料を継続して算定された率（受診継続率）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、受診継続率にはばらつきがあった。また、同一医療機関における同一管理料の継続算定率との差は5～20%程度であった。



3. 外来医療について（その3）

3－1. 全人的な診療を必要とする患者について

3－2. 生活習慣病管理料について

3－3. 特定機能病院等の再診患者について

3－3．特定機能病院等の再診患者について

①特定機能病院等の再診患者の特性について

②再診患者の逆紹介を行う上での課題

③いわゆる「2人主治医制」について

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

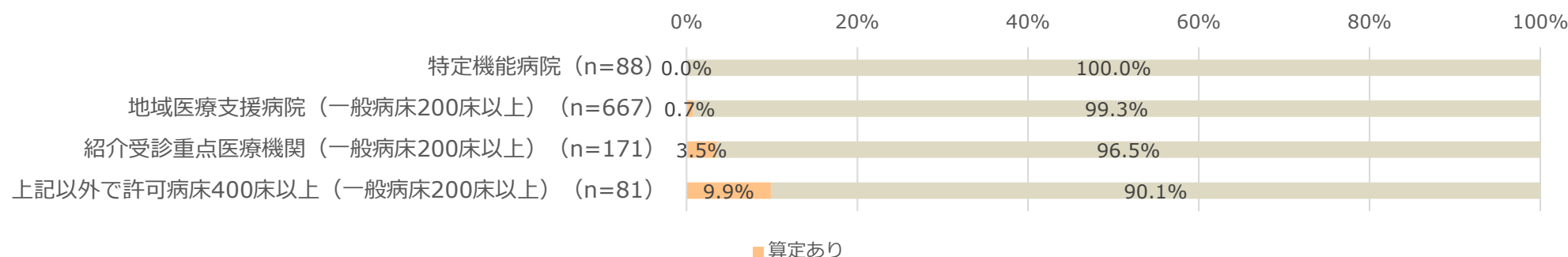
(情報通信機器を用いた初診については188点)

	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。)				

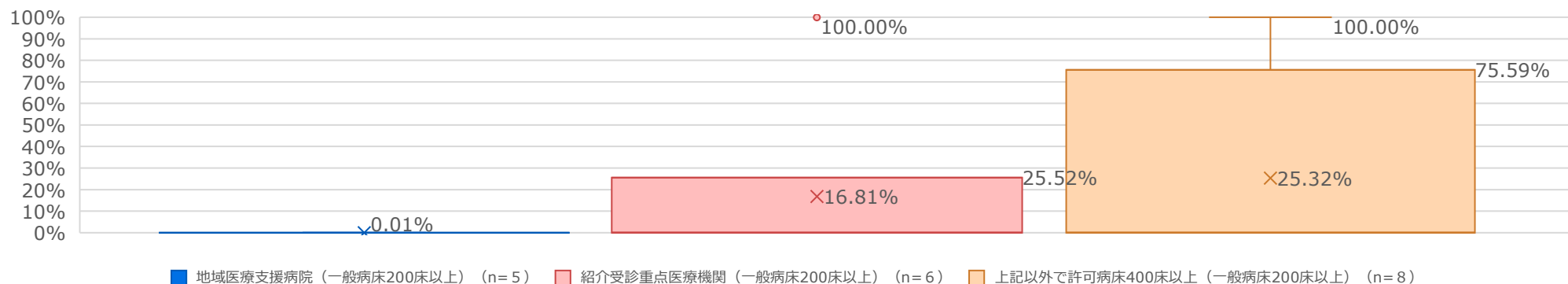
紹介割合・逆紹介割合による外来診療料減算の算定回数

- 外来診療料の注2、3減算（紹介・逆紹介割合の基準を下回る病院において「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」に該当した患者が対象）の算定が1回以上あった病院の割合は、いずれの区分においても10%未満であり、特定機能病院においては0%であった。
- 外来診療料の注2、3減算の算定が1回以上あった病院における、全外来診療料の算定回数に占める注2・3減算の算定回数の割合は、「地域医療支援病院」で低く、「その他の病院」区分では比較的高い傾向があった。

注2・3減算の算定回数が1回以上あった病院の割合



注2・3減算の算定回数が1回以上あった病院における 全外来診療料の算定回数に占める注2・3減算の算定回数の割合



逆紹介の申出を行った患者等の割合

- 「外来診療料を算定した患者数」に占める「文書による紹介を行う旨の申出を行った患者数」「複数科を受診した患者数」「地域の診療所と連携して診療にあたっている患者数」の各割合を病院ごとに算出し、病院の区分ごとに示したものは以下のとおり。
- 「文書による紹介を行う旨の申出を行った患者」「地域の診療所と連携して診療にあたっている患者」の割合はいずれの区分においても低い水準であった。
- 「複数科を受診した患者割合」の中央値は約6%程度であった。

許可病床数200床以下の病院又は診療所に 文書による紹介を行う旨の申出を行った患者割合	回答病院数	最大値	第三四分位数	中央値	平均値	第一四分位数	最小値
特定機能病院	11	26.1%	4.2%	2.2%	5.4%	0.4%	0.0%
地域医療支援病院・紹介重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	156	100.0%	7.3%	2.7%	8.6%	0.0%	0.0%

複数科を受診した患者割合	回答病院数	最大値	第三四分位数	中央値	平均値	第一四分位数	最小値
特定機能病院	39	71.1%	17.0%	6.8%	14.4%	3.0%	0.0%
地域医療支援病院・紹介重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	285	89.8%	10.6%	5.9%	11.1%	3.8%	0.0%

地域の診療所と連携して診療にあたっている (自院と地域の診療所双方にかかりつけである) 患者割合	回答病院数	最大値	第三四分位数	中央値	平均値	第一四分位数	最小値
特定機能病院	10	21.7%	2.1%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%
地域医療支援病院・紹介重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	135	95.0%	5.1%	1.1%	5.1%	0.0%	0.0%

※令和6年4月1日から令和7年3月31日までの期間における患者数から算出

特定機能病院における外来診療料算定患者の主傷病名

- 特定機能病院において、外来診療料を算定した患者の主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 「悪性腫瘍」の患者は約18%程度、「指定難病」の患者は約4%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約16%程度であった。

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	外来診療料算定患者の全算定回数		2,223,803	100
再掲	悪性腫瘍		390,404	17.56
	指定難病		93,518	4.21
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		348,999	15.69
1	前立腺癌	C61	31,260	1.41
2	2型糖尿病	E11	28,816	1.3
3	糖尿病	E14	27,910	1.26
4	関節リウマチ	M0690	21,499	0.97
5	乳癌	C509	18,503	0.83
6	高血圧症	I10	16,018	0.72
7	うつ病	F329	15,895	0.71
8	気管支喘息	J459	12,381	0.56
9	腰部脊柱管狭窄症	M4806	11,680	0.53
10	統合失調症	F209	11,500	0.52
11	胃癌	C169	11,128	0.5
12	乳房上外側部乳癌	C504	11,014	0.5
13	鉄欠乏性貧血	D509	10,878	0.49
14	てんかん	G409	10,523	0.47
15	アトピー性皮膚炎	L209	10,469	0.47
16	大腸ポリープ	K635	10,343	0.47
17	上葉肺癌	C341	9,999	0.45
18	前立腺肥大症	N40	9,784	0.44
19	全身性エリテマトーデス	M329	9,759	0.44
20	変形性膝関節症	M171	9,717	0.44
21	便秘症	K590	9,002	0.4
22	間質性肺炎	J849	8,884	0.4
23	直腸癌	C20	8,855	0.4
24	肝細胞癌	C220	8,846	0.4

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月	
			回数	構成比(%)
25	アレルギー性鼻炎	J304	8,837	0.4
26	睡眠時無呼吸症候群	G473	8,692	0.39
27	不眠症	G470	8,567	0.39
28	狭心症	I209	8,398	0.38
29	近視性乱視	H522	8,313	0.37
30	バセドウ病	E050	8,306	0.37
31	潰瘍性大腸炎	K519	8,238	0.37
32	* * 未コード化傷病名 * *		7,975	0.36
33	慢性心不全	I509	7,785	0.35
34	慢性腎不全	N189	7,596	0.34
35	大腸癌	C189	7,535	0.34
36	緑内障	H409	7,487	0.34
37	下葉肺癌	C343	7,357	0.33
38	甲状腺機能低下症	E039	7,264	0.33
39	膀胱癌	C679	7,210	0.32
40	子宮頸癌	C539	7,202	0.32
41	パーキンソン病	G20	7,176	0.32
42	うつ血性心不全	I500	7,097	0.32
43	骨粗鬆症	M8199	7,037	0.32
44	子宮体癌	C549	6,892	0.31
45	肺癌	C349	6,697	0.3
46	子宮筋腫	D259	6,688	0.3
47	核性白内障	H251	6,654	0.3
48	湿疹	L309	6,587	0.3
49	卵巣癌	C56	6,524	0.29
50	脾癌	C259	6,469	0.29

地域医療支援病院等における外来診療料算定患者の主傷病名

- 地域医療支援病院又は紹介重点医療機関であって許可病床数200床以上の病院において、外来診療料を算定した患者の主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 「悪性腫瘍」の患者は約14%程度、「指定難病」の患者は約2%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約15%程度であった。

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	外来診療料算定患者の全算定回数		2,223,803	100
再掲	悪性腫瘍		1,206,483	14.17
	指定難病		199,367	2.34
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		1,285,044	15.09
1	前立腺癌	C61	138,831	1.63
2	2型糖尿病	E11	124,287	1.46
3	糖尿病	E14	115,027	1.35
4	高血圧症	I10	98,610	1.16
5	慢性腎不全	N189	82,282	0.97
6	前立腺肥大症	N40	73,208	0.86
7	乳癌	C509	68,098	0.8
8	大腸ポリープ	K635	64,780	0.76
9	関節リウマチ	M0690	63,480	0.75
10	腰部脊柱管狭窄症	M4806	60,916	0.72
11	気管支喘息	J459	60,344	0.71
12	胃癌	C169	59,866	0.7
13	末期腎不全	N185	57,305	0.67
14	変形性膝関節症	M171	53,340	0.63
15	狭心症	I209	46,553	0.55
16	鉄欠乏性貧血	D509	45,391	0.53
17	大腸癌	C189	44,007	0.52
18	便秘症	K590	43,449	0.51
19	うっ血性心不全	I500	40,730	0.48
20	てんかん	G409	38,707	0.45
21	アレルギー性鼻炎	J304	38,163	0.45
22	骨粗鬆症	M8199	36,351	0.43
23	直腸癌	C20	35,691	0.42
24	COVID-19	U071	35,527	0.42

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
25	子宮筋腫	D259	35,300	0.41
26	膀胱癌	C679	35,031	0.41
27	肺癌	C349	35,001	0.41
28	間質性肺炎	J849	33,918	0.4
29	乳房上外側部乳癌	C504	33,507	0.39
30	アトピー性皮膚炎	L209	33,343	0.39
31	慢性心不全	I509	33,167	0.39
32	労作性狭心症	I208	33,067	0.39
33	緑内障	H409	32,103	0.38
34	湿疹	L309	31,118	0.37
35	睡眠時無呼吸症候群	G473	30,307	0.36
36	うつ病	F329	29,045	0.34
37	腰痛症	M5456	28,918	0.34
38	痔瘻	C259	27,834	0.33
39	S状結腸癌	C187	26,878	0.32
40	バセドウ病	E050	26,295	0.31
41	逆流性食道炎	K210	26,283	0.31
42	高コレステロール血症	E780	26,217	0.31
43	糖尿病網膜症	E143	26,007	0.31
44	パーキンソン病	G20	25,243	0.3
45	甲状腺腫瘍	D440	25,192	0.3
46	肝細胞癌	C220	24,979	0.29
47	上葉肺癌	C341	24,907	0.29
48	慢性副鼻腔炎	J329	24,589	0.29
49	2型糖尿病・糖尿病性合併症なし	E119	24,389	0.29
50	慢性胃炎	K295	24,255	0.28

地域医療支援病院等における外来診療料減算患者の主傷病名

- 地域医療支援病院又は紹介重点医療機関であって許可病床数200床以上の病院において、**外来診療料の注2・3減算**（紹介・逆紹介割合の基準を下回る病院において「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」に該当した患者が対象）を算定した患者の主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 「悪性腫瘍」「指定難病」の割合は、外来診療料算定患者全体と比較して大きな差は認められなかった一方で、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」の割合は少ない傾向があった。

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	外来診療料注2・3減算の全算定回数		6,226	100.00
再掲	悪性腫瘍		940	15.10
	指定難病		157	2.52
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		610	9.80
1	前立腺肥大症	N40	231	3.71
2	乳癌	C509	167	2.68
3	遠視性乱視	H522	153	2.46
4	関節リウマチ	M0690	150	2.41
5	気管支喘息	J459	134	2.15
6	感音難聴	H905	114	1.83
7	術後乳癌	C509	104	1.67
8	アトピー性皮膚炎	L209	102	1.64
9	近視性乱視	H522	100	1.61
10	子宮筋腫	D259	86	1.38
11	前立腺癌	C61	84	1.35
12	COVID-19	U071	81	1.30
12	糖尿病	E14	81	1.30
14	慢性副鼻腔炎	J329	80	1.28
15	突発性難聴	H912	67	1.08
16	子宮腔部びらん	N86	62	1.00
17	本態性高血圧症	I10	60	0.96
18	高血圧症	I10	51	0.82
19	間質性肺炎	J849	48	0.77
19	肺癌	C349	48	0.77
21	大腸ポリープ	K635	46	0.74
21	末期腎不全	N185	46	0.74
21	神経因性膀胱	N319	46	0.74
24	胸部異常陰影	R91	45	0.72

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月	
			回数	構成比(%)
25	上葉肺癌	C341	44	0.71
25	末梢性めまい症	H813	44	0.71
27	過活動膀胱	N328	43	0.69
28	アレルギー性鼻炎	J304	40	0.64
28	扁桃肥大	J351	40	0.64
30	湿疹	L309	35	0.56
30	肺非結核性抗酸菌症	A310	35	0.56
30	下葉肺癌	C343	35	0.56
30	肺炎	J189	35	0.56
34	卵巣のう腫	D27	34	0.55
34	潰瘍性大腸炎	K519	34	0.55
36	尿管結石性閉塞を伴う水腎症	N132	33	0.53
36	化学物質過敏症	T659	33	0.53
36	逆流性食道炎	K210	33	0.53
36	非結核性抗酸菌症	A319	33	0.53
40	乳腺症	N649	32	0.51
41	肩腱板断裂	S460	31	0.50
41	変形性股関節症	M169	31	0.50
43	睡眠時無呼吸症候群	G473	30	0.48
44	喉頭腫瘍	D380	29	0.47
45	胃癌	C169	28	0.45
45	萎縮性胃炎	K294	28	0.45
45	食物アレルギー	T781	28	0.45
48	顔面神経麻痺	G510	27	0.43
49	慢性閉塞性肺疾患	J449	25	0.40
49	慢性腎不全	N189	25	0.40

その他の大病院における外来診療料算定患者の主傷病名

- 特定機能病院、地域医療支援病院又は紹介重点医療機関以外の病院であって、許可病床数400床以上かつ一般病床数200床以上の病院において、外来診療料を算定した患者の主傷病名の上位50位は以下の通り。
- 「悪性腫瘍」の患者は約15%程度、「指定難病」の患者は約2%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約13%程度であった。

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	外来診療料算定患者の全算定回数		2,223,803	100
再掲	悪性腫瘍		107,459	14.52
	指定難病		12,317	1.66
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		97,663	13.2
1	高血圧症	I10	15,223	2.06
2	2型糖尿病	E11	12,590	1.7
3	前立腺癌	C61	12,058	1.63
4	糖尿病	E14	9,614	1.3
5	慢性腎不全	N189	8,339	1.13
6	前立腺肥大症	N40	7,461	1.01
7	腰部脊柱管狭窄症	M4806	7,129	0.96
8	乳癌	C509	7,126	0.96
9	変形性膝関節症	M171	6,962	0.94
10	大腸ポリープ	K635	5,827	0.79
11	気管支喘息	J459	5,295	0.72
12	末期腎不全	N185	5,233	0.71
13	胃癌	C169	5,191	0.7
14	関節リウマチ	M0690	4,945	0.67
15	てんかん	G409	4,482	0.61
16	骨粗鬆症	M8199	4,310	0.58
17	アレルギー性鼻炎	J304	4,139	0.56
18	大腸癌	C189	4,040	0.55
19	緑内障	H409	4,038	0.55
20	便秘症	K590	3,948	0.53
21	睡眠時無呼吸症候群	G473	3,843	0.52
22	うつ病	F329	3,749	0.51
23	COVID-19	U071	3,588	0.48
24	統合失調症	F209	3,532	0.48

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月	
			回数	構成比(%)
25	狭心症	I209	3,469	0.47
26	腰痛症	M5456	3,434	0.46
27	鉄欠乏性貧血	D509	3,398	0.46
28	不眠症	G470	3,228	0.44
29	直腸癌	C20	3,199	0.43
30	高コレステロール血症	E780	3,196	0.43
31	膀胱癌	C679	3,196	0.43
32	うつ血性心不全	I500	3,161	0.43
33	湿疹	L309	3,147	0.43
34	アルツハイマー型認知症	G309	2,993	0.4
35	脳梗塞	I639	2,990	0.4
36	急性上気道炎	J069	2,938	0.4
37	乳房上外側部乳癌	C504	2,899	0.39
38	肺癌	C349	2,869	0.39
39	皮脂欠乏性湿疹	L853	2,817	0.38
40	2型糖尿病・糖尿病性合併症なし	E119	2,698	0.36
41	アトピー性皮膚炎	L209	2,564	0.35
42	パーキンソン病	G20	2,538	0.34
43	糖尿病網膜症	E143	2,517	0.34
44	近視性乱視	H522	2,492	0.34
45	子宮筋腫	D259	2,491	0.34
46	慢性胃炎	K295	2,472	0.33
47	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	2,454	0.33
48	労作性狭心症	I208	2,442	0.33
49	慢性心不全	I509	2,380	0.32
50	子宮頸癌	C539	2,323	0.31

その他の大病院における外来診療料減算患者の主傷病名

- 特定機能病院、地域医療支援病院又は紹介重点医療機関**以外**の病院であって、許可病床数400床以上かつ一般病床数200床以上の病院において、**外来診療料の注2・3減算**（紹介・逆紹介割合の基準を下回る病院において「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」に該当した患者が対象）を算定した患者の主傷病名の上位35位は以下の通り。
- 「悪性腫瘍」の患者は約1%程度、「指定難病」の患者は約3%程度であり、外来診療料算定患者全体と比較して異なる傾向があった一方で、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」の割合には大きな差はなかった。

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	外来診療料注2・3減算の全算定回数		2,265	100.00
再掲	悪性腫瘍		23	1.02
	指定難病		69	3.05
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		326	14.39
1	高血圧症	I10	231	10.20
2	睡眠時無呼吸症候群	G473	121	5.34
3	2型糖尿病	E11	100	4.42
4	脳性麻痺	G809	99	4.37
5	骨粗鬆症	M8199	53	2.34
6	脳梗塞	I639	41	1.81
7	慢性腰痛症	M5456	40	1.77
8	脂質異常症	E785	39	1.72
9	慢性閉塞性肺疾患	J449	34	1.50
10	高脂血症	E785	33	1.46
11	腰痛症	M5456	26	1.15
12	糖尿病	E14	24	1.06
13	気管支喘息	J459	23	1.02
13	腰部脊柱管狭窄症	M4806	23	1.02
15	脳出血	I619	22	0.97
16	ダウン症候群	Q909	21	0.93
16	変形性膝関節症	M171	21	0.93
18	被殻出血	I610	20	0.88
18	アレルギー性鼻炎	J304	20	0.88

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
20	インフルエンザ	J111	18	0.79
20	染色体異常	Q999	18	0.79
22	感音難聴	H905	17	0.75
22	変形性腰椎症	M4786	17	0.75
22	便秘症	K590	17	0.75
25	腺腫様甲状腺腫	E049	15	0.66
25	パーキンソン病 Y a h r 3	G20	15	0.66
25	小頭症	Q02	15	0.66
28	自閉症スペクトラム障害	F849	13	0.57
28	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	K210	13	0.57
28	アトピー性皮膚炎	L209	13	0.57
31	慢性咽喉頭炎	J370	12	0.53
32	脳出血後遺症	I691	11	0.49
32	慢性副鼻腔炎	J329	11	0.49
32	狭心症	I209	11	0.49
35	低酸素性脳症	G931	10	0.44
35	前立腺肥大症	N40	10	0.44
35	頸肩腕症候群	M5312	10	0.44
35	痛風	M1009	10	0.44

3－3．特定機能病院等の再診患者について

①特定機能病院等の再診患者の特性について

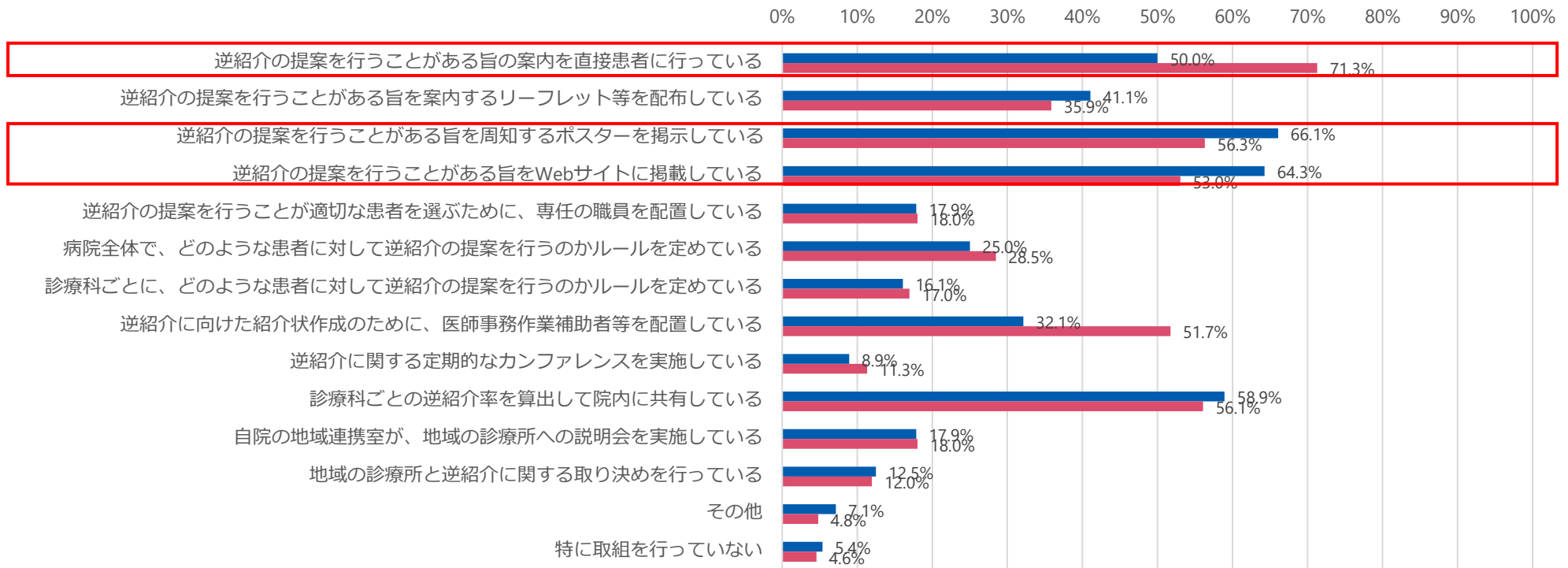
②再診患者の逆紹介を行う上での課題

③いわゆる「2人主治医制」について

診療所等への逆紹介に関する取組

- 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介重点医療機関・許可病床400床以上の病院における、診療所等への逆紹介に関する取組の状況は以下のとおり。
- 特定機能病院においては、「周知するポスターを掲示している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。

診療所等への逆紹介に関する取組

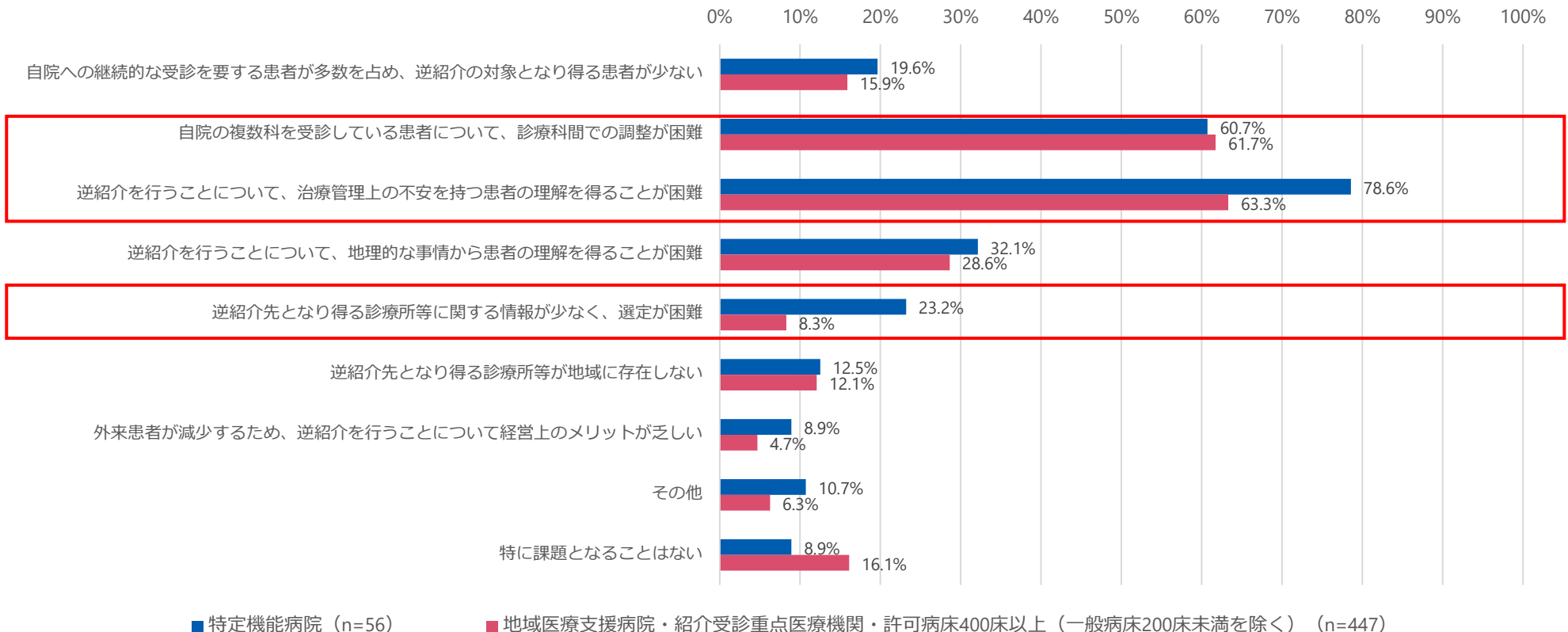


■ 特定機能病院 (n=56) ■ 地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く) (n=460)

再診患者の逆紹介を行う上での課題

- 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介重点医療機関・許可病床400床以上の病院における、再診患者の逆紹介を行う上での課題は以下のとおり。
- 「逆紹介を行うことについて、治療管理上の不安を持つ患者の理解を得ることが困難」が最も多く、次いで「自院の複数科を受診している患者について、診療科間での調整が困難」が多かった。

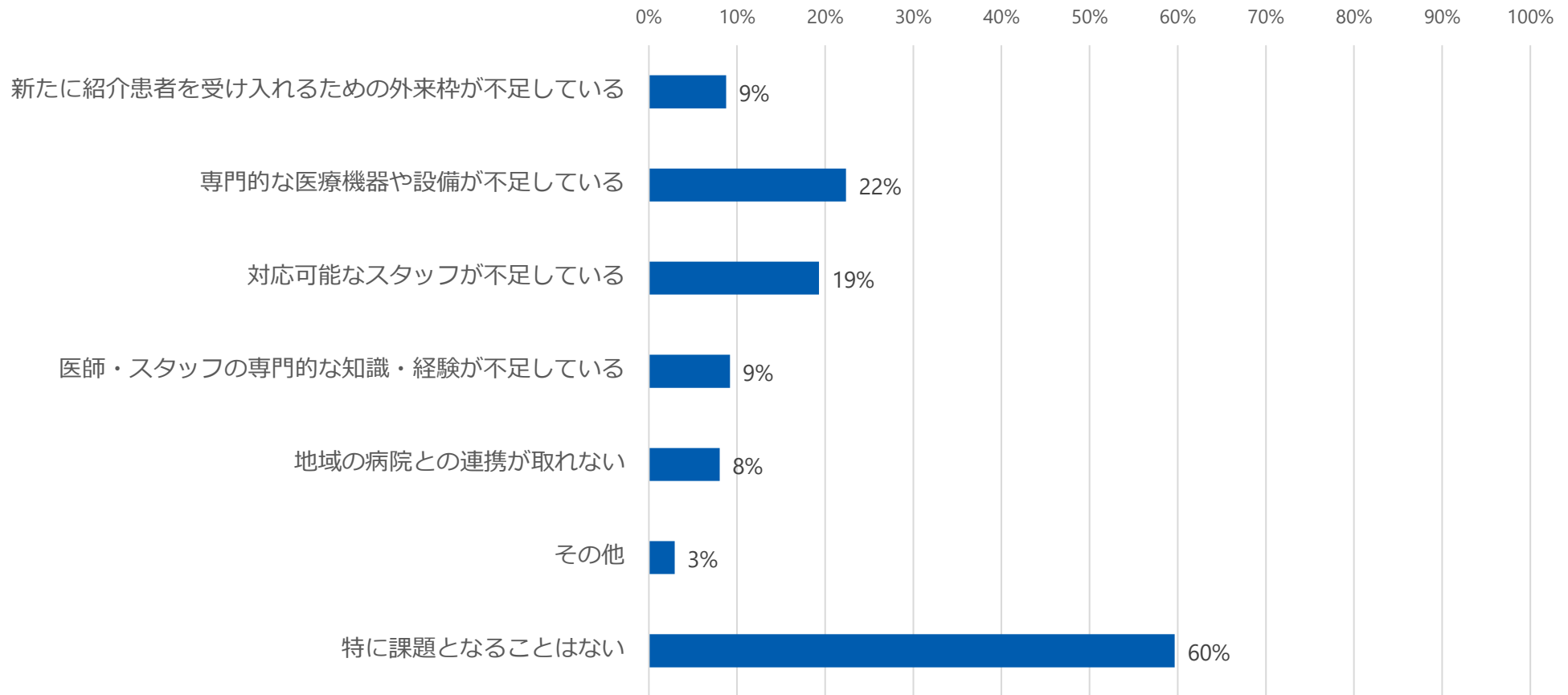
再診患者の逆紹介を行う上での課題



診療所における病院からの紹介患者受入の課題

- 診療所に対して、「病院からの紹介患者を受け入れる上での課題」について聞いたところ、「特に課題となることはない」が最も多く、次いで「専門的な医療機器や設備が不足している」「対応可能なスタッフが不足している」が多かった。

病院からの紹介患者を受け入れるうえでの課題(n=684)



3－3．特定機能病院等の再診患者について

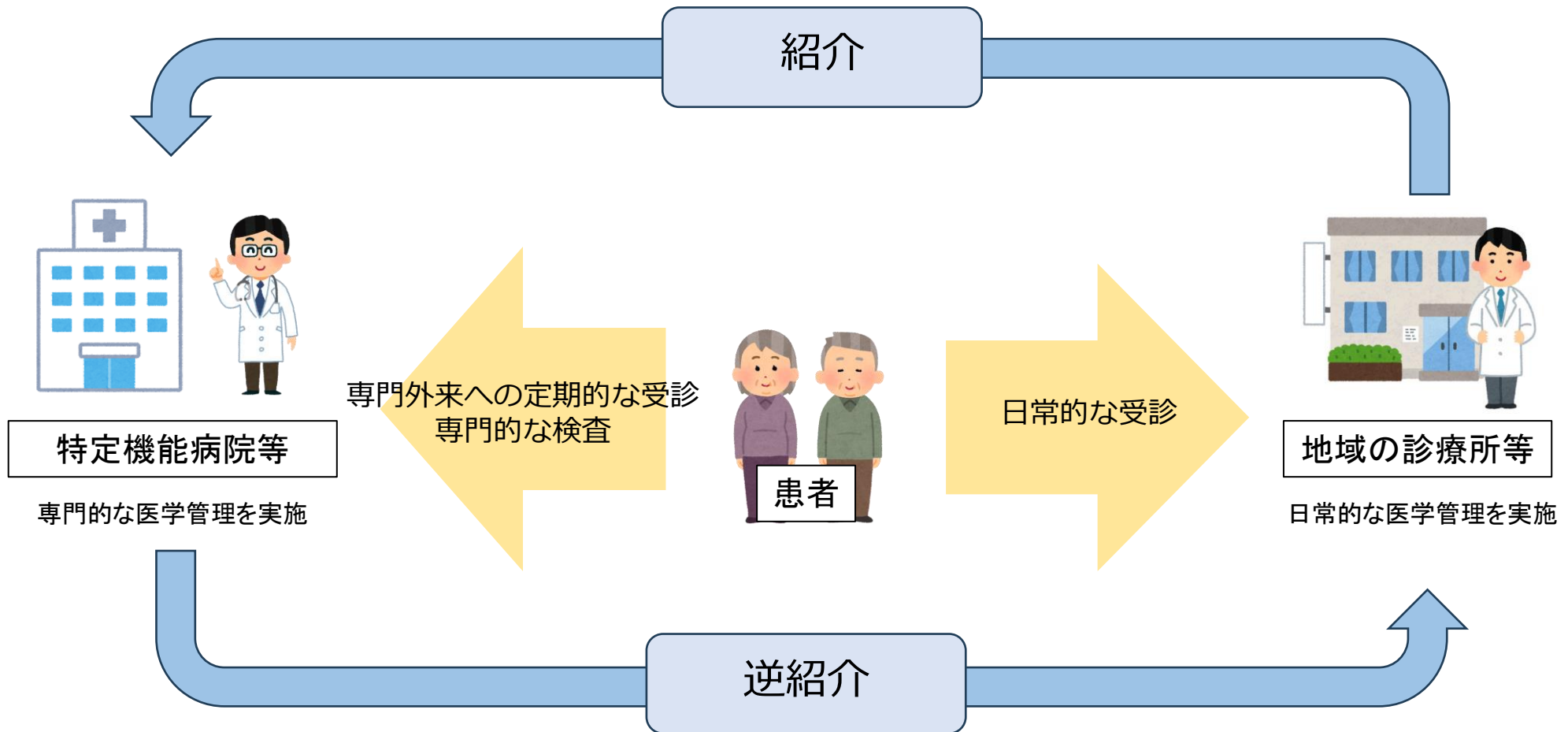
①特定機能病院等の再診患者の特性について

②再診患者の逆紹介を行う上での課題

③いわゆる「2人主治医制」について

(参考) いわゆる「2人主治医制」による疾患の継続管理

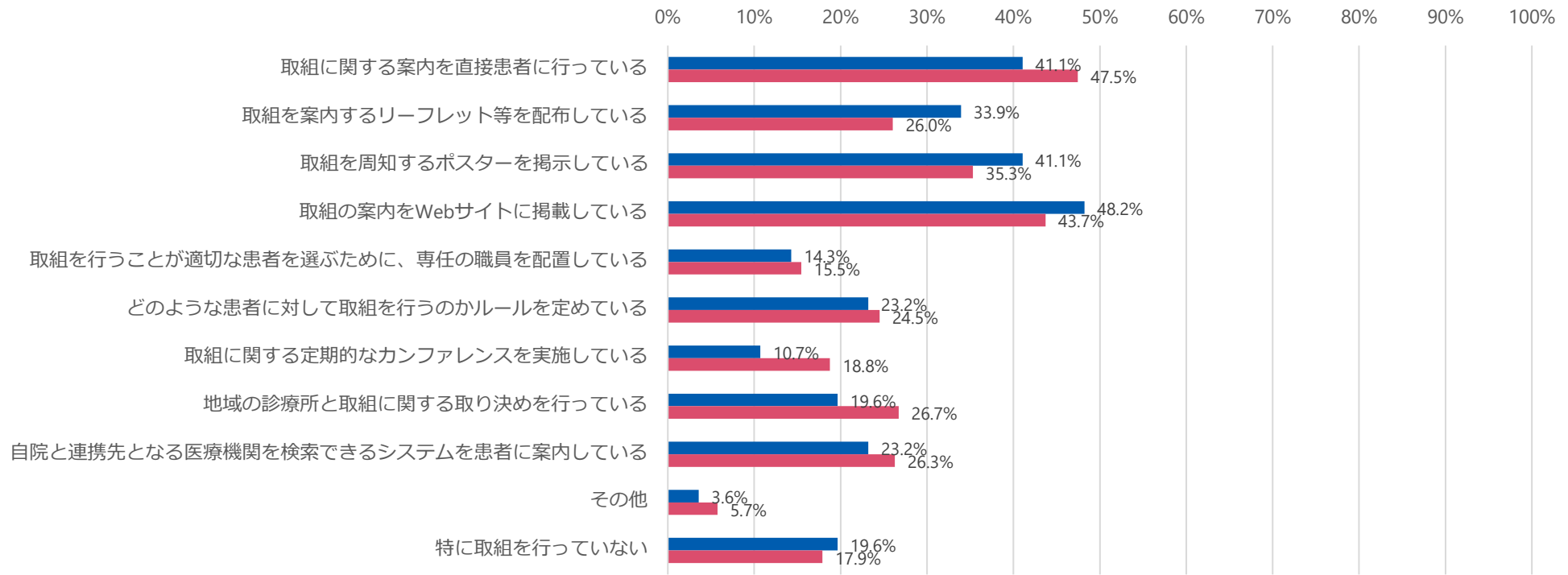
- 1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う、いわゆる「2人主治医制」を実施することについて、患者に周知している事例がある。



病院の専門医師と地域のかかりつけ医師との連携（病院）

- 特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介重点医療機関・許可病床400床以上の病院における、「1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組」の状況は以下のとおり。
- 特定機能病院においては、「案内をWebサイトに掲載している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組



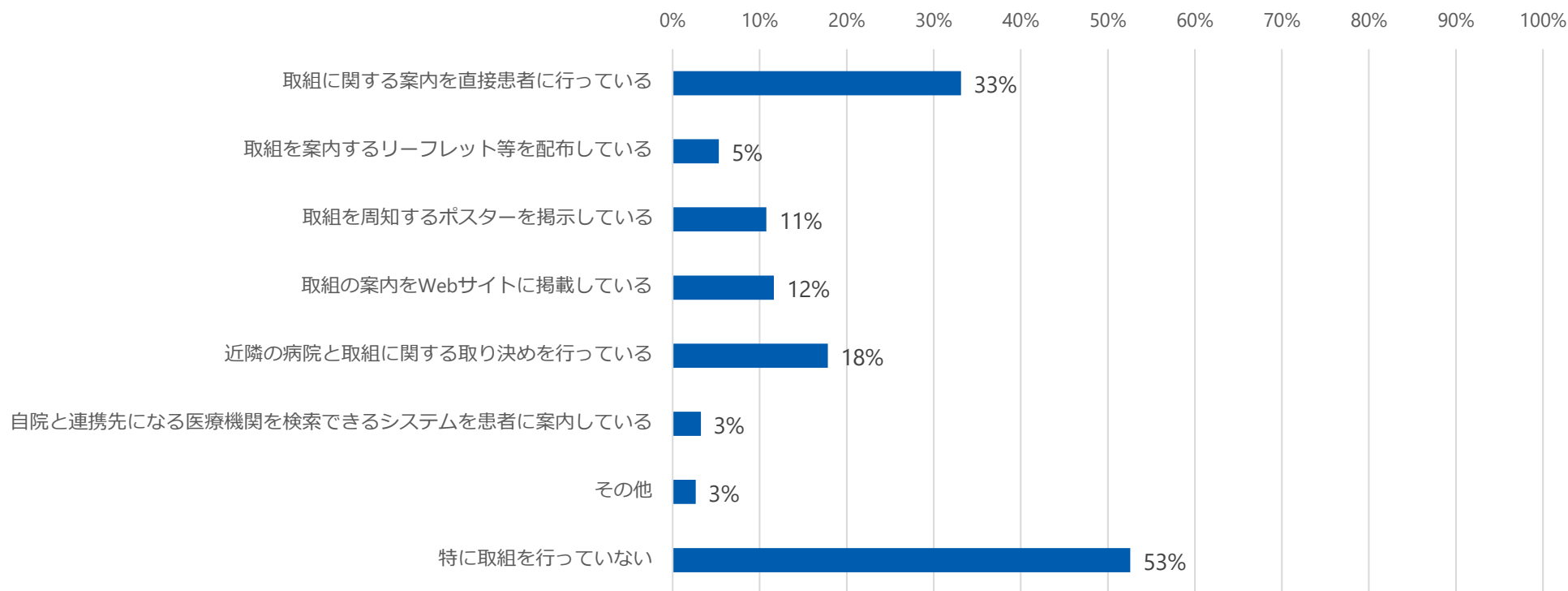
■ 特定機能病院（n=56） ■ 地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）（n=453）

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師との連携（診療所）

- 診療所における「1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組」の状況は以下のとおり。
- 「特に取組を行っていない」が最も多く、次いで「取組に関する案内を直接患者に行っている」「近隣の病院と取組に関する取り決めを行っている」が多かった。

1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組

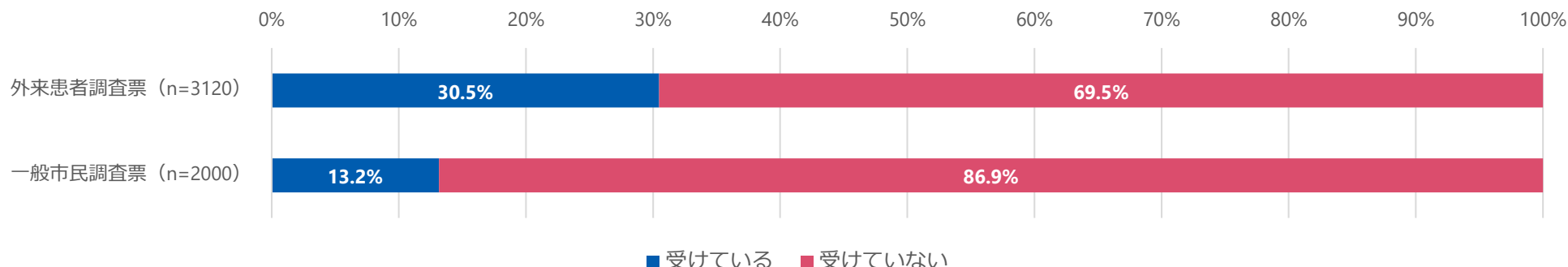
(n=679)



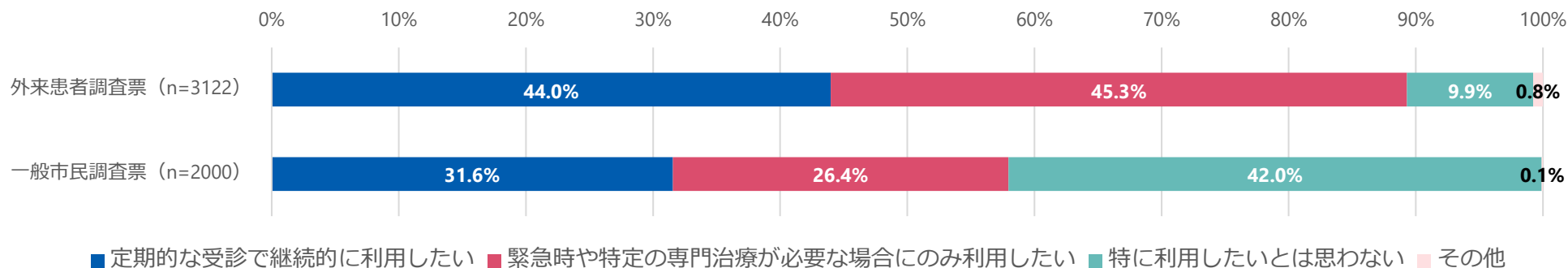
病院の専門医師と地域のかかりつけ医師との連携（患者意向）

- 患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について聞いたところ、「受けている」と回答した方は外来患者票では30.5%、一般の方向け票では13.2%であった。
- 同取組に関する意向を聞いたところ、「定期的な受診で継続的に利用したい」「緊急時や特定の専門治療が必要な場合にのみ利用したい」と回答した方はいずれも外来患者票で多く、それぞれ44.0%、45.3%であった。

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組を受けているか



病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組について、ご自身の考えに近いもの



現状と課題

(全人的な診療を必要とする患者について)

- ・ 「(認知症)地域包括診療料」「(認知症)地域包括診療加算」を算定された患者に占める65歳以上の患者の割合は、「(認知症)地域包括診療料」では約93%であり、「(認知症)地域包括診療加算」では約77%であった。
- ・ 診療所における検査体制は、いずれの検査項目についても、機能強化加算の算定医療機関において、より早期に結果を出せる体制が確保されている傾向があった。
- ・ 薬剤適正使用連携加算を算定していない理由は、「当該加算の存在を知らなかったため」が最も多く、次いで「内服薬の種類数を減らすことが困難である患者が多いため」が多かった。
- ・ 糖尿病高齢者における栄養管理に関するレビューによれば、年齢の進行に伴い、食事指導において重視される点が変化するとされている。

(生活習慣病管理料について)

- ・ 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する場合、医学管理料のうち、悪性腫瘍に関する医学管理料(がん性疼痛緩和指導管理料)や、書類作成に関する評価(診療情報提供料等)の一部が別途出来高算定が可能である一方で、悪性腫瘍特異物質治療管理料や傷病手当金意見書交付料については包括されている。また、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)ともに、糖尿病を主病とした場合は、他疾患に対して在宅自己注射を行う場合であっても、在宅自己注射指導管理料を算定できない。
- ・ 診療所における、主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」である外来患者について、6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を調べたところ、平均して1か月に1回以下の頻度で「再診料」を算定している患者は、約85%程度であった。また、診療所において「生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)」を平均して2か月に1回以下の頻度で算定している患者は、約50%前後であった。
- ・ 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)をそれぞれどのような患者に対して算定するのかについては、それぞれ個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断するものとしている。
- ・ 生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定しない理由をそれぞれ聞いたところ、「生活習慣病の受診を開始したばかりの患者」「疾病のコントロールが不良な患者」「検査の頻度が多い患者」について、(Ⅰ)と(Ⅱ)での回答傾向が異なっていた。また、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の両方を算定している医療機関に対する調査では、「受診頻度が2か月に1回より少ない患者」「検査の頻度が2か月に1回より少ない患者」については、「生活習慣病管理料(Ⅰ)」の算定が多く、その他の患者については、「生活習慣病管理料(Ⅱ)」の算定が多い傾向があった。
- ・ 生活習慣病管理料(Ⅰ)で包括される「第3部 検査」「第6部 注射」「第13部 病理診断」に含まれる各項目は、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定する患者と比較して、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する患者に対してより多く実施されていた。
- ・ 検査料が包括される生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定患者の約10~20%の患者は、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定しない月に検査を受けていた。
- ・ 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した外来患者について、6か月あたりの血液検査算定回数を調べたところ、平均して6か月に2回以下の頻度で算定している患者が、全体の約7~9割以上であった。6か月に1回も算定がない患者も一定数を占めていた。
- ・ 生活習慣病管理料(現在の「生活習慣病管理料(Ⅰ)」に相当)を算定された患者について、他の医療機関への受診も含む受診継続率は、医療機関ごとにはばらつきがあった。また、同一医療機関における同一管理料の継続算定率との差は5~20%程度であった。

現状と課題

(特定機能病院等の再診患者について)

- ・ 外来診療料の注2、3減算の算定が1回以上あった病院の割合は、いずれの区分においても10%未満であり、特定機能病院においては0%であった。
- ・ 外来診療料を算定した患者の主傷病名は、
 - ・ 特定機能病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約18%程度、「指定難病」の患者は約4%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約16%程度であった。
 - ・ 地域医療支援病院又は紹介重点医療機関であって許可病床数200床以上の病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約14%程度、「指定難病」の患者は約2%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約15%程度であった。
 - ・ その他の大病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約15%程度、「指定難病」の患者は約2%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約13%程度であった。
- ・ 外来診療料の注2・3減算を算定した患者の主傷病名は、地域医療支援病院又は紹介重点医療機関であって許可病床数200床以上の病院においては、「悪性腫瘍」「指定難病」の割合は、外来診療料算定患者全体と比較して大きな差は認められなかった一方で、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」の割合は少ない傾向があった。その他の大病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約1%程度、「指定難病」の患者は約3%程度であり、外来診療料算定患者全体と比較して異なる傾向があった一方で、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」の割合には大きな差はなかった。
- ・ 特定機能病院においては、「周知するポスターを掲示している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。
- ・ 再診患者の逆紹介を行う上での課題としては、「逆紹介を行うことについて、治療管理上の不安を持つ患者の理解を得ることが困難」が最も多く、次いで「自院の複数科を受診している患者について、診療科間での調整が困難」が多かった。
- ・ いわゆる「2人主治医制」とは、1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組を指す。その取組状況を調査したところ、
 - ・ 特定機能病院においては、「案内をWebサイトに掲載している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。
 - ・ 診療所においては、「特に取組を行っていない」が最も多く、次いで「取組に関する案内を直接患者に行っている」「近隣の病院と取組に関する取り決めを行っている」が多かった。

【課題】

- 複数疾患や生活の場を含めた全人的な診療を必要とする患者の特性等について、どのように評価するか。
- 令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する患者の特性等について、どのように評価するか。
- 特定機能病院等の再診患者の特性や、地域の診療所と連携して診療にあたっている患者の現状について、どのように評価するか。
- 特定機能病院等が再診患者の逆紹介を行う上での課題や、診療所において病院からの紹介患者を受け入れる上での課題、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について、どのように評価するか。

1. 高度急性期入院医療について（その2）
2. 入退院支援（その2）
3. 外来医療について（その3）
4. データ提出加算（その2）

4. データ提出加算（その2）

4－1. データ提出加算の届出を要件とする入院料について

4－2. 様式1の見直しについて

4－3. 外来データの更なる活用について

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料は漸次拡大されてきた。

- 1 データ提出加算 1
 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **145点**
 □ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **215点**

- 2 データ提出加算 2
 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **155点**
 □ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **225点**

注 データ提出加算 1 及び 2 について **入院初日に限り加算する。**

- 3 データ提出加算 3
 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **145点**
 □ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **215点**

- 4 データ提出加算 4
 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **155点**
 □ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **225点**

注 データ提出加算 3 及び 4 について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

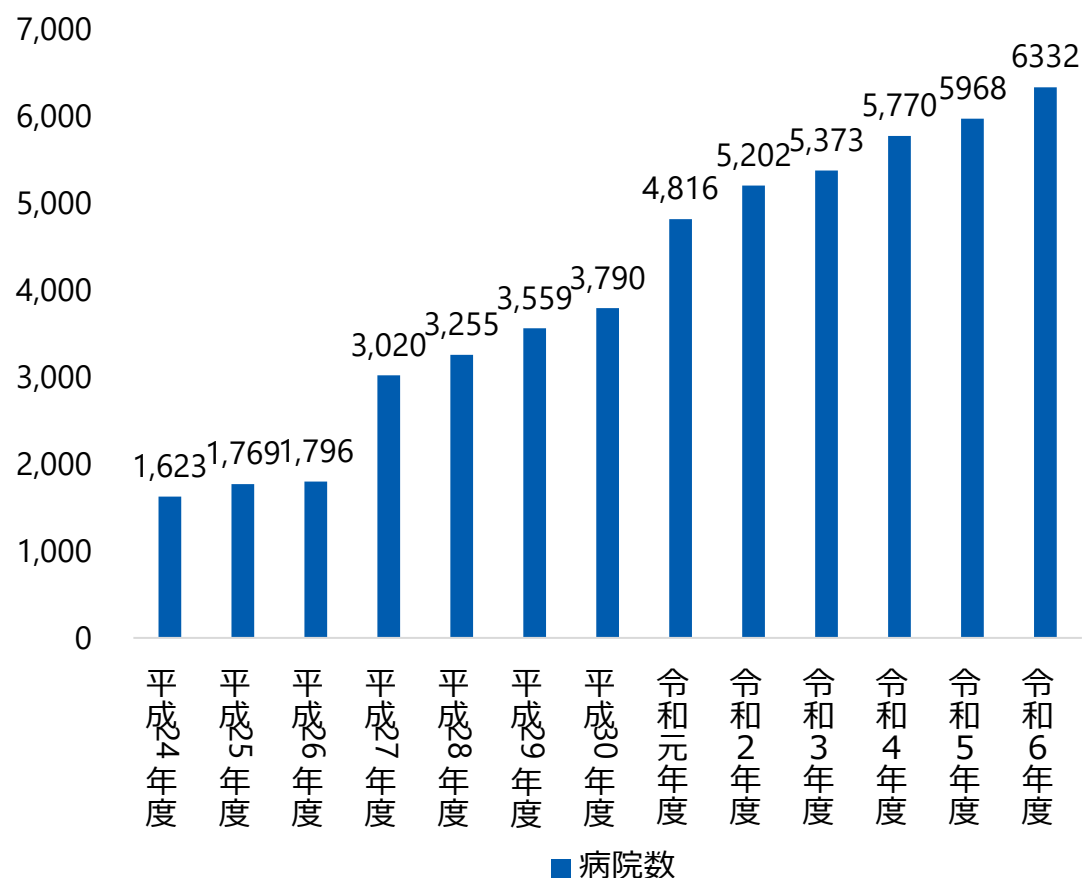
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般 1 特定機能病院（7対1） 専門病院（7対1） 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般 2～6 特定機能病院（10対1） 専門病院（10対1）	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
回復期リハビリテーション病棟 1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟 5 療養病棟入院基本料	平成30年度以降 データの提出が必須	令和2年度以降 データの提出が必須（経過措置②ア※1）
地域一般入院料 1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	令和4年度以降 データの提出が必須	令和4年度以降 データの提出が必須 （経過措置②ア）
精神病棟入院基本料（10対1、13対1） 精神科急性期治療病棟入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料	令和6年度以降データの提出が必須（経過措置①、②イ）	
地域包括医療病棟※2	令和6年度以降データの提出が必須	
精神科地域包括ケア病棟入院料※2	令和7年10月以降データの提出が必須	

※1 経過措置区分については後述 ※2 R6改定で新設された入院料

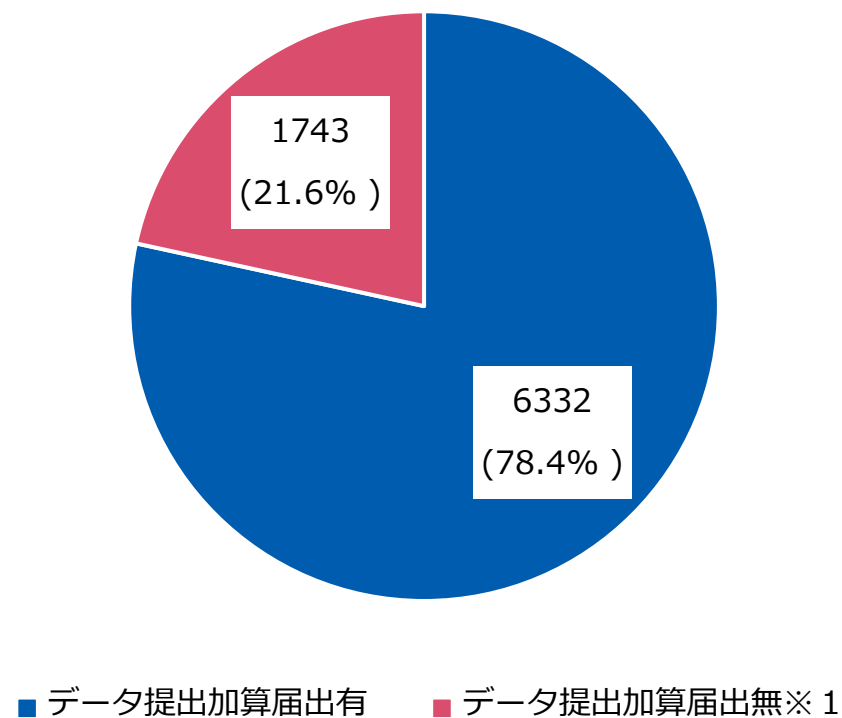
データ提出加算の届出医療機関数の推移及び割合

- 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であり、経時的に増加している。
- また、全病院のうち、令和6年8月時点において、データ提出加算を届け出ている病院の割合は78.4%であった。（令和4年7月時点は70.6%）

データ提出加算の届出医療機関数の推移



データ提出加算の届出を行う病院の割合



データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

➤ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）
C	<u>精神病棟入院基本料（10対1、13対1）</u> <u>精神科急性期治療病棟入院料</u> <u>児童・思春期精神科入院医療管理料</u>	規定なし → <u>データの提出が必須</u> （経過措置①、②イ）

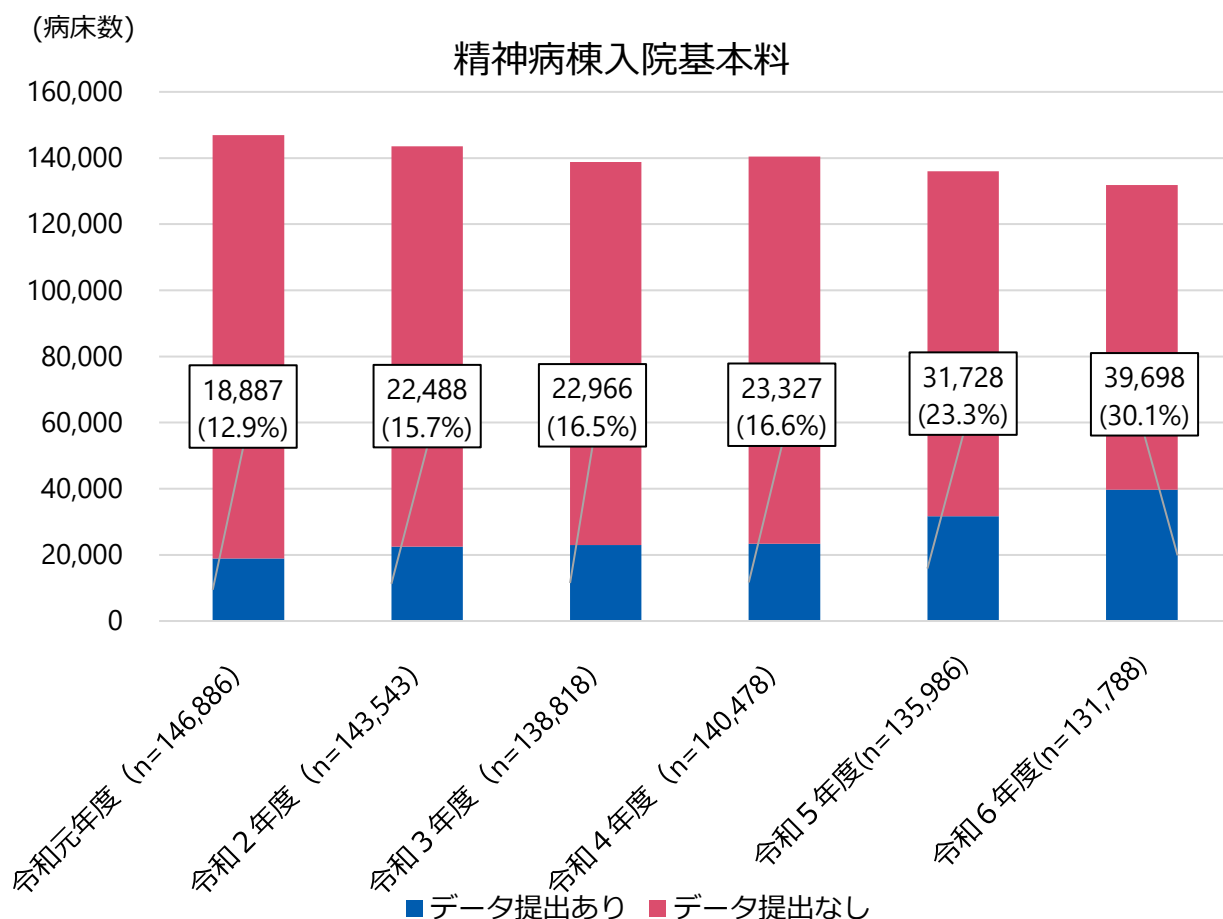
〔経過措置〕（概要）

- ① 令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ② 令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
 - ア 「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの
 - イ 「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

➤ 地域一般入院料3及び療養病棟入院料2のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。

D P Cデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

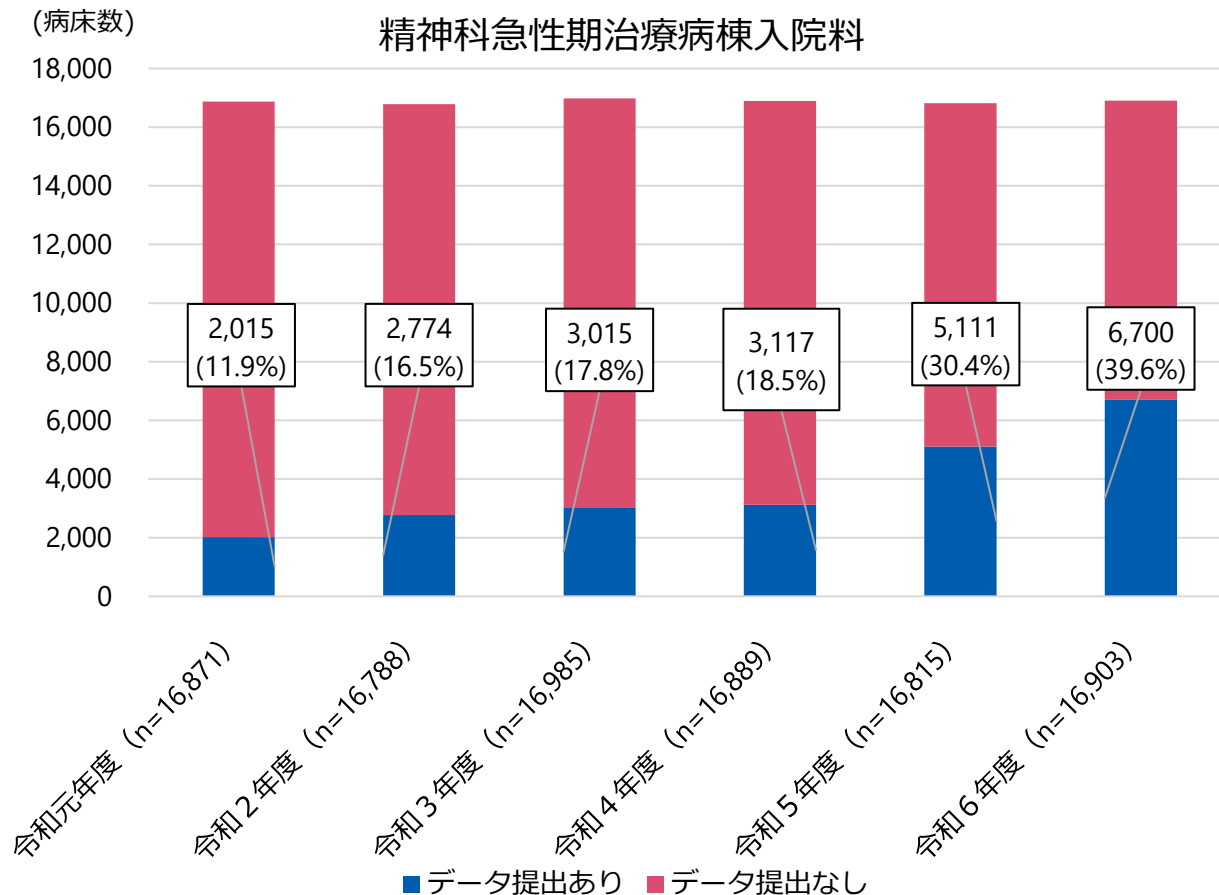
- 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
- 当該基本料の総病床数に占める、DPCデータを提出している病床数の割合は経時的に増加しており、令和6年度においては、30.1%を占めていた。



入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神病棟	39,698/ 131,788	30.1%

D P Cデータを提出している病床：精神科急性期治療病棟入院料

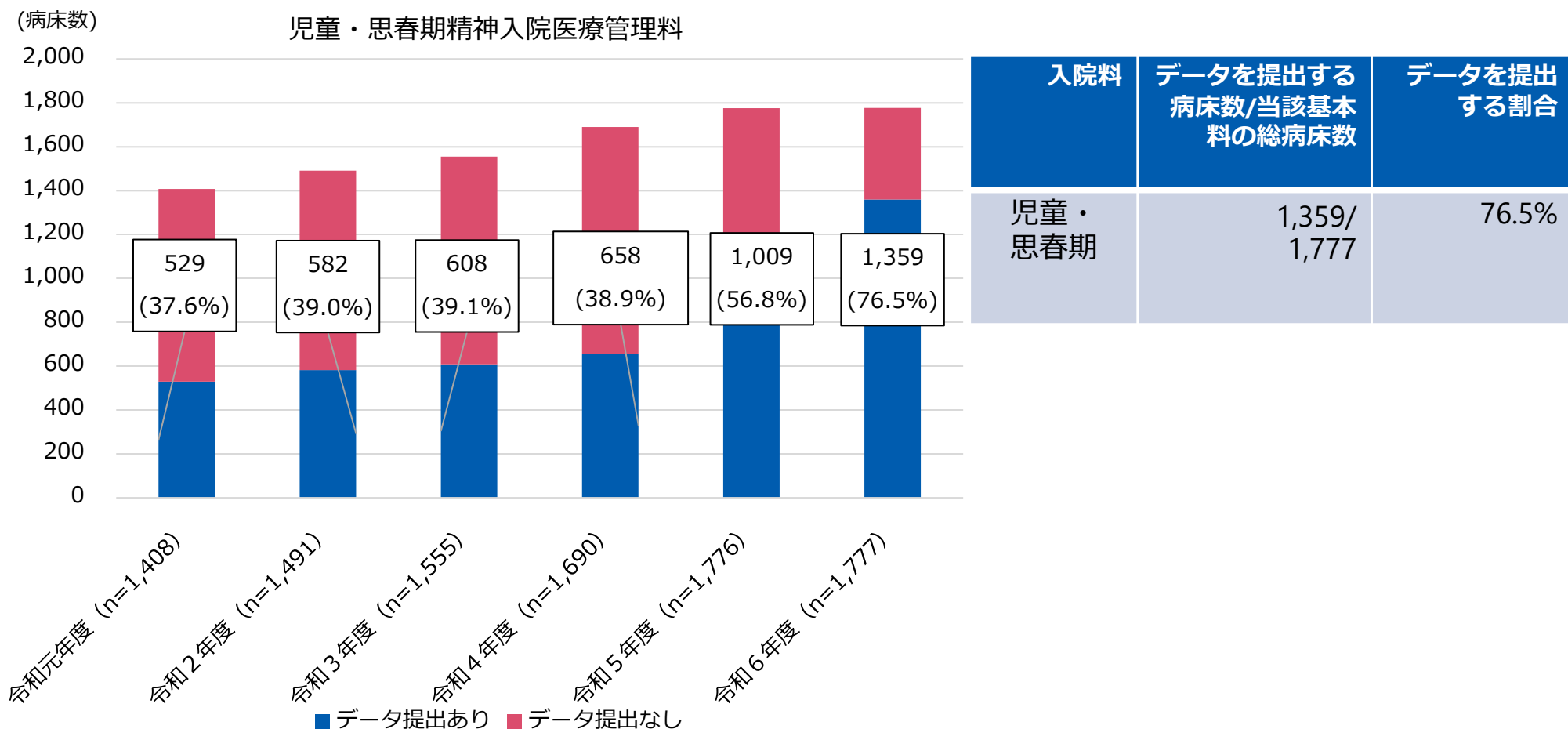
- 精神科急性期治療病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
- 当該基本料の総病床数に占める、DPCデータを提出している病床数の割合は経時的に増加しており、令和6年度においては、39.6%を占めていた。



入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出 する割合
精神科 急性期 1, 2	6,700/ 16,903	39.6%

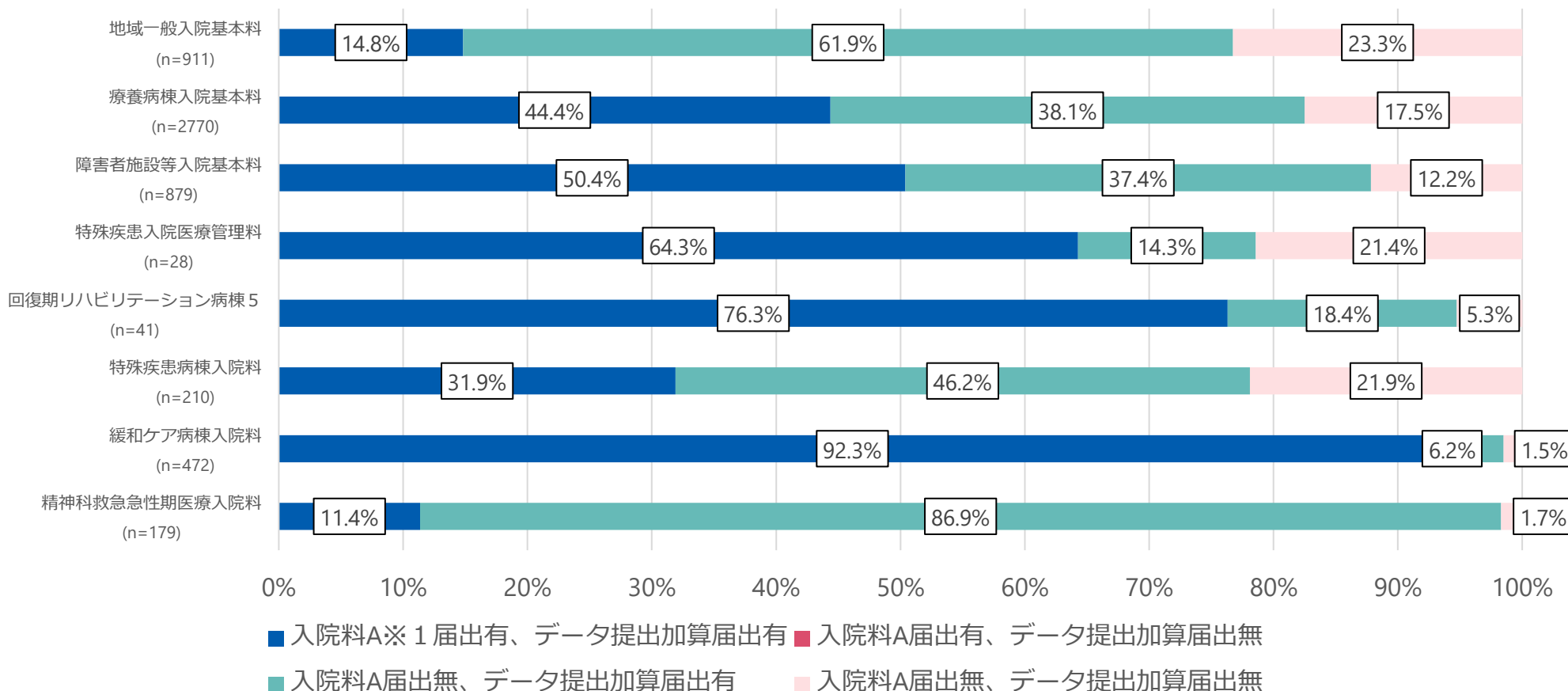
D P Cデータを提出している病床：児童・思春期精神科入院医療管理料

- 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
- 当該基本料の総病床数に占める、DPCデータを提出している病床数の割合は経時的に増加しており、令和6年度においては、76.5%を占めていた。



新たにデータ提出加算の届出が要件とされた入院料について①

- 令和4年度診療報酬改定において新たにデータ提出加算の届出が要件とされた入院料を算定する医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおり。
- 多くの入院料においては、経過措置の対象となりうる「入院料A（※1）届出無、データ提出加算届出無」の割合が3割を下回っていた。

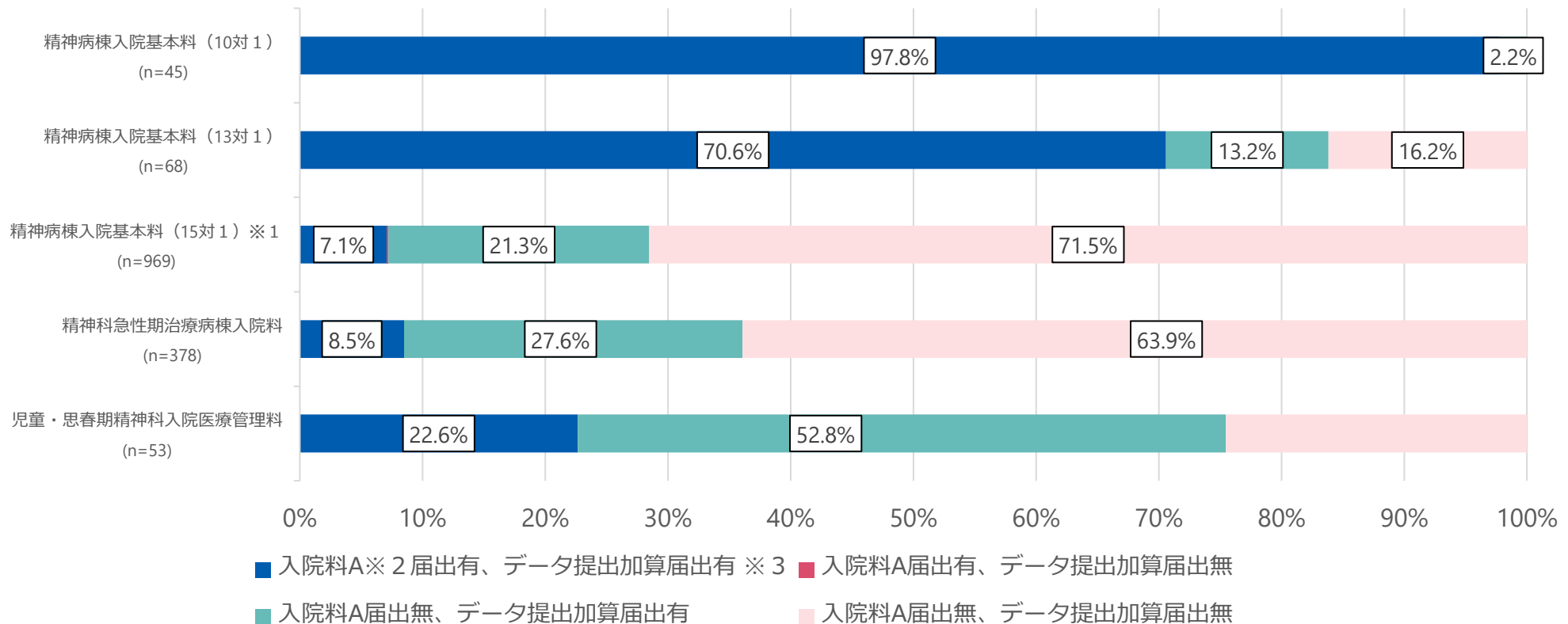


出典：保険局医療課調べ、（令和6年8月1日時点）

※1 急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）、地域包括ケア病棟入院料、及び回復期リハビリテーション病棟入院料1～4を指す。なお、これらを算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関においては、一定の条件の下、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなすこととしている。

新たにデータ提出加算の届出が要件とされた入院料について②

- 令和6年度診療報酬改定において新たにデータ提出加算の届出が要件とされた入院料及び「精神病棟入院基本料（15対1）」（※1）を算定する医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおり。
- 「精神病棟入院基本料（10対1）」等の一部の入院料においては、経過措置の対象となりうる「入院料A（※2）届出無、データ提出加算届出無」の割合が3割を下回っていた一方で、「精神病棟入院基本料（13対1）」については、「入院料A届出無、データ提出加算届出無」の医療機関の割合が6割を上回っていた。



出典：保険局医療課調べ、（令和6年8月1日時点）

※1 精神病棟入院基本料（15対1）については、データ提出加算の届出は要件となっていない。

※2 急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）、地域包括ケア病棟入院料、及び回復期リハビリテーション病棟入院料1～4を指す。なお、これらを算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関においては、一定の条件の下、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなすこととしている。

4. データ提出加算（その2）

4－1. データ提出加算の届出を要件とする入院料について

4－2. 様式1の見直しについて

4－3. 外来データの更なる活用について

15－10．データ提出加算・退院患者調査について

（分科会での評価・分析に関する意見）

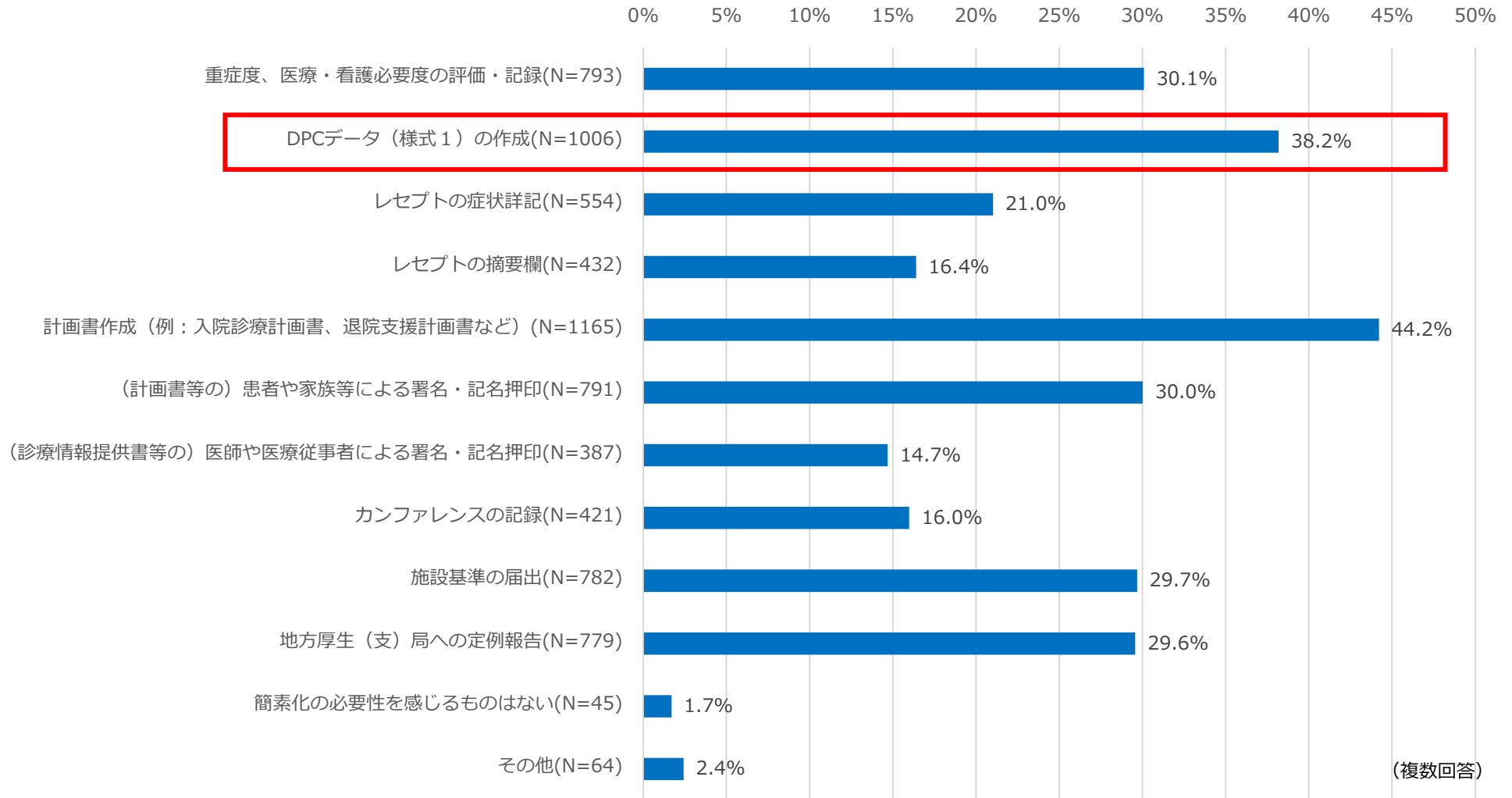
- データの入力は医療機関の負担となっており、調査項目を見直すべきではないかとの意見があった。
- 特に、外来データ提出加算における検査値等の入力については、負担が大きいのではないかとの意見があった。
- 提出されたデータについては、施設基準の届出等における医療機関の負担軽減といった観点からも活用しうるのではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 医療機関の負担軽減に向けて、様式の簡素化やデータの更なる活用等の検討に資するよう、データ提出加算等によってのみ収集できる情報と、それ以外のデータベース等でも収集している情報等について、整理を進める。

記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるもの

- 診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものは、「計画書作成」が最も多く（44.2%）、次いで「DPCデータ（様式1）の作成」が多かった（38.2%）。



様式 1 において入力を求めるデータについて

- DPCデータ及び外来・在宅・リハビリデータ（以下「DPCデータ等」という）の様式 1 において入力を求めているデータのうち、主として診療報酬改定のために必要な情報の中には、入院全期間の評価が必要な項目や、検査値等、入力の負荷が特に大きいと考えられるものが一定数存在する。

【DPCデータ】

大分類	中分類	具体例
主として診療報酬改定のために収集する情報	入力の負荷が特に大きいもの （入院全期間の評価が必要なもの 等）	障害福祉サービス等事業所との面談回数、作業療法士による個別作業療法の実施回数
	入力の負荷が中程度のもの （特定の時点における評価が必要なもの 等）	入院時のADL、様式 1 開始日時点の低栄養の有無
	入力の負荷が小さいもの （一般的な診療において収集される情報 等）	生年月日、性別
診断群分類の検討等のために収集する情報	-	解離性大動脈解離におけるStanfordA/B型、急性心不全におけるKillip分類
医療の質に関する情報（任意※）	-	転棟・転落回数、手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与

【外来・在宅・リハビリデータ】

大分類	中分類	具体例
主として診療報酬改定のために収集する情報	入力の負荷が特に大きいもの （検査値等、経時的に評価を行う必要がある情報 等）	LDLコレステロール・HbA1c値（外来）、ブリストルスケール（在宅）
	入力の負荷が中程度のもの （イベントの発生時点における評価が必要なもの 一度評価を行えば原則として再評価が不要なもの 等）	直近の救急受診（在宅）、人工肛門の有無（在宅）
	入力の負荷が小さいもの （一般的な診療において収集される情報 等）	生年月日、性別

※ 入力は必須ではないが、DPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱの評価対象となる。

入院対象の疾患割合が定められている病棟における対象疾患の追加

- データ提出加算の対象病棟は年々拡大しており、障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料を算定する病棟においても、データ提出を行う病棟が多くなっている。
- これらの病棟では、入院患者のうち対象となる疾患や病態の割合が施設基準として定められている。しかし、現行の様式1においては、入院の主傷病、併存疾患、入院後の合併症は記録されるものの、身体障害児（者）といった元々の状態の記録方法は医療機関等によって異なっており、対象疾患に該当しているか、またどの状態に該当しているかについては提出されたデータから把握できない。

入院対象の疾患・状態等の割合が定められている入院料の概要

入院料	対象となる患者	入院対象の疾患・状態等の割合
A106 障害者施設等入院基本料	・ 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。） ・ 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。） ・ 重度の意識障害者 ・ 筋ジストロフィー患者 ・ 難病患者等	7割以上
A306 特殊疾患入院医療管理料	・ 脊髄損傷等の重度障害者 ・ 重度の意識障害者 ・ 筋ジストロフィー患者 ・ 難病患者等	8割以上
A309 特殊疾患病棟入院料	入院料1 ・ 脊髄損傷等の重度障害者 ・ 重度の意識障害者 ・ 筋ジストロフィー患者 ・ 難病患者等 入院料2 ・ 重度の肢体不自由児（者）等（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。） ・ 重度の障害者	概ね 8割以上

障害者施設等入院基本料の患者傷病名

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 主傷病名として登録されたICD10は、患者数が多いものから以下のとおり。対象疾患ではなく、入院の主傷病名が登録されることから、診療報酬上の対象疾患を持つ患者の割合は把握しづらい。
- 主傷病名が廃用症候群である患者は5.4%であった。厚生局から単なる廃用症候群が肢体不自由として対象患者とされている可能性があることを指摘されている。

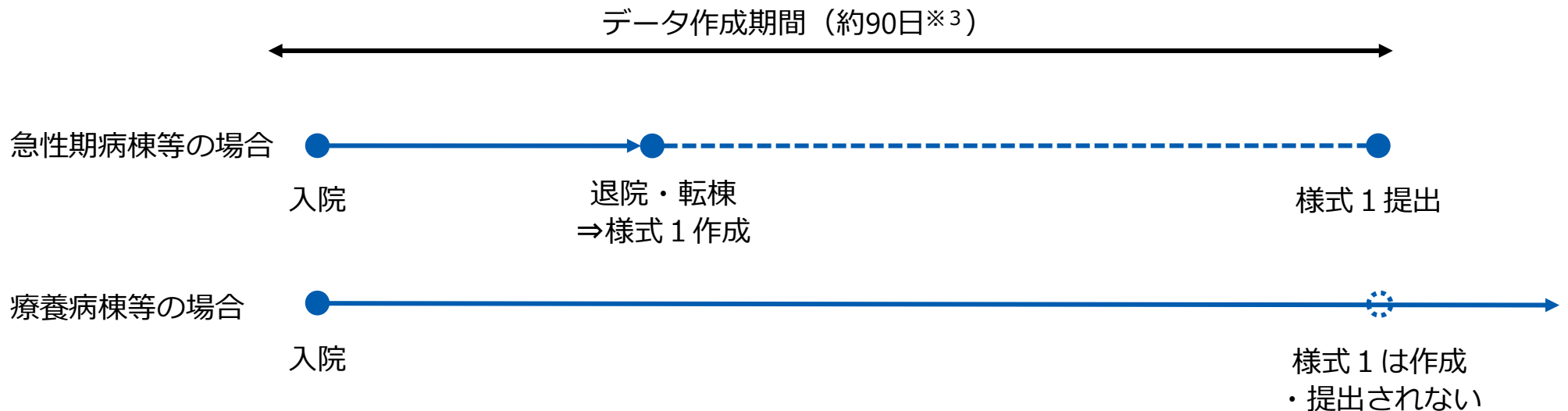
No.	主たる傷病名	症例割合
1	脳性麻痺	33.3%
2	廃用症候群	5.4%
3	てんかん	3.8%
4	低酸素性脳症	2.4%
5	末期腎不全	2.3%
6	重度知的障害	1.5%
7	慢性腎不全	1.5%
8	慢性呼吸不全	1.3%
9	誤嚥性肺炎	1.1%
10	症候性てんかん	1.0%
11	レット症候群	1.0%
12	慢性心不全	0.9%
13	脳炎後遺症	0.8%
14	水頭症	0.8%
15	高血圧症	0.8%

No.	主たる傷病名	症例割合
16	急性脳症	0.8%
17	脳挫傷	0.8%
18	ダウン症候群	0.8%
19	染色体異常	0.7%
20	アテトーシス型脳性麻痺	0.6%
21	頭部外傷後遺症	0.5%
22	脳症	0.5%
23	2型糖尿病	0.5%
24	大腿骨頸部骨折	0.5%
25	糖尿病	0.5%
26	脳性両麻痺	0.5%
27	髄膜炎後遺症	0.5%
28	難治性てんかん	0.5%
29	脳出血後遺症	0.5%
30	先天性脳奇形	0.5%

様式 1 の作成・提出スケジュールについて

- データ提出加算においては、退院・転棟等のタイミングで様式 1 ※¹を作成することとされている。
- 一方で、療養病棟の平均在院日数は約400日であるため※²、療養病棟において入院患者のデータが提出されるのは、入院から平均して1年以上先となる。

現状の様式 1 の作成・提出スケジュール



※ 1 性別、生年月日、病名、病期分類等の患者属性や病態等の情報

※ 2 出典：令和 6 年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（C票））

※ 3 診療報酬改定のスケジュール上、時期によっては、60日～120日となることもある。

4. データ提出加算（その2）

4－1. データ提出加算の届出を要件とする入院料について

4－2. 様式1の見直しについて

4－3. 外来データの更なる活用について

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

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

- 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。

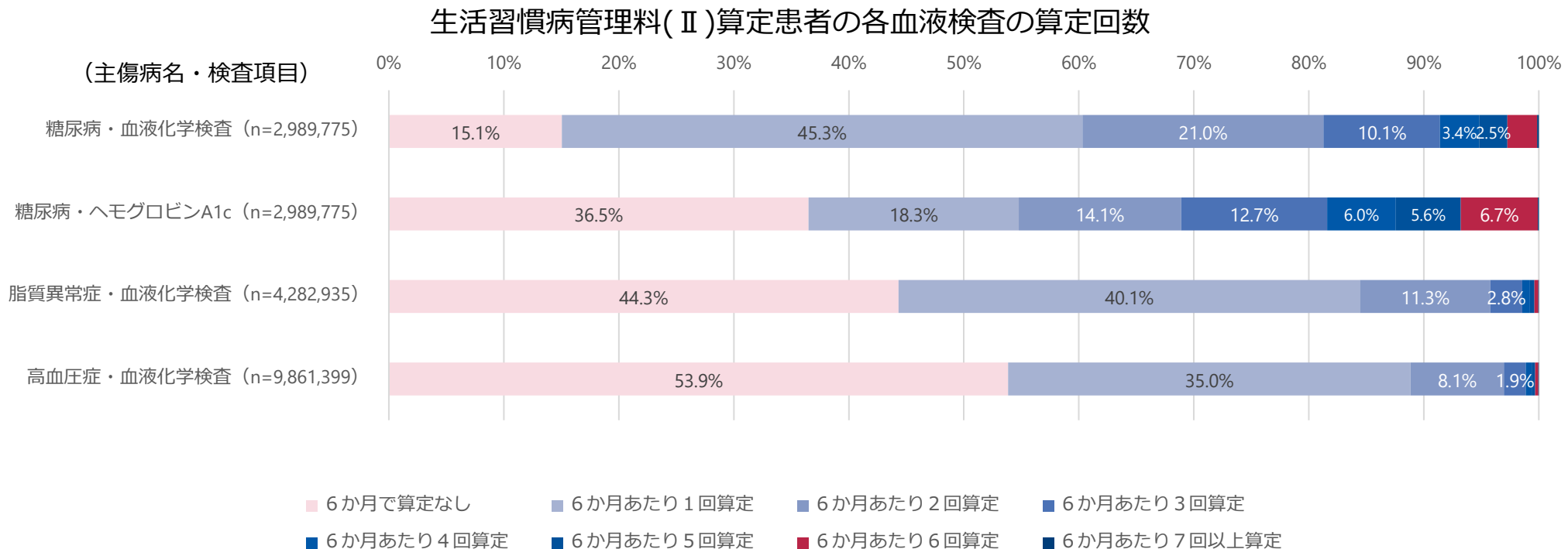
（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

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。

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定患者の血液検査算定回数（再掲）

- 主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」であり、6か月に1回以上生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した外来患者について、「血液化学検査（5項目以上）」「ヘモグロビンA1c」の6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を示したものは以下のとおり。
- いずれの区分においても、平均して6か月に2回以下の頻度で算定している患者が、全体の約7～9割以上であった。6か月に1回も算定がない患者も一定数を占めていた。



DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価

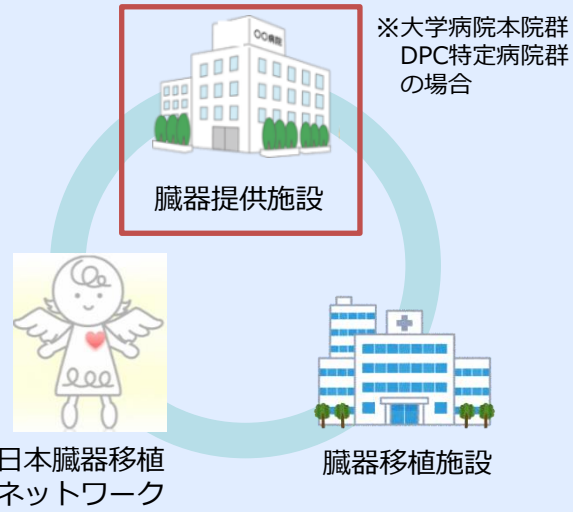
地域医療係数の見直し②

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

<臓器提供の実施>

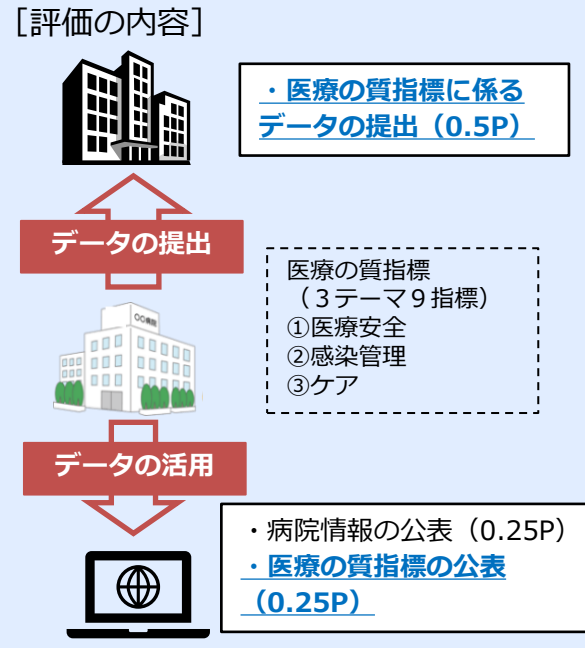
〔概要〕
法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

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



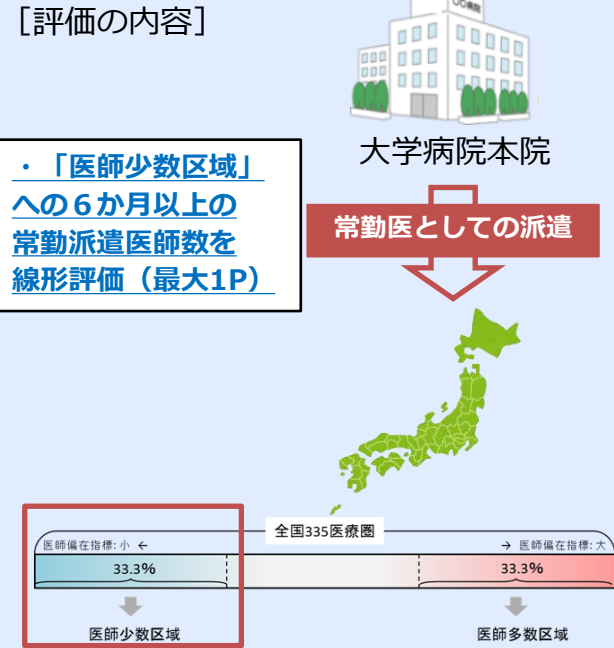
<医療の質向上に向けた取組>

〔概要〕
医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価



<医師少数地域への医師派遣機能>

〔概要〕
医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価



(参考) データ提出及び公表を評価する医療の質指標

医療の質指標（3テーマ9指標）

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

(※1) 該当する指標に対応する調査項目を新設する
(※2) 集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

外来医療における医療の質の評価指標について

○ 外来医療における医療の質の評価指標としては、例えば以下のような指標が検討されている。

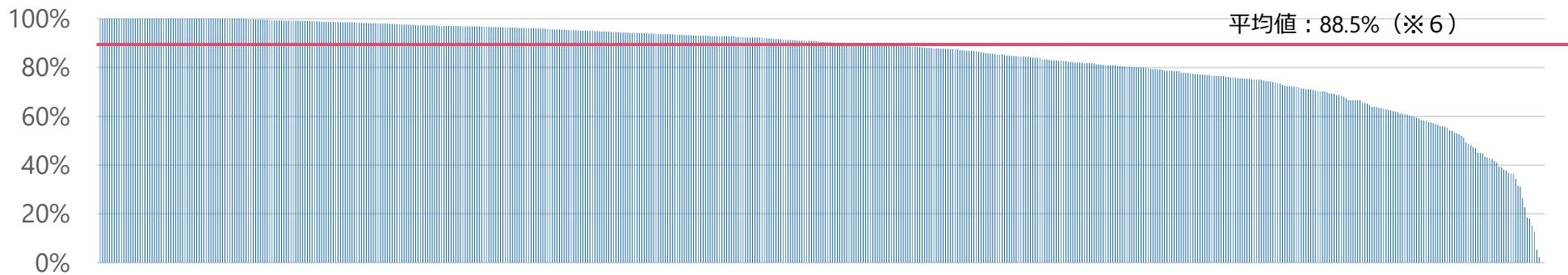
指標名	分母	分子	使用するデータ
外来で糖尿病の治療管理をしている症例に対し、HbA1Cの検査を実施している割合	外来で糖尿病の治療管理として生活習慣病管理料を算定された症例の人月	分母のうち、生活習慣病管理料算定の前後12か月以内に、HbA1Cの検査が実施されている人月	外来EFファイル
外来で糖尿病の治療管理をしている症例に対し、尿検査を実施している割合	外来で糖尿病の治療管理として生活習慣病管理料を算定された症例の人月	分母のうち、生活習慣病管理料算定の前後12か月以内に、尿検査が実施されている人月	外来EFファイル
外来の糖尿病性腎症に対しアンジオテンシン変換酵素阻害薬あるいはアンジオテンシンII受容体拮抗薬の処方割合	外来における糖尿病性腎症の人月	分母のうち、アンジオテンシン変換酵素阻害薬あるいはアンジオテンシンII受容体拮抗薬の処方されている人月	外来EFファイル
外来で脂質異常症の投薬治療管理をしている症例に対し、血液検査を実施している割合	外来で脂質異常症の投薬および生活習慣病管理料を算定された症例の人月	分母のうち、生活習慣病管理料算定の前後12か月以内に、脂質異常症の血液検査が実施されている人月	外来EFファイル

※ 伏見研究班提出資料より、医療課において作成

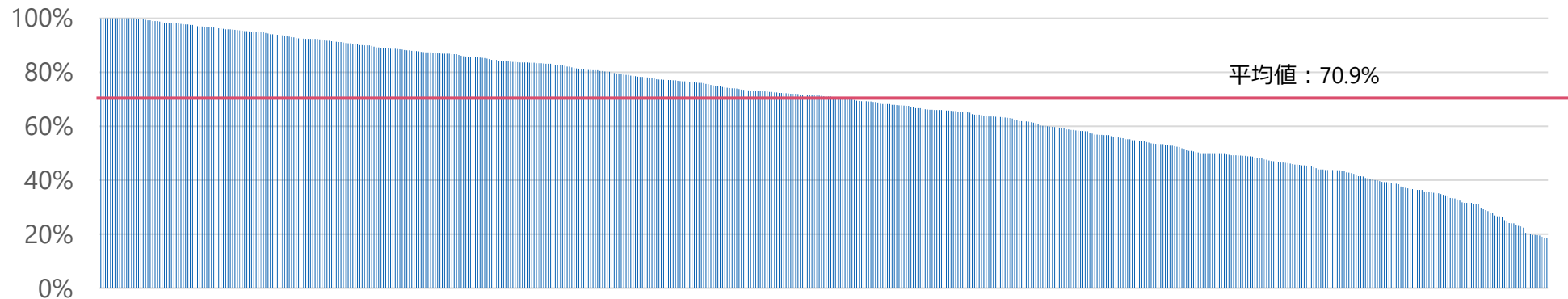
外来医療における医療の質の評価指標について

- 研究班より提出された医療の質の評価指標を基に、外来データ（※ 1）により分析を行ったところ、特定の期間内における医療機関毎の「外来で糖尿病の治療管理をしている症例に対し、HbA1C検査を実施している割合（※ 2）」及び「外来で脂質異常症の投薬治療管理（※ 3）をしている症例に対し、脂質異常症に関する検査（※ 4）を実施している割合」は、以下のとおりであった。
- いずれの指標についても、医療機関毎にばらつきがみられた。

外来で糖尿病の治療管理をしている症例に対し、HbA1C検査を実施している割合 (n=614) (※ 5)



外来で脂質異常症の投薬治療管理をしている症例に対し、脂質異常症に関する検査を実施している割合 (n=636)



縦棒は各医療機関を指す（分母の症例数が10件以上の医療機関に限り表示）。

※ 1 外来医療等の影響評価に係る調査（令和 6 年10月～令和 7 年 3 月診療分）。

※ 2 対象期間中の外来EFファイル上、①「生活習慣病管理料（Ⅰ）糖尿病を主病とする場合」を算定している患者、又は②「生活習慣病管理料（Ⅱ）」を算定し、かつ外来様式 1 上、糖尿病が主病とされている患者数に占める、当該患者の割合。 ※ 3 スタチン、フィブラート系薬等、24種の医薬品を指す。

※ 4 期間中に中性脂肪、遊離コレステロール、総コレステロール、HDL-コレステロール、LDL-コレステロールのいずれかを実施した場合を指す。

※ 5 期間中に外来データを提出しない医療機関で検査を実施した場合や、特定健診として検査を実施した場合は検査実施数に含まれないため、解釈には留意が必要。以下同じ。

※ 6 全患者の平均。以下同じ。

データ提出加算に係る現状と課題

(データ提出加算の届出を要件とする入院料について)

- これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料は漸次拡大されてきた。
- データ提出加算を届け出ている医療機関数は経時的に増加しており、全病院のうち、令和6年8月時点において、データ提出加算を届け出ている病院の割合は78.4%であった。
- 令和6年度診療報酬改定においては、精神病棟入院基本料（10対1、13対1）等についても、データ提出加算の届出を、新たに入院料の要件としたところ。
- 令和4年度診療報酬改定以降、新たにデータ提出加算の届出が要件となった入院料については、一定の条件のもと、当分の間、経過措置が講じられることになっているところ、これらの入院料の一部においては、経過措置の対象となりうる医療機関の割合が3割を下回っていた。

(様式1の見直しについて)

- データ提出加算等における様式1については、令和7年6月19日開催の第4回入院外来分科会において、医療機関の負担となっており、簡素化すべきではないか、といった指摘があった。
- 令和7年度入院・外来医療等における実態調査において、簡素化が必要な業務として様式1の作成を挙げた医療機関は、38.2%であった。
- 様式1において入力を求めるデータの中には、入院全期間の評価が必要なものや、検査値の入力が必要なもの等、入力の負荷が特に大きいと考えられるもの等が含まれていた。
- データ提出加算の対象療養病棟等において適切な分析を行えるような設計となっていない。

(外来データの更なる活用について)

- 外来データの活用については、令和7年6月19日開催の第4回入院外来分科会において、データに基づく医療機関の評価といった観点も踏まえて検討すべきではないか、といった指摘があった。
- 外来医療の質の評価について、研究班より提出された資料を基に外来データによる集計を行ったところ、生活習慣病に関連する一部の指標について、医療機関毎のばらつきがみられた。

【課題】

(データ提出加算の届出を要件とする入院料について)

- データを用いた診療実績の更なる適切な評価を行う観点から、データ提出加算の届出を要件とする入院料等における、データ提出加算の届出状況について、どのように評価するか。

(様式1の簡素化について)

- 医療機関の負担軽減の観点から、様式1で入力を求めるべき項目について、入院全期間の評価が必要なものや、検査値の入力が必要なもの等、入力の負荷が特に大きいと考えられる項目等が含まれている現状について、どのように評価するか。

(外来データの更なる活用について)

- データを用いた診療実績の更なる適切な評価を行う観点から、外来データの更なる活用について、どのように評価するか。