

入院・外来医療等の調査・評価分科会 これまでの検討結果 【別添】資料編④

令和5年10月27日

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 障害者施設等入院基本料等について

8. 外来医療について

9. 外来腫瘍化学療法について

10. 情報通信機器を用いた診療について

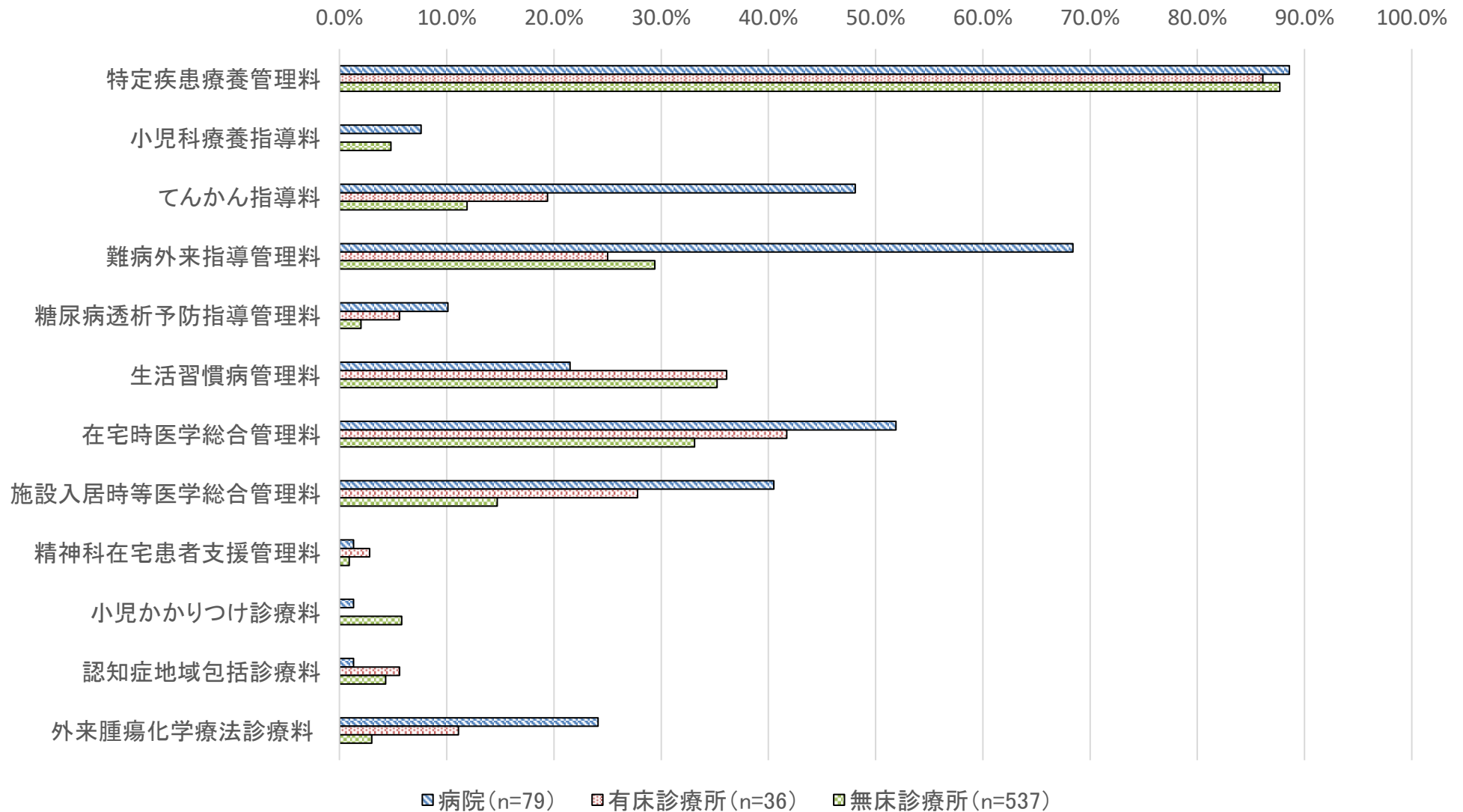
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について

12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

13. 横断的個別事項について

特掲診療料の届出又は算定状況

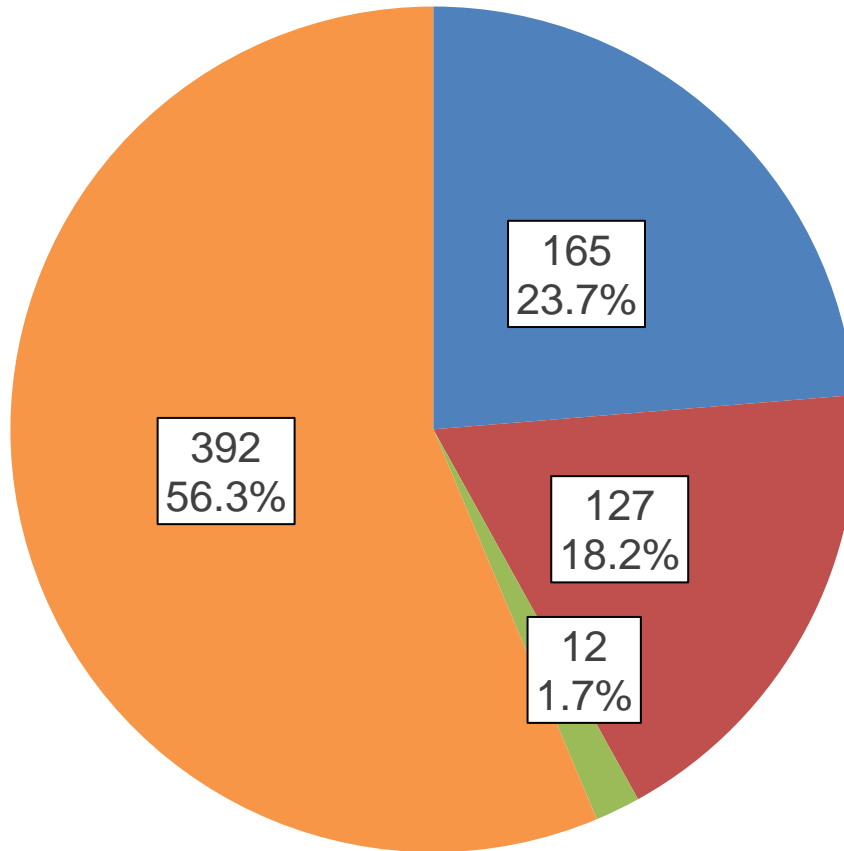
- 対象施設の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。



時間外対応加算の種類

- 時間外対応加算の届出種類は以下のとおり。
- 届け出られている時間外対応加算の種類としては、時間外対応加算1が23.7%と多かった。

n=696(診療所のみ)



時間外対応加算の施設基準

(1) 時間外対応加算1の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(2) 時間外対応加算2の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

(3) 時間外対応加算3の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

■ 時間外対応加算1 ■ 時間外対応加算2 ■ 時間外対応加算3 ■ 届け出していない

時間外対応加算に係る体制

- 時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制としては、加算1～3全てにおいて、診療所に勤務している常勤の医師が対応する体制が多かった。
- 相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応については、他の医療機関との連携又は緊急搬送等が最多であった。

時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制	01_診療所に勤務している常勤の医師が対応	02_診療所に勤務している非常勤の医師が対応	03_診療所に勤務している看護職員が対応	04_診療所に勤務している事務職員が対応	05_その他
時間外対応加算 1 (n=213)	84.0%	14.1%	43.7%	22.5%	1.4%
時間外対応加算 2 (n=110)	89.1%	6.4%	18.2%	12.7%	6.4%
時間外対応加算 3 (n=8)	87.5%	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%

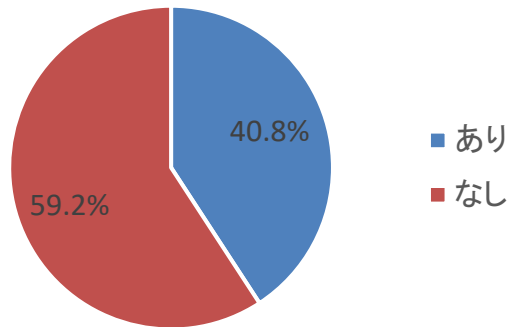
※ 時間外対応加算3については当番日に限る

電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応について	01_診療所における外来診療	02_診療所の医師による往診	03_診療所の医師（当該診療所における対面診療の実績を有するものに限る）によるオンライン診療	04_03に示す医師以外によるオンライン診療	05_他の医療機関との連携または緊急搬送等	06_その他
時間外対応加算 1 (n=217)	70.0%	67.7%	13.4%	0.9%	81.6%	0.9%
時間外対応加算 2 (n=112)	66.1%	52.7%	7.1%	1.8%	85.7%	1.8%
時間外対応加算 3 (n=8)	62.5%	50.0%	12.5%	0.0%	50.0%	0.0%

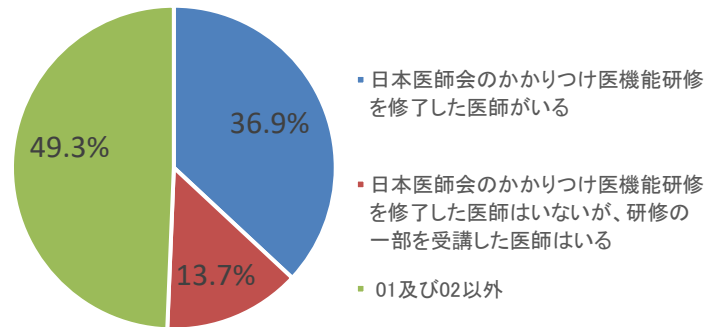
医師に係る研修の修了状況

- 医療機関における研修を修了した医師の状況は以下のとおり。
- 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。

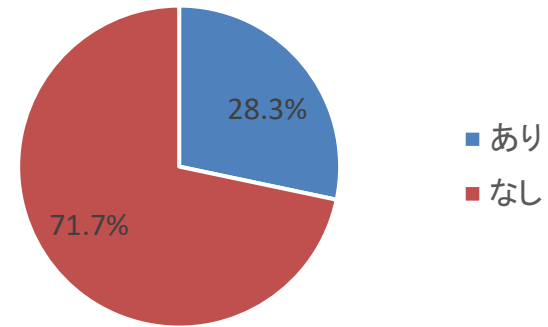
慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無(n=684)



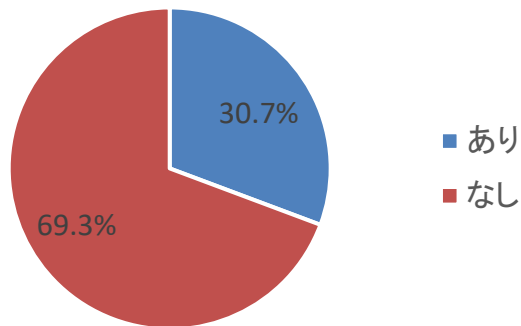
日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無(n=685)



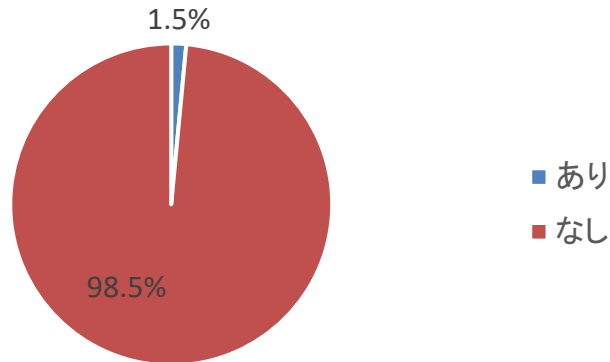
「認知症サポート医養成研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



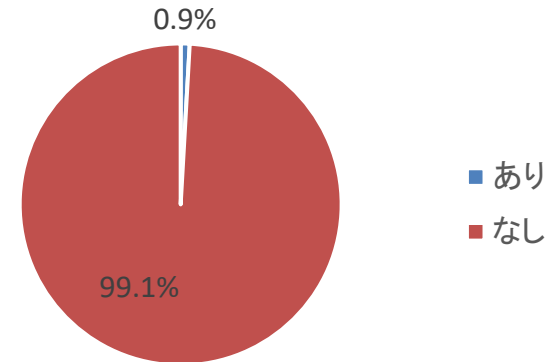
「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=672)



日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=675)



地域包括診療料・加算について

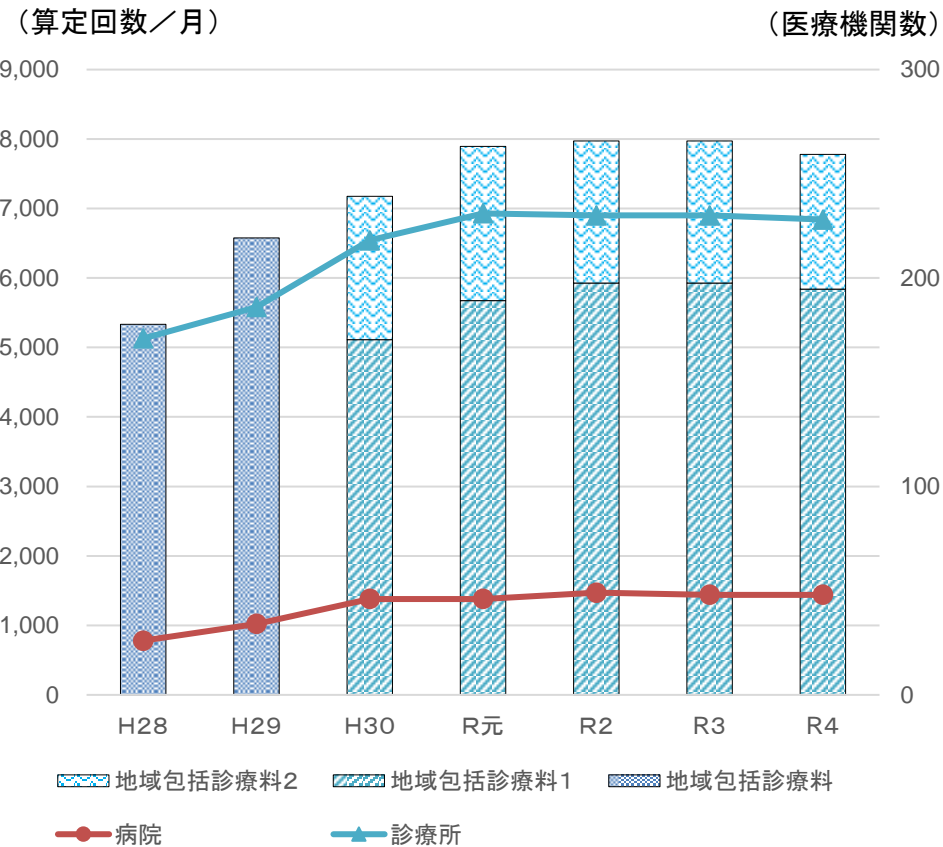
中医協 総-8
5. 6. 21改

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

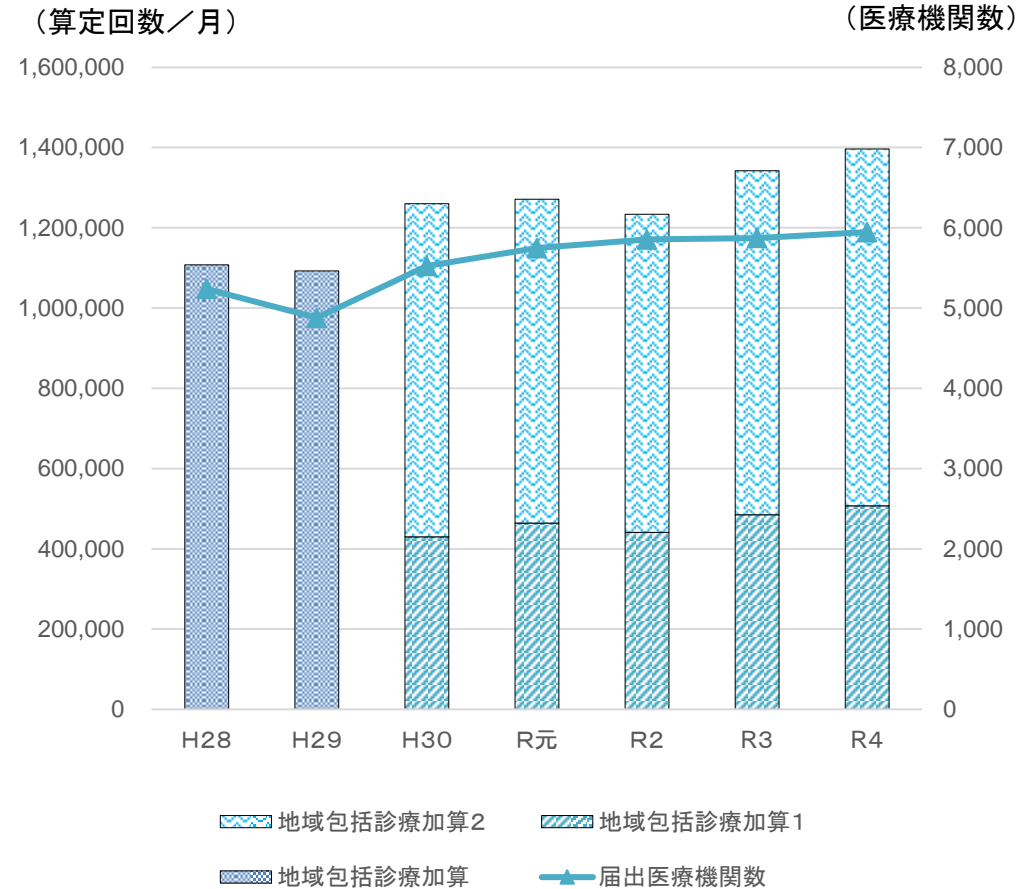
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



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

地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出状況

- 地域包括診療診療料・地域包括診療加算の届出状況は以下のとおり。
- 病院では「地域包括診療料2」の届出施設が2.3%(2件)であった。
- 診療所では「地域包括診療料1」の届出施設が1.6%(11件)、「地域包括診療料2」の届出施設が1.0%(7件)、「地域包括診療加算1」の届出施設が4.1%(29件)、「地域包括診療加算2」の届出施設が5.5%(39件)であった。

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2	
病院	施設数	87	0	2	0	0	85
	構成比	100%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	97.7%
診療所	施設数	705	11	7	29	39	619
	構成比	100%	1.6%	1.0%	4.1%	5.5%	87.8%

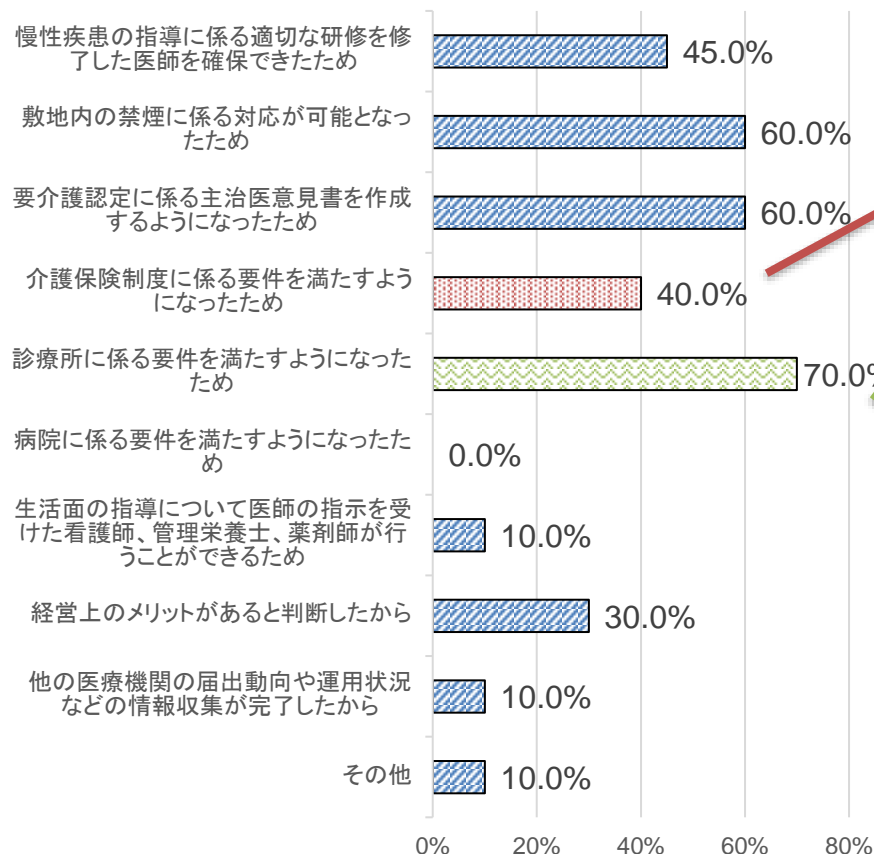
<参考> 令和3年度調査

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし	無回答
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2		
病院	施設数	70	1	0	0	0	68	1
	構成比	100%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	1.4%
診療所	施設数	620	14	18	42	63	457	26
	構成比	100%	2.3%	2.9%	6.8%	10.2%	73.7%	4.2%

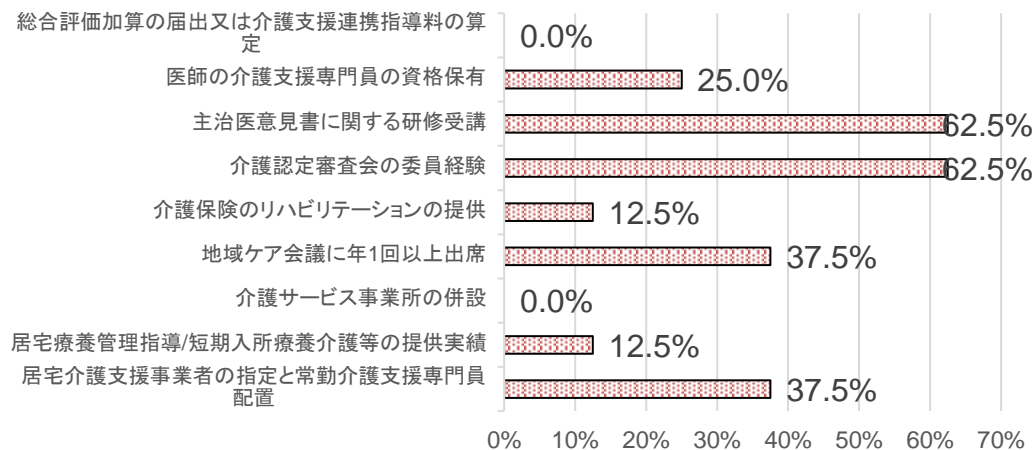
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○ 令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であった。

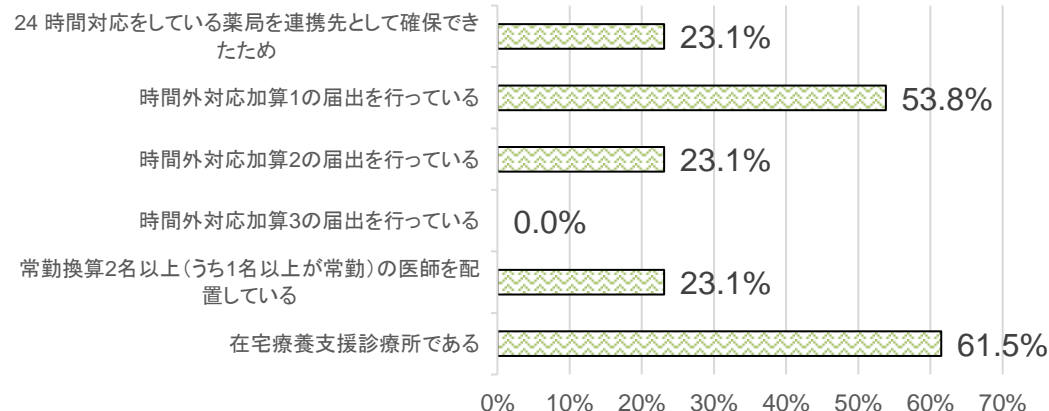
令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料
／地域包括診療加算の届出を行った理由
(n=20)



満たすことができた介護保険制度に関する要件

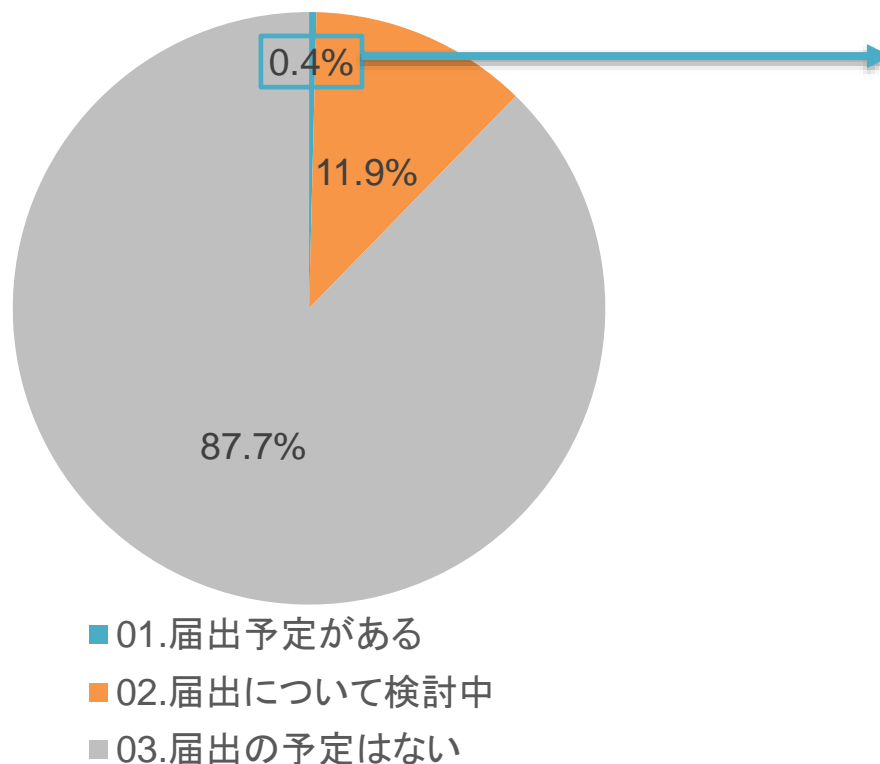


満たすことができた診療所に関する要件



○ 地域包括診療料／地域包括診療加算の未届出施設のうち、届出の予定があるのは0.4%であり、11.9%は検討中、残りの87.7%は届出の予定はないとしていた。

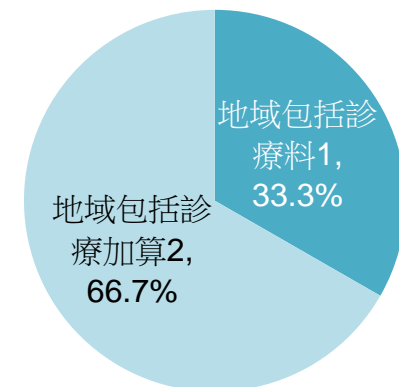
今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向について
(n=699)



届出予定時期 (n=2)



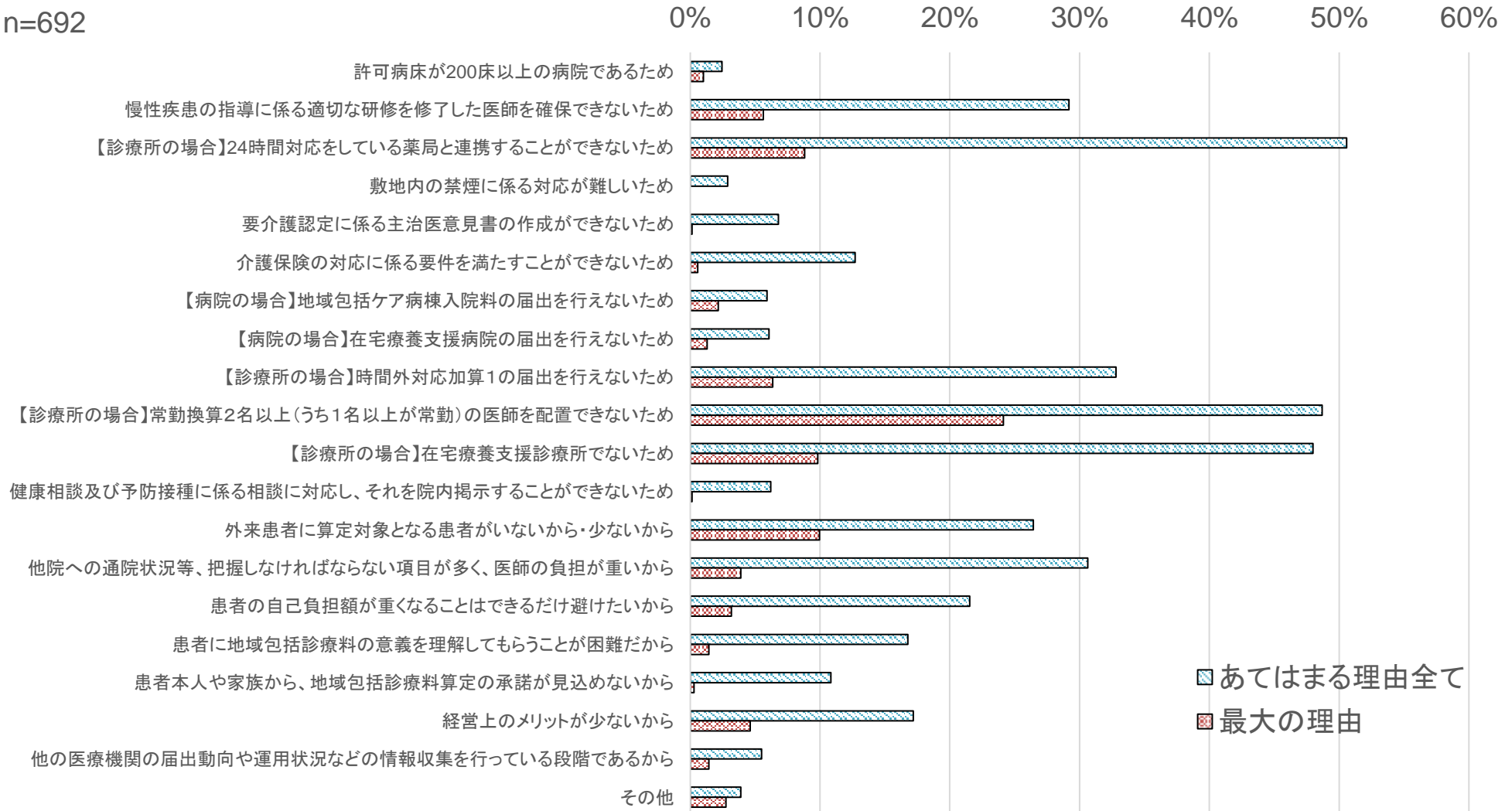
届け出予定の項目について (n=3)



地域包括診療料を届け出していない理由

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

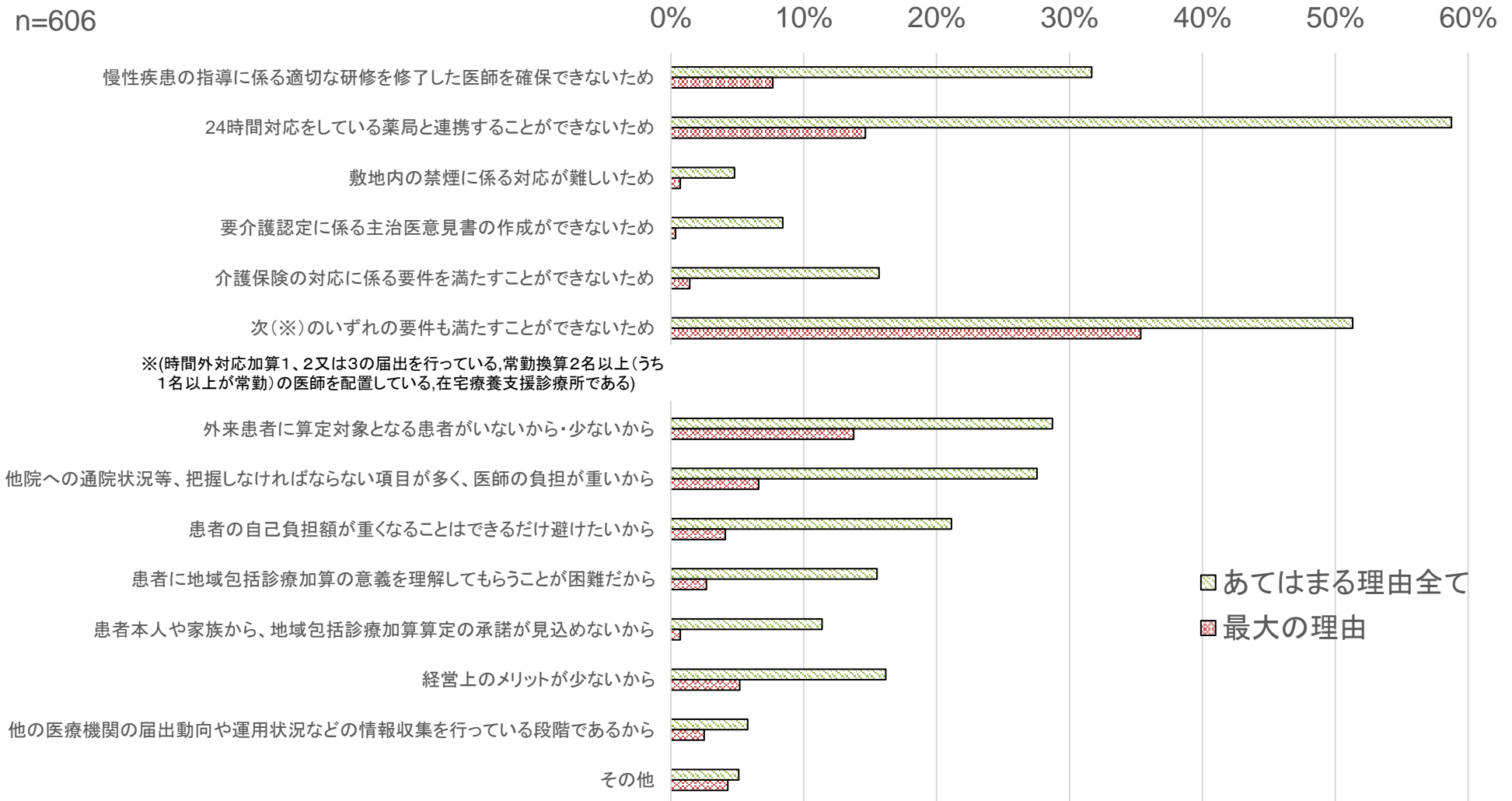
n=692



■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

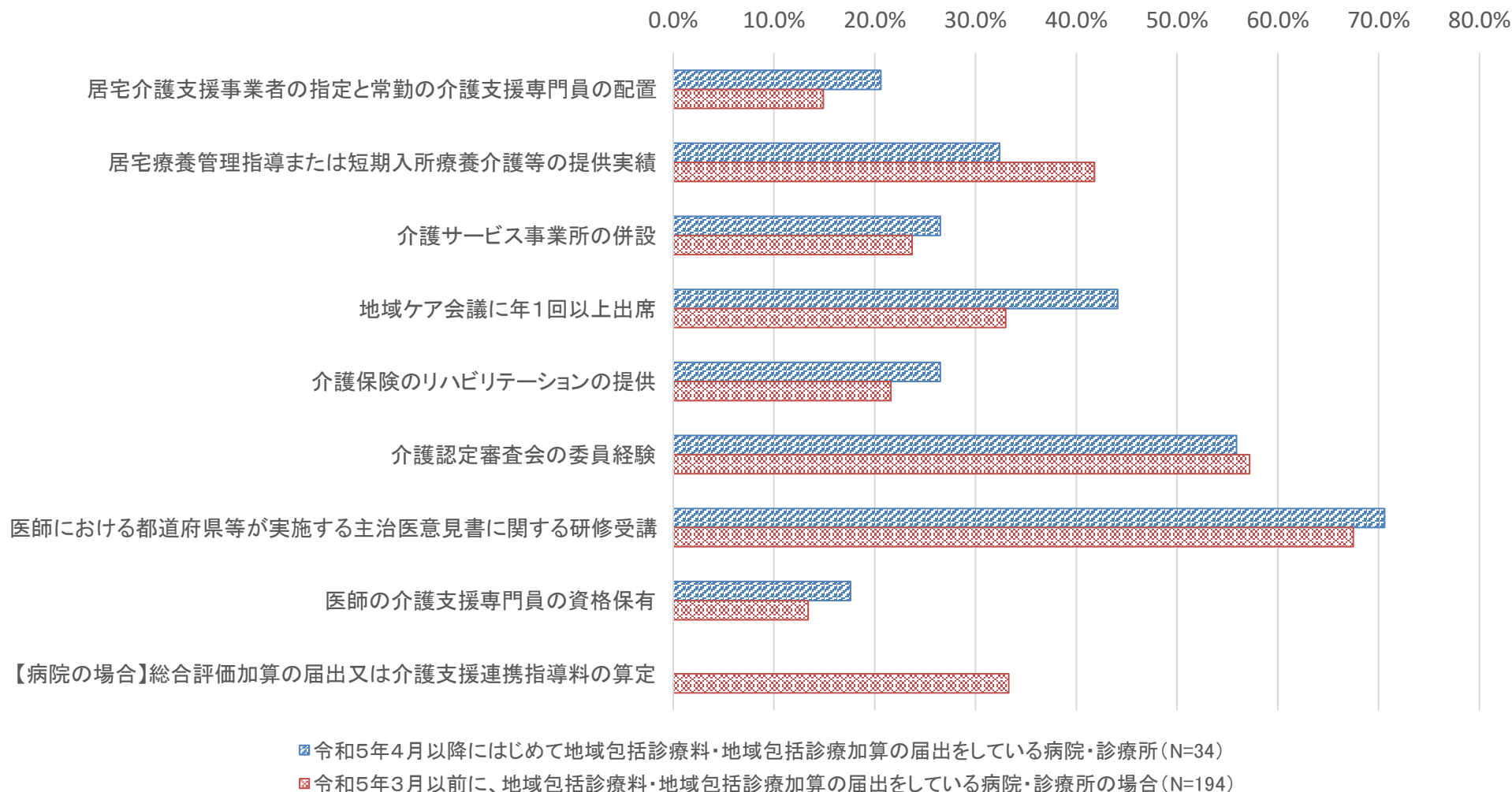
地域包括診療加算を届け出ていない理由

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



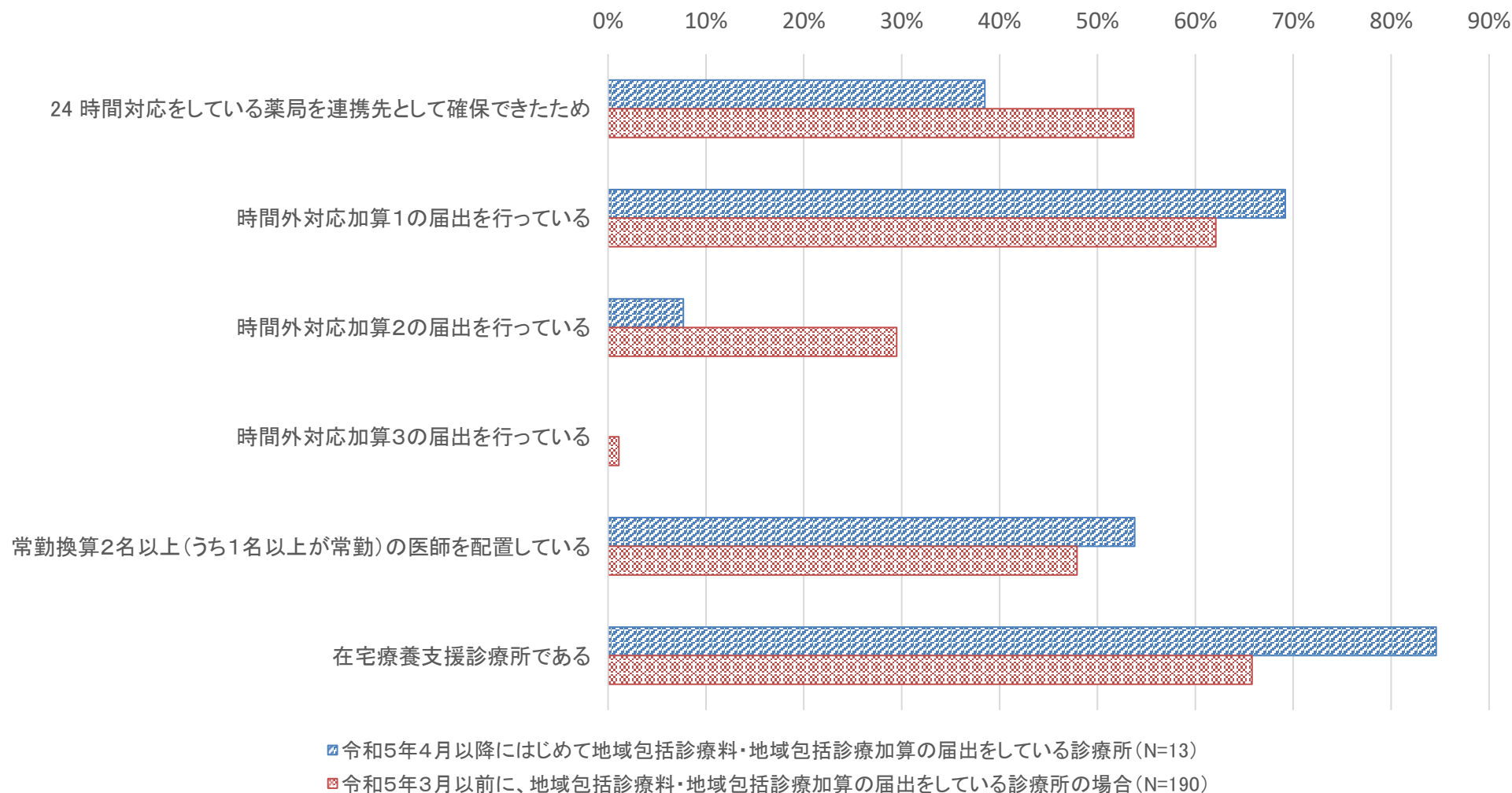
地域包括診療料・加算の介護保険制度に関する要件

- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



地域包括診療料・加算の診療所に関する要件

- 地域包括診療料・加算における満たすことができている診療所の要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている診療所それぞれにおいて、「在宅療養支援診療所である」が最多であった。



日常的に連携している医療機関等の数

- 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数は以下のとおり。
- 専門医療提供を目的に連携している医療機関数が3.9施設と最多であった。

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数	74	件	3.9	施設	1.0	施設	3.0	施設	5.0	施設
算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数	72	件	1.3	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	63	件	1.0	施設	0.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数	68	件	2.1	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数	62	件	0.9	施設	0.0	施設	0.0	施設	1.0	施設
算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数	65	件	2.7	事業所	0.0	事業所	2.0	事業所	3.0	事業所

○ 令和4年10月の1か月間における地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2の届出を行っている施設の疾病別患者数等は以下のとおり。高血圧症を有する患者が平均201.2人と最多であった。

地域包括診療料1・2（認知症含む）、地域包括診療加算1・2（認知症含む）を算定している患者の対象疾病別患者数

	回答数		平均	四分位数						
				25%Tile		中央値		75%Tile		
高血圧症を有する患者	70	件	201.2	人	31.5	人	129.0	人	290.0	人
糖尿病を有する患者	70	件	133.3	人	12.0	人	58.5	人	123.0	人
脂質異常症を有する患者	70	件	159.4	人	12.3	人	82.0	人	237.8	人
慢性心不全を有する患者	70	件	31.7	人	0.3	人	8.5	人	26.0	人
慢性腎臓病を有する患者	70	件	19.5	人	0.0	人	2.5	人	18.5	人
認知症を有する患者	70	件	26.7	人	1.3	人	9.5	人	30.0	人

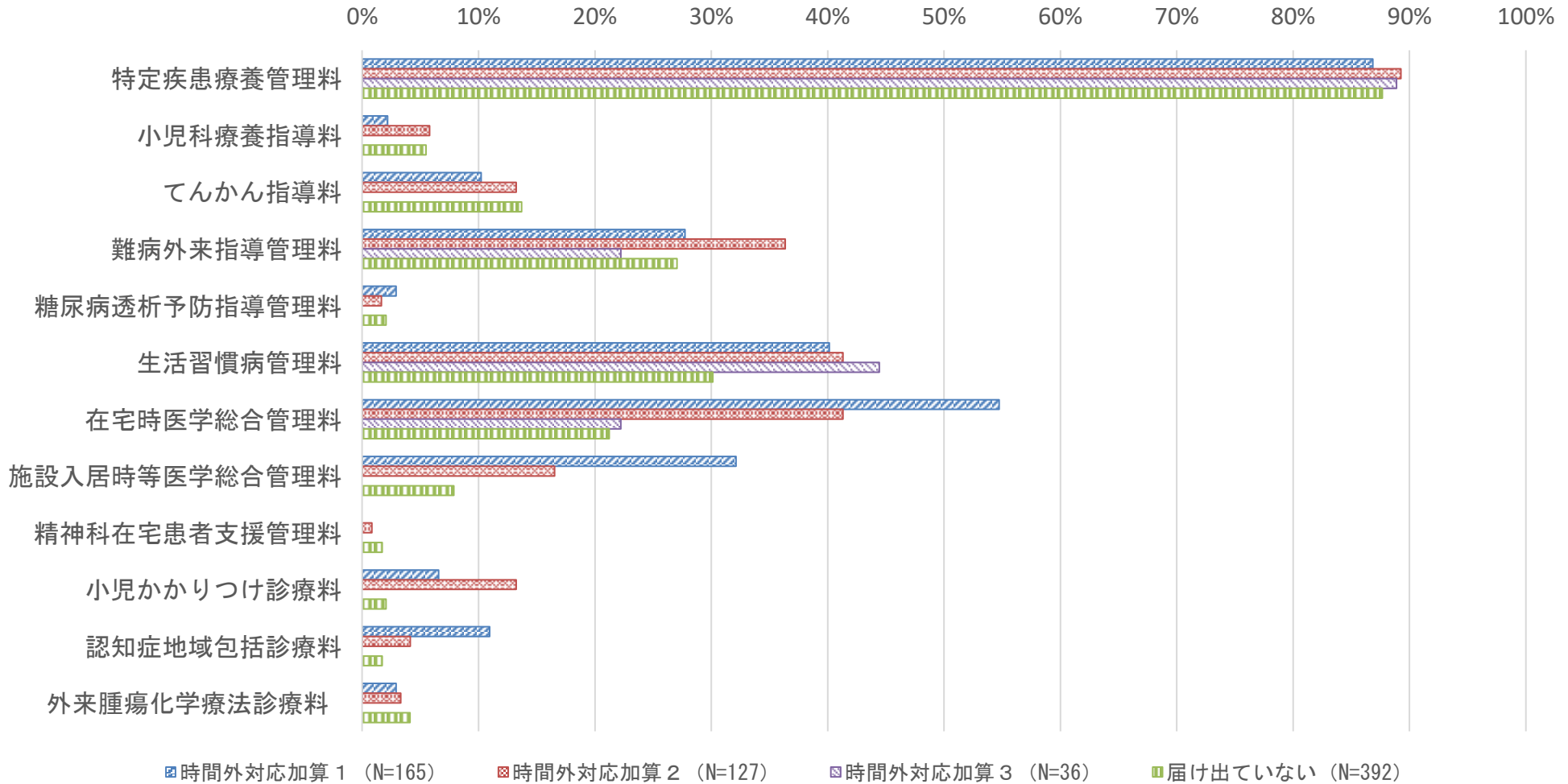
継続的かつ全人的に診療を行っている患者の疾患別患者数

	回答数		平均	四分位数						
				25%Tile		中央値		75%Tile		
がんを有する患者	21	件	46.9	人	2.0	人	8.0	人	54.0	人
脳血管疾患を有する患者	21	件	39.2	人	4.0	人	34.0	人	57.0	人
虚血性心疾患を有する患者	21	件	74.8	人	0.0	人	14.0	人	48.0	人
心不全を有する患者を有する患者	21	件	51.9	人	4.0	人	20.0	人	40.0	人
COPD(慢性閉塞性肺疾患)を有する患者	21	件	16.9	人	0.0	人	5.0	人	17.0	人
高尿酸血症を有する患者	21	件	63.5	人	28.0	人	60.0	人	84.0	人
その他	21	件	48.9	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

特掲診療料の届出又は算定状況（時間対応加算の届出別）

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

- 対象施設の時間対応加算の届出別の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 時間外対応加算1・2の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。



認知症地域包括診療料・加算について

認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)		認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) (Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 	
対象患者	<p>以下の全ての要件を満たす認知症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する 	
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 	
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 	
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) 	
施設基準	<p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2</p>	<p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2</p>

認知症地域包括診療料・加算の算定状況

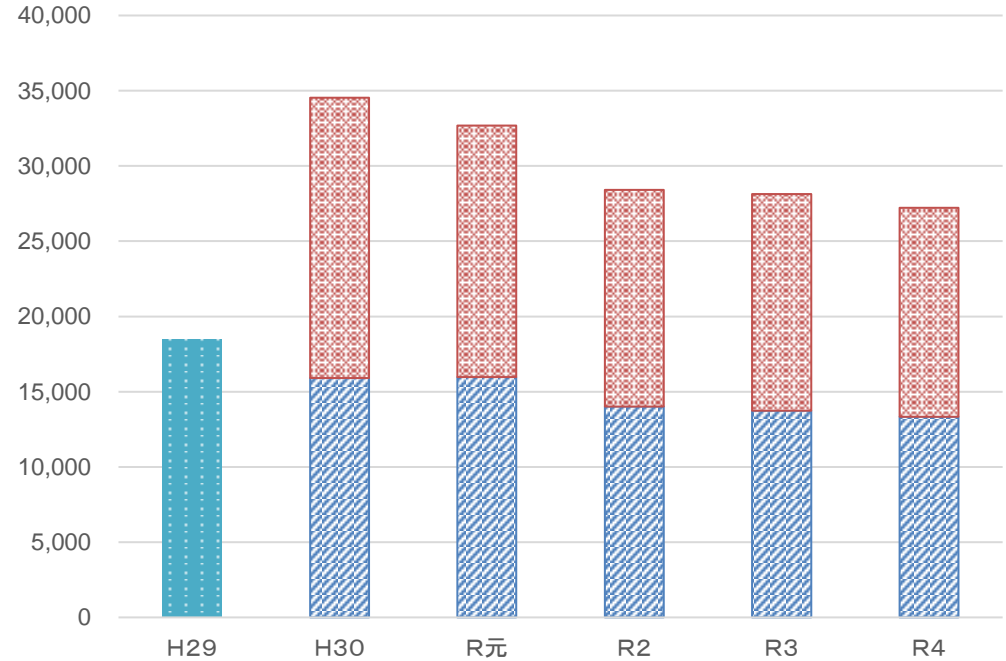
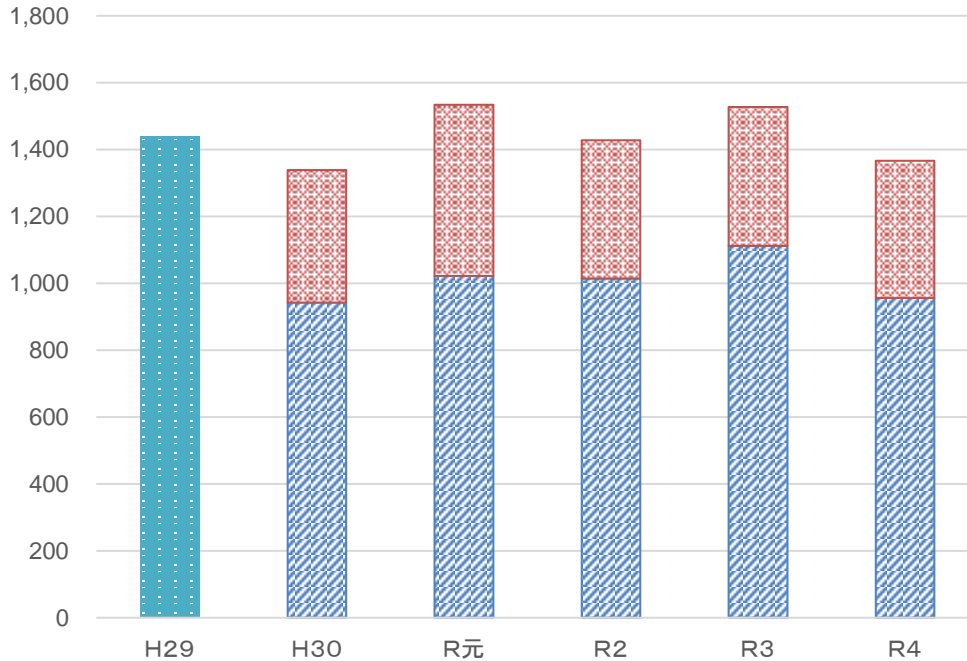
- 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
- 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)

(算定回数/月)



■ 認知症地域包括診療料2
■ 認知症地域包括診療料1
■ 認知症地域包括診療料

■ 認知症地域包括診療加算2
■ 認知症地域包括診療加算1
■ 認知症地域包括診療加算

機能強化加算に係る実績

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

○ 地域包括診療料2又は地域包括診療加算2を届出を行っている施設の機能強化加算の実績状況は以下のとおり。地域包括診療料／地域包括診療加算の算定患者は20人以上が70%であった。

	施設数	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6-9人	10-19人	20人以上
地域包括診療料／地域包括診療加算の算定患者	70	15.7%	0.0%	0.0%	5.7%	2.9%	1.4%	0.0%	4.3%	70.0%
在宅患者訪問診療料1の「1」を算定した患者数	68	22.1%	5.9%	4.4%	1.5%	5.9%	5.9%	4.4%	13.2%	36.8%
「在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る）を算定した患者数	62	93.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	3.2%	1.6%
往診料を算定した患者数	67	22.4%	10.4%	3.0%	1.5%	1.5%	3.0%	16.4%	14.9%	26.9%

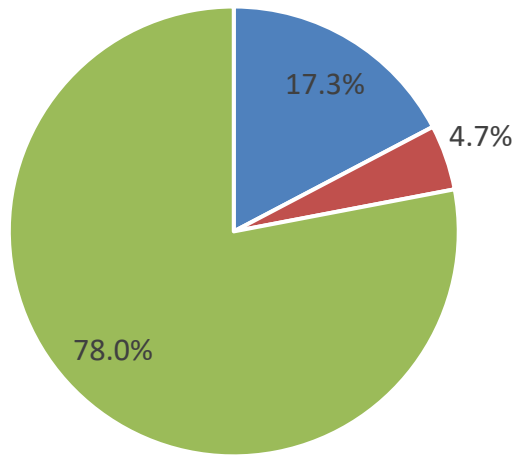
小児かかりつけ診療料の届出状況

診調組 入-5
5.10.5

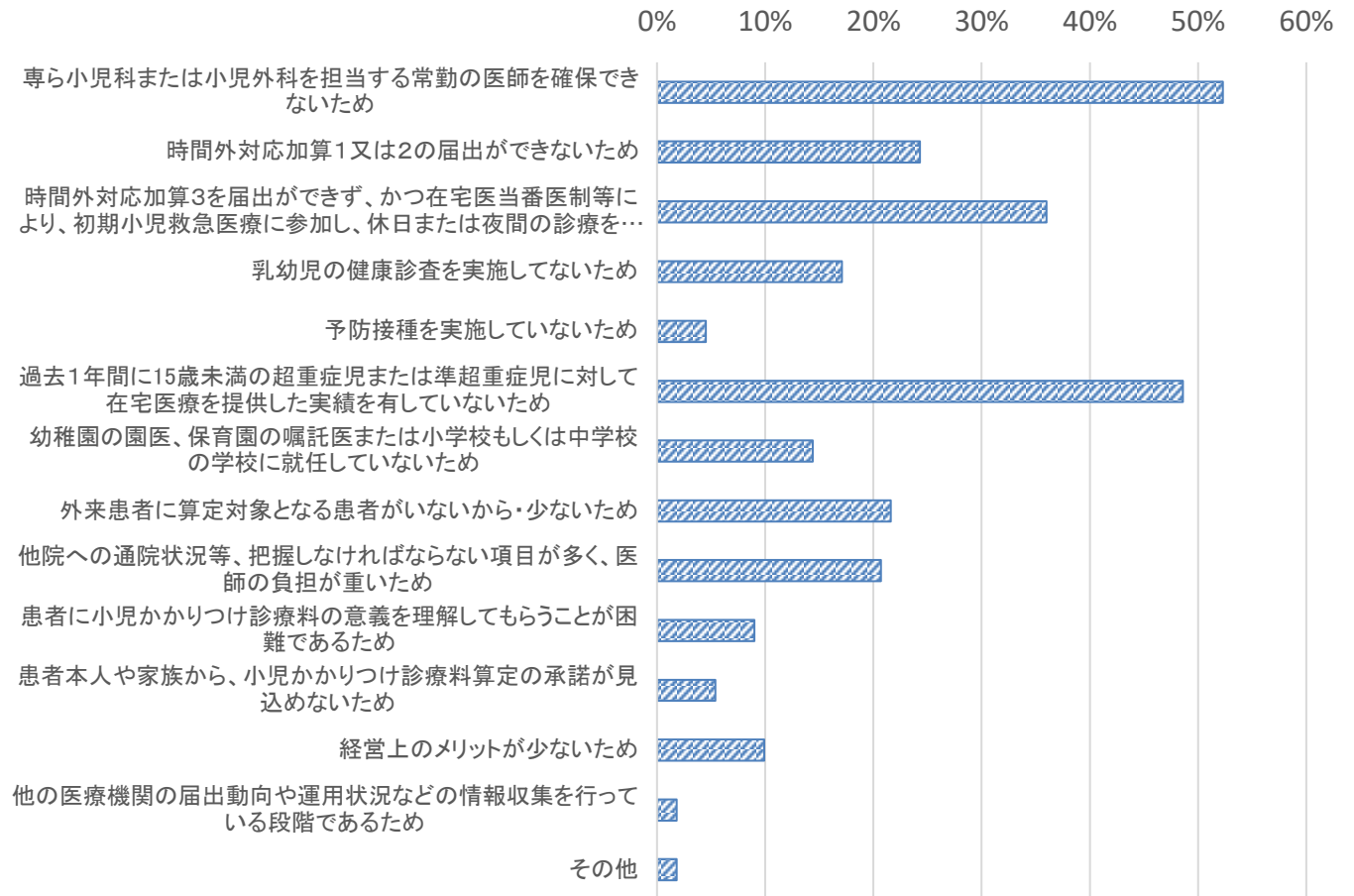
- 小児科を標榜している施設のうち、小児かかりつけ診療料1は17.3%、小児かかりつけ診療料2は4.7%の施設が届出を行っていた。
- 小児かかりつけ診療料を届け出していない理由としては、「専ら小児科または小児外科を担当する常勤の医師を確保できない」が多い。

小児科を標榜している施設の届出状況 (N=150)

小児かかりつけ診療料を届け出していない理由 (N=111)

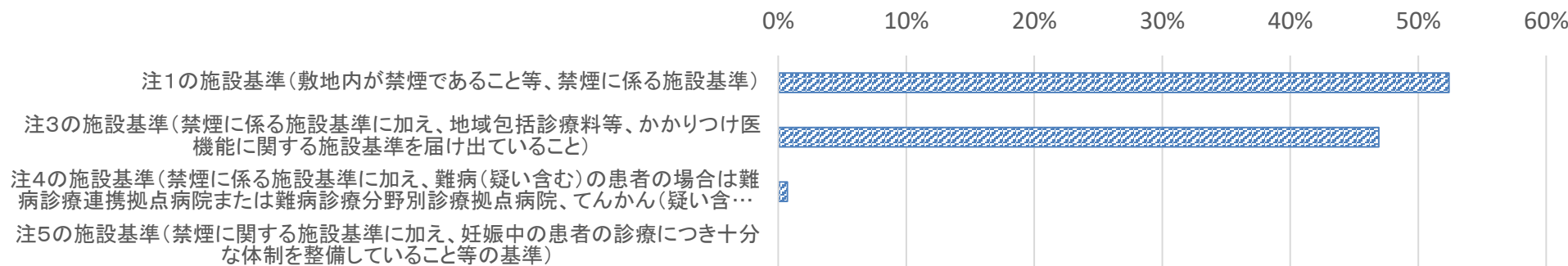


- 小児かかりつけ診療料1
- 小児かかりつけ診療料2
- いずれの届出もなし



連携強化診療情報提供料の算定状況等

- 連携強化診療情報提供料の施設基準としては注1の施設基準（敷地内が禁煙であること等、禁煙に係る施設基準）が最も多い。
- 自院に、他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合以外は殆ど算定されていない。



連携強化診療情報提供料の施設基準を満たしている病院・診療所における算定延べ回数(令和5年5月1か月間)

施設基準	件数	平均値
01 地域包括診療加算等※1を届け出ている医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	122	0.574
02 自院(地域包括診療加算等※1を届け出ている場合)に、他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	127	7.386
03 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院において、他院から紹介された難病(疑い含む)の患者について、当該患者を紹介した医療機関から応じて情報提供の求めに応じて情報提供した場合	121	0.000
04 てんかん支援拠点病院であって、他院から紹介されたてんかん(疑い含む)の患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	121	0.000
05 産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された妊娠している患者について、当該患者を紹介した医療機関に情報提供した場合	121	0.008
06 自院が産科若しくは産婦人科を標榜していて、妊娠している患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	120	0.000
07 01~04以外で、妊娠している患者について情報提供した場合	118	0.000

※1 地域包括診療加算等とは、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指します。

○ 施設が有するかかりつけ医機能としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。

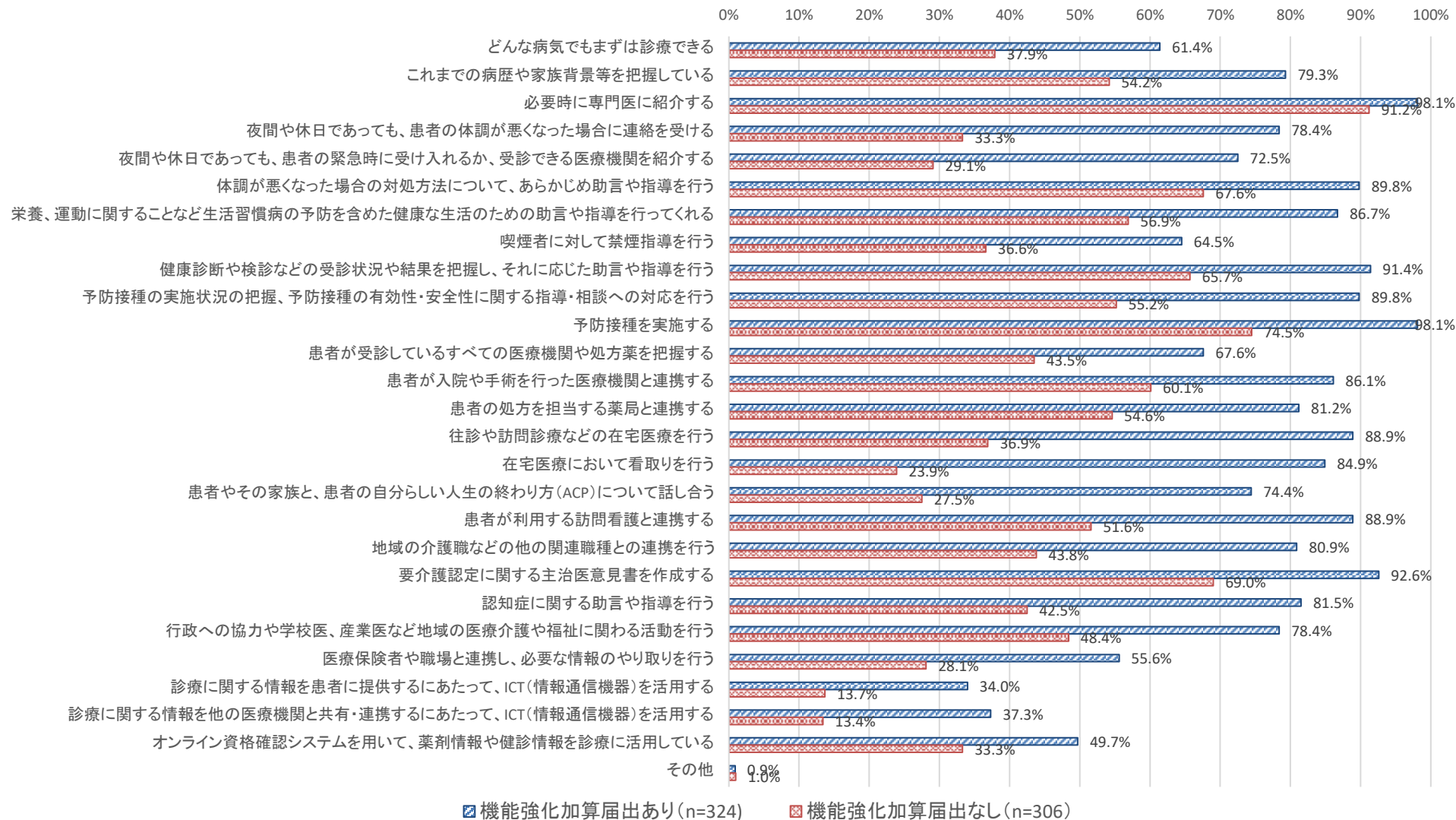
施設が有しているかかりつけ医機能(外来施設票、n=650)



かかりつけ医機能（機能強化加算届出有無）

○ 施設が有するかかりつけ医機能としては、機能強化加算の届出がある施設の方がかかりつけ医機能を有している割合が高かった。

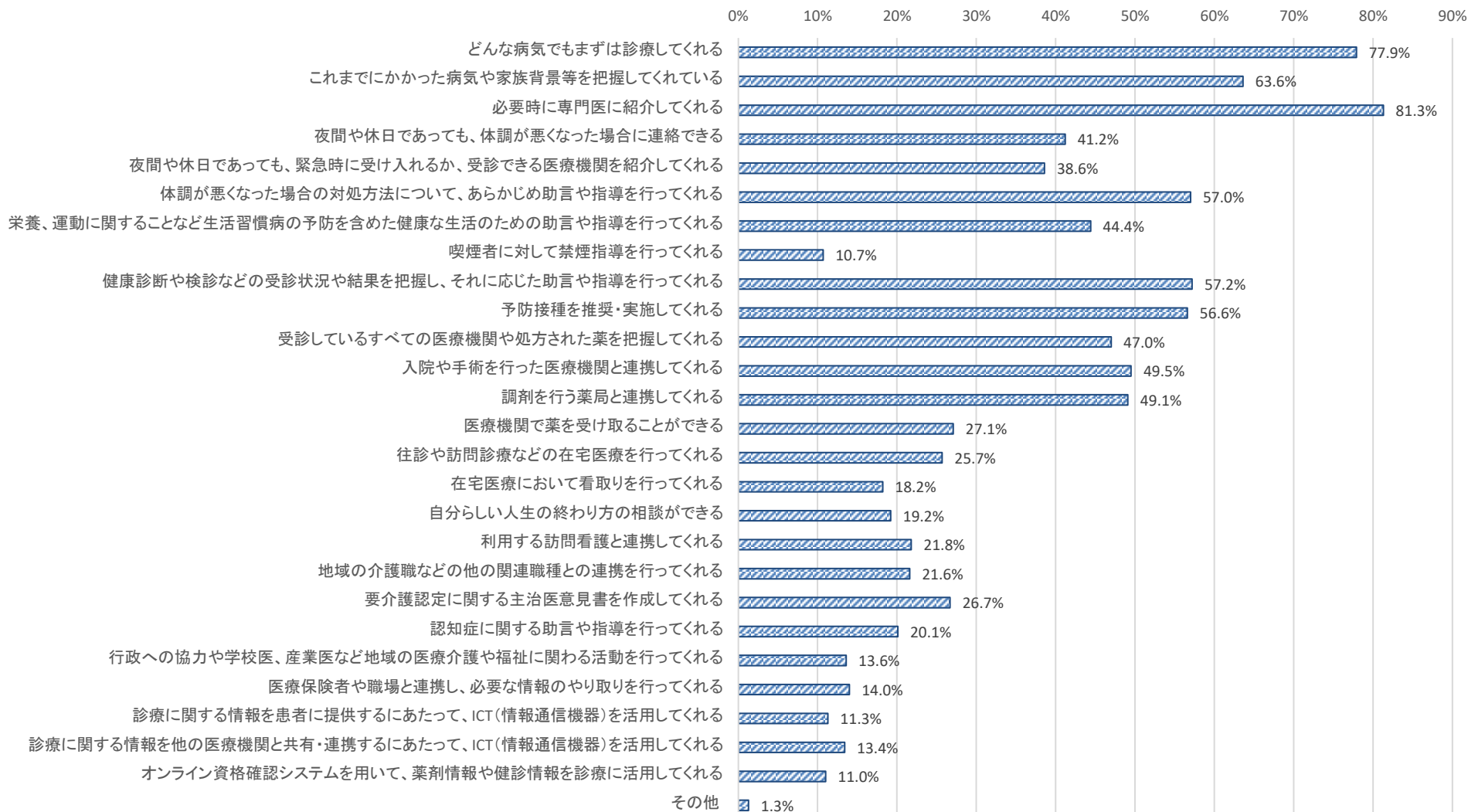
施設が有しているかかりつけ医機能（外来施設票、n=650）



■ 機能強化加算届出あり(n=324) ■ 機能強化加算届出なし(n=306)

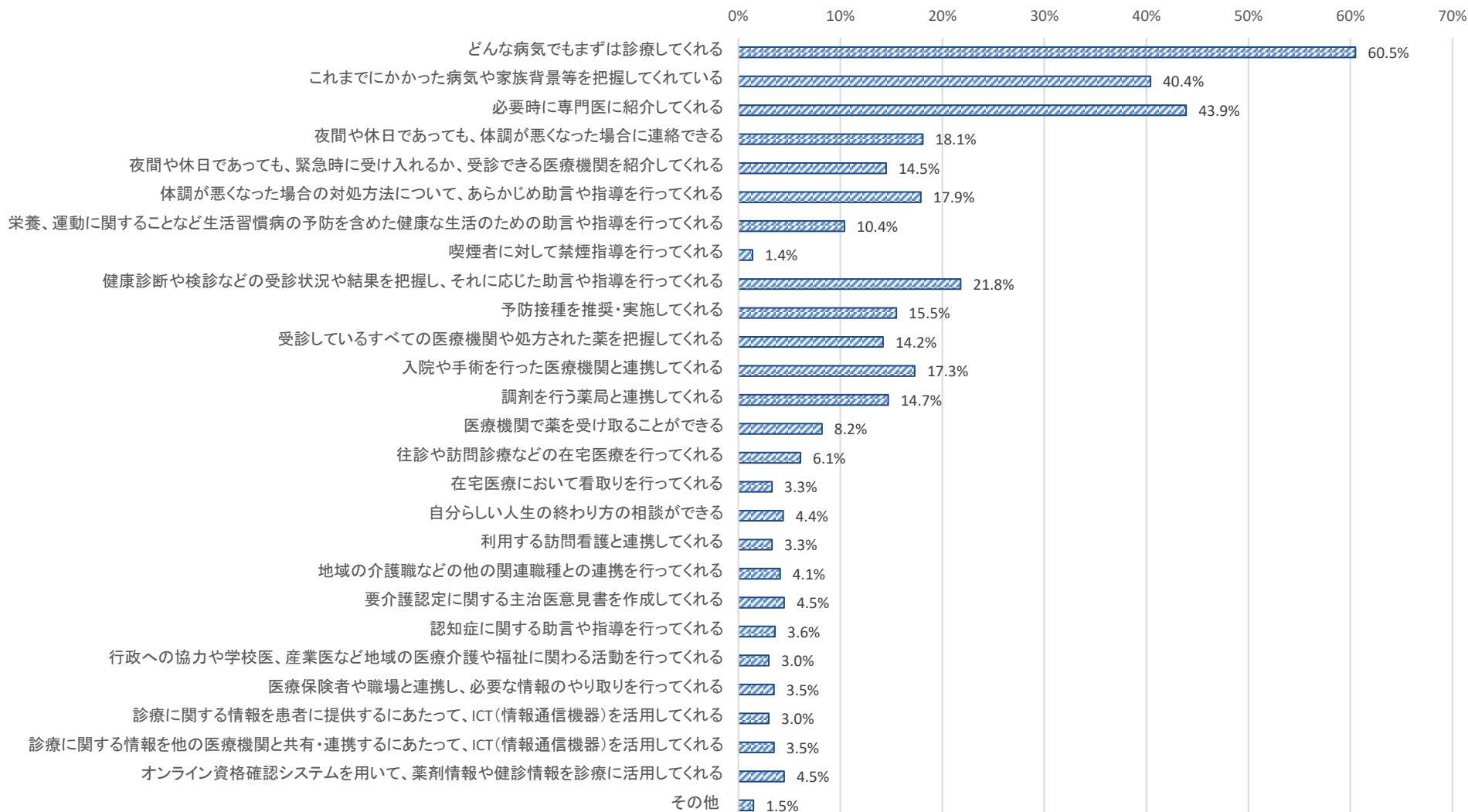
○ 患者が「かかりつけ医」に求める役割としては、「必要時に専門医に紹介する」が最多であった。

あなたにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか（外来患者票、n=2,705）



○ 患者が「かかりつけ医」に求める役割としては、「どんな病気でもまずは診療してくれる」が最多であった。

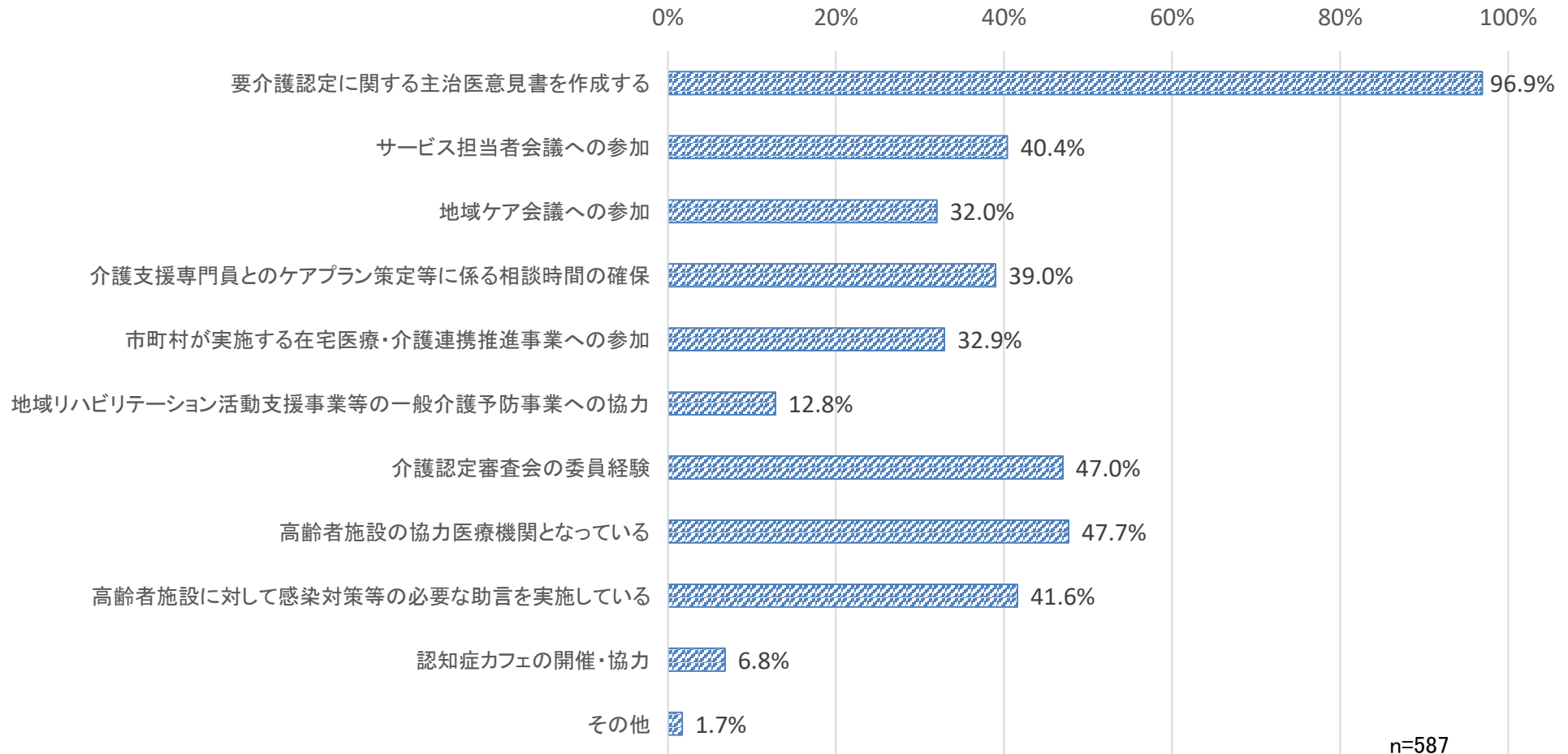
あなたにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか（外来患者票、n=2,244）



介護との連携

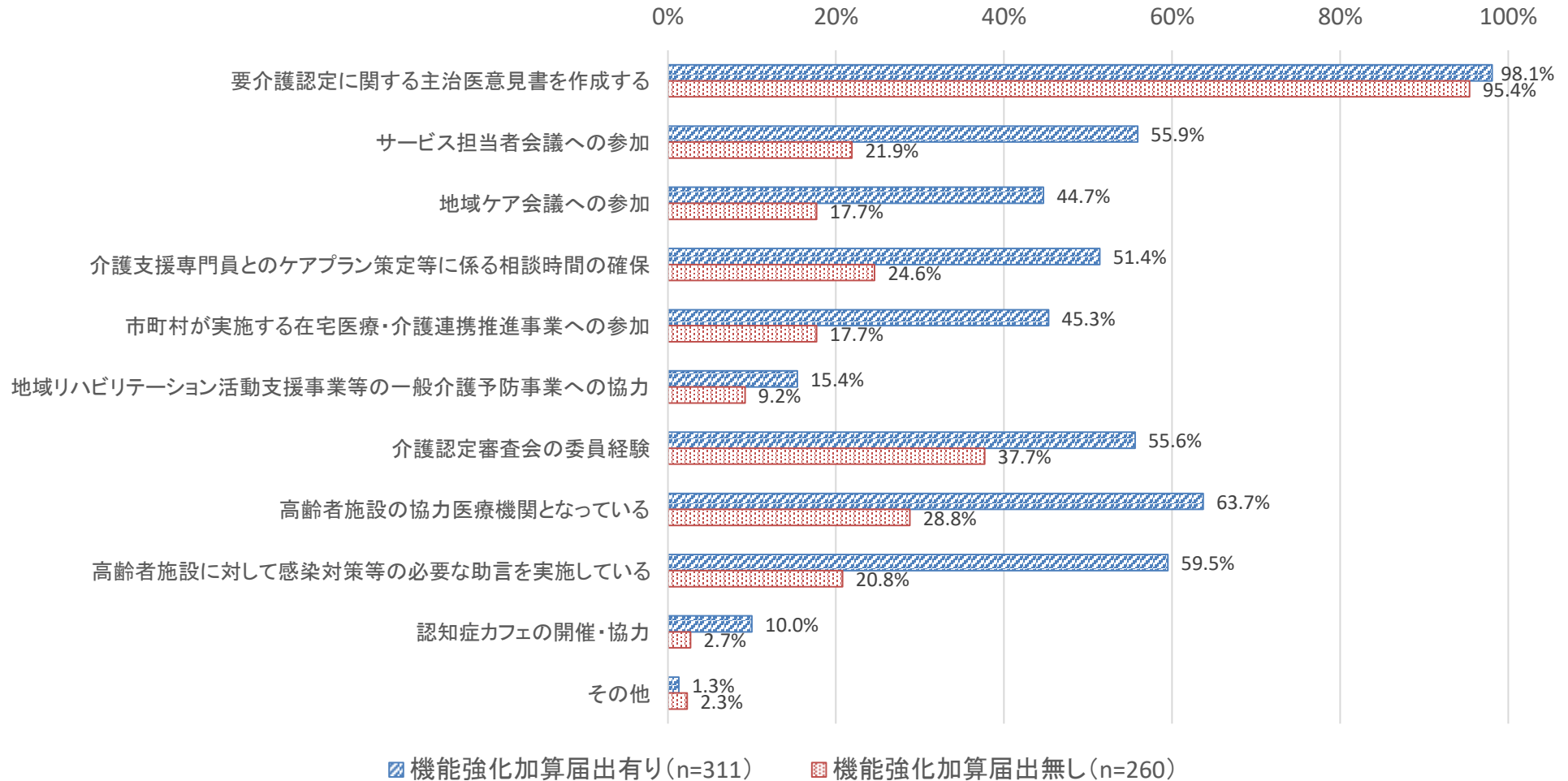
診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

- 医療機関における介護との連携の取組について、「要介護認定に関する主治医意見書の作成」は96.9%が取り組んでいた。
- 「サービス担当者会議への参加」は40.4%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は39.0%の医療機関が取り組んでいた。



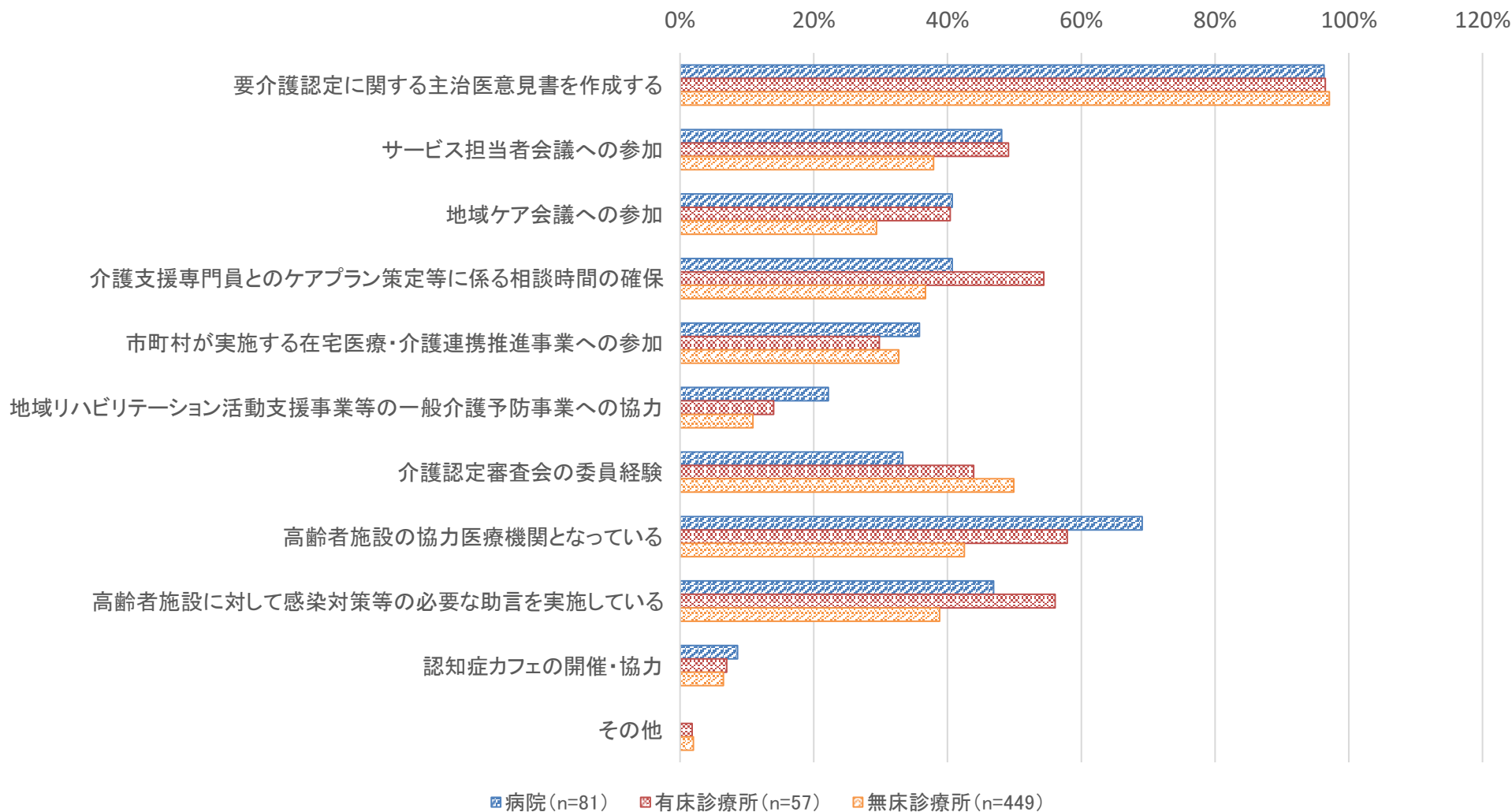
介護との連携（機能強化加算届出有無）

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

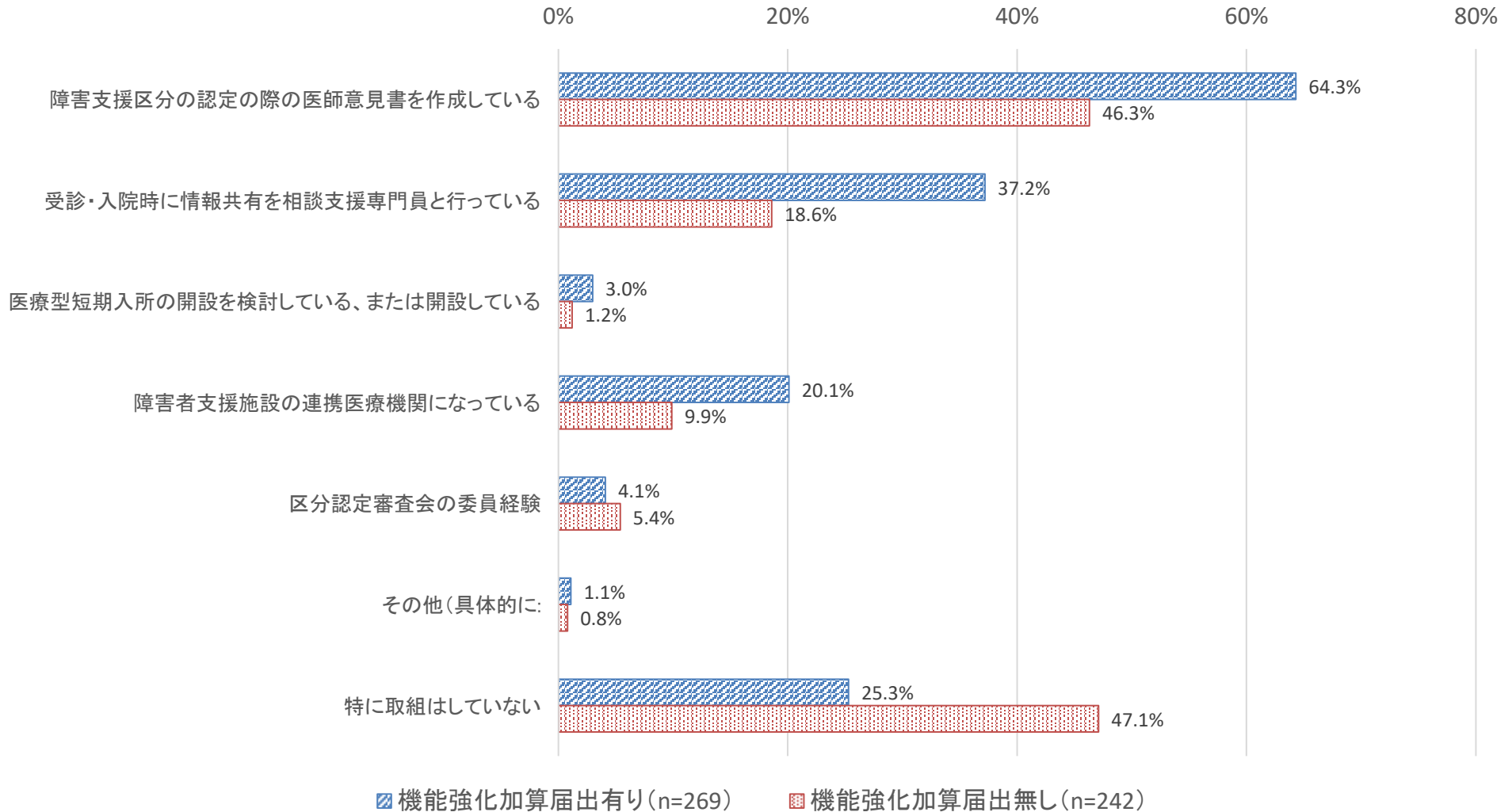


介護との連携（施設類型別）

- 介護との連携について、病院、有床診療所、無床診療所別の回答割合は以下のとおり。
- 有床診療所は「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」「高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している」割合が高かった。

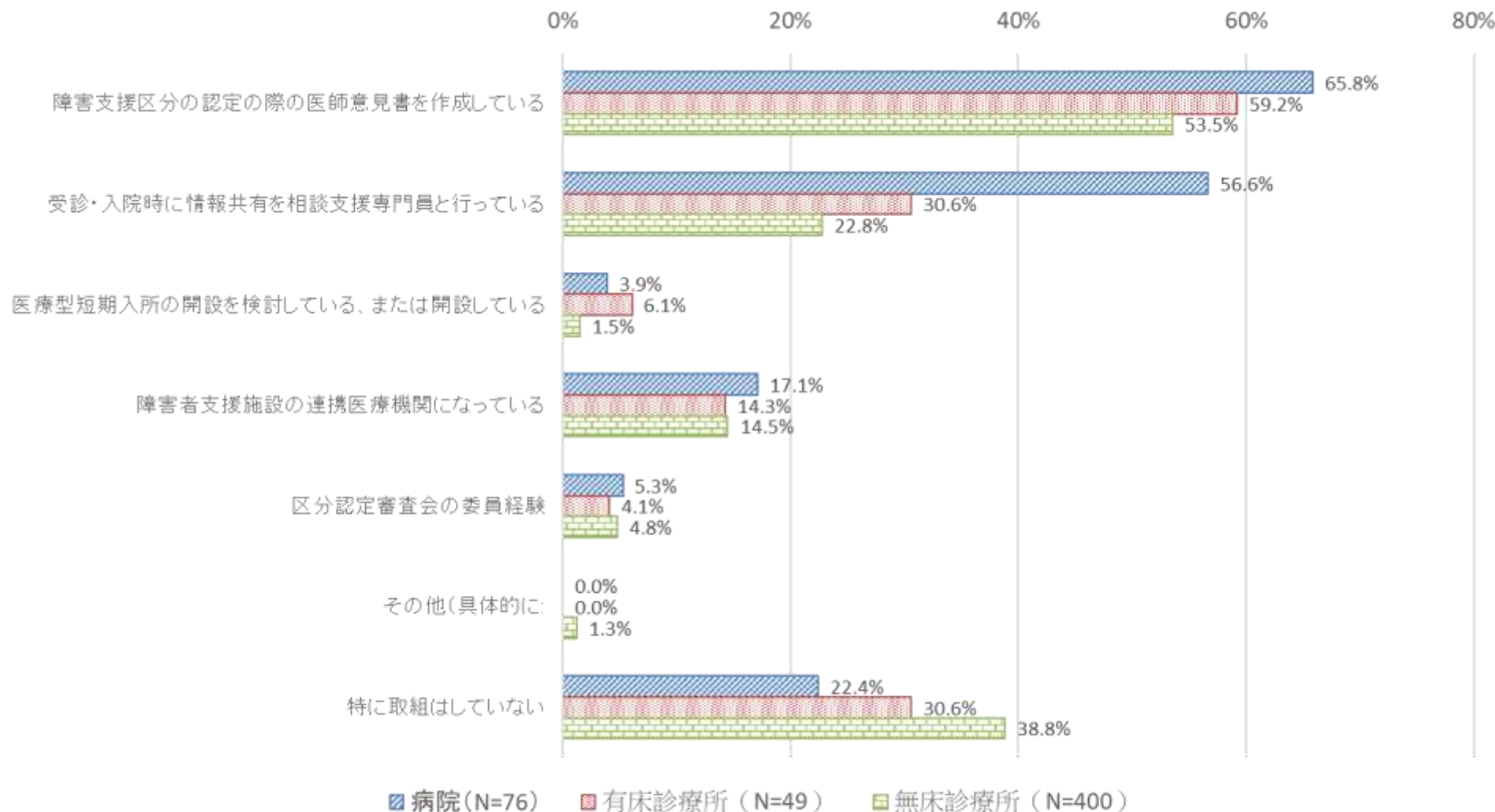


○ 医療機関における障害福祉サービスとの連携について、「障害支援区分の認定の際の医師意見書の作成」等の取り組みについて、機能強化加算を届出している医療機関の方が取り組んでいた。



障害福祉サービスとの連携（施設類型別）

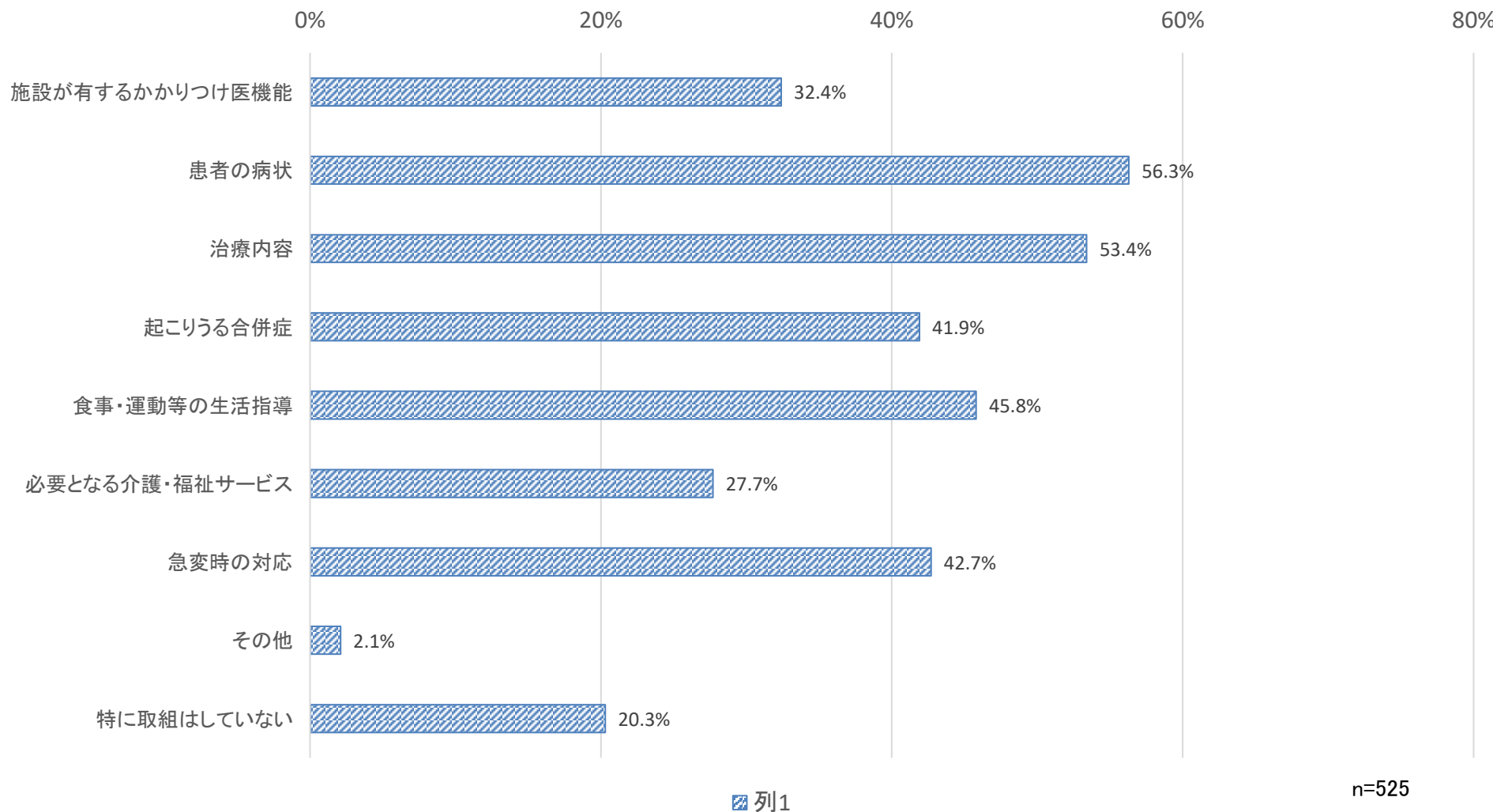
○ 医療機関における障害福祉サービスとの連携について、病院・有床診療所・無床診療所別の取組の状況は以下のとおり。有床診療所において、医療型短期入所の開設を検討している、または開設している割合は6.1%であった。



書面を用いた患者への説明

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

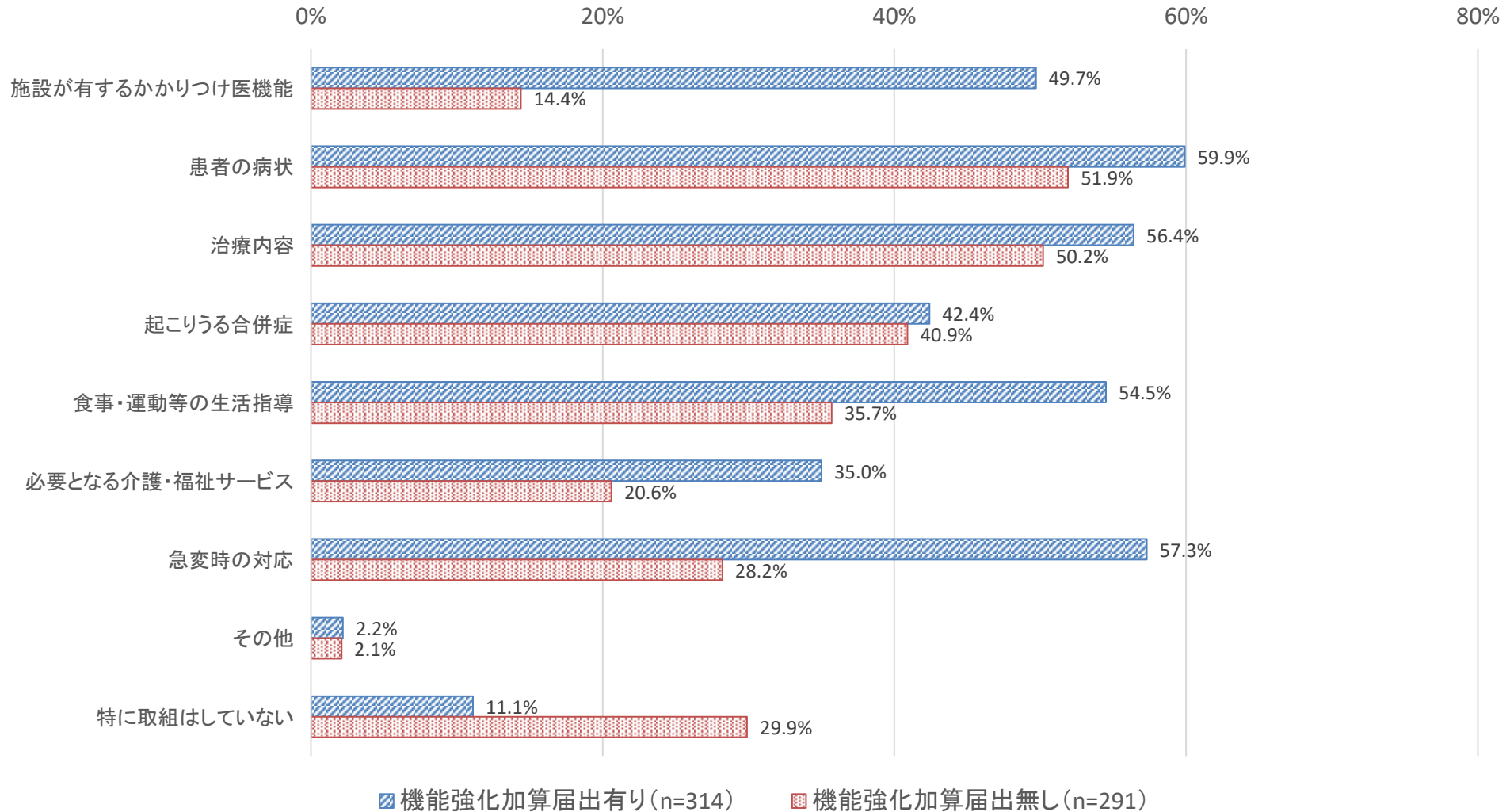
○ 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。必要となる介護・福祉サービスについての説明は27.7%であった。



書面を用いた患者への説明（機能強化加算届有無）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

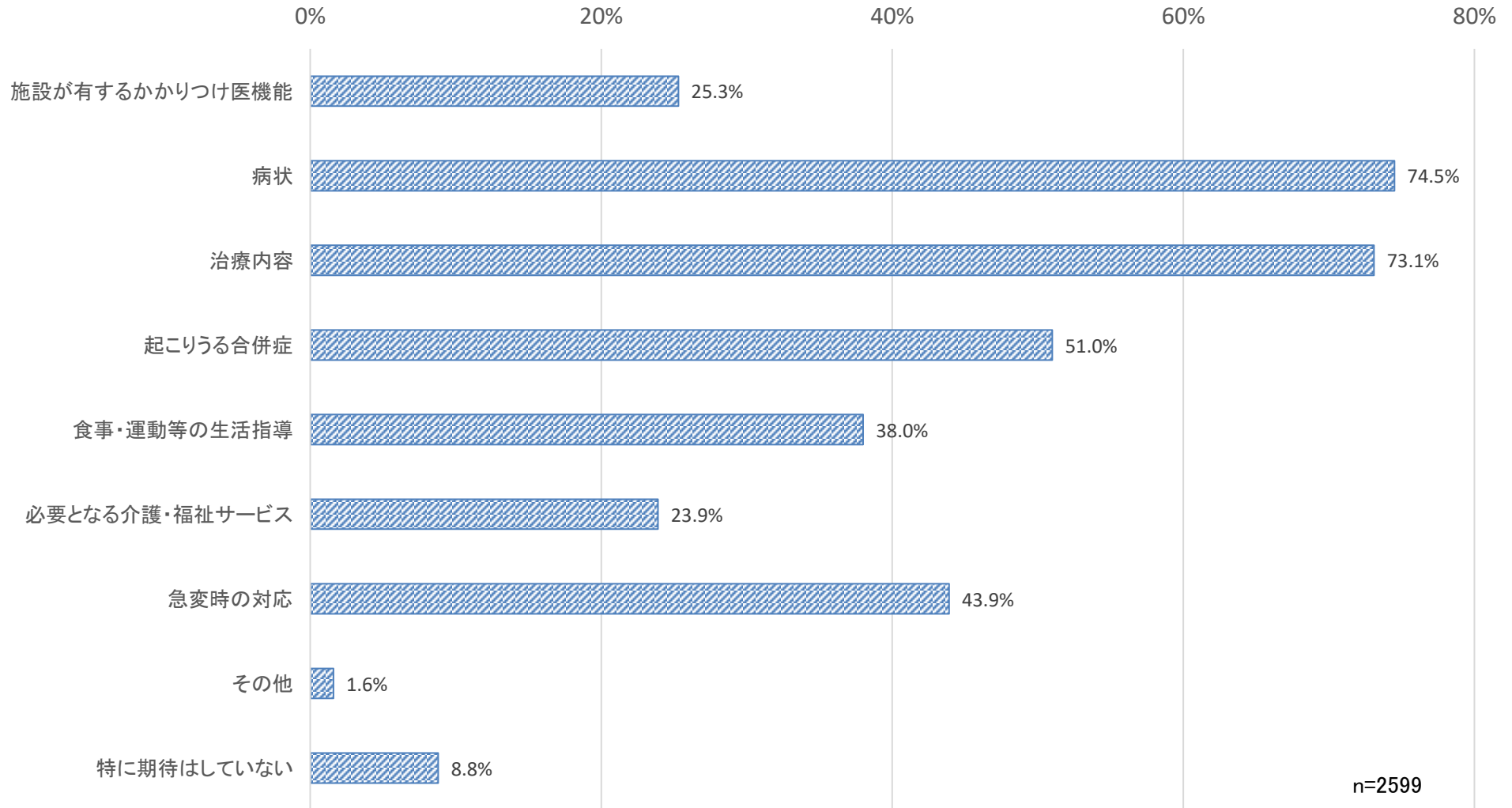
○ 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。機能強化加算を届出している医療機関の方が、それ以外より、積極的に書面を用いた説明を実施していた。



書面を用いた説明について患者が求める内容（患者票）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

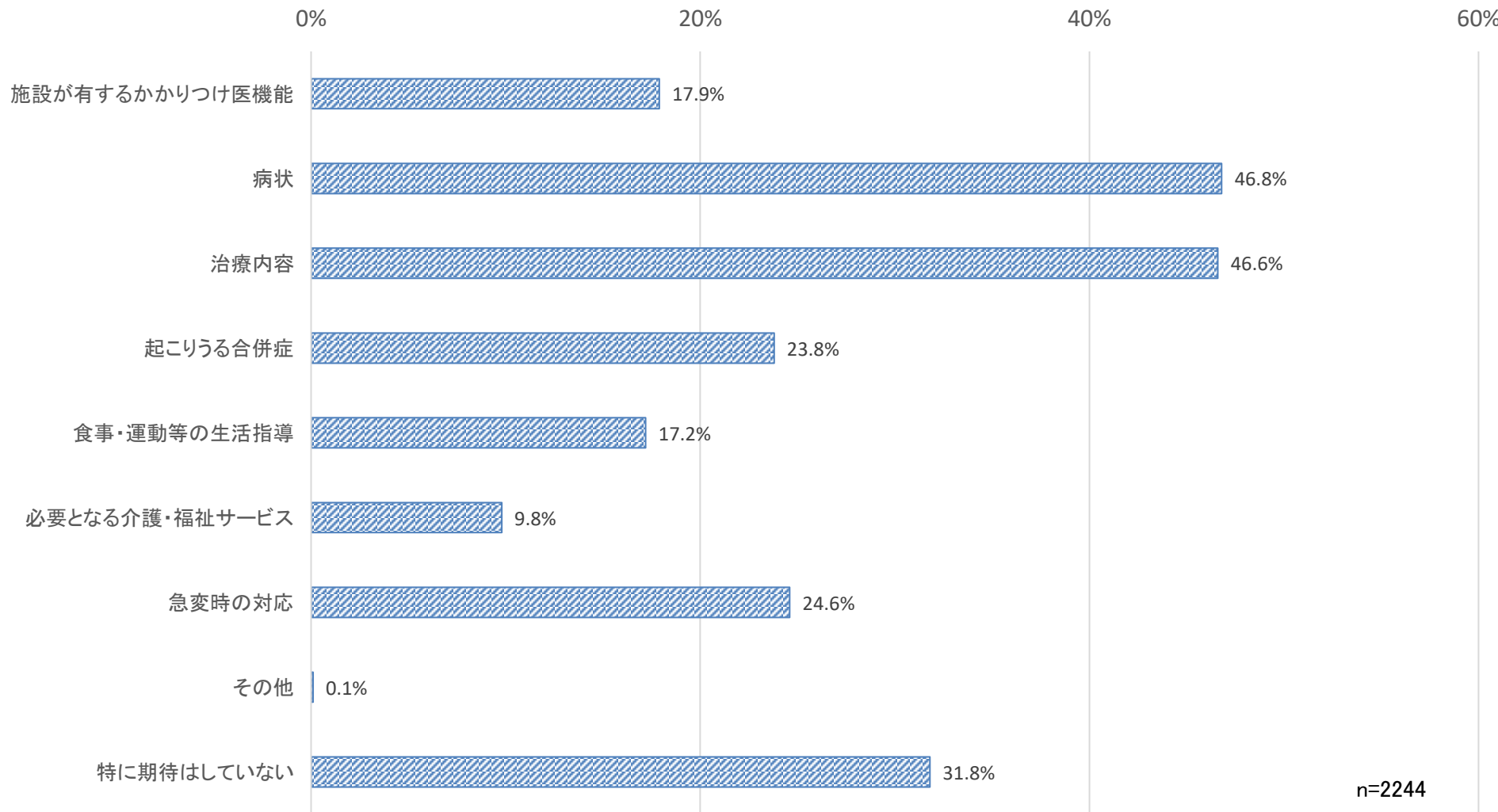
○ かかりつけ医からの患者への書面を用いた説明について、患者票では、病状また治療内容についての説明を希望する割合が高かった。



書面を用いた説明について患者が求める内容（インターネット調査）

○ かかりつけ医からの患者への書面を用いた説明について、患者票では、病状また治療内容についての説明を希望する割合が高かった。

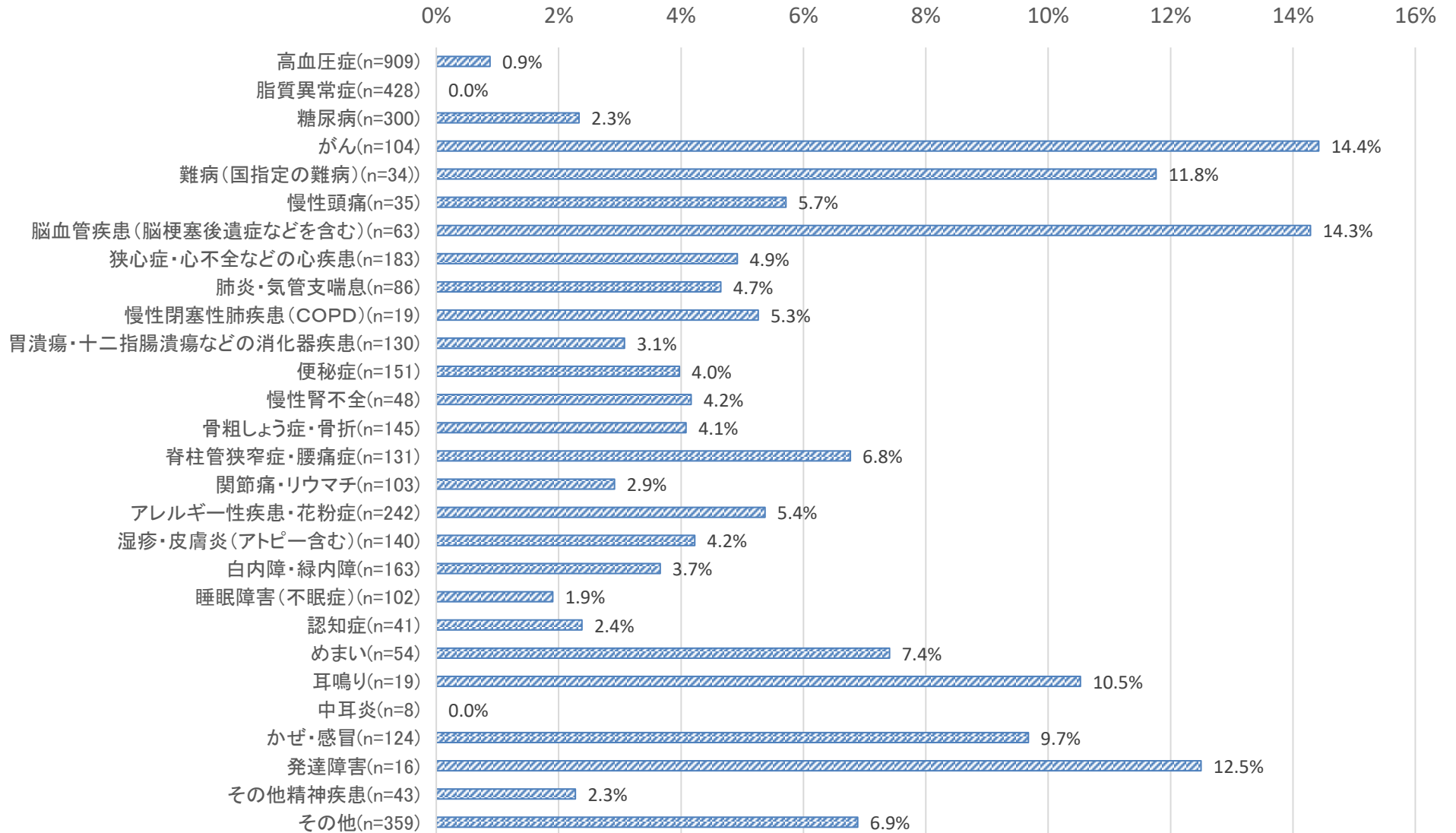
診調組 入-5
5 . 1 0 . 5



疾病毎の複数医療機関受診割合（患者票）

診調組 入-5
5.10.5

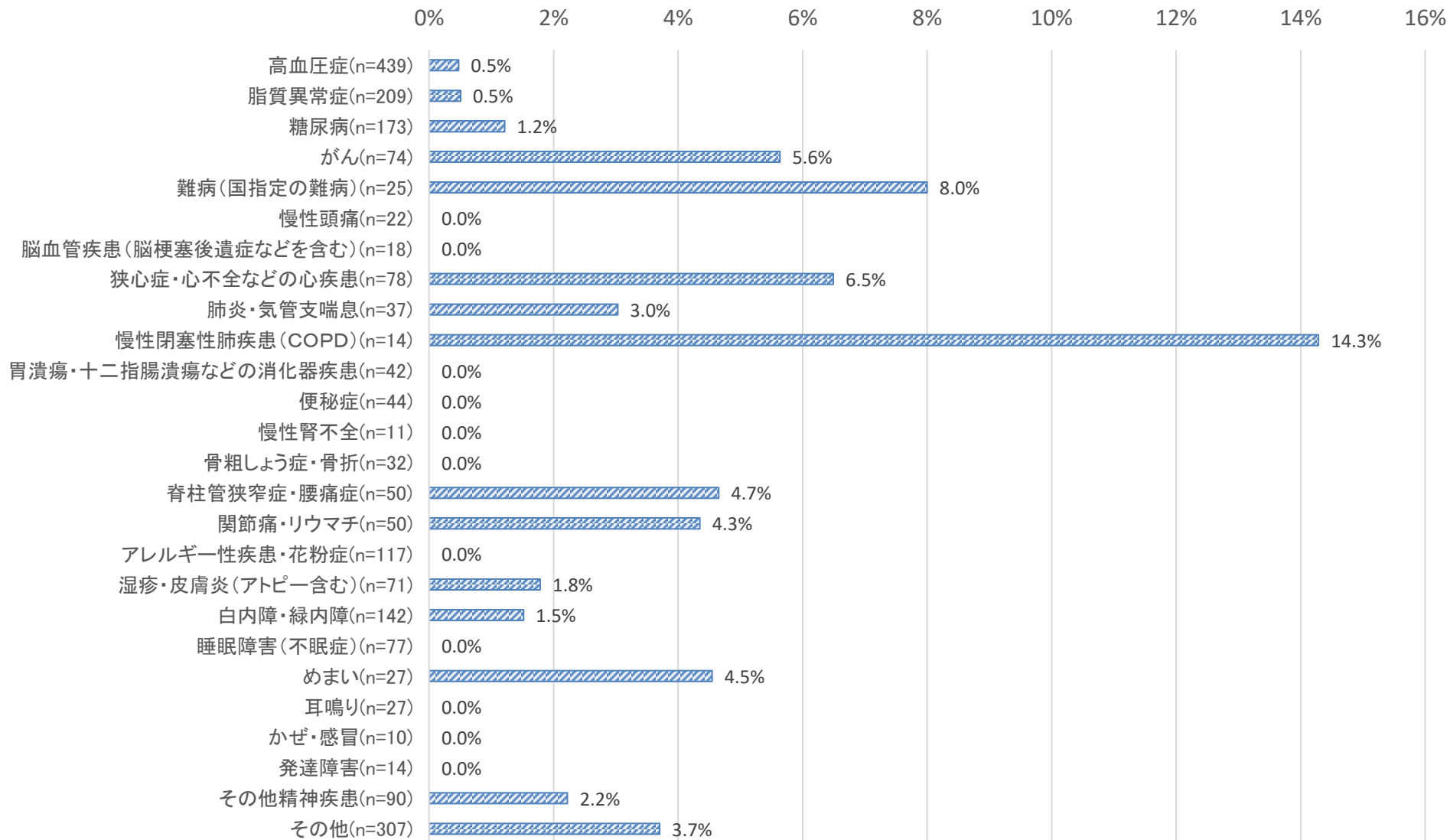
○ 疾病に対して定期的(3か月に1回以上)に通院している医療機関が2以上の患者割合は以下のとおり。
 高血圧、脂質異常症、糖尿病の生活習慣病については2以上の医療機関を受診している割合は0~2%であった。



疾病毎の複数医療機関受診割合（インターネット調査票）

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

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

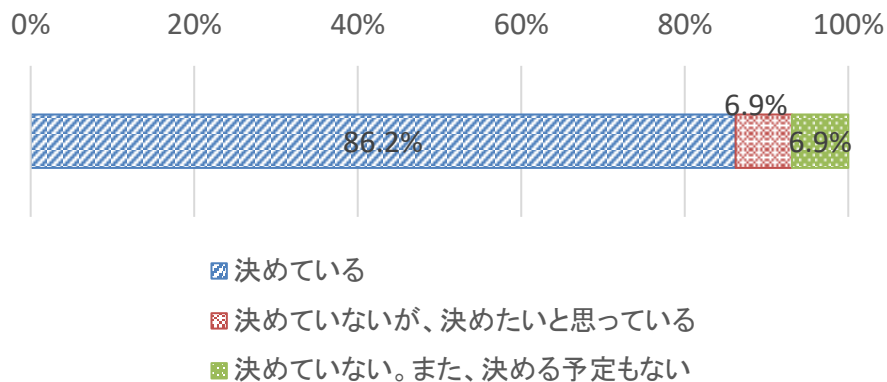


患者がかかりつけ医を決めていない理由等（患者票）

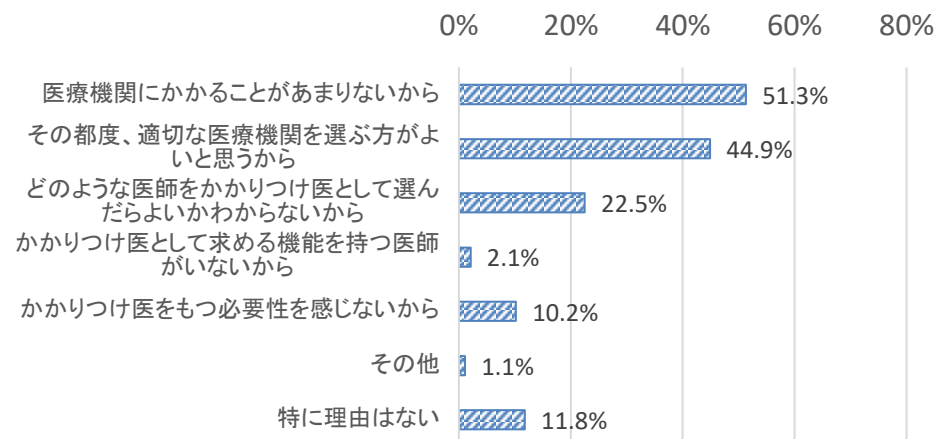
診調組 入-5
5. 10. 5

- 86.2%の患者がかかりつけ医を決めていたが、6.9%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、医療機関にかかることがあまりない、その都度適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うが多かった。
- 複数の医療機関を受診している患者について、紹介状をもらわずに受診している患者が47.9%であった。

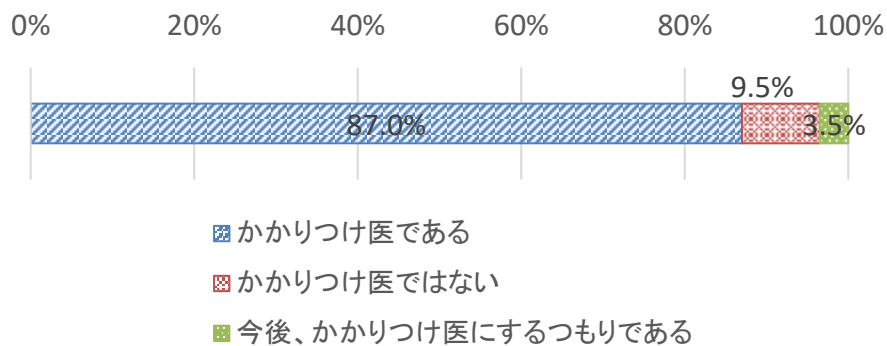
かかりつけ医を決めているかどうか(N=2,730)



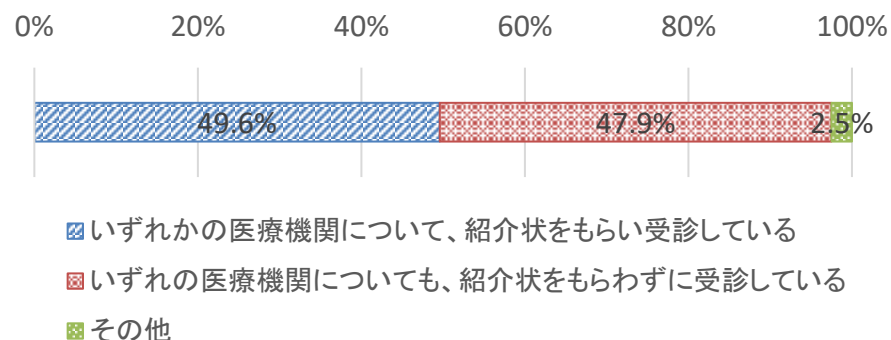
かかりつけ医を決めていない理由(N=187)



本日受診した医師は、あなたのかかりつけ医かどうか(N=2,519)



定期的(3カ月に1回以上)に通院している医療機関の数が2箇所以上の場合の紹介状について(N=289)

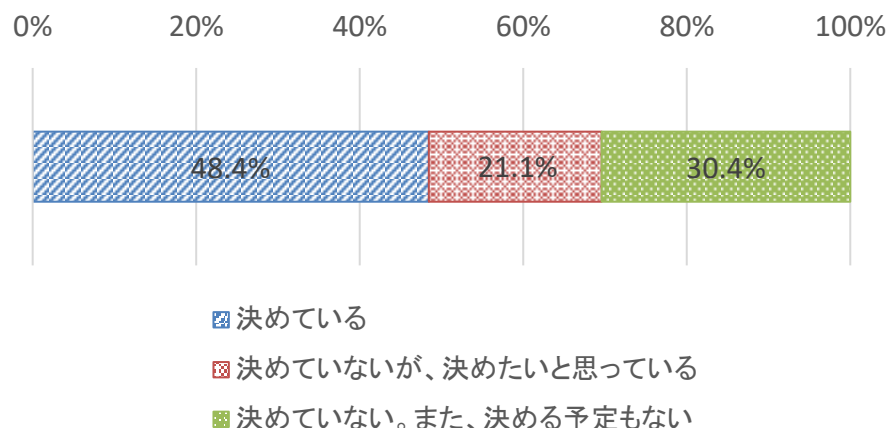


患者がかかりつけ医を決めていない理由等（インターネット調査）

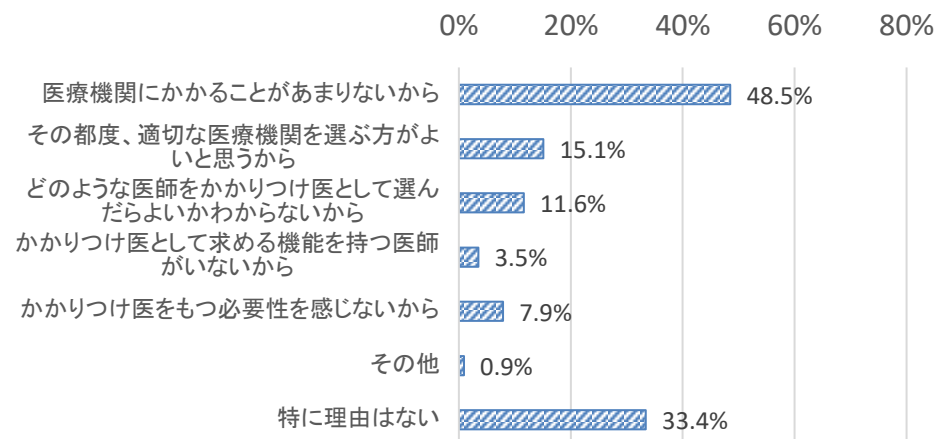
- 48.4%の患者がかかりつけ医を決めていたが、30.4%の患者はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もなかった。かかりつけ医を決めていない理由としては、医療機関にかかることがあまりないが多かった。
- 複数の医療機関を受診している患者について、紹介状をもらわずに受診している患者が42.9%であった。

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

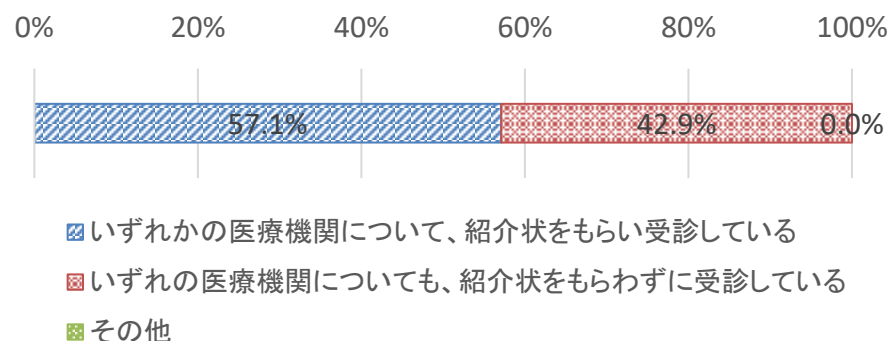
かかりつけ医を決めているかどうか(n=2,244)



かかりつけ医を決めていない理由(n=683)



定期的(3カ月に1回以上)に通院している医療機関の数が2箇所以上の場合の紹介状について(N=35)



生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

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

[算定要件]

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



改定後

【生活習慣病管理料】

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

[算定要件]

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

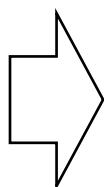
算定要件の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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

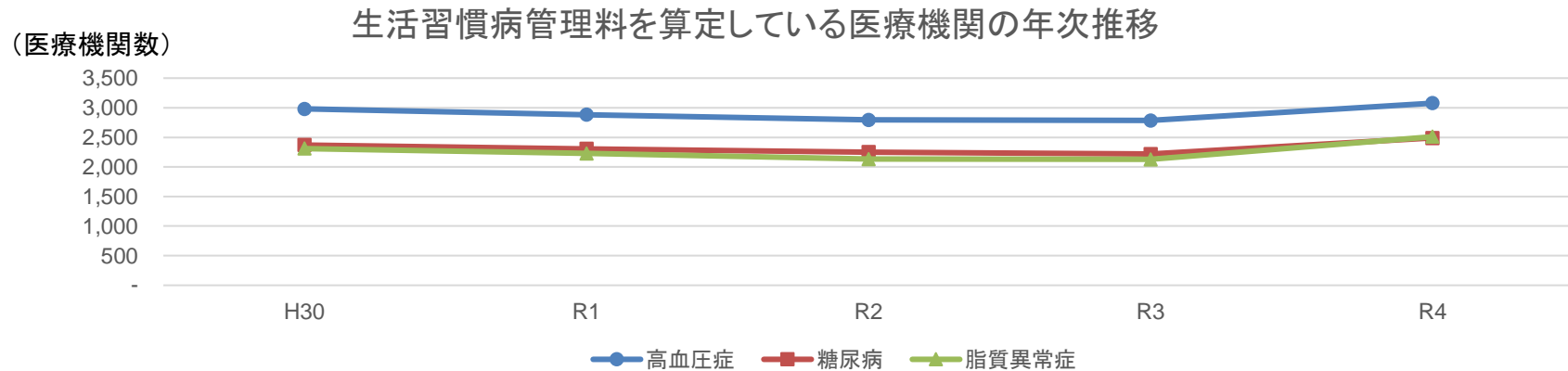
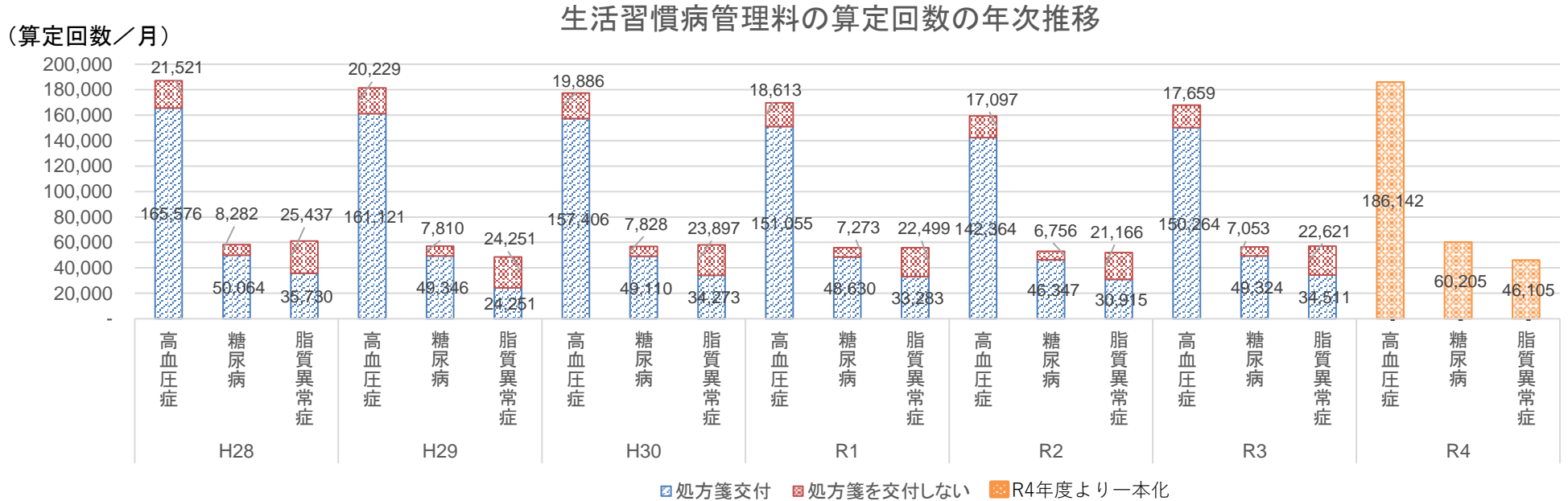
生活習慣病の診療の評価について

中医協 総-8
5. 6. 21

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

生活習慣病管理料の算定状況

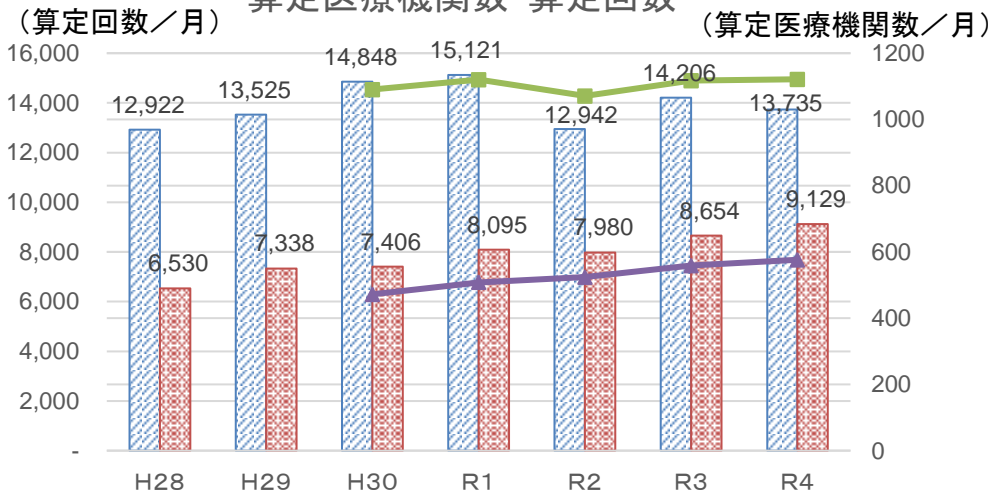
○ 生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。



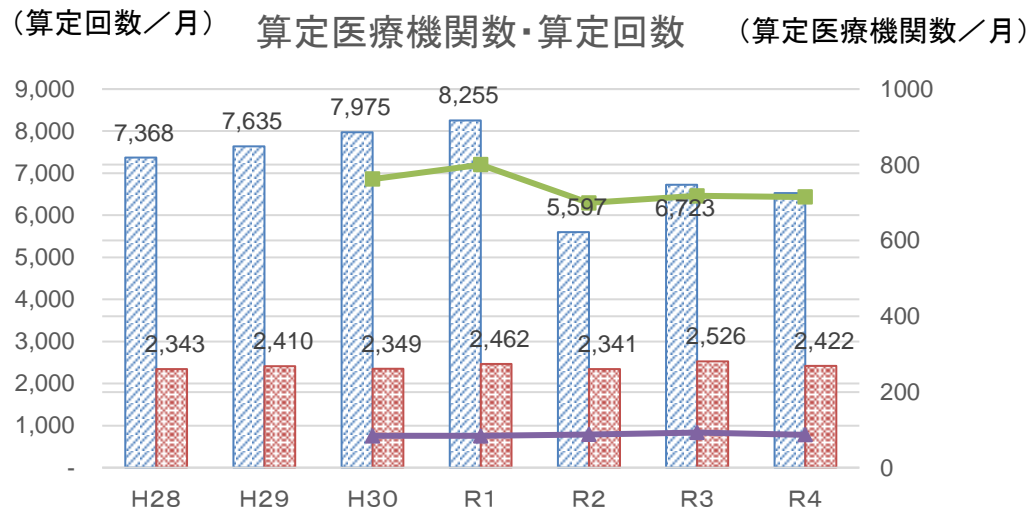
生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

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

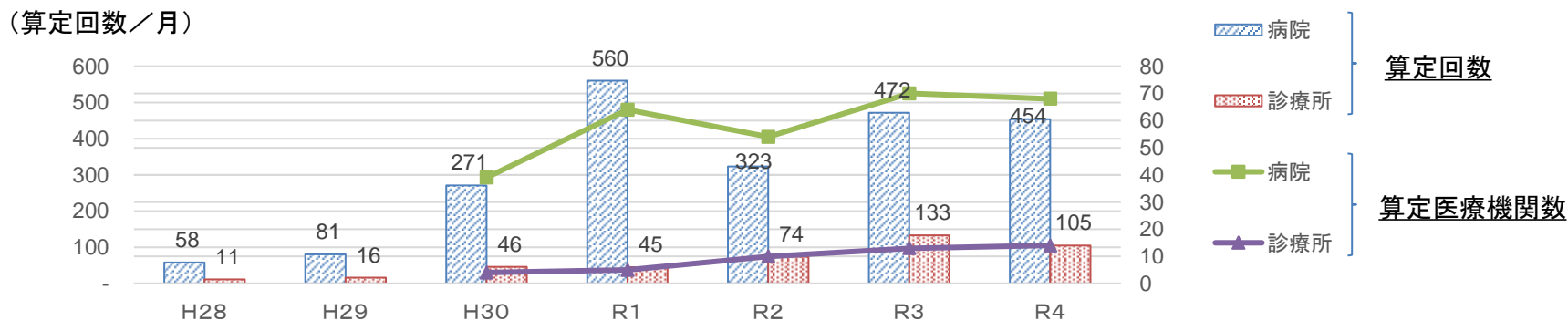
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数



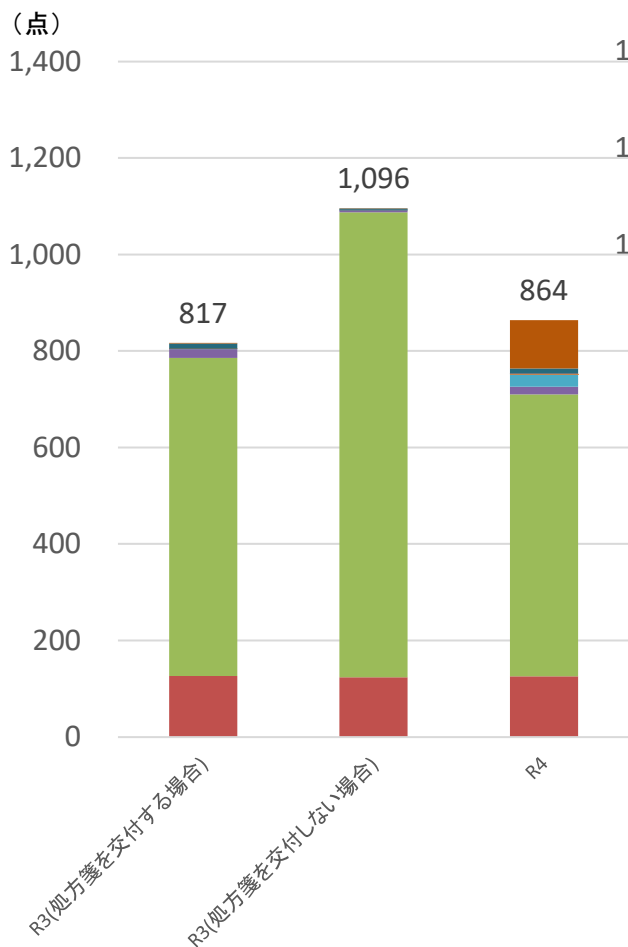
出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

生活習慣病管理料に係る診療費の内訳

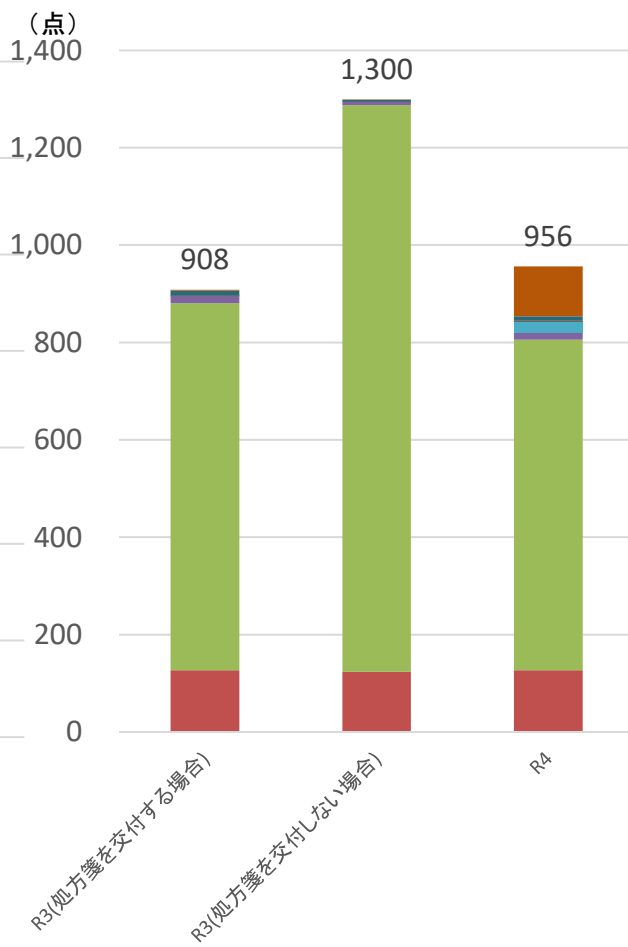
診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

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

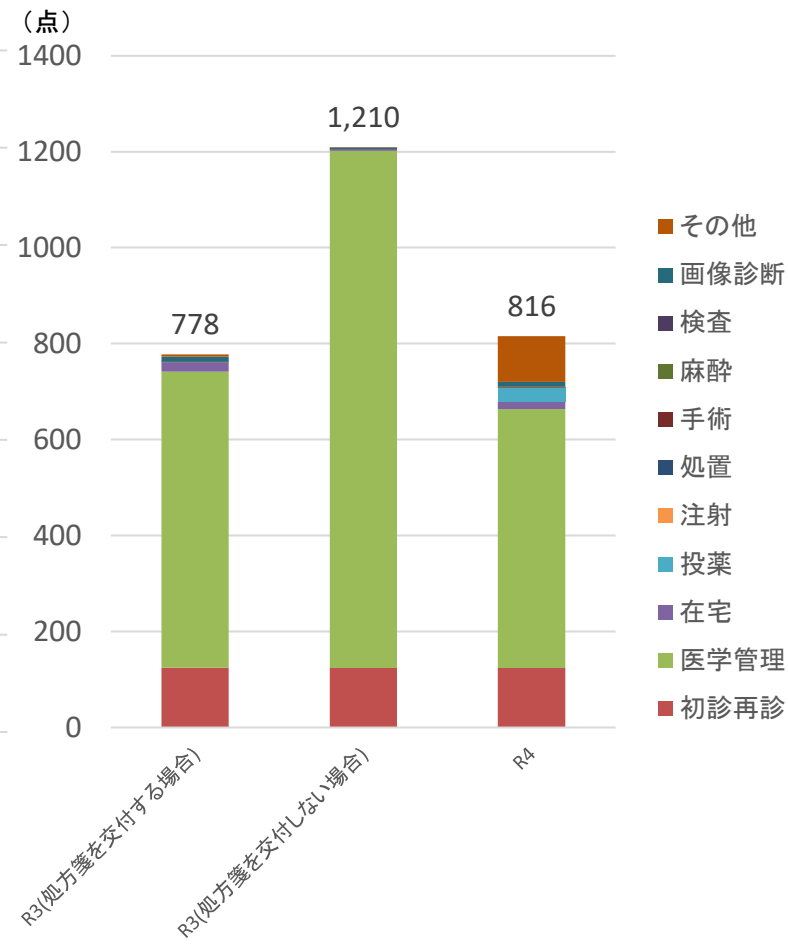
高血圧を主病とするもの



糖尿病を主病とするもの



脂質異常症を主病とするもの

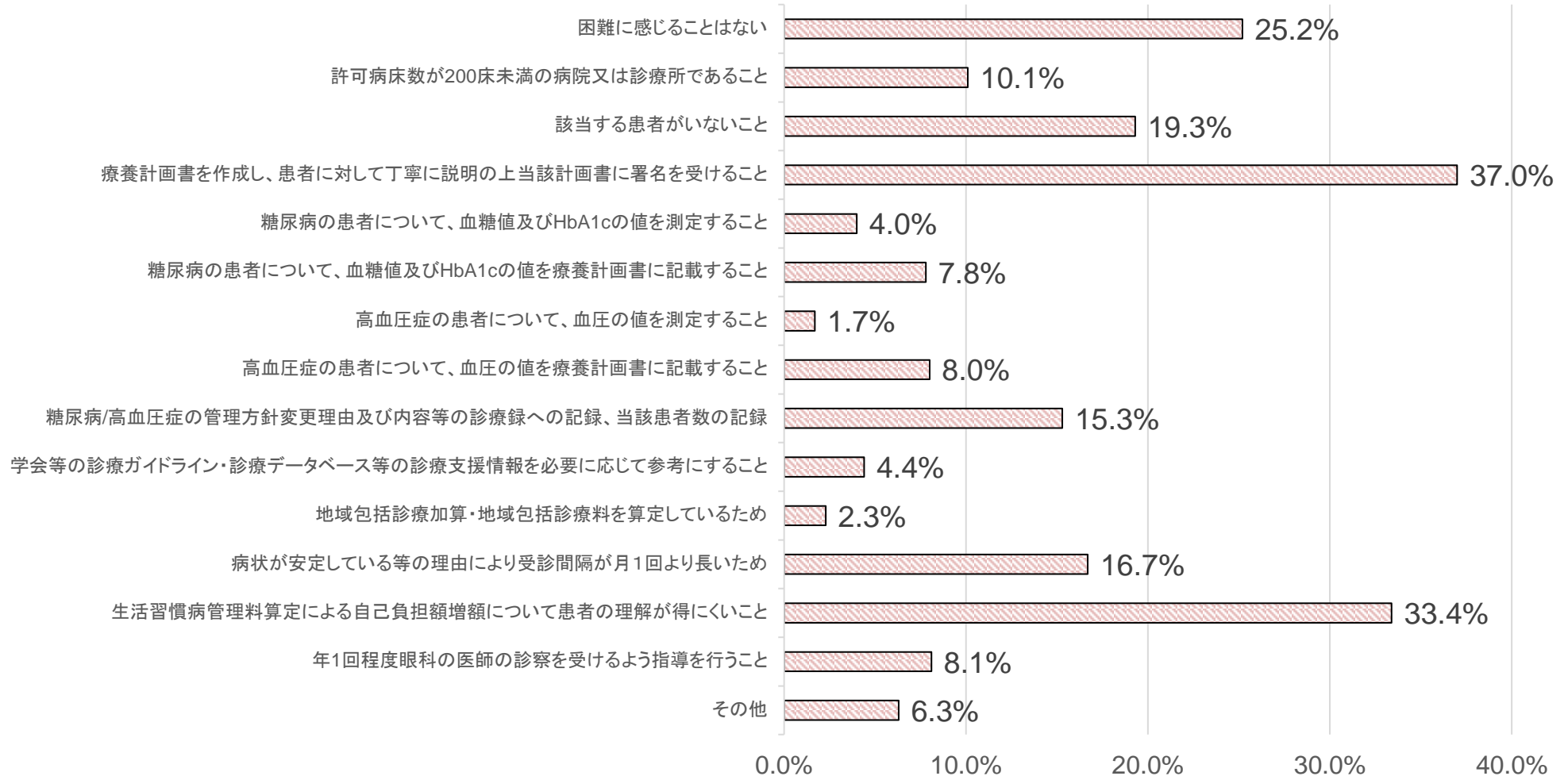


- その他
- 画像診断
- 検査
- 麻酔
- 手術
- 処置
- 注射
- 投薬
- 在宅
- 医学管理
- 初診再診

生活習慣病管理料の算定について困難を感じること

○ 生活習慣病管理料の算定について困難を感じることとして、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多かった。

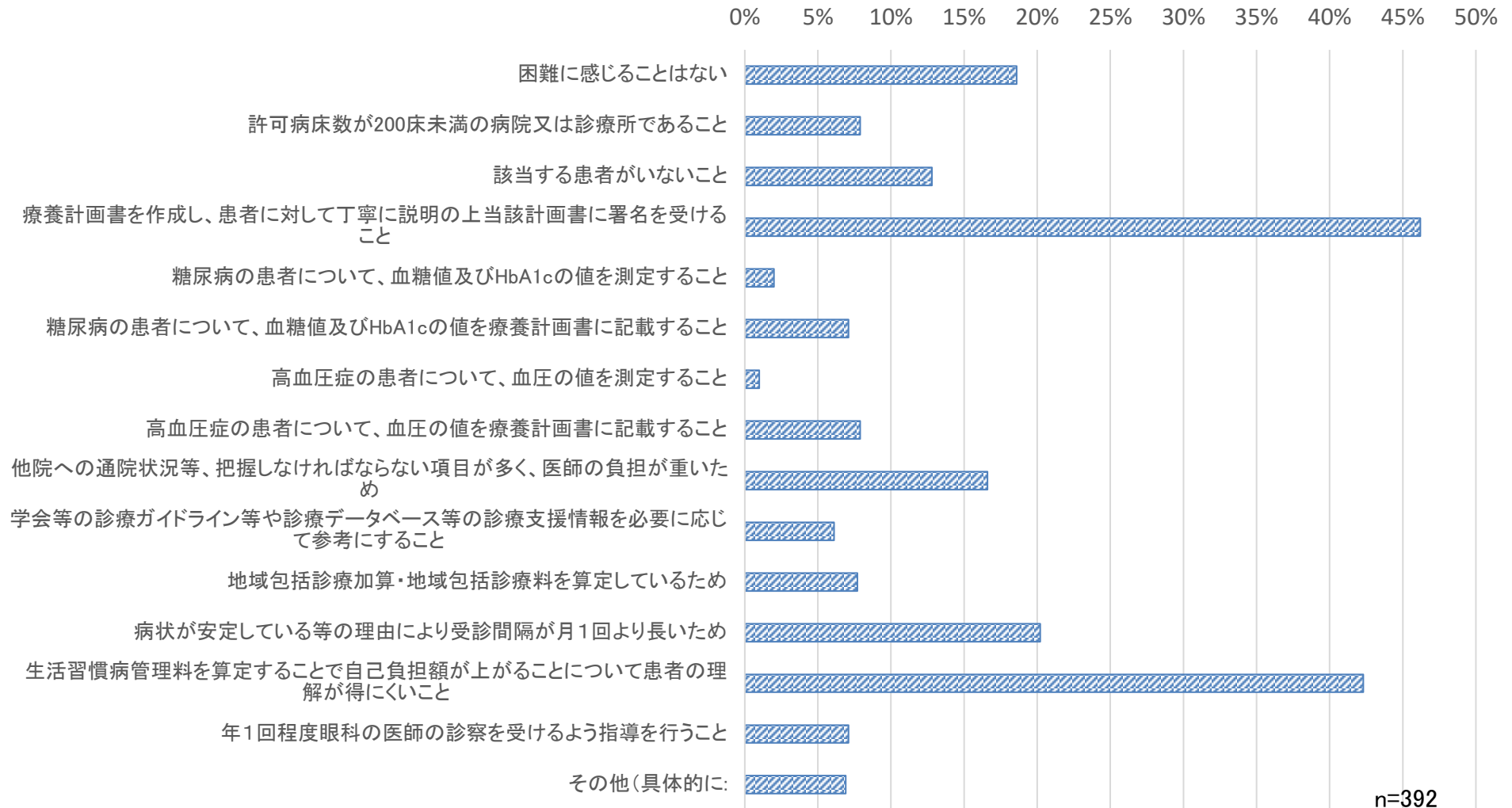
n=652



生活習慣病管理料の算定について困難なこと

診調組 入-5
5. 10. 5

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



生活習慣病管理料の療養計画書

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

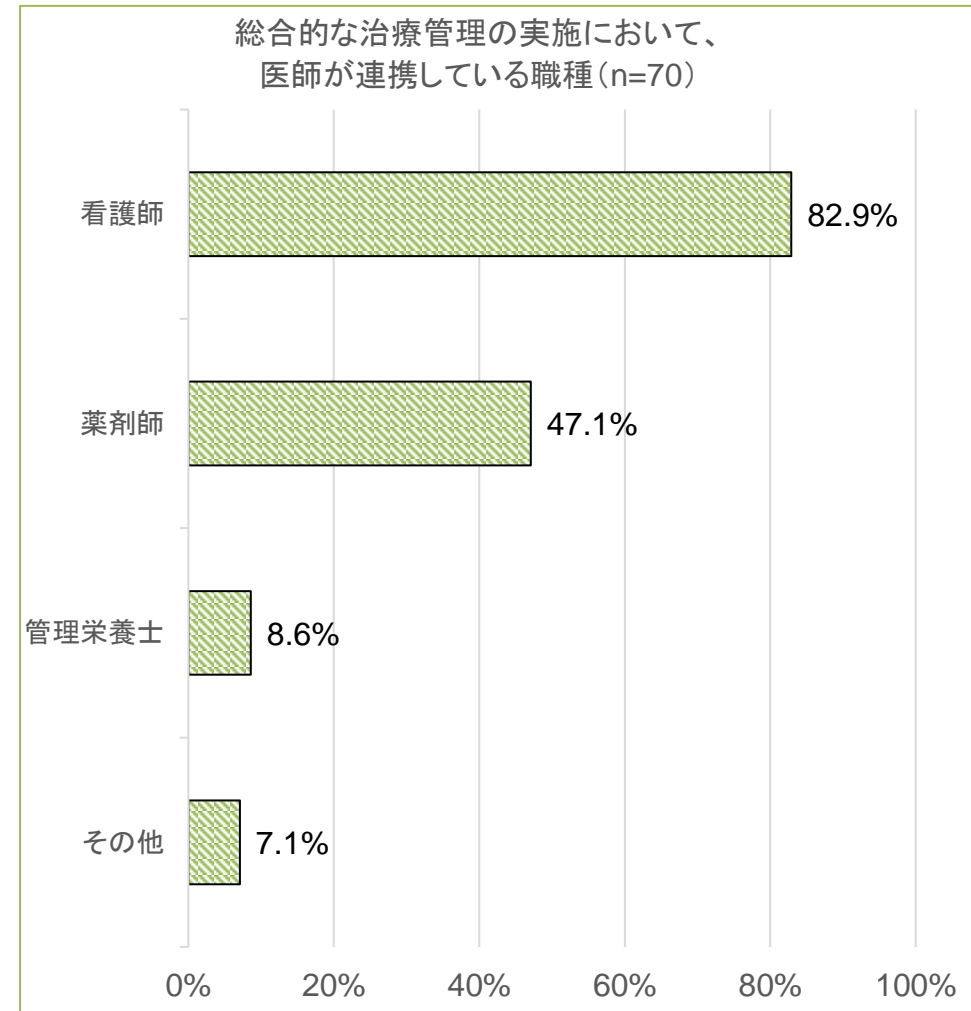
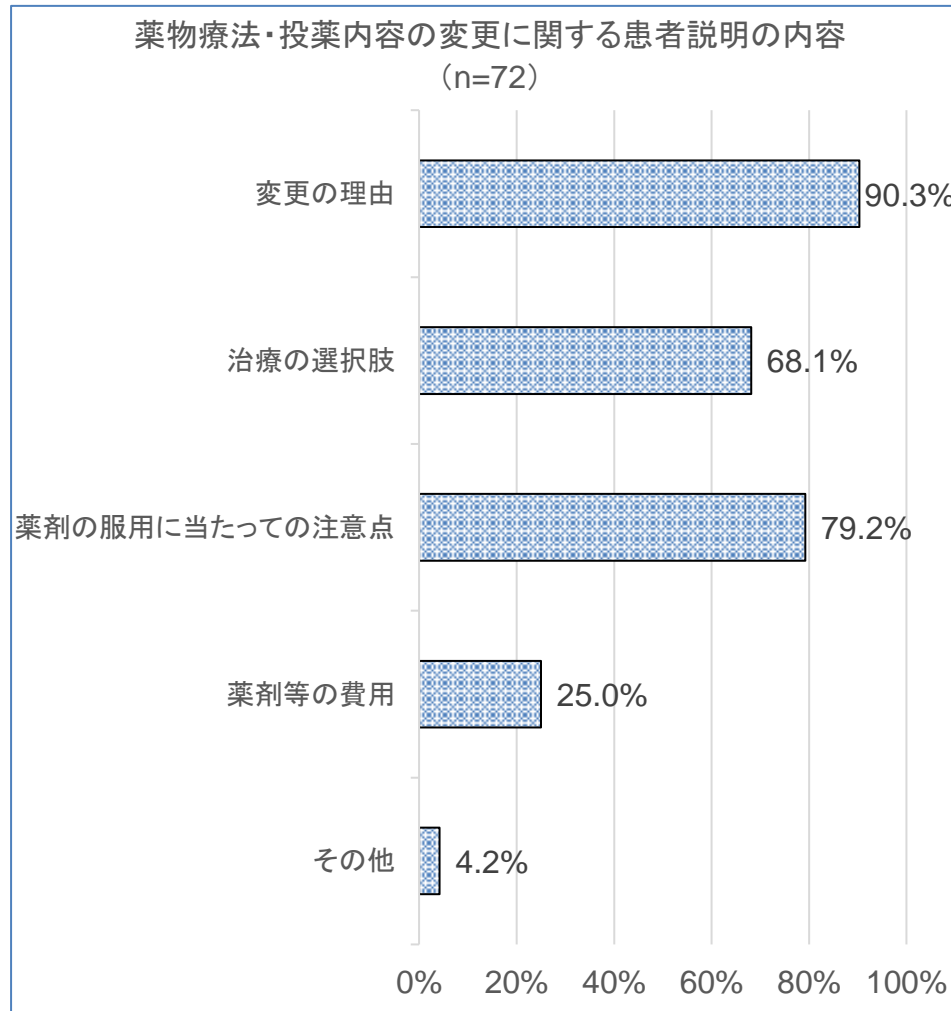
(別紙様式D)

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

(別紙様式Dの2)

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

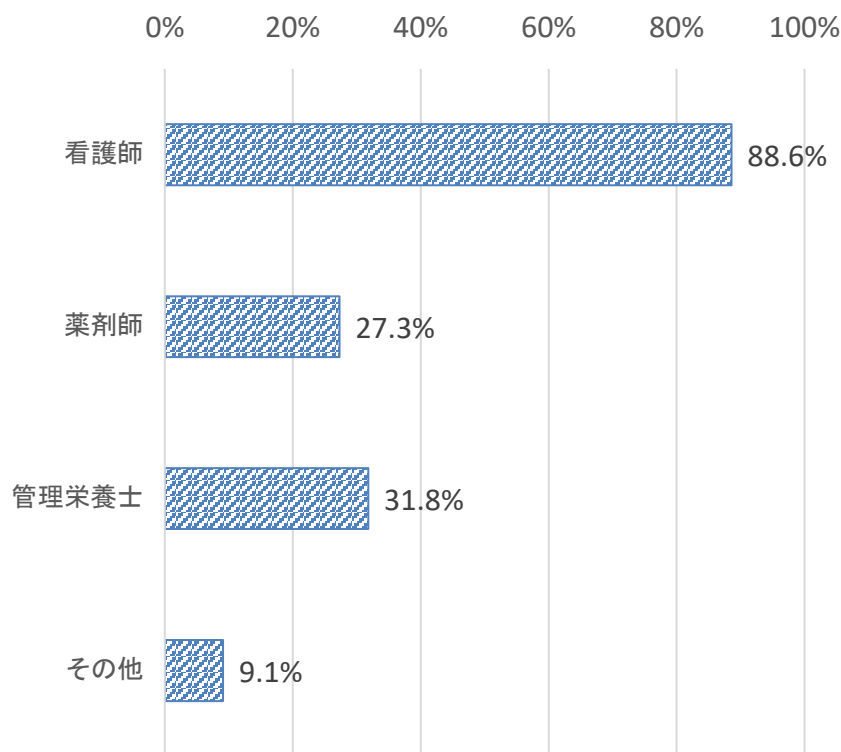
- 令和4年10月1ヶ月間に糖尿病または高血圧症の患者で管理方針を変更した患者がいた施設において、薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明の内容、職種間連携の状況について、内容としては「変更の理由」「薬剤の服用に当たっての注意点」が多く、連携している職種としては看護師が最多であった。



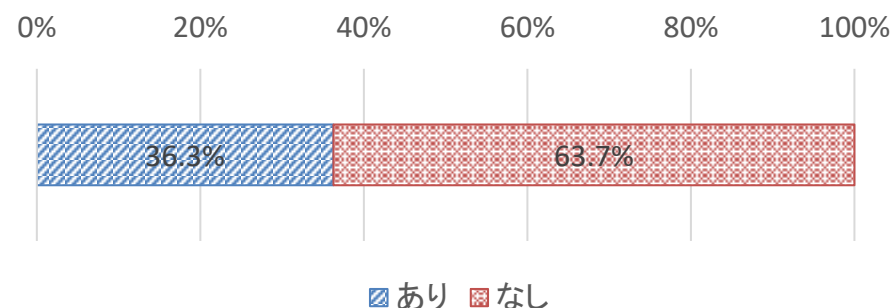
生活習慣病にかかると多職種との関与

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

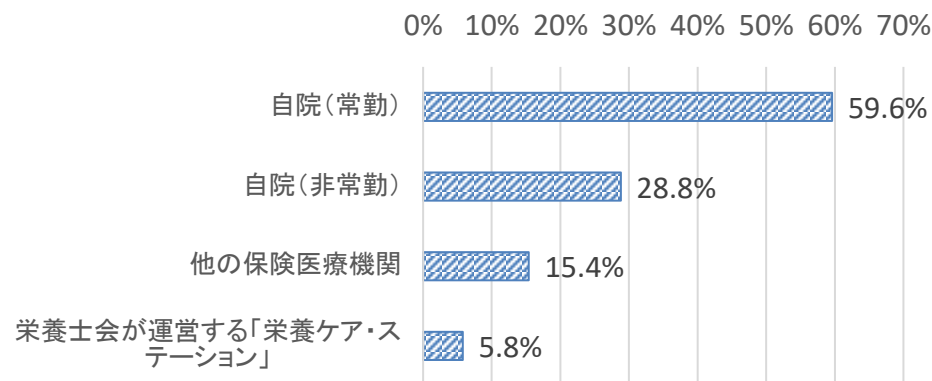
生活習慣病管理料における総合的な治療管理の実施において、連携している職種(n=44)



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

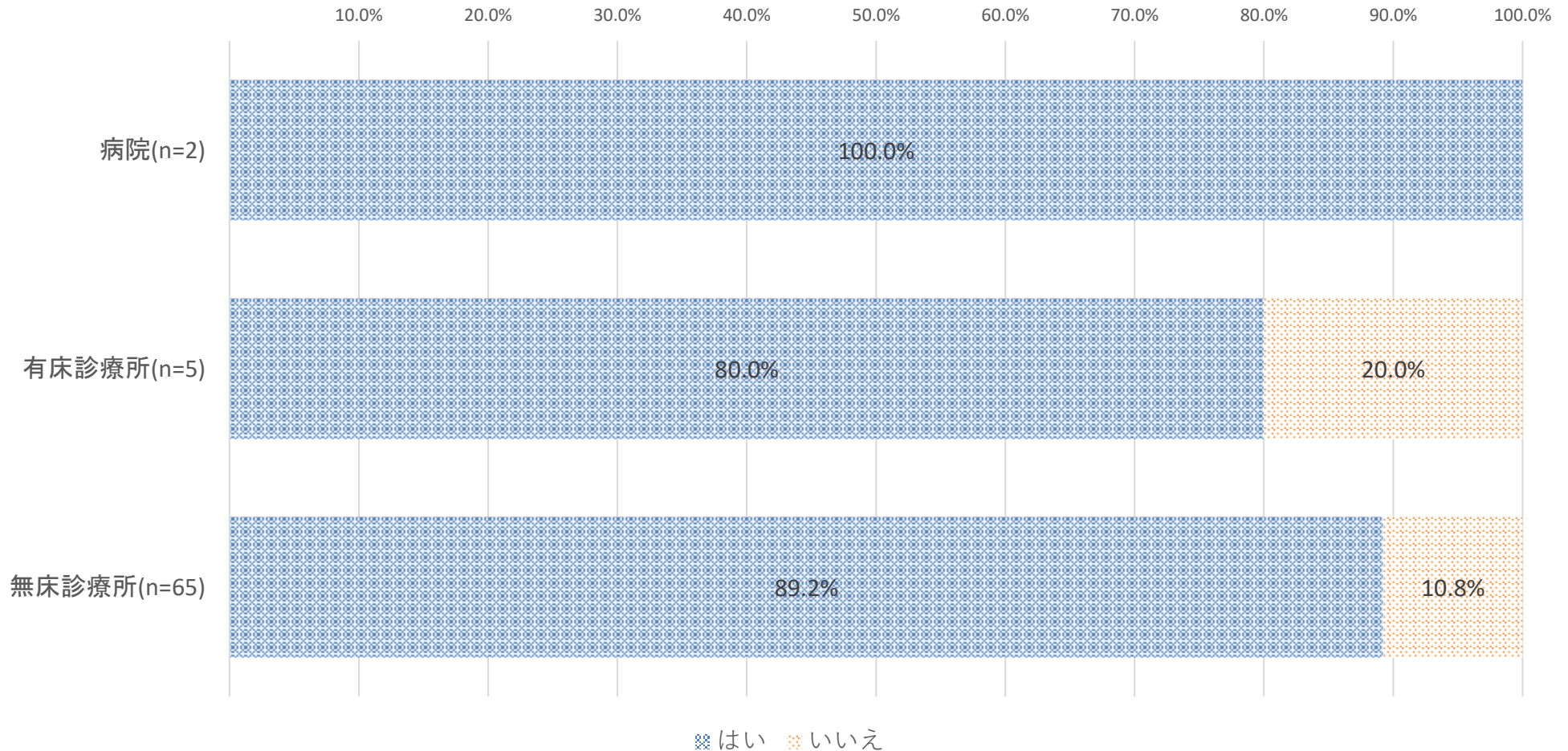


栄養指導を実施している管理栄養士の所属(n=104)



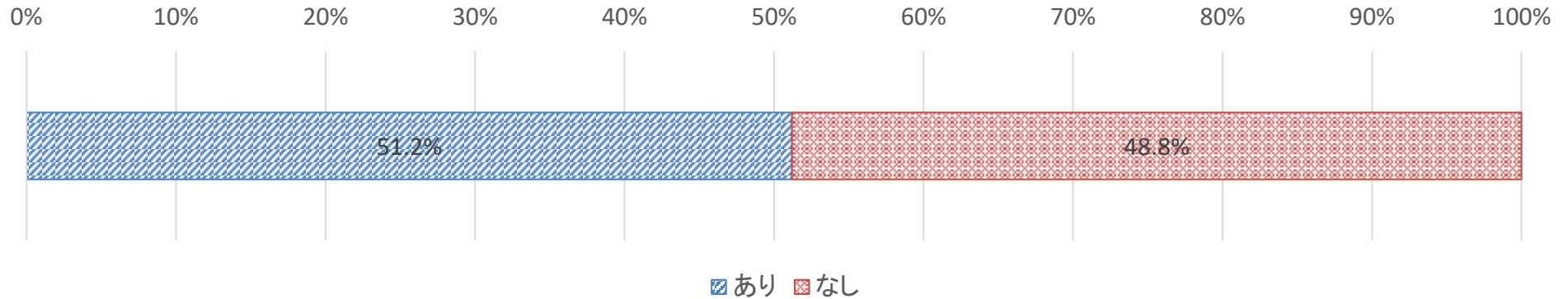
○ 多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。

糖尿病を主病としている患者である患者に定期的な眼科受診を勧めているか(n=72)

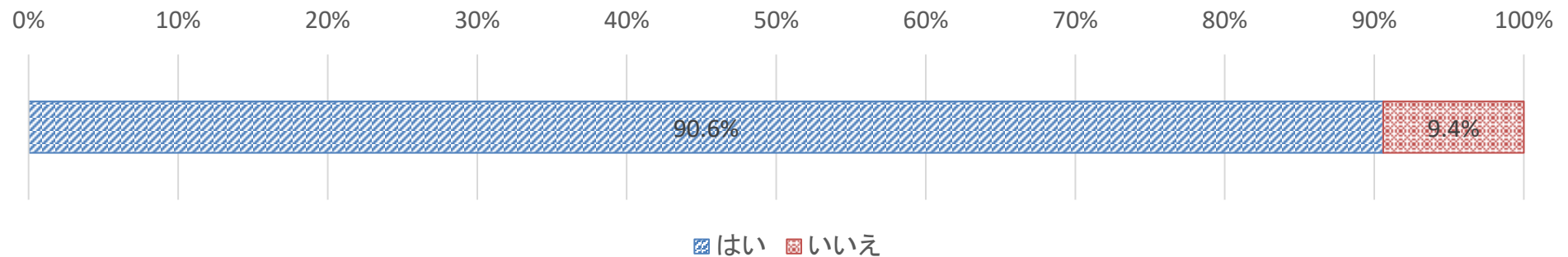


○ 糖尿病を主病とする患者が1名以上いる施設において、糖尿病を主病としている患者に歯科受診の推奨を実施している施設は51.2%、糖尿病と歯周病の関係性(※)について知っている施設は90.6%であった。

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



糖尿病と歯周病の関係性(※)について知っているかどうか (N=289)



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

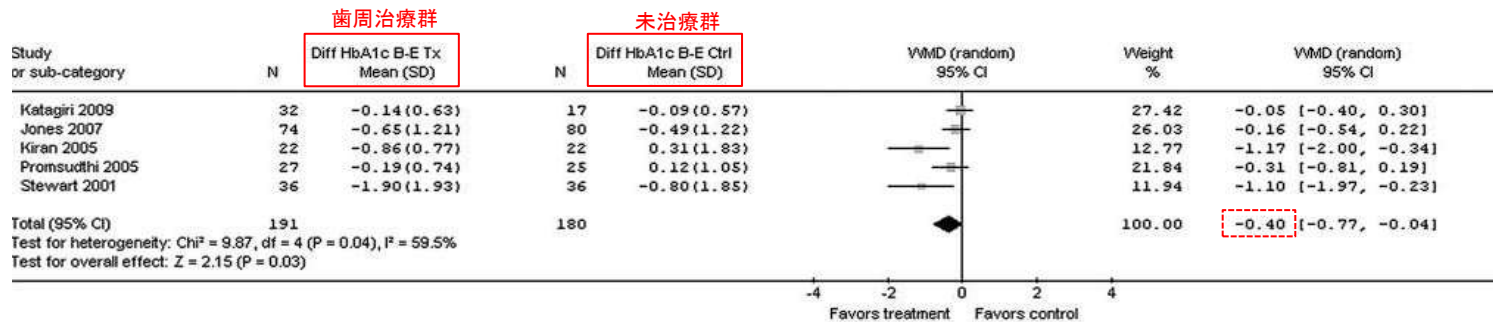
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

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

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

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

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



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

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

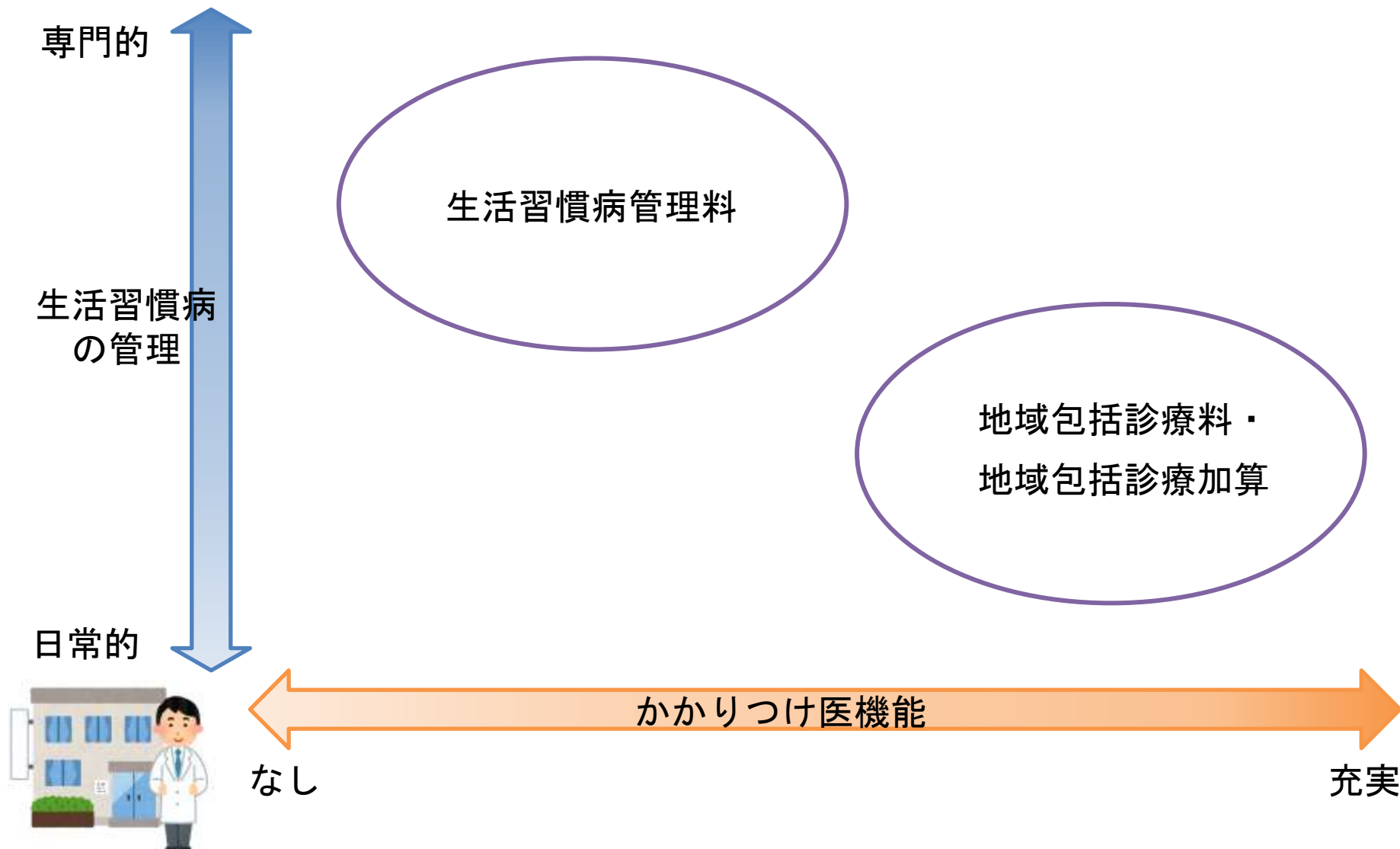
○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

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

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

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

200床未満の病院及び診療所における 生活習慣病の管理を中心とした評価



○ 生活習慣病を主病とする患者の概数および特定疾患療養管理料算定患者の概数(令和4年10月の受診患者数)は以下のとおり。

令和4年10月の受診患者数

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 (在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない)	690	件	316.0	人	0.0	人	121.0	人	438.3	人
② 特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	690	件	288.6	人	0.0	人	129.0	人	450.0	人

生活習慣病に係る外来受診実人数

診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

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

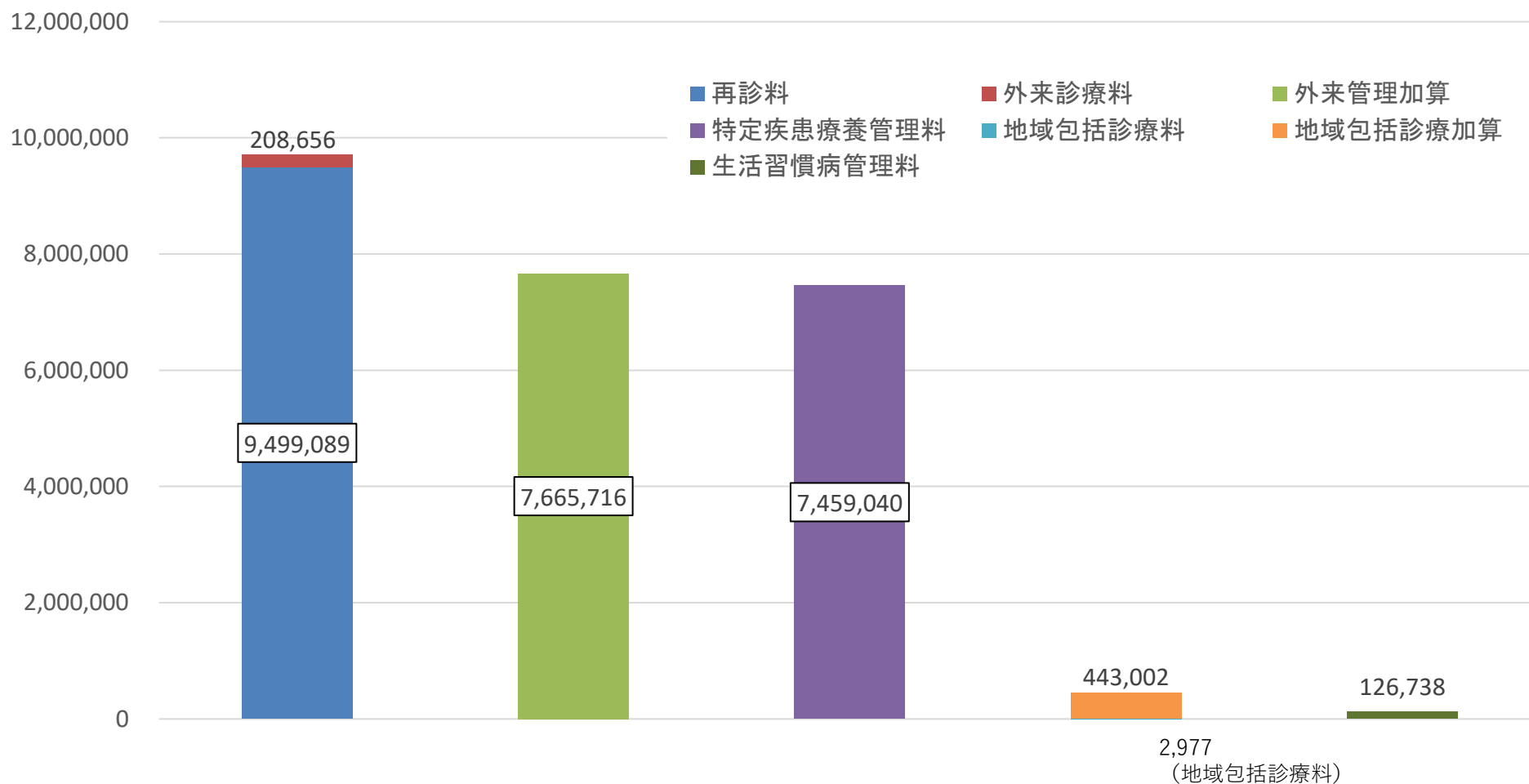
令和5年5月1か月間の外来患者の実人数 (令和5年5月1か月間の実人数)	件数	平均値	平均値 の割合	25%tile値	50%tile値	75%tile値
01 脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	427	110.6	-	0.0	34.0	131.0
02 01のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	427	1.4	1.3%	0.0	0.0	0.0
03 01のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	427	92.3	83.5%	0.0	20.0	102.5
04 高血圧を主病とする患者の概ねの人数	430	261.4		0.0	131.0	352.8
05 04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

高血圧患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

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

主傷病が高血圧の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

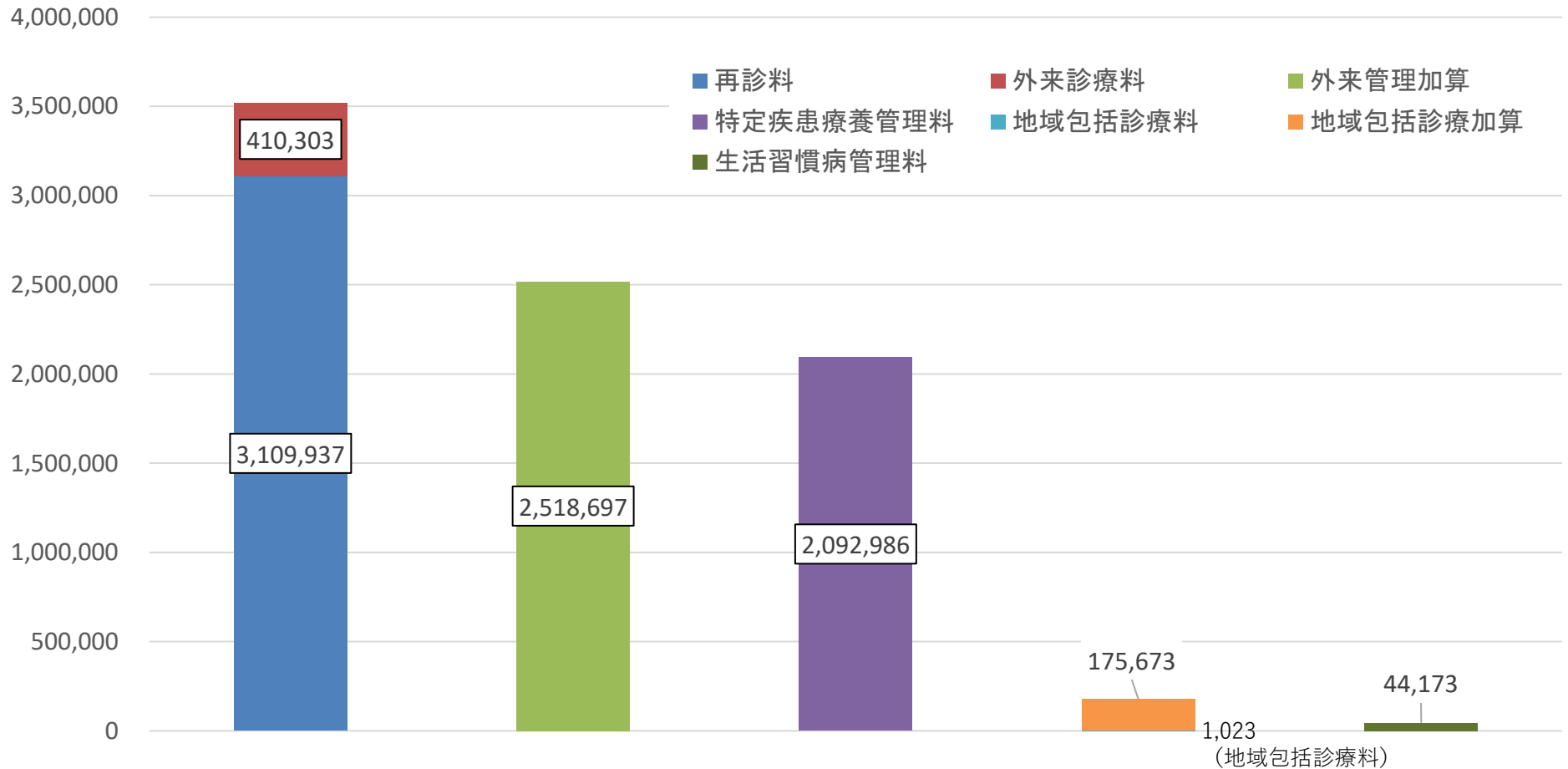


糖尿病患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

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

主傷病が糖尿病の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数

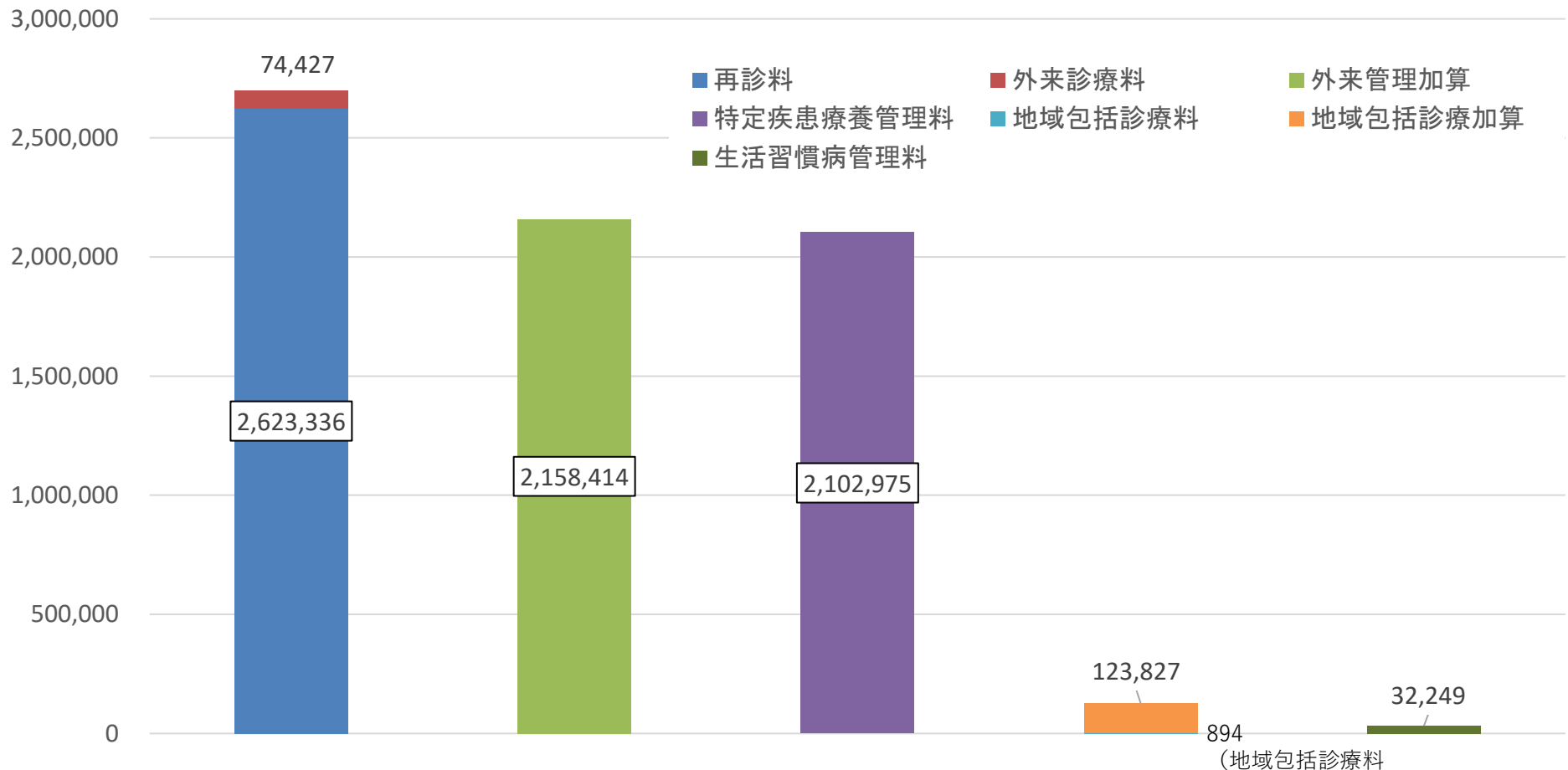


脂質異常症患者の外来診療における算定状況

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

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

主傷病が脂質異常症の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組 入-1
5.7.20

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

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

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

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組 入-1
5 . 7 . 2 0

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

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]

- 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。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

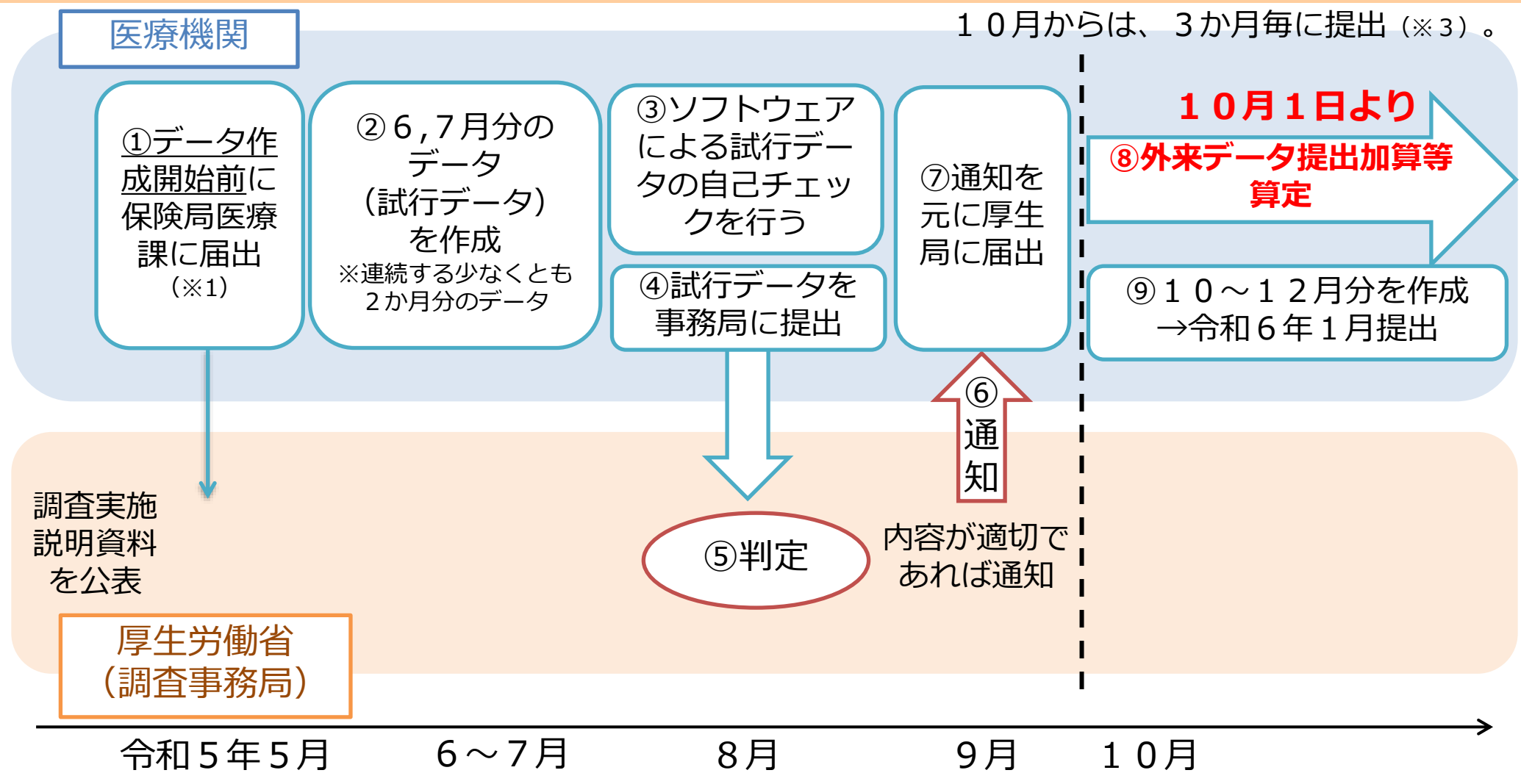
(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。 63

外来データ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

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

〈外来データ提出加算〉

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

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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）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たにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注2、3 55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)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 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。 ・ <u>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</u>			
紹介患者の数	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）。 ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <u>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。</u> ・ <u>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。</u>			
救急患者の数	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。			

病院区分別の紹介・逆紹介割合

- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- 特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=51)

地域医療支援病院(n=296)

		紹介割合				紹介割合			
		50%以上		50%未満		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30%以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30%未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%	3施設	1.0%	1施設	0.3%

許可病床400床以上(n=264)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20%以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20%未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	90.4	92.1	92.9
中央値	85.3	82.8	84.0
第1四分位点	77.2	70.9	72.2
平均値	81.8	83.4	82.4

逆紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	46.3	93.0	82.4
中央値	39.7	71.6	59.3
第1四分位点	33.1	54.1	43.6
平均値	42.4	82.9	70.7

病院区分別の紹介・逆紹介割合

- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分においても、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- 特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が8.5%であった。地域医療支援病院では紹介割合は4.2%、逆紹介割合は5.0%の施設が基準を下回っていた。許可病床400床以上病院では紹介割合は2.0%、逆紹介割合は3.4%の施設が基準を下回っていた。

病院区分別基準値の充足状況

		特定機能病院(n=59)				地域医療支援病院(n=362)			
		紹介割合				紹介割合			
		50%以上		50%未満		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30%以上	54施設	91.5%	0施設	0.0%	335施設	92.5%	9施設	2.5%
	30%未満	4施設	6.8%	1施設	1.7%	12施設	3.3%	6施設	1.7%

		許可病床400床以上(n=294)			
		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20%以上	279施設	94.9%	5施設	1.7%
	20%未満	9施設	3.1%	1施設	0.3%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=59)	地域医療支援 病院 (n=362)	許可病床400床 以上病院 (n=294)
第3四分位点	96.3	98.4	97.3
中央値	88.3	86.8	87.0
第1四分位点	83.0	76.1	76.2
平均値	88.5	90.4	88.3

逆紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=59)	地域医療支援 病院 (n=362)	許可病床400床 以上病院 (n=294)
第3四分位点	51.9	92.5	83.6
中央値	40.5	71.0	60.2
第1四分位点	35.8	52.4	42.4
平均値	44.6	79.7	66.0

初診及び再診における紹介・逆紹介の状況

○ 令和4年・令和5年の5月の初診及び再診における紹介・逆紹介の状況は以下のとおり。

令和4年5月 (n=507)

	初診患者数		
	うち、紹介状により紹介された患者数	うち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された患者数	
75%Tile値	212.5	9.0	0.0
中央値	88	3	0
25%Tile値	35.0	0.0	0.0
平均値	180.8	14.0	2.4

令和5年5月 (n=507)

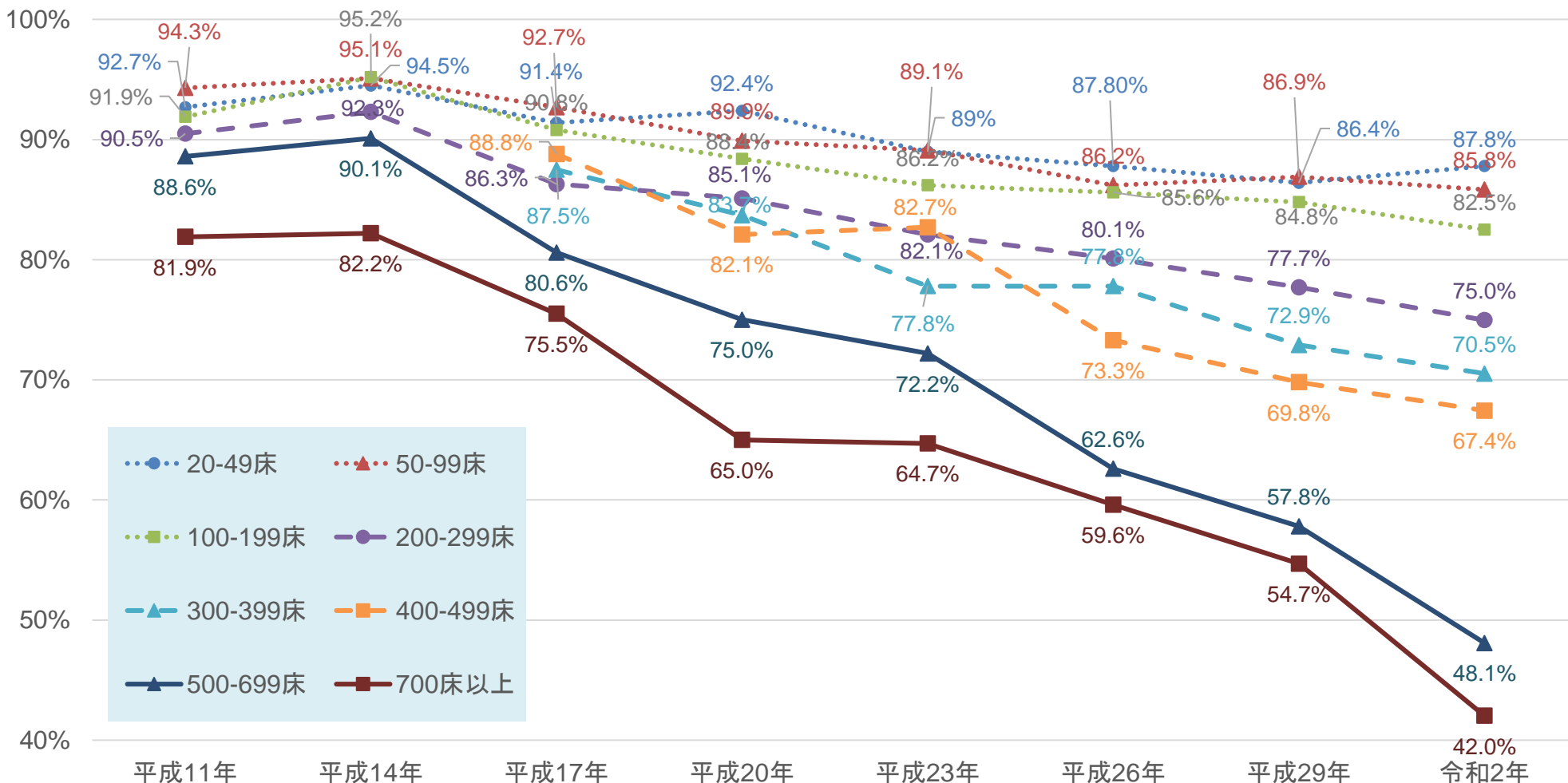
	初診患者数		
	うち、紹介状により紹介された患者数	うち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された患者数	
75%Tile値	231.5	10.0	1.0
中央値	110	3	0
25%Tile値	39.5	0.0	0.0
平均値	198.9	14.8	2.3

	再診患者数(延数)	
	紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数	
75%Tile値	1,280.5	27.5
中央値	737	12
25%Tile値	450.0	4.0
平均値	1,128.3	27.8

	再診患者数(延数)	
	紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数	
75%Tile値	1,343.0	27.5
中央値	790	14
25%Tile値	466.0	5.0
平均値	1,175.8	28.2

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であり、令和2年は500床以上の病床規模においては5割以下になった。



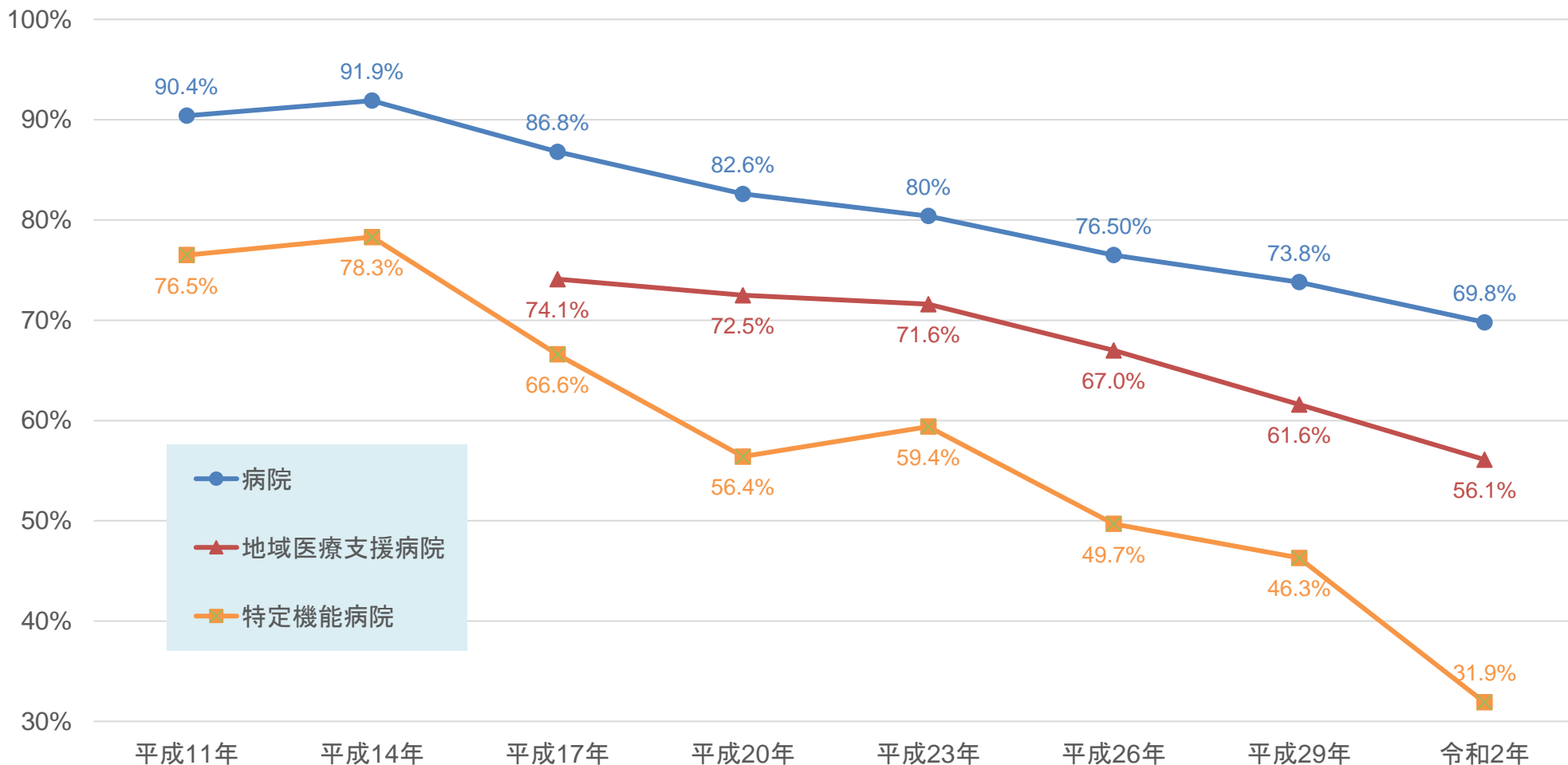
出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注1：平成11年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

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

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和2年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。



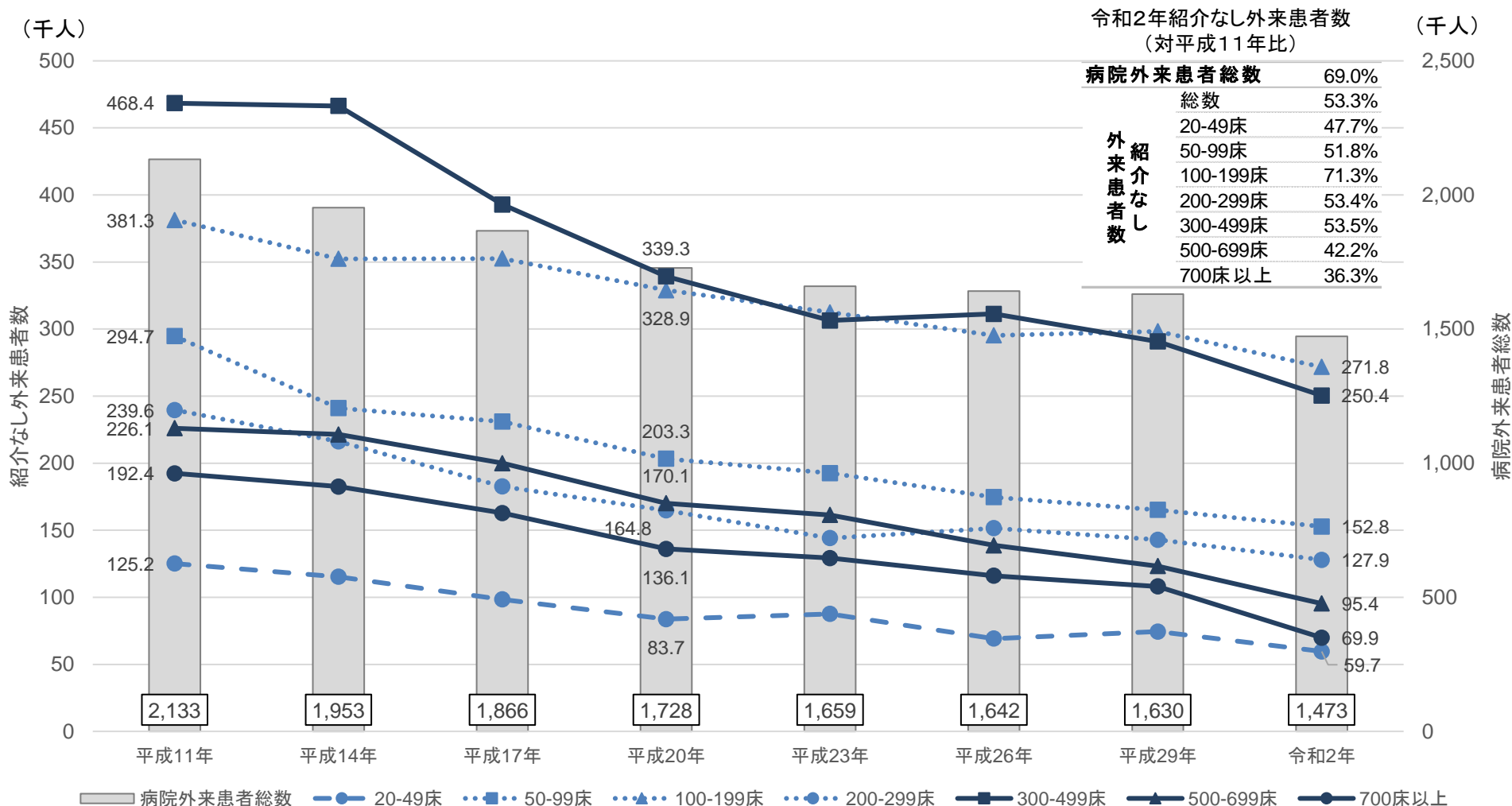
出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

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

紹介なしで外来受診した患者数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 病院の外来患者総数が減少していることに伴い、全ての病床規模で紹介無しで外来受診した患者数が減少しているが、とりわけ300床以上の病院での減少が目立つ。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

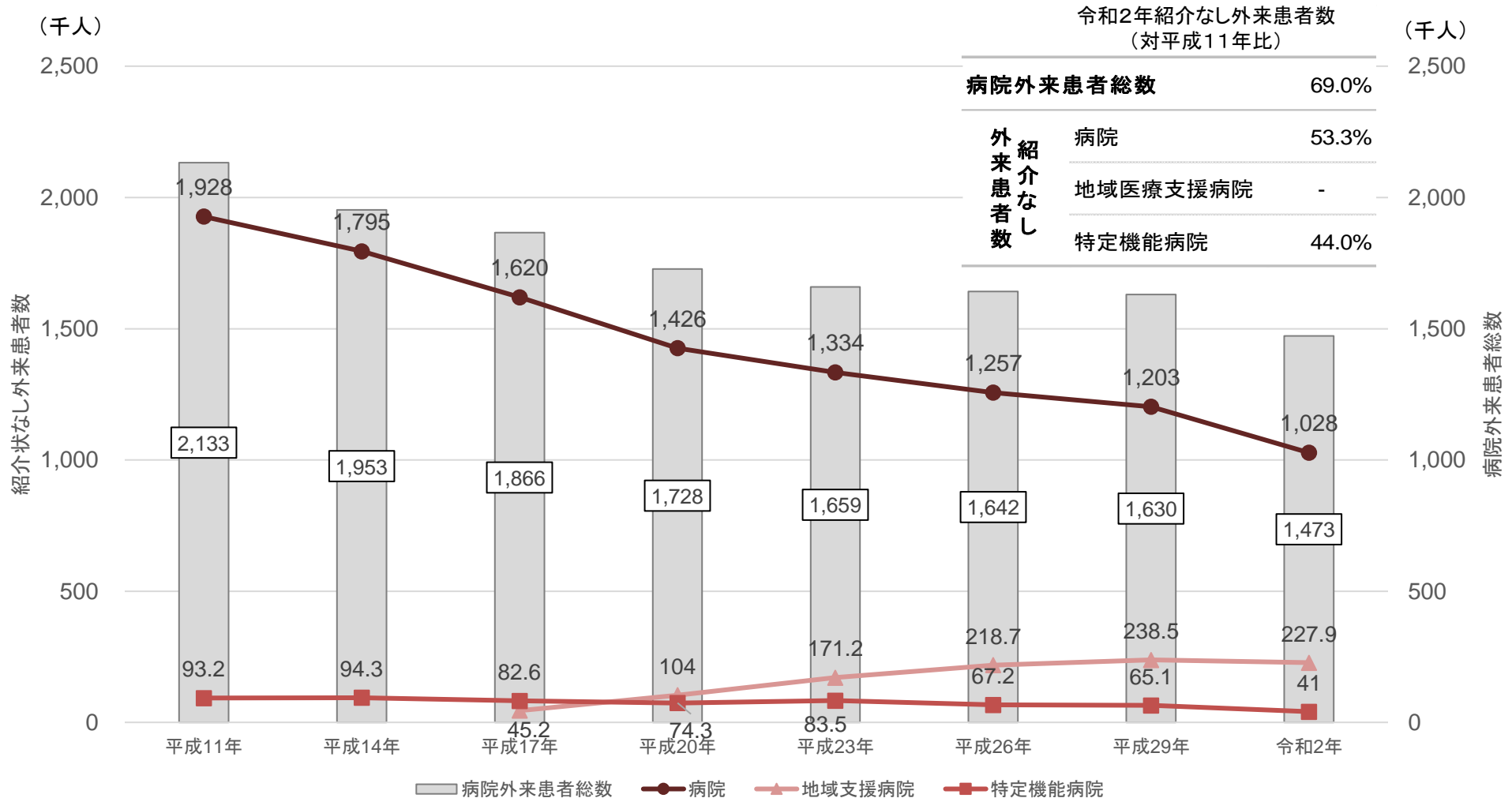
注1：当グラフでは「300～499床」をまとめて集計している。

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

紹介なしで外来受診した患者数の推移（機能別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和2年の特定機能病院の紹介無し外来受診患者数は平成11年の約44%まで減少している。

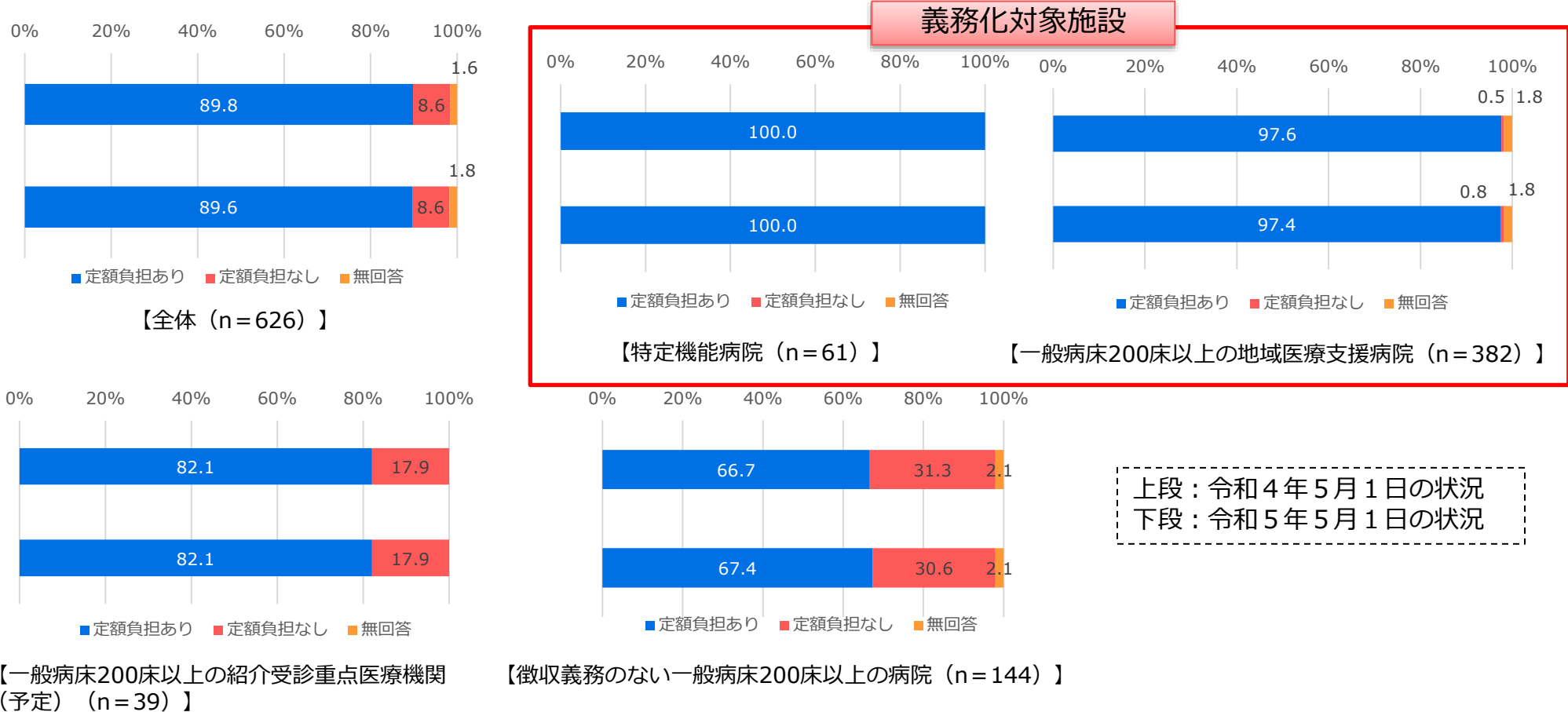


出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況

- 令和4年5月1日の状況と、令和5年5月1日の状況をみると、導入状況に変化は見られなかった。
- 200床以上の紹介受診重点医療機関に新たに定額負担が義務化される予定であったが、紹介受診重点医療機関の公表時期が令和5年6月以降にずれ込んだことから、調査時点では増加は見られなかった。



※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（初診時）

診調組 入 - 2
5 . 1 0 . 1 2

- 令和4年5月1日と令和5年5月1日の設定金額の状況は以下のとおり。
- 令和4年10月より義務化対象施設(200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院)の定額負担(告示に定める額)が2,000円増額になり、当該病院の平均値等も2,000円程度の上昇となっている。

令和4年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	550	5,065	5,500	440	11,000
義務化対象施設	424	5,817	5,500	3,300	11,000
特定機能病院	61	6,411	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の地域医療支援病院	363	5,717	5,500	3,300	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	2,913	2,840	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	94	2,407	2,200	440	8,800

令和5年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	552	6,672	7,700	440	13,200
義務化対象施設	425	7,824	7,700	5,500	13,200
特定機能病院	60	8,614	7,700	5,500	13,200
一般病床200床以上の地域医療支援医療病院	365	7,694	7,700	5,500	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	32	3,410	2,930	1,000	7,700
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	95	2,614	2,200	440	8,800

※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外して。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の設定金額の状況（再診時）

診調組 入 - 2
5 . 1 0 . 1 2

- 令和4年5月1日と令和5年5月1日の設定金額の状況は以下のとおり。
- 令和4年10月より義務化対象施設の定額負担（告示に定める額）が500円（歯科は400円）増額になり、平均値等は600円程度の上昇となっている。

令和4年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	486	2,332	2,750	370	11,000
義務化対象施設	384	2,880	2,750	1,650	11,000
特定機能病院	56	2,943	2,750	2,500	5,500
一般病床200床以上の地域医療支援病院	329	2,869	2,750	1,650	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	31	193	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	71	273	0	0	3,300

令和5年5月1日時点の状況	施設数	平均値	中央値	最小値	最大値
全体	510	2,839	3,300	370	11,000
義務化対象施設	408	3,476	3,300	2,090	11,000
特定機能病院	58	3,504	3,300	3,000	6,050
一般病床200床以上の地域医療支援病院	350	3,460	3,300	2,090	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（予定）	30	330	0	0	3,300
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	72	326	0	0	3,850

※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。徴収する金額の最小値について、明らかに回答誤りと思われるものや無回答は集計から除いている。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関（予定）の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関（予定）は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

初診時に紹介状なしで受診した患者と定額負担を徴収した患者の割合

診 調 組 入 - 2
5 . 1 0 . 1 2

○ 令和4年5月と令和5年5月の状況を見ると、初診時に紹介状なしで受診した患者の割合は義務化対象施設で4.3ポイント減少している。

全体	令和4年5月 (N=505)	令和5年5月 (N=534)	義務化対象施設	令和4年5月 (N=367)	令和5年5月 (N=393)
①初診患者数(延べ人数)	1,567	1,524	①初診患者数(延べ人数)	1,637	1,587
②うち、紹介状なしの患者数(人)	767	680	②うち、紹介状なしの患者数(人)	710	620
③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	198	184	③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	159	143
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	48.9%	44.6%	紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	43.4%	39.1%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	12.6%	12.1%	定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	9.7%	9.0%
一般病床200床以上の地域医療支援病院	令和4年5月 (N=316)	令和5年5月 (N=337)	特定機能病院	令和4年5月 (N=51)	令和5年5月 (N=56)
①初診患者数(延べ人数)	1,574	1,517	①初診患者数(延べ人数)	2,031	2,009
②うち、紹介状なしの患者数(人)	726	632	②うち、紹介状なしの患者数(人)	613	549
③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	163	147	③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	138	119
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	46.1%	41.7%	紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	30.2%	27.3%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	10.4%	9.69%	定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	6.79%	5.92%
徴収義務のない一般病床200床以上の病院	令和4年5月 (N=104)	令和5年5月 (N=107)	一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関(予定)	令和4年5月 (N=30)	令和5年5月 (N=30)
①初診患者数(延べ人数)	1,234	1,190	①初診患者数(延べ人数)	1,945	1,957
②うち、紹介状なしの患者数(人)	837	753	②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,224	1,193
③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	257	249	③うち、定額負担を徴収した患者数(人)	467	459
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	67.8%	63.3%	紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	62.9%	61.0%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	20.8%	20.9%	定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	24.0%	23.5%

※ A票の医療機関のうち、一般病床200床以上の医療機関の回答を集計。未回答は除いている。

※ 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関(予定)の複数に該当する病院について、地域支援医療病院は特定機能病院に該当する場合、紹介受診重点医療機関(予定)は特定機能病院又は地域医療支援病院に該当している場合に限り、それぞれ総数から除外してる。

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票))

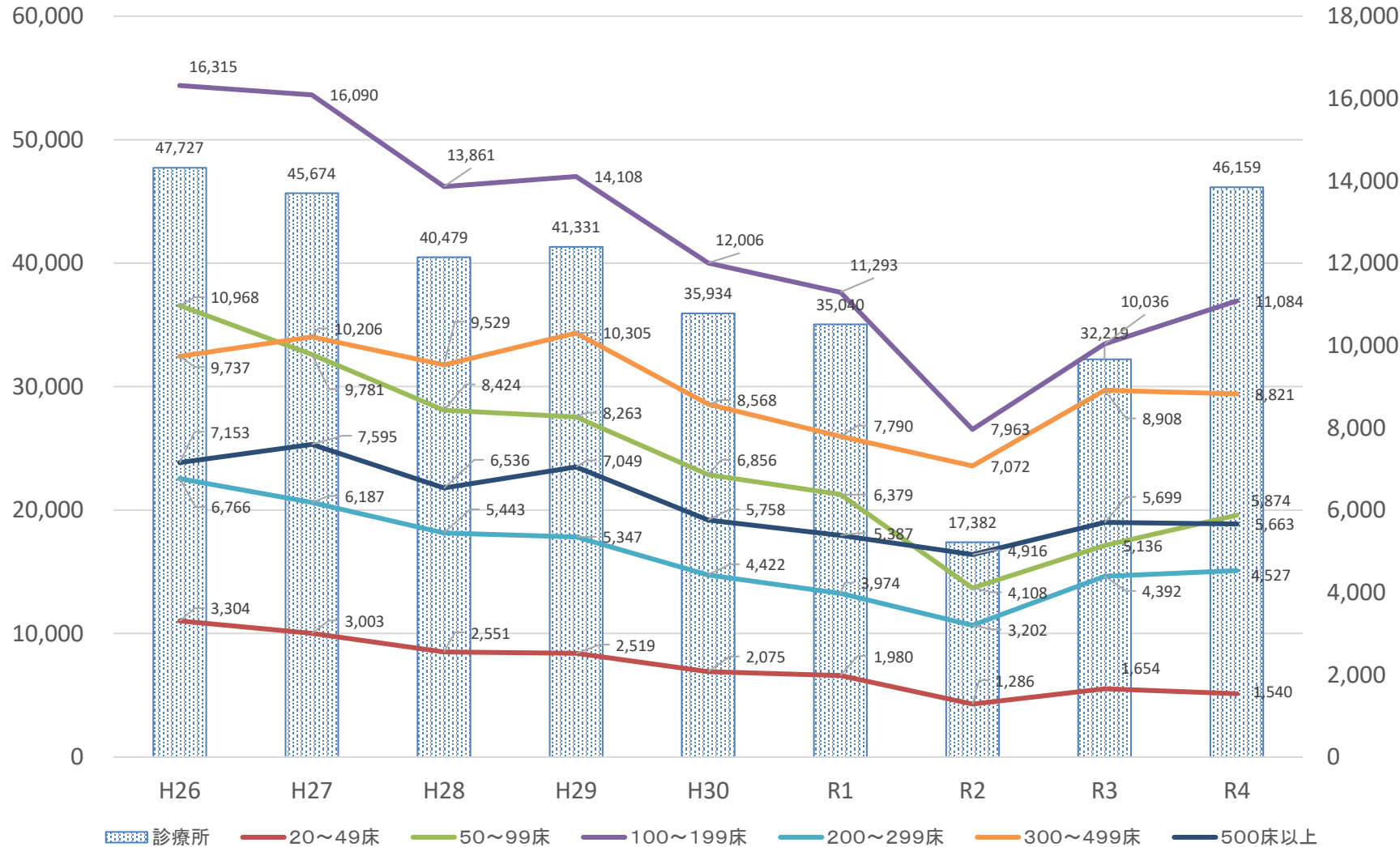
時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の時間外加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。

(算定回数:診療所)

(算定回数:病院)

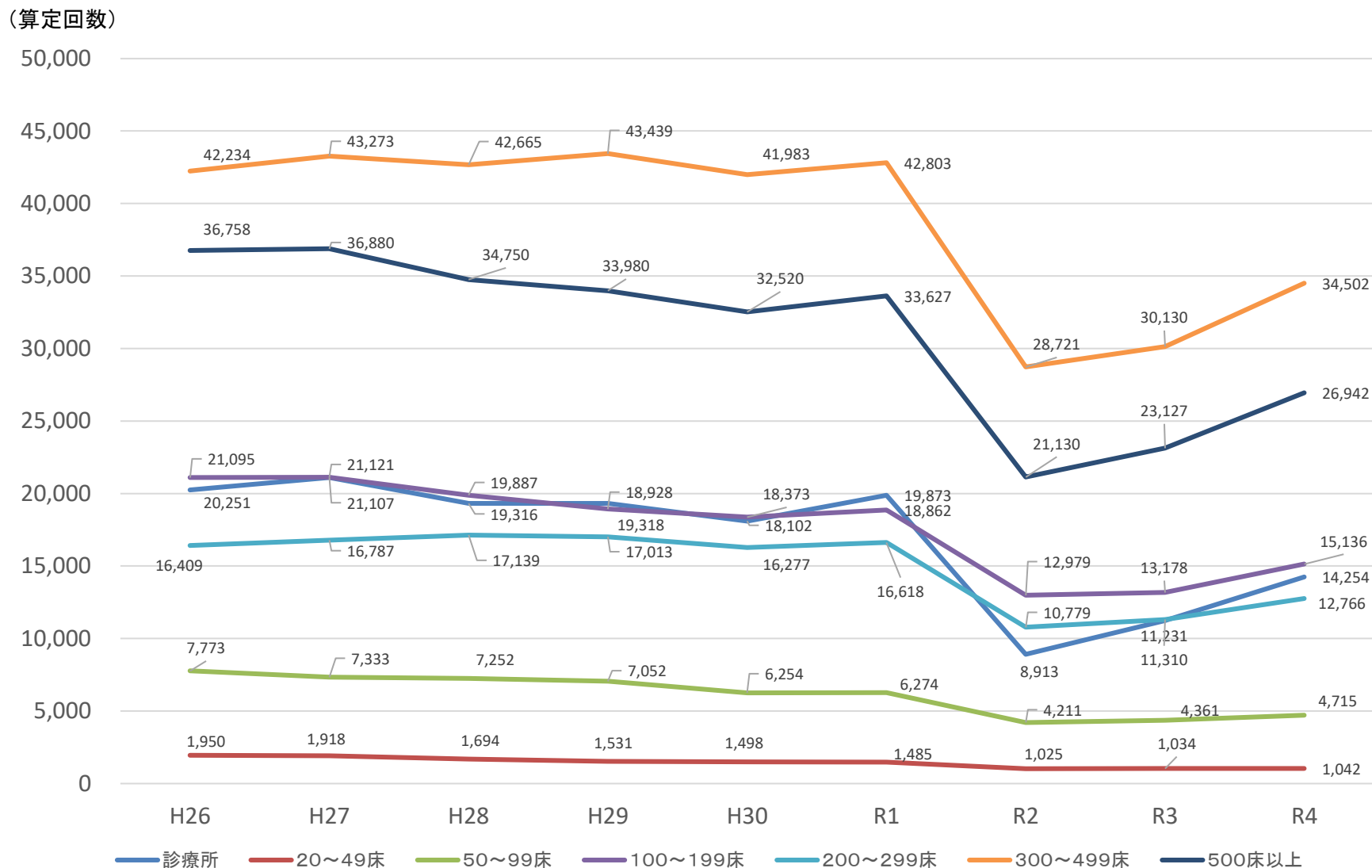


比率	R4 / H26 (%)
診療所	96.7%
20~49床	46.6%
50~99床	53.6%
100~199床	67.9%
200~299床	66.9%
300~499床	90.6%
500床以上	79.2%

深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の深夜加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。



乳幼児時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

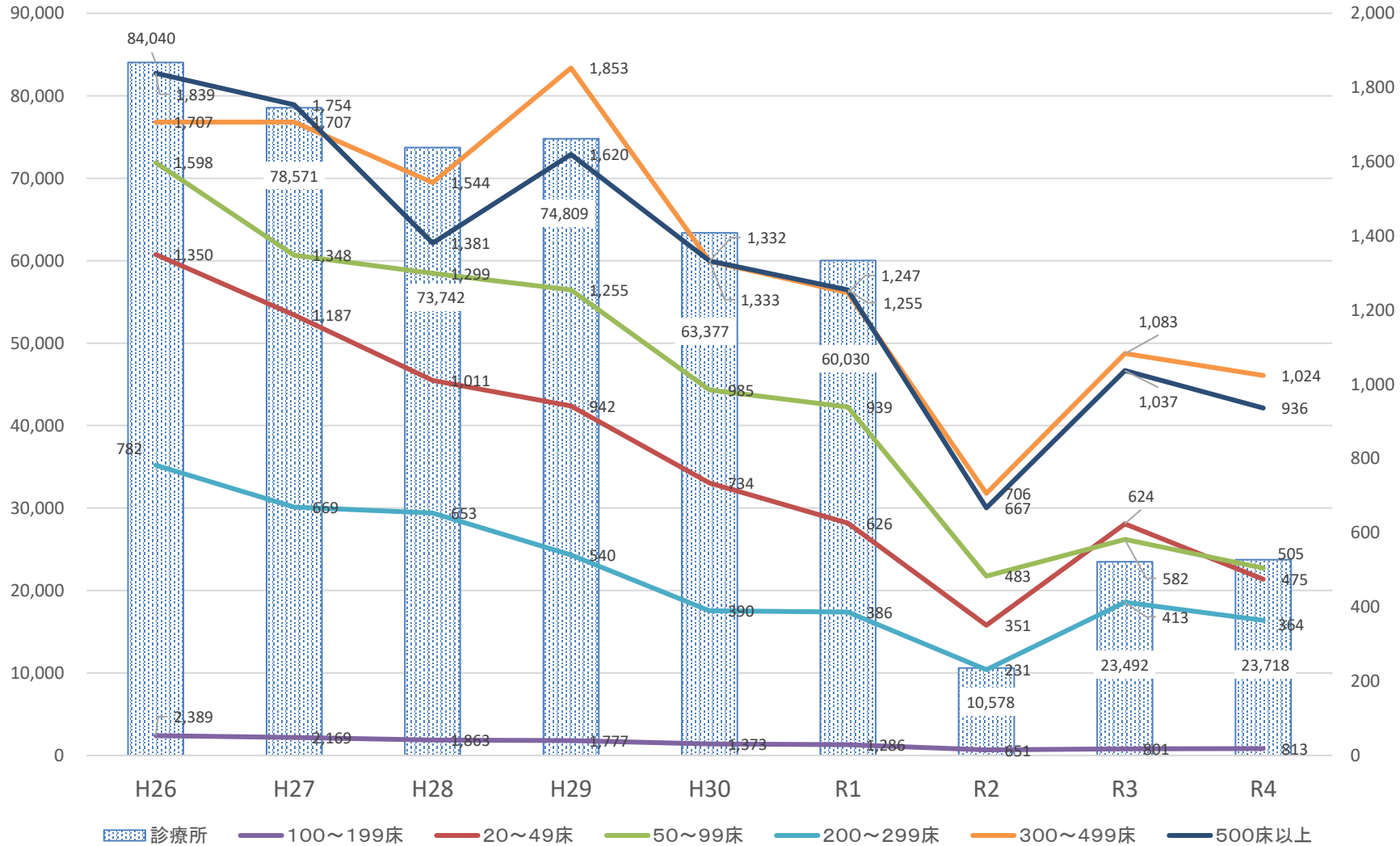
診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の乳幼児時間外加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※ 乳幼児時間外加算と小児科乳幼児夜間加算の積算

(算定回数:診療所)

(算定回数:病院)



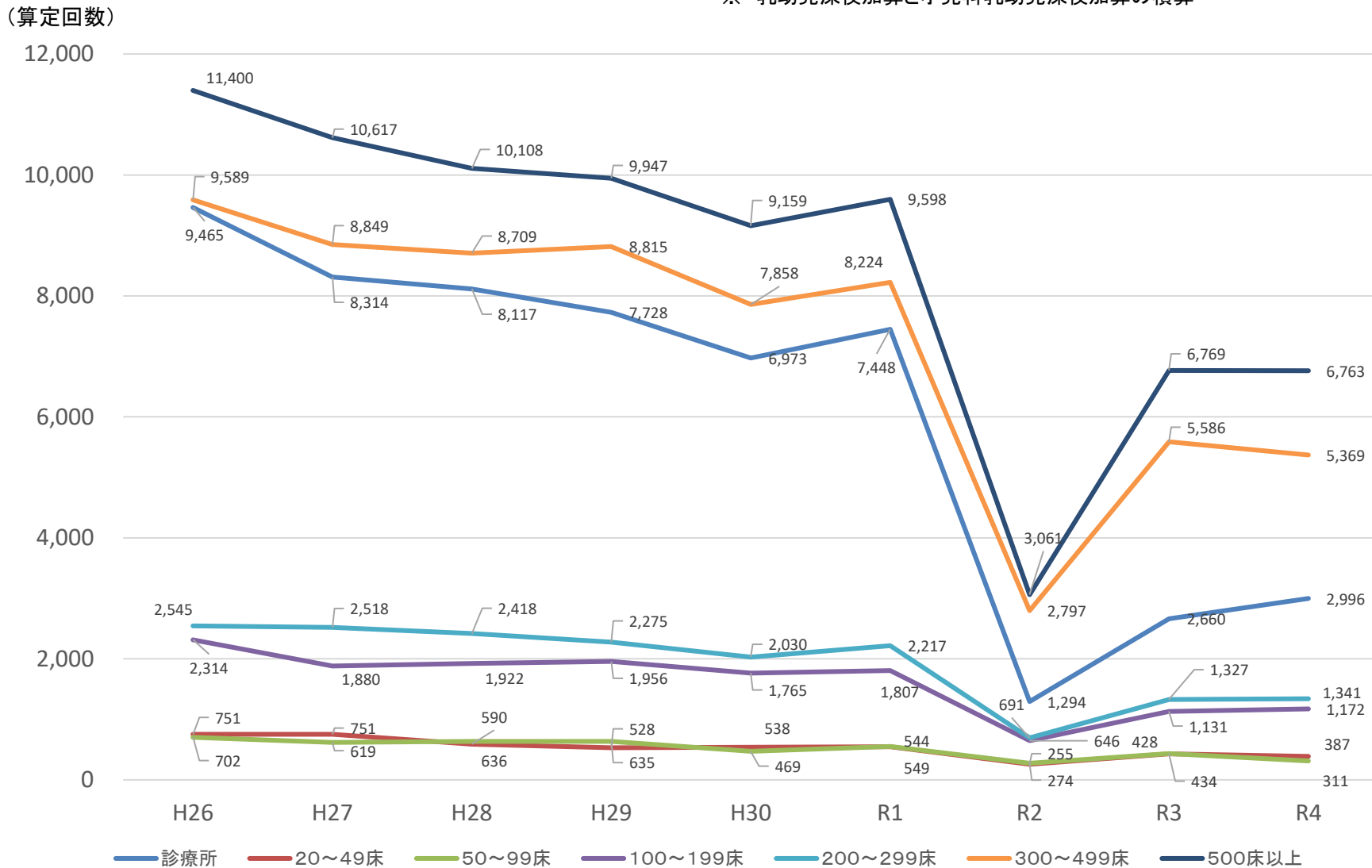
比率	R4/H26 (%)
診療所	28.2%
20~49床	35.2%
50~99床	31.6%
100~199床	34.0%
200~299床	46.5%
300~499床	60.0%
500床以上	50.9%

乳幼児深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

診調組 入-1
5.7.20

○ 令和4年の乳幼児深夜加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※ 乳幼児深夜加算と小児科乳幼児深夜加算の積算



比率	R4/H26 (%)
診療所	31.7%
20~49床	51.5%
50~99床	44.3%
100~199床	50.6%
200~299床	52.7%
300~499床	56.0%
500床以上	59.3%

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について

2. 特定集中治療室管理料等について

3. DPC/PDPSについて

4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 障害者施設等入院基本料等について

8. 外来医療について

9. 外来腫瘍化学療法について

10. 情報通信機器を用いた診療について

11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について

12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

13. 横断的個別事項について

外来腫瘍化学療法診療料の算定要件及び施設基準

診調組 入-1
5. 7. 20

- 外来腫瘍化学療法診療料1及び2が令和4年度診療報酬改定で新設された。
- 主な施設基準については、「患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備」が追加された。

	外来腫瘍化学療法診療料 1		外来腫瘍化学療法診療料 2	
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合
点数(1日につき)	700点	400点	570点	270点
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者			
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定 ○ 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価 			
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能 		-	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※1）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※2） (6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (7) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催） 		<ul style="list-style-type: none"> (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※1）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※2） (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 	

※1 「常時とは、24時間」のことを指す（令和4年3月31日事務連絡）。

※2 令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月30日までの間に体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよい（令和4年7月26日事務連絡）。

外来腫瘍化学療法診療料の算定状況

診調組 入-1
5. 7. 20

- 令和4年の外来腫瘍化学療法診療料1の届出医療機関数は、令和3年における外来化学療法加算1の届出医療機関数と比較して、94%の医療機関が届出を行っていた。
- 算定回数については、令和4年の診療料1イ及びロの合計値(303,175件)は、令和3年(259,916件)と比較して増加。
- 令和4年の外来腫瘍化学療法診療料2の届出医療機関数は、令和3年における外来化学療法加算2の届出医療機関数と比較して、37%の医療機関が届出を行っていた。
- 算定回数については、令和4年の診療料2イ及びロの合計値(4,793件)は、令和3年(6,008件)と比較して減少。

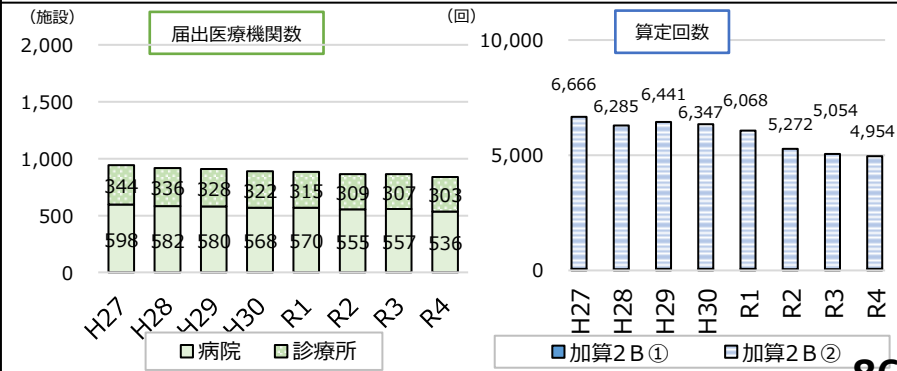
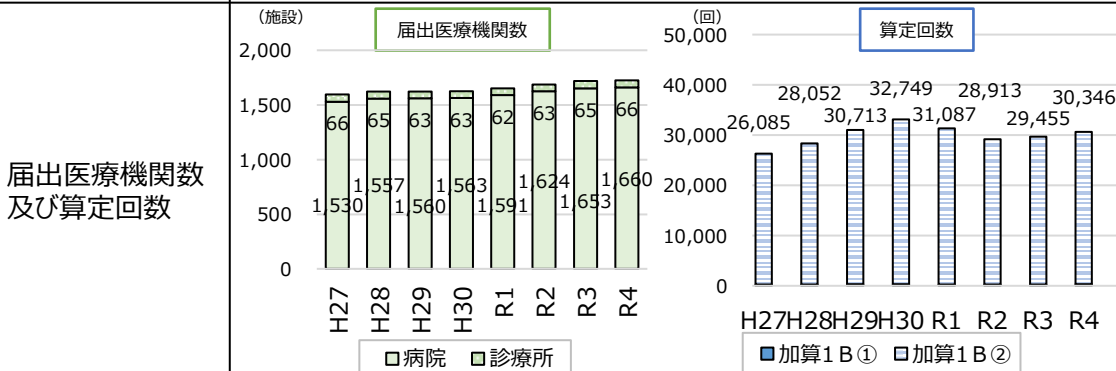
	外来腫瘍化学療法診療料1		外来腫瘍化学療法診療料2																																																																																																													
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合																																																																																																												
点数(1日につき)	700点	400点	570点	270点																																																																																																												
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者																																																																																																															
届出医療機関数	<table border="1"> <caption>届出医療機関数 (Category 1)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院</th> <th>診療所</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>1,530</td><td>66</td><td>1,596</td></tr> <tr><td>H28</td><td>1,557</td><td>65</td><td>1,622</td></tr> <tr><td>H29</td><td>1,560</td><td>63</td><td>1,623</td></tr> <tr><td>H30</td><td>1,563</td><td>63</td><td>1,626</td></tr> <tr><td>R1</td><td>1,591</td><td>62</td><td>1,653</td></tr> <tr><td>R2</td><td>1,624</td><td>63</td><td>1,687</td></tr> <tr><td>R3</td><td>1,653</td><td>65</td><td>1,718</td></tr> <tr><td>R4</td><td>1,578</td><td>36</td><td>1,614</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算1を届け出ている医療機関数を表示</p>		年度	病院	診療所	合計	H27	1,530	66	1,596	H28	1,557	65	1,622	H29	1,560	63	1,623	H30	1,563	63	1,626	R1	1,591	62	1,653	R2	1,624	63	1,687	R3	1,653	65	1,718	R4	1,578	36	1,614	<table border="1"> <caption>届出医療機関数 (Category 2)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院</th> <th>診療所</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>598</td><td>344</td><td>942</td></tr> <tr><td>H28</td><td>582</td><td>336</td><td>918</td></tr> <tr><td>H29</td><td>580</td><td>328</td><td>908</td></tr> <tr><td>H30</td><td>568</td><td>322</td><td>890</td></tr> <tr><td>R1</td><td>570</td><td>315</td><td>885</td></tr> <tr><td>R2</td><td>555</td><td>309</td><td>864</td></tr> <tr><td>R3</td><td>557</td><td>307</td><td>864</td></tr> <tr><td>R4</td><td>299</td><td>23</td><td>322</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算2を届け出ている医療機関数を表示</p>		年度	病院	診療所	合計	H27	598	344	942	H28	582	336	918	H29	580	328	908	H30	568	322	890	R1	570	315	885	R2	555	309	864	R3	557	307	864	R4	299	23	322																																				
年度	病院	診療所	合計																																																																																																													
H27	1,530	66	1,596																																																																																																													
H28	1,557	65	1,622																																																																																																													
H29	1,560	63	1,623																																																																																																													
H30	1,563	63	1,626																																																																																																													
R1	1,591	62	1,653																																																																																																													
R2	1,624	63	1,687																																																																																																													
R3	1,653	65	1,718																																																																																																													
R4	1,578	36	1,614																																																																																																													
年度	病院	診療所	合計																																																																																																													
H27	598	344	942																																																																																																													
H28	582	336	918																																																																																																													
H29	580	328	908																																																																																																													
H30	568	322	890																																																																																																													
R1	570	315	885																																																																																																													
R2	555	309	864																																																																																																													
R3	557	307	864																																																																																																													
R4	299	23	322																																																																																																													
算定回数	<table border="1"> <caption>算定回数 (Category 1)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>加算1A①</th> <th>加算1A②</th> <th>診療料1のイ</th> <th>診療料1のロ</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>169,077</td><td>312</td><td>169,389</td><td>0</td><td>169,389</td></tr> <tr><td>H28</td><td>193,540</td><td>284</td><td>193,824</td><td>0</td><td>193,824</td></tr> <tr><td>H29</td><td>215,286</td><td>396</td><td>215,682</td><td>0</td><td>215,682</td></tr> <tr><td>H30</td><td>241,863</td><td>375</td><td>242,238</td><td>0</td><td>242,238</td></tr> <tr><td>R1</td><td>250,329</td><td>268</td><td>250,597</td><td>0</td><td>250,597</td></tr> <tr><td>R2</td><td>247,266</td><td>261</td><td>247,527</td><td>0</td><td>247,527</td></tr> <tr><td>R3</td><td>259,642</td><td>274</td><td>259,916</td><td>0</td><td>259,916</td></tr> <tr><td>R4</td><td>38,265</td><td>38,265</td><td>264,910</td><td>0</td><td>303,175</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算1のAの算定回数を表示 ※ 加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当</p>		年度	加算1A①	加算1A②	診療料1のイ	診療料1のロ	合計	H27	169,077	312	169,389	0	169,389	H28	193,540	284	193,824	0	193,824	H29	215,286	396	215,682	0	215,682	H30	241,863	375	242,238	0	242,238	R1	250,329	268	250,597	0	250,597	R2	247,266	261	247,527	0	247,527	R3	259,642	274	259,916	0	259,916	R4	38,265	38,265	264,910	0	303,175	<table border="1"> <caption>算定回数 (Category 2)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>加算2A①</th> <th>加算2A②</th> <th>診療料2のイ</th> <th>診療料2のロ</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>8,312</td><td>41</td><td>8,353</td><td>0</td><td>8,353</td></tr> <tr><td>H28</td><td>8,653</td><td>58</td><td>8,711</td><td>0</td><td>8,711</td></tr> <tr><td>H29</td><td>9,004</td><td>42</td><td>9,046</td><td>0</td><td>9,046</td></tr> <tr><td>H30</td><td>8,496</td><td>52</td><td>8,548</td><td>0</td><td>8,548</td></tr> <tr><td>R1</td><td>7,912</td><td>48</td><td>7,960</td><td>0</td><td>7,960</td></tr> <tr><td>R2</td><td>6,014</td><td>64</td><td>6,078</td><td>0</td><td>6,078</td></tr> <tr><td>R3</td><td>5,973</td><td>35</td><td>6,008</td><td>0</td><td>6,008</td></tr> <tr><td>R4</td><td>1,704</td><td>35</td><td>3,789</td><td>23</td><td>4,793</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算2のAの算定回数を表示 ※ 加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当</p>		年度	加算2A①	加算2A②	診療料2のイ	診療料2のロ	合計	H27	8,312	41	8,353	0	8,353	H28	8,653	58	8,711	0	8,711	H29	9,004	42	9,046	0	9,046	H30	8,496	52	8,548	0	8,548	R1	7,912	48	7,960	0	7,960	R2	6,014	64	6,078	0	6,078	R3	5,973	35	6,008	0	6,008	R4	1,704	35	3,789	23	4,793
年度	加算1A①	加算1A②	診療料1のイ	診療料1のロ	合計																																																																																																											
H27	169,077	312	169,389	0	169,389																																																																																																											
H28	193,540	284	193,824	0	193,824																																																																																																											
H29	215,286	396	215,682	0	215,682																																																																																																											
H30	241,863	375	242,238	0	242,238																																																																																																											
R1	250,329	268	250,597	0	250,597																																																																																																											
R2	247,266	261	247,527	0	247,527																																																																																																											
R3	259,642	274	259,916	0	259,916																																																																																																											
R4	38,265	38,265	264,910	0	303,175																																																																																																											
年度	加算2A①	加算2A②	診療料2のイ	診療料2のロ	合計																																																																																																											
H27	8,312	41	8,353	0	8,353																																																																																																											
H28	8,653	58	8,711	0	8,711																																																																																																											
H29	9,004	42	9,046	0	9,046																																																																																																											
H30	8,496	52	8,548	0	8,548																																																																																																											
R1	7,912	48	7,960	0	7,960																																																																																																											
R2	6,014	64	6,078	0	6,078																																																																																																											
R3	5,973	35	6,008	0	6,008																																																																																																											
R4	1,704	35	3,789	23	4,793																																																																																																											

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

外来化学療法加算の算定要件と算定状況

- 外来化学療法加算1の届出医療機関数は増加傾向。算定回数は横ばい。
- 外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は微減。

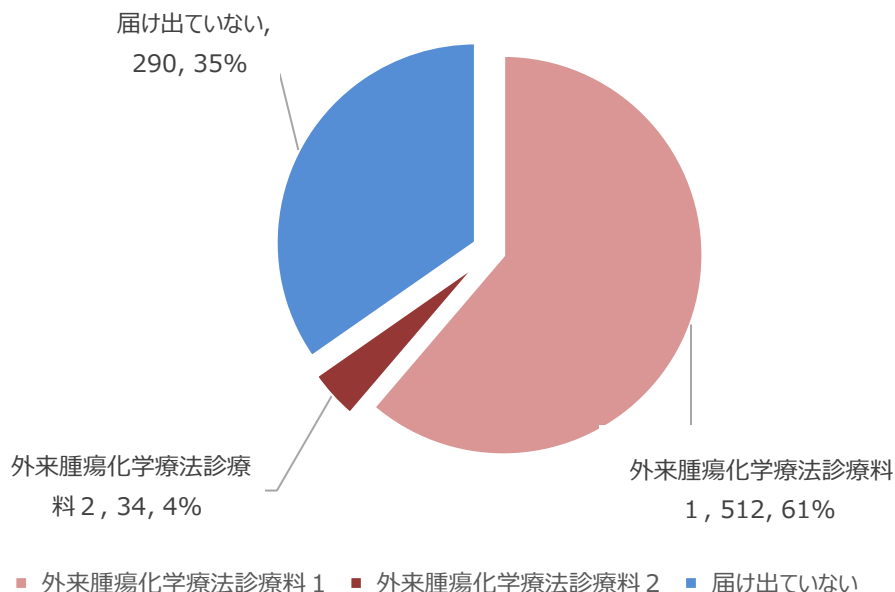
	外来化学療法加算 1		外来化学療法加算 2	
	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上
点数(1日につき)	670点	450点	640点	370点
算定対象	入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く） (G001静脈内注射、G002動脈注射、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006挿入型カテーテルによる中心静脈注射に加算)			
主な算定要件	○ 注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算		-	
	○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能		-	
主な施設基準	(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (6) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催）		(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保	



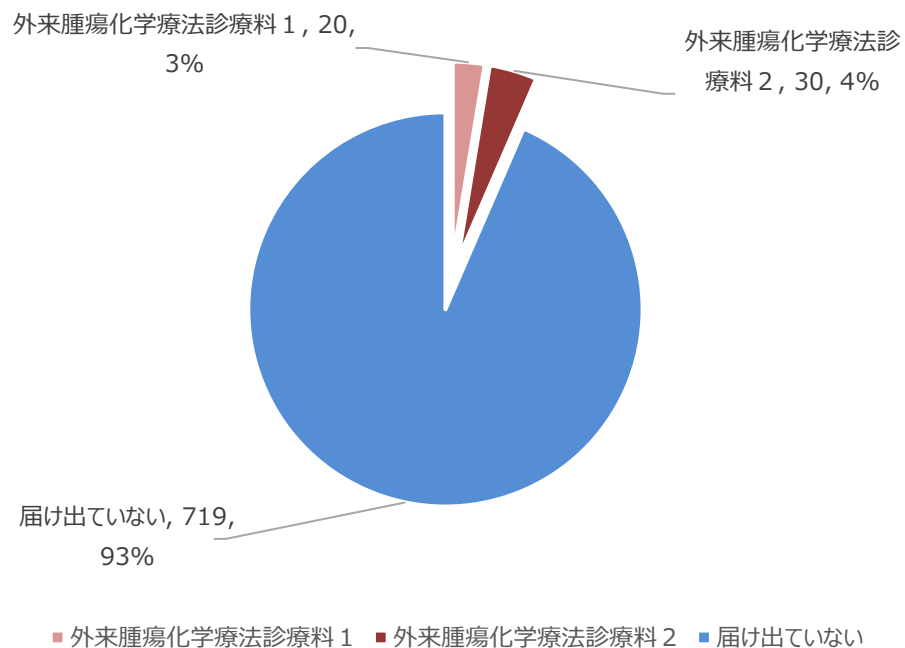
外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

- 令和4年度入院・外来調査の施設票(A票)での結果では、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出ている施設が512施設(61%)、届け出していない施設が290施設(35%)であった。
- 外来施設票では、全体(n=769)に対して、外来腫瘍化学療法診療料1・2を算定していた施設は、それぞれ約3%、約4%であった。

施設票(A票)で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数(割合)(n=836)



外来施設票で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数(割合)(n=769)

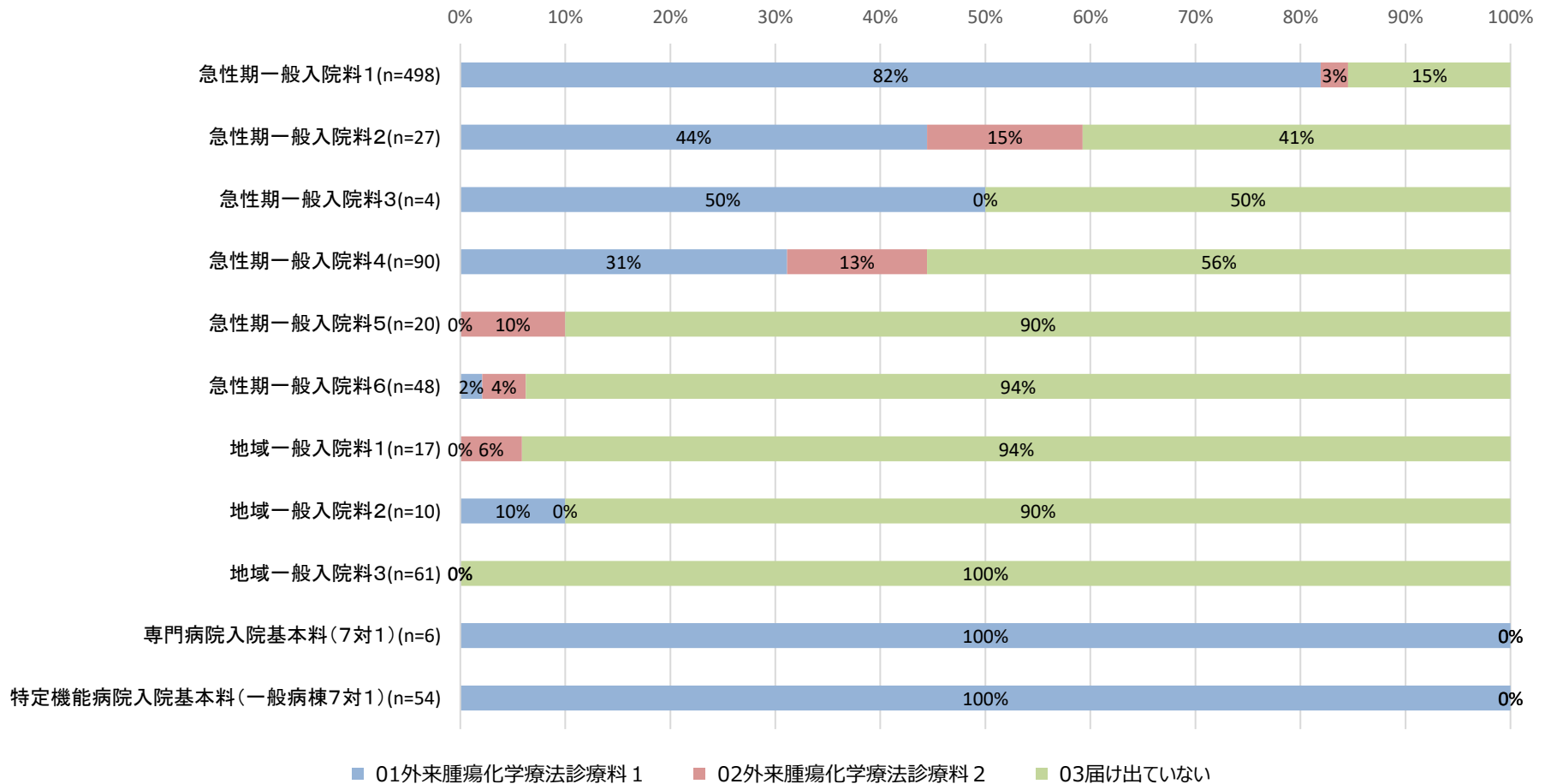


※ 施設票(A票): 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

※ 外来施設票: 情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

○ 急性期一般入院料1、専門病院入院基本料(7対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出る医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料の届出を行った施設の割合は、それぞれ82%、100%、100%と高い割合だった。

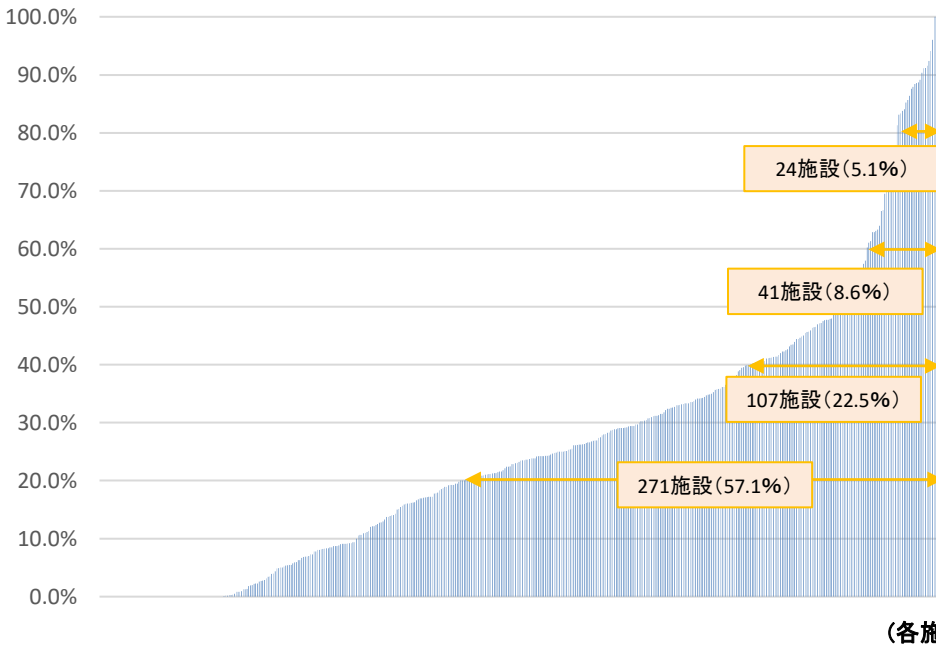
入院料ごとの外来腫瘍化学療法診療料の届出状況



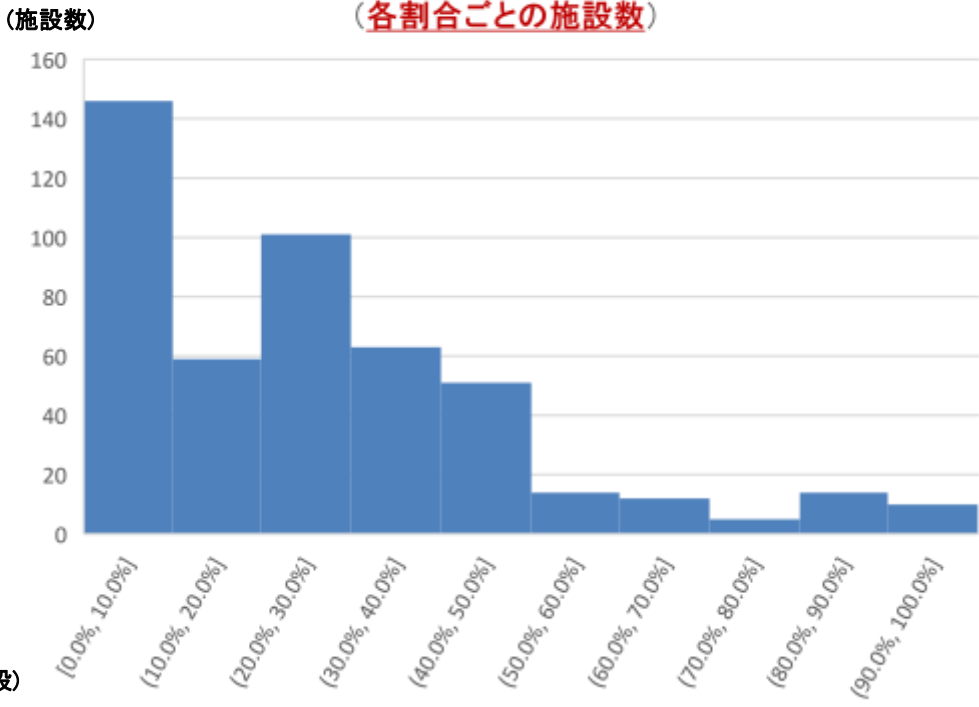
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数） ①

○ 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院(n=475)において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※1)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値23.2%であった。

「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
(各施設ごとの割合)



「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
(各割合ごとの施設数)



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
475	25.9%	7.1%	23.2%	36.9%

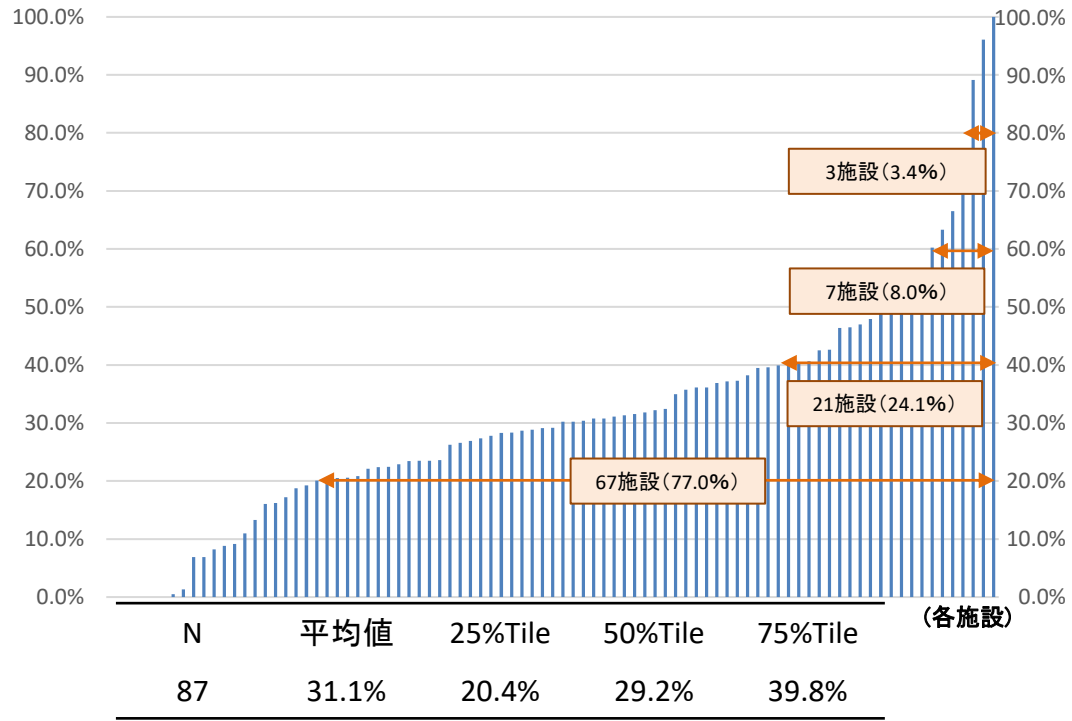
※1 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休業期間を含む一連の期間を指す

※2 「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」=1-「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」/「化学療法を実施した実患者数」

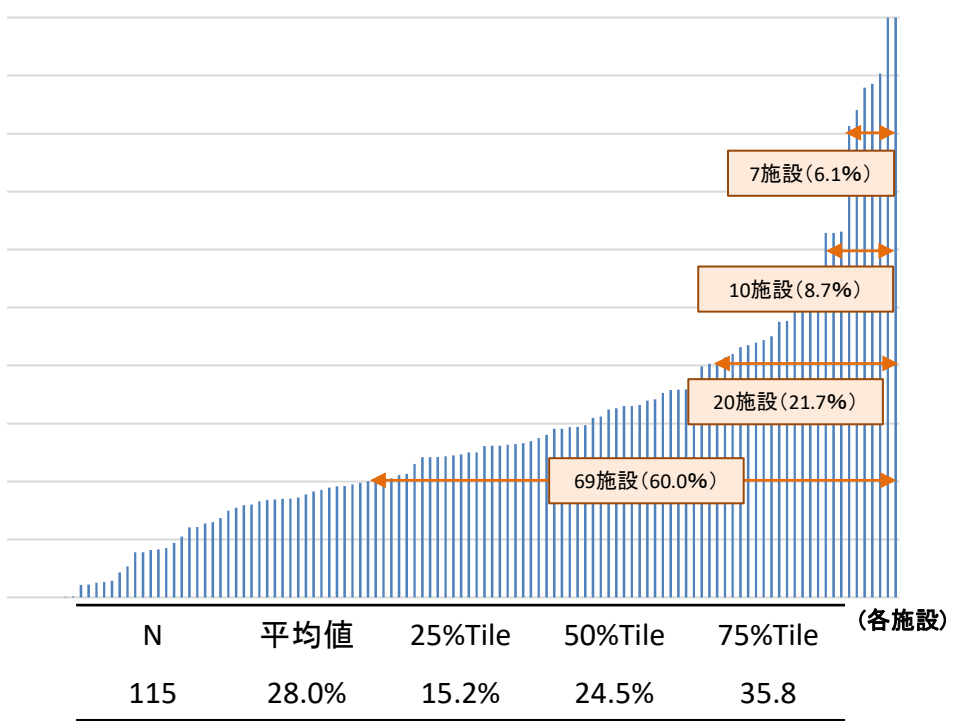
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）②

○ 急性期充実体制加算(※1)及び総合入院体制加算を届け出ている施設において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※2)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数(※3)」の割合は、中央値は29.2%、24.5%であった。

急性期充実体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合（各施設ごとの割合）



総合入院体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合（各施設ごとの割合）



※1 急性期充実体制加算に関する施設基準(化学療法に関する事項について抜粋)
 (2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。
 ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしていること。
 (イ)～(ホ) (略)
 (へ) 化学療法の実施について、1,000件/年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり3.0件/年以上
 イ (略)

(4) (2)のアの(へ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。
 ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。
 イ 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。
 ※2 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す
 ※3 「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」=1-「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」/「化学療法を実施した実患者数」

入院料ごとの外来化学療法の実施状況（実患者数）

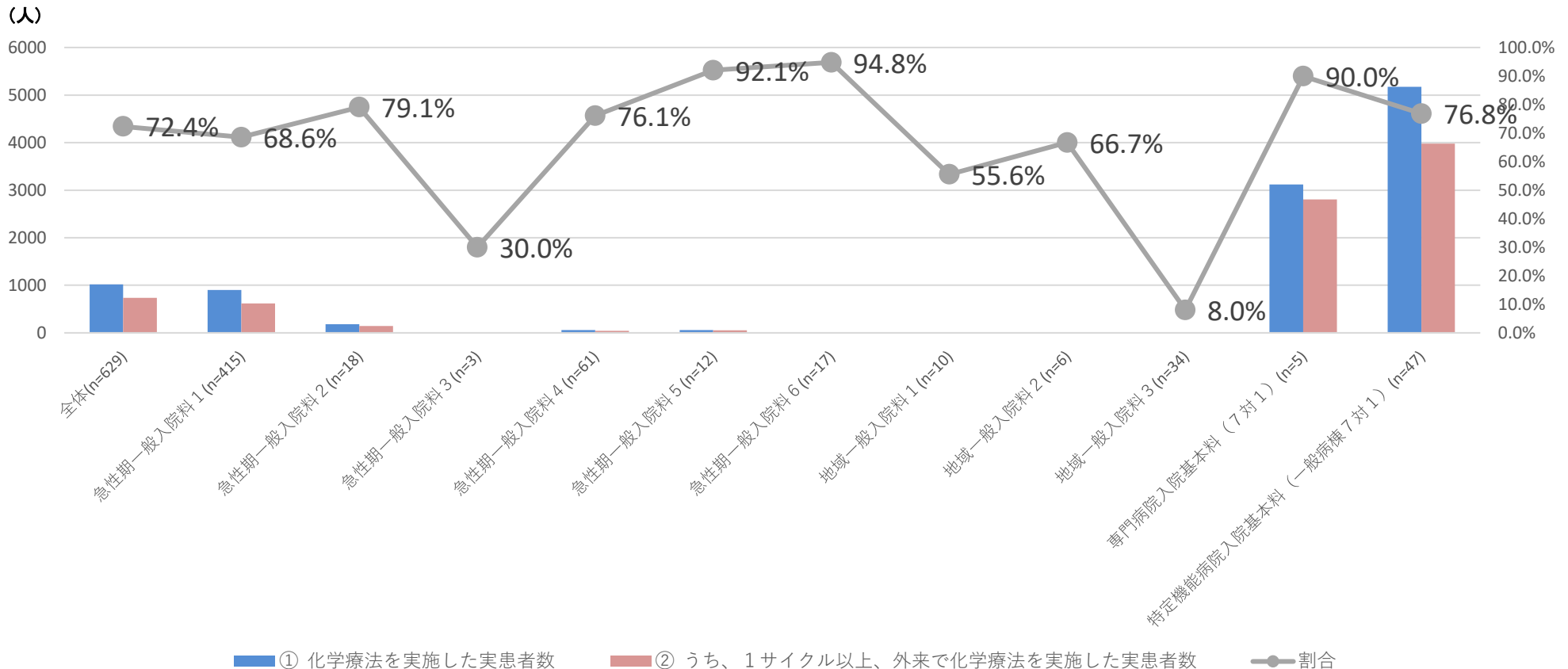
診調組 入-1
5. 6. 8 改

- 化学療法※¹実施患者数(平均値)のうち1サイクル※²以上外来で実施した患者の割合は、72.4%であった。
- 特定機能入院基本料(一般病棟7対1)や専門病院入院基本料(7対1)を算定している施設において、化学療法が多く実施されていた。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般入院料1～3を算定している施設においては、化学療法を実施した患者数は少なかった。

※¹ 悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの

※² クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す

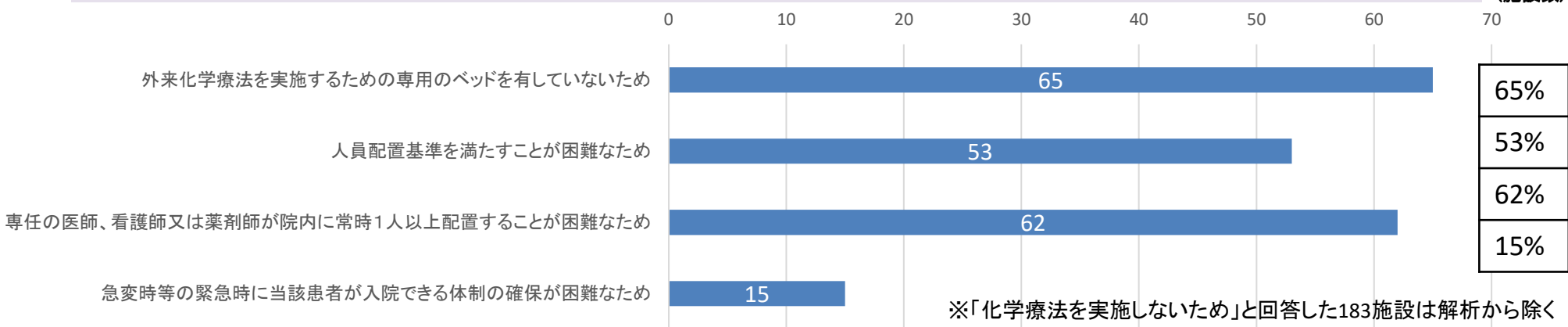
「化学療法を実施した実患者数(平均値)のうち、「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」の割合



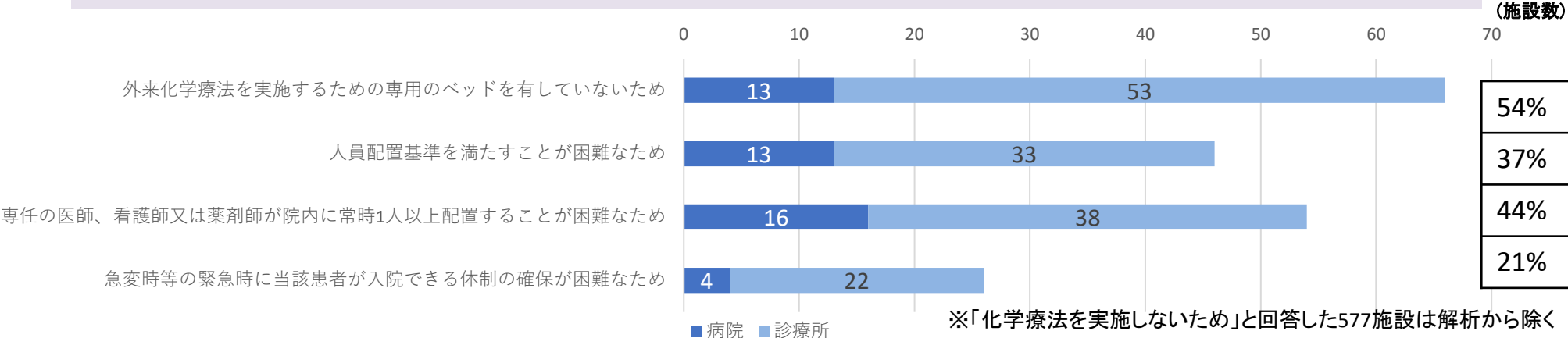
外来腫瘍化学療法診療料を届け出していない理由

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出していない理由については、化学療法を実施しないという理由を除くと、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多であった。
- 「急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため」という理由を挙げている施設は、施設票(A票)(15%)及び外来施設票(21%)と他の理由に比較して少なかった。

外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由(施設票(A票))(複数回答可)(回答数100)



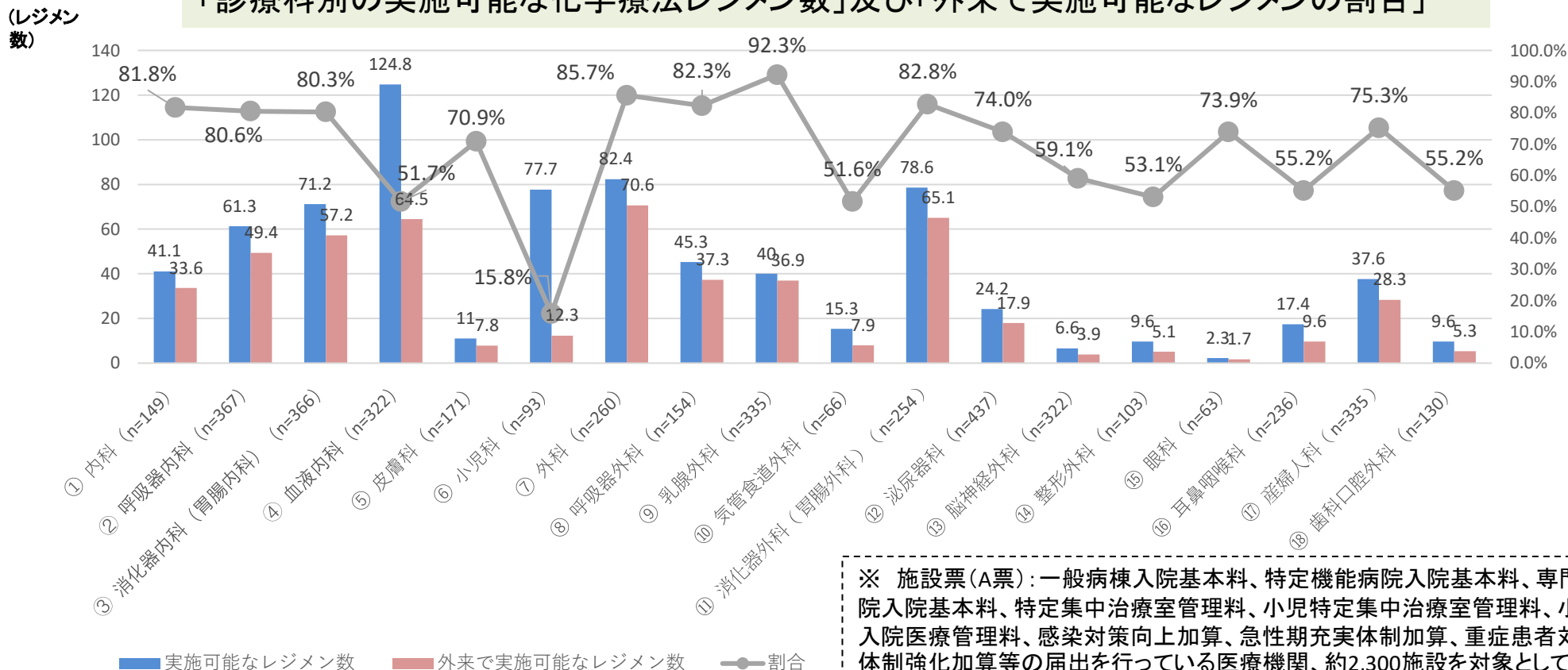
外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由(外来施設票)(複数回答可)(回答数123)



診療科別の化学療法レジメン数①

- 診療科別の実施可能なレジメン(平均値)については、血液内科(124.8種類)、外科(82.4種類)、消化器外科(78.6種類)、小児科(77.7種類)、消化器内科(71.2種類)が多い傾向であった。
- そのうち外来で実施できるレジメン数(平均値)の割合は、乳腺外科(92.3%)、外科(85.7%)、消化器外科(82.8%)、呼吸器外科(82.3%)、内科(81.8%)では多い傾向であった。
- 一方で、小児科(15.8%)、気管食道外科(51.6%)、血液内科(51.7%)、整形外科(53.1%)においては、外来で実施できるレジメン数(平均値)の割合が少ない傾向であった。

「診療科別の実施可能な化学療法レジメン数」及び「外来で実施可能なレジメンの割合」



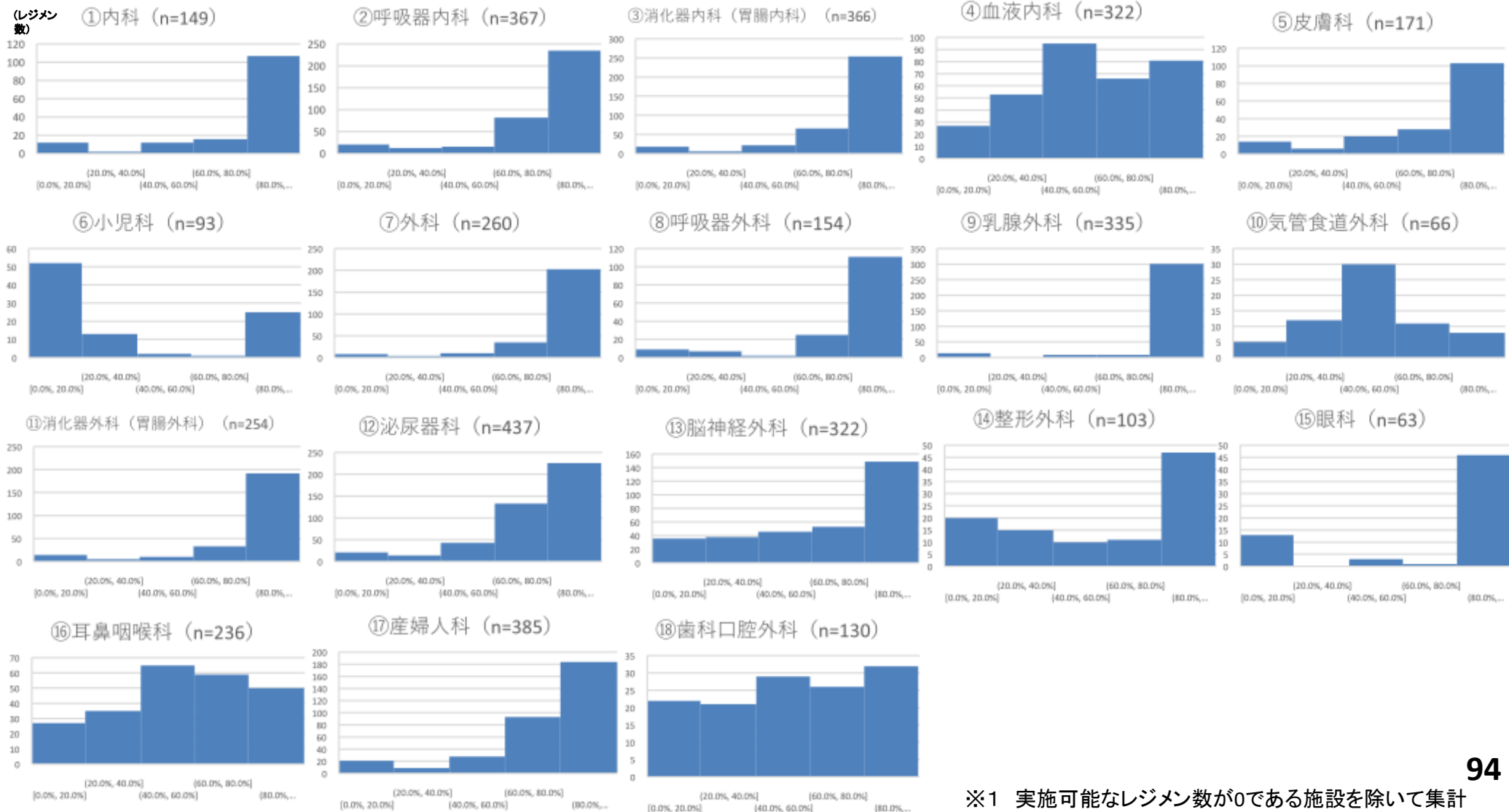
※ 施設票(A票): 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

※1 実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計

※2 回答した施設数が30以下のものは除外

診療科別の化学療法レジメン数②

- 実施可能な化学療法のレジメン数のうち、外来で実施可能なレジメン数の割合は、⑥小児科においては、割合が0-20%である施設が最も多かった。
- 血液内科、気管食道外科、耳鼻咽喉科では、割合が40-60%である施設が最も多かった。



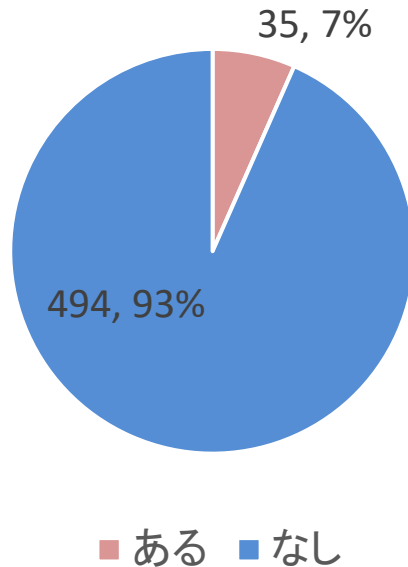
※1 実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計
 ※2 回答した施設数が30以下のものは除外

専用室を使用可能な診療科の制限について

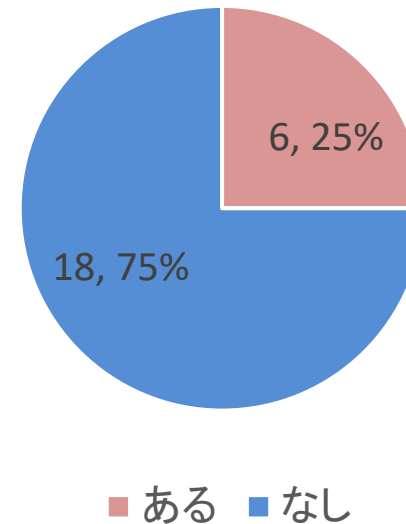
診調組 入-1
5. 7. 20

○ 外来腫瘍化学療法診療料を届出している施設において、専用室を使用可能な診療科の制限の有無については、「制限がない」が病院では93%、診療所では75%であった。

専用室を使用可能な診療科の制限の有無
(病院) (n=529)



専用室を使用可能な診療科の制限の有無
(診療所) (n=24)



※病院のデータは施設票(A票)から抽出

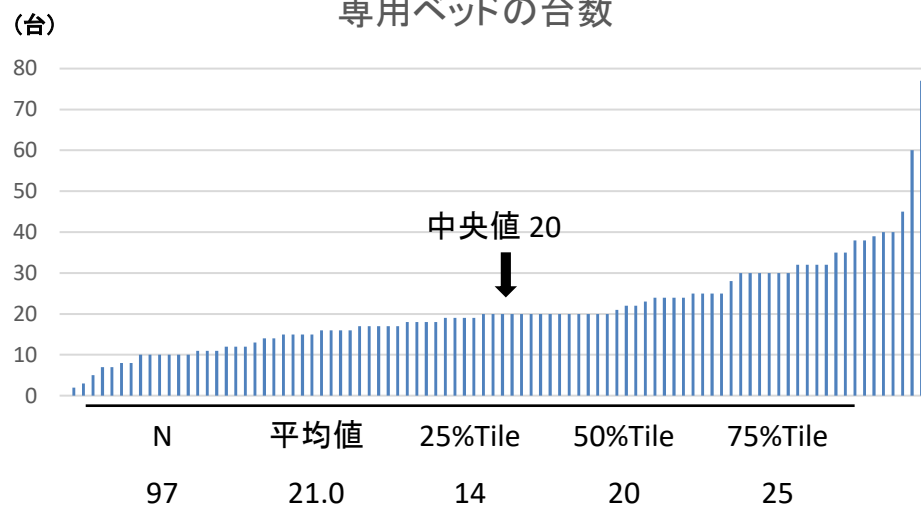
※ 施設票(A票): 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

※診療所のデータは外来施設票から抽出

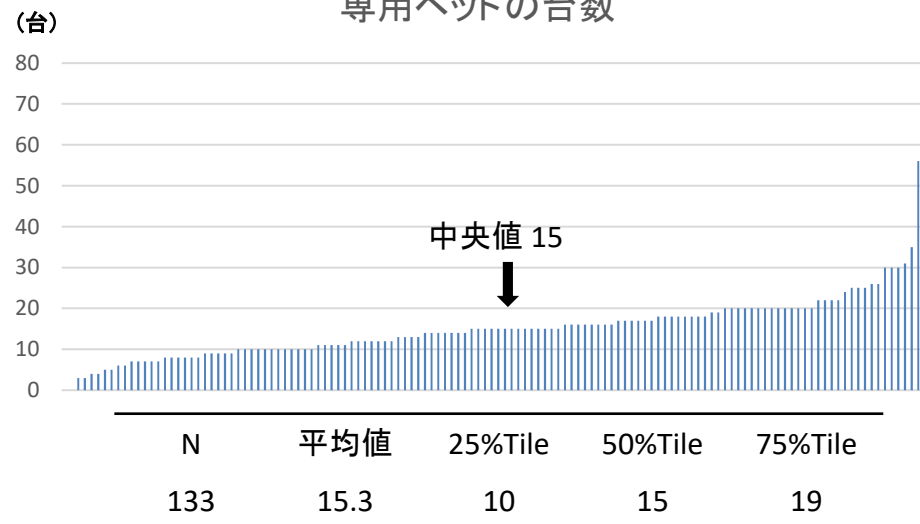
※ 外来施設票: 情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

○ 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の届出施設における専用ベッドの台数の中央値は、それぞれ20台及び15台であった。

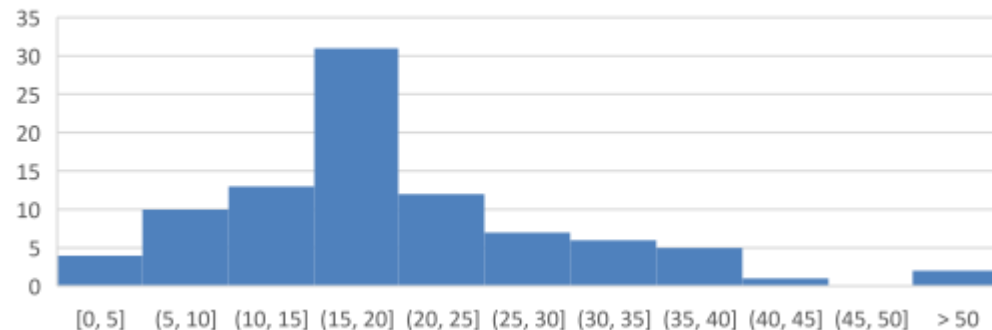
急性期充実体制加算届出施設における専用ベッドの台数



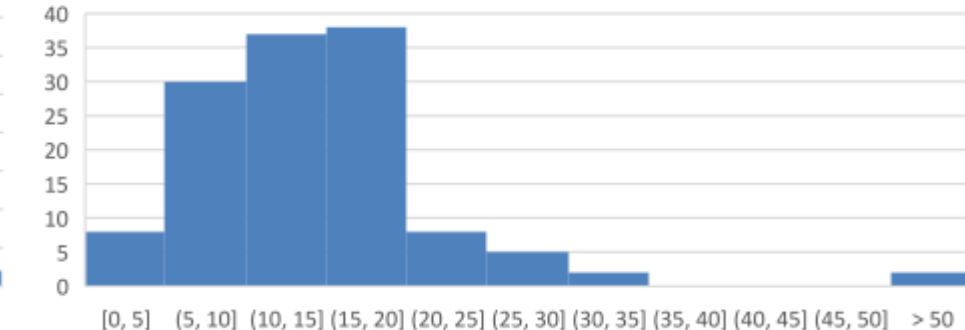
総合入院体制加算届出施設における専用ベッドの台数



急性期充実体制加算届出施設における専用ベッドの台数の分布



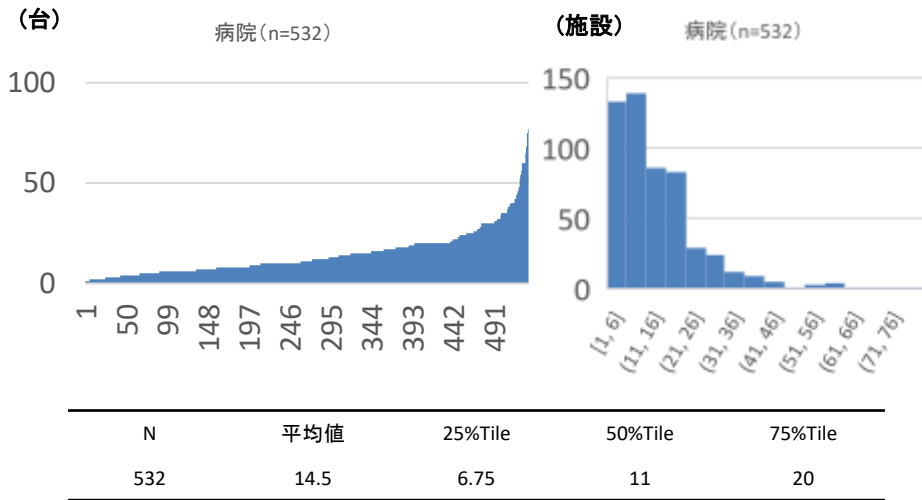
総合入院体制加算届出施設における専用ベッドの台数の分布



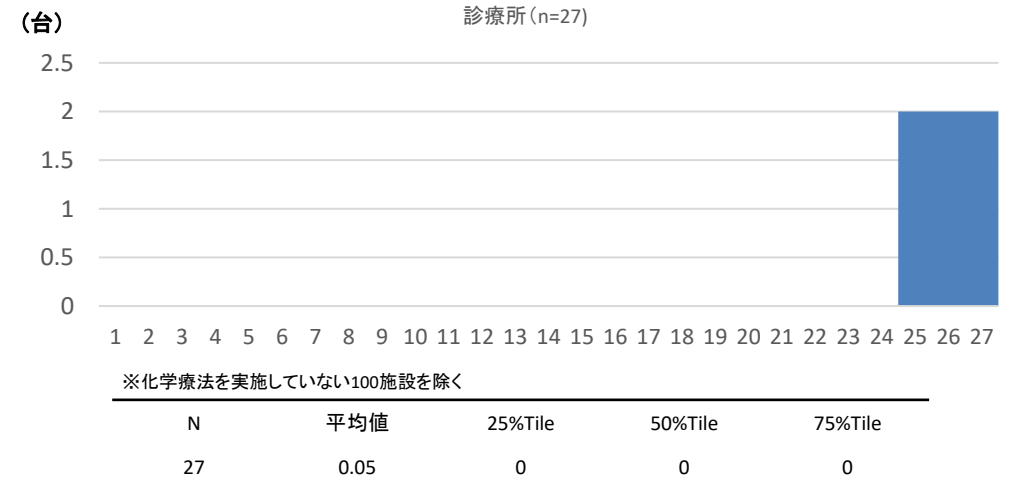
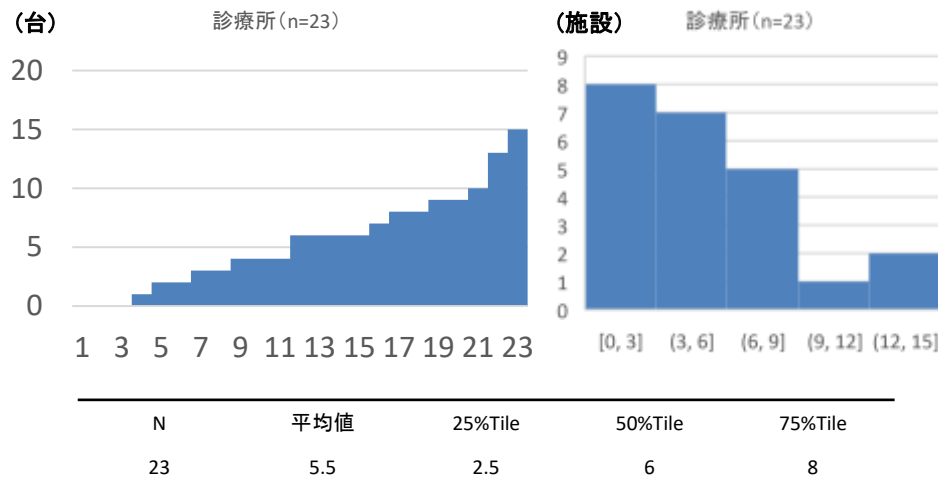
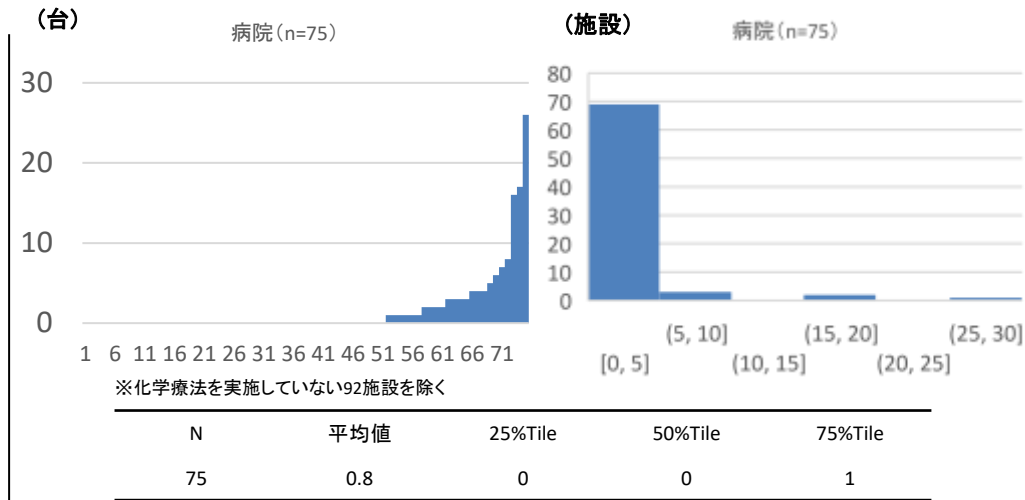
外来化学療法の専用ベッドの台数について

- 外来化学療法の専用ベッドの台数については、外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設は台数が多い傾向であった。
- 病院と診療所を比較すると、病院の方が専用ベッドの台数は多い傾向であった。

外来腫瘍化学療法診療料届出あり



外来腫瘍化学療法診療料届出なし



病院

診療所

外来化学療法職員の配置状況

- 病院、診療所それぞれにおける、外来化学療法職員の配置状況については、外来化学療法診療料を届け出ている施設は、専任の職員数の割合が多い傾向であった。
- 薬剤師については、看護師や医師と比較して、配置数が少なかった。

病院

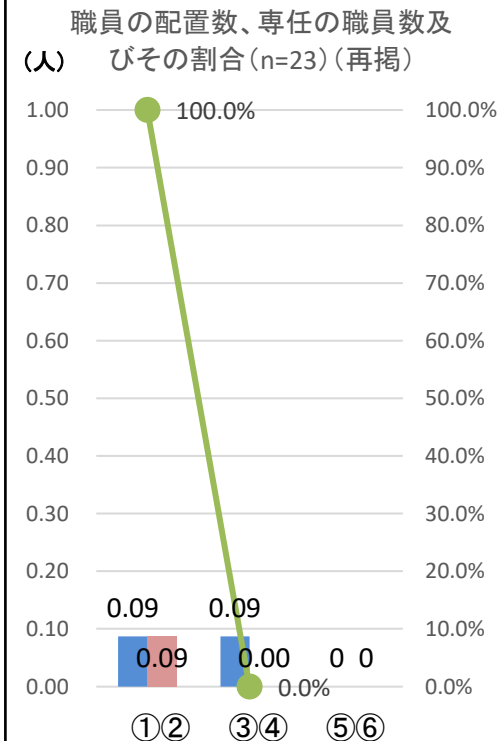
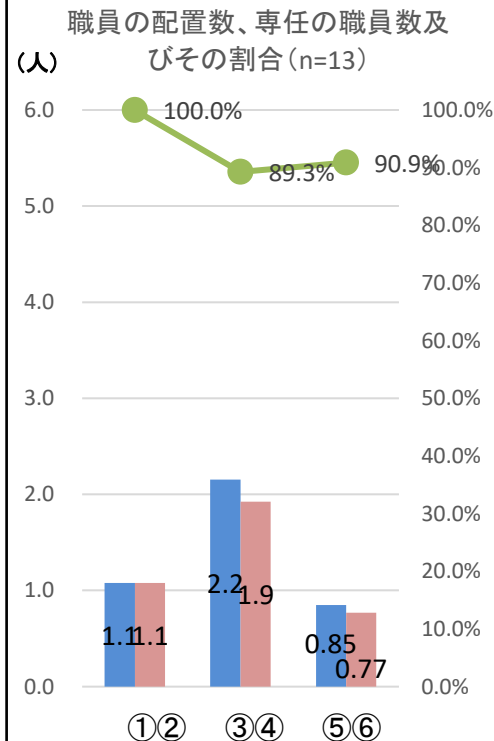
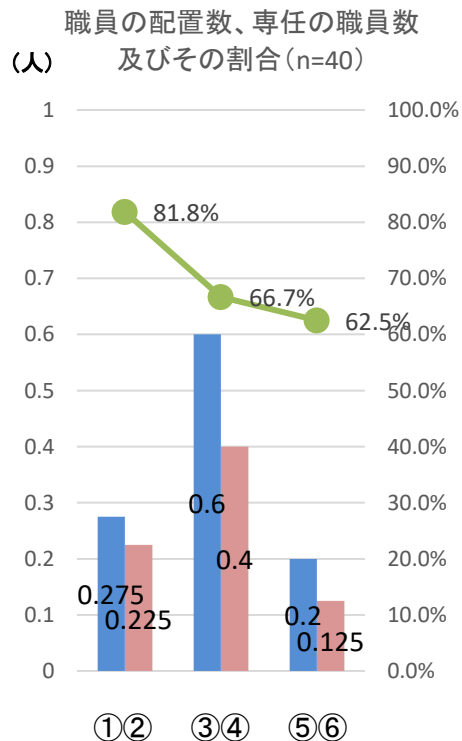
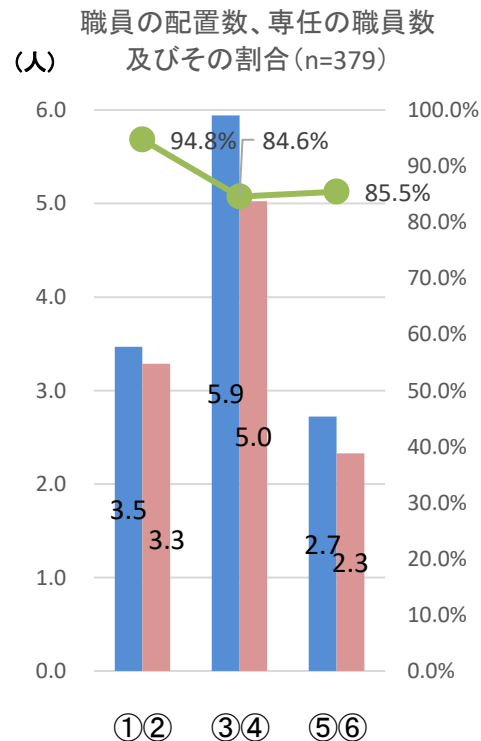
診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=379)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=40)
※化学療法を実施していない65施設を除く

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=13)

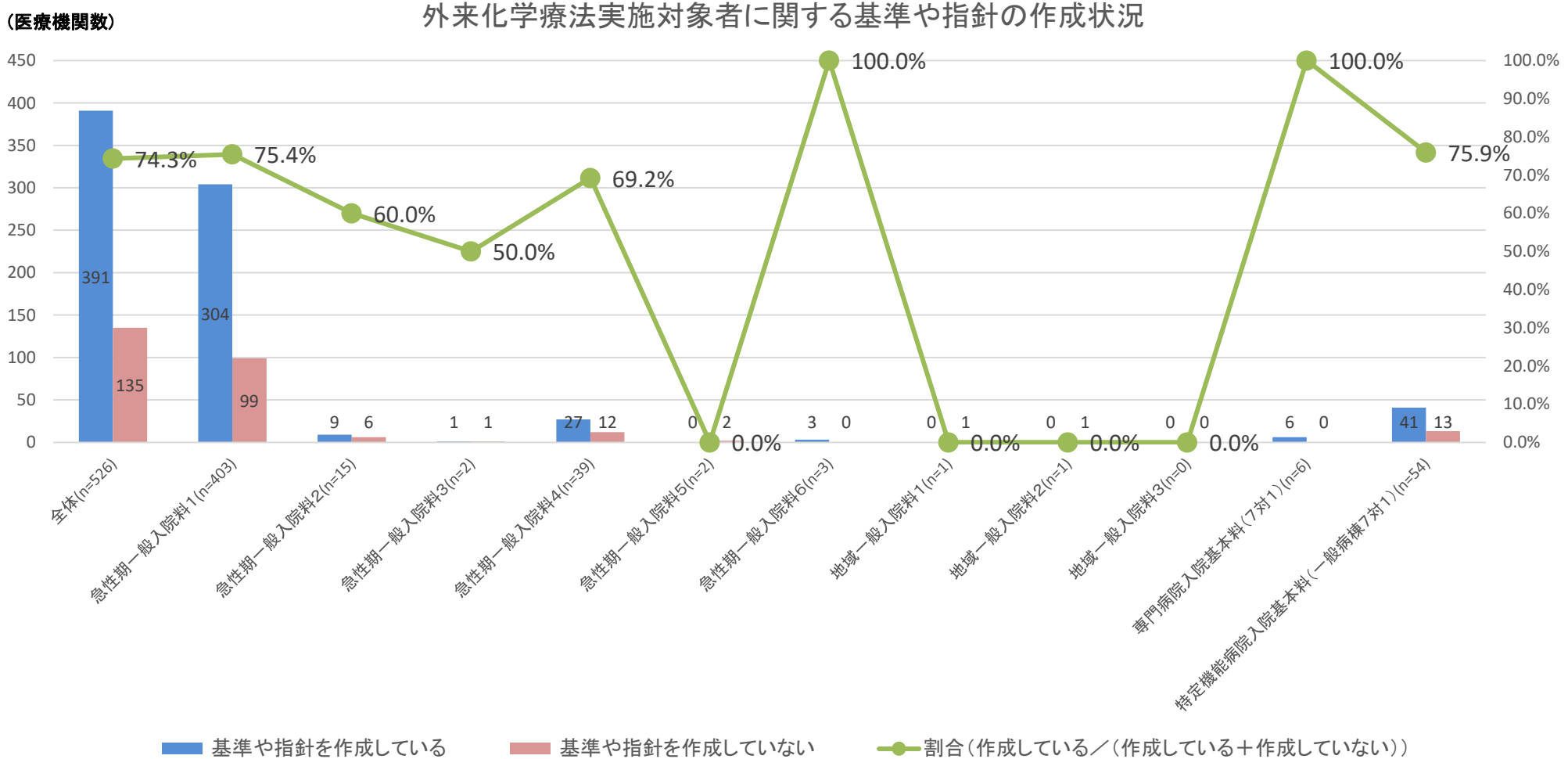
外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=23)
※化学療法を実施していない80施設を除く



- ① 専任の医師
- ② うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師
- ③ 専任の看護師
- ④ うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師
- ⑤ 専任の薬剤師
- ⑥ うち 化学療法にかかる調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師

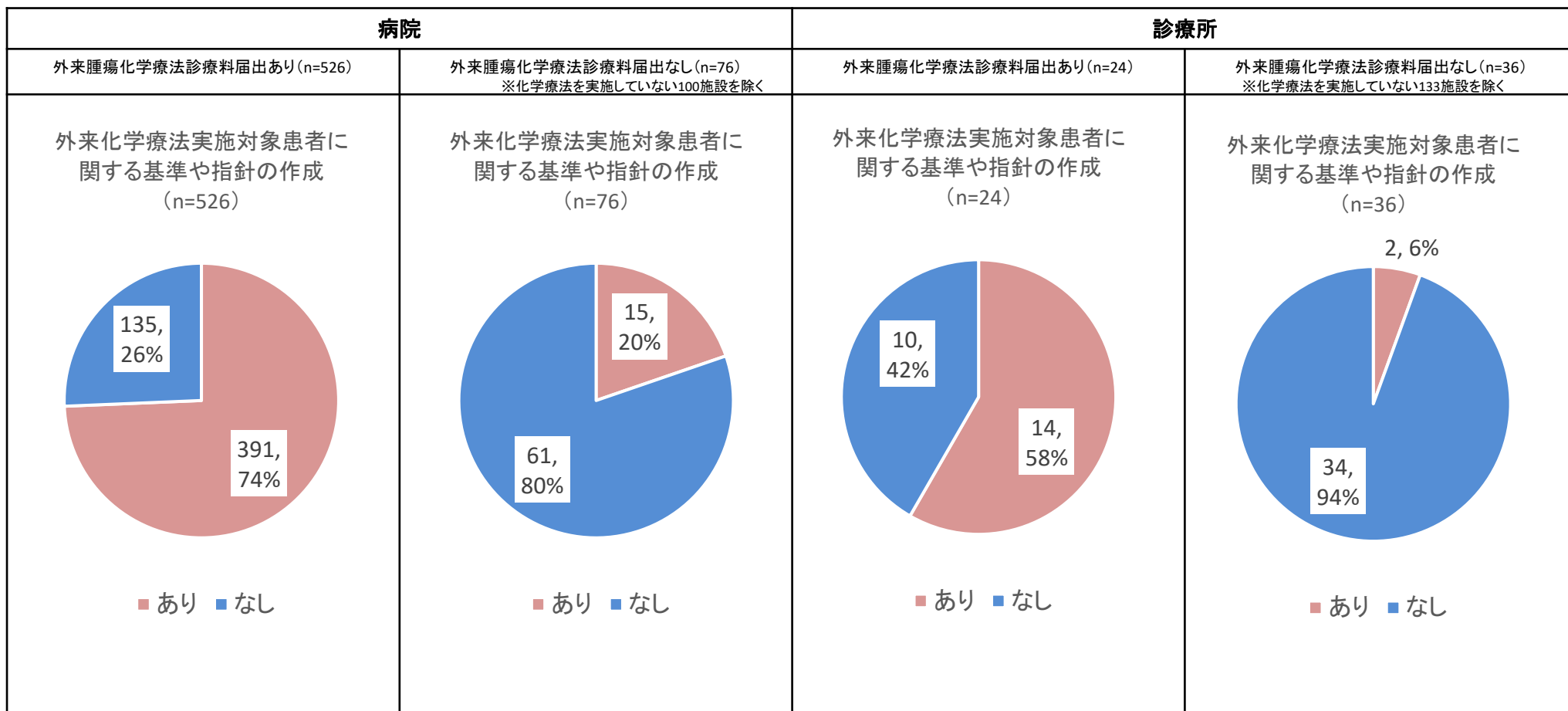
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成①

○ 外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成状況については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、74%の施設では「作成している」であった。



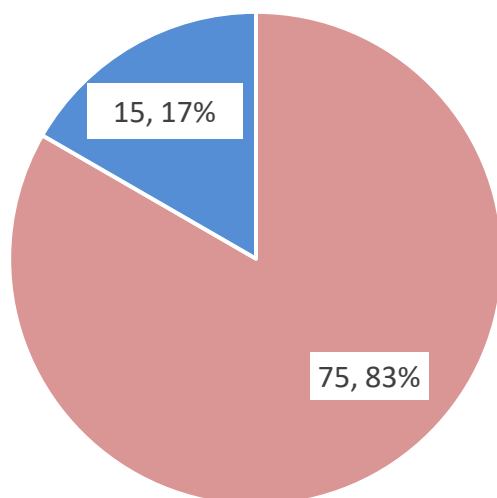
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成②

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。



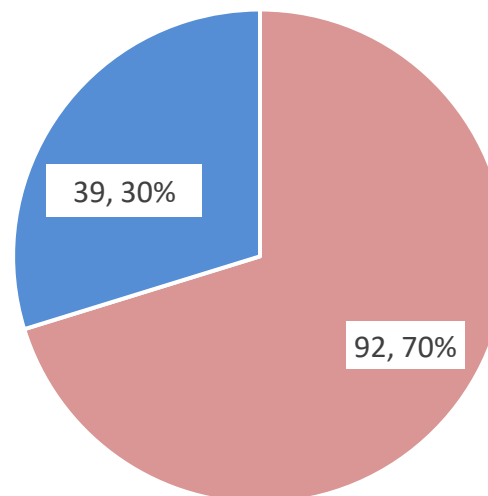
- 急性期充実体制加算を届け出ている90施設において、75施設(83%)は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 総合入院体制加算を届け出ている131施設において、92施設(70%)は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。

急性期充実体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無



■ 指針あり ■ 指針なし

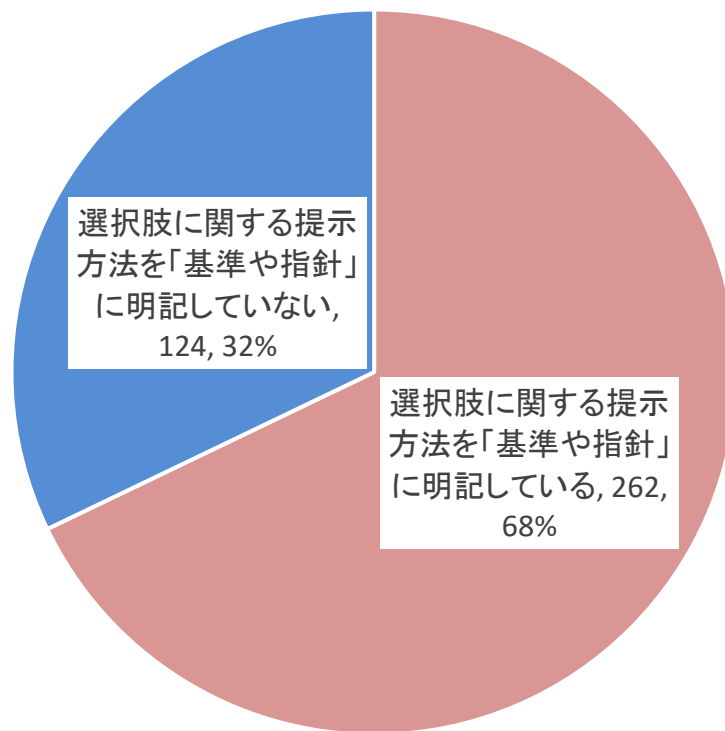
総合入院体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無



■ 指針あり ■ 指針なし

- 外来腫瘍化学療法診療料を届出し、「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針」を作成している病院において、68% (262施設) においては、患者に対する外来での化学療法の選択肢に関する提示方法を「基準や指針」に記載していた。

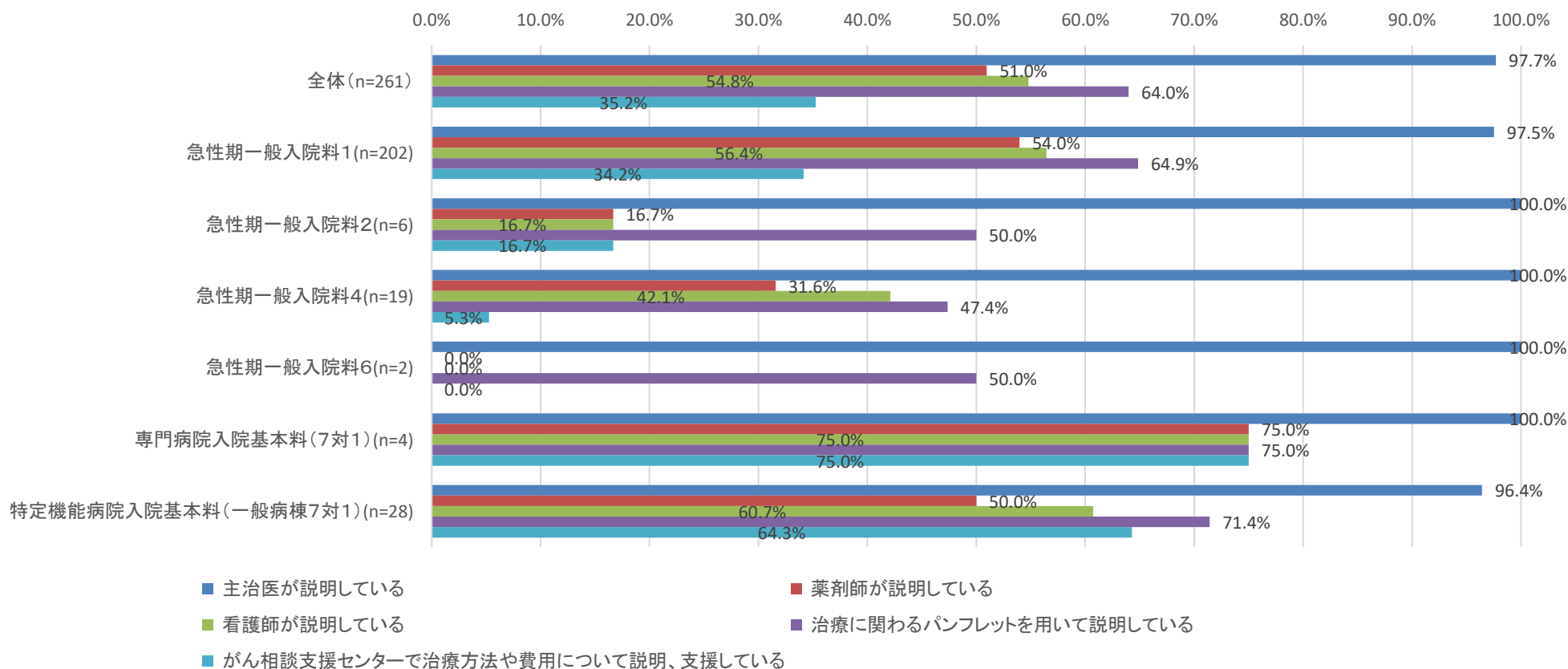
患者に対する外来での化学療法の選択肢に関する提示方法を「基準や指針」に記載しているかどうか (n=386)



患者への選択肢の提示方法について

- 「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成し、「選択肢に関する提示方法を明記している」施設(n=261)においては、外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法については、主治医が基本的に説明し、治療に関わるパンフレットを用いられている割合が高かった。
- がん相談支援センターでの説明や支援については、35.2%の施設で実施されていた。

外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法(複数回答可)



外来化学療法患者への時間外の対応体制

- 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、「①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制」、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」をとっている割合が高かった。
- 一方、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設(66.7%)が多かった。
- 診療所では、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」を取っている施設の割合は低い傾向であった。

病院

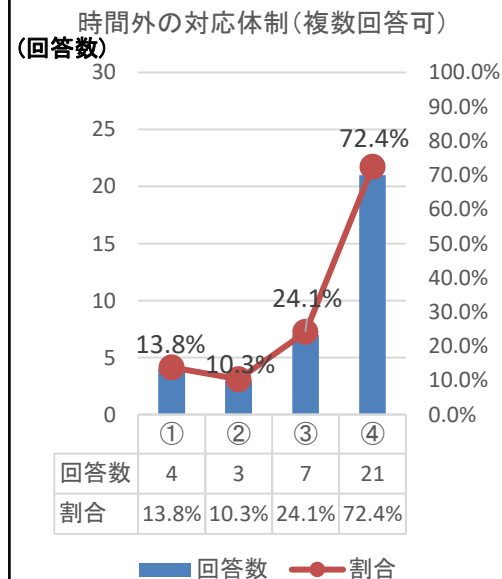
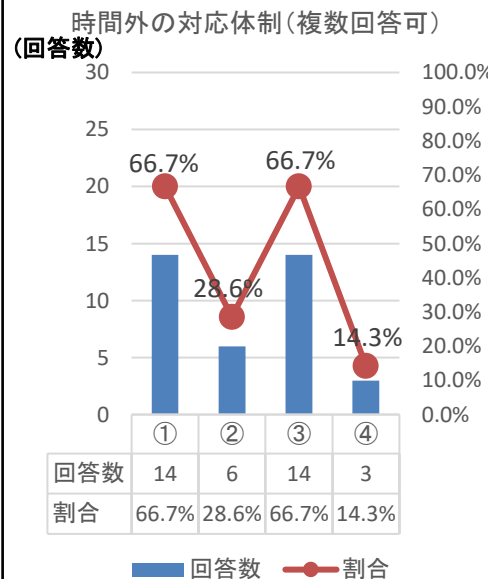
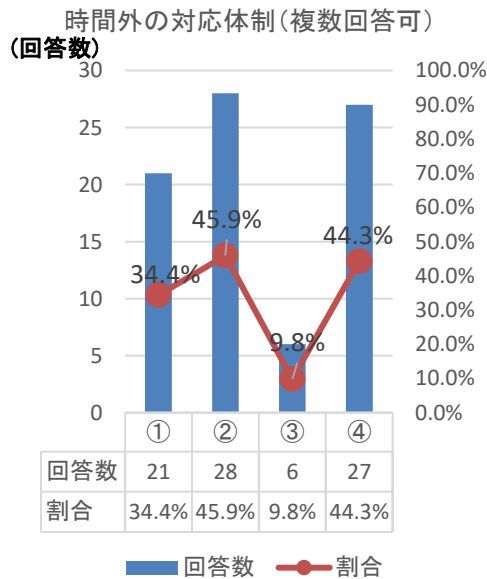
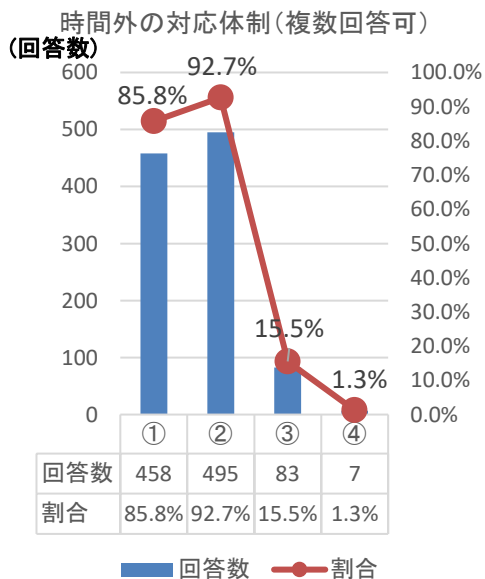
診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=534)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=61)
※化学療法を実施していない39施設を除く

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=21)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=29)
※化学療法を実施していない115施設を除く



- ①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている
- ②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている
- ③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている
- ④ 時間外の対応体制は取っていない

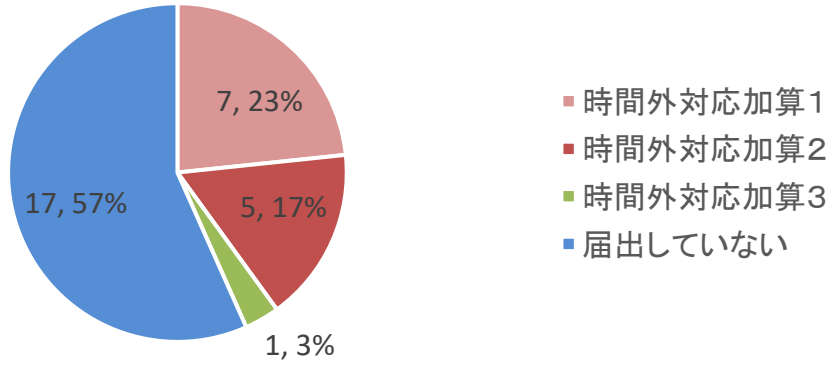
出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票(A票)、外来施設票)

※ なお、令和4年7月26日事務連絡において、令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月30日までの間に外来腫瘍化学療法診療料の施設基準に示す体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいことを示している。

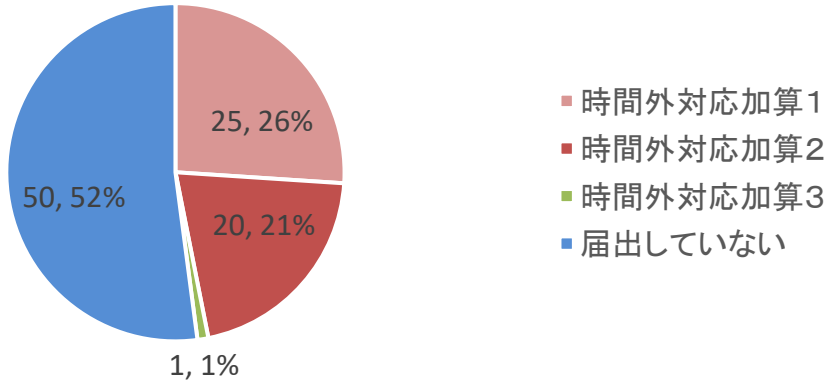
診療所における時間外への対応体制 (外来化学療法を実施している施設)

○ 外来化学療法を実施している診療所において、「時間外対応加算1~3」の届出状況は、外来腫瘍化学療法診療料1、2を届け出ている施設は、それぞれ「加算1」が23%、「加算2」が17%、「加算3」が3%、「届出していない」が57%であった。

外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設における時間外対応加算の届出状況 (n=30)



外来腫瘍化学療法診療料を届出していない施設における時間外対応加算の届出状況 (n=96)



時間外対応加算の施設基準

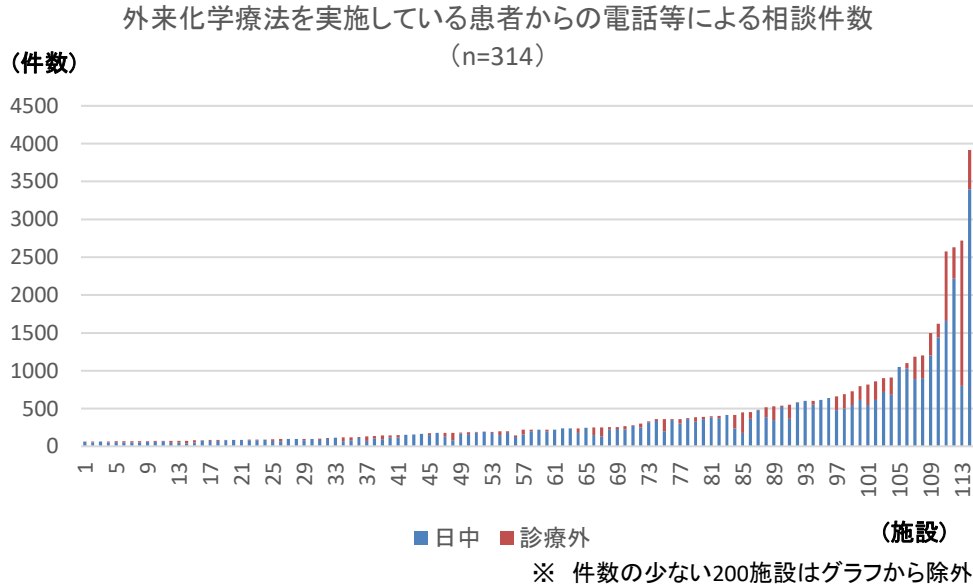
- 1 通則
 - (1) 診療所であること。
 - (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。
- 2 時間外対応加算1に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
- 3 時間外対応加算2に関する施設基準
 - (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
 - (2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- 4 時間外対応加算3に関する施設基準
 - (1) 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
 - (2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
 - (3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。
 - (4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

患者からの相談件数

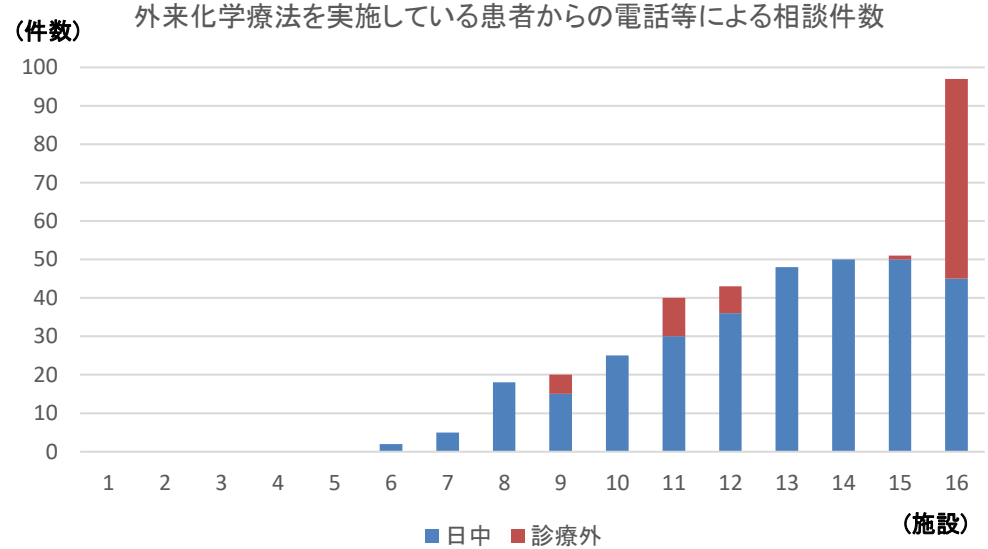
- 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数(平均値)は、病院では161.7件、診療所では24.9件であった。
- うち、診療時間外の割合(平均値)は、病院が20.1%、診療所は18.8%であった。

病院(n=314)



	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	161.7	128.9	32.6	20.1%

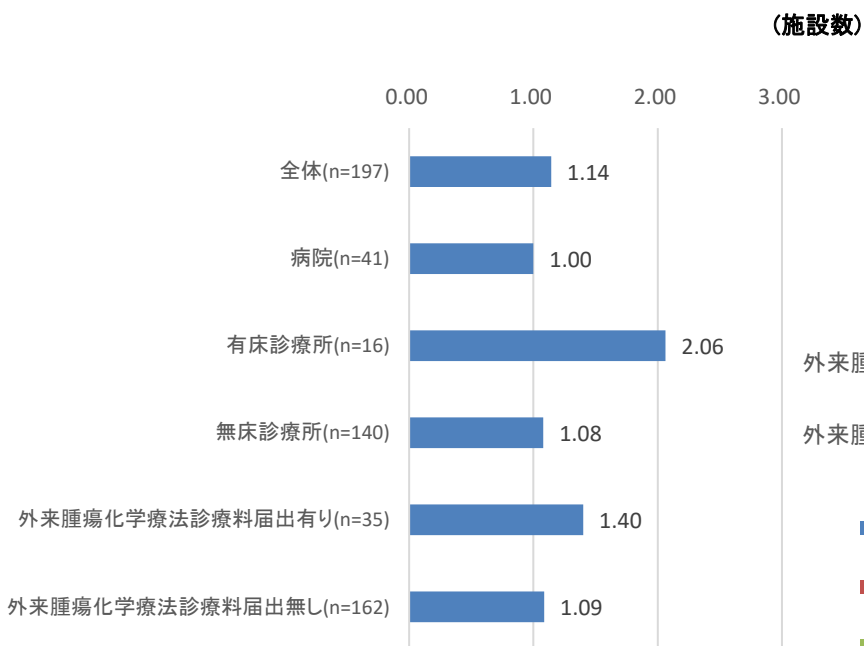
診療所(n=16)



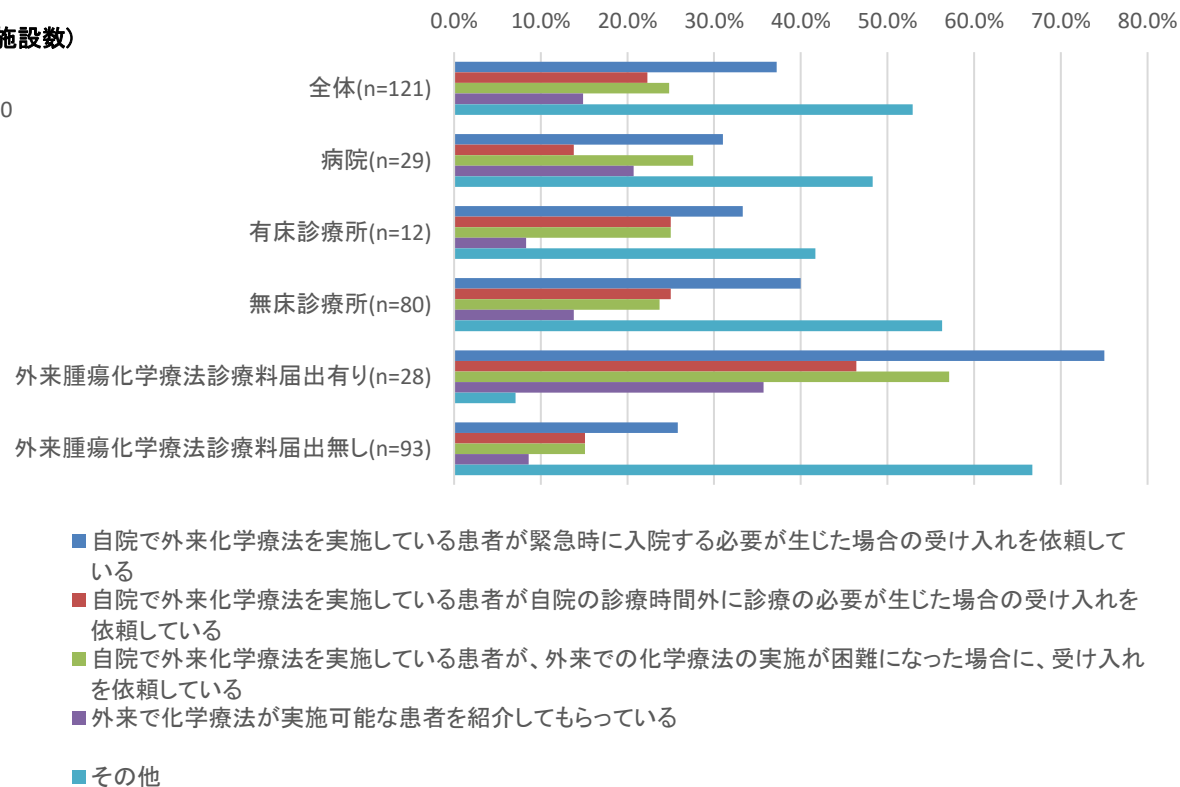
	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	24.9	20.3	4.9	18.8%

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設については、平均1.4施設と連携していた。
- 連携先医療機関との連携内容のうち、自院で外来化学療法を実施している患者について、「緊急時に入院する必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が37.2%、「自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が22.3%、「外来での化学療法の実施が困難になった場合に、受け入れを依頼している」が24.8%であった。

連携先施設数



連携先医療機関との連携内容(複数回答可)

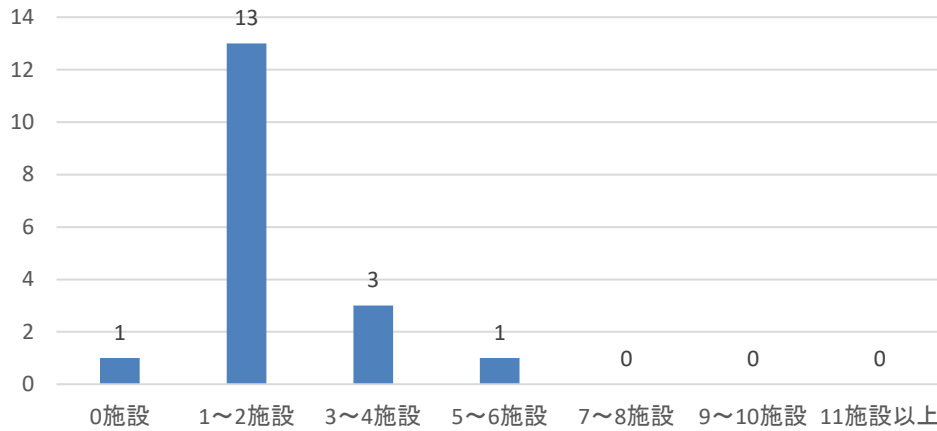


診療所における他の医療機関との連携状況

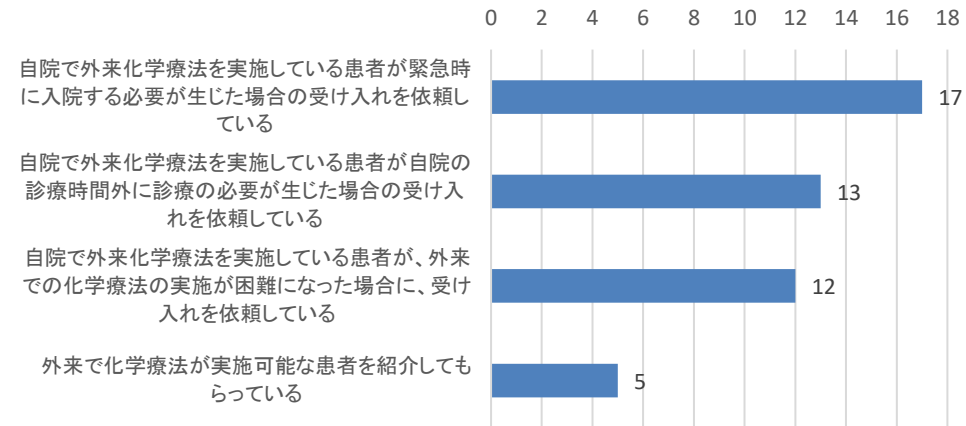
- 外来腫瘍化学療法診療料届出施設では、入院や診療時間外の対応について、他の医療機関との連携施設数は、1～2施設と回答した施設が最も多かった。
- 具体的な連携内容については、「自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要がある場合の受け入れを依頼している」と回答する施設が多かった。

外来腫瘍化学療法診療料届出あり

連携先施設数 (n=18)

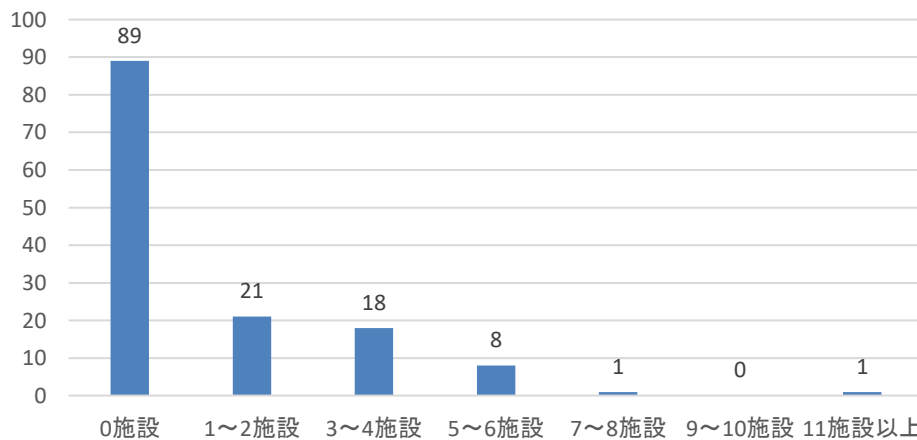


連携先の医療機関との連携内容 (複数回答可) (n=17)

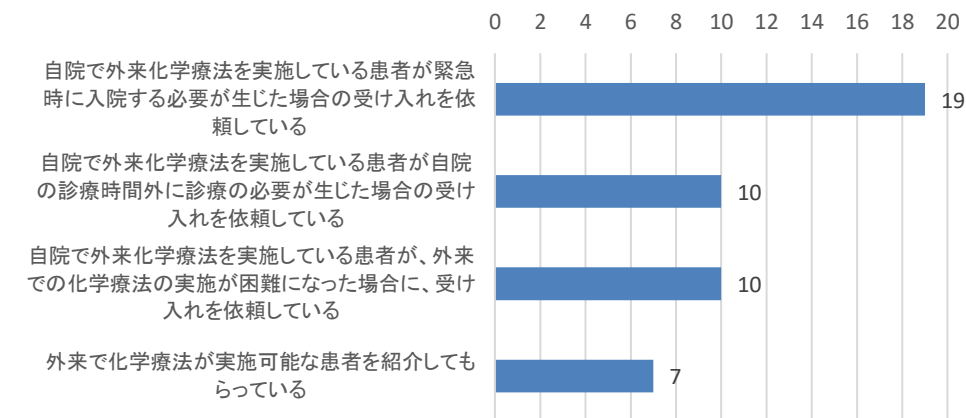


外来腫瘍化学療法診療料届出なし

連携先医療機関数 (n=138)



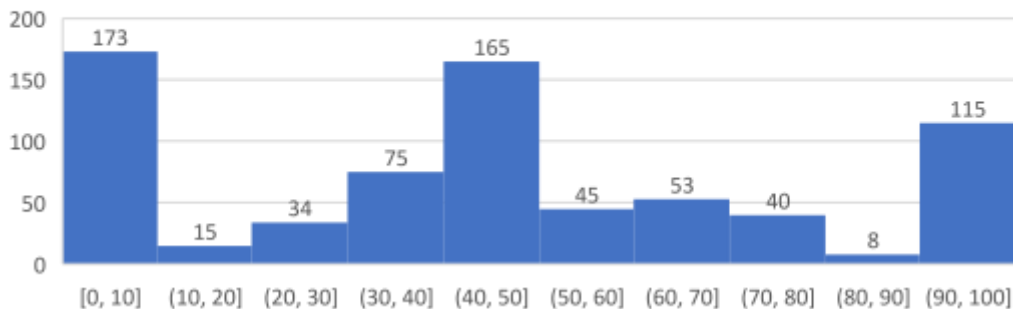
連携先の医療機関との連携内容 (複数回答可) (n=75)



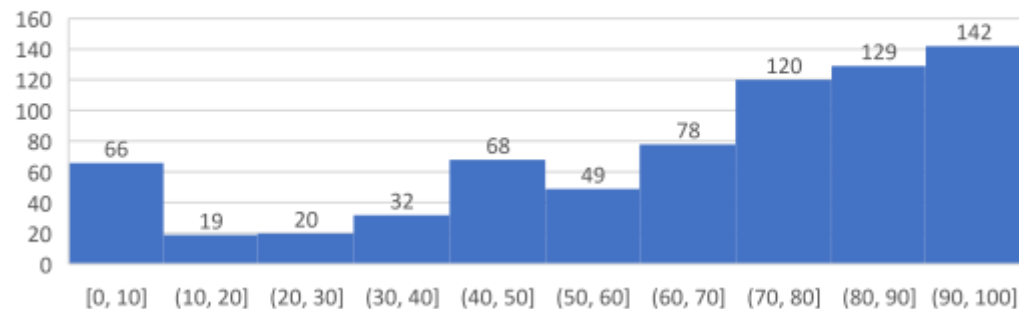
院内で採用している外来化学療法に用いる薬剤の後発品の割合

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設において、抗悪性腫瘍薬(バイオ医薬品)における後発医薬品の割合については、0以上10%以下(173施設(24%))、40%より大きく50%以下(165施設(22.8%))、及び90%より大きく100%以下(115施設(15.9%))の群において、多い傾向であった。
- バイオ医薬品以外の抗悪性腫瘍薬における後発医薬品の割合については、70%より大きい施設が、54%であった。

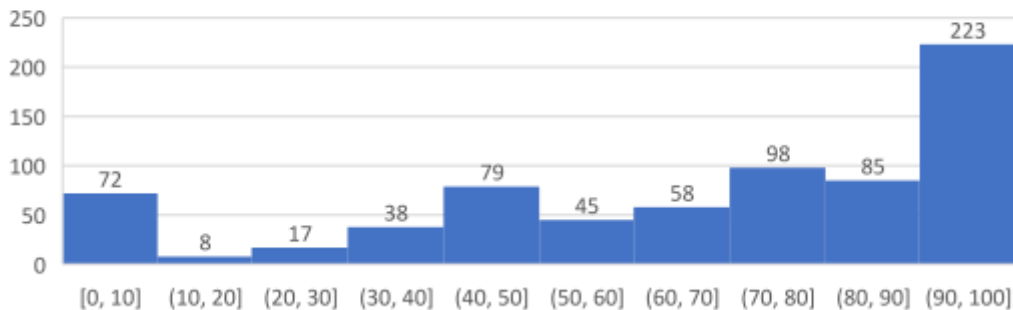
抗悪性腫瘍薬(バイオ医薬品)の後発医薬品数(バイオ後続品を含む)の割合(n=723)



抗悪性腫瘍薬(バイオ医薬品以外)の後発医薬品(バイオ後続品を含む)の割合(n=723)



支持療法に用いる医薬品(抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む)(n=723)

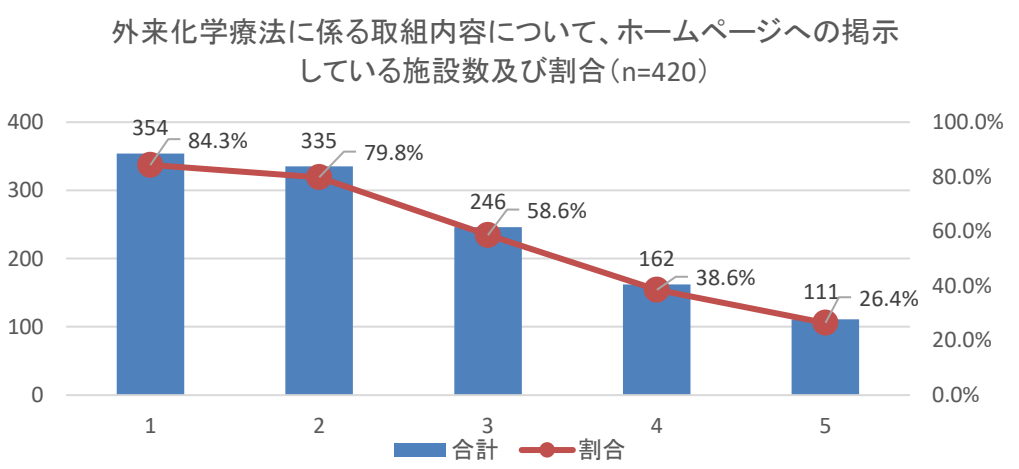
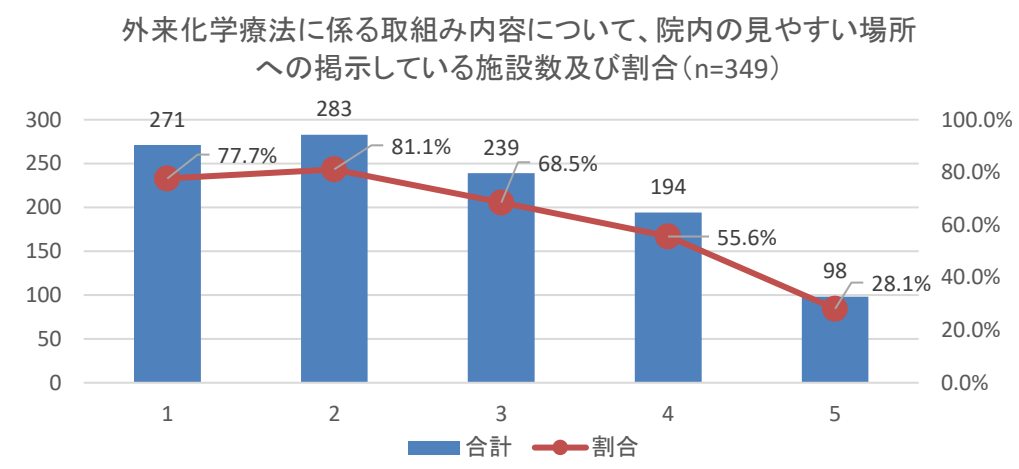
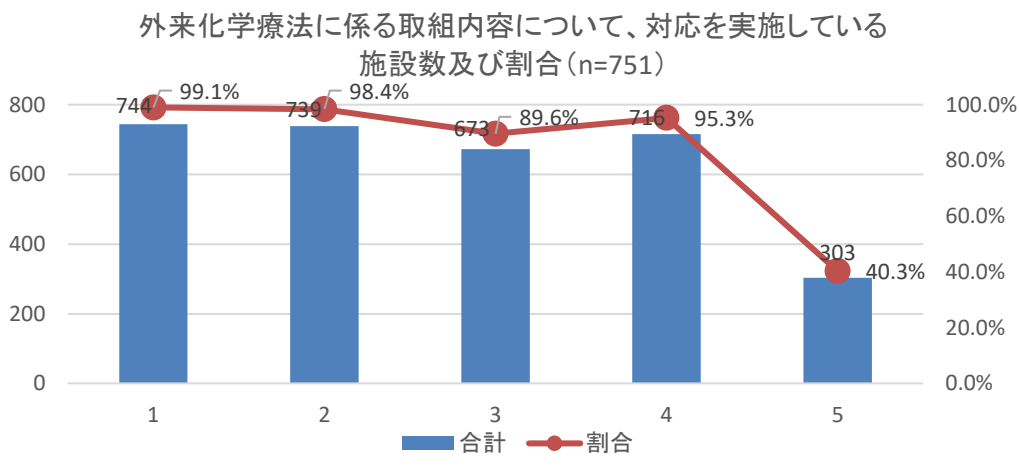


出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票A)

※ 令和5年6月1日時点におけるデータに基づき集計

外来化学療法実施施設の対応内容について、ホームページ等への掲示状況

- 外来化学療法実施施設における取組み内容について、「副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている」については、院内に掲示している施設は68.5%、ホームページに掲示している施設は58.6%であった。
- 「医療機関において実施されている化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合」について院内に掲示している施設は28.1%、ホームページに掲示している施設は26.4%であった。



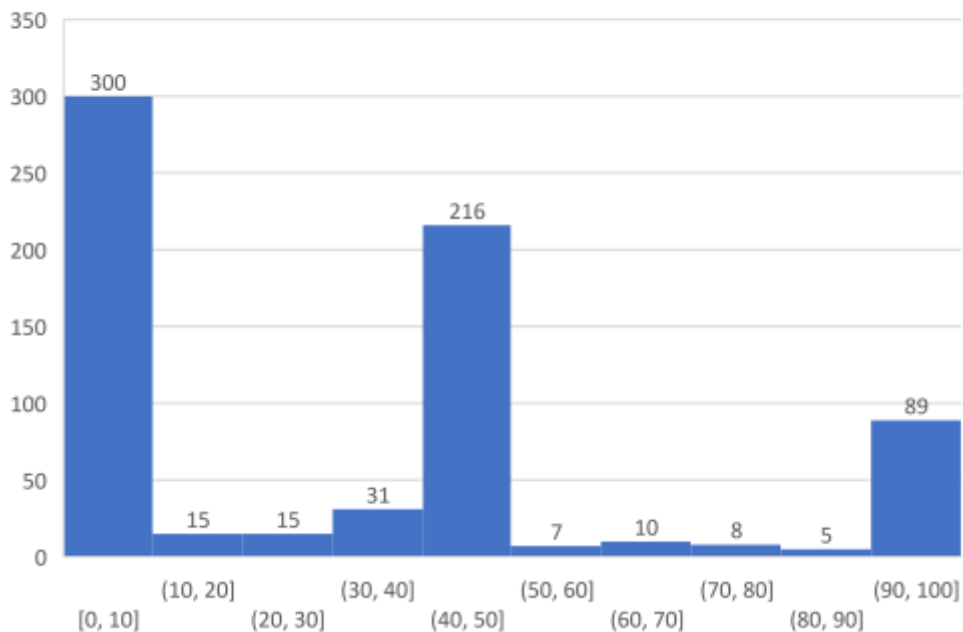
- 1 外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っている
- 2 当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じている
- 3 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている
- 4 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院(診療時間外を含む)に関して、緊急で入院ができる体制が整備されている
- 5 医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示している

出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票A)

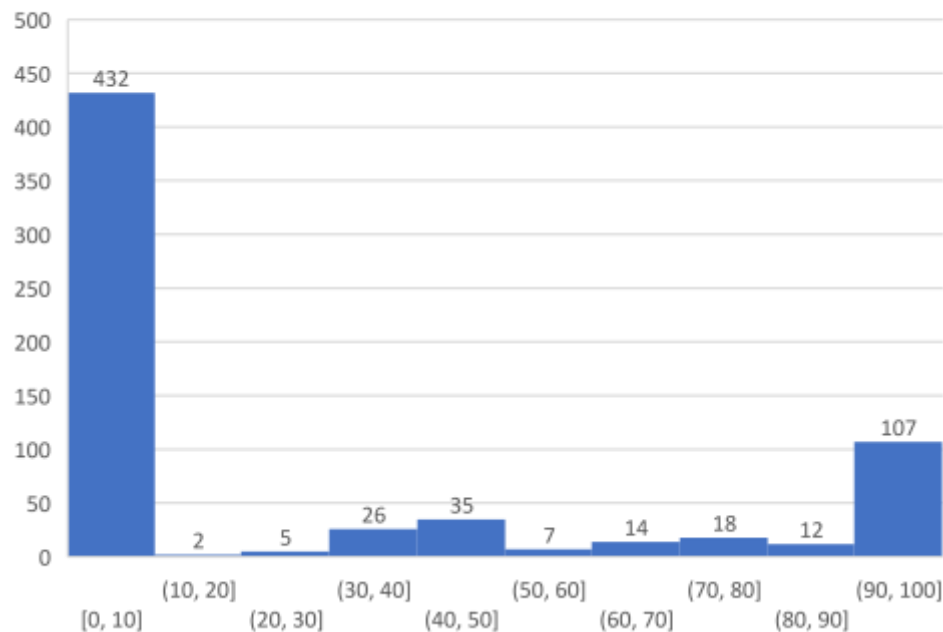
院内で採用している外来化学療法に用いる薬剤の後発品の割合

- 外来化学療法加算を届け出ている施設において、バイオ医薬品における後発医薬品の割合については、0%以上10%以下である割合の施設は300施設(43.1%)であったが、40%より大きく50%以下である割合の施設数は216施設(31.0%)であり、2番目に多かった。
- 支持療法に用いる医薬品の後発医薬品の割合については、0%以上10%未満である施設が432施設(65.7%)と多かった。

バイオ医薬品の後発医薬品数（バイオ後続品を含む）の割合（n=696）

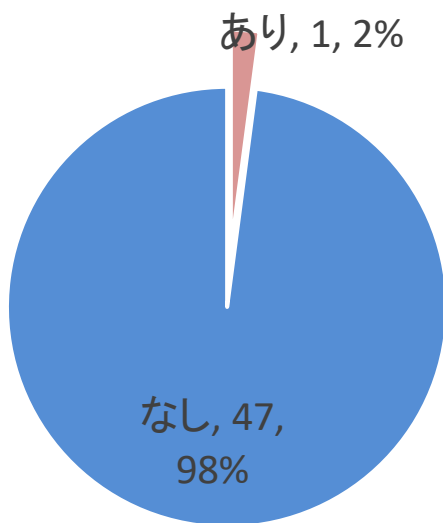


支持療法に用いる医薬品の後発医薬品（バイオ後続品を含む）の割合（n=658）

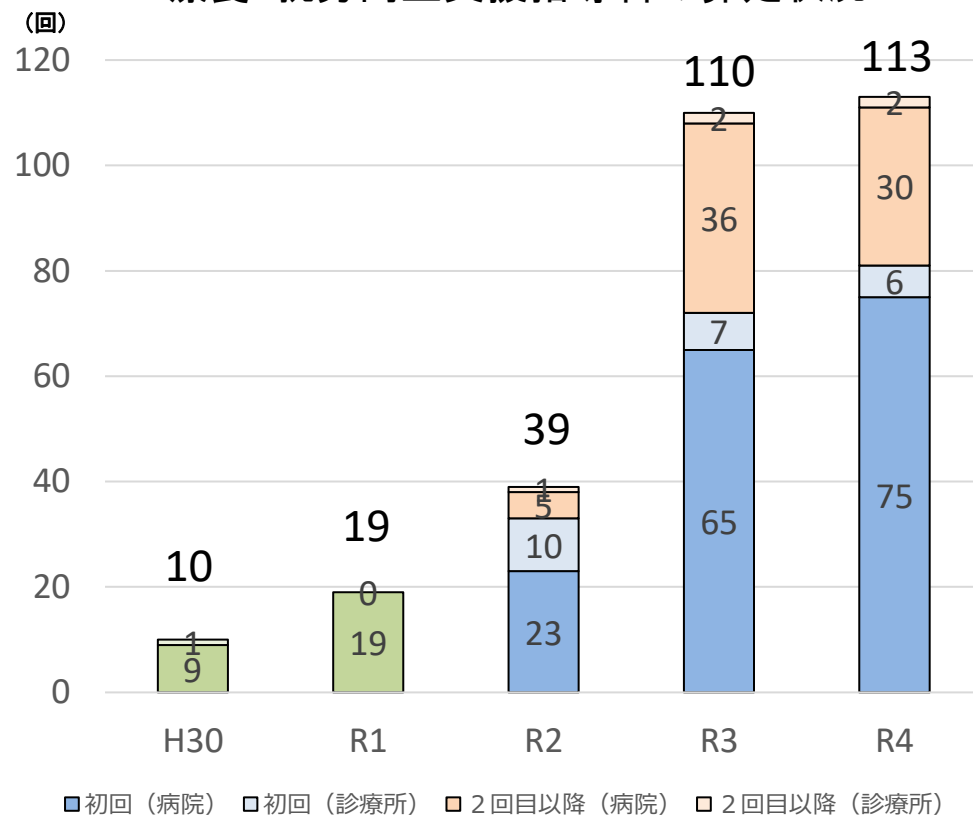


- 外来施設票において、外来腫瘍化学療法診療料1及び2を届出していた48施設のうち47施設(98%)では、令和4年4月～9月の6か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定していなかった。
- 療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成30年以降徐々に増加しているが、令和4年6月の1か月間では、「初回」及び「2回目以降」の算定回数の合計は、113回であった。

外来腫瘍化学療法診療料を算定した施設における、令和4年4月～9月の6か月間での、療養・就労両立支援指導料を算定状況



療養・就労両立支援指導料の算定状況

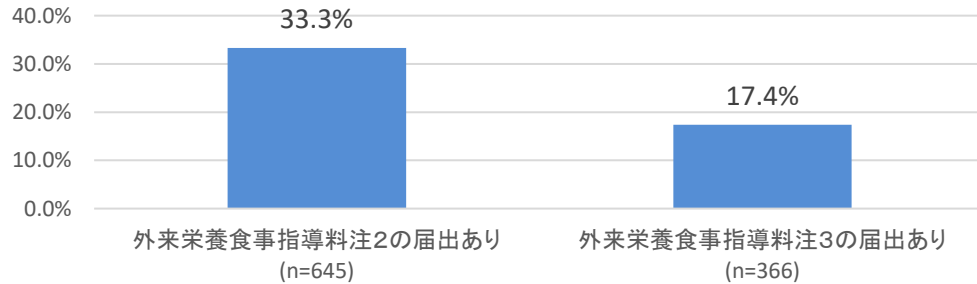


※ 令和2年4月1日以前は「初回」「2回目」の区別がないため、色を分けて記載

外来腫瘍化学療法診療料と外来栄養食事指導料

- 外来腫瘍化学療法診療料届出施設において、外来栄養食事指導料注2及び注3の届出を行っていた施設の割合は33.3%及び17.4%であった。
- 施設基準のうち満たすのが困難な要件として、「④③の管理栄養士が医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため」、「⑥専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修(中略)を修了することが困難であるため」の回答が多かった。

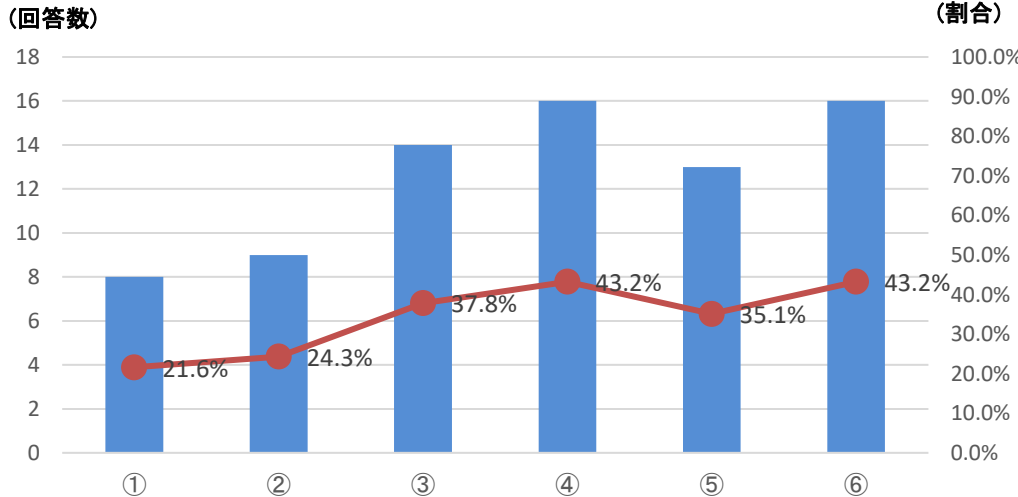
外来栄養食事指導料注2及び注3の外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関数(n=1,936)に占める割合



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

出典:令和4年7月1日時点の主な施設基準の届出状況

外来栄養食事指導料注2及び注3を届け出していない施設において、外来栄養食事指導料注2及び注3の施設基準のうち満たすのが困難な要件(複数回答可)(n=37)



- ①外来腫瘍化学療法診療料を算定していないため
- ②外来腫瘍化学療法診療料の算定日と同日に外来栄養食事指導を行うことが困難であるため
- ③外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士の確保が困難であるため
- ④③の管理栄養士が医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため
- ⑤栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士を配置することが困難であるため
- ⑥専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修(医療関係団体等が実施する300時間以上の研修もしくは悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修)を修了することが困難であるため

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. **情報通信機器を用いた診療について**
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. 横断的個別事項について

オンライン診療にかかる評価の経緯

- オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年3月に策定された。
- その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和4年1月の指針の一部改定、令和4年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度(医師法など)	診療報酬
平成30年3月 4月	<p>「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。 	<p>平成30年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「オンライン診療料」を新設(対象は再診のみ) ・対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和2年4月	<p>新型コロナの時限的・特例的取扱い (4月10日付け事務連絡)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。 	<p>新型コロナの診療報酬の特例措置 (4月10日付け事務連絡)</p>
令和3年6月	<p>「規制改革実施計画」閣議決定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療の特例措置の恒久化の方針 	
令和4年1月	<p>指針の一部改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。 	
令和4年4月		<p>令和4年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 <ul style="list-style-type: none"> ➢初診:診療報酬の評価を新設 ➢再診:対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項	オンライン診療の提供体制に関する事項	その他オンライン診療に関連する事項
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師-患者関係/患者合意 ○ 適用対象 ○ 診療計画 ○ 本人確認 ○ 薬剤処方・管理 ○ 診察方法 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師の所在 ○ 患者の所在 ○ 患者が看護師等といる場合のオンライン診療 ○ 患者が医師といる場合のオンライン診療 ○ 通信環境 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師教育/患者教育 ○ 質評価/フィードバック ○ エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回—19回)において検討し、令和4年1月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

- 初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

- 診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師－患者間で映像を用いたりリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。）。
なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。
- 診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。
- 診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

- オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。
なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

- 現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。
- 患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
 - ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

対面診療の実施体制

- 「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
 - ・ 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。
- オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

令和5年3月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定)において、不適切な診療に対する必要な措置や情報セキュリティの確保のための方策についての指針の見直し等を行うこととされたことを受け、第95回社会保障審議会医療部会における議論も踏まえ検討し、令和5年3月に指針を改訂した。

オンライン診療の適切な実施について

- 適切なオンライン診療の普及のためには、その医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要があり、医師は安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる。特に、オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが向上するという側面がある一方で、得られる情報が少なくなってしまうという側面もあることを考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならない。
- オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

本人確認について

- 初診でオンライン診療を実施する場合、当該患者の本人確認は、原則として、顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）で行うか、顔写真付きの身分証明書を有しない場合は、2種類以上の身分証明書をを用いる、あるいは1種類の身分証明書しか使用できない場合には、当該身分証明書の厚みその他の特徴を十分に確認した上で、患者本人の確認のための適切な質問や全身観察等を組み合わせて、本人確認を行う。
- オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにすること。
- オンライン診療システムを用いる場合は、患者がいつでも医師の本人確認ができる情報及び医療機関の問い合わせ先をオンライン診療システム上に掲載すること。

令和5年3月の指針改訂の概要②

情報セキュリティ方策について

【医療機関が行うべき対策】

- 医療機関は、オンライン診療に用いるシステムを提供する事業者による説明を受け（システムに関する個別の説明を受けることのみならず、事業者が提示している情報提供内容を自ら確認することを含む）、十分な情報セキュリティ対策が講じられていることを確認すること。また、当該確認に際して、医療機関は責任分界点について確認し、システムの導入に当たっては、そのリスクを十分に理解すること。
- オンライン診療の際、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があるオンライン診療システムを使用する際は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を併せて実施すること。なお、汎用サービスを使用する際は、汎用サービスが医療情報システムに影響を与えない設定とすること。
- 医療機関は、患者に対してオンライン診療の実施に伴うセキュリティリスクを説明し、オンライン診療に用いるシステムを利用することについての合意を得た上で、双方が合意した旨を診療録に記載し、オンライン診療を実施すること。
- 医師は、オンライン診療実施時に、意図しない第三者が当該通信に紛れ込むような三者通信（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために、医師の同意なく第三者を呼び込む場合等）や患者のなりすましが起こっていないことに留意すること。
- オンライン診療においてチャット機能を補助的に用いる場合には、医療機関が、セキュリティリスクとベネフィットを勘案したうえで、使用するソフトウェアやチャット機能の使用方法について患者側に指示を行うこと。
- 医療機関や患者から、検査結果画像や患者の医療情報等を画面共有機能を用いて提示すること及び画面共有機能を用いずに画面を介して提示することは、多くの場合、後述の場合と比較して相対的にセキュリティリスクが低減されているものと考えられる。一方で、患者から提示された二次元バーコードやURL等のリンク先へのアクセス及びファイルのダウンロード等はセキュリティリスクが高いため、セキュリティリスクが限定的であることを医療機関が合理的に判断できる場合を除き、このようなアクセスやダウンロード等は行わないことが望ましい。
- 医療機関が、オンライン診療を実施する際に、医療情報を取得する目的で外部のPHR等の情報を取り扱うことが、医療情報システムに影響を与える場合は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を実施しなければならない。他方で、医療機関が、医療情報システムに影響を与えずに当該情報を取り扱う場合には、セキュリティリスクについて医療機関と患者の間で合意を得た上で、オンライン診療を実施すること。 等

【オンライン診療システム事業者が行うべき対策】

- 事業者は医療機関に対して、オンライン診療のセキュリティに係る責任分界点について明確に説明し、合意した範囲において責任を負うこと。 等

遠隔医療の更なる活用について

現状

- 直近では、医師法第20条（無診察治療の禁止）との関係を中心に、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」において、指針の見直しについて議論を行い、今年1月に改訂を行った。
- 今後は、地域において、オンライン診療を含めた遠隔医療が幅広く適正に実施されるよう、取組を進めていく必要がある。



今後の取組

- 遠隔医療の更なる活用に向けた「基本方針」について検討。（本医療部会において協議）
【検討の視点（例）】
 1. 地域の医療提供体制の確保において、遠隔医療が果たす役割
 2. 国、都道府県、医療関係者、それぞれが取り組むべき内容
 3. 患者・住民の理解を進めるための取組
 4. 個人情報への取扱いや情報セキュリティの在り方 等
- 地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、遠隔医療の活用に関する好事例を収集するとともに、横展開に向け、都道府県等を通じて周知。

I 基本方針の目的

- ・本方針は、厚生労働省が、オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態及びその特徴を整理した上で、導入及び実施上の課題及びその解決に向けて、国、都道府県、市町村を中心とする関係者の望ましい取組みの方向性を提示することで、遠隔医療の導入のための環境の整備を進め、もってオンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資することを目的とする。
- ・ここでいう「適正」な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保する観点も含まれる。

II オンライン診療等（医師と患者間での遠隔医療）

オンライン診療、オンライン受診勧奨（患者向けに、診察、診断、診断結果の伝達、処方、医療機関への受診勧奨等をリアルタイムで行う行為）

期待される役割

- 通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
- 訪問診療および往診等に伴う医療従事者の負担軽減
- 医療資源の柔軟な活用
- 患者がリラックスした環境での診療の実施
- 感染症への感染リスクの軽減

様々な形態

- ・D to P
- ・D to P with D
- ・D to P with N
- ・D to P with その他医療従事者
- ・D to P with オンライン診療支援者（医療従事者以外）

現状の課題

- ・医療機関におけるオンライン診療等に関する職員のリテラシーの向上について
- ・オンライン診療等に用いるシステムの導入・運用について
- ・オンライン診療等に関する患者の理解促進について

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリスト等の作成
- ・オンライン診療等に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・地域でオンライン診療を実施している医療機関について住民が把握しやすいように工夫する 等

Ⅲ 医師等医療従事者間での遠隔医療

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、遠隔ICU、遠隔手術指導等

期待される役割

- 医療資源の少ない地域における医療の確保への貢献
- 効率的・効果的な医療提供体制の整備
- 医療従事者の働き方改革等への寄与

様々な形態

- ・D to D
- ・D to N、D to その他医療従事者
- ・N to N、N to その他医療従事者、その他医療従事者 to その他医療従事者（支援・指導）

現状の課題

- ・遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化
- ・個人情報保護法制に沿った遠隔医療における患者の医療情報の共有
- ・遠隔医療システムの安全管理、緊急時や不測の事態への対応策の検討 等

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書等の作成
- ・遠隔医療に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・遠隔医療に関する地域における先行事例を把握し、導入を検討中の医療機関に対して、導入済みの医療機関を紹介するなど、医療機関間の連携関係の構築を支援する 等

Ⅳ その他遠隔医療に関連する事項

- 1 地域の医療提供体制の充実に向けた都道府県又は市町村の取組み
- 2 医療従事者教育／患者教育の充実
- 3 質評価／フィードバック
- 4 エビデンスの蓄積
- 5 新しい技術を踏まえた遠隔医療の推進

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	初診料（情報通信機器を用いた場合）	251点
(新)	再診料（情報通信機器を用いた場合）	73点
(新)	外来診療料（情報通信機器を用いた場合）	73点

[算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせる行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) (8) 略

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

- ▶ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>ウイルス疾患指導料</u> ・ <u>皮膚科特定疾患指導管理料</u> ・ <u>小児悪性腫瘍患者指導管理料</u> ・ <u>がん性疼痛緩和指導管理料</u> ・ <u>がん患者指導管理料</u> ・ <u>外来緩和ケア管理料</u> ・ <u>移植後患者指導管理料</u> | <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>腎代替療法指導管理料</u> ・ <u>乳幼児育児栄養指導料</u> ・ <u>療養・就労両立支援指導料</u> ・ <u>がん治療連携計画策定料2</u> ・ <u>外来がん患者在宅連携指導料</u> ・ <u>肝炎インターフェロン治療計画料</u> ・ <u>薬剤総合評価調整管理料</u> |
|---|--|

(※) 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

- 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	1,070点
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

- 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

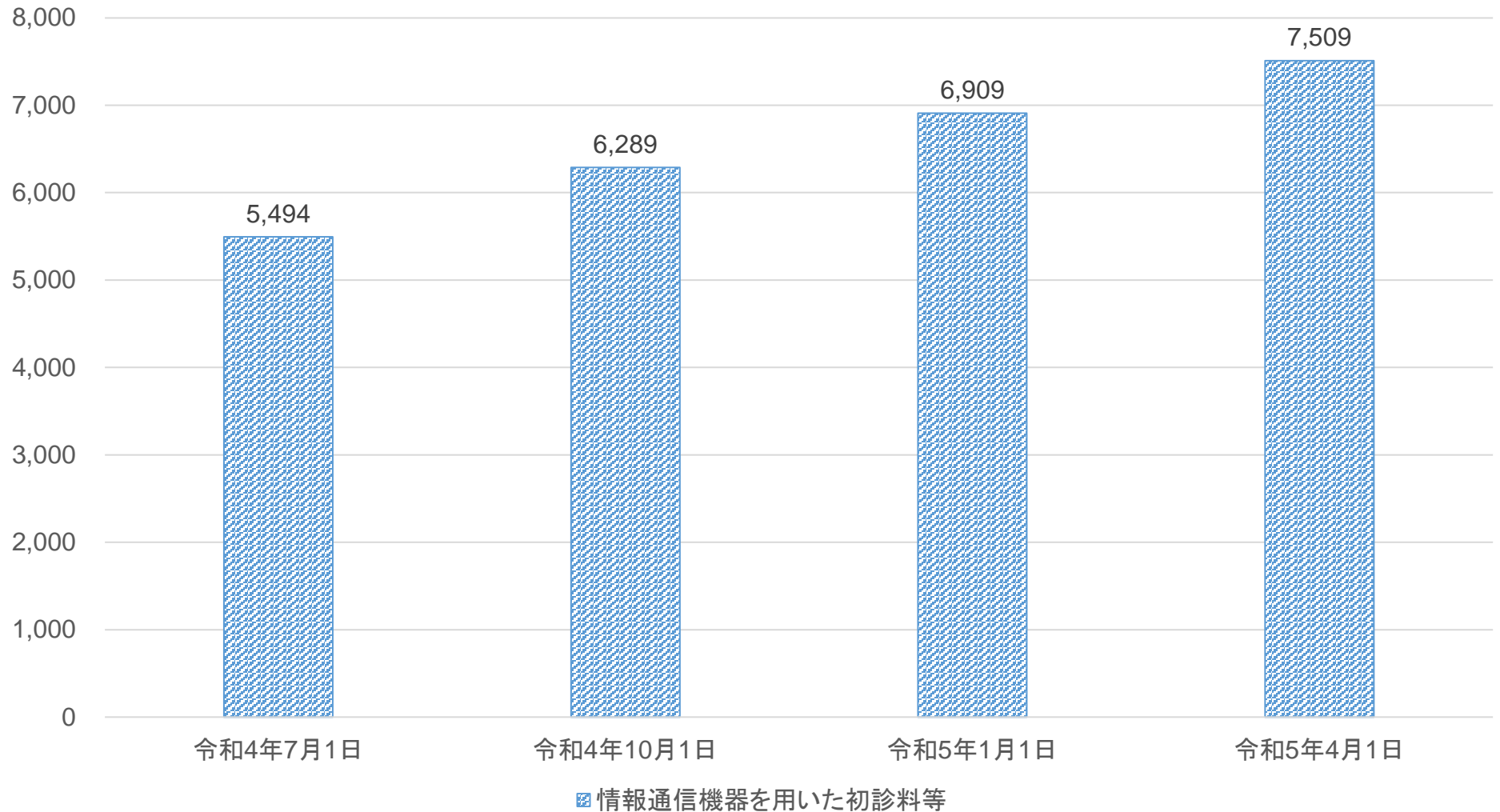
	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料 1	240点	209点
ウイルス疾患指導料 2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料 2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

中医協 総-8
5. 6. 21改

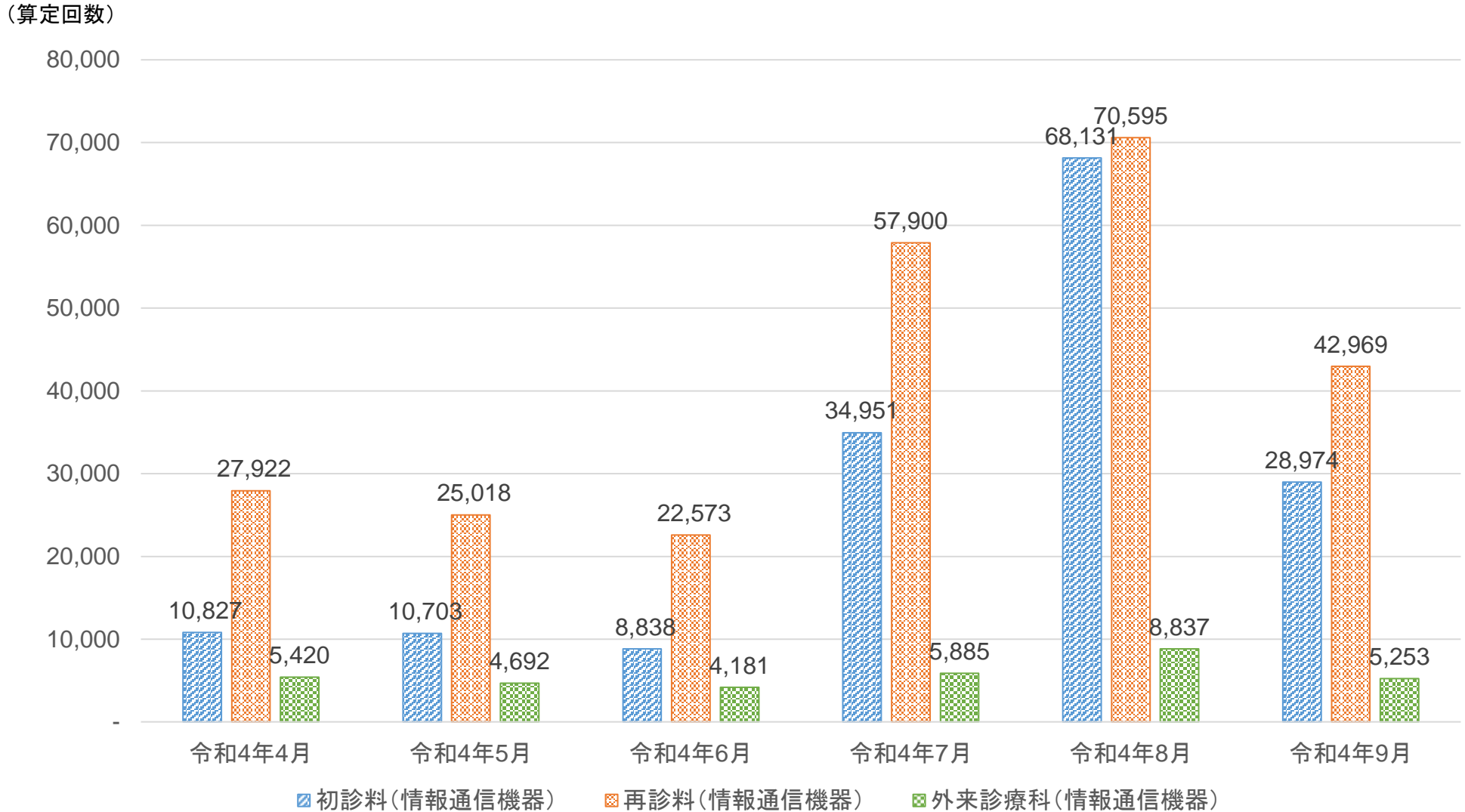
○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。

(届出医療機関数)



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和4年8月まで増加し、令和4年9月には減少した。



情報通信機器を用いた診療の実施状況①

○ 令和4年10月の情報通信機器を用いた診療の実施状況は以下のとおり。大半の施設では実施実績がなかったものの、初診料では6施設(全体の2.4%)、再診料・外来診療料では23施設(全体の9.3%)で15回を超える算定実績があった。

令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均	
① 情報通信機器を用いた場合の初診料の算定回数	246	件	1.8	回
② 情報通信機器を用いた場合の再診料、外来診療料の算定回数	246	件	7.2	回

	25%Tile		中央値		75%Tile	
①	0.0	回	0.0	回	0.0	回
②	0.0	回	0.0	回	3.0	回

① 回数毎の分布

	0回	1~2回	3~4回	5~6回	7~8回	9~10回	11~12回	13~14回	15回以上
施設数	200	25	4	7	2	1	0	1	6
構成比	81.3%	10.2%	1.6%	2.8%	0.8%	0.4%	0.0%	0.4%	2.4%

② 回数毎の分布

	0回	1~2回	3~4回	5~6回	7~8回	9~10回	11~12回	13~14回	15回以上
施設数	150	31	19	8	5	6	2	2	23
構成比	61.0%	12.6%	7.7%	3.3%	2.0%	2.4%	0.8%	0.8%	9.3%

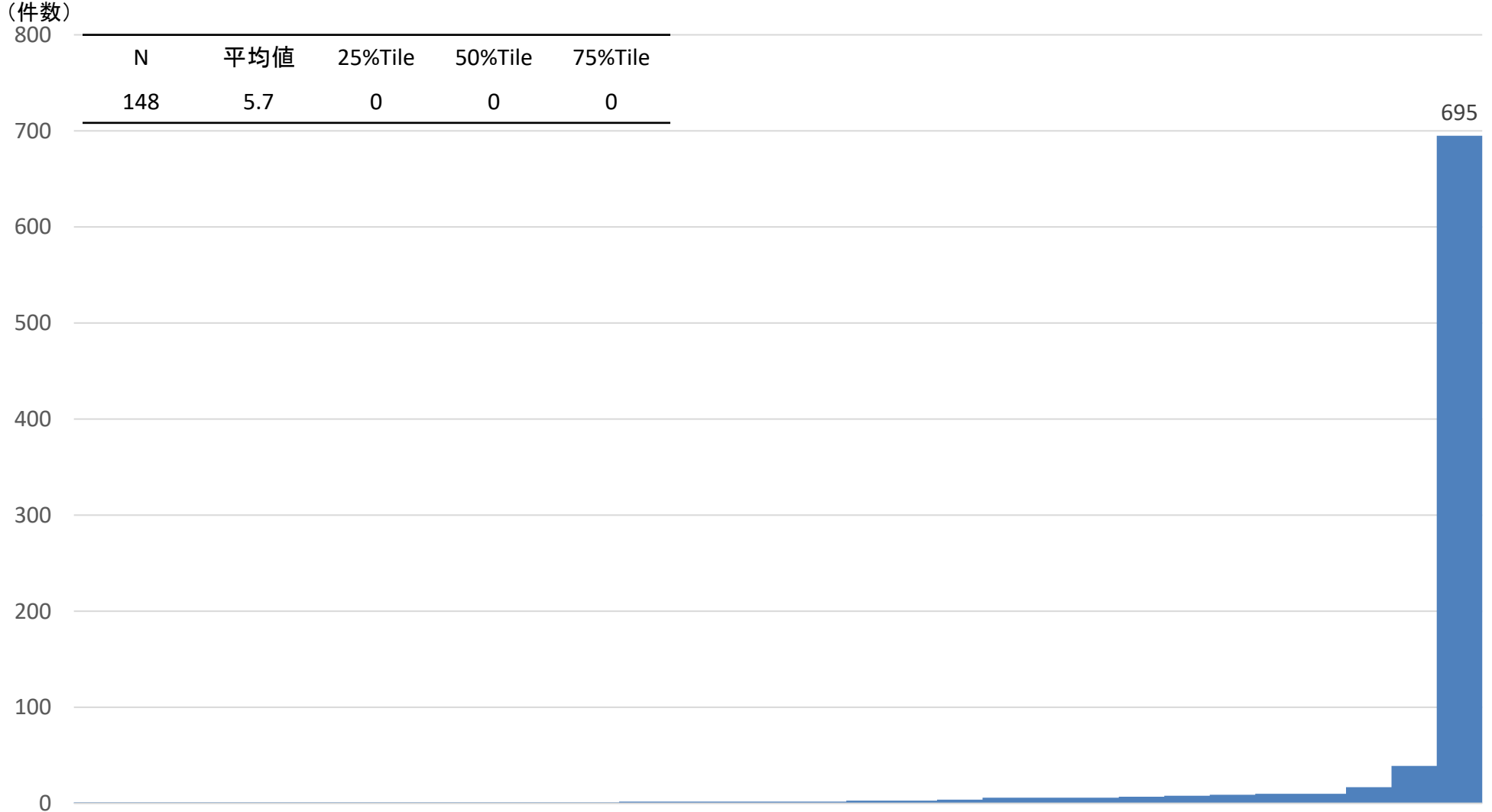
情報通信機器を用いた診療の実施状況②

- 令和4年10月における情報通信機器を用いた診療は平均9.5人に対し提供されていた。
- 情報通信機器を用いた医学管理料としては、特定疾患療養管理料が平均5.7人と最多であった。

令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均		25%Tile		中央値		75%Tile	
① 情報通信機器を用いた診療	151	件	9.5	人	0.0	人	0.0	人	2.0	人
② 情報通信機器を用いた診療実施時に算定している管理料ごとの患者数										
01 特定疾患療養管理料	148	件	5.7	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
02 小児科療養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
03 てんかん指導料	133	件	0.2	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
04 難病外来指導管理料	135	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
05 糖尿病透析予防指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
06 在宅自己注射指導管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
07 在宅時医学総合管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
08 精神科在宅患者支援管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
09 ウイルス疾患指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
10 皮膚科特定疾患指導管理料	135	件	0.3	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
11 小児悪性腫瘍患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
12 がん性疼痛緩和指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
13 がん患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
14 外来緩和ケア管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
15 移植後患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
16 腎代替療法指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
17 乳幼児育児栄養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
18 療養・就労両立支援指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
19 がん治療連携計画策定料2	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
20 外来がん患者在宅連携指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
21 肝炎インターフェロン治療計画料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
22 薬剤総合評価調整管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
23 外来栄養食事指導料	132	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

情報通信機器を用いた診療の実施状況③

- 情報通信機器を用いた診療における特定疾患管理料の医療機関ごとの算定状況は以下のとおり。
- 多くの医療機関の算定件数は0件であったが、算定件数が約700件である医療機関を認めた。



※グラフは算定回数0件である117医療機関を除いて作図

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
- 令和4年度改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた。
- 令和4年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が277回と最多であった。

情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数

令和4年度改定前から算定可能な医学管理料

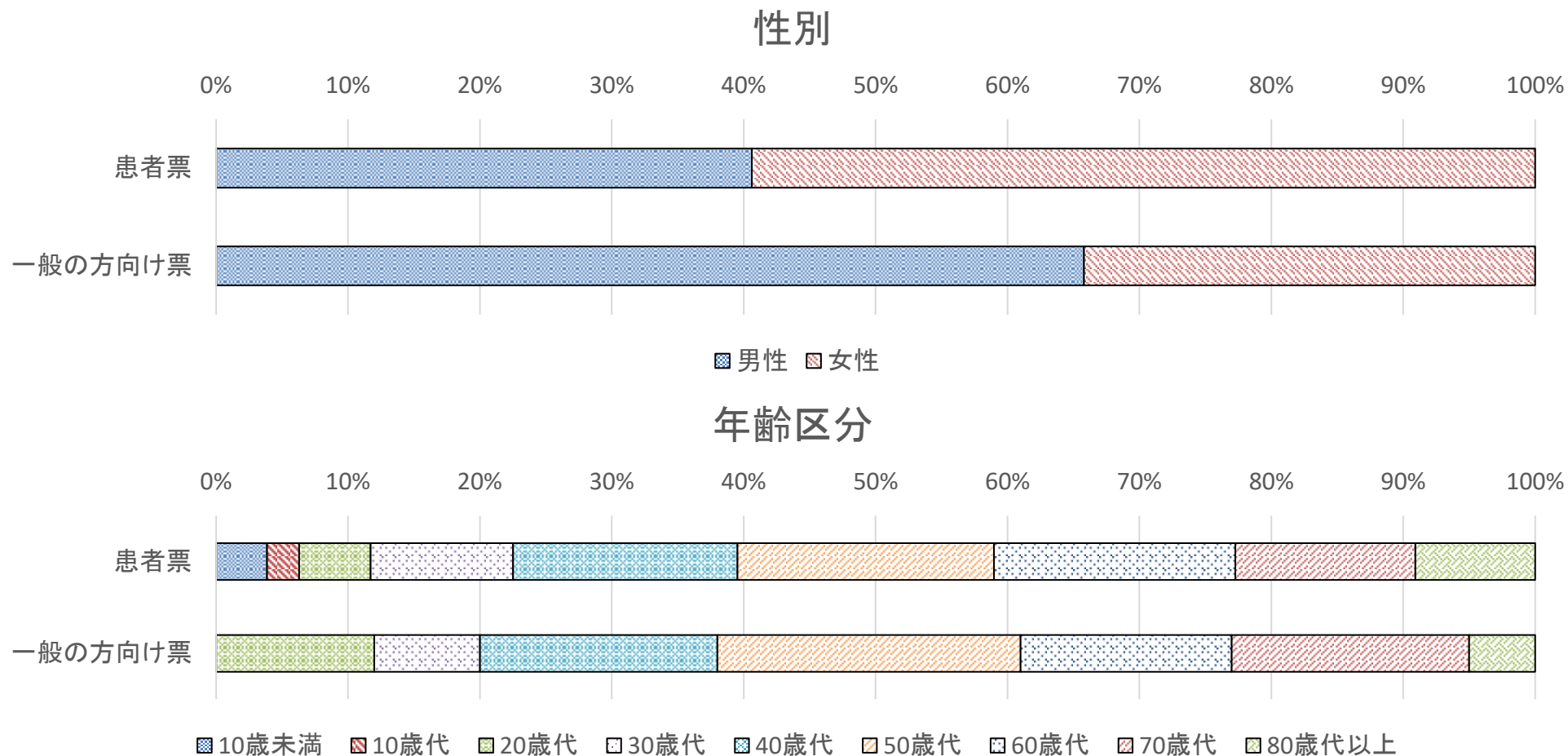
	R2	R3	R4
特定疾患療養管理料	1138	384	4603
小児科療養指導料	6	3	26
てんかん指導料	54	33	173
難病外来指導管理料	119	49	378
糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1
在宅自己注射指導管理料	117	20	244

令和4年度改定後より算定可能な医学管理料

	R4
ウイルス疾患指導料	5
皮膚科特定疾患指導管理料	277
小児悪性腫瘍患者指導管理料	0
がん性疼痛緩和指導管理料	2
がん患者指導管理料	6
外来緩和ケア管理料	0
移植後患者指導管理料	1
腎代替療法指導管理料	0
乳幼児育児栄養指導料	72
療養・就労両立支援指導料	0
がん治療連携計画策定料2	0
外来がん患者在宅連携指導料	1
肝炎インターフェロン治療計画面料	0
薬剤総合評価調整管理料	0

患者票と一般の方向け票の患者特性

- オンライン診療等に関する意識調査(患者票、一般の方向け票)に回答した患者特性は以下のとおり。
- 患者票は一般方向け票より男性の割合が低かった。患者票は10歳未満・10歳代を含むが、それ以外の年齢区分については大きな差は認めなかった。



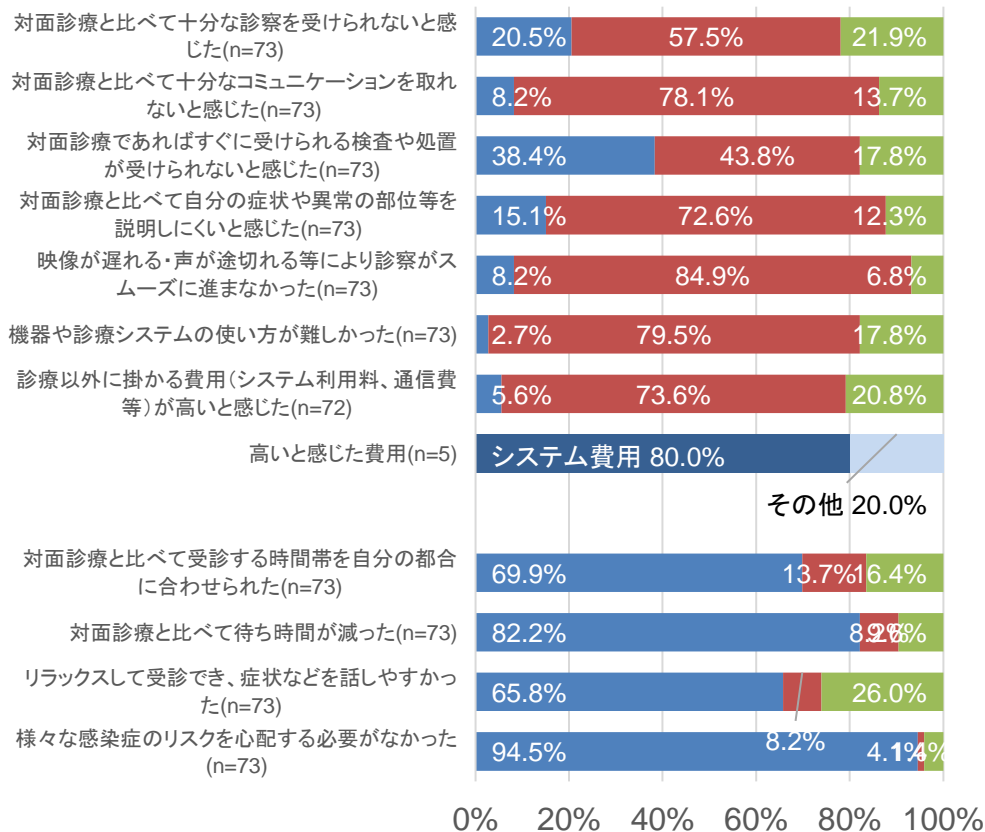
※ 患者票は外来受診患者を対象とし、一般の方向け票はインターネットによる調査となっている。

オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査)

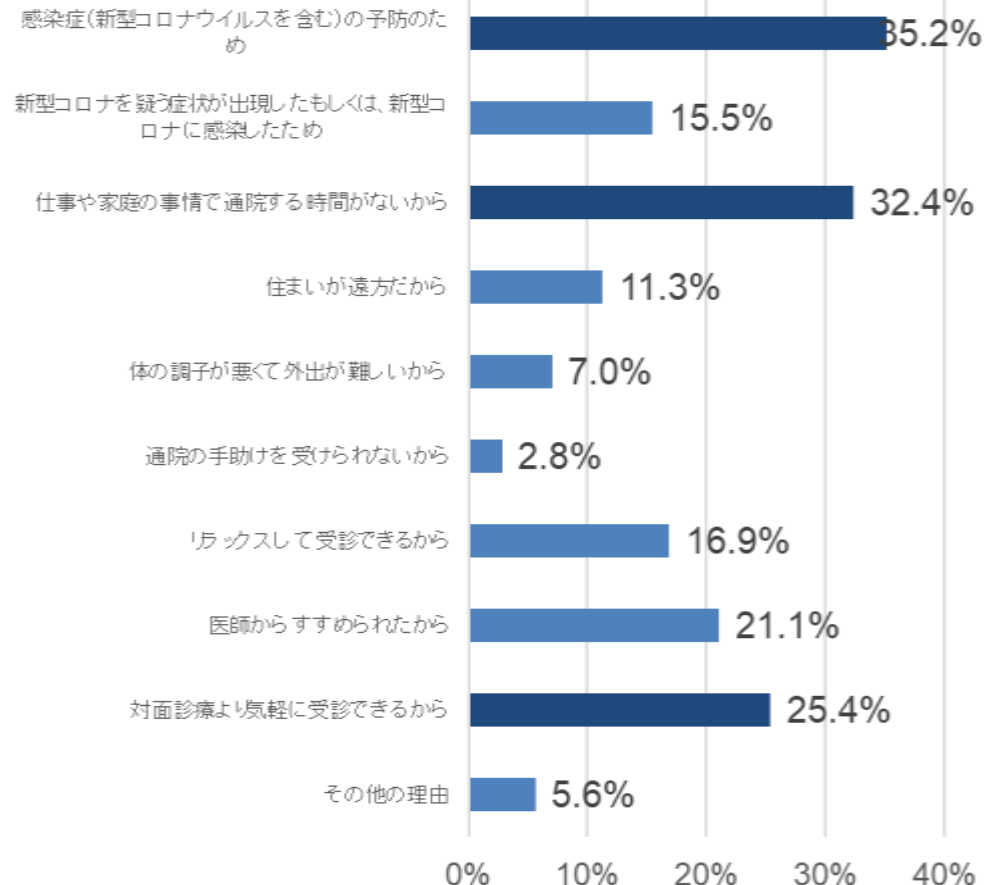
- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者を対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。
- オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

オンライン診療を受診した感想

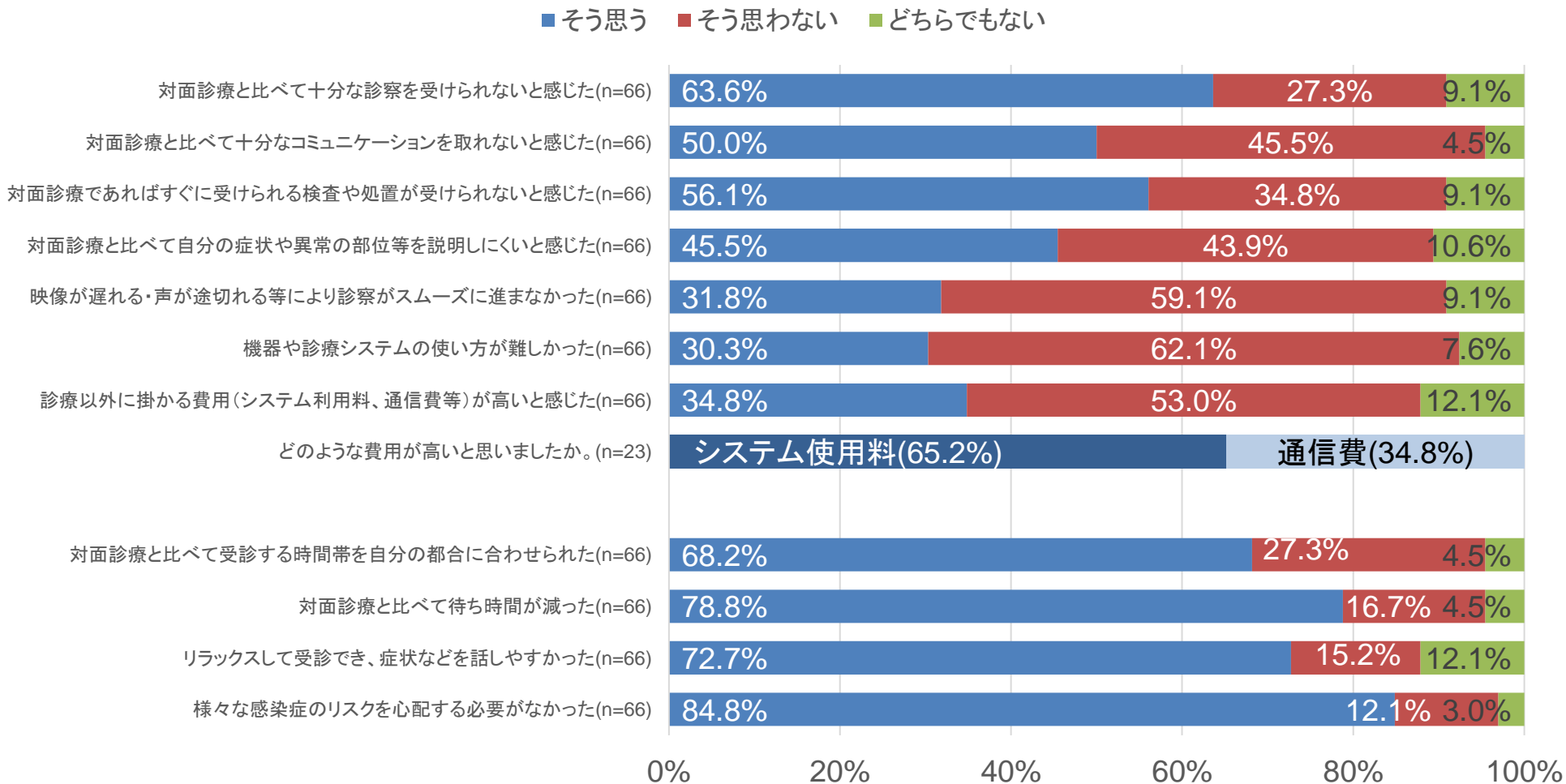
■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない



オンライン診療を受けた理由(n=71)



○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」は63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」は56.1%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」は34.8%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は84.8%であった。



オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査、年齢別)

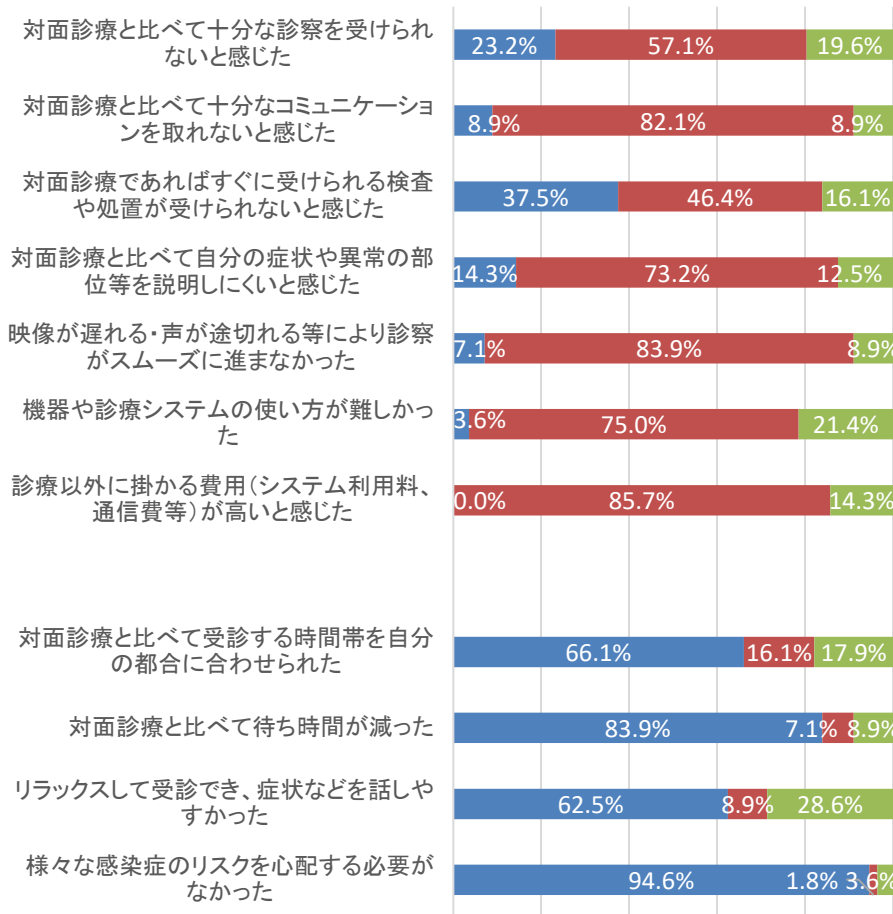
診調組 入-1
5. 7. 20

○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、60歳未満と60歳以上で大きく傾向は異ならなかった。

オンライン診療を受けた際に感じたこと(60歳未満)

N=56

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

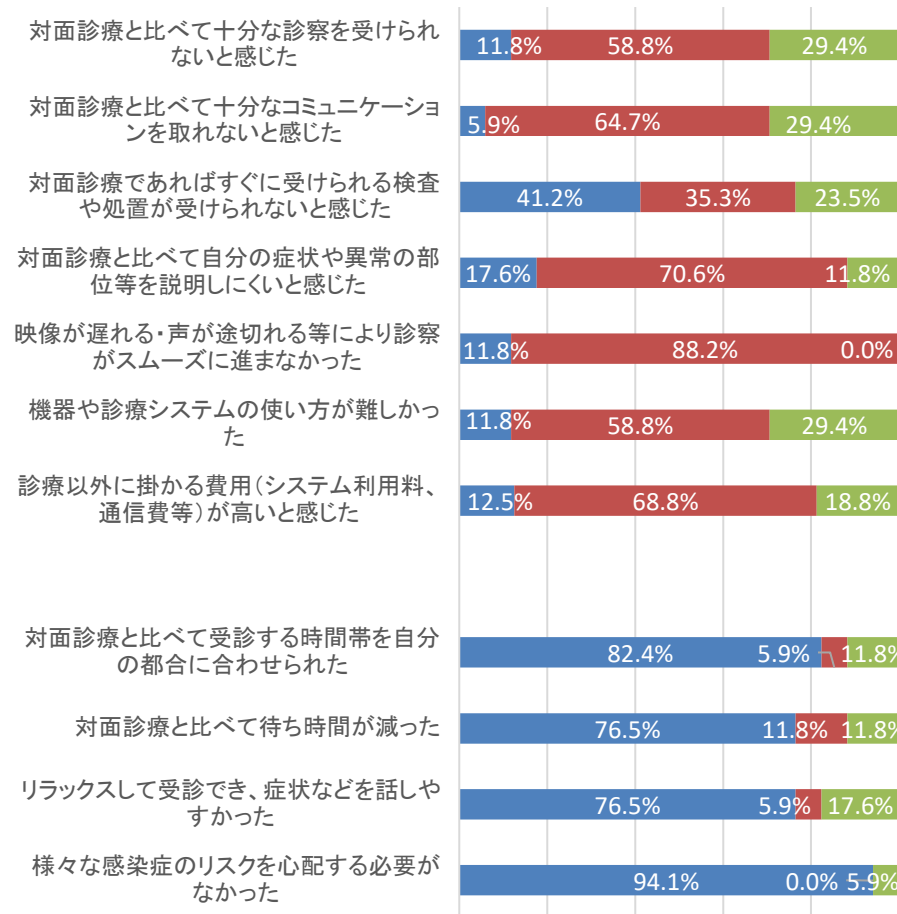


■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない

オンライン診療を受けた際に感じたこと(60歳以上)

N=17

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



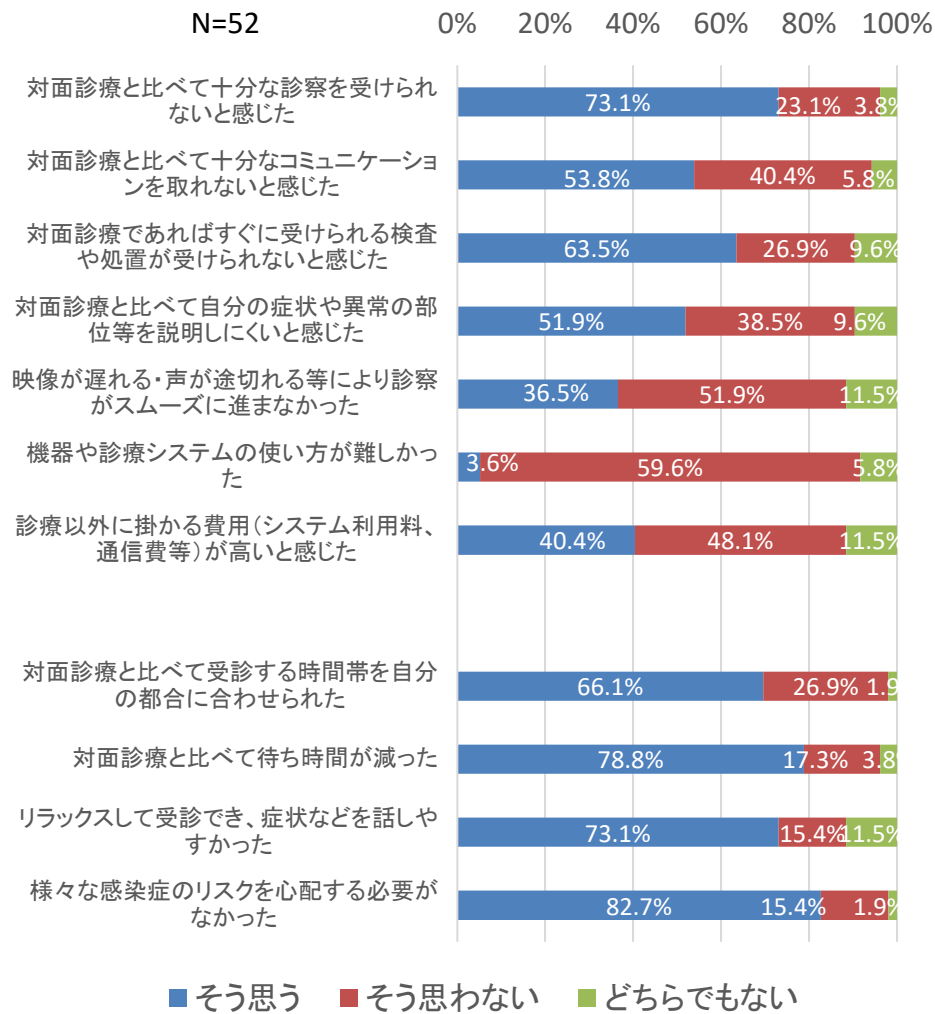
■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない

オンライン診療を受けた患者の状況等(インターネット調査、年齢別)

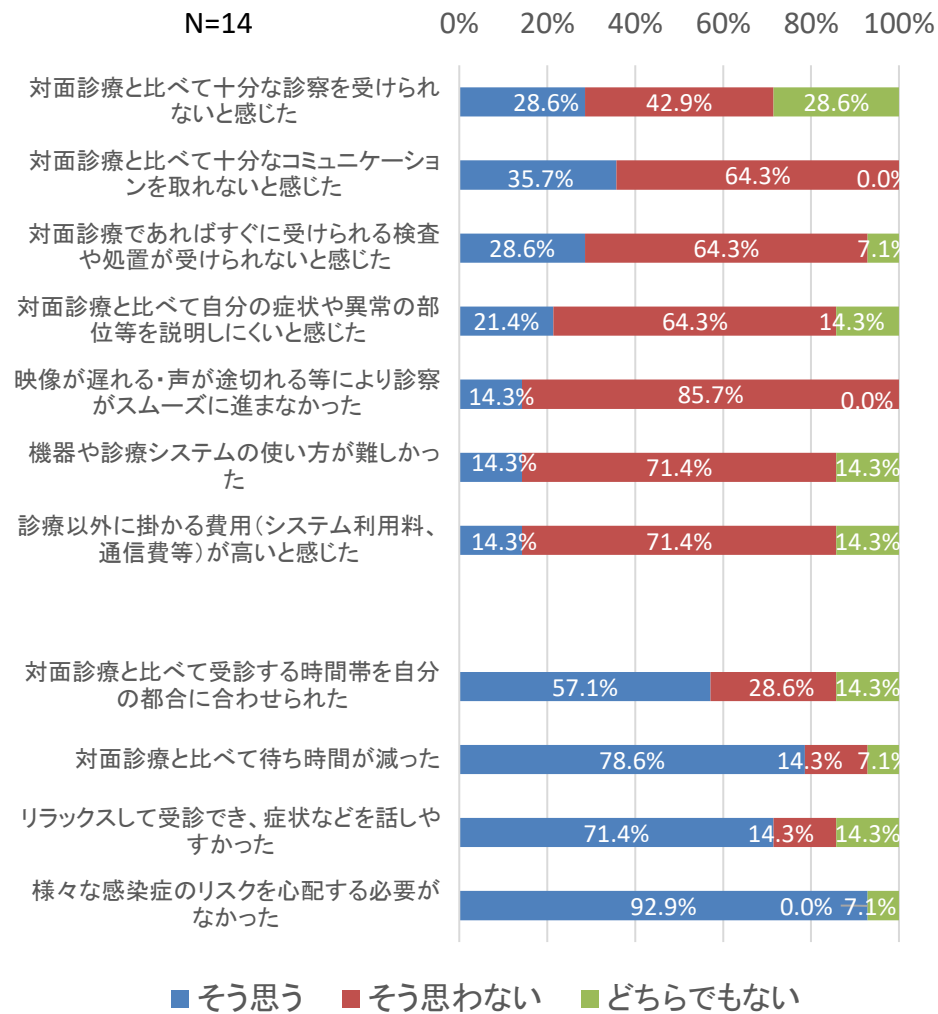
診調組 入-1
5.7.20

○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、対面診療と比べ、「十分な診察が受けられない」等と回答した割合は60歳以上に比べて、60歳未満が多かった。

オンライン診療を受けた際に感じたこと(60歳未満)



オンライン診療を受けた際に感じたこと(60歳以上)



オンライン診療の提供体制に関する事項 患者が看護師等といる場合のオンライン診療

1. 考え方等

患者が看護師等といる場合のオンライン診療（以下「D to P with N」という。）は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

2. 実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、「診療計画」及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

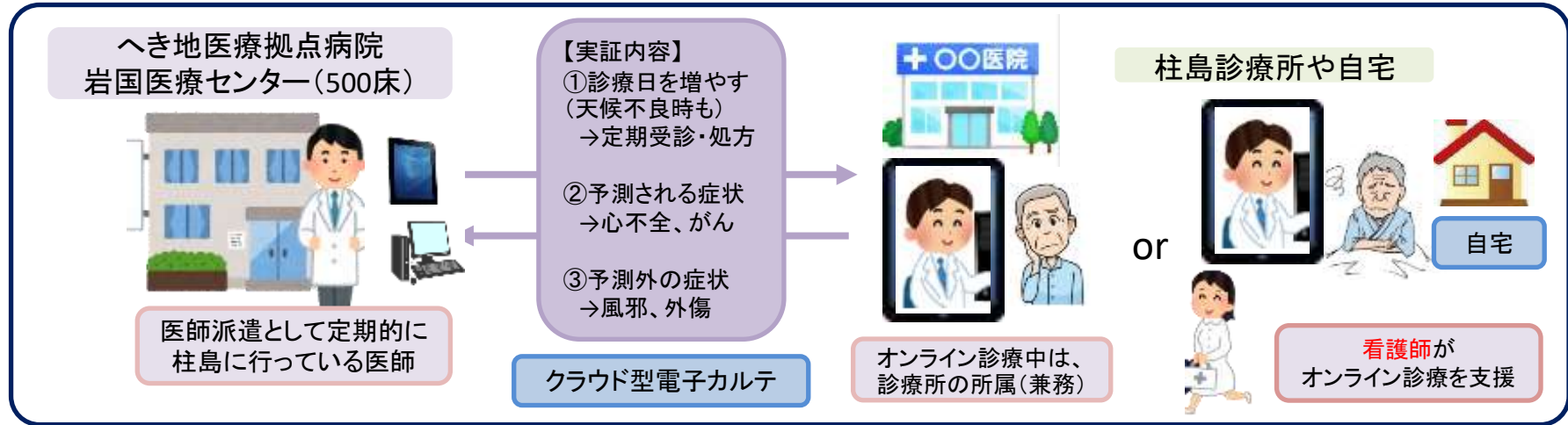
3. 提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

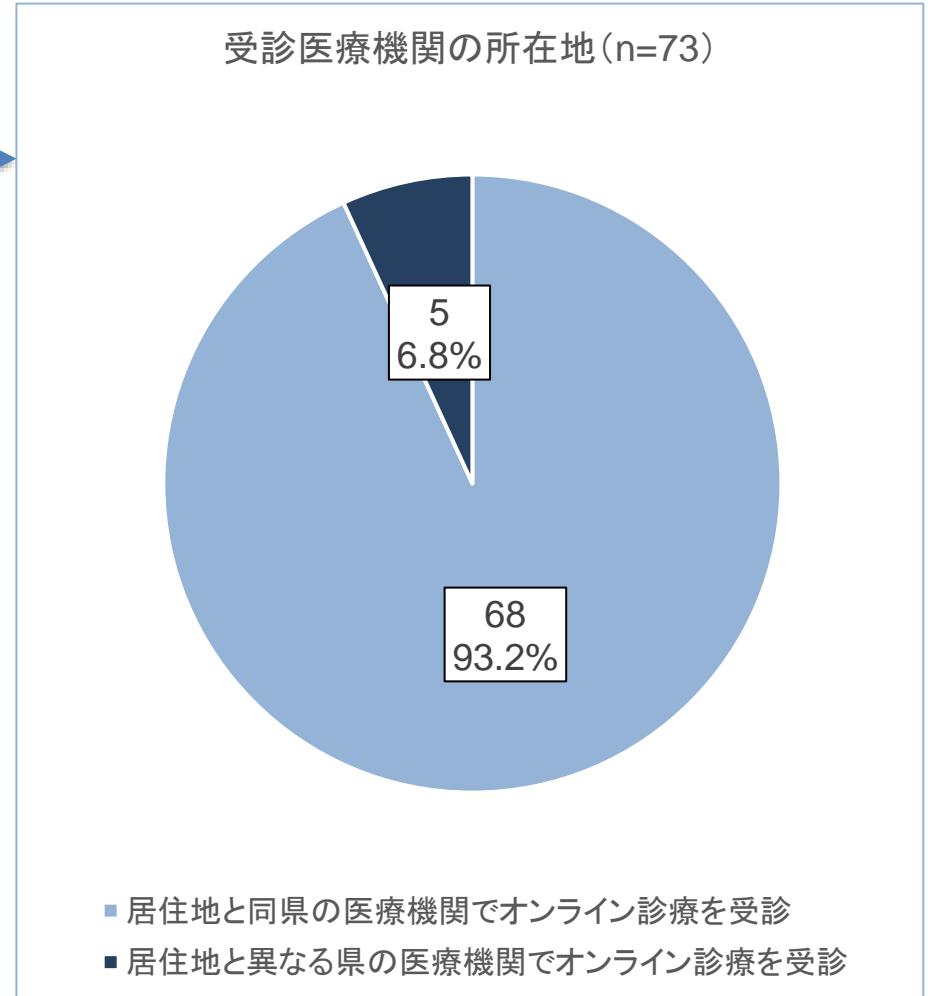
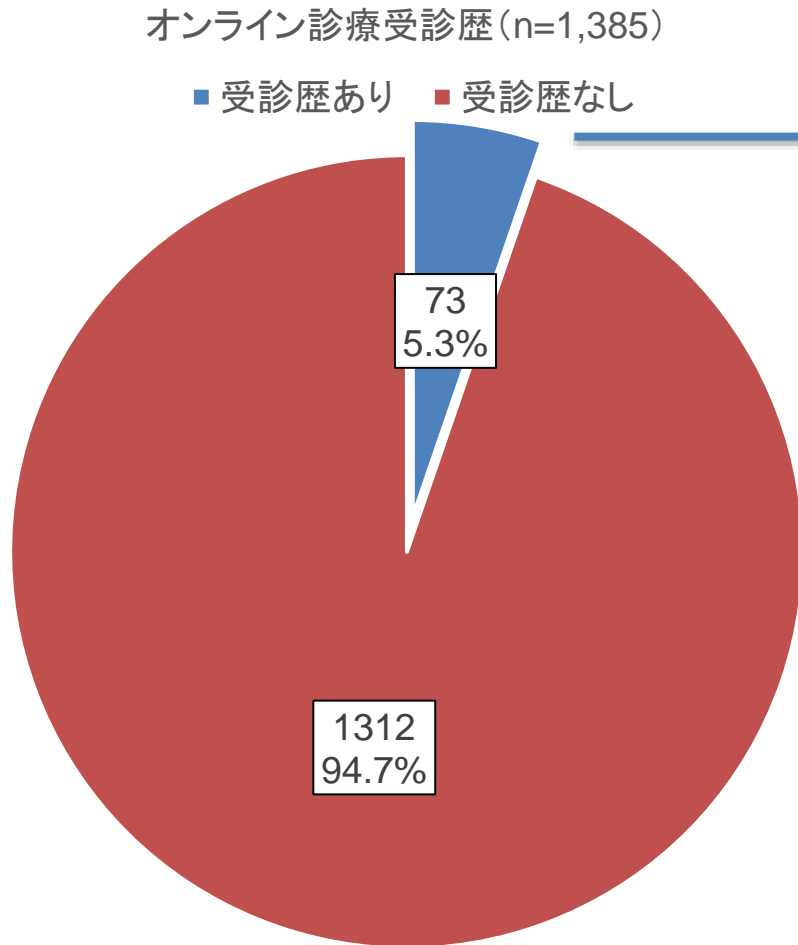
【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

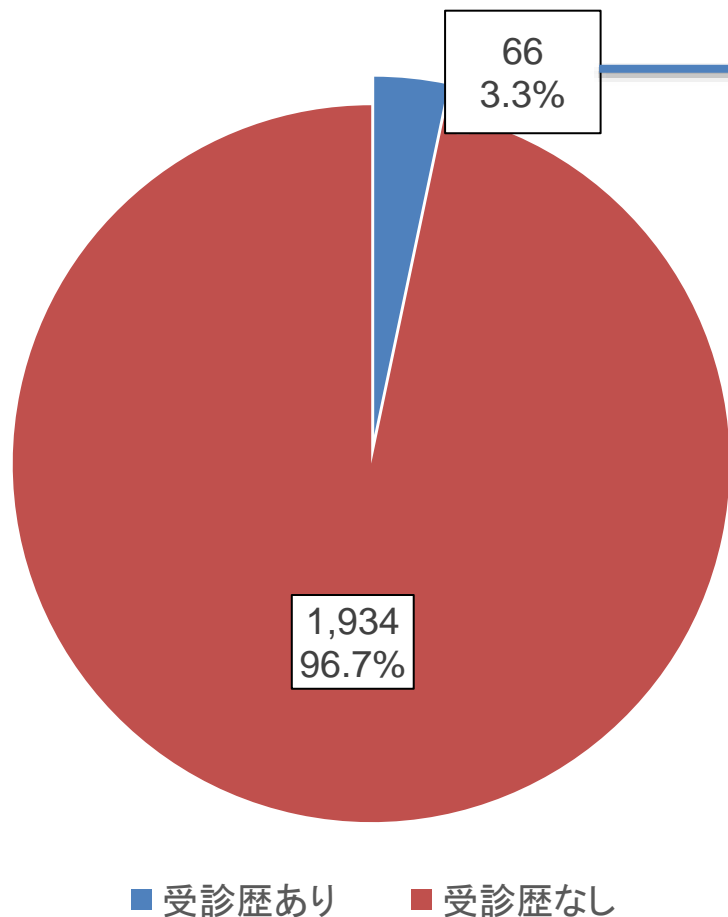
○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。



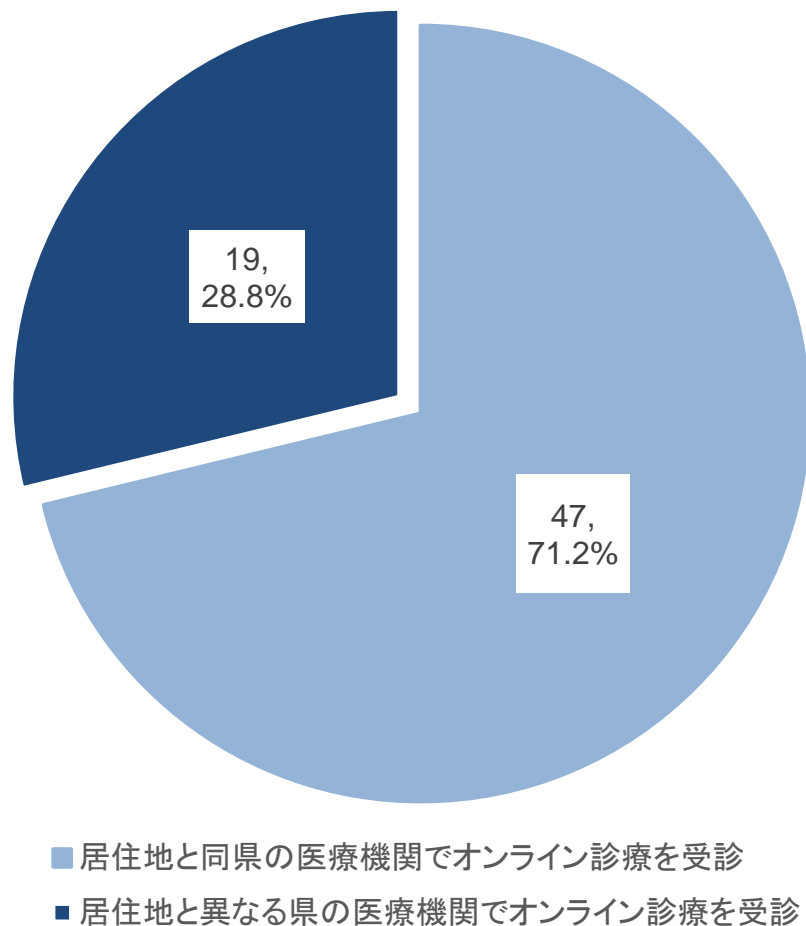
※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は28.8%であった。

オンライン診療の受診歴(n=2000)



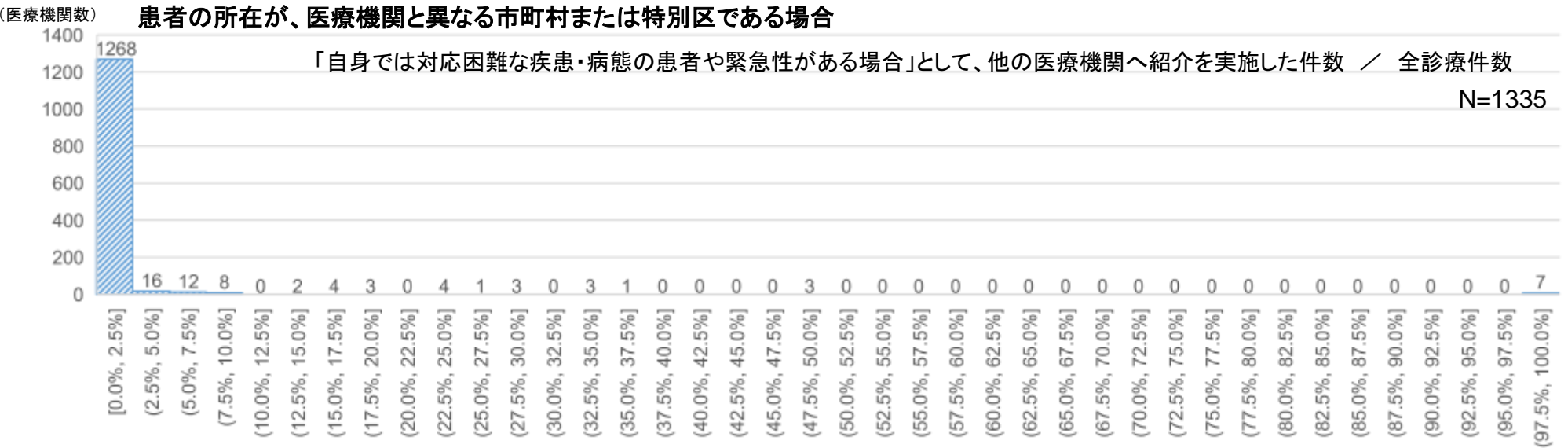
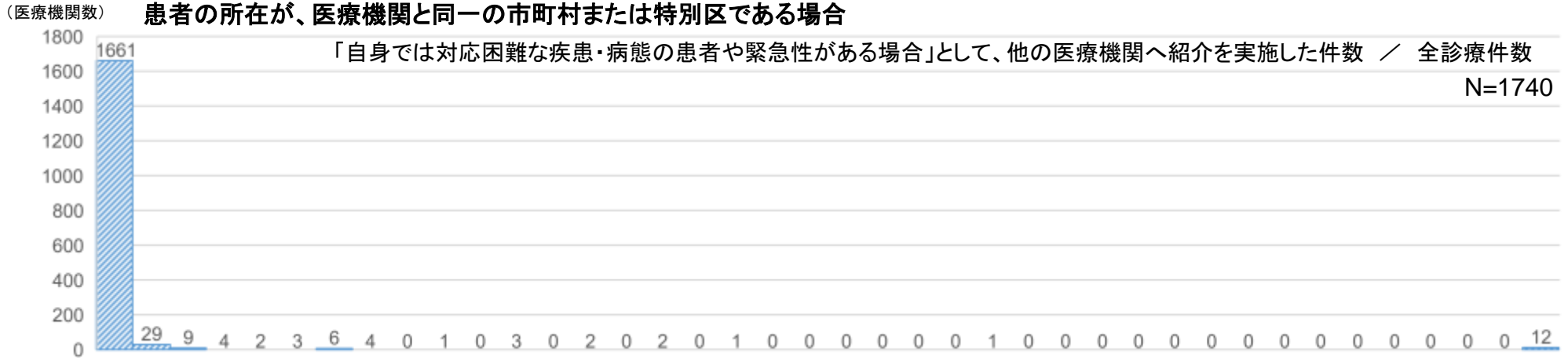
受診医療機関の所在地(n=66)



※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

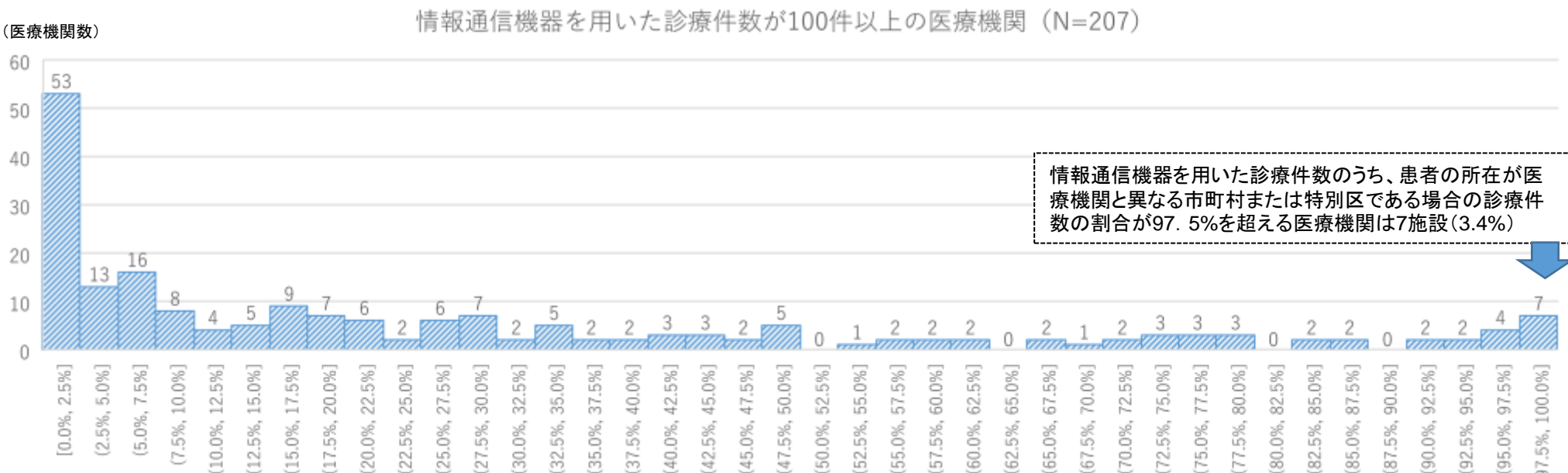
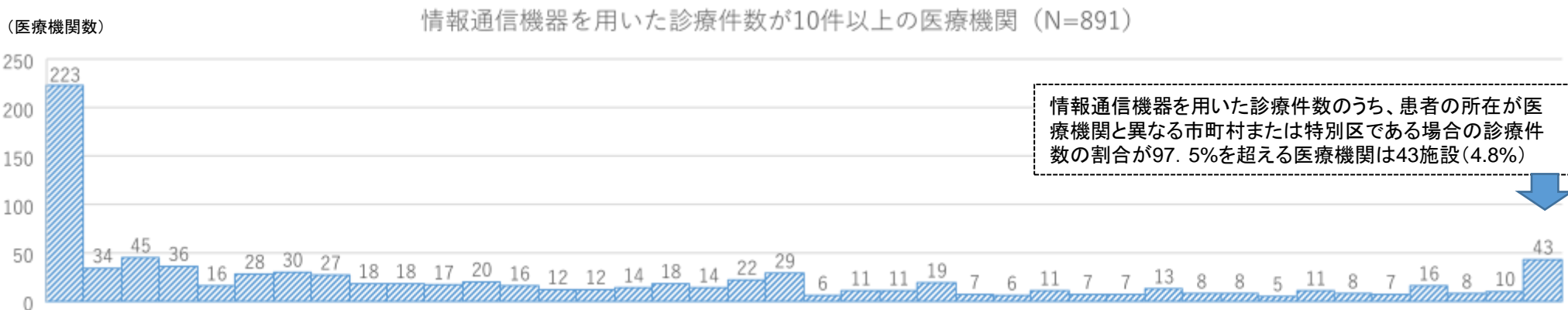
他の医療機関へ紹介を実施した件数割合

○ 患者の所在毎の、全診療件数のうち、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施した件数割合は以下のとおり。殆どの医療機関は2.5%以下であった。



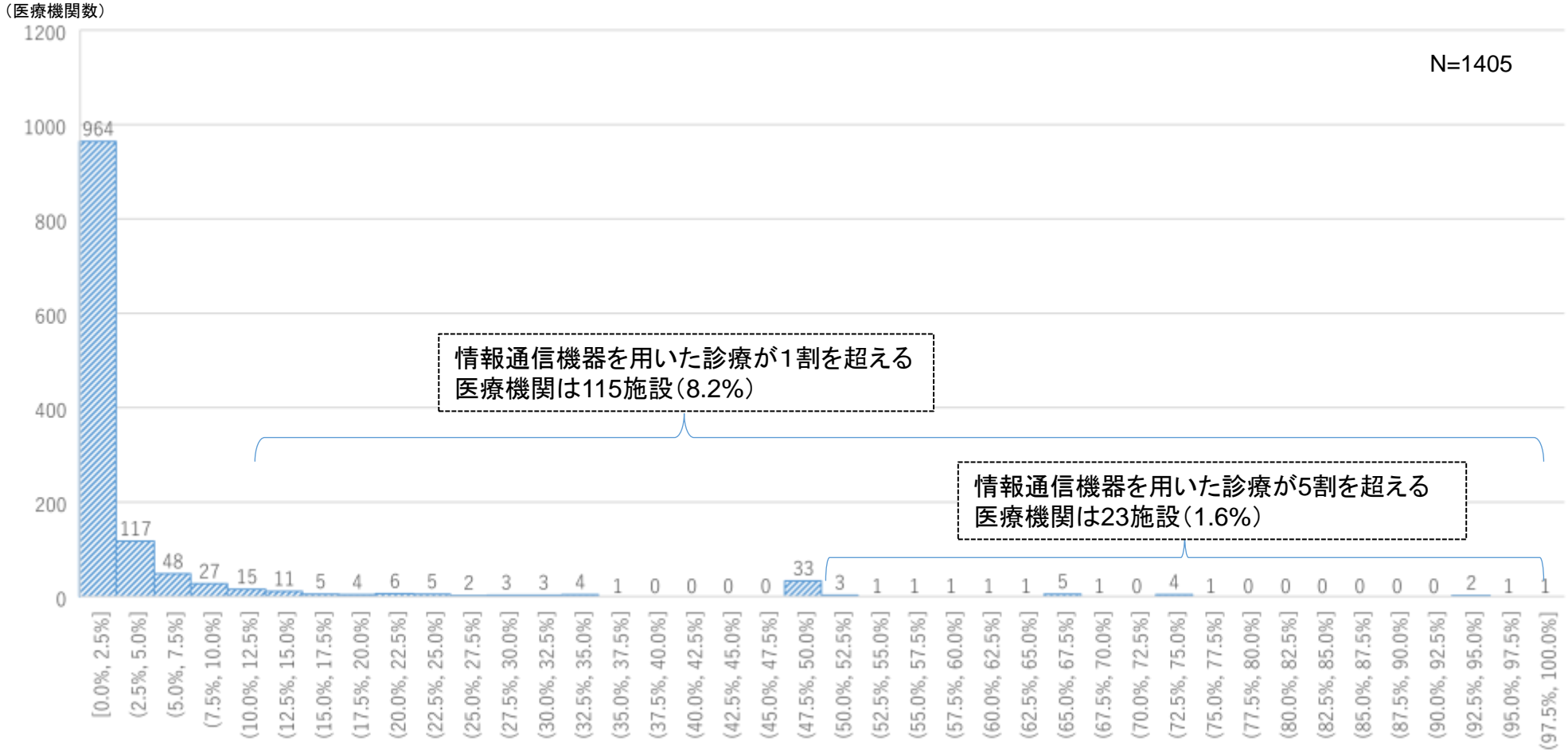
患者の所在について

- 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合は以下のとおり。患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設(4.8%)、100件以上の医療機関では7施設(3.4%)であった。



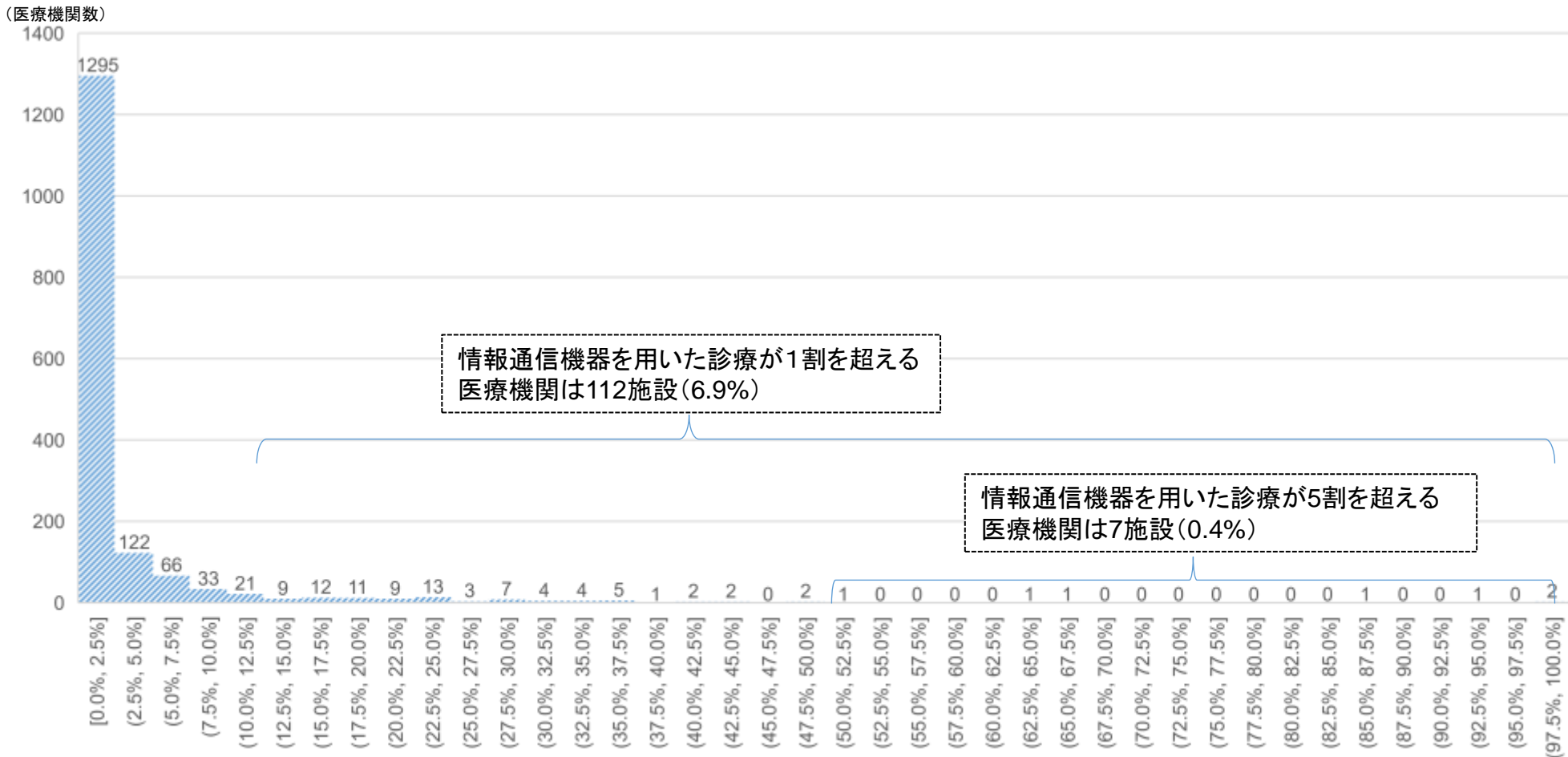
情報通信機器を用いた診療の算定割合（保険局医療課調べ）

- 外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は115施設(8.2%)であり、5割を超える医療機関は23施設(1.6%)であった。



情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

- 外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)であり、5割を超える医療機関は7施設(0.4%)であった。



情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料を算定した1628医療機関を対象
初診・再診・外来診療料に占める情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料の割合を算出

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

診調組 入-1
5. 7. 20

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。
情報通信機器を用いた初診における傷病名としてはCOVID-19が56.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	10,682	100.0%
1	COVID-19	6,035	56.5%
2	急性上気道炎	2,120	19.8%
3	急性気管支炎	1,756	16.4%
4	アレルギー性鼻炎	1,083	10.1%
5	急性咽頭炎	669	6.3%
6	発熱	646	6.0%
7	咽頭炎	642	6.0%
8	コロナウイルス感染症	542	5.1%
9	気管支喘息	420	3.9%
10	急性胃腸炎	377	3.5%
11	扁桃炎	306	2.9%
12	湿疹	268	2.5%
13	急性咽頭喉頭炎	234	2.2%
14	不眠症	232	2.2%
15	感冒	226	2.1%
16	咽頭喉頭炎	211	2.0%
17	頭痛	177	1.7%
18	急性胃炎	154	1.4%
19	じんま疹	152	1.4%
20	下痢症	151	1.4%
21	廃用症候群	134	1.3%
22	皮脂欠乏症	134	1.3%
23	急性扁桃炎	129	1.2%
24	皮脂欠乏性湿疹	128	1.2%
25	嘔吐症	121	1.1%

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数	18,097,507	100.0%
1	COVID-19	2,226,897	12.3%
2	アレルギー性鼻炎	1,562,467	8.6%
3	近視性乱視	1,138,705	6.3%
4	急性気管支炎	975,795	5.4%
5	急性上気道炎	892,046	4.9%
6	湿疹	742,671	4.1%
7	急性咽頭喉頭炎	678,311	3.7%
8	アレルギー性結膜炎	548,146	3.0%
9	糖尿病	524,424	2.9%
10	耳垢栓塞	519,903	2.9%
11	急性副鼻腔炎	498,260	2.8%
12	気管支喘息	461,144	2.5%
13	急性咽頭炎	443,514	2.5%
14	皮脂欠乏症	428,591	2.4%
15	高血圧症	404,342	2.2%
16	遠視性乱視	385,952	2.1%
17	アトピー性皮膚炎	381,011	2.1%
18	慢性胃炎	365,715	2.0%
19	発熱	356,222	2.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	350,153	1.9%
21	胃炎	315,687	1.7%
22	腰痛症	312,640	1.7%
23	ドライアイ	298,589	1.6%
24	頭痛	296,906	1.6%
25	肝機能障害	295,340	1.6%

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診調組 入-1
5. 7. 20

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面診療における再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が27.2%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診・外来診療料の算定回数	24,880	100.0%
1	COVID-19	6,765	27.2%
2	アレルギー性鼻炎	6,702	26.9%
3	高血圧症	3,884	15.6%
4	急性上気道炎	3,657	14.7%
5	気管支喘息	3,340	13.4%
6	便秘症	2,805	11.3%
7	急性気管支炎	2,791	11.2%
8	不眠症	2,754	11.1%
9	アレルギー性結膜炎	2,113	8.5%
10	皮脂欠乏症	2,071	8.3%
11	慢性胃炎	2,061	8.3%
12	高コレステロール血症	1,973	7.9%
13	糖尿病	1,791	7.2%
14	湿疹	1,734	7.0%
15	腰痛症	1,687	6.8%
16	急性咽頭炎	1,405	5.6%
17	高脂血症	1,396	5.6%
18	鉄欠乏性貧血	1,345	5.4%
19	アトピー性皮膚炎	1,256	5.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	1,210	4.9%
21	コロナウイルス感染症	1,128	4.5%
22	骨粗鬆症	1,113	4.5%
23	逆流性食道炎	1,108	4.5%
24	胃潰瘍	1,079	4.3%
25	頭痛	1,007	4.0%

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診・外来診療料の算定回数	62,206,981	100.0%
1	高血圧症	19,348,105	31.1%
2	アレルギー性鼻炎	8,944,790	14.4%
3	不眠症	8,730,208	14.0%
4	便秘症	8,206,032	13.2%
5	糖尿病	8,024,647	12.9%
6	高コレステロール血症	7,770,380	12.5%
7	慢性胃炎	7,157,835	11.5%
8	高脂血症	7,092,086	11.4%
9	腰痛症	6,844,633	11.0%
10	骨粗鬆症	5,421,005	8.7%
11	変形性膝関節症	4,636,653	7.5%
12	逆流性食道炎	4,552,906	7.3%
13	2型糖尿病	4,465,986	7.2%
14	脂質異常症	4,446,350	7.1%
15	高尿酸血症	4,366,523	7.0%
16	アレルギー性結膜炎	4,248,100	6.8%
17	気管支喘息	4,179,183	6.7%
18	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	4,048,947	6.5%
19	湿疹	3,521,267	5.7%
20	狭心症	3,318,654	5.3%
21	近視性乱視	3,202,902	5.1%
22	鉄欠乏性貧血	3,141,966	5.1%
23	皮脂欠乏症	3,079,372	5.0%
24	胃潰瘍	3,032,102	4.9%
25	肩関節周囲炎	2,897,913	4.7%

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割未満)

診調組 入-1
5. 7. 20

○ 対面診療の割合が5割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の5割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。傷病名としては初診ではCOVID-19が37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%と最多であった。

No.	初診料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	807	100.0%
1	COVID-19	306	37.9%
2	咽頭炎	268	33.2%
3	不眠症	165	20.4%
4	廃用症候群	134	16.6%
5	神経痛	111	13.8%
6	アレルギー性鼻炎	46	5.7%
7	腰痛症	36	4.5%
8	喘息性気管支炎	32	4.0%
9	頸肩腕症候群	32	4.0%
10	急性上気道炎	28	3.5%
11	湿疹	15	1.9%
12	気管支喘息	15	1.9%
13	皮脂欠乏症	15	1.9%
14	睡眠時無呼吸症候群	15	1.9%
15	胃炎	12	1.5%
16	便秘症	10	1.2%
17	急性胃腸炎	8	1.0%
18	虫刺性皮膚炎	7	0.9%
19	肩関節炎	6	0.7%
20	皮膚そう痒症	6	0.7%
21	浮腫	5	0.6%
22	慢性便秘	5	0.6%
23	咽頭喉頭炎	5	0.6%
24	更年期症候群	5	0.6%
25	変形性膝関節症	4	0.5%

No.	再診料・外来診療料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数	973	100.0%
1	不眠症	386	39.7%
2	アレルギー性鼻炎	296	30.4%
3	高血圧症	239	24.6%
4	気管支喘息	229	23.5%
5	高コレステロール血症	184	18.9%
6	急性胃炎	156	16.0%
7	変形性腰椎症	149	15.3%
8	COVID-19	143	14.7%
9	2型糖尿病	139	14.3%
10	便秘症	135	13.9%
11	慢性胃炎	133	13.7%
12	頸肩腕症候群	123	12.6%
13	糖尿病	115	11.8%
14	逆流性食道炎	112	11.5%
15	胃炎	101	10.4%
16	アトピー性皮膚炎	90	9.2%
17	高脂血症	87	8.9%
18	アレルギー性結膜炎	86	8.8%
19	変形性膝関節症	83	8.5%
20	浮腫	83	8.5%
21	神経症	79	8.1%
22	低酸素血症	77	7.9%
23	皮脂欠乏症	70	7.2%
24	慢性心不全	65	6.7%
25	急性上気道炎	60	6.2%

- 日本医学会連合による提言において、オンライン診療の初診に適さない症状については例えば以下のように示されている。発熱については重症化のリスク因子等がなければオンライン診療は可能とされている。

「日本医学会連合オンライン診療の初診に関する提言(2022年11月24日版)」より抜粋

I 内科系の症状

1. 緊急性により初診からのオンライン診療に適さない状態

(1) 呼吸器系の症状

ア 急性・亜急性に生じた息苦しさ、または呼吸困難 イ 安静時の呼吸困難 ウ 喀血(大量の血痰)

エ 急性の激しい咳 オ 喘鳴 カ 急性・亜急性に生じた嚔声

(2) 循環器系の症状

ア 強い、あるいは悪化する胸痛/胸部圧迫感 イ 突然始まる動悸 ウ 症状を伴う血圧上昇

(3) 消化器系の症状

ア 強い腹痛 イ 強い悪心/嘔吐 ウ 吐血 エ 血便/下血

(4) 腎尿路系の症状

ア 発熱を伴う腰痛、排便障害、下肢の症状を伴う腰痛

(5) その他

ア 強い痛み

2. 情報量や対応手段の問題で初診からのオンライン診療に適さない状態

発熱、咳嗽、咽頭痛などのいわゆる「かぜ症状」のうち、下記の重症化のリスク因子に該当するもの→ 新型コロナウイルス感染症の拡大を受けたオンライン診療の議論の出発点が、感染症患者在医療機関の待合室に集まることを回避することにもあるとすると、発熱こそまずオンラインで診療すべきと考えられ、実際に実績の検証においても、初診からのオンライン診療の症状は発熱やかぜ症状が多い。一方、発熱の鑑別診断は、範囲が広くそれぞれ評価が必要になってくるので、オンライン診療で行えることには限界がある。これらに鑑み、新型コロナウイルス感染者との曝露、感染地域への渡航、重症化のリスク因子(下記参照)、重篤な症状がなければ、適切な自宅療養と対面診療のタイミングを指導し、オンライン診療を行うことは可能と考える。

【重症化のリスク因子】

- ・高齢者(65歳以上)・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・心血管疾患・肥満(BMI 30以上)
- ・数日間で進行する体重減少又は増加、浮腫・持続性または増加傾向の血痰

○ オンライン診療における薬剤処方・管理については指針上以下のように規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。

(5) 薬剤処方・管理

① 考え方

医薬品の使用は多くの場合副作用のリスクを伴うものであり、その処方に当たっては、効能・効果と副作用のリスクとを正確に判断する必要がある。このため、医薬品を処方する前に、患者の心身の状態を十分評価できている必要がある。特に、現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

また、医薬品の飲み合わせに配慮するとともに、適切な用量・日数を処方し過量処方とならないよう、医師が自らの処方内容を確認するとともに、薬剤師による処方のチェックを経ることを基本とし、薬剤管理には十分に注意が払われるべきである。

② 最低限遵守する事項

i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- ・ 麻薬及び向精神薬の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日以上以上の処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

③ 推奨される事項

医師は、患者に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の下、医薬品の一元管理を行うことを求めることが望ましい。

④ 不適切な例

i 患者が、向精神薬、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用されうる利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用されうる保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例。

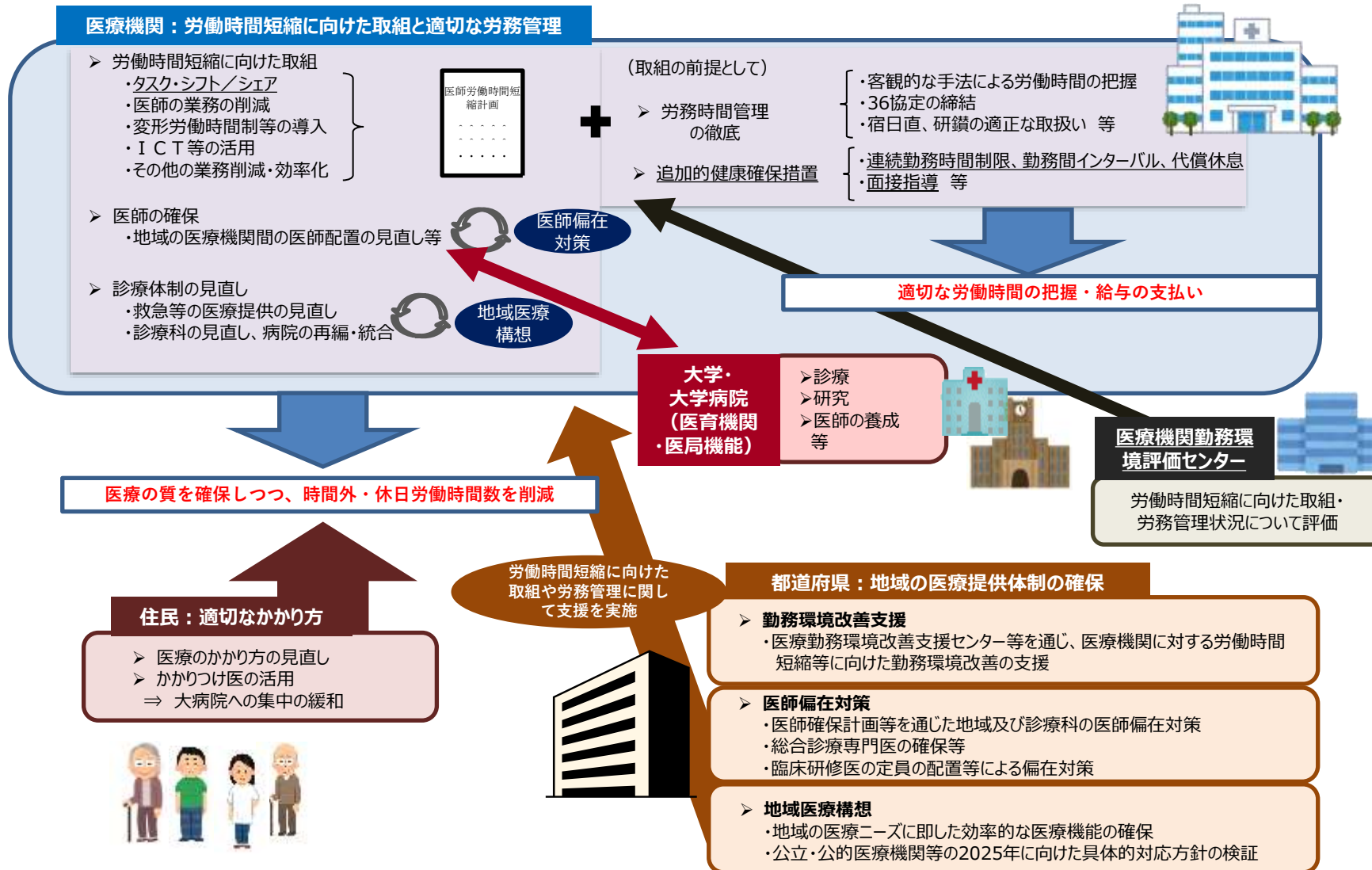
ii 勃起不全治療薬等の医薬品を、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方する例。

0. 調査概要

1. 一般病棟入院基本料について
2. 特定集中治療室管理料等について
3. DPC/PDPSについて
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 障害者施設等入院基本料等について
8. 外来医療について
9. 外来腫瘍化学療法について
10. 情報通信機器を用いた診療について
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について
13. 横断的個別事項について

医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正事項



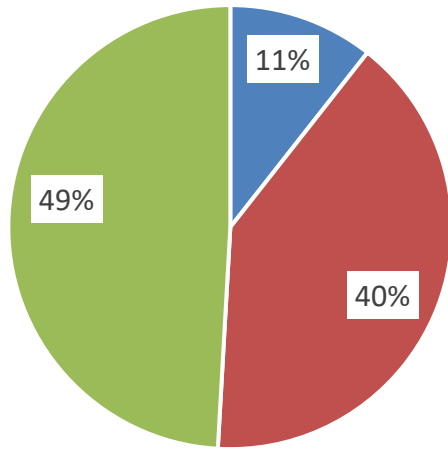
時間外労働規制の施行について(中長期の見通し)

年度 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036		
地域医療計画 ・ 地域医療構想	第7次医療計画					第8次医療計画					第9次医療計画									
医師養成				(医師確保計画に基 づく地域枠・地元枠 の増員開始)	<p>医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定（医師需給分科会で議論）。</p>														(達成目標年)	
時間外労働上限規制	<ul style="list-style-type: none"> 実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証 					<p>施行</p> <p>(B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討</p> <p>(C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証</p>														<p>2036.3</p> <p>2035年度末を 目標に終了年限</p> <p>(この後も引き続き)</p>
						(中間見直し)			(見直し)			(中間見直し)								
						(実態調査・検討)			(実態調査・検討)			(実態調査・検討)								

医師の勤務状況の改善の必要性

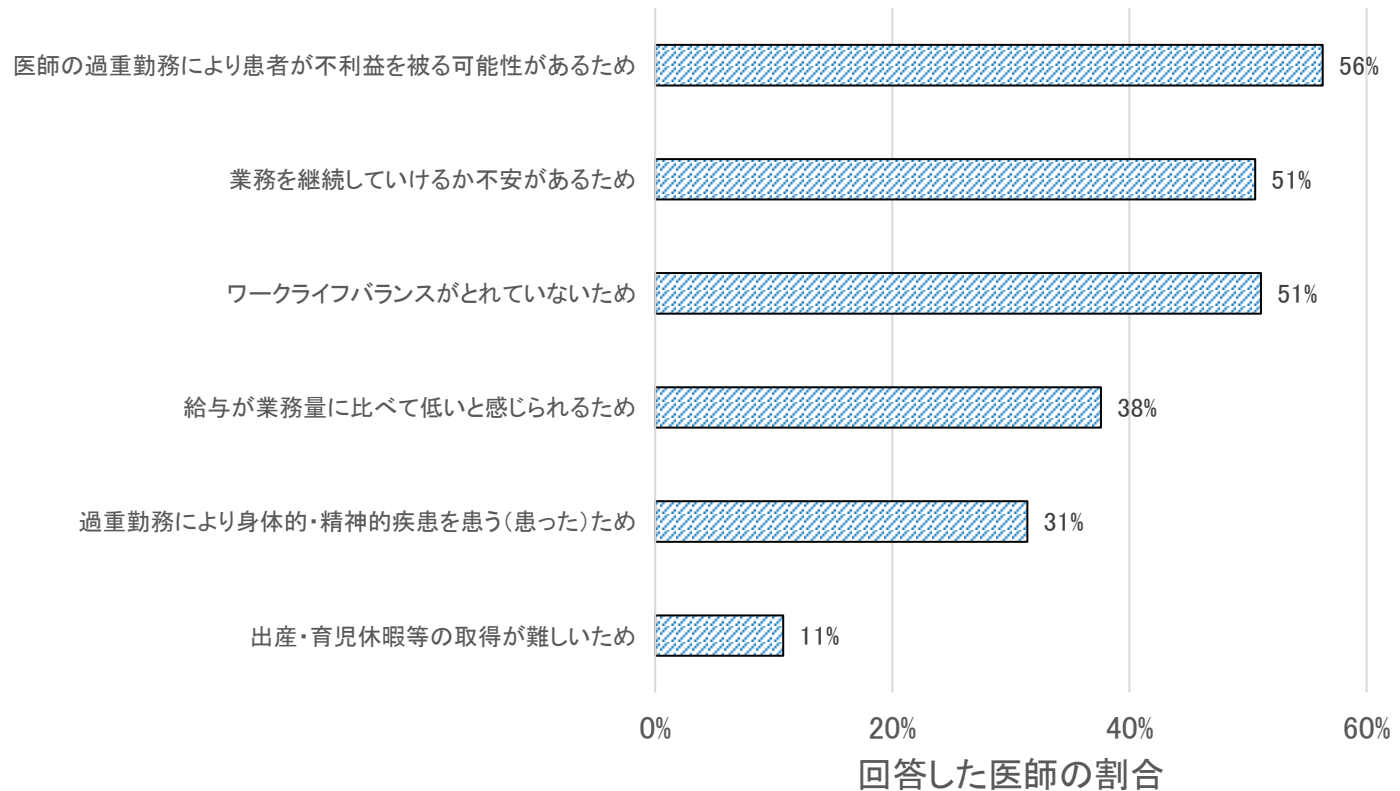
- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- 「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

①現在の勤務状況 (n数=2505) (令和4年11月1日時点)



- 改善の必要性が高い
- 改善の必要がある
- 現状のままでよい

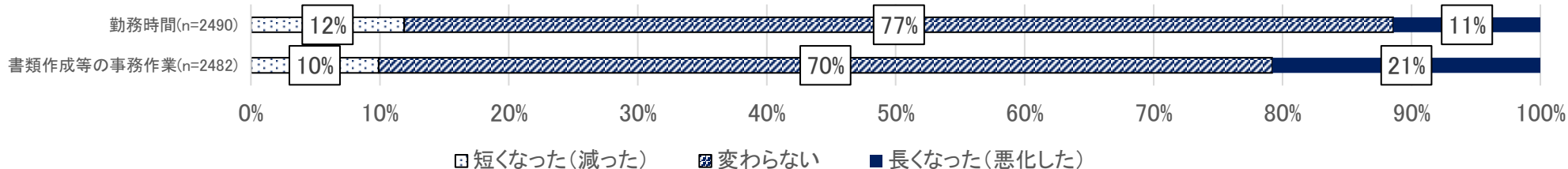
②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



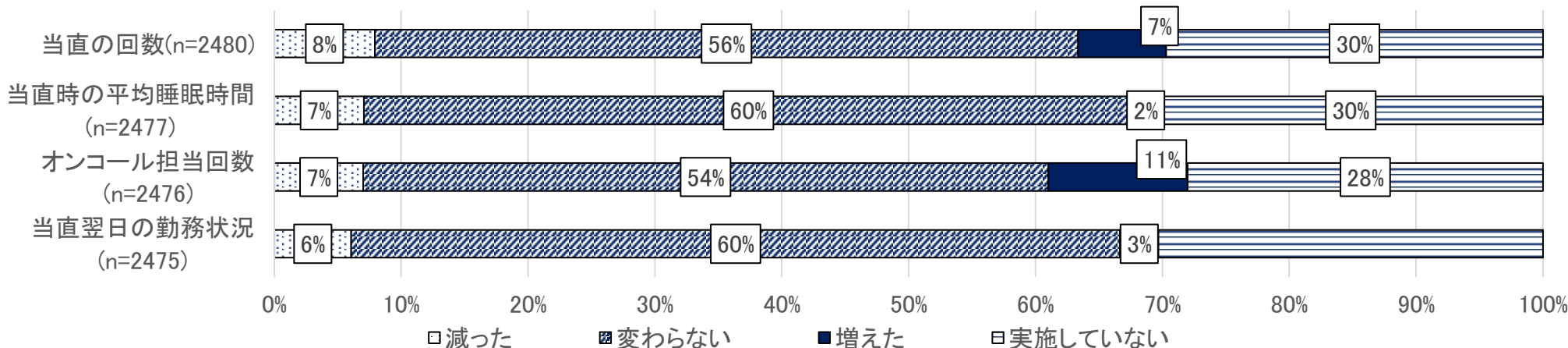
医師の勤務状況の以前との比較

- 勤務医への調査において、1年前と比較して、勤務時間が短くなったと回答した勤務医は12%、長くなったと回答した医師は11%であり、変わらないと回答した医師が77%を占めた。
- 当直回数、当直時の睡眠時間等について、例えば当直翌日の勤務状況は、変わらないと回答した医師が60%を占めた。

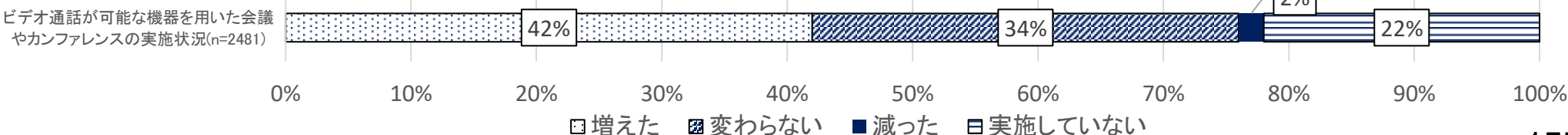
1. 勤務時間の状況及び書類作成等の事務作業の状況



2. 当直の状況

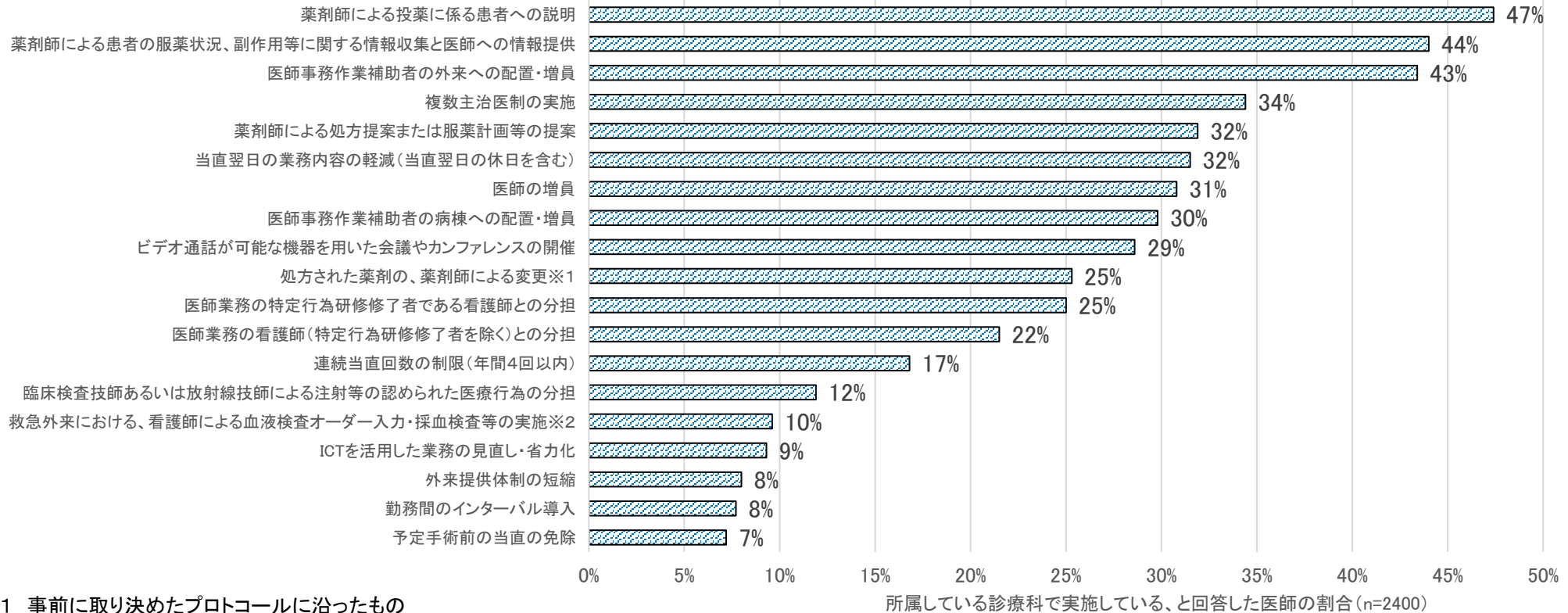


3. ICTを活用した取組みの状況



○ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明(47%)、医師事務作業補助者の外来への配置・増員(43%)といった取組が挙げられた。

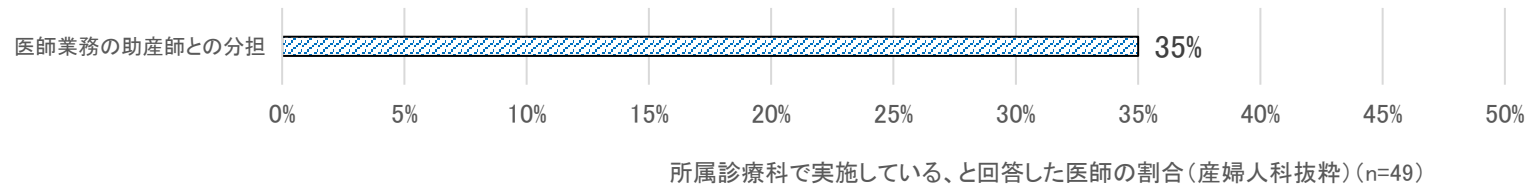
1. 全診療科を対象とした結果



※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

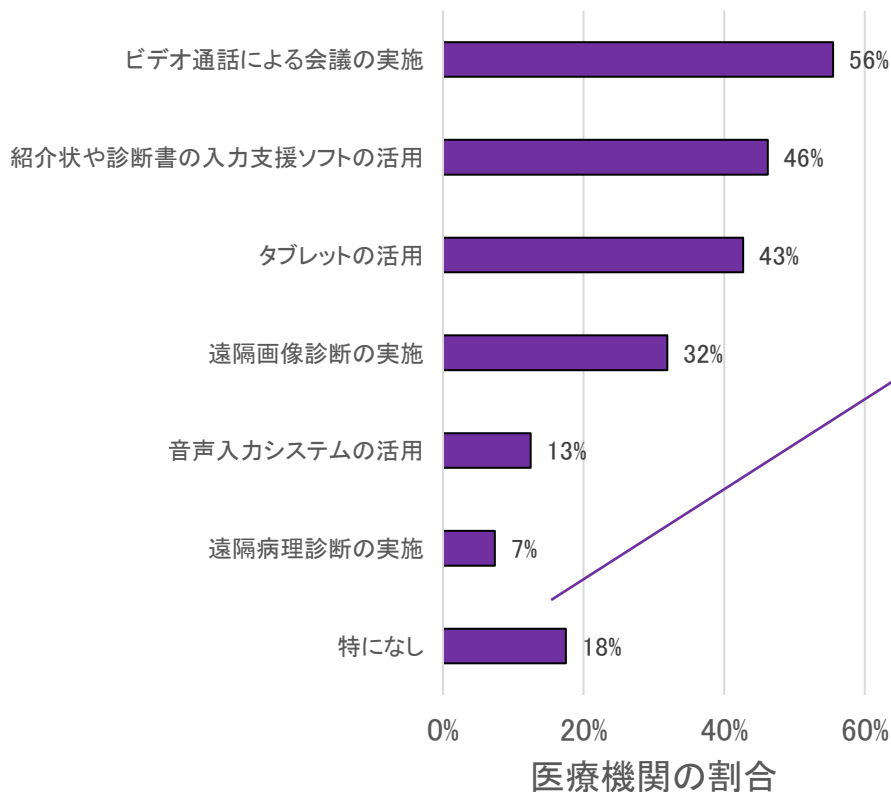
※2 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

2. 産婦人科医に質問した、所属する診療科において「医師業務の助産師との分担」に取り組んでいると回答した医師の割合

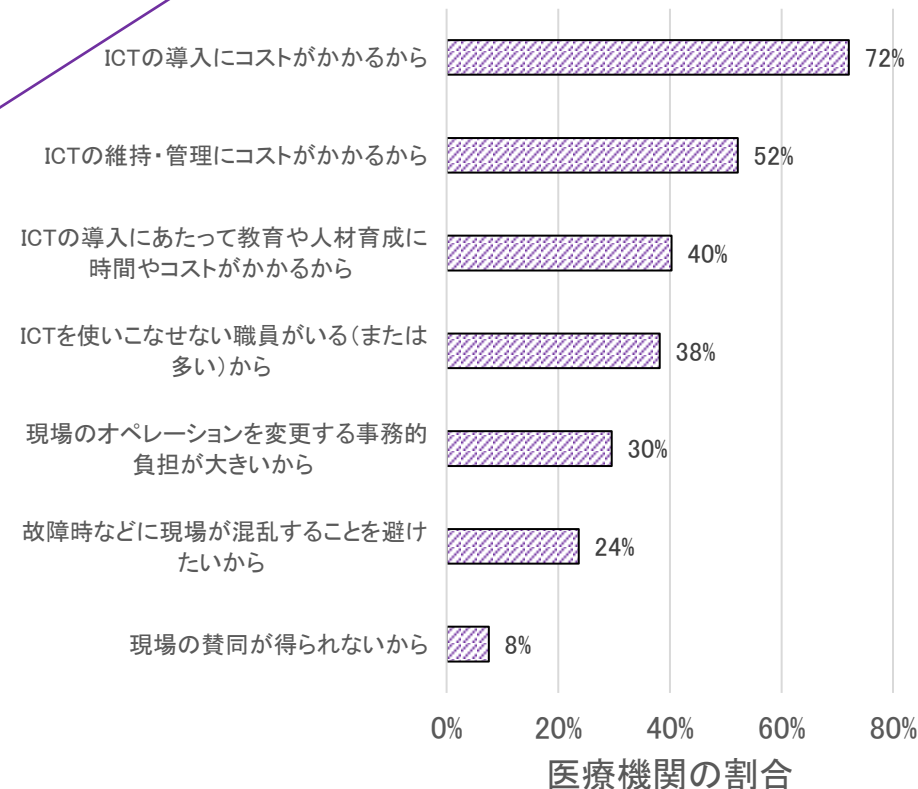


- 医療機関における、「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」(56%)等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
- ICTを活用していない理由としては「ICTの導入にコストがかかるから」(72%)、「ICTの維持・管理にコストがかかるから」(52%)等が挙げられた。

① ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況 (n=1,094)



② ICTを活用していない理由 (n=186)



地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項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保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、**年間で2,000件以上**である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「**病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、**以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。**

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

- ▶ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

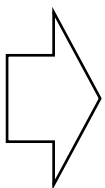
【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 520点

【施設基準】

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 **620点**

【施設基準】

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

- 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めるとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞ 現行の要件
(地域医療体制確保加算)

- | |
|--|
| ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。 |
| ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。 |
| ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 |
| ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。 |
| ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、 必要な事項を記載 すること。(※例示は省略) |
| ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 |

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

(1) 労働時間数

以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載

- ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数960時間超～1,860時間の人数・割合
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数1,860時間超の人数・割合

(2) 労務管理・健康管理

以下の全ての項目について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載

- ・ 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- ・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- ・ 労使の話し合い、36協定の締結
- ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- ・ 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)

(3) 意識改革・啓発

以下の項目のうち、最低1つの取組について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を計画に記載

- ・ 管理者マネジメント研修
- ・ 働き方改革に関する医師の意識改革
- ・ 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）

①～⑤それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載

(1) タスク・シフト/シェア

(2) 医師の業務の見直し

(3) その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)

(4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

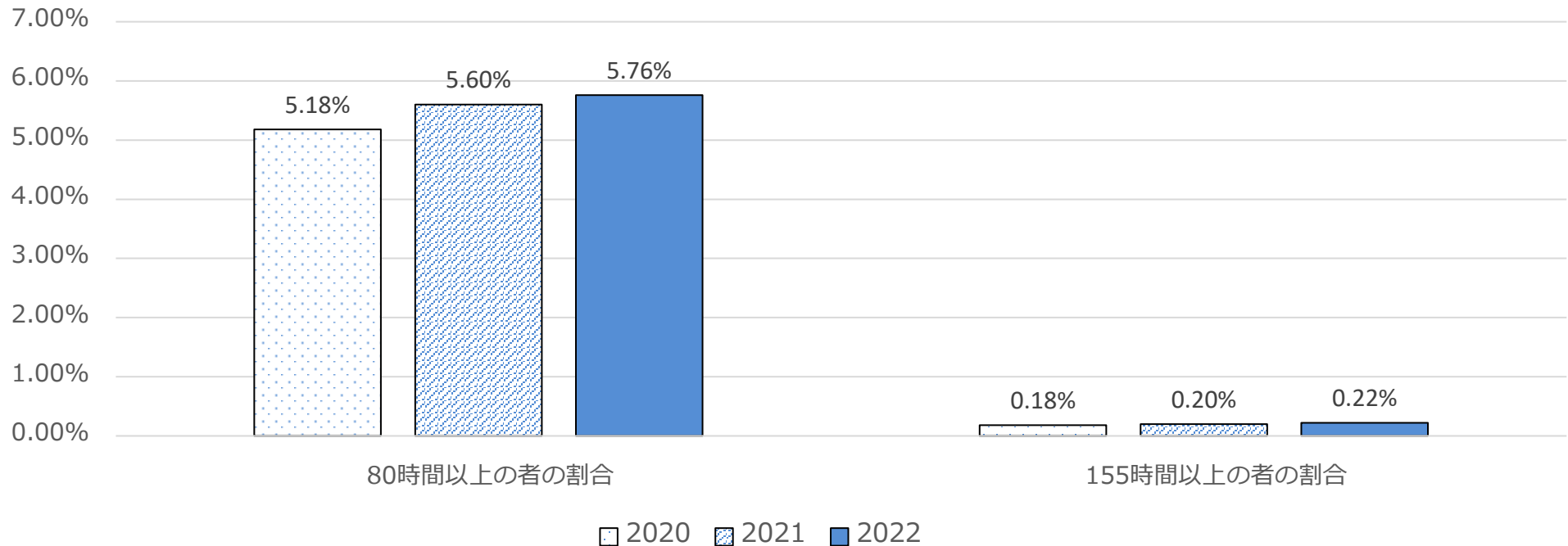
(5) C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況②

長時間労働している勤務医数の推移

○ 時間外労働の時間が月155時間(年1,860時間相当)以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。

常勤の医師のうち、超過勤務時間が80時間以上、155時間以上の者の割合



	2020		2021		2022	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
80時間以上の者の人数	6,275	5.18%	6,978	5.60%	7,371	5.76%
155時間以上の者の人数	218	0.18%	251	0.20%	280	0.22%
1037医療機関における常勤医師数合計	121,111	100%	124,651	100%	127,982	100%

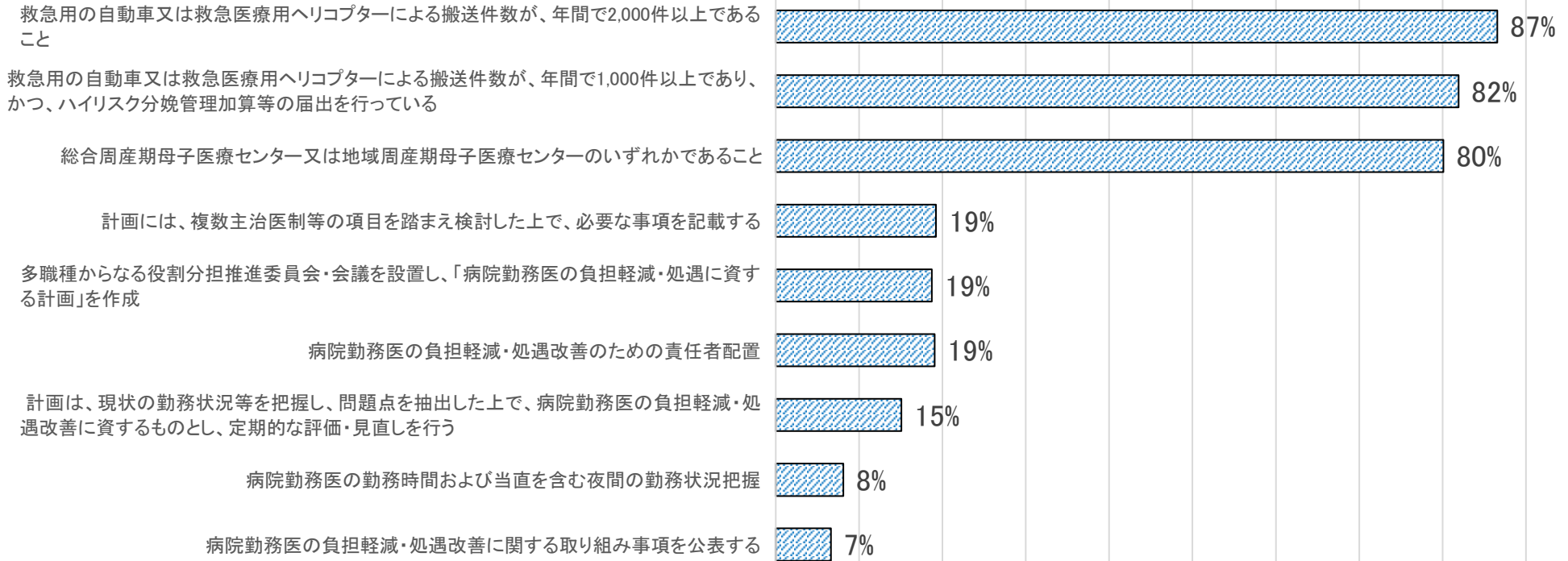
- 地域医療体制確保加算を届け出していた医療機関は41%であった。
- 地域医療体制確保加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算の届出有無 (n=1,095)

	医療機関数	(割合)
届出:無	650	59%
届出:有	445	41%

届出:無

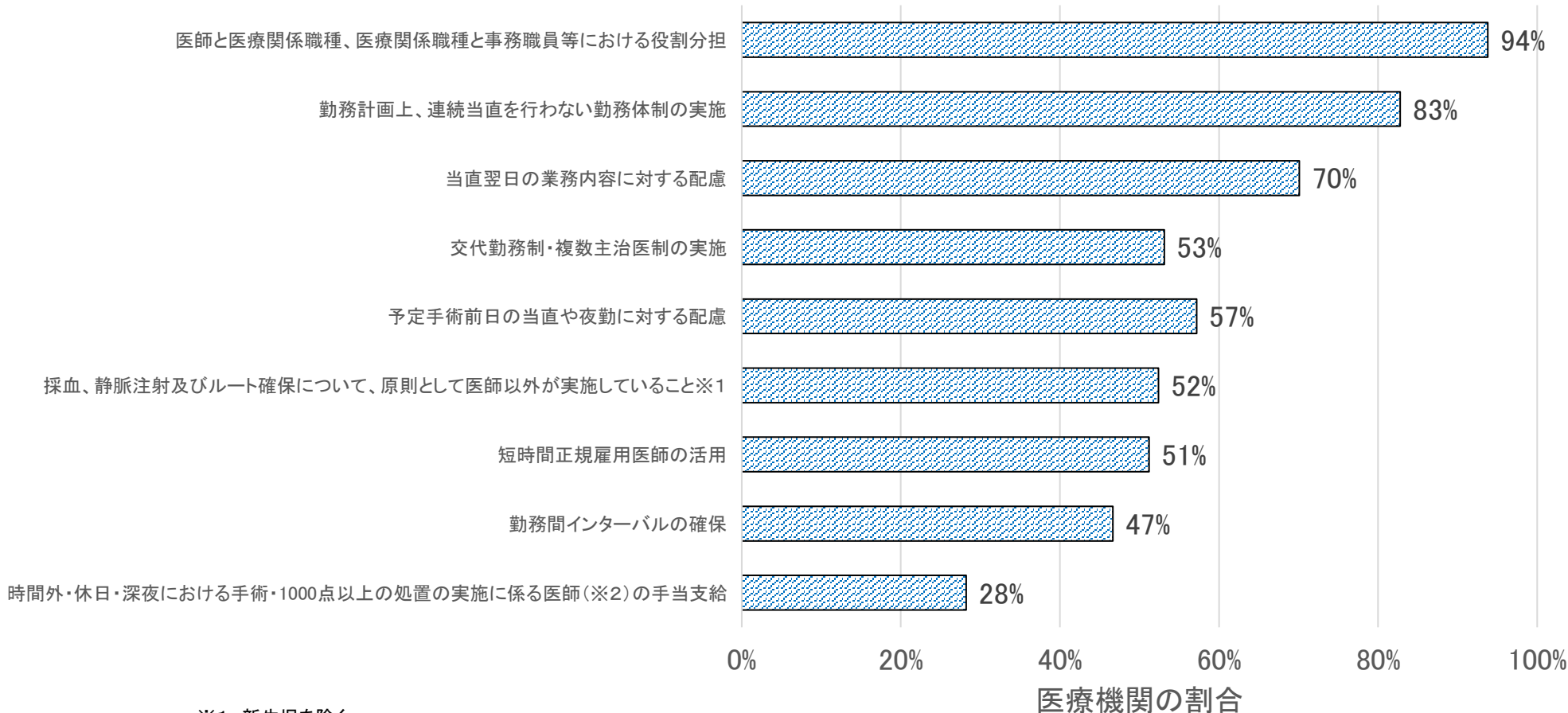
■ 満たせない要件 (n=603)



「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組

○ 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組として、医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担（94%）、勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施（83%）等が挙げられた。

■ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組 (n=413)



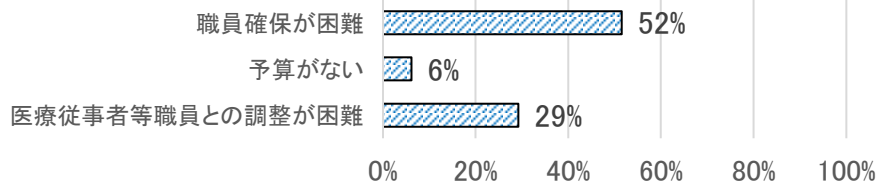
※1 新生児を除く

※2 術者又は第一助手

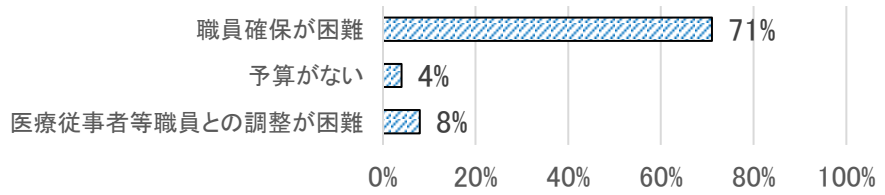
「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施しない理由

○ 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施していない項目について、その理由として、「職員確保が困難」を挙げる医療機関が多かった。

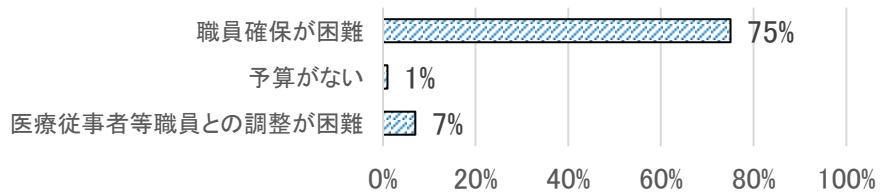
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担



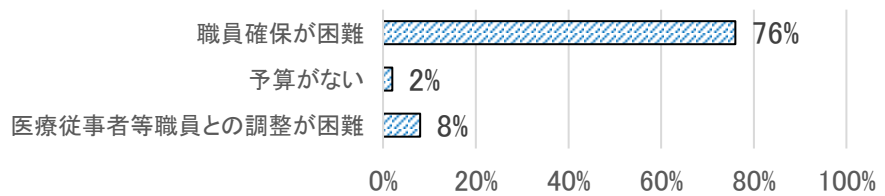
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務



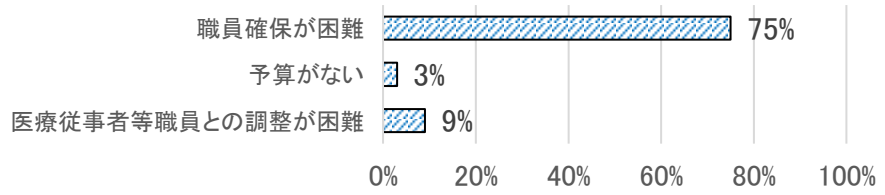
③ 勤務間インターバルの確保



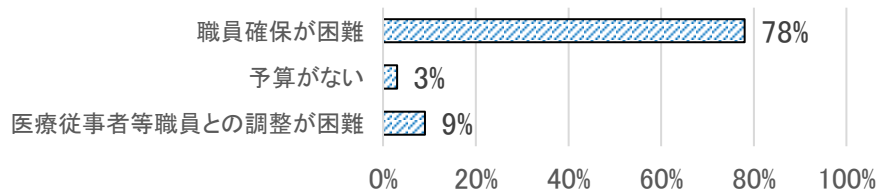
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮



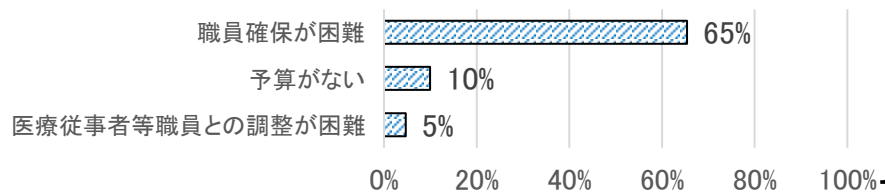
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮



⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施



⑦ 短時間正規雇用医師の活用



医師事務作業補助体制加算(平成20年度改定において新設)

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

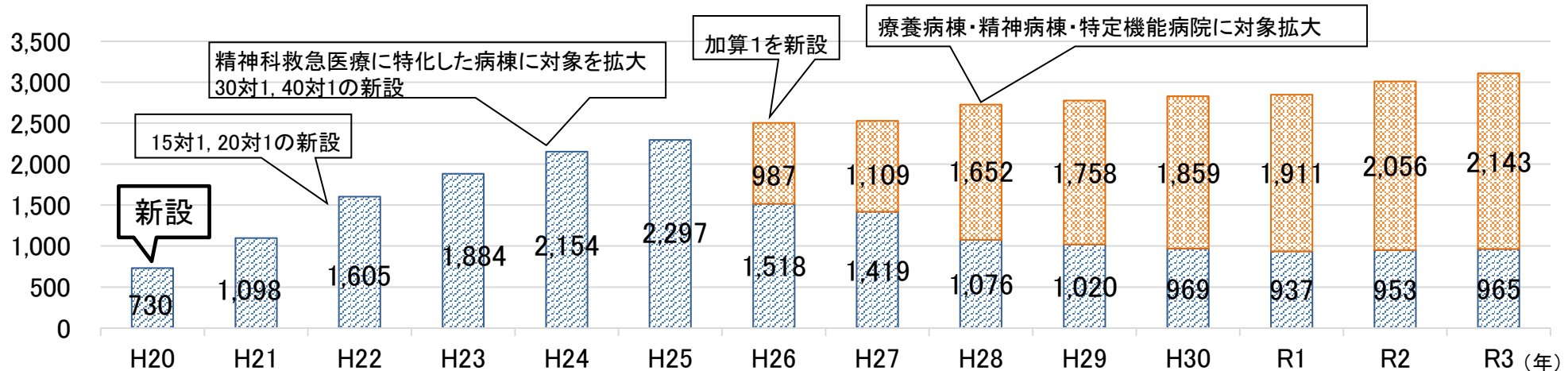
※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	1,050点/975点
20対1	835点/770点
25対1	705点/645点
30対1	610点/560点
40対1	510点/475点
50対1	430点/395点
75対1	350点/315点
100対1	300点/260点

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

(医療機関数)



■ 医師事務作業補助体制加算2(平成25年以前の医師事務作業補助体制加算)

■ 医師事務作業補助体制加算1

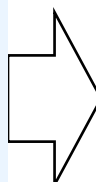
医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

- 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

現行

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。
 (新設)



改定後

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
(削除)

当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

(※) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	970点	910点
2.0対1	758点	710点
2.5対1	630点	590点
3.0対1	545点	510点
4.0対1	455点	430点
5.0対1	375点	355点
7.5対1	295点	280点
10.0対1	248点	238点



改定後

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
2.0対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
2.5対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
3.0対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
4.0対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
5.0対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
7.5対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
10.0対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>

医師事務作業補助体制加算

- 医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関は68%であった。
- 医師事務作業補助体制加算を届け出していない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出有無 (n=1086)

	医療機関数	(割合)
届出:無	346	32%
届出:有	740	68%

届出:無

■ 届出が困難な理由 (n=340)

0% 20% 40% 60% 80%

第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期医療センターのいずれでもないため

83%

全身麻酔手術件数が年間800件以上の実績を満たさないため

76%

緊急入院患者数が年間50名以上の実績を満たさないため

55%

医師事務作業補助者をそれぞれの配置区分ごとに配置することが困難

49%

人材の確保が困難

46%

その他 5%

■ 医師事務作業補助者の効果 (n=725)

0% 50%

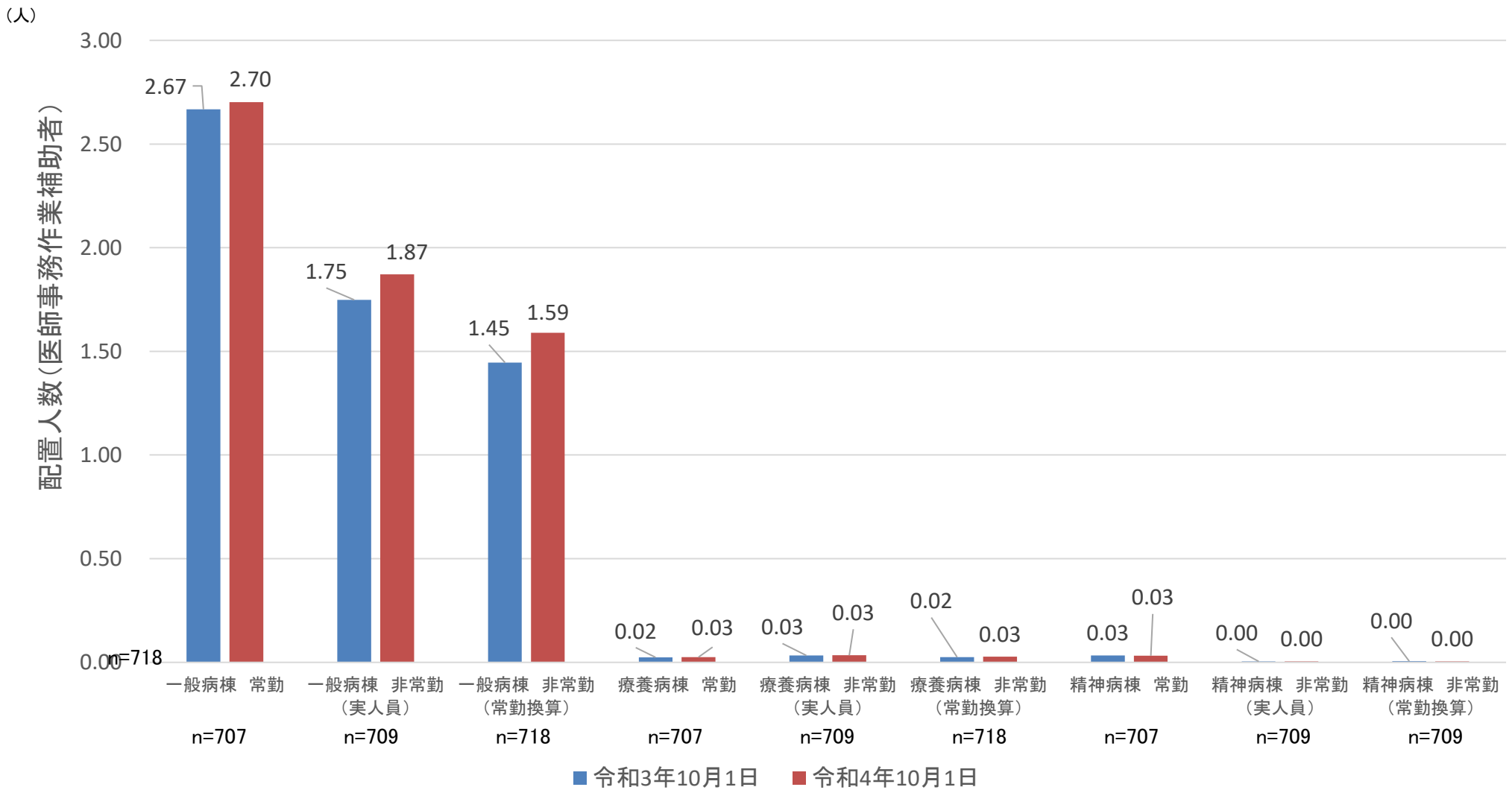
医師の働きやすさ 89%

医師の残業時間短縮 78%

外来における患者の待ち時間の短縮 60%

その他 8%

○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和4年10月1日時点で、令和3年10月1日時点より多い傾向が見られた。

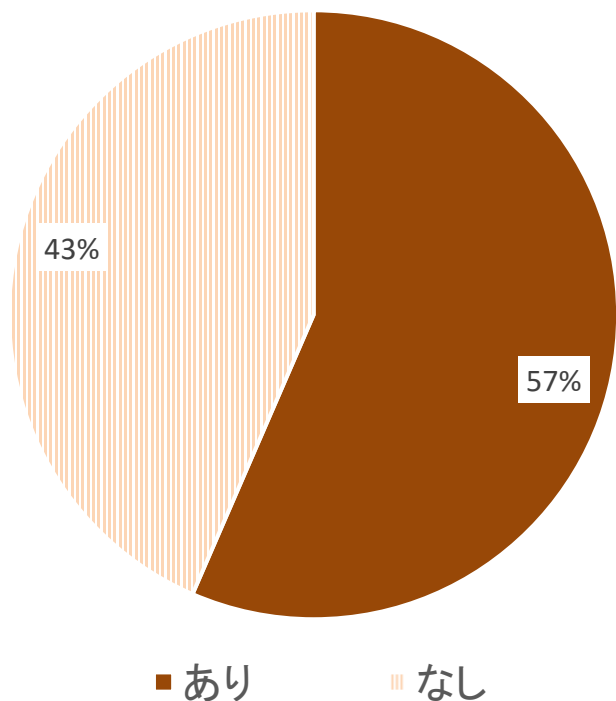


出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票、D票))

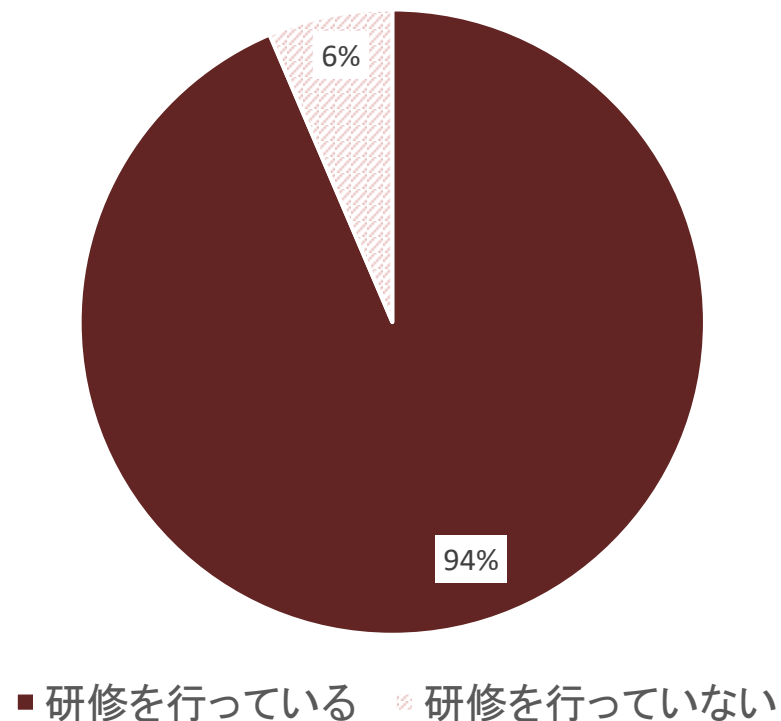
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における 医師事務作業補助者の人事

- 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有り、94%の医療機関が医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修を実施していた。

■ 医師事務作業補助者の人事考課の有無
(n=722)



■ 医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修の実施状況について (n=732)



救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必要度		その他
救命救急 入院料	入院 料1	~3日 10,223点 ~7日 9,250点 ~14日 7,897点	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・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 ※「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
	入院 料2	~3日 11,802点 ~7日 10,686点 ~14日 9,371点	26 200床	・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	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	I:8・7 II:7・6 割	
	入院 料3	イ・ロ:~3日 10,223点 イ・ロ:~7日 9,250点 イ:~14日 7,897点 ロ:~60日 8,318点	80 1,639床	・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	・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	
	入院 料4	イ・ロ:~3日 11,802点 イ・ロ:~7日 10,686点 イ・ロ:~14日 9,371点 ロ:~60日 8,318点	80 891床	・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	・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 (I・II)	I:8・7 II:7・6 割	
特定集中 治療室 管理料 (ICU)	管理 料1	~7日 14,211点 ~14日 12,633点	141 1,487床	・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 ・バイオクリーンルームであること	・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 (I・II)	I:8割 II:7割	※「イ」は 特定集中治 療室管理料 「ロ」は 広範囲熱傷 特定集中 治療管理料 を指す
	管理 料2	イ・ロ:~7日 14,211点 イ:~14日 12,633点 ロ:~60日 12,833点	76 867床	・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	・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)				
	管理 料3	~7日 9,697点 ~14日 8,118点	349 2,365床	・バイオクリーンルームであること	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)			I:7割 II:6割	
	管理 料4	イ・ロ:~7日 9,697点 イ:~14日 8,118点 ロ:~60日 8,318点	62 565床	・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	・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)				
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理 料1	6,855点	621 6,153床	・病床数30床以下	・専任の常勤医師が常時いる (医療機関内)	4対1	HCU用	8割	/
	管理 料2	4,224点	30 309床			5対1		6割	
脳卒中ケア ユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	194 1,592床	・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

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

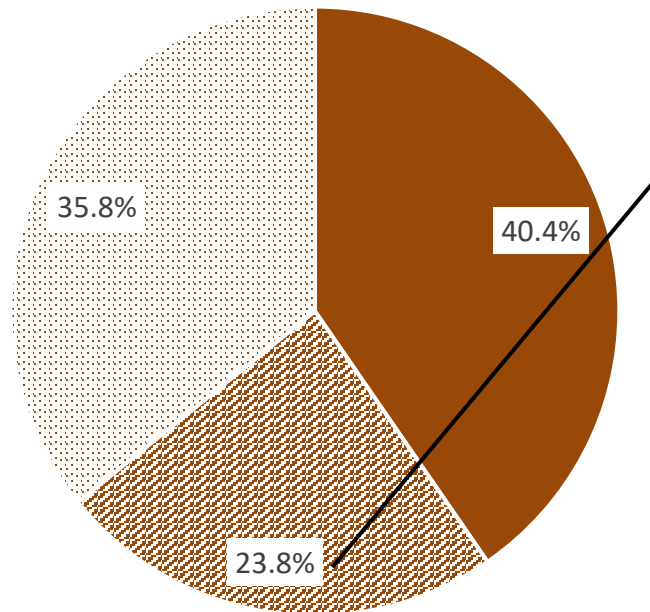
救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	医師の配置	看護 配置	その他
小児特定集中 治療室 管理料 (PICU)		~7日 16,317点	9 100床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の 対象であれば20歳未満)であって、定められ た状態にあり、医師が必要と認めたものが 対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイ リスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫 症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、 ECMOを必要とする状態の患者にあっては 35日)を限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8床以上設置 ・ 以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期 治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が 直近1年間で50名以上(そのうち、入院後 24時間以内に人工呼吸を実施した患者 が30名以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が 常時勤務(うち2名 以上がPICU勤務 経験を5年以上) (治療室内) 	2対1	小児入院 医療管理料1 の医療機関で あること
		8日~ 14,211点						
新生児 特定集中 治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	80 751床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた 患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で 厚生労働大臣が定める疾患で入院している 児は35日、出生時体重1000g未満の児は 90日、出生体重1000~1500gの児は60日)を 限度とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・ 以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の 患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が 常時勤務 (治療室内) 	3対1	/
		管理料 2	8,434点					
総合周産 期特定 集中 治療室 管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	134 857床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの 高い妊娠と認められる妊産婦であって、定め られた状態にあり、医師が必要であると認め た者に対して算定する。算定は14日を限度と する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・ 帝王切開が必要な場合、30分以内に児の 娩出が可能となるよう医療機関内に各職員 を配置 ・ 3床以上設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医師が 常時勤務 (治療室内) 	3対1	総合/地域周 産期母子医療 センターであ ること
		管理料 2	10,539点					
新生児治療 回復室 入院医療 管理料 (GCU)		5,697点	200 2,899床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた 患者が対象。算定は30日(出生時体重が 1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で 入院している児は50日、出生体重が1000g 未満の児は120日、出生体重が1000~1500g の児は90日)を限度とする。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の小児科 医師の常勤医師 (医療機関内) ※ 週3日以上勤務して おり、かつ、22時間 以上の勤務を行って いる専任の小児科の 非常勤医師でも可 	6対1	/

※医療機関数及び病床数は令和4年9月14日中医協総-6-1「主な施設基準の届出状況等」より引用

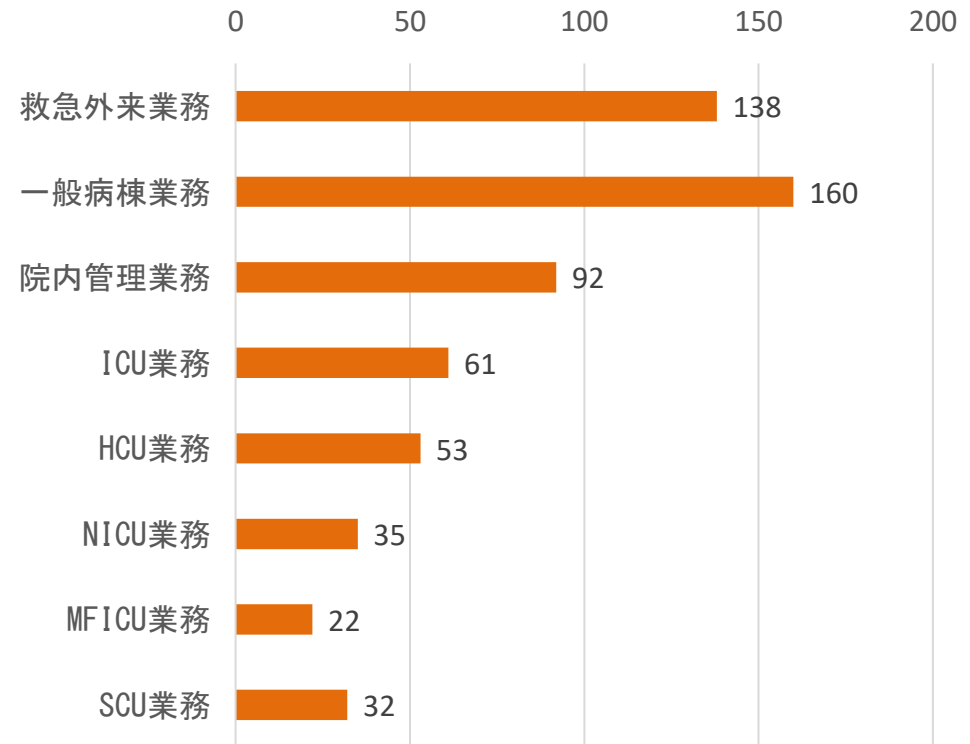
- 6割以上の施設で夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可を取得していた。
- 許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容は、救急外来業務、一般病棟業務を挙げる医療機関が多かった。

■ 宿日直許可の取得状況 (n=1,295)



- 全ての業務について許可を受けている
- ▨ 許可を受けている業務と受けていない業務がある
- ◻ 許可を受けている業務はない

■ 許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容 (n=308)

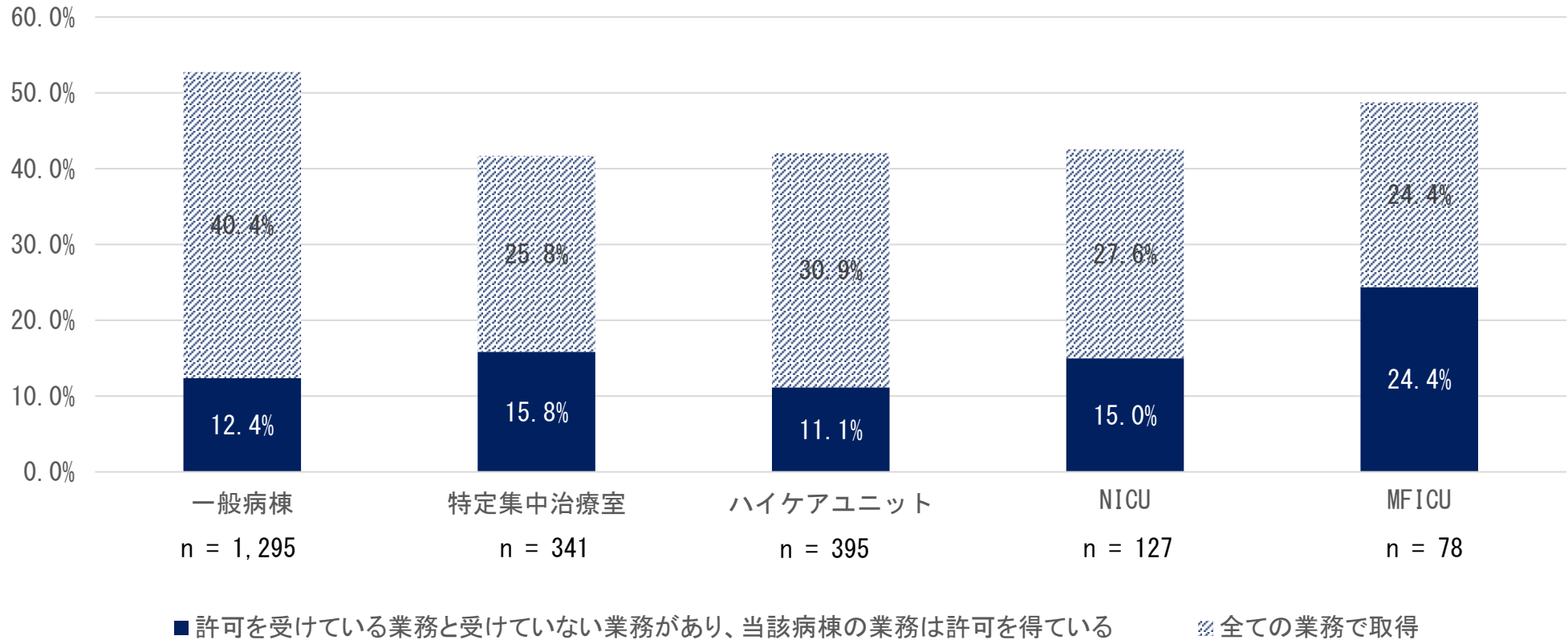


※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

病棟の種類別の宿日直許可の取得状況

○ 一般病棟については半数以上の病院が、医師の業務について宿日直許可を受けており、治療室の中では、MFICUが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。

■ 病棟の種類別の宿日直許可の取得状況



※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

※ 医療機関単位で、医師の業務に係る宿日直許可が取得されている割合を集計。

※ 医療機関単位での調査であり、特定集中治療室等において、施設基準で求める専任の医師が宿日直許可を受けているか、当該専任の医師以外で勤務している医師が宿日直許可を受けているかは区別できない。

勤務環境に特に配慮を要する領域への対応

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

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) ~ (4) (略)

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

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

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

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

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

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

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

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

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

ア~キ(略)

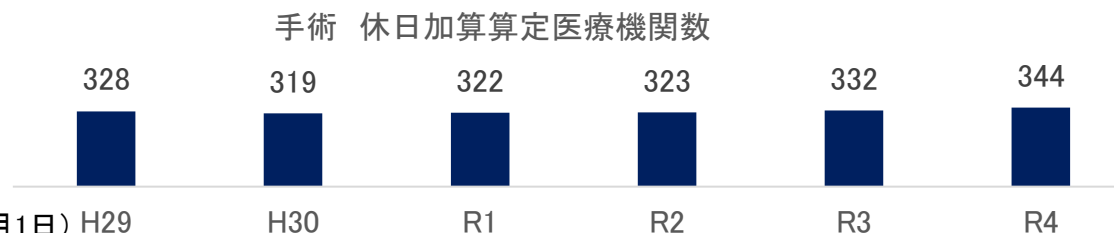
(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

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

ア~イ(略)

8~9(略)



勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算 1 等に係る要件の見直し

- 手術及び処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の要件について、医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師 1 人当たりの当直回数に要件を変更する。

現行

【時間外加算 1 ・ 休日加算 1 ・ 深夜加算 1】

[施設基準]

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数

届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。



改定後

【時間外加算 1 ・ 休日加算 1 ・ 深夜加算 1】

[施設基準]

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数**及び2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数**

(2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の**各医師について年間4日以内**であり、**かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数**が、それぞれについて届出を行っている診療科の**各医師について年間4回以内**であること。

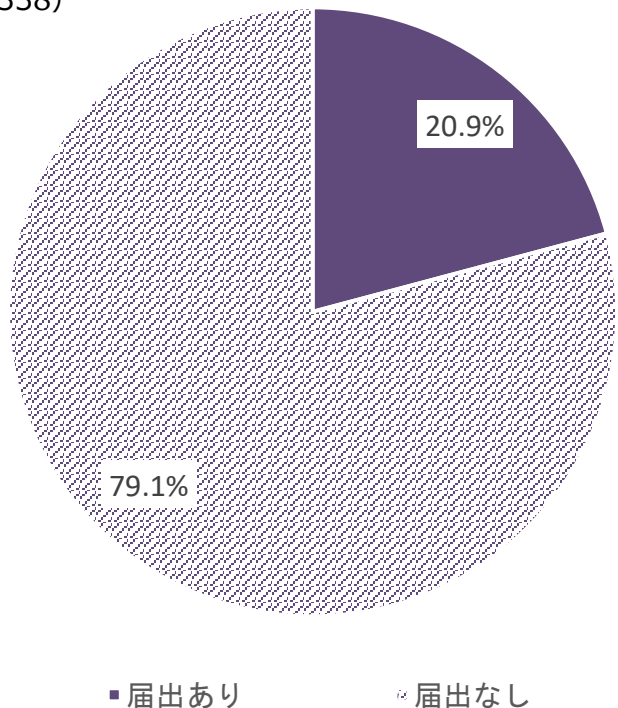
手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出状況

- 急性期一般入院料等を届け出ている医療機関において、20.9%の医療機関が、手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている。
- 手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1を届け出ている医療機関は、届け出していない医療機関に比較し、当直明けの医師の勤務について、勤務間インターバルの配慮をしている割合に大きな差はない。

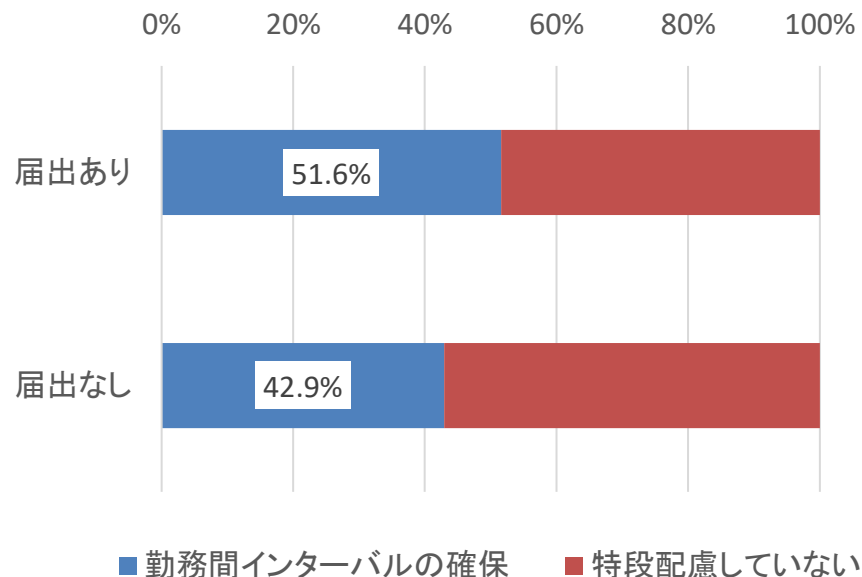
診調組 入 - 1
5 . 9 . 2 9

■手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出状況

(n=1,338)



■手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届け出の有無別の自院での当直明けの医師の勤務に対する対応



※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

看護職員の負担軽減策の全体像

○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

		急性期	回復期・慢性期
看護補助者との役割分担の推進		【急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 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） 	【看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院基本料 13対1、15対1、18対1、20対1※1 障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算 特定一般病棟入院料 【看護補助者配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算
看護職員と看護補助者の業務分担・協働の更なる推進		【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【看護補助体制充実加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算等※2
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 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） 	【夜間看護加算】 <ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料の注加算 【看護職員夜間配置加算】 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の注加算 精神科救急急性期医療入院料の注加算 精神科救急・合併症入院料の注加算
	看護補助者の夜間配置	【夜間急性期看護補助体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算 	【夜間75対1看護補助加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※1のみ）
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ） 	【夜間看護体制加算】 <ul style="list-style-type: none"> 看護補助加算の注加算 障害者施設等入院基本料の注加算
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	【夜間看護体制特定日減算】 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 精神病棟入院基本料 専門病院入院基本料 障害者施設等入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 	
	適切な夜勤時間の管理	【月平均夜勤時間が72時間以下であること】 <ul style="list-style-type: none"> 病院の入院基本料等の施設基準 	

※1 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

※2 看護補助加算に加え、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）及び看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）にも加算あり

看護職員の負担軽減策に係る加算等の主な変遷

	急性期		回復期・慢性期	
	急性期看護補助体制加算	看護職員夜間配置加算	看護補助加算等	看護職員夜間配置加算等
H22 改定	<ul style="list-style-type: none"> 急性期における医師や看護職員の負担軽減、業務分担推進のために加算を新設 	-	<ul style="list-style-type: none"> (H12新設) (加算1は15~20対1、加算2・3は13~20対1入院基本料が対象) 	<ul style="list-style-type: none"> (夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料の注加算)はH20新設)
H24 改定	<ul style="list-style-type: none"> 25対1、夜間50対1、夜間100対1、看護職員夜間配置加算を新設 負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化 	-	<ul style="list-style-type: none"> 加算1の対象施設に13対1入院基本料も追加(必要度10%以上が要件) 	
H26 改定	<ul style="list-style-type: none"> 夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ 夜間25対1を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算の看護職員夜間配置加算を独立 	<ul style="list-style-type: none"> 必要度の要件を5%以上に変更 負担軽減・処遇改善の体制整備を要件化 看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)を新設 	
H28 改定	<ul style="list-style-type: none"> 夜間25対1を30対1に変更 夜間30対1、夜間50対1、夜間100対1の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件とした夜間看護体制加算を新設 定期的な業務範囲の見直しを要件化 	<ul style="list-style-type: none"> 12対1加算2の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理を要件とした12対1加算1と16対1を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間75対1、夜間看護体制加算を新設 定期的な業務範囲見直しを要件化 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料の注加算)の評価引上げ
H30 改定	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 定期的な業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化 障害者施設等入院基本料(7対1、10対1)の注加算として看護補助加算を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 16対1加算2を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 定期的な業務内容の見直し、身体的拘束を最小化する取組、看護補助者への院内研修を要件化 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)を新設 看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の注加算)を新設
R02 改定	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ
R04 改定	<ul style="list-style-type: none"> 夜間急性期看護補助体制加算の評価引上げ 看護補助体制充実加算を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 全区分の評価引上げ 夜間の看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間75対1看護補助加算の評価引上げ 看護補助体制充実加算を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員夜間配置加算の評価引上げ

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

➤ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直す。

現行		改定後	
看護職員に係る加算	【看護職員夜間配置加算】 看護職員夜間12対1配置加算1 105点 看護職員夜間12対1配置加算2 85点 看護職員夜間16対1配置加算1 65点 看護職員夜間16対1配置加算2 40点	看護職員に係る加算	【看護職員夜間配置加算】 看護職員夜間12対1配置加算1 <u>110点</u> 看護職員夜間12対1配置加算2 <u>90点</u> 看護職員夜間16対1配置加算1 <u>70点</u> 看護職員夜間16対1配置加算2 <u>45点</u>
	【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 65点 精神科救急入院料 65点 精神科救急・合併症入院料 65点		【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 <u>70点</u> 精神科救急急性期医療入院料 <u>70点</u> 精神科救急・合併症入院料 <u>70点</u>
看護補助者の配置に係る加算	【急性期看護補助体制加算】 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点	看護補助者の配置に係る加算	【急性期看護補助体制加算】 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>125点</u> 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>120点</u> 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>105点</u>
	【看護補助加算】 夜間75対1看護補助加算 50点		【看護補助加算】 夜間75対1看護補助加算 <u>55点</u>
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） 45点 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） <u>50点</u> 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）
	イ 14日以内の期間 141点 □ 15日以上30日以内の期間 116点 夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）		イ（1）14日以内の期間 <u>146点</u> （2）15日以上30日以内の期間 <u>121点</u> 夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）
八 夜間看護配置加算1 100点 二 夜間看護配置加算2 50点	八 夜間看護配置加算1 <u>105点</u> 二 夜間看護配置加算2 <u>55点</u>		

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し①

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

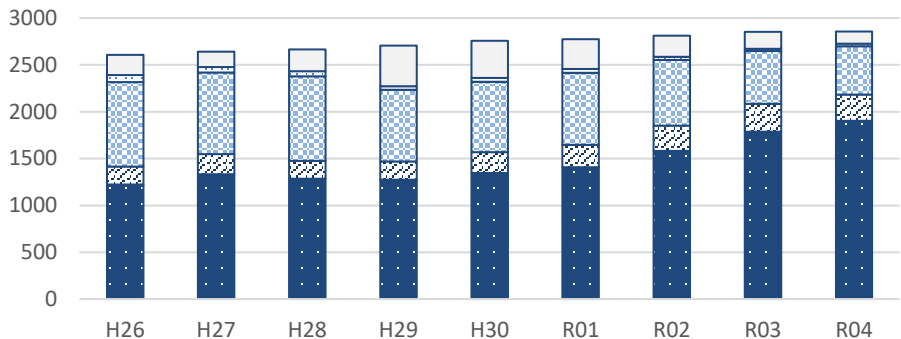
- 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。
 - ① 「ア 11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ 連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。
 - ② 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**2項目以上から3項目以上に変更**する。

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急急性期医療入院料、 精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	○	○	○	○	○
ク 看護補助者の夜間配置（※2）	○	○	○	○	○
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

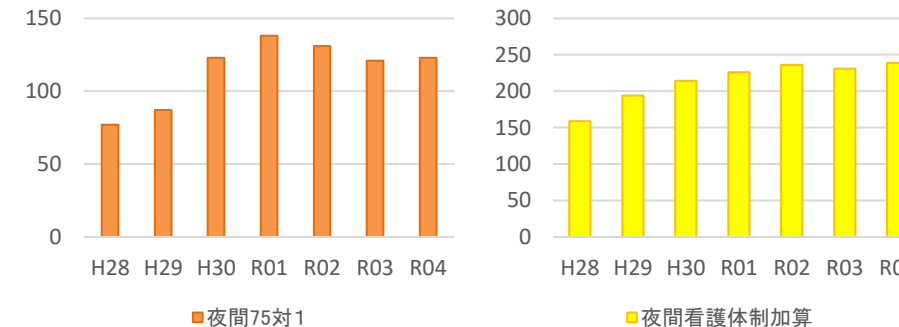
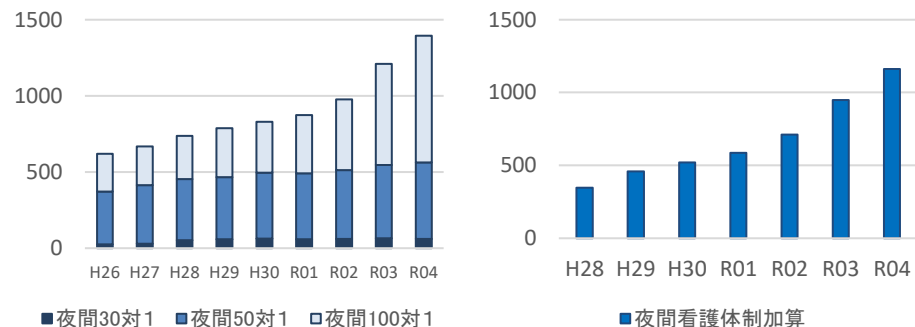
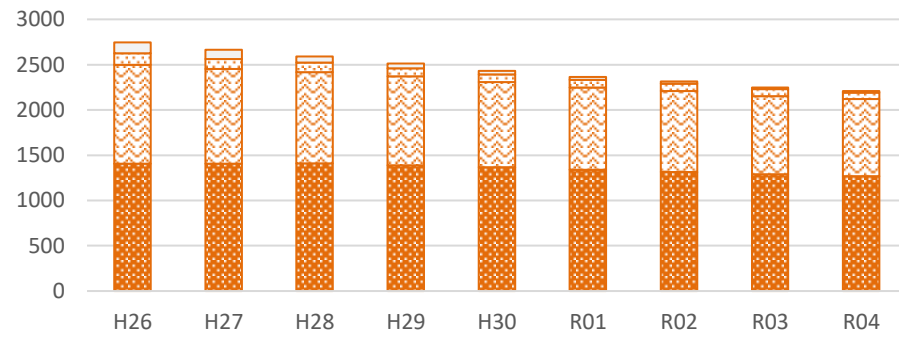
急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

○ 届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算は微増傾向、看護補助加算は減少傾向である。

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数



■ 看護補助加算の届出医療機関数

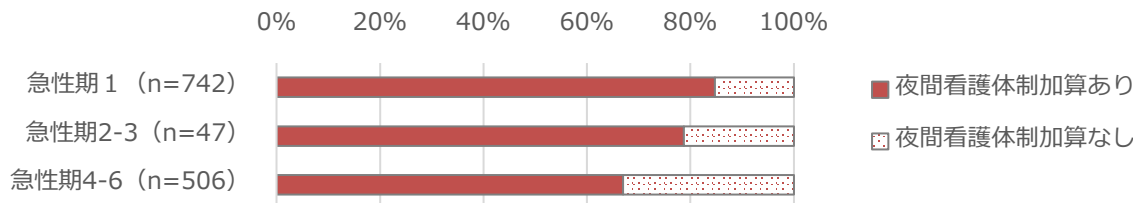


参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

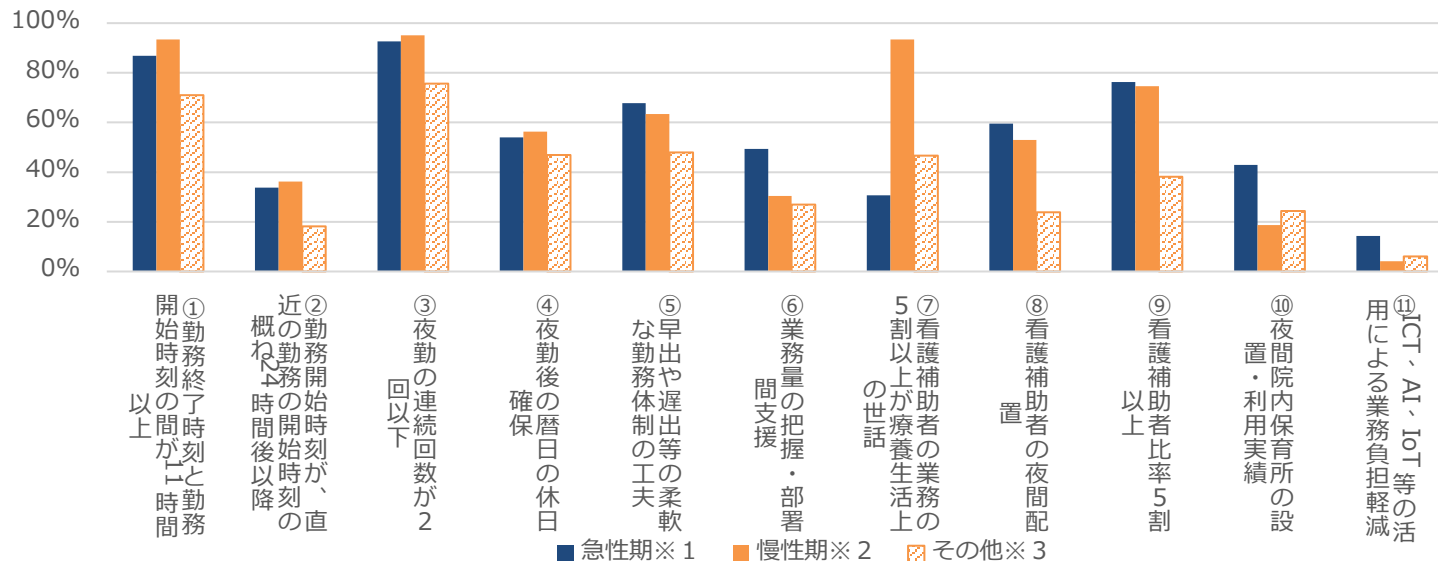
- 当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（みなし看護補助者）計算することができる。
- ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算については、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合のみ算定できる。

- 急性期看護補助体制加算届出施設のうち約8割は、夜間における看護業務の負担軽減に資する取組の評価である「夜間看護体制加算」を届け出ている。
- 負担軽減に資する取組として、「勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上」や「夜勤の連続回数が2回以下」は約8割の施設が実施していた。
- 急性期の医療機関は、慢性期等の医療機関に比べ「看護補助者の業務の5割以上が療養生活上の世話」である割合が低く、約3割であった。

■急性期看護補助体制加算届出施設における、夜間看護体制加算の届出状況



■夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の取組状況



(※1)急性期:看護職員夜間配置加算(12対1加算1、16対1加算1)、急性期看護補助体制加算の夜間夜間看護体制加算届出施設

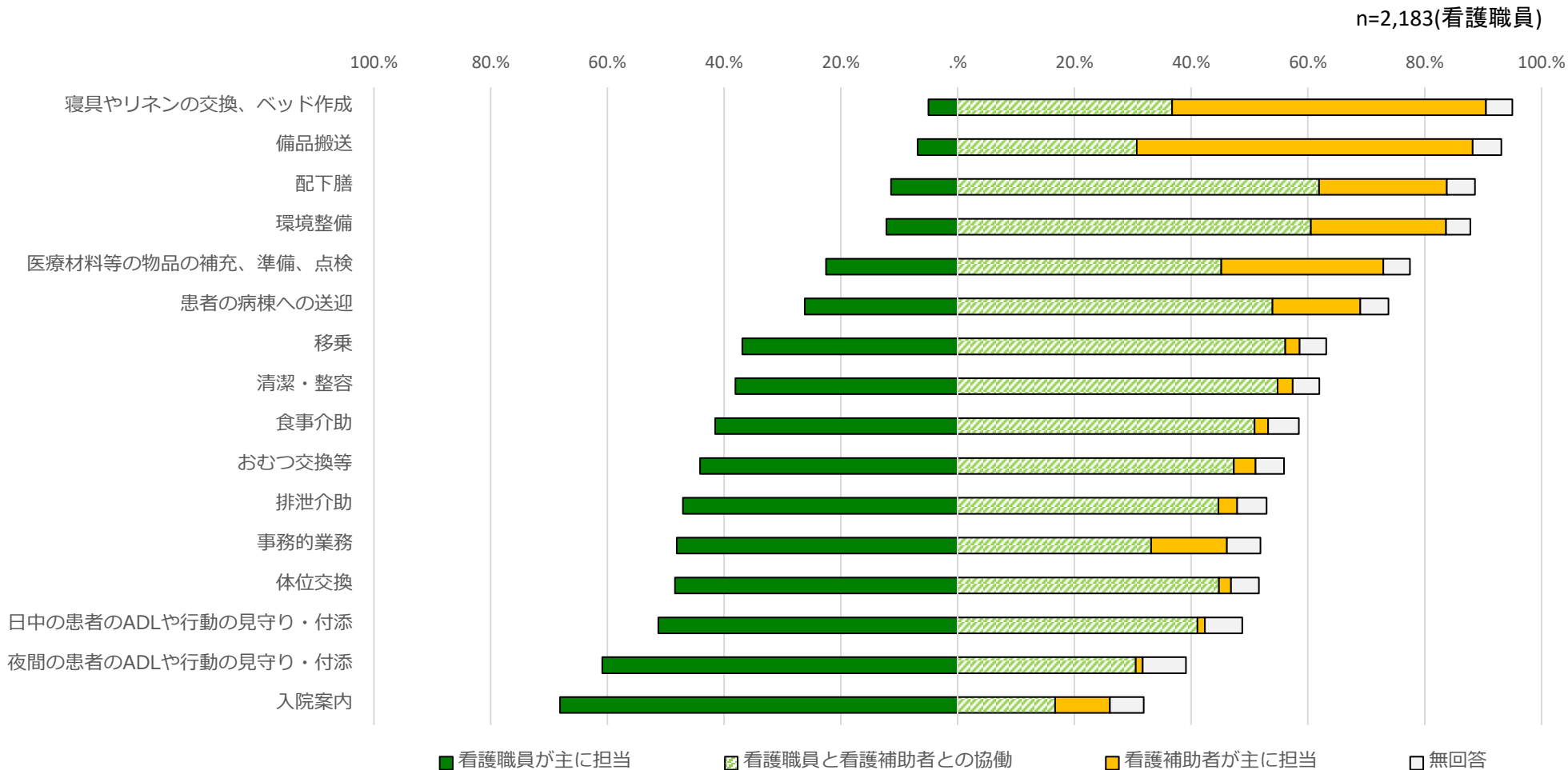
(※2)慢性期:看護補助加算の夜間看護体制加算届出施設

(※3)その他:障害者施設等入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の夜間看護体制加算届出施設

看護職員と看護補助者の業務分担状況

○ 看護職員と看護補助者の業務分担状況として、備品搬送等の直接患者に係わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高い。

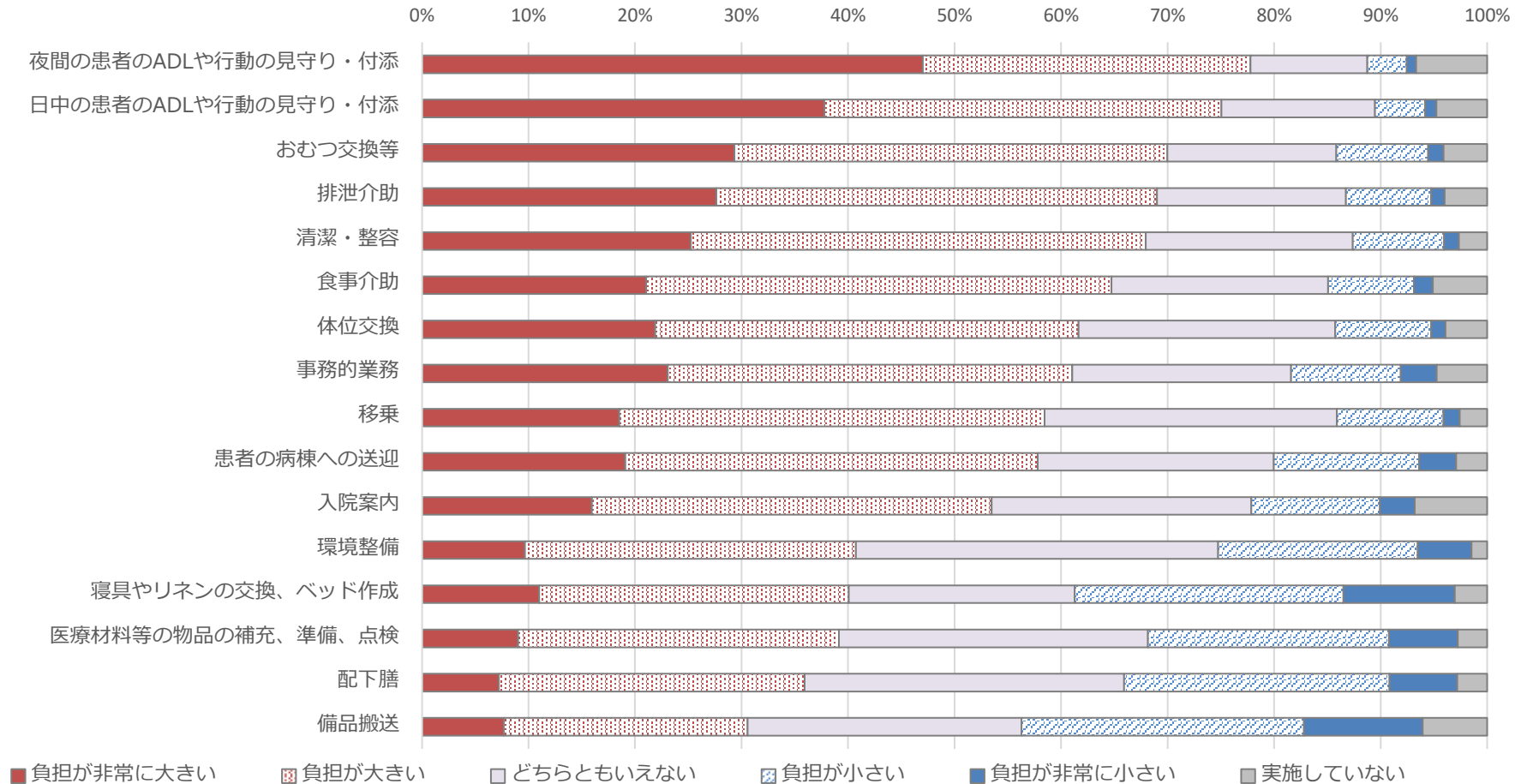
■ 看護職員と看護補助者の業務分担状況



○ 看護職員が「負担が非常に大きい」と感じる業務としては、日中/夜間の患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助が挙げられた。

■ 看護職員の業務負担感

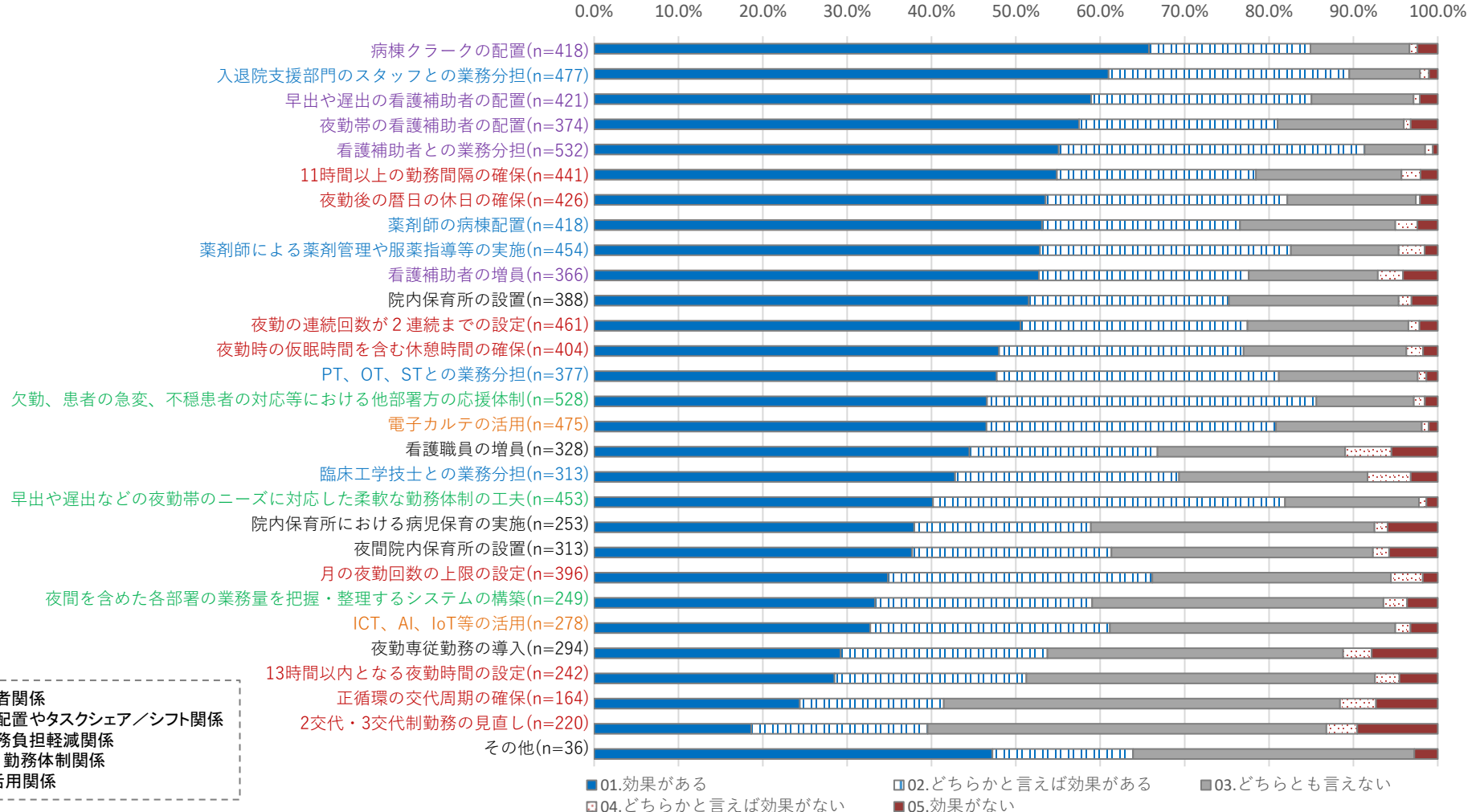
(n=2,183人)



看護職員の業務負担軽減策に対しての効果

○ 看護職員の業務負担軽減策について、他職種の配置やタスクシェア/シフトに関するものとしては「病棟クラークの配置」、「入退院支援部門のスタッフとの業務分担」、「看護補助者の配置」、「薬剤師の病棟配置」等、夜間の勤務負担軽減に関するものとしては「11時間以上の勤務間隔の確保」等が、効果があるものとして挙げられた。

■ 看護補助者を配置している病棟における、看護職員の業務負担軽減策に対しての効果（無回答を除く）

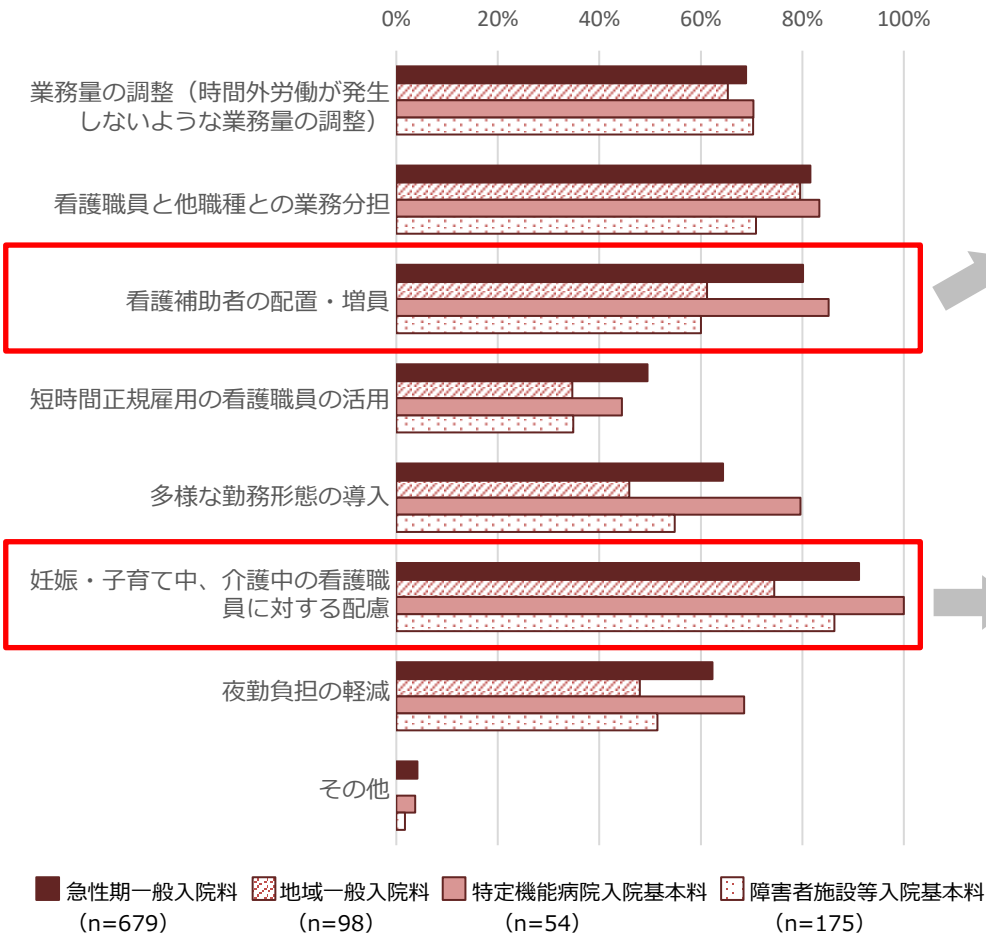


紫: 看護補助者関係
青: 他職種の配置やタスクシェア/シフト関係
赤: 夜間の勤務負担軽減関係
緑: 応援体制・勤務体制関係
橙: ICT等の活用関係

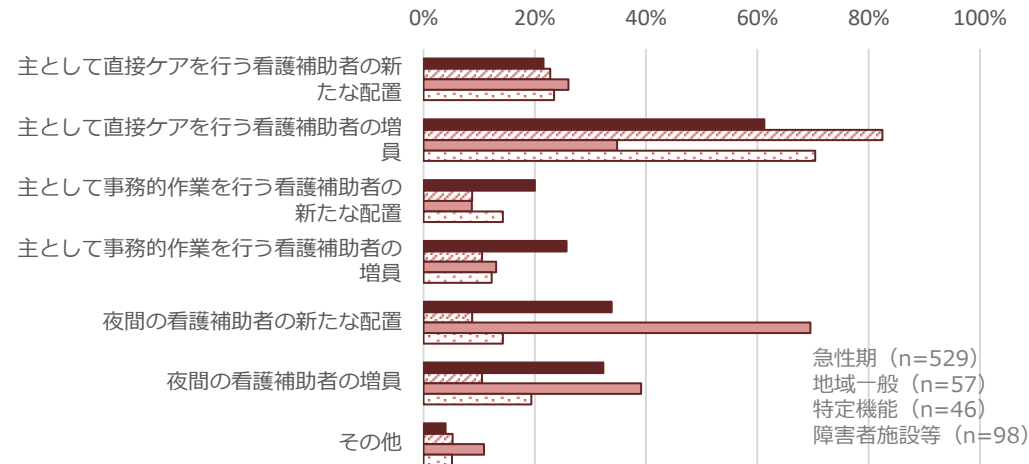
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟看護管理者票)

○ 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る具体的な取組状況としては、約8割の病院で「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」、「看護職員と他職種との業務分担」、「看護補助者の配置・増員」を実施していた。

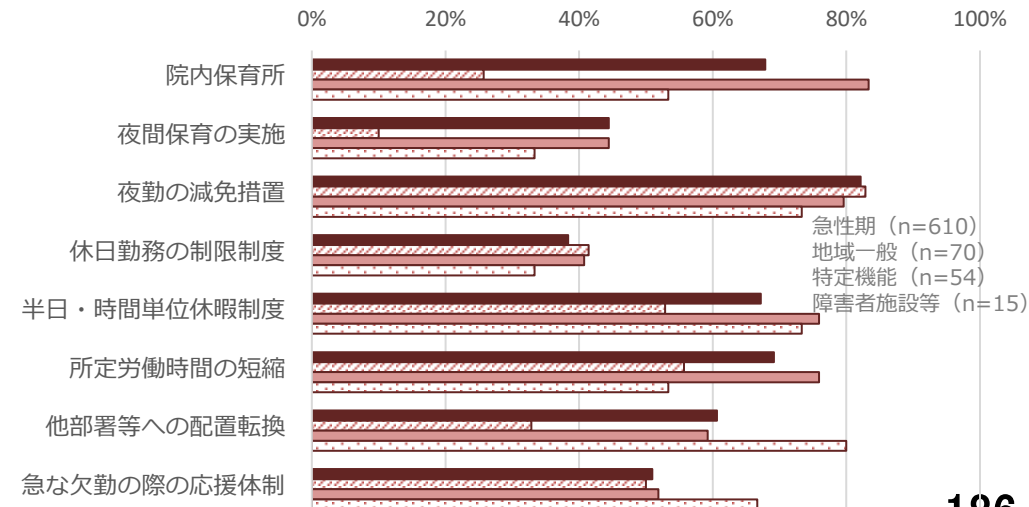
■ 看護職員の負担軽減・処遇改善に関する具体的な取組状況（複数回答）



■ 看護補助者の配置・増員の状況（複数回答）



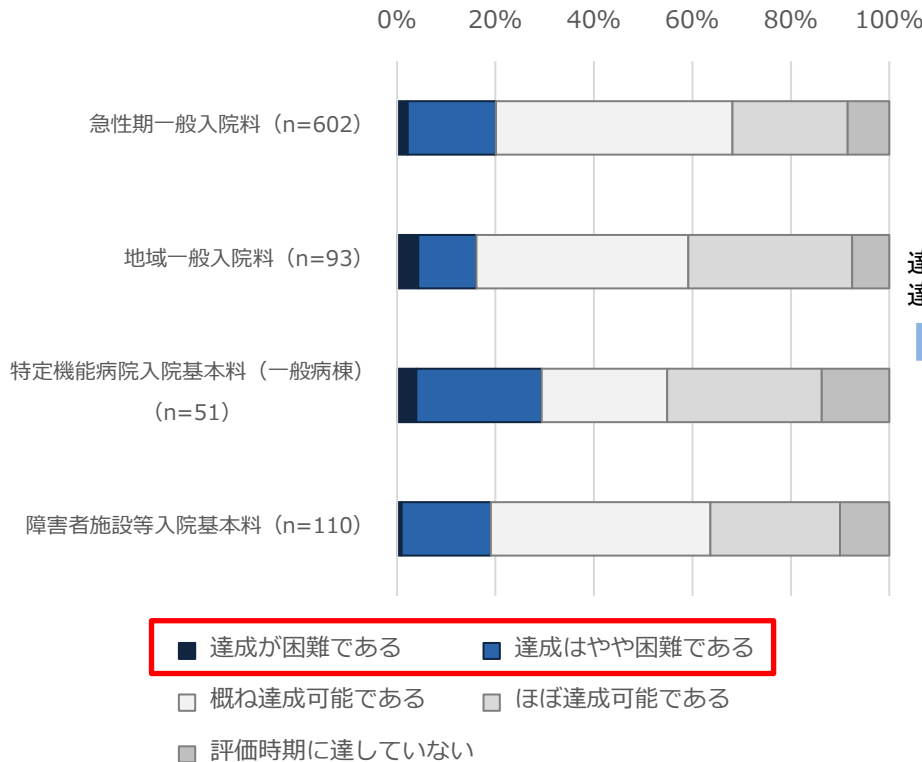
■ 妊娠・子育て中、介護中の者に対する具体的な配慮（複数回答）



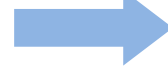
看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

- 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の状況としては、約2割の病院が「達成困難」、「達成はやや困難」としていた。
- 達成が困難な項目としては、「看護補助者の配置・増員」、「業務量の調整」の割合が高かった。

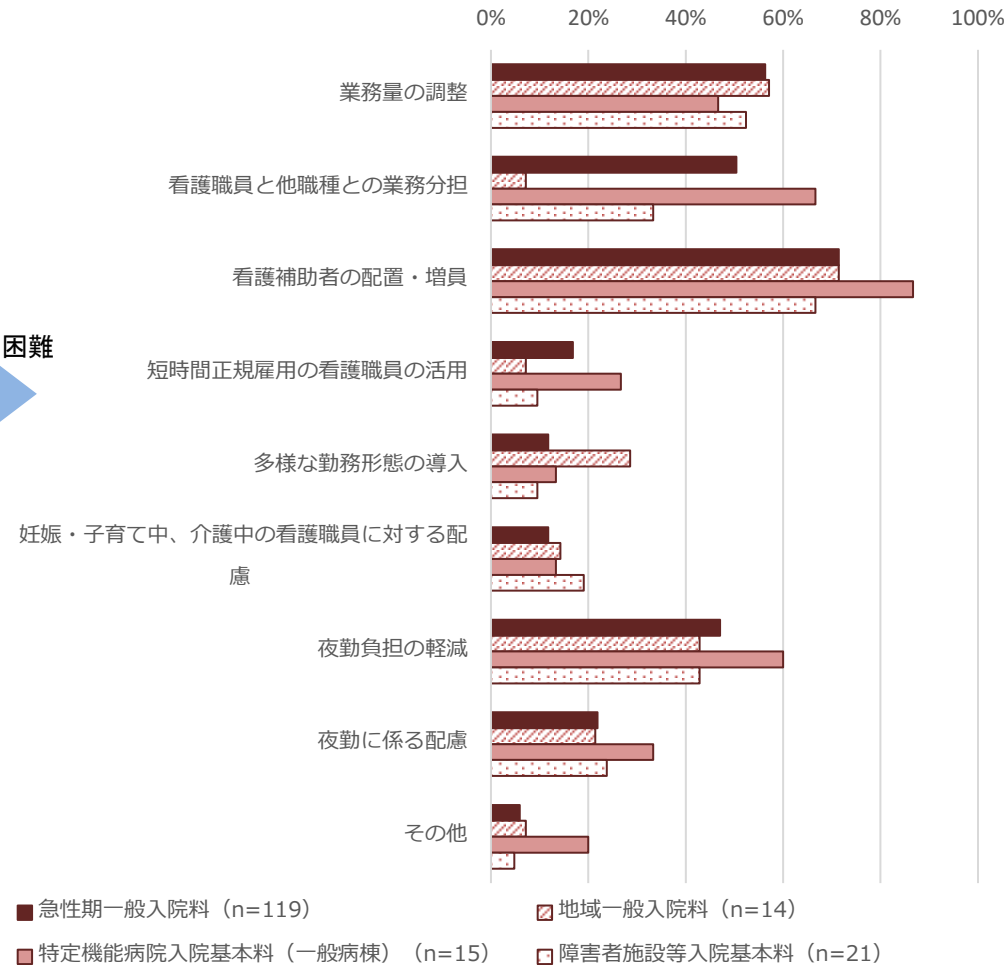
■ 加算※算定病院における看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況



達成が困難
達成はやや困難



■ 達成が困難である項目



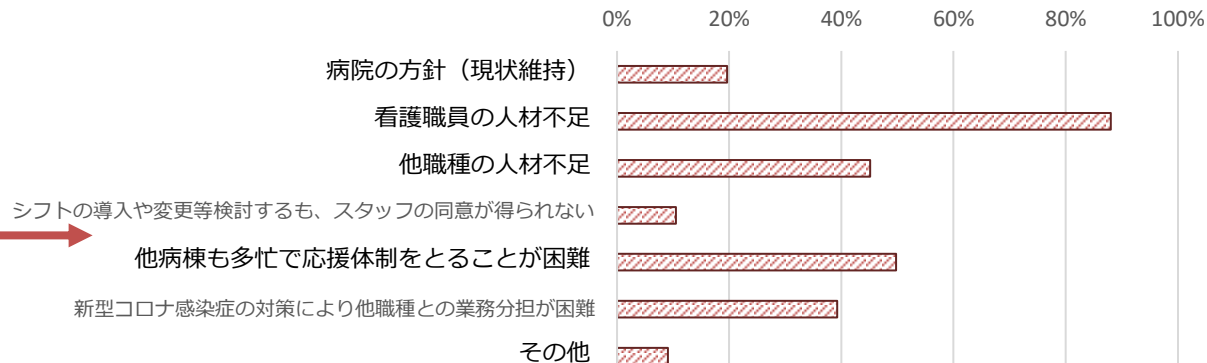
(※)以下の「看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画策定を求めている加算を算定している施設」
 ・夜間看護加算／看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料の注12)
 ・看護補助加算／看護補助体制充実加算(障害者施設等入院基本料の注9)
 ・急性期看護補助体制加算・看護職員夜間配置加算・看護補助加算
 ・看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注3)
 ・看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算(地域包括ケア病棟入院料の注4)
 ・看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注7)
 ・看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5)
 ・看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料の注5)

- 病棟看護管理者において、病棟の業務負担軽減を「取り組みたいが困難」な理由としては、「看護職員の人材不足」が最も多かった。
- 病棟の看護職員の勤務状況は、約4割の病棟で悪化傾向であった。

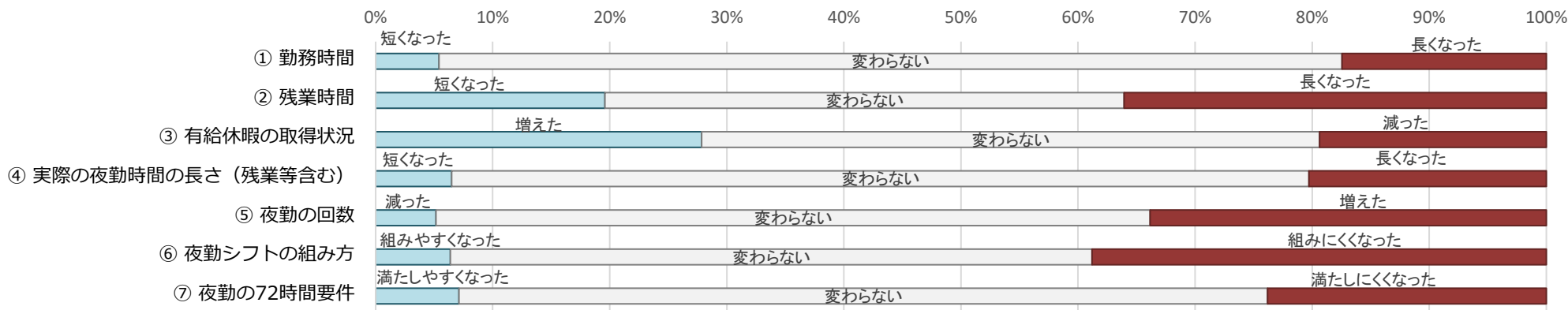
■ 病棟の業務負担軽減の取組

	病棟数	(割合)
取り組みを行っている	1,658	73%
現状で問題がないため新たな取り組みは行っていない	113	5%
取り組みたいが困難	495	22%

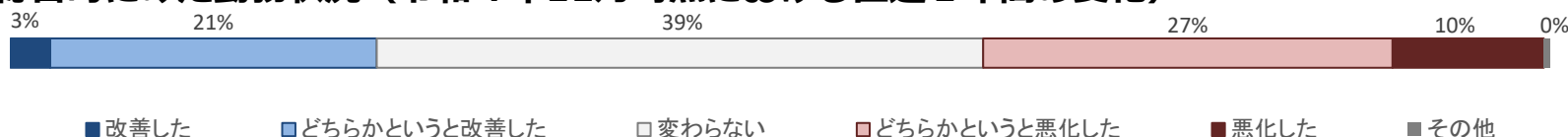
■ 「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）



■ 病棟の看護職員の勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



■ 病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和4年11月時点における直近1年間の変化）



看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

現行	改定後
<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) 240点</p> <p>25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) 220点</p> <p>50対1 急性期看護補助体制加算 200点</p> <p>75対1 急性期看護補助体制加算 160点</p> <p>(新設)</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) 240点</p> <p>25対1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) 220点</p> <p>50対1 急性期看護補助体制加算 200点</p> <p>75対1 急性期看護補助体制加算 160点</p> <p><u>(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u></p>
<p>【看護補助加算】</p> <p>看護補助加算1 141点</p> <p>看護補助加算2 116点</p> <p>看護補助加算3 88点</p> <p>(新設)</p>	<p>【看護補助加算】</p> <p>看護補助加算1 141点</p> <p>看護補助加算2 116点</p> <p>看護補助加算3 88点</p> <p><u>(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u></p>
<p>夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 45点</p> <p>看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)</p> <p>(1) 14日以内の期間 141点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 116点</p> <p>看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点</p>	<p>イ 夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) <u>50点</u></p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算 55点</u></p> <p>イ 看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)</p> <p>(1) 14日以内の期間 <u>146点</u></p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 <u>121点</u></p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u></p> <p><u>(1) 14日以内の期間 151点</u></p> <p><u>(2) 15日以上30日以内の期間 126点</u></p> <p>イ 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点</p> <p><u>(新) □ 看護補助体制充実加算 165点</u></p>

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※1を修了していること。
看護職員	<p><u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> <u>研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。</u></p> <p>イ(イ)看護補助者との協働の必要性 (ロ)看護補助者の制度的な位置づけ (ハ)看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 (ニ)看護補助者との協働のためのコミュニケーション (ホ)自施設における看護補助者に係る規定及び運用</p>
看護補助者	<p>現行の研修内容※2のうち、エ(日常生活にかかわる業務)について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それをを用いて研修を実施すること。</p>

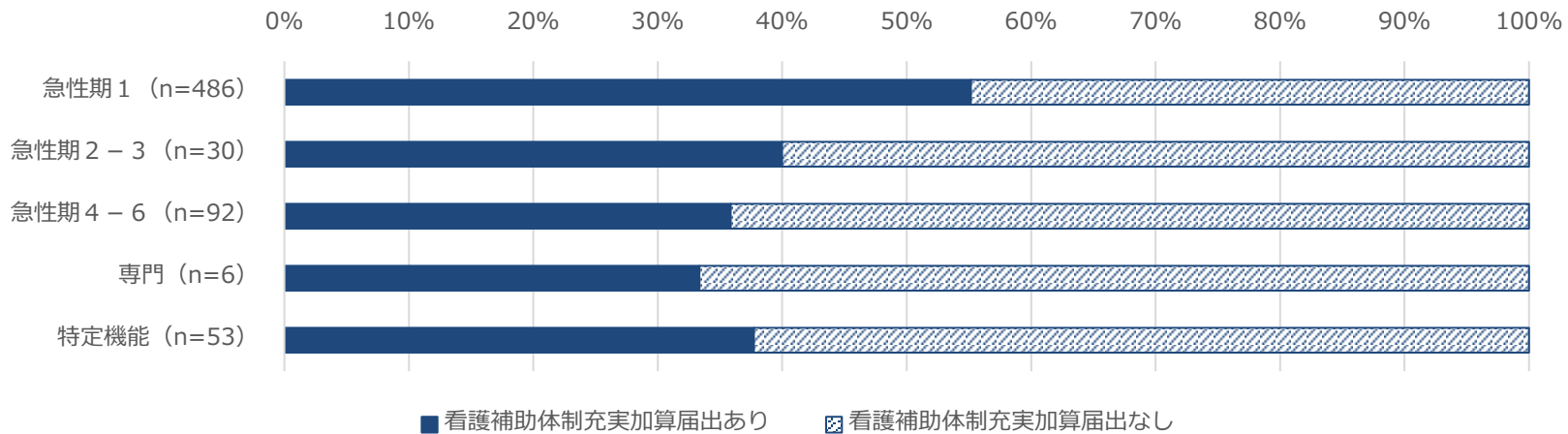
- ※1 (イ) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)
 (ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
 - ② 看護職員との連携と業務整理
 - ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
 - ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2 ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
 イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
 ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
 エ 日常生活にかかわる業務
 オ 守秘義務、個人情報保護
 カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

看護補助体制充実加算の届出状況

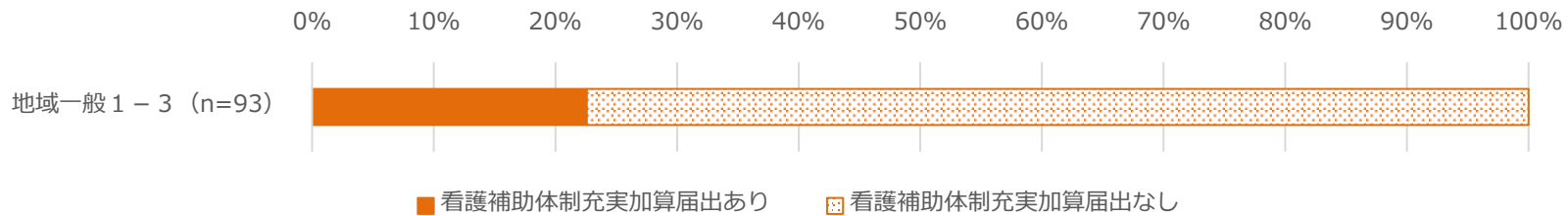
診調組 入-1
5. 9. 29

○ 看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合の評価である看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ている。

■急性期看護補助体制加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）



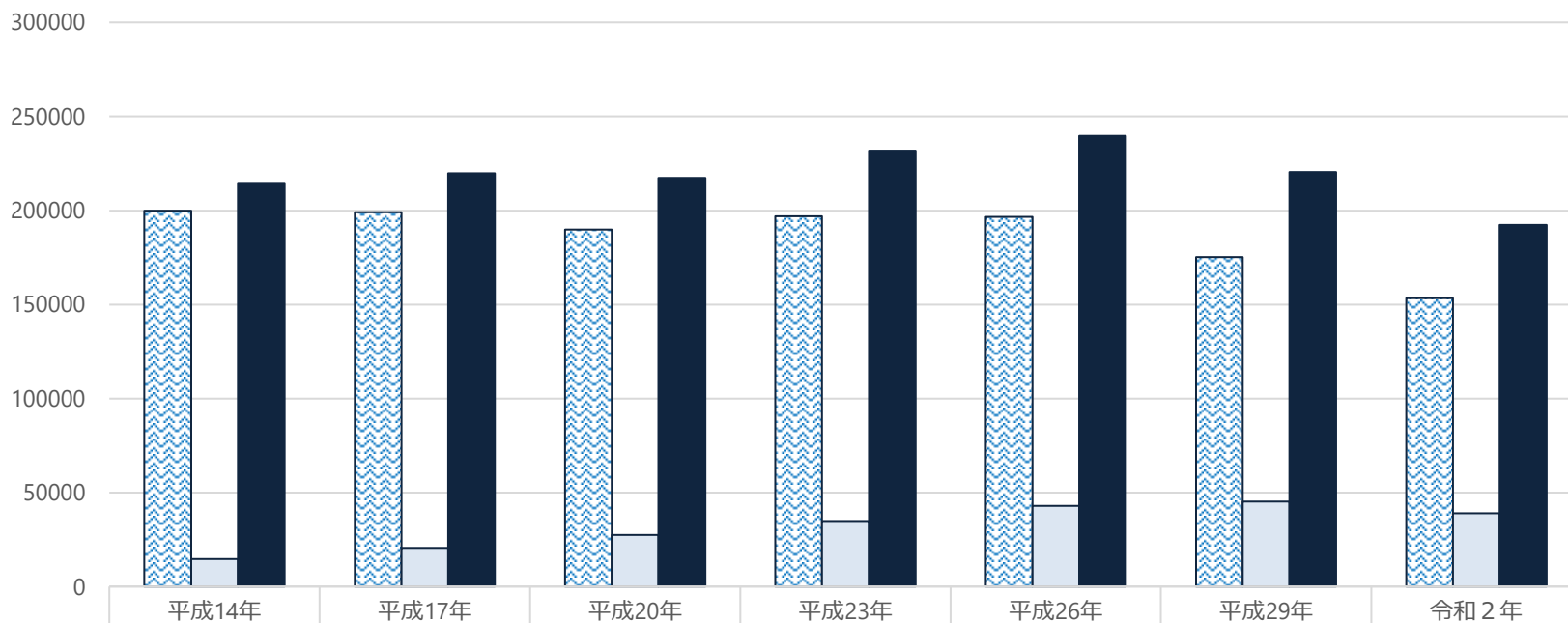
■看護補助加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）



看護業務補助者等の従事者数

○ 医療機関に勤務する看護業務補助者の従事者数は、平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様の傾向である。

看護業務補助者等の常勤換算従事者数の推移



■ 看護業務補助者	199977.6	199141.8	189838.3	196894.2	196696	175234.8	153382.3
□ 介護福祉士	14690.7	20600.5	27481	34942.4	42987.9	45197.1	38965.7
■ 看護業務補助者+介護福祉士	214668.3	219742.3	217319.3	231836.6	239683.9	220431.9	192348

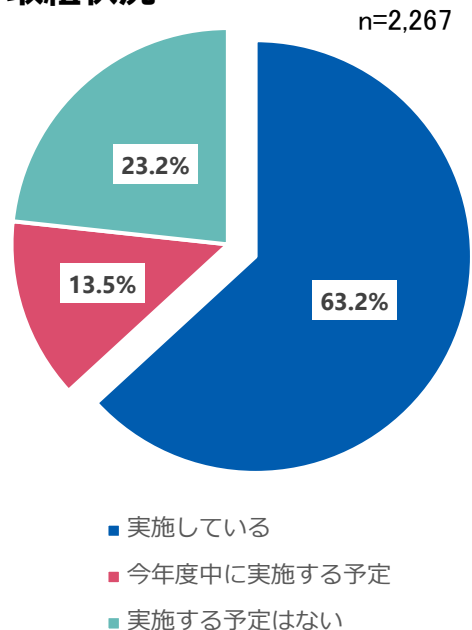
○ 看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：令和2年 医療施設調査 全国編 第46表（報告書第9表） 病院の従事者数

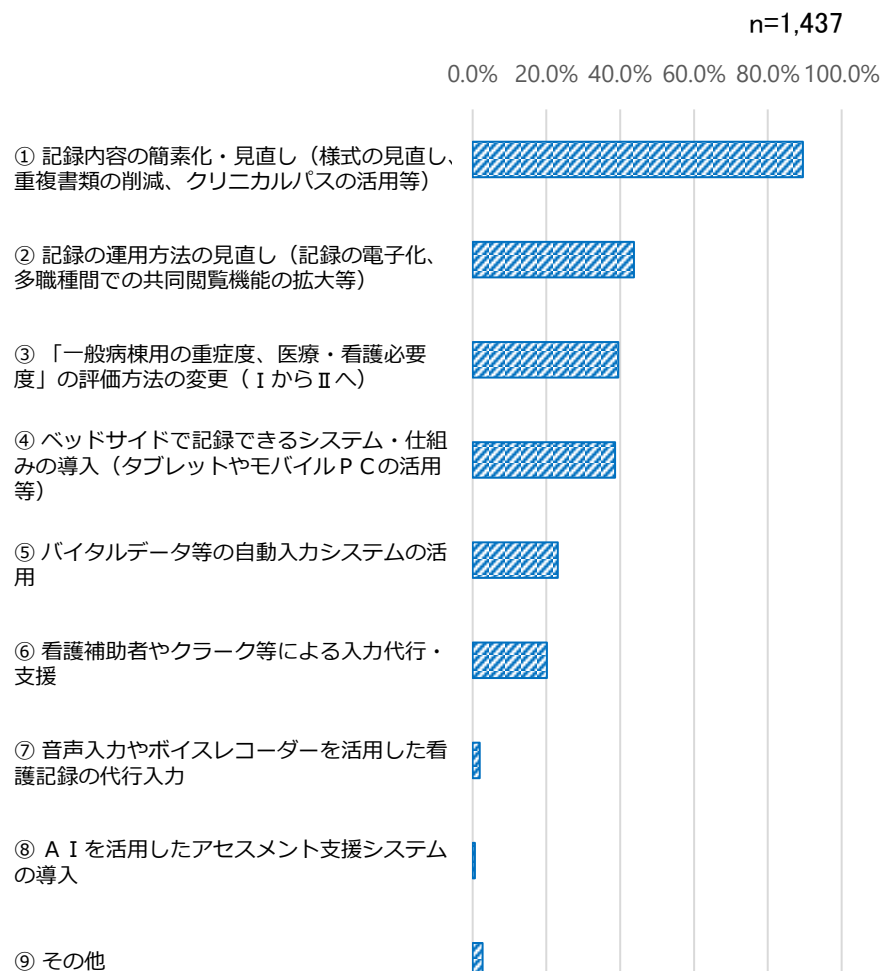
注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

○ 看護記録に係る負担軽減のため実施している取組は「記録内容の簡素化・見直し」が最も多く、最も負担軽減に寄与している取組も同様に「記録内容の簡素化・見直し」が最も多かった。

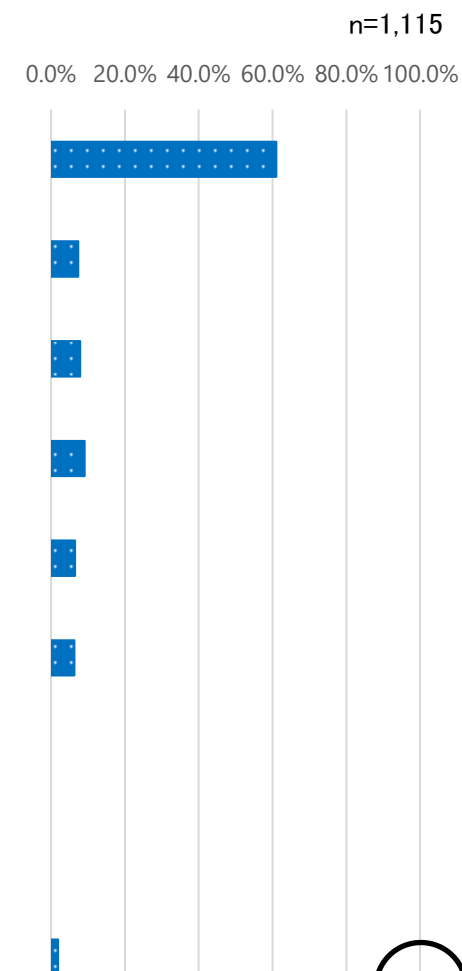
① 看護記録に係る負担軽減の取組状況



② 看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容 (複数回答)



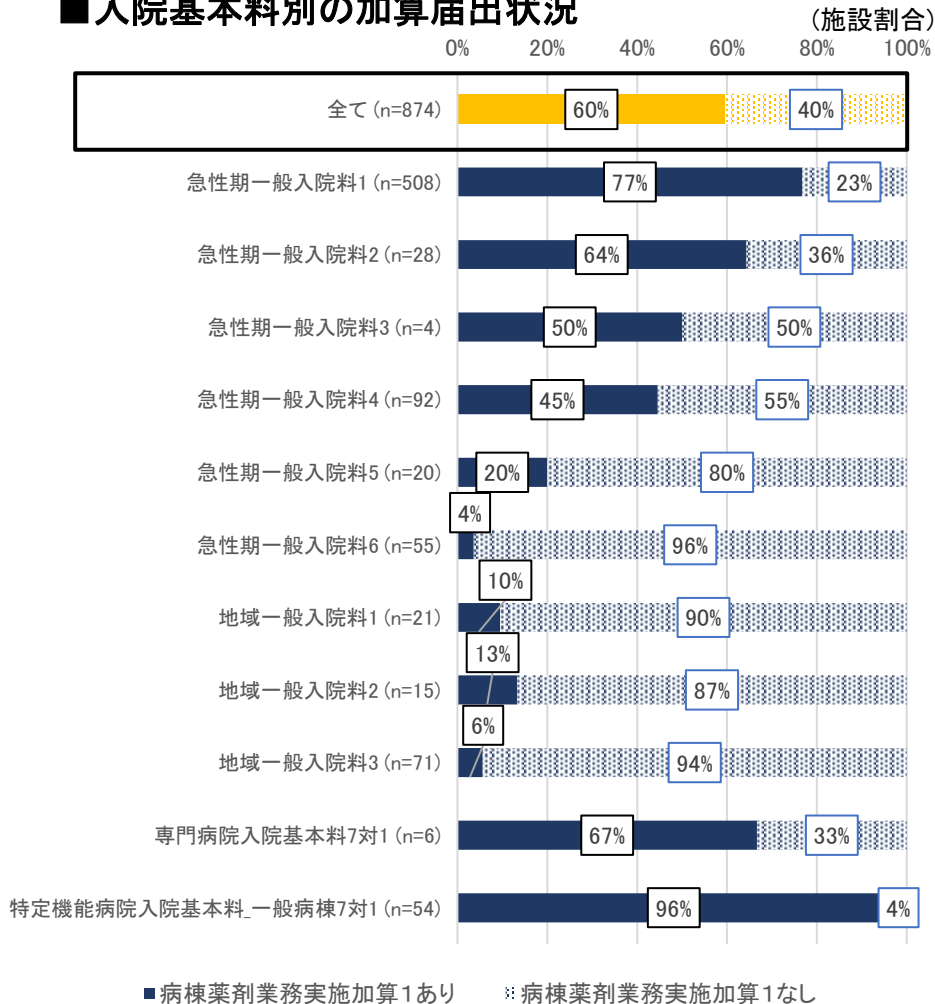
③ ②のうち最も負担軽減に寄与している取組



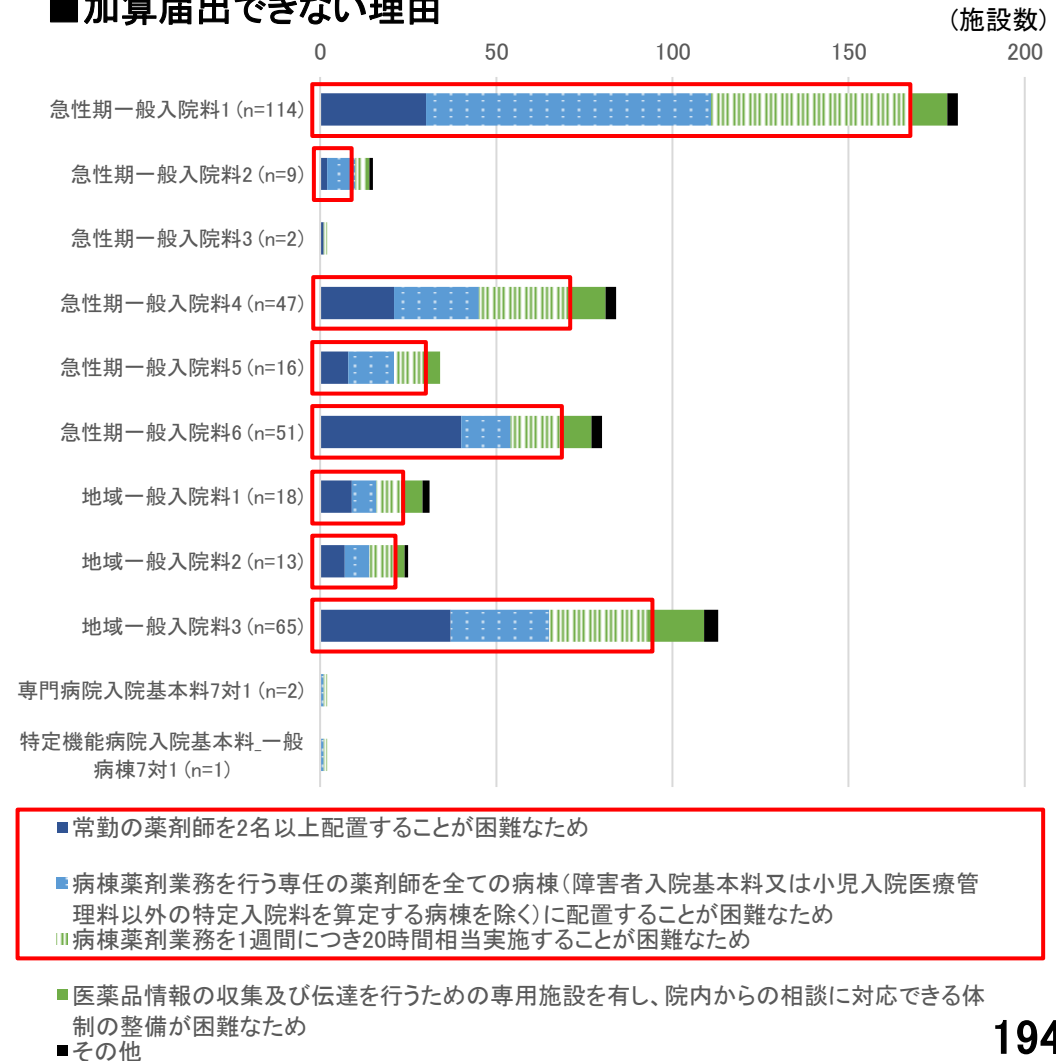
病棟薬剤業務実施加算 1 の届出状況等

- 病棟業務実施加算1が届出されているのは、全体の約6割であった(874施設中、521施設)。
- 急性期一般入院料の届出施設では、当該入院料が6から1となるにつれて、病棟薬剤業務実施加算の届出割合が増加する傾向が見られた。
- 届出できない理由としては、薬剤師の配置が困難であることの回答が多かった。

■入院基本料別の加算届出状況



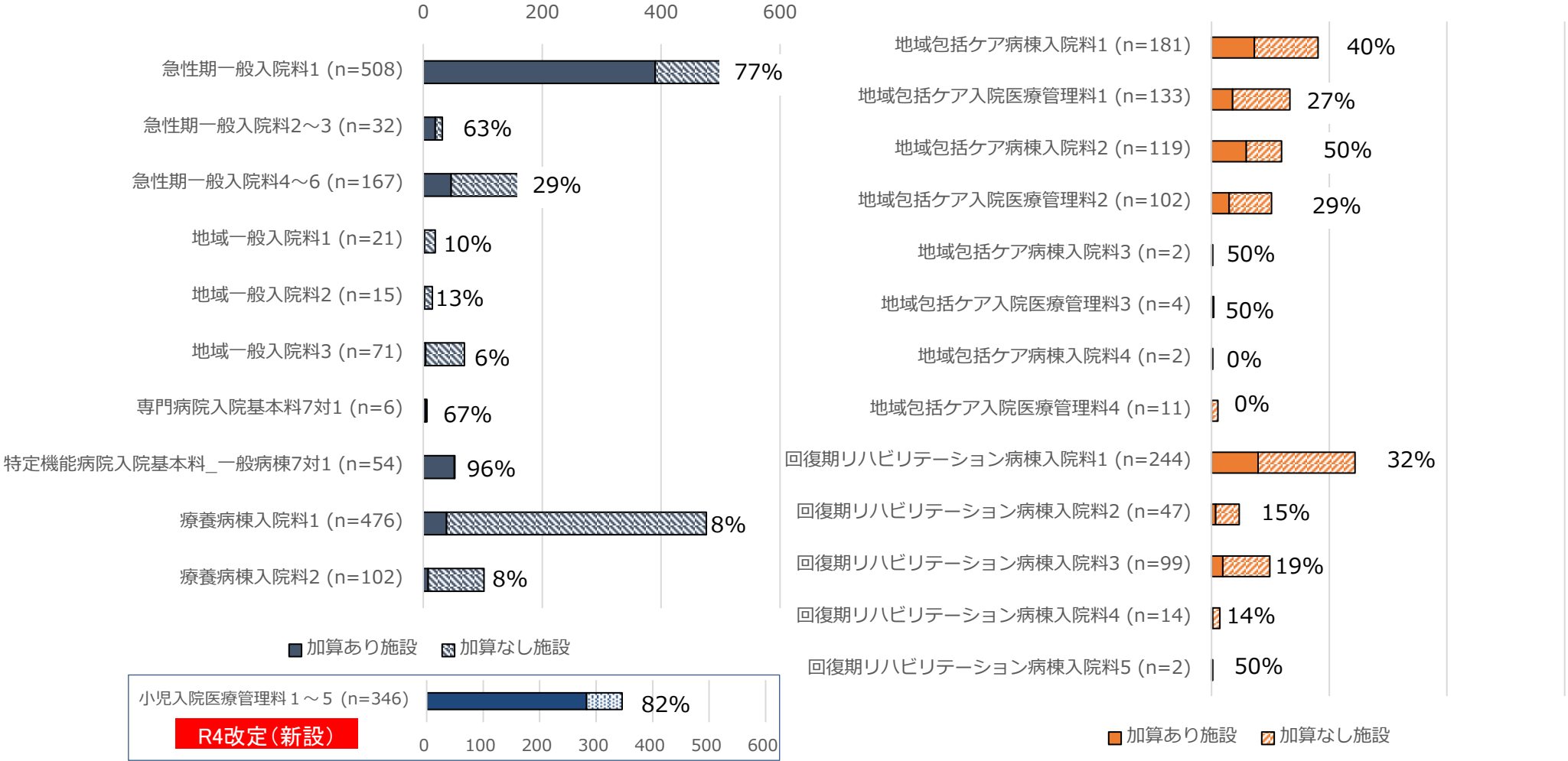
■加算届出できない理由



施設調査における病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について

- 急性期一般入院料1~3や特定機能病院入院基本料を算定する医療機関以外では、全般的に病棟薬剤業務実施加算1の届出割合が低い。
- 小児入院医療管理料を算定する医療機関における同加算1の届出割合は高い。

■入院基本料別の加算1の届出状況 ※各要素のグラフ直上には「加算あり施設割合(%)」を示す



R4改定(新設)

病棟に勤務する薬剤師数について

診調組 入-1
5. 9. 29

○ 40床あたりの病棟に勤務する平均薬剤師数は急性期病棟で1.05人、回復期病棟で0.67人。

急性期病棟

入院料	病棟数	平均病床数	40床あたり 平均薬剤師数
急性期一般入院料 1	1804	43.7	1.15
急性期一般入院料 2～3	72	46.7	0.63
急性期一般入院料 4～6	150	46.0	0.52
地域一般入院料 1～2	39	43.2	0.56
地域一般入院料 3	45	44.8	0.71
専門病院入院基本料（7対1）	25	44.9	0.60
特定機能病院入院基本料（一般 7対1）	453	43.3	0.92
小児入院医療管理料	86	32.6	1.06
（小計）急性期病棟	2742	42.5	1.05

回復期病棟

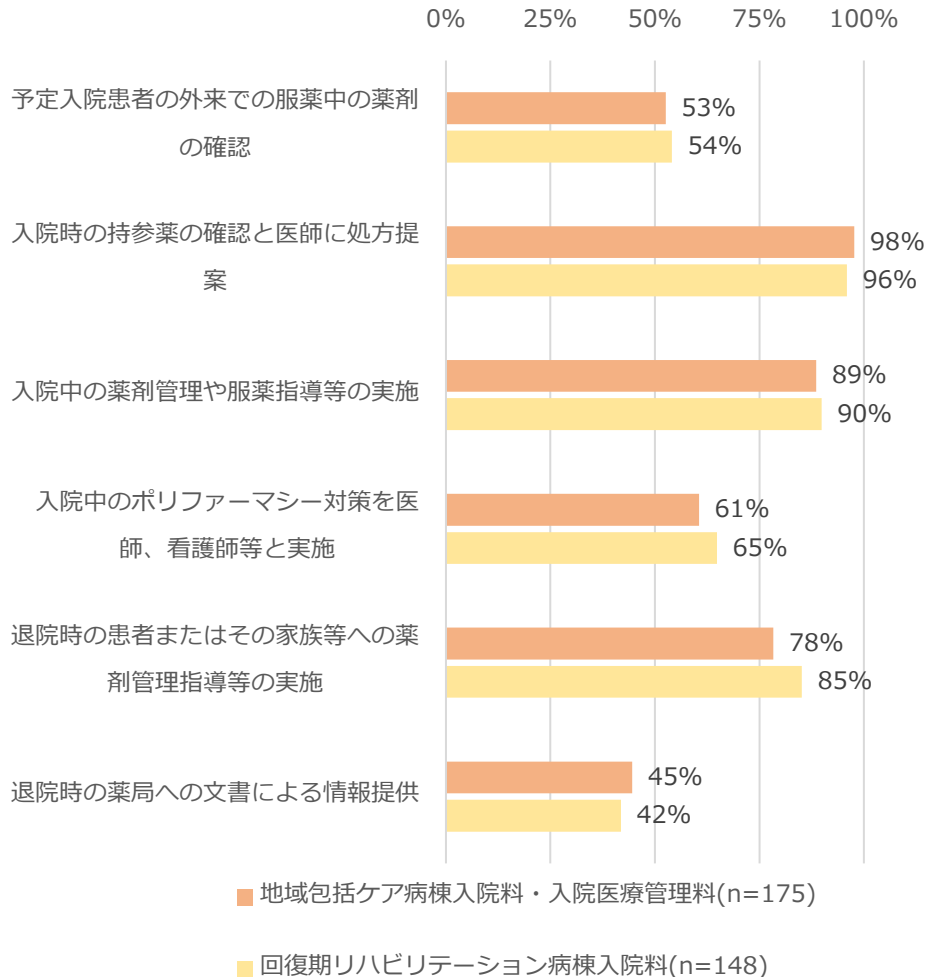
入院料	病棟数	平均病床数	40床あたり 平均薬剤師数
地域包括ケア病棟入院料・ 管理料 1	139	39.2	0.84
地域包括ケア病棟入院料・ 管理料 2	148	38.2	0.83
地域包括ケア病棟入院料・ 管理料 3	4	37.5	0.68
回復期リハビリテーション 病棟 1	238	48.3	0.51
回復期リハビリテーション 病棟 2	34	44.8	0.28
回復期リハビリテーション 病棟 3	71	38.3	0.58
回復期リハビリテーション 病棟 4	8	45.3	0.72
（小計）回復期病棟	717	42.1	0.67

※薬剤師数について回答のあった施設のみを集計
地域一般入院料はA票およびB票からの回答を集計

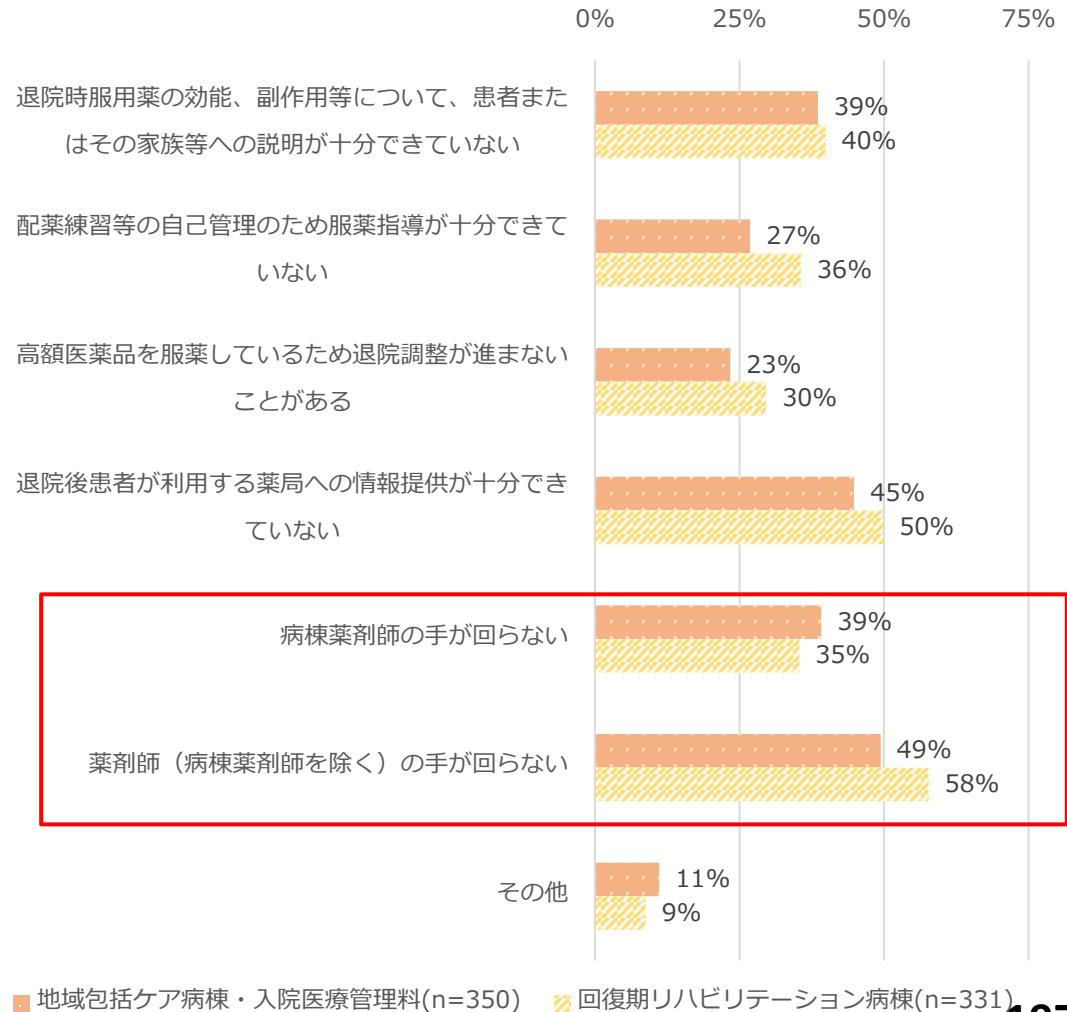
回復期病棟における薬剤師の業務の状況等

- 回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟・入院医療管理料の病棟では、全般的に薬学的管理が行われているが、項目によって差がある。
- これらの病棟において困っていることの回答が多かったのは、薬剤師の手がまわらないことであり、具体的業務としては、退院時の服用薬の説明や退院後の薬局への情報提供が十分できていないことであった。

■病棟において実施している薬学的管理の状況



■病棟において薬剤管理や服薬指導で困っていること

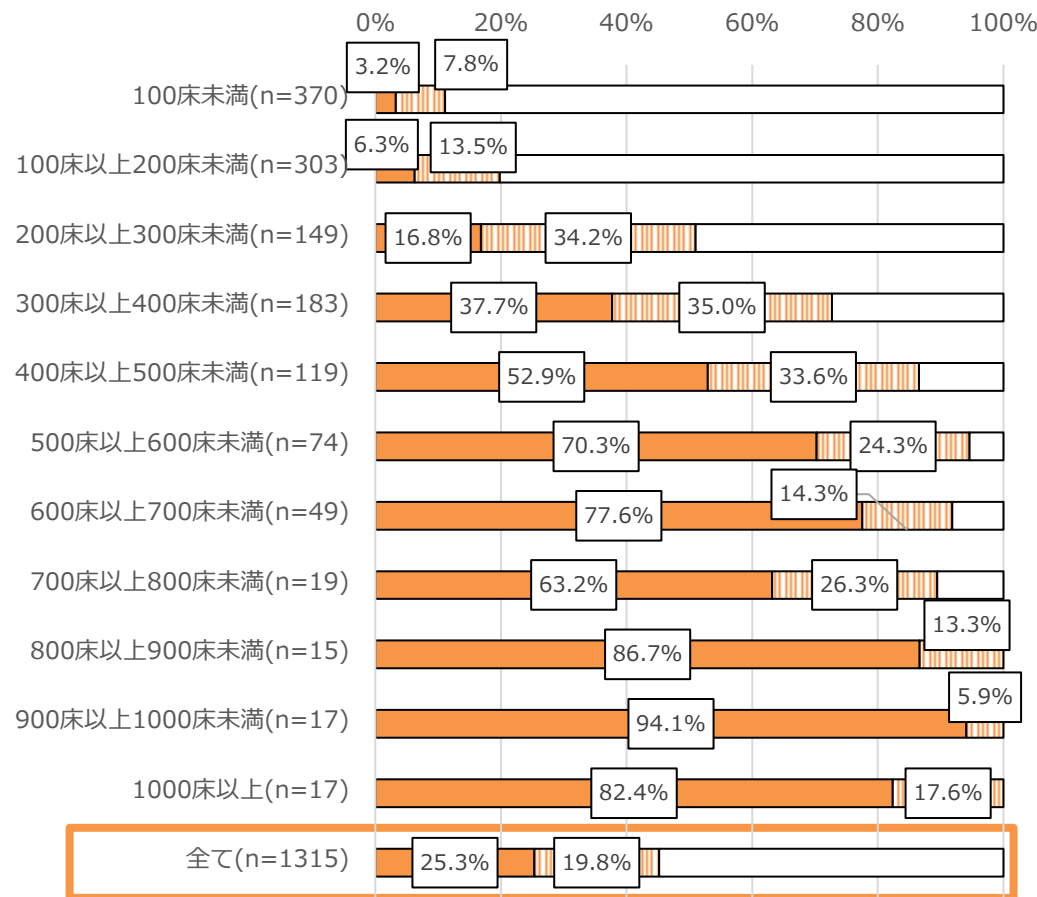
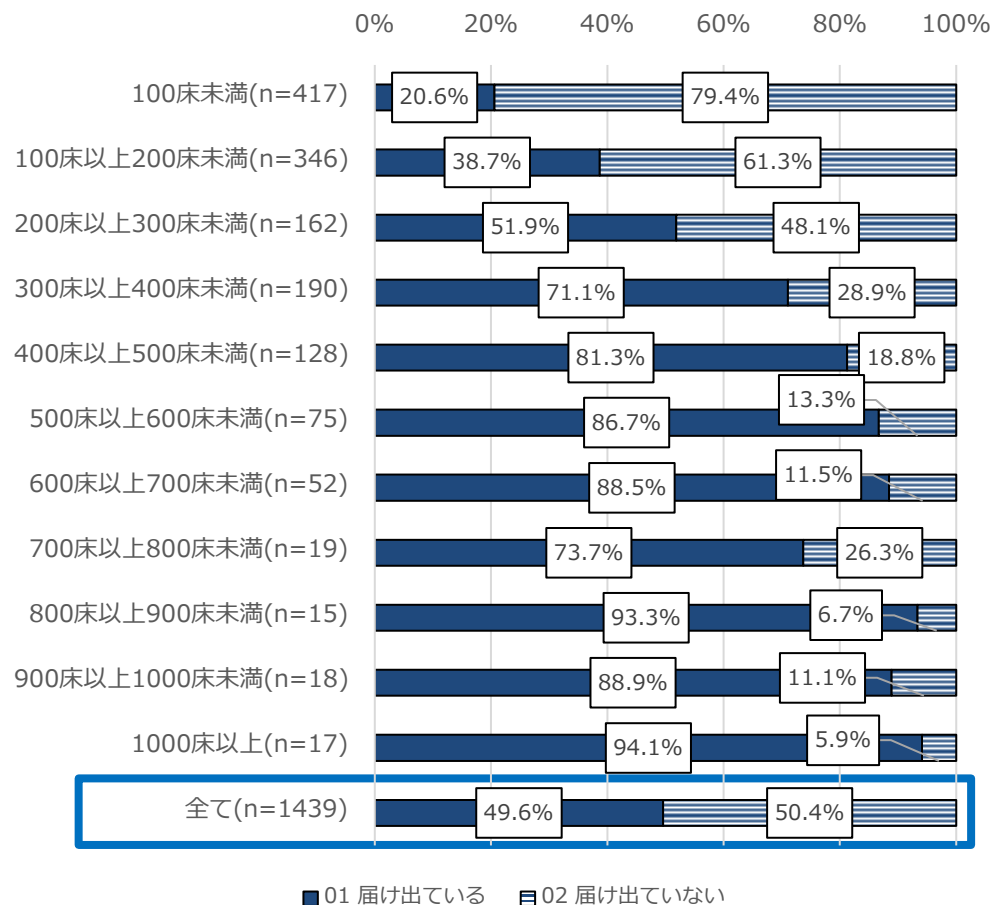


病棟薬剤業務実施加算の届出状況

- 病棟薬剤業務実施加算1を届出している施設は49.6%、加算2は25.3%の施設であった。
- 病床規模が大きくなるにつれて、届出率が高い。
- 加算2について200床から500床の施設では「治療室があるが届け出ていない」の割合が多かった。

■ 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況 (n=1439)

■ 病棟薬剤業務実施加算2の届出状況 (n=1315)



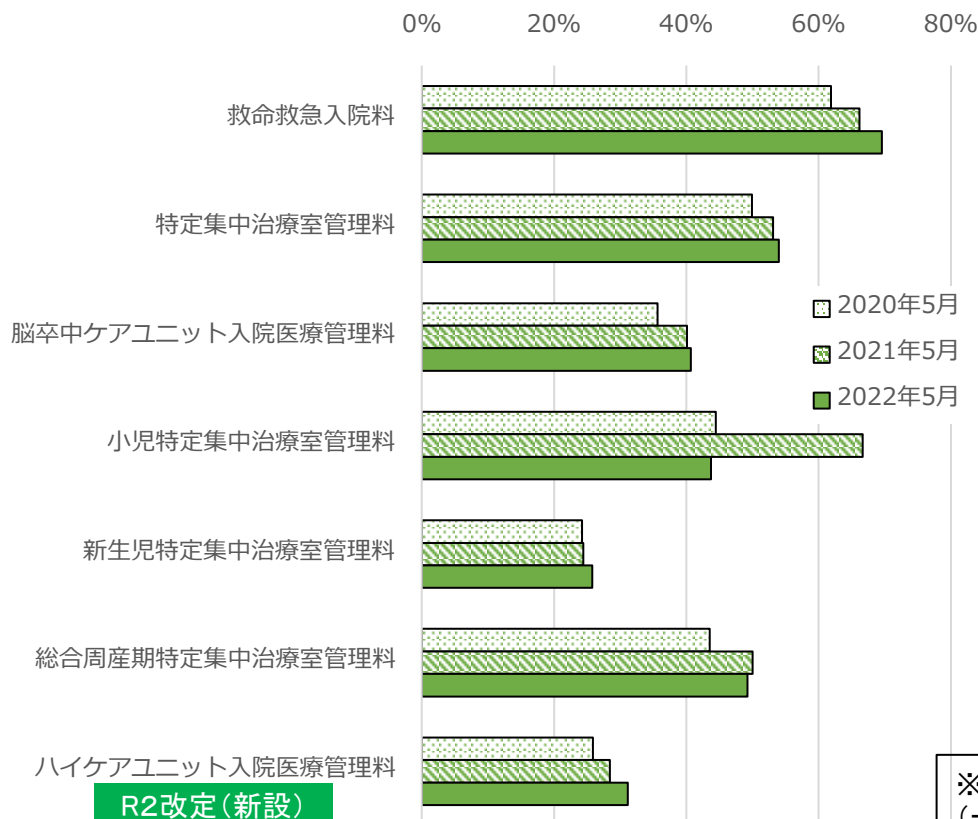
※病棟薬剤業務実施加算2(治療室等における薬剤師業務の評価)は同加算1(一般病棟等における薬剤師業務の評価)を算定していることが算定要件となっている。

■ 01 届け出ている
■ 02 治療室があるが届け出ていない
□ 03 治療室がないため届け出ていない

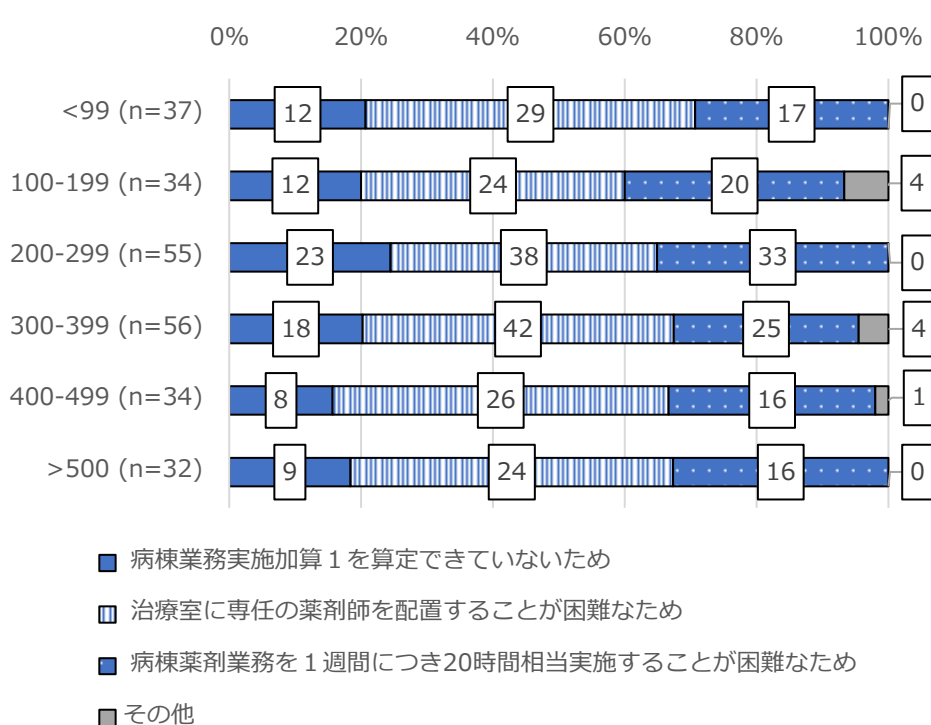
集中治療室等における病棟薬剤業務の実施状況等

- 病棟薬剤業務実施加算2を算定している治療室は増加傾向にあり、救命救急入院料を算定する治療室のうち約7割が算定している。
- R2改定において、同加算2が算定可能となったハイ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算定は、増加傾向にある。
- 同加算2が届出できない理由としては、治療室へ配置する薬剤師が不足しているほか、同加算1を算定できていないため(全対象病棟に薬剤師を配置する必要がある)が、いずれの病床規模においても約2割を占めていた。

■ 治療室別の病棟薬剤業務実施加算2の算定状況



■ 病棟薬剤業務実施加算2が届出できない理由



※病棟薬剤業務実施加算2(治療室等における薬剤師業務の評価)は同加算1(一般病棟等における薬剤師業務の評価)を算定していることが算定要件となっている。

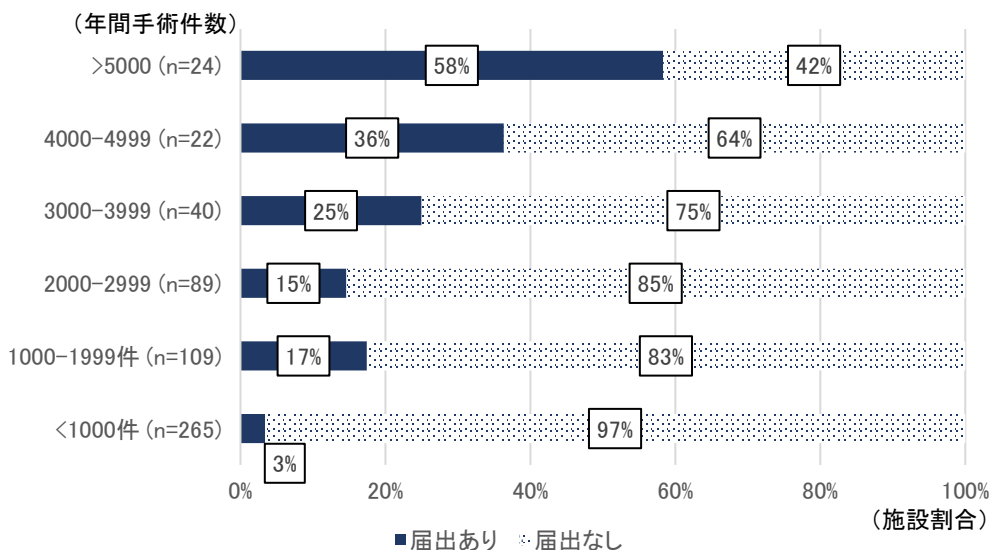
周術期薬剤管理加算の届出状況等

- 令和4年度改定で新設された周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約1割であり（729施設中、76施設）、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
- 加算を算定できない理由としては、「専任の薬剤師の配置」を満たせないとの回答が多かった。

■周術期薬剤管理加算の届出の有無 (令和4年11月1日時点) (n=729)

	治療室数	(割合)
届出:有	76	10.4%
届出:無	653	89.6%

■年間手術件数別の届出状況



■周術期薬剤管理加算を届け出していない理由 (n=653、複数回答)

