

(令和7年度第7回)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年7月17日(木)

1. 外来医療について（その2）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）
3. 入院から外来への移行（その1）
4. 総合病院精神科について
5. 薬剤業務について

1. 外来医療について（その2）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）
3. 入院から外来への移行（その1）
4. 総合病院精神科について
5. 薬剤業務について

1. 外来医療について（その2）

1－1. 外来機能分化にかかる現況

1－2. 大病院における初診料等の減算規定について

1－3. 診療情報提供料等について

外来医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

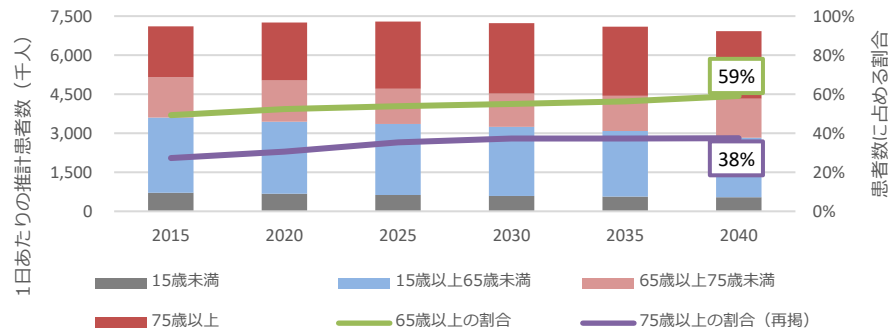
概要

- 外来医療計画の取組の実効性を確保し、地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める。
- 地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できる体制の構築を進める。
- 外来機能報告等のデータを活用し、地域の実情に応じた、外来医療提供体制について検討を行う。

外来医師偏在指標を活用した取組

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、外来医療計画について、金融機関等への情報提供を行う。

外来患者数推計



- 地域で不足する医療機能について具体的な目標を定める。
- 少なくとも外来医師多数区域において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能を担うことを求めることとする。
- 地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた場合、地域の医師会、市町村へ情報共有を行う等、フォローアップを行う。

医療機器の効率的な活用への取組

都道府県における医療機器の可視化(例示)



- 地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、
 - ・ 医療機器の配置・稼働状況に加え、
 - ・ 共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても、可視化を進める。

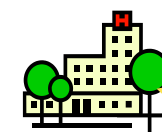
地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

- 外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について検討。

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



協議の場において、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)**の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所(以下この条において「**無床診療所**」という。)**の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

目的

- 「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

(1) **医療資源を重点的に活用する外来の実施状況**

(2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

(3) **地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項**

紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等

「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10～11月に報告を実施)

医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
例) 悪性腫瘍手術の前後の外来
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
例) 外来化学療法、外来放射線治療
- 特定の領域に特化した機能を有する外来
例) 紹介患者に対する外来

紹介受診重点医療機関の基準

意向はあるが基準を満たさない場合

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

上記の外来の件数の占める割合が

- ・ 初診の外来件数の40%以上かつ
- ・ 再診の外来件数の25%以上

- ・ 紹介率50%以上かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化する。

① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、

② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

※ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上の病院に限る。）は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

○ 「医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）」等の実施状況

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来

○ 紹介・逆紹介の状況

○ 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

○ その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。

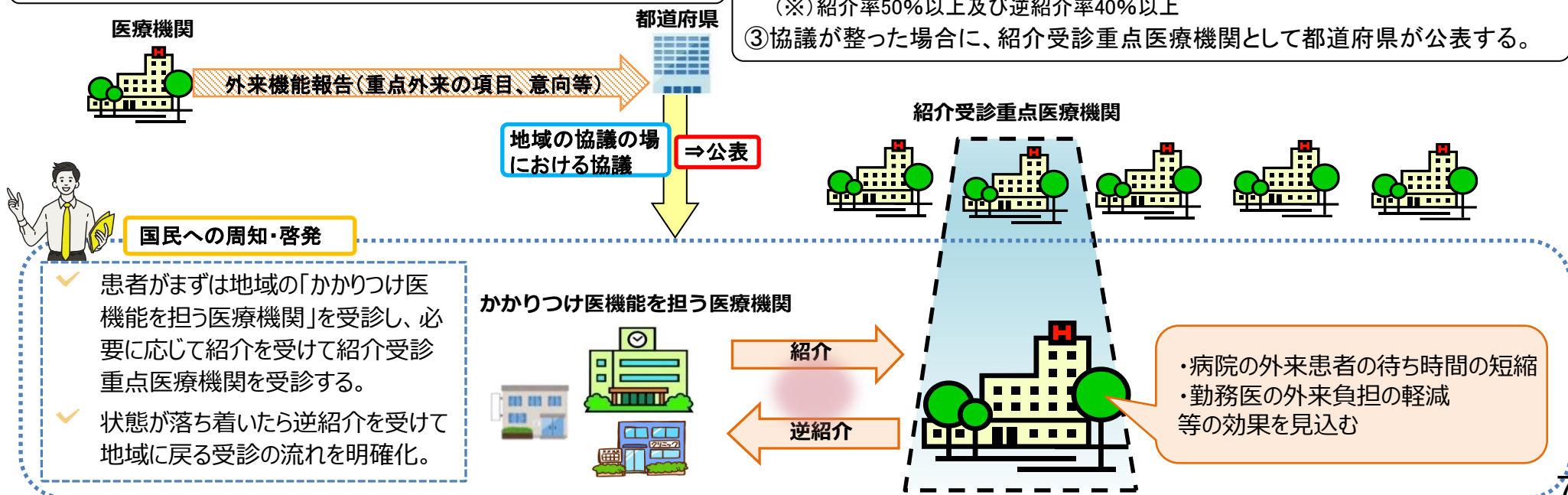
（※）初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ

再診に占める重点外来の割合25%以上

② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等（※）を活用して協議を行う。

（※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上

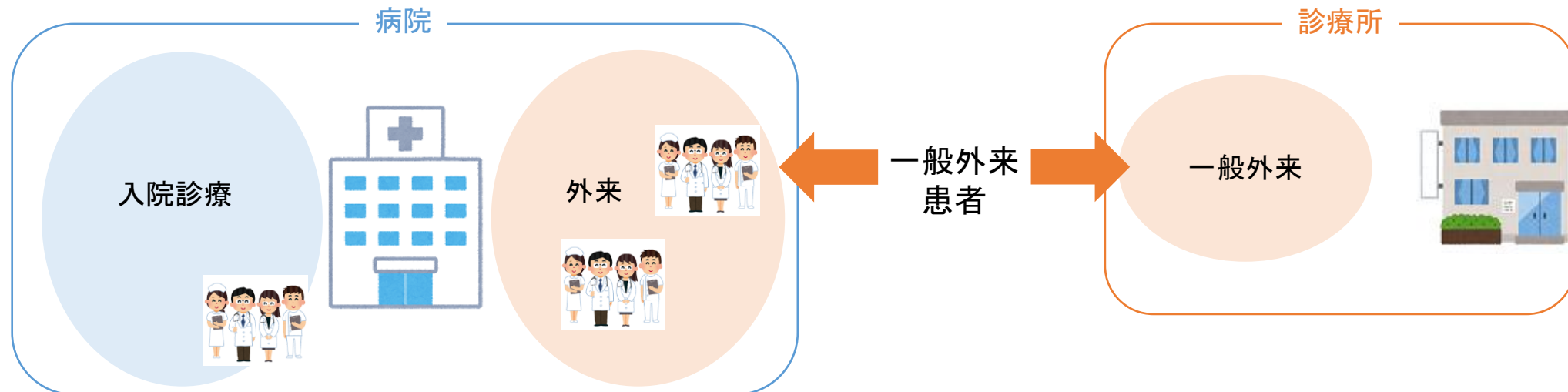
③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



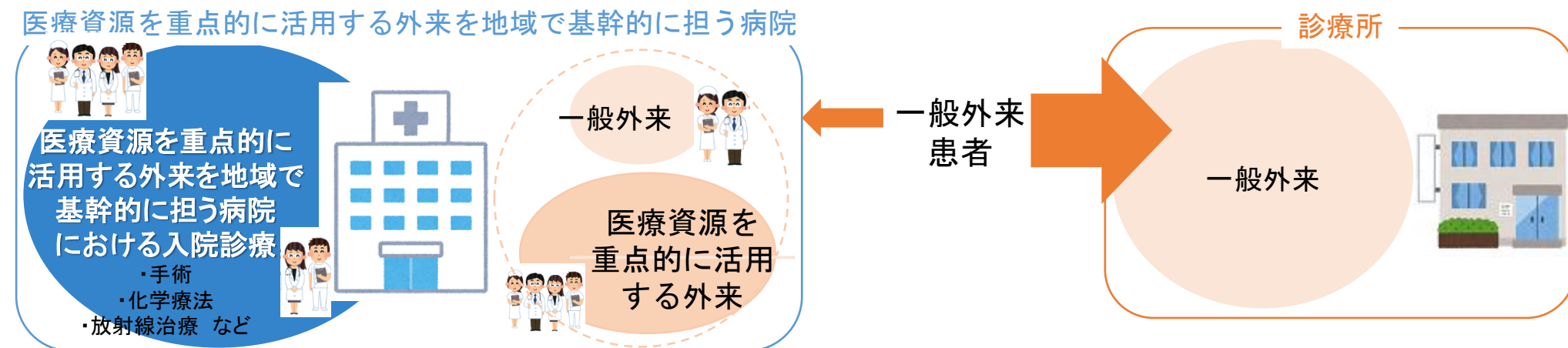
機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

中医協 総-8
5. 6. 21

機能分化・強化を行っていない場合



機能分化・強化を行っている場合



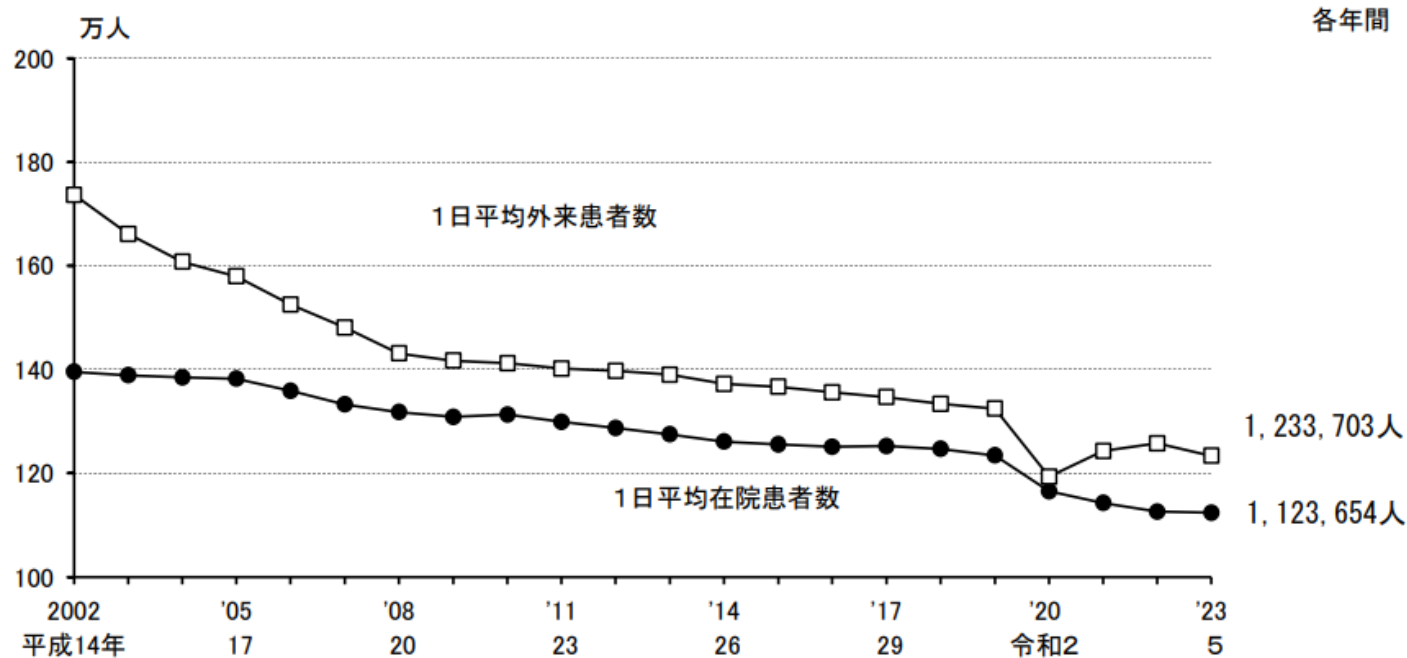
医療資源を重点的に活用する外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、医療資源重点活用外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。

病院の1日平均外来患者数の年次推移

中医協 総－3
7 . 7 . 16

○ 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。

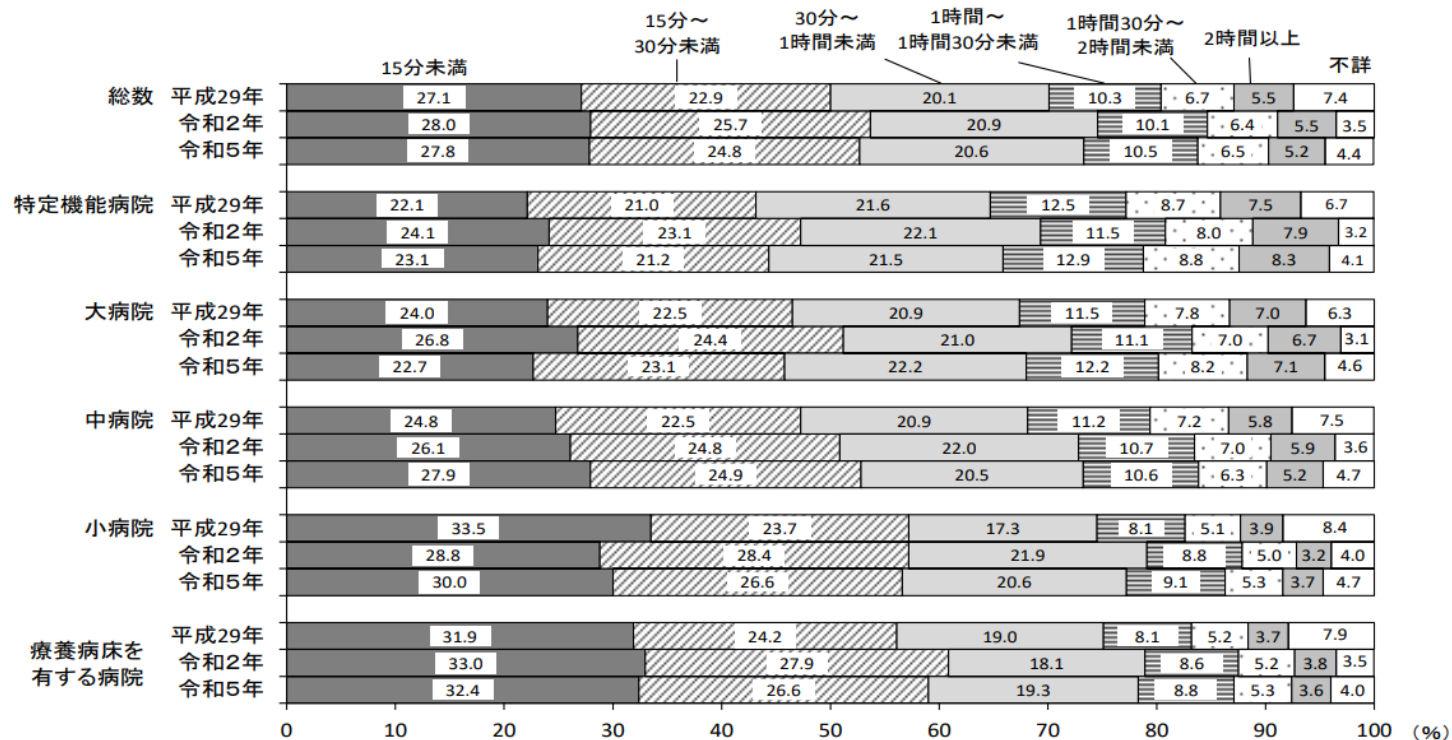
図1 病院の1日平均患者数の年次推移



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

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

図2 病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間（基本集計）



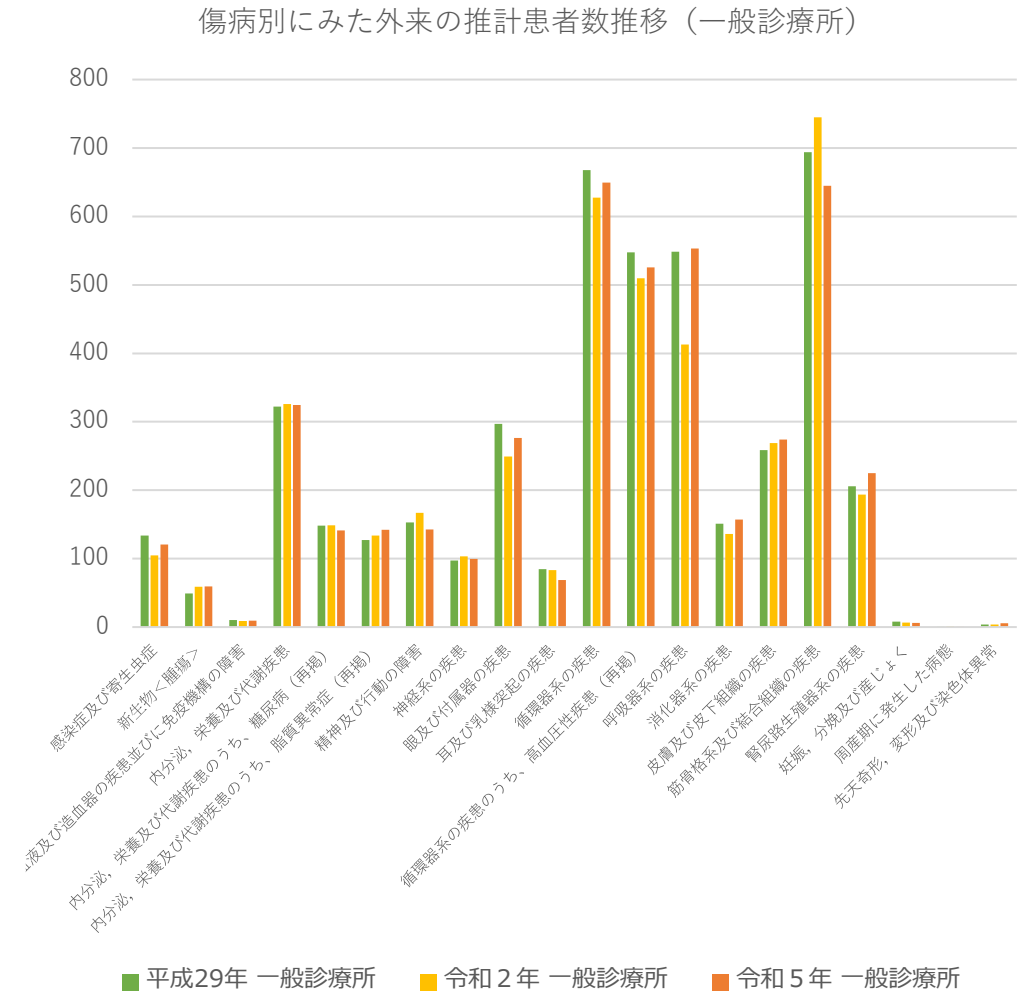
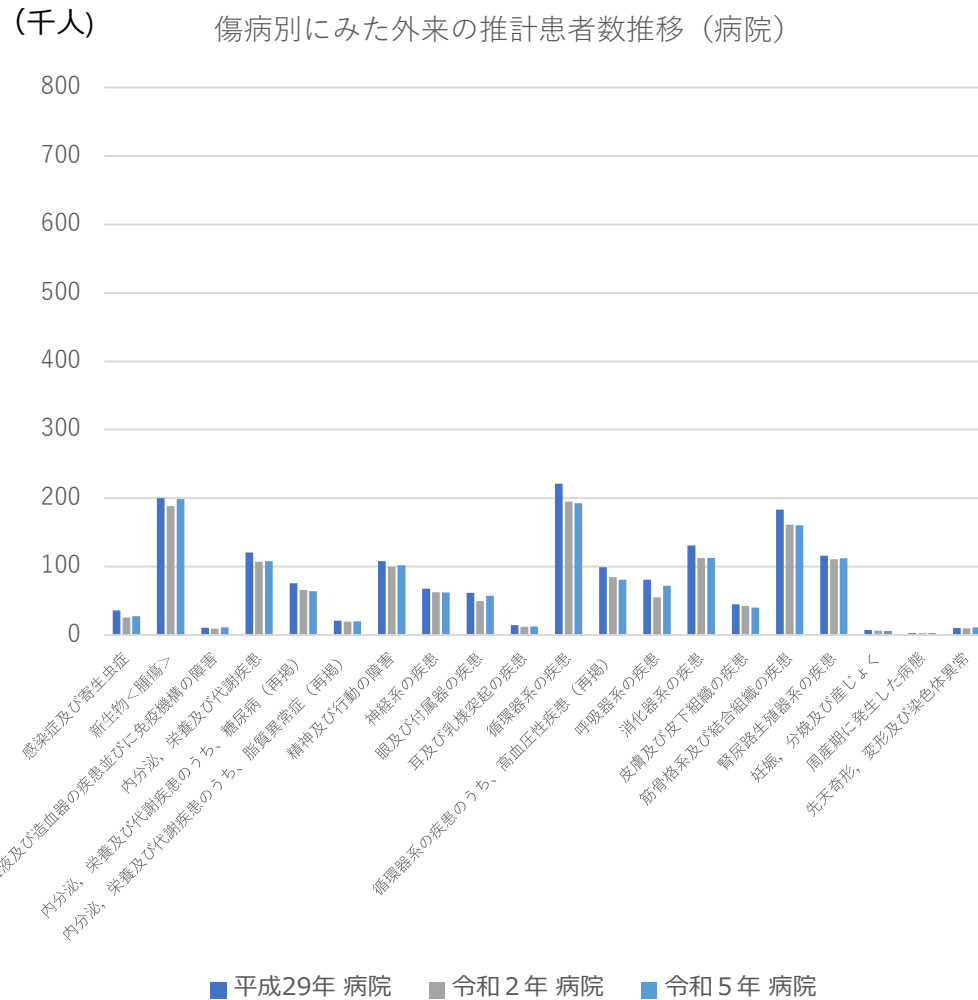
注：「2時間以上」は「2時間～3時間未満」「3時間以上」の合計である。

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

傷病分類別にみた外来の推計患者数

中医協 総-3
7. 7. 16

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



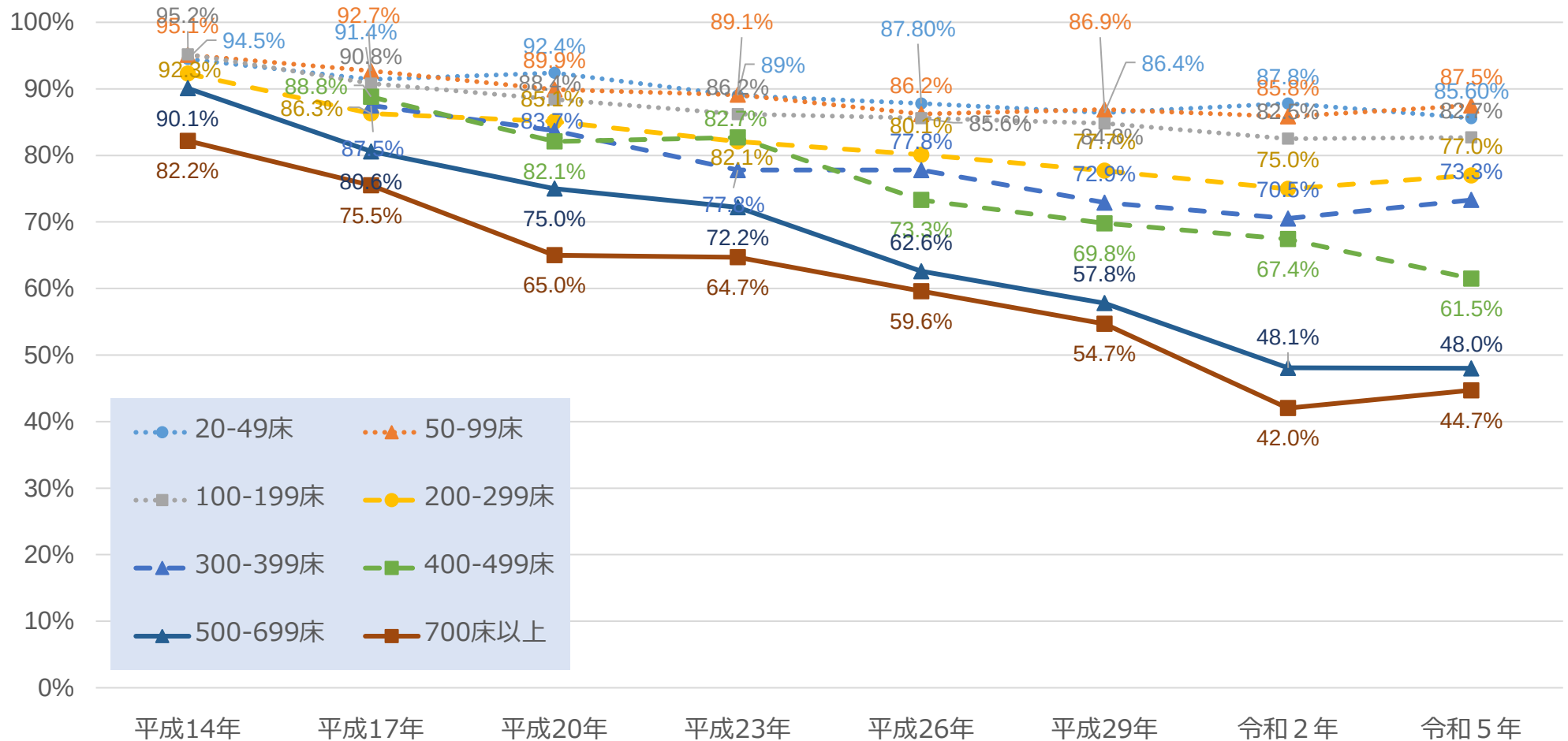
出典：患者調査をもとに医療課で作成

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

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

中医協 総一 3
7 . 7 . 16

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



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

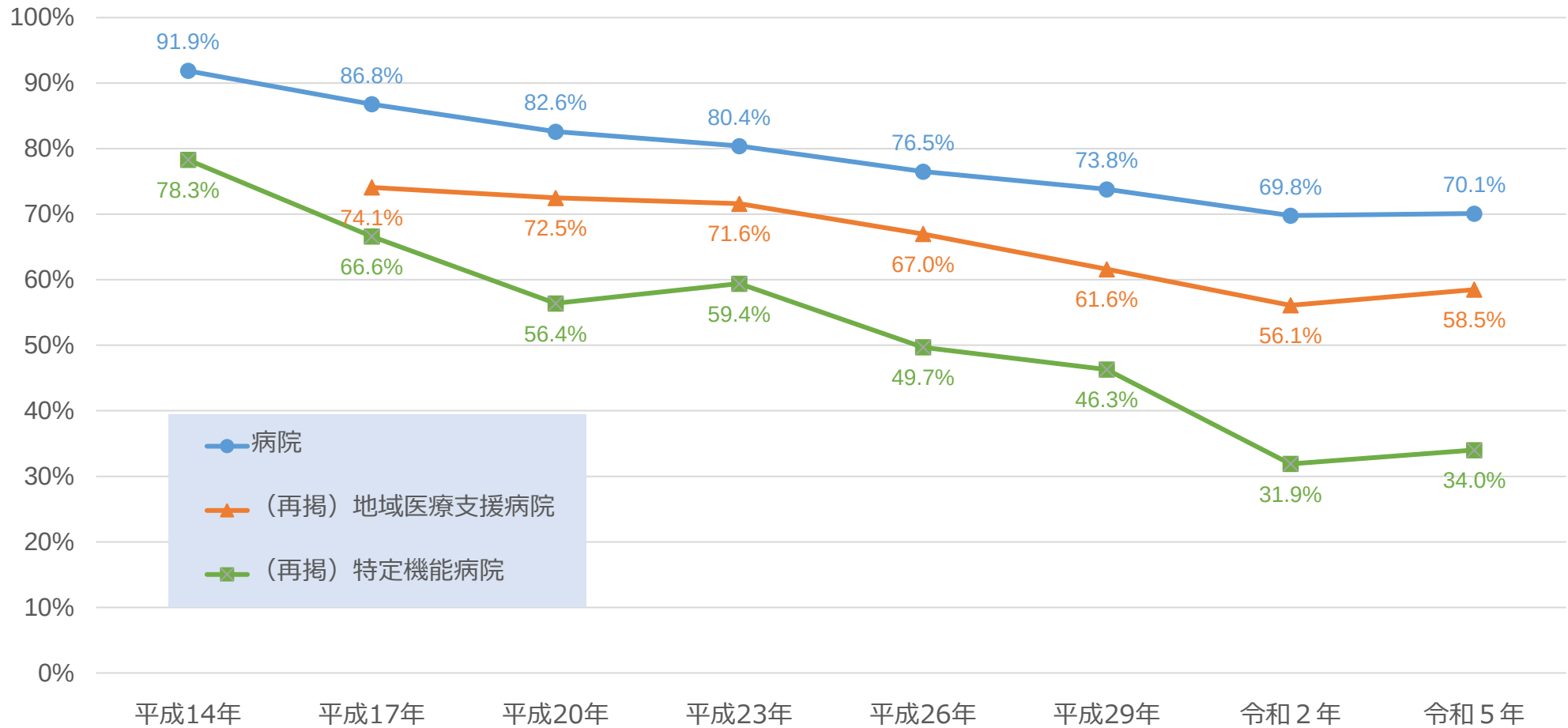
注1：平成8年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

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

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

中医協 総一 3
7 . 7 . 1 6

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



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

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

紹介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	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） ※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	[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） ・ <u>紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）</u> ※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 <u>7,000円</u>、 歯科 <u>5,000円</u> ・ 再診：医科 <u>3,000円</u>、 歯科 <u>1,900円</u> [保険給付範囲からの控除] 外来機能の明確化のための<u>例外的・限定的な取扱い</u>として、定額負担を求める患者（<u>あえて紹介状なしで受診する患者等</u>）の初診・再診について、<u>以下の点数を保険給付範囲から控除</u> ・ 初診：医科 <u>200点</u>、 歯科 <u>200点</u> ・ 再診：医科 <u>50点</u>、 歯科 <u>40点</u>

(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

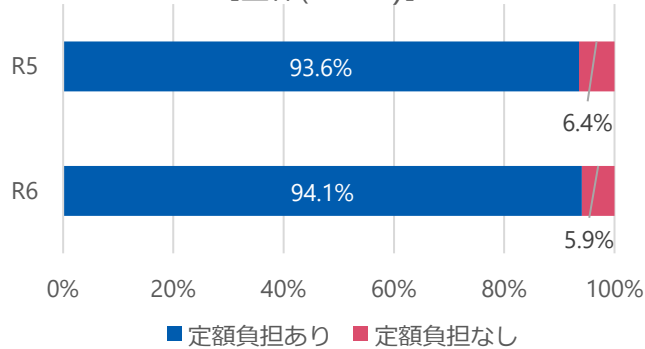
現行制度	見直し後								
<table><tr><td colspan="2">定額負担 5,000円</td></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） 7,000円</td><td>患者負担 3,000円</td></tr></table>	定額負担 5,000円		医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円	<table><tr><td colspan="2">定額負担 <u>7,000円</u></td></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)</td><td>患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)</td></tr></table>	定額負担 <u>7,000円</u>		医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)
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 <u>7,000円</u>									
医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=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。

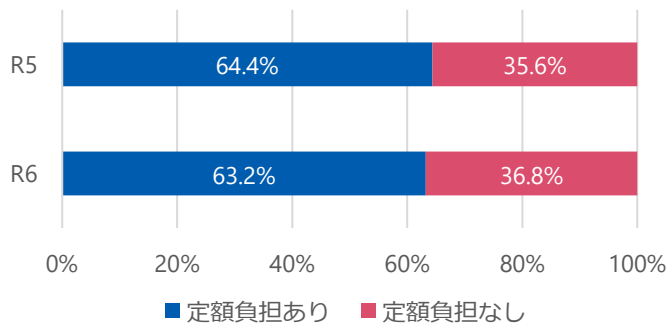
紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入の状況

- 令和5年10月1日の状況と令和6年10月1日の状況をみると、導入状況に大きな変化は見られなかった。

【全体(n=543)】

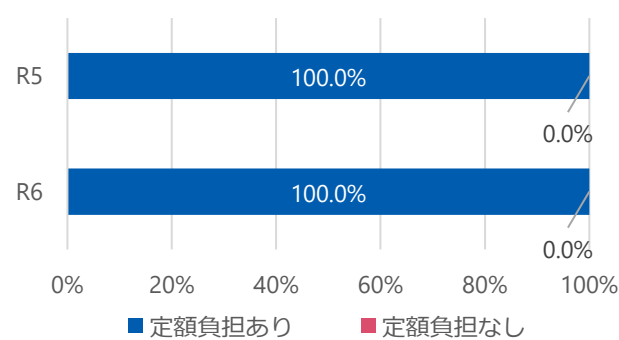


【徴収義務のない一般病床200床以上の病院(n=87)】

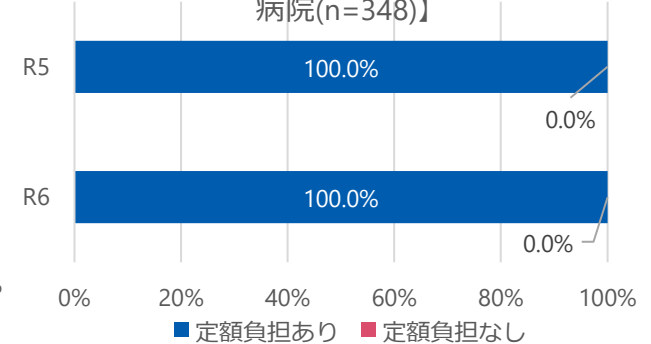


義務化対象施設

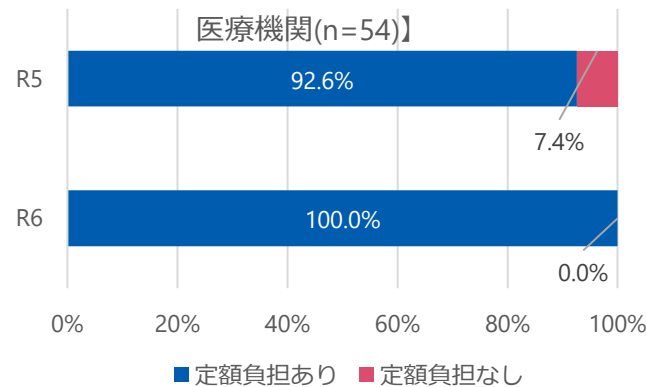
【特定機能病院(n=54)】



【一般病床200床以上の地域医療支援病院(n=348)】



【一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関(n=54)】



上段：令和5年10月1日の状況

下段：令和6年10月1日の状況

※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。

※新たに紹介受診重点医療機関となった施設の回答も含まれており、令和5年10月1日の状況において、定額負担なしの回答が含まれている。

※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いる。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票）、（共通A票））

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）

○ 令和5年10月1日と令和6年10月1日の設定金額の状況は以下のとおり。

令和5年10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(n=502)	502	6,888	7,700	440	13,200
義務化対象施設(n=446)	446	7,469	7,700	1,100	13,200
特定機能病院(n=54)	54	8,532	7,700	7,000	13,200
一般病床200床以上の地域医療支援病院(n=343)	343	7,656	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(n=49)	49	4,987	5,500	1,100	9,900
徴収義務のない一般病床200床以上の病院(n=56)	56	2,264	1,650	440	7,700

令和6年10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(n=504)	504	7,212	7,700	440	13,200
義務化対象施設(n=449)	449	7,776	7,700	5,000	13,200
特定機能病院(n=54)	54	8,583	7,700	7,000	13,200
一般病床200床以上の地域医療支援病院(n=344)	344	7,669	7,700	5,000	11,000
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関(n=51)	51	7,642	7,700	7,000	9,900
徴収義務のない一般病床200床以上の病院(n=55)	55	2,608	2,200	440	7,700

※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。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。また紹介受診重点医療機関については、公表日から6ヶ月間は定額負担の支払いを受けることを要しないとする経過措置があるため、回答時点で経過措置対象である医療機関の回答として、告示に定める額を下回る金額（徴収義務がない時期に設定した任意の額）のものが含まれる。

※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いる。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票）、（共通A票））

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）

○ 令和5年10月1日と令和6年10月1日の設定金額の状況は以下のとおり。

令和5年10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(n=483)	483	2,898	3,300	0	7,700
義務化対象施設(n=435)	435	3,193	3,300	0	7,700
特定機能病院(n=54)	54	3,483	3,300	3,000	6,050
一般病床200床以上の地域医療支援病院(n=332)	332	3,398	3,300	2,200	7,700
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関(n=49)	49	1,481	0	0	6,600
徴収義務のない一般病床200床以上の病院(n=48)	48	223	0	0	3,300

令和6年10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(n=485)	485	3,081	3,300	0	7,200
義務化対象施設(n=438)	438	3,387	3,300	2,090	7,200
特定機能病院(n=54)	54	3,483	3,300	3,000	6,050
一般病床200床以上の地域医療支援病院(n=335)	335	3,373	3,300	2,090	7,200
一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関(n=49)	49	3,376	3,300	3,000	6,600
徴収義務のない一般病床200床以上の病院(n=47)	47	228	0	0	3,300

※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。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。また紹介受診重点医療機関については、公表日から6ヶ月間は定額負担の支払いを受けることを要しないとする経過措置があるため、回答時点で経過措置対象である医療機関の回答として、告示に定める額を下回る金額（徴収義務がない時期に設定した任意の額）のものが含まれる。

※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いる。

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

- 令和5年10月と令和6年10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2.8ポイント減少している。

全体	令和5年10月 (n=476)	令和6年10月 (n=469)
①初診患者数（延べ人数）	1,630	1,648
②うち、紹介状なしの患者数	755	709
③うち、定額負担を徴収した患者数	172	157
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	43.3%	40.1%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	11.3%	10.2%

特定機能病院	令和5年10月 (n=52)	令和6年10月 (n=50)
①初診患者数（延べ人数）	2,209	2,319
②うち、紹介状なしの患者数	615	626
③うち、定額負担を徴収した患者数	125	116
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	25.2%	25.3%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	4.7%	4.4%

一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関	令和5年10月 (n=48)	令和6年10月 (n=45)
①初診患者数（延べ人数）	1,223	1,197
②うち、紹介状なしの患者数	670	593
③うち、定額負担を徴収した患者数	214	156
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	49.0%	43.7%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	18.5%	13.0%

義務化対象施設	令和5年10月 (n=397)	令和6年10月 (n=391)
①初診患者数（延べ人数）	1,797	1,822
②うち、紹介状なしの患者数	756	715
③うち、定額負担を徴収した患者数	152	139
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	38.0%	35.2%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	8.5%	7.9%

一般病床200床以上の地域医療支援病院	令和5年10月 (n=297)	令和6年10月 (n=296)
①初診患者数（延べ人数）	1,724	1,738
②うち、紹介状なしの患者数	782	730
③うち、定額負担を徴収した患者数	156	143
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	40.4%	36.9%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	9.1%	8.5%

徴収義務のない一般病床200床以上の病院	令和5年10月 (n=79)	令和6年10月 (n=78)
①初診患者数（延べ人数）	1,143	1,141
②うち、紹介状なしの患者数	806	757
③うち、定額負担を徴収した患者数	240	236
紹介状なしで受診した患者の割合(②/①)	63.4%	60.5%
定額負担を徴収した患者の割合(③/①)	19.7%	19.5%

※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し、1医療機関あたりの平均人数を算出。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いる。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票）、（共通A票））

1. 外来医療について（その2）

1－1. 外来機能分化にかかる現況

1－2. 大病院における初診料等の減算規定について

1－3. 診療情報提供料等について

紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

中医協 総-3
7. 7. 16

初診料の注2、3 **216点**

外来診療料の注2、3 **56点**

(情報通信機器を用いた初診については188点)

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

紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算の変遷

中医協 総－3
7 . 7 . 16

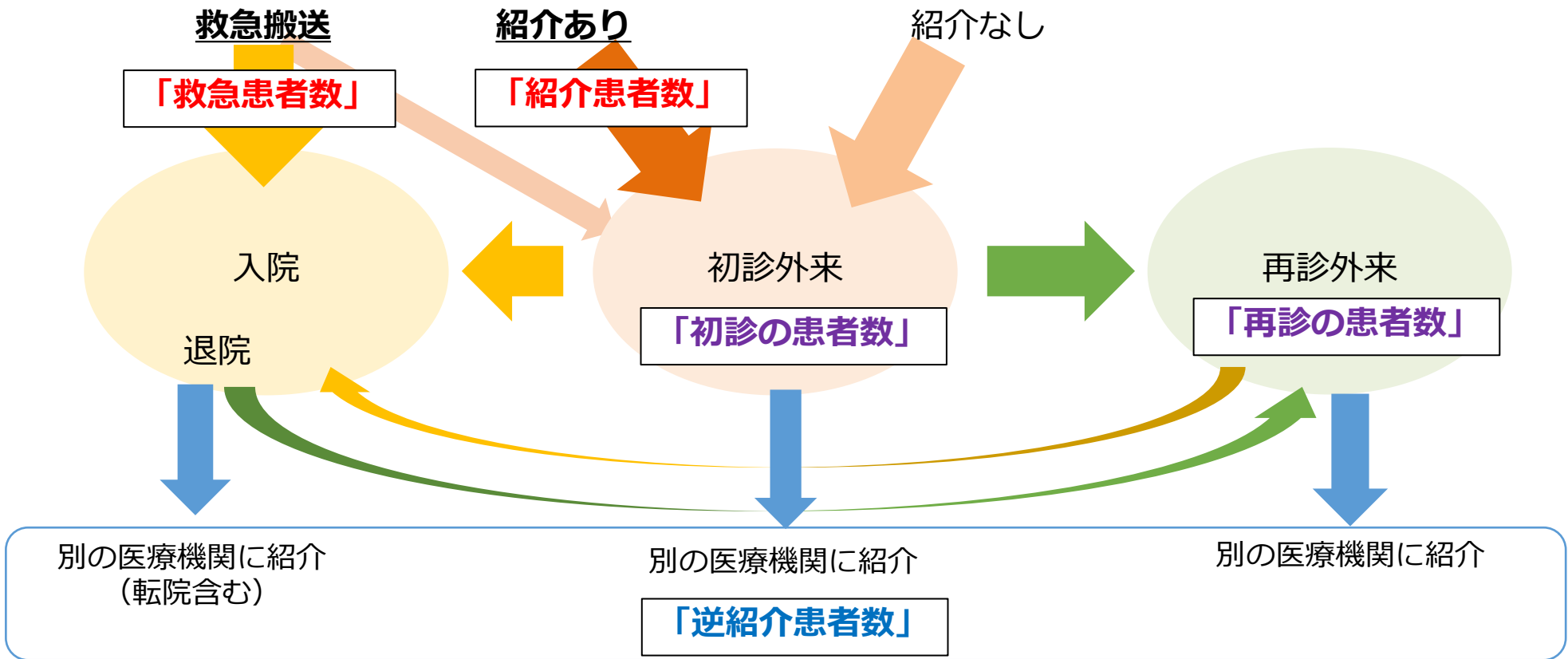
		対象医療機関	評価
平成24年	新設	- 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院のいずれか - 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	- 紹介のない場合の初診料 200点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点
平成26年	対象拡大	- 特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院であって、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 - 許可病床500床以上の全ての病院（一般病床200床未満を除く）であって、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	- 紹介のない場合の初診料 209点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点
平成30年	対象拡大	地域医療支援病院とその他の病院について、許可病床400床以上の病院に拡大。	
令和元年	点数変更		- 紹介のない場合の初診料 209点→214点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点→55点
令和2年	対象拡大	地域医療支援病院について、一般病床200床以上に拡大。	
令和4年	対象拡大	「逆紹介率(%) (逆紹介患者数／初診患者数 × 100)」を「逆紹介割合(%) (逆紹介患者数／(初診＋再診患者数) × 1,000)」へ見直し。 - 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床200床以上）、紹介重点医療機関（一般病床200床以上）は、紹介割合50%未満又は逆紹介割合30%未満 - その他の病院（一般病床200床以上で許可病床数400床以上）は、紹介割合40%未満又は逆紹介割合20%未満	
令和6年	点数変更		- 紹介のない場合の初診料 214点→216点 - 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 55点→56点

外来医療における患者の流れと、紹介・逆紹介割合（イメージ）

中医協 総-3
7. 7. 16

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

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



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

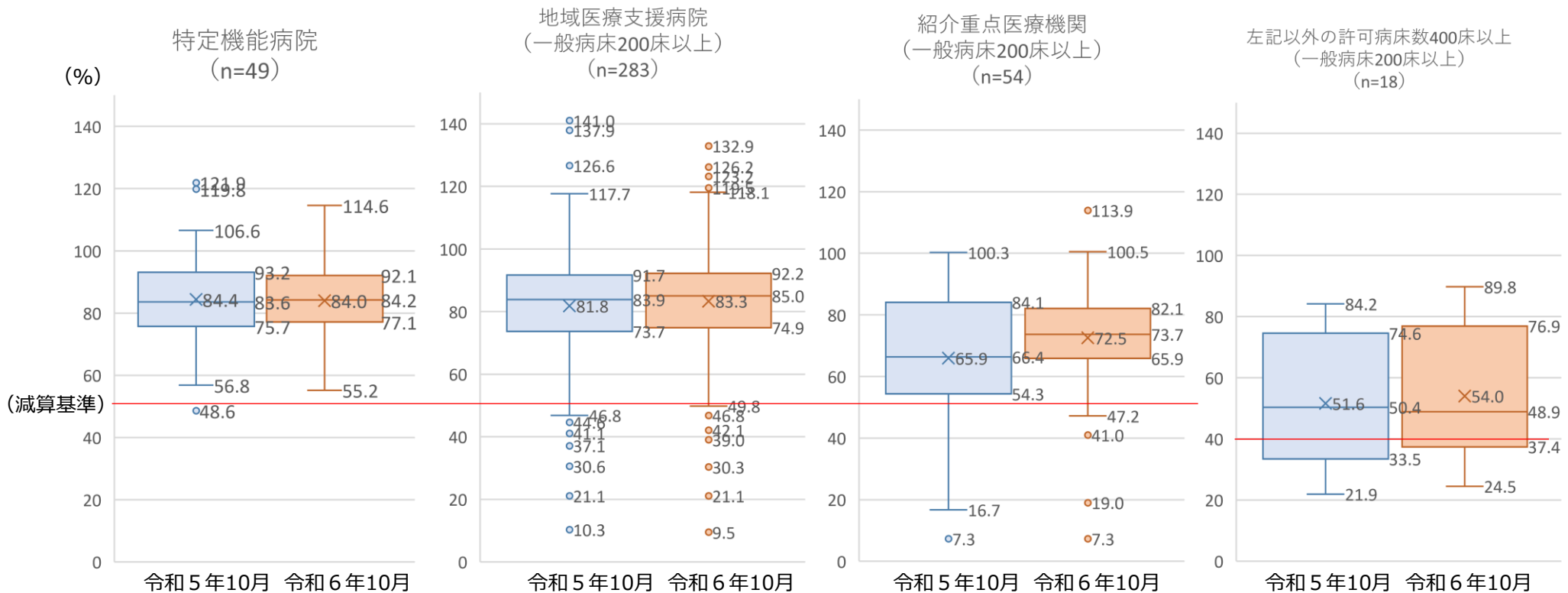
※「再診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者、「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」を算定している患者及び「転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者」を含まない。

病院区分別の紹介割合

中医協 総- 3
7 . 7 . 16

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

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



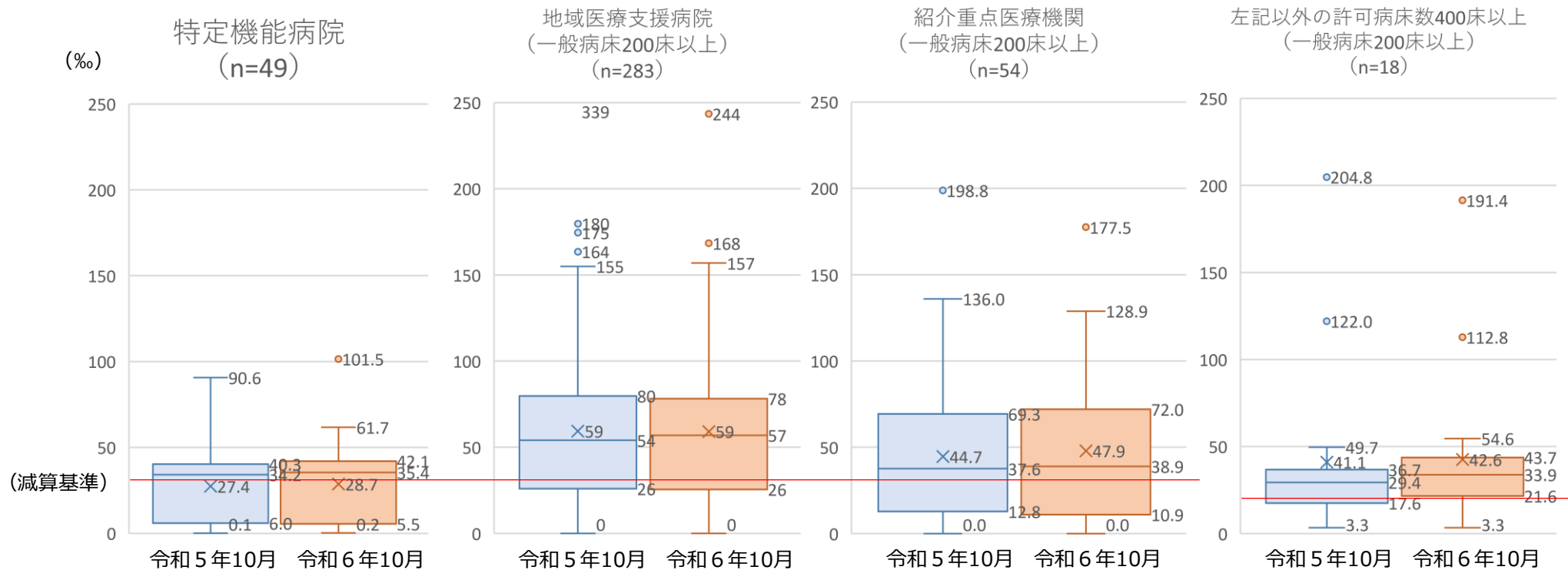
※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

病院区分別の逆紹介割合

中医協 総-3
7. 7. 16

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

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



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

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

初診の患者数・再診の患者数

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

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

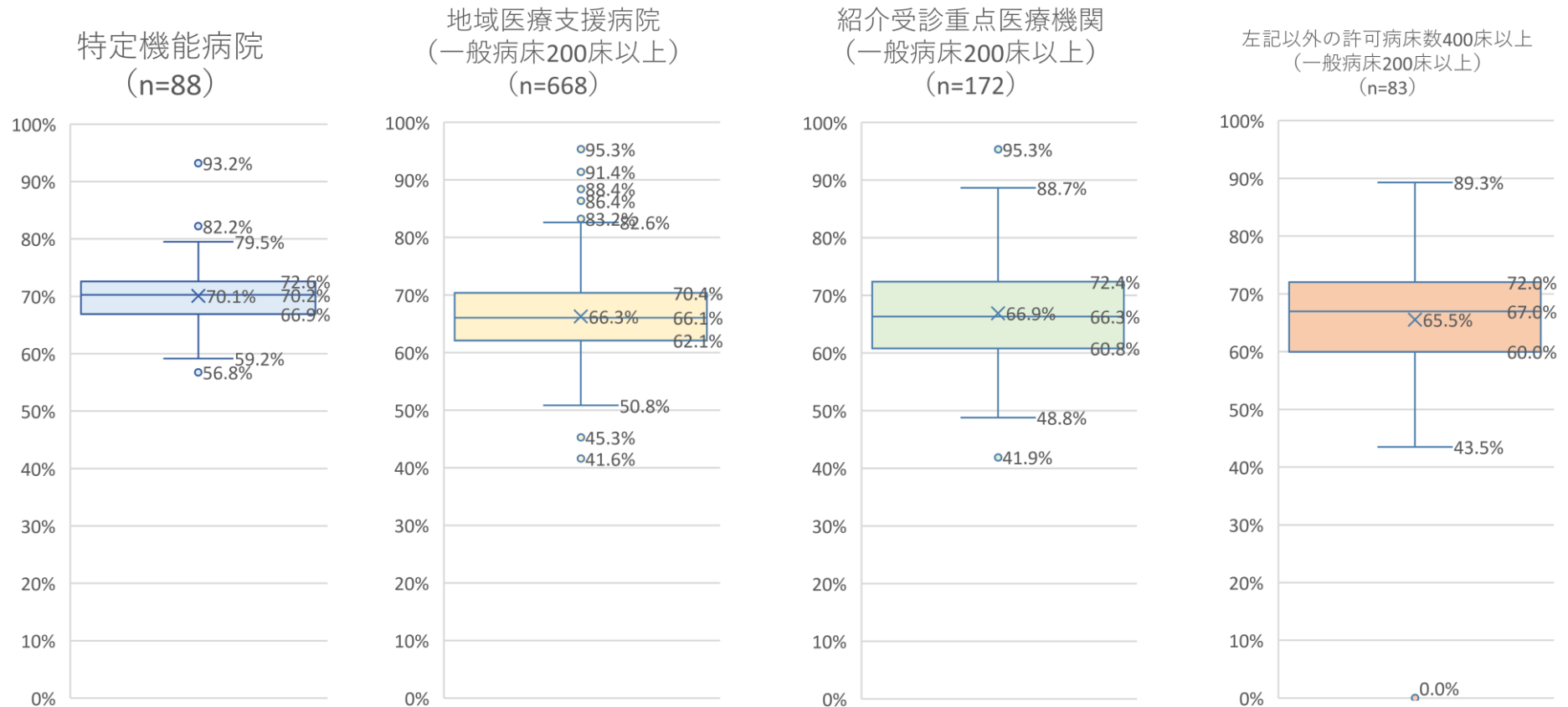
		(参考) 全受診患者に占める初診患者割合※					
		最大値	75%tile	中央値	平均値	25%tile	最小値
特定機能病院 (n=49)	令和5年10月	9.8%	6.8%	5.5%	5.9%	4.5%	2.6%
	令和6年10月	10.5%	7.0%	5.6%	6.0%	4.7%	2.8%
地域医療支援病院 (一般病床200床以上) (n=283)	令和5年10月	44.7%	12.1%	10.0%	10.9%	8.2%	3.3%
	令和6年10月	39.7%	12.0%	9.9%	10.7%	8.2%	3.5%
紹介重点医療機関 (一般病床200床以上) (n=54)	令和5年10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

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

2年以内に初診料の算定がない外来再診患者の割合

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

2年以内に同一医療機関における初診料の算定がない外来再診患者の割合



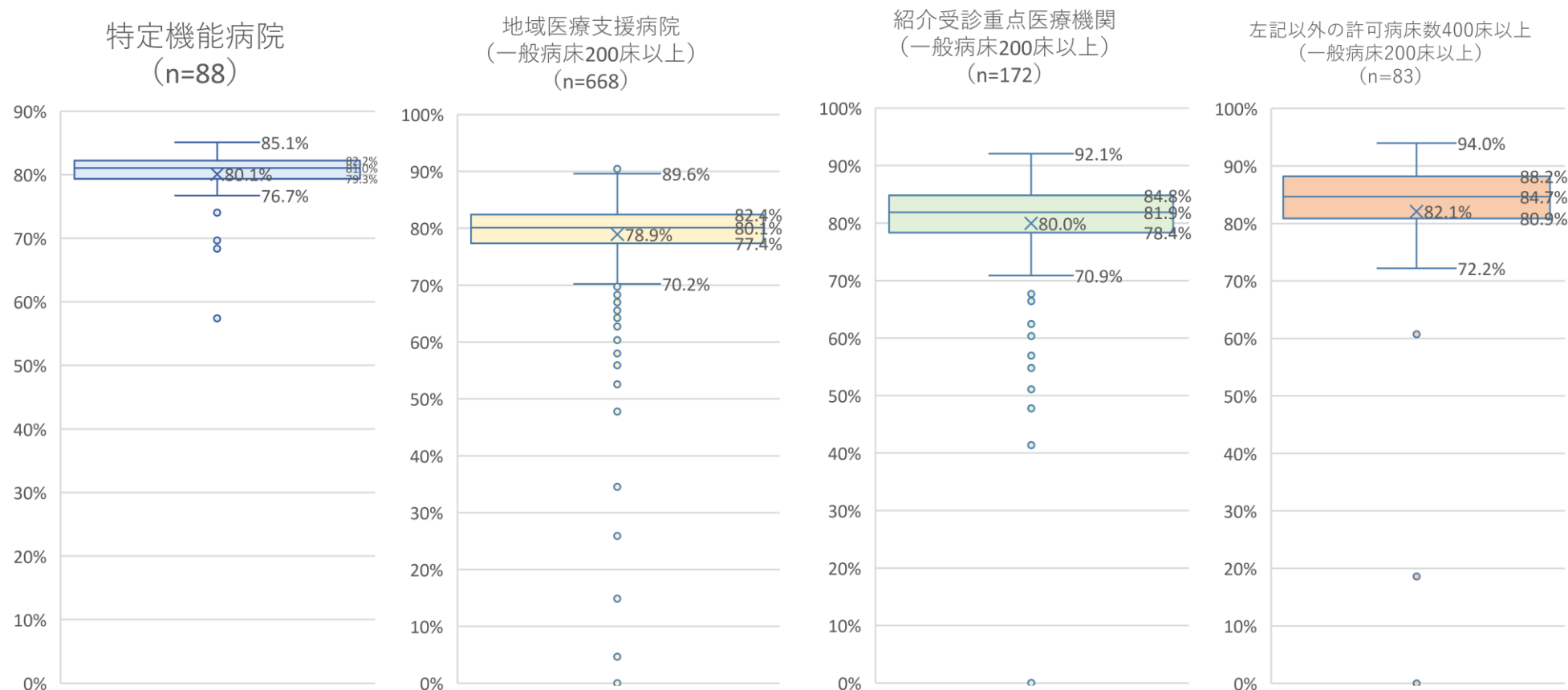
出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

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

6か月以内に外来再診した患者の割合

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

6か月以内に同一医療機関において外来診療料を算定した外来再診患者の割合



出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

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

1. 外来医療について（その2）

1－1. 外来機能分化にかかる現況

1－2. 大病院における初診料等の減算規定について

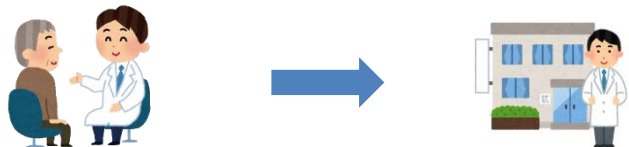
1－3. 診療情報提供料等について

診療情報提供料（Ⅰ）の概要

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

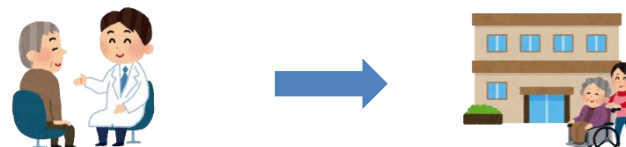
① 別の保険医療機関に紹介した場合

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



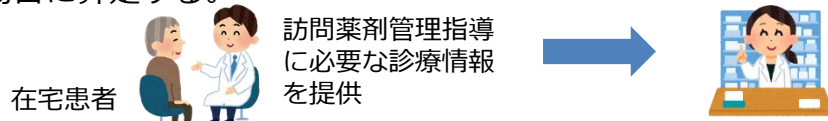
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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



③ 保険薬局に提供する場合

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



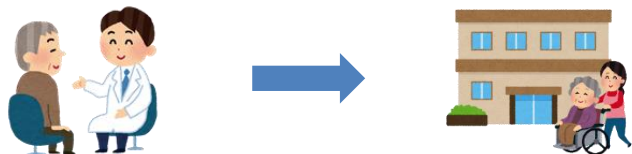
④ 精神障害者施設等に提供する場合

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



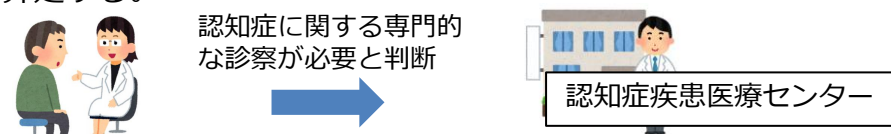
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

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



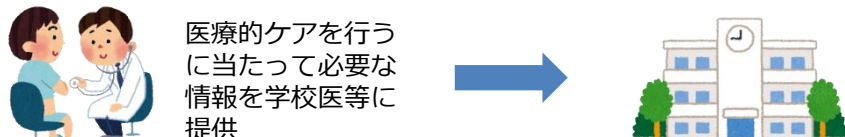
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

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



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

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



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

診療情報提供料（Ⅰ）において算定可能な加算等

① 治療計画などの情報添付による加算

保険医療機関が、別の保険医療機関等に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合には**200点**を加算する。

② ハイリスク妊婦紹介加算

ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に適合している保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）に規定する別の医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合、当該患者の**妊娠中1回に限り200点**を加算。

③ 認知症専門医療機関紹介加算

保険医療機関が、その必要性を認め、認知症専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添え、当該患者の紹介を行った場合に下記の点数を加算する。

- ・ 認知症の疑いのある患者→**100点**
- ・ 認知症と既に診断された患者→**50点**

④ 精神科医連携加算

精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神疾患が疑われる患者について、精神科を標榜する別の保険医療機関に紹介を行った場合、**200点**を加算する。

⑤ 肝炎インターフェロン治療連携加算

長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者について、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に**50点**を加算する。

⑥ 歯科医療機関連携加算

- ・ 歯科医療機関連携加算1：患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合に**100点**を加算する。
- ・ 歯科医療機関連携加算2：周術期などにおける口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、当該患者の予約を行った上で紹介を行った場合に**100点**を加算する。

⑦ 地域連携診療計画加算

連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定し、当該連携保険医療機関を退院した患者について、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に**50点**を加算する。

⑧ 療養情報提供加算

保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、定期的に療養を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合に**50点**を加算する

⑨ 検査・画像情報提供加算

患者の紹介を行う際に、検査結果等のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により、閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合、下記の点数を加算する。

- イ. 退院する患者→**200点**
- ロ. 入院中の患者以外の患者→**30点**

⑩ 電子的診療情報評価料

別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報等を電子的方法により閲覧又は受信し診療に活用した場合、**30点**を算定する。

診療情報提供料（Ⅱ）の概要

B010 診療情報提供料（Ⅱ） 500点（月1回）

【算定要件】

- 診療情報提供料（Ⅱ）は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を求める患者又はその家族からの申し出に基づき、診療を担う医師が、治療計画、検査結果、画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できる。
- 診療情報提供料（Ⅱ）は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う診療情報提供料（Ⅰ）とは明確に区別されるべきものである。
- 助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

他医療機関

※患者又はその家族から希望があった旨を診療録に記載



他の医師が助言を行うために必要な情報を添付した文書を患者又はその家族に提出

患者又はその家族の希望は治療計画に十分に反映させる

セカンド・オピニオン

連携強化診療情報提供料の概要

B011 連携強化診療情報提供料 150点

かかりつけ医機能を有する医療機関、紹介受診重点医療機関又は難病若しくはてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関又は産科若しくは産婦人科を標榜する医療機関等と他の医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

【主な算定要件】

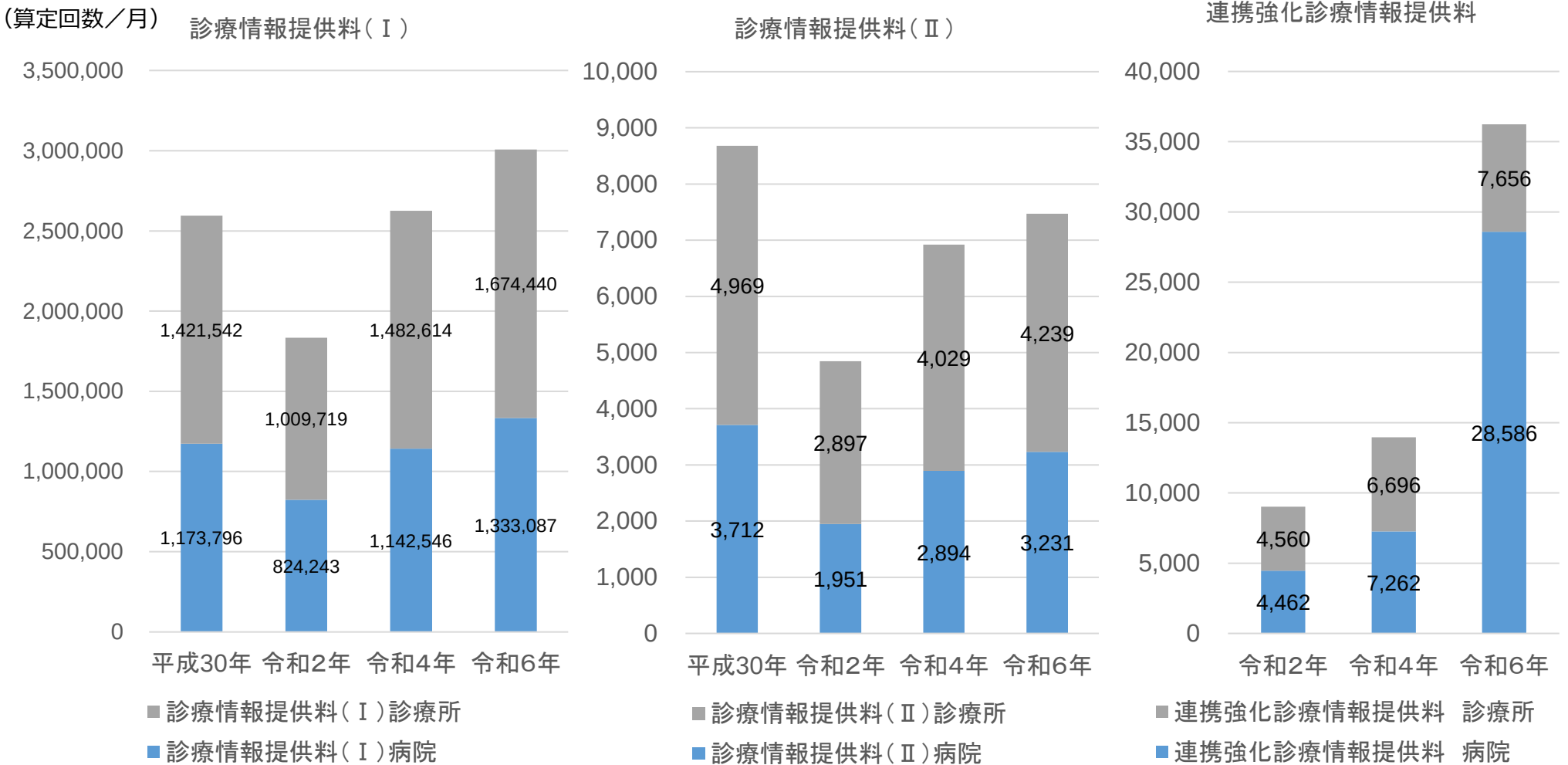
- 他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、患者1人につき提供する保険医療機関ごとに1月に1回又は3月に1回に限り算定する。
- 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い診療情報提供料(Ⅰ)を算定した保険医療機関においては、診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月について、当該患者に対して連携強化診療情報提供料は別に算定できない。
- 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

注番号	紹介元	対象患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、当該情報提供料が算定可能)	算定回数 の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準(※)の届出あり	－	禁煙	月に1回
2	以下のいずれか ・ 200床未満の病院 ・ 診療所	－	以下のいずれも満たす ・ 紹介受診重点医療機関 ・ 禁煙	
3	－	－	以下のいずれも満たす ・ かかりつけ医機能に係る施設基準(※)の届出あり ・ 禁煙	
4	－	難病(疑い含む)の患者	以下のいずれも満たす ・ 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 ・ 禁煙	
		てんかん(疑い含む)の患者	以下のいずれも満たす ・ てんかん支援拠点病院 ・ 禁煙	
5	－	妊娠中の患者	－	3月に1回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に1回
	－		以下のいずれも満たす ・ 産科又は産婦人科を標榜 ・ 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

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

診療情報提供料の算定回数

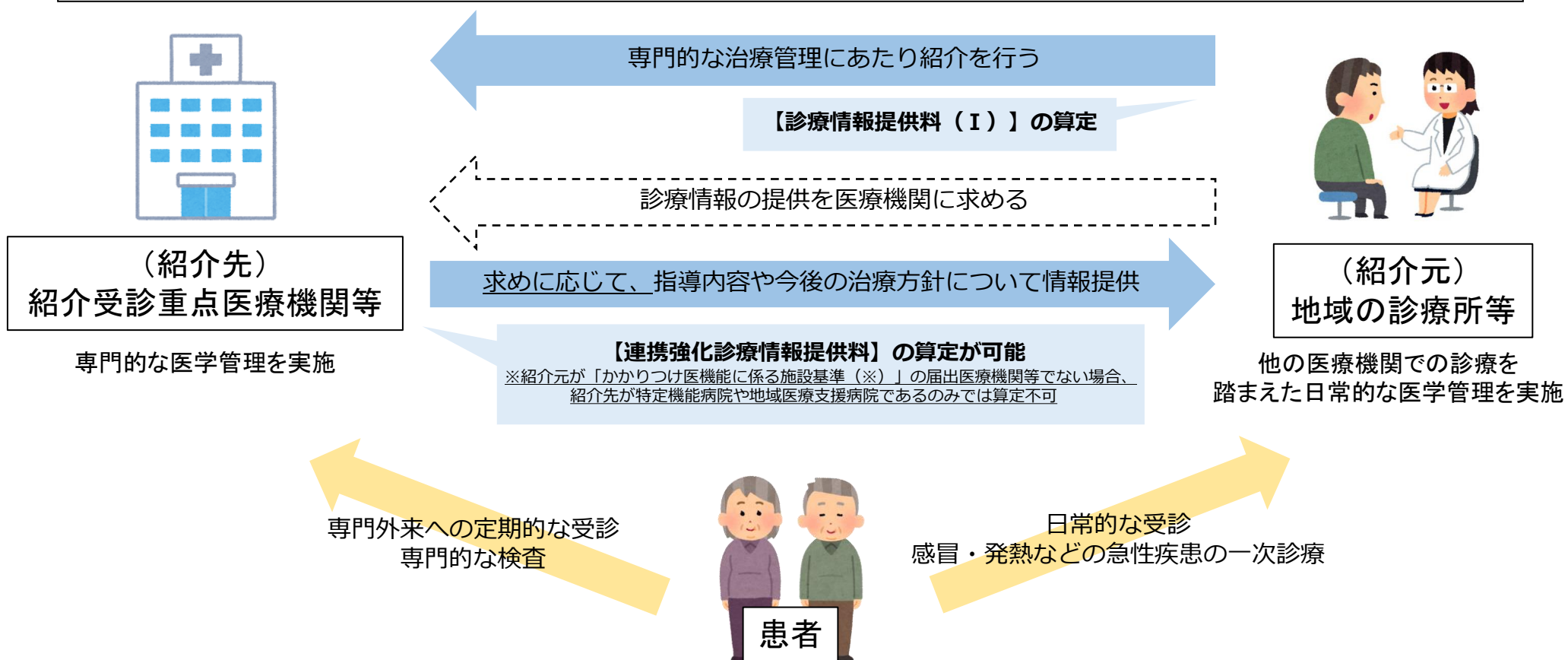
- 診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。特に、「連携強化情報提供料」は、令和6年に算定回数が大きく増加した。



※令和2年は「診療情報提供料(Ⅲ)」

外来機能に応じた医療機関連携の具体例（1）

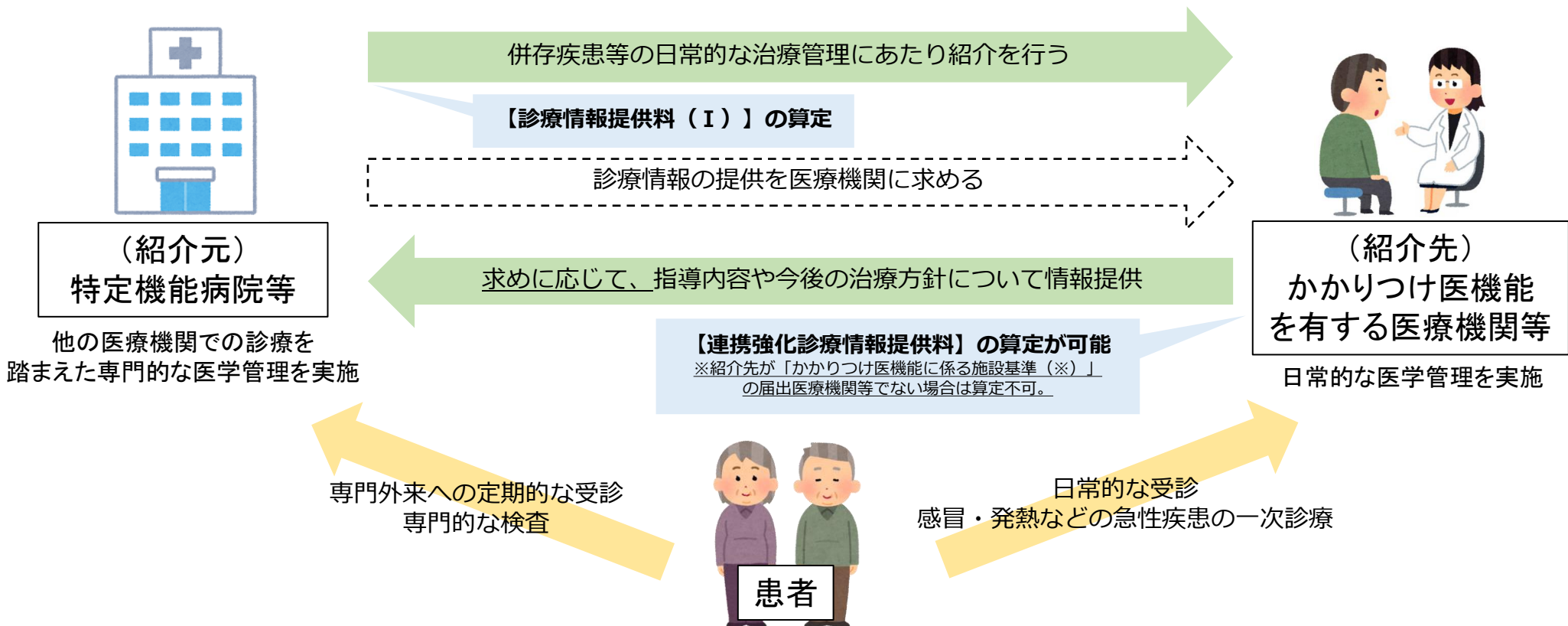
- 例えば、地域の診療所等に通院する患者について、専門的治療の必要性を認め、紹介受診重点医療機関等への紹介を行う場合、診療情報提供料（I）を算定する。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても専門的な医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。



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

外来機能に応じた医療機関連携の具体例（2）

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



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

現状と課題

(外来機能の分化の推進について)

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、「特定機能病院」「地域医療支援病院（一般病床200床以上）」「紹介重点医療機関（一般病床200床以上）」「許可病床400床以上の病院（一般病床200床以上）」を対象に、紹介割合や逆紹介割合が低い場合の初診料・外来診療料の減算規定を設けている。
- 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。紹介なしで外来受診した患者の割合を病院機能別に見たところ、その割合は長期的に減少傾向にあり、令和5年は特定機能病院では34.1%、地域医療支援病院では58.5%であった。
- 減算規定の対象病院における令和6年度の紹介割合・逆紹介割合は、令和5年度と比較して不変～やや増加していた。
- 減算規定の対象病院における令和6年10月の再診の患者数の平均値・中央値は、令和5年10月と比較して増加した。全受診患者に占める初診患者割合の平均値・中央値は、特定機能病院では約5%であり、その他の区分では約10%であった。
- 減算規定の対象病院の再診患者のうち約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない患者であった。

(病院と診療所の連携について)

- 医療機関間の連携に関する評価として「診療情報提供料（Ⅰ）」「診療情報提供料（Ⅱ）」「連携強化情報提供料」を設けている。
- 診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。特に、「連携強化情報提供料」は、令和6年に算定回数が大きく増加した。
- 紹介後に、紹介先の医療機関においても医学管理を継続的に実施する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。この情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、連携強化診療情報提供料の算定が可能である。
- 紹介元が「かかりつけ医機能に係る施設基準」の届出医療機関等でない場合、紹介先が特定機能病院や地域医療支援病院であるのみでは連携強化診療情報提供料は算定できない。また、紹介元が特定機能病院や地域医療支援病院であって、紹介先が「かかりつけ医機能に係る施設基準（※）」の届出医療機関等でない場合は、連携強化診療情報提供料は算定できない。



【課題】

- 外来機能の分化の推進や、病院と診療所の連携について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 外来医療（その2）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）
3. 入院から外来への移行（その1）
4. 総合病院精神科について
5. 薬剤業務について

第3回入院外来分科会（R7.6.13）における主なご意見

（包括的な入院医療を担う病院の機能について）

- 85歳以上の救急搬送数、救急搬送率が共に増えていることについて、救急搬送やくだり搬送を受け入れることはもちろん重要だが、同時に、在宅医療や介護施設等と連携し、そもそも救急搬送を発生させないような管理も重要ではないか。
- 救急搬送受入件数が4000件以上であるような病院の地ケア病棟とはこういった機能が確認してはどうか。
- 急性期治療～在宅支援までを担い、介護との連携で高い機能を発揮する病院もあるので、病院としてどのような役割を担っているかという観点での分析してはどうか。
- 急性期の病棟と地域包括医療病棟がある場合、どちらの病棟に入棟するのが良いか悩むケースも多い。
- 病院の持つ病棟の組合せごとにその機能を分析してみてもどうか。

（地域包括医療病棟の要件や患者像について）

- 地域包括医療病棟の届出は少なく、施設基準を満たしにくいと思われる。地域包括ケア病棟の患者像との類似から、施設基準を緩和しつつ緩やかに統合し、各種の基準は加算立てにするといった発想もあるのではないかな。
- 地ケア病棟の患者数上位2件が短期滞在手術等入院基本料の対象疾患だが、地域包括医療病棟ではこうした症例は少ないので、入院時に介護を要する患者が5割以上という要件が効いているのではないかな。
- ADLの変化については、疾患ごとに一定のパターンが存在するので、患者全体のADLの中央値等だけでなく、個々の患者が入院時から退院時にかけてどれくらい変化したかや、低下した割合について分析すべきではないかな。
- 包括期の病院では高齢者の割合が増加している一方、急性期の病院ではその傾向は目立たないという点については、現場感覚に照らして違和感がある。例えば、ケアミックスの病院とそれ以外で傾向に差があるかや、包括期の病棟への移動があるのか等、検討してはどうか。
- 地域包括医療病棟においては、Kコードの実施割合が多い施設が意外と多いと感じた。Kコードの有無のみでなく、緊急手術か予定手術かといった観点でも分析が必要ではないかな。

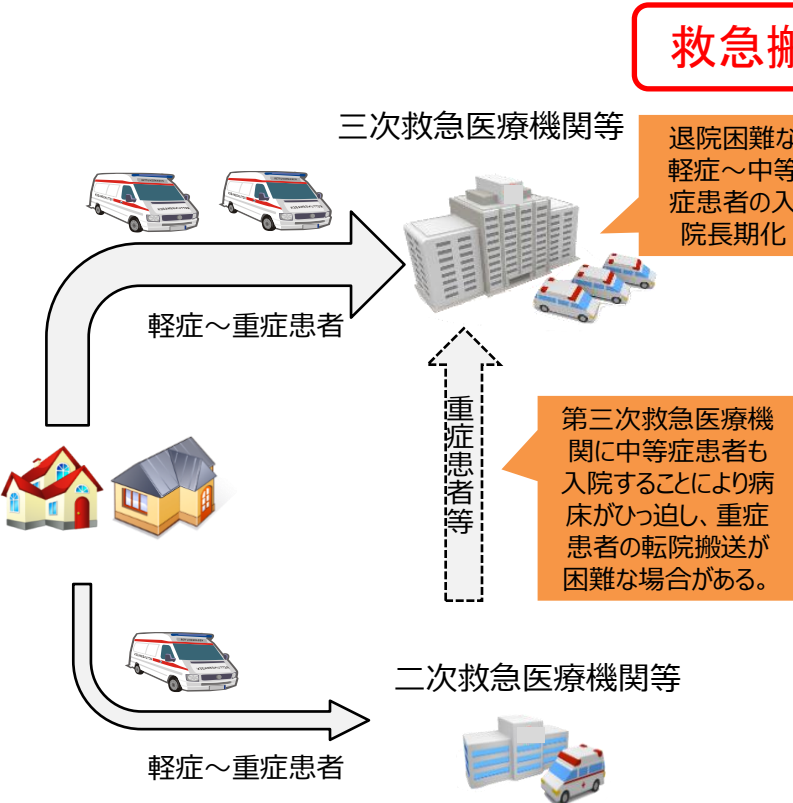
（リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の取組について）

- 地域包括医療病棟のほうが低栄養リスクのある患者の割合が地域包括ケア病棟より多いというデータについて、管理栄養士が専門家の立場でスクリーニングを行うことでリスクの見逃しが減少する可能性がある。今後、栄養管理という観点で管理栄養士の配置で効果があるかの検証が必要ではないかな。
- 土日にリハビリを提供するためにはリハビリ職員が一定数必要であり、現状の評価では対応が難しいのではないかな。

- 2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）
 - 2－1. 救急受入や在宅等の後方支援の機能について
 - 2－2. 地域包括医療病棟の施設基準に係る事項について
 - 2－3. 地域包括医療病棟の医療資源投入量について
 - 2－4. 地域包括ケア病棟の栄養管理について

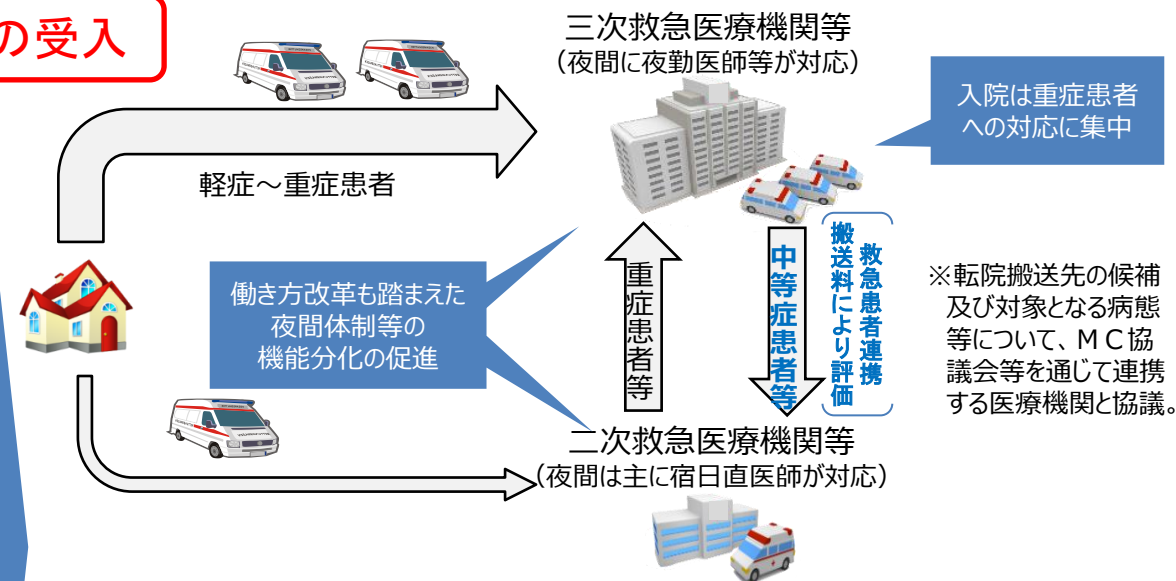
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等



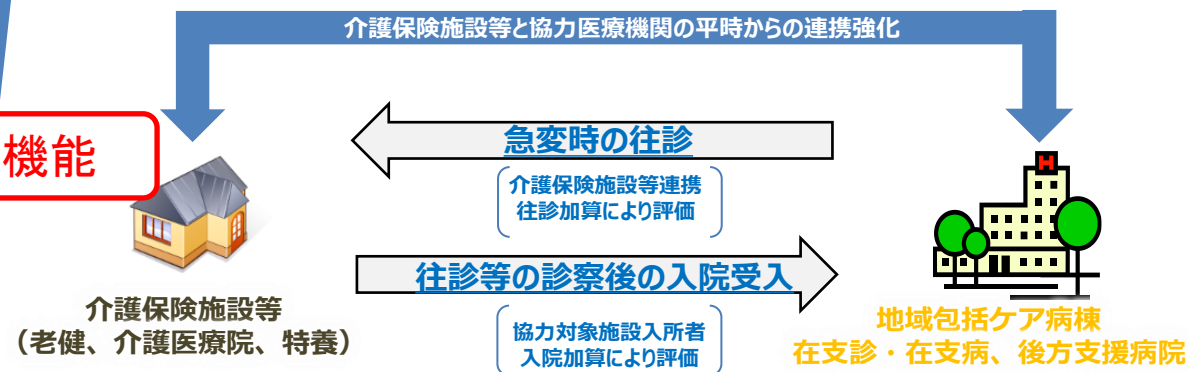
○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制

後方支援機能

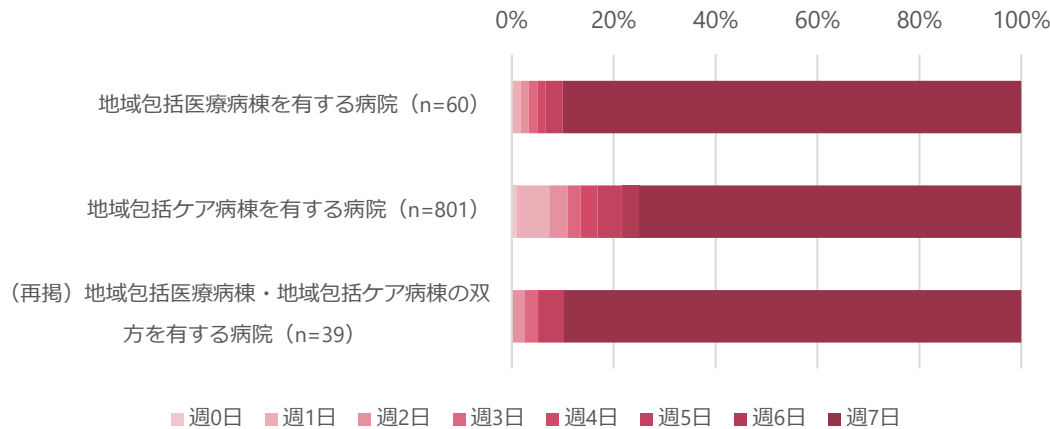


地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

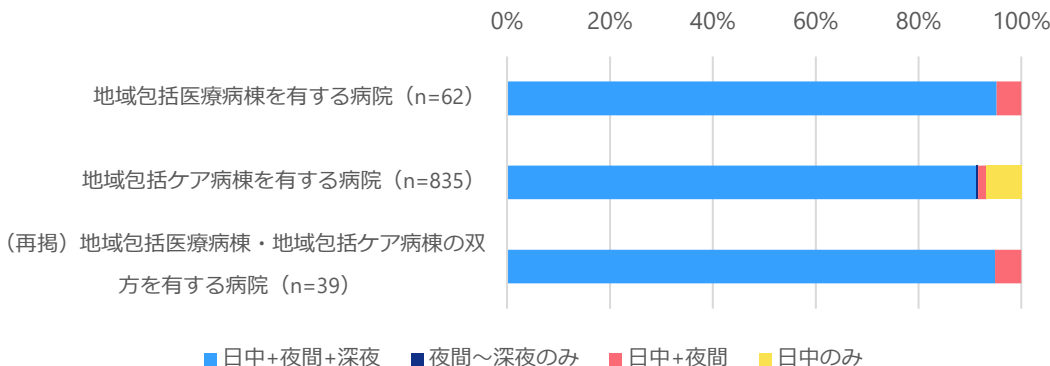
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 救急受入件数の中央値は784件であった。救急受入件数が2000件以上の医療機関は約22%あり、1-199件の医療機関数と同程度であった。

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

救急患者を受け入れている頻度

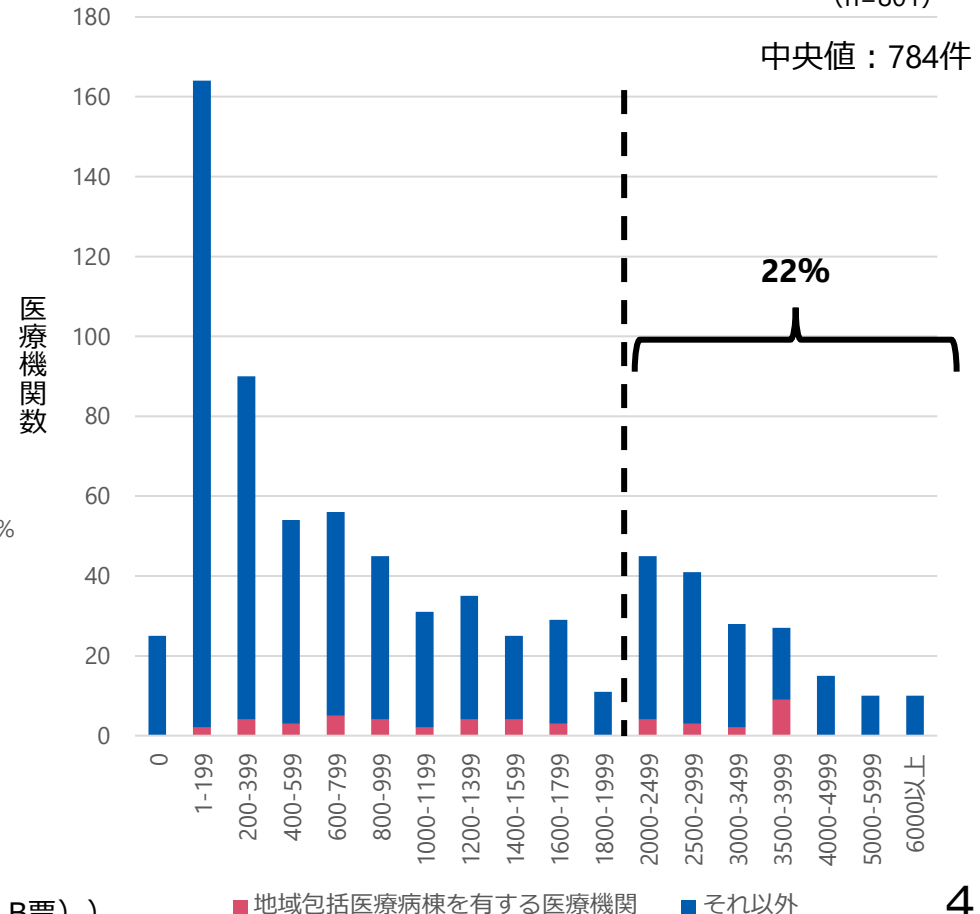


救急患者を受け入れている時間帯



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する

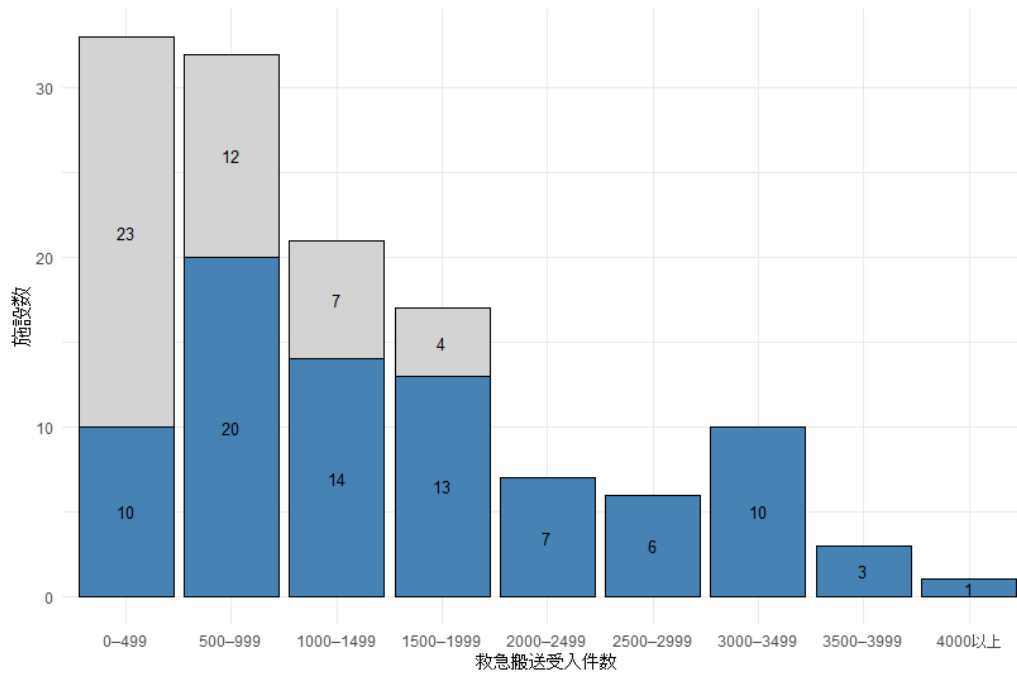
医療機関における救急搬送受入台数の分布 (n=801)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の救急搬送受入状況

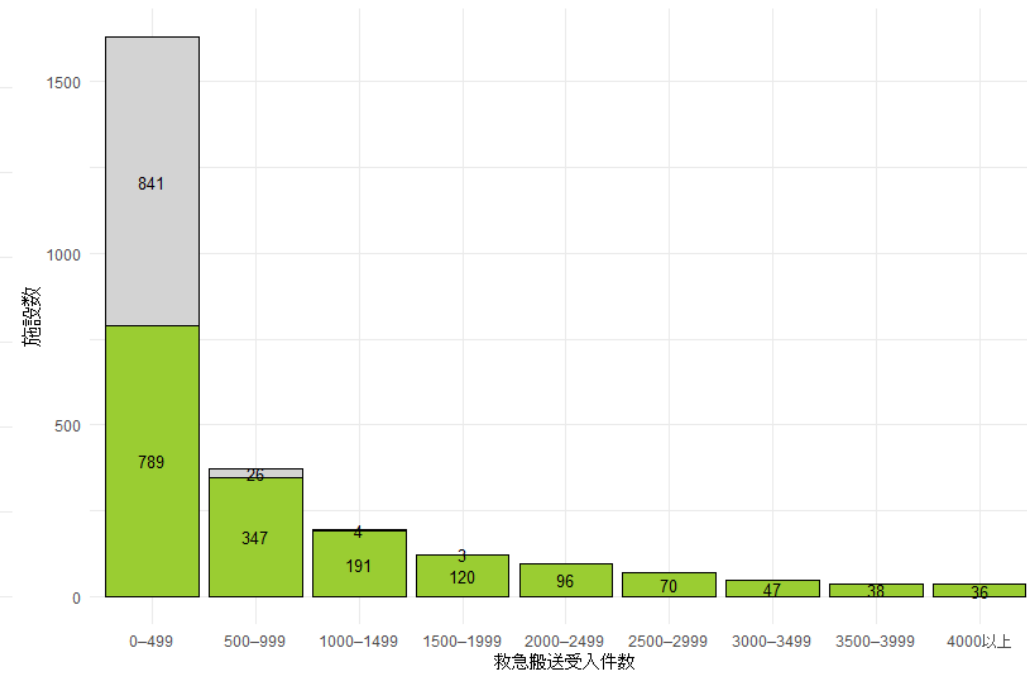
○ 救急搬送受入件数が2000件以上の医療機関は、いずれも急性期病棟を有していた。

地域包括医療病棟を有する医療機関の救急搬送受入件数の分布



■ 急性期病棟（※）を有する医療機関
 ■ 急性期病棟のない医療機関
 ※急性期一般入院料 1 ～ 6 を算定する病棟

地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急搬送受入件数の分布

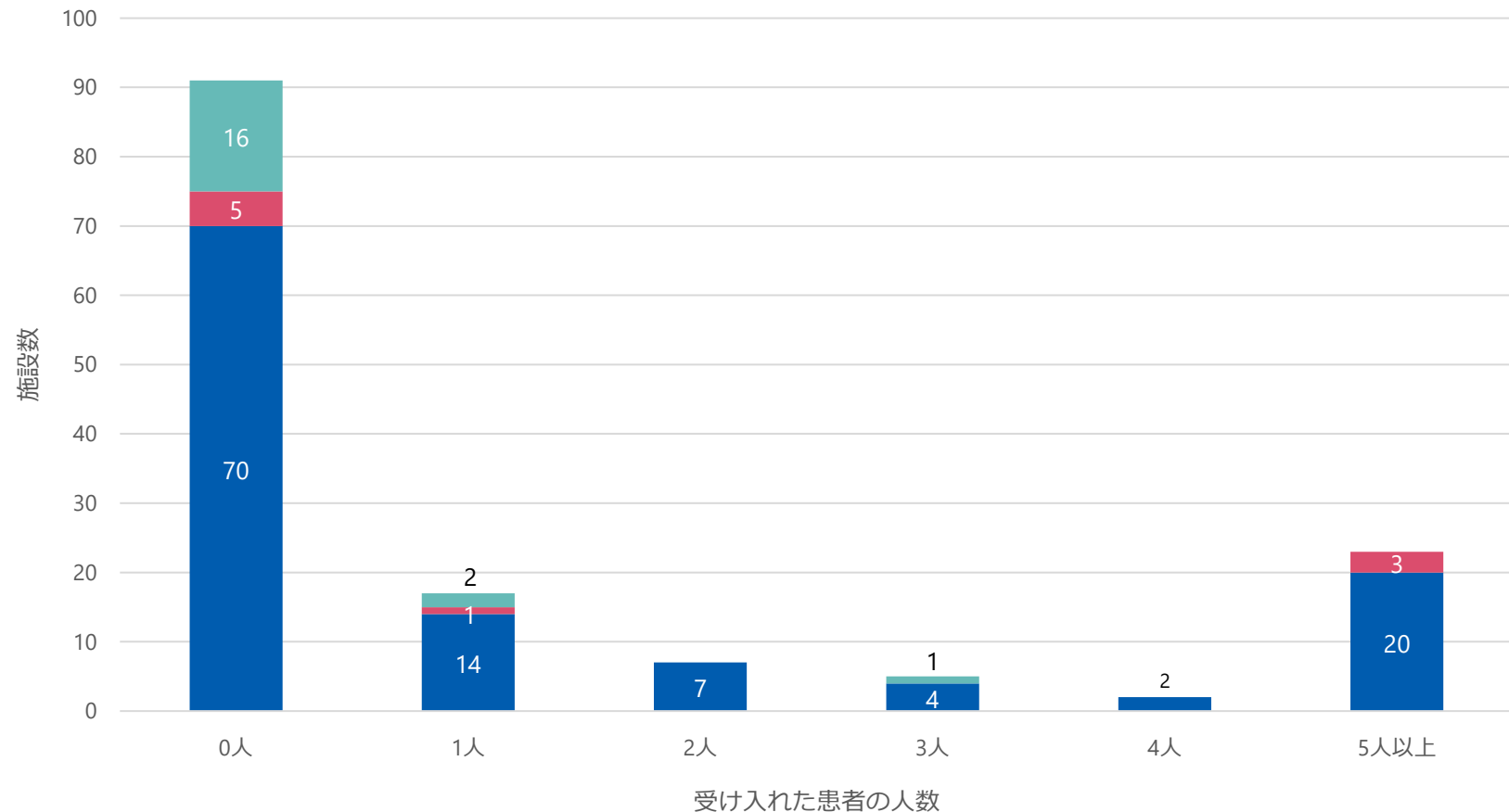


■ 急性期病棟を有する医療機関
 ■ 急性期病棟のない医療機関

地域包括ケア病棟を有する医療機関における救急患者連携搬送料

- 地域包括ケア病棟を有する医療機関においては、救急部門を有していなくても救急患者連携搬送料の搬送先としてくだり搬送を受け入れている医療機関があった。

救急患者連携搬送料で令和6年10月に受け入れた患者数ごとの施設数(n=145)



■ 二次救急医療機関(n=117)

■ それ以外の救急部門を有している(n=9)

■ 救急部門を有していない(n=19)

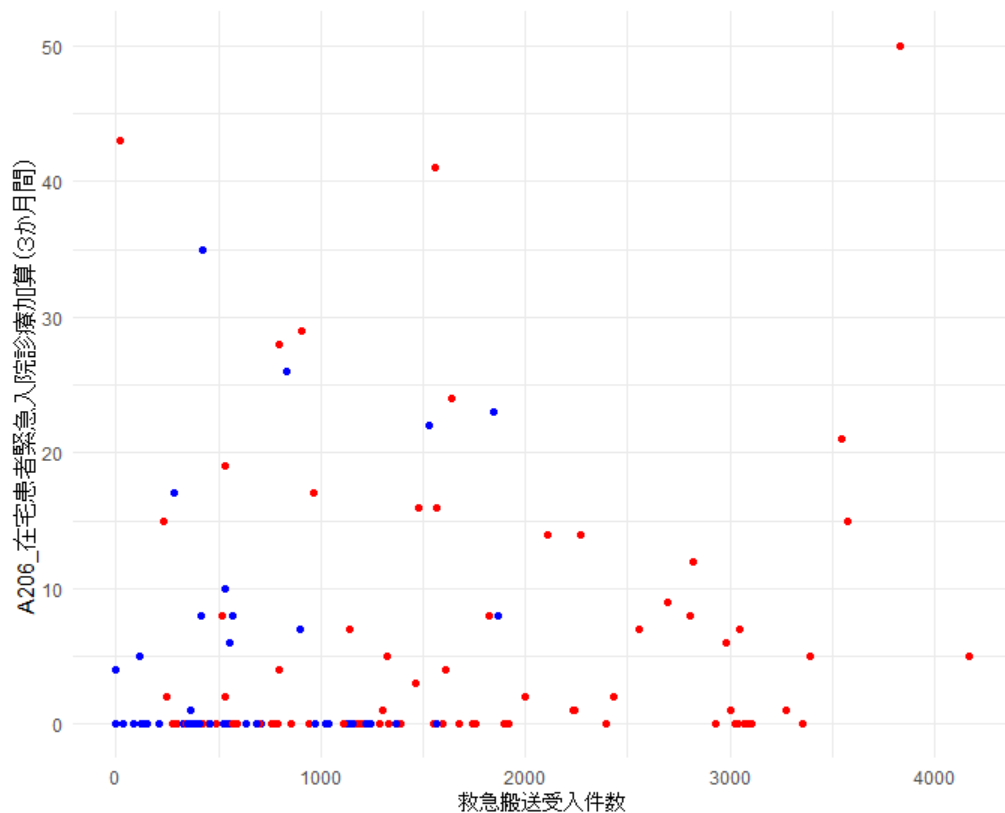
救急受入や後方支援に関する現状の評価

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

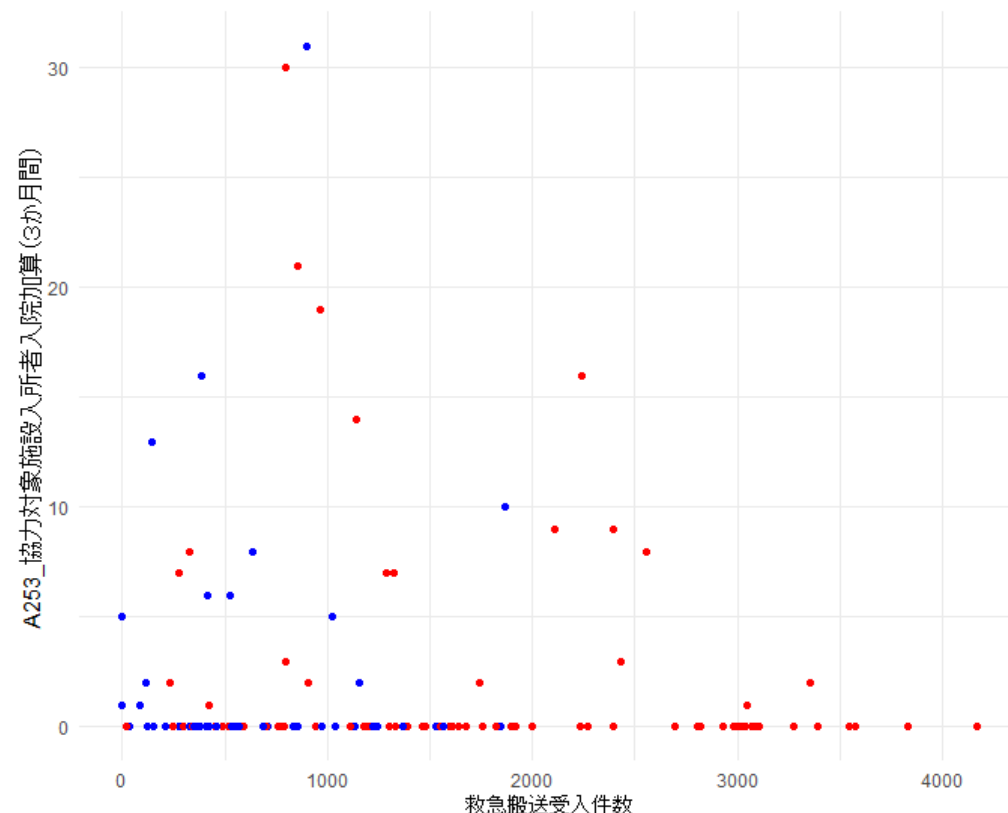
地域包括医療病棟における在宅・施設の後方支援の状況

- 在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算の算定状況をみると、救急搬送受入件数が少なくても、主治医からの求めに応じて在宅で療養する患者の入院受入を行っている医療機関が存在した。医療機関内の急性期病棟の有無との関連はみられなかった。

救急搬送件数と在宅患者緊急入院診療加算の算定状況（地域包括医療病棟）



救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算の算定状況（地域包括医療病棟）

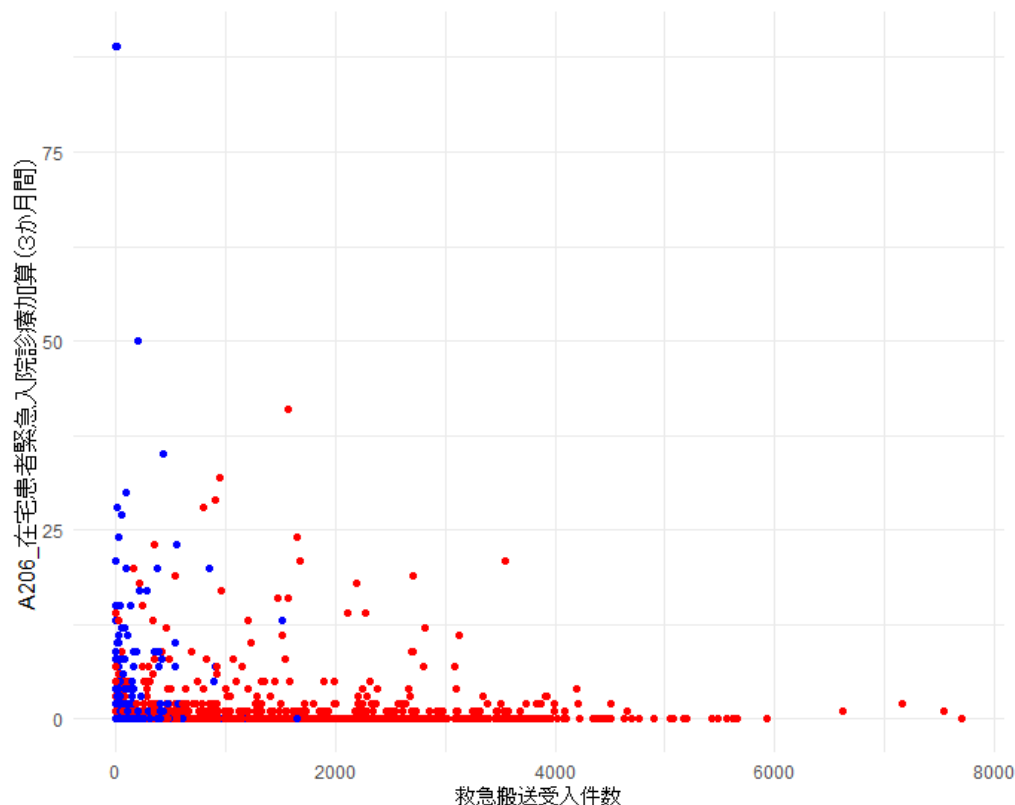


●急性期病棟（※）を有する医療機関 ●急性期病棟のない医療機関
※急性期一般入院料1～6を算定する病棟

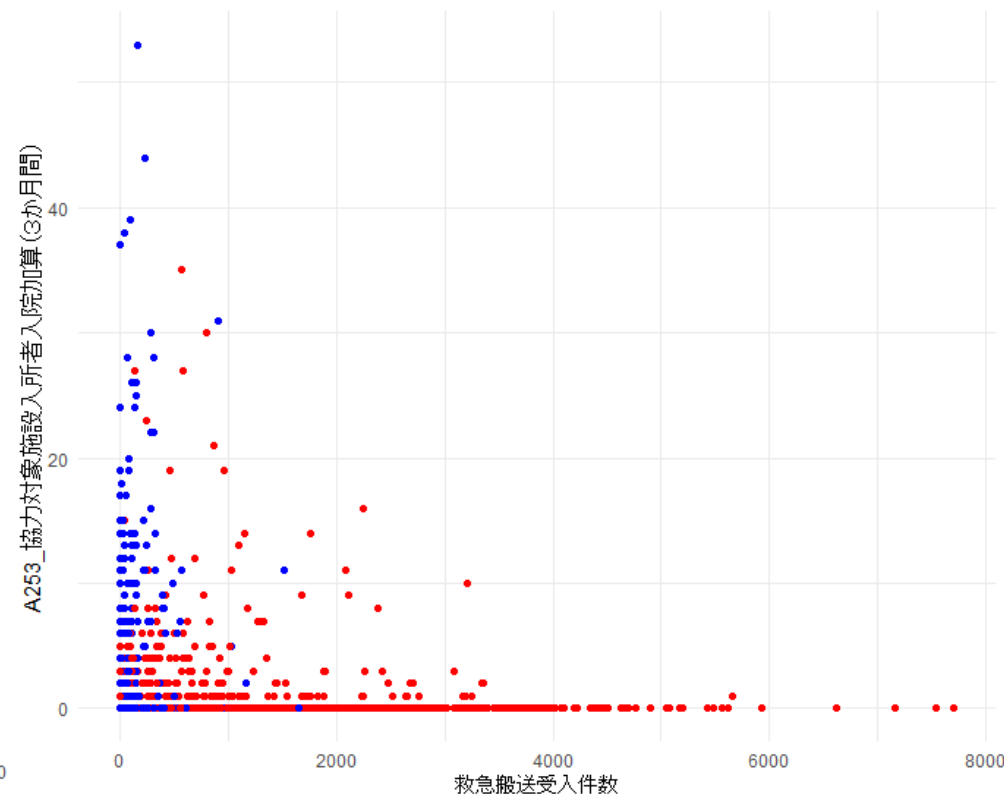
地域包括ケア病棟における在宅・施設の後方支援の状況

- 在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算の算定状況をみると、救急搬送受入件数が比較的少ない医療機関において、主治医や施設からの求めに応じた入院受入を行っている医療機関が多数存在した。急性期病棟のない医療機関で件数が多い傾向であった。

救急搬送件数と在宅患者緊急入院診療加算の算定状況（地域包括ケア病棟）



救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算の算定状況（地域包括ケア病棟）

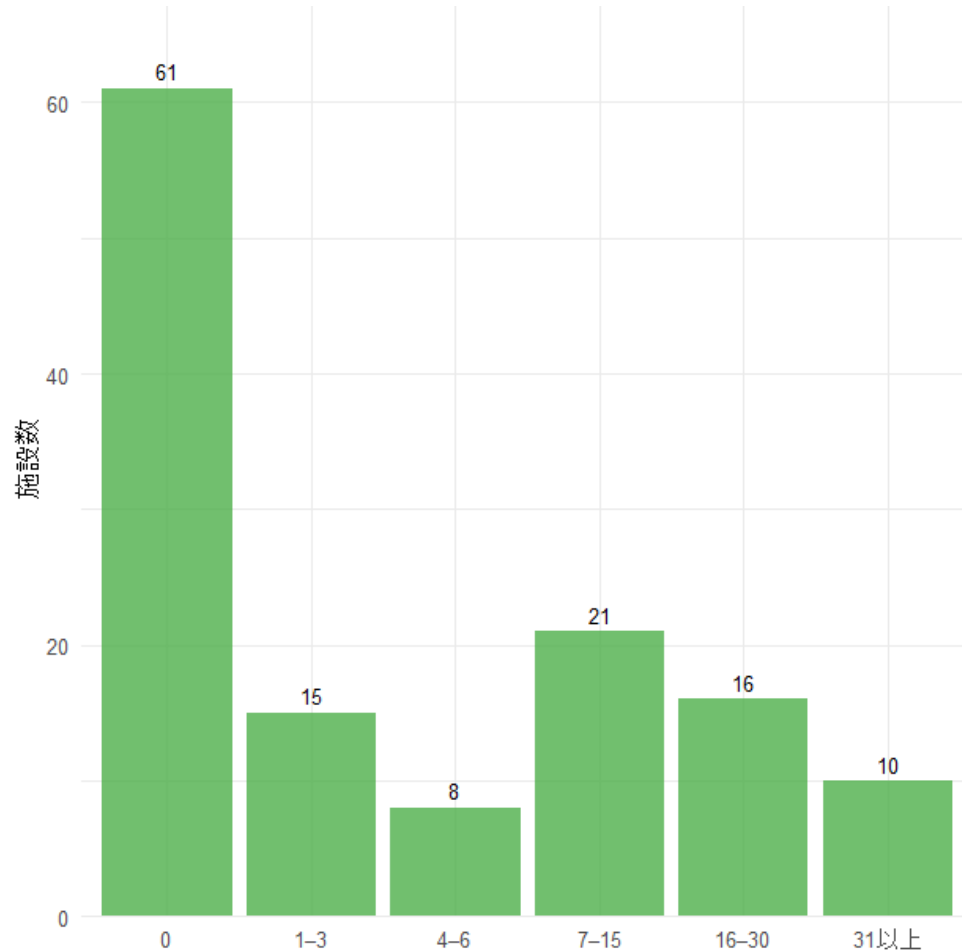


●急性期病棟（※）を有する医療機関 ●急性期病棟のない医療機関
※急性期一般入院料1～6を算定する病棟

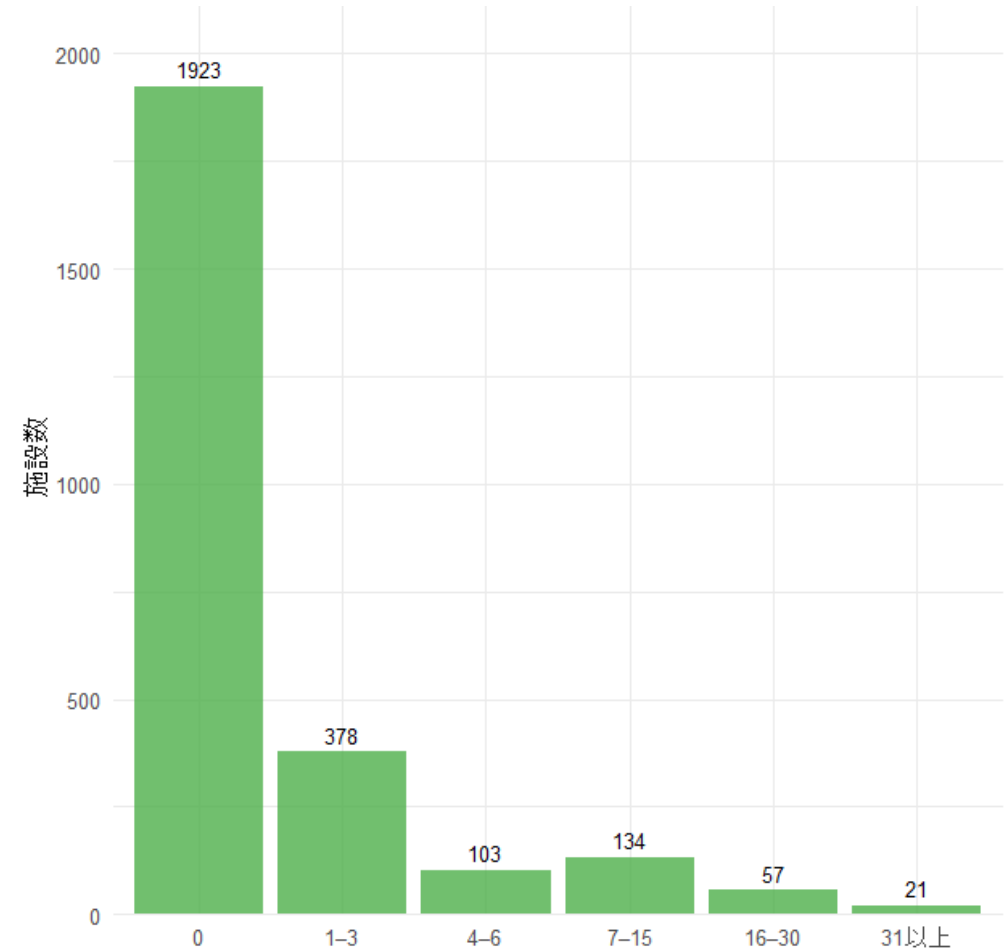
地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟における後方支援の状況

- 在宅患者緊急入院診療加算 1 - 3 と協力対象施設入所者入院加算 1 - 2 について、施設ごとの算定回数（3か月間の合計）の分布は以下のとおり。

各加算の算定回数ごとの施設数（地域包括医療病棟, n=131）



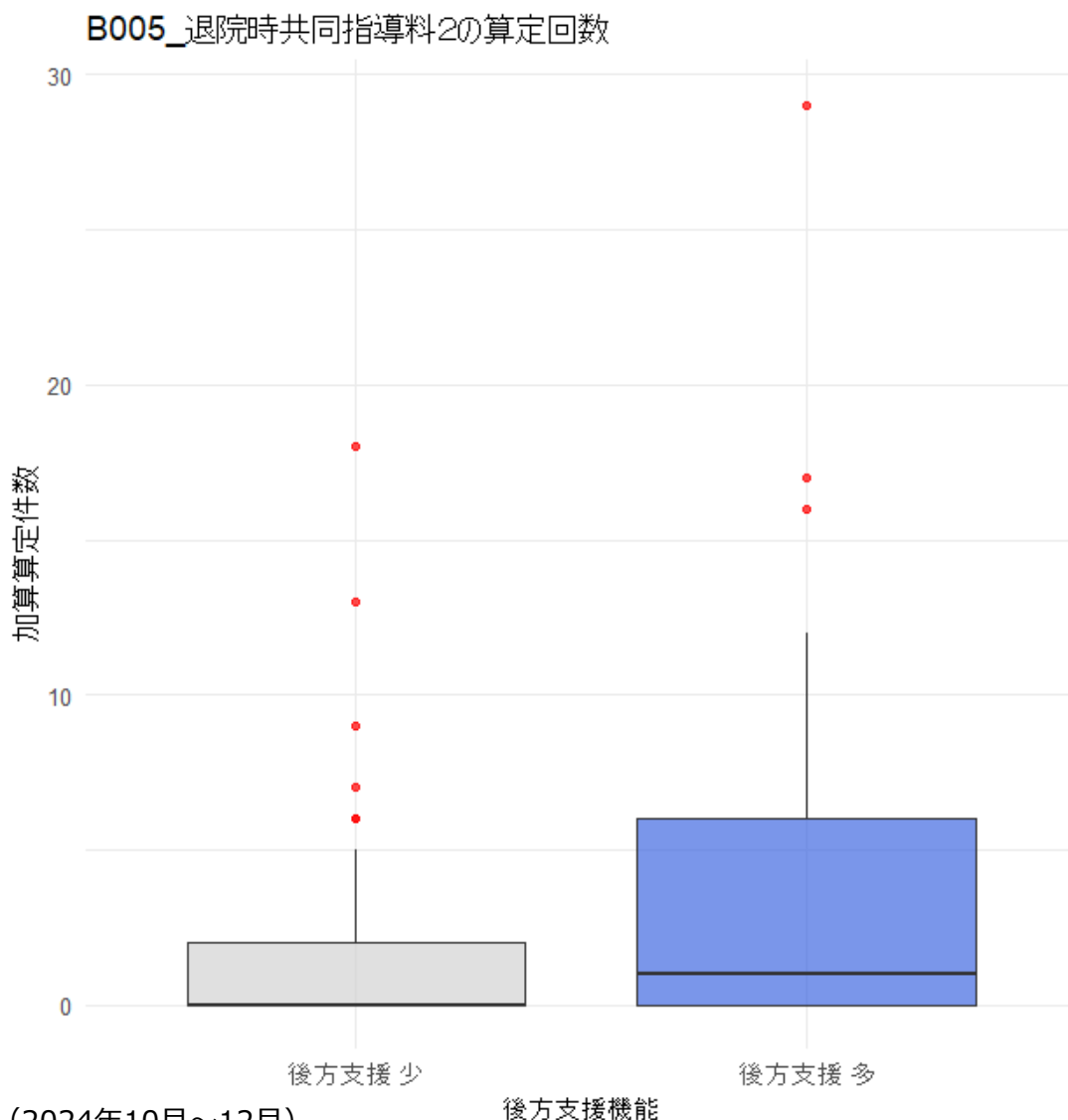
各加算の算定回数ごとの施設数（地域包括ケア病棟, n=2616）



在宅患者緊急入院診療加算・協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合計（3か月間）

地域包括医療病棟における在宅・施設の後方支援と退院支援

- 在宅患者緊急入院診療加算・協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合計が多い施設では、退院時共同指導料2の算定回数も多い傾向にあった。



※1 在宅患者緊急入院診療加算・協力対象施設入所者入院加算を3か月間に4回以上算定している施設を、後方支援を多く実施している施設として群分けした。
(地域包括医療病棟の約42%)

※2 地域包括ケア病棟では、B医学管理は包括範囲のため、算定データはない。

後方支援と関連する診療報酬上のその他の要件

在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院
在支診と共通の基準 ① <u>24時間連絡を受ける体制の確保</u> ② <u>24時間の往診体制</u> ③ <u>24時間の訪問看護体制</u> ④ <u>緊急時の入院体制</u> ⑤ <u>連携する医療機関等への情報提供</u> ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>	○ 許可病床数200床以上 ○ <u>在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保</u> ○ <u>連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）</u> ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ <u>連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</u>
在支病の基準 （1）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと （2）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満	

地域包括医療病棟を有する200床未満の医療機関83施設のうち28%、
地域包括ケア病棟を有する200床未満の医療機関2041施設のうち32%が届出

地域包括医療病棟を有する200床以上の医療機関47施設のうち40%、
地域包括ケア病棟を有する200床以上の医療機関567施設のうち59%が届出

入退院支援加算 1

〔施設基準〕

- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1 以上は保険医療機関であること。
- また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5 以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。

地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟 1, 2 では届出が施設基準

急性期一般病棟（入院料 2 - 6）と併設されている地域包括医療病棟

○ 10対1看護配置の急性期一般病棟と地域包括医療病棟を共に有する医療機関における疾患毎の入棟状況を示す。
股関節骨折や前腕の骨折は地域包括医療病棟のほうが全患者に占める割合が多いものの、診断群分類ごとにいずれの病棟に入るかについては医療機関毎のばらつきが非常に大きく、一定の傾向はみられなかった。

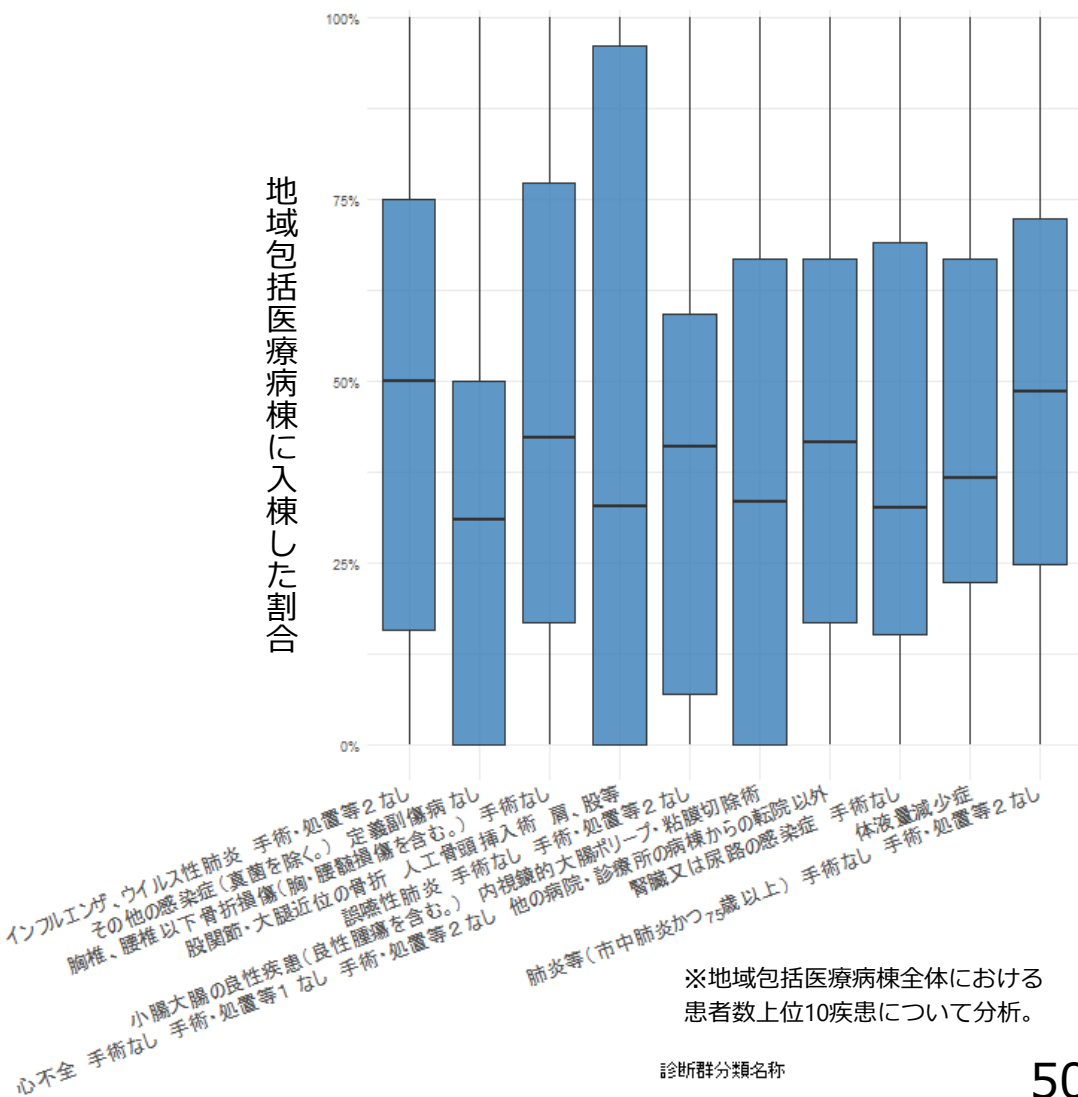
急性期一般入院料 2 - 6 に入院した上位疾患(n=14824)

1	誤嚥性肺炎	3.4%
2	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	3.3%
3	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.4%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5	白内障、水晶体の疾患 片眼手術	2.2%
6	その他の感染症（真菌を除く。）	2.1%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	1.8%
8	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	1.8%
9	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	1.3%
10	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし	1.1%

地域包括医療病棟に入院した上位疾患(n=6860)

1	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.5%
2	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	3.7%
3	誤嚥性肺炎	3.5%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.8%
5	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	2.7%
6	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	2.6%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	2.2%
8	その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
9	体液量減少症	1.8%
10	前腕の骨折 骨折観血的手術	1.6%

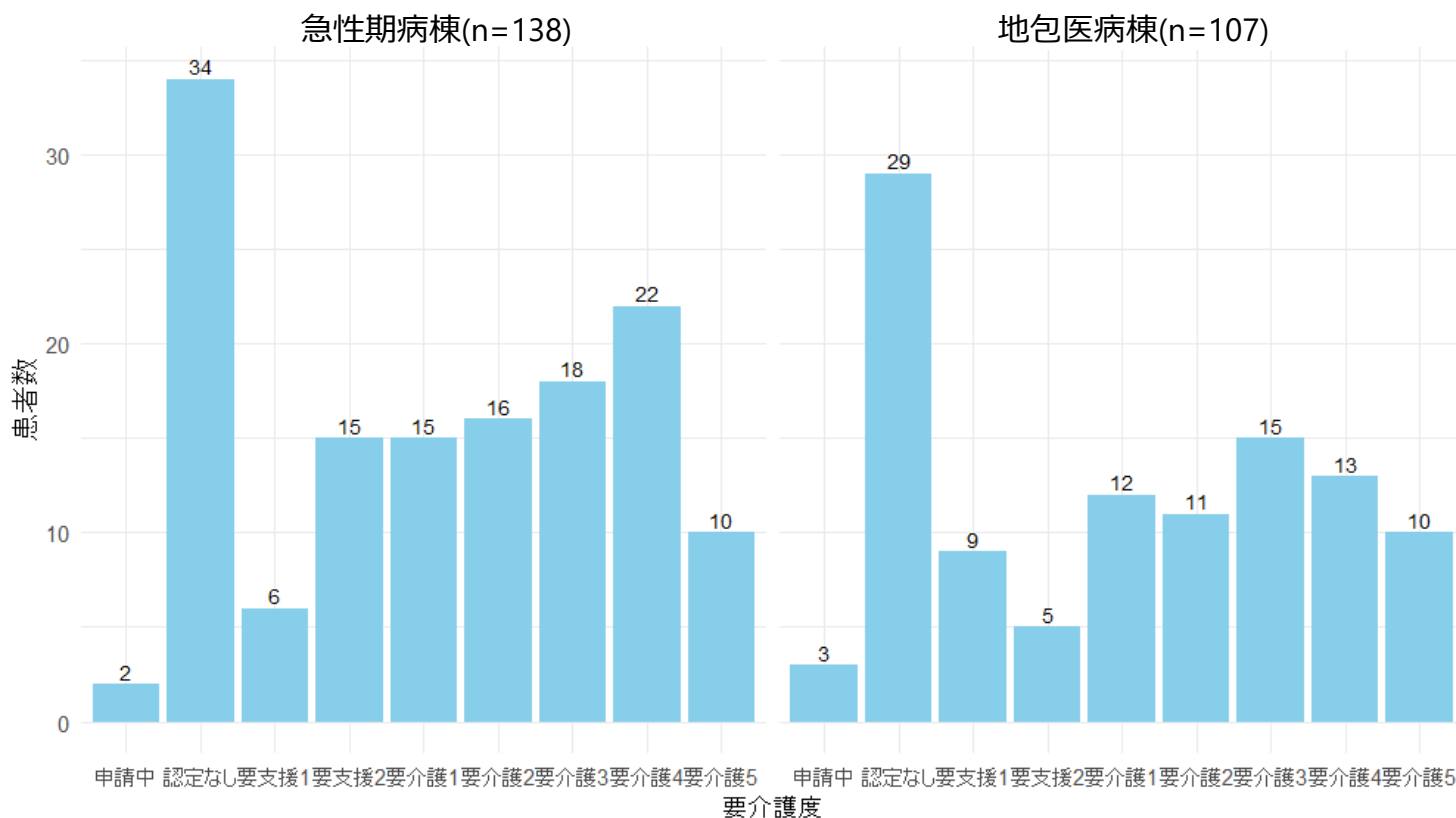
同じ診断群分類でどちらの病棟に入棟するかの分布（施設ごと）



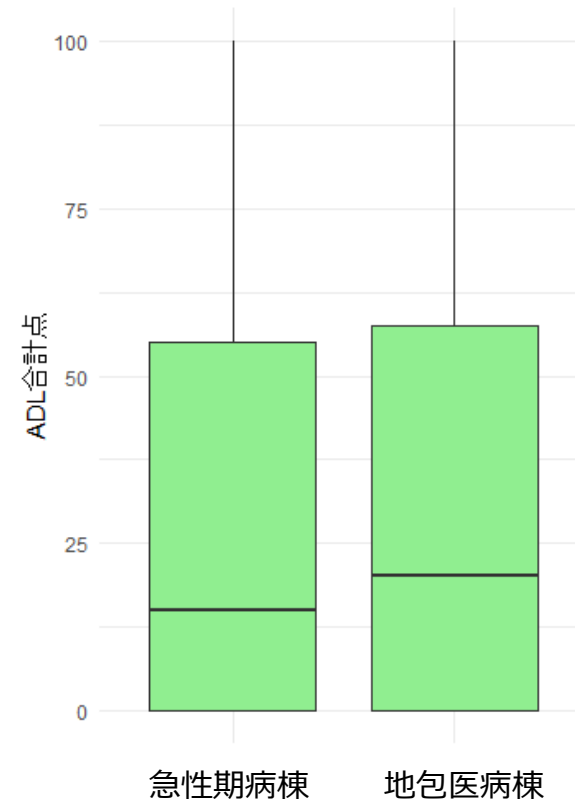
急性期一般病棟（入院料 2 - 6）と地域包括医療病棟の患者像

- いずれの病棟にも入院件数の多い肺炎について、一定の年齢階級（85-94歳）におけるADLや要介護度の分布を比較すると、大きな差はなかった。

要介護度の分布（入棟病棟別）（年齢85～94歳、肺炎）



入院時ADL点数の分布（入棟病棟別）



2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）

2－1. 救急受入や在宅等の後方支援の機能について

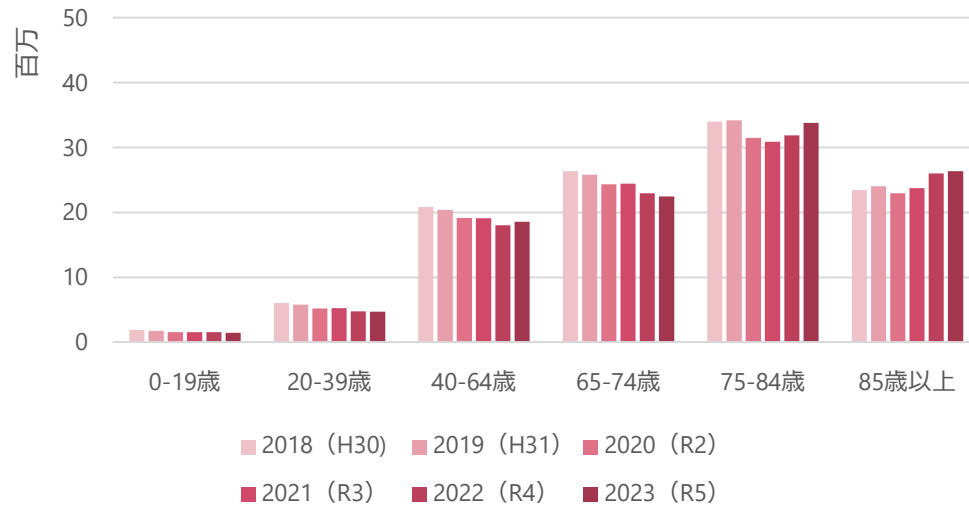
2－2. 地域包括医療病棟の施設基準に係る事項について

2－3. 地域包括医療病棟の医療資源投入量について

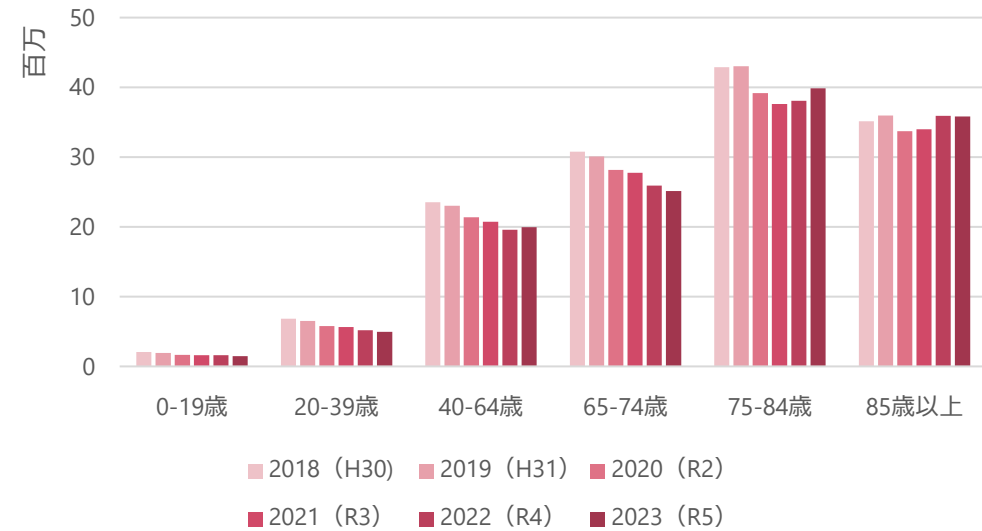
2－4. 地域包括ケア病棟の栄養管理について

年齢階級ごとの各入院料の算定回数

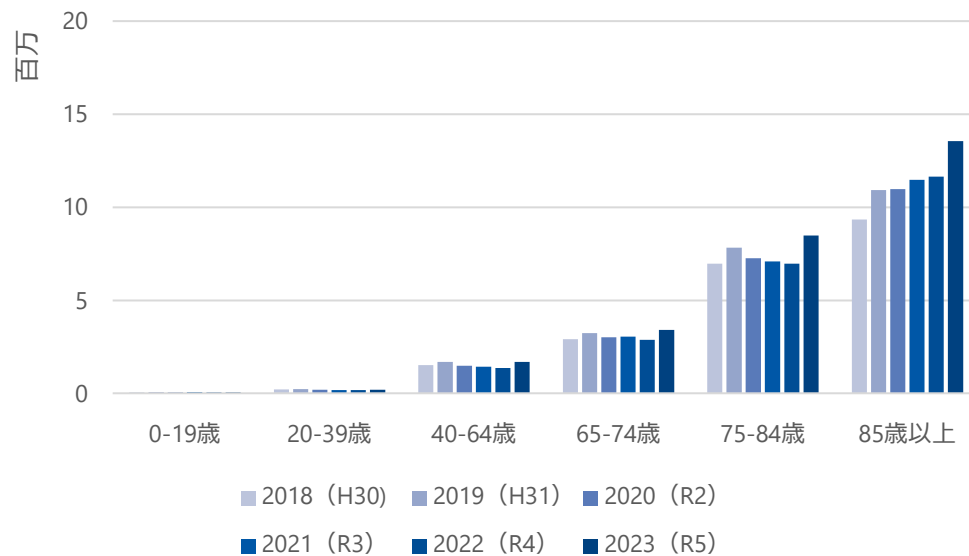
急性期一般入院料 1 の年齢階級別算定回数



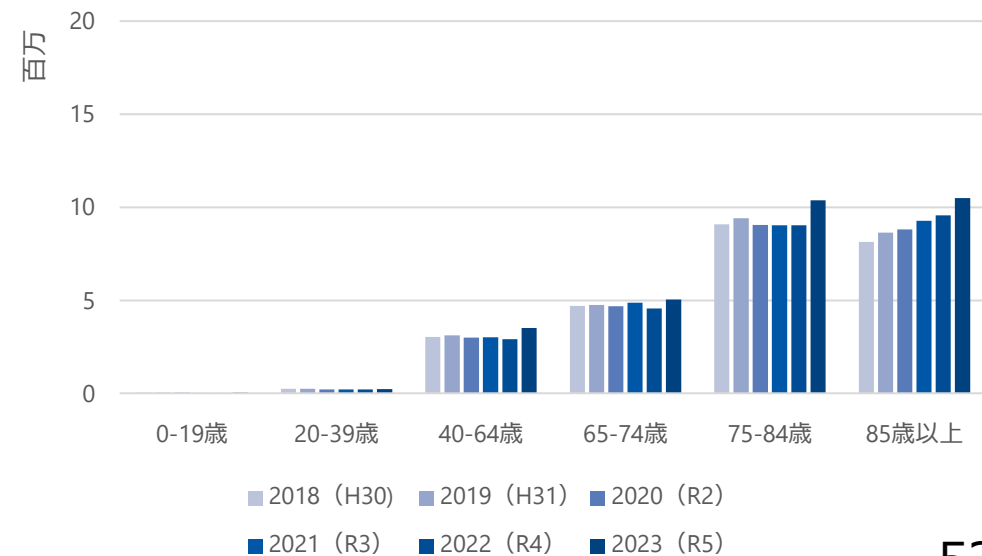
急性期一般入院料 2 - 6 の年齢階級別算定回数



地域包括ケア病棟入院料の年齢階級別算定回数



回復期リハビリテーション病棟入院料の年齢階級別算定回数



- 心不全の入院症例において、主傷病の重症度や併存疾患、ADL点数等で調整しても、高齢であることが在院日数の延長と関係することが報告されている。

心不全入院患者における在院日数の延長と関連する因子（多変量回帰分析）

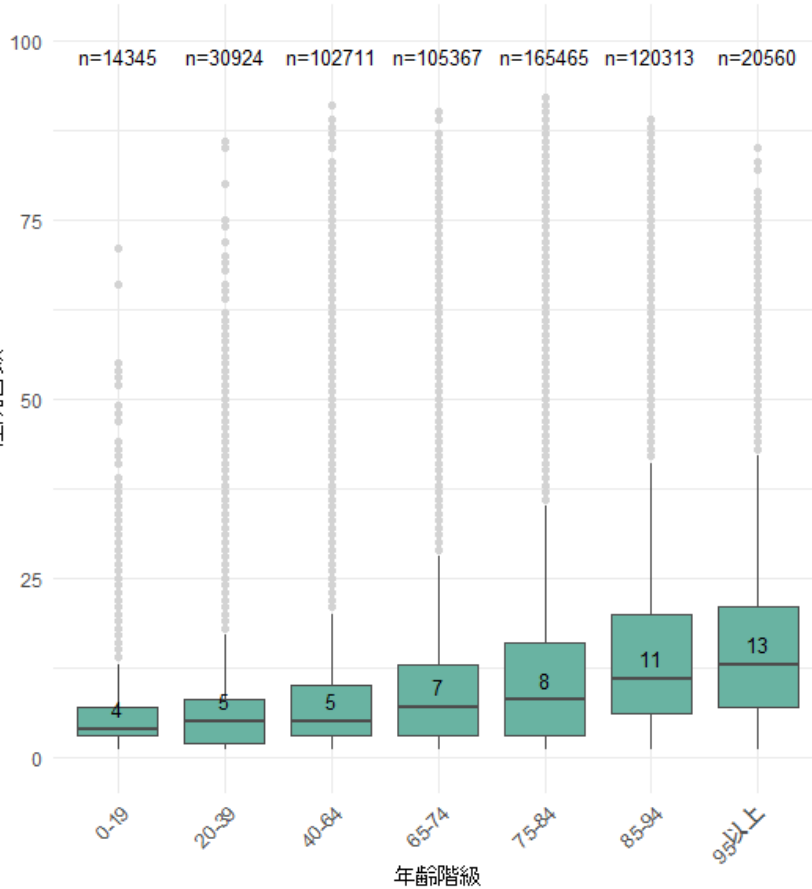
	オッズ比	95%信頼区間	P値
入院時の年齢 (10歳上がるごとに)	1.031	1.026-1.037	<0.001
入院時のADL低下なし	0.899	0.887-0.912	<0.001
NYHA分類Ⅲ or Ⅳ	1.094	1.081-1.108	<0.001
救急車の利用	0.972	0.958-0.985	<0.001
自宅からの入院	0.912	0.894-0.930	<0.001
肺炎の合併	1.110	1.092-1.128	<0.001
低ナトリウム血症の合併	1.100	1.041-1.161	0.0006
鉄欠乏性貧血の合併	1.078	1.041-1.161	<0.001

H. Mitani *et al.* J Cardiol. 76: 342-349, 2020 Table5より一部抜粋し作成

各病棟における在院日数と年齢

- 急性期一般入院料 2 - 6、地域包括医療病棟のいずれにおいても、年齢階級が上がるほど在院日数が長くなる傾向であり、85歳以上では、在院日数の中央値が85歳未満と比べて5～6日程度延長していた。
- 各施設における85歳以上の患者の割合にはばらつきがあった。

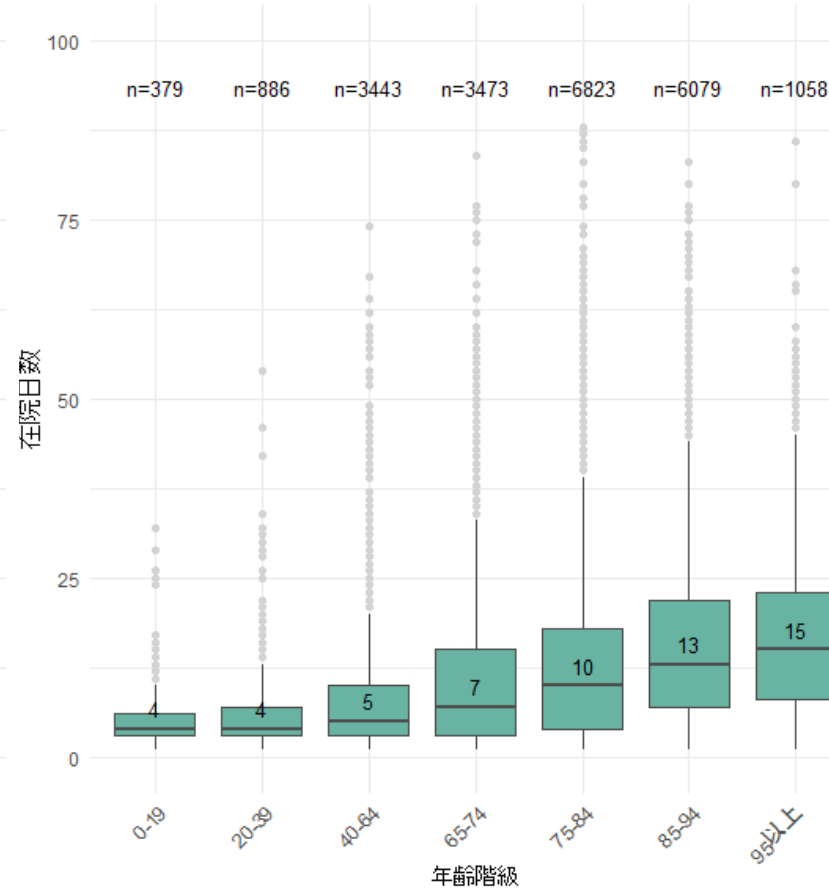
年齢区分ごとの急性期一般入院料の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-13日)、85歳以上 12日 (6-20日)

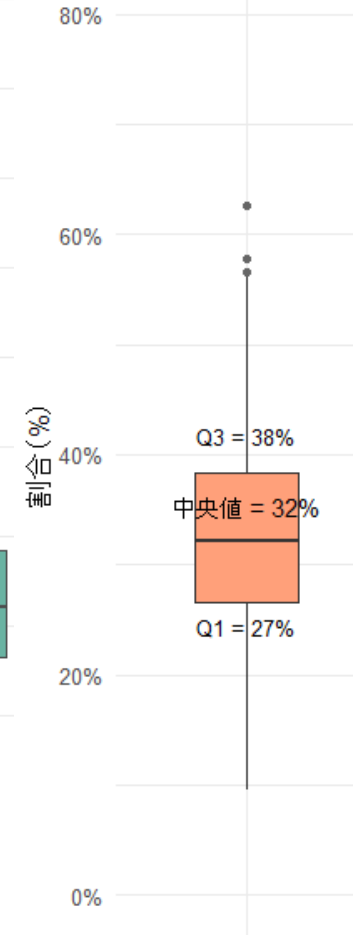
年齢区分ごとの地域包括医療病棟の在院日数の分布



在院日数中央値

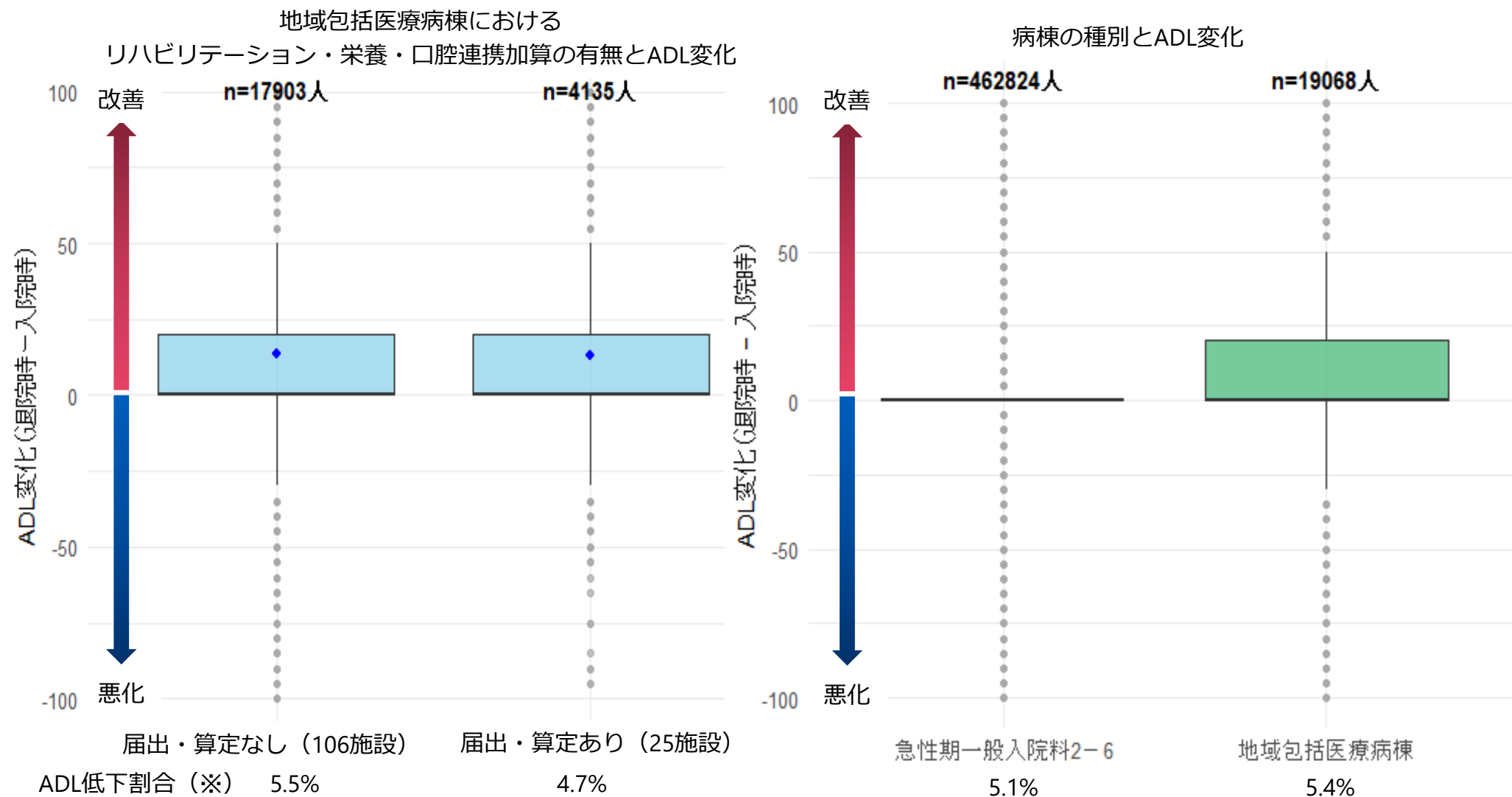
85歳未満 7日 (3-15日)、85歳以上 13日 (7-22日)

85歳以上の患者割合の分布 (施設ごと)



リハビリテーション・栄養・口腔連携加算や病棟種別とADL変化

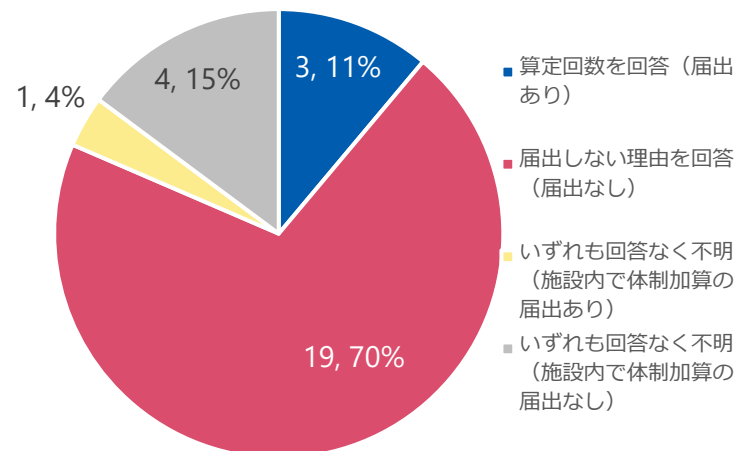
- 地域包括医療病棟において、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出て算定している施設とそれ以外の施設で、ADL変化の分布に大きな差はみられなかった。急性期一般入院料2-6の病棟と地域包括医療病棟では、地域包括医療病棟においてADLが改善する患者が多い傾向であった。



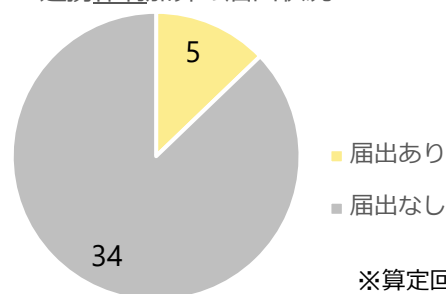
- A票の地域包括医療病棟のうち、算定回数を1回以上と回答した施設は11%であった。
- 70%にあたる19施設が加算を届け出していない理由を回答した。
- 「休日のリハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が最も多かった。次いで、「リハビリに習熟した常勤医師の確保が困難」「入棟後3日までに疾患別リハを算定された患者割合が8割に満たない」を回答した施設が多かった。

A票施設におけるリハビリテーション・栄養・口腔

連携加算の届出状況(n=27)

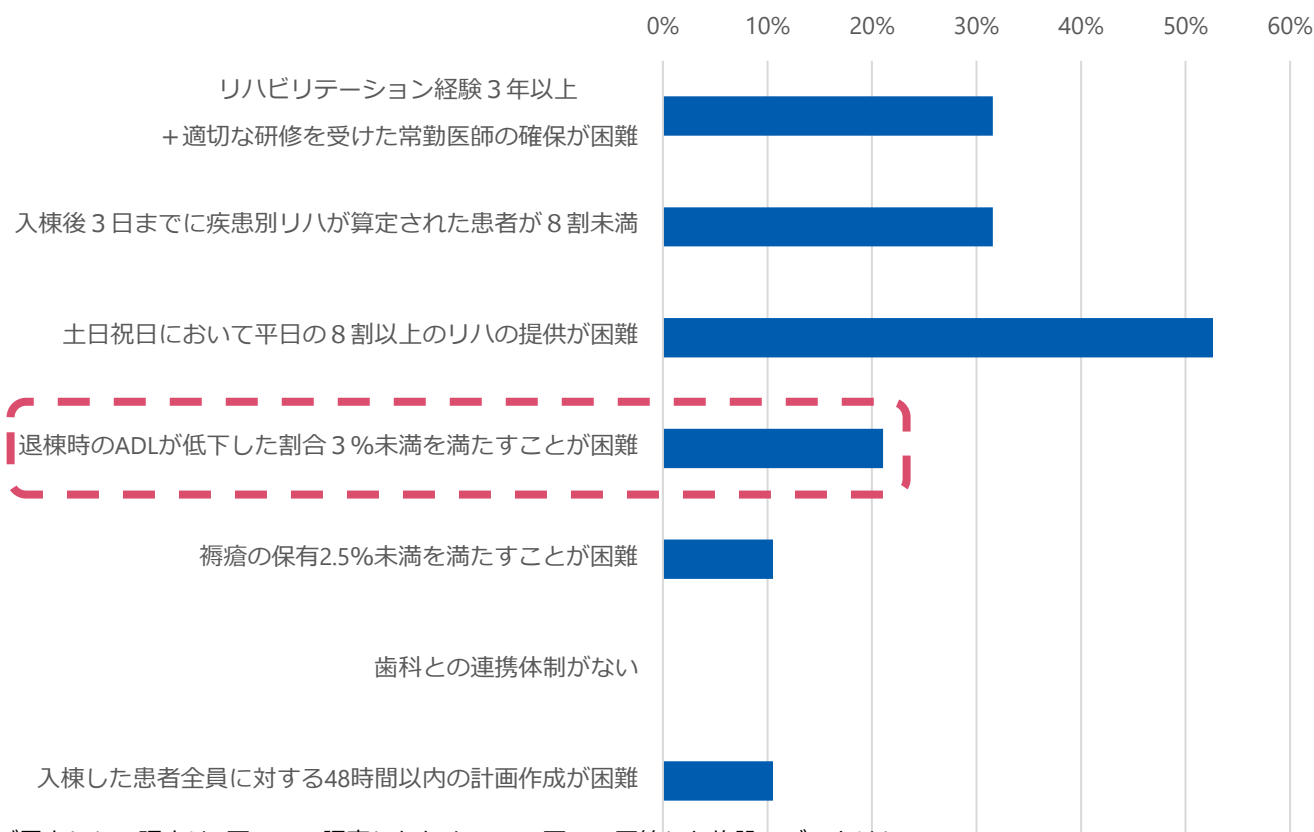


（参考）地域包括医療病棟を有するB票・C票施設における施設内でのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況



地域包括医療病棟を算定している病棟における、

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出していない理由(n=19)



※算定回数及び届出しない理由はA票のみで調査したため、B・C票のみ回答した施設のデータはない。

2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）

2－1. 救急受入や在宅等の後方支援の機能について

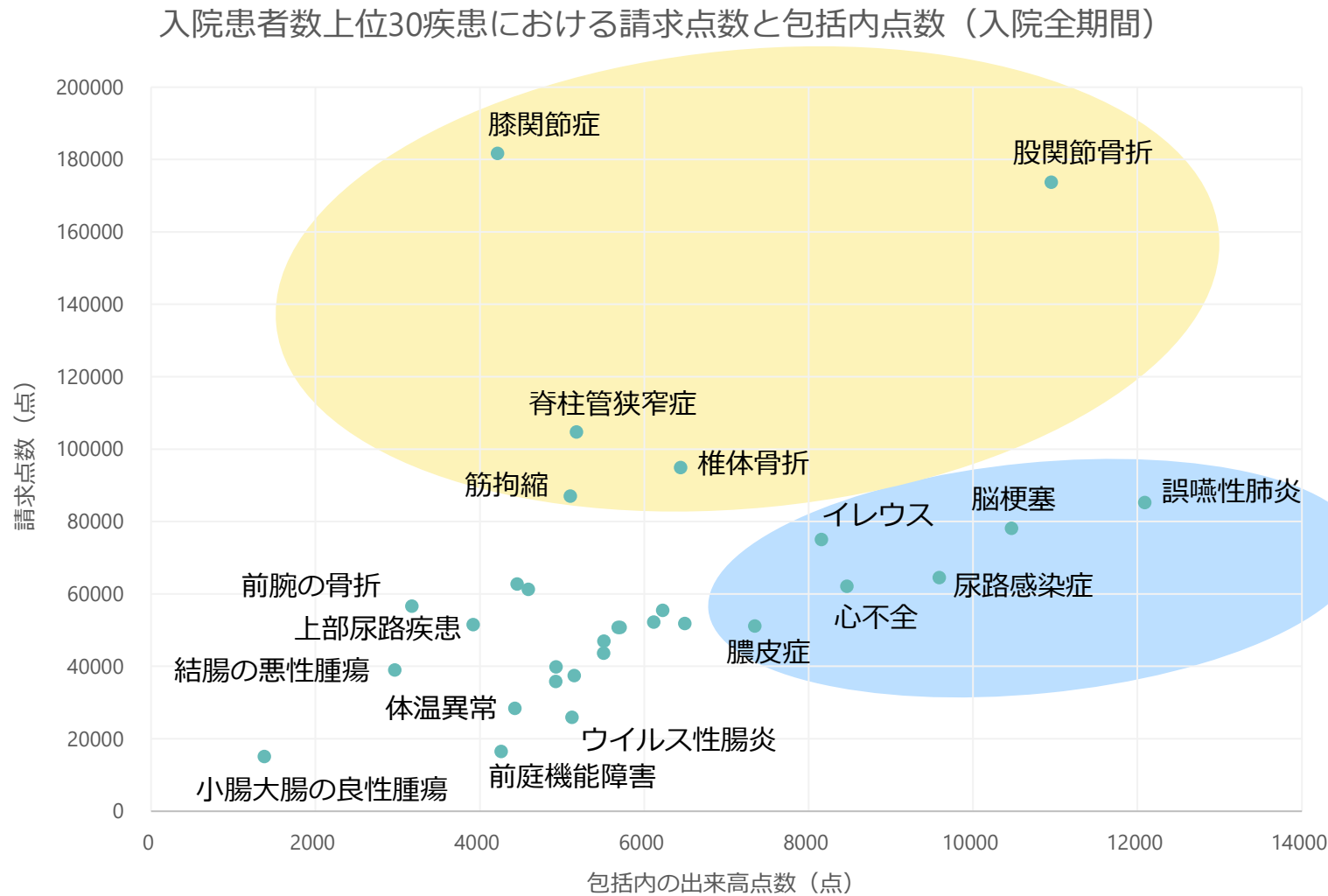
2－2. 地域包括医療病棟の施設基準に係る事項について

2－3. 地域包括医療病棟の医療資源投入量について

2－4. 地域包括ケア病棟の栄養管理について

地域包括医療病棟における請求点数と包括内実績点数の関係

- 包括内の出来高点数に対する請求点数の比は、整形外科系の疾患等、出来高算定の手技を伴う疾患で高い傾向にあった。
- 誤嚥性肺炎、脳梗塞、尿路感染症等の内科疾患においては包括内の出来高実績点数に比して請求点数が低い傾向にあった。



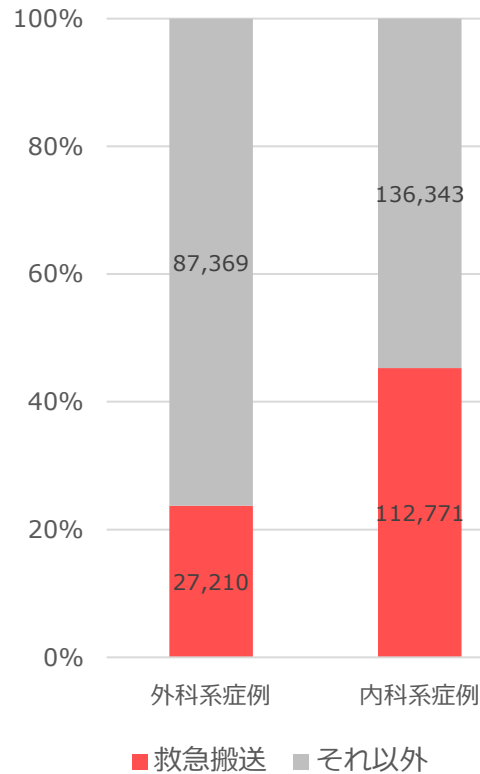
高齢者の外科系症例と内科系症例における救急搬送、緊急入院の割合

○急性期一般入院料と地域包括医療病棟に直接入院した85歳以上の高齢者及び全患者のいずれにおいても、外科症例と比較して内科系症例では救急搬送からの入院、緊急入院の割合が高かった。

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

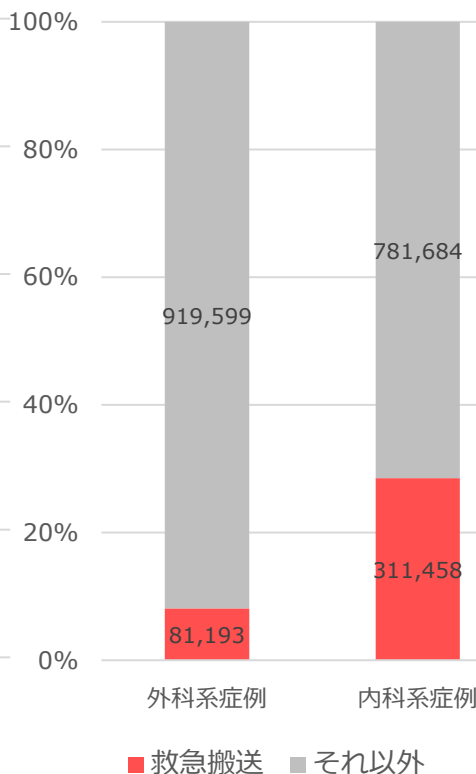
症例種別ごとの救急搬送の割合

(85歳以上の高齢者)



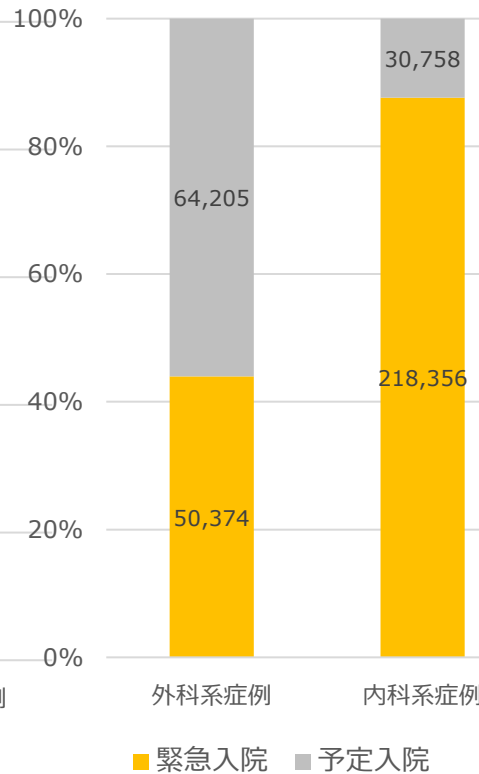
症例種別ごとの救急搬送の割合

(全年齢)



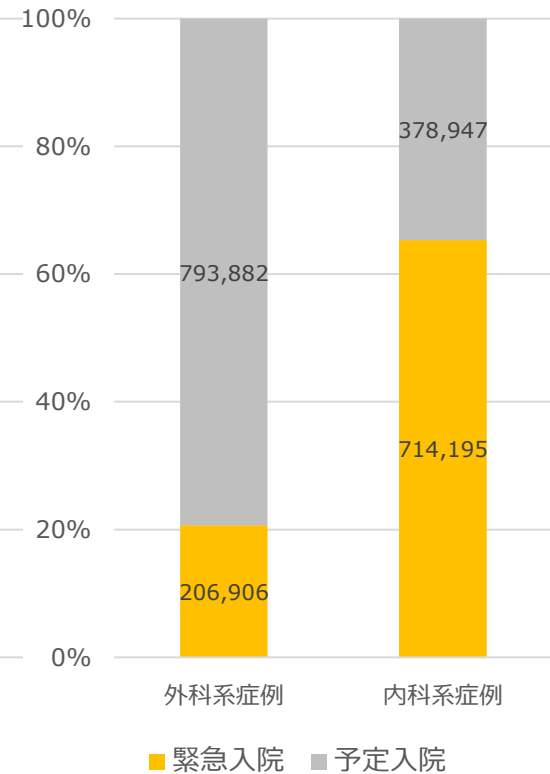
症例種別ごとの緊急入院の割合

(85歳以上の高齢者)



症例種別ごとの緊急入院の割合

(全年齢)



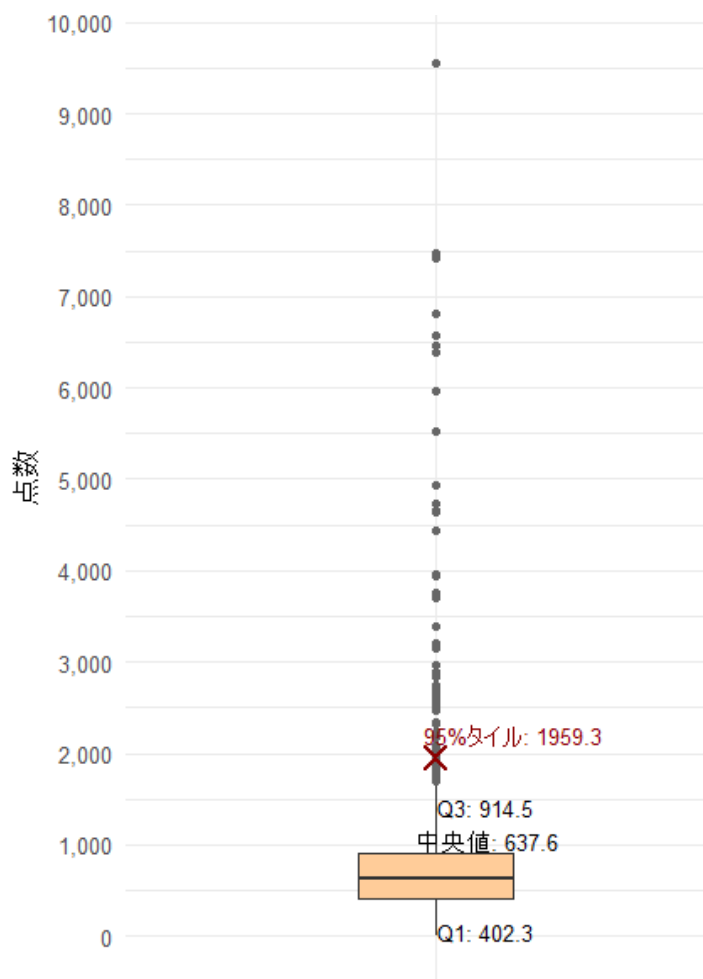
※セル内の数値は患者数。

出典：保険局医療課調べ(2024年10月～12月DPCデータ) 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例(非転院・転棟症例)を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を外科系、それ以外を内科系症例と分類し、救急搬送、緊急入院の割合を示した。

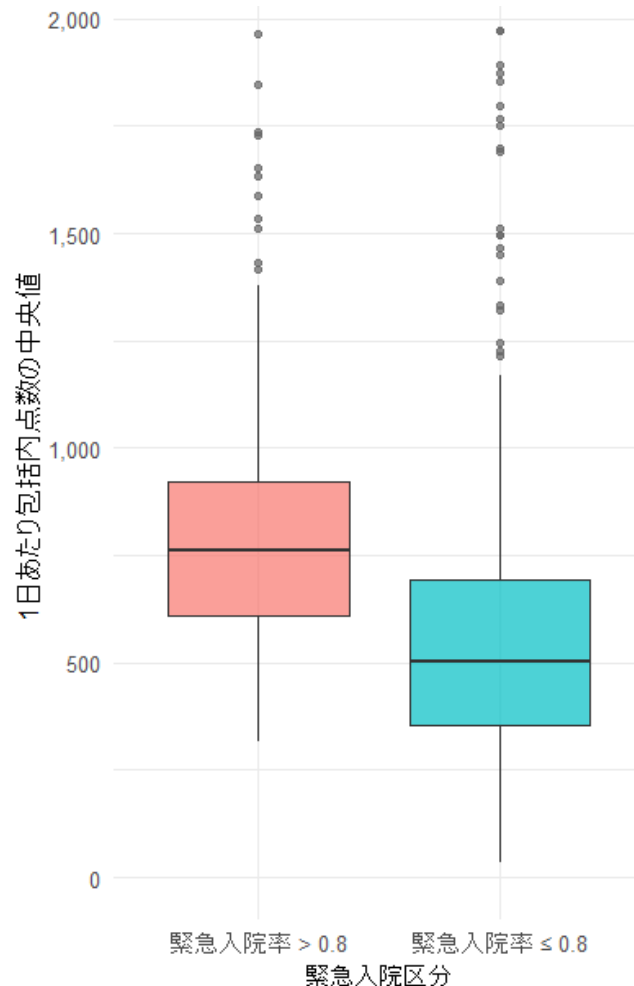
地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数

- 包括内の出来高実績点数にはばらつきがあり、緊急入院が多い診断群分類や、手術を行うことが少ない診断群分類において包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。

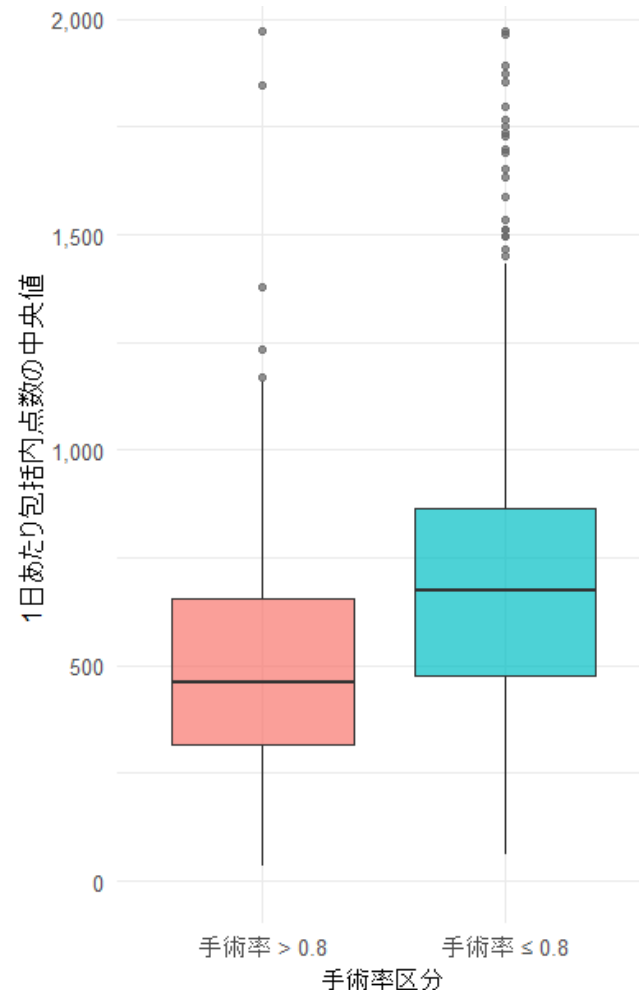
1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



緊急入院率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



手術率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）

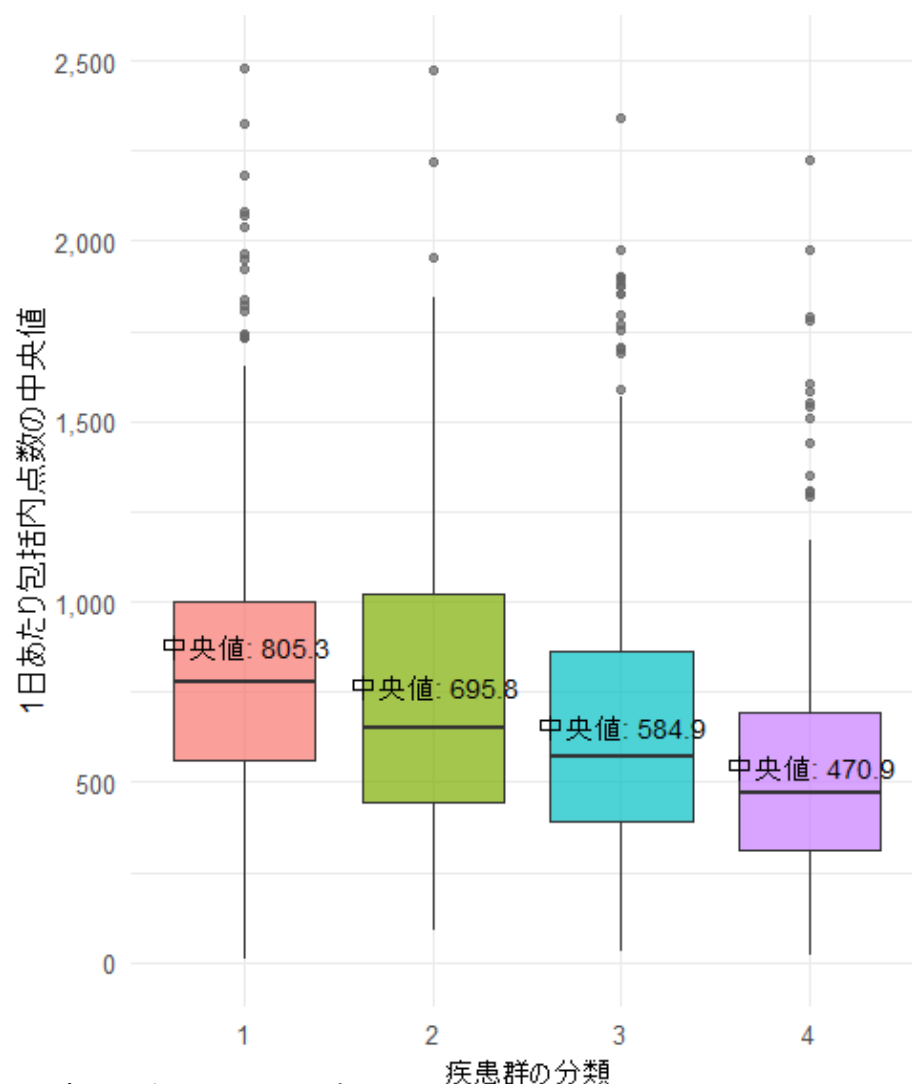


診断群分類ごとの緊急入院の割合、手術を行う割合に基づいて各群に分類し、1日あたりの包括内の出来高換算点数の分布を示した。

緊急入院や手術実施の割合と包括内の出来高実績点数

- 地域包括医療病棟において、緊急入院の割合や手術実施の割合に基づいて診断群分類を層別化すると、1日あたりの包括内の出来高実績点数の分布は以下のとおりであった。

1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（右表の各群別）



群	診断群分類の特徴	該当する診断群分類の数
1	緊急入院＞0.8かつ手術≤0.8	315
2	緊急入院＞0.8かつ手術＞0.8	110
3	緊急入院≤0.8かつ手術≤0.8	324
4	緊急入院≤0.8かつ手術＞0.8	306

【各群に含まれる診断群分類の例】

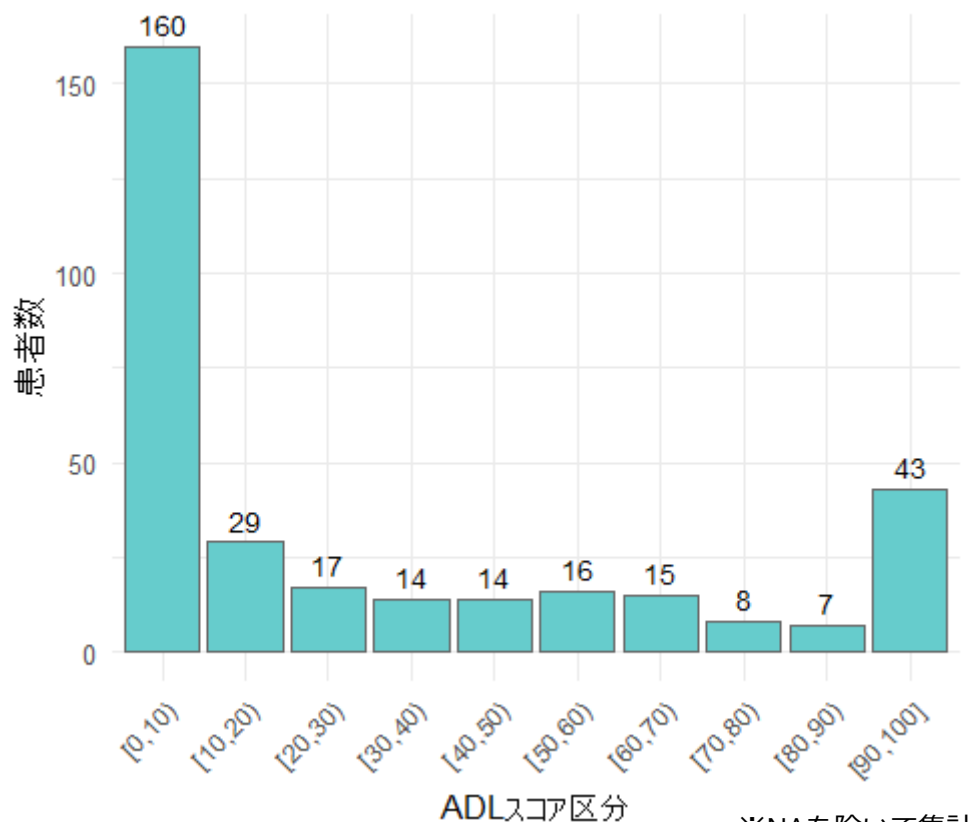
- 誤嚥性肺炎、肺炎等（市中肺炎）、腎臓又は尿路の感染症
- 股関節・大腿近位の骨折、頭蓋・頭蓋内損傷
- 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全
- 小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術、白内障・水晶体の疾患、前腕の骨折 骨折観血的手術

医療資源投入量で評価できない治療・療養の手間

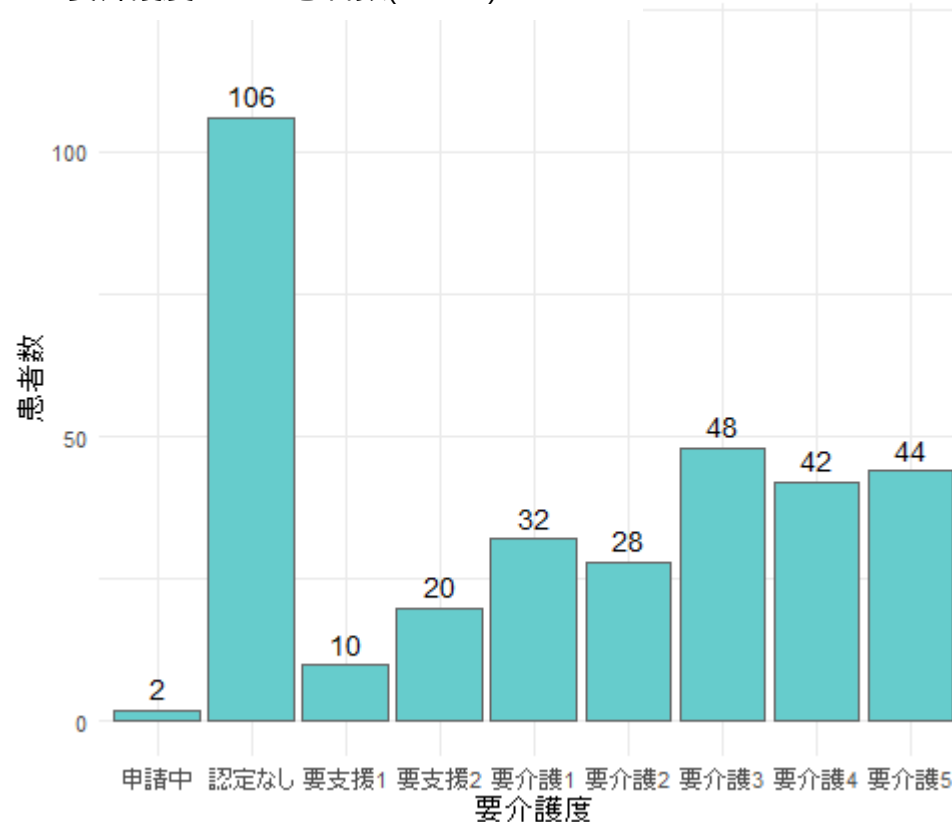
- 同一の診断群分類で医療資源投入量が標準的な範囲であっても、ADLや要介護度は多様である。

(例) 地域包括医療病棟における、尿路感染症で1日あたりの包括内の出来高点数が第一四分位点～第三四分位点にある患者の分布

ADLスコア区分ごとの患者数(n=323)



要介護度ごとの患者数(n=332)

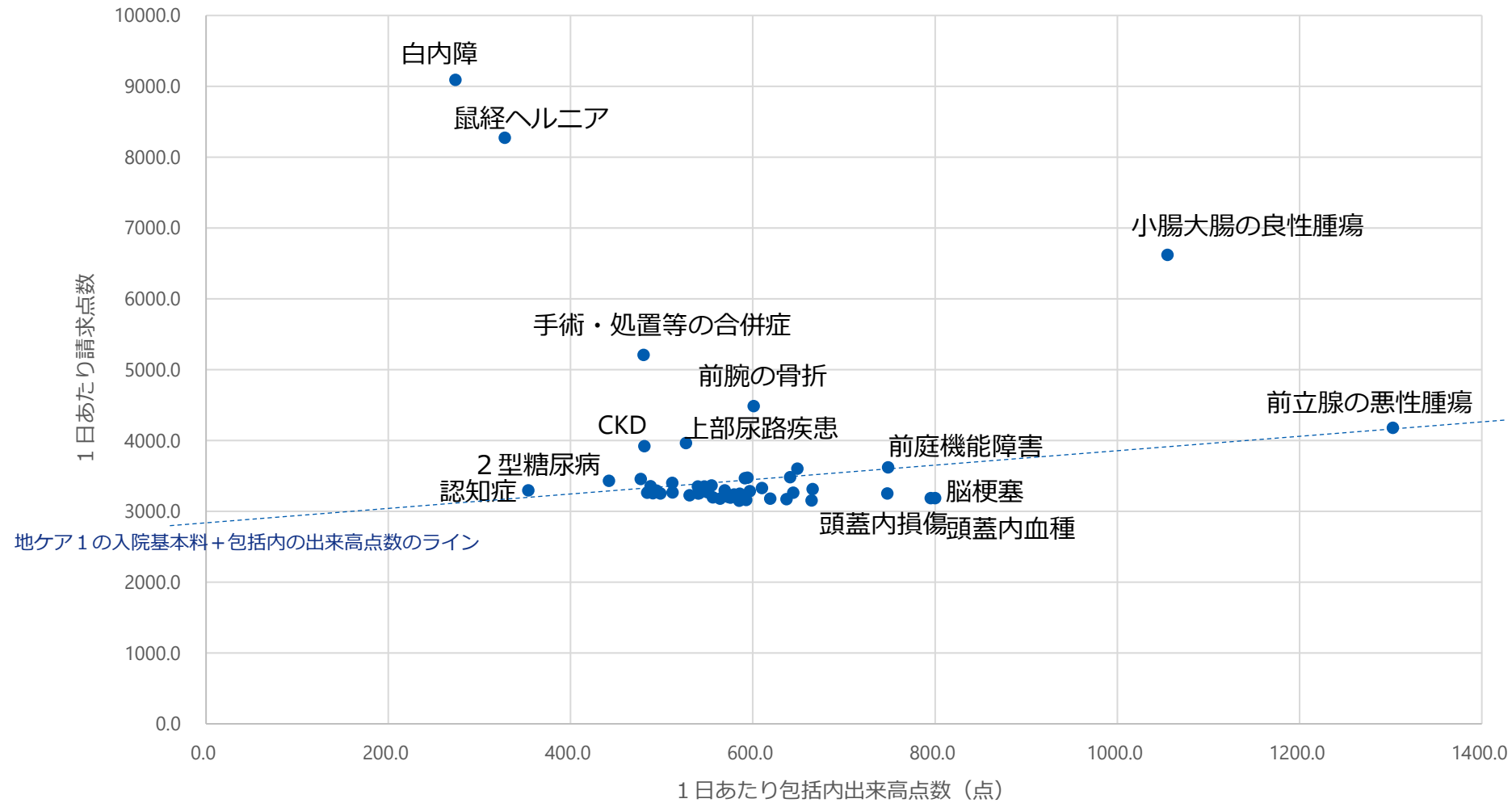


地域包括ケア病棟における1日あたり請求点数と包括内出来高実績点数

- 地域包括ケア病棟の入院患者数上位50位までの疾患について、1日あたりの包括内の出来高換算点数は地域包括医療病棟と比べて一定の範囲に集中していた。
- 短期滞在手術等基本料 3 に該当する疾患では、請求点数が高い傾向にあった。

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3 改

入院患者数上位50位までの疾患における 1 日あたり請求点数と包括内点数



(参考) 地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の包括範囲の違い

「医科点数表」における項目		地域包括医療病棟 (基本的にDPC包括範囲と同じ)	地域包括ケア病棟
A 入院料等	入院基本料等加算	一部の加算は除外	一部の加算は除外（左記と異なる）
	特定入院料	—	—
B 医学管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	B001-34二次性骨折予防継続管理料 以外
C 在宅医療		—	—
D 検査		下記以外 心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）	全て包括
E 画像診断		下記以外 画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）	全て包括
F 投薬		全て	全て包括
G 注射		無菌製剤処理料 以外	全て包括
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	H004 摂食機能療養 以外
J 処置		1,000点未満の処置	J038 人工腎臓、J042 腹膜還流 及びそれに係る特定保健医療材料以外
K 手術 L 麻酔		（全て出来高）	（全て出来高）
M 放射線治療		（全て出来高）	全て包括
N 病理診断		下記以外 術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料	全て包括
薬剤料		下記以外 H I V 治療薬 血液凝固因子製剤等（血友病等に対する）	除外薬剤・注射薬以外

2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）

2－1. 救急受入や在宅等の後方支援の機能について

2－2. 地域包括医療病棟の施設基準に係る事項について

2－3. 地域包括医療病棟の医療資源投入量について

2－4. 地域包括ケア病棟の栄養管理について

栄養管理に係る配置基準や診療報酬上の評価

- 地域包括ケア病棟では、管理栄養士の配置基準はなく、栄養管理に係る加算や管理料は包括されている。

区分	概要	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
入院料における管理栄養士の配置	地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担うものである。	専任の管理栄養士1名以上	なし
A304の注10 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算	当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、専従の理学療法士等、専任の管理栄養士、その他必要に応じた他の職種の協働により、以下のアからウまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。	○	—
A233-2 栄養サポートチーム加算	栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したもの。週1回（療養病棟入院基本料等では長期入院に際して別途規定あり）に限り所定点数に加算する。	○	—
B001-10 入院食事栄養指導料	入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。	○	—

入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

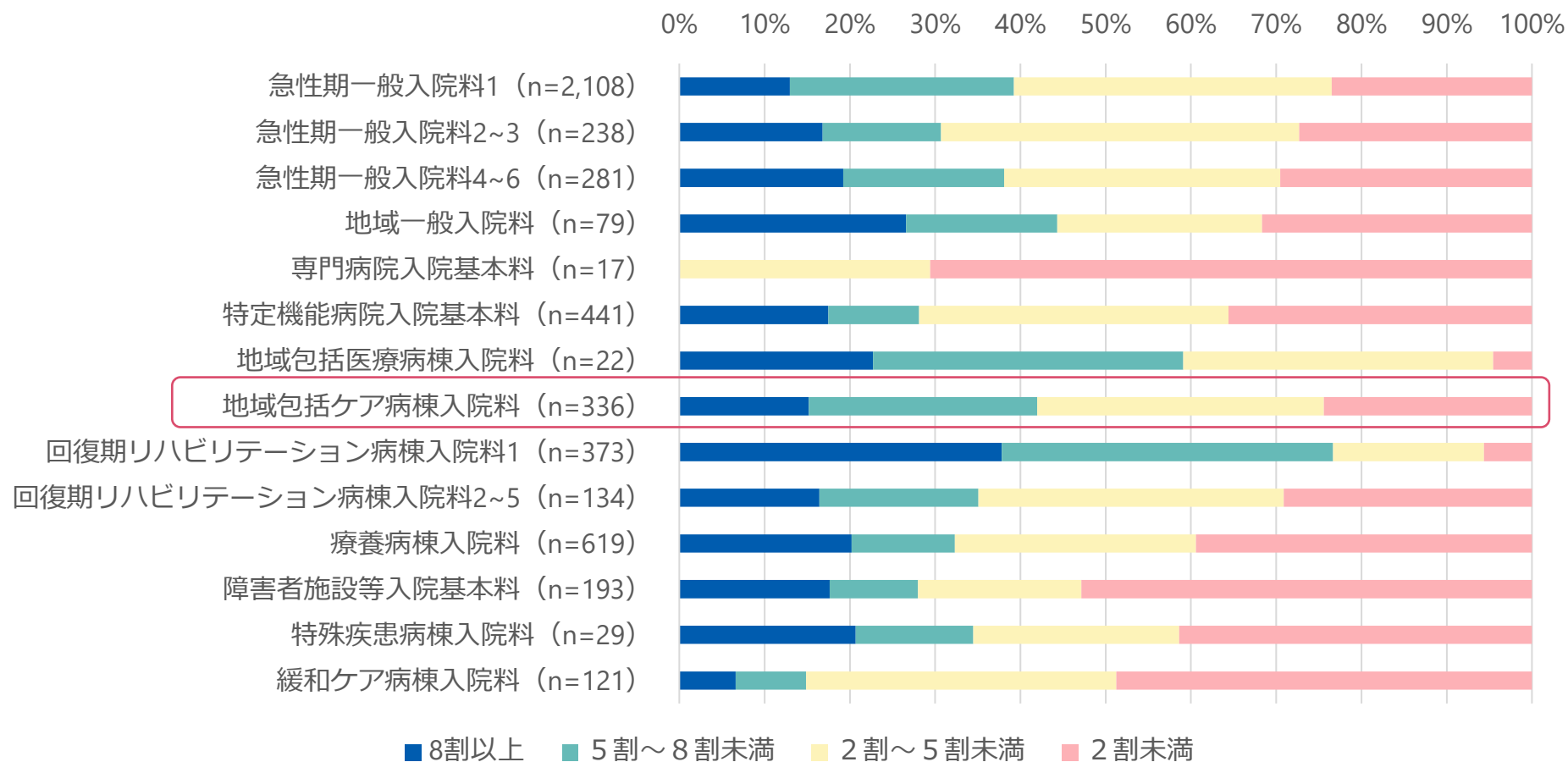
- 40床あたりの管理栄養士数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 地域包括ケア病棟では、40床あたりの管理栄養士数は少ない。

入院料	回答病棟数 ※ 1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）						
		全職員数	看護職員	看護補助者		管理栄養士	リハビリ職 ※ 2	相談員
					うち介護福祉士			
急性期一般入院料1(N=340)	2044	33.91	26.62	3.80	0.48	0.22	1.22	0.31
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57	0.23	1.59	0.32
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68	0.34	1.22	0.22
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60	28.69	2.73	0.05	0.26	0.42	0.10
専門病院入院基本料(N=3)	17	25.40	22.98	2.09	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料(N=126)	192	39.44	32.79	2.54	0.24	0.26	0.55	0.31
地域一般入院料1-2(N=21)	24	29.75	19.26	4.49	1.14	0.26	2.30	0.28
地域一般入院料3(N=47)	50	31.65	17.20	5.86	1.02	0.57	2.15	0.41
地域包括医療病棟入院料(N=17)	19	33.09	21.18	4.03	0.63	0.45	2.00	0.55
地域包括ケア病棟入院料(N=312)	349	30.48	19.15	6.53	2.14	0.24	2.66	0.46
地域包括ケア病棟入院料1(N=159)	181	33.56	19.66	7.21	2.67	0.33	3.76	0.59
地域包括ケア病棟入院料2(N=150)	163	27.23	18.64	5.77	1.56	0.15	1.51	0.31
地域包括ケア病棟入院料3(N=1)	1	26.25	20.00	6.25	3.75	0.00	0.00	0.00
地域包括ケア病棟入院料4(N=4)	4	24.59	16.78	6.69	1.71	0.23	0.47	0.43
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=370)	497	42.45	16.93	6.92	3.19	0.63	15.79	0.88
回復期リハビリテーション病棟入院料1(N=267)	372	45.41	17.49	6.94	3.36	0.72	17.92	1.01
回復期リハビリテーション病棟入院料2(N=35)	43	37.98	15.43	6.94	3.37	0.43	13.18	0.77
回復期リハビリテーション病棟入院料3(N=64)	67	31.53	15.33	6.67	2.20	0.30	7.82	0.30
回復期リハビリテーション病棟入院料4(N=11)	11	30.46	13.96	7.38	2.55	0.36	6.93	0.47
回復期リハビリテーション病棟入院料5(N=4)	4	30.90	16.70	8.08	3.13	0.56	4.44	0.20
療養病棟入院基本料1(N=358)	577	25.97	12.62	9.32	3.78	0.30	1.23	0.29
療養病棟入院基本料2(N=50)	70	23.73	11.73	7.98	2.83	0.41	1.34	0.27
その他入院料(N=159)	166	35.73	25.31	5.52	1.31	0.36	1.99	0.52

※ 1 20床以下の病棟は除いて集計 ※ 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

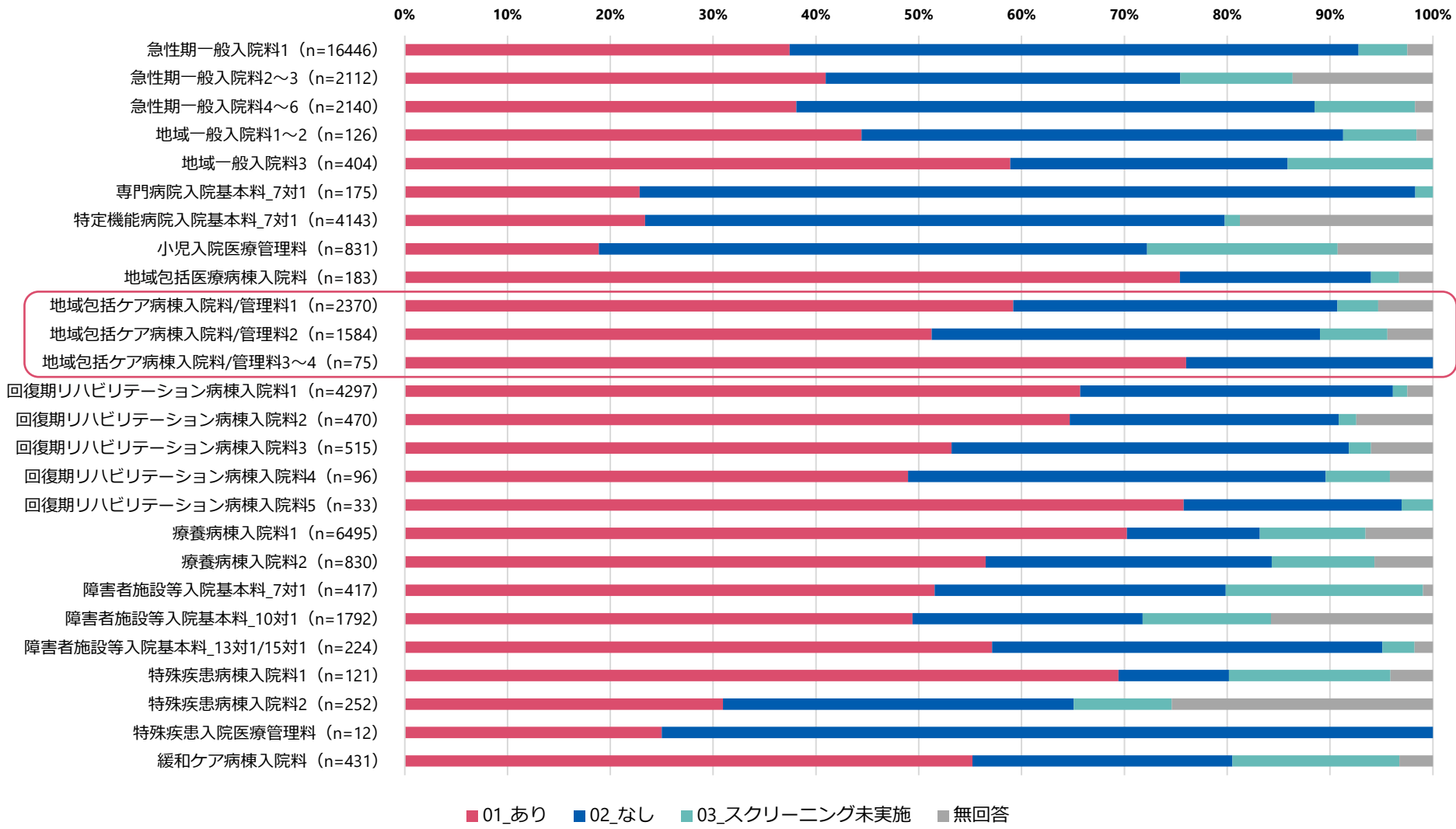
- 管理栄養士の専任配置が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料1や地域包括医療病棟入院料は、病棟で業務に従事している時間が長い割合が高い。
- 一方で、管理栄養士がほとんど病棟で業務に従事していない病棟も、一定数ある。

管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合



■ 8割以上 ■ 5割～8割未満 ■ 2割～5割未満 ■ 2割未満

○ 入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約 4 割、地域包括医療病棟などでは約 8 割だった。地域包括ケア病棟では地域包括医療病棟より割合が低かった。



包括的な機能を担う入院医療に係る現状と課題

(高齢者の救急受入や在宅医療等の後方支援について)

- ・ 地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する病院のうち、救急受入件数が多い医療機関は急性期病棟を有していた。一方、後方支援を評価する加算である在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算は、救急搬送受入件数が少なくても算定回数が多い医療機関があった。
- ・ 在宅療養後方支援病院や入退院支援加算の施設基準においても、後方支援や協力医療機関に係る要件が定められている。
- ・ 10対1看護配置の急性期病棟と地域包括医療病棟を併設している医療機関における両病棟の患者像には大きな偏りはなかった。

(地域包括医療病棟の施設基準に係る事項について)

- ・ 85歳以上の高齢患者の在院日数の中央値は85歳未満より5－6日程度長かった。85歳以上の患者の割合は施設ごとにばらつきがあった。
- ・ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届出・算定している施設ではADLが低下する患者の割合が少なかった。また、10対1看護配置の急性期病棟と比べて地域包括医療病棟ではADLが改善する患者が多い傾向にあった。一方でADLが低下する患者の割合は全体で5%程度であり、施設基準上の要件となっている割合と近かった。

【課題】



(高齢者の救急受入や在宅医療等の後方支援について)

- 包括期の入院医療を担う病院の後方支援機能について、どのように評価するか。
- 10対1急性期病棟と地域包括医療病棟とを併設している医療機関と、各病棟に入棟する患者の状況について、どのように評価するか。

(地域包括医療病棟の施設基準に係る事項について)

- 平均在院日数の要件は一律であるが、高齢患者の割合にはばらつきがあり、85歳以上では特に在院日数が長くなることについて、どのように評価するか。
- 地域包括医療病棟に入院する患者のADLの改善の状況について、どのように評価するか。

包括的な機能を担う入院医療に係る現状と課題

(高齢者の入院における医療資源投入量について)

- ・ 地域包括医療病棟では、疾患毎に包括される出来高換算点数のばらつきがあり、内科疾患では包括される点数が高く、請求点数は低い傾向にあった。
- ・ 内科疾患はその多くが緊急入院であり、緊急入院する割合が高い診断群や手術を要する割合が低い診断群では包括内の出来高換算点数が高かった。
- ・ 同一の疾患で医療資源投入量が同程度であっても、ADLや要介護度は多様であった。
- ・ 地域包括ケア病棟では、包括内の出来高換算点数のばらつきは少なかった。

(地域包括ケア病棟における栄養管理について)

- ・ 地域包括ケア病棟においては、管理栄養士の配置は要件になっておらず、栄養管理に係る加算や管理料は入院料に包括されている。
- ・ 地域包括ケア病棟では40床あたりの管理栄養士数は少なく、病棟で業務に従事する時間は短い傾向にあった。
- ・ 地域包括ケア病棟では、地域包括医療病棟に比べて低栄養のリスクがある患者が少なく、適切に覚知されていない可能性があった。

【課題】



(高齢者の入院における医療資源投入量について)

- 地域包括医療病棟における包括内の出来高換算点数が、手術や緊急入院を要する疾患かどうかによって異なることについて、どのように評価するか。
- 療養の世話に要する手間を医療資源投入量や診断群分類で把握できない中、高齢者の入院患者像の多様性について、どのように評価するか。

(地域包括ケア病棟における栄養管理について)

- 地域包括ケア病棟における栄養管理について、どのように評価するか。

1. 外来医療について（その2）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）
3. 入院から外来への移行（その1）
4. 総合病院精神科について
5. 薬剤業務について

短期滞在手術等基本料の概要

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

（共通の要件）

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

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

短期滞在手術等の算定方法

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

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

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

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

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

※1 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を指す。

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

※3 特に規定する場合を除く。

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

※5 短期滞在手術等基本料1により包括的に評価される検査等を指す。

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等

(「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等)

- D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 **イ** 成長ホルモン (GH) (一連として)
- D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
- K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
- K 0 6 8 半月板切除術
- K 0 6 8-2 関節鏡下半月板切除術
- K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 **イ** 縫着レンズを挿入するもの
- K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
- K 2 8 2 水晶体再建術 3 計画的後囊切開を伴う場合
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
- K 5 0 8 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)
- K 5 1 0 気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

(「ロ」イ以外の場合の対象手術等)

- K 0 0 5 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 3 長径四センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 8 腋臭症手術
- K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
- K 0 9 3 手根管開放手術
- K 0 9 3-2 関節鏡下手根管開放手術
- K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 **ロ** その他のもの
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
- K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
- K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
- K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
- K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)

※ 短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等と重複するものを赤字表示している。

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者
D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの	K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術
K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術の 2 手、足 (手に限る。)	K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)	K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術	K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)	K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの	K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
K 2 1 7 眼瞼内反症手術の 2 皮膚切開法	K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの	K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術
K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法	K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの	M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	
K 3 1 8 鼓膜形成手術	
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術	
K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上	

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） 2,947点		【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） <u>（改）イ 麻酔を伴う手術を行った場合</u> 2,947点 <u>（改）ロ イ以外の場合</u> 2,718点
〔施設基準〕 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、 麻酔科医が勤務していること。		〔施設基準〕 短期滞在手術等基本料にかかる手術 <u>（全身麻酔を伴うものに限る。）</u> が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料 1 の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料 2 の見直し

- 短期滞在手術等基本料 2 について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料 2】 短期滞在手術等基本料 2（1泊2日の場合） （生活療養を受ける場合にあっては、 5,075点 5,046点）		<u>（削除）</u>

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

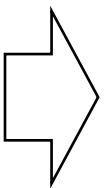
短期滞在手術等基本料1の見直し

- 短期滞在手術等基本料1について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）	
イ 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
ロ イ以外の場合	2,718点



改定後

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）	
<u>(改) イ 主として入院で実施されている手術を行った場合</u>	
<u>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合</u>	<u>2,947点</u>
<u>(2) (1)以外の場合</u>	<u>2,718点</u>
<u>(改) ロ イ以外の場合</u>	
<u>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合</u>	<u>1,588点</u>
<u>(2) (1)以外の場合</u>	<u>1,359点</u>

短期滞在手術等基本料3の見直し

- 短期滞在手術等基本料3について、実態を踏まえ、賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

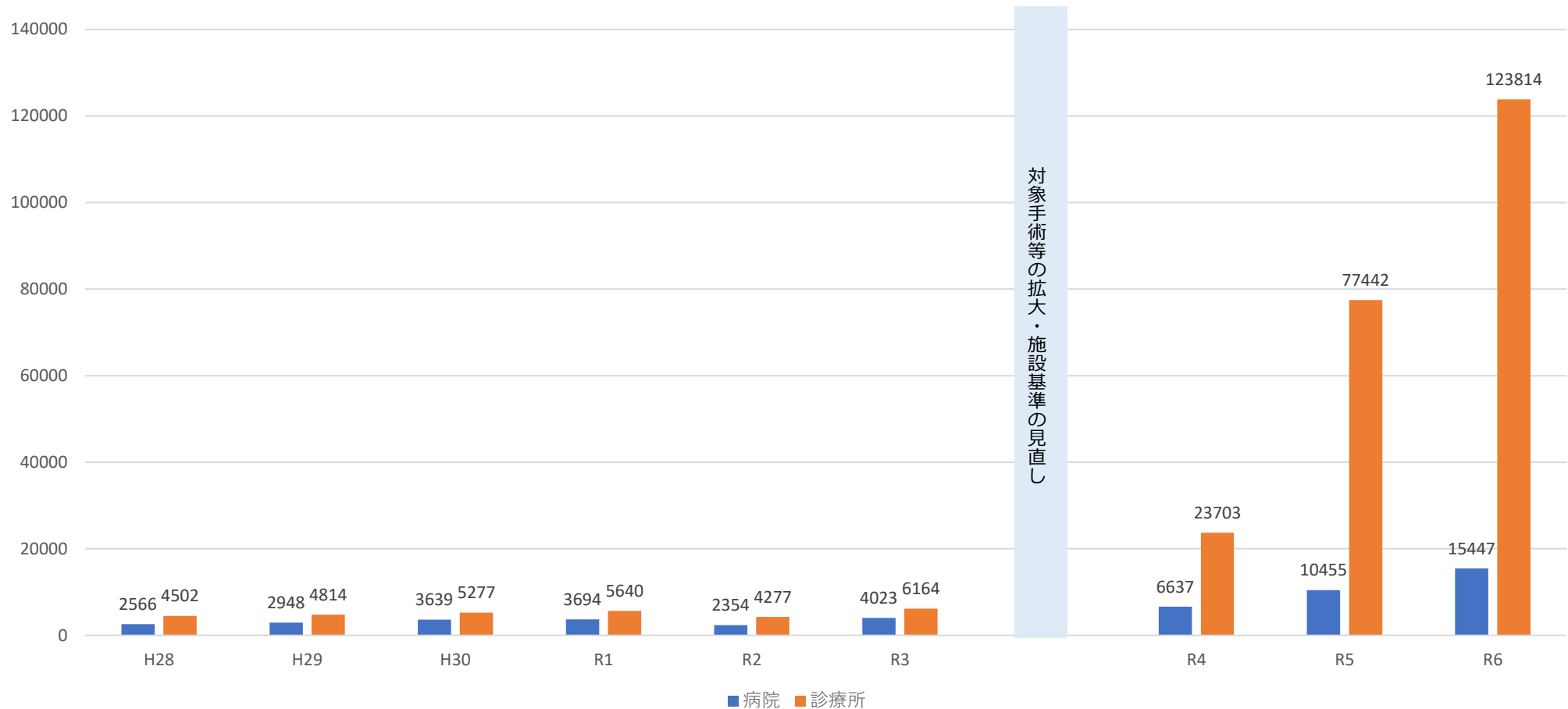
(片側・両側で評価の区別を行う手術等)

K202	涙管チューブ挿入術	1	涙道内視鏡を用いるもの
K217	眼瞼内反症手術	2	皮膚切開法
K219	眼瞼下垂症手術	1	眼瞼挙筋前転法
K219	眼瞼下垂症手術	3	その他のもの
K224	翼状片手術（弁の移植を要するもの）		
K242	斜視手術	2	後転法
K242	斜視手術	3	前転法及び後転法の併施
K254	治療的角膜切除術	1	エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268	緑内障手術	6	水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

短期滞在手術等基本料 1 の算定回数の年次推移

診調組 入 - 1 参考
7 . 7 . 3

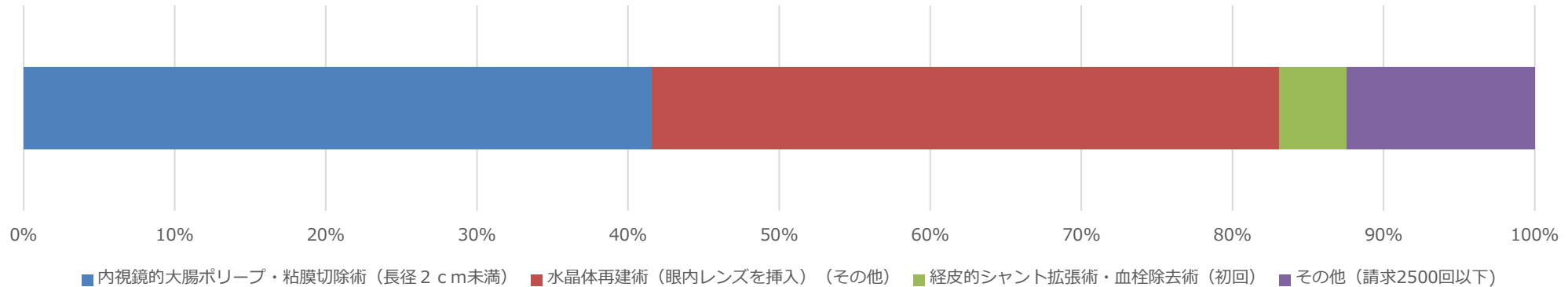
- 短期滞在手術等基本料 1 の病院及び診療所における算定回数の推移は以下のとおり。
- 令和 4 年度診療報酬改定以降、特に診療所における算定回数が顕著に増加している。



短期滞在手術等基本料 1 を算定する手術の内訳

診調組 入-1参考(改)
 7 . 7 . 3

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



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

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

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

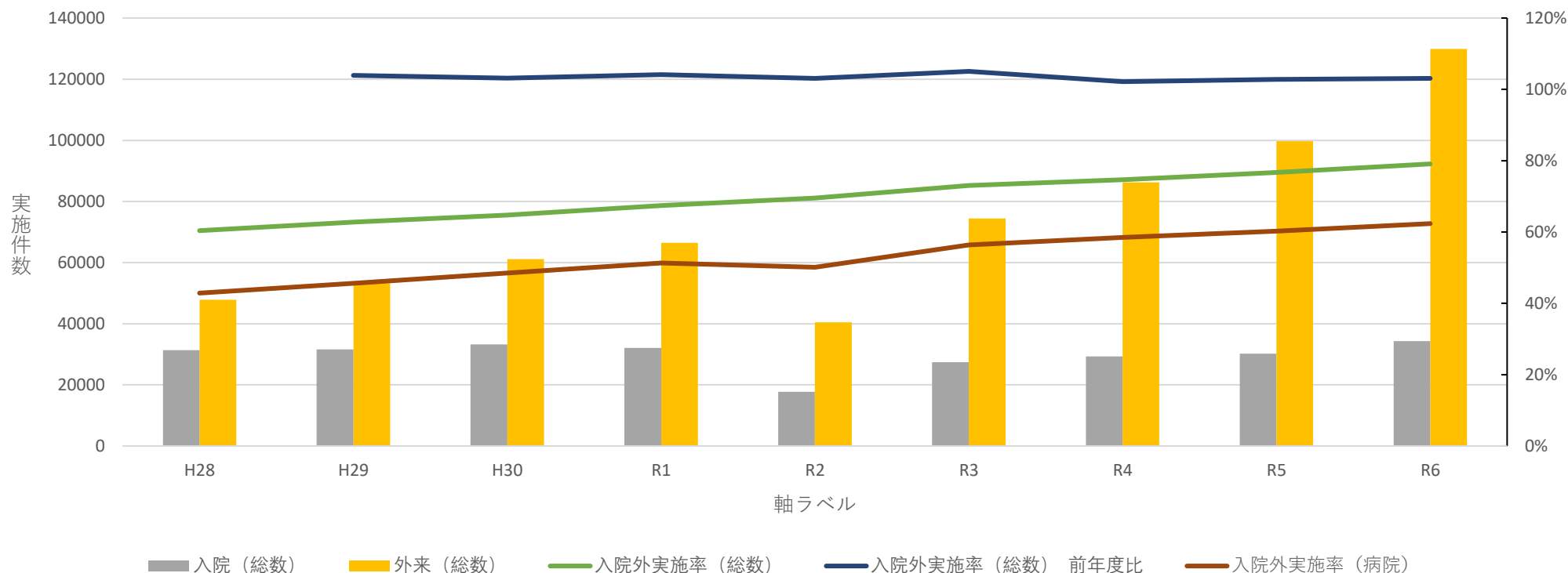
※ 2 「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（片側）」、「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（両側）」及び従たる手術として実施する場合を含む。

K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径 2 c m未満

診療組 入-1参考(改)
 7 7 3

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

K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径 2 c m未満（総数）



出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）

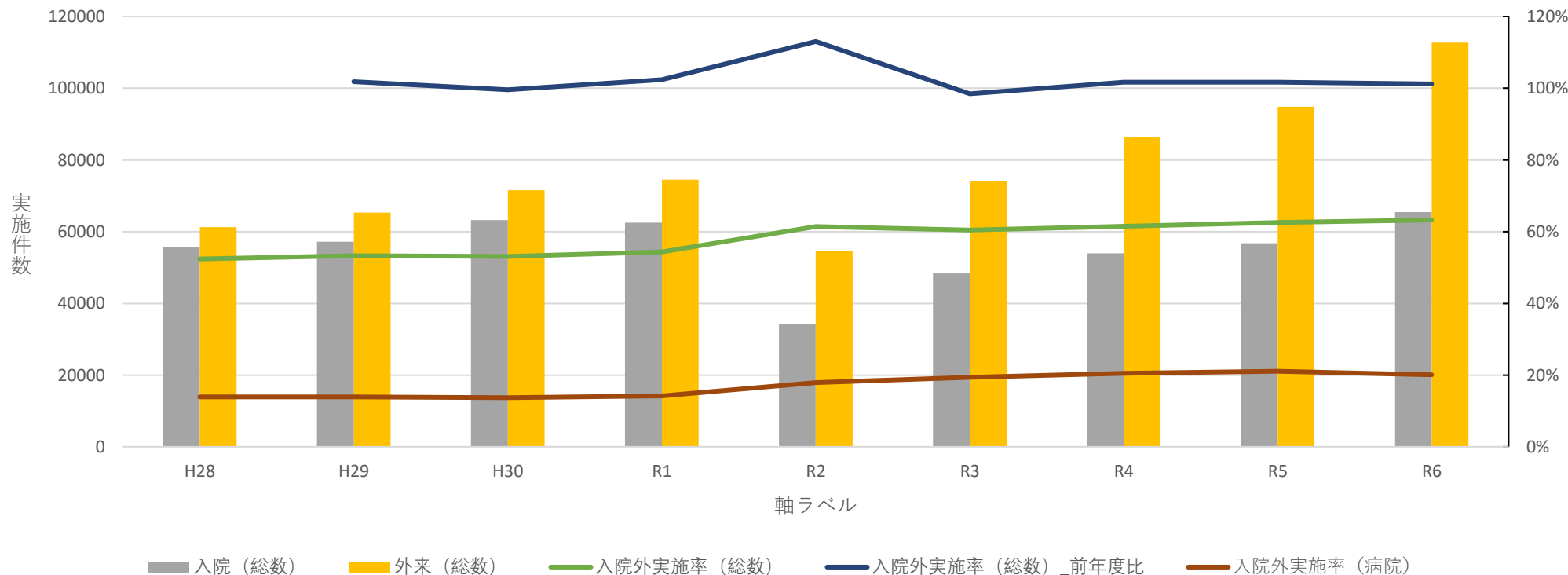
※ 入院での実施件数には、短期滞在手術等基本料 3 として手術を実施する場合を含む。

K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの

診調組 入-1参考(改)
 7 . 7 . 3

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

K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（総数）



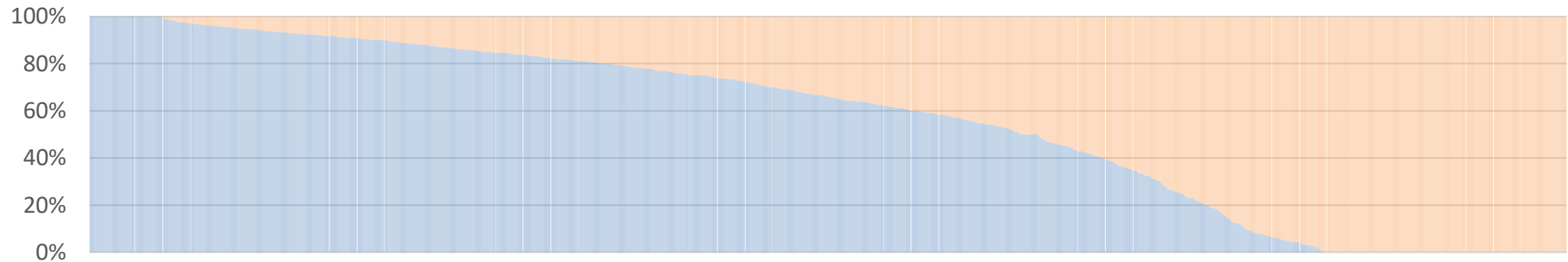
出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）

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

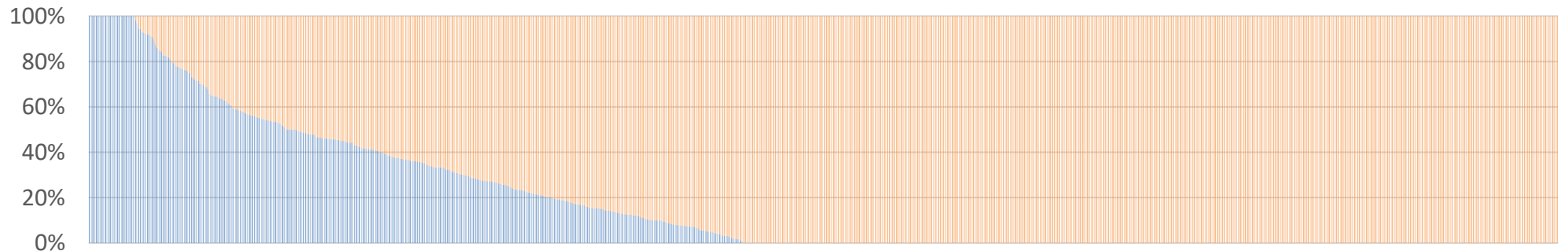
短期滞在手術の入院外での実施状況

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

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2cm未満(n=1,953)



水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他 (n=1,238)



■ 入院外実施率 ■ 入院実施率

令和6年10月NDBデータ（単月）

縦棒は、各医療機関を表す。

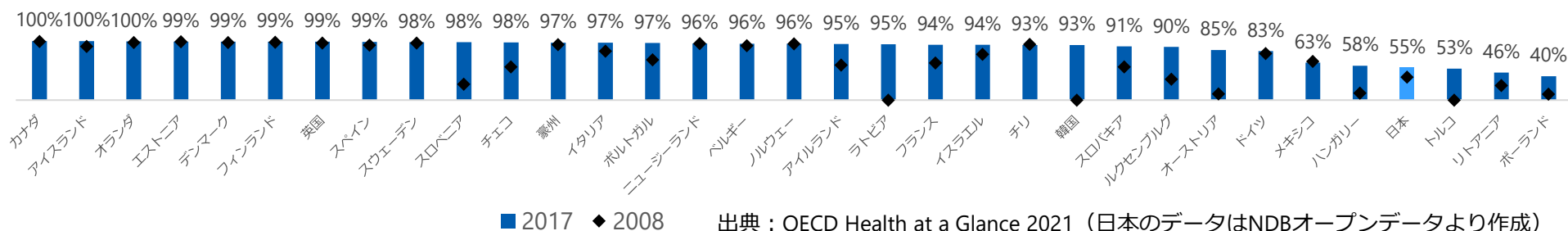
※1 「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 c m未満」及び「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」の算定回数が10件以上の病院に限る。

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

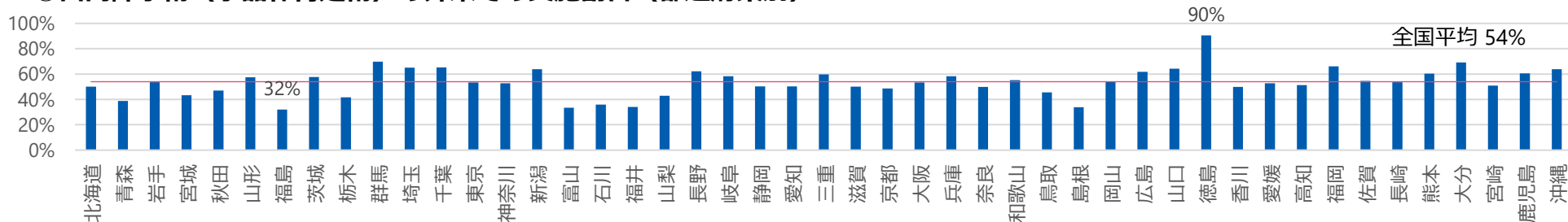
医療資源の投入量に地域差がある医療 (1)白内障手術

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

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）



○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）

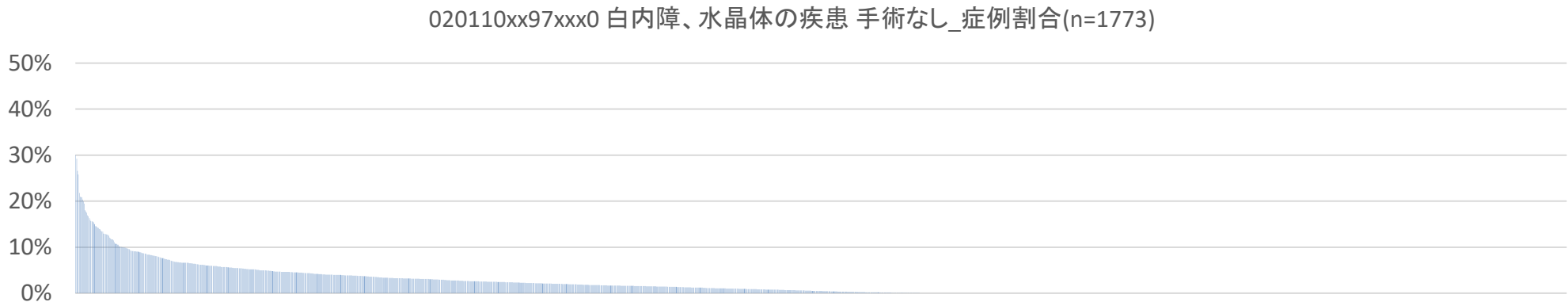
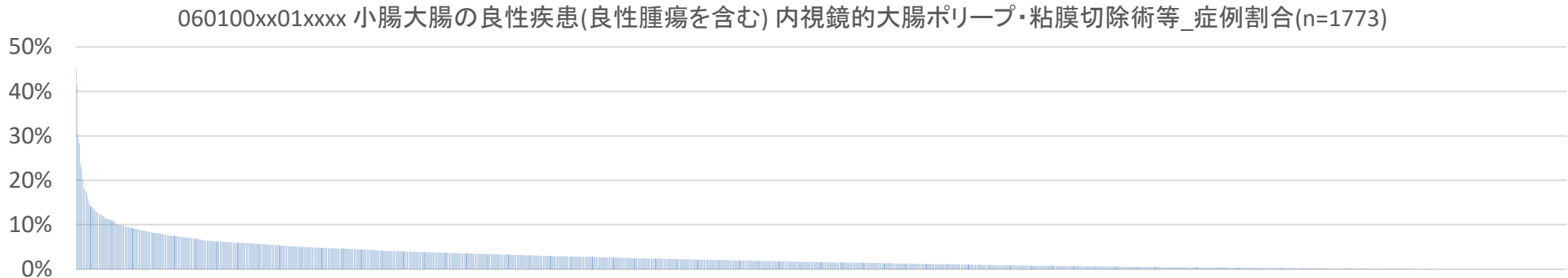


出典：NDBデータ（2019年度）

DPC対象病院における短期滞在手術の実施状況

診調組 入-1参考(改)
7 . 7 . 3

- 全DPC対象病院における、医療機関毎の「060100xx01xxxx 小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術等」及び「020110xx97xxx0 白内障、水晶体の疾患 手術なし」(※1)の症例割合(※2)は、以下のとおり。
- いずれの診断群分類についても、症例割合は、医療機関毎にばらつきがみられる。



令和6年6月～令和7年3月DPCデータ

縦棒は、各医療機関を表す。

※1 「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2cm未満」又は「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」を算定する際に、一般に選択されることが多い診断群分類。

※2 対象期間中にDPC対象病棟に入院した総症例数のうち、当該診断群分類の症例数の割合

地域包括ケア病棟、包括期を持つ急性期病棟の上位疾患

診調組 入-1
7 . 6 . 1 3

- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期病棟、地域包括ケア病棟と一定程度一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる入院例も多かった。

地域包括ケア病棟

(2024年10月～12月に
地域包括ケア病棟に
直接入棟し、期間内に
退棟した100,967症例)

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 片眼手術	9.8%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	6.6%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし	3.3%
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術なし処置なし	2.7%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	2.4%
050130xx9900x0	心不全 手術なし処置なし 転院以外	2.3%
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし処置なし	2.2%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	2.0%
180030xxxxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	1.9%
030400xx99xxxx	前庭機能障害 手術なし	1.7%

急性期一般入院料2-6

(2024年10月～12月に
入棟し、期間内に退棟
した全293,020症例)

※地域包括医療病棟又は
地域包括ケア病棟を有する
医療機関に限る

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術・処置なし	3.4%
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術・処置なし	2.7%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	2.7%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2.7%
050130xx9900x0	心不全 手術・処置なし 転院以外	2.6%
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	2.0%
180030xxxxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	1.8%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし	1.7%
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	1.6%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	1.5%

短期滞在手術等基本料1対象手術実施時の請求点数

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

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

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

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

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

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

- DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等の入院外での実施割合が低い医療機関※を対象として、当該手術等を入院外で実施する理由等について調査したところ、主な回答は以下のとおりであった。

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 患者数に比して、外来や日帰りで対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
- 外来看護師等のスタッフが不足している。
- 術後の夜間等に緊急に対応する体制が整っていない。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
- 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
- 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院/入院外での実施を判断する際の方針や基準>

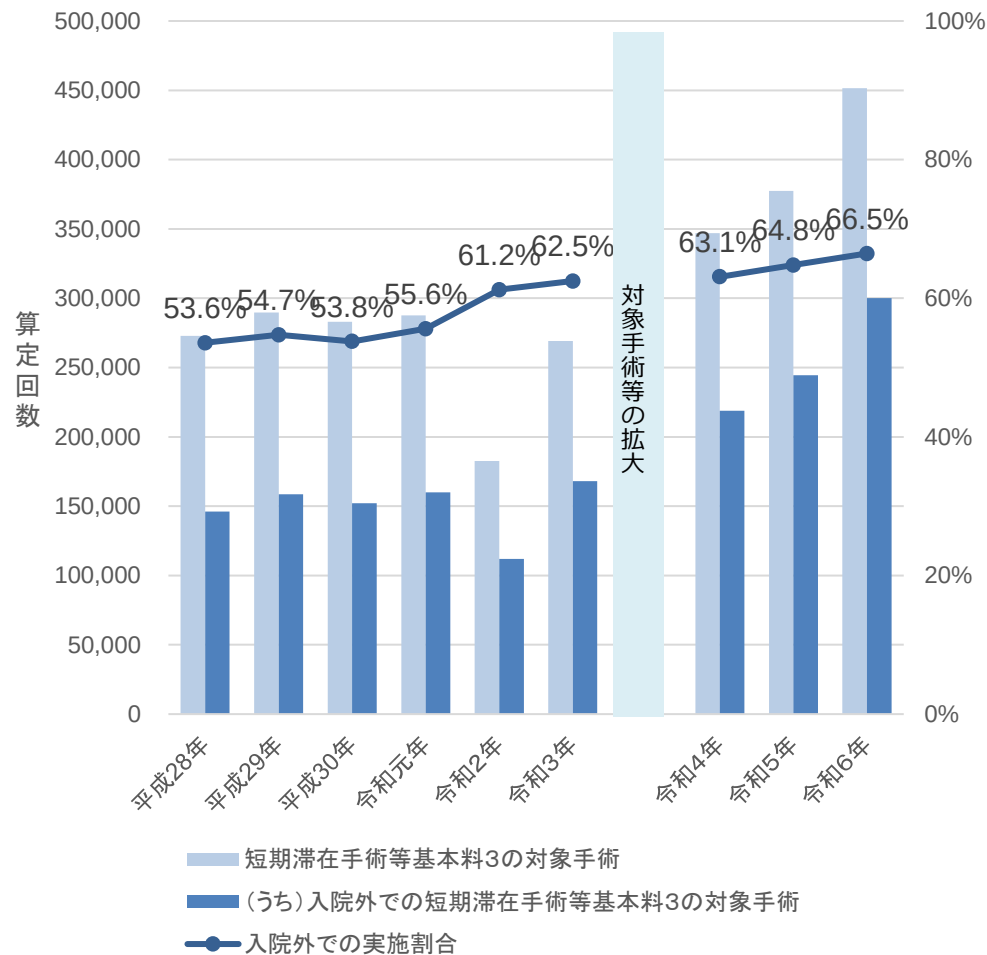
- 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
- 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
- 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
- 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

※ 短在1対象手術等かつ短在3対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が低い医療機関を30施設選定した。

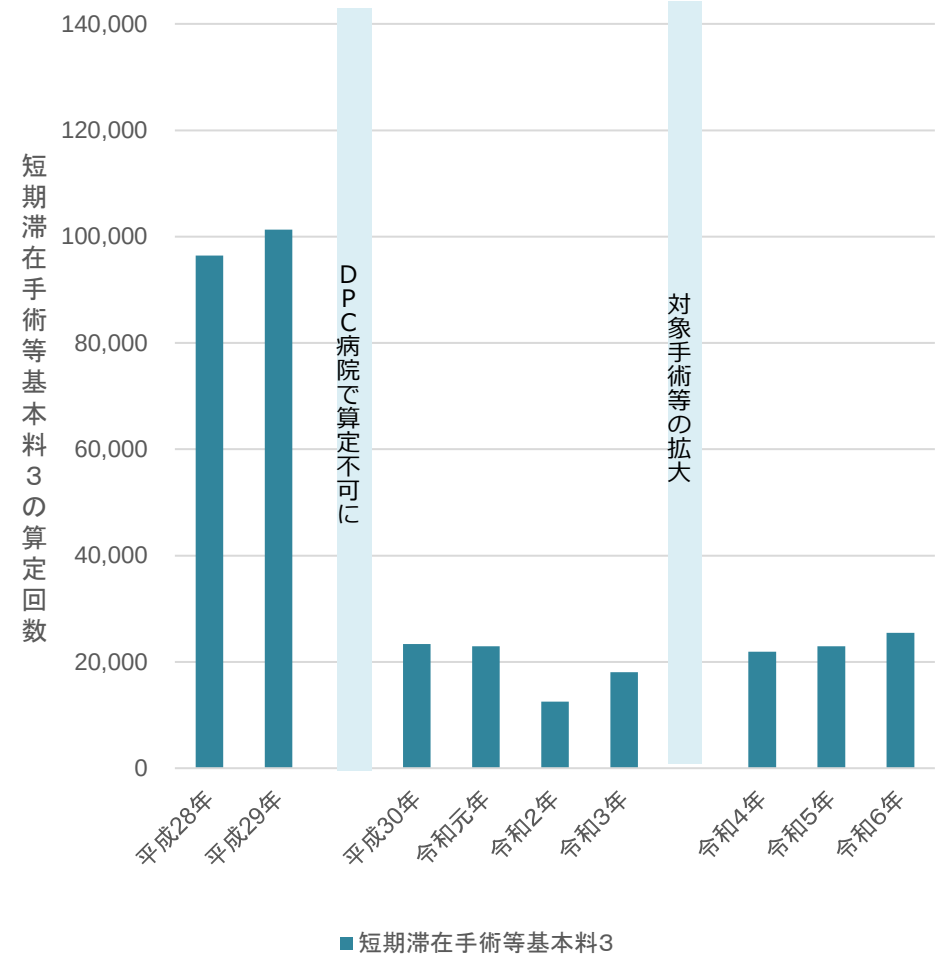
短期滞在手術等基本料 3 の年次推移

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

短期滞在手術等基本料3の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料 3 の対象手術の平均在院日数等の状況①

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

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

DPCデータ（各年度 1 年分）

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

※ 2 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等は赤字としている。

※ 3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術の平均在院日数等の状況②

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

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

DPCデータ（各年度 1 年分）

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

※ 2 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等は赤字としている。

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術の平均在院日数等の状況③

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

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

DPCデータ（各年度 1 年分）

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

※ 2 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等は赤字としている。

※ 3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

入院から外来への移行に係る現状と課題

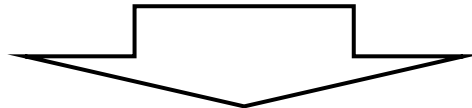
【短期滞在手術等の外来移行について】

- 短期滞在手術等基本料1は、医療の質の向上と効率化を図るため、短期滞在手術等の環境整備を図りつつ、基本診療料、検査料等の一部を包括した診療料として設定されている。
- 短期滞在手術等の算定方法については、入院・入院外の別、及び医療機関の類型毎に、複数の算定方法が混在している。
- 令和4年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料1の評価及び麻酔科医の配置に係る要件の見直しを行うとともに、短期滞在手術等基本料1の対象手術等の追加を行ったところ、特に診療所での算定回数が著しく増加した。
- 短期滞在手術等基本料1については、対象手術のうち「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）」といった一部の手術が、算定回数の殆どを占めている。
- これらの手術については、診療所を中心に、一定程度入院外でも実施されている一方で、一部の手術については、病院における入院外実施率は低調に推移しており、令和4年度診療報酬改定での短期滞在手術等基本料1の算定要件の見直し後も、外来実施率の伸びへの明らかな影響はみられていない。
- 医療機関毎の分析では、これらの手術の入院外実施率が0%の医療機関も、一定数もみられた。
- 特に、白内障に体する水晶体再建術については、第165回社会保障審議会医療保険部会において、本邦では、OECD諸外国と比較して外来実施率が低いことが指摘されている。
- また、令和8年度診療報酬改定に向けたDPC作業グループにおける議論において、DPC対象病院の中に、短期滞在手術等の症例割合が高い医療機関が存在することが指摘されており、また、当分科会においても、地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3の対象となる入院例が多いことが指摘されている。
- 短期滞在手術等を入院で実施する場合、外来で実施する場合と比較して、総じて診療報酬が高くなる。
- 令和5年度特別調査においては、短期滞在手術等を入院で実施する理由として、病院の構造的な理由や、症例毎の臨床的な理由等が挙げられた。

【短期滞在手術等基本料3の対象手術について】

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術については、令和4年度診療報酬改定において、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等を、新たに対象手術等に加えることとした。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加しており、平成30年度以降も一定程度算定されている。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等については、平均在院日数が減少していた。
- これまでの診療報酬改定においては、診療実態等に合わせ、対象手術等及びその評価について、見直しを実施している。

【課題】



- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 外来医療について（その2）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）
3. 入院から外来への移行（その1）
4. 総合病院精神科について
5. 薬剤業務について

4．総合病院精神科について

4－1．総合病院精神科をとりまく現状等について

4－2．精神病床を有する総合病院への評価について

4－3．精神科リエゾンチーム加算について

精神疾患の医療体制構築に係る指針

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

精神疾患の医療体制構築に係る指針（抄）

（１１）身体合併症

（基本情報）

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

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

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

総合病院精神科が担っている機能

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

総合病院精神科の機能

外来・在宅医療

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

一般病床

- コンサルテーション
- リエゾン

- ・ 精神身体合併症

精神病床

- ・ 病期
急性期/回復期/慢性期
- ・ 入院形態

（医療観察法病床）

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

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

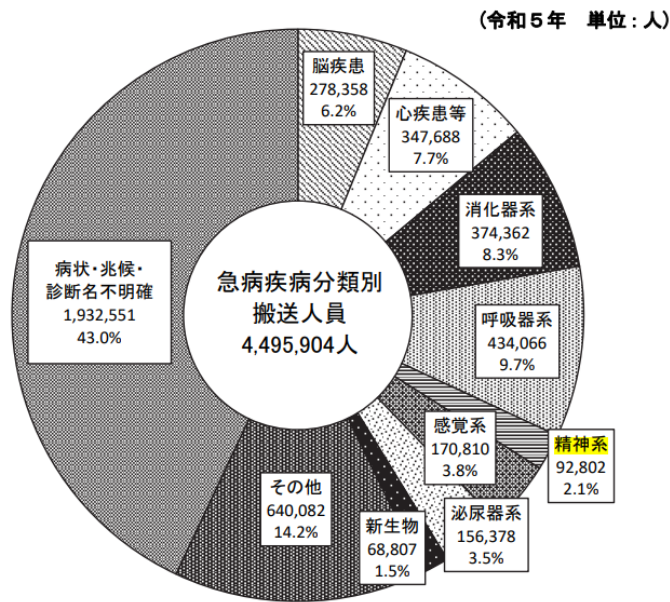
- ・ 救急（一般救急・精神科救急）、災害
- ・ 周産期、緩和、臓器不全・移植
- ・ 倫理、医療安全、研修・教育

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

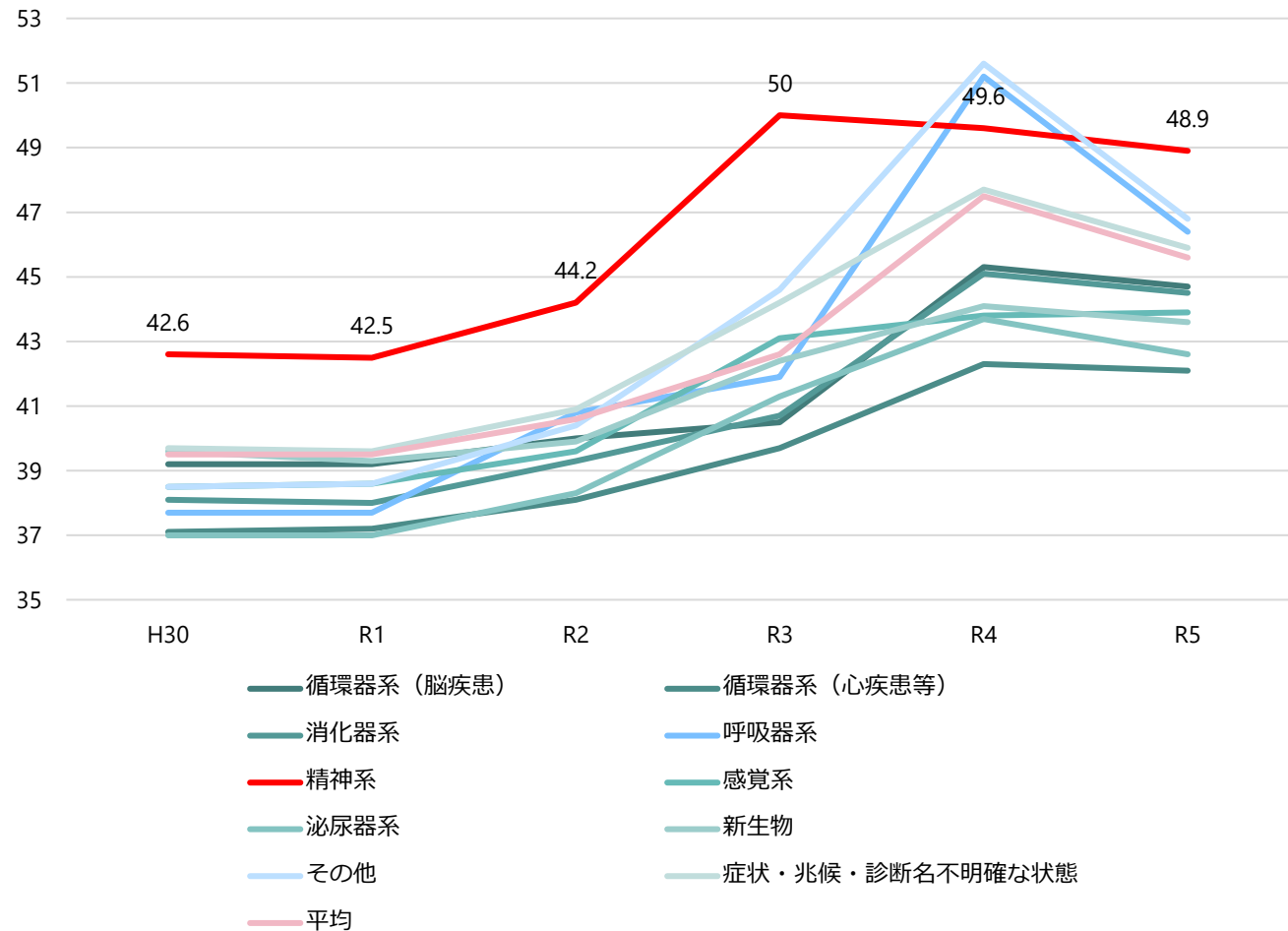
疾患別の病院収容平均所要時間

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

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員



覚知から医師引継ぎまでに要した時間（分）

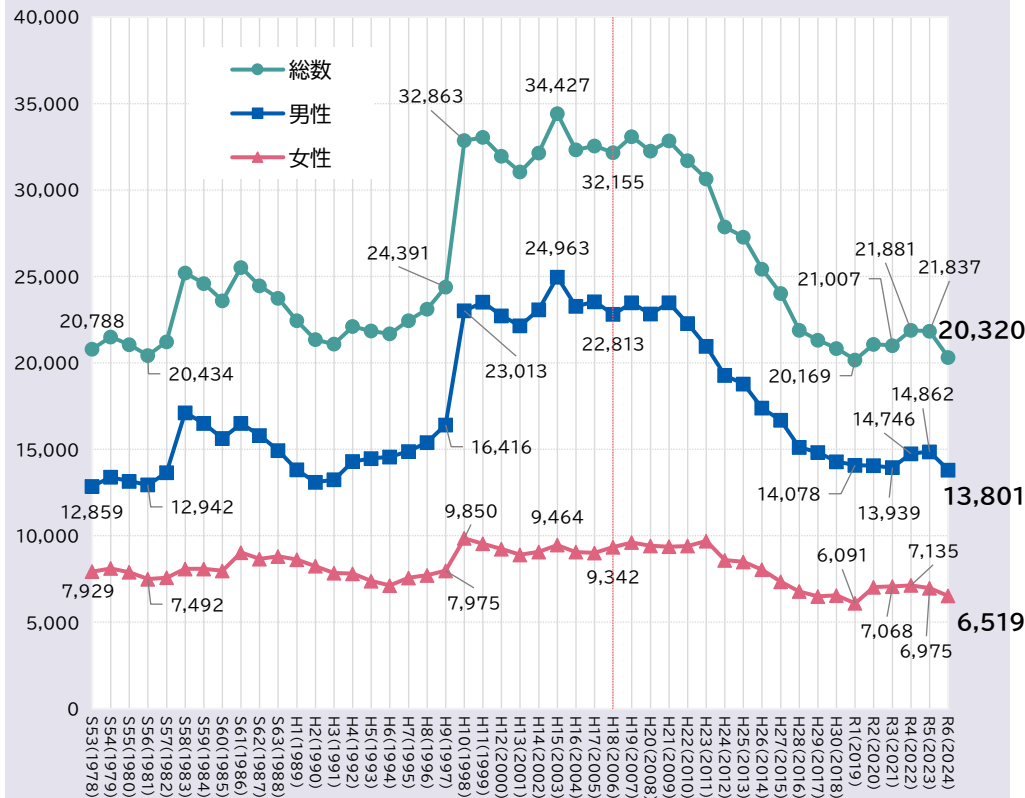


【令和6年（確定値）】自殺者数の推移

令和7年3月28日現在

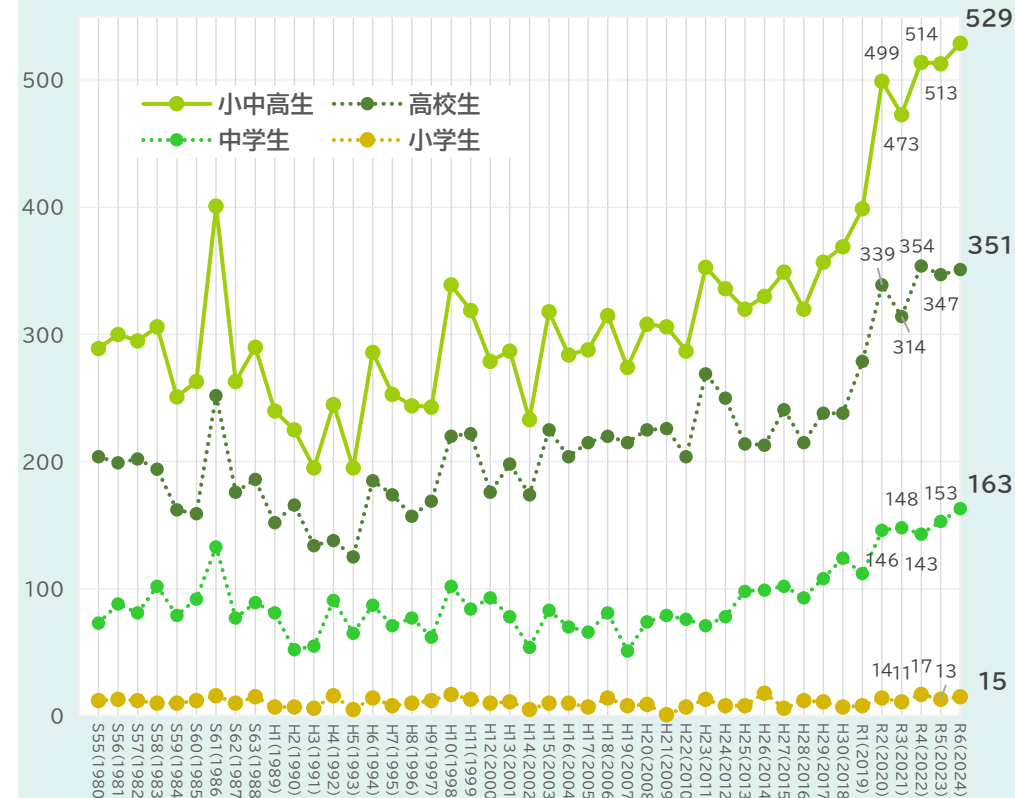
自殺者総数・男女別の推移

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



小・中・高生の自殺者数の推移

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



総合病院精神科に係る主な診療報酬上の評価について

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

その他の身体合併症等に係る主な診療報酬上の評価について

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

4．総合病院精神科について

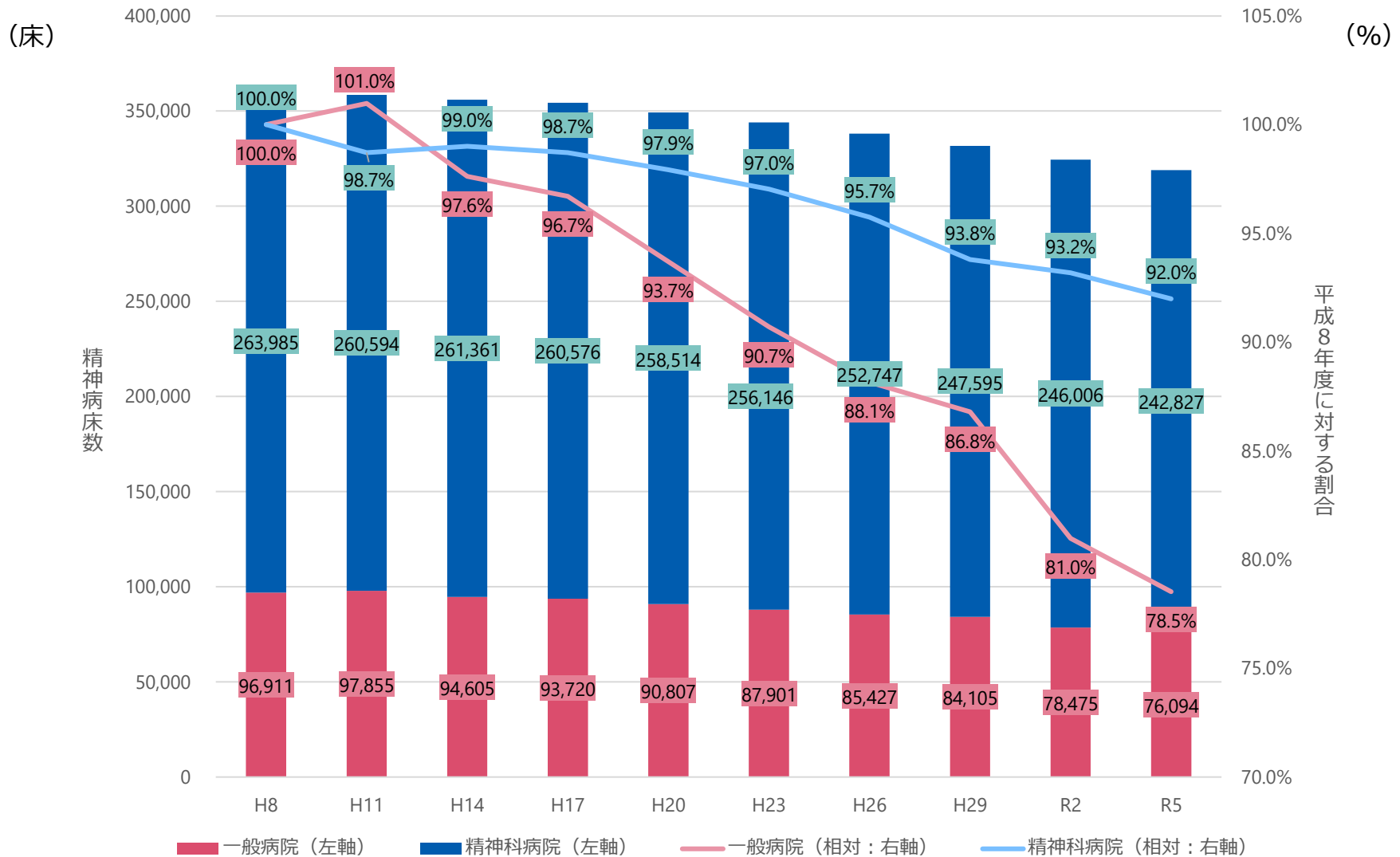
4－1．総合病院精神科をとりまく現状等について

4－2．精神病床を有する総合病院への評価について

4－3．精神科リエゾンチーム加算について

精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

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



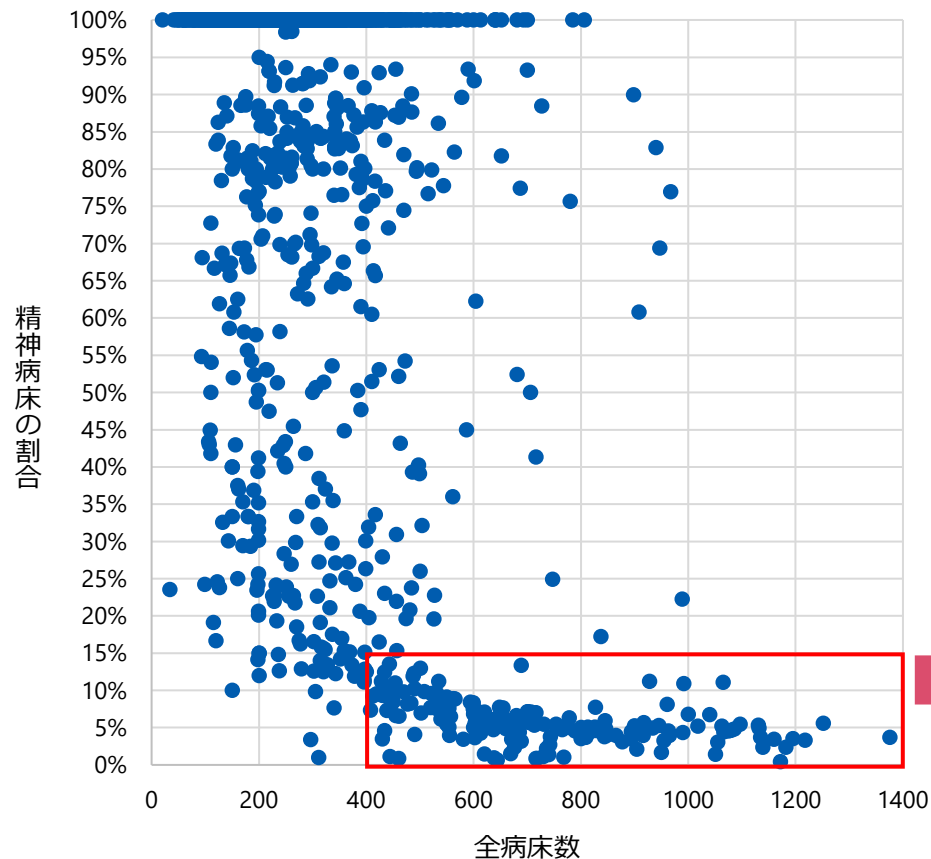
※ 精神科病院とは精神病床のみを有する病院を、一般病院とはそれ以外の病院をいう。

保険医療機関の全病床数と精神病床割合

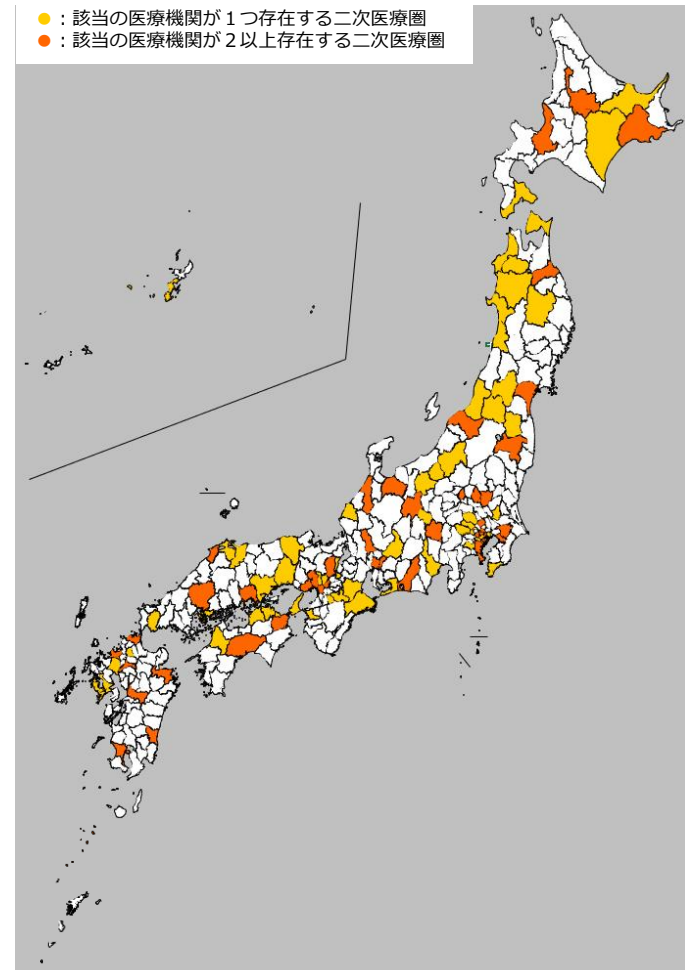
- 精神病床を有する保険医療機関における、全病床数と精神病床の割合は、以下のとおり。
- 精神病床を有しながら、入院医療における総合性を兼ね備えていると考えられる、全病床数が400床以上かつ精神病床の割合が15%未満の医療機関が存在しない二次医療圏が多く存在した。

精神病床を有する保険医療機関における

全病床数と精神病床割合 (n=1586)



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



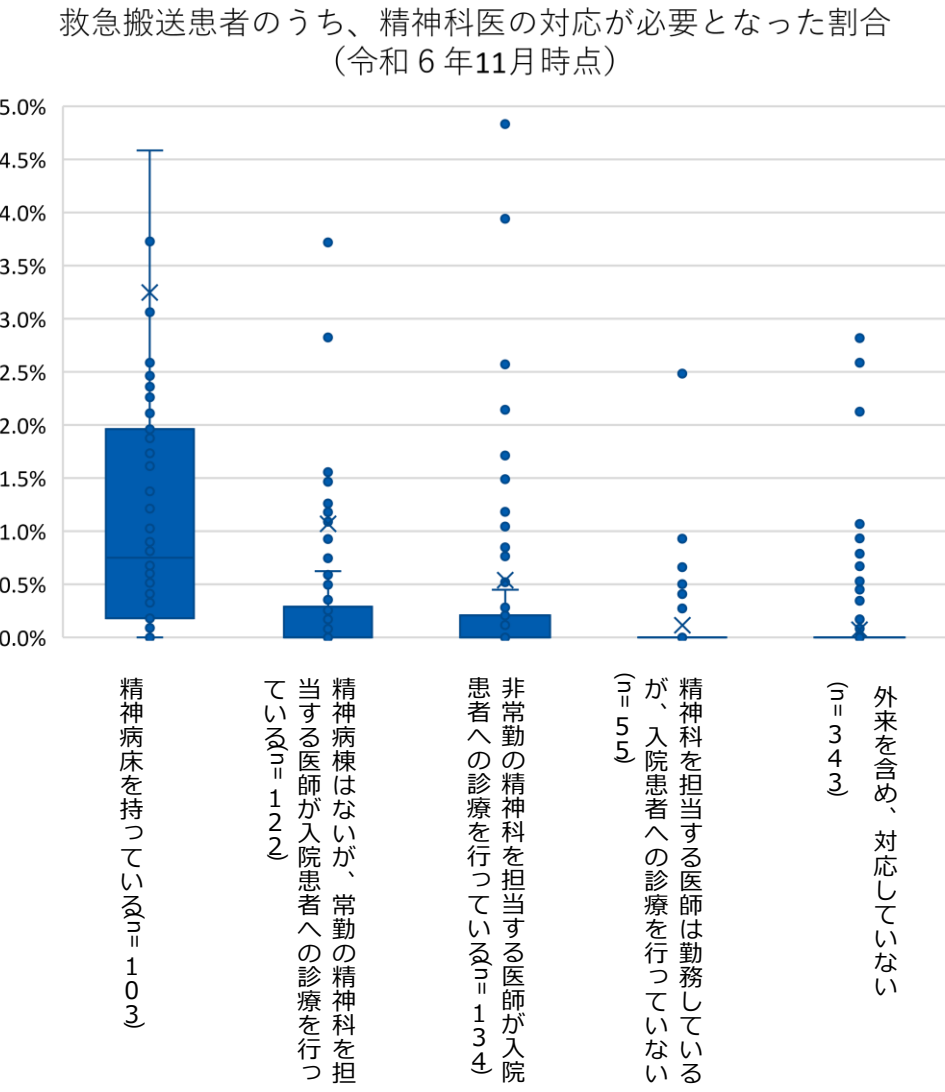
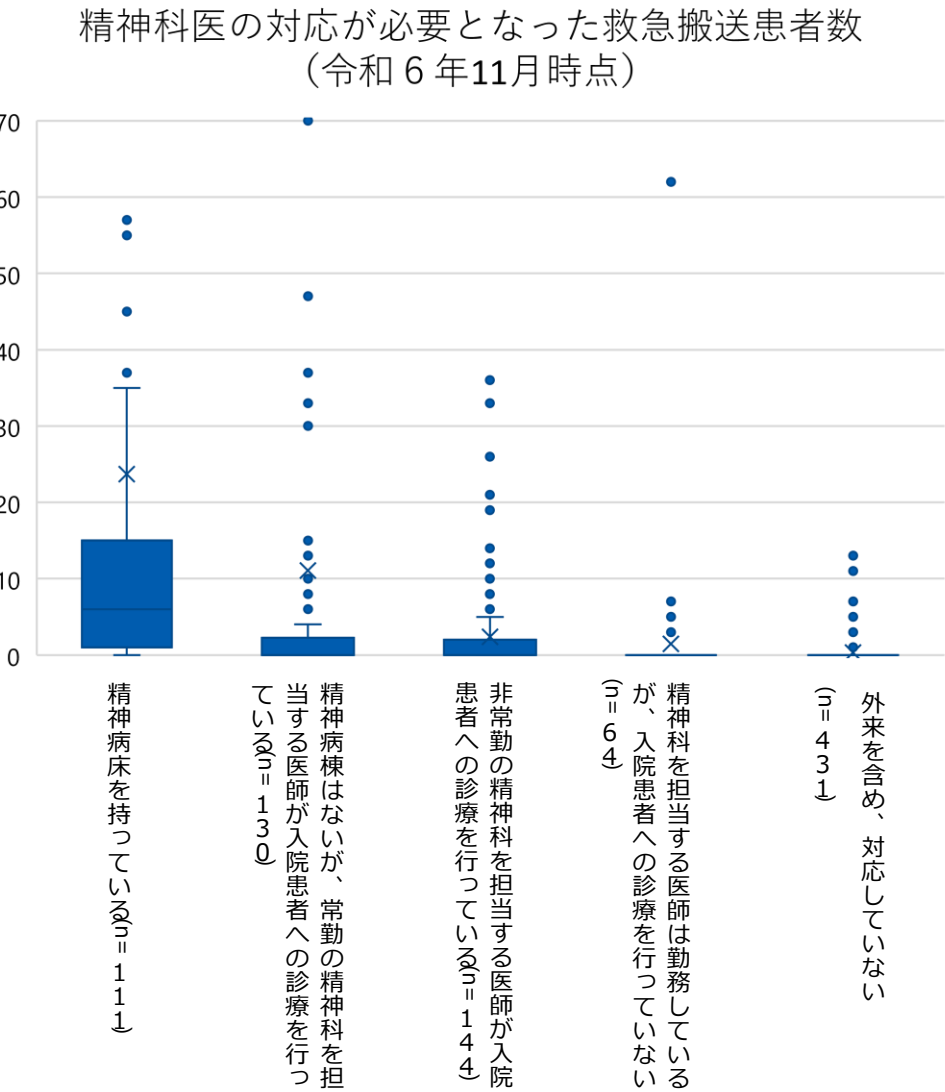
精神病床以外の病床で受け入れ可能な精神疾患について

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

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

救急搬送患者のうち、精神科医の対応が必要となった件数及び割合

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



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入患者像

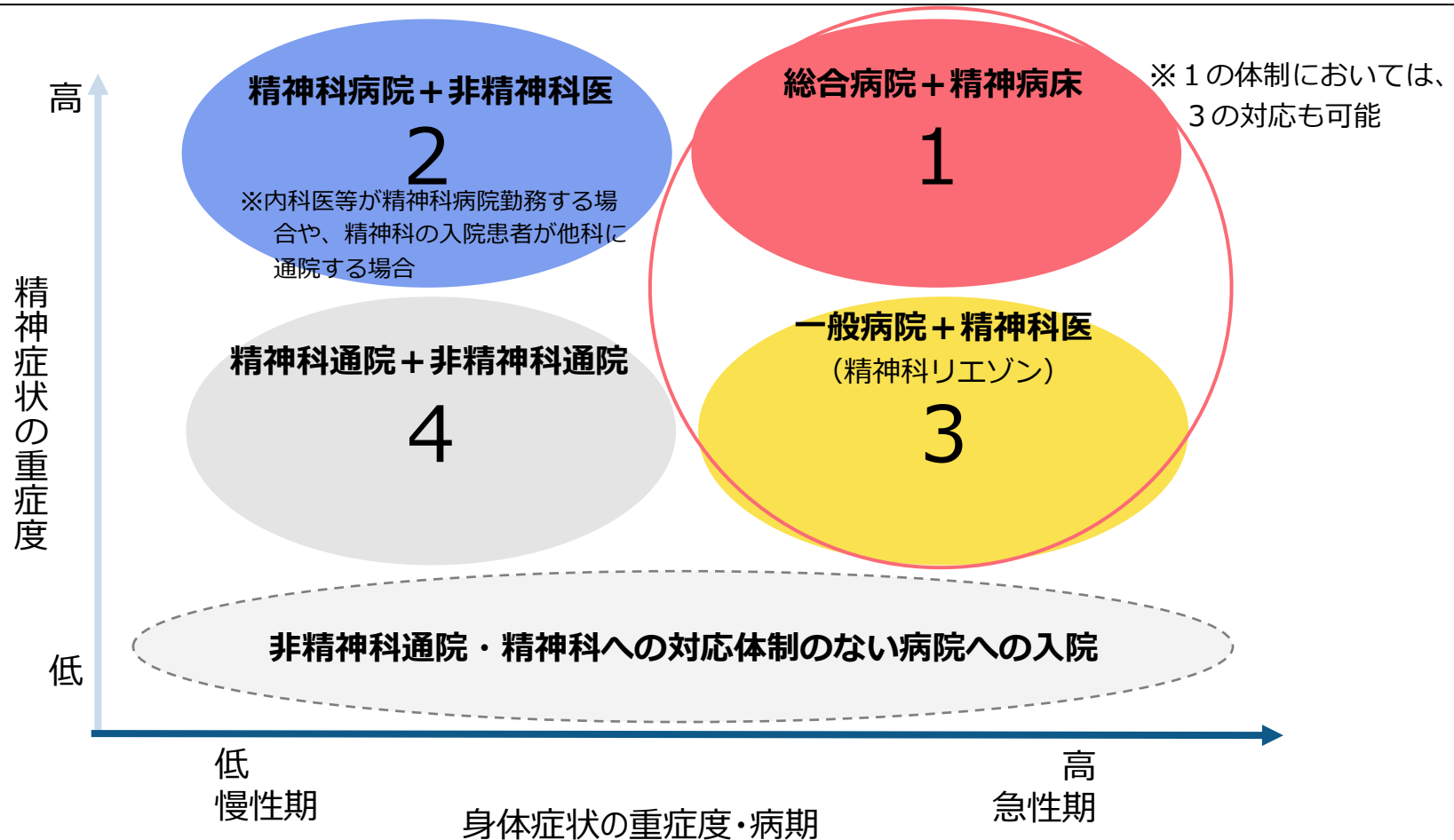
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

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

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

精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

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



総合病院精神科に係る主な診療報酬上の評価について

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

総合入院体制加算

診調組 入-3
7 . 7 . 3

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 260点	総合入院体制加算 2 200点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準	- 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 - 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合でも良い。） - 外来を縮小する体制を有すること。（右記） - 次のいずれにも該当する。 - ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 - イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 - 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。 - 救急時医療情報閲覧機能を有していること。		
実績要件	全身麻酔手術件数 年2000 件以上	全身麻酔手術件数が 年1200 件以上	全身麻酔手術件数が年800件以上
	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす －	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす －
精神科要件	精神患者の入院受入体制がある	（共通要件）精神科につき24時間対応できる体制があること 以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 （A 2点以上又はC 1点以上）	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割2分以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割1分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>2割8分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算		
入院料等	- 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） - 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である - 総合入院体制加算の届出を行っていない	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 - 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 - 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上
手術等の実績	いずれかを満たす	- 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） - ア 右のうち、4つ以上満たす ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 - イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上
高度急性期医療の提供	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている	
感染防止に係る取組	感染対策向上加算1を届け出ている	
医療の提供に係る要件	- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している - 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている	
院内心停止を減らす取組	院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている	
早期に回復させる取組	- 一般病棟における平均在院日数が14日以内 - 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい	
充実した入退院支援	入退院支援加算1又は2の届出を行っている	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	- 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない - 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 - 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない	

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

➤ 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行

【急性期充実体制加算】

(新設)

- | | | |
|---|----------------|------|
| 1 | 7 日以内の期間 | 460点 |
| 2 | 8 日以上11日以内の期間 | 250点 |
| 3 | 12 日以上14日以内の期間 | 180点 |

(新設)

(新設)

注 2 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

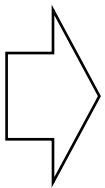
[施設基準]

(急性期充実体制加算 1)

手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち 5 つ以上を満たしていること。

(急性期充実体制加算 2)

(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち 2 つ以上を満たしていること。



改定後

【急性期充実体制加算】

1 急性期充実体制加算 1

- | | | |
|---|----------------|------|
| イ | 7 日以内の期間 | 440点 |
| ロ | 8 日以上11日以内の期間 | 200点 |
| ハ | 12 日以上14日以内の期間 | 120点 |

2 急性期充実体制加算 2

- | | | |
|---|----------------|------|
| イ | 7 日以内の期間 | 360点 |
| ロ | 8 日以上11日以内の期間 | 150点 |
| ハ | 12 日以上14日以内の期間 | 90点 |

注 2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

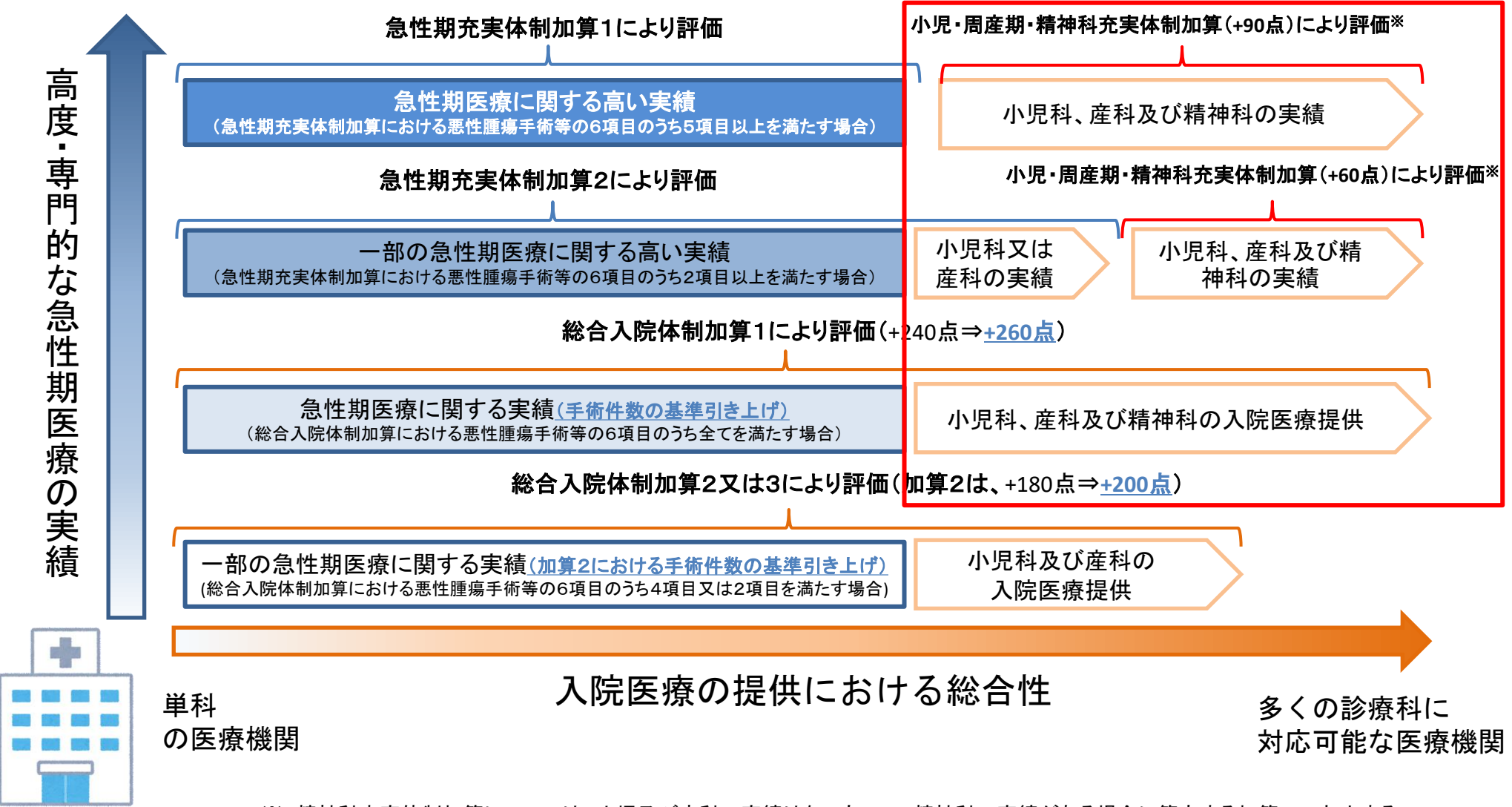
- | | | |
|---|-----------------|-----|
| イ | 急性期充実体制加算 1 の場合 | 90点 |
| ロ | 急性期充実体制加算 2 の場合 | 60点 |

注 3 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

- <手術等に係る実績の要件>
- (イ) 全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術350 件／年以上）
 - (ロ) 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上
 - (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上
 - (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上
 - (ホ) 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
 - (ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
 - (ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
 - (チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
 - (リ) 6 歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

急性期充実体制加算等の見直し

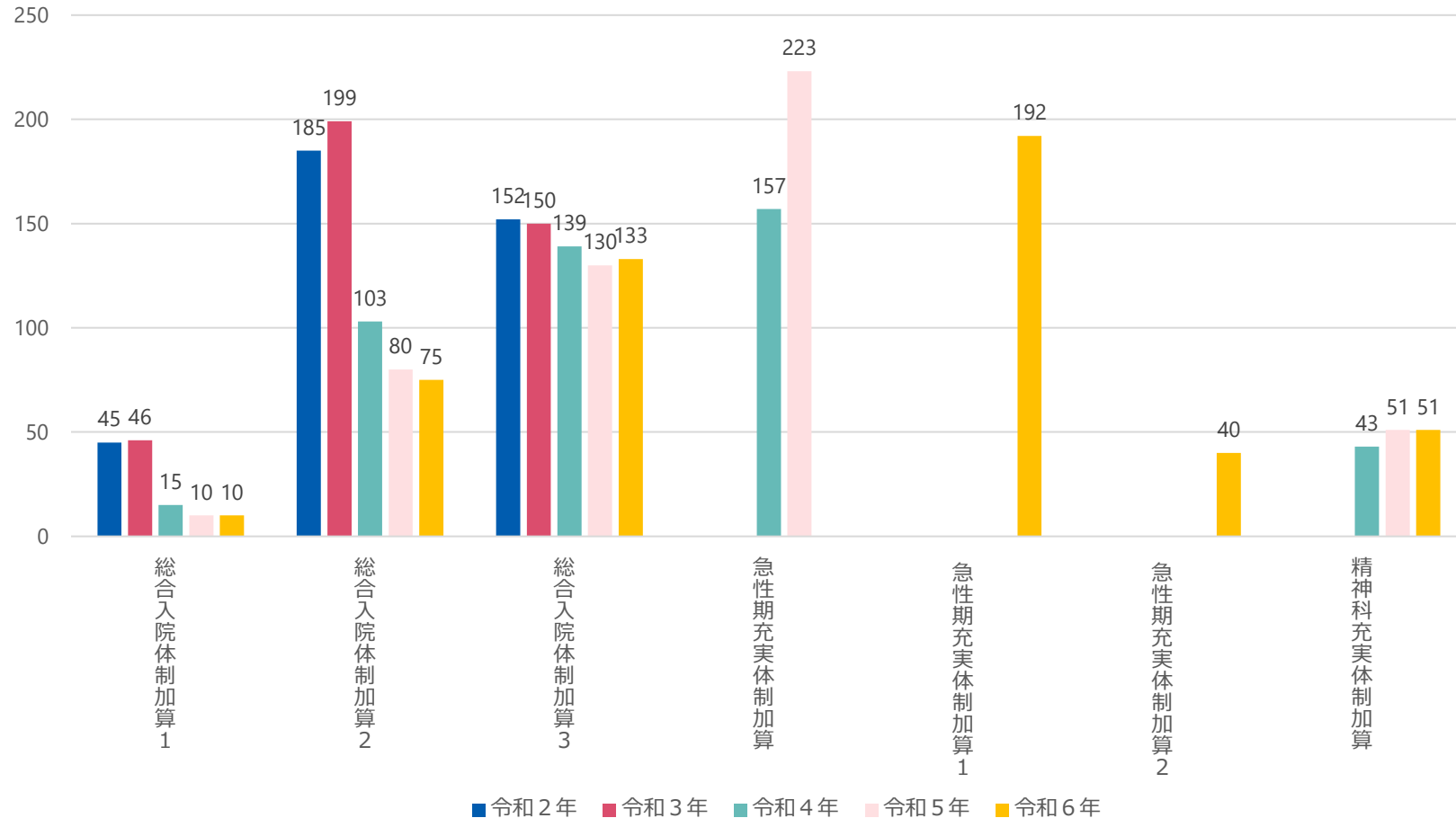
急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）



※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

総合入院体制加算等の届出医療機関数について

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



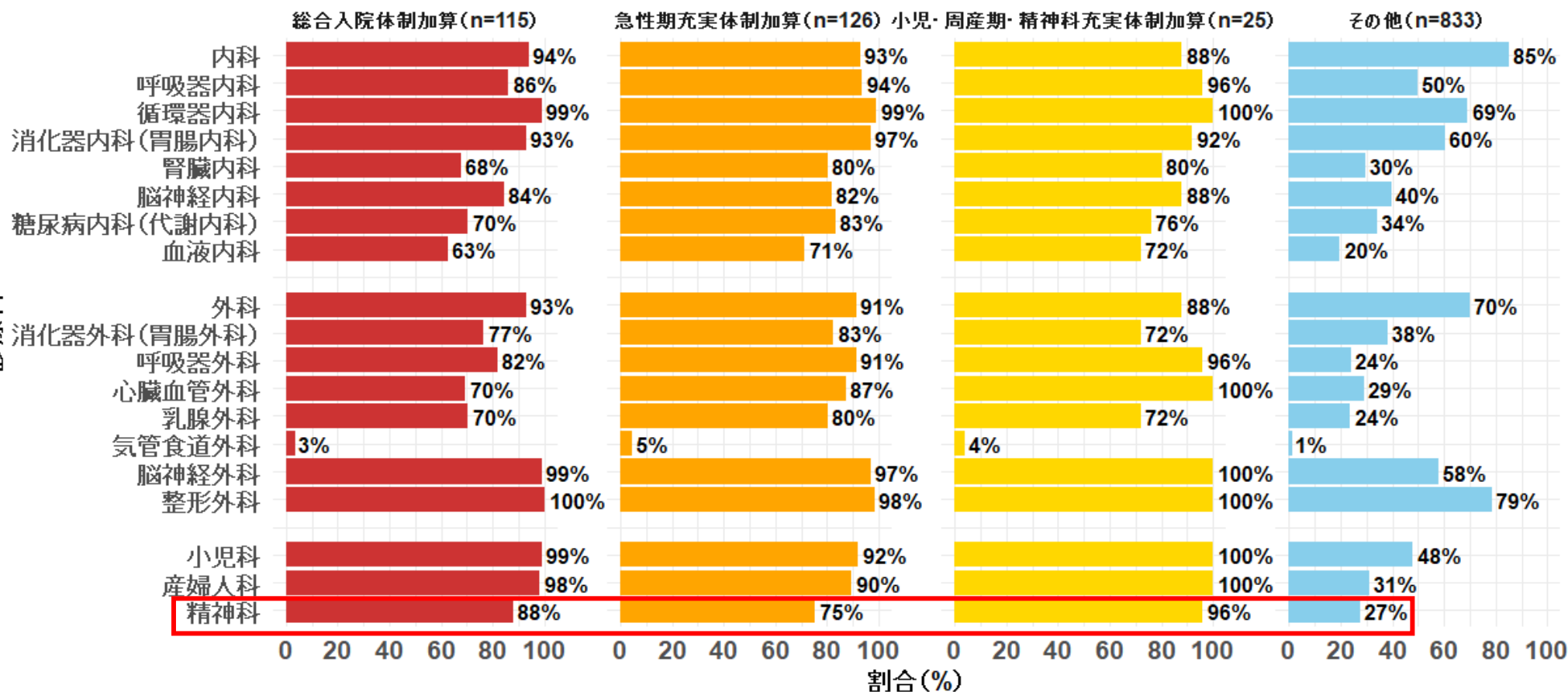
※令和6年は精神科充実体制加算の届出数に、
小児・周産期・精神科充実体制加算を含む

各診療科を標榜している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

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

診療科ごとの標榜割合（加算区分別）

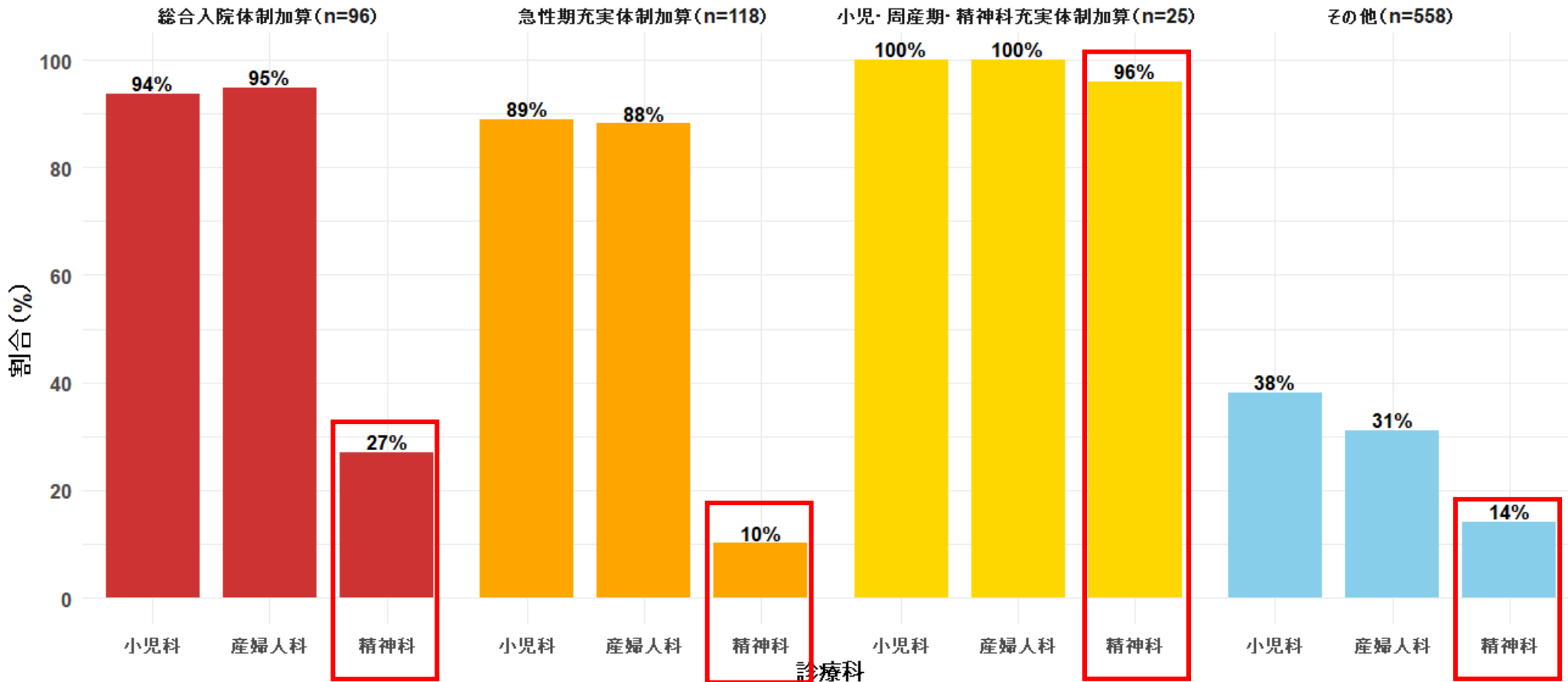


各診療科の入院医療を提供している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

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

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



精神科救急医療体制の整備の推進

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

➤ 加算の対象となる病棟として、精神科救急急性期医療入院料を加える。

現行		
精神科急性期医師配置加算		
1	精神科急性期治療病棟 1	600点
2のイ	精神科病棟入院基本料等	500点
2のロ	精神科急性期治療病棟 1	500点
3	精神科急性期治療病棟 1	450点
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		

改定後		
精神科急性期医師配置加算		
1	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料 1	600点
2のイ	精神科病棟入院基本料等	500点
2のロ	精神科急性期治療病棟 1	450点
3	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料 1	400点
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		
・加算1：病棟常勤指定医2名以上		

[経過措置]

令和四年三月三十一日において旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟及び精神科急性期医師配置加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和五年三月三十一までの間に限り、病棟常勤指定医2名以上の要件に該当するものとみなす。
令和4年3月31日時点で精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後に精神科救急急性期医療入院料を算定するものについては、令和6年3月31日までの間に限り、クロザピン導入に関する基準を満たしているものとする。

(参考) 精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算1	加算2のロ	加算3	加算2のイ
新規入院患者の 自宅等への3か月以内の移行率	6割以上	6割以上	4割以上	- 内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜 - 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置 - 精神科リエゾンチーム加算を届出している - 直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者 - 精神科医が救急車で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月5人以上診察
クロザピン新規導入患者数	6件／年以上	—	3件／年以上	
時間外 外来診療	20件／年以上	20件／年以上	20件／年以上	
時間外 入院	6件／年以上	6件／年以上	6件／年以上	

精神科急性期医師配置加算 2 のイについて

A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

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

2 精神科急性期医師配置加算 2

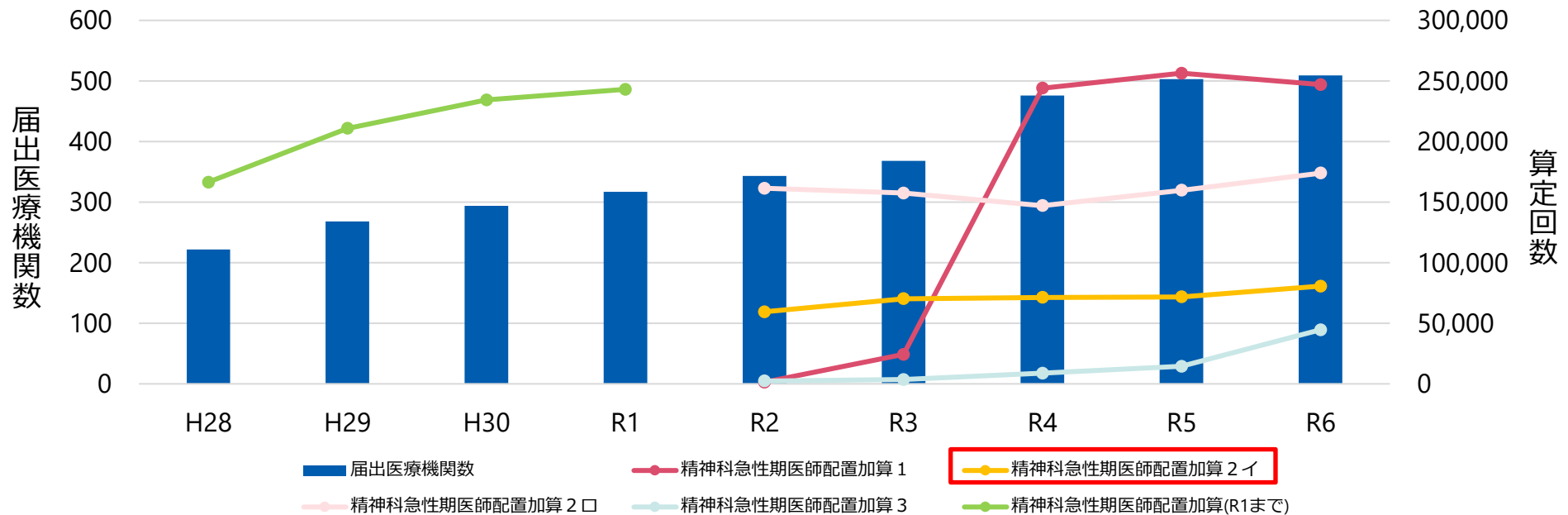
イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点

（算定対象となる入院料）

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

主な施設基準

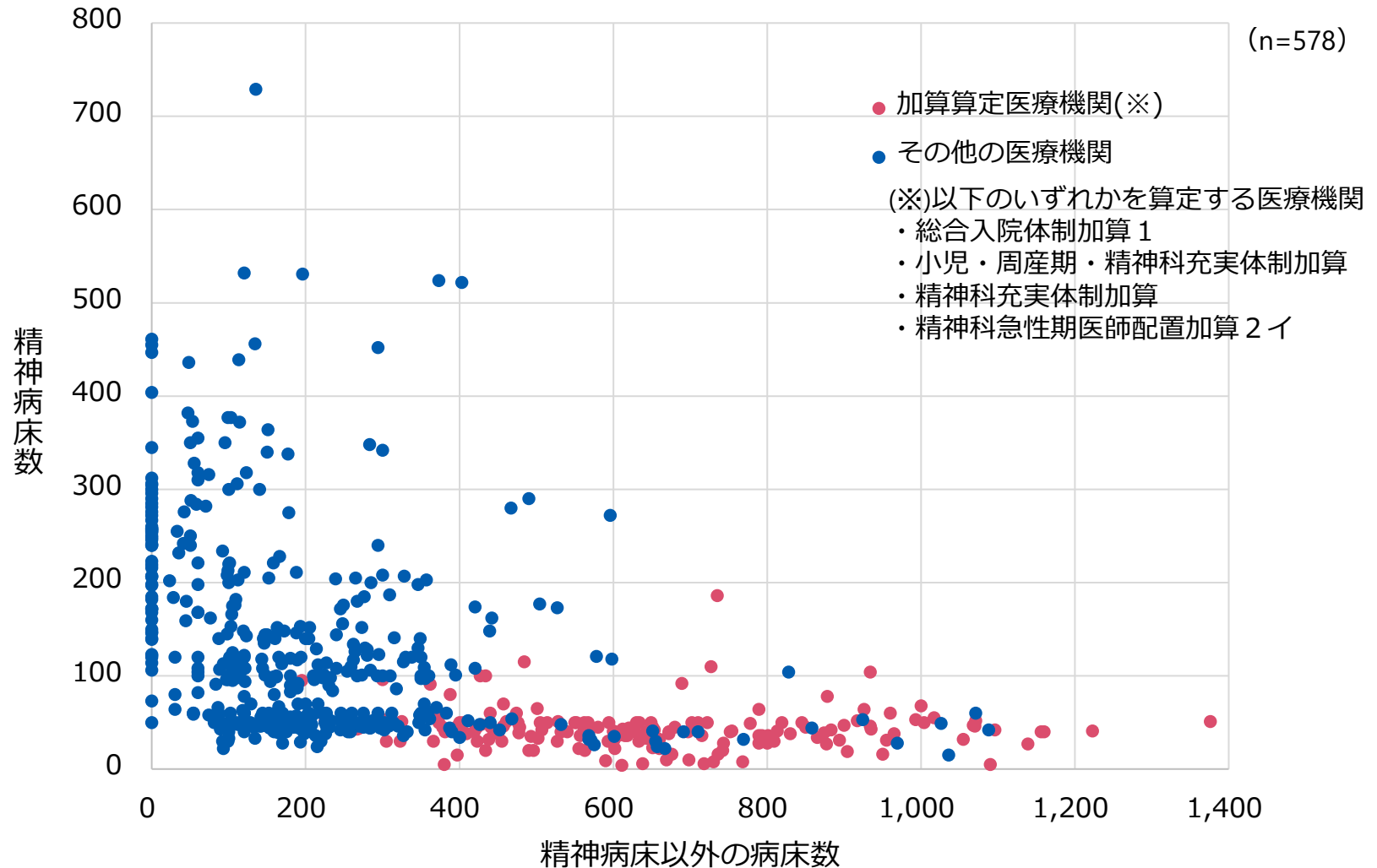
- ・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上
- ・内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜
- ・入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置
- ・精神科リエゾンチーム加算を届け出ている
- ・直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者
- ・精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月5人以上診察



出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

総合病院精神科の医療機関の特徴

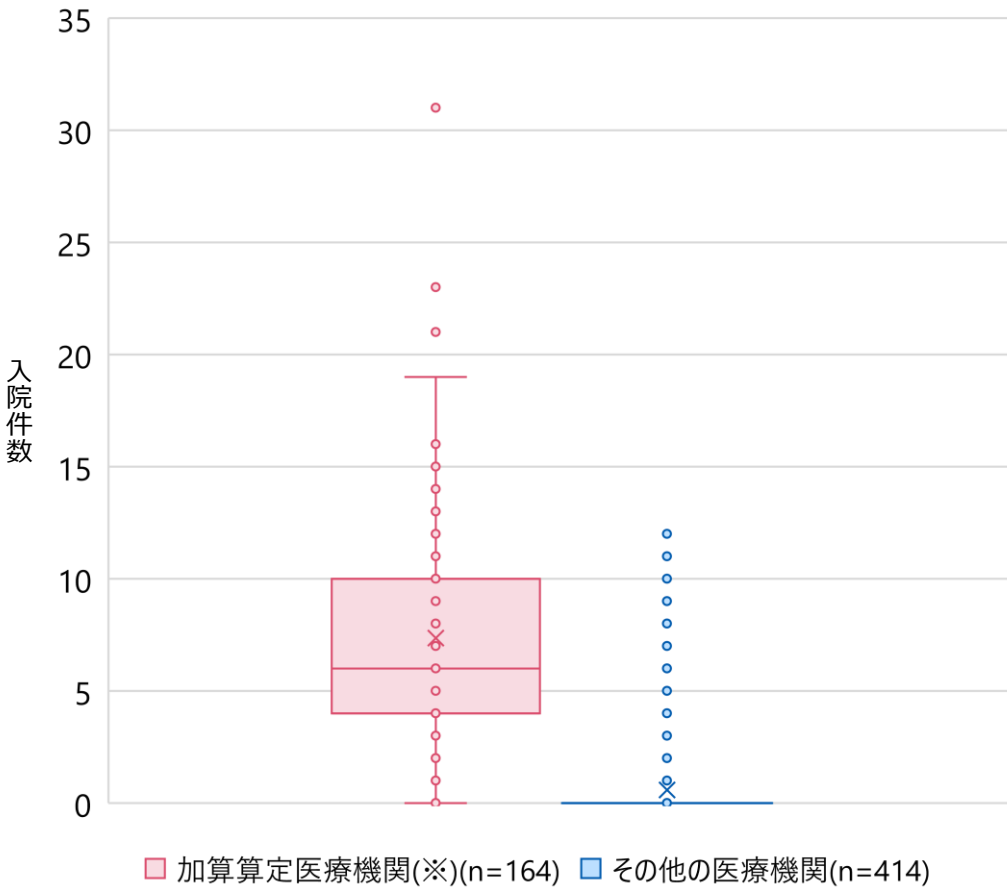
- 総合入院体制加算 1、急性期充実体制加算の小児・周産期・精神科充実体制加算若しくは精神科充実体制加算、又は精神科急性期医師配置加算 2 イの届出有無ごとの、各医療機関の精神病床数と精神病床以外の病床数の関係は以下のとおり。



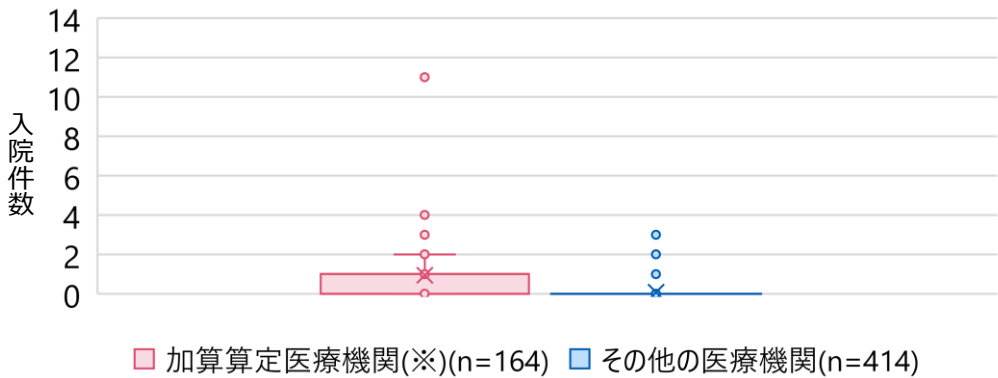
精神病床を有する病院における身体合併症のある統合失調症患者の入院件数

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

傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する手術を伴う入院件数

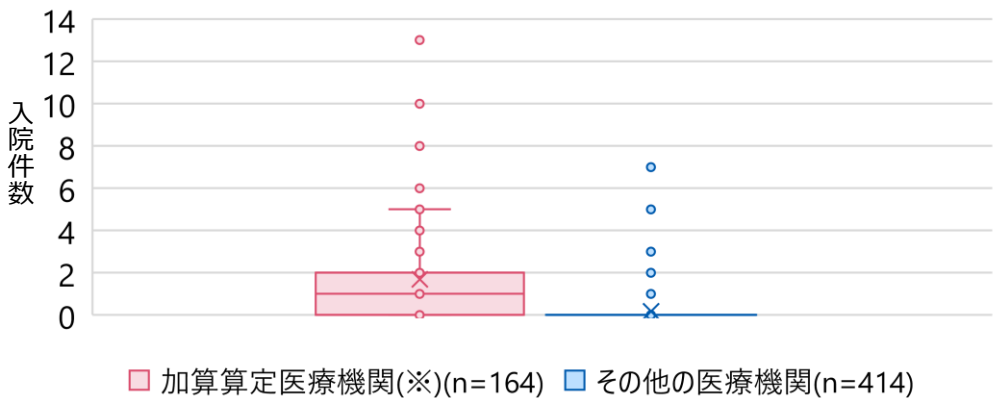


傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する悪性腫瘍手術を伴う入院件数



各医療機関の全病床数

傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する化学療法を伴う入院件数



各医療機関の全病床数

4．総合病院精神科について

4－1．総合病院精神科をとりまく現状等について

4－2．精神病床を有する総合病院への評価について

4－3．精神科リエゾンチーム加算について

精神科リエゾンチーム加算について

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

300点（週1回）

（趣旨）

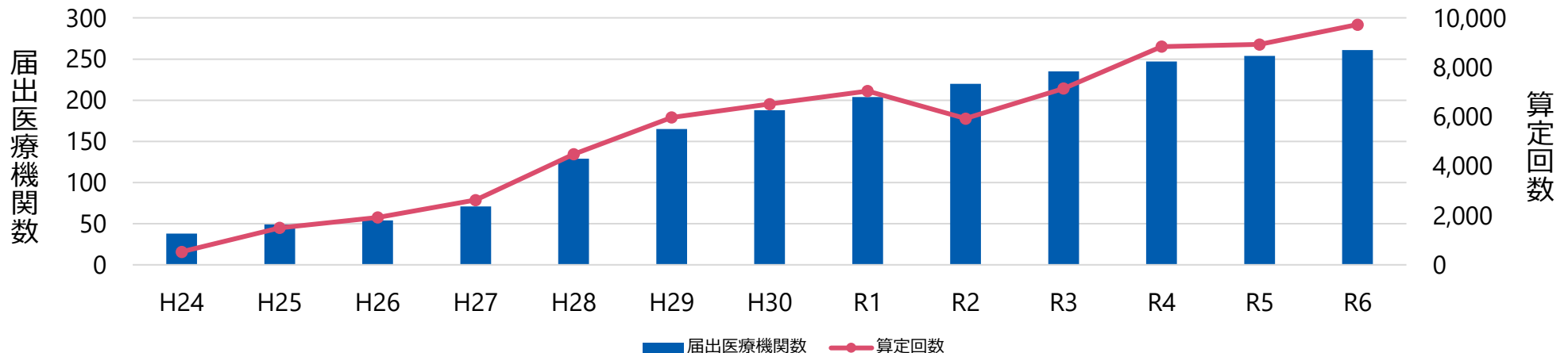
- 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したものである。

（主な留意事項）

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

（主な施設基準）

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



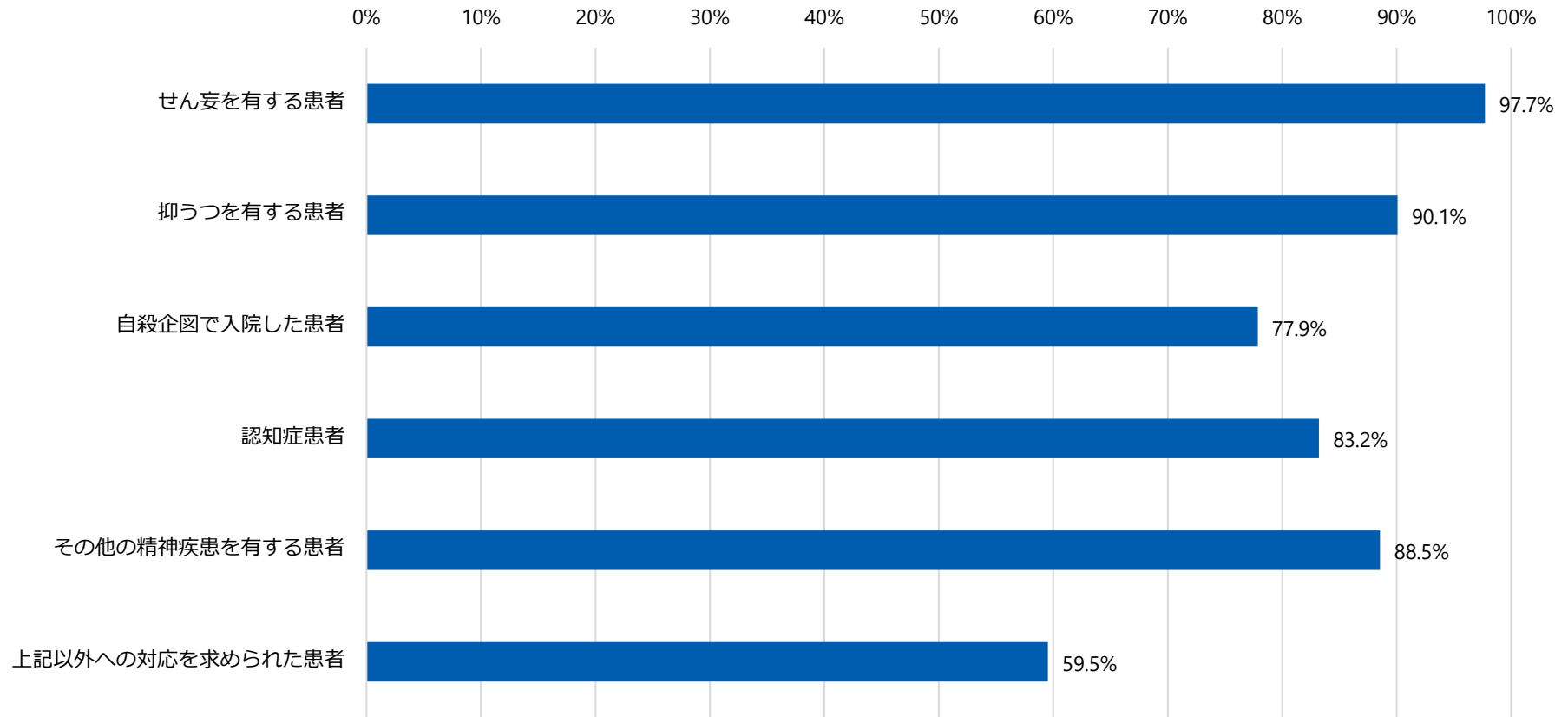
出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

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

精神科リエゾンチームが介入したことがある患者像

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

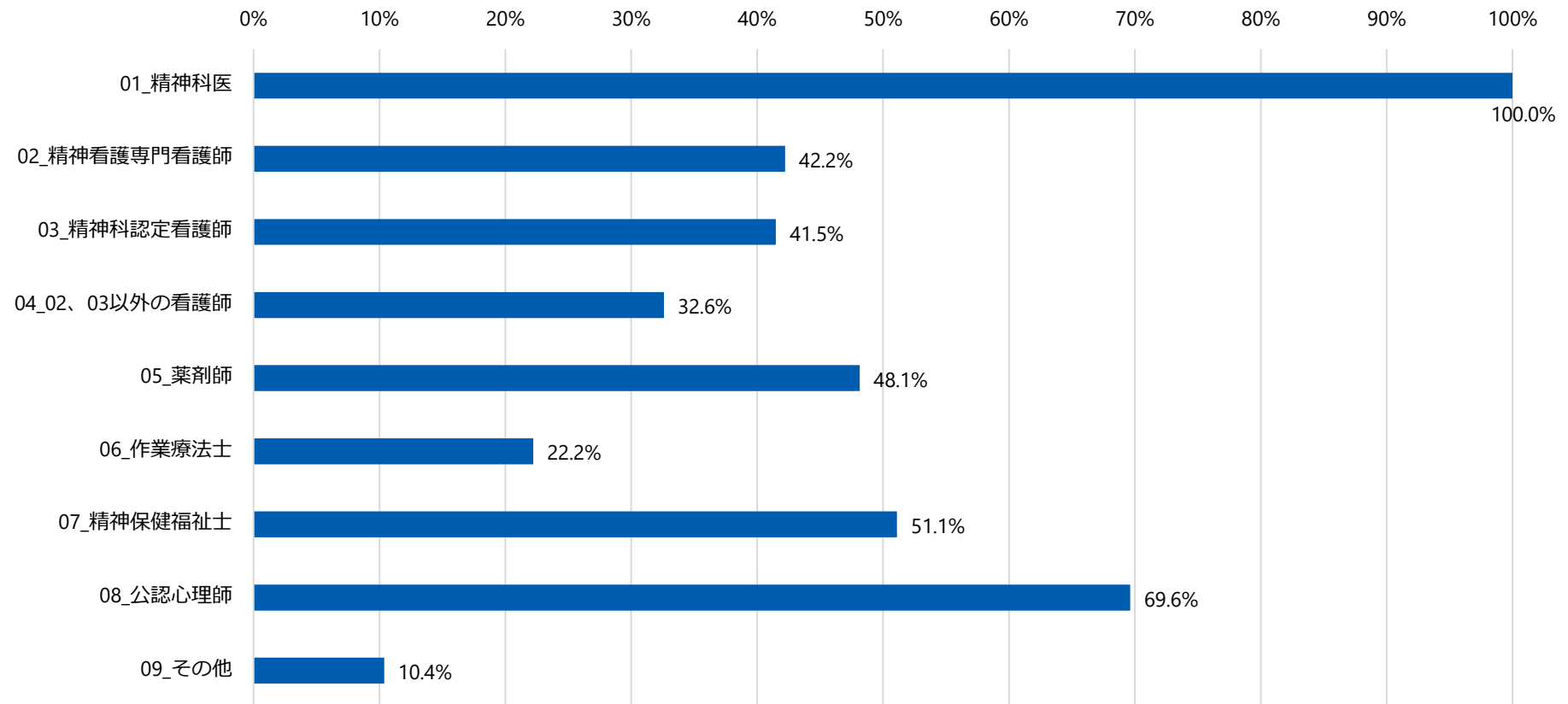
精神科リエゾンチームが介入した患者（n=131）



精神科リエゾンチームに参加している職種

○ 精神科リエゾンチームに参加している職種は、以下のとおりであった。

精神科リエゾンチームに参加している職種（n=135）



認知症ケア加算 1 について

A247 認知症ケア加算（1日につき）

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 180点

ロ 15日以上期間 34点

（趣旨）

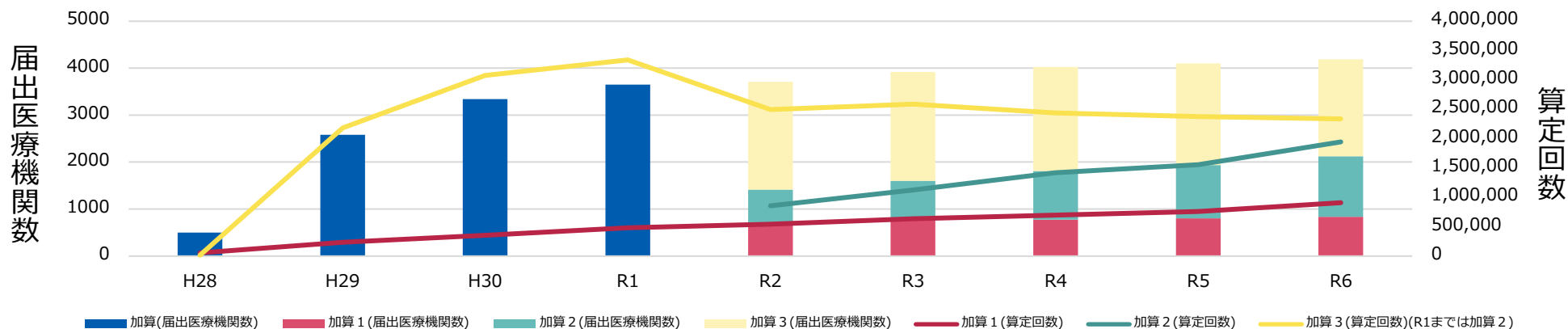
- 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

（主な留意事項）

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

（主な施設基準）

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



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

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

精神科リエゾンチーム加算と認知症ケア加算の併届出状況について

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

【精神科リエゾンチーム加算】

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

【認知症ケア加算 1】

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

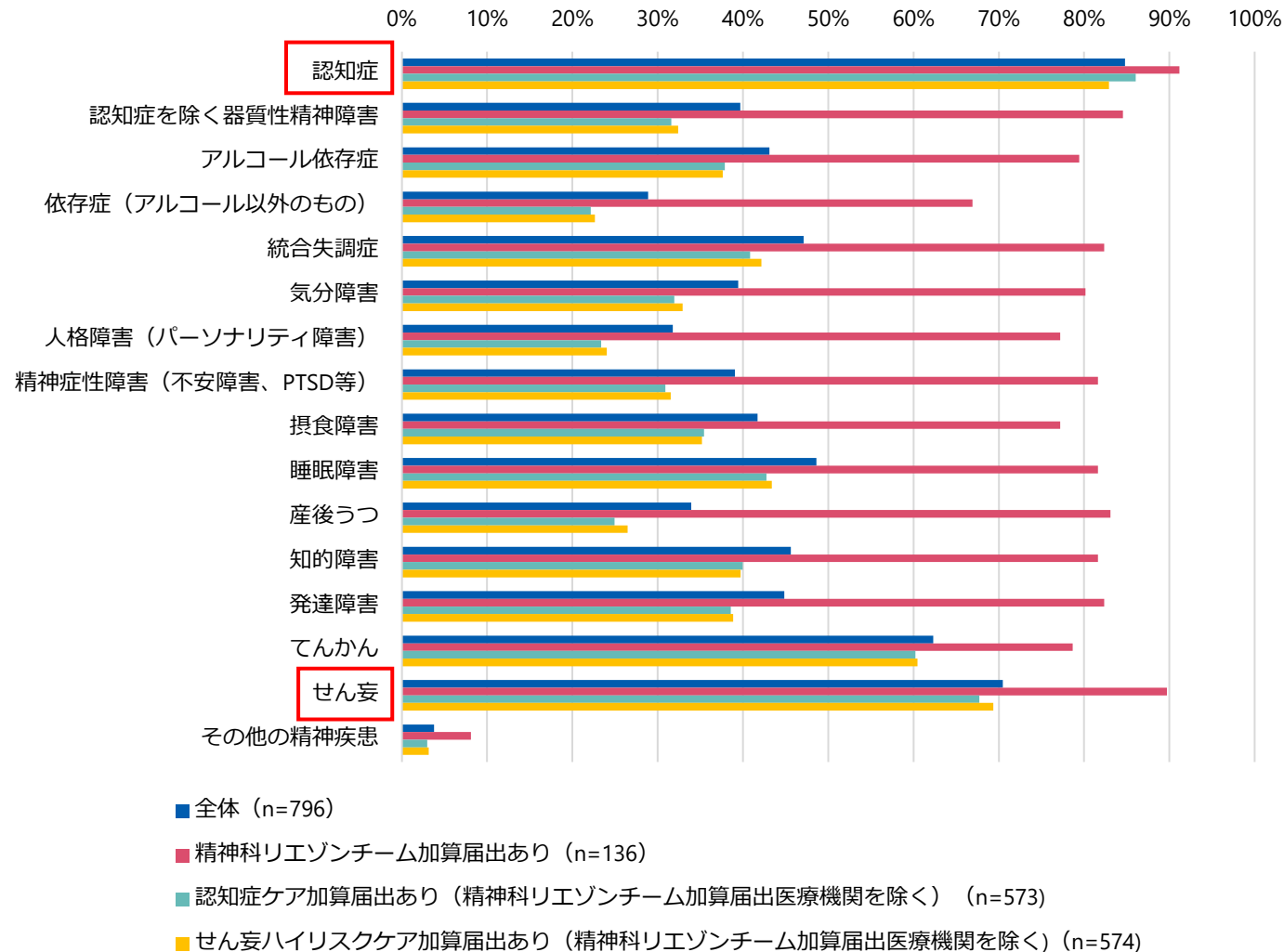
【認知症ケア加算 2 又は 3※】

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

※ 加算の区分報告を行っていない医療機関を含む

精神科リエゾンチームの設置有無による、対応可能な疾患について

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



総合病院精神科に係る現状と課題

(総合病院精神科をとりまく現状等について)

- 精神疾患の医療提供体制に係る指針において、「精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要」であること等が示されている。
- 総合病院精神科において、身体管理が必要な精神科専門治療、自殺企図関連の合併症治療、先行する精神疾患に身体疾患が合併した患者の治療等の役割を果たすことが期待されている。
- 救急搬送に係る時間を傷病別に見ると、「精神系」は他疾患と比較して長い傾向にある。
- 自殺者数の年次推移をみると、令和2年に増加に転じて以降21,000人台で推移したが、令和6年は前年を下回って統計開始以降2番目に少ない20,320人となった。

(精神病床を有する総合病院に対する評価について)

- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。
- 精神病床を有しながら、入院医療における総合性を兼ね備えていると考えられる、全病床数が400床以上かつ精神病床の割合が15%未満の医療機関が存在しない二次医療圏が多く存在した。
- 精神病床を有する病院の方が、それ以外の病院よりも急性期の一般病床において精神疾患への対応が可能である割合が多かった。
- 精神病床を有している医療機関は、精神科医の対応が必要な救急搬送患者を受け入れていた。
- 総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和4年以降減少傾向にあった。また、精神科充実体制加算又は小児・周産期・精神科充実体制加算の届出医療機関数は、令和5年以降横ばいであった。
- 精神科急性期医師配置加算の届出医療機関数は増加傾向であり、精神科急性期医師配置加算2イの算定回数は横ばいであった。
- 総合病院精神科を評価する加算の算定医療機関の方が、それ以外の医療機関よりも手術等を伴う統合失調症患者の入院件数が多かった。

(精神科リエゾンチーム加算について)

- 精神科リエゾンチーム加算の届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。
- 急性期の一般病床において、精神科リエゾンチームは、せん妄や抑うつを有する患者、自殺企図で入院した患者、認知症患者等、多様な精神疾患に介入していた。
- 精神科リエゾンチーム加算の届出医療機関の60.2%が認知症ケア加算1を届け出ていた。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。

【課題】



- 精神病床を有する総合病院に係る診療報酬上の評価について、その対象範囲や評価指標等をどのように考えるか。
- 精神科リエゾンチーム加算の対象疾患ごとの評価のあり方について、どのように考えるか。
- 上記の現状を踏まえて、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 外来医療について（その2）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その2）
3. 入院から外来への移行（その1）
4. 総合病院精神科について
5. 薬剤業務について

5. 薬剤業務について

5－1. 病院薬剤師について

5－2. 薬剤情報連携

5－3. ポリファーマシー対策

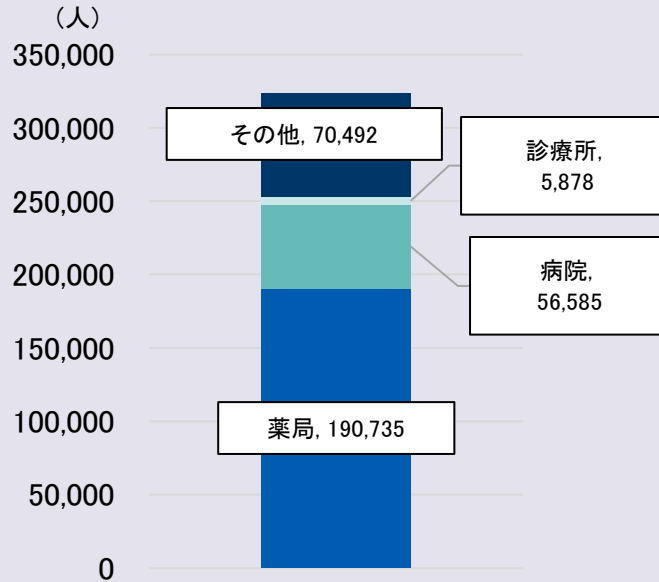
5－1．病院薬剤師について

- ① 従事者数について
- ② 病院薬剤師業務の評価
- ③ タスク・シフト/シェア

病院薬剤師の配置状況

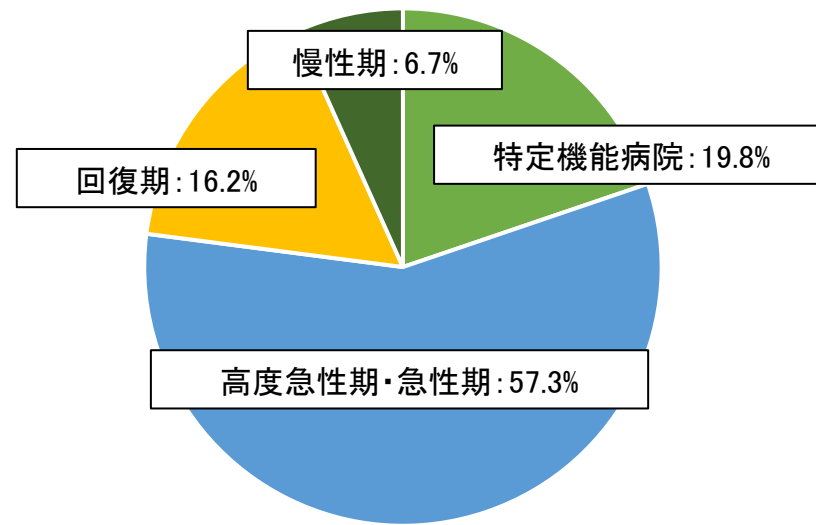
○ 病院に勤務する薬剤師は5.66万人（令和4年度時点）であり、病床機能別・業務別の人員配置割合は以下のとおり。

■ 薬剤師統計における薬剤師数 （令和4年12月31日現在）



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

■ 病床機能別の薬剤師人数割合



【病床機能別分類の集計手順】

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

【業務別分類の定義】

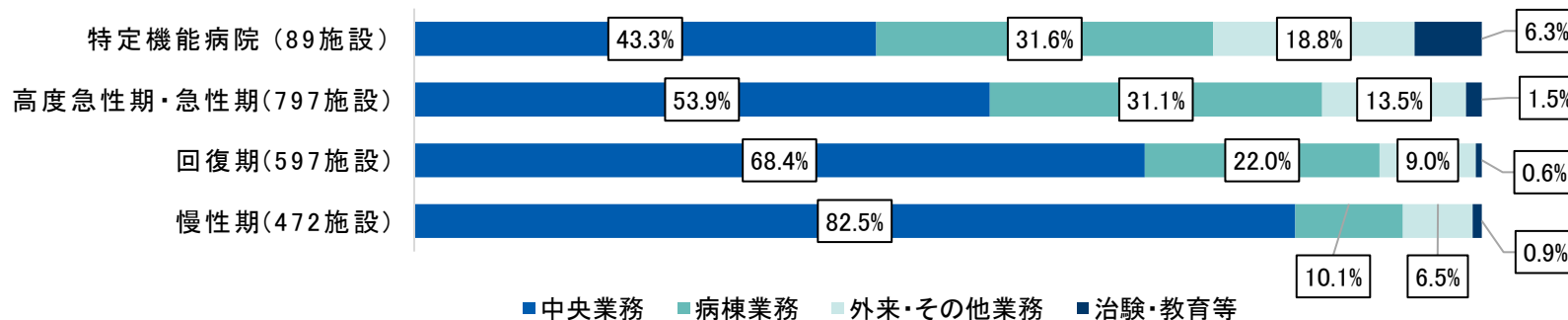
薬剤師本人が主に働いている場所として回答した結果に応じて以下のとおり分類した。

「中央業務」：調剤室、注射室、製剤室、医薬品情報室、管理室、麻薬室、薬務室

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

「治験・教育等」：試験・研究室、治験室

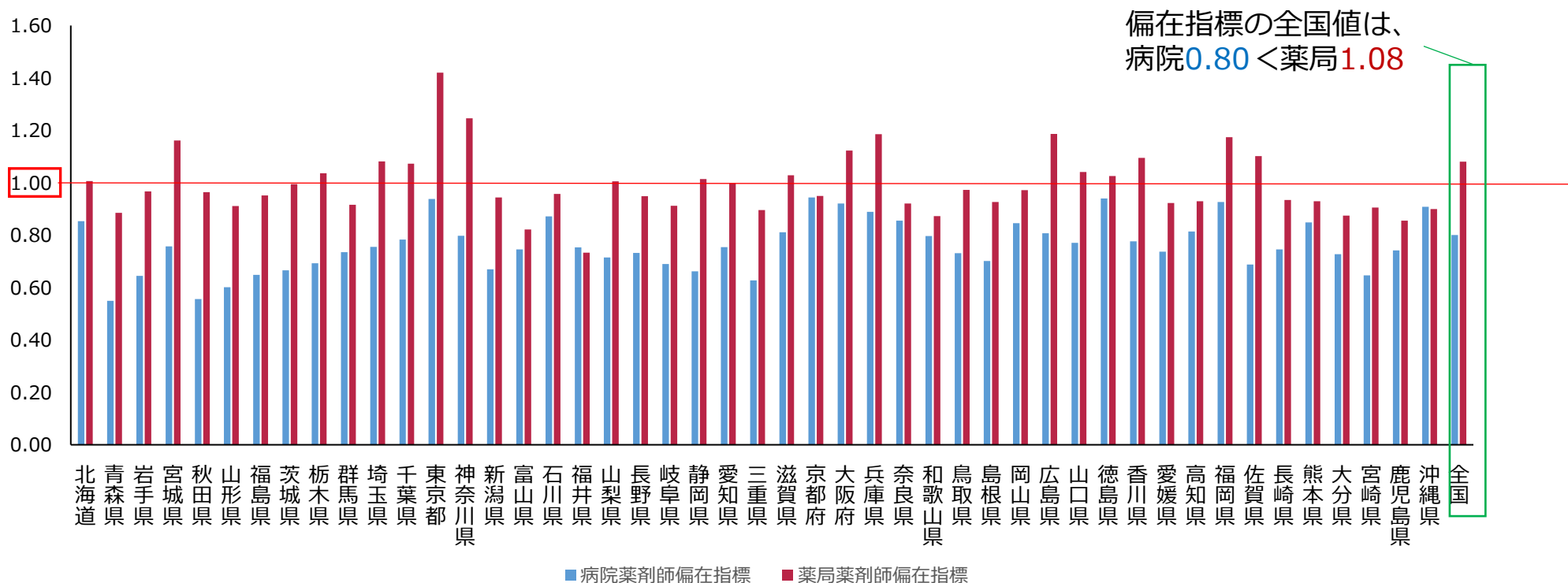
■ 病床機能別・業務別の薬剤師人数割合



（出典）令和4年度厚生労働省委託事業 病院薬剤師の勤務実態調査を基に保険局医療課で作成

現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

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



薬剤師偏在指数 =

地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量（現在の労働量）

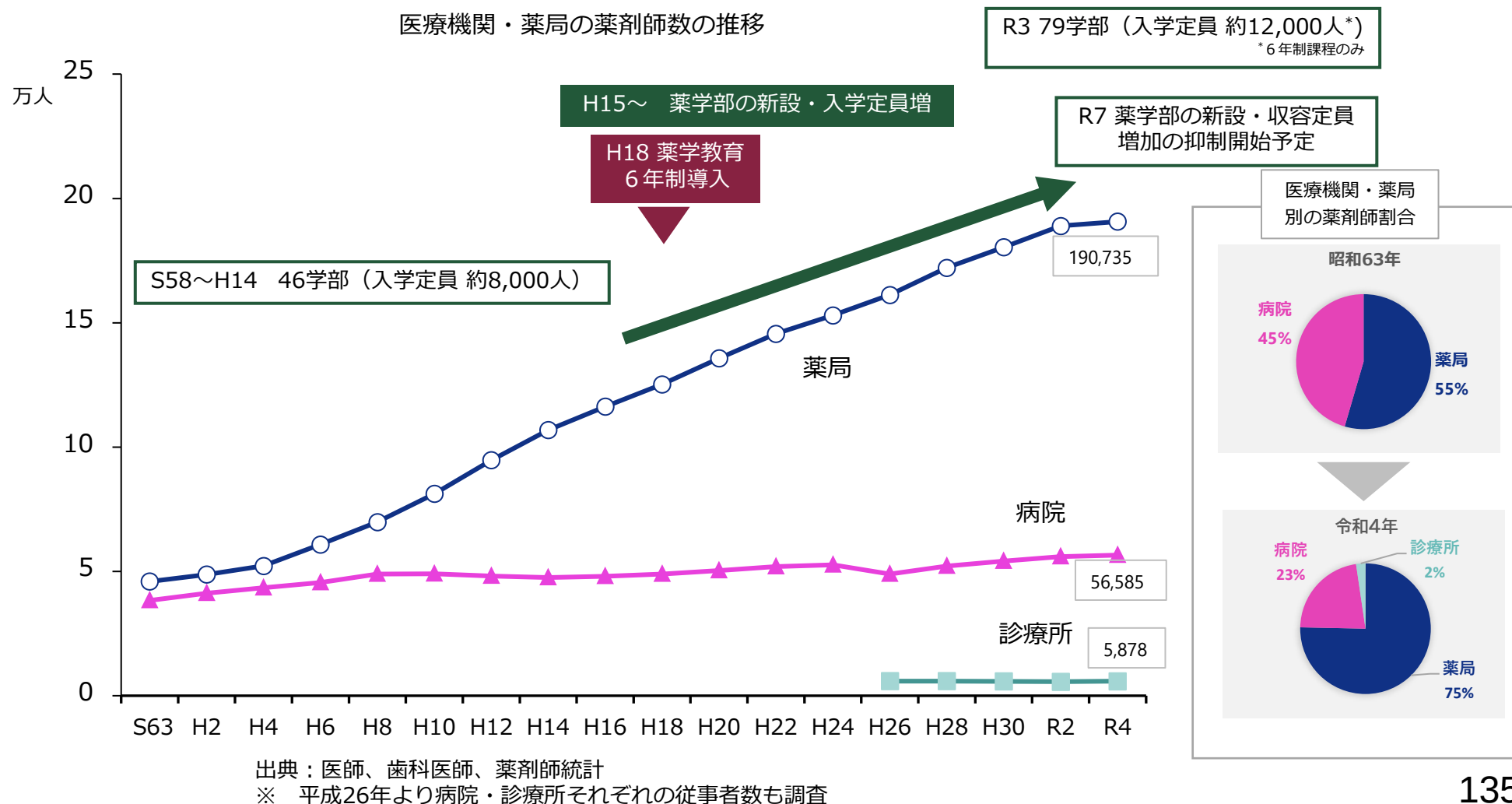
地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量（必要な業務量）

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

医療機関・薬局に就くする薬剤師数の推移

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

- 医療機関・薬局に就くする薬剤師の総数は増加している。特に、薬局薬剤師は年々増加しており、令和4年には、医療機関・薬局に就くする薬剤師の75%を占めている。

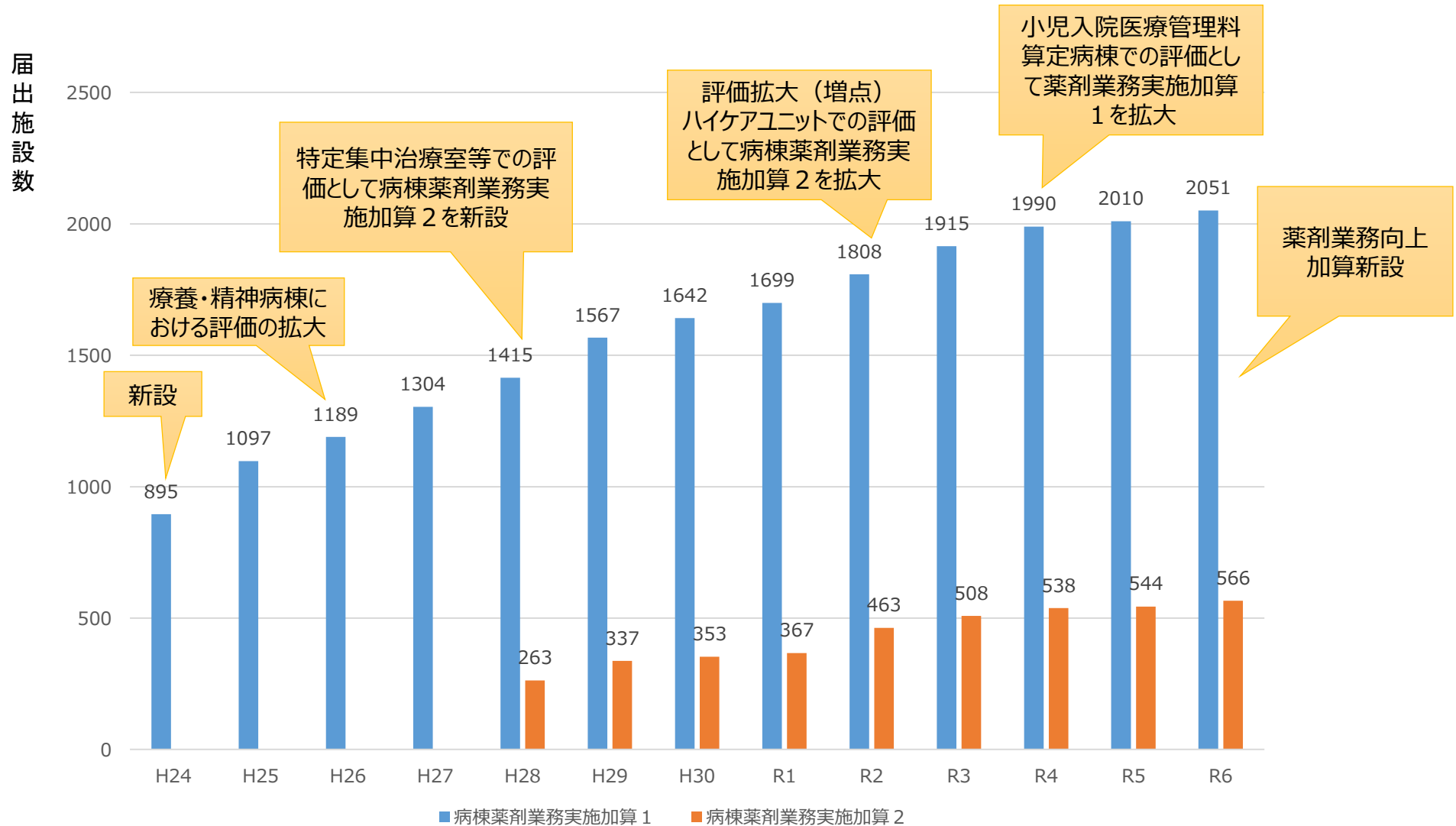


5 – 1 . 病院薬剤師について

- ① 従事者数について
- ② 病院薬剤師業務の評価
- ③ タスク・シフト/シェア

病棟薬剤業務実施加算の算定状況

○ 平成24年に新設以降、病棟薬剤業務実施加算の届出施設数は増加している。



薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算1（120点/週1回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

(新) 薬剤業務向上加算 100点（週1回）

〔算定要件〕

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。



〔主な施設基準〕

- (1) **免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること**として以下の要件を満たすこと。
 - ア 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - イ 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - ウ 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - エ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - オ 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- (2) **都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制**として、以下の要件を満たすこと。
 - ア 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - イ 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - ウ 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- (3) **特定機能病院又は急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

薬剤業務向上加算 算定状況①

○ 薬剤業務向上加算は、令和6年11月時点で17施設が算定しており、その内訳は特定機能病院が64.7%と最も多かった。

1 2都道府県

薬剤業務向上加算の算定施設(17施設)		令和6年11月現在
宮城県	東北大学病院	
千葉県	千葉メディカルセンター	
	千葉大学医学部附属病院	
	医療法人鉄蕉会亀田総合病院	
神奈川県	昭和大学藤が丘病院	
東京都	日本医科大学付属病院	
	昭和大学病院	
石川県	金沢医科大学病院	
	金沢大学附属病院	
静岡県	聖隷浜松病院	
愛知県	藤田医科大学病院	
大阪府	大阪赤十字病院	
	大阪医科薬科大学病院	
岡山県	倉敷中央病院	
広島県	広島大学病院	
山口県	山口大学医学部附属病院	
長崎県	長崎大学病院	

(1) 内訳（病院機能の届出）

	事項	施設数	%
1	特定機能病院である	11	64.7
2	急性期充実体制加算 1	5	29.4
3	急性期充実体制加算 2	1	5.9
	合計	17	

他県に出向させている医療機関は2施設

(2) 出向終了人数

	人数	施設数	%
1	0	7	41.2
2	1	7	41.2
3	2	1	5.9
4	3	2	11.8
	合計	17	

薬剤業務向上加算 算定状況②

- 今後の薬剤業務向上加算の算定予定施設数としては、令和7年度以降にかけて増加する見込みである。
- 一方で、68%弱の施設が算定予定が見込めておらず、その理由は「地域の医療機関に出向する薬剤師が確保できない」が60%超と最も多かった。

(1) 令和6年度診療報酬改定特別調査より

	事項	施設数
1	特定機能病院である	75
2	急性期充実体制加算 1	183
3	急性期充実体制加算 2	32
	合計	290

(2) 薬剤業務向上加算の算定状況について

	事項	施設数
1	算定している	17
2	令和6年度中に算定予定	11
3	令和7年度以降に算定予定	65
4	算定の予定はない	194

93

(3) 薬剤業務向上加算の算定の予定がない理由は何ですか？（複数回答）

	事項	施設数
1	病棟薬剤業務実施加算の届出している施設ではない	13
2	研修を実施する体制が整備できない	48
3	地域の医療機関に出向する薬剤師が確保できない	120
4	出向する医療機関がない	29
5	都道府県と連携体制を整備することができない	35
6	その他	7

院内処方と院外処方における診療報酬の比較

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

医師の処方に基づく医薬品の調剤に係る診療報酬（技術料）の合計（イメージ）

※ 服用時点が異なる内服薬が2種類、28日分処方されている患者の場合

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

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

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

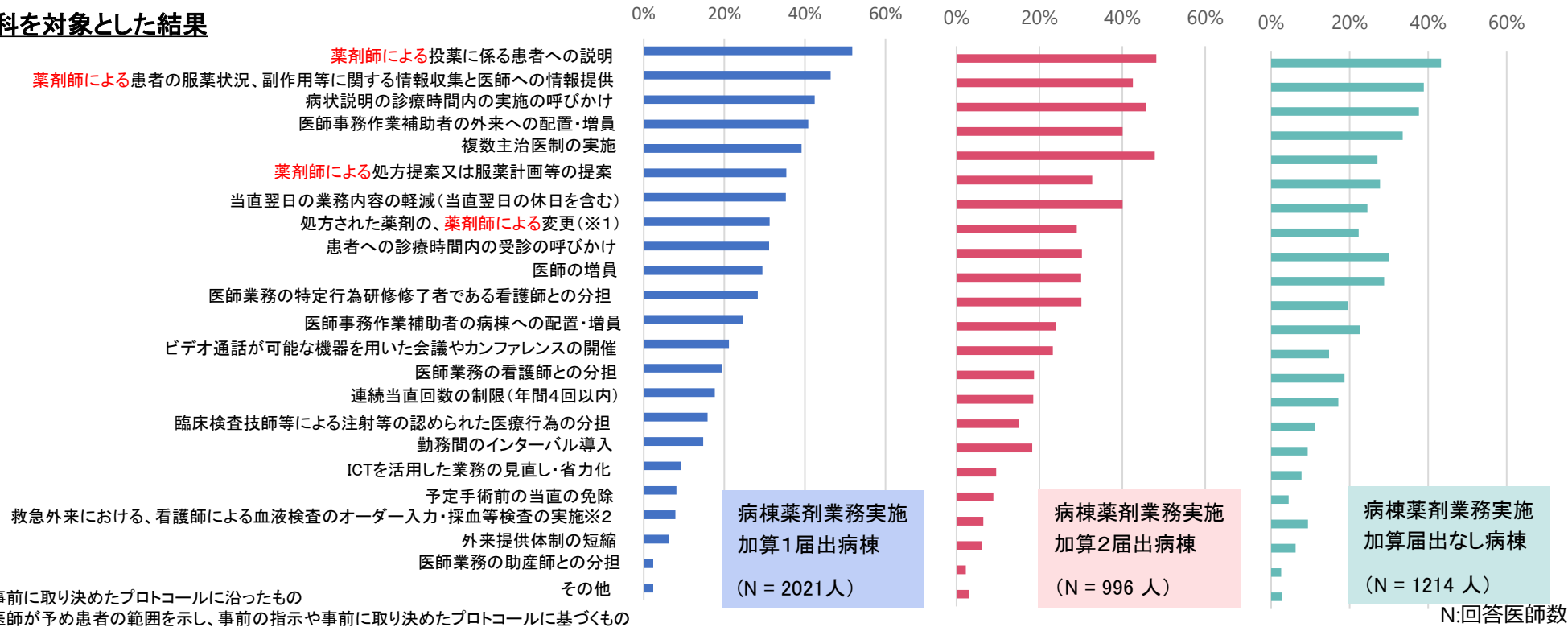
5 – 1. 病院薬剤師について

- ① 従事者数について
- ② 病院薬剤師業務の評価
- ③ タスク・シフト/シェア

医師の負担軽減

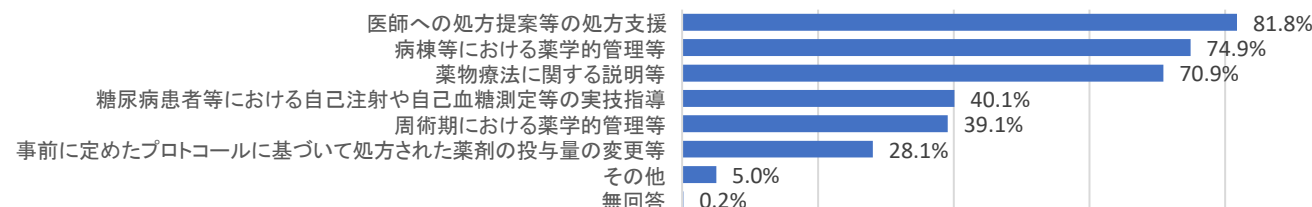
- 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」が病棟薬剤業務実施加算1算定病棟で51.7%、同加算2算定病棟で48.1%、加算届出なし病棟でも43.3%といずれの病棟において最も負担軽減に寄与している結果であった。
- 医師から薬剤師へのタスクシフト/シェアの実施状況としては「医師への処方提案等の処方支援」、「病棟等における薬学的管理等」「薬物治療に関する説明等」への取組が挙げられた。

全診療科を対象とした結果



医師から薬剤師へのタスクシフト/シェアの実施状況

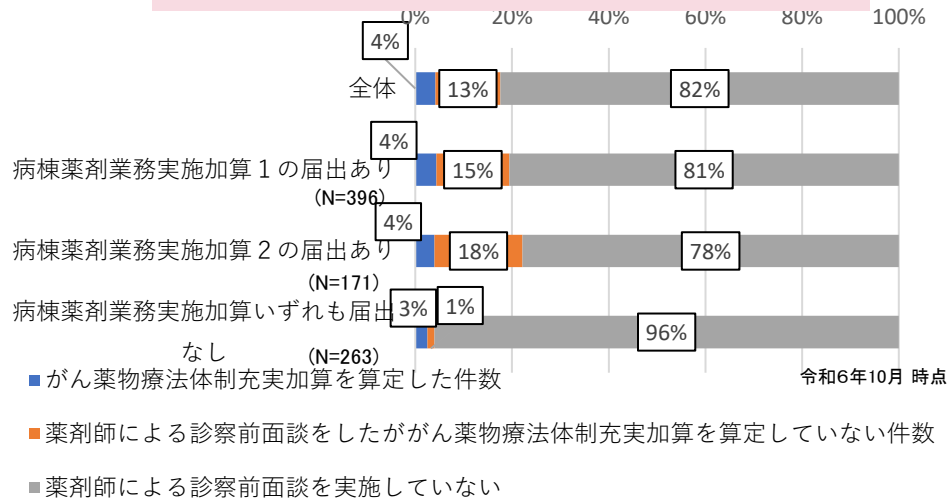
(複数回答可 N=598)



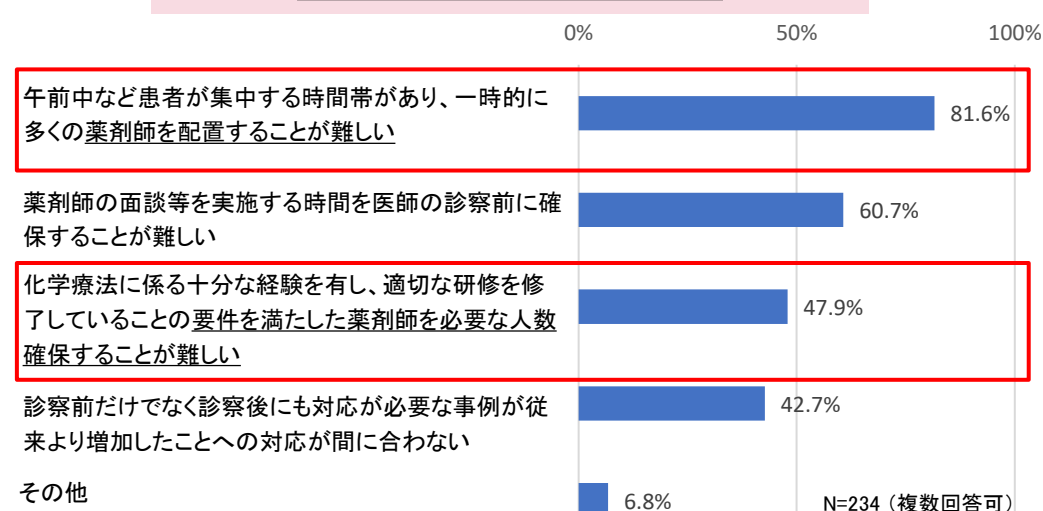
がん薬物療法体制充実加算の算定状況

- 令和6年10月時点におけるがん薬物療法体制充実加算の算定状況は4%と低く、算定に至らないが診察前に面談している割合は全体で13%であった。
- がん薬物療法体制充実加算の届出をしているが、実施するにあたって困難な理由は「午前中など患者が集中する時間帯があり、一時的に薬剤師を配属することが難しい」ことが最も多く8割を超えていた。
- また、がん薬物療法体制充実加算を算定していない理由としては、薬剤師不足や認定薬剤師不足が挙げられた。

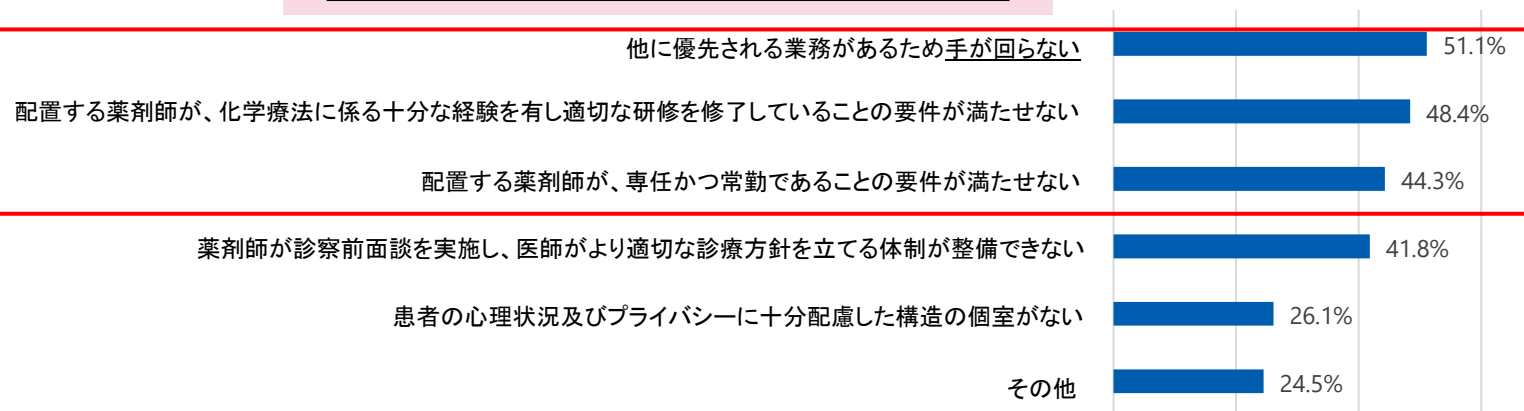
一ヶ月における外来化学療法実施患者に対する 薬剤師の診察前面談と算定状況



がん薬物療法体制充実加算の届出をしているが 実施するにあたって困難な理由



がん薬物療法体制充実加算を届出していない理由



周術期薬剤管理加算の届出状況等

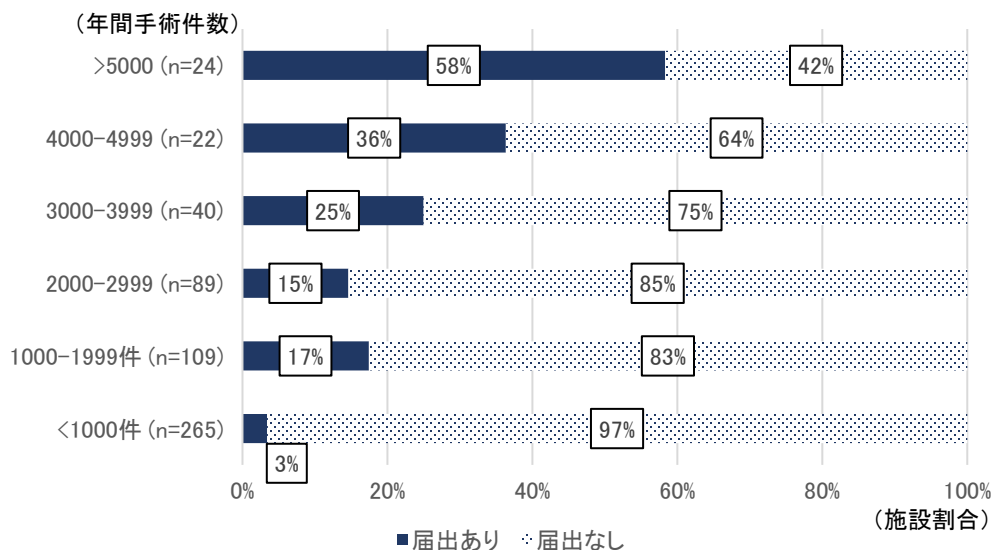
診 調 組 入 - 1
5 . 6 . 8

- 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。

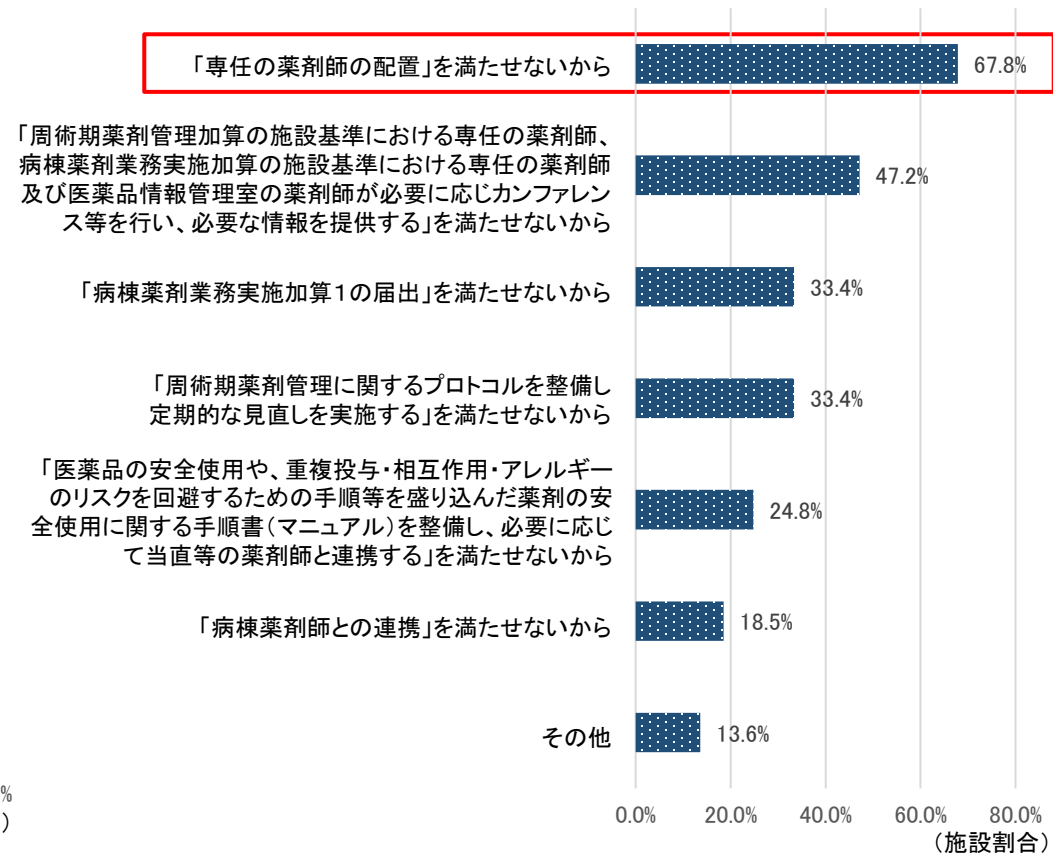
■周術期薬剤管理加算の届出の有無 (令和4年11月1日時点) (n=729)

	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)



5－2．薬剤情報連携

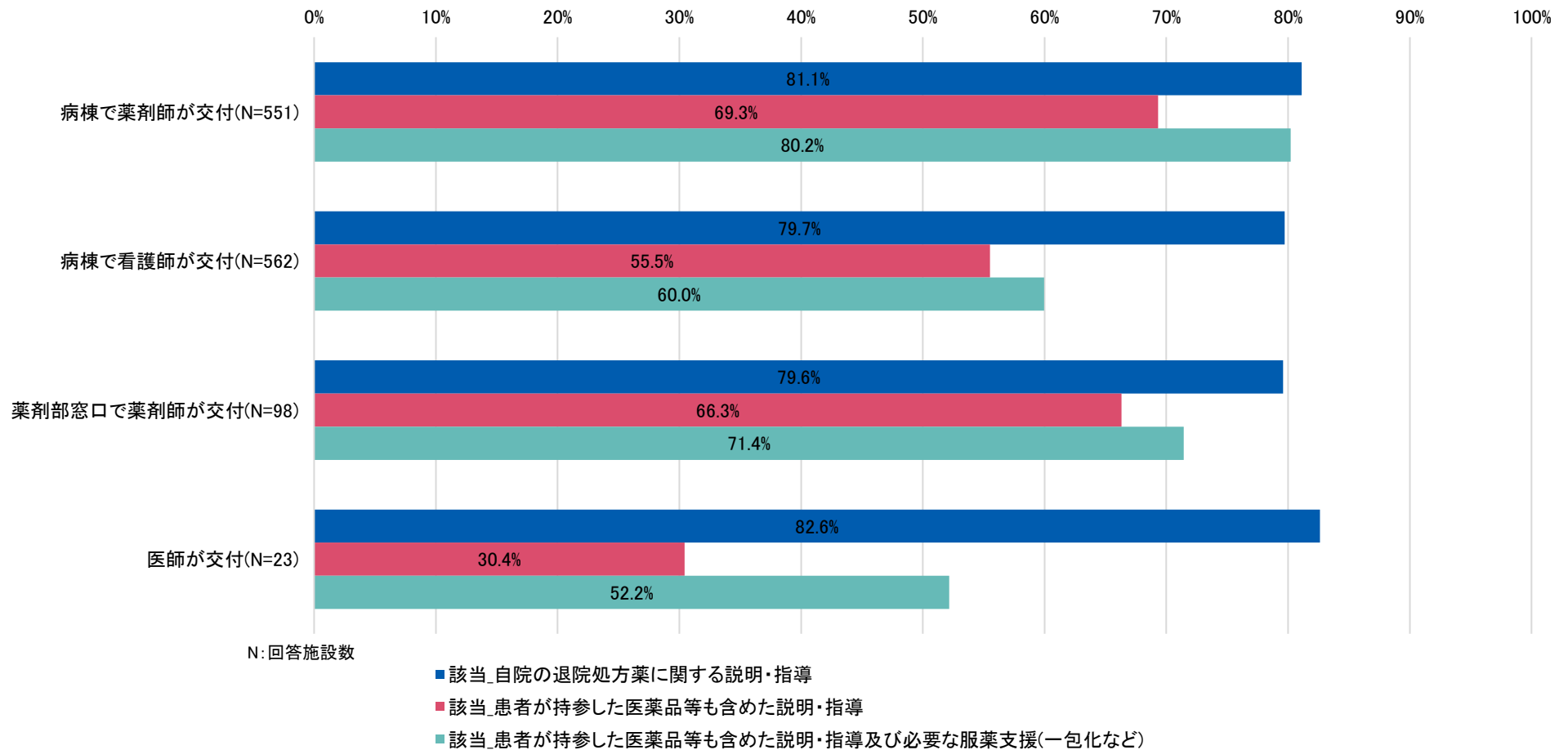
①退院時

②入院時以外

退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲

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

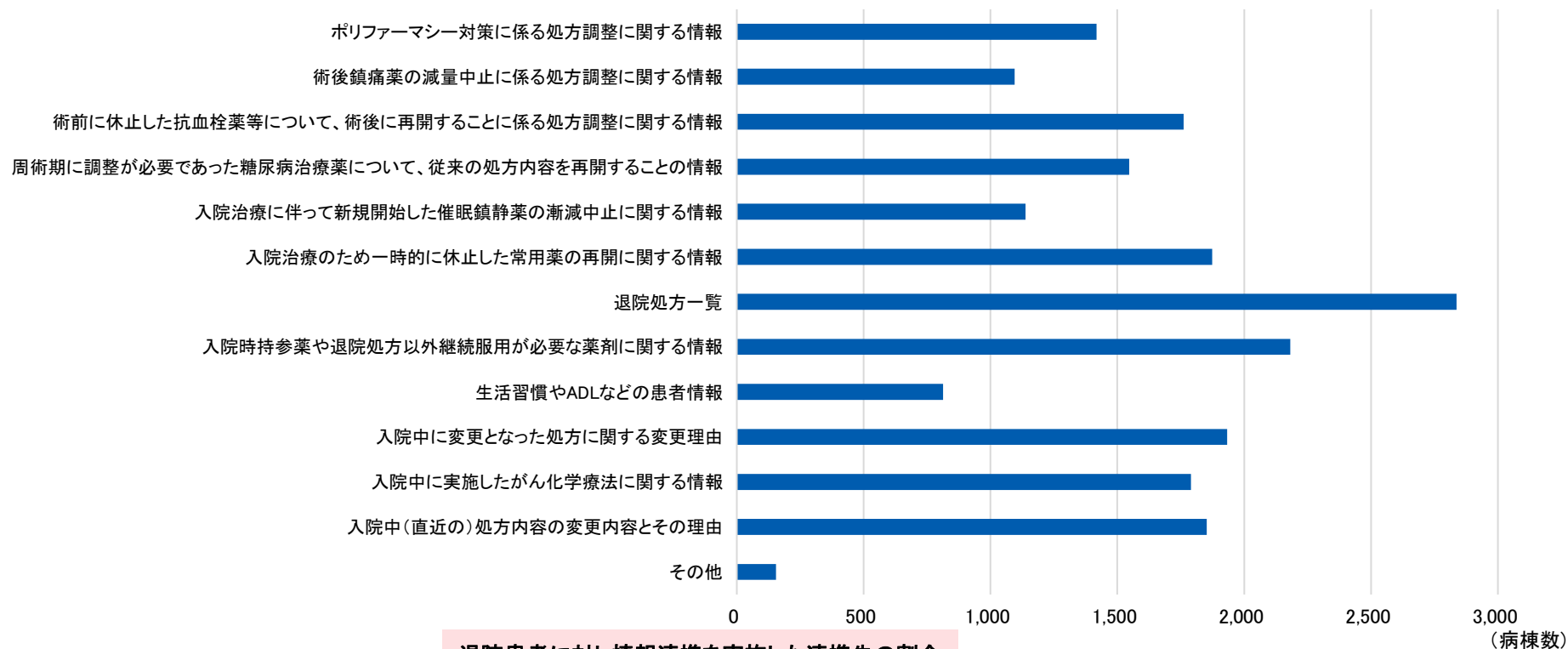
退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲
(該当)



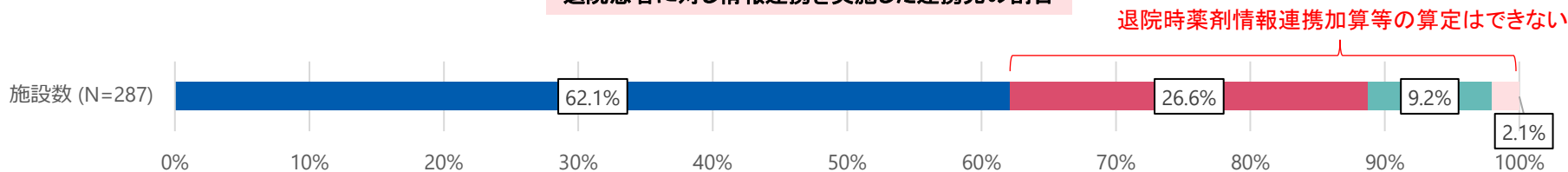
退院時薬剤関連情報連携における実施項目と連携先

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

退院時薬剤関連情報連携における実施項目



退院患者に対し情報連携を実施した連携先の割合



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

退院時の薬剤に関する情報提供の実施状況

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

退院時の薬剤に関する情報提供の評価

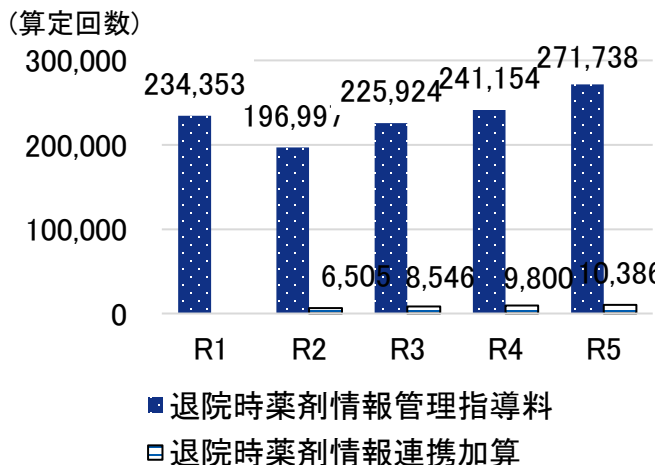
① 退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）

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

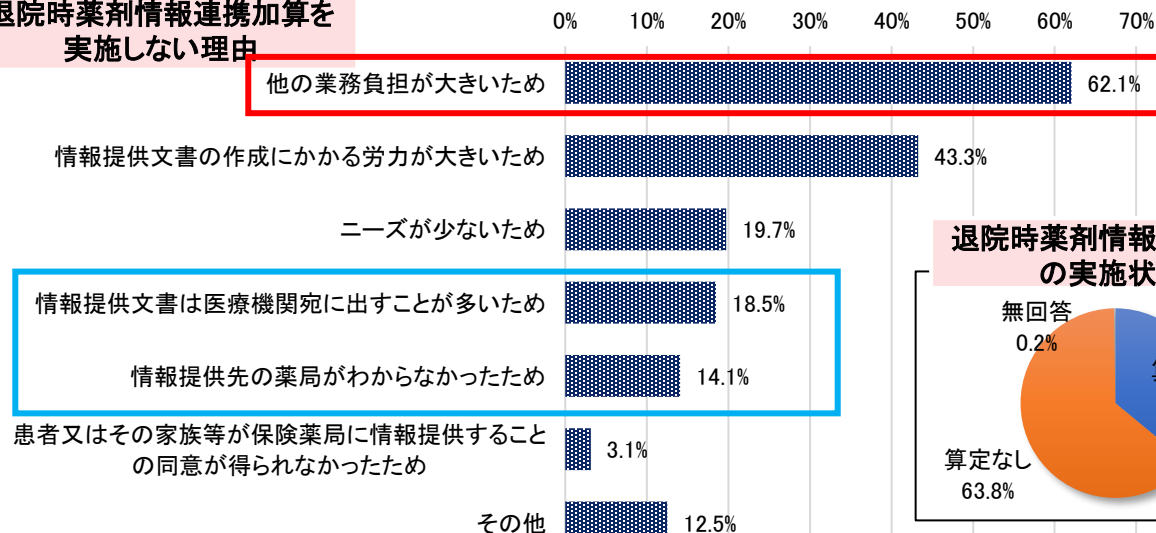
② 退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）

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

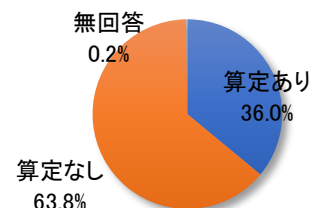
退院時薬剤情報管理指導料等¹⁾



退院時薬剤情報連携加算を実施しない理由



退院時薬剤情報連携加算の実施状況



5－2．薬剤情報連携

①退院時

②入院時以外

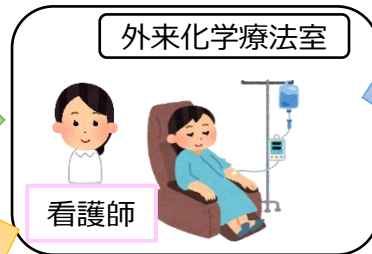
外来がん化学療法の病院・薬局間連携

- 質の高い外来がん化学療法を実施するため、病院薬剤師と薬局薬剤師間の連携体制を評価している。
- 連携充実加算、特定薬剤管理指導加算2ともに微増傾向である。

医療機関



診察



外来化学療法室

看護師

レジメン（治療内容）を提供、他の医療機関に提示するよう指導



病院薬剤師

患者の状態に合わせた
栄養食事指導



管理栄養士

質の高い外来がん化学療法の評価

連携充実加算 150点(月1回)

- 患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、**地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している**場合の評価を新設。

薬局



薬局薬剤師

連携

レジメン情報等に基づく服薬指導、医療機関へ必要な情報をフィードバック

薬局でのレジメンを活用した
薬学的管理等の評価

調剤
報酬

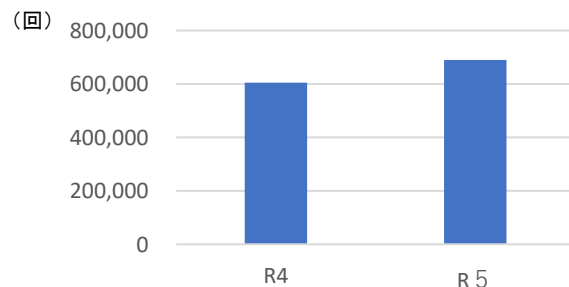
特定薬剤管理指導加算2

100点(月1回)

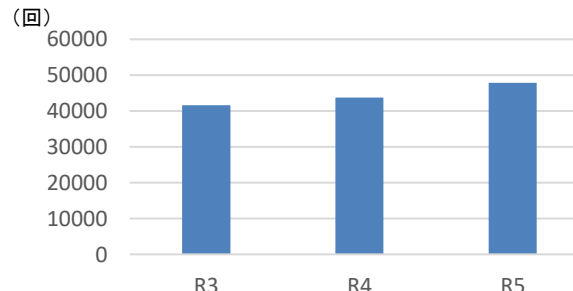
以下の取組を評価

- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
- **次の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供**

連携充実加算 算定回数



特定薬剤管理指導加算2 算定回数



5－3．ポリファーマシー対策

①概要

②診療報酬上の評価

③ポリファーマシー対策の現状

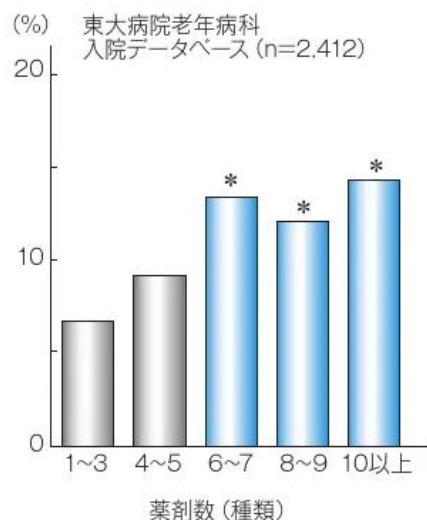
ポリファーマシーが高齢者に与える影響

- ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す(多剤服用の中でも害をなすもの=ポリファーマシー)
- 高齢者では、6種類以上の投薬により、有害事象の発生が有意に増加したというデータがある。

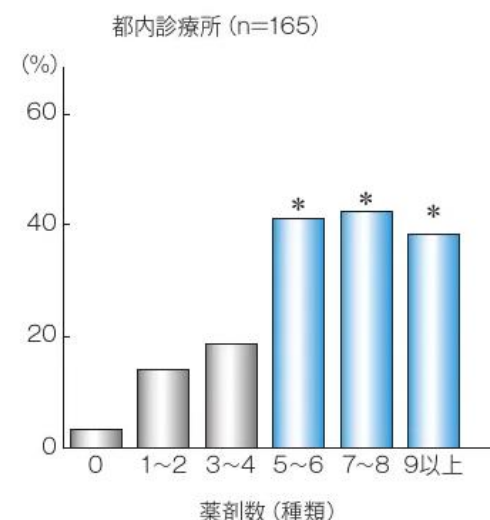
多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連しており、表にまとめた。そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく薬物感受性の増大と、服用薬剤数の増加である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する→多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い→長期服用 症候が非定型的→誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化)→過量投与 認知機能、視力・聴力の低下→アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療→投薬中断

1) 薬物有害事象の頻度



2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30. より引用)



高齢者が抱える多剤服用の具体的問題

患者が抱える問題	・複数医療機関の受診により、患者自身が処方状況を管理できていない。 ・処方薬増加に伴い副作用が起こりやすくなることを把握していない。 ・患者自身がポリファーマシー状態にあることを把握していない。
医学的問題	・高齢者は生活習慣病や老年症候群が重なりやすい。 ・治療や症状緩和のため、薬の処方が増え、副作用や相互作用のリスクが高まる。 ・重複処方による副作用や相互作用のリスク。
社会的問題	・複数の診療科や医療機関の受診で、処方薬の全体が把握されず、管理が難しくなる。 ・医療関係者間の連携が取れていない。

令和6年12月11日第19回高齢者医薬品適正使用検討会参考資料4

高齢入院患者で薬剤数と薬物有害事象との関係を解析した報告によると、6種類以上で**薬物有害事象のリスク**は特に増加するようである1)。また、外来患者で薬剤数と転倒の発生を解析した研究では、5種類以上で**転倒の発生率**が高かった2)。

1) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2

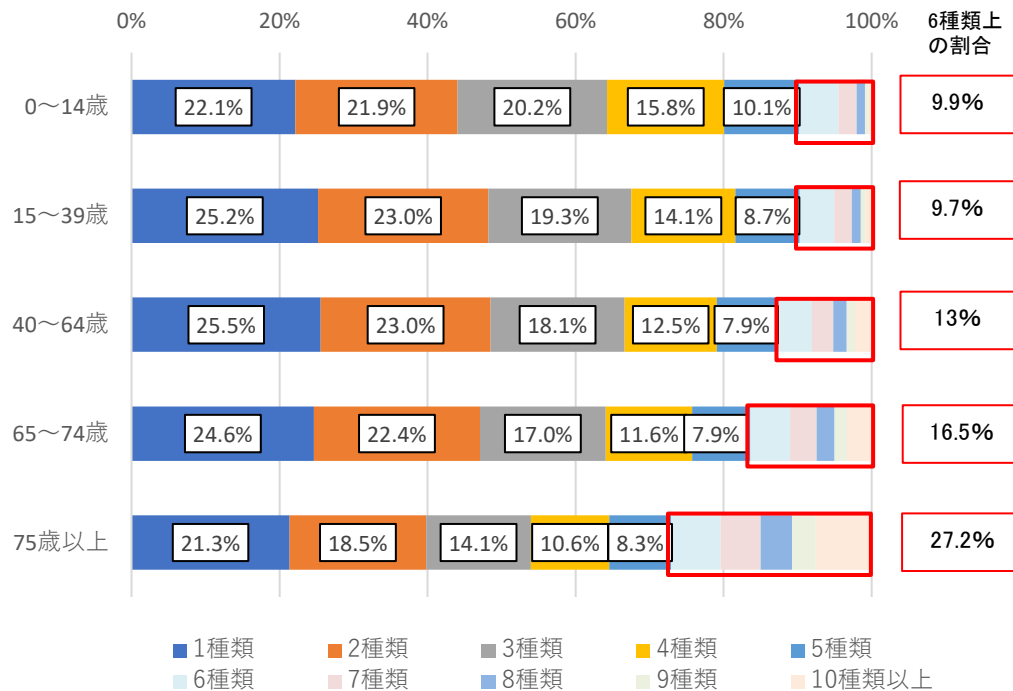
2) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, et al: Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30

出典) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)

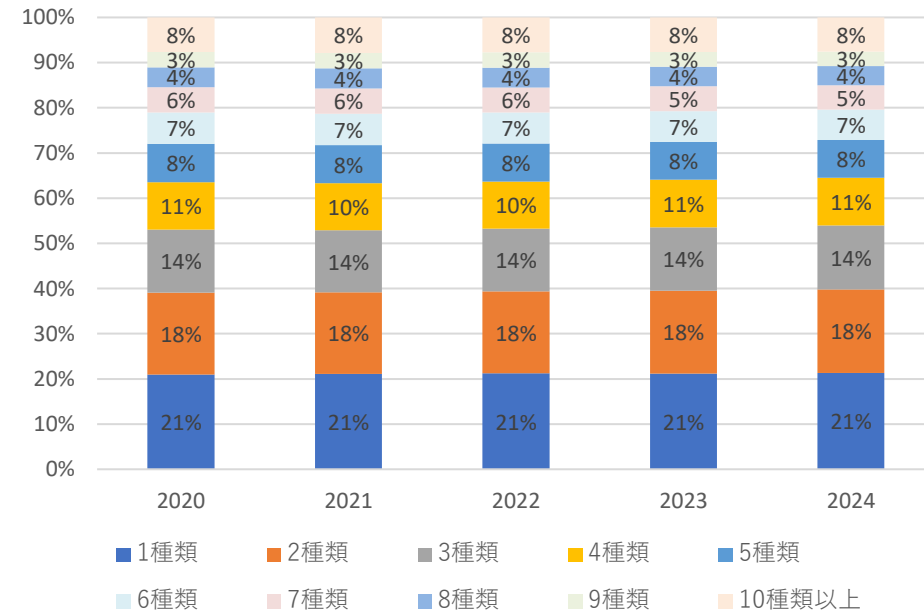
年齢階級別にみた薬剤種類数

- 高齢になるほど、服用薬剤種類数の多い患者の割合が増加する傾向がある。
- 年次推移をみると、75歳以上で6種類以上服用している患者の割合は変化がみられなかった。

2024年7月における
年齢別服用薬剤種類数



75歳以上の服用薬剤種類内訳の推移



各年7月における1患者あたりの服用薬剤数

出典：NDB各年7月時点集計データより保険局医療課作成

5－3．ポリファーマシー対策

①概要

②診療報酬上の評価

③ポリファーマシー対策の現状

ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

1. 医療機関における取組の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、入院中に内服薬の総合的な評価及び処方内容の変更の評価と、減薬に至った場合を評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

医療機関

薬剤総合評価調整加算

多職種連携によって
・内服薬の総合的な評価
・処方内容を変更した場合
→100点

更に

薬剤調整加算

退院時に2種類以上の減薬に至った場合
→150点



○外来/在宅患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、外来受診時に内服薬の総合的な評価調整し、減薬に至った場合を評価



【外来受診時】
6種類以上の内服薬

患者



医療機関

連携管理加算

薬局へ
結果報告
→50点

薬剤総合評価調整管理料

処方内容を総合的に評価調整し、
2種類以上の減薬に至った場合
→250点

薬局



※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシー）

2. 薬局における取組の評価

調剤
報酬

○薬局における減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が2種類以上減少した場合の評価

患者

6種類以上の内服薬

薬局



①減薬の提案（文書）

②2種類以上減薬（処方箋）

服用薬剤調整支援料1



医療機関

→125点

○複数医療機関の処方による重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が患者の服用薬を一元的に把握し、複数医療機関の処方による重複投薬等の解消の提案した場合の評価

患者

複数医療機関からの
処方（6種類以上）

①服用薬の一元的把握

薬局



処方箋

処方箋

②重複投薬解消の
提案（文書）

服用薬剤調整支援料2

→110点※・90点



医療機関

※重複投薬の解消に係る実績がある薬局の場合

○重複投薬等に関する疑義照会等に関する評価

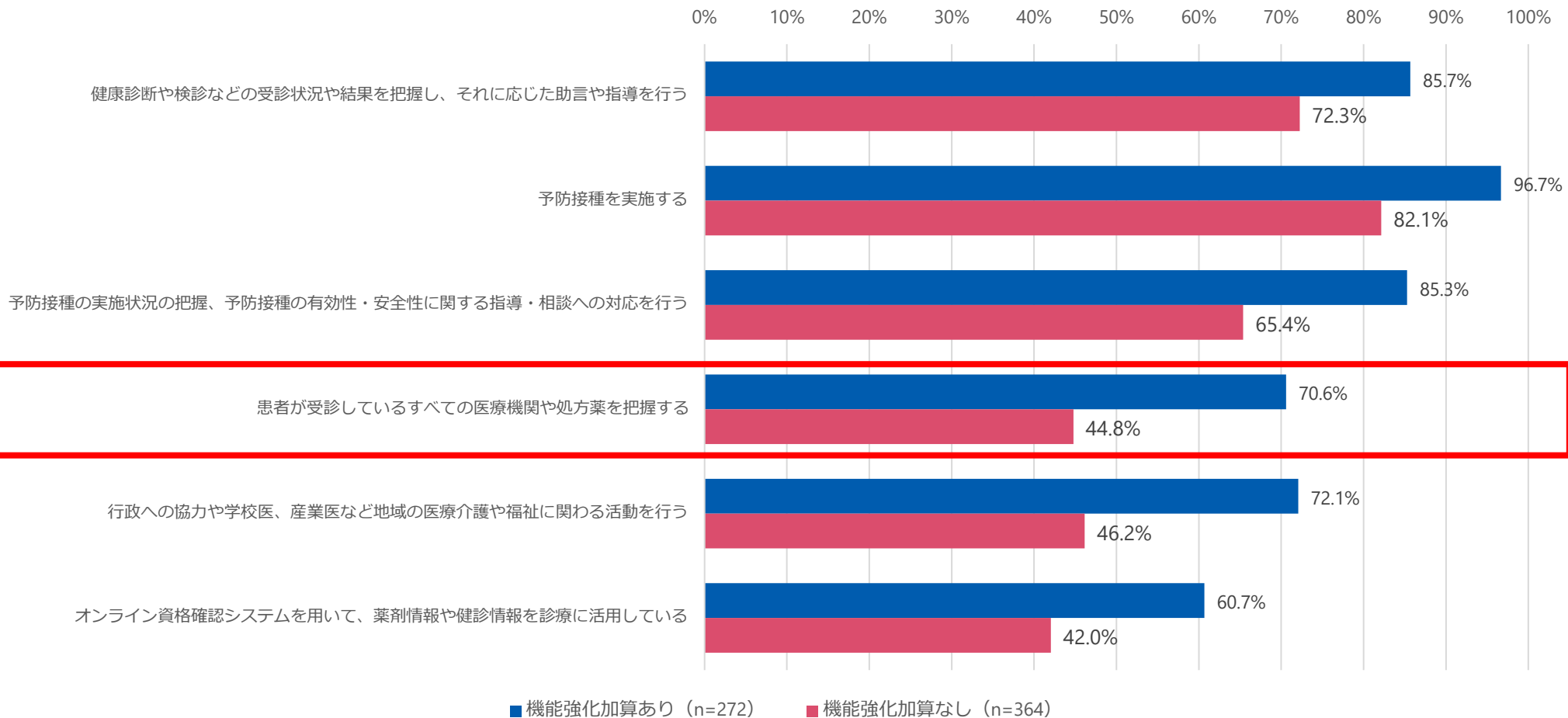
- 薬歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、薬剤師が処方医へ疑義照会等を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算（残薬調整以外）
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（残薬調整以外）

→40点

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

診療所が有しているかかりつけ医機能（n=636）



地域包括診療料・加算について

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

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

薬剤適正使用連携加算について

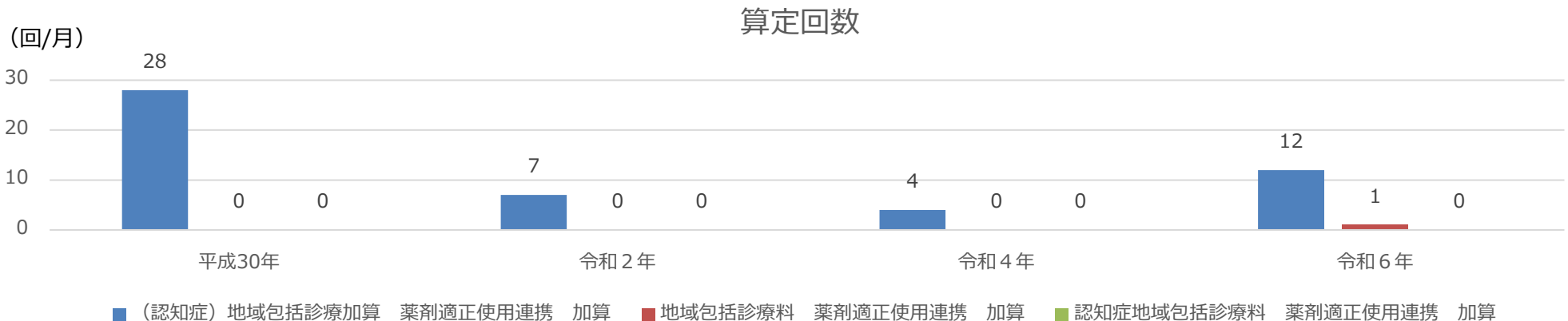
薬剤適正使用連携加算

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

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

[算定要件]

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



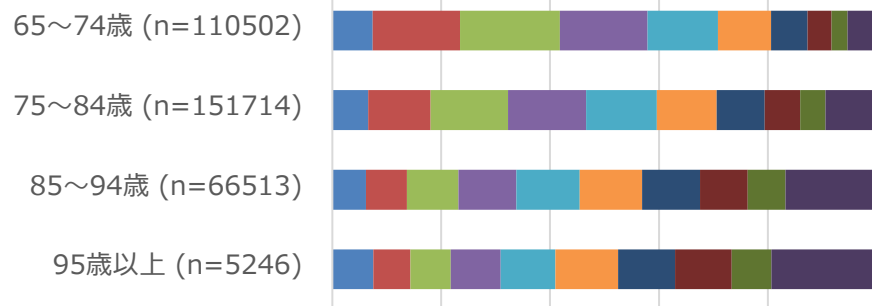
年齢階級別にみた一患者あたりの院内処方薬剤種類数

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

院内処方

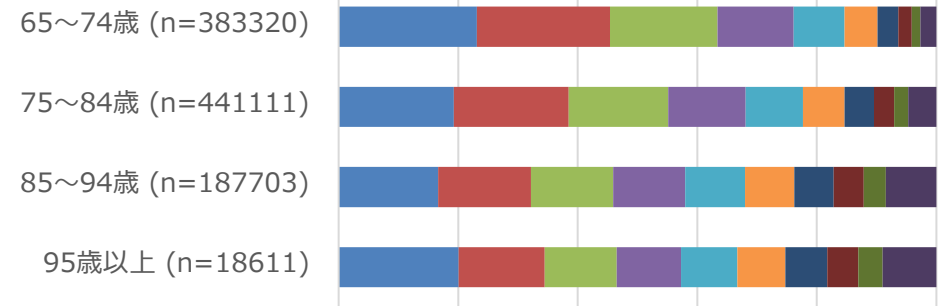
地域包括診療加算 算定患者

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

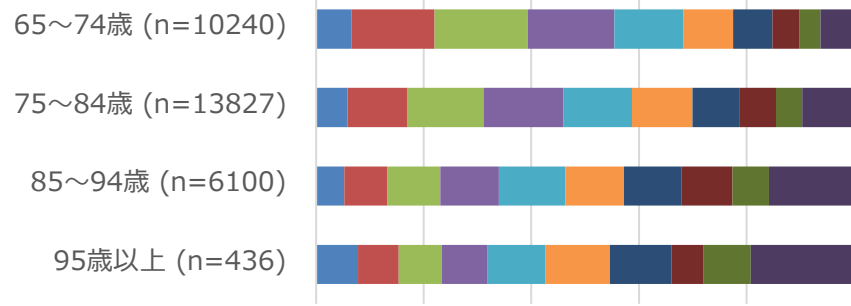


地域包括診療加算 算定患者以外

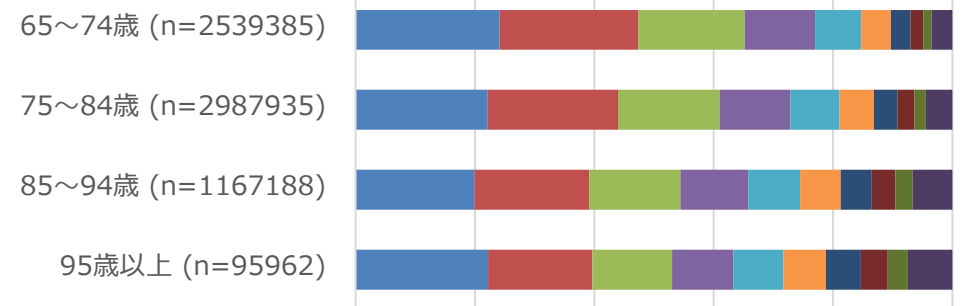
0% 20% 40% 60% 80% 100%



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



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



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

出典：NDBデータ（令和6年7月）

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

年齢階級別にみた一患者あたりの院外処方薬剤種類数

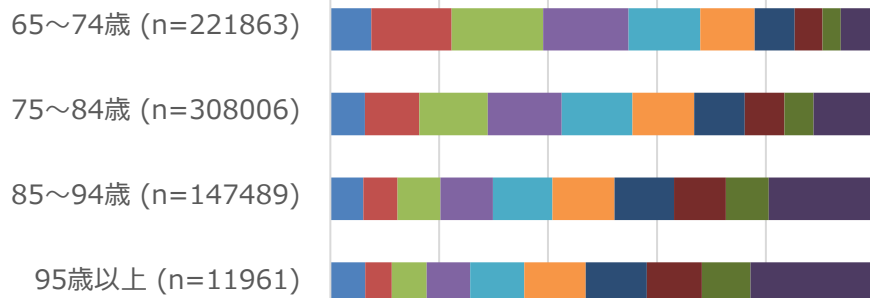
- 一患者あたりの院外処方薬剤種類数を、算定する加算別に示したものは以下のとおり。
- 地域包括診療加算の算定患者は、処方薬剤種類数が多い傾向があった。機能強化加算の算定施設による大きな差はみられなかった。

院外処方

地域包括診療加算 算定患者

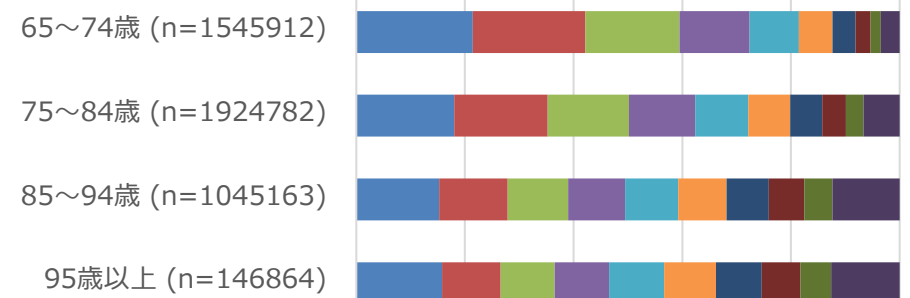
機能強化加算
算定施設

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



地域包括診療加算 算定患者以外

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

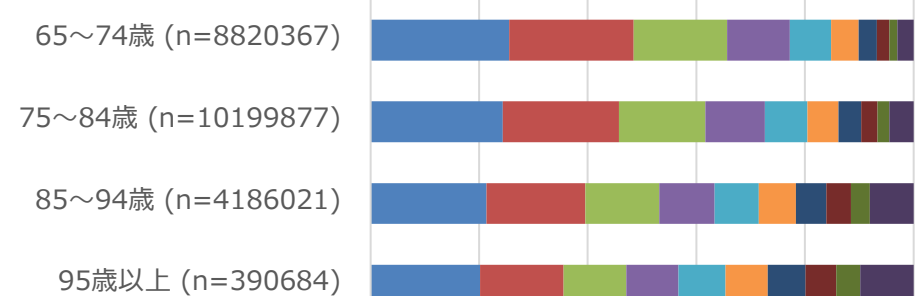


機能強化加算
算定施設以外

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



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



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

出典：NDBデータ（令和6年7月）

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

5－3．ポリファーマシー対策

①概要

②診療報酬上の評価

③ポリファーマシー対策の現状

入院時のポリファーマシー対策の評価と実施状況

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

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

①薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)

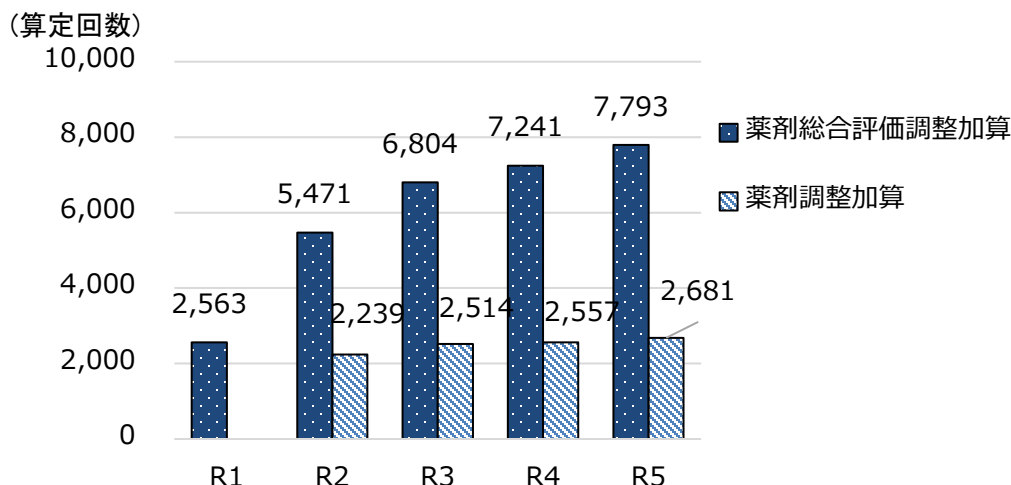
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
イ アを踏まえ、医師、薬剤師及び看護師等の**多職種による連携の下で**、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を行う。
ウ 処方内容を変更する際の留意事項を**多職種で共有した上で**、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し必要に応じて、再評価を行う。
オ 実施するに当たっては、**病棟等における日常的な薬物療法の総合的な評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。**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

②薬剤調整加算(退院時1回 150点)

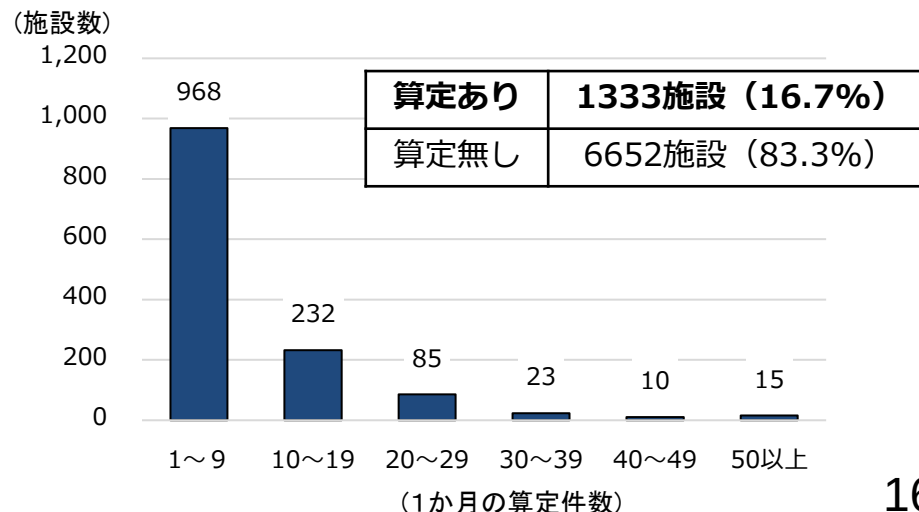
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
- ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 - ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

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

■薬剤総合評価調整加算及び薬剤調整加算の算定数の推移¹⁾



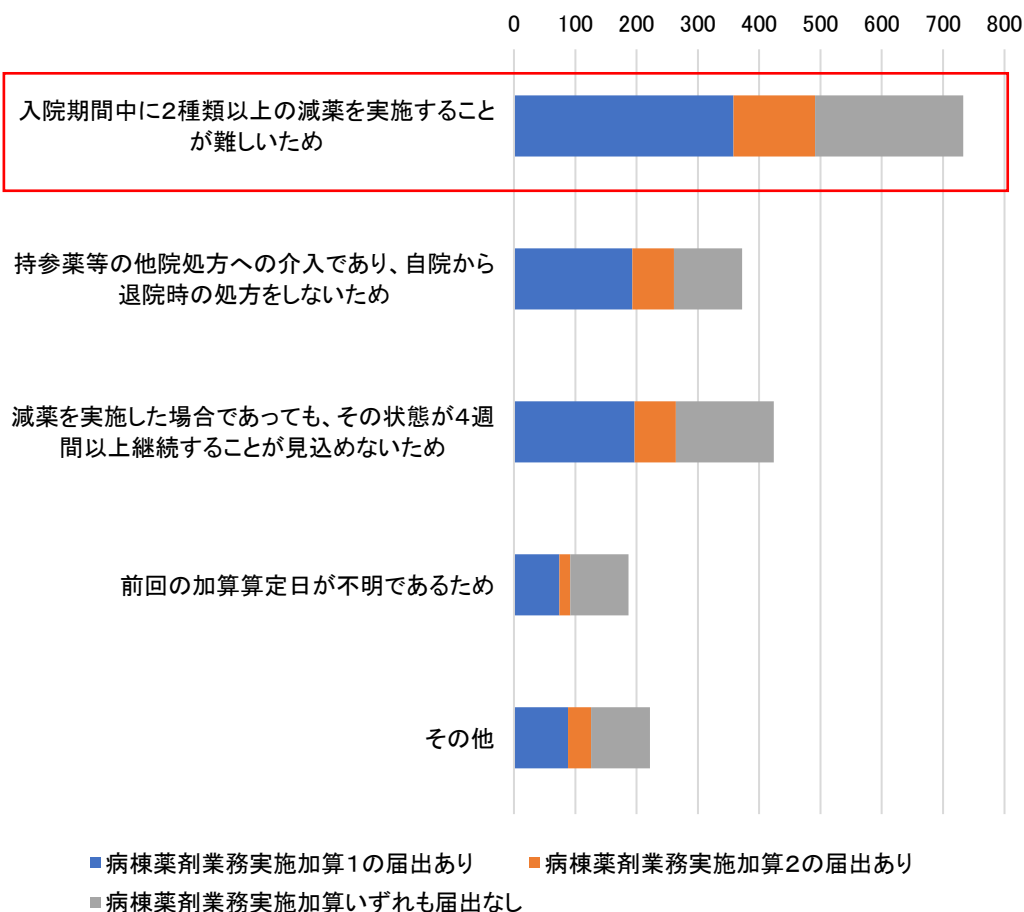
■薬剤総合評価調整加算の1か月の算定回数(n=7985)²⁾



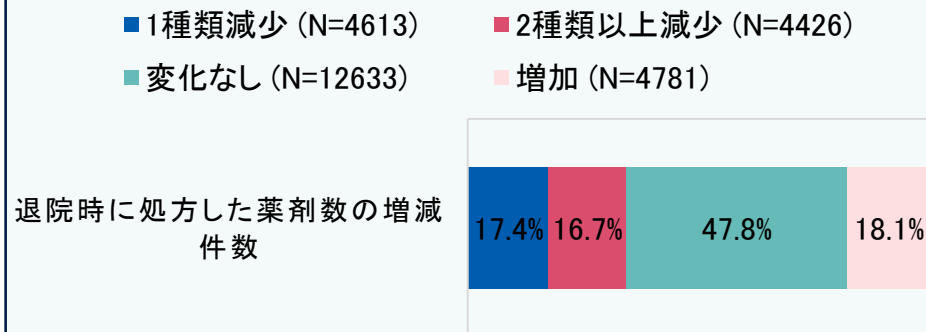
入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

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

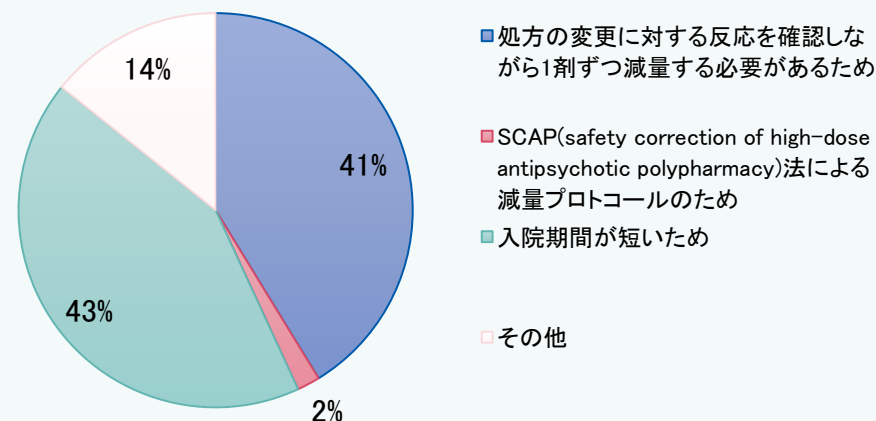
薬剤総合評価調整加算を算定していない理由



ポリファーマシー対策の介入による退院時処方薬剤数の増減割合



入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由

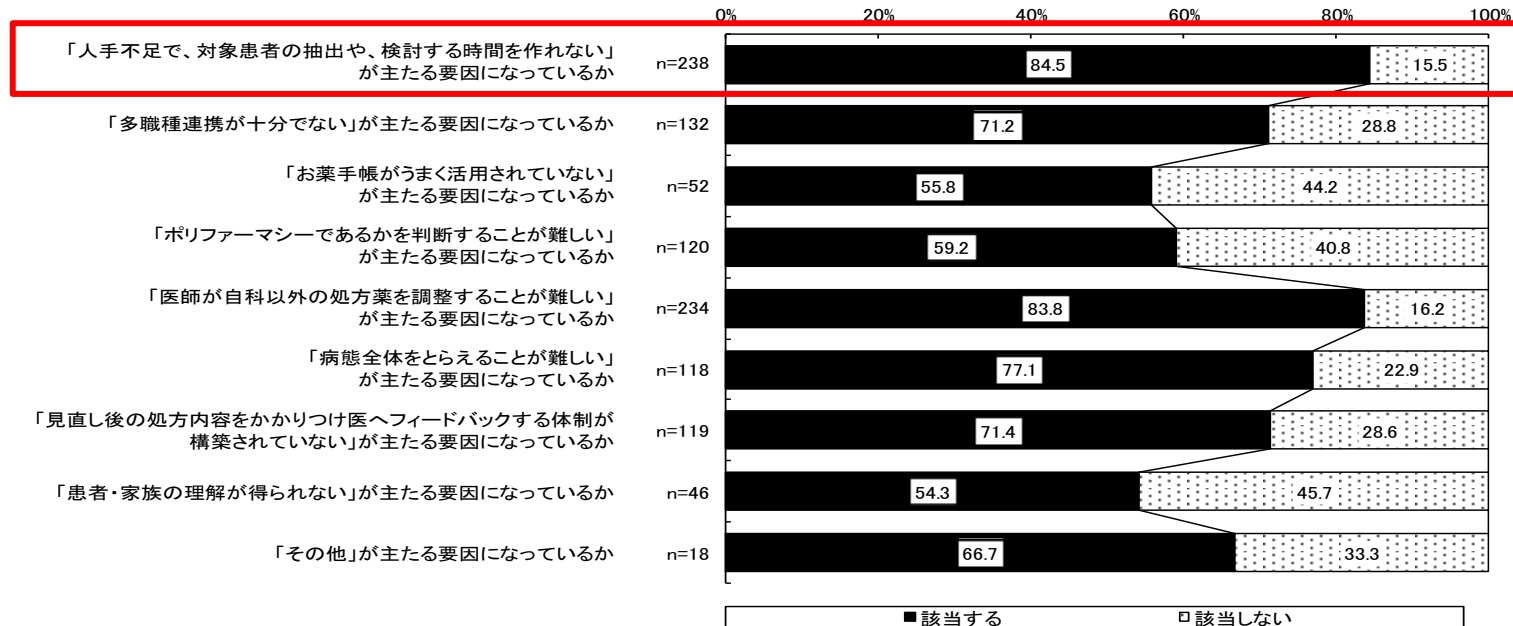


病院でポリファーマシー対策が普及しない主たる要因

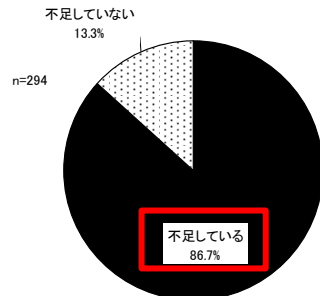
令和6年6月21日
第18回高齢者医薬品適正使用検討会
参考資料1 一部改変

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

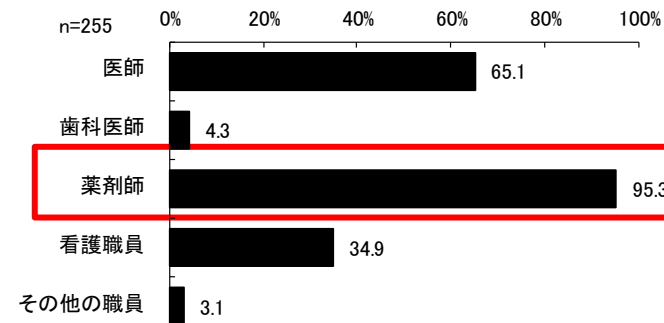
ポリファーマシー対策を始められない・進められない主たる要因



ポリファーマシー対策を行う人員が不足しているか



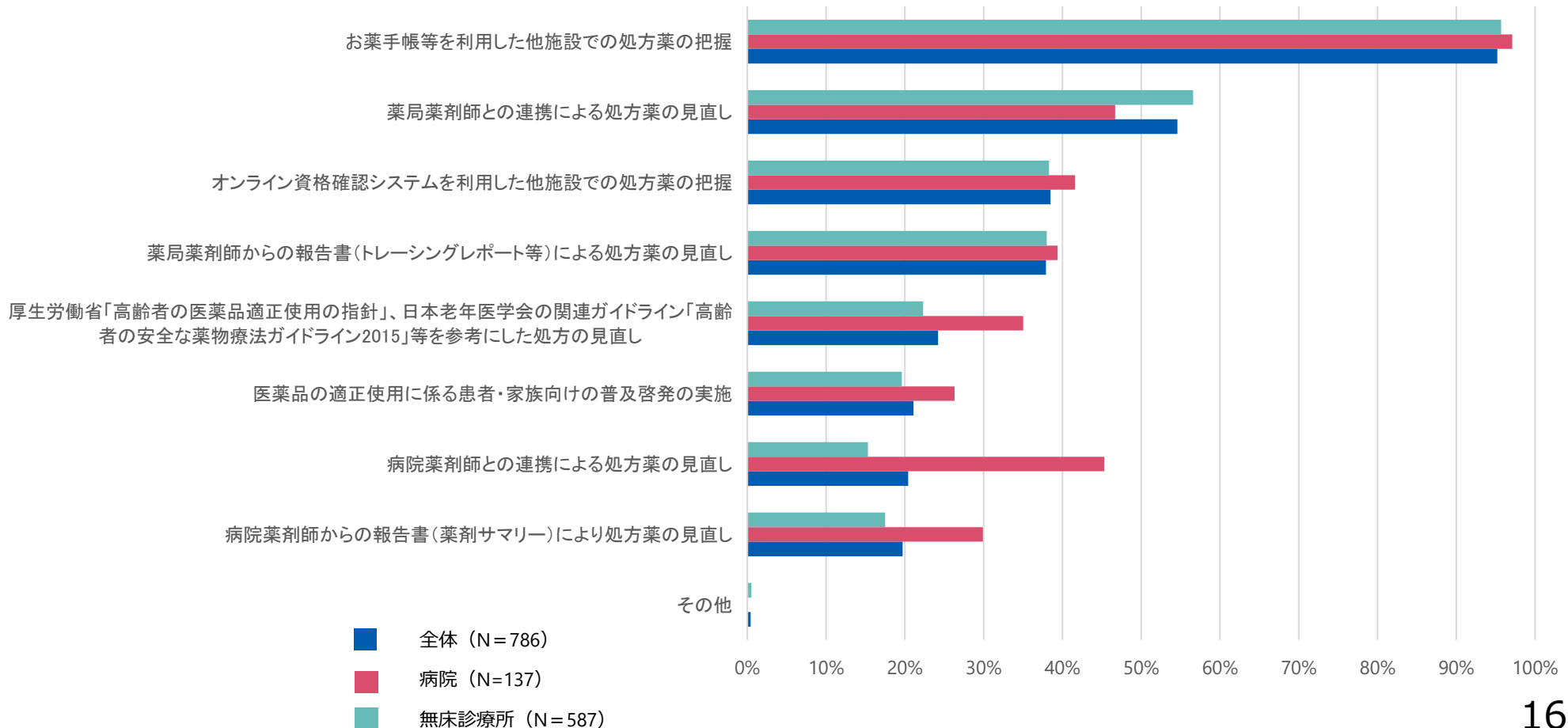
不足していると考えられる職種



医療機関における高齢者医薬品適正使用の取組実施状況

- 医療機関において、高齢者医薬品適正使用についての取組として「お薬手帳を利用した他施設での処方薬の把握」が最も多かった。
- お薬手帳以外では、診療所では薬局薬剤師との連携やトレーシングレポート等の報告書活用が多いが、病院では「薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し」と「病院薬剤師との連携による処方薬の見直し」が多い。

高齢者医薬品適正使用についての取組みにおいて自施設で実施しているもの

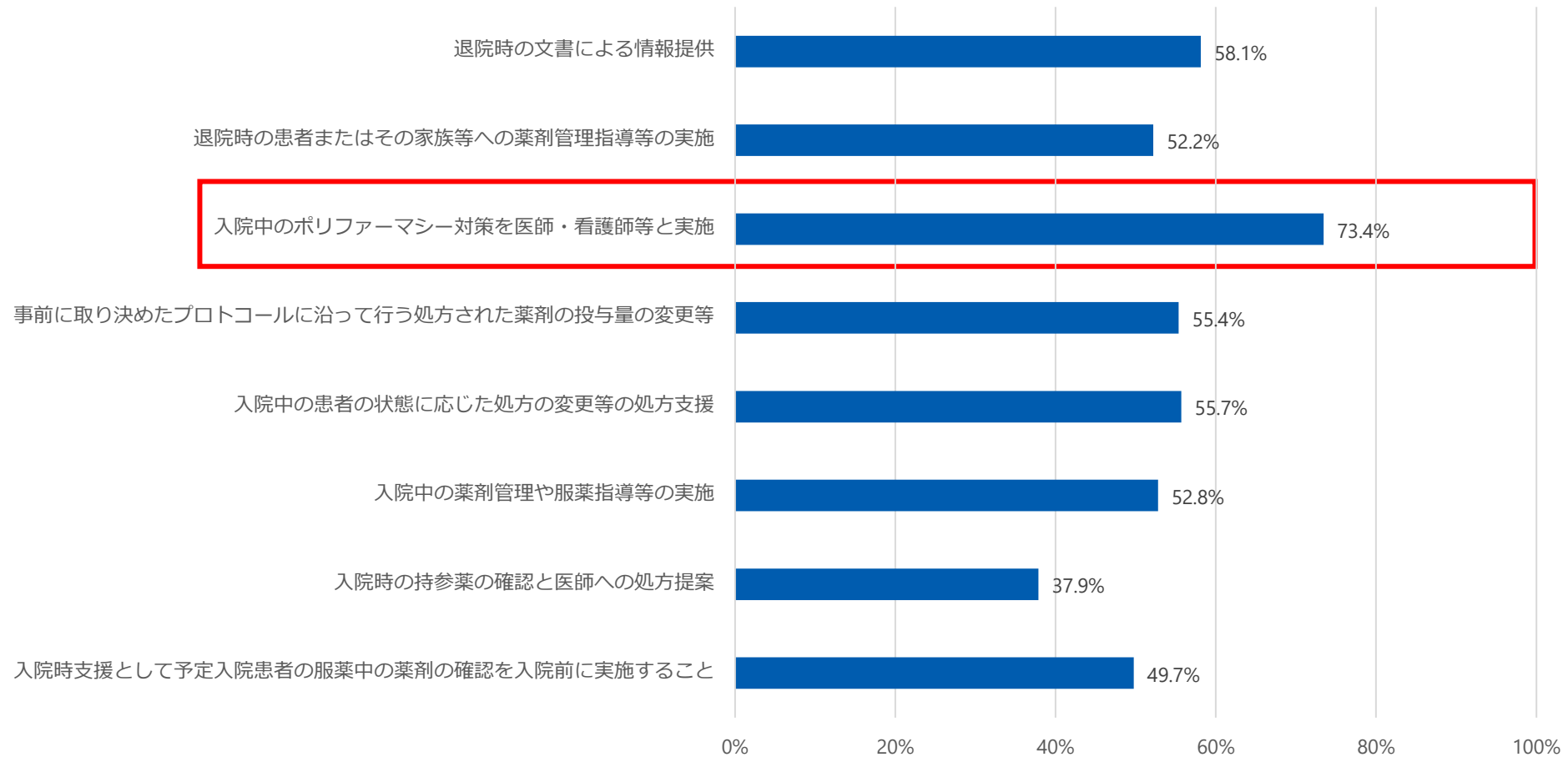


病院の薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる業務

- 病棟薬剤業務において、今後さらなる充実が求められる業務として最も多かった項目は、「入院中のポリファーマシー対策を医師・看護師等と実施」する業務であった。

薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容

N=4123施設



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票A～C）

薬局のポリファーマシー対策の評価と実施状況

- 薬局におけるポリファーマシー対策について、医療機関への減薬の提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料1」、服用薬を一元的把握し、重複投薬等の解消提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料2」、重複投薬等に関する疑義照会に対する評価として「重複投薬・相互作用等防止加算」がある。
- 算定状況は、いずれも年々増加傾向である。

薬局のポリファーマシーに対する取組の評価

調剤
報酬

①服用薬剤調整支援料1(月1回 125点)

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

②服用薬剤調整支援料2(イ 重複投薬の実績のある薬局 110点 ロ それ以外90点)

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者に対して患者の求めに応じて

- 1 当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行う
- 2 重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定

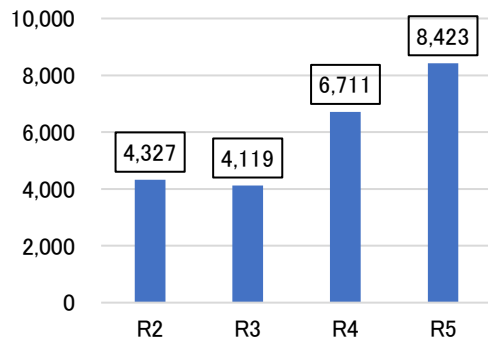
(※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案)

③ 重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整以外)(40点)

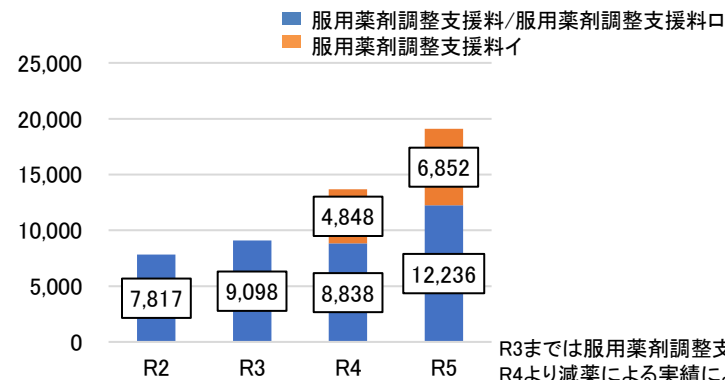
薬剤服用歴等又は患者およびその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定。

- イ 併用薬との重複投薬
- ロ 併用薬、飲食物等との相互作用
- ハ 薬学的観点から必要と認める事項

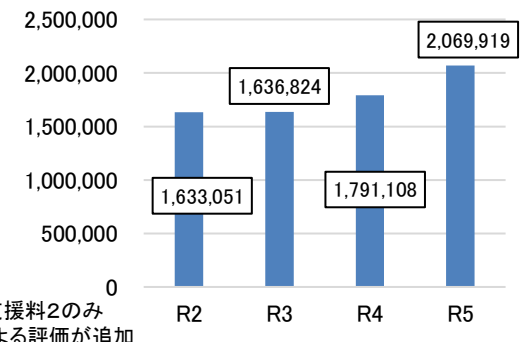
服用薬剤調整支援料1



服用薬剤調整支援料2



重複投薬・相互作用等防止加算
(薬剤服用歴管理指導料・残薬以外)



NDBオープン
データより保険
局医療課作成

目的

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

対象

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

使い方

2つの側面を評価することを推奨

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

158薬物を掲載

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

(参考)

表1. 老年症候群の症候とその被疑薬

青字：向精神薬、緑字：抗コリン作用を有する薬物

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

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

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

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言1】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

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

【提言2】服薬は昼1回に：昼にまとめられる場合は積極的に検討する

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

服薬簡素化のイメージ



高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

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

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

ステップ7: 退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有



- 医薬品の使用を最適化し、健康状態を改善することを目的とし、薬物治療を包括的に評価する取組がある。
- この取組により、救急外来を受診する患者数の減少や、ポリファーマシーの改善、最も適切な医薬品や処方薬の選択等の薬物療法に関連する問題の発見に寄与するという報告がある。

目的

- 患者の生活の質と健康上のアウトカムを向上させる
- 患者の服用薬を調整する
- 安全で有効かつ適切な薬剤使用を実現する
- 患者の薬剤に関する知識と理解を向上させる
- 協力的な人間関係を促進する

包括的な薬物治療の評価・介入により
薬物治療を適正化させることが目的

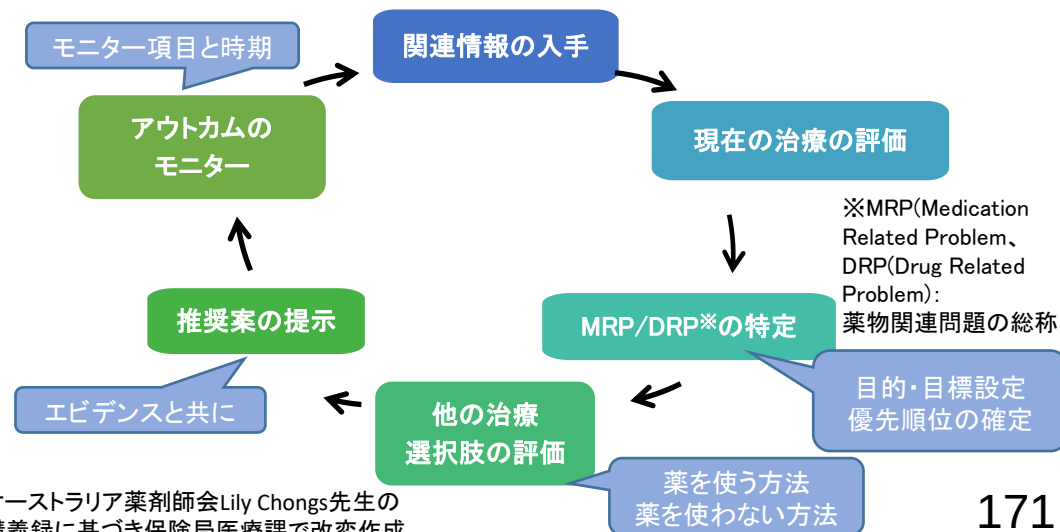
取組の手順

1. 薬物治療評価の準備
 1. 包括的評価のため一定スキルを持った薬剤師の選定
 2. 患者やその家族への質問リストの準備
 3. 患者説明のための準備
2. 情報収集
 1. 服用薬の整理
 2. 薬剤の管理状況
 3. 疾患の状態の確認
 4. 生活環境
3. 解決すべき薬剤関連問題の特定
 1. 患者評価・治療目標の設定
 2. 薬物治療の適否の判断
 3. リスクベネフィットによる薬物治療の適正化
 4. 方針決定・妥当性評価
 5. モニタリング、再評価
4. 情報の伝達
 1. 文書化(医師への報告書)
 2. 薬物療法の変更の提案
 3. アウトカムのモニターとフォローアップ方法

対象

- ◆ 高齢である
- ◆ 5種類以上の薬剤の常用がある
- ◆ 1日12種以上服用の薬剤がある(頓用・外用を含む)
- ◆ 過去3ヶ月以内に、退院等で薬物療法の大幅な変更がある
- ◆ ハイリスク薬使用がある
- ◆ アドヒアランス等管理上の問題がある
- ◆ 薬物療法のモニタリングが必要である
- ◆ 有害事象の懸念がある
- ◆ 慢性疾患の管理を要する
- ◆ 向精神薬の長期服用がある
- ◆ 複数の診療科受診がある
- ◆ 医療リテラシーへの懸念等、自己管理が難しい
- ◆ コミュニケーションに問題がある

薬物療法を最適化するサイクル



現状と課題

(病院薬剤師の人数)

- 全国的に、薬局薬剤師の偏在指標よりも、病院薬剤師の偏在指標は低い。薬剤師の従事先の年次推移からも、薬局への従事に比して、病院への従事は少ない。

(タスク・シフト/シェア)

- タスク・シフト/シェアについては、周術期薬剤管理加算（R4）や、がん薬物療法体制充実加算（R6）などの病院薬剤師業務関連の算定項目を設け始めたところであるが、薬剤師不足などにより、現時点では急激な拡充には至っていない。

(薬剤情報連携)

- 退院時の薬剤情報連携については、退院時薬剤情報管理指導料の評価項目を設けているが、算定要件が保険薬局への情報提供時に限定され、転院時の医療機関への情報提供等については評価の対象となっていない。

(ポリファーマシー対策)

- 「（認知症）地域包括診療料・加算」における「薬剤適正使用連携加算」は、入院・入所患者の医薬品の適正使用に係る連携を評価している一方で、他院にも併せて通院する外来患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他院へ行った場合には、評価の対象となっていない。
- 病院におけるポリファーマシー対策については、他職種から病院薬剤師に対するポリファーマシー対策への期待が大きい反面、急性期では在院日数が短く十分な介入ができないこと、また、人手不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を確保できないことなどから、十分に取組めない場合が多い。



【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。