

(令和7年度第13回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編④

令和7年9月25日(木)

0. 調査概要

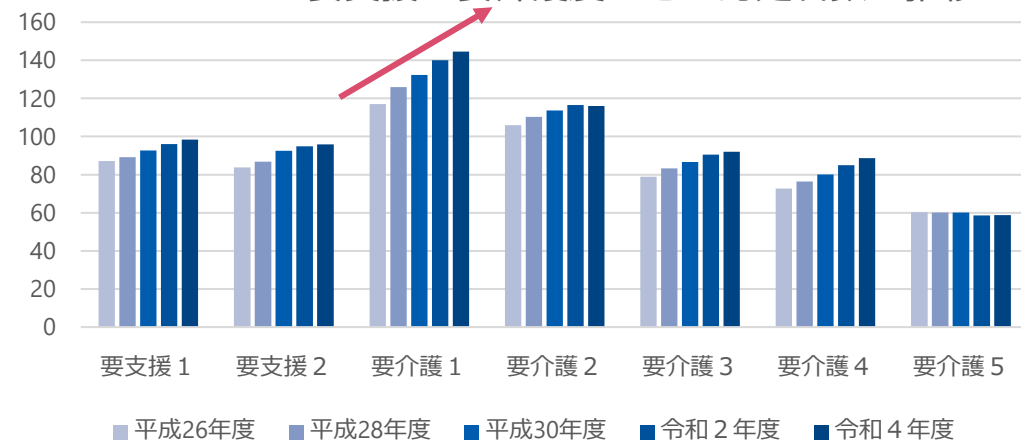
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個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

要支援・要介護認定者数の経年推移

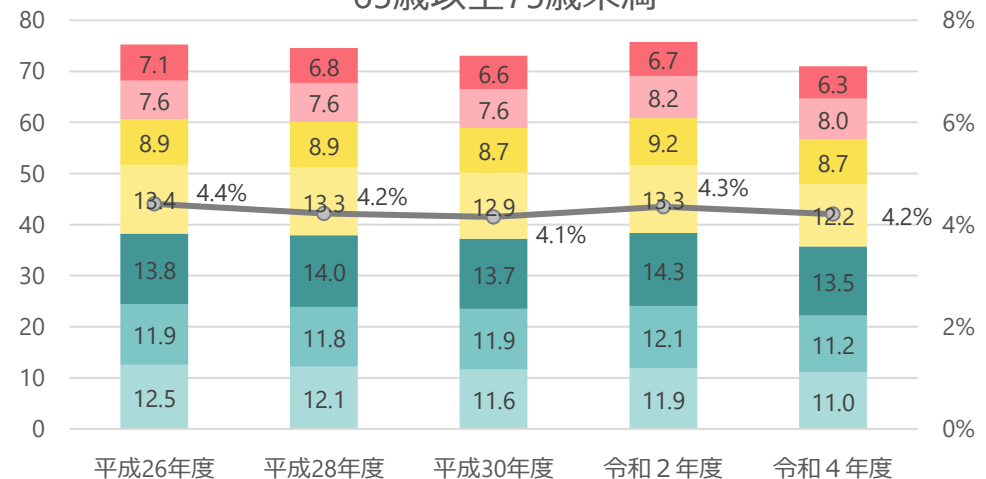
診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

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

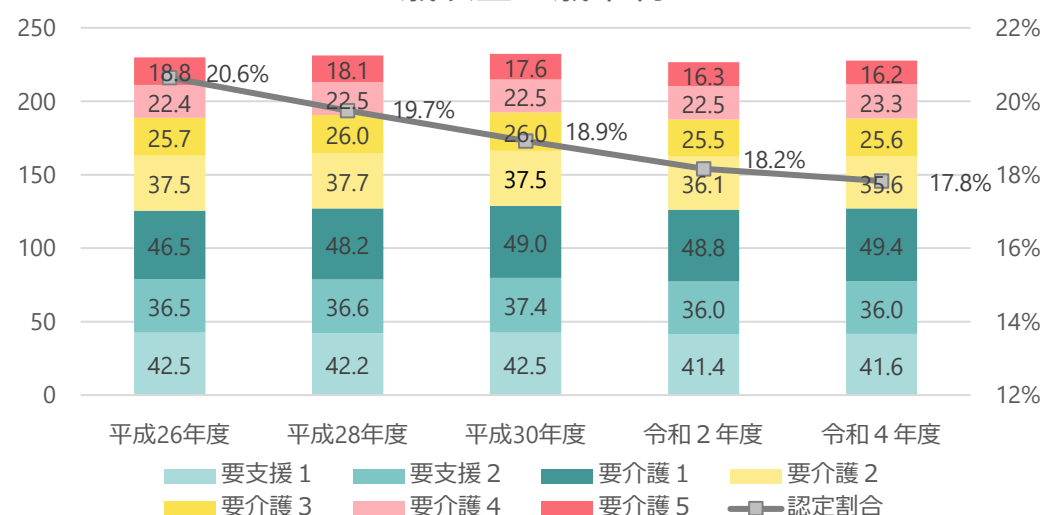
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



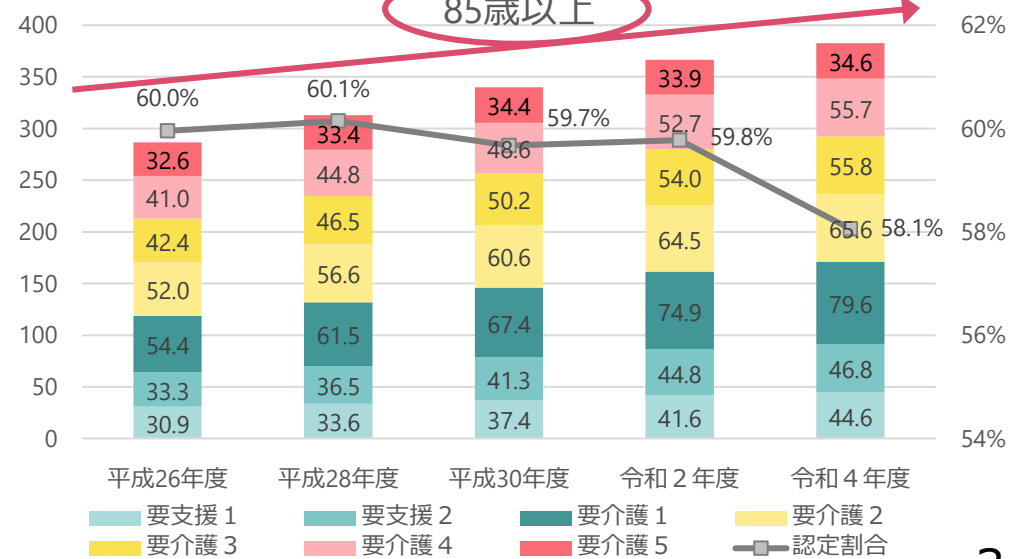
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



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

※縦軸の単位はすべて万人

「高齢者に対する適切な医療提供の指針」の概要

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

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

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

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（1）

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

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

1. 「高齢者の多病と多様性」

- ・ 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。

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

（中略）

2. 「QOL維持・向上を目指したケア」

- ・ 生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。

（中略）

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

高齢者に対する医療提供にあたり考慮すべき事柄（2）

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

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」

- ・ 有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。

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

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

（中略）

6. 「家族などの介護者もケアの対象に」

- ・ 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。

（中略）

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

フレイル・サルコペニア予防に向けた食事指導

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

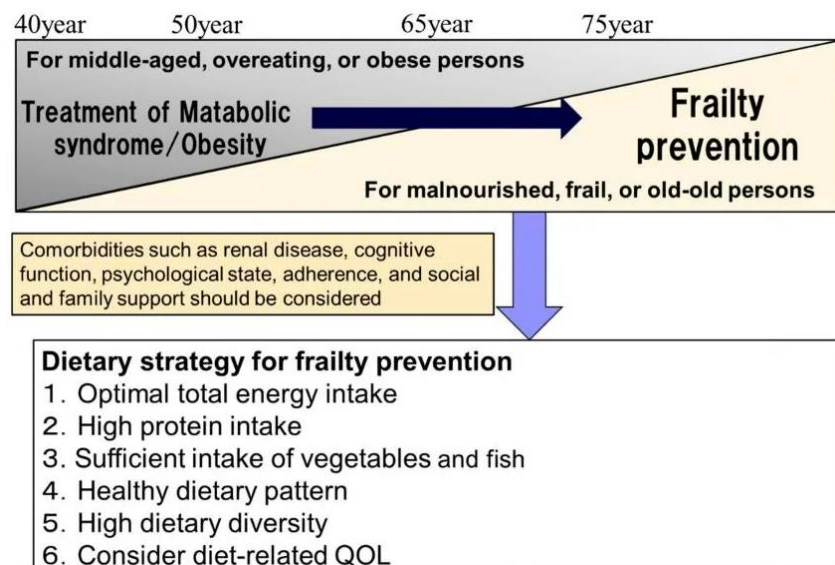


Review

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

Yoshiaki Tamura, Takuya Omura , Kenji Toyoshima and Atsushi Araki

Figure4.



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

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

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

出典 : Tamura Y, et al. Nutrition Management in Older Adults with Diabetes: A Review on the Importance of Shifting Prevention Strategies from Metabolic Syndrome to Frailty. Nutrients. 2020;12(11):3367.

※日本語訳・下線は引用者による

高齢者に必要となる包括管理のイメージ

診調組 入 - 1
7. 6. 19 改

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

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

地域包括診療料・加算について

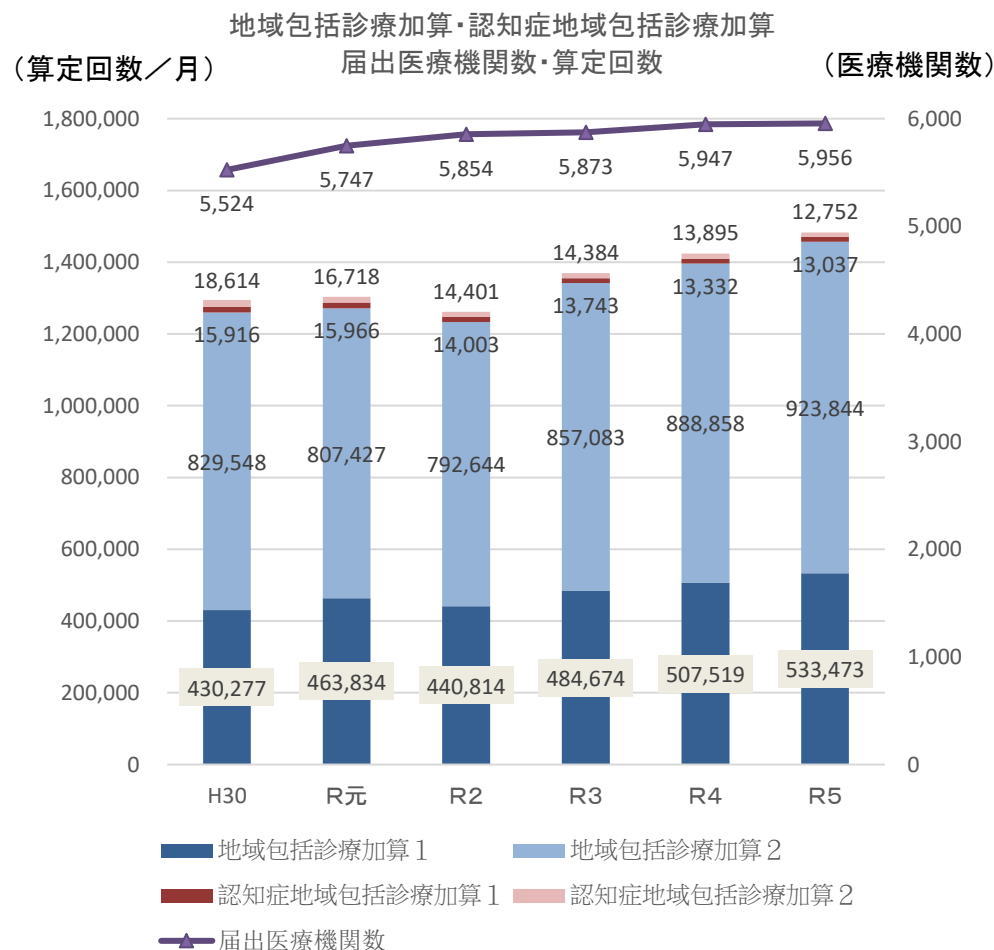
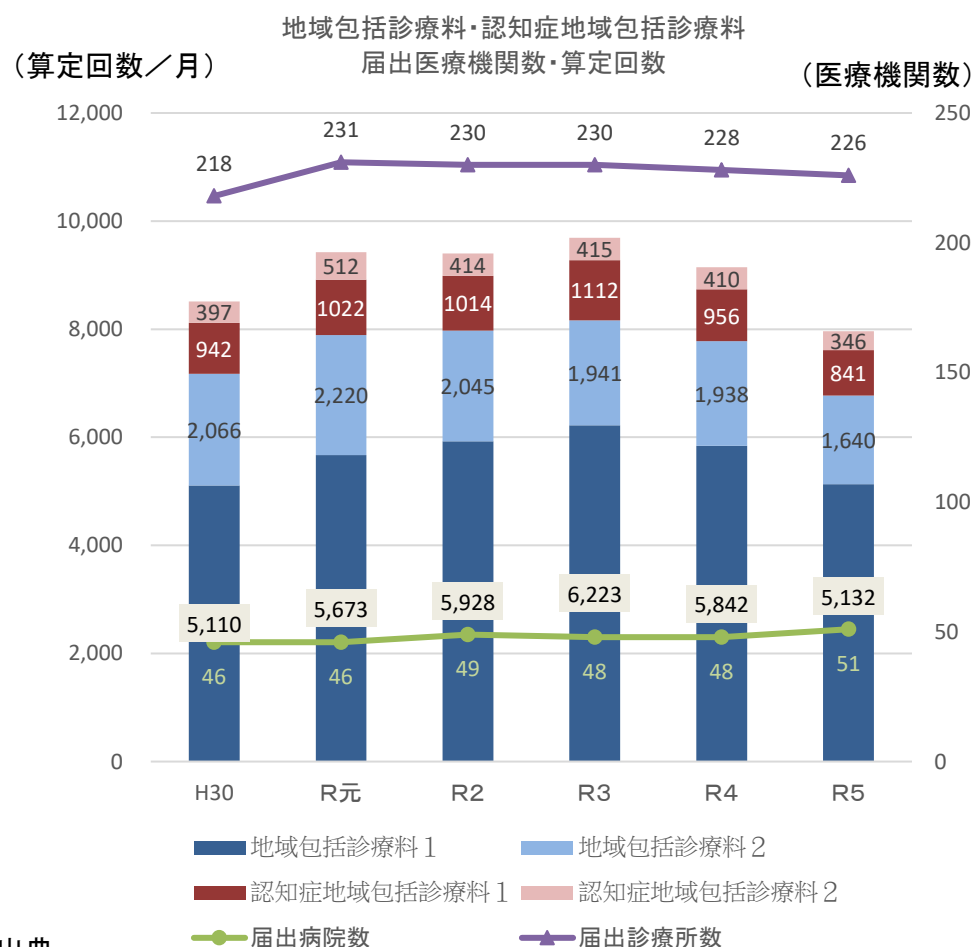
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回)		地域包括診療加算 1 28点 地域包括診療加算 2 21点 (1 回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料（Ⅱ）・連携強化診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

認知症地域包括診療料・加算について

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

地域包括診療料・加算等の算定・届出状況

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

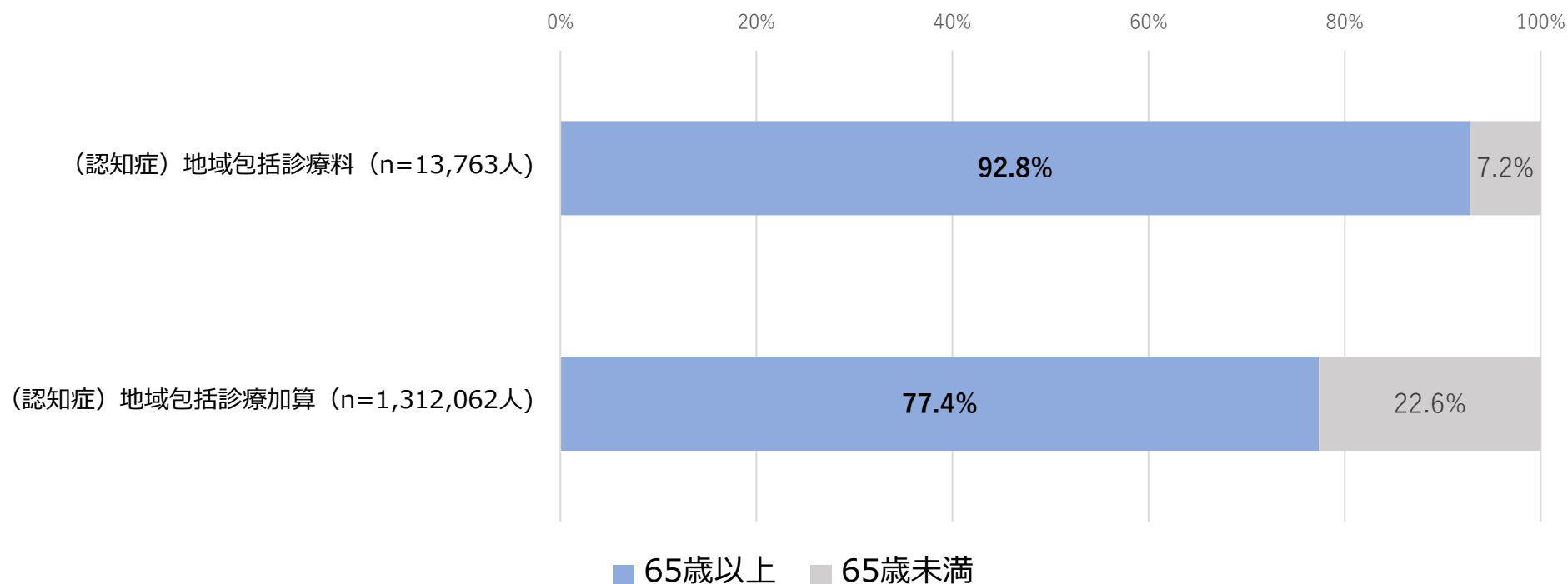


出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

地域包括診療料・加算算定患者に占める高齢者の割合

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

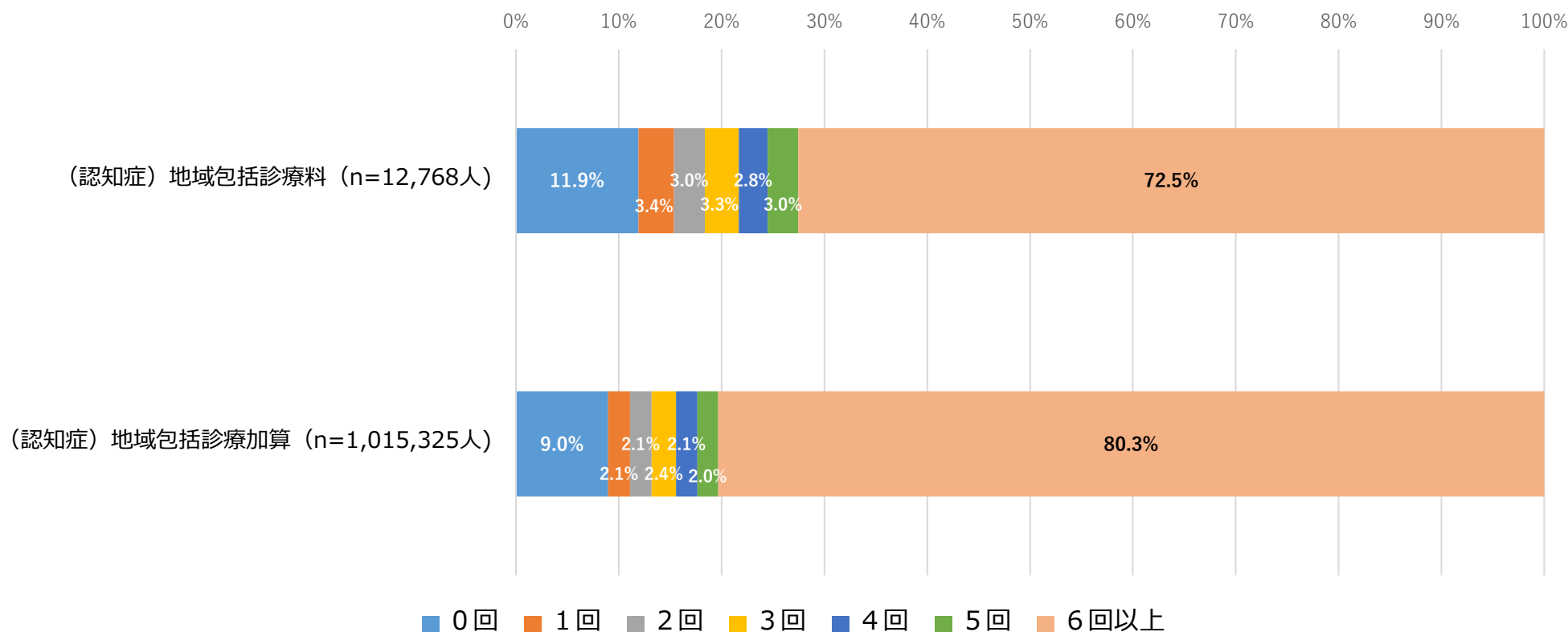
算定患者に占める高齢者の割合（令和3年4月～9月）



地域包括診療料・加算を算定された高齢者の受診回数

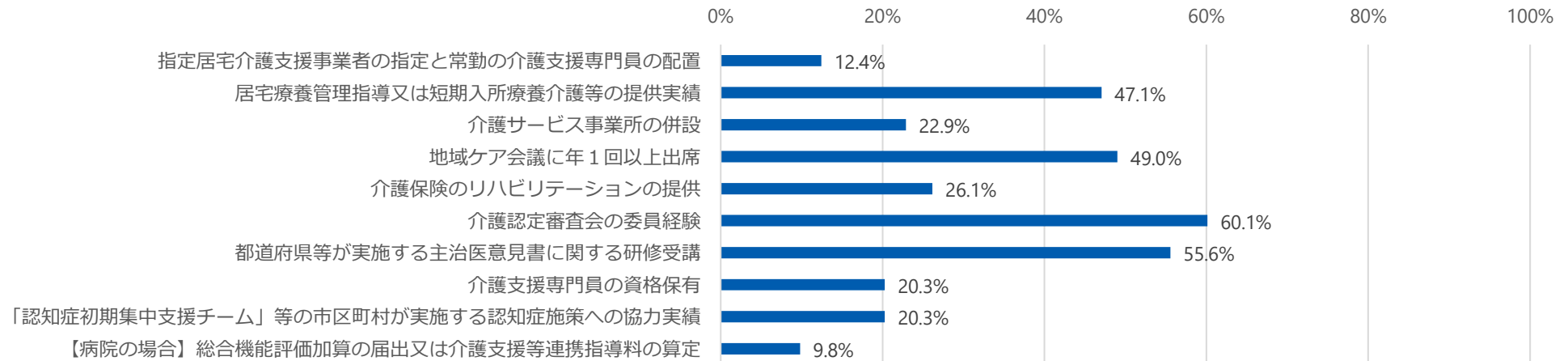
- 令和3年4月～9月において「（認知症）地域包括診療料」「（認知症）地域包括診療加算」を算定された65歳以上の患者について、令和3年10月から令和6年3月までの期間に、同一医療機関に受診した回数ごとの患者割合は以下のとおり。
- 4回以上受診した患者の割合は、「（認知症）地域包括診療料」では約78%であり、「（認知症）地域包括診療加算」では約84%であった。

算定患者の同一医療機関への受診回数



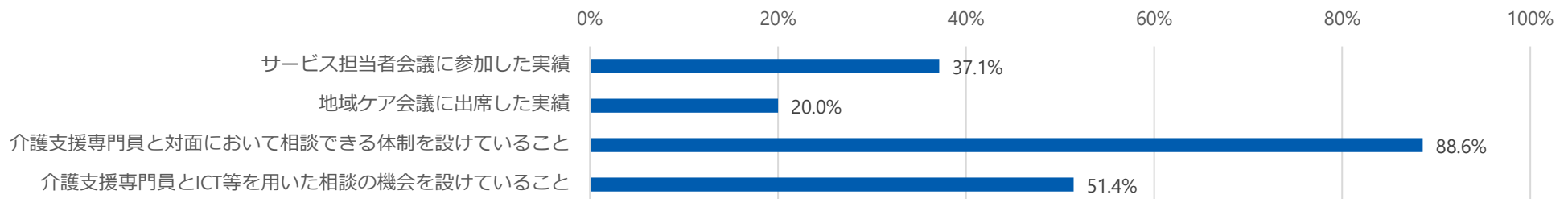
- 地域包括診療料又は地域包括診療加算を届け出ている医療機関において、当該診療料又は加算の施設基準のうち、介護保険制度に関連した要件に関する状況は以下のとおり。

満たすことができている介護保険制度に関する要件 (n=153)



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

満たすことができている要件 (n=140)



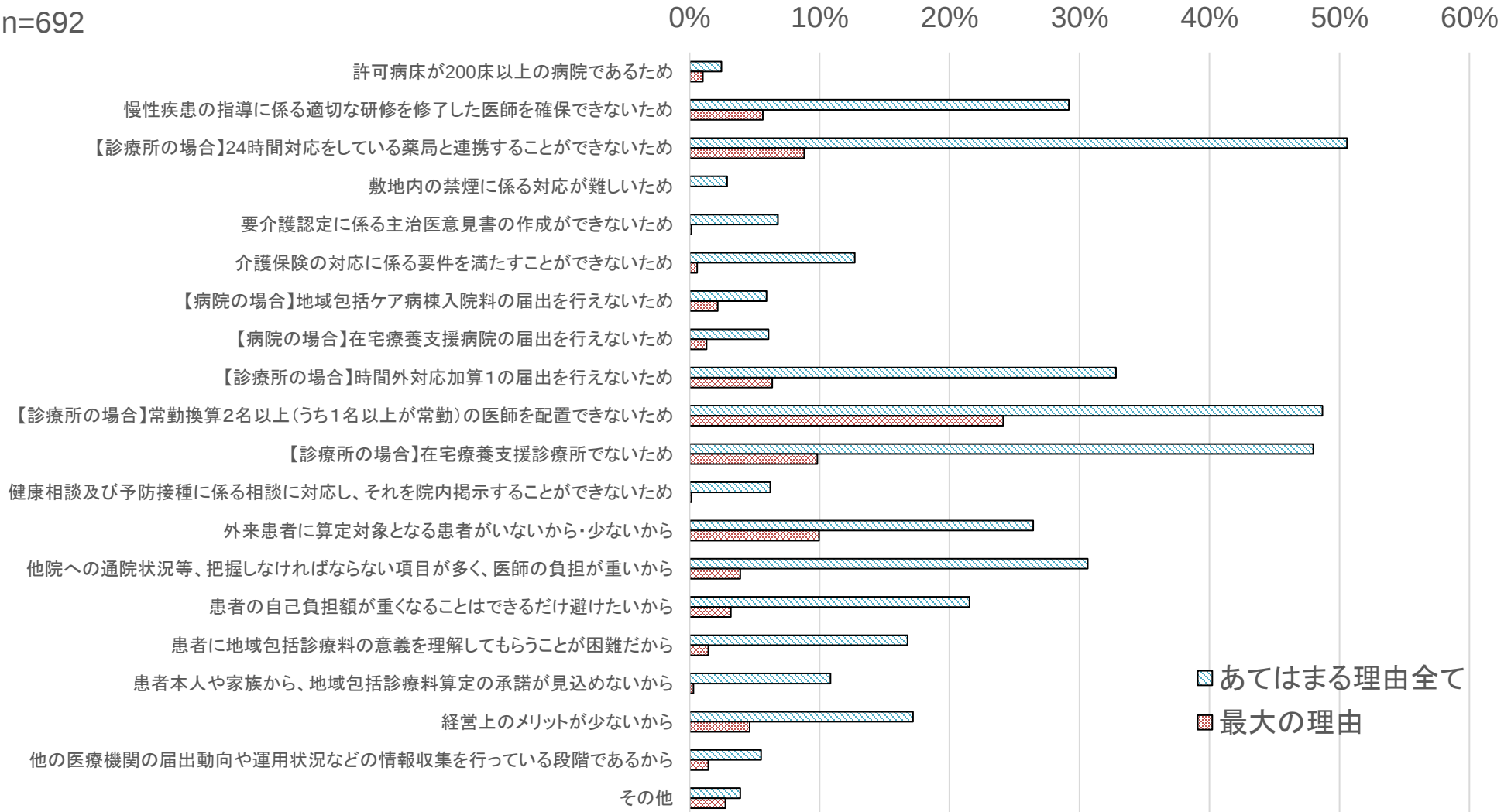
※施設基準において、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

地域包括診療料を届け出していない理由

診調組 入 - 1
5 . 6 . 8

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

n=692

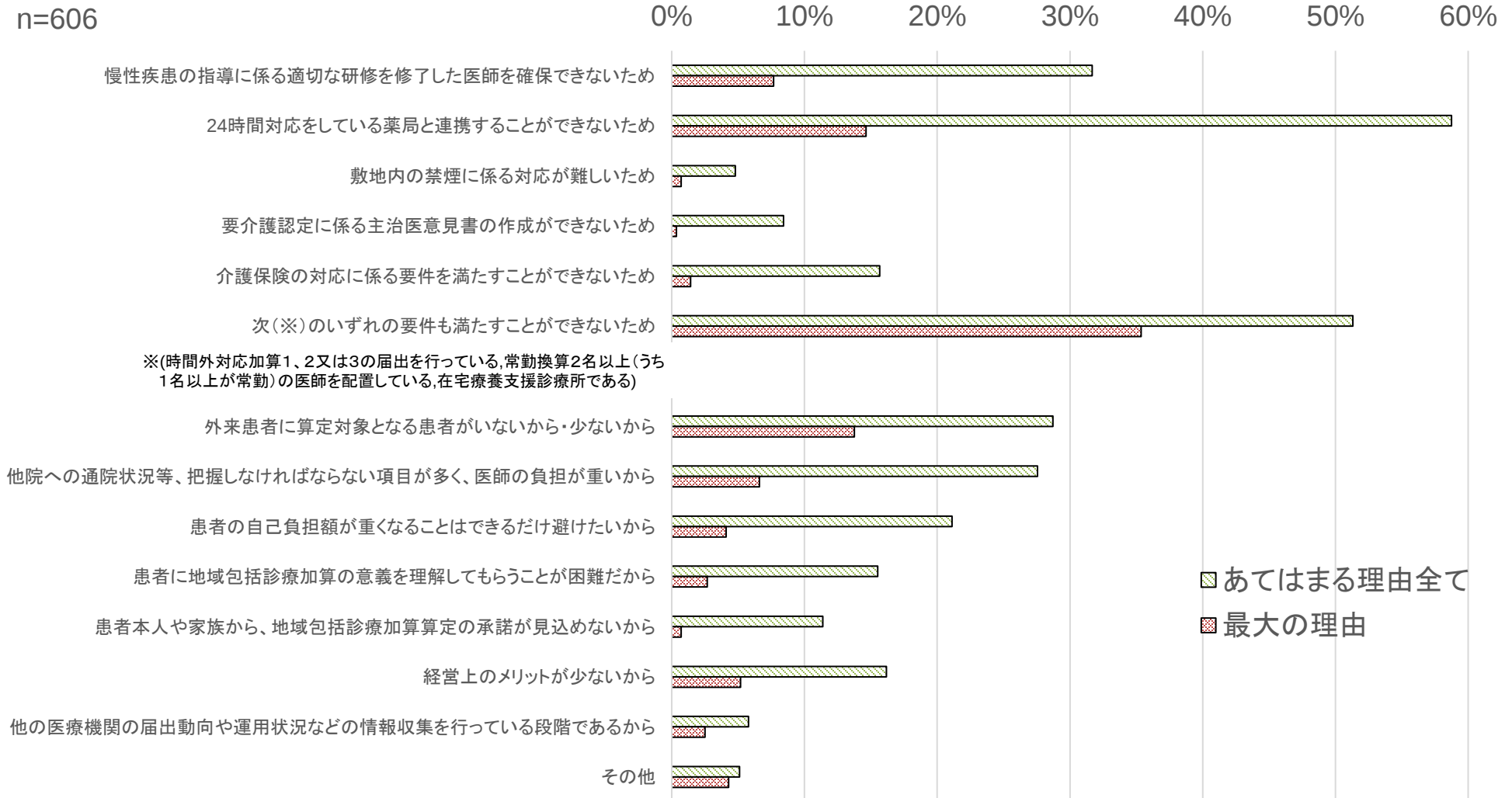


■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出していない理由

診調組 入 - 1
5 . 6 . 8

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



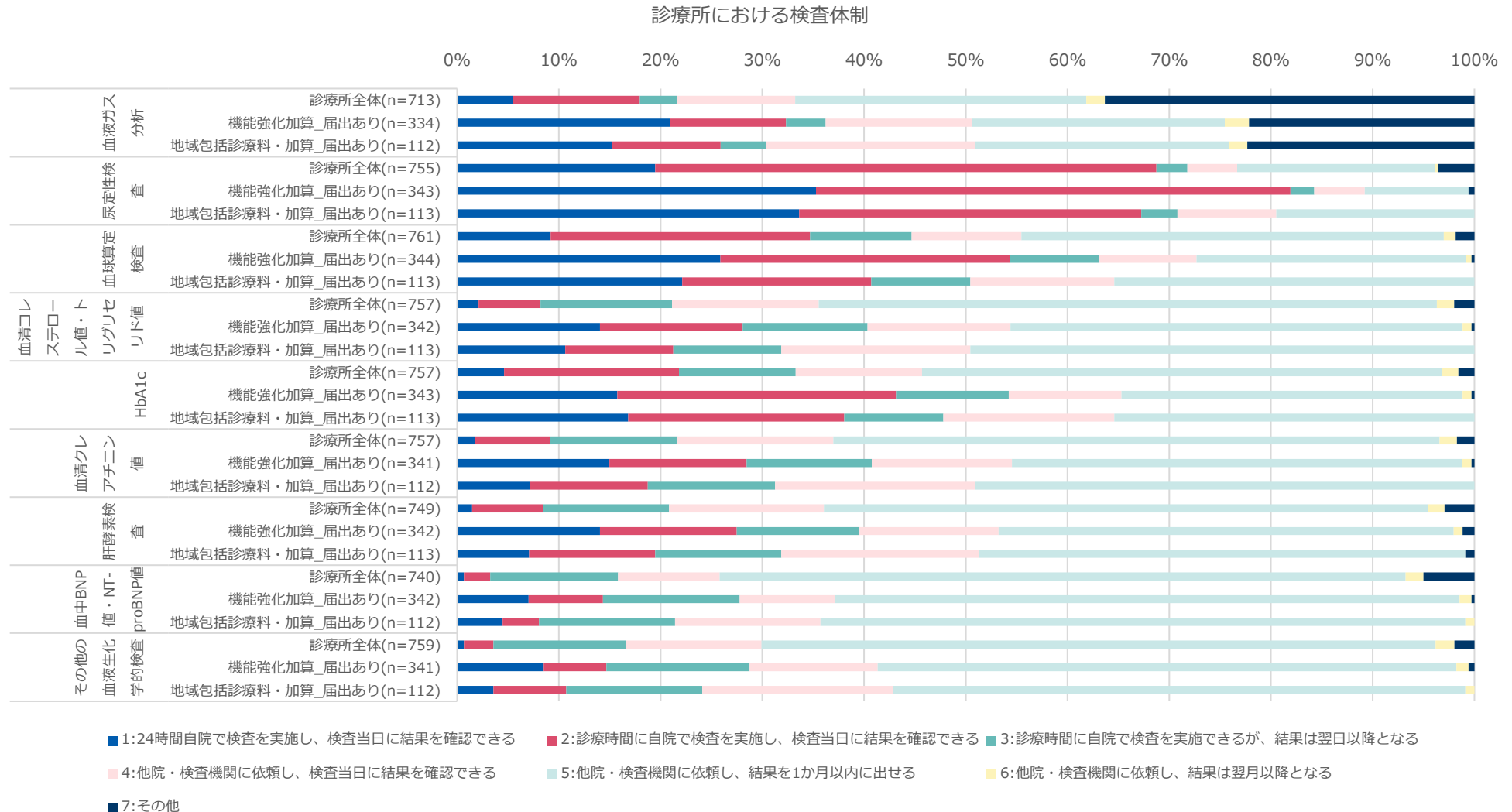
地域包括診療料・加算算定施設の疾病別患者数

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

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

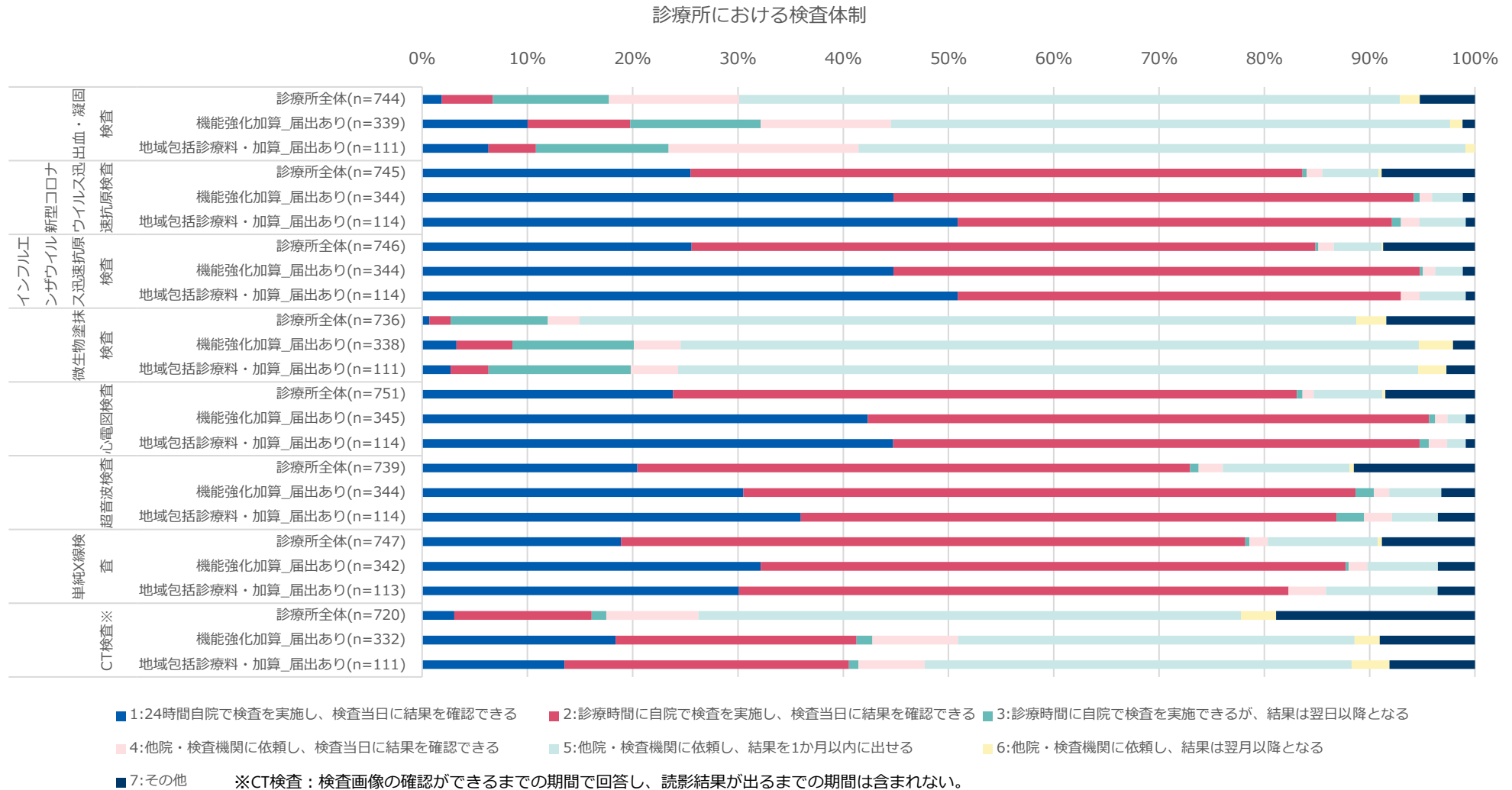
診療所における検査体制(1)

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



診療所における検査体制(2)

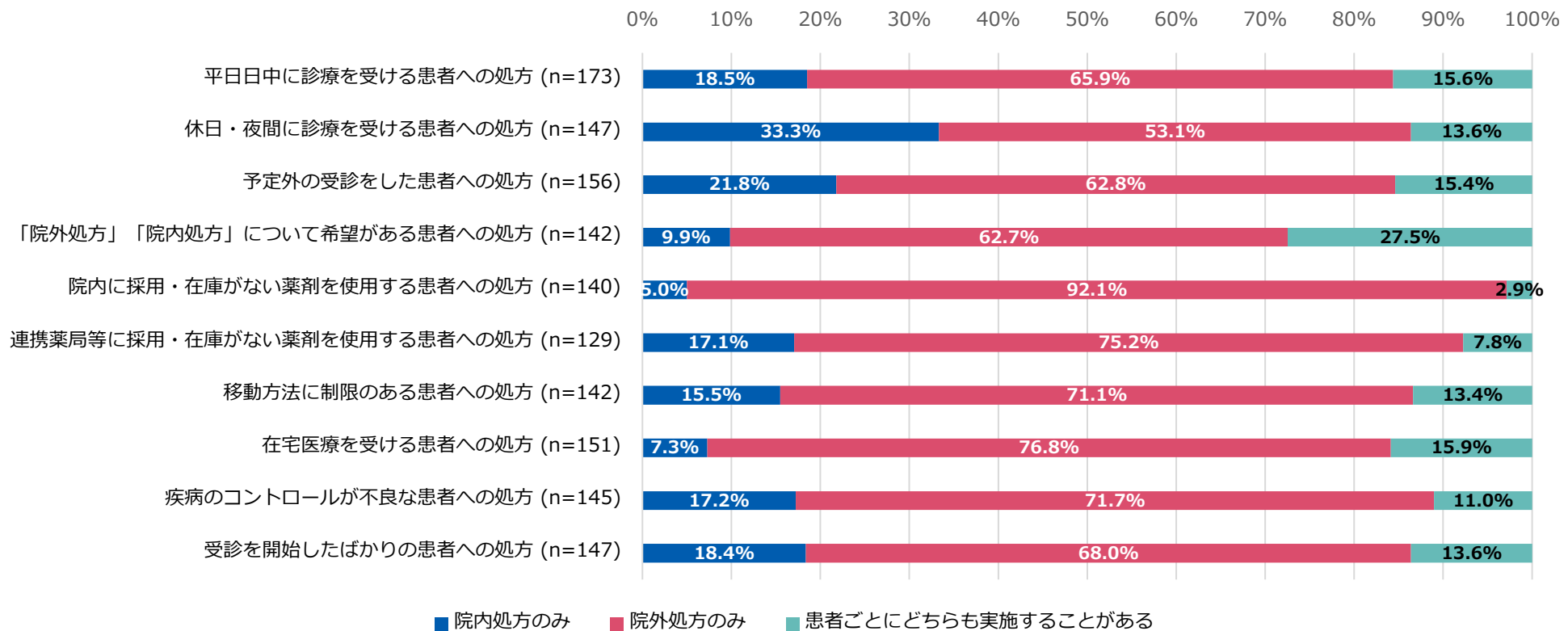
- 診療所における各検査項目の実施体制は以下のとおり。いずれの項目についても、機能強化加算の算定医療機関において、より早期に結果を出せる体制が確保されている傾向があった。



地域包括診療料・加算の届出医療機関における処方

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

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



地域包括診療料・加算等の算定患者の主傷病名

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

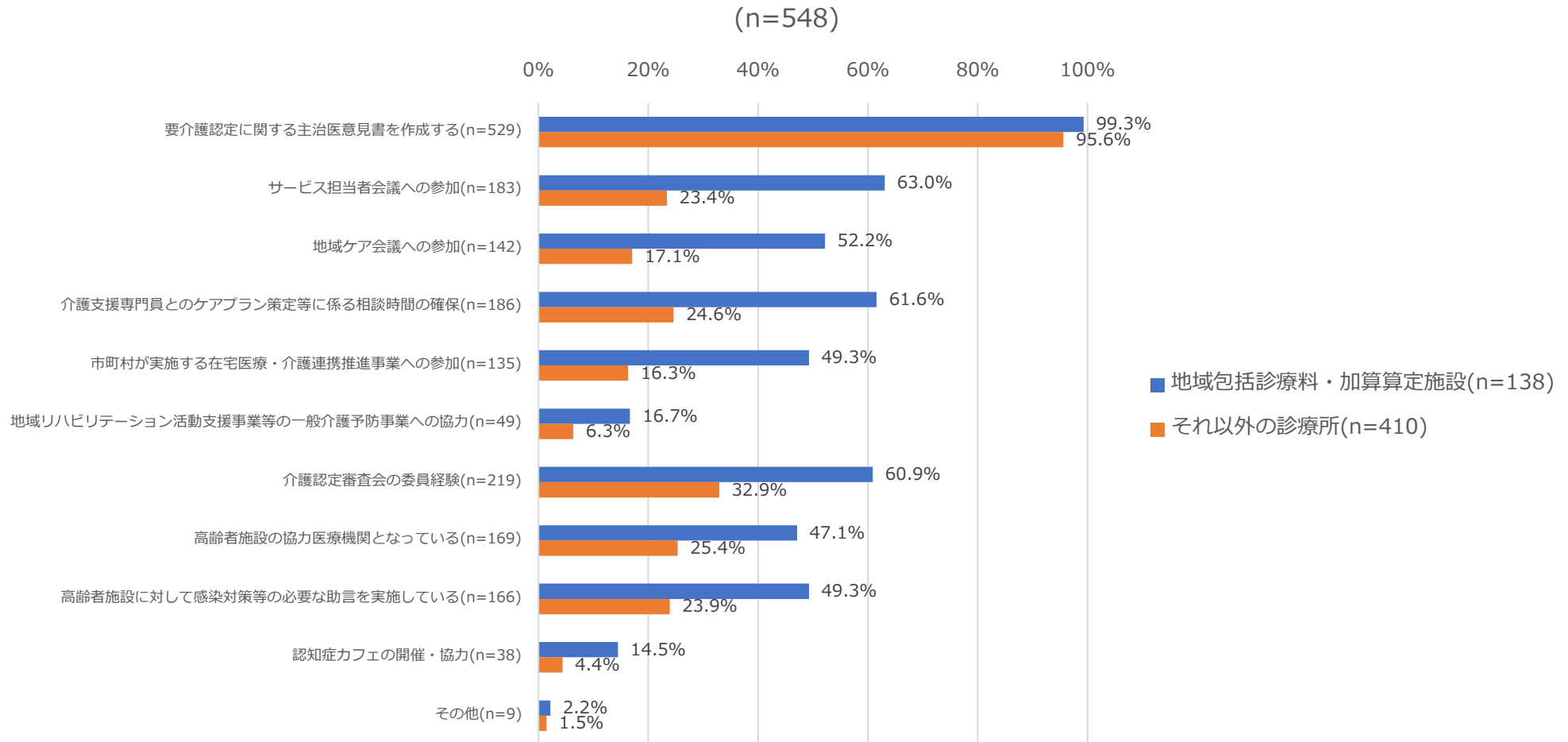
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	地域包括患者の全算定回数		1,768,637	100.0%
再掲	糖尿病		215,559	12.2%
	脂質異常症		182,258	10.3%
	高血圧症		512,935	29.0%
	心不全		101,556	5.7%
	慢性腎臓病		41,972	2.4%
	認知症		14,483	0.8%
1	高血圧症	I10	484,696	27.4%
2	2型糖尿病	E11	114,176	6.5%
3	糖尿病	E14	100,779	5.7%
4	高コレステロール血症	E780	77,776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

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

診療所における介護連携の状況

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

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



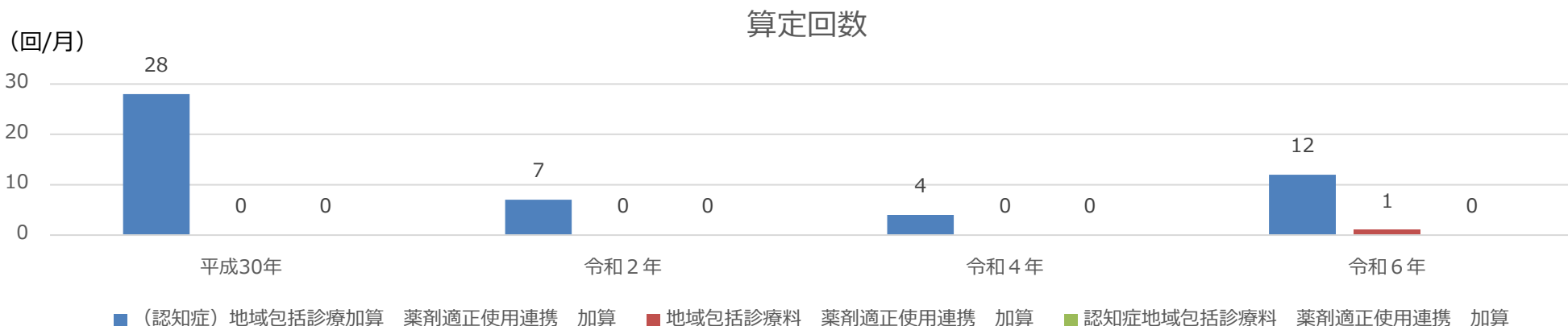
薬剤適正使用連携加算

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

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

[算定要件]

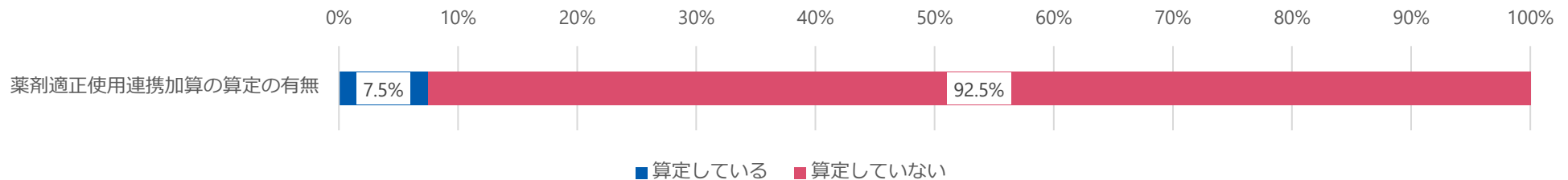
- 地域包括診療診療料・加算又は認知症地域包括診療診療料・加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。
 - ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。
 - 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



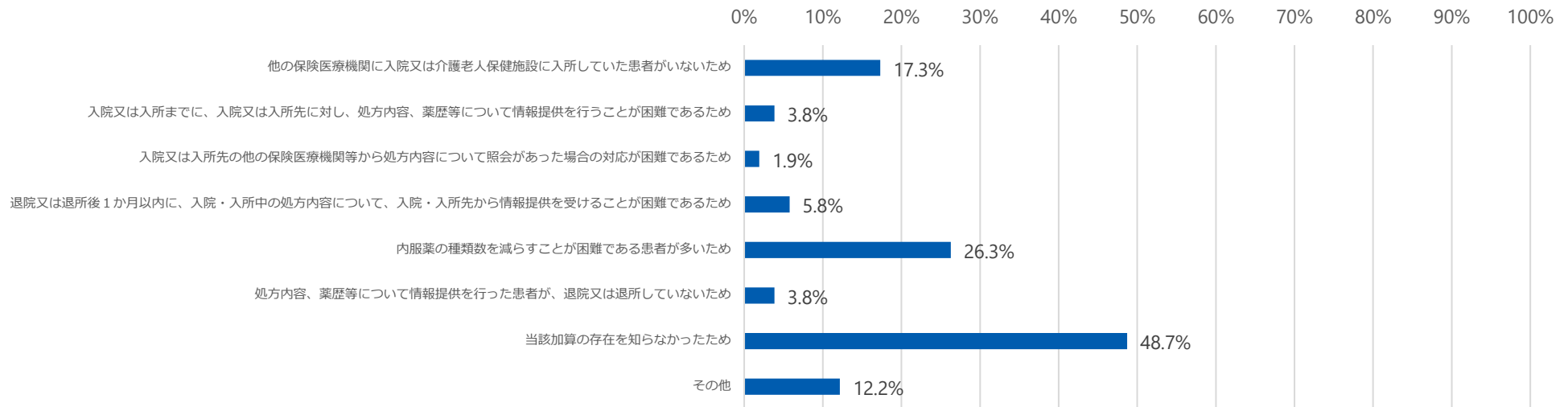
薬剤適正使用連携加算の算定状況

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

薬剤適正使用連携加算の算定の有無 (n=174)



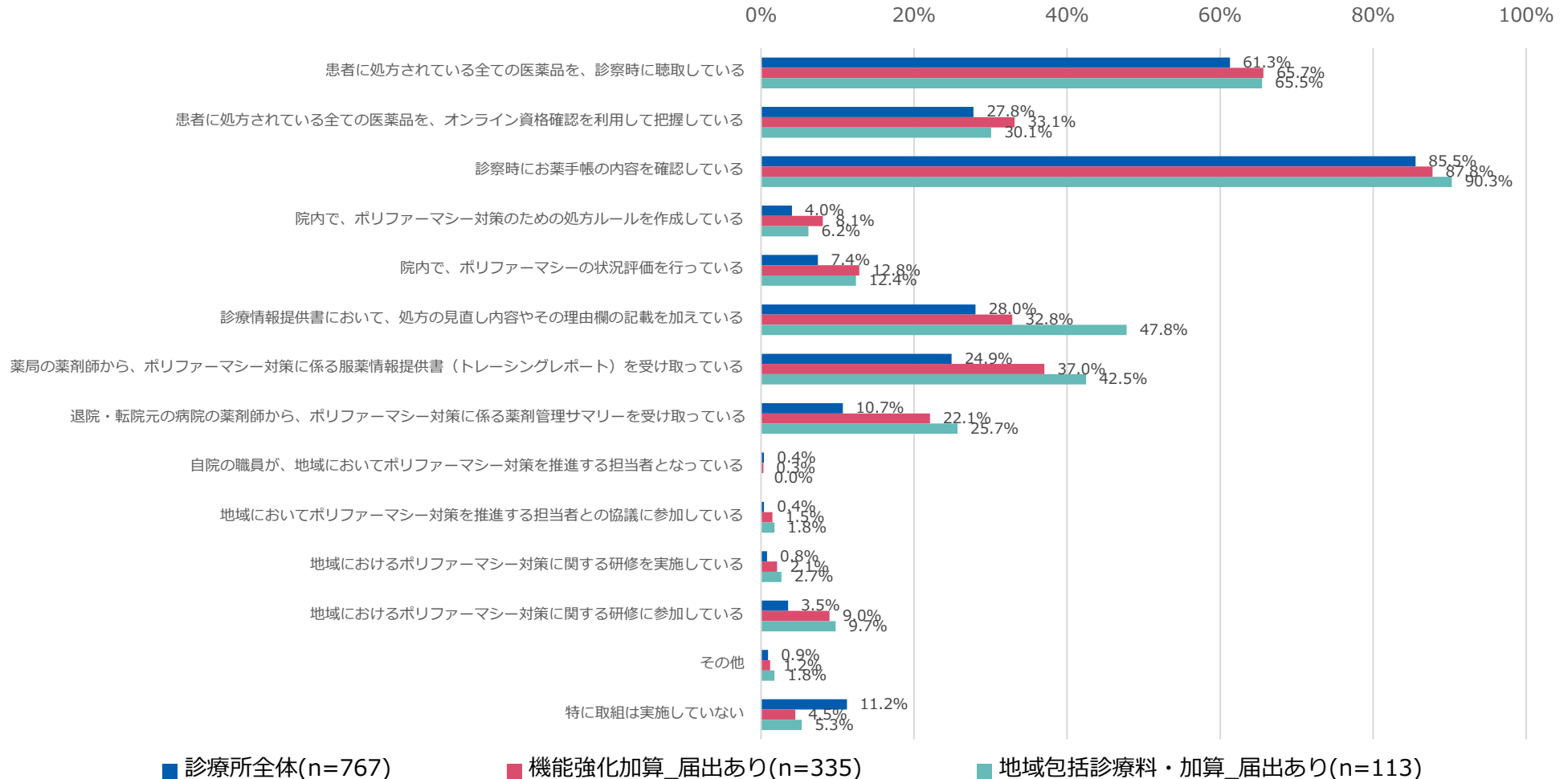
薬剤適正使用連携加算を算定していない理由 (n=156)



診療所におけるポリファーマシー対策の状況

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

ポリファーマシー対策に関する取組



生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

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

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

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

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

（答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

生活習慣病に係る評価の経緯

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

特定疾患療養管理料の対象疾患の経緯

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

特定疾患療養管理料に係る傷病名

診調組 入－1
5 . 7 . 2 0

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

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

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

特定疾患療養管理料に係る主傷病名

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

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

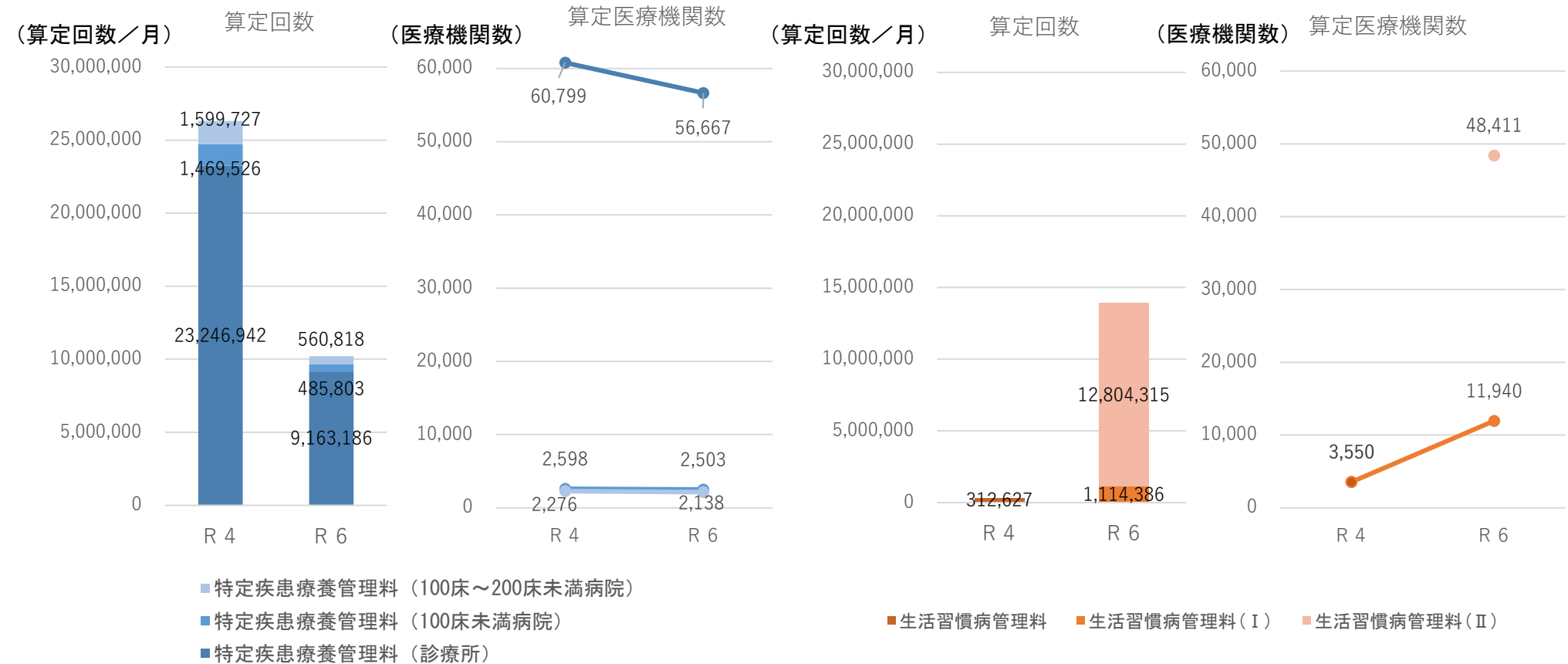
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
23	バセドウ病	E050	84,906	0.8%
24	アレルギー性鼻炎	J304	80,952	0.8%
25	高脂血症	E785	74,109	0.7%
26	陳旧性心筋梗塞	I252	72,634	0.7%
27	慢性閉塞性肺疾患	J449	69,913	0.7%
28	不整脈	I499	69,295	0.6%
29	慢性腎不全	N189	67,587	0.6%
30	心室期外収縮	I493	66,573	0.6%
31	急性気管支炎	J209	64,049	0.6%
32	2型糖尿病	E11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

特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料等の算定状況

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

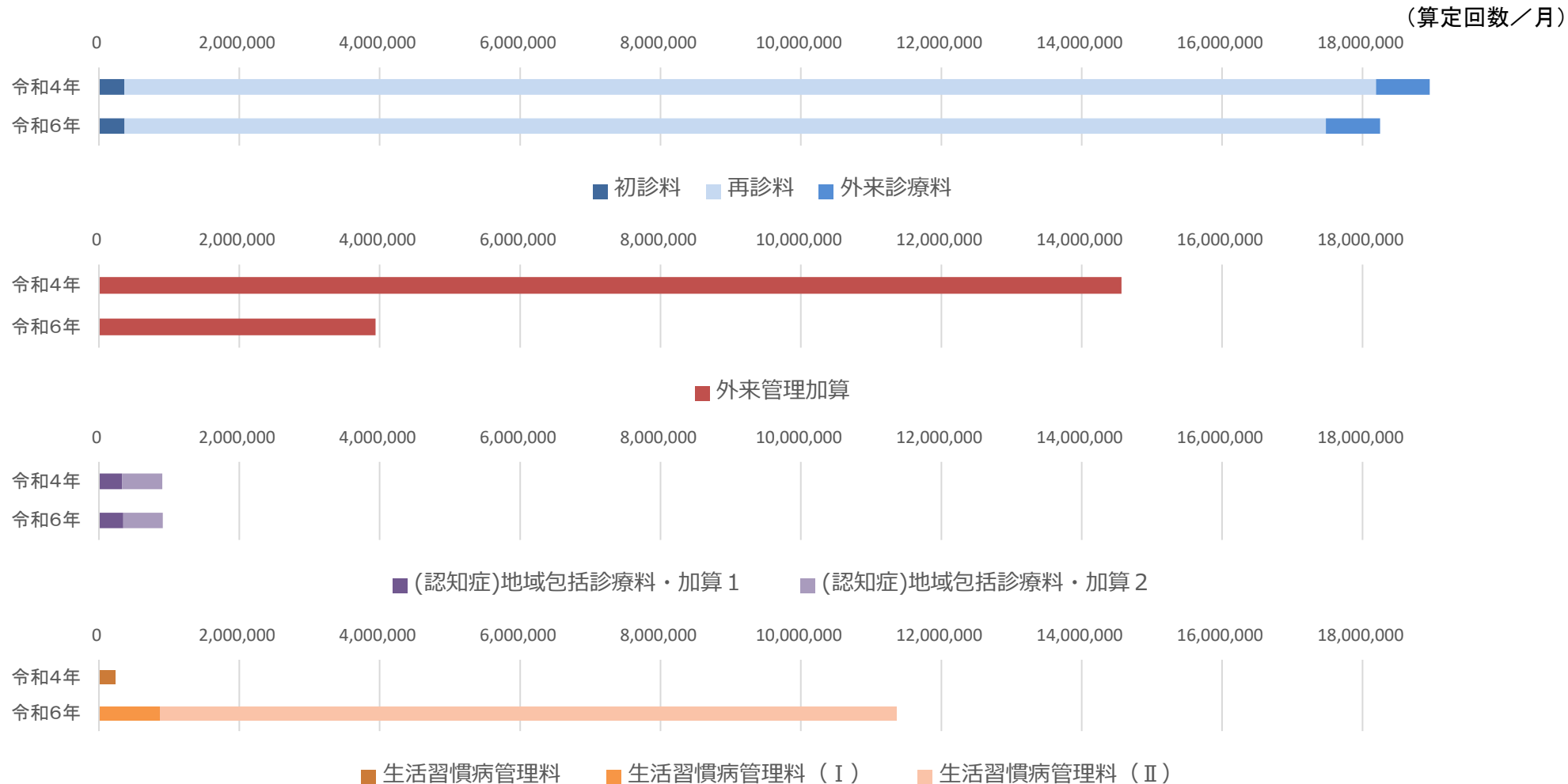
特定疾患療養管理料

生活習慣病管理料等



生活習慣病患者の外来診療における算定状況

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



生活習慣病管理料(Ⅱ)に包括される主な医学管理料

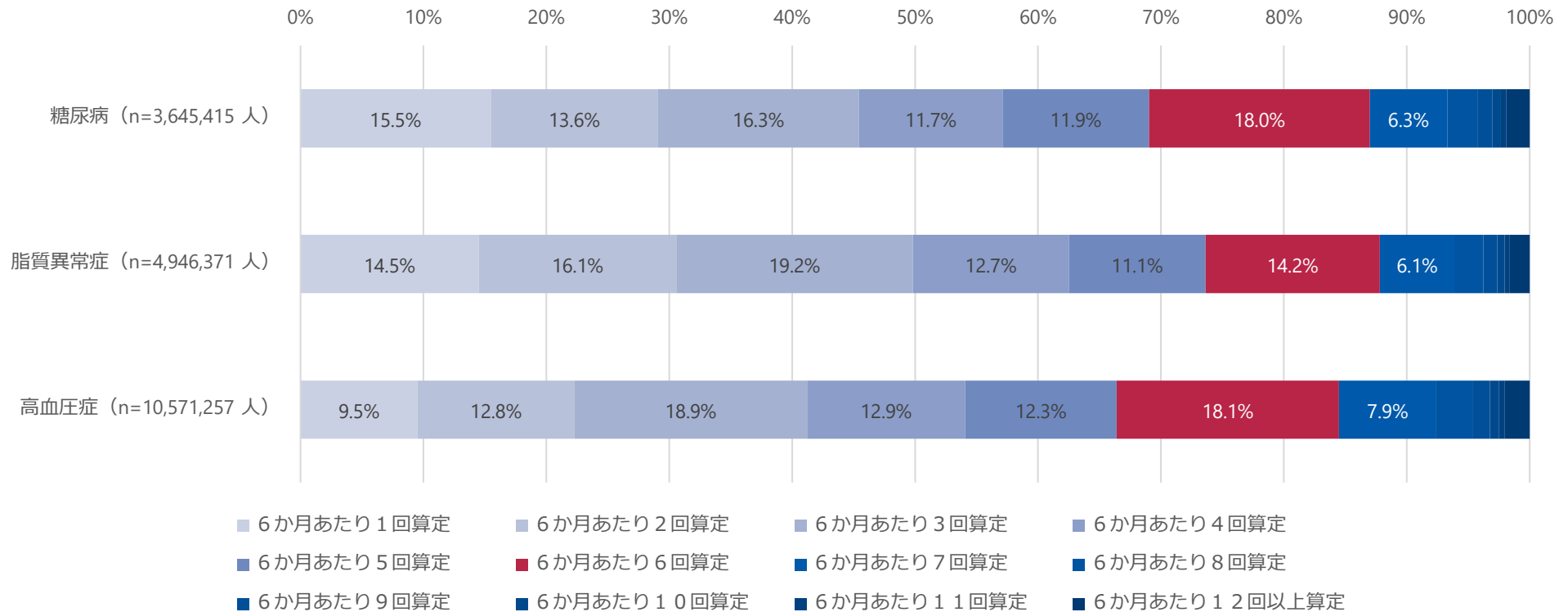
- 生活習慣病管理料(Ⅱ)における医学管理料の主な包括範囲は以下のとおり。
- また、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)ともに、糖尿病を主病とした場合は、他疾患に対して在宅自己注射指導管理を行う場合であっても、在宅自己注射指導管理料を算定できない。

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

生活習慣病患者における再診料等の6か月あたり算定回数

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

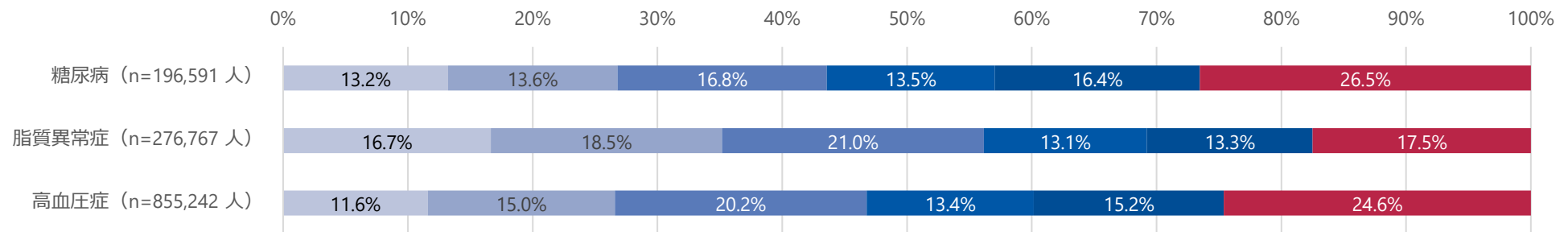
再診料



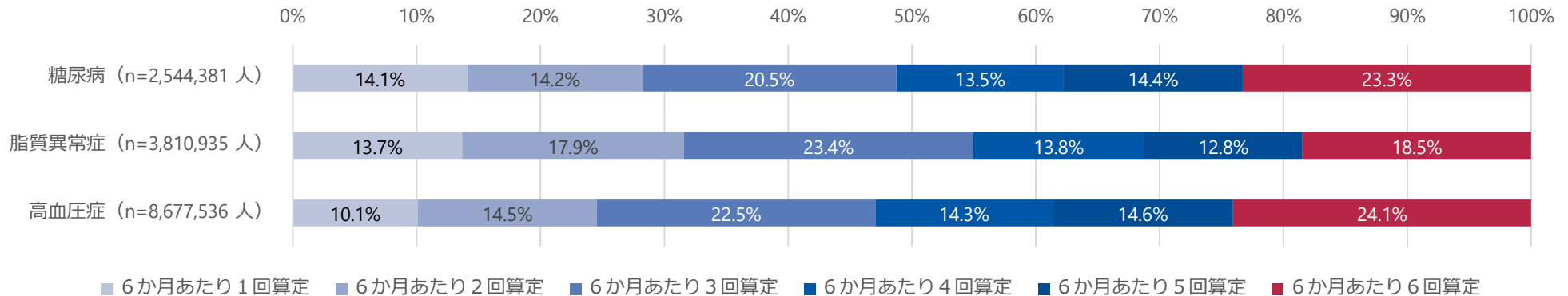
生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)の6か月あたり算定回数

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

生活習慣病管理料(Ⅰ)



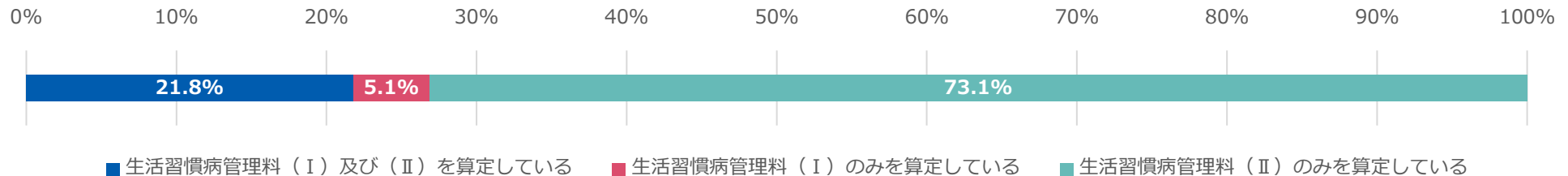
生活習慣病管理料(Ⅱ)



生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況

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

生活習慣病（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況 (n=633)

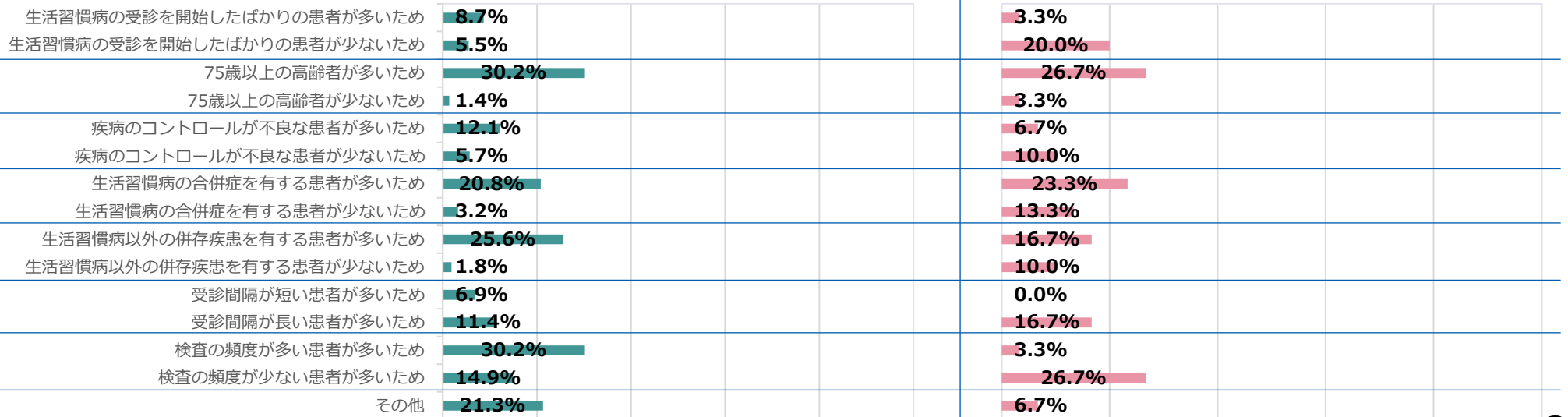


生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定しない理由 (n=437)

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

生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定しない理由 (n=30)

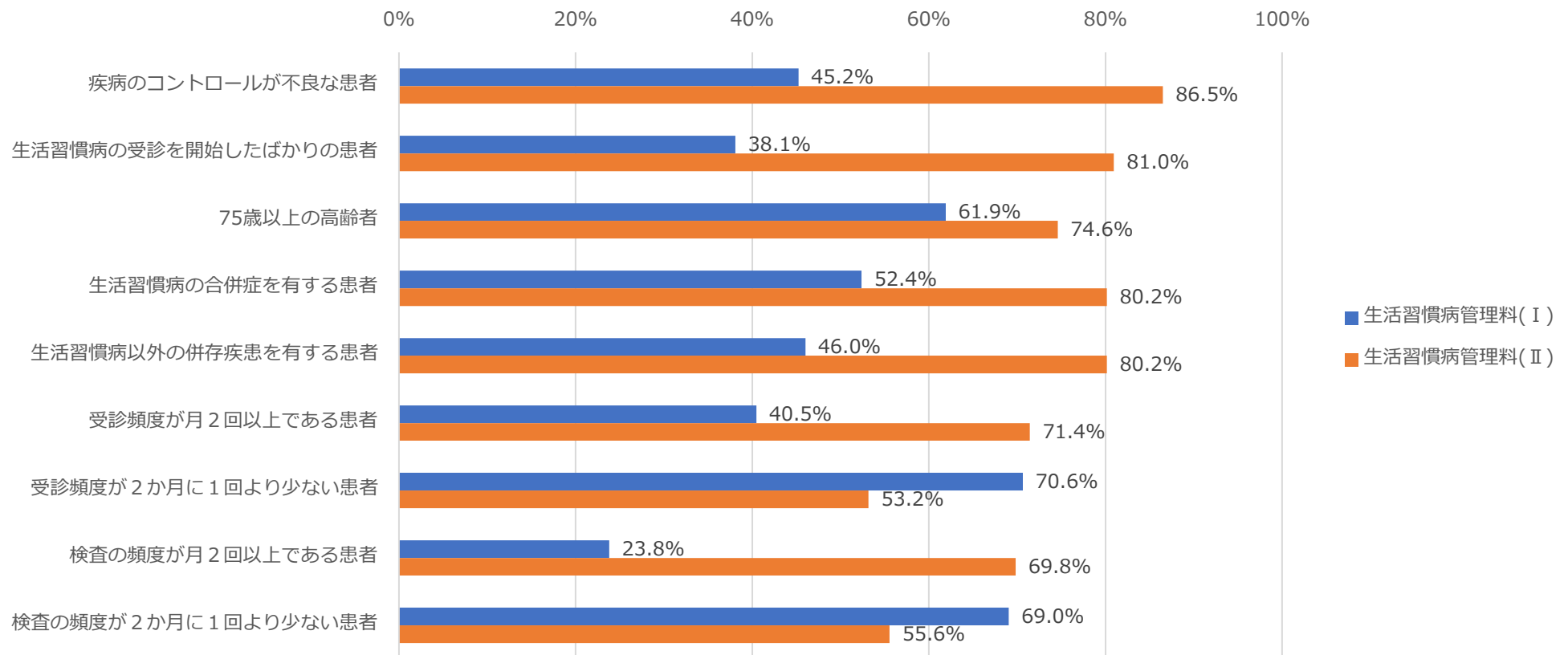
0% 20% 40% 60% 80% 100%



生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況（2）

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

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況(n=126)



生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)算定患者の検査等実施状況

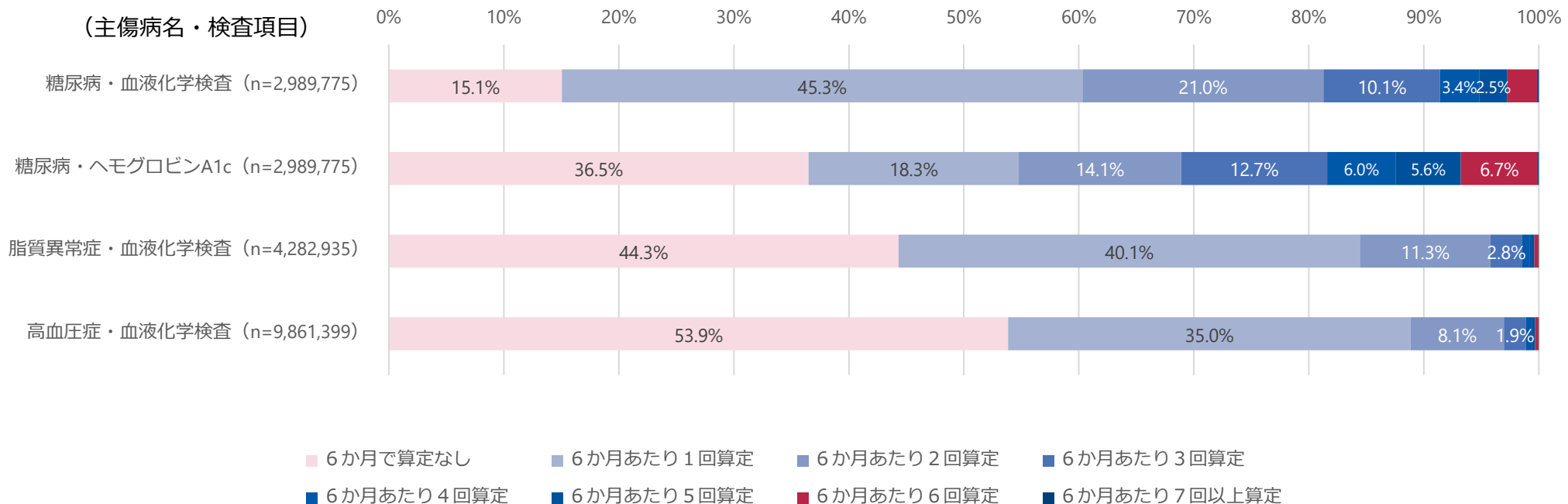
- 令和6年10月から令和7年3月の6か月間に生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)を算定した患者数に占める、生活習慣病管理料(Ⅰ)で包括される「第3部 検査」「第6部 注射」「第13部 病理診断」に該当する各項目を実施した患者数の割合を医療機関ごとに算出し、その平均値等を示したものは以下のとおり。(生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定する月に、包括内として実施された検査が**含まれる**。)
- いずれの項目も、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する患者に対してより多く実施されていた。

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

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定患者の血液検査算定回数

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

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定患者の各血液検査の算定回数



高齢者の生活習慣病管理の特徴

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

第7章 高齢者

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

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

第8章 高齢者高血圧

1. 高齢者高血圧の特徴

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

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

19章 高齢者の糖尿病（認知症を含む）

Q 19-1 高齢者糖尿病はどのような特徴があるか？

【ポイント】

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

高齢者の糖尿病治療目標

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

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）

高齢者糖尿病診療ガイドライン2023 （日本老年医学会・日本糖尿病学会）

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

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

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

図3 血糖コントロール目標

65歳以上については「19章. 高齢者の糖尿病」を参照

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

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害〜軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

図1 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)

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

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

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

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

【重要な注意事項】

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

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の療養計画書

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

(別紙様式9)

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

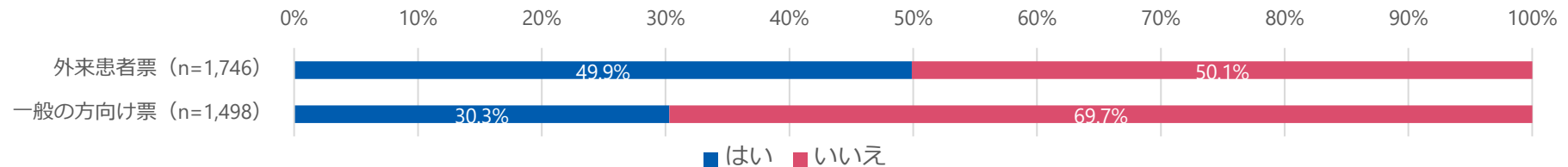
(別紙様式9の2)

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

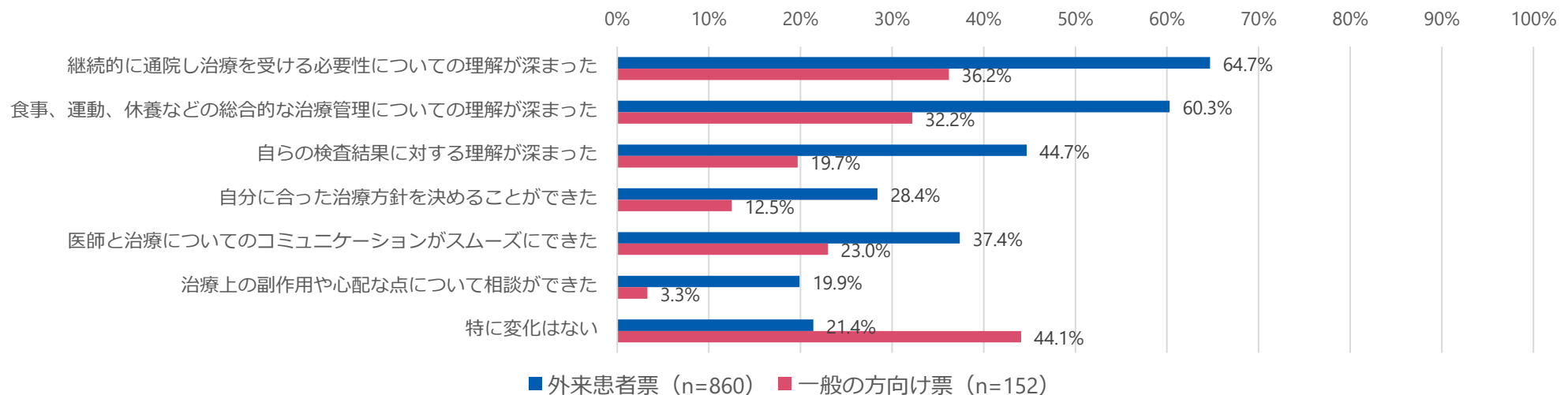
- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、交付を受けたことによる変化を聞いたところ、外来患者票では、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった」が多く、一般の方向け票では、「特に変化はない」「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」が多かった。

（「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院している場合）

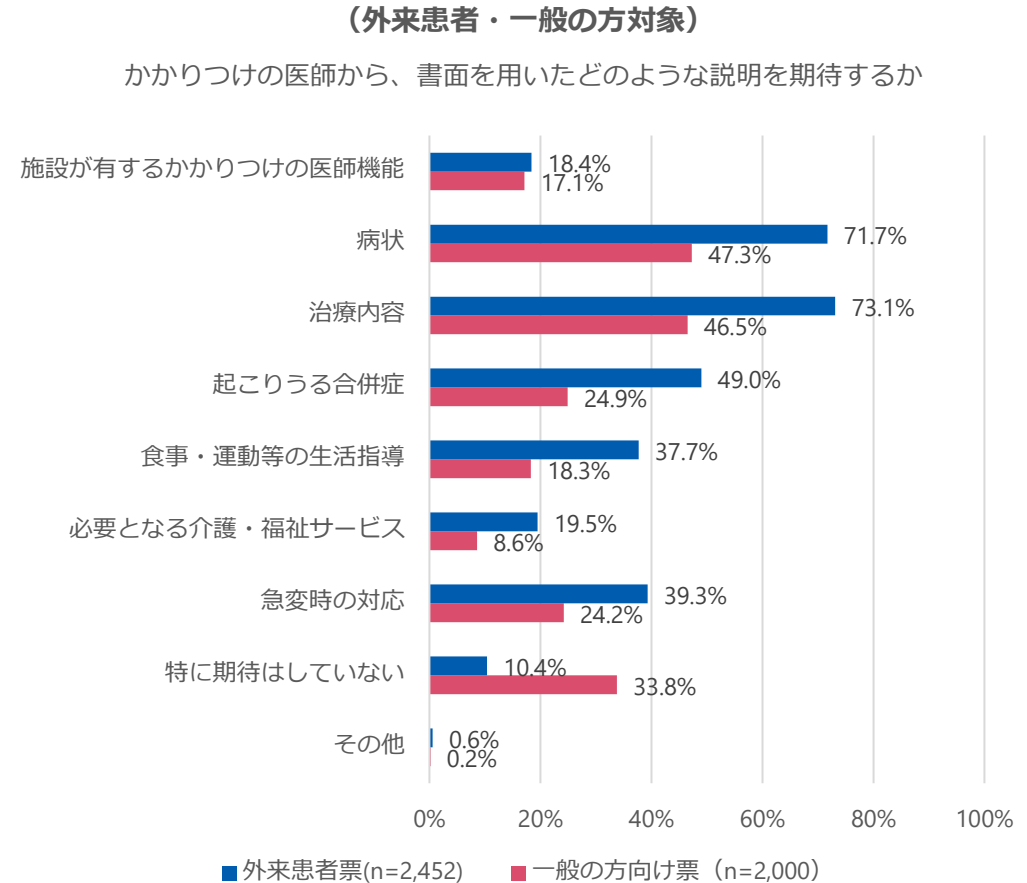
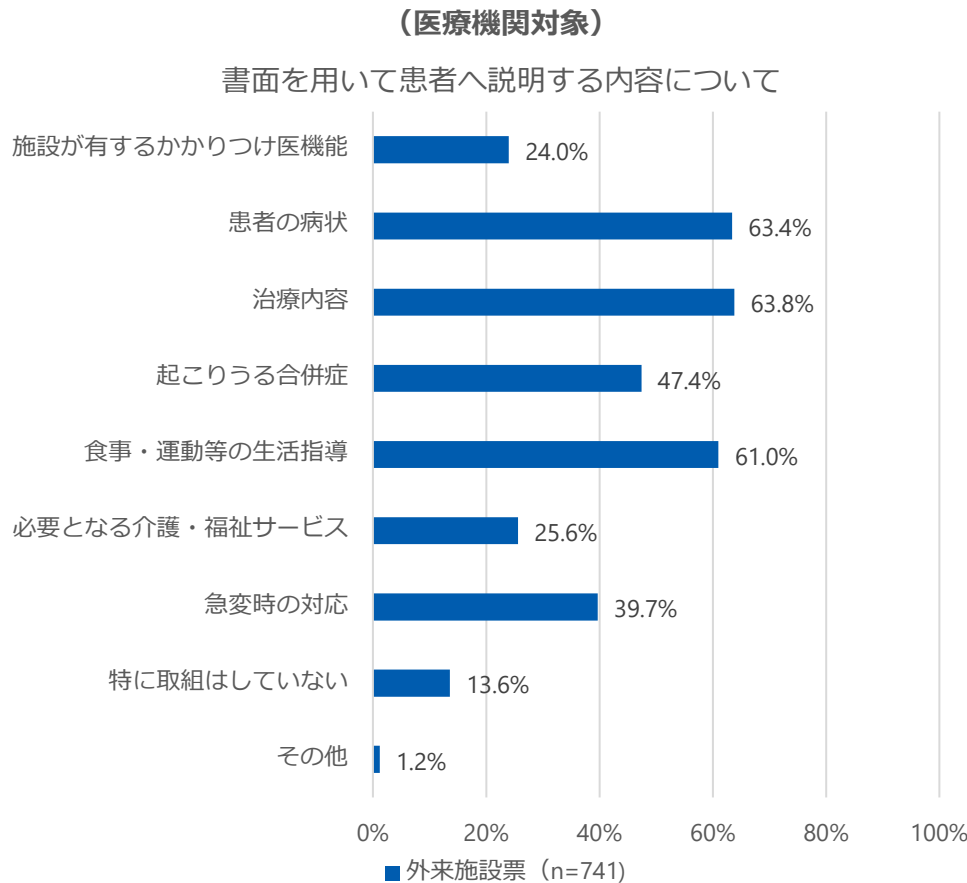
令和6年6月以降から調査日（令和6年11月～1月）時点までに「生活習慣病療養計画書」の交付を受けたか



（交付を受けた場合）療養計画書の交付を受けたことによる変化について



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

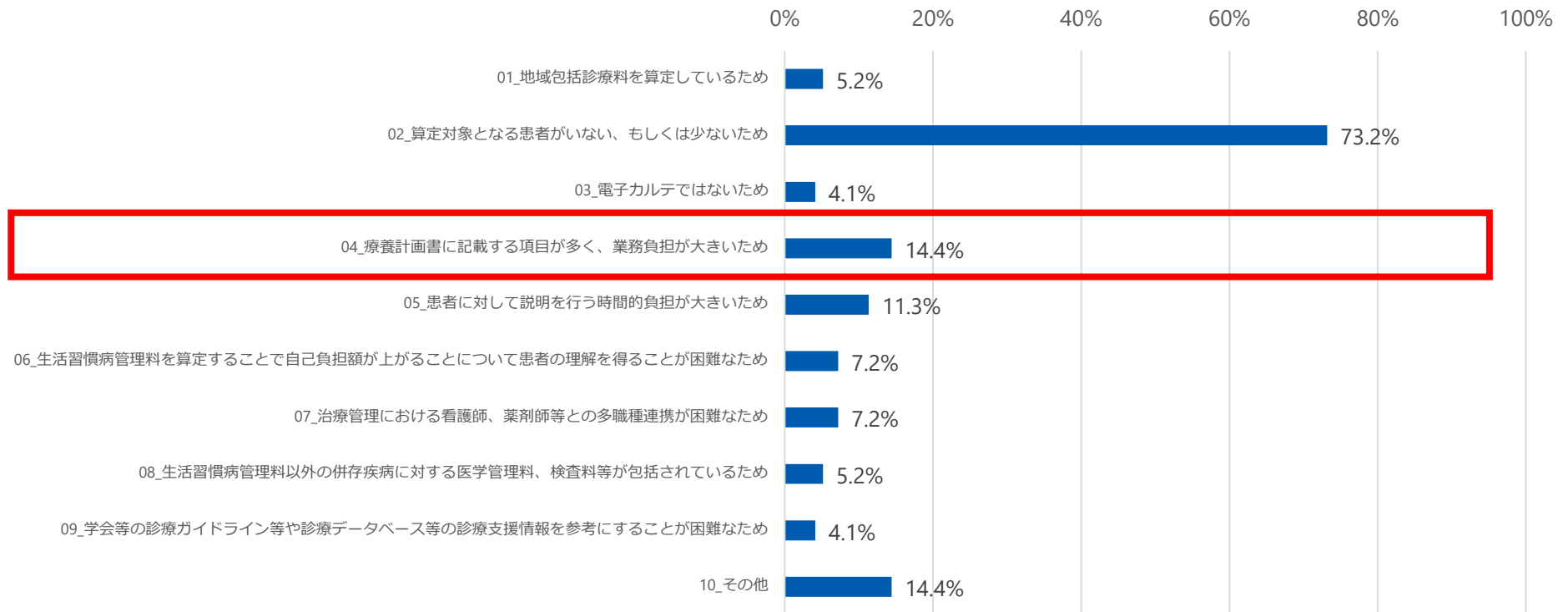


生活習慣病管理料を算定していない理由

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

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

生活習慣病管理料を算定していない理由 (n=97)

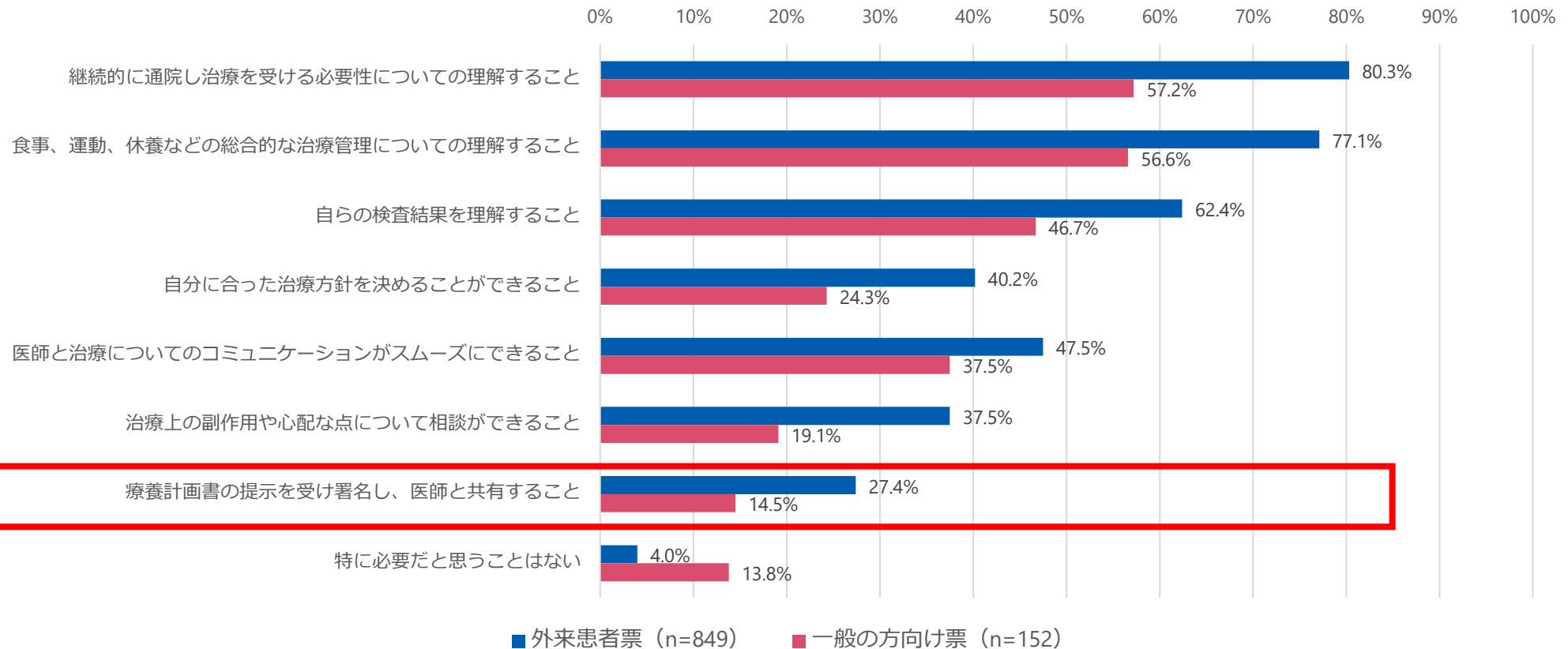


その他（自由記載欄）の主な記載例（一部要約）

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

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

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



生活習慣病の治療継続の必要性

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）（抜粋）

4.4 薬物療法のフォローアップ

BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

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

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

4.6 アドヒアランス、Treat to Target

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

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

BQ25 服薬アドヒアランスに影響する因子は何か？

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

高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）（抜粋）

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

（注：長期治療における具体的な受診間隔に関する推奨はなし。）

糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）（抜粋）

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

糖尿病の重症化予防に向けた取組

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

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

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

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

② 医療機関に求められる事項

（中略）

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

（中略）

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

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

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（抜粋）

4. 地域における関係機関との連携

（中略）

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

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

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る分析結果

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

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

2.3 ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証

2.3.3 結果

(1) 分析1：透析導入や糖尿病性腎症病期の悪化要因の分析

（中略）

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

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

（中略）

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

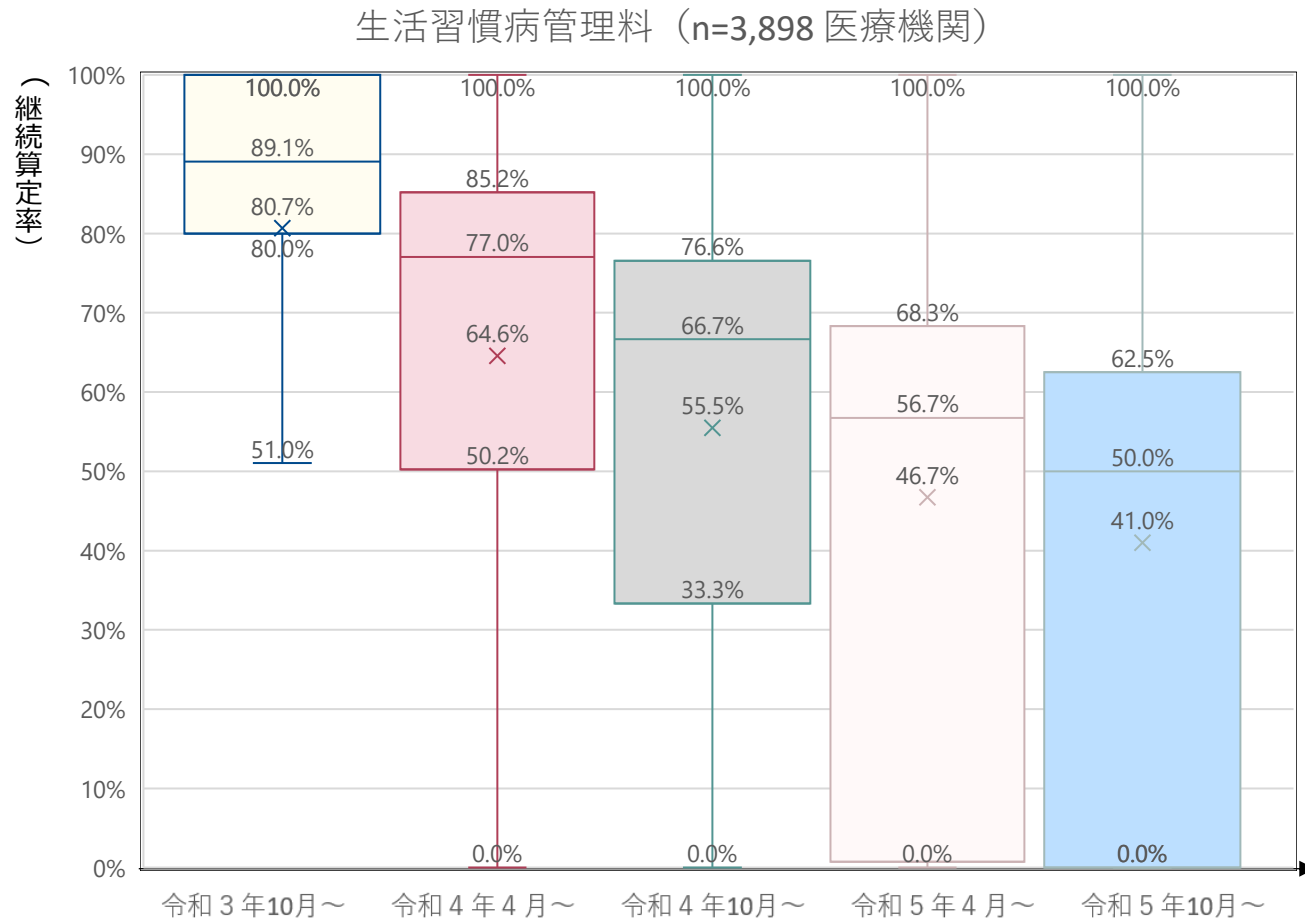
はじめに、実事業（3）で用いた NDB データにおける 2018 年度の特定健診受診者数、糖尿病該当者数、同年度医療機関受診者数、翌年度医療機関受診者数、同年度継続受診者数、翌年度継続受診者数を示す（図表 2-3-2）。（中略）

図表 2-3-2 受診に関する基礎集計（人数・割合）全体（一部抜粋）

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

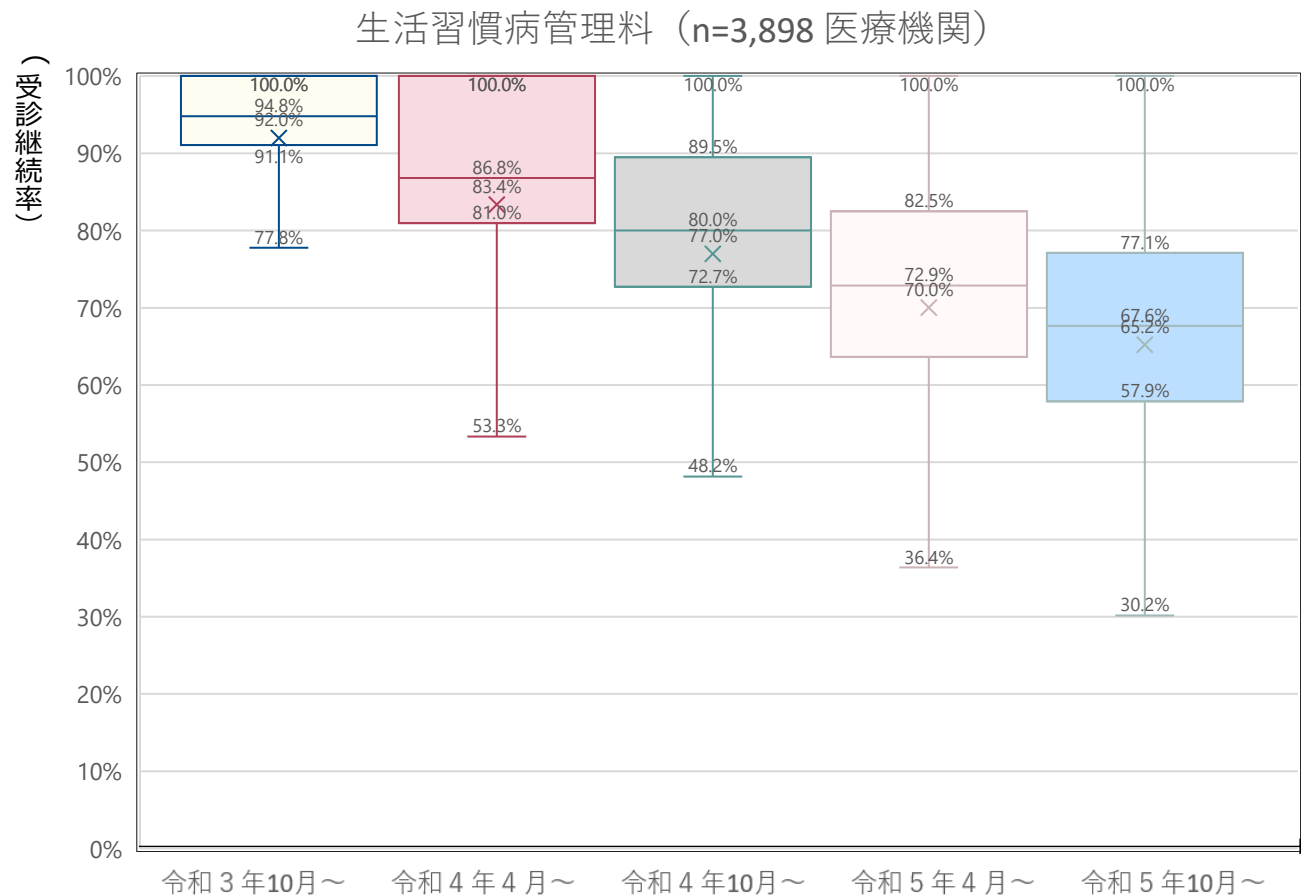
生活習慣病管理料の継続算定率

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



生活習慣病管理料算定患者の受診継続率

- 令和3年4月～9月に生活習慣病管理料（現在の「生活習慣病管理料(Ⅰ)」に相当）を算定された患者が、令和3年10月以降の6か月間ごとに、**同一医療機関又は他の医療機関において**生活習慣病管理料又は特定疾患療養管理料を継続して算定された率（受診継続率）を、医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 医療機関ごとに、受診継続率にはばらつきがあった。また、同一医療機関における同一管理料の継続算定率との差は5～20%程度であった。

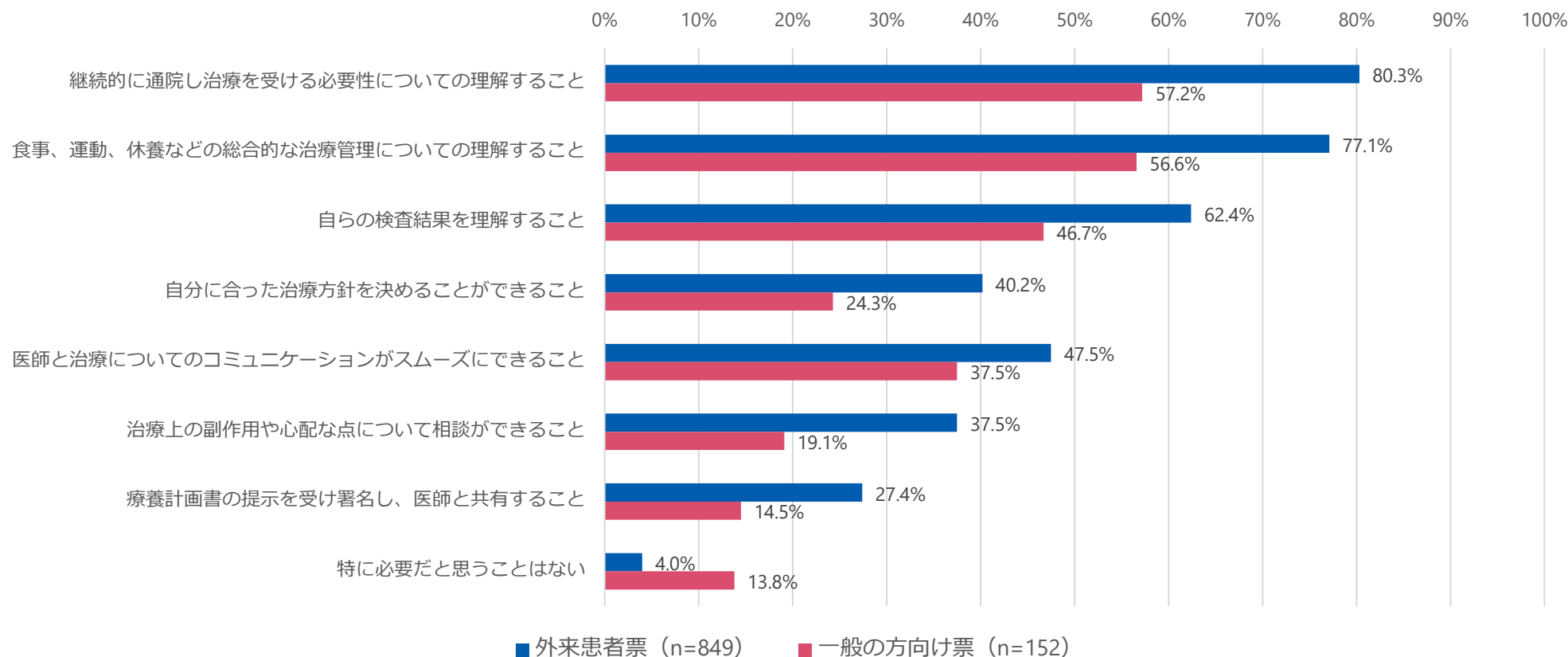


生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うこと（再掲）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

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

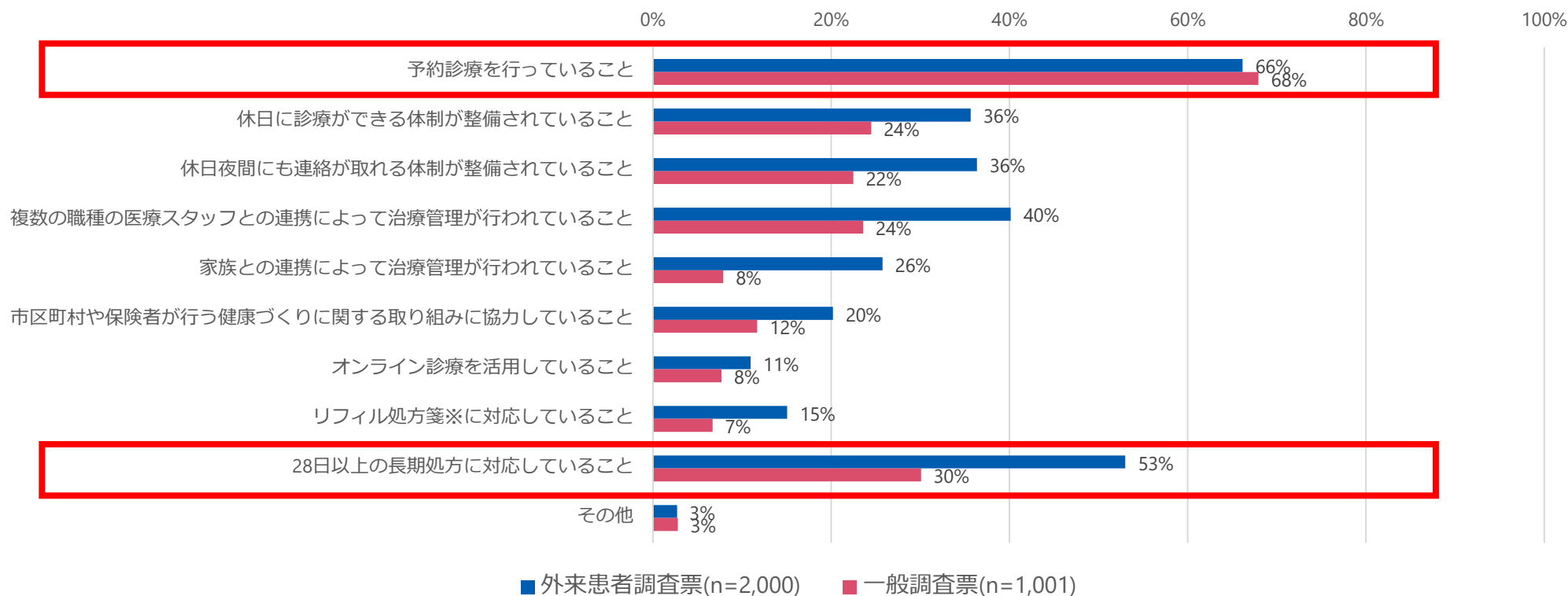


定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

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



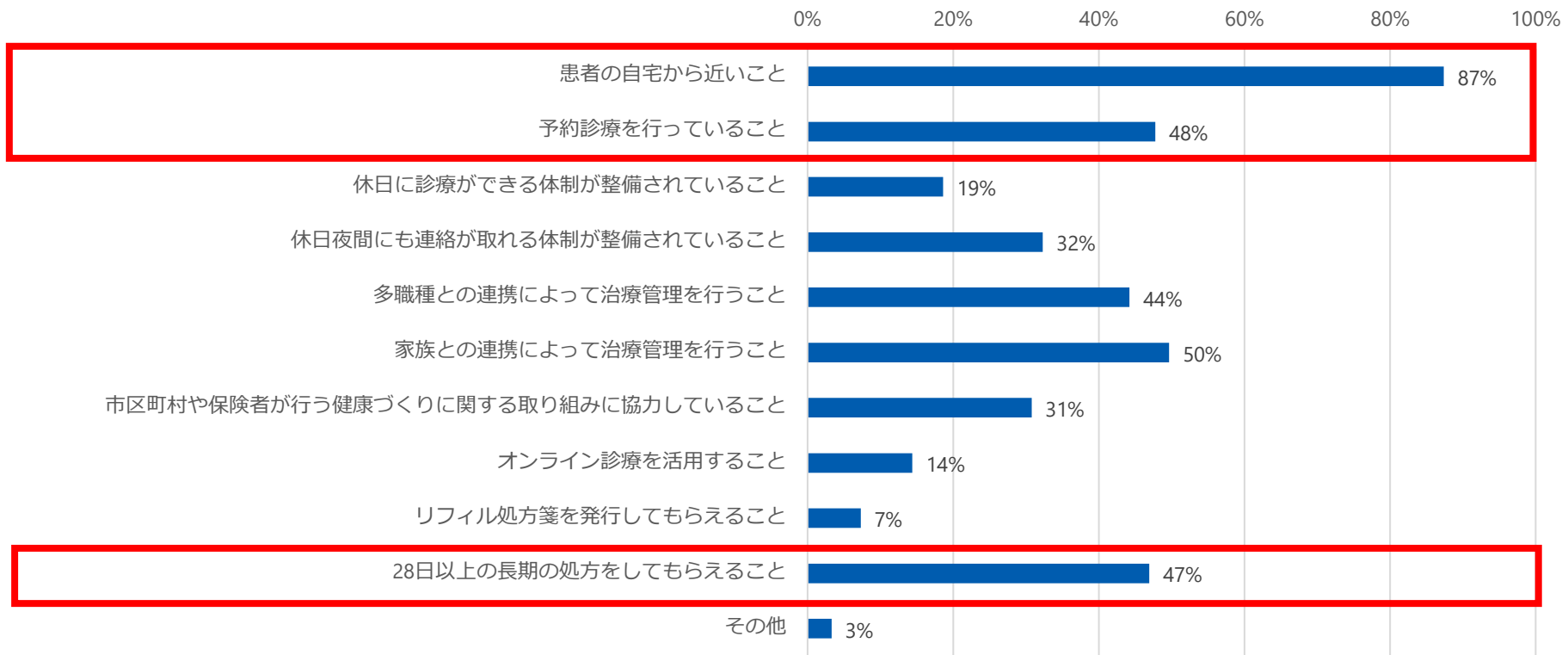
※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

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



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

生活習慣病患者の紹介

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

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

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 (日本動脈硬化学会)

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

1. 血糖コントロール改善・治療調整
○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合(血糖コントロール目標※1)が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい。 ※1. 血糖コントロール目標
○新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。
○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。
○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
○感染症が合併している場合。
高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照
2. 教育入院
○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。
3. 慢性合併症
○慢性合併症(網膜症、腎症※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。
○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。
※2. 腎機能低下とタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。
4. 急性合併症
○糖尿病病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。
○ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるので速やかに紹介することが望ましい)。
5. 手術
○待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。
○緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。

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

Step 1c 専門医への紹介必要性の判断

①脳卒中／一過性脳虚血発作・冠動脈疾患・心房細動等の不整脈・大動脈疾患や末梢動脈疾患の既往や合併が疑われる場合	
②高血圧	二次性高血圧疑い(若年発症・急激な発症など)、妊娠高血圧症候群、高血圧緊急症・切迫症疑い(未治療で拡張期血圧 ≥ 120 mmHg)、治療抵抗性高血圧(治療中ではあるが $\geq 180/110$ mmHg または 3 剤併用でも降圧目標未達成)
③糖尿病	1 型糖尿病、HbA1c $\geq 8.0\%$ 、空腹時血糖 ≥ 200 mg/dL (または随時血糖 ≥ 300 mg/dL)、急性合併症(高血糖緊急症)、妊娠糖尿病
④脂質異常症	LDL-C ≥ 180 mg/dL、HDL-C < 30 mg/dL、空腹時 TG ≥ 500 mg/dL、non-HDL-C ≥ 210 mg/dL、原発性高脂血症疑い、二次性(続発性)脂質異常症疑い
⑤慢性腎臓病(CKD)	タンパク尿と血尿を両方認める CKD 患者。 eGFR < 45 ml/min/1.73 m ² (G3b ~ 5)、またはタンパク尿区分 A3 (糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 300 mg/gCr 以上の場合、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.5 g/Cr 以上)。40歳未満や A2区分(糖尿病では尿アルブミン/Cr 比 30~299 mg/gCr、それ以外では尿蛋白/Cr 比 0.15~0.49 g/Cr)では、eGFR45~59でも紹介することが望ましい。
⑥肥満	高度肥満(BMI ≥ 35)、二次性肥満(症候性肥満)疑い

生活習慣病を主病とする患者の状況

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

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

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

注) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院を対象として集計。

かかりつけ医機能

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

制度施行に向けた基本的な考え方

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

制度施行に向けた基本的な考え方

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

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

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

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

2号機能

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

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

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

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

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

医療DXによる情報共有基盤の整備

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

患者等への説明

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

施行に向けた今後の取組

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

かかりつけ医機能に係る主な評価について

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

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

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

時間外対応加算

地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するもの。

(平成24年度診療報酬改定において、従来の「地域医療貢献加算」を再編して新設。)

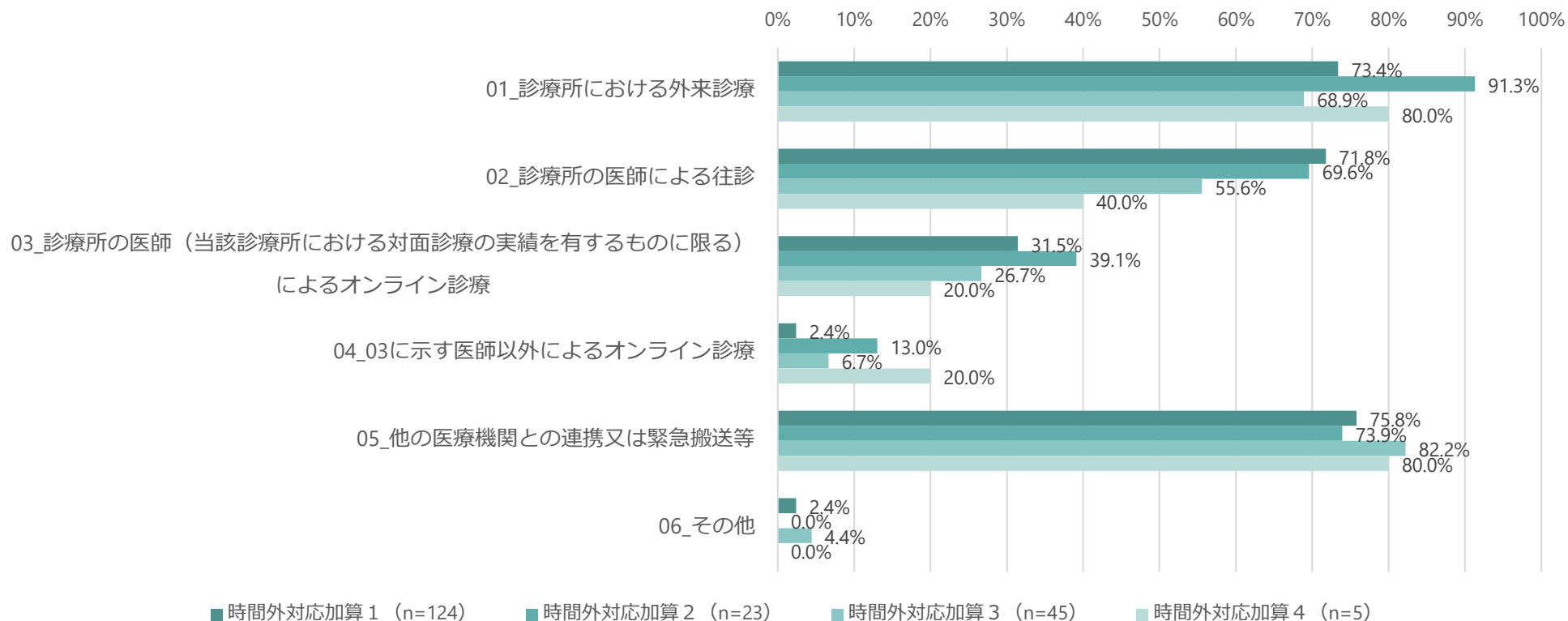
	時間外対応加算 1 5 点	時間外対応加算 2 4 点	時間外対応加算 3 3 点	時間外対応加算 4 1 点
算定対象患者	再診料を算定する患者			
対象医療機関	診療所			
主な算定要件	- 緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。 - 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。			
主な施設基準	- 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、診療所を継続的に受診している患者か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

時間外対応加算の算定医療機関における対応

診調組 入-1参考
7. 5. 22 改

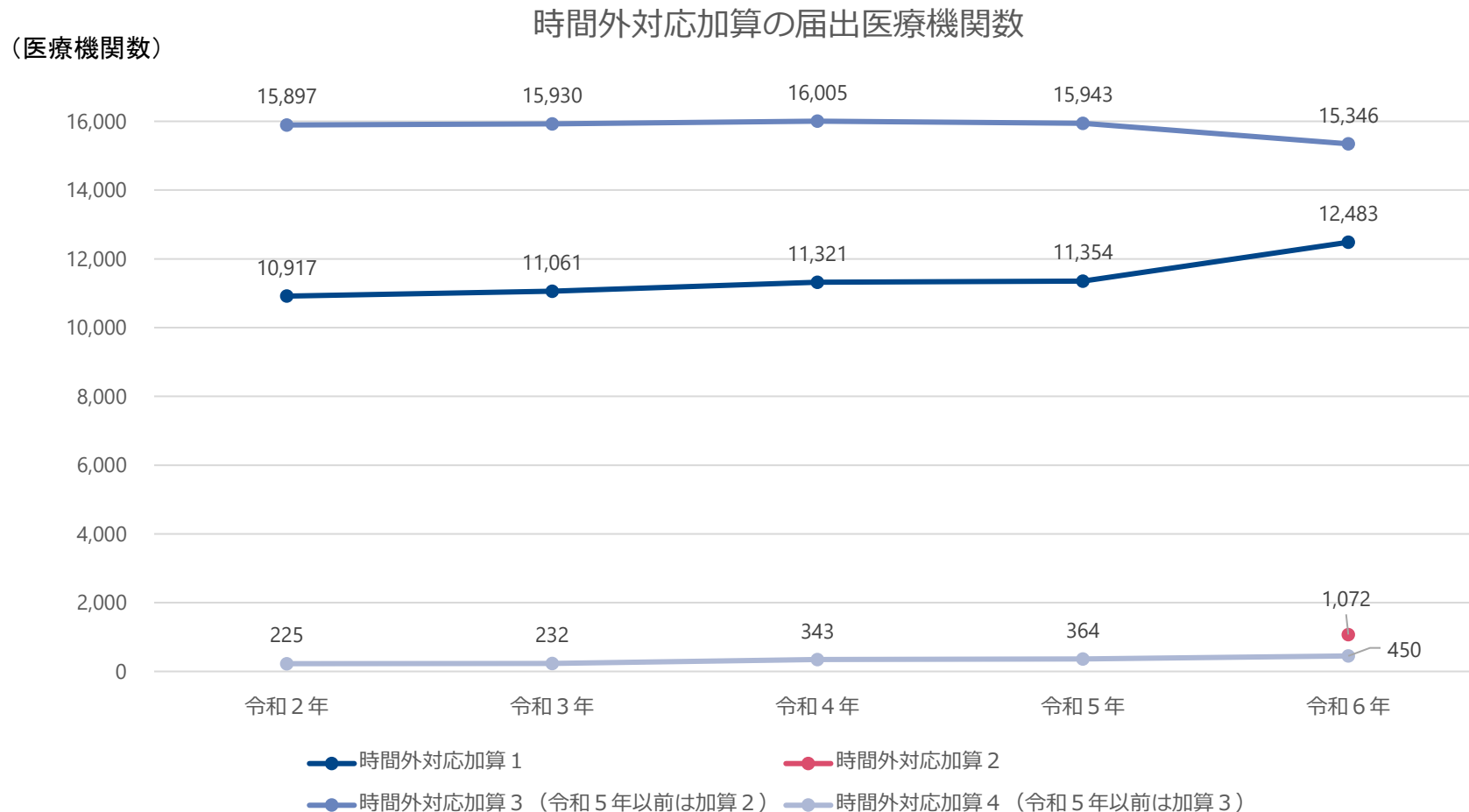
- 時間外対応加算の算定医療機関における、電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に実施可能な対応は以下のとおり。
- いずれの加算区分においても、外来診療による対応と、他の医療機関との連携又は救急搬送等が多い傾向があった。また、時間外対応加算 1、2 を算定する医療機関では、時間外対応加算 3、4 を算定する医療機関と比較して、往診が可能な医療機関が多い傾向があった。

電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に実施可能な対応



時間外対応加算の届出医療機関数

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



機能強化加算

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

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

機能強化加算の届出・実績等について

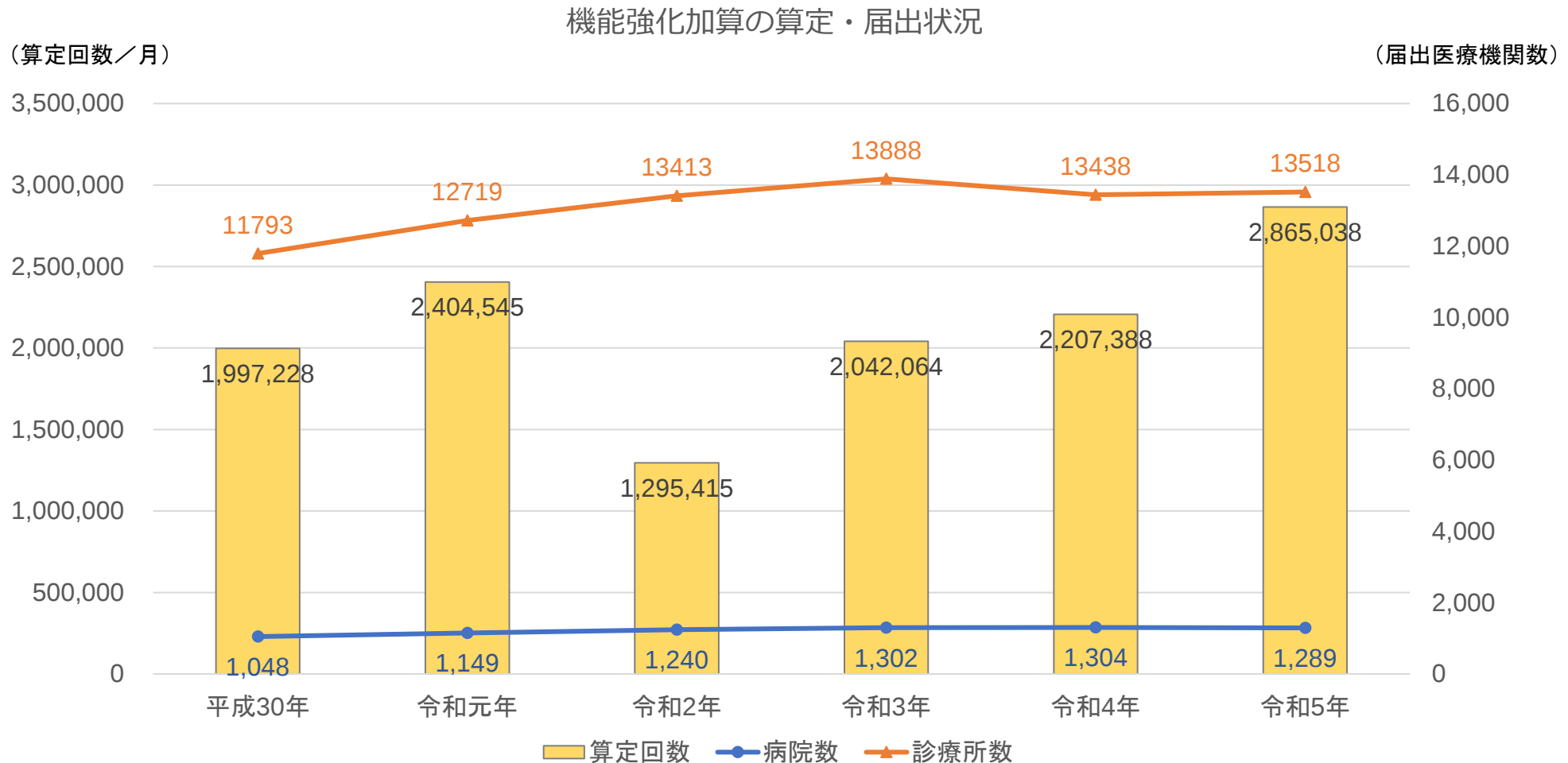
中 医 協 総 - 8
5 . 6 . 2 1

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

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

機能強化加算の算定・届出状況

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



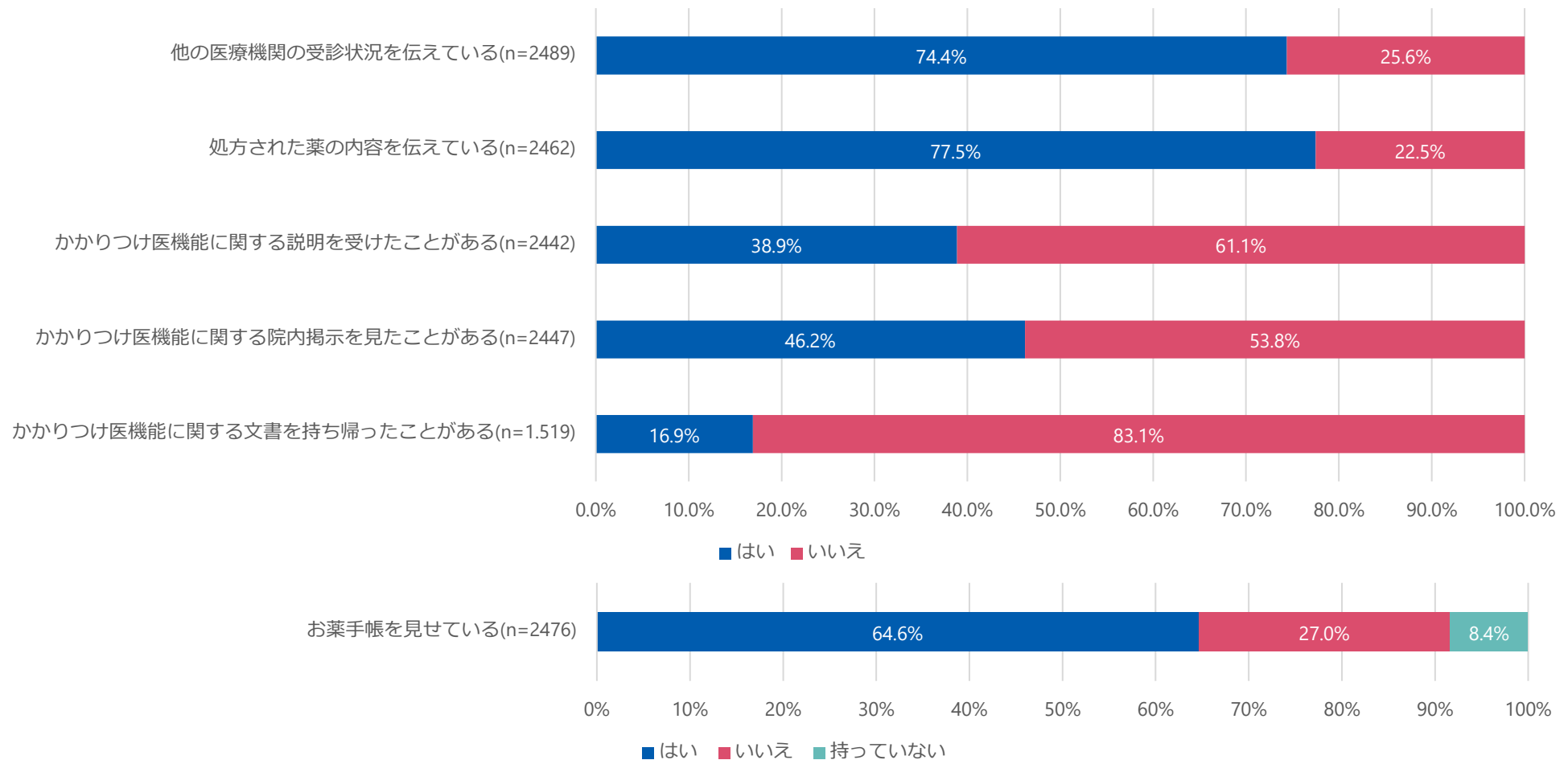
医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較

赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

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

かかりつけ医機能に関する院内掲示等（外来患者調査）

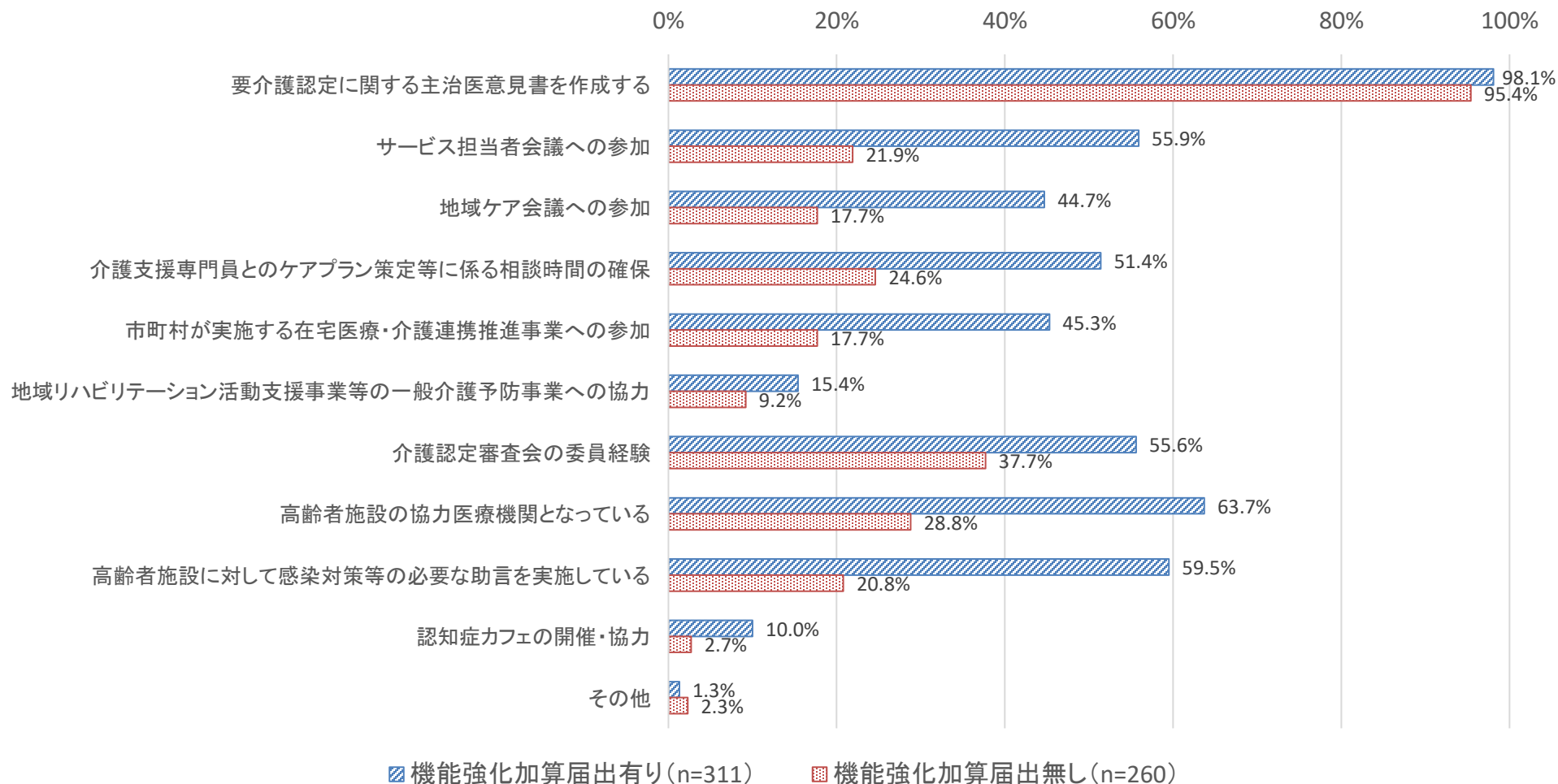
- 外来受診した医療機関において「かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある」と回答した患者は、38.9%であり、「かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある」と回答した患者は、46.2%であった。



介護との連携（機能強化加算届出有無）

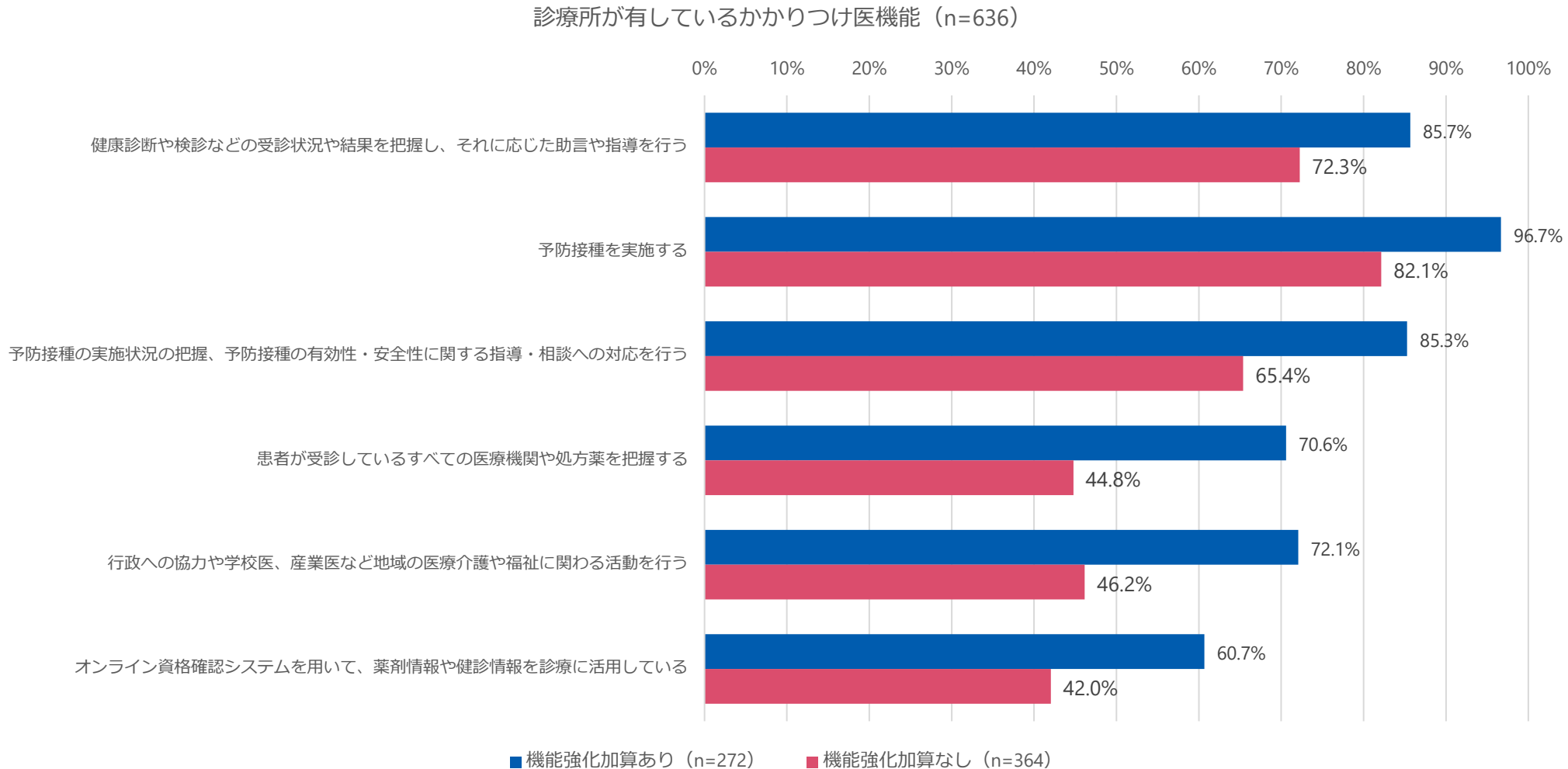
診調組 入-5
5 . 1 0 . 5

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



機能強化加算届出医療機関の有するかかりつけ医機能

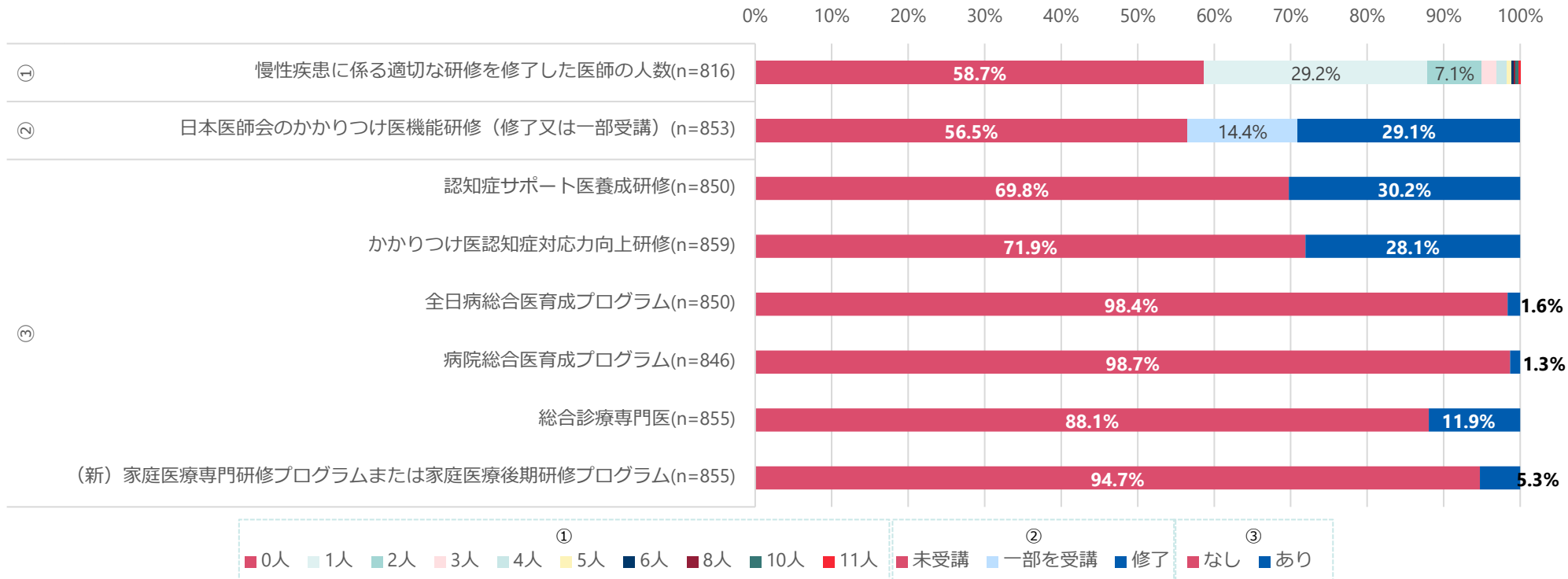
- 機能強化加算の届出医療機関は、機能強化加算の算定要件の一部となっている「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」等に関する機能を有している割合が大きかった。



かかりつけ医に関連した研修等を修了した医師の割合

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

各種研修を修了した医師の有無



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

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

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

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

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

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

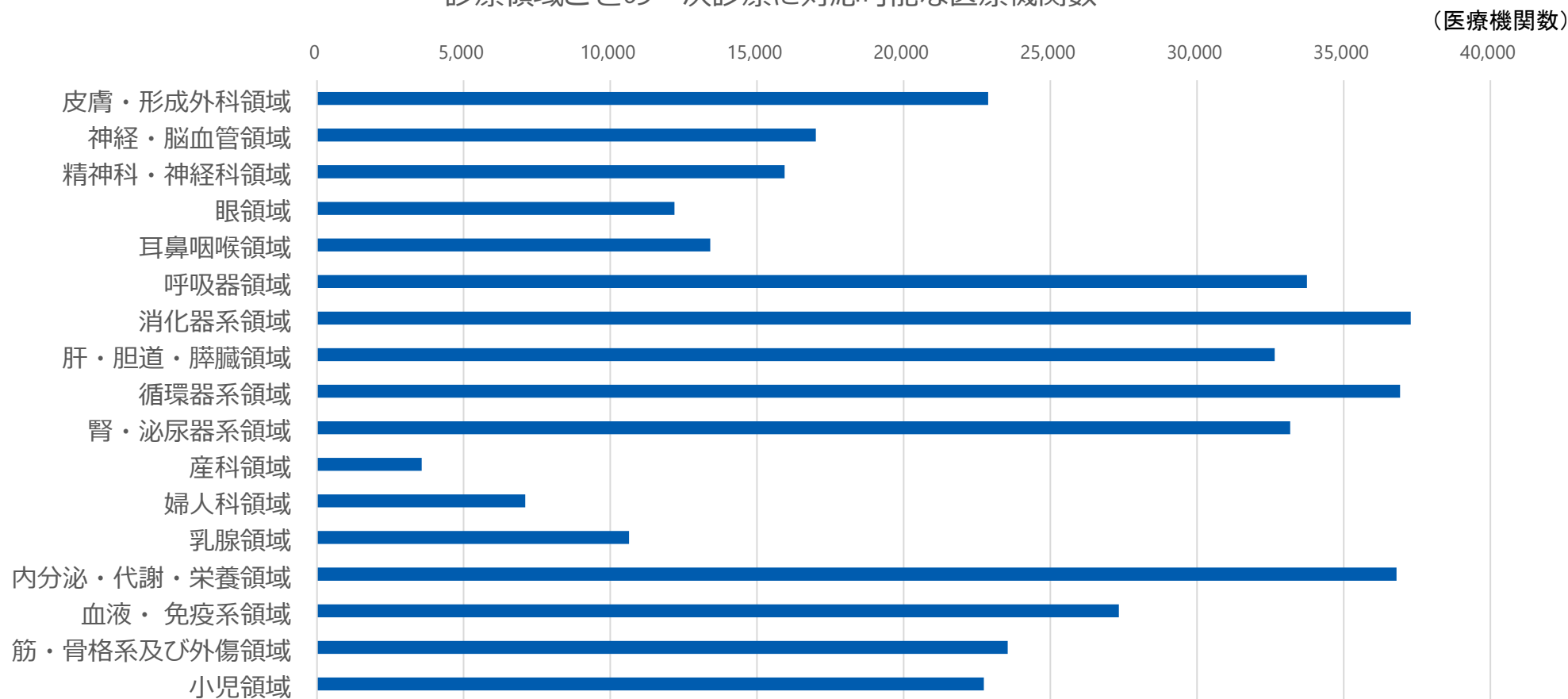
【上記例の設定の考え方】

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

診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数

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

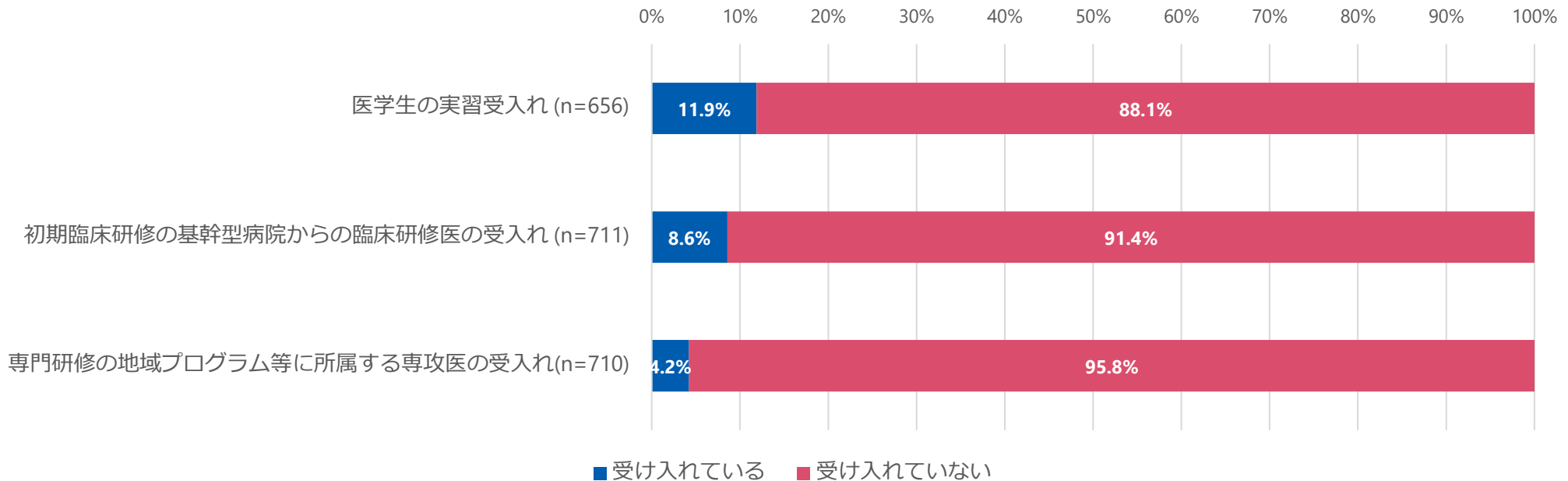
診療領域ごとの一次診療に対応可能な医療機関数



診療所の学生実習・臨床研修医等の受入れ状況

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

実習・研修等の受入れを行っているか



かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

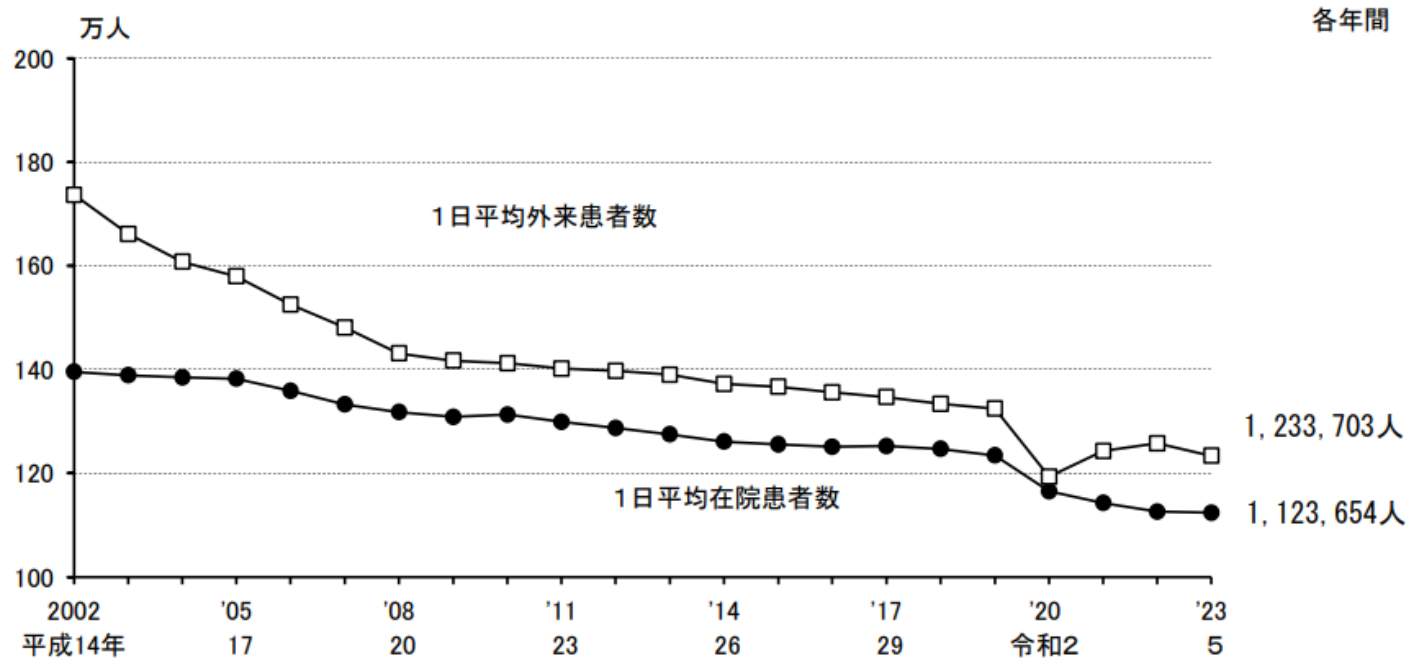
		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①、③～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行う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

病院の1日平均外来患者数の年次推移

中医協 総-3
7 . 7 . 16

○ 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。

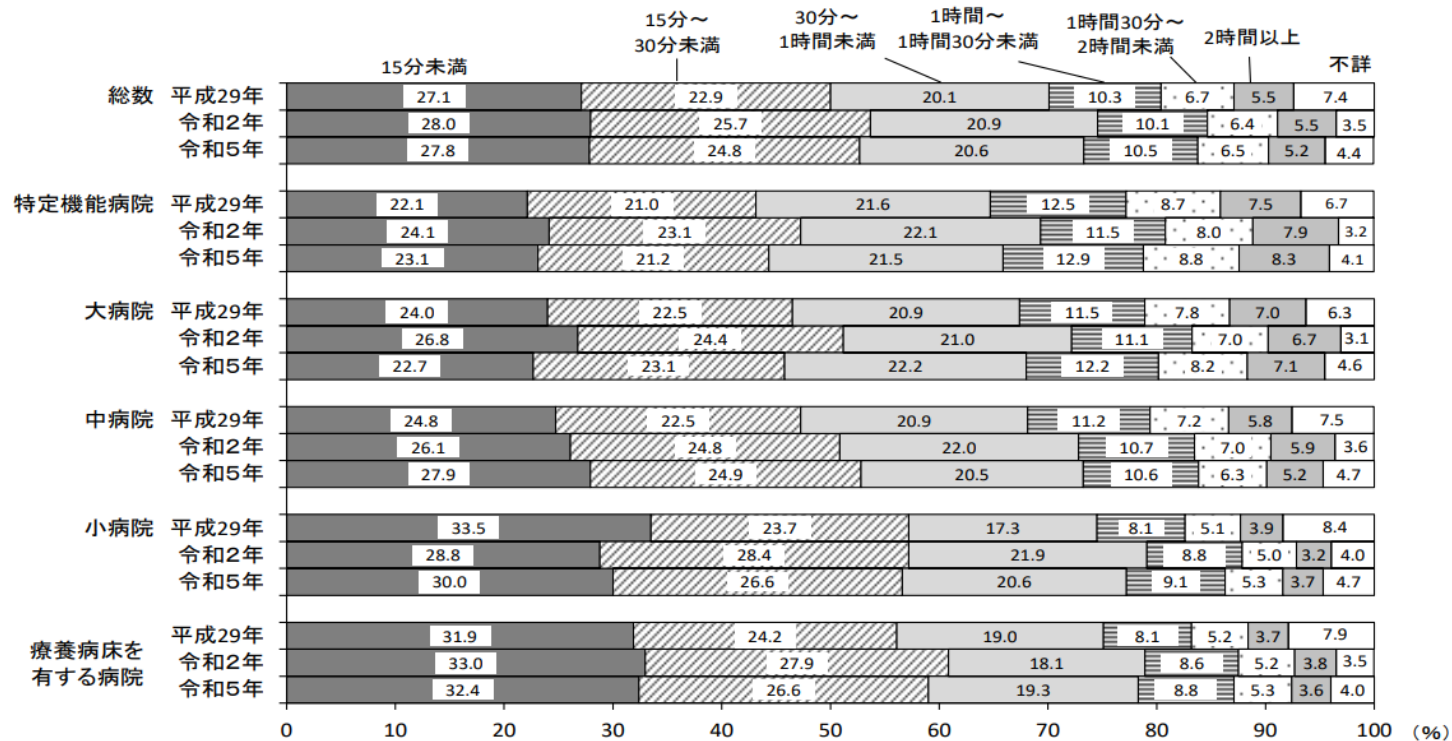
図1 病院の1日平均患者数の年次推移



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

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

図2 病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間（基本集計）



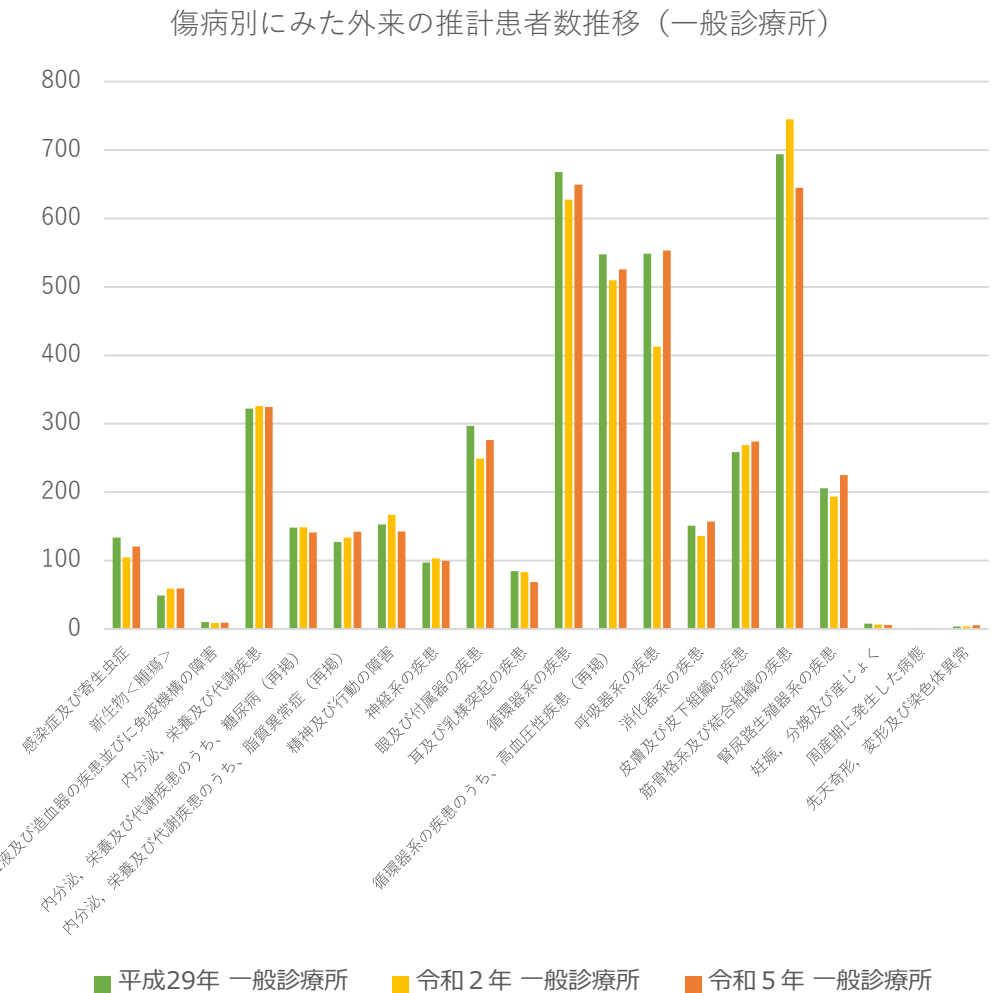
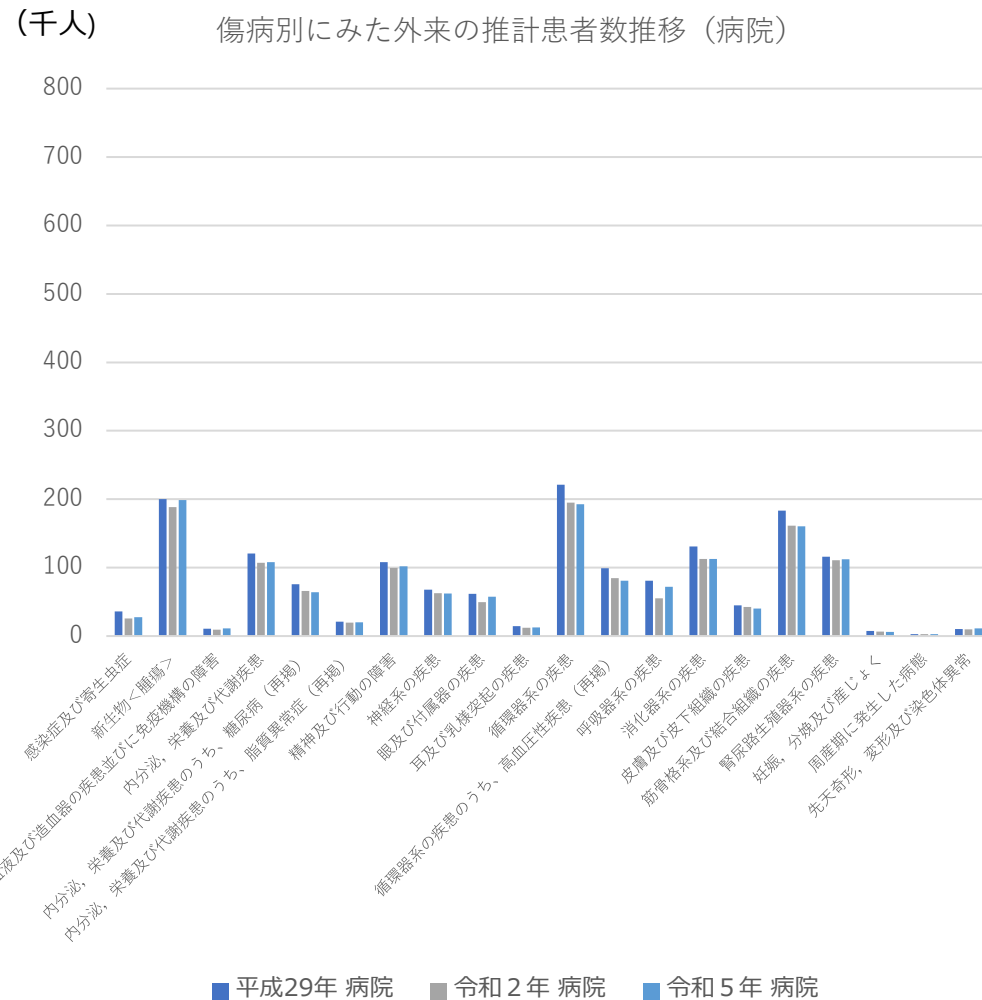
注：「2時間以上」は「2時間～3時間未満」「3時間以上」の合計である。

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

傷病分類別にみた外来の推計患者数

中医協 総-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。



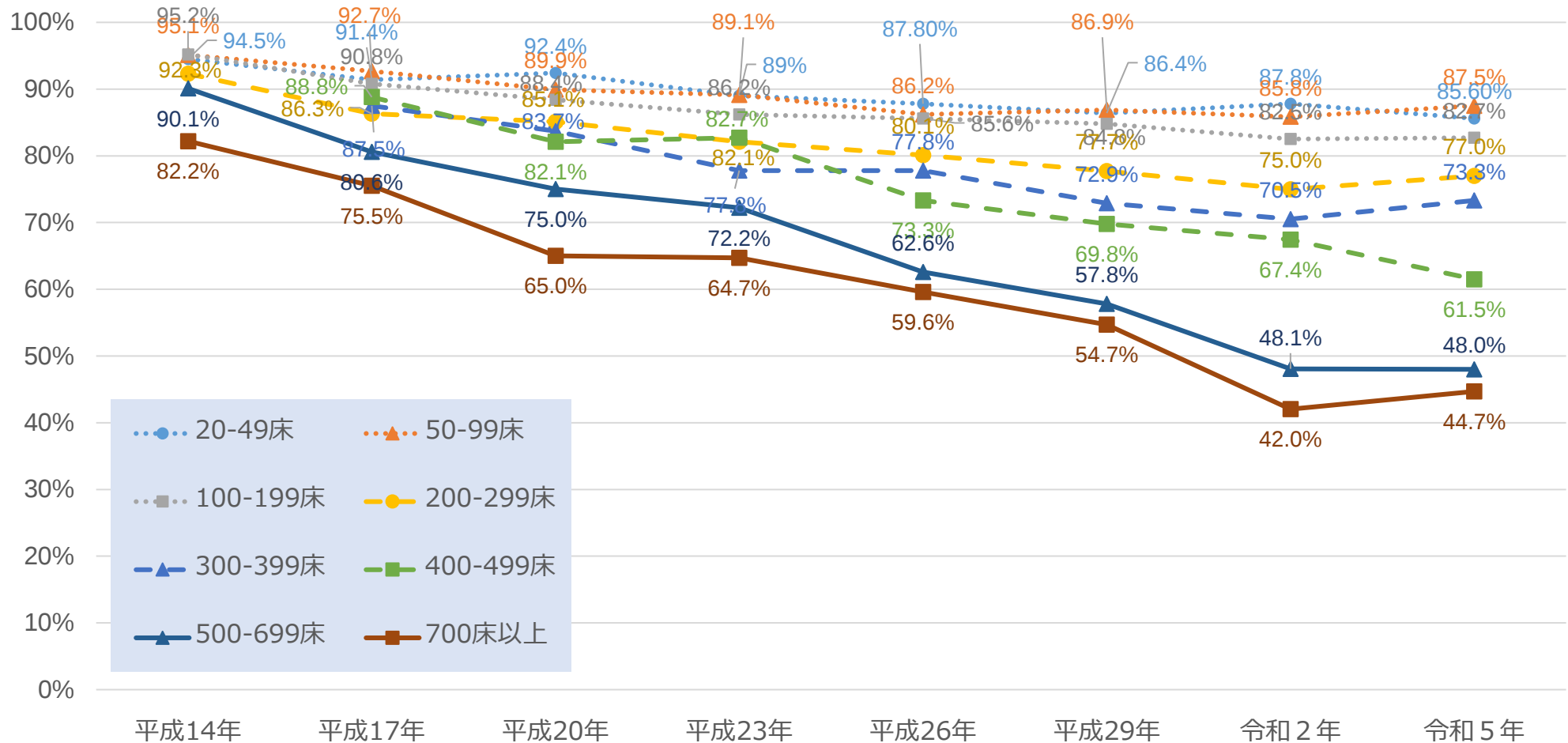
出典：患者調査をもとに医療課で作成

※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。）

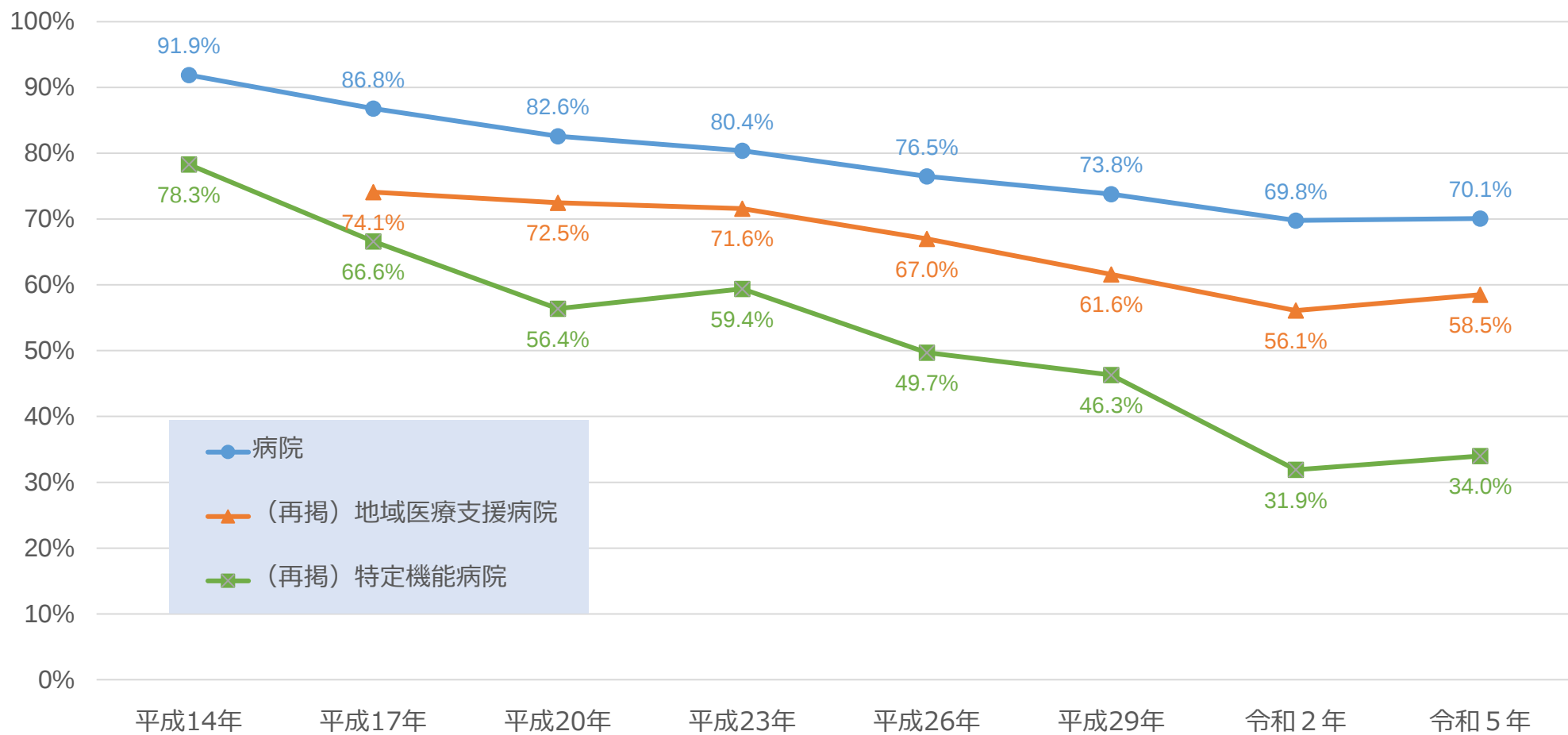
注1：平成8年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

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-3
7. 7. 16

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



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

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

紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

中医協 総-3
7. 7. 16

初診料の注2、3 216点

外来診療料の注2、3 56点

(情報通信機器を用いた初診については188点)

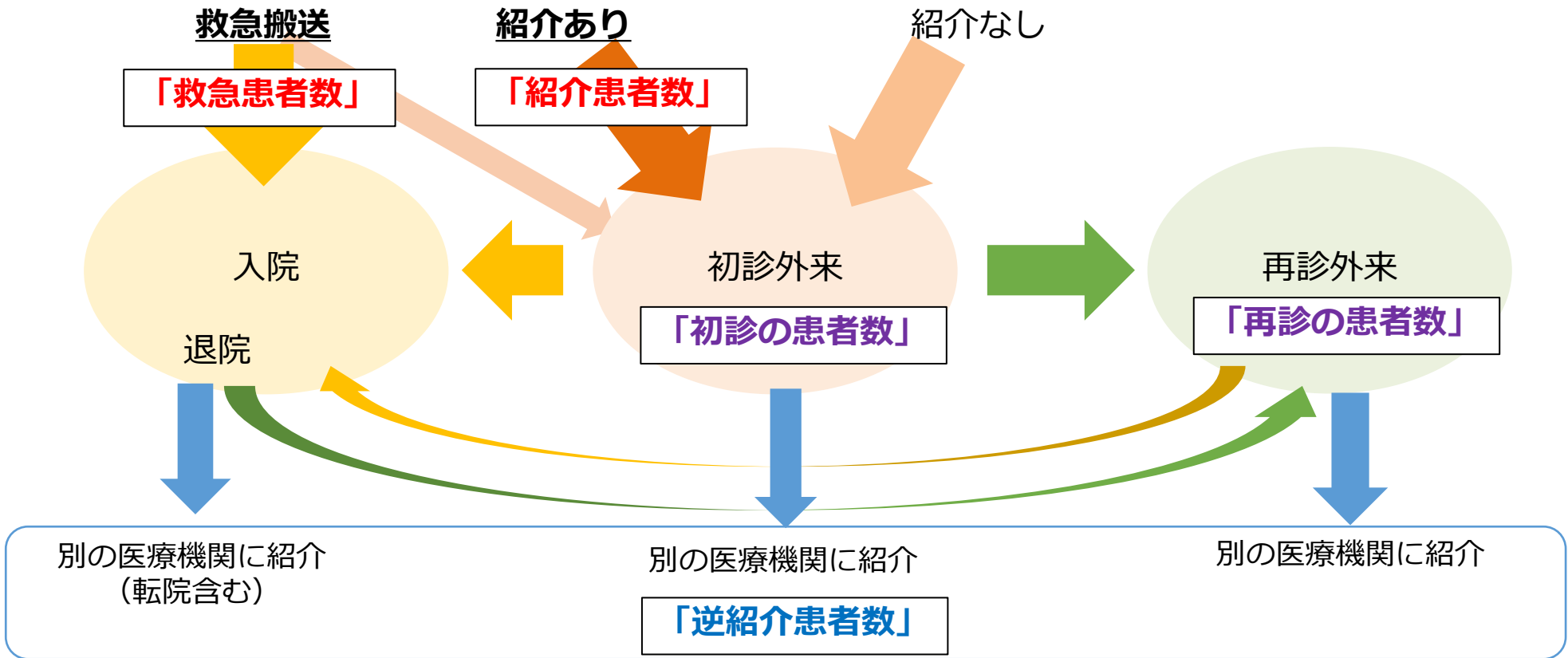
	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	・ 初診料 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者 ・ 外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者 ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	(紹介患者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

外来医療における患者の流れと、紹介・逆紹介割合（イメージ）

中医協 総-3
7. 7. 16

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

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



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

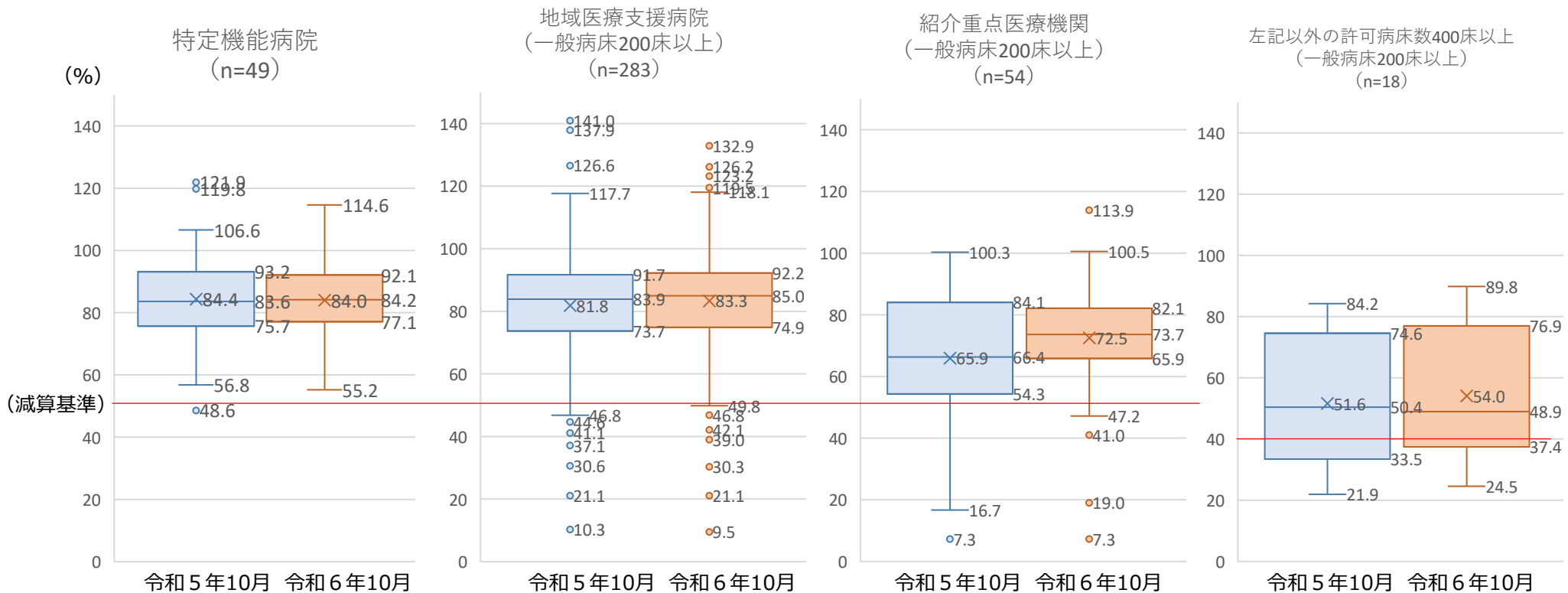
※「再診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者、「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」を算定している患者及び「転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者」を含まない。

病院区分別の紹介割合

中医協 総－ 3
7 . 7 . 1 6

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

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



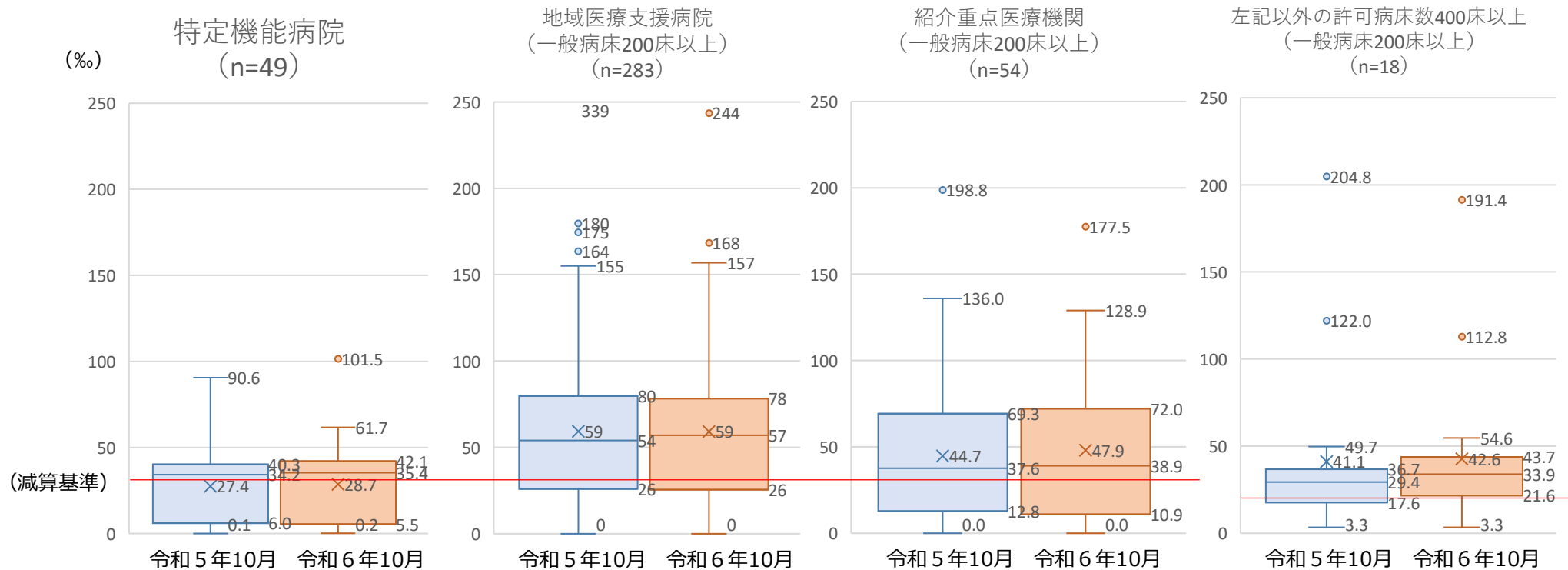
※「初診の患者数」は、救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した救急患者を含まない。

病院区分別の逆紹介割合

中医協 総-3
7. 7. 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

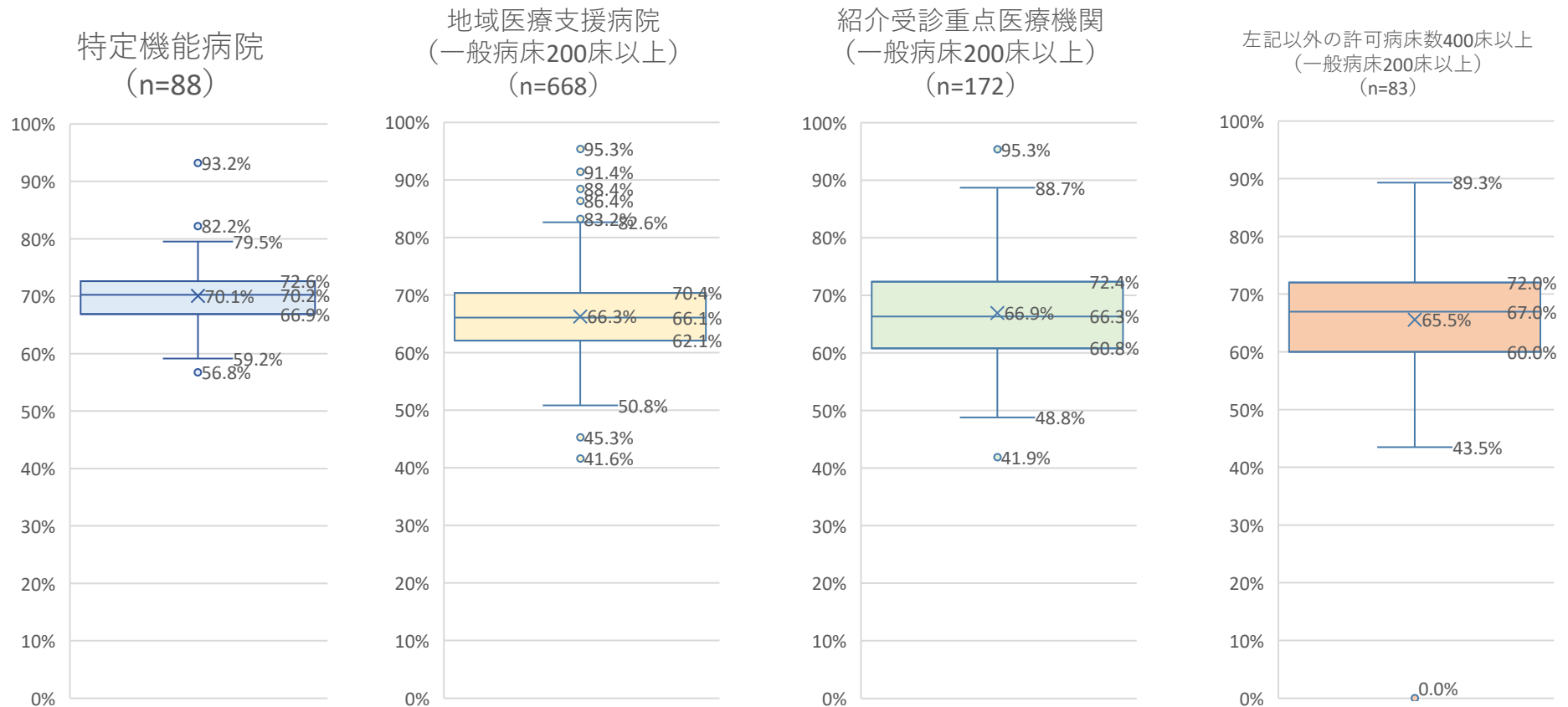
		(参考) 全受診患者に占める初診患者割合※					
		最大値	75%tile	中央値	平均値	25%tile	最小値
特定機能病院 (n=49)	令和5年10月	9.8%	6.8%	5.5%	5.9%	4.5%	2.6%
	令和6年10月	10.5%	7.0%	5.6%	6.0%	4.7%	2.8%
地域医療支援病院 (一般病床200床以上) (n=283)	令和5年10月	44.7%	12.1%	10.0%	10.9%	8.2%	3.3%
	令和6年10月	39.7%	12.0%	9.9%	10.7%	8.2%	3.5%
紹介重点医療機関 (一般病床200床以上) (n=54)	令和5年10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



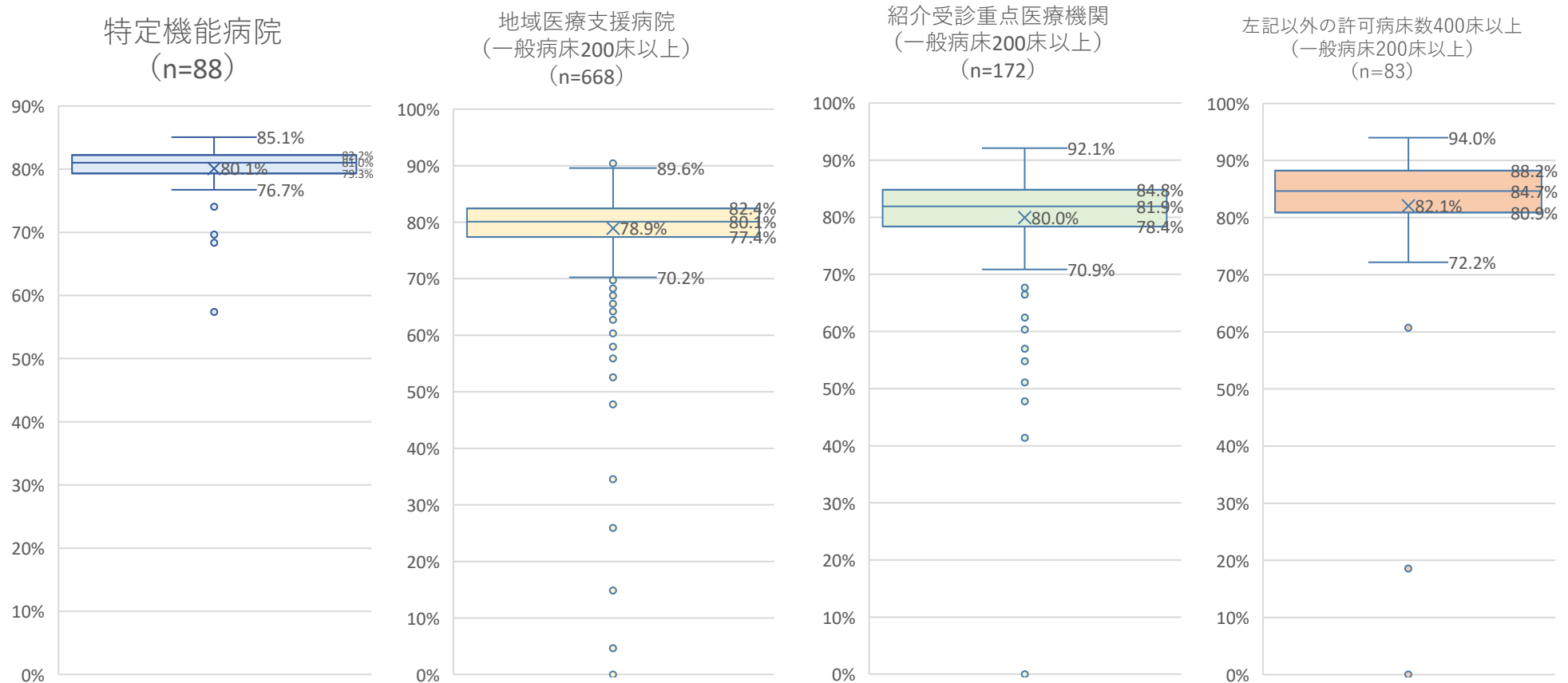
出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

※（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



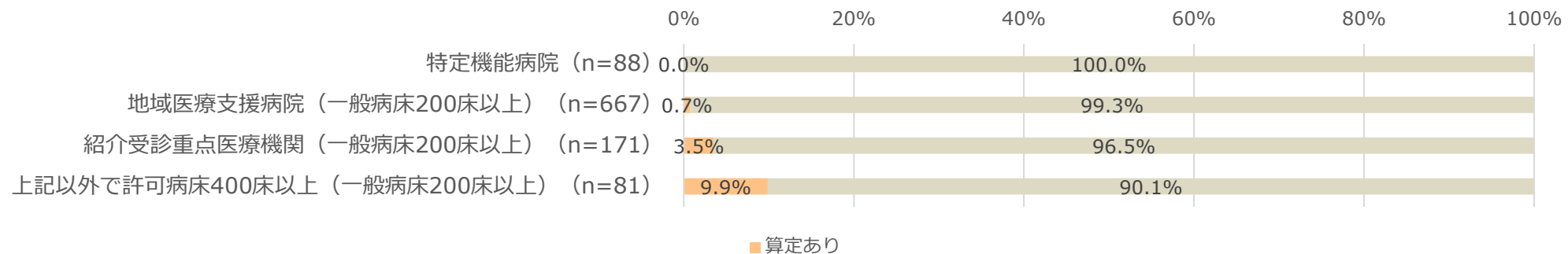
出典：NDBデータ（令和6年3月診療分）

※（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

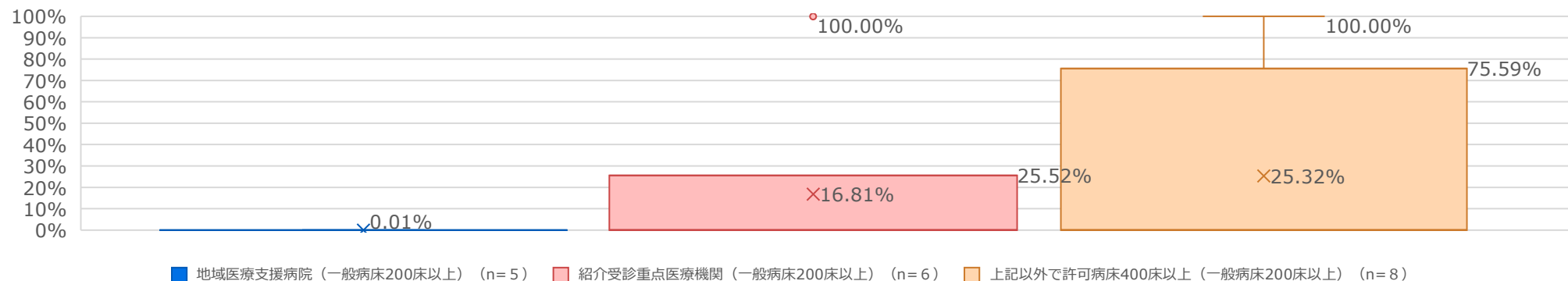
紹介割合・逆紹介割合による外来診療料減算の算定回数

- 外来診療料の注2、3減算（紹介・逆紹介割合の基準を下回る病院において「当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者」に該当した患者が対象）の算定が1回以上あった病院の割合は、いずれの区分においても10%未満であり、特定機能病院においては0%であった。
- 外来診療料の注2、3減算の算定が1回以上あった病院における、全外来診療料の算定回数に占める注2・3減算の算定回数の割合は、「地域医療支援病院」で低く、「その他の病院」区分では比較的高い傾向があった。

注2・3減算の算定回数が1回以上あった病院の割合



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



逆紹介の申出を行った患者等の割合

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

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

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

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

※令和6年4月1日から令和7年3月31日までの期間における患者数から算出

特定機能病院における外来診療料算定患者の主傷病名

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

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	外来診療料算定患者の全算定回数		2,223,803	100
再掲	悪性腫瘍		390,404	17.56
	指定難病		93,518	4.21
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		348,999	15.69
1	前立腺癌	C61	31,260	1.41
2	2型糖尿病	E11	28,816	1.3
3	糖尿病	E14	27,910	1.26
4	関節リウマチ	M0690	21,499	0.97
5	乳癌	C509	18,503	0.83
6	高血圧症	I10	16,018	0.72
7	うつ病	F329	15,895	0.71
8	気管支喘息	J459	12,381	0.56
9	腰部脊柱管狭窄症	M4806	11,680	0.53
10	統合失調症	F209	11,500	0.52
11	胃癌	C169	11,128	0.5
12	乳房上外側部乳癌	C504	11,014	0.5
13	鉄欠乏性貧血	D509	10,878	0.49
14	てんかん	G409	10,523	0.47
15	アトピー性皮膚炎	L209	10,469	0.47
16	大腸ポリープ	K635	10,343	0.47
17	上葉肺癌	C341	9,999	0.45
18	前立腺肥大症	N40	9,784	0.44
19	全身性エリテマトーデス	M329	9,759	0.44
20	変形性膝関節症	M171	9,717	0.44
21	便秘症	K590	9,002	0.4
22	間質性肺炎	J849	8,884	0.4
23	直腸癌	C20	8,855	0.4
24	肝細胞癌	C220	8,846	0.4

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

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

地域医療支援病院等における外来診療料算定患者の主傷病名

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

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	外来診療料算定患者の全算定回数		2,223,803	100
再掲	悪性腫瘍		1,206,483	14.17
	指定難病		199,367	2.34
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		1,285,044	15.09
1	前立腺癌	C61	138,831	1.63
2	2型糖尿病	E11	124,287	1.46
3	糖尿病	E14	115,027	1.35
4	高血圧症	I10	98,610	1.16
5	慢性腎不全	N189	82,282	0.97
6	前立腺肥大症	N40	73,208	0.86
7	乳癌	C509	68,098	0.8
8	大腸ポリープ	K635	64,780	0.76
9	関節リウマチ	M0690	63,480	0.75
10	腰部脊柱管狭窄症	M4806	60,916	0.72
11	気管支喘息	J459	60,344	0.71
12	胃癌	C169	59,866	0.7
13	末期腎不全	N185	57,305	0.67
14	変形性膝関節症	M171	53,340	0.63
15	狭心症	I209	46,553	0.55
16	鉄欠乏性貧血	D509	45,391	0.53
17	大腸癌	C189	44,007	0.52
18	便秘症	K590	43,449	0.51
19	うっ血性心不全	I500	40,730	0.48
20	てんかん	G409	38,707	0.45
21	アレルギー性鼻炎	J304	38,163	0.45
22	骨粗鬆症	M8199	36,351	0.43
23	直腸癌	C20	35,691	0.42
24	COVID-19	U071	35,527	0.42

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

地域医療支援病院等における外来診療料減算患者の主傷病名

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

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	外来診療料注2・3減算の全算定回数		6,226	100.00
再掲	悪性腫瘍		940	15.10
	指定難病		157	2.52
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		610	9.80
1	前立腺肥大症	N40	231	3.71
2	乳癌	C509	167	2.68
3	遠視性乱視	H522	153	2.46
4	関節リウマチ	M0690	150	2.41
5	気管支喘息	J459	134	2.15
6	感音難聴	H905	114	1.83
7	術後乳癌	C509	104	1.67
8	アトピー性皮膚炎	L209	102	1.64
9	近視性乱視	H522	100	1.61
10	子宮筋腫	D259	86	1.38
11	前立腺癌	C61	84	1.35
12	COVID-19	U071	81	1.30
12	糖尿病	E14	81	1.30
14	慢性副鼻腔炎	J329	80	1.28
15	突発性難聴	H912	67	1.08
16	子宮腔部びらん	N86	62	1.00
17	本態性高血圧症	I10	60	0.96
18	高血圧症	I10	51	0.82
19	間質性肺炎	J849	48	0.77
19	肺癌	C349	48	0.77
21	大腸ポリープ	K635	46	0.74
21	末期腎不全	N185	46	0.74
21	神経因性膀胱	N319	46	0.74
24	胸部異常陰影	R91	45	0.72

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

その他の大病院における外来診療料算定患者の主傷病名

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

No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度 7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	外来診療料算定患者の全算定回数		2,223,803	100
再掲	悪性腫瘍		107,459	14.52
	指定難病		12,317	1.66
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		97,663	13.2
1	高血圧症	I10	15,223	2.06
2	2型糖尿病	E11	12,590	1.7
3	前立腺癌	C61	12,058	1.63
4	糖尿病	E14	9,614	1.3
5	慢性腎不全	N189	8,339	1.13
6	前立腺肥大症	N40	7,461	1.01
7	腰部脊柱管狭窄症	M4806	7,129	0.96
8	乳癌	C509	7,126	0.96
9	変形性膝関節症	M171	6,962	0.94
10	大腸ポリープ	K635	5,827	0.79
11	気管支喘息	J459	5,295	0.72
12	末期腎不全	N185	5,233	0.71
13	胃癌	C169	5,191	0.7
14	関節リウマチ	M0690	4,945	0.67
15	てんかん	G409	4,482	0.61
16	骨粗鬆症	M8199	4,310	0.58
17	アレルギー性鼻炎	J304	4,139	0.56
18	大腸癌	C189	4,040	0.55
19	緑内障	H409	4,038	0.55
20	便秘症	K590	3,948	0.53
21	睡眠時無呼吸症候群	G473	3,843	0.52
22	うつ病	F329	3,749	0.51
23	COVID-19	U071	3,588	0.48
24	統合失調症	F209	3,532	0.48

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

その他の大病院における外来診療料減算患者の主傷病名

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

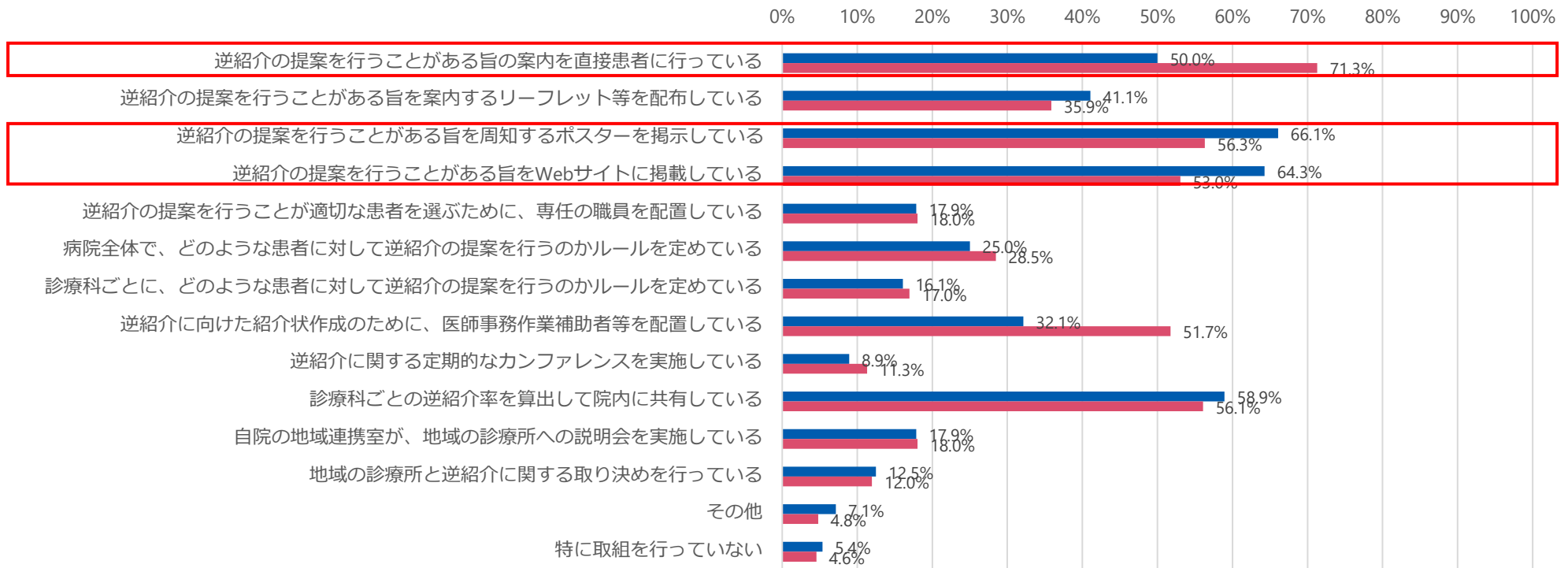
No.	傷病名基本名称	ICD10	令和6年度	
			7月診療月	
			回数	構成比(%)
計	外来診療料注2・3減算の全算定回数		2,265	100.00
再掲	悪性腫瘍		23	1.02
	指定難病		69	3.05
	小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）		326	14.39
1	高血圧症	I10	231	10.20
2	睡眠時無呼吸症候群	G473	121	5.34
3	2型糖尿病	E11	100	4.42
4	脳性麻痺	G809	99	4.37
5	骨粗鬆症	M8199	53	2.34
6	脳梗塞	I639	41	1.81
7	慢性腰痛症	M5456	40	1.77
8	脂質異常症	E785	39	1.72
9	慢性閉塞性肺疾患	J449	34	1.50
10	高脂血症	E785	33	1.46
11	腰痛症	M5456	26	1.15
12	糖尿病	E14	24	1.06
13	気管支喘息	J459	23	1.02
13	腰部脊柱管狭窄症	M4806	23	1.02
15	脳出血	I619	22	0.97
16	ダウン症候群	Q909	21	0.93
16	変形性膝関節症	M171	21	0.93
18	被殻出血	I610	20	0.88
18	アレルギー性鼻炎	J304	20	0.88

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

診療所等への逆紹介に関する取組

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

診療所等への逆紹介に関する取組

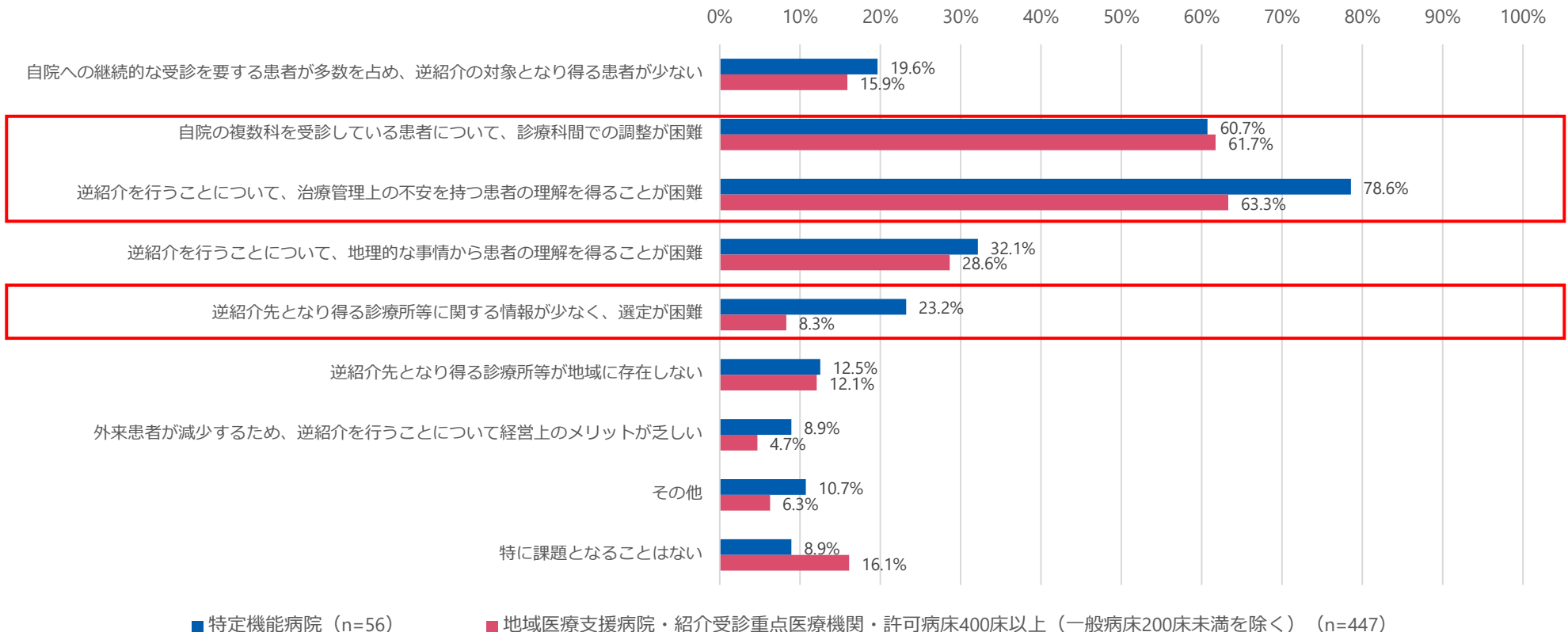


■ 特定機能病院 (n=56) ■ 地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く) (n=460)

再診患者の逆紹介を行う上での課題

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

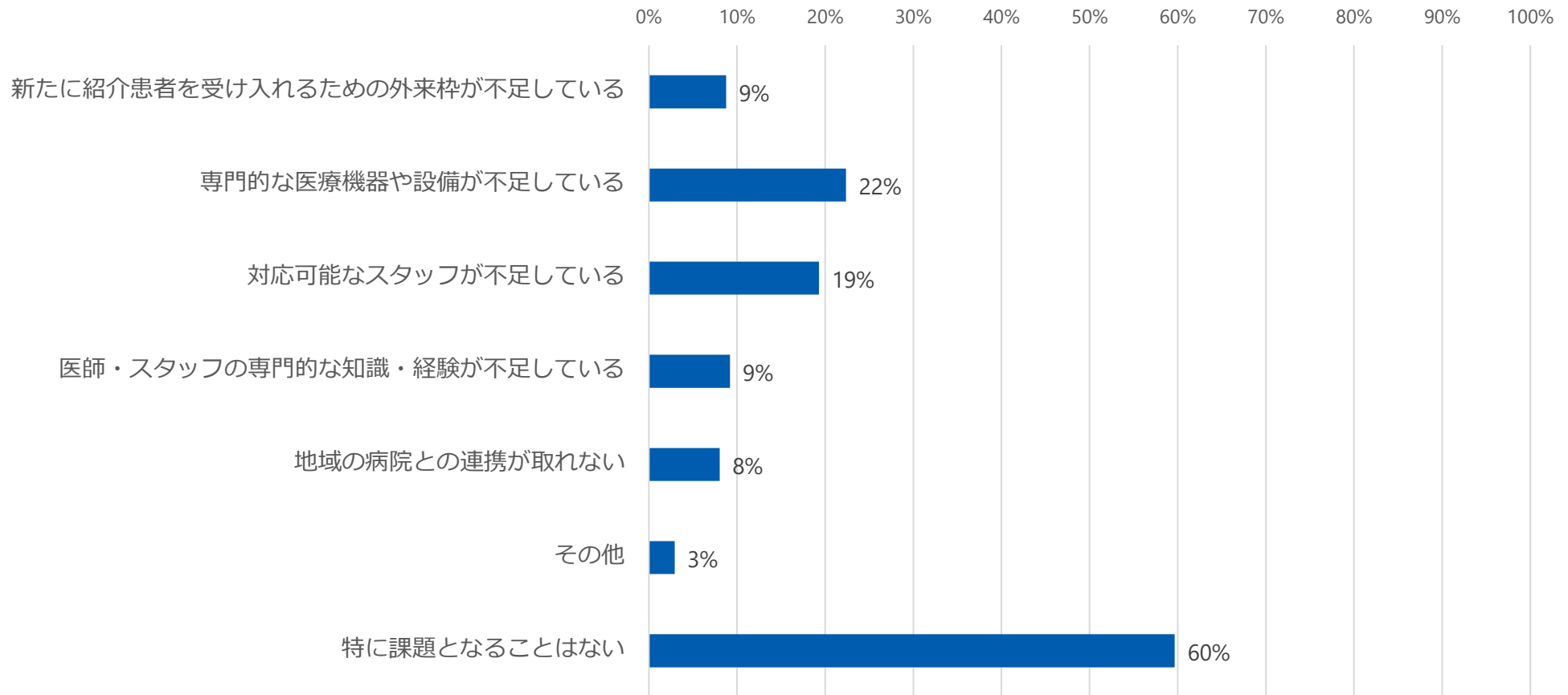
再診患者の逆紹介を行う上での課題



診療所における病院からの紹介患者受入の課題

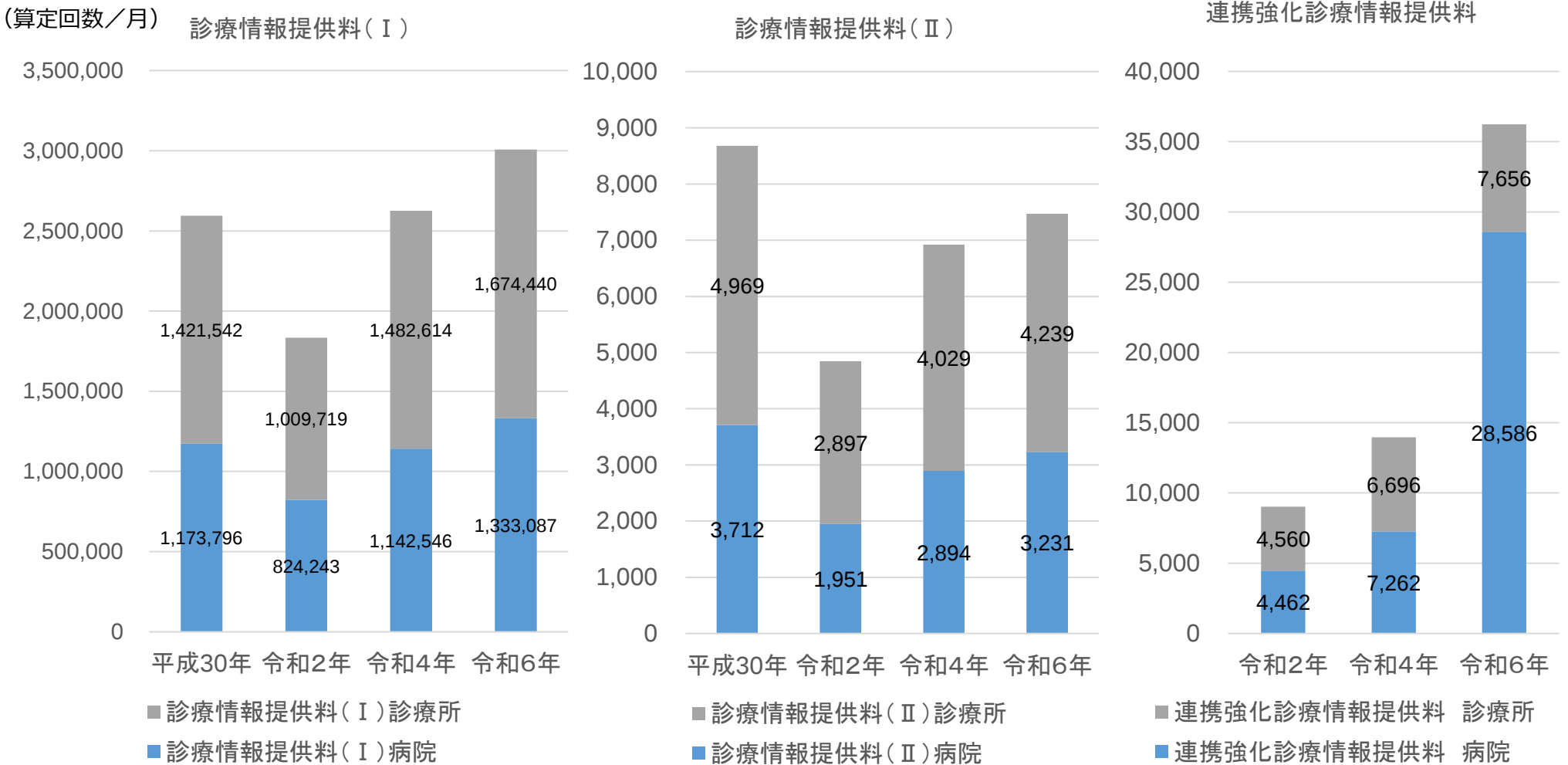
- 診療所に対して、「病院からの紹介患者を受け入れる上での課題」について聞いたところ、「特に課題となることはない」が最も多く、次いで「専門的な医療機器や設備が不足している」「対応可能なスタッフが不足している」が多かった。

病院からの紹介患者を受け入れるうえでの課題(n=684)



診療情報提供料の算定回数

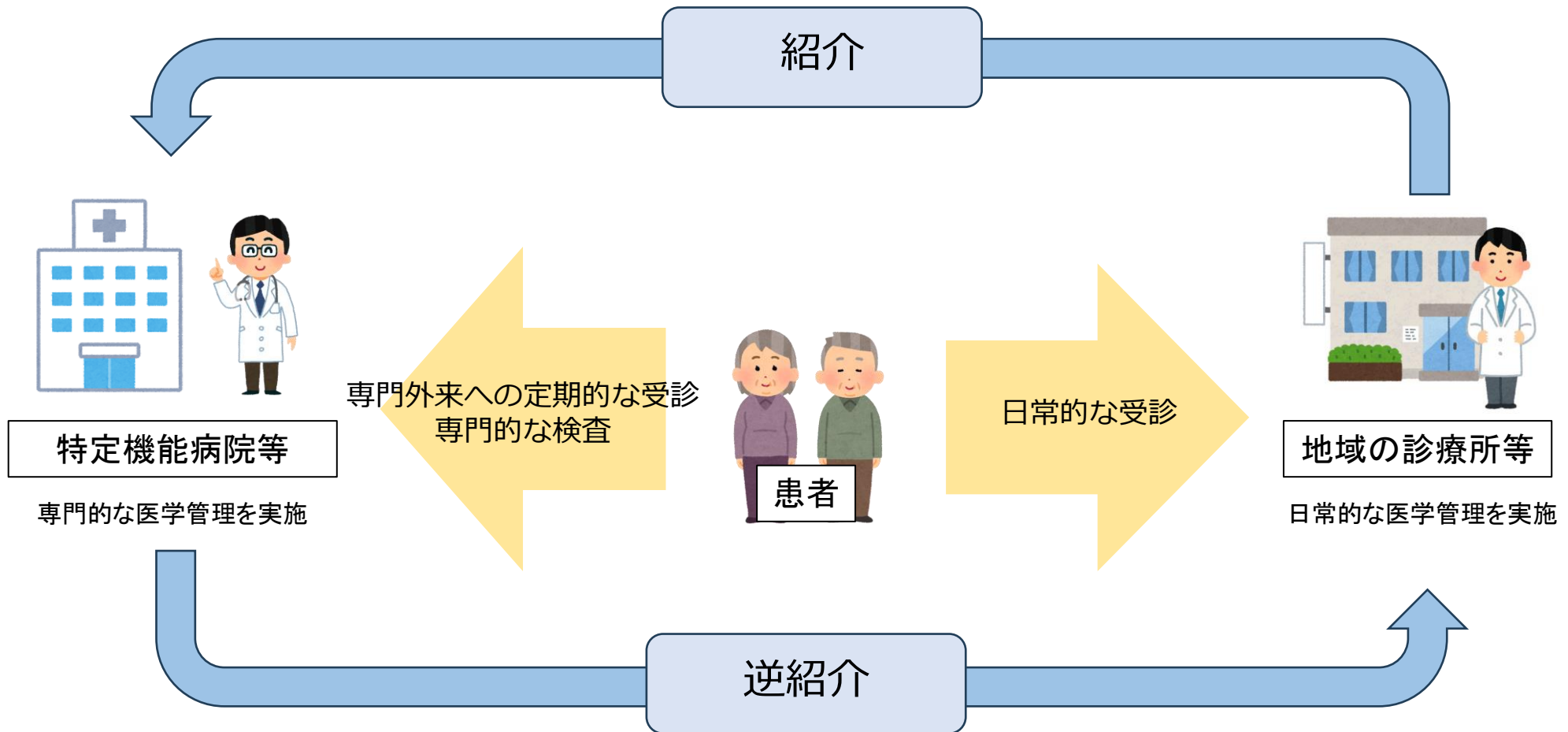
- 診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。特に、「連携強化情報提供料」は、令和6年に算定回数が大きく増加した。



※令和2年は「診療情報提供料(Ⅲ)」

(参考) いわゆる「2人主治医制」による疾患の継続管理

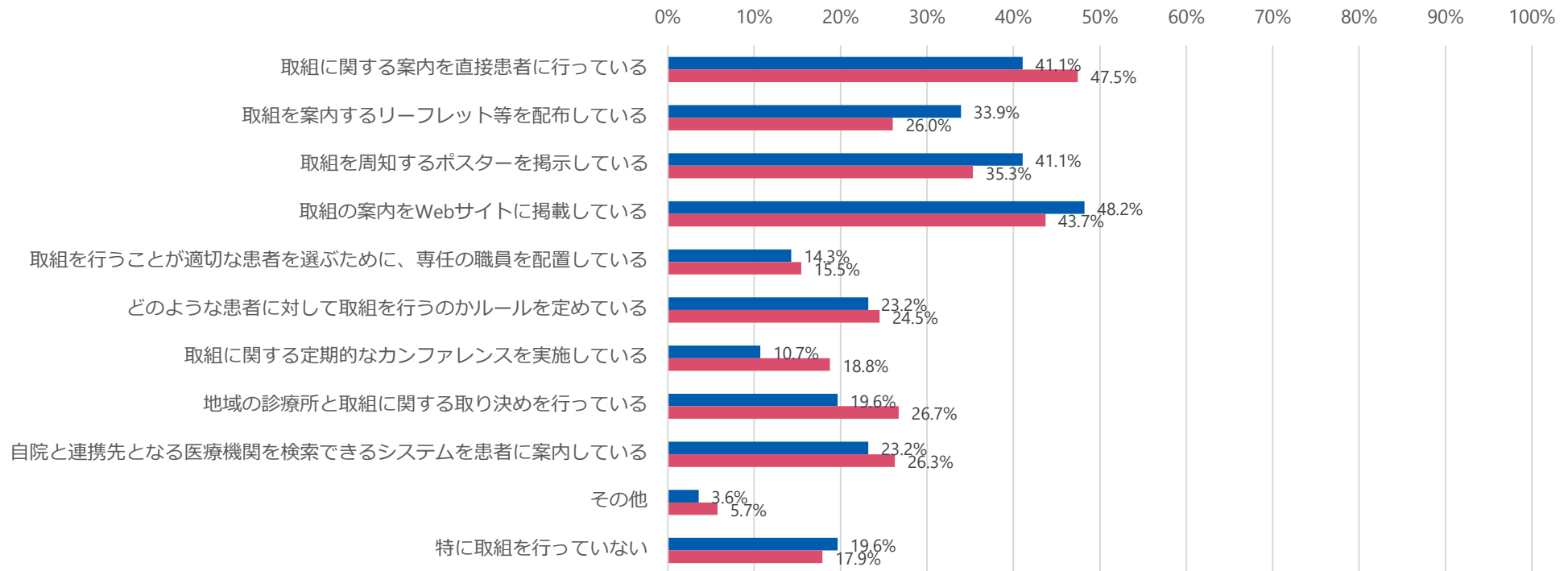
- 1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う、いわゆる「2人主治医制」を実施することについて、患者に周知している事例がある。



病院の専門医師と地域のかかりつけ医師との連携（病院）

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

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



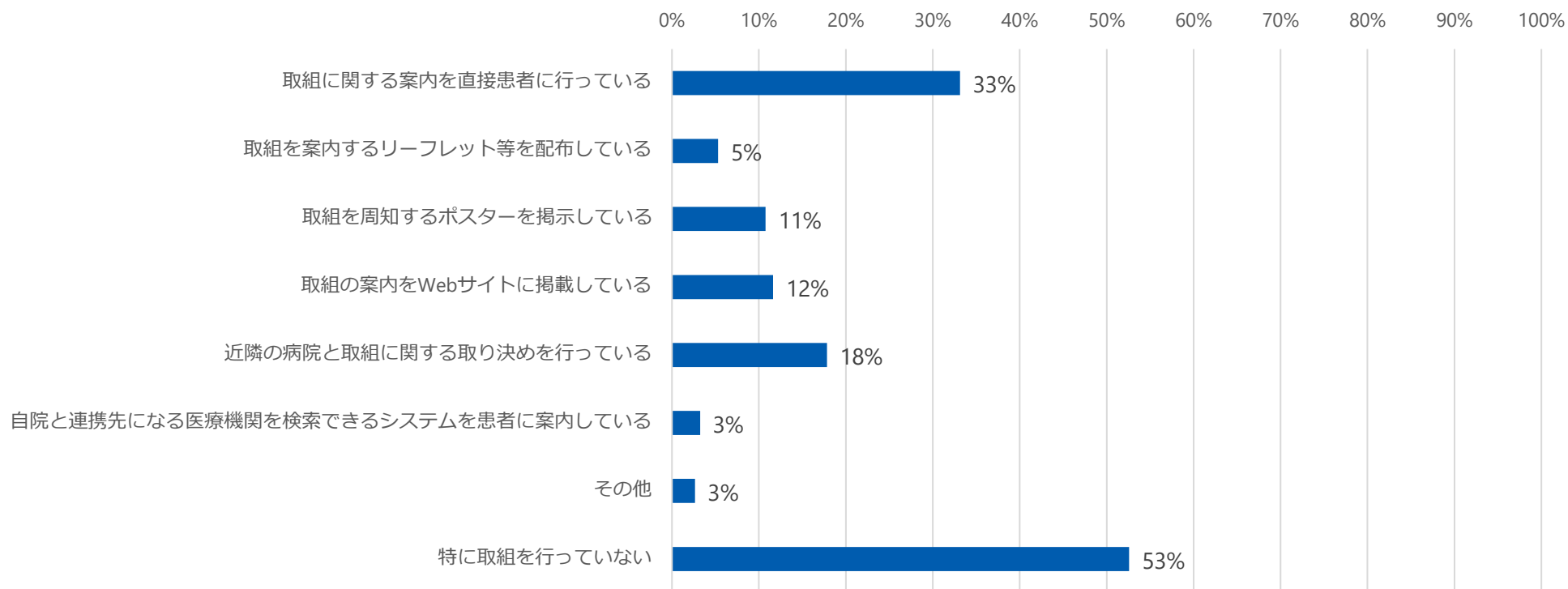
■ 特定機能病院（n=56） ■ 地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関・許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）（n=453）

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師との連携（診療所）

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

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

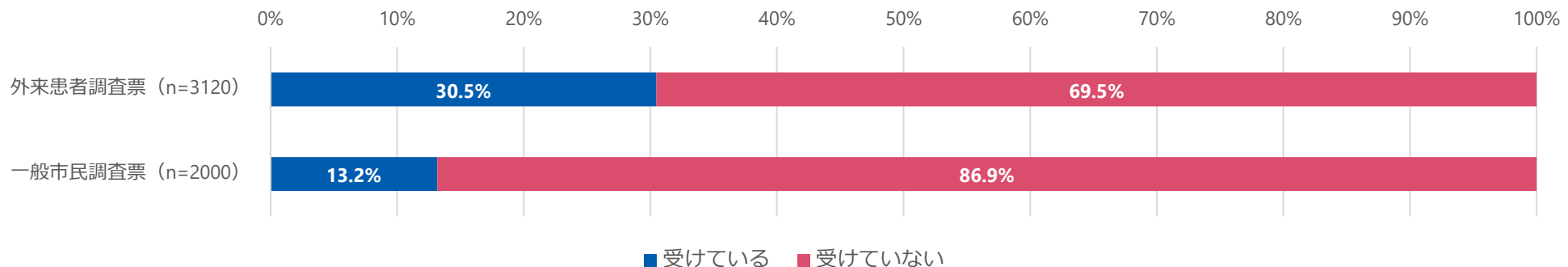
(n=679)



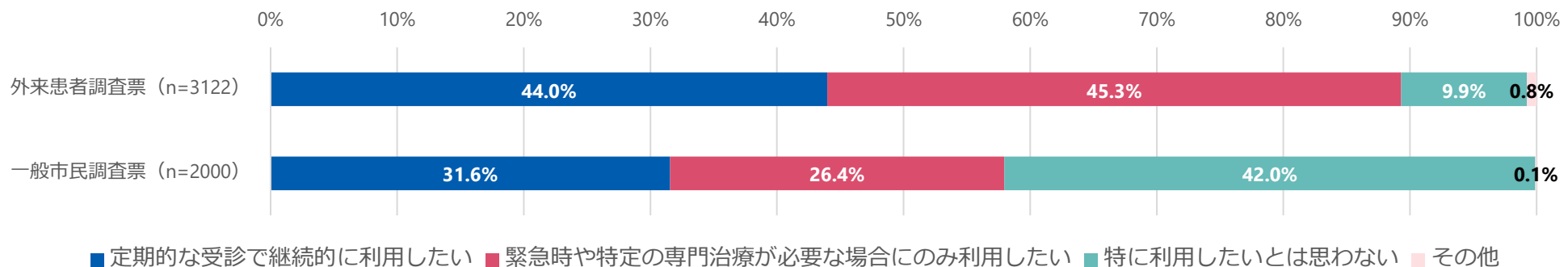
病院の専門医師と地域のかかりつけ医師との連携（患者意向）

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

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

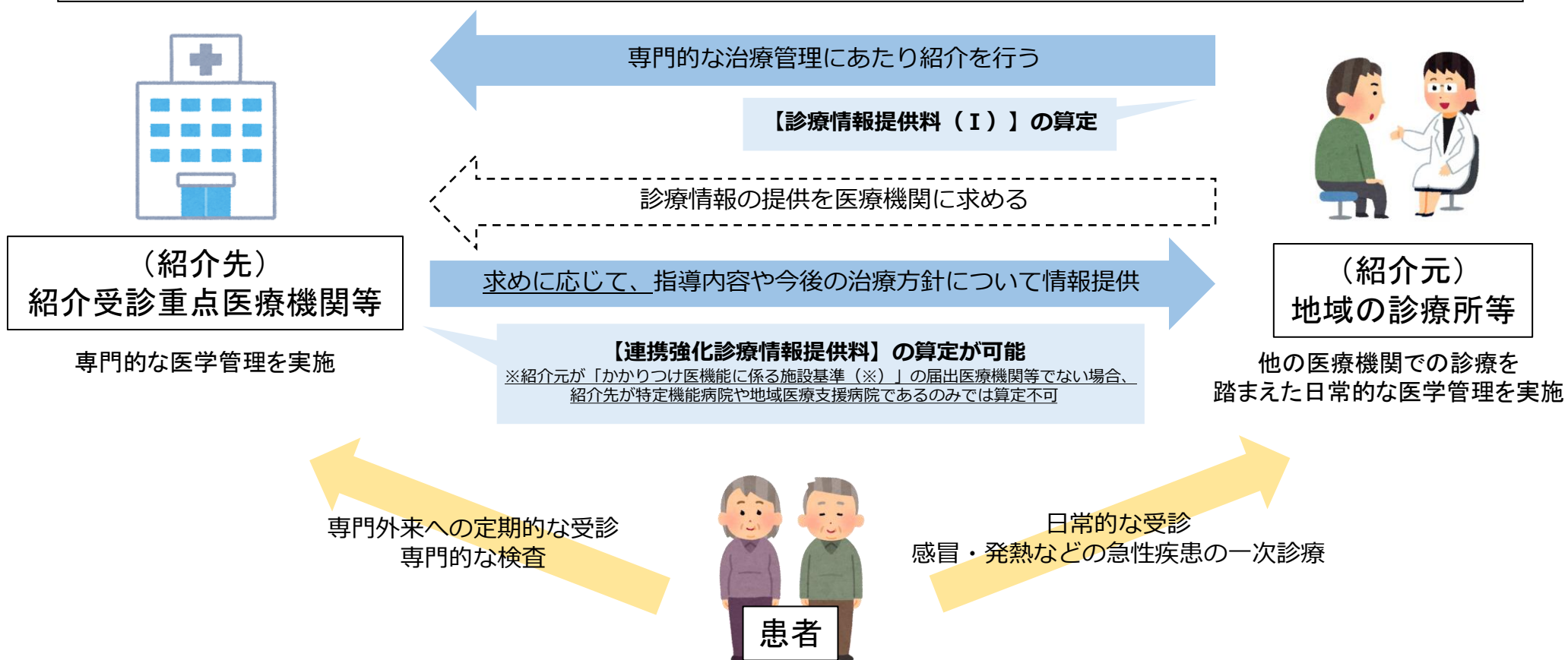


病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組について、ご自身の考えに近いもの



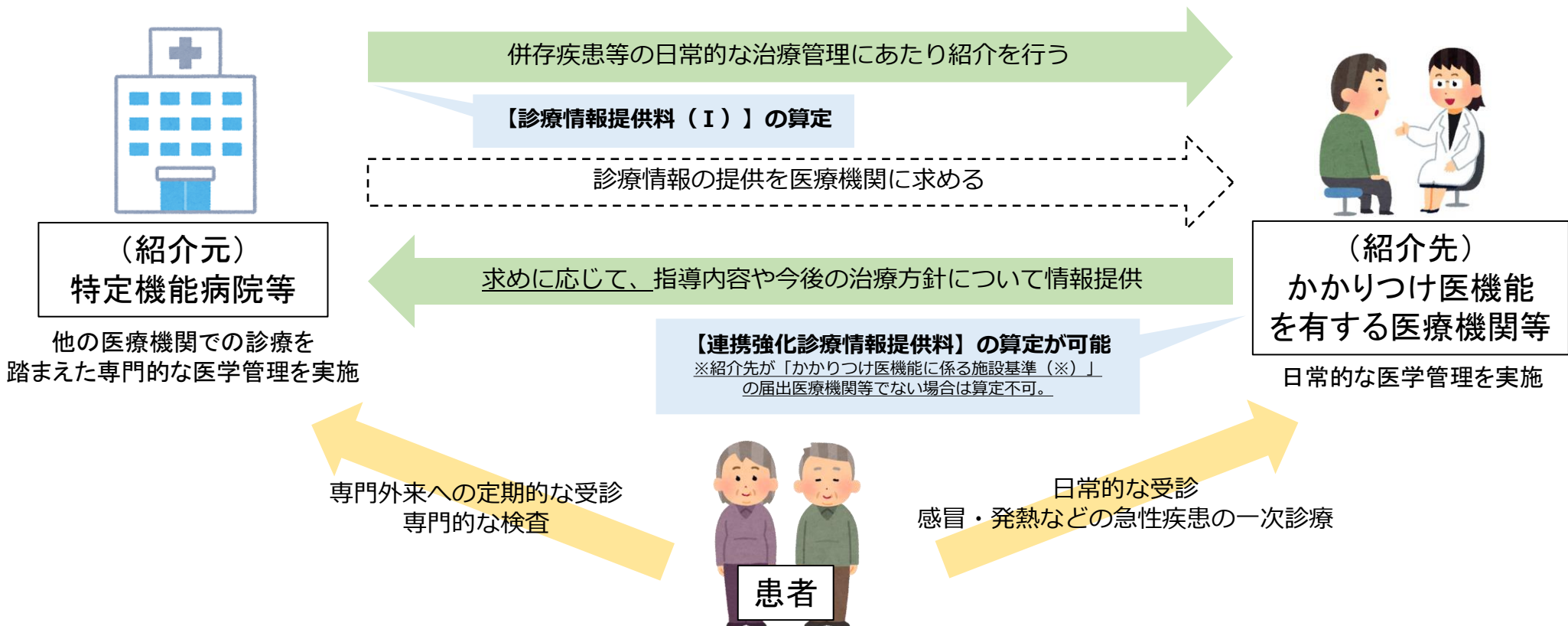
外来機能に応じた医療機関連携の具体例（1）

- 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。



外来機能に応じた医療機関連携の具体例（2）

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



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

0. 調査概要

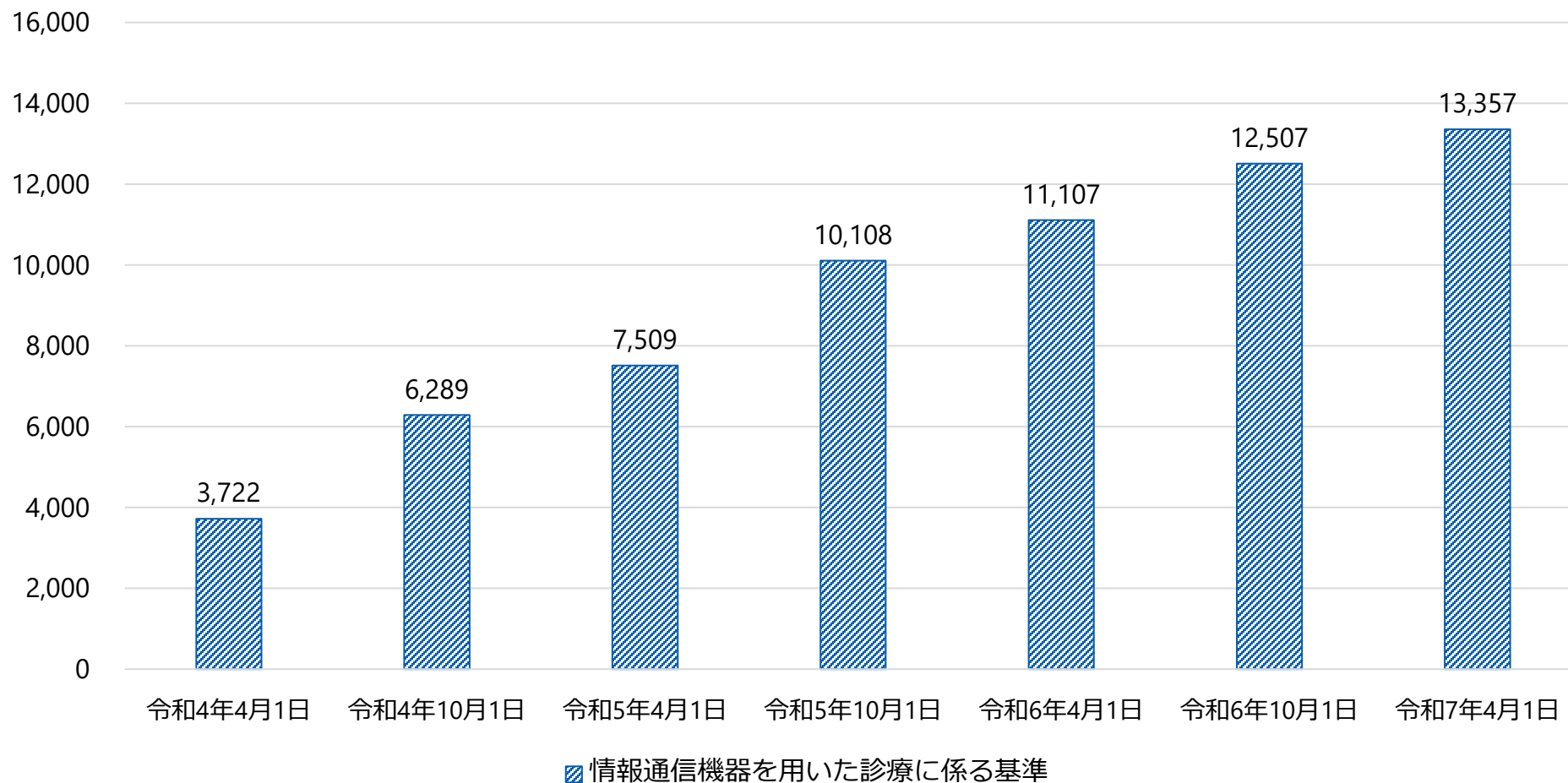
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個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

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

診調組 入-1
7. 6. 19

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

(届出医療機関数)



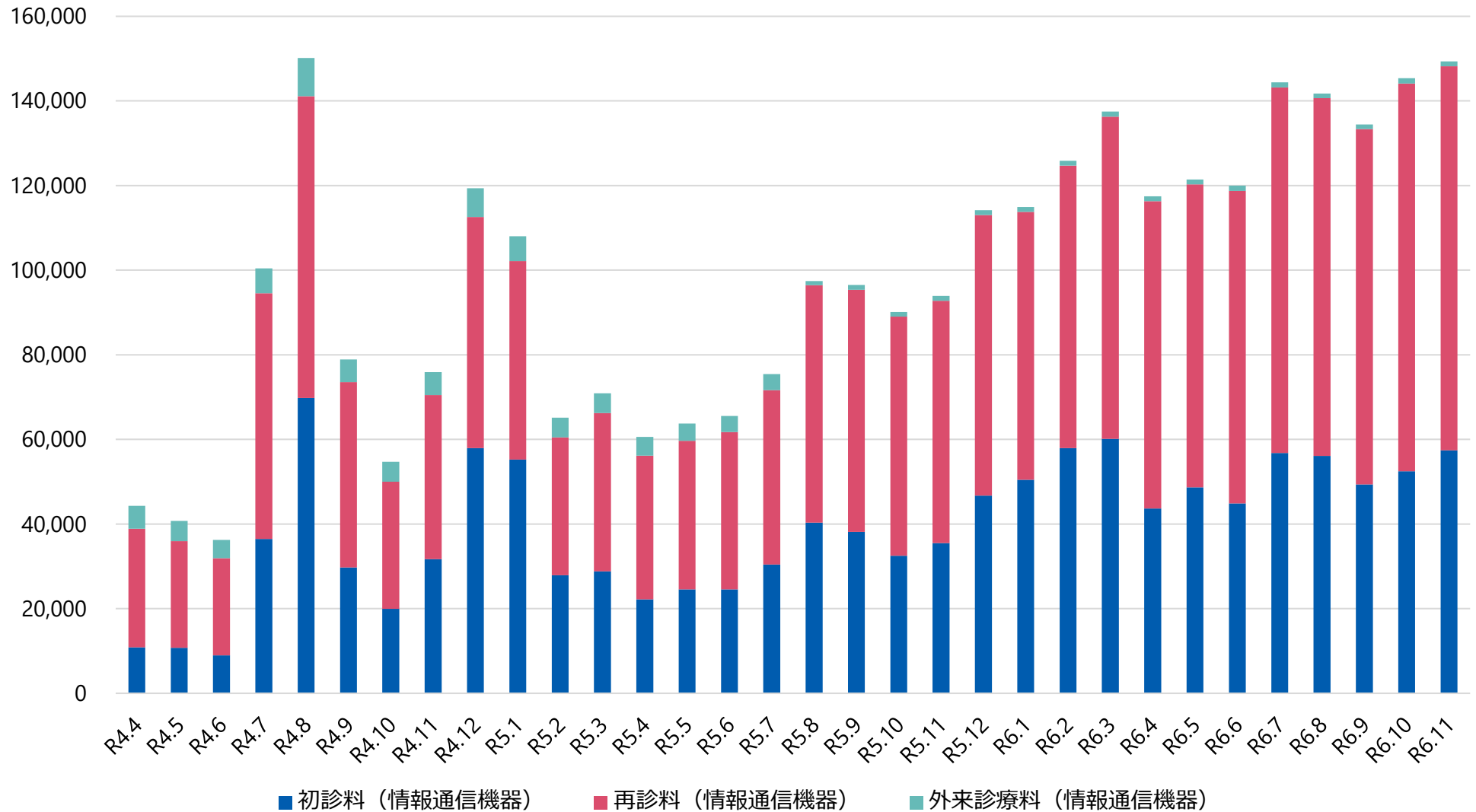
出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

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

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

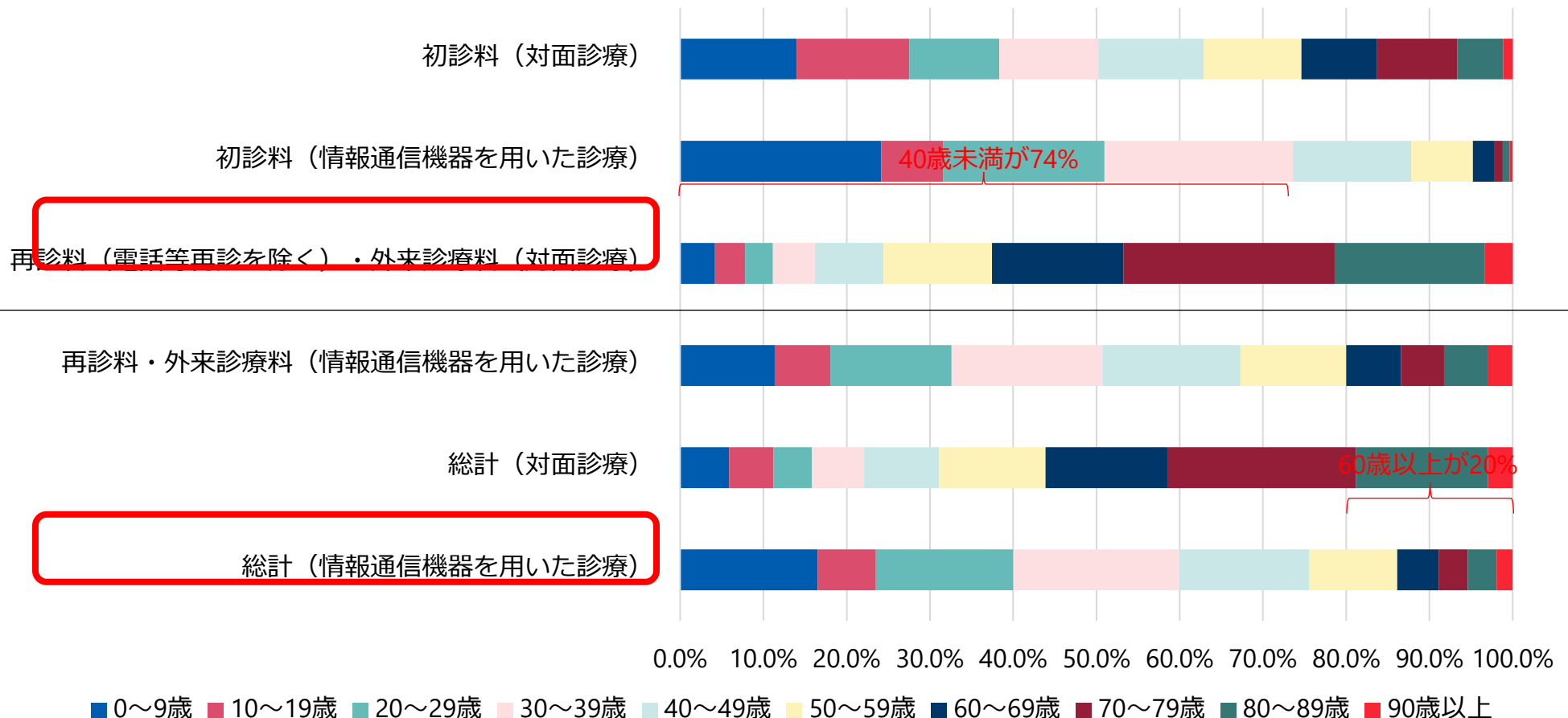
○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数（年齢分布）

診調組 入-1
7. 6. 19

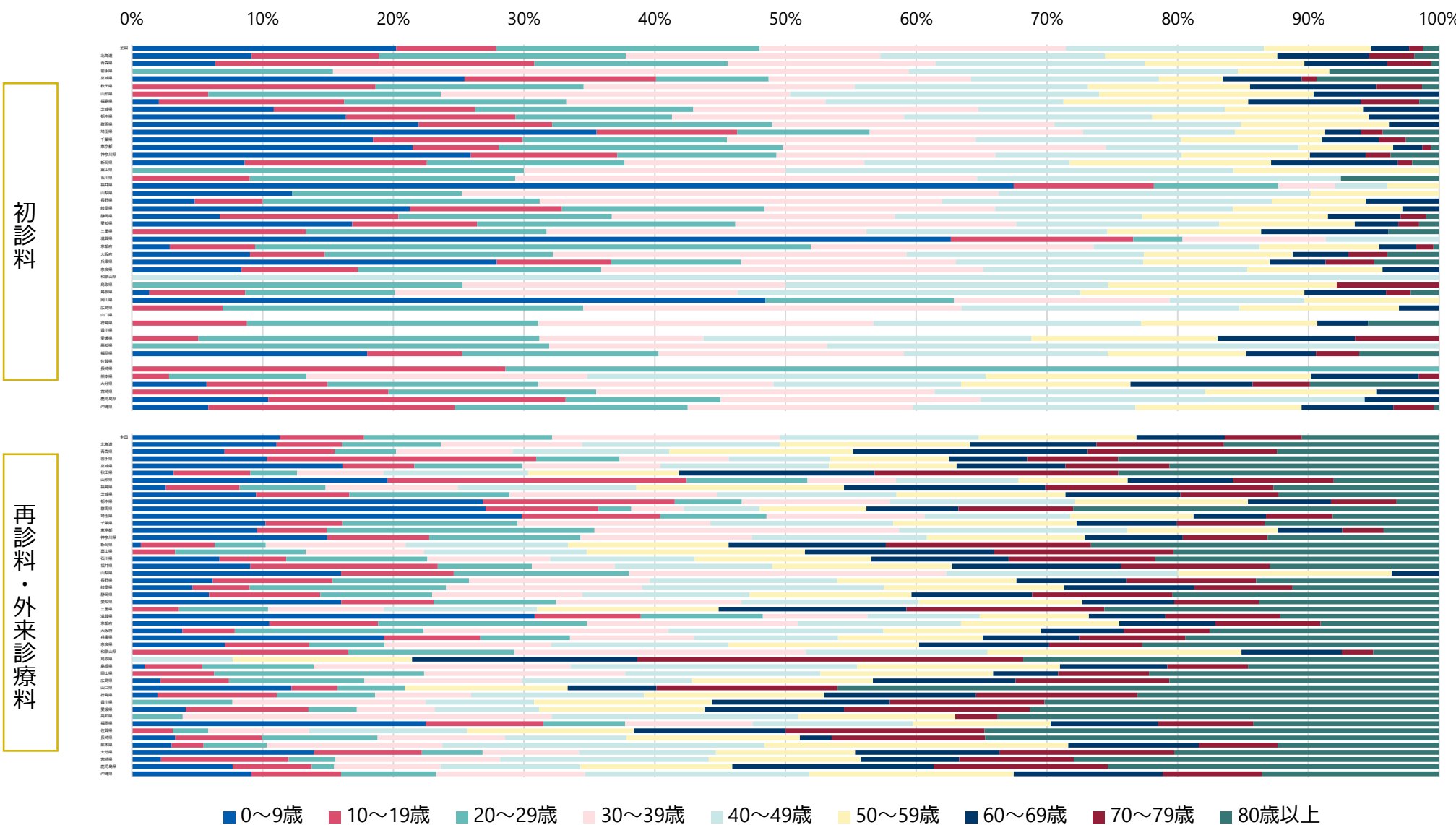
- 情報通信機器を用いた初診料の年齢構成について、対面診療では40歳未満の割合が50%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は74%となっている。
- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療の年齢構成について、対面診療では60歳以上の割合が63%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は20%となっている。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数の年齢分布（医療機関住所地）

診療組 入-1
7. 6. 19

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



情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

診療組 入-1
7. 6. 19

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

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

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

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

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診療組 入-1
7. 6. 19

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

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

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

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

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

診調組 入-1
7. 6. 19

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

（医療機関数）



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

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割)

診調組 入-1
7. 6. 19

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

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

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

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

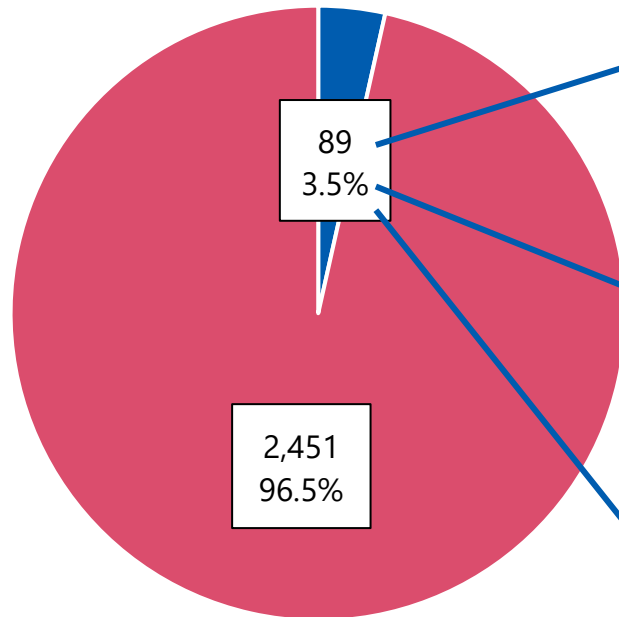
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

オンライン診療の受診状況（患者調査）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

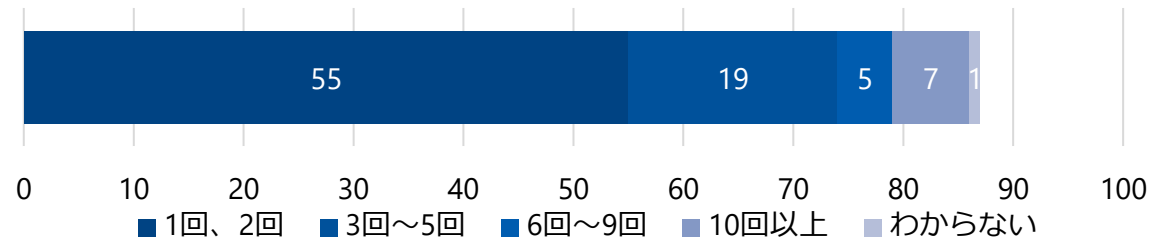
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,540)



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

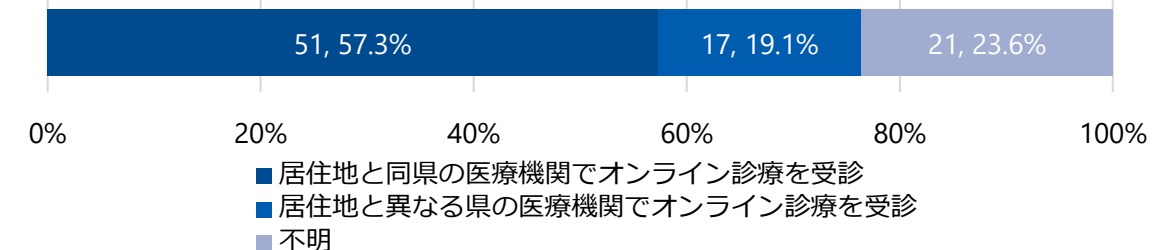
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)

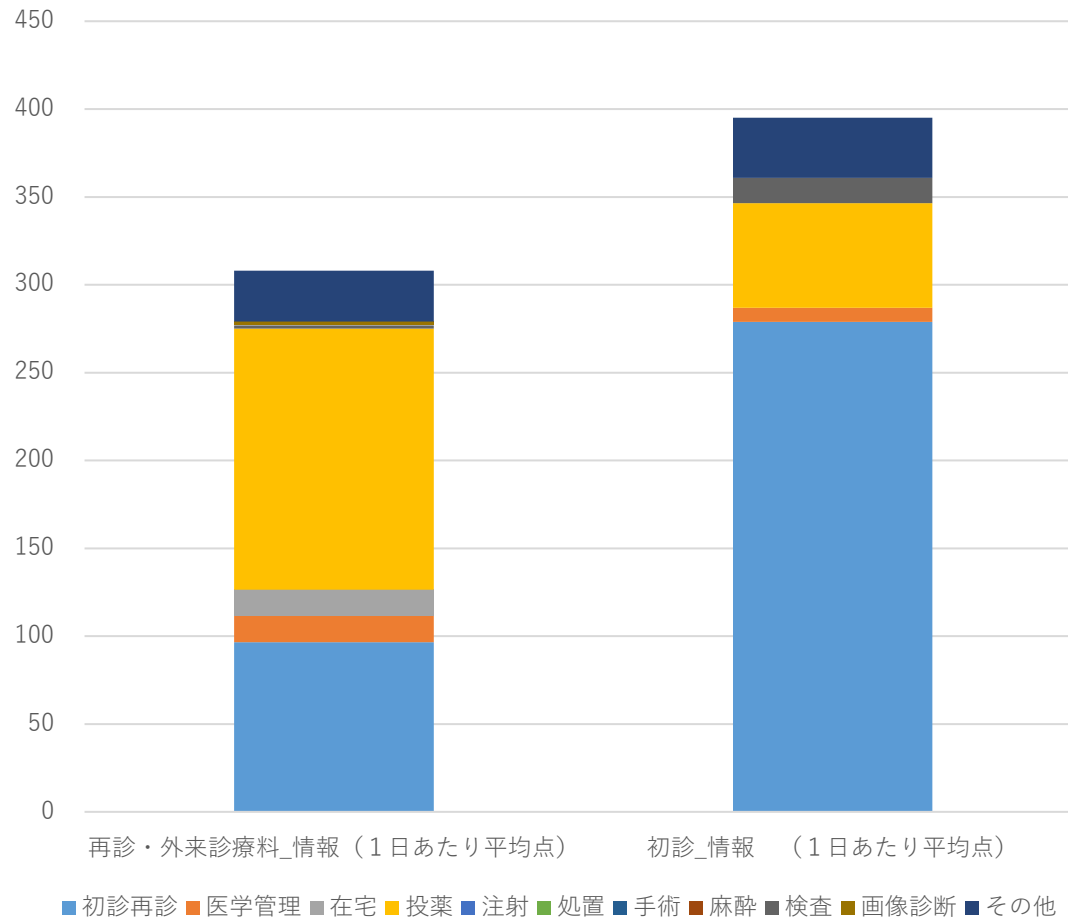


不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

中医協 総 - 4
5. 11. 8

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

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



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

再診・外来診療料

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

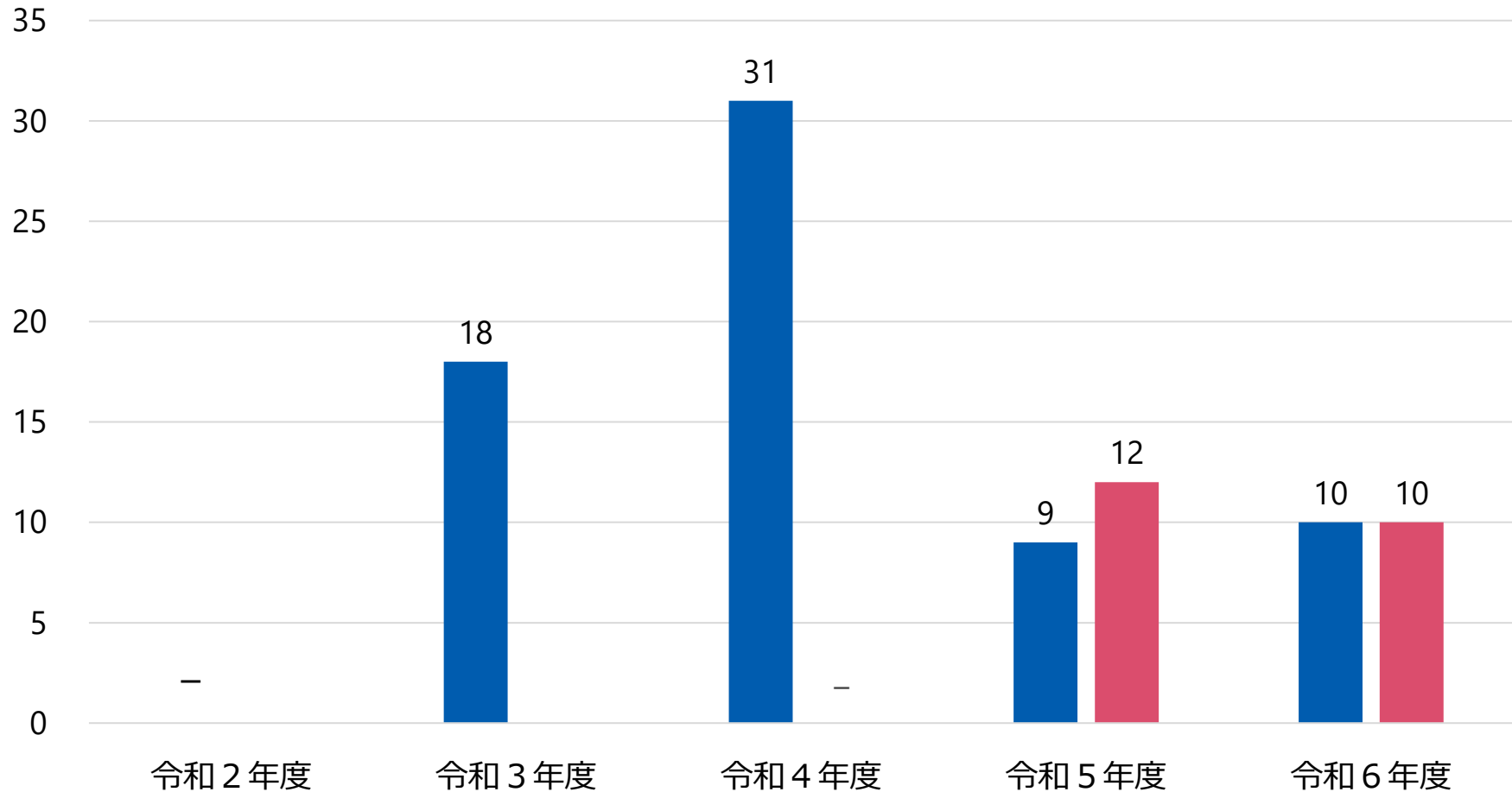
初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

遠隔連携診療料の算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

○ 遠隔連携診療料の算定回数は以下のとおり。



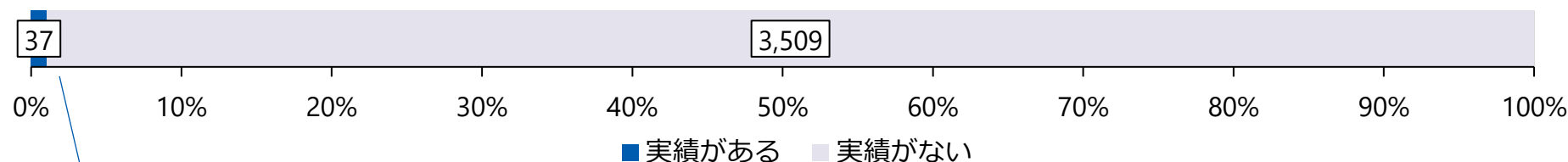
■ 遠隔連携診療料（診断を目的）

■ 遠隔連携診療料（その他）

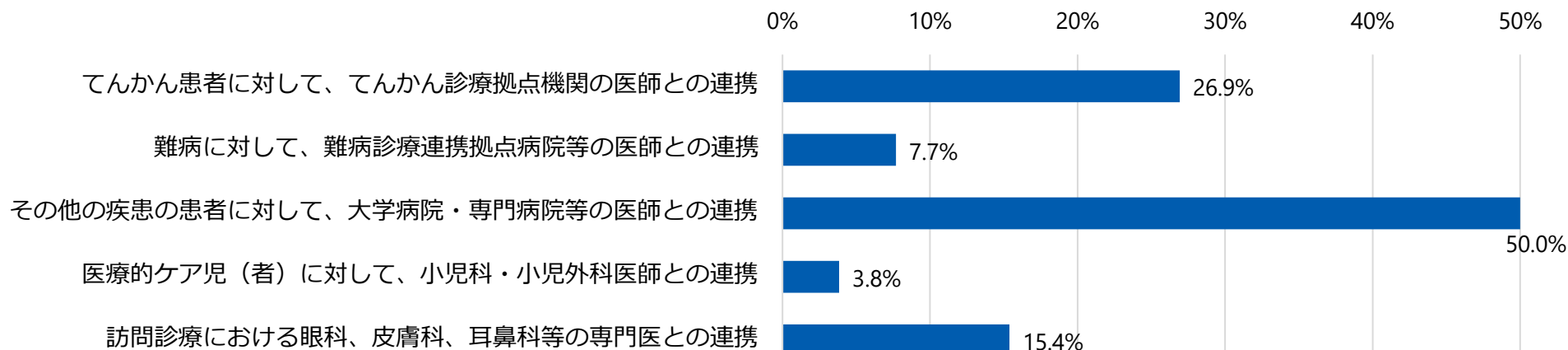
（※）令和6年度は4月～11月まで

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

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



連携を行った状況（n=26、複数回答）



その他の疾患：循環器疾患・呼吸器疾患の術後患者、先天性心疾患、皮膚疾患等

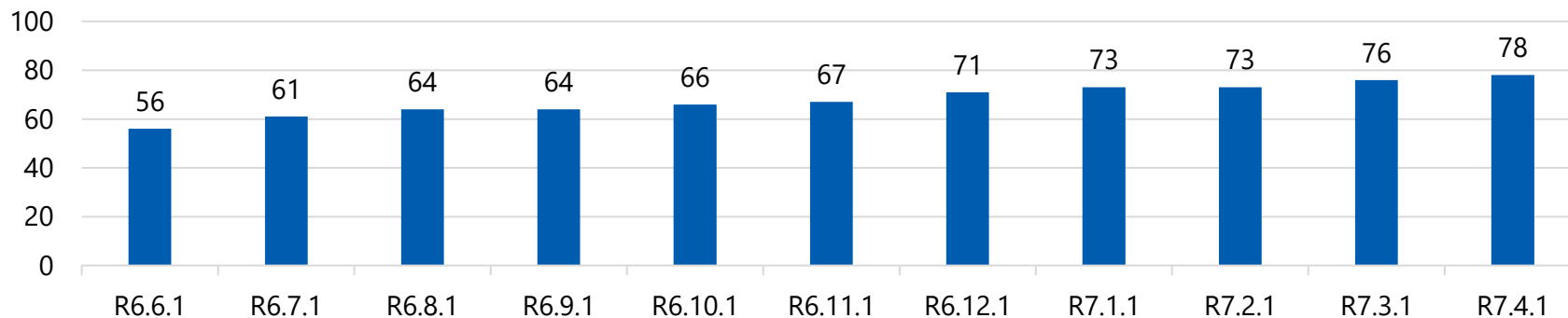
看護師等遠隔診療補助加算

診調組 入-1
7. 6. 19

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

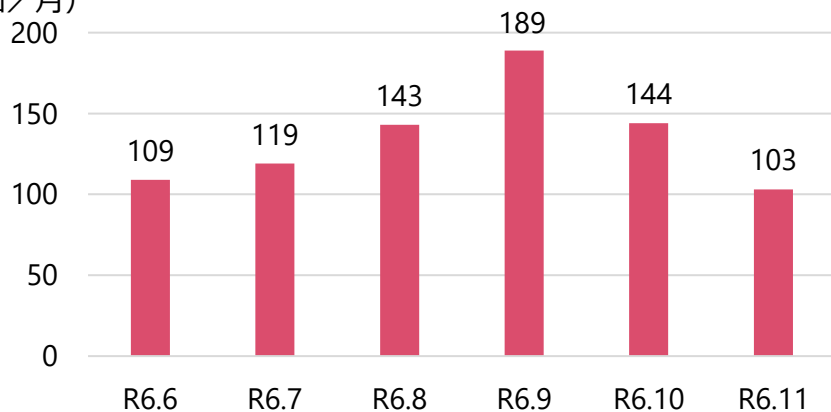
(届出医療機関数)

看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数

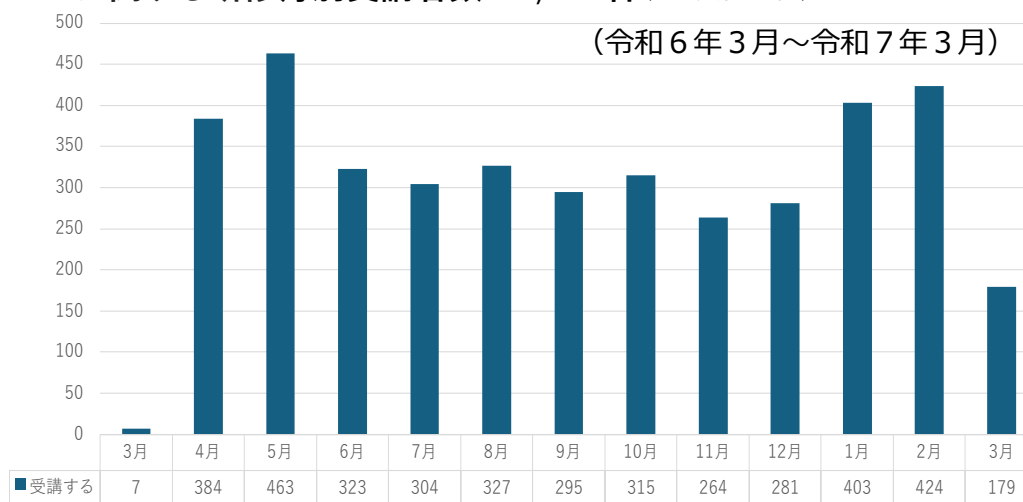


看護師等遠隔診療補助加算の月別算定回数

(回/月)



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



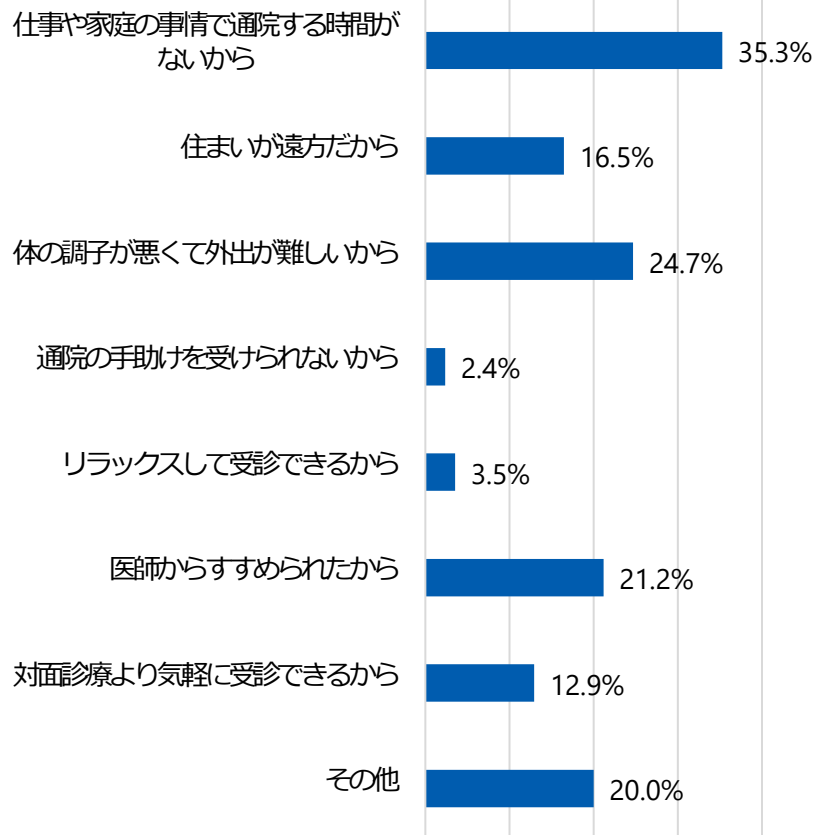
オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査）

診調組 入－1
7 . 5 . 2 2

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

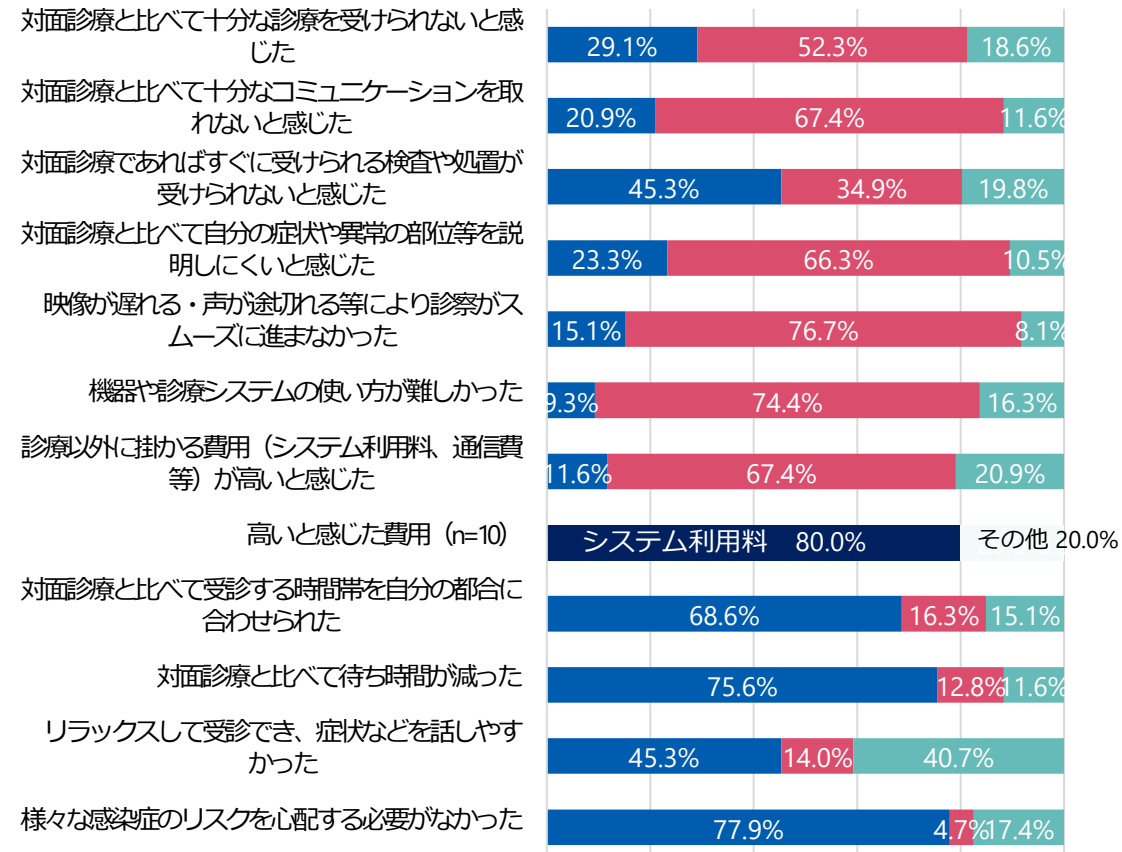
直近のオンライン診療を受けた理由（n=85）

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



オンライン診療を受けた際に感じたこと（n=86）

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



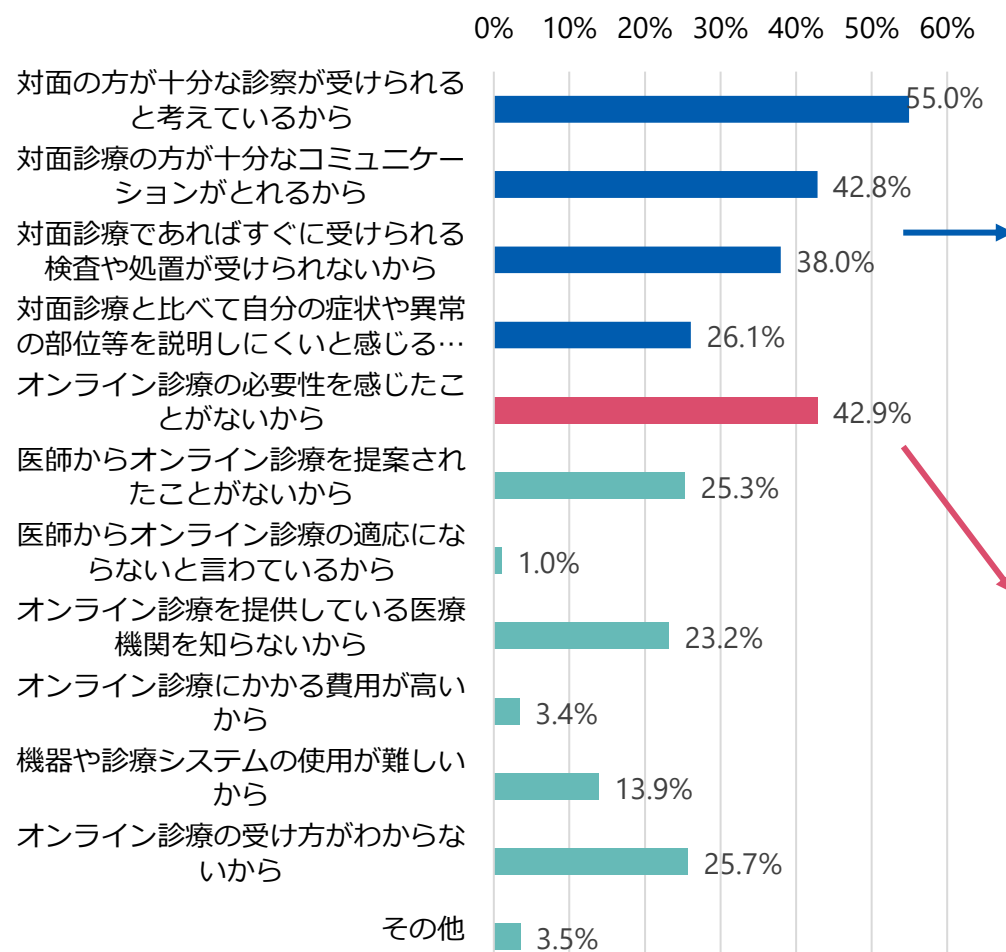
■ 1_そう思う ■ 2_そう思わない ■ 3_どちらでもない

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（患者調査）

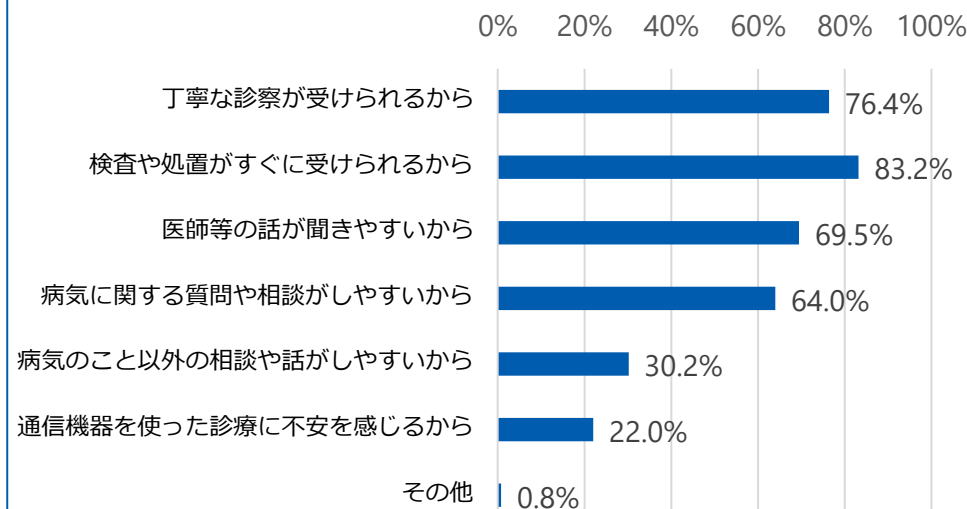
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

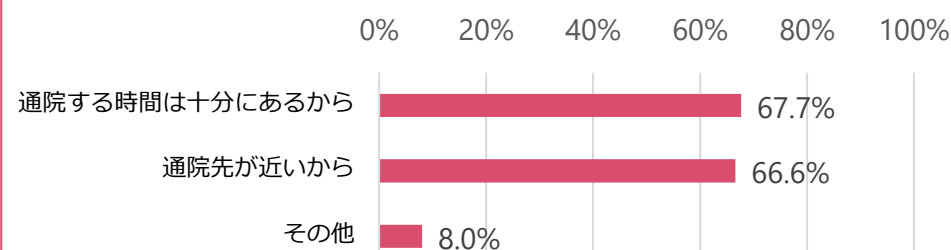
オンライン診療を受けたことがない理由
(n=2,342)



オンライン診療より対面診療を希望する理由 (n=1,474)



オンライン診療の必要性を感じたことがない理由
(n=949)



Ⅱ 実施事項

1. 地方創生

(3) 健康・医療・介護

No.1 地域におけるオンライン診療の更なる普及及び円滑化

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

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

へき地医療におけるオンライン診療の活用状況

診調組 入-1
7. 6. 19

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

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

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

○ へき地拠点病院

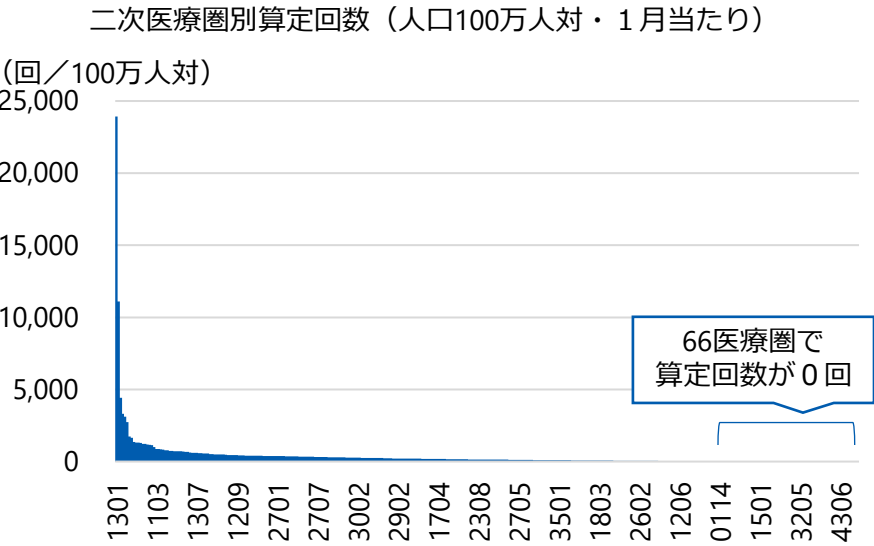
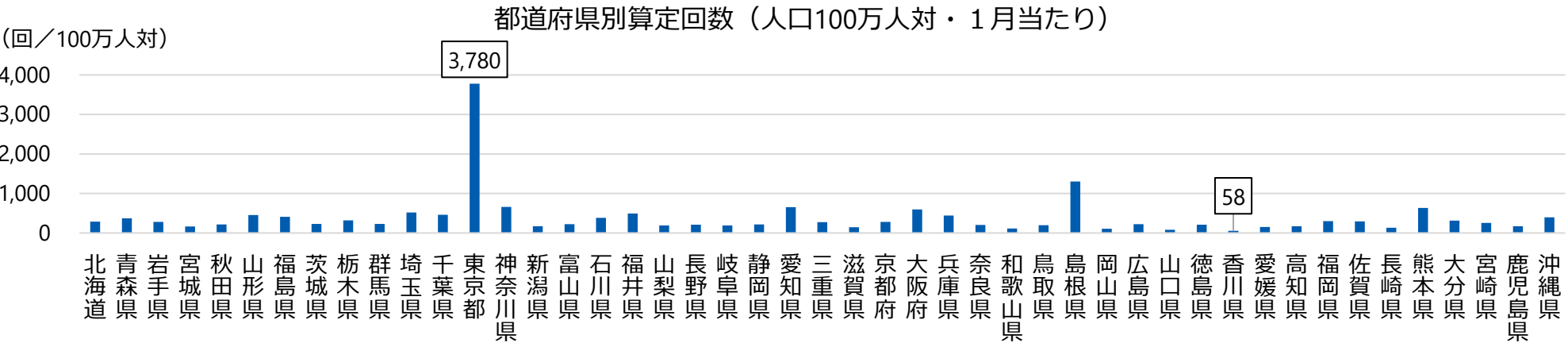
巡回診療を実施した医療機関のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数	7 / 98 (7.1%)
代診医派遣を実施した医療機関のうち、オンライン診療による代診医派遣を実施した医療機関数	0 / 100 (0%)
ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	31 / 358 (8.7%)

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

○ へき地診療所

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

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

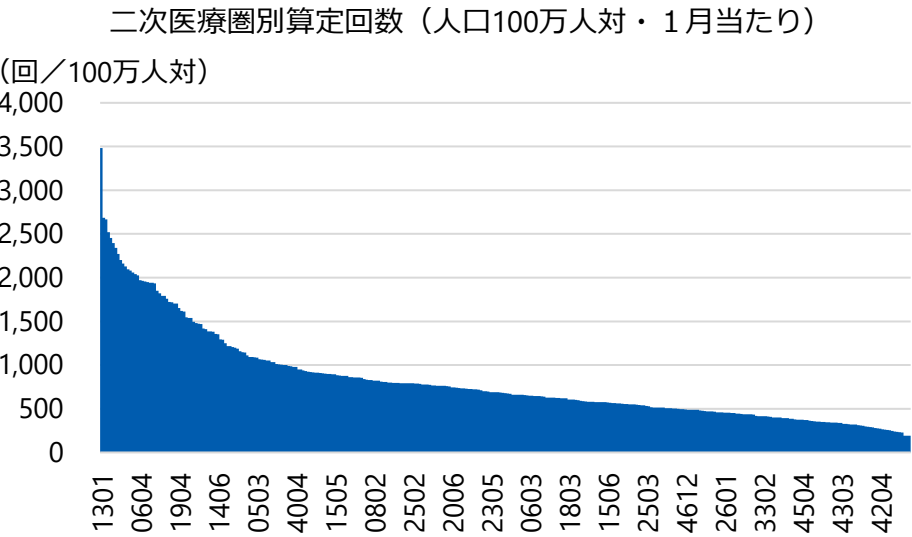
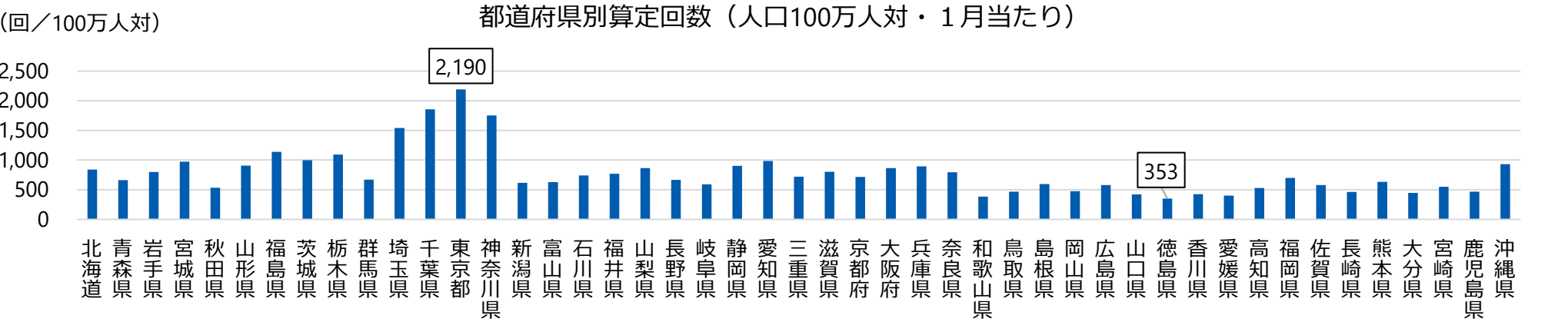


人口100万人対・1月当たりの
算定回数上位5医療圏

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

出典：令和5年度NDBオープンデータ初再診料（都道府県別算定回数、二次医療圏別算定回数）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

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



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

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

0. 調査概要

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

短期滞在手術等基本料の概要

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

（共通の要件）

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

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

短期滞在手術等の算定方法

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

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

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

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

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

※1 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を指す。

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

※3 特に規定する場合を除く。

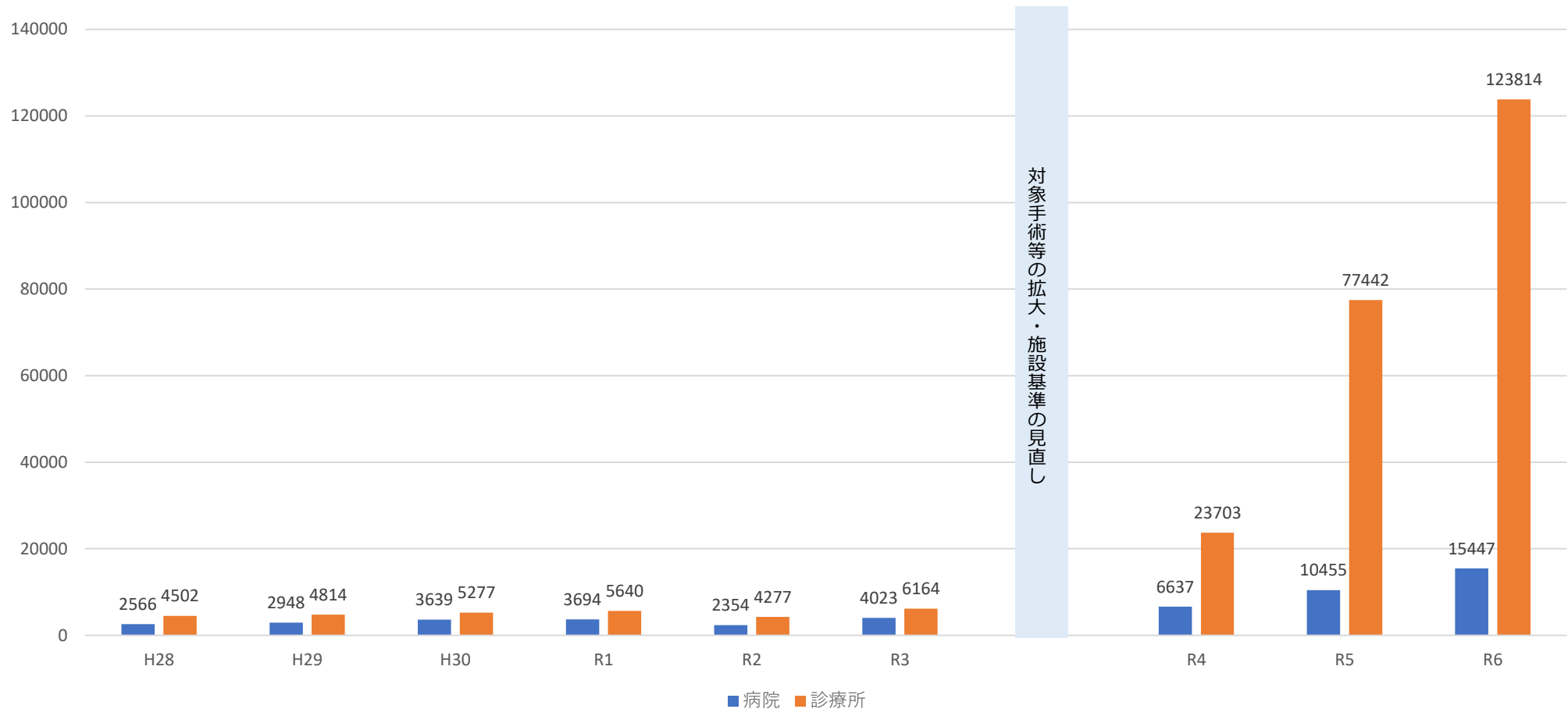
※4 DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に対象手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。

※5 短期滞在手術等基本料1により包括的に評価される検査等を指す。

短期滞在手術等基本料 1 の算定回数の年次推移

診調組 入 - 1 参考
7 . 7 . 3

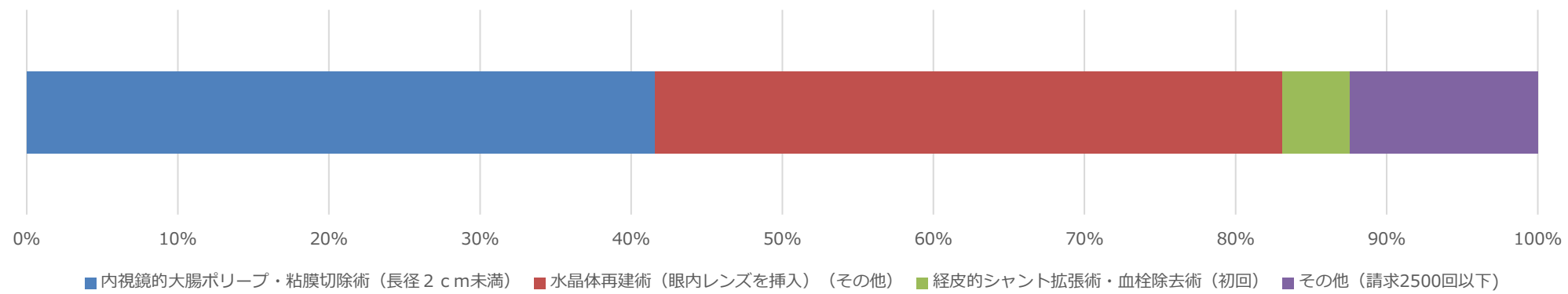
- 短期滞在手術等基本料 1 の病院及び診療所における算定回数の推移は以下のとおり。
- 令和 4 年度診療報酬改定以降、特に診療所における算定回数が顕著に増加している。



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。

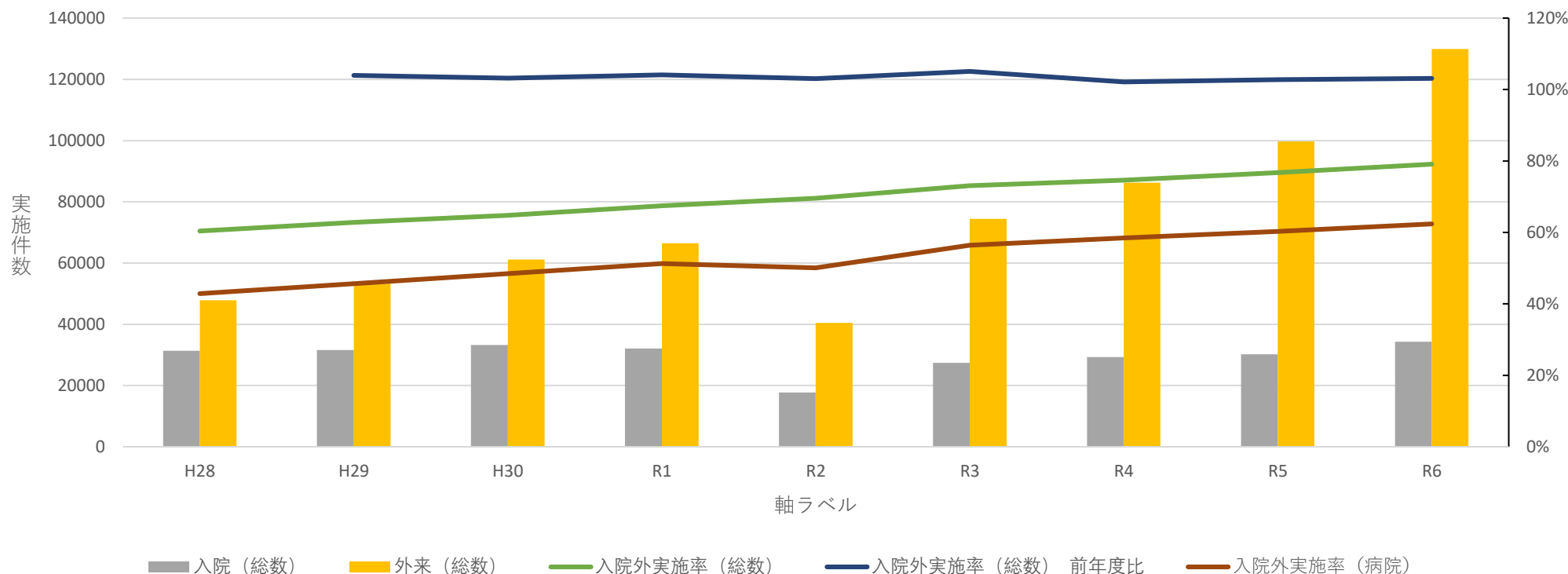
※ 2 「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（片側）」、「短期滞在手術等基本料 3 K282 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの（両側）」及び従たる手術として実施する場合を含む。

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）

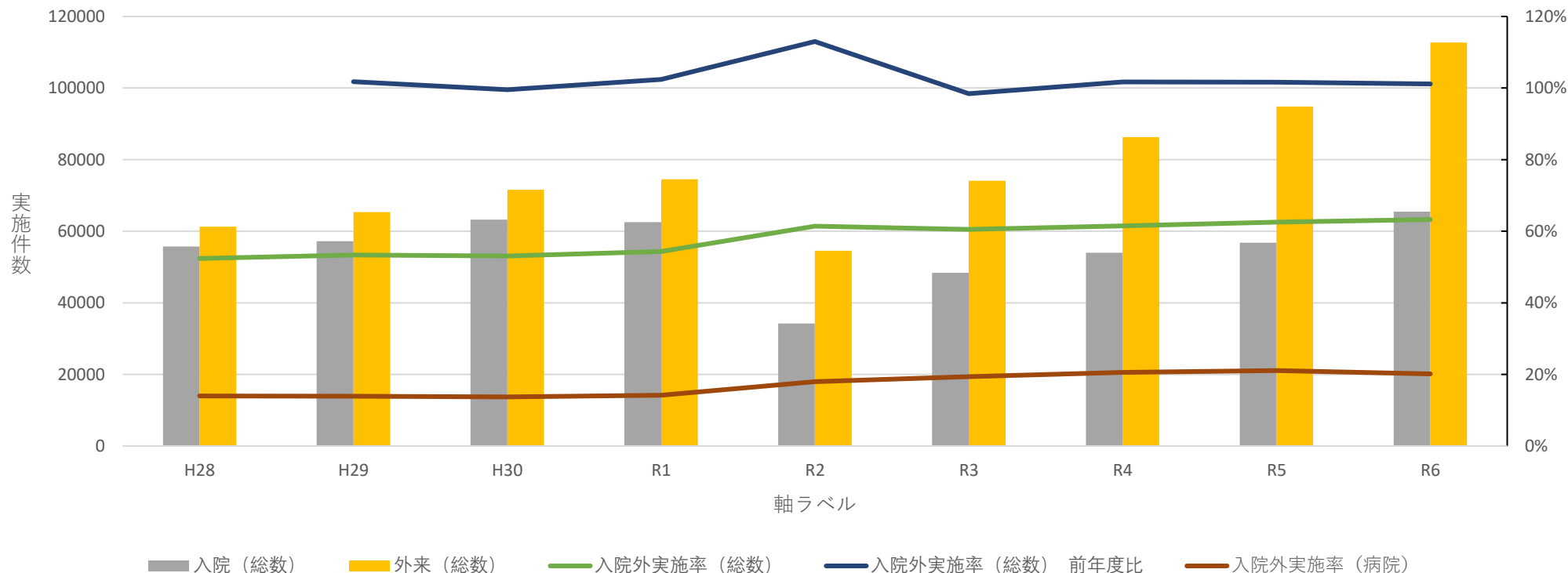
※ 入院での実施件数には、短期滞在手術等基本料 3 として手術を実施する場合を含む。

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）



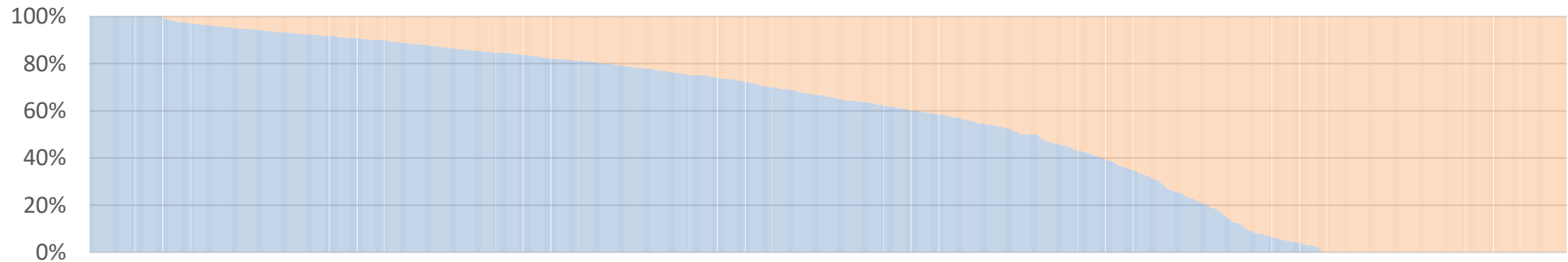
出典：各年社会医療診療行為別統計（単月）

※ 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。

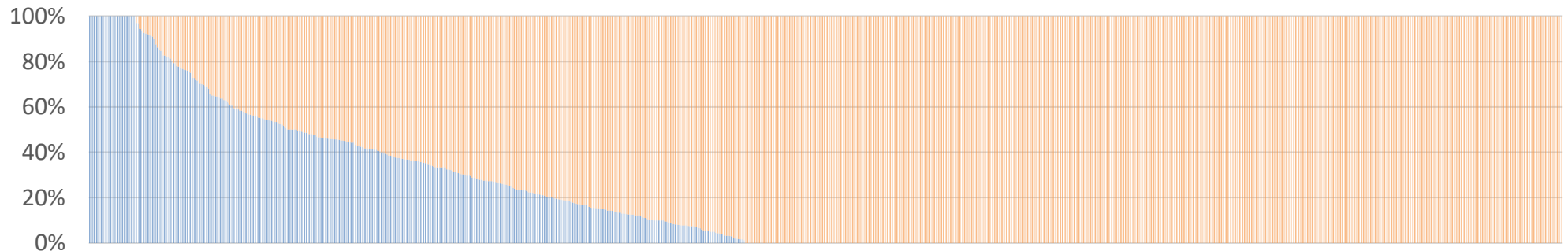
短期滞在手術の入院外での実施状況

- 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。

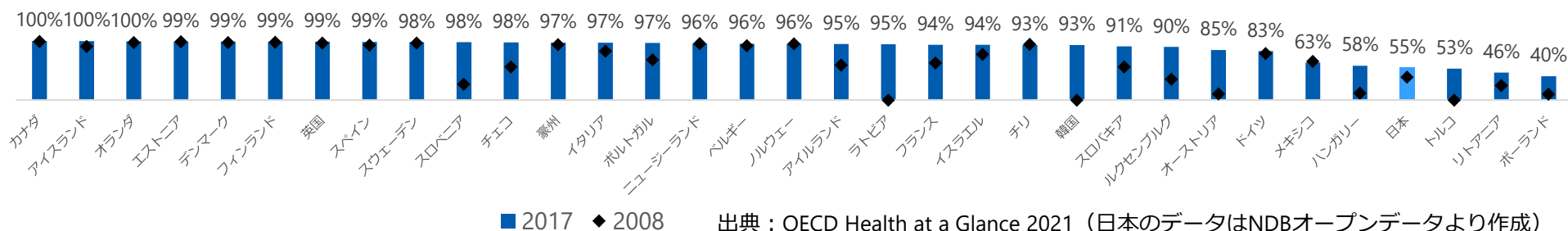
※1 「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 c m未満」及び「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他」の算定回数が10件以上の病院に限る。

※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。

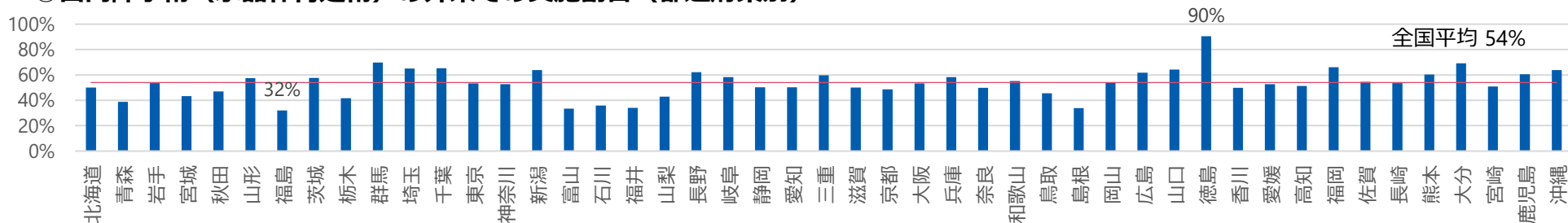
医療資源の投入量に地域差がある医療 (1)白内障手術

- 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）



短期滞在手術等基本料1対象手術実施時の請求点数

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

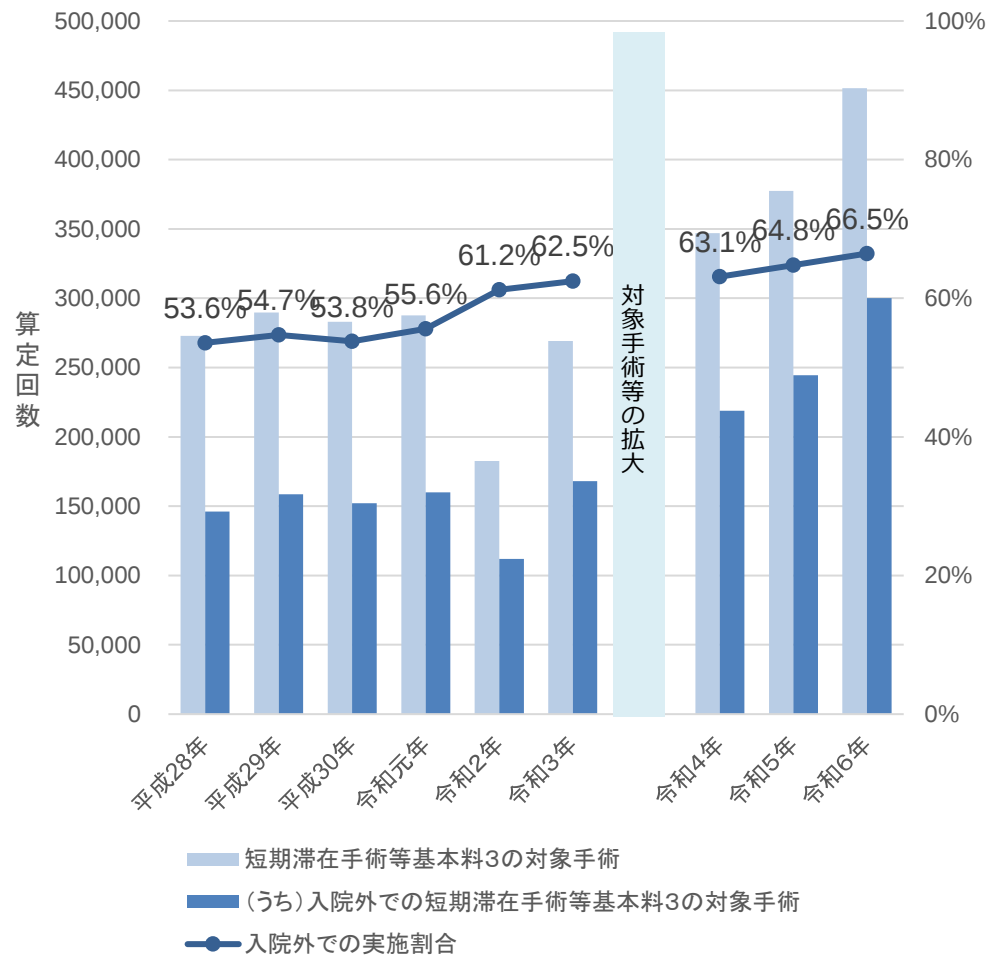
	入院外		入院		
	短期滞在手術等基本料 1なし（病院）※1	短期滞在手術等基本料 1あり（病院）※1	（参考）DPC算定※2	（参考）短期滞在手術 等基本料3※3	（参考）出来高算定 （地ケア）※4
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 （長径2センチメートル未満）	7,340点	9,970点	14,210点	12,580点	16,755点
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する 場合）（その他のもの）	14,186点	17,285点	18,804点	17,457点	28,640点

- ※1 R5年4月～R6年3月NDB。手術算定月における、1手術当たりの平均的な総請求点数。なお、令和6年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料1の評価が見直されている点に留意が必要。
- ※2 保険局医療課において作成（医療機関別係数約1.5として、「060100xx01xxxx 小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術等」及び「020110xx97xxx0 白内障、水晶体の疾患 手術なし」により、片側のみ手術を行ったものとして推計。）
- ※3 短期滞在手術等基本料3の点数。「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）」については、片側を指す。
- ※4 R6年10月～12月DPCデータ。手術を算定した入院エピソードにおける、1入院当たりの平均的な総算定点数。水晶体再建術については、片側のみ手術した症例と両側を手術した症例が混在するため、参考値。

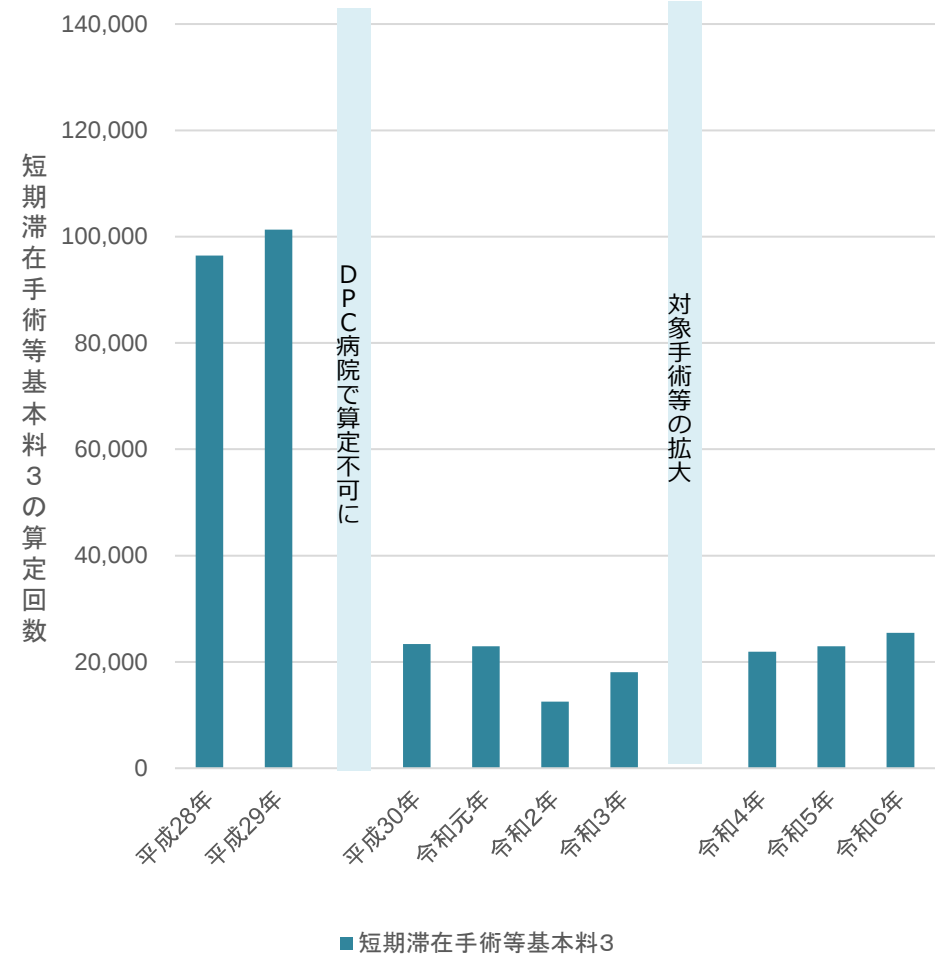
短期滞在手術等基本料 3 の年次推移

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

短期滞在手術等基本料3の対象手術の算定実績



短期滞在手術等基本料3の算定実績



短期滞在手術等基本料 3 の対象手術の平均在院日数等の状況①

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

短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等

手術等名称※2	令和4年度		令和6年度	
	回数	平均在院日数※3	回数	平均在院日数※3
終夜睡眠ポリグラフィー（1 及び 2 以外）・安全精度管理下で行うもの	724	2.093	829	2.001
終夜睡眠ポリグラフィー（1 及び 2 以外）・その他のもの	10703	2.067	13196	2.014
反復睡眠潜時試験（MSLT）	213	2.080	451	2.078
内分泌負荷試験・下垂体前葉負荷試験・成長ホルモン	180	2.506	116	2.414
小児食物アレルギー負荷検査	2727	1.100	2269	1.059
前立腺針生検法・その他	9550	2.426	6991	2.338
経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	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・尿管結石破砕術	3892	2.164	2829	2.059
尿失禁手術（ボツリヌス毒素）	212	2.113	137	2.350
顕微鏡下精索静脈瘤手術	73	2.000	83	1.217
子宮頸部（腔部）切除術	1027	3.048	907	2.742
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術・子宮内膜ポリープ切除術（電解質溶液利用）	559	2.429	725	2.236
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術・子宮内膜ポリープ切除術（その他）	701	2.365	535	2.112
子宮鏡下子宮筋腫摘出術（電解質溶液利用）	408	2.836	329	2.581
子宮鏡下子宮筋腫摘出術（その他）	283	2.505	210	2.571
腹腔鏡下卵管形成術	92	4.141	70	4.129
ガンマナイフによる定位放射線治療	1561	3.475	1165	3.473

DPCデータ（各年度1年分）

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

※2 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等は赤字としている。

※3 平均在院日数が短縮している項目は橙色で強調表示している。

0. 調査概要

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

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）抄

第2章 賃上げを起点とした成長型経済の実現

1. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着 ～賃上げ支援の政策総動員～

（1）中小企業・小規模事業者の賃金向上推進 5か年計画の実行

地域の人材育成と処遇改善については、在職者を含め、大学、短期大学、高等専門学校及び専門学校においてアドバンスト・エッセンシャルワーカーの育成に取り組むほか、医療・介護・保育・福祉等の人材確保に向けて、保険料負担の抑制努力を継続しつつ、公定価格の引上げを始めとする処遇改善を進める。

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

1. 「経済・財政新生計画」の推進

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（1）全世代型社会保障の構築

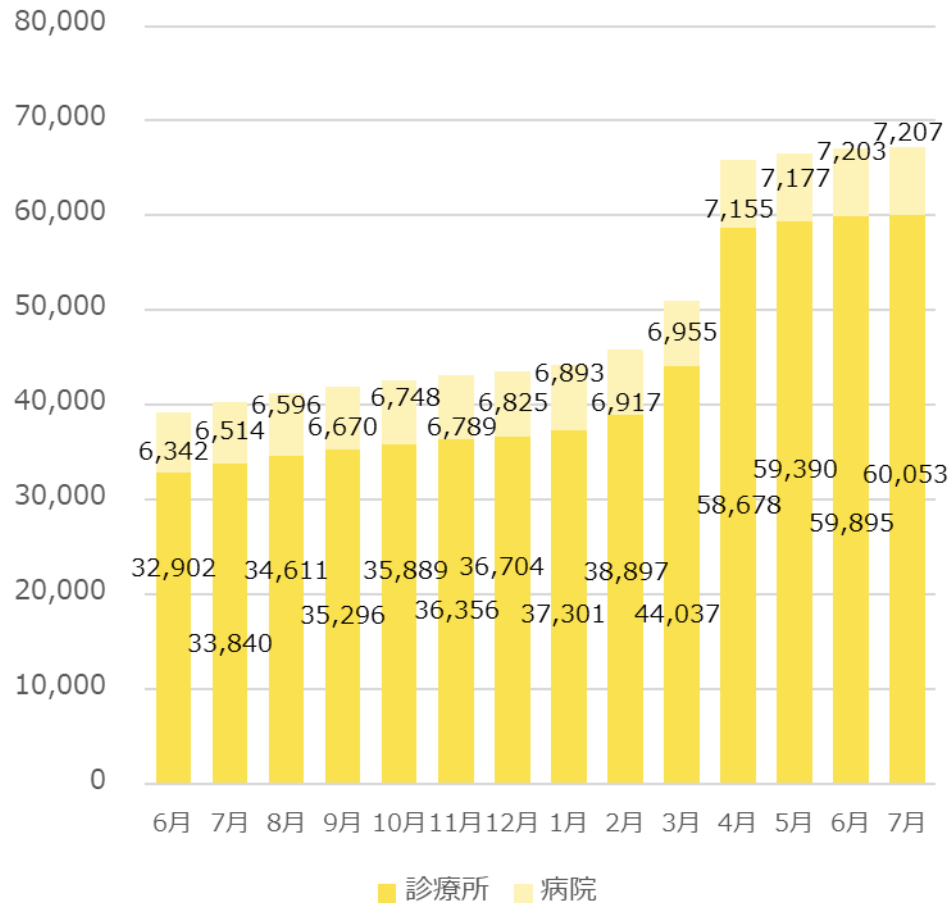
医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出状況

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）は、病院の約 9 割、診療所の約 4 割が届出を行っている。

月別推移



届出受理医療機関割合（令和 7 年 7 月 7 日時点）

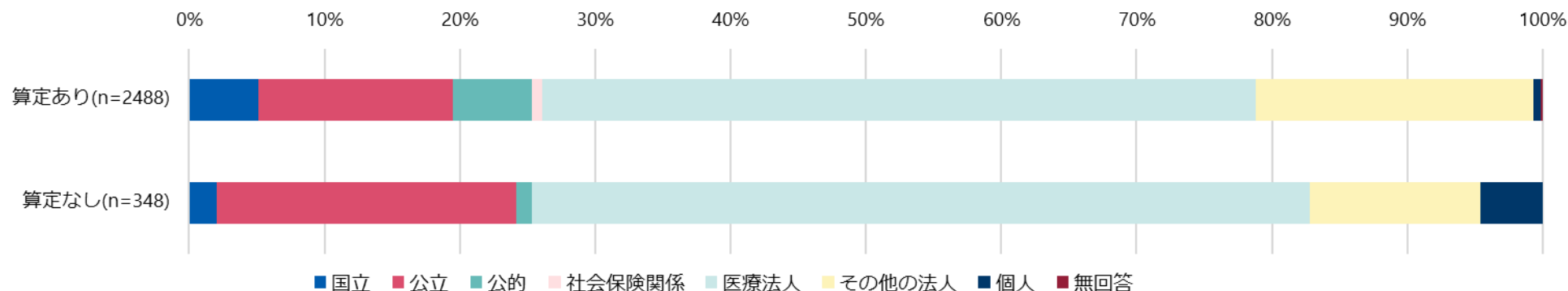
	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
合計	162,949	67,260	41.3%

ベースアップ評価料の届出有無と設立母体及び許可病床数について

- ベースアップ評価料の届出有無ごとに、設立母体及び許可病床数を示した。
- 届け出ていない病院は、公立病院や医療法人（社会医療法人は含まない）、許可病床数100床未満の病院が多かった。

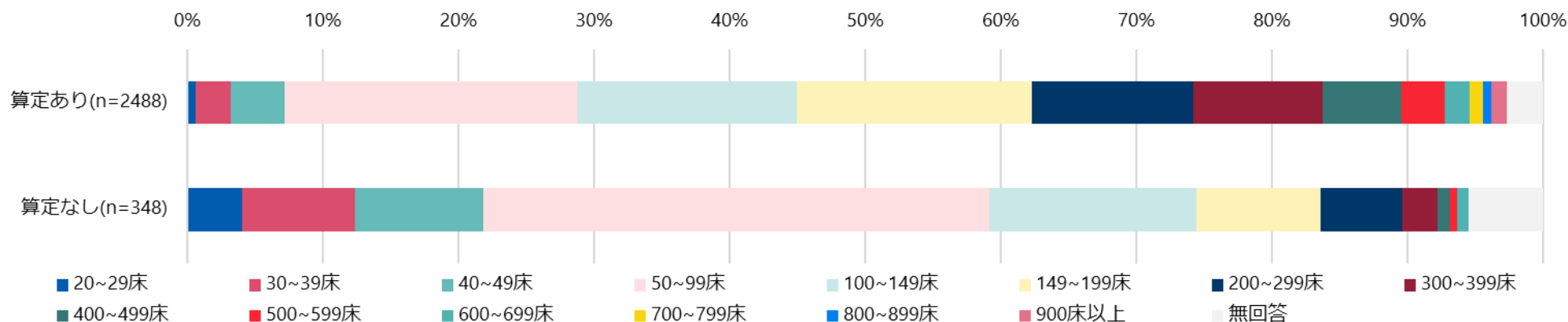
ベースアップ評価料の算定の有無による

設立母体別の医療機関分布



ベースアップ評価料の算定の有無による

許可病床数別分布



入院患者に対して算定される賃上げに係る評価の要件整理

- 入院患者に対して算定される賃上げに係る評価料について、主要要件の整理は、以下の通りである。

	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ評価料
新設時期	令和4年10月	令和6年6月
算定回数	1日につき1回	
区分設定	区分1（1点）～区分165（340点）	区分1（1点）～区分165（165点）
算定する区分の決定方法	看護職員の賃金を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算	対象職員の令和5年度賃金を2.3%引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算
区分決定に必要な事項	・看護職員数 ・延べ入院患者数	・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の給与総額 ・延べ入院患者数 ・初再診料等、訪問診療料等の算定回数
区分変更の届出時期	毎年3、6、9、12月	
主な施設基準	以下のいずれかに該当すること。 ・救急医療管理加算の届出医療機関であって、年間200台以上の救急搬送実績があること。 ・救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。	以下の事項に係る収入金額の合計額が、総収入の8割を超えること。 ・社会保険診療 ・健康増進事業 ・予防接種 ・助産（50万円を限度とする。） ・介護保険給付 ・障害児者へのサービスに係る収入 ・国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等

賃金改善計画書・賃金改善実績報告書の作成に必要な事項

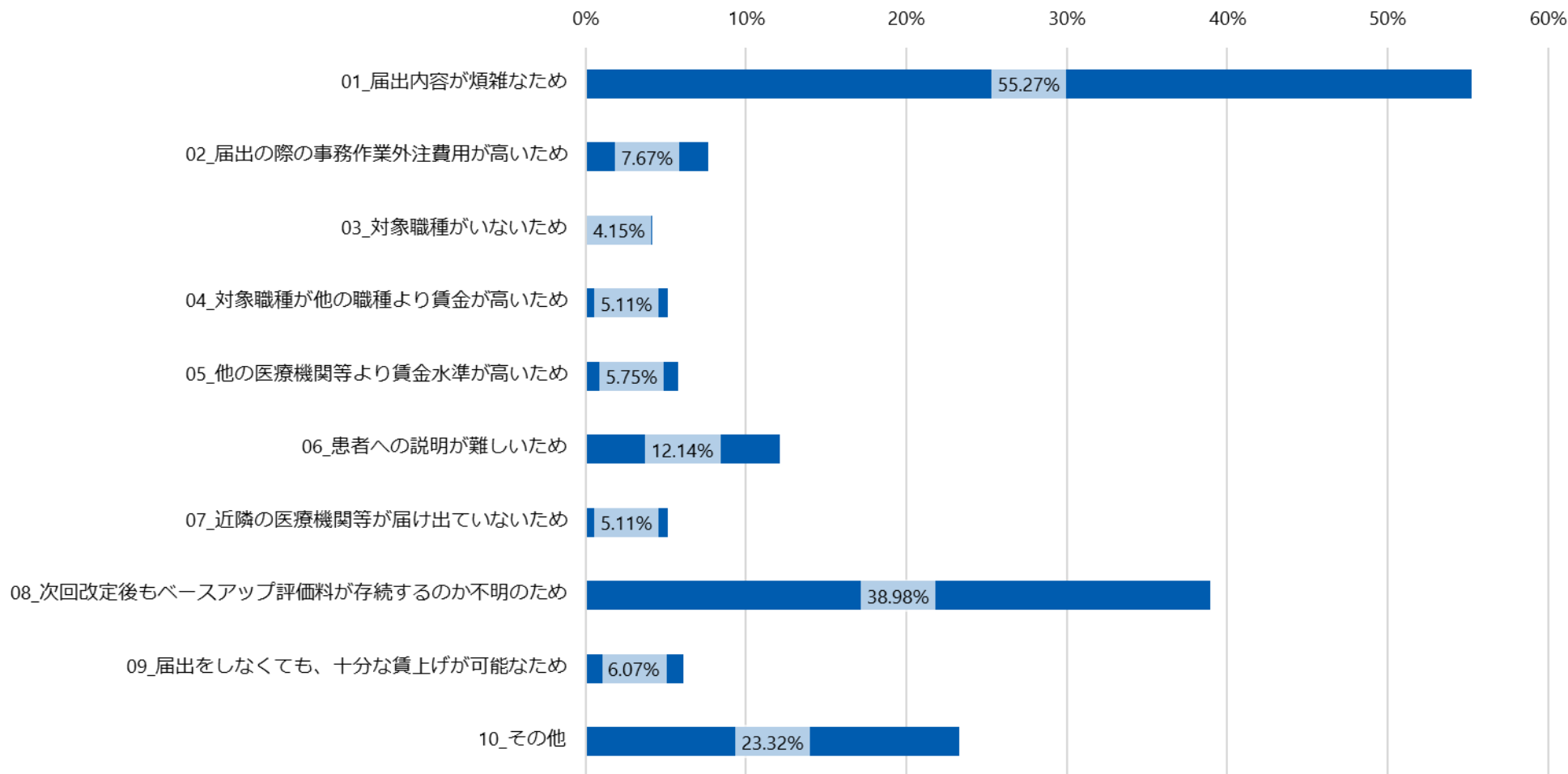
賃金改善計画書	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ評価料
提出タイミング	・新規届出時及び毎年6月	
評価料による 今年度収入見込額	・評価料の区分 ・看護職員処遇改善評価料による算定見込み額 ・延べ入院患者数	・外来ベースアップ評価料による算定見込み額 ・入院ベースアップ評価料の区分 ・延べ入院患者数 ・前年度からの繰越額、翌年度繰越予定額
賃金改善に用いる 総額の計算	・賃金改善実施前後の給与総額	・賃金改善実施前後の給与総額
職種別の賃上げ計画	看護職員と他職種別に、 ・常勤換算数 ・賃金改善見込み額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額	対象職種、対象外職種の各職種別に、 ・常勤換算数 ・賃金改善実施前後の基本給等総額 ・賃金改善見込み額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額

賃金改善実績報告書	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ評価料
提出タイミング	・毎年8月	
評価料による 前年度収入実績	・評価料の区分 ・算定期間 ・算定回数 ・実績額	・外来ベースアップ評価料による収入の実績額 ・入院ベースアップ評価料による収入の実績額
賃金改善に用いた 総額の計算	・賃金改善実施前後の給与総額	・賃金改善実施前後の給与総額
職種別の賃上げ実績	看護職員と他職種別に、 ・常勤換算数 ・賃金改善実績額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額	対象職種、対象外職種の各職種別に、 ・常勤換算数 ・賃金改善実施前後の基本給等総額 ・賃金改善実績額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額

ベースアップ評価料を届け出していない理由について

- ベースアップ評価料を届け出していない病院において、その理由として最も多いものは「届出内容が煩雑なため」であった。

ベースアップ評価料を届け出していない理由（n=313）

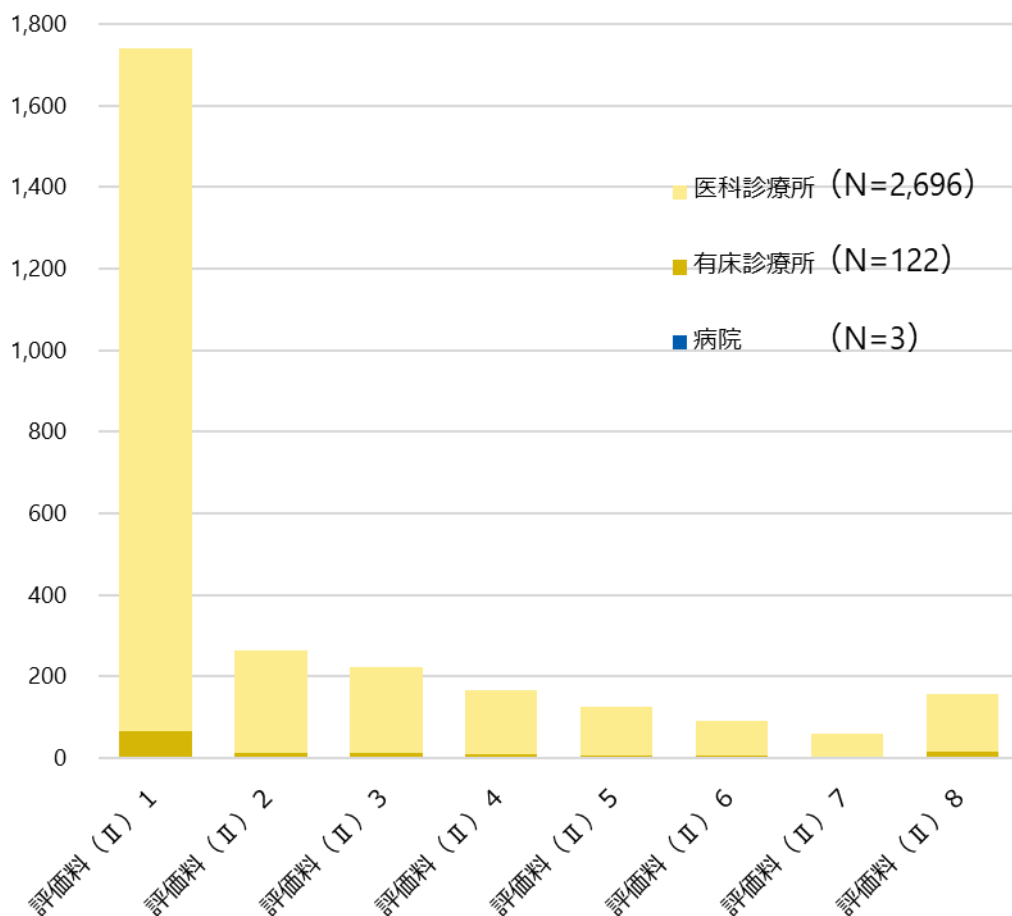


外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分別の届出状況について、評価料（Ⅰ）を届け出ている医療機関のうち、約４％が評価料（Ⅱ）を届け出ていた。

評価区分別届出数

(N=2,821)



評価区分別届出受理医療機関割合

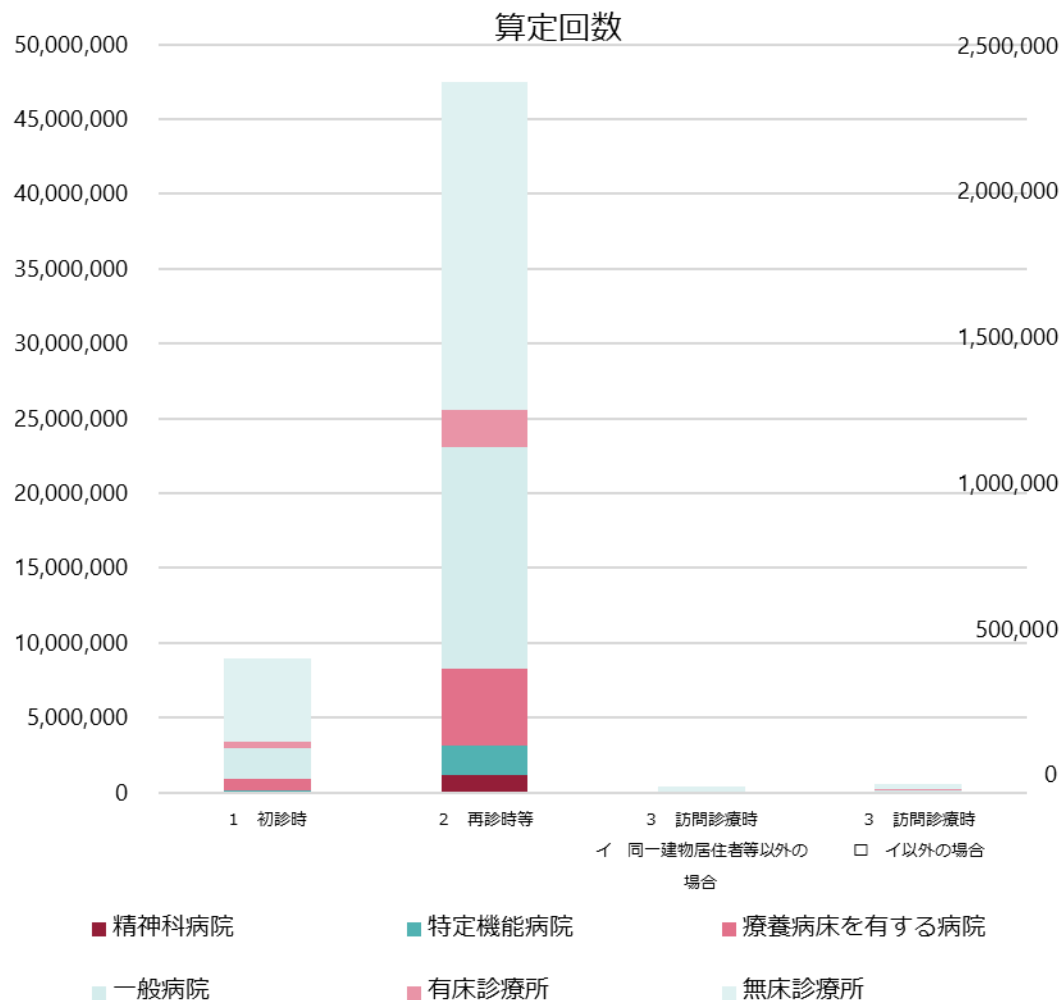
(令和７年７月７日時点)

評価区分	病院	有床診療所	医科診療所	総計
評価料（Ⅱ） 1		64	1,678	1,742
評価料（Ⅱ） 2		11	252	263
評価料（Ⅱ） 3		13	209	222
評価料（Ⅱ） 4		8	157	165
評価料（Ⅱ） 5		7	118	125
評価料（Ⅱ） 6	1	5	83	89
評価料（Ⅱ） 7		2	56	58
評価料（Ⅱ） 8	2	12	143	157
合計	3	122	2,696	2,821
(外来ベースアップ評価料Ⅰ届出のうち割合)				4.19%

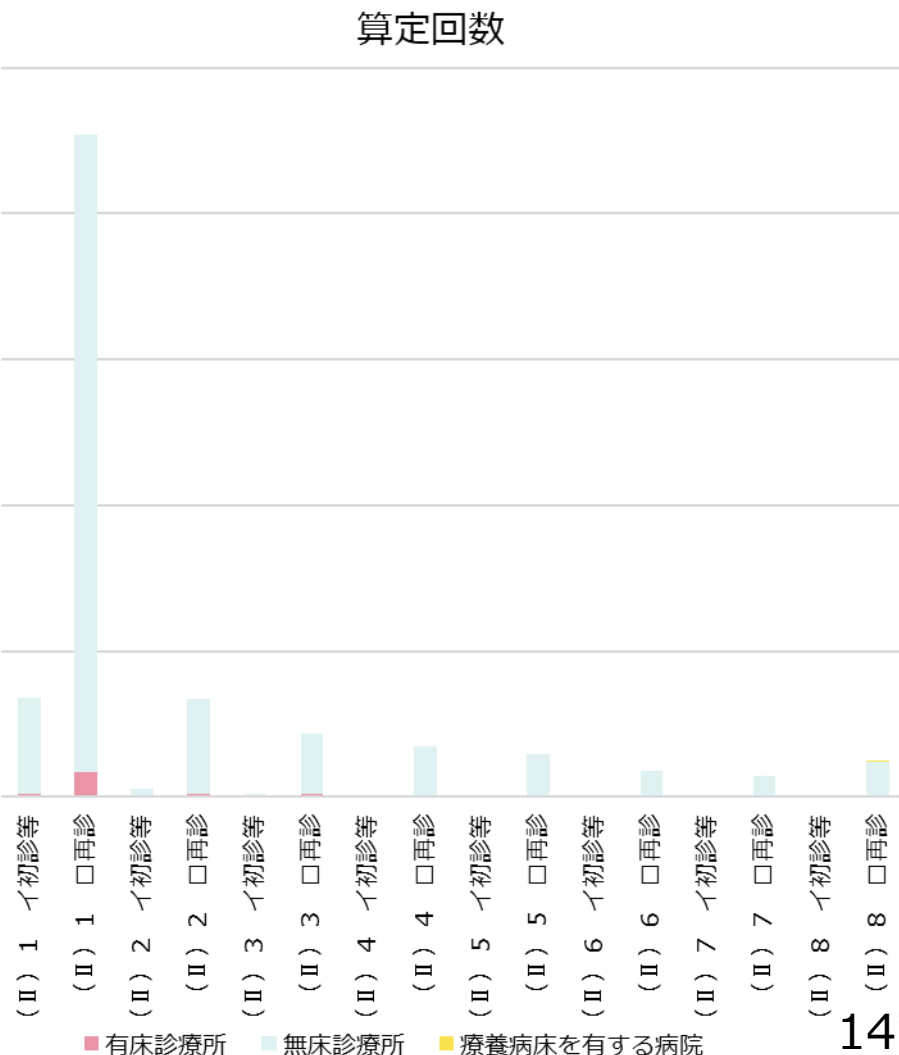
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定状況

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定状況については以下のとおり。
- 評価料（Ⅱ）について、区分1の算定割合が多い傾向にある。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）



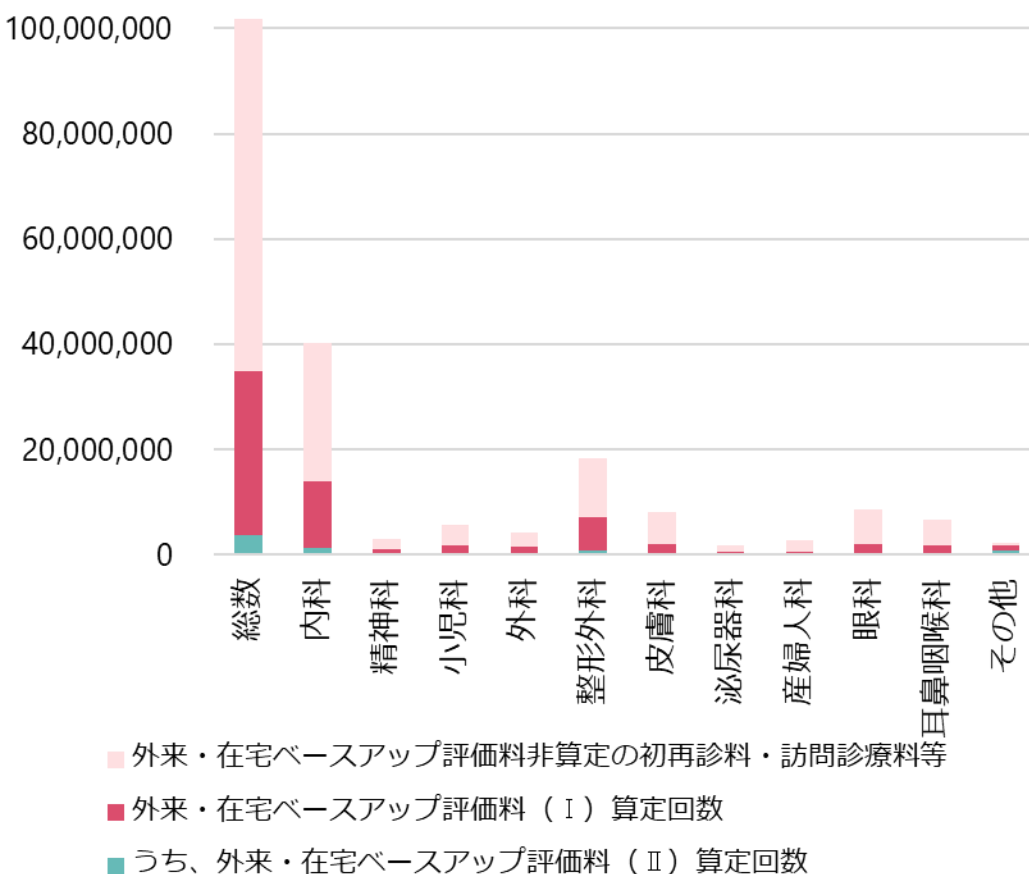
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）



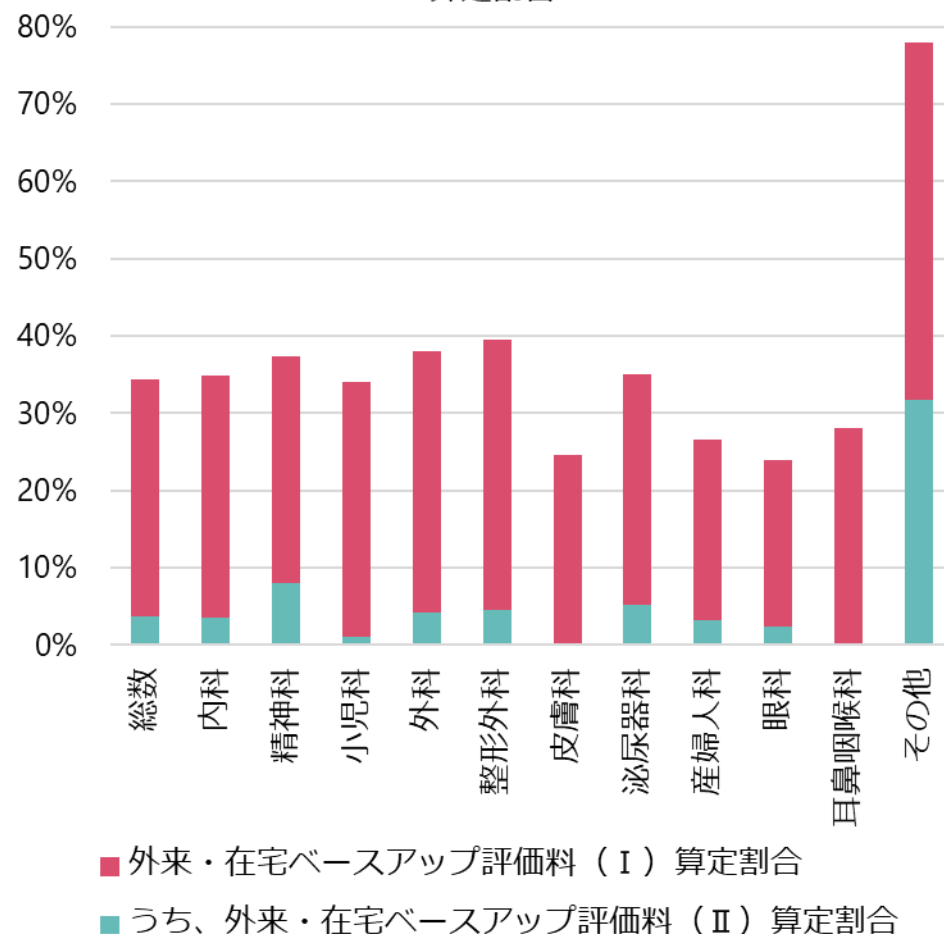
診療所の診療科ごとの外来・在宅ベースアップ評価料算定状況

- 診療所の診療科ごとの、初再診料・訪問診療料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の算定回数やその割合は以下のとおり。
- 小児科、皮膚科、耳鼻咽喉科について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定割合が低い。

初再診料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の
算定回数

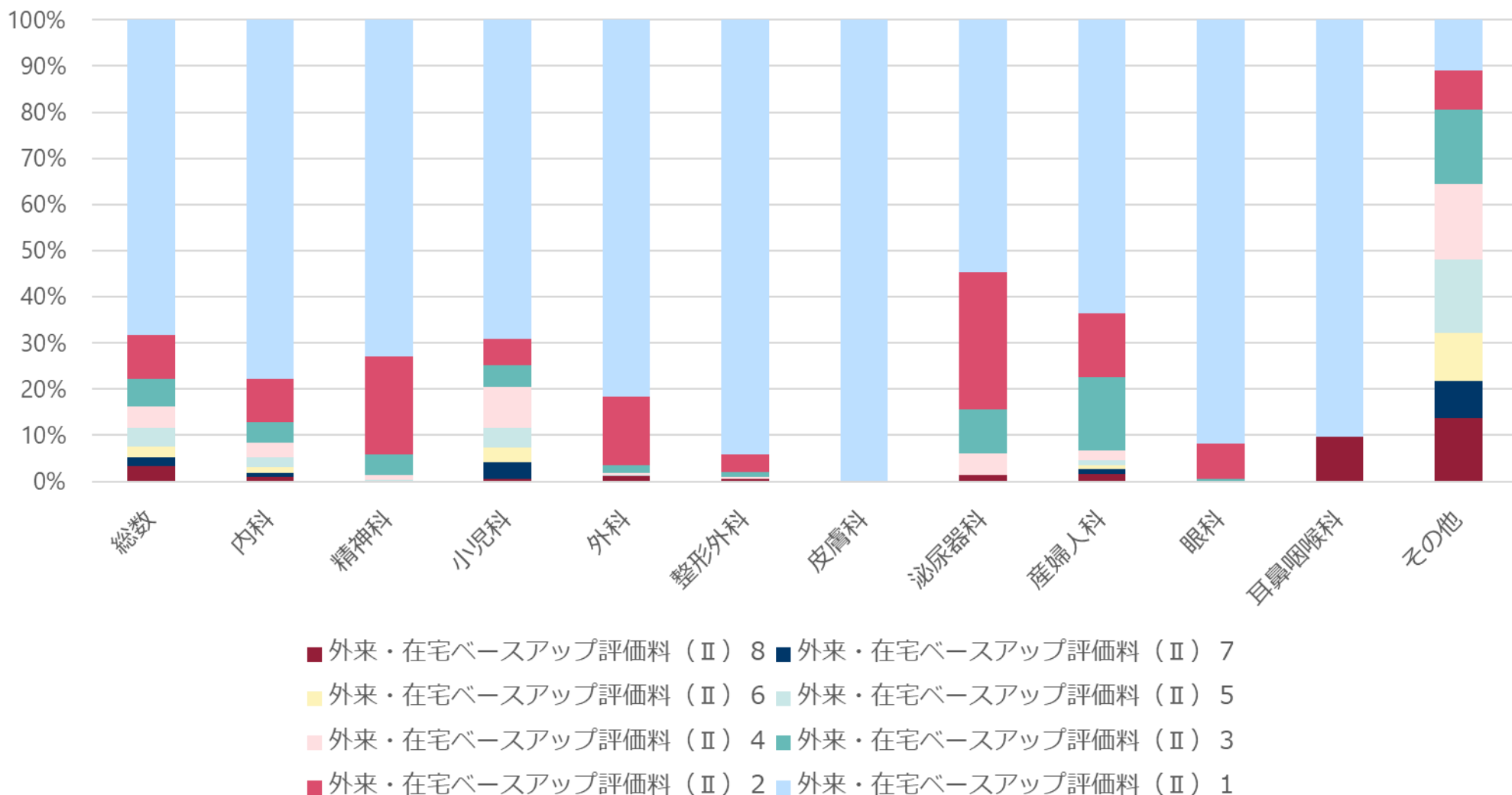


初再診料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の
算定割合



診療所の診療科ごと外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定状況

- 診療科ごとの外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数について、区分ごとに占める割合は以下のとおり。
- 診療科別でみると、整形外科、皮膚科、眼科を中心に、区分2以上の算定割合が少ない傾向にある。



外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）と併算定される診療行為

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）と併算定されている診療行為について、算定回数が多い順に並べると、以下のとおり。

No. 診療行為	算定回数
1 再診料	40,496,514
2 明細書発行体制等加算	29,607,214
3 処方箋料（リフィル以外・その他）	27,022,754
4 外来管理加算	14,920,043
5 医療情報取得加算（再診）	14,170,090
6 外来診療料	12,315,501
7 一般名処方加算 1（処方箋料）	11,945,990
8 外来感染対策向上加算（再診）	8,828,404
9 一般名処方加算 2（処方箋料）	8,634,235
10 外来迅速検体検査加算	8,454,082
11 B－V	8,083,671
12 生化学的検査（1）判断料	7,987,407
13 血液学的検査判断料	7,891,578
14 クレアチニン	7,582,086
15 A L T	7,481,056
16 A S T	7,472,792
17 B U N	7,260,878
18 ナトリウム及びクロール	6,727,717
19 カリウム	6,695,501
20 γ－G T	6,497,989
21 グルコース	6,186,304
22 L D	5,889,562
23 生活習慣病管理料 2	5,781,458
24 時間外対応加算 1	5,661,787
25 U A	5,611,181
26 検体検査管理加算（1）	5,582,902

No. 診療行為	算定回数
27 B I L／総	5,549,819
28 T P	5,510,031
29 A L P	5,481,983
30 A I b（B C P 改良法・B C G 法）	5,461,782
31 処方料（その他）	5,203,638
32 時間外対応加算 3	5,195,181
33 T G	4,977,912
34 C K	4,587,989
35 調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）	4,471,535
36 免疫学的検査判断料	4,470,303
37 医療情報取得加算（外来診療料）	4,426,486
38 薬剤情報提供料	4,277,800
39 C R P	4,162,890
40 H b A 1 c	4,095,069
41 電子画像管理加算（単純撮影）	3,944,944
42 末梢血液一般検査	3,871,792
43 単純撮影（デジタル撮影）	3,817,973
44 特定疾患療養管理料（診療所）	3,783,048
45 H D L－コレステロール	3,749,948
46 連携強化加算（再診）	3,574,984
47 L D L－コレステロール	3,548,312
48 カルシウム	3,545,269
49 単純撮影（Ⅰ）の写真診断	2,885,297
50 A m y	2,720,289
51 T c h o	2,609,990
52 精密眼圧	2,576,804

No. 診療行為	算定回数
53 運動器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	2,537,154
54 尿一般	2,529,577
55 生化学的検査（2）判断料	2,467,087
56 特定疾患処方管理加算（処方箋料）	2,455,987
57 消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	2,378,860
58 透析液水質確保加算（人工腎臓）	2,344,673
59 外来・在宅ベースアップ評価料（2） 1（再診時等）	2,260,676
60 矯正視力検査（1 以外）	2,171,920
61 尿・糞便等検査判断料	2,124,093
62 スリット M（前眼部）	2,105,375
63 調剤料（外用薬）	2,061,347
64 精密眼底検査（両）	1,921,377
65 調基（その他）	1,912,176
66 手帳記載加算（薬剤情報提供料）	1,843,912
67 人工腎臓（慢性維持透析 1）（4 時間以上 5 時間未満）	1,809,354
68 C h E	1,801,067
69 通院精神療法（3 0 分未満）（精神保健指定医による場合）	1,741,655
70 末梢血液像（自動機械法）	1,630,409
71 慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	1,625,461
72 無機リン及びピリン酸	1,566,045
73 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,539,358
74 療養担当手当（入院外）	1,525,626
75 関節腔内注射	1,498,971

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）と併算定される診療行為

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）と併算定されている診療行為について、算定回数が多い順に並べると、以下のとおり。

No. 診療行為	算定回数	No. 診療行為	算定回数	No. 診療行為	算定回数
1 外来・在宅ベースアップ評価料（１）２（再診時等）	3,459,850	25 グルコース	311,270	51 A I b（B C P改良法・B C G法）	174,413
2 再診料	3,422,054	26 医療情報取得加算（初診）	311,019	52 特定疾患処方管理加算（処方箋料）	170,837
3 明細書発行体制等加算	3,372,122	27 末梢血液一般検査	306,877	53 消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	166,778
4 処方箋料（リフィル以外・その他）	1,408,332	28 A S T	300,650	54 C K	165,968
5 医療情報取得加算（再診）	1,008,804	29 A L T	300,544	55 B I L／総	162,407
6 外来管理加算	837,696	30 処方料（その他）	293,392	56 精密眼圧	155,548
7 透析液水質確保加算（人工腎臓）	812,675	31 B U N	277,706	57 医療D X推進体制整備加算４（初診）	153,332
8 外来感染対策向上加算（再診）	762,606	32 T G	266,605	58 カルシウム	149,767
9 時間外対応加算１	736,661	33 γ－G T	265,700	59 外来感染対策向上加算（初診）	149,501
10 一般名処方加算１（処方箋料）	719,118	34 U A	257,360	60 通院精神療法（３０分未満）（精神保健指定医による場合）	146,362
11 人工腎臓（慢性維持透析１）（４時間以上５時間未満）	636,010	35 尿一般	254,791	61 単純撮影（デジタル撮影）	138,171
12 慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	626,924	36 カリウム	254,575	62 手帳記載加算（薬剤情報提供料）	127,214
13 時間外対応加算３	617,195	37 調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）	253,972	63 矯正視力検査（１以外）	126,965
14 一般名処方加算２（処方箋料）	464,011	38 H b A 1 c	251,050	64 免疫学的検査判断料	126,470
15 生活習慣病管理料２	406,201	39 外来迅速検体検査加算	249,245	65 スリットM（前眼部）	124,017
16 連携強化加算（再診）	405,371	40 ナトリウム及びクロール	248,454	66 精密眼底検査（両）	123,738
17 B－V	403,392	41 薬剤情報提供料	225,584	67 夜間・早朝等加算（再診）	121,926
18 生化学的検査（１）判断料	399,163	42 H D L－コレステロール	221,743	68 T c h o	121,580
19 血液学的検査判断料	387,392	43 障害者等加算（人工腎臓）	216,529	69 時間外・休日加算（人工腎臓）	119,436
20 特定疾患療養管理料（診療所）	378,033	44 サーベイランス強化加算（再診）	199,863	70 生化学的検査（２）判断料	114,789
21 外来・在宅ベースアップ評価料（１）１（初診時）	361,132	45 T P	191,777	71 リハビリテーション総合計画評価料１	113,424
22 運動器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）	352,821	46 処方箋料（リフィル以外・その他）	191,727	72 単純撮影（デジタル撮影）	109,774
23 初診料	351,449	47 A L P	189,124	73 電子画像管理加算（単純撮影）	109,352
24 クレアチニン	312,582	48 L D L－コレステロール	188,367	74 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）	107,499
		49 L D	187,469	75 末梢血液像（自動機械法）	106,940
		50 電子画像管理加算（単純撮影）	184,143		

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）との併算定に特徴的な診療行為

- 診療行為ごとに、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数に占める評価料（Ⅱ）の算定割合の大きい順に並べると、以下のとおり。
- 血液透析に関連した診療行為が上位を占めている。

No.	診療行為	算定回数(Ⅱ)	算定割合
1	時間外・休日加算（人工腎臓）	119,436	41.5%
2	慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	626,924	38.6%
3	人工腎臓（慢性維持透析2）（4時間以上5時間未満）	10,403	37.2%
4	透析時運動指導等加算（人工腎臓）	5,513	36.7%
5	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	58,319	35.4%
6	慢性維持透析患者外来医学管理料	61,222	35.2%
7	人工腎臓（慢性維持透析1）（4時間以上5時間未満）	636,010	35.2%
8	透析液水質確保加算（人工腎臓）	812,675	34.7%
9	障害者等加算（人工腎臓）	216,529	33.9%
10	人工腎臓（慢性維持透析1）（5時間以上）	72,559	33.8%
11	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）	4,718	33.5%
12	人工腎臓（その他）	5,595	31.0%
13	リハビリテーションデータ提出加算	20,515	30.5%
14	長時間加算（人工腎臓）	7,245	29.5%
15	早期診療体制充実加算（診療所）（（1）以外の場合）	4,057	29.4%
16	障害児（者）リハビリテーション料（6歳未満）	5,241	29.0%
17	人工腎臓（慢性維持透析1）（4時間未満）	86,194	29.0%
18	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）	7,925	27.2%
19	糖尿病合併症管理料	5,252	26.7%
20	生殖補助医療管理料1	5,903	25.8%
21	障害児（者）リハビリテーション料（6歳以上18歳未満）	5,299	22.9%
22	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）	4,238	22.1%
23	腎代替療法実績加算	6,612	21.5%
24	児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満）（（1）以外）	4,034	20.6%
25	時間外対応加算4	31,244	19.2%

No.	診療行為	算定回数	
26	重度認知症患者デイ・ケア料	23,445	19.0%
27	プロゲステロン	7,304	18.5%
28	体液量測定	6,341	17.9%
29	アルブミン定量（尿）	24,097	16.5%
30	カリウム（尿）	5,388	16.1%
31	早期加算（重度認知症患者デイ・ケア料）	5,689	15.5%
32	短期滞手術等基本料1（イ以外の場合）（1以外の場合）	8,689	15.4%
33	ナトリウム及びクロール（尿）	19,796	15.3%
34	外来栄養食事指導料1（2回目以降）（対面）	23,728	15.3%
35	リハビリテーション総合計画評価料1	113,424	14.9%
36	疾患別等診療計画加算（精神科デイ・ナイト・ケア）	10,520	14.6%
37	精神科デイ・ナイト・ケア	10,122	14.5%
38	クレアチニン（尿）	33,325	14.2%
39	レーザー前房蛋白細胞数検査	5,646	14.1%
40	サーベイランス強化加算（再診）	199,863	14.0%
41	運動器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	352,821	14.0%
42	E 2	12,242	13.8%
43	通院・在宅精神療法（20歳未満）加算	6,919	13.7%
44	酸素吸入	5,693	13.2%
45	外来データ提出加算（生活習慣病管理料1・2）	35,744	13.0%
46	時間外対応加算1	736,661	13.0%
47	遠隔画像診断管理加算2（コンピューター断層診断）	3,452	12.8%
48	尿蛋白	17,954	12.6%
49	L H	9,245	12.5%
50	精神科継続外来支援・指導料	5,050	12.0%

令和6・7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

○ 令和6年度計画書及び令和7年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和5年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

		対象職員全体				
		全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 （無床）	歯科診療所 （無床）
医療機関数		7,318	4,488	692	1,562	576
令和6年度	加重平均値（%）	2.69	2.71	2.46	2.11	2.09
	（職員数）（人）	1,076,575	1,031,834	17,825	23,234	3,681
令和7年度 R5⇒R7 （2年計）	加重平均値（%）	3.40	3.43	2.98	2.57	2.30
	（職員数）（人）	1,102,271	1,057,665	17,888	23,087	3,632
（参考） R6⇒R7 賃金増率	差分（ポイント）	0.71	0.72	0.52	0.46	0.21

令和7年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（Ⅰ）の専用届出様式による届出39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件）のうち、令和6年度において未算定、計画書記載不備及び外れ値等の1,835件を除いた7,318件の賃金改善計画書を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和 6 ・ 7 年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）（対象職員）

○ 令和 6 年度計画書及び令和 7 年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職種別の令和 5 年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和 7 年 6 月 3 0 日時点集計値

		対象職種				
		看護職員等	薬剤師	看護補助者	歯科衛生士	その他職員
医療機関数		5,303	4,732	4,795	0	5,154
令和 6 年度	加重平均値（％）	2.71	2.41	3.52	—	2.86
	（職員数）（人）	625,155	32,492	110,150	—	331,455
令和 7 年度 R5⇒R7 （2 年計）	加重平均値（％）	3.58	2.87	4.21	—	3.37
	（職員数）（人）	620,208	32,511	115,113	—	334,112
（参考） R6⇒R7 賃金増率	差分（ポイント）	0.87	0.46	0.69	—	0.51

令和 7 年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（Ⅰ）の専用届出様式による届出 39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件）のうち、令和 6 年度において未算定、各職種について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値等を除いたベースアップ評価料の賃金改善計画書の数値を集計。

令和 7 年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）（40歳未満医師）

- 40歳未満医師の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和 5 年時点と比較した、40歳未満医師の令和 7 年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和 7 年 6 月 3 0 日時点集計値

	対象外職種（40歳未満医師）				
R5年度⇒R7年度（2年計）	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	1,421	1,319	14	39	49
最小値	0.0102	0.01	0.20	0.06	0.20
第 1 四分位数	1.00	1.01	1.39	0.74	0.80
中央値	1.97	2.00	1.72	1.82	1.89
第 3 四分位数	2.96	2.97	2.47	2.97	2.77
最大値	7.93	7.93	4.50	7.27	6.43
職員数	45,387	44,639	23	128	1,656
加重平均値	2.89	2.90	2.51	2.35	2.47

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和 7 年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（Ⅰ）の専用届出様式による届出39,681件、40歳未満医師の賃金増率について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、1,421件）を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和 7 年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）（事務職員）

- 事務職員の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和 5 年時点と比較した、事務職員の令和 7 年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和 7 年 6 月 3 0 日時点集計値

	対象外職種（事務職員）				
R5年度⇒R7年度（2年計）	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	4,964	3,710	390	791	73
最小値	0.0000	0.00	0.00	0.06	0.44
第 1 四分位数	1.98	2.03	1.73	1.66	1.49
中央値	2.78	2.87	2.47	2.56	2.50
第 3 四分位数	3.92	3.92	3.60	4.15	3.85
最大値	7.90	7.90	7.63	7.81	7.73
職員数	119,792	112,963	2,259	3,907	2,458
加重平均値	3.18	3.19	2.77	2.97	3.71

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和 7 年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件、事務職員の賃金増率について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、4,964件）を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

歯科技工所の賃上げ状況等について（2025年7月末時点）

- （公社）日本歯科技工士会が会員歯科技工所（約2,000カ所）に対して、令和6年度診療報酬改定前後の歯科技工所の賃上げ状況や経営状況等の調査を実施。
- 当該調査の結果における令和6年度診療報酬改定前後の影響は、以下のとおり。
 - ・ 歯科技工所従業員の基本給与等総額は、約1.5万円増加（賃上げ率6.1%）
 - ・ 歯科技工所の歯科技工売上（保険適応分の売上から材料費を除く）は、「従事者5人以上」で最も増加率が上昇

1 改定前後の、歯科技工所における従業員の給与の比較

基本給与等総額※1

2024年4月分 (万円)	2025年4月分 (万円)	賃上げ率 (%)
24.5	26.0	6.1

【参考】

所定内給与額
：31.54万円（歯科技工士）

出典：賃金構造基本統計調査
企業規模計（10人以上、6月分）

※1：「基本給」と「決まって毎月支払われる手当（住居手当、家族手当、通勤手当等）の合計金額のこと。
本調査においては、基本給与等総額が最も高い従業員の回答であることから、従事者2名の歯科技工所（N=25）の値を抽出して算出

2 改定前後の、歯科技工所1施設当たりの歯科技工売上の比較

歯科技工売上（保険適応分の売上から材料費を除く）※2

歯科技工所の 規模	歯科技工売上（保険適応分の売上から材料費を除く）※2		
	2024年4月 (万円)	2025年4月 (万円)	売上の増加率 (%)
従事者1人（管理者のみ） (N=100)	74.5	76.6	2.80
従事者2～4人 (N=45)	124.2	124.9	0.62
従事者5人以上 (N=46)	2391.9	2534.9	5.98

※2：保険適応分の歯科技工を扱っていない歯科技工所は除く

出典：令和6年度診療報酬改定の歯科技工所の経営状況等に関する調査（（公社）日本歯科技工士会）

【参考】規模別の歯科技工所数

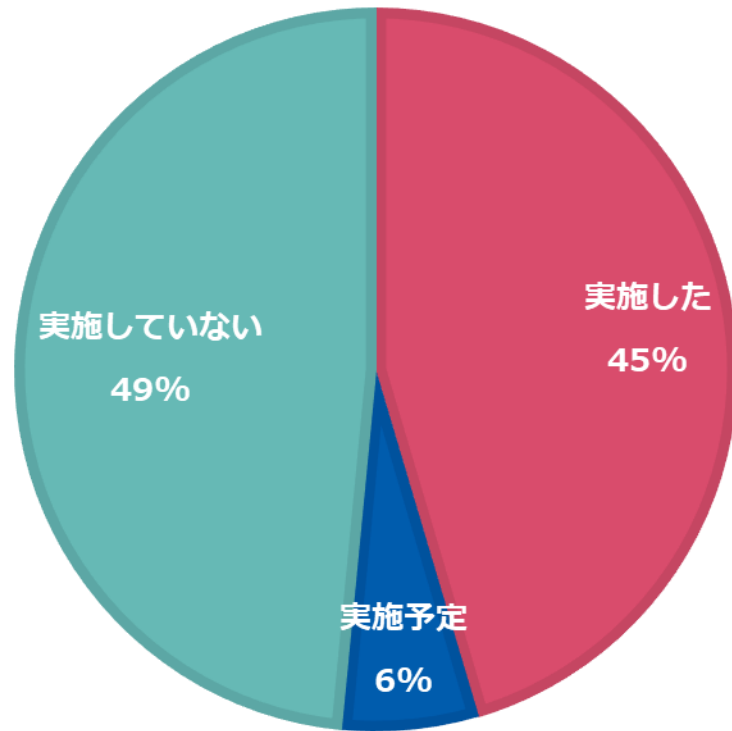


出典：令和6年度衛生行政報告例

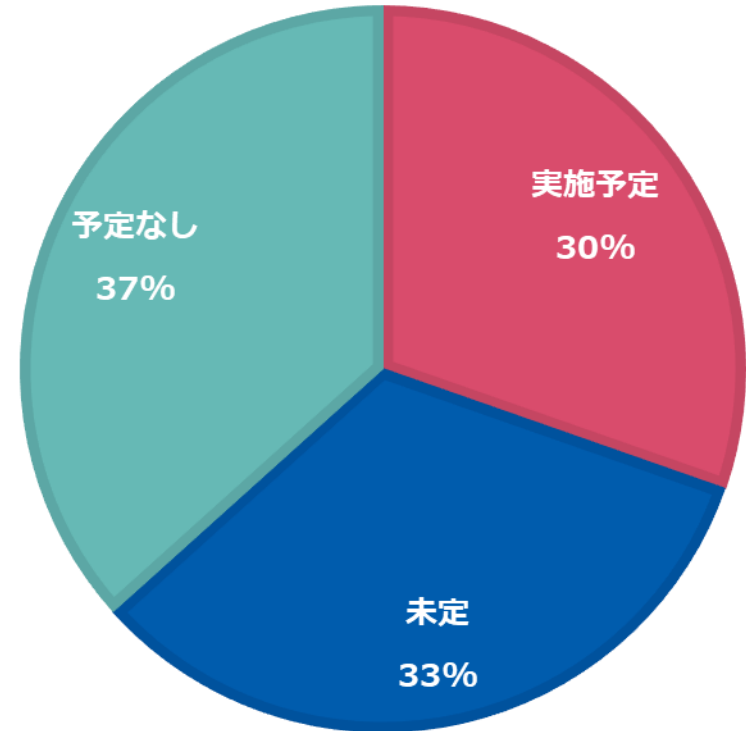
薬局における賃上げ状況等について

- 令和7年2月25日～3月25日に行われた日本薬剤師会による「賃金引き上げ状況及び物価高騰の影響に関する調査」によると、令和6年度において約5割の薬局が賃金引き上げを行っていた。

- 令和6年4月～令和7年3月までの賃金引き上げの実施等の有無（n=491）



- 令和7年4月～令和8年3月までの賃金引き上げの実施予定の有無（n=491）



薬局の店舗数別の給与の賃上げ状況

- 薬剤師においては20～49店舗の薬局、事務職員においては300店舗以上の薬局において賃上げ率が大きかった。

店舗数 (n=219)	職種	賃上げ (円/ 月)	賃上げ率(%)	ベース (円/ 月)	ベース賃上げ率 (%)
1 店舗 (n=93)	薬剤師	12,101	2.92	7,548	1.82
	事務職員	8,182	3.94	5,584	2.69
2 ～ 5 店舗 (n=72)	薬剤師	11,725	2.78	6,273	1.49
	事務職員	9,252	4.25	5,046	2.32
6 ～ 1 9 店舗 (n=39)	薬剤師	7,098	1.89	3,052	0.81
	事務職員	5,980	2.23	2,550	0.95
2 0 ～ 4 9 店舗 (n=12)	薬剤師	11,660	3.2	7,111	1.95
	事務職員	9,252	4.1	5,870	2.6
5 0 ～ 2 9 9 店舗	有効回答なし				
3 0 0 店舗以上 (n=3)	薬剤師	9,184	2.72	6,500	1.19
	事務職員	13,662	6.25	11,500	5.36

※賃上げを実施した薬局の平均値

賃上げを実施した薬局のうち、「経営者の給与減を実施」という回答が99件、「経営者の個人資産で補填」という回答が57件あった。

0. 調査概要

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

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1 ～ 3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算	情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行う場合にも届出可能	施設基準の緩和
A 2 0 7 医師事務補助体制加算	20対1 から100対1 までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の緩和
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、病室単位で届出が可能	施設基準の緩和
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1 以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4 割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和	人員配置
	※1 特定地域以外では13対1 以上 ※2 特定地域以外では7 割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3） 「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和（地域包括ケア病棟入院料2及び4）	病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1 病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1 以上又は15対1 以上 看護要員1 人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満） 24時間の往診体制について、D to P with Nを実施できる体制でも可能とする（在支診も同様）	病床数 施設基準の緩和
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携によるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

改定年度

改定内容

平成24年	○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした ※ 特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、<u>利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し</u> <対象地域に関する要件> ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた （特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く） ※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
平成30年	○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 <対象> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院
令和2年	○ 医療資源の少ない地域について、<u>医師に係る要件を緩和（※）</u>するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした
令和4年	○ 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。 ○ 超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。
令和6年	○ 回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、届出を病室単位で可能な区分を新設 ○ 地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和 ○ 在宅療養支援病院・診療所に係る24時間の往診体制の要件について、D to P with Nの実施体制を整備することで要件を満たすこととする緩和

- 現時点での二次医療圏の見直しの情報を基に、令和2年度医療施設静態調査等の直近の統計を用いて医療資源の少ない地域について、見直しのシミュレーションを行った。
- 医療資源の少ない地域に該当していた40医療圏のうち5つの医療圏が同地域に該当しなくなる。

(令和2年度
改定)
40医療圏



引き続き要件に該当する二次医療圏数	37 医療圏
新たに要件に該当する二次医療圏数	1 医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	3 医療圏



(令和6年度
改定)
37医療圏※

※ 二次医療圏の再編に伴い、医療資源の少ない地域の対象地域である2つの医療圏が1つに合併

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

① 医療従事者の確保が困難な地域

「人口当たり医師数が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数が下位1/2」

② 医療機関が少ない地域

「病院密度が下位15%」または「病床密度が下位15%」

※上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

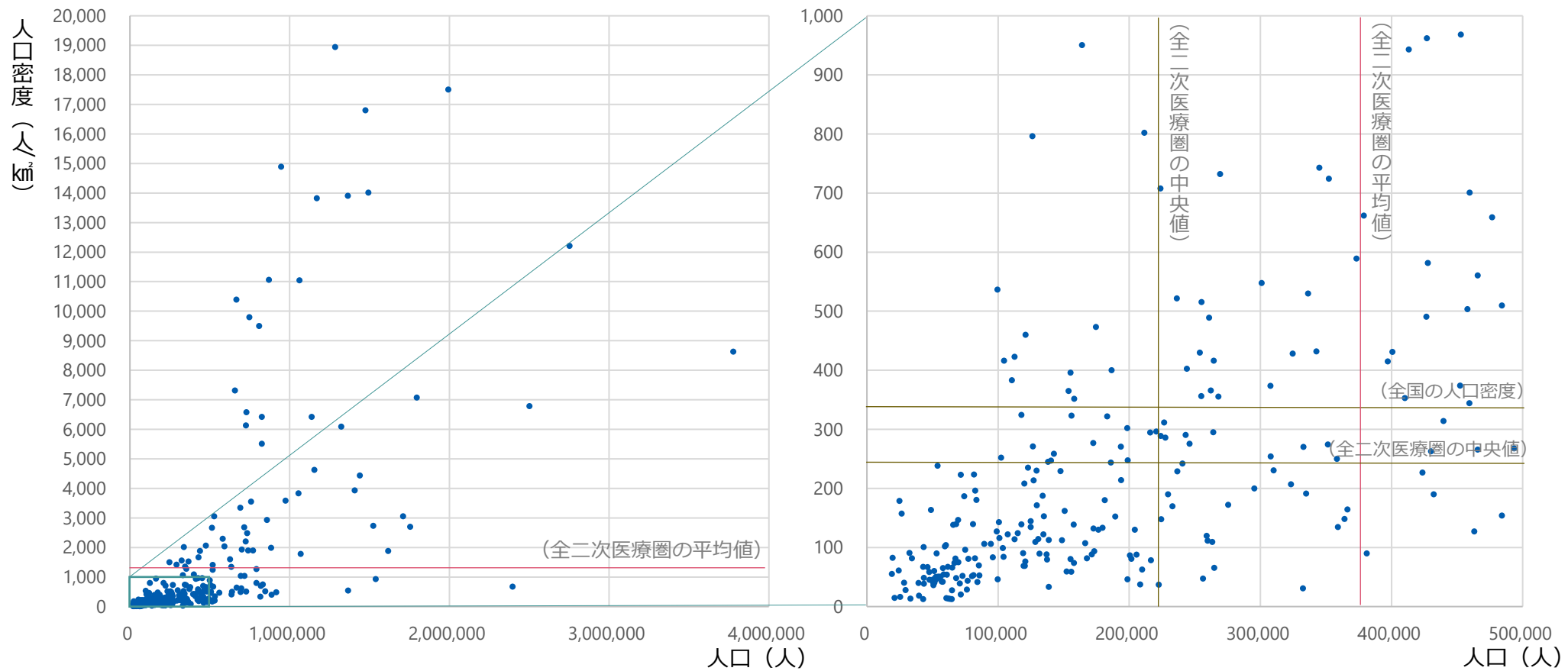
医療資源の少ない地域（令和6年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、 横手市 、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

二次医療圏の人口・人口密度の分布

- 二次医療圏ごとの人口・人口密度の分布を示したものは以下のとおり。
- 全二次医療圏の人口平均値は約38.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。



	最大値	第三四分位数	平均値	中央値	第一四分位数	最小値	(参考) 全国
人口密度 (人/km ²)	18,938.8	693.5	1,212.1	244.5	88.7	12.5	338.2
人口 (人)	3,777,491	482,440	382,261	223,258	100,834	19,122	126,146,099

※人口・面積は、令和2年国勢調査結果。二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）。

小規模な二次医療圏における支援のイメージ

小規模な二次医療圏

① へき地診療所等



- ・ 過疎地域等に所在し、巡回診療、医師・代診医派遣等による支援を受ける医療機関
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用し、住民に対する基礎的な医療を提供

② へき地診療所等への支援を実施する病院



- ・ 地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

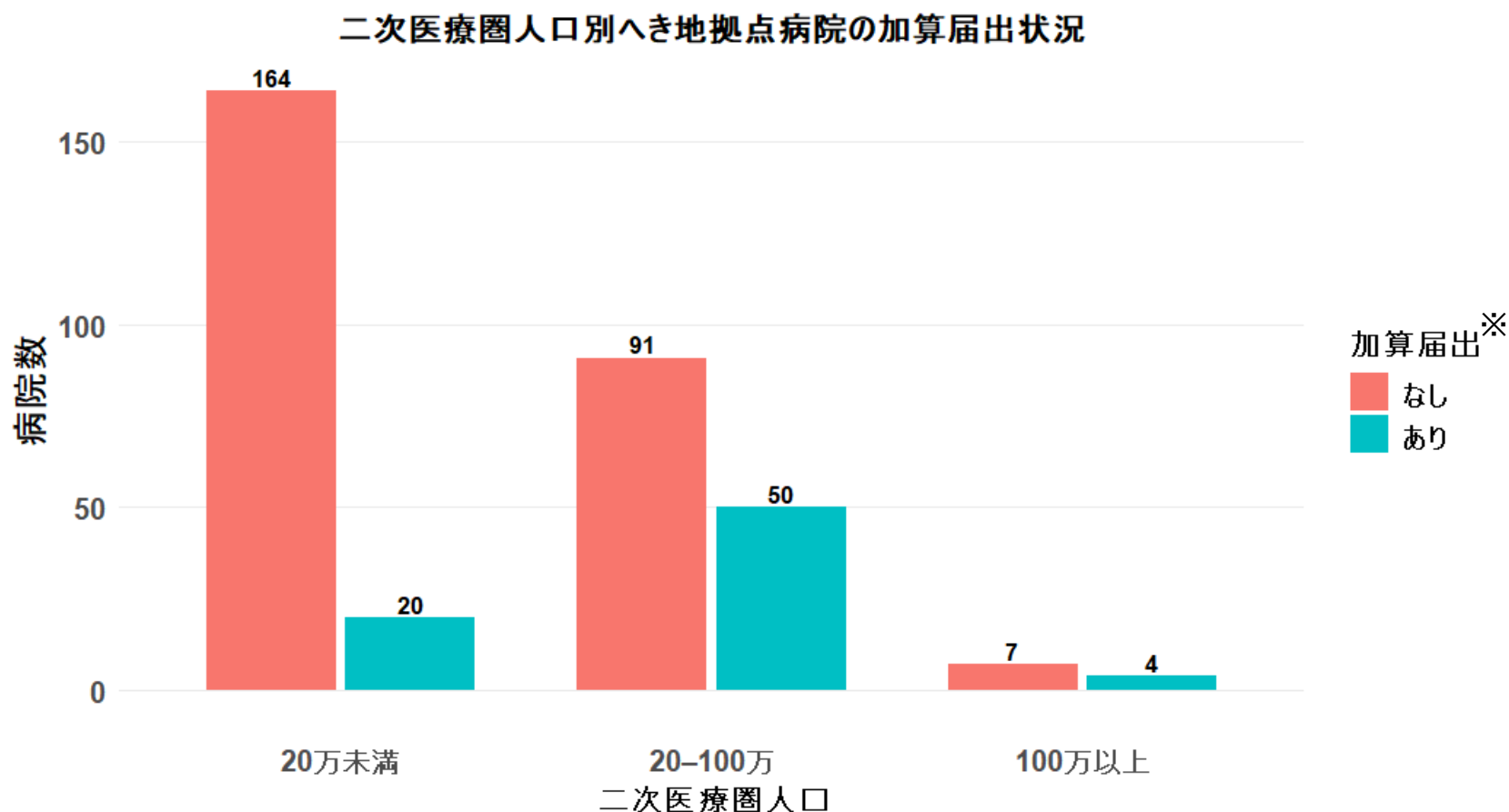
③ 拠点的功能を有する病院



- ・ 急性期の拠点的な機能を担う病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

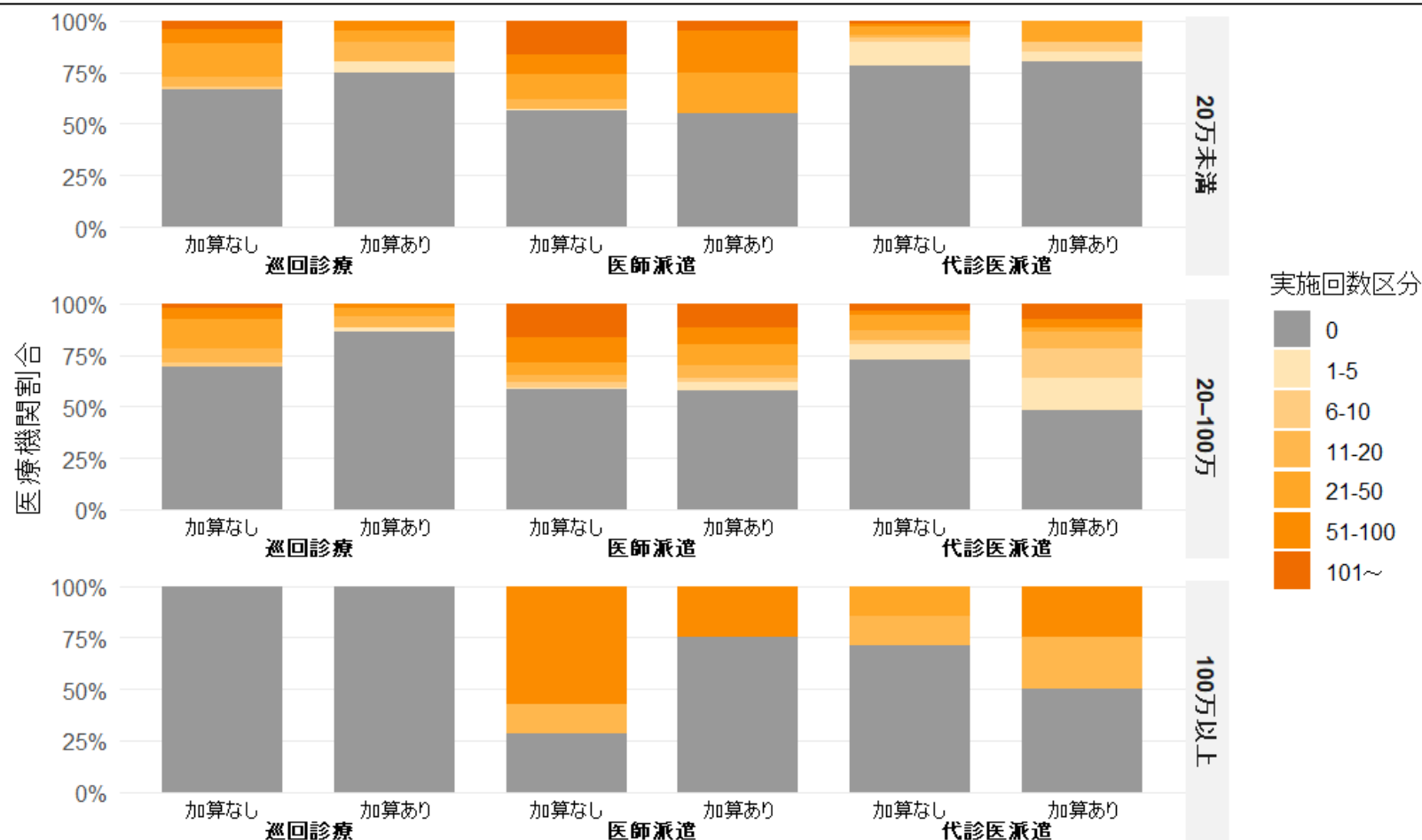
二次医療圏別へき地医療拠点病院の加算届出状況

- へき地医療拠点病院の約半数は、20万人未満二次医療圏に所在している。
- 人口20万人未満の小さな二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、20万人以上二次医療圏のへき地医療拠点病院と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の割合が低かった。



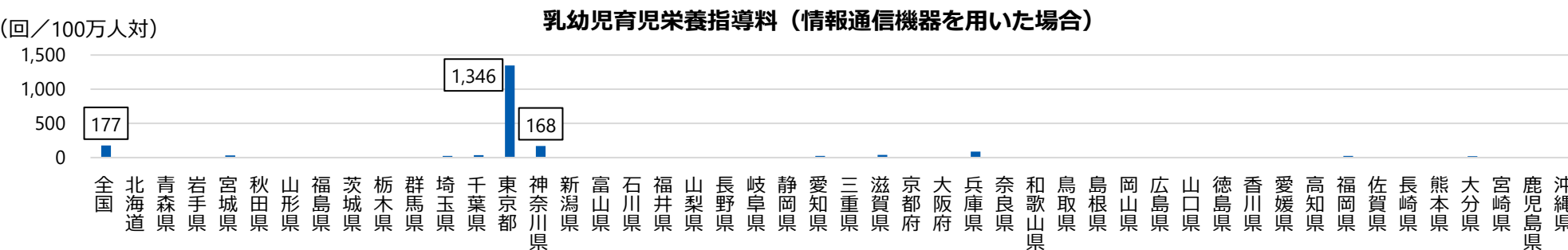
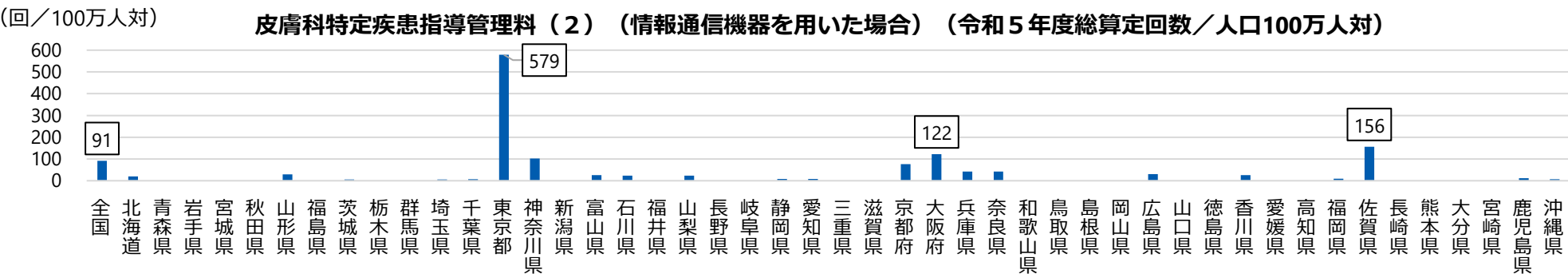
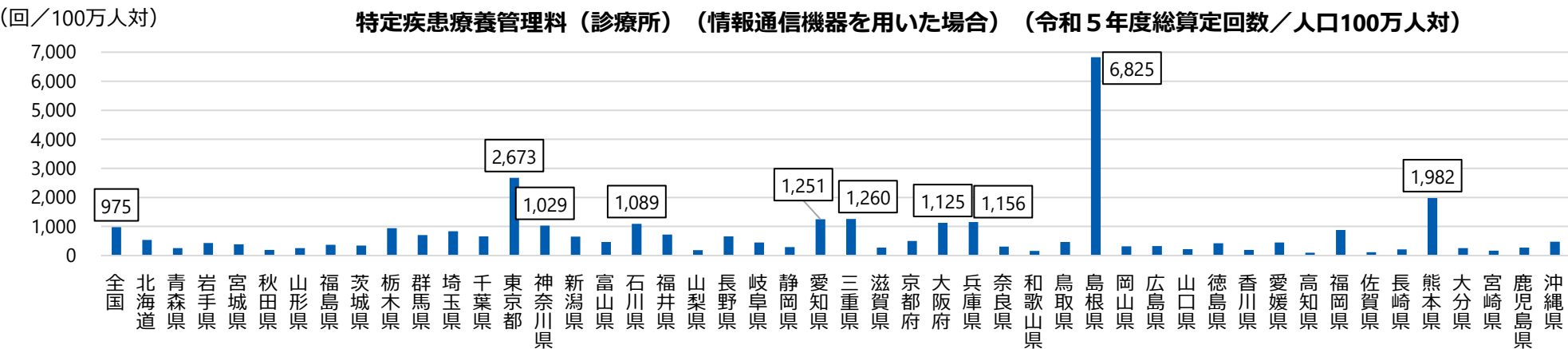
二次医療圏別へき地医療拠点病院における主要 3 事業の実施状況について

- 20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、主要 3 事業を一定程度実施しており、総合入院体制加算や急性期充実体制加の届出の有無と実施状況に大きな違いは見られなかった。
- 20万-100万人医療圏では、加算を届け出ている病院では届出のない病院と比較して、巡回診療を実施している割合が少ない一方で、へき地等に代診医派遣を実施している割合が高かった。
- 100万人以上医療圏では、巡回診療を実施していない一方で、加算を届け出ている病院で、へき地等に医師派遣を実施している割合が高かった。



都道府県別の情報通信機器を用いた診療による医学管理料の算定回数（医療機関住所地）

○ 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた医学管理料の人口100万人当たりの算定回数について、管理料ごとにそれぞれ地域差が見られる。



出典：令和6年度NDBオープンデータ