

(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⑤

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

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**

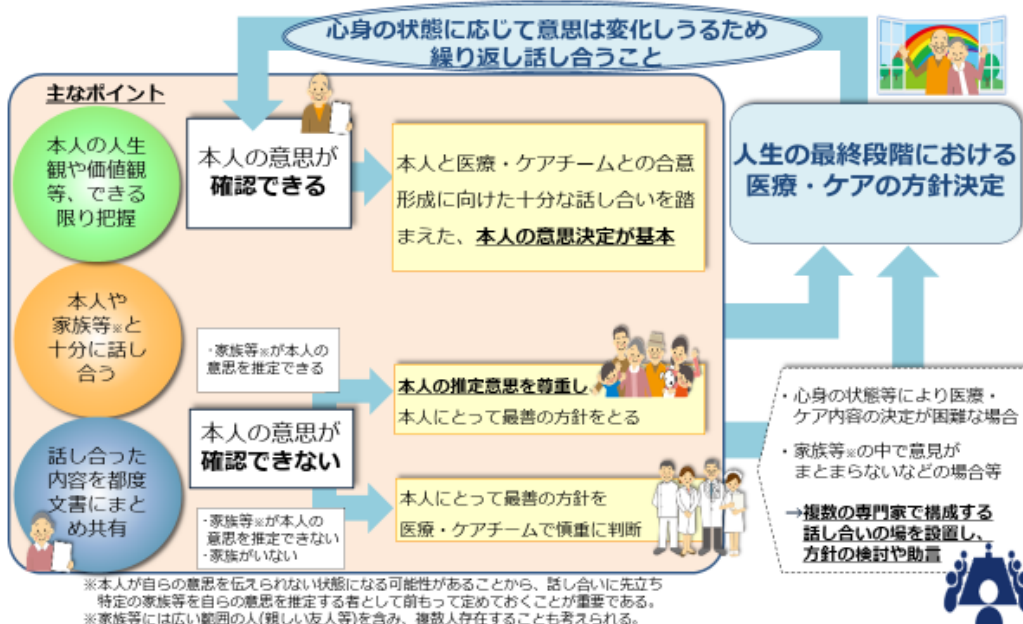
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関※**
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・**地域包括診療料**
 - ・**地域包括診療加算**
 - ・**認知症地域包括診療料**
 - ・**認知症地域包括診療加算**
 - ・在宅療養支援診療所・病院

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



【経過措置】 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

人生の最終段階における適切な意思決定に関する指針の策定の評価の経緯

診調組 入-1
7 . 7 . 3 1

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定に対する評価の経緯

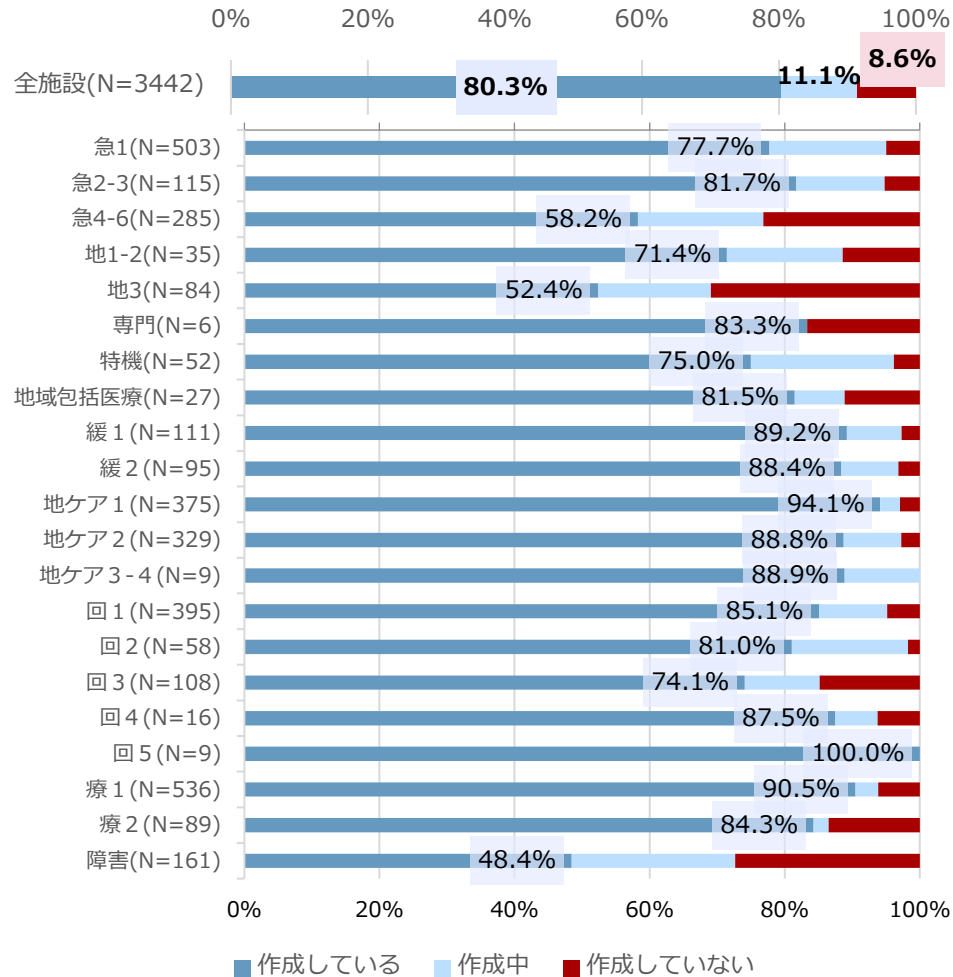
	入院	外来	在宅
平成30年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1, 3 において、医療機関で看取りの指針を定めていることを要件化	—	—
令和 2 年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—	—
令和 4 年	—	がん患者指導管理料において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	在宅療養支援診療所・病院において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化
令和 6 年	入院料の通則に規定し、すべての入院料の算定に当たって要件化する。 ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する医療機関を除く。	地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算において、医療機関で適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化	—

適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

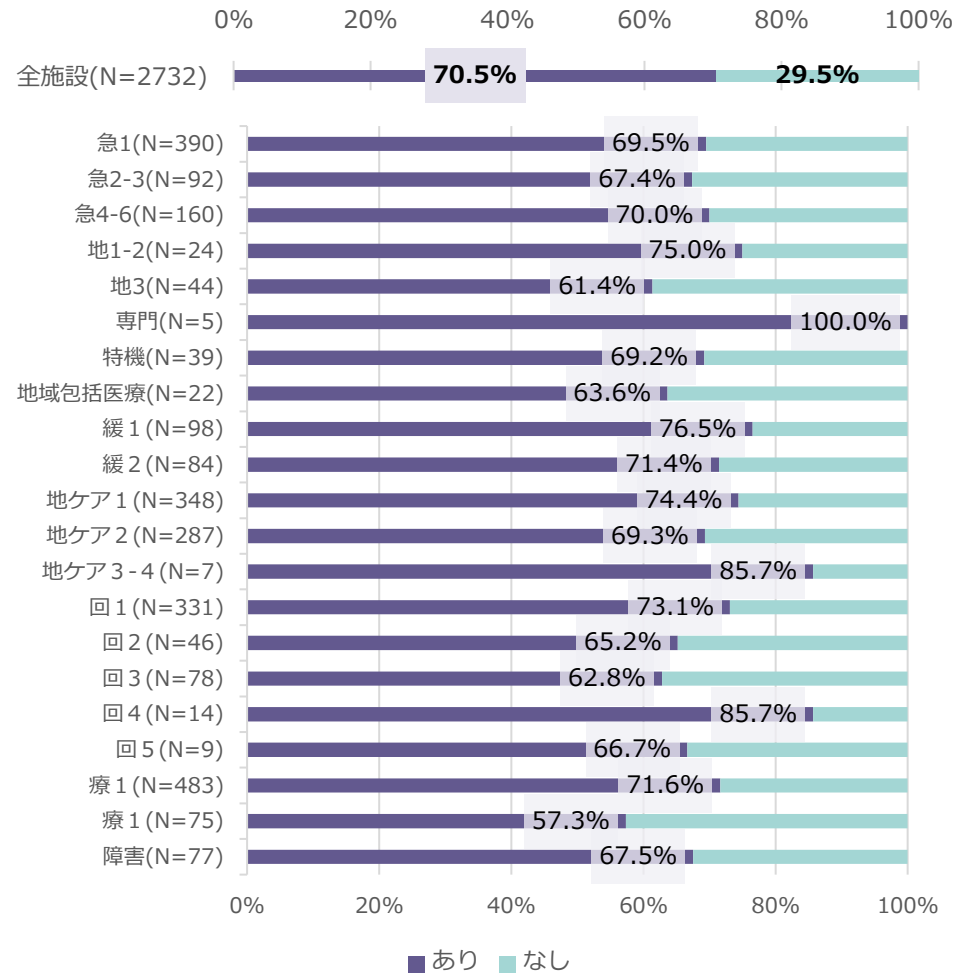
診調組 入-1
7.7.3.1

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、作成している医療機関は80.3%、定期的な見直しを行っている医療機関は70.5%であった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無(N=3442)



意思決定に係る指針の見直しの有無(N=2732)

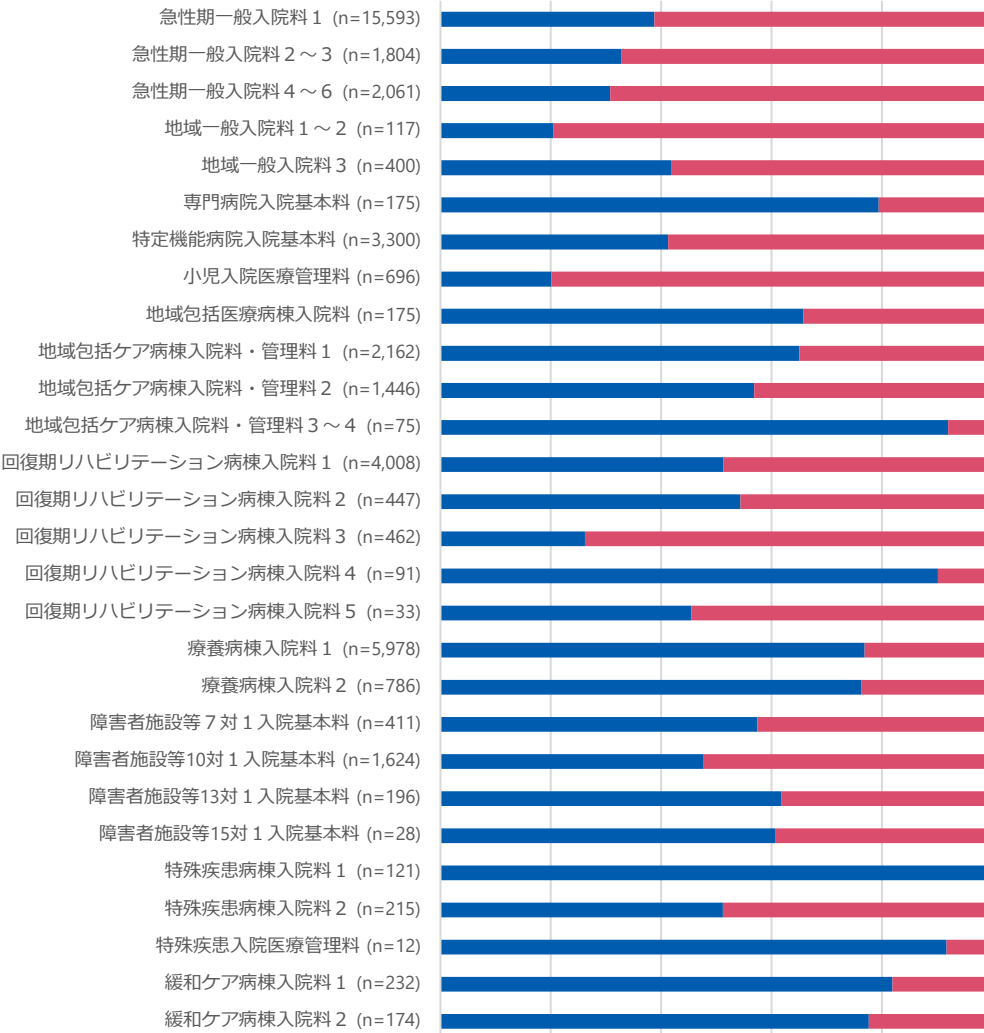


人生の最終段階の意思決定支援について

診調組 入－1
7 . 5 . 2 2

自院での適切な意思決定支援の実施有無

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

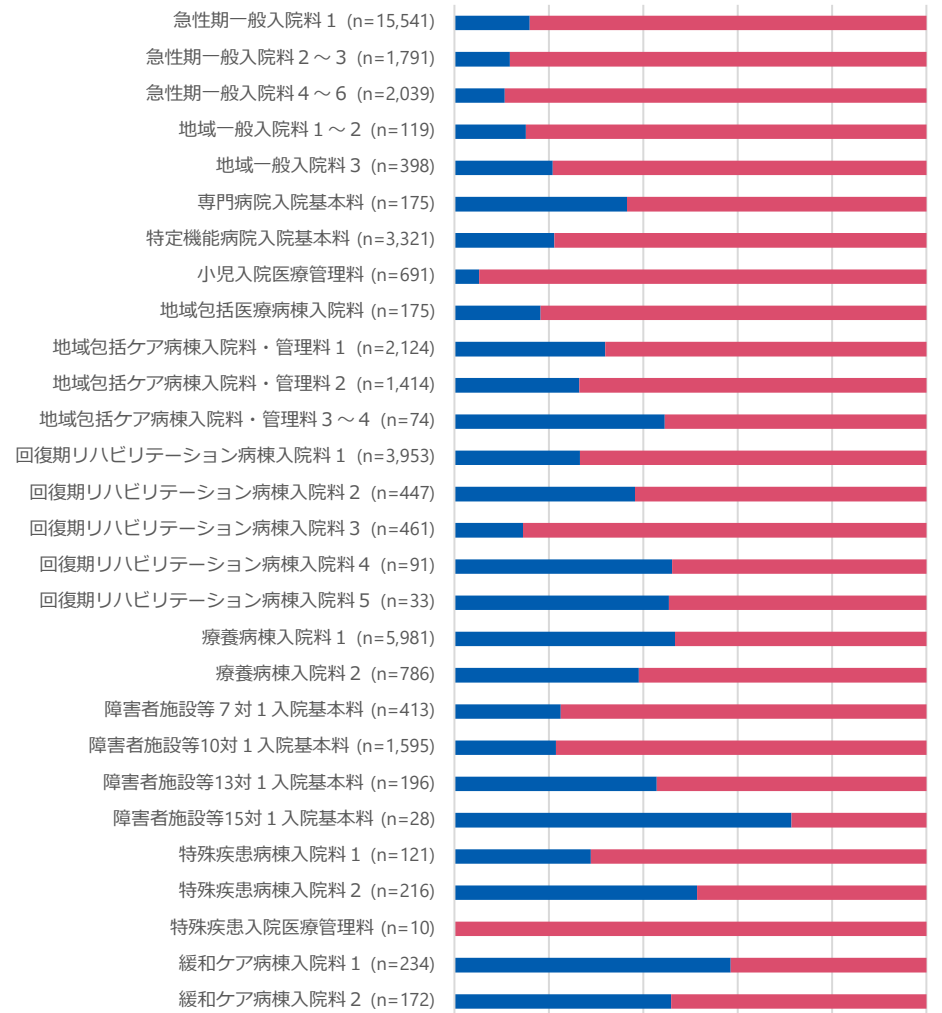


■あり ■なし

入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針について

の情報提供の有無

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



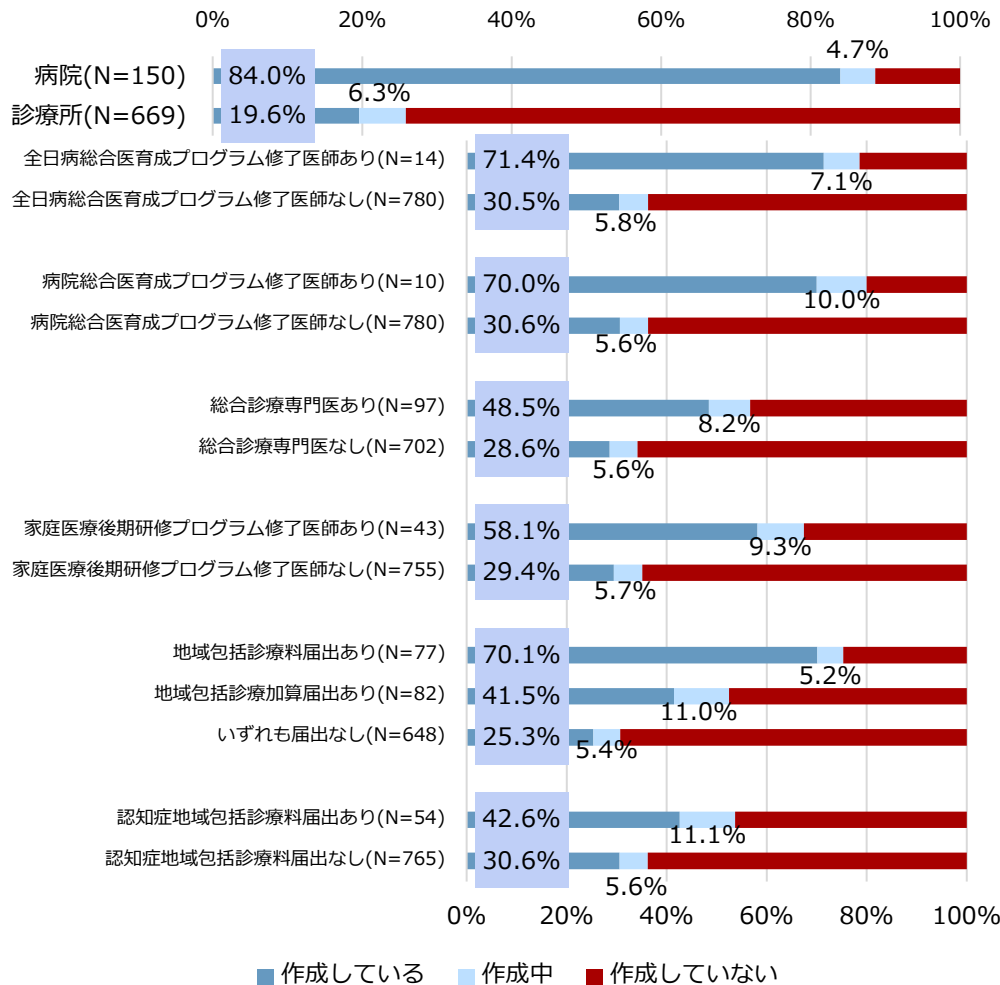
■あり ■なし

適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

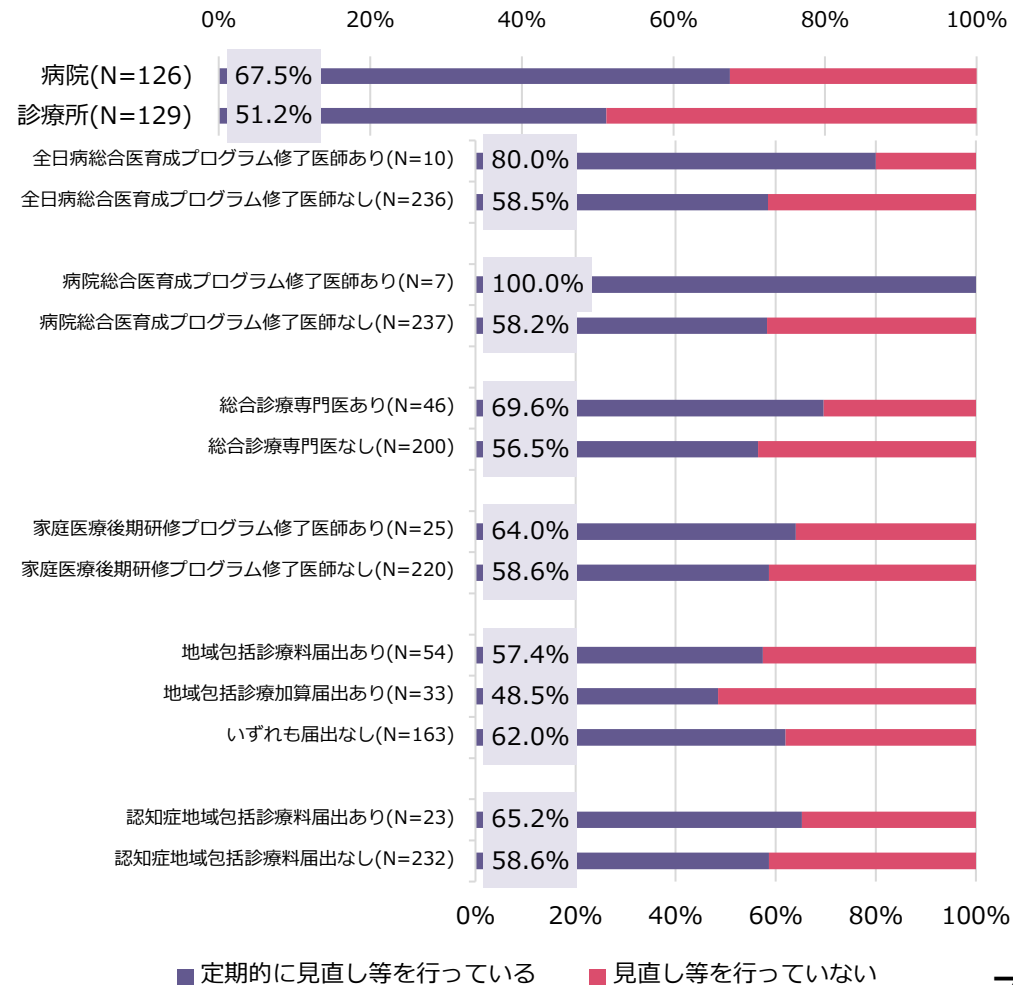
診調組 入-1
7.7.31

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針について、作成している病院及び診療所はそれぞれ84.0%、19.6%、定期的な見直しを行っている病院及び診療所はそれぞれ67.5%、51.2%であった。
- 地域包括診療料及び地域包括診療加算の届出医療機関では、それぞれ70.1%、41.5%が指針を作成していた。

意思決定に係る指針を作成しているか



意思決定に係る指針の見直しの有無



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

診調組 入-1
7 . 7 . 3 1

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準〕

- 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- （1）の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならぬこと。
- 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
 - 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- （1）から（5）までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

〔経過措置〕 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

- 診療報酬の算定上、身体的拘束について下記のとおり示している。

(問62) 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

(答) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

身体拘束とは

- 身体的拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為としては、更に広く、ベッド柵や薬剤使用などを含めて身体拘束と定義する下記のような考え方もある。

1-2. 身体拘束とは

身体拘束とは、「本人の行動の自由を制限すること」です。

身体拘束は、本人の行動を、当人以外の者が制限することであり、当然してはならないことです。

緊急やむを得ない場合であっても、当人以外の者が、本人に対して、非常に強い権限を行使する重みを理解し、本人の尊厳を守るために、適正な手続きを極めて慎重に行う必要があります。

そして、これまで示されてきた「身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為」の11項目は、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要です。

身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為(例)

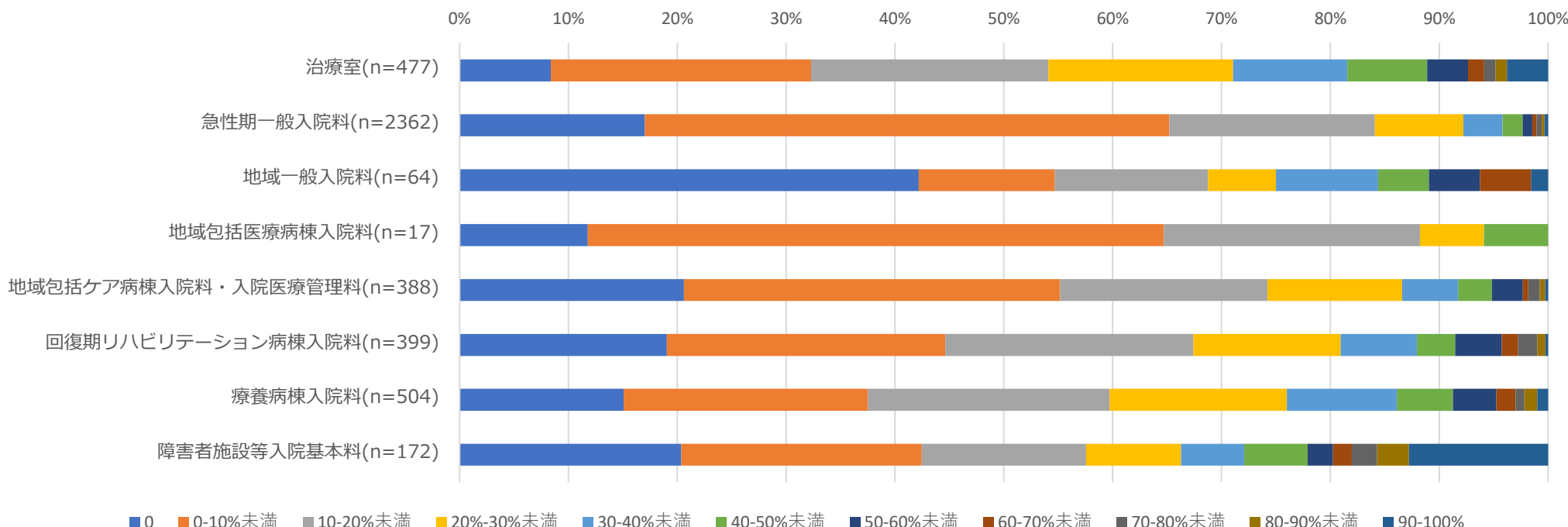
身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為には、次のような行為が挙げられている。
しかし、これらは、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要である。

- ① 一人歩きしないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを綱(サイドレール)で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手装等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

入院料ごとの身体的拘束の実施状況

- 急性期～慢性期の多くの入院料で、身体的拘束の実施率は10%未満の施設が最も多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、障害者施設等入院基本料では身体的拘束の実施率20%以上が3～4割を占めていた。

身体的拘束の実施状況



(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

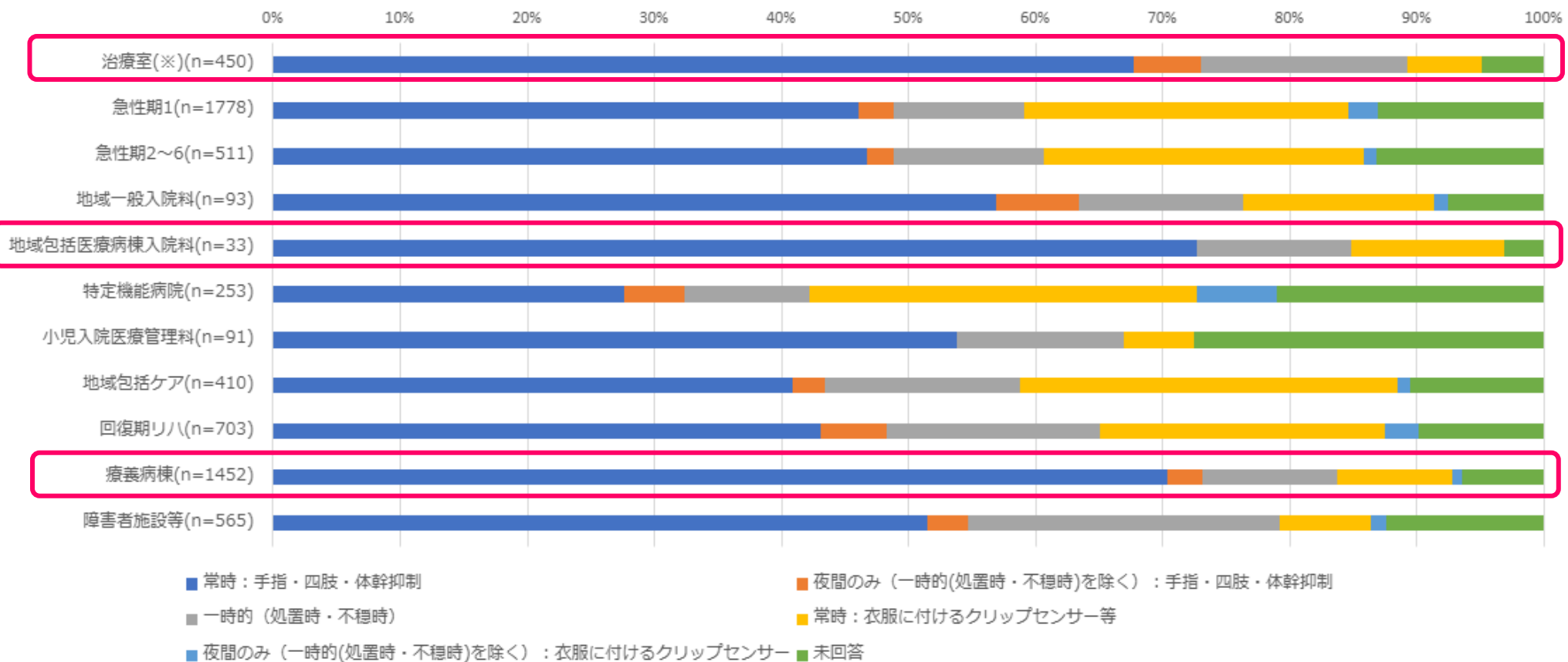
(※) 身体的拘束の実施率
= 令和6年10月の1か月間における①／②
①身体的拘束を実施した患者数(実人数)
②実入院患者数

注) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

- 入院料別の身体的拘束の状況について、身体的拘束が行われている患者のうち「常時：手指・四肢・体幹抑制」の割合は治療室、地域包括医療病棟、療養病棟では約7割であった。

身体的拘束の時間・方法（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



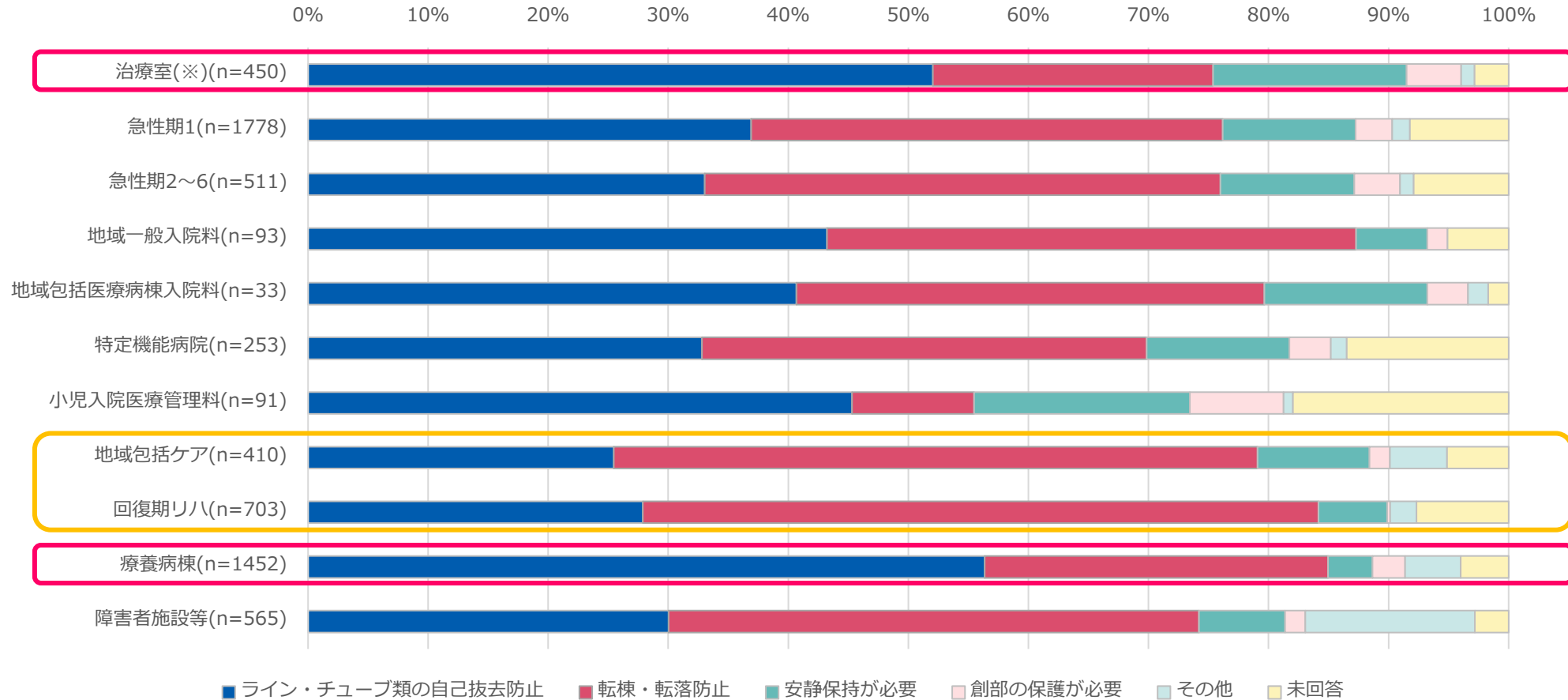
(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

身体的拘束の実施理由

診調組 入-1
7 . 7 . 3 1

- 身体的拘束を行っている患者について、身体的拘束の実施理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多かった。
- 身体的拘束の実施理由として、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」が5割を越えており、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟では「転倒・転落防止」が5割を越えていた。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

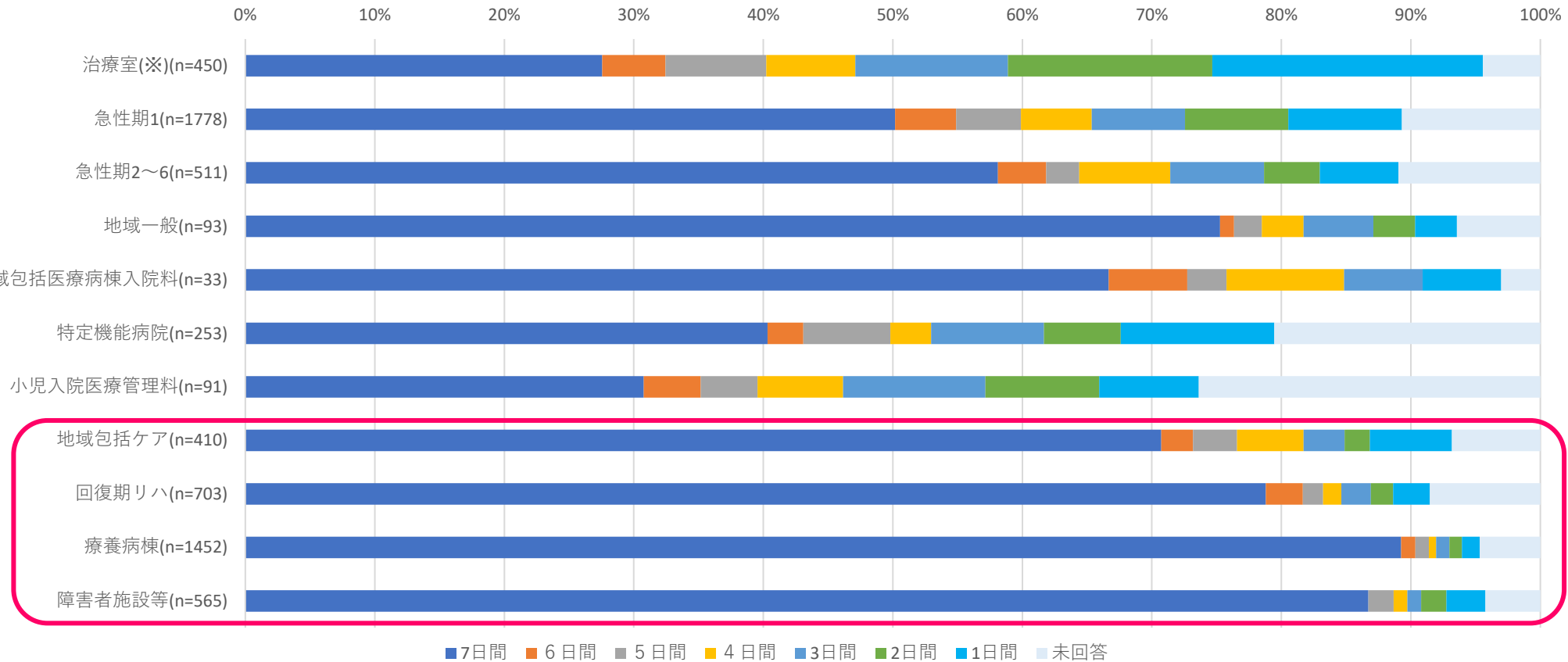
入院料別の身体的拘束の実施日数

診調組 入-1
7 . 7 . 3 1

- 身体的拘束が行われている患者について、調査基準日から過去7日間における身体的拘束を実施した日数が「7日間」である割合は、地域包括ケア病棟で70.7%、回復期リハビリテーションで78.8%、療養病棟で89.3%、障害者施設等で86.7%であった。

調査基準日から過去7日間において身体的拘束を実施した日数

* 調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る



(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

療養病棟における中心静脈栄養中の身体的拘束の実施状況

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3 改

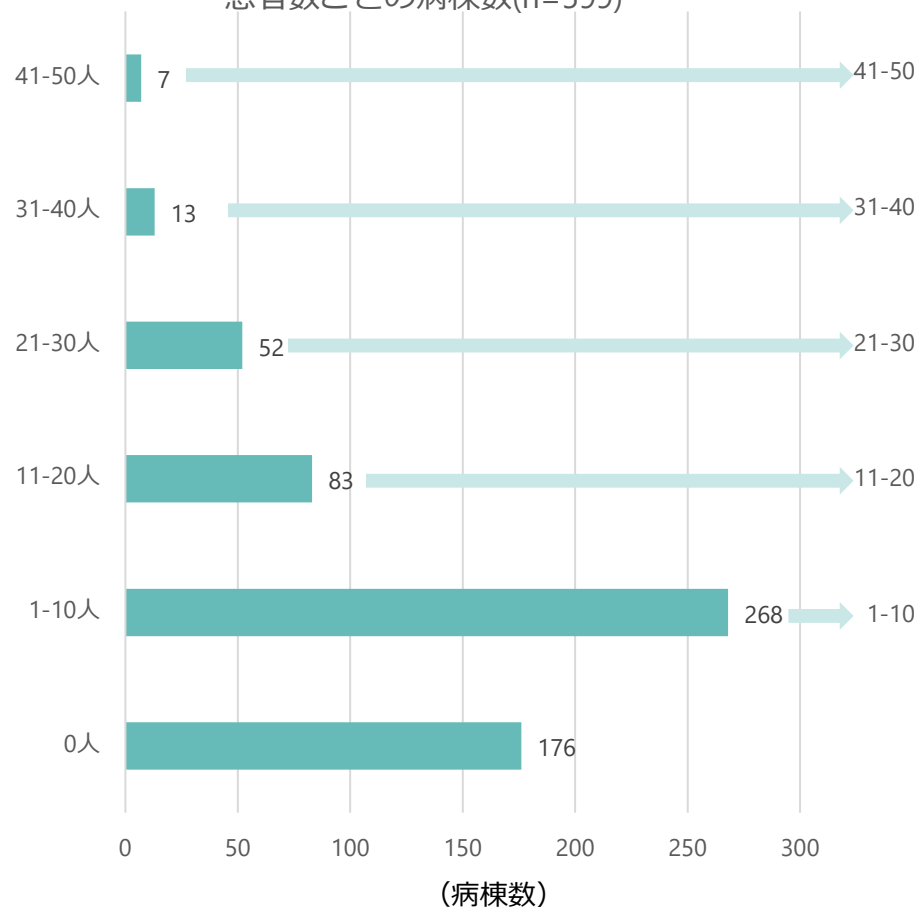
診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1

- 1か月に中心静脈栄養を実施した人数は11-20人の病棟が最多で半数弱であった。
- 中心静脈栄養を実施した患者のうち、身体的拘束を行った患者の割合が高い病棟もみられた。

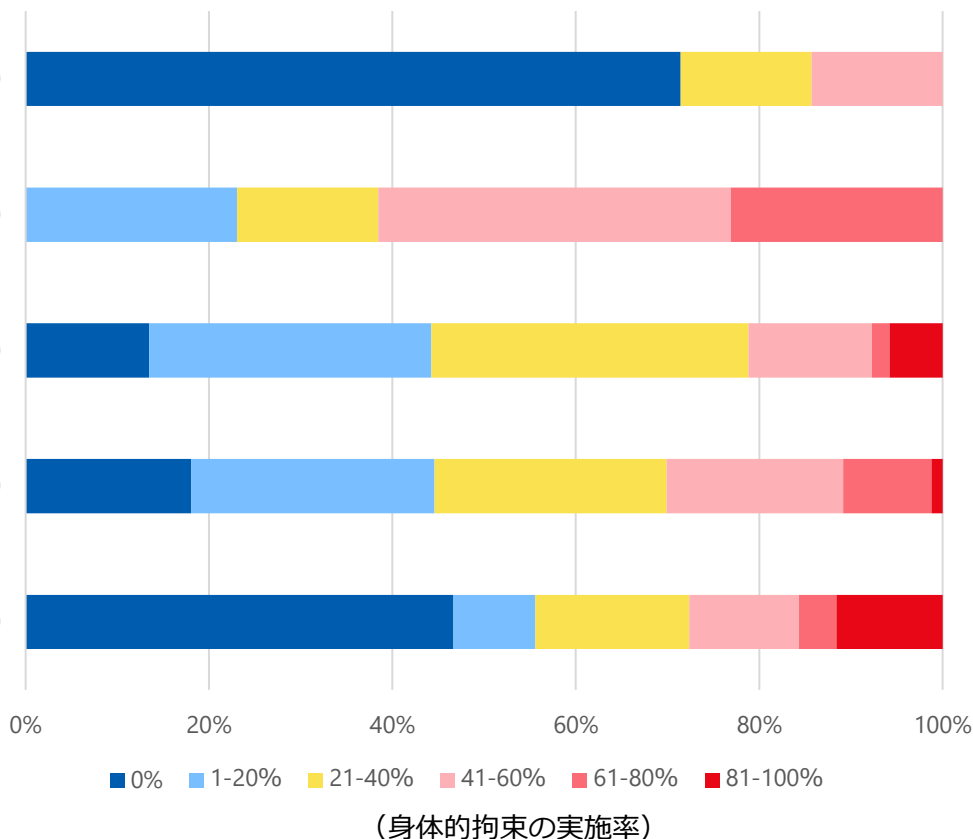
中心静脈栄養を実施した人数の区分

1か月間に中心静脈栄養を実施した

患者数ごとの病棟数(n=599)



中心静脈栄養実施人数の区分ごとの身体的拘束実施率の分布

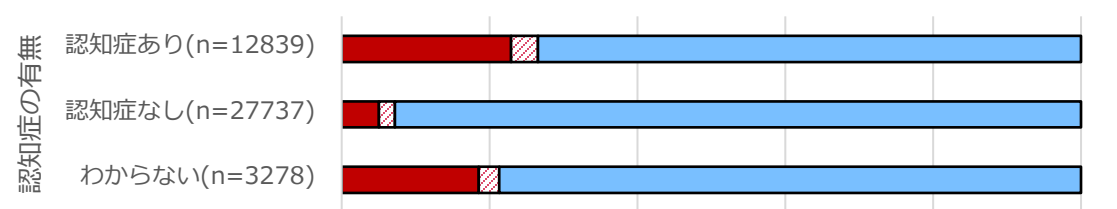


患者の状態別の身体的拘束の実施有無

診調組 入-1
7. 7. 3 1

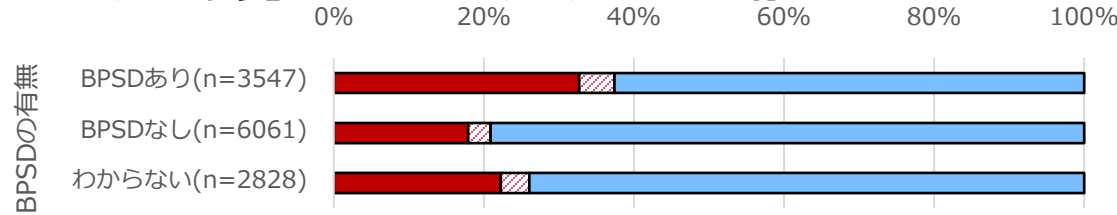
- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」「BPSDあり」「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要支援よりも要介護の方が身体的拘束の実施率が高く、認知症高齢者の日常生活自立度別では、支援が必要であるほど身体的拘束の実施率が高かった。

■ 認知症の有無別

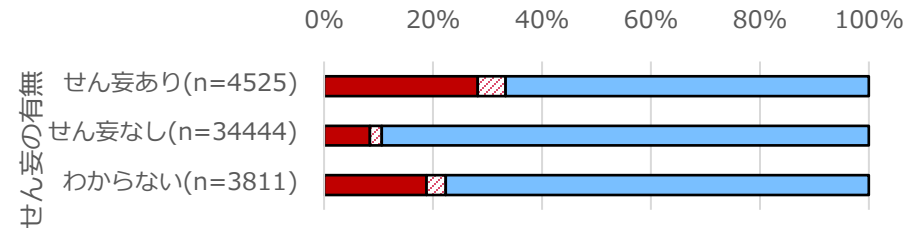


- 身体的拘束の実施あり 調査基準日時点で実施あり
- ▨ 身体的拘束の実施なし 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
- 身体的拘束の実施なし

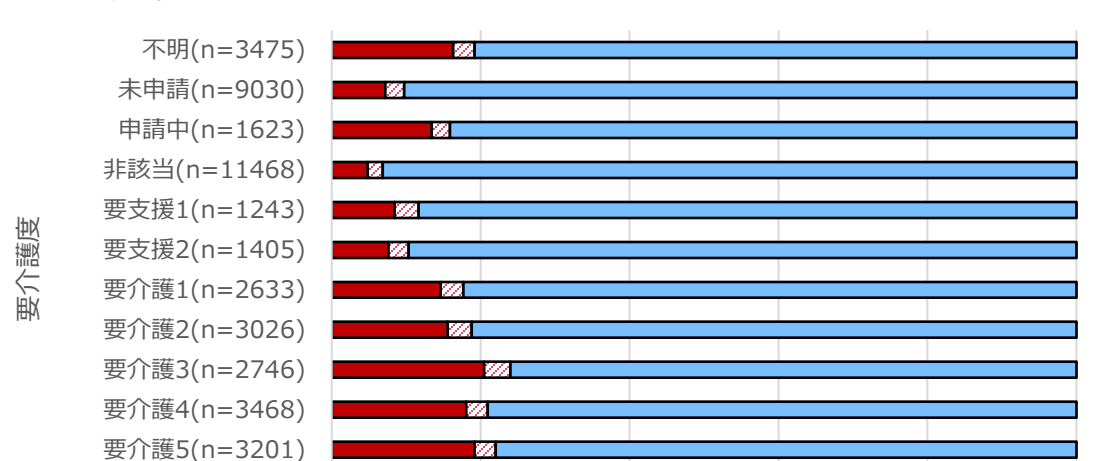
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



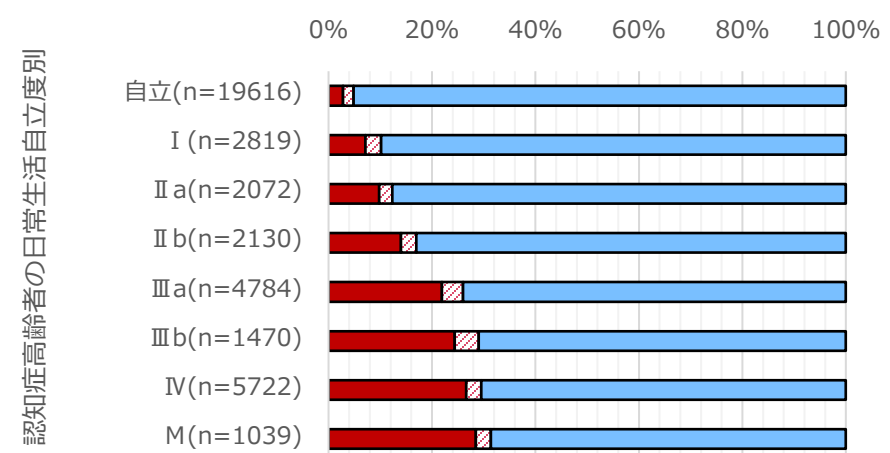
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



■ 認知症高齢者の日常生活自立度別

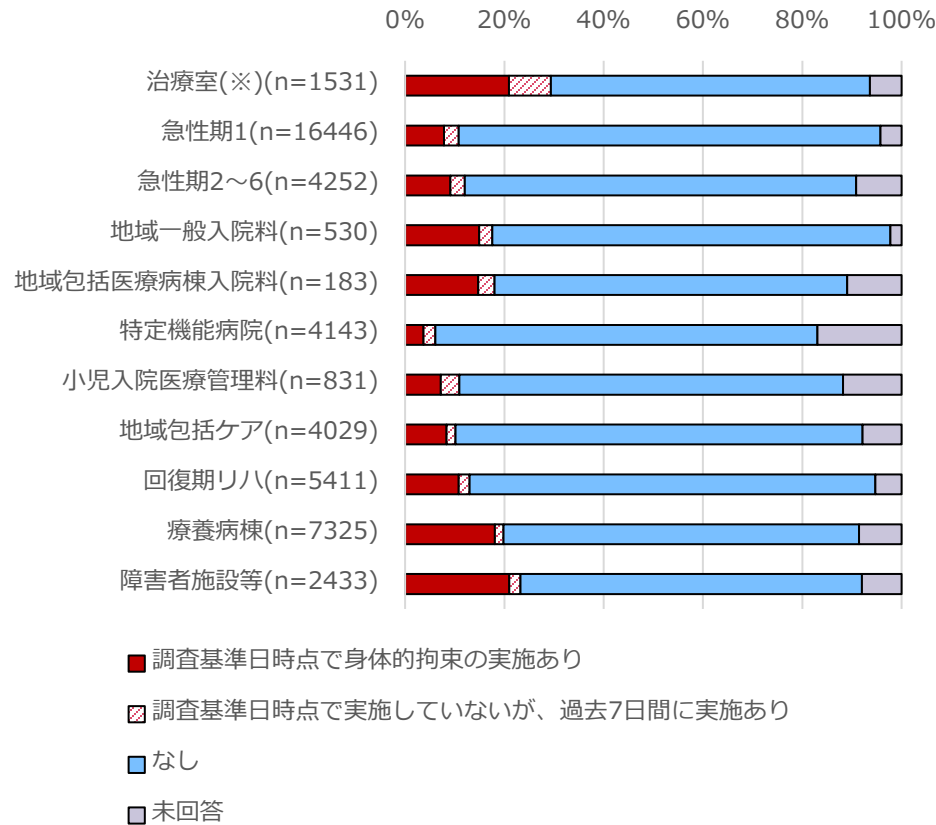


入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

診調組 入-1
7. 7. 3 1

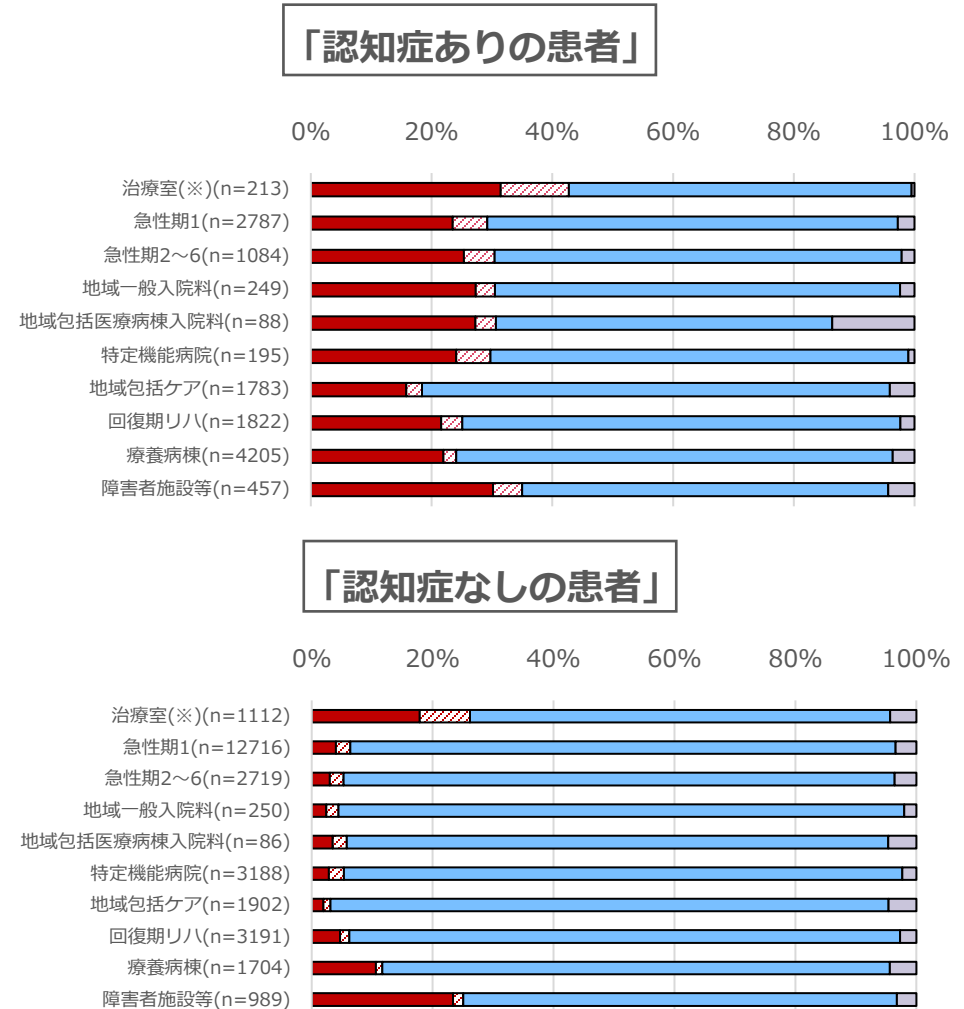
- いずれの入院料においても、「認知症あり」の場合、身体的拘束の実施率が高かった。
- 「認知症なし」の場合における身体的拘束の実施率は、治療室で26.2%、療養病棟で11.7%、障害者施設等で25.1%であったがそれ以外の病棟では10%以下であった。

■ 入院料別の身体的拘束の実施有無



(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無



入院料ごとの認知症の有無

診調組 入-1
7 . 7 . 3 1

診調組 入-1
7 . 6 . 1 3 改

- 急性期一般入院料と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟・療養病棟では認知症を有する患者の割合が多い。
- 療養病棟では、認知症ありが約6割を占めている。

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



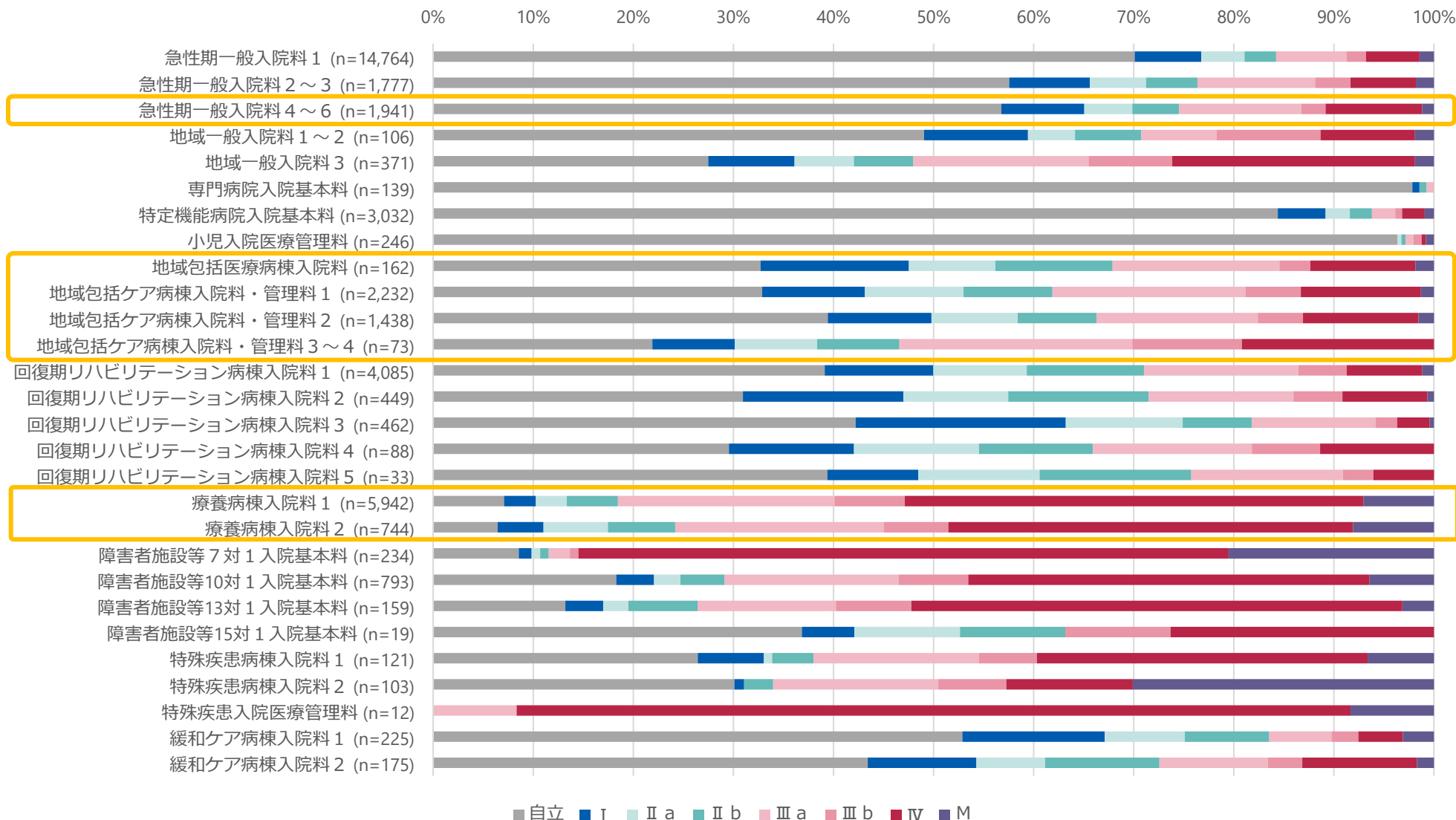
■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

診調組 入-1
7 . 7 . 3 1

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2 改

- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa（認知症による症状のため、介護を必要とする）以上の患者の割合が多い。
- とくに療養病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の患者の割合が多く、7～8割を占めている。



■ 自立 ■ I ■ II a ■ II b ■ III a ■ III b ■ IV ■ M

認知症患者への適切な医療の評価

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	<u>認知症ケア加算1</u>	<u>イ 14日以内の期間</u>	<u>150点(1日につき)</u>
		<u>ロ 15日以上期間</u>	<u>30点(1日につき)</u>
	<u>認知症ケア加算2</u>	<u>イ 14日以内の期間</u>	<u>30点(1日につき)</u>
		<u>ロ 15日以上期間</u>	<u>10点(1日につき)</u>

- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。



【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症患者に係る看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

➤ 認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

現行

【認知症ケア加算】

- 1 認知症ケア加算 1
イ 14日以内の期間 160点 / □ 15日以上期間 30点
- 2 認知症ケア加算 2
イ 14日以内の期間 100点 / □ 15日以上期間 25点
- 3 認知症ケア加算 3
イ 14日以内の期間 40点 / □ 15日以上期間 10点

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

改定後

【認知症ケア加算】

- 1 認知症ケア加算 1
イ 14日以内の期間 **180点** / □ 15日以上期間 **34点**
- 2 認知症ケア加算 2
イ 14日以内の期間 **112点** / □ 15日以上期間 **28点**
- 3 認知症ケア加算 3
イ 14日以内の期間 **44点** / □ 15日以上期間 10点

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、**所定点数の100分の40に相当する点数**により算定する。

➤ 認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

現行

【認知症ケア加算 1】

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。
(新設)

改定後

【認知症ケア加算 1】※認知症ケア加算 2・3 も同様

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。**また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。**

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

【経過措置】 令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。

認知症ケア加算の概要

認知症ケア加算(1日につき)

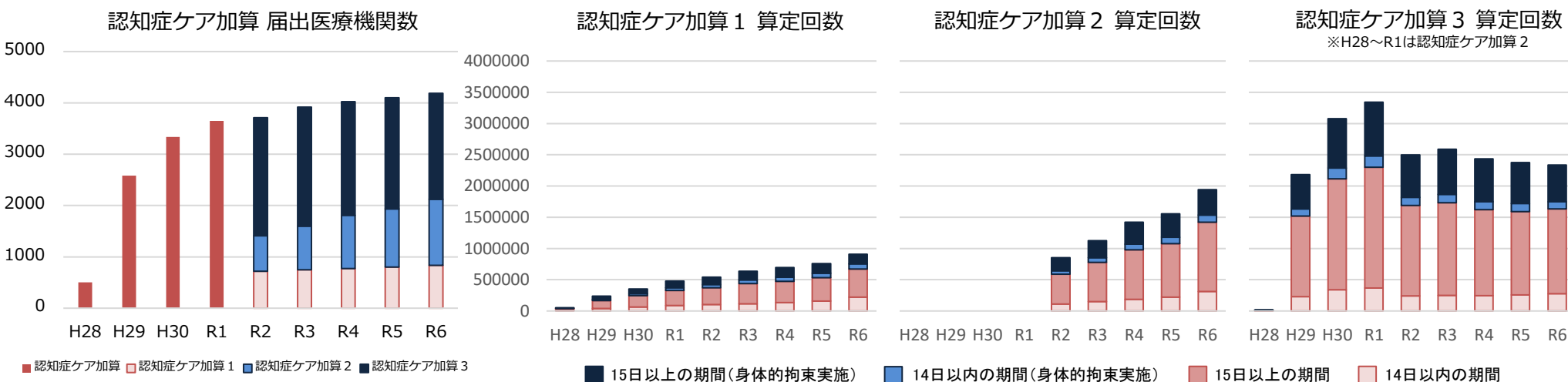
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 180点 □ 15日以上期間 34点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 112点 □ 15日以上期間 28点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 44点 □ 15日以上期間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定。

		認知症ケア加算 1	認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体的拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアに係るチーム*1が設置されていること。 *1認知症ケアチームは身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握	－
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	－
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアル*2を作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアル*2を作成	マニュアル*2を作成
		*2 マニュアル：身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書		
	せん妄対策のチェックリスト	せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。		
	院内研修	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること。	専任の医師又は看護師を中心として、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

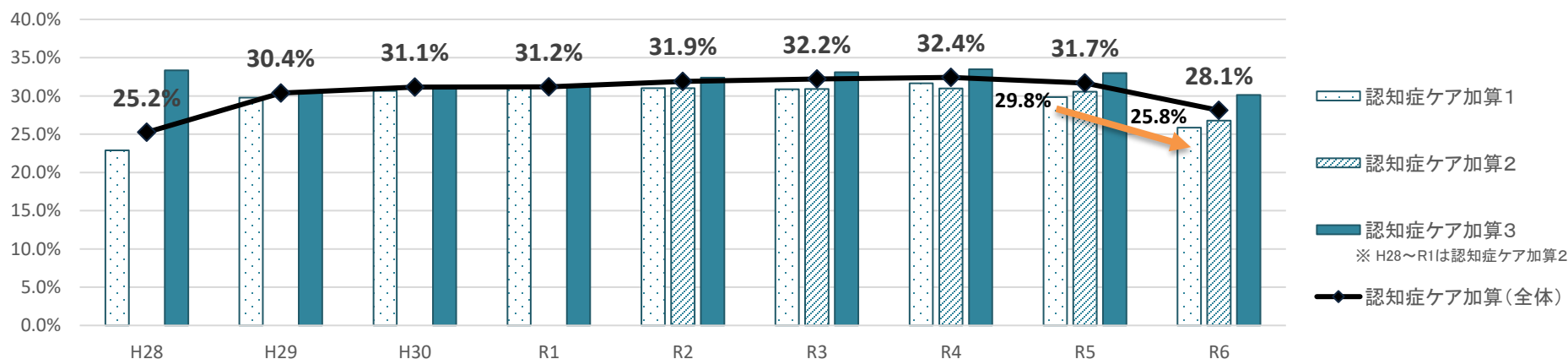
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の届出医療機関数及び算定回数は年々増加している。
- 「身体的拘束を実施した日」として算定した割合は、令和6年では28.1%と減少に転じ、とくに認知症ケア加算1では、令和5年29.8%から令和6年25.8%と4%減少していた。

■ 認知症ケア加算の届出医療機関数と算定回数の推移



■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合



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

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

身体的拘束を最小化する取組① 指針の策定状況・体制

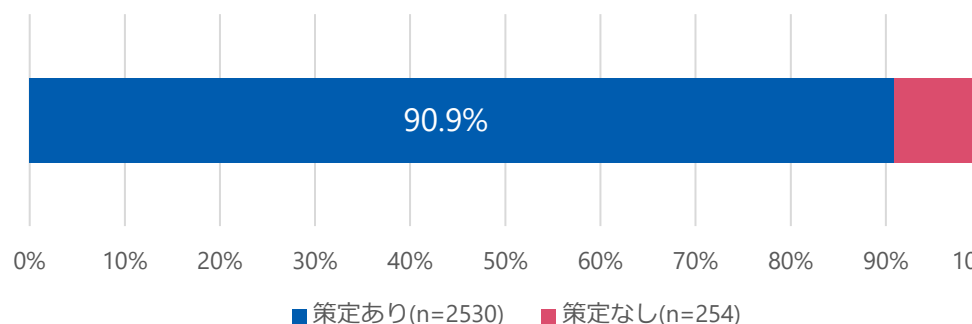
診調組 入－1
7 . 7 . 3 1

診調組 入－1
7 . 5 . 2 2 改

- 令和6年11月1日時点において、身体的拘束を最小化するための指針を策定しているのは90.9%、身体的拘束の実施・解除基準を策定しているのは90.1%であった。

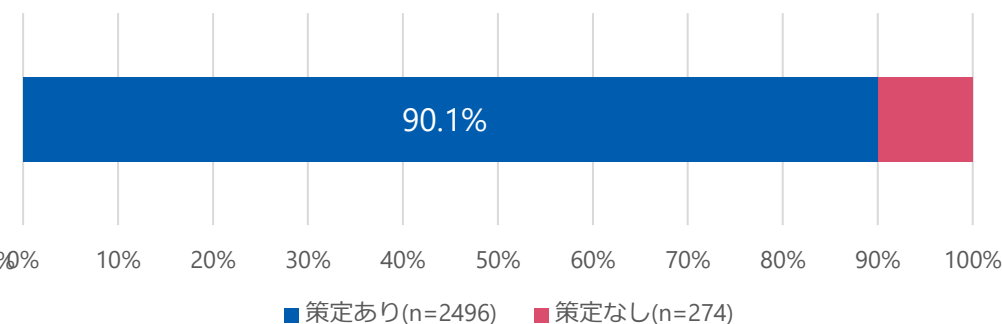
身体的拘束を最小化するための指針の策定状況

(令和6年11月1日時点)

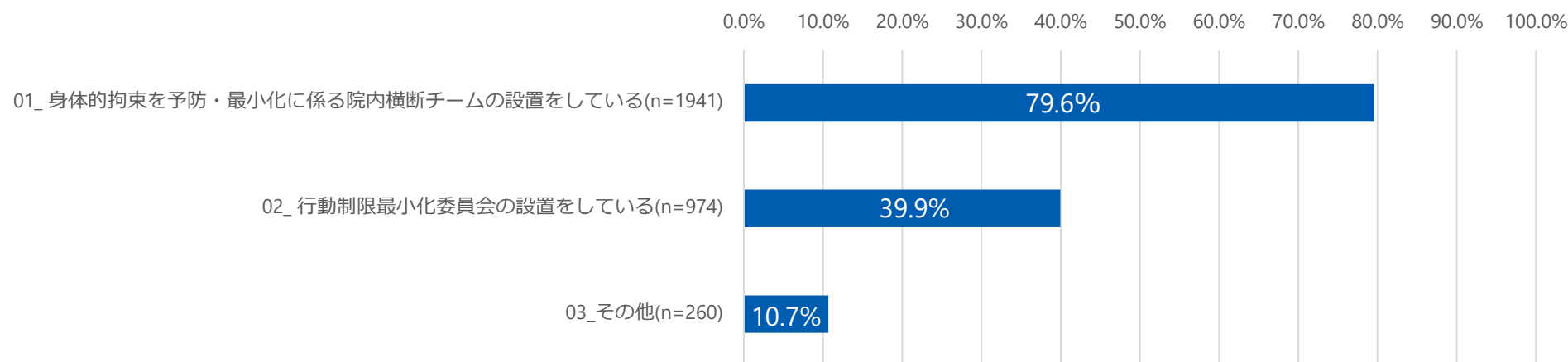


身体的拘束の実施・解除基準の策定状況

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束を予防・最小化するための組織について

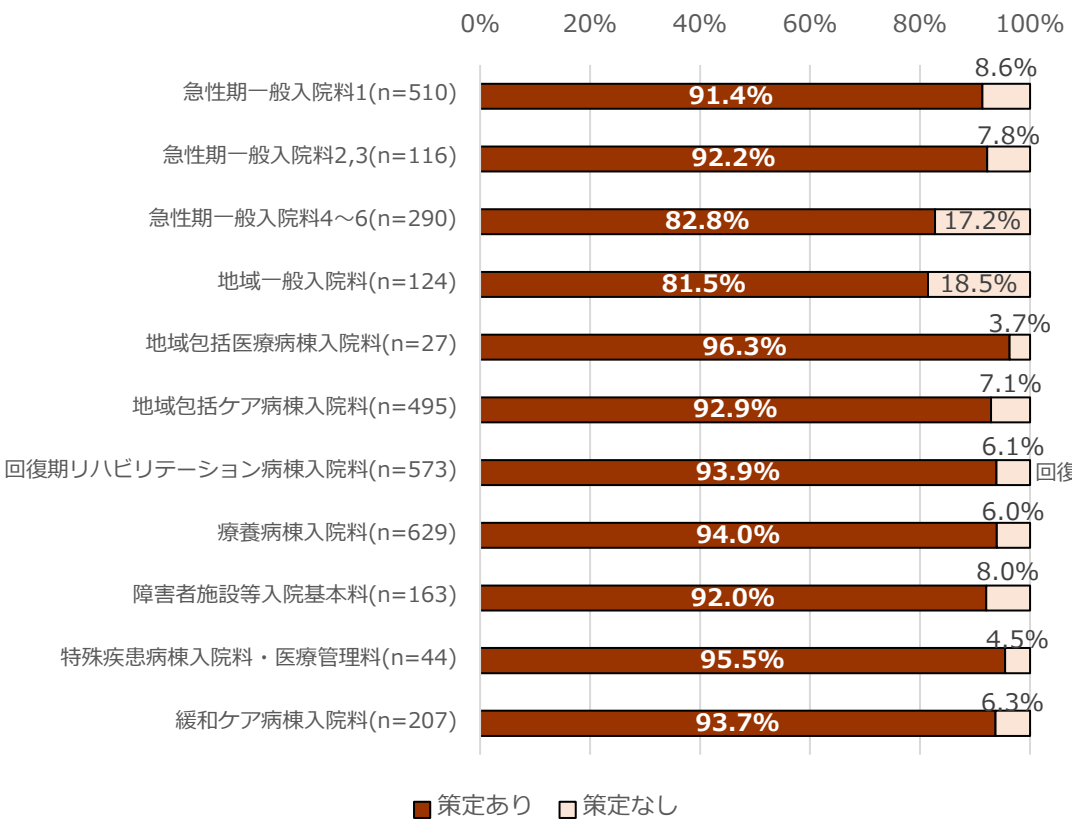


身体的拘束を最小化する取組② 入院料ごとの指針の策定状況

- 入院料別の身体的拘束を最小化するための指針の策定状況について、多くの入院料で90%を越えていた。急性期一般入院料 4 ～ 6 は82.8%、地域一般入院料は81.5%であった。
- 入院料別の身体的拘束の実施・解除基準の策定状況について、多くの入院料で90%を越えていた。急性期一般入院料 4 ～ 6 は80.6%、地域一般入院料は79.8%であった。

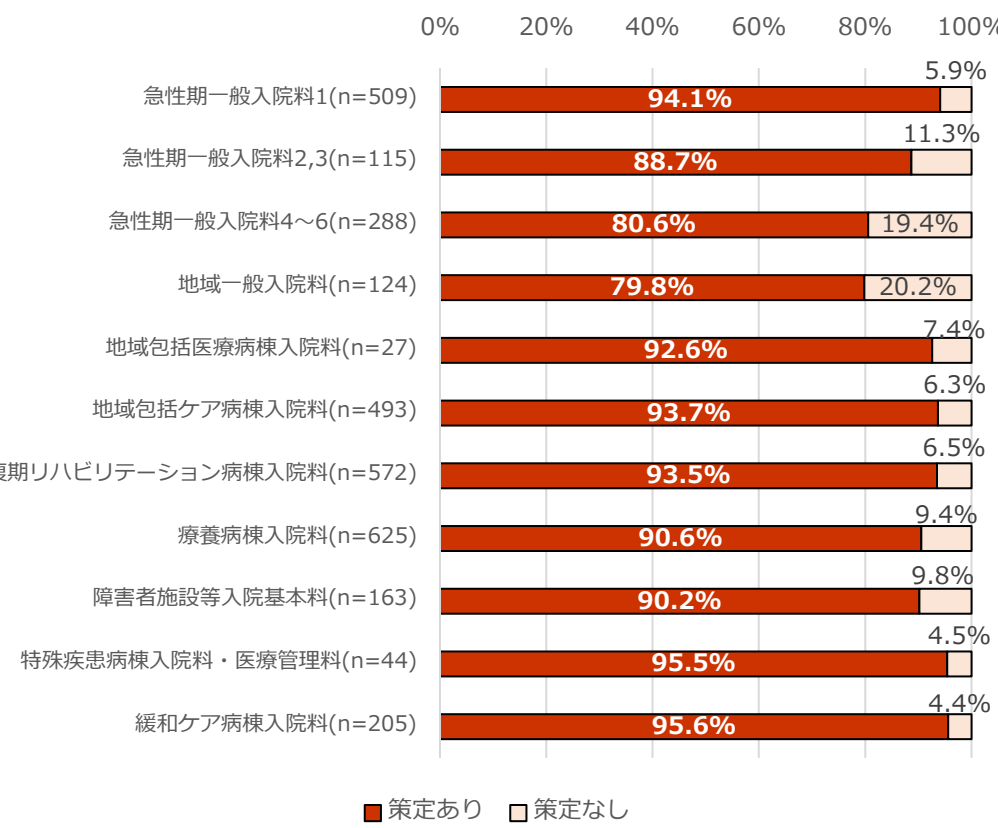
身体的拘束を最小化するための指針の策定

(令和6年11月1日時点)



身体的拘束の実施・解除基準の策定

(令和6年11月1日時点)



- 身体拘束廃止に向けた方針として、「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）」では、特に管理者等の責任者が「身体的拘束を原則しない」という決意を持ち、職員をバックアップする方針を徹底し組織一丸となって考えを共有して取り組むこと、身体拘束を必要としない環境の整備、患者本人や家族との対話や意思確認、やむを得ず身体拘束を行った場合でも常に代替手段を検討することが示されている。

身体拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

1 組織一丸となった取り組みの重要性

組織のトップが決意し、施設や事業所が一丸となって取り組む
組織のトップである法人理事長や施設長、管理者等の責任者が「身体拘束廃止・防止」を決意し、職員をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって、職員は自分の責任となってしまう等の不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。

一部の職員が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の職員が身体拘束をするのであれば、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や事業所の全員が一丸となって取り組むことが大切である。そのためには、例えば、施設長や管理者をトップとして、医師、看護職員・介護職員、事務職員等、施設・事業所全体で、身体的拘束等適正化検討委員会が適切に機能するように検討する等、身体拘束廃止・防止に向けて現場をバックアップすることが考えられる。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変



2 身体拘束を必要としないケアの実現

まず、身体拘束を必要としないケアの実現をめざす

本人についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としないケアを作り出す方向を追求していくことが重要である。認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。認知症の行動・心理症状の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、次のようなことが想定される。

- (1) 職員の行為や言葉かけが不適当か、またはその意味が理解できない場合
- (2) 自分の意志にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- (5) 身の危険を感じている場合
- (6) 何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去する等の状況改善に努めることが重要である。

3 本人・家族・施設や事業所等での共通意識の醸成

みんなで議論し、共通の意識をもつ

個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めた組織全体、そして本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関で十分に議論し、みんなで課題意識を共有し、チームケアを実現していく努力が求められる。在宅介護においては、複数法人・事業所で協議することも有用である。

その際に最も大事なものは「本人中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。



4 常に代替的な方法を考えることの重要性

常に代替的な方法を考え、

身体拘束を必要とするケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを常に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしてもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束の解除を試みる。

また、身体拘束の解除に困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

運営基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり(20頁参照)、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。



「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体的拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	・ 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 ・ CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） ・ 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 ・ 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	・ 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 ・ 身体拘束解除カンファレンス ・ 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3. 患者の安全を守る	・ 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 ・ インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- ・ 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- ・ さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- ・ 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- ・ 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- ・ 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベッドサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見てもらう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】

うでに点滴をしています。
ここからくすりや栄養が
入っています。
大事にしましょう。



- 日本医療機能評価機構の医療の質可視化プロジェクトにおいて、ケアの1指標として身体的拘束の実施率があげられており、サーベイランス等を用いて経時的に評価されている。
- 2024年度より、DPCの評価・検証等に係る調査では任意入力項目として身体的拘束の日数の記録が求められるようになり、身体的拘束の実施率は質評価に係るデータの提出及び公表が評価される項目の1つとなった。

2025年度 医療の質可視化プロジェクトで扱う指標

ケア				
7	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	除外条件に該当する患者を除いた褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の新規発生患者数	退院患者の在院日数の総和 除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数	DPC[様式I] DPC[様式3] またはSV
8	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	分母のうち、入院後48時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数	65歳以上の退院患者数	DPC[様式I] またはSV
9	身体的拘束の実施率	分母のうち、身体的拘束日数の総和	退院患者の在院日数の総和 入院患者延べ数	DPC[様式I] SV

*1: データソースとは、当該指標の計測に必要な診療情報です。DPCやサーベイランスデータが該当します。
*2: SV(サーベイランスデータ)は、診療記録(電子カルテや看護記録など)や独自調査などのデータを想定しています。サーベイランスデータを用いる指標の場合は、各施設の実情に応じて測定可能なデータをご利用ください。

出典：日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2025年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標一覧

2024年度 DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)実施説明資料より抜粋

・A004050 身体的拘束

親様式1に入力する。なお、本年度調査では任意入力とするが、本項目の入力は機能評価係数Ⅱの評価対象となる。
入院年月日が2024年6月1日以降の場合に入力する。

② 身体的拘束日数

当該患者において身体的拘束が行われた日数を日数単位で記入すること。身体的拘束が行われなかった場合は“0”を入力する。また、同一日に複数回の身体的拘束及び解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

ここでいう身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を指す。

DPC/PDPSの機能評価係数IIにおける新たな評価

地域医療係数の見直し②

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

<臓器提供の実施>

[概要]

法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

[評価の内容]

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

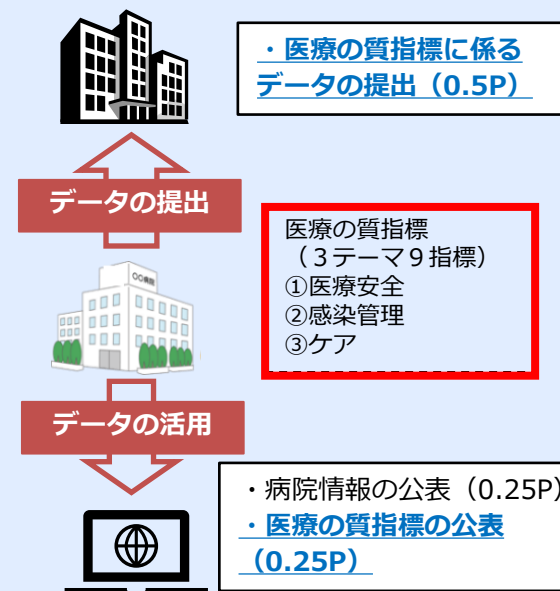


<医療の質向上に向けた取組>

[概要]

医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価

[評価の内容]



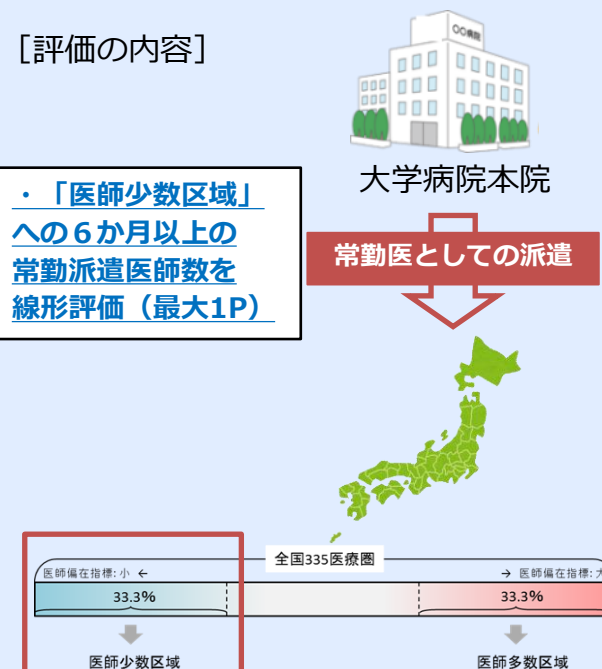
<医師少数地域への医師派遣機能>

[概要]

医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

[評価の内容]

・「医師少数区域」
への6か月以上の
常勤派遣医師数を
線形評価 (最大1P)



(参考) データ提出及び公表を評価する医療の質指標

医療の質指標（3テーマ9指標）

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

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

- 日本医療機能評価機構の医療の質可視化プロジェクトにおいて、DPC様式1やサーベイランスによる身体拘束実施率の測定が行われている。病床規模にかかわらず、拘束率の中央値はDPCで4～5％程度、サーベイランスでは7～8％程度であり、病床数が少ないほど施設ごとの身体拘束率のばらつきは大きい傾向がある。

6. 参照値（24年度可視化プロジェクト計測結果：24年6-9月・様式1）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	212	60	65	56	31
平均値	6.62	8.76	6.23	5.77	4.81
最大値	75.71	75.71	31.64	22.19	18.18
75パーセンタイル	9.23	11.49	8.71	8.89	5.39
中央値	4.58	4.69	4.18	4.56	4.60
25パーセンタイル	2.03	1.69	2.21	2.33	2.23
最小値	0.00	0.00	0.03	0.14	0.09

6. 参照値（24年度可視化プロジェクト計測結果：24年6-9月・サーベイランス）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	330	102	106	67	55
平均値	9.48	9.67	10.01	9.93	7.54
最大値	58.39	58.39	48.90	40.35	23.32
75パーセンタイル	13.95	16.23	13.72	15.13	9.61
中央値	7.25	6.52	7.51	8.11	7.14
25パーセンタイル	3.86	3.19	4.08	3.76	4.43
最小値	0.00	0.00	0.00	0.02	0.08

<定義・計算式>

計測値(%) =
$$\frac{\text{分母のうち、身体的拘束日数の総和}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 100$$

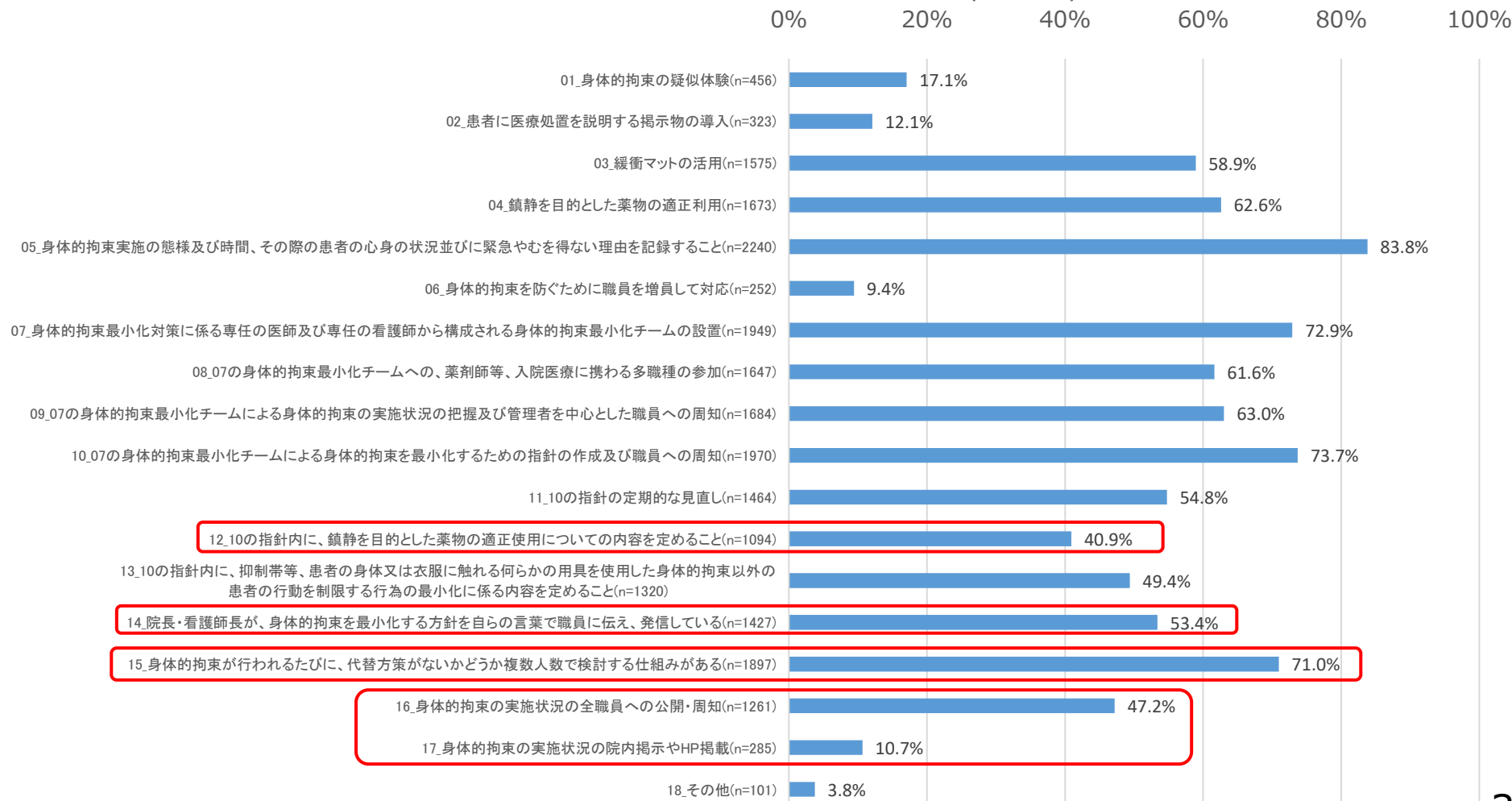
身体的拘束を最小化するための具体的な取組内容

診調組 入－1
7 . 7 . 3 1

診調組 入－1
7 . 5 . 2 2 改

- 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組として、各項目を回答した施設の割合は以下のとおり。
- 身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針のうち、「院長・看護師長が、身体的拘束を最小化する方針を自らの言葉で職員に伝え、発信している」は53.4%、「身体的拘束が行われるたびに、代替方策がないかどうか複数人数で検討する仕組みがある」は71.0%が取り組んでいると回答した。
- 身体的拘束最小化の指針の中に薬物の適正使用についての内容を定めている施設は40.9%であった。また、職員向けのデータの可視化に取り組んでいると回答した施設は47.2%であったが、対外的に公表している施設は10.7%に留まった。

身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容(n=2673)



栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

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

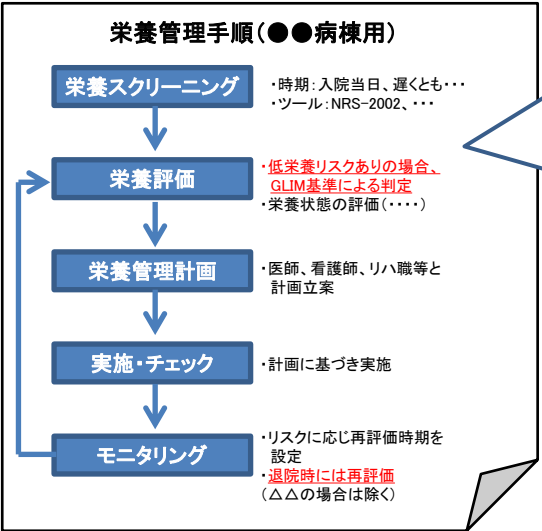
現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

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

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

●栄養スクリーニング

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

低栄養リスクあり

●低栄養診断

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

低栄養と判定

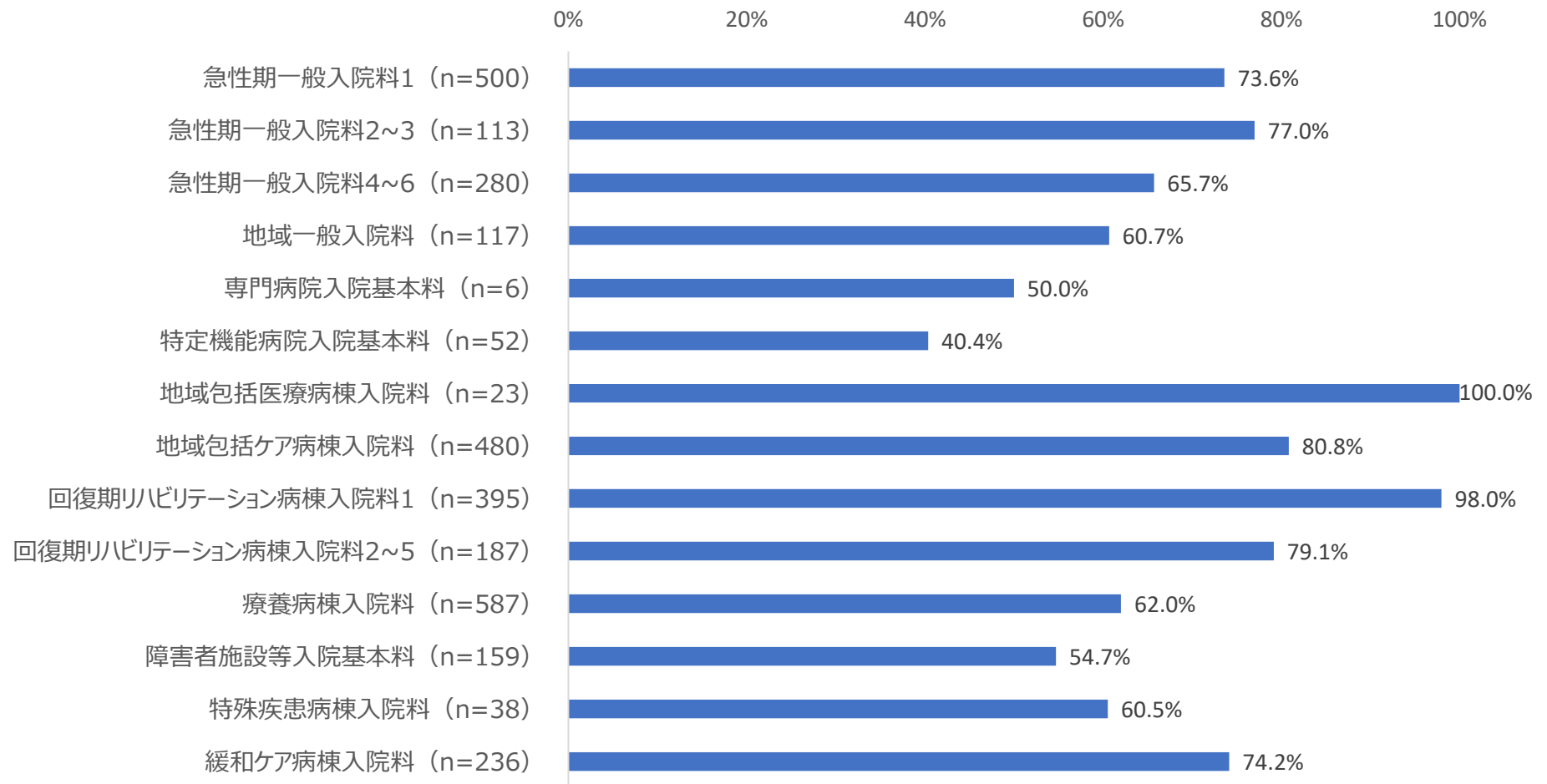
重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

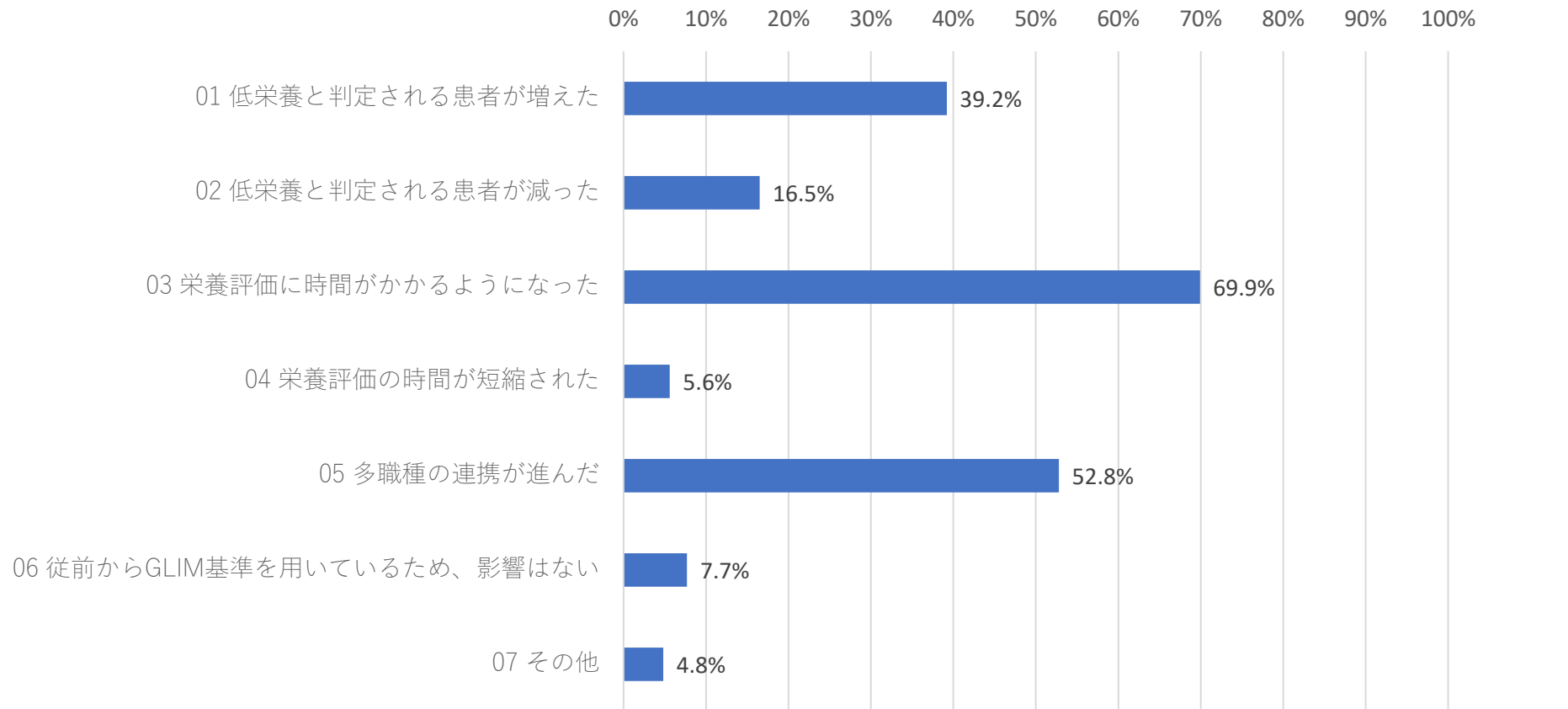
入院料ごとのGLIM基準の活用状況

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

■ 入院料ごとの栄養管理手順にGLIM基準を位置づけている割合



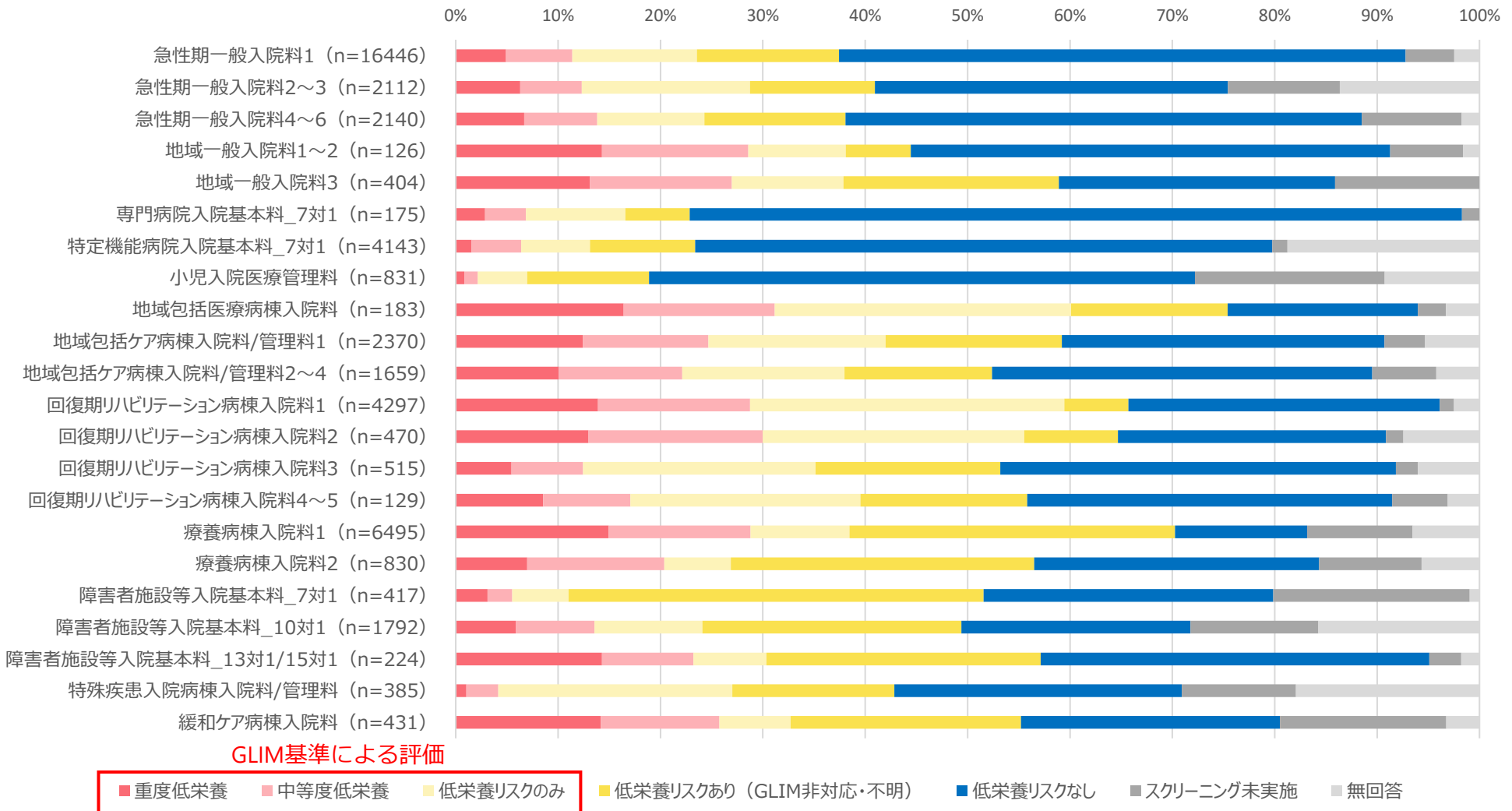
- GLIM基準の評価を導入したことで、「栄養評価に時間がかかるようになった」という回答が69.9%と最も多かった一方で、「多職種連携が進んだ」という回答が52.8%と次に多かった。



（複数回答） n=375

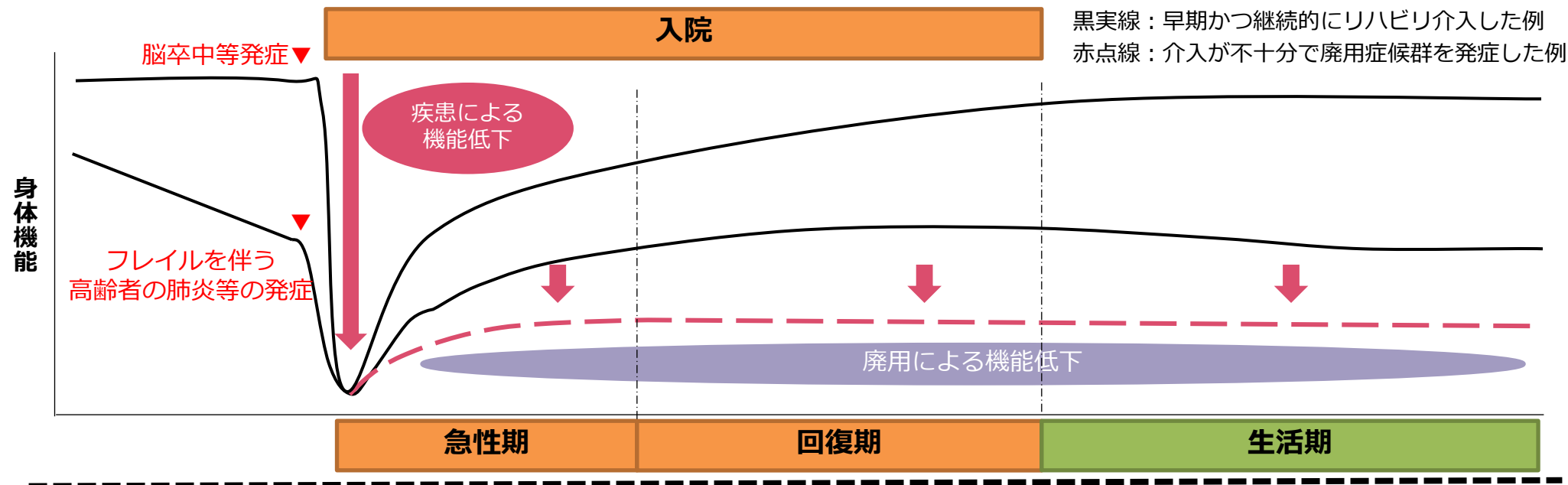
入院料ごとの入院時の低栄養の状況

- 入院時の低栄養の状況は、以下のとおり。GLIM基準による低栄養（重度・中等度）に該当する患者は、地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟等で約3割だった。



各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6



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

必要なリハビリの
イメージ

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

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

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

疾患別リハビリテーション料の主な施設基準

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 疾患別リハビリテーション料では、当該リハビリテーションを実施するために必要に配置すべき療法士の数や専従要件が規定されているが、当該療法士が病棟業務に従事することに関する規定はない。

項目名		医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(Ⅰ)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	－	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	－	病院 30㎡以上 診療所 20㎡以上	要	
	(Ⅱ)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む) 1名以上勤務	－	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上					
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	(言語聴覚療法を行う場合) 専従常勤ST 1名以上※4	160㎡以上※4	(言語聴覚療法を行う場合) 専用室(8㎡以上)1室以上	要
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上		病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		
	(Ⅲ)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上				病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(Ⅰ)～(Ⅲ)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる							
運動器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上			－	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	要	
	(Ⅱ)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上						
	(Ⅲ)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上						
呼吸器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上			－	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	要	
	(Ⅱ)		専従常勤PT、専従常勤OT又は常勤ST1名以上						

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

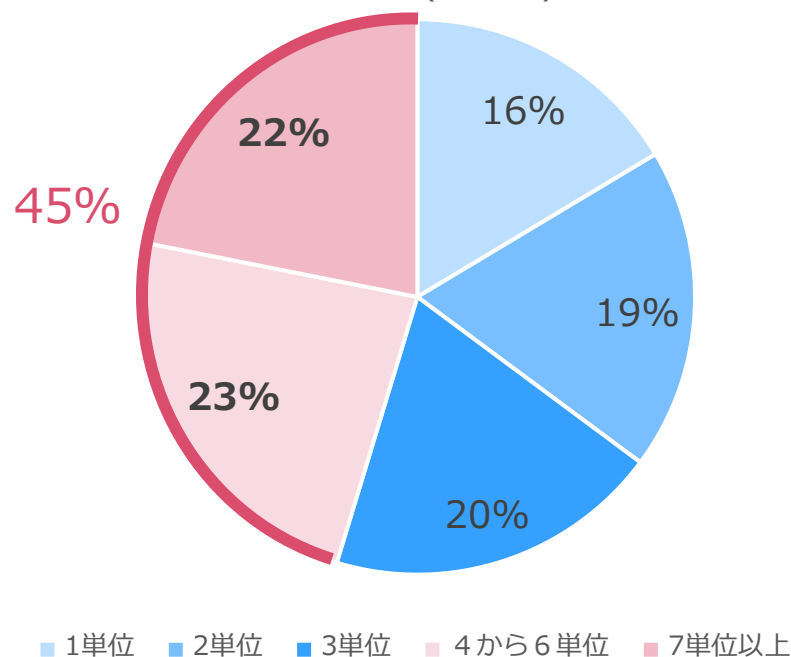
屋外等での疾患別リハビリテーション実施単位数について

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

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

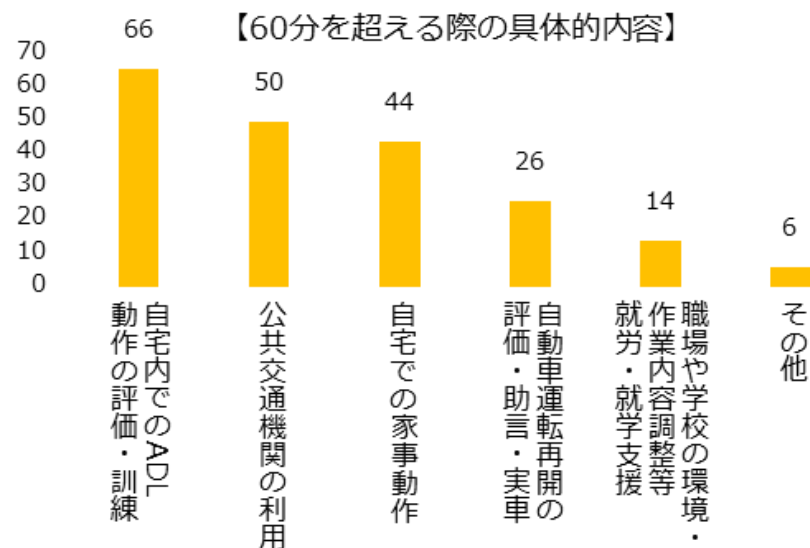
屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と

人数の割合(n=128)



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

参考) 屋外等でのリハビリテーションが60分を超える際の具体的な実施内容



※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

急性期リハビリテーション加算等の算定要件

診調組 入-1
7 . 6 . 26

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

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

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



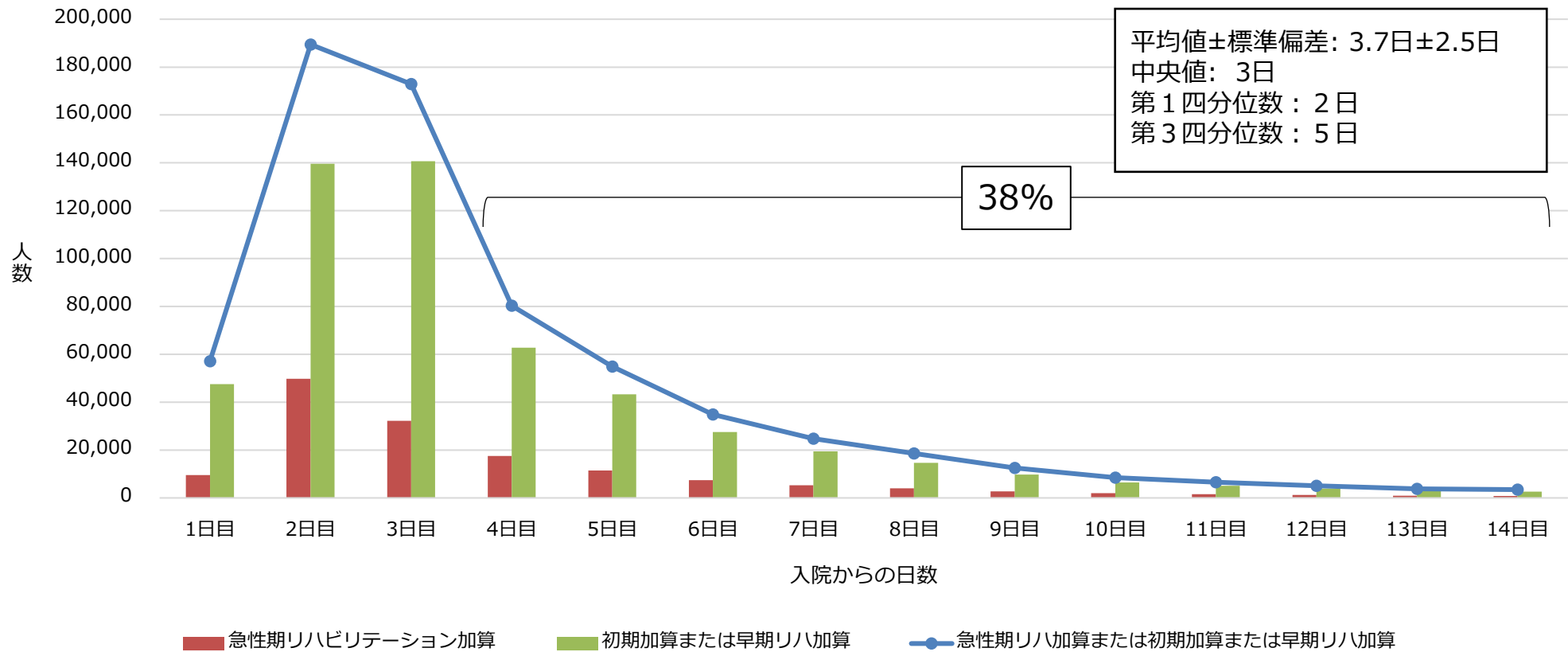
Dの症例においても、急性期リハビリテーション加算は算定可能

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

診調組 入-1
7 . 6 . 2 6

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

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）



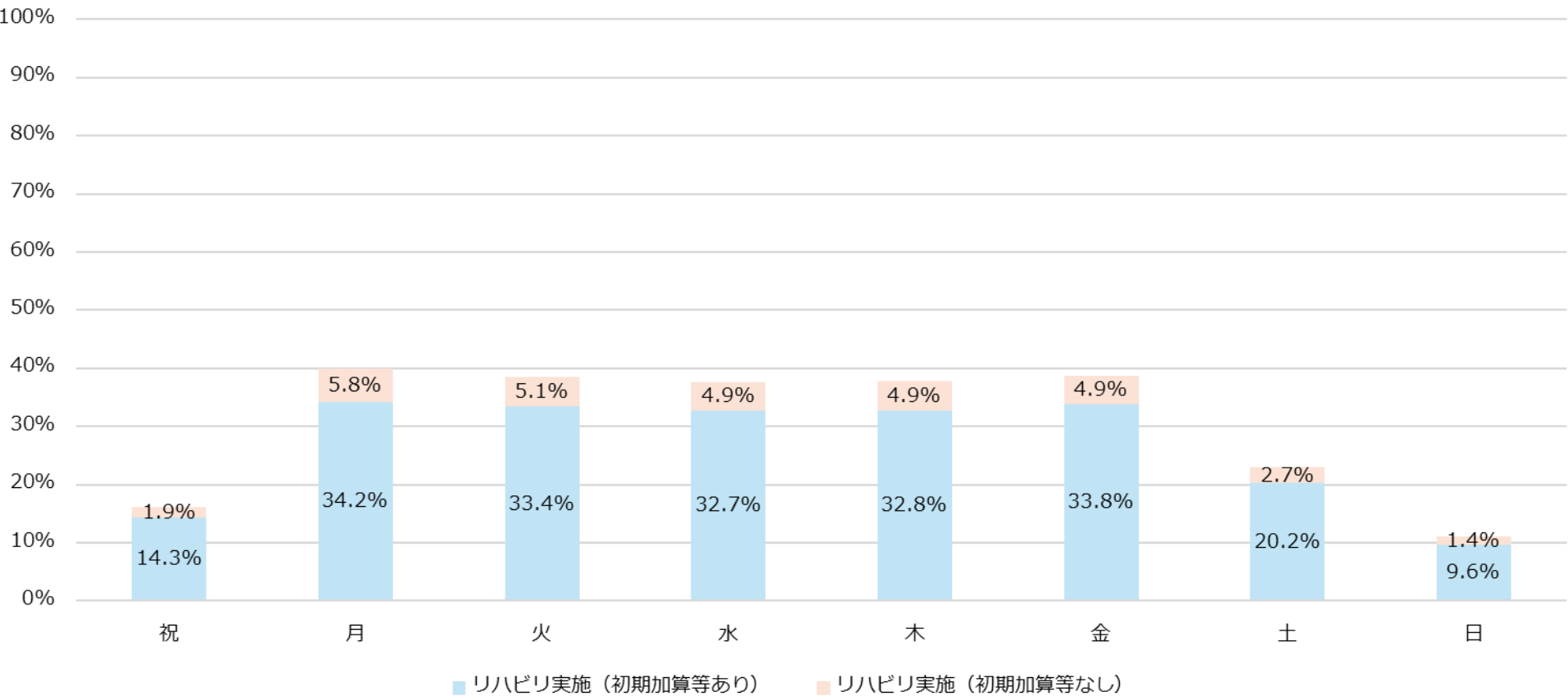
※ 急性期一般入院料1 - 6の入院症例のうち、14日以内にリハビリを実施した症例で分析。

急性期における曜日ごとの初期加算等の算定有無別リハビリテーションの実施割合

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 急性期一般入院料 1 ～ 6 における初期加算等の有無別の曜日ごとのリハビリ実施割合は、以下の通り。
- 土日祝日のリハビリ実施割合は、平日と比べて低かった。

初期加算等の有無別の曜日ごとのリハビリテーションの実施状況



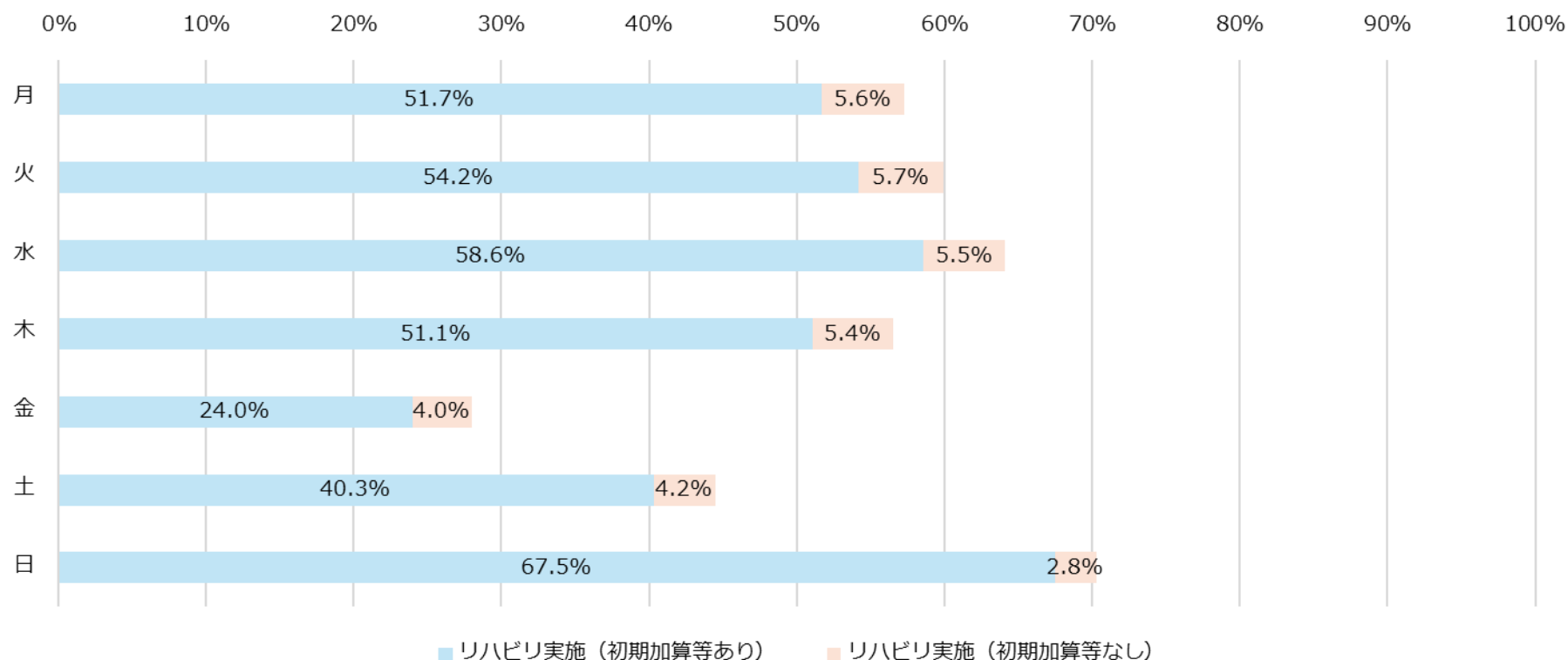
※ 急性期一般入院料 1 から 6 を算定している症例
※ 初期加算または早期リハビリテーション加算を初期加算等と定義

急性期における曜日ごとの早期リハビリテーションの介入

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 急性期一般入院料 1 ～ 6 における曜日ごとの入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合は、以下の通り。
- 金曜日に入院した患者は、入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合が低かった。

入院曜日別、入院から 3 日以内にリハビリテーションを実施した割合



※ 入院日を 1 日目と数える。

※ 祝日及び12月29日～31日とその前 3 日間に入院した症例は除外

※ 各曜日に入院し、3 日以内にリハビリを実施した割合と、3 日以内にリハビリを実施したうち初期加算等を算定した割合

休日リハビリテーション提供体制加算

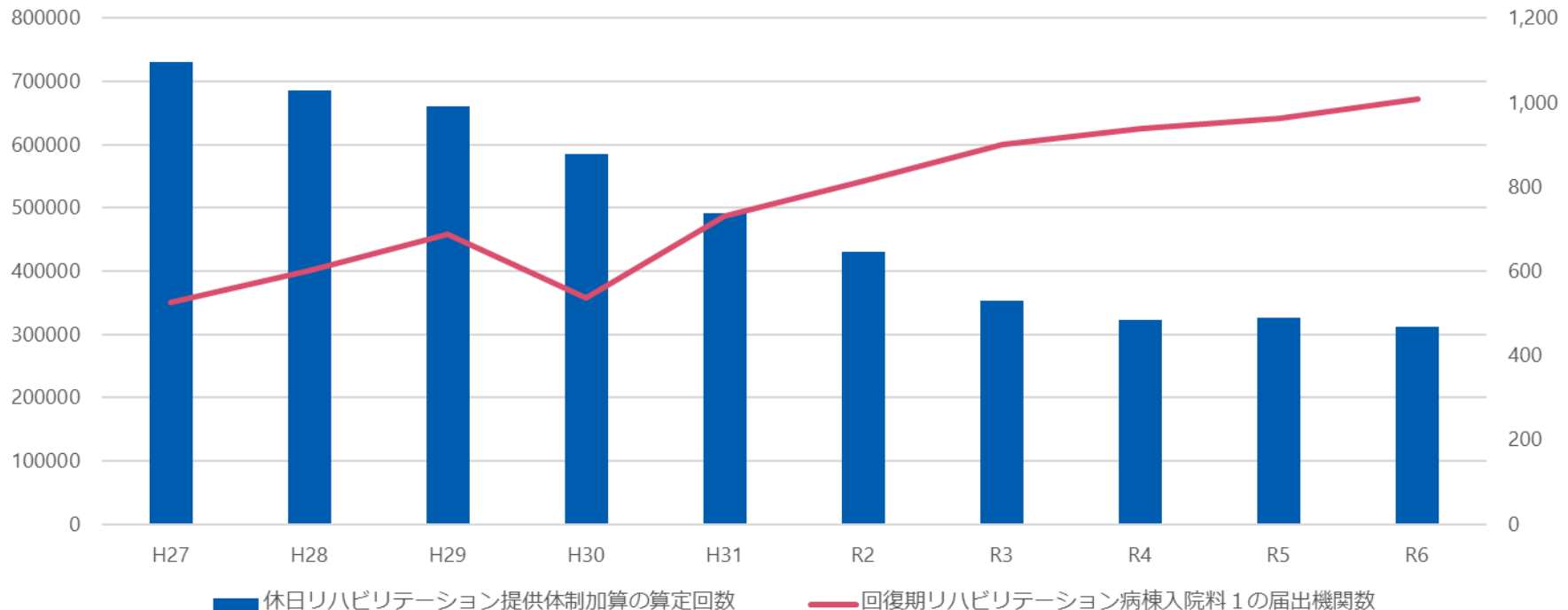
診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 3～5、回復期リハビリテーション入院医療管理料では、休日リハビリテーション提供体制加算の算定が可能である。
- 近年、休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数は減少傾向にある一方、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出機関数は増加している。

休日リハビリテーション提供体制加算

注 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 3、回復期リハビリテーション病棟入院料 4、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 60 点を所定点数に加算する。

休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数と回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出機関数

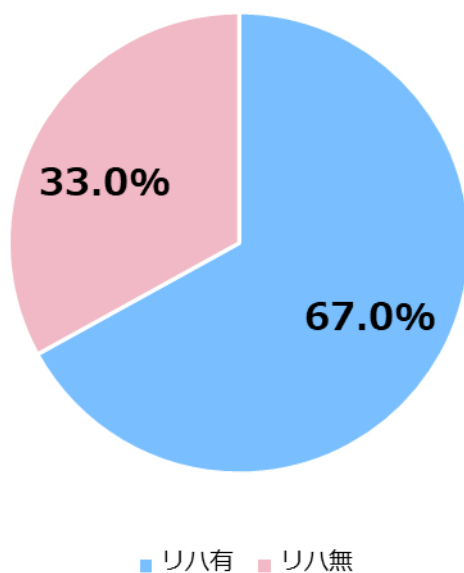


退院時リハビリテーション指導料の算定患者について

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%であった。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定し、かつリハビリを実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多かった。

退院時リハビリテーション指導料算定患者の
リハビリテーション実施の有無



退院時リハビリテーション指導料算定患者のうち
リハビリを実施していない患者の入院日ごと算定回数



※ 入院日を1日目として、1～3日、4～6日、7～9日、10～12日、13～15日で区分

※ 入院から15日までの退院症例にて集計

リハビリテーションに係る書類作成について

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要である。
- 医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。

第7部 リハビリテーション 通則

4 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料及び「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、**医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。**また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注5」並びに「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注6」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、**患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

- 令和2年3月31日付け厚生労働省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 120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り扱うことでよい。

（答）従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、**リハビリテーション実施計画書として取り扱う**こととして差し支えない。

問 121 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよい。

（答）**医師による説明が必要である。**

リハビリテーション総合計画評価料

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 多職種が共同してリハビリ総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上、説明の上、交付することとなっている。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1 リハビリテーション総合計画評価料 1 300点

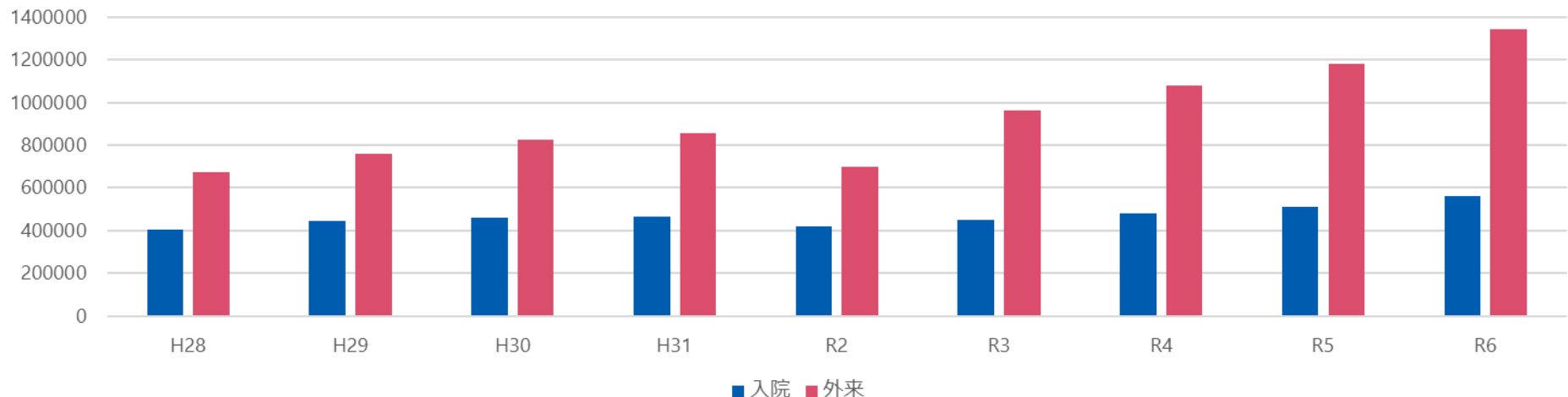
2 リハビリテーション総合計画評価料 2 240点

定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。**患者1人につき1月に1回に限り算定する。**

(※第7部 リハビリテーション 通則より抜粋)

リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後**3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）**、**患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

リハビリテーション総合計画評価料の算定回数の推移

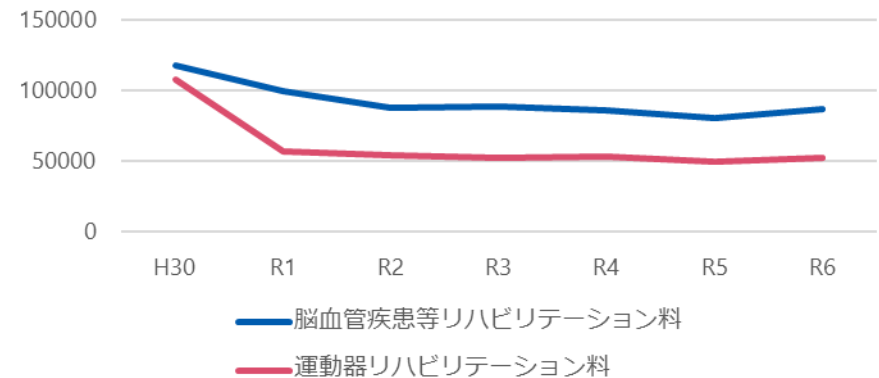


- 平成31年3月31日をもって入院中以外の要介護被保険者への算定上限日数を超えた疾患別リハビリテーション料は廃止となった。
- 入院中の要介護被保険者等については、一定の条件の下で標準的算定日数を超えて算定可能だが、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料では算定回数は減少傾向にある。

【疾患等リハビリテーション料の点数イメージ】
(脳血管リハビリテーション料 (I) の場合)

		発症した日等 ～180日まで	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	■以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等 ■以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合	245点
	要介護・要支援被保険者 以外の者	245点	245点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 (入院中)	245点	147点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 (入院中以外)	245点	

入院中の要介護被保険者等かつ標準的算定日数を超えた患者の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計 6月審査分
※令和6年は8月審査分

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料より抜粋

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

心身機能・構造、活動

リハビリテーションの目標、方針

リハビリテーションの見通し

別紙様式2(106)

リハビリテーション実施計画書

氏名: [] 性別: [] 生年月日: [] 年 [] 月 [] 日 ([]歳) □要支援 □要介護 []

評価項目: 認知 [] 行動 [] □動機 [] □満足 [] □入院 []

リハビリテーション担当医: []

担当: [] □PT □OT □ST □看護職員 □その他従事者()

本人・家族等の希望（本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、実現が望めること等）
[]

■健康状態、経過

原発疾患: 発症日・受療日: 年 月 日 通達の入院日: 年 月 日 通達の退院日: 年 月 日

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）:
[]

合併症:
□脳血管疾患 □骨折 □頸椎性筋炎 □うつ病心不全 □関節痛痺 □糖尿病 □高血圧症 □骨粗しょう症 □関節リウマチ □がん □うつ病 □認知症 □難病
風上記以外の疾患 ▶ □神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患 □内分泌疾患 □皮膚疾患 □精神疾患 □その他 ()

コントロール状況:
[]

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）:
[]

基礎身体能力検査（栄養シート） □あり □なし 運動機能検査（日常生活動作） 自立 1 2 3 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知機能検査（日常生活能力調査表） 自立 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

■身体機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
排泄・排便障害	あり	あり	
視覚障害	あり	あり	
聴覚障害	あり	あり	
高度加齢期障害	()	あり	
栄養障害	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害（BPSD）	あり	あり	
□6分間歩行試験			
□TUG Test	自立		
□MMSE □HDS-			
コミュニケーションの状況			

■活動（基本動作）

項目	リハビリ開始時	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
着脱	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

食事	10(自立)	10(自立)	特記事項（改善の見込み含む）
イスとベッド間の移動	15(自立)	15(自立)	
洗濯	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
乗り降り	10(自立)	10(自立)	
車椅子コントロール	10(自立)	10(自立)	
服薬コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（必要機能）
[]
（活動）
[]
（参加）
[]

■リハビリテーションの長期目標

（必要機能）
[]
（活動）
[]
（参加）
[]

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

[]

■本人・家族への生活指導の内容（自主主理指導含む）

[]

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・初回の留意事項、運動後・負荷後等）
[]

■リハビリテーションの見直し・継続理由

[]

■リハビリテーションの終了目安

（続けた目安となる時期： ヶ月後）
[]

利用者・ご家族への説明:

西暦 年 月 日

特記事項:
[]

目標設定等支援・管理料の記載項目

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 目標設定等支援・管理料における目標設定等支援・管理シートの主な項目は以下の通り。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。一方、「今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し」は、リハビリテーション総合実施計画書の様式では項目が無い。

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
説明・交付日 年 月 日
患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--

2. ADL評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点） （Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点			
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助	
食事	10	5	0	10	5	0	
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0	
整容	5	0	0	5	0	0	
トイレ動作	10	5	0	10	5	0	
入浴	5	0	0	5	0	0	
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0	
階段	10	5	0	10	5	0	
更衣	10	5	0	10	5	0	
排便管理	10	5	0	10	5	0	
排尿管理	10	5	0	10	5	0	
合計 (0-100 点)			点	合計 (0-100 点)			点

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション	現時点
			開始時点 得点	得点
運動	セルフ ケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
	移動	浴槽・シャワー		
		歩行・車椅子		
階段				
	小計			
認知	コミュニケ ーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
		小計		
合計				

心身機能・構造、活動

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

リハビリテーションの目標、内容

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容
・患者の受け止め

今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし） 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし） 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

リハビリテーションの見通し

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

入院時食事療養費に係る食事療養の概要

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

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

届出必要

届出病院数
(令和5年)
7,952施設

入院時食事療養（Ⅰ）【1食につき】

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

<主な要件>

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

又は

届出不要

入院時食事療養（Ⅱ）【1食につき】

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

特別食加算【1食につき】 76円※

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

<厚生労働大臣が定める特別食>

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

食堂加算【1日につき】 50円

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

特別料金の支払いを受けることによる食事の提供

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

入院料ごとの栄養摂取の状況

診調組 入-1 参考
7 . 5 . 2 2 改

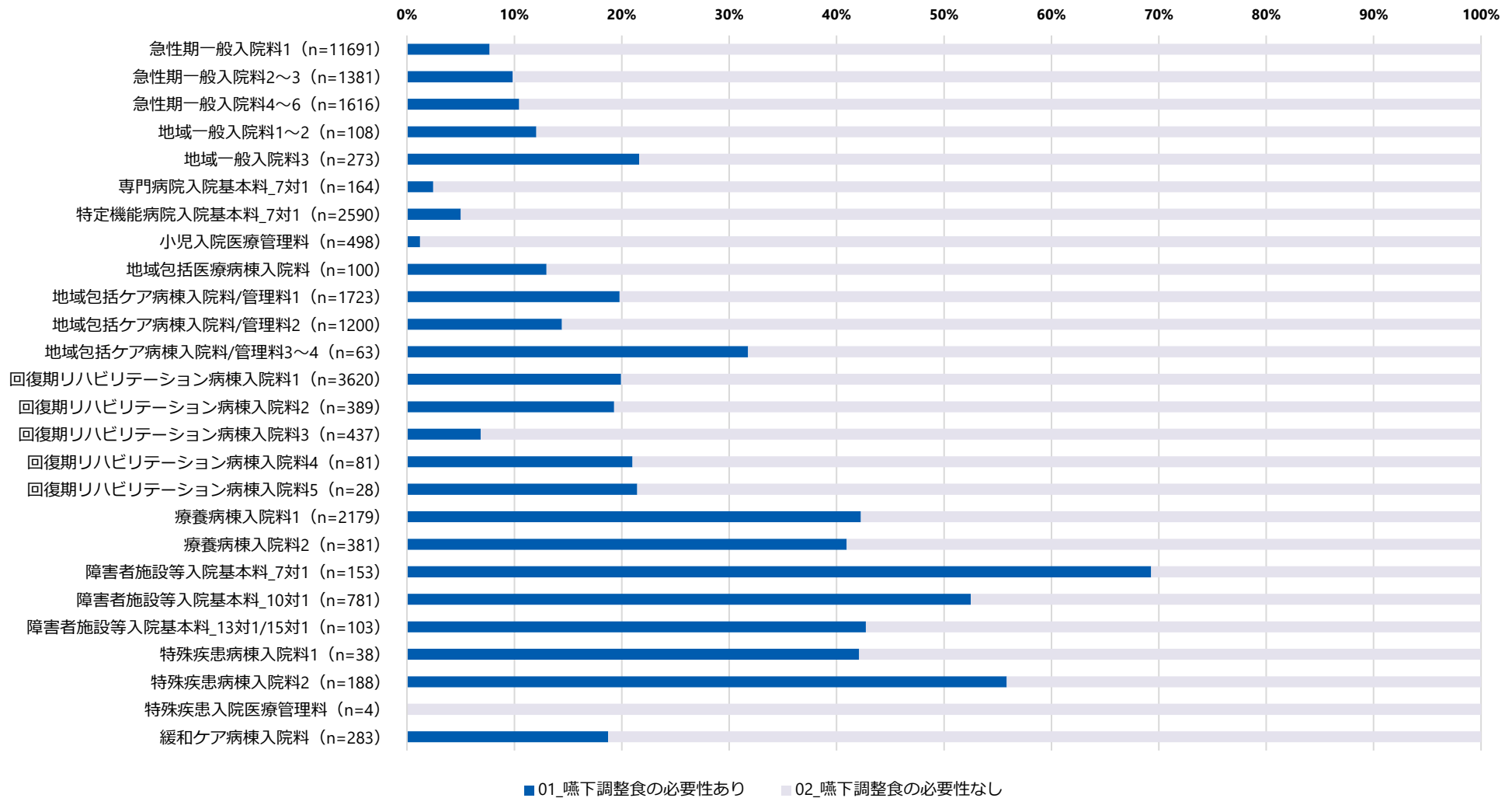
- 栄養摂取の方法として、急性期や包括期病棟は約 8 割の患者が経口摂取のみであり、慢性期病棟でも約 5 割の患者が経口摂取をしている。



入院料ごとの嚥下調整食の状況

診調組 入-1 参考
7 . 5 . 2 2 改

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



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

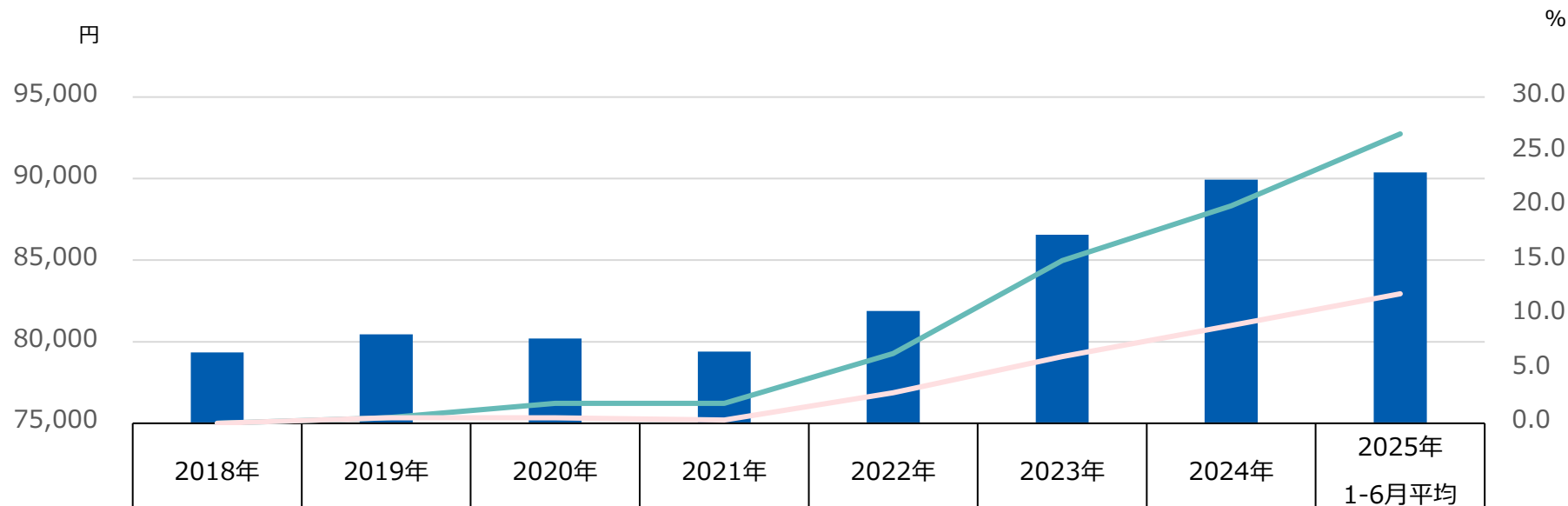
入院時の食費の基準額について（令和6年度診療報酬改定等）

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

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

食料支出・消費者物価指数（CPI）の動向

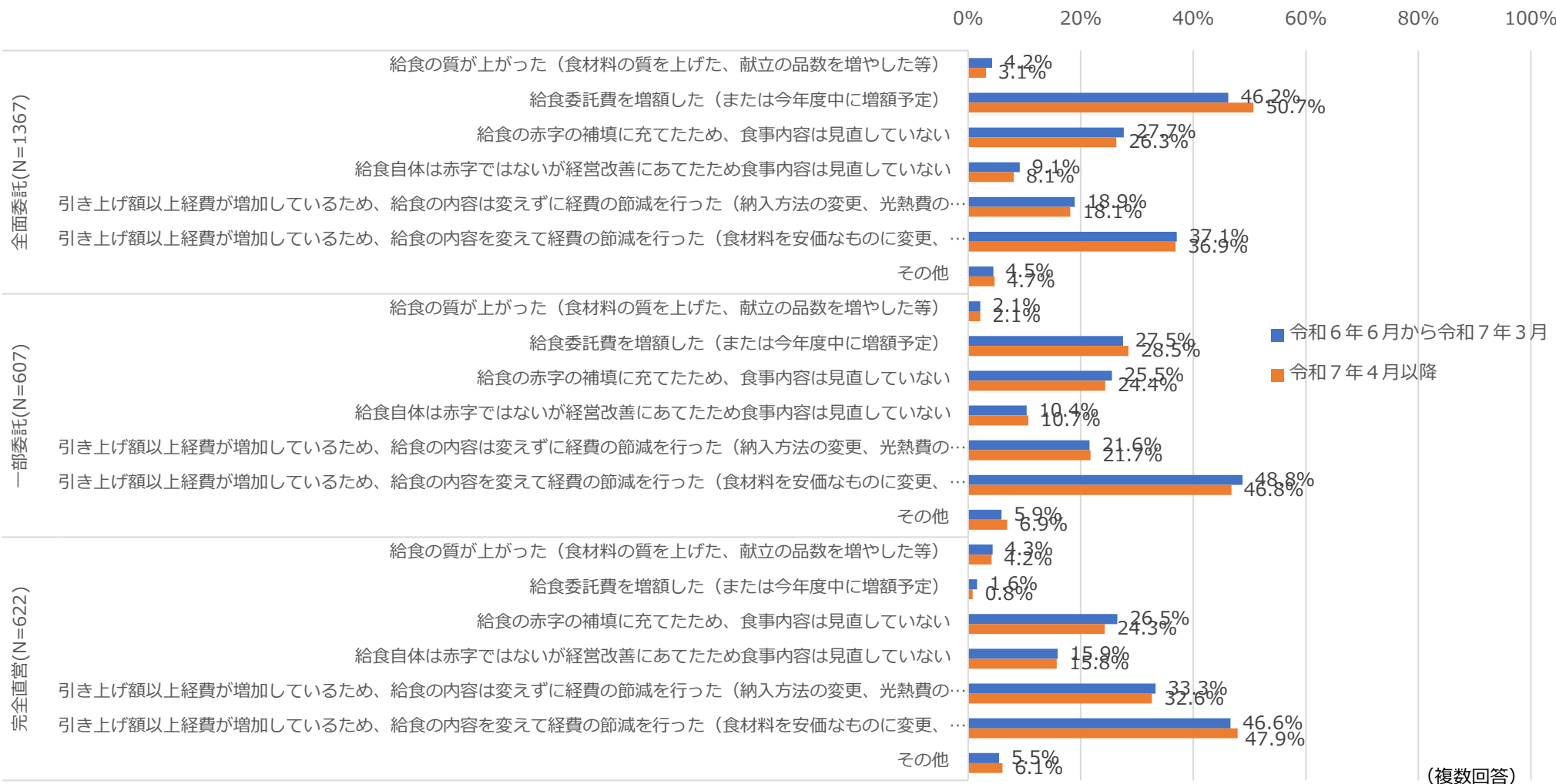
- 入院時の食費の基準額については、令和6年6月に1食当たり30円の引上げ、令和7年4月に1食当たり20円の引上げを実施しているが、足元の食料支出は引き続き伸びている状況。



※CPI（食料）の伸び、CPI（総合）については2018年比の数値

入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したこと

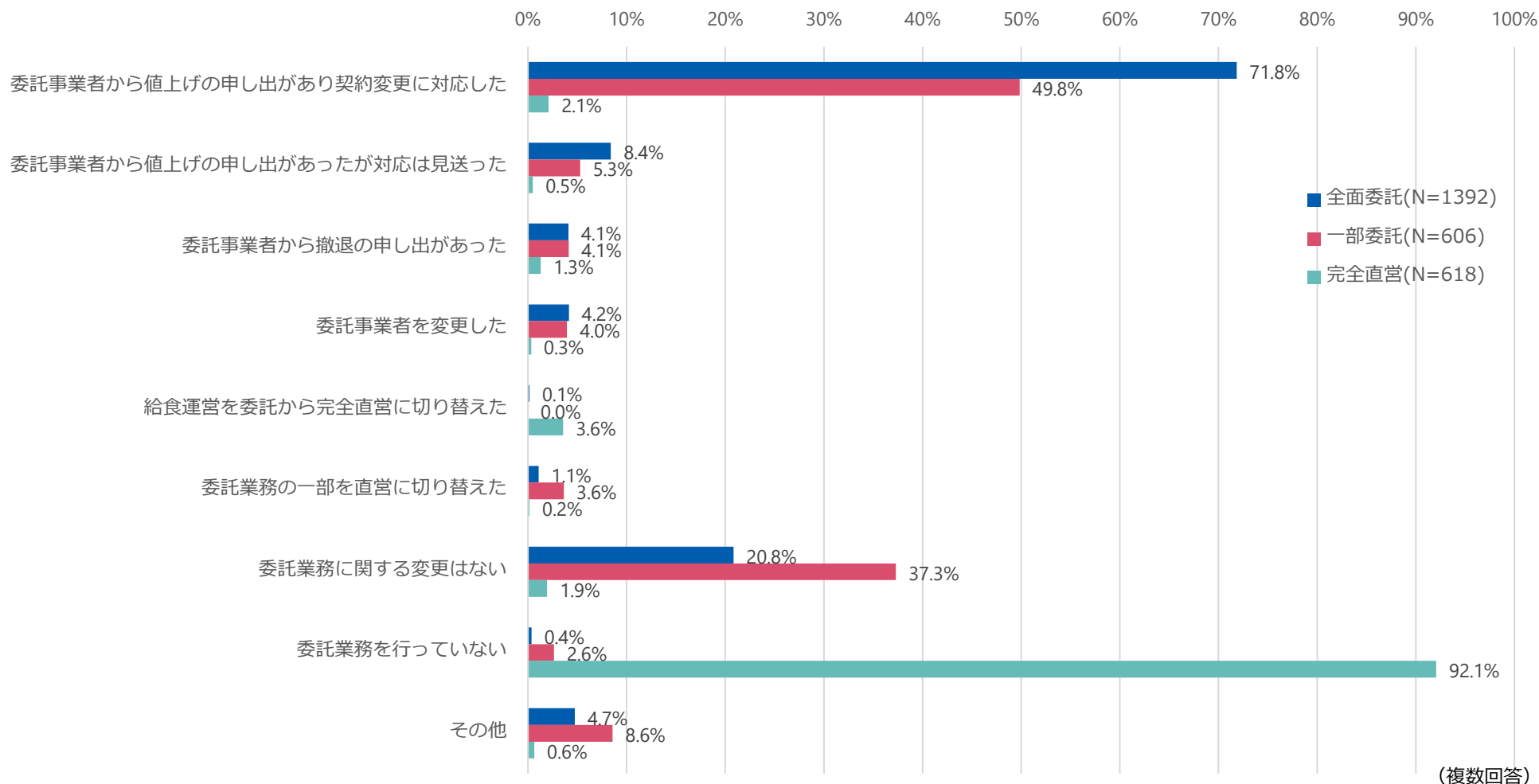
- 令和6年6月から令和7年3月と令和7年4月以降の状況は、大きく変わらなかった。
- 全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約5割で最も多かった。



(複数回答)

令和6年6月以降の給食事業者への委託業務に関する状況

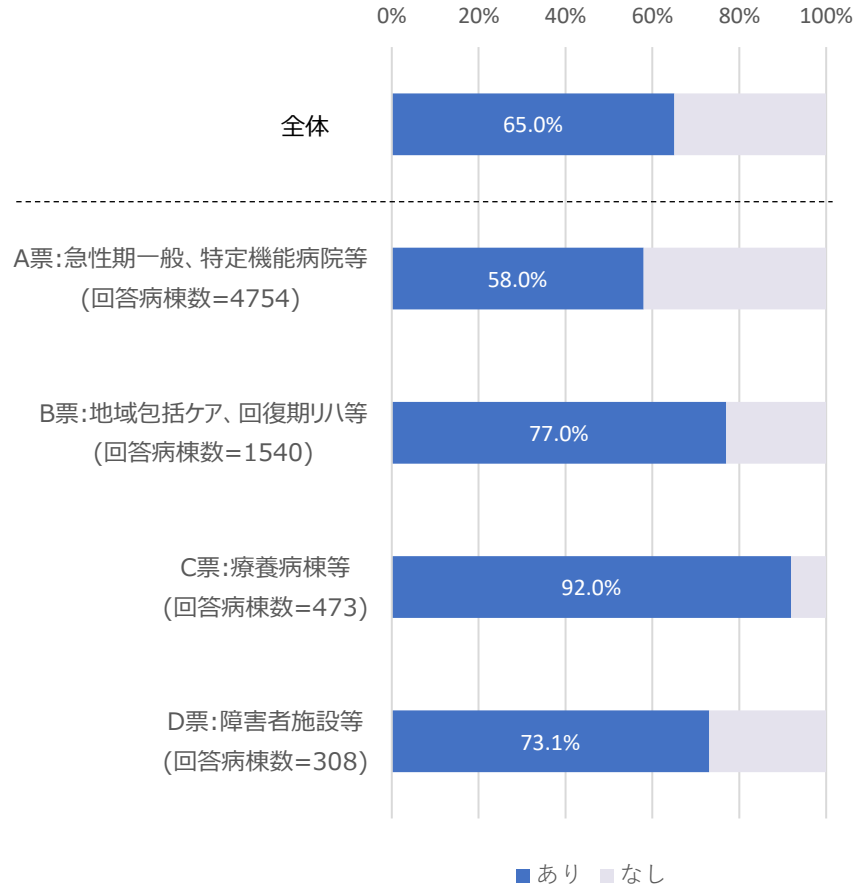
- 全面委託の約7割、一部委託の約5割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。
- 完全直営の医療機関の3.6%（22施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。



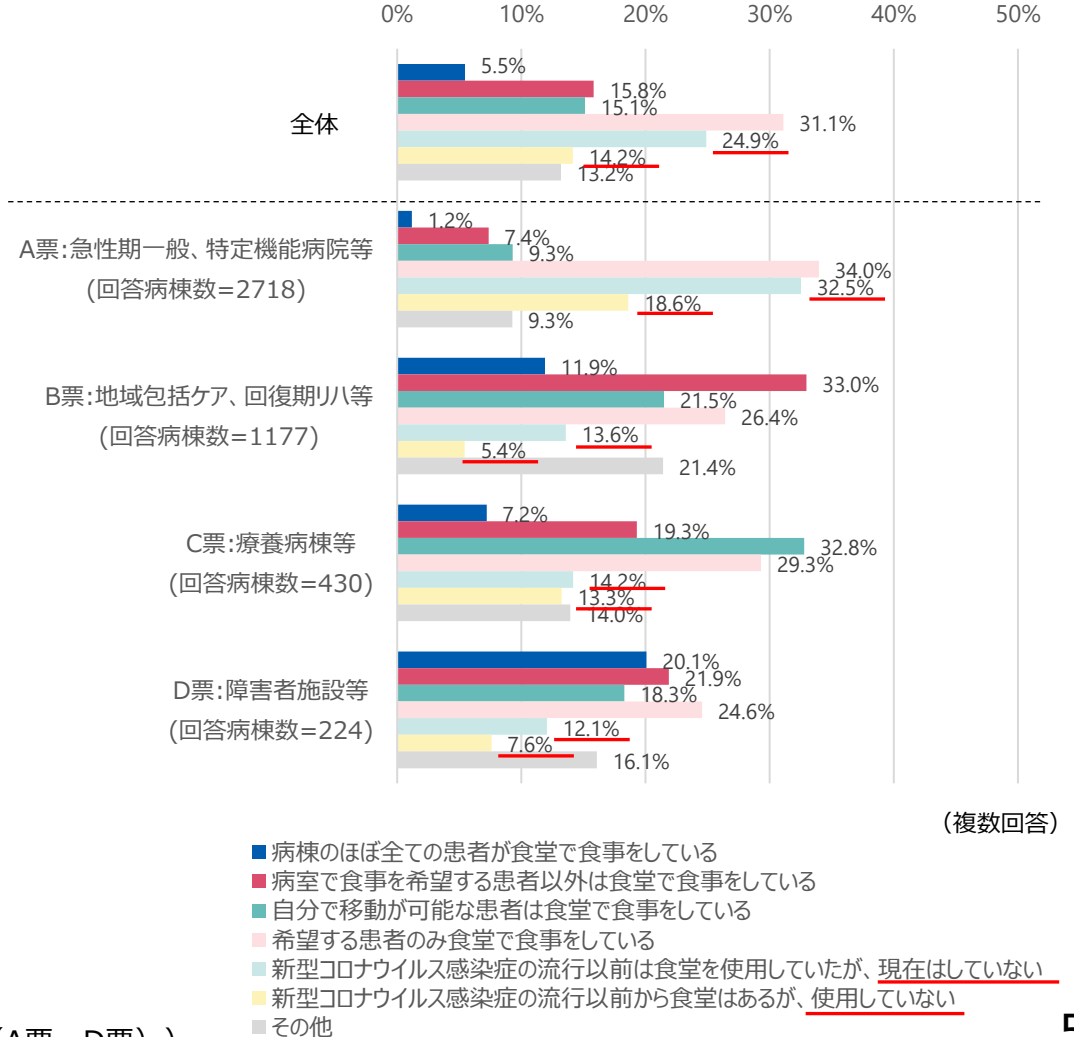
病棟における食堂での食事の状況

- 食堂での食事の状況は、病棟機能によって異なる。
- 全体では「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。

■ 食堂（他病棟との共用、談話室等との兼用含む）の有無

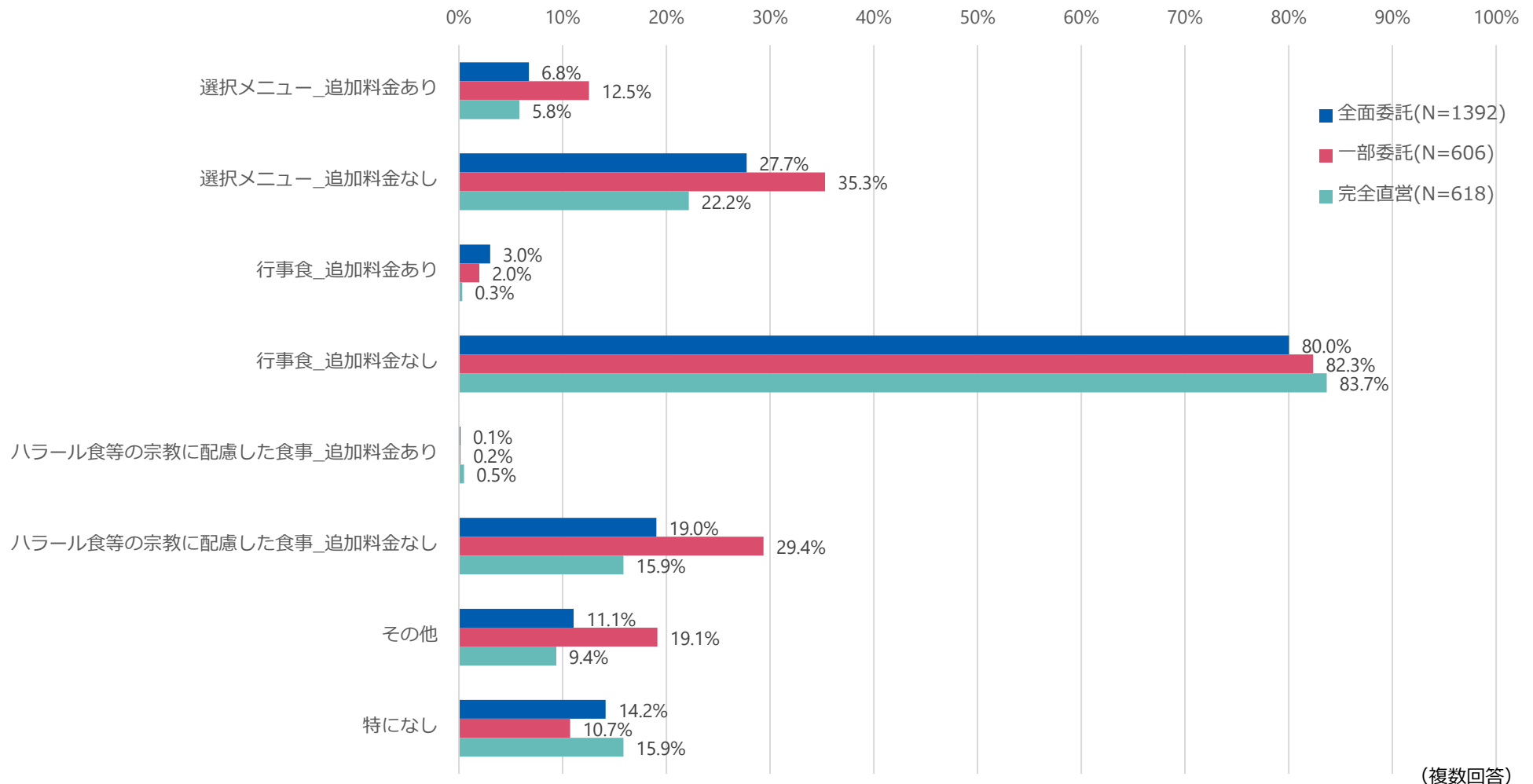


■ 食堂での食事の状況 ※食堂有と回答した場合のみ



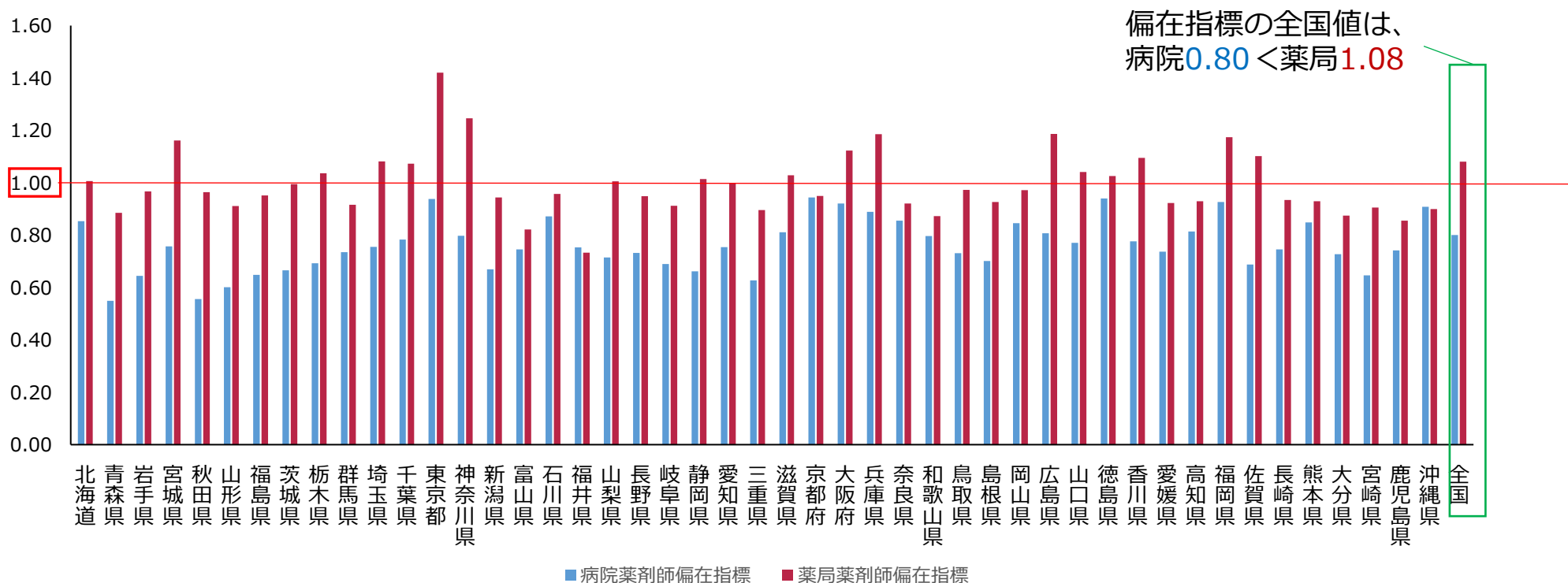
入院患者の食事に関する多様なニーズを踏まえた対応

- 約 8 割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なしで行っていた。
- 約 2 割～ 3 割の医療機関は、選択メニューやハラール食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。



現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

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



薬剤師偏在指数 =

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

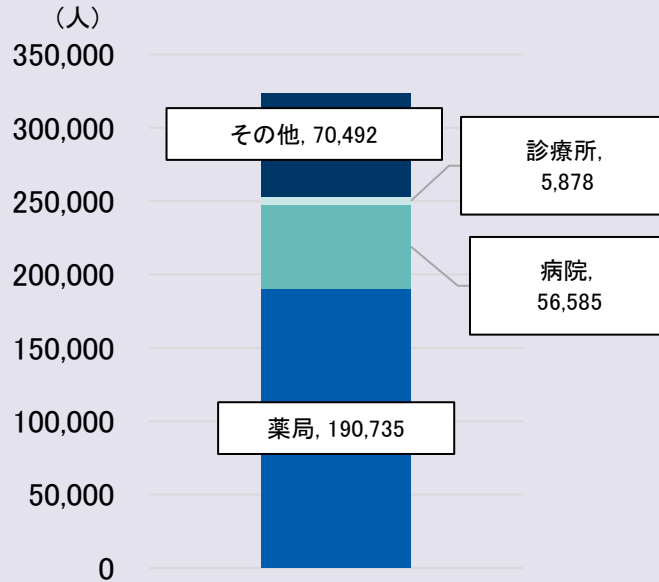
地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量（必要な業務量）

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

病院薬剤師の配置状況

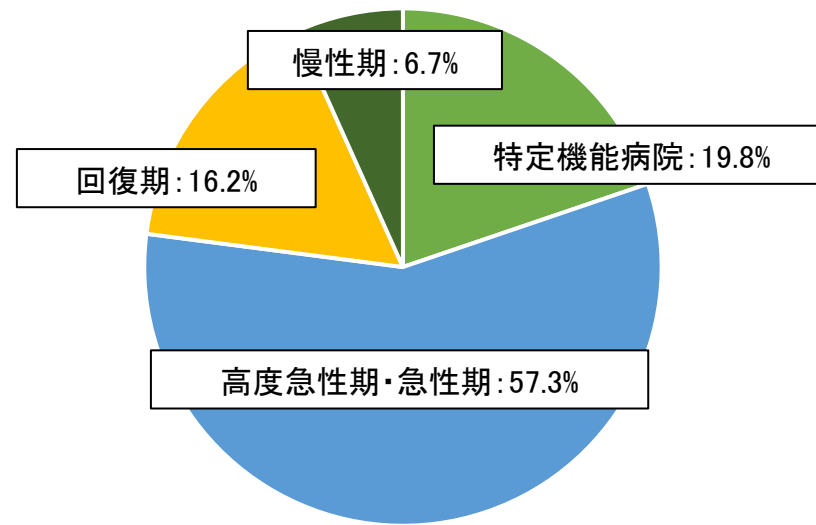
○ 病院に勤務する薬剤師は5.66万人（令和4年度時点）であり、病床機能別・業務別の人員配置割合は以下のとおり。

■ 薬剤師統計における薬剤師数 （令和4年12月31日現在）



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

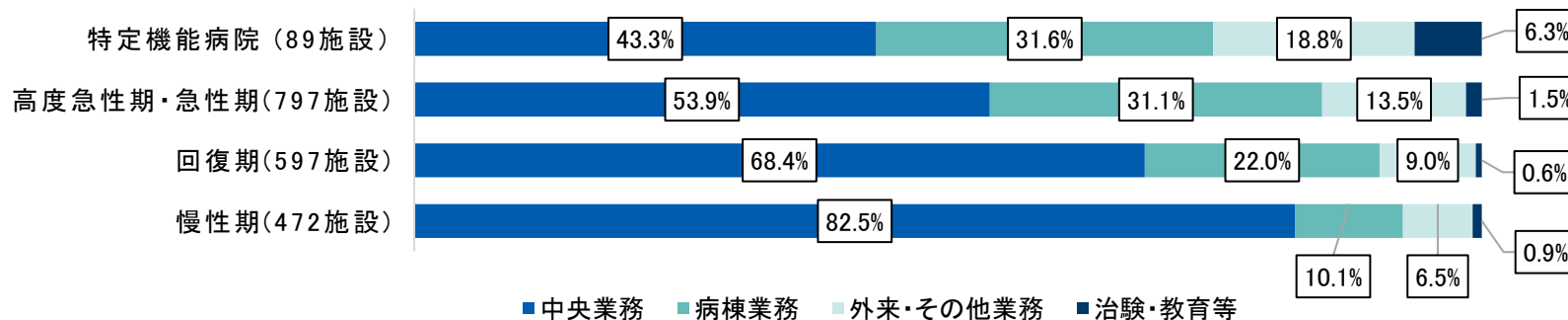
■ 病床機能別の薬剤師人数割合



【病床機能別分類の集計手順】

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

■ 病床機能別・業務別の薬剤師人数割合



【業務別分類の定義】

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

「中央業務」：調剤室、注射室、製剤室、医薬品情報室、管理室、麻薬室、薬務室

「病棟業務」：病棟
「外来・その他業務」：チーム医療活動、手術室、外来、化学療法室、医療安全室、その他
「治験・教育等」：試験・研究室、治験室

院内処方と院外処方における診療報酬の比較

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

医師の処方に基づく医薬品の調剤に係る診療報酬（技術料）の合計（イメージ）

※ 服用時点が異なる内服薬が2種類、28日分処方されている患者の場合

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

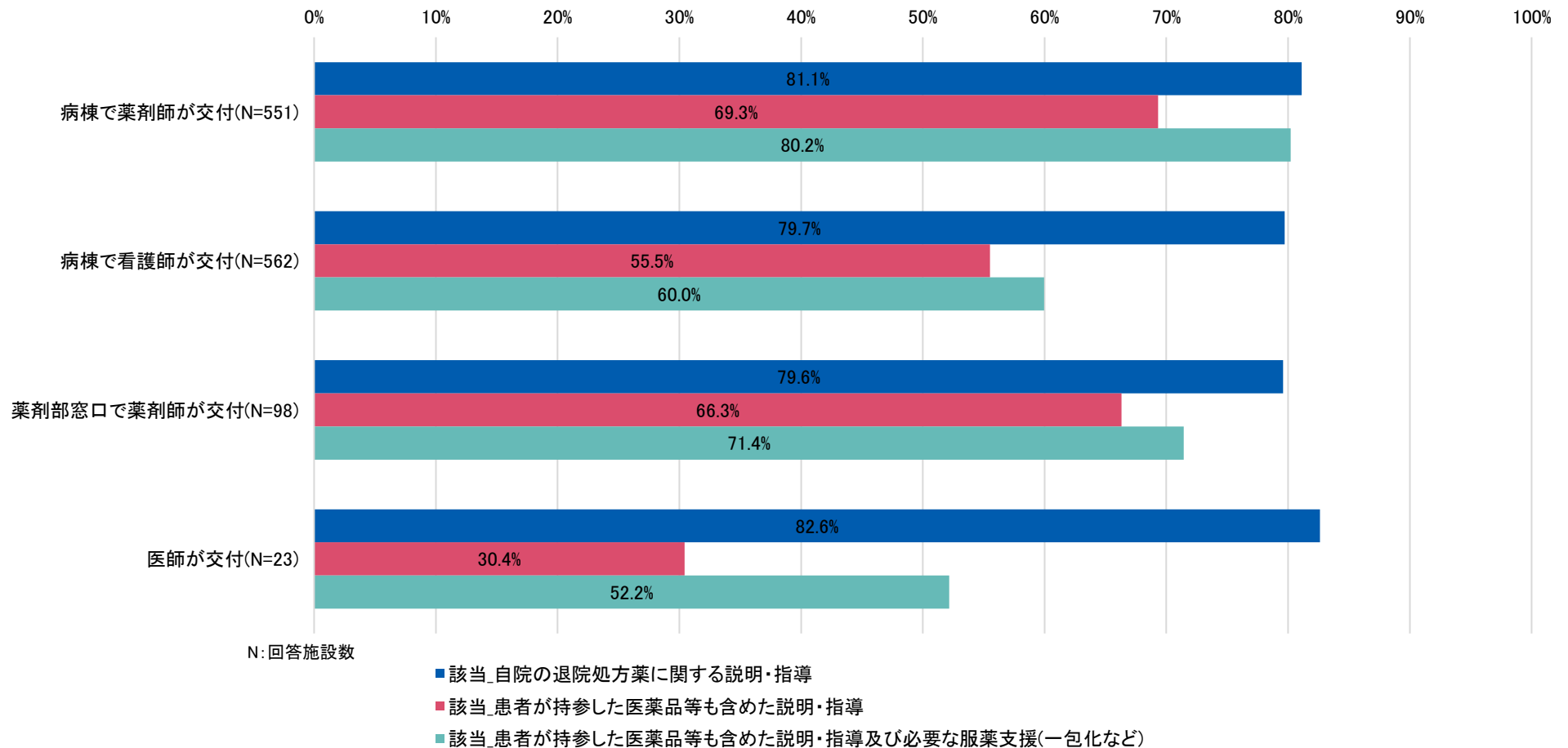
夜間・休日等の評価（夜間をはじめとする医療提供体制が乏しくなる時間帯の医療提供への評価）

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

退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲

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

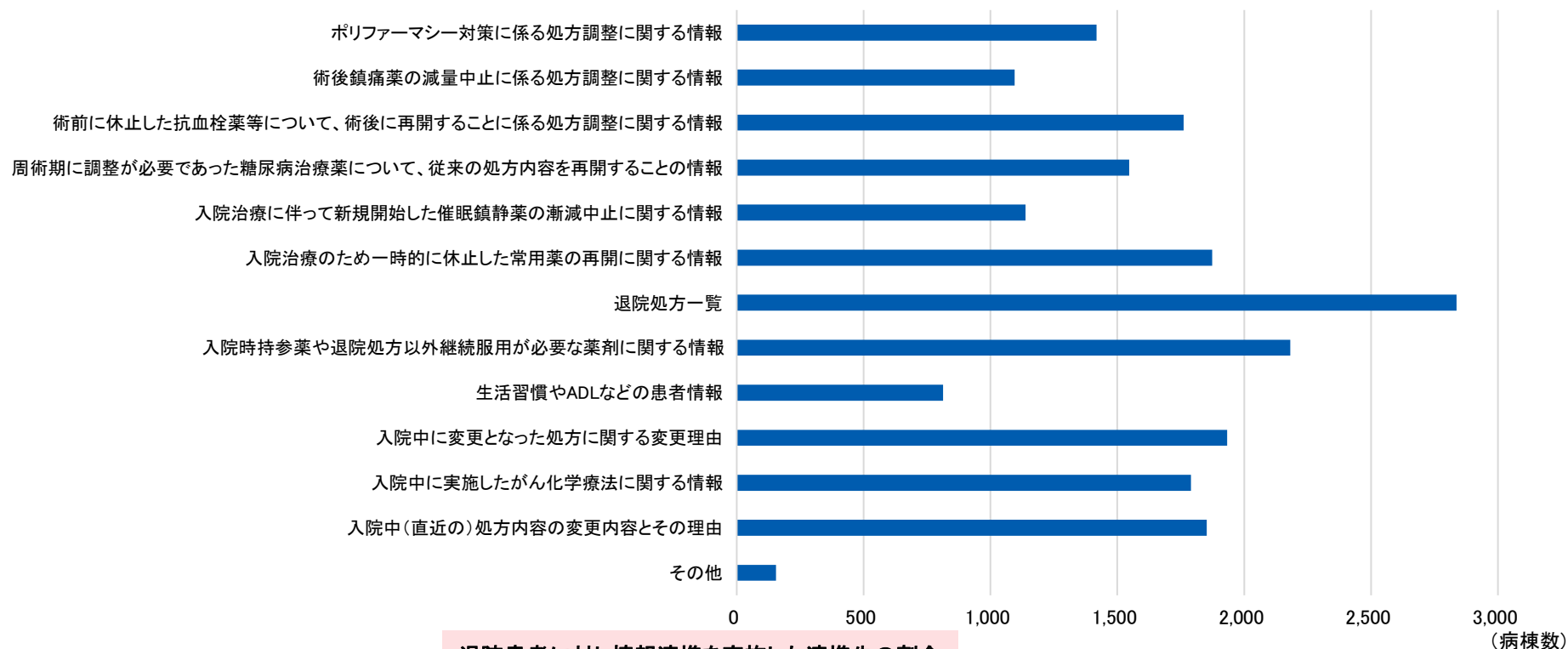
退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲
(該当)



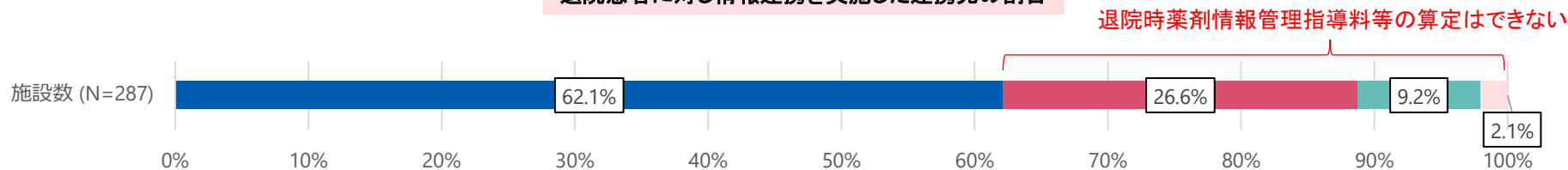
退院時薬剤関連情報連携における実施項目と連携先

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

退院時薬剤関連情報連携における実施項目



退院患者に対し情報連携を実施した連携先の割合



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

退院時の薬剤に関する情報提供の実施状況

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

退院時の薬剤に関する情報提供の評価

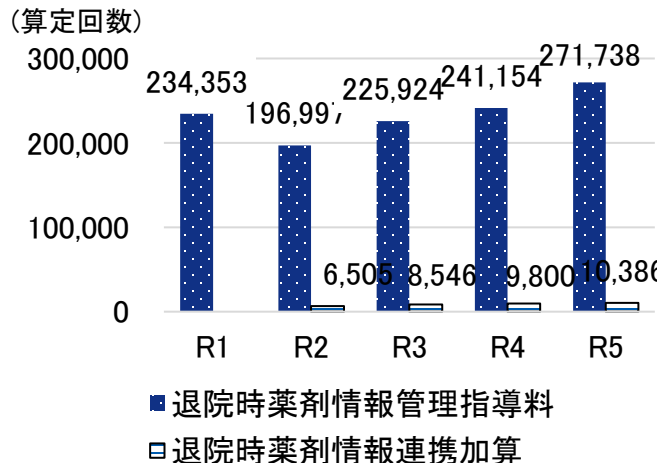
① 退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）

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

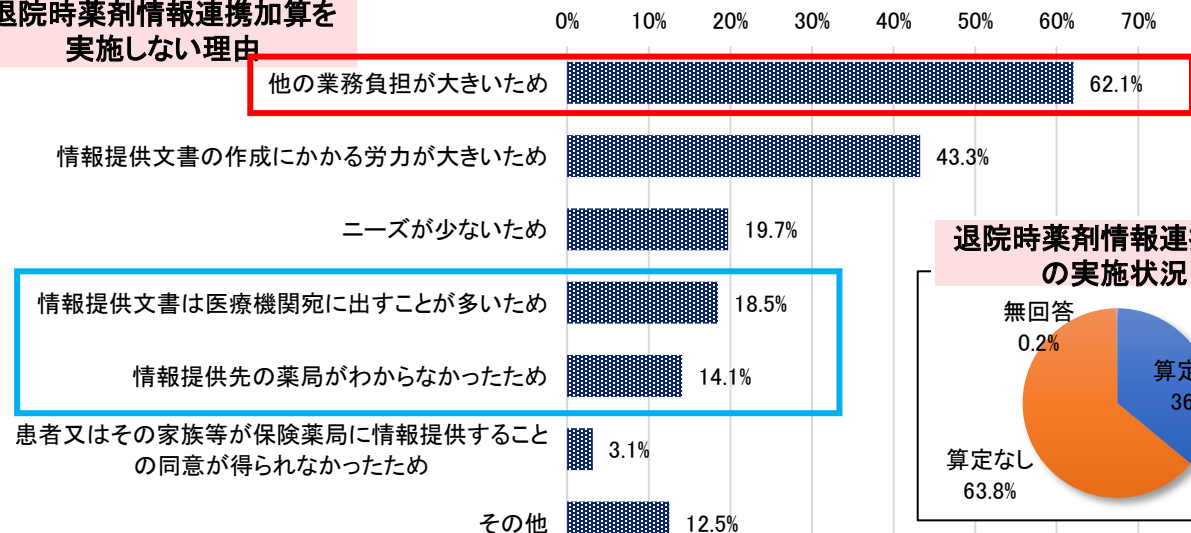
② 退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）

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

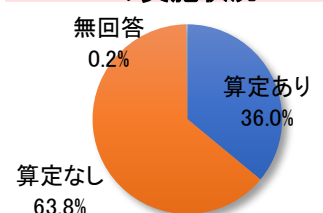
退院時薬剤情報管理指導料等¹⁾



退院時薬剤情報連携加算を実施しない理由



退院時薬剤情報連携加算の実施状況



入院時のポリファーマシー対策の評価と実施状況

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

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

①薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)

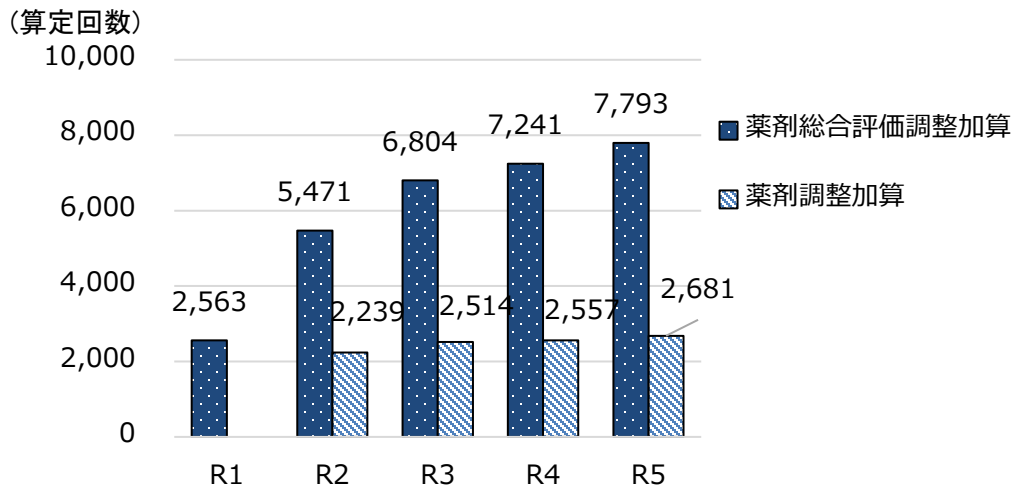
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
イ アを踏まえ、医師、薬剤師及び看護師等の**多職種による連携の下で**、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を行う。
ウ 処方内容を変更する際の留意事項を**多職種で共有した上で**、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し必要に応じて、再評価を行う。
オ 実施するに当たっては、**病棟等における日常的な薬物療法の総合的な評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。**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

②薬剤調整加算(退院時1回 150点)

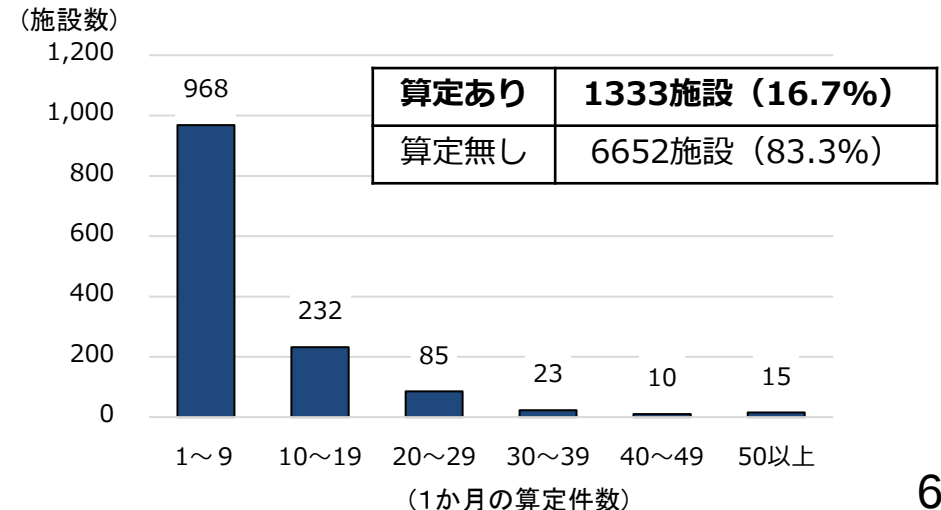
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
- ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 - ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

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

■薬剤総合評価調整加算及び薬剤調整加算の算定数の推移¹⁾



■薬剤総合評価調整加算の1か月の算定回数(n=7985)²⁾



薬剤適正使用連携加算について

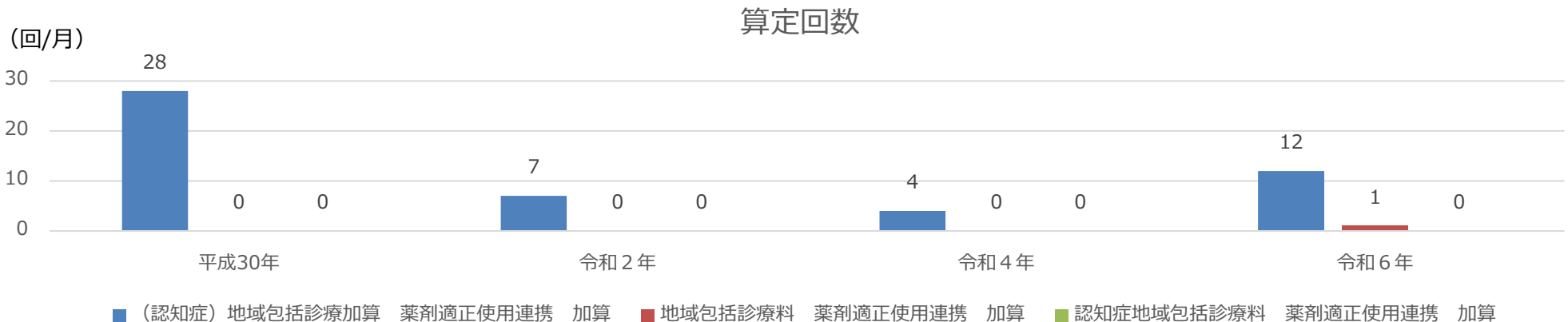
薬剤適正使用連携加算

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

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

[算定要件]

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



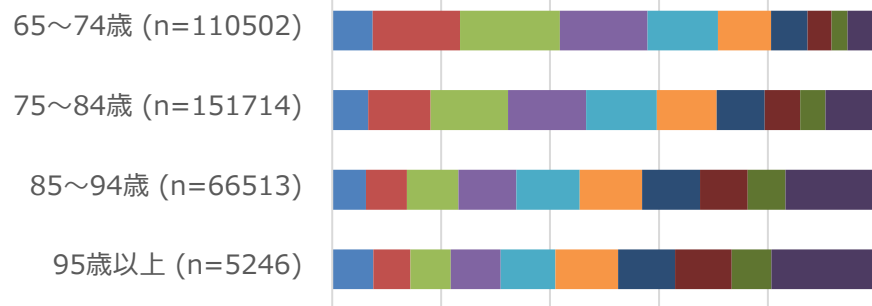
年齢階級別にみた一患者あたりの院内処方薬剤種類数

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

院内処方

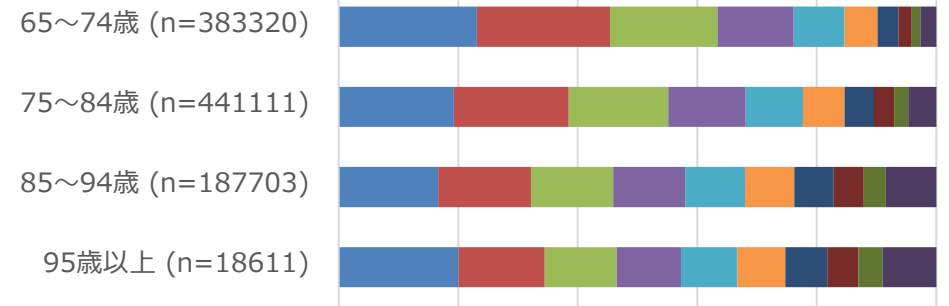
地域包括診療加算 算定患者

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

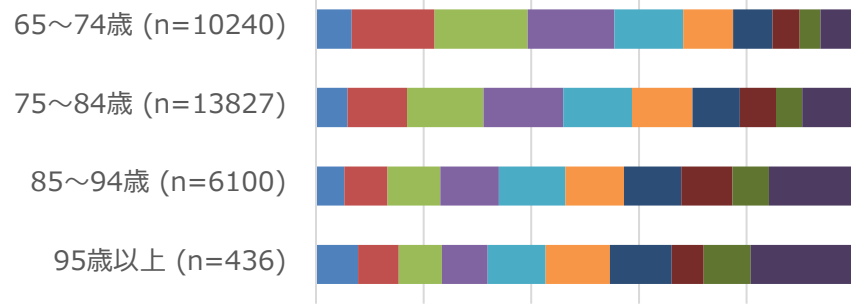


地域包括診療加算 算定患者以外

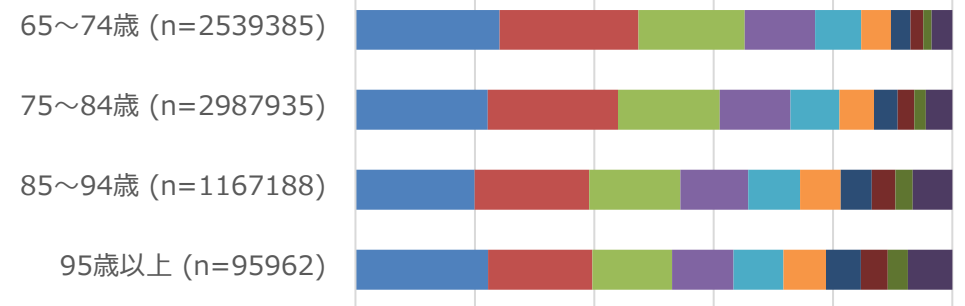
0% 20% 40% 60% 80% 100%



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



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



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

出典：NDBデータ（令和6年7月）

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

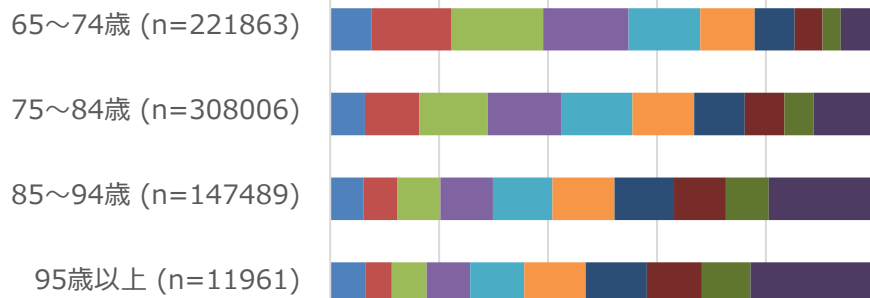
年齢階級別にみた一患者あたりの院外処方薬剤種類数

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

院外処方

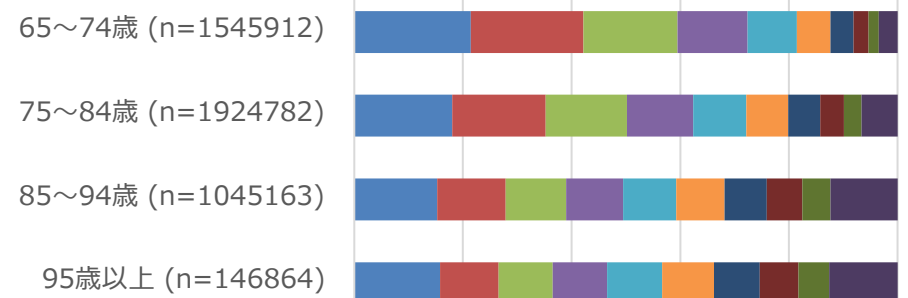
地域包括診療加算 算定患者

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



地域包括診療加算 算定患者以外

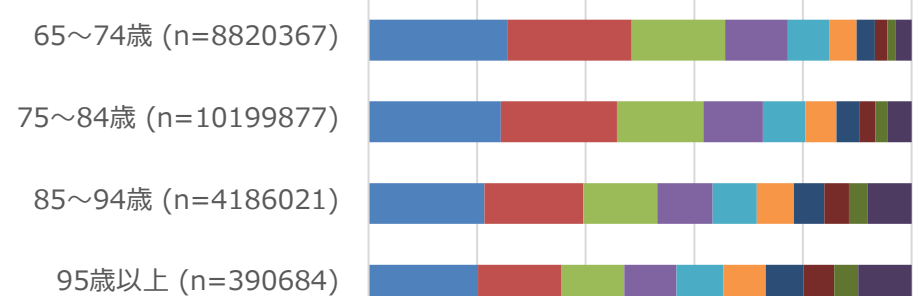
0% 20% 40% 60% 80% 100%



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



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



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

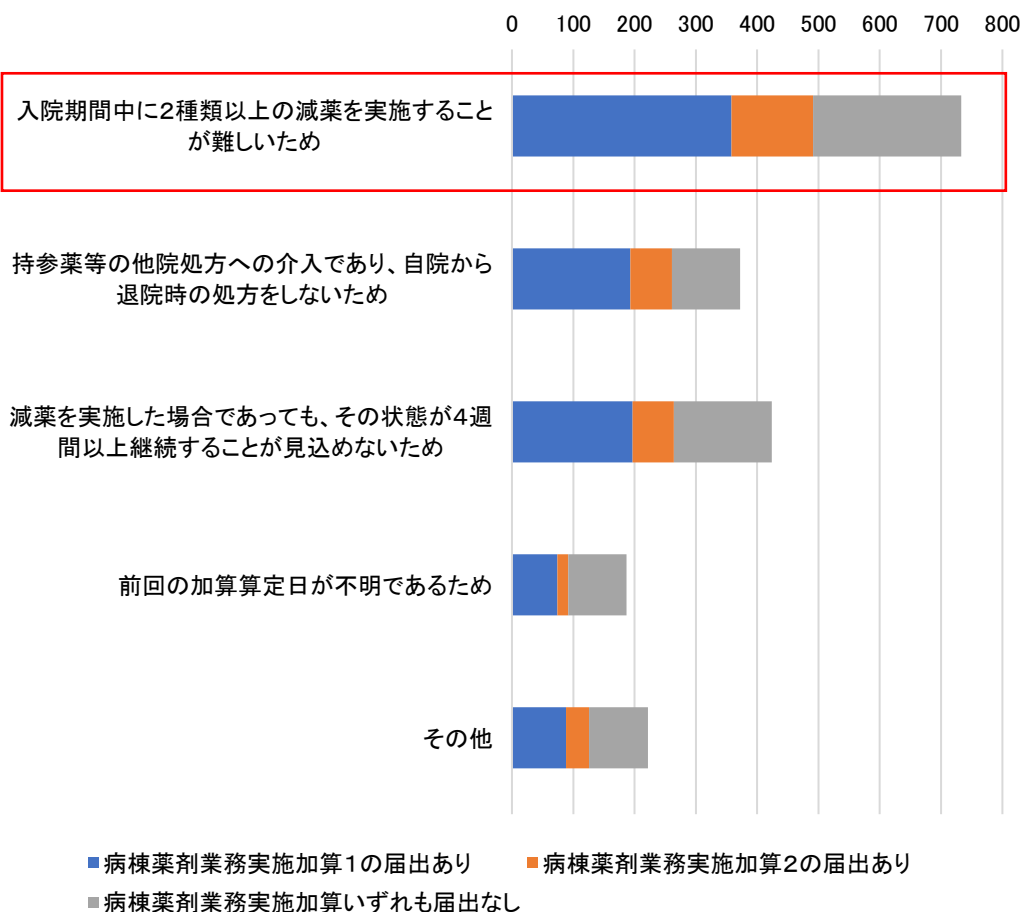
出典：NDBデータ（令和6年7月）

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

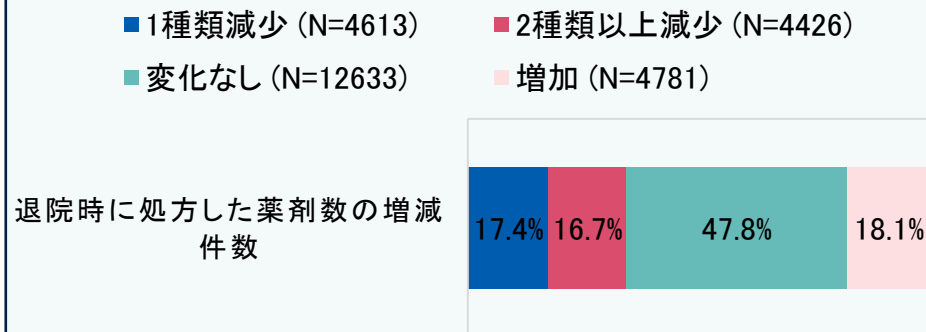
入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

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

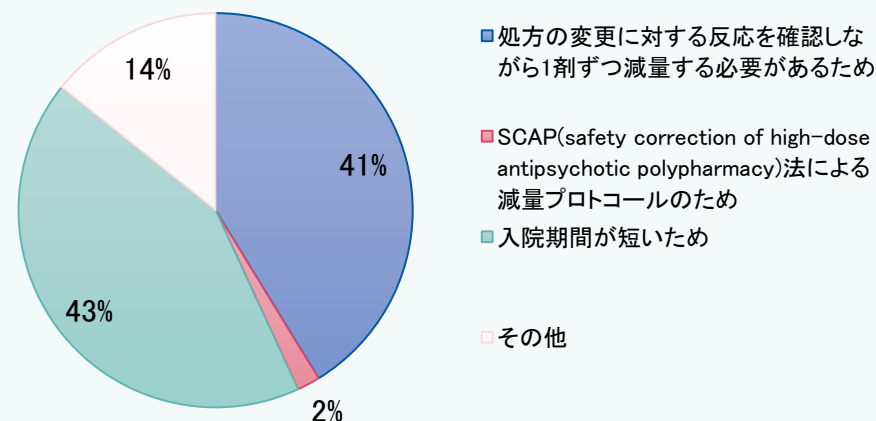
薬剤総合評価調整加算を算定していない理由



ポリファーマシー対策の介入による退院時処方薬剤数の増減割合



入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由



病院でポリファーマシー対策が普及しない主たる要因

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

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

ポリファーマシー対策を始められない・進められない主たる要因

ポリファーマシー対策を行う人員が不足しているか

不足していると考えられる職種

目的

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

対象

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

使い方

2つの側面を評価することを推奨

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

158薬物を掲載

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

(参考)

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

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

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言1】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

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

【提言2】服薬は昼1回に:昼にまとめられる場合は積極的に検討する

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

服薬簡素化のイメージ

高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

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

ステップ1:服薬簡素化の対象となる薬剤の特定

ステップ2:服薬簡素化の実施可能性を検討

ステップ3:多職種で変更の協議

ステップ4:本人やキーパーソンへの説明

ステップ5:処方変更の実施

ステップ6:継続的な経過観察・多職種で評価

ステップ7:退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有

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

精神疾患の医療体制構築に係る指針（抄）

（1 1）身体合併症

（基本情報）

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

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

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

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

総合病院精神科の機能

外来・在宅医療

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

一般病床

- コンサルテーション
- リエゾン

- ・ 精神身体合併症

精神病床

- ・ 病期
急性期/回復期/慢性期
- ・ 入院形態

（医療観察法病床）

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

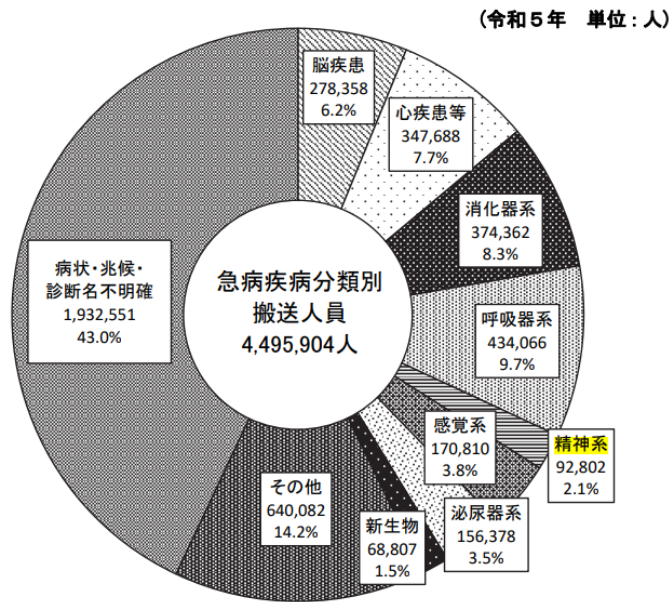
- 身体管理が必要な精神科専門治療
- 自殺企図関連の合併症
- 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
- 先行する身体疾患に精神症状が合併
- 先行する精神疾患に身体疾患が合併
- 器質性疾患との鑑別・管理
- 精神疾患単独の症例

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

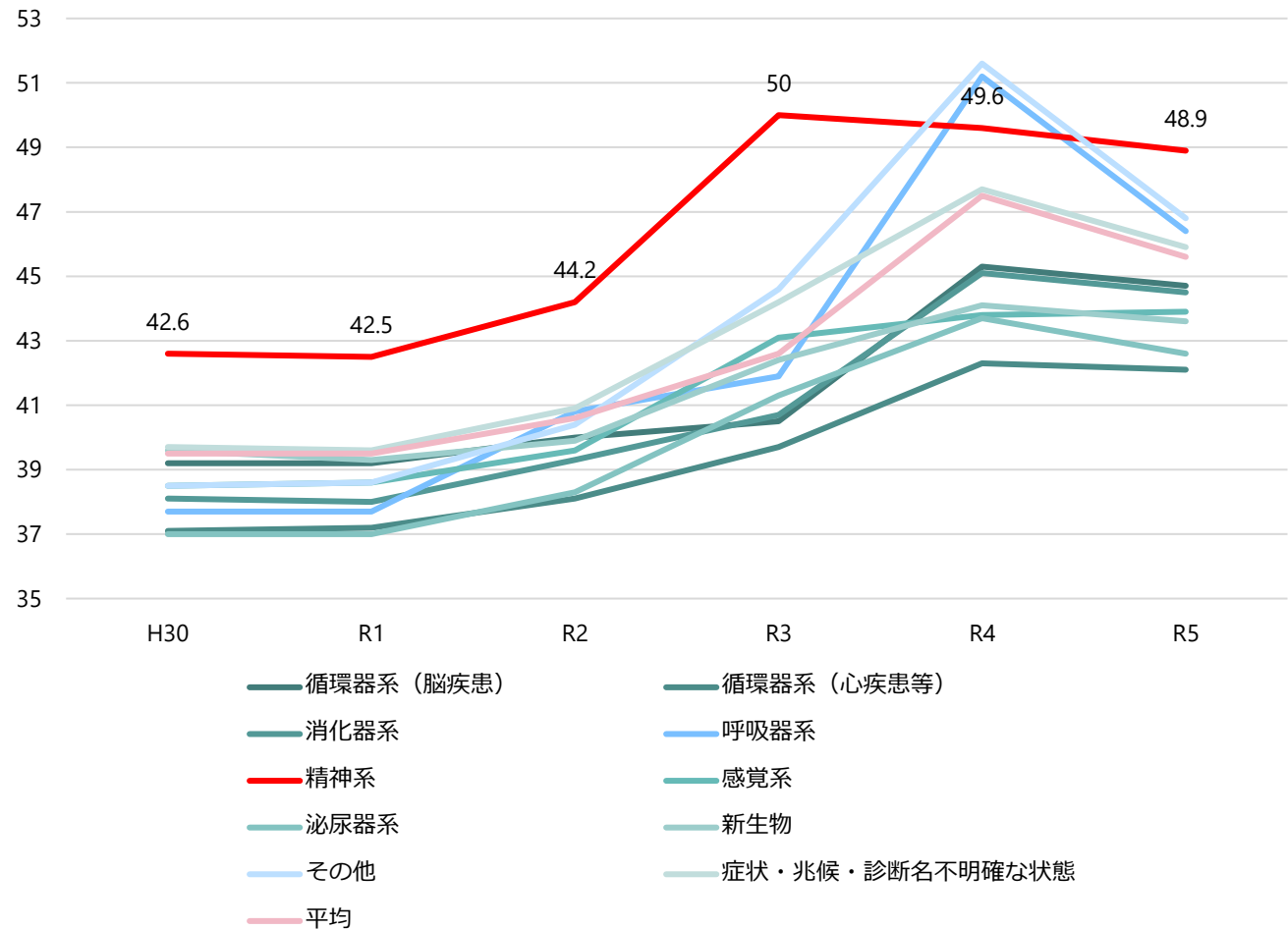
日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）を基に作成

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

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員



覚知から医師引継ぎまでに要した時間 (分)

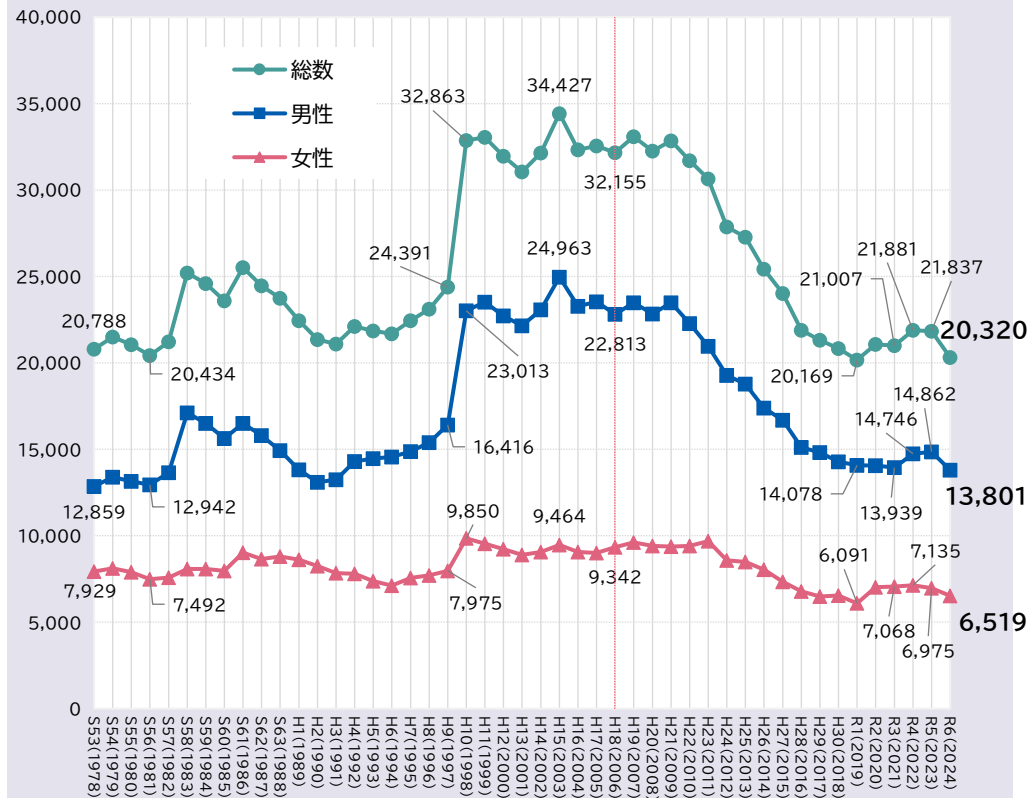


【令和6年（確定値）】自殺者数の推移

令和7年3月28日現在

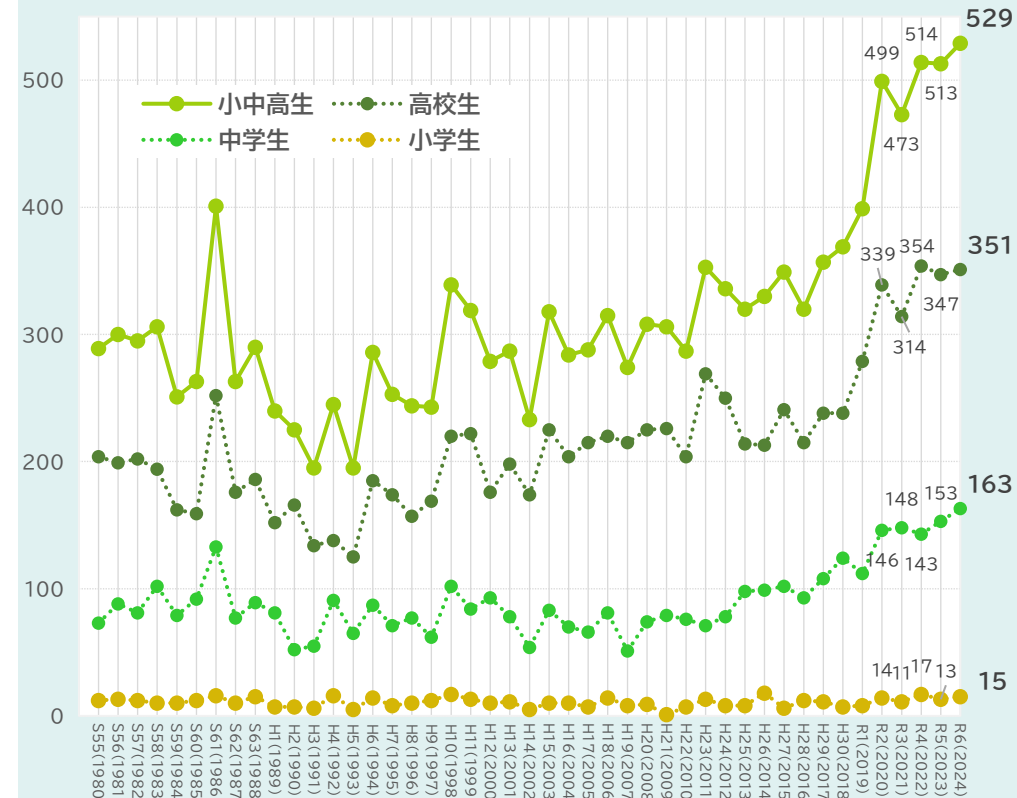
自殺者総数・男女別の推移

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



小・中・高生の自殺者数の推移

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



総合病院精神科に係る主な診療報酬上の評価について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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

その他の身体合併症等に係る主な診療報酬上の評価について

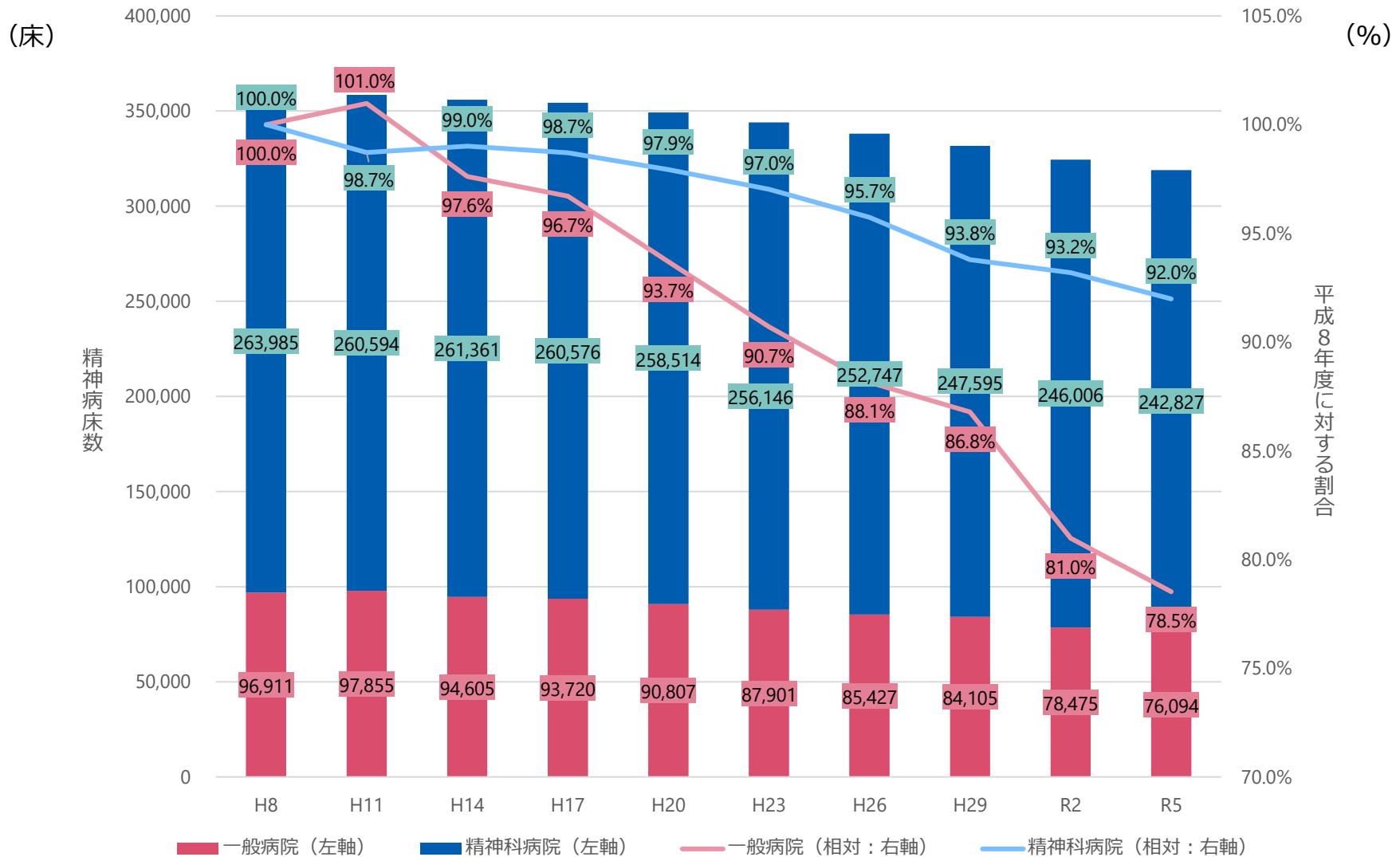
診 調 組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

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

精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

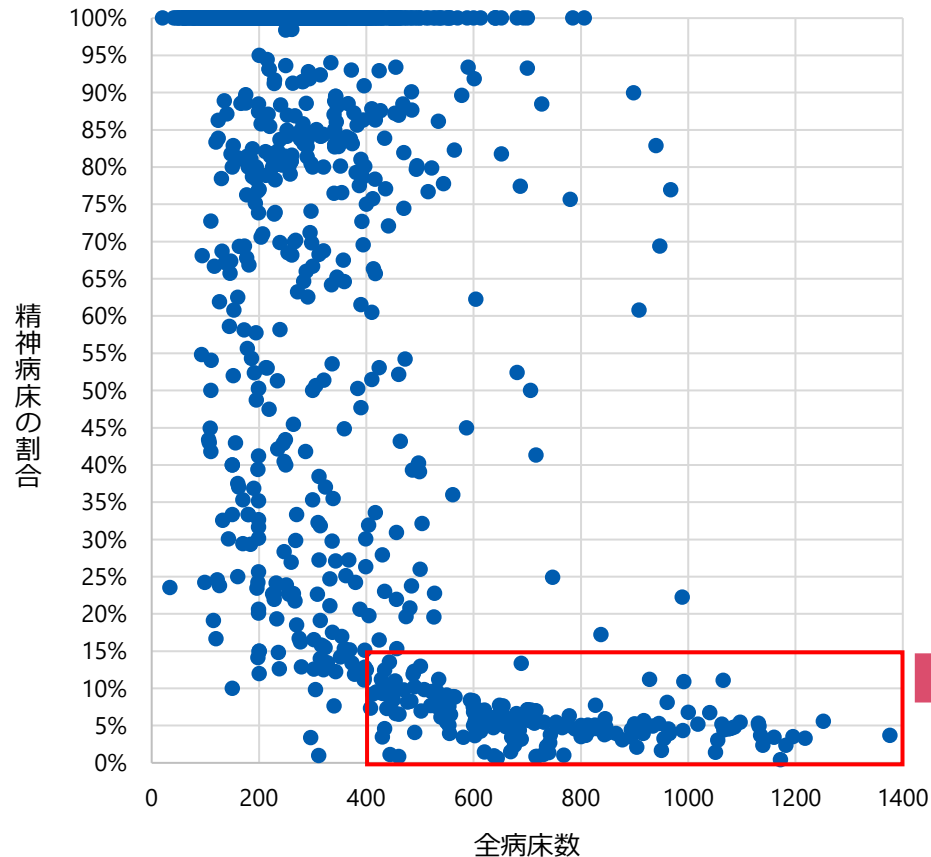
- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。



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

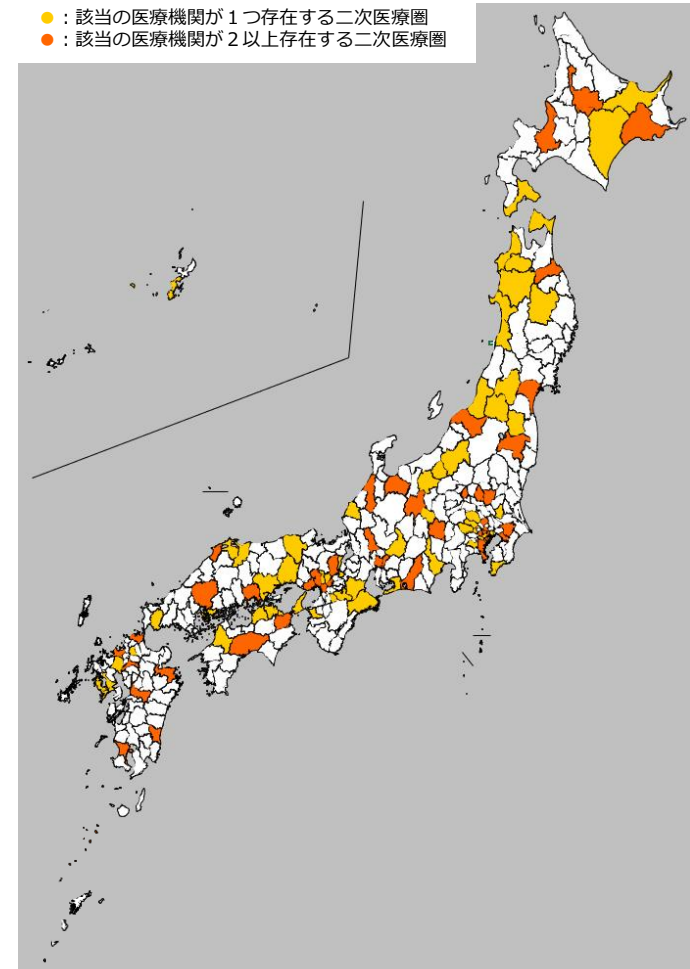
精神病床を有する保険医療機関における

全病床数と精神病床割合 (n=1586)



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

- : 該当の医療機関が1つ存在する二次医療圏
- : 該当の医療機関が2以上存在する二次医療圏



精神病床以外の病床で受け入れ可能な精神疾患について

診 調 組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

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

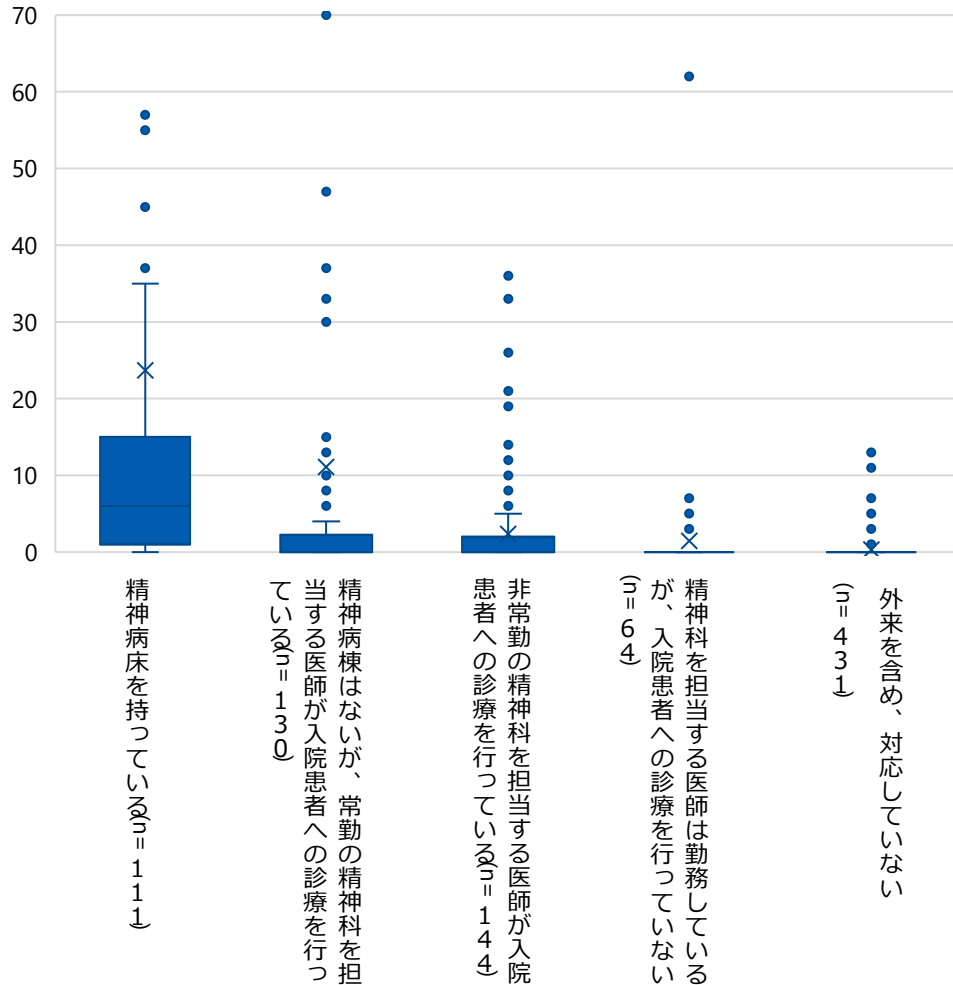
対応体制	精神病床を持っている	精神病床はないが、常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている	非常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている	精神科を担当する医師は勤務しているが、入院患者への診療を行っていない	外来を含め、精神科への対応は行っていない
施設数	126	148	169	74	494
認知症	87.3%	87.8%	85.2%	63.5%	71.9%
認知症を除く器質性精神障害	76.2%	66.2%	43.2%	28.4%	12.1%
アルコール依存症	72.2%	62.2%	47.9%	24.3%	20.4%
依存症（アルコール以外によるもの）	59.5%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

救急搬送患者のうち、精神科医の対応が必要となった件数及び割合

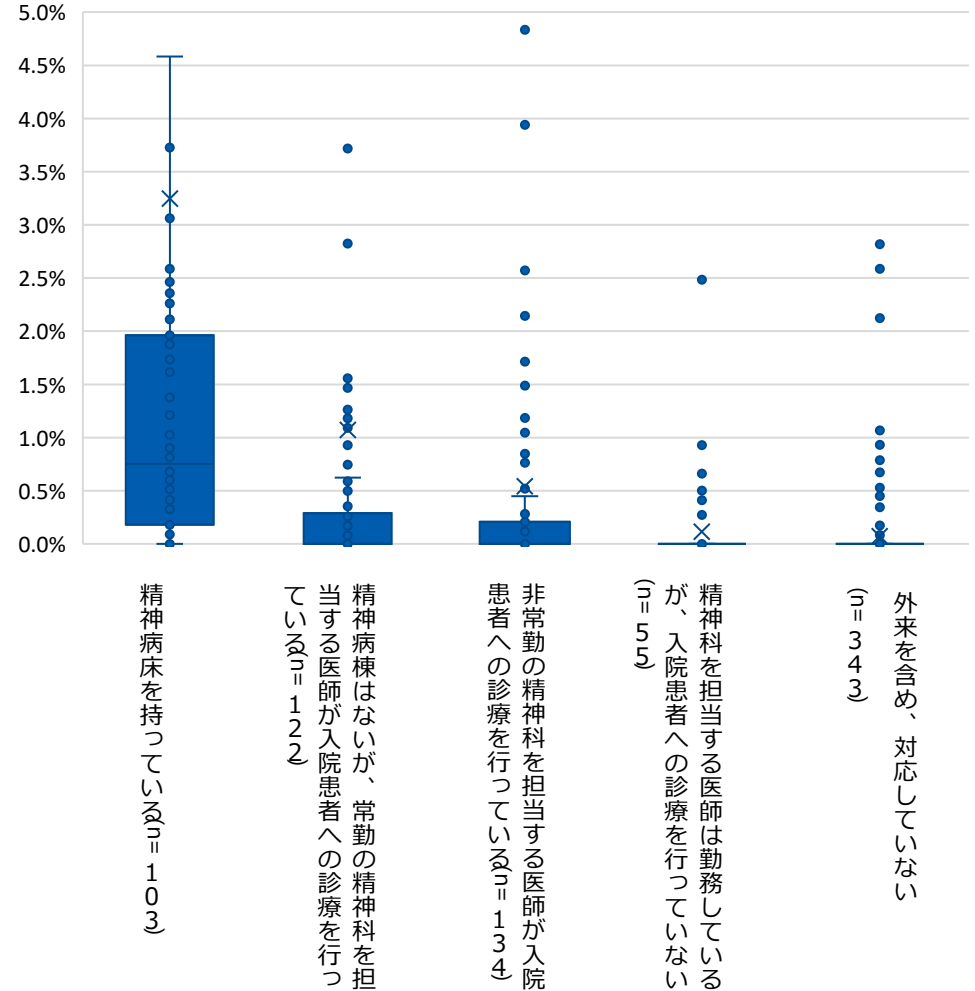
診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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

精神科医の対応が必要となった救急搬送患者数
(令和6年11月時点)



救急搬送患者のうち、精神科医の対応が必要となった割合
(令和6年11月時点)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入患者像

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

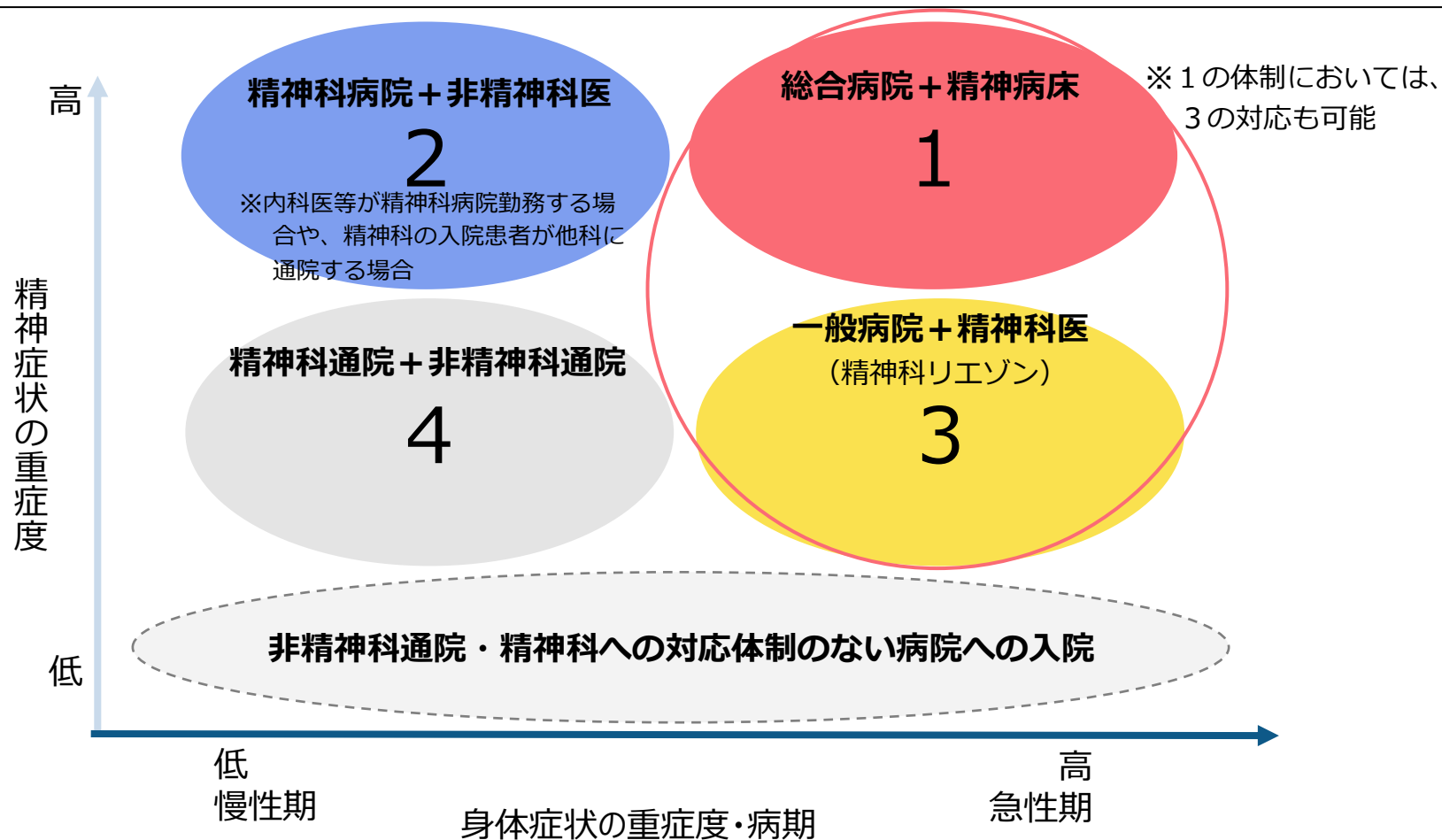
- a-hの患者像について、救急受入を行っていると答えた医療機関の割合は以下のとおり。
- いずれの患者像についても地域包括医療病棟で地域包括ケア病棟より受入の頻度が高かった。
- 「d_精神疾患を有する患者」について受入を行っていると回答した施設はいずれの入院料を届け出ている医療機関においても少なかった。

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

精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

診調組 入-1
7. 7. 17

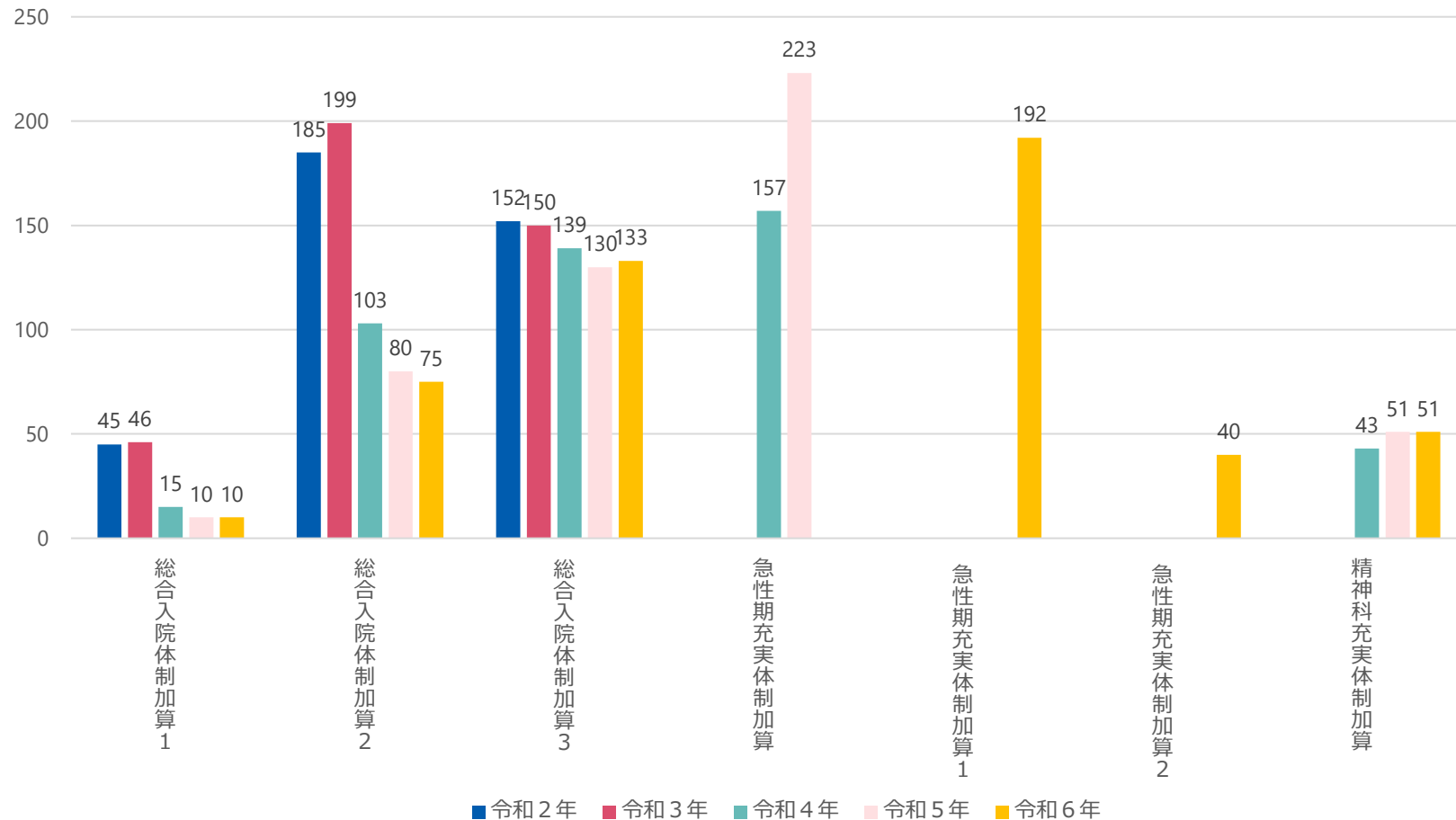
- 精神身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なるとの指摘がある。
- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。



総合入院体制加算等の届出医療機関数について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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



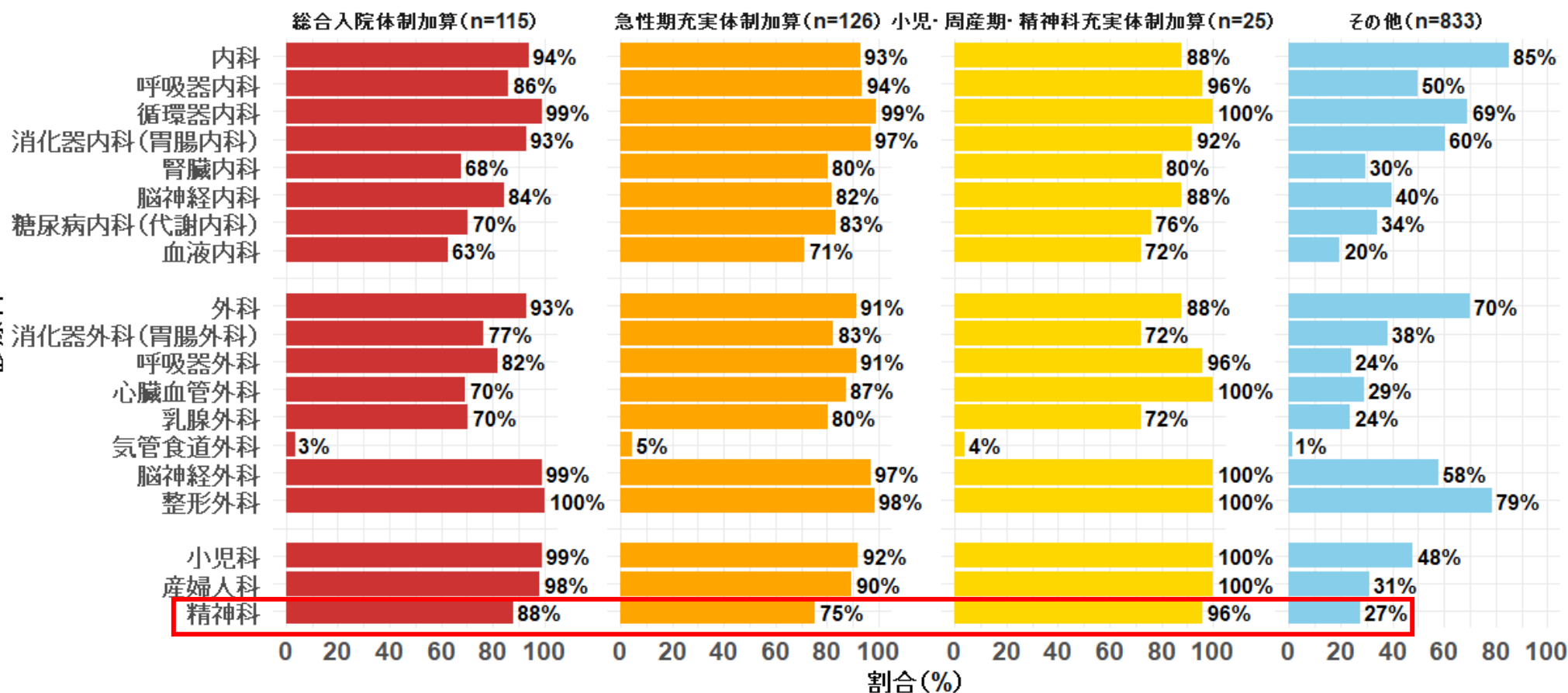
※令和6年は精神科充実体制加算の届出数に、
小児・周産期・精神科充実体制加算を含む

各診療科を標榜している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

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

診療科ごとの標榜割合（加算区分別）

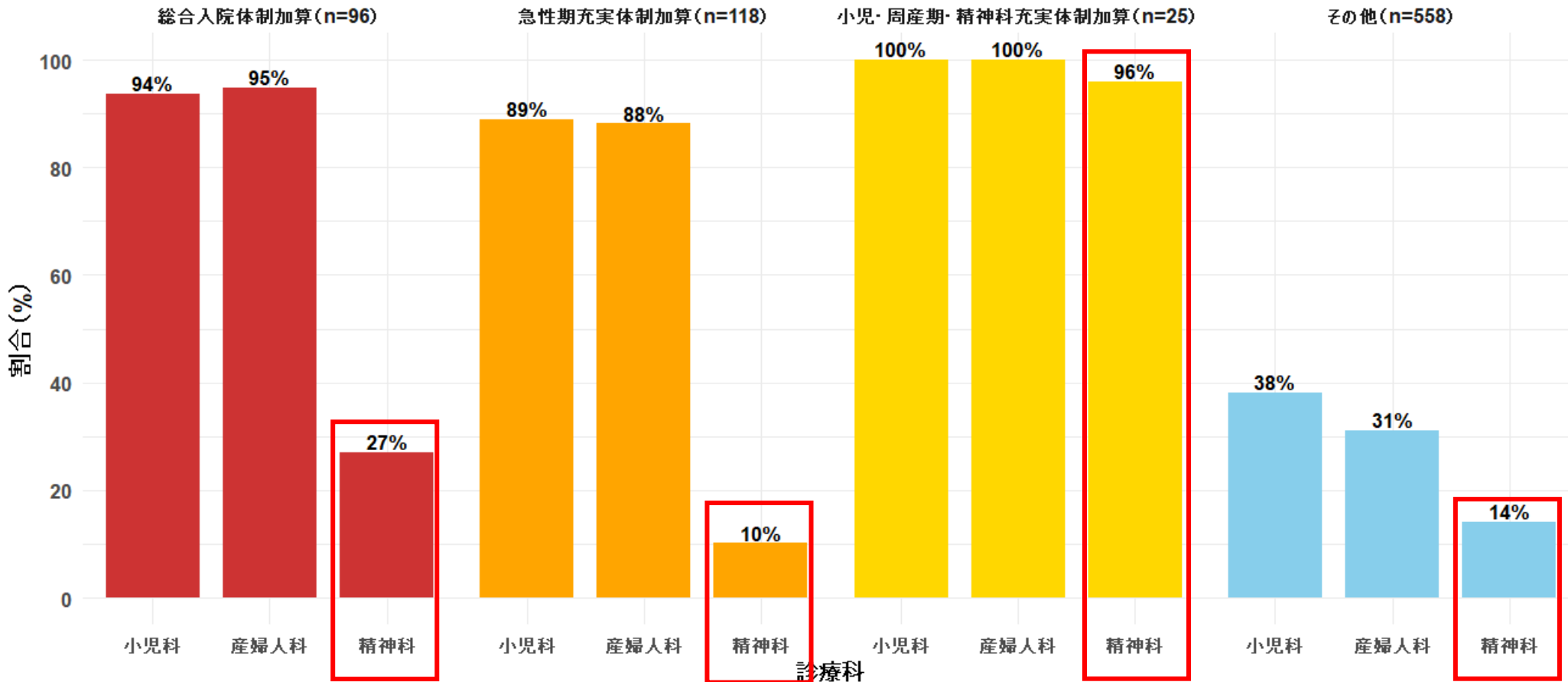


各診療科の入院医療を提供している病院の割合

診調組 入-3
7 . 7 . 3

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

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

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

2 精神科急性期医師配置加算 2

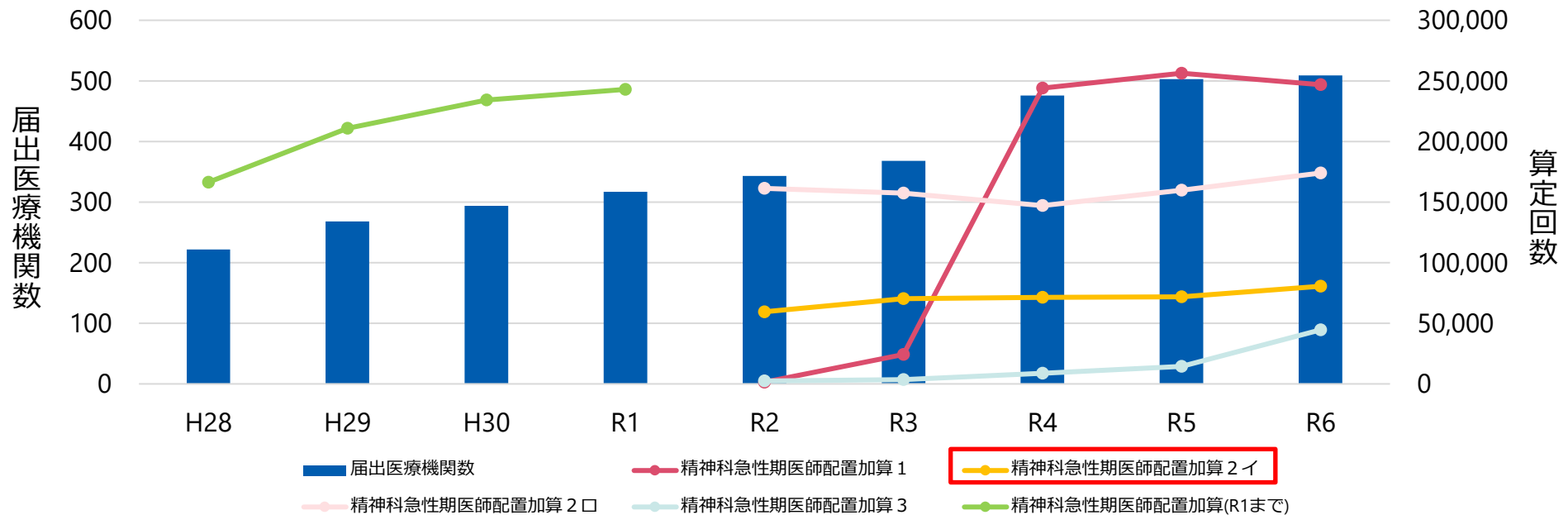
イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点

（算定対象となる入院料）

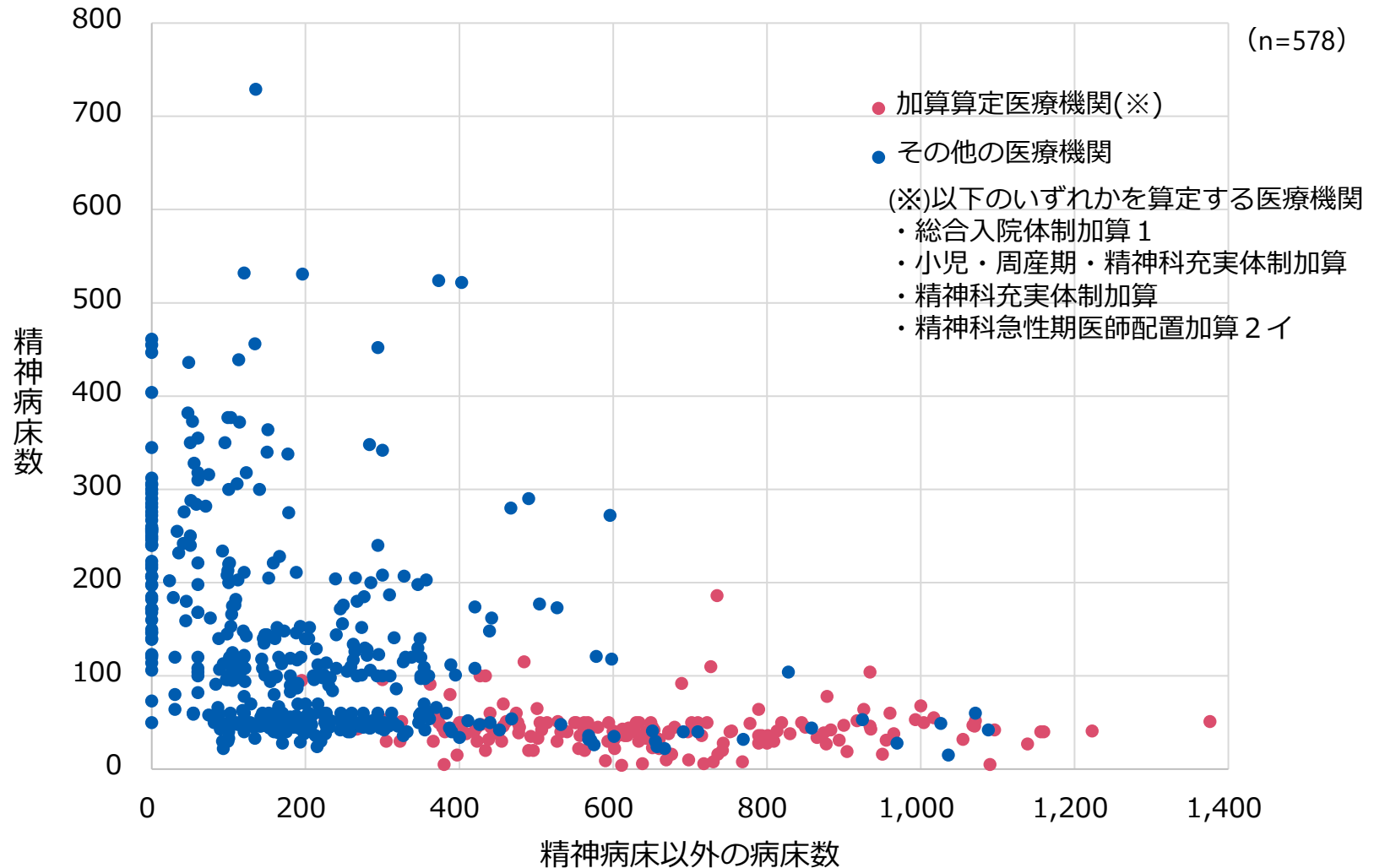
- ・精神病棟入院基本料（10：1又は13：1に限る）
- ・特定機能病院入院基本料（7：1、10：1又は13：1に限る）

主な施設基準

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



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

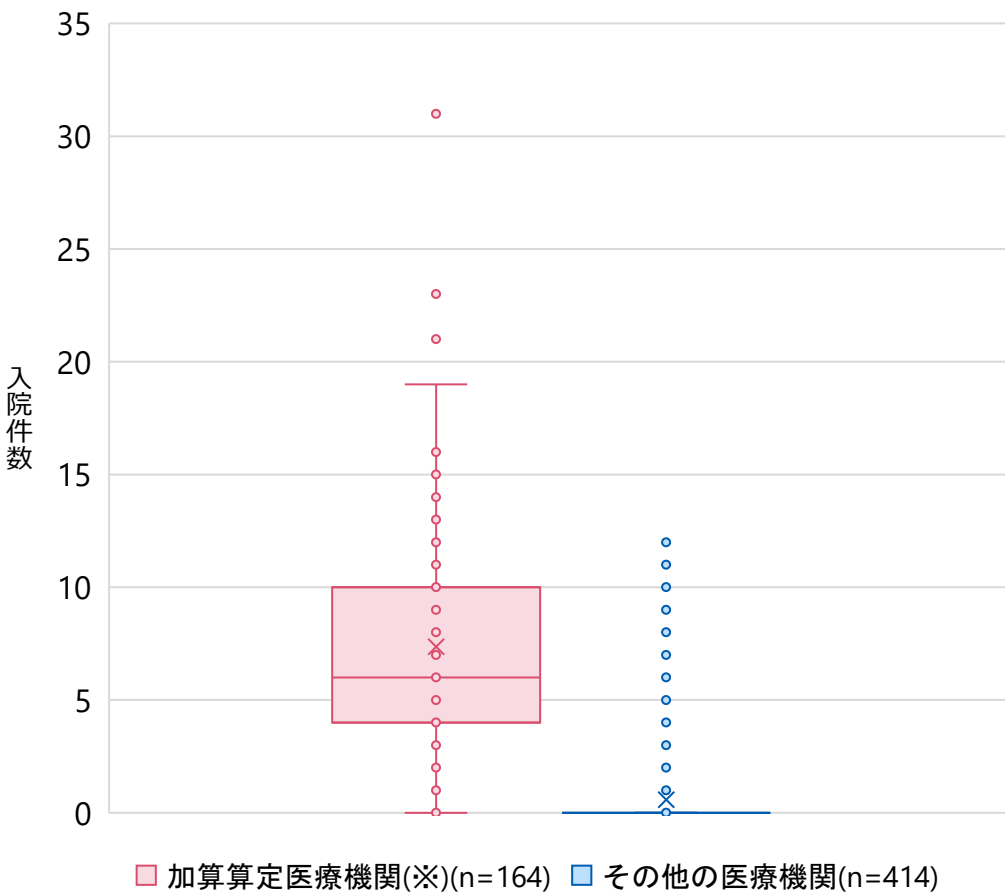


精神病床を有する病院における身体合併症のある統合失調症患者の入院件数

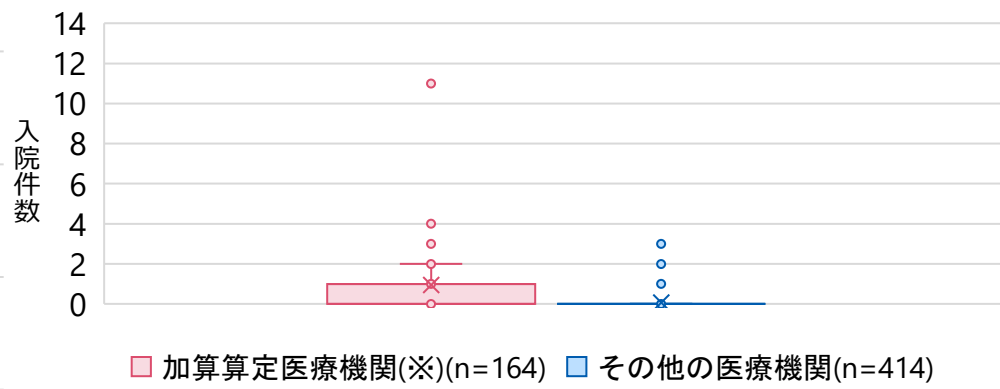
診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

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

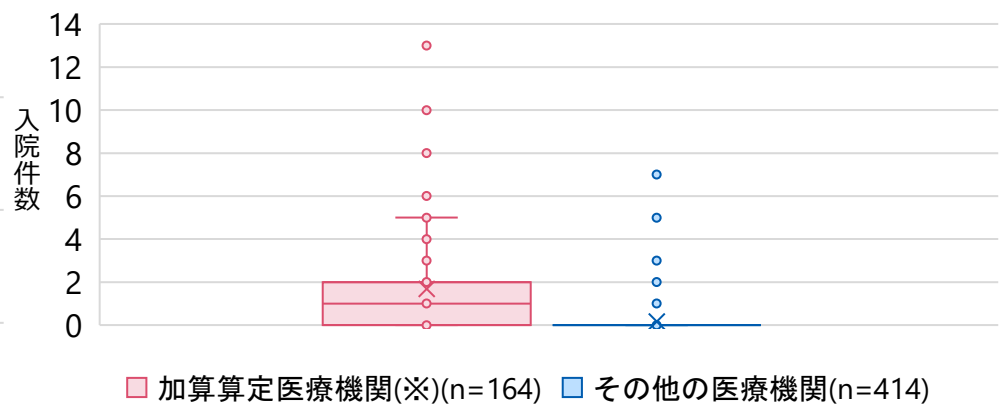
傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する手術を伴う入院件数



傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する悪性腫瘍手術を伴う入院件数



各医療機関の全病床数
傷病名に「統合失調症」を含む患者に対する化学療法を伴う入院件数



A230-4 精神科リエゾンチーム加算

300点（週1回）

（趣旨）

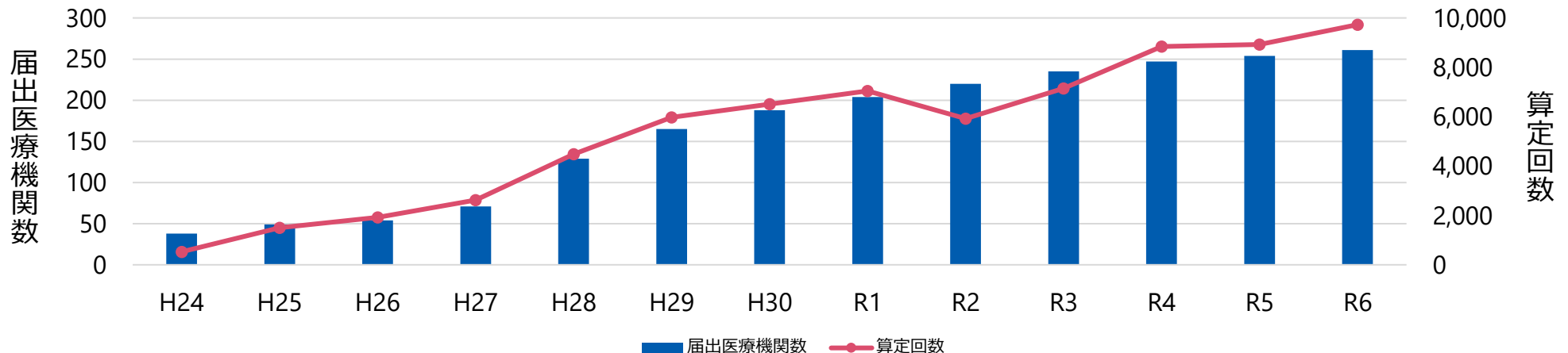
- 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したものである。

（主な留意事項）

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

（主な施設基準）

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



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

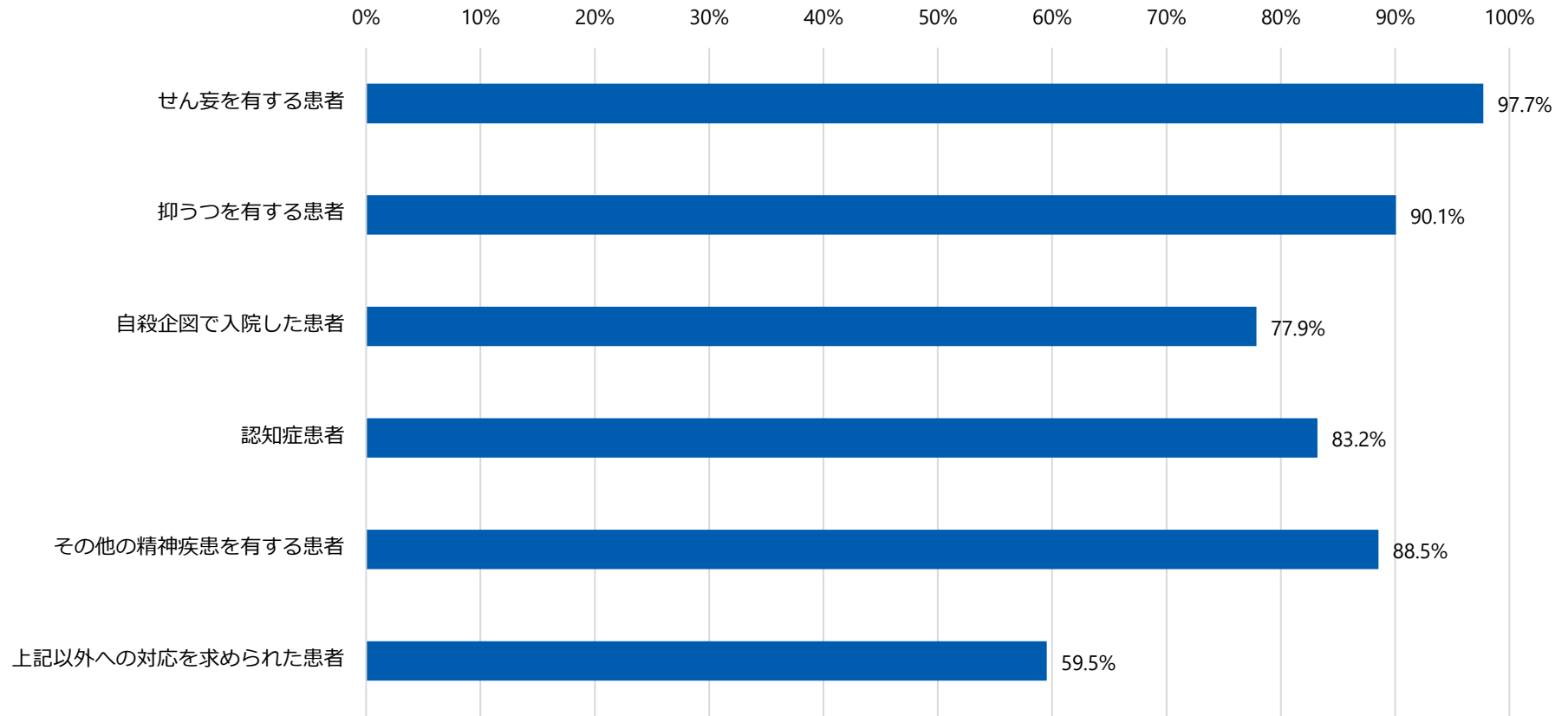
算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

精神科リエゾンチームが介入したことがある患者像

診調組 入-1
7 . 7 . 17

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

精神科リエゾンチームが介入した患者（n=131）

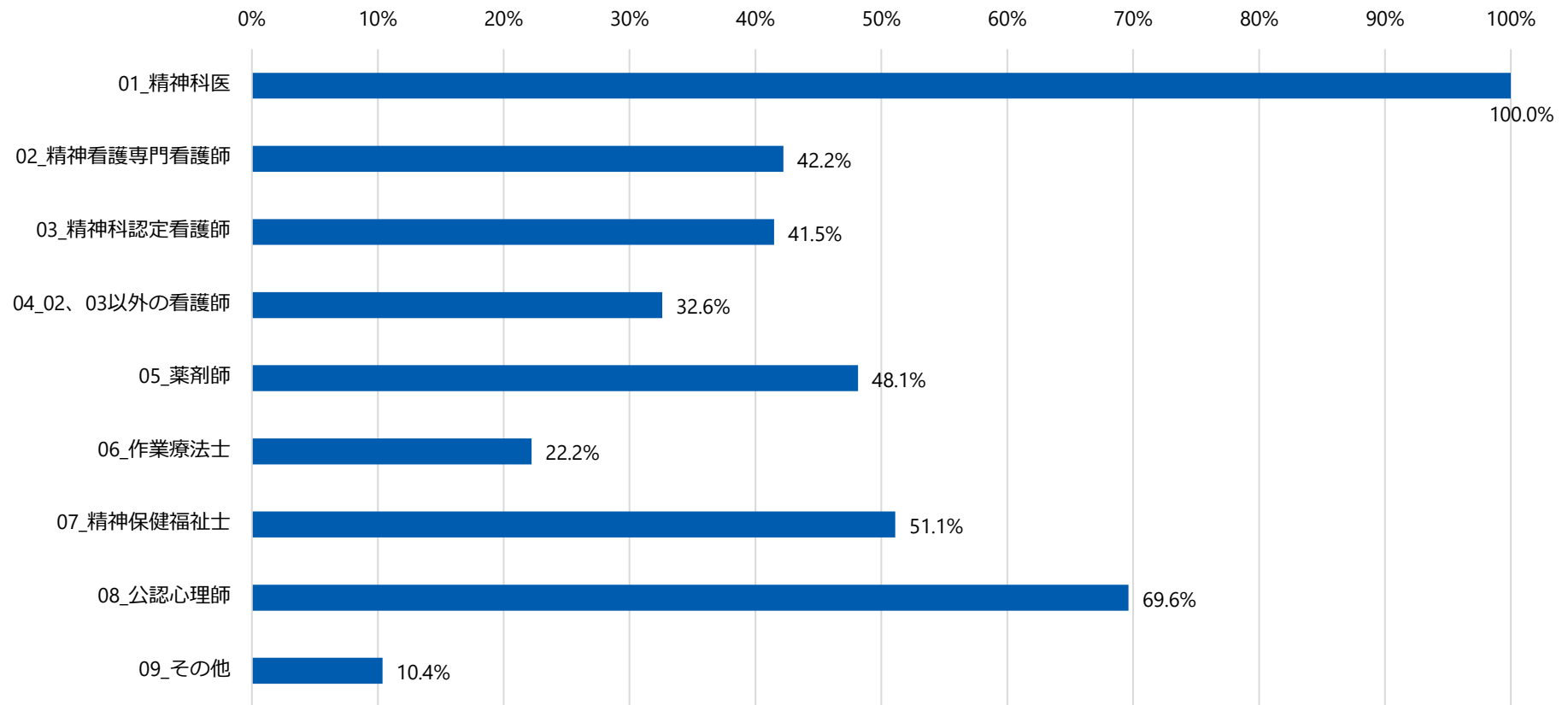


精神科リエゾンチームに参加している職種

診調組 入-1
7 . 7 . 17

○ 精神科リエゾンチームに参加している職種は、以下のとおりであった。

精神科リエゾンチームに参加している職種（n=135）



認知症ケア加算 1 について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

A247 認知症ケア加算（1日につき）

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 180点

ロ 15日以上期間 34点

（趣旨）

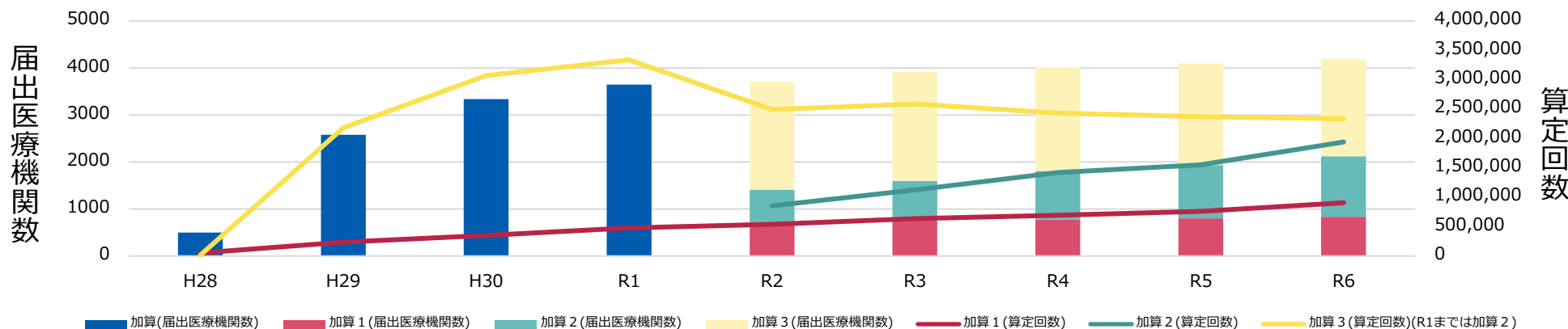
- 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

（主な留意事項）

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

（主な施設基準）

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



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

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

精神科リエゾンチーム加算と認知症ケア加算の併届出状況について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

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

【精神科リエゾンチーム加算】

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

【認知症ケア加算 1】

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

【認知症ケア加算 2 又は 3 ※】

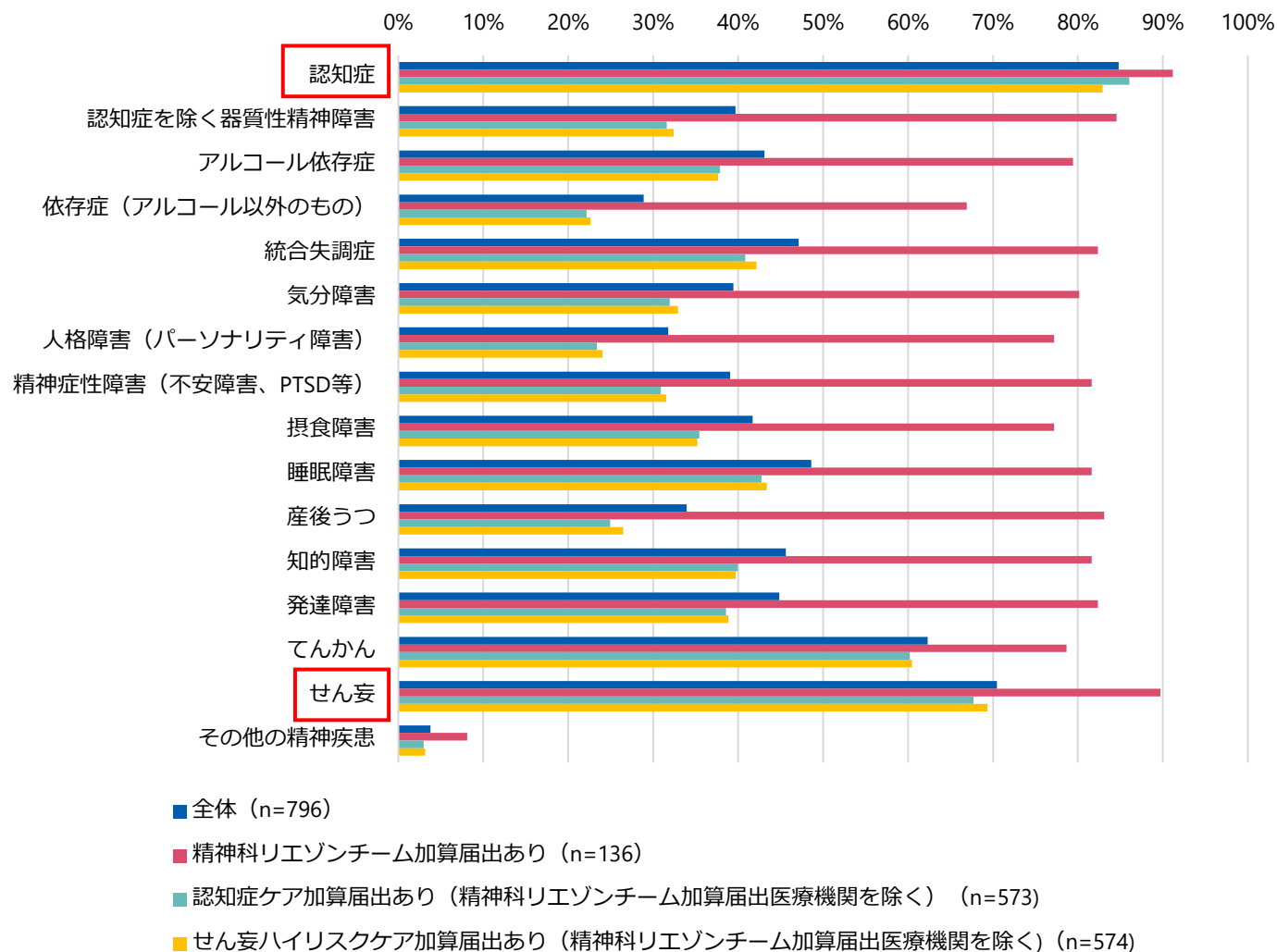
全届出医療機関	3,414施設
うち、精神科リエゾンチーム加算 届出医療機関	63施設（1.8%）
その他の医療機関	3,351施設（98.2%）

※ 加算の区分報告を行っていない医療機関を含む

精神科リエゾンチームの設置有無による、対応可能な疾患について

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

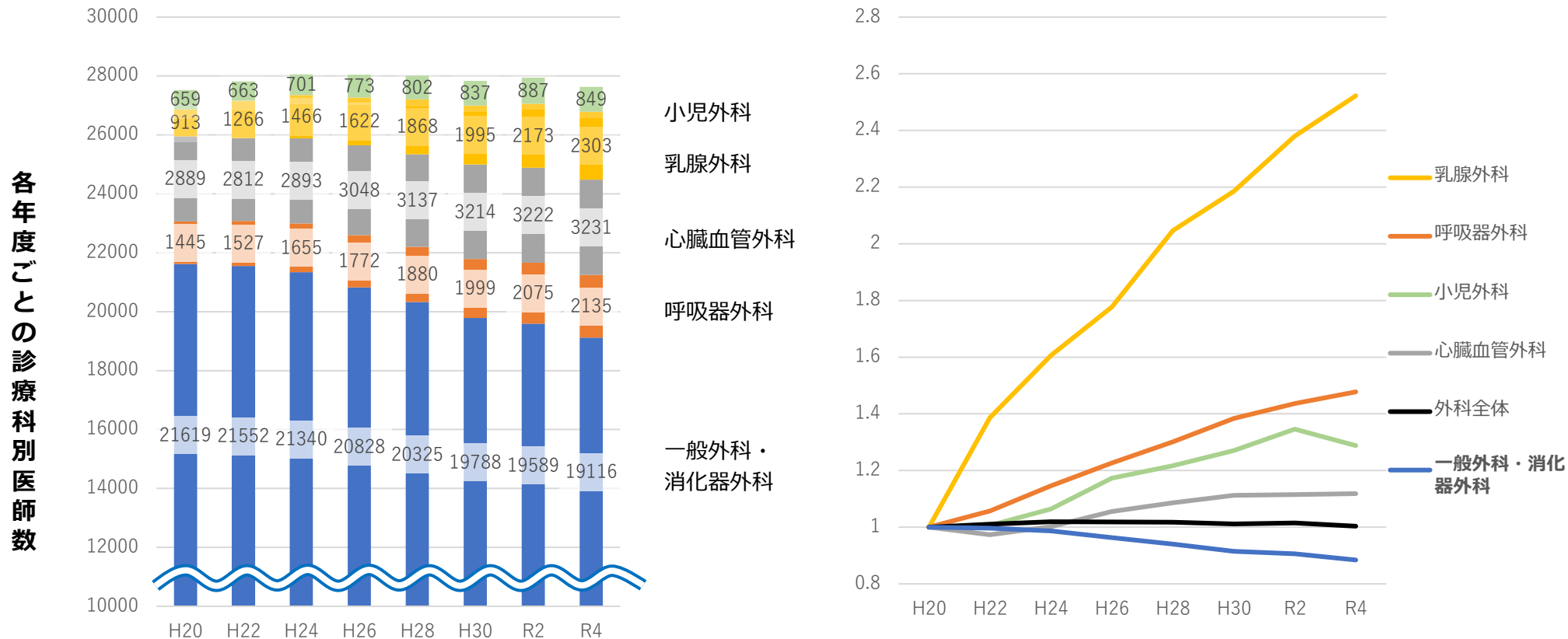
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。



外科の医師数の推移

- 外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。

主に外科に従事する医師の推移（左：医師数、右：平成20年を1とした場合の比率）

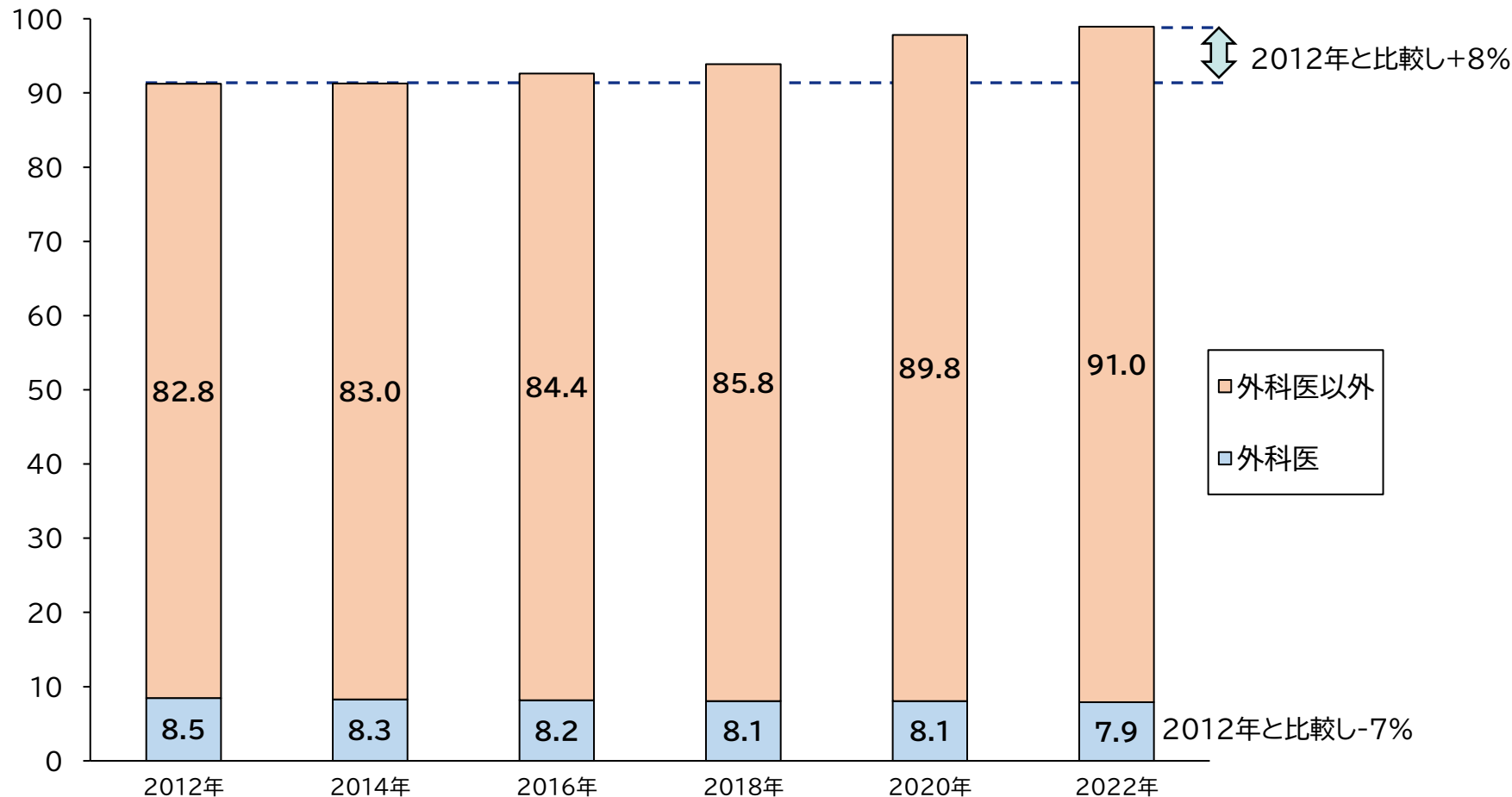


※一般外科・・外科、気管食道外科、肛門外科

40歳未満の医師数の推移

- 40歳未満の若手医師数は、2012年と比較し8%増加している一方で、40歳未満の若手外科医※については、2012年と比較し7%減少している。

(単位:千人)



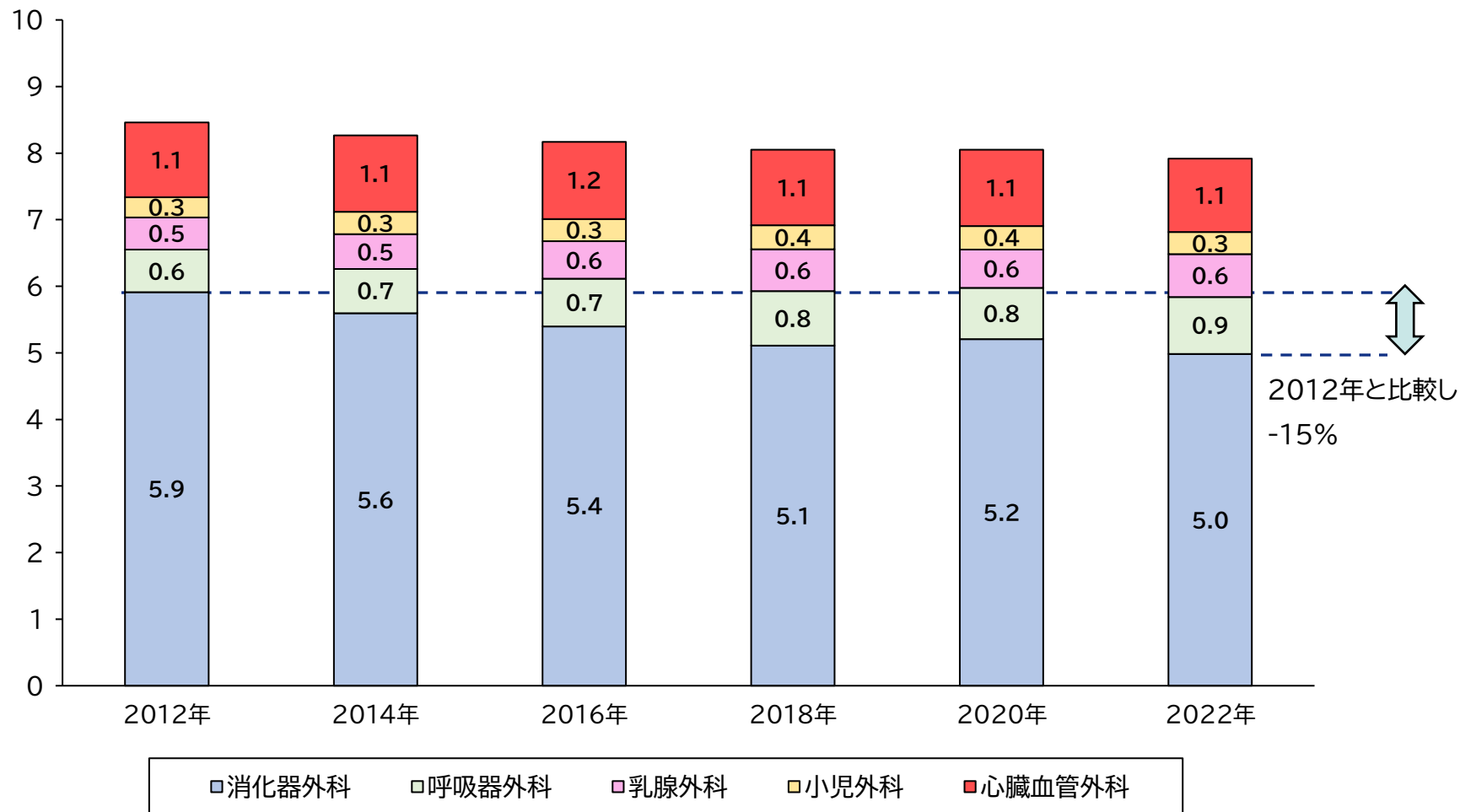
※外科医は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計

出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いて、がん・疾病対策課において作成

40歳未満の外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 40歳未満の若手消化器外科医※については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。

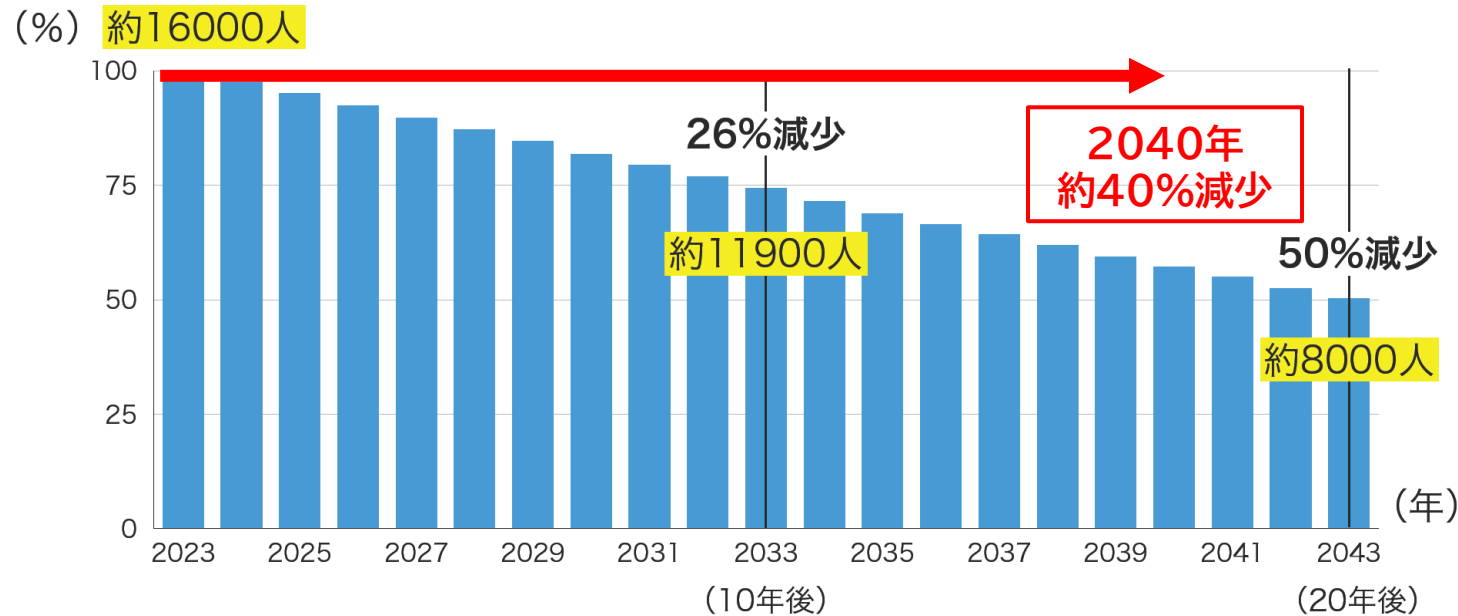
（単位：千人）



※消化器外科医は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計

日本消化器外科学会 65歳以下会員数 今後の予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1 2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。

※2 2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

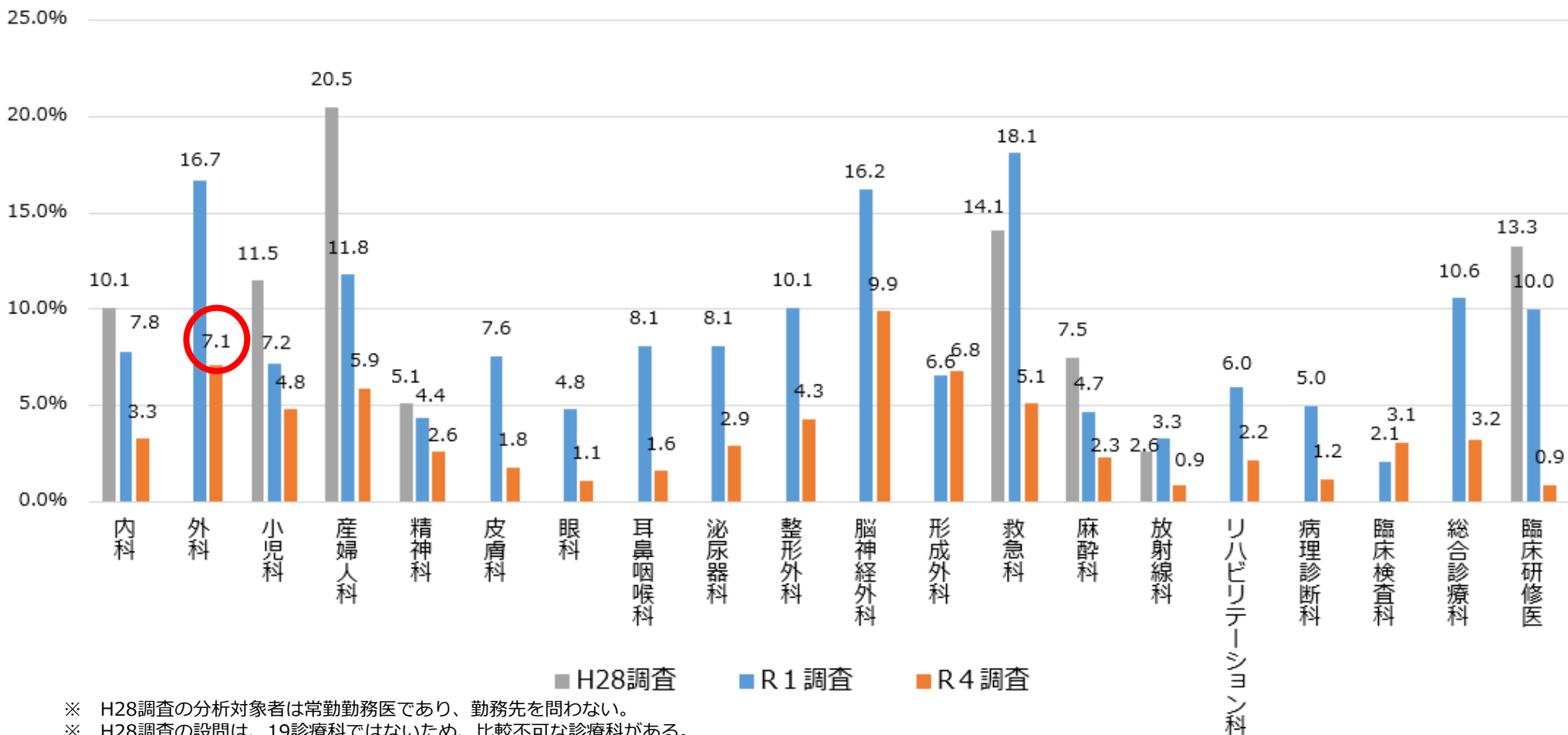
診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

第18回 医師の働き方改革の推進に
関する検討会
令和5年10月12日

資料
2

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

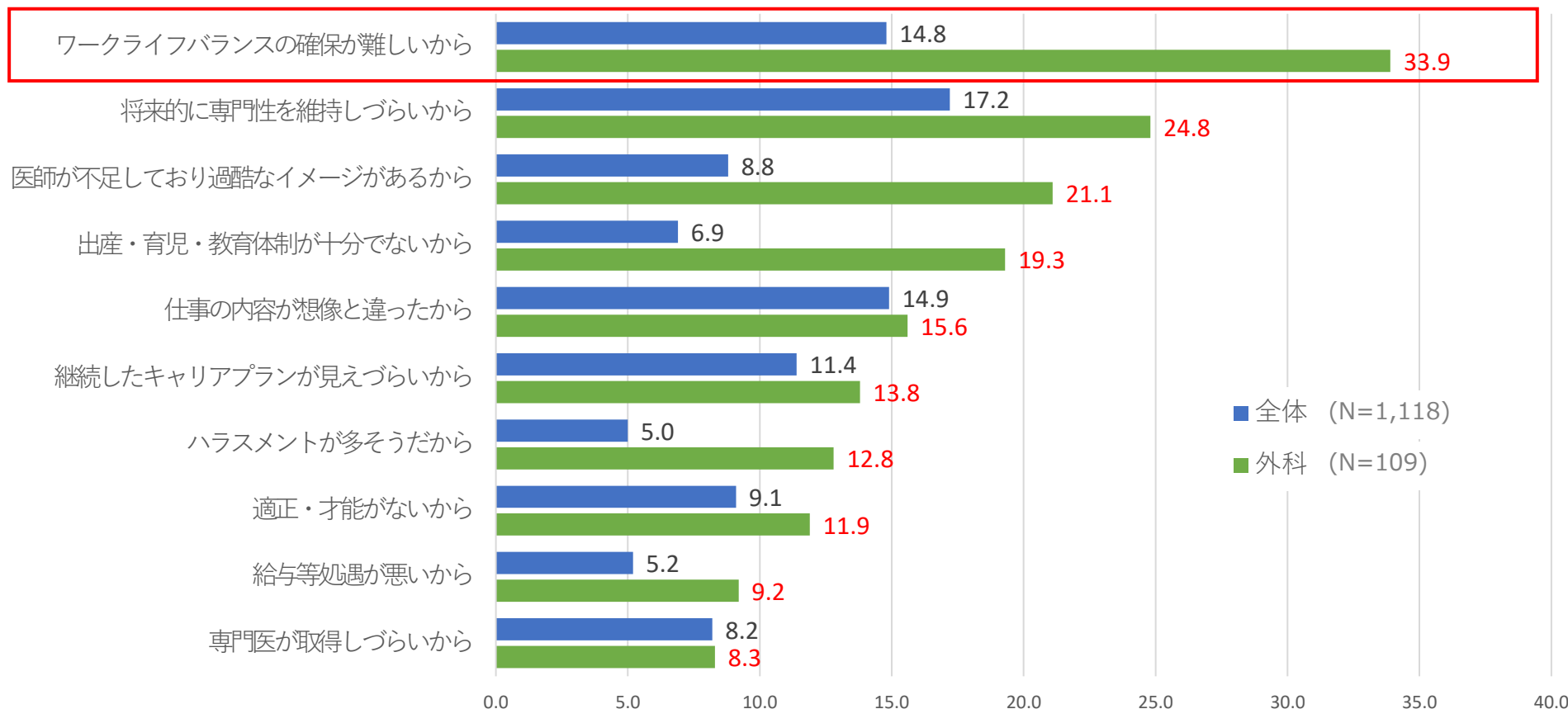


- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

専攻医が基本領域を選択しなかった理由

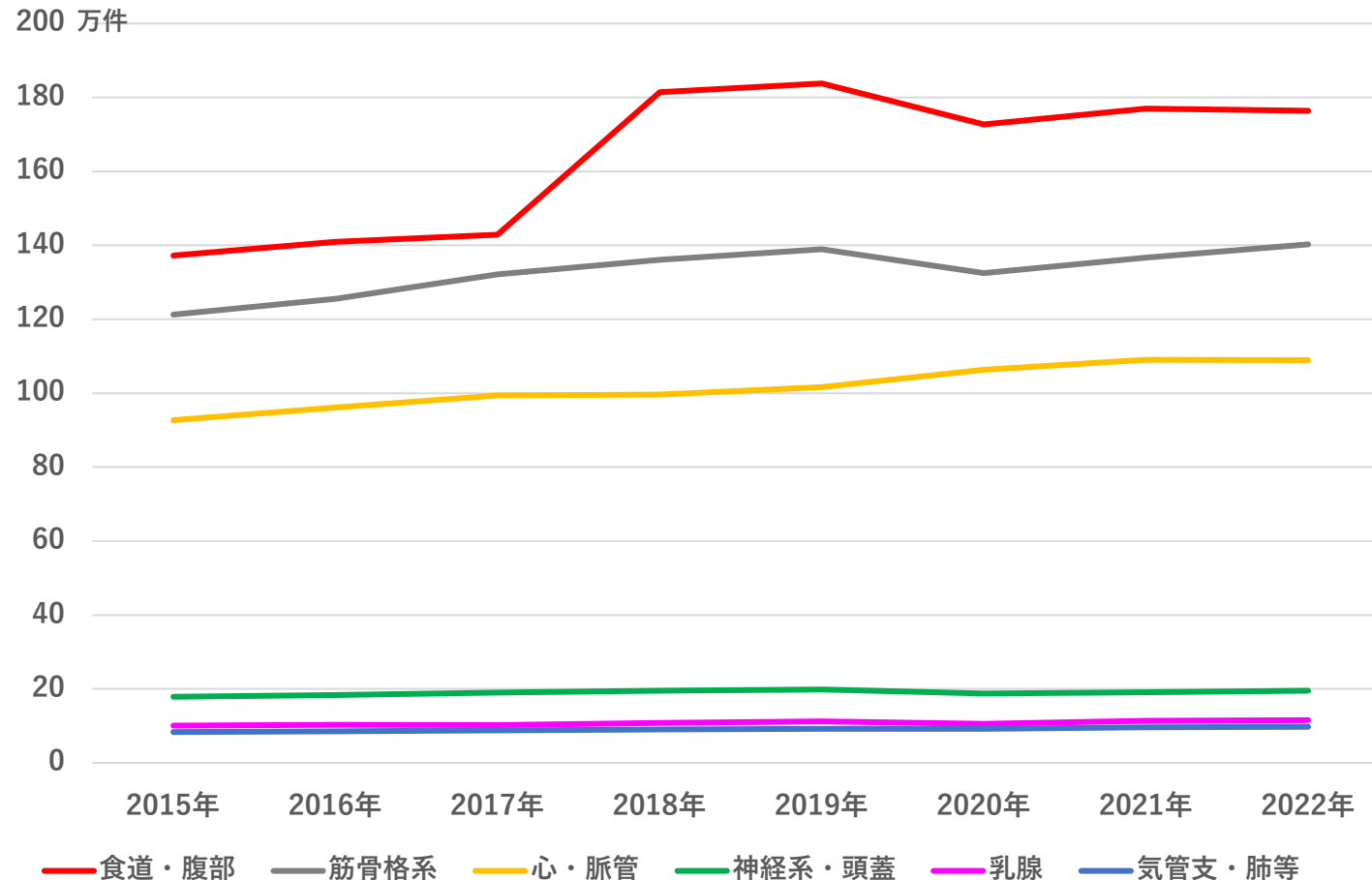
外科領域を選択することをやめた専攻医は、「ワークライフバランスの確保」に課題を感じている割合が高い。

専攻医が希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答、選択肢の上位10、%）



臓器別手術件数の推移

- 入院における臓器別手術件数の推移を見ると、食道・腹部の手術件数が最多であり、2020年に減少したものの、2015年以降増加傾向にある。



※診療報酬点数表第10部手術の各区分の入院手術件数を集計したもの
※心・脈管はリンパ管・リンパ節区分を除く
※気管支・肺等は胸腔・胸膜、縦郭区分を含む

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

<医学部定員・地域枠>

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
 - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- <都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>
 - ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>

- ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

<保険医療機関の管理者要件>

- ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 医学部定員・地域枠

- 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める。
- 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

② 臨床研修

- 広域連携型プログラム※の制度化に向けて、令和8年度から開始できるよう準備を進めていく。

※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<診療科偏在の是正に向けた取組>

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。

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）

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

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

（中長期的な医療提供体制の確保等）

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、コロナ後の受診行動の変化も踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を全国で確保する。このため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めつつ、かかりつけ医機能の発揮される制度整備、医療の機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、ドクターヘリの安全かつ持続可能な運航、大学病院・中核病院からの医師派遣の充実、適切なオンライン診療の推進、**減少傾向にある外科医師の支援**、都道府県のガバナンス強化等を進める。

地域医療構想については、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的な手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。

こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療介護の推進に取り組む。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

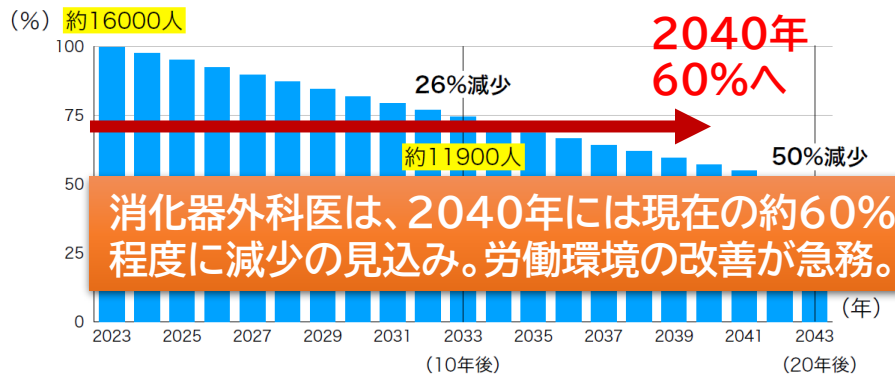
	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 - 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点) - がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 - 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 (医療需給の観点) - 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
がん医療圏又は複数のがん 医療圏単位での集約化 の検討が必要な医療	- がん診療連携拠点病院等 - 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
更なる均てん化が 望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む)	更なる均てん化が望ましい医療についての考え方 がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

(※1)国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

手術療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、手術療法の需要は2025年比で95%に減少することが見込まれる中、日本消化器外科学会によると、65歳以下の消化器外科医の数は60%に減少すると予測されている。
- 手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、これまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。このため、一定の集約化を含めた検討が必要。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外にも含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要。
- 高度な手術に関しては、手術件数の多い医療機関で手術を提供することによって、より質の高いがん医療の提供が可能。

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の将来予測



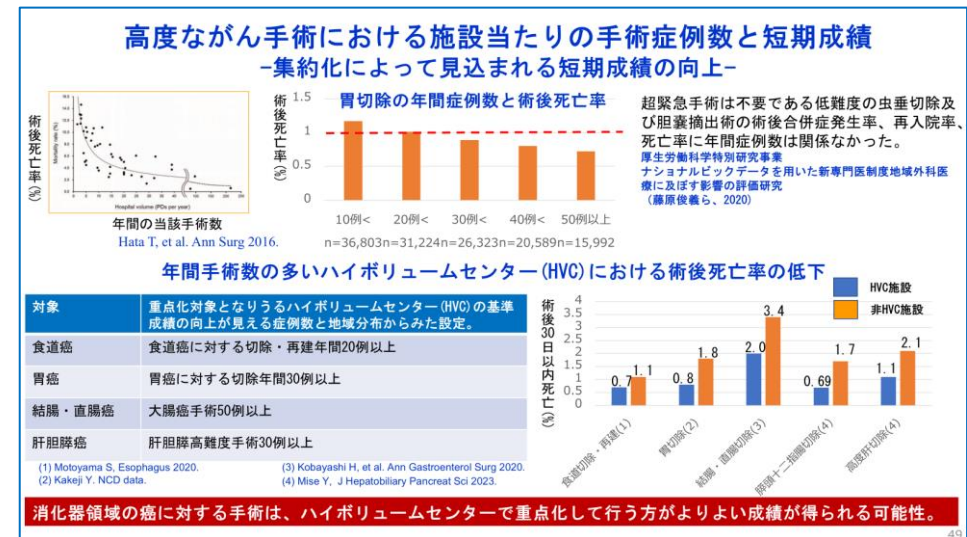
消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

消化器外科医の労働時間を短縮するためには今後、どのような方法を取るの
がよいと思いますか

1. 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する: 56.9%
2. 医療事務を充実する: 54.0%
3. 施設集約化による外科医師の集約化: 50.8%
4. 一人当たりまたはチームあたりの担当患者数を調整する、もしくは外科医を増やす: 50.5%
5. メディカルスタッフを充実する: 46.0%
6. 主治医制度から交代勤務制/チーム制へ変える: 49.7%
7. 検査(内視鏡、超音波など)を他科へ依頼する: 33.6% 等

手術療法におけるがん患者数と治療成績の関係



高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと報告されている。

消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ

日本消化器外科学会は消化器外科医が減少している現状に危機感を持ち、消化器外科の未来に向けての改革を真摯に推し進め、結果として国民に質の高い消化器外科診療を提供できる体制を確かなものにすることを目指して、活動して参ります。

1. 継続可能な消化器外科診療の構築

- ・一人でも多くの医学部学生や初期研修医に消化器外科の重要性和魅力を伝えるために広報に努めます。
- ・長時間労働の解消のための働き方改革を積極的に推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るべく労働環境の改善に努めます。

2. 消化器外科医のキャリア形成の支援

- ・学びの場や教育ツール及び先進的な医療への参加の機会を提供し、ロボット支援手術などの最新の手術に至るまでの期間を短縮し、早期に自立できるよう支援を行います。
- ・多様な価値観や人生観、働き方を尊重し、男女の均等な活躍を支援します。
- ・ライフ・イベントに配慮した働き方や知識・技術のステップアップを支援いたします。
- ・地方で活動する消化器外科医への学びの場や先進的医療参加の機会を提供し、支援します。

3. 高度ながん手術の集約化・重点化

- ・医師の健康維持・促進のための働き方改革や術後成績の向上に資する、高度ながん手術に対する合理的な集約化・重点化を目指します。集約化・重点化施設における研究・教育体制の充実を図ります。

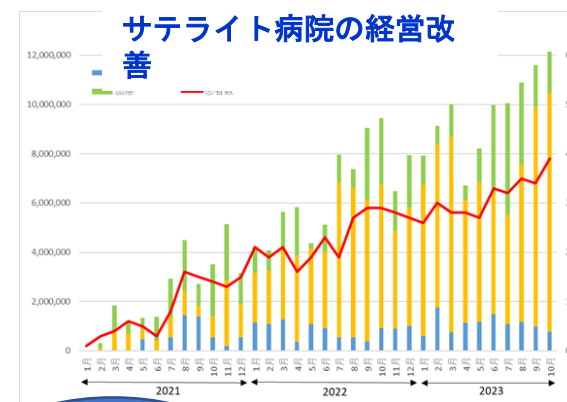
4. 高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの受領

- ・高度ながん手術や救急の手術に対応する対価を含め、外科医としての適切なインセンティブを受領できるシステムの構築に向けて、国民から理解を得られるよう努力をいたします。

好事例-3



大きな負担



山口大学 消化器・腫瘍外科学 永野浩昭教授の取り組み

山口大学医学部附属病院消化器外科における病院別機能分化の取組

背景

山口県における消化器外科の医療提供体制では、以下のような課題があった。

- ・医療資源の不足：医師や看護師、専門的な医療機器の数
- ・人口減少と高齢化：効率的な医療提供システムの必要性
- ・専門医の偏在：診断や治療の精度にばらつき
- ・患者の情報格差：治療に対する満足度や治療結果に影響



新たな取組：医療機関の機能に応じた集約化と均てん化に向けた連携

従前は、各病院が独自にがん手術も含めて実施してきたが、病院の機能に応じてType1~3に分類し、**各連携先病院と協議・連携し、消化器外科症例の集約化と均てん化に向けた体制を徐々に構築。**

- Type1病院：常勤消化器外科医師数が1～2人の病院。癌治療のサポートとしての人工肛門増設や、虫垂炎、痔、ヘルニア、胆石などの均てん化すべき手術は実施するが、**がん手術は実施せずに附属病院に紹介し、一方で、術後化学療法とフォローアップを大学病院から引き受ける。**
- Type2病院：常勤消化器外科医師数が3～5人の病院。**胃がん、大腸がんの手術は実施するが、難度の高い食道、肝胆膵の手術は附属病院に紹介。**術後化学療法とフォローアップを大学病院から引き受ける。
- Type3病院：常勤消化器外科医師数が6人以上の病院。従前とおり、独自にがん治療を実施。

取組の結果

- がんの症例数が少なかった病院が、全てのがん症例を拠点的な病院に紹介することで、これまで手術で対応できなかった症例も、拠点的な病院での高度な手術で対応できるようになった。
- 化学療法も大学病院に通うことなく、近隣の病院で実施できるようになった。
- がん手術は全て拠点的な病院に集約し、より多くの化学療法やフォローアップを実施することで、病院経営も改善した。

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

(例) 手術・処置の休日・時間外・深夜加算

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) ~ (4) (略)

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

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

ア~イ(略)

(主な施設基準)

1~3(略)

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

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

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

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

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

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

ア~キ(略)

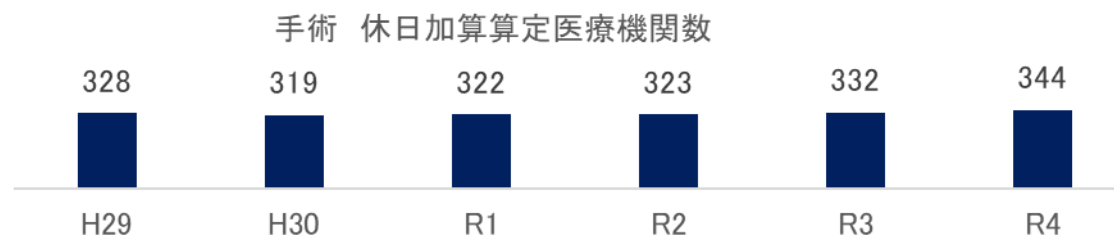
(2)チーム制を導入しており、以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア~カ(略)

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

ア~イ(略)

8~9(略)



勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

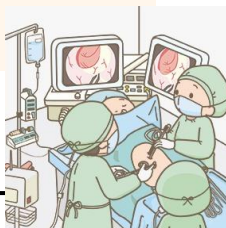


改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



手術の休日・時間外・深夜加算 1 の施設基準について

手術の休日・時間外・深夜加算 1 に係る施設基準通知（抄）

6 (2) 以下のア及びイの事項について記録していること。

ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日

イ（略）

(3) (2) のアの当直等を行った日が届出を行っている診療科の各医師について年間4日以内（中略）であること。

7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。

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

ア～イ（略）

ウ 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。

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

ア～イ（略）

ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給（後略）



○令和6年度改定前の当該加算では、(1)交代勤務制、(2)チーム制、(3)手当等の支給のいずれかを実施することとなっていたが、令和6年度改定において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施することとなった。

○交代勤務制、チーム制のいずれの場合であっても、予定手術の術者、第一助手は、予定手術前日の当直等を行った日（緊急呼び出し当番の場合は、実際に診療を行った場合のみ）が年間4日以内とされている。

○さらに、交代勤務制では、夜勤を行った医師は翌日の日勤帯を休日に、チーム制では、夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った医師は翌日を休日にする必要があるが、緊急呼び出し当番を行った医師が夜勤時間帯に診療を実施しなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

○一方で、当該緊急呼び出し当番において、予め診療の実施の有無を予見することは困難と考えられるため、診療が実施されなくとも、通常、緊急呼び出し当番の翌日は休日として扱われることになると考えられる。

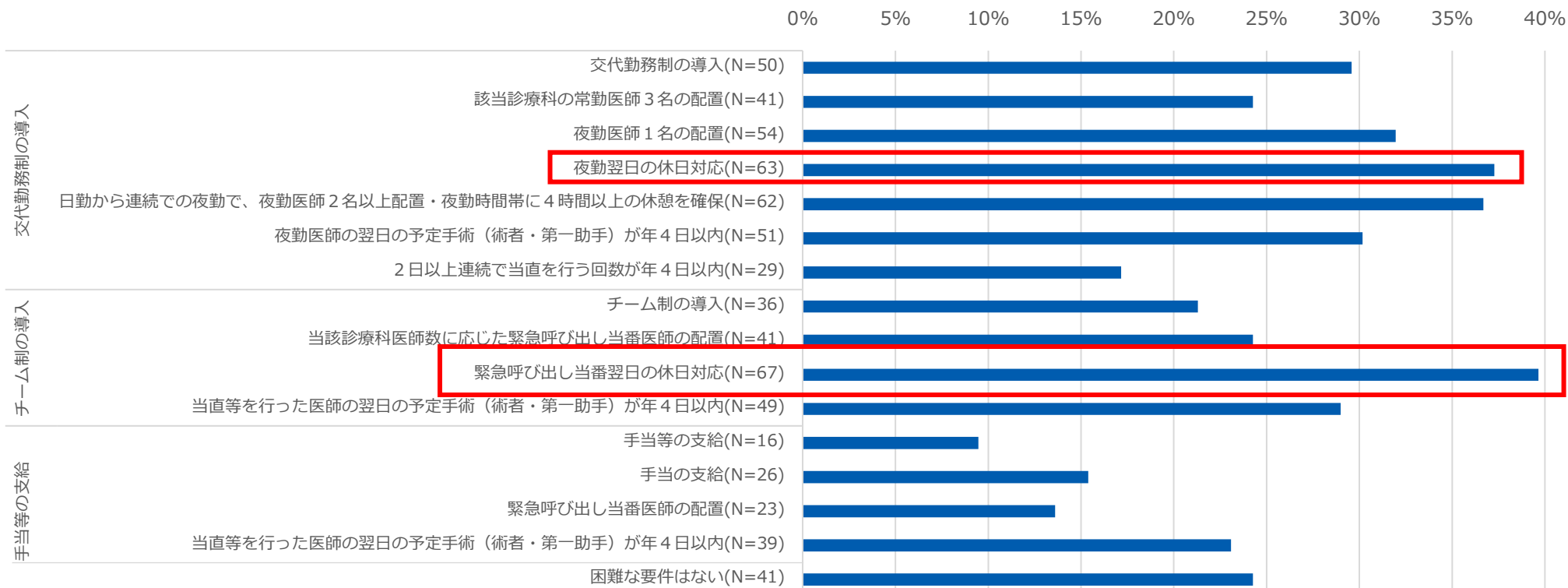
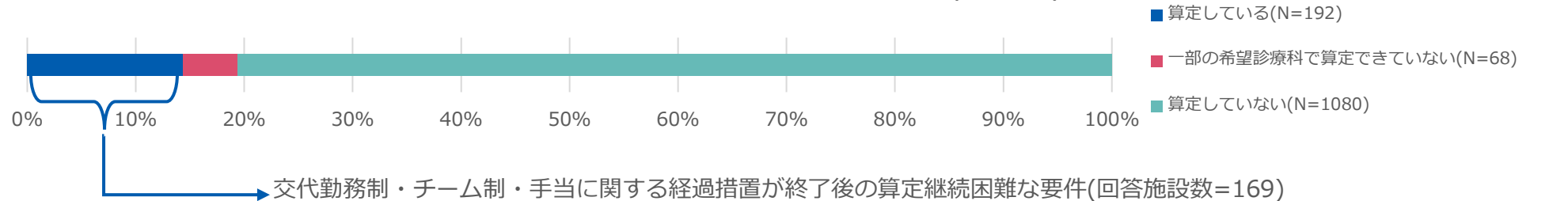
○また、医師の休日・時間外労働時間の上限規制では、交代勤務制における夜勤は、勤務間インターバルの対象となる労働時間である一方で、緊急呼び出し当番（いわゆるオンコール）の待機時間については、労働時間に該当するか否かに関わらず、当該加算の施設基準では、翌日は休日とすることとされている（夜勤時間帯に診療を実施しなかった場合を除く）。

手術の休日・時間外・深夜加算 1 の算定状況等

診調組 入-1
7. 8. 2 8 改

- 令和 7 年 5 月時点で手術の休日・時間外・深夜加算 1 を届け出ている病院（192）において、交代勤務制・チーム制・手当に関する経過措置終了後に算定困難となる要件について、「困難な要件はない」（41）と回答する病院がある一方、「緊急呼び出し当番翌日の休日対応」、「夜勤翌日の休日対応」、「日勤からの連続夜勤で、夜勤医師 2 名以上配置・夜勤時間帯に 4 時間以上の休暇を確保」が多かった。

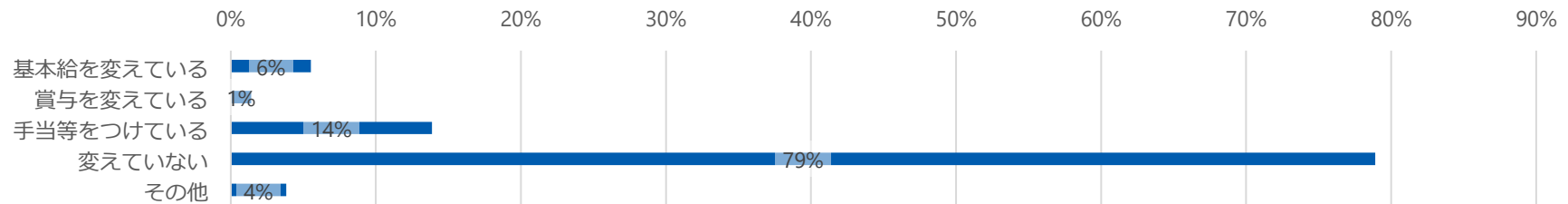
手術の休日・時間外・深夜加算 1 の算定状況 (N=1340)



診療科毎の医師の処遇

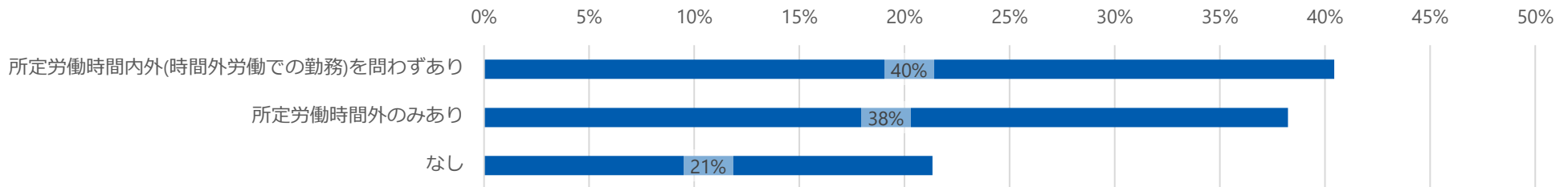
- 診療科毎の医師の処遇として、医師が不足している診療科において「基本給を変えている」（6%）、「賞与を与えている」（1%）、「手当等をつけている」（14%）等が挙げられた。
- 手当をつける仕組みがある場合の、月あたりの平均的な手当の金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。

医師が不足している診療科で給与を変えていますか(n=995)



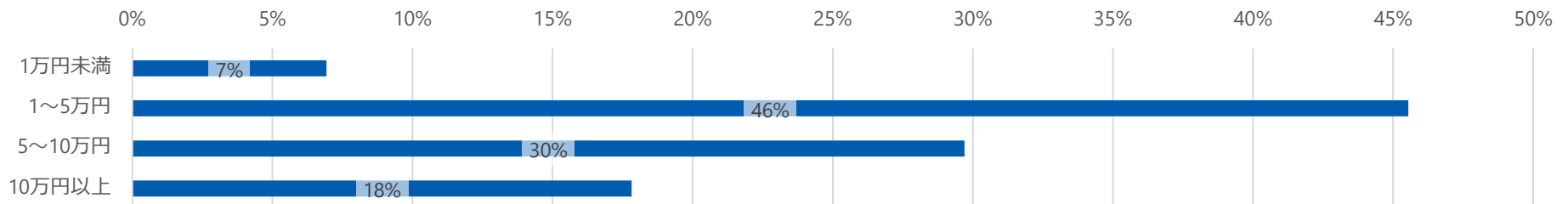
〔手当等をつけている場合〕

手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか(n=136)



〔手当をつける仕組みがある場合〕

手当が支払われた医師の月当たりの平均的な手当の金額について(n=101)



各医療機関における処遇改善にむけた取組事例について

- 広島大学病院において、全国的に減少している消化器外科医など外科医の診療体制を維持するため、若手の外科医の処遇改善を行っている。
- 津山中央病院では、時間外緊急手術や呼び出し等に対して、インセンティブを付与する取組を実施している。

広島大学病院における若手消化器外科医の処遇改善

広島大学病院ホームページ（一部抜粋）

広島大学病院は、外科医の診療体制を維持するため、**若手の医科診療医の年俸を2025年度から、現行の約1.3倍とする待遇改善**をします。若手外科医に限った待遇改善は国立大学病院で初めてです。2月20日の定例会見で、越智光夫学長が発表しました。

全国的に減少している消化器外科などの若手診療医が対象で、「未来の外科医療支援手当」として月額10万円、年額120万円を増額します。対象者は27歳から40歳前後までの約30人となります。

近年、全国的に外科医、特に消化器外科医の減少が、診療体制に大きな影響を及ぼすことが懸念されています。日本消化器外科学会は現在約19000人いる消化器外科医は10年後に25%減少、20年後には50%減少すると予測しています。

大学病院では高度な技術が求められ、長時間の手術や術後管理に対応する必要があるにもかかわらず、特に若手医師の給与が他の病院と比べて低いことが「外科離れ」の要因として挙げられます。

広島大学病院では業務の効率化などを進め、手術件数や手術を待つ患者さんの数、外来診療数を維持しています。外科医の数も維持していますが10年後、20年後には減少し、診療規模を縮小せざるを得なくなる恐れもあります。このため広島県唯一の医育機関である広島大学病院は対応を協議してきました。安達伸生病院長は「地域によっては医療崩壊の兆しが表れている。取り組みが他の病院や全国に波及し、外科医を目指す医師が増えてほしい」と話します。

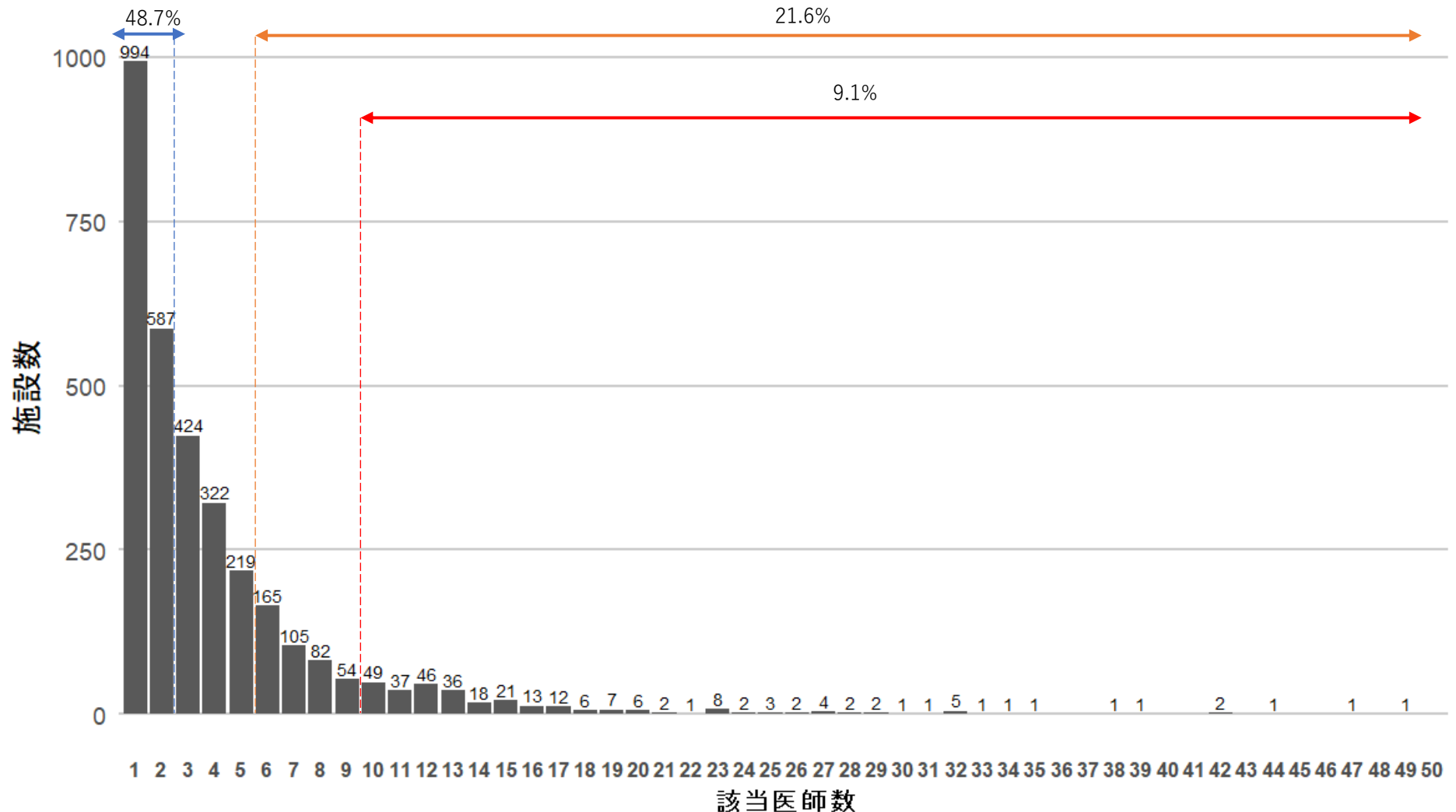
津山中央病院における緊急手術等へのインセンティブの付与

診療報酬制度の基準に該当しない科に対する補助や、時間外緊急手術、呼び出し等にインセンティブを付与した。

- ・ H26年の診療報酬改定によって、時間外・深夜・休日の緊急手術に対する加算が行われたため、**時間外手当とは別にインセンティブを設定した。**ただし、**加算の基準をクリアしていたのは脳外科のみ**であったため、**他科には病院の財源を利用してインセンティブを支給した。**
- ・ インセンティブは**夜間・休日緊急手術手当、救急等呼出手当**及び**ボーナス加算**から成り、ボーナス加算は**院長ファンドとして予算を確保**している。

所属消化器外科医師数別の医療機関数

- 外科医が1名以上いる病院と医育機関（3246施設）において、所属消化器外科医師数※が1～2人となる医療機関は全体の48.7%（1581施設）であった。
- 消化器外科医師数が6人以上の医療機関は21.6%（700施設）、10人以上と集約化されている医療機関は9.1%（294施設）であった。

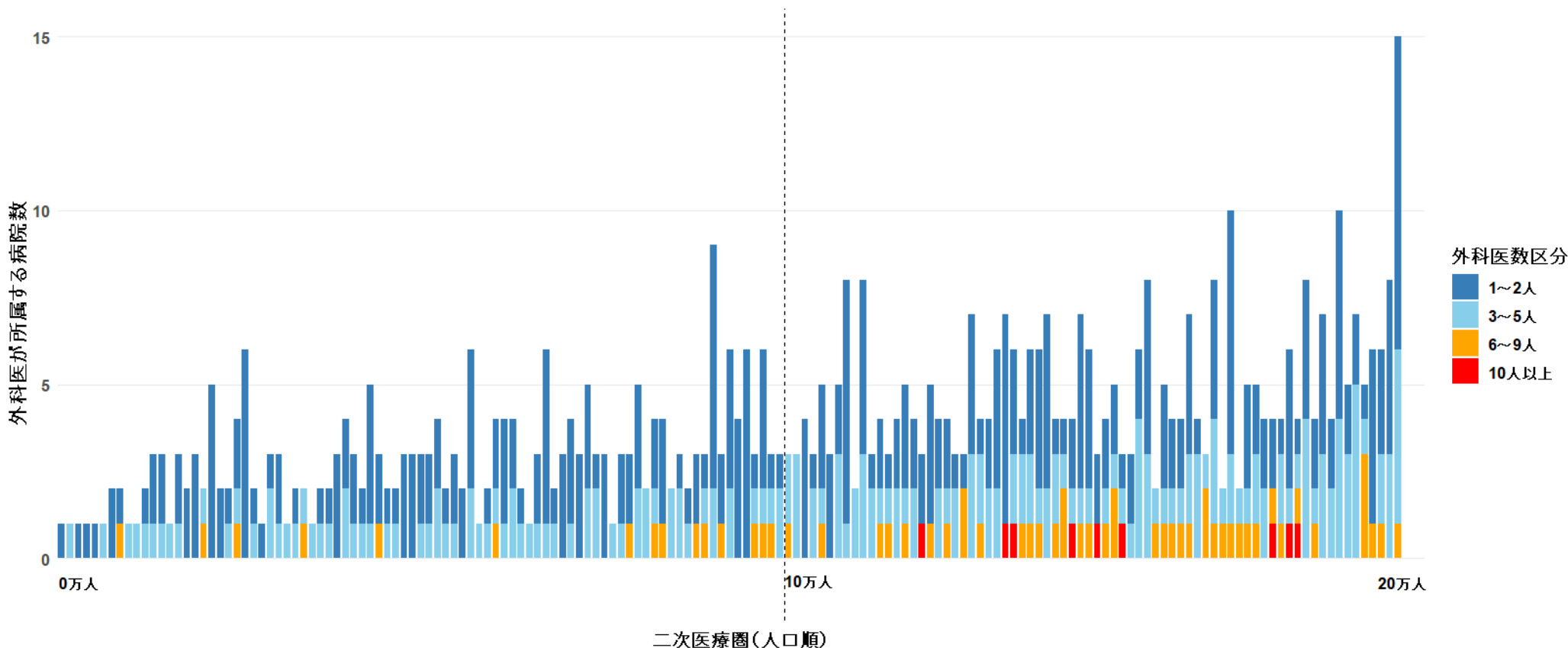


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

20万人未満二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 20万人未満の二次医療圏では、多くの医療機関の所属消化器外科医師数※は6人未満であり、1施設あたり1～2人となる医療機関も半数程度みられた。
- 人口10万人以上の二次医療圏では、所属消化器外科医師数が10人以上に集約化している施設がみられた。

20万人未満医療圏における外科医が所属する病院数

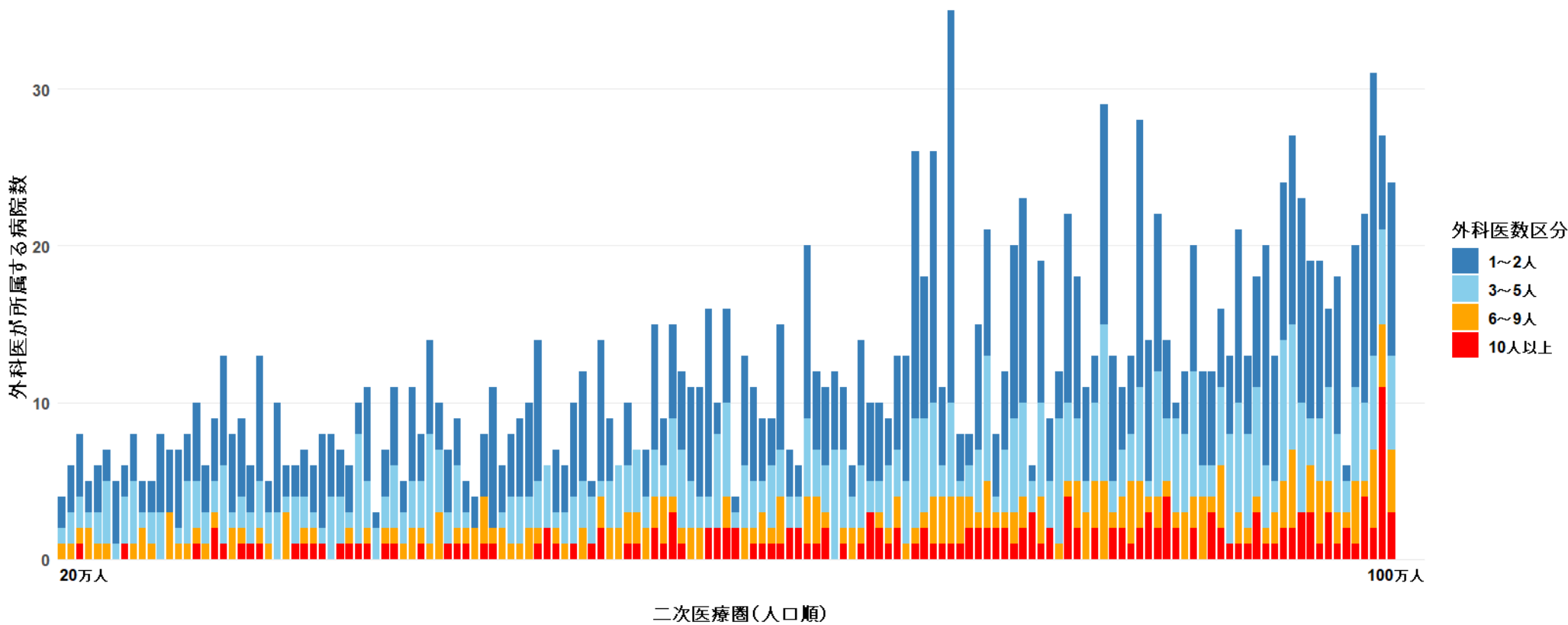


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師

20~100万人二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 多くの二次医療圏で、所属消化器外科医師数※が6人以上の医療機関がみられた。
- また、70%の二次医療圏で、所属消化器外科医師数が10人以上の医療機関がみられた。

20万～100万人医療圏における外科医が所属する病院数

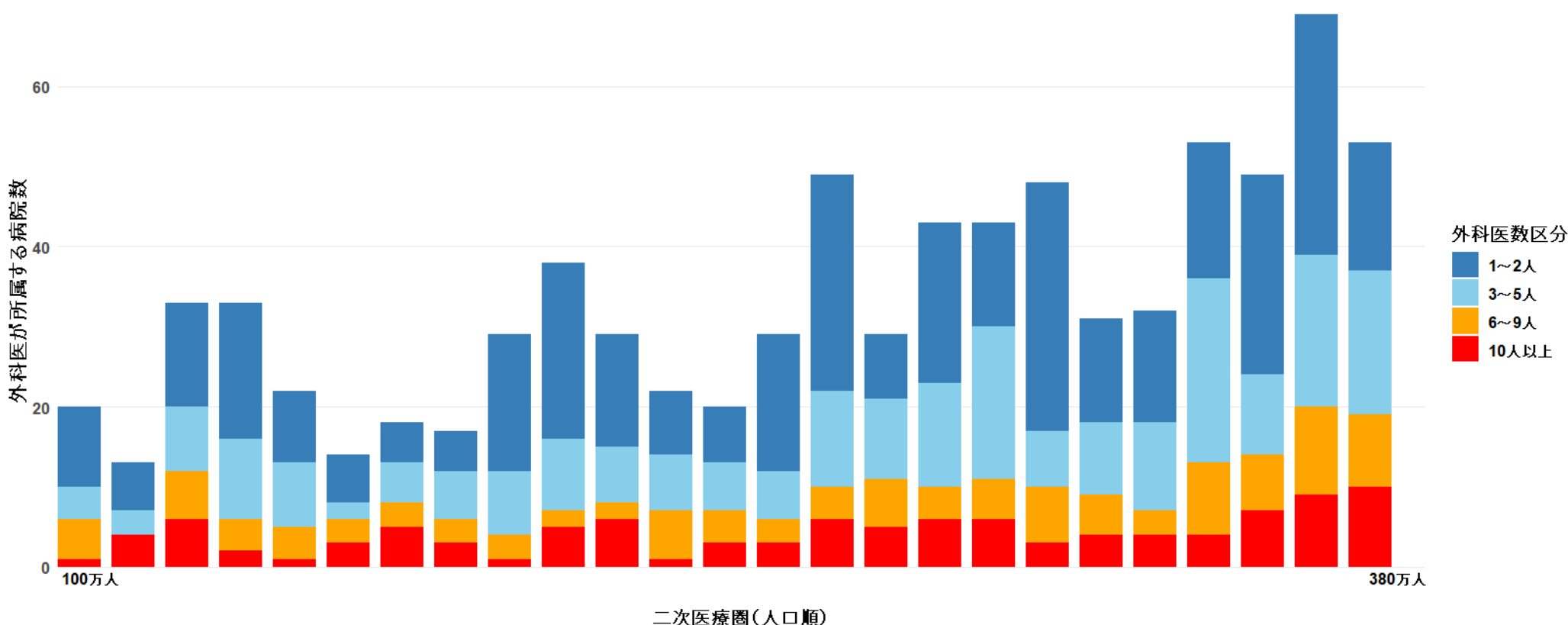


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

100万人以上二次医療圏における所属消化器外科医師数別施設数分布

- 全ての二次医療圏で、所属消化器外科医医師数※が10人を超える医療機関がみられた。
- 一方で、全ての二次医療圏で所属消化器外科医師数が1～2人となる医療機関がみられた。

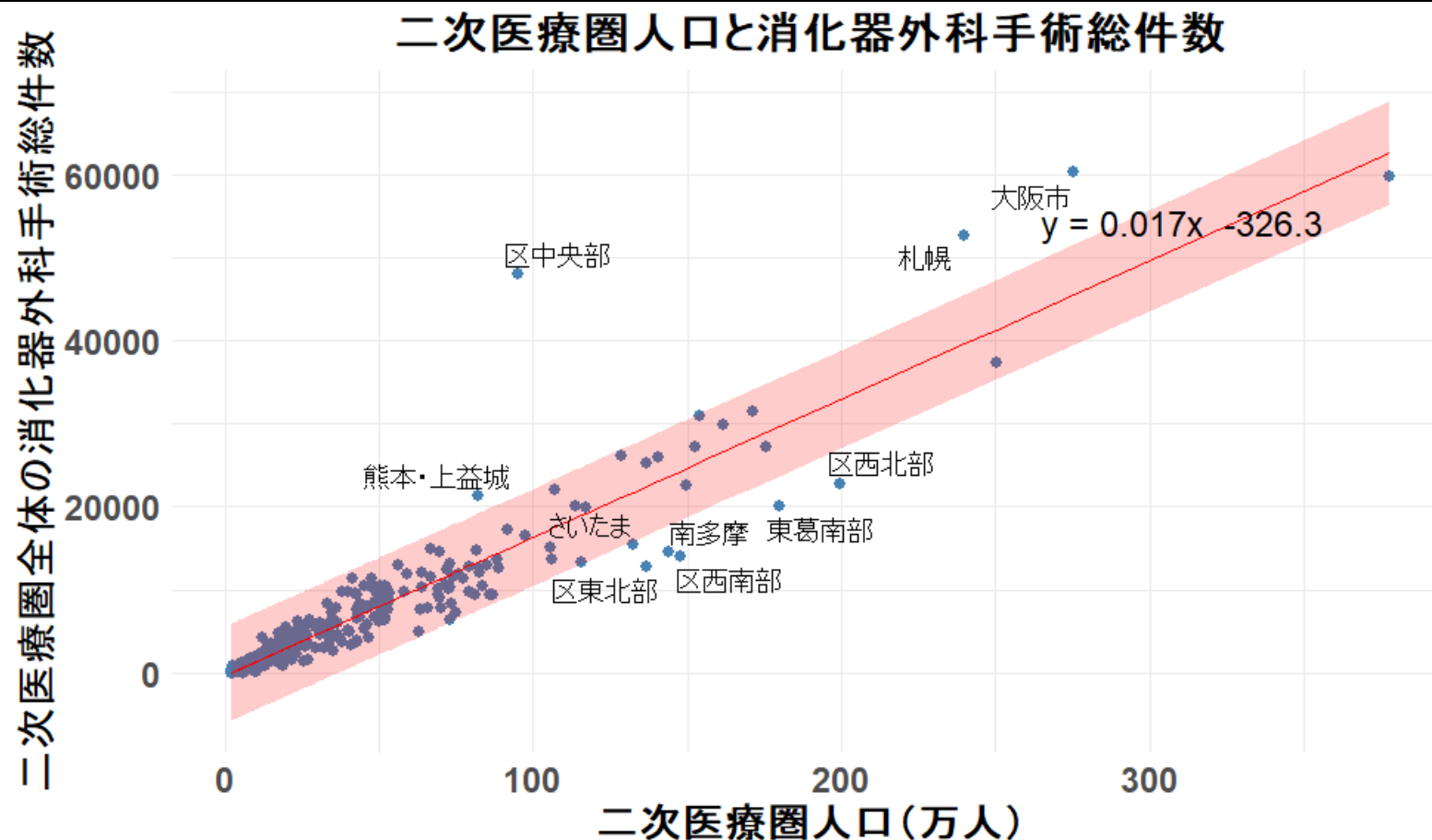
100万人以上医療圏における外科医が所属する病院数



※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師

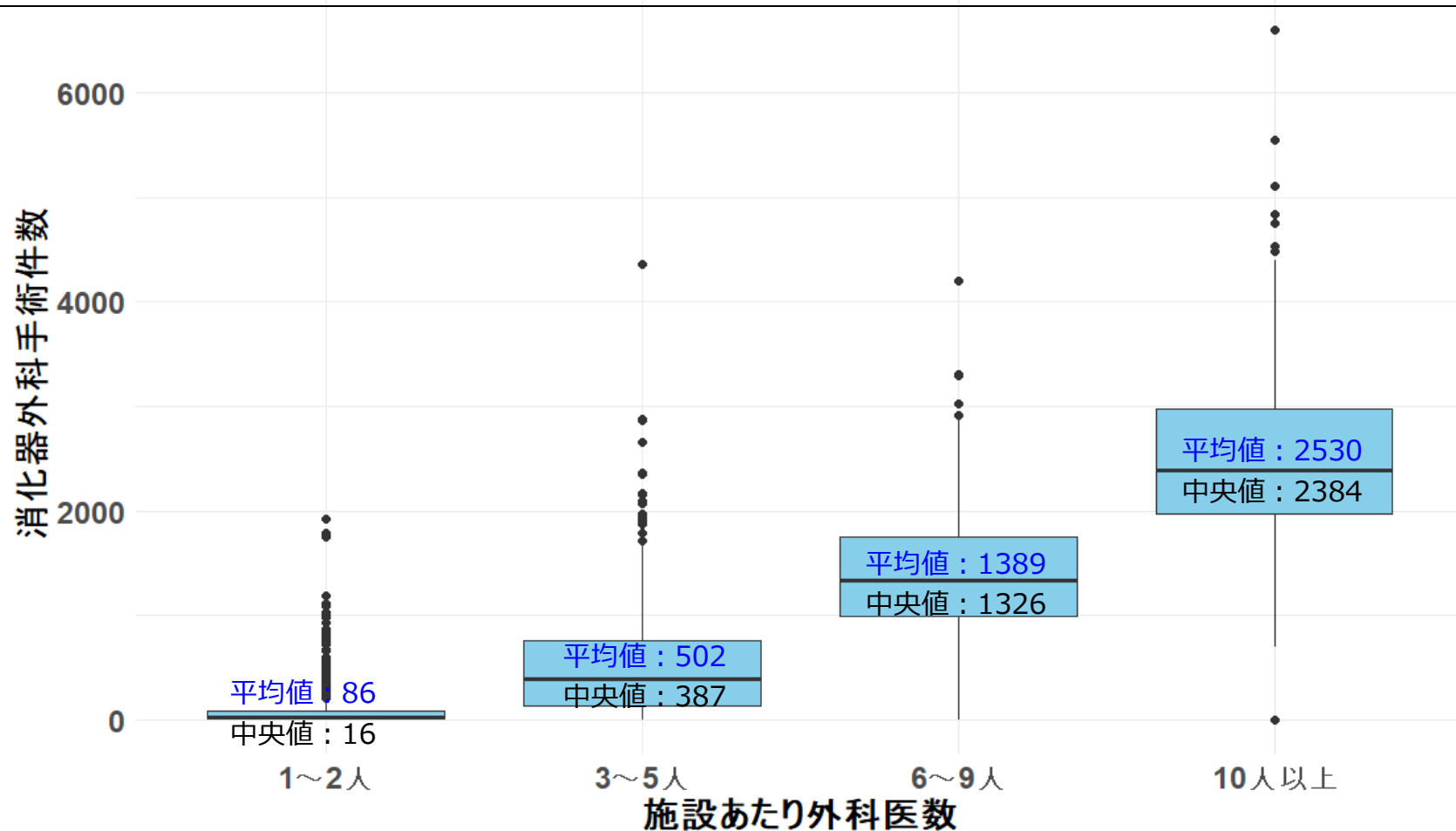
二次医療圏人口と消化器外科手術件数について

- 二次医療圏人口が増加するにつれて、当該医療圏内の病院で実施される消化器外科手術件数※も増加する傾向にあった。
- 東京都の区中央部や大阪市、札幌等では、当該医療圏人口から予測される以上の消化器外科手術が実施されており、周囲の医療圏の症例が集まっていると考えられる。



医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

- 医療機関の所属消化器外科医師数が増えると、消化器外科手術件数※が増える傾向にある。
- 所属消化器外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。



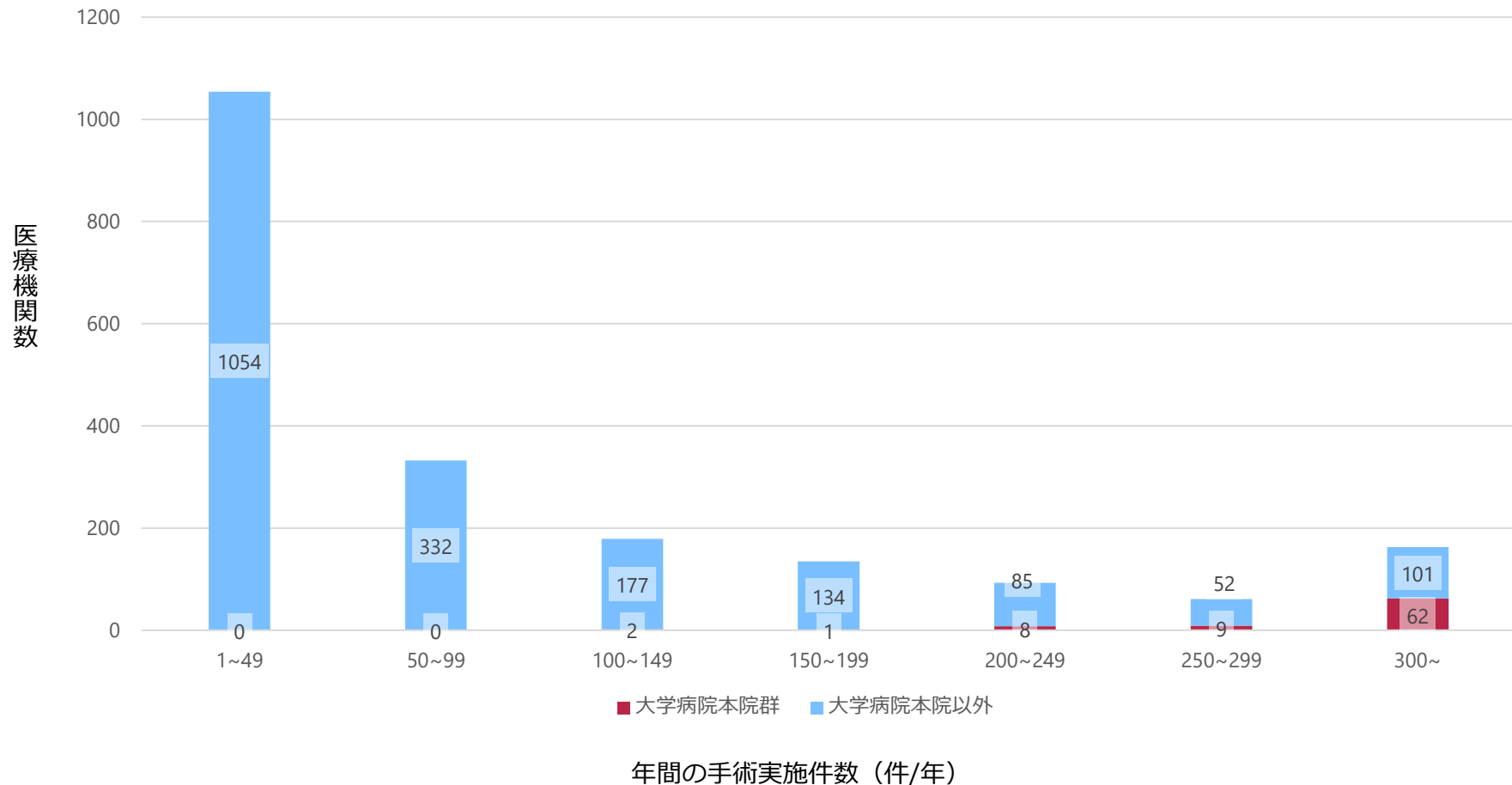
※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師

※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

医療機関別高度な手術の実施状況

- 消化器外科領域の高度な手術※の実施状況をみると、全医療機関でみると多くは年間の手術件数は50件未満である一方、大学病院本院ではより多くの手術件数のある施設が多くなっており、大学病院本院の多くが200件/年以上実施している。

消化器外科領域における高度な手術の年間実施件数別の医療機関数の分布（n = 2017）



DPCデータに含まれるデータ

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

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

診療実績データ等に基づく施設基準

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

診療報酬データを用いる施設基準の例

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

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

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

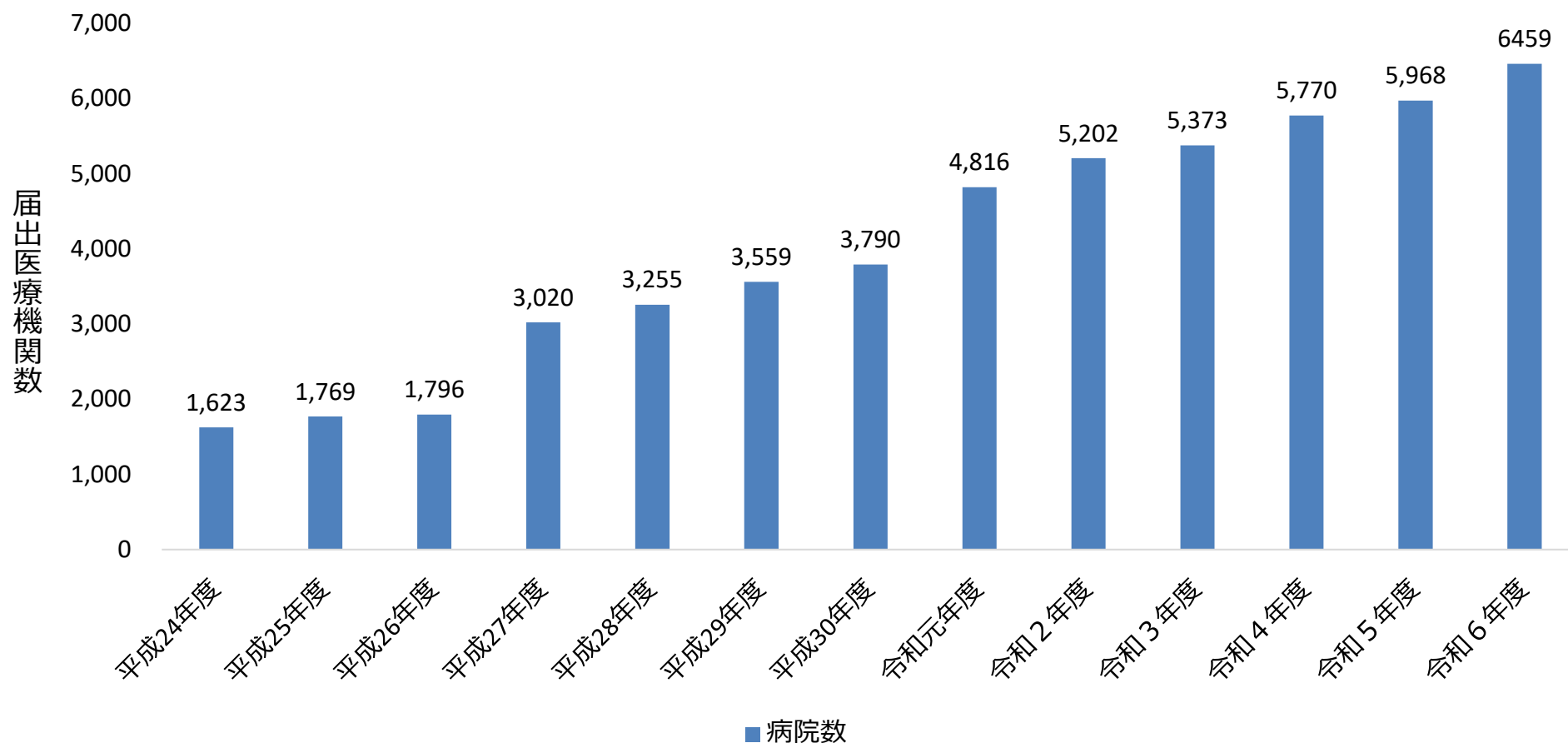
※3 患者属性や病態等の情報

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

データ提出加算の届出医療機関数の推移

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

データ提出加算の届出状況

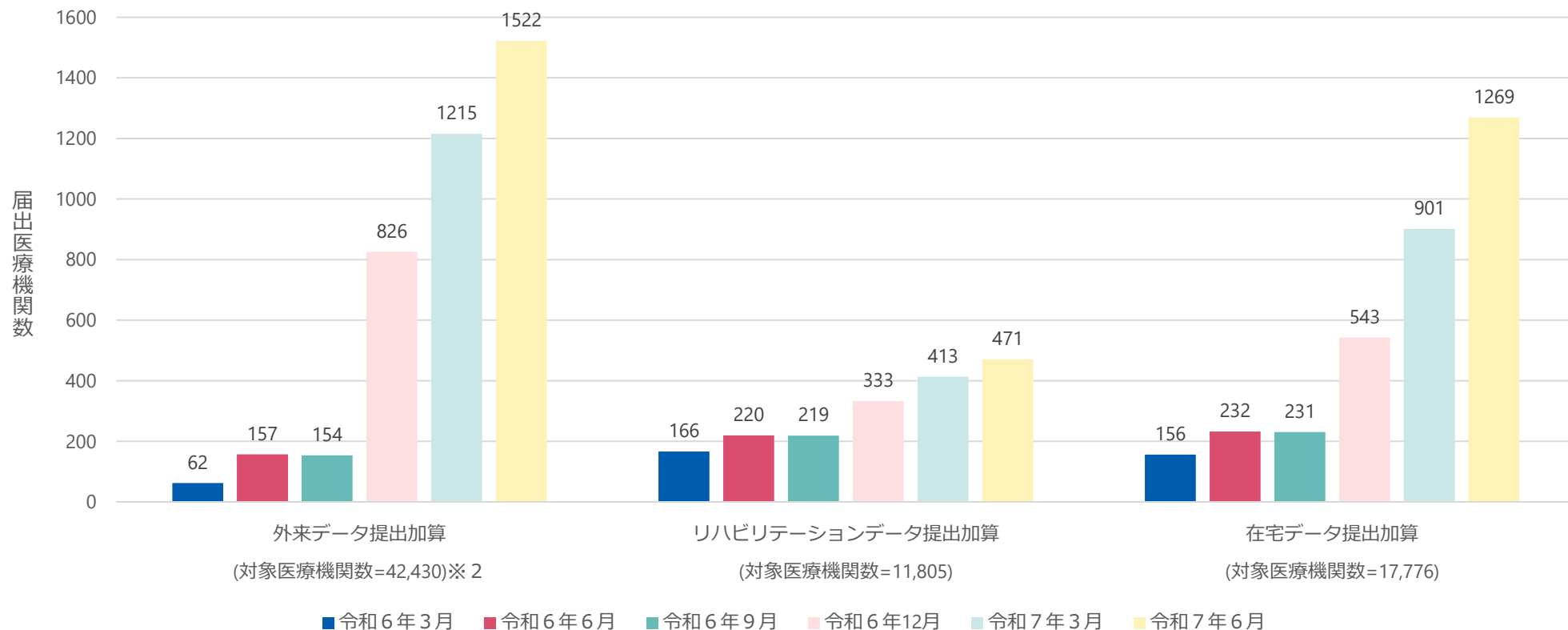


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
※令和6年度については速報値

外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

○ 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。

外来データ等提出加算の3カ月毎の届出状況※ 1



出典：保険局医療課調べ

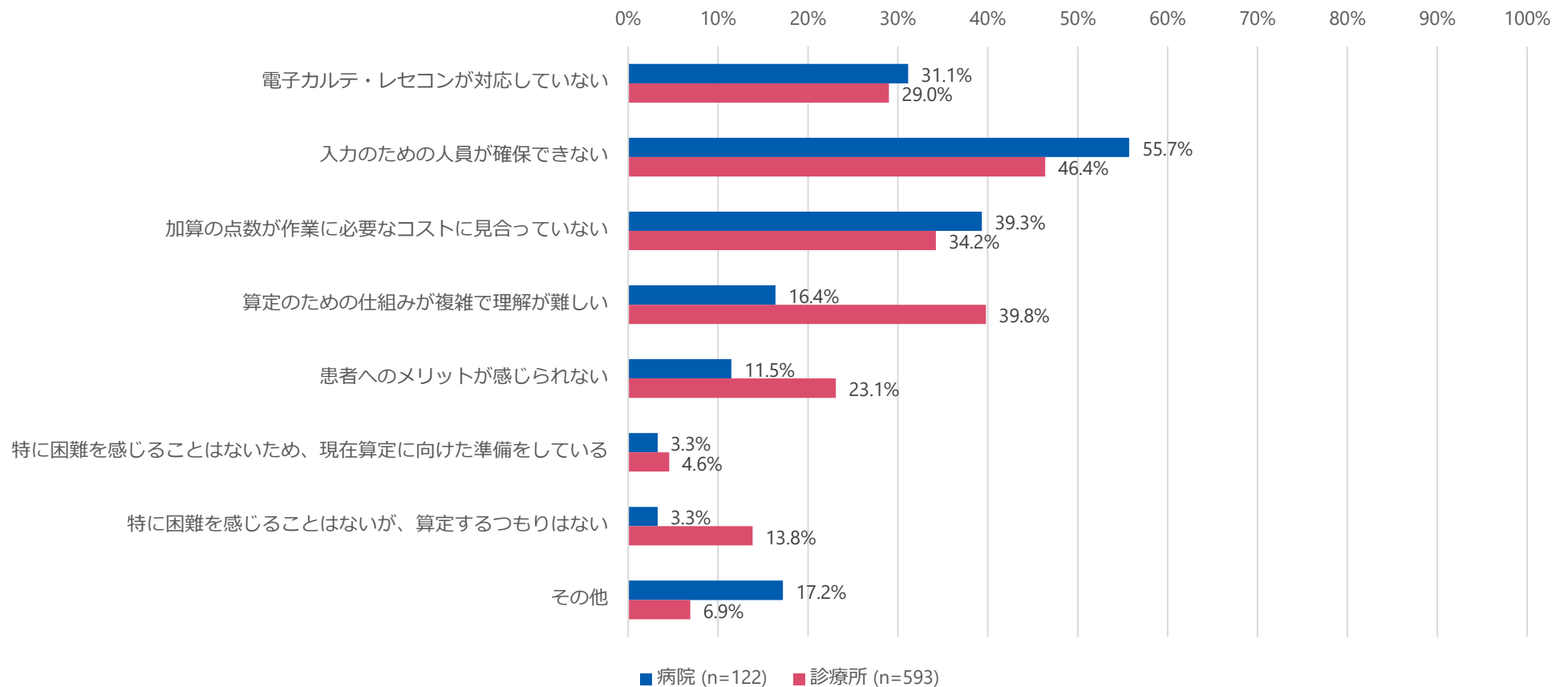
※ 1 データの抽出時期や条件等により、他の公開資料とは異なる数値となることがある。

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

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

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

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



様式 1 において入力を求めるデータについて

診調組 入-2
7 . 8 . 2 8

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

【DPCデータ】

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

【外来・在宅・リハビリデータ】

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

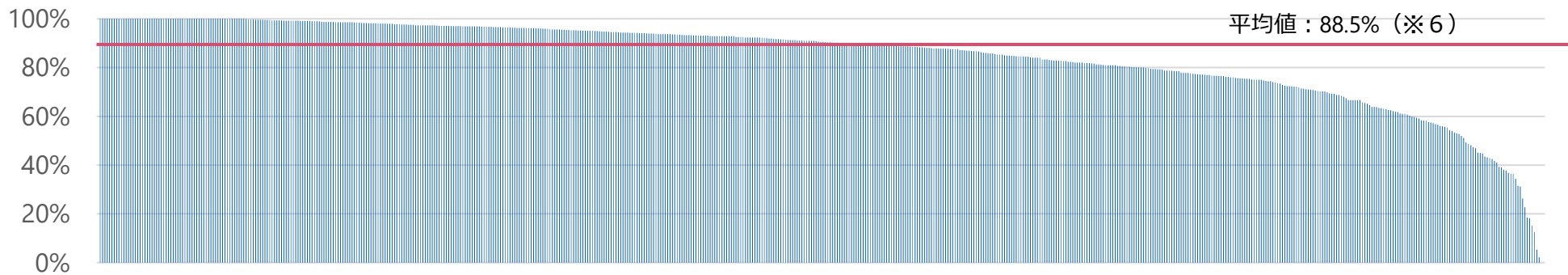
※ 入力は必須ではないが、DPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱの評価対象となる。

外来医療における医療の質の評価指標について

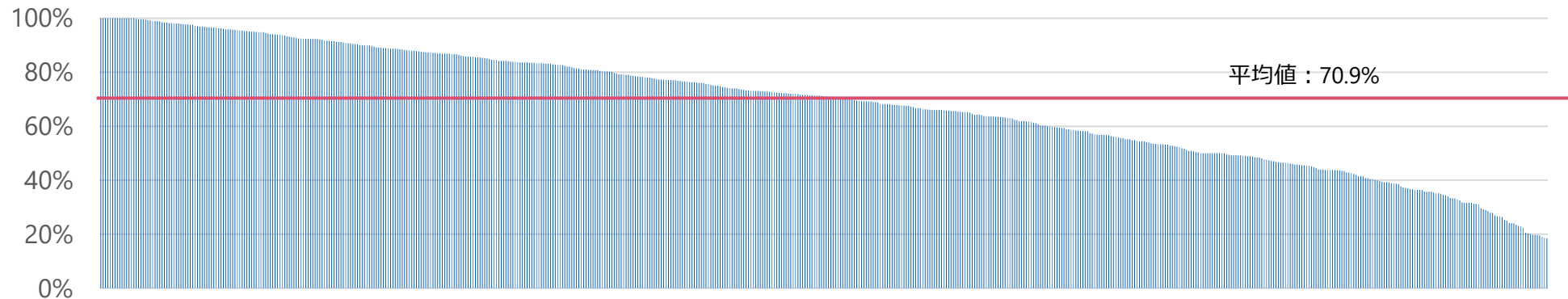
診調組 入-2
7 . 8 . 2 8

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

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



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



縦棒は各医療機関を指す（分母の症例数が10件以上の医療機関に限り表示）。

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

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

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

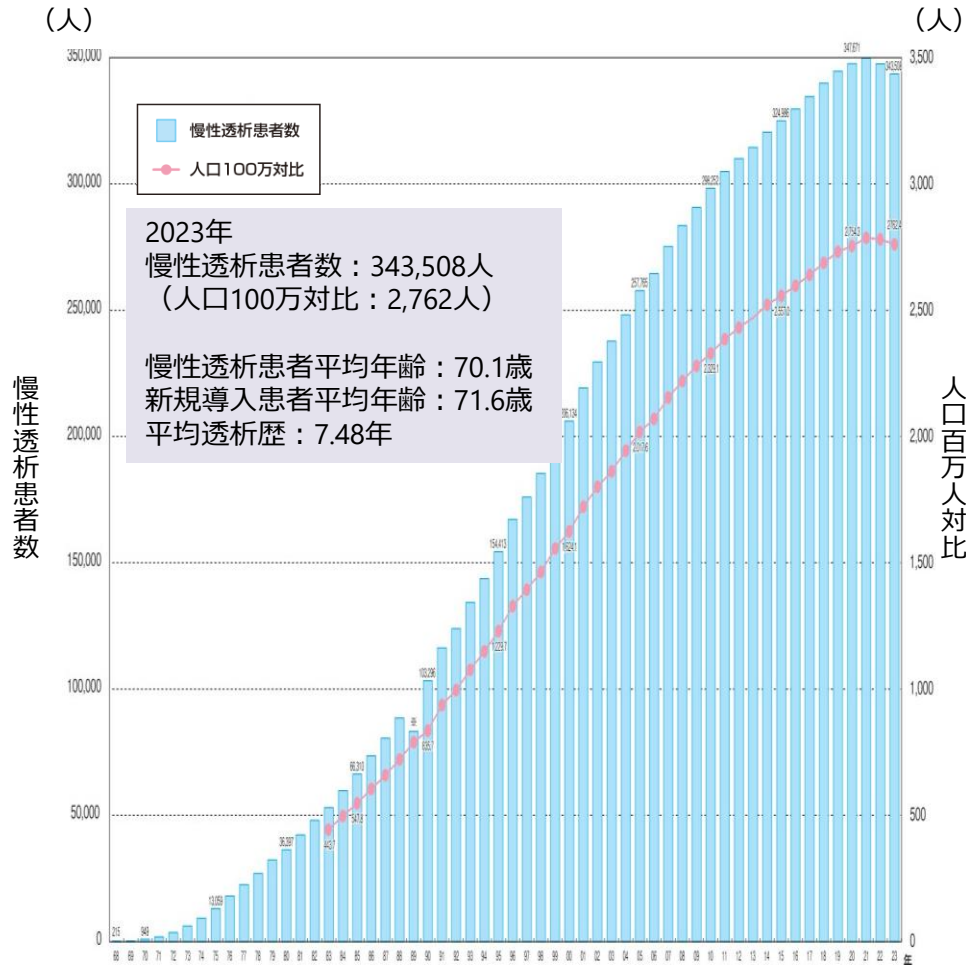
※5 期間中に外来データを提出しない医療機関で検査を実施した場合や、特定健診として検査を実施した場合は検査実施数に含まれないため、解釈には留意が必要。以下同じ。

※6 全患者の平均。以下同じ。

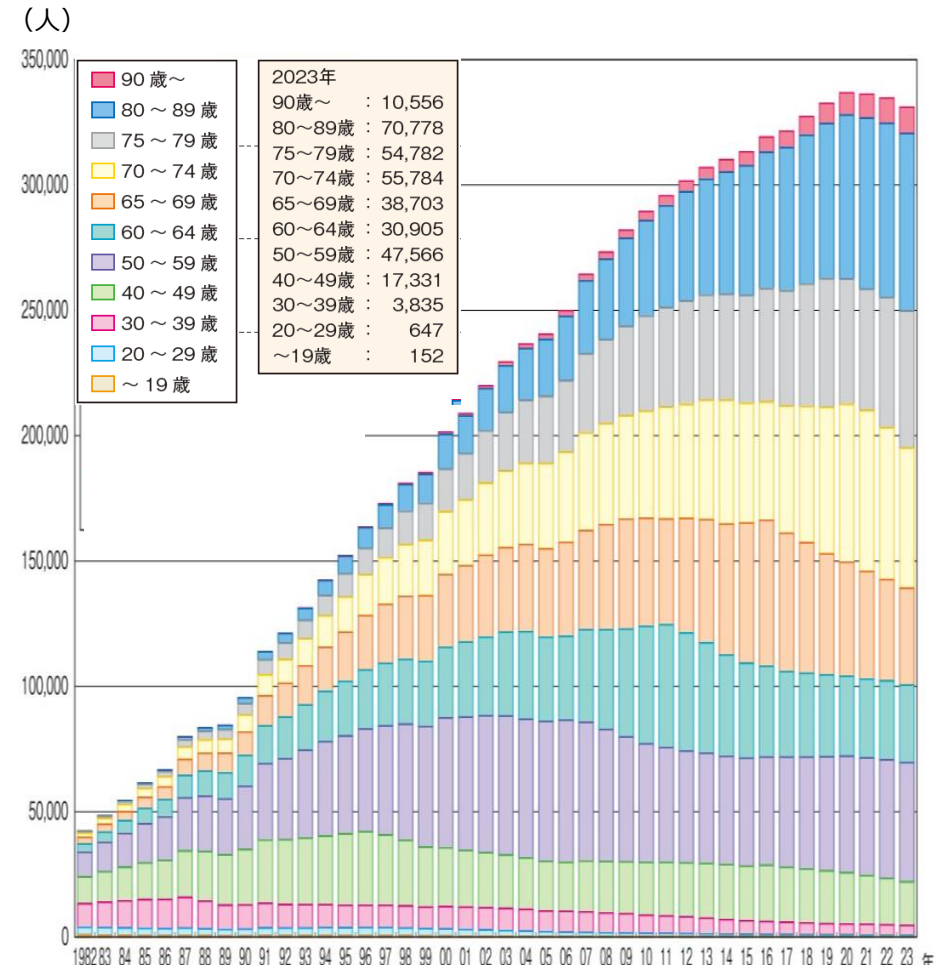
慢性透析患者数と透析歴の内訳

- 透析患者数は約34万人で、2021年までは緩徐に増加傾向であったが、2022年から減少傾向となっている。
- 年間約3.9万人が新規導入しており、新規導入患者の高齢化を反映し透析患者全体の高齢化が進んでいる。

＜慢性透析患者数の推移＞



＜慢性透析患者の年齢分布の推移＞

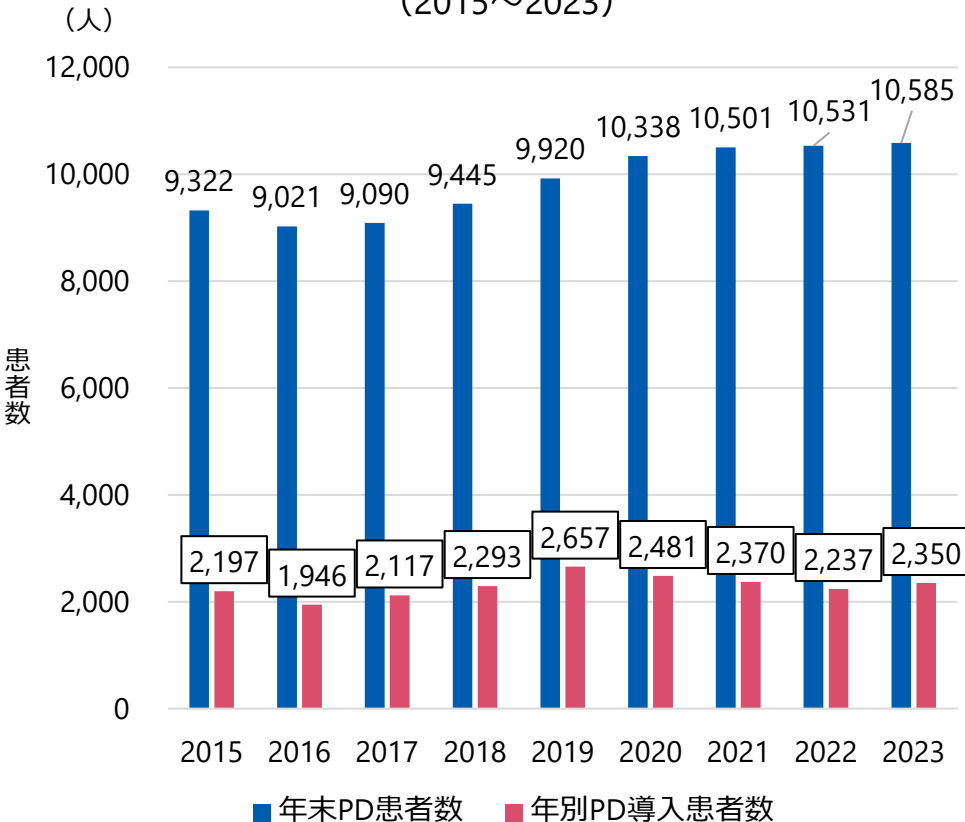


腹膜透析患者数と透析・移植患者の推移

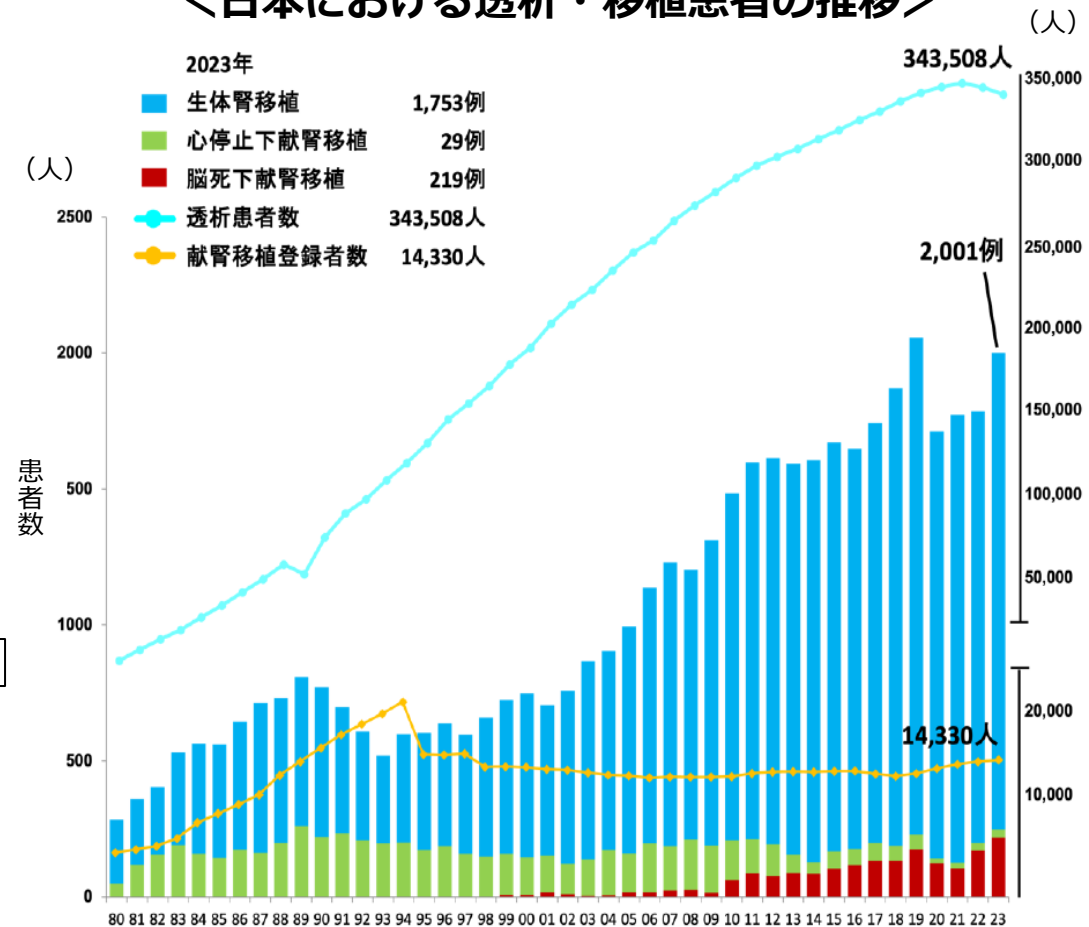
- 腹膜透析患者数は10,585人であり2021年より増加傾向であるが、新規導入患者数はピークの2019年（2,657人）と比較して減少しており、直近は横ばいである。
- 2023年の腎移植の症例数は2,001例であり、そのうち生体腎移植の症例数は1,753例、献腎移植（脳死・心停止下）の症例数は248例であった。また、献腎移植の登録者数は14,330人であり、希望者に比して献腎移植数が少ない状況が継続している。

＜腹膜透析（PD）患者数の推移＞

年末PD患者数及びPD導入患者数の推移
(2015～2023)

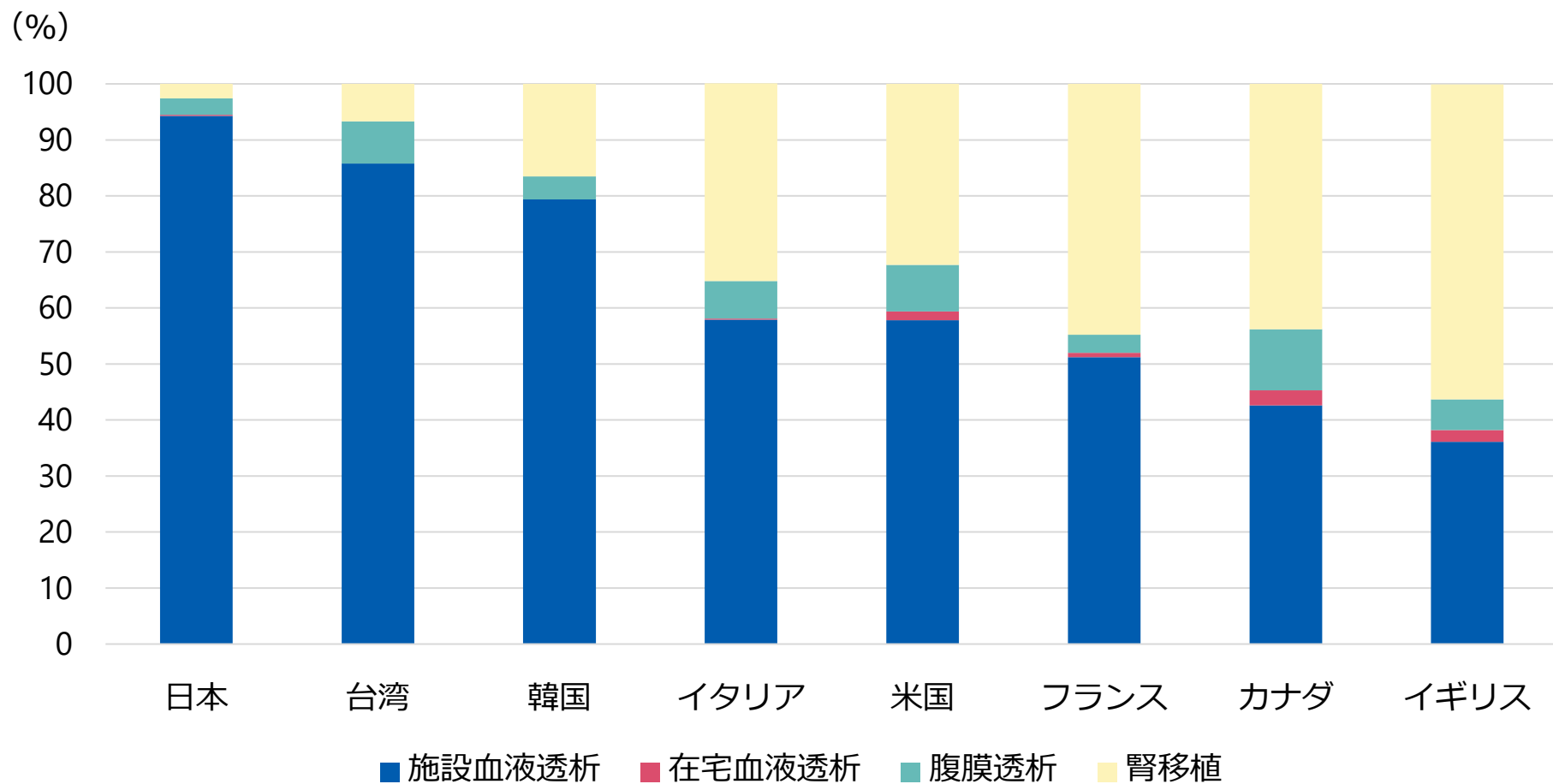


＜日本における透析・移植患者の推移＞



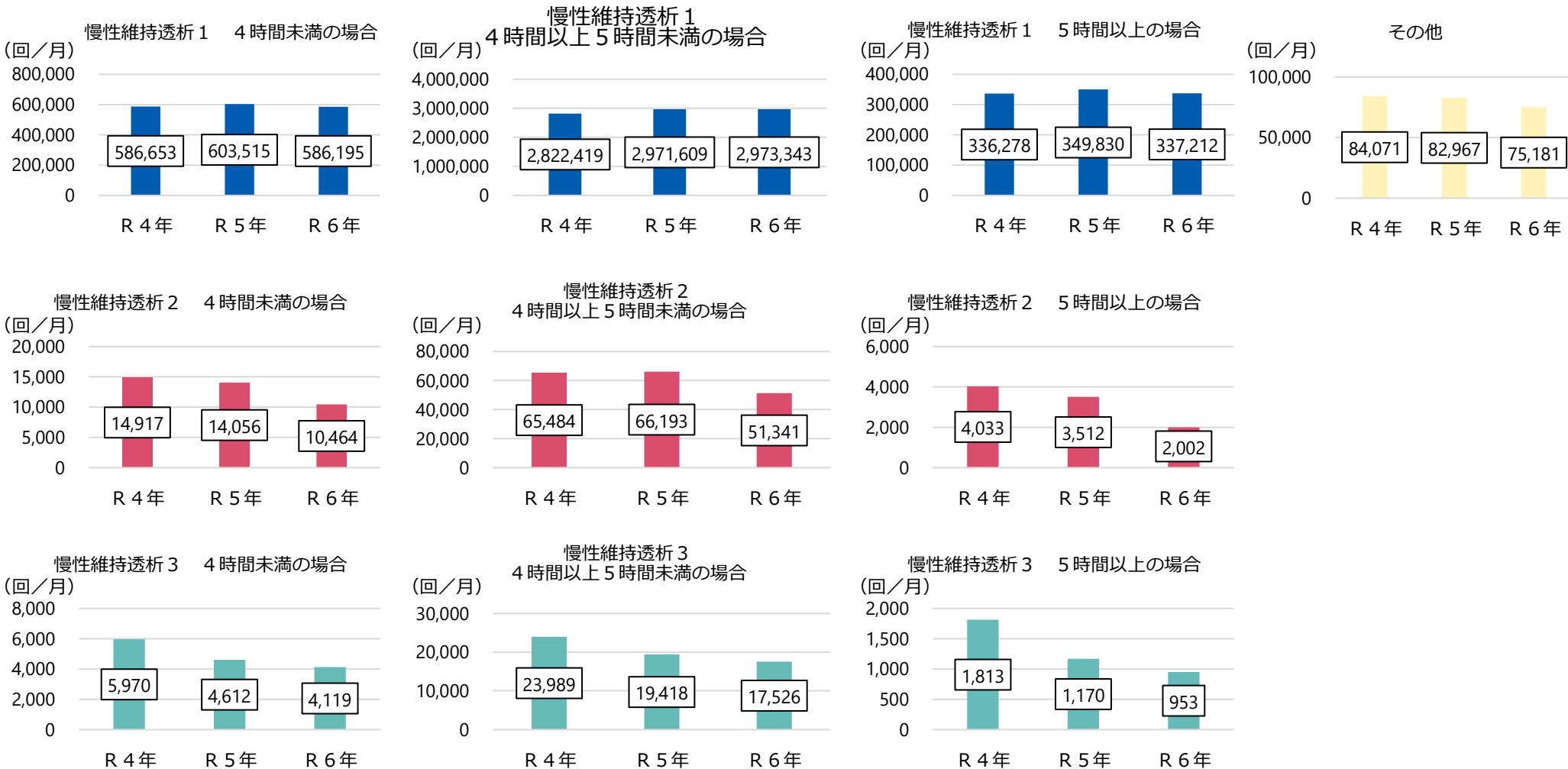
末期腎不全に対する腎代替療法の割合の国際比較

○ 日本では、血液透析を実施する患者の割合が、諸外国と比較して多い。



人工腎臓の算定回数の推移について

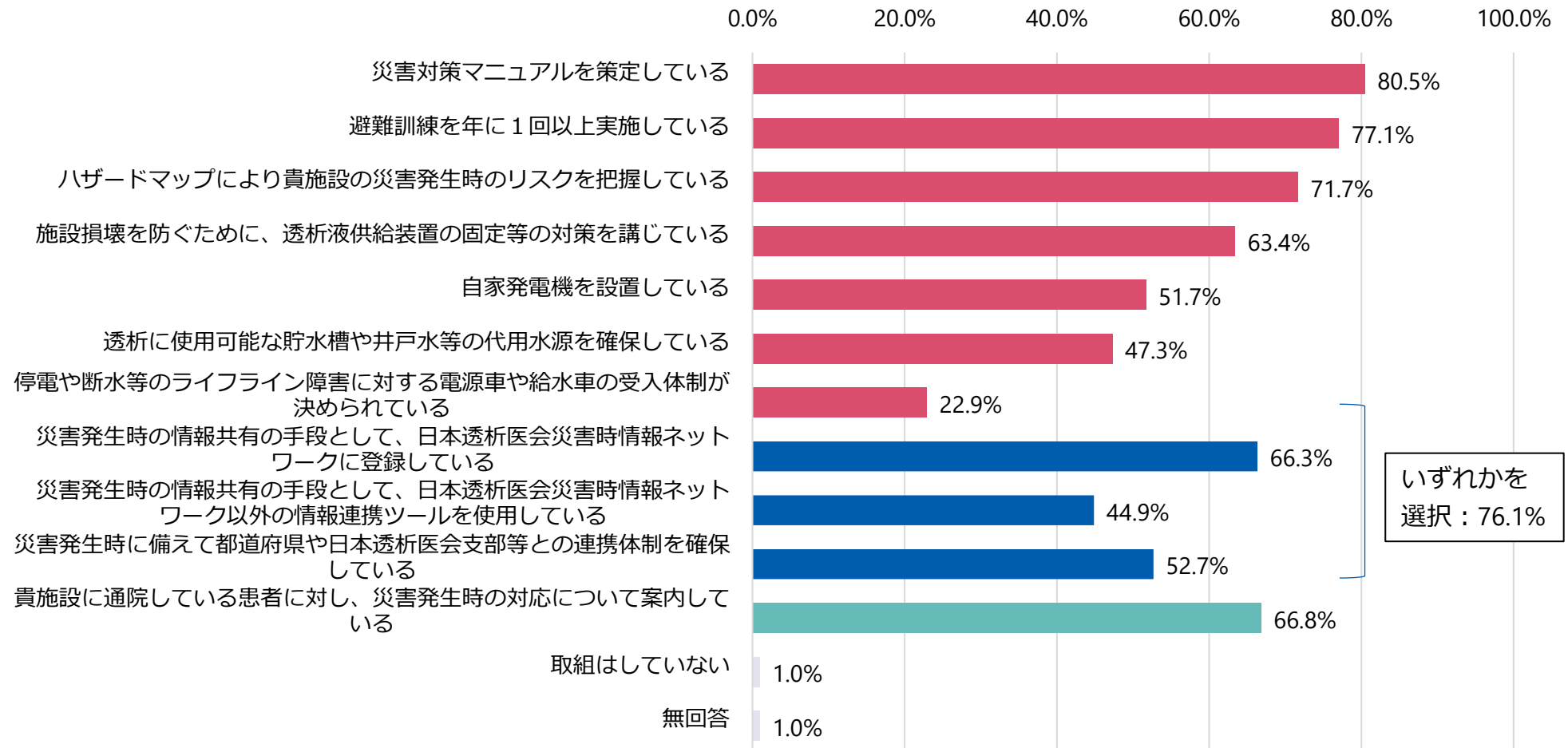
- 人工腎臓について、点数類型ごとの算定回数の推移は以下のとおり。
- 審査月が異なる点は留意が必要だが、慢性維持透析 2・3 の算定回数が相対的に減少し、慢性維持透析 1 の算定回数が相対的に増加している。



透析医療の災害対策の取組

- 災害時の透析医療継続のための対策について、災害対策マニュアルの策定が80.5%、電源車や給水車の受入体制の確保が22.9%と各対策でばらつきが見られる。
- 日本透析医会災害時情報ネットワーク等への登録や自治体等との連携体制を確保していると回答した医療機関は76.1%。
- 患者に対する情報提供を実施している医療機関は66.8%。

自施設で実施している透析医療の災害対策の取組（n=205）



シャントトラブルに対する取組

- シャント閉塞等のシャントトラブルは頻度が高く、透析患者の入院理由としても最も多い。
- 自院で治療している又は事前に連携している医療機関に紹介している医療機関が合計93.6%である一方、事前に連携していない医療機関に紹介している医療機関が5.9%あった。

自施設の患者におけるシャント閉塞等のシャントトラブルに対する取組（n=205）

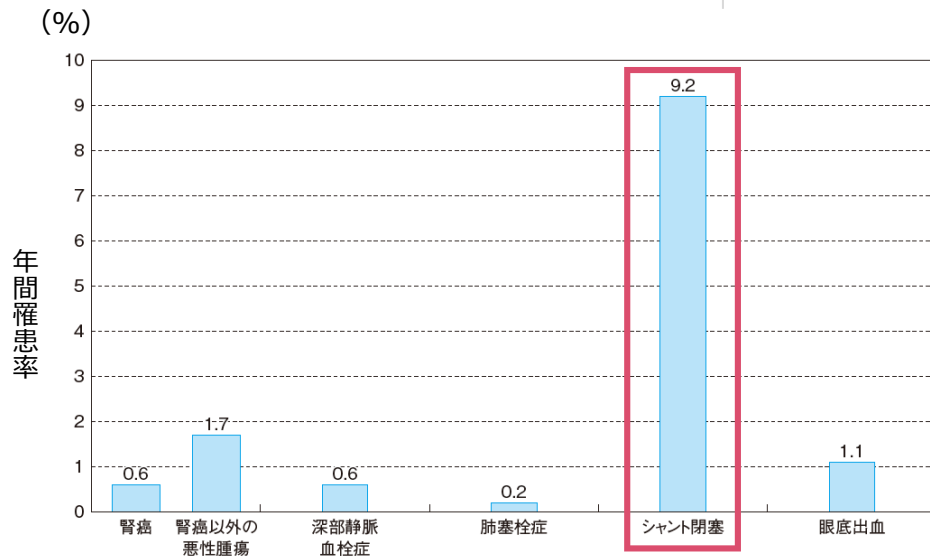
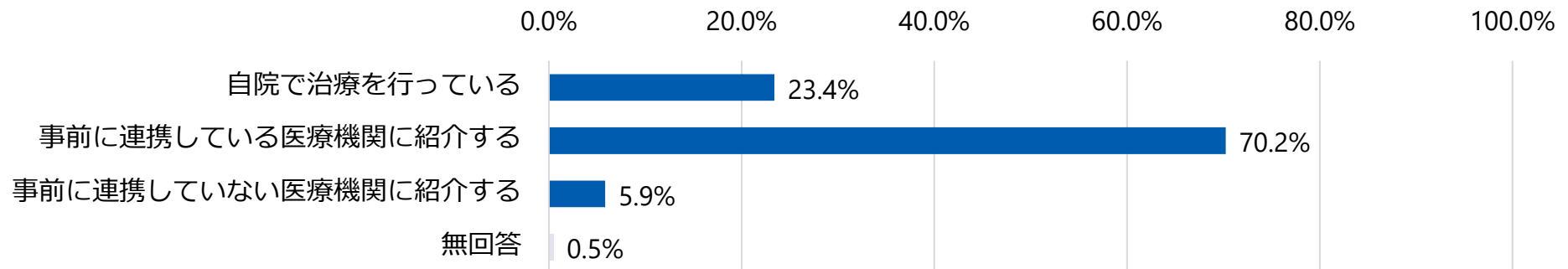


図 51 腎性貧血治療薬関連疾患の年間罹患率，2023

（患者調査による集計）

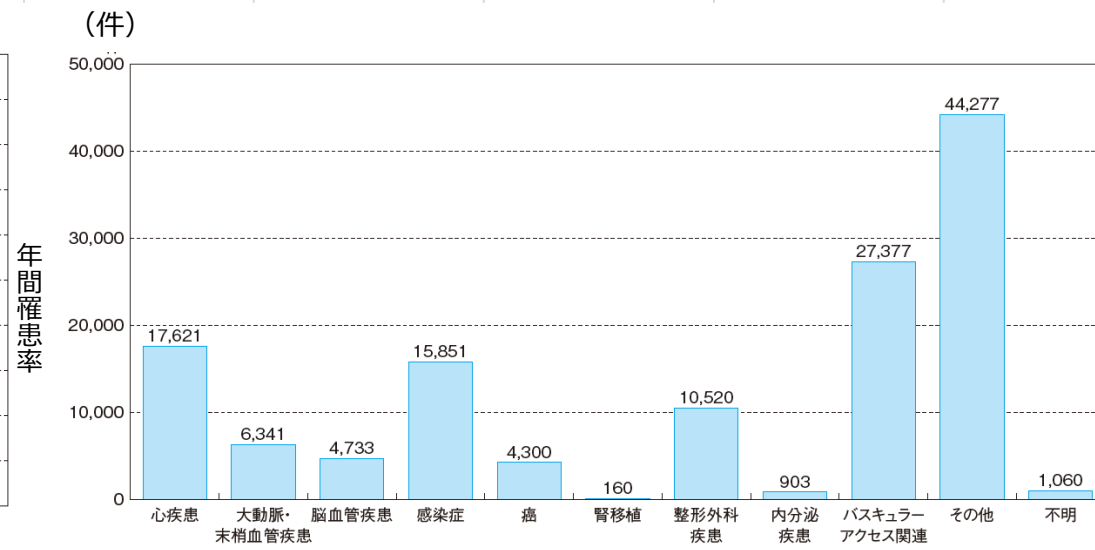


図 57 入院理由，2023

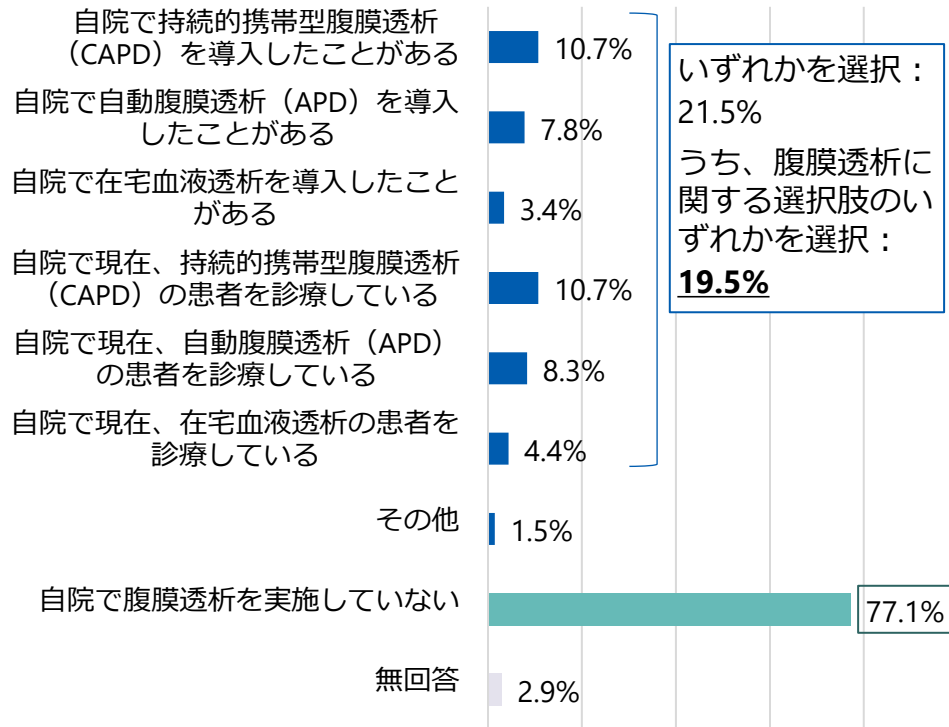
（患者調査による集計）

腹膜透析等の提供体制

- 血液透析を実施する医療機関のうち、腹膜透析の導入や診療等を実施している医療機関は19.5%であり、CAPDに関する診療の割合が最も高い。一方で、腹膜透析を自院で実施していない医療機関は77.1%であった。
- 腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由として、対象となる患者がいないが59.5%と最も多く、次いで対応できる器具設備を備えていないためが38.6%であった。また、緊急時や入院時のバックアップ体制に不安があるといった意見があった。

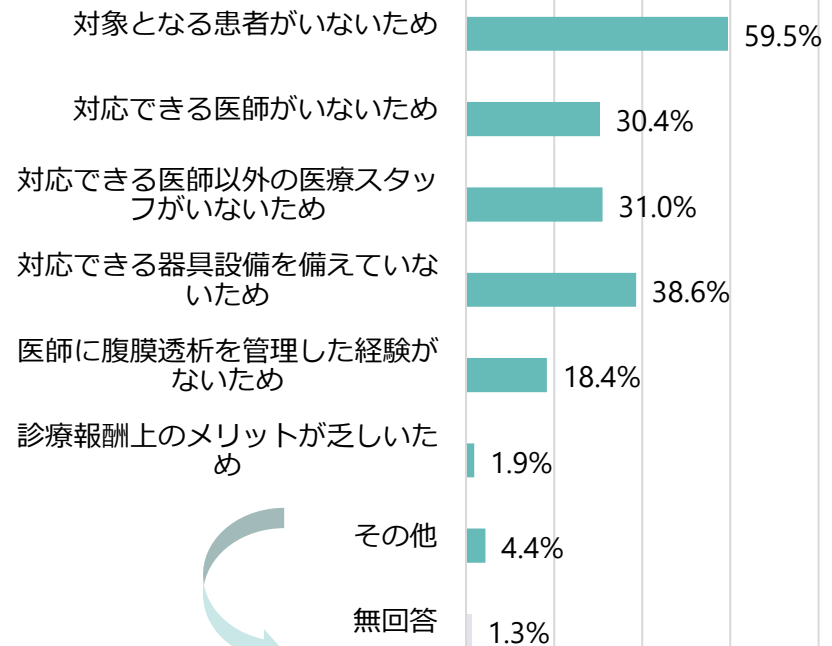
腹膜透析等の取組状況（n=205）

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由（n=158）

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

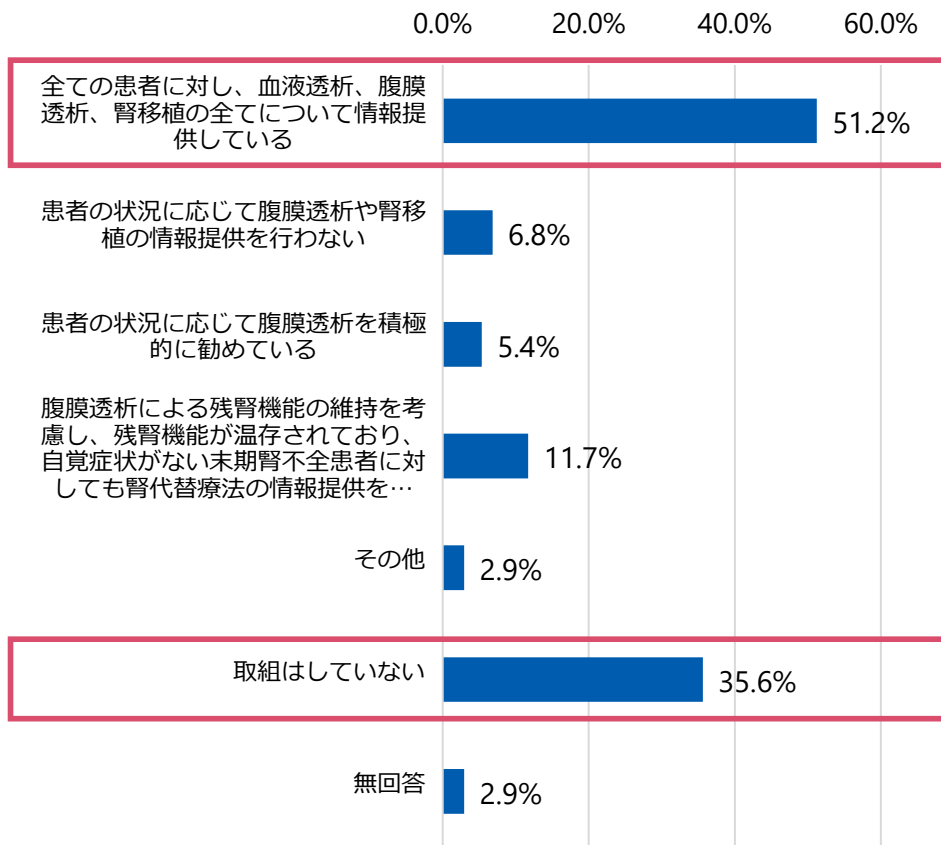


- ・ 開始するにあたって、診療体制をつくる労力が大きい。
- ・ 緊急時のバックアップの不安がある。
- ・ 当該患者の入院バックアップ体制が確立していない。

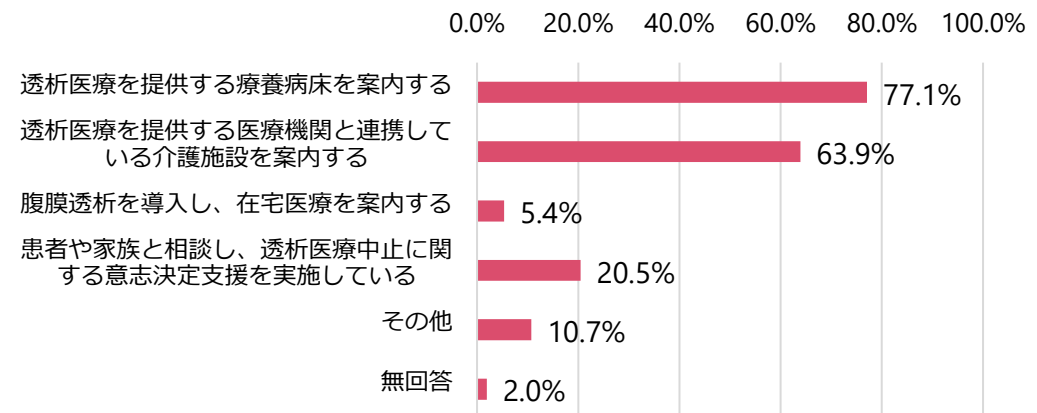
腎代替療法に関する情報提供

- 全ての患者に対し、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関は51.2%であり、情報提供の取組をしていない医療機関が35.6%であった。
- 通院困難な患者に対する対応について、療養病床や介護施設への紹介が77.1%、63.9%であり、腹膜透析の導入を含めた在宅医療への案内は5.4%であった。透析医療中止に関する意思決定支援を実施している医療機関は20.5%であった。
- 腹膜透析を勧める際の考慮事項として、生活支援状況（36.6%）、ADL（32.7%）、年齢（32.2%）の順で多い。

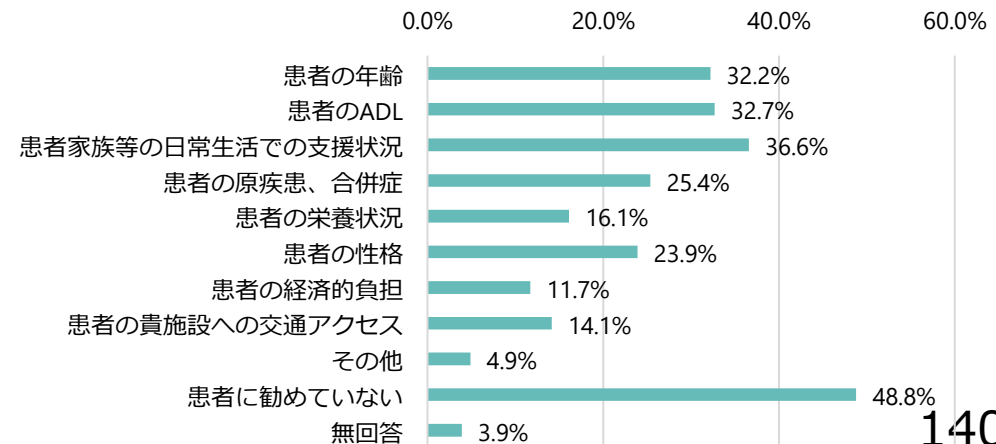
腎代替療法に関する情報提供・意思決定支援
の取組状況（n=205）



通院困難な患者に対する対応（n=205）



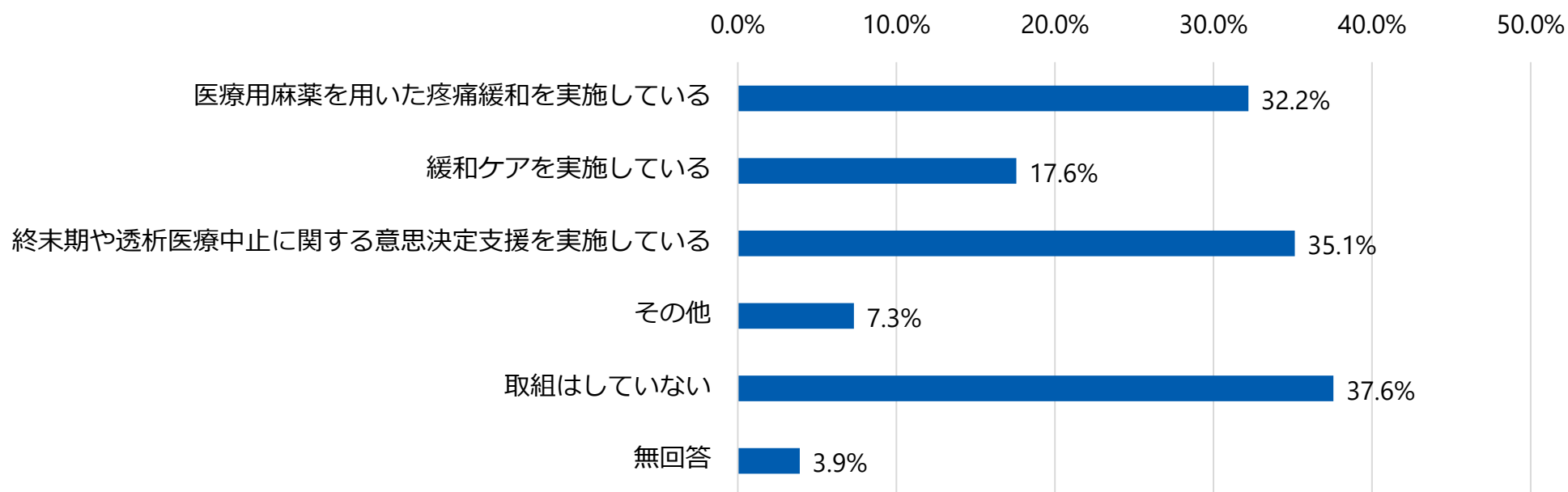
腹膜透析を患者に勧めるにあたっての考慮事項（n=205）



緩和ケアにかかる取組状況

- 緩和ケアに関する取組について、医療用麻薬を用いた疼痛緩和を実施している医療機関は32.2%、緩和ケアを実施している医療機関は17.6%、終末期や透析医療中止に関する意思決定支援を実施している医療機関は35.5%であった。

緩和ケアに関する取組（n=205）



業務継続計画（BCP）の作成

- 災害拠点病院以外の医療機関においても、災害時における業務継続計画（BCP）の作成に努めることとされている。

災害時における医療体制の充実強化について（抜粋）

（平成24年3月21日医政発0321第2号）

7. 病院災害対策マニュアルの作成等

医療機関は自ら被災することを想定して災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいこと。また、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。なお、都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。

－医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成指針－

（平成 29 年度厚生労働省科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「地震、津波、洪水、土砂災害、噴火災害等の各災害に対応した BCP 及び病院避難計画策定に関する研究」（主任研究者 本間正人）
分担研究：「BCP の考え方に基づいた災害対応マニュアルについての研究」分担研究者：堀内義仁）

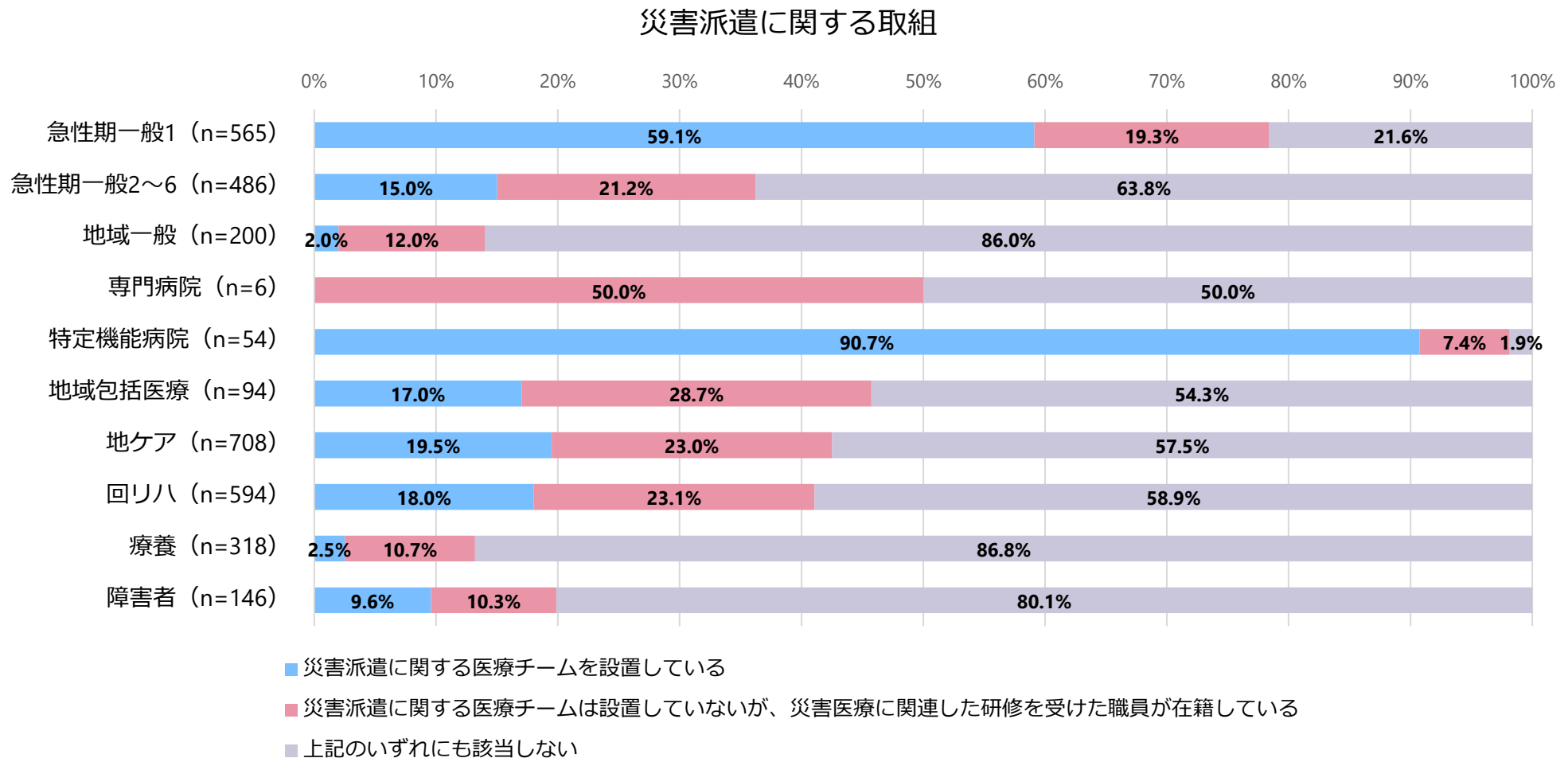
【医療機関における BCP の考え方について】

事業継続計画（BCP）は、一般的には、「平常時の組織内の対応能力では応急対応できない事態を想定して、事業の継続、復旧を目指して行うための対応策で、時間的、数的な目標をクリアするために策定されるもの」である。医療機関にあてはめれば「事業」は「診療（医療）」であり、「診療」を継続するために平常時の応急対応では対応しきれないことに特化した計画で、従来の発災後の施設内での応急対応の決め事（マニュアル、アクションカード）では対応しきれない事象に備えるための計画である。従来の災害対応マニュアルとの関係を整理すれば、医療機関の「BCP」とは、「震災などの災害によって損なわれる病院機能（診療機能）を、実行可能な事前準備と発災後のタイムラインに乗せた行動計画の遂行により維持・回復するとともに、発災によって生じた新たな医療ニーズ（すべてのフェーズ）にも対応するための計画で、従来の災害対応マニュアルを含み膨らませた広義のもの」である（後略）

災害派遣に関する医療チームの設置状況等

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 各入院料を算定する医療機関における、災害派遣に関する医療チームの設置状況等は以下のとおり。災害派遣に関する医療チームを設置している割合は、「特定機能病院」で最も高く、次いで「急性期一般入院料1」算定病院で高かった。

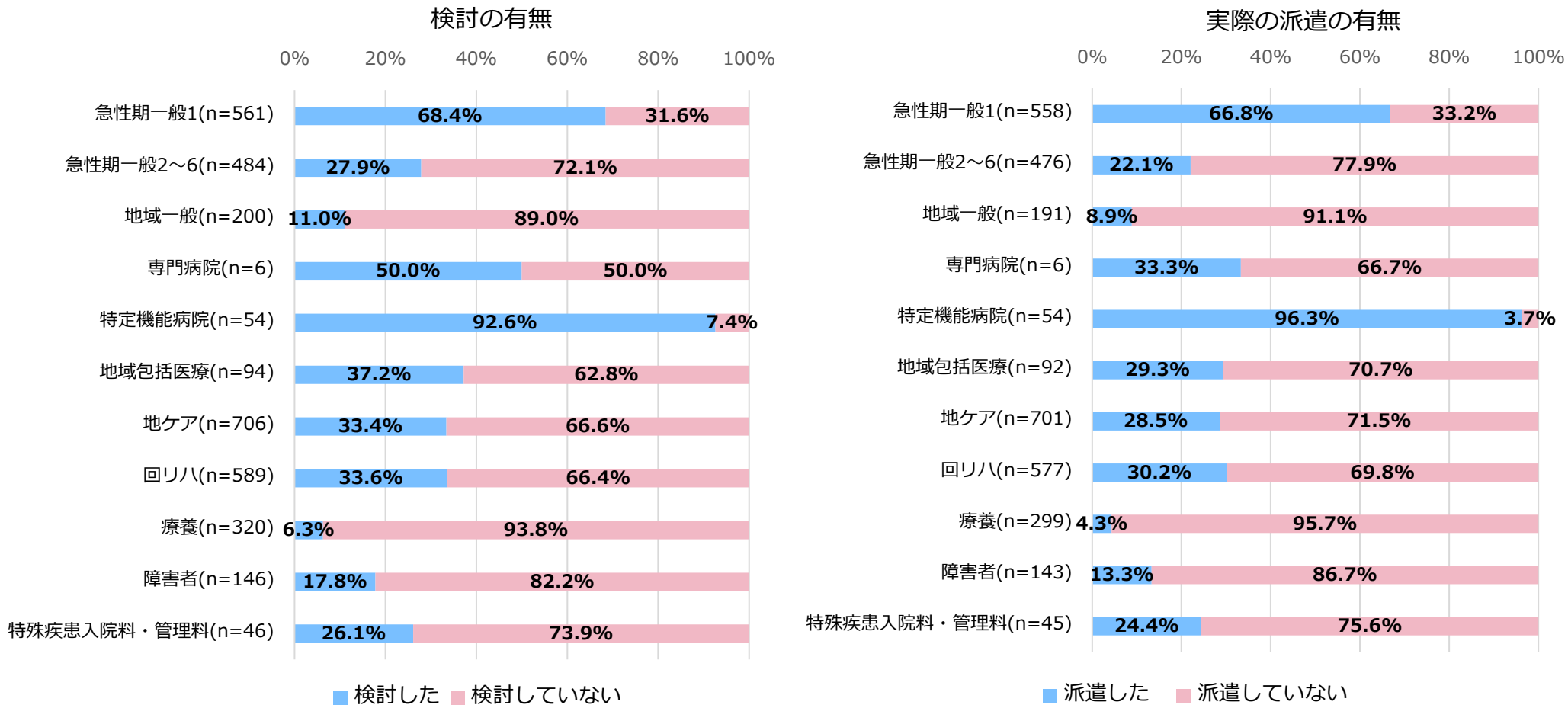


令和6年能登半島地震支援へのスタッフ派遣

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 令和6年能登半島地震の支援のためのスタッフ派遣状況を聞いたところ、「検討した」と回答した医療機関の割合は、「特定機能病院」「急性期一般入院料1」「専門病院」の順に多かった。「派遣した」と回答した医療機関の割合も同様であった。

令和6年能登半島地震支援のためのスタッフ派遣検討の有無と実際の派遣の有無

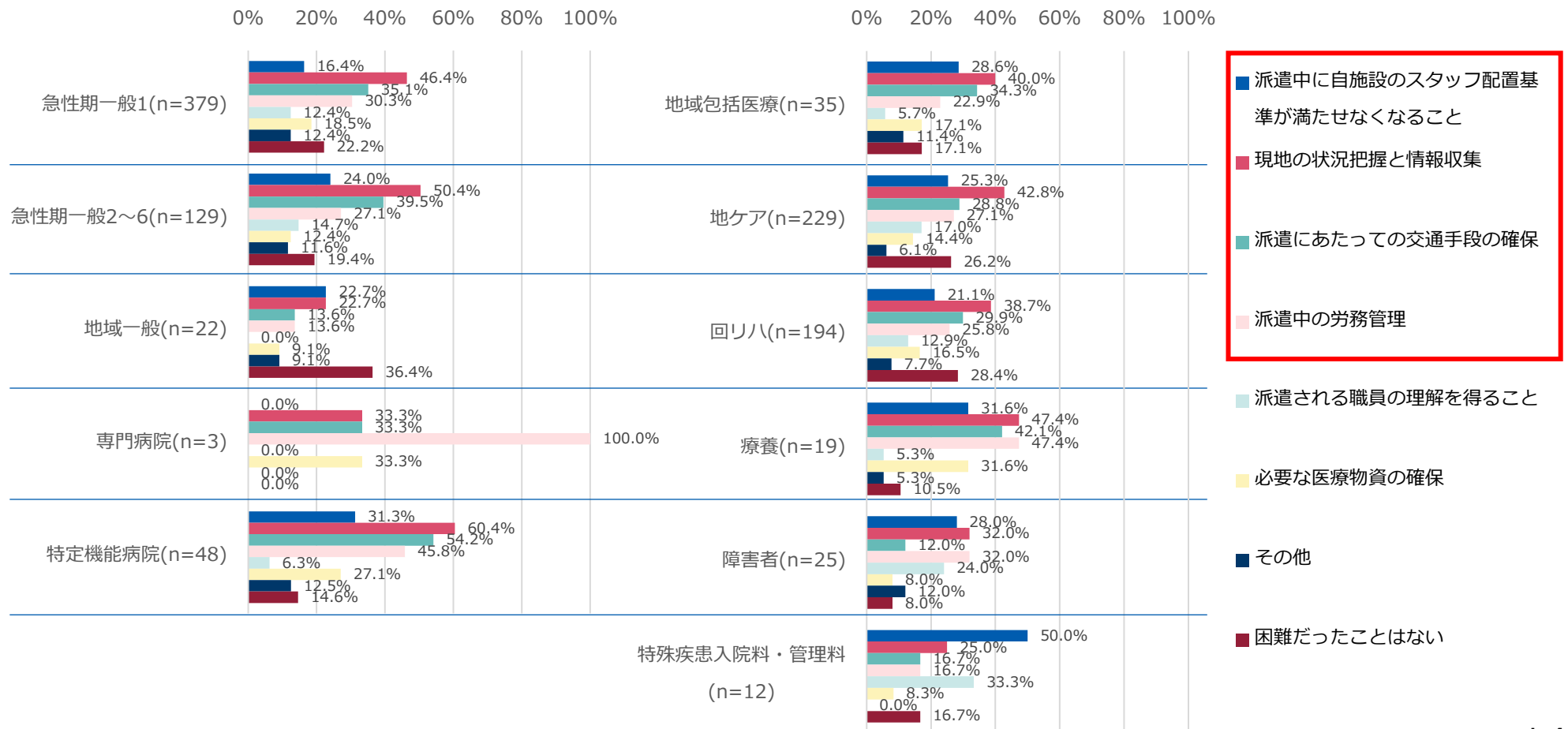


令和6年能登半島地震支援派遣の検討上の課題

診調組 入-1
7. 8. 2 8

- 令和6年能登半島地震支援のスタッフ派遣を検討した際に困難であったことを聞いたところ、「現地の状況把握と情報収集」「派遣にあたっての交通手段の確保」「派遣中の労務管理」「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなる事」等が多かった。

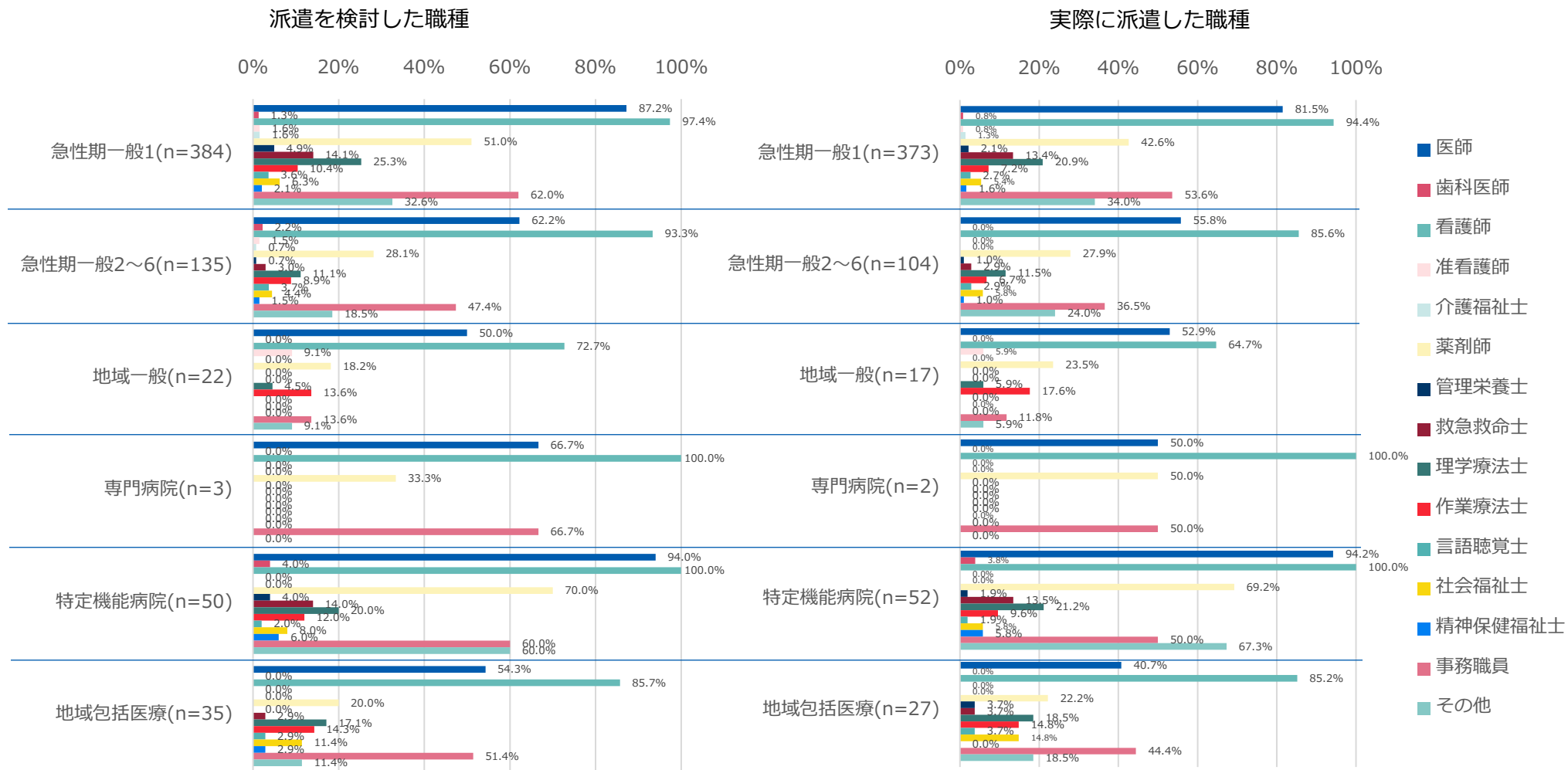
災害時のスタッフ派遣を検討した際に困難であったこと



令和6年能登半島地震支援への派遣職種(1)

診調組 入-1
7. 8. 2 8

- 令和6年能登半島地震支援への派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」「医師」「事務職員」「薬剤師」等が多かった。



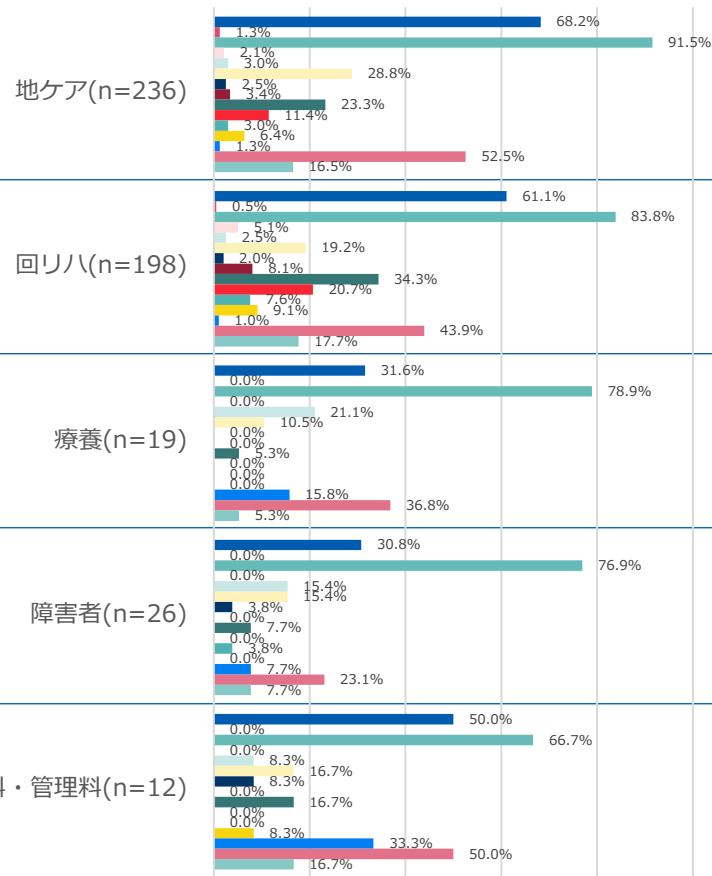
令和6年能登半島地震支援への派遣職種(2)

診療組 入-1
7. 8. 2 8

- 令和6年能登半島地震支援への派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」「医師」「事務職員」「薬剤師」等が多かった。

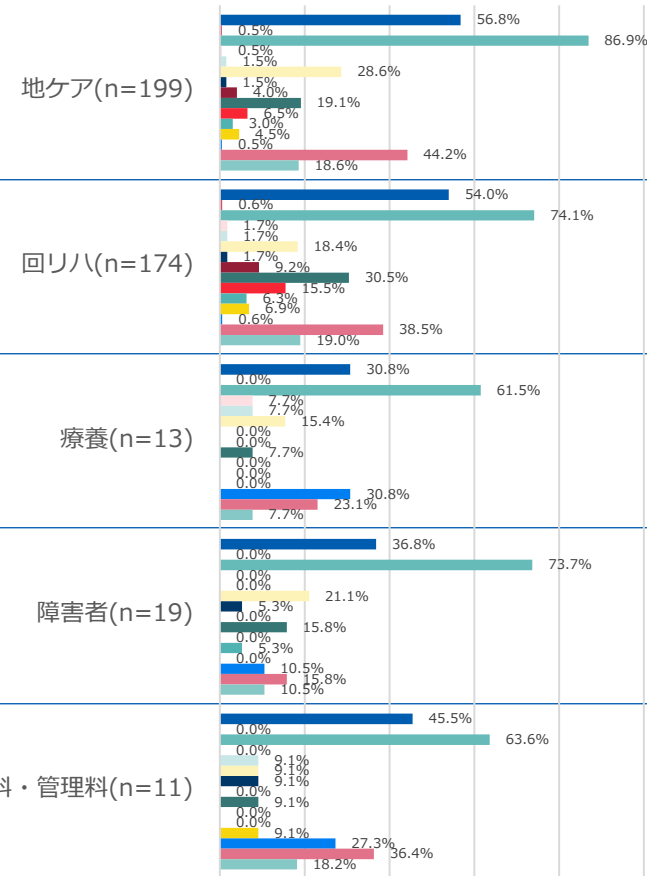
派遣を検討した職種

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



実際に派遣した職種

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



■ 医師
■ 歯科医師
■ 看護師
■ 准看護師
■ 介護福祉士
■ 薬剤師
■ 管理栄養士
■ 救急救命士
■ 理学療法士
■ 作業療法士
■ 言語聴覚士
■ 社会福祉士
■ 精神保健福祉士
■ 事務職員
■ その他

大規模な地震の発生による施設基準等に関する取扱いの例

- 大規模な地震が発生した場合には、被災者の受け入れや被災地への職員派遣により入院基本料等の施設基準を満たすことができなくなる場合の取扱いについて、適宜、事務連絡を発出している。

令和 6 年能登半島地震
(令和 6 年 1 月 1 日発生)

平成30年北海道胆振東部地震
(平成30年 9 月 6 日発生)

平成28年熊本地震
(平成28年 4 月14日・16日発生)

令和 6 年 1 月 2 日付け事務連絡
「令和 6 年能登半島地震の被災に伴う
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」 (抜粋)

4. 施設基準の取扱いについて

(1) 今般の令和 6 年能登半島地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。) の第 3 の 1 (1) の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) また、令和 6 年能登半島地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第 3 の 1 (3) 及び (4) の規定にかかわらず、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者 (以下「看護要員」という。) の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(3) 上記と同様の場合、DPC 対象病院について、「DPC 制度への参加等の手続きについて」 (令和 4 年 3 月 25 日保医発 0325 第 4 号) の第 1 の 4 (2) ②に規定する「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

(4) (1) から (3) の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したことが被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

(5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1) から

(4) までの適用するものとする。

平成 30 年 9 月 14 日付け事務連絡
「平成 30 年北海道胆振東部地震による被災に伴う
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」 (抜粋)

4. 施設基準の取扱いについて

(1) 今般の北海道地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。) の第 3 の 1 (1) の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) また、北海道地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第 3 の 1 (3) 及び (4) の規定にかかわらず、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者 (以下「看護要員」という。) の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(3) 上記と同様の場合、DPC 対象病院について、「DPC 制度への参加等の手続きについて」 (平成 30 年 3 月 26 日保医発 0326 第 7 号) の第 1 の 4 (2) ②に規定する「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

(4) (1) から (3) の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したことが被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

(5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1) から

(4) までの適用するものとする。

平成28年 4 月18日付け事務連絡
「平成 28 年熊本地震の被災に伴う
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」 (抜粋)

4. 施設基準の取扱いについて

(1) 今般の平成 28 年熊本地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。) の第 3 の 1 (1) の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) また、平成 28 年熊本地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第 3 の 1 (3) 及び (4) の規定にかかわらず、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者 (以下「看護要員」という。) の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(3) 上記と同様の場合、DPC 対象病院について、「DPC 制度への参加等の手続きについて」 (平成 28 年 3 月 25 日保医発 0325 第 7 号) の第 1 の 4 (2) ②に規定する「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

(4) (1) から (3) の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したことが被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

(5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1) から

(4) までの適用するものとする。

(参考) DMAT自動待機基準

- 日本DMAT活動要領では、一定の規模の災害が発生した場合には、都道府県、厚生労働省等からの要請を待たずに、DMAT派遣のための待機を行うこととされている。

医政地発0722第2号令和7年7月22日「日本DMAT活動要領の一部改正について」

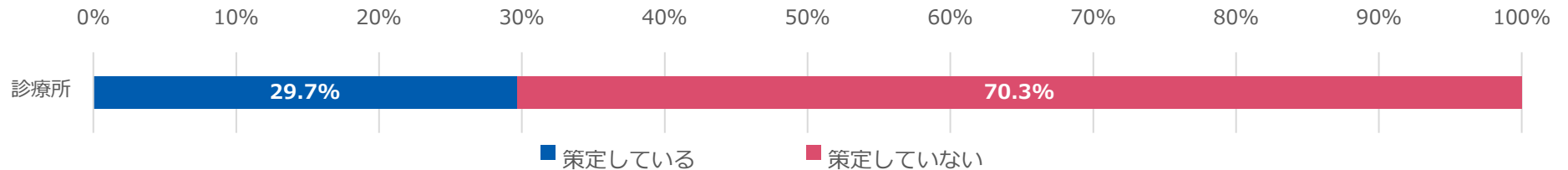
日本DMAT活動要領 令和7年7月22日（改正）（抜粋）

次の場合には、該当するDMAT指定医療機関は、被災の状況にかかわらず、都道府県、厚生労働省等からの要請を待たずに、DMAT派遣のための待機を行う。下記の基準について、以下「DMAT自動待機基準」という。

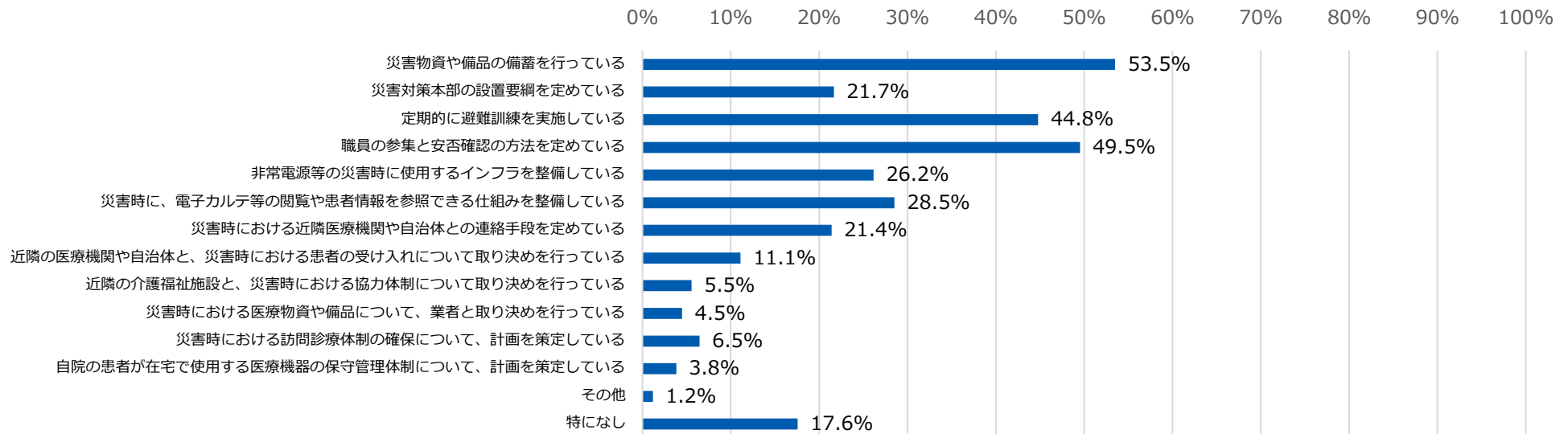
- ① 東京都23区で震度5強以上の地震が発生した場合、その他の地域で震度6弱の地震が発生した場合、特別警報が発出された場合
→該当する都道府県並びに該当する都道府県に隣接する都道府県及び該当する都道府県が属する地方ブロック管内のDMAT指定医療機関
- ② 震度6強の地震が発生した場合
→該当する都道府県並びに該当する都道府県に隣接する都道府県、該当する都道府県が属する地方ブロック及び該当する都道府県が属する地方ブロックに隣接する地方ブロック管内のDMAT指定医療機関
- ③ 震度7の地震が発生した場合、大津波警報が発表された場合
→全国のDMAT指定医療機関

- 診療所において、災害に備えた事業継続計画を「策定している」との回答割合は約30%であった。
- 診療所において、「災害に備えるために実施している取組」をそれぞれ聞いたところ、「災害物資や備品の備蓄を行っている」が最も多く、次いで「職員の参集と安否確認の方法を定めている」「定期的に避難訓練を実施している」が多かった。

災害に備えた事業継続計画の策定の有無 (n=765)

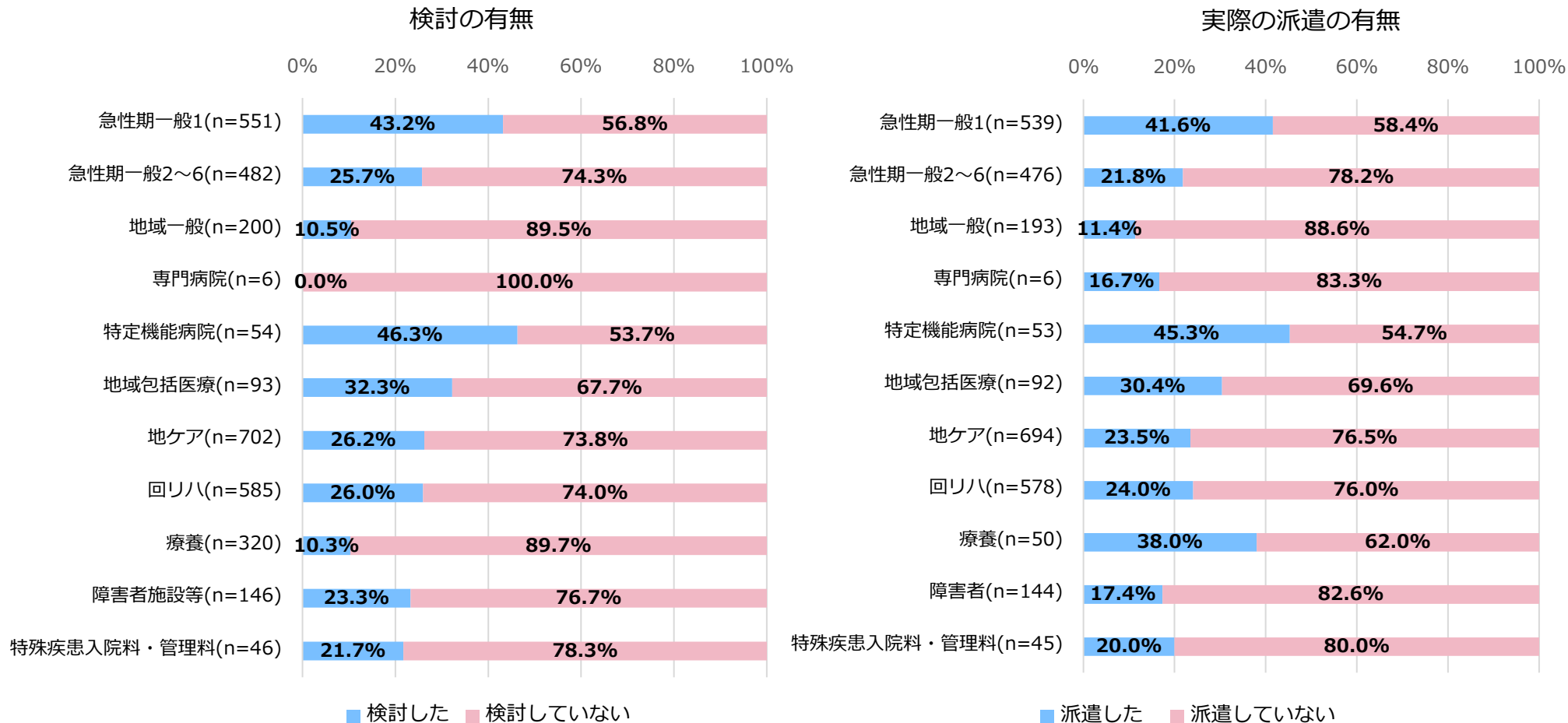


災害に備えるために実施している取組(n=757)



- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣状況を聞いたところ、「検討した」と回答した医療機関の割合は、「特定機能病院」「急性期一般入院料1」「地域包括医療病棟」の順に多かった。「派遣した」と回答した医療機関の割合も同様であった。

他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣



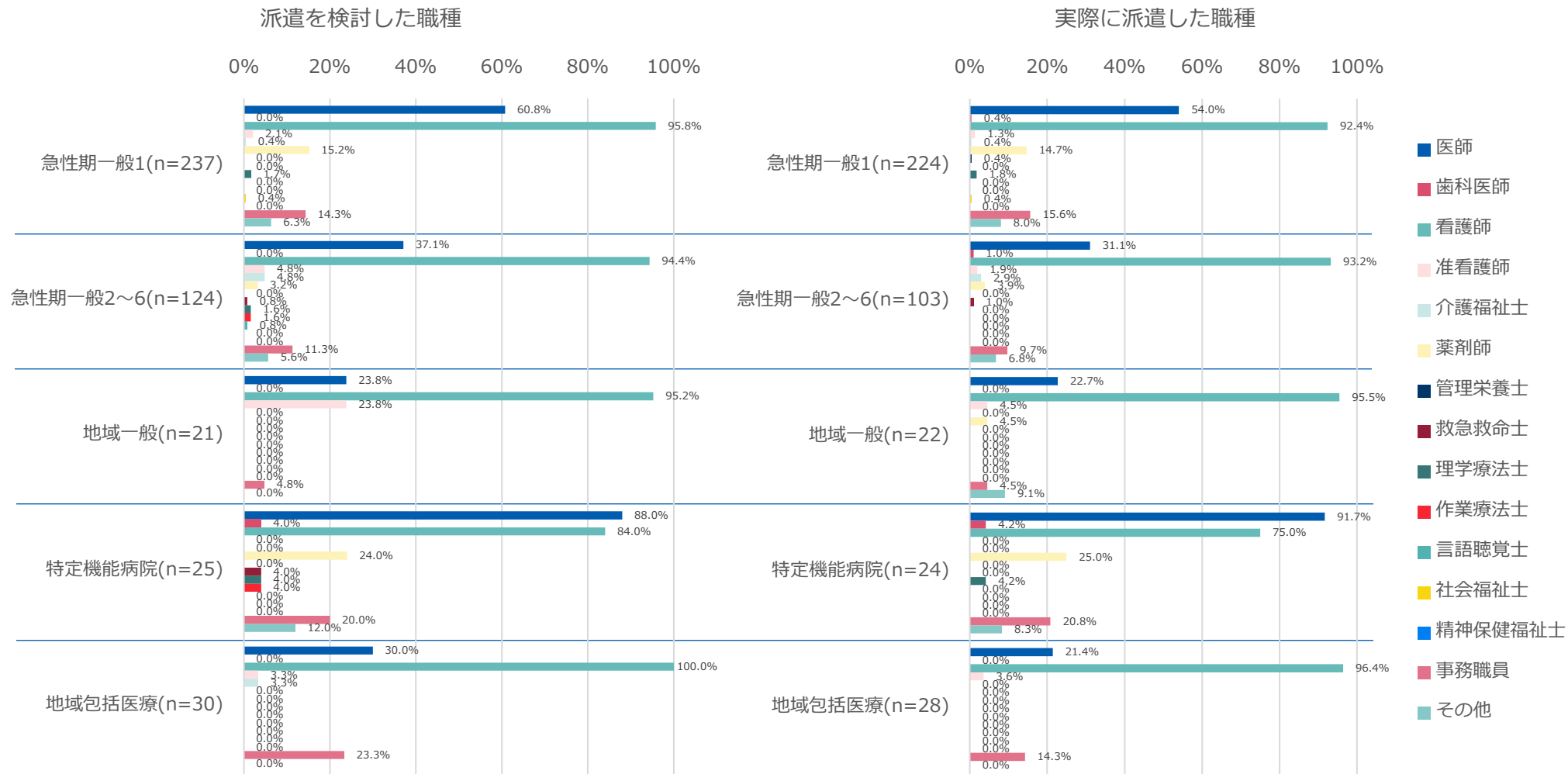
- 新型コロナウイルス感染症支援派遣を検討した際に困難であったこと



新型コロナウイルス感染症支援への派遣職種(1)

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」「医師」等が多かった。



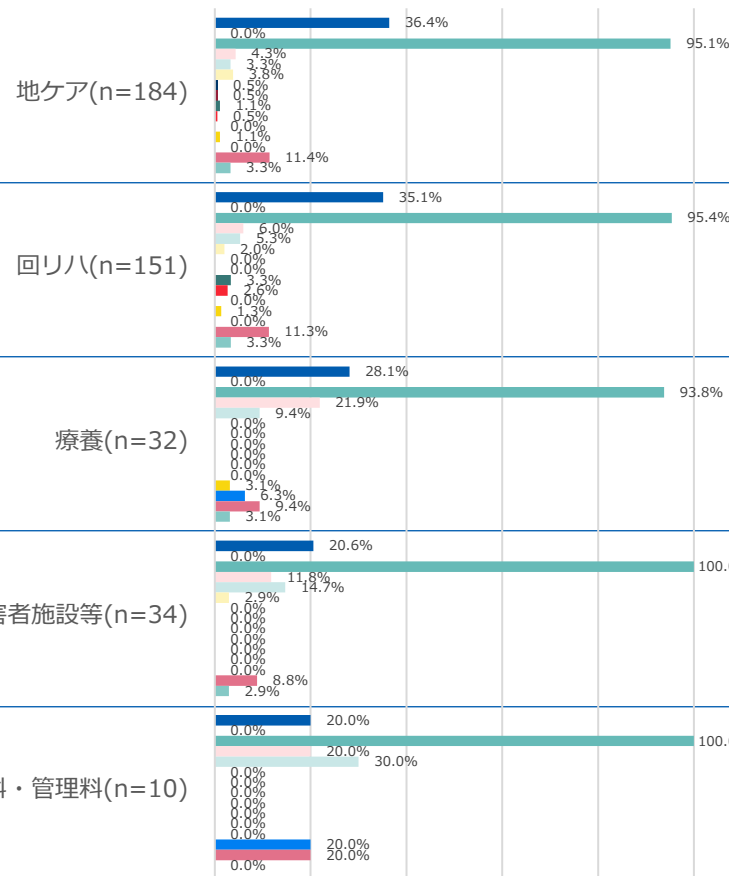
新型コロナウイルス感染症支援への派遣職種(2)

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」が最も多かった。

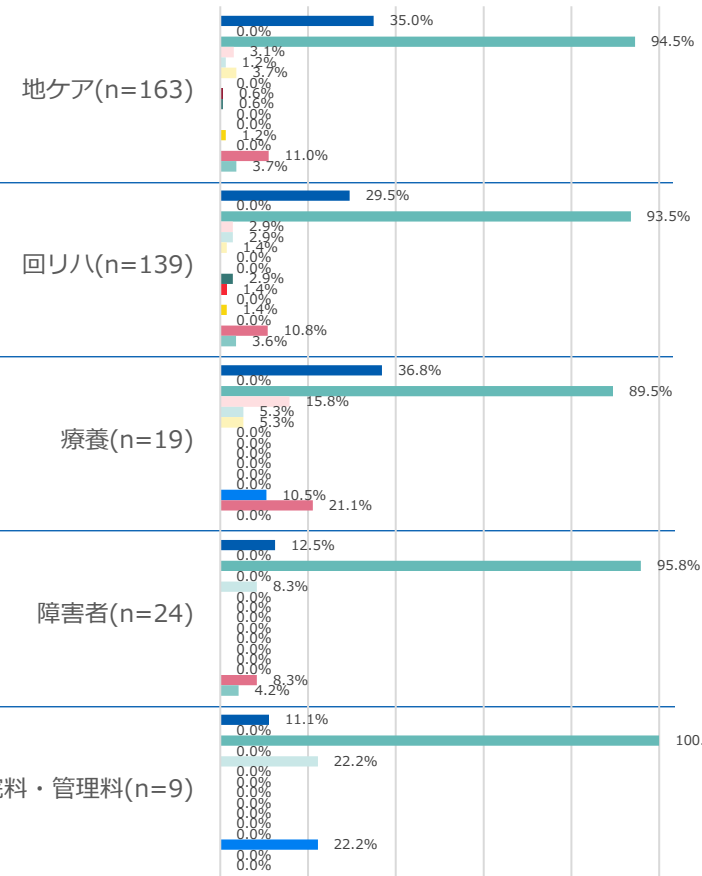
派遣を検討した職種

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



実際に派遣した職種

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



- 医師
- 歯科医師
- 看護師
- 准看護師
- 介護福祉士
- 薬剤師
- 管理栄養士
- 救急救命士
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 社会福祉士
- 精神保健福祉士
- 事務職員
- その他

新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い

- 新型コロナウイルス感染症の影響により夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から3か月以内に限り、施設基準の届出区分の変更を不要としている。

令和6年3月5日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡

「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（抜粋） ※当該取扱いは、当初令和6年5月31日までとしていたが、その活用状況を鑑み、期限を令和8年5月31日まで延長している。

① 月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて

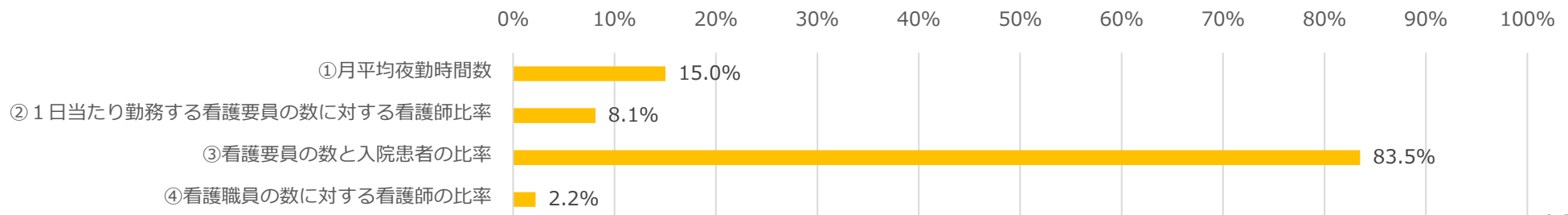
ア 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号。以下、「基本診療料の施設基準通知」という。）の第3の1（1）の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月※から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

※ 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月から3月の期間を指す。

イ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準通知の第3の1（3）及び（4）の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員という。」）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、1割以上の一時的な変動があった場合及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月※2から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

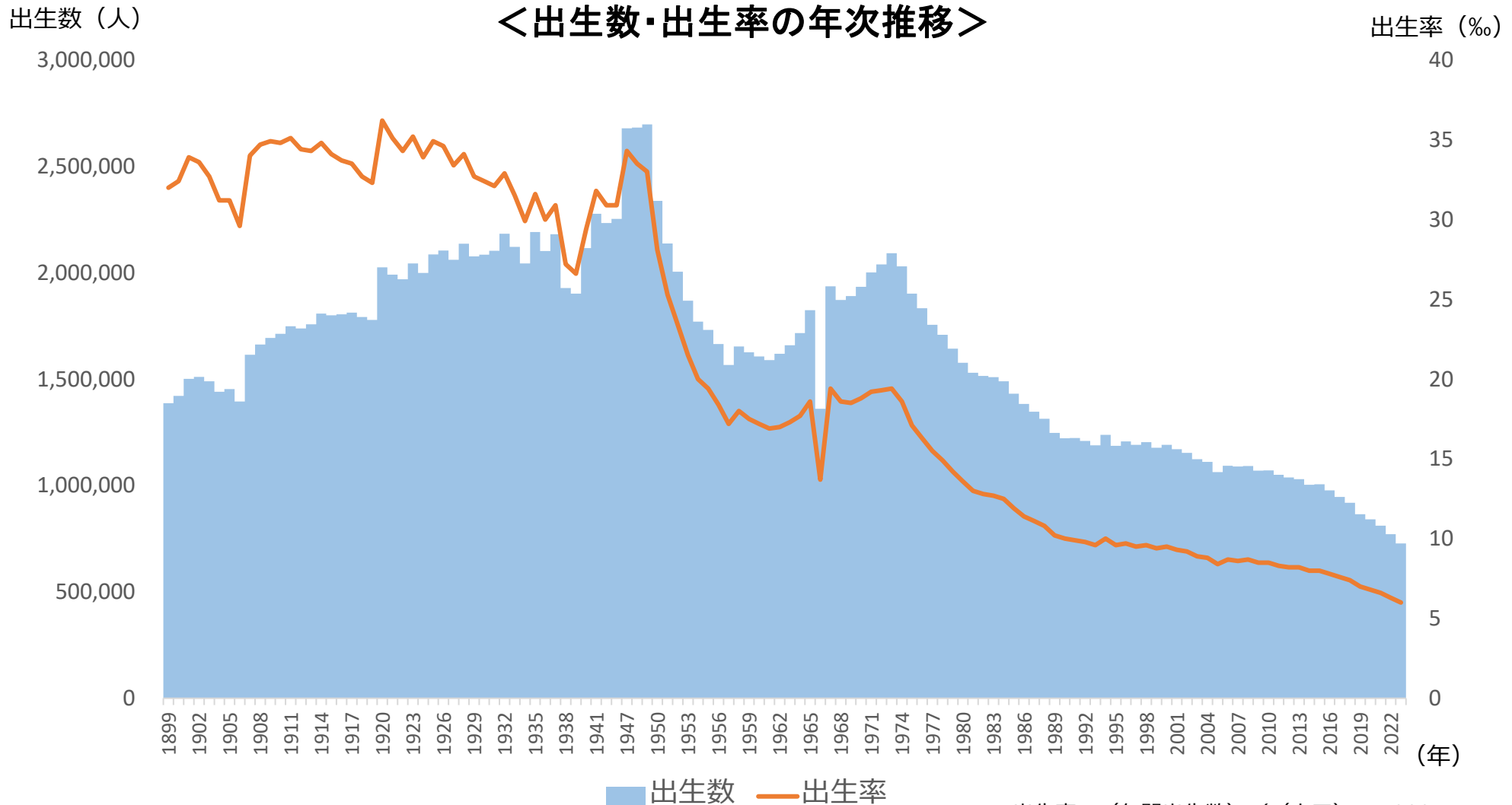
※2 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合又は1月及び2月の実績に1割以内の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月から3月の期間を指す。

新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い（複数該当あり）（n=406）



出生数・出生率の推移

- 出生数・出生率は減少傾向にある。
- 令和5年の出生数は727,288人で、前年より43,471人減少し、明治32年の人口動態調査開始以来最少となった。



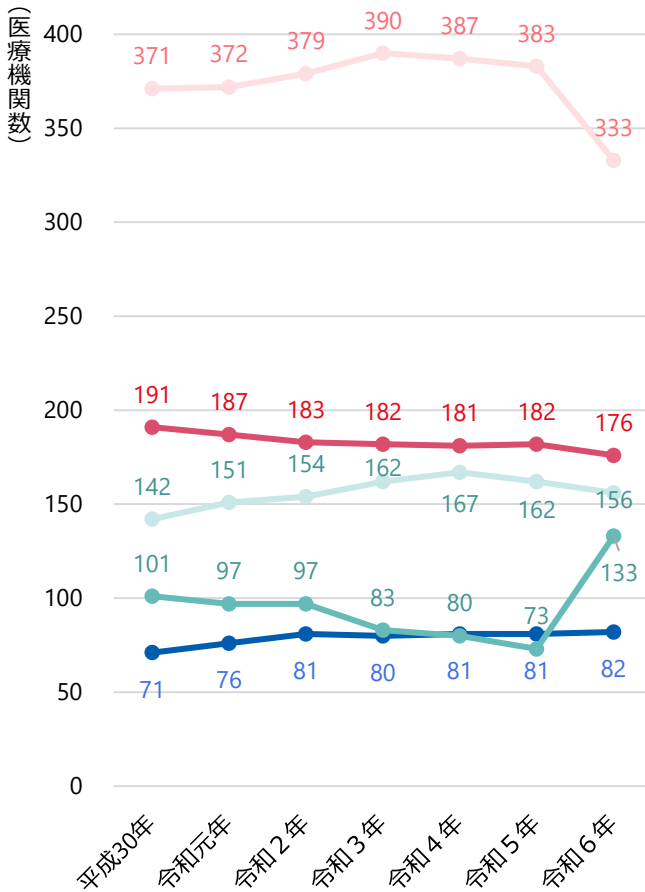
小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料 1	小児かかりつけ診療料 2
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時：604点、再診時：410点 2. 1. 以外の場合 初診時：721点、再診時：528点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：652点、再診時：458点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：769点、再診時：576点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：641点、再診時：447点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：758点、再診時：565点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算 ・外来感染対策向上加算、 発熱患者等対応加算 、サーベイランス強化加算及び 抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料・ 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算 ・外来感染対策向上加算、 発熱患者等対応加算 、サーベイランス強化加算及び 抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料・ 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料	
対象疾患	・入院中の患者以外の患者(6歳未満の乳幼児に限る)。 (小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパブリズマブを投与している患者(投与当日に限る。))については、算定対象とならない。)	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあっては、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)の患者であって入院中の患者以外のもの。	
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。 等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導、 発達障害の疑いがある患者の診察及び相談への対応、育児不安の相談への対応 等を行う。 等	
施設基準	小児科を標榜している医療機関であること。	① 小児科を標榜している医療機関であること。 ② 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③ ②の医師が、以下の要件のうち2つ以上に該当すること。 a. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 b. 定期予防接種を実施 c. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 d. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任 ④ ②の医師は、発達障害等に関する研修及び虐待に関する研修を修了していることが望ましい。	
施設基準(時間外要件)		時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。	次のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

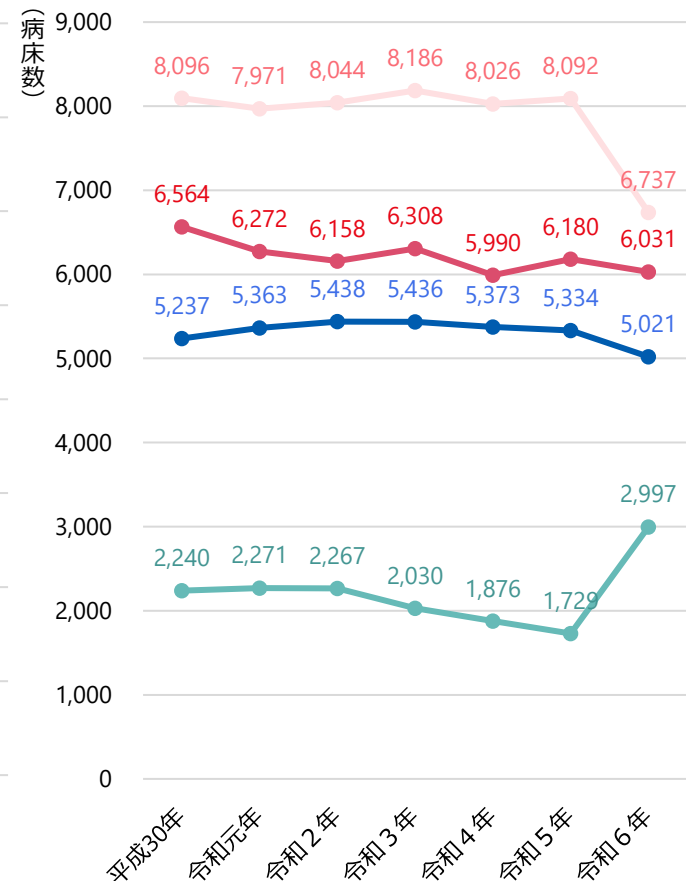
小児入院医療管理料の届出状況等

- 小児入院医療管理料の届出医療機関数・届出病床数は、令和5年までは概ね横ばいで推移していた。令和6年には、小児入院医療管理料3の届出医療機関数・届出病床数が増加し、小児入院医療管理料4の届出医療機関数・届出病床数が減少した。

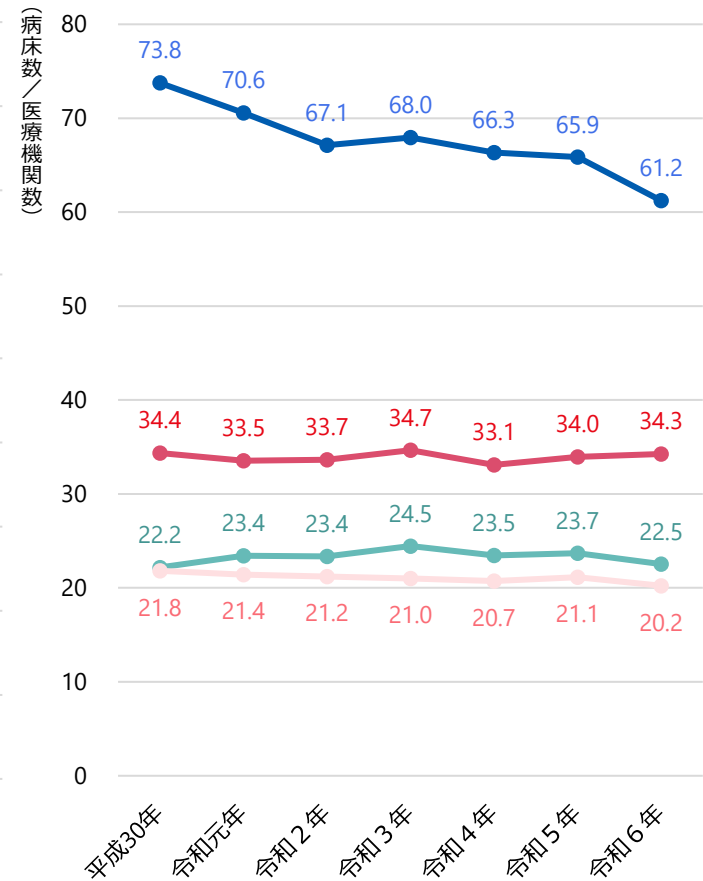
届出医療機関数



届出病床数



一施設あたり届出病床数

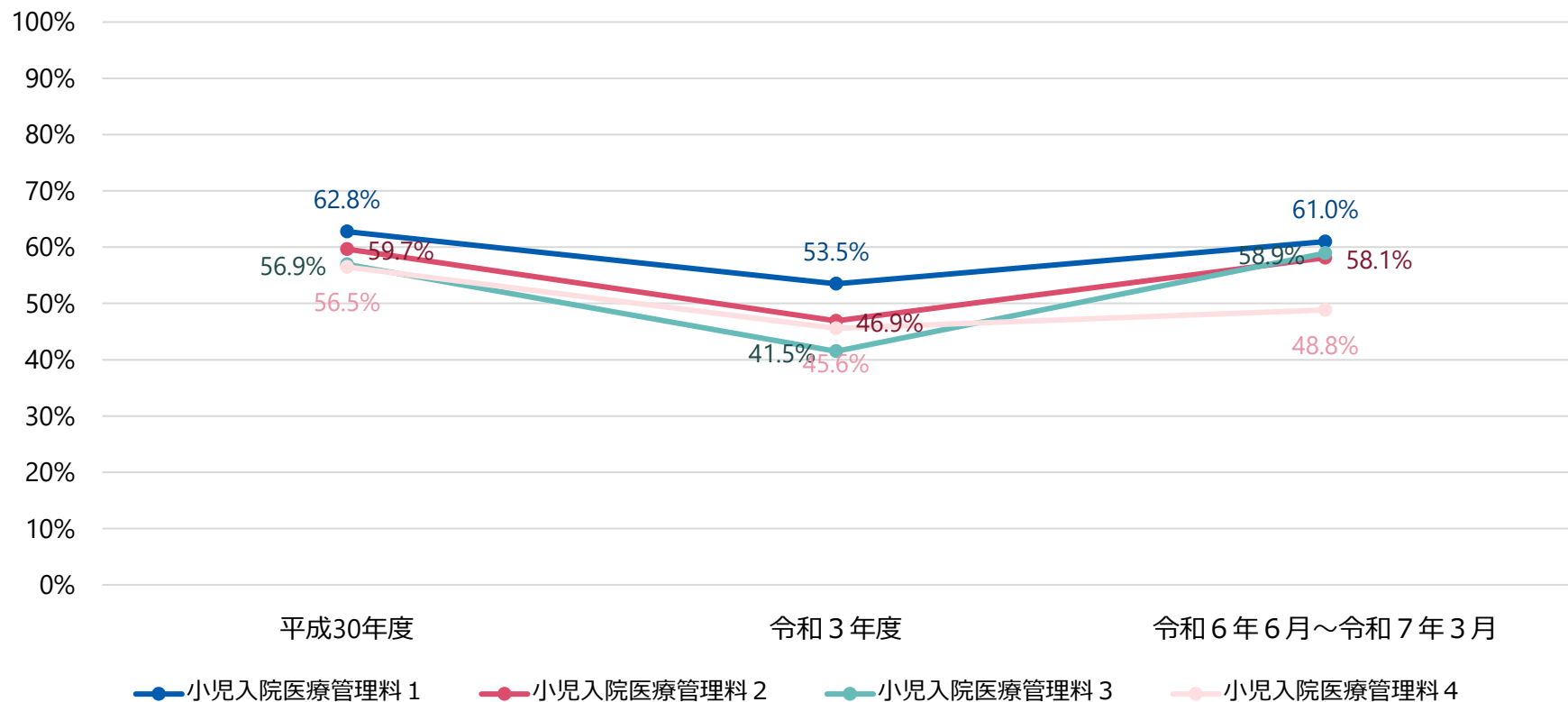


● 小児入院医療管理料 1 ● 小児入院医療管理料 2 ● 小児入院医療管理料 3 ● 小児入院医療管理料 4 ● 小児入院医療管理料 5

小児入院医療管理料届出病床当たりの小児入院患者数の割合

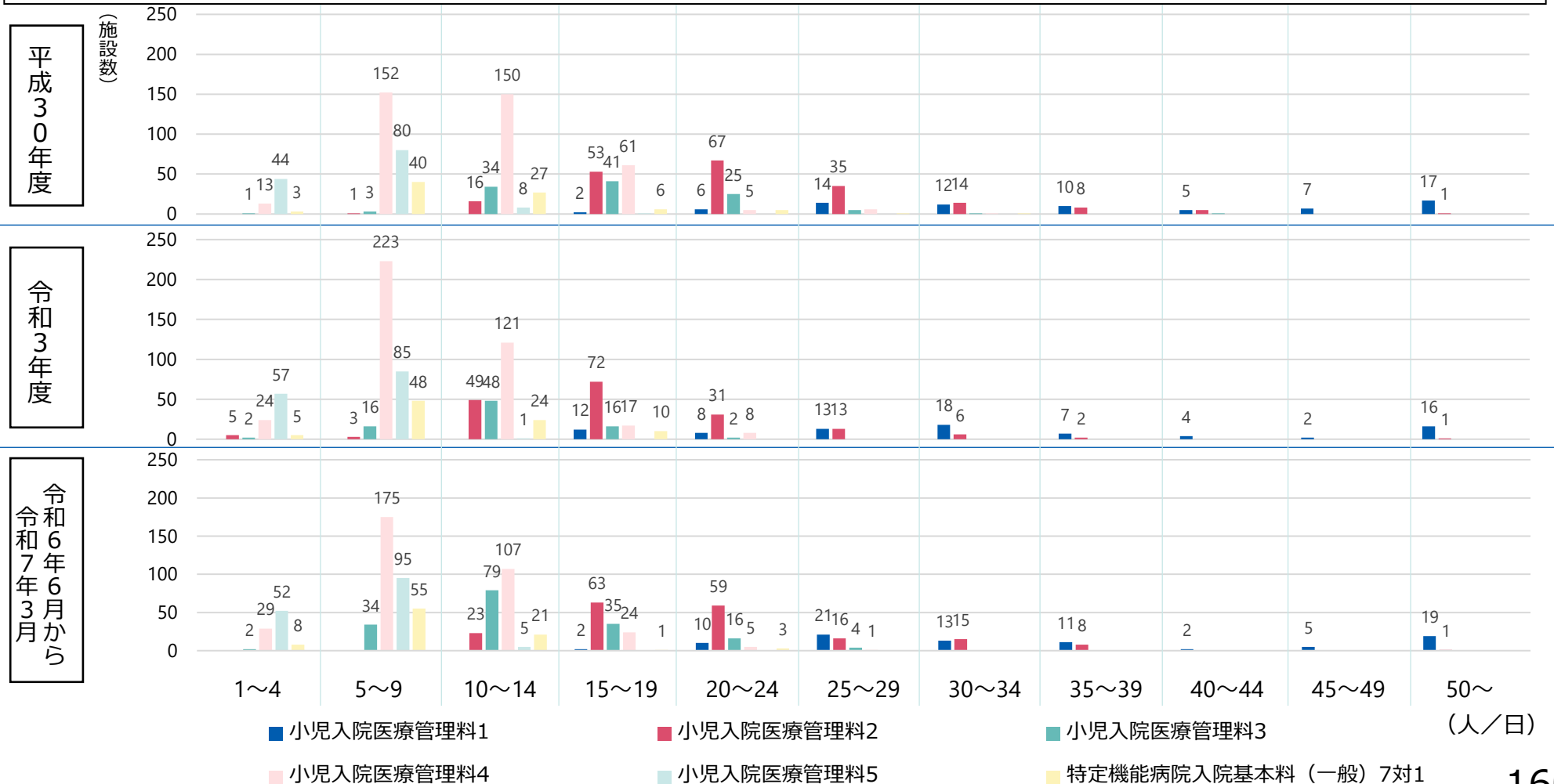
- 小児入院医療管理料届出病床当たりの小児入院患者数の割合（小児入院医療管理料の「届出病床数」当たりの「15歳未満小児の1日当たり入院人数（入院料算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その平均を入院料ごとに示した）は、約5～6割程度であった。
- その割合は、小児入院医療管理料1で最も高かった。経年変化を見ると、平成30年度と比較して令和3年度に低下したが、令和6年には上昇した。平成30年度と令和6年を比較すると、小児入院医療管理料3ではやや増加している一方で、その他の管理料では低下傾向であった。

小児入院医療管理料届出病床の小児入院割合の平均



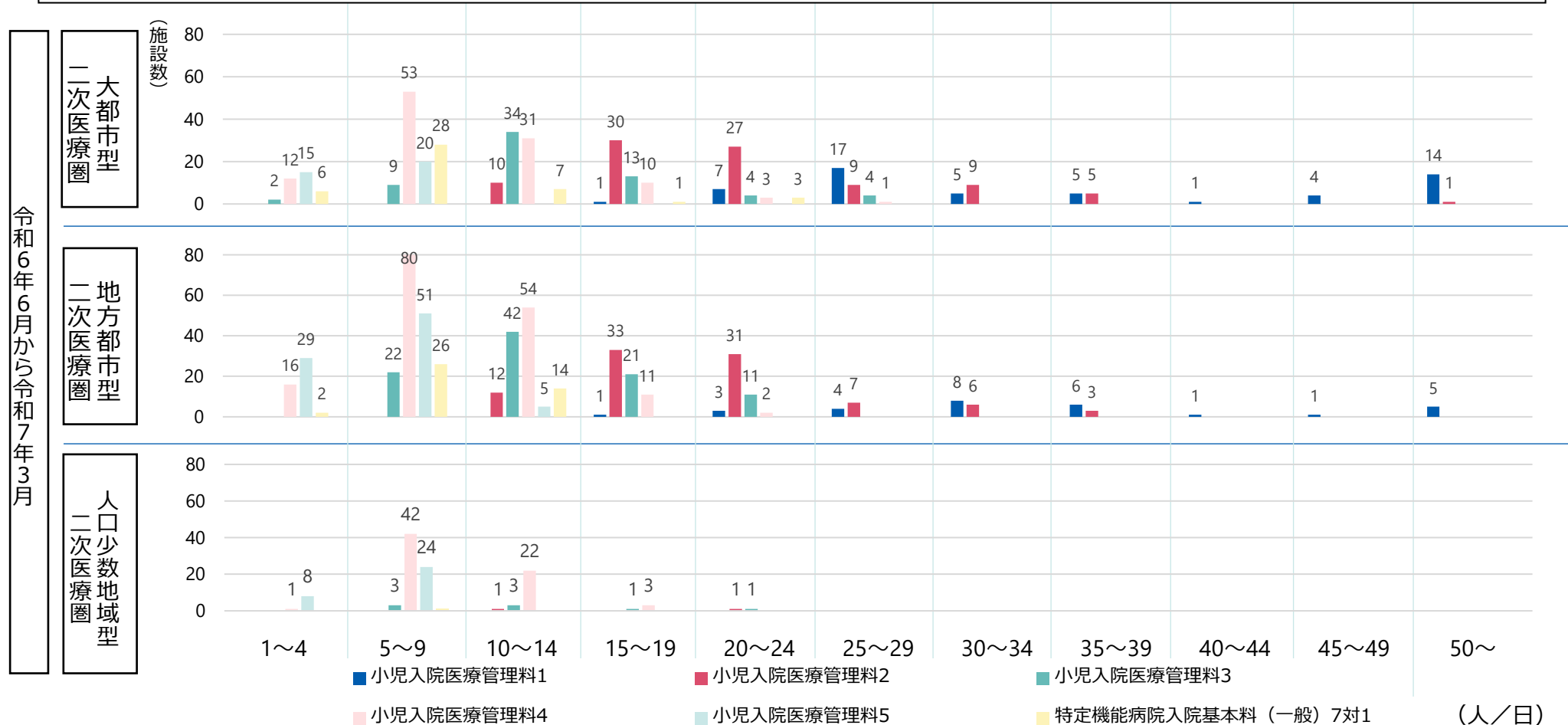
小児の1日当たり入院人数の施設分布（年次推移）

- 15歳未満の小児について、対象期間の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその分布を示したものは以下のとおり。
- 平成30年度において小児入院医療管理料4を算定しており、1日当たり5～14人程度の小児入院患者を受け入れていた病院の一部は、令和6年改定以降には小児入院医療管理料3を算定するように変化したものと推定される。



小児の1日当たり入院人数の施設分布（地域別）

- 15歳未満の小児について、「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その所在する二次医療圏の区分と、算定する入院料で分類した。
- 人口少数地域型二次医療圏では、1日当たり小児入院患者数が少ない施設が多く、また、小児入院医療管理料4を算定する医療機関が多くを占めていた。



出典：DPCデータ ※期間中、同一医療機関に複数入院料の算定がある場合はそれぞれに算入。入院人数の小数点以下は切り上げ。

・二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）
 ・「大都市型」人口100万人以上、又は人口密度2,000人/km2以上（n=48）・「地方都市型」人口100万人未満20万人以上、又は人口10～20万人かつ人口密度が200人/km2以上（n=155）
 ・「人口少数地域型」上記以外（n=127） ※人口・人口密度は、令和2年国勢調査による。

小児の1日当たり施設ごと入院人数の月次推移（1）

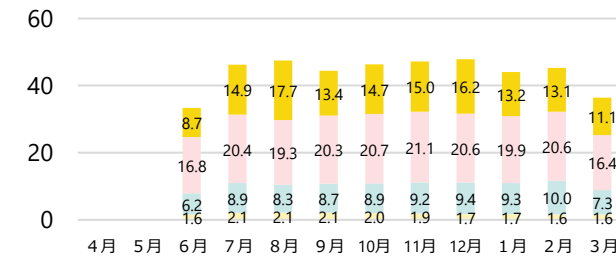
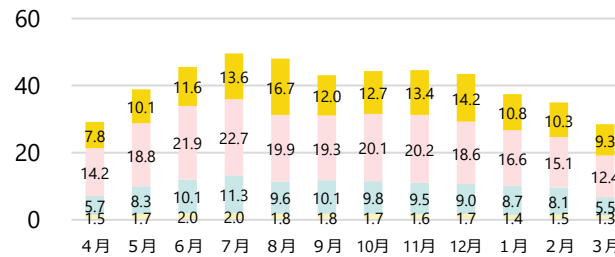
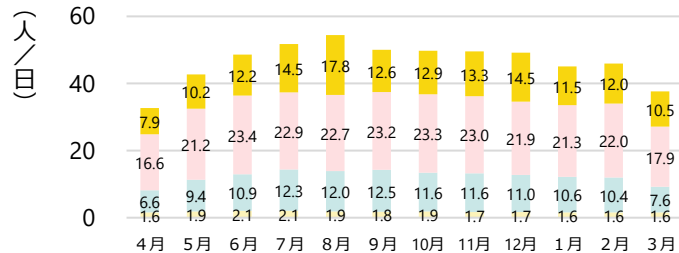
- 小児を各年齢階級に分類し、毎月の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその平均を示したものは以下のとおり。
- いずれの入院料においても、新生児を除き、7～8月の入院人数が最も多い傾向があった。

平成30年度

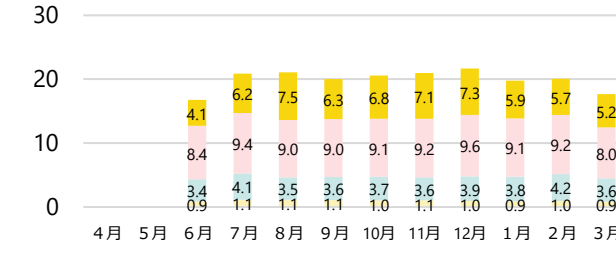
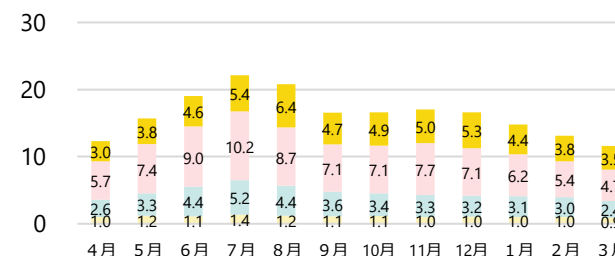
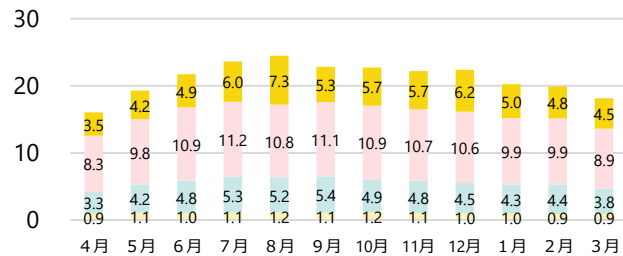
令和3年度

令和6年度

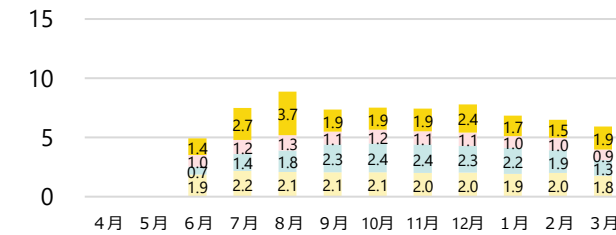
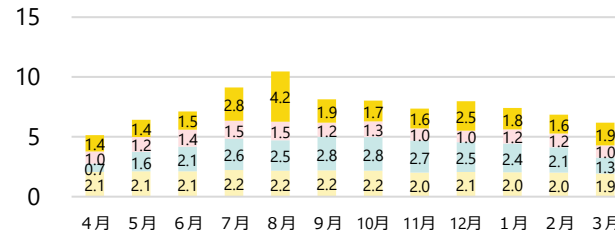
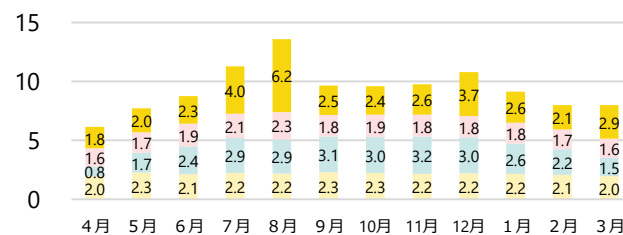
小児入院医療管理料 1



小児入院医療管理料 2



特定機能病院入院基本料（7：1）



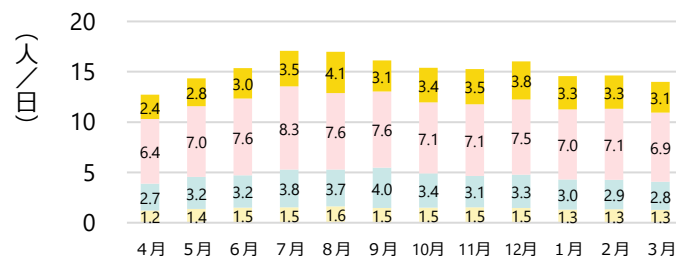
■ 新生児 ■ 新生児以外の乳児 ■ 1～6歳 ■ 7～14歳

小児の1日当たり施設ごと入院人数の月次推移（2）

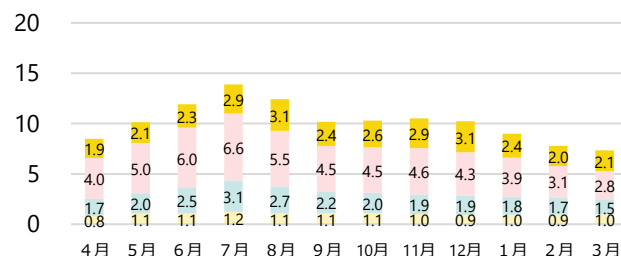
- 小児を各年齢階級に分類し、毎月の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその平均を示したものは以下のとおり。
- いずれの入院料においても、新生児を除き、7～8月の入院人数が最も多い傾向があった。

平成30年度

小児入院医療管理料3



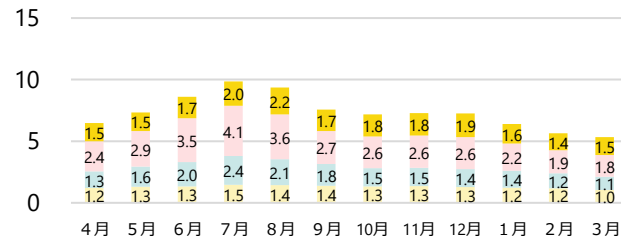
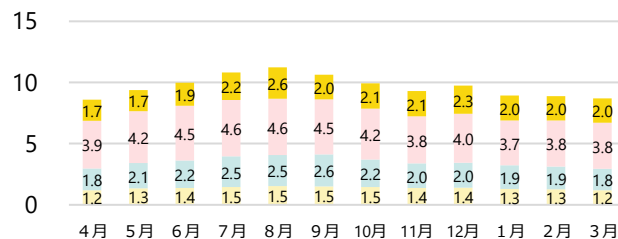
令和3年度



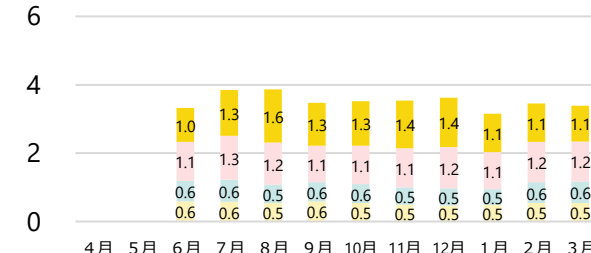
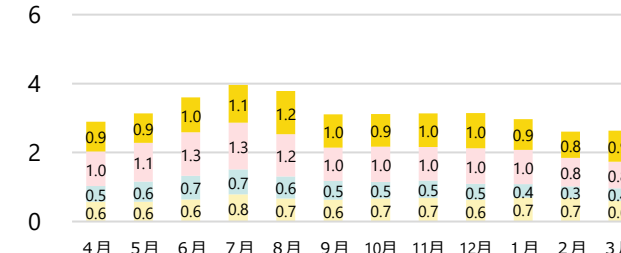
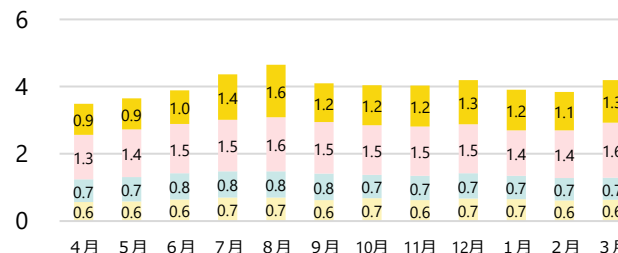
令和6年度



小児入院医療管理料4



小児入院医療管理料5



■ 新生児 ■ 新生児以外の乳児 ■ 1～6歳 ■ 7～14歳

小児特定集中治療室管理料等の主な施設基準

		点数	概要	主な施設基準	医師の配置	看護配置	その他
小児特定集中治療室管理料（P I C U）		～7日 16,362点 8日～ 14,256点	15歳未満（小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満）であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日（急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、臓器移植を行った小児にあっては30日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日）を限度とする。	・ 8床以上設置 ・ 以下のいずれかを満たしていること ア：他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ：他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上（そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上） ウ：人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。	・ 宿日直ではない専任の医師が 常時勤務（うち2名以上がPICU勤務経験を5年以上）（治療室内）	2対1	・ 小児入院医療管理料1の届出医療機関であること ・ 医療安全対策加算1を届け出ていること
新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料		14,539点	新生児特定集中治療室管理料1又は総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）を届け出ている病室 定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定はNICU又はGCUに入室した日から7日を限度とする。	・ 常勤の臨床工学技士及び公認心理師の配置（医療機関内） ・ 以下のすべてを満たしていること ア：直近1年間の出生体重750g未満の患者が4件以上 イ：直近1年間の開胸/開頭/開腹手術等が6件以上 ウ：直近1年間の経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する患者が30件以上	・ 宿日直ではない専任の医師（うち2名以上がNICU勤務経験を5年以上）が 常時勤務（治療室内）	2対1	
新生児特定集中治療室管理料（N I C U）	管理料1	10,584点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・ 以下のいずれかを満たしていること ア：直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ：直近1年間の開胸/開頭/開腹手術等が6件以上	・ 宿日直ではない専任の医師が常時勤務（治療室内）	3対1	
	管理料2	8,472点		・ 直近1年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上	・ 専任の医師（宿日直可）が常時勤務（医療機関内）		
総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料（MFICU）	7,417点	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・ 帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・ 3床以上設置	以下のいずれかを満たす ・ 宿日直ではない専任の医師が常時勤務（治療室内） ・ 産婦人科又は産科の医師が常時2名以上（内専任1名）勤務（宿日直可、医療機関内）	3対1	・ 総合/地域周産期母子医療センターであること ・ 医療安全対策加算1を届け出ていること
	新生児集中治療室管理料	10,584点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・ 新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・ 6床以上設置	・ 宿日直ではない専任の医師が 常時勤務（治療室内）		
新生児治療回復室入院医療管理料（G C U）		5,728点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して30日（出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g 未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日）を限度とする。		・ 専任の小児科医師の常勤医師（宿日直可、医療機関内） ※ 週3日以上勤務しており、かつ、22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師でも可	6対1	・ 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を届け出ていること

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の概要

- 平成24年度の診療報酬改定において、小児救急医療の充実を図る観点から、小児専門の特定集中治療室（P I C U）に対する評価が新設された。

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

7日以内の期間	16,362点
8日以上期間	14,256点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、**臓器移植を行った小児にあっては30日**、体外式心肺補助（E C M O）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

算定対象 15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）であって、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めたもの。

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

〈施設基準〉

- 小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。
- 専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。**なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**
- 1床あたり15平方メートル以上であること。
- 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい
- 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び危惧を特定集中治療室内に備えていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応出来る場合においてはこの限りではない。（ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、イ 除細動器、ウ ペースメーカー、エ 心電図、オ ポータブルX線撮影装置、カ 呼吸循環監視装置、キ 体外補助循環装置、ク 血液浄化療法に必要）
- **医療安全対策加算1の届出を行っていること。**

- 次のいずれかの基準を満たしていること

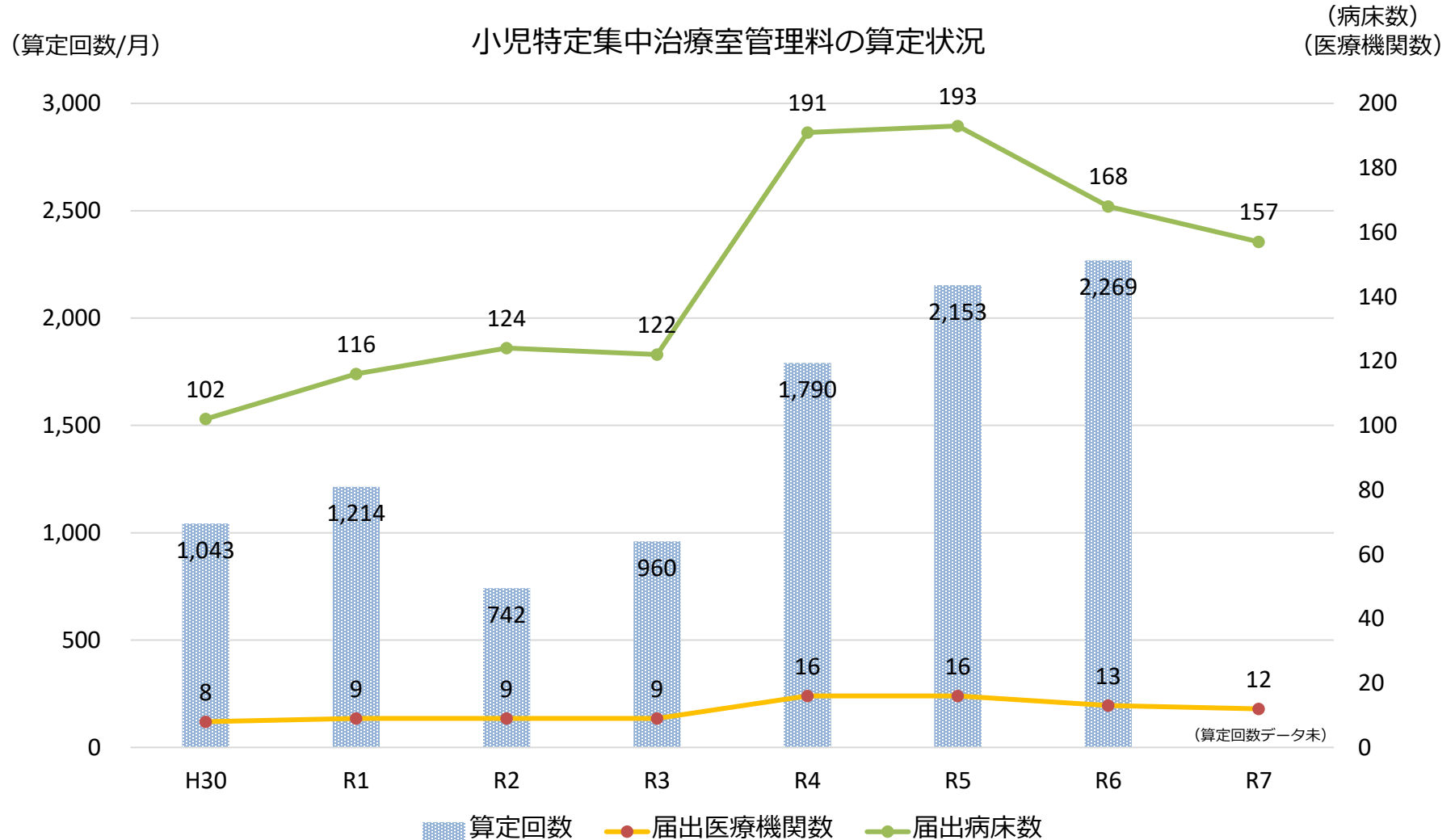
- ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関でA300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料を算定するものに限る）が直近1年間に20名以上であること。
- イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関でC004救急搬送診療料を算定したものに限る）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く）のものに限る）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない）が30名以上）であること。
- ウ 当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の変遷

	改定内容	7日以内	8日以上
平成22年	救命救急入院料と特定集中治療室管理料に 小児加算を新設		
平成24年	小児特定集中治療室管理料の新設	15,500点	13,500点 (～14日)
平成26年	転院搬送に関する施設基準の見直し	15,752点	13,720点 (～14日)
平成28年	算定日数上限の見直し	15,752点	13,720点
平成30年	小児慢性特定疾病の対象患者については 対象年齢を20歳未満まで拡大	15,752点	13,720点
令和 2 年	主な改定なし	16,317点	14,211点
令和 4 年	先天性心疾患手術患者に関する 施設基準と算定上限日数の見直し	16,317点	14,211点
令和 6 年	臓器移植患者に関する 算定上限日数の見直し	16,362点	14,256点

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の算定状況

- 令和4年に算定回数、届出医療機関数ともに増加したが、令和6年に減少している。



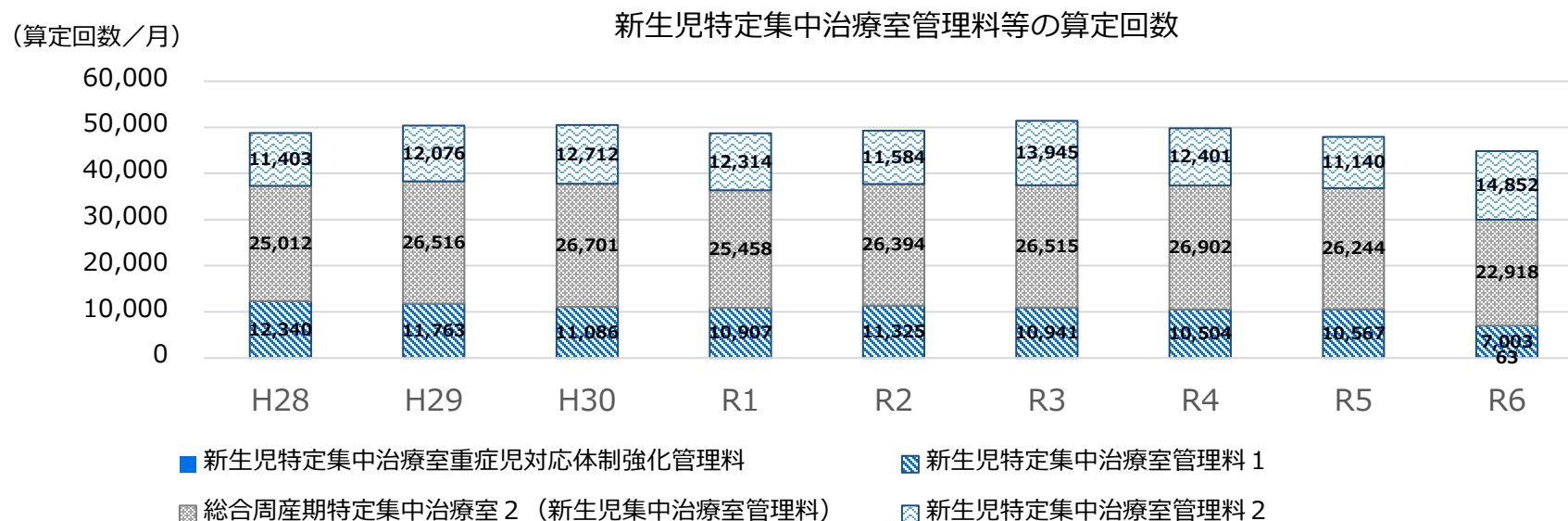
新生児特定集中治療室（NICU）の概要

	A302-2 新生児特定集中治療室 重症児対応体制強化管理料 14,539点（1日につき）	A303 総合周産期特定集中 治療室管理料 2（新生児集 中治療室管理料） 10,584 点（1日につき）	A302 新生児特定集中 治療室管理料 1 10,584点（1日につき）	A302 新生児特定集中 治療室管理料 2 8,472 点（1日につき）
算定対象	<対象患者>次に掲げる状態であって、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた新生児 ア 体外式膜型人工肺を実施している状態、イ 腎代替療法を実施している状態、ウ 交換輸血を実施している状態、エ 低体温療法を実施している状態、オ 人工呼吸器を使用している状態（出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。）、カ 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態、キ 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態、ク 開胸手術、開頭手術、開腹手術等後に人工呼吸器を使用している状態、ケ 新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態（合併症として発生した感染症は除く。） （算定上限日数） NICU又はGCUに入室した日から7日間		<対象患者>次に掲げる状態にあつて、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた新生児 ア 高度の先天奇形、イ 低体温、ウ 重症黄疸、エ 未熟児、オ 意識障害又は昏睡、カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、キ 急性心不全（心筋梗塞を含む）、ク 急性薬物中毒、ケ ショック、コ 重篤な代謝障害、サ 大手術後、シ 救急蘇生後、ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態 （算定上限日数） 21日 ただし、以下の場合を除く 出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児：（35日） 出生時体重1000～1499g：（60日） 出生時体重1000g未満：（90日） 出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児：（105日） 出生時体重500g未満であって慢性肺疾患の新生児：（110日）	
医師の配置	○ 宿日直ではない専任の医師（新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む）が常時、治療室内に勤務		○ 宿日直ではない専任の医師が常時、治療室内に勤務	
看護師の配置	○ 助産師又は看護師の数は常時2対1以上		○ 助産師又は看護師の数は常時3対1以上	
構造設備等	○ 1床あたり7平方メートル以上 ○ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい ○ 救急蘇生装置等の装置及び器具を常備 ○ 自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能			
その他	○ 新生児特定集中治療室管理料1又は総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）を届け出ている病室であること		○ 医療安全対策加算1を届け出ていること	
	○ 出生体重750g未満の新生児の新規入院患者数が直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が6件以上 ○ 直近1年間経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する新規入院患者数が30件以上		○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数が直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が6件以上	
	○ 医療機関に常勤の臨床工学技士が配置され、緊急時には常時対応できる体制 ○ 医療機関に公認心理師が配置		○ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターであること ○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること	
			—	○ 出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数が直近1年間で30件以上

新生児特定集中治療室管理料等の算定回数の推移

○ 新生児特定集中治療室管理料等の算定回数は横ばいで推移している。

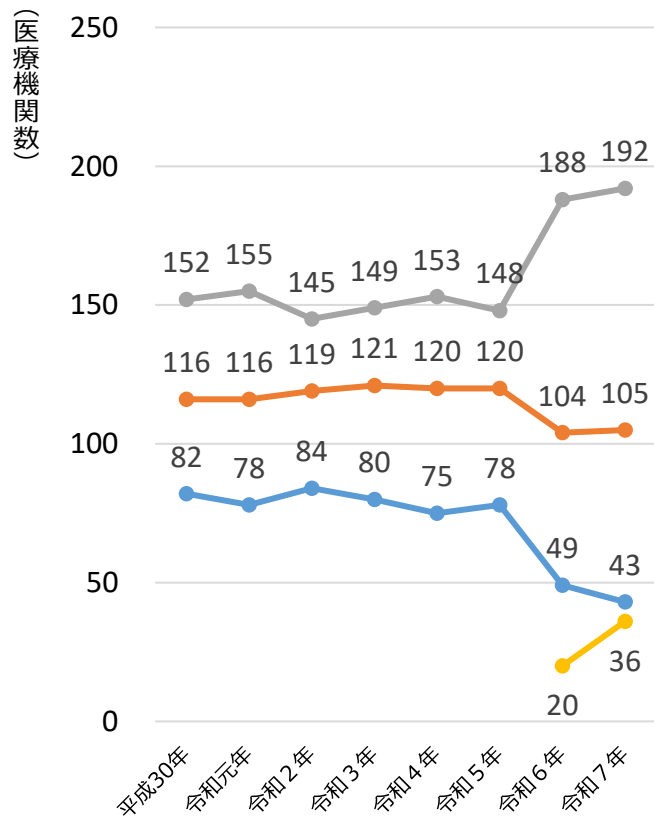
	これまでの主な改定内容	強化管理料	管理料 1 総合周産期 2	管理料 2
平成22年	新生児特定集中治療室管理料 2 の新設		10,000点	6,000点
平成26年	一部の先天奇形等を有する患者に対する算定日数上限の見直し 各管理料に対する受入実績等に関する基準の新設		10,714点	8,109点
平成28年	先天性心疾患を有する児に対する 算定日数上限の見直し		10,174点	8,109点
令和4年	慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対する 算定日数上限の見直し		10,539点	8,434点
令和6年	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設 宿日直を行う医師に関する要件の明確化	14,539点	10,584点	8,472点



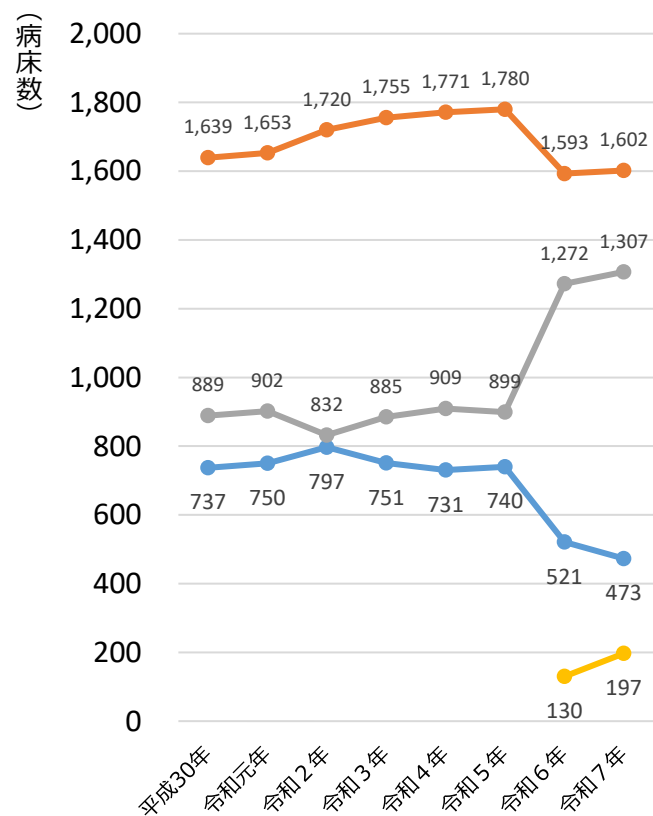
新生児特定集中治療室管理料等の届出状況等

- 新生児特定集中治療室管理料 1 及び新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数は、令和 6 年に大きく減少した。
- 新生児特定集中治療室管理料 2 の届出医療機関数及び病床数は、令和 6 年に大きく増加した。

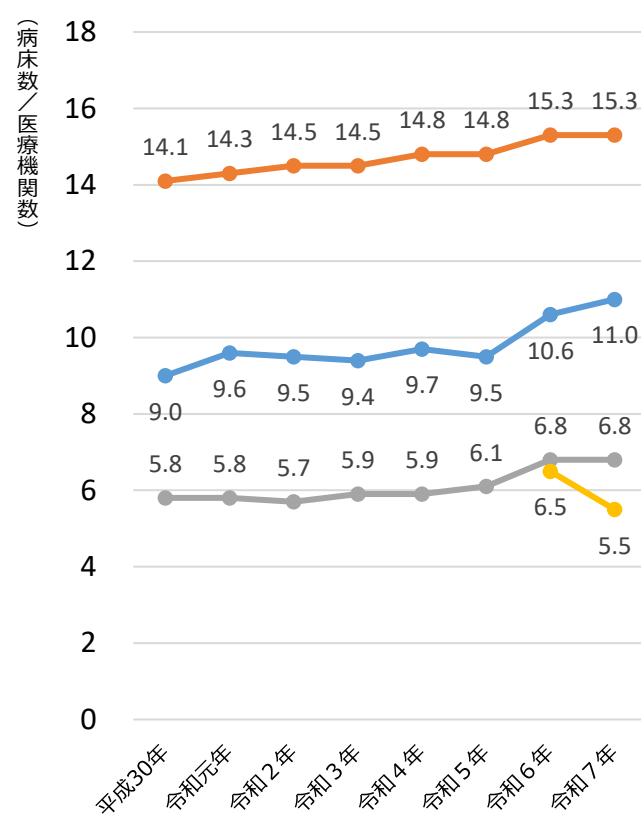
届出医療機関数 (※)



届出病床数



一施設あたり届出病床数



● 新生児特定集中治療室管理料 1

● 新生児特定集中治療室管理料 2

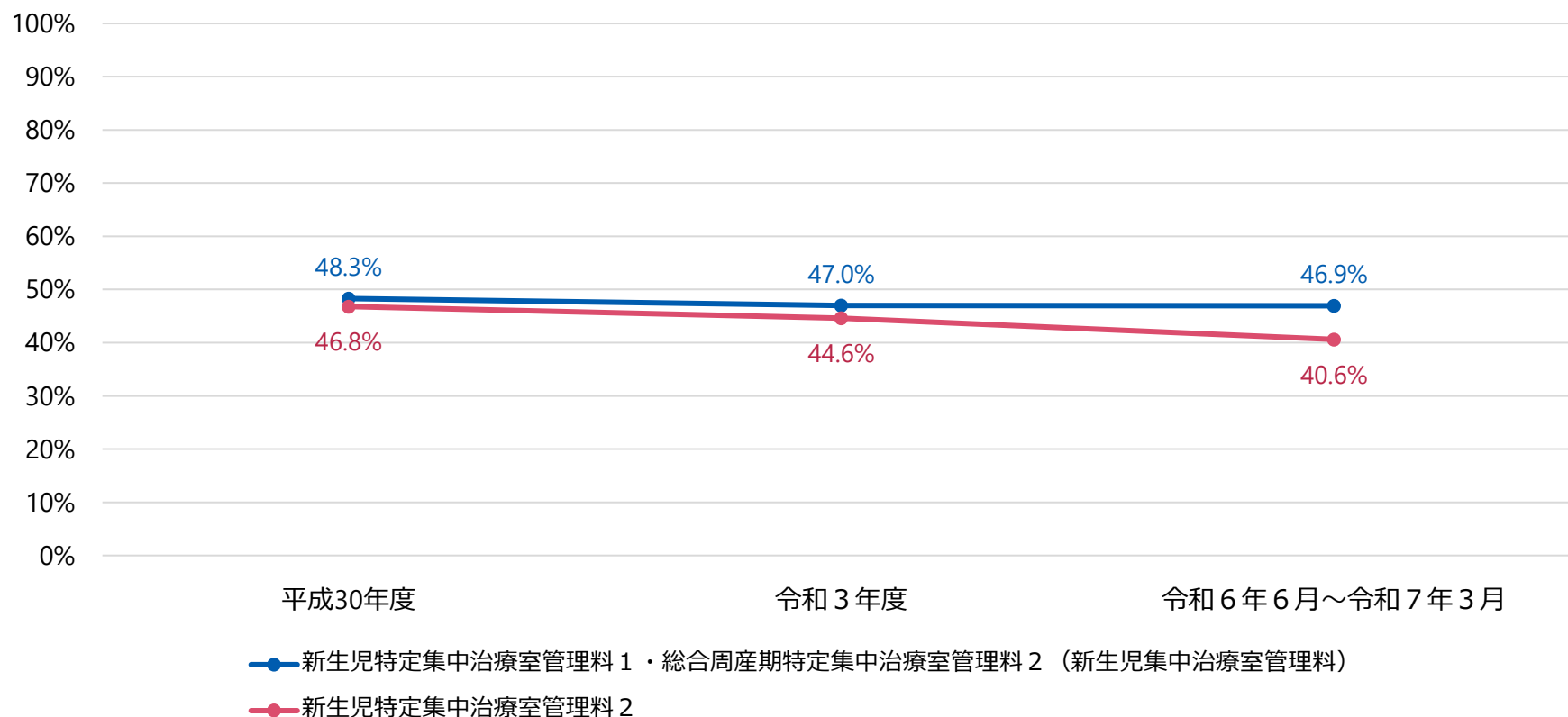
● 総合周産期特定集中治療室管理料 2 (新生児集中治療室管理料)

● うち新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

新生児特定集中治療室管理料等届出病床当たりの入院患者数の割合

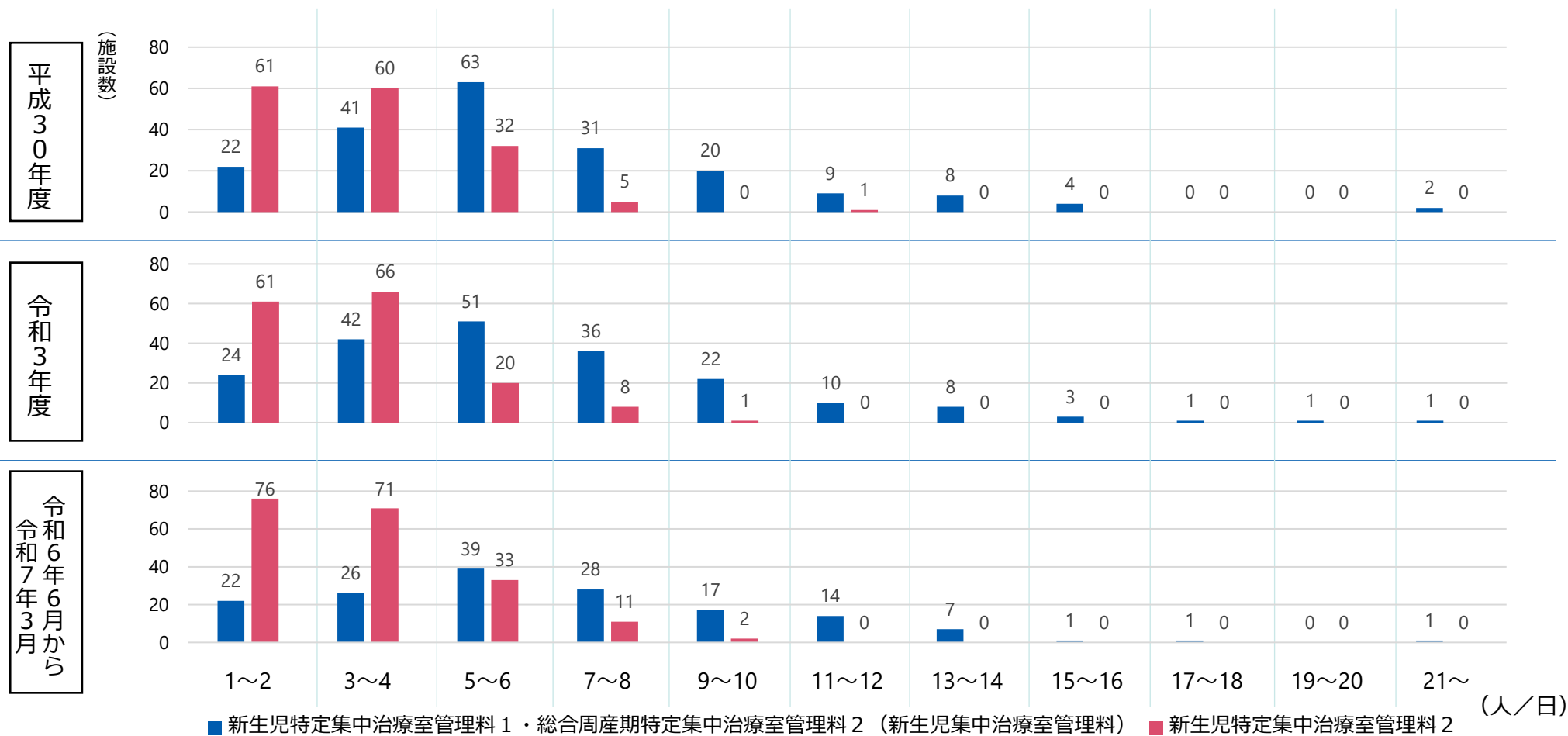
- 新生児特定集中治療室管理料等届出病床当たりの入院患者数の割合（新生児特定集中治療室管理料等の「届出病床数」当たりの「1日当たり入院人数（入院料算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その平均を入院料ごとに示した）は、約4～5割程度であり、平成30年以降横ばいであった。新生児特定集中治療室管理料1等では、新生児特定集中治療室管理料2よりもその割合が高かった。

新生児特定集中治療室管理料等届出病床の入院患者数の割合



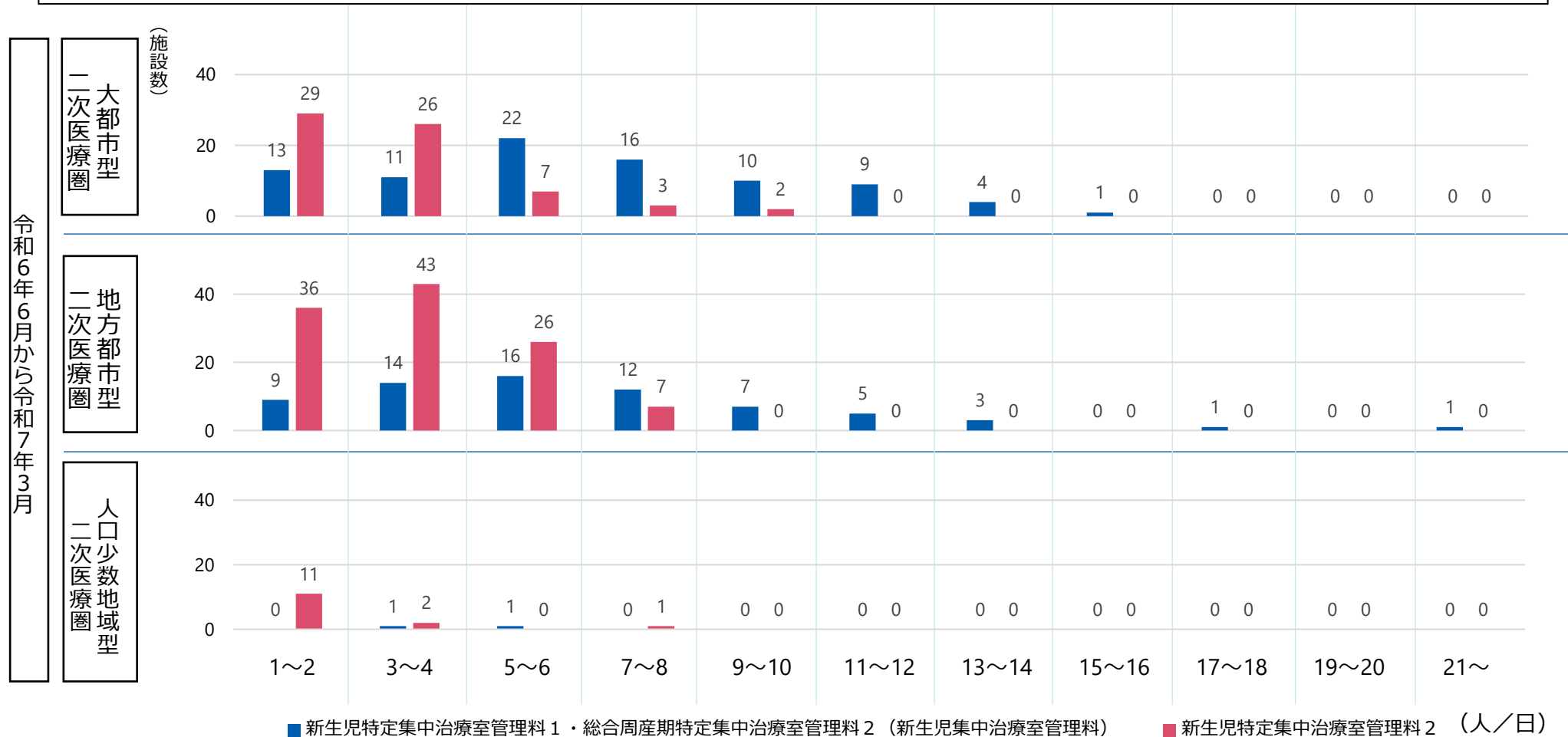
新生児の1日当たり入院人数の施設分布（年次推移）

- 新生児特定集中治療室管理料等を算定する新生児について、対象期間の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその分布を示したものは以下のとおり。
- 1日当たりの入院人数が1～6人程度である施設が最も多かった。



新生児の1日当たり入院人数の施設分布（地域別）

- 新生児特定集中治療室管理料等を算定する新生児について、「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その所在する二次医療圏の区分と、算定する入院料で分類した。人口少数地域型二次医療圏では、1日当たり入院患者数が少ない傾向があり、また、新生児特定集中治療室管理料2を算定する医療機関がほとんどであった。



出典：DPCデータ ※期間中、同一医療機関に複数入院料の算定がある場合はそれぞれに算入。入院人数の小数点以下は切り上げ。

- ・二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）
- ・「大都市型」人口100万人以上、又は人口密度2,000人/km²以上（n=48）・「地方都市型」人口100万人未満20万人以上、又は人口10~20万人かつ人口密度が200人/km²以上（n=155）
- ・「人口少数地域型」上記以外（n=127） ※人口・人口密度は、令和2年国勢調査による。

新生児の1日当たり施設ごと入院人数の月次推移

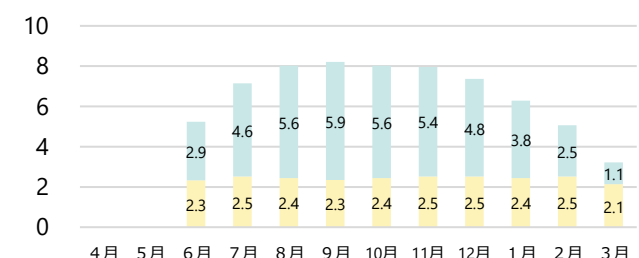
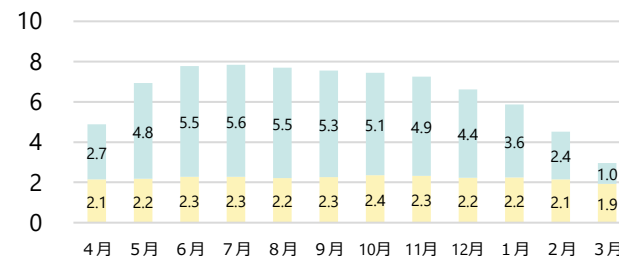
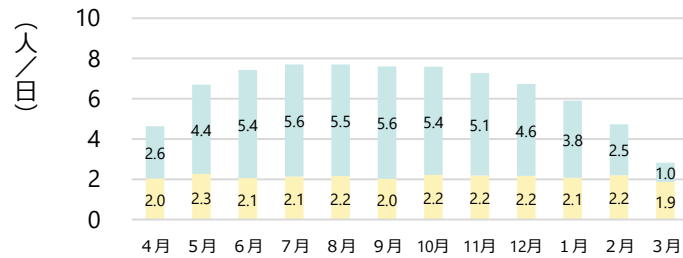
- 新生児特定集中治療室管理料等を算定する新生児について、毎月の1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその平均を示したものは以下のとおり。
- 入院人数は、2月から4月において減少する傾向があった。

平成30年度

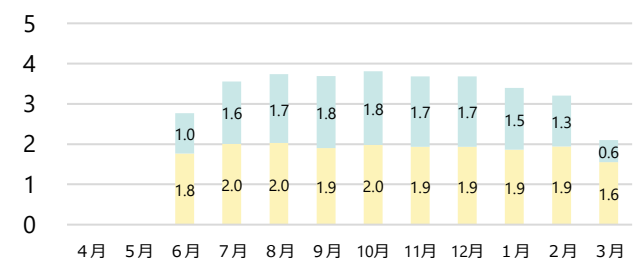
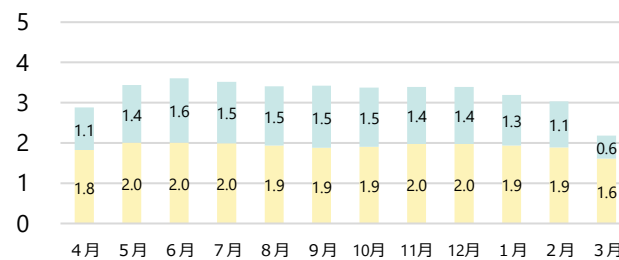
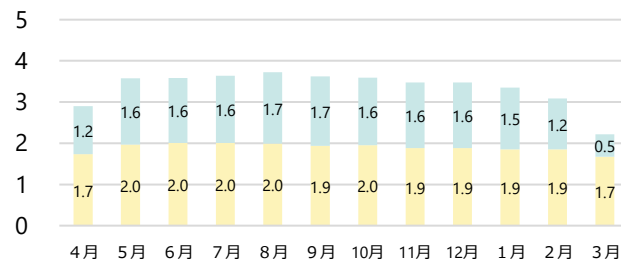
令和3年度

令和6年度

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）



新生児特定集中治療室管理料2



■ 新生児 ■ 新生児以外の乳児

出典：DPCデータ

※期間中、同一医療機関に複数入院料の算定がある場合はそれぞれに算入。

※新生児特定集中治療室管理料等の算定上限日数は原則として21日であるが、一部の低出生体重児については、21日を超えて算定可能（最大110日）。

出産前後の母体・胎児・新生児の特定集中治療室管理

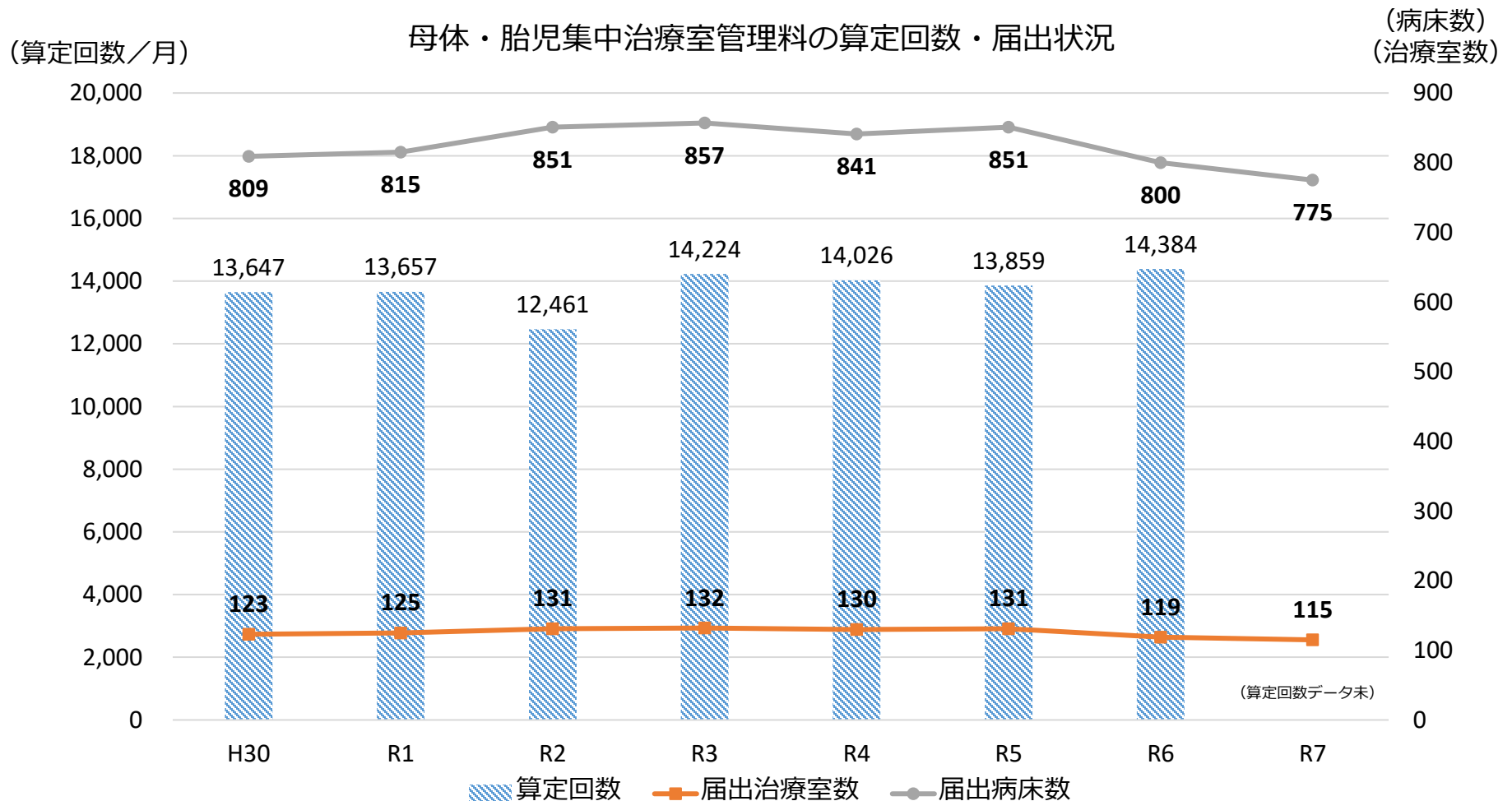
総合周産期特定集中治療室管理料

- リスクの高い妊産婦（産褥婦を含む）や集中治療室管理が必要な新生児に対して、出産前後の母体・胎児・新生児の一貫した特定集中治療室管理を行うことを評価。

	母体・胎児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料 1)	新生児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料 2)
評価	7,417点（1日につき・14日を限度）	10,584点（1日につき・新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と通算して21日を限度）
対象	合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流早産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常等のため、母体又は胎児に対するリスクの高い妊産婦（産褥婦）	高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害、急性呼吸不全、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後などの状態にある新生児
要件	上記の対象に対して、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に算定。	
施設基準	- 以下のいずれかを満たすこと。 ① 宿日直でない専任の医師が常時治療室内に勤務している。 ② 産科医師（宿日直可）が常時医療機関内に2名勤務。1名は治療室専任。	宿日直でない専任の医師が常時治療室内に勤務している。
	- 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかである。 - 集中治療室管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している。 - 自家発電装置を有しており、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できる。 - 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。 - 当該治療室勤務の医師／看護師は、同時時間帯は治療室以外での勤務・宿日直／夜勤を併せて行わない。 - 医療安全対策加算1を届け出ている。	
	- 専用の治療室内に1床あたり15㎡以上の病床を3床以上設置。 - 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、心電計、呼吸循環監視装置、分娩監視装置、超音波診断装置	- 専用の治療室内に1床あたり7㎡以上の病床を6床以上設置。 - 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器
	帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に、医師その他の各職員が配置されていること。	- 次のいずれかの基準を満たしていること。 - ア 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者が4件以上。 - イ 直近1年間の当該治療室の患者に対する開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上。

母体・胎児集中治療室管理料の算定回数・届出状況

- 母体・胎児集中治療室管理料（MFICU管理料）の届出治療室数・病床数は、近年横ばいであったが、令和6年に減少した。算定回数は、令和2年に一時的に減少したが、令和3年に増加した。



出典：
 (届出治療室数・届出病床数) 保険局医療課調べ (各年7月1日時点の届出状況)
 (算定回数) 社会医療診療行為別統計 (令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分)

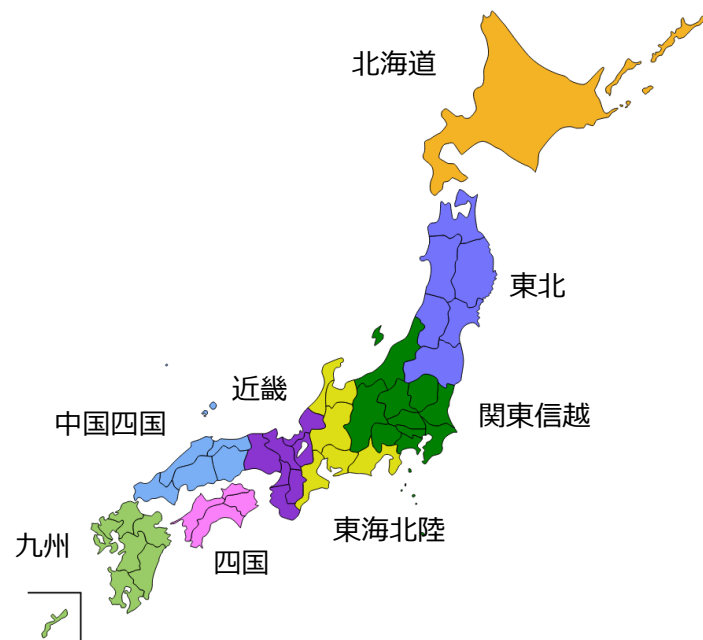
母体・胎児集中治療室管理料の地域別変化

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出治療室数は、令和４年７月から令和６年７月にかけて、全国で11治療室減少している。
- 地域区分別では、「東北」で４治療室、「近畿」で３治療室、それぞれ減少しているほか、「関東信越」では１治療室増加している。

令和４年７月と令和６年７月の
母体・胎児集中治療室管理料の届出治療室数の地域別変化

地域区分	令和４年７月	令和６年７月	増加	減少	増加－減少
北海道	4	4	1	1	0
東北	10	6	0	4	-4
関東信越	41	42	2	1	+1
東海北陸	19	17	0	2	-2
近畿	27	24	0	3	-3
中国	7	5	0	2	-2
四国	4	4	0	0	0
九州	18	17	0	1	-1
合計	130	119	3	14	-11

(参考) 全国地方厚生（支）局の管轄地域



2024年6月（診療報酬改定）前後でのMFICU管理料の算定状況に対するアンケート調査

総合周産期 102施設（加盟施設中97%の回答、加盟施設 105施設/総合C 112施設）

（前回調査）今まで、母体・胎児集中治療室管理料を算定できていましたか？（n=104）

算定不可：8施設（8%） 算定可能：96施設（92%）

（今回調査）診療報酬改定後、母体・胎児集中治療室管理料を算定できていますか？（n=102）

算定不可：18施設（18%） 算定可能：要件① 29施設、要件② 45施設、要件①と②のハイブリッド 10施設

今まで算定できていない8施設は、今回全て算定不可

今まで算定できていた94施設のうち、今回算定不可の施設は10施設（11%）

今回、算定できない理由（今まで算定できていた施設）

- ・ 人数不足
- ・ 人員的に算定要件を満たす勤務体系の構築が不可能であるため
- ・ 当直を2人おいたり待機おくマンパワーがない
- ・ 維持するための医師数が足りない
- ・ 業務上2名当直が不可のため
- ・ 医師の配置要件を満たせない
- ・ 夜間休日のMFICU勤務が宿日直のため
- ・ 算定基準を満たせないため
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料の施設要件①②とも満たすことが不可能なため

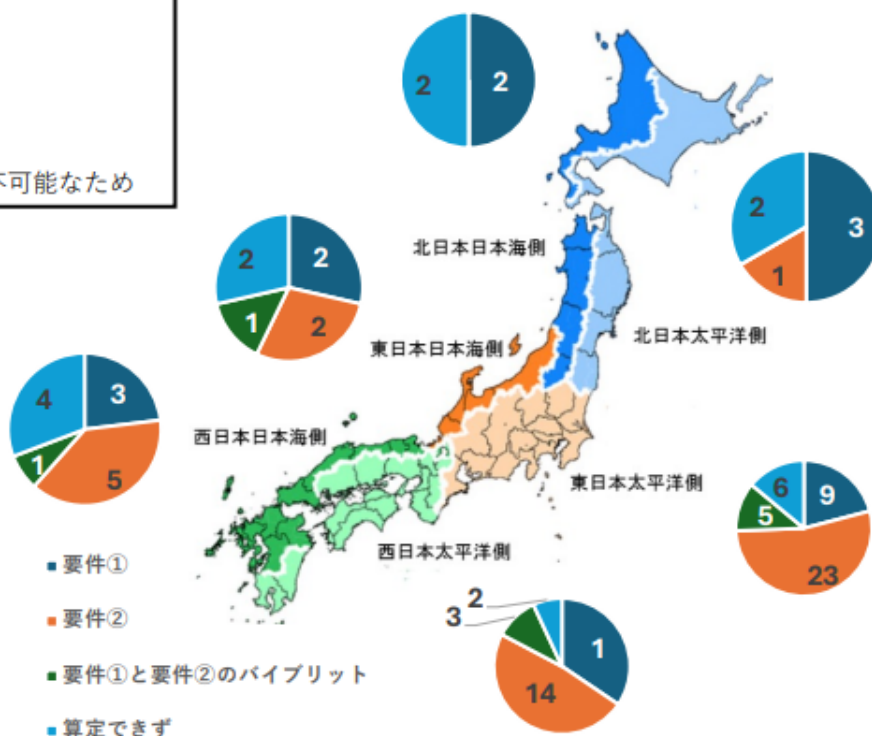
アンケート調査後に算定を返上した施設がさらに2施設

→合計で20施設がMFICU管理料の算定ができていない

算定可能施設ゼロは11県

新たに算定できなくなった主要な理由は、MFICU6床以下の比較的小規模な施設が、今回新たに算定要件の①に追加された「当該専任医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」という人員配置要件に対応できないことであることが判明している（夜間、時間外2名以上配置可能で要件②で対応できる比較的大規模施設は、すべて算定できている）

- ・ 急激に進行する少子化により地方での分娩数の減少
- ・ 周産期領域の人員不足
- ・ 働き方改革の厳格化により人員増が必要
- ・ 今後、少子化の進行と診療報酬両面からの収入減少により現状維持困難が危惧される

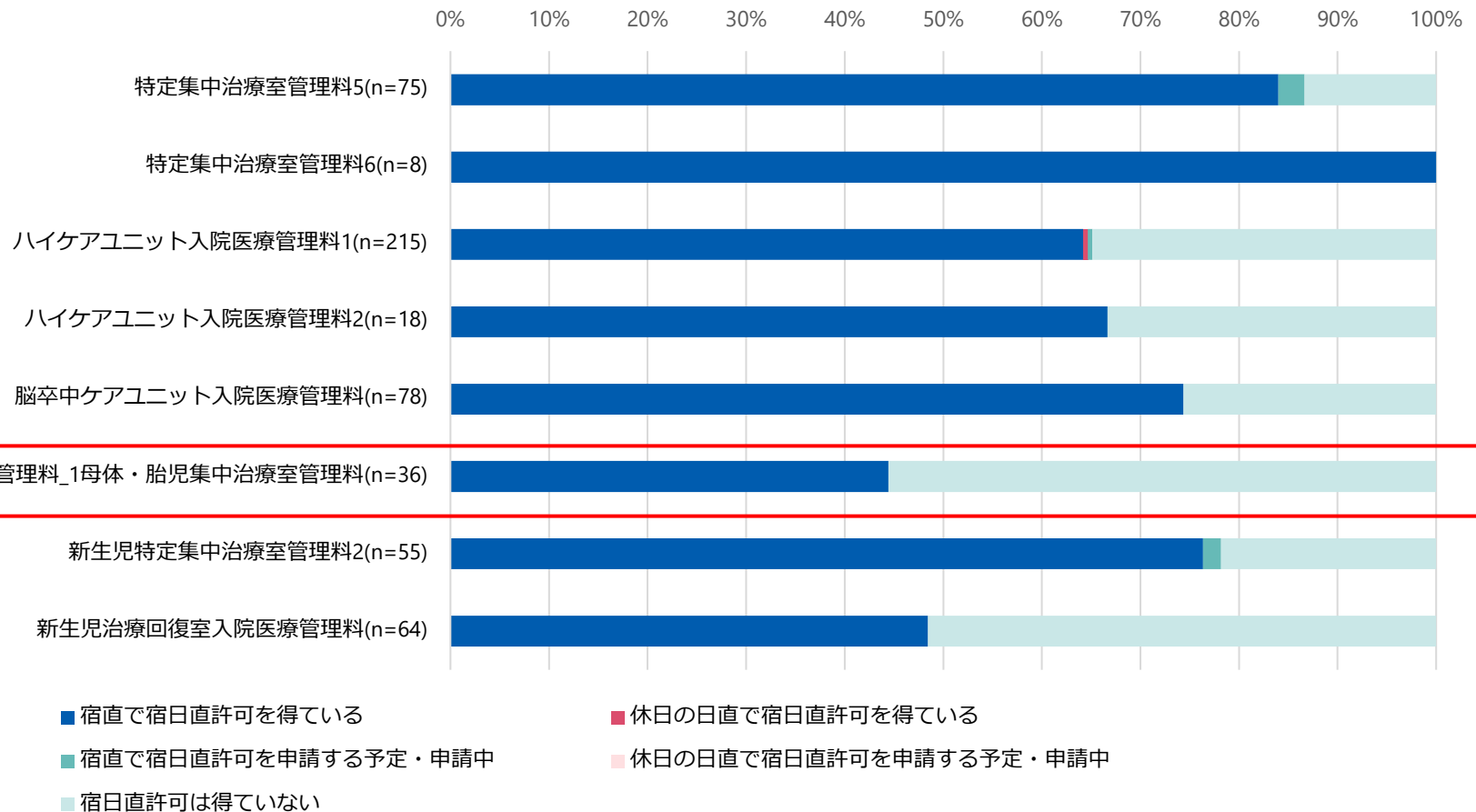


特定入院料を算定する治療室における宿日直許可の取得状況

診調組 入ー1
7 . 5 . 2 2

- 専任の医師が宿日直を行う医師でもよい治療室における宿日直許可取得状況は以下のとおり。
- 多くの治療室において、宿直での宿日直許可を得ており、特に「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室で多い傾向があった。

宿日直許可の取得状況



周産期医療の体制構築に係る指針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（抜粋）

（令和5年医政地発0331第14号）

周産期医療の体制構築に係る指針

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

（2）各医療機関と連携

③ 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

（ウ）職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

b 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね 30 分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員

④ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

（エ）職員

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めること。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うこと。

a MFICU

(a) 24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）の医師が当該医療施設内に勤務していること。

(b) MFICU の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。

※下線は引用時に付記

周産期医療の体制構築に係る指針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（抜粋）
（令和5年医政地発0331第14号）

周産期医療の体制構築に係る指針

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(2) 各医療機関と連携

③ 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

ア 目標

- ・ 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- ・ **24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）**に対応すること

イ 医療機関に求められる事項

(ア) 機能

b 地域周産期母子医療センターは、**地域周産期医療関連施設等からの救急搬送**や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること。

④ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

(ア) 機能

a 総合周産期母子医療センターは、相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、**常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し**、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定すること

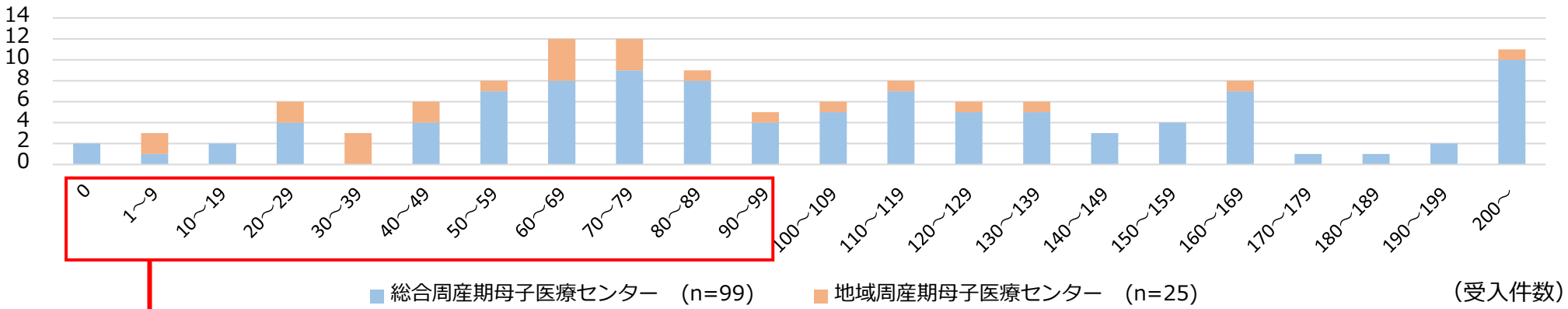
b 総合周産期母子医療センターは、**地域周産期医療関連施設等からの救急搬送**を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること。

母体搬送受入件数

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出医療機関における母体搬送受入件数の分布は以下のとおり。
- 母体搬送受入件数が「0件」の施設は、「関東信越」に所在しており、「1～9件」の施設は、それぞれ「関東信越」「東海北陸」「近畿」に1施設ずつ所在していた。

(施設数)

母体搬送の受入総件数



受入件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

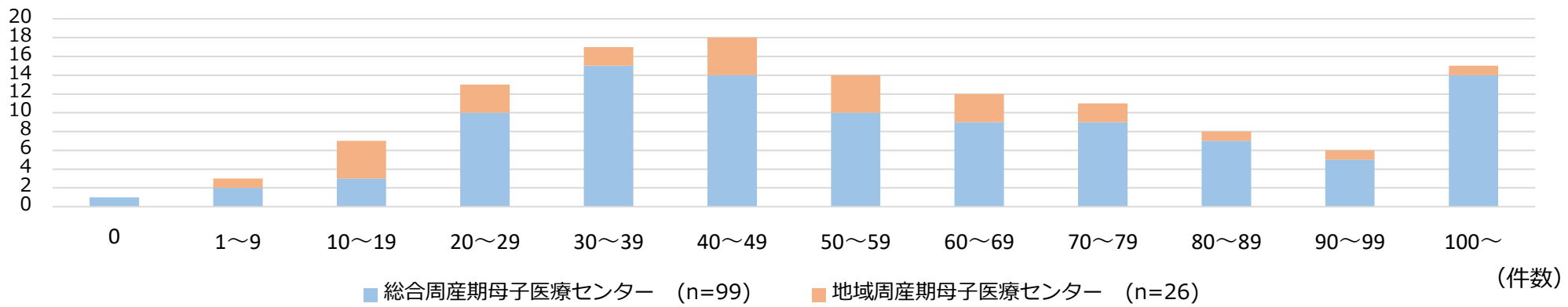
	0	1～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～99	(件数)
北海道	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
東北	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	
関東信越	2	1	0	3	1	1	2	4	6	0	2	
東海北陸	0	1	0	0	0	1	1	3	0	2	1	
近畿	0	1	0	1	1	2	2	3	3	2	0	
中国	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	
四国	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	
九州	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	
合計	2	3	2	6	3	6	8	12	12	9	5	(施設)

多胎妊娠分娩件数

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出医療機関における多胎妊娠分娩件数の分布は以下のとおり。
- 多胎妊娠分娩件数が「0件」の施設は、「関東信越」に所在しており、「1～9件」の施設は、それぞれ「北海道」「東北」「九州」に1施設ずつ所在していた。

(施設数)

多胎妊娠分娩件数

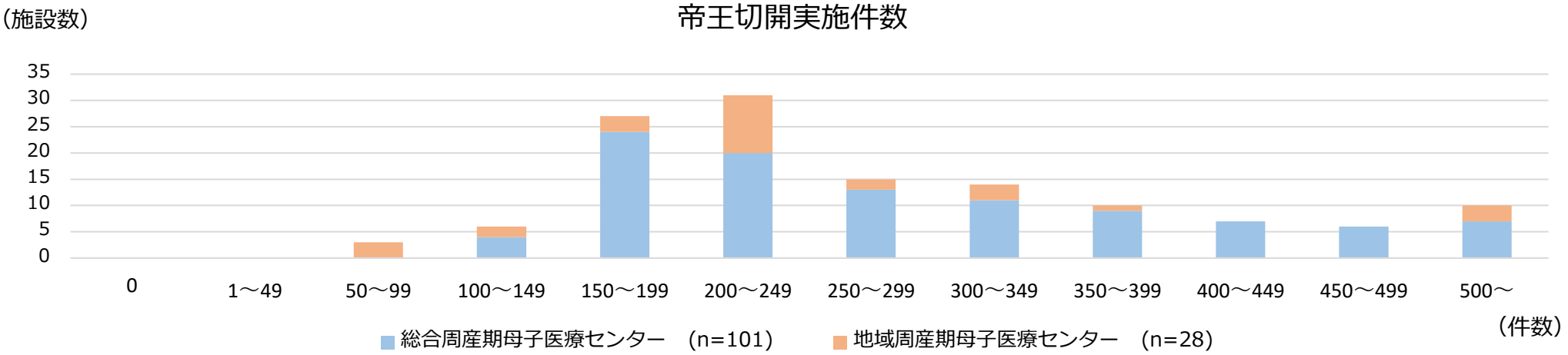


分娩件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

	0	1～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～99	100～	(件数)
北海道	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	
東北	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	1	
関東信越	1	0	1	1	6	7	5	6	4	2	2	7	
東海北陸	0	0	3	2	3	2	0	1	1	2	1	3	
近畿	0	0	3	4	2	4	3	1	2	2	2	2	
中国	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	0	
四国	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	
九州	0	1	0	1	2	2	3	1	2	1	1	1	
合計	1	3	7	13	17	18	14	12	11	8	6	15	(施設数)

帝王切開実施件数

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の医療機関施設における帝王切開実施件数の分布は以下のとおり。
- 帝王切開実施件数が49件以下である施設はなく、「50～99件」である施設は「北海道」「東海北陸」「近畿」に1施設ずつ所在していた。



実施件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

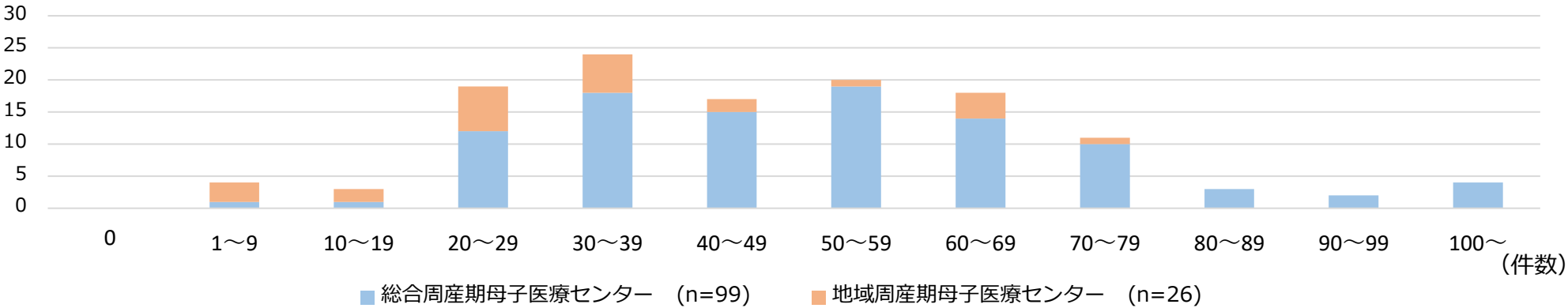
	0	1～49	50～99	100～149	150～199	200～249	250～299	300～349	350～399	400～449	450～499	500～	(件数)
北海道	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	
東北	0	0	0	2	4	0	0	1	0	1	0	0	
関東信越	0	0	0	1	5	11	4	9	2	3	1	6	
東海北陸	0	0	1	2	2	4	1	1	3	1	3	1	
近畿	0	0	1	0	7	7	4	2	1	2	1	2	
中国	0	0	0	1	2	2	1	0	1	0	0	0	
四国	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	
九州	0	0	0	0	6	2	4	1	1	0	1	1	
合計	0	0	3	6	27	31	15	14	10	7	6	10	(施設数)

分娩時週数33週以下の分娩件数

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出医療機関における分娩時週数33週以下の分娩件数の分布は以下のとおり。
- 分娩時週数33週以下の分娩件数が0件である施設はなく、「1～9件」である施設は「北海道」「東海北陸」に1施設ずつ、「近畿」に2施設所在していた。

(施設数)

分娩時週数33週以下の分娩件数



分娩件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

	0	1～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～99	100～	(件数)
北海道	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	
東北	0	0	0	0	1	3	2	1	1	0	0	0	
関東信越	0	0	0	5	9	7	9	7	2	0	0	3	
東海北陸	0	1	1	1	3	4	3	2	2	0	1	0	
近畿	0	2	0	4	6	1	3	4	2	2	1	0	
中国	0	0	0	3	1	0	0	1	2	0	0	0	
四国	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
九州	0	0	0	3	3	1	2	3	1	1	0	1	
合計	0	4	3	19	24	17	20	18	11	3	2	4	(施設数)

母体・胎児集中治療室管理を要する状態

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の算定対象となる患者は以下のとおり。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）令和6年3月5日保医発0305第4号（抜粋）

A303 総合周産期特定集中治療室管理料

「1」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。

- ア 合併症妊娠
- イ 妊娠高血圧症候群
- ウ 多胎妊娠
- エ 胎盤位置異常
- オ 切迫流早産
- カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

※下線は引用時に付記

産科異常出血への対応

- 産科異常出血のリスク因子は、分娩前から存在する因子と分娩の経過の中で認められる因子が含まれるほか、産科異常出血を起こす患者の約20%にはリスク因子が認められないものとされている。また、一部の重症例は、高次周産期施設での管理が必要とされている。

日本産婦人科医会 研修ノートNo.103「産科異常出血への対応」（抜粋）

(1) 予防

(中略)

1) 産科異常出血のリスク評価

・産科異常出血のリスク因子を表2に示す。産科異常出血のリスク因子には分娩前から存在する因子と分娩の経過の中で認められる因子が含まれる。

・しかしながら、これらの危険因子を持たない妊婦にも産科異常出血が発生する可能性があり、産科異常出血を起こす患者の約20%にはリスク因子が認められない。

・妊娠中には危険因子を持たない妊婦でも、長時間の陣痛や絨毛羊膜炎などの分娩経過により産科異常出血を起こす可能性があるため、妊娠中および分娩での入院時に母体のリスク評価を実施するのみならず、分娩経過中または分娩後の他のリスク要因の発生についても継続的に評価し母体のリスクを修正する必要がある。

(中略)

(3) 高次施設への搬送のタイミングと注意点

(中略) SI（注：ショックインデックス＝心拍数/収縮期血圧）:1.5以上は高次周産期施設での管理が必要となる。

表 2. 産後異常出血のリスク因子

分娩前	分娩時
・ PPH の既往(再発率：8～10%) ・ 初産婦 ・ 多産婦 ・ 年齢 30 歳以上 ・ 帝王切開既往，子宮手術既往 ・ 胎盤付着部異常 ・ 分娩前からの出血 ・ 子宮筋の過伸展 多胎妊娠，羊水過多，巨大児 ・ 子宮筋腫 ・ 子宮奇形 ・ 妊娠高血圧腎症 ・ 母体低体重 元の循環血液量が少ないため ・ 肥満(BMI > 35) ・ 貧血 ・ 凝固異常 先天性 遺伝性凝固因子欠乏症など 後天性 抗血小板薬，抗凝固薬の使用	・ 急産(短時間での分娩) ・ 遷延分娩 ・ 絨毛膜羊膜炎 ・ 陣痛誘発・陣痛促進 ・ 硫酸マグネシウムの使用 ・ 妊娠高血圧腎症 ・ 外科的介入 会陰切開 器械分娩 帝王切開 ・ 胎盤遺残 ・ 胎児死亡

「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に関する要望

全国周産期医療（MFICU）連絡協議会

総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料の改正についてのお願い（要望書）（抜粋）

・「母体・胎児集中治療管理料（仮称）」の算定対象疾患を、以下のように改正する。（赤字部分が追加、修正箇所）

- ア. 合併症妊娠（精神疾患を含む）
- イ. 妊娠高血圧症候群
- ウ. 多胎妊娠
- エ. 胎盤位置異常
- オ. 切迫流早産
- カ. 胎児発育不全や胎児構造異常などの胎児異常を伴うもの
- キ. 分娩時異常出血
- ク. 産科危機的出血
- ケ. 妊産婦の呼吸循環不全を伴うもの

『総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料の改正についてのお願い（要望書）』
における各要望事項の要望理由について（抜粋）

・精神疾患を有する妊産婦の受入の重要性が増している。産褥の重症疾患のうち頻度が高く、妊産婦死亡の主要原因である産科危機的出血等の受入を円滑に進める必要があるため。

移行期医療

- 小児を中心とした医療から成人を対象とする医療に切り替えていくプロセスを「移行」といい、移行を行っている期間を「移行期」という。
- 移行期医療にあたっては、成人になっても良質の医療が継続されるようにすること等を目指すものとされている。

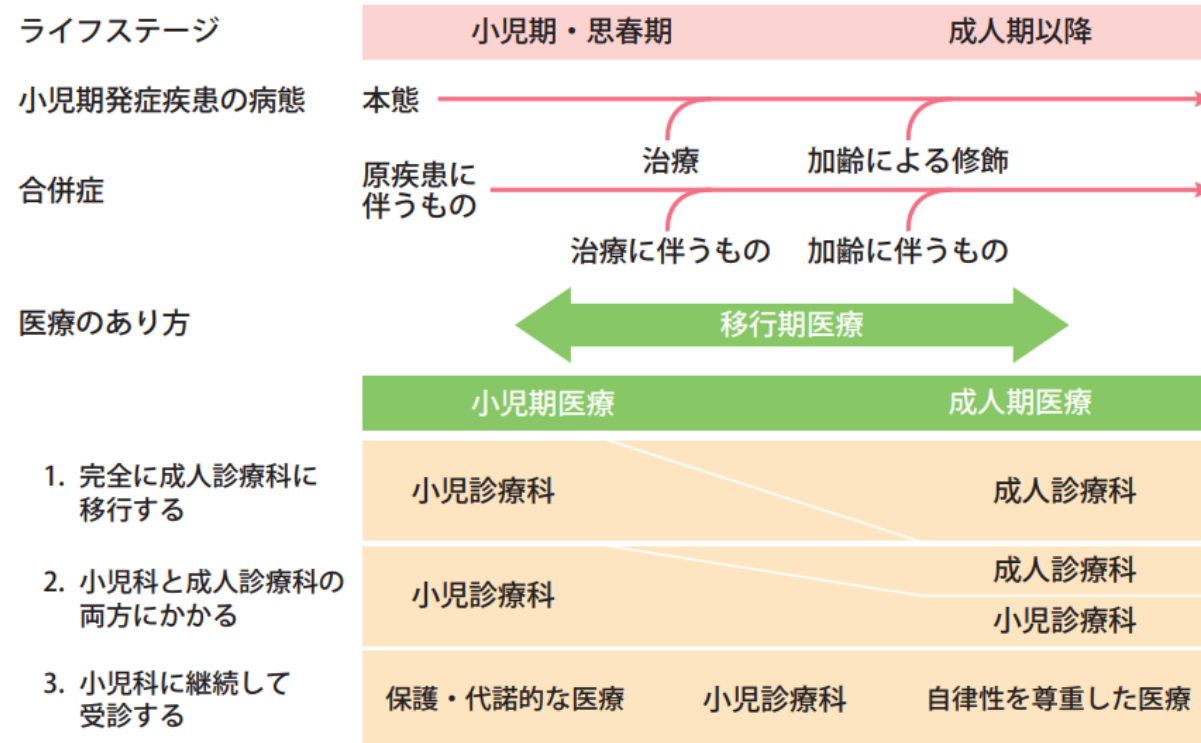


図. 日本小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」日児誌 118 (1) : 98-106, 2014

- **小児科以外の**医療機関に対して、「定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数」及び「小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数」を聞いたところ、いずれの区分においても、その人数は少数であった。

病院					四分位数					
	回答数	平均			25%Tile		中央値		75%Tile	
I 定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数	103	件	0.6	人	0	人	0	人	0	人
Ⅱ. I のうち、小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数	97	件	0.1	人	0	人	0	人	0	人

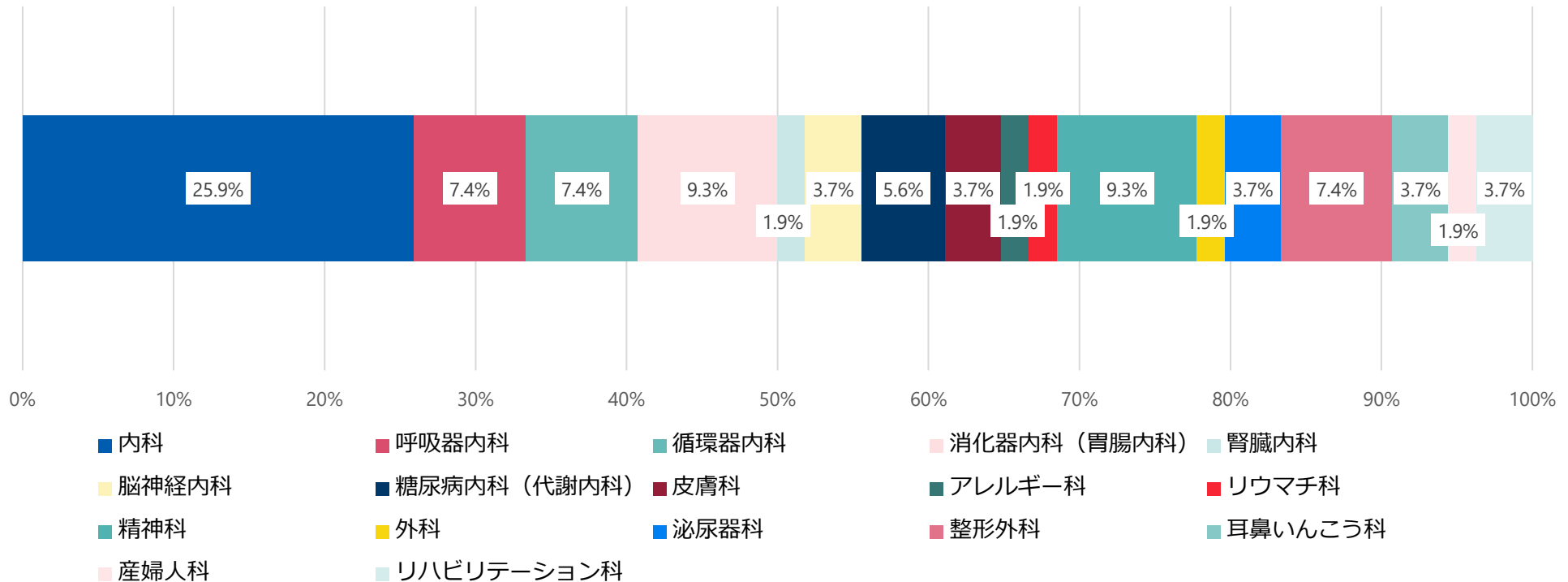
診療所					四分位数					
	回答数	平均			25%Tile		中央値		75%Tile	
I 定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数	584	件	2.3	人	0	人	0	人	0	人
Ⅱ. I のうち、小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数	501	件	0.1	人	0	人	0	人	0	人

成人移行期患者を受入経験のある主な診療科

診調組 入ー1
7 . 8 . 2 8

- 「定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数」が1名以上であった医療機関に対して、成人移行期にある患者を受け入れた経験のある主な診療科を聞いたところ、「内科」が最も多く25.9%であり、次いで「消化器内科」「精神科」が9.3%と多かった。

成人移行期にある患者を受け入れた経験のある主な診療科 (n=54)

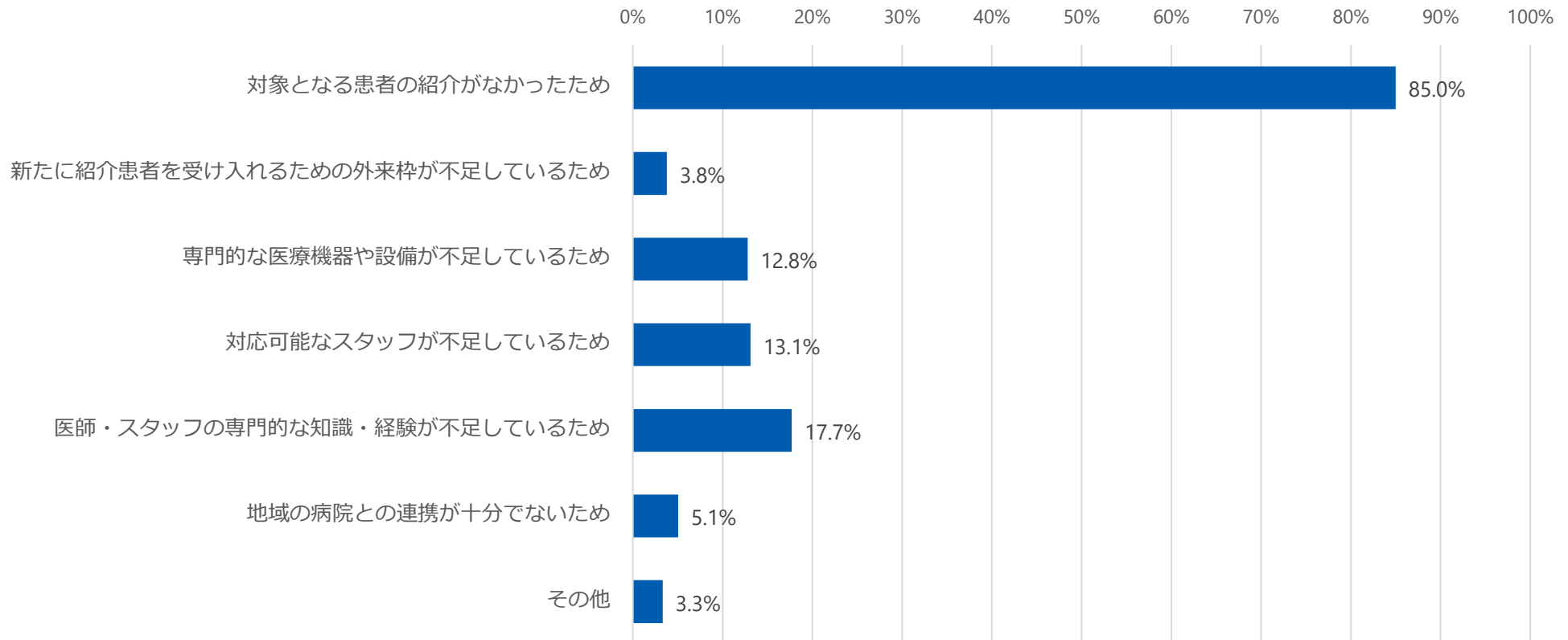


成人移行期にある患者を受け入れたことがない理由

診調組 入ー1
7 . 8 . 2 8

- 成人移行期にある患者を受け入れた経験がない医療機関に対して、その理由について聞いたところ、「対象となる患者の紹介がなかったため」が最も多く、次いで「医師・スタッフの専門的な知識・経験が不足しているため」「対応可能なスタッフが不足しているため」が多かった。

成人移行期にある患者を受け入れた経験がない理由（n=633）



小児科療養指導料・難病外来指導管理料

B001 5 小児科療養指導料 270点

小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。
ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

【算定留意事項通知】（抜粋）

小児科のみを専任する医師が作成する一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定する。治療計画を作成する医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

対象となる疾患・状態

脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、小児慢性特定疾病（小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児
出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満の者

B001 7 難病外来指導管理料 270点

入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

対象となる疾患

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病
「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患
「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年7月24日健医発第896号）に掲げる疾患

令和3年6月30日

小児慢性特定疾病と指定難病の指定状況について

- 平成31年4月時点で小児慢性特定疾病に指定されている756疾病のうち、指定難病にも指定されている疾病は、約半数（364疾病）となっている。

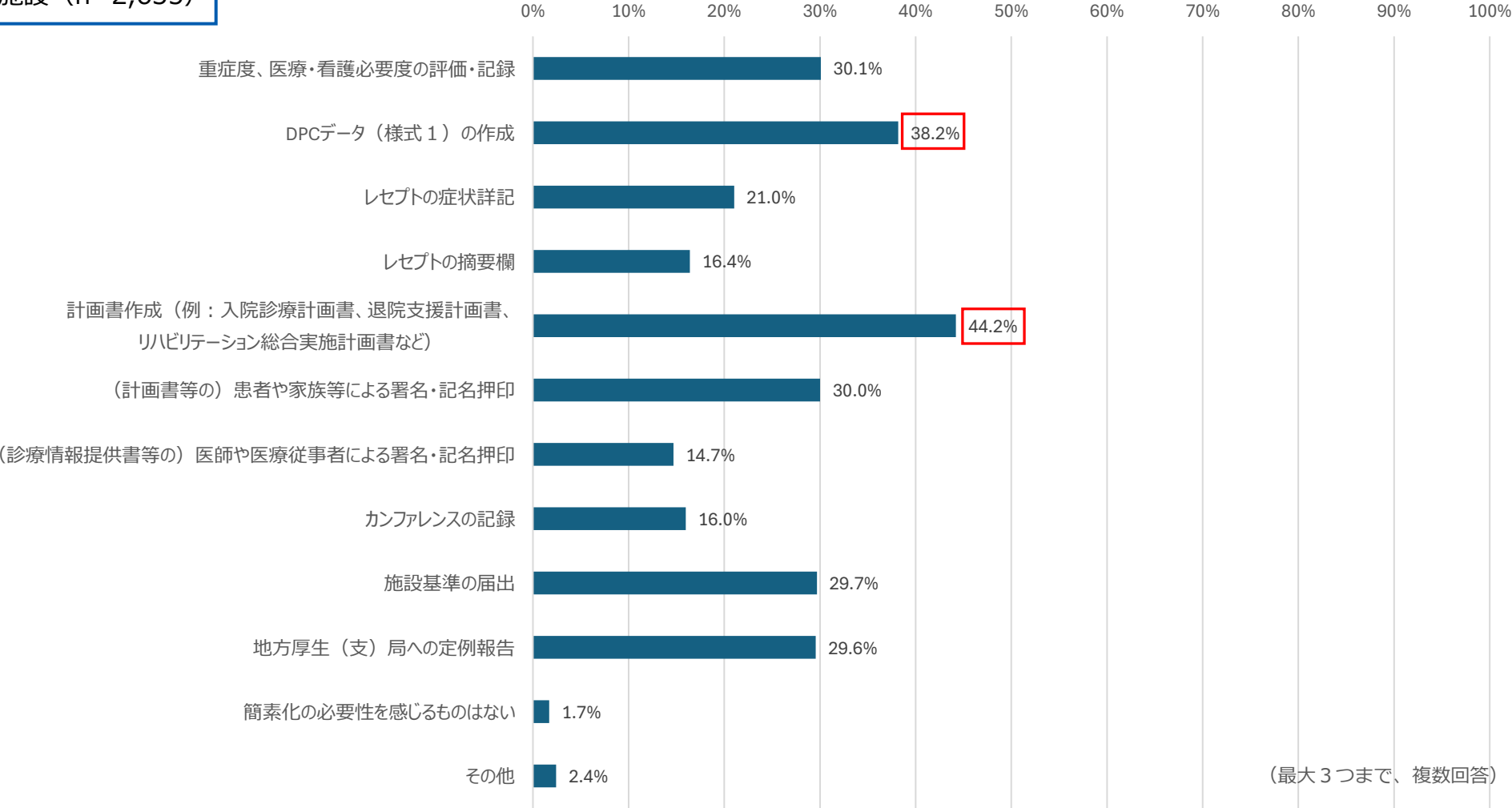
	疾患群	小児慢性特定疾病の 対象疾病数	左記のうち 指定難病にも該当する 疾病数
1	悪性新生物	86	0 (0%)
2	慢性腎疾患	44	17 (39%)
3	慢性呼吸器疾患	14	6 (43%)
4	慢性心疾患	92	22 (24%)
5	内分泌疾患	82	35 (43%)
6	膠原病	24	22 (92%)
7	糖尿病	6	1 (17%)
8	先天代謝異常	126	91 (72%)
9	血液疾患	49	15 (31%)
10	免疫疾患	49	45 (92%)
11	神経・筋疾患	75	55 (73%)
12	慢性消化器疾患	43	17 (40%)
13	染色体または遺伝子に変化を伴う症候群	31	22 (71%)
14	皮膚疾患	12	10 (83%)
15	骨系統疾患	16	4 (25%)
16	脈管系疾患	7	2 (29%)
	計	756	364 (48%) (※)

(※) 指定難病の告示病名の中には複数疾病を包含しているものがあり、1つの指定難病に複数の小児慢性特定疾病が該当することがあるため、現在の指定難病の告示病名数（331疾病）を上回った疾病数となっている。

(資料出所) 医薬基盤・健康・栄養研究所 秋丸裕司研究代表「厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患政策研究事業 難病対策の推進に寄与する実践的基盤提供にむけた研究 研究結果」より作成

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

施設（n=2,635）

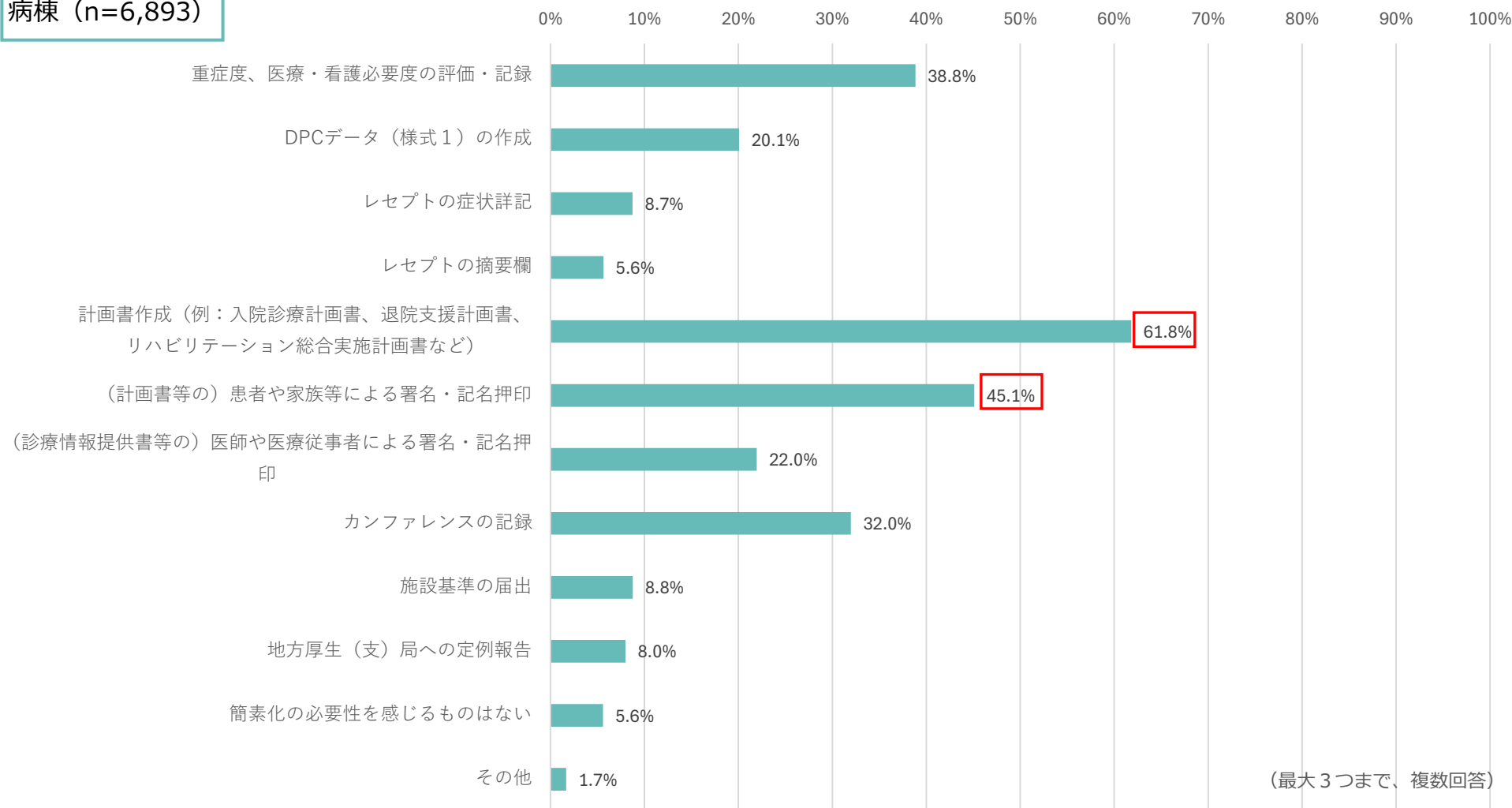


（最大3つまで、複数回答）

記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるもの（病棟）

- 特に病棟において簡素化の必要性があるものとしては、「計画書作成」が最も多く（61.8%）、次いで「（計画書等の）患者や家族等による署名・記名押印」が多かった（45.1%）。

病棟（n=6,893）



診療報酬上、署名又は記名押印を求めている様式（例）

- 診療報酬上、留意事項通知等で署名又は記名押印を求めている様式としては、以下のような例がある。

署名又は記名押印		様式（例）
医師	患者・家族	
○	○	- 入院診療計画書 - リハビリテーション実施計画書 - 目標設定等支援・管理シート - 職場復帰の可否等についての主治医意見書 - 短期滞在手術等同意書
○	—	- 診療情報提供書 - 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 - 介護職員等喀痰吸引等指示書
—	○	- 緩和ケア実施計画書 - 生活習慣病療養計画書 - 認知症療養計画書 「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する同意書
<参考> 記名のみ		- 退院証明書 - 栄養管理計画書 - 精神科リエゾンチーム診療実施計画書

※署名又は記名押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

入院診療計画書等

- 入院診療計画書や退院支援計画書の様式には署名欄が設けられており、主治医や患者又はその家族等の署名が必要である。
- 入院支援計画書は全ての入院患者に作成し説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する必要がある。

【入院診療計画書（別紙2）】

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 印

年 月 日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

- 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）

別添2 入院基本料等の施設基準等より抜粋

入院診療計画の基準

- ・ 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- ・ 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。

- リハビリテーションに関する計画書の様式は複数あり、重複する項目が多い。
- いずれの様式においても署名欄が設けられており、説明者や患者又はその家族等の署名が必要である。

[illegible]

- 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について (通知)
 - ・ 別紙様式21 リハビリテーション実施計画書
 - ・ 別紙様式21の6 リハビリテーション実施計画書
 - ・ 別紙様式23 リハビリテーション実施計画書
- 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知)
 - ・ 別紙19 リハビリテーション総合実施計画書
 - ・ 別紙20 リハビリテーション総合実施計画書

リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名 _____
---	--

やむを得ない理由がある場合に限り、計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えないこととされている。