

中央社会保険医療協議会 総会（第 562 回） 議事次第

令和 5 年 11 月 8 日（水） 8:45～

議 題

- 部会・小委員会に属する委員の指名等について
- 入院（その 2）について
- 調剤（その 2）について
- 外来（その 2）について

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和5年11月8日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 高 町 晃 司 眞 田 享 亨 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 太 田 圭 洋 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会 副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	岡 本 章 木 澤 晃 代 上 田 克 彦 田 村 文 誉 藤 原 尚 也 石 牟 禮 武 志 荒 川 隆 治 守 田 恭 彦 前 田 桂 青 木 幸 生	九度山町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 中外製薬株式会社 参与 渉外調査担当 塩野義製薬株式会社渉外部長 アルフレッサホールディングス株式会社 代表取締役社長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科器機株式会社参与

◎印：会長

総会名簿

令和5年11月8日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 高 町 晃 司 眞 田 享 三 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 太 田 圭 洋 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会 副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	岡 本 章 木 澤 晃 代 上 田 克 彦 田 村 文 誉	九度山町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

調査実施小委員会委員名簿

令和5年10月4日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 鈴 木 順 三	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 永 瀬 伸 子 本 田 文 子	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授

◎印：小委員長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿（案）

令和5年11月8日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 子 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 太 田 圭 洋 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医療法人協会 副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	木 澤 晃 代	日本看護協会常任理事

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 公益を代表する委員	飯塚敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	◎ 永瀬伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	○ 本田文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安川文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授

◎印：部会長 ○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿（案）

令和5年11月8日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 江 澤 和 彦 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	小 塩 隆 士 ○ 笠 木 映 里 本 田 文 子 ◎ 安 川 文 朗	一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	藤 原 尚 也 石 牟 禮 武 志 荒 川 隆 治	中外製薬株式会社 参与 渉外調査担当 塩野義製薬株式会社 渉外部長 アルフレッサホールディングス株式会社 代表取締役社長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿（案）

令和5年11月8日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	松本真人 佐保昌一 眞田享 末松則子	健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	茂松茂人 太田圭洋 林正純 森昌平	日本医師会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯塚敏晃 ◎ 笠木映里 ○ 永瀬伸子 安川文朗	東京大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	守田恭彦 前田桂 青木幸生	ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科器機株式会社参与

◎印：部会長 ○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿（案）

令和5年11月8日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真人 高 町 晃 司 眞 田 享 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 太 田 圭 洋 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会 副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 ○ 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	藤 原 尚 也 石 牟 禮 武 志 守 田 恭 彦 前 田 桂	中外製薬株式会社 参与 渉外調査担当 塩野義製薬株式会社渉外部長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント

◎印：部会長 ○印：部会長代理

<参考人>

- ・ 福 田 敬（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター長）
- ・ 池 田 俊 也（国際医療福祉大学教授）

入院(その2)

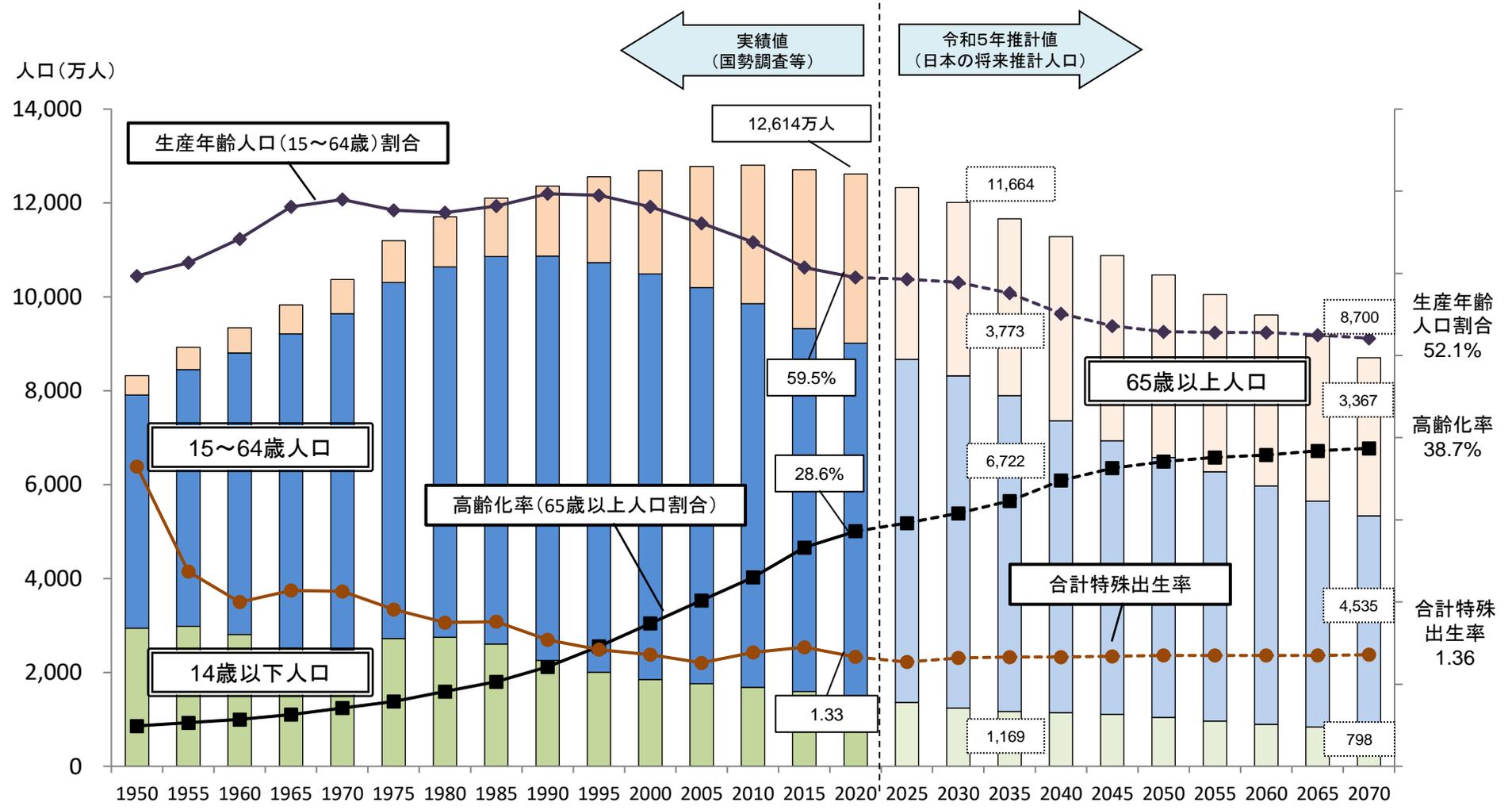
急性期入院医療について

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期入院医療に係る評価について
3. 課題と論点

日本の人口の推移

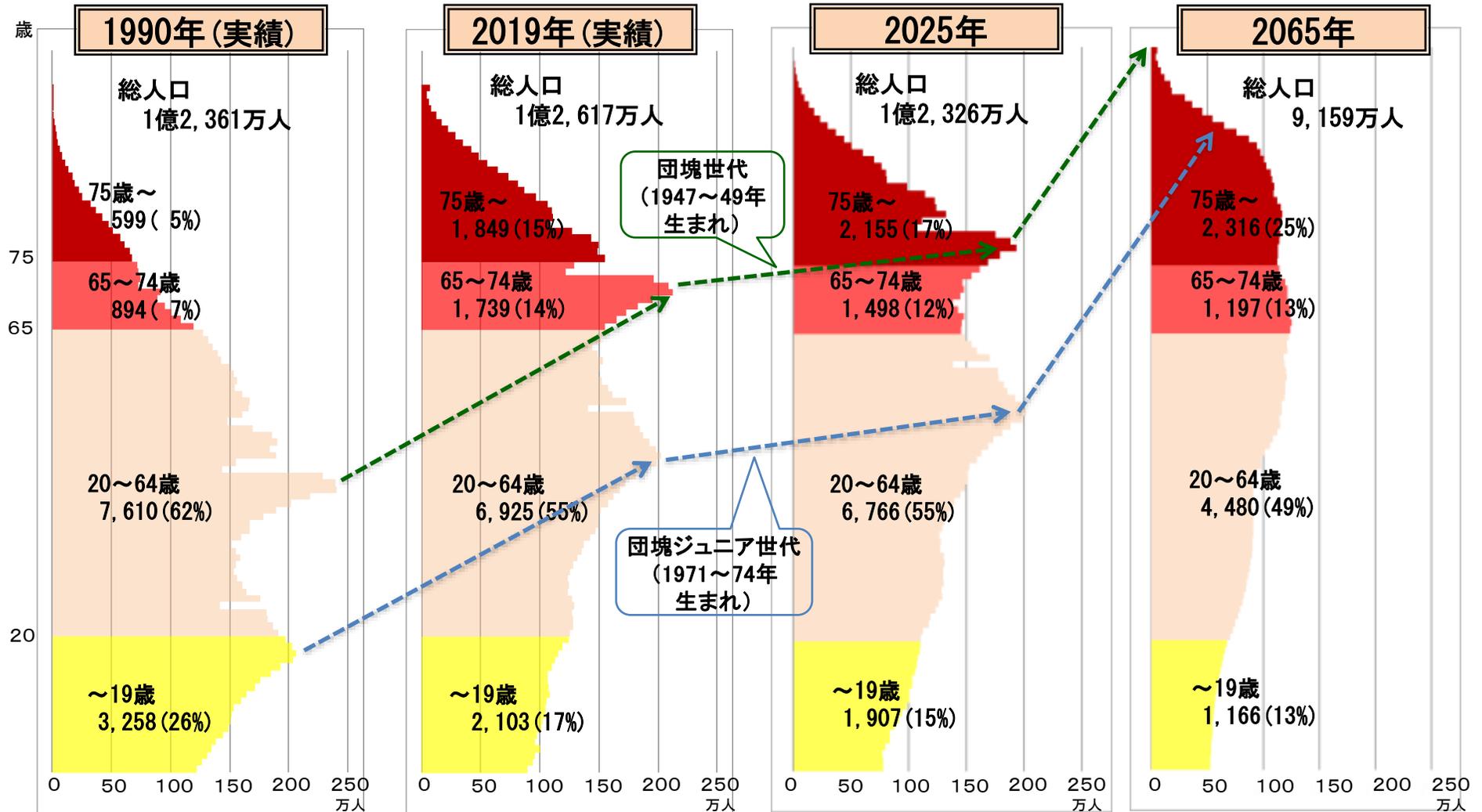
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



出典：2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)：出生中位・死亡中位推計」

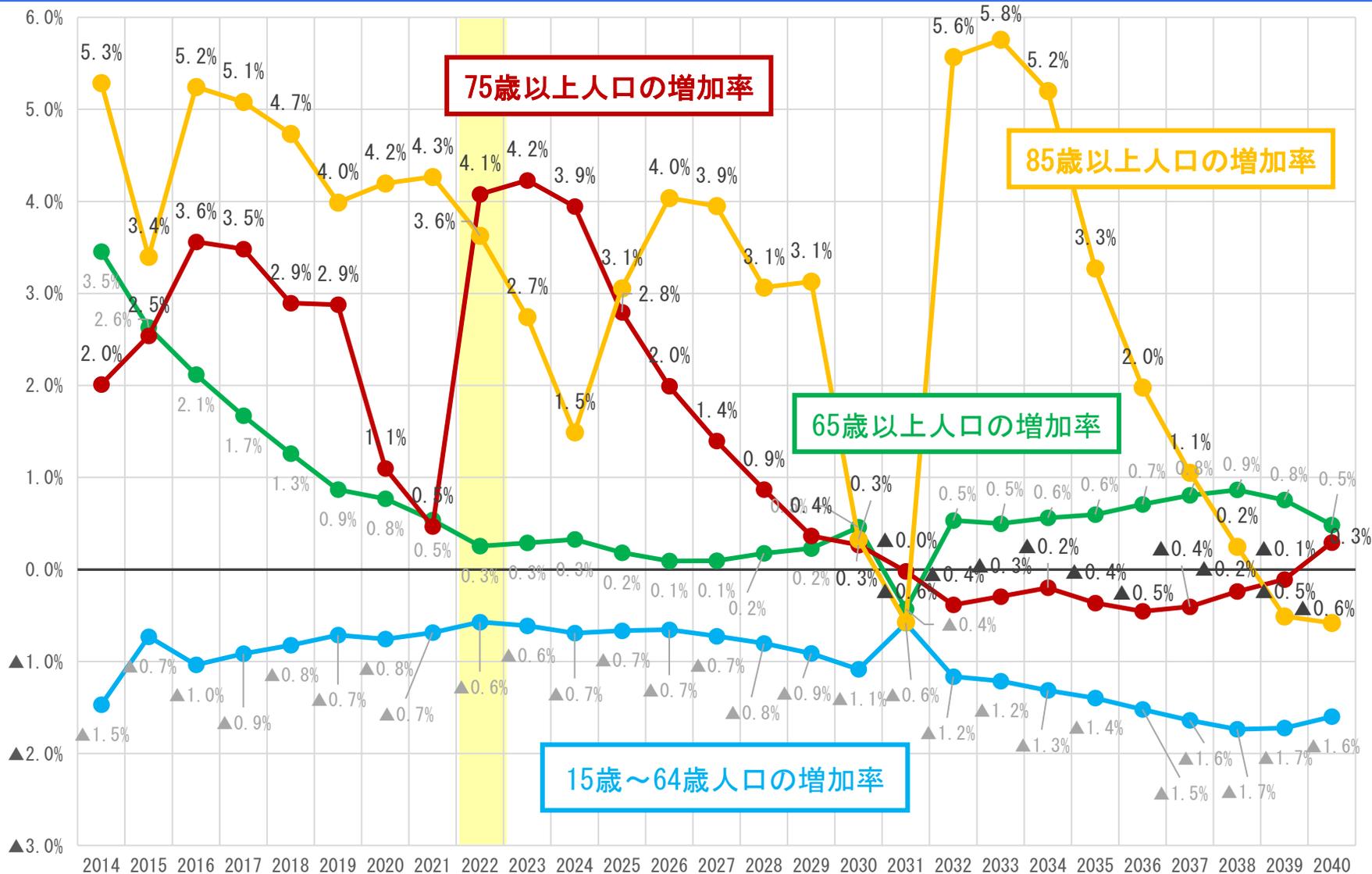
日本の人口ピラミッド変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
- 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(参考) 2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

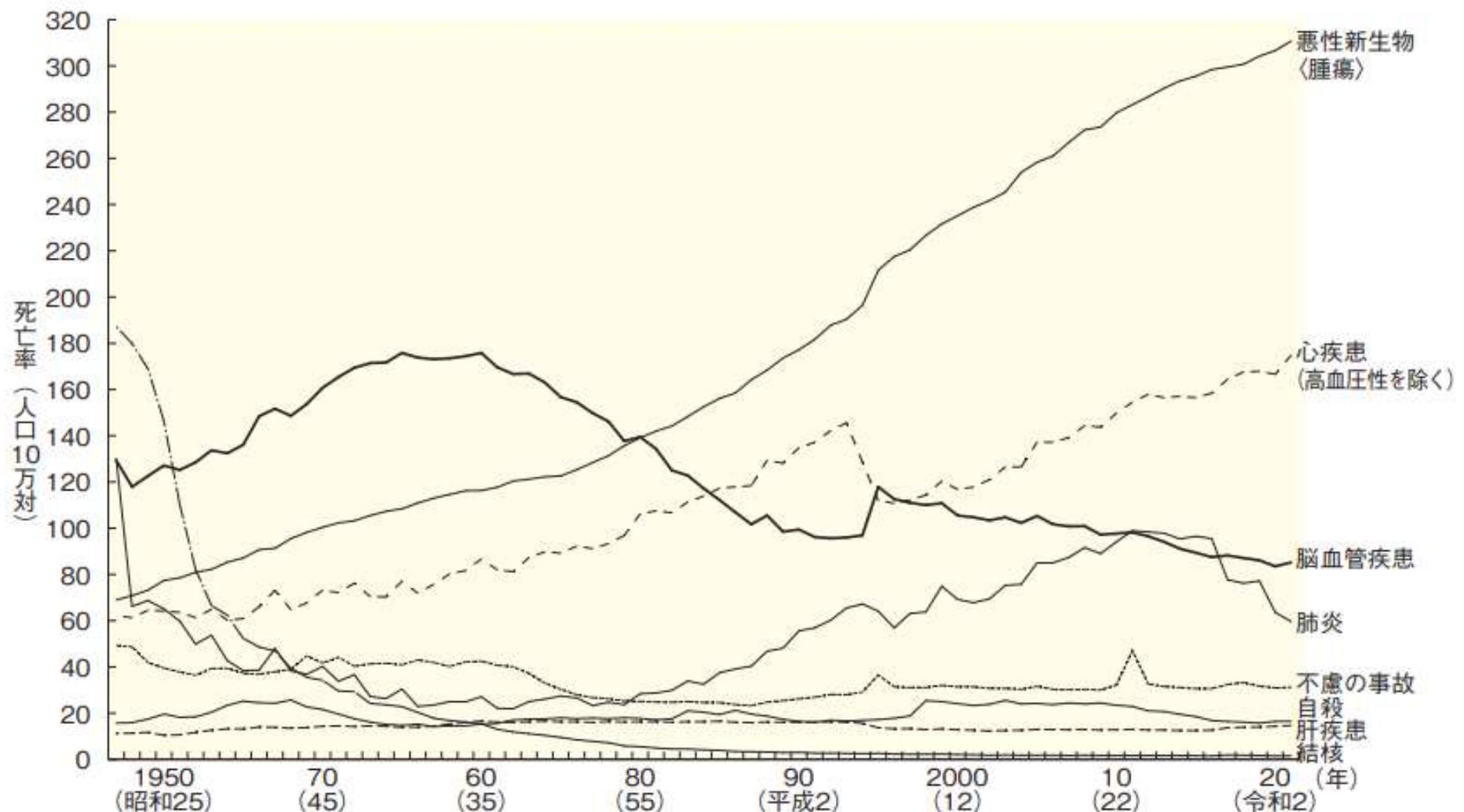
○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間で、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

主な死因別にみた死亡率の推移

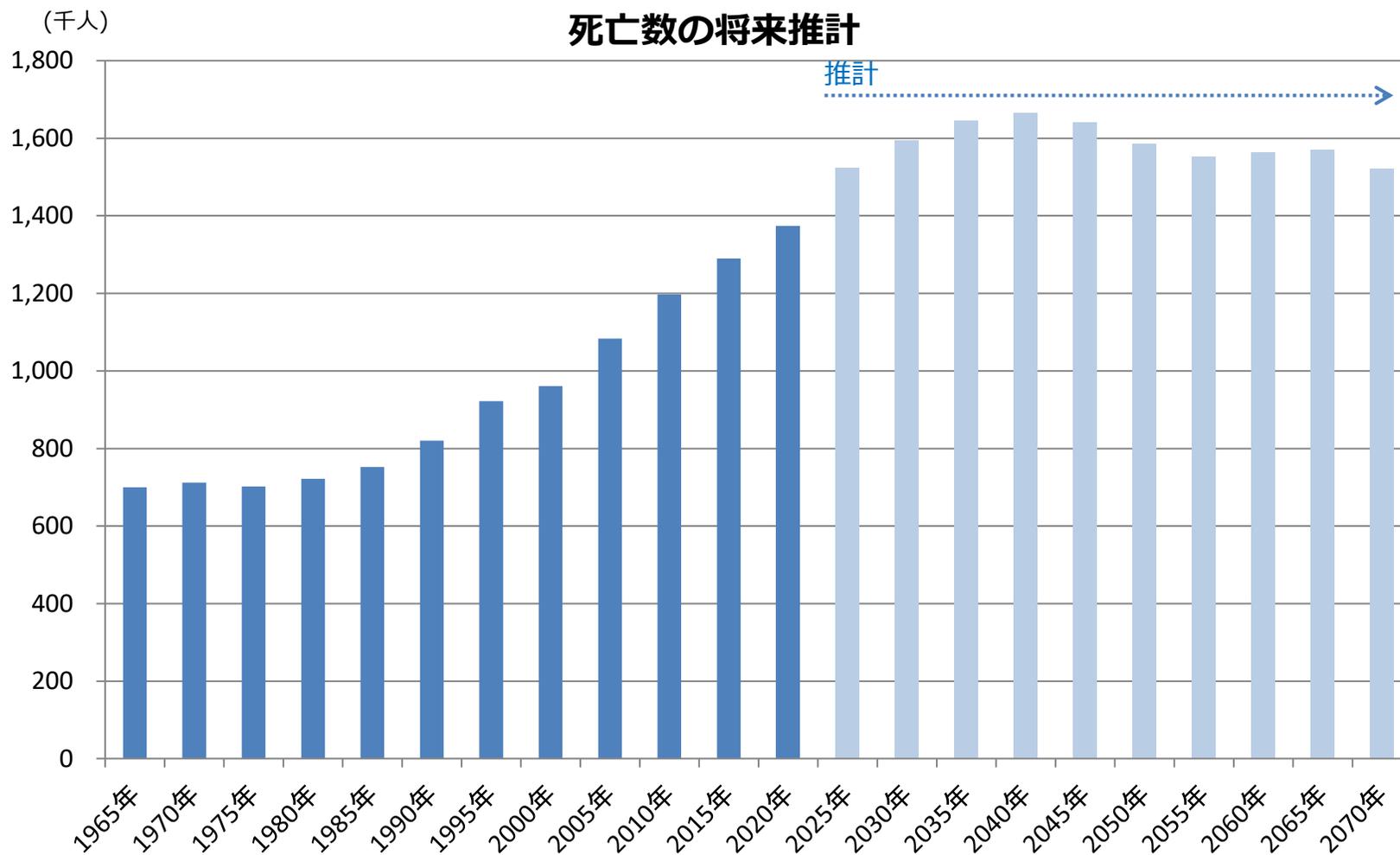
主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」
(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。
2. 2021 (令和3) 年は概数である。

看取りに関わる状況 死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約38万人/年の差が推計されている。



出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数(日本人)

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年4月推計)」の死亡中位仮定による推計結果

医療提供体制の評価に係る診療報酬改定

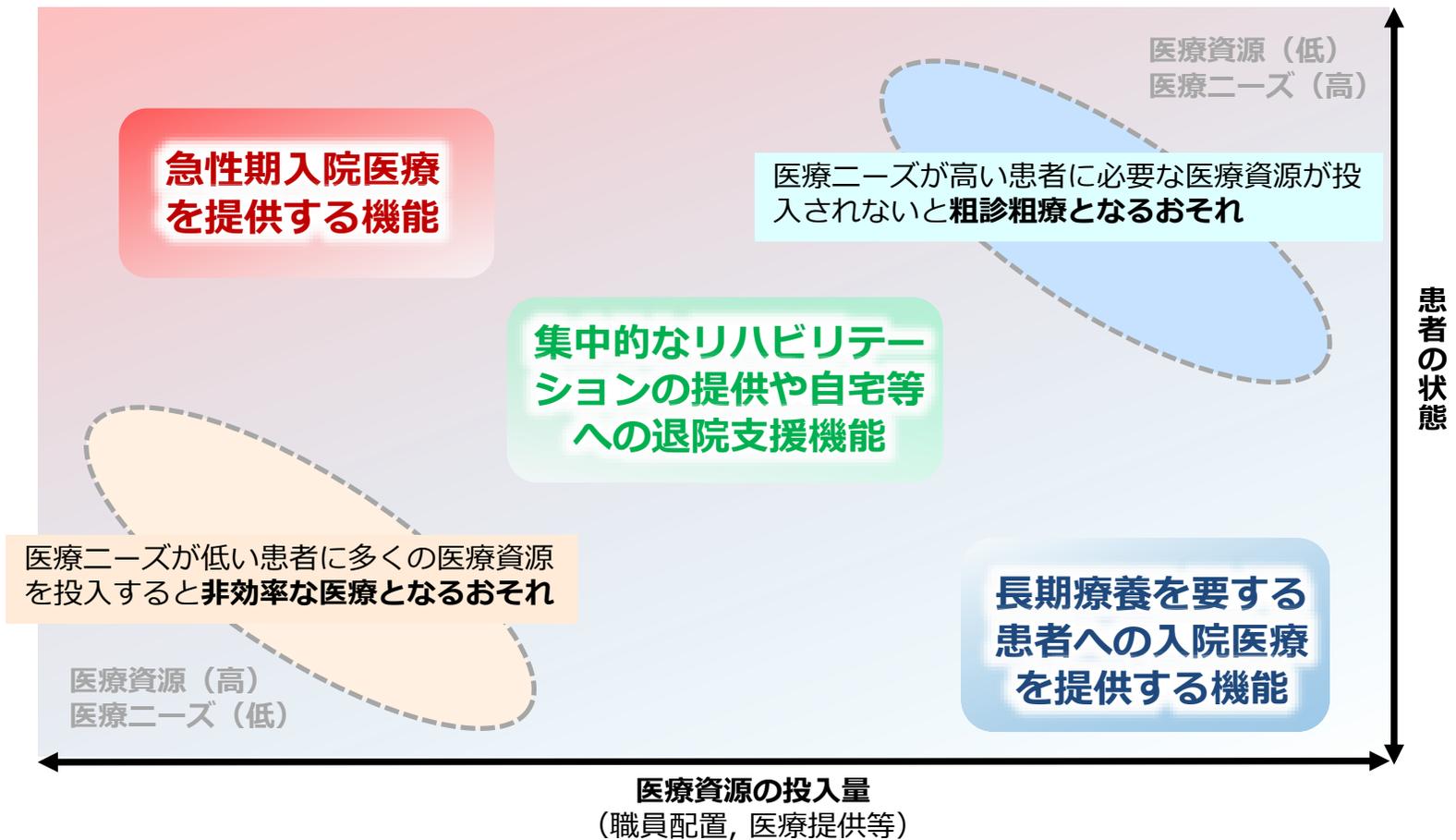
中医協 総-6
5. 5. 17

- これまで診療報酬では、累次の改定に地域の実情に応じて必要な医療を提供できるよう、各入院基本料等の設定を行うことにより病床機能の分化と連携を推進してきた。さらに平成26年に医療介護総合確保推進法が制定されてからは、地域医療構想の主旨を踏まえつつ、報酬改定毎に施設基準の見直し等を行ってきた。

	一般病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
～ 平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○7対1入院基本料の創設(H18) ○7対1入院基本料の算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入(H20) ※該当患者が10%以上 ○施設基準の見直し(H24) <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の該当割合基準の引き上げ(15%以上) ・平均在院日数要件の見直し(7対1病棟について19日から18日に短縮、13対1及び15対1病棟における長期療養の適正化) 	<ul style="list-style-type: none"> ○亜急性入院医療管理料の創設(H16) ○亜急性入院医療管理料を回復期リハビリテーションの実施状況に応じた体系に見直し(H24) 	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期リハビリテーション病棟入院料の創設(H12) ○算定要件の拡大(H18)、重症者受入、在宅復帰率の要件を追加(H20) ○入院料1の新設(H24) ※専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上等
○平成26年に医療介護総合確保推進法が成立			
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度基準の名称変更及び急性期患者をより評価する項目へ見直し ・平均在院日数要件の見直し(短期滞在3の患者を計算対象から除外、17対1及び10対1病棟における長期療養の適正化) ・在宅復帰率の導入(7対1病棟について75%以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院料1に体制強化加算を新設 ※専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の見直し(侵襲性の高い治療を評価するC項目の新設等項目の見直し及び該当割合基準について25%以上に引き上げ) ・在宅復帰率の見直し(7対1病棟について80%以上に引き上げ) 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・500床以上の病院等において、届出病棟数を1病棟までとする ・在宅復帰率の退院先に有床診療所を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価の導入
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の判定基準及び一部項目の見直し、診療実績データ等を用いる「必要度Ⅱ」の新設、該当割合基準の見直し ・在宅復帰率の名称変更及び定義の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○評価体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分との組み合わせによる体系に見直し ・在宅医療や介護サービスの提供等を行う医療機関に対する評価の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ○評価体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・入院料を6区分に見直し ・基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の判定基準の見直し、入院の必要性に基づいた一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・実績要件の見直し ・入退院支援部門の設置を必須とする ・400床以上の場合新規届出を不可とする 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ・管理栄養士の配置要件の見直し
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期充実体制加算の新設 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点に基づく必要度の一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・救急体制に係る要件の追加 ・重症患者割合の引き下げ ・自院一般病棟からの転棟患者の割合に関する要件の拡大 ・自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の引き上げ ・在宅復帰率の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院料の再編 <ul style="list-style-type: none"> ・入院料5の廃止 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・重症患者割合の引き上げ

入院医療の評価体系と期待される機能

- 入院医療の評価は、
- **個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいこと**
 - **患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがあること**
- を踏まえ、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

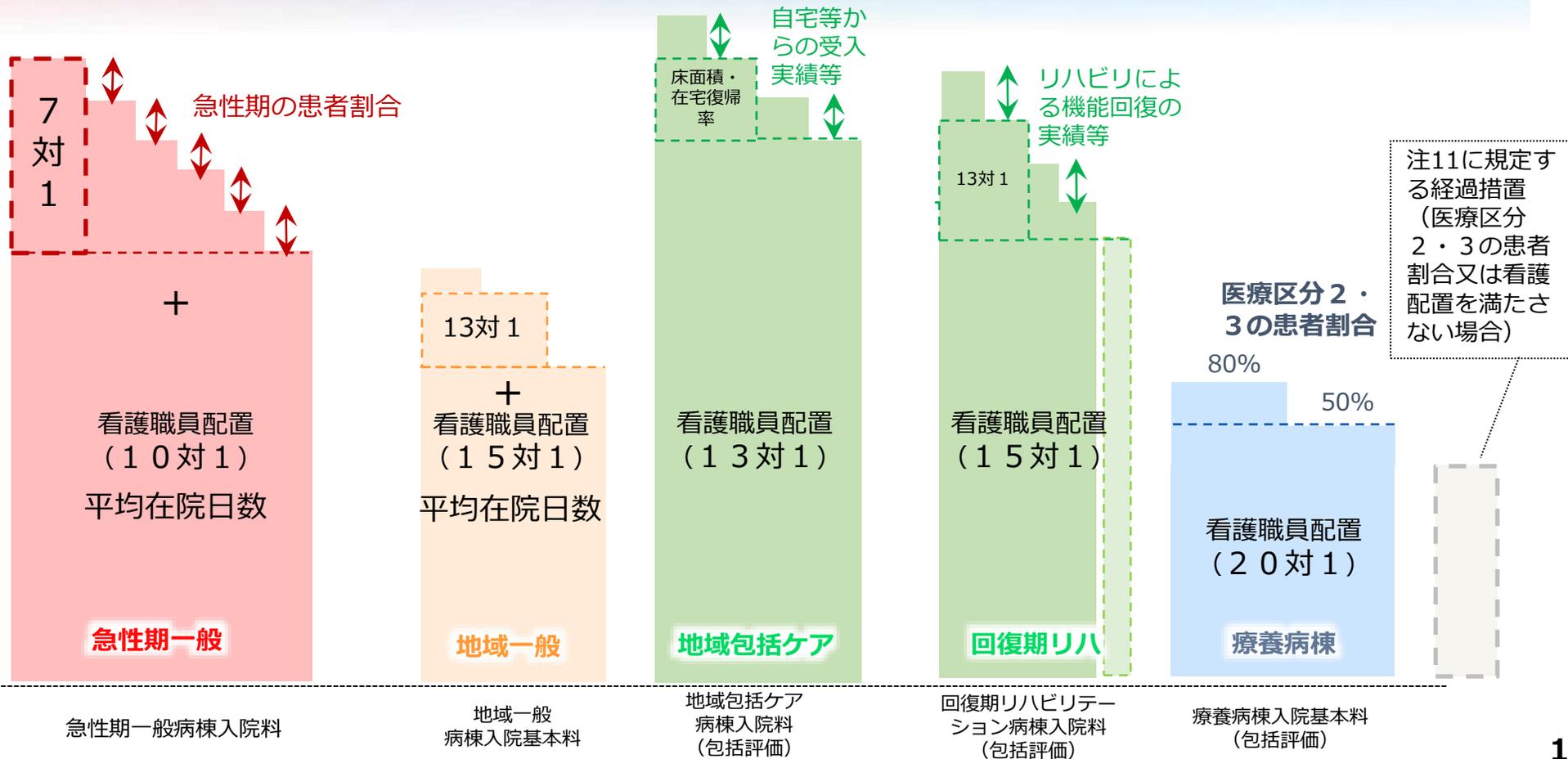
- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



一般病棟入院基本料の内容

		看護職員	重症度、医療・看護必要度の 該当基準患者の割合		平均在院日数	データ提出 加算	点数
			許可病床数 200以上	許可病床数 200未満			
急性期一 般入院基 本料	入院料1	7対1以上 (7割以上が看護師)	I : (31%) ^{※1} II : 28%	I : 28% II : 25%	18日以内	必須	1,650点
	入院料2	10対1以上 (7割以上が看護師)	I : 27% II : 24%	I : 25% II : 22%	21日以内		1,619点
	入院料3		I : 24% II : 21%	I : 22% II : 19%			1,545点
	入院料4		I : 20% II : 17%	I : 18% II : 15%			1,440点
	入院料5		I : 17% II : 14%				1,429点
	入院料6		測定していること				1,382点
地域一般 入院基本 料	入院料1	13対1以上 (7割以上が看護師)	測定していること		24日以内	必須 ^{※2}	1,159点
	入院料2		—				1,153点
	入院料3	15対1以上 (4割以上が看護師)			60日以内		988点

(※1) 令和5年1月1日以降は、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行う必要がある。

(※2) 許可病床数が200床以上の場合は令和5年3月31日まで、許可病床数が200床未満の場合は令和6年3月31日までの間、要件を満たすものとみなす。

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

中医協 総-4
5 . 7 . 5

医療
位置
付け

一般病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 886,272床
病床利用率 69.8%
平均在院日数 16.1日

療養病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 285,828床
病床利用率 85.8%
平均在院日数 131.1日

DPC/PDPS

1,764施設 483,425床※2
(+1,981床)
※2 R4.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

87施設
58,726床 (+185床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

救命救急入院料

入院料1 188施設 3,640床 (+47)	入院料2 22施設 167床 (▲33)	入院料3 79施設 1,573床 (▲66)	入院料4 82施設 906床 (+15)
-------------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------

特定集中治療室管理料

ICU1 159施設 1,656床 (+169)	ICU2 80施設 927床 (+60)	ICU3 329施設 2,317床 (▲48)	ICU4 54施設 497床 (▲68)
--------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU1 75施設 731床 (▲20床)
NICU2 153施設 909床 (+24床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)
新生児 1,771床 (+16床)

新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,373床 (▲63床)	管理料2 181施設 5,990床 (▲318床)	管理料3 80施設 1,876床 (▲154床)	管理料4 387施設 8,026床 (▲160床)	管理料5 167施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------

一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1 938施設 62,056床 (+2,675)	入院料2 193施設 10,371床 (+369)	入院料3 332施設 14,570床 (▲973)	入院料4 64施設 2,666床 (+150)	入院料5 33施設 1,191床 (▲748)	入院料6 11施設 440床 (▲1,019)
--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1 1,392施設 46,819床 (+3,457)	入院料2 1,250施設 40,182床 (▲1,344)	入院料3 40施設 982床 (▲326)	入院料4 70施設 1,313床 (▲511)
--	--	--------------------------------	----------------------------------

障害者施設等入院基本料

891施設
72,004床 (+1,633床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)
入院料2 2施設 79床 (±0)

特殊疾患

病棟入院料1 102施設 5,287床 (▲77床)	病棟入院料2 107施設 7,958床 (+192床)	入院管理料 32施設 424床 (▲42床)
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床 (+118)
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

療養病棟入院基本料

205,673床 (+101床)

介護療養 病床

13,647床
※R3.6末病院報告

施設基準届出
令和4年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料
173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 367施設 16,560床 (▲67)
入院料2 9施設 358床 (▲29)

精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床)
精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34)
児童・思春期精神科入院 50施設 1,690床 (+135)

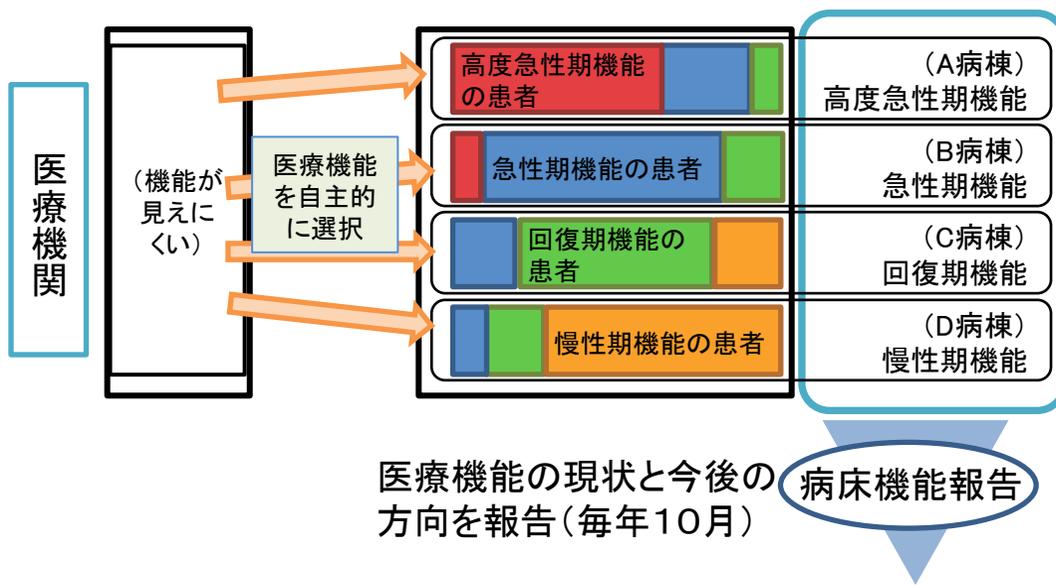
精神療養病棟入院料 808施設 88,399床 (▲1,312)
地域移行機能強化病棟入院料 27施設 1,129床 (▲207床)

認知症治療病棟入院料
入院料1 554施設 38,590床 (+436)
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



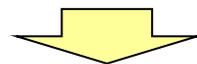
「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

病床機能報告制度

第 に	1	4	回	地	域	医	療	構	想	資料 2-2
平	成	3	0	年	6	月	1	5	日	

○ 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

2022年度病床機能報告について

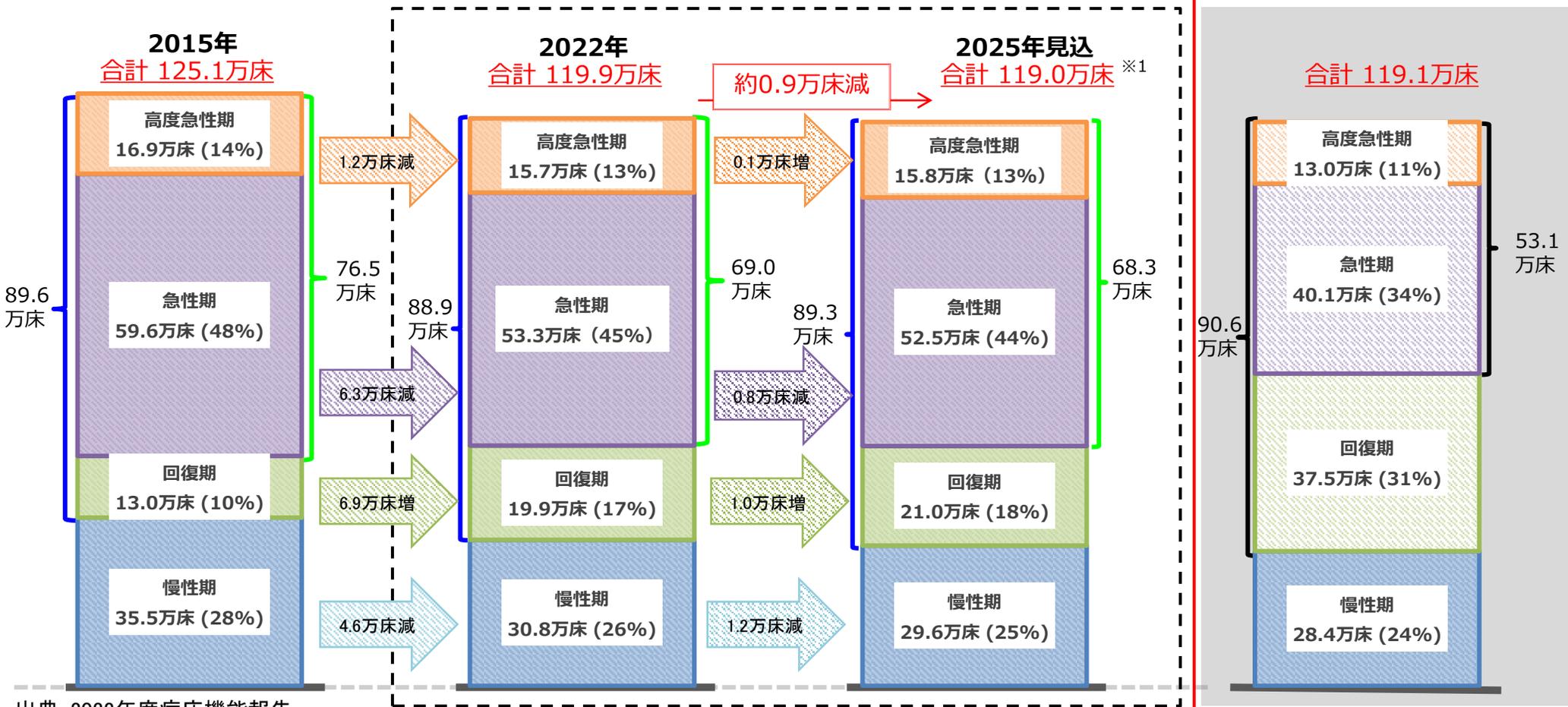
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※4 ※6



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,171/12,590(96.7%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

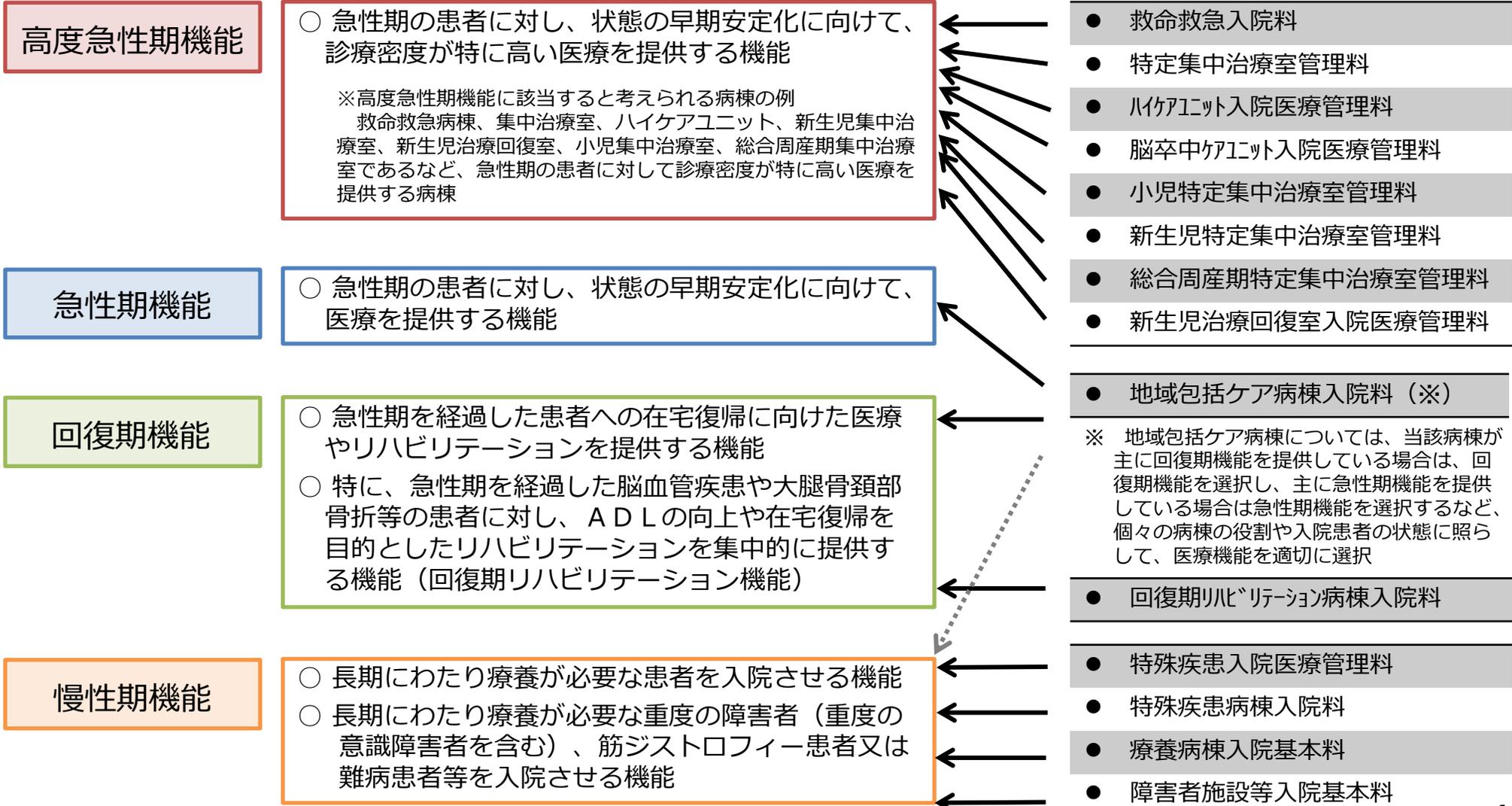
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和5年5月25日）資料2より抜粋

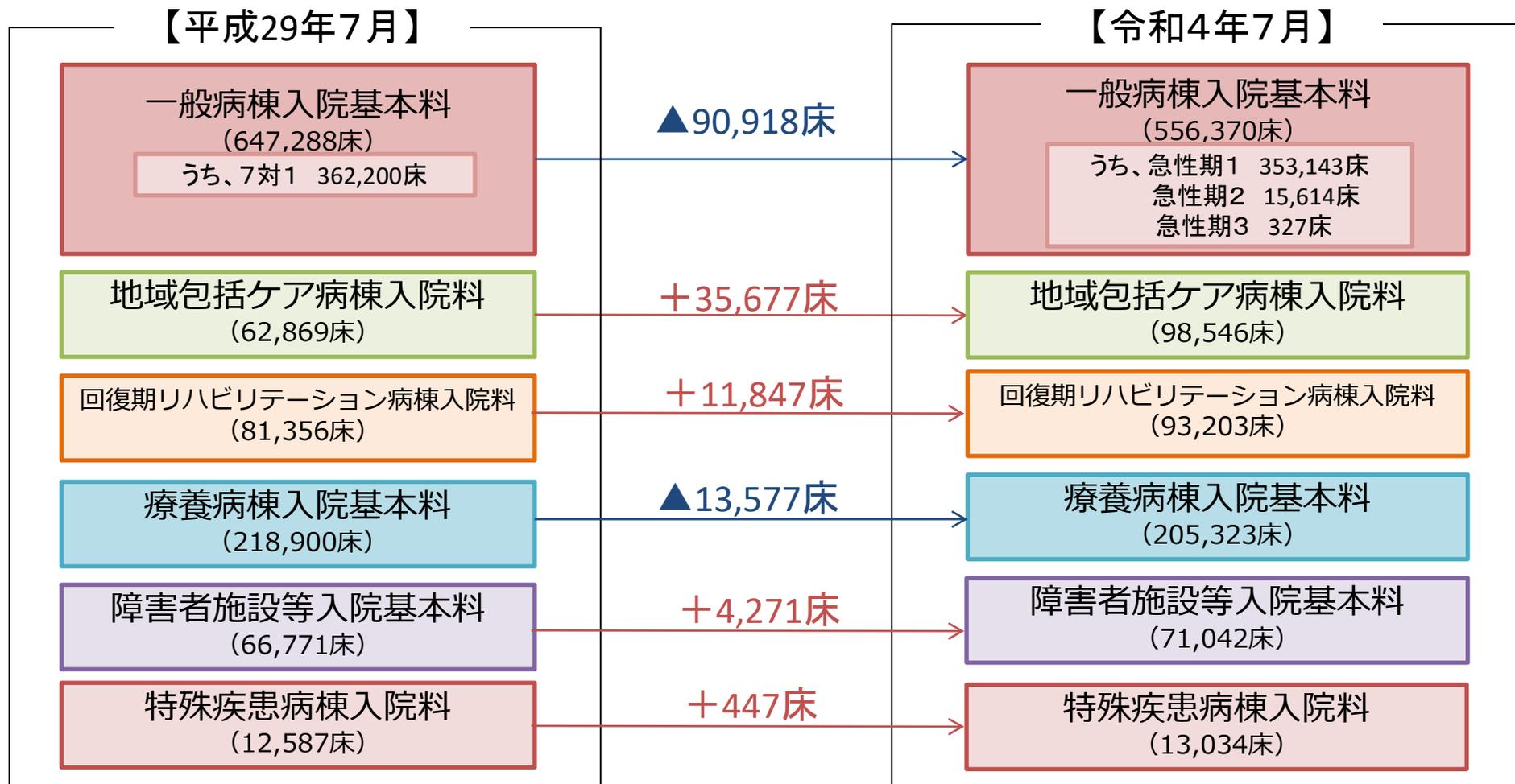
特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。



※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

届出病床数の推移について（概要）

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和4年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

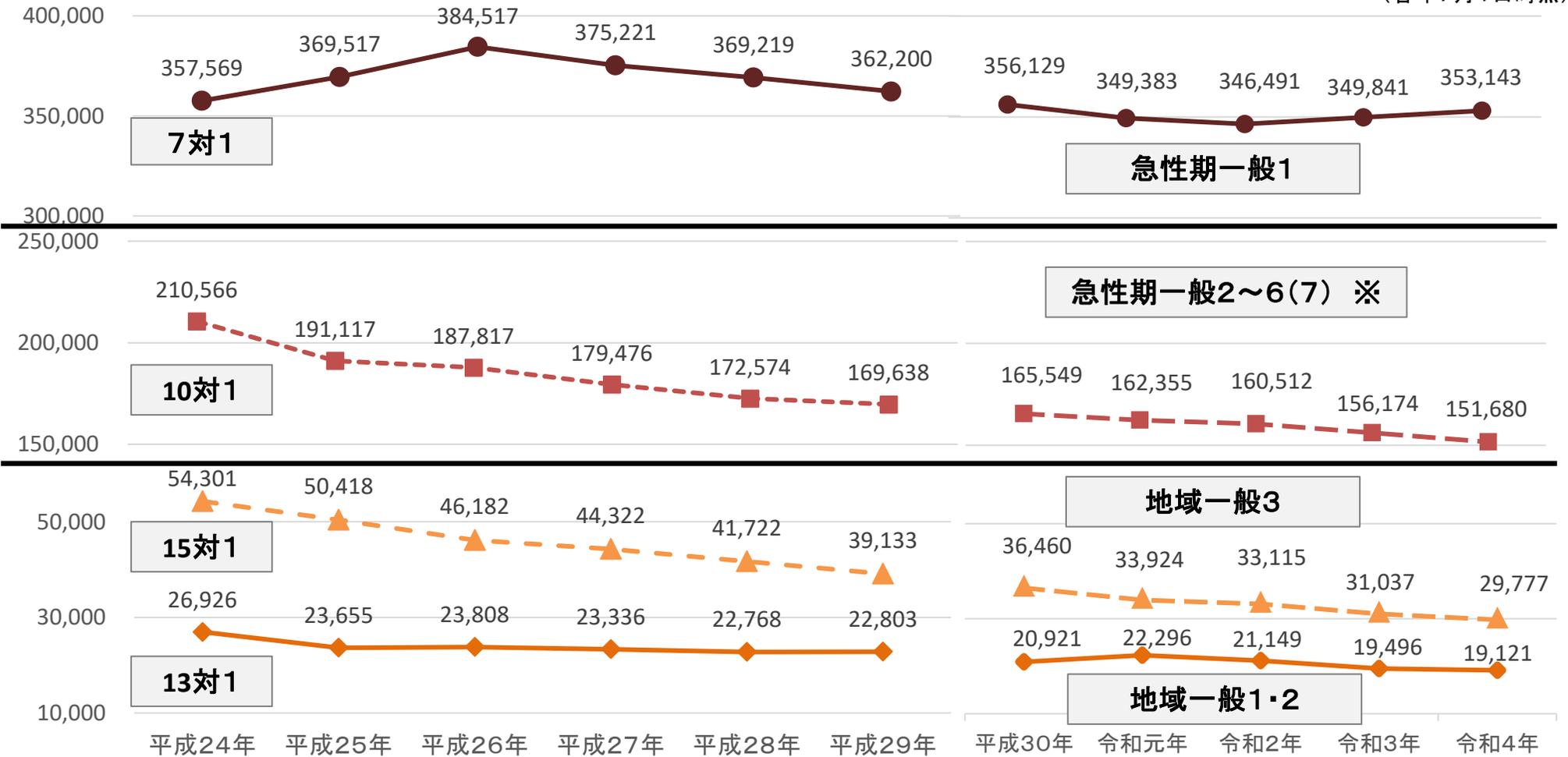
※各年7月1日時点の医療保険届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

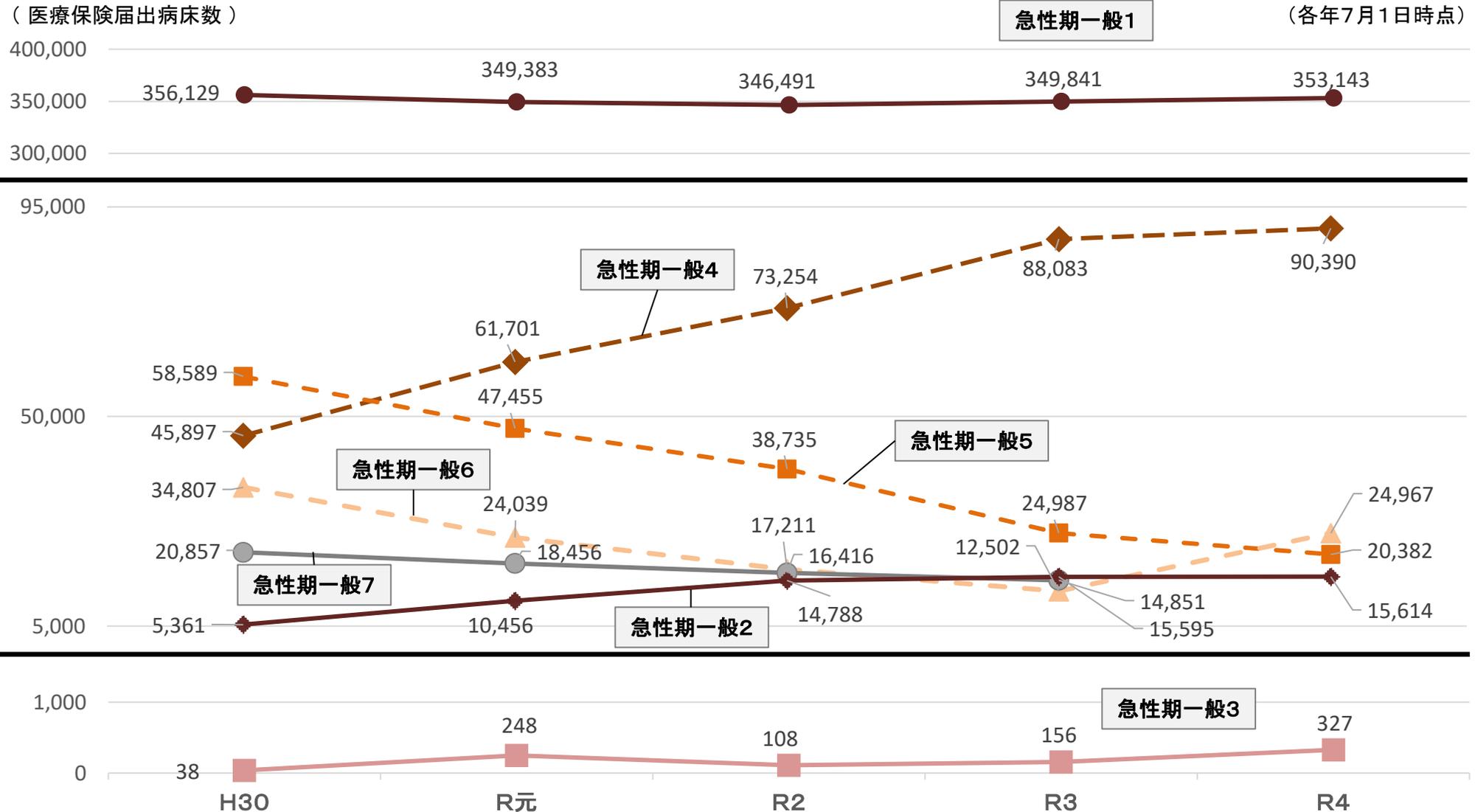
※	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4～6(7)	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

入院料別の病床数の推移（急性期一般入院基本料）

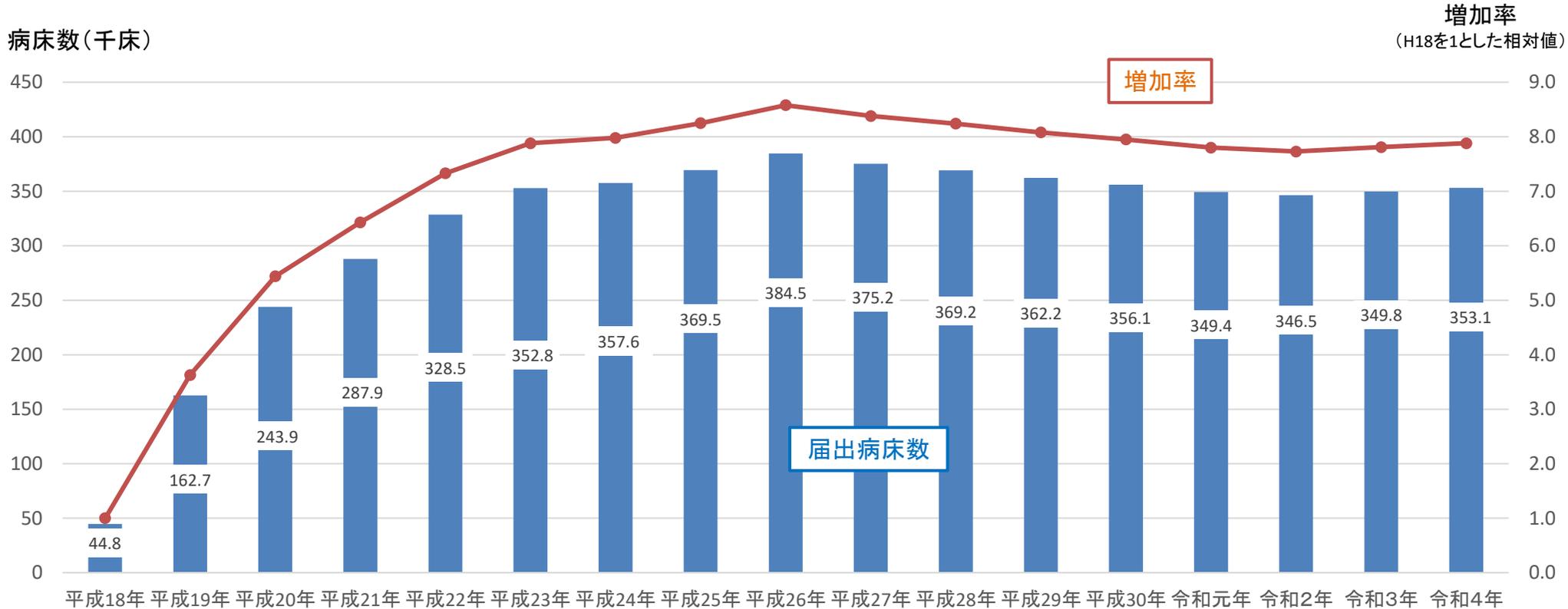
- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料5が減少傾向にあるが、急性期一般入院料4は増加傾向である。

（医療保険届出病床数）



看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向であったが、近年横ばいである。



[H18. 4]
7対1入院基本料創設

[H20. 4]
重症度・看護必要度の導入

[H24. 4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し (10%→15%)
平均在院日数要件の見直し (19日→18日)

[H26. 4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28. 4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し (15%→25%)
在宅復帰率の見直し (75%→80%)

[H30. 4]
重症度、医療・看護必要度Ⅱの創設
該当患者割合基準の見直し (25%→30%)
判定基準の追加
C項目の評価の見直し

[R2. 4]
判定基準の見直し
A項目、C項目の見直し
救急患者の評価を充実
該当患者割合基準の見直し (30%/25%→31%/29%)

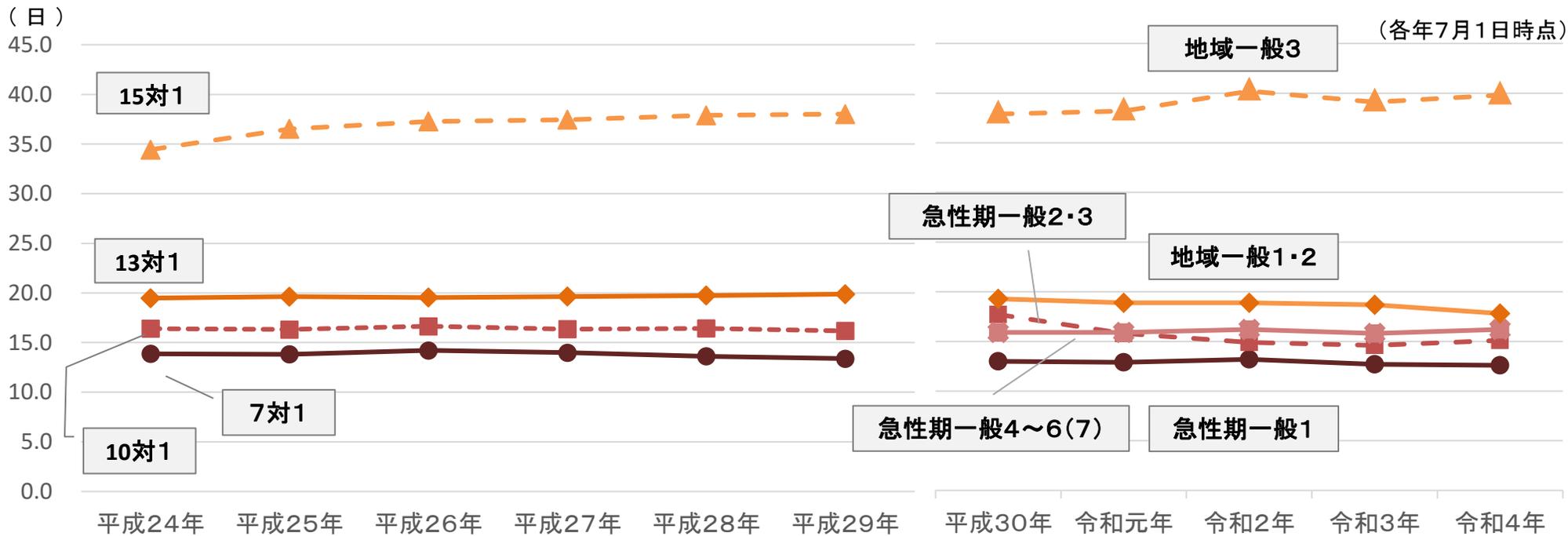
[R4. 4]
A項目の見直し
重症度、医療・看護必要度Ⅱ対象病院の拡大
該当患者割合基準の見直し
200床以上：(31%/29%→31%/28%)
200床未満：(28%/25%)

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

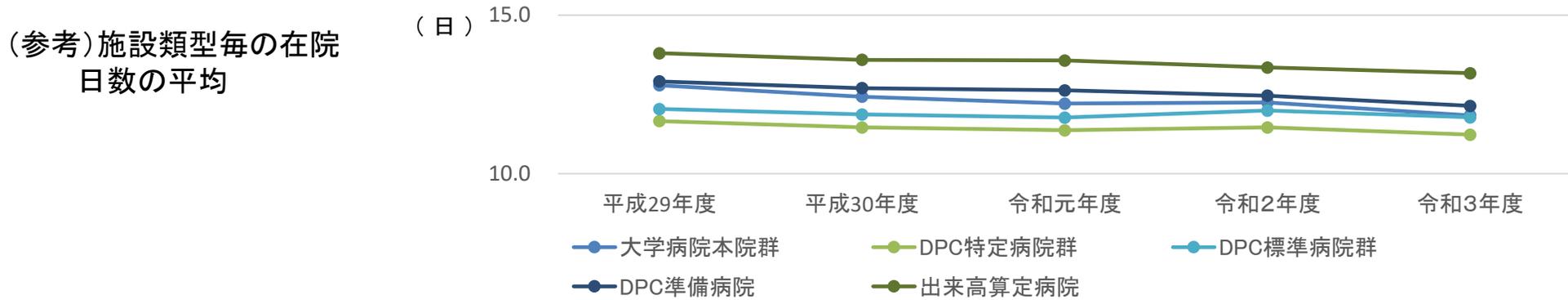
※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

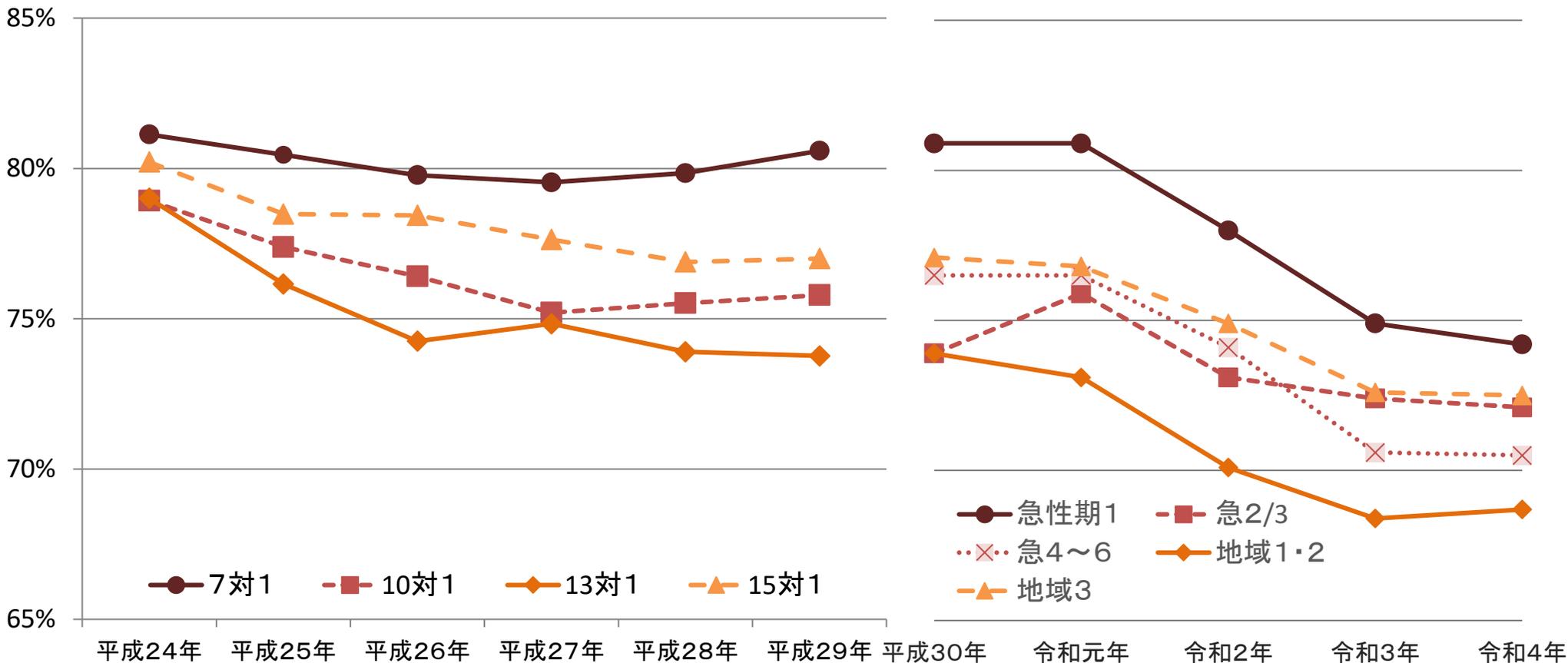


出典：保険局医療課調べ

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

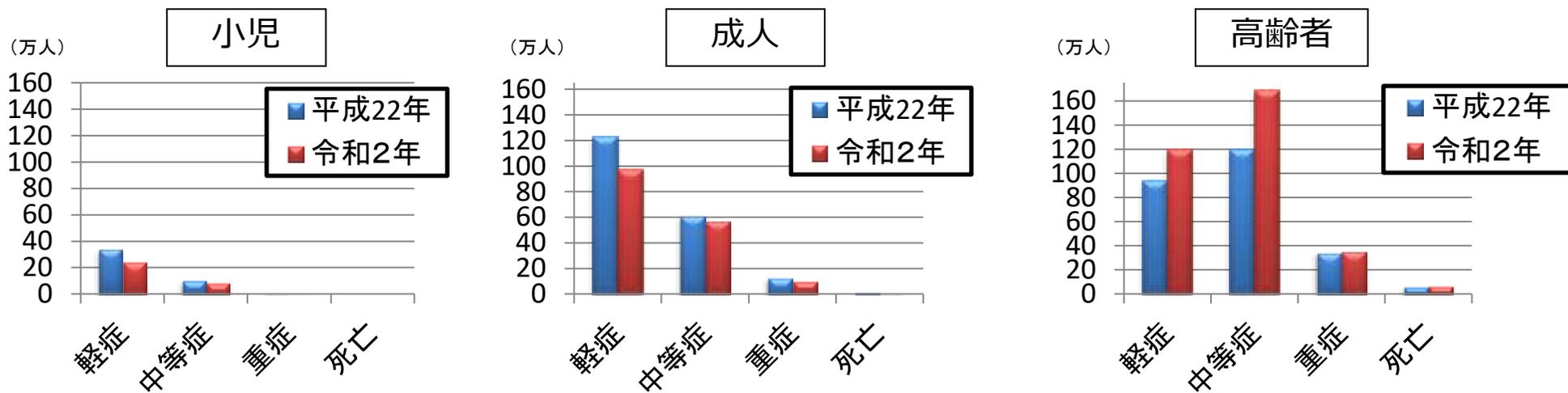
○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。令和2年から令和4年にかけて、病床稼働率は全体的に減少している。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したのもの
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

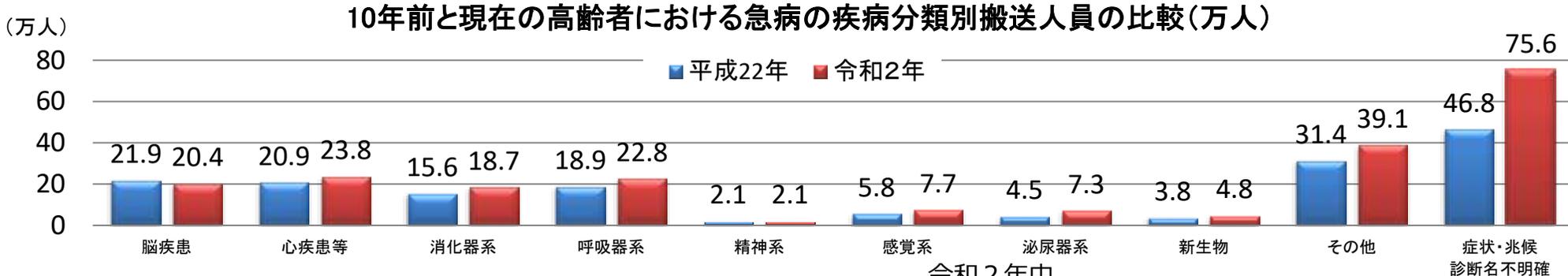
傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

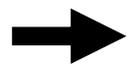
10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



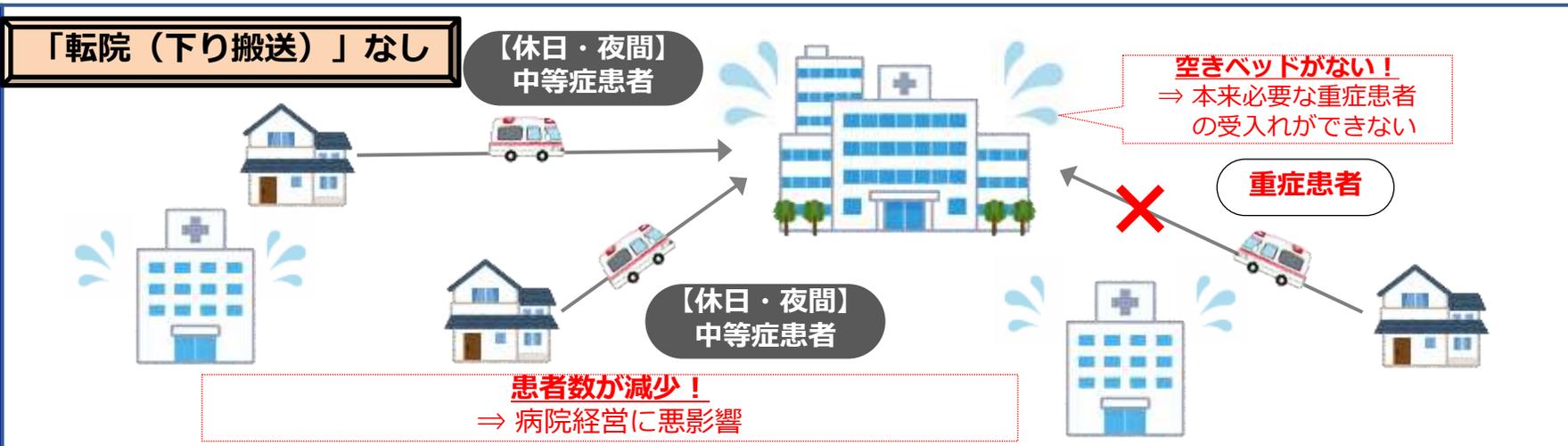
令和2年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

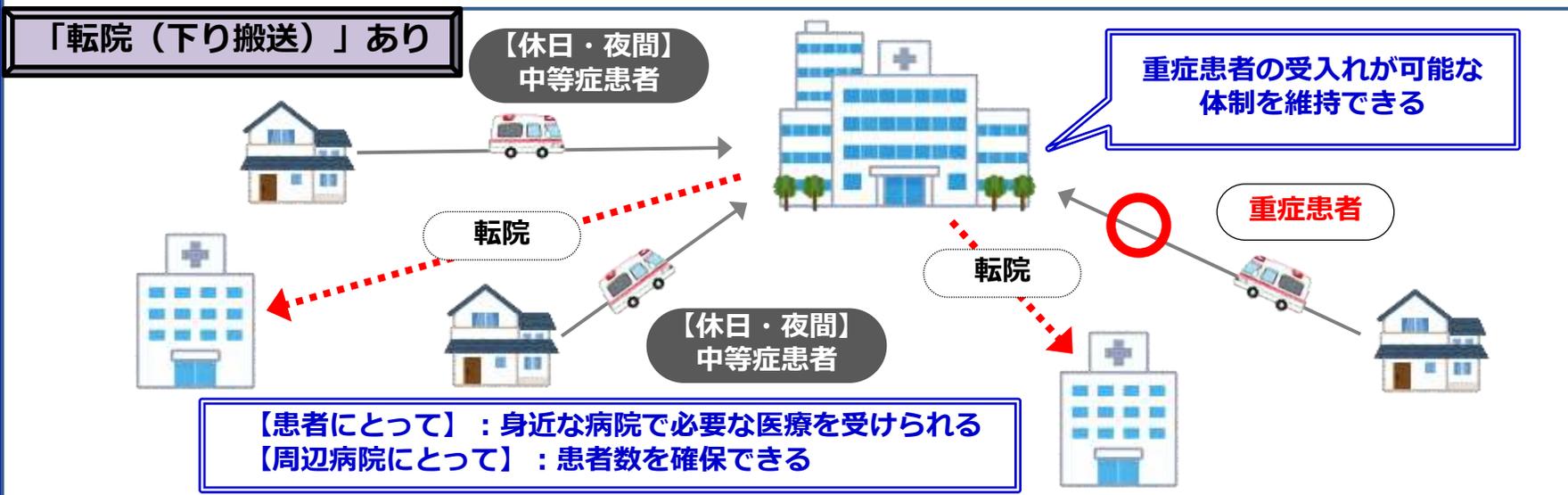
(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。

休日・夜間の救急医療体制の役割分担



転院（下り搬送）の促進



自宅や高齢者施設等



① 高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する。

② 一部受入が少ない医療機関があり、患者の増加に伴い、三次も軽症患者を診療せざるをえず、重症患者の診療に支障を来す可能性がある。

初期救急医療



第二次救急医療



第三次救急医療



救命後医療

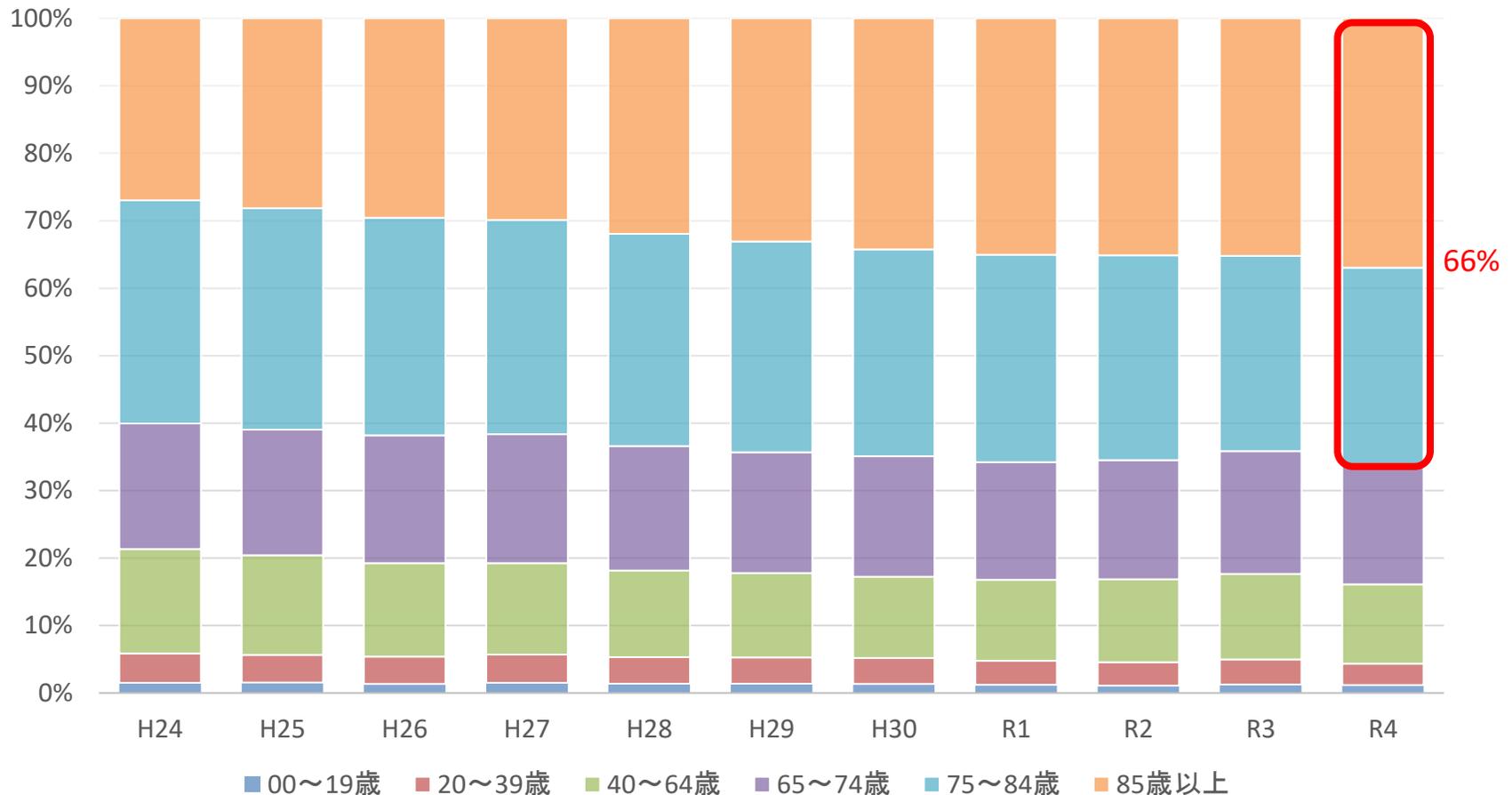


③ 単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることによって「出口問題」が発生する。

入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和4年では、入院患者のうち66%を75歳以上が占める。

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24~H29は7対1または10対1 一般病棟入院基本料



66%

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

一般病棟入院基本料等を算定する病棟における高齢者に多い疾患

○ DPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者において件数の多い傷病は以下のとおり。

入院初日にDPC算定病床※1又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者において件数の多い医療資源病名

順位	傷病名	75歳以上症例に占める割合	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積)	全症例のうち75歳以上である割合
-	全疾患	100%	100%	43.4%
1	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	3.9%	3.9%	54.8%
2	食物及び吐物による肺臓炎	3.3%	7.2%	86.7%
3	うっ血性心不全	3.1%	10.2%	78.4%
4	老人性初発白内障	2.1%	12.3%	60.1%
5	大腸<結腸>のポリープ	1.8%	14.1%	35.9%
6	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	1.6%	15.7%	78.7%
7	転子貫通骨折 閉鎖性	1.6%	17.2%	89.8%
8	尿路感染症, 部位不明	1.5%	18.8%	75.8%
9	老人性核白内障	1.5%	20.3%	61.1%
10	肺炎, 詳細不明	1.5%	21.8%	74.1%
11	腰椎骨折 閉鎖性	1.3%	23.1%	79.9%
12	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	1.3%	24.5%	38.7%
13	その他の型の狭心症	1.2%	25.7%	44.8%
14	脳動脈の血栓症による脳梗塞	1.2%	26.9%	59.3%
15	体液量減少(症)	1.1%	28.0%	72.9%
16	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	1.1%	29.1%	39.0%
17	慢性腎臓病, ステージ5	1.0%	30.1%	47.1%
18	脊柱管狭窄(症) 腰部	1.0%	31.1%	50.4%
19	急性尿管間質性腎炎	0.9%	32.0%	62.1%
20	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	0.9%	33.0%	43.0%
21	脳動脈の血栓症による脳梗塞	0.9%	33.9%	73.8%
22	その他の原発性膝関節症	0.8%	34.7%	50.6%
23	細菌性肺炎, 詳細不明	0.8%	35.5%	67.5%
24	一側性又は患側不明の鼠径ヘルニア, 閉塞及び壊疽を伴わないもの	0.8%	36.2%	37.8%
25	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>, 肝細胞癌	0.8%	37.0%	52.8%

順位	傷病名	75歳以上症例に占める割合	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積)	全症例のうち75歳以上である割合
26	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	0.8%	37.7%	43.8%
27	心不全, 詳細不明	0.7%	38.5%	87.0%
28	胆管炎を伴う胆管結石	0.7%	39.2%	69.4%
29	直腸の悪性新生物<腫瘍>	0.6%	39.8%	31.4%
30	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	0.6%	40.5%	72.6%
31	胸椎骨折 閉鎖性	0.6%	41.1%	80.5%
32	胃の悪性新生物<腫瘍>, 胃体部	0.6%	41.7%	45.8%
33	胆管炎及び胆のう炎を伴わない胆管結石	0.6%	42.3%	57.7%
34	胆管炎	0.6%	42.9%	63.4%
35	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	0.6%	43.5%	84.5%
36	その他の脳梗塞	0.5%	44.0%	57.4%
37	結腸の悪性新生物<腫瘍>, 上行結腸	0.5%	44.6%	52.8%
38	結腸の悪性新生物<腫瘍>, S状結腸	0.5%	45.1%	36.3%
39	腭の悪性新生物<腫瘍>, 腭頭部	0.5%	45.6%	42.6%
40	大動脈弁狭窄(症)	0.5%	46.1%	82.0%
41	(四)肢の動脈のアテローム<粥状硬化(症) 壊疽なし	0.5%	46.6%	55.1%
42	狭心症, 詳細不明	0.5%	47.1%	45.6%
43	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	0.5%	47.5%	46.4%
44	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	0.5%	48.0%	47.6%
45	肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	0.5%	48.4%	61.9%
46	心停止, 詳細不明	0.4%	48.9%	67.8%
47	急性胆のう<嚢>炎	0.4%	49.3%	59.2%
48	橈骨遠位端骨折 閉鎖性	0.4%	49.7%	36.2%
49	四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	0.4%	50.2%	55.8%
50	敗血症, 詳細不明	0.4%	50.6%	66.6%

※ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床

高齢者に多い疾患ごとの各入院料種別の入院先の割合

診調組 入-1
5.8.10

- 高齢者に多い疾患は、急性期一般入院料に入院する際に救急搬送される割合が全疾患の平均よりも高いものが多い。
- 食物及び吐物による肺臓炎及び尿路感染症等が急性期一般入院料1に入院する割合は、全疾患の平均と同程度に高い。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先の内訳
(カッコ内は、そのうち救急搬送により入院した割合)

	急性期一般 入院料1 (353,143床)	急性期一般 入院料2-3 (15,941床)	急性期一般 入院料4-6 (135,739床)	地域一般 入院料1-2 (19,121床)	地域一般 入院料3 (29,777床)	その他の DPC算定病床※2 (113,549床)	地域包括 ケア病棟 (98,546床)	地域包括ケア病棟 のうち 転院入院以外
(全疾患)	55.9% (26.8%)	2.3% (27.6%)	17.0% (24.2%)	1.6% (19.6%)	0.9% (11.1%)	15.6% (35.2%)	6.7% (10.3%)	5.4% (12.5%)
1 コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
2 食物及び吐物による肺臓炎	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
3 うっ血性心不全	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
4 老人性初発白内障	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
5 大腸<結腸>のポリープ	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
6 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
7 転子貫通骨折 閉鎖性	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
8 尿路感染症, 部位不明	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
9 老人性核白内障	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
10 肺炎, 詳細不明	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
11 腰椎骨折 閉鎖性	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
12 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
13 その他の型の狭心症	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
14 脳動脈の血栓症による脳梗塞	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
15 体液量減少(症)	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
16 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
17 慢性腎臓病, ステージ5	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
18 脊柱管狭窄(症) 腰部	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
19 急性尿細管間質性腎炎	64.2% (50.1%)	2.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	5.6% (18.5%)	5.1% (19.8%)
20 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
21 脳動脈の血栓症による脳梗塞	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
22 その他の原発性膝関節症	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% (6.5%)
23 細菌性肺炎, 詳細不明	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)
24 一側性又は患側不明の鼠径ヘルニア, 閉塞及び壊疽を伴わないもの	69.5% (1.0%)	2.2% (1.6%)	6.8% (1.6%)	0.2% (1.7%)	0.1% (11.8%)	17.5% (0.6%)	3.8% (0.4%)	3.8% (0.3%)
25 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>, 肝細胞癌	62.8% (7.5%)	1.9% (9.7%)	6.6% (15.2%)	0.4% (15.0%)	0.4% (5.5%)	25.6% (5.6%)	2.3% (6.8%)	1.8% (8.7%)

※1 入院初日にDPC算定病床※2又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床

※3 病床数は令和4年7月1日時点

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

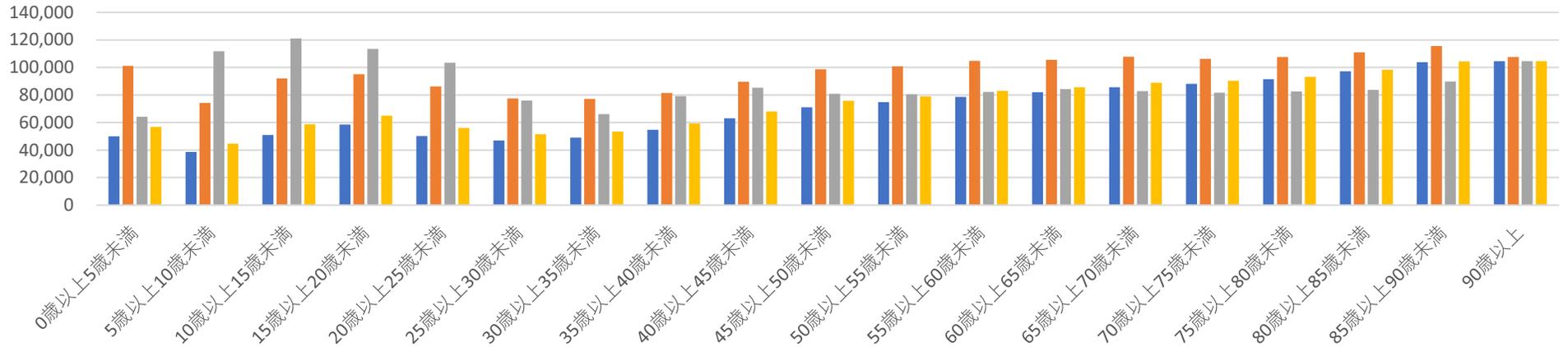
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%
9	E86	体液量減少 (症)	10,588	2.1%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%
14	L031	(四) 肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%
18	I634	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	3,845	0.8%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
30	K562	軸捻 (転)	2,379	0.5%
31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
34	I610	(大脳) 半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%

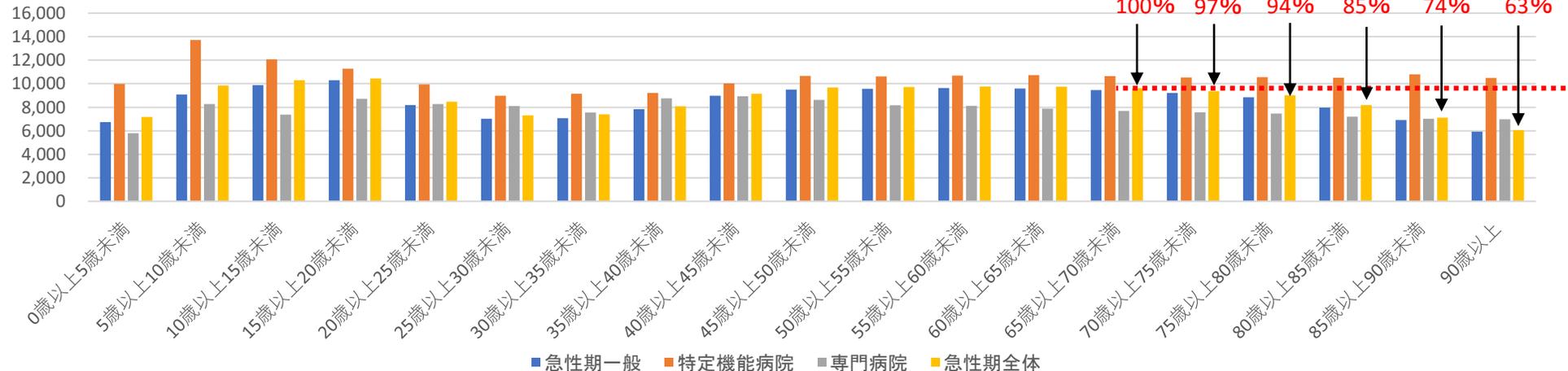
急性期病床における年齢階級別の出来高実績点数

- 急性期一般入院基本料等(※)に該当する病床における年齢階級(5歳階級)別の出来高実績点数は以下のとおり。
- 65歳以上の高齢者において、年齢が高いほど1入院当たり出来高実績点数が高い一方、1日当たり出来高実績点数は低い傾向にある。

年齢階級別 1 入院当たり 出来高実績点数



年齢階級別 1 日当たり 出来高実績点数



高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

- 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症, 部位不明」は1.4倍にとどまる。)

75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2及び地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
	急1における1日平均(点)	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
(全疾患・全年齢)	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患・75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎, 詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少(症)	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎, 詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
尿路感染症, 部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸<結腸>のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病, ステージ5	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿管管間質性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の原発性膝関節症	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
転子貫通骨折 閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結腸の悪性新生物<腫瘍>, S状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
脊柱管狭窄(症) 腰部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
うっ血性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全, 詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
前立腺の悪性新生物<腫瘍>	3,379	2.17	1.25	1.74	12	1.3%
外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
直腸の悪性新生物<腫瘍>	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
胆管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
腰椎骨折 閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結腸の悪性新生物<腫瘍>, 上行結腸	3,631	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
胆管炎を伴う胆管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一側性又は患側不明のそけい<鼠径><ヘルニア>, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
胸椎骨折 閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	3,145	3.33	2.18	1.53	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
脾の悪性新生物<腫瘍>, 脾頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>, 肝細胞癌	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1 入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>, 胃体部)を除いたもの。

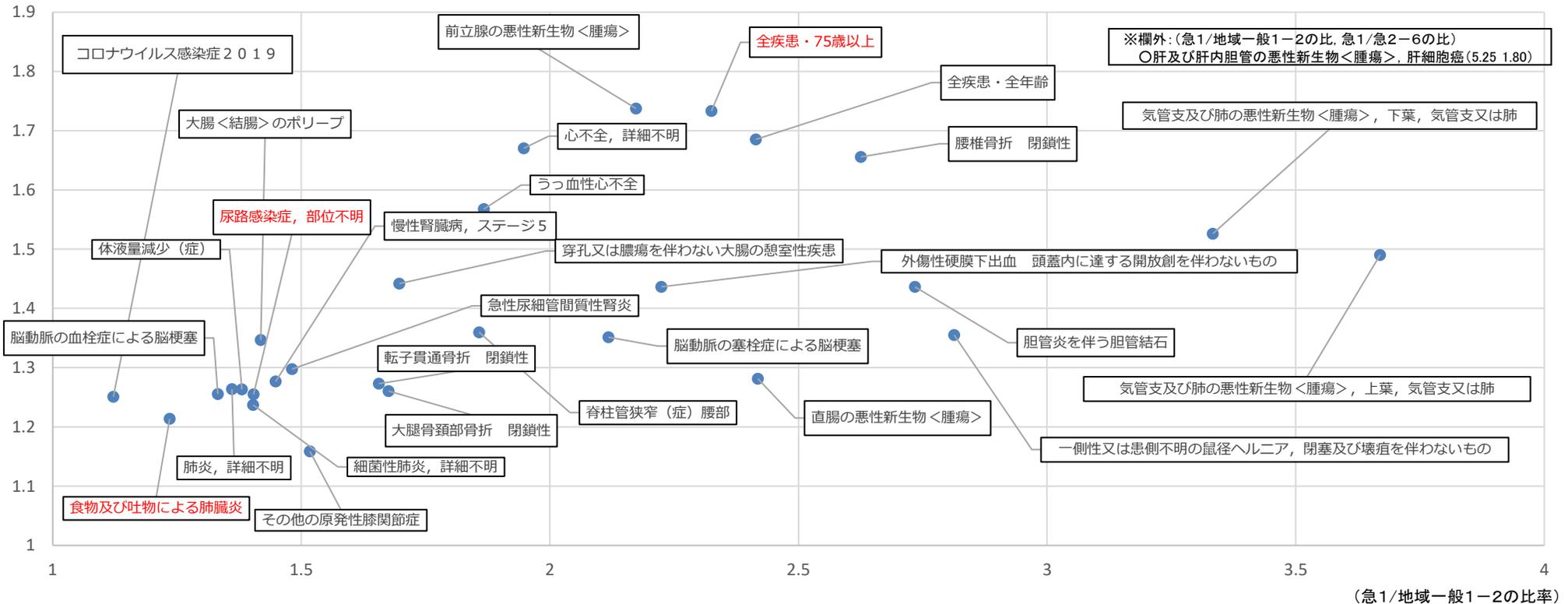
※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較②

○ 75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症、部位不明」等に対する医療資源投入量は、急性期一般入院料1と、急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2とで大きく変わらなかった。

75歳以上の患者に多い疾患※1における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2
及び急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

(急1/急2-6の比率)



※1 入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>, 胃体部)を除いたもの。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ungaitedness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchear ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

- 急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

- 診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

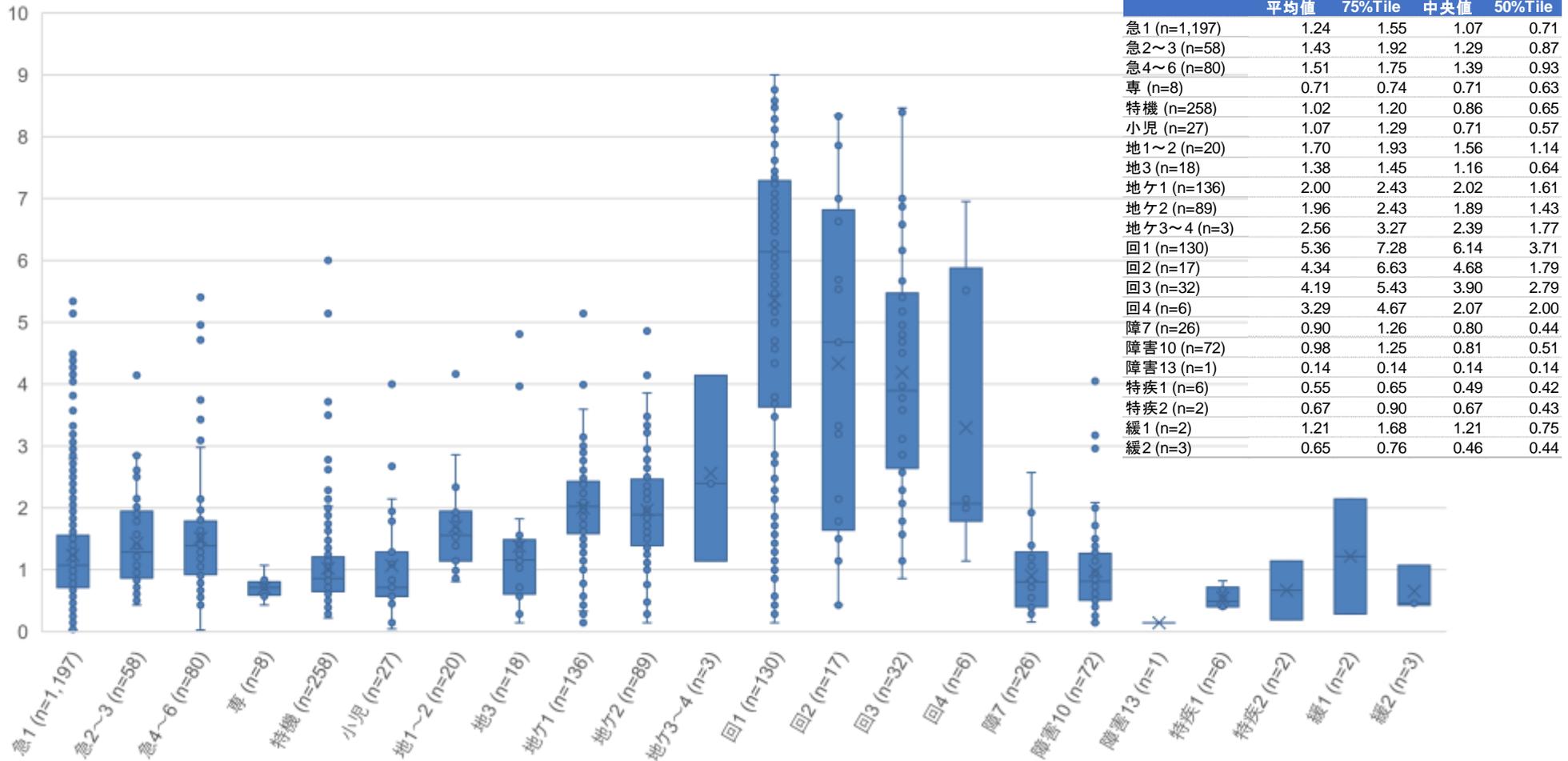
脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。
- 脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作(ADL)の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。

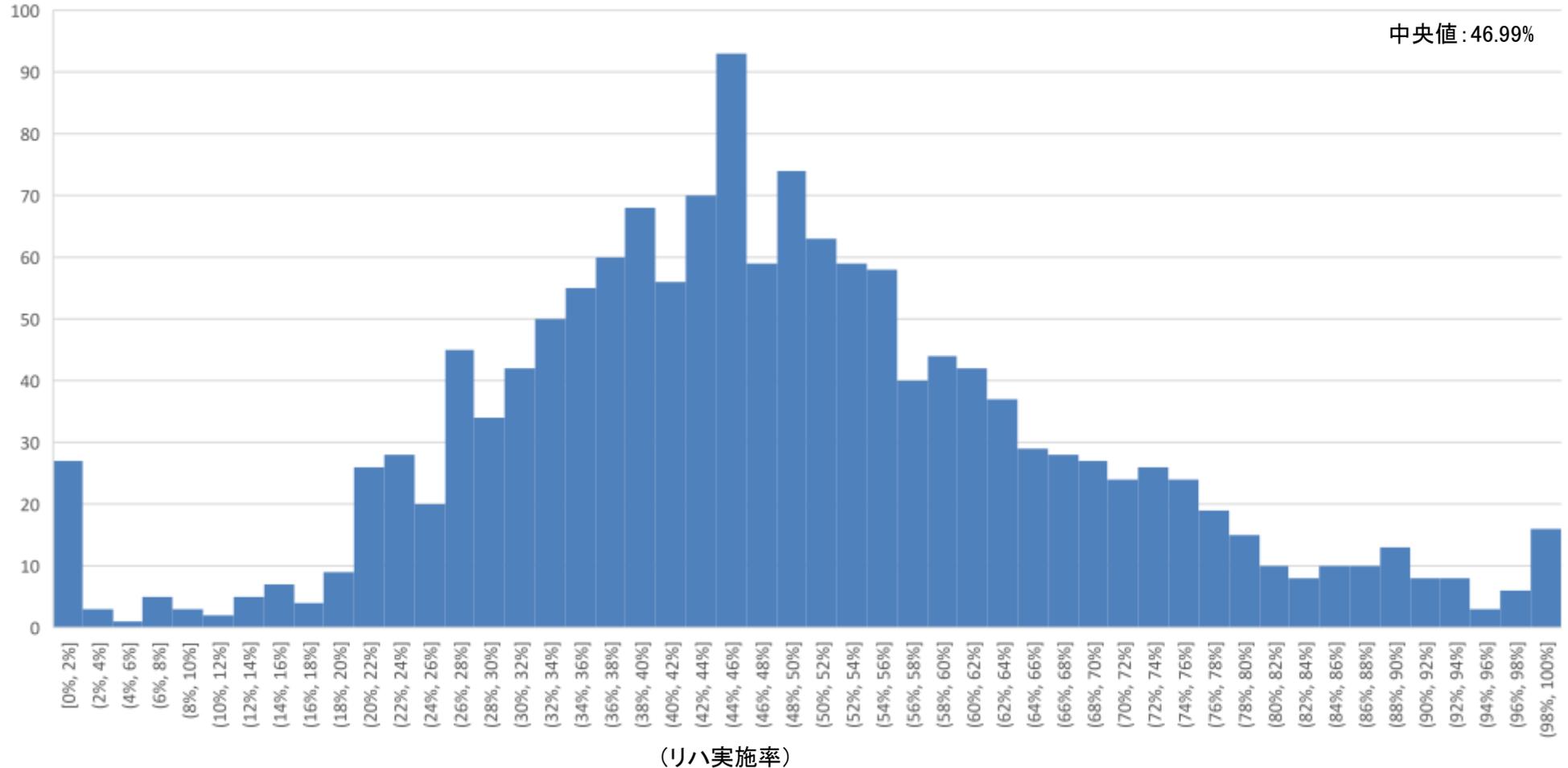
入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数



急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院料 1 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。

(医療機関数)

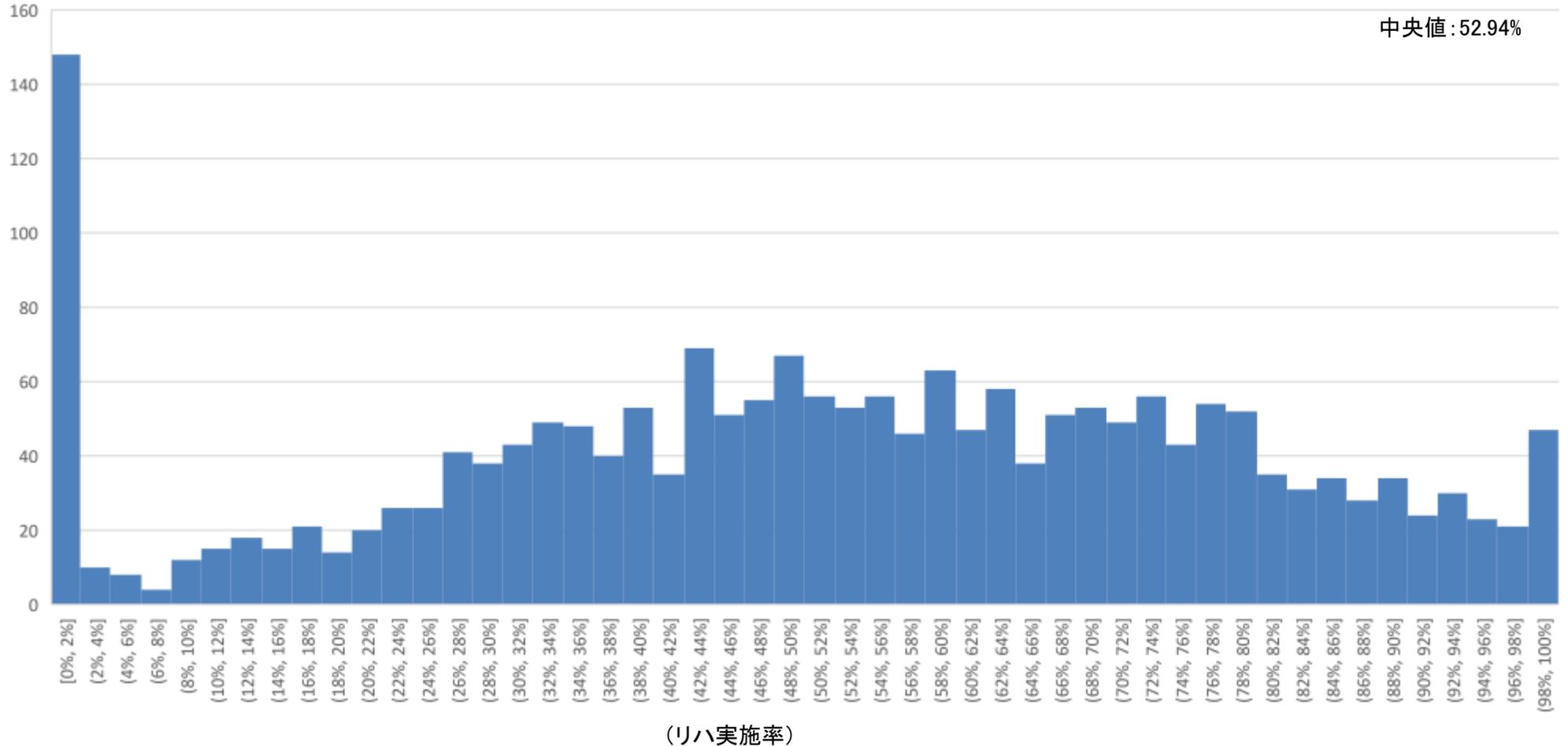


抽出条件: 令和4年4月1日~6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

急性期一般入院料 2～6 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院料 2～6 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。

(医療機関数)



抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

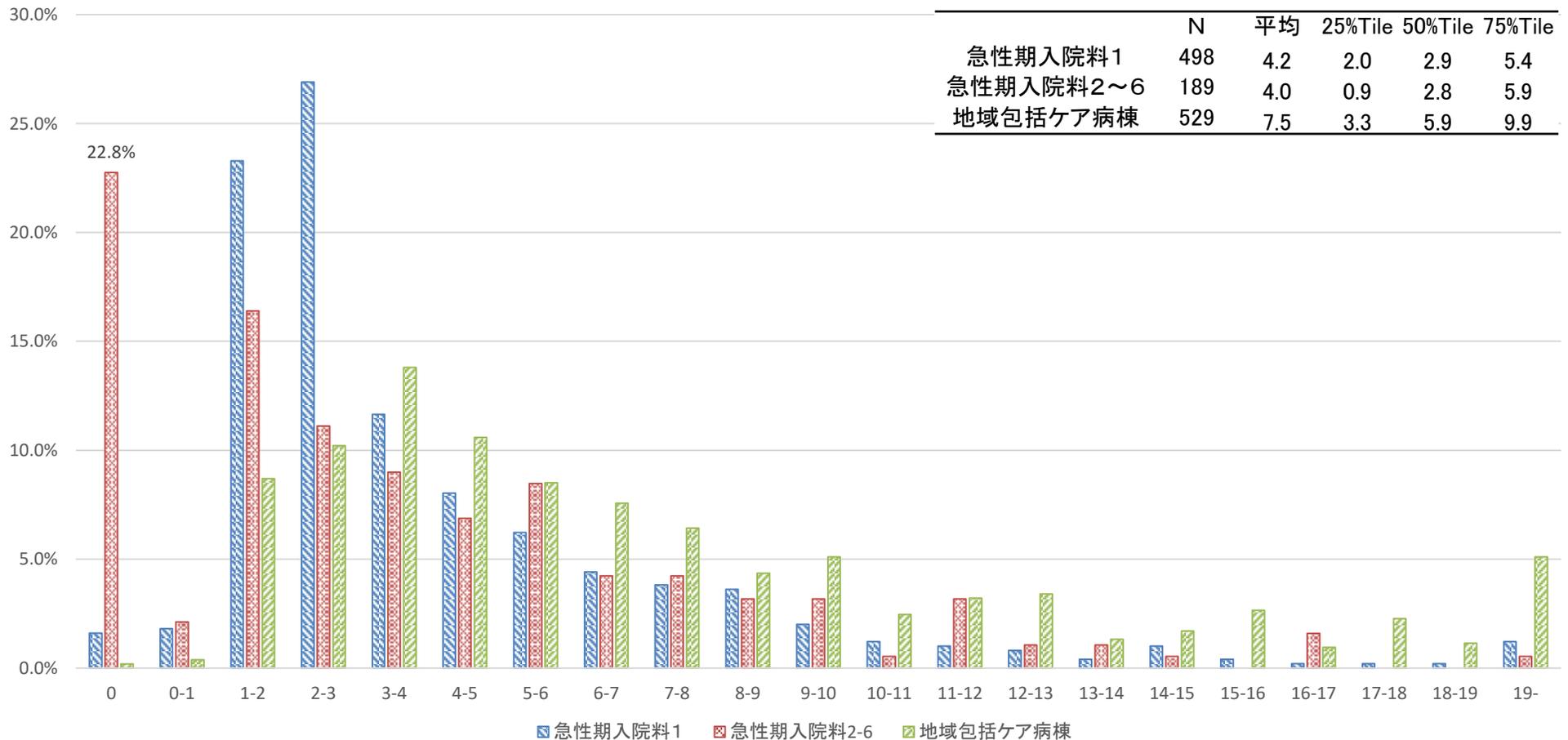
100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和4年6月1日時点)

	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～6	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
看護師	63.2	52.0	44.9	43.0
うち、特定行為研修修了者	0.5	0.2	0.2	0.3
うち、短時間勤務等	4.2	4.7	2.6	4.0
准看護師	0.6	0.6	2.7	4.2
看護補助者	8.4	7.6	9.4	17.1
うち、介護福祉士	0.7	0.9	1.3	6.6
薬剤師	2.6	1.5	1.8	1.3
管理栄養士	0.6	0.3	1.0	1.3
理学療法士	1.2	2.3	1.5	14.8
作業療法士	0.4	1.4	0.3	8.6
言語聴覚士	0.2	0.6	0.1	3.2
相談員	0.7	0.7	0.5	2.4
うち、社会福祉士	0.5	0.5	0.3	2.1
うち、精神保健福祉士	0.0	0.0	0.0	0.2
医師事務作業補助者	0.4	0.5	0.6	0.5
保育士	0.1	0.1	0.1	0.0
その他の職員	0.8	0.5	1.5	1.4

※ 各入院基本料等を届け出ている医療機関

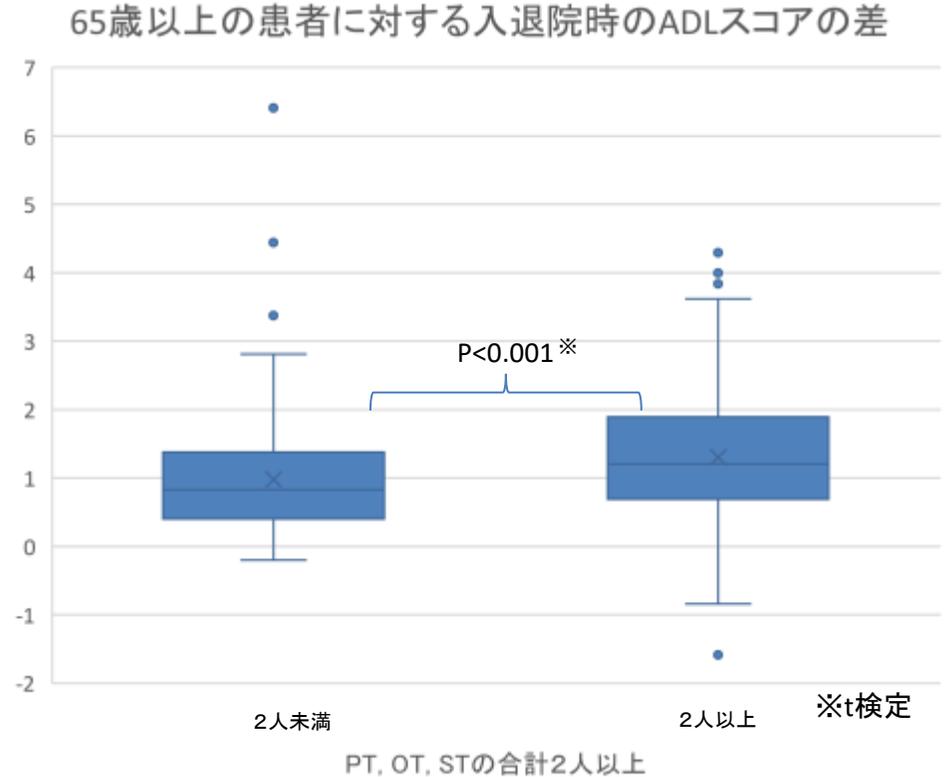
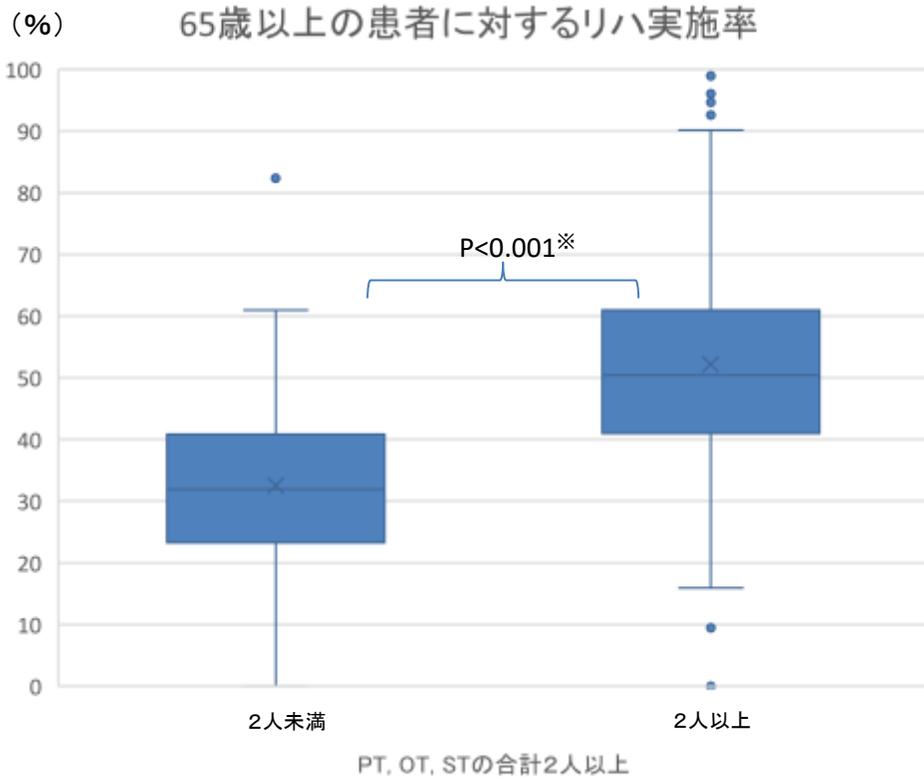
40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

- 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2~3人が26.9%と最多であった。急性期一般入院料2~6を届け出ている医療機関では0人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関の方が急性期一般入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- 届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

○ 急性期一般入院料1における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。

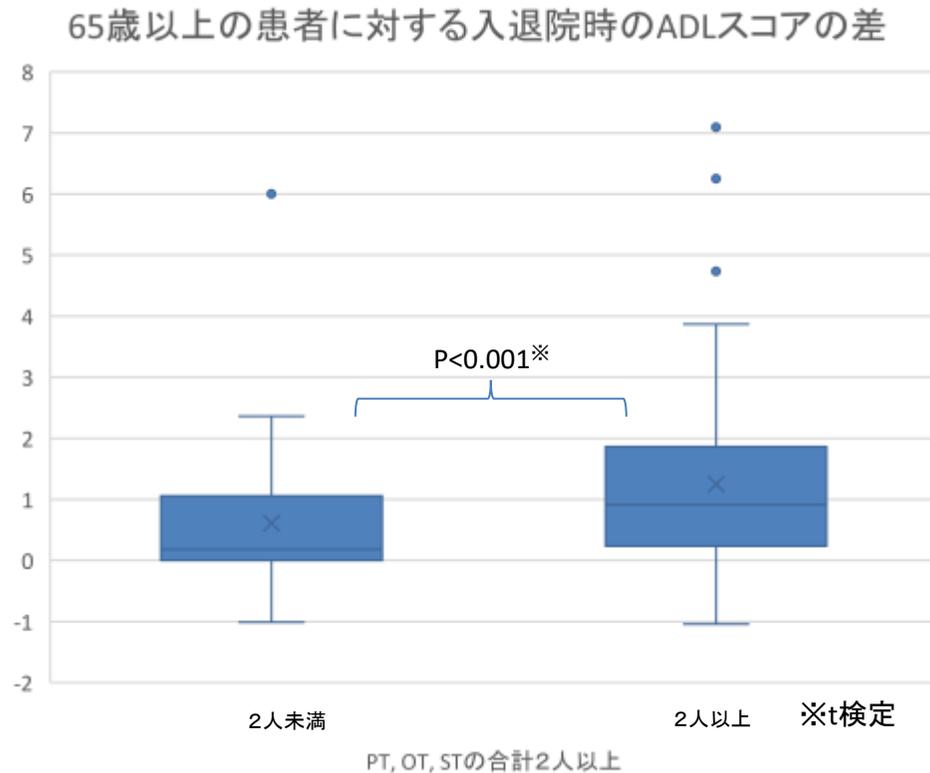
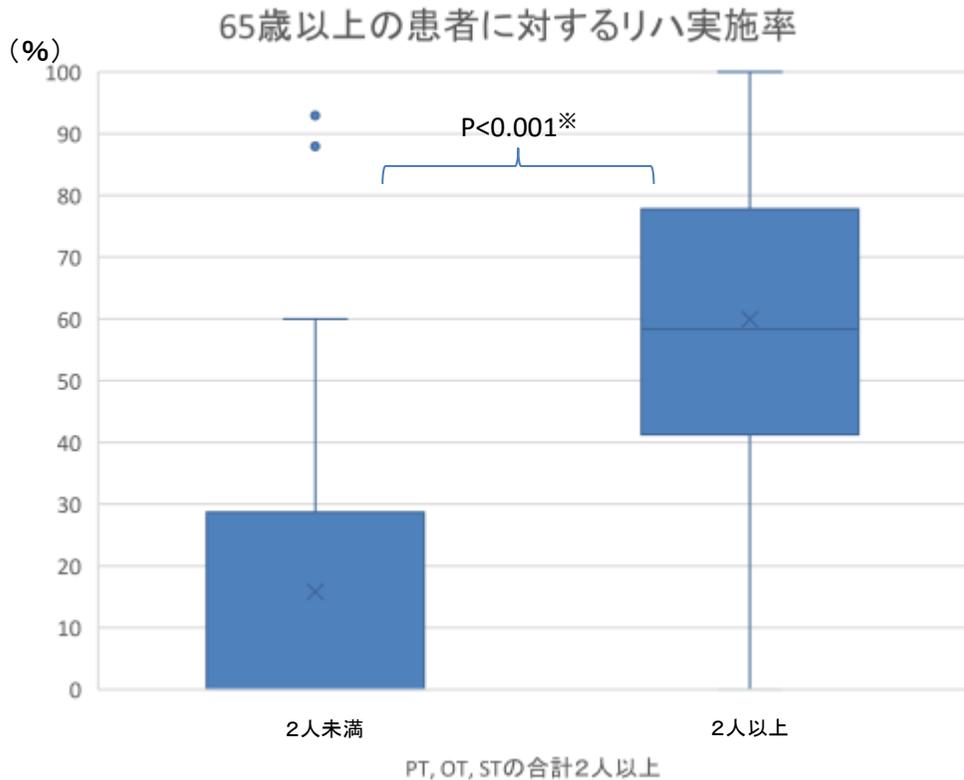


	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

○ 急性期一般入院料2～6における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。



	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	15.8%	23.1%
PT, OT, STの合計2人以上	115	59.9%	24.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

A100 一般病棟入院基本料

注12 ADL維持向上等体制加算

80点(1日につき)

※ 一般病棟入院基本料のほか、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟で算定可能

【算定要件(抜粋)】

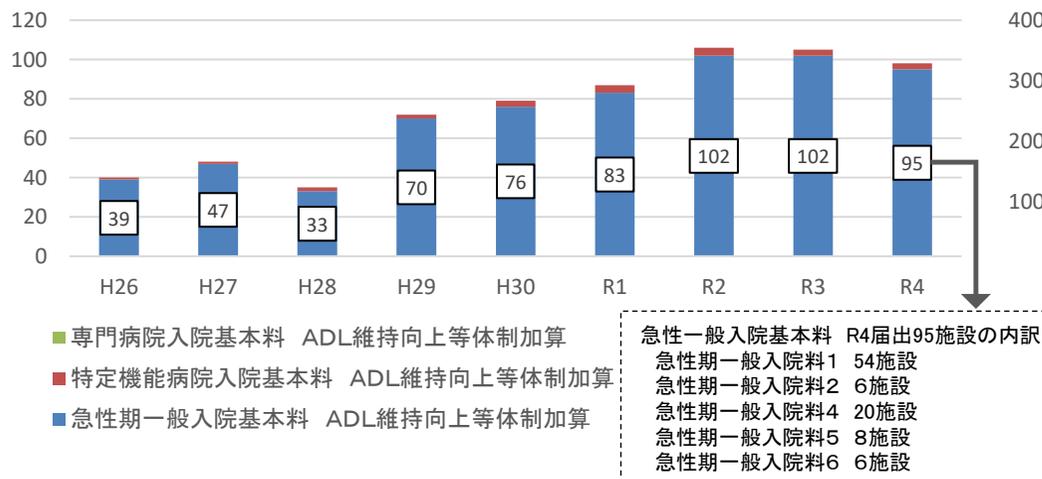
○ 急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病院において以下の取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は選任を含む常勤PT、OT又はSTをあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤PT等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

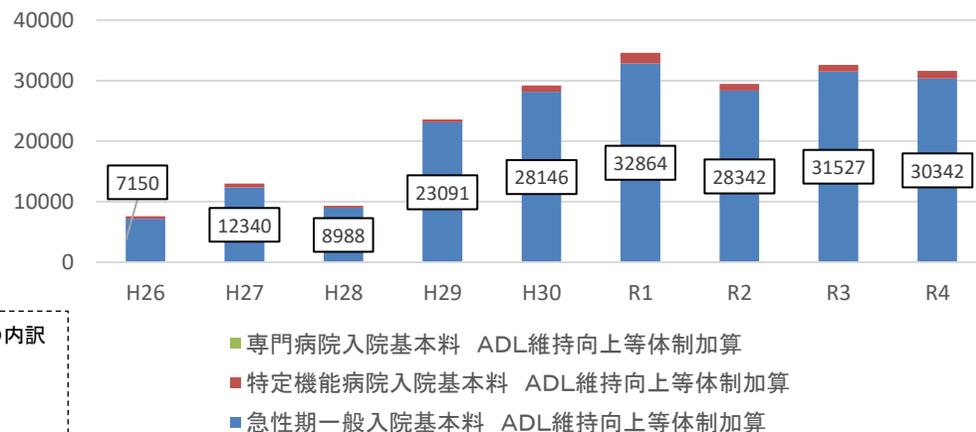
【施設基準(抜粋)】

- 当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが2名以上配置。又は当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが1名以上配置され、かつ、当該病棟に専任常勤のPT、OT若しくはSTが1名以上配置。
- 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- アウトカム評価としてBarthel Indexで評価されたADLが入院時として比較して低下した患者の割合が3%未満であること等。

(施設) ADL維持向上等体制加算(届出医療機関数)



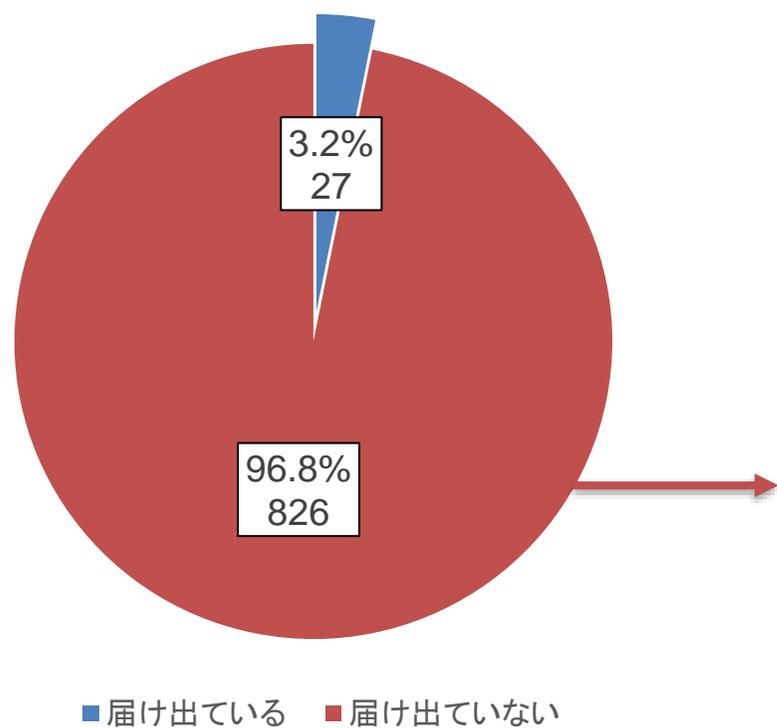
(回) ADL維持向上等体制加算(算定回数)



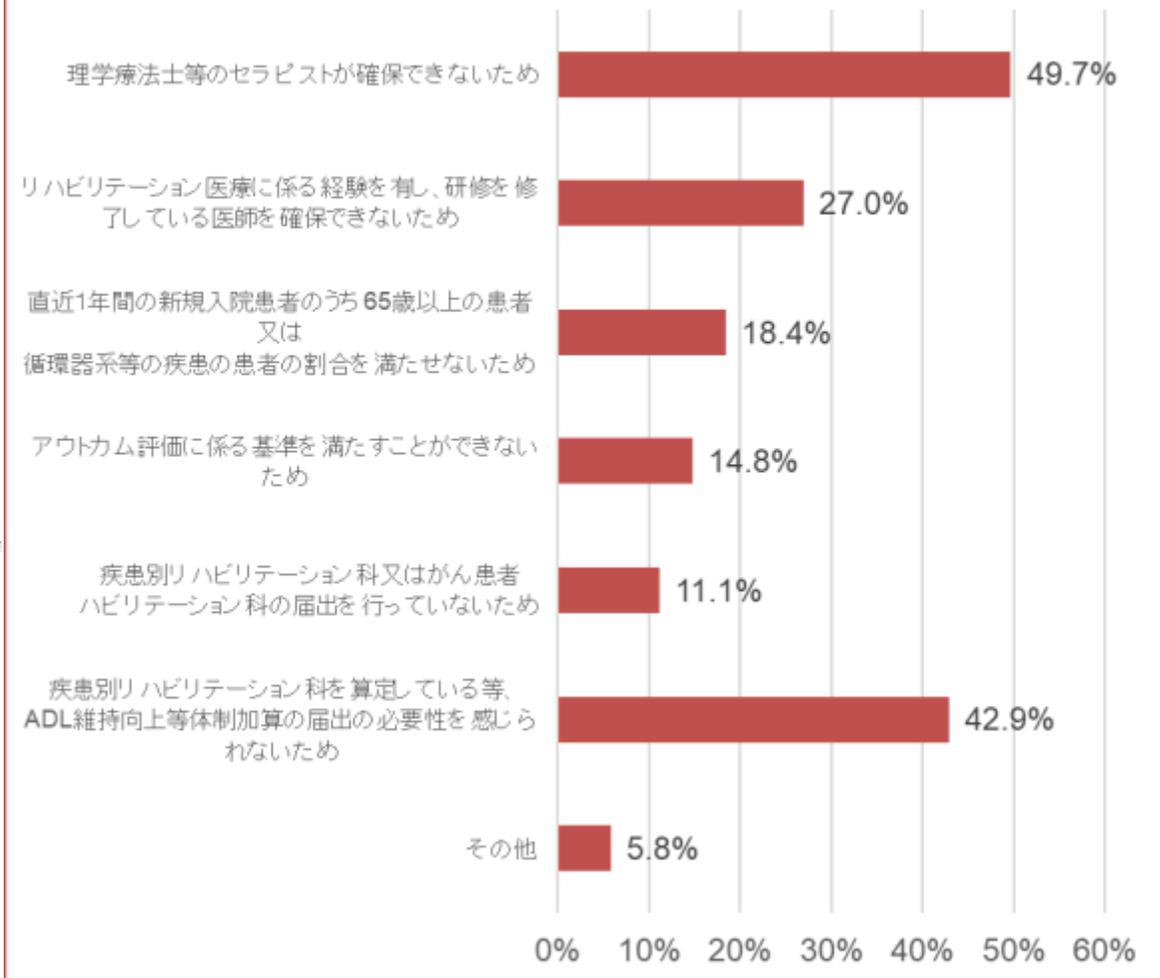
ADL維持向上等体制加算の届出状況

- ADL維持向上等体制加算を届け出ている施設は3.2% (27施設)であった。
- 同加算を届け出していない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。

ADL維持向上等体制加算の届出状況



ADL維持向上等体制加算を届け出していない理由

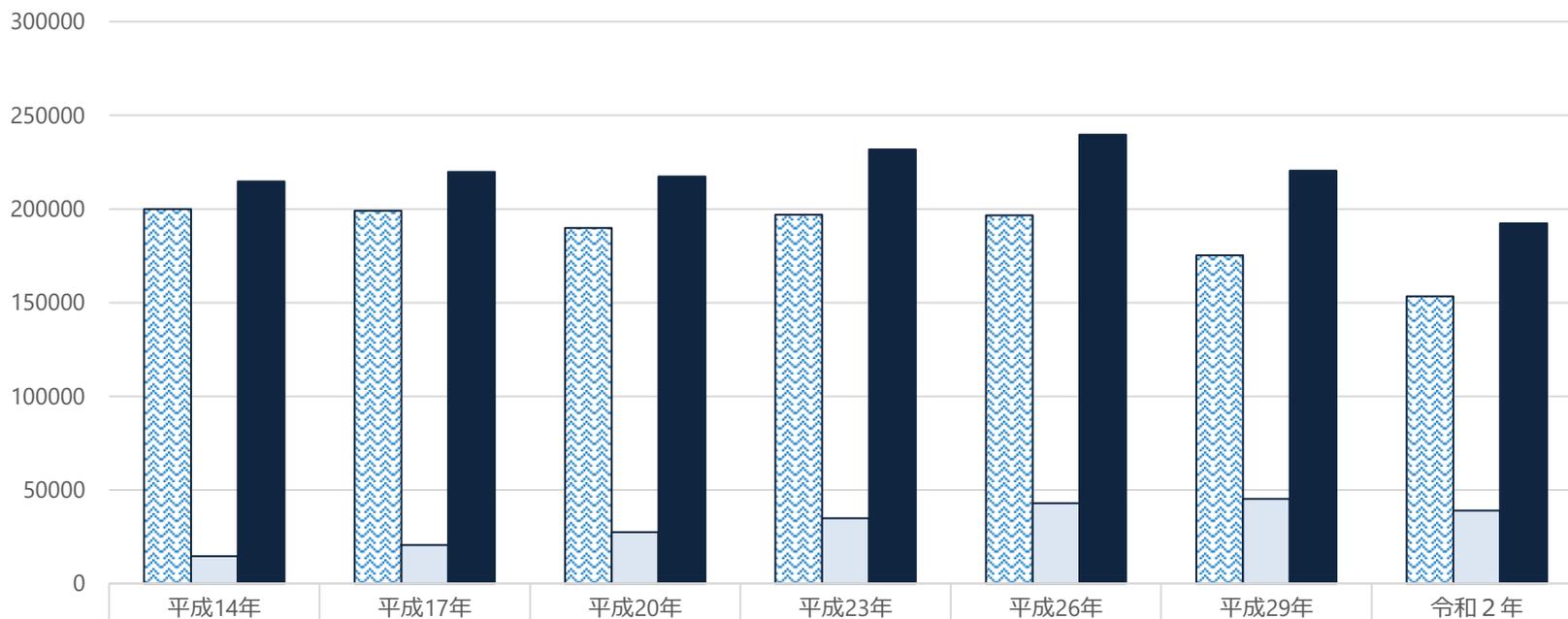


出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)

看護業務補助者等の従事者数

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

看護業務補助者等の常勤換算従事者数の推移



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

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

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

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

これまでの中医協総会等における急性期入院医療全般に係る主な意見①

<中医協総会>

- 救急医療における機能分化のためには、三次医療機関が求められている役割をより果たすためにも、三次医療機関での対応が求められる患者への対応により重点化すべきではないか。
- 急性期一般入院料においても 65 歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましいのではないか。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が 13 対 1 であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 75 歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料 1 の病棟で対応することが妥当なのかについて、十分な検討が必要ではないか。これらに対しては救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、機能分化を促進するためにも、どのような制度設計がありうるのか議論が必要ではないか。
- 全ての団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。
- 救急搬送される高齢患者については、誤嚥性肺炎や尿路感染症が迅速に治療され結果的に早期に回復する場合でも、発症の段階では重篤な疾患との判別が困難な場合があるため、不必要に救急搬送されている場合が多いわけではないことに留意すべきではないか。
- 特に高齢者救急においては重篤度の判断が困難な場合もあるため、救急搬送で三次救急病院に搬送され、結果的に三次救急病院以外でも対応可能な病態の患者であった場合には、迅速に下り搬送を行うことが重要ではないか。
- 人口構造の変化を踏まえれば、2025年に向けた地域医療構想の取組は引き続き推進すべきではないか。

これまでの中医協総会等における急性期入院医療全般に係る主な意見②

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないか。
- 高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があることや、三次救急医療機関は高度な医療に集中すべきであることから、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないか。
- 看護のための業務と介護のための業務は異なるため、介護の必要性が高い病棟においては、介護職員の活用を進めるべきではないか。
- 入院医療における患者の医療ニーズに対応するためには看護職員及び看護補助者の配置を進めるべきであり、看護より介護の必要性が上回るような患者については、介護を受けられる場に移行すべきではないか。
- 病棟間の機能分化や、急性期病棟からの早期転院を推進していくに当たっては、回復期や慢性期の病棟における看護補助者の配置や連携がより重要ではないか。
- 現状の急性期病棟等においては、看護補助者を教育しても直接患者にケアを提供することが難しい場合や直接患者にケアを提供することを希望しない場合があり、増加する高齢患者への対応の観点からは看護補助者を配置する仕組みでは対応困難ではないか。

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないかと。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等

2. 急性期入院医療に係る評価について

2-1. 急性期一般入院基本料の施設基準等について

①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について

②平均在院日数について

2-2. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく
評価について

3. 課題と論点

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見①

<中医協総会>

- 急性期一般病棟における必要度の該当患者割合の低下について、心電図モニターの項目が削除されたことに加え、該当患者割合の基準を引き下げた影響も考えられる一方で、急性期の病床が過剰である可能性もあるため、背景の詳細な分析が必要ではないか。
- 75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料1の病棟で対応することが妥当なのかについて、十分な検討が必要ではないか。これらに対しては救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、機能分化を促進するためにも、どのような制度設計がありうるのか議論が必要ではないか。
- 該当患者割合が上昇している「注射薬剤3種類以上の管理」について、どのような薬剤がどのように使用されているのか詳細な分析が必要ではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 評価方法については、必要度Ⅱへの早期の移行を推進すべきではないか。
- 急性期医療を必要とする患者に対する医療・看護を適切に評価する観点から、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、5日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないか。
- 急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないか。
- 評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、「呼吸ケア」や「創傷処置」の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないか。
- 急性期医療におけるケアを適切に評価する観点から、「創傷処置」に該当する診療行為から重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないか。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見②

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（続き）

- 外来での実施率が高い化学療法について外来での実施を推進する観点から、「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について必要な見直しを行うべきではないか。
- 特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1において、基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）のみにより必要度基準に該当する場合は、「専門的な治療・処置」によりA得点2点となっていることが多いことも踏まえ、こうした患者のうち急性期医療が必要な患者がB項目の状況によらず必要度基準に該当するよう、「専門的な治療・処置」の各項目について重みづけを見直すことが考えられるのではないか。
- B項目は介護業務を評価している性質があり、急性期の医療ニーズに着目した評価体系とする観点からは、7対1病棟の必要度基準においてB項目は適さないのではないか。一方で、B項目を必要度基準に用いない場合においても、ADLの改善状況等の把握のため、測定自体は継続すべきではないか。
- ADLが低下した患者や認知症・せん妄状態の患者等への医療・看護に対する評価のためにB項目を評価基準に残す場合においても、疾病や治療に伴って一時的に低下したADL等の改善等が適切に評価できるよう、項目の追加や評価方法の見直しについて今後検討すべきではないか。
- 急性期医療における評価としては、B項目に基づく状況よりも、ADLが低下しないための取組を評価することが重要ではないか。
- C項目の対象となる手術等については、年度によって入院での実施率にばらつきがある可能性も踏まえ、検討すべきではないか。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術の一部について、入院により実施されている割合が医療機関全体における割合よりも病院において高いものがあることから、外来での実施がより促進されるよう必要度の評価対象に加えるべきではないか。

○ 平成19年1月の中医協において、7対1入院基本料の施設基準に係る建議書が提出された。

平成19年1月31日 中央社会保険医療協議会 建議書

平成19年1月31日

厚生労働大臣 柳澤伯夫 殿

中央社会保険医療協議会 会長 土田武史

建議書

当協議会においては、昨年4月の平成18年度診療報酬改定実施以後、看護の問題に関して、経過措置の在り方などを慎重に検討してきた。特に同改定において導入した「7対1入院基本料」については、急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価する目的で導入したものであるが、制度導入後、短期間に数多くの届出が行われるとともに、一部の大病院が平成19年度新卒者を大量に採用しようとしたことにより、地域医療に深刻な影響を与える懸念が示されてきた。このような状況を踏まえ、当協議会においては、昨年11月29日の第95回総会以降、この問題について取り上げ、実情の把握に努めるとともに、対応について審議を重ねてきたところである。

その結果、今春に向け国立大学病院等を中心として積極的な採用活動が行われていることが明らかとなった。しかし、一方で、今回の診療報酬改定の趣旨に必ずしも合致しているか疑問なしとしない病院においても7対1入院基本料の届出が行われているとの指摘がなされているところである。看護職員という貴重な医療資源が限られていることを考慮すると、このような状況に対して、当協議会としては深い憂慮を示さざるを得ない。

これを踏まえ、7対1入院基本料の取扱いについて今般結論を得るに至ったので、社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第2条第1項の規定に基づき、下記のとおり建議する。

なお、各保険医療機関におかれては、看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配慮し、節度を持って行われるよう、強く期待したい。

記

- 1 看護職員の配置数等を満たした病院について届出を認めるという現行の7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出が可能となるようなものとする。
- 2 手厚い看護を必要とする患者の判定方法等に関する基準の在り方について、必要な研究に早急に着手し、その結果を踏まえて、平成20年度の診療報酬改定において対応すること。
- 3 看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと。

- 平成20年度改定の基本方針においては、「医療機能の分化・連携を推進する」観点及び「効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する」観点から、7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、医療ニーズに着目した評価となるよう検討すべきとされた。

○平成20年度診療報酬改定の基本方針

平成19年12月3日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

2. 今回改定の基本方針(緊急課題と4つの視点から)

- (2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
(医療ニーズに着目した評価)

ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである。

- (4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点
(医療ニーズに着目した評価)

エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである。((2)ウの再掲。)

○ 平成20年度改定において、医療ニーズに着目した評価及び急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準として、「一般病棟7対1入院基本料」の算定要件に一般病棟用に係る重症度・看護必要度の基準に該当している患者割合が導入された。

○平成二十年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)(別紙)(抄)

Ⅱ 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

Ⅱ-3 医療ニーズに着目した評価について

平成19年1月の建議等を踏まえ、7対1入院基本料について、以下のとおりの見直しを行う。

① 7対1入院基本料について、「看護必要度」による基準を満たす病院のみが届け出ることができることとする。

【新たに導入される「看護必要度」判定基準の概要】

ハイケアユニットにおいて用いられている「重症度・看護必要度」の指標を基に、一般病棟における急性期入院医療に係る治療・処置に対応するとともに、病院での負担を勘案して評価項目を簡素化したものとする。

○平成二十年度診療報酬改定における主要改定項目について(抄)

Ⅱ-3 医療ニーズに着目した評価について-①

7対1入院基本料の基準の見直し

第1 基本的な考え方

7対1入院基本料については、平成19年1月の建議を踏まえ、急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入する。

第2 具体的な内容

1 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。

(1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。

(2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。

(3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。

(4) 特定機能病院には適用しない(ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。)

※平成20年の導入時における評価票

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまれば できる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
4 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

- 平成22年度改定においては、患者の高齢化等を踏まえ、看護職員は看護職員でなければならない業務に専念する観点から、重症度・看護必要度における該当割合を施設基準の一つとしたうえで、看護補助者の配置に対する評価として急性期看護補助体制加算が新設された。
- また、10対1入院基本料の届出医療機関においても、患者の重症度・看護必要度を継続的に測定し評価を行っていることを評価する加算が新設された。

看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければならない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。

- ⑨ **急性期看護補助体制加算（1日につき、14日を限度）**
- 1 急性期看護補助体制加算1（50対1） 120点
 - 2 急性期看護補助体制加算2（75対1） 80点

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。

[施設基準]

- (1) 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院
- (2) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上
- (3) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている

急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

- 一般病棟入院基本料等（10対1入院基本料）の届出医療機関において、患者の重症度・看護必要度を継続的に測定し、評価を行っていることを評価

⑩ **一般病棟看護必要度評価加算 5点（1日につき）**



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間差測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

○ 平成24年度改定においては、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の引き上げ等が行われた。

7対1入院基本料の適正化等について

算定要件の見直し

➢ 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料 平均在院日数		7対1入院基本料 平均在院日数	
【現行】		【改定後】	
一般病棟入院基本料	19日以内	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内	特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内	専門病院入院基本料	28日以内

7対1入院基本料 看護必要度要件		7対1入院基本料 看護必要度要件	
【現行】		【改定後】	
一般病棟入院基本料	1割以上	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ	特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上	専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない)

141

急性期の入院医療の評価

看護必要度の高い患者が入院している病棟の評価

➢ 10対1入院基本料届出病棟において看護必要度基準を満たしている患者*が多く入院している病棟の入院患者に対する加算を新設する。

(新) 看護必要度加算1 30点(1日につき)

(新) 看護必要度加算2 15点(1日につき)

※看護必要度基準を満たしている患者
看護必要度A項目2点以上かつB項目3点以上
合計5点以上の患者

【施設基準】

- 10対1入院基本料(一般病棟、特定機能病院(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料)を算定していること。
- 看護必要度評価加算1 看護必要度の高い患者*を1割5分以上入院させている病棟であること。
- 看護必要度評価加算2 看護必要度の高い患者*を1割以上入院させている病棟であること。

13対1入院基本料届出医療機関における入院患者の看護必要度の評価

➢ 一般病棟入院基本料等(13対1入院基本料)の届出医療機関における患者の重症度・看護必要度の継続的な測定及び評価を評価する。

(新)一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 脈拍測定	1 寝違り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 聴覚測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン間隔3米以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 状態の悪化
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

142

○ 平成26年度改定においては、以下の実態等を踏まえ、

- ・「時間尿測定」の該当患者割合は、7対1入院基本料より15対1入院基本料で最も高いこと
- ・7対1入院基本料における「血圧測定」の該当患者におけるB項目の該当状況は、「該当なし」が最も多く、急性期の循環動態が不安定な患者の状態観察の指標としては適切でないと考えられること
- ・「創傷処置」の内容は、療養病棟入院基本料においては褥瘡が多く、こうした処置が急性期の処置の指標として適切でないと考えられること
- ・「呼吸ケア」の該当患者のうち、喀痰吸引のみの該当者は、7対1入院基本料より療養病棟入院基本料で多いこと

急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図る観点から、**急性期患者の特性を評価する項目へ変更**するとともに、名称を「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に変更した。

平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理

※ B項目については変更なし。

[経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
	(削除)
	(削除)
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。

※救急救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、

専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

○ 平成28年度改定においては、

- ・基準に該当しない患者うち一部に、手術直後の患者や救急搬送後の患者等、急性期入院医療の必要性が高い患者がいること
- ・「A項目3点以上の患者」は、「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」と比べ、医師による指示の見直しや看護師による観察等が頻回に必要な患者の割合が同等～高いこと
- ・認知症患者の入院受入が課題となっている中、認知症患者やせん妄患者への看護提供頻度は高い傾向にあること
- ・術後の早期離床を進めると、B項目が低く評価され、基準を満たしにくくなる場合があること

から、A項目について急性期医療の必要性が高い患者の状態を追加するとともに、B項目について他の項目と類似する2項目を削除しつつ「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」の項目を設け、さらにC項目の新設が行われた。

平成28年度診療報酬改定

医療機能に応じた入院医療の評価について①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

➤ 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

現行 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価額)	改定後 (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価額)
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上
【A項目】 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理	【A項目】 1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療 8 救急搬送後の入院
【B項目】 8 寝返り 9 起き上がり 10 座位保持 11 移乗 12 口腔清潔 13 食事摂取 14 衣服の着脱	【B項目】 9 寝返り (削除) 10 移乗 (削除) 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 診療・療養上の指示が通じる 15 危険行動
	【C項目】 16 開腹手術 17 開胸手術 18 開股手術 19 骨の手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術 22 救命等に係る内科的治療 ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心臓機械的術等の治療 ③ 経腸的な消化器治療

- 平成30年度改定においては、入院患者の疾患や年齢構成の将来推計に基づき、高い医療資源投入が必要な医療需要の減少とともに、中程度の医療資源投入が必要な医療需要が増加することを踏まえ、7対1一般病棟が地域の医療ニーズの変化に弾力的に対応できるよう、一般病棟入院基本料の評価において基礎的な報酬評価と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせた形で再編・統合され、この医療ニーズを反映する診療実績の指標のひとつとして、重症度、医療・看護必要度が用いられることとなった。

平成30年度診療報酬改定 1-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑤ (1)急性期医療

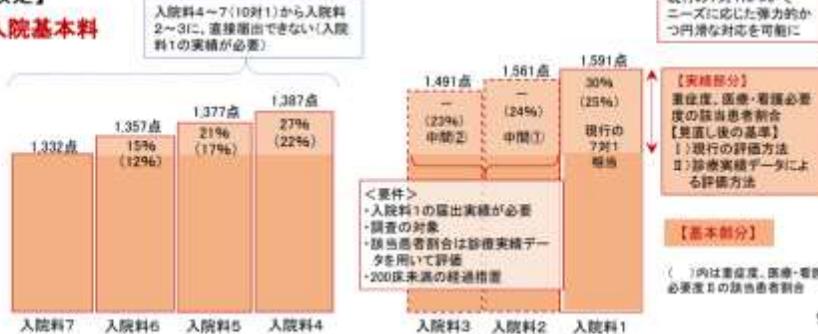
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



平成30年度診療報酬改定 1-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1)急性期医療

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1~7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1~7に再編する。

	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員					10対1以上 (7割以上が看護師)		7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、医療・看護必要度I*	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	- [26%以上]	- [27%以上]
[]内は200床未満の経過措置	重症度、医療・看護必要度II*	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]
平均在院日数	21日以内						18日以内
在宅復帰・病床機能連携率	-						8割以上
その他	-						・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要
データ提出加算	○						
点数	1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価
[]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

- 平成30年度改定においてはさらに、B項目の「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」に該当する患者のうち、身体抑制ありの患者については、全評価日でA項目が1点以上に該当する患者が多く、医師の診察や指示の見直しの頻度、直接看護の提供頻度も上昇していたことを踏まえ、「診療・療養上の指示が通じない」又は「危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準を追加する等が行われた。

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑧ (1)急性期医療

重症度、医療・看護必要度の見直し②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	
C18	開腹手術(5日間)



改定後	
C18	開腹手術(4日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	



改定後	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	

※ B14・診療・療養上の指示が通じる
B15・危険行動

- 基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	経過措置
施設基準	病棟群単位の届出病棟、許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が2.3%以上2.5%未満の病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成30年9月30日までの間は、急性期一般入院料2の施設基準を満たしているものとする。
急性期一般入院料2及び3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度1を用いて評価しても差し支えない。
	一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。

- その後、令和2年度改定においては、平成30年度改定において導入された「B14又はB15に該当、かつA得点1点以上かつB得点3点以上」の基準のみに該当する患者は、看護の提供の頻度は高いものの、年齢や要介護度が高く、医学的な理由による入院の割合が低いことを踏まえ、急性期入院医療の必要性が高い患者を適切に評価する観点から、「B14又はB15に該当、かつA得点1点以上かつB得点3点以上」の基準の廃止を行った。

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ③～⑤

急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ **救急患者の評価を充実**
 - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価



	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊髄麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	現行 I/II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	— / 24% (27% / 22%)
急性期一般入院料3	— / 23% (26% / 21%)
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%



	見直し後 I/II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	— / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る

○ 令和4年度改定においては、

- ・「心電図モニター」の管理について、自宅退院患者が退院日まで心電図モニターを装着しているなど医学的必要性以外から装着されると考えられる場合があること
- ・「点滴ライン同時3本以上の管理」について、該当患者の使用薬剤が2種類以下の場合もあり、指標として適切でないと考えられること
- ・「輸血や血液製剤の管理」について、該当患者が医師による診察や看護師による直接の看護提供の頻度が高いこと

を踏まえた項目の見直しを行った。

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-③

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

▶ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

現行				改定後					
【一般病棟用】				<ul style="list-style-type: none"> ・「心電図モニター」の項目を廃止する。 ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。 ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。 					
A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置					創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-	1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-	2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-	3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-	4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-		専門的な治療・処置			
	専門的な治療・処置					(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用(注射剤のみ)、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)			
7	(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用(注射剤のみ)、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり	6	(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用(注射剤のみ)、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
I: 救急搬送後の入院(5日間)					I: 救急搬送後の入院(5日間)				
8	II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり	7	II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度については、平成20年度診療報酬改定において、「医療機能の分化・連携を推進する」観点及び「効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する」観点から、医療ニーズに着目した急性期等の手厚い患者への対応を評価する基準として、一般病棟7対1入院基本料の算定要件に導入された。
- その後、看護職員は看護職員でなければならない業務に専念する観点から、必要度の該当患者割合を施設基準とした看護補助者の配置に対する評価を新設するとともに、機能分化の一層の推進のために該当患者割合の基準の引き上げ等がなされ、さらに平成30年度診療報酬改定においては、高い医療資源投入が必要な医療需要の減少と中程度の医療資源投入が必要な医療需要の増大等地域の医療ニーズの変化に7対1病棟が弾力的に対応できるよう、医療資源投入量を反映する診療実績の指標のひとつとして用いられることとなった。
- 各項目については、急性期患者の特性をより評価可能な基準とするため、累次の改定において、
 - ・7対1入院基本料ではなく15対1入院基本料で多く該当する項目の削除
 - ・A項目3点以上の基準の追加
 - ・手術直後等の患者(C項目)・救急搬送後の患者等の対象への追加
 などを行っている。
- B項目については、術後の早期離床を進めるとB項目が低く評価され、基準を満たしにくくなる場合があることから、相関性の高い項目の削除等を行っている。
- また、認知症患者への対応の評価等の観点で設けられた「診療・療養上の指示が通じない」又は「危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の基準については、該当患者に対する看護提供の頻度は高いものの、年齢や要介護度が高く、医学的な理由による入院の割合が低いこと等を踏まえ、急性期入院医療の必要性が高い患者を適切に評価する観点から、その後廃止されている。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	—
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
5	輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
7	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	—	—
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	—		実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—		—	—
14	危険行動	ない	—	ある		—	—

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直します。

現行※	必要度	
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料 1	31%	29%
急性期一般入院料 2	28% (26%)	26% (24%)
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20% (18%)
急性期一般入院料 5	20%	18%
急性期一般入院料 6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	-	28%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
7対1入院基本料(専門)	30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	18%	15%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

改定後		必要度	
		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料 1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料 2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料 3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料 4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料 5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		-	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%



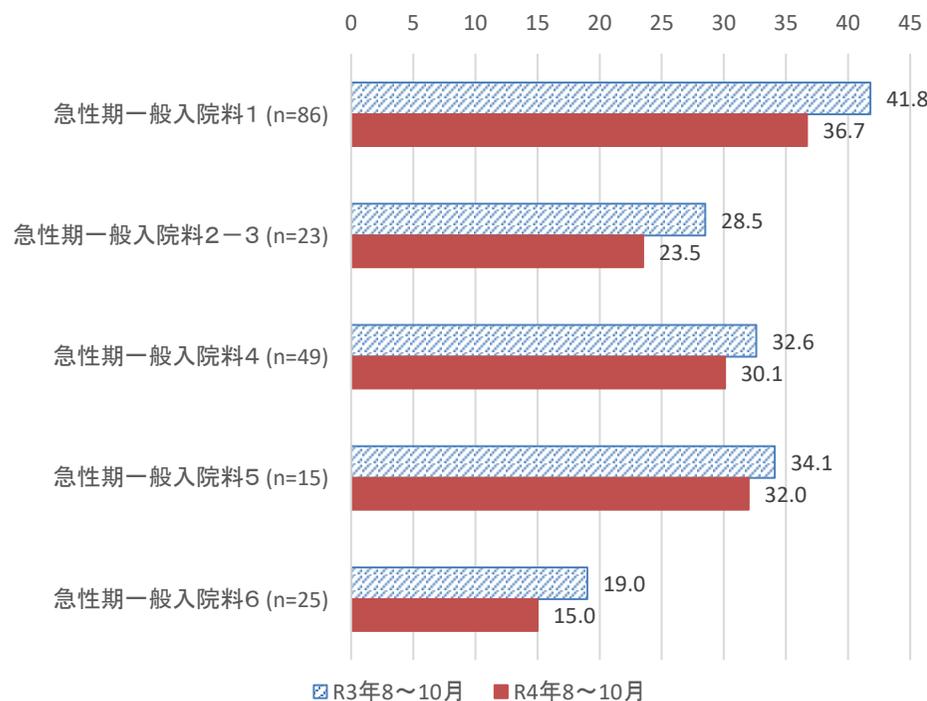
【経過措置】

令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和4年9月30日**まで基準を満たしているものとする。

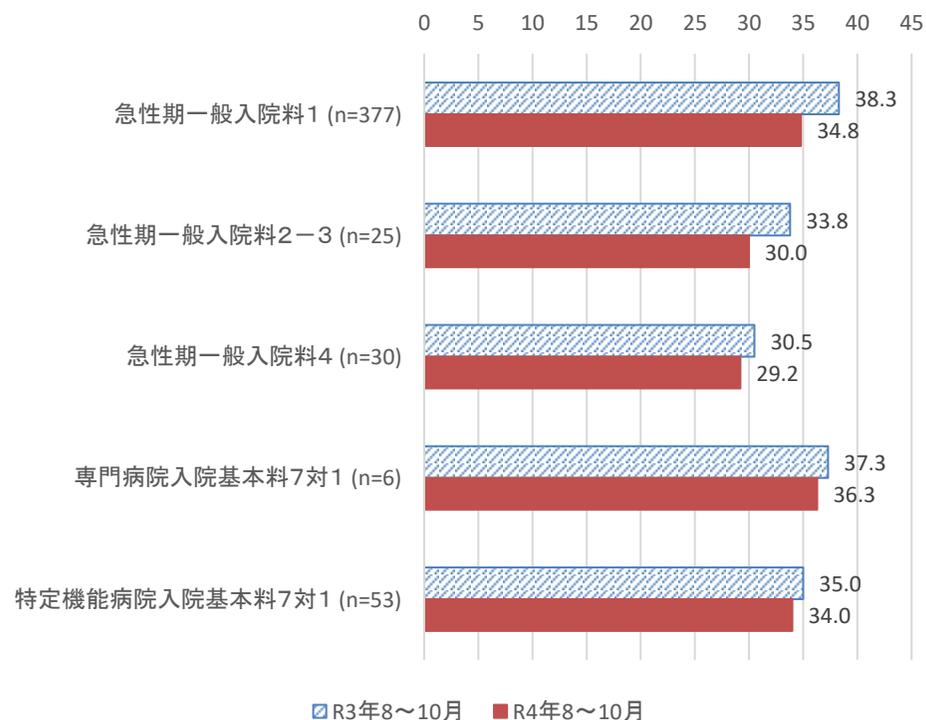
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (平均)

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



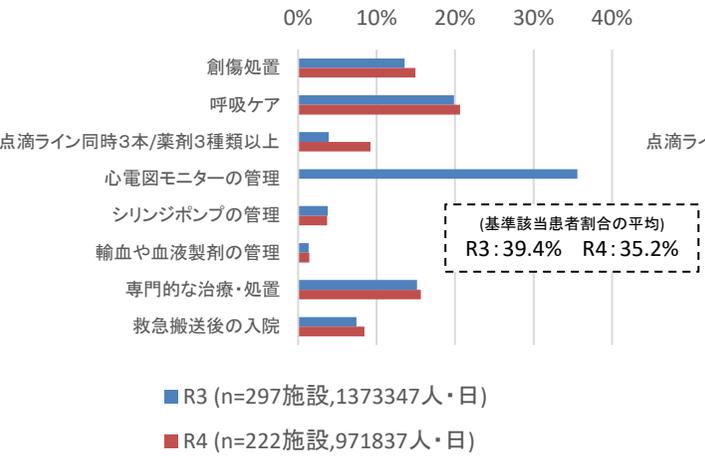
(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



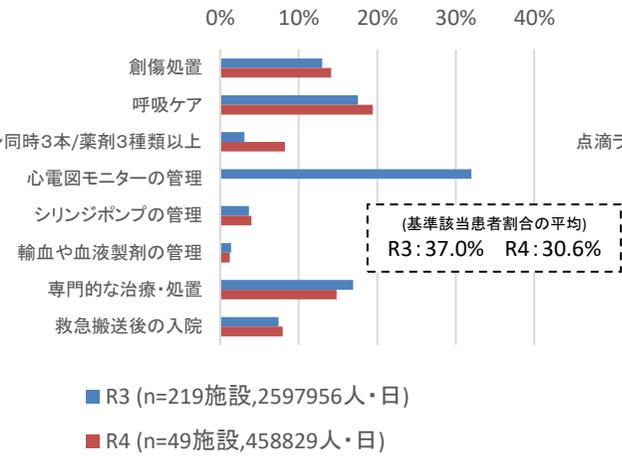
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合①

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

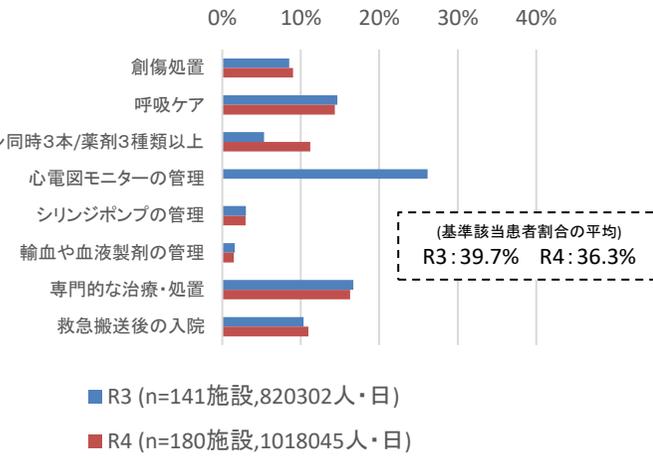
急1・必要度Ⅰ・200床未満



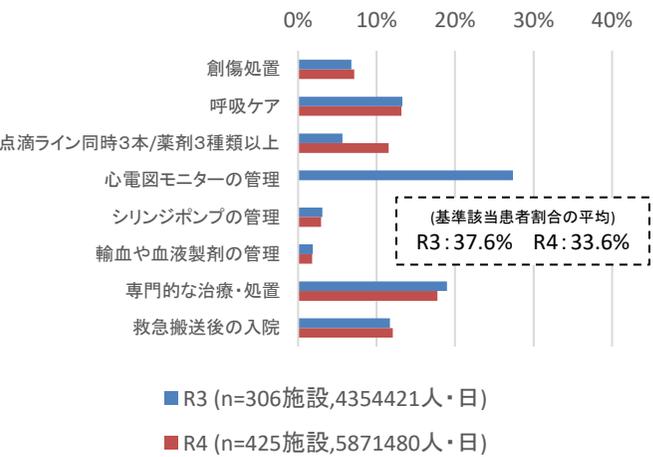
急1・必要度Ⅰ・200床-399床



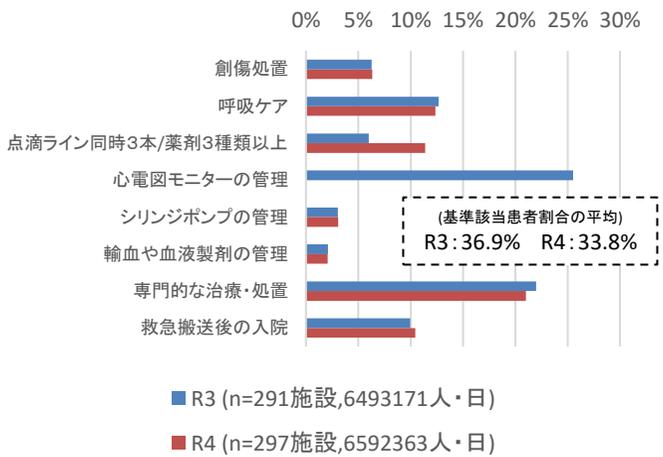
急1・必要度Ⅱ・200床未満



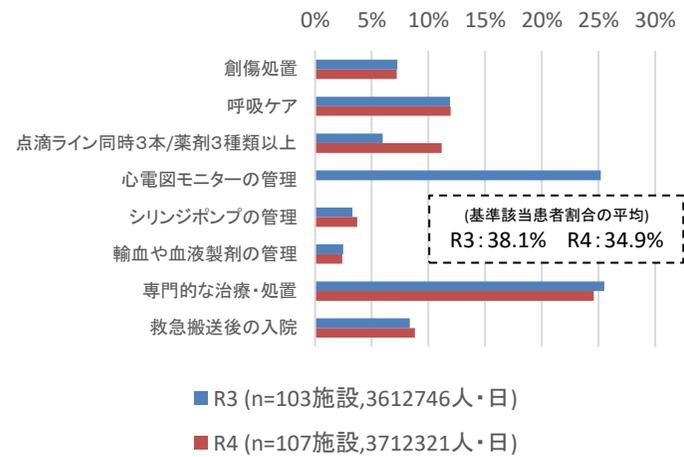
急1・必要度Ⅱ・200-399床



急1・必要度Ⅱ・400-599床



急1・必要度Ⅱ・600床以上

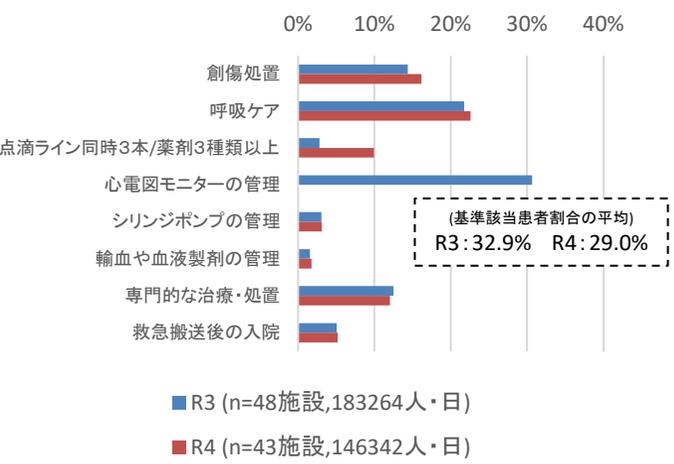


出典: DPCデータ(令和3年8月~10月及び令和4年8月~10月分)※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

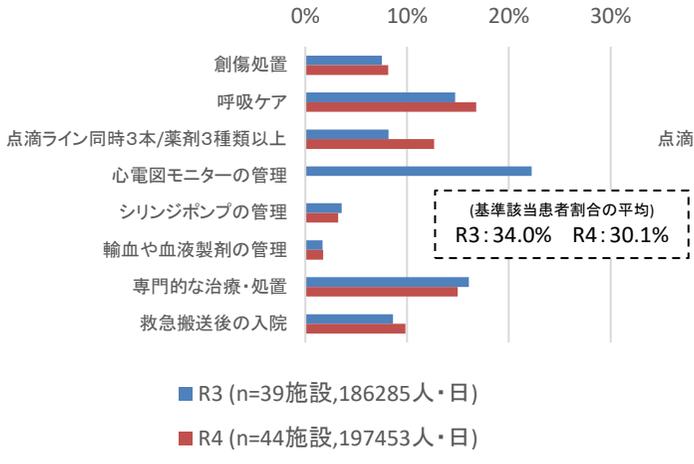
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合②

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

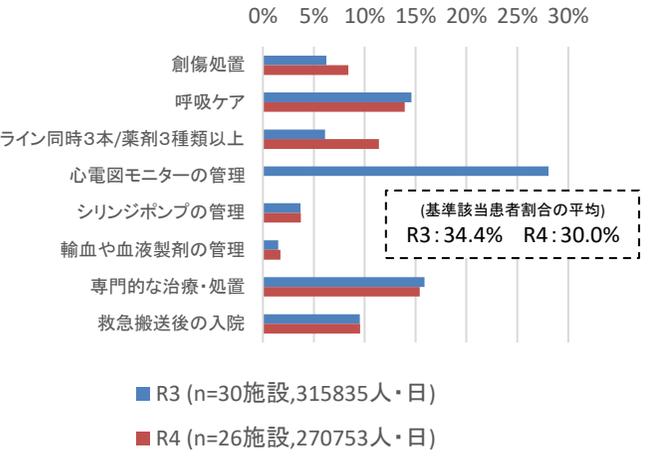
急2・必要度Ⅰ・200床未満



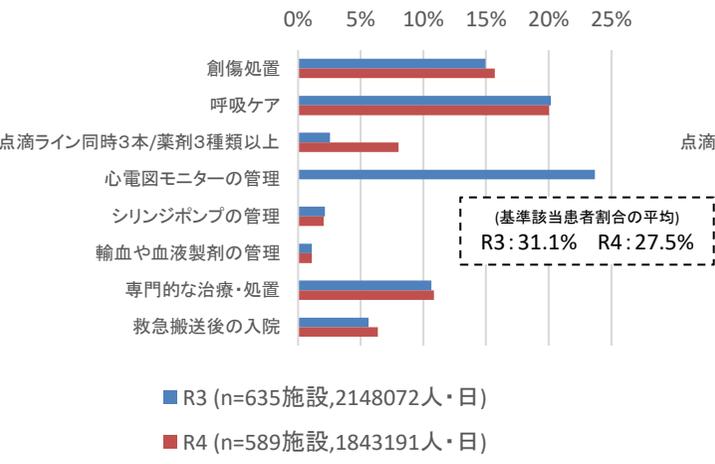
急2・必要度Ⅱ・200床未満



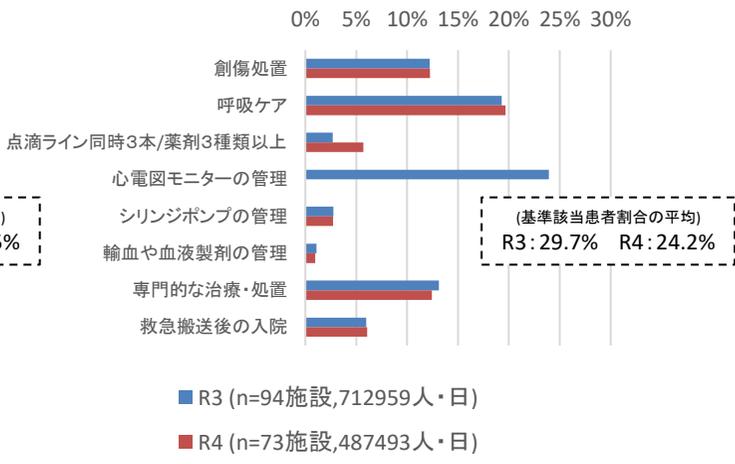
急2・必要度Ⅱ・200-399床



急4・必要度Ⅰ・200床未満



急4・必要度Ⅰ・200-399床

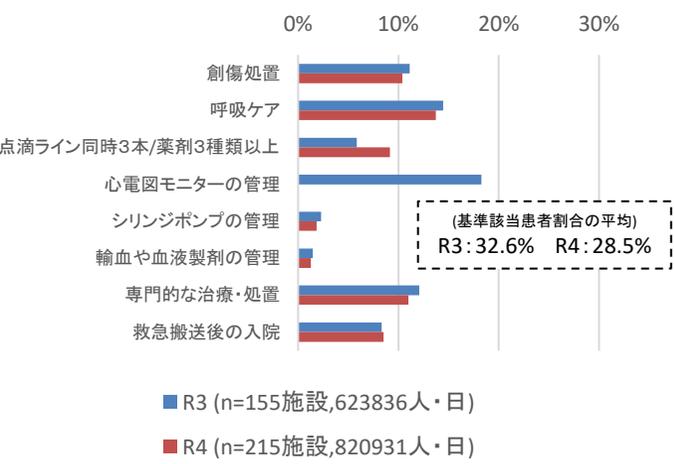


出典: DPCデータ(令和3年8月~10月及び令和4年8月~10月分)※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

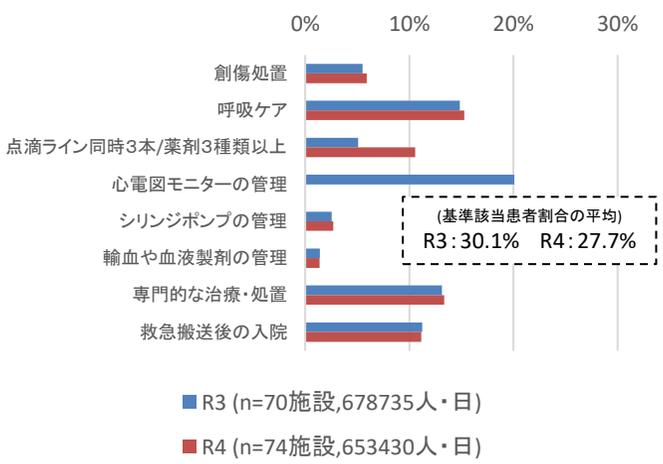
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合③

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

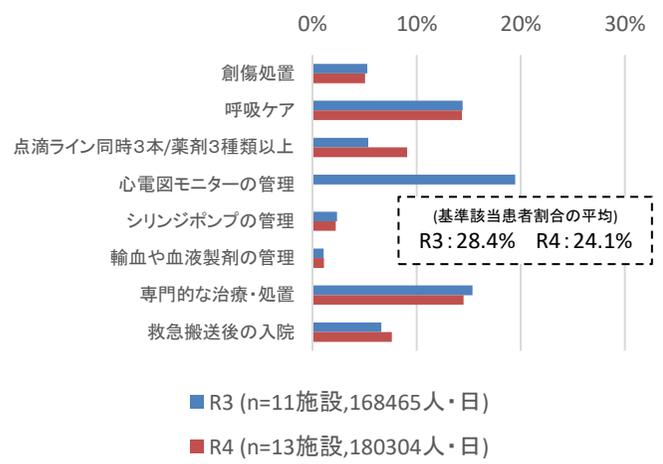
急4・必要度Ⅱ・200床未満



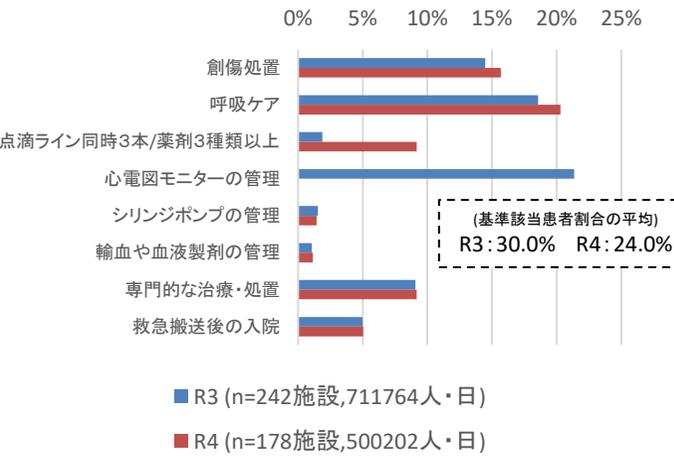
急4・必要度Ⅱ・200-399床



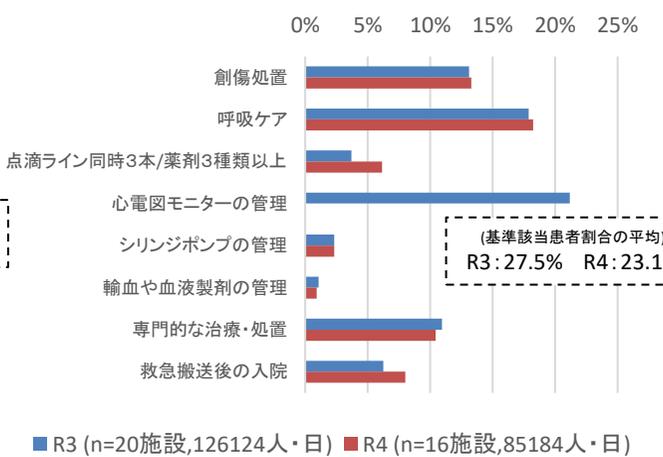
急4・必要度Ⅱ・400-599床



急5・必要度Ⅰ・200床未満



急5・必要度Ⅰ・200床-399床



出典: DPCデータ(令和3年8月~10月及び令和4年8月~10月分)※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

急性期一般入院料等における「専門的な治療・処置」の該当患者割合

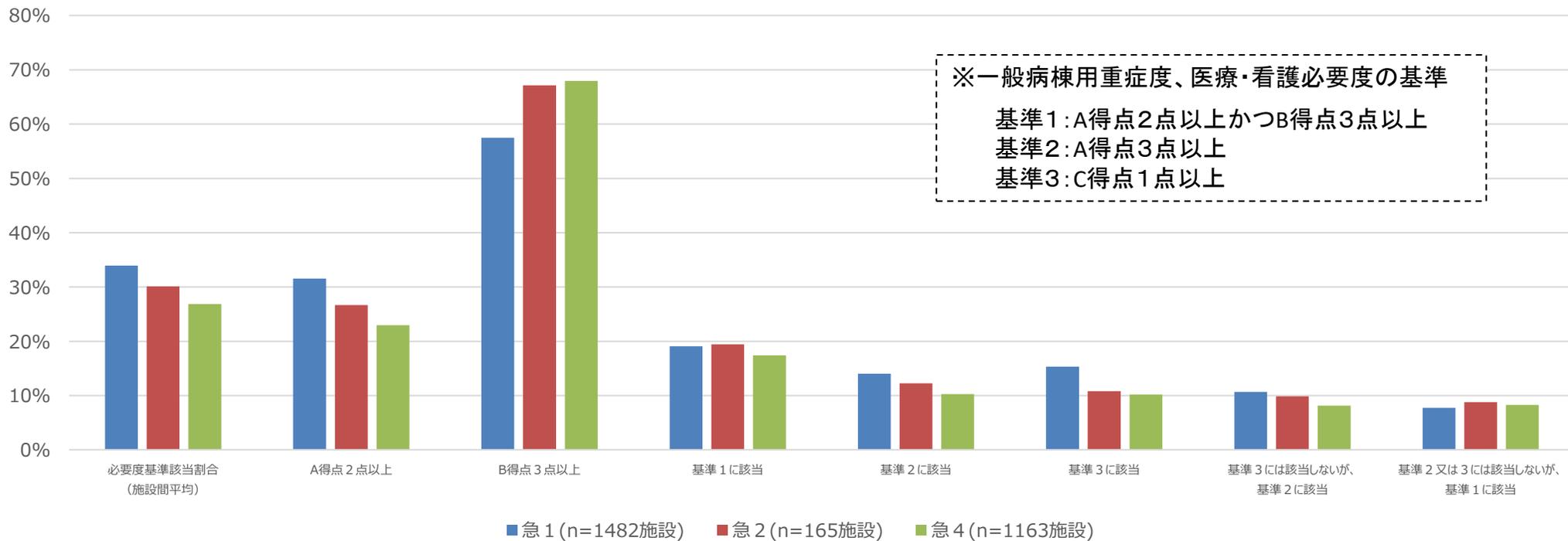
○ 急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の項目のうち「専門的な処置・治療」の該当患者割合は以下のとおり。

			専門的な 治療・処 置	抗悪性腫 瘍剤の使 用	抗悪性腫 瘍剤の内 服の管理	麻薬の使 用	麻薬の内 服、貼付、 坐剤の管 理	放射線治 療	免疫抑制 剤の管理	昇圧剤の 使用	抗不整脈 剤の使用	抗血栓塞 栓薬の持 続点滴の 使用	ドレナージ の管理	無菌治療 室での治 療
令和4年	必要度 I	急 1 (n=302施設)	15.3%	0.6%	0.7%	1.8%	1.1%	0.2%	2.7%	1.8%	0.4%	3.7%	5.8%	0.3%
		急 2 - 3 (n=78施設)	12.7%	0.5%	0.7%	1.2%	1.1%	0.6%	2.7%	1.5%	0.3%	2.6%	4.4%	0.0%
		急 4 (n=752施設)	11.0%	0.4%	0.4%	1.4%	0.8%	0.1%	2.3%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.0%
		急 5 (n=245施設)	9.4%	0.3%	0.5%	0.9%	0.8%	0.0%	1.9%	1.1%	0.3%	1.8%	3.3%	0.1%
		急 6 (n=441施設)	6.8%	0.2%	0.3%	0.7%	0.6%	0.1%	2.0%	0.9%	0.4%	1.4%	1.6%	0.0%
	必要度 II	急 1 (n=1056施設)	20.3%	1.6%	1.6%	2.6%	1.7%	0.9%	4.2%	1.8%	0.4%	3.4%	6.6%	0.9%
		急 2 - 3 (n=90施設)	15.1%	1.0%	1.0%	1.9%	1.1%	0.5%	3.2%	1.6%	0.3%	2.6%	4.6%	0.7%
		急 4 (n=332施設)	12.4%	0.7%	0.7%	1.6%	1.0%	0.2%	2.6%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.2%
		急 5 (n=47施設)	10.2%	0.3%	0.3%	1.0%	0.7%	0.1%	2.4%	1.1%	0.3%	3.2%	2.2%	0.3%
		急 6 (n=58施設)	7.8%	0.3%	0.6%	0.7%	0.6%	0.0%	2.2%	1.1%	0.1%	2.2%	1.6%	0.0%
	7対1 特定(n=84施設)	29.1%	3.3%	2.5%	3.4%	3.0%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	3.8%	8.9%	2.0%	
	7対1 専門(n=12施設)	42.0%	7.3%	3.9%	4.1%	7.1%	6.5%	10.8%	1.1%	0.4%	2.5%	11.5%	3.6%	
令和3年	必要度 I	急 1 (n=543施設)	16.5%	0.9%	1.0%	2.1%	0.4%	1.2%	3.3%	1.7%	0.5%	3.2%	6.4%	0.4%
		急 2 - 3 (n=66施設)	12.9%	0.7%	0.6%	1.1%	0.9%	0.9%	2.7%	1.2%	0.4%	2.5%	4.9%	0.1%
		急 4 (n=775施設)	11.2%	0.4%	0.4%	1.5%	0.1%	0.9%	2.5%	1.3%	0.4%	1.9%	4.4%	0.1%
		急 5 (n=292施設)	9.4%	0.4%	0.5%	1.0%	0.0%	1.0%	2.0%	1.0%	0.4%	1.3%	3.6%	0.1%
		急 6 (n=176施設)	8.1%	0.2%	0.4%	0.9%	0.1%	0.8%	1.8%	1.1%	0.3%	1.2%	2.8%	0.1%
	必要度 II	急 1 (n=861施設)	21.6%	1.8%	1.7%	2.7%	1.1%	1.9%	4.5%	1.8%	0.4%	3.7%	7.0%	1.1%
		急 2 - 3 (n=79施設)	16.3%	1.1%	1.0%	2.0%	0.5%	1.3%	3.5%	1.7%	0.4%	2.6%	5.3%	0.7%
		急 4 (n=250施設)	12.8%	0.7%	0.7%	1.7%	0.2%	1.1%	2.7%	1.4%	0.4%	2.0%	4.5%	0.1%
		急 5 (n=45施設)	9.3%	0.5%	0.4%	1.3%	0.1%	1.3%	2.3%	1.1%	0.4%	1.3%	2.8%	0.0%
		急 6 (n=23施設)	9.8%	0.3%	0.9%	1.2%	0.0%	1.2%	1.8%	1.0%	0.2%	1.8%	2.8%	0.0%
	7対1 特定(n=84施設)	29.5%	3.2%	2.5%	3.2%	3.3%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	4.1%	8.9%	1.9%	
	7対1 専門(n=10施設)	43.3%	7.0%	3.6%	4.4%	6.5%	6.1%	11.9%	1.4%	0.3%	3.6%	12.0%	3.6%	

出典：DPCデータ(令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分)※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

- 急性期一般入院料1は、入院料2又は4と比較し、A2点以上の割合、基準2に該当する及び基準3に該当する割合が高く、B得点3点以上の割合及び「基準2又は3には該当しないが基準1に該当する割合」が低かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当状況

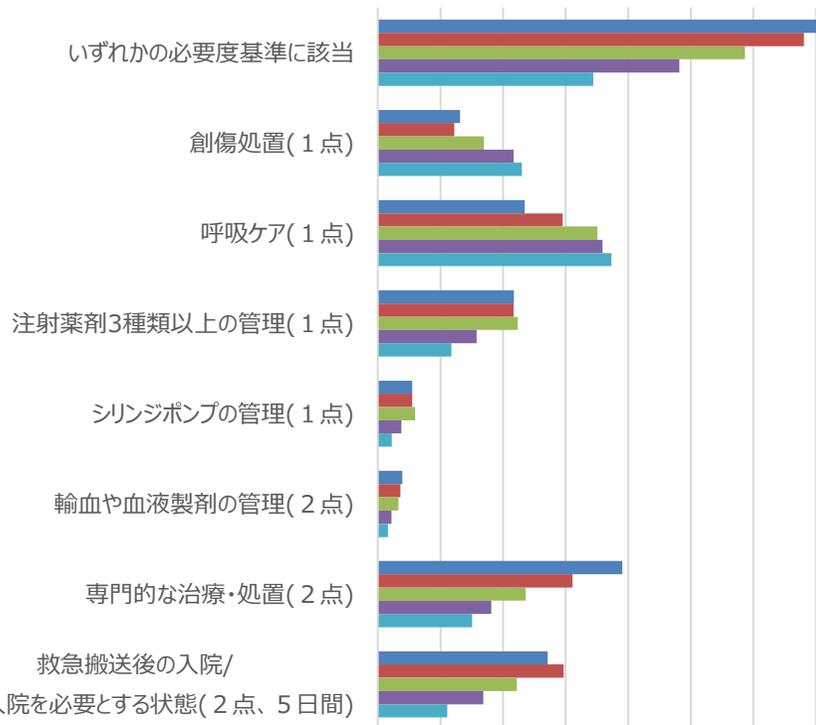


高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較①

○ 他の入院料との比較では、急性期一般入院料1の75歳以上の患者全体においては、「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。

75歳以上の患者(全疾患)における
必要度基準及びA各項目の各該当割合
(全入院期間)

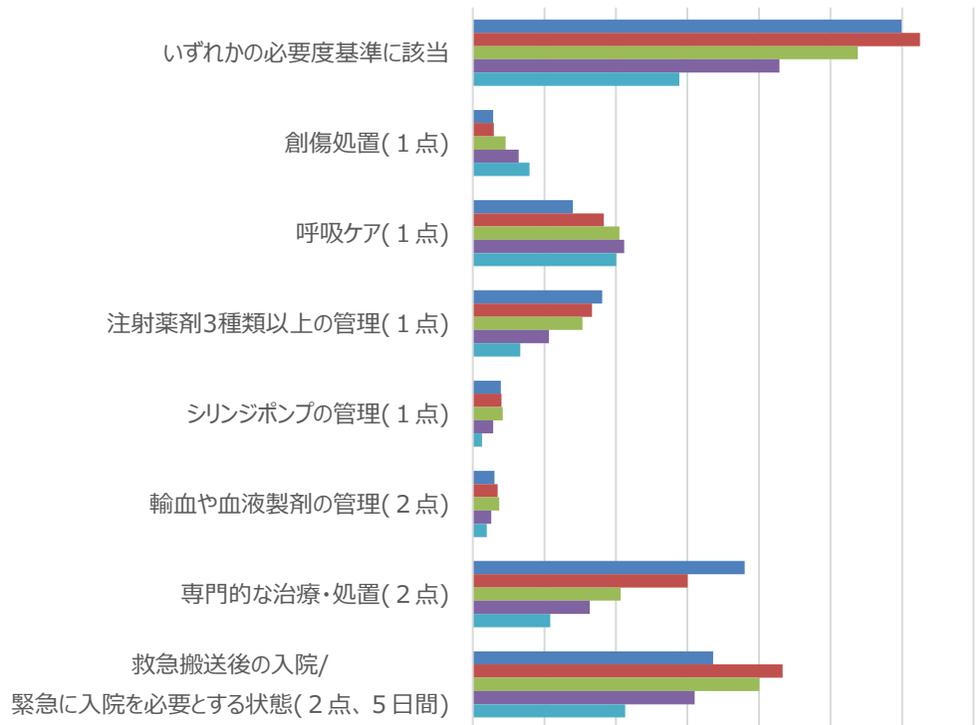
0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40%



■ 急1・全年齢 ■ 急1・75歳以上 ■ 急2-3・75歳以上
■ 急4-6・75歳以上 ■ 地域1・75歳以上

75歳以上の患者(全疾患)における
必要度基準及びA各項目の各該当割合
(入院2日目)

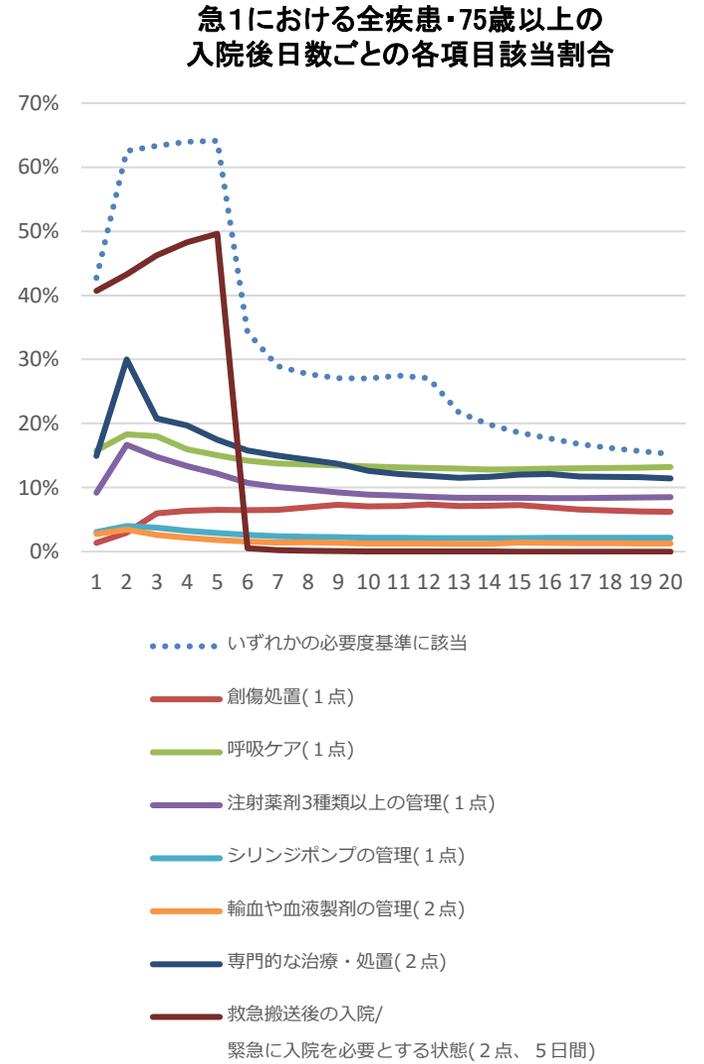
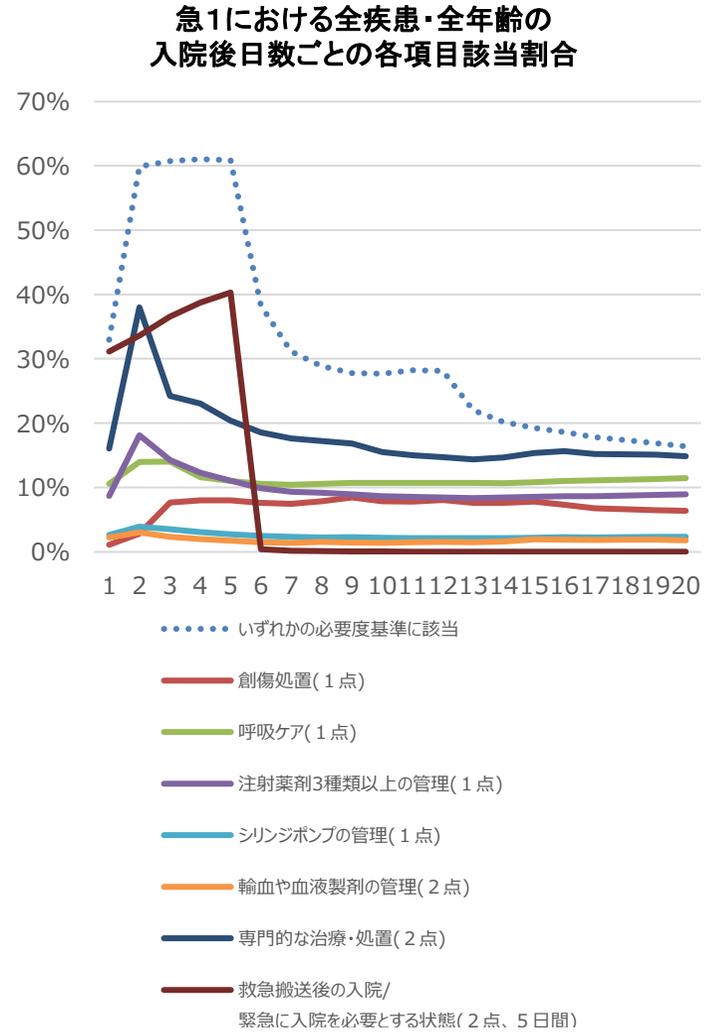
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70%



■ 急1・全年齢 ■ 急1・75歳以上 ■ 急2-3・75歳以上
■ 急4-6・75歳以上 ■ 地域1・75歳以上

急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等

- 急性期一般入院料1においては、入院初期は「専門的な治療・処置」及び「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。
- 急性期一般入院料1における75歳以上の患者は、入院初期では、全年齢と比較して「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高く、「専門的な治療・処置の」該当割合が低かった。

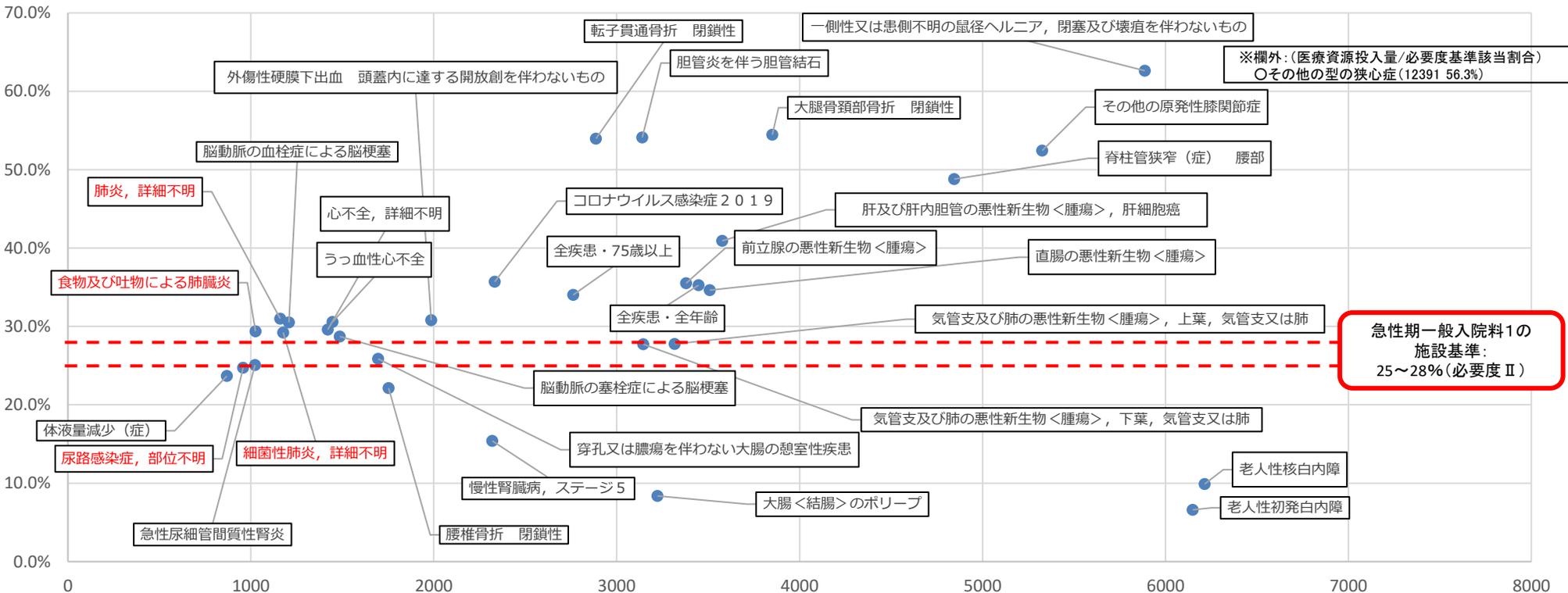


高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較③

- 75歳以上に多い疾患のうち、「食物及び吐物による肺臓炎」、「肺炎・詳細不明」、「細菌性肺炎・詳細不明」、「尿路感染症、部位不明」等は、医療資源投入量が低いものの、急性期一般入院料1の施設基準と同程度に重症度、医療・看護必要度の該当割合が高い。

75歳以上の患者に多い疾患*1における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量*2
及び一般病棟のいずれかの必要度基準に該当する割合

(必要度基準該当割合)



(急1における1日平均医療資源投入量)

急性期一般入院料1の施設基準:
25~28% (必要度II)

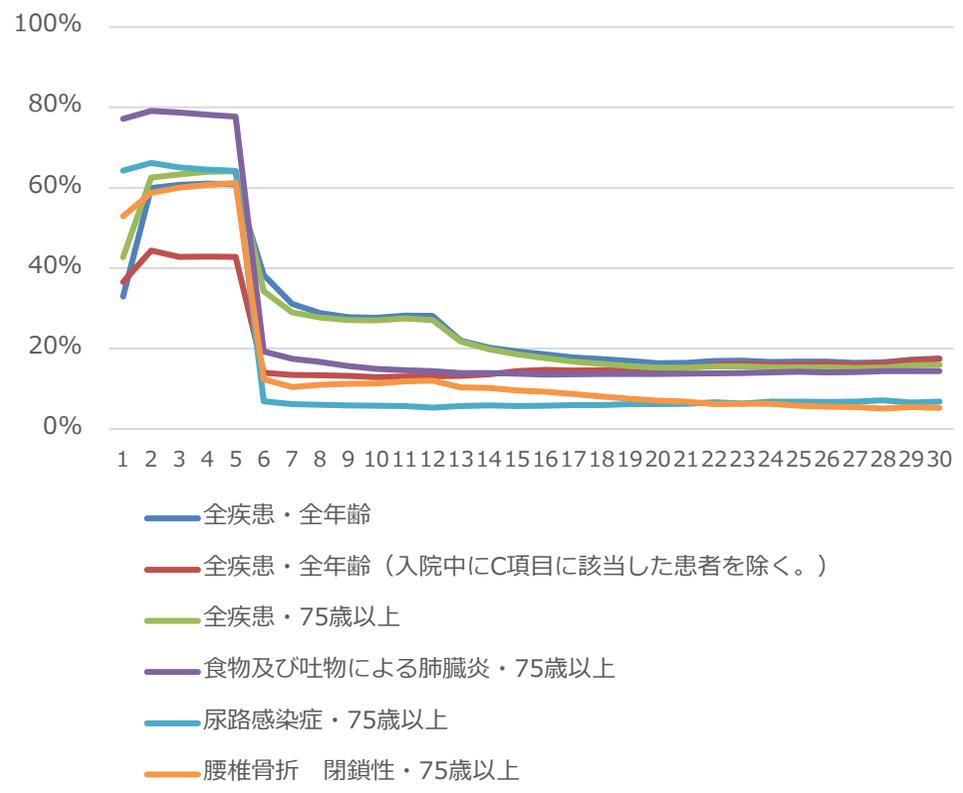
※欄外: (医療資源投入量/必要度基準該当割合)
○その他の型の狭心症 (12391 56.3%)

*1 入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者で多い上位30傷病。
*2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

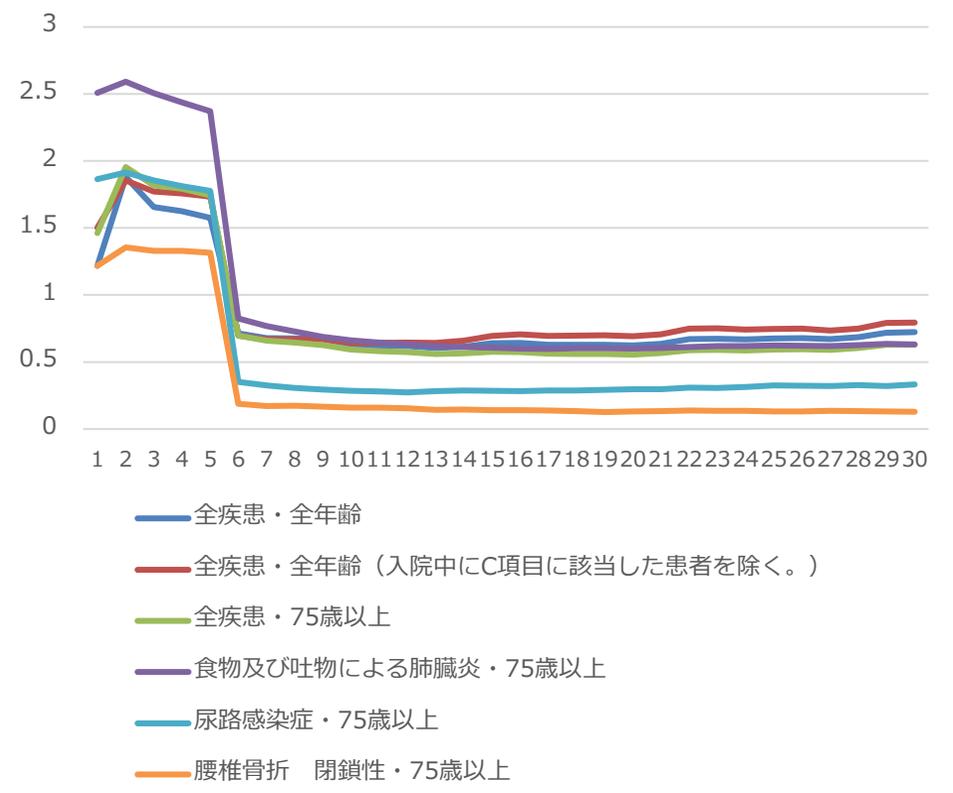
急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等

- 急性期一般入院料1における「食物及び吐物における肺臓炎」及び「尿路感染症」の患者の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合及びA項目の総点数は、入院直後は全疾患の平均よりも高いが、入院6日目以降で低下し、その後の基準該当割合は全疾患の平均を下回る傾向にあった。
- いずれの場合においても、A項目の総得点は入院2日目にピークを迎え、A項目の総得点は入院6日目頃以降、必要度基準該当割合は入院15日目頃以降は横ばいとなっていた。

急性期一般入院料1における
入院後日数ごとの必要度基準該当割合



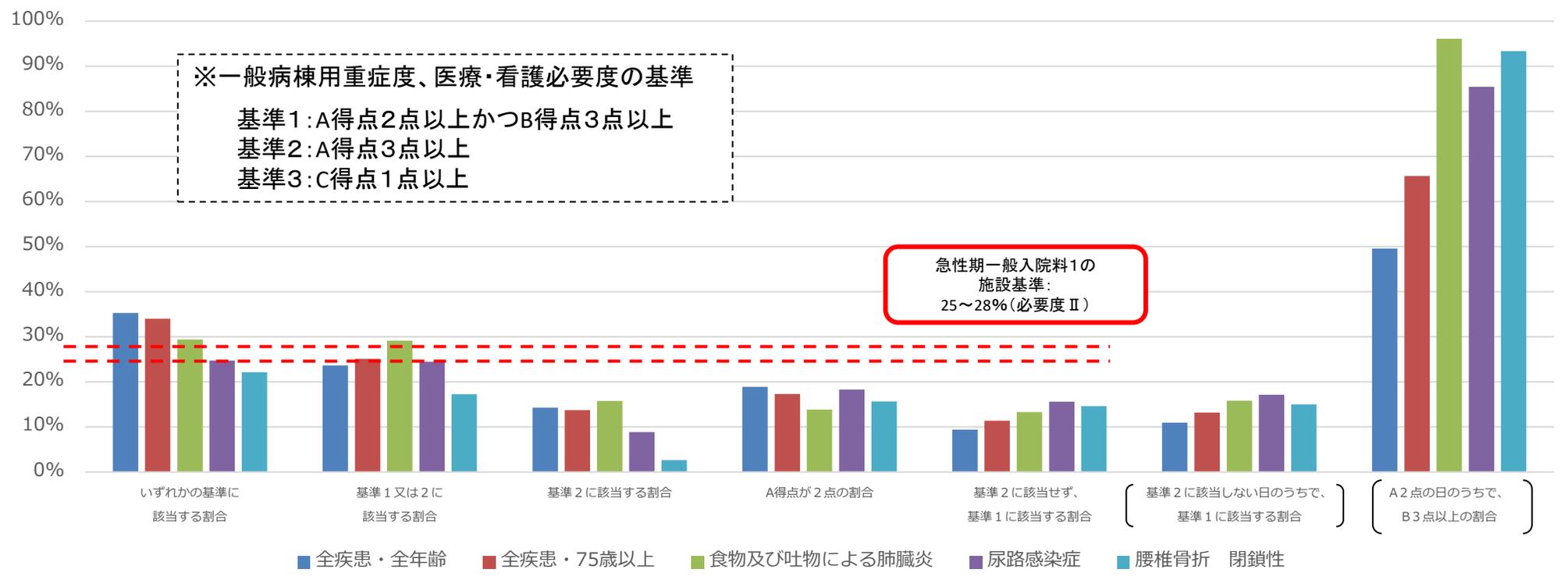
急性期一般入院料1における
入院後日数ごとのA項目の総点数



高齢者に多い疾患の一般病棟入院基本料を算定する病棟における必要度該当割合

- 急性期一般入院料1において、75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」及び「腰椎骨折 閉鎖性」の患者は、A得点が3点未満の場合でも、基準1 (A得点2点以上かつB得点3点以上)を満たす割合が全疾患の平均よりも高かった。
- 「食物及び吐物による肺臓炎」は、基準1又は2に該当する割合が全疾患の平均より高い。
- 「尿路感染症」は、基準2の該当割合は全疾患の平均よりも低いですが、基準2に該当しない日のうち基準1に該当する日の割合が高く、基準1又は基準2を満たす割合は全疾患の平均と同程度となっている。

急性期一般入院料1を算定する75歳以上の患者における疾患ごとの必要度該当の状況

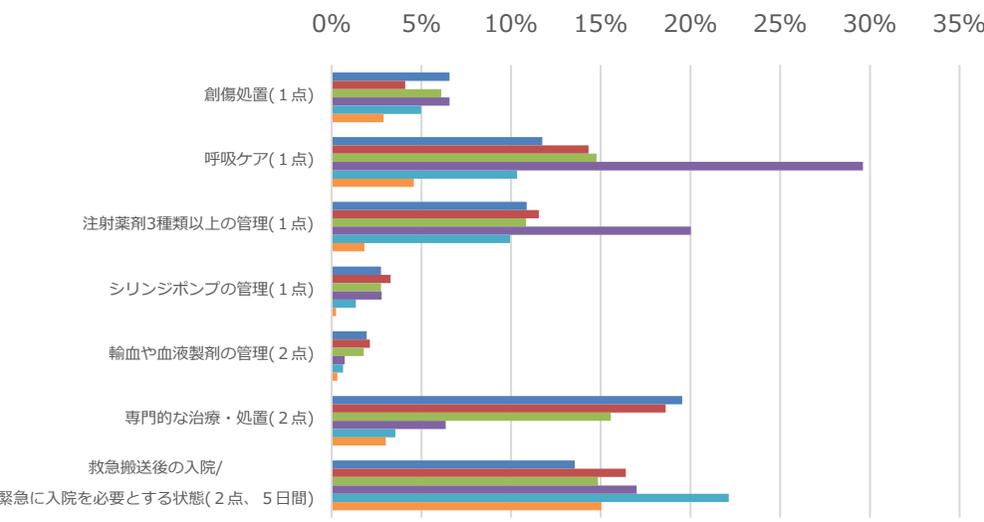


出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

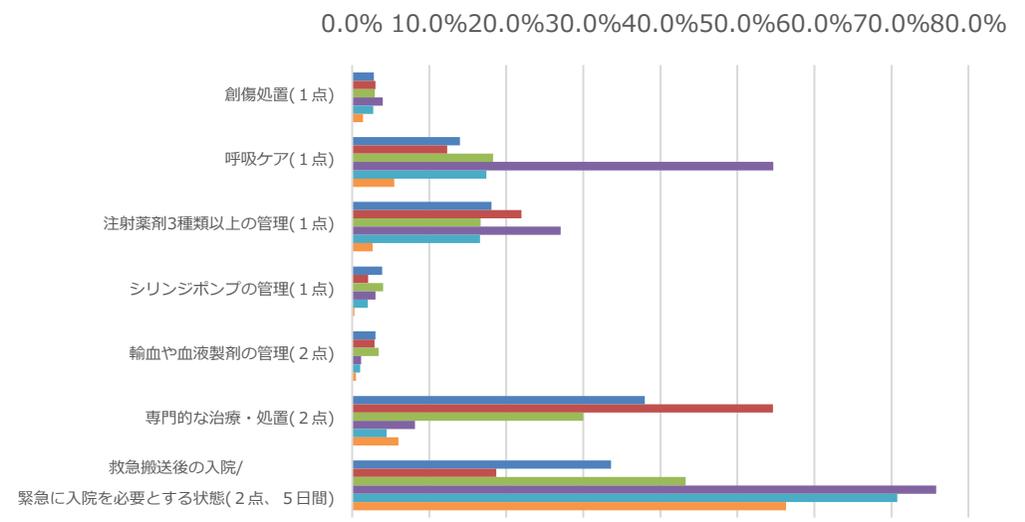
急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等①

○ 75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」は、全疾患の平均と比べ「専門的な治療・処置」の該当割合が低く、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が高かった。また、全疾患の平均としてA項目の総得点がピークを迎える入院2日目では、その傾向がより顕著にみられた。

急性期一般入院料1におけるA項目の各該当割合
(全入院期間)



急性期一般入院料1におけるA項目の各該当割合
(入院2日目)

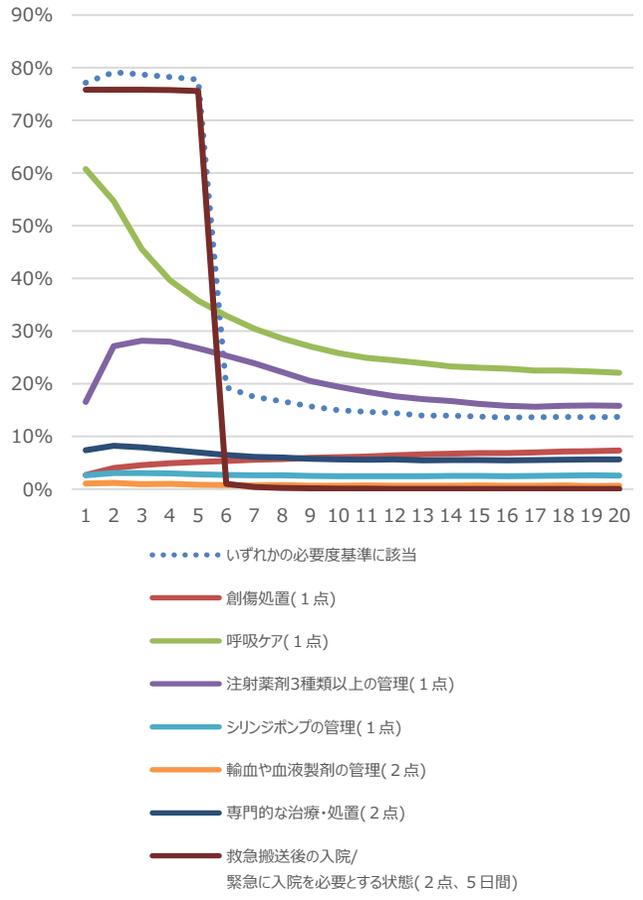


- 全疾患・全年齢
- 全疾患・全年齢 (入院中にC項目に該当した患者を除く。)
- 全疾患・75歳以上
- 食物及び吐物による肺臓炎・75歳以上
- 尿路感染症・75歳以上
- 腰椎骨折 閉鎖性・75歳以上

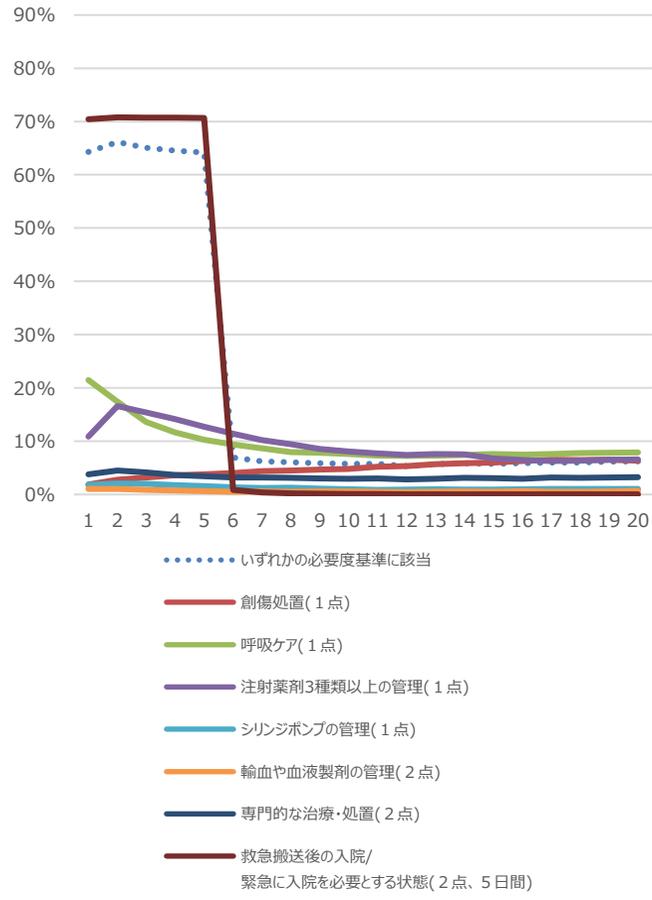
急性期病棟における高齢者に多い疾患等の入院後日数ごとの必要度基準該当割合等②

○ 急性期一般入院料1に入院する75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症」及び「腰椎骨折 閉鎖性」の患者においては、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目の該当割合と、必要度基準の該当割合の差が小さかった。

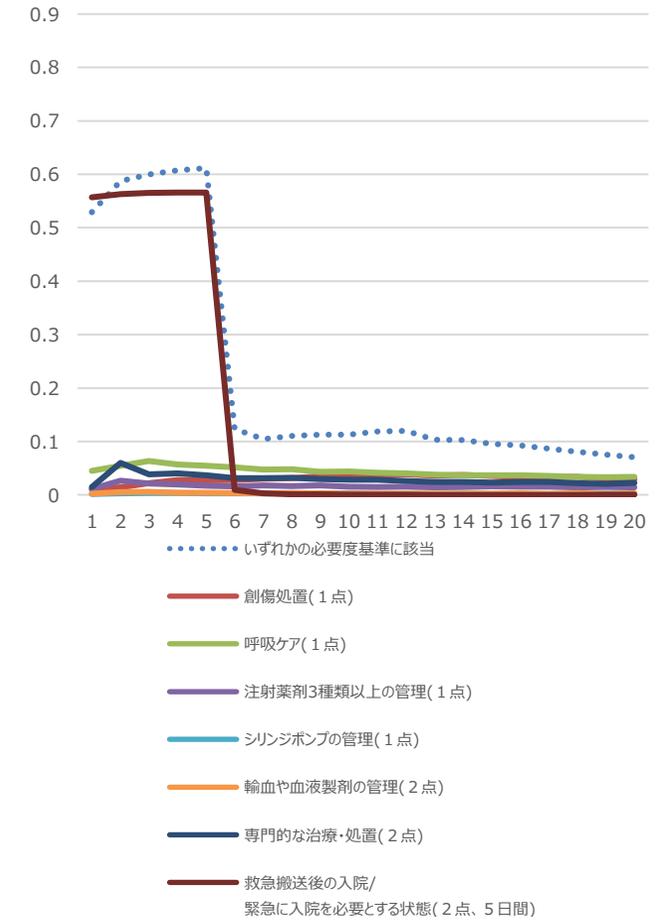
急1における75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」患者の入院後日数ごとの各項目該当割合



急1における75歳以上の「尿路感染症」患者の入院後日数ごとの各項目該当割合



急1における75歳以上の「腰椎骨折 閉鎖性」患者の入院後日数ごとの各項目該当割合

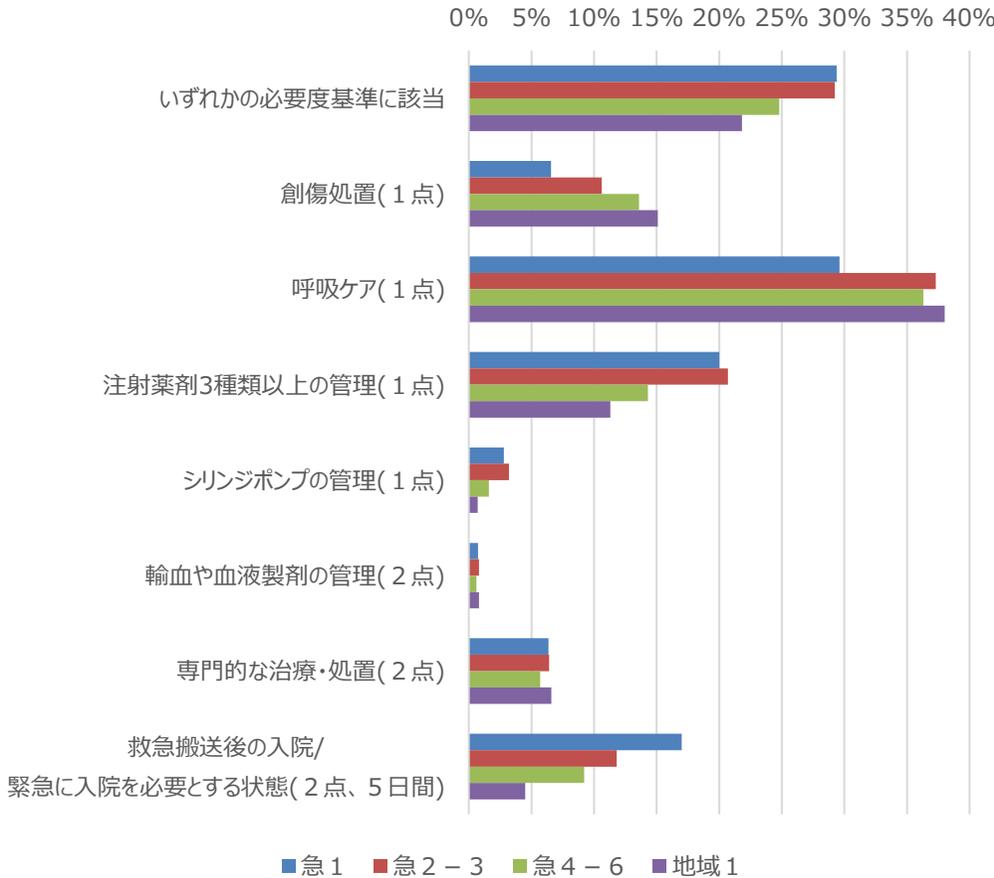


出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

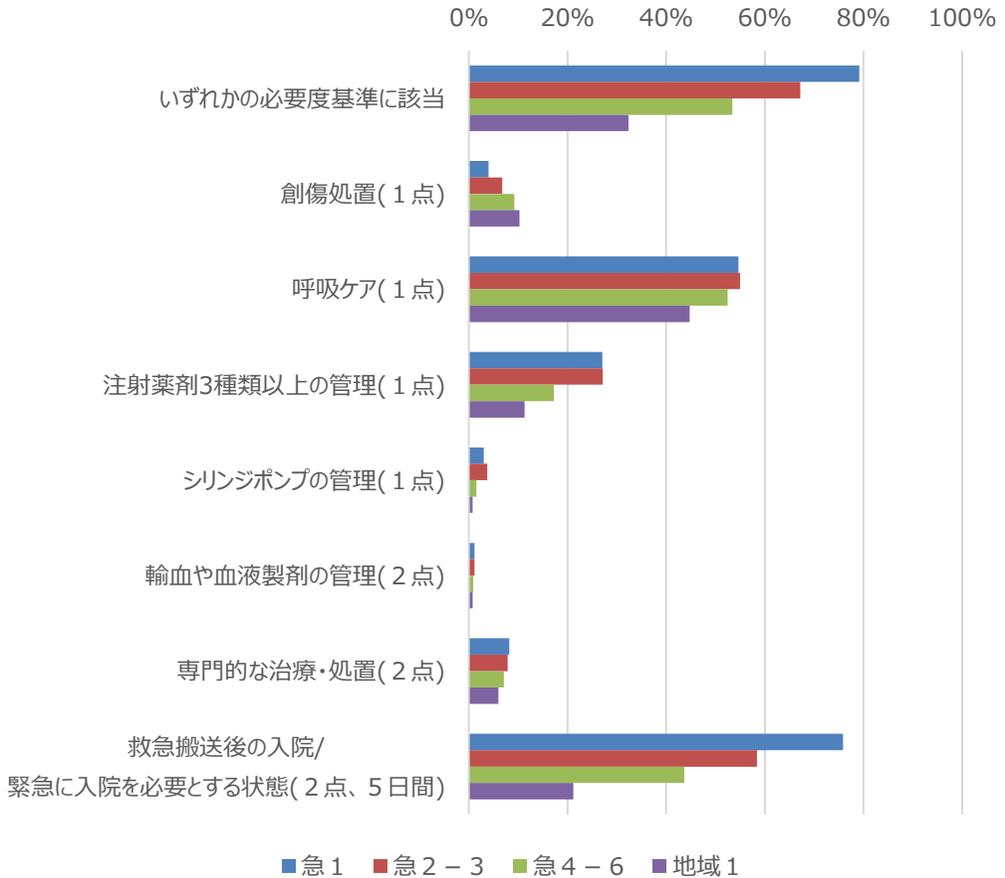
高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較②

○ 急性期一般入院料1における75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」の患者では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の該当割合が他の入院料と比較して高かったが、その他の項目は急性期一般入院料2-3と大きく変わらなかった。

75歳以上の食物及び吐物による肺臓炎の患者における
全入院期間の必要度基準及びA各項目の各該当割合



75歳以上の食物及び吐物による肺臓炎の患者における
入院2日目の必要度基準及びA各項目の各該当割合

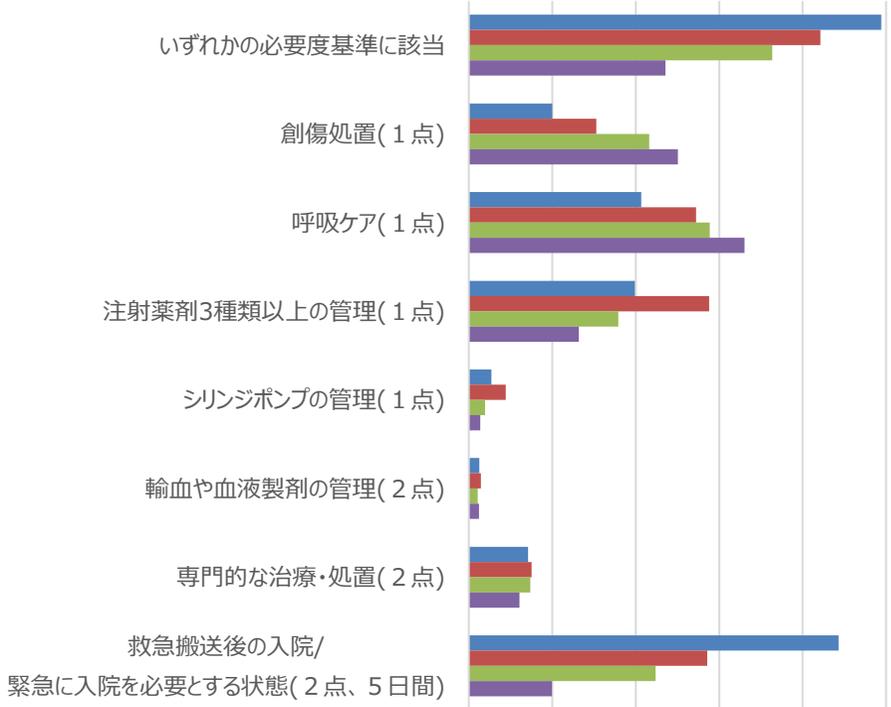


高齢者に多い疾患等における必要度該当割合の入院料間の比較③

○ 急性期一般入院料1における75歳以上の尿路感染症の患者では、必要度基準の該当割合は他の入院料と比較して高いが、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」以外の項目は、他の入院料と比較して該当割合が低かった。

75歳以上の尿路感染症の患者における
必要度基準及びA各項目の各該当割合
(全入院期間)

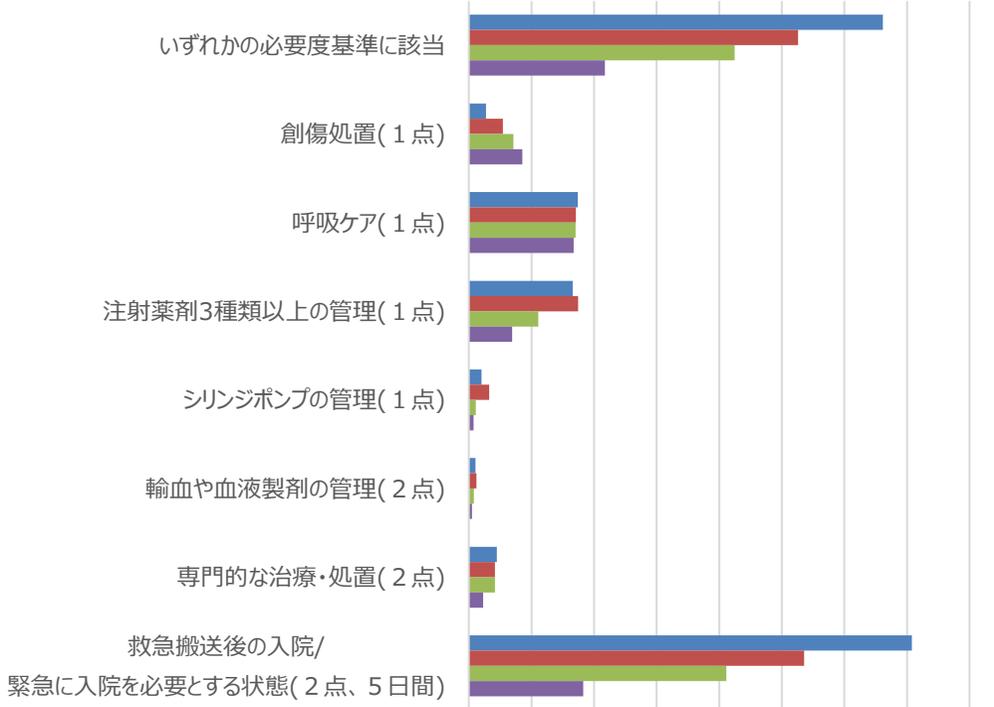
0% 5% 10% 15% 20% 25% 30%



■ 急1 ■ 急2-3 ■ 急4-6 ■ 地域1

75歳以上の尿路感染症の患者における
必要度基準及びA各項目の各該当割合
(入院2日目)

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



■ 急1 ■ 急2-3 ■ 急4-6 ■ 地域1

■ R4改定前
必要度Ⅱにおける「点滴ライン同時3本以上の管理」

重症度、医療・看護 必要度の項目	レセプト電算処理 システム用コード	診療行為名称
A3 点滴ライン同時3本以上の管理	130004410	中心静脈注射
	130010670	血漿成分製剤加算（中心静脈注射）
	150247310	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入
	150255670	精密持続注入加算（硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入）

(参考)

必要度Ⅰにおける「点滴ライン同時3本以上の管理」

A項目	点滴ライン同時3本以上の管理
項目の定義	点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン(ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路)を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。
選択肢の判断基準	「なし」 同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。 「あり」 同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。
判断に際しての留意点	施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。 2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。 スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PGA(自己調節鎮痛法)による点滴ライン(携帯用を含む)は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

■ R4改定後
必要度Ⅰ・Ⅱにおける「注射薬剤3種類以上の管理」

A項目	注射薬剤3種類以上の管理
項目の定義	注射薬剤3種類以上の管理は、注射により投与した薬剤の種類数が3種類以上であって、当該注射に係る管理を行った場合に評価する項目である。
選択肢の判断基準	「なし」 注射により投与した薬剤が3種類に満たない場合をいう。 「あり」 注射により投与した薬剤が3種類以上の場合をいう。
判断に際しての留意点	施行の回数や時間の長さ、注射方法、注射針の刺入個所の数は問わない。 注射薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台(注射)の薬剤に限り、評価の対象となる。 ただし、血液代用剤、透析用剤、検査用剤、他の項目の評価対象となっている薬剤等、別表のコード一覧に掲げる薬剤は種類数の対象から除くこと。 なお、厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」において示している「 成分名 」が同一である場合には、 1種類として数えること 。また、健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを薬剤種類数の対象としない。

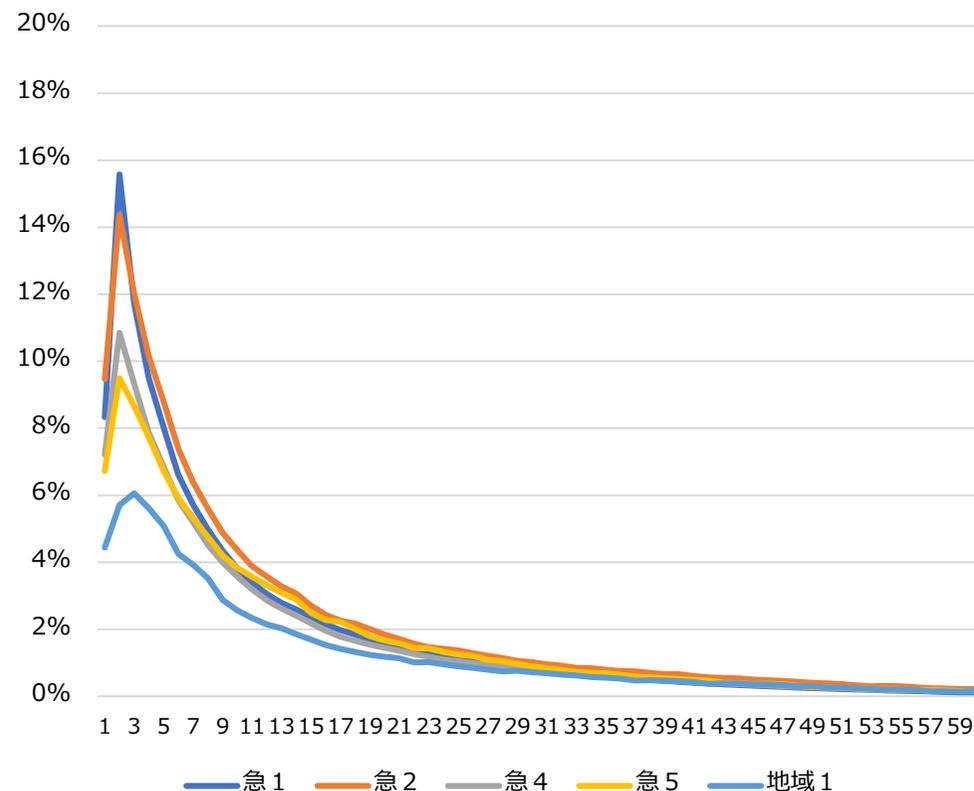
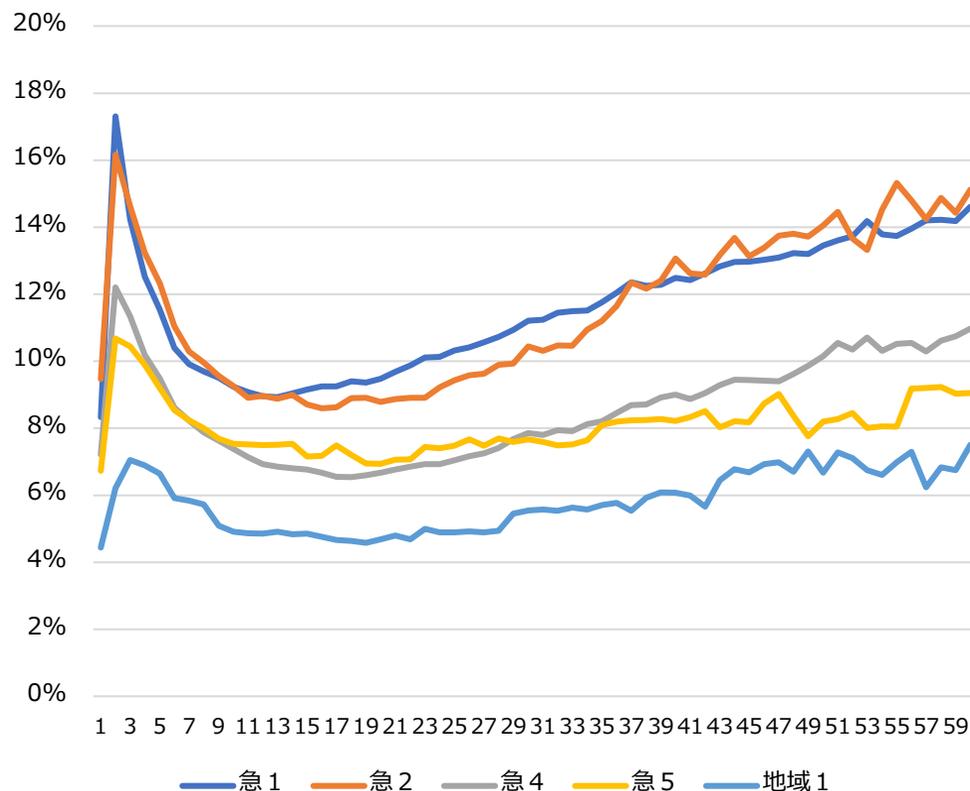
「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況①

○ 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合は、急性期一般入院基本料では入院2日目の患者においてピークを迎えその後低下し、入院10～20日目の患者から再び上昇する傾向にあった。

入院後日数ごとの「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合 (令和4年8～10月)

(各日の評価対象者における該当割合)

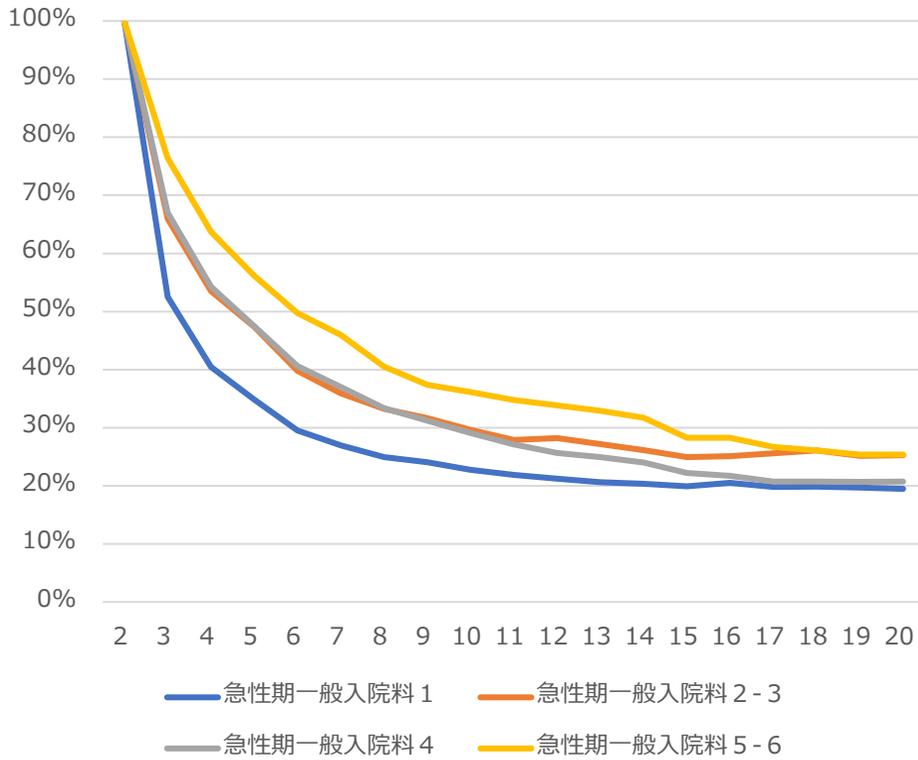
※参考：退院患者を分母に含めた場合の該当割合



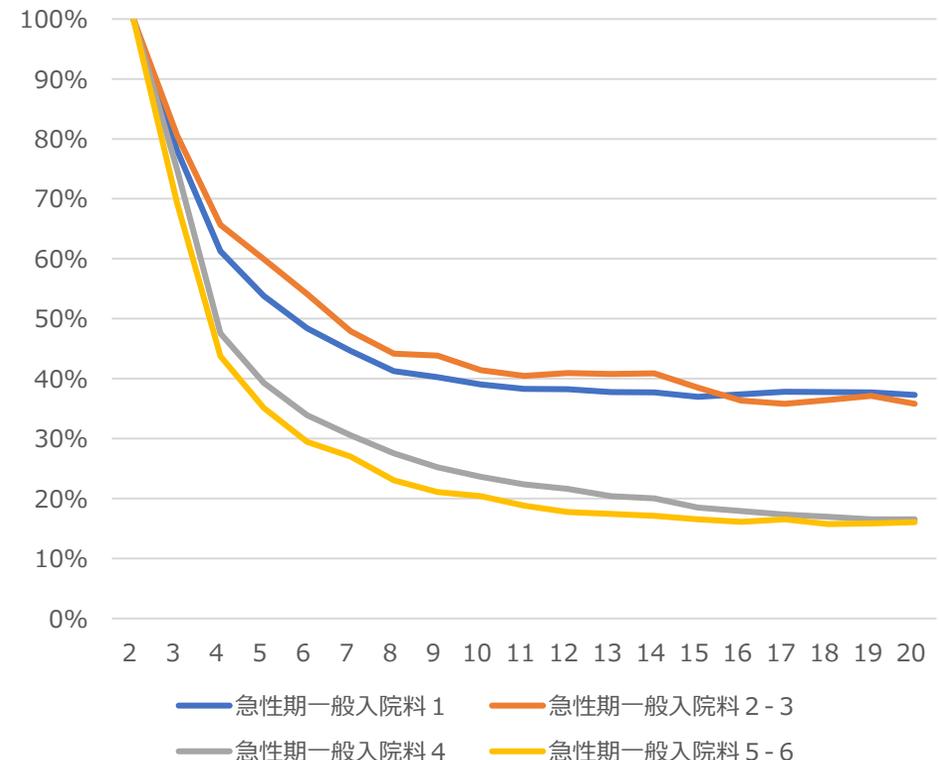
「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

- 急性期一般入院基本料において「注射薬剤3種類以上の管理」に一度該当した患者がその後の入院期間でも該当し続ける割合は、急性期一般入院料1で低い一方で急性期一般入院料5-6で高く、「点滴ライン同時3本以上の管理」と異なる傾向にあった。

入院2日目に初めて「注射薬剤3種類以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合
(令和4年8~10月)



入院2日目に初めて「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合
(令和3年8~10月)



「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況③

○「注射薬剤3種類以上の管理」に該当する日における注射薬剤の成分は、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」、胃酸分泌抑制薬、インスリン、抗菌薬が多く、該当日数が長くなると、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」の割合が上昇し、抗菌薬や抗ウイルス薬などの割合が低下する傾向にあった。

入院中に「注射薬剤3種類以上の管理」に該当し、その後も連続して該当した日において 使用されている注射薬剤として多い成分名

	該当1日目	該当3日目	該当5日目	該当10日目
急1	1 アセトアミノフェン 8.9%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	10.4%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 13.1%
	2 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 6.3%	チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤	6.2%	チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤 6.0%
	3 セファゾリンナトリウム 4.8%	インスリン ヒト (遺伝子組換え)	4.7%	インスリン ヒト (遺伝子組換え) 5.0%
	4 チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤 4.0%	オメブラゾールナトリウム	4.6%	オメブラゾールナトリウム 4.4%
	5 メトクロプラミド 3.6%	アセトアミノフェン	4.4%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.8%
	6 インスリン ヒト (遺伝子組換え) 3.6%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.6%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.7%
	7 オメブラゾールナトリウム 3.2%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.5%	フロセミド 3.4%
	8 カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム水和物 3.1%	フロセミド	3.2%	アセトアミノフェン 3.2%
	9 フルルピプロフェンアキセチル 2.9%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.1%	セフトリアキソンナトリウム水和物 3.1%
	10 トラネキサム酸 2.8%	注射用水	2.7%	メロベナム水和物 3.1%
急4	1 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 8.7%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	12.0%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 14.2%
	2 アセトアミノフェン 7.0%	フロセミド	4.8%	フロセミド 5.9%
	3 セファゾリンナトリウム 4.3%	チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤	4.1%	チアミンジスルフィド・B6・B12配合剤 4.4%
	4 フロセミド 3.3%	チアミンジスルフィド・B6・B12配合剤	4.1%	チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤 3.9%
	5 ファモチジン 3.3%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.9%	インスリン ヒト (遺伝子組換え) 3.8%
	6 メトクロプラミド 3.3%	アスコルビン酸	3.5%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.7%
	7 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.1%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.5%	セフトリアキソンナトリウム水和物 3.6%
	8 トラネキサム酸 3.0%	インスリン ヒト (遺伝子組換え)	3.3%	アスコルビン酸 3.6%
	9 チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤 3.0%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	2.8%	ファモチジン 2.9%
	10 カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム水和物 2.8%	ファモチジン	2.8%	メロベナム水和物 2.7%
地域一般1	1 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 8.1%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン	10.1%	アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 13.2%
	2 フロセミド 5.3%	フロセミド	6.1%	フロセミド 6.6%
	3 レムデシビル 4.3%	チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤	4.7%	チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤 4.7%
	4 注射用水 4.1%	レムデシビル	4.6%	アスコルビン酸 4.0%
	5 チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤 3.9%	注射用水	4.3%	注射用水 3.9%
	6 アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.8%	アスコルビン酸	4.0%	レムデシビル 3.8%
	7 アセトアミノフェン 3.8%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム	3.9%	セフトリアキソンナトリウム水和物 3.6%
	8 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.7%	セフトリアキソンナトリウム水和物	3.9%	アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.5%
	9 タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 2.9%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム	3.2%	タソバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム 3.4%
	10 アスコルビン酸 2.9%	ファモチジン	3.2%	ファモチジン 3.4%

(参考)上表のうち静脈栄養に関連する注射薬剤として多い成分の品名

○「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」:フルカリック1号輸液、フルカリック2号輸液、フルカリック3号輸液、ネオパレン1号輸液、ネオパレン2号輸液、パレセーフ輸液、ビーフリード輸液、パレプラス輸液、エルネオパNF1号輸液、エルネオパNF2号輸液、ワンパル1号輸液、ワンパル2号輸液

○「チアミンモノホスフェイジスルフィド・B6・B12配合剤」:ピタメジン静注用 ○「ダイズ油」:イントラリボス輸液10%、イントラリボス輸液20%

○「チアミンジスルフィド・B6・B12配合剤」:ジアイナミックス注射液、ナイロジン注、ネオラミン・スリービー液(静注用)、ノルニチカミン注、リメファー3B注射液、ジアイナ配合静注液

栄養療法ガイドラインにおける栄養方法の選択

- 各種栄養療法ガイドラインにおいては、消化管が機能している場合は、経腸栄養を優先することが推奨されており、重症病態に対する治療を開始した後、可及的に24時間以内、遅くとも48時間以内に経腸栄養を開始すべきとされている。

日本版重症患者の栄養療法ガイドラインより抜粋

(日本集中治療医学会重症患者の栄養管理ガイドライン作成委員会)

<栄養管理の必要性>

CQ:重症患者に対して栄養管理は必要か？

A : 重症患者の病態や病期に応じた栄養管理を行うことを強く推奨する。

<栄養投与ルート>

CQ:栄養投与ルートは、経腸と経静脈のどちらを優先すべきか？

A : 栄養投与ルートは、経腸栄養を優先することを強く推奨する。

<経腸栄養>

CQ:経腸栄養の開始時期はいつが望ましいか？

A : 重症病態に対する治療を開始した後、可及的に24時間以内、遅くとも48時間以内に経腸栄養を開始することを推奨する。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版より抜粋

(日本静脈経腸栄養学会編集)

- 腸が機能している場合は、経腸栄養を選択することを基本とする(推奨度Aエビデンスレベル2)。
- 経腸栄養が不可能な場合や、経腸栄養のみでは必要な栄養量を投与できない場合には、静脈栄養の適応となる(推奨度Aエビデンスレベル2)。
- 大原則は、「腸が機能している場合は腸を使う」である。その理由として、経腸栄養は静脈栄養に比べて生理的であり、消化管本来の機能である消化吸収、あるいは腸管免疫系の機能が維持されることが挙げられる。
- 臨床における静脈栄養と経腸栄養の比較では、静脈栄養に比べて経腸栄養の方が感染性合併症発生頻度が低いことも事実である。
- 経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の絶対適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

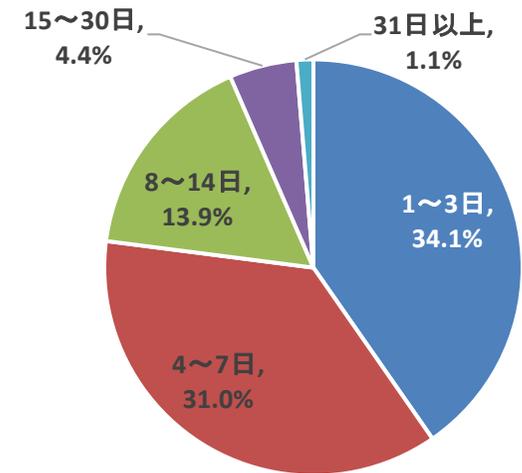
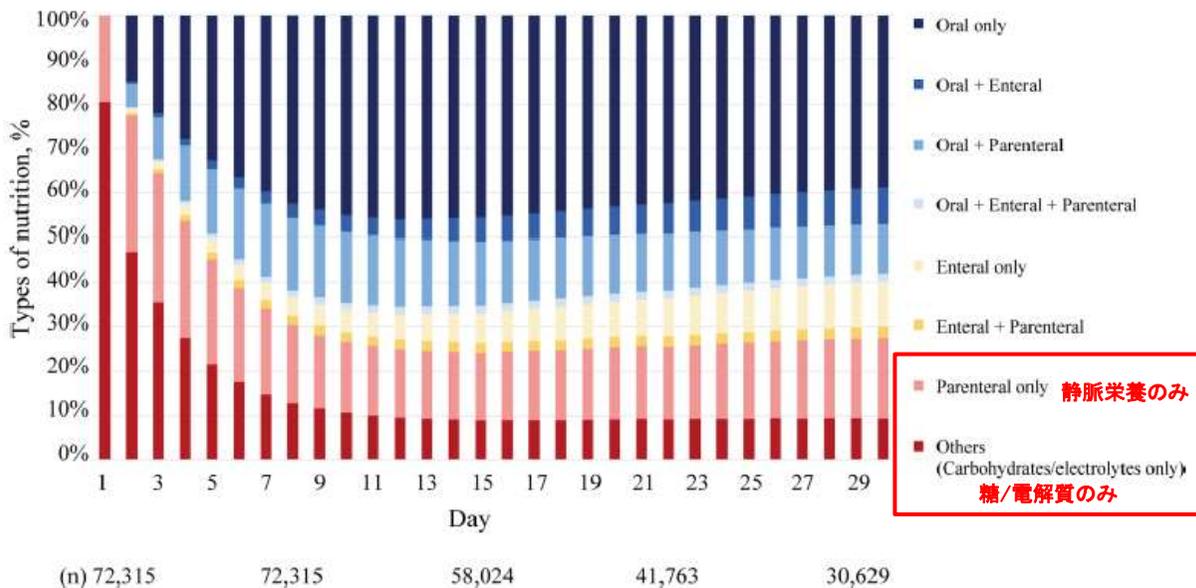


図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

入院時に禁食とされた誤嚥性肺炎患者の栄養補給方法

- 入院時に禁食とされた誤嚥性肺炎患者のうち、経口摂取や経腸栄養が開始されず、栄養補給方法が静脈栄養のみ及び糖・電解質輸液のみの患者の割合は、入院7日目で34.2%、14～30日目で24%～28%だった。
- 上記の患者において、入院7日目にガイドラインによる目標栄養量に達していた割合は、エネルギー量が5.3%、アミノ酸量が6.4%、脂質エネルギー比率が5.7%だった。

入院時に禁食とされた患者の栄養補給方法



注：入院日を1日目として、n数は1、7、14、21、28日目の入院患者

対象者：急性期病院(376施設)において、入院時に禁食とされた65歳以上の誤嚥性肺炎患者

経口摂取・経腸栄養を行っていない患者における入院7日目の静脈栄養処方量

		n	(%)
Energy, kcal/kg	0	1,164	(4.7)
	>0<-<5	6,296	(25.5)
	≥5<-<10	8,554	(34.6)
	≥10<-<20	7,409	(30.0)
	≥20<-<25	706	(2.9)
	≥25	599	(2.4)
Amino acids, g/kg	0	10,822	(43.8)
	>0<-<0.5	5,007	(20.2)
	≥0.5<-<0.8	5,377	(21.7)
	>0.8<-<1.0	1,956	(7.9)
	≥1.0<-<1.2	1,002	(4.1)
	>1.2	564	(2.3)
Fat calories ratio, %	0	23,233	(94.0)
	>0<-<2.5	2	(0.0)
	≥2.5<-<5	5	(0.0)
	≥5<-<10	14	(0.1)
	≥10<-<15	59	(0.2)
	≥15	1,415	(5.7)

Abbreviation: NPO, nil per os.

^aDay 1 was regarded as the day of hospitalization

Note: Fat was measured with the percentage of non-protein calories.

ガイドラインによる目標量

エネルギー 20～30 kcal/ kg / day

アミノ酸 1.0～1.2 g / kg / day

脂質エネルギー比率 15% 以上

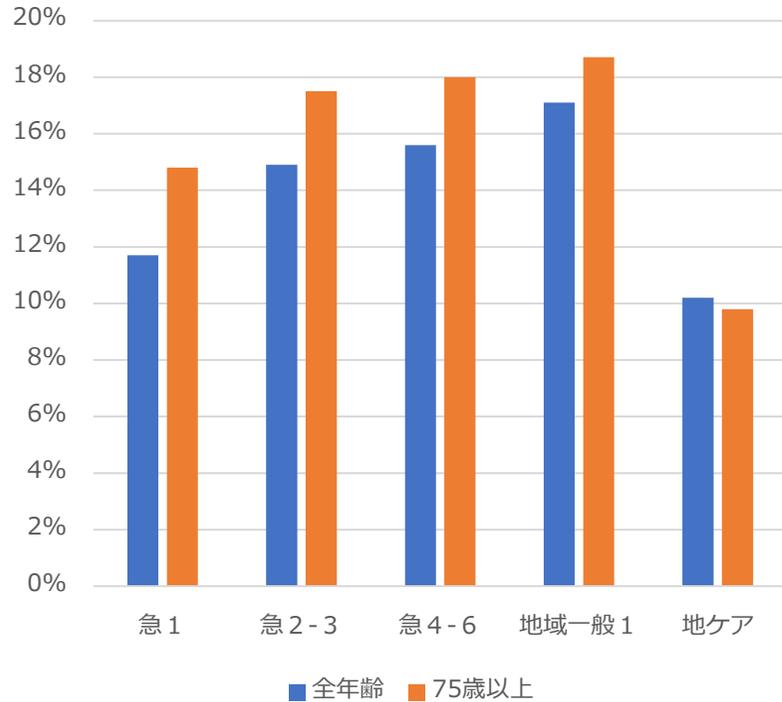
Safe practices for parenteral nutrition. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 28, 39-70.

入院料ごとの「呼吸ケア」の該当状況

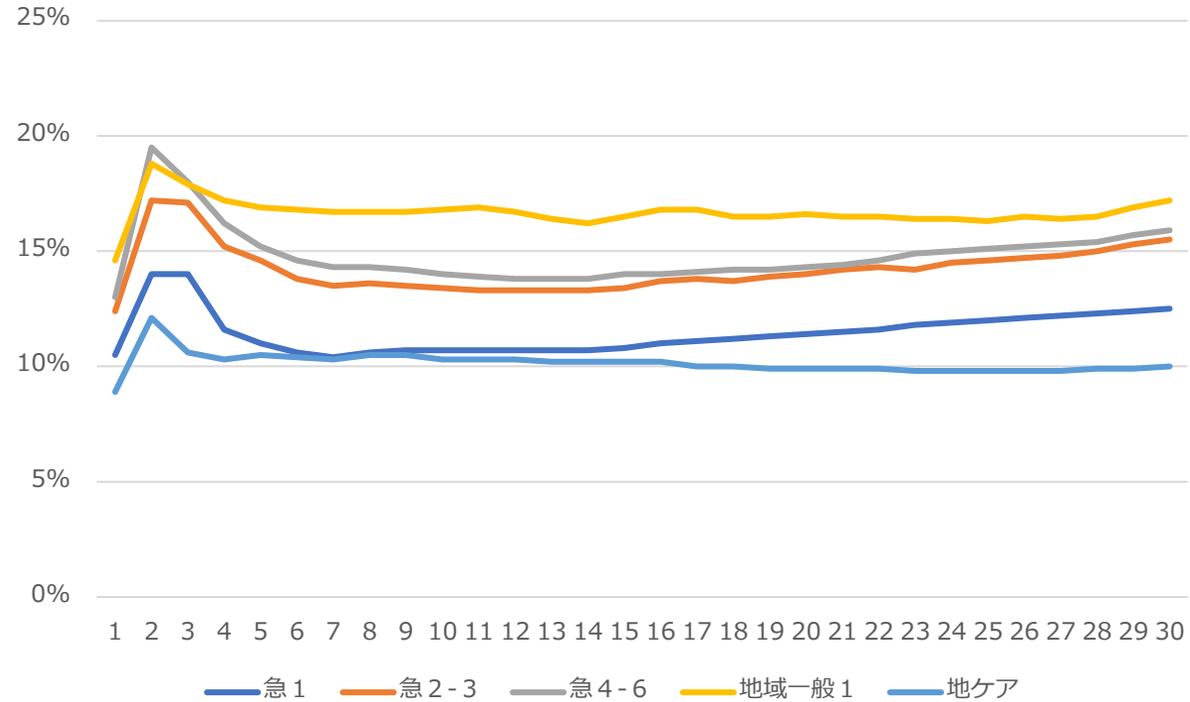
中医協 診-2参考1
5 . 1 0 . 2 7

- 「呼吸ケア」に該当する割合は、急性期一般入院料1よりも急性期一般入院料2-6や地域一般入院料で高かった。
- いずれの入院料においても、該当割合は入院後2日目にピークに達し、その後も長期間入院する患者において該当割合が上昇していく傾向にあった。

必要度の評価対象における「呼吸ケア」の該当割合



入院後の日数ごとの「呼吸ケア」の該当割合



「呼吸ケア」に該当する患者の状況

- 「呼吸ケア」に該当する患者においては、多くが酸素吸入の実施により該当しているが、5%程度の患者は人工呼吸の実施により該当していた。
- 人工呼吸の実施割合は、長期間入院する患者において高い傾向にあった。

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合

	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1	参考：HCU
酸素吸入※1	92.2%	89.5%	77.8%	76.6%	74.8%	80.8%	78.9%
人工呼吸※2	4.5%	4.6%	3.8%	4.0%	4.2%	4.6%	15.3%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※3	1.3%	1.3%	1.4%	1.1%	1.0%	0.7%	1.6%
ハイフローセラピー（15歳以上）	2.3%	2.2%	1.6%	1.0%	0.6%	1.0%	5.0%
その他※4	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%

	(入院1～10日目の患者のみ)						(入院11～20日目の患者のみ)					
	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1
酸素吸入※1	94.9%	91.9%	81.8%	78.0%	76.2%	82.4%	91.1%	88.4%	75.4%	77.1%	75.7%	80.0%
人工呼吸※2	2.2%	3.1%	3.2%	3.1%	3.3%	3.8%	4.8%	4.9%	4.2%	4.2%	4.3%	4.5%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※3	1.1%	1.1%	1.2%	0.9%	0.9%	0.6%	1.5%	1.5%	1.6%	1.2%	1.2%	0.5%
ハイフローセラピー（15歳以上）	2.0%	1.8%	1.3%	0.9%	0.4%	0.9%	2.7%	2.8%	1.7%	1.1%	0.8%	1.0%
その他※4	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%

※1 酸素吸入、酸素吸入（マイクロアダプター）、酸素吸入（マイクロアダプター）（5時間超14日目まで）、酸素吸入（マイクロアダプター）（5時間超15日目以降）
 ※2 人工呼吸（5時間超14日目まで）、人工呼吸（5時間超15日目以降）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（5時間超14日目まで）、人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（5時間超15日目以降）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（5時間超14日目まで）、人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（5時間超15日目以降）、体外式陰圧人工呼吸器治療
 ※3 人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）、人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（5時間超14日目まで）、人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（5時間超15日目以降）、鼻マスク式補助換気法
 ※4 間歇的陽圧吸入法、酸素テント、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで）、酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降）、突発性難聴に対する酸素療法、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（5時間超14日目まで）、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（5時間超15日目以降）、無水アルコール吸入療法、無水アルコール吸入療法（5時間超14日目まで）、無水アルコール吸入療法（5時間超15日目以降）

A 2 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の定義

必要度 I

項目の定義

酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

必要度 II

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140005610	酸素吸入
140005750	突発性難聴に対する酸素療法
140005810	酸素テント
140005910	間歇的陽圧吸入法
140037810	鼻マスク式補助換気法
140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
140057410	ハイフローセラピー(15歳以上)
140009310	人工呼吸
140063810	人工呼吸(5時間超15日目以降)
140023510	人工呼吸(5時間超14日目まで)
140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)
140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)
140009450	無水アルコール吸入療法
140023650	無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)
140063950	無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)
140009550	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)
140023750	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)
140064050	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)
140009650	酸素吸入(マイクロアダプター)
140023850	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)
140064150	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)
140009950	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)
140024150	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)
140064450	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)
140009750	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)
140023950	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)
140064350	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)
140039550	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)
140039650	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)
140064750	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)

「呼吸ケア」に該当する患者の状況(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

○ 必要度Ⅰ届出施設においては、急性期一般入院料2、4、5で「呼吸ケア」の該当患者割合が上昇していた一方で、該当患者における必要度Ⅱの対象となる診療行為の実施割合は低下していた。

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合
(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

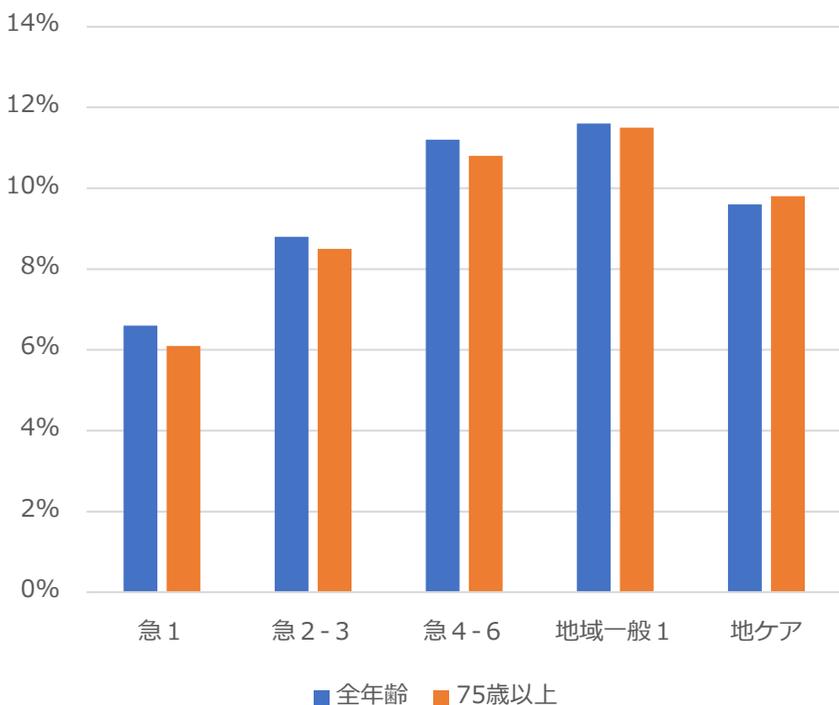
	(必要度Ⅰ届出施設の患者)										(必要度Ⅱ届出施設の患者)											
	急1		急2		急4		急5		地域一般1		特定機能病院	急1		急2		急4		急5		地域一般1		
	R3	R5	R3	R5	R3	R5	R3	R5	R3	R5		R3	R5									
評価対象者のうち該当割合	18.0%	19.5%	21.5%	22.4%	18.9%	19.1%	17.4%	18.6%	17.7%	17.2%	9.7%	9.3%	13.2%	13.0%	14.5%	13.6%	14.3%	14.4%	13.0%	14.5%	17.8%	18.6%
評価対象者のうち必要度Ⅱ対象項目いずれかの実施割合	12.4%	13.4%	14.0%	13.9%	14.0%	13.7%	14.0%	14.3%	15.1%	14.6%	9.7%	9.3%	13.2%	13.0%	14.5%	13.6%	14.3%	14.4%	13.0%	14.5%	17.8%	18.6%
該当者における必要度Ⅱ対象項目いずれかの実施割合	68.9%	68.9%	65.1%	62.0%	73.9%	71.5%	80.5%	76.6%	85.5%	85.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
(各必要度Ⅱ対象項目の実施割合)																						
酸素吸入 ^{※1}	62.2%	61.5%	59.8%	56.1%	68.2%	66.4%	75.4%	71.7%	80.4%	78.6%	91.4%	92.2%	91.9%	92.0%	91.6%	92.8%	91.8%	92.6%	89.3%	89.8%	94.9%	94.3%
人工呼吸 ^{※2}	4.7%	5.5%	3.7%	3.7%	4.0%	3.5%	3.8%	3.5%	2.8%	4.6%	5.2%	4.4%	4.8%	4.5%	5.2%	3.9%	5.1%	4.6%	6.2%	7.5%	1.9%	4.5%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法 ^{※3}	0.8%	0.8%	0.6%	1.0%	0.9%	0.8%	0.8%	0.9%	1.3%	0.7%	1.4%	1.3%	1.3%	1.3%	2.1%	1.7%	1.8%	1.5%	3.6%	1.6%	0.6%	0.6%
ハイフローセラピー(15歳以上)	1.2%	1.0%	1.0%	1.4%	0.8%	0.8%	0.5%	0.5%	1.0%	1.0%	2.3%	2.3%	2.2%	2.3%	1.2%	1.7%	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	2.7%	0.6%
その他 ^{※4}	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%

※1 酸素吸入、酸素吸入(マイクロアダプター)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)
 ※2 人工呼吸(5時間超14日目まで)、人工呼吸(5時間超15日目以降)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)、体外式陰圧人工呼吸器治療
 ※3 人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)、鼻マスク式補助換気法
 ※4 間歇的陽圧吸入法、酸素テント、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)、突発性難聴に対する酸素療法、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)、無水アルコール吸入療法、無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)、無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)

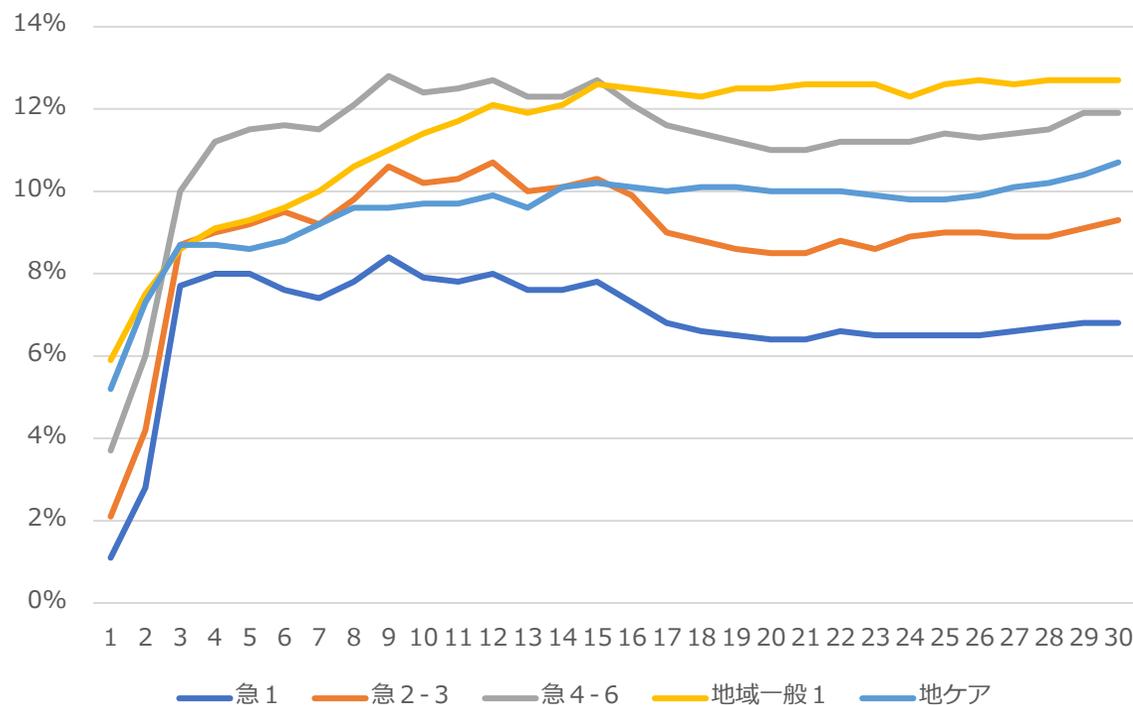
入院料ごとの「創傷処置」の該当状況

- 「創傷処置」に該当する割合は、急性期一般入院料1よりも急性期一般入院料2-6や地域一般入院料で高かった。
- いずれの入院料においても、該当割合は入院後日数が経過するにつれ上昇し、10日目以降は割合が大きく変わらなかった。

必要度の評価対象における
「創傷処置」の該当割合



入院後の日数ごとの
「創傷処置」の該当割合



「創傷処置」に該当する患者の状況

- 「創傷処置」に該当する患者においては、多くが「創傷処置100cm²未満」又は「創傷処置100cm²以上500cm²未満」に該当していた。
- 「重度褥瘡処置」の実施割合は、急性期一般入院料1, 2, 4では長期間入院する患者において高い傾向にあるが、急性期一般入院料5及び地域一般入院料では、入院初期とその後とで該当割合が大きく変わらなかった。

「創傷処置」に該当する患者における各診療行為の実施割合

	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1	参考：HCU
創傷処置（100cm ² 未満）	66.0%	56.5%	36.5%	27.0%	13.3%	5.8%	59.1%
創傷処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	24.6%	24.2%	23.1%	21.4%	19.6%	21.5%	25.8%
創傷処置（500cm ² 以上）	6.1%	2.7%	2.4%	1.7%	1.3%	1.1%	5.8%
下肢創傷処置 ^{※1}	1.7%	2.6%	1.3%	2.3%	2.2%	2.2%	0.8%
熱傷処置（500cm ² 未満）	0.5%	0.7%	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%	0.5%
熱傷処置（500cm ² 以上）	0.4%	0.3%	0.4%	0.2%	0.3%	0.1%	0.5%
その他 ^{※2}	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
重度褥瘡処置	1.5%	7.7%	7.2%	7.3%	7.8%	8.4%	9.2%

	(入院1~10日目の患者のみ)						(入院11~20日目の患者のみ)					
	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1
創傷処置（100cm ² 未満）	71.5%	64.1%	43.9%	35.0%	16.9%	7.0%	65.0%	53.8%	36.6%	25.9%	14.2%	7.2%
創傷処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	21.3%	22.1%	23.0%	21.9%	20.6%	19.7%	25.4%	25.7%	23.7%	22.3%	20.2%	23.0%
創傷処置（500cm ² 以上）	5.3%	2.3%	2.4%	1.7%	1.4%	1.3%	6.3%	2.8%	2.5%	1.7%	1.4%	0.7%
下肢創傷処置 ^{※1}	1.1%	1.7%	1.0%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	2.6%	1.2%	2.2%	1.9%	2.5%
熱傷処置（500cm ² 未満）	0.4%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	1.0%	0.5%	0.7%	0.5%	0.6%	0.8%	0.8%
熱傷処置（500cm ² 以上）	0.2%	0.3%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.3%	0.4%	0.2%	0.3%	0.1%
その他 ^{※2}	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
重度褥瘡処置	0.8%	4.5%	5.6%	5.0%	6.7%	7.6%	1.5%	8.7%	7.7%	7.1%	8.1%	8.4%

※1 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）
 ※2 電撃傷処置、薬傷処置、凍傷処置

A 1 「創傷処置」の定義

必要度 I

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く。)

【定義】

創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

②褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

必要度 II

①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く。)

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140000610	創傷処置(100cm ² 未満)
140000710	創傷処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)
140000810	創傷処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満)
140000910	創傷処置(3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
140001010	創傷処置(6000cm ² 以上)
140062110	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)
140062210	下肢創傷処置(足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)
140062310	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)
140032010	熱傷処置(100cm ² 未満)
140032110	熱傷処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)
140032210	熱傷処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満)
140036510	熱傷処置(3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
140036610	熱傷処置(6000cm ² 以上)
140034830	電撃傷処置(100cm ² 未満)
140034930	電撃傷処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)
140035030	電撃傷処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満)
140035130	電撃傷処置(3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
140035230	電撃傷処置(6000cm ² 以上)
140035430	薬傷処置(100cm ² 未満)
140035530	薬傷処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)
140035630	薬傷処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満)
140035730	薬傷処置(3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
140035830	薬傷処置(6000cm ² 以上)
140036030	凍傷処置(100cm ² 未満)
140036130	凍傷処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)
140036230	凍傷処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満)
140036330	凍傷処置(3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
140036430	凍傷処置(6000cm ² 以上)

②褥瘡の処置

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140048610	重度褥瘡処置(100cm ² 未満)
140048710	重度褥瘡処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)
140048810	重度褥瘡処置(500cm ² 以上3000cm ² 未満)
140048910	重度褥瘡処置(3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
140049010	重度褥瘡処置(6000cm ² 以上)
140700110	長期療養患者褥瘡等処置

「創傷処置」に該当する患者の状況（必要度Ⅰ／Ⅱ別）

- 必要度Ⅰ届出施設においては「創傷処置」の該当患者のうち必要度Ⅱの対象項目の実施割合が低く、該当割合自体は必要度Ⅱ届出施設よりも高い傾向にあった。
- 入院料全体で該当患者割合は令和3年よりも令和5年において高く、個別の項目では「重度褥瘡処置」の該当割合が上昇していた。

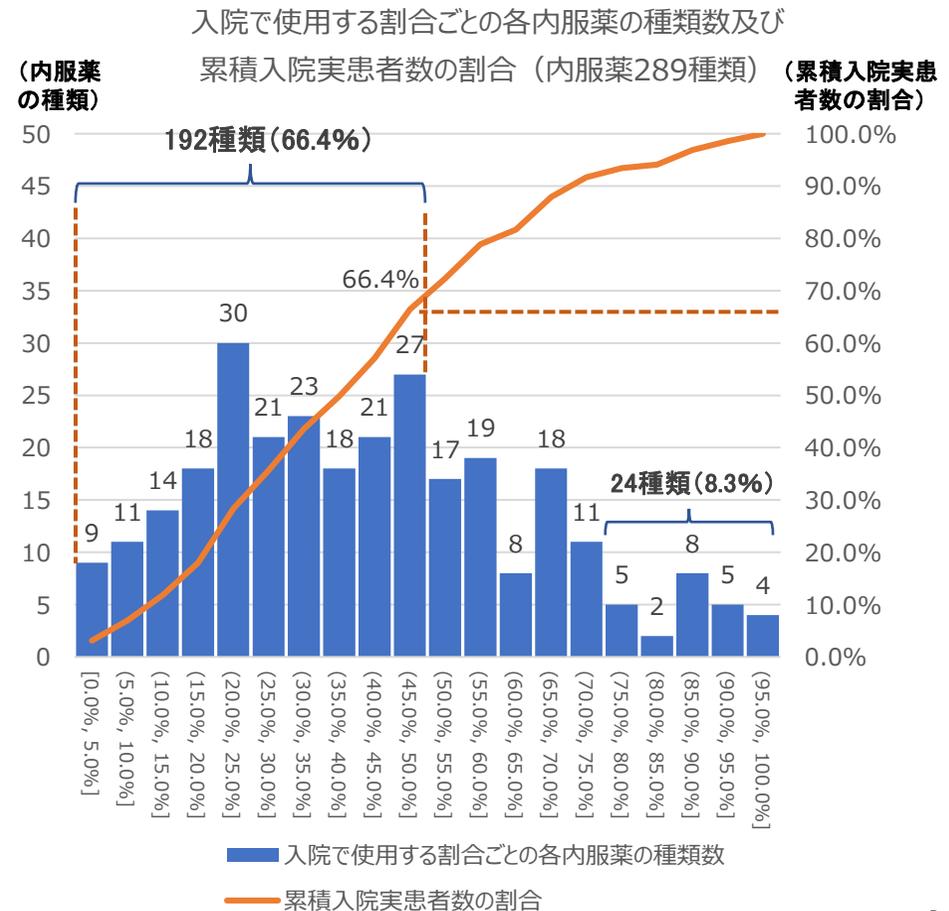
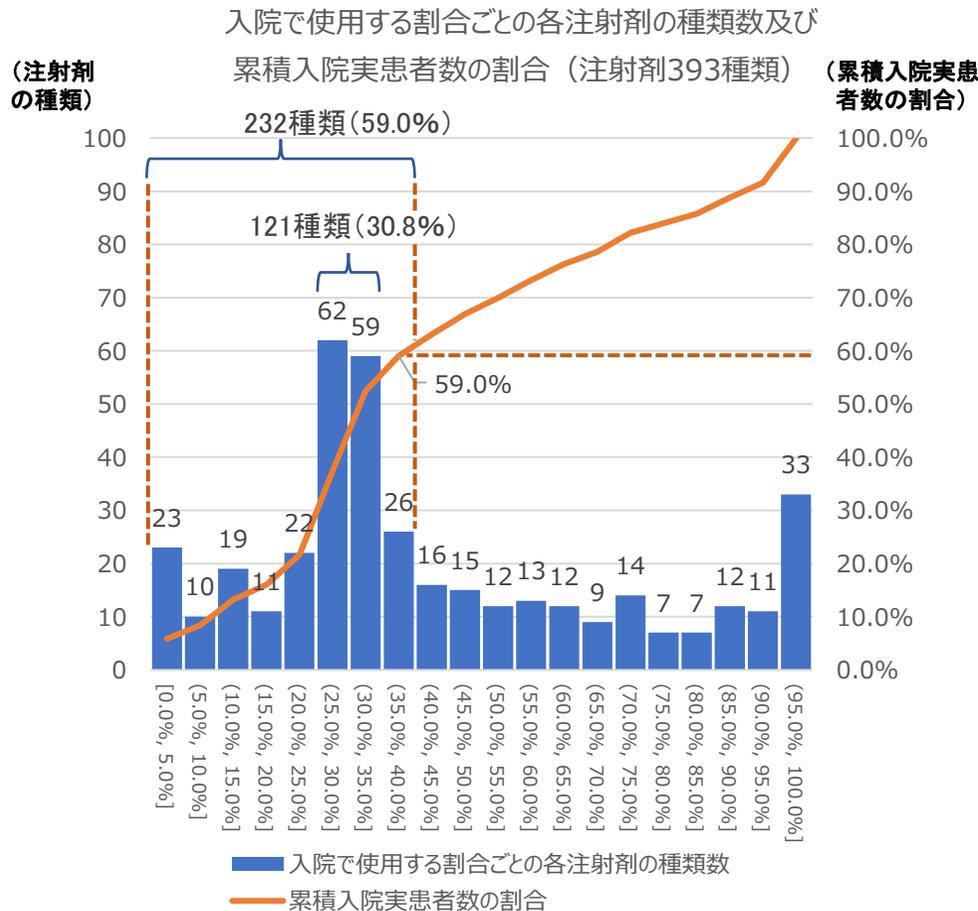
「創傷処置」に該当する患者における各診療行為の実施割合
(必要度Ⅰ／Ⅱ別)

	(必要度Ⅰ届出施設の患者)										(必要度Ⅱ届出施設の患者)											
	急1		急2		急4		急5		地域一般1		特定機能病院	急1		急2		急4		急5		地域一般1		
	R3	R5	R3	R5	R3	R5	R3	R5	R3	R5		R3	R5									
評価対象者のうち該当割合	12.1%	13.6%	13.0%	16.2%	13.1%	14.0%	13.1%	14.4%	11.9%	12.8%	5.6%	5.7%	6.4%	6.8%	6.5%	7.1%	7.7%	8.0%	7.6%	8.3%	3.9%	5.4%
評価対象者のうち必要度Ⅱ対象項目いずれかの実施割合	4.7%	5.6%	4.8%	6.6%	5.0%	5.6%	5.2%	5.2%	3.3%	4.6%	5.6%	5.7%	6.4%	6.8%	6.5%	7.1%	7.7%	8.0%	7.6%	8.3%	3.9%	5.4%
該当者における必要度Ⅱ対象項目いずれかの実施割合	39.1%	41.3%	36.9%	40.7%	37.9%	40.1%	39.3%	35.9%	27.6%	35.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
(各必要度Ⅱ対象項目の実施割合)																						
創傷処置(100cm ² 未満)	23.4%	25.0%	14.6%	20.2%	15.9%	14.9%	15.4%	10.3%	5.4%	4.7%	69.1%	66.0%	62.5%	60.3%	60.9%	52.1%	53.7%	51.9%	46.7%	33.1%	16.7%	24.3%
創傷処置(100cm ² 以上500cm ² 未満)	10.9%	9.0%	15.7%	13.1%	16.1%	16.6%	16.7%	15.8%	15.6%	20.1%	23.0%	24.6%	27.8%	26.1%	28.2%	32.6%	36.1%	31.2%	42.1%	44.5%	60.6%	44.6%
創傷処置(500cm ² 以上)	1.1%	1.0%	1.1%	1.2%	1.1%	1.0%	1.3%	1.1%	0.9%	1.0%	6.5%	6.1%	2.9%	2.9%	2.7%	3.5%	3.0%	2.9%	2.5%	3.3%	0.5%	3.3%
下肢創傷処置※1	-	1.1%	-	1.0%	-	1.6%	-	1.7%	-	2.3%	-	1.7%	-	2.7%	-	1.6%	-	3.9%	-	5.4%	-	0.0%
熱傷処置(500cm ² 未満)	0.4%	0.2%	0.4%	0.2%	0.5%	0.5%	0.5%	0.6%	1.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.9%	0.8%	1.2%	1.0%	1.1%	1.0%	0.1%	1.2%	0.9%	4.3%
熱傷処置(500cm ² 以上)	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%	0.1%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.6%	0.4%	0.2%	0.4%	0.3%	0.0%	0.7%
重褥瘡処置	3.8%	5.6%	5.1%	5.2%	4.3%	5.7%	5.4%	6.7%	4.6%	7.5%	1.3%	1.5%	6.3%	7.9%	7.2%	9.2%	6.9%	10.5%	8.7%	15.3%	21.4%	24.2%
その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※1 下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)、下肢創傷処置(足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)、下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)
 ※2 電撃傷処置、薬傷処置、凍傷処置

「専門的な治療・処置（抗悪性腫瘍剤）」の入院及び外来における使用状況

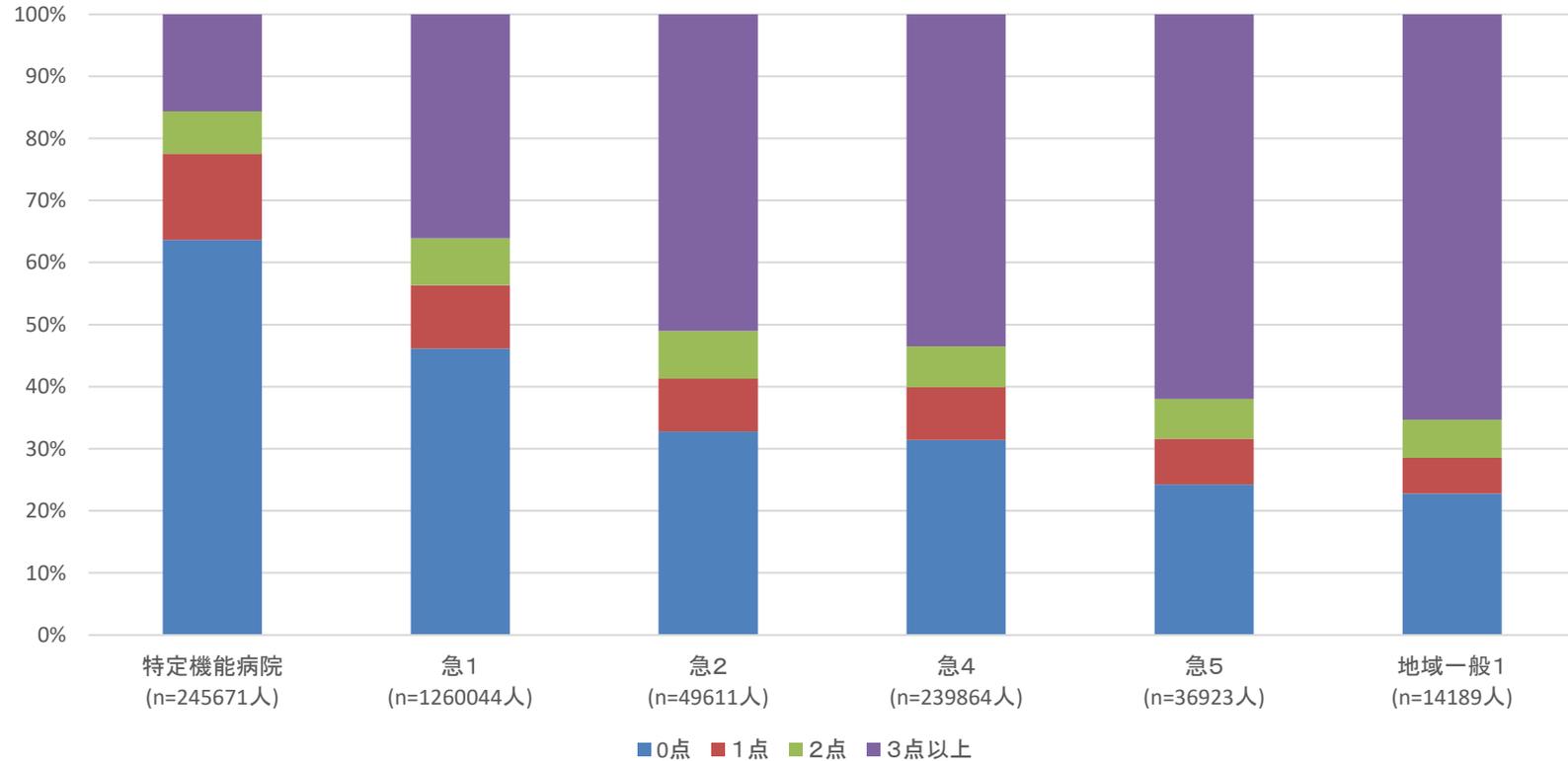
- 「専門的な治療・処置（①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」の対象となる注射剤393種類における入院で使用する割合については、25%～35%である注射剤の数が多く、121種類（30.8%）であった。また、入院で使用する割合が40%以下である注射剤は、232種類（59.0%）であった。
- 「専門的な治療・処置（②抗悪性腫瘍剤の内服の管理）」の対象となる内服薬289種類のうち、入院で使用する割合が75%より大きい内服薬は24種類（8.3%）であり少ない傾向であった。また、入院で使用する割合が50%以下である内服薬については、192種類（66.4%）であった。



入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-5や地域一般入院料1で高い。

3日間以上入院している患者における
入院初日のB得点の割合

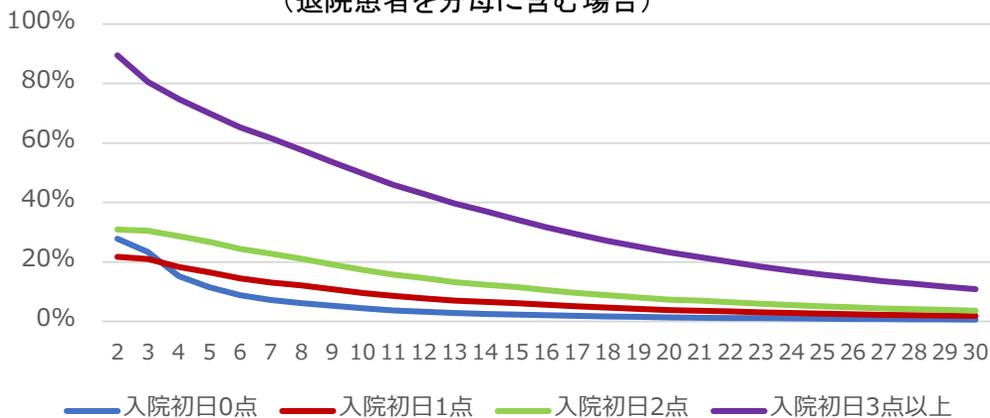


入院後の日数毎のB得点の推移①

○ 急性期一般入院料1、一般病棟入院基本料全体のいずれも、入院中にB得点が3点以上となる割合は、入院初日にB得点が3点以上である場合に高く、入院初日にB得点が2点以下である場合との差が大きかった。

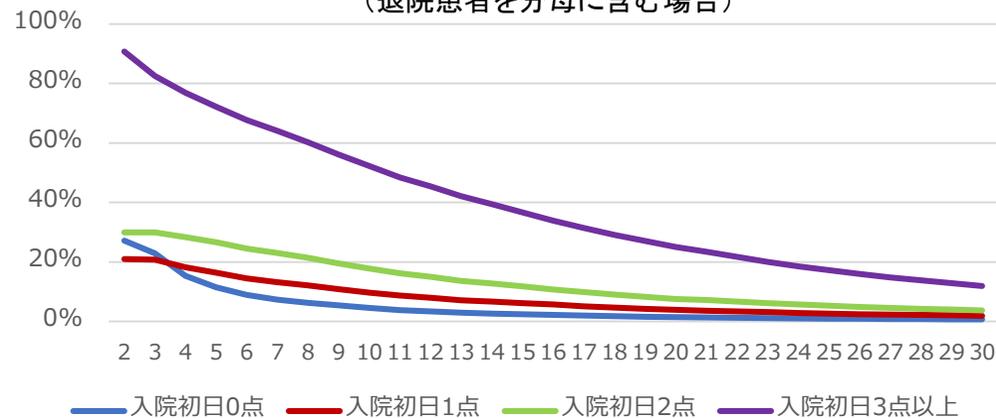
急性期一般入院料1における入院初日のB得点ごとの、
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

(退院患者を分母に含む場合)

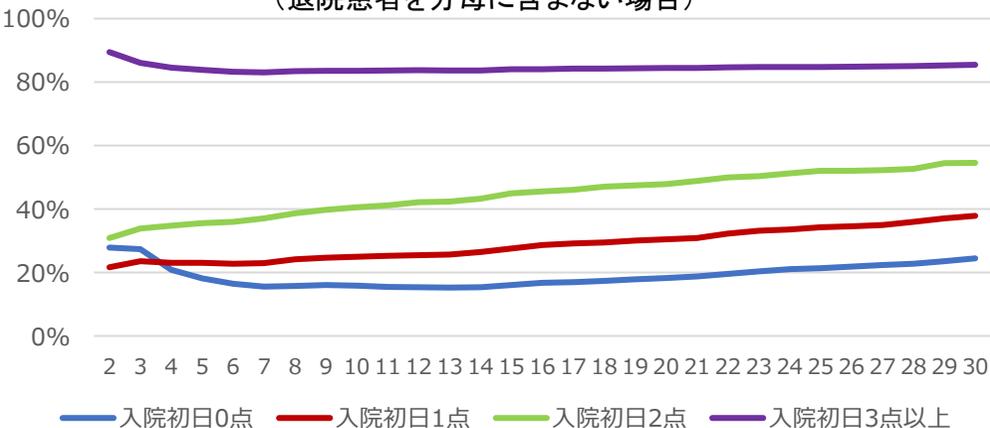


一般病棟入院基本料における入院初日のB得点ごとの、
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

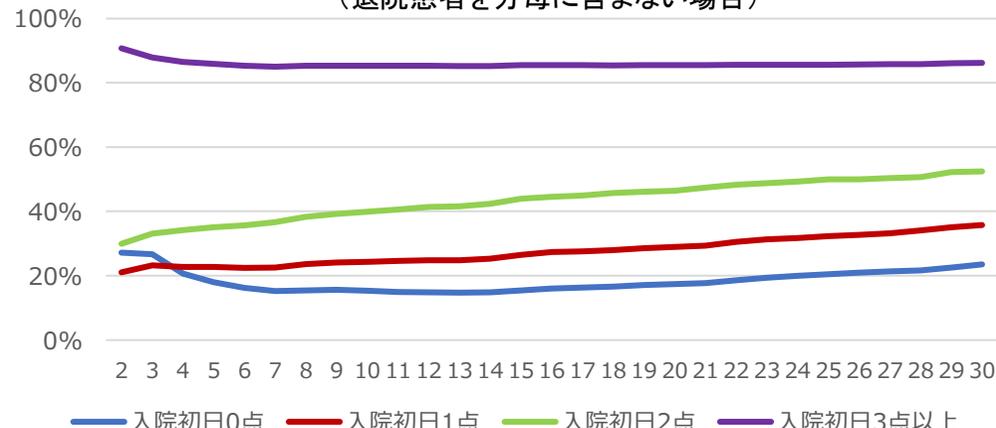
(退院患者を分母に含む場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



(退院患者を分母に含まない場合)

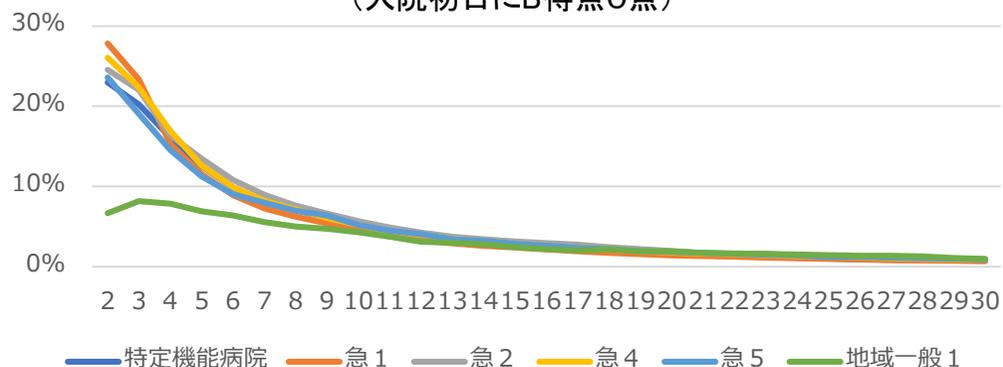


入院後の日数毎のB得点の推移②

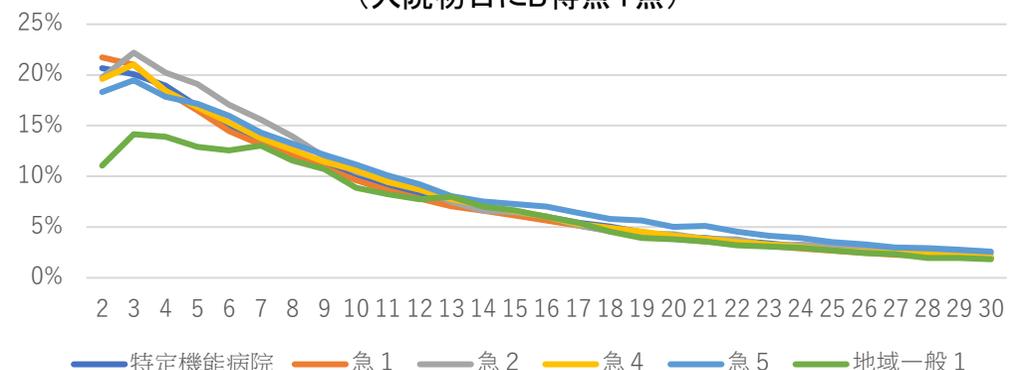
○ 入院初日にB得点が0点又は1点の患者におけるその後B3点以上となる割合は、急性期一般入院料の間で大きく変わらなかったが、入院初日にB得点が2点または3点以上の患者におけるその後B3点以上となる割合は、急性期一般入院料1や特定機能病院入院基本料で低かった。

入院料ごと・入院初日のB得点ごとの、
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合
(退院患者を分母に含む。)

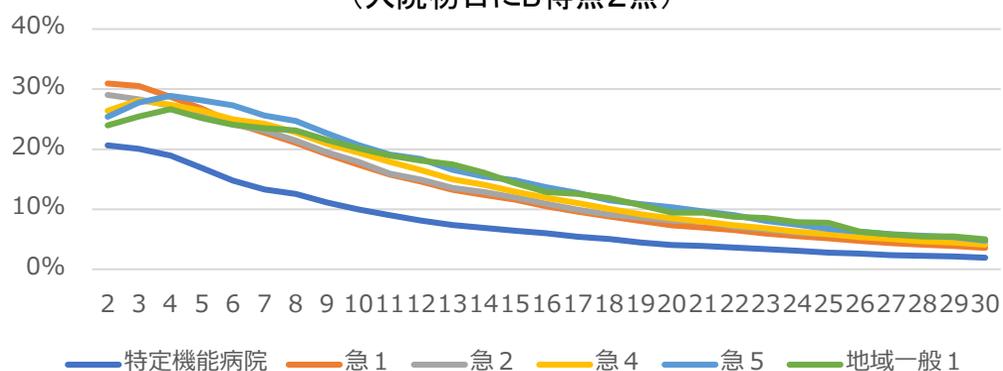
(入院初日にB得点0点)



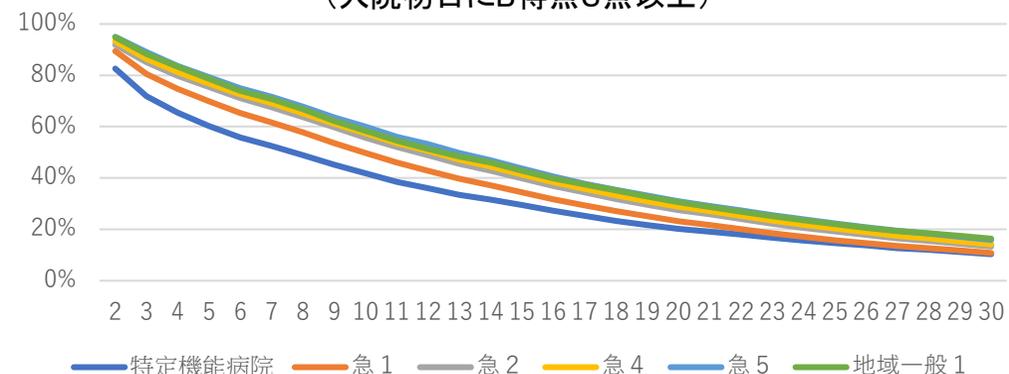
(入院初日にB得点1点)



(入院初日にB得点2点)



(入院初日にB得点3点以上)



C項目の対象となる手術等について

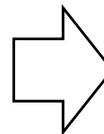
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目については、令和2年度診療報酬改定において、入院での実施率が9割を超える手術及び検査を追加するとともに、評価日数を在院日数の中央値の5割程度とするよう見直しが行われている。

令和2年度診療報酬改定における対応 (改定説明資料より抜粋)

C項目の見直し

- 手術の評価日数を実績を踏まえて延長する
- 入院で実施される割合が高い手術・検査を評価対象に追加する

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術（7日間）	1点
17	開胸手術（7日間）	
18	開腹手術（4日間）	
19	骨の手術（5日間）	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	
22	救命等に係る内科的治療（2日間）	



C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術（ <u>13</u> 日間）	1点
17	開胸手術（ <u>12</u> 日間）	
18	開腹手術（ <u>7</u> 日間）	
19	骨の手術（ <u>11</u> 日間）	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（ <u>5</u> 日間）	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（ <u>5</u> 日間）	
22	救命等に係る内科的治療（ <u>5</u> 日間）	
23	<u>別に定める検査（2日間）</u>	
24	<u>別に定める手術（6日間）</u>	



	対象となる検査・手術(例)
別に定める検査	経皮的針生検法、EUS-FNA、縦隔鏡、腹腔鏡、胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術	眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、観血的関節固定術 等

手術の入院での実施率(速報値)

中医協 診-2参考1
5. 10. 27 改

- 現在C項目の対象となっていない点数2万点以上手術のうち、令和4年度においては入院での実施率が9割以上であるものがあつた。これらの多くは、令和3年度においても入院での実施率が9割を超えていたが、一部は9割未満であつた。
- また、現在C項目の対象となっている手術のうち一部に、令和4年度において入院での実施率が9割未満のものがあつた。

C項目の対象外の手術のうち令和4年度で入院での実施率が9割以上の手術

区分番号	診療報酬行為名称	算定回数	入院での実施率	前年度における入院での実施率*
K0392	腱移植術(人工腱形成術を含む。)(その他のもの)	421	97.6%	9割以上
K046-3	一時的創外固定骨折治療術	6856	99.1%	9割以上
K073-22	関節鏡下関節内骨折観血的手術(手)	1086	95.3%	9割以上
K076-21	関節鏡下関節授動術(肩)	3259	99.8%	9割以上
K076-21	関節鏡下関節授動術(膝)	609	99.7%	9割以上
K076-22	関節鏡下関節授動術(肘)	278	99.3%	9割以上
K076-22	関節鏡下関節授動術(足)	138	97.8%	9割以上
K0782	観血的関節固定術(手)	1228	90.3%	9割以上
K0782	観血的関節固定術(足)	2390	99.7%	9割以上
K080-72	上腕二頭筋腱固定術(関節鏡下で行うもの)	95	97.9%	-
K182-32	神経再生誘導術(その他のもの)	147	91.2%	9割未満(89.6%)
K235	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	418	90.2%	9割未満(54.9%)
K319-21	経外耳道の内視鏡下鼓室形成術(上鼓室開放を伴わないもの)	1036	99.9%	-
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	58906	99.4%	9割以上
K7811	経尿道的尿路結石除去術(レーザーによるもの)	51894	99.4%	9割以上
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	301	99.7%	9割以上
K841-5	経尿道的前立腺核出術	2163	94.0%	9割以上
K922 2	造血幹細胞移植(末梢血幹細胞移植)(同種移植の場合)	53	98.1%	-

C項目の対象の手術のうち令和4年度で入院での実施率が9割未満の手術

区分番号	診療報酬行為名称	点数	算定回数	入院での実施率
K046-23	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)(足)	13120	5	80.0%
K0513	骨全摘術(手)	5160	54	68.5%
K0523	骨腫瘍切除術(鎖骨)	4340	19	78.9%
K0543	骨切り術(鎖骨)	8150	15	86.7%
K0543	骨切り術(手)	8150	184	74.5%
K0563	偽関節手術(手(舟状骨を除く。))	15570	62	77.4%
K0762	観血的関節授動術(手)	28210	182	89.0%
K0802	関節形成手術(手)	28210	3849	89.6%
K0812	人工骨頭挿入術(手)	18810	4	75.0%
K082-23	人工関節除去術(指(手、足))	15990	23	82.6%
K0823	人工関節置換術(指(手、足))	15970	1586	87.8%
K084	四肢切断術(手)	24320	101	88.1%
K099-23	デュブイトレン拘縮手術(4指以上)	32710	76	88.2%
K162	頭皮・頭蓋骨悪性腫瘍手術	36290	164	89.6%
K228	眼窩骨折整復術	29170	175	75.4%
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	36700	18	88.9%
K334-2	鼻骨変形治療骨折矯正術	23060	780	88.8%
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術3型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)	24910	30295	85.4%
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	28210	51	80.4%
K422	口唇悪性腫瘍手術	33010	134	87.3%
K431	顎関節脱臼観血的手術	26210	9	77.8%
K440	上顎骨切除術	15310	27	66.7%
K6332	ヘルニア手術(白線ヘルニア)	6200	444	82.9%
K701	臍破裂縫合術	24280	12	75.0%
K7393	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)(経腹及び経肛)	18810	28	85.7%
K8081	膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)	10300	10	80.0%
K8231	尿失禁手術(恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの)	23510	156	87.8%
K887-22	卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)(腹腔鏡によるもの)	18810	8	87.5%
K890	卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	27380	14	7.1%

※令和4年度診療報酬改定で新設された項目である場合など、令和3年度NDBオープンデータで確認できないものは「-」と記載。

C項目の対象となる手術等の対象日数について

- C項目については、対象となる各手術等を実施した当日から一定の日数までの期間について、該当ありと評価される。
- 当該一定の日数は対象となる手術の在院日数に基づき設定されているが、対象である各手術には、入院後一定期間が経過してから実施される傾向にある手術が多く存在する。
- C項目の対象となる手術を実施した患者における在院日数と手術実施日から退院までの日数を比較したところ、差がみられた。

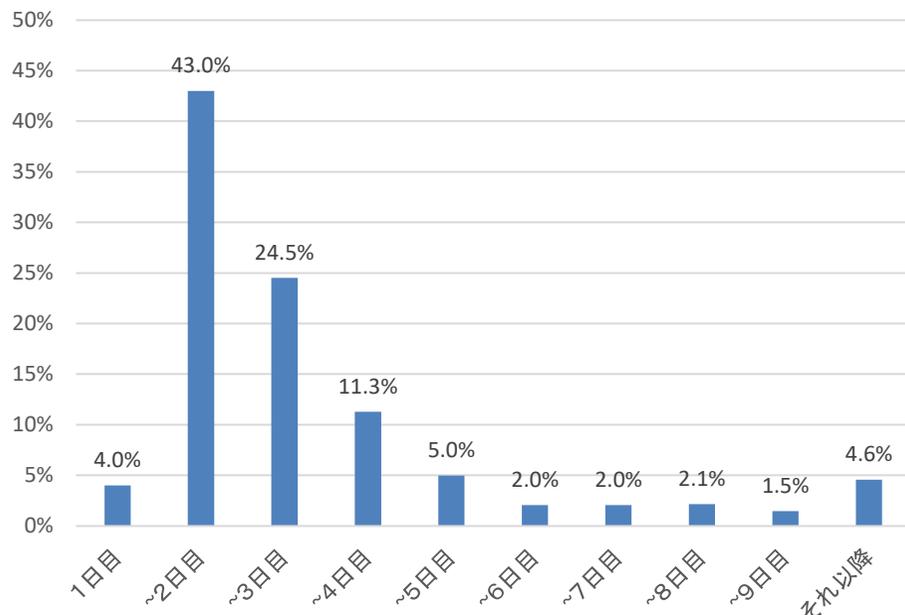
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き(抜粋)

C 手術等の医学的状況

C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

C項目の対象の各手術の実施日（入院後日数、中央値）の分布



C項目の対象となる手術群の在院日数及び手術実施日から退院までの日数

	①	②	③	④	⑤
	現行の対象日数	在院日数*	②の5割の日数 (四捨五入)	手術実施日から退院までの日数*	④の5割の日数 (四捨五入)
開頭手術	13日間	25.7日	13日	21.5日	11日
開胸手術	12日間	23.2日	12日	18.1日	9日
開腹手術	7日間	14.2日	7日	11.7日	6日
骨の手術	11日間	22.7日	11日	19.8日	10日
胸腔鏡・腹腔鏡手術	5日間	9.1日	5日	7.4日	4日
救命等に係る内視鏡的治療	5日間	8.9日	4日	7.1日	4日
別に定める手術	6日間	12.2日	6日	10.0日	5日

※ 各手術における日数の中央値について、算定件数に基づき加重平均したもの。(現行の基準が定められた際の算出方法と同様。)

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➤ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	× (DPC/PDPSで算定) ※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	× (DPC/PDPSで算定)	対象	対象

➤ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	○ (原則、短期滞在3を算定する)	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	×	対象	対象

短期滞在手術等の入院外での実施割合

○ 短期滞在手術等基本料3の対象手術等における入院外での実施割合は手術等間でばらつきが大きいですが、いずれも実施した患者は重症度、医療・看護必要度の評価対象外となっている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち算定回数の多いもの(上位20)

手術等名称	算定回数			入院外での実施割合	短期滞在手術等基本料1にも該当
	入院	短期滞在3	入院外		
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	361,182	51,010	535,243	56.5%	○
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	145,884	40,939	563,249	75.1%	○
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	18,421	4,367	68,689	75.1%	○
眼瞼下垂症手術(眼瞼挙筋前転法)	9,469	847	39,655	79.4%	○
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	32,314	3,778	1,887	5.0%	
ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	29,699	4,915	2,473	6.7%	
下肢静脈瘤血管内焼灼術	7,266	952	25,800	75.8%	○
眼瞼下垂症手術(その他のもの)	4,392	466	20,450	80.8%	○
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	4,394	941	14,805	73.5%	○
翼状片手術(弁の移植を要するもの)	2,033	507	11,613	82.1%	○
子宮頸部(腔部)切除術	12,519	575	444	3.3%	
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	3,749	1,265	8,364	62.5%	○
眼瞼内反症手術(皮膚切開法)	2,734	192	7,672	72.4%	○
涙管チューブ挿入術(涙道内視鏡を用いるもの)	583	169	7,816	91.2%	○
下肢静脈瘤手術 硬化療法	203	75	7,865	96.6%	○
緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)	3,627	453	3,880	48.7%	○
下肢静脈瘤血管内塞栓術	1,830	292	4,552	68.2%	○
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術(その他のもの)	4,023	370	2,019	31.5%	
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術(電解質溶液利用のもの)	4,477	315	998	17.2%	
関節鏡下手根管開放手術	1,731	561	3,234	58.5%	○

病院における短期滞在手術等の入院外での実施割合

○ 短期滞在手術等基本料3の対象手術の一部では、全医療機関における入院外での実施割合と病院における入院外での実施割合に差がみられている。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、全医療機関における入院外での実施割合が全医療機関において50%以上であって、病院における割合が全医療機関における割合よりも10%以上低い手術（病院における算定回数が多い順）

手術等名称	病院における算定回数		病院における入院外での実施割合	全医療機関における入院外での実施割合	短期滞在手術等基本料1にも該当
	入院	入院外			
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	26,574	37,419	58.5%	74.6%	○
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	37,418	10,913	22.6%	63.7%	○
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3,447	6,042	63.7%	75.6%	○
眼瞼下垂症手術 眼瞼挙筋前転法	1,700	1,059	38.4%	77.9%	○
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	809	1,208	59.9%	73.6%	○
眼瞼下垂症手術 その他のもの	713	840	54.1%	80.5%	○
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1,006	371	26.9%	77.5%	○
眼瞼内反症手術 皮膚切開法	353	344	49.4%	74.5%	○
翼状片手術 弁の移植を要するもの	240	378	61.2%	84.8%	○
痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	485	106	17.9%	63.0%	○
涙管チューブ挿入術 涙管内視鏡を用いるもの	109	422	79.5%	91.5%	○
緑内障手術 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	395	77	16.3%	56.3%	○
下肢静脈瘤血管内塞栓術	241	134	35.7%	69.4%	○
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	108	76	41.3%	54.6%	○
水晶体再建術 眼内レンズを挿入しない場合	112	31	21.7%	55.7%	○
肛門ポリープ切除術	78	32	29.1%	73.1%	○
尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	52	41	44.1%	65.1%	○
治療的角膜切除術 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	35	37	51.4%	77.7%	○
肛門尖圭コンジローム切除術	40	25	38.5%	80.1%	○

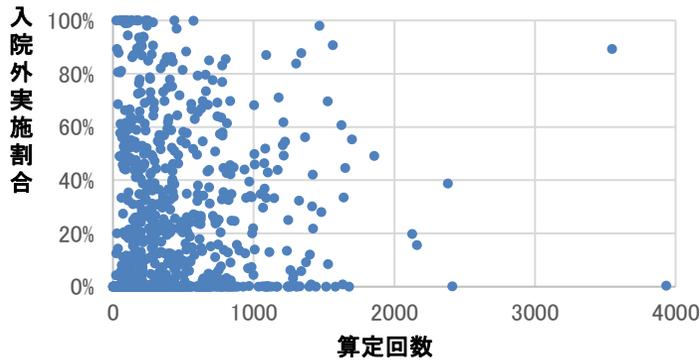
病院間で入院外での実施割合にばらつきのみられる手術の例

○ 水晶体再建術や内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術においては、入院外での実施割合にばらつきがあり、算定回数が多く入院外での実施割合が高い病院がみられる。

K282 1 口 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの

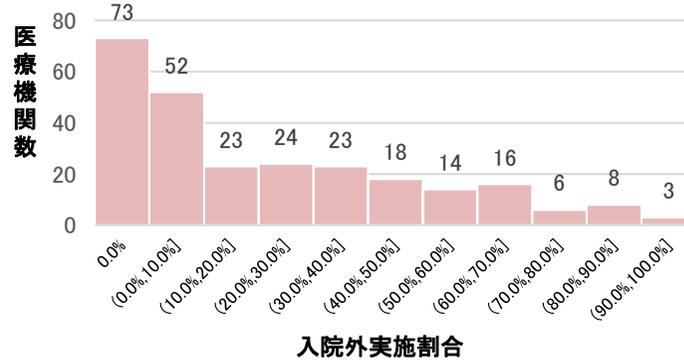
【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】
n=1,117施設

※ 算定回数が1以上の病院に限る



【DPC対象病院における入院外での実施割合】
n=260施設

※ 算定回数が500以上の病院に限る

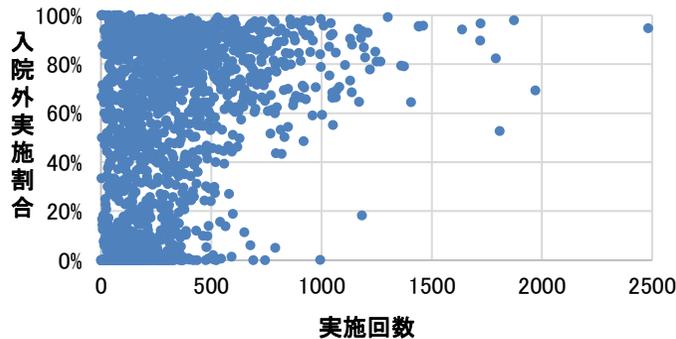


	入院	入院外
症例数	346,678	94,291
DPC算定病床 実施割合	85.15%	—
地ケア病床 実施割合	14.52%	—
その他病床 実施割合	0.34%	—
年齢 (平均値±1SD)	74.14±10.36	74.06±9.55
最小値	0	14
最大値	108	103

K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満

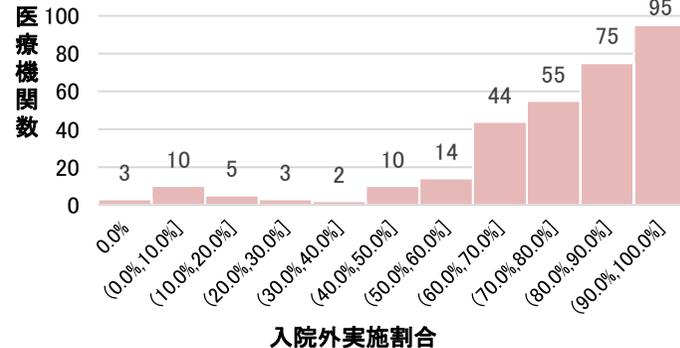
【DPC対象病院における「算定回数」×「入院外実施割合」】
n=1,653

※ 算定回数が1以上の病院に限る



【DPC対象病院における入院外での実施割合】
n=316

※ 算定回数が500以上の病院に限る



	入院	入院外
症例数	184,284	334,317
DPC算定病床 実施割合	87.12%	—
地ケア病床 実施割合	12.37%	—
その他病床 実施割合	0.51%	—
年齢 (平均値±1SD)	69.33±11.72	67.78±11.58
最小値	1	3
最大値	100	98

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

- 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

現行

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。



改定後

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

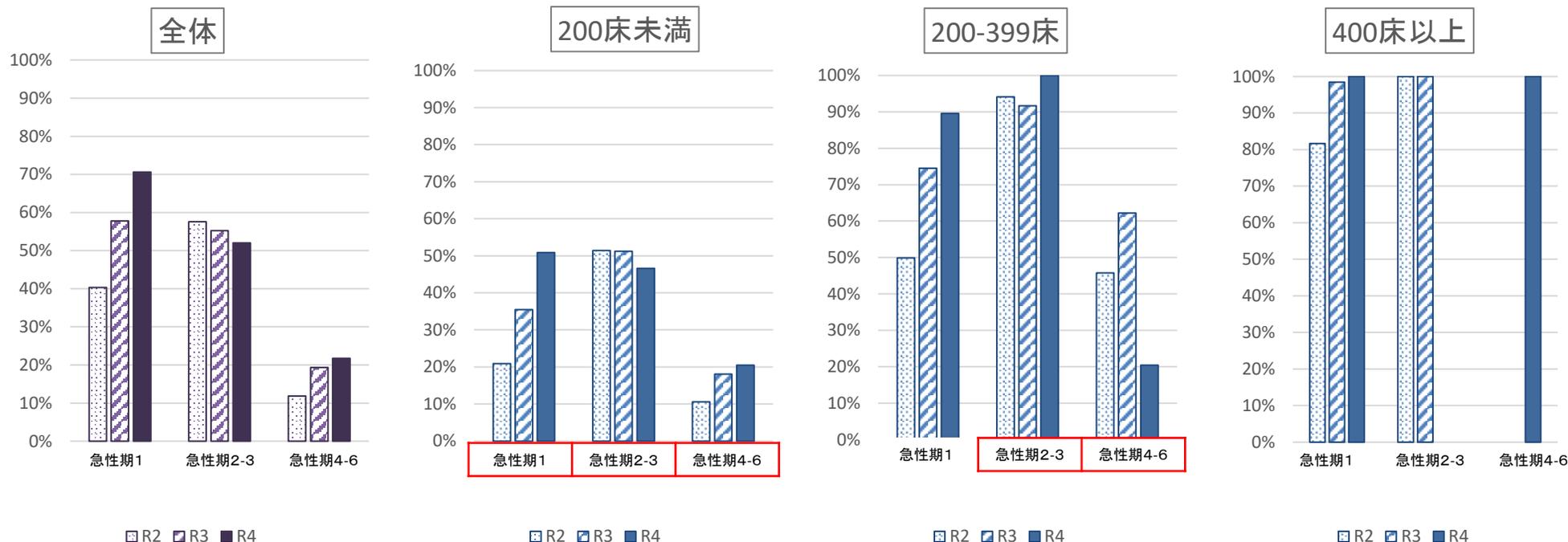
〔経過措置〕

令和4年3月31日において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）については、同年12月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

届出病床数別・入院料別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況の推移

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出割合は経年的に増加していた。
- 必要度Ⅱが要件となっていない入院料等のうち、届出病床数が200-399床の急性期一般入院料2・3においては概ね全ての施設が、届出病床数が200床未満の急性期一般入院料1においても半数以上の施設が、必要度Ⅱを届け出ている。

■届出病床別・入院料別の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出割合の推移



N数	急性期1	急性期2-3	急性期4-6
R2	1,377	125	1,693
R3	1,397	134	1,564
R4	1,396	148	1,868

必要度Ⅱが要件になっていない入院料

N数	急性期1	急性期2-3	急性期4-6
R2	681	107	1,544
R3	717	121	1,518
R4	731	133	1,639

N数	急性期1	急性期2-3	急性期4-6
R2	489	17	59
R3	486	12	45
R4	487	15	29

N数	急性期1	急性期2-3	急性期4-6
R2	207	1	0
R3	194	1	1
R4	178	0	2

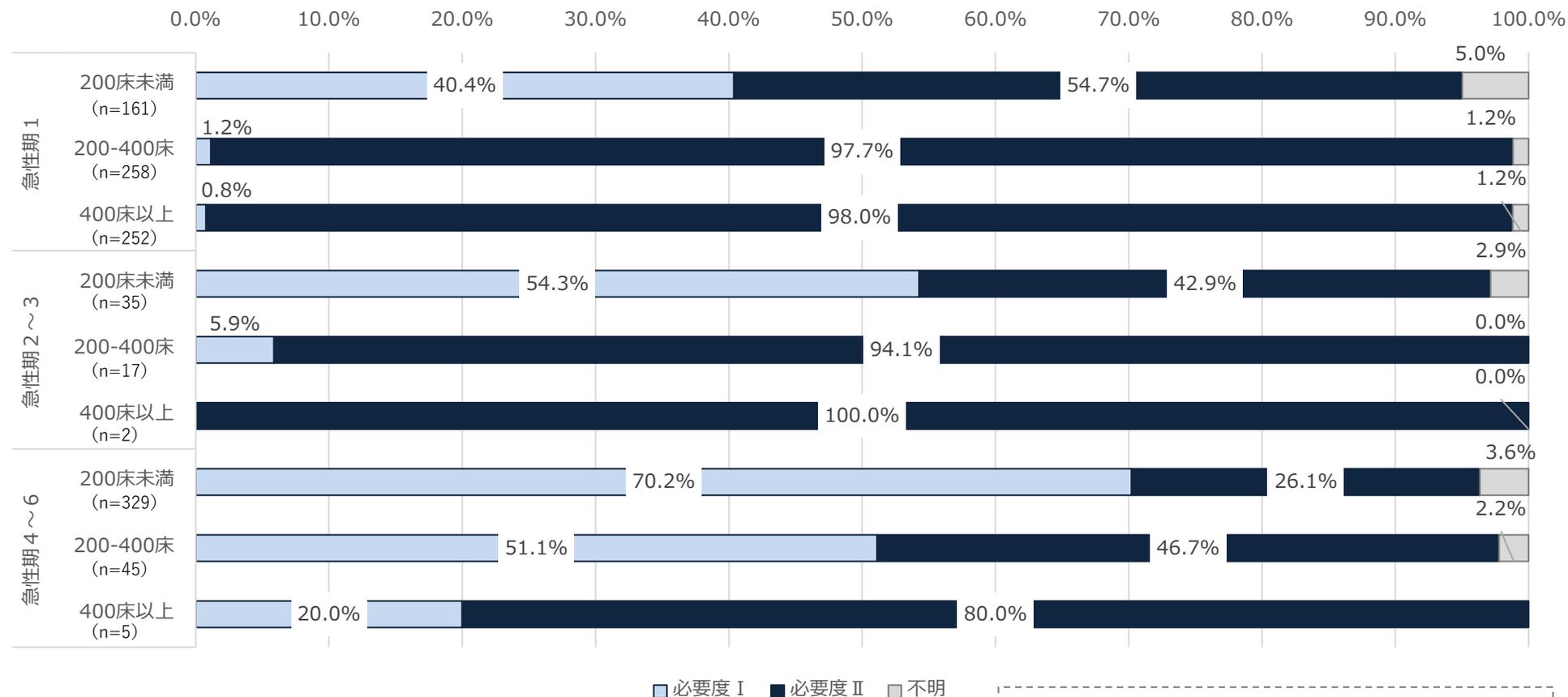
【必要度Ⅱを要件とする対象病院】

許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟

許可病床数別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況は、許可病床数200床以上の急性期一般入院料1～3の施設ではほぼ100%だが、急性期一般入院料4～6の施設では許可病床数400床以上でも80%だった。

■ 許可病床別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和5年6月1日時点）



□ 必要度Ⅰ ■ 必要度Ⅱ □ 不明

【必要度Ⅱを要件とする対象病院】
許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等

2. 急性期入院医療に係る評価について

2-1. 急性期一般入院料の施設基準等について

①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について

②平均在院日数について

2-2. 急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について

3. 課題と論点

<中医協総会>

- 急性期一般病棟については、平均在院日数が伸びるとともに病床利用率が低下しており、新型コロナの影響も勘案すべきであるものの、病床数が過剰になっていないか、背景を分析すべき。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

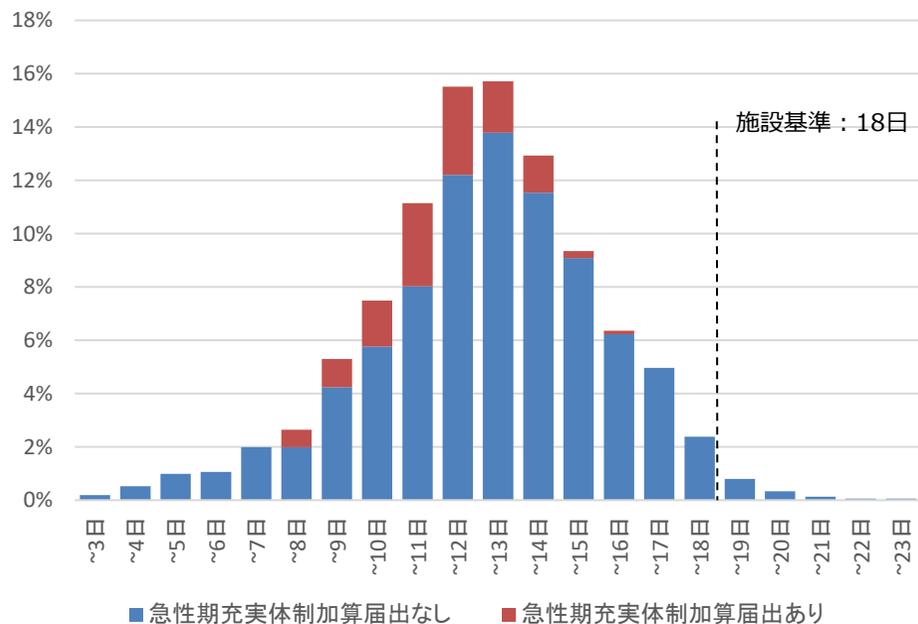
- 平均在院日数の区分による患者の状態や医療の内容の違いを踏まえれば、急性期一般入院料1における指標としては、平均在院日数の短縮化が考えられるのではないかとの指摘があった。

急性期一般入院料1における平均在院日数①

○ 急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

急性期一般入院料1における各施設の平均在院日数の分布
(令和4年7月時点、n=1508)

(該当施設割合)

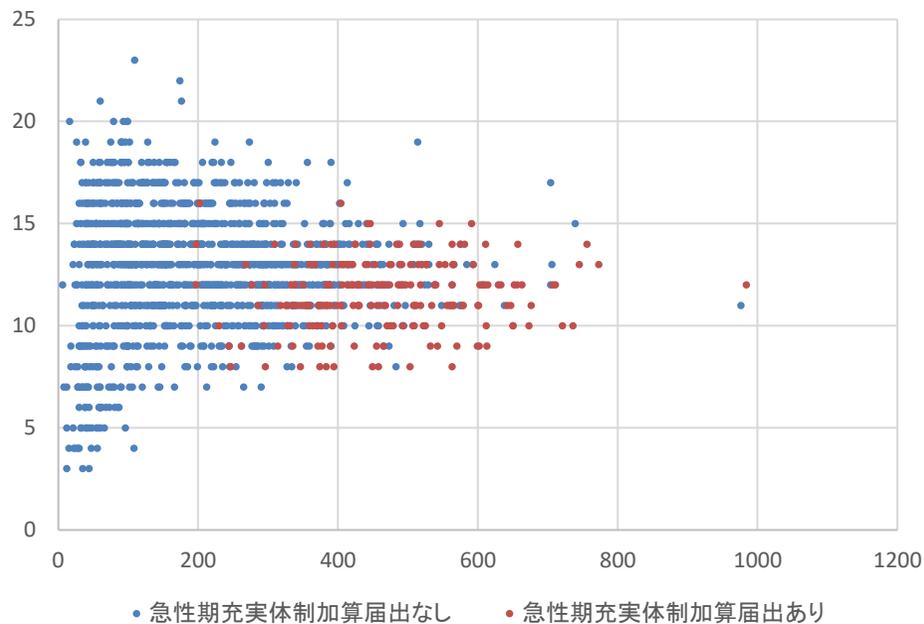


(平均在院日数、日)

平均	5%点	10%点	25%点	33%点	50%点	67%点	75%点	90%点	95%点
12.6	8	9	11	12	13	14	14	16	17

急性期一般入院料1における届出病床数と平均在院日数の分布
(令和4年7月時点、n=1505)

(平均在院日数、日)



(急性期一般入院料1の届出病床数)

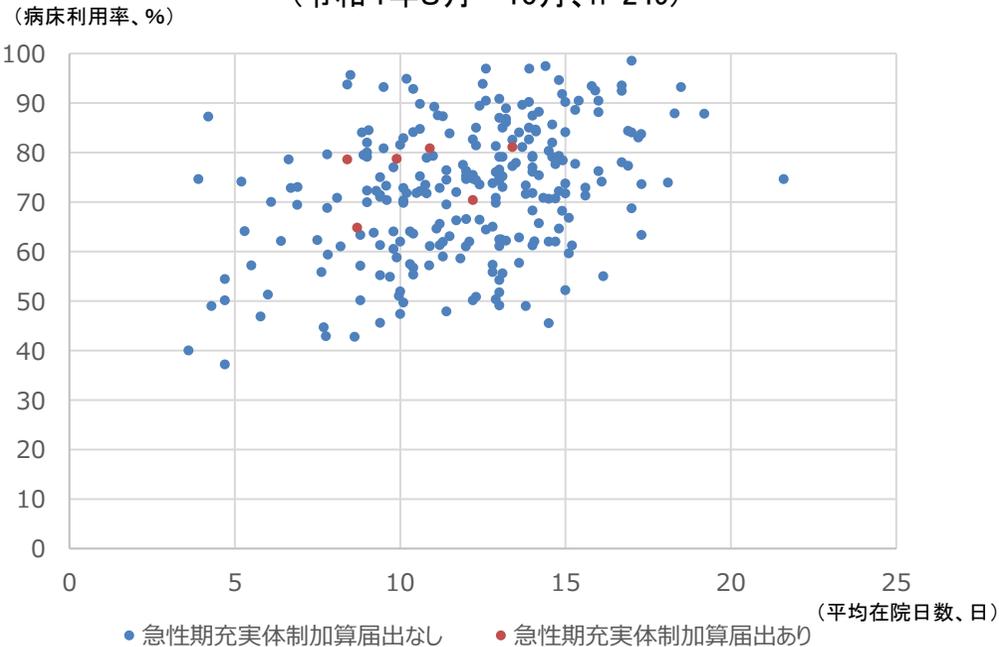
本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

急性期一般入院料1における平均在院日数②

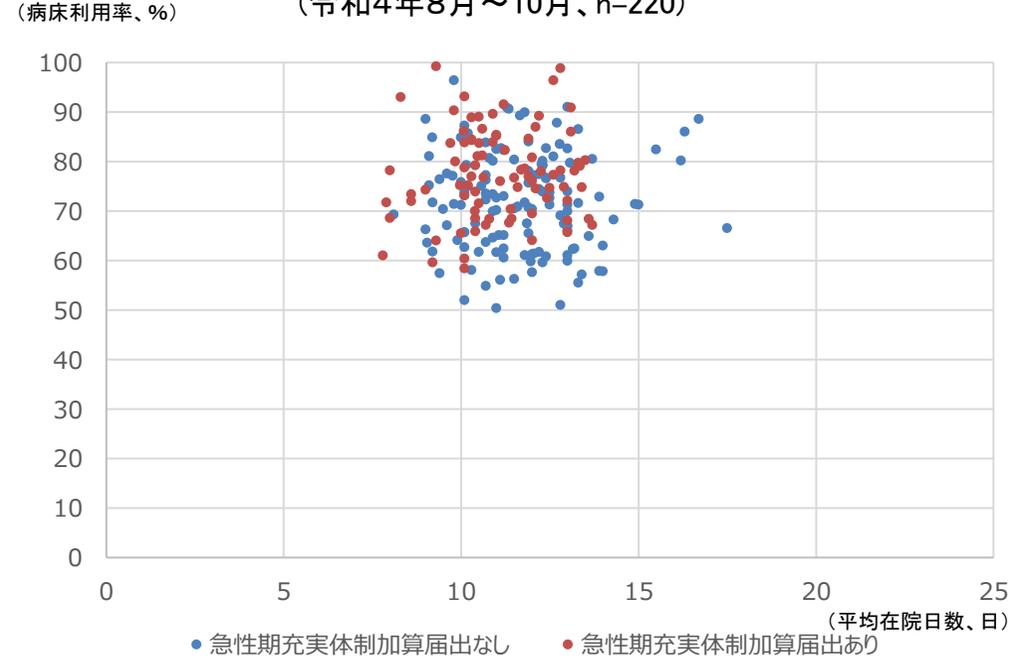
○ 急性期一般入院料1を届け出ている施設における平均在院日数及び病床利用率の分布は以下のとおり。

急性期一般入院料1の届出が300床未満の施設における
平均在院日数及び病床利用率
(令和4年8月～10月、n=249)



※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

急性期一般入院料1の届出が300床以上の施設における
平均在院日数及び病床利用率
(令和4年8月～10月、n=220)

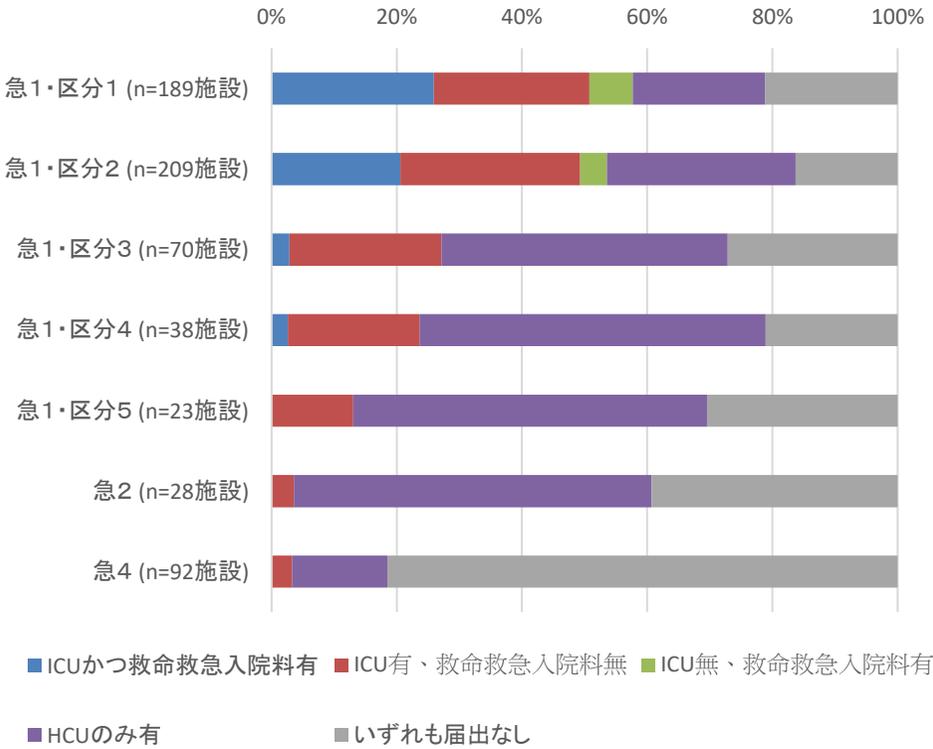


※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

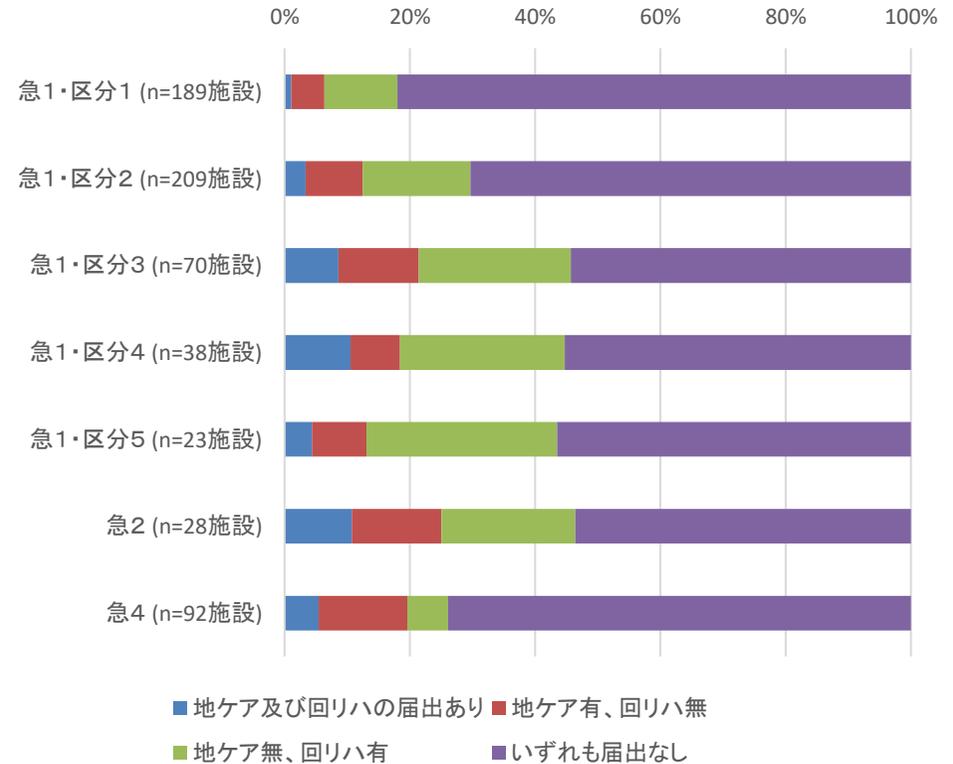
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における特定入院料の届出状況

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、特定集中治療室管理料の届出割合が小さく、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の届出を行っている割合が大きかった。

急性期一般入院料1, 2, 4における
特定集中治療室管理料、救命救急入院料及び
ハイケアユニット入院医療管理料の届出状況



急性期一般入院料1, 2, 4における
地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟の
届出状況



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における医療提供の実績①

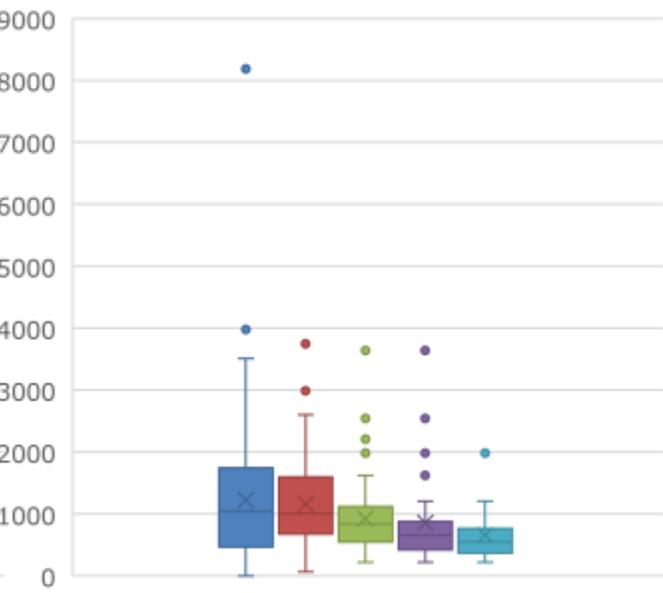
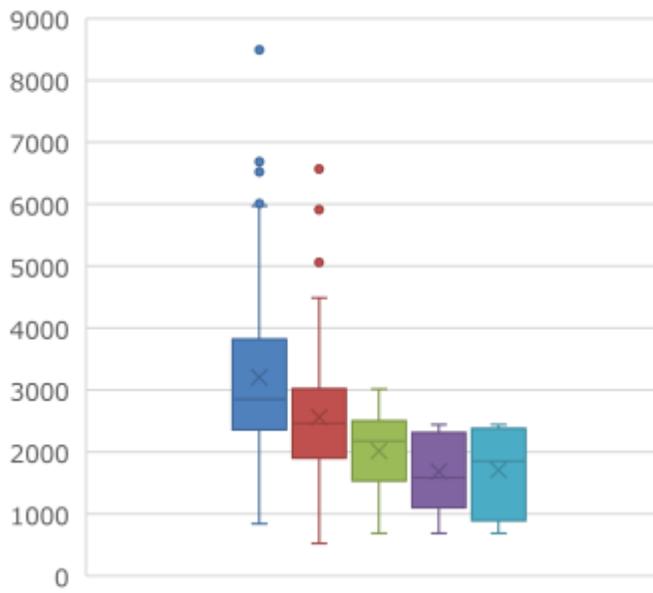
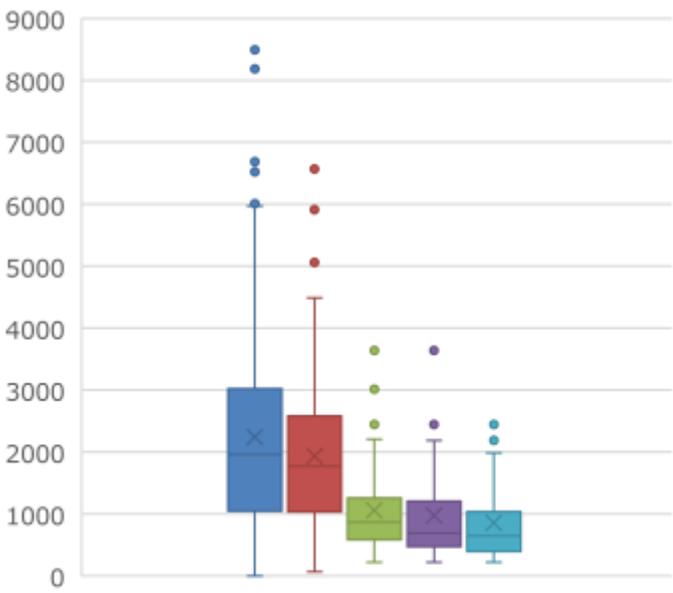
○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



急1・区分1 (n=185施設) 急1・区分2 (n=203施設)
急1・区分3 (n=67施設) 急1・区分4 (n=35施設)
急1・区分5 (n=21施設)

急1・区分1 (n=95施設) 急1・区分2 (n=112施設)
急1・区分3 (n=8施設) 急1・区分4 (n=5施設)
急1・区分5 (n=4施設)

急1・区分1 (n=90施設) 急1・区分2 (n=91施設)
急1・区分3 (n=59施設) 急1・区分4 (n=30施設)
急1・区分5 (n=17施設)

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における医療提供の実績②

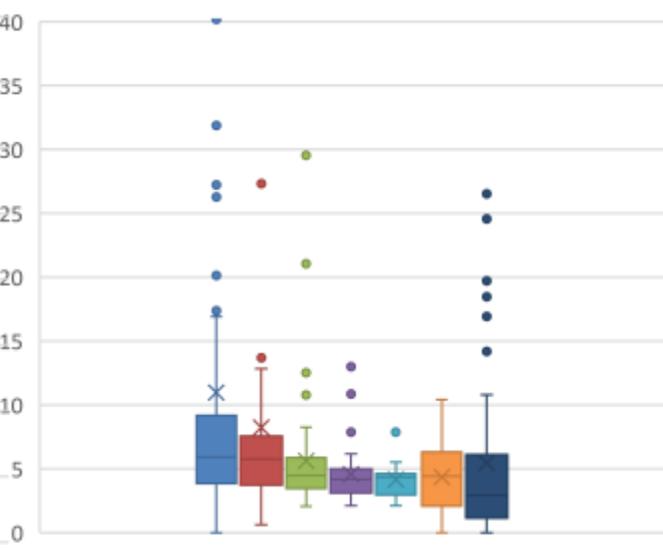
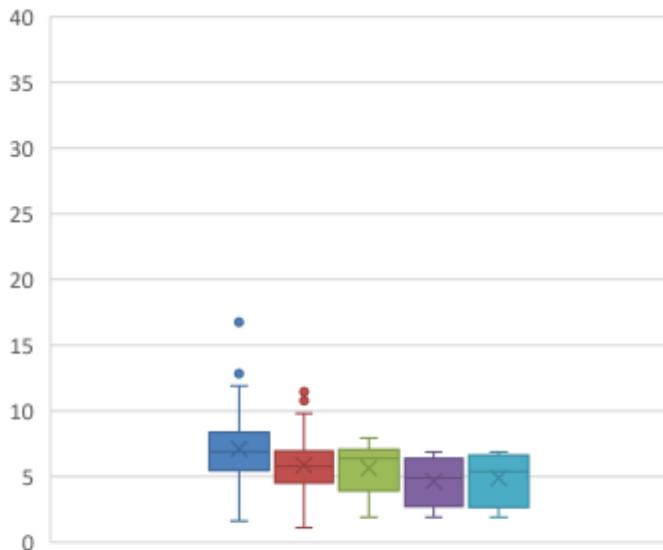
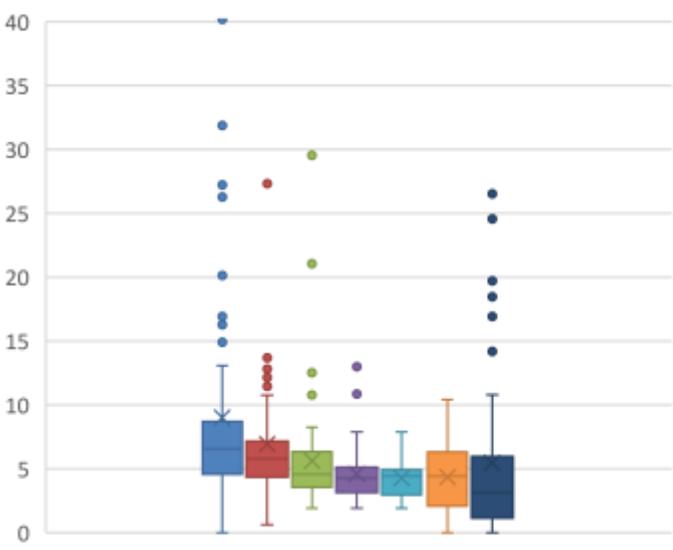
○ 一般病棟入院基本料の届出病床当たりの全身麻酔手術の実施件数についても、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、少ない傾向にあり、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における
一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



■ 急1・区分1 (n=185施設) ■ 急1・区分2 (n=203施設)
■ 急1・区分3 (n=67施設) ■ 急1・区分4 (n=35施設)
■ 急1・区分5 (n=21施設) ■ 急2 (n=25施設)
■ 急4 (n=75施設)

■ 急1・区分1 (n=95施設) ■ 急1・区分2 (n=112施設)
■ 急1・区分3 (n=8施設) ■ 急1・区分4 (n=5施設)
■ 急1・区分5 (n=4施設)

■ 急1・区分1 (n=90施設) ■ 急1・区分2 (n=91施設)
■ 急1・区分3 (n=59施設) ■ 急1・区分4 (n=30施設)
■ 急1・区分5 (n=17施設) ■ 急2 (n=25施設)
■ 急4 (n=74施設)

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

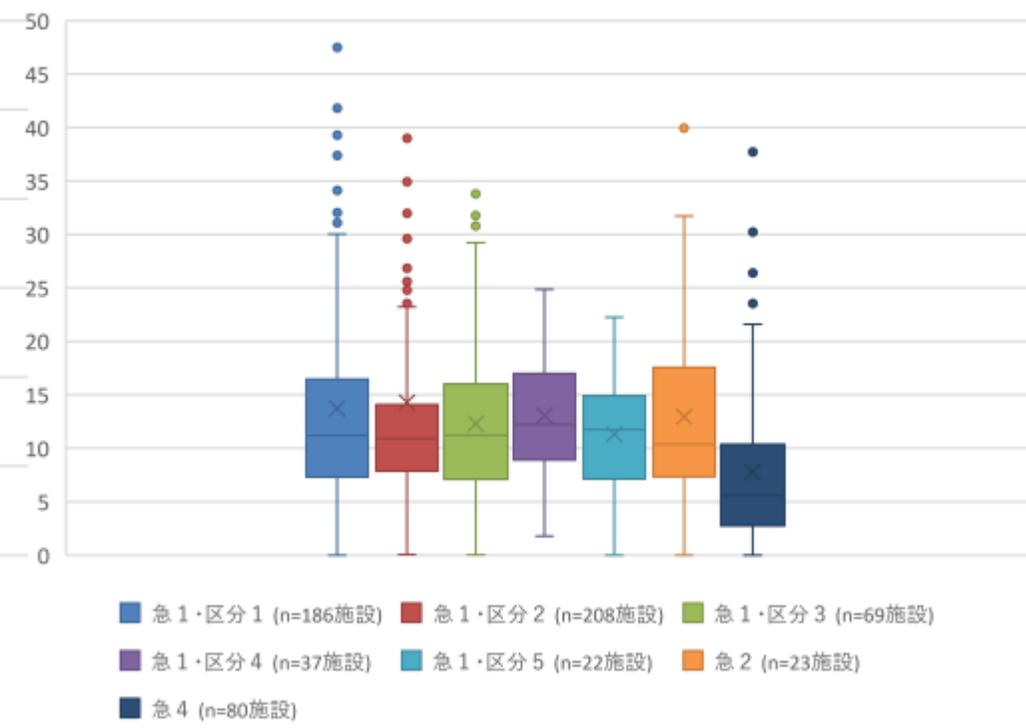
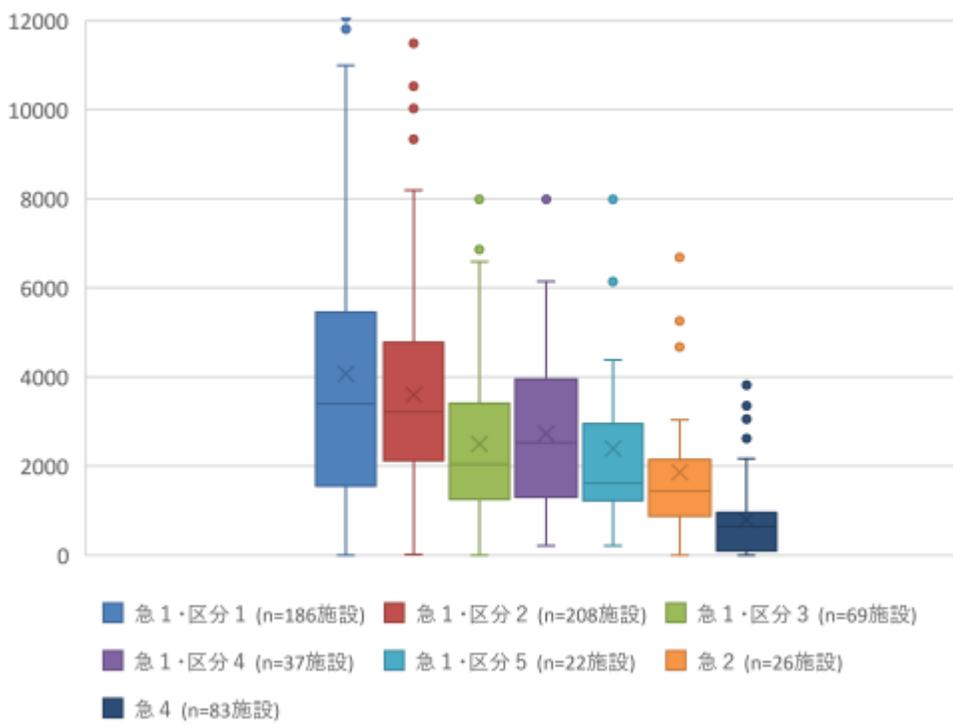
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における医療提供の実績③

- 救急搬送件数については、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
- 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における救急搬送件数

(実件数)

(一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの件数)



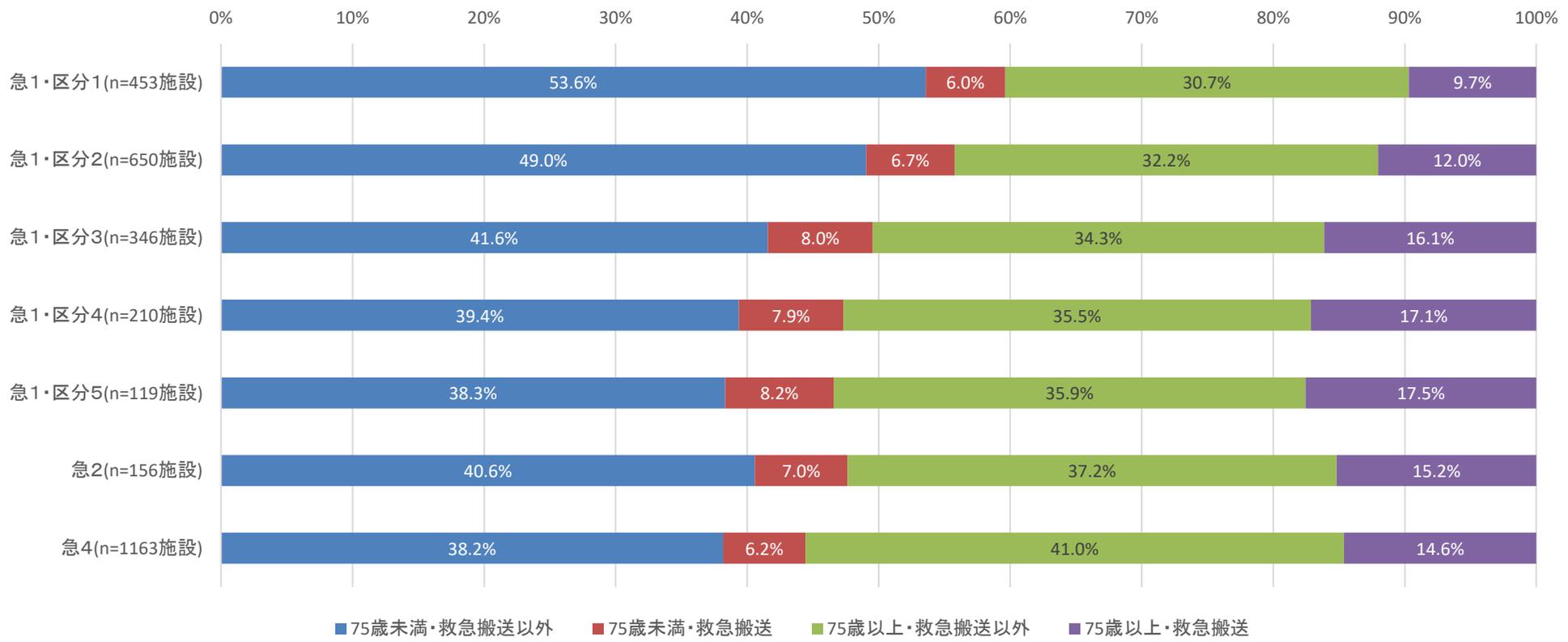
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況①

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者のうち75歳以上の割合及び75歳以上の入院患者のうち救急搬送で入院する割合が高く、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の構成



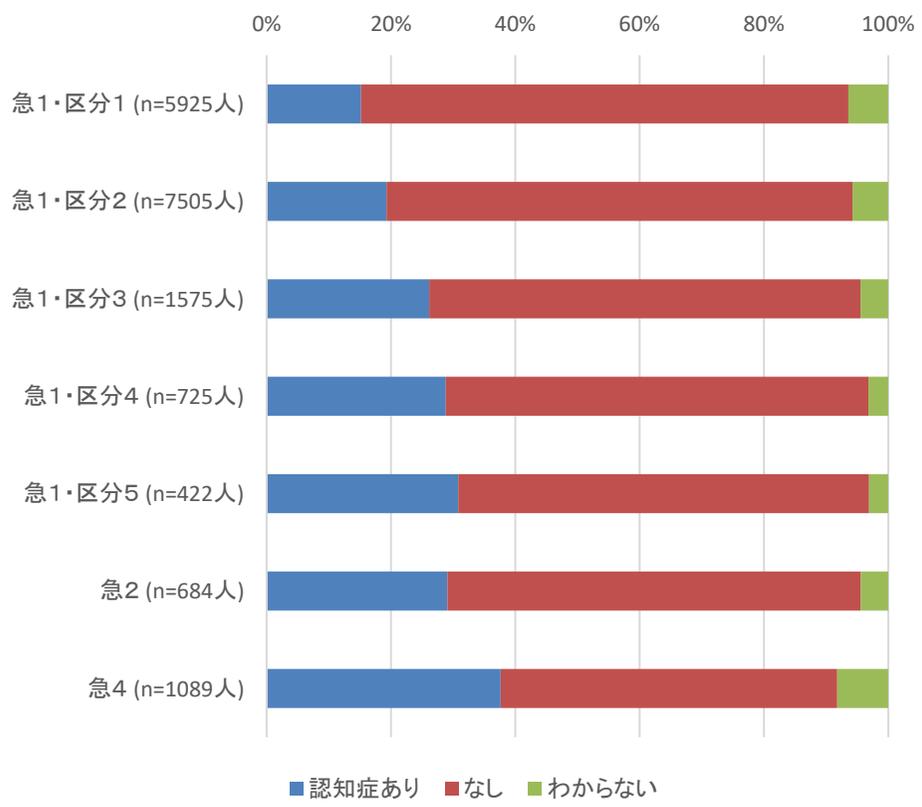
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

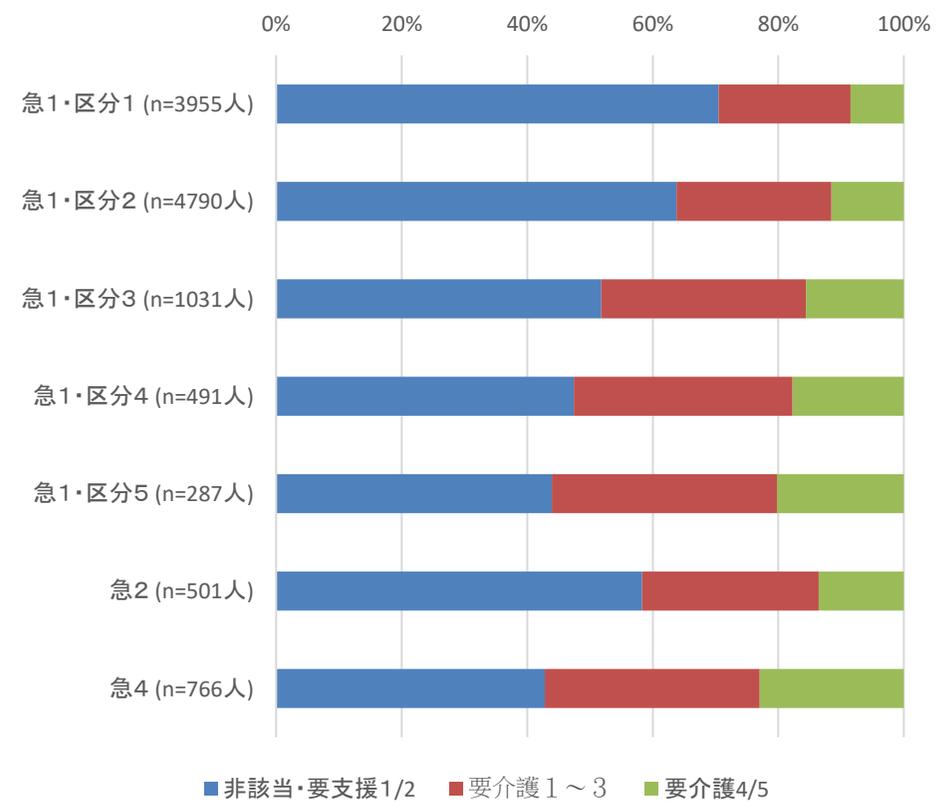
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況②

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者が認知症を併存する割合や、要介護度が高い患者である割合が高い傾向にあった。

急性期一般入院料1、2及び4の入院患者における認知症を罹患する割合



急性期一般入院料1の入院患者における要介護度 (不明・未申請・申請中を除く。)



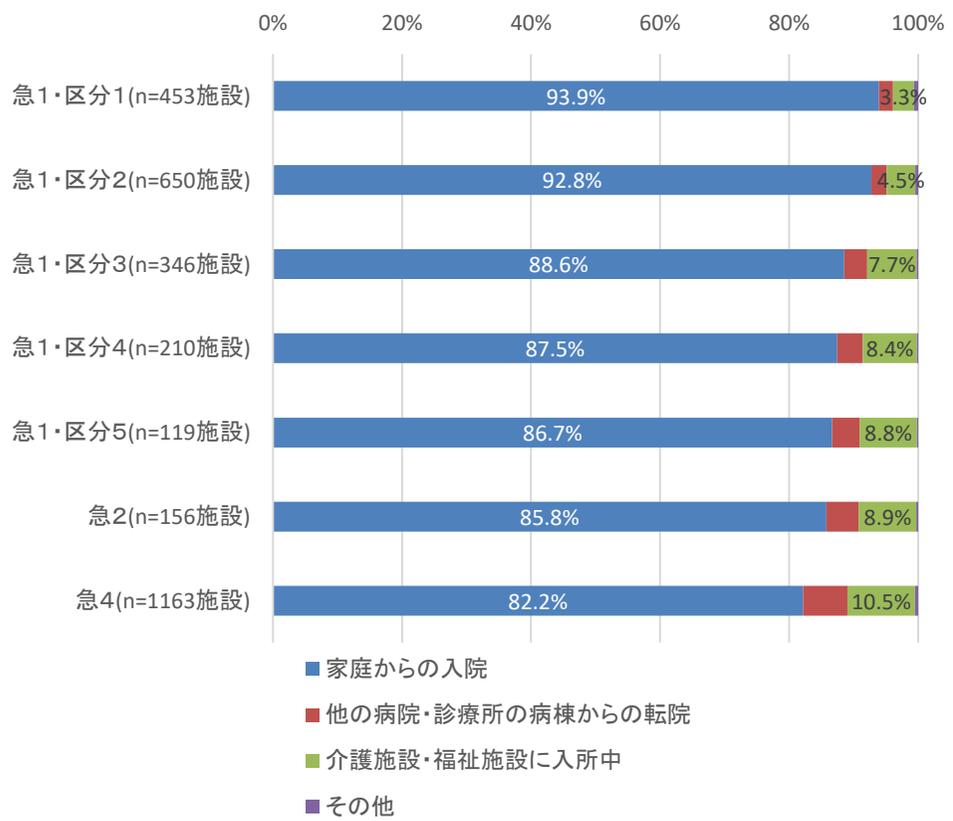
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

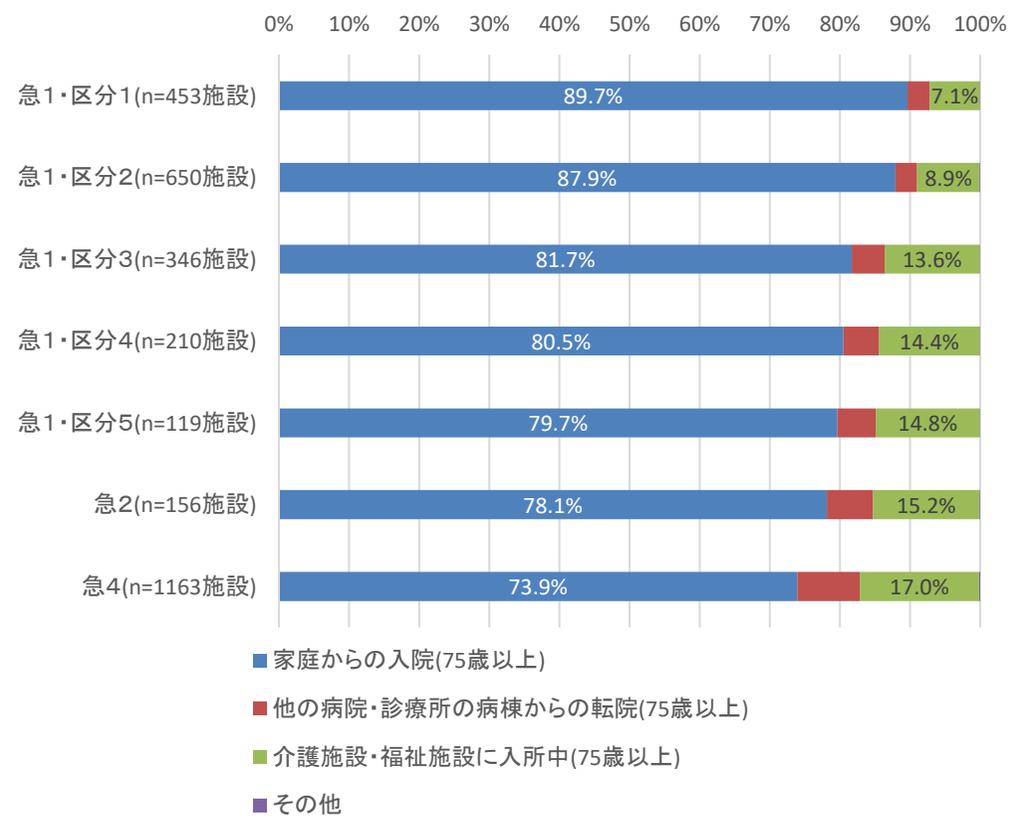
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況③

○ 入院患者の入院経路について、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、家庭からの入院の割合が低く、介護施設・福祉施設からの入院の割合が高かった。

急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の入院経路
(全年齢)



急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の入院経路
(75歳以上)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況④

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群における入院患者は、急性期一般入院料1と地域一般入院料とで医療資源投入量が変わらない疾患の割合が高かった。

75歳以上の患者に多く、急性期一般入院料1と地域一般入院料1-2とで医療資源の差が小さい上位10傷病の75歳以上の患者の割合(カッコ内は延べ入院日数に占める割合)

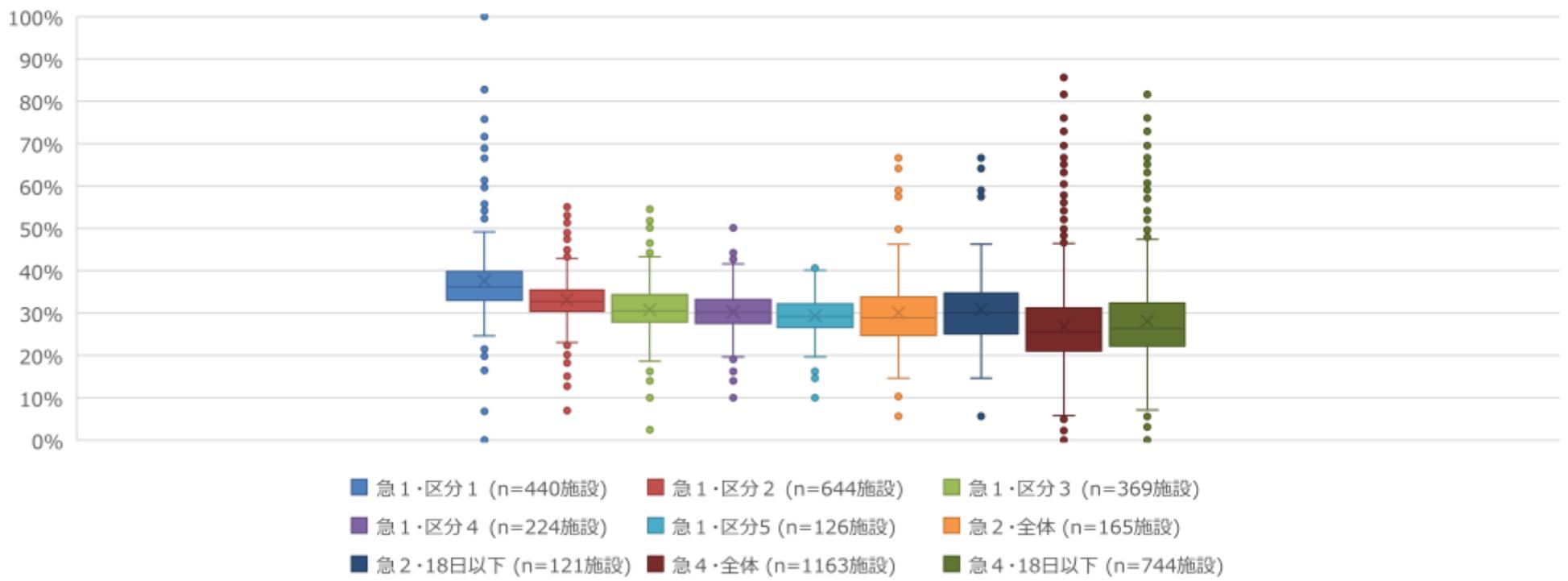
		急1・区分1 (n=453施設)	急1・区分2 (n=650施設)	急1・区分3 (n=346施設)	急1・区分4 (n=210施設)	急1・区分5 (n=119施設)	急2 (n=156施設)	急4 (n=1163施設)	地域一般1,2	地ケア (転院以外)※
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	症例割合	1.4% (2.1%)	1.6% (2.1%)	2.2% (2.5%)	2.3% (2.5%)	2.4% (2.5%)	2.8% (2.9%)	2.9% (2.8%)	18.5% (12.2%)	1.1% (0.9%)
	平均在院日数	10.4	12.3	13.4	13.6	13.3	11.7	10.3	11.4	14.7
食物及び吐物による肺臓炎	症例割合	1.1% (2.3%)	1.4% (2.9%)	2.2% (4.3%)	2.5% (4.7%)	2.6% (4.8%)	2.2% (4.2%)	2.5% (4.3%)	4.2% (5.5%)	3.5% (5.2%)
	平均在院日数	16.6	21.6	23.8	24.8	26.3	23.7	20.3	22.7	28.9
脳動脈の血栓症による脳梗塞	症例割合	0.3% (0.6%)	0.5% (0.9%)	0.9% (1.4%)	1.0% (1.6%)	1.1% (1.6%)	0.6% (1.1%)	0.6% (0.9%)	0.6% (0.6%)	0.2% (0.2%)
	平均在院日数	12.0	17.5	19.5	19.2	20.5	16.1	10.2	17.4	24.8
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	症例割合	0.0% (0.1%)	0.0% (0.1%)	0.1% (0.2%)	0.1% (0.3%)	0.1% (0.3%)	0.2% (0.3%)	0.5% (0.8%)	2.2% (2.8%)	1.8% (2.8%)
	平均在院日数	6.7	10.0	11.4	12.6	13.9	10.5	10.6	22.2	30.2
肺炎, 詳細不明	症例割合	0.3% (0.6%)	0.4% (0.7%)	0.7% (1.1%)	0.8% (1.3%)	0.8% (1.3%)	0.9% (1.3%)	1.6% (2.5%)	3.9% (4.7%)	2.8% (3.8%)
	平均在院日数	11.3	13.8	16.2	16.5	17.6	13.1	15.0	21.1	26.6
体液量減少(症)	症例割合	0.2% (0.2%)	0.3% (0.3%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.7% (0.8%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.6%)	2.6% (2.6%)	3.7% (4.7%)
	平均在院日数	9.1	11.5	12.8	13.3	14.2	13.0	13.1	17.7	24.6
細菌性肺炎, 詳細不明	症例割合	0.3% (0.5%)	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.6% (0.6%)
	平均在院日数	11.6	15.0	16.3	17.0	17.9	12.7	9.9	20.3	22.1
尿路感染症, 部位不明	症例割合	0.5% (0.7%)	0.6% (1.0%)	0.9% (1.4%)	1.1% (1.5%)	1.1% (1.6%)	1.1% (1.5%)	1.3% (1.7%)	2.2% (2.5%)	2.6% (3.4%)
	平均在院日数	11.4	15.2	16.1	16.5	17.1	15.2	14.7	19.8	25.2
大腸<結腸>のポリープ	症例割合	0.7% (0.2%)	0.6% (0.2%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.6% (0.1%)	0.7% (0.1%)	3.4% (0.4%)
	平均在院日数	1.5	1.8	1.6	1.6	1.5	1.3	1.2	3.1	2.5
慢性腎臓病, ステージ5	症例割合	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.6% (0.8%)	0.7% (0.9%)	0.7% (0.9%)	0.5% (0.7%)	0.4% (0.6%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.0%)
	平均在院日数	9.6	13.9	12.5	12.5	12.3	9.4	6.7	20.4	15.6

※入院初日に地域包括ケア病棟に入院する他の医療機関からの転院入院以外の症例における集計

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑤

○ 急性期一般入院料1においては、平均在院日数の長い群では重症度、医療・看護必要度基準の該当割合が低く、急性期一般入院料2又は急性期一般入院料4との差が小さかった。

急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当割合
(平均在院日数により区分※)

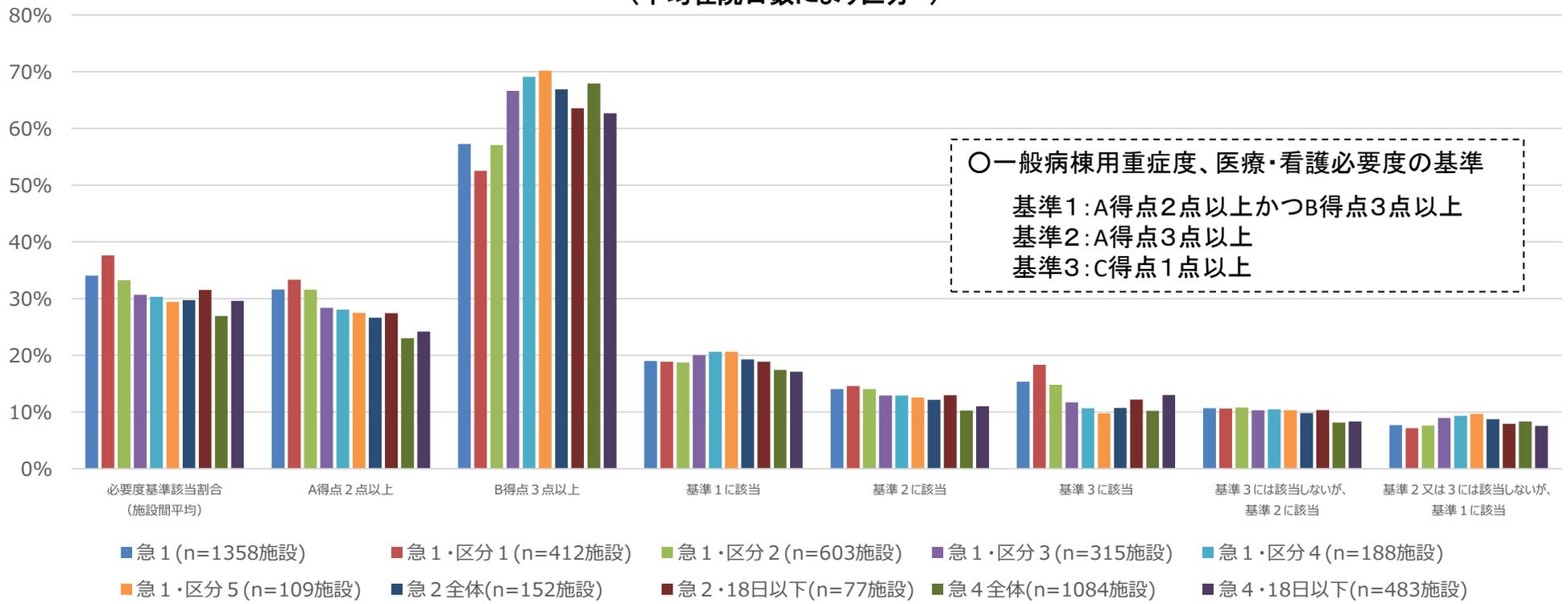


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑥

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、A得点2点以上の割合、基準2に該当する割合、基準3に該当する割合は急性期一般入院料2のうち平均在院日数の短い群との差がみられず、B得点3点以上の割合及び「基準2又は3には該当しないが、基準1に該当する」割合は急性期一般入院料2や急性期一般入院料4よりも高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当状況
(平均在院日数により区分※)



○ 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の基準
 基準1: A得点2点以上かつB得点3点以上
 基準2: A得点3点以上
 基準3: C得点1点以上

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
 区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

出典: DPCデータ(令和4年8月~10月分)※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑦

○ 重症度、医療・看護必要度のA項目の該当割合については、急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の短い群は、「専門的な治療・処置」の該当割合が高いが、平均在院日数の長い群では、急性期一般入院料2における該当割合及び急性期一般入院料4のうち在院日数の短い群における該当割合と大きく変わらなかった。

	創傷処置	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理	専門的な治療・処置	救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態						
急1・区分1 (n=412施設)	7.3%	12.6%	11.1%	2.9%	2.0%	22.1%	10.6%						
急1・区分2 (n=603施設)	7.2%	13.2%	11.3%	3.4%	2.0%	20.0%	10.4%						
急1・区分3 (n=315施設)	9.3%	15.1%	11.2%	3.4%	1.6%	15.5%	10.4%						
急1・区分4 (n=188施設)	10.1%	16.1%	11.7%	3.4%	1.5%	14.6%	10.6%						
急1・区分5 (n=109施設)	11.2%	17.2%	11.8%	3.5%	1.5%	13.4%	10.2%						
急2全体(n=152施設)	10.8%	16.7%	11.1%	3.2%	1.7%	14.2%	8.6%						
急2・18日以下(n=77施設)	8.1%	16.1%	11.4%	2.9%	1.6%	15.4%	9.9%						
急4全体(n=1084施設)	12.2%	17.7%	8.6%	2.2%	1.2%	11.6%	7.6%						
急4・18日以下(n=483施設)	10.9%	15.8%	8.1%	2.3%	1.2%	13.0%	8.8%						
	抗悪性腫瘍剤の使用	抗悪性腫瘍剤の内服の管理	麻薬の使用	麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇圧剤の使用	抗不整脈剤の使用	抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	ドレナージの管理	無菌治療室での治療		
急1・区分1 (n=412施設)	1.8%	1.6%	3.1%	1.7%	1.0%	4.6%	2.1%	0.4%	3.8%	7.6%	0.9%		
急1・区分2 (n=603施設)	1.6%	1.6%	2.4%	1.8%	0.9%	4.1%	1.8%	0.4%	3.3%	6.4%	1.0%		
急1・区分3 (n=315施設)	0.8%	1.2%	1.8%	1.2%	0.5%	3.0%	1.5%	0.4%	3.0%	5.2%	0.5%		
急1・区分4 (n=188施設)	0.7%	1.2%	1.7%	1.1%	0.3%	2.8%	1.5%	0.4%	3.1%	4.7%	0.4%		
急1・区分5 (n=109施設)	0.6%	1.0%	1.4%	0.9%	0.2%	2.5%	1.5%	0.3%	3.0%	4.4%	0.2%		
急2全体(n=152施設)	0.8%	0.9%	1.7%	1.1%	0.3%	3.0%	1.6%	0.3%	2.6%	4.5%	0.5%		
急2・18日以下(n=77施設)	0.9%	0.9%	1.9%	1.2%	0.4%	3.7%	1.7%	0.4%	2.7%	5.0%	0.1%		
急4全体(n=1084施設)	0.5%	0.6%	1.5%	0.9%	0.1%	2.4%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.1%		
急4・18日以下(n=483施設)	0.7%	0.6%	1.9%	1.0%	0.2%	2.8%	1.4%	0.3%	2.4%	4.6%	0.1%		

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

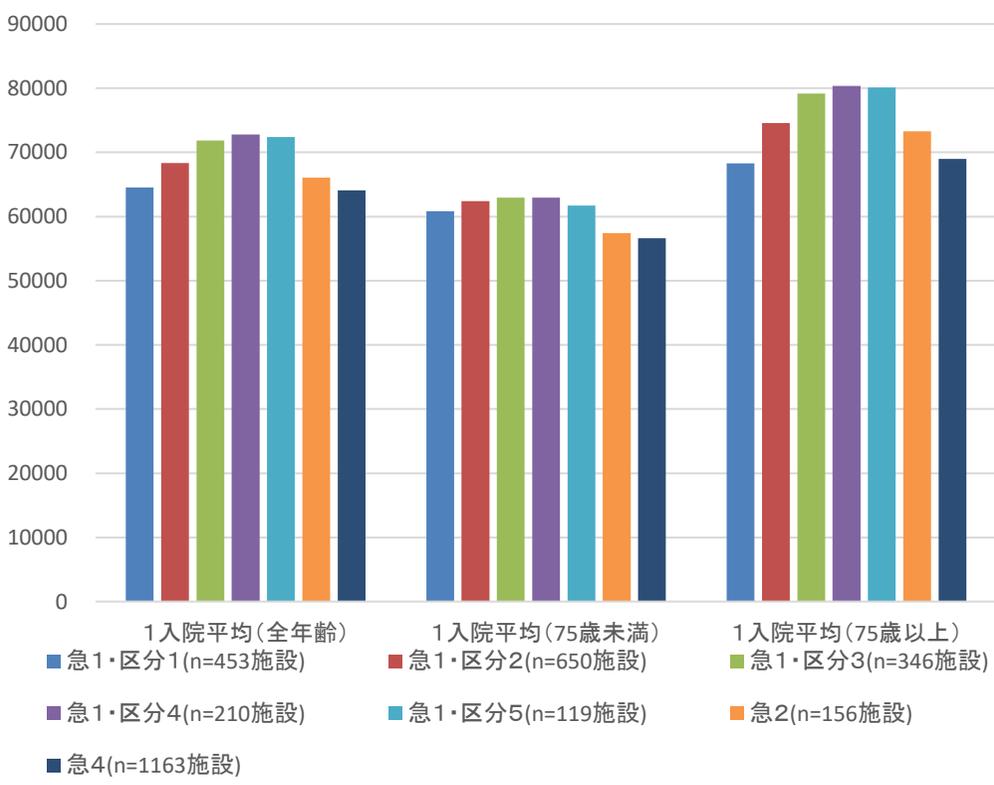
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典: DPCデータ(令和4年8月~10月分)※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

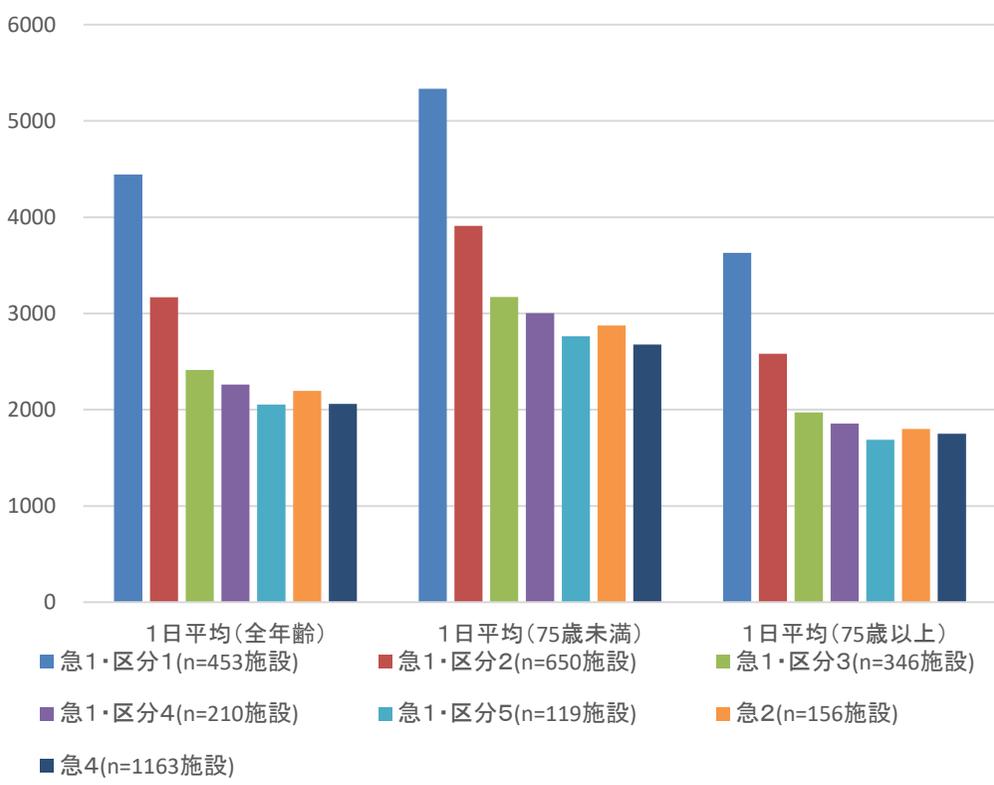
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑧

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、1入院当たりの出来高実績点数は高いが、入院料等を除いた1日当たりの医療資源投入量は急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と同程度に低かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における1入院当たりの平均出来高実績点数 (入院料を含む。)



急性期一般入院料1, 2及び4における1日当たりの平均医療資源投入量 ※総医療資源投入量から、入院料とリハビリテーションを除く。

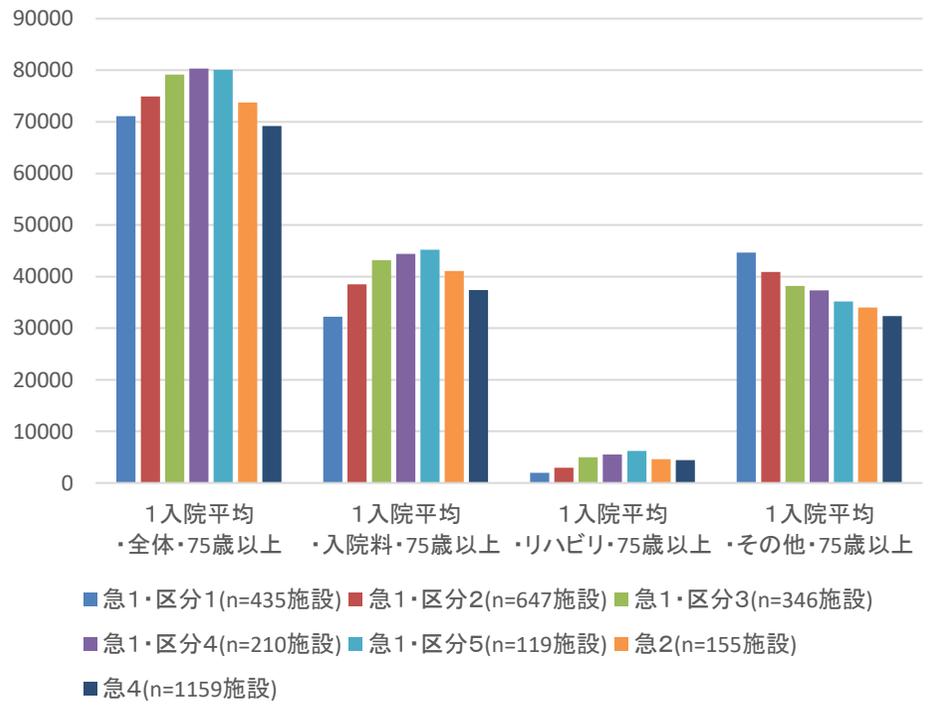


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

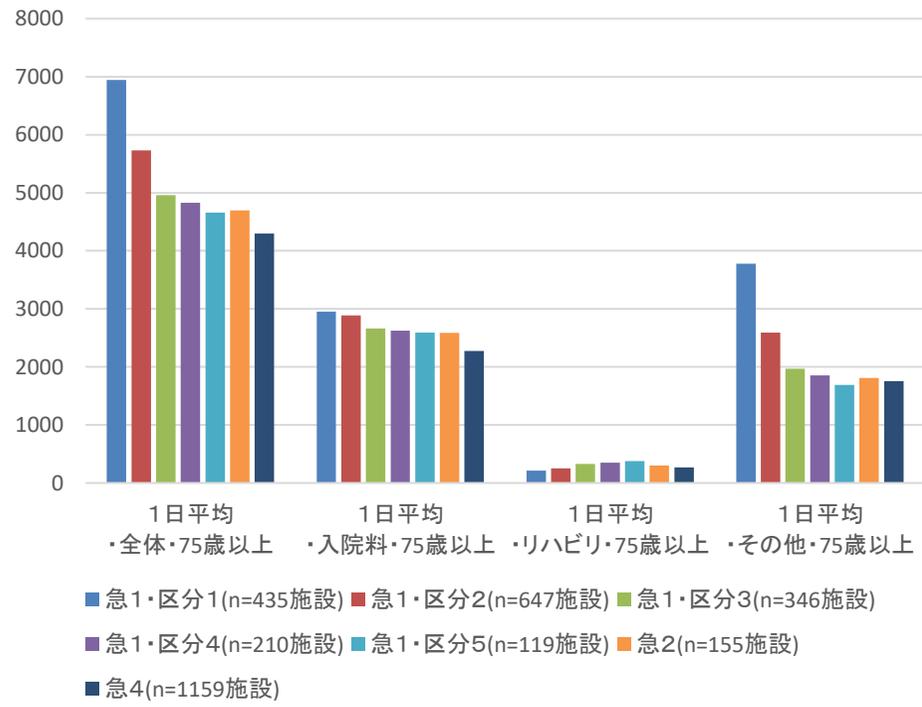
平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑨

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、
 - ・ 急性期一般入院料2との比較では、1日当たりの入院料の点数及び「その他」の点数は大きく変わらないものの、在院日数が長いことから1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていった。
 - ・ 急性期一般入院料4との比較では、1日当たりの「その他」の点数は大きく変わらないものの、入院料の点数が高く、1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていった。
 - ・ 急性期一般入院料2と4のいずれとの比較でも、1日当たりのリハビリテーションの点数は高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する
1入院当たりの医療資源投入量
(全体、入院料、リハビリテーション、その他)



急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する
1日当たりの医療資源投入量
(全体、入院料、リハビリテーション、その他)

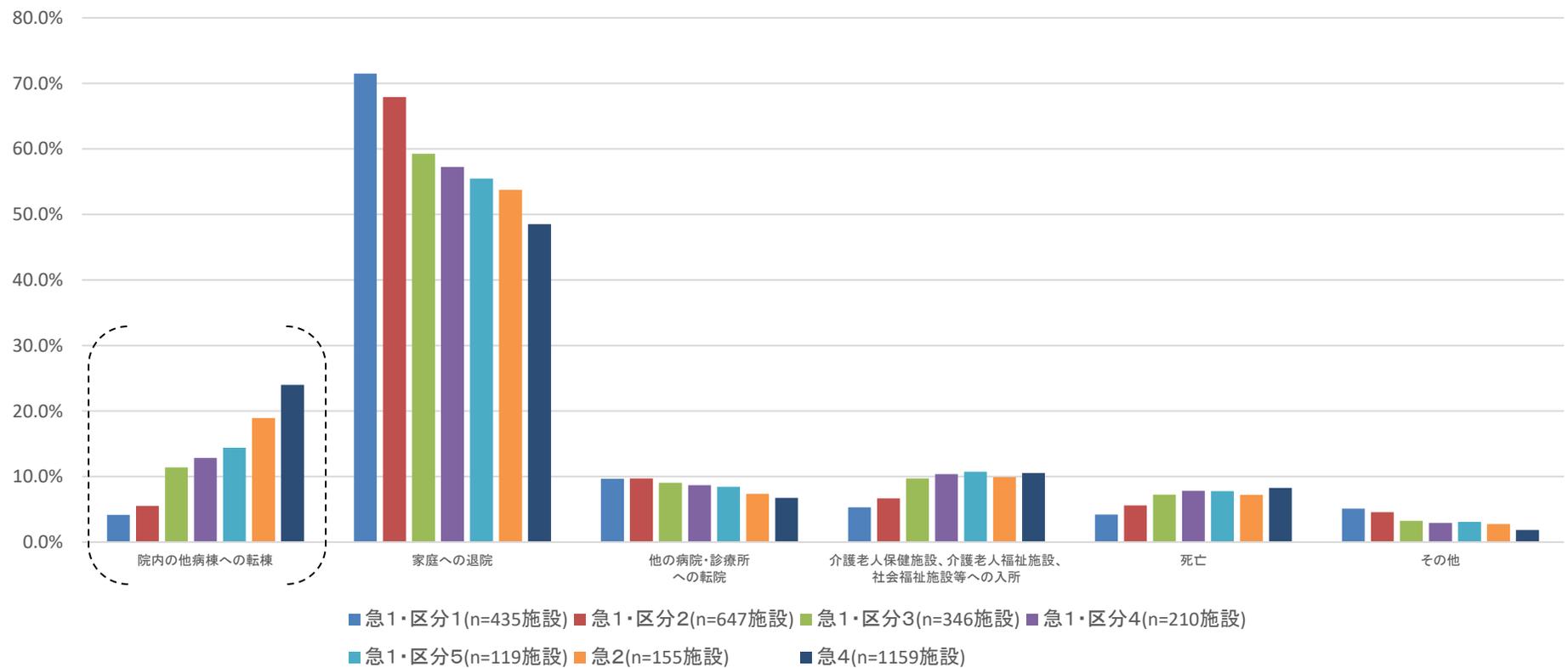


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料 1等における入院医療の状況⑩

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群における75歳以上の患者の退院先は、家庭への退院の割合が低く、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等への入所、死亡の割合が高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4の75歳以上の入院患者における退院先



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2－1. 急性期一般入院基本料の施設基準等について
 - 2－2. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく
評価について
3. 課題と論点

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、高度かつ専門的な急性期医療を提供する体制として、以下のような取組が考えられる。



急性期・高度急性期

- 医療機関の外来機能分化に係る取組の実施
- 医療従事者の負担軽減に資する取組の実施

① 高度かつ専門的な医療の提供

- 全身麻酔の手術等の実施の高い実績
- 専門的な知識を有する医療従事者による集中治療の提供
- 十分な感染防止に係る取組の実施
- 院内心停止を減らす取組を通じた安全な医療の提供を支える仕組み
- 早期に回復させる実績



② 重症救急患者に対する医療の提供

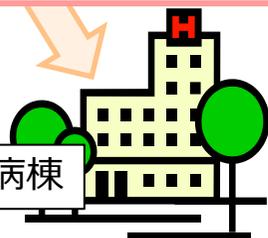
- 24時間の救命救急医療提供や救急搬送の受入れの一定の実績
- 緊急手術の実施



③ 自宅や後方病床等への退院支援する機能

- 充実した入退院支援
- 回復期・慢性期入院医療等を担う地域の医療機関等との役割分担

回復期・慢性期病床



自宅・介護施設等



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)	7日以内の期間	460点
	8日以上11日以内の期間	250点
	12日以上14日以内の期間	180点

[算定要件]

- ・ 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

[主な施設基準]

- ・ **一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)**を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・ **総合入院体制加算の届出を行っていないこと。**
- ・ **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。**

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- ・ **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- ・ 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- ・ 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ている**こと。・ **感染対策向上加算1の届出**を行っていること。
- ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- ・ **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出**を行っていること。
- ・ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「**院内迅速対応チーム**」の整備等を行っていること。
- ・ **外来を縮小する体制**を確保していること。・ **手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- ・ **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。****一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割**であること。
- ・ **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。**特定の保険薬局との間で**不動産の賃貸借取引がないこと。**
- ・ **入退院支援加算1又は2を届け出**ていること。・ 一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- ・ **精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保**につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- ・ **急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備**されていること。
- ・ **精神科を標榜**する保険医療機関であること。・ **精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 		
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 <ul style="list-style-type: none"> 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 		
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） <p>いずれかを満たす</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。)
<ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。) 		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 		
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 		
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている 		
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 		
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 		
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 		
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 		

総合入院体制加算の概要①

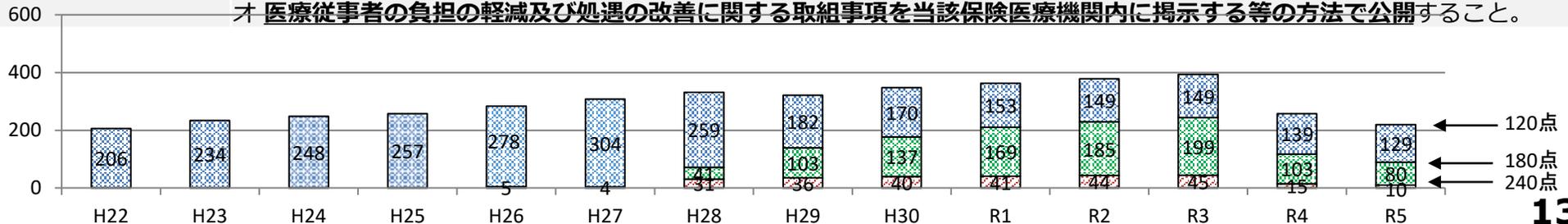
○ 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している。(※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行ってなくても良い。) 外来を縮小する体制を有すること。(右記) 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 		
実績要件	(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上		
	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 工 放射線治療(体外照射法)：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A2点以上又はC1点以上)		必要度Ⅰ： 3割3分以上 必要度Ⅱ： 3割以上	必要度Ⅰ： 3割以上 必要度Ⅱ： 2割7分以上

次のいずれにも該当すること。
 ・ 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
 ・ 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。
 イ 紹介受診重点医療機関である。

○ 施設基準に含まれる、医療従事者の勤務環境改善の取組に関する要件は、以下のとおり。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 240点	総合入院体制加算 2 180点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準 (医療従事者の勤務環境改善の取組等)	病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。(中略)		
	ア 当該保険医療機関内に、 <u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置</u> すること。		
	イ 当該保険医療機関内に、 <u>多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議(以下この項において「委員会等」という。)</u> を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、 <u>当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席</u> すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。		
	ウ イの計画は、 <u>医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u> とすること。また、 <u>当該計画を職員に対して周知徹底</u> していること。		
	エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。		
	(イ) <u>外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組</u> (許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)		
	(ロ) <u>院内保育所の設置</u> (夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。)		
	(ハ) <u>医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</u>		
	(ニ) <u>医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</u>		
	(ホ) 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる <u>研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減</u>		
	(ヘ) <u>院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減</u> (ト) <u>看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</u>		
	オ <u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開</u> すること。		

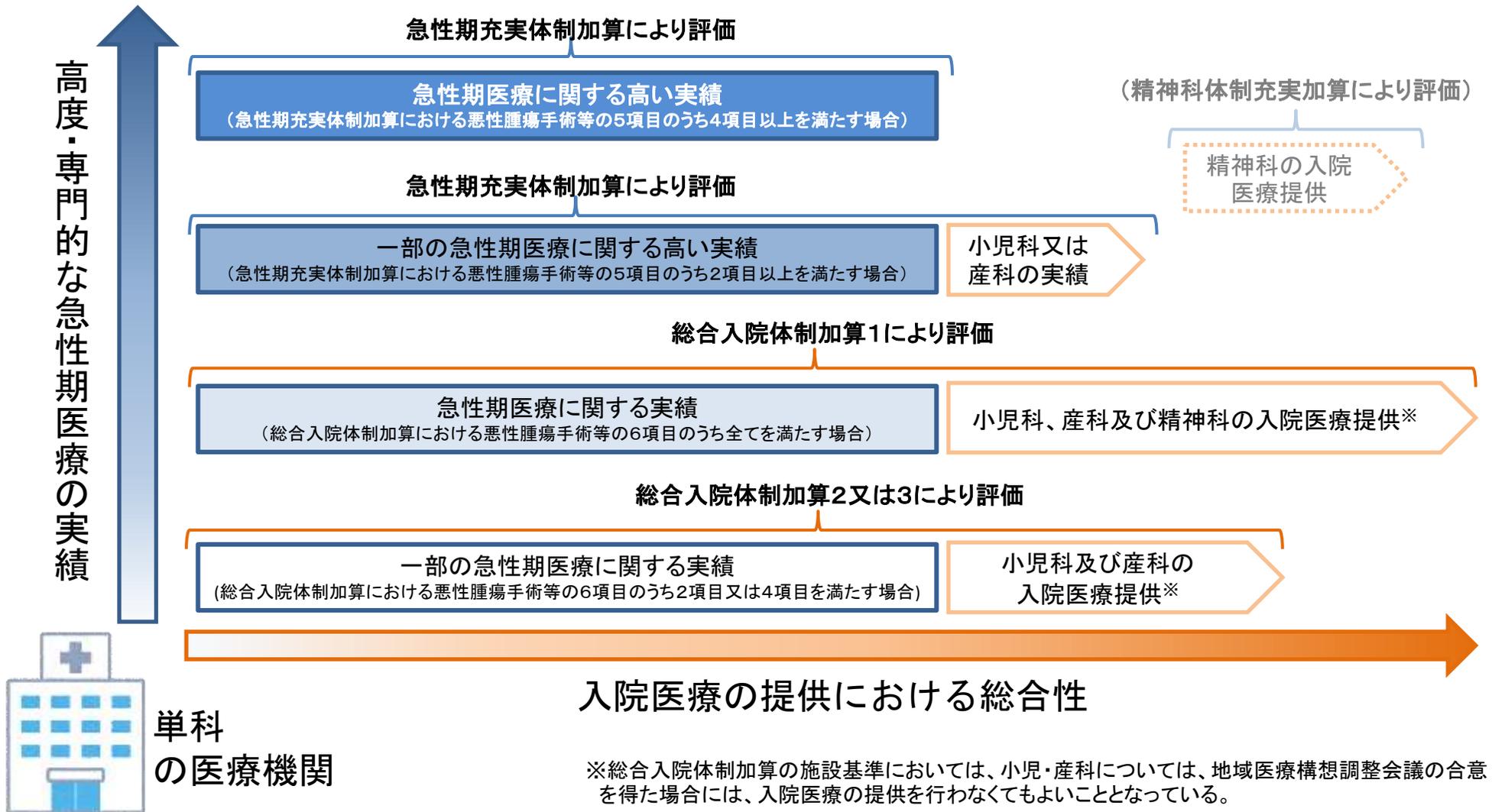


総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の施設基準で求める入院医療の体制及び実績の比較

	総合入院体制加算1	急性期充実体制加算
入院医療の提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科の標榜及び入院医療の提供 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料の届出
精神科の提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 精神科の標榜及び入院医療の提供 24時間対応できる体制の確保 精神病床を有すること 精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料の届出及び精神疾患患者の受入 <p>※加算2又は3については、他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を含め24時間対応できる体制があれば入院医療を行う体制は要せず、その場合は以下のいずれをも満たすこと。</p> <p>イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出</p> <p>ロ 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料における精神疾患診断治療初回加算の合計算定件数が年間20件以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料における精神疾患診断治療初回加算の合計算定件数が年間20件以上 <p>※精神科充実体制加算を届け出る場合は、以下を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> 24時間対応できる体制の確保 精神病床を有すること 精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料の届出及び精神疾患患者の受入
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔手術800件/年以上 以下の全てを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上 イ 悪性腫瘍 400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法)4,000件/年以上 オ 化学療法 1,000件/年以上 カ 分娩件数 100件/年以上 <p>※加算2の場合は4つ以上を、加算3の場合は2つ以上を満たすこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔手術2,000件/年以上(うち緊急手術350件/年以上) 以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ア ①～⑤のうち4つ以上を満たしていること。 イ ①～⑤のうち2つ以上かつ⑥又は⑦を満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ①悪性腫瘍手術 400件/年以上 ②腹腔鏡又は胸腔鏡手術 400件/年以上 ③心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ④消化管内視鏡手術 600件/年以上 ⑤化学療法 1,000件/年以上 ⑥異常分娩 50件/年以上 ⑦6歳未満の手術 40件/年以上
救急医療提供体制	<p>救命救急センター又は高度救命救急センターの設置</p> <p>※加算2及び3は2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置</p>	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 救命救急センター又は高度救命救急センターの設置 イ 救急搬送件数 2,000件/年以上
その他の実績	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度において、</p> <p>①A得点2点以上 又は ②C得点1点以上の患者の割合が</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要度Ⅰの場合:3割3分以上 ・必要度Ⅱの場合:3割以上 <p>※加算3の場合 必要度Ⅰ:3割以上、必要度Ⅱ:2割7分以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者(退院患者を含む)に占める同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満

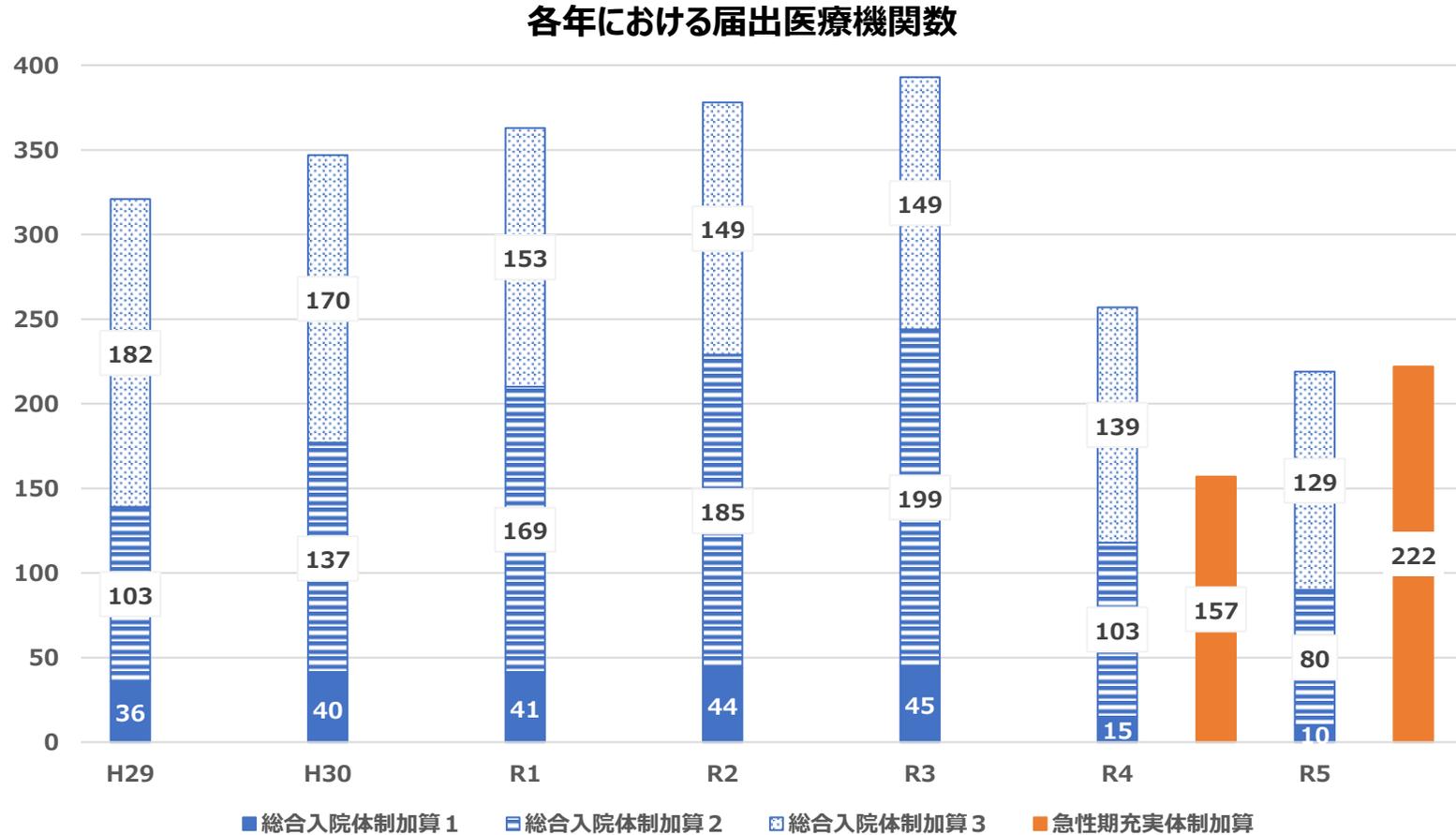
急性期充実体制加算及び総合入院体制による評価

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



総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

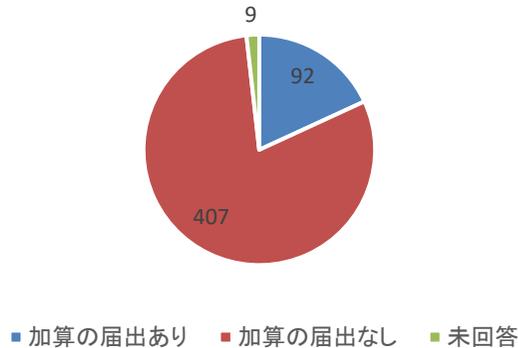
○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



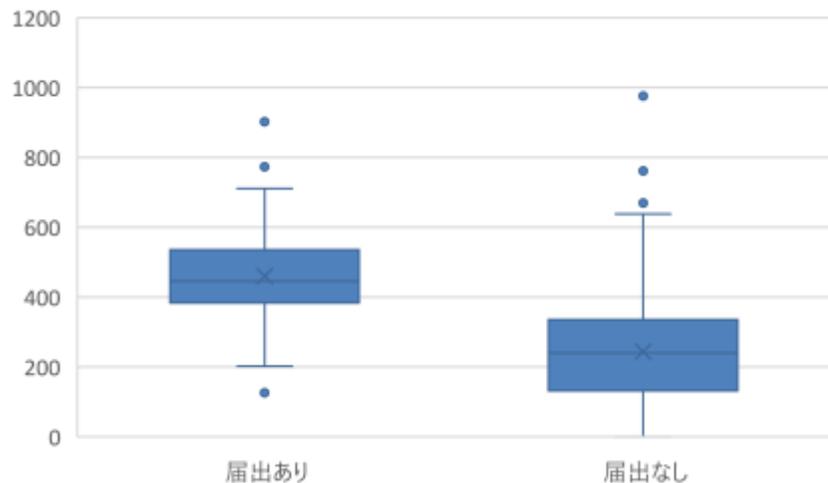
急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

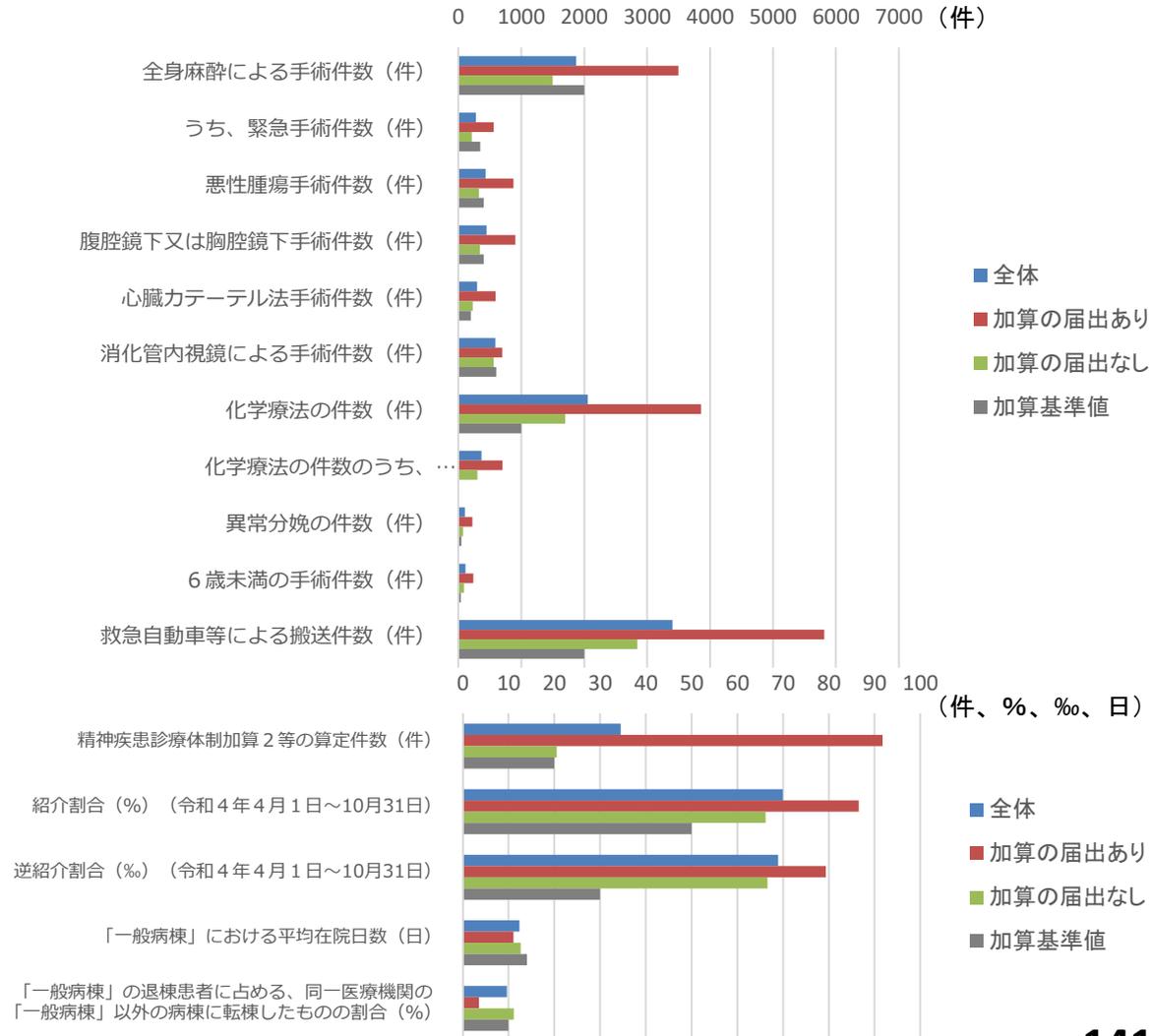
回答施設のうち急性期一般入院料1における急性期充実体制加算の届出状況 (n=508)



急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料1の届出病床数



急性期一般入院料1における施設基準に関連する実績の状況 (n=508)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

急性期充実体制加算の届出状況②

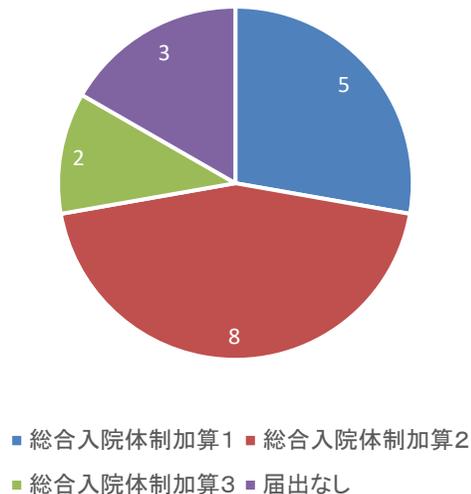
○ 急性期充実体制加算を届け出していない理由としては、400床以上の急性期病床を有する医療機関においては、「手術等に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備」、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと」等が多かった。

急性期一般入院料1のうち急性期充実体制加算を届け出していない医療機関における
届け出していない理由
(複数選択、回答があった施設における選択割合)

(急性期一般入院料1の届出病床数)	手術等に係る実績	化学療法の実施を推進する体制	24時間の救急医療提供	自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備	高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件	感染対策向上加算1の届出	画像診断及び検査を、24時間実施できる体制の確保	薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保	急性期一般入院料1にかかる届出を行っている病棟について、重症度、医療・看護必要度IIを用いた評価を行っていること	精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出	入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備	外来を縮小する体制の確保	療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと	一般病棟の病床数の合計が9割以上であること	同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設がないこと	特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと	平均在院日数14日以内	一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割以上	敷地内における禁煙の取り扱い	第三者評価を受けていること	総合入院体制加算を届出していないこと
200床未満 (n=128)	71.1%	48.4%	28.1%	75.0%	46.9%	56.3%	21.1%	55.5%	11.7%	60.2%	25.8%	39.1%	46.1%	23.4%	18.8%	8.6%	18.0%	10.9%	2.3%	34.4%	34.4%
200-399床 (n=132)	66.7%	14.4%	5.3%	49.2%	9.8%	6.8%	2.3%	6.1%	0.0%	23.5%	28.8%	12.1%	36.4%	25.0%	8.3%	15.2%	9.8%	4.5%	1.5%	11.4%	25.8%
400床以上 (n=32)	46.9%	3.1%	0.0%	6.3%	6.3%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	9.4%	21.9%	6.3%	6.3%	3.1%	3.1%	21.9%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	31.3%

- 許可病床数が600床以上で急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち急性期充実体制加算を届け出していない施設においては、多くが総合入院体制加算の届出を行っていた。
- 許可病床数が600床以上で急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における、満たすことが困難な急性期充実体制加算の要件にはばらつきがある。

許可病床数が600床以上で急性期充実体制加算を届け出していない施設における総合入院体制加算の届出状況 (n=18)



許可病床数が600床以上で急性期充実体制加算を届け出していない施設における満たすのが困難な要件※の該当状況 (n=10)

施設	手術等に係る実績	精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出	入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備	外来を縮小する体制の確保	療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと	特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと	第三者評価を受けていること
A			○				
B	○						
C						○	
D						○	
E				○			○
F							
G						○	
H	○	○					
I	○						
J					○		
合計	3	1	1	1	1	3	1

※ 急性期充実体制加算の届出要件のうち、回答のあった10施設全てで満たすのが困難な要件に該当しなかったもの（「化学療法の実施を推進する体制」、「24時間の救急医療提供」、「自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備」、「高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件」、「感染対策向上加算1の届出」、「画像診断及び検査を24時間実施できる体制の確保」、「薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保」、「急性期一般入院料1にかかる届出を行っている病棟について重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行っていること」、「一般病棟の病床数の合計が9割以上であること」、「同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設がないこと」、「平均在院日数14日以内」、「一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割以上」、「敷地内における禁煙の取り扱い」）及び「総合入院体制加算を届け出していないこと」を除く。

急性期充実体制加算の届出医療機関における診療実績

○ 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち、

- 82%が手術等実績の要件のうち4種類以上を、44%が5種類全てを満たしていた。
- 88%が小児・産科の実績のうち少なくともいずれかを、70%がいずれも有していた。
- 71%が手術等実績のうち4種類以上かつ小児・産科の実績のうち少なくともいずれかを有し、59%が手術等実績のうち4種類以上かつ小児・産科の実績のいずれもを有していた。

急性期充実体制加算における診療実績に関する施設基準	
入院医療の提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料の届出
精神科の提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 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 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料における精神疾患診断治療初回加算の合計算定件数が年間20件以上 <p>※精神科充実体制加算を届け出る場合は、以下を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> 24時間対応できる体制の確保 精神病床を有すること 精神科棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料の届出及び精神疾患患者の受入
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔手術2,000件/年以上(うち緊急手術350件/年以上) 以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ア ①～⑤のうち4つ以上を満たしていること。 イ ①～⑤のうち2つ以上かつ⑥又は⑦を満たしていること。 ①悪性腫瘍手術 400件/年以上 ②腹腔鏡又は胸腔鏡手術 400件/年以上 ③心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ④消化管内視鏡手術 600件/年以上 ⑤化学療法 1,000件/年以上 ⑥異常分娩 50件/年以上 ⑦6歳未満の手術 40件/年以上
救急医療提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 救命救急センター又は高度救命救急センターの設置 イ 救急搬送件数 2,000件/年以上
その他の実績	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退院患者(退院患者を含む)に占める同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満

急性期充実体制加算届出施設における入院医療の実績の状況

(調査回答施設のみ。許可病床数300床未満の施設を除く。)

	全身麻酔手術以外の手術等実績の5項目のうちの該当数				計
	2項目	3項目	4項目	5項目	
小児・産科なし	-	-	9 (7.6%)	5 (4.2%)	14 (11.8%)
小児・産科いずれか	2 (1.7%)	6 (5.0%)	8 (6.7%)	6 (5.0%)	22 (18.5%)
小児及び産科	4 (3.3%)	9 (7.5%)	29 (24.4%)	41 (34.5%)	83 (69.7%)
計	6 (4.5%)	15 (12.6%)	46 (38.7%)	52 (43.7%)	119 (100%)

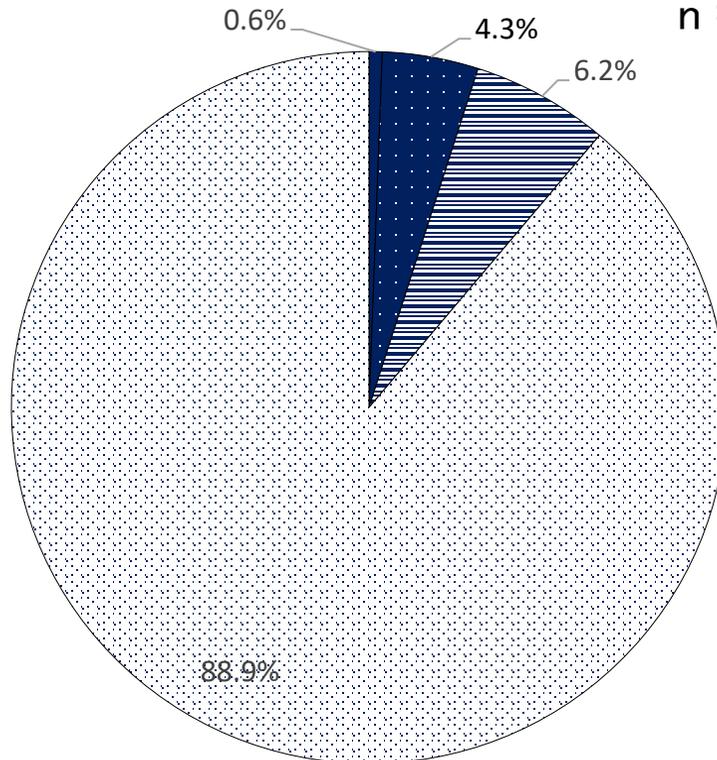
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)

総合入院体制加算の届出状況

- 回答対象施設(※)のうち、11.1%の施設が総合入院体制加算を届け出ている。
- ※ 高度救命救急センター、救命救急センター、二次救急医療機関のいずれかに指定されている、総合周産期母子医療センターを設置している、又は、これらと同様に救急患者を24時間受け入れている医療機関。

総合入院体制加算の届出状況

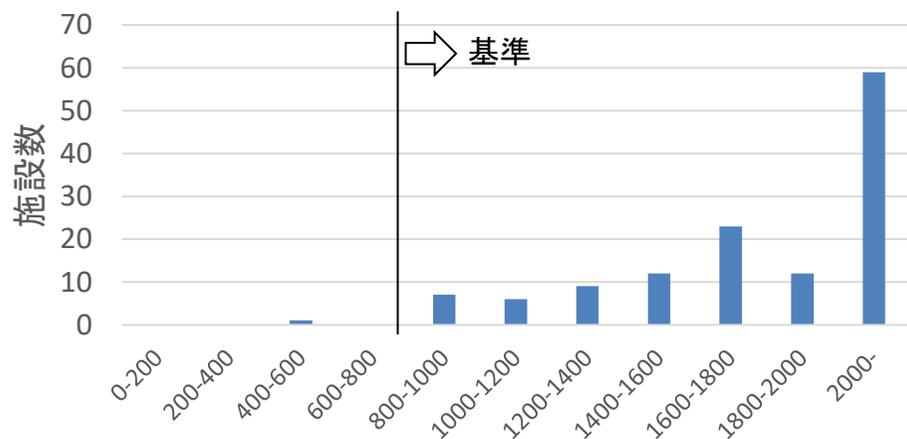
n = 1,175



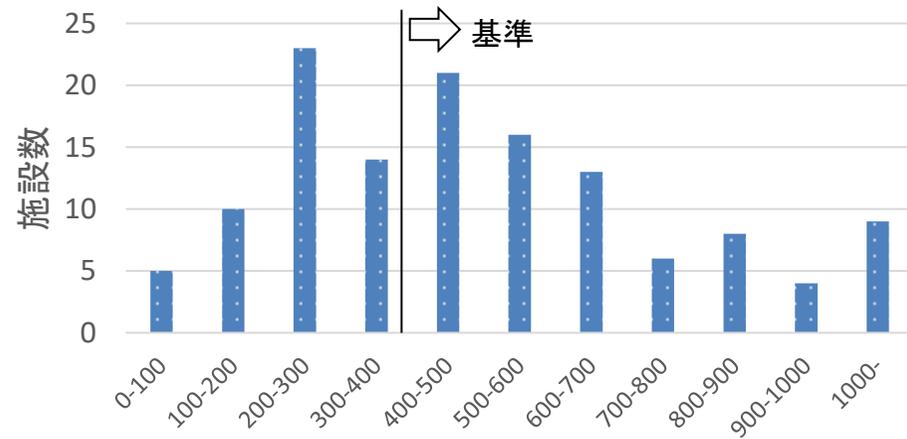
■ 総合入院体制加算1 ■ 総合入院体制加算2 ■ 総合入院体制加算3 □ 届け出していない

○ 総合入院体制加算を届け出ている施設の多くが、全身麻酔手術の件数に係る実績要件を満たしていた。

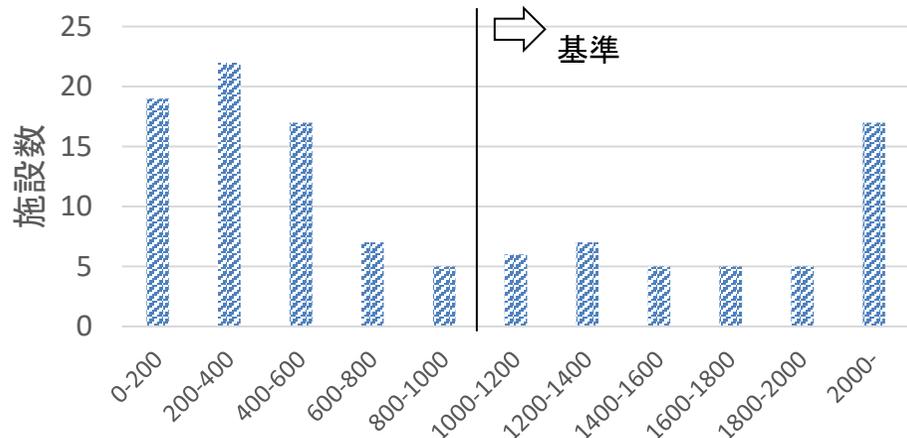
全身麻酔手術の件数 n = 129



悪性腫瘍手術の件数 n = 129



化学療法の件数 n = 115



総合入院体制加算の施設基準(実績要件)

全身麻酔による手術件数が800件以上であること及び、以下のア～カのうち全て(総合入院体制加算1)、4つ以上(総合入院体制加算2)、2つ以上(総合入院体制加算3)を満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上

イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上

ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上

エ 放射線治療(体外照射法) 4000件/年以上

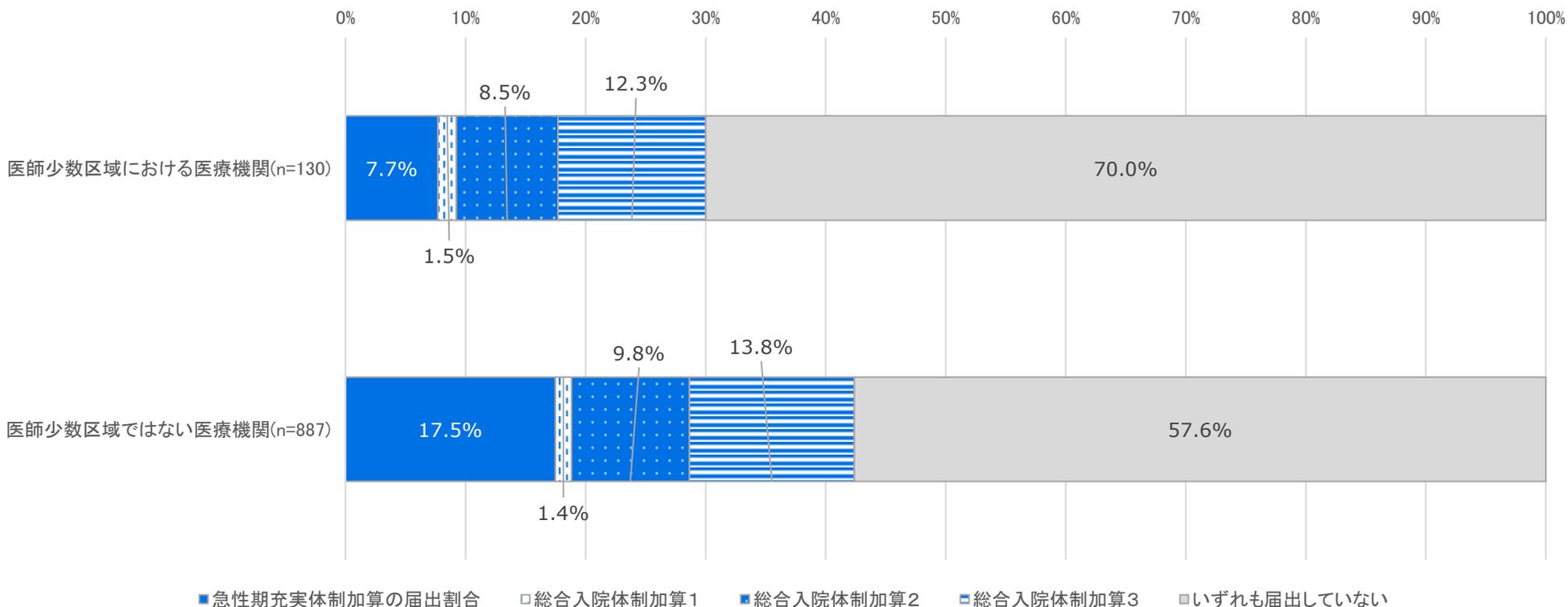
オ 化学療法 1000件/年以上

カ 分娩件数 100件/年以上

医師少数区域と医師少数区域ではない地域における急性期充実体制加算等の届出状況

- 医師少数区域に存在する許可病床数200床以上の病院のうち、急性期充実体制加算の届出割合は7.7%であった。一方、総合入院体制加算1～3のいずれかを届け出している割合は22.3%であり、急性期充実体制加算を届け出している病院の約3倍であった。
- 医師少数区域ではない地域に存在する許可病床数200床以上の病院のうち、約40%が急性期充実体制加算か総合入院体制加算1～3のいずれかの届出を行っている。

医師少数区域・医師少数区域ではない地域における急性期充実体制加算と総合入院体制加算1～3の届出状況



急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価に関する主な意見

<中医協総会>

- 急性期充実体制加算の新設による総合入院体制加算の届出医療機関数の減少が地域の周産期医療体制にどのように影響していくのか注視すべきではないか。
- 総合入院体制加算から急性期充実体制加算への届出医療機関数の移行が進む中で、地域における総合的な医療提供体制の確保に重要な総合入院体制加算の評価をさらに引き上げることを検討すべき。
- 急性期充実体制加算の新規届出要件として地域医療構想調整会議の承認を得ることを追加すべきとの議論があるが、この要件を追加したとしても適切な機能分化につながらない可能性もあるのではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 総合入院体制加算の届出を行っていた医療機関の一部が急性期充実体制加算の届出を行う医療機関に移行することにより、高度な医療を行う医療機関における精神科医療の提供体制が縮小しないようにすることが必要ではないか。
- 高度・専門的な医療の提供体制を評価する観点並びに働き方改革を踏まえた効率的な人員配置及び医療提供の推進の観点から、急性期充実体制加算の施設基準に心臓血管外科や脳神経外科に関する手術の実績も加えるべきではないか。
- 高度かつ専門的な急性期医療の提供について、地域において基幹的な役割を果たす医療機関を評価する観点からは、急性期充実体制加算の施設基準のうち許可病床数300床未満に適用される基準は不要ではないか。
- 急性期充実体制加算の新規届出の際には、地域医療構想調整会議において、地域で急性期医療の基幹的な役割を果たすべき医療機関と認められることを要件とすべきではないか。
- 急性期充実体制加算については、外来腫瘍化学療法が施設基準の要件とされているものの、総合入院体制加算を届け出ている施設と比較した際に、入院で化学療法を実施している施設が多い点については改善が必要ではないか。

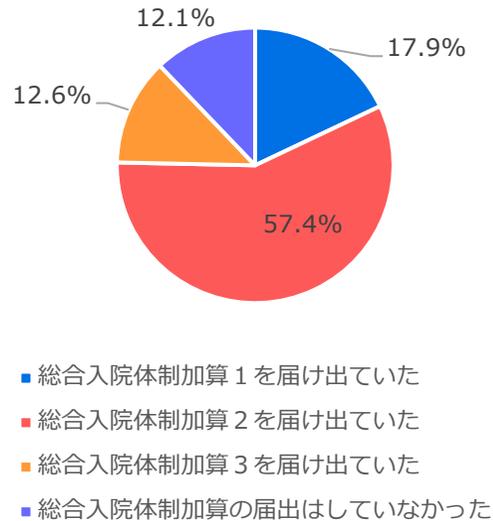
急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 急性期一般入院基本料の施設基準について
 - 2-2. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について
 - ① 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関による医療提供体制について
 - ② 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の診療実績について
3. 課題と論点

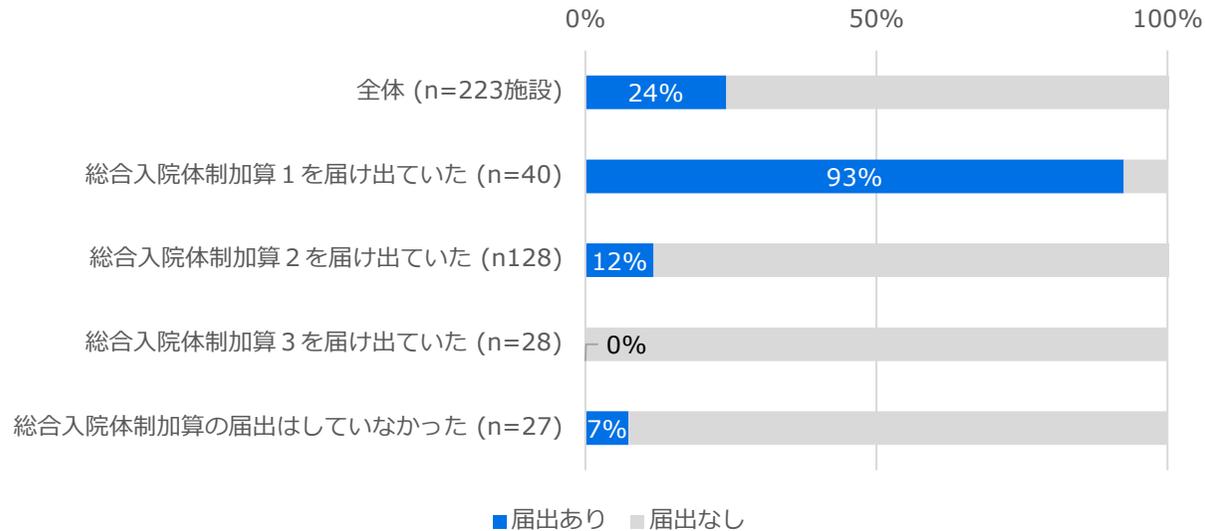
急性期充実体制加算の届出状況

- 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関においては、急性期充実体制加算以前は総合入院体制加算1又は2を届け出ている医療機関が多かった。
- 急性期充実体制加算の前には総合入院体制加算1を届け出ている施設においても、一部は精神科充実体制加算の届出を行っていない場合があった。

令和5年7月時点で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における令和3年度時点の総合入院体制加算の届出状況 (n=223)

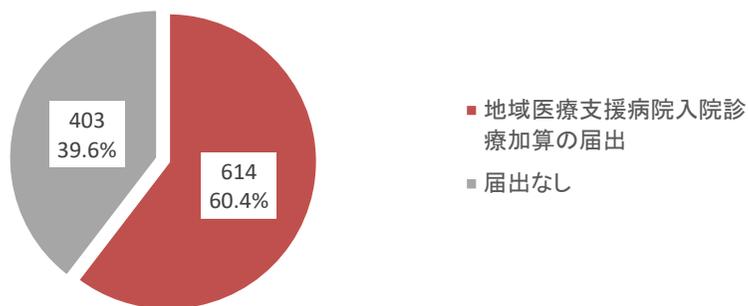


急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における精神科充実体制加算の届出状況 (令和3年度時点の総合入院体制加算の届出状況別) (令和5年7月時点)

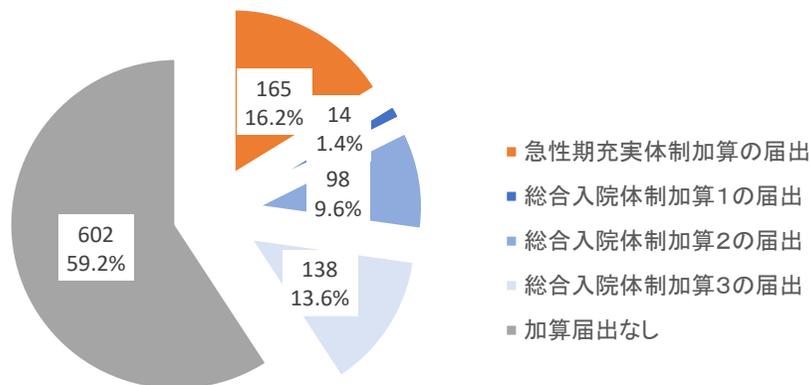


- 令和4年9月時点で、急性期一般入院料1を届け出ている許可病床数200床以上の医療機関のうち、地域医療支援病院入院診療加算、急性期充実体制加算、総合入院体制加算を届け出ている医療機関における小児、周産期、精神医療に係る診療実績は以下のとおり。
- 総合入院体制加算1を届け出ている医療機関では、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高い。

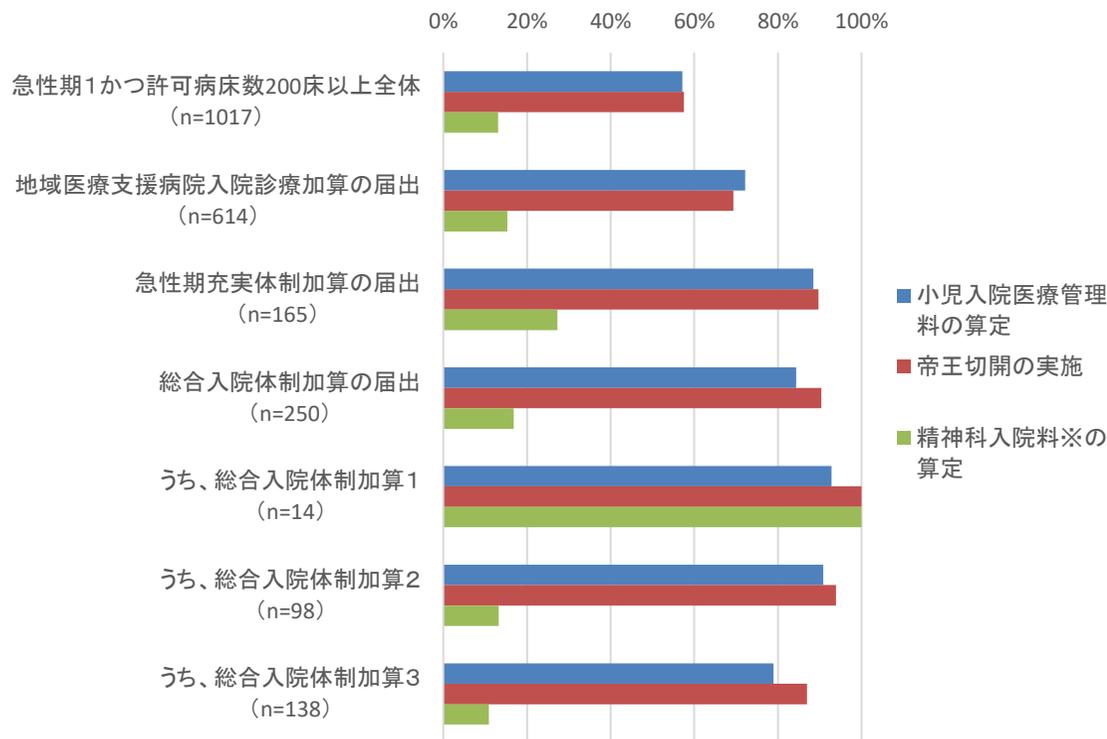
急性期1かつ許可病床数200床以上の医療機関における地域医療支援病院入院診療加算の届出状況



急性期1かつ許可病床数200床以上の医療機関における急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出状況



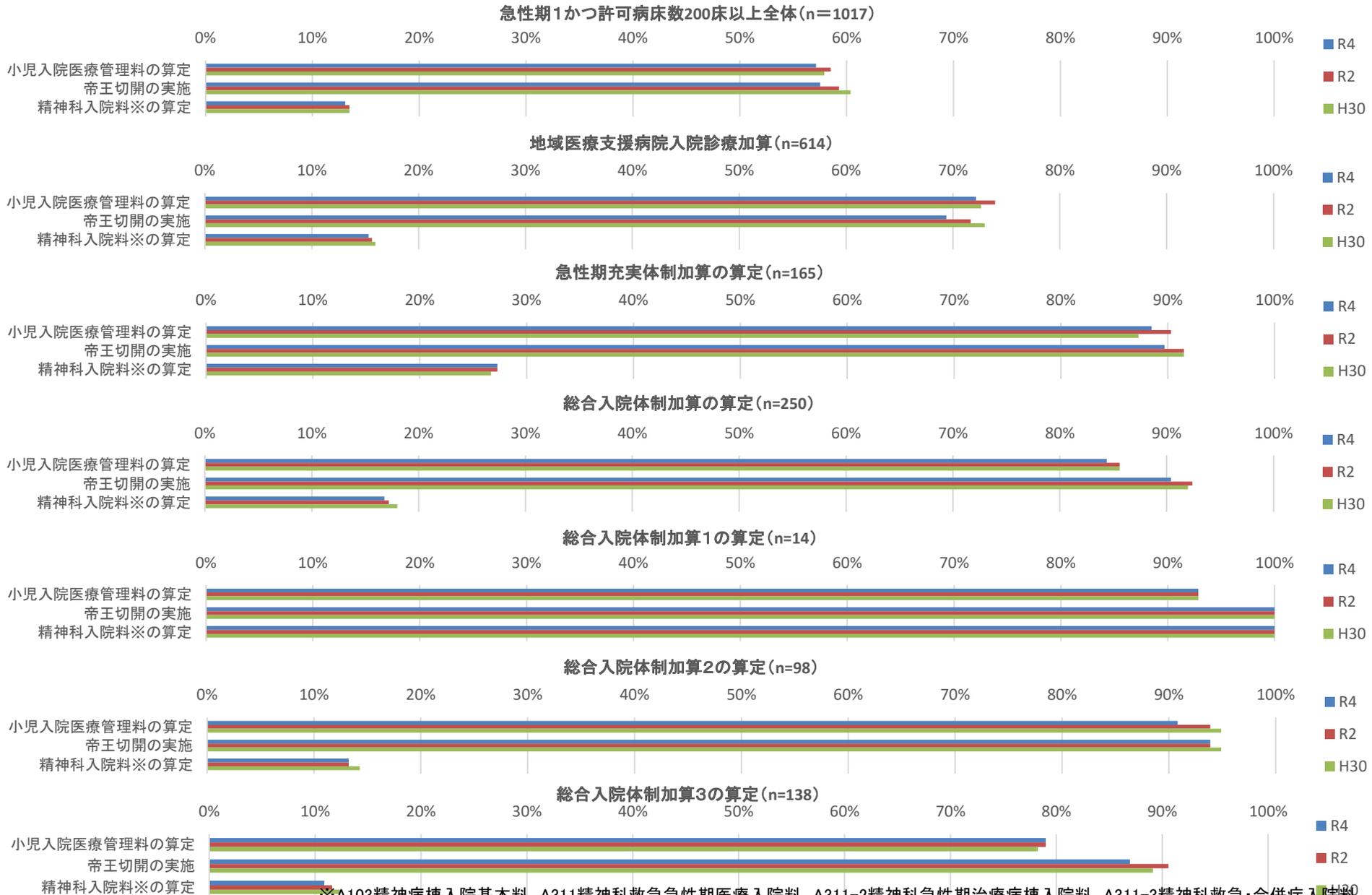
急性期医療機関の類型別の小児、周産期、精神医療の診療実績



※ 出典：令和4年9月DPCデータ

※A103精神病棟入院基本料、A311精神科救急急性期医療入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料又はA318地域移行機能強化病棟入院料

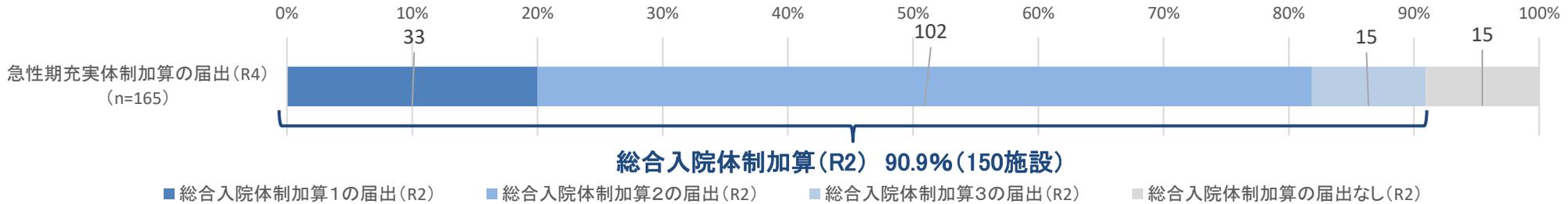
急性期医療機関の類型別の小児医療等の実施状況（時系列）



※A103精神病棟入院基本料、A311精神科救急性期医療入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料又はA318地域移行機能強化病棟入院料

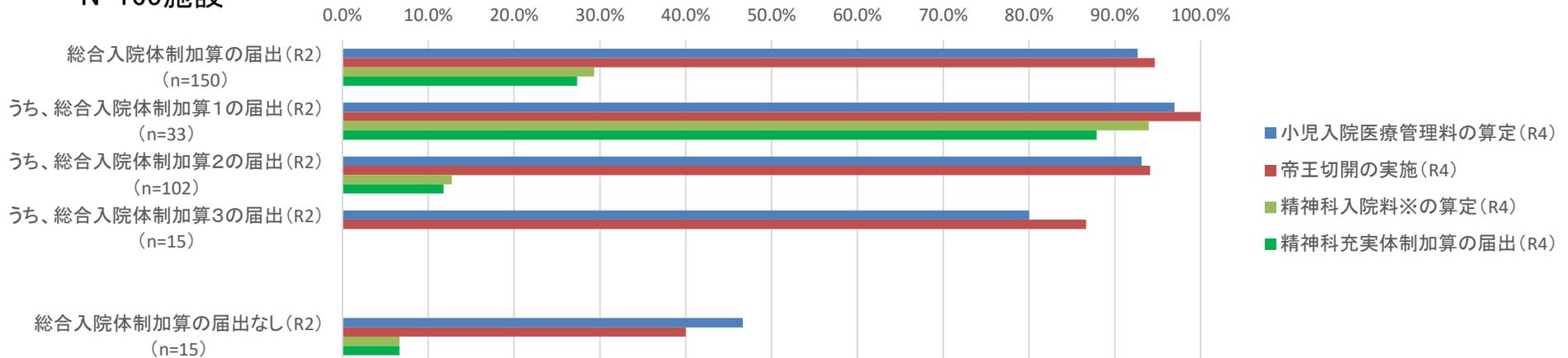
- 令和4年9月時点で、許可病床数200床以上であって、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関(165施設)のうち、令和2年9月時点で総合入院体制加算を届け出ていた施設は90.9%(150施設)であった。
- 急性期充実体制加算の届出施設のうち、元々総合入院体制加算を届け出ていた施設では、総合入院体制加算を届け出ていなかった施設に比して、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高い。

急性期充実体制加算届出施設の転換元の割合



急性期充実体制加算届出施設の転換元別の小児、周産期、精神医療の診療実績

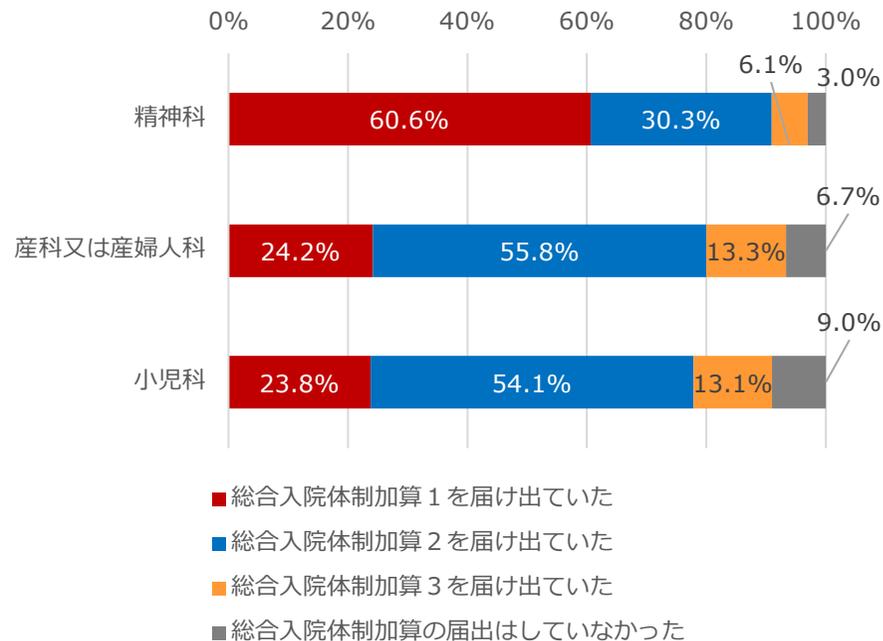
N=165施設



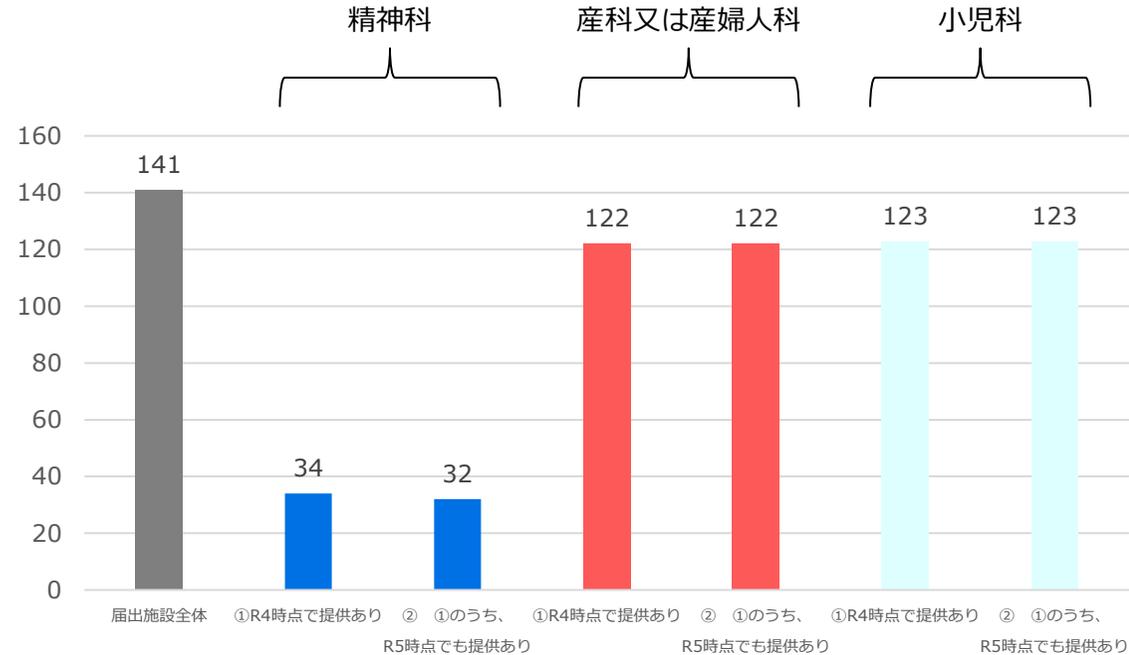
急性期充実体制加算等の届出状況

- 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、精神科、産科又は産婦人科、小児科の入院医療を提供している医療機関は、急性期充実体制加算の届出以前は総合入院体制加算1又は2を届け出ている場合が多かった。
- 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち一部に、令和4年時点では精神科の入院医療の提供を行っていたが、令和5年時点では行っていない施設があった。

急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、令和5年6月時点で精神科、産婦人科及び小児科の入院医療を提供している医療機関における令和3年度時点の総合入院体制加算の届出状況



急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における精神科、産婦人科及び小児科の入院医療の提供状況（令和4年3月時点及び令和5年6月時点）



※令和4年3月時点では精神科の入院医療を提供していた施設のうち、令和5年6月時点では提供していない2施設は、急性期充実体制加算の前はそれぞれ総合入院体制加算1、総合入院体制加算3の届出を行っていた。

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 急性期一般入院基本料の施設基準について
 - 2-2. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について
 - ① 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関による医療提供体制について
 - ② 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の診療実績について
 - (1) 許可病床数300床未満の医療機関の診療実績
 - (2) 外来化学療法に係る実績
 - (3) 専門的な手術に係る実績
3. 課題と論点

急性期充実体制加算の届出状況

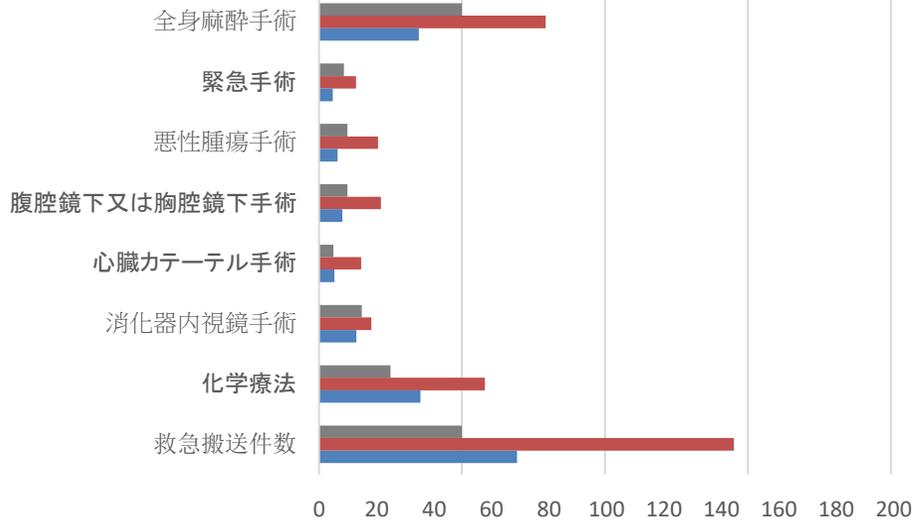
- 令和5年6月時点で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関全体の平均では、施設基準に係る診療実績の件数は、基準を大きく超えているものが多かった。
- 許可病床数別の診療実績の平均では、300床未満で急性期充実体制加算の届出を行う医療機関においては、300床以上の医療機関に適用される基準を満たしていない項目が多かった。

急性期一般入院料1における急性期充実体制加算の施設基準に係る診療実績の平均件数

(令和4年4月～令和5年3月)

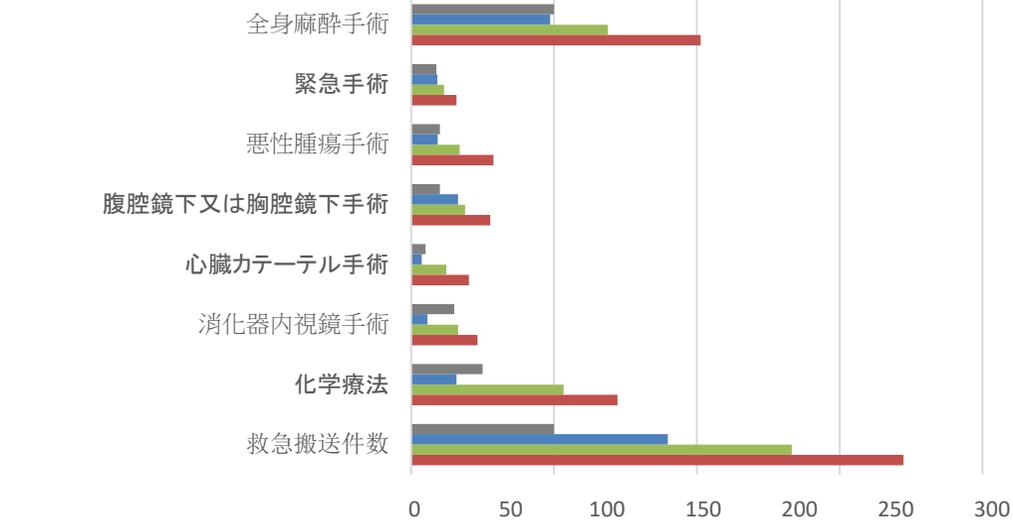
(加算の届出の有無別)

0 2000 4000 6000 8000



(加算を届け出る医療機関における許可病床数別)

0 2000 4000 6000 8000



0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200

0 50 100 150 200 250 300

■ 施設基準 (許可病床数300床以上の場合)
■ 急1・届出あり (n=136施設)
■ 急1・届出なし (n=536施設)

■ 施設基準 (許可病床数300床以上の場合) ■ 急1・300床未満・届出あり (n=5施設)
■ 急1・300床以上600床未満・届出あり (n=83施設) ■ 急1・600床以上・届出あり (n=47施設)

※ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算

急性期充実体制加算の届出状況

- 許可病床数が300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、一部は、300床以上の医療機関に適用される施設基準を満たしていた。
- 許可病床数が300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち、300床以下の医療機関に適用される施設基準のみを満たしている施設の平均では、施設基準に係る診療実績の多くの項目において、許可病床数300床以上600床未満で急性期充実体制加算を届け出していない医療機関における平均を下回っていた。

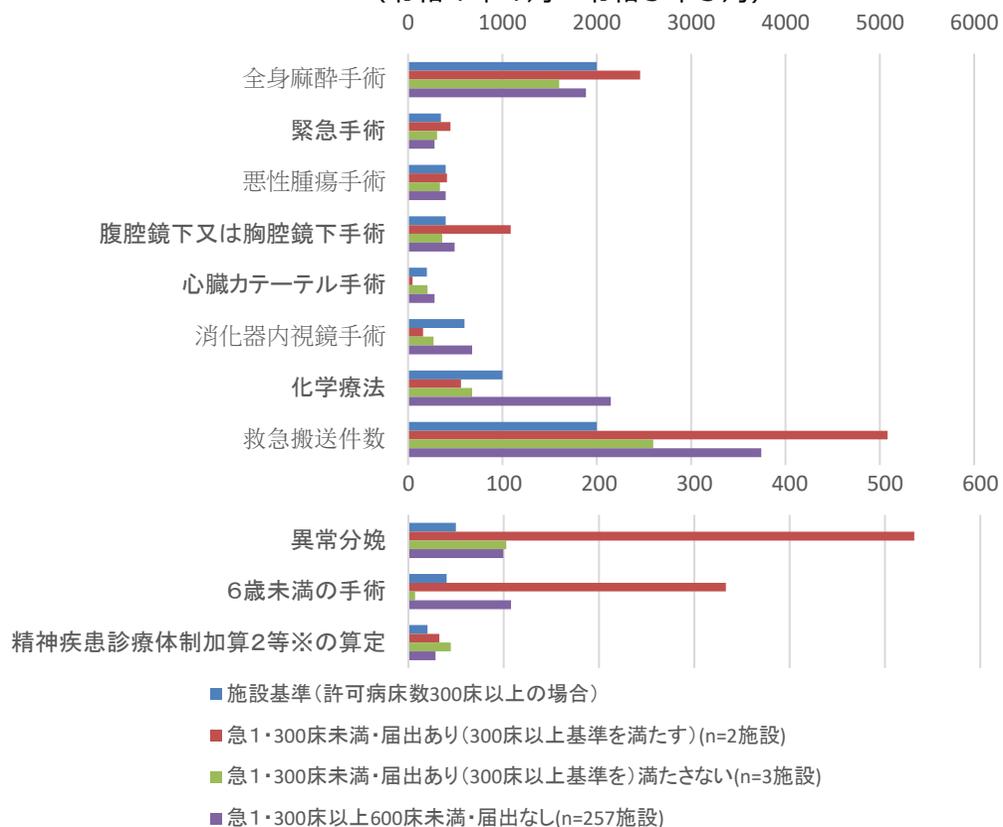
許可病床数300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関における300床以上の医療機関に適用される施設基準の該当状況

(令和4年4月～令和5年3月の件数。○は基準以上、△は基準未満。)

	1	2	3	4	5
全身麻酔手術	△	△	○	○	△
緊急手術	△	△	○	○	△
悪性腫瘍手術	△	△	○	△	△
腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術	○	△	○	○	△
心臓カテーテル手術	○	○	△	△	△
消化器内視鏡手術	△	△	△	△	△
化学療法	△	△	△	○	○
救急搬送件数	○	○	○	○	○
異常分娩	○	△	△	○	△
6歳未満の手術	△	△	○	○	△
精神疾患診療体制加算2等※の算定	○	○	○	○	○

許可病床数300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関等における300床以上の医療機関に適用される施設基準の該当状況ごとの診療実績(平均値)

(令和4年4月～令和5年3月)



⇒3番、4番の施設は、300床以上の医療機関に適用される施設基準のみで、急性期充実体制加算の施設基準を満たす。

※ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算

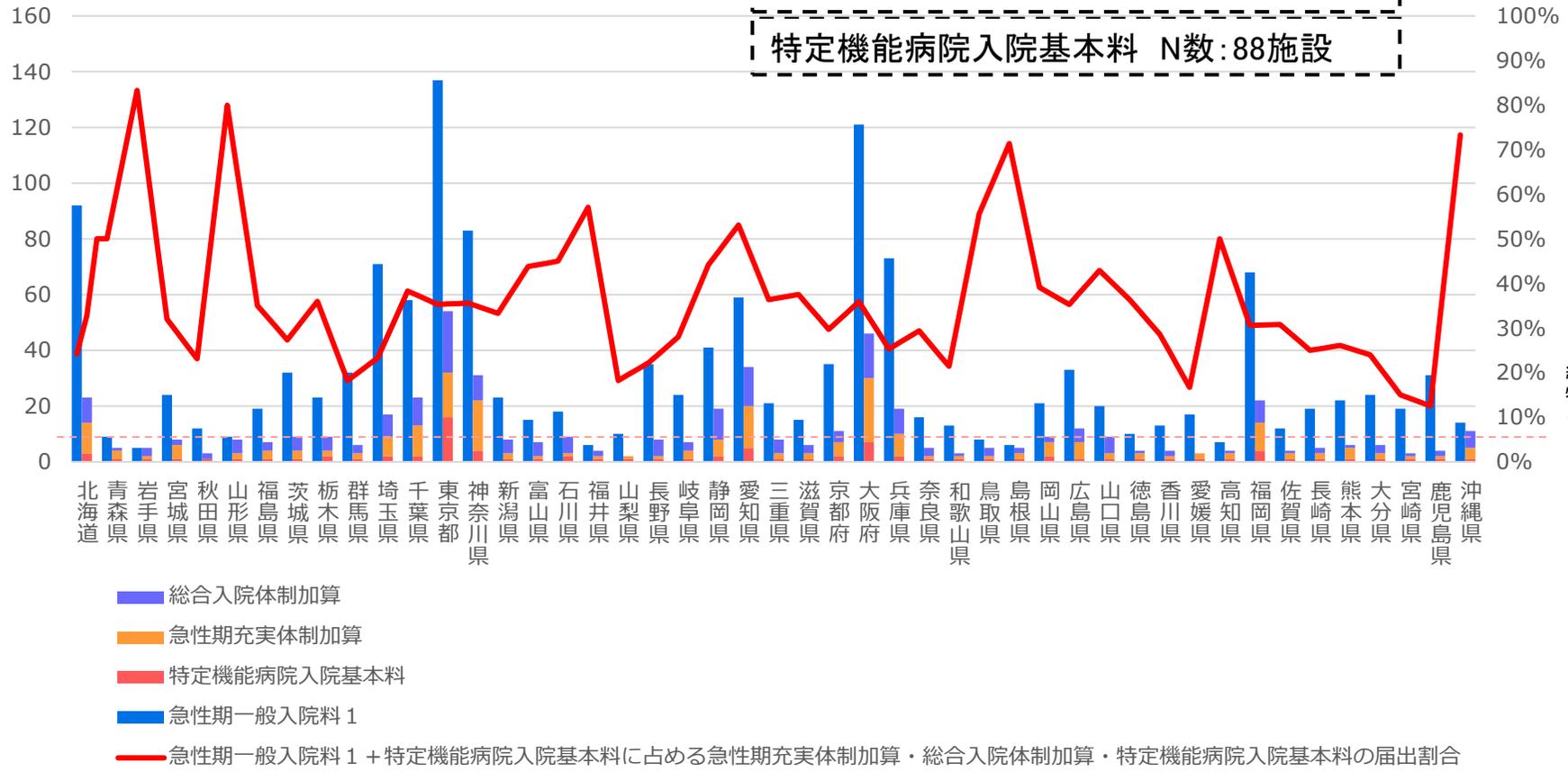
都道府県別の急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出状況について

○ 令和5年4月時点における、急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出状況及び急性期一般入院料1の届出施設に占める急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出割合について、都道府県ごとにばらつきが見られる。

急性期一般入院料1	N数:1475施設
急性期充実体制加算	N数:206施設
総合入院体制加算	N数:226施設
特定機能病院入院基本料	N数:88施設

(急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出割合)

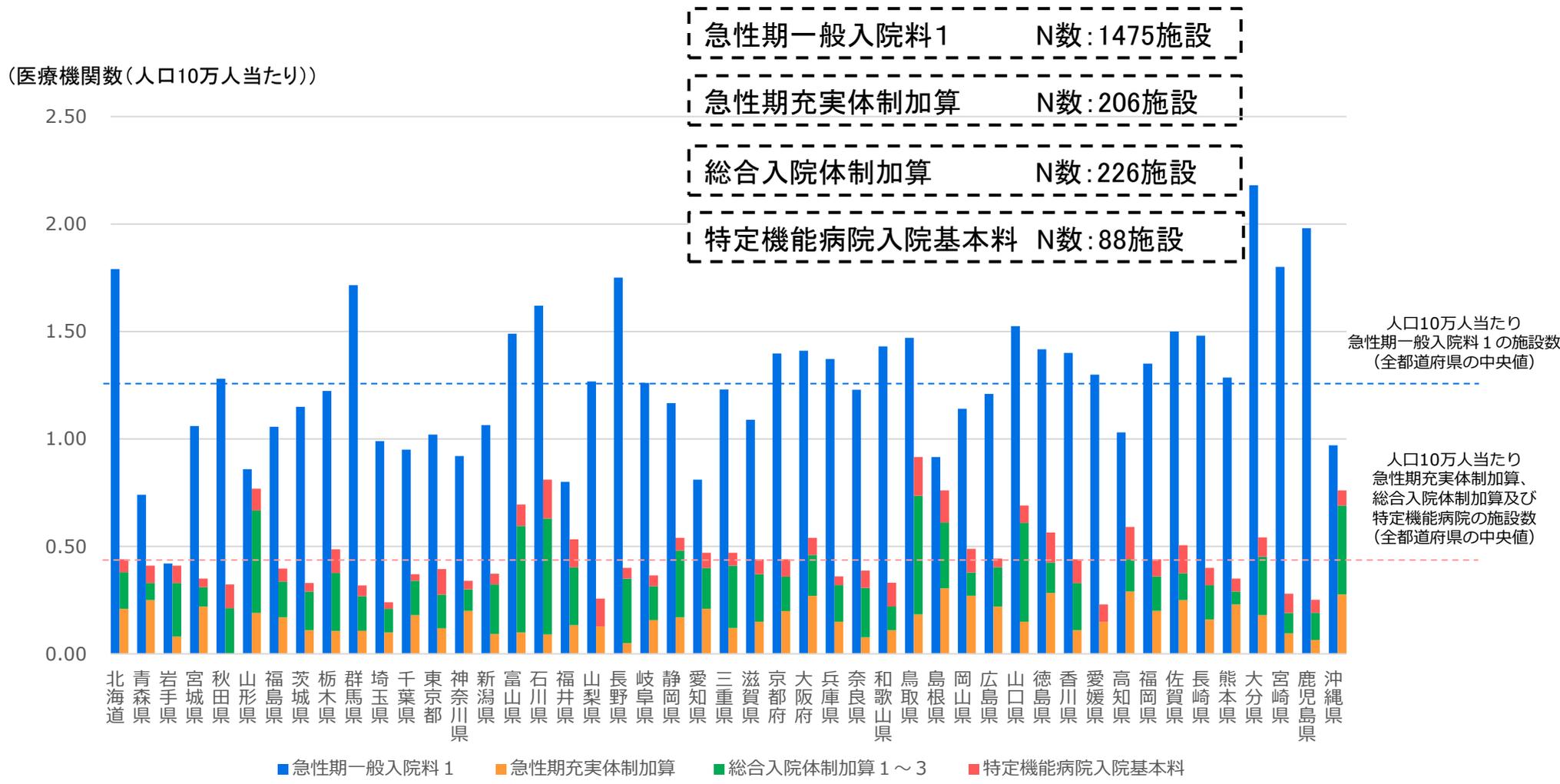
(医療機関数)



出典: 保険医療機関等管理システム(令和5年4月1日速報値)

都道府県別の急性期一般入院料1等の届出状況(人口10万人当たり)について

○ 令和5年4月時点における、人口10万人当たりの急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算・特定機能病院入院基本料の届出施設数について、都道府県ごとにばらつきが見られる。

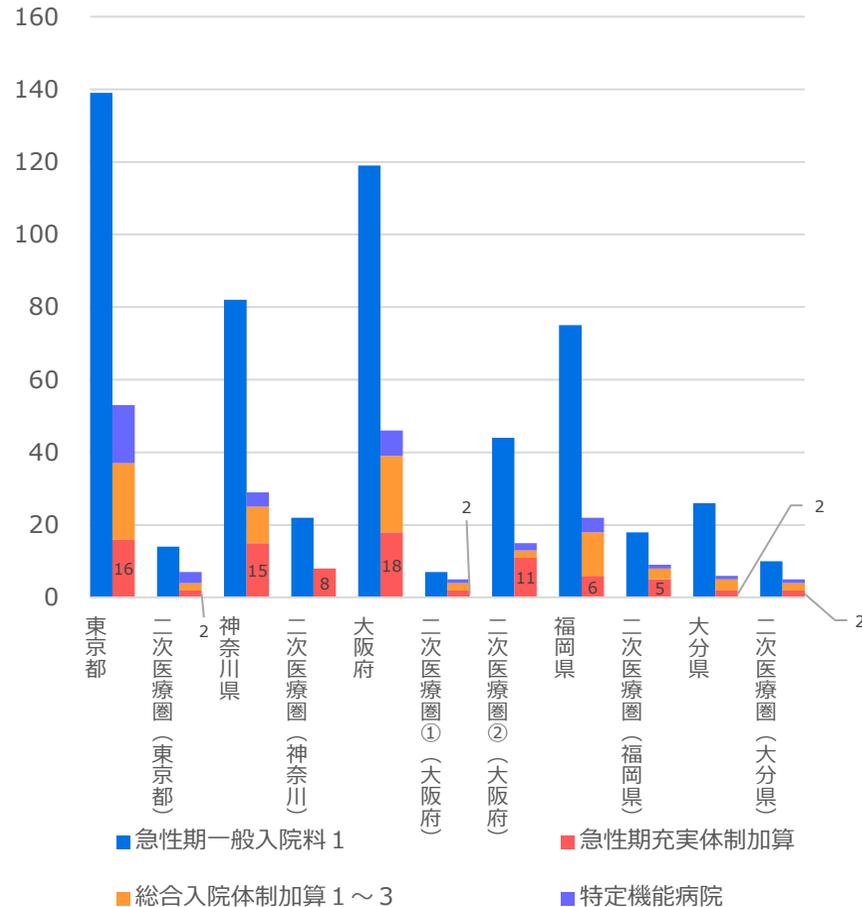


出典: 保険医療機関等管理システム(令和5年4月1日速報値)、令和3年人口動態統計(確定数)

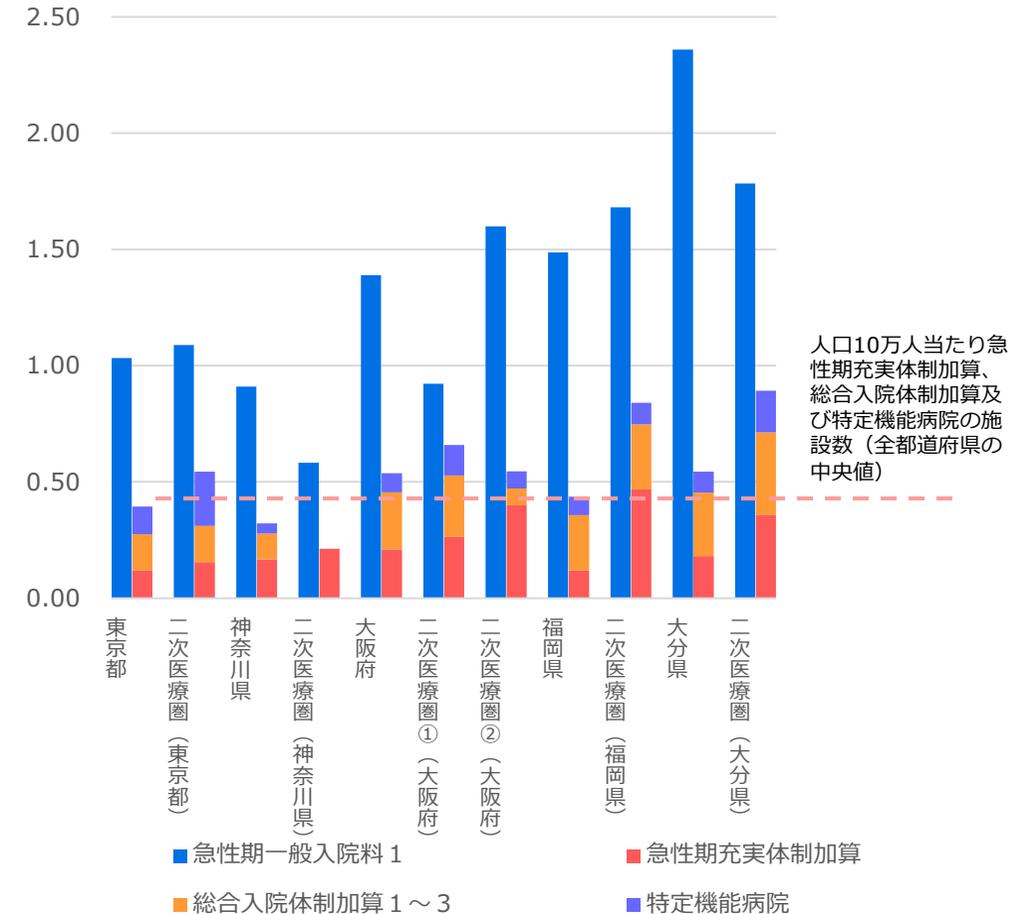
300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の状況

- 令和5年4月の時点では、300床未満で急性期充実体制加算の届出を行っている医療機関は6施設あり、これらの所在する二次医療圏においては、全て他に急性期充実体制加算の届出医療機関があった。
- また、これらの二次医療圏においては、一つの二次医療圏を除き、全て特定機能病院が存在していた。

(施設数)



(人口10万対施設数)



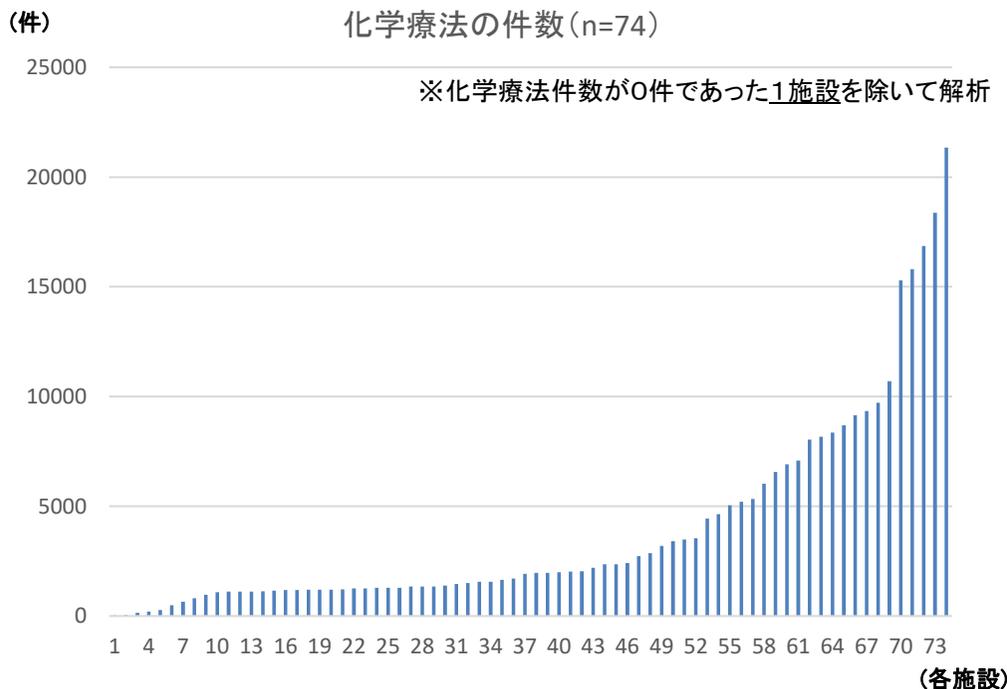
急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 急性期一般入院基本料の施設基準について
 - 2-2. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について
 - ① 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関による医療提供体制について
 - ② 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の診療実績について
 - (1) 許可病床数300床未満の医療機関の診療実績
 - (2) 外来化学療法に係る実績
 - (3) 専門的な手術に係る実績
3. 課題と論点

急性期充実体制加算届出施設における化学療法実施件数

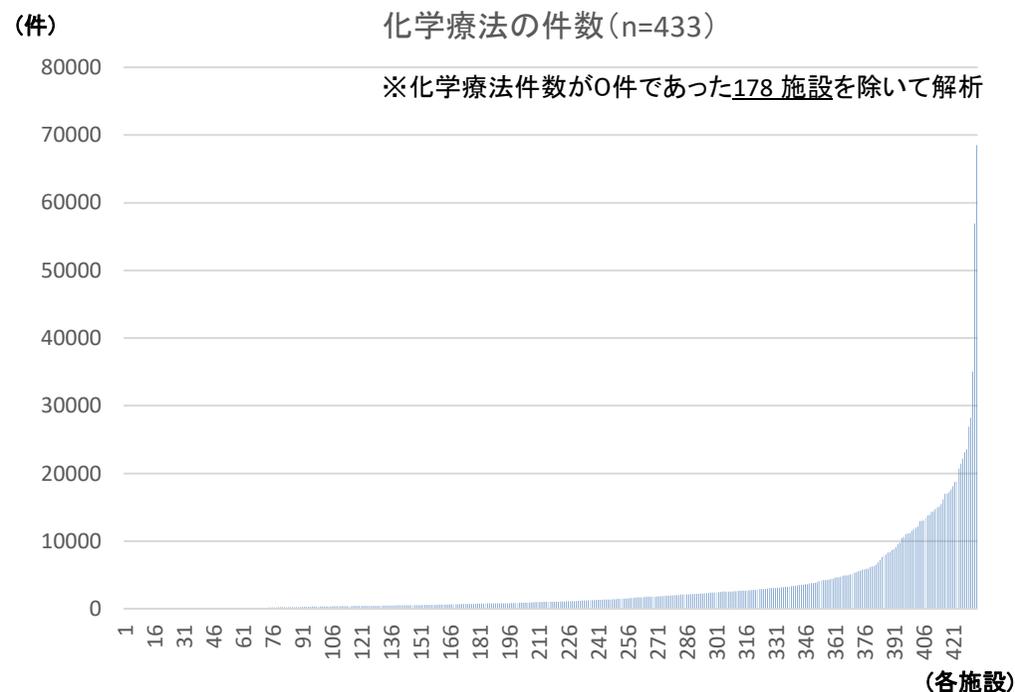
○ 急性期充実体制加算を届出している施設においては、届出していない医療機関に比べて、化学療法の実施件数は多い傾向であった。

急性期充実体制加算を届出している施設 (n=74)



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
74	3,919件	1,197件	1,937件	5,157件

急性期充実体制加算を届出していない施設 (n=433)

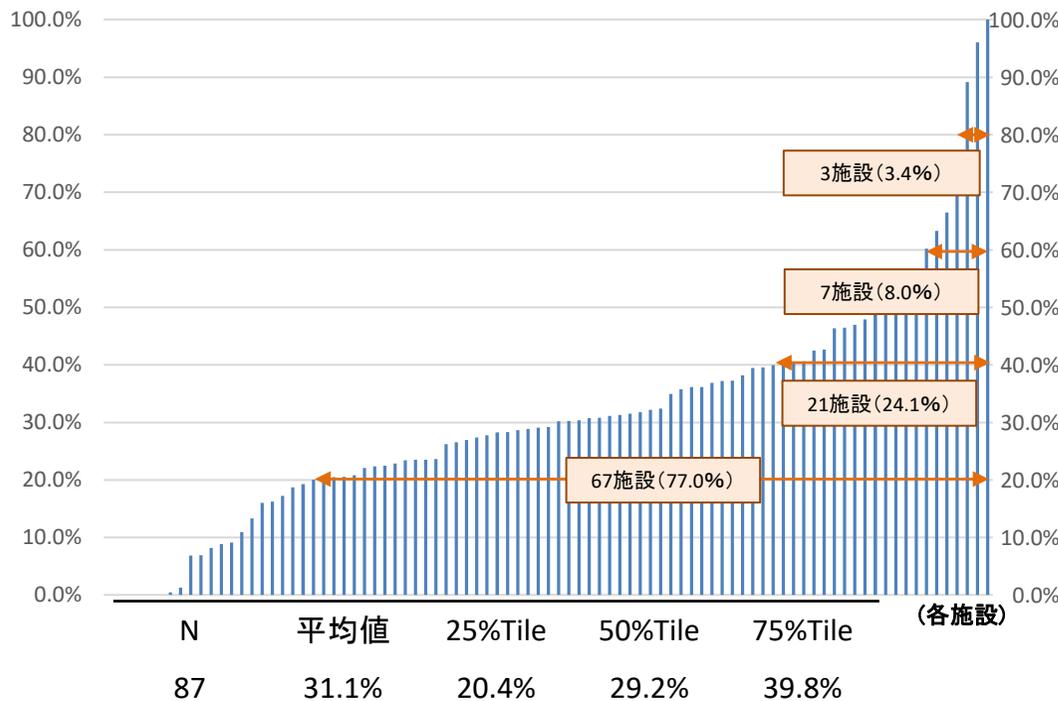


N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
433	3164件	362件	1,053件	2,905件

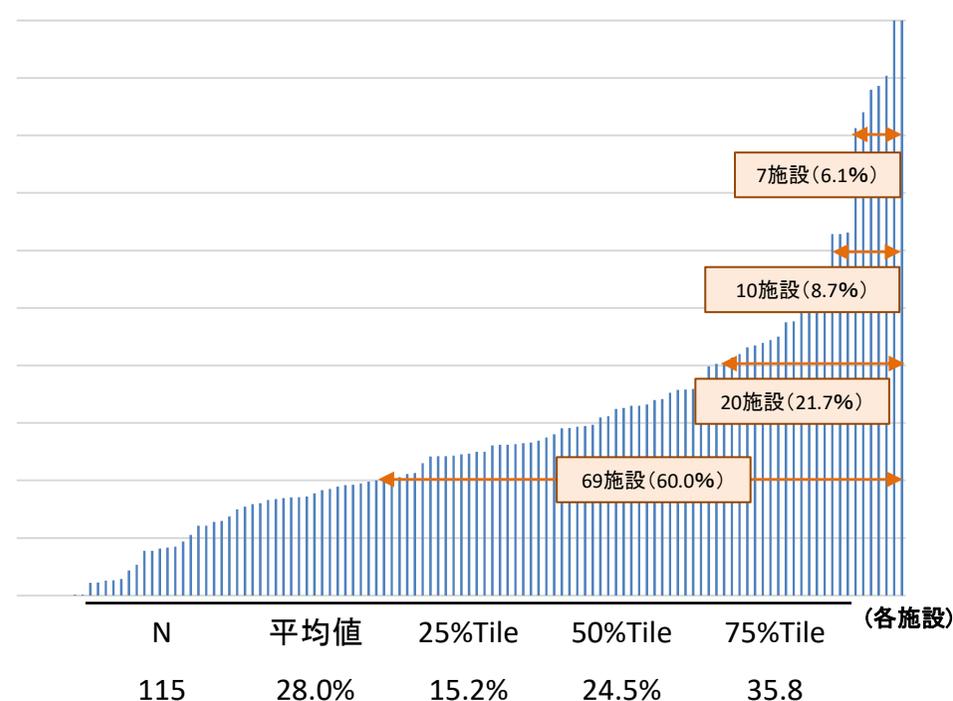
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）

○ 急性期充実体制加算(※1)及び総合入院体制加算を届け出ている施設において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※2)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数(※3)」の割合は、医療機関間でばらつきがみられた。

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



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



※1 急性期充実体制加算に関する施設基準（化学療法に関する事項について抜粋）

- (2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしていること。
 - (イ)～(ホ) (略)
 - (へ) 化学療法の実施について、1,000件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり3.0件／年以上
 - イ (略)

(4) (2)のアの(へ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。

- ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。
- イ 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。

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

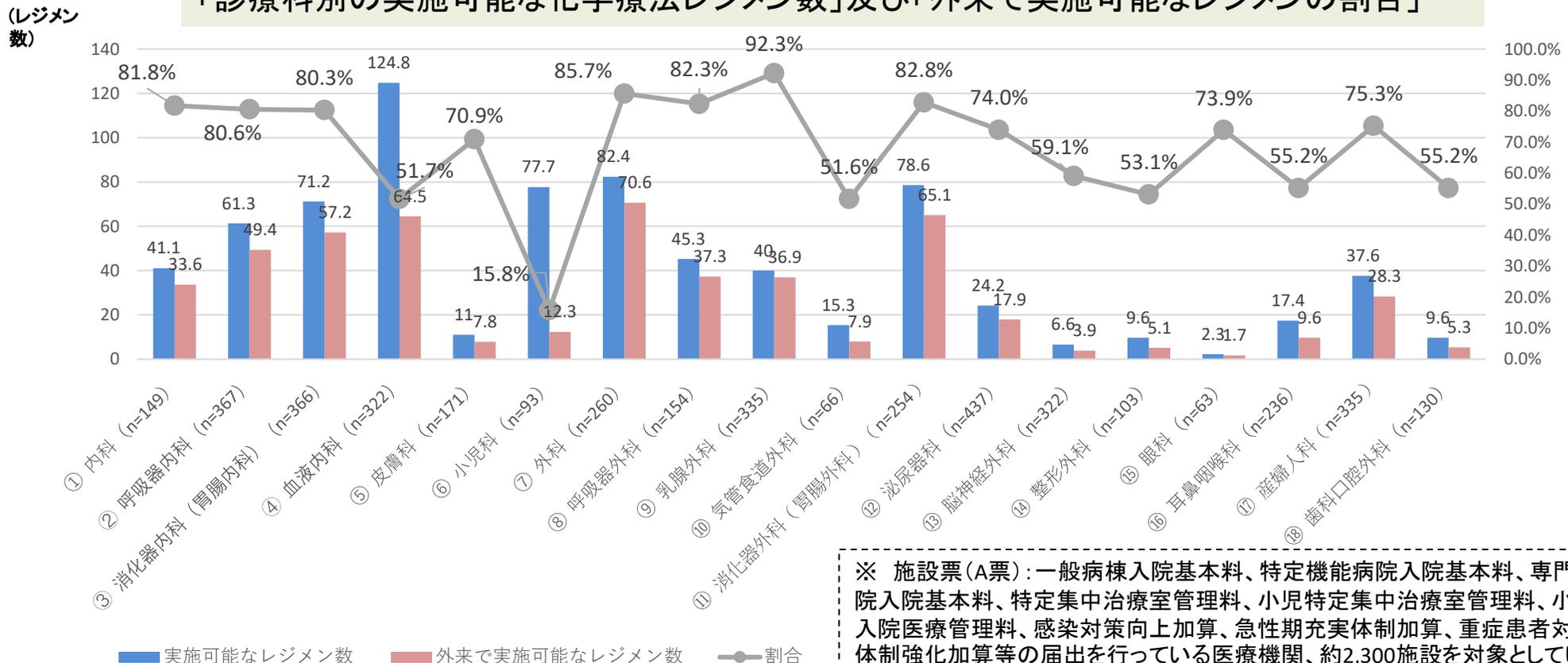
※3 「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」=1-「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」/「化学療法を実施した実患者数」

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票(A票)）

診療科別の化学療法レジメン数①

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

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



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

※1 実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計 **164**

※2 回答した施設数が30以下のものは除外

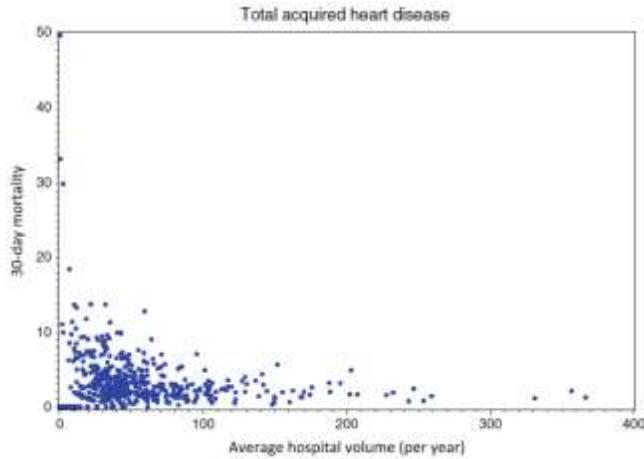
急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 急性期一般入院基本料の施設基準について
 - 2-2. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について
 - ① 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関による医療提供体制について
 - ② 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の診療実績について
 - (1) 許可病床数300床未満の医療機関の診療実績
 - (2) 外来化学療法に係る実績
 - (3) 専門的な手術に係る実績
3. 課題と論点

心臓胸部大血管手術の集約化について

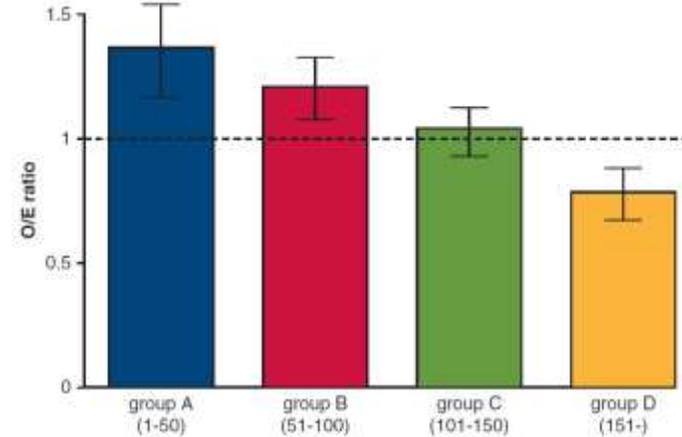
- 心臓胸部大血管手術については、手術件数が多い施設においてより死亡率が低いとの報告がある。
- また、心臓を専門とする外科医の勤務時間は外科医の中でも長く、働き方改革の観点からも集約化が必要との指摘がある。

各施設における心臓胸部外科手術の実施件数による分類ごとの死亡率



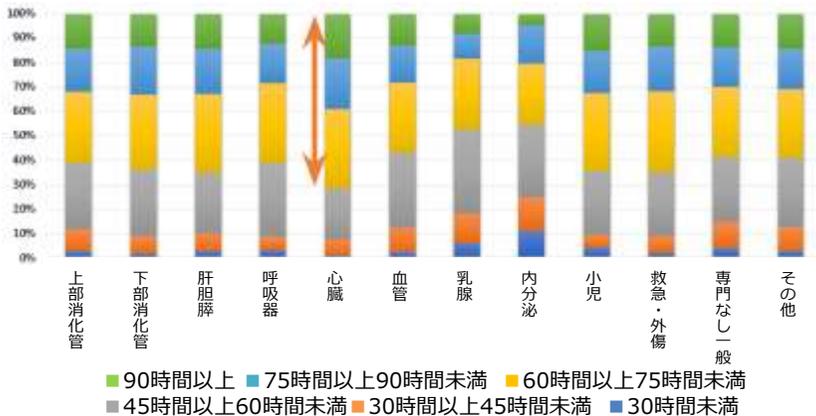
Sakata, R., Kuwano, H., & Yokomise, H. (2012). Hospital volume and outcomes of cardiothoracic surgery in Japan: 2005-2009 national survey. General thoracic and cardiovascular surgery, 60(10), 625-638. <https://doi.org/10.1007/s11748-012-0128-x>

各施設における先天性心疾患手術の実施件数による分類ごとの死亡率(O/E比)

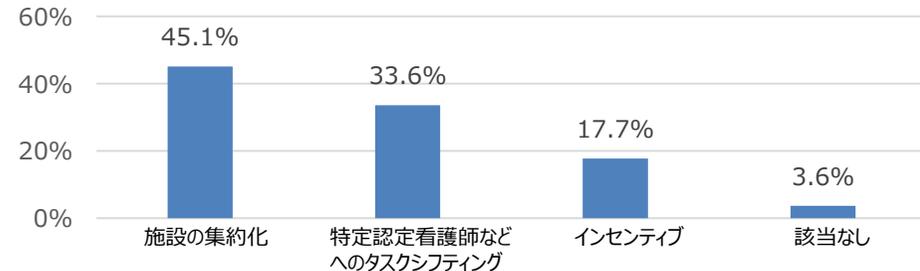


Yoshimura, N., Hirata, Y., Inuzuka, R., Tachimori, H., Hirano, A., Sakurai, T., Shiraishi, S., Matsui, H., Ayusawa, M., Nakano, T., Kasahara, S., Hiramatsu, Y., Yamagishi, M., Miyata, H., Yamagishi, H., & Sakamoto, K. (2023). Effect of procedural volume on the outcomes of congenital heart surgery in Japan. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 165(4), 1541-1550.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2022.06.009>

1週間当たりの専門別外科医の勤務時間



働き方改革の実行に必要と考えるもの (日本心臓血管外科学会へのアンケート)

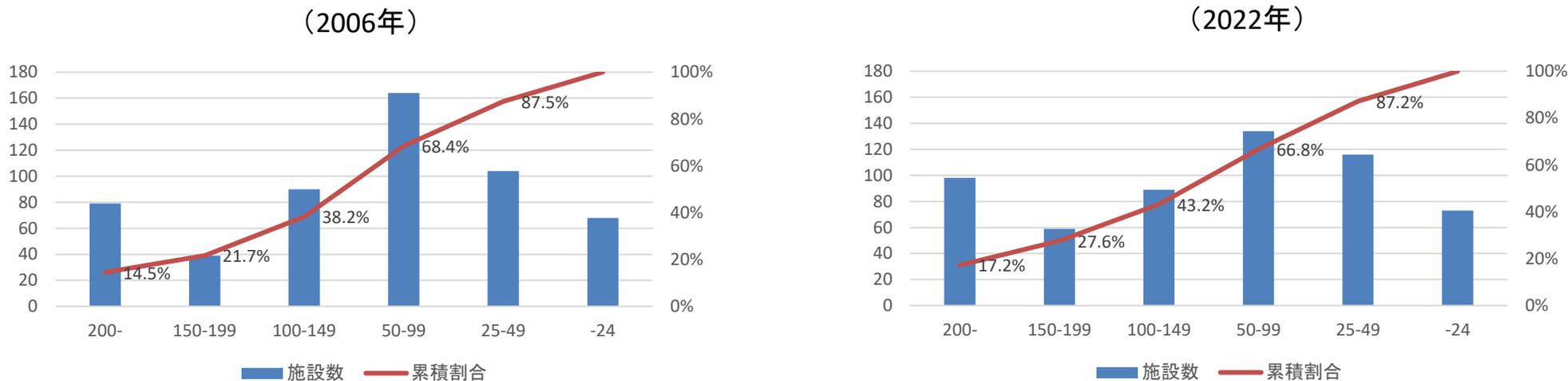


※「心臓血管外科医の働き方改革；処遇改善に関するアンケート調査（2018年、日本心臓血管外科学会）におけるQ73（働き方改革を実行するために必要だと思うのは？（1つのみ））の結果

心臓胸部大血管手術の実施件数の施設間分布について

- 心臓胸部大血管手術を実施する施設のうち、3分の1程度の施設の実施数は年間50件未満となっており、近年大きく変わっていない。
- こうした中、医療の質及び良好な働き方の確保の推進並びにこれらが確保された施設における効率的な専攻医育成の観点から、心臓血管外科専門医認定機構の認定する基幹施設の要件に、心臓胸部大血管手術の実施が年100件以上であることが追加されることとなっている。

心臓胸部大血管手術の実施件数ごとの施設数



心臓血管外科専門医認定機構の認定修練施設のうち基幹施設に求められる手術実績

～2004年	2005年～	2024年～
<ul style="list-style-type: none"> 心臓外科手術の実施が年75件以上 	<ul style="list-style-type: none"> 心臓血管外科手術100件/年以上 かつ 心臓胸部大血管手術40件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> 心臓胸部大血管手術100件/年以上

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の施設基準で求める入院医療の体制及び実績(再掲)

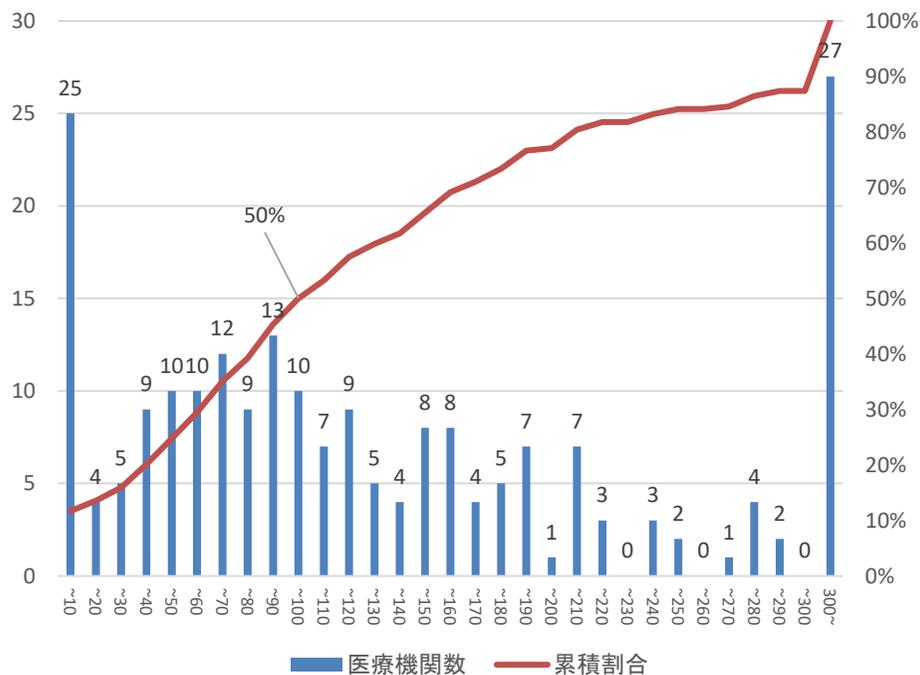
○ 総合入院体制加算においては、人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス手術の実施件数が要件となっているが、急性期充実体制加算においては要件に入っていない。

	総合入院体制加算1	急性期充実体制加算
入院医療の提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科の標榜及び入院医療の提供 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料の届出
精神科の提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 精神科の標榜及び入院医療の提供 24時間対応できる体制の確保 精神病床を有すること 精神科棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料の届出及び精神疾患患者の受入 <p>※加算2又は3については、他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を含め24時間対応できる体制があれば入院医療を行う体制は要せず、その場合は以下のいずれをも満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料における精神疾患診断治療初回加算の合計算定件数が年間20件以上 	<ul style="list-style-type: none"> 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 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料における精神疾患診断治療初回加算の合計算定件数が年間20件以上 <p>※精神科充実体制加算を届け出る場合は、以下を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> 24時間対応できる体制の確保 精神病床を有すること 精神科棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料の届出及び精神疾患患者の受入
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔手術800件/年以上 以下の全てを満たすこと。 ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上 イ 悪性腫瘍 400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上 オ 化学療法 1,000件/年以上 カ 分娩件数 100件/年以上 <p>※加算2の場合は4つ以上を、加算3の場合は2つ以上を満たすこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔手術2,000件/年以上(うち緊急手術350件/年以上) 以下のいずれかを満たしていること。 ア ①～⑤のうち4つ以上を満たしていること。 イ ①～⑤のうち2つ以上かつ⑥又は⑦を満たしていること。 ①悪性腫瘍手術 400件/年以上 ②腹腔鏡又は胸腔鏡手術 400件/年以上 ③心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ④消化管内視鏡手術 600件/年以上 ⑤化学療法 1,000件/年以上 ⑥異常分娩 50件/年以上 ⑦6歳未満の手術 40件/年以上
救急医療提供体制	<p>救命救急センター又は高度救命救急センターの設置</p> <p>※加算2及び3は2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置</p>	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを満たしていること。 ア 救命救急センター又は高度救命救急センターの設置 イ 救急搬送件数 2,000件/年以上
その他の実績	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度において、</p> <p>①A得点2点以上 又は ②C得点1点以上の患者の割合が</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要度Ⅰの場合:3割3分以上 必要度Ⅱの場合:3割以上 <p>※加算3の場合 必要度Ⅰ:3割以上、必要度Ⅱ:2割7分以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者(退院患者を含む)に占める同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満

急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績

- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数400床以上の医療機関における心臓胸部大血管手術の年間実施件数は、50%の施設が100件未満であった。
- 心臓胸部大血管手術の年間実施件数が100件未満の施設においては、小児・産科いずれの実績も有していない施設は7%のみであり、小児・産科いずれの実績も有しておらず、手術等の実績について5項目中4項目しか満たしていない施設は2%のみであった。

急性期充実体制加算届出医療機関※1における心臓胸部大血管手術※2の実施件数の分布
(全数、許可病床数300床未満を除く。)



急性期充実体制加算届出医療機関※1のうち心臓胸部大血管手術の件数が100件未満の施設
(調査回答施設のみ。許可病床数300床未満を除く。)

	手術等実績の5項目のうちの該当項目数				計
	2項目	3項目	4項目	5項目	
小児・産科なし	-	-	1 (1.7%)	3 (5.3%)	4 (7.1%)
小児・産科いずれか	1 (1.7%)	5 (8.9%)	4 (7.1%)	2 (3.6%)	13 (23.2%)
小児及び産科	2 (3.6%)	5 (8.9%)	17 (30.4%)	16 (28.6%)	41 (73.2%)
計	3 (5.3%)	10 (17.9%)	24 (42.9%)	21 (37.5%)	56 (100%)

※1 令和5年7月時点の届出施設

※2 K541、K542、543、K544、K551、K552、K552-2、K553、K553-2、K554、K554-2、K555、K555-2 [1][2]、K555-3、K556、K557、K557-2、K557-3、K557-4、K558、K559、K560 1~5、K560 6・7、K560-2、K561 [2]の[イ]、K562 [2]、K562-2、K563、K564、K565、K566、K567、K568、K569、K570、K571、K572、K573 [2]、K574、K575、K576、K577、K578、K579、K579-2、K580、K581、K582、K583、K584、K585、K586、K587、K588、K589、K590、K591、K592、K592-2、K593、K594 [1][2][3][4]の[イ][ロ]、K594、K594-2、K603、K603-2、K604-2、K605、K605-2、K605-3、K605-4

出典：NDBデータ(令和4年4月～令和5年3月)及び令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)

急性期入院医療について

1. 急性期入院医療を取りまく現状等
2. 急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 急性期一般入院基本料の施設基準について
 - 2-2. その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について
 - ① 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関による医療提供体制について
 - ② 急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の診療実績について

3. 課題と論点

【課題】

（急性期医療の現状を踏まえた対応について）

- ・ 一般病棟における病床稼働率が減少する一方で7対1病棟の病床数は増加している中、軽症等の高齢者の急性期医療のニーズの増大とともに急性期病棟における高齢患者の割合は増加し、誤嚥性肺炎や尿路感染症といった医療資源投入量が比較的少ない疾患の症例についても、7対1病棟に救急搬送などで入院する割合が高い。
- ・ 7対1病棟ではリハビリテーション専門職の数が少なく、また看護補助者の活用が十分に進んでいないことが指摘されており、三次救急医療機関からの適切な下り搬送の推進や、7対1病棟以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟での受入を推進する必要性が指摘されている。

（急性期一般入院基本料の施設基準について）

- ・ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が急性期の医療ニーズに着目した機能分化の推進のための指標として導入されたことを踏まえ、機能分化の観点から各項目について見直しの必要性が指摘されている。
- ・ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者における高齢者の割合や要介護度が高い患者の割合が高く、手術等の実績や専門的な治療・処置の実施割合が低いことから、急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直しの必要性が指摘されている。

（その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について）

- ・ 現行の診療報酬においては、地域における急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から高度かつ専門的な急性期医療の実績及び体制を急性期充実体制加算により評価するとともに、地域における総合的な急性期医療の提供体制に対しては総合入院体制加算により評価を行っている。
- ・ 急性期充実体制加算を届け出る医療機関の多くは総合入院体制加算の届出を行っていた医療機関であり、届出医療機関においては、令和4年度診療報酬改定以前よりも小児科及び産科の入院医療を提供する割合が低下しており、また、精神科の入院医療の提供を終了した医療機関も一部に存在している。
- ・ 許可病床数が300床未満で急性期充実体制加算を届け出ている医療機関のうち300床未満の医療機関に適用される施設基準のみを満たしている医療機関の診療実績は低い傾向にあった。また、これらの施設が所在する二次医療圏においては、全て他に急性期充実体制加算の届出医療機関があったことに加え、一つの二次医療圏を除き全て特定機能病院が存在していた。
- ・ 近年のがん治療においては入院日数が短縮化し通院医療へのシフトがみられるが、急性期充実体制加算の届出医療機関においても、化学療法を実施した患者のうち1サイクル以上は外来で化学療法を行った割合について施設間のばらつきが大きかった。
- ・ 心大血管手術は、実施件数が多い施設において手術成績が良好であると報告されており、関係学会が集約化のための施設認定等を行っているが、実施件数が少ない医療機関が実施施設のうち一定程度の割合を占めている。心大血管手術の実績は、総合入院体制加算の施設基準では求められている一方で、急性期充実体制加算の施設基準には入っていない。

急性期入院医療についての論点

【論点】

(急性期医療の現状を踏まえた対応について)

- 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

(急性期一般入院基本料の施設基準について)

- 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。

[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]

- ・ 「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数
- ・ 「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数
- ・ 「呼吸ケア」及び「創傷処置」における必要度Ⅰ及びⅡの違い並びに「創傷処置」における「重度褥瘡処置」の扱い
- ・ 入院で投与される割合にばらつきがあることを踏まえた「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤
- ・ 7対1病棟におけるB項目の取扱い
- ・ 直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえたC項目の対象手術等及び評価日数
- ・ 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い
- ・ 必要度Ⅱの届出施設の増加等を踏まえた必要度Ⅱの届出を要件とする範囲

[平均在院日数]

- ・ 急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の短縮化

(その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について)

- 急性期充実体制加算の届出医療機関においては、多くがそれまで総合入院体制加算の届出を行っていたこと等を踏まえ、地域における総合的な入院医療の提供体制を確保する観点から、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の体制の評価についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数が300床未満の医療機関の状況を踏まえ、許可病床数が300床以上の医療機関に適用されるものと300床未満の医療機関に適用されるものの両者が存在する現行の急性期充実体制加算の施設基準についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関は化学療法の実施件数が多いが、外来での実施割合には医療機関間でばらつきがあることを踏まえ、急性期充実体制加算における化学療法に係る実績要件についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績の取扱いについてどのように考えるか。

調剤について(その2)

1. 薬局、薬剤師の状況

2. かかりつけ薬剤師・薬局について

(1) 薬局・薬剤師の夜間・休日対応について

(2) 調剤後のフォローアップについて

(3) 保険薬局と保険医療機関等との連携について

3. 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について

(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)

4. 医療用麻薬の提供体制について

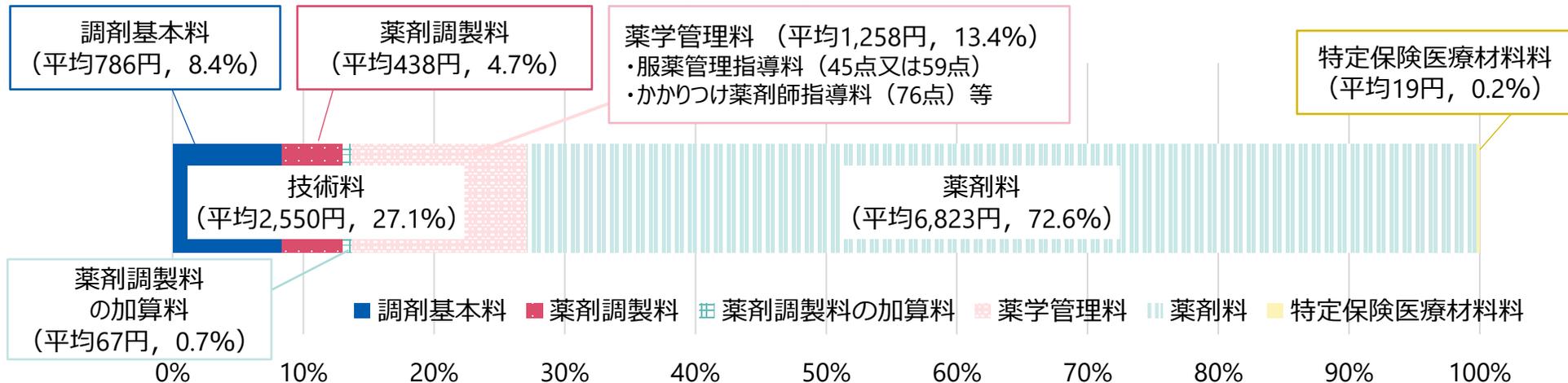
調剤医療費の内訳

- 令和4年度の調剤医療費の内訳は、技術料が約2.1兆円、薬剤料が約5.7兆円であった。
- 技術料(約2.1兆円)の内訳は、調剤基本料が約6,553億円、薬剤調製料が約3,656億円、加算料が約562億円、薬学管理料が約1兆円であった。

調剤医療費の内訳 (令和4年度分)

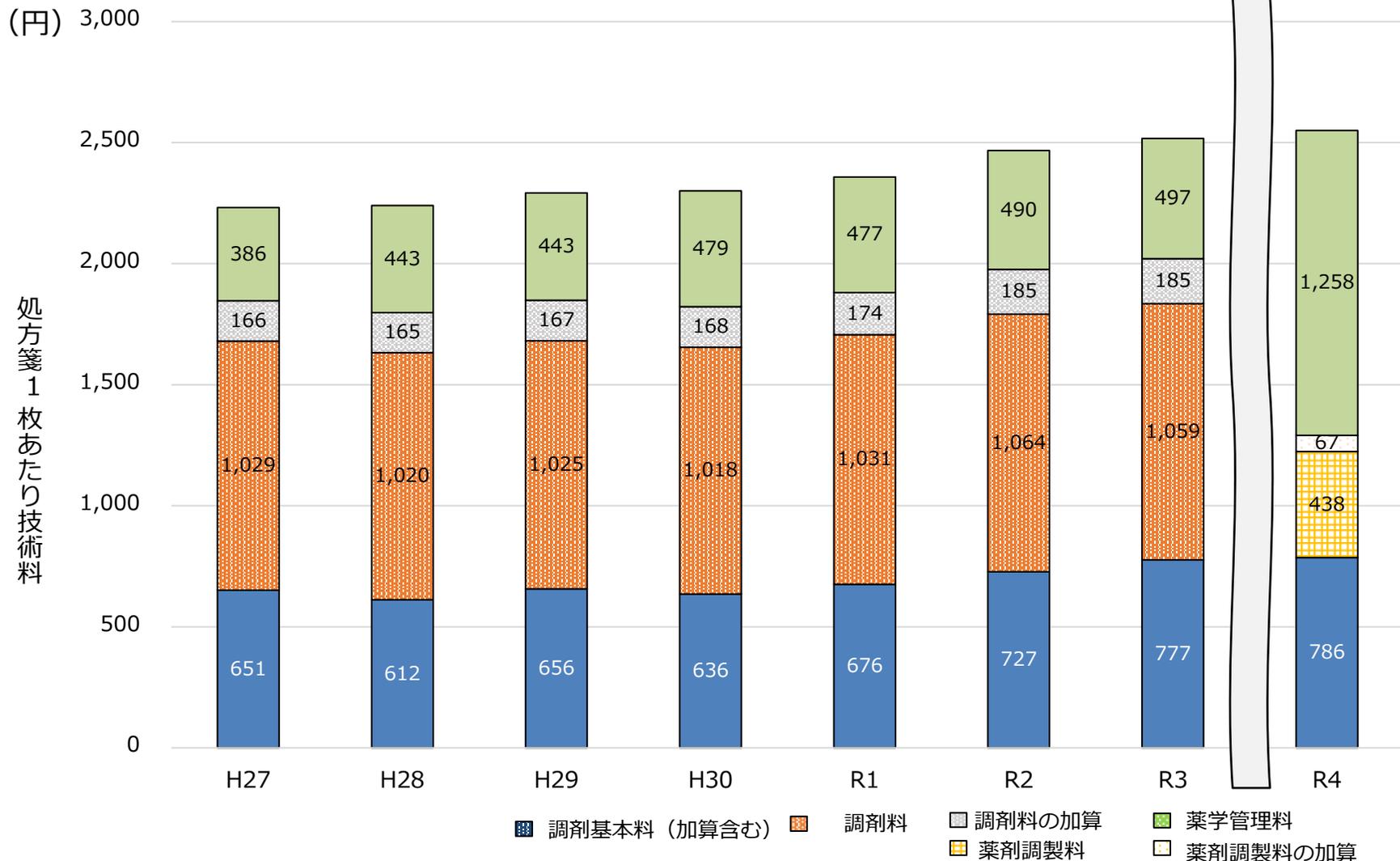
	金額 (億円)
技術料	21,264
調剤基本料	6,553
薬剤調製料	3,656
薬剤調製料の加算料	562
薬学管理料	10,492
薬剤料	56,908

(参考) 処方箋1枚あたりの調剤報酬 (平均9,392円, 令和4年度) の内訳



技術料の内訳（処方箋1枚あたり）の推移

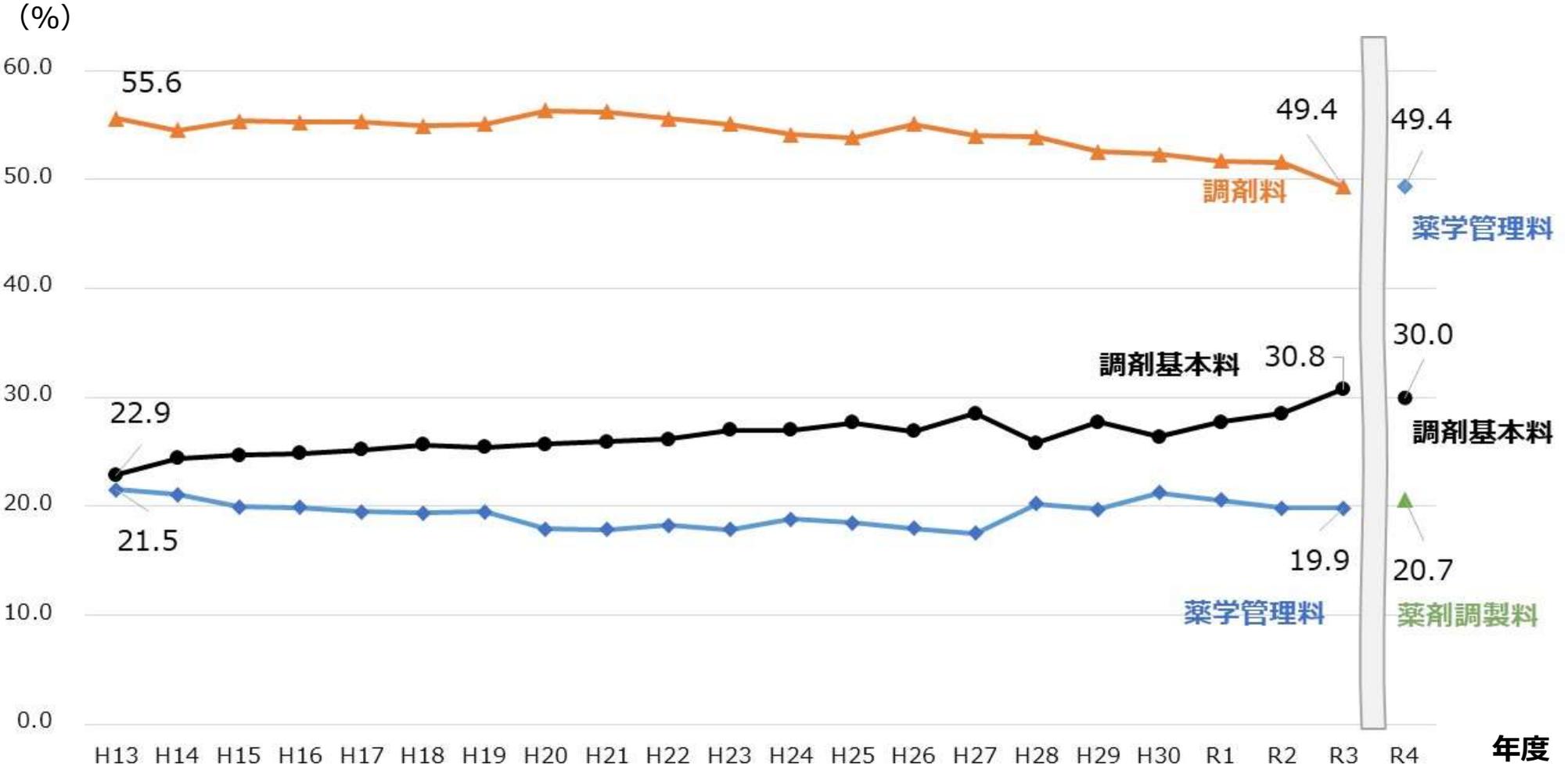
○ 処方箋1枚あたりの技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の推移は以下のとおり。



出典) 調剤医療費の動向 (平成27年度から令和4年度) より医療課にて作成
 (※令和5年7月26日 中医協 資料 総-3の資料を最新の数値に更新)

技術料の内訳（割合）の推移

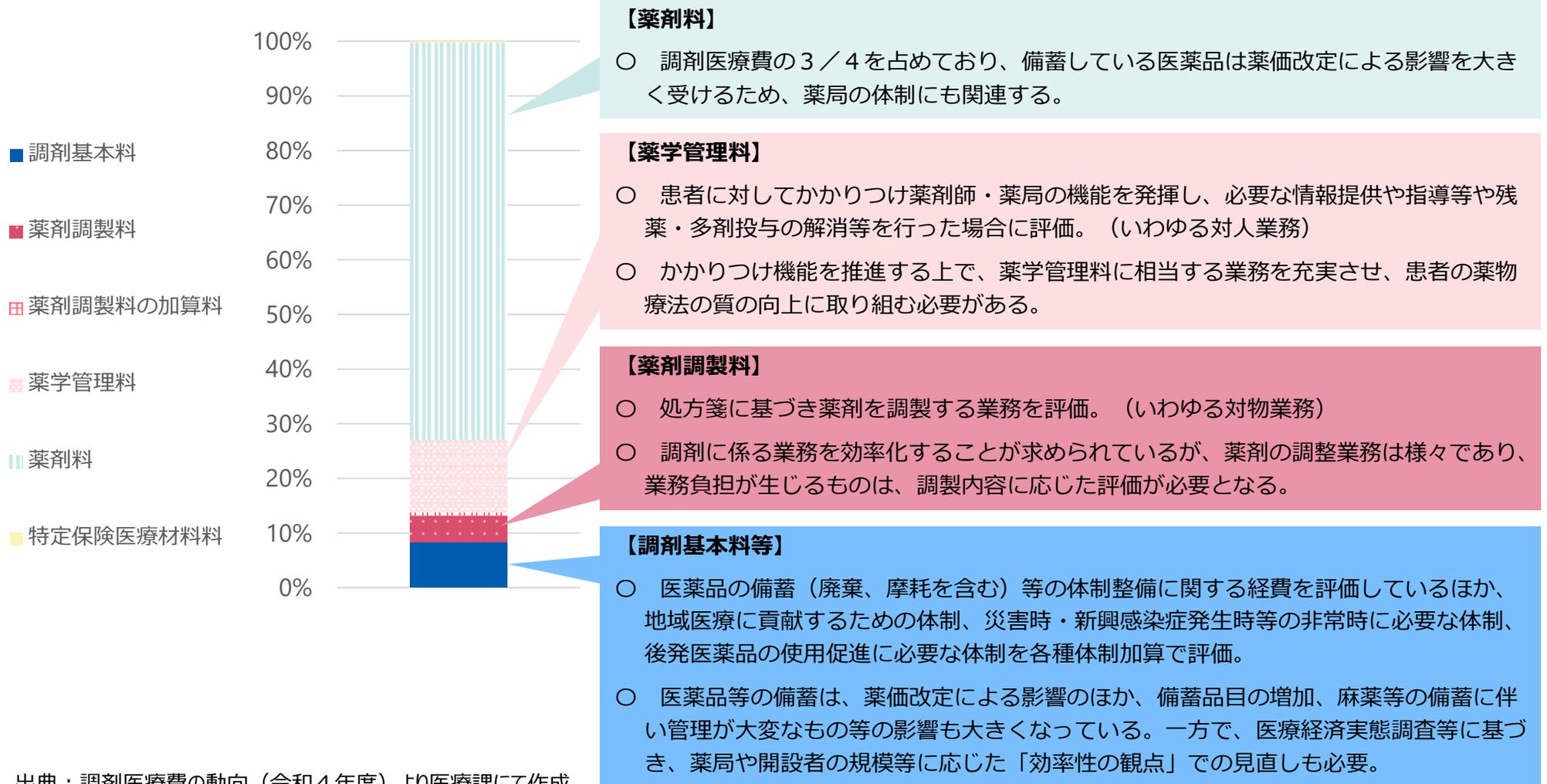
- 技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の割合の推移は以下のとおり。
- 令和4年度改定において評価体系の見直しがあり、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、令和3年度以前との比較には留意が必要であるが、対人業務の評価のシフトが進んでいる。



出典: 社会医療診療行為別統計に基づき医療課が作成

調剤医療費における課題

- 「患者のための薬局ビジョン」の策定(H27.10)以降、患者本位の医薬分業を目指し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するために累次にわたる調剤報酬の改定を行っている。
- 調剤医療費の構造を踏まえると、かかりつけ機能の推進のほか、医薬品の供給拠点として必要な体制維持も薬局にとって一層重要となっている。



1. 薬局、薬剤師の状況

2. かかりつけ薬剤師・薬局について

(1) かかりつけ薬剤師の推進について

(2) 薬局・薬剤師の夜間・休日対応について

(3) 調剤後のフォローアップについて

(4) 保険薬局と保険医療機関等との連携について

3. 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について

(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)

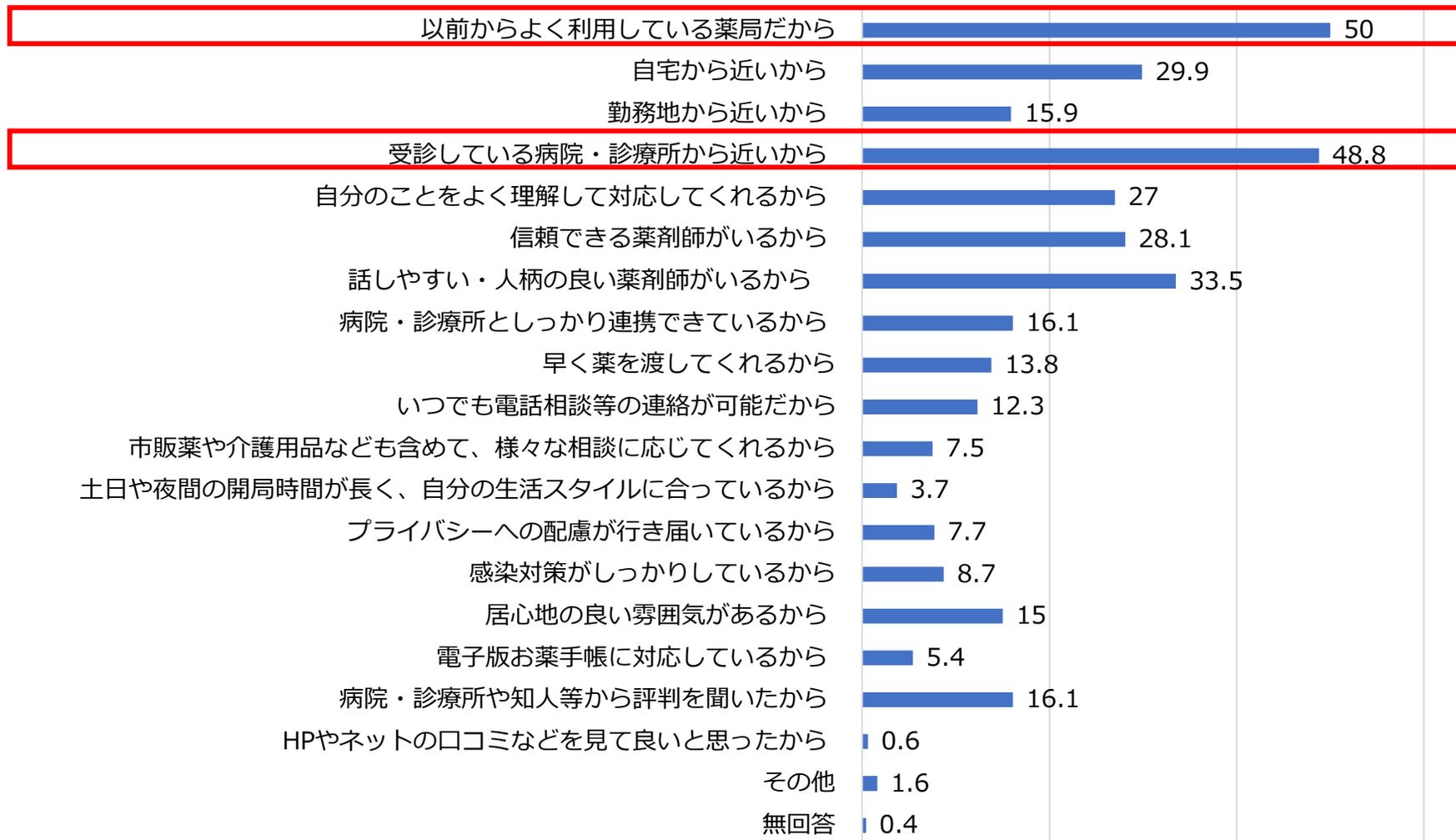
4. 医療用麻薬の提供体制について

患者が薬局を選択する理由

○ 患者が薬局を選択する理由は「以前からよく利用している薬局だから」、「受診している病院・診療所から近いから」といった理由によるものが多かった。

■ 薬局を選択する理由(複数回答、n=2,285)

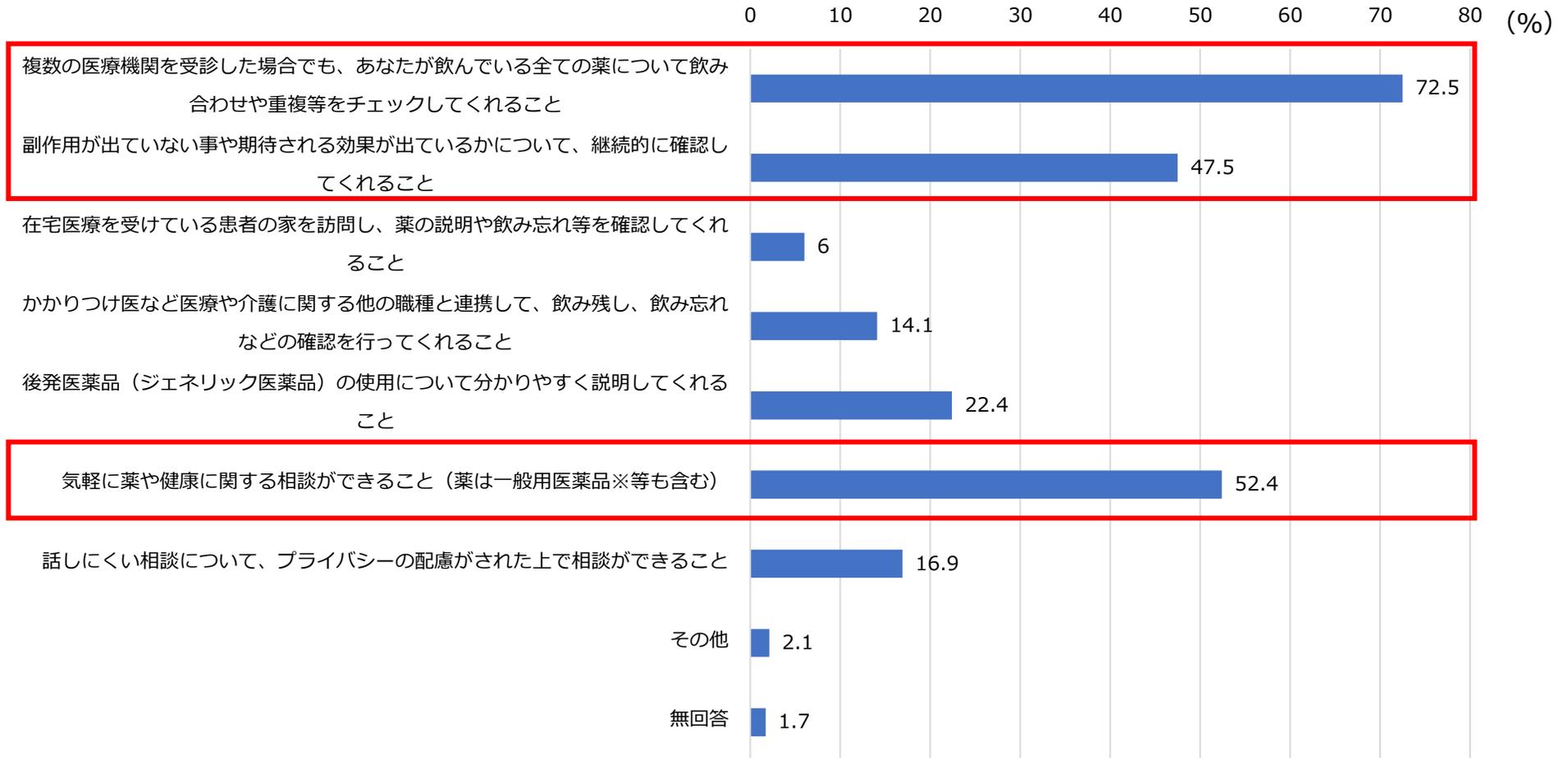
0 20 40 60 (%)



患者が薬局に求める機能

○ 患者が薬局に求める機能としては、薬の一元的・継続的な確認や気軽に健康相談を受けられることの回答が多かった。

■ 薬局に求める機能(複数回答、n=2,285)



かかりつけ薬剤師について(令和4年度改定後)

かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

かかりつけ薬剤師指導料 79点(1回につき)

※ 服用薬剤管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[かかりつけ薬剤師の主な業務]

- ・薬の一元的・継続的な把握
- ・薬の飲み合わせなどのチェック
- ・薬に関する丁寧な説明
- ・時間外の電話相談
- ・医師への情報提供
- ・調剤後のフォロー
- ・飲み残した場合の薬の整理
- ・在宅療養が必要になった場合の対応
- ・血液・生化学検査結果等をもとにした説明

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

(1) 以下の経験等を全て満たしていること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。

イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

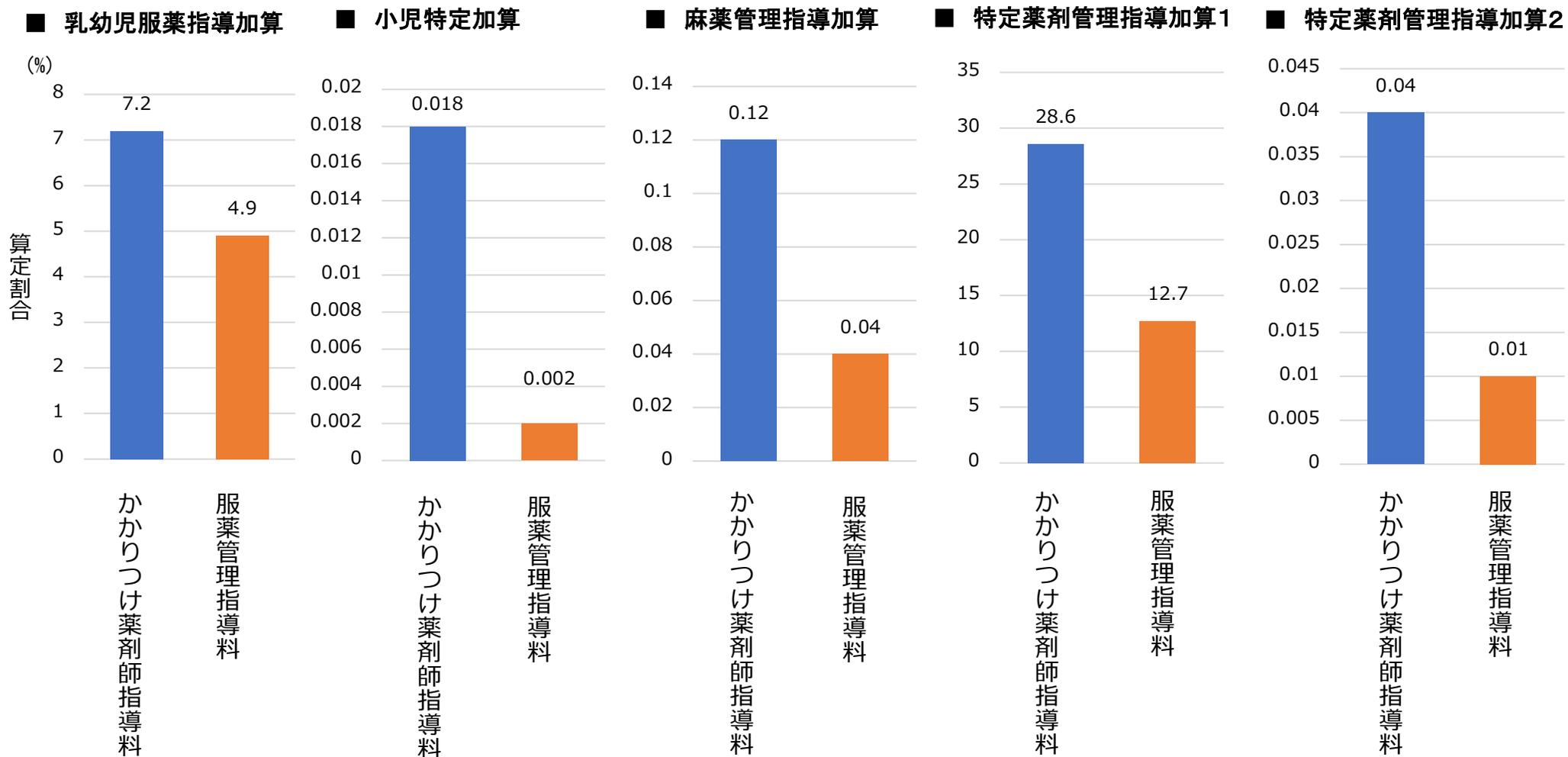
(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

(4) 患者との会話のやり取りが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること

かかりつけ薬剤師指導料の加算の算定状況

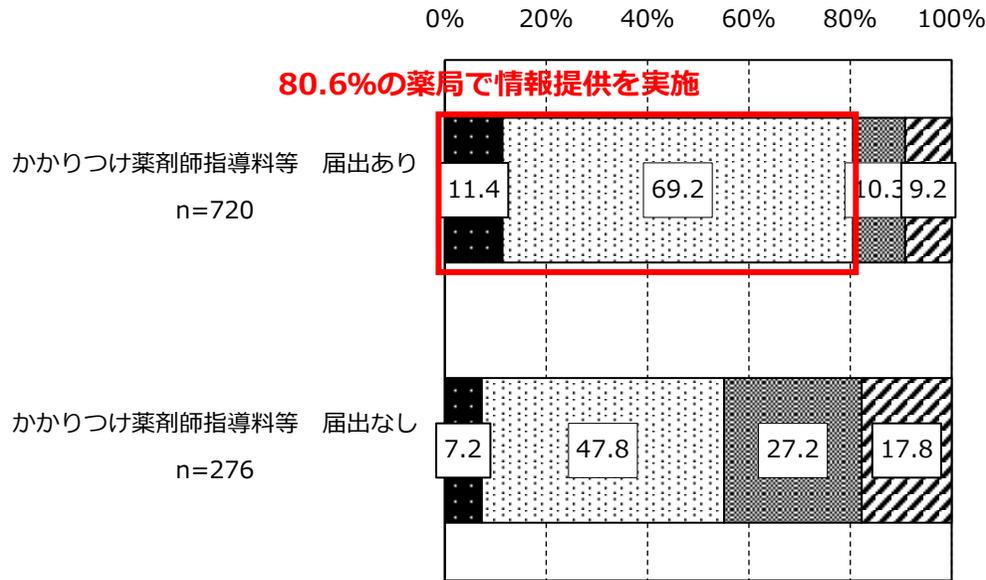
○ かかりつけ薬剤師指導料を算定している薬局は、算定していない薬局(服薬管理指導料を算定している薬局)と比較して、服薬指導に係る加算の算定割合は高い。



かかりつけ薬剤師・薬局の業務（調剤後のフォローアップ）

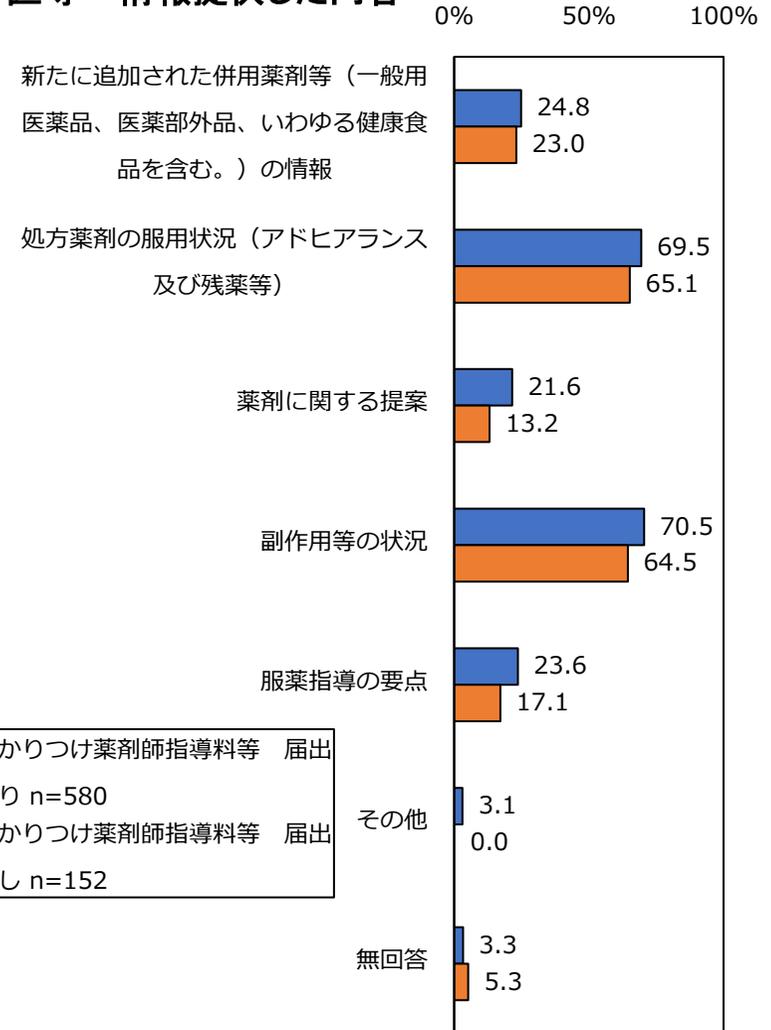
○ かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準の届出をしている薬局については、フォローアップ後の処方医等への情報提供の実施率は高い。

■ フォローアップした情報の処方医等への情報提供の有無



- フォローアップしたときは毎回、処方医等に情報提供している
- フォローアップを行い問題点があった場合にのみ、処方医等に情報提供している
- 特に処方医等への情報提供をしていない
- ▨ 無回答

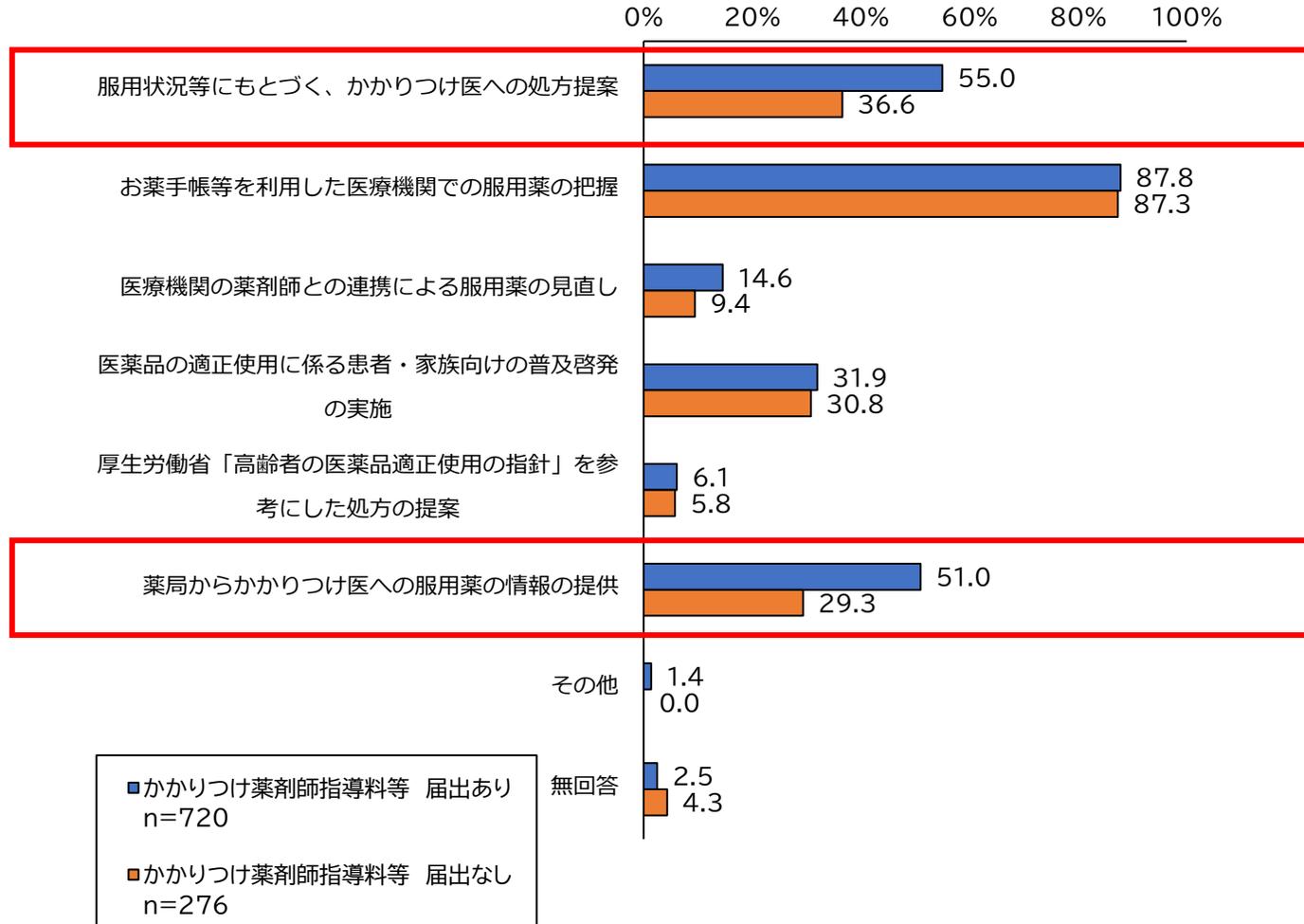
■ 処方医等へ情報提供した内容



かかりつけ薬剤師・薬局の業務（ポリファーマシー解消等）

○ かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準の届出をしている薬局は、届出していない薬局と比較して、ポリファーマシー解消・重複投薬の削減の取組としてかかりつけ医への処方提案、服用薬の情報の提供がより多く実施されている。

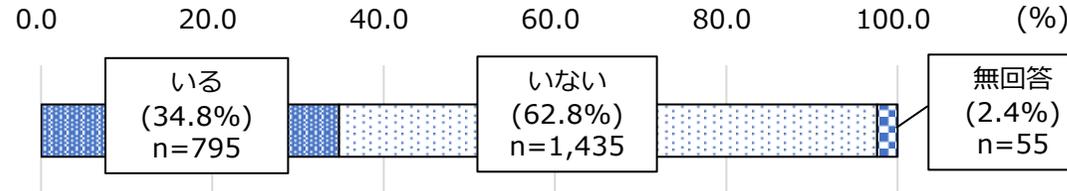
■ ポリファーマシー解消・重複投薬の削減のためにやっている取組



かかりつけ薬剤師から受けたサービス等（患者調査）

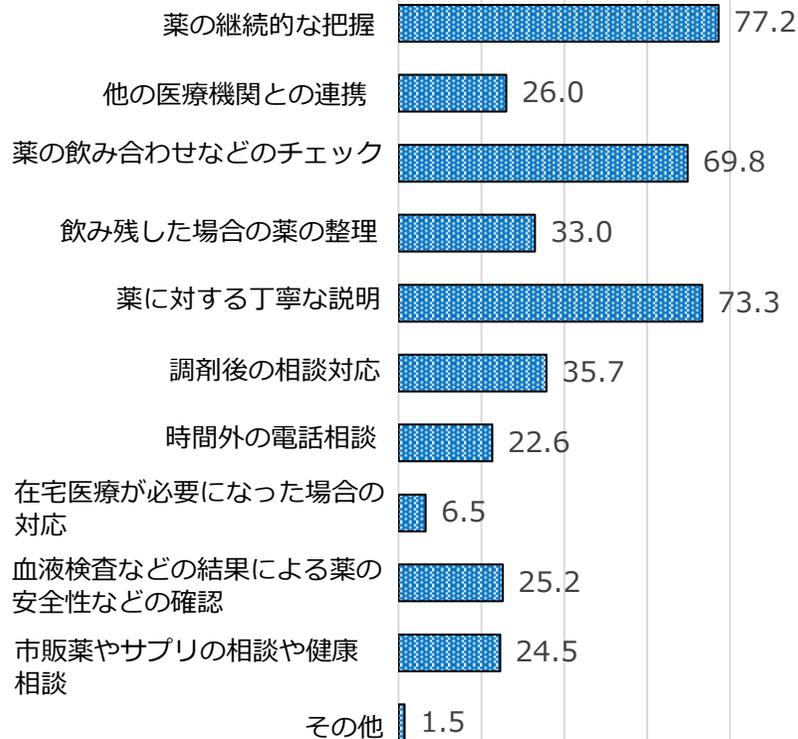
○ かかりつけ薬剤師がいると回答した患者は34%であり、かかりつけ薬剤師が行う、薬の継続的な把握、丁寧な説明、飲み合わせなどのチェック等が良かったこととして多く挙げられた。

■ かかりつけ薬剤師の有無



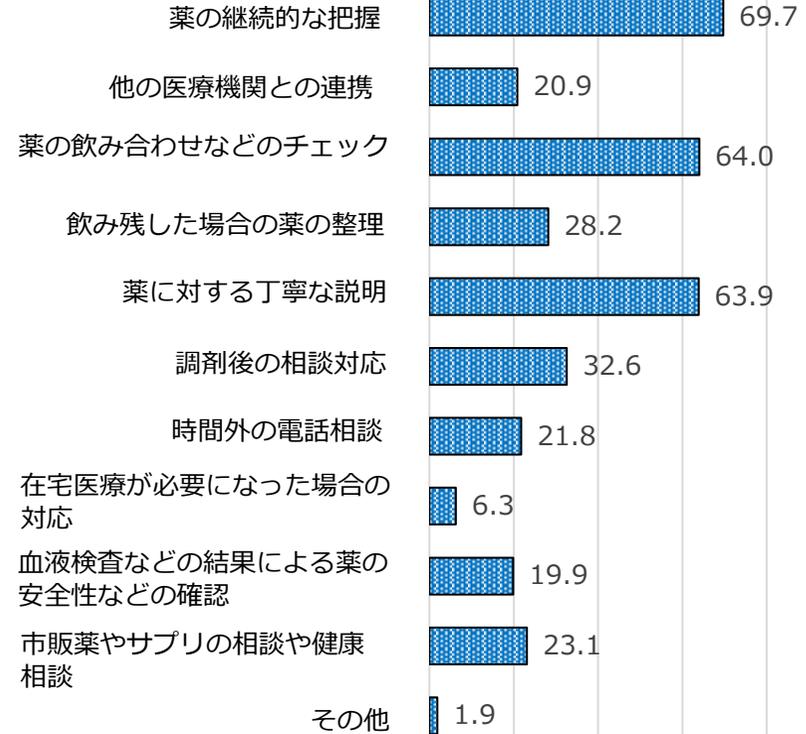
■ かかりつけ薬剤師からどのようなサービスを受けたか (n=795,複数回答)

0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0 (%)



■ かかりつけ薬剤師にしてもらって良かったこと (n=795,複数回答)

0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0 (%)



服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師以外の薬剤師の対応）

○ 令和4年度改定でかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合の服薬管理指導料の特例を設けているが、施設基準では1名に限って対応できるとしている。

➤ かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価。

（新）服薬管理指導料の特例

（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） 59点

〔算定対象〕

当該保険薬局における直近の調剤において、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者

〔算定要件〕

やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき、算定する。

〔施設基準〕

別に厚生労働大臣が定めるものは、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者※ **（1名に限る。）** であること。

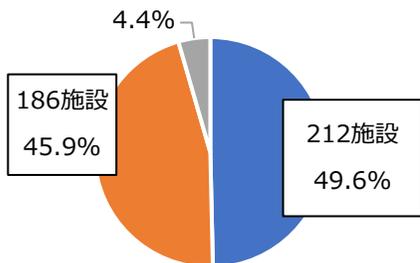
※ 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。

- （1） 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
- （2） 当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。

かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師の対応

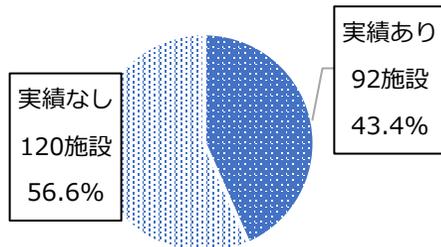
- 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の算定する薬局数、算定件数は限られている。
- 連携する薬剤師は1名のみであり、患者への事前の同意等が必要となる。

■服薬管理指導料の特例を算定する薬剤師の有無(かかりつけ薬剤師指導料届出施設)



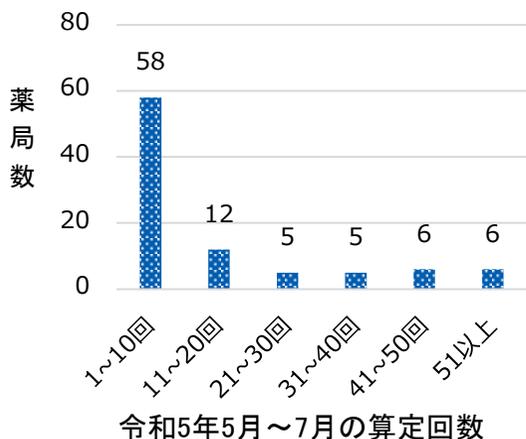
- 服薬管理指導料の特例を算定する薬剤師がいる施設
- 服薬管理指導料の特例を算定する薬剤師がいない施設
- 未回答(n=19)

■服薬管理指導料の特例の算定実績の有無

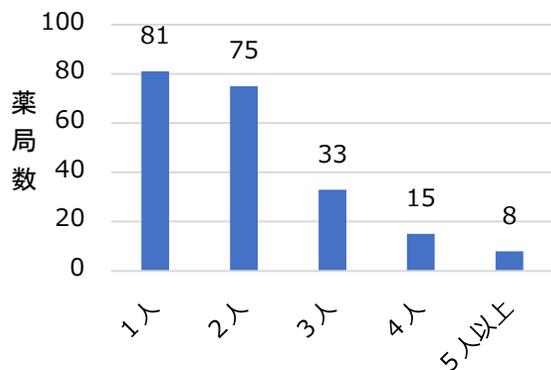


- 服薬管理指導料の特例を算定した実績のある施設
- 服薬管理指導料の特例を算定した実績のある施設

■服薬管理指導料の特例の算定状況(n=92)



(参考)服薬管理指導料の特例を算定する薬剤師の人数(n=212)



(別紙様式2)
様式例 かかりつけ薬剤師指導料(かかりつけ薬剤師包括管理料)について ○○薬局

患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、安心して薬を使用していただけるよう、複数の医療機関にかかった場合でも処方箋をまとめて受け付けることで、使用している薬の情報を一元化・継続的に把握し、薬の飲み合わせの確認や説明を行っています。こうした取組を通じ、多職種と連携することで患者さんの安心・安全や健康に貢献します。次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

薬剤師の_____が

1. 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元化・継続的に把握します。
2. お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
4. 処方箋や地域の医療に関する他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
5. 相談時間内/時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
6. 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
7. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
8. 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
9. 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができ

注)かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療科/加算等が算定されている方が

《薬学的観点から必要と判断した理由》(かかりつけ薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

<input type="checkbox"/> 薬の一元化・継続的な把握	<input type="checkbox"/> 他の医療関係者との連携
<input type="checkbox"/> 薬の飲み合わせなどのチェック	<input type="checkbox"/> 飲み残した場合の薬の整理
<input type="checkbox"/> 薬に関する丁寧な説明	<input type="checkbox"/> 調剤後のフォロー
<input type="checkbox"/> 時間外の電話相談	<input type="checkbox"/> 在宅療養が必要になった場合の対応
<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師が不在の場合、かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師による対応	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	

※《希望する場合》(かかりつけ薬剤師記入欄)
連携する薬剤師の氏名(_____) ※1名まで

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

年 月 日

- ・ 連携する薬剤師も事前の同意が必要
- ・ 別の薬剤師への変更の場合も新たに文書で同意が必要

かかりつけ薬剤師指導料の評価

- かかりつけ薬剤師指導料に関しては、処方医との連携等を行うことを前提にしているため、薬学管理料の一部が算定できない。
- 現行制度では、医療機関等に対する情報提供（服薬情報等提供料）のほか、吸入指導やインスリンの手技の指導に関しては加算が算定できない。

	乳幼児服薬指導加算	小児特定加算 (医ケア児への指導)	麻薬管理指導加算	特定薬剤管理指導料1 (ハイリスク薬)	特定薬剤管理指導料2 (がん)	服薬情報等提供料 1,2,3	吸入薬指導加算	調剤後薬剤管理指導加算 (糖尿病)
服薬管理指導料	○	○	○	○	○	○	○	○
かかりつけ薬剤師指導料	○	○	○	○	○	×	×	×
服薬管理指導料の特例 (かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師が対応)	○	○	○	○	○	○	○	○

かかりつけ薬剤師が算定できない業務の実施状況

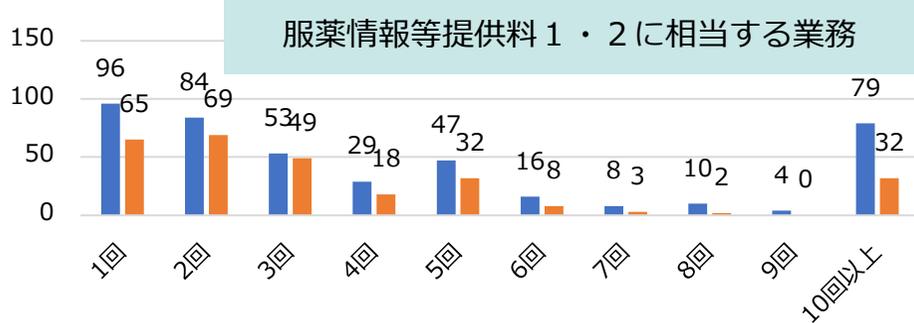
○ かかりつけ薬剤師指導料を算定している薬剤師は、医療機関等に対する情報提供(服薬情報等提供料)のほか、吸入指導やインスリンの手技の指導に関しては、かかりつけ薬剤師ではない薬剤師よりも多く実施する傾向にあった。

■ 令和5年7月の医療機関への情報提供の内訳

■ 患者の副作用の状況の報告



■ 患者の残薬に関する報告



■ 入院を予定する患者の薬剤情報の報告



■ 吸入指導に関する報告



■ 自己注射の指導に関する報告



■ かかりつけ薬剤師指導料の施設基準要件を満たす薬剤師(n=574)
 ■ かかりつけ薬剤師指導料の施設基準要件を満たさない薬剤師(n=425)

1. 薬局、薬剤師の状況

2. かかりつけ薬剤師・薬局について

(1) かかりつけ薬剤師の推進について

(2) 薬局・薬剤師の夜間・休日対応について

(3) 調剤後のフォローアップについて

(4) 保険薬局と保険医療機関等との連携について

3. 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について

(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)

4. 医療用麻薬の提供体制について

薬局・薬剤師の夜間・休日対応

○ 地域における薬局の夜間・休日対応としては

- ①地域の夜間・休日の診療にあわせて対応したり、夜間・休日に来局する患者に対応する調剤応需体制
 - ②かかりつけ薬剤師として、かかりつけとしている患者からの相談等に対応する体制
 - ③計画訪問している在宅・施設で療養を受ける患者の体調急変時等に対応する調剤・訪問体制
- といったことが想定される。

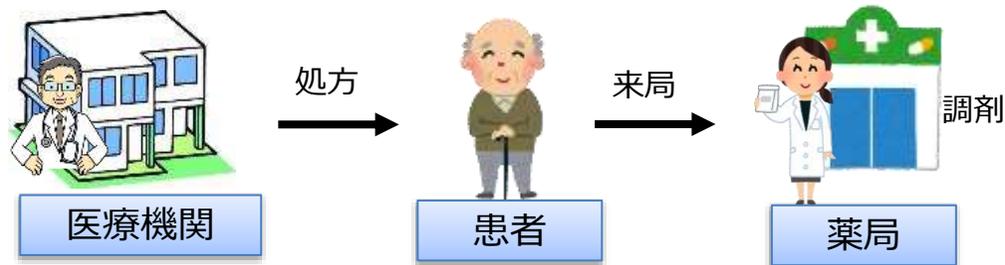
■薬局の体制に関する夜間・休日対応の要件

地域支援体制加算	地域連携薬局	健康サポート薬局
○調剤及び在宅業務に24時間対応できる体制（近隣の薬局との連携可） ○調基1以外：夜間・休日等の対応実績 400回以上	○開店時間外の相談応需体制の整備 ○休日及び夜間の調剤応需体制の整備（地域の輪番制も含む）	○開局時間外の患者からの相談に対応する体制（必要に応じた調剤を実施する体制を含む）

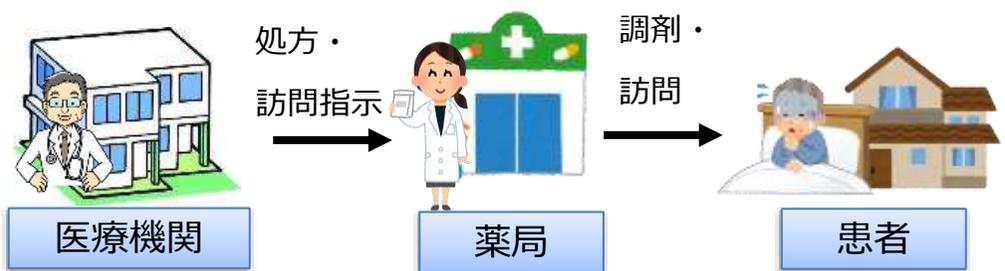
■かかりつけ薬剤師指導料の薬剤師に対する夜間・休日対応の要件

かかりつけ薬剤師指導料
患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えらるとともに、勤務表を作成して患者に渡す。 この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合は、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の薬剤師が対応しても差し支えない。

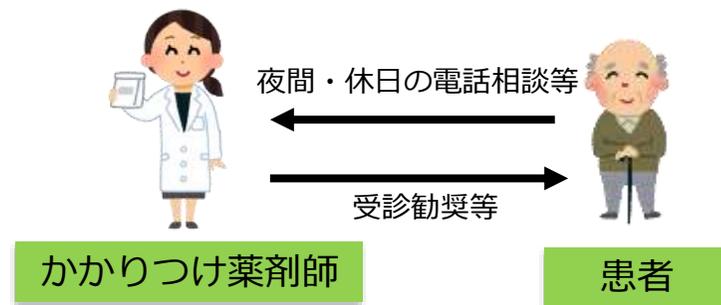
●地域の夜間・休日の診療にあわせて調剤応需



●在宅等で療養を受ける患者の急変時の対応



●かかりつけとしている患者への対応



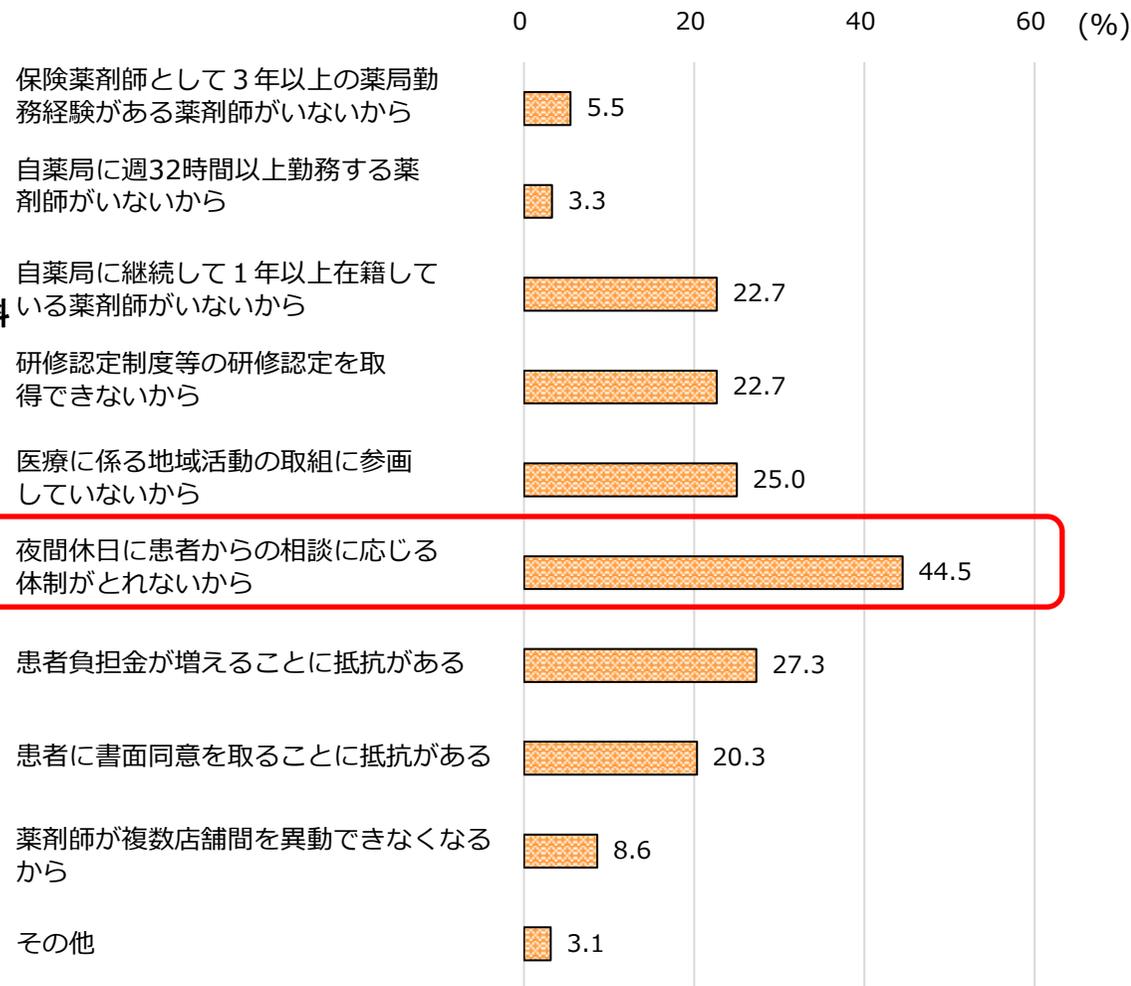
かかりつけ薬剤師指導料等を届出していない理由

○ かかりつけ薬剤師指導料等を届出していない理由として、「夜間休日に患者からの相談に応じる体制がとれないから」が多く挙げられた。

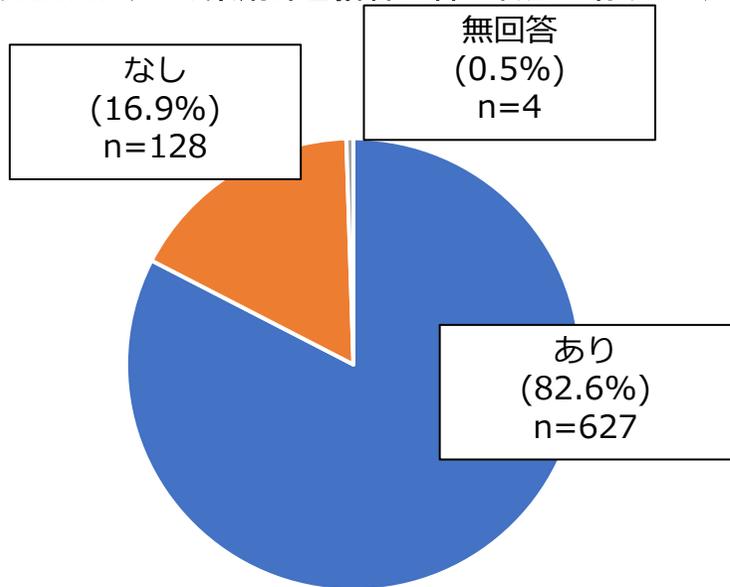
■ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の届出薬局数^{※1}(令和4年7月1日時点)

届出薬局数	35,382 (保険薬局全体の58.4%)
(参考) 保険薬局数	60,607

■ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の届出をしていない理由^{※2}(届出をしていない薬局 n=128)



■ 調査において回答した薬局における、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の届出の有無^{※2}(n=759)



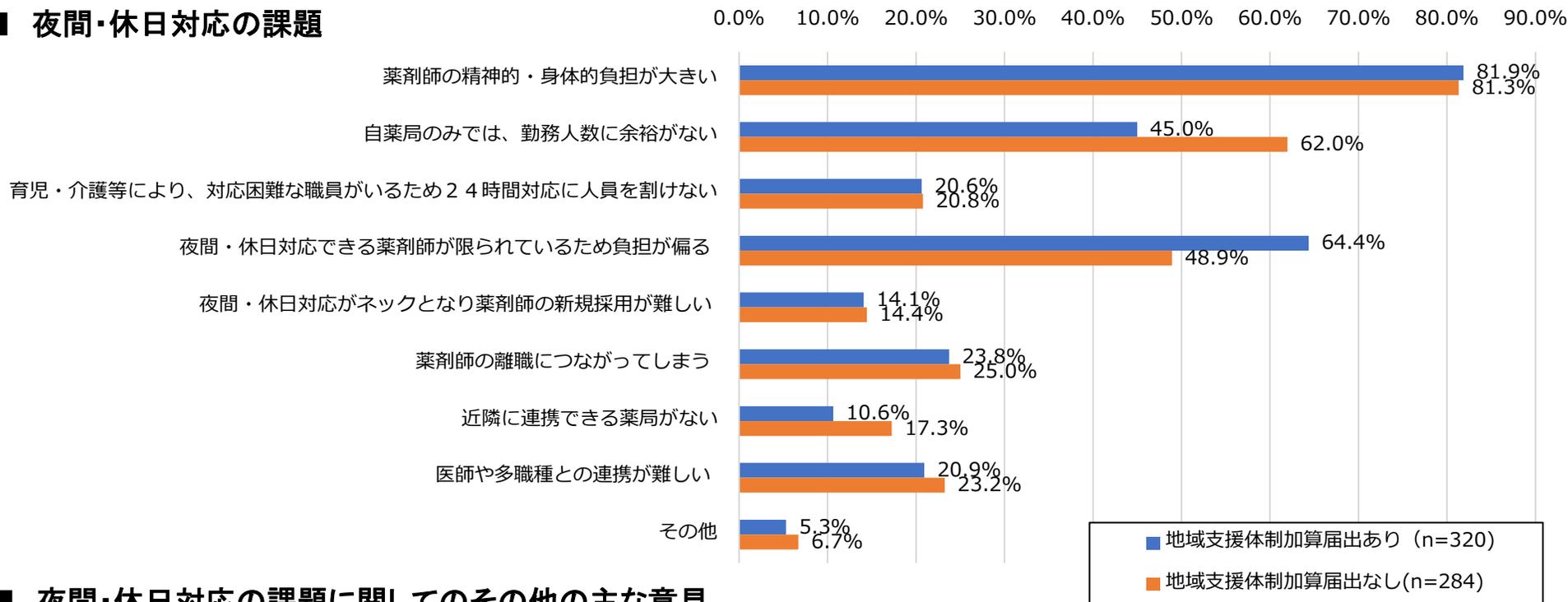
出典: ※1 保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点)

※2 令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

夜間・休日対応を実施した場合の負担

- 夜間・休日の対応に関する課題としては、「薬剤師の精神的・身体的負担が大きい」ことが多く挙げられた。
- 薬局の勤務人数に余裕がないこと、負担が偏ること等も課題として挙げられた。

■ 夜間・休日対応の課題



■ 夜間・休日対応の課題に関するその他の主な意見

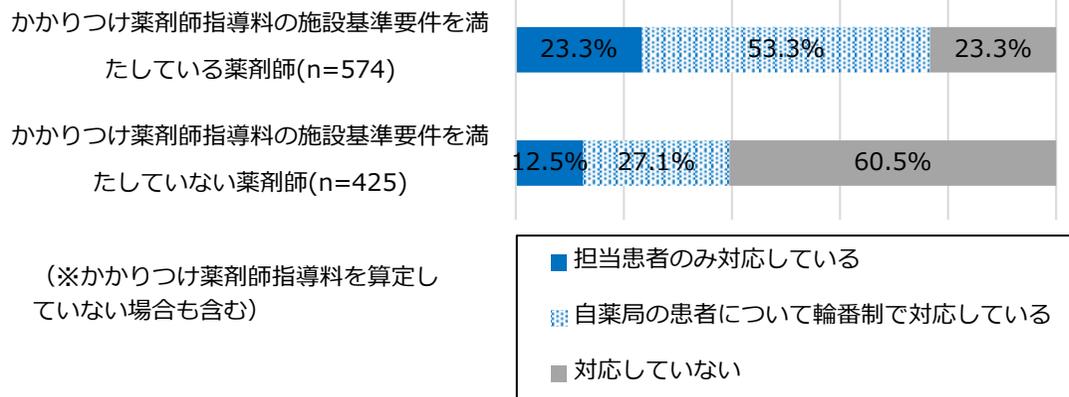
- ✓自宅から薬局（勤務地）までの距離が遠く調剤対応が難しい。
- ✓個人で薬剤師1人でやっているのに対応が不可能。仮に他薬局と連携した場合でも臨番の日は自薬局で勤務後に夜間も通して対応し、翌日も通常勤務があり難しい。
- ✓24時間対応にする為には、薬剤師の増員が必要であり、今の経営状態では増員が困難なため。
- ✓人員に余裕があるか、地域に複数の連携薬局がないと24時間対応は厳しい。
- ✓在庫品目で対応できないケースが多い。
- ✓処方されている薬の手配ができないことがある。

薬剤師の夜間・休日対応

- 週に複数回夜間・休日対応を行う薬剤師が27%と一定数存在した。
- 負担軽減策としては、自薬局内での輪番制(当番制)での患者対応が多く挙げられた。

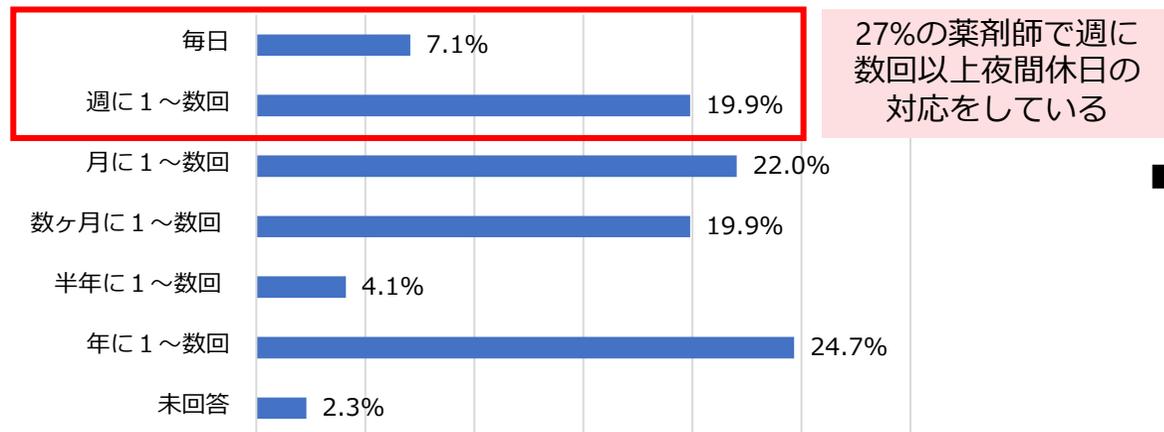
■ 薬剤師個人の夜間・休日の対応状況

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



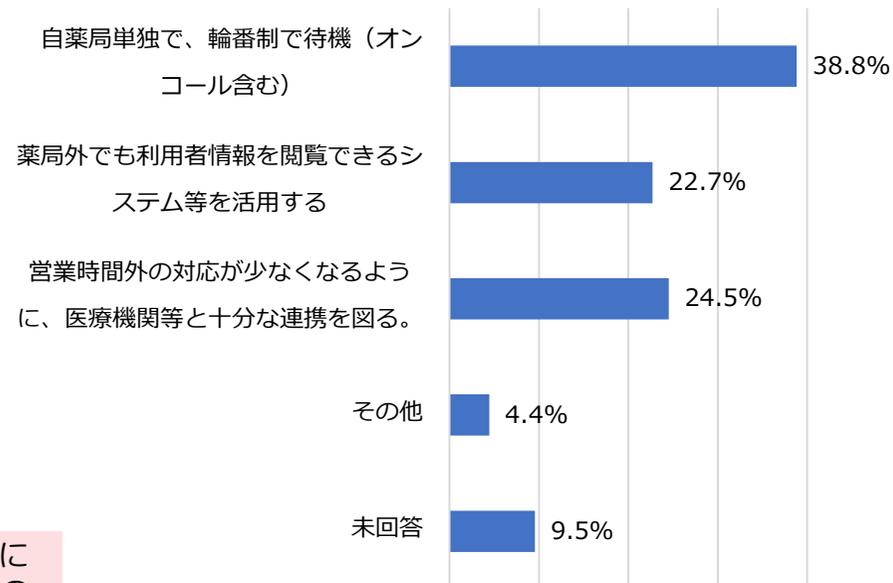
■ 薬剤師個人の夜間・休日対応の頻度 (n=608)

0.0% 5.0% 10.0% 15.0% 20.0% 25.0% 30.0%



■ 薬剤師の夜間・休日対応の負担軽減策として望ましいもの (n=608)

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0%



■ 負担軽減策としてその他の主な意見

- ✓対応する回数は年に1回あるかないか。
- ✓対応者を増やす。
- ✓グループ薬局内で輪番対応

薬局の夜間・休日の対応体制①

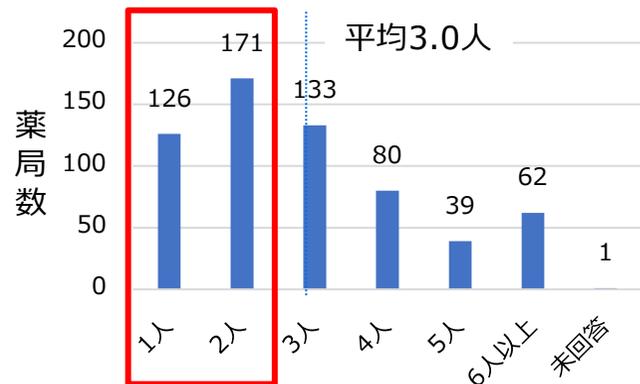
- 1店舗あたりの薬剤師数について、常勤換算で2人以下の薬局が49%であった。
- 常勤換算の薬剤師数が2人以下の薬局では、3人以上の薬局と比較して、夜間・休日対応ができない割合が高い。

■ 薬局の1店舗あたりの薬剤師数 (n=612)

■ 夜間・休日対応の状況

※常勤+非常勤(常勤換算人数)

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0%



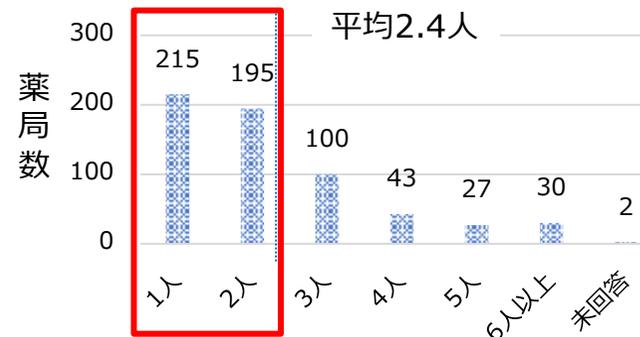
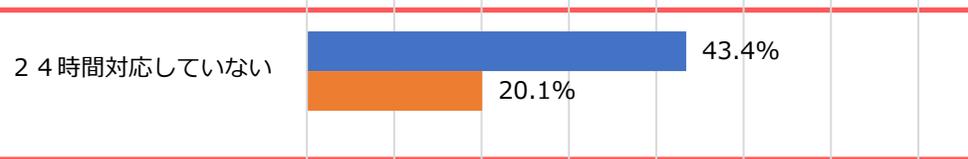
49%の薬局で薬剤師数2人以下 (常勤換算人数)

近隣の保険薬局(同一グループの薬局以外)と連携して24時間対応している

同一グループの薬局と連携して24時間対応している

■ 薬局の1店舗あたりの常勤薬剤師数 (n=612)

※非常勤は除く



■ 薬剤師2人以下 (n=297) ■ 薬剤師3人以上 (n=314)

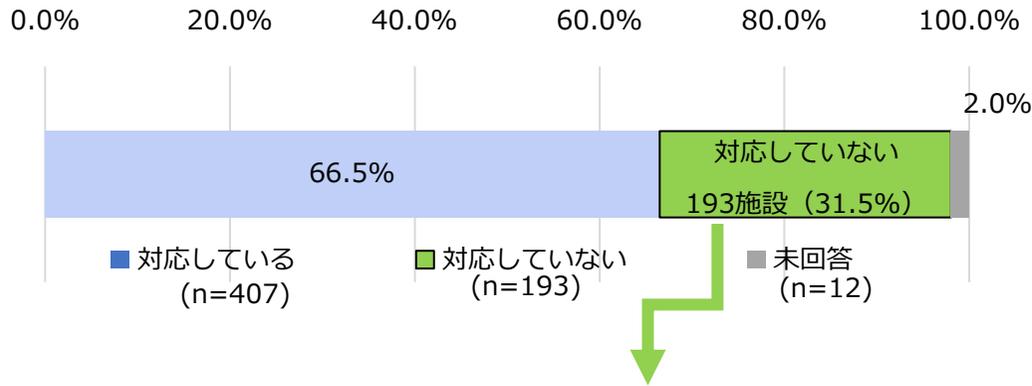
※常勤+非常勤(常勤換算人数)

67%の薬局で常勤薬剤師数2人以下

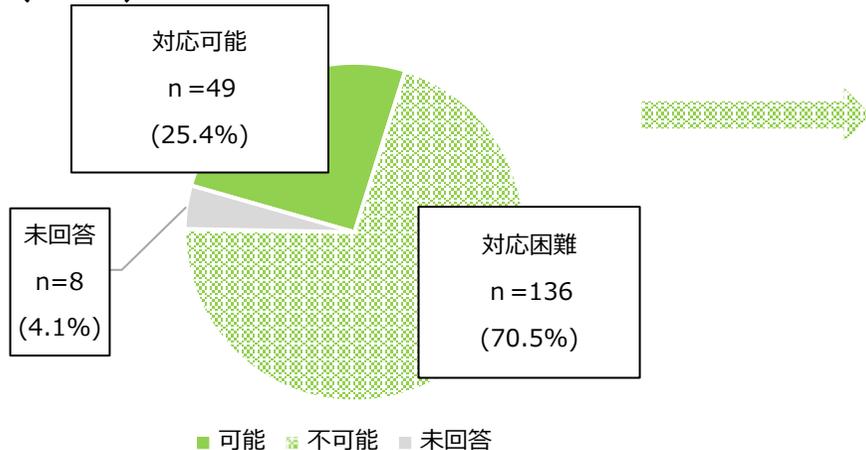
薬局の夜間・休日対応体制②

- 夜間・休日対応していないと回答した薬局のうち、複数の薬局と連携することで対応可能と回答した薬局が25.4%あった。
- 一方で、夜間・休日対応できない理由として、薬局の調剤対応の体制をとることが難しいことが多く挙げられた。

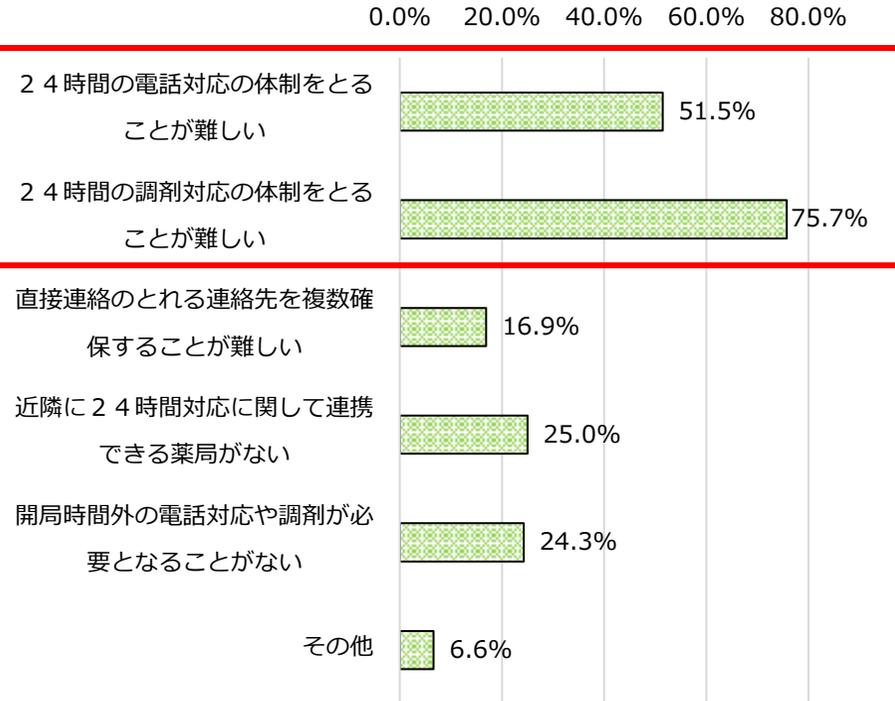
■ 薬局の夜間・休日対応状況



■ 複数の薬局と連携することで夜間・休日対応の可否 (n=193)



■ 連携しても対応できないと回答した薬局における夜間・休日対応できない理由 (n=136)



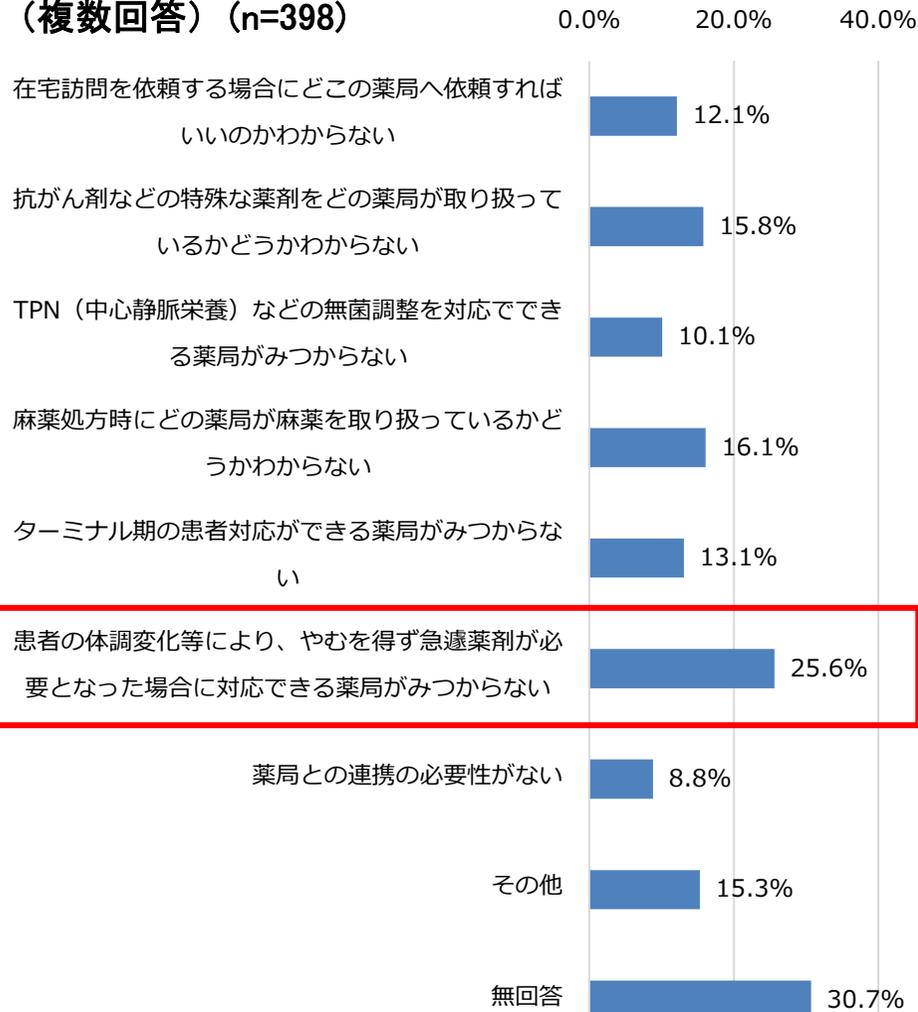
■ その他の意見として記載があった主なもの

- ✓高齢のため対応できない
- ✓人手不足であり薬剤師への負担が重い
- ✓24時間対応のニーズがない
- ✓時間外の調剤対応が必要となることがない。

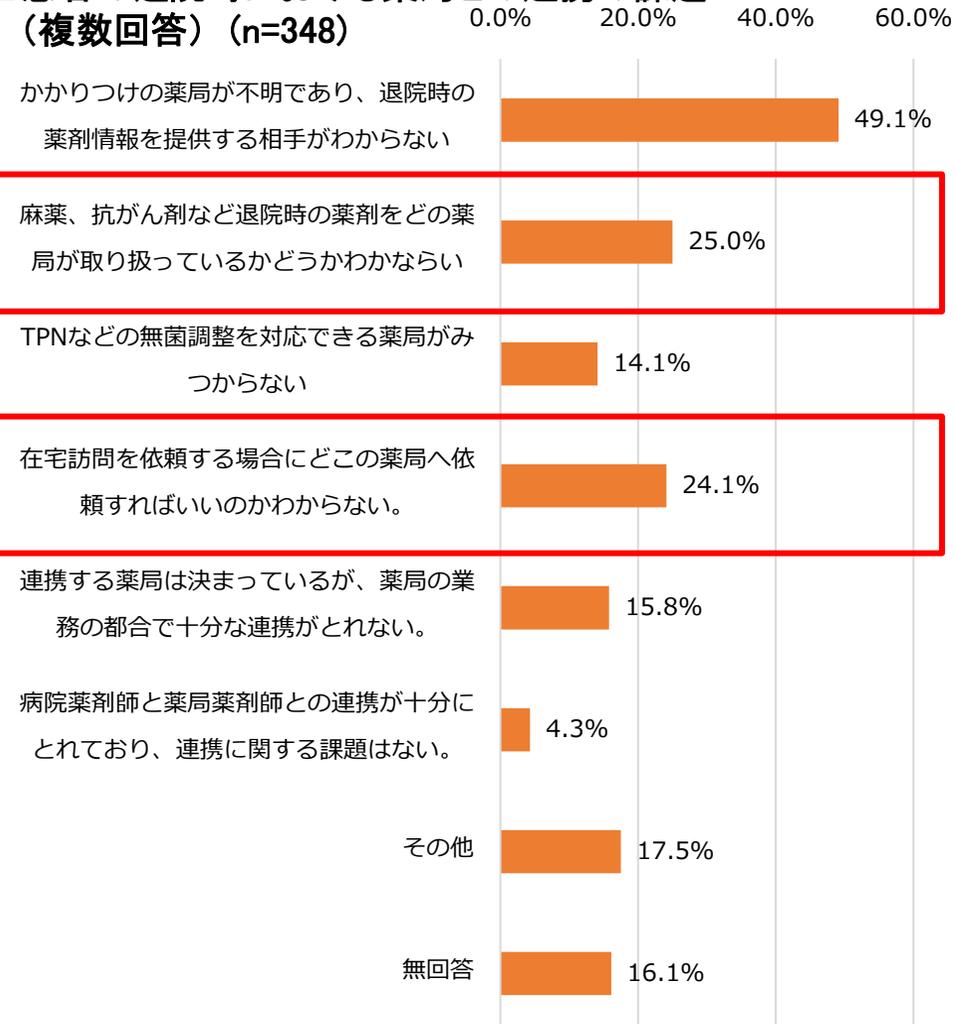
薬局と診療所・病院との連携に関する課題

○ 医療機関の調査では、連携の課題として、急遽調剤に対応できる薬局、麻薬、抗がん剤などの薬剤を扱っている薬局、在宅訪問する薬局など、薬局の機能に関する情報がわからないことが多く挙げられていた。

■ 診療所と薬局との連携についての課題 (複数回答) (n=398)



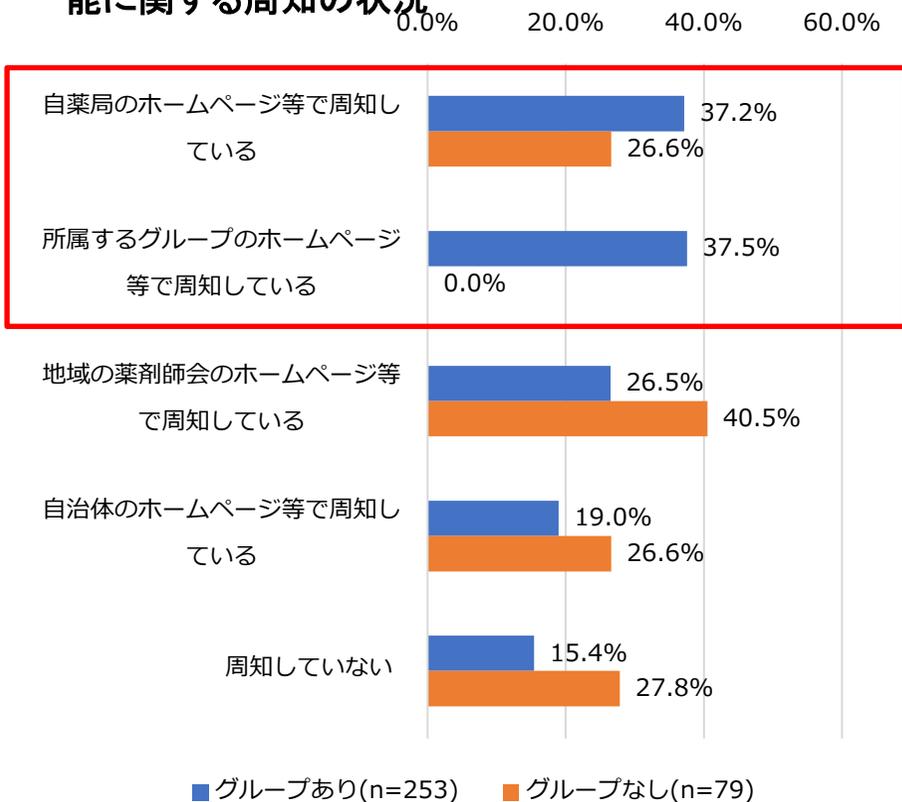
■ 患者の退院時における薬局との連携の課題 (複数回答) (n=348)



薬局の夜間・休日対応等の周知の現状

- グループに所属する場合は自局や所属するグループのホームページでの周知が多い。
- 薬局独自のホームページ、同一グループのホームページの仕様が様々であり、薬局の夜間・休日対応等の周知について、必要となる情報が明記されていないことがある。
- このような情報提供の場合、地域の医療・介護関係者は、当該地域の薬局の情報を把握するためには、それぞれのホームページから入手する必要があり、情報入手手段として現実的ではない。

■ 夜間・休日対応している薬局における薬局の機能に関する周知の状況



■ 薬局独自のホームページにおける周知(イメージ)

〇〇薬局



〒0▲0-0000
〇〇県〇〇市〇〇〇1-1

休日: 日・祝
TEL : 000-xxx-0000
処方せん受付時間:
(月 - 金)09:00-19:00
(土)09:00-13:00

■ 同一グループのホームページにおける周知(イメージ)

〇〇薬局グループ
店舗検索

〇〇薬局 〇〇店
〒0▲0-0123 〇〇県〇〇市〇〇〇1-1
TEL : 000-xxx-0001

〇〇薬局 ■■店
〒0▲0-0124 〇〇県■■市■■〇3-1
TEL : 000-xxx-1111

〇〇薬局 ▲▲店
〒0▲0-0125 〇〇県▲▲市▲▲3-1
TEL : 000-xxx-2222

地域の薬剤師会による薬局体制の周知①

- 医療機関や住民が必要とする薬局の機能に関する情報を簡便に入手できるよう、地域の薬剤師会において、薬局の休日・夜間対応や在宅実施薬局等の薬局機能に関する情報を一元的に管理・周知している。

■ 練馬区薬剤師会のホームページ



※「休日・夜間薬局」、「在宅実施薬局」等、対応する地域の薬局が検索可能

一般社団法人 練馬区薬剤師会
NERIMAKU PHARMACEUTICAL ASSOCIATION

TOP > 練馬区の薬局・薬店検索TOP > 「休日・夜間薬局」の薬局・薬店

「休日・夜間薬局」の薬局・薬店

「休日・夜間薬局」は 4件 です

〇〇薬局 東京都練馬区 ☎:03 日曜 祝日 夜間 在宅 詳細を見る	▲▲薬局練馬店 東京都練馬区 ☎:03- 日曜 祝日 夜間 在宅 詳細を見る	石神井休日夜間薬局 ※ 東京都練馬区 ☎:03 詳細を見る
---	---	---

練馬区休日・夜間薬局 ※
東京都練馬区 | _____
☎:03
詳細を見る

※平日の夜間および休日に練馬区薬剤師会の会員が当番制で勤務

※対応する地域の薬局が一覧で表示される。

地域の薬剤師会による薬局体制の周知②

○ 県の薬剤師会において、県内の各地区の休日・夜間応需可能薬局の一覧を随時更新して周知している。

福岡県薬剤師会
Fukuoka Pharmaceutical Association

休日夜間の処方箋応需体制一覧

令和3年8月1日より改正薬機法の一部が施行される認定薬局（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）制度の要件として休日夜間においても、処方箋調剤に地域の薬局間で連携して対応することが求められています。

福岡県内における休日夜間の処方箋応需体制に関する状況を把握し、また認定薬局を目指す薬局の情報を地域に他の薬局へ周知することを目的として、緊急調査を実施いたしました。

掲載一覧を下記の通り公開いたしますので、ご活用ください。

引き続き、地域の住民に対して休日夜間においても安定的に薬剤を供給する体制の確保にご協力頂きますようお願い申し上げます。

新たに休日夜間の処方箋応需体制が整った場合、掲載している内容に変更が生じた場合または休日夜間の処方箋応需が出来なくなった場合（取り消し）は下記フォームよりお知らせください。

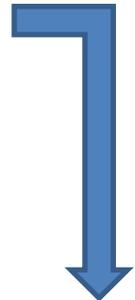
定期的（月に一度）更新いたします。

休日夜間の処方箋応需体制 通報対応フォーム

ただし、夜間：19:00～翌8:00、土曜日13:00～、日曜・祝日に開局し処方箋の応需が可能な薬局のみ一覧表へ掲載いたします。

- ◆各地区薬剤師会の休日当番薬局はこちらから
 粕屋薬剤師会 筑紫薬剤師会 朝倉薬剤師会 久留米三井薬剤師会 八女筑後薬剤師会
 厚狭薬剤師会 大牟田薬剤師会 飯塚薬剤師会 直方若手薬剤師会
- ◆**夜間応需可能薬局一覧（令和5年9月8日更新）**
- ◆**休日夜間応需可能薬局一覧（令和5年9月8日更新）**

注）掲載してではなく緊急時のみ又は電話により対応と回答いただいた薬局は除外しております。



※以下、追加対応準備中

（県民向け）

（薬局向け）

（参考：福岡・医療的ケア児等協力薬局マップ）

- ・ 対応薬局を地図にプロットし、HPで把握できるよう変更中（スマートフォン対応）
- ・ 薬局は相互に対応薬局が確認できるよう、会員アプリにも掲載予定

（福岡県薬剤師会会員アプリ）

最新の情報を随時更新している

夜間応需可能薬局一覧（※平日19:00～翌8:00、土曜日13:00～で開局している薬局です。電話対応のみや緊急時のみ対応は含みません。）

所属地区薬剤師会	薬局名	管理薬剤師名	電話番号	夜間及び土曜日の応需体制	郵便番号	住所
福岡市薬剤師会	イオン薬局ショパーズ福岡店			平日・土曜日 9:00～19:00	810-0001	福岡市中央区天神4-4-11
福岡市薬剤師会	そごう薬局天神中央店			土曜日 18:30まで営業	810-0001	福岡市中央区天神1-3-38 天神1211' A11階
福岡市薬剤師会	クオ薬局			土曜日 9:00～17:30	810-0001	福岡市中央区天神2丁目4-20 天神ア59902
福岡市薬剤師会	どんぐり薬局			平日・土曜日 19:00～翌8:00、日曜日 8:00～翌8:00	810-0001	福岡市中央区天神4-6-28
福岡市薬剤師会	なごみ薬局天神店			第三土曜日は9-16	810-0001	福岡市中央区天神1-14-4 天神平和ビル305
福岡市薬剤師会	日本提携福岡中央薬局			土曜日 13:00～18:30	810-0001	福岡市中央区天神1-2-12 x91777天神ビル1F
福岡市薬剤師会	日本提携福岡天神薬局			土曜日 13:00～19:00	810-0001	福岡市中央区天神1-10-5 第2明堂ビル1F
福岡市薬剤師会	薬局向十字			元日以外 9:30～19:30	810-0001	福岡市中央区天神2丁目9番104号

令和5年8月末現在 39/6

地域の薬剤師会による薬局体制の周知③

○ 地域の薬剤師会において、在宅医療の様々なニーズに対応できる薬局の情報を地域の医療・介護関係機関等が把握できるよう、取扱い可能な薬剤の種類や業務内容等の情報が検索できる一覧をホームページで周知するとともに、冊子を関係機関等に配布している。

滋賀県薬剤師会の取組(在宅医療支援薬局の公開)

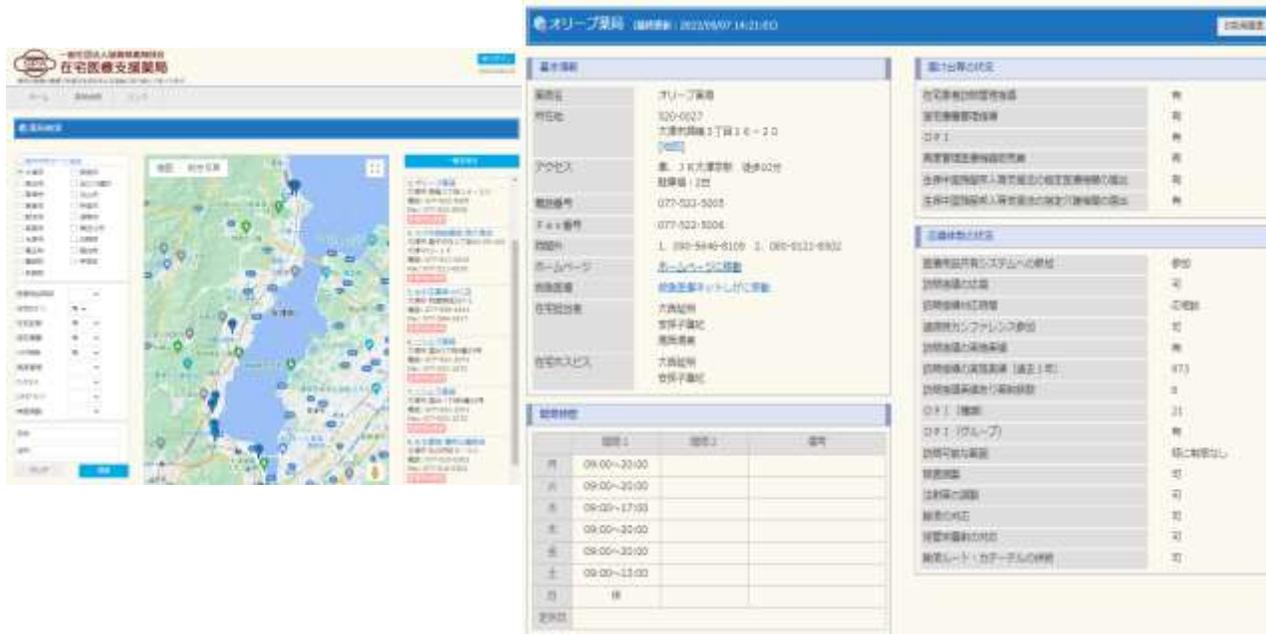
滋賀県薬剤師会のホームページにおいて、24時間の在宅対応が可能な薬局(在宅医療支援薬局)の情報を公開し、検索が可能。薬局リストは冊子にして関係機関にも配布。※24時間対応とは、時間外でも①連絡が取れ、②自薬局又は連携薬局の協力で訪問対応が可能であること。

在宅医療支援薬局情報サイト

地域、条件(在宅対応、麻薬・衛生材料の取扱い等)を指定して検索し、薬局の詳細な情報を確認することが可能。

在宅医療支援薬局情報リスト(冊子)

在宅医療に対応している薬局のリストの冊子を各地域において、医療機関、訪問看護ステーション、市役所・町役場、都市医師会、地域包括支援センター等に、地域薬剤師会の担当者が訪問して配布。地区薬剤師会ごとの窓口担当者も掲載。



(掲載されている在宅医療支援薬局リストの例)

- | (薬局情報) | (地域担当者情報) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬局名/所在地/連絡先/担当者/訪問実績 ・ 退院時カンファ参加可否 ・ 麻薬小売業者免許有無 ・ 無菌調整対応可否 ・ 医薬品・医療材料分割対応有無 ・ 小児在宅受入可否、等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の窓口担当者リスト ・ 終末期医療に対応可能な薬剤師のリスト など <p>※リスト掲載項目や内容は、見直し・改訂を毎年実施</p> |

薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ (令和4年7月11日)

- 地域において求められる夜間・休日等の対応については、地域の実情に応じた体制構築が必要となるが、地域の薬剤師会が中心的な役割を担うとともに、会員・非会員を問わず地域の薬局が協力して議論を行うことの必要性が示されている。

第4 具体的な対策

4. 地域における薬剤師の役割

(3) 地域の実情に応じた薬剤師サービス等の提供体制の検討

- 地域において求められる薬剤師サービスとしては、
 - ・ 医薬品の供給拠点（患者に必要な医薬品について、適切な薬学的管理・指導、服薬指導とともに提供する。要指導・一般用医薬品を含む。）
 - ・ **夜間、休日の対応**
 - ・ 健康サポート（セルフケアの啓発を含む。）
 - ・ 新興感染症、災害等の有事への対応
 - ・ 在宅対応（無菌調剤、麻薬調剤等を含む。）
 - ・ 医薬品関連情報の発信（症例検討会、勉強会の実施・参加等を含む。）
 - ・ 薬事衛生（医薬品・医療機器の正しい使い方の説明、学校薬剤師、薬物濫用の防止等）などが考えられる。

- このような薬剤師サービスを全ての薬局が個別に対応することは困難であり、また、新興感染症、災害時等の有事への対応等、地域全体で効率的・効果的に提供すべき薬剤師サービスもある。このように、薬剤師サービスを地域全体で提供していくという観点も必要であり、**地域の実情に応じた体制の構築について、自治体の関係部局及び関係団体等が協議・連携して取り組むことが重要である。**またこの前提として、地域において、薬剤師サービスの必要量やリソース等を把握することが必要である。

- このため、地域において、地域医療に必要な機能を把握するとともに、自治体や医療関係者が協議の場を持ち、必要な薬剤師サービスの確保策を検討する仕組みを構築すべきである。**なお、当該地域での検討においては、地域の薬剤師会が中心的な役割を担うとともに、会員・非会員を問わず地域の薬局が協力し、議論を行う必要がある。**

(参考) 薬局機能情報提供制度による薬局体制の周知

- 薬局機能情報提供制度では、薬局に対してその薬局機能に関する情報を都道府県へ報告することを義務づけており、都道府県が住民・患者に対して集約した情報を公表している。
- 情報の中には、夜間・休日の体制等までわからないものの、開店時間や開店時間外で相談できる時間が示されている。

■ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)

■ 報告が義務づけられている事項(一部抜粋)

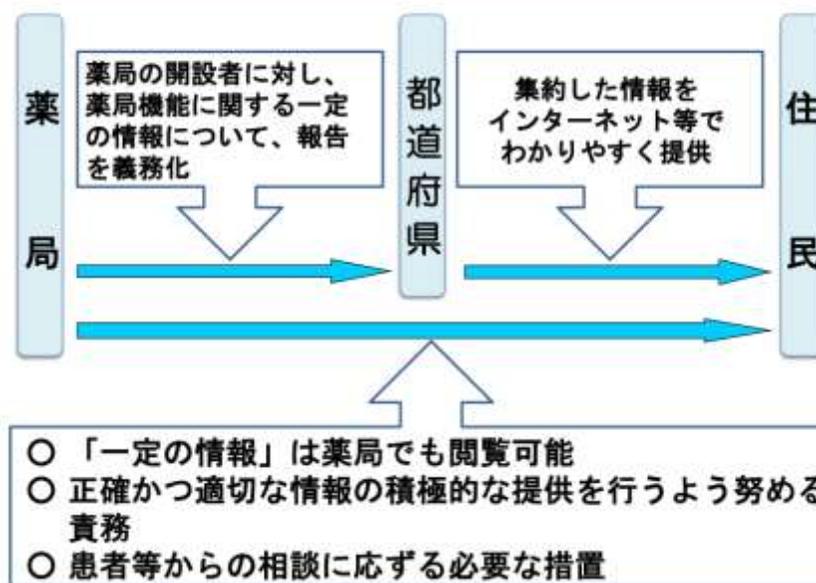
別表第一(第十一条の三関係)

第一 管理、運営、サービス等に関する事項

一 基本情報

- (1) 薬局の名称
- (2) 薬局開設者
- (3) 薬局の管理者
- (4) 薬局の所在地
- (5) 電話番号及びファクシミリ番号
- (6) 営業日
- (7) 開店時間
- (8) 開店時間外で相談できる時間
- (9) 地域連携薬局の認定の有無
- (10) 専門医療機関連携薬局の認定の有無(有の場合は第十条の三第一項に規定する傷病の区分を含む。)

薬局機能情報提供制度の概要



※令和6年4月からは国が構築するシステムで公表することになり、在宅医療の体制や有事への対応状況が把握できる項目等が追加される

○在宅医療等の体制に係る設備や実績の追加項目

- ・無菌製剤処理に係る調剤体制の詳細(クリーンベンチ/安全キャビネットの有無等)や実績
- ・麻薬に係る調剤(実施可否に、実績を追加) 等

○災害や新興感染症等の有事への対応状況等の追加項目

- ・改正感染症法に基づく協定締結の有無
- ・新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱いの有無 等

1. 薬局、薬剤師の状況

2. かかりつけ薬剤師・薬局について

(1) かかりつけ薬剤師の推進について

(2) 薬局・薬剤師の夜間・休日対応について

(3) 調剤後のフォローアップについて

(4) 保険薬局と保険医療機関等との連携について

3. 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について

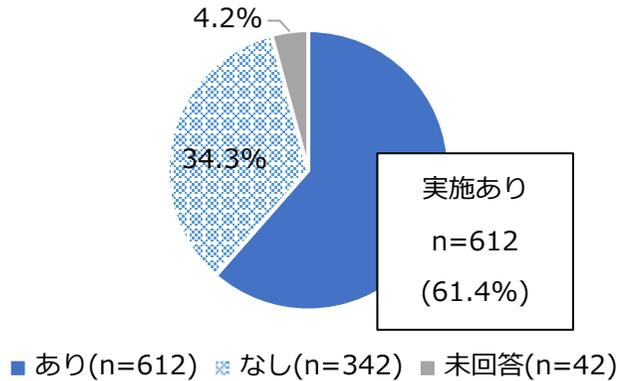
(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)

4. 医療用麻薬の提供体制について

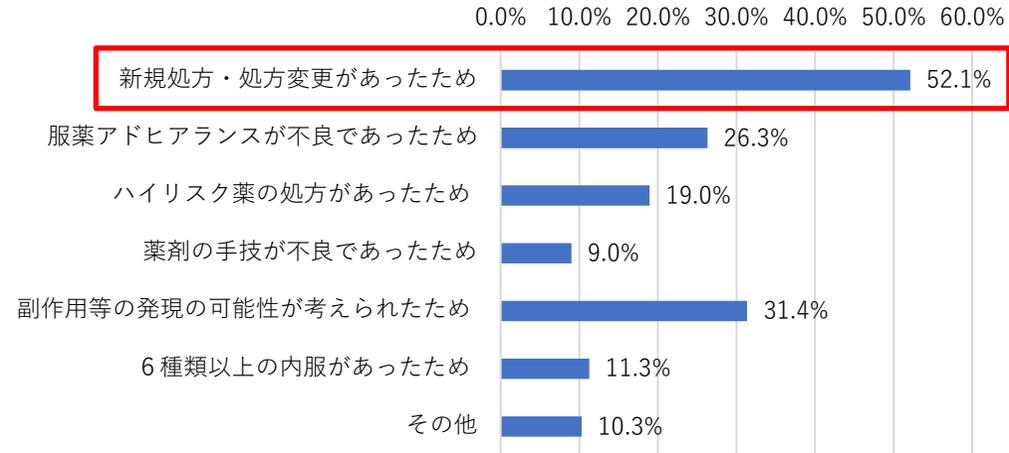
調剤後のフォローアップの状況

- 調剤後のフォローアップの実施は調査した患者996名うち612名(61.4%)で実施されており、実施したきっかけとしては、「新規処方・処方変更があったため」の理由が一番多かった。
- フォローアップの方法としては電話が多く、フォローアップした結果、約6割(59.3%)で医療機関への情報提供等の対応が実施されていた。

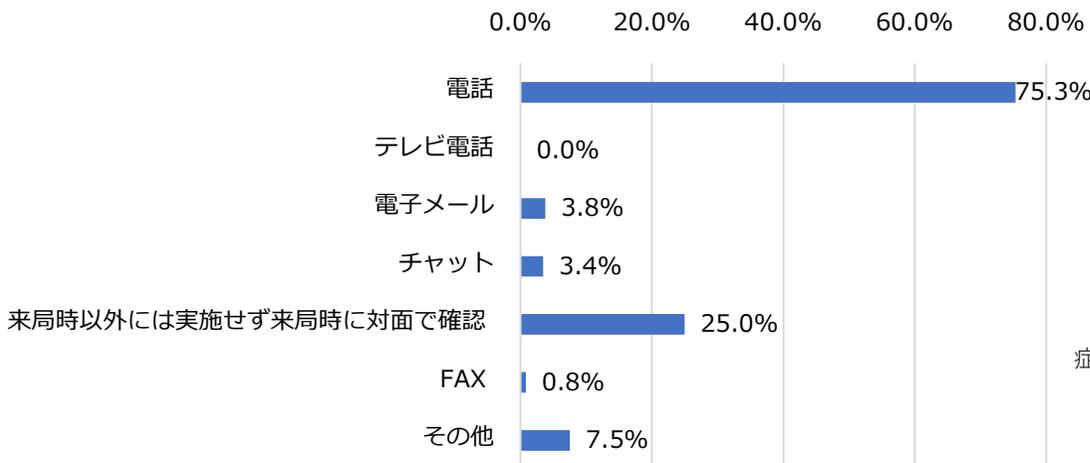
■ フォローアップの実施状況 (n=996)



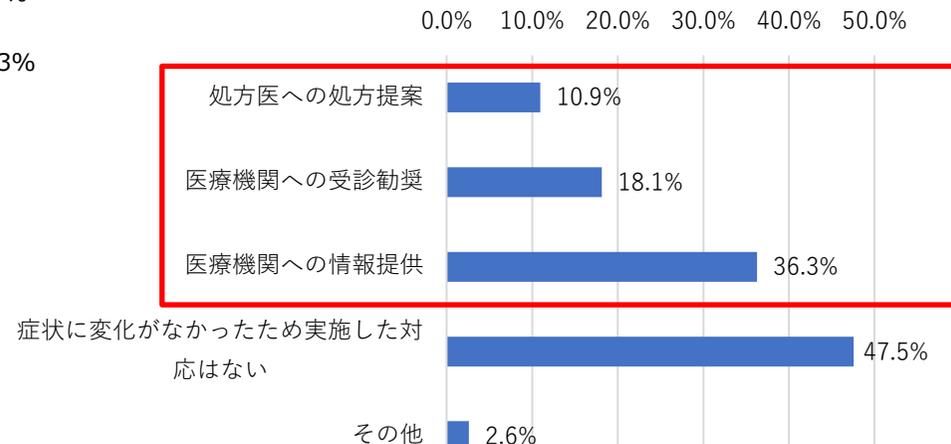
■ フォローアップを実施したきっかけ (n=612)



■ 実施されたフォローアップの方法(n=612)



■ 医療機関への情報提供等の実施状況(n=612)



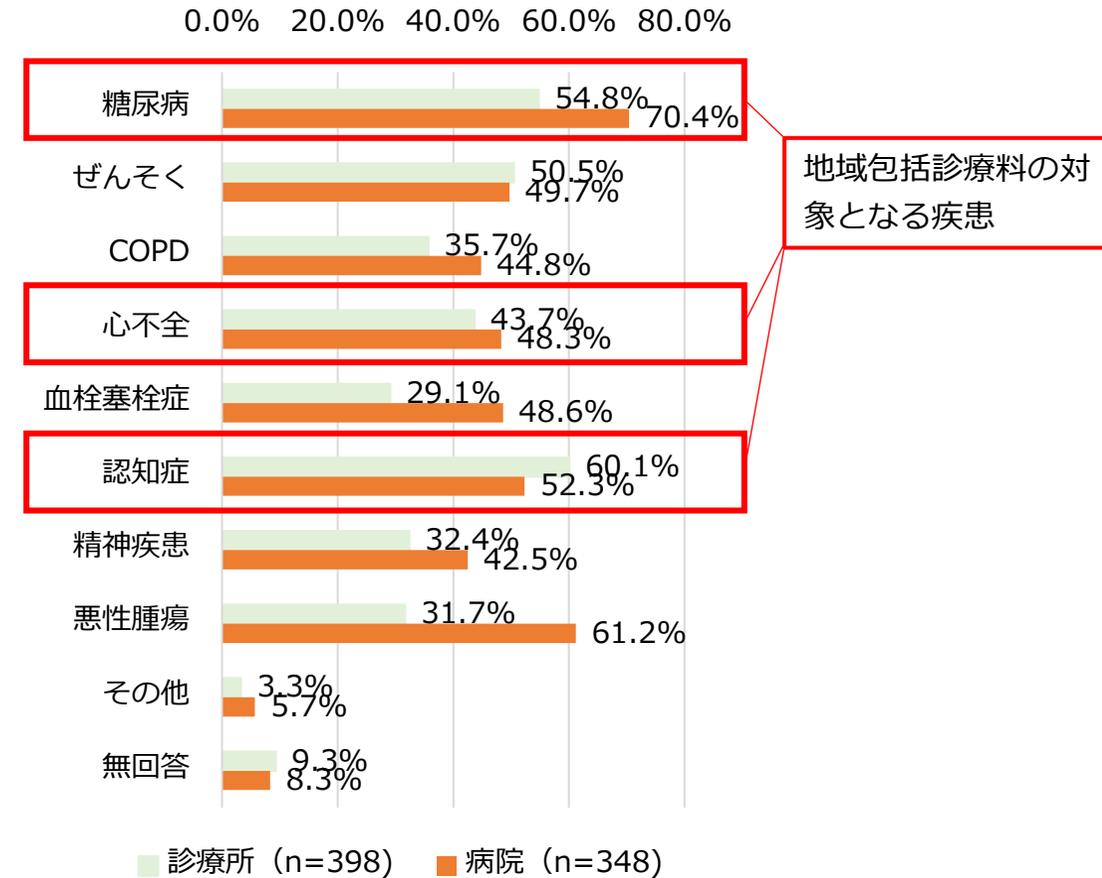
調剤後のフォローアップが必要な疾患

- 心不全、認知症においては、薬局薬剤師が考えているよりも、診療所・病院からの薬局薬剤師によるフォローアップのニーズが高い傾向にある。
- 医療機関における地域包括診療料の対象疾患における薬剤師によるフォローアップのニーズが高い。

■ 薬剤師が考える特にフォローアップの必要がある疾患



■ 診療所、病院: 特に薬局薬剤師にフォローアップをしてほしい疾患



心不全患者に対する薬学的管理の必要性

- 第2期循環器対策推進基本計画において、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上に資する薬学的管理・指導が取り組むべき施策とされている。
- 心不全の再入院の要因として、「治療薬服用の不徹底」が挙げられており、再入院を防止するためには、退院後の継続的な薬学的管理により適切な服薬を継続することが必要である。

第2期循環器病対策推進基本計画

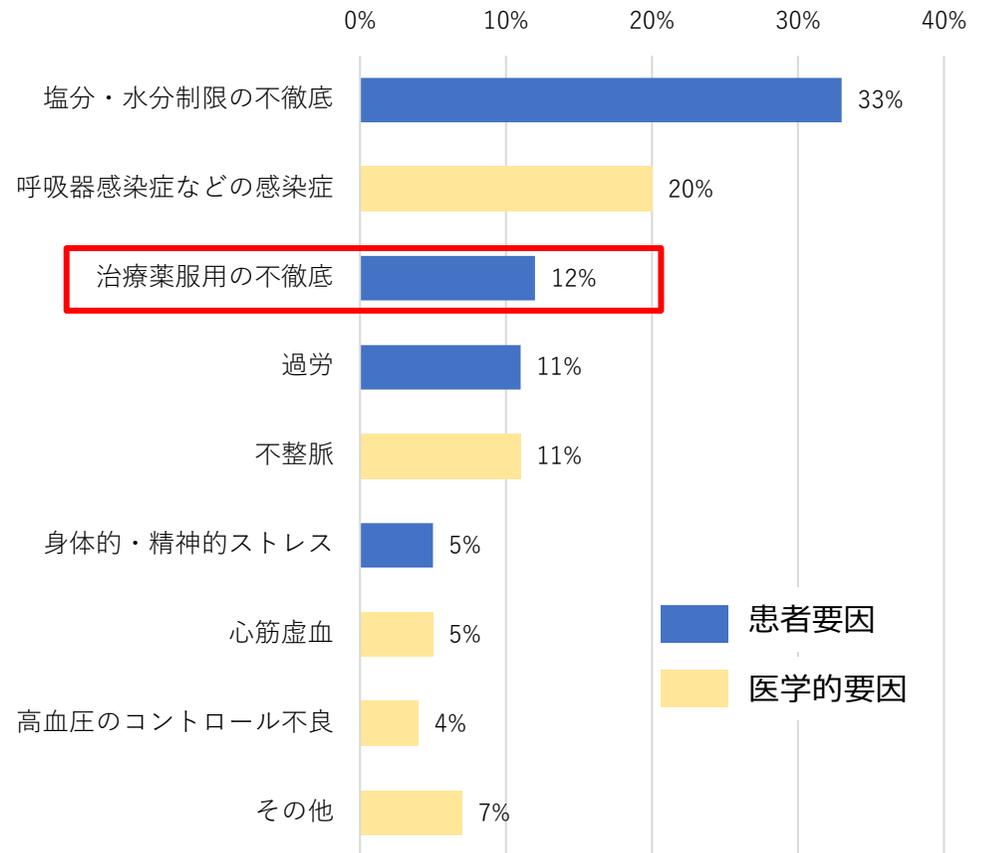
(令和5年3月28日閣議決定)

⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

(取り組むべき施策)

かかりつけ医機能の充実や病診連携の推進、かかりつけ歯科医等による 医科歯科連携や歯科口腔保健の充実、**かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上に資する服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導**、看護師等による予防から治療、再発予防、重症化予防までの切れ目のない看護の提供、理学療法士の理学療法、作業療法士の作業療法、言語聴覚士の言語聴覚療法、管理栄養士や栄養士による栄養管理、社会福祉士、介護支援専門員及び相談支援専門員による相談・生活支援等に取り組む。

■心不全の再入院の要因



心不全患者に対する連携の取組

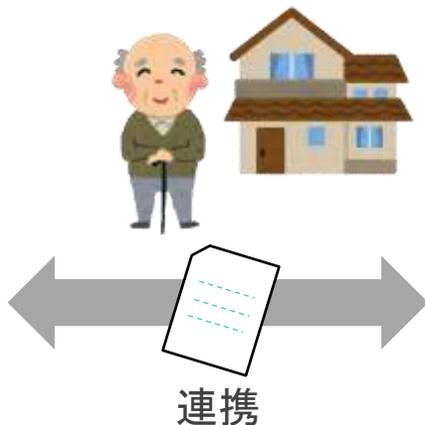
○ 医療機関と薬局が「心不全フォローアップシート」を用いた情報共有を行うことで、薬局は継続した患者フォローアップを実施し、症状の悪化・再入院の回避等につなげる取組が行われている。

■心不全における医療機関と薬局の連携体制

「心不全フォローアップシート」及び「薬剤管理サマリー」を薬局へ発行し、多職種での指導内容を情報提供



医療機関



「心不全フォローアップシート」にて療養指導を継続し、医療機関へ指導内容を毎回フィードバック



薬局

■「心不全フォローアップシート」

《以下のチェック項目を確認》

1. 薬の飲み忘れの有無
2. 塩分過剰摂取の有無
3. 過労の有無
4. 禁煙の実施
5. 節酒の実施
6. 体重測定の有無
7. 浮腫の確認
8. 労作時の息切れの確認
9. BNPの推移
10. 心不全増悪時の受診目安の理解

■薬局での「心不全フォローアップシート」活用事例

退院2週間の聞き取りを行ってください	退院1か月後	2か月後	3か月後	5か月後
●薬を飲み忘れることはありませんか？	なし / ほとんどなし (1回 / 月に1回)	なし / ほとんどなし (2回 / 月に1回)	なし / ほとんどなし (3回 / 月に1回)	なし / ほとんどなし (4回 / 月に1回)
●塩分の摂りすぎに注意していますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●汁物は1日1杯までにし、 糖類ではけを控えていますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●漬物を控えていますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●外食や加工食品を控えていますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●日常生活で過労しないよう注意していますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●禁煙はできていますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●節酒はできていますか？ (日本酒) 0.5L - 1.0Lまで	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●毎日の体重測定を行っていますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●毎日の浮腫の確認を行っていますか？	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
●体重	(58 kg)	(58 kg)	(58 kg)	(59 kg)
●労作時の息切れはありませんか？	なし / あり	なし / あり	なし / あり	なし / あり
●就寝時に呼吸苦や、苦しくて横になれないことはありますか？	なし / あり	なし / あり	なし / あり	なし / あり
●BNP (心臓に負担がかかる上昇 前回の比較)	150pg/ml	132pg/ml	112pg/ml	88.3pg/ml
●心不全増悪時の受診の日安を知っていますか？ (1週間での2kgの体重増加、浮腫の悪化、 息切れの悪化、夜間呼吸困難の出現)	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ

- ✓ 来局時に心不全フォローアップシートを用いて、退院後のセルフケアの状況を確認。
- ✓ セルフケアが十分できていない場合は、薬剤師が、セルフケアの必要性を説明。

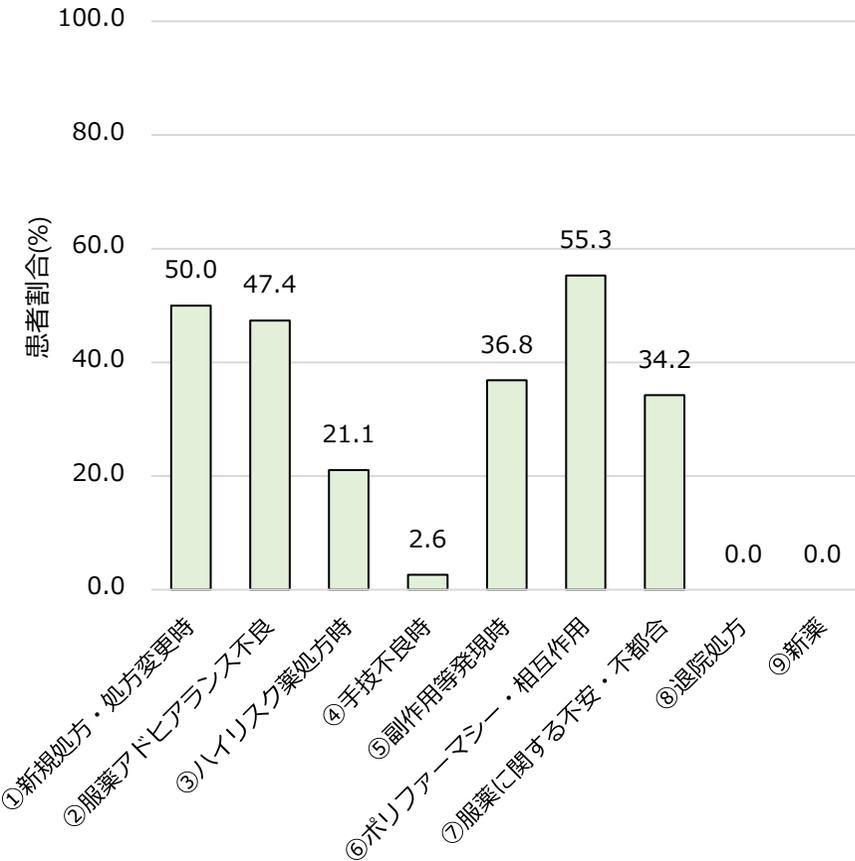


再入院の回避

薬局薬剤師による心不全患者のフォローアップ事例

○ 特に循環器領域における調剤後のフォローアップを必要とする患者は、ポリファーマシー、相互作用がある患者、新規処方時・処方変更時や服薬アドヒアランス不良時が挙げられている。

■ 特に循環器領域でフォローアップの必要がある患者



■ 服薬アドヒアランス不良な心不全患者のフォローアップの事例

80代 男性

【疾患】心不全

【使用薬剤】	用法	回数
トリクロルメチアジド錠2mg	1日1回朝食後	1回1錠
トルバプタンOD錠15mg	1日1回朝食後	1回1錠
フロセミド錠40mg	1日1回朝食後	1回1錠
フロセミド錠20mg	1日1回朝食後	1回1錠
ロサルタンカリウム錠25mg	1日1回朝食後	1回1錠
ランソプラゾールOD錠15mg	1日1回朝食後	1回1錠
酪酸菌製剤錠	1日3回毎食後	1回1錠
アピキサバン錠2.5mg	1日2回朝夕食後	1回1錠
アロプリノール錠100mg	1日2回朝夕食後	1回1錠
乾燥硫酸鉄錠105mg	1日1回朝食後	1回1錠

【背景】

- ・来局時にアドヒアランス不良で1日1回1錠のみ内服していた事実を把握。
- ・今回の経緯を医師へ報告。患者に対して、注意を促すため薬袋に工夫をし、正しく内服できるように指導。
- ・次回受診が2週間後であったためフォローアップを実施。

【フォローアップ】

- ・後日服用状況、体調変化(アドヒアランス上昇に伴う副作用の有無など)等の確認を実施。
- ・正しく服用することができていること、浮腫が改善傾向であることを確認。

出典:個別ヒアリングをもとに医療課作成

■ フォローアップを実施し受診勧奨に至った事例

80代 男性

【疾患】心房細動、糖尿病、緑内障

【使用薬剤】	用法	回数
フェブキソスタット錠20mg	1日1回朝食後	1回1錠
フロセミド錠10mg	1日1回朝食後	1回1錠
ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg	1日1回朝食後	1回1錠
アピキサバン錠2.5mg	1日2回朝・夕食後	1回1錠
ビルダグリプチン錠50mg	1日2回朝・夕食後	1回1錠
スポレキサント錠15mg	1日1回就寝前	1回1錠
センノシド錠12mg	1日1回就寝前	1回2錠
クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg	1日1回朝食後	1回2錠

【背景】

- ・来局時に2週間ほど前から動機・息切れの症状があることを確認したため医師へ情報提供。
- ・経過観察となったが、次回受診まで期間があったため1週間後に電話でフォローアップを実施。

【フォローアップ】

- ・電話でフォローアップを実施したところ、息苦しさの改善がない、睡眠が取れていない、階段を昇れない、下肢の浮腫の悪化を聴取。
- ・受診勧奨を実施し、入院となった。

出典:日本薬剤師会提供資料をもとに医療課作成

※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」(研究代表者:東京薬科大学 益山光一)より

薬局における対人業務の評価の充実

調剤後薬剤管理指導加算の見直し

- ▶ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

現行

【薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算】
調剤後薬剤管理指導加算 30点

改定後

【**服薬管理指導料** 調剤後薬剤管理指導加算】
調剤後薬剤管理指導加算 **60点**

[対象保険薬局]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

[算定要件]

患者等の求めに応じて、

- ① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
- ② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。



① 医師の指示
退院時共同指導時に依頼

③ フィードバック



① 患者・家族からの求め
(医師の了解)

② フォロアップ
(電話、訪問等)

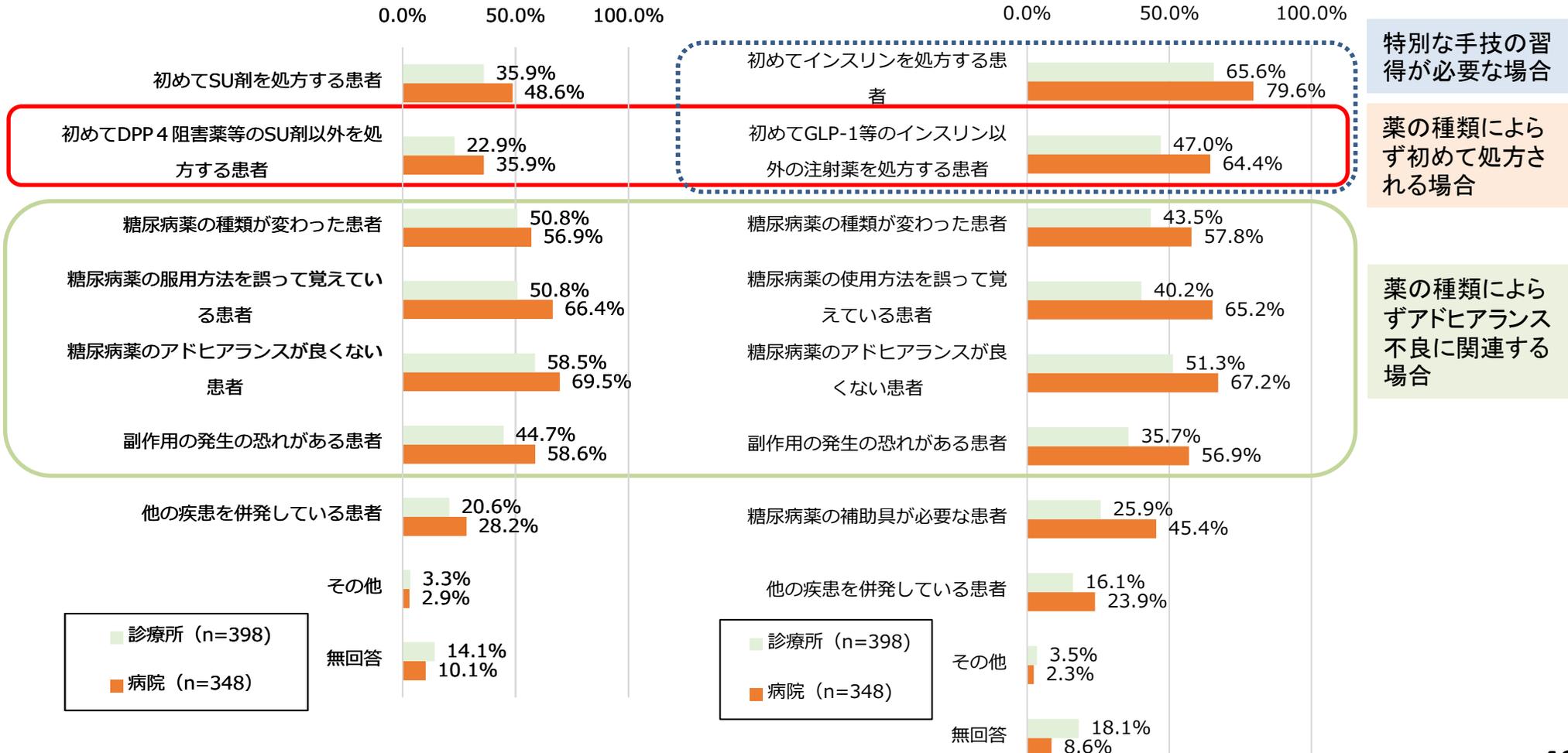


糖尿病患者のフォローアップ

○ 医療機関側としては、糖尿病患者に対して、調剤後薬剤管理指導加算の対象となっている特別な手技の習得が必要な薬剤を使用する場合や、特定の薬剤のフォローアップのみならず、服薬アドヒアランス不良がある(起こりうる)場合に、薬剤師による糖尿病患者のフォローアップを指示するとの回答が多かった。

■ 医療機関が糖尿病患者のうち、どのような患者の場合、薬局に指示するか(経口薬を処方する場合)

■ 医療機関が糖尿病患者のうち、どのような患者の場合、薬局に指示するか(注射薬を処方する場合)



特別な手技の習得が必要な場合

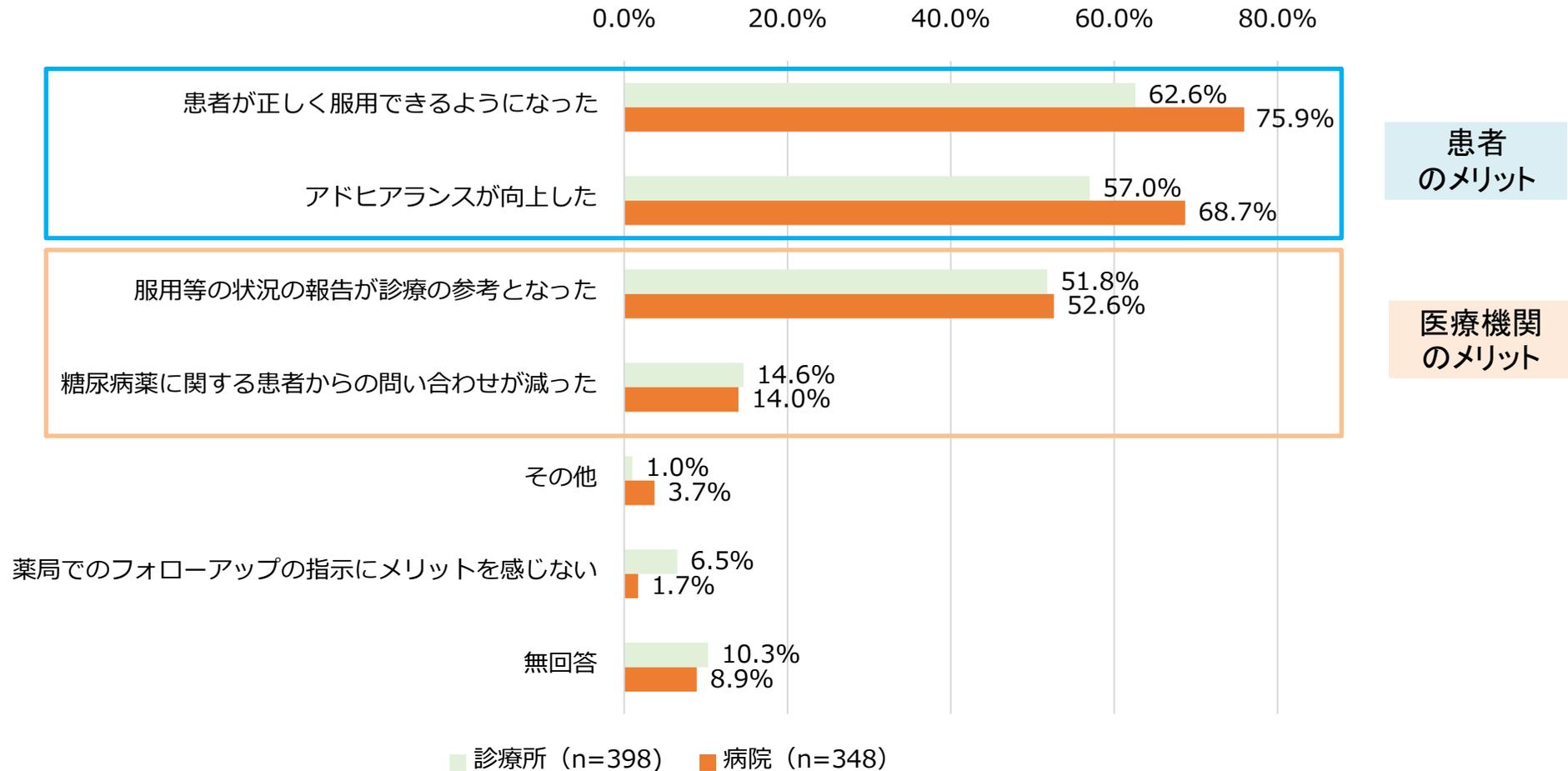
薬の種類によらず初めて処方される場合

薬の種類によらずアドヒアランス不良に関連する場合

薬局薬剤師による糖尿病患者のフォローアップの効果

○ 糖尿病患者の服薬状況等のフォローアップを医療機関から薬局に指示することにより、患者や医療機関にメリットがあったとの回答が多かった。

■糖尿病患者のフォローアップを薬局に指示した場合のメリット



フォローアップの実施方法

○ 60歳以上では電話でのフォローアップのニーズが高いが、60歳未満では情報通信機器を利用した様々な方法でのニーズが高い。

診療報酬において、調剤後に電話等による継続的な確認が必要と規定されている加算料

○麻薬管理指導加算

当該患者又はその家族等に対して、**電話等**により定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認

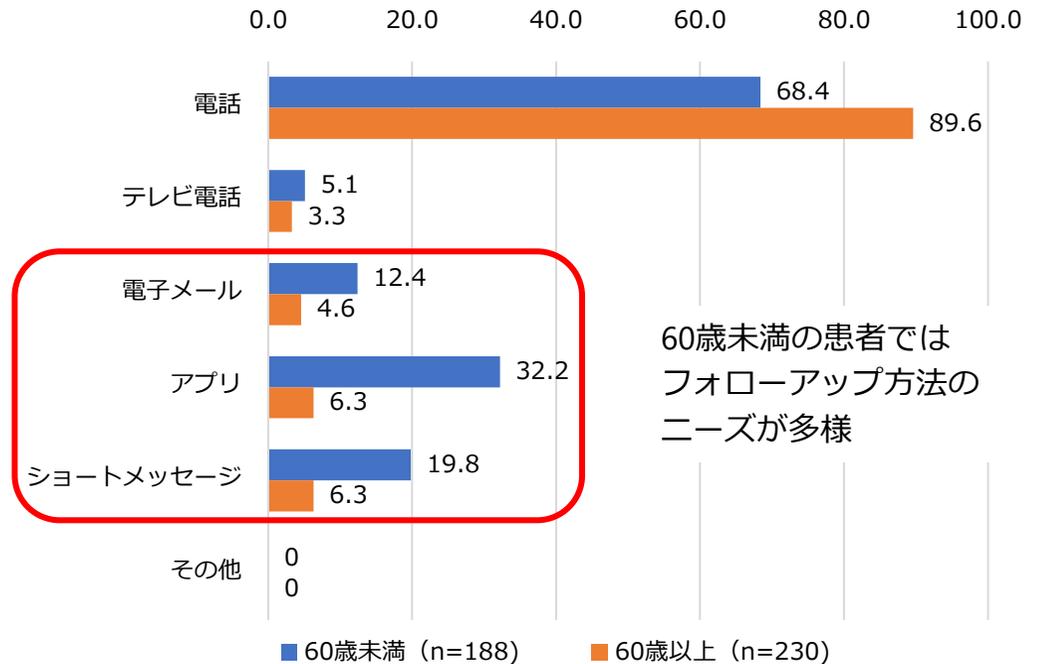
○特定薬剤管理指導加算2

悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、**電話等**により服用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者又はその家族等に確認する。

○調剤後薬剤管理指導加算

調剤後に**電話等**により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する

■ 患者が希望するフォローアップ方法



■ 服薬管理指導料の継続的服薬指導の要件

電話や情報通信機器を用いた方法により実施して差し支えないが、患者等に電子メールを一律に一齐送信すること等を持って対応することは、継続的服薬指導を実施したことにはならず個々の患者の状況等に応じて対応する必要がある。

1. 薬局、薬剤師の状況

2. かかりつけ薬剤師・薬局について

(1) かかりつけ薬剤師の推進について

(2) 薬局・薬剤師の夜間・休日対応について

(3) 調剤後のフォローアップについて

(4) 保険薬局と保険医療機関等との連携について

3. 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について

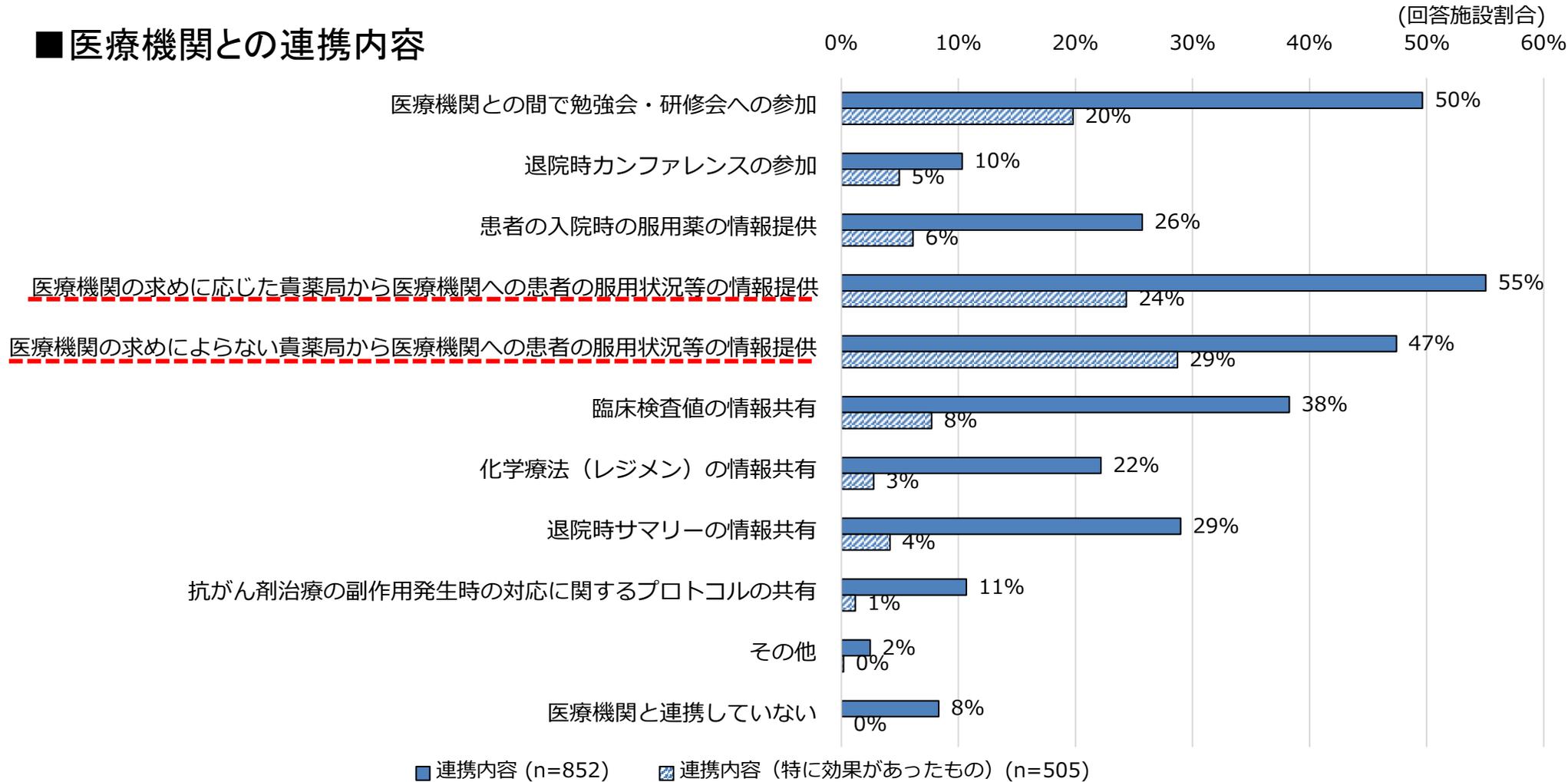
(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)

4. 医療用麻薬の提供体制について

薬局と医療機関における連携内容

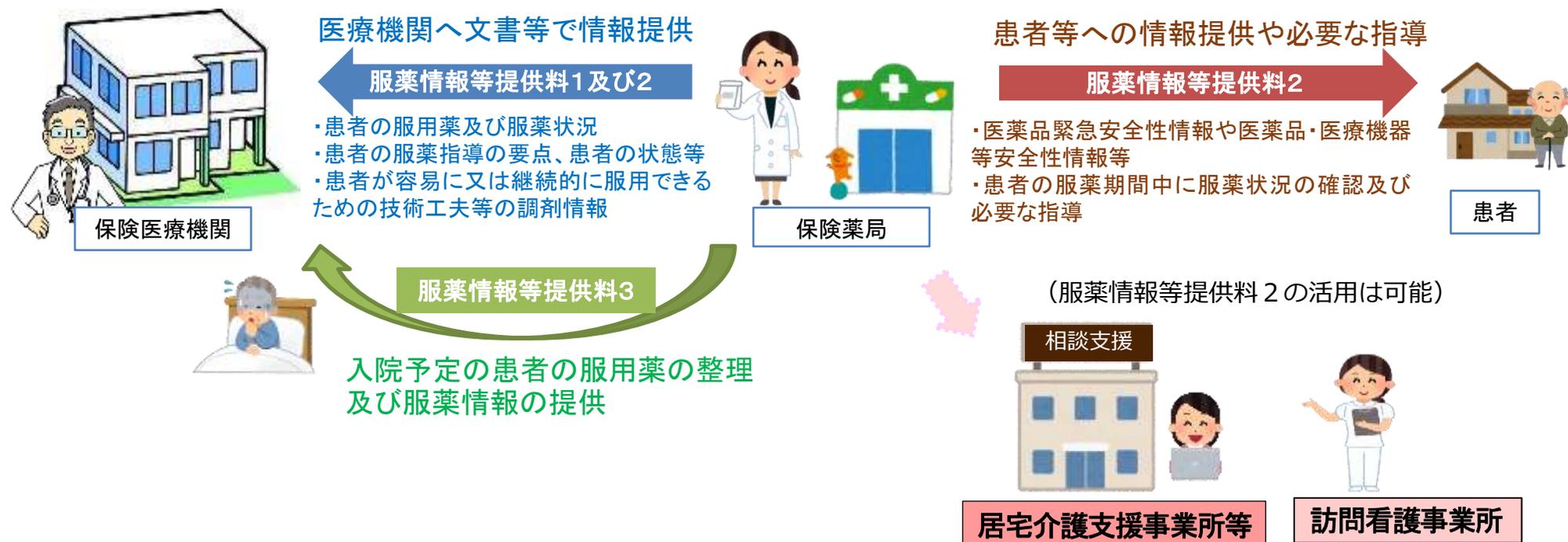
○ 薬局と医療機関における連携内容は、薬局から医療機関への患者の服薬状況等の情報提供は実施している薬局が多く、特に効果があったと選択する割合も高かった。

■ 医療機関との連携内容



薬局における服薬情報等の提供

調剤後の継続的な薬学的管理を実施

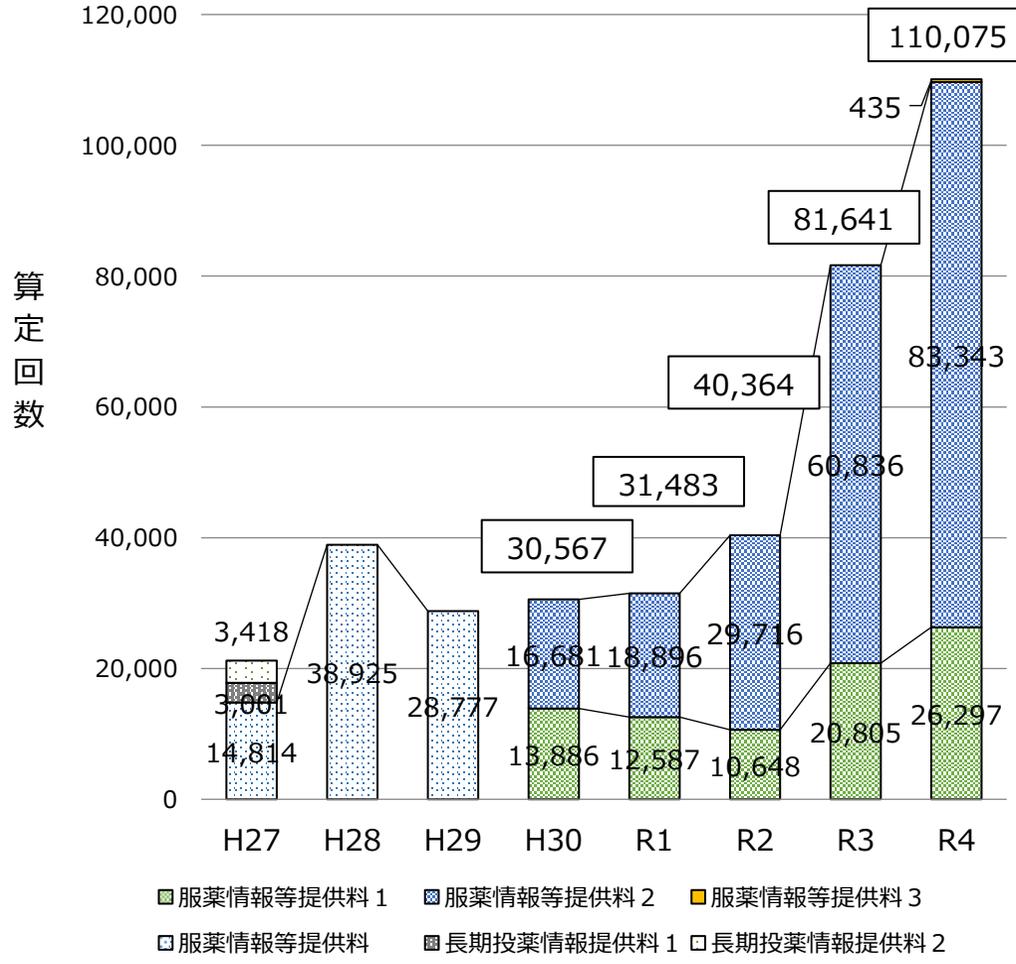


	情報提供の契機	情報提供先	提供する情報の内容等
服薬情報等提供料1 (30点)【H30新設】	医療機関からの求め	医療機関	・ 医療機関から求めがあった場合の残薬や副作用に関する情報
服薬情報等提供料2 (20点)【H28新設】	患者、その家族等の求め	患者、その家族等	・ 緊急安全性情報等の患者の服薬期間中に新たに知り得た情報 ・ 服薬状況の確認及び必要な指導
	薬剤師が必要性を認めた場合	医療機関	・ 患者の服用薬及び服薬状況等(薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合)
服薬情報等提供料3 (50点)【R4新設】	医療機関からの求め	医療機関	・ 入院予定の患者の服薬情報等

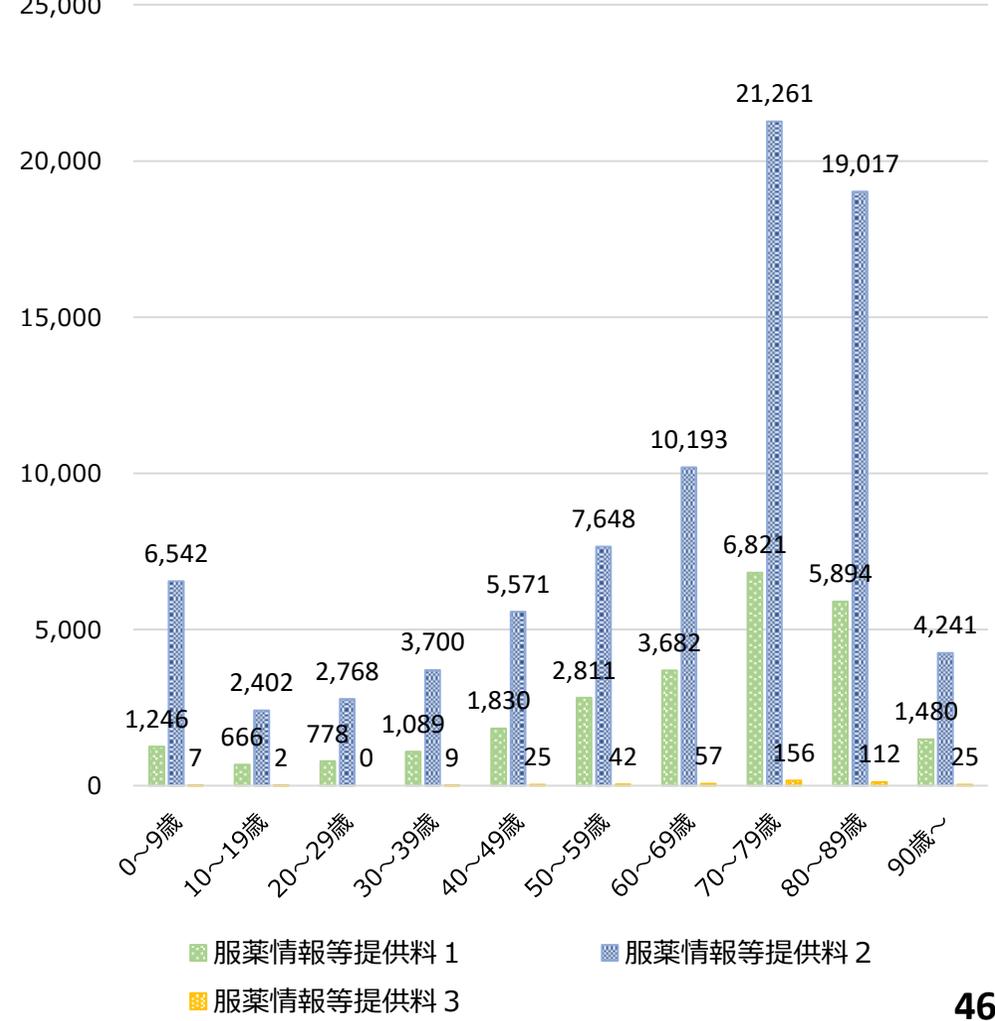
服薬情報等提供料の算定状況

- 令和3年度以降の件数が増加しており、特に服薬情報等提供料2(患者等の求め又は薬剤師の必要性を認めた場合)の増加が顕著である。
- 患者年齢別では、年齢が高くなるにつれて算定回数が多く、70歳～89歳が特に多い。

■ 算定状況の年次推移



■ 令和4年度の服薬情報等提供料における患者年齢別回数



出典: 社会医療診療行為別統計 (各年6月審査分)

医療機関や患者等に対する服薬情報等の提供

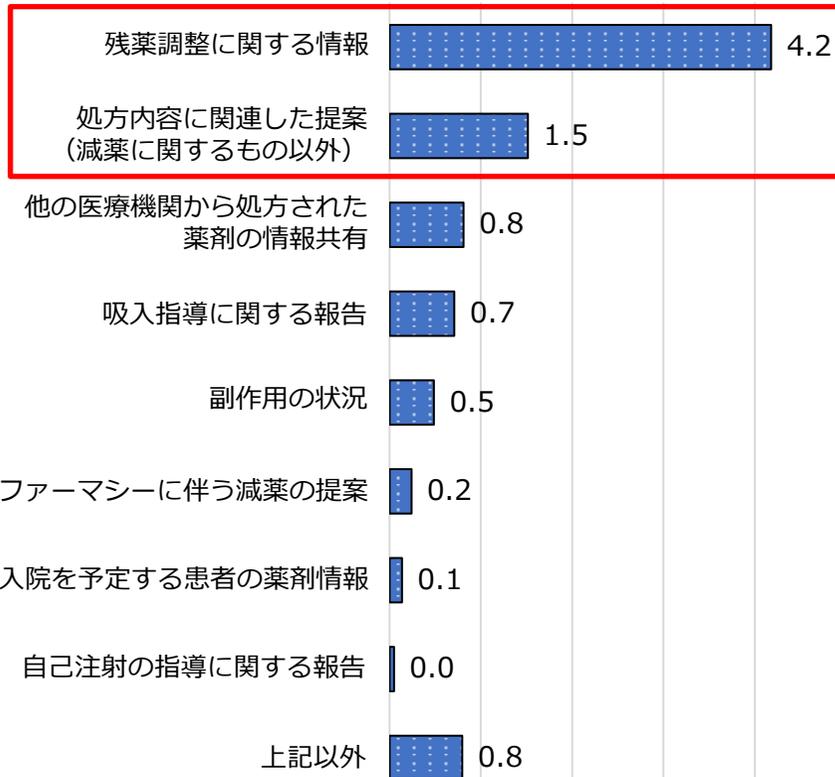
- 医療機関への情報提供の内容は残薬調整に関する情報が最も多いが、処方内容に関連した提案も月平均1.5回行われている。
- 情報提供の宛先は患者等より医療機関に対してが多い傾向があり、特に地域連携薬局、地域支援体制加算4の薬局が多い。

■ 医療機関への情報提供の内容

(薬剤師調査における1か月間の平均件数、n=337)

(平均件数)

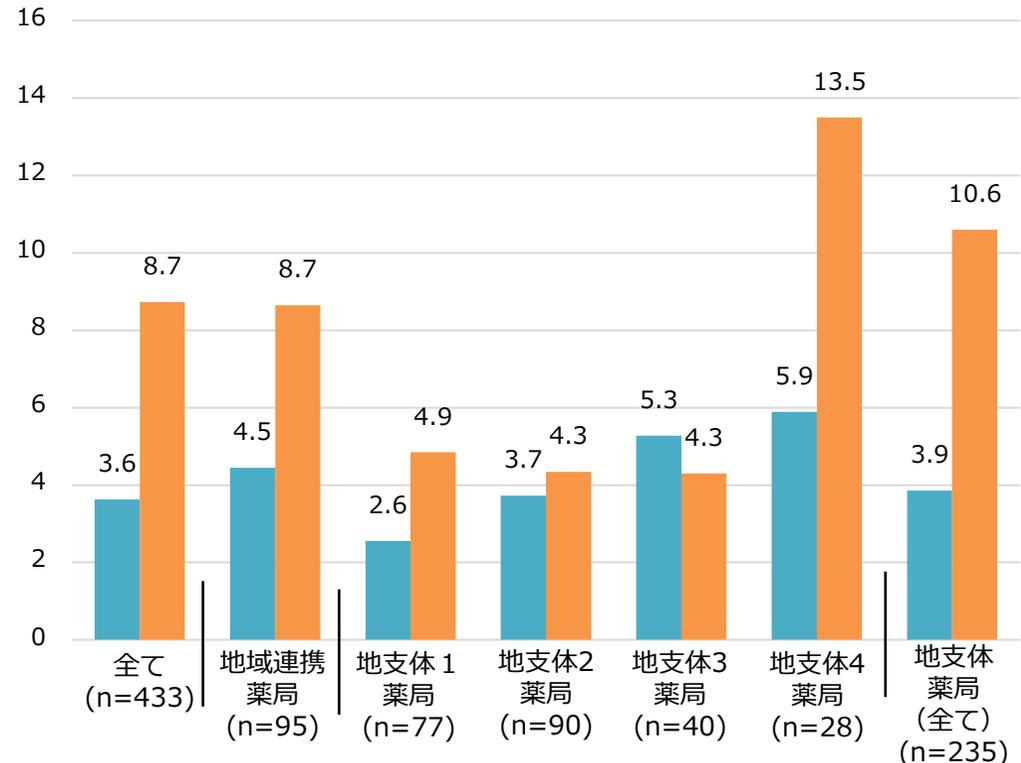
0 1 2 3 4 5



■ 薬局機能別の服薬情報等提供料2に相当する業務

(3か月間、薬局毎の平均値)

■ 患者への情報提供 ■ 医療機関への情報提供



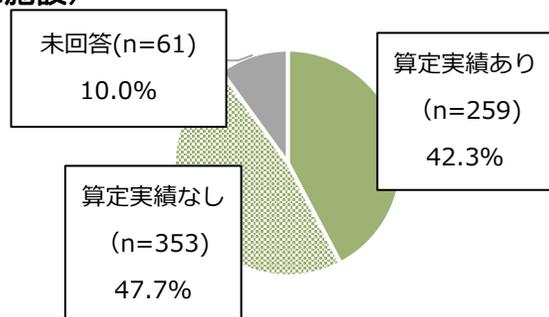
※地域連携薬局は地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対する情報提供等の実績が要件になっている。

※地域支援体制加算(地支体)は、服薬情報等提供料の実績が要件になっている。

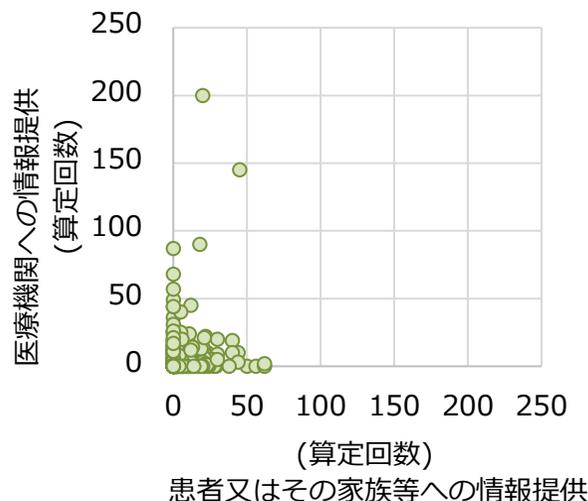
医療機関や患者等に対する服薬情報等（服薬情報等提供料2）

○ 服薬情報提供料2の情報提供先は医療機関、患者・家族の両方が可能であるが、患者・家族のみの薬局が約32%、医療機関のみの薬局が約41%であり、どちらかに集中している薬局が多い。

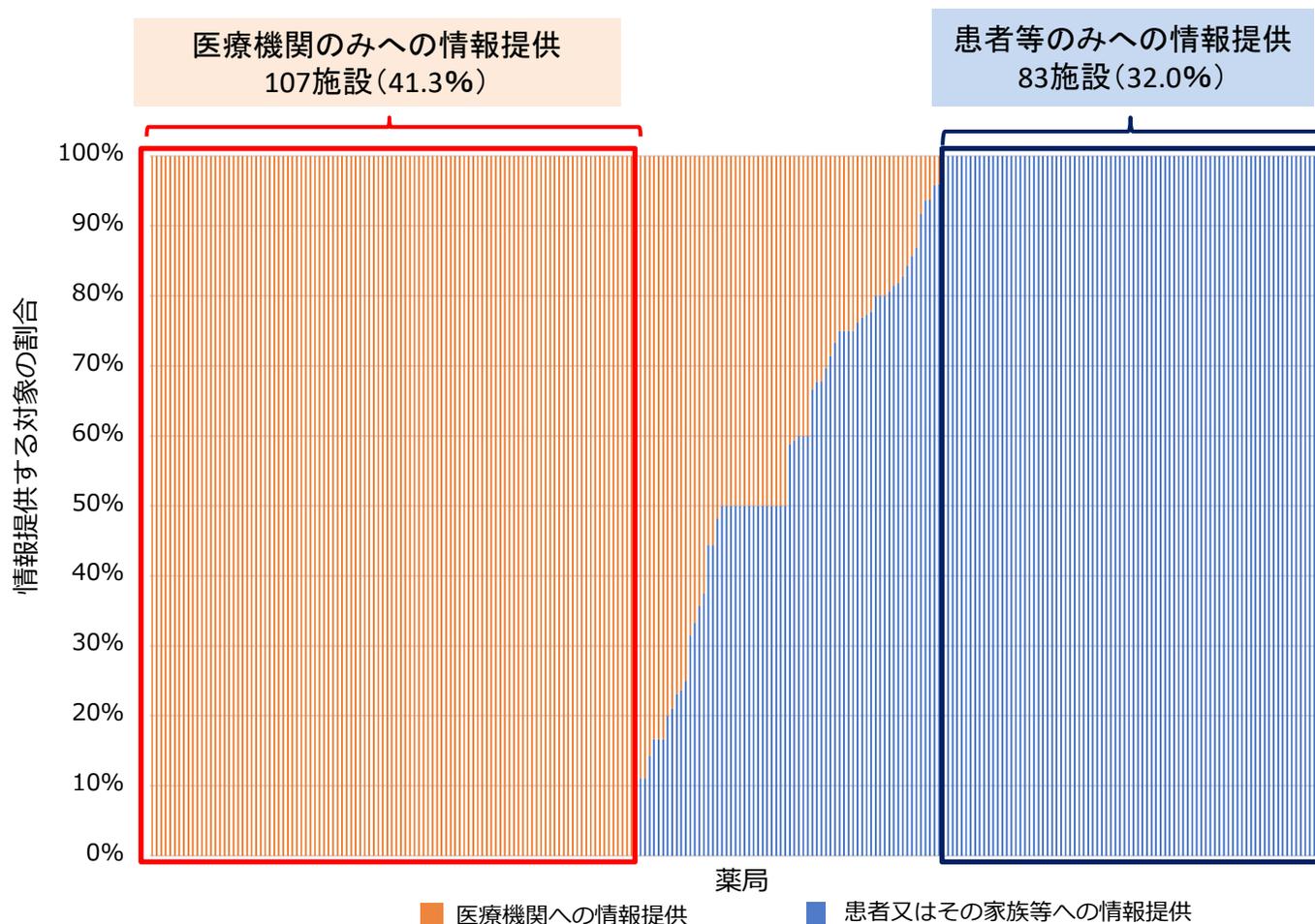
■ 服薬情報等提供料2の算定実績の有無
(令和5年5月～7月の3か月間の算定実績:
612施設)



■ 服薬情報等提供料2の算定回数
(令和5年5月～7月の3か月間の算定回数:
259施設)



■ 服薬情報等提供料2の算定状況の内訳
(令和5年5月～7月の3か月間の算定回数: 259施設)



診療所への服薬情報提供

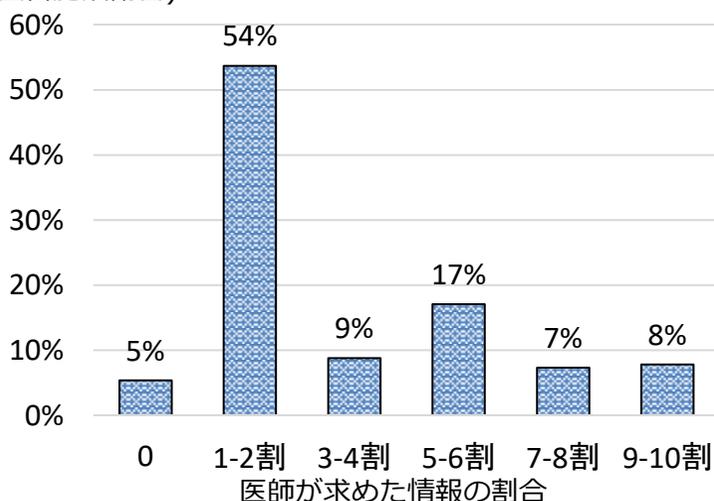
- 薬局から服薬情報に関する情報提供を受けたことがあると回答した診療所は約7割。
- 「患者の服薬状況」や「残薬状況に関する情報」は薬局から受け取っている割合も高く、医師が希望する割合も高い一方、「副作用の発生状況」や「患者の服薬後のモニタリング状況」は医師の希望に対して実際に受け取っている割合に差がある。
- 受け取った服薬情報のうち医師が求めた情報の割合は1-2割が最も多く、薬剤師が必要と判断して情報提供している割合が多い。

■薬局から患者の服薬情報に関する情報提供を受け取ったことの有無

あり	288 (73.7%)
なし	103 (26.3%)

■薬局から受け取った服薬情報のうち、貴院が求めた情報の割合(n=205)

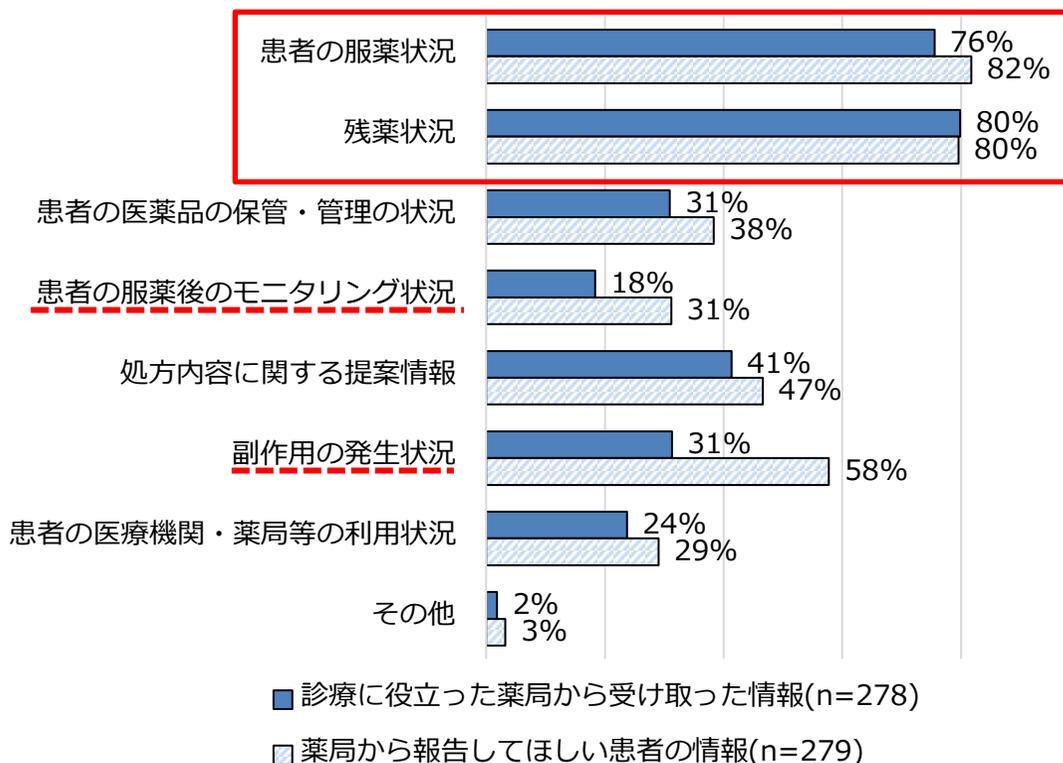
(回答施設割合)



■薬局から受け取った情報のうち診療に役立った情報や薬局から報告してほしい情報

(回答施設割合)

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

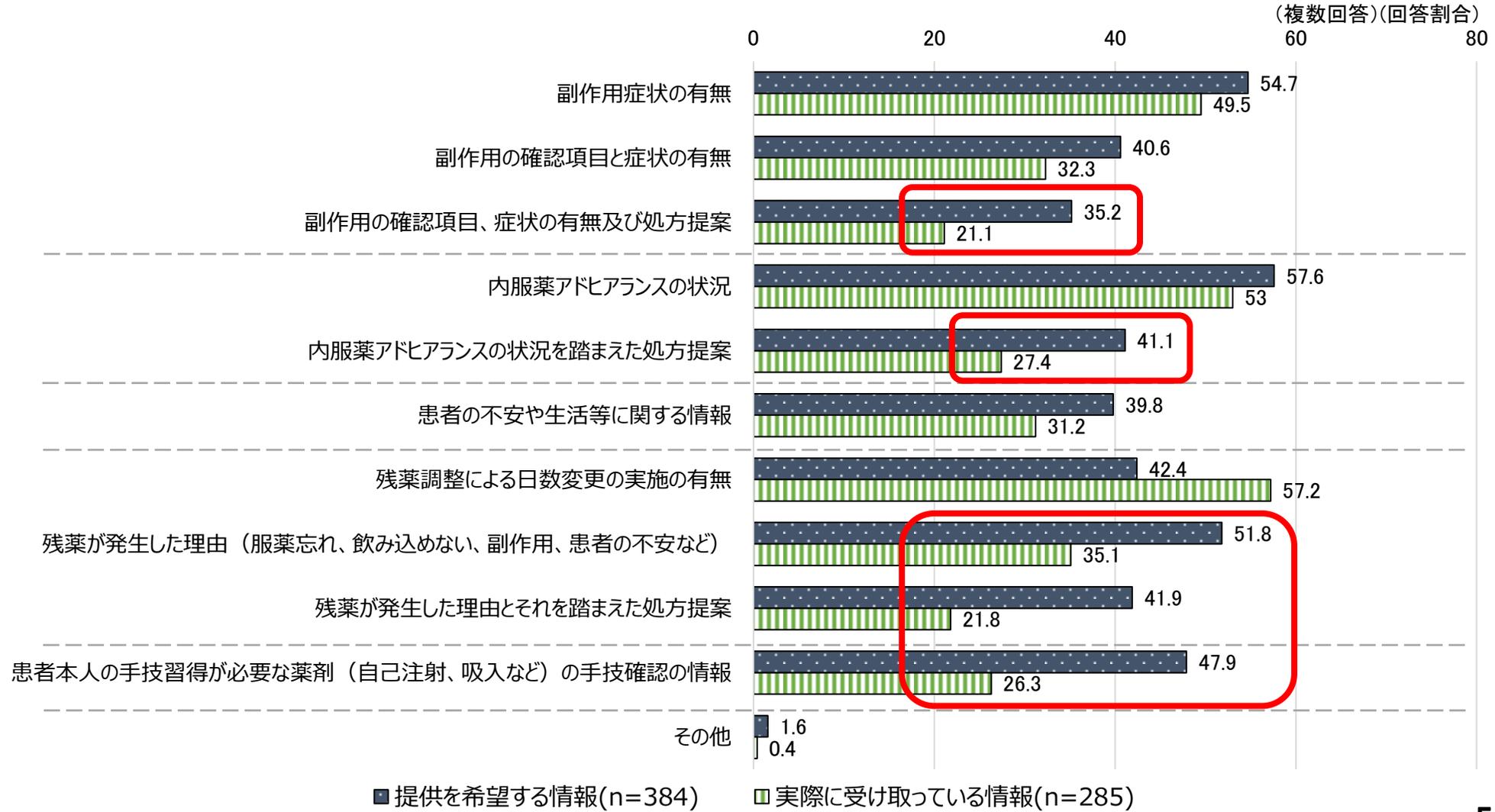


■ 診療に役立った薬局から受け取った情報(n=278)

□ 薬局から報告してほしい患者の情報(n=279)

医療機関における薬局から提供された服薬情報等の利活用状況

○ 医療機関の薬剤師による調査では、薬局から提供される情報には副作用、内服薬アドヒアランス、残薬調整等について記載されていることが多いが、医療機関が希望するのは処方提案に関するもの等であり、医療機関が希望する情報と差が一部ある。



出典：厚生労働省委託事業 令和4年度「医療機関の薬剤師における業務実態調査報告書」

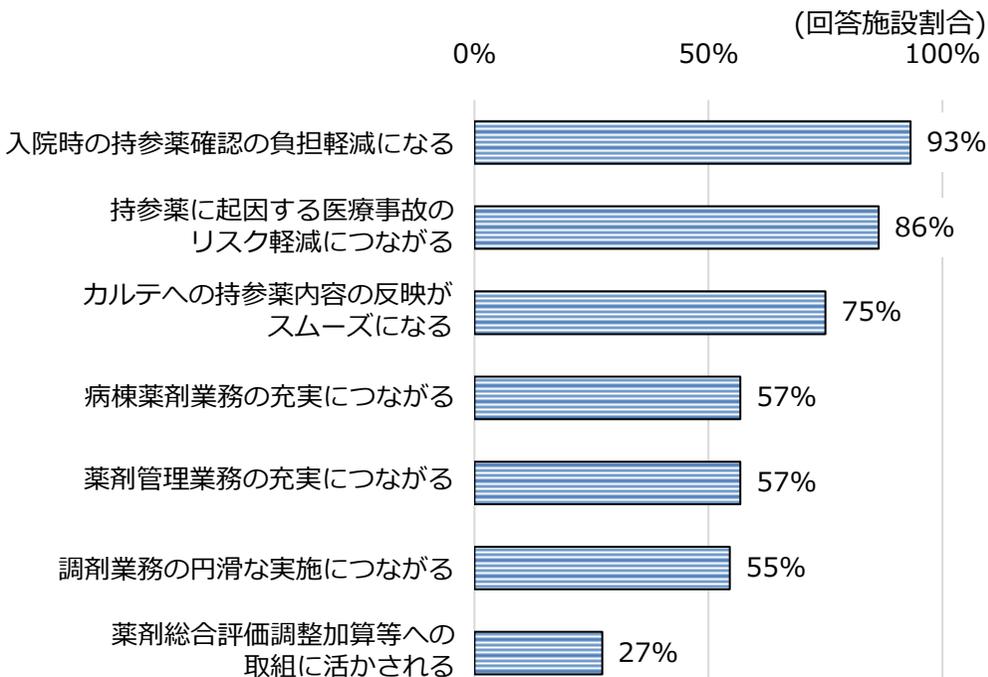
入院時の服薬情報提供について（服薬情報等提供料3）

- 入院時、薬局に患者の持参薬を整理を依頼する医療機関は約1割。
- 医療機関からは、持参薬に関する負担やリスクの軽減につながるものがメリットとの回答が多い。
- 薬局が服薬情報等提供料3を算定していない理由としては「医療機関からの依頼がないため」であった。

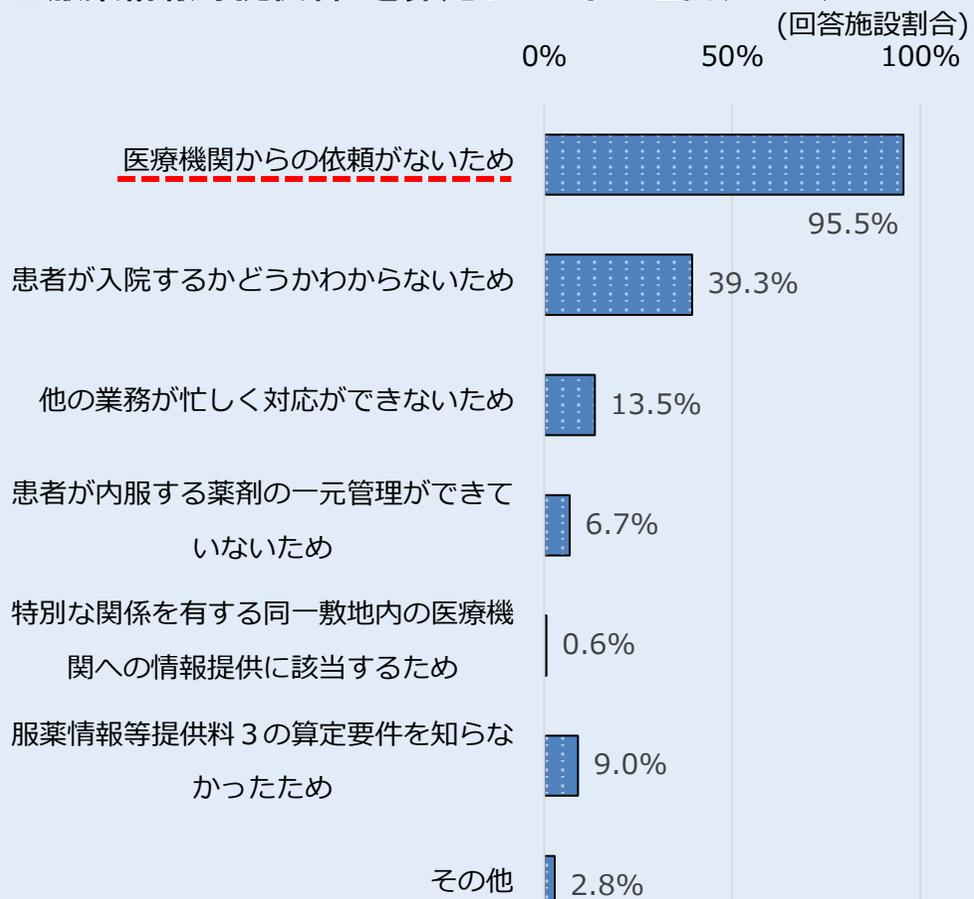
■入院前に病院から薬局に患者の持参薬の整理を依頼することの有無¹⁾

あり	44 (12.8%)
なし	299 (87.2%)

■入院前に薬局に患者の持参薬の整理を依頼するメリット(n=44)¹⁾



■服薬情報等提供料3を算定していない理由(n=178)²⁾



出典：1)令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(病院票)(速報値)

2)令和5年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

介護保険における居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

- 介護保険の関連規定では、居宅療養管理指導を行う薬剤師、サービス提供責任者、居宅介護支援事業者、介護支援専門員等の関係者間で、服薬状況等の必要な情報提供を行うことが示されている。

<居宅療養管理指導を行う薬剤師→介護支援専門員、関連事業者等>

- 居宅療養管理指導を行う薬剤師は、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行う。
- 併せて、利用者の服薬状況や薬剤の保管状況に問題がある場合等、その改善のため訪問介護員等の援助が必要と判断される場合には、関連事業者等に対して情報提供及び必要な助言を行う。

※指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（告示）/指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項

<サービス提供責任者→居宅介護支援事業者等>

- サービス提供責任者は、居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行う。

※指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（省令）

<（居宅介護支援事業者の）介護支援専門員→薬剤師>

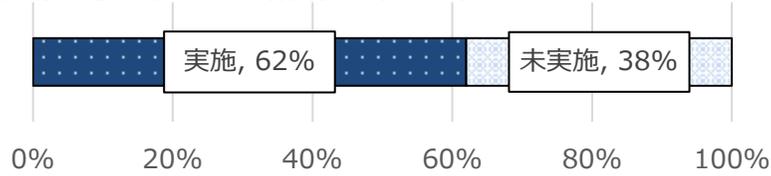
- 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

※指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（省令）

介護支援専門員との情報連携

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)に対する情報提供は62%の薬局で実施しており、服薬状況の確認と残薬の整理、医師の指示どおりの服用が難しい場合の対応策等の情報提供が多かった。
- サービス担当者や介護支援専門員等が薬剤師に相談したい内容を記入して薬局と共有できる様式を作成し、双方の連携環境を作る取組も行われている。

■介護支援専門員への情報提供の有無(n=886)



■介護支援専門員等と双方向でやりとりできる情報連携シートの活用事例(愛媛県薬剤師会の取組)²⁾

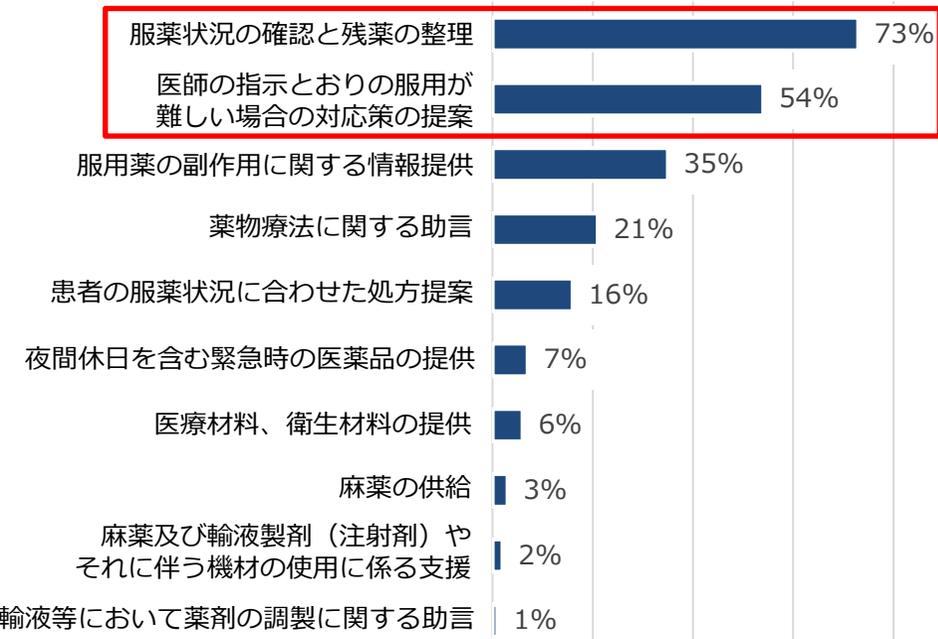
サービス提供者、介護支援専門員、薬剤師の連絡先を記載

介護支援専門員等が服薬状況や服薬に関する問題点及び副作用の疑いなどを「気づき内容」として記載

介護支援専門員等が薬剤師に相談したい内容等を記載

・薬剤師は問題点に関する薬学的な助言を記載
・継続的な情報連携や薬学的理につなげていく

■介護支援専門員への情報提供内容(n=621) (回答施設割合)



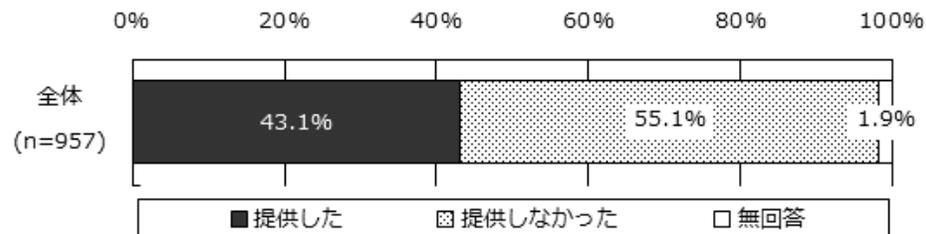
出典: 1)令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(薬局票)(速報値)

2)愛媛県薬剤師会への個別ヒアリングを基に保険局医療課で作成

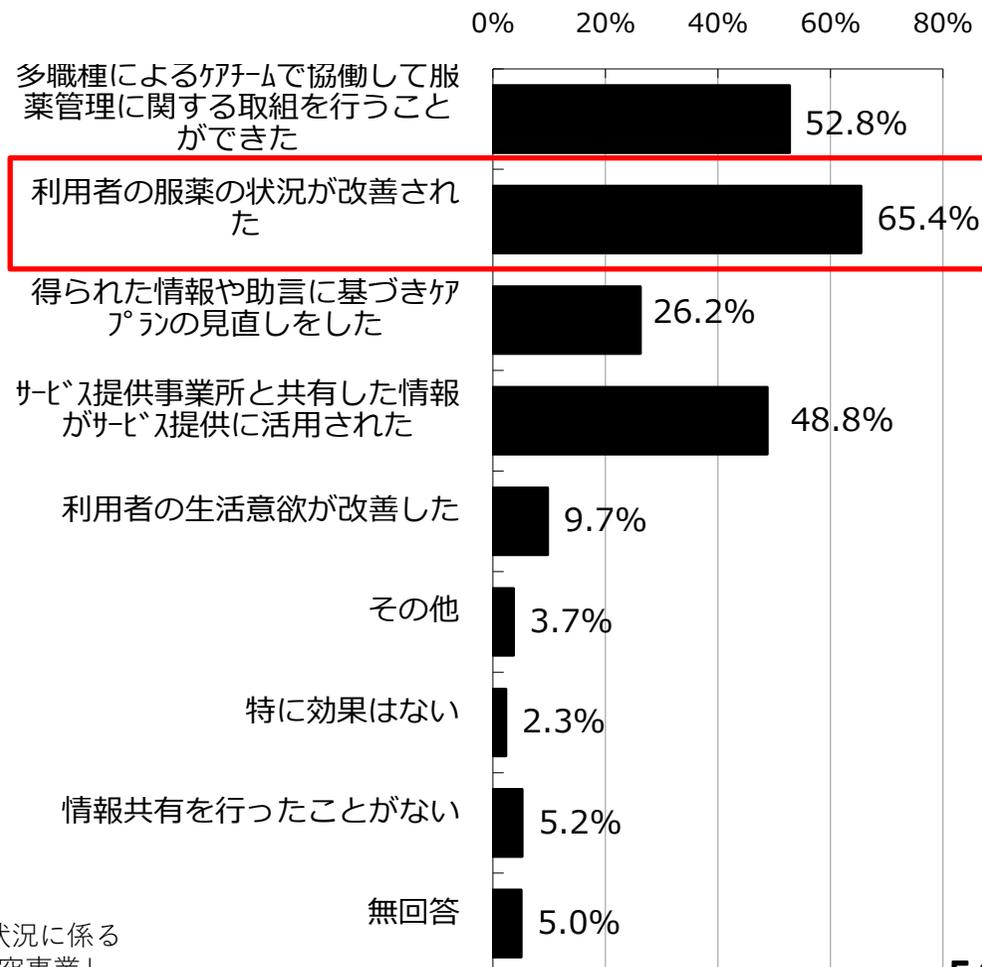
介護支援専門員との情報共有の効果(薬剤師)

- 介護支援専門員から情報提供があり、薬剤師が介入することにより問題が解決した利用者がいた。
- 服薬状況について関係機関と情報共有を行うことによる利用者にとっての効果は、「利用者の服薬の状況が改善された」が最も多く65.4%であった。

介護サービス事業所から得た担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の薬剤師に対する情報提供の状況(介護支援専門員調査)



服薬状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果(複数回答, n=957)(介護支援専門員調査)



介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供があり、薬剤師が介入した利用者数(n=90)(薬局調査)

	平均値	標準偏差	中央値
①介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった利用者数	4.4	8.6	2.0
②何らかの介入を行った利用者数	3.1	7.7	1.0
③(うち)居宅療養管理指導を行った利用者数	2.5	7.7	1.0
④服薬管理・服薬指導の問題が解決した利用者数	2.8	7.7	1.0

介護支援専門員等を含めた多職種への情報提供

- 在宅医療を受ける患者の服薬は、患者の生活様式と薬剤との関係が重要であり、それを踏まえた処方変更の必要性など薬物療法の有効性・安全性に関する情報を介護支援専門員等は求めている。
- そのため、薬剤師による積極的な情報収集や処方提案が効果的に行える報告書様式の作成が検討されている。(厚生労働科学補助金の研究班において検討)

■ 薬剤師の情報収集ツール(イメージ)

多職種連携のための薬学評価シート 表

項目	調査項目	評価
患者氏名	氏名	
	住所	
既往歴	慢性疾患	
	手術歴	
服薬情報	服薬状況	
	服薬時間	
	服薬回数	
生活・活動状況	食事	
	排泄	
	活動	
認知機能	認知機能	
	認知機能	
	認知機能	
服薬管理	服薬管理	
	服薬管理	
	服薬管理	

食事や排泄等、患者の生活様式と薬剤の関係の情報

■ 薬局から多職種への情報提供文書案(イメージ)

依頼日 年 月 日 ()													
患者氏名	訪問者												
生年月日	薬剤師氏名												
主治医	介護士												
ケアマネジャー	訪問者の氏名												
患者評価 処方依頼													
服用方法: <table border="1"> <tr> <td>服用回数</td> <td>本人・家族</td> <td>その他(ヘルパー・訪問薬剤)</td> </tr> <tr> <td>服用時間</td> <td>食・前</td> <td>食・後</td> </tr> <tr> <td>服用状況</td> <td>良・不良</td> <td>良・不良</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>良・不良</td> <td>良・不良</td> </tr> </table>		服用回数	本人・家族	その他(ヘルパー・訪問薬剤)	服用時間	食・前	食・後	服用状況	良・不良	良・不良	その他	良・不良	良・不良
服用回数	本人・家族	その他(ヘルパー・訪問薬剤)											
服用時間	食・前	食・後											
服用状況	良・不良	良・不良											
その他	良・不良	良・不良											
患者の生活様式等の情報収集に基づいた薬学的評価を記載													
医師・薬剤師への依頼													
添付事項													
依頼期間	依頼への申し込み事項および計画												

※令和4・5年度厚生労働科学研究費補助金「薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究」(研究代表者: 国立長寿医療研究センター 溝神文博)より

1. 薬局、薬剤師の状況

2. かかりつけ薬剤師・薬局について

(1) かかりつけ薬剤師の推進について

(2) 薬局・薬剤師の夜間・休日対応について

(3) 調剤後のフォローアップについて

(4) 保険薬局と保険医療機関等との連携について

3. 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について

(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)

4. 医療用麻薬の提供体制について

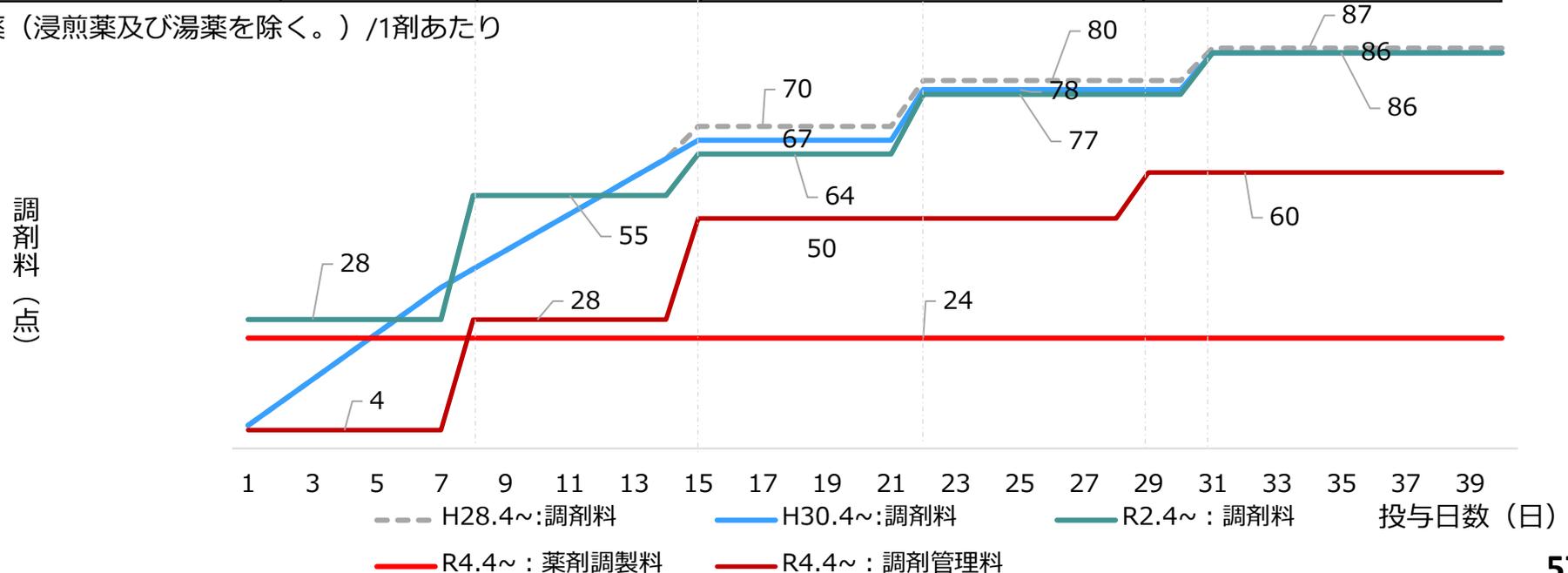
調剤料の見直し経緯

○ 調剤報酬の評価体系の見直しにより、調剤料を廃止し、処方日数に関わらず一定の評価とする薬剤調製料を新設した。また、処方内容の薬学的分析、調剤設計等に係る業務の評価のため薬学管理料として調剤管理料を新設した。

調剤料		1～7日分	8～14日分	15～21日分	22～30日分	31日分～
	H28	5点/日 ※最大35点	4点/日 ※最大63点	70点	80点	87点
	H30			67点	78点	86点
	R2	28点	55点	64点	77点	86点

薬剤調製料		1～7日分	8～14日分	15～28日分	29日分～
	R4	24点	24点	24点	24点
	(参考) 調剤管理料	4点	28点	50点	60点

※内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）/1剤あたり

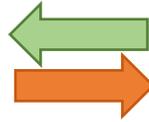


薬局における減薬等の評価

■ 減薬、重複投薬解消の取組

【対象患者】
6種類以上の内服薬

調剤・
服薬指導



処方箋



薬局

患者

調剤管理加算

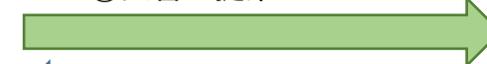
・服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価

- ・初めて処方箋を持参した場合 **3点**
- ・2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 **3点**

服用薬剤調製支援料1

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

①文書で提案



②処方に反映



【提案後】
2種類以上減少が4週間継続
→125点



医療機関

服用薬剤調製支援料2

・薬局が医師に服用薬の一覧表を作成し、重複投薬等の解消の提案した場合の評価

報告書の送付



- ・重複投薬等の解消に係る実績を有している保険薬局 **110点**
- ・それ以外の保険薬局 **90点**

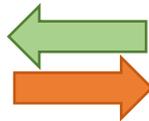


医療機関

■ 重複投薬、残薬の解消の取組

【対象患者】
全ての外来患者

調剤・
服薬指導



処方箋



薬局

患者

重複投薬・相互作用防止加算

・重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合の評価

①疑義照会



②処方に反映

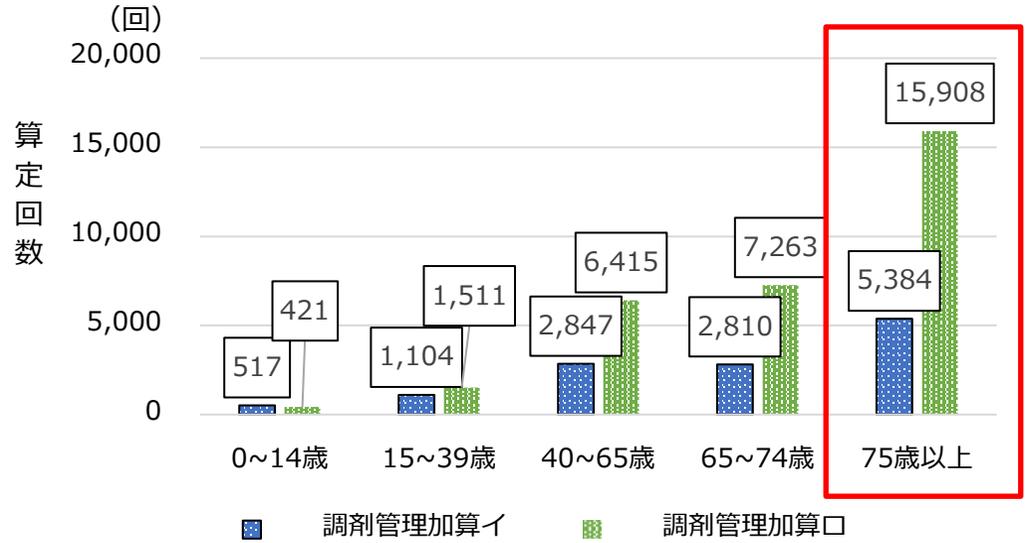


【処方変更後】
・残薬調整以外 **40点**
・残薬調整 **30点**

調剤管理加算の算定状況

○ 複数の医療機関を受診し、6種類以上の内服薬を使用する患者の割合は75歳以上で多く、調剤管理加算（調剤管理料の加算）においても同様に75歳以上の算定回数が多かった。

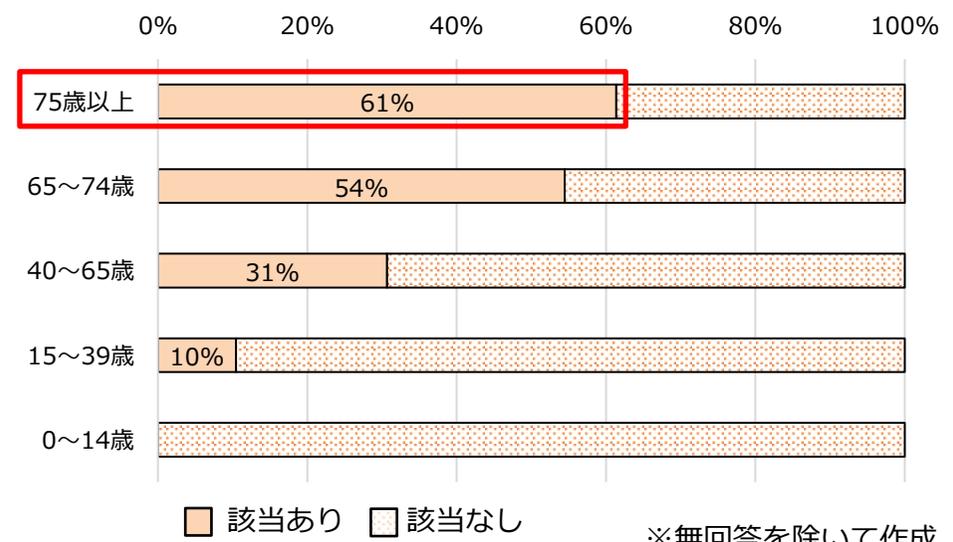
■ 調剤管理加算の算定状況※1



■ 調剤管理加算の算定割合※1

調剤管理加算	算定回数	受付回数に占める算定割合
調剤管理加算イ (初めて処方箋持参)	12,662	0.02%
調剤管理加算ロ (2回目以降)	31,518	0.05%

■ 算定要件に該当する複数医療機関を受診し、6種類以上の内服薬を使用する患者の割合※2 (n=1,289)



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 初めて処方箋を持参した場合 3点
- ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点

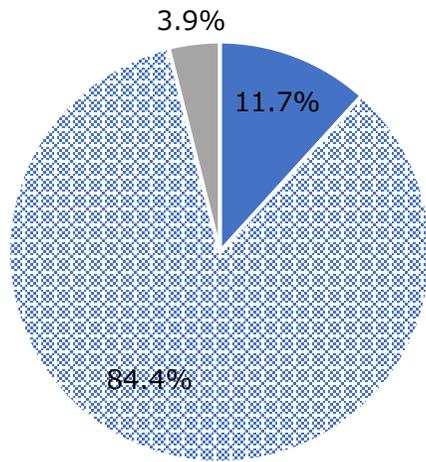
※無回答を除いて作成

出典：※1：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）
※2：令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

調剤管理加算の算定状況②

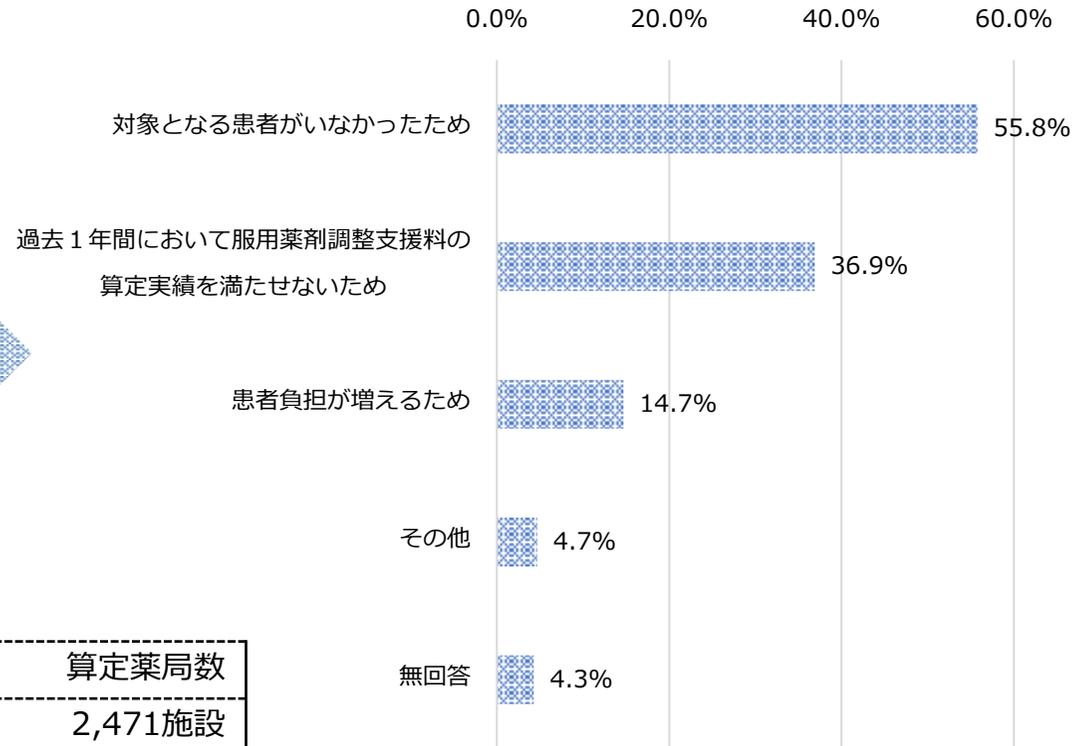
- 調剤管理加算を算定実績がある薬局は11.7%であった。
- 算定できない理由として「対象となる患者がいなかったため」のほか、過去1年間の服用薬剤調製支援料の算定実績が満たせないことを挙げる薬局も多かった。

■ 調剤管理加算の算定実績 (n=1,008)



■ 実績あり(n=118) ■ 実績なし(n=851) ■ 無回答(n=39)

■ 調剤管理加算が算定できない理由 (n=851)



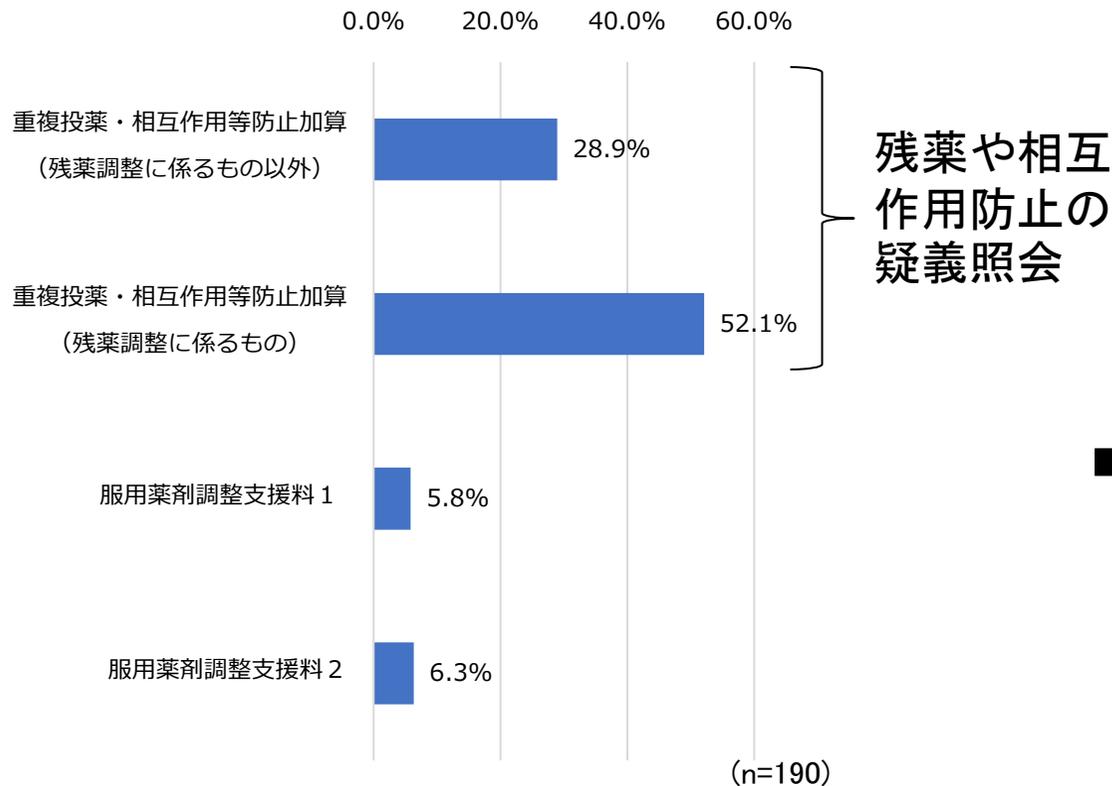
■ 調剤管理加算の算定状況(令和4年5月)

	算定回数	算定薬局数
○調剤管理加算(初めて処方箋を持参した場合)	13,264回	2,471施設
○調剤管理加算(2回目以降・変更追加した場合)	33,691回	3,231施設

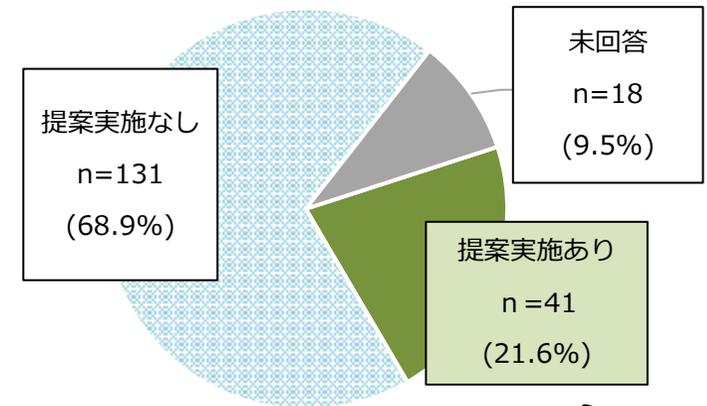
調剤管理加算を算定した患者への対応

○ 調査期間の令和5年5月～7月において調剤管理加算を算定した患者の状況を調査したところ、約2割(21.6%)は処方医へ多剤投薬の解消に関する提案を実施し、そのうち約8割(80.5%)で多剤投与の解消につながったとの結果であった。

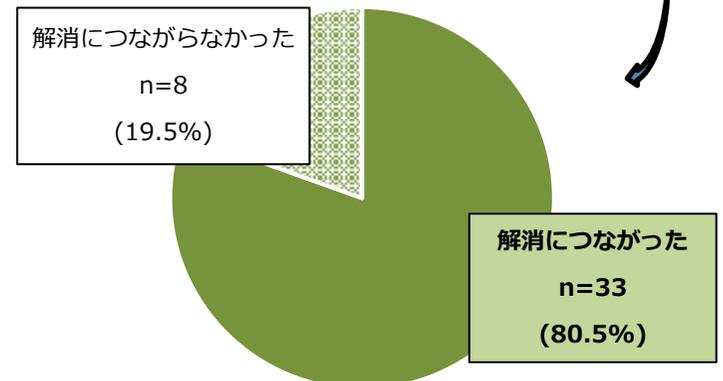
■ 調剤管理加算を算定した190例についての調剤管理加算算定後に実施した薬学管理料の内訳(複数回答可)



■ 調剤管理加算を算定した190例についての多剤投与の解消に関する提案の実施状況



■ 提案による多剤投与の解消の有無(n=41)



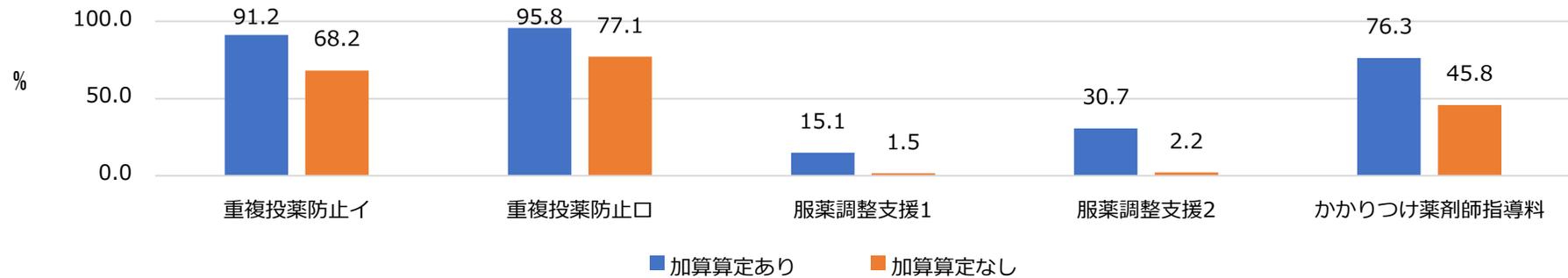
調剤管理加算を算定する薬局の特徴

○ 令和4年5～7月において調剤管理加算を算定した薬局は全体の1割であり、当該月（又は当該期間）に残薬解消や多剤投薬防止の取組が多く実施されていた。

■ 調査対象とした薬局の概要

	加算算定あり	加算算定なし
薬局数	5,371	54,453
3か月間（令和4年5月～7月） 平均処方箋枚数	4,593	3,287

■ 調剤管理加算を算定した当該月の各加算の算定する薬局の割合（調剤管理加算算定の有無別）



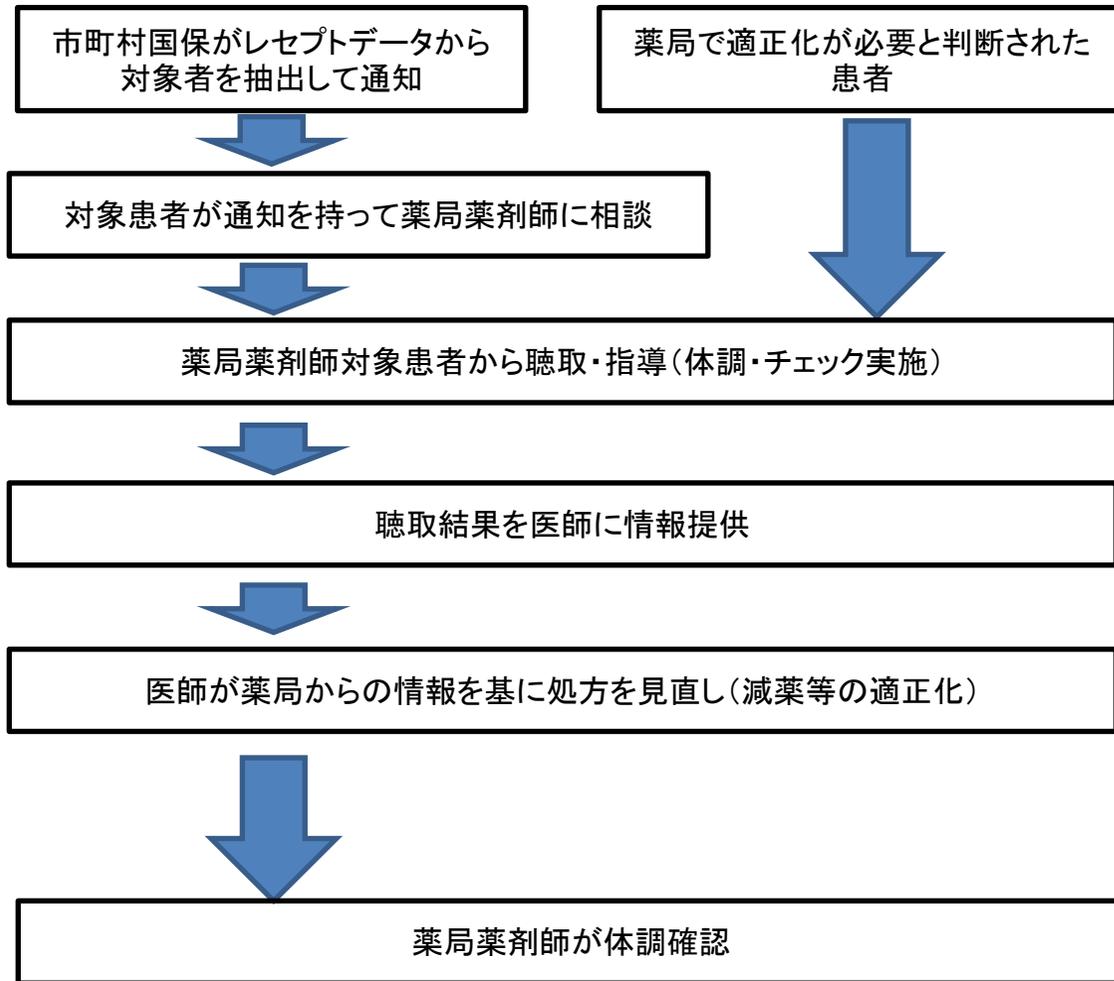
■ 調剤管理加算を算定した当該月の各加算の処方箋1,000枚あたりの算定件数（調剤管理加算算定の有無別）



埼玉県薬剤師会におけるポリファーマシーの対策の取組

○ 埼玉県薬剤師会の取組においては、薬局薬剤師による使用薬剤の見直しにより、減薬等の薬剤の適正化につながっている。

■ 取組の概要



■ 取組の結果

薬剤師が使用薬剤の見直しの必要ありと判断 62名(うち通知持参は6名)

- 使用薬剤を見直す端緒の内訳(重複あり)
- ・重複投薬の処方10名
 - ・類似薬の処方21名
 - ・副作用疑い13名
 - ・漫然な投与14名
 - ・その他14名
 - ・未回答1名

患者の同意が得られた51名について医師への情報提供を実施

薬剤師による使用薬剤の見直し提案により、40名処方変更となった。

薬剤師による使用薬剤の見直し後、体調のフォローアップを実施

調剤管理加算を算定している患者の具体的事例

○ 処方箋受付時のお薬手帳の情報を基に同種・同効薬の重複が判明したので、医師へ問合せを行い、重複投薬を解消した。

■ A薬局における算定状況

(令和4年4月1日～令和5年9月9日集計)

	回数
①全処方受付回数	38,280回
② ①のうち、 調剤管理加算を 算定した回数	720回 (1.8%) ※①に占める割合

③ ②のうち、 薬学的観点から 疑義照会を行い 処方変更となっ た件数	26件 (3.6%) ※②に占める割合
---	---------------------------

■ 薬学的介入の具体的な事例

服用中の薬剤について必要な薬学的分析（調剤管理加算の部分）

常用薬

A病院		
ジルチアゼムR 100mg	2Cp	1日2回朝夕食後
プロピペリン塩酸塩10mg	1錠	1日1回夕食後
アトルバスタチン10mg	1錠	1日1回朝食後
ランソプラゾールOD 15mg	1錠	1日1回朝食後
メコバラミン500μg	3錠	1日3回毎食後
アジルサルタン20mg	1錠	1日1回朝食後

別病院で新たに処方された薬

B病院		
ポノプラザン10mg	1錠	1日1回朝食後
ロキソプロフェン60mg	3錠	1日3回毎食後

薬剤師の気づき

B病院の処方受付時に、お薬手帳によりA病院からの同種・同効薬の重複処方があることを確認し、疑義照会

疑義照会により削除

A病院		
ジルチアゼムR 100mg	2Cp	1日2回朝夕食後
プロピペリン塩酸塩10mg	1錠	1日1回夕食後
アトルバスタチン10mg	1錠	1日1回朝食後
ランソプラゾールOD 15mg	1錠	1日1回朝食後
メコバラミン500μg	3錠	1日3回毎食後
アジルサルタン20mg	1錠	1日1回朝食後

B病院		
ポノプラザン10mg	1錠	1日1回朝食後
ロキソプロフェン60mg	3錠	1日3回毎食後

薬局における疑義照会の内訳

○ 薬局における疑義照会は、応需処方箋のうち2.1%であった。このうち薬学的な疑義照会（用法の確認、残薬の調整、飲みやすさに関する照会等）は95.0%であり、処方変更されたのは83.8%であった。（令和5年度調査）

■ 調査概要

- ・調査期間：2023年6月12日～18日
- ・回答薬局数：433（回収率7.2%）
- ・調査期間中の応需処方箋のうち疑義照会を行った件数、内容等を確認

■ 処方箋に占める疑義照会の件数

	件数（枚数）
① 応需処方箋総枚数	1 4 3, 7 0 1
② 上記①における、疑義照会件数	3, 0 6 4 (①の2.1%)
③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数 (形式的な疑義照会を除いた件数)	2, 9 1 0 (②の95.0%)
④ 上記③のうち、処方変更有の件数	2, 4 4 0 (③の83.8%)

→ 疑義照会のうち、
薬学的な疑義照会は**95.0%**
そのうち処方変更有は**83.8%**

■ 2,910件の薬学的疑義照会のうち安全性上の疑義720件（24.7%）

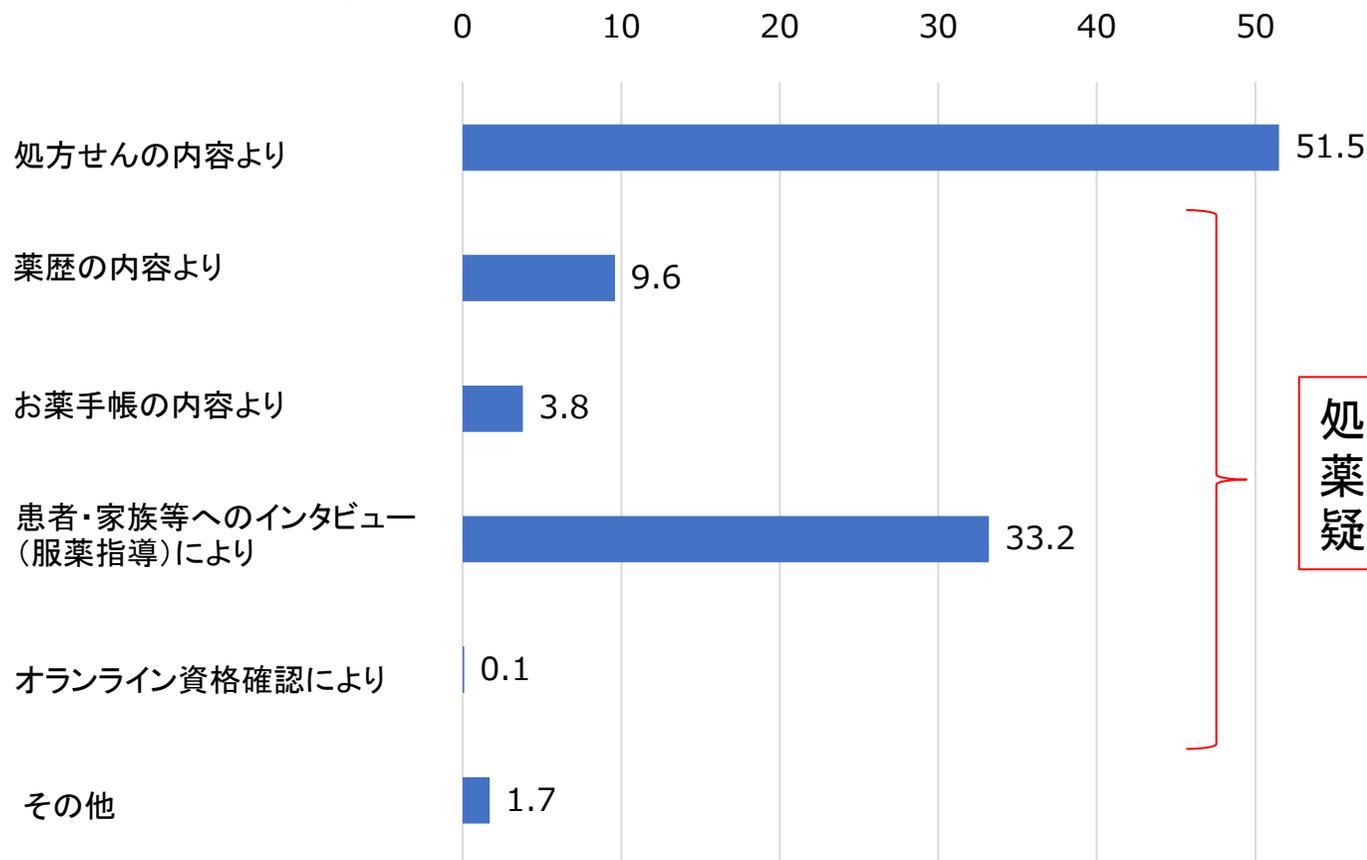
安全性上の疑義の内訳	件数
処方意図の確認（保険適応上の疑義を含む）	156
処方の記入漏れ（不足・用量変更等を含む）	296
配合禁忌・配合不適	5
投与禁忌	14
慎重投与	7
アレルギー歴	6
副作用歴	26
副作用の疑い	13
妊娠への影響	2
授乳への影響	3
同種同効薬の重複	172
相互作用	20

処方内容を照会した経緯

○ 処方内容を照会することになったきっかけは、処方箋の内容だけではなく、患者・家族等へのインタビューや(薬局で記録している)薬剤服用歴等の内容に基づき実施している

(2023年6月12日(月)~18日(日)の7日間に処方箋を受け付けて疑義照会を実施した患者)

疑義照会の経緯 (複数回答あり)



処方箋の内容だけではなく、
薬剤服用歴等の情報から
疑義照会を実施

n=3,405

(参考) オンライン資格確認の情報活用の事例

○ オンライン資格確認に基づく薬剤情報を活用して、処方内容を変更できた事例もある。

院内処方の情報を活用した事例

- オンライン資格確認で薬歴を確認し、過去に院内処方でプロトンポンプ阻害薬が処方されているとの情報を確認し、今回処方されたH2受容体拮抗薬の重複投与を回避できた。

医療機関で投与された注射剤に関する情報の活用事例

- デノスマブ注射剤との併用が必要なデノタスチュアブルの処方時、オンライン資格確認で同注射剤が医療機関で投与されていることを確認でき、医療機関への照会なしに保険適応の確認ができた。
- オンライン資格確認で医療機関で投与された抗悪性腫瘍剤の内容を確認することができ、保湿外用剤の使用方法などの患者の相談に適切に応じることができた。

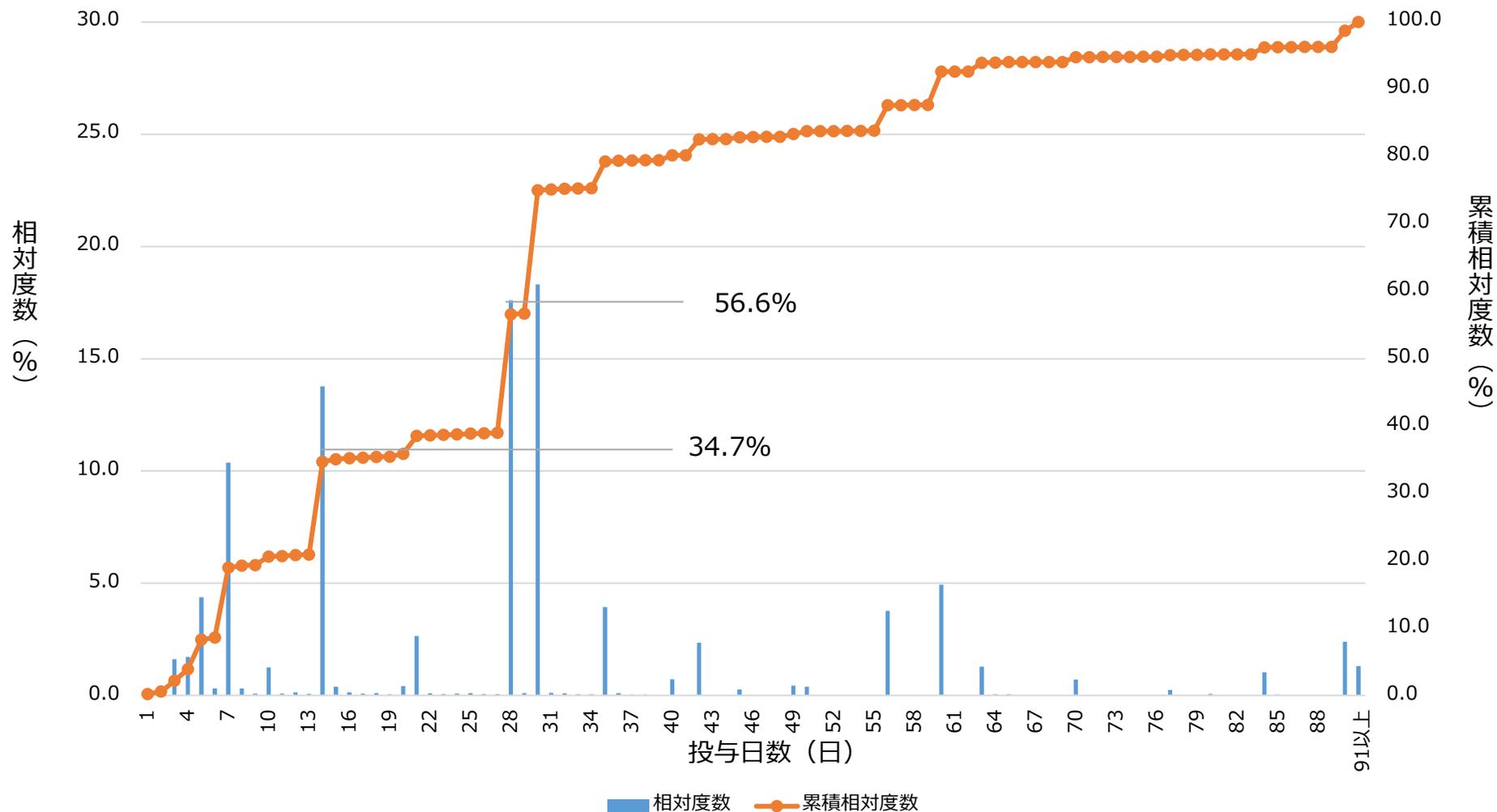
お薬手帳が利用できなかった場合の活用事例

- 患者がお薬手帳を忘れてきてしまった際、オンライン資格確認によって他院でレバミピドが新規処方されたことを確認し、もともと服用していたテプレノンとの重複投薬を遅滞なく回避できた。
- 複数の医療機関や薬局から重複して睡眠薬を処方してもらっている患者がおり、適切な指導につなげることができた。

※(患者の声)災害時などでお薬手帳を紛失しても薬剤情報等を薬局が確認してくれる。

内服薬の投与日数の分布

- 内服薬の投与日数では、14日分、28日分及び30日分の割合が多い。
- 全体の約35%が14日分以下の投与日数であった。



薬剤調製料・調剤管理料の算定要件（令和4年度改定時点）

薬剤調製料の算定点数及び算定要件	
内服薬	○内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））24点 ※服薬時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定。4剤分以上の部分については算定しない。
	○屯服薬21点 ※1回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。
	○浸煎薬（1調剤につき）190点 ※4調剤以上の部分については算定しない。
	○湯薬（1調剤につき） ※4調剤以上の部分については算定しない。 イ 7日分以下の場合190点 ロ 8日分以上28日分以下の場合 （1）7日目以下の部分190点 （2）8日目以上の部分（1日分につき）10点 ハ 29日分以上の場合400点
	○内服用滴剤 ※内服用滴剤を調剤した場合は1調剤につき、10点を算定する。
注射薬	○注射薬26点 ・注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1回の処方せん受付につき所定点数を算定。
外用薬	○外用薬（1調剤につき）10点 ・外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定。 ・外用薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。

調剤管理料の算定点数及び算定要件	
内服薬	1. 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び頓服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1剤につき） イ 7日分以下の場合 4点 ロ 8日分以上14日分以下の場合 28点 ハ 15日分以上28日分以下の場合 50点 ニ 29日分以上の場合400点 2. 1以外の場合 ※1については、服用時点が同一である内服薬については、投与日数にかかわらず1剤として算定。4剤分以上の部分については算定しない。

※薬局の調剤管理料、薬剤調整料（内服薬）は、「1剤」あたりの点数として設定されている。剤数は、服用時点が同一であるものは1剤とされており、1処方での剤数は最大で3。

薬剤調製料・調剤管理料の主な加算（令和4年度改定時点）

薬剤調製料の主な加算の点数及び算定要件	
嚥下困難者用製剤加算	<p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 注1（略） 2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。【嚥下困難者用製剤加算】</p>
自家製剤加算	<p>次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤（※）についてはこの限りではない。（※薬価基準に記載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。）</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬 (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬20点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬90点 (3) 液剤45点</p> <p>ロ 外用薬 (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤90点 (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤75点 (3) 液剤45点</p>
計量混合調剤加算	<p>2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。</p> <p>イ 液剤の場合 35点 ロ 散剤又は顆粒剤の場合 45点 ハ 軟・硬膏剤の場合 80点</p>
無菌製剤処理加算	<p>注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、1日につきそれぞれ137点、147点又は137点）を所定点数に加算する。</p>
調剤管理料の主な加算の点数及び算定要件	
調剤管理加算	<p>別に厚生労働大臣が定める保険薬局（注に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、複数の保険医療機関から種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 初めて処方箋を持参した場合 3点 ロ 回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点</p>

自家製剤加算と嚥下困難者用製剤加算

- 一定条件の下で錠剤粉砕時に算定できる自家製剤加算と嚥下困難者用製剤加算は算定要件が類似している。
- 条件によってはいずれの加算も算定できない場合が存在する。例えば、出荷調整等により散剤が不足する場合に、代替として同一成分の錠剤を粉砕しても算定できない。

■ 錠剤を粉砕する場合の自家製剤加算と嚥下困難者用製剤加算の算定要件

自家製剤加算	嚥下困難者用製剤加算
<p>○当該加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し薬価基準に記載されている剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既制剤を単に小分けする場合は該当しない。</p> <p>（イ）錠剤を粉砕して散剤とする。</p>	<p>○嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、薬価基準に記載されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工した後調剤を行うことを評価するものである。</p> <p>・個々の患者に対して薬価基準に記載されている医薬品の剤形では対応できない場合は嚥下困難者用製剤加算を算定できない。</p>
<p>1調剤につき（イの（1）に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数を加算</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬</p> <p>（1）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬20点</p> <p>（2）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬90点</p> <p>（3）液剤45点</p>	<p>処方箋受付1回につき80点</p>

■ 自家製剤加算と嚥下困難者用製剤加算の算定の可否条件

処方された用量に対応する剤形規格の有無	自家製剤加算	嚥下困難者用製剤加算
薬価基準に記載なし	○	×
薬価基準に記載あるが嚥下困難者用に工夫した場合	×	○
薬価基準に記載あり	×	×



例えば、散剤の剤形が薬価基準に記載されているが、出荷調整により入手しにくい場合に、同一成分の錠剤を粉砕して調剤してもこれらの加算が算定できない。

1. 薬局、薬剤師の状況

2. かかりつけ薬剤師・薬局について

(1) かかりつけ薬剤師の推進について

(2) 薬局・薬剤師の夜間・休日対応について

(3) 調剤後のフォローアップについて

(4) 保険薬局と保険医療機関等との連携について

3. 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について

(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)

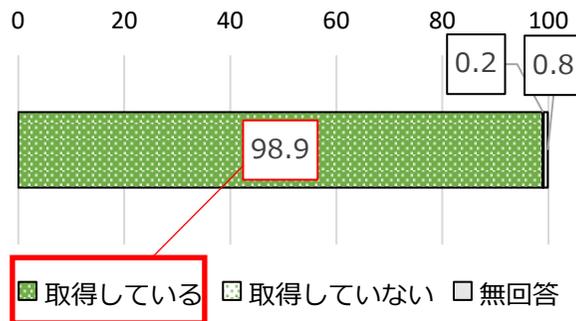
4. 医療用麻薬の提供体制について

薬局における麻薬の調剤実績

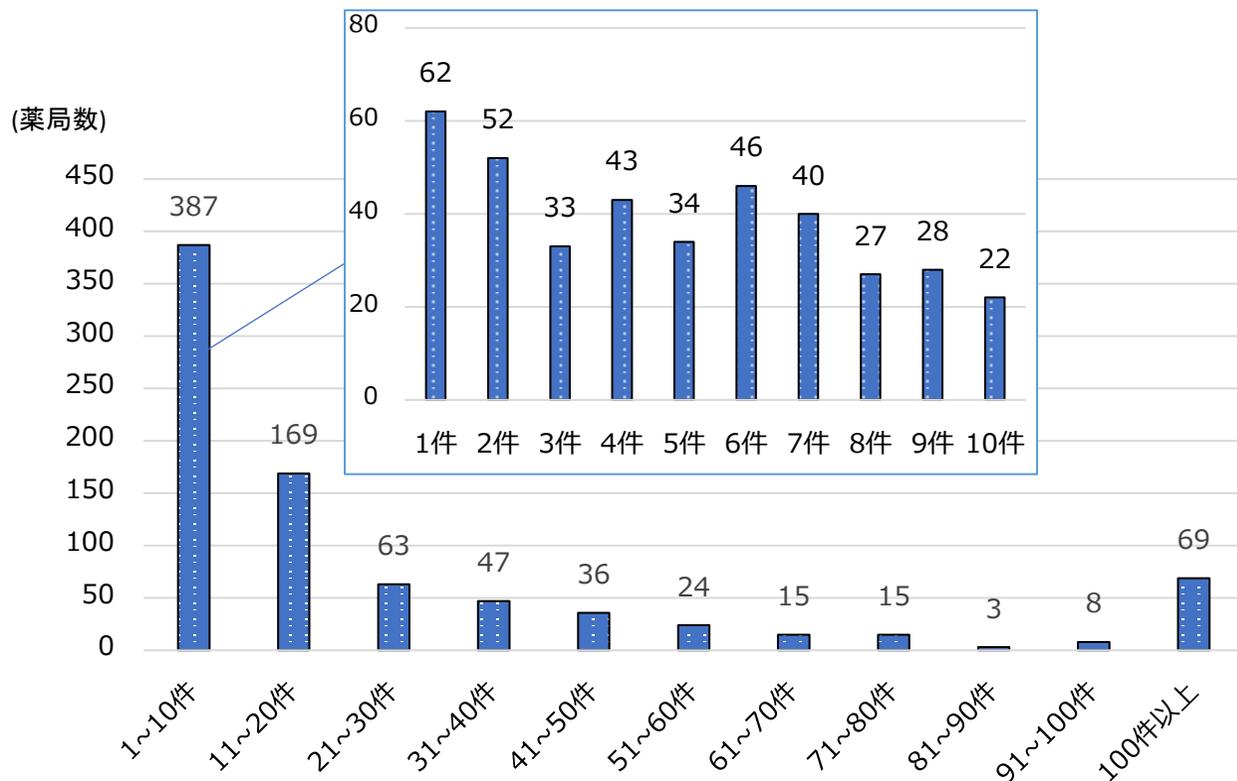
- 在宅訪問を行っている薬局の9割以上が麻薬小売業者の免許を有しており、これらの薬局の7割程度で半年間に麻薬調剤の実績がある。
- 麻薬調剤の実績は、10件以下(月1回前後)が約半数である一方、100件以上の薬局も8%程度あった。

■ 麻薬小売業免許の取得状況 (n=1,423)

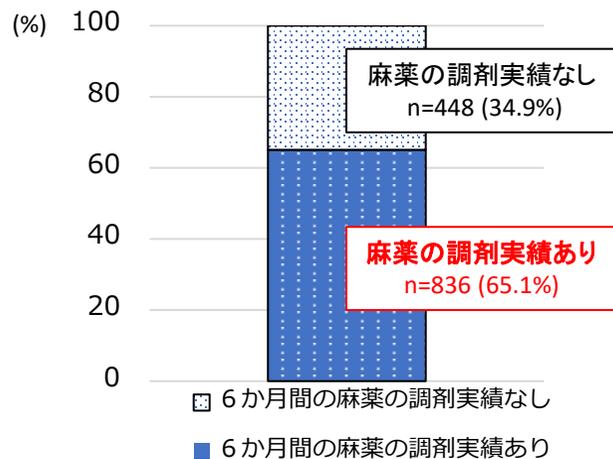
(※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績 (n=836)



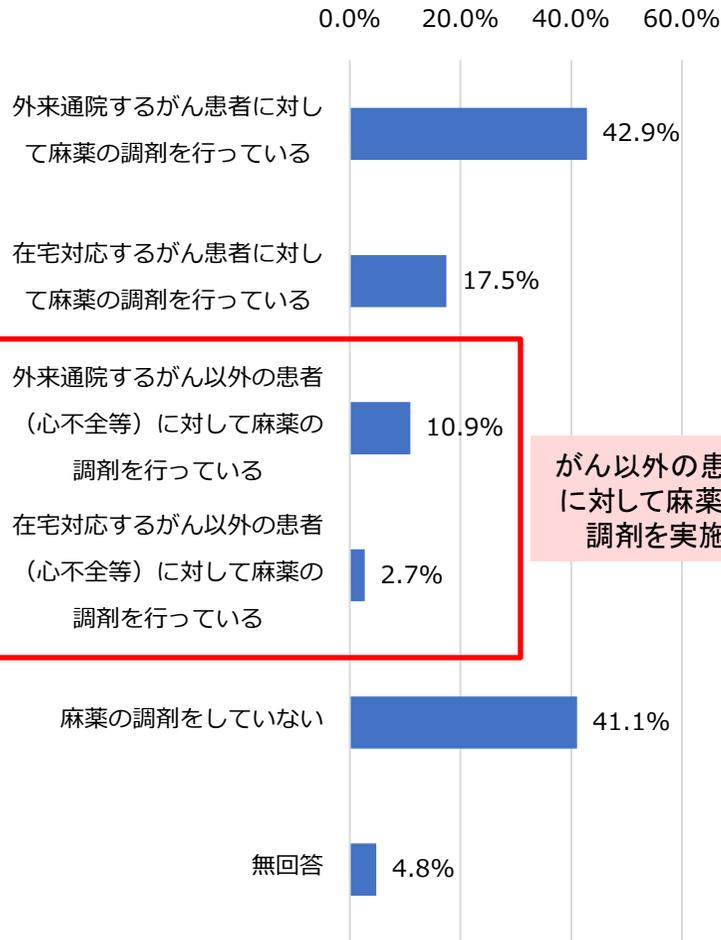
■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績の有無 (n=1,284)



医療用麻薬の調剤の状況

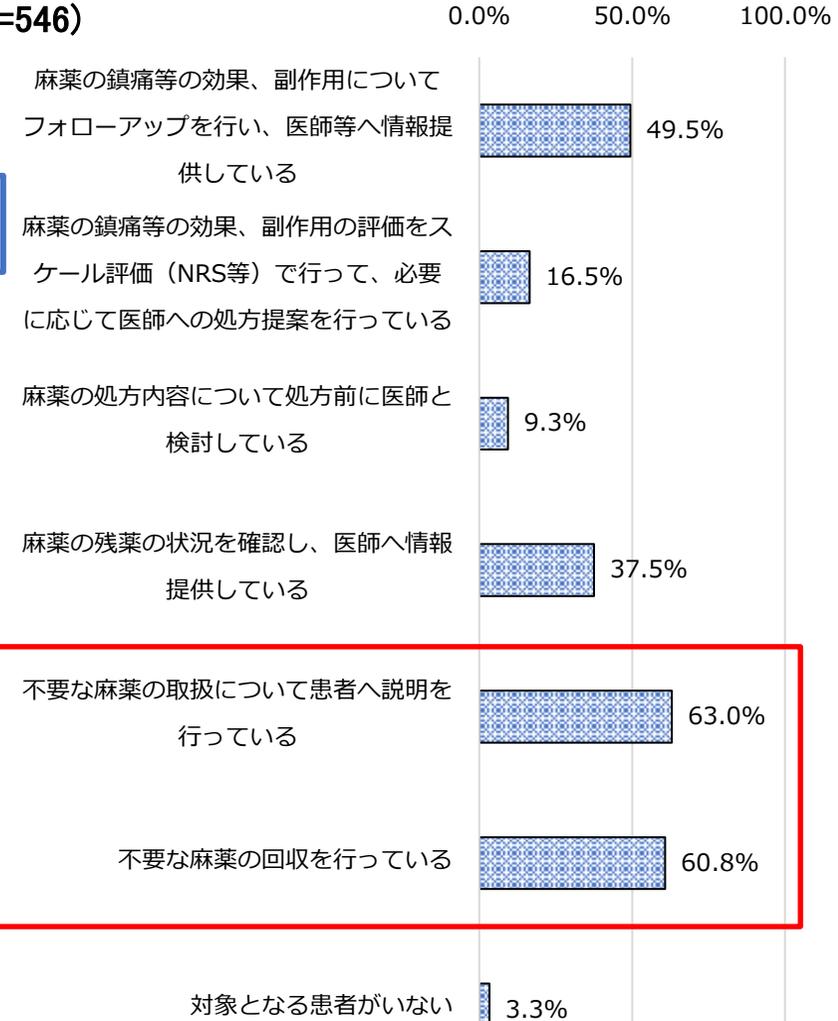
○ 麻薬の調剤の対応については、がん以外の患者に対しても外来・在宅での調剤・薬学的管理を実施しており、通常の医薬品と異なり、不要となった麻薬の説明や回収も必要となる。

■ 麻薬を調剤した実績 (n=1,008)



麻薬の調剤の実績がある546施設

■ 麻薬を調剤した患者に対して実施している薬学的管理 (n=546)



緩和ケアに対応する薬局における麻薬の備蓄体制

○ 緩和ケアに対応する薬局では、様々な状態の患者に対応するため複数の種類、剤形、規格の医療用麻薬を取り揃えておく必要がある。

■ 緩和ケアに対応する薬局における麻薬の在庫



麻薬を保管する金庫
(鍵をかけた堅固な設備)



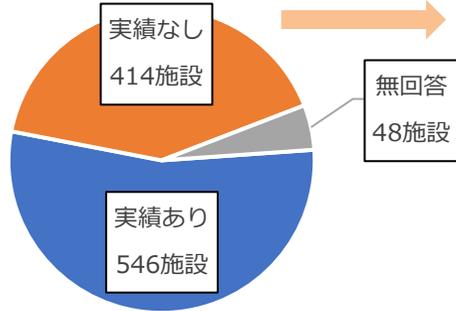
■ 医療用麻薬成分、製品等一覧 ※規格数は、10mg錠、20mg錠等の数

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数	成分	投与方法	代表的な製品名	規格数	成分	投与方法	代表的な製品名	規格数	
モルヒネ硫酸塩水和物	経口 (徐放)	MSコンチン錠	3	オキシドロン塩酸塩水和物	経口 (徐放)	オキシドロンTR錠	4	フェンタニル	外用 (3日製剤)	デュロテップMTパッチ	5	
		MSツワイロンカプセル	3			オキシドロン徐放錠NX	4			ラフェンタテープ	5	
		モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包	2			オキシドロン徐放カプセル	4		外用 (1日製剤)	ワンデュロパッチ	5	
モルヒネ塩酸塩水和物	経口 (徐放)	バシーフカプセル	3			オキシドロン錠NX	4			フェンタニルクエン酸塩	口腔粘膜吸収	アブストラル舌下錠
		経口	オプソ内服液			2	オキノーム散	4	イーフェンバカル錠			6
			モルヒネ塩酸塩錠			1	オキシドロン内服液	4	注射			フェンタニル注射液
	注射	モルヒネ塩酸塩末	1	オキファスト注	2	メサドン塩酸塩	経口 (徐放)	メサベイン錠		2		
		アンバック注	3	ヒドロモルフォン塩酸塩	経口 (徐放)	ナルラビド錠		3	タベンタール塩酸塩	経口 (徐放)	タベンタ錠	3
経直腸	アンバック坐剤	3	経口 (徐放)		ナルサス錠	4	メサドン塩酸塩	経口 (徐放)	メサベイン錠	2		
注射	ナルベイン注	2	注射		ナルベイン注	2						

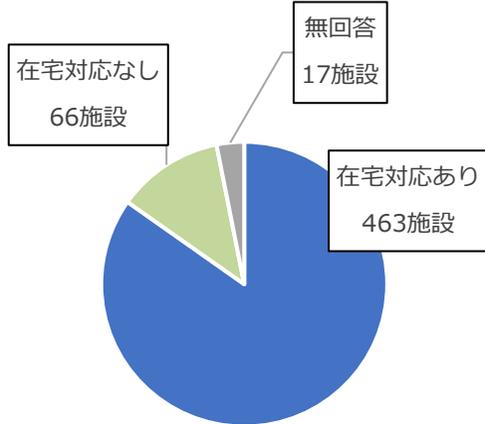
薬局における医療用麻薬の備蓄状況

○ 調剤実績がある薬局では麻薬の備蓄品目が多く、特に在宅対応の薬局で多かった。

■ 令和5年1月～6月までの麻薬の調剤実績の有無

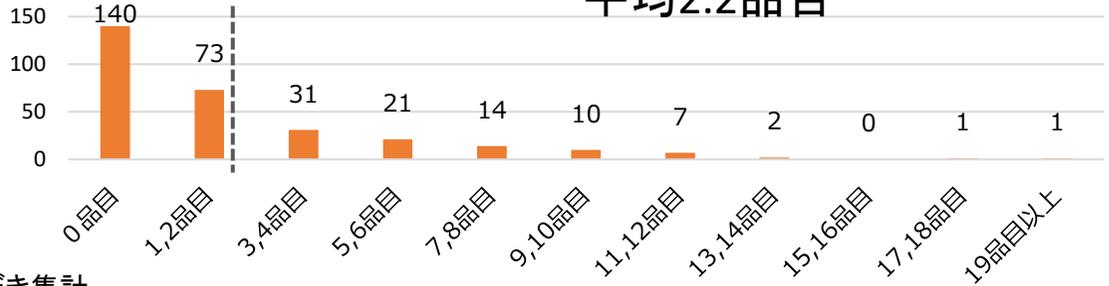


■ 麻薬の調剤実績の有りの薬局における在宅対応



麻薬調剤実績なし
414施設

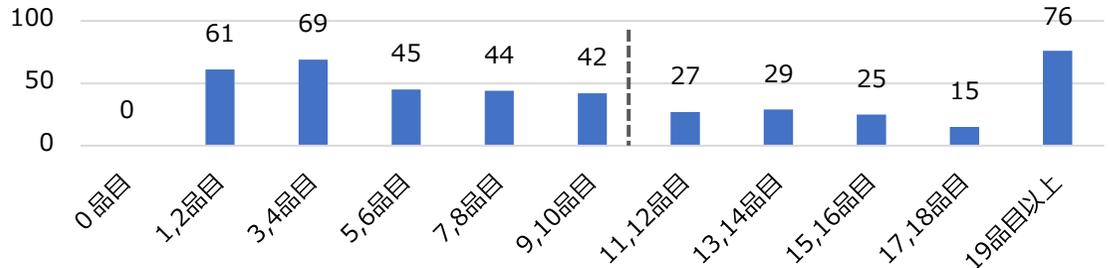
■ 麻薬の備蓄品目(内服、外用、注射)



※無回答をのぞき集計

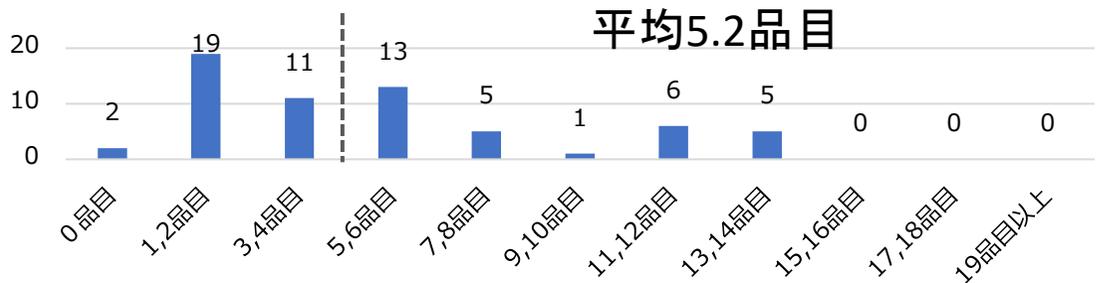
麻薬調剤実績あり

■ 麻薬の備蓄品目(内服、外用、注射)



在宅あり
463施設

■ 麻薬の備蓄品目(内服、外用、注射)



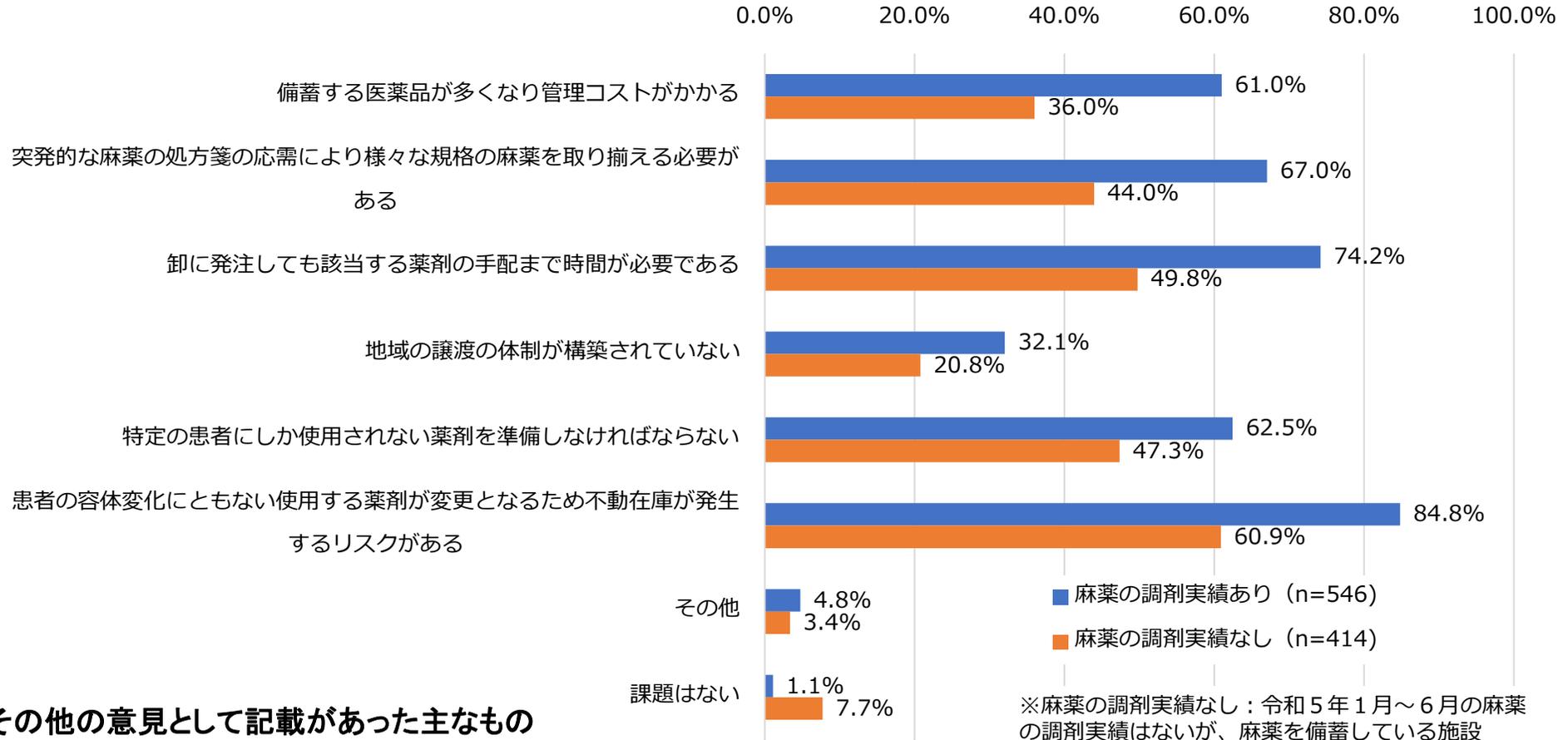
在宅なし
66施設

※無回答をのぞき集計

薬局における医療用麻薬の備蓄体制の課題

○ 麻薬の調剤実績がある薬局では、管理コスト、取り揃え、特定の患者の薬剤準備のほか、（流通管理上返品できないため）備蓄しても使われなくなってしまう不動態を抱えるリスクなど備蓄体制の課題が多く挙げられた。

■ 麻薬の備蓄体制に関する課題（令和5年1月～6月の麻薬の調剤実績有無別）



■ その他の意見として記載があった主なもの

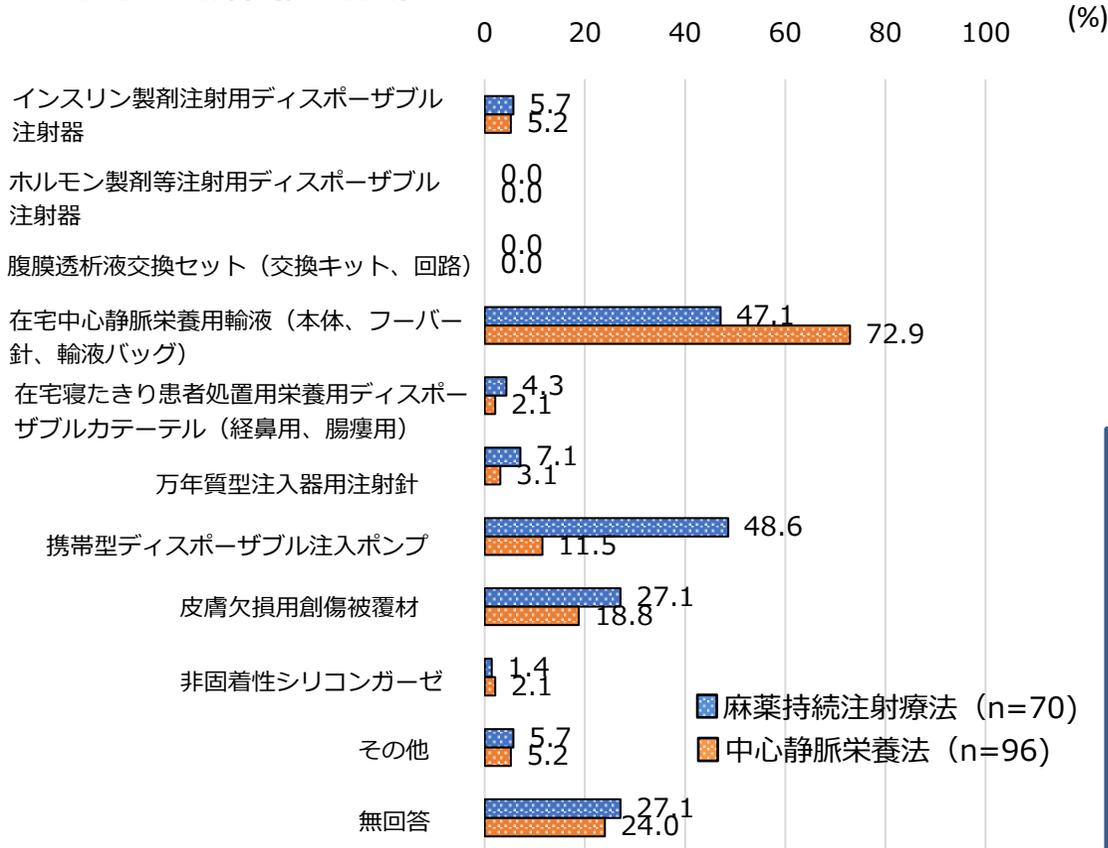
- ✓ 期限切れの際の廃棄金額が高い。直近1年で十数万円の廃棄金額となる。
- ✓ 地域譲渡の体制があっても利用しにくい。

薬局における医療材料の供給

- 麻薬持続注射療法、中心静脈栄養法に対応する薬局においては、そのために必要な医療材料の提供を行っている。
- 患者ごとに提供する医療材料の規格が異なることが多く、複数の規格を取り揃える必要がある。
- 医療材料を使用する中で、償還価格が仕入れ価格を下回ること(いわゆる「逆ざや」)がある薬局は約4割あった。

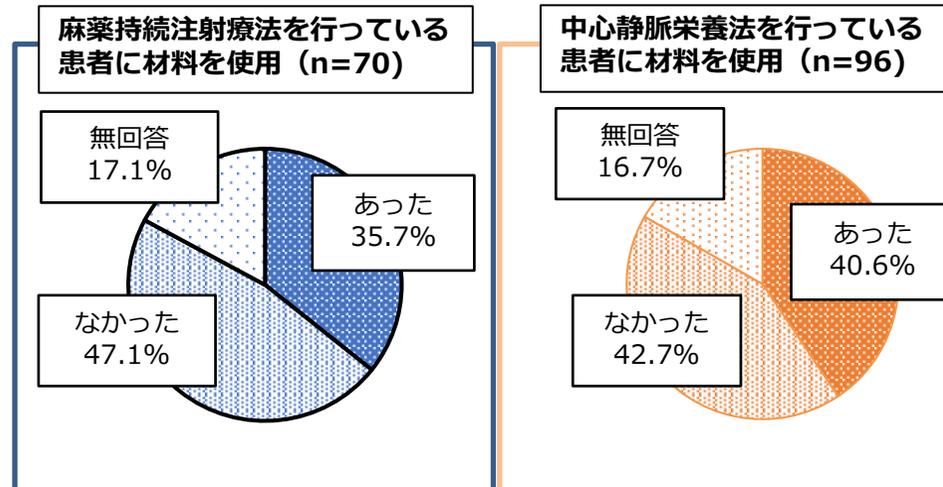
■ 在宅において、麻薬持続注射療法又は中心静脈栄養法を行っている患者に使用した材料（複数回答）

■ 薬局における複数規格の医療剤料の取り揃え



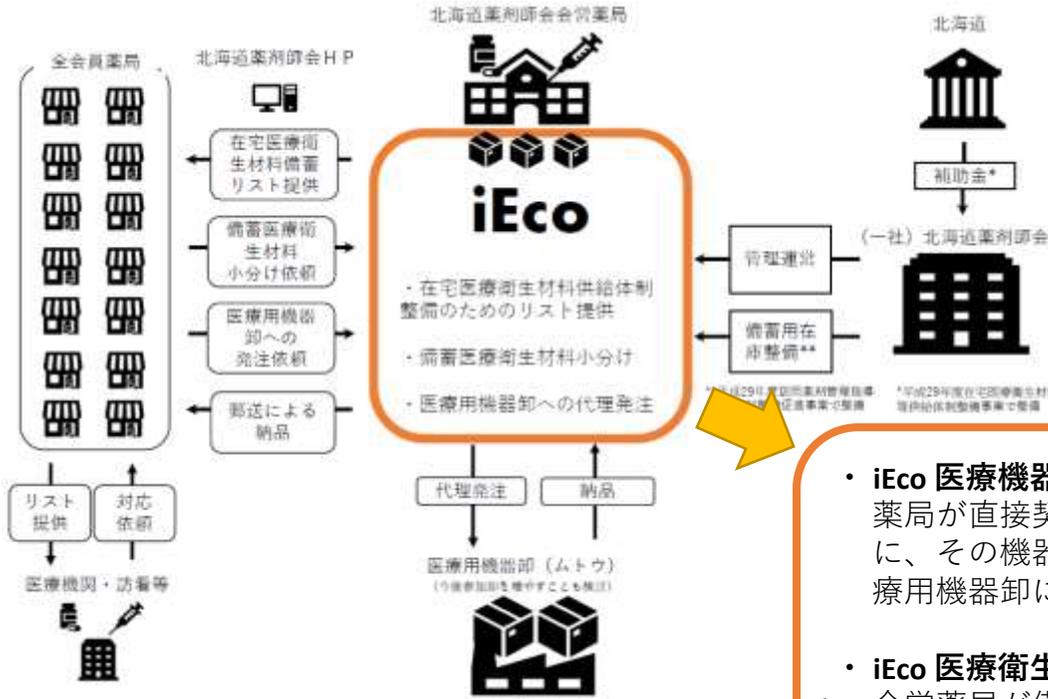
例：創傷被覆材
7.5cmx7.5cm
10cmx10cm
12.5cmx12.5cm 等
※ 様々な規格の製品を取りそろえておくことが必要となる

■ 償還価格が仕入れ価格を下回ることの有無



医療材料の小分け提供サービス(北海道薬剤師会)

- 医療材料が薬局で入手しやすくなるよう、会営薬局が備蓄する医療・衛生材料を小分け提供するサービス(iEco)などを通じて、在宅医療の取組を支援している。



- iEco 医療機器卸への代理発注サービス**
 薬局が直接契約していない卸が扱う医療用機器が急遽必要となった場合に、その機器を迅速に入手会営薬局が提携しているよう、会営薬局が医療用機器卸に代理発注。
- iEco 医療衛生材料小分けシステム**
 会営薬局が備蓄する医療衛生材料をリストとして提示し、小分けにより会員薬局に提供。

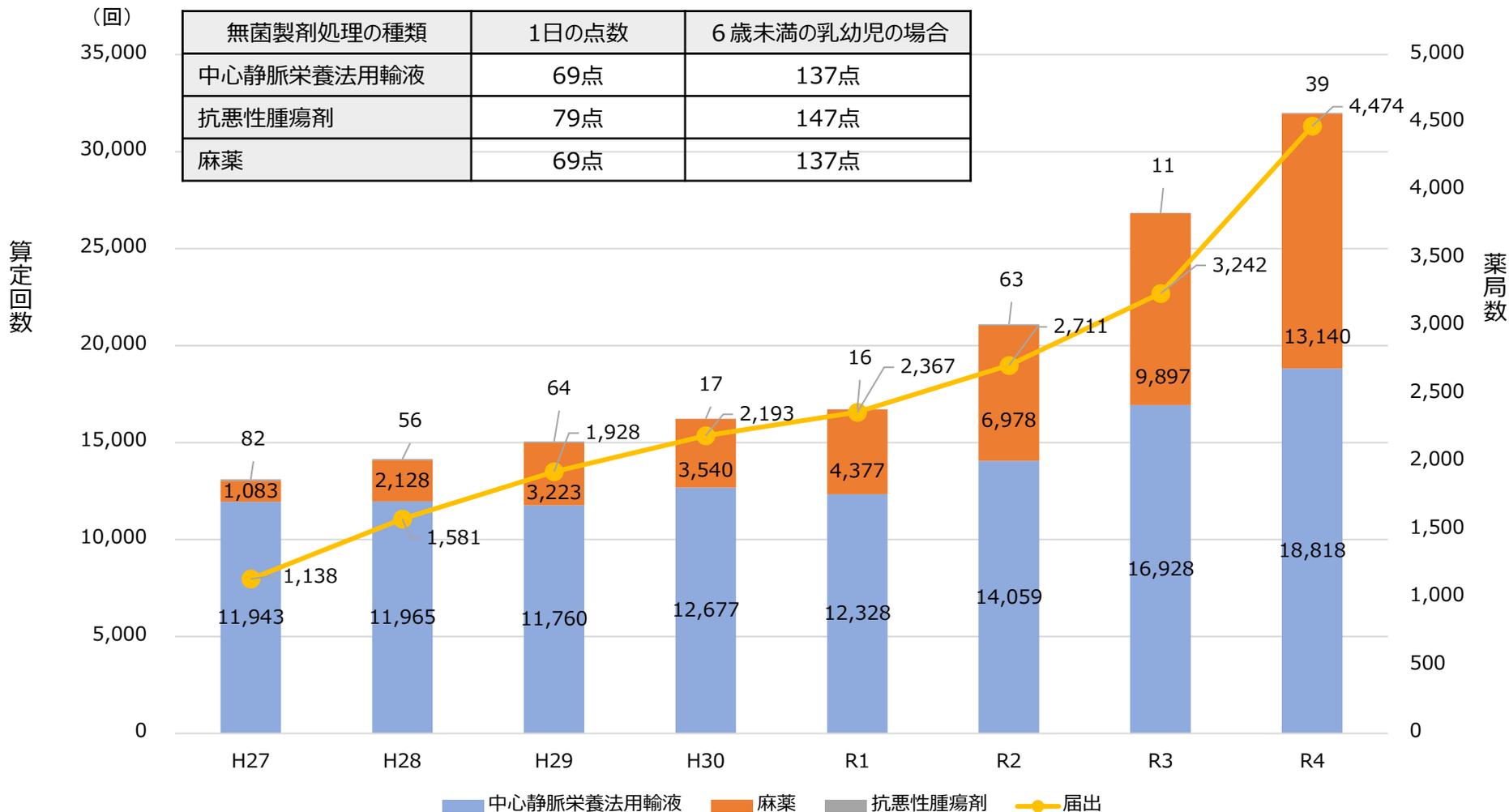
包装単位が大きい医療材料も、必要分を購入可能。
 (例：包装単位が50本の間欠泌尿器用カテーテルが、1本単位で発注できる。)

品名	4987350291110	ネトロンカテー 10FR 33cm	SF-ND1013S	50本/箱	¥38	1本
品名	4987350302018	ネトロンカテー 12FR 15cm	SF-ND1211S	50本/箱	¥38	1本
品名	4987350302557	ネトロンカテー 12FR 28cm	SF-ND1232S	50本/箱	¥38	1本
品名	4987350291219	ネトロンカテー 12FR 33cm	SF-ND1213S	50本/箱	¥38	1本
品名	4987350291031	ネトロンカテー 8FR 33cm	SF-ND0813S	50本/箱	¥38	1本

薬局における無菌調製の実施状況

○ 無菌製剤処理加算の算定回数、届出薬局数は増加傾向。特に麻薬に係る無菌製剤処理加算の算定回数の増加が顕著であり、令和4年は平成27年の約12倍であった。

■ 無菌製剤処理加算の算定回数・届出状況



医療用麻薬の無菌調製

- 医療用麻薬の経口投与が困難な場合には、在宅における患者・家族の対応のしやすさから持続皮下注が選択される。
- 持続皮下投与では、1日に投与する液量の限度があるため、必要な分量を投与するためには希釈をせず高濃度の原液で医療用麻薬が投与されることがある。

医療用麻薬適正使用ガイドンス

3) オピオイド鎮痛薬の投与経路(製剤)の選択と変更

経口投与は最も簡便で患者が自己管理を行いやすい方法であり、オピオイド鎮痛薬の投与経路としては第一選択となる。しかし、経口投与が困難な場合には個々の患者にあった投与経路や製剤を選択する

(1) 投与経路(製剤)の選択

- 可能な限り持続皮下投与を選択する。(敢えて静脈路を確保する必要はない。)
- 持続皮下投与では医師等の指導により患者やその家族での抜針や注射針の刺入が可能であり、在宅においても使用できるものもある。

(略)

- 持続皮下投与では、通常、**同一部位からは1日 20mL 程度が限度**であることに留意する。



※高濃度での医療用麻薬の投与が必要となる場合があり、希釈をせず原液で医療用麻薬が投与される。

医療用麻薬の無菌調製

- 医療用麻薬の調剤において、希釈せずに無菌調製を行う場合、無菌製剤処理加算が算定できない。
- 原液で医療用麻薬を調製するなどの希釈しない無菌調製は、医療用麻薬の無菌調製のうち4分の1を超えている。

無菌製剤処理加算

薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、**2以上の注射薬を無菌的に混合して(麻薬の場合は希釈を含む。)**、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定

■算定対象: 医療用麻薬を生理食塩液で希釈した場合

処方例

ナルベイン注2mg /1mL 45管
生理食塩液 105mL
total 150mL

投与速度 0.2mL/hr



■算定できない例: 原液で医療用麻薬を調製する場合

処方例

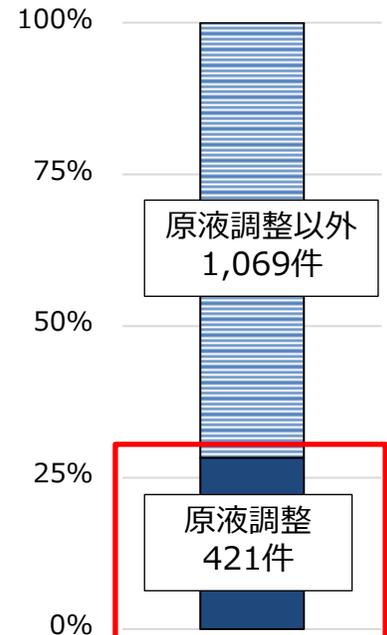
フェンタニル注射液0.2mg /5mL 50管
希釈液なし
total 250mL

投与速度 1.2mL/hr



■全麻薬無菌調製に対する原液調製が占める割合¹⁾ (2022年4月～2023年3月)

(件数割合)



無菌調製しても無菌製剤処理加算が算定できない

課題①

(調剤医療費における課題)

- 「患者のための薬局ビジョン」の策定以降、患者本位の医薬分業を目指し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するために累次にわたる調剤報酬の改定を行っているが、調剤医療費の構造を踏まえると、かかりつけ機能の推進のほか、医薬品の供給拠点として必要な体制維持も薬局にとって一層重要となっている。

(かかりつけ薬剤師の推進について)

- かかりつけ薬剤師指導料は一部の薬学管理料が算定できないが、かかりつけ薬剤師指導料を算定する薬剤師は、医療機関等に対する情報提供、吸入指導やインスリンの手技の指導を多く実施している。
- 服薬管理指導料の特例(かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合)について、算定する薬局数、算定件数は限られており、連携する薬剤師は1名のみで、患者への事前の同意等が必要となる。

(薬局・薬剤師の夜間・休日対応について)

- 薬局における夜間・休日対応は、薬剤師の負担の大きさのほか、勤務人数に余裕がない、負担が偏る等の課題があった。常勤換算薬剤師数が2人以下の薬局は全体の49%であるが、そのような薬局は夜間・休日対応ができない割合が高い。
- 夜間・休日対応など薬局の体制については、自局や所属するグループのホームページでの周知が多いが、地域の関係者へのわかりやすい周知のために、地域の薬剤師会が必要な情報を管理して公表している取組もある。

(調剤後のフォローアップについて)

- 心不全、認知症、糖尿病など地域包括診療料の対象疾患について、診療所・病院からの薬局薬剤師によるフォローアップのニーズが高い傾向にある。
- 心不全のフォローアップについては、第2期循環器対策推進基本計画において、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上に資する薬学的管理・指導が取り組むべき施策とされており、医療機関と薬局が連携して患者フォローアップを実施し、再入院等の悪化を回避につなげる取組が行われている。
- 糖尿病治療薬のフォローアップについては、調剤後薬剤管理指導加算の対象となっている特定の薬剤の場合のみならず、服薬アドヒアランスに関連する場合に薬剤師へフォローアップを指示する医療機関が多い。
- 60歳以上では電話でのフォローアップのニーズが高いが、60歳未満では電子メールやアプリなど情報通信機器を利用した様々な方法でのニーズが高い。

課題②

(保険薬局と保険医療機関等との連携について)

- 薬局と医療機関の連携において、患者の服薬状況等の情報提供を実施している薬局は多く、服薬情報提供料の算定件数は増加傾向である。
- 薬局から服薬情報に関する情報提供を受けたことがあると回答した診療所は約7割であり、「患者の服薬状況」や「残薬状況に関する情報」は薬局から受け取っている割合及び医師が希望する割合がともに高い一方、「副作用の発生状況」や「患者の服薬後のモニタリング状況」は医師の希望と実際に受け取っている割合に差がある。
- 入院時に薬局で患者の持参薬を整理することは、医療機関にとって持参薬に関する負担やリスクの軽減につながることでメリットとの回答が多い一方、実際に依頼する医療機関は約1割であり、薬局は依頼がないことの理由が多い。
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)に対する情報提供は62%の薬局が実施しており、服薬状況の確認と残薬の整理及びそれに関連して服用が難しい場合の対応策などの情報を提供したことによって、利用者の服薬状況が改善している。

(重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応について(調剤料の見直しに伴う評価のあり方))

- 前回改定における調剤報酬の評価体系の見直しにより、調剤料を廃止し、薬剤調製料と処方内容の薬学的分析、調剤設計等に係る業務の評価として調剤管理料、調剤管理加算を新設した。
- 調剤管理加算を算定した患者の状況を調査したところ、約2割は処方医へ多剤投薬の解消に関する提案を実施し、そのうち約8割で多剤投与の解消につながったとの結果であった。また、調剤管理加算を算定した薬局においては、残薬解消や多剤投薬防止の取組が多く実施されていた。
- 調剤に係る業務のうち、自家製剤加算と嚥下困難者用製剤加算に関しては、算定要件が類似している一方で、例えば、出荷調整等により散剤が不足する場合に、代替として同一成分の錠剤を粉砕しても、いずれの加算も算定できない。

(医療用麻薬の提供提供体制について)

- がん患者だけでなく心不全等のがん以外の患者に対しても麻薬の調剤・薬学的管理を実施しており、通常の医薬品と異なり、不要となった麻薬の説明や回収も必要となる。
- 麻薬の調剤実績がある薬局、特に在宅対応を実施する薬局では麻薬の備蓄品目が多かった。このような薬局では、管理コスト、取り揃え、不動態在庫を抱えるリスクなど備蓄体制の課題が多く挙げられた。
- 医療用麻薬の調剤において、希釈せずに無菌調製を行う場合、無菌製剤処理加算が算定できないが、そのような希釈しない無菌調製は、医療用麻薬の無菌調製のうち4分の1を超えている。

調剤についての論点

【論点】

【かかりつけ薬剤師・薬局】

- かかりつけ薬剤師指導料を算定する薬剤師が実施する業務に関して、併算定できない加算に相当する業務を行っていることを評価することについてどのように考えるか。
- 薬剤師の働き方の観点から、薬局・薬剤師における夜間・休日対応に関して、地域において継続的に夜間・休日対応が可能となるよう、周囲の薬局との連携を行いつつ対応することについてどのように考えるか。
- 上記の夜間・休日対応も含め、薬局の機能や役割等に関する情報を、自治体や地域の薬剤師会などの組織を通じて、地域の医療・介護関係者等に周知していくことについてどのように考えるか。
- 調剤後のフォローアップにより患者の状況等を把握する方法に関して、患者・医療機関からのニーズも踏まえ、現在評価されている疾患の拡充や、現在規定されている薬剤の範囲を広げること等、フォローアップの業務を推進する観点からこれらの評価を行うことについてどのように考えるか。
- 服薬情報等提供料に関して、保険医療機関と保険薬局との連携を強化し、より質の高い医療を提供する観点から、服薬情報等提供料の内容や算定状況を踏まえ、現行の算定要件についてどのように考えるか。
- 医療・介護の関係者間の連携を進める観点から、薬局が介護支援専門員など介護関係者に対して薬学的管理に関する情報提供を評価することについてどのように考えるか。

【重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応(調剤料の見直しに伴う評価のあり方)】

- 対物中心の業務から対人中心の業務への転換を進める観点から、前回の改定内容を踏まえ、薬剤調製料、調剤管理料及びその加算料、調製業務等に応じた評価のあり方についてどのように考えるか。
- このうち、重複投薬、ポリファーマシーの解消を推進する観点から、調剤管理加算について、当該加算を算定している薬局や患者に対する取組状況を踏まえ、どのように考えるか。

【医療用麻薬の供給体制】

- 薬局において、在宅医療の場面も含む地域の多様なニーズに対応するために、通常の医薬品と異なり管理や手続等が負担となる医療用麻薬を提供できる体制の確保を評価することについてどのように考えるか。
- 医療用麻薬の無菌調製に関して、無菌環境の下での調製にもかかわらず、希釈しないで行う場合は調製業務が評価されていないことについてどのように考えるか。

外来(その2)

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について

2. 情報通信機器を用いた疾病管理

3. へき地における情報通信機器を用いた診療

4. 遠隔連携診療料

情報通信機器を用いた診療に係る中医協総会等における主なご意見

<令和5年5月17日 中医協総会 医療計画について >

- へき地医療については、資料の52ページ、53ページで紹介されている成功事例を参考にしながら、質の高いオンライン診療や情報通信機器を活用した医療従事者間の連携を推進することが必要。
- へき地においては、オンライン診療としてD to P with Nが有効であるということはもちろんだが、それ以外にも遠隔医療として、看護師によるオンラインを活用した療養指導の取組や、へき地にいる看護師が、専門性の高い看護師に支援、助言を求めるNtoNの形もあり、今後、遠隔医療及びオンライン診療の推進に向けては、幅広く検討していくべき。

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1） >

- オンライン診療については質と安全性の確保、患者のプライバシー等がしっかりなされているかが重要。
- 不適切なオンライン診療を防ぐためには、本年3月にオンライン診療の適切な実施に関する指針が一部改定されたところ。安全性、必要性、有効性の視点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならないことや、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上で実施している旨を公表することなどが追加されたため、これらが遵守されているのかも評価する際の重要な視点となる。
- オンライン診療は診療を受ける場の選択肢を広げるものであるが、対面を希望する患者には対面診療を提供できる体制が重要。
- オンライン診療において、かかりつけ医と薬剤師薬局が適切に連携し医療を提供することが重要。
- オンライン診療は対面診療と比べ、メリット・デメリット両方があることを踏まえ、適切にオンライン診療の活用を推進していくべき。医療資源にも保険財政にも限りがあることを踏まえ、上手な医療のかかり方も意識して、患者が適切にオンライン診療を利用できることが重要であり、動向を注視していくべき。
- 遠隔連携診療料は算定実績が極めて乏しいので、課題を明らかにしたうえで改めて議論する必要がある。

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会 >

- オンライン診療について、オンライン診療の適切な実施に関する指針には、睡眠薬の処方初診では行わないこととされているにもかかわらず、情報通信機器を用いた初診に係る傷病名では不眠症が上位にあるなど、不適切な運用がなされている可能性が示唆されているため、更なる分析を進め、健全な形でオンライン診療を普及させるべき。

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）＞

- ・ 患者の所在と医療機関の関係については、特に医療資源が乏しい地域でのオンライン診療の実態を把握するために、郵便番号を用いた解析等が考えられるのではないか、との指摘があった。
- ・ 情報通信機器を用いた診療に係る傷病名の分析結果について、指針において初診では向精神薬の処方を行わないこととされている一方で、不眠症の病名が上位にあることから、オンライン診療が一部の医療機関では歪んだかたちで実施されている可能性があるのではないか、また、不眠症に係る診療の実態について更に分析をしてはどうか、との指摘があった。
- ・ 患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）がへき地や在宅の場面で活用されてきていることを踏まえ、へき地に限らず、在宅領域等でも幅広く「D to P with N」が円滑に活用されるような方策を考える必要があるとの指摘があった。
- ・ また、オンライン診療の効果が出るのは離島・へき地であり、積極的に離島・へき地におけるオンライン診療を積極的に展開することが必要との指摘があった。

オンライン診療にかかる評価の経緯

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

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

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

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



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

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



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等といる場合のオンライン診療
- 患者が医師といる場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要①

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

初診に必要な医学的情報

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

診療前相談について

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

症状について

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

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

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

対面診療の実施体制

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

令和5年3月の指針改訂の概要①

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

オンライン診療の適切な実施について

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

本人確認について

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

令和5年3月の指針改訂の概要②

情報セキュリティ方策について

【医療機関が行うべき対策】

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

【オンライン診療システム事業者が行うべき対策】

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

遠隔医療の更なる活用について

現状

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



今後の取組

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

I 基本方針の目的

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

II オンライン診療等（医師と患者間での遠隔医療）

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

期待される役割

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

様々な形態

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

現状の課題

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

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

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

【都道府県及び市町村の取組み】

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

Ⅲ 医師等医療従事者間での遠隔医療

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

期待される役割

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

様々な形態

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

現状の課題

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

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

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

【都道府県及び市町村の取組み】

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

Ⅳ その他遠隔医療に関連する事項

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

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - **1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。**
 - **2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。**
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、**患者が適切にオンライン診療を受けられることができる環境を整備することが重要**となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、**オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべき**である。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせることが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、**患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切**である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、**医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切**である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、**施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべき**である。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、**オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当**である。
7. また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が87点から1,681点までであるところ、オンライン診療の場合では一律100点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律147点となっている。**オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当**である。
8. 今後、**今回改定の影響を調査・検証**し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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

[算定要件]（初診の場合）

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

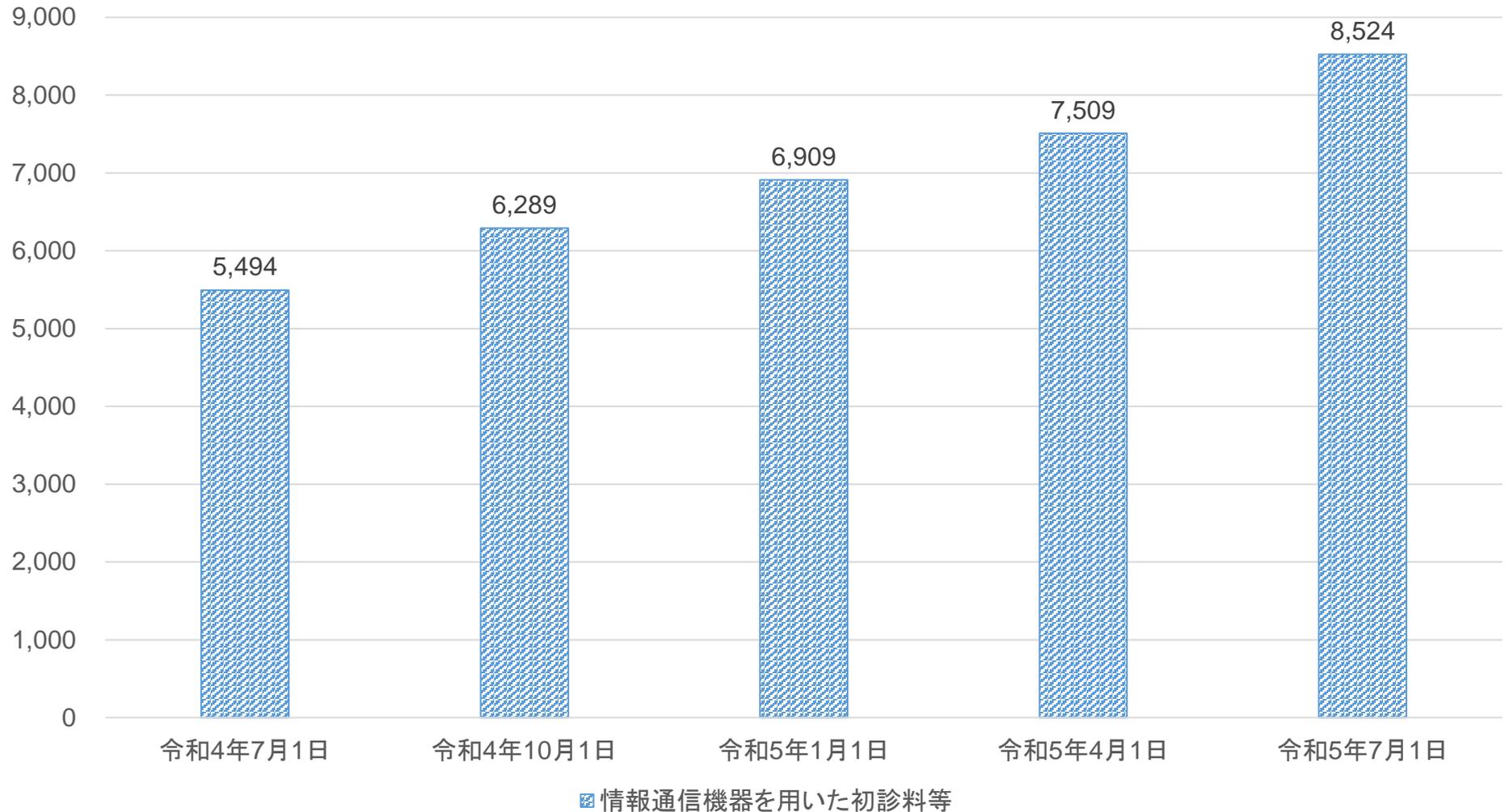
[施設基準]

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

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

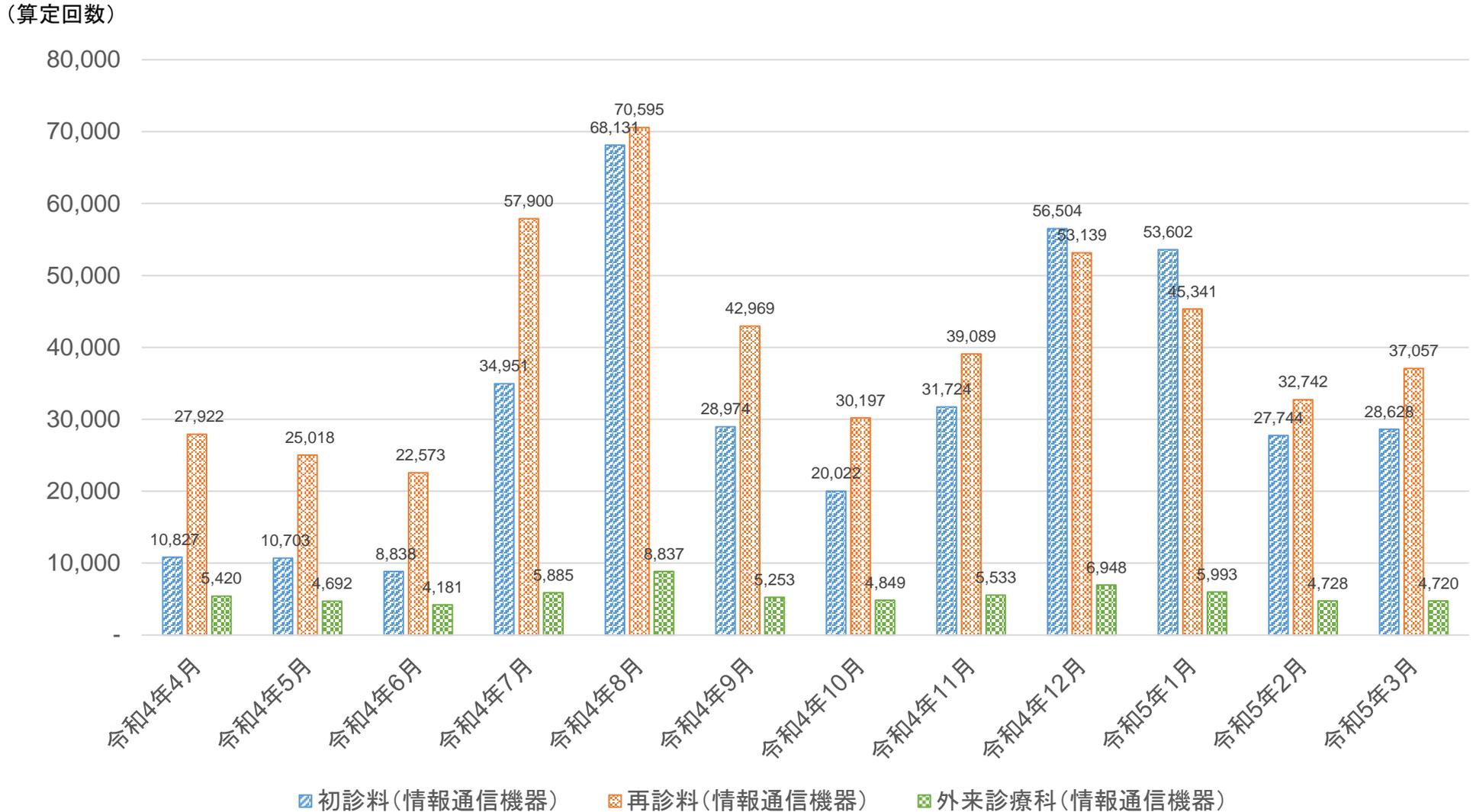
○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年7月1日時点において約8,500医療機関となっている。

(届出医療機関数)



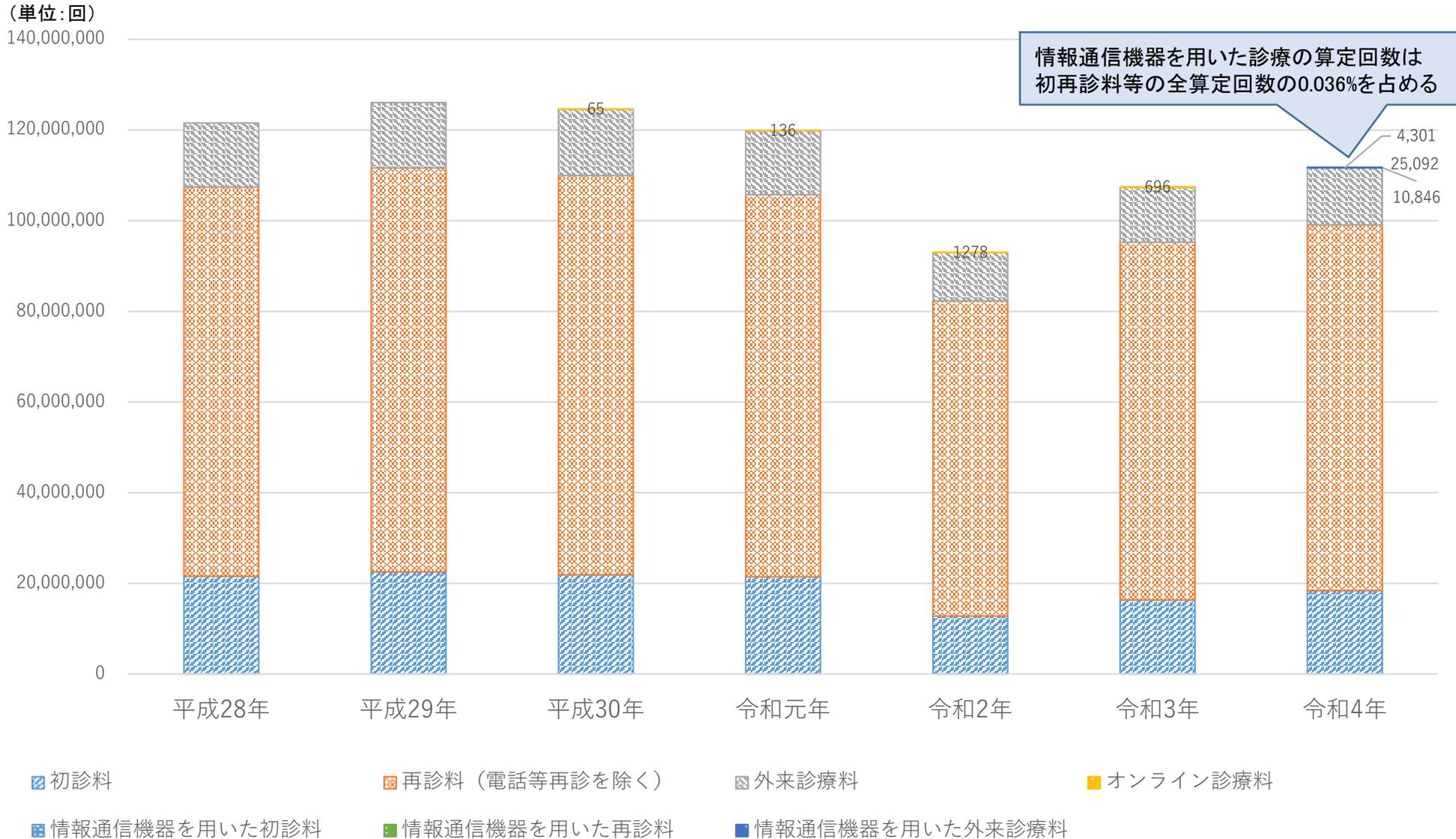
情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は以下のとおり。



初・再診料の算定回数の年次推移

○ 令和4年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.036%を占める。

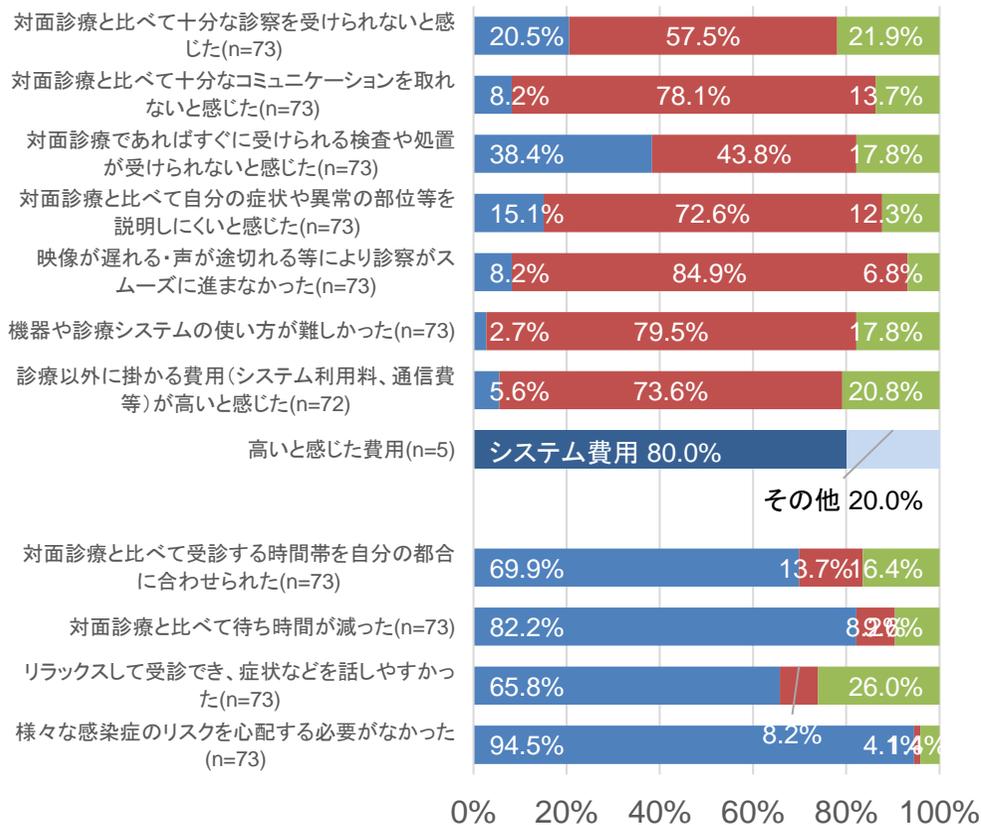


オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査)

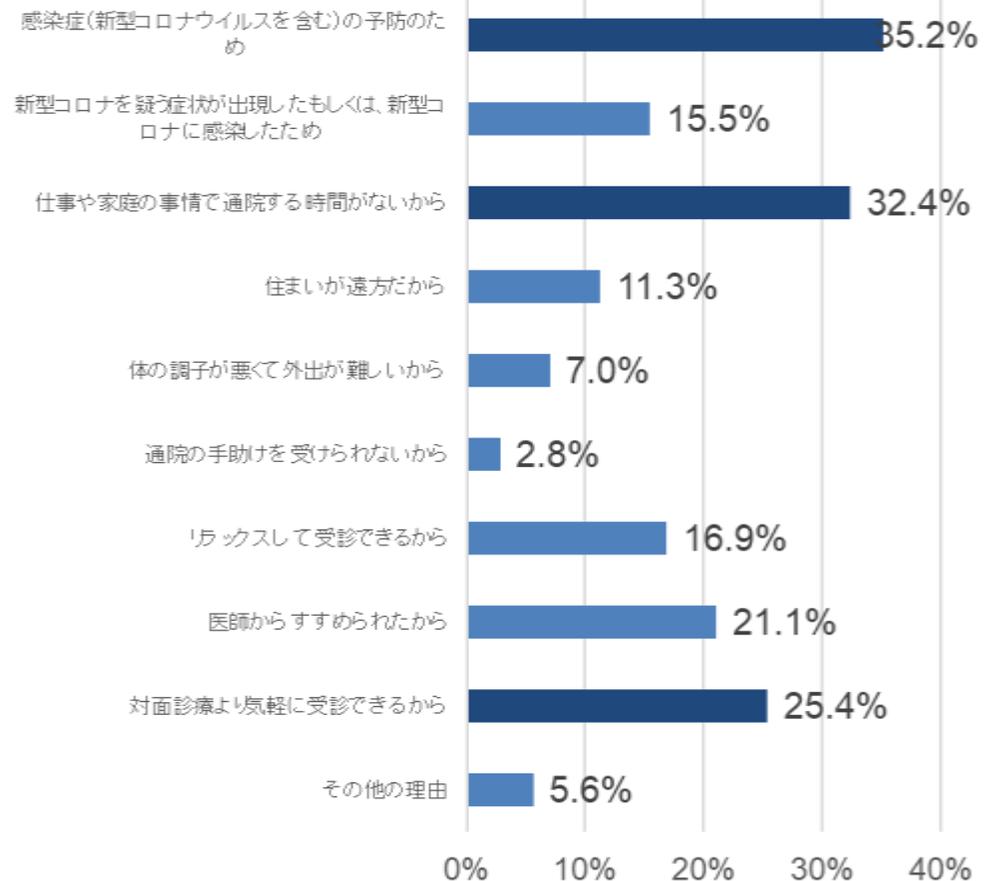
- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者を対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。
- オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

オンライン診療を受診した感想

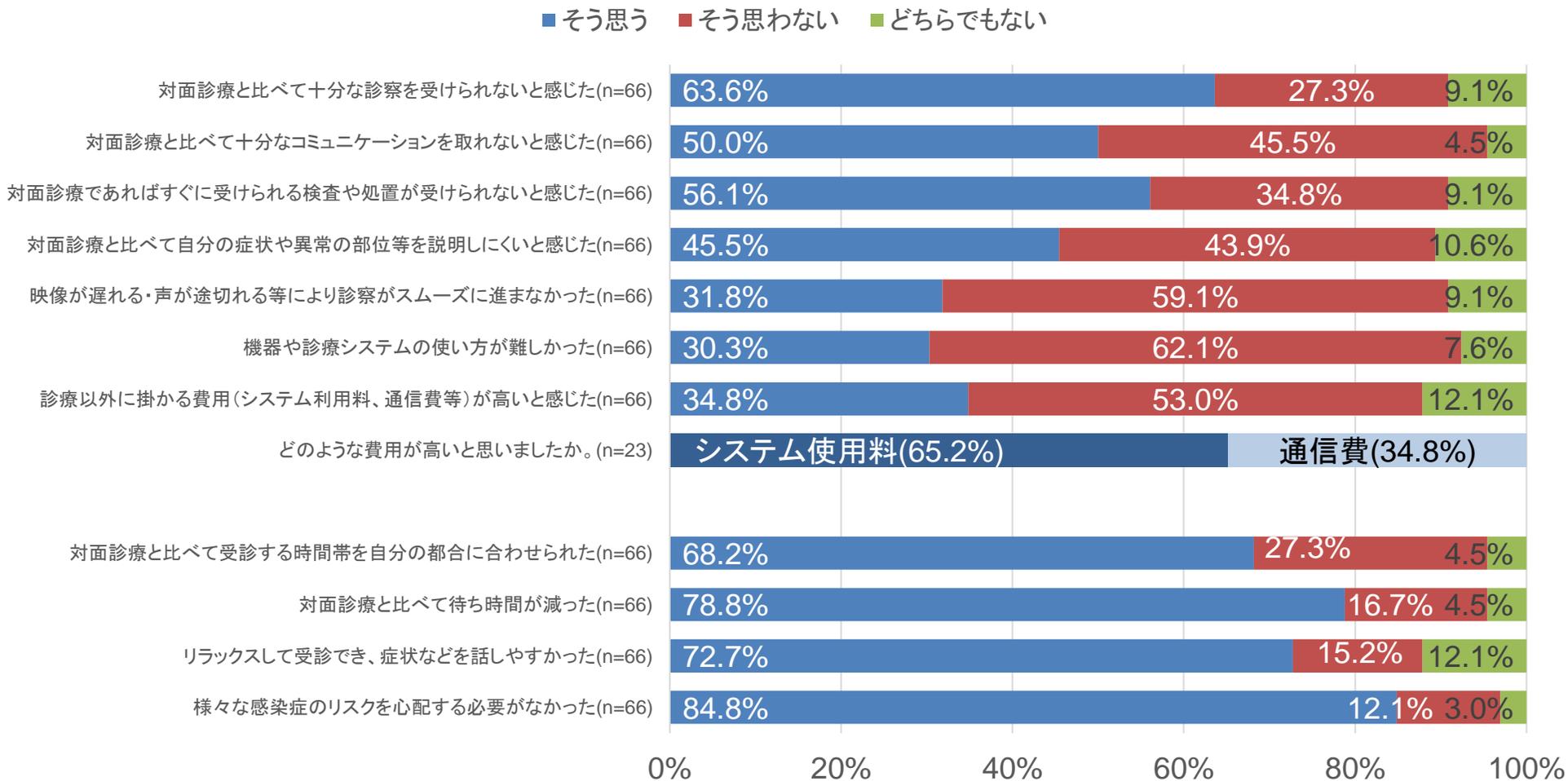
■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない



オンライン診療を受けた理由(n=71)

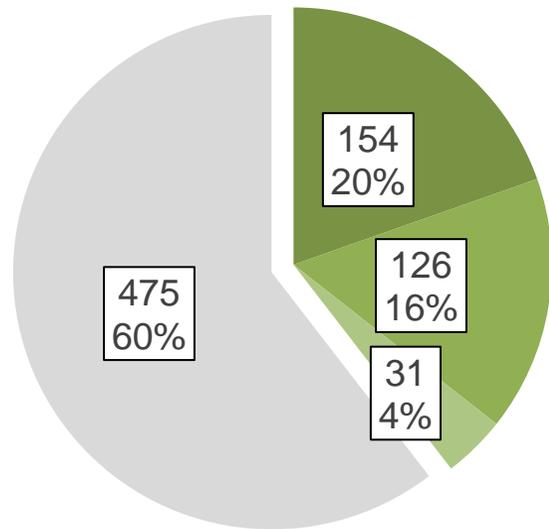


○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」は63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」は56.1%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」は34.8%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は84.8%であった。



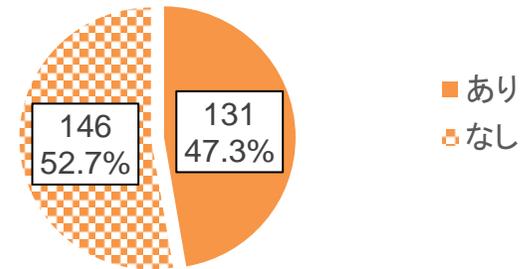
- オンライン診療で、オンライン診療に特化したシステムを用いている医療機関は154施設(20.3%)、オンライン診療や医療系コミュニケーションに特化しないシステムを用いている医療機関は126施設(16.6%)であった。
- システムの利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は36.6%であり、徴収額の中央値は500円であった。

利用しているシステムの概要 (n=758)

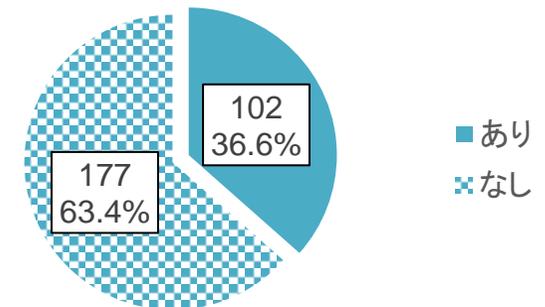


- オンライン診療に特化したシステム
- オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム (SNSアプリ等を用いたビデオ通話)
- その他
- 非該当 (情報通信機器を用いた診療を行っていない場合)

システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い (n=277)

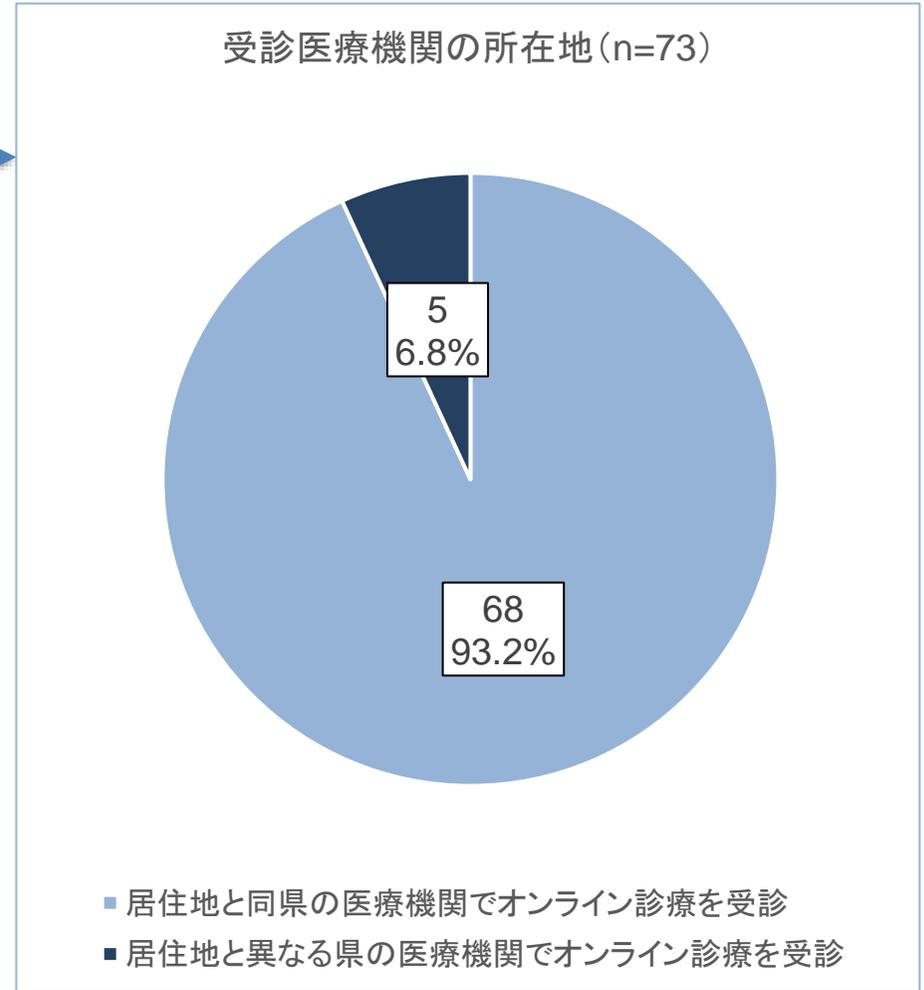
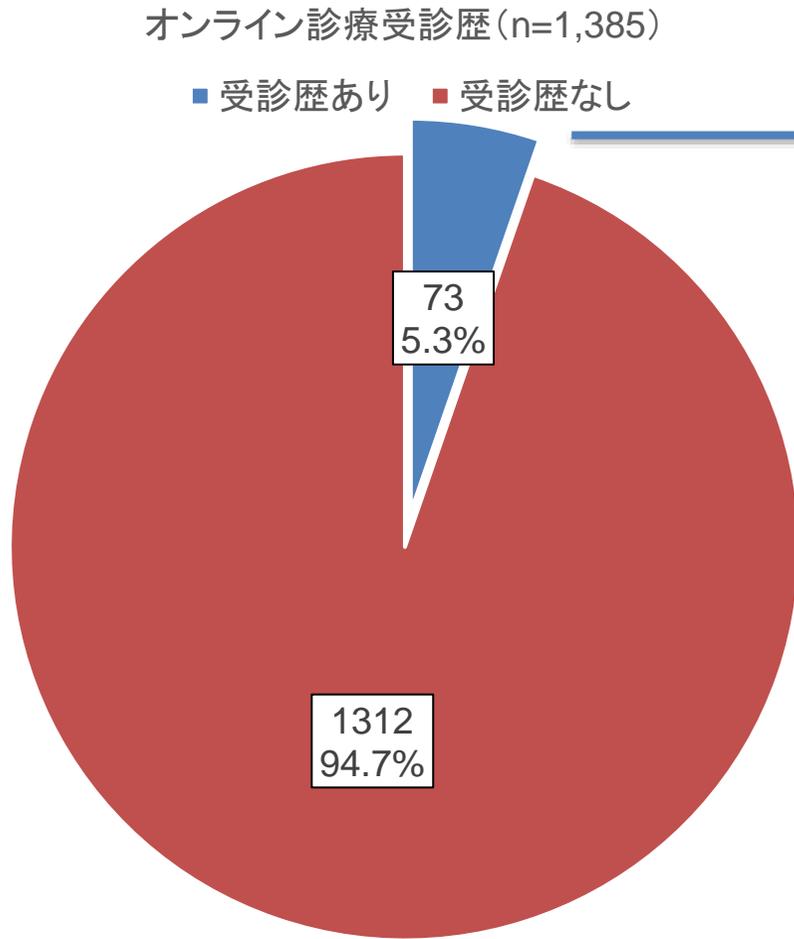


システム利用に係る患者からの費用徴収の有無 (n=279)



回答数	平均	四分位数		
		25%Tile	中央値	75%Tile
24 件	773.3 円/月	275.0 円/月	500.0 円/月	910.0 円/月

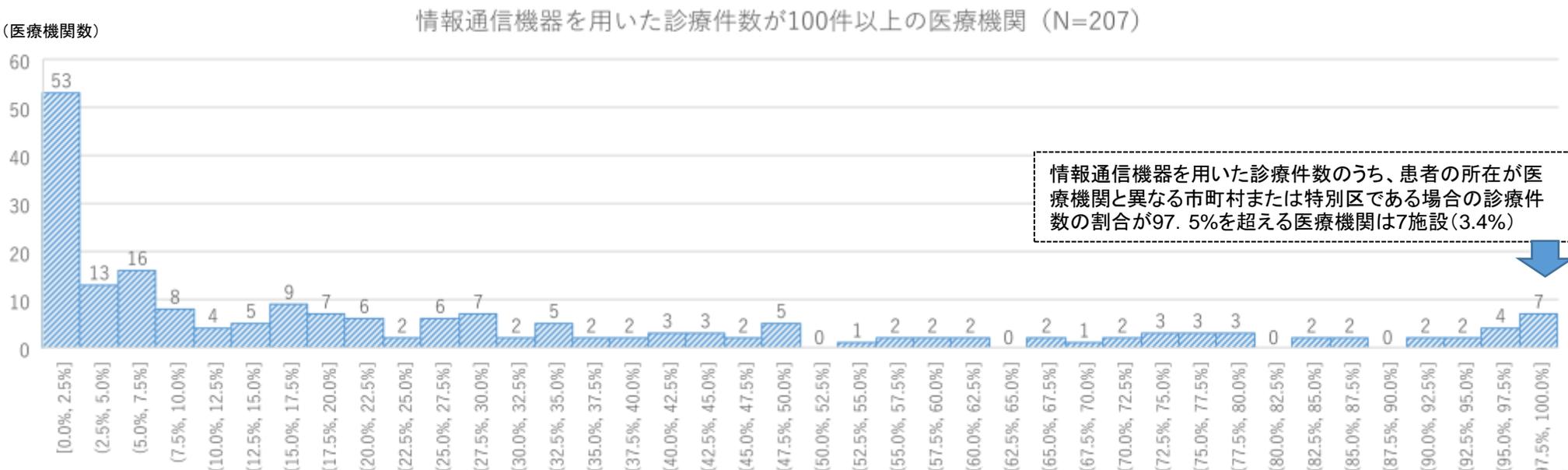
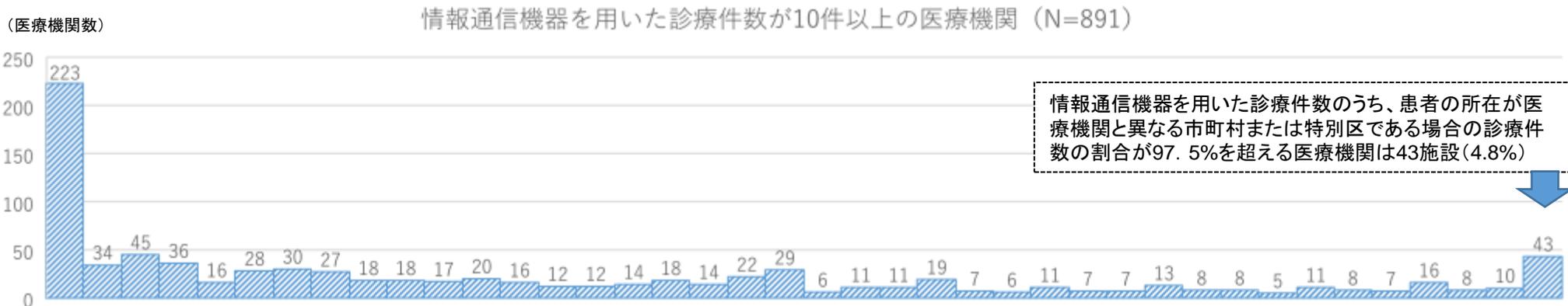
○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。



※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

患者の所在について

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



オンライン診療の提供体制

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。

2. オンライン診療の提供体制に関する事項

(1) 医師の所在

① 考え方

医師は、必ずしも医療機関においてオンライン診療を行う必要はないが、騒音のある状況等、患者の心身の状態に関する情報を得るのに不適切な場所でオンライン診療を行うべきではない。また、診療の質を確保する観点から、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を確保しておくべきである。また、オンライン診療は患者の心身の状態に関する情報の伝達を行うものであり、当該情報を保護する観点から、公衆の場でオンライン診療を行うべきではない。

なお、患者の急病急変時に適切に対応するためには、患者に対して直接の対面診療を速やかに提供できる体制を整えておく必要がある。また、責任の所在を明らかにするためにも、医師は医療機関に所属しているべきである。

② 最低限遵守する事項

i オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにしていること。

ii 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。

iii 医師は、騒音により音声聞き取れない、ネットワークが不安定であり動画が途切れる等、オンライン診療を行うに当たり適切な判断を害する場所でオンライン診療を行ってはならない。

iv オンライン診療を行う際は、診療録等、過去の患者の状態を把握しながら診療すること等により、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を整えなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合には、この限りでない。

v 第三者に患者の心身の状態に関する情報の伝わることのないよう、医師は物理的に外部から隔離される空間においてオンライン診療を行わなければならない。

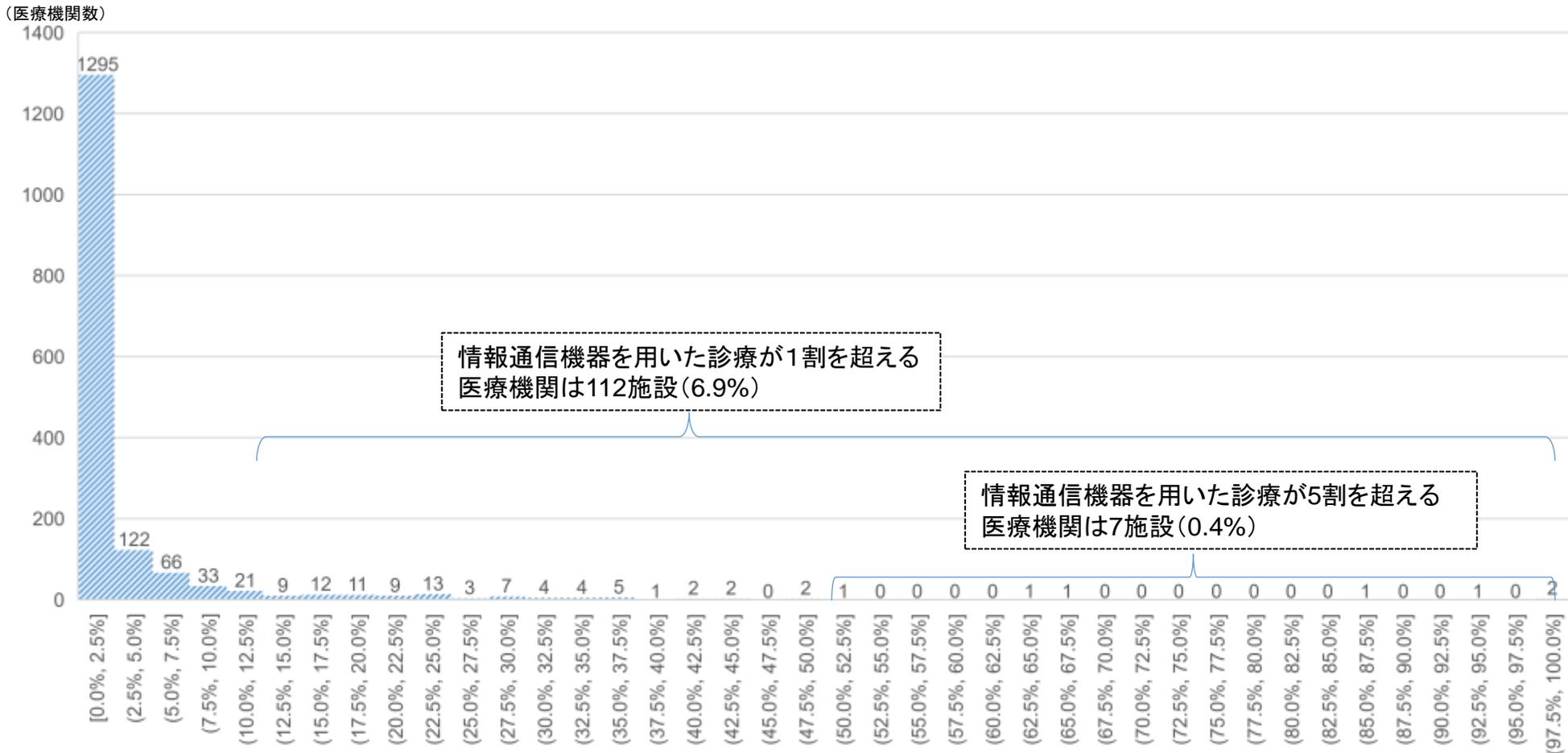
vi オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

③ 推奨される事項

オンライン診療を行う医師は、② ii の医療機関に容易にアクセスできるよう努めることが望ましい。

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

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



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

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

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

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

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

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

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

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

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

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割未満)

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

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

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

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

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

I 内科系の症状

1. 緊急性により初診からのオンライン診療に適さない状態

(1) 呼吸器系の症状

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

エ 急性の激しい咳 オ 喘鳴 カ 急性・亜急性に生じた嚔声

(2) 循環器系の症状

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

(3) 消化器系の症状

ア 強い腹痛 イ 強い悪心/嘔吐 ウ 吐血 エ 血便/下血

(4) 腎尿路系の症状

ア 発熱を伴う腰痛、排便障害、下肢の症状を伴う腰痛

(5) その他

ア 強い痛み

2. 情報量や対応手段の問題で初診からのオンライン診療に適さない状態

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

【重症化のリスク因子】

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

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

(5)薬剤処方・管理

①考え方

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

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

②最低限遵守する事項

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

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

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

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

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

③推奨される事項

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

④不適切な例

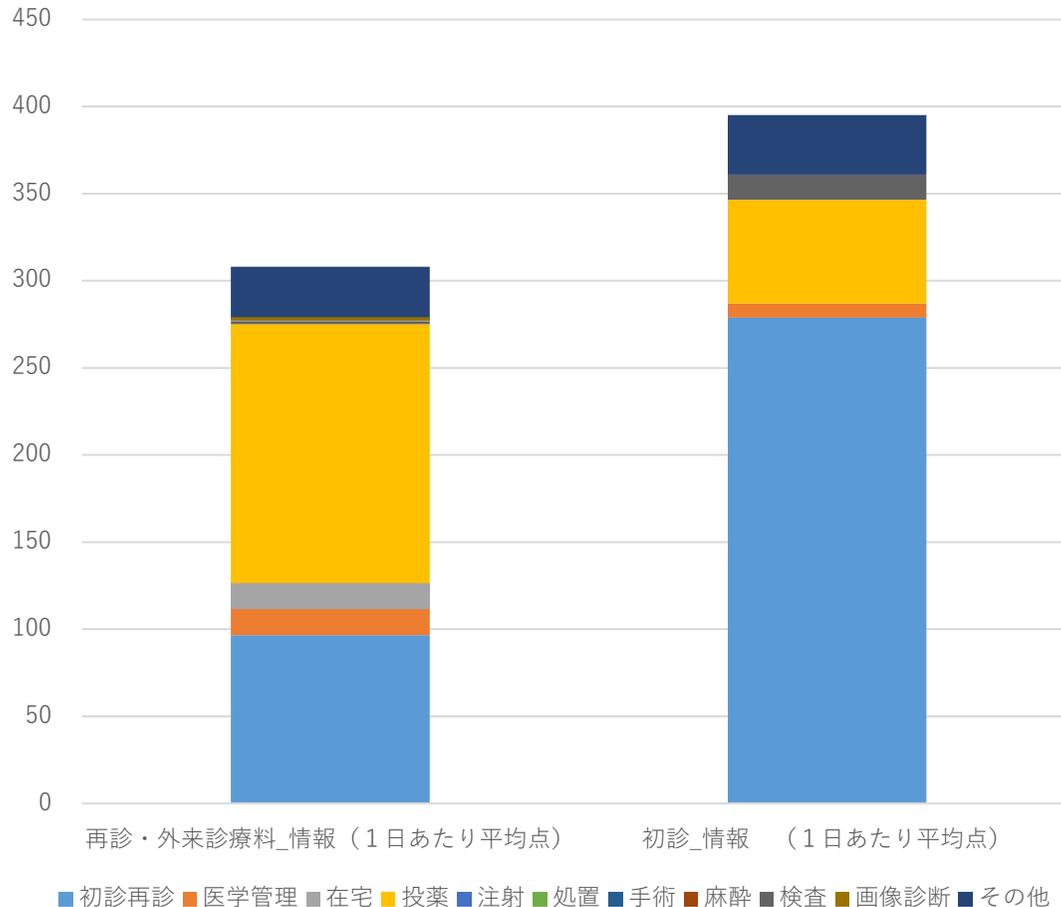
i 患者が、向精神薬、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用されうる利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用されうる保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例。

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

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

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

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



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

再診・外来診療料

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

初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について

2. 情報通信機器を用いた疾病管理

3. へき地における情報通信機器を用いた診療

4. 遠隔連携診療料

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

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

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

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

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

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

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

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

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

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

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

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

情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数

令和4年度改定前から算定可能な医学管理料

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

令和4年度改定後より算定可能な医学管理料

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

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250点
- 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250点

【対象患者】

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1

以下の全ての基準に該当する患者

- ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの
- イ CPAP療法を実施したにもかかわらず、無呼吸低呼吸指数が15以下にならない者に対してASV療法を実施したもの

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2

以下のアからウまでのいずれかの基準に該当する患者。

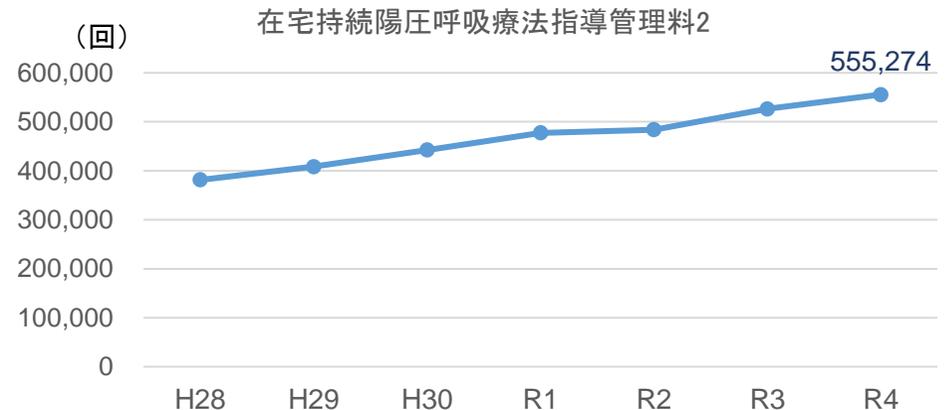
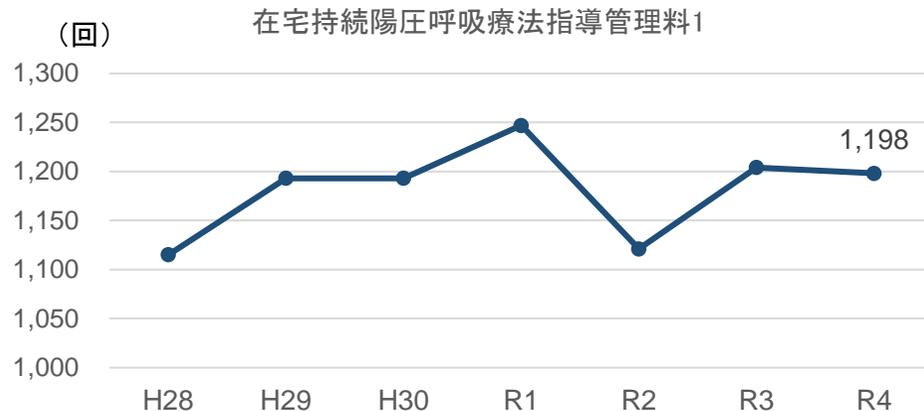
- ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 の対象患者以外にASV療法を実施した場合
- イ 心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ない場合

ウ 以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。

※ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。

- (イ) 無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上
- (ロ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
- (ハ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

<算定回数の推移>



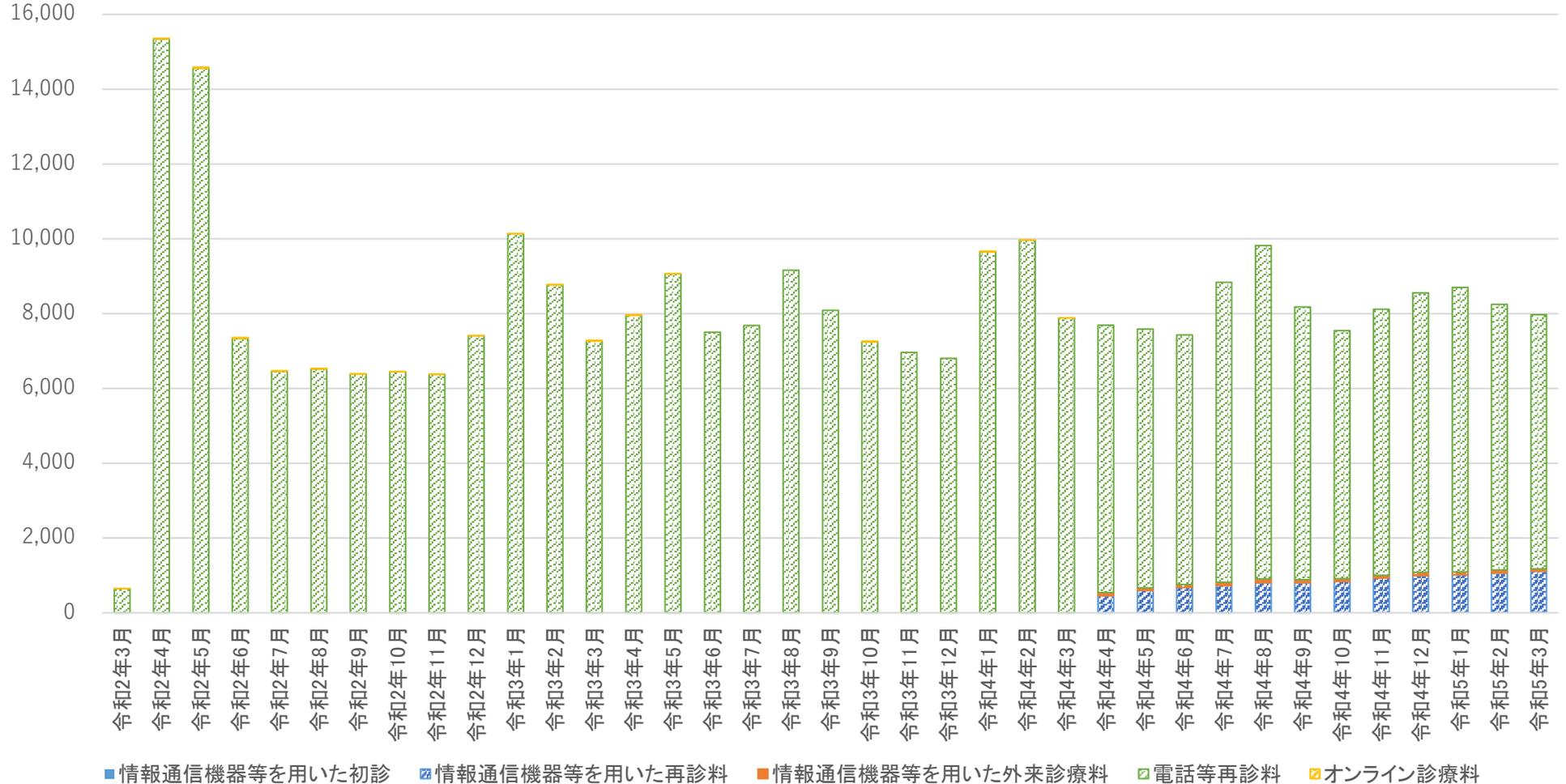
コロナ特例としての在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2

○ コロナ特例における情報通信機器等を用いた診療による在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2は1月あたり約8千件程度算定されていた(※)。

(※)当該特例は令和5年5月8日をもって廃止

(算定回数/月)

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2



■ 情報通信機器等を用いた初診 ■ 情報通信機器等を用いた再診料 ■ 情報通信機器等を用いた外来診療料 ■ 電話等再診料 ■ オンライン診療料

持続陽圧呼吸療法に係る診療

- 持続陽圧呼吸療法(CPAP)に係る診療として実施する内容として、CPAP記録の管理、睡眠状態の確認、マスクの適合の確認、身体状況の確認が求められる。

【持続陽圧呼吸療法に係る診療において実施する内容】

1. CPAP記録の管理

- ・ 使用状況(使用日数, 使用時間など):生活状況に合わせて最大限CPAPを使用できるようにサポートを行う。睡眠時間が十分に確保できているかと合わせて、実際にCPAPを使用している時間を確認する。
- ・ リーク:マスクが適切に利用できているかどうかの指標となる。
- ・ 治療効果(AHIなど):治療のための設定が適切であることの指標となる。

2. 睡眠状態の確認

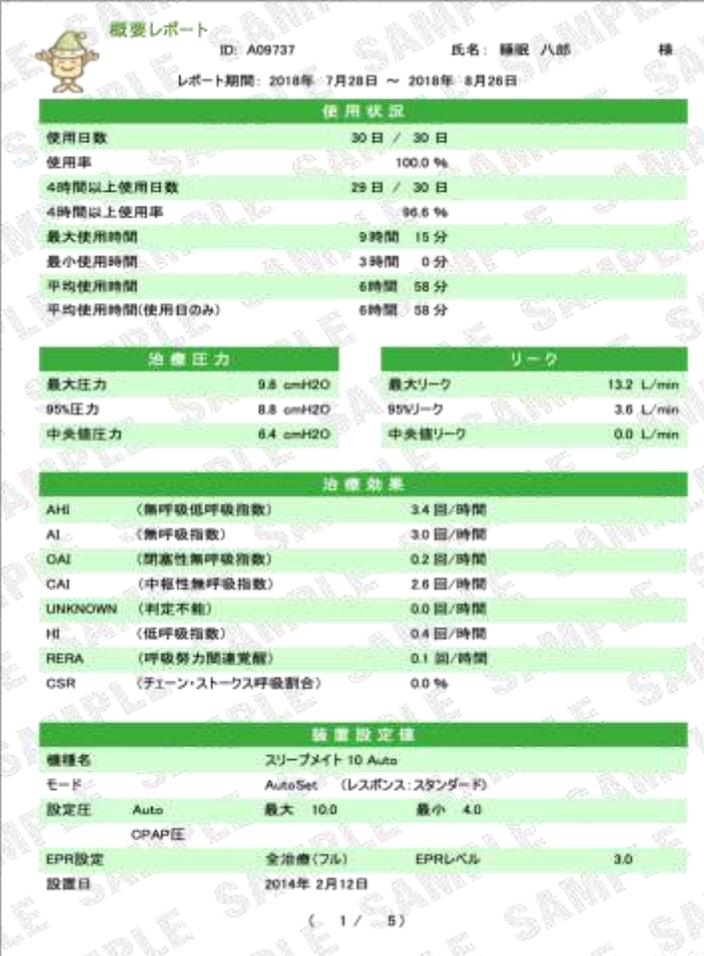
- ・ CPAP記録の管理と合わせて、日中の生活に支障のない十分な睡眠時間が確保できているか、規則正しい睡眠が取れているかを確認する。睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やイビキなどの症状が改善していることを確認する。

3. マスクの適合の確認

- ・ CPAP記録の管理と合わせて、使用しているマスクが適切に利用できているかを確認する。

4. 身体状態の確認

- ・ 体重の推移, 必要に応じて血圧の推移などを確認し, 生活指導を行う。



概要レポート
ID: A09737 氏名: 藤原 八郎 様
レポート期間: 2018年 7月28日 ~ 2018年 8月26日

使用状況	
使用日数	30日 / 30日
使用率	100.0%
4時間以上使用日数	29日 / 30日
4時間以上使用率	96.6%
最大使用時間	9時間 15分
最小使用時間	3時間 0分
平均使用時間	6時間 58分
平均使用時間(使用日のみ)	6時間 58分

治療圧力		リーク	
最大圧力	9.8 cmH2O	最大リーク	13.2 L/min
95%圧力	8.8 cmH2O	95%リーク	3.6 L/min
中央値圧力	6.4 cmH2O	中央値リーク	0.0 L/min

治療効果	
AHI (無呼吸低呼吸指数)	3.4 回/時間
AI (無呼吸指数)	3.0 回/時間
OAI (閉塞性無呼吸指数)	0.2 回/時間
GAI (中軽性無呼吸指数)	2.6 回/時間
UNKNOWN (判定不能)	0.0 回/時間
HI (低呼吸指数)	0.4 回/時間
RERA (呼吸努力関連覚醒)	0.1 回/時間
CSR (チェーン・ストークス呼吸割合)	0.0%

装置設定値	
機種名	スリープメイト10 Auto
モード	AutoSet (レスポンス:スタンダード)
設定圧	Auto 最大 10.0 最小 4.0
CPAP圧	
EPR設定	全治療(フル) EPRLレベル 3.0
設置日	2014年 2月12日

(1 / 5)

※概要レポートの例:使用日数、使用率、治療圧力、リーク、治療効果(AHI等)、装置設定値が確認可能。

睡眠時無呼吸症候群に対するCPAP療法についての学会声明

睡眠時無呼吸症候群患者のCPAPをオンライン診療で管理することに関する声明

一般社団法人 日本遠隔医療学会 令和5年10月26日公表

2022年4月に医学会連合が公開した『オンライン診療による継続診療が可能な疾患／病態』には、症状が安定している「睡眠時無呼吸症候群」がオンライン診療の対象として挙げられている。2022年度の診療報酬改定、オンライン診療指針の改定はオンライン診療の制限(初診制限, 疾患制限など)を緩和する方向で進められ, 多くの医療機関がオンライン診療を行うための準備を整えてきた。実際にCOVID-19流行期には, 対面診療の代替としてオンライン診療(あるいは電話診療)を用いて経鼻的持続陽圧呼吸療法(Continuous positive airway pressure: 以降, CPAP)を継続した患者は少なくない。そのため, 2023年5月8日より時限的・特例的措置が中止されたことにより, CPAPについてオンライン診療による支援ができなくなった。

前述の「症状が安定している」という記載を踏まえて, 当学会としては閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対するCPAPをオンライン診療で実施する場合には以下の条件の下で行うべきであると考えます。

- ・睡眠時無呼吸症候群の診断が確実であること
- ・CPAPを開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やイビキなどの症状が改善していること
- ・通常の対面診療で確認するCPAP管理に係るデータについて, 情報通信機器を用いた診療(オンライン診療)においても確認すること
- ・睡眠時無呼吸症候群に合併する身体疾患管理の必要性に応じて対面診療を適切に組み合わせること

上記の診断, 症状の改善およびCPAPの使用状況の確認できるまでは対面診療を実施すること, オンライン診療を開始した後も何らかの疑念が生じる場合には, 速やかに対面診療に切り替えることを, CPAPのオンライン診療を継続する際には遵守してもらいたい。

上記の条件を満たす場合については, CPAPの管理においてオンライン診療は対面診療を代替することが可能である。とくに勤労者世代に患者の多いCPAPの管理においては他の身体疾患と比べてもオンライン診療による利便性を享受できる患者は多く, 対面診療に充てられる限られた医療資源を適切に配分することにも繋がるため, CPAPのオンライン診療は保険収載されることが望ましいと考える。

花粉症対策の全体像

令和5年5月30日 花粉症に関する関係閣僚会議決定

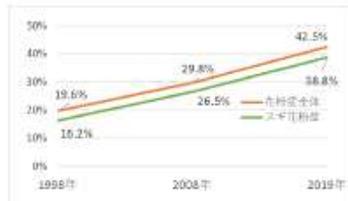
I はじめに

- 花粉症は未だ多くの国民を悩ませ続けている社会問題
- 省庁の縦割りを排し、様々な対策を効果的に組み合わせて実行していくことが重要。また、息の長い取組が必要。

→ 今後10年を視野に入れた施策も含めて、花粉症という社会問題を解決するための道筋を示す

II 花粉症の実態と人工林の将来

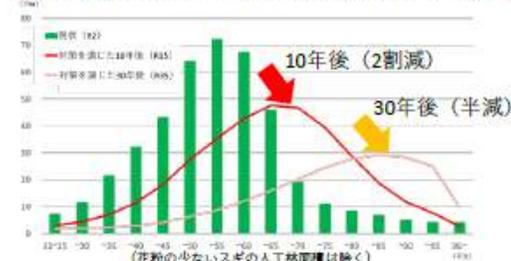
➢ 有病率：約10年ごとに10ポイント程度ずつ増加



出典) 日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会のデータより作成

➢ 医療費（花粉症を含むアレルギー性鼻炎）
→ 保険診療：約3,600億円、市販薬：約400億円

➢ 花粉発生源となるスギ人工林（20年生超）は431万ha



「発生源対策」の取組を集中的に進めて花粉量の削減を加速化

III 花粉症対策の3本柱

1. 発生源対策

10年後には花粉発生源の**スギ人工林を約2割減少**させることを目指す。スギ人工林由来の花粉が約2割減少すれば、花粉量の多かった今シーズンであっても**平年並みの水準まで花粉量を減少させる効果が期待**できる。また、**将来的（約30年後）には花粉発生量の半減**を目指す。

● スギ人工林の伐採・植替え等の加速化

スギ人工林の伐採を約5万ha/年→（10年後）約7万ha/年まで増加させるとともに、花粉の少ない苗木や他樹種による植替え等を推進
⇒ 花粉発生源となるスギ人工林の減少スピードを約2倍に（「花粉発生源スギ人工林減少推進計画（略称：スギ伐採加速化計画）」）

● スギ材需要の拡大【林野庁・国土交通省】

住宅分野でのスギ材製品への転換促進、木材活用大型建築の新築着工面積の倍増等
- スギ製材・合板・集成材等のJAS材の増産に向けた加工流通施設の国内整備の支援、国産材の利用割合の低い構築材等について輸入材を代替可能な製品を製造する技術の普及等、安定供給体制の構築
- JAS規格・建築基準の合理化
- 国産材を活用した住宅に係る表示の仕組みの構築（花粉症対策への貢献度を明示）
- 建築物に係るライフサイクルカーボン等の評価方法の構築（3年を目途）
- 住宅生産者による花粉症対策の取組の見える化 等
⇒ 需要を1,240万㎡→（10年後）1,710万㎡（470万㎡増）に拡大

● 花粉の少ない苗木の生産拡大【林野庁】

- 国・自治体等における苗木生産体制の短期的かつ集中的な整備
⇒ 10年後には花粉の少ないスギ苗木の生産割合をスギ苗木全体の9割以上に引上げ

● 林業の生産性向上及び労働力の確保【林野庁】

労働力の大幅な減少が見込まれる中、
- 高性能林業機械の導入支援等により生産性を向上
- 外国人材の受入れ拡大、新規就業者の確保・育成、処遇の改善、農業など他産業との連携、地域おこし協力隊との連携等により、労働力の減少に歯止めをかけ、10年後も現在と同程度の林業人材を確保

→ 年内に「林業活性化・木材利用推進パッケージ」（仮称）を策定【林野庁・国土交通省】

2. 飛散対策

● スギ花粉飛散量の予測

- 精緻化されたデータを民間事業者に提供すること等により、民間事業者が実施する予測の精度向上を支援
- スギ雄花花芽調査の強化（34都府県→全国に拡大、調査地点数の倍増）等【環境省・林野庁】
- 航空レーザー計測によるスギ人工林の分布、森林地形等の情報の高度化、それらのデータの公開の推進【林野庁】
- スーパーコンピューターやAIを活用した、花粉飛散予測に特化した詳細な三次元の気象情報の提供【気象庁】
- 花粉飛散量の実測データの提供、画像解析を活用した花粉飛散量の測定手法の開発【環境省】
- 花粉飛散量の標準的な表示ランクの設定・周知【環境省】

● スギ花粉の飛散防止

- 効果的・効率的な散布技術の開発、薬剤の改良を進めるなど、スギ花粉の飛散防止剤の開発を促進し、5年後に実用化の目処を立て、速やかに実行することを目指す【林野庁】

3. 発症・曝露対策

● 花粉症の治療

- 診療ガイドライン改訂や対症療法等の医療・相談体制の整備を推進【厚生労働省】
- アレルゲン免疫療法（舌下免疫療法）の開始時期等について、医療機関等における適切な情報提供や集中的な広報を実施【厚生労働省】
 - 学会等を通じた医療機関等への協力要請
 - 実施医療機関のリスト化・周知
 - オンライン診療可能な医療機関の周知
- 森林組合等への協力要請や企業への要請等に着手
⇒ 舌下免疫療法の治療薬を25万人/年→（5年以内）100万人分/年に増産【厚生労働省】
- 治療法・治療薬の開発に資する大学や国立研究機関等での研究開発等を支援【文部科学省・厚生労働省】

● 花粉症対策製品など

- 花粉対策に資する商品に関する認証制度について、関連業界と連携し、消費者への認知拡大、認証取得製品（網戸、衣服等）の拡大・普及の推進【経済産業省】
- スギ花粉米の実用化に向け臨床研究等を実施【農林水産省】

● 予防行動

- 花粉への曝露を軽減するための花粉症予防行動について、自治体、関係学会等と連携して広く周知【環境省・厚生労働省】
- 花粉曝露を軽減する柔軟な働き方等、企業等による従業員の花粉曝露対策を推進する仕組みの整備【経済産業省】

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について
2. 情報通信機器を用いた疾病管理
- 3. へき地における情報通信機器を用いた診療**
4. 遠隔連携診療料

へき地の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。
- へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取り組みを着実に進める。

へき地で勤務する医師の確保

- へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターと引き続き緊密な連携や一体化を進めることとする。



へき地医療拠点病院の事業

【遠隔医療の活用】

- 都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

【主要3事業の評価】

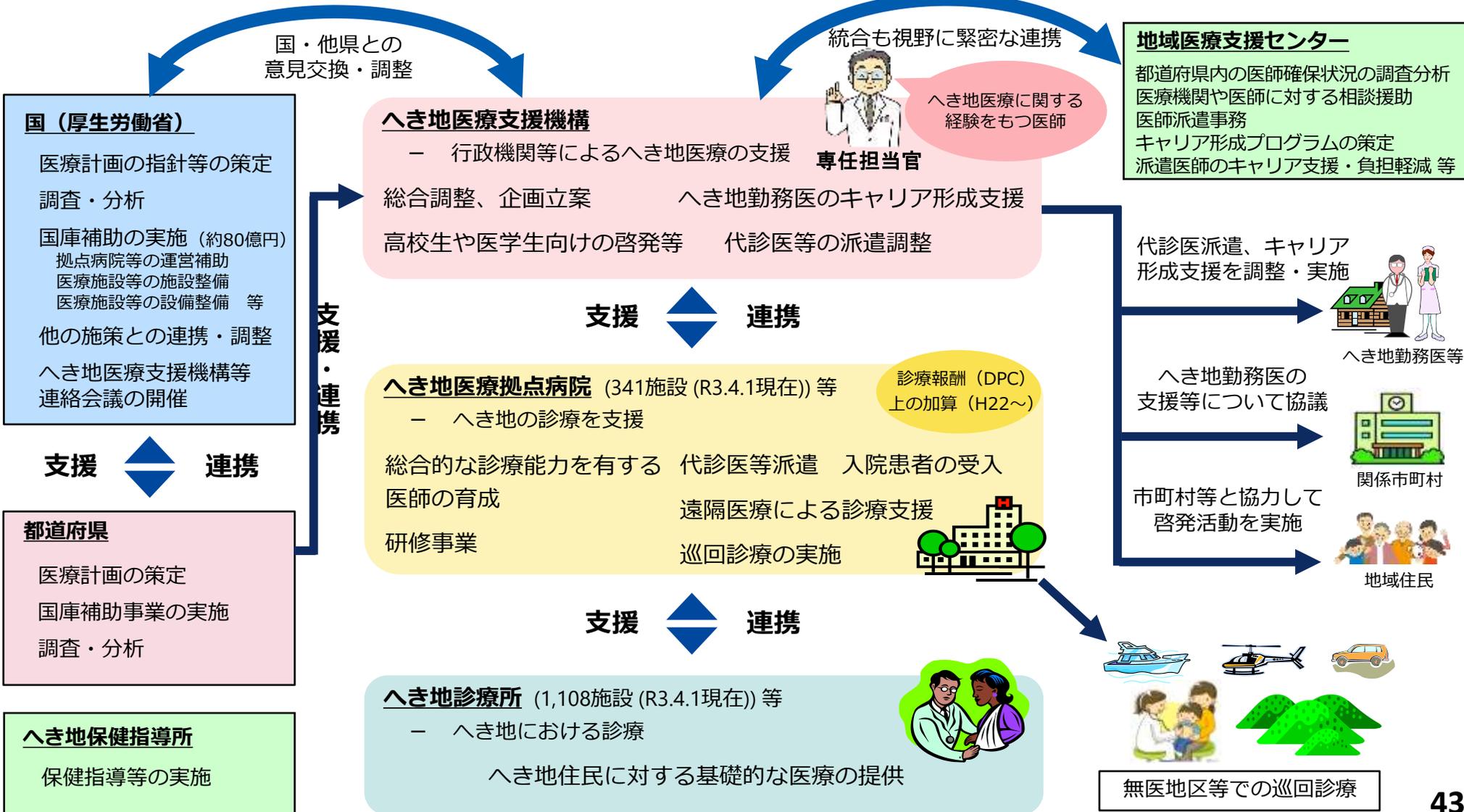
- オンライン診療を活用して行った巡回診療・代診医派遣についても、主要3事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	221(65.8%)	302(89.9%)	75(22.3%)	121(36.0%)	51(15.2%)	115(34.2%)
未実施施設数	115(34.2%)	34(10.1%)	261(77.7%)	215(64.0%)	285(84.8%)	221(65.8%)
計			336 ^{※1}			

※1 令和3年度実況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和3年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。42

へき地における医療の体系図

○ へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

令和4年7月27日第11回
第8次医療計画等
に関する検討会 資料1一部改

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和2年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の65.8%。

うち、オンライン診療を実施している
医療機関は15病院（4.5%）

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況（令和2年度）

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	221(65.8%)	302(89.9%)	75(22.3%)	121(36.0%)	51(15.2%)	115(34.2%)
未実施施設数	115(34.2%)	34(10.1%)	261(77.7%)	215(64.0%)	285(84.8%)	221(65.8%)
計			336※1			

(参考)平成29年度実績

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	206(65.2%)	266(84.2%)	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	94(29.7%)
未実施施設数	110(34.8%)	50(15.8%)	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	222(70.3%)
計			316※2			

※1 令和3年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和3年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

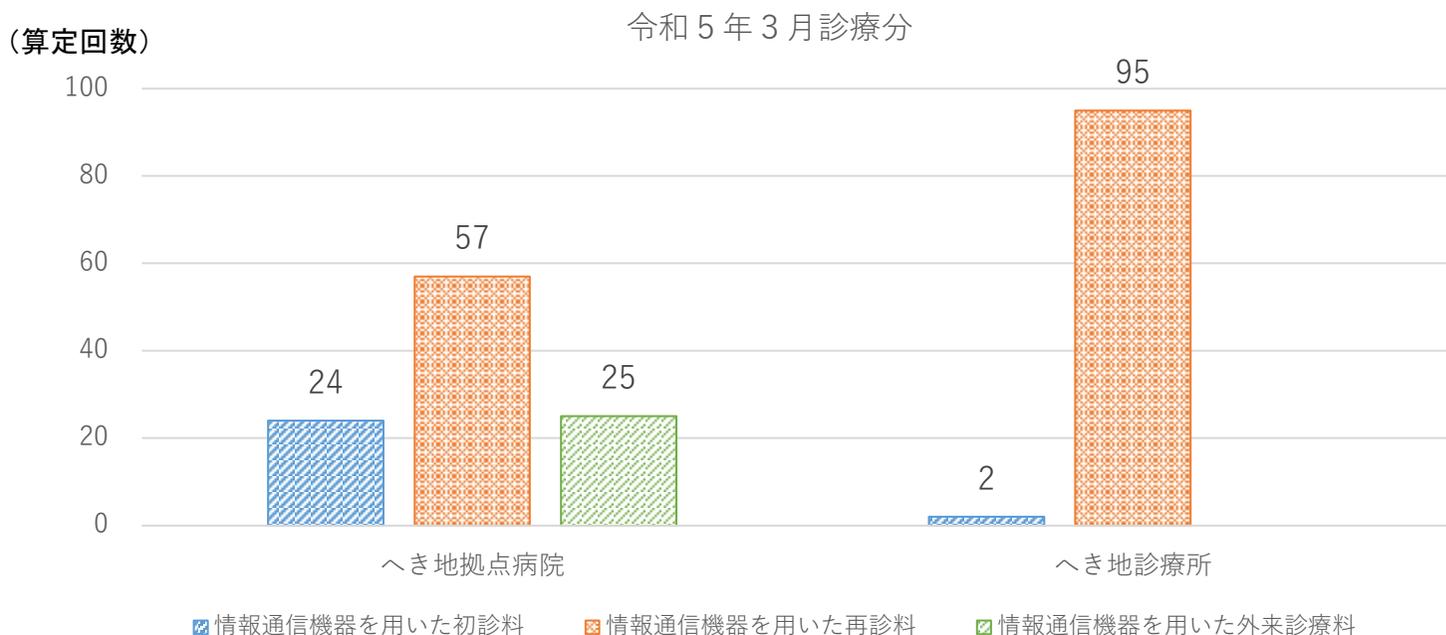
※2 平成30年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、平成30年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

へき地医療拠点病院等における情報通信機器を用いた診療実態

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は54施設、へき地診療所は75施設。
- へき地医療拠点病院およびへき地診療所において、情報通信機器を用いた診療の算定回数はそれぞれ約100回であった。

	施設数(※1)	情報通信機器を用いた診療の届出数(※2)
へき地医療拠点病院	345施設	54施設
へき地診療所	1,117施設(※3)	75施設

※1 令和4年4月1日時点、※2 令和5年7月1日時点、※3 全体の施設数には歯科診療所を含む



オンライン診療を実施しているへき地医療機関ではD to P with Nの様式が主流である。調査回答の中で、移動コストの短縮をはじめとして**巡回診療**や**医師・専門医派遣**への有用性が示唆された。



A施設; D to P or D to P with N

診療所までの**移動時間**や、診療までの**待ち時間**が**短縮**された。
患者負担や介助者負担が軽減され、大変役立つ仕組みであるとの声がある。

B施設: D to P with N

(コロナで)**巡回診療**ができなくなり、オンライン診療で代替した。
これから使用することが増えるだろう。

D to Dに対するニーズも潜在している。

※ 現況調査でもへき地医療拠点病院やへき地診療所での実践が少数ながらうかがえる。

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

1. 考え方等

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

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

2. 実施可能な診療の補助行為

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

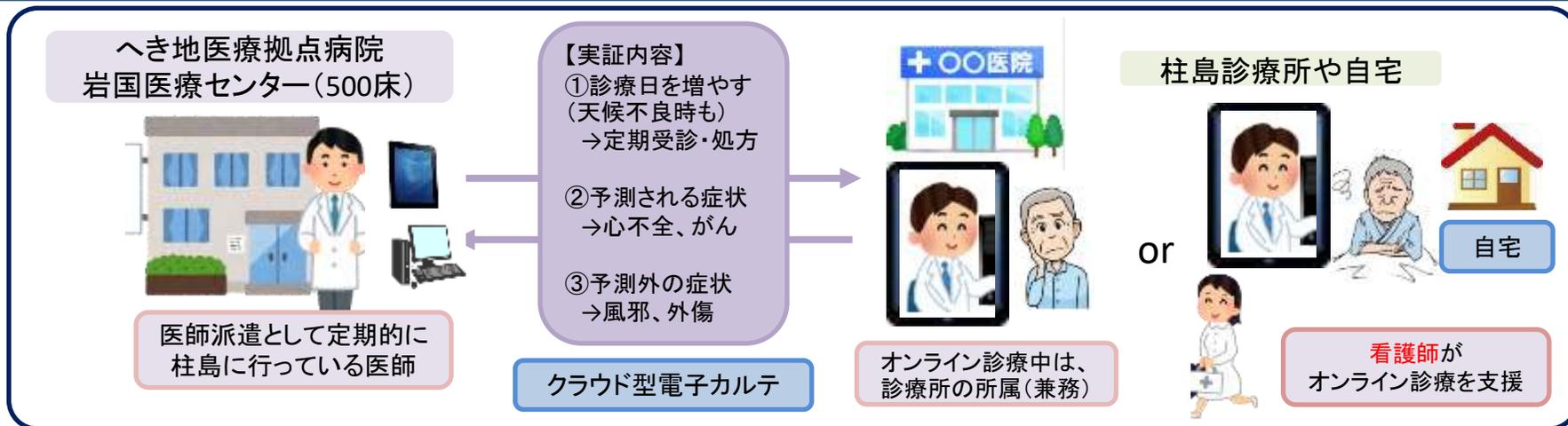
オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

3. 提供体制

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

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

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



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。

・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

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

課題

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

1. 情報通信機器を用いた診療の現状について
2. 情報通信機器を用いた疾病管理
3. へき地における情報通信機器を用いた診療
- 4. 遠隔連携診療料**

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

(新) 遠隔連携診療料 500点

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている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ものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- ・ 指定難病の疑いがある患者
- ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う(初診も可)



知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

- 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化し、知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

現行

【遠隔連携診療料】

500点

[算定要件]

注1 略
(新設)

[施設基準]

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

□ てんかん(外傷性のてんかんを含む。)の疑いがある患者

改定後

【遠隔連携診療料】

(改) 1 診断を目的とする場合 **750点**

(改) 2 その他の場合 **500点**

[算定要件]

注1 略

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**てんかん(知的障害を有する者に係るものに限る。)**の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

[施設基準]

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

□ てんかん(外傷性のてんかん及び**知的障害を有する者に係るもの**を含む。)の疑いがある患者

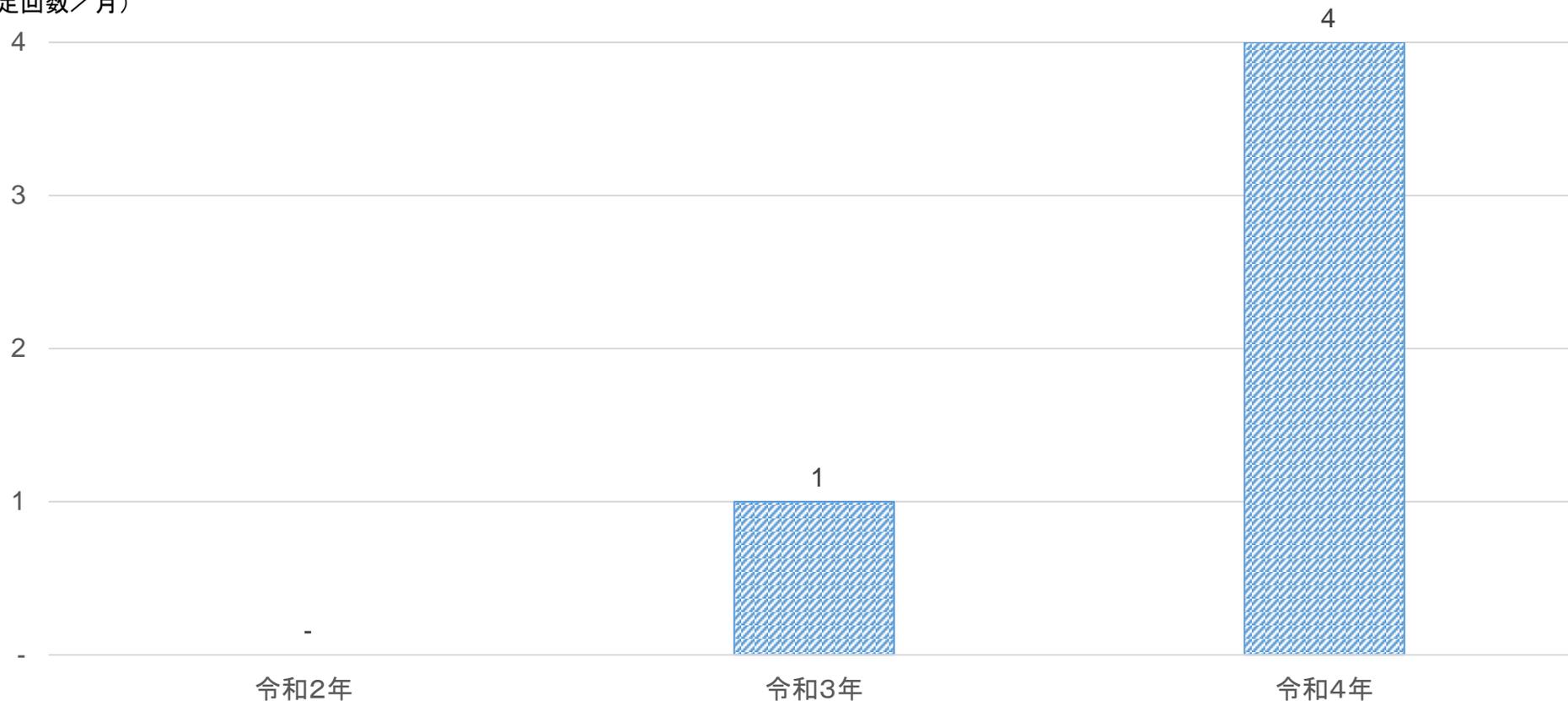


遠隔連携診療料の算定回数

中医協 総-8
5. 6. 21

○ 遠隔連携診療料の1月あたりの算定回数は以下のとおり。

(算定回数/月)

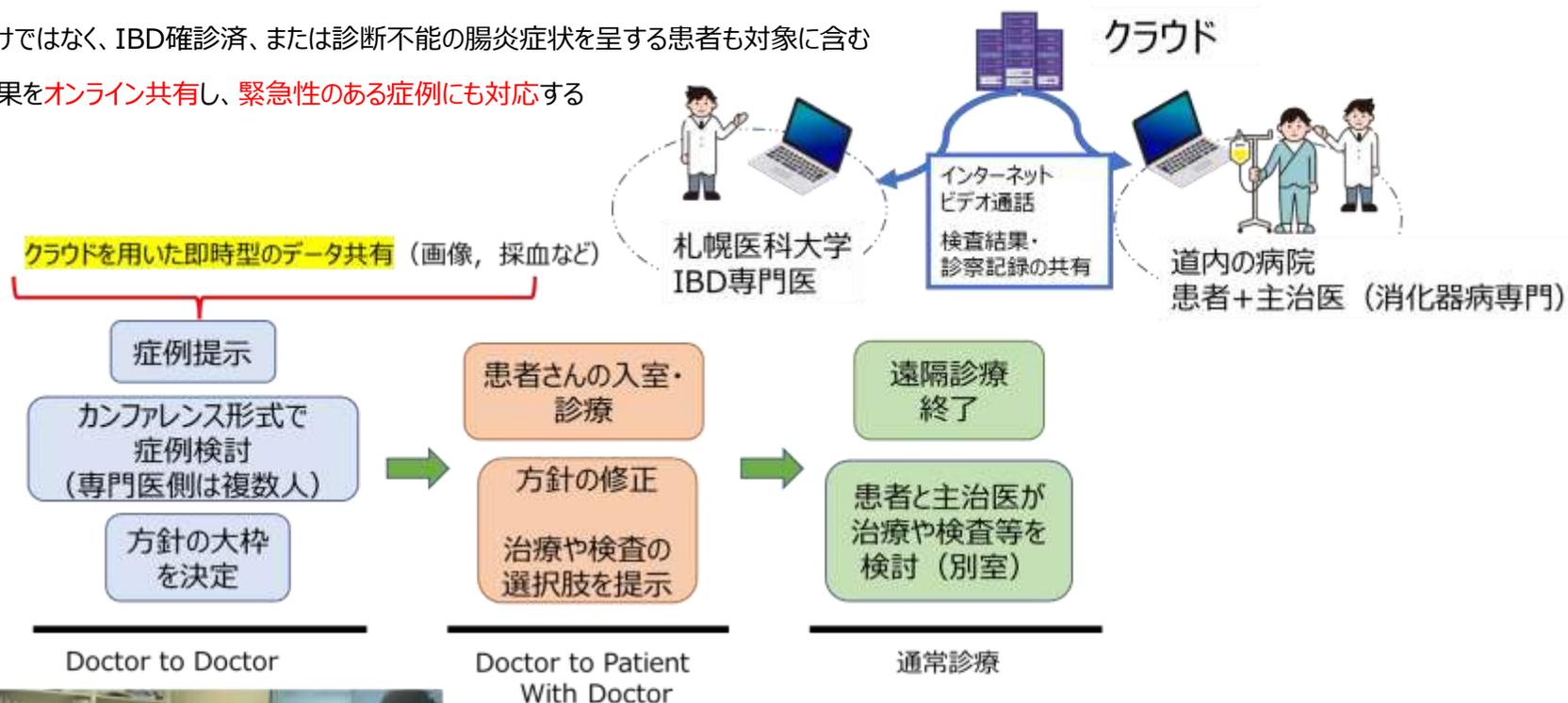


D to P with Dの実践例

○ D to P with Dを炎症性腸疾患の診療に実践している事例がある。

【札幌医科大学のモデル診療体制の特徴】

- 札幌医科大学と、道内4病院をクラウドで接続し、炎症性腸疾患（IBD）の専門医療を提供する
- 対象患者：IBD疑いだけでなく、IBD確診済、または診断不能の腸炎症状を呈する患者も対象に含む
- 画像を含む各種検査結果をオンライン共有し、緊急性のある症例にも対応する



医療の均霑化につながっていると同時に、
研修医のスキルアップに有効

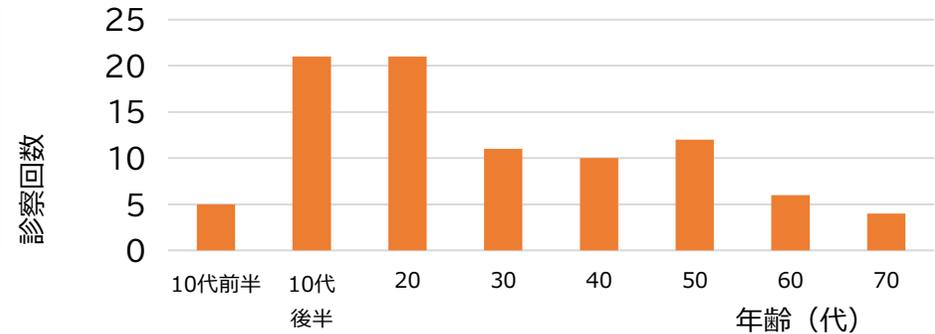
診察前準備（事前提供の診療情報のチェック）：15-30分
D to Dのカンファレンス：10-15分
D to P with D：10-15分
専門施設側のカルテ記載処理等：10分
専門医1-2人体制で1診察あたり合計：45-70分



D to P with Dの実態①

○ D to P with Dの対象患者のうち、確定診断後の患者が診療件数の75%を占めたとの報告がある。

- ・実施期間：2021年4月～2023年9月（30ヶ月間）
- ・参加施設：4病院， 症例数：56症例， 診察回数：90回
- ・ネットワークのトラブル 0件



診断名と診察回数の内訳	UC	CD	IBD-U	腸管BD	MEFV 関連腸炎	その他腸炎	合計
確定診断済み	36	29	0	3	0	0	68
疑い診断	0	5	2	5	1	9	22
診療後の診断名		腸管BD (1) CD (3) CD疑い (1)	MEFV関連腸炎(1) CD (1)	腸管BD (1) 腸管BD疑い(3) IBD-U (1)	MEFV 関連腸炎 (1)	薬剤性下痢症(1) 原因不明の腸炎 (漿膜炎) (3) 虚血性小腸炎疑い (2) 過敏性腸症候群疑い(1) IgA血管炎腸炎疑い(1) IBD-U(1)	

※ 確定診断済患者が75%を占める。

UC: 潰瘍性大腸炎
 CD: クロウン病
 IBD-U: 分類不能腸炎
 腸管BD: 腸管ベーチェット病
 MEFV関連腸炎: 家族性地中海熱遺伝子関連腸炎

D to P with Dの実態②

○ D to P with Dを実施することにより、患者の安心感が高まり、適切な治療につながった報告がある。

医療従事者の40歳代男性。20歳代から2-3行/日の水様便を繰り返していたが放置していた。30歳代で痔瘻手術が実施された。**5年前頃から1日7-8行/日の下痢の悪化がみられ、腸閉塞症状**にて相談元病院を受診。CTでは回腸で複数個所の狭窄あり、**内視鏡を含む精査を打診したが本人が拒否**され実施せず。その後も、腸閉塞症状を繰り返し、散発的な外来治療、入院治療を行っていた。6ヶ月前に下部消化管内視鏡検査の同意が得られ、回腸末端に内視鏡通過不能の狭窄を認め、病理学的にもクローン病に矛盾の無い所見であった。メサラジン3000mg開始と、狭窄部の内視鏡的バルーン拡張術を施行した。その後、CTで腹腔内膿瘍が出現し遠隔連携診療の依頼となった。



相談内容（医師4年目の消化器内科医から札幌医科大学へ）

- ・腸管狭窄病変の治療法
- ・薬物療法の選択
- ・患者の理解が十分に得られず、医療者の提案する検査・治療が進まない



遠隔連携診療（D to P with D）を実施し、大学専門医から現在のクローン病の状態、治療方針について説明を時間をかけて行った（積極的な薬物治療による腸管病変進行抑制の意義など）。



患者さんは、専門医を受診したことによる安心感、意識の変化により、検査・治療について医療者の提案に歩み寄るようになった。



具体的な治療方針：

- ・抗菌薬で膿瘍改善が得られた後、狭窄と腸炎の治療強化（具体的な抗菌薬処方量、投与期間について）
- ・生物学的製剤を導入
- ・狭窄は定期的な内視鏡的バルーン拡張術
- ・特定疾患（指定難病）を申請

課題①

(情報通信機器を用いた診療の現状について)

- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いとして、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- 令和4年1月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料を新設し、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等を見直しを行った。
- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年7月1日時点において約8,500医療機関となっている。
- 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設(4.8%)、100件以上の医療機関では7施設(3.4%)であった。
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)であり、5割を超える医療機関は7施設(0.4%)であった(NDBデータ)。
- 情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が最多であった。対面診療の割合が5割未満の医療機関における傷病名としては初診ではCOVID-19、再診料・外来診療料では不眠症が最多であった。
- オンライン診療における薬剤処方・管理については「オンライン診療の適切な実施に関する指針」で規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。
- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療において、限られてはいるが初診から向精神薬が処方されている実態があった。

課題②

(情報通信機器を用いた疾病管理)

- 令和4年度診療報酬改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた。令和4年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が1月あたり277回と最多であった。
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は睡眠時無呼吸症候群等の患者に対し、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定するものである。コロナ特例の情報通信機器等を用いた診療における在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2は1月あたり約8千件程度算定されていたが、当該特例は令和5年5月8日をもって廃止されている。
- 持続陽圧呼吸療法(CPAP)に係る診療として実施する内容として、CPAP記録の管理、睡眠状態の確認、マスクの適合の確認、身体状況の確認が求められる。
- 情報通信機器を用いたCPAP診療について、CPAPを開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やイビキなどが改善していることを確認した上で実施すること等の遵守すべき具体的な条件が関係学会から提示されている。

(へき地における情報通信機器を用いた診療)

- へき地の医療体制(第8次医療計画)構築のための指針において、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行うこと等のへき地の医療の確保を図るための取り組みを着実に進めることとしている。
- 令和5年7月1日時点において、情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は54施設、へき地診療所は75施設であった。へき地医療拠点病院およびへき地診療所における、情報通信機器を用いた診療の算定回数はそれぞれ約100回であった(令和5年3月診療分)。
- オンライン診療を実施しているへき地医療機関では患者が看護師等という場合のオンライン診療(D to P with N)の様式が主流である。調査回答の中で、移動コストの短縮をはじめとして巡回診療や医師・専門医派遣の有用性が示唆された。D to P with Nがへき地や在宅の場面で活用されてきている。

(遠隔連携診療料)

- 遠隔連携診療料について、令和4年度診療報酬改定では知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設した。
- 遠隔連携診療料の1月あたりの算定回数は月4回(令和4年5月診療分)となっている。
- 遠隔連携診療(D to P with D)を炎症性腸疾患(IBD)の診療に実践されている事例において、遠隔連携診療の対象患者のうち、確定診断後の患者が診療件数の75%を占めたとの報告がある。また、遠隔連携診療を実施することにより、患者の安心感が高まり、適切な治療につながったとの報告がある。

情報通信機器を用いた診療についての論点

【論点】

(情報通信機器を用いた診療の現状について)

- オンライン指針上、直接の対面診療を行う体制が求められている一方で、診療するほぼ全ての患者が他の市町村に所在している医療機関があることを踏まえ、患者の所在と医療機関の所在の関係の分析を進めるために、どのような方策が考えられるか。
- 限られてはいるが不眠症に対し初診から抗精神薬が処方されていた実態を踏まえ、適切な情報通信機器を用いた診療を推進するためにどのような方策が考えられるか。

(情報通信機器を用いた疾病管理)

- 情報通信機器を用いた疾病管理を推進する観点から、例えば、睡眠時無呼吸症候群の診療について、情報通信機器を用いた診療を実施する上での、有効性・安全性を担保するための一定の基準が関係学会が示されたことを踏まえ、CPAP療法に係る情報通信機器を用いた診療の評価についてどのように考えるか。

(へき地における情報通信機器を用いた診療)

- へき地の医療体制構築のための指針では人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能とされているが、へき地医療拠点病院及びへき地診療所の情報通信機器を用いた診療が普及していない現状にある。へき地におけるD to P with Nが有効であることを踏まえ、へき地における情報通信機器を用いた診療を推進するために、どのような方策が考えられるか。

(遠隔連携診療料)

- 診断確定後の指定難病患者に対するD to P with Dの有効性を認めたことから、遠隔連携診療料の対象患者を拡大することについてどのように考えるか。