

2025年9月9日

発行

第429号

# NICHII 医事ニュース

発行元：医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

## 主旨

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

## 今月のトピックス



## 2026年診療報酬改定の方向性（その2）～中医協総会資料より～

2025年8月6日の中医協総会において、次期改定に関する議論の中間取りまとめの資料が提示されました。今月は、8月にお示しした入院（その1）、外来（その1）以外の部分について、その内容を抜粋してご紹介します。

### 入院・外来医療等の調査・評価分科会からの報告について

#### 入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料①～④

#### URL

##### 入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編①

急性期入院医療について（別添資料1 P5～P86）

高度急性期入院医療について（別添資料① P87～P109）

DPC/PDPSについて（別添資料① P110～P132、診調組入-2参考5）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001533221.pdf>

#### 二次元バーコード



##### 入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編②

包括的な機能を担う入院医療について（別添資料② P2～P62）

回復期リハビリテーション病棟入院料について（別添資料② P63～P76）

療養病棟入院基本料について（別添資料② P77～P86）

重症度、医療・看護必要度について（別添資料② P87～P131）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001533223.pdf>



##### 入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編③

救急医療について（別添資料③ P2～P27）

入退院支援について（別添資料③ P28～P66）

働き方・タスクシフト／シェアについて（別添資料③ P67～P139）

病棟における多職種でのケアについて（別添資料③ P140～P158）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001533224.pdf>



##### 入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編④

外来医療について（別添資料④ P2～P73）

情報通信機器を用いた診療について（別添資料④ P74～P93）

入院から外来への移行について（別添資料④ P94～P107）

個別的事項（別添資料④ P108～P229）

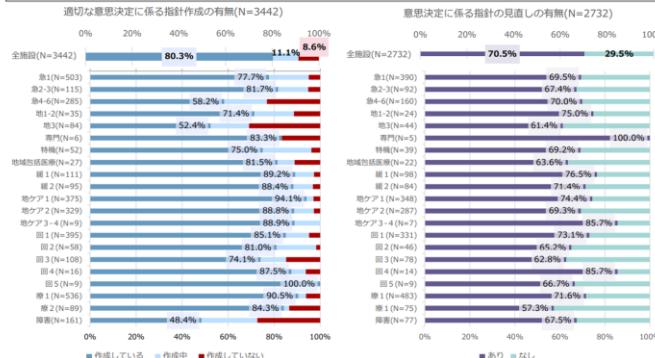
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001533225.pdf>



## 適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

診組別 入-1  
7 . 7 . 3 . 1

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



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票、令和6年11月1日時点）

111

## 適切な意思決定に関する指針の策定

2024年（令和6年）度診療報酬改定において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定を入院料の通則に規定し、原則としてすべての入院料の算定に当たって要件化された。

2024年（令和6年）11月時点において指針を作成している医療機関は80.3%、定期的な見直しを行っている医療機関は70.5%であった、という結果が報告。

また、外来においても、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定を、地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算の要件に追加。

2024年（令和6年）11月時点においては、作成している病院及び診療所はそれぞれ84.0%、19.6%、定期的な見直しを行っている病院及び診療所はそれぞれ67.5%、51.2%であり、地域包括診療料及び地域包括診療加算の届出医療機関では、それぞれ70.1%、41.5%が指針を作成。

この結果を受けて、意思決定支援の取組の進捗や推進策についてどのように評価するか。

## 身体的拘束を最小化するための取組

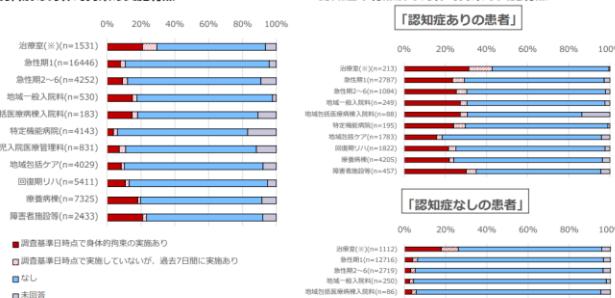
身体的拘束の実施理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多かった。治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」が5割を越えており、地域包括ケア、回復期リハビリテーション病棟、障害者施設では「転倒・転落防止」が5割を越えていた。

## 入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

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

## ■入院料別の身体的拘束の実施有無

## ■認知症の有無別の身体的拘束の実施有無



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

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院・退院患者票（A票、B票）、入院患者票（C票、D票）、治療室患者票（A票））

123

© 2025 NICHIGAKKAN CO., LTD. All rights reserved.

## 適切な意思決定に関する指針の策定

2024年（令和6年）度診療報酬改定において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定を入院料の通則に規定し、原則としてすべての入院料の算定に当たって要件化された。

2024年（令和6年）11月時点において指針を作成している医療機関は80.3%、定期的な見直しを行っている医療機関は70.5%であった、という結果が報告。

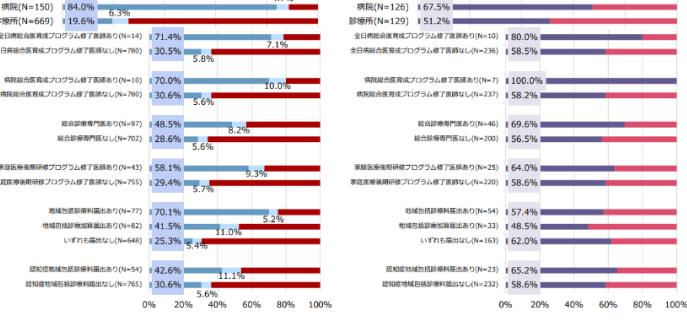
## 適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

診組別 入-1  
7 . 7 . 3 . 1

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

## 意思決定に係る指針を作成しているか

## 意思決定に係る指針の見直しの有無



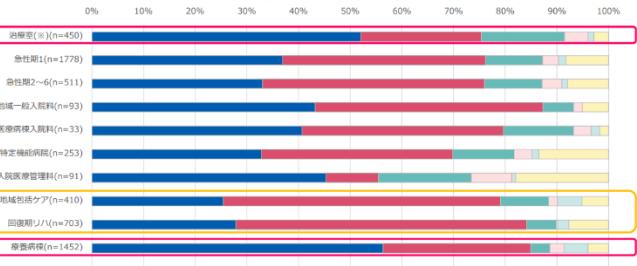
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票、令和6年11月1日時点）

113

## 身体的拘束の実施理由

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

## ■身体的拘束の実施理由（調査基準日時点に身体的拘束実施あり又は過去7日前に実施ありの患者に限る）



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

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院・退院患者票（A票、B票）、入院患者票（C票、D票）、治療室患者票（A票））

119

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

2024年（令和6年）11月1日時点において、身体的拘束を最小化するための指針を策定しているのは90.9%、身体的拘束の実施・解除基準を策定しているのは90.1%であった。

### 身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

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

#### 身体拘束廃止・防止に向けたなすべき4つの方針



出典：令和5年度老人保健健康推進等事業 介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究事業

「身体拘束せひの手引き」(平成13年3月 厚生労働省「身体拘束せひの取組推進会議」)一部改変  
「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き」(令和6年3月)

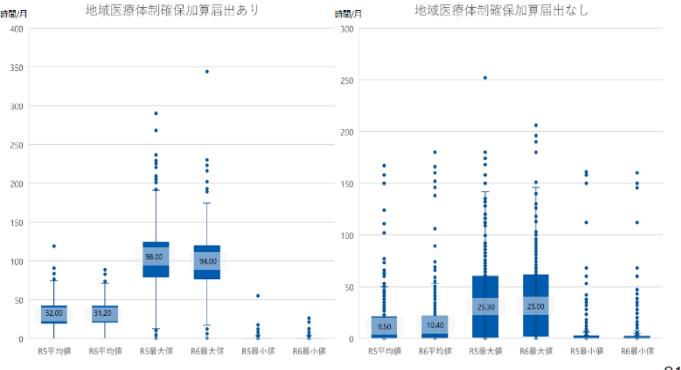
現状を踏まえ、身体的拘束を最小化する取組の進捗や更に取組を進めるための方策についてどのように評価するか。

### 医師の働き方改革

医師の勤務状況について「改善の必要性が高い」「改善の必要がある」と回答した医師は47%であった。

### 医師の月あたり休日・時間外労働時間の状況

- 急性期病院において、地域医療体制確保加算を届けている病院では、届出のない病院と比較して、月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が長い傾向にある。
- 地域医療体制確保加算を届けている病院では、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。



出典：令和5・6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

医師の働き方改革を進める観点から、地域医療体制確保加算届出医療機関における勤務環境改善の取組状況や、時間外・休日労働時間の減少をどのように評価するか。

### 身体的拘束を最小化する取組① 指針の策定状況・体制

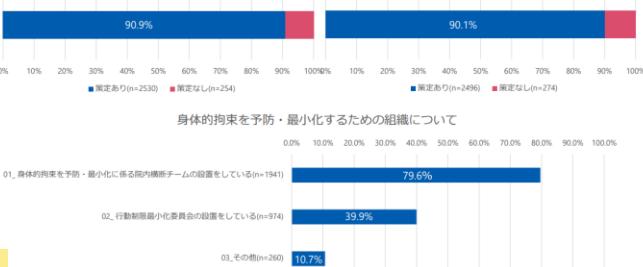
○ 令和6年11月1日時点において、身体的拘束を最小化するための指針を策定しているのは90.9%、身体的拘束の実施・解除基準を策定しているのは90.1%であった。

#### 身体的拘束を最小化するための指針の策定状況

(令和6年11月1日時点)

#### 身体的拘束の実施・解除基準の策定状況

(令和6年11月1日時点)



:令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票共通）

132

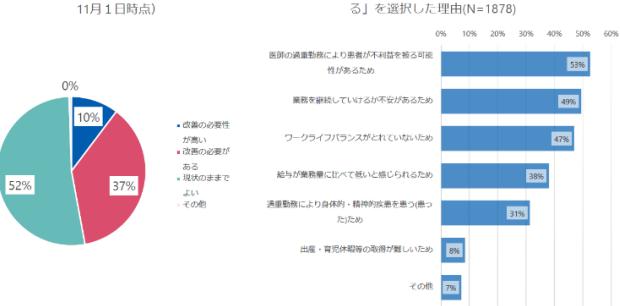
身体的拘束廃止に向けた方針として、「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）」では、特に管理者等の責任者が「身体的拘束を原則しない」という決意を持ち、職員をバックアップする方針を徹底し組織一丸となって考えを共有して取り組むこと、身体拘束を必要としない環境の整備、患者本人や家族との対話や意思確認、やむを得ず身体的拘束を行った場合でも常に代替手段を検討することが示されている。

### 医師の勤務状況の改善の必要性

- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は47%であった。
- 「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が53%、「業務を継続していくが不安があるため」が49%、「ワークライフバランスがとれていないため」が47%であった。

現在の勤務状況(n=4010) (令和6年)

「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由(N=1878)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（診療票）

71

地域医療体制確保加算を届出している医療機関では、届出のない医療機関と比較して、休日・時間外労働の平均値や最大値は長い傾向にあるものの、勤務環境の現状把握・分析を実施している割合や、ICTを活用した業務見直しの取組を実施している割合が高く、令和5年度と比較して、令和6年度では休日・時間外労働の平均値や最大値が減少傾向にあった。

医師の働き方改革

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は年々増加傾向であるものの、届出医療機関の約40%で、必要数の医師事務が確保できていない。

## ICT活用の取組について

- 医師や医療機関の従事者の業務負担軽減につながるICTツールとして、AI問診や情報共有ツールが活用されている。

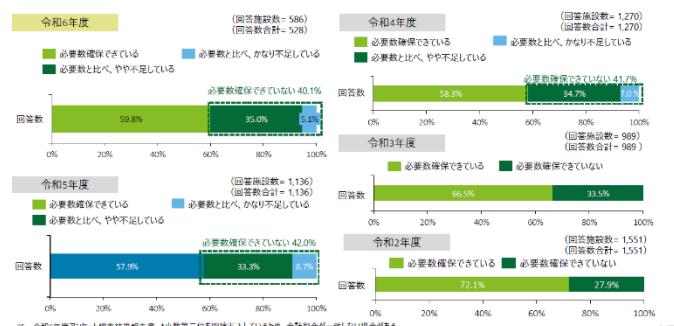


出典：医師の働き方改革に関する事例集

○医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関に対して、令和6年11～12月にかけて実施したアンケート調査において、約10%の対象医療機関で、医師事務作業補助者の必要数が確保できなかった。

#### 医師事務作業補助者の確保・定着状況（全体）

#### Q21 医師事務作業補助者の確保状況についてお聞かせください



85 令和6年度アンケート調査結果報告書・小数第二位を四捨五入しているため、合計割合が一致しない場合がある。出典：医療専門職支援人材確保・定着支援事業 令和6年度アンケート調査結果

日向の千歳ノゾノ、千歳直相来

85

医師や医師事務の業務負担につながるICTツールとして、AI問診や情報共有ツールが活用されている。

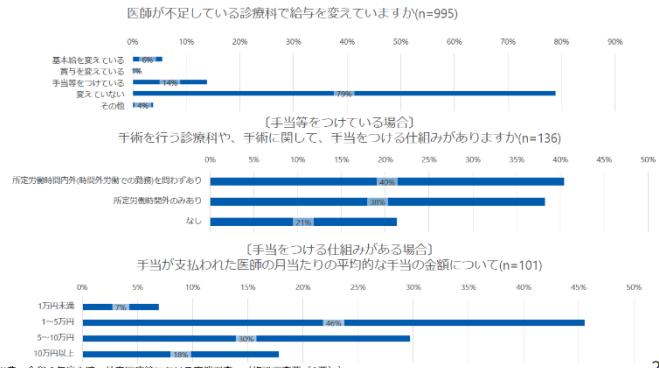
医師事務作業補助体制加算について、医師事務作業補助者の定着促進に向けた取組や、ICTの活用による効果をどのように評価するか。

## 医師の診療科偏在

外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少しており、40歳未満の若手医師数では、全体的には2012年と比較し8%増加している一方で、若手外科医については、2012年と比較し7%減少しており、若手消化器外科医については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。

## 診療科毎の医師の処遇

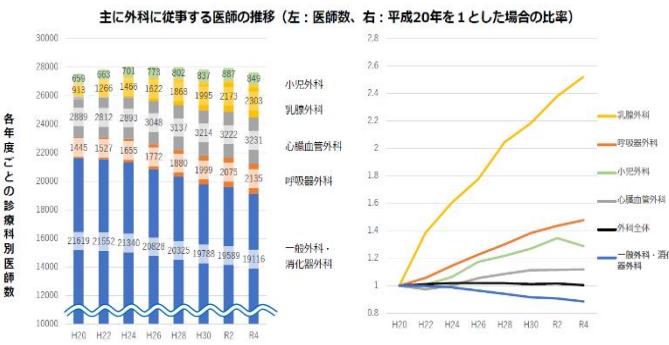
- 診療科毎の医師の遞進として、医師が不足している診療科において「基本給を支えている」（6%）、「賞与を支えている」（1%）、「手当等をついている」（14%）等が挙げられた。
  - 手当をつける組みがあらわす場合の、月あたりの平均的な手当の金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。



大学病院を含む一部の病院では、全国的に減少している消化器外科医など外科医の診療体制を維持するため、外科医等への迎遇改善を実施している。

## 外科の医師数の推移

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



※一般外科・・外科、気管食道外科、肛門外科

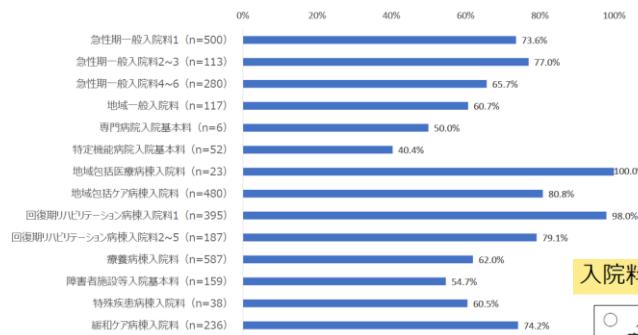
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計 196

- 消化器外科医の減少などの診療科の医師偏在について、働き方や教育体制、処遇などの様々な要因が指摘されていることも踏まえ、現状やこれまでの取組をどう評価するか。
  - 高度な手術や医師の集約化によって、働き方改革の促進や一部の手術での手術成績の向上が見られるという報告があることや、各施設における手術件数や医師数の分布をどのように評価するか。

## 入院料ごとのGLIM基準の活用状況

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

## ■ 入院料ごとの栄養管理手順にGLIM基準を位置づけている割合



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

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

## 入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

診査組 入一参考  
7 5 2 2 2

- 入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約4割、地域包括医療病棟などでは約8割だった。



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院・退院患者票（A票、B票）、入院患者票（C票、D票））

144

入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約4割、地域包括医療病棟などでは約8割だった。

## リハビリテーション

退院前訪問指導は文献的に再入院の頻度低下、退院後ADLの向上等の効果が示されているものの、算定回数は伸びておらず、実施率は低い。実施されている施設では、理学療法士、作業療法士をはじめ多職種が関わっている。

## 急性期リハビリテーション加算等の算定要件

## 退院前訪問指導の実施状況

診査組 入一参考  
7 6 6 1 6

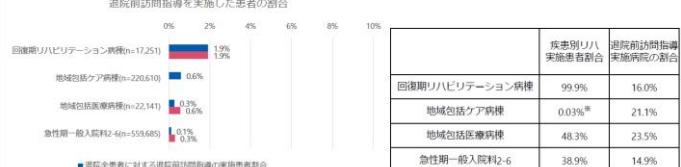
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において実施されているものの、全入院患者の3~5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14~24%に留まっていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの退院前訪問指導を実施した患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和6年5月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導を実施した患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年10月～12月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

147

令和6年に新設された急性期リハビリテーション加算では、入棟からリハビリ開始までの要件が設定されておらず、3日目移行に疾患別リハビリテーションを開始する例が約4割存在する。

退院後の生活に向けた介入や急性期における早期のリハビリ介入の評価のあり方について、さらなる検討が必要

149

## 入院料ごとの嚥下調整食の状況

調査結果 入一参考  
7・5 222

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



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（入院・退院患者票（A票、B票）、入院患者票（C票、D票））

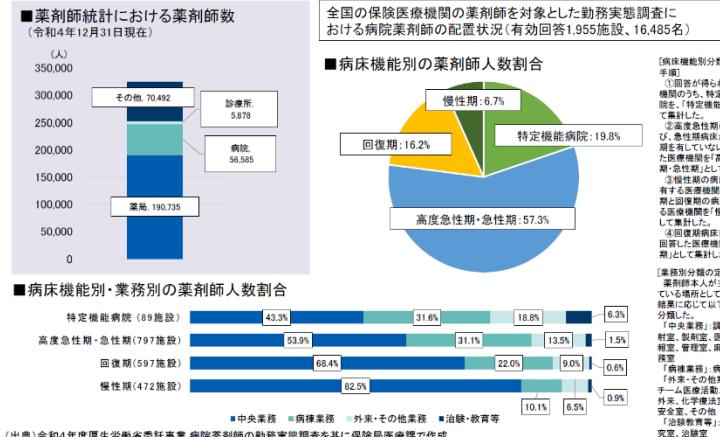
153

## 病院薬剤師

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

## 病院薬剤師の配置状況

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



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

157

## 退院時の薬剤に関する情報提供の実施状況

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

## 退院時の薬剤に関する情報提供の評価

## ① 退院時薬剤情報管理指導料(90点・退院時1回)

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

## ② 退院時薬剤情報連携算加算(60点・退院時1回)

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



出典: 1) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)、2) 厚生労働省委託事業 令和5年度 医療機関の薬剤師における業務実態調査報告書

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

- 院内処方と院外処方で同一業務に対する報酬に大きな差があり、病院薬剤師が不足している現状があり、この問題への対応が課題。
- 薬剤情報連携について、現状の評価についてどのように考えるか。

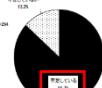
## 病院でポリファーマシー対策が普及しない主たる要因

令和6年6月21日  
第16回高齢者医薬品適正使用検討会  
参考資料1：一般回答

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



## ポリファーマシー対策を行う人員が不足しているか



病院向け調査：病院の管理者または管理職より委託された薬剤部門の管理者が回答

## 総合病院精神科

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

## 精神病床以外の病床で受け入れ可能な精神疾患について

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

対応体制	精神病床を持っている	精神病床はないが、専勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている	非常勤の精神科を担当する医師は医師が入院患者への診療を 助務しているが、入院患者への診療を行っていない	精神病科への診療を 外来を含め、精神科への対応は行っていない
施設数	126	148	169	74
認知症	87.3%	87.8%	85.2%	63.5%
認知症を除く器質性精神障害	75.2%	66.2%	43.2%	28.4%
アルコール依存症	72.2%	62.2%	47.9%	24.3%
依存症（アルコール以外によるもの）	59.5%	48.0%	30.8%	13.5%
統合失調症	78.6%	70.9%	50.3%	27.0%
気分障害	74.6%	66.2%	42.0%	24.3%
人格障害（パーソナリティ障害等）	71.4%	54.1%	33.1%	17.6%
精神活性性障害（不安障害、PTSD等）	75.2%	65.5%	39.6%	25.7%
摂食障害	74.6%	52.7%	45.0%	27.0%
睡眠障害	75.2%	70.3%	50.3%	33.8%
産後うつ	73.0%	58.1%	34.9%	20.3%
知的障害	75.2%	68.9%	47.9%	29.7%
発達障害	77.8%	68.9%	49.1%	27.0%
てんかん	81.0%	68.9%	67.5%	45.9%
せん妄	89.1%	82.4%	66.3%	55.4%
その他の精神疾患	7.1%	4.1%	8.3%	2.7%
回答なし	8.7%	6.8%	8.9%	25.7%

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

178

病院におけるポリファーマシー対策については、他職種から病院薬剤師に対するポリファーマシー対策への期待が大きい反面、急性期では在院日数が短く十分な介入ができないこと、また、人手不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を確保できないことなどから、十分に取り組めない場合が多い。

この現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

167

## 総合病院精神科が担っている機能

診講録 入一  
7 7 17

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

## 総合病院精神科の機能

外来・在宅医療	●通院
	●精神科ティ・ケア/ナイト・ケア ●訪問診療・看護 ●情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）
精神科病床	●コンサルテーション ●リエゾン
	●精神身体合併症
入院医療	●病期 急性期/回復期/慢性期 ●入院形態
	（医療観察法病床） 日本総合病院精神科医会の将来構想に関する提議（石井憲悟 2022）を基に作成

「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」第7回資料を参考に保険局医療課にて作成

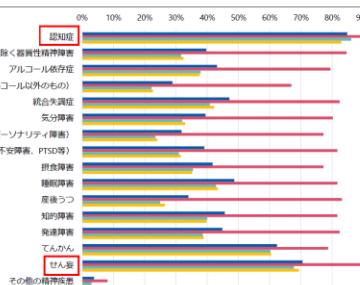
171

精神病床を有する病院の方が、それ以外の病院よりも急性期の一般病床において精神疾患への対応が可能である割合が多かった。

## 精神科リエゾンチームの設置有無による、対応可能な疾患について

診講録 入一  
7 7 17

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



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

193

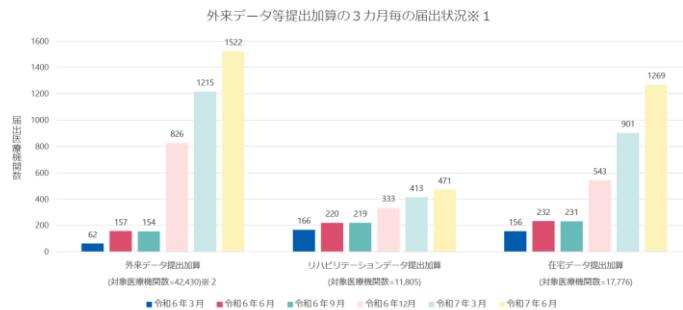
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。

## 総合病院の評価指標や精神科リエゾンチームの対象疾患の評価など、更に検討することが課題

## データ提出加算

## 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

- 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（施設課））

226

令和4年度診療報酬改定において、データに基づく適切な評価を推進する観点から、外来、在宅及びリハビリテーション医療についても、診療等のデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価が新設された。

医療機関の負担軽減を考えつつ、様式の簡素化やデータのさらなる活用を検討するため、データ提出加算等でしか収集できない情報と他のデータベースで収集できる情報を整理することが課題

## 救急医療

- 救急患者連携搬送において、受け入れ側医療機関の評価や、患者等搬送事業者の活用を検討する上での課題について、さらなる分析が必要。
- 救急外来応需体制に関する評価について、「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」「救急医療管理加算」などの実態を踏まえたさらなる分析が必要。

## 救急出動件数と搬送人員の推移

- 「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」によれば、令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。
- 過去 20 年における年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「高齢者」の搬送人員、構成比が増加している。

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

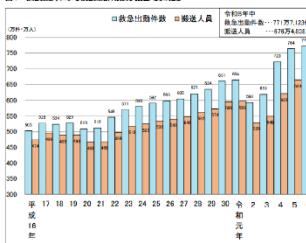
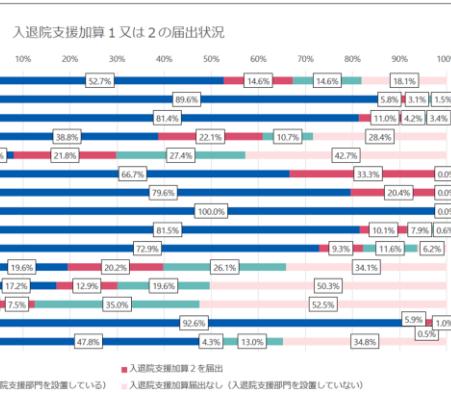


図2 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



## 入退院支援加算について

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料1～3では9割、4～6では6割を超える医療機関で届けられていた。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3～4割が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していないかった。



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

40

© 2025 NICHIGAKKAN CO., LTD. All rights reserved.

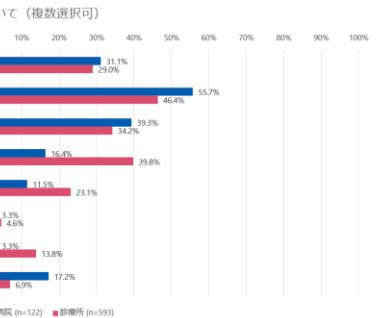
## データ提出加算

## 外来データ提出加算

診療組 入22  
7 5 2

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

外出データ提出加算を算定しない理由、又は算定しているが困難に感じていることには



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（施設課））

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

226

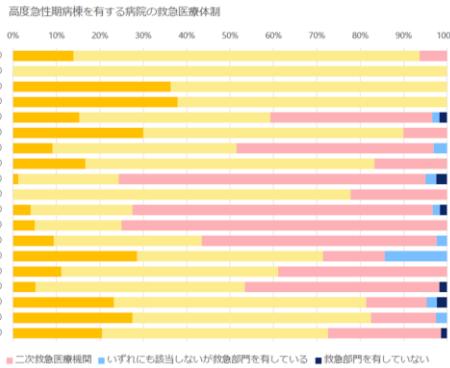
226

226

226

## 高度急性期病棟を有する病院の救急医療体制

- 「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」を算定する病院について、その多くが「二次救急医療施設」「三次救急医療施設」であったが、一部には救急部門を有していない病院もあった。



■ 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 ■ いずれにも該当しないが救急部門を有している ■ 救急部門を有していない

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

「特定集中治療管理料」「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」により評価される治療室の入室対象となる患者や必要とする病院について、検討が必要。

専任医師が宿日直業務を行うか否かによる特定集中治療室管理料の医師配置要件の違いについて、さらなる分析が必要。

## 重症度、医療・看護必要度

## 特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度

【特定集中治療室用】	ハイケアユニット用		
	0点	1点	2点
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 電気的除細動の管理	なし	-	あり
5 電気的除細動装置の管理	なし	-	あり
6 動脈血ガス分析（スクランガンカーテール）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心肺, ICP測定, ECMO, IMPELLA）	なし	-	あり
基準	A 目標2点以上		

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（治療室調査票（A票））

103

特定集中治療室・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に関して、「動脈圧測定（動脈ライン）」「中心静脈圧測定（中心静脈ライン）」「シリンジポンプの管理」の実施状況、さらに「蘇生術の施行」「電気的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」の実施状況について、さらなる分析を進めることが課題。

## 内科系疾患をより反映する指標についての検討

診断組 入一参考  
1 - 7 - 3

- 内科系症例が外科系症例と比べて重症度、医療・看護必要度のA項目を満たしにくいことについて、適切な受け入れが求められる内科症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下に列挙した。

考えられる対応	具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA項目の修正	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急入院の該当日数を伸びず</li> <li>A6の十位目以外の免疫抑制剤を2点→3点に</li> <li>A2呼吸アレルギーの酸素使用量を定義する、等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>影響を試算しやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大きな変化は生まれにくい</li> </ul>
医療資源投入量（出来高点数）に着目	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間はない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。</li> </ul>
疾患名に着目	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科急救等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院1日目まで加点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>C項目では評価されづらい内科疾患のみにタイアップで加点される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病名のアッコードイングが生じない。</li> <li>入院日には診断がつかないことが多い。</li> </ul>
緊急入院などの入排解縫に着目	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床数あたりの緊急入院件数または救急応需件数を係数化して加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院の取組を評価することにつながる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽症の患者であっても、緊急入院が行われたり、救急車利用が促されることはない。</li> </ul>

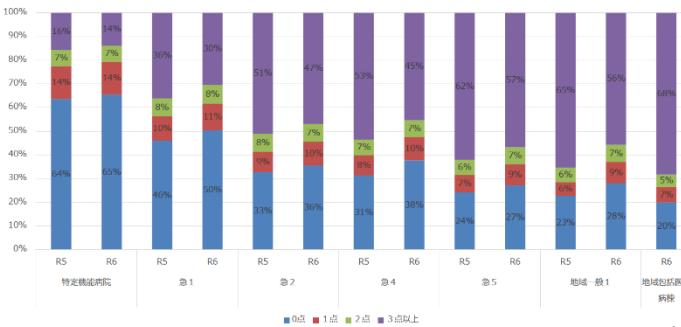
内科症例が重症度、医療・看護必要度で評価されにくい現状に対し、指標が変わった場合のシミュレーションを行うことが求められている。

## 入院初日のB得点の比較 (R5・R6)

抄録版 入一参考  
7 : 3

- 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、急性期一般入院料、地域一般入院料1において全体的に下がっていた（データ取得時期の季節変動に留意する必要）。
- 地域包括医療病棟では入院初日にB得点が3点以上である割合が68%であり、令和6年では最も高い割合であった。

入院初日のB得点の比較 (R5・R6)



出典:DPCデータ(令和5年1月～3月・令和6年10月～12月)

## DPC/PDPS

DPC算定病床割合の低いDPC対象病院が増加している現状がある

重症度、医療・看護必要度B項目については、高齢者の入院を評価する指標としての有用性や、測定負担の軽減方法について、さらなる検討が必要。

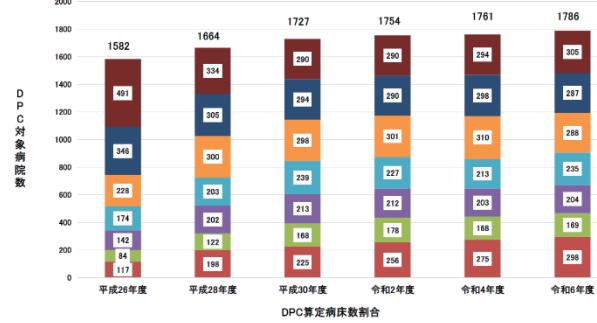
## DPC対象病院におけるDPC算定病床割合の内訳

調査

基底医・医療

7 10 4 2

- DPC対象病院のうち、全許可病床に占めるDPC算定病床の割合（以下、「DPC算定病床割合」）が50%未満の病院は増加傾向にある。



※各年DPCデータ(各年度末時点、令和6年度のみ5月時点)

112

## DPC制度における急性期機能の評価

- DPC制度は、急性期入院医療を対象とする、診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度であり、急性期入院医療の標準化等を促している。
- DPC制度において、これまで機能評価係数Ⅱによって、各病院が目指すべき医療と、社会や地域の実情に応じて求められている機能について評価している。

令和6年度診療報酬改定

## 医療機関別係数

## 1. 基準係数

- 大学病院小院のように他の施設と異なる機会や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、既存の機能評価係数Ⅱに追加係数を設定している。医療機関別係数は、大学病院小院で構成される「大学病院連携評価群」、地域連携評価群における既存の機能評価係数Ⅱの要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準医療群」としている。
- 基準係数は包括評価群、係る出来高報酬相当の平均値を自動化したもの  
【基準係数】 = [各医療機関群のDPC給付数表に基づく包括評価数の平均値] × [改定率]

## 2. 機能評価係数 I

- 機能評価係数 Iは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について基準化したもの。

## 3. 機能評価係数 II

- 機能評価係数 IIはDPC/PDPSへの参加による医療提供体制主体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、確実性係数、力／一率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指標に、変換処理を行った指標を設定している。

## 4. 費用補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療費過渡入の割賦を補正するための係数。

## 5. 減免緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年1年度に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）

DPC制度では、医療機関別係数で評価を行っており、特に医療機関別係数Ⅱが各病院が目指すべき医療と社会や地域の実情に応じて求められる機能について評価している

調査組 D - 1  
2 0 1 1 . 7新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方  
(案)

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点（医療全体の質の向上）が期待できる係数を検討するべきではないか。
- DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。

機能評価係数Ⅱの適切な評価方法、算定ルール、および点数設定方式などについて、継続して検討を行うことが課題。

120



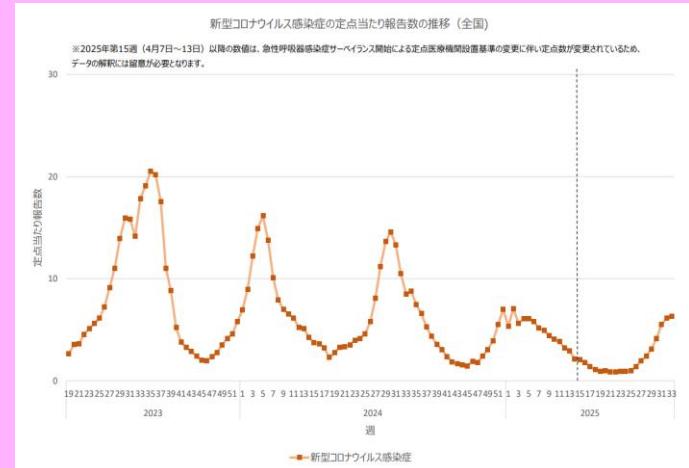
## いきいきホスピタル 1

新型コロナウイルス「ニンバス」について

2025年7月以降、新型コロナウイルスの患者数が増加傾向にあります。俗称「ニンバス：nimbus（ラテン語）」とよばれ、オミクロン株から派生したウイルスです。ニンバスの意味は「雨雲」ですが、宗教的には「光輪」や「オーラ」をあらわすときにも使用します。今回の新型コロナ患者の増加は、この変異株の拡大が原因とされております。

猛暑により、窓を閉め切ってエアコンをつけるシーンが増えているのも原因と考えられています。換気が悪くなり、屋内で感染が広がりやすくなります。また、帰省や旅行、夏祭りなどで移動や人が集まる機会が増えたことも、患者数を増加させる原因となっているようです。

ニンバスは強い咽頭痛が出ることが多く、発熱が長く続く人は前より減っているようです。嗅覚障害や味覚障害は流行初期より頻度が低くなっていますが、ゼロではありません。そのほか、せき、鼻汁・鼻閉、倦怠感、頭痛、筋肉痛、吐き気、下痢などの症状が出ます。





## スマートフォンでのマイナ保険証の利用について

スマートフォン搭載のマイナ保険証の利用が、9月19日から希望する医療機関で始まります。またスマートフォン画面を読み取る汎用カードリーダーの設置のために、医療機関が購入する金額の半額を助成する事業が9月29日から始まるという情報も出ました。

2025年8月27日の中医協総会では、「スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の所要の見直しについて」の諮問と答申が行われました。保険医療機関等が、電子資格確認により患者の療養の給付を受ける資格を確認できない場合の資格確認方法については、療養担当規則第三条第一項第四号等に規定する厚生労働大臣が定める方法において規定しているところですが、スマートフォンでのマイナ保険証利用により資格確認が実施できなかった場合には、その場で、患者の提示するスマートフォンを用いて、マイナポータルを通じて取得した当該被保険者の保険資格に係る情報により確認することを新たな資格確認方法として追加することとしています。

それ以外にも、スマートフォンのマイナ保険証利用について、院内ポスターなど、お示しします。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_62391.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_62391.html)



改 定 案	現 行
<p>保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第三条第一項第四号、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）第三条第一項第五号及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）第八条第一項第四号に規定する厚生労働大臣が定める方法は、当分の間、健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることを確認できない場合に限り、次の各号に掲げるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 （略）</li> <li>二 （略）</li> <li>三 患者の提示する移動端末設備（電気通信事業法（昭和五十九年法律第八十六号）第十二条の二第四項第二号に規定する移動端末設備をいい、当該移動端末設備に組み込まれた電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成十四年法律第百五十三号）第三十五条の二第一項に規定する電磁的記録媒体に同項に規定する移動端末設備用利用者証明用電子証明書が記録されているものに限る。）を用いて情報提供等記録開示システムを通じて取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報</li> <li>四 （略）</li> </ul>	<p>保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第三条第一項第四号、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）第三条第一項第五号及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）第八条第一項第四号に規定する厚生労働大臣が定める方法は、当分の間、健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることを確認できない場合に限り、次の各号に掲げるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 （略）</li> <li>二 （略）</li> <li>（新設）</li> </ul>



三 （略）

## スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備 (医療機関・薬局側での対応)

本年9月19日(予定)から、スマートフォンでのマイナ保険証の読み取りに関するオンライン資格確認システムの機能を開放。スマートフォンに搭載されたマイナ保険証への対応に向けて、医療機関・薬局と患者側双方の環境整備を推進・支援していく。

### 医療機関・薬局側の対応

#### ・ 領認証付きカードリーダーに対応した汎用カードリーダーの購入

→8/29よりECサイト(Amazonビズネス)の専用ページ開設、各医療機関・薬局向けに発行されたクーポンを利用し、申請手続なく1/2補助(補助上限7,000円)で割引後の価格で購入可。診療所・薬局は1台、病院は3台まで補助対象。

※接続にUSBケーブルやUSBアダプターが必要な場合は、CRの台数に応じた数が補助対象(CRとセットで購入)

※キヤノン製の領認証付きカードリーダーを導入している場合は、汎用カードリーダーは設置不要

#### ・ 汎用カードリーダーと資格確認端末(PC)との接続

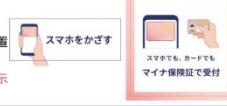
※医療機関・薬局でのシステム改修や、領認証付きカードリーダーの買い替えは不要

#### ・ 窓口での受付環境の整備

→患者にとってスマホをかざす位置が分かりやすくなるよう、

- ・ 領認証付きカードリーダーの近くに汎用カードリーダーの設置
- ・ スマホをかざす場所を示すステッカーの活用 を推奨

→スマホ対応施設であることを患者が確認できるステッカーの掲示



※何らかの事由でスマートフォンでのオンライン資格確認ができない場合、その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示することで資格確認を行う。(要告示改正)

## スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備 (患者側での対応)

スマートフォンでのマイナ保険証への対応に向けて、医療機関・薬局と患者側双方の環境整備を推進・支援していく。患者に対しては、来院前に必要な事前準備をした上でスマホを持参して受診していただくよう呼びかけを行なう。

### 患者側の対応

#### ・ 自身のスマートフォンがスマホ用電子証明書の利用に対応しているかの確認

※対象機種はデジタル庁のiPhone/Androidの各サービスサイトに掲載

#### ・ 健康保険証利用登録

(未登録の場合:マイナポータルで後続の手続とあわせて実施可能)

#### ・ 来院前のスマートフォンへのマイナンバーカードの追加

→マイナポータルアプリからスマートフォンにマイナンバーカードを追加するには、

実物のマイナンバーカードと、署名用電子証明書のパスワードが必要。

※署名用電子証明書のパスワードが分からぬ場合には、スマートフォンの暗証番号リセットの専用アプリと

コンビニキオスクスマートの利用により、自治体窓口に行かずとも再設定可能

※電子証明書の有効期限切れの場合には、自治体窓口で再発行を行なう

※スマートフォンにマイナンバーカードを追加した後でも、引き続き実物のマイナンバーカードもマイナ保険証として利用可

#### ・ スマホ対応医療機関・薬局の確認

→医療機関・薬局の受付にあるステッカーを事前に確認した上で、スマホを持参して受付。

(ステッカーの掲示がなければ、引き続きマイナンバーカードを持参)

※スマホ対応医療機関・薬局については、厚労省HPにも順次掲載

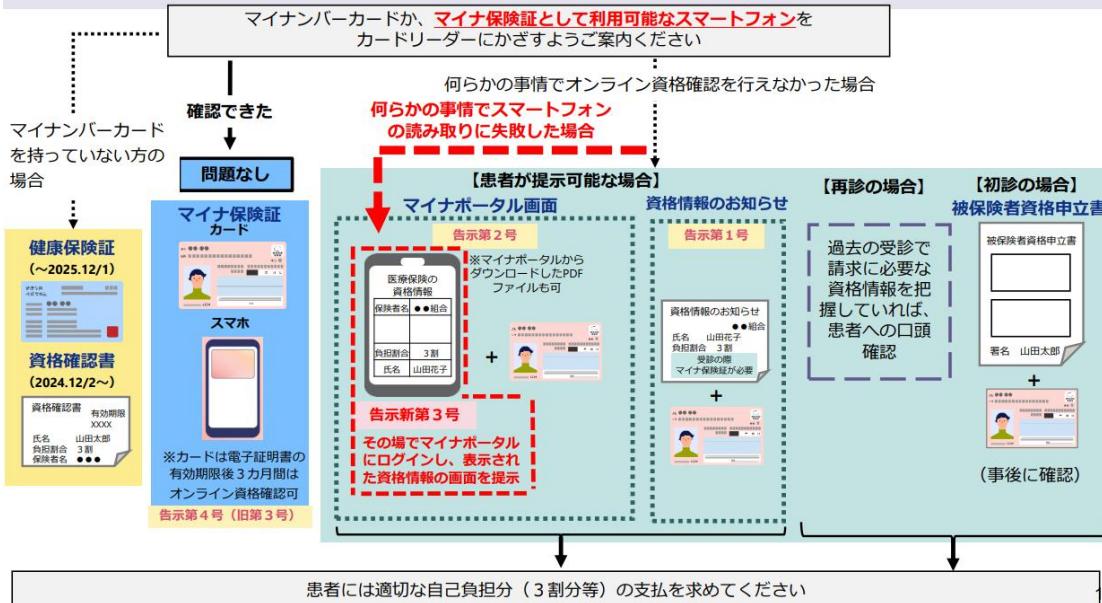


※電子証明書の有効期限が切れるごとに、スマホでのオンライン資格確認は不可。

※スマートフォンのマイナンバーカードの追加は1人1端末のみ可能だが、機種変更時にはマイナポータルアプリで古い端末を削除・再登録するか、新しい端末で追加することで対応(この場合、古い端末での削除は不要)。また、15歳以上が利用可。

## スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備 (資格確認方法)

何らかの事情によりスマートフォンのマイナンバーカードが読み取れずマイナ保険証で資格確認が行えなかった場合  
については、その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示することで資格確認を行う。



## 9月からマイナ保険証が スマホでも使えます

機器の準備が整った医療機関でご利用いただけます



マイナ保険証をスマホで使うには、  
マイナンバーカードの健康保険証利用登録が必要です!

初診の方は、実物のマイナンバーカードもご持参ください

マイナンバーカードの健康保険証利用登録方法、スマホで使うための手順はこちから!  
[画面へ](#)

マイナ保険証  
0120-95-0178  
平日9時30分～20時　土日祝9時～17時30分(年休含む)  
※お問い合わせはマイナポータルの窓口へお問い合わせください

マイナ保険証  
マイナ保険証について  
もっと詳しく知りたい方はこちら

厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare  
厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

### マイナ保険証をスマホで使うための事前準備

マイナバーカードをスマホで使うには、下記の①②の準備を行ってください。



#### ① 健康保険証利用登録

スマートフォンからマイナポータルにログインして、マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行なってください。

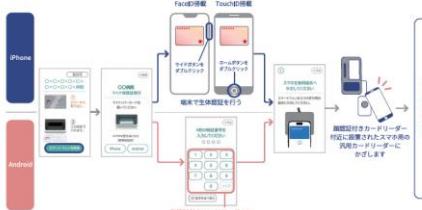
② マイナバーカードをスマホに搭載する

マイナバーカードのスマホ搭載については、デジタル庁のWebサイトをご覗いてください。  
[スマホでマイナバーカード](#)

### 受付時の操作手順

既読印付きカードリーダーを操作し、スマホ搭載されたマイナ保険証をスマホ用の汎用カードリーダーにかざして利用できます。かざした後は、既読印付きカードリーダーで同様情報を入力します。

受付時に既読印付きカードリーダーで操作する手順  
① 既読印付きカードリーダーにて、スマートフォンを通して登録済みのカードを選択  
② 本人認証  
③ スマホ用汎用カードリーダーにかざす





## 算定 à la carte

### 「A205 救急医療管理加算1」の算定について

救急医療管理加算1については、「1」が「2」に査定されたり、「0点」に査定されたりと、相変わらず査定傾向が続いている項目のひとつです。また、それぞれの状態の指標となる項目は示されましたが、具体性に欠けあいまいなものが多く、審査会と医療機関側での判断の基準に差が表れています。

支払基金は2025年7月31日に、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」について38事例を公表し、救急医療管理加算1の算定について、「心不全」と「眼科系」の2件の見解が示されました。また、同年8月29日には、新たに26事例が公表され、医科の公表事例は668事例になっています。公表事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではありませんが、症状詳記等などの参考としていただければと思います。

[https://www.ssk.or.jp/smph/shinryohoshu/sinsa\\_jirei/kikin\\_shinsa\\_atukai/shinsa\\_atukai\\_i/index.html](https://www.ssk.or.jp/smph/shinryohoshu/sinsa_jirei/kikin_shinsa_atukai/shinsa_atukai_i/index.html)



支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）より

#### 【支払基金統一事例】

(取扱い)

心不全（NYHA I度及びNYHA II度）に対するA205「1」救急医療管理加算1の算定は、原則として認められない。

(取扱いを作成した根拠等)

救急医療管理加算1の対象患者については、厚生労働省通知※に「基本診療料の施設基準等の別表第七の三に掲げる状態のうち一から十二のいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、入院後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点では重症ではない患者は含まれない。」と示されている。心不全（NYHA I度及びNYHA II度）は比較的軽症な状態であり、当該別表の三「呼吸不全で重篤な状態」や四「心不全で重篤な状態」には該当しないと考える。

以上のことから、心不全（NYHA I度及びNYHA II度）に対するA205「1」救急医療管理加算1の算定は、原則として認めないと判断した。ただし、診療内容及び症状詳記等から、緊急性及び重篤性が認められると判断できる場合には、この限りではない。

(※) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

※ 「原則、認められない」とされた事例。

「ただし書き」に注意しましょう。

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）より

#### 【支払基金・国保統一事例】

(取扱い)

入院初日に次の傷病名に対して緊急手術が実施された場合におけるA205「1」救急医療管理加算1の算定は、原則として認められる。

- (1) 網膜剥離      (2) 眼内炎      (3) 眼外傷      (4) 急性緑内障発作

(取扱いを作成した根拠等)

A205「1」救急医療管理加算1については、算定対象となる患者の要件の一つとして、厚生労働省告示※に「十緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-P-A療法を必要とする状態」と示されている。(1)から(4)に掲げる疾患は、放置すると失明の恐れがあり、速やかに手術を施行する必要がある。

以上のことから、入院初日に(1)から(4)の傷病名に対して緊急手術が実施された場合におけるA205「1」救急医療管理加算1の算定は、原則として認められると判断した。

(※) 基本診療料の施設基準等

※ 「認められる」とされた事例。

対象疾患に対し速やかに手術した場合。