

NICHII 医事ニュース

2025年9月9日

発行
第429号

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

今月のピックアップ

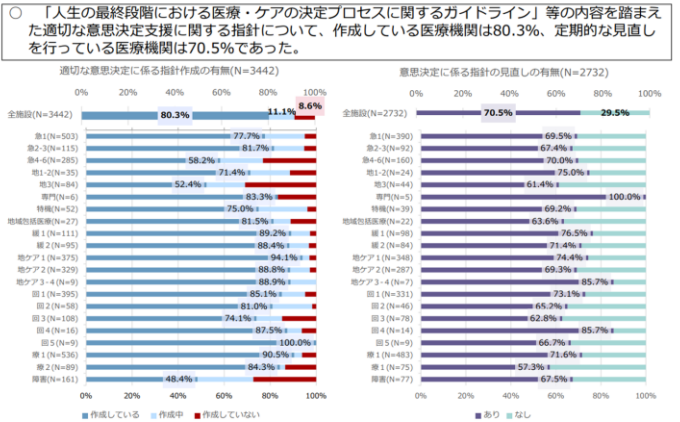
2026年診療報酬改定の方針性（その2）～中医協総会資料より～

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	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	
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）

診療録 入-1
7. 7. 3. 1



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。

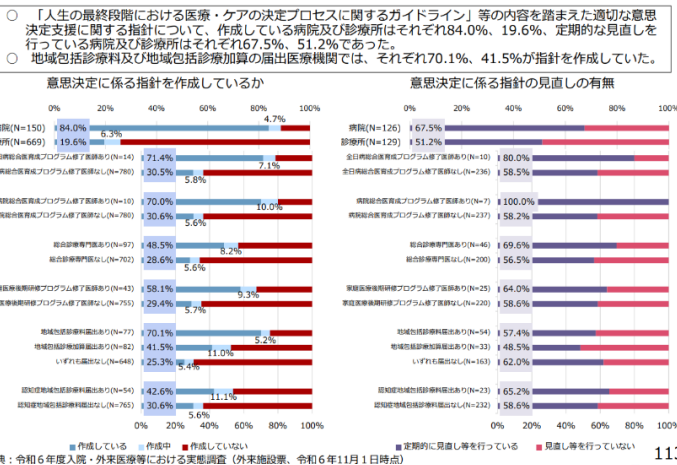
2024年（令和6年）11月時点において指針を作成している医療機関は80.3%、定期的な見直しを行っている医療機関は70.5%であった、という結果が報告。

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。

適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

診療録 入-1
7. 7. 3. 1

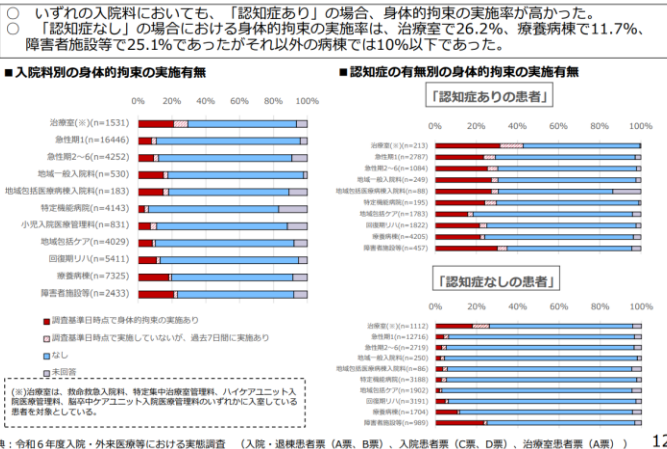


この結果を受けて、意思決定支援の取組の進捗や推進策についてどのように評価するか。

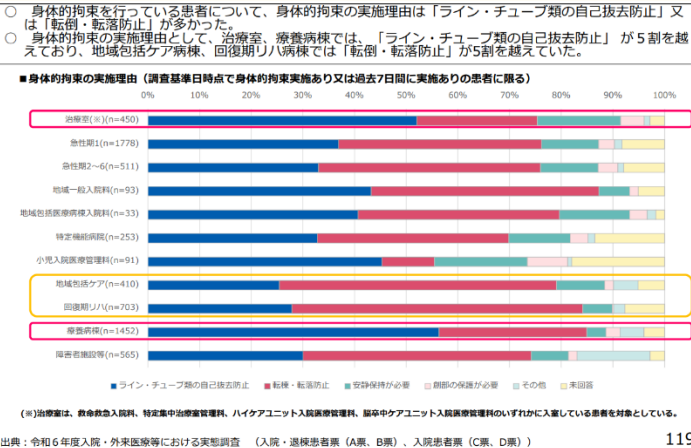
身体的拘束を最小化するための取組

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



身体的拘束の実施理由



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。

：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）

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。

事例7-2：AI問診の活用【長野中央病院】

令和2年度「医療機関の働き方改革推進プロジェクト」協賛医療機関事業

開設主体：長野県生活協同組合
所在地：長野県長野市
病床数：322床
主たる医療機能：急性期

取組のきっかけ
外来診療における待ち時間の長さが課題であり、医師の負担が決められていたものの、看護婦も多忙で対応できなかった。また、医師、看護婦ともにバリエーションの異なる対応を必要とされていた。これを解決するために、若手医師を積極的に活用した。

取組の内容
AI問診のタブレット端末を患者が操作し、問診を済ませ、問診結果は、自然な言語で入力された。医師や看護婦のバリエーションが広げられ、それぞれが得意とする診療で、フルタイムに稼働可能。これを機に、問診業務を看護婦から事務職担当へ変更。

取組の効果
AIを活用し、医師、看護婦の業務負担の軽減と、事務職のモチベーションアップを同時に達成した。さらに、問診時間も短縮し、待ち時間も短縮。そして新しい技術の活用にも成功したことにより、院内に新しいニュースを創出できただけでなく、新しいチャレンスを試みる雰囲気を作ることになった。

事例7-3 ①：情報共有ツールの活用【姫野病院】

平成30年度「病院経営への影響に関する調査研究事業」

開設主体：医療法人八尾心会
所在地：福岡県八尾郡山崎町
病床数：140床
主たる医療機能：急性期、回復期

取組のきっかけ
急ぎでない業務に手を取られ、本来すべき業務が滞りやすくなったため。

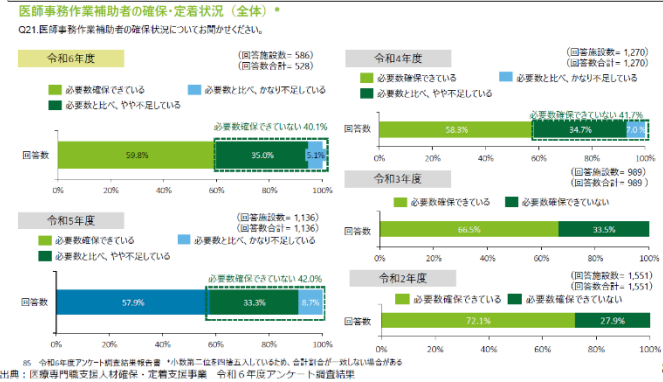
取組の内容
業務の効率化を目的としてチャット機能を活用するアプリケーションを導入した。

取組の効果
連絡が必要最低限に抑えられ、連絡による拘束がなくなることで、急ぎでない業務によって手止められることがなくなり、業務の効率化に繋がった。また、会議前に会議の議題や内容を把握することにより、会議時間が短縮され、会議の時間を短縮することがなくなった。

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届出病院における医師事務作業補助者の定着状況

○ 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40%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ていないとの回答であった。



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。

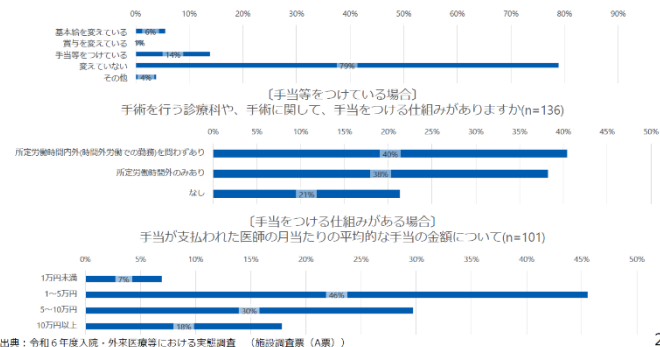
医師の診療科偏在

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

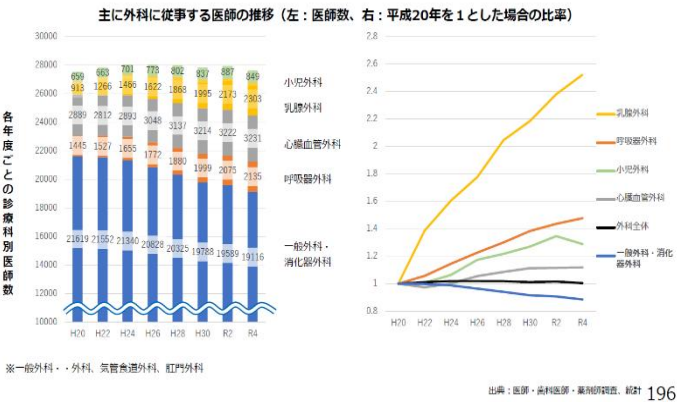
- 診療科毎の医師の処遇として、医師が不足している診療科において「基本給を変えている」（6%）、「賞与を変えている」（1%）、「手当等をつけている」（14%）等が挙げられた。
- 手当をつける仕組みがある場合、月あたりの平均的な金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。

医師が不足している診療科で給与を変えていますか？(n=995)



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。



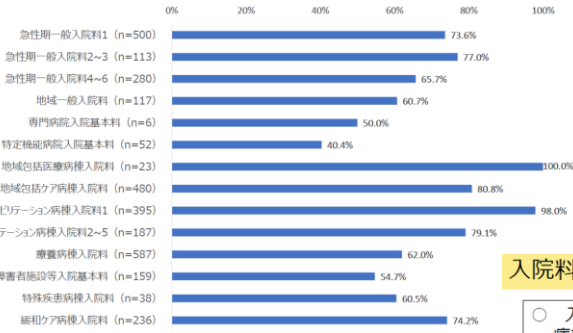
- 消化器外科医の減少などの診療科の医師偏在について、働き方や教育体制、処遇などの様々な要因が指摘されていることも踏まえ、現状やこれまでの取組をどう評価するか。
- 高度な手術や医師の集約化によって、働き方改革の促進や一部の手術での手術成績の向上が見られるという報告があることや、各施設における手術件数や医師数の分布をどのように評価するか。

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、外科医等への処遇改善を実施している。

入院料ごとのGLIM基準の活用状況

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

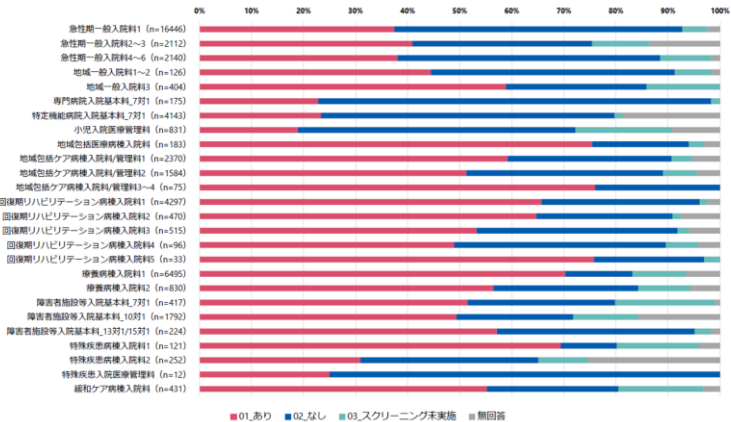
■ 入院料ごとの栄養管理手順にGLIM基準を位置づけている割合



GLIM基準の活用状況は、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

- 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。



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。

低栄養の実態をさらに分析し、標準的な手法による低栄養の把握を推進するための要因を検討することが課題

リハビリテーション

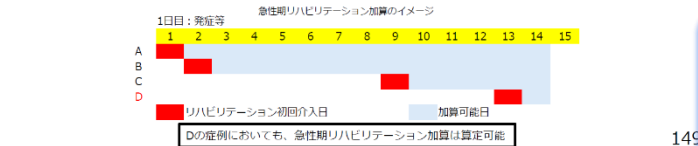
退院前訪問指導は文献的に再入院の頻度低下、退院後ADLの向上等の効果が示されているものの、算定回数は伸びておらず、実施率は低い。実施されている施設では、理学療法士、作業療法士をはじめ多職種が関わっている。

急性期リハビリテーション加算等の算定要件

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

加算	急性期リハビリテーション加算		
	50点/単位	45点/単位	25点/単位
算定可能日数	発症、手術又は急性増悪から14日まで ※	発症、手術又は急性増悪から14日まで	発症、手術又は急性増悪から30日まで
対象患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者であって、下記の要件に定める患者 ア ADLの評価値がB1が10点以下のもの、イ 認知症高齢者の日常生活自立度がラランク以上にあるもの、ウ 以下に示す病態等が実施されているもの、①脳卒中後遺症②脳血管性認知症③脳性麻痺④てんかん⑤脳神経障害⑥脳出血⑦脳梗塞⑧脳腫瘍⑨脳神経腫瘍⑩脳神経腫瘍⑪脳神経腫瘍⑫脳神経腫瘍⑬脳神経腫瘍⑭脳神経腫瘍⑮脳神経腫瘍⑯脳神経腫瘍⑰脳神経腫瘍⑱脳神経腫瘍⑲脳神経腫瘍⑳脳神経腫瘍㉑脳神経腫瘍㉒脳神経腫瘍㉓脳神経腫瘍㉔脳神経腫瘍㉕脳神経腫瘍㉖脳神経腫瘍㉗脳神経腫瘍㉘脳神経腫瘍㉙脳神経腫瘍㉚脳神経腫瘍㉛脳神経腫瘍㉜脳神経腫瘍㉝脳神経腫瘍㉞脳神経腫瘍㉟脳神経腫瘍㊱脳神経腫瘍㊲脳神経腫瘍㊳脳神経腫瘍㊴脳神経腫瘍㊵脳神経腫瘍㊶脳神経腫瘍㊷脳神経腫瘍㊸脳神経腫瘍㊹脳神経腫瘍㊺脳神経腫瘍㊻脳神経腫瘍㊼脳神経腫瘍㊽脳神経腫瘍㊾脳神経腫瘍㊿脳神経腫瘍	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者

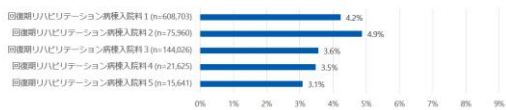
※ 心大血管リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は「発症、手術又は急性増悪から7日又は治療（リハビリテーション）開始日のいずれか早いもの」から算定する



退院前訪問指導の実施状況

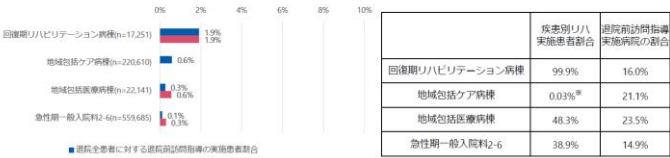
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3〜5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14〜24%に留まっていた。

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6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。

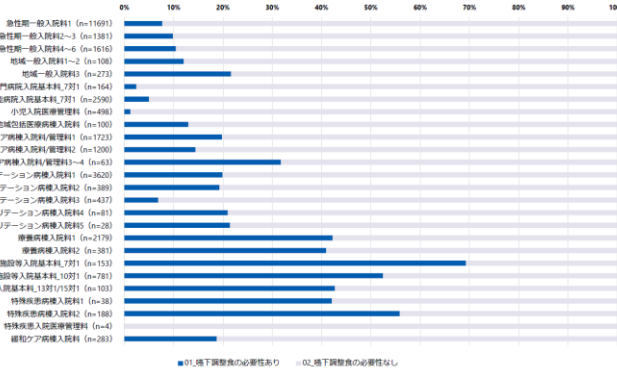
令和6年に新設された急性期リハビリテーション加算では、入棟からリハビリ開始までの要件が設定されておらず、3日目移行に疾患別リハビリテーションを開始する例が約4割存在する。

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

入院料ごとの嚥下調整食の状況

診療種 入-1参考
7 5 2 2 2

○ 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。



出典：令和6年度入院・外来医療における実態調査（入院・退院患者票（A票、B票）、入院患者票（C票、D票）） 153

入院患者の栄養摂取方法として、急性期や包括期では約8割が経口摂取のみであり、慢性期でも約5割は経口摂取している。経口摂取のみの患者のうち、一定数は嚥下調整食の必要性がある。

嚥下調整食のようなニーズがあるにもかかわらず評価されていないものについて実態を把握することが課題

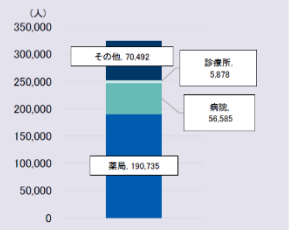
病院薬剤師

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

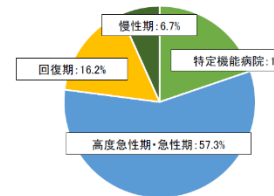
○ 病院に勤務する薬剤師は5.66万人（令和4年度時点）であり、病床機能別・業務別の人員配置割合は以下のとおり。

■ 薬剤師統計における薬剤師数（令和4年12月31日現在）



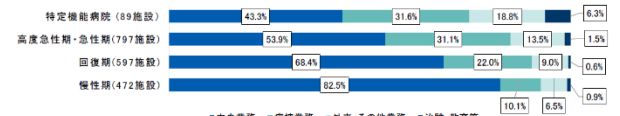
全国の保険医療機関の薬剤師を対象とした勤務実態調査における病院薬剤師の配置状況（有効回答1,955施設、16,485名）

■ 病床機能別の薬剤師人数割合



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

■ 病床機能別・業務別の薬剤師人数割合



【業務別分類の定義】
薬剤師本人が主に働いている場所として回答した結果に応じて以下のとおり分類した。
「中央業務」：調剤室、注射室、製剤室、医薬品情報室、管理室、調剤室、薬局
「病院業務」：病棟「外来・その他業務」：チーム医療活動、手術室、外来、化学療法室、看護安全室、その他「診療科等」：試験・研究、法医学

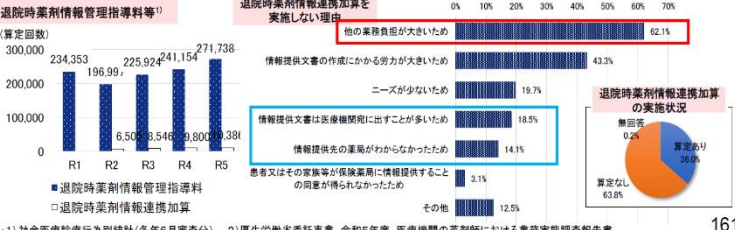
（出典）令和4年度厚生労働省委託事業 病院薬剤師の勤務実態調査を基に保険局医療課で作成

退院時の薬剤に関する情報提供の実施状況

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

退院時の薬剤に関する情報提供の評価

- ① 退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）
ア. 患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品を確認する。
イ. 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行う。
ウ. 退院後の療養を担う保険薬局等で必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載する。
- ② 退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）
ア. 入院前の内服薬の変更又は中止した患者について、保険薬局に対して文書により当該患者の状況を情報提供する。
イ. 保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー」(日本病院薬剤師会)等の様式を参照して情報提供文書を作成する。



出典：1) 社会医療診療行為別統計（各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の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18回高齢者医薬品適正使用検討会
参考資料 一部抜粋

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

ポリファーマシー対策を始められない・進められない主たる要因



ポリファーマシー対策を行う人員が不足しているか



病院内調査：病院の管理者または管理者より委託された薬剤部門の管理者が回答

不足していると考えられる職種



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	精神科を有している	精神科を有しないが、常勤の精神科を有する医師が入院患者への診療を行っている	非常勤の精神科を有する医師が入院患者への診療を行っている	精神科を有する医師が入院患者への診療を行っていないが、入院患者への診療を行っている	外来を含め、精神科への対応は行っていない
施設数	126	148	169	74	494
認知症	81.3%	87.8%	85.2%	63.5%	71.9%
認知症を除く器質性精神障害	76.2%	66.2%	43.2%	28.4%	12.1%
アルコール依存症	72.2%	62.2%	47.9%	24.3%	20.4%
依存症（アルコール以外のもの）	59.5%	48.0%	30.8%	13.5%	8.1%
統合失調症	74.6%	70.9%	50.3%	27.0%	23.7%
気分障害	74.6%	66.2%	42.0%	24.3%	14.6%
人格障害（パーソナリティ障害等）	71.4%	54.1%	33.1%	17.6%	8.9%
神経症性障害（不安障害、PTSD等）	76.2%	65.5%	39.6%	25.7%	13.8%
摂食障害	74.6%	52.7%	45.0%	27.0%	22.3%
睡眠障害	76.2%	70.3%	50.3%	33.8%	25.7%
産後うつ	73.0%	58.1%	34.9%	20.3%	10.3%
知的障害	76.2%	68.9%	47.9%	28.7%	21.9%
発達障害	77.8%	68.9%	49.1%	27.0%	20.4%
てんかん	81.0%	68.9%	67.5%	45.9%	43.7%
せん妄	86.1%	82.4%	66.3%	55.4%	49.8%
その他の精神疾患	71.1%	41.1%	8.3%	2.7%	0.6%
回答なし	8.7%	6.8%	8.9%	25.7%	20.4%

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

- 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。

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

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。

総合病院精神科が担っている機能

診療編 入-1
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
● 精神科デイケア/ナイトケア
● 訪問診療・看護
● 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）

一般病床

● コンサルテーション
● リエゾン

入院医療

● 精神身体合併症
● 病期
急性期/回復期/慢性期
● 入院形態
(医療観察法病棟)

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

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

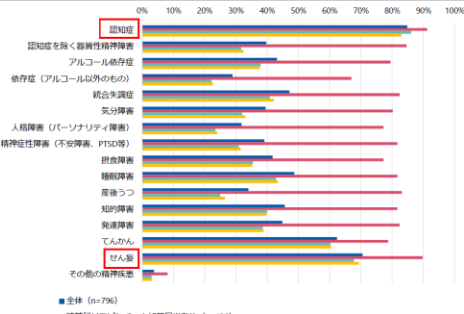
（日本総合病院精神科医学会の将来構想に関する提言（野矢博樹 2022）を基に作成）

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

診療編 入-1
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。



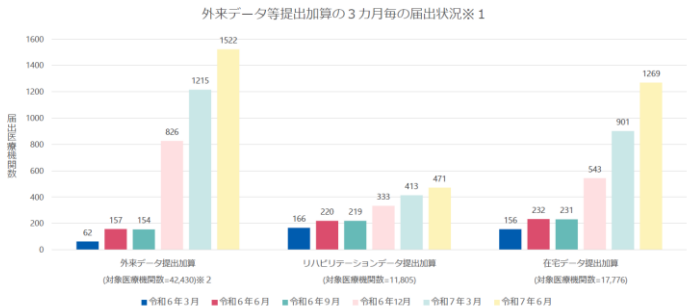
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

193

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

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：保険局医療課調べ
※1 データの抽出時期や条件等により、他の公開資料とは異なる数値となることがある。
※2 対象医療機関数は、令和6年7月NDBにおいて、外来データ等提出加算を算定しうる診療報酬項目（※3）を、1回以上算定している医療機関数。
※3 外来データ提出加算においては生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を、在宅データ提出加算においては在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を、リハビリテーションデータ提出加算においては疾患別リハビリテーション料を指す。

226

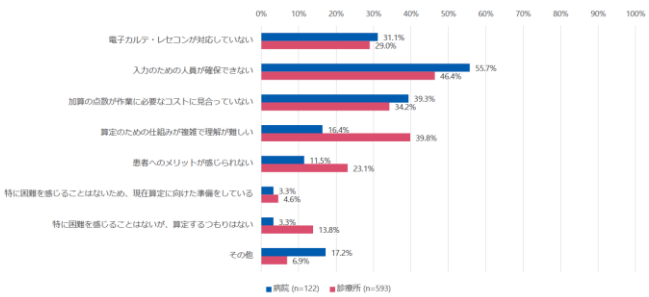
データ提出加算

外来データ提出加算

診療報酬 入-1
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。

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



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外采調査（施設票））

229

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。

令和6年度入院・外来医療等における実態調査において、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、病院・診療所ともに、「入力のための人員が確保できない」が最も多かった。

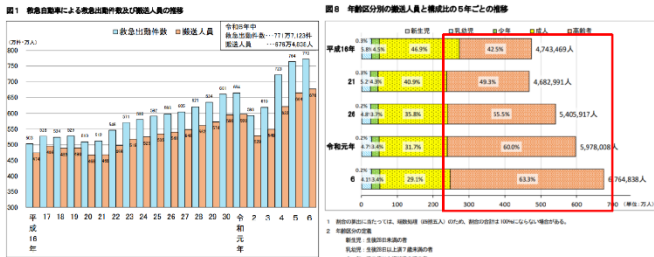
医療機関の負担軽減を考へつつ、様式の簡素化やデータのさらなる活用を検討するため、データ提出加算等では収集できない情報と他のデータベースで収集できる情報を整理することが課題

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。



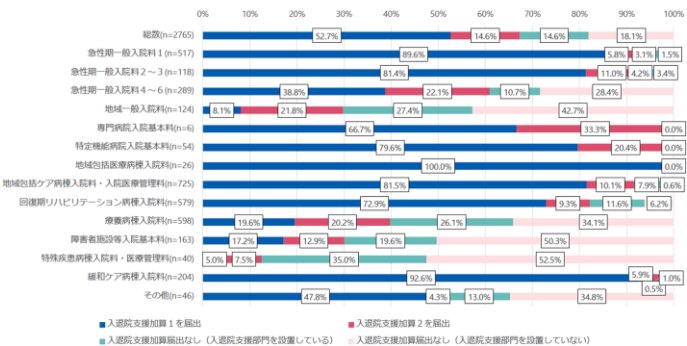
出典：総務省消防庁「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」（令和7年3月28日）※赤枠は引用時に付記

3

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かった。

入退院支援加算1又は2の届出状況



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））

40

入退院支援

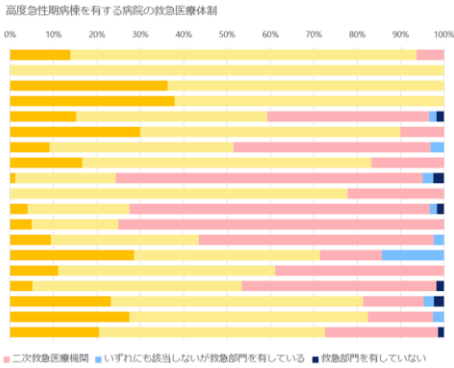
入退院支援加算や入院時支援加算などについて、病院・病棟の機能ごとに入退院支援部門に期待される機能や、医療介護連携のさらなる推進の観点から、検討を進めることが課題。

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。

高度急性期入院医療

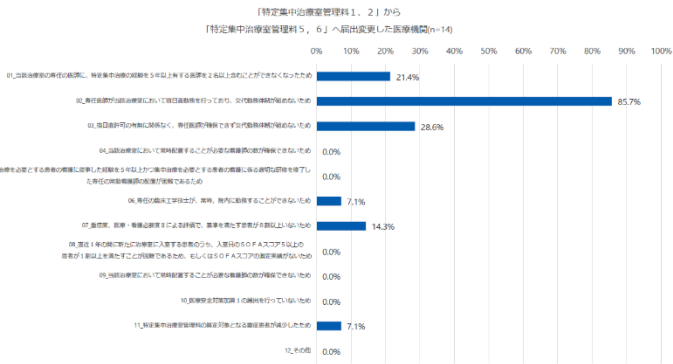
「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」により評価される治療室の入室対象となる患者や必要とする病院について、検討が必要。



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））

特定集中治療室管理料1、2の届出変更理由

- 「特定集中治療室管理料1、2」から「特定集中治療室管理料5、6」へ届出を変更した理由としては、「専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため」が最も多かった。



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（治療室調査票（A票））

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】					
評価項目		0点	1点	2点	評価項目		0点	1点	2点
A モニタリング及び処置等					A モニタリング及び処置等				
1 動脈圧測定（動脈ライン）		なし	-	あり	1 蘇生の処置（心肺の処置を除く）		なし	あり	
2 シリンジポンプの管理		なし	あり	-	2 蘇生の施行		なし	あり	
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）		なし	-	あり	3 呼吸ケア（呼吸器使用以外の場合及び人工呼吸器の使用を除く）		なし	あり	
4 人工呼吸器の管理		なし	-	あり	4 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）		なし	あり	
5 輸血や血液製剤の管理		なし	-	あり	5 動脈圧測定（動脈ライン）		なし	あり	
6 経動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）		なし	-	あり	6 シリンジポンプの管理		なし	あり	
7 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）		なし	-	あり	7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）		なし	あり	
基準		A得点2点以上			8 人工呼吸器の管理		なし	あり	
					9 輸血や血液製剤の管理		なし	あり	
					10 経動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）		なし	あり	
					11 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）		なし	あり	
基準①		2、7、8、9、10又は11のうち1項目以上に該当			基準①		2、7、8、9、10又は11のうち1項目以上に該当		
基準②		1～11のうち1項目以上に該当			基準②		1～11のうち1項目以上に該当		



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います。

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。



感染症対策へのご協力をお願いします

新型コロナウイルス感染症対策の基本は、「手洗い」や「マスクの着用を含む咳エチケット」です。医療機関や高齢者施設などでは、新型コロナウイルスの感染予防のためのマスクの着用を求められることがあります。

正しい手の洗い方

1. 流水で両手を十分に濡らす
2. 手のひら、手背、指の関節、爪の間、手首を洗う
3. 手のひらを手の甲で擦る
4. 手のひらを手のひらで擦る
5. 手のひらを手のひらで擦る
6. 手のひらを手のひらで擦る

3つの咳エチケット

- マスクを着用する
- 肘の内側やハンカチで口・鼻を覆う
- 咳やくしゃみをした後は、必ず手洗いを済ませる

正しいマスクの着用

鼻と口の両方を確実に覆う。まぶたや口元を覆わない。鼻がはみ出さないよう鼻まで覆う。

こまめな換気

ときどき窓を開けて空気を入れ替える。

厚生労働省

新型コロナウイルス感染症が5類に移行してから、感染しても法的な外出制限はなくなりましたが、発症日を0日目として5日間は外出を控えること、5日目に症状が続く場合は解熱・症状軽快後24時間を経過するまで様子を見ることが推奨されています。医療施設や高齢者施設などへの訪問や高リスク者との接触は10日間程度はしないよう配慮するのがよい、とされています。

この夏の流行は、2025年8月末までと予測されていますが、予防対策について、厚生労働省からのリーフレットをお示ししますので、確認しておきましょう。

日本語_230508～

新型コロナウイルス感染症対策 2023年度版

新型コロナウイルス感染症は5類感染症になりました

2023年5月8日から

感染対策は個人・事業者の判断が基本となります

引き続き、以下の対策は有効です

換気

●換気の方法として「機械換気（24時間換気システムや換気扇）」または「自然換気（窓開け）」があります。

手洗い・手指消毒

マスク着用

●重症化リスクの高い方への感染を防ぐため、以下のような場合にはマスクを着用しましょう。

- 受診時や医療機関・高齢者施設などを訪問する時
- 通勤ラッシュ時など混雑した電車・バスに乗車する時

※事業者の判断でマスク着用を求められる場合があります。

◆症状がある場合に外出をする際は、人混みは避け、マスクを着用しましょう。
◆事前にコロナ抗原検査キットや解熱剤などの常備薬を準備しておくことで安心です。

厚生労働省

新型コロナウイルス感染症対策

これまで屋外では原則不要、屋内では原則着用としていましたが

令和5年3月13日から

マスク着用は個人の判断が基本となります

ただし、以下のような場合には注意しましょう

周囲の方に、感染を広げないために

マスクを着用しましょう

受診時や医療機関・高齢者施設などを訪問する時

通勤ラッシュ時など混雑した電車・バスに乗車する時

ご自身を感染から守るために

マスク着用が効果的です

高齢者 基礎疾患を有する方 妊婦

重症化リスクの高い方が感染拡大時に混雑した場所に行く時

本人の意思に反してマスクの着脱を強いることがないよう、個人の主体的な判断が尊重されるよう、ご配慮をお願いします

※事業者の判断でマスク着用を求められる場合や従業員がマスクを着用している場合があります

厚生労働省



スマートフォンでのマイナ保険証の利用について

スマホ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。またスマホ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



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> <p>一 （略）</p> <p>二 （略）</p> <p>三 <u>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ロ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</u></p> <p>四 （略）</p>	<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> <p>一 （略）</p> <p>二 （略）</p> <p>（新設）</p> <p>三 （略）</p>



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

- 顔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ビジネス)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ハブが必要な場合は、CRの台数に応じた数が補助対象(CRとセットで購入)
※キヤノン製の顔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、顔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、
・顔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かった場合、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。

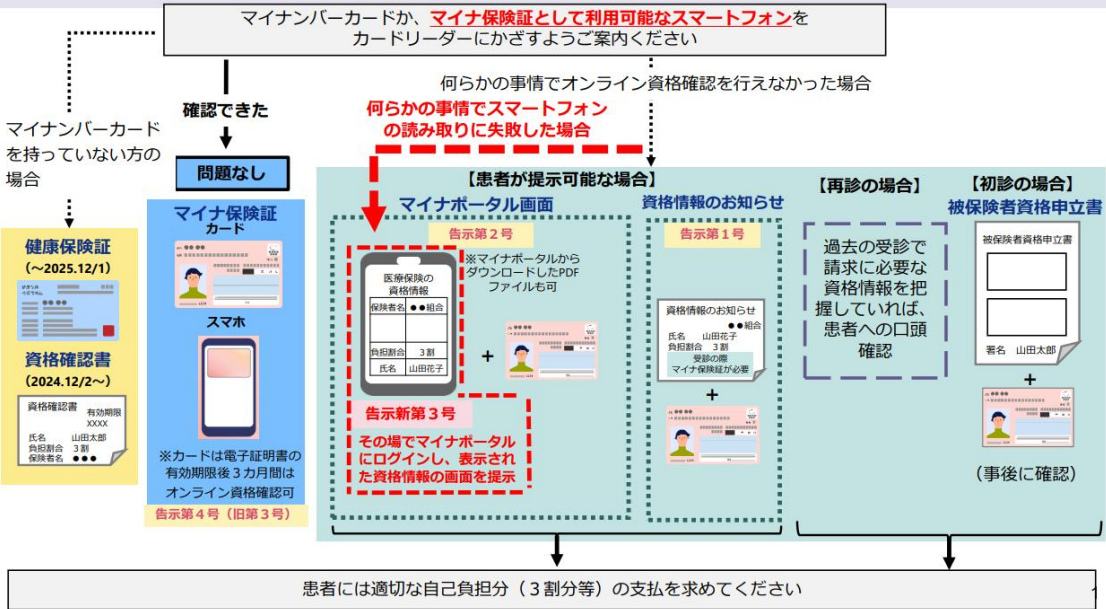
患者側の対応

- 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ナンバーカードを追加するには、
実物のマイナナンバーカードと、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ない場合には、スマートフォンの暗証番号リセットの専用アプリと
コンビニのキオスク端末の利用により、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う
※スマートフォンにマイナナンバーカードを追加した後も、引き続き実物のマイナ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、厚生省HPにも順次掲載

※電子証明書の有効期限が切れると、スマホでのオンライン資格確認は不可。
※スマートフォンへのマイナ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から削除・再追加をするが、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。

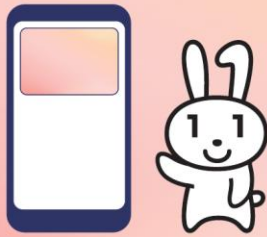
スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備
(資格確認方法)

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

機種の準備が整った医療機関等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、実物のマイナナンバーカードもご持参ください

マイナ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らから! 画面へ

0120-95-0178

平日9:30~20:00 土日祝9:30~17:30(年末年始除く)

※お問い合わせはマイナポータル「マイナ保険証」の「お問い合わせ」から

マイナナンバーカードの
健康保険証利用について
もっと知りたい場合はこちら

厚生労働省

マイナ保険証をスマホで使うための事前準備

マイナナンバーカードをスマホで使うには、下記の①、②の準備を行ってください。

- 準備するもの
- ・実物のマイナナンバーカード
 - ・準入力用暗証番号(数字4桁)※スマホ
 - ・署名用パスワード(英数字6桁~16桁)



- 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、マイナナンバーカードの健康保険証利用登録を行ってください。
- マイナナンバーカードをスマホに搭載する
マイナポータルからマイナポータルにログインして、マイナナンバーカードの健康保険証利用登録を行ってください。

受付時の操作手順

顔認証付きカードリーダーを操作し、スマホに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、顔認証付きカードリーダーで顔認証を完了します。

- 受付係員にてスマートフォンを提示
- 受付係員にて顔認証を確認
- 本人確認
- スマホ用の汎用カードリーダーにかざす





「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



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、原則として認められないと判断した。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ついては、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。