

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.829 2024.7.16

医療情報ヘッドライン

かかりつけ医機能報告の内容固まる
17の診療領域の対応可能有無を報告

▶ 厚生労働省

医学部臨時定員、医師多数県の
2025年度地域枠を30枠減少へ

▶ 厚生労働省

週刊 医療情報

2024年7月12日号

医療情報取得加算見直し
の検討が論点に

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和6年3月分概数)

経営情報レポート

令和6年度診療報酬改定
厚生労働省 疑義解釈の解説

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

訪問審査の具体的取組ポイント
ケアプロセス調査について

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

かかりつけ医機能報告の内容固まる 17の診療領域の対応可能有無を報告

厚生労働省 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

厚生労働省は、7月5日の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」で、来年4月に創設される「かかりつけ医機能報告」の内容案を提示。報告事項に「かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、および総合診療専門医の有無」、「17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無」が盛り込まれることが決まった。

■4月から稼働のナビのPV数も公表

日本の医療制度は、患者が医療機関を自由に選べる「フリーアクセス」が確保されているのが大きな特徴だ。そのため、「かかりつけ医」は制度化されてこなかった。

しかし、コロナ禍で発熱患者を断らざるを得ない診療所が続出。対応可能な中核病院に患者が集中したことで、それまでも進めてきた機能分化をさらに加速させる必要性が論じられるようになった。高齢者人口のさらなる増加と人口減少を見据え、効率的な医療が求められていることも、その動きを後押しした。

そこで、2006年に導入された医療機能情報提供制度の刷新に加え、慢性疾患を有する高齢者など「継続的な医療を要する者」に対するかかりつけ医機能を「地域で確保・強化するための仕組み」を整備するため、「かかりつけ医機能報告」が創設されることになった。

医療機能情報提供制度の刷新はすでにこの4月に行われており、都道府県ごとに運用していた医療機関に関する情報提供システムを全国統一なものとして再構築。4月1日より「医療情報ネット（ナビ）」として新たに運用がスタートしている。

この日の分科会では、このナビのページビュー数も公表された。それによると、今年4月が499万2,111回、5月が422万6,921回となっている。

■症状への対応は報告事項から外れる

「かかりつけ医機能報告」の報告事項については前述のとおりだが、「かかりつけ医機能に関する研修の修了者」「総合診療専門医」をかかりつけ医機能の要件とするかどうかで意見が分かれていた。

しかし、研修は内容が固まっておらず、総合診療専門医も2021年に一期生が誕生したばかりということもあり、「有無の報告のみ」を求めることにしたものと思われる。

また、もう1つの「17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無」についても、診療領域ではなく、35の症状のうち20以上に対応できるかどうかを明らかにする案に賛同する構成員は多かったが、そこまで細分化せず診療領域でセグメントする方式に落ち着いた形だ。なお、17の診療領域は「皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域」。

ほか、報告事項としては医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数や、全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況なども盛り込まれている。

医療情報
ヘッドライン
②

医学部臨時定員、医師多数県の 2025年度地域枠を30枠減少へ

厚生労働省 医師養成課程を通じた医師偏在対策等に関する検討会

厚生労働省は7月3日の「医師養成課程を通じた医師偏在対策等に関する検討会」で、2025年度の医師多数県の臨時定員地域枠を2024年度と比べて30枠減らす方針を明らかにした。医師中程度県および少数県による2024年度比の増員希望については、「現在各都道府県の意向を確認・検討中」とのことだが、意向を最大限認めた場合でも、2025年度医学部定員上限の範囲内で配分可能であるとの見方を示している。

■2029年頃に医師需給は均衡する見込み

医学部定員の臨時定員をめぐる問題は、医師偏在に根ざしている。1961年に国民皆保険制度が確立された当時は医師不足が課題だったため、既存の医学部定員を増大して対応。

1973年には「無医大県解消構想」が閣議決定されてさらに増加が図られ、1983年には人口10万対150人の医師数が達成された。

しかし、高齢化が進み大都市圏への人口が集中したことで、地域の医師不足問題が浮上。

2006年に「医師の需給に関する検討会」が設置され、医師偏在対策が進められるようになった。「地域枠」はその対策の一環として2008年から開始し、全国レベルで毎年3,500～4,000人の医師数増加を達成した。

ところが今度は、人口減少が見込まれる局面に突入してきた。2029年頃には需給が均衡し、以降は医師需要が減ることになるため、偏在対策をしながら定員を削ることを検討しなくてはなくなったのだ。

そこで、地域枠の必要性が低い「医師多数県」の臨時定員を減らし、医師少数県や医師中程度県は臨時定員を増やす調整を行うこと

にした次第だ。

具体的には、2024年度は191枠だった医師多数県の臨時定員地域枠を、2025年度は154枠と37枠減少。医師少数県は2024年度、538枠だったが対象となる都道府県の意向を確認しながら必要に応じて増やす。

そのうえで、臨時定員総数が2024年度のそれに達していなければ、随時調整を行うことにしている。

なお、厚労省によれば、2024年度の「医師多数県」は16都府県（東京、石川、京都、大阪、奈良、和歌山、鳥取、岡山、徳島、香川、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、沖縄）。

「医師少数県」は同数の16県（青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、群馬、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡、三重、山口、宮崎）。最も臨時定員が多かったのは新潟で77、次いで静岡68、福島と埼玉が同数で47、岩手37、千葉34となっている。

■診療科間の医師偏在も大きな課題

これまで行われてきた医師偏在対策は、医学部への地域枠の設置のほか、医師養成課程における採用数上限設定などがある。

一方で、人数の配分だけでは解決できない問題もあるのが現実だ。たとえば数字上は十分な医師数が配分できていても、過疎地域など同じ都道府県内での偏在もある。

外科医など一部の診療科医師が減っているなど、診療科間の偏在も課題だ。

4月の同検討会で示された資料では「美容外科医師等の増加」も明記されており、平均年収が低いとされる病院勤務医の待遇改善も検討すべき事項のひとつだろう。

ビズアップ週刊

医療情報

2024年7月12日号

[情報提供]MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)
メディカルウェーブ

医療情報①
中央社会保険
医療協議会

医療情報取得加算見直しの検討が論点に

中央社会保険医療協議会の総会が3日開かれ、厚生労働省は、現行の健康保険証の発行が12月2日に終了し、原則廃止されることを踏まえて「医療情報取得加算」の見直しの検討を論点に挙げた。中医協が2月に取りまとめた2024年度改定の答申書の附帯意見で、マイナ保険証への一本化に合わせて医療情報取得加算の見直しを年度の早期に検討するとされたのを受けた対応で、鳥潟美夏子委員（協会けんぽ理事）が「12月に健康保険証の発行が終了したら（この加算は）一定の役割を終える」と述べるなど、支払側はそろって廃止の検討を求めた。

一方、診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は「この加算の趣旨は標準的な問診表を使用することなどを通じて質の高い医療を提供する点にある」として、加算を単純に廃止することは「到底受け入れられない」と強く反発した。

医療情報取得加算は、診療情報や薬剤情報を患者のマイナ保険証から取得し、活用する医療機関や薬局への評価。マイナ保険証を活用できる体制整備への評価だった「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を24年度の診療報酬改定で組み替えて継続させた。従来の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と異なり、初診だけでなく再診の患者にも算定できる。

中医協は3日の総会で、医療機関や薬局による医療DXの取り組みを促すための診療報酬の評価を議論し、厚労省は医療情報取得加算の見直しの検討を論点の1つに挙げた。現行の保険証の新規発行が12月2日に終了し、原則廃止されることを踏まえ、「診療報酬の評価の在り方を改めて検討する必要がある」としている。意見交換では、支払側が廃止の検討をそろって求めた。松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「12月2日に健康保険証の新規発行が終了したら、マイナ保険証の利用がある意味当たり前になる。その場合、医療情報取得加算を継続する必要性は乏しい」と述べ、次の診療報酬改定を待たず期中の見直しを主張した。

高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は「（加算の見直しを）検討し、廃止する方向に進んでいくものではないか」と述べた。一方、診療側の長島委員は「この加算を廃止することはあり得ない」と存続を繰り返し主張した。

医療情報②
MMPG
定例研修会

地域医療構想と報酬 「いずれ議論」慶応大・土居氏

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）の定例研修会（第175回）が5日開かれ、慶應義塾大経済学部の土居丈朗教授らが講演した。

その中で土居氏は、高齢化がピークを迎える 2040 年ごろを見据えて各都道府県が作る新たな地域医療構想について、医療や介護経営の予見可能性を担保するため、診療報酬や介護報酬とのリンクに踏み込んでいずれ議論する必要があるとの認識を示した。また、介護に関しては、経営の協働化・大規模化をさらに進める必要性を指摘した。通所・施設系の介護サービスを提供する事業所の「収支差率」は、規模が大きいほど高くなる傾向が明らかになっていて、土居氏は、現役世代の負担増を抑えながら職場環境の改善を進めるため、経営の協働化・大規模化によって新たに確保できた利益を介護従事者の処遇改善の原資にすることを提案した。

土居氏の講演は「日本の医療・介護と財政の今後」がテーマで、政府が 23 年末、社会保障の改革工程に盛り込んだ医療や介護分野の改革メニューを解説した。

40 年ごろを見据えた新たな地域医療構想に関しては、厚生労働省が 3 月に立ち上げた検討会が、以下などを議論し、24 年末に最終取りまとめを行う予定になっている。

- ▼医療 DX や遠隔医療の取り組みなどを反映させた医療提供体制の地域類型（都市部や過疎地など）ごとのモデル
- ▼病床の機能分化・連携のさらなる推進
- ▼入院だけでなく外来や在宅を含む地域医療全体の提供体制

土居氏は講演で、介護施設に入居する高齢者が医療機関に入院するなど、医療と介護をまたぐ 40 年ごろの需要をレセプト分析から地域ごとに推計し、それに基づいてサービスの提供体制を整備する必要があるとの認識を示した。その上で、そうしたサービスの受け皿になる医療機関や介護事業者の経営を成立させるのにどの程度の報酬が必要か、明らかにするべきだと強調した。25 年を想定した従来の地域医療構想では、診療報酬と直接関連付けないのが国の方針で、財務省もそれに合意済みだという。しかし、土居氏はそれらを関連付けずに医療や介護経営の予見可能性を確保するのは困難だとして、新たな地域医療構想を具体化する過程で、「いずれはそこまで踏み込んだ議論につなげていかななくてはならないと思う」と述べた。

●経営情報のさらなる「見える化」が狙上に

土居氏はまた、医療機関や介護施設の経営情報の「見える化」を巡る動きにも言及し、政府内のこれからの議論で「見える化」の強化策が狙上に載ることになるという見方を示した。

経営情報の「見える化」は、政府の「全世代型社会保障構築会議」が 22 年末に取りまとめた報告書に盛り込まれた。それを受けて翌 23 年に医療法が改正されたのに伴い、従来の事業報告とは別に、病院や診療所ごとの経営情報を医療機関等情報支援システム「G-MIS」で都道府県に報告することが同年 8 月以降、原則全ての医療法人に義務付けられた。

医師や看護師など職種別の給与（給料・賞与）の報告は任意になったが、社会保障の改革工程では、医療機関や介護施設などの経営情報のさらなる「見える化」に必要な対応を検討することとされている。（以降、続く）

週刊医療情報（2024年7月12日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告 (令和6年3月分概数)

厚生労働省 2024年6月17日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和6年3月	令和6年2月	令和6年1月	令和6年3月	令和6年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 140 943	1 157 013	1 138 793	△ 16 070	18 220
精神病床	258 037	258 899	258 357	△ 862	542
感染症病床	296	374	673	△ 78	△ 299
結核病床	957	989	978	△ 32	11
療養病床	231 158	232 090	230 504	△ 932	1 586
一般病床	650 495	664 659	648 281	△ 14 164	16 378
外来患者数	1 195 253	1 207 518	1 149 239	△ 12 265	58 279
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 682	1 768	1 780	△ 86	△ 12

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和6年3月	令和6年2月	令和6年1月	令和6年3月	令和6年2月
病院					
総数	73.5	77.5	78.3	△ 4.0	△ 0.8
精神病床	80.3	80.8	80.9	△ 0.5	△ 0.1
感染症病床	15.5	16.1	36.4	△ 0.6	△ 20.3
結核病床	24.6	25.5	26.1	△ 0.9	△ 0.6
療養病床	83.9	84.7	84.5	△ 0.8	0.2
一般病床	68.2	74.5	75.8	△ 6.3	△ 1.3
診療所					
療養病床	36.0	38.1	38.6	△ 2.1	△ 0.5

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

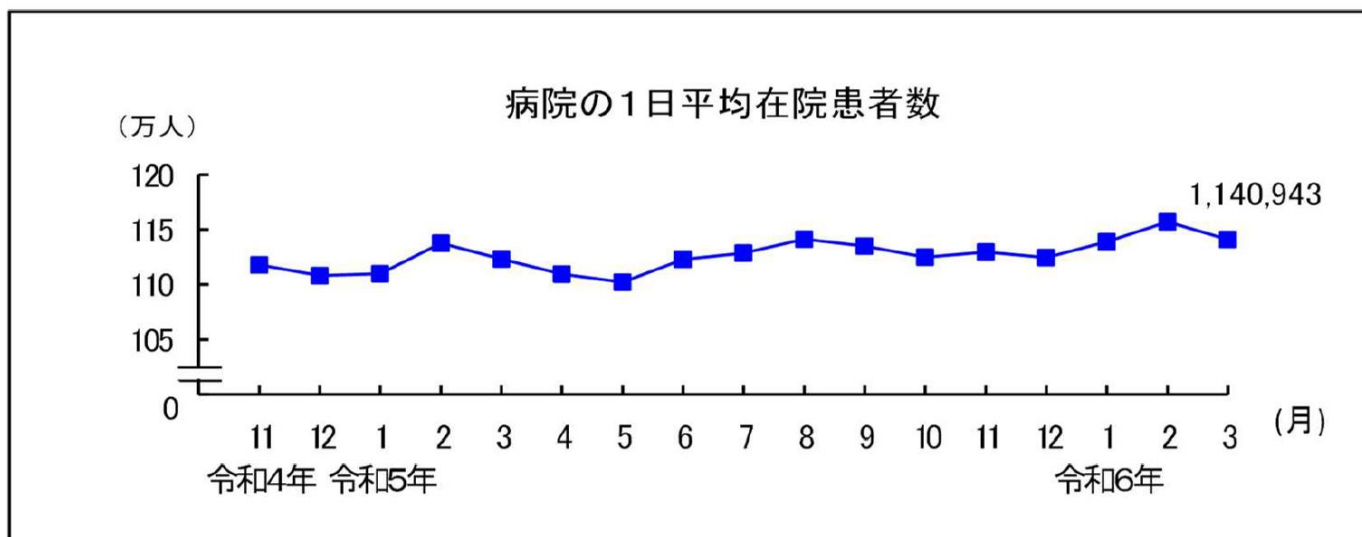
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和6年3月	令和6年2月	令和6年1月	令和6年3月	令和6年2月
病院					
総数	26.6	26.5	27.7	0.1	△ 1.2
精神病床	257.6	262.7	283.4	△ 5.1	△ 20.7
感染症病床	9.9	9.9	10.7	△ 0.0	△ 0.8
結核病床	45.1	40.5	44.3	4.6	△ 3.8
療養病床	117.0	116.3	125.0	0.7	△ 8.7
一般病床	16.2	16.2	16.8	△ 0.0	△ 0.6
診療所					
療養病床	87.9	98.6	104.2	△ 10.7	△ 5.6

注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

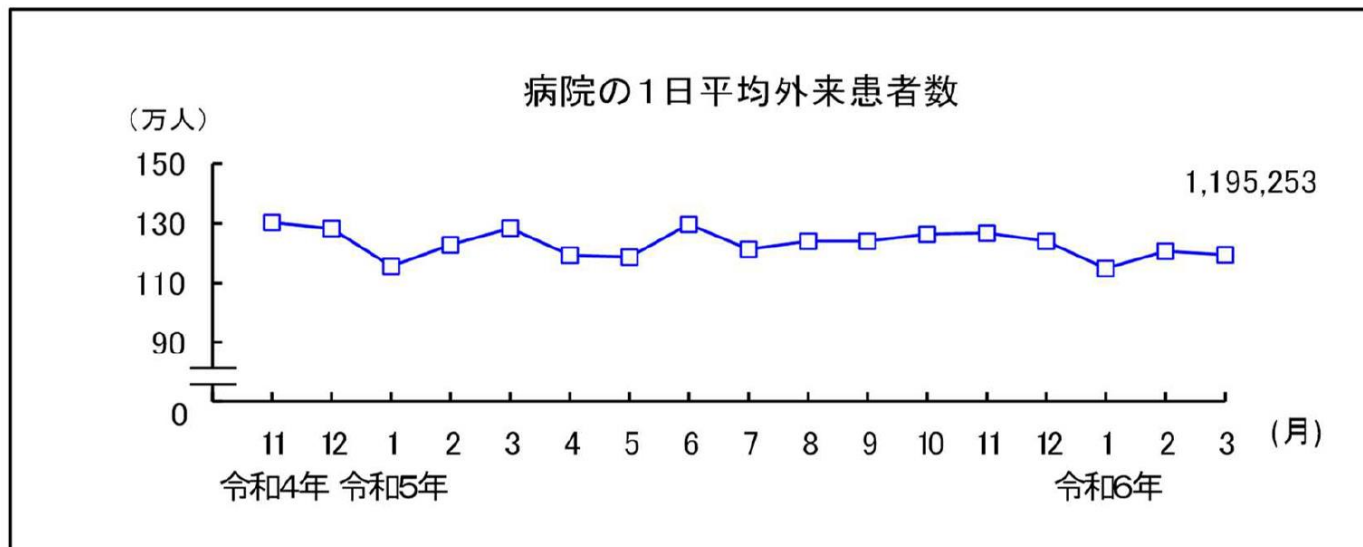
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

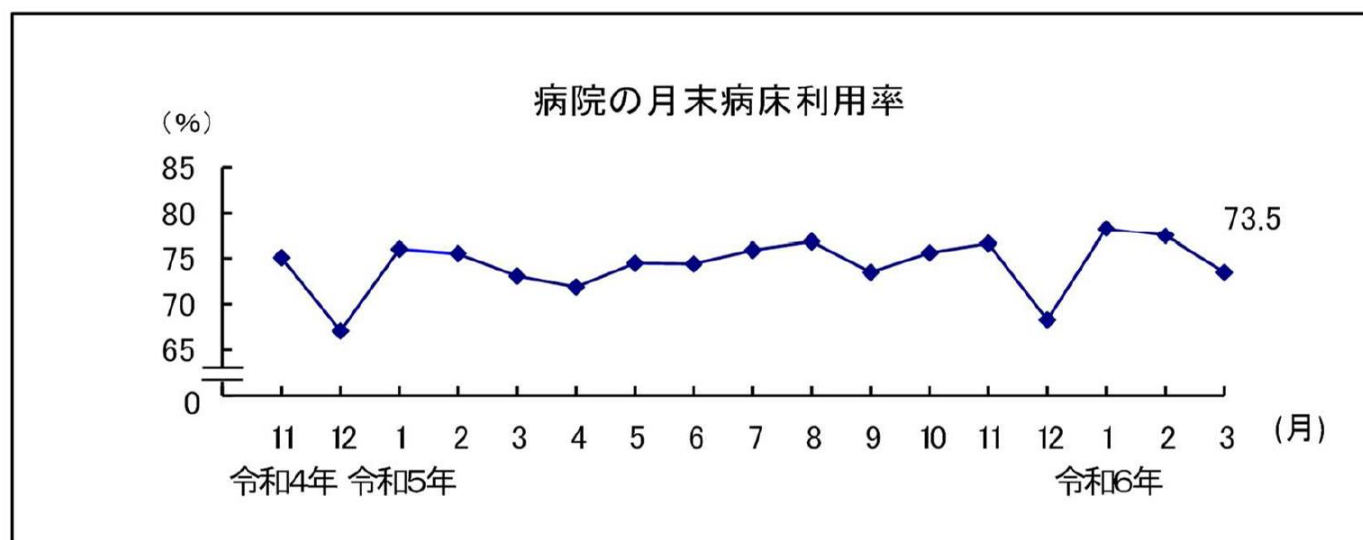


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

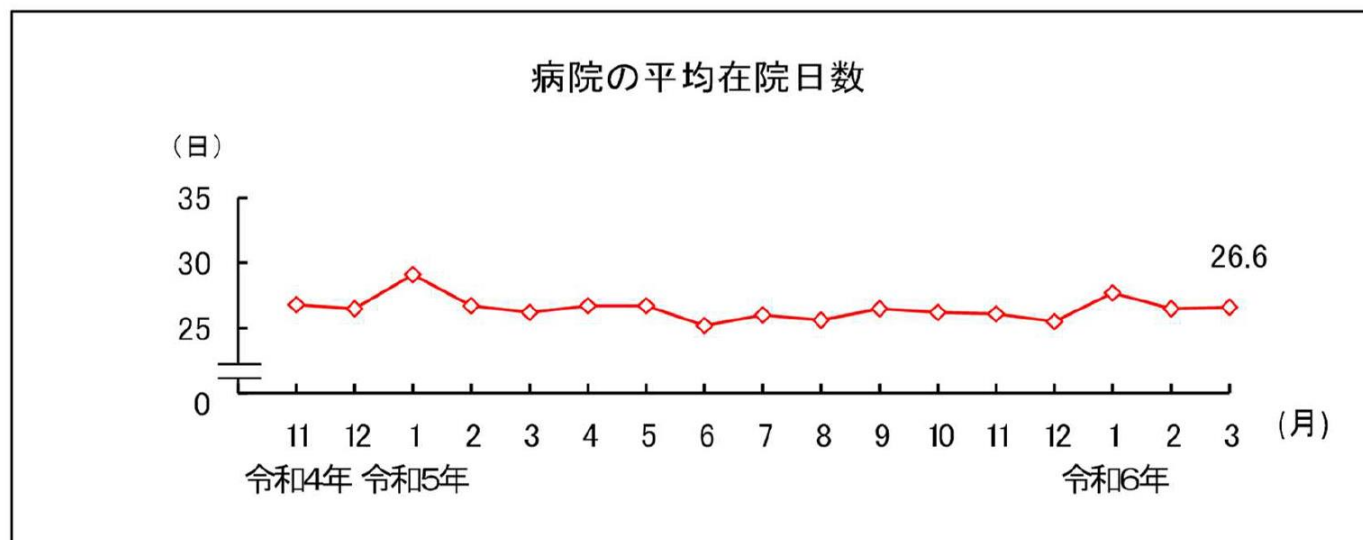
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和6年3月分概数）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

令和6年度診療報酬改定

厚生労働省 疑義解釈の解説

1. 令和6年度 診療報酬改定の概要
2. 賞与への反映は各医療機関の判断に
3. 医療DX推進連携整備加算は経過措置に注意
4. 2回目以降の療養計画書は患者署名の省略可



■参考資料

【厚生労働省】：令和6年度診療報酬改定の概要 令和6年度診療報酬改定の基本方針 疑義解釈資料の送付について（その1）（その2）（その3）（その4）

1

医業経営情報レポート

令和6年度 診療報酬改定の概要

■ 令和6年度 診療報酬改定の方向性

今次診療報酬改定を受けて、多くの医療機関ではこれまでもその対応に追われ、多くの疑問等も生じてきたのではないかと思います。その一方で、この数か月で厚生労働省より多くの疑義解釈が出され、診療報酬についてのより詳細な改定内容が明確となってきました。

そこで、本章では診療報酬改定の概要をおさらいし、次章以降では厚生労働省からの疑義解釈をいくつかピックアップしてご紹介します。作成の都合上、疑義解釈の内容については令和6年6月20日までのものとなります。

さて、周知のとおり、今回の改定率は、診療報酬本体部分が0.88%に引き上げられた一方で、薬価、材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は0.09%のマイナス改定となりました。令和4年度の改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で9回連続となります。なお、本体部分の引き上げ幅には、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分としての0.28%のプラス要因が含まれます。

◆ 令和6年度診療報酬改定の改定率

1. 診療報酬+0.88%(国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1うち、※2～4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科+0.52%

歯科+0.57%

調剤+0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応+0.61%

※3うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円)+0.06%

※4うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化▲0.25%

2

医業経営情報レポート

賞与への反映は各医療機関の判断に

■ ベースアップ評価料の全体像

ベースアップ評価料は今回の診療報酬改定の大きな目玉となっています。

ベースアップ評価料の対象となる医療機関は、賃金改善計画書を作成し、賃金引き上げの実施状況を詳細に記載した報告書を提出する必要があります。医療従事者の賃金引き上げが評価され、診療報酬の評価点数に反映されることになります。

◆ 賃上げに係る評価の全体像

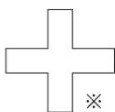
ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)
・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

（新）入院ベースアップ評価料（1日につき）

1 入院ベースアップ評価料 1 1点

2 入院ベースアップ評価料 2 2点

↓

165 入院ベースアップ評価料 165 165点

・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要

■ これまでに出了された疑義解釈

厚生労働省からは、ベースアップ評価料について次のような解釈が示されています。同評価料に基づいて毎月支払われる手当は、労働基準法等に列挙されている手当に該当しないため、割増賃金（超過勤務手当）として基礎賃金に算入する必要がありますが、賞与への反映は各医療機関の判断に委ねられています。

また、40歳未満の勤務医や事務職員等については、賃金改善計画書の賃金増率を2.5%以上で届け出した時点や、評価料収入が予定額を上回った場合、職員の基本給等を令和6年度に2.5%以上、令和7年度に4.5%以上引き上げた時点から賃金改善の実績とみなされます。

3

医業経営情報レポート

医療DX推進連携整備加算は経過措置に注意

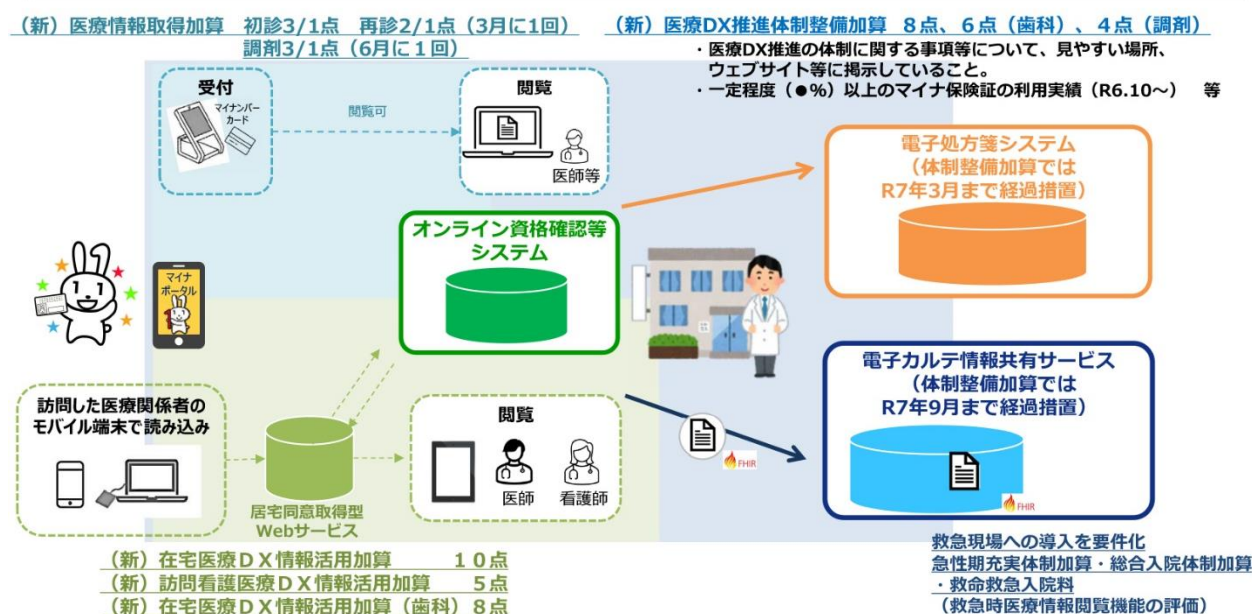
■ 医療DXに係る全体像

今回の診療報酬改定では「医療DX推進体制整備加算」が新設されました。これは、マイナ保険証の利用で得られる薬剤情報などを診察室でも活用できる体制の整備を企図するものです。

これに加え、電子処方箋および電子カルテ情報共有サービスの整備や、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価しています。

◆ 医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）



※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要

■ これまでに出了された疑義解釈

厚生労働省からは、医療DX推進体制整備加算に関する疑義解釈がいくつか出されています。同加算の算定に際しては、単にシステムを導入するだけでは不十分で、電子カルテシステム等により情報を実際に診療で活用できる体制が必要となります。

ただ、電子処方箋の基本機能に対応していれば現時点で加算は認められ、掲示内容はまとめて表示可能で、参考様式が提供されています。

さらに、電子カルテ情報共有サービスについては、令和7年9月30日までの経過措置期間内は、具体的な導入時期が未定でも加算が可能とされています。

4

医業経営情報レポート

2回目以降の療養計画書は患者署名の省略可

■生活習慣病管理料の見直し

今回の診療報酬改定では、生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進するため、生活習慣病管理料の要件および評価の見直しが行われ、「特定疾患療養管理料」の対象患者についても見直しがなされています。生活習慣病管理料は名称を生活習慣病管理料(Ⅰ)とし、生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設され、療養計画書の簡素化が図られることとなりました。

◆生活習慣病に係る医学管理料の見直し

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
 - 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
 - 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行		改定後
【生活習慣病管理料】 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 2 高血圧症を主病とする場合 620点 3 糖尿病を主病とする場合 720点		【生活習慣病管理料(Ⅰ)】 1 脂質異常症を主病とする場合 610点 2 高血圧症を主病とする場合 660点 3 糖尿病を主病とする場合 760点
改定後 【生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件】(概要) <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。 「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等(「B001」の(略)及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にすること。 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。 		

■これまでに出了された疑義解釈

厚生労働省からは、生活習慣病管理料に関する疑義解釈が出されました。生活習慣病管理料(Ⅰ)および(Ⅱ)では、初回は療養計画書に患者の署名が必要ですが、2回目以降は、療養計画書の内容を患者に説明、理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合には署名は省略可能です。また、医師以外の薬剤師や看護職員が追加説明を行い、診察室外で署名を受けても算定可能となりました。さらに、生活習慣病管理料(Ⅰ)および(Ⅱ)を算定した月には、条件を満たせば別日に外来管理加算を算定することも可能です。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

訪問審査の具体的取組ポイント

病院機能評価・訪問審査の 具体的取組ポイントについて、教えてください。

病院機能評価・訪問審査の面接調査で行われる審査の対象は、病院の組織体制や運営方針、安全確保・感染制御・質改善の取り組みなど、評価対象領域（主に1領域と4領域）について、評価項目順に行われます。

	書類確認など	内容	・書類確認会場にて、サーベイヤーが評価項目に関連する書類を確認
		同席者	資料の所在などを案内できる担当者
開始挨拶・メンバー紹介	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・サーベイヤーより簡単な自己紹介 ・訪問審査当日の概要（進行スケジュールなど）を病院とサーベイヤー間で共有します 	
	同席者	病院幹部の方（多くの職員の方に同席いただいてもかまいません）	
病院概要説明	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・受審病院の概要や特徴を説明 ・地域における役割、機能、運営方針、課題、将来計画等の説明 	
	説明者	病院概要について説明できる方（院長等）	
	同席者	院長、副院長、看護部長、事務長、各部門の責任者など、主に審査に関わる関係者	
面接調査	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の組織体制や運営方針、安全確保・感染制御・質改善の取り組みなど、評価対象領域（主に1領域と4領域）について、評価項目順に面接調査 	
	同席者	1・4領域の質問に対応できる担当者（院長・各部門責任者等）	

●診療・看護部門

病棟概要確認	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・サーベイヤーの病棟ラウンドにより、患者の利便性やプライバシー保護など療養環境等や、ナースステーション内で、管理・責任体制や薬剤の管理状況等 	
	同席者	訪問病棟について説明ができる担当者	
ケアプロセス調査	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問病棟における典型的な症例の診療録等を参照にし、来院・外来受診、入院から退院までの一連の経過に沿って、主に「チーム医療による診療・ケアの実践（2.2の中項目）」について確認 	
	同席者	確認症例の主治医、看護師、および関与した職員（薬剤師、栄養士、療法士など）	
外来訪問	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・患者情報の収集方法、外来診療における安全性の配慮、患者に対する指導方法や退院後の支援体制など、患者から収集した情報をもとに、病態に応じた外来診療が提供されているかの確認 ・来院した患者が円滑に診察を受けることができるかについて、事務領域の部署訪問時に事務管理サーベイヤーが確認 	
	同席者	外来診療などについて説明ができる担当者	

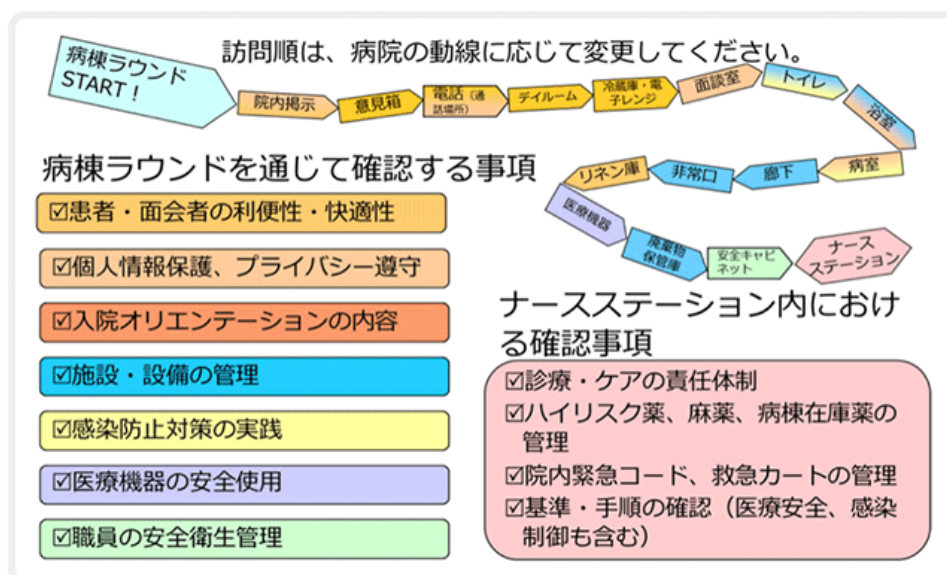
ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

ケアプロセス調査について

ケアプロセス調査の具体的取組ポイントについて、
教えてください。

サーベイヤーが病棟をラウンドし、患者の安全確保、感染対策、利便性やプライバシー保護などを確認します。また、スタッフステーション内では管理・責任体制や薬剤の管理状況等を確認します。

(1)病棟概要確認の進め方



(2)ケアプロセス調査の進め方について

ケアプロセス調査では、典型的な症例の経過を辿りながら、診療・ケアの実態を把握します。

診療録や看護記録、退院時サマリーなどを確認しながら、インタビ

ュー形式で進行します。2.2 の中項目のうち、典型的な症例で確認できなかった評価項目（輸血・手術・褥瘡・身体拘束・ターミナルケアなど）は、別症例（入院中でも可）で確認します。

