

SELFを活用した在宅データ提出加算算定への取り組み

高田哲也※1) 山田翔太※2) 山戸啓佑※2)

※1) 桜新町アーバンクリニック ※2) 株式会社メディヴァ

1. 背景と目的

・令和6年度の診療報酬改定により、特定疾患療養管理料から高血圧症、脂質異常症、糖尿病が除外され、「生活習慣病管理料」への切替が進められている。この変更は多くの内科クリニックにおいて大幅な減収要因となっており、経営上の課題となっている。
・その中で注目されているのが、外来データ提出加算である。これは、厚生労働省に対して生活習慣病患者に関する詳細な診療データを提出することで、月50点（1人あたり）の加算を受けられる診療報酬である。制度自体は2022年度から始まっているものの、全国での導入率は未だに低く、制度の複雑さがハードルとなっている。

在宅データ提出加算算定医療機関数



参考：令和6年各地方厚生（支）局HP「保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧（2025/6/9閲覧）」

2. 制度概要と収益インパクト

(1) 外来データ提出加算

【対象疾患】糖尿病・高血圧症・脂質異常症のいずれかの傷病名を有する外来患者【加算点数】月50点（=500円）/1人につき毎月加算可▶【収益効果の試算】月500人を対象とした場合：→月25,000点（25万円）/年300万円の増収に相当

(2) 在宅データ提出加算

【対象疾患】疾患に関わらず在医総管・施医総管・在がん医総を算定している患者
【加算点数】月50点（=500円）/1人につき毎月加算可▶【収益効果の試算】月500人を対象とした場合：→月25,000点（25万円）/年300万円の増収に相当。
【減算対象】機能強化型で3か月の訪問診療回数が2100回を超える場合は算定が必須となっており、算定できなかった場合には機能強化型の維持ができなくなり大幅な減益となってしまう。

名称	本体（算定可能）となる診療報酬	点数	提出の要件化
外来データ提出加算	生活習慣病管理料（Ⅰ） 生活習慣病管理料（Ⅱ）	50点 （月1回）	なし
在宅データ提出加算	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料	50点 （月1回）	あり
リハビリテーションデータ提出加算	心大血管疾患リハビリテーション料 脳血管疾患等リハビリテーション料 廃用症候群リハビリテーション料 運動器リハビリテーション料 呼吸器リハビリテーション料	50点 （月1回）	あり

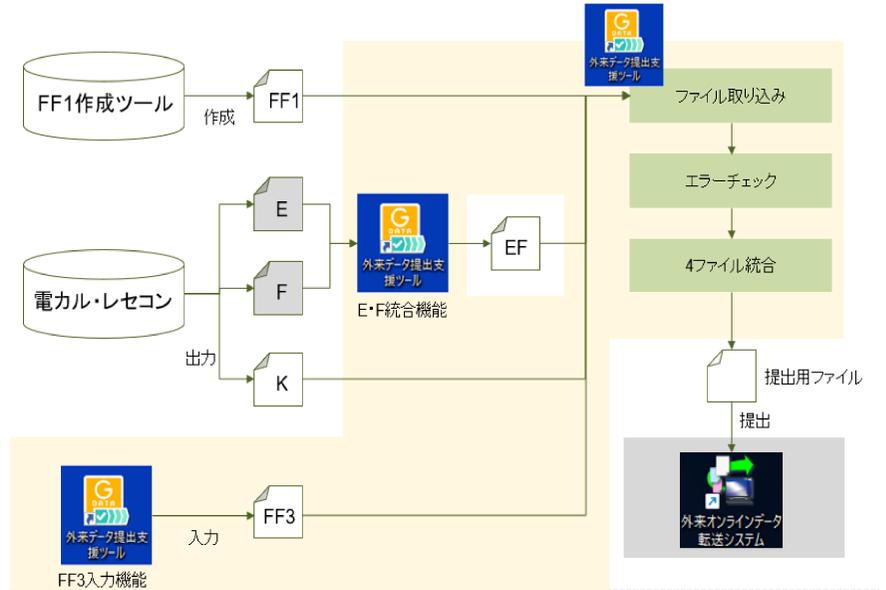
3. 算定開始までのステップ

- ▶【Step1】様式7の10による届出（年4回）
- ▶【Step2】2か月分の試行データ作成・提出
- ▶【Step3】様式7の11で算定意向を提出 → 翌月以降に加算スタート
- ▶書類提出は厚労省保険局医療課または地域の地方厚生（支）局医療課宛。提出タイミングを逸すると開始が最大3~4か月先延ばしになるため、スケジュール管理が極めて重要。

患者情報	療養情報	往診状況
生年月日	在宅療養を始めた年月	往診日
性別	療養を行っている場所	主たる訪問診療を行う医療機関
患者住所地域の郵便番号	開始前情報	ICD10コード
患者名	訪問診療開始前の往診日または外来受診日	傷病名コード
身長	訪問診療日	修飾語コード
体重	主たる訪問診療を行う医療機関	傷病名
喫煙区分	単一建物診療患者数	患者の状態
1日の喫煙本数	訪問看護日	パーセルインデックス
喫煙年数	自院での実施の有無	排液の状態
高齢者情報	自院診断の有無	プリストルスケール
要介護度	ICD10コード	排便の状態
自院管理の有無	傷病名コード	傷病の状態
ICD10コード	修飾語コード	既往・経時療養の有無
傷病名コード	傷病名	経管・経時療養の状況
修飾語コード	救急受診日	自院診断の有無
傷病名	受診先	ICD10コード
入院の有無	受診経路	傷病名コード
ICD10コード	転機	修飾語コード
傷病名コード	入院年月日	傷病名
修飾語コード	退院年月日	スケーリング
傷病名	受診先	UICC 病期分類 (I)
当月中の終診情報	ICD10コード	UICC 病期分類 (II)
終診年月日	傷病名コード	UICC 病期分類 (III)
ICD10コード	修飾語コード	UICC 病期分類 (IV)
傷病名コード	主病名	UICC 病期分類 (V)
修飾語コード	入所年月日	NRS
傷病名	退所年月日	
	短期入院利用サービス	

4. データ作成の実務と現場課題

- ▶提出が求められるのは、以下の4ファイル。FF1（患者情報70項目）EF統合ファイル（レセプト情報）Kファイル（患者ID管理）FF3（医療機関情報）
- ▶特に負担が大きいのが「FF1ファイル」。患者ごとに手入力が多く、診断日・合併症・検査値などを確認しながら入力するため、1人あたり10~15分かかるケースも珍しくない。
- ▶レセコンや電子カルテからの自動転送には限界があり、エクセル出力→手修正など、院内スタッフの大きな負担となっているのが現状。



5. SELFを用いたFF1ファイル作成の取り組み

病名の自動変換機能や初期値入力、エラー値の対応、外来データ提出加算対応ということなど総合的に判断しSELFを利用することを採用。

【実際の運用】

- (1) WORDで作成したFF1入力項目のファイルを紙で準備し、主治医に記載してもらう。
- (2) 待機中のドライバーがSELFに入力。

ツール名	外来様式1入力支援ソフト	外来データクリエイター	SELF	Kakarite
運営・サポート	外来医療等調査事務局	株式会社健康保険医療情報総合研究所 (PRRISM)	長崎県保険医協会	株式会社レイヤード
特徴	・個別で入力 ・データ取り込みが不可 ・病名が自動登録されないのが致命的（全てが手入力）	・初期値の入力なし ・基本はスタンドアロン	・途中で中断可能 ・Web (php) ベース ・サポートが薄い ・CSVでのデータインポートが可能	・ブラウザベース ・UIが洗練されている ・サポートが厚い ・CSVでのデータインポートが可能
病名等自動変換	×	◎	◎	◎
変換元ファイル	なし	EFファイル	UKEファイル	UKEファイル
エラー対応	×	○	○	○
初期値入力	×	△	○	○
外来対応	○	○	○	○
費用	無料	初期費用 100,000円 月額 8,000円	初期費用 無料 月額 6,600円	初期費用 55,000円 月額 7,700円

6. 現場から見た「成功の鍵」

- 【1】スケジュール管理：届出タイミングを確実に把握し、試行データ提出を逆算して準備開始することが極めて重要。
- 【2】有償ソフトの導入：ICD10自動変換、血液データの自動入力、病名修飾語の自動補完などに対応した有償ソフトの導入により、作業時間は最大1/5まで短縮可能。例：月500人→所要時間125時間→25時間に短縮。人件費換算で月10万円以上の削減効果。
- 【3】エラーチェックの徹底：最終的に667種類もの入力エラーが存在し、提出リジェクトとなるケースも。段階的に小分けしてチェックすることで、工数を最小限に抑える必要がある。

7. まとめ

外来データ提出加算は、単なる加算取得にとどまらず、「データヘルス時代」に向けた診療所体制整備の第一歩といえる。導入により収益の向上が期待できるだけでなく、医療の質の改善やエビデンスに基づいた診療の実践にもつながる。特に早期導入と効率的な運用は、将来的なクリニック経営において明確な差を生み出す可能性がある。一方、提出データの作成には一定の労力が必要であり、有料ソフトなどのツール導入によって作業効率化と負担軽減を図ることが実務上重要となる。また、こうしたデータ提出体制の整備は、厚生労働省が進める医療DXの方向性にも合致し、今後の診療報酬改定や行政評価においても有利に働くと考えられる。

外来データと共通

在宅データ提出加算独自の項目

入力が必要項目
赤字