

- 1 日 時
2025年9月17日(水) 15時00分～17時00分
- 2 場 所
会場とWeb (Zoom) のハイブリッド
- 3 議 題
 - (1) 日病協代表者会議報告
 - (2) 中医協報告
 - (3) 事務連絡 疑義解釈資料(その7)の緩和措置終了後の施設基準等の取扱いについて
 - (4) 2024年度診療報酬改定に関する疑義解釈等について
 - (5) その他

<配布資料>

○日病協代表者会議報告について

資料1 日本病院団体協議会 第248回代表者会議報告書(2025.8.29)

○中医協等報告について

資料2-1 中医協保険医療材料専門部会(第130回 2025.8.27)

資料2-2 中医協総会(第615回 2025.8.27)

資料2-3 中医協総会(第616回 2025.9.10)

資料2-4 中医協薬価専門部会(第238回 2025.9.17)

資料2-5 中医協総会(第617回 2025.9.17)

資料2-6 中医協入院・外来医療等の調査・評価分科会(令和7年度第9回 2025.8.21)

資料2-7 中医協入院・外来医療等の調査・評価分科会(令和7年度第10回 2025.8.28)

資料2-8 中医協入院・外来医療等の調査・評価分科会(令和7年度第11回 2025.9.11)

○事務連絡 疑義解釈資料(その7)の緩和措置終了後の施設基準等の取扱いについて

資料3 事務連絡 疑義解釈資料(その7)の緩和措置終了後の施設基準等の取扱いについて
<地域包括ケア推進病院協会より>

○2024年度診療報酬改定に関する疑義解釈等について

資料4 疑義解釈(その29 2025.9.17)

○その他

参考資料1 第237回日病協診療報酬実務者会議 議事報告書(2025.8.13)

参考資料2 2025年度日病協診療報酬実務者会議 年間スケジュール

< 出席者 >

◎は委員長、○は副委員長

中央社会保険医療協議会

委 員 池端 幸彦

//

委 員 太田 圭洋

一般社団法人国立大学病院長会議

常置委員会委員 尾崎 誠

独立行政法人国立病院機構

代 理 福田 亮介

一般社団法人全国公私病院連盟

顧 問 園田 孝志

//

常務理事 中野 実

公益社団法人全国自治体病院協議会

副 会 長 小阪 真二

独立行政法人地域医療機能推進機構

理 事 今泉 弘

//

理 事 山本 圭子

公益社団法人 全日本病院協会

名誉会長 猪口 雄二

//

常任理事 津留 英智 ◎

一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会

会 長 仲井 培雄

//

理 事 石川 賀代

一般社団法人日本医療法人協会	副 会 長 西村 直久
一般社団法人日本社会医療法人協議会	監 事 馬場 武彦
一般社団法人日本私立医科大学協会	参 与 小山 信彌
//	大学病院の診療報酬に関する検討委員会 川瀬 弘一
公益社団法人日本精神科病院協会	副 会 長 平川 淳一
//	常務理事 大村 重成
一般社団法人日本病院会	副 会 長 島 弘志
//	副 会 長 岡 俊明 ○
//	診療報酬検討委員会委員 富満 弘之
一般社団法人日本慢性期医療協会	副 会 長 矢野 諭
//	副 会 長 井川誠一郎
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	副 会 長 近藤 国嗣
//	副 会 長 佐藤 吉冲
独立行政法人労働者健康安全機構	理 事 高野 順子

計 27 名

中央社会保険医療協議会 総会（第 615 回）議事次第

令和 7 年 8 月 27 日(水)
保険医療材料専門部会終了後～

議 題

- 再生医療等製品の医療保険上の取扱いについて
- ✓○在宅について（その 1）
- ✓○医療機関等を取り巻く状況について
- マイナ保険証の利用促進等について
- 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（諮問）
- 個別改定項目について
- 答申について

在宅（その1）

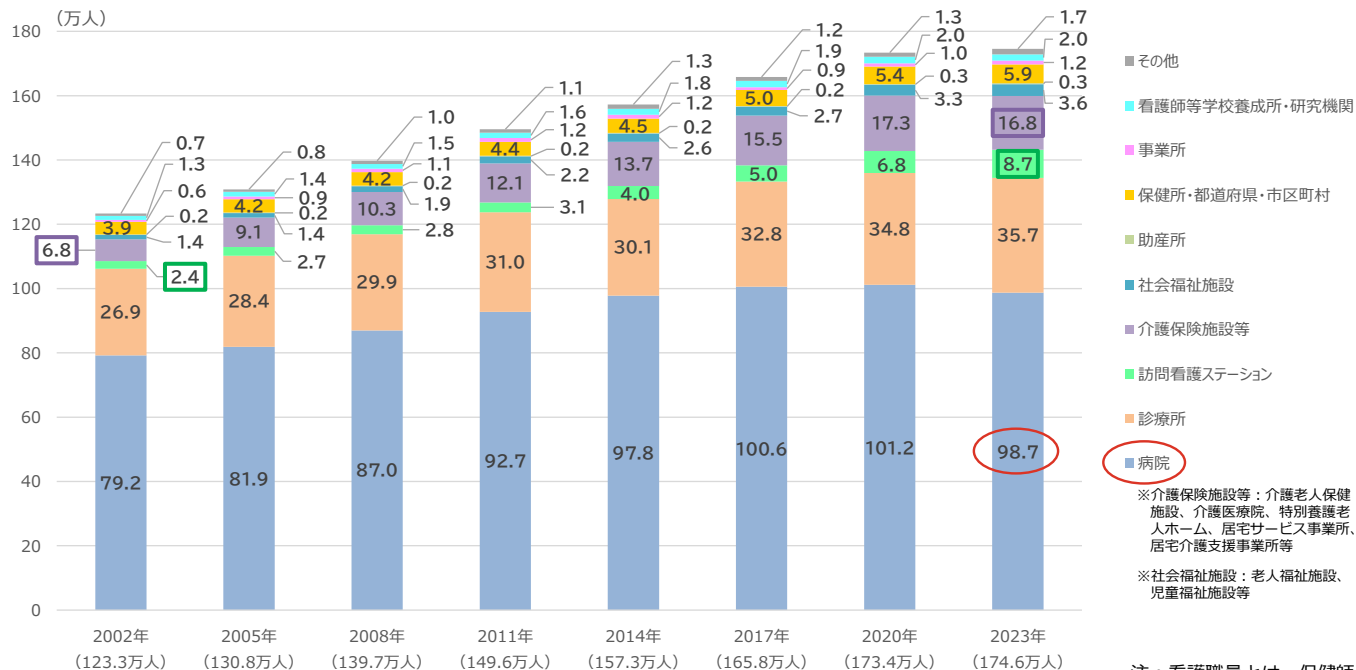
137 / 1505

- 1．在宅医療を取りまく状況について
- 2．訪問診療・往診等について
- 3．訪問看護について
- 4．歯科訪問診療について
- 5．訪問薬剤管理指導について
- 6．訪問栄養食事指導について

194 / 1505

就業場所別看護職員の推移

- 看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2023年：8.7万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2023年：16.8万人）での増加傾向となっている。



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計
 ・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。
 ・診療所に就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
 ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づき推計値。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

66

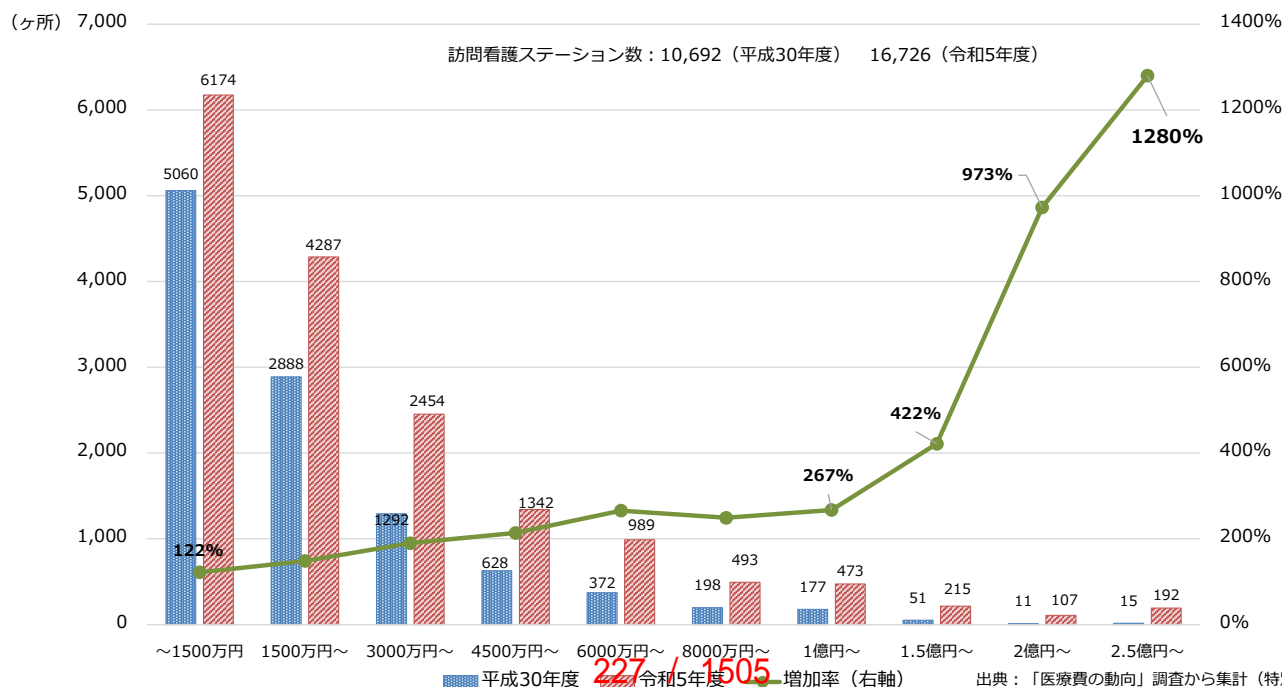
年間医療費総額階級別の訪問看護ステーション数の推移

中医協 総-12
7.3.12

- 平成30年度から令和5年度において、訪問看護ステーションが受け取る年間医療費総額階級別の訪問看護ステーションの数は、全てのカテゴリーで増加している。
- 年間医療費の総額が大きいステーションほど増加率も大きくなっており、年間医療費1,500万円未満の訪問看護ステーションは122%の増加率であるのに対し、2.5億円以上の増加率は1280%となっている。

年間医療費総額階級別の訪問看護ステーション数と増加率

※各年度末に医療費を請求した訪問看護ステーションに限る



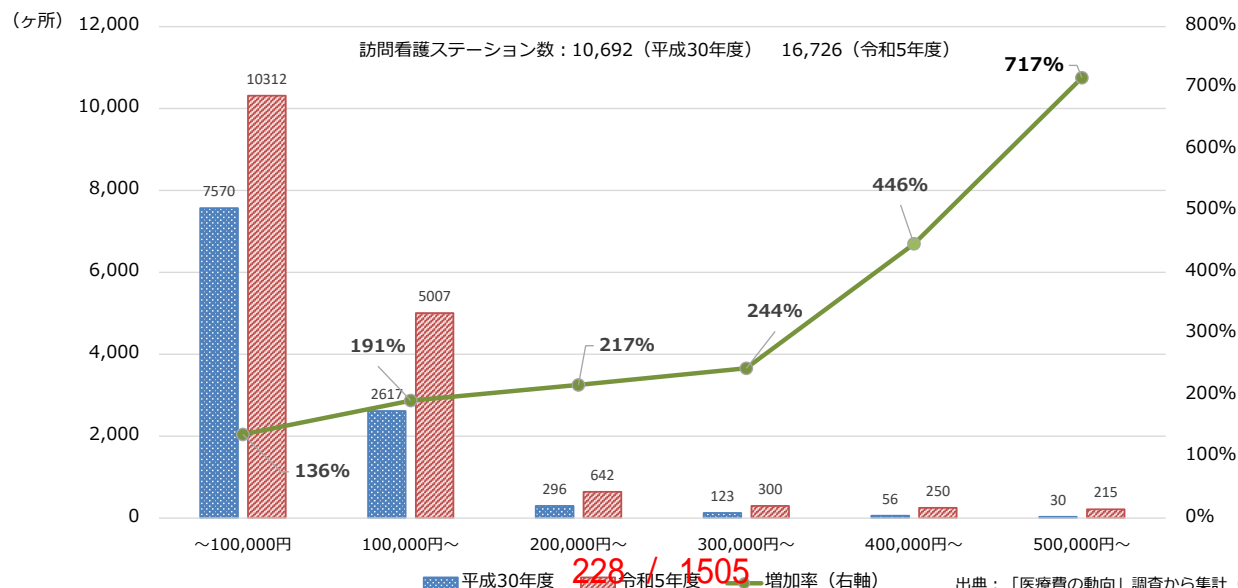
レセプト1件当たりの平均医療費別訪問看護ステーション数の推移

中医協 総-12
7.3.12

- 平成30年度から令和5年度において、訪問看護ステーションごとのレセプト1件当たり平均医療費（年度平均）階級別訪問看護ステーションの数は、全てのカテゴリで増加している。
- 医療費の額が大きいステーションほど増加率も大きくなっており、レセプト1件当たり平均医療費10万円未満の訪問看護ステーションは136%の増加率であるのに対し、50万円以上の増加率は717%となっている。
- 1件当たりの医療費が高額の訪問看護ステーションでは、訪問看護の日数や回数が一律に多いといったような状況があるのではない。

■ レセプト1件当たりの平均医療費別訪問看護ステーション数と増加率

※各年度末に医療費を請求した訪問看護ステーションに限る



92

在宅医療に係る論点

【論点】

（訪問診療・往診等について）

- 質の高い訪問診療・往診等を必要十分な量提供する観点から、訪問診療・往診等に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。
- 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所・病院のあり方、在宅医療情報連携加算を基礎とするICTを用いた情報連携、協力医療機関による介護保険施設との連携体制等について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

（訪問看護について）

- 在宅医療の需要の増加に対応できる質の高い訪問看護の提供体制や地域との連携体制の構築を推進する観点から、訪問看護に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。
- 一部の高額となっている訪問看護療養費の算定状況等を踏まえ、利用者のニーズに即した訪問看護の実施と適切な評価を推進する観点から、訪問看護に係る診療報酬上の評価のあり方について、どのように考えるか。

（歯科訪問診療について）

- 歯科訪問診療のニーズが増加する一方で歯科訪問診療を実施する歯科医療機関が限られているが、居宅及び施設等に対して歯科訪問診療を推進しつつ、適正に運用していく観点から、歯科診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

（訪問薬剤管理指導について）

- 在宅医療のニーズの増加を踏まえ、高度な薬学管理等の実施が可能な薬局の配備を、地域において推進していく観点から、訪問薬剤管理指導の提供体制や薬局間連携に係る調剤報酬上の評価について、どのように考えるか。

（訪問栄養食事指導について）

- 在宅療養患者の状態に応じ、必要な訪問栄養食事指導を提供する観点から、令和6年度改定で推進を図った体制整備を更に強化するための方策について、どのように考えるか。

276 / 1505

140

医療機関等を取り巻く状況について

厚生労働省 保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

277 / 1505

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2. 医療機関等の経営状況

2 - 1 . 病院の経営状況の分析

2 - 2 . 医科診療所の経営状況の分析

2 - 3 . 歯科診療所の経営状況の分析

2 - 4 . 薬局の経営状況の分析

2 - 5 . 支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析

282 / 1505

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2023年度病院類型別の経営状況

- 2023年度の病院の医業利益率について、平均値は全体で△0.7%となっており、療養型病院を除いてマイナス、中央値は全体で△0.9%であり、いずれの病院類型でもマイナスとなっている。
- また、赤字割合は過半数を超えている状況。なお、経常利益率は平均値・中央値いずれもプラスとなっている。

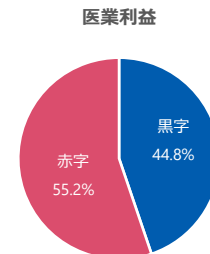
病院類型別の経営状況

		全体	うち一般病院	うち療養型病院	うち精神科病院
施設数		3,014	1,355	964	592
医業利益率	平均値	△0.7%	△1.7%	1.4%	△0.2%
	中央値	△0.9%	△1.5%	△0.2%	△0.7%
経常利益率	平均値	1.2%	0.0%	3.3%	2.6%
	中央値	1.2%	0.5%	1.9%	1.5%

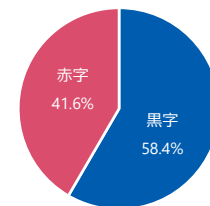
※医業利益率（%）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（%）＝経常利益÷医業収益×100

医業利益・経常利益の黒字/赤字の割合は、いずれも病院全体での割合

黒字/赤字割合



経常利益



285 / 1505

9

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2023年度病院類型別の経営状況 | 収支構造の比較

- 対医業収益比で、いずれの病院類型でも材料費と給与費で70%超を占めている。この点、一般病院は療養型病院・精神科病院と比較して相対的に材料費率が高く、給与費率が低い。

単位：千円 科目/項目	一般病院		療養型病院		精神科病院	
	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比
対象施設数	1,355	-	964	-	592	-
平均病床数	139.6	-	122.5	-	235.6	-
医業収益	2,815,781	100.0%	1,347,030	100.0%	1,468,847	100.0%
うち入院診療収益	1,869,376	66.4%	1,026,948	76.2%	1,211,013	82.4%
うち外来診療収益	725,389	25.7%	180,895	13.4%	185,799	12.6%
医業費用	2,862,583	101.7%	1,327,610	98.6%	1,471,221	100.2%
うち材料費	582,453	20.7%	148,217	11.0%	149,034	10.1%
うち医薬品費	257,424	9.3%	62,710	4.6%	75,191	5.2%
うち診療材料費、医療消耗品器具備品費	255,649	9.2%	53,093	3.9%	17,288	1.2%
うち給食用材料費	23,606	0.8%	23,432	1.7%	40,834	2.8%
うち給与費	1,584,599	56.3%	838,720	62.2%	950,421	64.7%
うち委託費	181,117	6.4%	84,067	6.2%	95,706	6.5%
うち給食委託費	36,102	1.3%	25,512	1.9%	44,782	3.1%
うち設備関係費	266,765	9.5%	115,982	8.6%	115,803	7.9%
うち減価償却費	127,409	4.7%	53,113	3.9%	58,249	4.0%
うち研究研修費	5,569	0.2%	1,965	0.1%	2,109	0.1%
うち経費	224,769	8.0%	128,570	9.5%	153,110	10.4%
うち水道光熱費	50,412	1.8%	29,094	2.2%	40,166	2.8%
医業利益	△46,803	△1.7%	19,420	1.4%	△2,374	△0.2%
医業外収益	75,180	2.7%	37,040	2.7%	58,597	4.0%
医業外費用	28,155	1.0%	10,115	0.8%	16,240	1.1%
経常利益	222	0.0%	46,345	3.4%	39,983	2.7%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

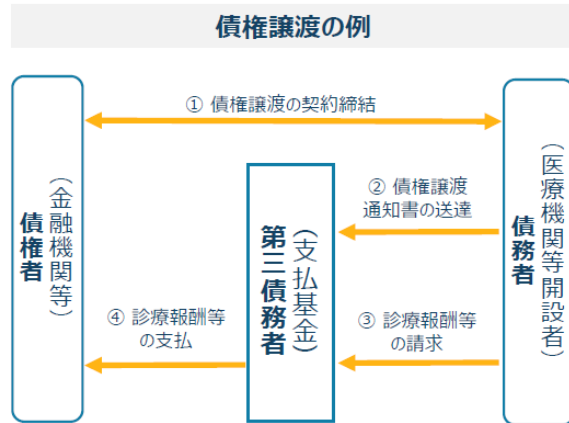
287 / 1505

11

近年の医療機関のファクタリングの動向

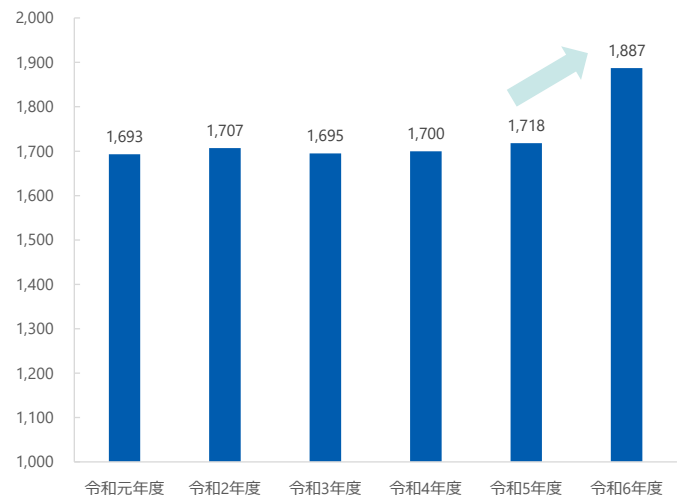
- 資金繰りの改善策として診療報酬債権の譲渡（ファクタリング）が活用される。
- この点、診療報酬債権の譲渡等の件数は令和5年度から令和6年度にかけて増加しており、資金繰りが悪化している医療機関が増加している可能性がある。

診療報酬債権譲渡のイメージ図



※ 支払基金は、債権譲渡通知書に基づき、譲渡された診療報酬等を金融機関等へ支払う。

診療報酬債権の譲渡等の件数の推移（医科）



出典：社会保険診療報酬支払基金

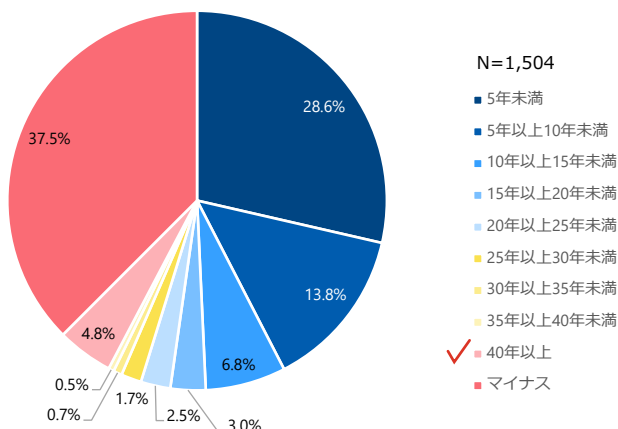
298 / 1505

22

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 債務償還年数の分析

- 病院のみ経営する医療法人について、約4割の法人の債務償還年数がマイナスであるが、これは債務の返済原資を構成する経常利益自体が赤字であることが要因である。
- 資金繰りの改善や借入の返済、必要な設備投資を行う観点でもキャッシュフローの改善が必要である。

2023年度 病院のみ経営法人の債務償還年数の割合



病院のみ経営法人

項目	2023年度
施設数（施設）	1,504

出典：医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）に基づき、厚生労働省にて作成

債務償還年数とは、借入金を何年で返済することが出来るかを示す指標である。計算式は、以下の通り。

債務償還年数 = $\frac{[(\text{短期借入金} + \text{長期借入金}) - \{(\text{事業未収金} + \text{たな卸資産}) - (\text{買掛金} + \text{支払手形})\}]}{(\text{経常利益} - \text{法人税} \cdot \text{住民税} \text{及び} \text{事業税} + \text{減価償却費}^*)}$

*減価償却費は法人単位のデータとして集計がされていないことから、施設別PL（病院のみ運営する法人）の減価償却費率を、医療法人の事業収益に乗じて算出

299 / 1505

23

現状① | 医療機関等の経営状況

（病院の経営状況の分析）

<医療法人>

- 病院の医業利益率は、平均値△0.7%・中央値△0.9%がいずれもマイナスとなっており、医業利益の赤字割合は55.2%と過半数を超えている。
- 機能別の医業利益率（平均値）では、急性期に分類される病院が他の分類と比較して低い傾向にあり、高度急性期は△2.3%、急性期Aは△2.7%、急性期Bは△2.5%となっている。
- 地域分類別では、特に人口少数地域型の赤字割合が62.1%と高いものの、大都市型は53.5%、地方都市型は54.6%といずれも赤字割合が過半数を超えており、地域に限らず病院の経営状況が厳しいことが伺える。
- 病院のみ経営する医療法人においては、自己資本比率の平均値は49.8%、中央値53.1%と資本構成としては問題ない水準である。一方で、現預金回転期間の中央値が3.0か月と短く、これらの法人では最低限の現預金水準で事業運営が行われている可能性が伺える。
- 診療報酬債権の譲渡・差押等の件数が令和5年度から6年度にかけて増加しており、また、病院のみ運営する医療法人の債務償還年数は約4割がマイナスとなっている。

<自治体>

- 2018年度から2023年度にかけて、医業収益は増加（+12.8%）しているものの、それ以上に医業費用が増加（+15.1%）しており、収支の悪化につながっている。その結果、2023年度の医業利益率は△11.3%、補助金や繰入金を含めた経常利益率も△4.2%のマイナスとなっている。
- 機能分類別の経常利益率は、いずれの機能分類においても、平均値・中央値はともにマイナスである。
- 救急受入件数が2,000件以上の病院（地域内の急性期領域で主要な役割を担っていると考えられる病院）についても、二次医療圏内での救急シェアに関わらず、経常利益率がマイナスとなっている病院が多く存在している。

<大学>

- 国立大学病院や私立大学病院においても、2018年度から2023年度にかけて、収益の増加以上に費用が増加しており、費用増加を賄っていない状況である。

341 / 1505

65

現状② | 医療機関等の経営状況

（医科診療所の経営状況の分析）

- 医療法人立の医科診療所の医業利益率は、平均値6.9%・中央値4.1%といずれもプラスとなっており、医業利益の黒字割合は66.6%と過半数を超えている。一方で、入院収益ありの医科診療所は、医科診療所全体・入院収益なしの医科診療所と比較すると利益率は低い傾向にあり、約半数の診療所で医業利益が赤字となっている。
- 診療科別の利益率では、いずれの診療科においても、医業利益率・経常利益率は平均値・中央値ともにプラスとなっている。
- 地域分類別では、いずれの地域においても医業利益率・経常利益率は平均値・中央値ともにプラスとなっているが、地方都市型や人口少数地域型の利益率はやや低い傾向がある。
- 自己資本比率の平均値は無床診療所69.0%・有床診療所66.2%となっており、設立年数が経過するほど改善する傾向にある。

（歯科診療所の経営状況の分析）

- 医療法人立の歯科診療所の医業利益率は、平均値4.1%、中央値1.5%といずれもプラスとなっており、医業利益の黒字割合は57.7%と過半数を超えている。
- 地域分類別では、いずれの地域においても医業利益率・経常利益率の平均値・中央値はプラスとなっているが、人口少数地域型については、約半数の診療所で医業利益が赤字となっている。
- 自己資本比率の平均値は47.6%となっており、設立年数が経過するほど改善する傾向にある。

（薬局の経営状況の分析）

- 医薬分業が進む中で院外処方率は上昇し、薬局数も増加傾向にある中で2023年に6万2千施設を超えた状況。
- 大手調剤薬局やドラッグストアは、積極的な新規出店・M&Aにより、調剤（薬局）事業売上高が伸長している。

（支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析）

- 100床当たり従事者数は大学病院や高度急性期レベルの病院において、全体よりも増加率が高くなっている。
- 2018年6月から2024年6月にかけて委託費は25.1%増加しており、大規模な病院ほど保守点検の金額・構成比が増加している。

342 / 1505

66

課題

- 各切り口別に見た医療機関の状況等を踏まえ、近年の医療機関の経営状況等に対してどのように対応することが考えられるか。
- 今後、医療機関の収支等を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たって、今回の分析結果も踏まえ、更に分析議論をすべき要素としてどのような事項が考えられるか。

中央社会保険医療協議会 総会（第 616 回）議事次第

令和 7 年 9 月 10 日(水)
10:00～

議 題

- 歯科医療について（その 1）
- ✓○調剤について（その 1）
- 費用対効果評価専門組織からの報告について

調剤について(その1)

451 / 1505

1

1. 薬局、薬剤師を取り巻く状況
2. 調剤医療費
3. 調剤に係る診療報酬上の評価

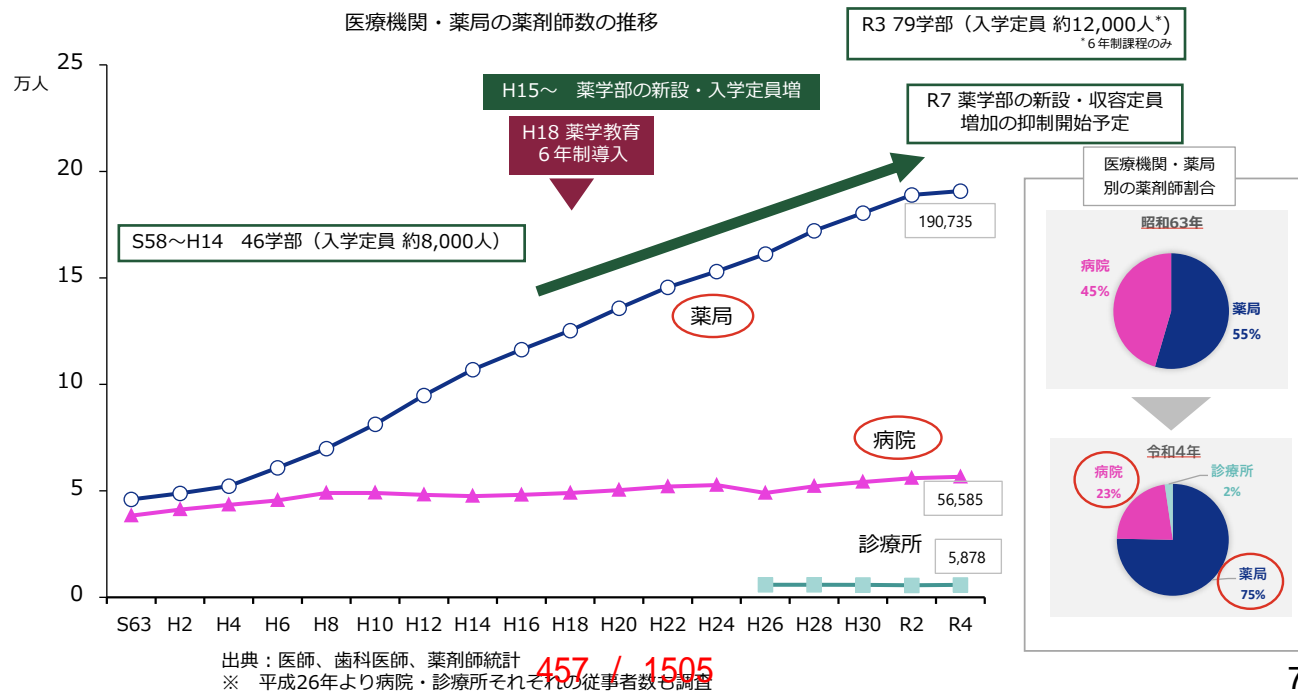
452 / 1505

2

医療機関・薬局に従事する薬剤師数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

- 医療機関・薬局に従事する薬剤師の総数は増加している。特に、薬局薬剤師は年々増加しており、令和4年には、医療機関・薬局に
従事する薬剤師の75%を占めている。



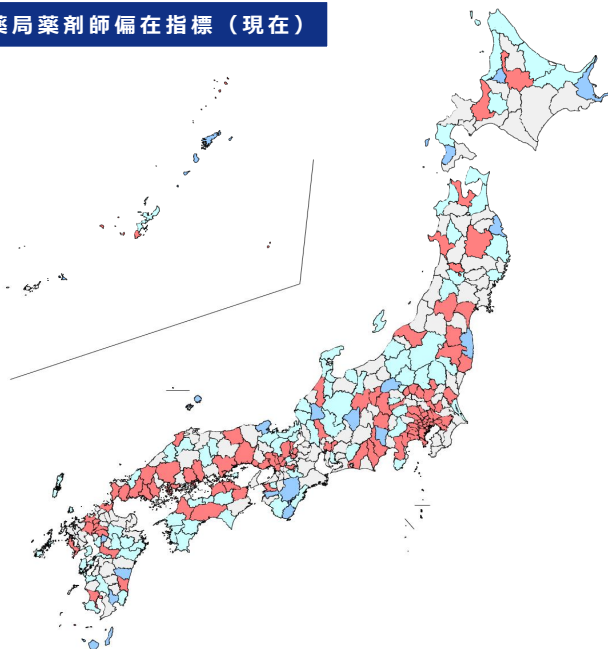
7

薬剤師偏在指標（現在）

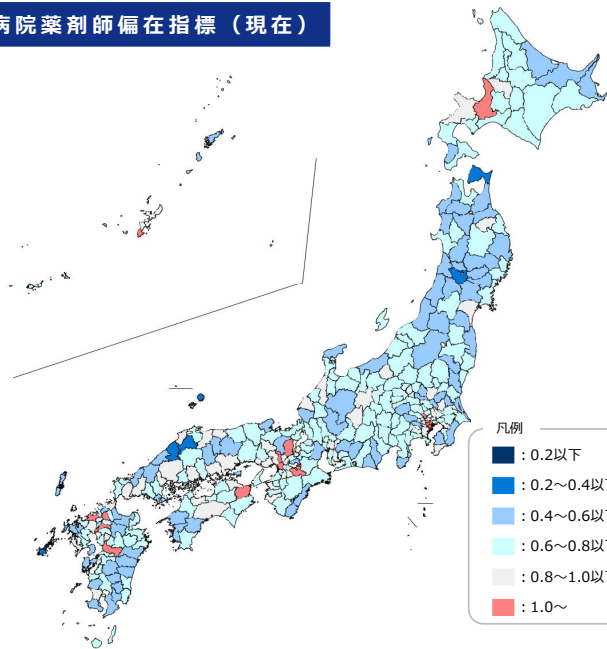
中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

- 全国に335ある二次医療圏のうち、薬剤師偏在指標1.0を超える医療圏は、薬局薬剤師は107、病院薬剤師は17であった。
○ 同一都道府県内においても、偏在指標に差があり、薬剤師の従事先には、業態、地域偏在があることが分かる。

薬局薬剤師偏在指標（現在）



病院薬剤師偏在指標（現在）



459 / 1505

医療局「薬剤師偏在指標等について」（令和5年6月9日）のデータより保険局医療課にて作成

調剤についての現状

(薬局、薬剤師を取り巻く状況)

- ・薬局数について、減少している地域もある一方で、本邦全体の薬局数は増加しており、特に、処方箋発行枚数に対する薬局数に着目すると、大都市に集中している傾向がある。
- ・薬局薬剤師数については、18都道府県で偏在指数が1.0を超えていたが、病院薬剤師数については、薬剤師偏在指標が1.0を超える都道府県はなかった。
- ・「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」において、地域における薬局・薬剤師の役割が整理され、地域における薬局の機能としては、「地域・拠点で確保すべき機能」と「個々の薬局に必要な機能」に大別され、地域の医療提供体制を担う医療提供施設である薬局のあり方が示された。(令和7年6月25日 総-4再掲)

(調剤医療費)

- ・令和6年度の概算医療費について、調剤医療費のうち、技術料は約2.3兆円であった。
- ・令和4年度に調剤報酬の評価体系の見直しを行い、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、直接的な比較はできないが、見直し後は技術料の約5割が薬学管理料で占められ、対人業務へのシフトが進んでいるものと考えられる。

(服薬指導に関する評価)

- ・令和4年度の調剤報酬の評価体系の見直しにより、薬学管理料において新設された「調剤管理料」について、算定回数や総額は、調剤日数の区分が大きくなるほど多くなっており、29日分以上の区分が最も多い。
- ・患者の薬剤服用後の状況確認(フォローアップ)が必要な吸入薬指導加算、特定薬剤管理指導加算2、調剤後薬剤管理指導加算の算定回数は、新設された令和2年度以降、概ね増加している。

(かかりつけ薬剤師に関する評価)

- ・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算定回数・届出薬局数は増加傾向であるが、全処方箋の受付回数に占める割合は、約1.8%である。

502 / 1505

52

調剤についての現状

(重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価)

- ・残薬解消等の服薬支援である外来服薬支援料1、減薬の取組である服用薬剤調整支援料の算定回数は増加傾向にある。

(医療機関等への情報提供、連携等に関する評価)

- ・服薬情報等提供料は、全体としては令和3年度以降の算定回数が増加しているが、服薬情報等提供料2については、令和6年度改定時の算定要件の見直しにより、伸びが鈍化した。

(薬局の体制に関する評価)

- ・これまでの大型門前薬局の見直し、大規模グループ薬局の店舗数に応じた基本料の見直し、調剤基本料2の処方箋受付枚数要件の見直しを行ったことにより、基本料1以外の薬局は34.2%となった。また、これまでの改定での見直しにより、調剤基本料の種類は増加している。
- ・地域支援体制加算1～4のいずれかを届け出ている薬局は38.4%であり、調剤基本料1の薬局では約4割、調剤基本料1以外の薬局では約3割が届出をしている。
- ・後発医薬品の使用促進に伴い、後発医薬品調剤体制加算の算定回数は増加傾向にあり、特に、後発医薬品調剤体制加算3の算定回数・届出薬局数は増加している。

【論点】

- 現状を踏まえ、地域の医薬品供給拠点の役割を一層充実させる観点から、調剤技術料(調剤基本料、地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算等)における評価について、どのように考えるか。
- 現状を踏まえ、薬剤師の対人業務を拡充させる観点から、薬学管理料(調剤管理料、かかりつけ薬剤師指導料等)における評価について、どのように考えるか。

503 / 1505

令和7年度 第9回 診療報酬調査専門組織
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年8月21日(木)13:00~15:00
於 ハイブリッド開催

議 事 次 第

1. 中医協総会への報告結果について
2. 賃上げ・処遇改善（その1）
3. リハビリテーション（その2）
4. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
5. 慢性期について（その2）
6. 食事療養（その2）
7. 人口・医療資源の少ない地域における対応

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

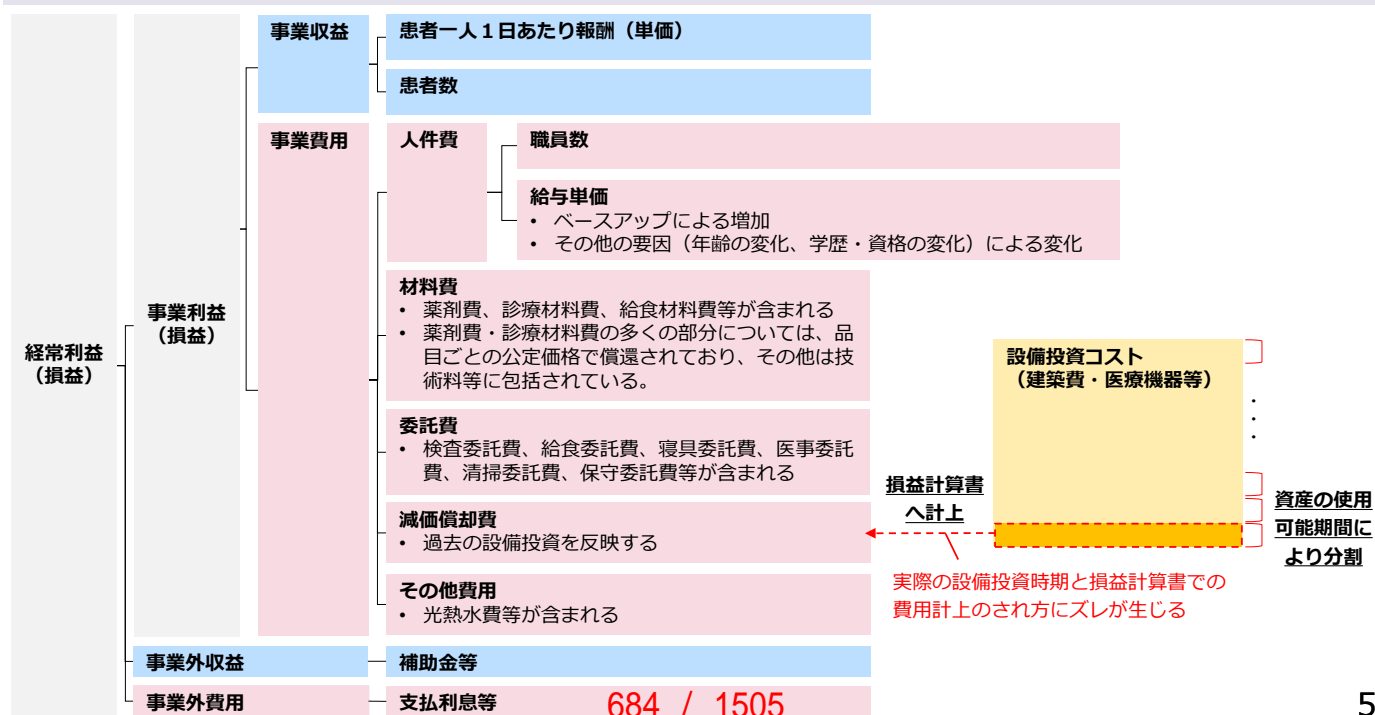
682 / 1505

3

中	医	協	総	-	5
7	.	4	.	2	3

医療機関の収支構造（イメージ）

医療機関の収支の内訳には、以下のようなものが含まれることから、収支の動向を分析するためには、費目ごとにその動向を把握する必要がある。

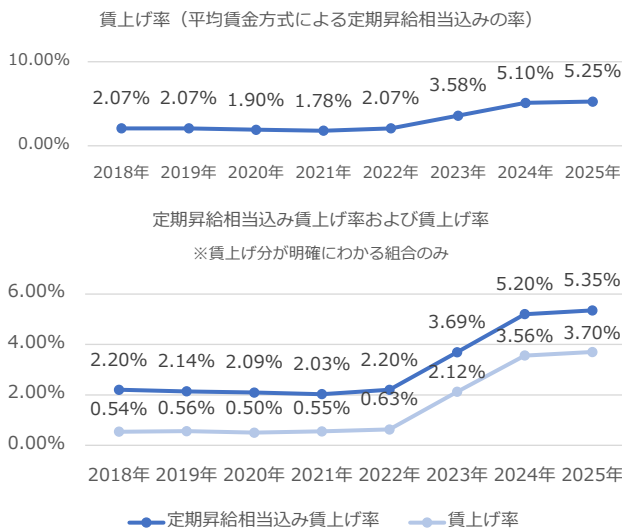


5

人件費：給与単価について① | 国内の賃上げの動向

- 2018年以降の春闘における賃上げ情勢を見ると、2022年以降は賃上げ率の水準が高まっている。賃金引上げ等の実態に関する調査でも、産業全体の1人平均賃金の改定率が2022年以降高まっているが、医療・福祉においてはそれに届いていない。
- 医療関係職種の平均を見ると給与額も上昇しているが、産業全体の平均には届いていない。

直近の賃上げ情勢（春闘結果より・医療以外を含む）

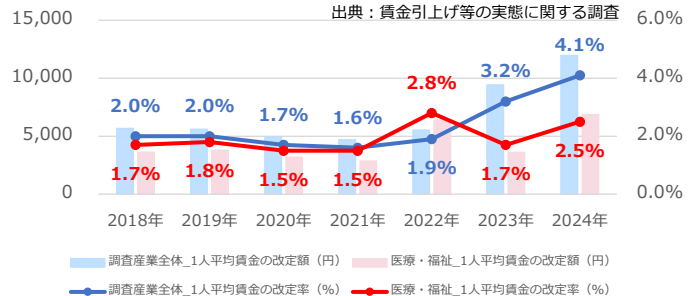


※対象産業（連合を構成する産別組織より）

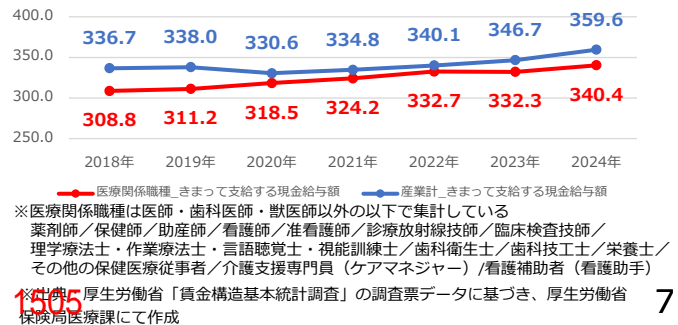
金属／食品／交通／運輸／医療／福祉／金融／保険／建設／資材／林産／化学／繊維／資源／エネルギー／サービス／一般／商業／流通／情報／出版／公務

※出典：日本労働組合総連合会「春季生活闘争 回答集計結果」

産業全体（青）と医療・福祉（赤）の賃上げ状況の比較



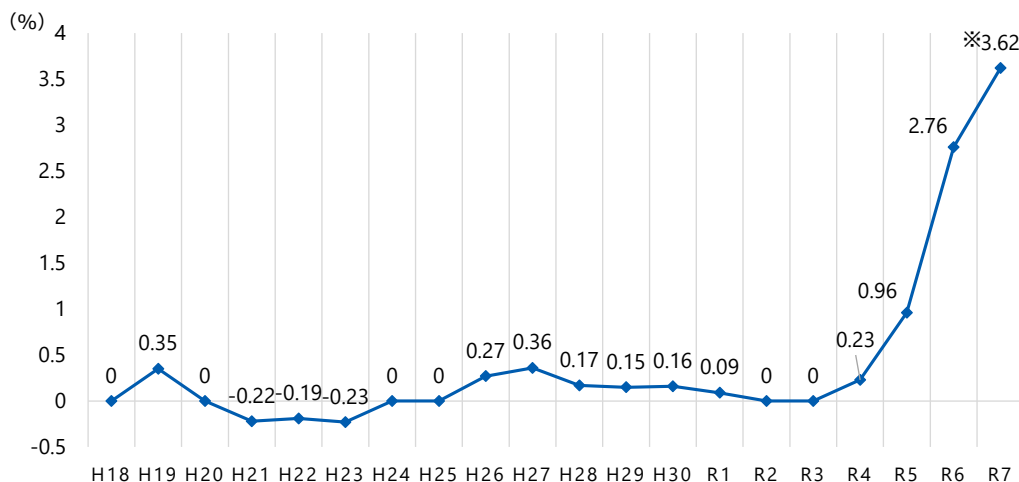
産業全体（青）と医療業の医療関係職種（赤）の給与額の比較 単位：千円



給与勧告の推移

- 給与勧告は、その時々々の経済・雇用情勢等を反映して労使交渉等によって決定される常勤の民間企業従業員の給与水準と常勤の国家公務員の給与水準を均衡させること（民間準拠）を基本としている。
- 給与勧告は約20年間0%台を推移していたが、令和6年は2.76%、令和7年は3.62%となった。

給与勧告の推移



※令和7年勧告における官民給与の比較方法の見直しによる影響を含む。
 含まない場合、2.50%である。（令和7年 人事院勧告・報告の概要より。）

出典：給与勧告の実施状況等（人事院）を参考に、保険局医療課において作成。

1－3．診療報酬の算定状況等について

①入院医療について

②外来医療について

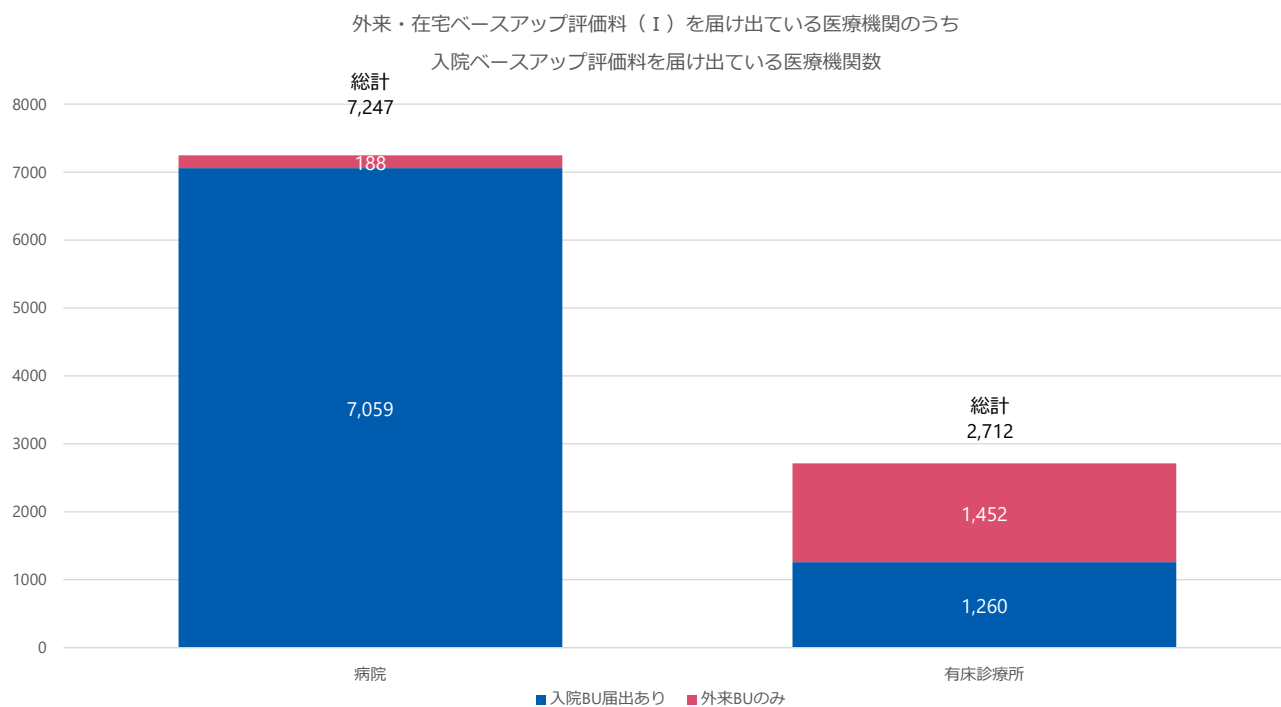
③訪問看護について

701 / 1505

22

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）届出医療機関の入院ベースアップ評価料届出状況

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている病院のほとんどが入院ベースアップ評価料を併せて届け出ている。
- 一方で有床診療所においては、半数程度が入院ベースアップ評価料を届け出ている。



出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計。令和10年6月30日時点）

710 / 1505

31

1. 賃上げ・処遇改善（その1）

1－1. 医療機関等における賃上げを取り巻く状況について

1－2. 賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について

1－3. 診療報酬の算定状況等について

1－4. 医療機関等における賃上げ状況について

1－5. 診療報酬の届出方法等について

749 / 1505

70

令和7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）（40歳未満医師）

- 40歳未満医師の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和5年時点と比較した、40歳未満医師の令和7年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

R5年度⇒R7年度（2年計）	対象外職種（40歳未満医師）				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	1,421	1,319	14	39	49
最小値	0.0102	0.01	0.20	0.06	0.20
第1四分位数	1.00	1.01	1.39	0.74	0.80
中央値	1.97	2.00	1.72	1.82	1.89
第3四分位数	2.96	2.97	2.47	2.97	2.77
最大値	7.93	7.93	4.50	7.27	6.43
職員数	45,387	44,639	23	128	1,656
加重平均値	2.89	2.90	2.51	2.35	2.47

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和7年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（Ⅰ）の専用届出様式による届出39,681件、40歳未満医師の賃金増率について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、1,421件）を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

出典：保険局医療課調べ

756 / 1505

77

賃上げ・処遇改善に係る現状と課題

【医療機関等における賃上げを取り巻く状況について】

- 2018年度と2023年度の病院の損益を比較すると、事業利益の悪化が見られ、費用の50%以上を占める人件費増加の影響が最も大きい。
- 春闘における賃上げ情勢は、2022年以降において賃上げ率の水準が高まっており、また、給与勧告においても約20年間0%台を推移していたが、令和6年は2.76%、令和7年は3.62%となった。

【賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について】

- 医療機関等における賃上げに係る近年の取り組みとして、令和4年度診療報酬改定において新設された看護職員処遇改善評価料や、令和6年度診療報酬改定において新設されたベースアップ評価料等がある。
- 令和7年度の「経済財政運営と改革の基本方針2025」において、「次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。」とされている。

【診療報酬の算定状況等について】

- 看護職員処遇改善評価料の算定回数について、病院類ごとに主に算定される区分は異なっており、特定機能病院では区分61～65を中心に、一般病院では区分51～55を中心に算定されている。
- ベースアップ評価料は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。
- ベースアップ評価料を届け出していない病院には、公立病院や医療法人（社会医療法人は含まない）、許可病床数100床未満の病院が多かった。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている医療機関のうち、約4%が評価料（Ⅱ）を届け出ていた。
- 診療科別に見ると、小児科、皮膚科、耳鼻咽喉科における外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定割合が低い。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）について特徴的に併算定されている診療行為は、血液透析に関連したものが多い。

772 / 1505

93

賃上げ・処遇改善に係る現状と課題

【医療機関等における賃上げ状況について】

- ベースアップ評価料の賃金改善計画書において、令和5年度と比較した対象職員の令和6年度及び令和7年度の賃上げ計画は、それぞれ2.69%、3.40%の引上げであった。
- 40歳未満医師及び事務職員の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により対応することとしており、令和5年度と比較した令和7年度の賃上げ計画は、それぞれ2.89%、3.18%の引上げであった。
- 歯科技工所における従業員の基本給等総額は、令和6年4月と令和7年4月を比較すると6.1%上昇していた。
- 令和6年度において約5割の薬局が賃上げを実施しており、薬剤師においては20～49店舗の薬局、事務職員においては300店舗以上の薬局において賃上げ率が大きかった。

【届出に関する医療機関の負担について】

- 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料の算定に当たって、各医療機関は職員給与や診療報酬の算定回数等に基づく届出区分の計算、賃金改善計画書・賃金改善実績報告書の作成等が必要である。
- ベースアップ評価料を届け出していない病院において、その理由として最も多いものは「届出内容が煩雑なため」であった。
- 医療法人の経営情報のデータベースにおいて、医療法人の負担を考慮し、職種別の給与及びその人数は任意提出することとなっている。

【課題】

- 賃上げに係る診療報酬の届出状況及び算定状況について、現状をどのように評価するか。
- 病院及び診療所等における、ベースアップ評価料の対象職員と対象職員以外の賃上げ状況について、それぞれ現状をどのように評価するか。
- 賃上げに係る診療報酬の届出方法等について、現状をどのように評価するか。

773 / 1505

94

2. リハビリテーション（その2）

2-1. 疾患別リハビリテーション料の専従要件について

2-2. 早期リハビリテーション介入について

2-3. 退院時リハビリテーション指導料について

2-4. リハビリテーションに係る書類作成について

779 / 1505

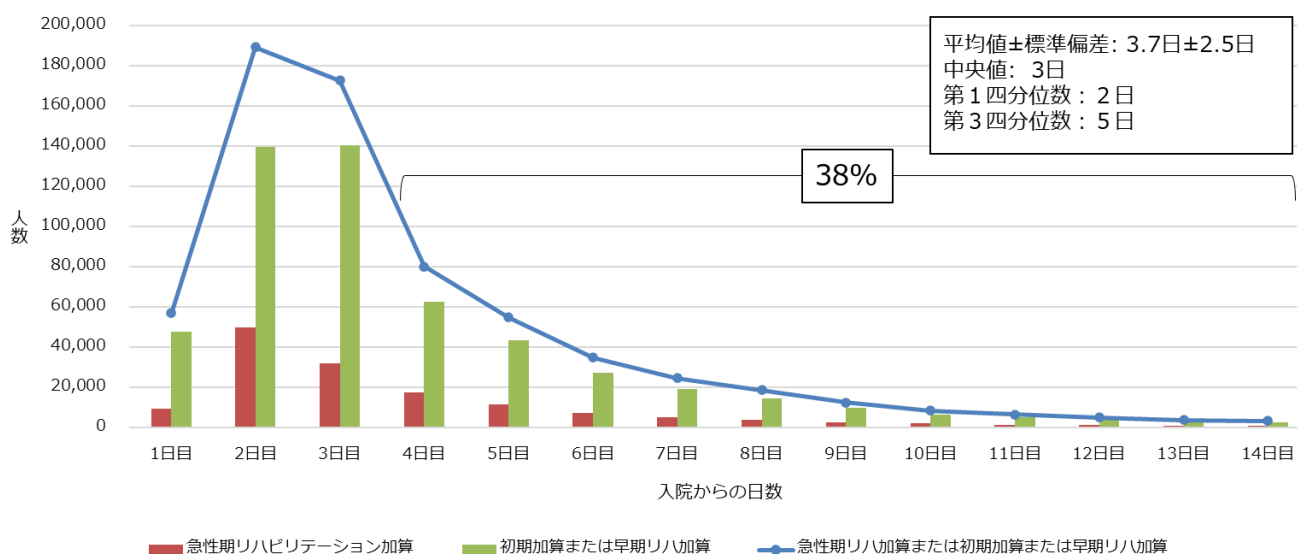
100

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

診調組 入-1
7. 6. 2 6

- 急性期リハビリテーション加算等を初回算定した日、すなわち疾患別リハビリテーションを急性期の病態について初回算定した日の分布は以下のとおりであり、平均3.7日で右に裾の長い分布を示した。
- 14日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3日以内に介入できていない割合は38%であった。

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）

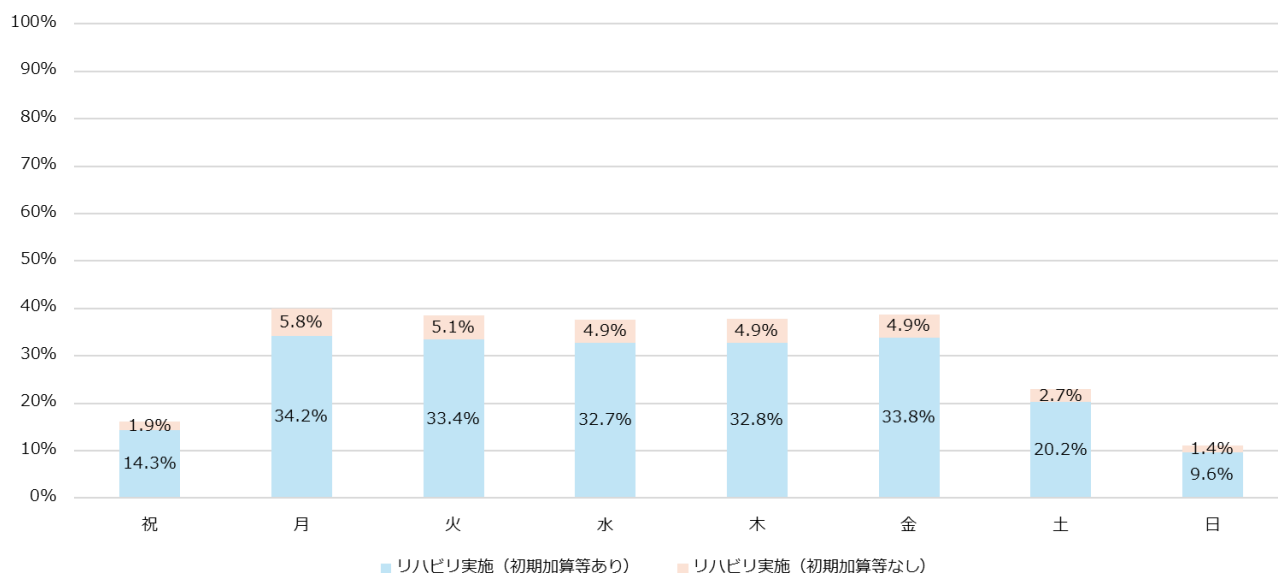


※ 急性期一般入院料1 - 6の入院症例のうち、14日以内にリハビリを実施した症例で分析。

急性期における曜日ごとの初期加算等の算定有無別リハビリテーションの実施割合

- 急性期一般入院料 1 ～ 6 における初期加算等の有無別の曜日ごとのリハビリ実施割合は、以下の通り。
- 土日祝日のリハビリ実施割合は、平日と比べて低かった。

初期加算等の有無別の曜日ごとのリハビリテーションの実施状況



※ 急性期一般入院料 1 から 6 を算定している症例

782 / 1505 ※ 初期加算等 1505 は早期リハビリテーション加算を初期加算等と定義

出典：DPCデータ（令和 6 年 10 月 - 12 月）

103

2. リハビリテーション（その2）

2-1. 疾患別リハビリテーション料の専従要件について

2-2. 早期リハビリテーション介入について

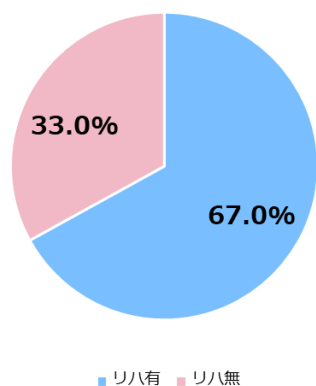
2-3. 退院時リハビリテーション指導料について

2-4. リハビリテーションに係る書類作成について

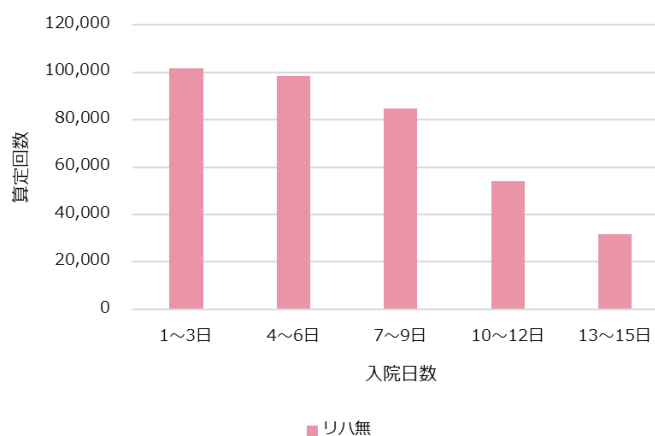
退院時リハビリテーション指導料の算定患者について

- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%であった。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定し、かつリハビリを実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多かった。

退院時リハビリテーション指導料算定患者の
リハビリテーション実施の有無



退院時リハビリテーション指導料算定患者のうち
リハビリを実施していない患者の入院日ごと算定回数



※ 入院日を1日目として、1～3日、4～6日、7～9日、10～12日、13～15日で区分

※ 入院から15日までの退院症例にて集計

出典：DPCデータ（令和6年6月～令和7年3月）

797 / 1505

108

リハビリテーションに係る現状と課題

（疾患別リハビリテーション料の専従要件について）

- ・ 疾患別リハビリテーション料では、当該リハビリテーションを実施するために必要な、医療機関に配置すべき療法士の数や専従要件が規定されているが、当該療法士が病棟業務に従事することに関する規定はない。

（早期リハビリテーション介入について）

- ・ 発症後早期のリハビリ介入が効果的であるが、急性期では入院後4日目以降の介入が38%を占める。
- ・ 急性期一般入院料1～6における土日祝日のリハビリ実施割合は、平日と比べて低かった。
- ・ 急性期一般入院料1～6において金曜日に入院した患者は、入院後3日以内にリハビリを開始した患者割合が低かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟3～5等では休日リハビリテーション提供体制加算が算定可能である。近年、算定回数は減少傾向にある一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出機関数は増加している。



【課題】

- 疾患別リハビリテーション料の専従要件の現状について、どのように評価するか。
- 早期リハビリテーション介入の現状について、どのように評価するか。

リハビリテーションに係る現状と課題

(退院時リハビリテーション指導料について)

- 直近5年間では、当指導料の算定回数は入院中に増加している。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%であった。

(リハビリテーションに係る書類作成について)

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要である。また、医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。
- 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上で説明、交付することとなっている。
- 目標設定等支援・管理料は、介護保険によるリハビリテーションへの移行が目的であったが、平成31年3月31日をもって入院中以外の要介護被保険者への算定上限日数を超えた疾患別リハビリテーション料は廃止となった。また、入院中の要介護被保険者等については、一定の条件の下で標準的算定日数を超えて算定可能だが、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料では算定回数は減少傾向にある。
- 目標設定等支援・管理料とリハビリテーション総合実施計画書では重複する項目が多い。

【課題】

- 退院時リハビリテーション指導料の現状について、どのように評価するか。
- リハビリテーションに係る書類作成の現状について、どのように評価するか。

3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）

3-1. リハビリテーション実績指数と重症患者基準について

3-2. 質の高いリハビリテーションについて

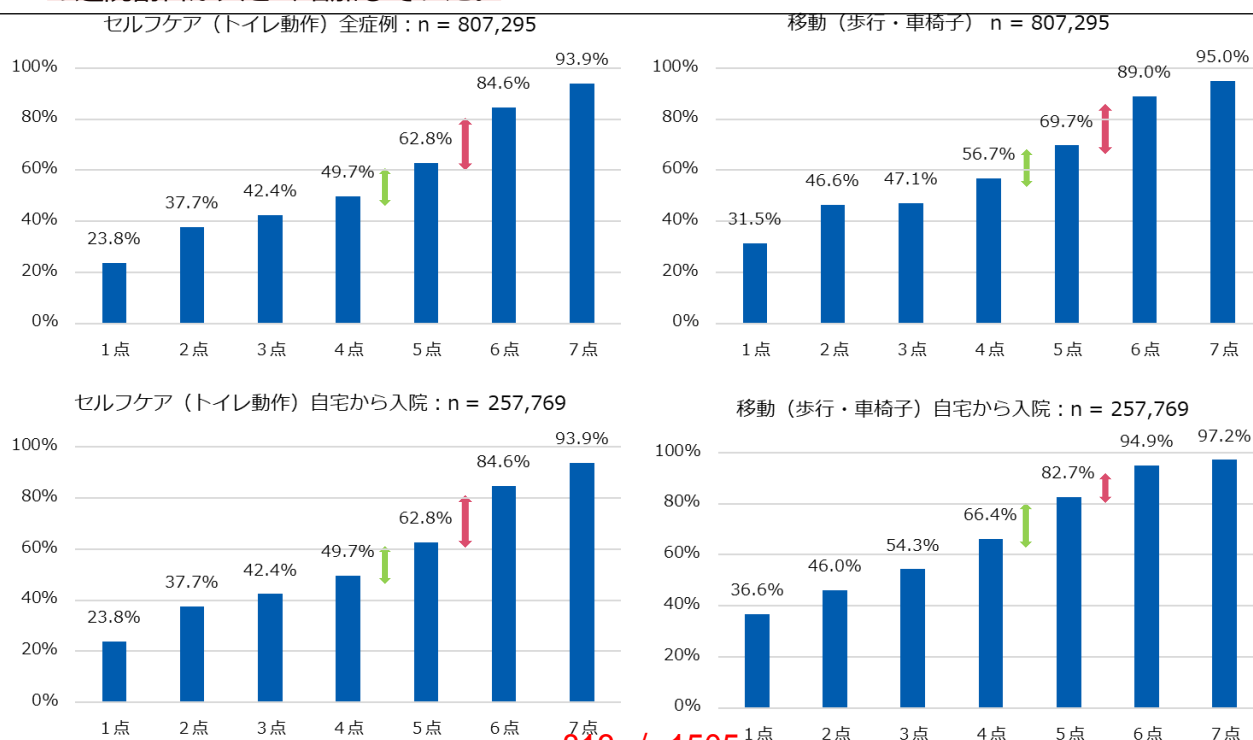
3-3. 質の高いリハビリテーション提供体制について

801 / 1505

122

回復期リハビリテーション病棟退棟時のFIM下位項目得点と自宅復帰率

- 退棟時のFIM下位項目「トイレ動作」、「移動（歩行・車椅子）」の得点ごとの自宅復帰率は以下の通り。
- ~~両項目で4点（最小介助）に比べ5点（監視）、5点に比べ6点（修正自立）の患者は、自宅への退院割合が大きく増加していた。~~



出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月） ※ 全症例と入院経路が自宅の症例にて集計

134

3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）

3-1. リハビリテーション実績指数と重症患者基準について

3-2. 質の高いリハビリテーションについて

3-3. 質の高いリハビリテーション提供体制について

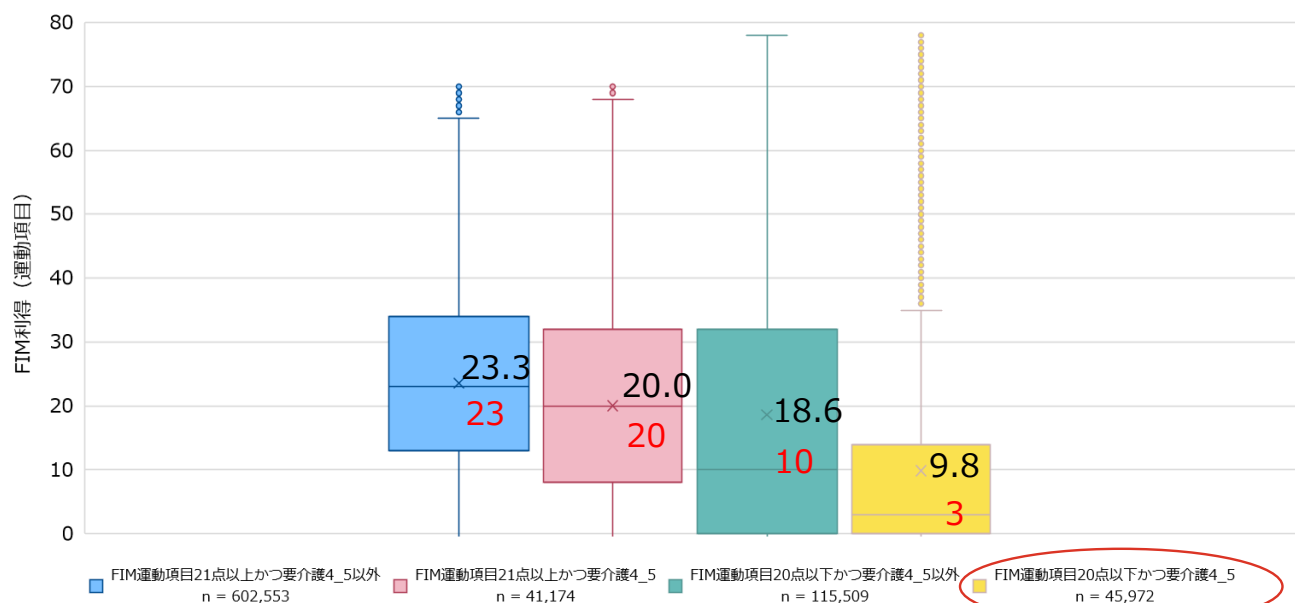
816 / 1505

137

入棟時のFIM運動項目点数及び要介護度別のFIM利得

- 「入棟時FIM運動項目21点以上」、「入棟時FIM運動項目20点以下」及び「要介護4、5」、「要介護4、5以外」により層別化したFIM運動項目のFIM利得は下記の通り。
- FIM運動項目20点以下かつ要介護4、5の患者は、運動項目のFIM利得が相対的に低かった。

入棟時FIM運動項目20点以下かつ要介護度4または5のFIM利得
(脳血管+廃用+運動器) n = 805,208

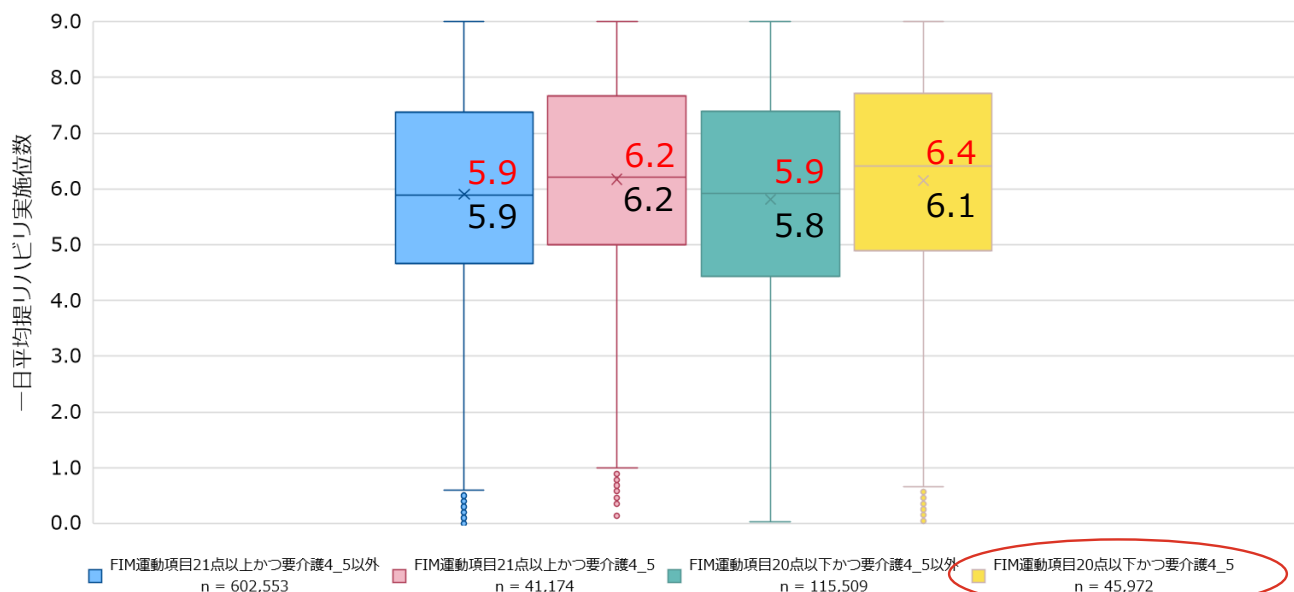


出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月） ※ 記載の黒字は平均値、赤字は中央値

入棟時FIM運動項目20点以下かつ要介護4、5患者のリハビリ実施単位数

- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は、1日あたりの平均リハビリ実施単位数は相対的に多かった。

運動項目20点以下かつ要介護度4または5の重症症例の一日平均リハビリ実施単位数
(脳血管+廃用+運動器) n = 805,208



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和6年5月） ※ 黒字の数値は平均値 826 / 1505

147

回復期リハビリテーション病棟に係る現状と課題

（質の高いリハビリテーションについて）

- 運動器リハビリテーション料を改定前に1日6単位を超えて実施した患者と、改定後に1日5～6単位実施した患者について、FIM利得に大きな変化はない。
- 廃用リハビリテーション料では、7単位/日以上の実施によるFIM利得が比較的小さいが、一部廃用症候群リハビリテーション料の割合が多い施設が見られた。
- 回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の算定割合は7.3%であった。また、傷病名のうち、廃用症候群が55.0%であった。
- 発症後の機能回復を図る上では、ベッド上で行われる徒手でのアプローチのみでは不十分であり、他のアプローチと組み合わせた介入が重要である。
- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は、運動項目のFIM利得が相対的に低かった。
- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は、1日あたりの平均リハビリ実施単位数は相対的に多かった。
- 退院前訪問指導を一定割合以上行っている病棟、施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好であった。
- 退院前訪問指導では、ほとんどの施設で60分以上の実施時間を要しており、120分以上150分未満の割合が最も多く、外部との調整に係る項目も80%以上の病棟で行われていた。

（質の高いリハビリテーション提供体制について）

- 令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。
- 生活機能の回復に資する診療報酬には、排尿自立支援加算や摂食嚥下機能回復体制加算があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設においては、これらの加算を届け出ている施設はそれぞれ24.2%、8.7%であった。

【課題】

- 質の高いリハビリテーションについて、リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 質の高いリハビリテーション提供体制について、加算の届出状況等を踏まえ、現状をどのように評価するか。

慢性期入院医療に係る現状と課題

(療養病棟について)

- 令和6年度改定で医療区分の見直しと、入院料の細分化が行われ、医療区分2・3の患者の割合は若干増加した。疾患・状態、処置ともに医療区分3の割合が増え、医療区分2の割合が減った。いずれの入院料においても該当患者割合の基準は概ね満たされており、入院料2においては、該当患者が6割以上である施設が95%を超えていた。
- デバイスが挿入されている認知症の患者では身体的拘束が実施される割合が高い傾向があるものの、デバイス挿入や認知症がなくても高い割合で身体的拘束を実施している病棟があった。
- 療養病棟における処置の状況として、胃ろうは13.0%、経鼻胃管は26.3%、中心静脈栄養は16.3%程度で実施されており、その割合は令和4年度調査時点とあまり変わらなかった。
- 摂食嚥下機能の回復や経腸栄養の実施等の栄養管理の取組に関する診療報酬上の評価として、摂食嚥下機能回復体制加算や経腸栄養管理加算が設けられており、届出している施設は重複していた。これらの加算については、届出をしているものの算定回数が0回の施設が多くみられており、対象となる中心静脈栄養を実施される患者がいらないという意見があった。
- 在宅への退院割合や死亡退院の割合は施設毎にばらつきがあった。在宅復帰機能強化加算を届け出ている施設では在宅への退院割合が高かったが、死亡退院の割合が高い施設もあった。また、在宅への退院割合が高い施設でも加算を届け出していない施設があった。

(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟について)

- 障害者施設等入院基本料を届け出る施設数、病床数は令和5年以降横ばい、特殊疾患病棟入院料1の施設数・病床数は減少傾向、入院料2の施設数・病床数は増加傾向であった。
- 障害者施設等入院基本料の病棟における該当患者7割の基準は、7対1病棟では概ね満たされていたものの、10対1以下の病棟では7割に満たない施設が17.3%あった。
- 障害者施設等入院基本料の病棟においては主傷病が廃用症候群である患者の割合が多かった。

【課題】

- 療養病棟における入院料の細分化後の、医療区分2・3や各疾患・状態、処置に該当する患者の状況について、現状をどのように評価するか。
- 療養病棟における摂食嚥下機能の回復や在宅退院の取組について、現状をどのように評価するか。
- 障害者施設等に入棟する患者像について、患者の高齢化等の状況を踏まえ、現状をどのように評価するか。

888 / 1505

209

食事療養に係る現状と課題

(食事療養)

- 入院時の食費の基準額については、令和6年6月に1食当たり30円の引上げ、令和7年4月に1食当たり20円の引上げを実施しているが、足元の食料支出は引き続き伸びている状況
- 食費基準の引き上げにより給食提供に関して見直したことは、令和6年6月から令和7年3月と令和7年4月以降とで、大きく変わらなかった。全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約5割で最も多かった。
- 令和6年6月以降、全面委託の約7割、一部委託の約5割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。完全直営の医療機関の3.6%（22施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。
- 嚥下調整食は特別食加算の対象ではないが、必要とする患者は一定数おり、普通食より食材費が高いとの報告がある。また、見た目を改善し、適切な栄養量を確保した嚥下調整食の提供により、エネルギー摂取量の増加やADLの改善が認められたとの報告もある。
- 食堂加算の算定率は約7割であるが、食堂での食事の状況として、「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。
- 入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事を別に用意し、提供した場合は、追加料金の支払いを受けることができる。
- 約8割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なしで行っていた。約2割～3割の医療機関は、選択メニューやハラル食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。

【課題】

- 食費の基準額を引き上げたが、医療の一環として提供されるべき食事の質の確保の観点から、現状をどのように評価するか。
- 嚥下調整食や食堂の活用について、特別食加算や食堂加算の趣旨を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 多様なニーズに対応して特別料金の支払いを受ける食事提供について、現状をどのように評価するか。

905 / 1505

226

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

906 / 1505

227

現状と課題

（人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況）

- 人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にあり、従事する医師の高齢化も進んでいる。
- ヘき地医療支援機構を中心に、行政、ヘき地で勤務する医師、ヘき地医療に協力する施設・機関、そしてヘ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ヘき地への医療提供体制の構築を行うこととされている。ヘ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」と呼び、情報通信技術を活用した遠隔医療と合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（令和6年12月25日）では、医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進めることとされている。また、地域偏在対策における経済的インセンティブ等の一つとして、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進すること等が挙げられている。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域の医療資源の状況を踏まえた地域医療構想調整会議での協議のうえ、地域の医療機関へ代診医などの医師を派遣することが想定されている。
- 医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査では、地域の外来診療を近隣病院からの医師派遣に頼っている現状や、ヘき地で高齢者を対象にオンライン診療を実施する場合に、機器の操作などを手助けするためのコストや時間がかかる現状などに関する意見があった。

（医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等の緩和）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和6年度診療報酬改定においては、回復期リハビリ病棟に相当する機能を有する病室について、届出を病室単位で可能な区分の新設、地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和、在宅療養支援病院・診療所に係る24時間の往診体制の要件について、D to P with Nの実施体制を整備することで要件を満たすこととする緩和等を行った。

961 / 1505

282

現状と課題

（巡回診療、医師派遣等の支援）

- DPCの「体制評価指数」において、「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」等を評価している。
- 医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査では、地域の外来診療を、へき地医療拠点病院ではない近隣病院からの医師派遣に頼っている現状に関する意見があった。
- 全二次医療圏の人口平均値は約28.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。
- へき地医療拠点病院における主要3事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実施状況について、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている拠点的な病院においても、巡回診療やへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣を実施しており、代診医派遣については、届出のない医療機関と比較して、届出のある医療機関の方が多く実施している。このような拠点的な病院では、自院における救急搬送受入や手術等の診療に加えて、当該事業等を通じて、地域医療提供体制の確保において重要な役割を担っている病院もあると考えられる。
- 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83施設、へき地診療所は134施設。へき地拠点病院において、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関は7施設であり、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- 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は、令和6年度改定前から算定可能な医学管理料の多くで増加傾向である。
- 地域医療支援病院については、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行うこととされていたが、令和5年医療法改正において、地域におけるかかりつけ医機能の確保のための研修も含めて研修を行うこととされた。

【課題】

- 医療資源の少ない地域における医療の提供の評価や、医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査結果についてどのように評価するか。
- 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況や巡回診療、医師派遣等の支援の現状についてどのように評価するか。

令和7年度 第10回 診療報酬調査専門組織
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年8月28日(木)13:00~15:00
於 ハイブリッド開催

議 事 次 第

1. 令和7年度調査結果（速報）の概要について
2. 高度急性期入院医療について（その2）
3. 入退院支援（その2）
4. 外来医療について（その3）
5. データ提出加算（その2）

1. 高度急性期入院医療について（その2）

1-1. 特定集中治療室等を有する病院について

1-2. 特定集中治療室管理料の医師配置要件について

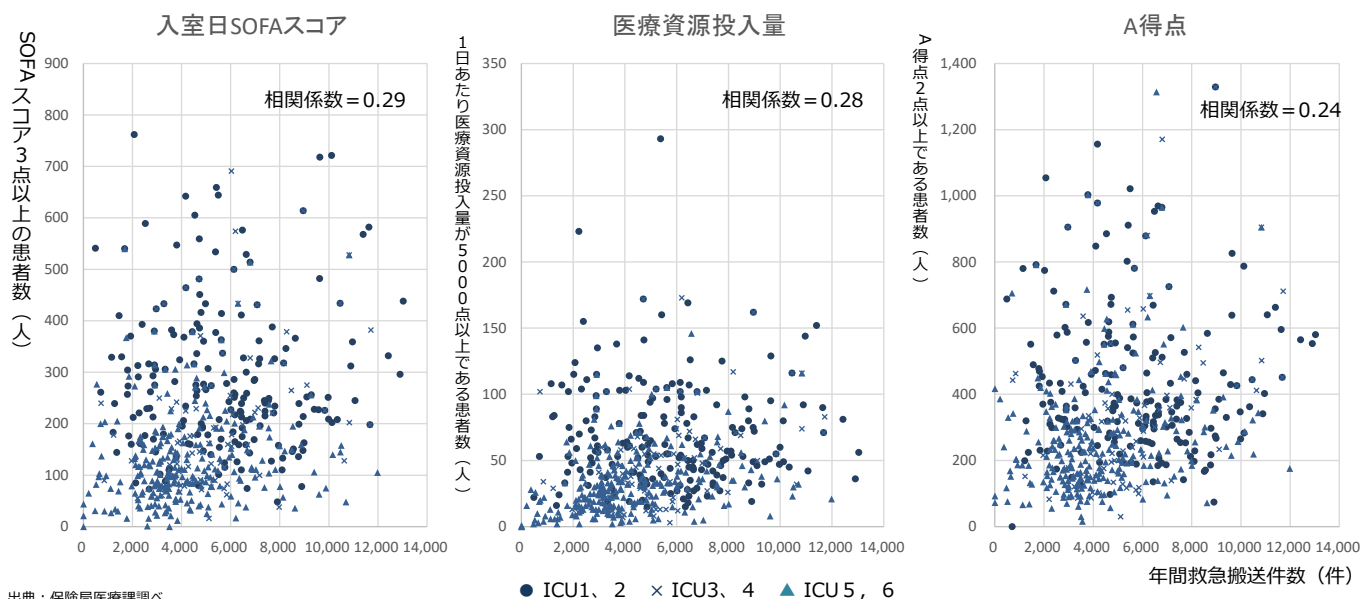
1-3. 重症患者対応体制強化加算について

1097 / 1505

4

年間救急搬送件数と重症な入室患者数の関係（ICU）

- 年間救急搬送件数と、「特定集中治療室管理料」を算定する患者のうち「1日あたり医療資源投入量が5,000点以上である患者数」「入室日SOFAスコア3点以上の患者数」「A得点2点以上の患者数」について、それぞれ病院ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- ~~年間救急搬送件数と重症な入室患者数には、弱い正の相関があった。~~

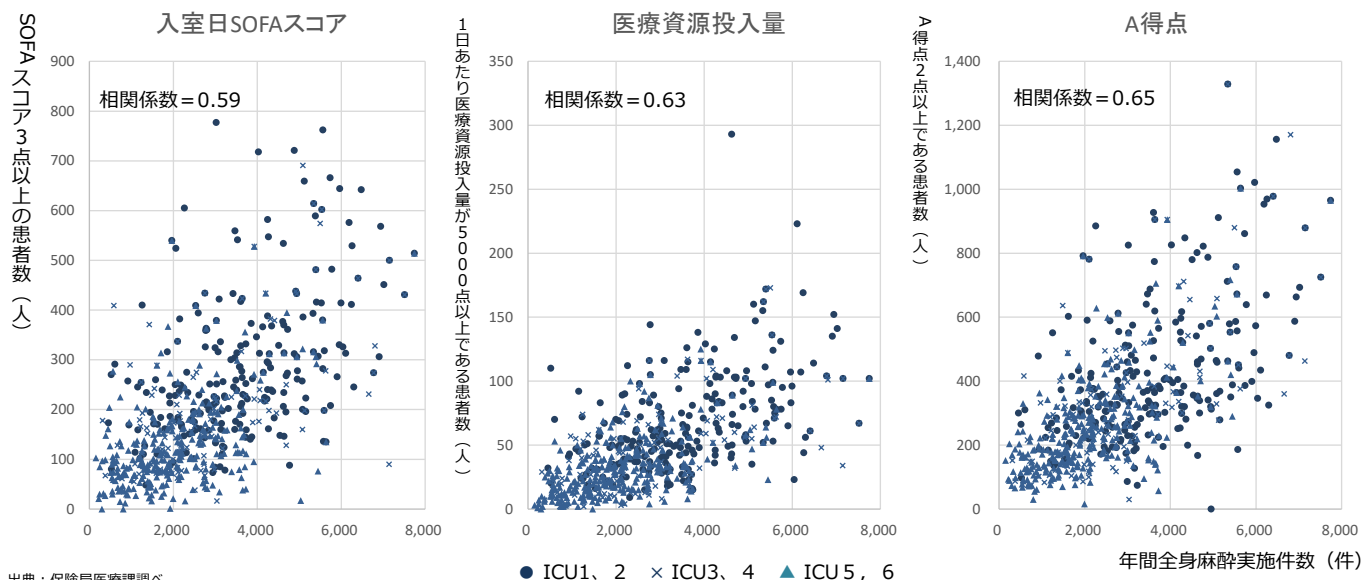


出典：保険局医療課調べ

・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
 ・「1日あたり医療資源投入量」は、「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料の点）」とした。
 ・「A得点」は、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 A モニタリング及び処置等」の得点を指す。
 ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。14,000件を超える2医療機関は図から除外。

年間全身麻酔実施件数と重症な入室患者数の関係（ICU）

- 年間全身麻酔実施件数と、「特定集中治療室管理料」を算定する患者のうち「1日あたり医療資源投入量が5,000点以上である患者数」「入室日SOFAスコア3点以上の患者数」「A得点2点以上の患者数」について、それぞれ病院ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 年間全身麻酔実施件数と重症な入室患者数には、正の相関があった。



出典：保険局医療課調べ

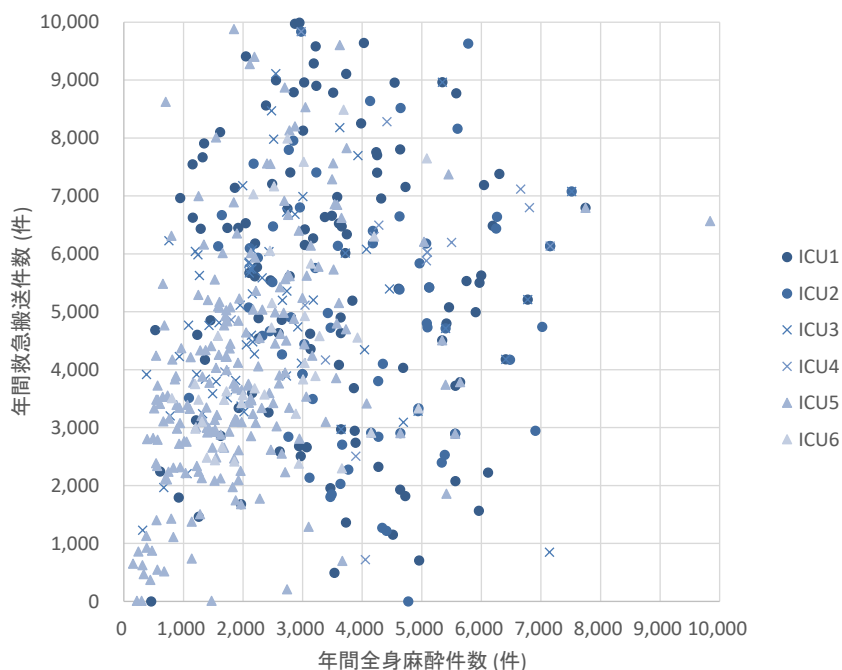
- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「1日あたり医療資源投入量」は、「DPCの1日あたり包括範囲出来高実績点数（特掲診療料）」とした。
- ・「A得点」は、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 A モニタリング及び処置」のA得点を指す。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。8,000件を超える1医療機関は図から除外。

11

集中治療室を有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも一定数未満である病院が一定数あった。



出典：保険局医療課調べ

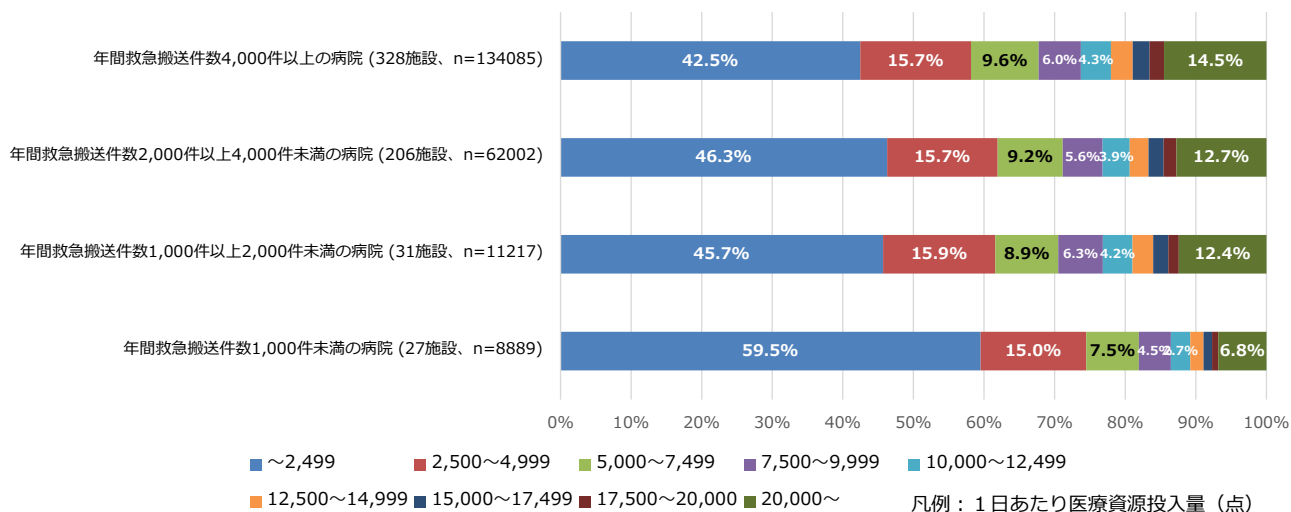
- ・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

12

救急搬送件数とICUの医療資源投入量

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数ごとに分類し、それぞれの特定集中治療室の入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。

特定集中治療室管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



出典：保険局医療課調べ

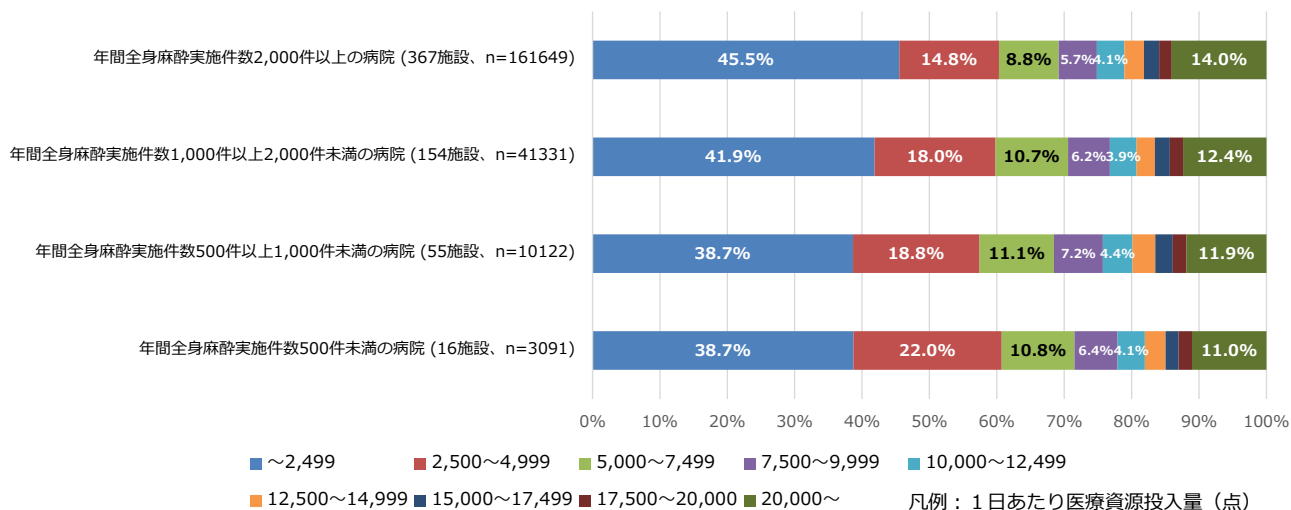
- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「特定集中治療室管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高集計表（特掲診療料の項）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。件数の報告がない病院は除外。

13

全身麻酔実施件数とICUの医療資源投入量

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院を、年間全身麻酔実施件数ごとに分類し、それぞれの特定集中治療室の入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間全身麻酔実施件数が多い病院ほど、1日あたり医療資源投入量が2,500点以下の患者数が多い一方で、20,000点以上の患者数も多い傾向があった。

特定集中治療室管理料算定患者の1日あたり医療資源投入量



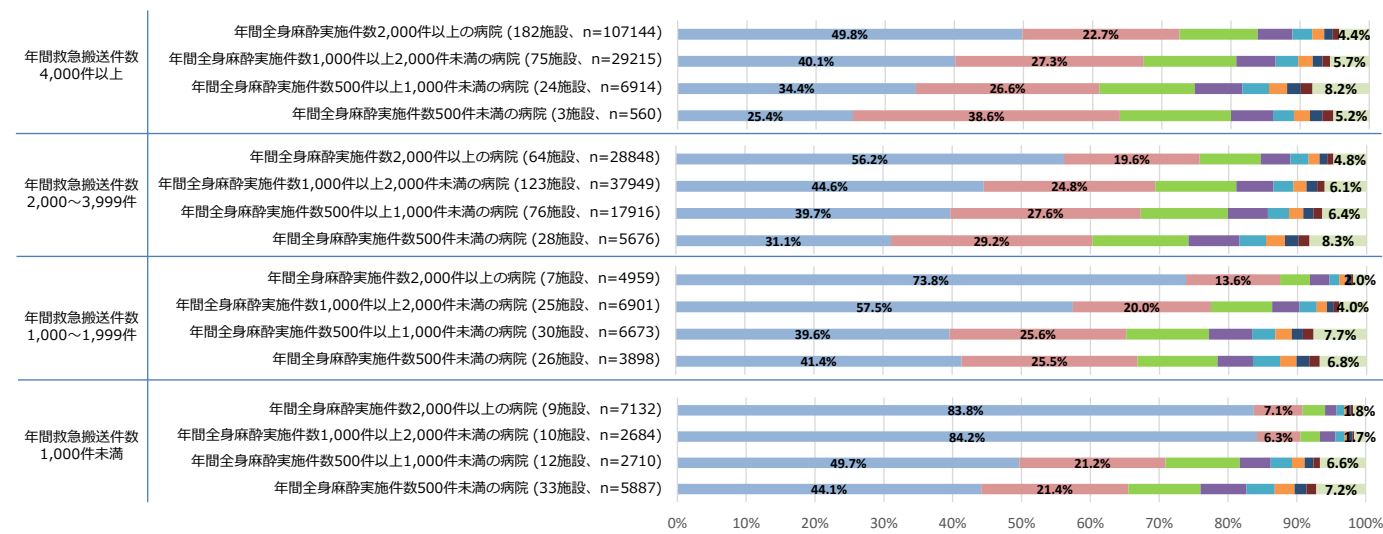
出典：保険局医療課調べ

- ・令和6年6月～12月において「特定集中治療室管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。
- ・「特定集中治療室管理料」算定患者における「DPCの1日あたり包括範囲出来高集計表（特掲診療料の項）」を1日あたり医療資源投入量とした。
- ・全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

14

全身麻酔件数・救急搬送件数とHCUの医療資源投入量

- 「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、年間救急搬送件数と年間全身麻酔実施件数に分類し、それぞれのハイケアユニットの入室患者における、1日あたり医療資源投入量の分布を示したものは以下のとおり。
- 年間救急搬送件数の区分に関わらず、年間全身麻酔実施件数が多い病院では、1日あたり医療資源投入量が低い傾向があった。



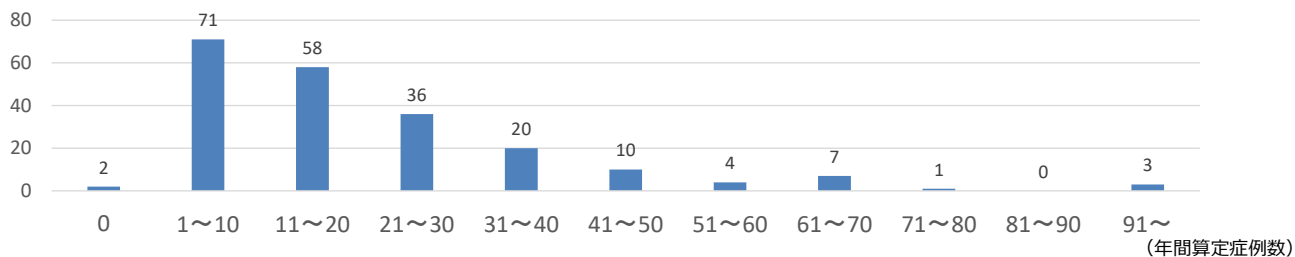
脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院

診調組 入-2
7.5.22

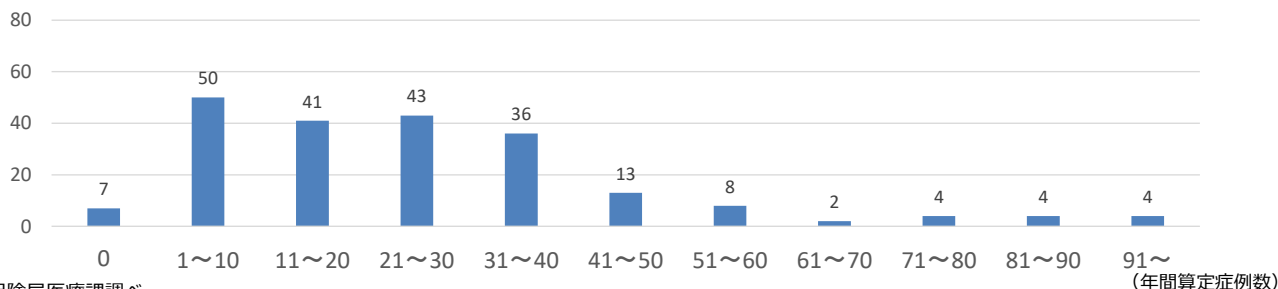
- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施していたが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった。

(医療機関数)

「A205-2」超急性期脳卒中加算



「K178-4」経皮的脳血栓回収術



出典：保険局医療課調べ

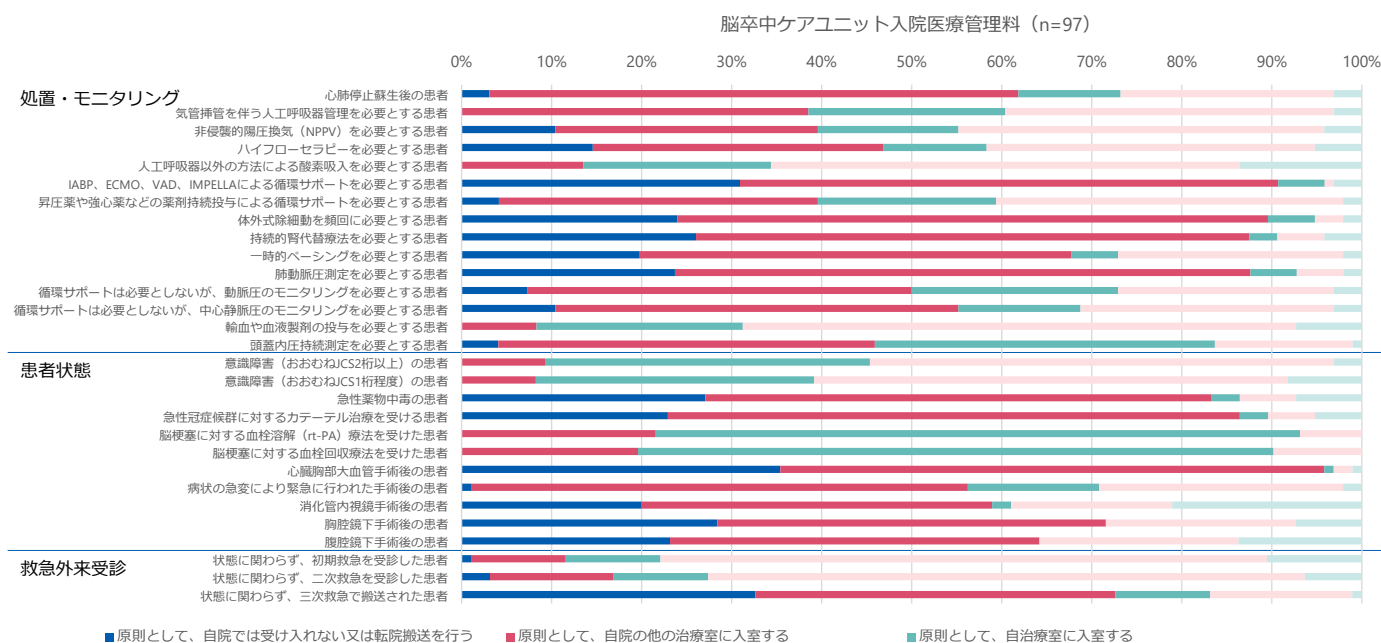
・令和5年4月～令和6年3月のDPCデータから、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関を抽出。

1113 / 1505

20

脳卒中ケアユニットの患者受入方針

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 「頭蓋内圧持続測定を必要とする患者」を原則受け入れ可能な治療室は約5割であり、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約8割であった。



出典：令和7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）） 1114 / 1505

21

1. 高度急性期入院医療について（その2）

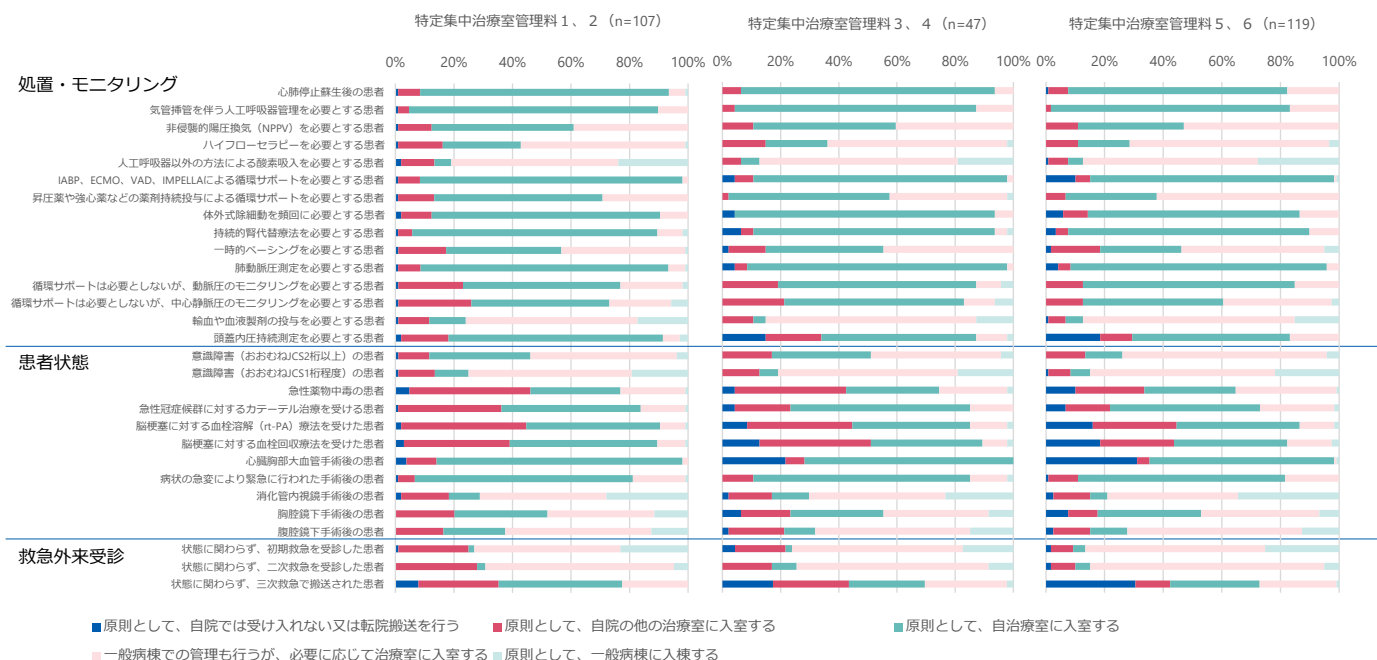
1 - 1. 特定集中治療室等を有する病院について

1 - 2. 特定集中治療室管理料の医師配置要件について

1 - 3. 重症患者対応体制強化加算について

特定集中治療室管理料を算定する治療室の患者受入方針

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室における患者受入方針は以下のとおり。
- 処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目では、各区分に大きな差を認めなかった。救急外来受診に関する項目については、「特定集中治療室管理料1、2」において三次救急で搬送された患者を受け入れている割合が比較的多い傾向があった。

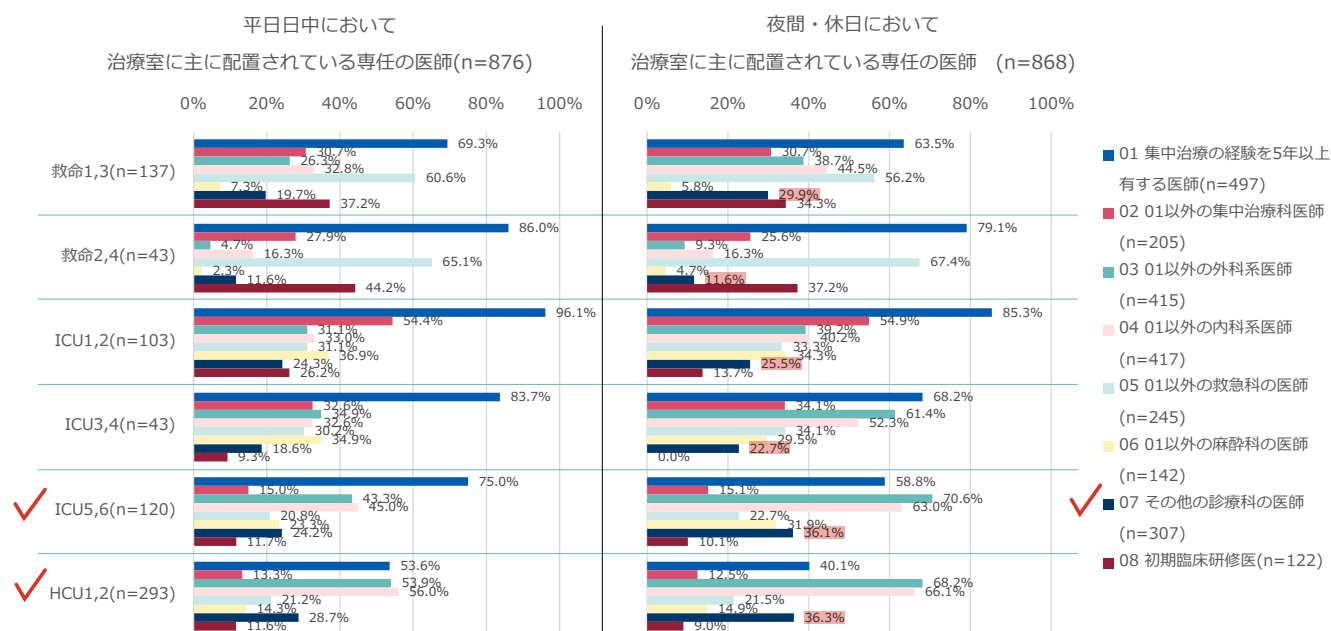


出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査 (治療室調査票 (A票)) 1116 / 1505

23

治療室に配置されている専任の医師

- 平日日中及び夜間・休日において、治療室に配置されている専任の医師の状況は以下のとおり。
- 集中治療の経験を5年以上有する医師は、当該医師の配置が要件とされていない区分 (ICU1,2以外) においても、一定の配置が行われていた。
- 専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる区分 (ICU5,6, HCU1,2) では、その他の区分と比較して、夜間・休日に「その他の診療科の医師」を配置している割合が多かった。



出典：令和7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)) 1117 / 1505

24

現状と課題

（特定集中治療室等を有する病院について）

- ・「救命救急入院料」「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」では救急外来からの入室が多く、「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」では救急外来に加えて手術室からの入室が多かった。また、いずれの区分においても、急変による入室が一定割合存在した。
- ・「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」を算定する治療室の重症な入室患者数は、年間救急搬送件数と軽度の正の相関があり、年間全身麻酔実施件数と正の相関があった。
- ・年間救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。年間全身麻酔実施件数が多い病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が低い傾向があった。
- ・年間救急搬送件数が2,000件以上の病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が高い傾向があった。年間全身麻酔実施件数が多い病院では、ハイケアユニットの入室患者の1日あたり医療資源投入量が低い傾向があった。
- ・「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する治療室のうち、「頭蓋内圧持続測定を必要とする患者」を原則受け入れ可能な治療室は約5割であり、「脳梗塞に対するrt-PA療法・血栓回収療法を受けた患者」を原則受け入れ可能な治療室は約8割であった。

（特定集中治療室管理料の医師配置要件について）

- ・専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる「特定集中治療室管理料5、6」とそれ以外の区分において、処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目に関する患者受入方針に大きな差を認めなかった。救急外来受診に関する項目については、「特定集中治療室管理料1、2」において三次救急で搬送された患者を受け入れている割合が比較的多い傾向があった。
- ・集中治療の経験を5年以上有する医師は、当該医師の配置が要件とされていない区分においても、一定の配置が行われていた。
- ・「特定集中治療室管理料5、6」では、その他の区分と比較して、夜間・休日に「その他の診療科の医師」を配置している割合が多かった。

（重症患者対応体制強化加算について）

- ・重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価する「重症患者対応体制強化加算」がある。
- ・特定機能病院において「重症患者対応体制強化加算」を届出できない理由を聞いたところ、「急性期充実体制加算届け出ていない」が82.9%と多い一方で、その他の理由についてはいずれも20%未満であった。

【課題】

- 救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室における重症度等の関係についてどのように評価するか。
- 「特定集中治療室管理料1～4」を算定する治療室と、「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室における専任の医師の違いについてどのように評価するか。
- 「重症患者対応体制強化加算」の調査結果についてどのように評価するか。

1125 / 1505

32

2. 入退院支援（その2）

2-1. 入退院支援について

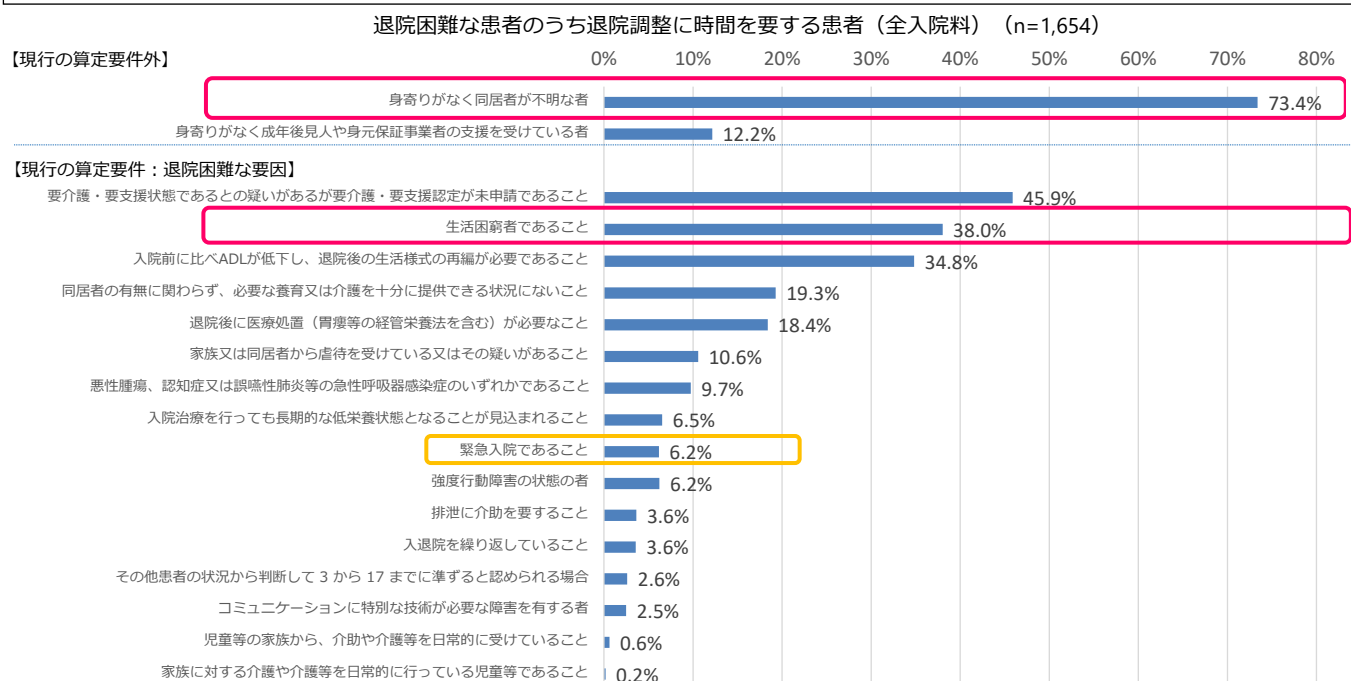
2-2. 後方支援を目的とした円滑な情報共有・地域連携について

1127 / 1505

34

退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者(全入院料)

- 退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が73.4%を回答しており、次に「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること」45.9%、「生活困窮者であること」38.0%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」34.8%であった。
- 「緊急入院であること」は6.2%であった。



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票～D票））

入退院支援に係る現状と課題①

（「退院困難な要因」について）

- 退院困難な患者のうち退院調整完了までに時間を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」が73.4%を回答しており、次に「要介護・支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること」45.9%、「生活困窮者であること」38.0%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」34.8%であった。
- 退院困難な患者のうち退院調整に人手を要する患者として上位3つを回答してもらったところ、「身寄りがなく同居者が不明な者」を全体の72.1%を回答しており、次に「生活困窮者であること」41.2%、「退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと」31.6%、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」28.1%を回答した。
- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として、病棟種別にかかわらず、「緊急入院であること」が最も多く、次いで、特に、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟においては、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」も多い傾向が見られた。
- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」73.4%、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」69.5%、「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」69.5%であった。
- 退院先の確保を行うために工夫している取組として、入院料別にみた場合にも、「退院を見据えた調整を入院直後から開始する」の割合が多くの入院料で最も高かった。急性期一般入院料1では、次点に「退院が円滑に進むように体制を整備している」の割合が高く、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では、次点に「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」の割合が高かった。療養病棟では、「高齢者施設等と連携を行う」、「入院後速やかに患者及び家族などに説明を行う」、「退院に向けた要介護認定の区分変更の必要性を判断する」、「入院後速やかに患者及び家族等に説明を行う」の順となっていた。
- 入退院支援部門の専従の看護師・社会福祉士の配置人数（常勤換算）は、病床数によって異なっていた。
- 令和6年度診療報酬改定において新設された精神科入退院支援加算の算定状況（病棟種別）において、330施設のうち、「届出あり」は26.4%、「届出の予定はない」は66.4%であった。精神科入退院支援加算の届出をしていない理由は「看護師等の配置が困難であるため」が最も多く77.4%であった。

1163 / 1505

70

入退院支援に係る現状と課題②

（入退院支援に係る具体的な支援内容について）

- 身寄りがなく同居者が不明な者（配偶者や親族等の身元保証人が確認できなかった者）に対する入退院支援として、「入院時に成年後見人等の確認を行っている」は77.1%、「行政を含めた対応を検討し、統一した対応を行っている」は57.1%、「病院内で対応を検討し、統一した対応を行っている」は50.6%であった。
- 「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」には、身寄りがいない患者に係る調整状況等についてまとめられている。
- 地域連携診療計画加算届出施設は微増しているが、算定回数はほぼ横ばいである。適切な情報連携等、入退院支援ルールの普及促進等を進めていることで、円滑な入退院につなげることが可能となる。
- 介護支援等連携指導料の算定に関する課題について尋ねたところ、「課題あり」と答えたのは47.6%であった。具体的には、「介護支援専門員（ケアマネジャー）との調整に時間を要す」52.9%、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」47.4%であった。急性期一般1、特定機能病院において、「在院日数が限られるため、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい」が6割を越えていた。
- 「患者が高齢者施設等に退院するにあたって、施設から金銭等を受け取ったことがありますか。」という問いに対して、「受け取ったことがある」が4医療機関、「金品の提供を打診されたが、受け取っていない」が6医療機関であった。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う一般病棟での面会制限に伴う影響として、患者と家族の関係性の把握、家族の思いを共有することが難しく、患者や家族の状況、家族の意向を踏まえた退院支援を進めることが難しい状況が生じていた。
- 面会時のルールについて、「家族等の面会は24時間制限していない」と回答したのは2.4%であった。面会について、「面会時間を日中に制限している」は80.9%、「面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている」は61.5%、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」は58.8%、「面会は予約制である」は29.8%であった。

【課題】

- 入退院支援に係る「退院困難な要因」や、病棟種別毎に必要な支援の密度について、どのように評価するか。
- 入退院支援に係る具体的な支援に当たって、身寄りのない人への支援、面会の制限、紹介先との利害関係等について現状をどのように評価するか。

1164 / 1505

71

2. 入退院支援（その2）

2-1. 入退院支援について

2-2. 後方支援を目的とした円滑な情報共有・地域連携について

1165 / 1505

72

中間とりまとめ（令和7年7月31日）抜粋

4-3. 包括的な入院医療を担う医療機関の機能について

- （分科会での評価・分析に関する意見）
- 高齢者の入院医療においては、救急の受入とともに在宅との連携も重要であり、在宅医療を含めて地域医療全体を考えることは重要なテーマとの意見があった。また、救急搬送から自宅に退院するまで1つの病院で加療できることが望ましく、病院単位でどのような役割をどのように評価するかといった観点で検討が必要ではないかとの意見があった。
 - 新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。
 - 地域包括ケア病棟の3つの機能について、病院単位で救急受入等を評価すると、結局ほとんど急性期の病棟に入院している場合があるので、形だけの救急告示ではなく、実際に果たしている後方支援機能等を評価する仕組みが必要ではないか、との意見があった。

- 【今後の検討の方向性】
- **包括期の入院医療を担う医療機関の役割として、救急搬送の受入と在宅・施設等の後方支援という観点で示されており、これらを評価する指標を検討するとともに、各医療機関の役割を踏まえながら、適切な基準についての検討を進める。**

15-1. 意思決定支援について

- （分科会での評価・分析に関する意見）
- 入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針についての情報提供の有無について、改定前と大きく変化がないため、地域全体で切れ目なく情報共有や支援を行うことを推進する観点から、意思決定支援とACPの情報提供に係る一連のプロセスについて評価を行うべきとの意見があった。
 - 一方で、患者本人が意思決定の主体となることから、医療機関が個別にACPに係る指導を行うことを押し付けるような評価は行うべきではないとの指摘があった。
 - ACPに関して、多職種間での理解の不一致がある場合があるため、多職種間の認識一致を目指していくべきとの意見があった。

- 【今後の検討の方向性】
- 患者が医療を受ける場所によらず、患者意思に基づいた医療を提供できる体制の構築を更に推進する観点から、**情報連携に係る評価について現行の評価との整理も含め検討する。**

1166 / 1505

73

介護施設等における対応力の強化

第9回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料2

令和6年9月30日

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

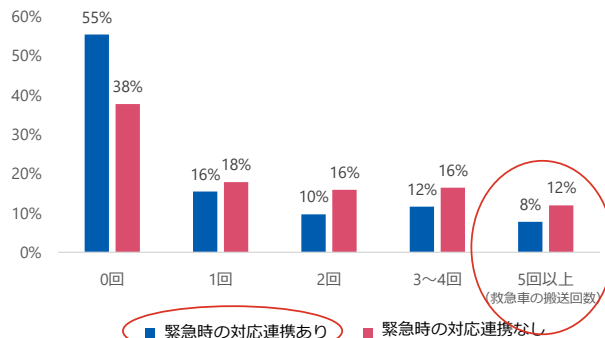
ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

■老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。

注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする

注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

- ・診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・当該介護保険施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

1170 / 1505

77

入退院支援に係る現状と課題③

〔後方支援を目的とした円滑な情報共有・地域連携について〕

- ・居宅や高齢者住まい等で在宅医療を受ける患者は在宅療養後方支援病院が、介護保険施設の入居患者は協力医療機関が、それぞれ緊急時の入院受け入れ機能を果たすことを期待されており、緊急時を見据えた平時からの情報連携を要件としている。
- ・増加する高齢者救急への対応として、介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要である。
- ・協力医療機関となっている施設数は入院料や病棟の組合せによらず5件以下の医療機関が最多であり、急性期一般入院料2-6を算定するケアミックス型の医療機関や地域包括医療病棟を有する医療機関で対象となる施設数が多い傾向であった。施設類型別では特別養護老人ホーム、介護老人保健施設の件数が多かった。協力医療機関としての実行性のある連携に資する3要件全てを満たす医療機関の割合は半数程度であり、特に急性期一般入院料1を算定する急性期病棟のみの医療機関ではその割合が低かった。
- ・協力医療機関ごとに、10床当たりの協力対象施設入居者数を見ると、1人以下の医療機関も一定数存在したが、一部の医療機関では50人以上であり、取り組みには差がみられた。
- ・在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法として、診療所の59.8%が平時から連携体制を取っている他の医療機関を地域で確保している一方で、11.7%が基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していなかった。
- ・協力対象施設入所者入院加算等において、ICTを用いた平時からの患者情報の共有及び定期的な協力対象施設とのカンファレンス等が要件となっている。
- ・後方支援を担う病院と在宅医療機関及び介護保険施設等が、地域医療情報連携ネットワーク等のICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、円滑な入院受入相談等を行うための連携体制を構築し、患者の状態に合った質の高い医療の提供等が期待されているが、病院において活用している施設は約3割であった。
- ・在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかに該当する施設において、協力対象施設入所者入院加算を届け出ているのは約4割であり、届出していない理由として、ICTによる情報共有の体制整備や、カンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かった。
- ・病院と在宅医療等との連携に係る診療報酬上の評価においては、主として顔の見える関係の構築をめざした要件と、緊急入院等に備え個別の患者の診療情報の共有を行うための要件があり、後方支援に係る加算では双方を要件としている。

【課題】

- 在宅患者の緊急入院を受け入れる機能を持つ医療機関と、在宅医療を提供する医療機関や介護保険施設等との間で、必要ときに円滑迅速に患者の受け入れが可能となるとともに、医療機関が多数の施設と連携するに当たって現実的にとりうる関係の構築について、現場の実情や、診療報酬上の要件等の観点から、現状をどのように評価するか。

1188 / 1505

95

3. 外来医療について（その3）

3-1. 全人的な診療を必要とする患者について

3-2. 生活習慣病管理料について

3-3. 特定機能病院等の再診患者について

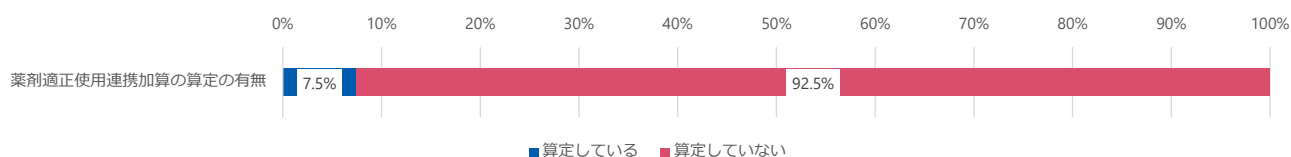
1192 / 1505

99

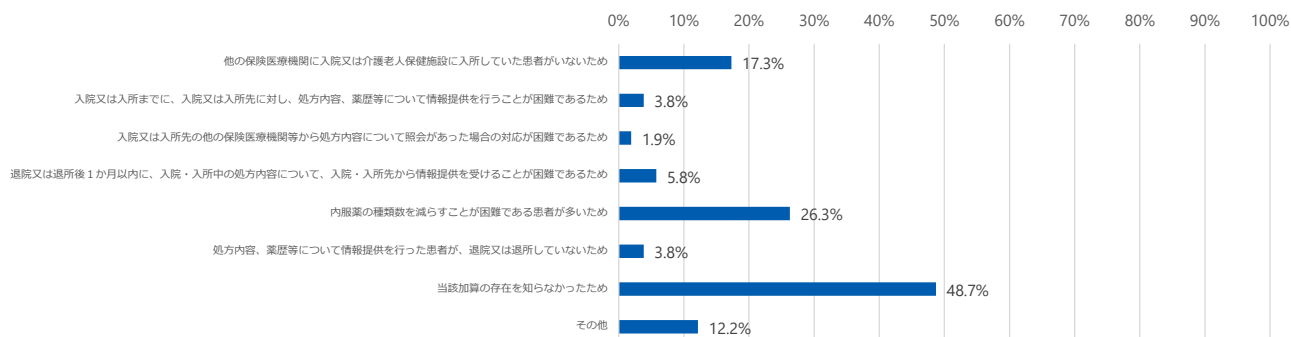
薬剤適正使用連携加算の算定状況

- 「地域包括診療料・加算」の届出医療機関において、薬剤適正使用連携加算を算定していると回答した医療機関は、7.5%であった。
- 薬剤適正使用連携加算を算定していない理由は、「当該加算の存在を知らなかったため」が最も多く、次いで「内服薬の種類数を減らすことが困難である患者が多いため」が多かった。

薬剤適正使用連携加算の算定の有無 (n=174)



薬剤適正使用連携加算を算定していない理由 (n=156)



現状と課題

（全人的な診療を必要とする患者について）

- ・「（認知症）地域包括診療料」「（認知症）地域包括診療加算」を算定された患者に占める65歳以上の患者の割合は、「（認知症）地域包括診療料」では約93%であり、「（認知症）地域包括診療加算」では約77%であった。
- ・診療所における検査体制は、いずれの検査項目についても、機能強化加算の算定医療機関において、より早期に結果を出せる体制が確保されている傾向があった。
- ・薬剤適正使用連携加算を算定していない理由は、「当該加算の存在を知らなかったため」が最も多く、次いで「内服薬の種類数を減らすことが困難である患者が多いため」が多かった。
- ・糖尿病高齢者における栄養管理に関するレビューによれば、年齢の進行に伴い、食事指導において重視される点が変化するとされている。

（生活習慣病管理料について）

- ・生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合、医学管理料のうち、悪性腫瘍に関する医学管理料（がん性疼痛緩和指導管理料）や、書類作成に関する評価（診療情報提供料等）の一部が別途出来高算定が可能である一方で、悪性腫瘍特異物質治療管理料や傷病手当金意見書交付料については包括されている。また、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）ともに、糖尿病を主病とした場合は、他疾患に対して在宅自己注射を行う場合であっても、在宅自己注射指導管理料を算定できない。
- ・診療所における、主傷病名が「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」である外来患者について、6か月あたりの算定回数別に、それぞれの算定実人数の割合を調べたところ、平均して1か月に1回以下の頻度で「再診料」を算定している患者は、約85%程度であった。また、診療所において「生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）」を平均して2か月に1回以下の頻度で算定している患者は、約50%前後であった。
- ・生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）をそれぞれどのような患者に対して算定するのかについては、それぞれ個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断するものとしている。
- ・生活習慣病管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定しない理由をそれぞれ聞いたところ、「生活習慣病の受診を開始したばかりの患者」「疾病のコントロールが不良な患者」「検査の頻度が多い患者」について、（Ⅰ）と（Ⅱ）での回答傾向が異なっていた。また、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の両方を算定している医療機関に対する調査では、「受診頻度が2か月に1回より少ない患者」「検査の頻度が2か月に1回より少ない患者」については、「生活習慣病管理料（Ⅰ）」の算定が多く、その他の患者については、「生活習慣病管理料（Ⅱ）」の算定が多い傾向があった。
- ・生活習慣病管理料（Ⅰ）で包括される「第3部 検査」「第6部 注射」「第13部 病理診断」に含まれる各項目は、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と比較して、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者に対してより多く実施されていた。
- ・検査料が包括される生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定患者の約10～20%の患者は、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定しない月に検査を受けていた。
- ・生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した外来患者について、6か月あたりの血液検査算定回数を調べたところ、平均して6か月に2回以下の頻度で算定している患者が、全体の約7～9割以上であった。6か月に1回も算定がない患者も一定数を占めていた。
- ・生活習慣病管理料（現在の「生活習慣病管理料（Ⅰ）」に相当）を算定された患者について、他の医療機関への受診も含む受診継続率は、医療機関ごとによらつきがあった。また、同一医療機関における同一管理料の継続算定率との差は5～20%程度であった。

1238 / 1505

145

現状と課題

（特定機能病院等の再診患者について）

- ・外来診療料の注2、3減算の算定が1回以上あった病院の割合は、いずれの区分においても10%未満であり、特定機能病院においては0%であった。
- ・外来診療料を算定した患者の主傷病名は、
 - ・特定機能病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約18%程度、「指定難病」の患者は約4%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約16%程度であった。
 - ・地域医療支援病院又は紹介重点医療機関であって許可病床数200床以上の病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約14%程度、「指定難病」の患者は約2%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約15%程度であった。
 - ・その他の大病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約15%程度、「指定難病」の患者は約2%程度、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」は約13%程度であった。
- ・外来診療料の注2・3減算を算定した患者の主傷病名は、地域医療支援病院又は紹介重点医療機関であって許可病床数200床以上の病院においては、「悪性腫瘍」「指定難病」の割合は、外来診療料算定患者全体と比較して大きな差は認められなかった一方で、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」の割合は少ない傾向があった。その他の大病院においては、「悪性腫瘍」の患者は約1%程度、「指定難病」の患者は約3%程度であり、外来診療料算定患者全体と比較して異なる傾向があった一方で、「小児慢性特定疾病（悪性腫瘍除く）」の割合には大きな差はなかった。
- ・特定機能病院においては、「周知するポスターを掲示している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。
- ・再診患者の逆紹介を行う上での課題としては、「逆紹介を行うことについて、治療管理上の不安を持つ患者の理解を得ることが困難」が最も多く、次いで「自院の複数科を受診している患者について、診療科間での調整が困難」が多かった。
- ・いわゆる「2人主治医制」とは、1人の患者に対して、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組を指す。その取組状況を調査したところ、
 - ・特定機能病院においては、「案内をWebサイトに掲載している」が最も多く、それ以外の病院においては「案内を直接患者に行っている」が最も多かった。
 - ・診療所においては、「特に取組を行っていない」が最も多く、次いで「取組に関する案内を直接患者に行っている」「近隣の病院と取組に関する取り決めを行っている」が多かった。

【課題】

- 複数疾患や生活の場を含めた全人的な診療を必要とする患者の特性等について、どのように評価するか。
- 令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する患者の特性等について、どのように評価するか。
- 特定機能病院等の再診患者の特性や、地域の診療所と連携して診療にあたっている患者の現状について、どのように評価するか。
- 特定機能病院等が再診患者の逆紹介を行う上での課題や、診療所において病院からの紹介患者を受け入れる上での課題、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について、どのように評価するか。

1239 / 1505

146

1. 高度急性期入院医療について（その2）
2. 入退院支援（その2）
3. 外来医療について（その3）
4. データ提出加算（その2）

1240 / 1505

147

データ提出加算に係る現状と課題

（データ提出加算の届出を要件とする入院料について）

- ・ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料は漸次拡大されてきた。
- ・ データ提出加算を届け出ている医療機関数は経時的に増加しており、全病院のうち、令和6年8月時点において、データ提出加算を届け出ている病院の割合は78.4%であった。
- ・ 令和6年度診療報酬改定においては、精神病棟入院基本料（10対1、13対1）等についても、データ提出加算の届出を、新たに入院料の要件としたところ。
- ・ 令和4年度診療報酬改定以降、新たにデータ提出加算の届出が要件となった入院料については、一定の条件のもと、当分の間、経過措置が講じられることになっているところ、これらの入院料の一部においては、経過措置の対象となりうる医療機関の割合が3割を下回っていた。

（様式1の見直しについて）

- ・ データ提出加算等における様式1については、令和7年6月19日開催の第4回入院外来分科会において、医療機関の負担となっており、簡素化すべきではないか、といった指摘があった。
- ・ 令和7年度入院・外来医療等における実態調査において、簡素化が必要な業務として様式1の作成を挙げた医療機関は、38.2%であった。
- ・ 様式1において入力を求めるデータの中には、入院全期間の評価が必要なものや、検査値の入力が必要なもの等、入力の負担が特に大きいと考えられるもの等が含まれていた。
- ・ データ提出加算の対象療養病棟等において適切な分析を行えるような設計となっていない。

（外来データの更なる活用について）

- ・ 外来データの活用については、令和7年6月19日開催の第4回入院外来分科会において、データに基づく医療機関の評価といった観点も踏まえて検討すべきではないか、といった指摘があった。
- ・ 外来医療の質の評価について、研究班より提出された資料を基に外来データによる集計を行ったところ、生活習慣病に関連する一部の指標について、医療機関毎のばらつきがみられた。

【課題】

（データ提出加算の届出を要件とする入院料について）

- データを用いた診療実績の更なる適切な評価を行う観点から、データ提出加算の届出を要件とする入院料等における、データ提出加算の届出状況について、どのように評価するか。

（様式1の簡素化について）

- 医療機関の負担軽減の観点から、様式1で入力を求めるべき項目について、入院全期間の評価が必要なものや、検査値の入力が必要なもの等、入力の負担が特に大きいと考えられる項目等が含まれている現状について、どのように評価するか。

（外来データの更なる活用について）

- データを用いた診療実績の更なる適切な評価を行う観点から、外来データの更なる活用について、どのように評価するか。

1265 / 1505

172

診 調 組	入	-	1
7	.	9	. 1 1

診療情報・指標等作業グループからの最終報告について

概要

○診療情報・指標等作業グループ（以下、「WG」という。）については、これまで5回にわたり議論を行っており（令和7年7月3日の検討状況の報告以降、7月29日、8月26日に議論を実施）、これまでの議論について下記のとおりとりまとめる。

検討内容（概要）

1. 急性期の指標について

- 急性期の機能に関する指標として、急性期の入院医療を対象としている DPC 制度、急性期の拠点的な機能を評価する総合入院体制加算や急性期充実体制加算の評価指標を踏まえ、救急搬送受入件数と地域シェア率（当該医療機関の年間救急搬送受入件数／所属二次医療圏内の全医療機関の合計救急搬送受入件数）、全身麻酔手術件数等について、二次医療圏人口等に着目した検討を行った。
- 20 万人未満の二次医療圏等においては、救急搬送受入件数が多くなく、総合入院体制加算等で評価されていないものの、地域シェア率が高い病院があった。
- 人口規模の小さい医療圏では地域シェア率のような考え方を指標として検討すべきという意見や、一方でシェア率は二次医療圏の再編等の影響を受けるため、慎重な検討が必要という意見、都市部と過疎地域で使うべき指標やその評価は異なるのではないかという意見があった。
- 拠点的な機能をどう整備するかという話にもつながるため、総合入院体制加算と急性期充実体制加算を合わせて整理したり、両加算で異なる実績要件について統一してはどうかという意見があった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について、人口が少ない地域の要件緩和等が必要ではないか、その際、圏域の設定として、人口の少ない地域をどのように線引きするか検討が必要ではないかという意見があった。

2. 高齢者の入院に関する指標について

- 新設された地域包括医療病棟について、高齢者の救急入院を担う観点から、疾患別、予定入院・緊急入院別、手術の有無別の医療資源投入量の分析や、在院日数や A D L 等のアウトカム指標の分析を行い、高齢者の入院医療を評価する指標について検討を行った。
- 内科系疾患は包括される包括内の出来高点数が相対的に高く、請求点数には反映されにくい傾向にあった。内科系疾患は救急搬送からの入院や緊急入院の割合が高く、手術を行わない緊急入院はその他と比べ医療資源投入量が高かった。
- 在院日数は高齢、転院転棟を除く直接入院、入院初日の A D L が低い、入院初日の B 項目点数が高い等の場合に長い傾向にあった。

- さらに、地域包括ケア病棟を含む包括期の入院医療を担う病棟において、高齢者救急の受入の他に、在宅医療や施設等の後方支援を担う観点から、こうした機能に関する指標についての検討を行った。
- 包括期の入院医療を担う病院の機能を表現しうる指標の候補として、救急搬送の受入以外に、協力医療機関である場合等に算定できる加算等の後方支援の実施状況や、当該病棟への自宅等からの直接の入院等があげられた。それぞれの項目について、各病棟における算定回数や件数にはばらつきがみられた。

3. 重症度、医療・看護必要度について

- 特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等、また一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について令和6年度改定を踏まえた基準該当割合等について検討を行った。
- 特定集中治療室（ICU）・ハイケアユニット（HCU）について、致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、ICUやHCUの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の処置について、それぞれの重症度、医療・看護必要度での位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について、令和6年11月1日時点では、必要度Ⅱを届け出ている施設は、令和4年11月1日時点より増加していた。
- 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2～6や地域包括医療病棟等で高かった。
- B項目は要介護度と相関する傾向がみられ、入院や手術から4～7日後には点数の変化が少なくなる傾向があった。A項目が±2点以上の場合には、同じ方向に点数が動く患者の割合が増えていたが、術後早期については、A項目の変化とは逆方向の変化を示す患者も多かった。
- B項目の測定の手間に言及する意見があった一方、高齢者を看る負担をB項目以外では評価できないと考えられ、B項目に代わるものがない限り、B項目が必要ではないかという意見があった。
- B項目の術後7日目以降の変化や、内科系症例での入院4日目以降の変化が安定していることを踏まえ、測定間隔の緩和を検討してはどうかという意見があった。
- 内科系症例ではA・C項目が一定点数以上である割合が外科系疾病と比較して低く、重症度、医療・看護必要度がつきにくいことは明らかであるとの指摘があった。
- また、抗菌薬はA項目で評価されないの、感染症の患者は重症度、医療・看護必要度が付きにくい一方、圧倒的に救急搬送、緊急入院の割合が高いので、この部分の評価を増やすことで、感染症患者等も評価されやすくなるのではないかと意見があった。

1. 急性期の指標について

① 分析結果

(急性期の機能や総合性に関するこれまでの評価) (P4～P11)

- 令和6年度の届出医療機関数は、新設した地域包括医療病棟、急性期一般入院料2、地域包括ケア病棟2が増加し、急性期一般入院料1、4、地域包括ケア病棟1が減少した。
- 急性期一般入院料1を届け出ている施設約34%が地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を届け出ていた。この割合は急性期一般入院料2～3では約60%、急性期一般入院料4～6では約37%であった。
- 急性期の機能や総合性を評価する現行の評価には急性期充実体制加算、総合入院体制加算があり、救急搬送件数2,000件以上や全身麻酔手術件数1,200件以上等がその要件の一部となっている。DPC制度においても急性期病院の機能を示す指標が用いられており、実績要件として外保連手術指数等が含まれる。
- 急性期一般入院料1を算定する医療機関の約9割は、DPC算定病院である。また、DPC特定病院群の約95%、DPC標準病院群の約60%が急性期一般入院料1の病院である。DPC特定病院群の約89%、DPC標準病院群の約20%が急性期充実体制加算・総合入院体制加算のいずれかを届け出ている。
- 20万人未満の二次医療圏では、約8割の医療圏で急性期充実体制加算、総合入院体制加算のいずれも算定していなかった。20万人以上の二次医療圏では、9割以上の医療圏で、急性期充実体制加算又は総合入院体制加算のいずれかを算定している病院があった。

(救急搬送・全身麻酔手術に着目した指標の分析) (P13～P31)

- 各二次医療圏に所属する医療機関が受けた救急搬送件数の総数は、年間約5100件/10万人であった。
- 全国の病院のうち、年間救急搬送受入件数2000件以上の病院は約17%であった。(DPCデータと、病床機能報告による救急搬送受入件数が突合可能であった6051病院を対象に分析。)
- 人口区分ごとの救急搬送受入件数が一定以上の病院の割合は以下のとおりであった。

人口	医療機関数	2000件以上	4000件以上
20万人未満	1109病院	112 (10%)	15 (1%)
20万人以上100万人未満	3275病院	555 (17%)	249 (8%)
100万人以上	1667病院	363 (22%)	181 (11%)

- 急性期一般入院料1算定病院では、許可病床数が多くなると、救急搬送受入件数のより多い病院が存在する傾向があった。医療機関における急性期一般入

院料 1 の病床割合が同規模であっても救急搬送受入件数にはばらつきがあった。

- 人口 20 万人未満の 161 医療圏のうち、各医療圏の最大救急搬送受入病院が 2000 件以上である医療圏は 91、1200 件以上である医療圏は 127 であった。
- 急性期一般入院料 1 の算定病院において、深夜の救急搬送受入割合は 10～30%が多く、それ以上に深夜に受け入れている病院もある一方で、全く受け入れていない病院も見られるなど、ばらつきが見られた。
- 全国の病院のうち、年間の全身麻酔手術件数 500 件以上の病院は約 23%であった。(DPC データと、病床機能報告による救急搬送受入件数が突合可能であった 6051 病院を対象に分析。)
- 医療機関における急性期一般入院料 1 の病床割合が同規模であっても全身麻酔手術件数にはばらつきがあった。こども病院では、急性期一般入院料 1 の病床割合が低い、手術件数の多い病院が存在した。
- 各都道府県において、大学病院本院以外の全身麻酔手術件数が最大の病院について、秋田県を除く全ての病院で、全身麻酔手術件数が 2000 件を超えていた。
- 急性期一般入院料 1 を算定している病院において、救急搬送受入件数が多くなるほど、全身麻酔手術件数が多くなる傾向にあった。
- 全身麻酔手術件数と急性期充実体制加算の対象手術件数の分布を見ると、救急搬送件数 500 件以上の病院と比較して、救急搬送受入 500 件未満の病院においては、全身麻酔手術は実施しているものの急性期充実体制加算の対象手術がわずかである病院が多くみられた。
- 同程度の手術実施症例件数の病院であっても、手術あたりの外保連手術指数にはばらつきがあり、手術実施症例が一定以上の病院であっても、外保連手術指数が低い病院もある。

(地域シェア率に着目した分析) (P33～P36)

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関があった。これらの医療機関では急性期充実体制や総合入院体制加算は算定されていなかった。
- 各二次医療圏における最大救急搬送件数受入のある病院について、救急搬送件数と地域シェア率の分布を見ると、ほぼ全ての 20 万人未満医療圏において、当該病院が地域の救急搬送の 1/4 以上をカバーしていた。
- 各二次医療圏における最大救急搬送件数受入のある病院について、救急搬送件数と地域シェア率の分布を見ると、救急搬送件数がそれほど多くない病院であっても、地域の救急搬送の半数以上をカバーする病院があり、こうした病院は、加算で評価されていない病院も多い。

(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の実績に関する分析) (P38～P50)

- 総合入院体制加算・急性期充実体制加算を届け出ている病院の多くは、救急搬送件数 2000 件、全身麻酔手術件数 1200 件以上であったが、各加算区分によって、実績要件の満たす割合や、総合的な診療体制は異なっており、総合入院体制加算 1 届出病院では概ね全ての手術等の実績や診療体制を満たしている一方、総合入院体制加算 3 等では各実績要件を満たしている病院の割合が低かった。
- 実績要件を満たす割合が低い病院でも、各加算届出病院では、6～7 の診療科を標榜しており、総合的な診療体制を有していた。
- 総合的な診療体制については、精神科の入院提供体制を満たす割合が低い傾向にあった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、実績要件における心臓血管外科手術の対象 K コードと実績件数が異なっており、総合入院体制加算の対象手術には人工心肺を使用する冠動脈、大動脈バイパス手術等が入っていない一方、手術実績は総合入院体制加算が 40 件/年、急性期充実体制加算が 100 件/年となっている。
- 常勤の心臓血管外科医が 1～2 人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術の中央値が 0 件/年とほとんどの施設で実施されておらず、第 3 四分位点も 40 件/年となる一方、心臓血管外科医が 3～5 人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術は第 1 四分位点でも 55 件/年実施されている。

(離島、こども病院など特殊な類型における急性期の機能の分析) (P52～P55)

- 有人離島からなる二次医療圏における病院では、その他の医療圏と比較して、救急搬送受入件数が少なく、年間 3000 件を超えるような病院はなかった。
- こども病院では、救急搬送受入件数と全身麻酔手術件数の分布について、同じ救急搬送件数を受けている一般病院と比較して、手術件数が多い傾向にあり、急性期充実体制加算の対象となる手術も一定程度実施されていた。また、こども病院で救急搬送の地域シェア率が 1/4 を超えるような医療機関はなかった。

② 分析結果に関する主な意見

(急性期の病院の機能について)

- 病院単位の機能に着目した指標として何が適切か考えていく必要があるとの意見があった。
- 急性期の機能として、「新たな地域医療構想のとりまとめ」の「急性期拠点」の機能を想定して指標をみているが、具体的にどの程度の病院を想定しているかのすりあわせが必要ではないかとの指摘があった。

- 急性期の指標として、夜間深夜の救急受入を評価したほうが良いのではないかと意見があった。

(二次医療圏ごとの評価について)

- 二次医療圏の人口と救急搬送受入件数、全身麻酔手術、という三軸の指標であり、それらの関係性を分かりやすく示すことが必要との意見があった。
- 人口規模が小さい医療圏では、シェア率のような考え方を指標として用いることも考えられるのではないかと意見があった。
- 救急等については、二次医療圏とは別に圏域を設定している場合があり、人口規模、重症患者の搬送など地域の特性に応じた視点が必要ではないかと意見があった。
- シェア率を考える場合は、近接地域からの流入に留意したうえで議論すべきであり、流入を含めたシェア率は高いが当該地域におけるシェア率は低いといったことがありえるため、指標においては流入をどのように取り扱っているか明確にすべきではないかと意見があった。
- シェア率は、二次医療圏の再編によって大きく変わるため、一つの目安にはなるが、評価に使用するには難しい点もあるのではないかと指摘があった。
- 集約化すべき部分もあると思うため、小さな医療圏なら基準が甘くてよいという考え方にならないよう、注意して指標を検討する必要があるとの意見があった。
- 都市部と過疎地域で使うべき指標やその評価は異なるのではないかと意見があった。

(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の実績について)

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算に救急 2000 件や手術 1200 件といった区分があり、特に人口の少ない地域では、総合入院体制加算の 2、3 を取ることで、地域の中で急性期医療をしっかりと支えていけるため、こういった基準があることに意味があるのではないかと意見があった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算で、心臓血管外科手術の対象の手術が異なっていることや、腹腔鏡下手術は両方の加算の対象となっている一方、胸腔鏡下手術は総合入院体制加算の対象となっていないことについて、あえて分ける必要はないのではないかと意見があった。
- 心臓血管手術だけではなく、異常分娩 50 件と正常分娩 100 件の違いについても、異常分娩を 50 件実施しているところは、通常、正常分娩も 100 件実施しているとの意見があった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算はもともとは異なる加算であるが、新たな地域医療構想における医療機関機能を踏まえ、両加算を併せて 1～5 に振り分ける・整備する検討も必要ではないかと意見があった。

- 全身麻酔手術で必ずしも医療資源投入量が高いとは言えないものや、脊椎麻酔である程度点数の高いものもあるのではないかと意見があった。
- 人口が少ない地域での評価については、既存の類型の中での条件緩和あるいは別類型をつくるなどが必要ではないかと意見があった。
- 人口が少ない地域の圏域の設定として、どこで線引きするか、二次医療圏・三次医療圏の圏域を超えて患者が集まる場合の配慮や、地域の中に1つだけの病院か、複数の病院かといった観点も重要ではないかと意見があった。
- 実績要件を緩和する場合には、緊急・救急対応が必要か、医療従事者の集約化が必要か、という観点があるのではないかと意見があった。
- 化学療法も、集約化が必要な化学療法と、アクセスのよいところに必要な化学療法があるのではないかと意見があった。

(特殊な病院について)

- こども病院は産科も備えており、母胎が入院ないし搬送後にそのまま児のケアを行うので、救急搬送は少ない。総合入院体制加算や急性期充実体制加算は取れず、急性期一般入院料1でもないと思うが、実態としてその分野の急性期病院としての役割は果たしており、こうした病院の評価の指標は別に考えるべきではないかと意見があった。
- 新たな地域医療構想のとりまとめにおいて、アクセスに留意する、という書き方がなされているので、離島だけでなく半島など、アクセスの悪い地域全般について考慮すべきではないかと意見があった。

2. 高齢者の入院に関する指標について

(1) 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟について

① 分析結果

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の届出状況について)(P56~58)

- 2024年9月のDPCデータの様式3における各入院料の届出状況について、地域包括医療病棟67施設、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料はのべ2,783施設であり、いずれも約3分の2が同じ医療機関で急性期一般入院料も届け出ている。
- 地域包括医療病棟を算定する施設における急性期一般入院料を算定する病棟、地域包括ケア病棟の併設状況は、いずれもなしが5施設、急性期一般入院料が44施設、地域包括ケア病棟又は入院医療管理料を算定する病棟が併設されているのが50施設、両方が併設されている病棟が32施設であった。

(包括期の入院医療を担う病院の機能に関する指標について)(P59~63)

- 高齢者救急や在宅医療等の後方支援を担う観点から、指標の候補として、救急搬送受入件数、下り搬送等受入件数、当該病棟への直接の入院や緊急入院、在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算の算定回数、介護保険施設等連携往診加算の算定回数等があげられた。
- 各指標候補の算定回数や件数は、施設によってばらつきがあり、一定程度の幅で分布していた。
- 地域包括ケア病棟における自宅からの入院の割合や緊急入院の割合は、急性期病棟の有無や施設により大きくばらついていた。

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の患者像について)(P64~69)

- 各入院料を算定する病棟における年齢階級別分布を比較すると、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料4~6と比較して70歳以上の高齢者の割合が多く、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の年齢分布には大きな差はなかった。
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料4~6と比較して要支援~要介護のいずれの区分の割合も多かった。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では、要介護度の分布に大きな差はなかった。
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料4~6と比較して認知症を有する患者の割合が多かった。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では、要介護度の分布に大きな差はなかった。
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料4~6と比較して認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa(認知症による症状のため、介護を必要とする)以上の患者の割合が多かった。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はなかった。
- 地域包括医療病棟では、急性期一般4~6と比較して、医師による診察(処置、判断含む)の頻度・必要性が高い患者の割合が多く、急性期一般2~3と類似の分布であった。地域包括ケア病棟では、医師による診察(処置、判断含む)の頻度・必要性はこれらの病棟より少ない患者の割合が多かった。一方、看護師による直接の看護提供は、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟において、急性期一般4~6と比較して頻回に必要とする患者の割合が多かった。

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の医療資源投入量について)(P70~81)

- 地域包括医療病棟における入院患者数の上位30疾患(DPC6桁名称による)は、上位から順にその他の感染症(真菌を除く。)、肺炎等、誤嚥性肺炎、体液量減少症、股関節・大腿近位の骨折、腎臓又は尿路の感染症、胸椎・腰椎以下骨折損傷、小腸大腸の良性疾患、脳梗塞、体温異常等であった。
- 地域包括ケア病棟における入院患者数の上位30疾患(DPC6桁名称によ

る)は、上位から順に白内障・水晶体の疾患、胸椎・腰椎以下骨折損傷、肺炎等、股関節・大腿近位の骨折、心不全、小腸大腸の良性疾患、誤嚥性肺炎、腎臓又は尿路の感染症、体液料減少症等であった。

- 地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の入院患者数上位 30 疾患を比較すると、多くが一致していた。両病棟とも、上位 30 疾患の入院患者数が、期間中の全入院患者数の 60%程度を占めていた。また、上位 50 疾患では 80%程度を占めていた。
- 地域包括医療病棟において、一定以上の患者数がある疾患について包括内の診療行為等を出来高換算した場合の点数を調べると、5000 点を超える疾患は 28 疾患あり、点数順に誤嚥性肺炎、股関節・大腿近位の骨折、脳梗塞、肺炎等、間質性肺炎等で、患者数が多い疾患が多く含まれていた。「請求点数／包括される点数の出来高換算点数」の比は、股関節・大腿近位の骨折、胸椎・腰椎以下圧迫骨折、椎間板変性・ヘルニア、前立腺肥大症等、脊柱管狭窄症、筋拘縮・萎縮(その他)等では 10 を超えていた。肺炎等、外科系の手術や処置等を行わない疾患では、これらの疾患と比較して比が小さい傾向にあった。
- 地域包括ケア病棟における、患者数が上位 50 位までの疾患の「請求点数／包括される点数の出来高換算点数」の比は、地域包括医療病棟と比較してばらつきが少なかった。
- 地域包括ケア病棟における、1 日あたり請求点数と 1 日あたり包括される点数の出来高換算点数の散布図をみると、多くの疾患が 1 カ所に集中しており、概ね入院基本料＋包括内の出来高点数と請求点数が一致していた。一方、白内障、鼠径ヘルニア、小腸大腸の良性疾患といった短期滞在手術等基本料 3 の対象となっている疾患においては、短期滞在手術等基本料 3 を算定した場合と比較してもその請求点数が高かった。
- 患者ごとの包括内出来高実績点数は、中央値 610.7 点、四分位範囲 640 点程度で患者による差が生じていた。予定/緊急入院と、手術の有無により群分けして分布をみると、緊急入院で手術を受けない患者(725 点)、緊急入院で手術を受ける患者(595 点)、予定入院で手術を受けない患者(458 点)、予定入院で手術を受ける患者(369 点)の順に包括内出来高実績点数が高かった(括弧内は中央値)。
- 施設毎に手術に係る K コードの実施率には差があり、実施率が 50%を超える 12 施設では、それ以外の施設に比べて 1 人あたり請求点数が高かった。

② 分析結果に関する主な意見

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の届出状況について)

(包括期の入院医療を担う病院の機能に関する指標について)

- 病院の機能に関する指標を検討する際は、他の病棟との併設の状況も踏まえて、分析や解釈をしたほうが良いのではないかと意見があった。

- 機能の指標は、原則として操作されないものが良いと考えるが、あまり厳し
いと基準では満たせるところがなくなるため、過剰な救急搬送や緊急入院につ
いては別の尺度で抑制的に評価していくことも考えられるのではないかと
の意見があった。
- 救急搬送受入件数については、高齢者救急を受けるという観点から、年齢で
重み付けした評価も考えられるのではないかと。また、下り搬送については、救
急患者連携搬送料の普及は十分とは言えず、下り搬送の定義を同じにするのか
どうか等、指標として利用する際には検討課題になるのではないかと指摘が
あった。

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の患者像について)

- 同じ 10 対 1 看護配置である急性期一般入院料 2 ～ 6 と比較し年齢層や介護
度が高い患者が入棟しているのは一定程度目的に沿った運用が想定されるが、
これらの患者に対する A D L の向上などのアウトカム指標の分析を行い、実際
にこの病棟で目指していた治療が提供できているか確認すべきではないかと
の意見があった。
- 多疾患併存の患者に対する評価指標を検討すべきではないかと意見があ
った。

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の医療資源投入量について)

- 地域包括医療病棟における外科系の請求点数は高いというデータについて、
外科系は手技料が当然必要な他、手術室の設備や手術のための人的配置も必要
でコストがかかるため、ある程度は必要なコストと考えるべきではないかと
の意見があった。
- D P C 対象病院の地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料 3 の対象とな
る手術を行い、地域包括ケア病棟入院料プラス手術点数を取ると、短期滞在手術
等基本料 3 より点数が高いため、D P C 対象病院ではそうした患者を地域包
括ケア病棟でみていると思われるとの意見があった。
- 地域包括医療病棟で救急を含む全ての患者を一律の点数でみるのは無理が
あるため、何らかの指標を用いて区分するという考え方は妥当ではないかとの
意見があった。
- 予定/緊急入院や手術の有無により医療資源投入量に差があることについて、
包括期は退院に向けた訓練等も行う機能を有しており、中長期の入院期間内に
病名が変わることもあるため、D P C に準じて疾患毎に評価を細分化すること
はなじまず、今回のように区分することはよいのではないかと。また、他の区分
の組合せによる指標についても検討する必要があるのではないかと指摘が
あった。

(2) 高齢者の在院日数と関連する要因について

① 分析結果

(在院日数と関連する要因について) (P82~85)

- 地域包括ケア病棟においては、救急搬送による入院の場合、総在院日数（入院料を問わず、その医療機関における入院～退院までの日数）が長かった。地域包括ケア病棟在棟日数（地域包括ケア病棟入院料を算定した日数）は、直接入棟した群で転院転棟群より長く、地域包括ケア病棟へ直接入棟した患者のみを対象に救急搬送の有無で地域包括ケア病棟の在院日数を比較すると、差はなかった。（いずれも、短期滞在手術等基本料3の対象となる入院を除いて集計）
- 年齢階層ごとに総在院日数、地域包括ケア病棟在院日数を分析すると、高齢になるほど在院日数は長くなる傾向であった。救急搬送された群では、同年代で比較して総在院日数が長くなる傾向にあったが、地域包括ケア病棟では、転棟群と直接入棟した群で、救急搬送の有無による在棟日数の傾向は異なっており、直接入棟群ではむしろ救急搬送群において在院日数が短い傾向であった。
- 入院初日のADLスコアが低いほど、また入院初日のB項目点数が高いほど、退院までの総在院日数や地域包括ケア病棟の在棟日数は長くなる傾向であった。

(在院日数と関連する因子同士の相関について) (P86~88)

- 年齢階層毎のADL、入院初日のB項目点数の分布をみると、高齢であるほどADLスコアが低く、B項目点数は高かった。
- B項目は看護師による療養の世話の手間を測定する観点から導入されており、ADL、要介護認定における認定調査項目を比較すると、重複する項目が多い。
- ADLスコアとB項目点数には相関がみられるが、ADLスコアが0点の患者におけるB項目点数にはばらつきがあり、「危険行動」や「指示が通じる」項目、「介助の実施」の有無による評価の違いの影響が考えられた。

② 分析結果に関する主な意見

- 地域包括ケア病棟で、直接入棟した群において救急搬送がそれ以外と比較して在院日数が短いのは、救急患者の場合は受入時に「診療可能な患者」を見極めているため、結果的にかかりつけで入院が必要になる患者よりも、軽症の患者が多いのではないかと指摘があった。
- 地域包括ケア病棟では、救急搬送ではなく、直接入棟を指標としたらどうかとの意見があった。
- 在院日数は、年齢や入院時B項目の影響を強く受けており、アウトカムの評価の適切な指標について多角的に検討する必要があるのではないかと意見があった。

- ADLの指標として、B項目、Barthel Index、日常生活機能評価、FIM等、職種や場面によって複数あり、職種によって評価結果が異なることもあるので、多職種協働における共通認識の評価として、患者ケアや退院支援に役立つADL指標を整備してくべきではないかとの意見があった。

3. 重症度、医療・看護必要度について

- (1) 特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について（P89～P102）

① 分析結果

- 令和6年度診療報酬改定においては、高度急性期・急性期入院医療を要する患者の適切な評価にむけて、SOFASコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入したほか、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」の項目及び該当基準について見直しが図られた。
- 日本集中治療医学会による「ICU 入退室指針（2023年11月24日）」において掲げられている「提供する治療・ケアの因子」においては、「人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない動脈圧、中心静脈圧のモニタリング患者等については、中間ユニットで管理することも考慮する」とされている。
- 特定集中治療室（ICU）・ハイケアユニット（HCU）の入室患者の傷病名のうち上位を占める急性心筋梗塞後の患者では、致死性不整脈の管理が重要であり、電氣的除細動の実施や、必要に応じた抗不整脈薬の投与が診療ガイドライン等で推奨されている。また、病態に応じて、一時的ペーシングが必要となる場合がある。
- 現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」では、基準に該当する患者割合の要件は7割又は8割である一方で、実際に基準を満たす患者は、全体の約92%であった。該当患者割合が最も高い項目は「動脈圧測定」の約84%であり、最も低い項目は「肺動脈圧測定」の約6%であった。
- 特定集中治療室管理料の算定患者のうち、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」は約12%、「一時的ペーシング」は約1%であった。
- 現行の「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する患者割合の要件は、基準①で1割5分、基準②で6割5分又は8割である一方で、実際に基準①を満たす患者は概ね3割程度であり、基準②を満たす患者は概ね9割程度であった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の算定患者のうち、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約4～6%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約0.1～0.3%であった。

② 分析結果に関する主な意見

- 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者は、人工呼吸器の管理等を要さない場合であっても、I C UやH C Uにおいて厳格な不整脈のモニタリングを要する場合があるが、このような患者は、現行の評価体系では「特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」で該当する項目がないとの意見があった。
- 致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、I C UやH C Uの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」「抗不整脈剤の使用」「一時的ペーシング」等について、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」での位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない「動脈圧測定」「中心静脈圧測定」は、中間ユニットがない医療機関においては集中治療室で行うことがあるのではないかと意見があった。
- 「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準は、該当する患者や施設の割合を踏まえて検討するべきではないかと意見があった。

(2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について

① 分析結果

(必要度Ⅰ・Ⅱについて) (P104~110)

- 令和6年11月1日時点では、必要度Ⅱを届け出ている施設は、急性期一般入院料1は99.0%、急性期一般入院料2-3は78.3%、急性期一般入院料4-6では41.0%であり、令和4年11月1日時点より増加していた。
- 令和6年度改定における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、急性期一般入院料1は割合①と割合②が設定された。重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は急性期一般入院料2-3においてのみ令和4年よりも6年の割合が高かったが、Ⅰ・Ⅱとも、その他の入院料については令和6年の割合は低下していた。
- 急性期一般入院基本料、地域包括医療病棟、地域ケア病棟における必要度該当状況について、急性期一般入院料1は、2~6と比較し、基準1~3に該当する割合及びA得点2点以上の割合が高く、B得点3点以上の割合は低かった。地域包括医療病棟は、急性期一般入院料と比較し、B得点3点以上に該当する割合が高く、70%を超えていた。必要度基準該当割合は、基準が同一である急性期一般入院料2~6と比較して高かった。基準2及び3に該当する割合は、いずれも急性期一般入院料と比較して少なかった。

(B項目について)(P112~135)

- 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2~6や地域一般入院料1、地域包括医療病棟で高かった。また入院初日にB得点が3点以上である割合は、地域包括医療病棟では66%、脳卒中ケアユニット(SCU)では76%と高い割合を占めていた。
- 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。
- 急性期一般入院料2~6、地域包括医療病棟における入院時と退院時のB得点を要介護度別にみると、いずれの時点でも要介護度と相関する傾向にあり、特に要介護4~5においては、入院時から退院時にかけてB得点の変化がほとんどみられなかった。
- 重症度、医療・看護必要度の記録については、入院・外来医療等における実態調査(病棟看護管理者票)で約3割が課題なしと回答していた。一方、「職員研修に手間がかかる」「必要度の記録により時間外勤務が発生している」もそれぞれ約3割、2割弱が回答していた。「看護職員による記録忘れが多い」、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」は必要度Iで割合が高かった。
- B得点の平均は、入院後日数が経つにつれ、患者数の減少とともに緩やかに上昇していた。平均値も同様の推移であった。B得点の前日との差分の平均は、入院3日目頃からわずかに改善し、7日目頃から前日との差分が0点近く安定した推移になっていた。
- B得点の前日との差分を各日100%積み上げ棒グラフで表すと、全経過にわたり、前日と同じB得点(差分0点)の患者が最も多く、入院5日目頃から前日との差分が0点の患者が約7割で安定していた。
- 入院料毎にB得点の推移をみると、包括期の病棟になるにつれ、初日のB得点が高くなるが、推移はどの病棟も類似していた。
- B得点の前日からの変化の平均の推移を、要介護度と初日のB得点の組合せごとに分析すると、要介護度によらず、初日のB得点によってその後の推移は概ね一定のパターンを示し、入院4日目頃からは、概ね0点で推移していた。予定入院と緊急入院で比較すると、入院7日目以降に前日との差分が概ね0点で推移する点は共通しているが、予定入院でのみ、入院4~7日目頃にB点数が改善する期間がみられた。
- 手術を起点にB得点を観察すると、手術日にB得点が大きく変化し、術後7日目以降、概ね安定した推移となっていた。
- 重症度、医療・看護必要度が7日後に±1点以内でほぼ変わらない患者の割合を、C項目手術非実施症例(内科系症例を多く含む)は入院からの日数、C

項目手術実施症例は手術からの日数に応じて経時的に観察したところ、対象手術の非実施症例は、入院1日目から7日後にB得点が変わらない患者の割合が約6割であり、入院7日目頃までにゆるやかに上昇し、7日目には約7割であった。一方、対象手術の実施症例（外科系症例）では、術後4日目頃まで7日後とB点数が変わらない患者の割合は6割を切っており、術直後はB得点の変化が大きいと考えられた。その後7日後とB得点が変わらない患者の割合は増加し、7日目頃には対象手術非実施症例と同様約7割となった。

- A項目の変化とB項目の変化の関係をみると、入院や手術後早期では、A項目が不変でもB項目が変化しない割合は5～6割とそれ以降に比べて少なく、手術後6日目までは、A項目の変化とB項目の変化の方向が一致しない症例が多かった。入院や手術後一定の期間を経過した後は、A項目が変化しなければB項目は前日から変化しない割合が7割を超えており、A項目が2点以上変化した場合に、B項目が同じ方向に変化する患者の割合が多かった。

（内科系症例におけるA項目・C項目について）（P137～164）

- 急性期一般入院料1において、外科系症例（C項目C15～20、C23のいずれかに入院中該当した症例）と比較し、内科系症例（それ以外の症例）では、A得点2点以上、3点以上となる該当割合はいずれも低かった。急性期一般入院料2～6、地域包括ケア病棟のA得点1点以上においても同じ結果であった。
- 内科系症例の中でも、肺炎等、尿路感染症、その他の感染症（いずれもDPC6桁名称）においては、急性期一般入院料1～6において、A項目の基準該当割合が内科系症例全体に比較して低かった。一方、地域包括ケア病棟におけるA得点1点以上の割合は内科系症例全体よりも高かった。
- 急性期一般入院料1の病棟において、入院からの日数とA得点の状況を分析すると、入院2日目以降、A点数1点以上～5点以上のいずれにおいても、外科系症例（※）のほうが内科系症例に比べて割合が高かった。（※以降の分析では、手術に係るKコードを入院中に算定した症例を外科系症例と定義した。）地域包括医療病棟でも同様の傾向であった。
- 急性期一般入院料1の病棟における内科系症例で割合が高いA項目の下位項目は、A2呼吸ケア、A6_6免疫抑制剤、A7緊急入院等であった。一方、地域包括医療病棟における内科系症例で割合が高いのはA2呼吸ケア、A7緊急入院であった。A2呼吸ケアは、その差が急性期一般入院料1の病棟と比べて大きかった。A6_6免疫抑制剤は、急性期一般入院料に比べ、全体的な使用頻度が少なく、外科系症例との差が目立たなくなっていた。
- 検査や画像診断に係る包括内の出来高換算点数が一定以上である割合をみると、急性期一般入院料1の病棟と地域包括医療病棟のいずれにおいても、入院4日目以降、検査について内科系症例がわずかに高くなる傾向であり、入院9日目からは再び外科系症例の該当割合が高くなっていた。画像検査について

- は、入院2日目以降、概ね一貫して外科系症例における該当割合が高かった。
- 外科系症例と内科系症例で、救急搬送や緊急入院の割合を比較すると、いずれも内科系症例で高かった。85歳以上の高齢者ではその傾向がより顕著であり、内科系症例の9割程度が緊急入院であった。
 - 急性期一般入院料、地域包括医療病棟における85歳以上の入院患者数上位20位疾患（DPC6桁、14桁コードのそれぞれ）について、上位疾患の多くは緊急入院率が90%を超えており、その多くが内科系疾患であった。ほとんどの疾患は全年齢における入院患者数上位疾患と一致していた。
 - 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、受け入れが求められる内科系症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下のようにいくつか挙げ、各案のメリットや考えられる懸念について議論した。
 - ・A項目の「緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を改めて5日間とする。
 - ・病床あたり緊急入院受入件数を直接的に評価し、一定の基準を超える場合に、当該病棟の全ての入院患者のA項目に1点加点した上で、重症度該当割合の基準を見直す。
 - ・各病棟への病床あたりの「緊急入院件数（救急搬送を含む）」と、「救急搬送のうち入院しなかった件数を（例えば病棟毎の緊急入院件数に応じて）各病棟に按分した数」を合算し、当該件数に一定の係数をかけた数値を、当該病棟における重症度該当割合に加えることで、該当割合を底上げする。
 - 1床あたり外来救急搬送件数と救急医療管理加算の算定数が多いほど、外科系症例と比較して内科系症例をより多く受けいれている病院の割合が高い傾向が見られた。

② 分析結果に関する主な意見

（必要度Ⅰ・Ⅱについて）

- 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの該当割合に差がなくなって移行しやすくなっており、今後、ⅠとⅡの評価対象の診療行為を整理していくべきではないかとの意見があった。

（B項目について）

- 重症度、医療・看護必要度のB項目の扱いについて、基準から除外された急性期一般入院料1のB項目の測定については、現場の負担を考慮して、見直しも検討するのではないかという意見があった。
- 測定の負担については、令和2年度に「根拠となる記録」を不要とする見直しが行われており、必要度Ⅱの使用も進んできて、負担は少なくなっているという意見もあるため、必ずしも負担といえるかの評価や、さらなる負担軽減策の検討を行うという考え方もあるのではないかという意見があった。

- 現場からの意見として、B項目については測定の負担というより、急性期看護や高齢者ケアの手間がきちんと反映されるような指標へ見直し、指標に基づく評価がなされるような検討を求める声や、評価しやすさの観点で、毎日の評価は不要なのではないかという意見の紹介があった。
- 同じ疾患名、治療行為を行う患者であっても、ADLによって実際の患者像やケアにかかる手間は非常に多様であり、これを反映するのがB項目であり、「重症度、医療・看護必要度を把握し、適正な職員の配置数の実現を目指し、看護の必要性及び看護の量（療養上の世話）を測る指標」として施設基準通知へ明記されていて、配置等の参考やアウトカムの評価になりうる指標ではないかという意見があった。関連して、人員配置、入退院支援、転倒・転落判断等の病棟マネジメント指標としての活用事例が紹介された。（参考：P118～120）
- 患者像を表すデータは国際的に利用されており、本邦でも令和2年度の診療報酬改定で「できるADL」と「しているADL」が区別され、より正確に患者像を示す正確な評価となったことを踏まえ、B項目は、複雑化する患者像をA・B・C項目全体で表現し必要なケアを評価していくためのリアルワールドデータとして有用性があるのではないかと意見があった。
- A項目とB項目がパラレルに変化しない部分については、B項目は実際の介助の実施の有無を評価に用いているため、安静度が低い間は点数が低い傾向にあったり、処置が減った少し後に点数が改善してきたりといった動きがありえるためではないかという指摘があった。
- 測定が必要なタイミングとして、SCUではB得点3点以上の割合が多く、これはSCU退室直後の急性期の病棟においても連続的に評価されるべきではないかとの意見や、B項目が変動する入院や手術直後をあげる意見があった。
- 測定を簡略化するタイミングとして、B項目は入院や手術から一定期間で安定しており、指標としての測定の頻度については検討の余地があるのではないかという意見があった。また、B項目が元から介護度を反映して高い場合、一定の点数から改善することは考えにくいため、例えば元のADLで基準の3点を超えている場合は測定しないといった工夫を考えていってよいのではないかという意見があった。
- 一方で、日によって測定する、しないという管理は煩雑で混乱を生じるのではないかという意見もあった。
- 重症度、医療・看護必要度は累次の改定で急性期度合いを表す指標として議論されてきたが、その中でB項目は、要介護度と関連し、包括期、慢性期の病棟のほうが高い点数になるという意味で異質であり、現在のB項目は、元からの介護度と疾病による影響の両者をみているのではないかと指摘があった。一方で、看護師の忙しさと関連する実態はあると考えられ、患者の重症度、医療・看護必要度としてより、看護・介護度のように、異なる観点の指標として独立するという考え方もあるのではないかという意見があった。

(内科系症例におけるA・C項目について)

- 内科系症例は重症度、医療・看護必要度が付きにくいことは明らかであるとの指摘があった。
- 内科、外科ではそもそも診療の負担の観点が異なっており、内科では診断プロセスの比重が高く、外科は治療そのものの比重が高いとの指摘があった。ただし、診断プロセスの評価指標として検査を評価すると、検査費用の増加を招きかねないため、留意すべきとの意見があった。また、ステロイドパルスの実施や免疫抑制剤の使用機会も増えており、免疫抑制剤の増点はあり得るのではないかとの意見があった。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症が中心となっていると、必要度 II の 15%を達成するのが困難であり、高齢者救急を担う地域包括医療病棟の基準を検討すべきではないかとの意見があった。
- 抗菌薬はA項目で評価されないので、感染症の患者は重症度、医療・看護必要度が付きにくい。一方、圧倒的に救急搬送、緊急入院の割合が高いため、この部分の評価を増やすことで、感染症患者も評価されやすくなるのではないかとの意見があった。
- 内科系ではB項目の点数が高いことから、以前の基準ではA得点が低くなっても、B項目の点数で療養の世話の手間を評価できていた。内科系診療の手間をA・C項目で測ることが難しければ、ある程度急性期にふさわしい患者像であることを入院時に絞ったうえで、B項目が活用できるのではないかとの意見があった。
- A・C項目の追加項目を追加した場合のシミュレーションについて、B項目を評価することの影響を併せて分析することによって、より正確な評価ができるのではないかとの意見があった。
- これまでの議論の中で、C項目から処置や手術も外来でできるようなものは外してきたが、高齢者は外来で頻回の検査等を行うのが難しいことから、入院でそうした診療を行うケースもあるため、高齢者の入院に着目した評価があっても良いのではないかとの意見があった。
- 同じ疾患でも手術する、しないといった違いがあるため、内科系・外科系は手術したものとししないものといった区別をしないと、実際に評価していくときに切り分けが難しくなるのではないかとの意見があった。
- 内科学会からの提案については、重症度に提案の項目を入れたからといって、当該項目として入った処置や検査等を不用意に実施するという医療機関は少ない提案ではないかと考えられるが、外来主体か、入院主体か、入院にふさわしいものなのか、といった分析はしておく必要があるのではないかとの意見があった。

診 調 組	入	-	2
7	.	9	. 1 1

DPC/PDPS 等作業グループからの最終報告について

概要

- DPC/PDPS 等作業グループについては、これまで7回にわたり議論を行っており（令和7年7月3日の検討状況の報告以降、9月4日に議論を実施）、これまでの議論について下記のとおりとりまとめる。

検討内容（概要）

1. DPC 対象病院に係る検討について

（1）概要（P2～P8）

- DPC/PDPS（以下、「DPC 制度」という。）は、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院等を対象に導入された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る。
- DPC 制度の対象病院（以下、「DPC 対象病院」という。）は、特定機能病院等を対象として制度が導入されて以降、段階的に拡大され、令和7年6月時点で1,761病院となっている。
- また、DPC 対象病院の内訳は経時的に変化しており、DPC 対象病院のうち、全許可病床に占める DPC 算定を行う病床（以下、「DPC 算定病床」という。）の割合が50%未満の病院は増加傾向にあり、また、DPC 算定病床以外の病床を保有する DPC 対象病院数も、高い水準で推移している。
- 以上のような背景も踏まえ、令和8年度診療報酬改定に向けては、DPC 対象病院の適切な評価方法等について、検討を行った。

（2）具体的な検討内容

① 医療機関別係数による評価について

＜総論＞（P9～P10）

- 医療機関別係数のうち、基礎係数及び機能評価係数Ⅱは、DPC 制度導入当初に設定された調整係数の置き換えに伴い導入された。基礎係数は、包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したものであり、3つの医療機関群（大学病院本院群、DPC 特定病院群、DPC 標準病院群）ごとに値を設定している。機能評価係数Ⅱは、医療機関の診療実績等を踏まえた機能に基づく評価を行うものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 特に、機能評価係数Ⅱについて、DPC 制度が急性期入院医療を対象とする包括払い制度であるところ、DPC 制度においては、「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」の医療を重点的に評価するべきではないか、といった指摘も踏まえて、その適切な評価方法について、検討を行った。

＜複雑性係数について＞（P11～P24）

- 複雑性係数は、一入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成を評価する項目として設定されている。
- 複雑性係数については、令和6年度診療報酬改定に向けた議論において、診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の平均在院日数が長く、1日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の場合、急性期入院医療における評価という点では不適当な評価となっているのではないかという指摘があった。
- 複雑性係数の評価方法について検討するに当たっては、複雑性係数が、何を評価するものであるか、明らかにする必要があるのではないか、といった意見があった。
- これに対しては、DPC 制度における「急性期」は、過去の DPC 評価分科会での議論において、「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」と定義された点や、機能評価係数が、「急性期」を反映する係数として設計された点等から、複雑性係数についても、これらの価値を反映する指標とすべきではないか、といった意見があった。
- これらを踏まえて、現行の複雑性係数の評価方法について、入院初期により多くの医療資源を必要とする診断群分類を、十分に評価できていないのではないか、といった指摘があった。
- 1入院当たりの包括範囲出来高点数が高い診断群分類の中には、平均的に入院初期の包括範囲出来高点数が高い診断群分類もあったが、一方で、1日当たりの包括範囲出来高点数が全診断群分類の平均値及び中央値よりも低い診断群分類もみられた。
- また、1日当たりの包括範囲出来高点数に着目して分析を行ってはどうか、といった指摘もあったが、これに対しては、「030250xx991xxx 睡眠時無呼吸 手術なし 手術・処置等 1 あり」のように在院日数の短い診断群分類を、著しく高く評価することになり、妥当でないのではないか、といった意見があった。
- 上記の議論を踏まえ、複雑性係数については、入院初期を特に重視する趣旨で、入院日数の 25%tile 値までの包括範囲出来高点数により評価するべきではないか、といった指摘があった。
- さらに、DPC 対象病院を構成する医療機関は時々刻々と変化していることから、複雑性係数を含めた機能評価係数Ⅱの適切な評価方法については、引き続き検証を行うべきではないか、といった指摘があった。

＜地域医療係数について＞（P25～P27）

- 地域医療係数については、地域医療への貢献を評価する項目として、体制評価指数及び定量評価指数により評価を行っている。
- 令和6年度診療報酬改定においては、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）を新たに評価することとされた。

- 地域医療係数における派遣医師数については、「医師少数区域に所在する他医療機関（自院の分院・サテライト診療所等を除く。）へ、常勤医師として半年以上継続して派遣している医師数」として、定義している。
- 今般、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において、特定機能病院が満たすべき「基礎的基準」として、「地域に一定の医師派遣を行っていること」を設定することが議論されており、第 26 回の検討会において、とりまとめ案が示されている。
- 上記の状況等を踏まえ、地域医療係数における派遣医師数の定義については、特定機能病院の基礎的基準における医師派遣の定義との整合的に検討されるべきではないか、といった指摘があった。

② 点数設定方式について

＜総論＞（P28）

- DPC 制度 においては、入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた 3 段階の定額報酬を設定している。
- 具体的には、入院初期に要する医療資源投入量等に応じ入院初期に要する医療資源投入量等に応じて、5 種類の点数設定方式を設けているところ、点数設定方式 D 以外においては、第Ⅱ日は平均在院日数により規定されている。
- 在院日数の分布等を踏まえ、第Ⅱ日の設定方法を含む、点数設定方式の見直しについて、検討を行った。

＜入院期間Ⅱについて＞（P29～P37）

- 入院期間Ⅱについては、令和 8 年度診療報酬改定に向けた議論において、現状の点数設定方式と、実際の患者の在院日数の分布の乖離があるのではないかと、等の指摘があった。
- そこで、在院日数の分布等について確認を行ったところ、以下の結果が確認された。
 - ・ 診断群分類毎の平均在院日数について、ばらつきが小さく、標準化が進んでいる診断群分類がみられた。
 - ・ 一方で、ばらつきが大きく、十分に標準化が進んでいない診断群分類もみられた。
 - ・ 特定の在院日数の患者数が顕著に多い診断群分類がみられた。
 - ・ 多くの診断群分類において、平均在院日数は在院日数の中央値を上回っていた。
 - ・ 症例数が 10,000 件以上の診断群分類のうち、在院日数の中央値が平均在院日数を上回る診断群分類が 2 つあったが、いずれも左に歪んだ分布であった。
- これらを踏まえ、多くの診断群分類において、在院日数の分布は正の歪度を有していることから、在院日数の中心傾向の指標として、平均在院日数は適切でないのではないかと、といった指摘があった。
- 在院日数の変動係数に着目した診断群分類毎の分析においては、変動係数が大きい診断群分類ほど、在院日数の中央値と平均在院日数の差を平均在院日数で除した値

（仮に入院期間Ⅱを在院日数の中央値とした場合の、入院期間Ⅱの変動率）が大きい傾向にあった。

- 変動係数が 0.70 未満の診断群分類の大多数においては、入院期間Ⅱの変動率は約 20%以内であったが、一定数、入院期間Ⅱが 20%以上変動する診断群分類も存在した。
- また、特定の在院日数の患者数が顕著に多い診断群分類について、制度上、特定の日数までの在院を促すインセンティブが内在しているのではないか、といった指摘があった。
- これに対しては、1 日当たり入院数の最大値に対する日毎の入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないか、といった意見があった。
- 令和 8 年度診療報酬改定に向けた特別調査においては、クリニカルパスの導入状況について、「採用している」と答えた医療機関は、DPC 対象病院のうち約 93%（1,638 医療機関/1,761 医療機関）であり、また、クリニカルパスの入院期間設定に関して主として参照しているものについては、「診断群分類点数表上の第Ⅱ日（平均在院日数）」と回答した医療機関が約 63%（1,028 医療機関/1,638 医療機関）であり、最多であった。
- 上記の議論を踏まえ、点数設定方式における入院期間Ⅱについては、在院日数の標準化が進んでいる診断群分類を中心として、原則として、平均在院日数から在院日数の中央値に移行すべきではないか、といった指摘があった。
- 一方で、入院期間Ⅱの見直しによる影響を一定範囲内に留める趣旨で、入院期間Ⅱの変動率に一定の上限を設けるべきではないか、といった指摘があった。

2. 算定ルールに係る検討について

（1）概要

- DPC 制度においては、制度の安定的な運用のため、算定についての一定のルール（以下、「算定ルール」という。）を定めている。
- DPC 対象病院を構成する医療機関の内訳は経時的に変化しており、これらも踏まえた算定ルールの見直しについて検討している。

（2）再転棟ルールについて（P38～P42）

- DPC 制度においては、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの 1 日当たりの点数を相対的に高く設定している。
- 患者を短期間退院させ単価の高い入院期間Ⅰを繰り返し算定する事例に対応できるよう、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた。

- 具体的には、DPC 対象病棟等より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して 7 日以内に DPC 算定対象となる病棟等に再入院した場合（再転棟も含む）について、同一の傷病等である場合は、一連の入院とみなすこととしている。
- 令和 8 年度診療報酬改定に向けた議論において、DPC 制度を構成する医療機関の内訳が変化しており、DPC 算定病床以外の病床を有する医療機関の割合が増加していることから、「再転棟」が起こりやすい状況になっているのではないか、といった指摘があった。
- DPC 病棟からの転棟後、再転棟までの日数の分布の分析を行ったところ、DPC 制度において一連の入院と見なされなくなる、8 日目の再転棟の件数が突出して多かった。
- これらを踏まえ、8 日目の再転棟の件数が突出して多いのであれば、過去の改定における対応と同様に、再転棟を認めない期間の延長も検討されうるが、当該日の再転棟数が増加するのみであり、根本的な解決には至らないのではないか、といった指摘があった。
- なお、「再入院」については、再入院ルールの適応を受けなくなる日に再入院数が著増するような傾向はみられなかった。
- 上記の議論を踏まえ、同一傷病による再転棟については、転棟後 7 日間を超える場合であっても、原則として一連の入院として扱うこととするべきではないか、といった指摘があった。

（3）持参薬ルールについて（P43～P49）

- DPC 制度においては、患者の負担軽減や、DPC 制度下での公平な支払いの観点等を踏まえ、原則として、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、「入院の契機となった傷病」に対する持参薬の使用は、特別な理由がある場合を除き、認めないこととされている。
- 医療機関毎の、全症例数に占める持参薬を使用した症例数の割合（以下、「持参薬使用割合」）の分布について分析を行ったところ、持参薬使用割合が 5%未満の医療機関が最も多く、次いで 55%以上 60%未満の医療機関が多かった。
- また、入院の契機となった傷病に対する持参薬使用割合の分析においては、算定ルール上認められていない、入院の契機となった傷病に対する持参薬使用割合が 5%以上となる医療機関が一定数みられた。
- さらに、自院の外来で処方した医薬品を入院の契機となった傷病に対して使用した割合が 5%以上となる医療機関も一定数みられた。
- 持参薬の使用の有無によって薬剤料が大きく異なる診断群分類に着目した分析においては、例えば「110280xx02x00x 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの等 処置 2 なし 副傷病なし」については、6 割以上の患者において持参薬が使用されており、持参薬を使用しない場合の薬剤料は、持参薬を使用する場合の薬剤料の約 2 倍であった。

- これらを踏まえ、
 - ・ 持参薬ルールを遵守している医療機関とそれ以外との医療機関との間で、不公平な設計となっているのではないか。
 - ・ また、患者においても持参薬の持ちこみに係る不要な手間が発生しているのではないか。
 - ・ これらの観点から、入院の契機となった傷病以外の傷病に対する持参薬の使用についても、ルールの見直しを検討する必要があるのではないか。といった意見があった。
- 一方で、
 - ・ 手術を目的とした短期入院のような場合にまで、入院下で再度の処方を求めることは、かえって医療機関側の負担を増やすこととなるのではないか。
 - ・ 入院の契機となった傷病に関連しない医薬品については、院内採用薬が無いこと等もあるため、それらの点への配慮が必要ではないか。といった意見もみられた。
- 上記の議論を踏まえ、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルール、更なる周知徹底を図るべきではないか、といった指摘があった。
- 具体的には、
 - ・ DPC 算定を行う場合は、入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品は、院内で処方されるのが原則であることや
 - ・ DPC 算定を行う場合の入院料の中には、一般的に入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品の薬剤料が含まれていることについて、患者への説明を求めるべきではないか、といった指摘があった。
- また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和 10 年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないか、といった指摘があった。

1. 包括的な機能を担う入院医療について(その3)

1-1. 包括期の入院医療を担う病院の機能について

1-2. 包括期の入院医療における医療資源投入量について

1295 / 1505

4

救急受入や後方支援に関する現状の評価

 診調組 入-1
7. 7. 17

区分	概要	主な要件	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、連携医療機関の場合2、それ以外の場合3	○	○
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地域包括ケア病棟を有する医療機関	○	○
A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「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、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	×	○ (注加算)
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	—	—

1299 / 1505

8

包括期の病院機能を表現できる指標の候補

指標等 W G
7. 7. 29 改

- 救急受入や在宅等の後方支援に関する機能の評価に関連すると考えられる項目を列挙した。
- その他の案を含め、救急受入と後方支援をバランス良く評価することができるか、また救急車利用や入院加療が促されることはないかという観点で指標を検討する必要がある。

評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病床機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能のため、別途報告を要する	自院で活発な救急受入を行っていないと、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接緊急入院した件数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	病棟ごとのパフォーマンスを評価できるため、併設病棟の種類に影響を受けない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
後方支援に係る加算の算定件数	A206 在宅患者緊急入院診療加算、A253 協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの情報連携に基づく入院医療の提供について評価できる	同上。現状はA253は在宅で、後方支援病院、地ケアを有する病院に限られており要調整	○ A206	○ A253
自宅等からの入院件数	(地ケアのみ) A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算の算定回数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの連携は評価されない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
協力対象施設である介護施設への往診	C000の注10 介護施設等連携往診加算の算定回数	レセプトから把握、又は別途報告を要する	入院に至らない診療も評価することができる	外来受診できる状態でも往診が選択されないか。A253と同様に算定可能な施設は要調整	—	○

1300 / 1505

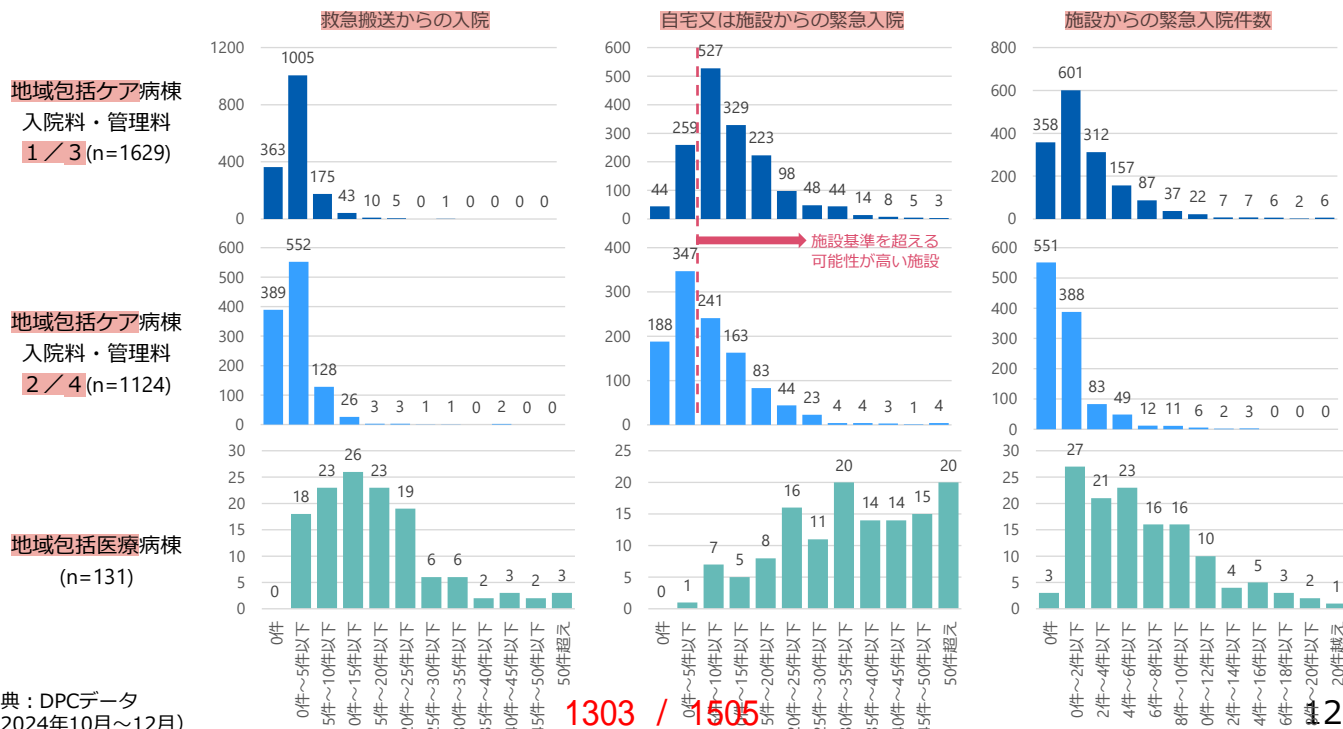
9

包括期の病棟における緊急入院等の状況

- 救急搬送からの入院や、自宅または施設からの緊急入院は、地域包括医療病棟では多く、地域包括ケア病棟では少ない医療機関が多かった。地域包括ケア病棟の中では、入院料・管理料1/3で2/4よりこれらの件数が多い傾向であり、施設基準(※)を大きく上回ると思われる施設も存在した。また、施設からの緊急入院が多い地域包括医療病棟もみられた。

※地域包括ケア病棟入院料・管理料1/3では、自宅等からの緊急入院が前3か月で9人以上必要。2/4では、在宅医療の提供等、他の要件のうちどれか1つを満たすことが必要。

各病棟における緊急入院等の件数（50床1か月あたり）



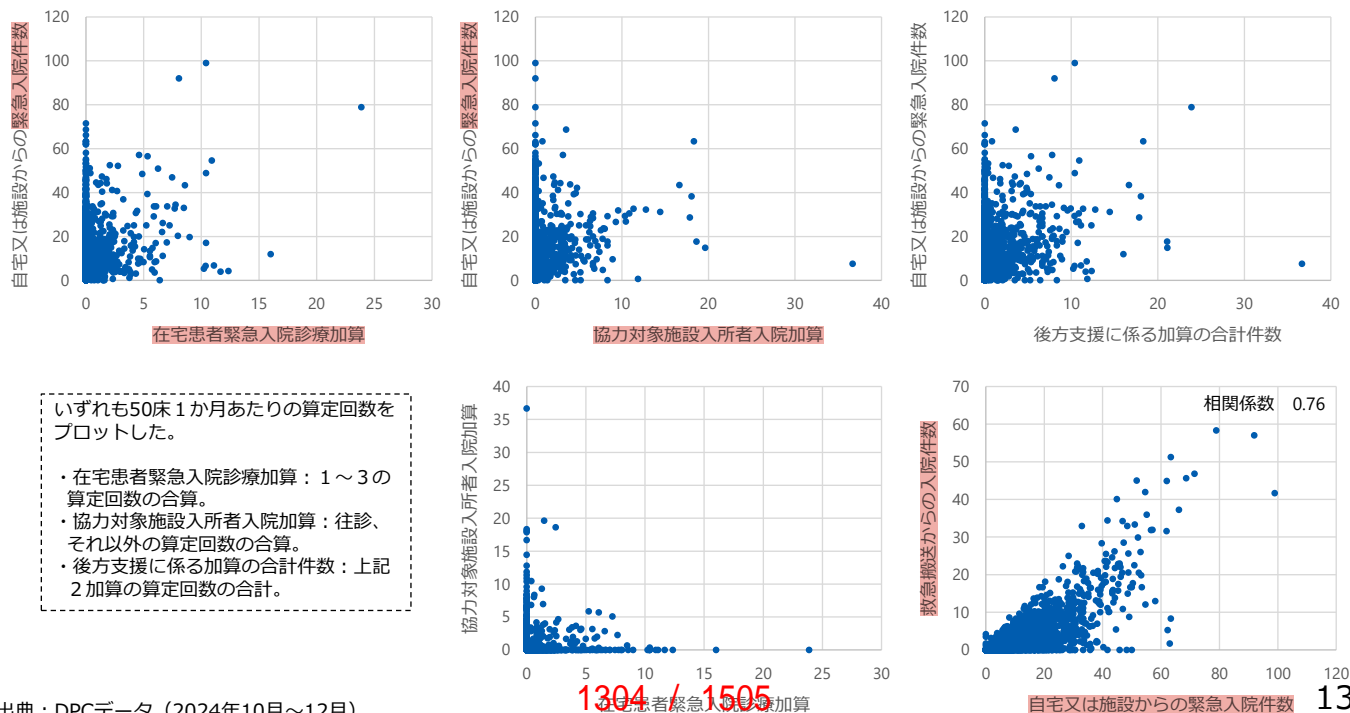
出典：DPCデータ
(2024年10月～12月)

1303 / 1505

12

包括期の病院機能を表現しうる指標同士の関係

- 在宅医療を担当する医療機関と連携した在宅患者の受入を評価する在宅患者緊急入院診療加算と、協力対象施設と連携した施設患者の受入を評価する協力対象施設入所者入院加算は、いずれも算定回数が多い施設で緊急入院の受入も多い傾向がみられるものの、緊急入院の受入が多くてもこれらの加算を算定していない施設も多かった。
- 在宅患者緊急入院診療加算と協力対象施設入所者入院加算の算定回数には関連性はみられなかった。
- 救急搬送からの入院件数と、自宅等からの緊急入院の件数は相関していた。



包括期入院医療に係る現状と課題①

（包括期の入院医療を担う医療機関の機能について）

- ・ 包括期の入院医療を担う病院の機能を表現する指標の候補として、指標等WGにおいて、下り搬送の応需、自宅や施設からの緊急入院の受入、在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算等の、平時の療養を担う医療機関と連携した加算の算定回数、協力対象施設への往診等について検討された。指標としての活用にあたっては、医療機関が負担なくデータを取ることができるかどうかといった視点も重要との意見があった。
- ・ 平時の療養を担う医療機関と連携した加算の届出や算定はまだ少ないものの、いずれも約8割は包括期の病棟を有する医療機関で届け出られていた。これらの加算の算定回数は、比較的多い施設とほとんど実績がない施設に二極化しており、地域包括医療病棟でも一定程度算定されていた。指標同士の相関は、後方支援に係る加算を算定している施設が少ないこともあり、明かではなかった。
- ・ 救急搬送からの入院や自宅や、施設等からの緊急入院を多く受け入れている地域包括ケア病棟もあった。これらの施設では在宅復帰率や平均在院日数は地域包括医療病棟の施設基準を満たしているところが多かったが、重症度、医療・看護必要度は低い傾向であった。
- ・ 地域包括医療病棟では、協力対象施設入所者入院加算の施設基準である在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院であることを満たさなくても、施設からの緊急入院を多く受け入れている病棟があった。
- ・ 地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関では、他の病棟を主とする病院と比べ比較的多くの施設の協力医療機関を担っていた。高齢者施設等の調査においては、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少ないという結果であった。
- ・ 現状の診療報酬上、後方支援を担うことに関して、在宅療養後方支援病院と介護保険施設の協力医療機関という枠組みがある。このうち、協力医療機関は在支診・在支病・在宅療養後方支援病院・地ケアを有する病院は求めに応じて担うことが望ましいとされている。

【課題】

- 包括期の入院医療を担う医療機関の役割として、救急搬送の受入と在宅・施設等の後方支援という観点を踏まえ、現状の指標についてどのように評価するか。
- 救急搬送からの入院や緊急入院を比較的多く受け入れる地域包括ケア病棟があることを踏まえ、包括期入院医療を担う病院全体の高齢者救急の受入や後方支援の状況について、どのように評価するか。
- 地域包括医療病棟においても施設等と連携した入院の受入を多く行っている医療機関があることを踏まえ、現状についてどのように評価するか。

1322 / 1505

包括期入院医療に係る現状と課題②

(包括期の入院医療における医療資源投入量について)

- 地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数にはばらつきがあり、緊急入院が多い診断群分類や、手術を行うことが少ない診断群分類において包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。
- 患者ごとに、予定／緊急入院と手術実施の有無により包括内の出来高実績点数を比較すると、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群に比べ、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。
- 地域包括ケア病棟における包括内の出来高実績点数は、地域包括医療病棟と比較しばらつきが少なかった。入棟経路や予定／緊急と手術による群間の差は少ないものの、自宅や施設からの直接の緊急入院では比較的高かった。
- 入院受入が困難となる理由として多く挙げられた項目の一つに高額薬剤の使用があり、トルパブタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品、生物学的製剤を含む分子標的治療薬等が多くあげられていた。回復期リハビリテーション病棟では、抗悪性腫瘍剤や腎性貧血の治療薬についても回答されていた。



【課題】

- 地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数が、必ずしも診断によらず、手術や緊急入院を要するかどうかによって患者ごとに異なることについて、現状をどのように評価するか。
- 地域包括ケア病棟における医療資源投入量について、現状をどのように評価するか。
- 包括算定される入院料の病棟において、高額薬剤の使用が受入困難の要因としてあげられていることや、具体的な薬剤の内容について、どのように考えるか。

2. 重症度、医療・看護必要度

2-1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

2-2. B項目について

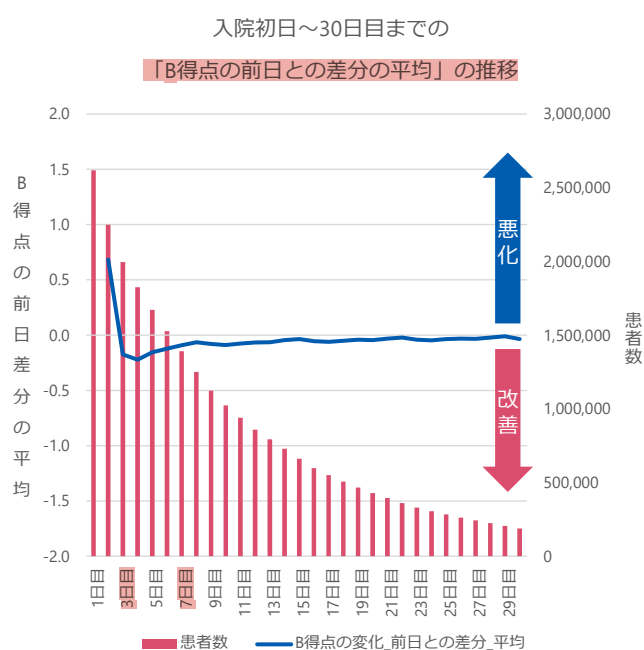
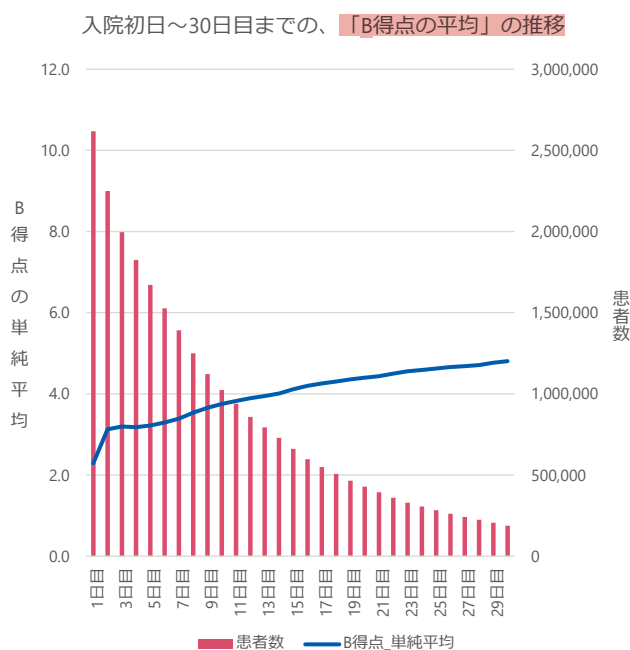
2-3. 内科系症例と外科系症例について

1330 / 1505

39

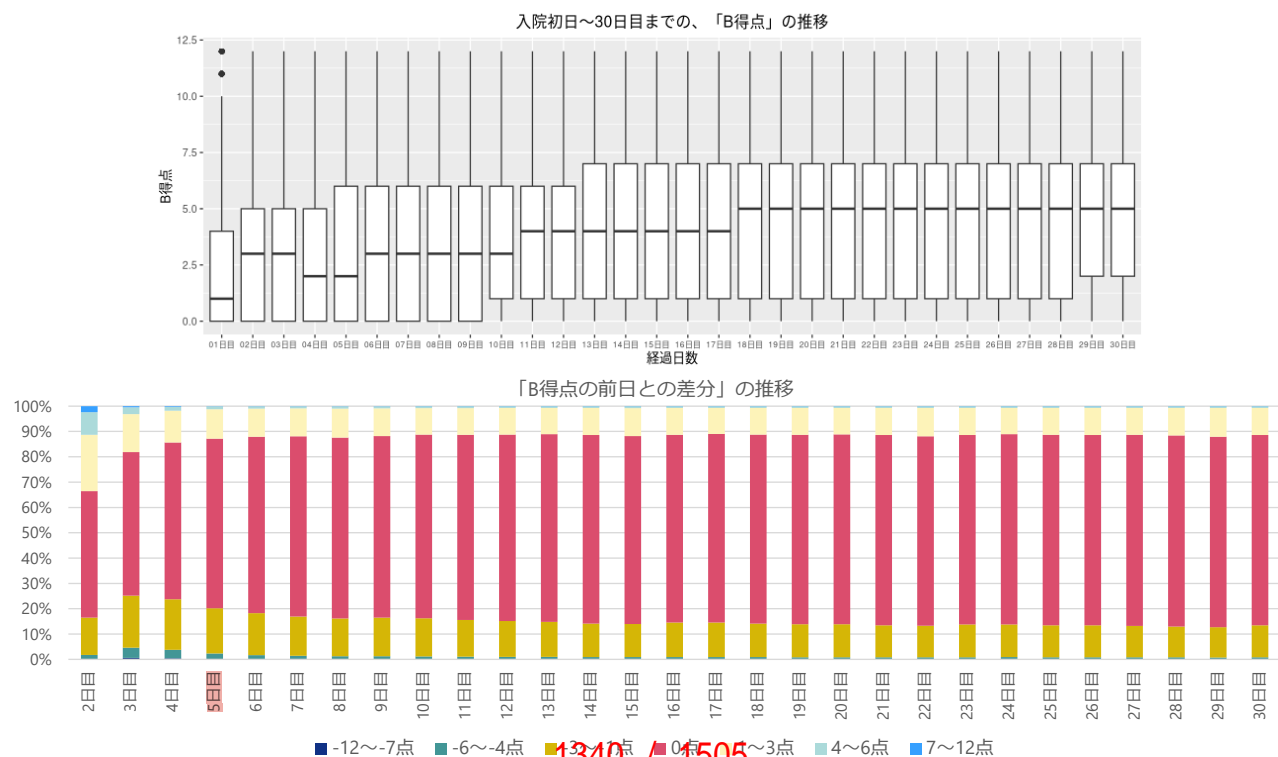
B得点の推移の全体像

- 急性期一般入院料 1～5、特定機能病院一般 7：1、専門病院 7：1、地域包括医療病棟入院料に入院した全患者について、入院30日目までのB得点推移と前日との差分の平均推移は以下のとおり。
- B得点全体の平均は、入院後日数が経つにつれ、患者数の減少とともに緩やかに上昇しているが、各個人の前日との差分の平均については、入院3日目頃からわずかに改善し、7日目頃から前日との差分が0点近く安定した推移になっている。



B 得点の推移の全体像

- B得点の推移を箱ひげ図で示した。B点数には幅があり、中央値はおおむね平均値と同様の推移であった。
- 前日との差分を各日100%積み上げ棒グラフで示すと以下のとおりであり、全経過にわたり、前日と同じB点数（差分0点）の患者が最も多く、入院5日目頃から前日との差分が0点の患者が7割程度で安定している。

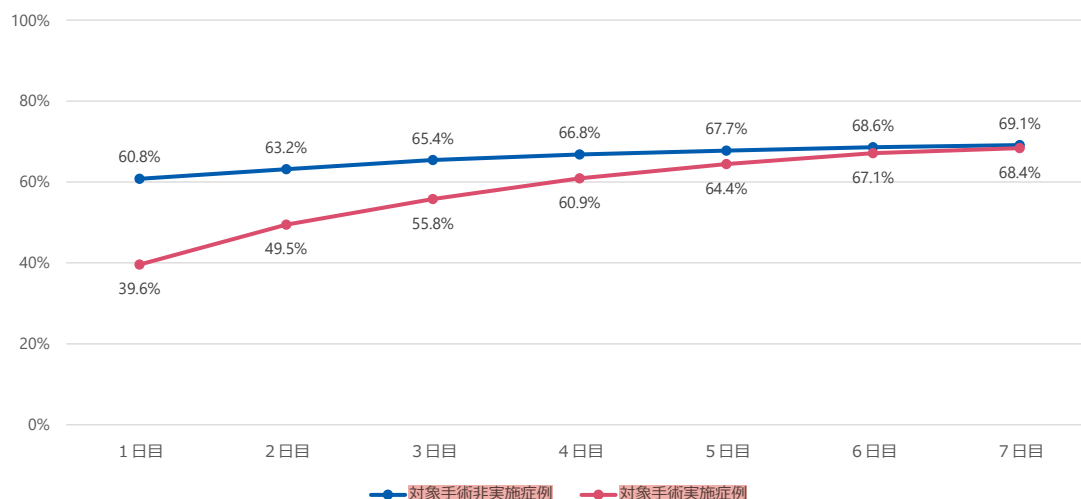


出典：DPCデータ（2025年1月～3月）急性期一般入院料1～5、特定機能病院一般7：1、専門病院7：1、地域包括医療病棟入院料を対象に集計49

7日後にB得点が同程度である患者の割合

- 重症度、医療・看護必要度が7日後に±1点以内でほぼ変わらない患者の割合を、C項目手術非実施症例（内科系症例を多く含む）は入院からの日数、C項目手術実施症例は手術からの日数に応じて経時的に観察した。
- 対象手術の非実施症例は、入院1日目から7日後とB得点が変わらない患者の割合が約6割であり、入院7日目頃までにゆるやかに上昇し、7日目には約7割であった。
- 一方、対象手術の実施症例（外科系症例）では、術後4日目頃まで7日後とB点数が変わらない患者の割合は6割を切っており、術直後はB得点の変化が大きいと考えられた。その後7日後とB得点が変わらない患者の割合は増加し、7日目頃には対象手術非実施症例と同様約7割となった。

7日後にB得点が±1点である患者の割合



※C15～C19に該当する手術を対象手術として群分けした。

※7日後もB得点が記録されている患者のみを対象とした。（退院症例は分母に含まない）

出典：DPCデータ（2025年1月～3月）

1345 / 1505

重要度、医療・看護必要度に係る現状と課題

(B得点について)

- ・ B項目は、これまでの改定で記録の負担の軽減や、急性期度合いを示す指標としての位置づけについて議論されてきた。現在、急性期一般入院料1では測定・記録のみ行われており、必要度基準には含まれていない。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていることについてⅠ・Ⅱ別に分析したところ、「特になし」はⅠが26.1%、Ⅱが28.9%である一方、「看護職員による記録忘れが多い」、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」はそれぞれⅠが51.7%と35.5%、Ⅱが47.4%と31.8%であった。
- ・ B得点は要介護度が高いほど高くなり、要介護4～5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられなかった。
- ・ 7日後にB得点が同程度である患者の割合は、対象手術非実施症例では入院4日目に約7割、対象手術実施症例では術後7日目に同様に約7割であった。
- ・ 手術非実施症例の入院4日目以降、また手術実施症例の入院7日目以降は、重症度、医療・看護必要度について、B点数が変わらない患者の割合は6～7割程度であり、特にA項目が変化しない場合にはB項目も変化しない患者の割合が多かった。また、A項目が3点以上変化した場合、B点数もA点数と同じ方向の変化を示す患者の割合が多かった。

(内科系症例と外科系症例の評価について)

- ・ 内科系症例は、外科系症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上の割合が低く、B点数3点以上の割合は高かった。
- ・ 救急搬送により入院した内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合は、救急搬送ではない外科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合と比較して、いずれの入院料においても低かった。外科系症例全般と、急性期一般入院料1の内科系症例においては、救急搬送から入院した群で、それ以外の群に比べて基準該当割合が低かった。
- ・ 急性期一般入院料1において、内科系症例で該当割合が高いA項目の下位項目は、A2呼吸ケア、A6_6免疫抑制剤、A7緊急入院等であった。
- ・ 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を内科系症例（手術のない症例）が占めていた。
- ・ 1床当たり救急搬送件数や、協力対象施設入所者入院加算の算定回数との合算件数が多いほど、内科系症例を比較的多く受け入れている病院の割合が高かった。

【課題】

- B項目の点数は介護度により固定されている要素と、A項目と連動して動く要素があることや、手術非実施症例の入院4日目以降、手術実施症例の術後7日目以降、前日から変わらない割合が6～7割に達することを踏まえ、B項目を測定・評価すべき時期や頻度をどのように考えるか。
- 令和6年診療報酬改定後の重症度、医療・看護必要度においては、内科系症例は外科系症例と比較して、A・C項目の基準該当割合が低い傾向にあるが、救急搬送件数や協力対象施設入所者入院加算算定数や、新たな検査・処置・薬剤等を加味する場合の例を踏まえ、内科系症例を含めた病棟ごとのスタッフの負荷や医学的管理の密度を適切に評価できる指標について、どのように考えるか。

1365 / 1505

3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)

3-1. 看護職員の働き方について

3-2. 看護職員のICT活用について

3-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

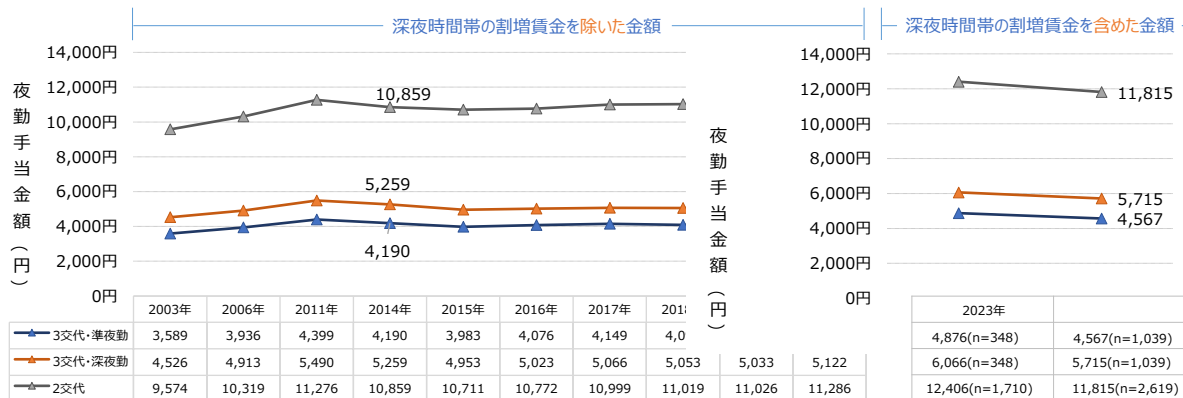
1367 / 1505

76

夜勤手当（夜勤1回あたり）の推移

- 病院勤務看護職員の夜勤手当（夜勤1回あたり）額は、2010年代に入ってからほとんど上がっていない。
- 9割以上の病院で、深夜時間帯の割増賃金分と夜勤手当を支給しているが、深夜の割増賃金のみを支給している病院も131施設（4.4%）ある

◆夜勤手当金額※（夜勤1回あたり）

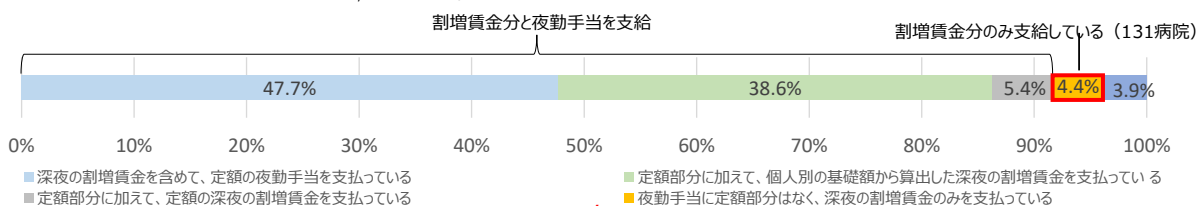


出典：各年の「病院看護実態調査」「病院における看護職員需給状況調査」、「2024年 看護職員の賃金に関する実態調査」（いずれも日本看護協会）

※2003年～2020年は、深夜時間帯（22時から5時まで）の割増賃金を除いた手当金額

※2023年・2024年は、深夜時間帯（22時から5時まで）の割増賃金を含んだ手当金額

◆深夜時間帯の割増賃金の支払い方法（2,992病院が回答）



出典：2024年度 看護職員の賃金に関する実態調査 報告書

1382 / 1505

働き方・タスクシフト／シェアに係る現状と課題①

（看護職員の確保について）

- ・看護職員就業者数は2023年（令和5年）には174.6万人となった。看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人→2023年：8.7万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人→2023年：16.8万人）において増加傾向となっている。
- ・入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることもあるか尋ねたところ、「大いに感じる」・「感じる」は約8割であった。
- ・看護職員の夜勤について、勤務シフトが組みにくくなったが3割を越えており、看護職員の夜勤の回数（1人当たり）について「増えた」が2～3割となっている。
- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組としては、「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」は84.0%で実施されていた。
- ・出生動向基本調査によると、約7割の女性が第1子出産後も就業継続している。育児・介護休業法において、育児・家族介護を行う労働者の深夜業の制限が規定されている。
- ・いずれの入院料においても一定数の短時間勤務又は夜勤免除者が配置されている。
- ・病院勤務看護職員の夜勤手当（夜勤1回当たり）額は、2010年代に入ってほとんど変化がない。看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として「夜勤手当の見直し」は15.0%で実施、直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策として、「夜勤者確保のための夜勤手当の増額（一律）」は12.4%、「夜勤回数に応じた夜勤手当以外の手当の支給」は8.7%で行われていた。
- ・看護職員夜間配置加算では夜間における看護職員の負担軽減に資する業務管理が進められてきた。当該加算では、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていることを算定要件としている。看護職員夜勤配置加算の届出施設数及び算定回数は増えている
- ・平成30年度診療報酬改定にて、許可病床数が100床未満の病床規模の小さい病院において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合の夜間看護体制特定日減算が新設された。
- ・100床を越える病院においても救急外来対応のための人員確保が困難な現状がある。
- ・看護職員の確保について有料の求人サービスを利用している医療機関は約7割であった。そのうち、認定事業者を利用している医療機関は42.6%、認定事業者とそうでない事業者のどちらも利用している医療機関は42.5%、利用していない医療機関は14.9%であった。

【課題】

- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善について、現状をどのように評価するか。
- 医療機関において臨時に病棟外での業務が生じた場合の人員体制については、一部の医療機関が夜間看護体制特定日減算の算定対象となっているが、実態を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 求人サービス等の活用について、現状をどのように評価するか。

139571569

104

3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)

3-1. 看護職員の働き方について

3-2. 看護職員のICT活用について

3-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

1396 / 1505

105

働き方・タスクシフト/シェアに係る現状と課題②

(ICT活用について)

- ・ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、令和6年度診療報酬改定において「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいことと位置づけられた。
- ・令和6年度補正予算では、人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ（生産性向上・職場環境整備等事業）として、生産性向上に資する取組として、ICT機器の導入による業務の効率化、職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）等の対応がなされた。
- ・ICT（情報通信技術）の活用状況について、「活用している」は72.9%であった。入院料別には、特定機能病院は10割、急性期一般入院料1では約9割が活用していると回答した。一方で、地域入院料1～3、療養病棟入院料は約4割が活用していると回答した。
- ・ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」68.0%、「勤怠管理のICT化」63.8%、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」35.6%が進められていた。
- ・ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組について、入院料別についてみた場合、「ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施」、「勤怠管理のICT化」、「紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用」、「患者向け説明動画（入院前、術前）」において、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料において取組が進んでいる。また、「音声入力システムの活用（カンファレンス記録）」について特定機能病院入院基本料において取組が進んでいる。
- ・看護職員の記録に関する負担軽減の取組として、電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化が66.9%、書類の記載項目の簡素化が35.1%であった。ICTを活用した取組としては、「電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記」31.5%、「バイタルサイン等の測定機器からの自動入力」26.4%、「文書作成補助システムの活用」20.1%であった。
- ・ICT機器活用継続についての課題について、「ICTの維持・管理等のメンテナンスにコストがかかる」が82.8%、「ICTを使いこなせていない職員がいる又は多い」53.3%、「ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間がかかる」53.1%であった。

【課題】

○ 看護業務におけるICT機器活用について、活用している医療機関の状況や、看護業務の効率化や省力化に資する例がみられることを踏まえ、現状をどのように評価するか。

1412 / 1505

121

3. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)

3-1. 看護職員の働き方について

3-2. 看護職員のICT活用について

3-3. 特定行為研修、タスクシフト/シェア

1413 / 1505

122

働き方・タスクシフト/シェアに係る現状と課題③

(特定行為研修について)

- ・特定行為研修の領域別パッケージ研修において、令和7年9月で、指定研修機関は277機関、修了者数は2,765人となった。
- ・令和6年時点において、特定行為研修修了者の85.9%は病院に就業している。
- ・令和6年度診療報酬改定では、感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化している。
- ・令和6年度入院・外来医療等における実態調査において、感染症対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定している場合、専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて助言に係る業務を行っているのは67.2%であった。
- ・地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。今後、このような取組を推進していくために、効率的な実施に係る整備が進められることが期待されている。

(タスクシフト/シェアについて)

- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関わる具体的な取組として、「他職種との業務分担（タスクシフト・シェア）は72.6%で実施されていた。
- ・病棟業務におけるタスクシフト・シェアの取組の進行状況について、「とてもよく進んでいる」は1.6%、「進んでいる」は32.9%であった。入院料別にみた場合、急性期一般入院料1、専門病院、特定機能病院において「とてもよく進んでいる」「よく進んでいる」は5割前後であった。
- ・「とてもよく進んでいる」「進んでいる」と回答した医療機関のうち、タスクシフト・シェアを進めるための工夫・取組について尋ねたところ、「看護管理者を中心に整理・見直しを行っている」が69.1%、「各職種の代表者が集まり整理・見直しを行っている」が63.4%であった。
- ・看護補助者の定着を促進するための取組として、「看護補助者業務のマニュアルの整備」は77.2%、「看護補助者の研修の充実」は72.7%であり、取組が進められている。
- ・看護補助体制充実加算を算定している場合の「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数は、療養病棟及び障害者施設等において「20人以上」が36.2%であり、多くの人数を配置していた。

【課題】

- 特定行為研修修了者が果たす役割について、現状をどのように評価するか。
- 看護職員から看護補助者へのタスクシフト/シェアについて、現状をどのように評価するか。

1431 / 1505

140