

令和6年度調査結果（速報） 概要

令和7年5月22日

1 調査の概要・回収の状況について

令和6年度調査全体の概要①

中医協 総－1
6 . 1 1 . 6

中医協 診－1
6 . 1 1 . 6

診調組 入－1
6 . 1 0 . 3 0

- 調査方法: 調査は調査票の配布・回収の他、Webサイトでの回答も可能とする。
- 調査票: 対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「治療室調査票」、「患者票」、「医療従事者票」を配布する。
※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に3分の1抽出していただき決定する。
※医療従事者票は、医師票、病棟看護管理者票、薬剤部責任者票で構成される。調査対象は、1施設あたり医師4名、病棟看護管理者5名、薬剤部責任者1名を、医療機関側で抽出していただき決定する。
- 調査対象施設: 調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ(DPCデータ)での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1)急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、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、小児特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関
(2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)	
(3)地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)	地域包括医療病棟入院料の届出を行っている医療機関等
(4)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(5)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目を届け出ている医療機関等
(7)外来医療に係る評価等について(その1)	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料等の届出等を行っている医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次頁の通りA票からE票及び一般票に整理

令和6年度調査全体の概要②

中医協 総-1
6. 1 1. 6

中医協 診-1
6. 1 1. 6

診調組 入-1
6. 1 0. 3 0

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	(1)急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1) (2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1) <u>(3)地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)</u> (6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、 <u>地域包括医療病棟入院料</u> 、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、小児特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関	約2,300施設
B票	(4)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1) (6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、 <u>緩和ケア病棟入院料</u> 等の届出を行っている医療機関	約1,600施設
C票	(5)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等の届出を行っている医療機関	約1,500施設
D票	(5)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料等の届出を行っている医療機関	約400施設
E票	(7)外来医療に係る評価等について(その1)	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関	約2,400施設
F票	(7)外来医療に係る評価等について(その1)	(一般の方へのWeb調査)	(約2,000人)

令和6年度調査の回収状況

○令和6年度入院・外来医療等における実態調査の回収状況

入院	調査の対象施設群 (届出入院料)	調査対象 施設数	回収施設数 (回収率)	病棟票	治療室票	患者票	治療室 患者票	退棟 患者票	医師票	病棟看護 管理者票	薬剤部 責任者票
	急性期一般入院基本料等	2,300	1,156 (50.3%)	3,863	1,002	28,843	2,000	-	2,983	2,942	769
	地域包括ケア病棟入院料、回復期リ ハビリテーション病棟入院料等	1,665	857 (51.5%)	1,146	-	9,535	-	-	1,340	1,208	562
	療養病棟入院基本料	1,500	672 (44.8%)	737	-	7,685	-	973	-	-	-
	障害者施設等入院基本料、 特殊疾患病棟入院料等	400	211 (52.8%)	288	-	3,001		403	-	-	-
	総計	5,865	2,896 (49.4%)	6,034	1,002	49,064	2,000	1,376	4,323	4,150	1,331
外来	調査の対象施設	調査対象 施設数	回収施設数 (回収率)	患者票							
	情報通信機器を用いた診療、生 活習慣病管理料、外来腫瘍化学 療法診療料、 外来感染対策向上加算等の届出 等を行っている病院及び診療所	2,440	914 (37.5%)	2,699							
一般	調査の対象	調査対象人数	回収人数 (回収率)								
	オンライン調査	2,000	2,000 (100.0%)								

(参考) 令和4年度入院・外来医療等における実態調査の回収状況

入院	調査の対象施設群 (届出入院料)	調査対象 施設数	回収施設数 (回収率)	病棟票	治療室票	患者票	治療室 患者票	退棟 患者票	医師票	病棟看護 管理者票	薬剤部 責任者票
	急性期一般入院基本料等	2,000	875 (43.8%)	2863	824	25,076	1,026	13,568	2,330	2,013	670
	地域一般入院基本料、地域包括ケア 病棟入院料、回復期リハビリテー ション病棟入院料等	1,600	745 (46.6%)	859	-	7,138	-	1,855	-	-	-
	療養病棟入院基本料	1,600	597 (37.3%)	520	-	5,005	-	703	-	-	-
	障害者施設等入院基本料、 特殊疾患病棟入院料等	800	249 (31.1%)	259	-	2,445	-	440	387	433	191
	総計	6,000	2,466 (41.1%)	4,501	824	39,664	1,026	16,566	2,717	2,446	861

2 調査結果について

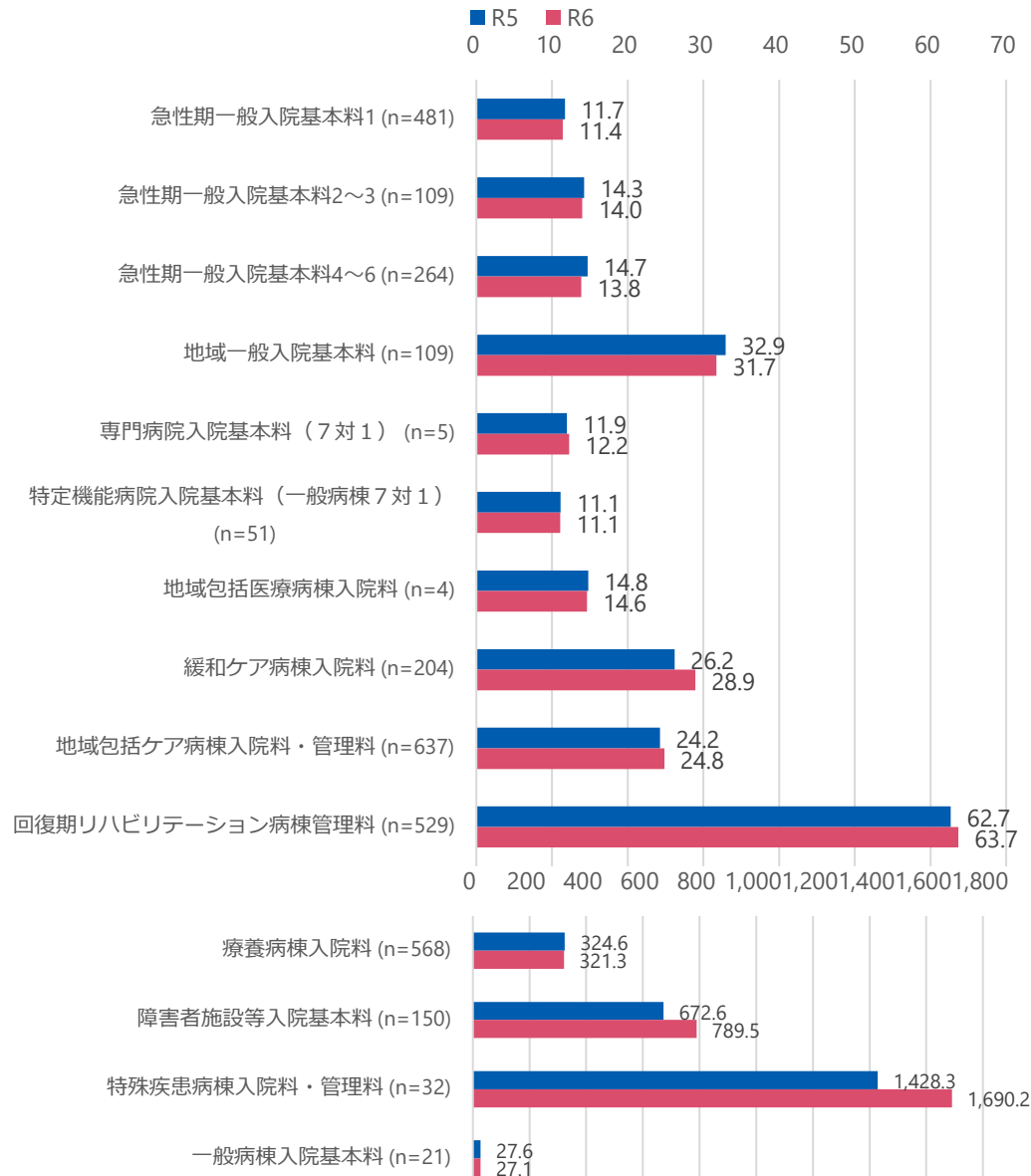
1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

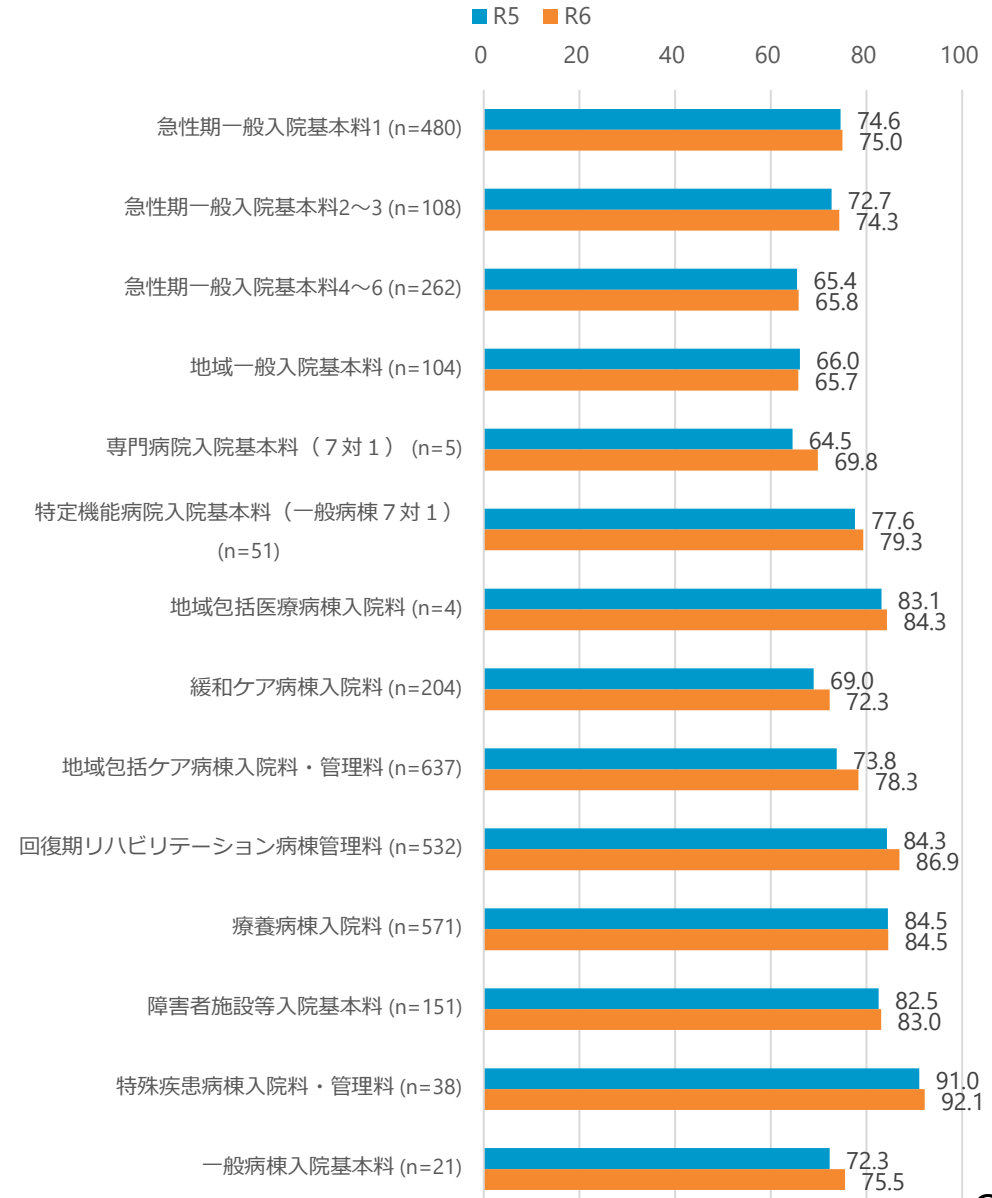
- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

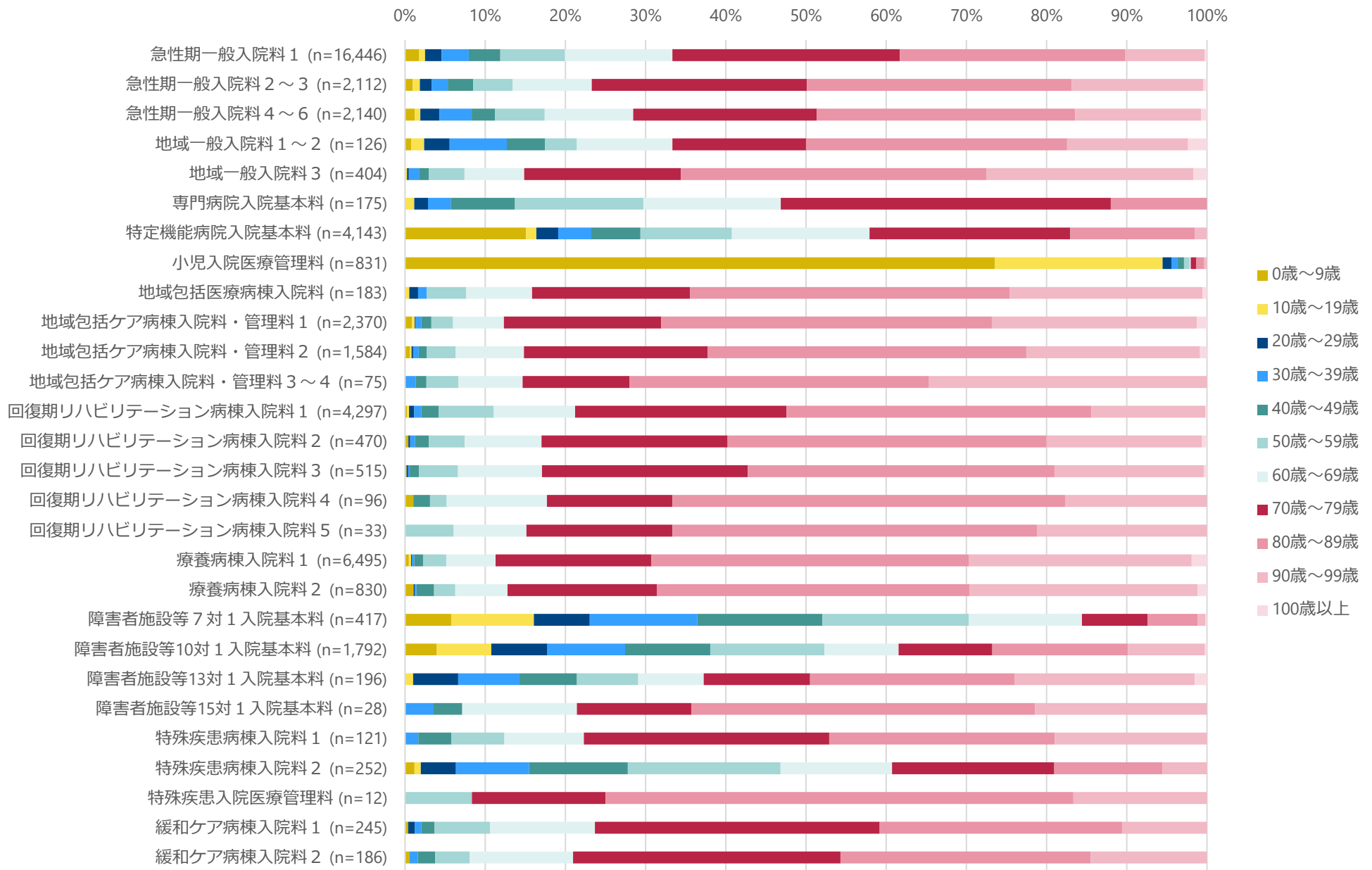
平均在院日数（日）



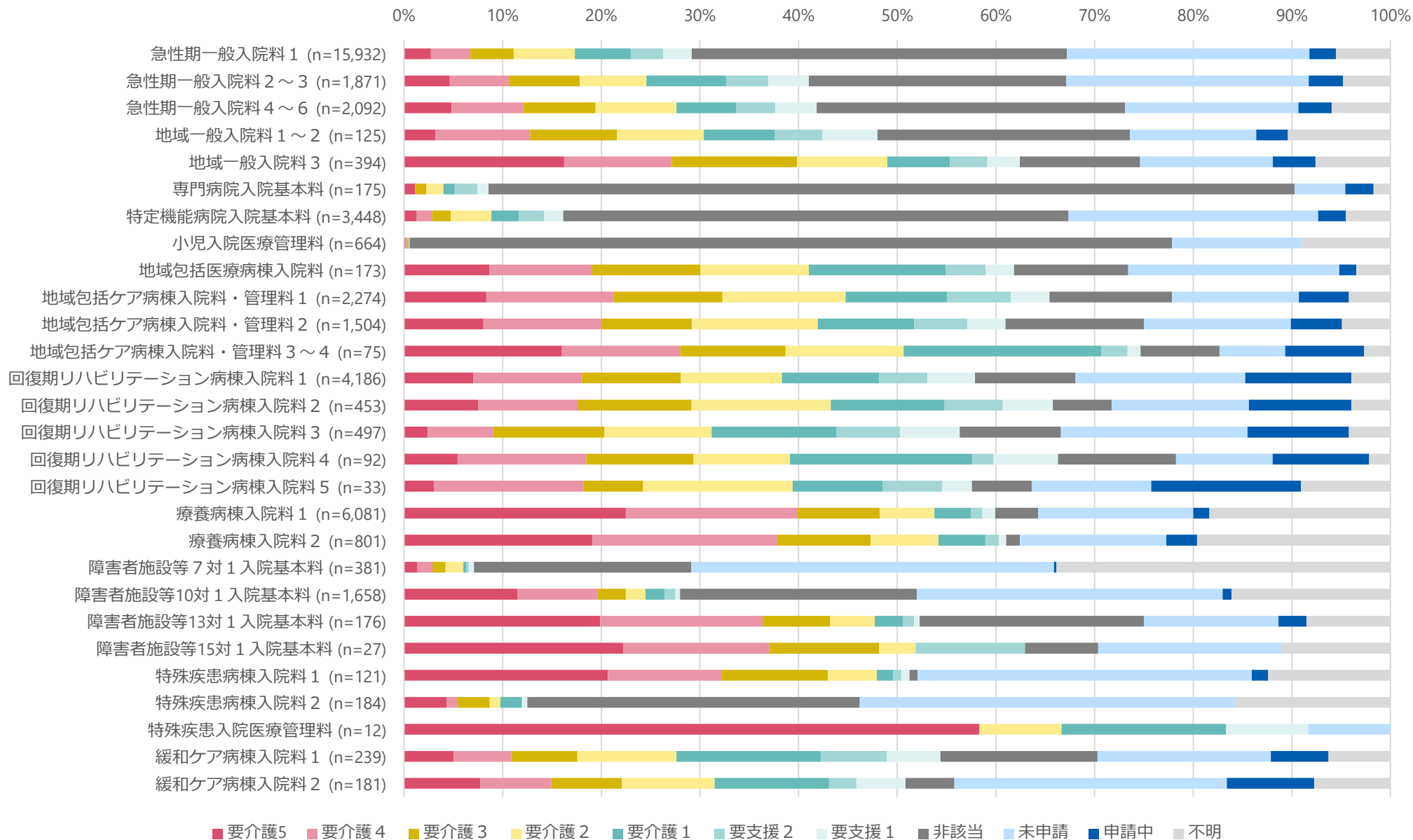
病床利用率（%）



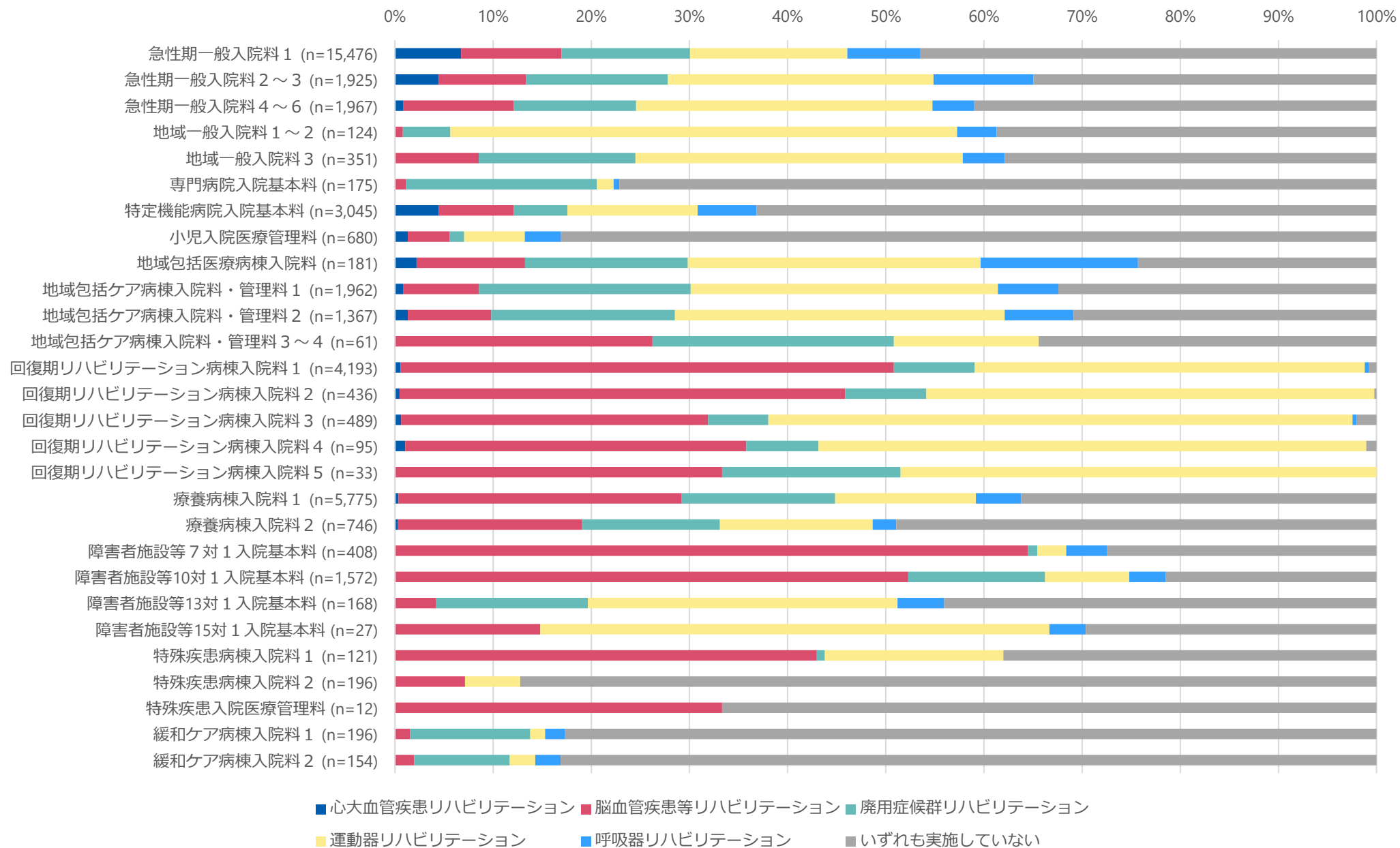
入院料ごとの年齢階級別分布



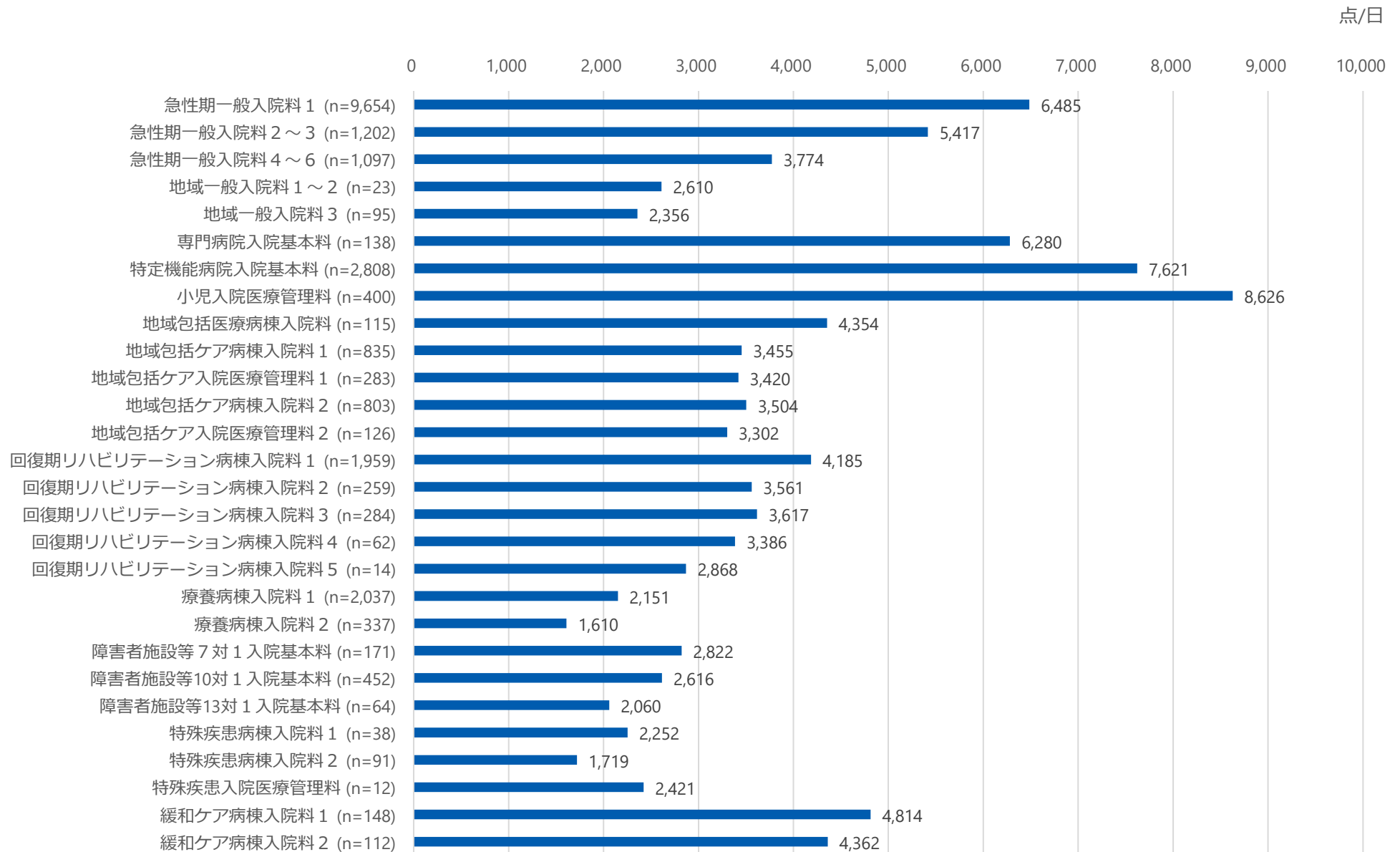
入院料ごとの要介護度別の患者割合



入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況



入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数



栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

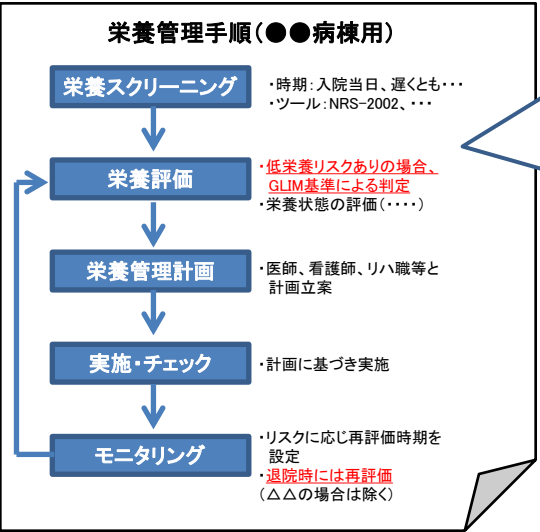
➤ 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

- 5 栄養管理体制の基準
- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

- 5 栄養管理体制の基準
- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- 全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- 検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、 消化吸収能低下	疾病負荷／炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

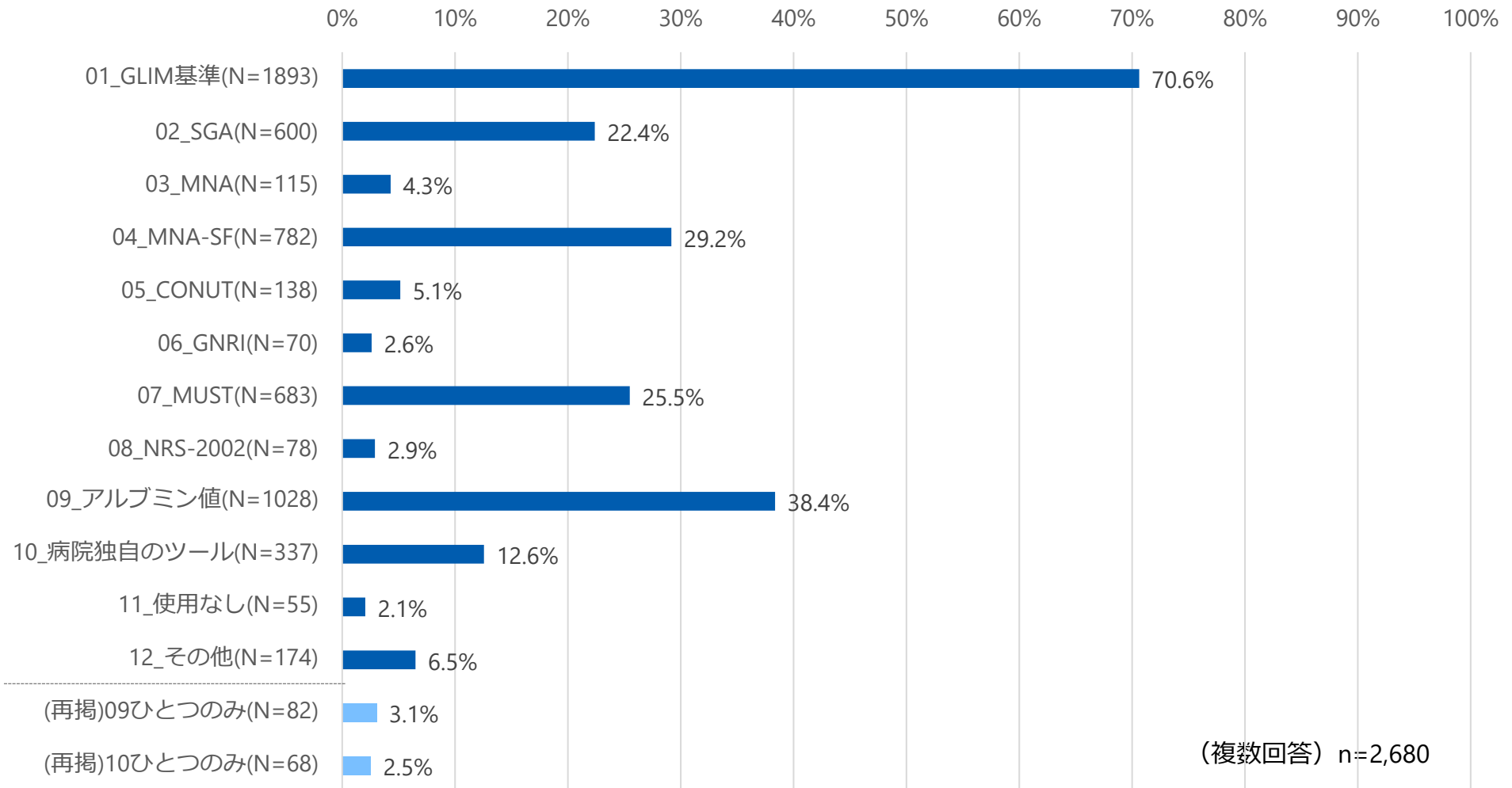
低栄養と判定

重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

栄養管理手順に位置づけている栄養スクリーニング・評価ツール

○ 栄養管理手順に、GLIM基準を位置づけていた施設の割合は、70.6%だった。



人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、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」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**

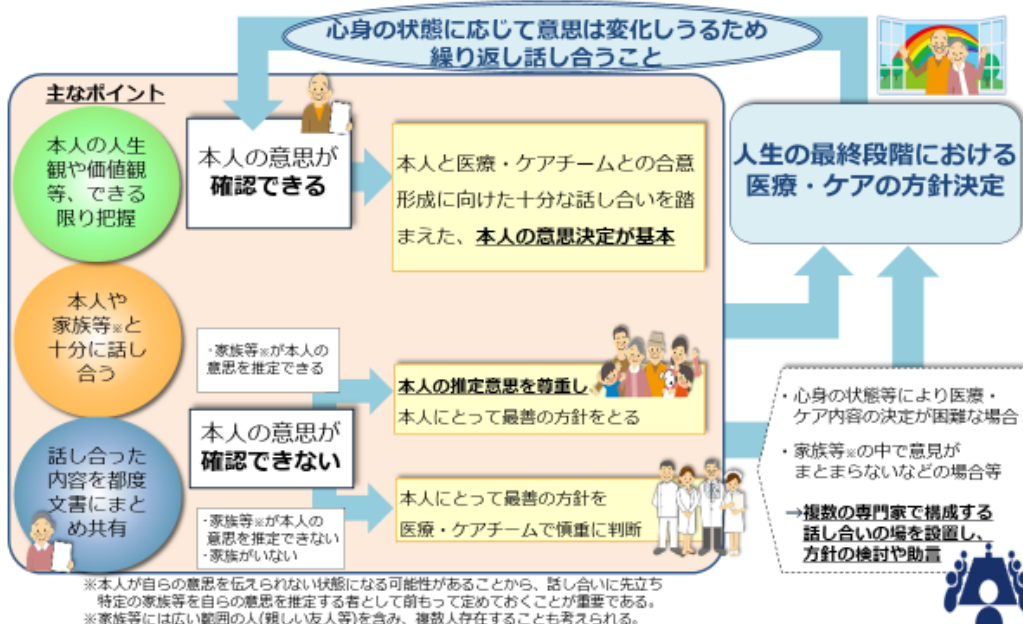
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関※**
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・**地域包括診療料**
 - ・**地域包括診療加算**
 - ・**認知症地域包括診療料**
 - ・**認知症地域包括診療加算**
 - ・在宅療養支援診療所・病院

「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」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

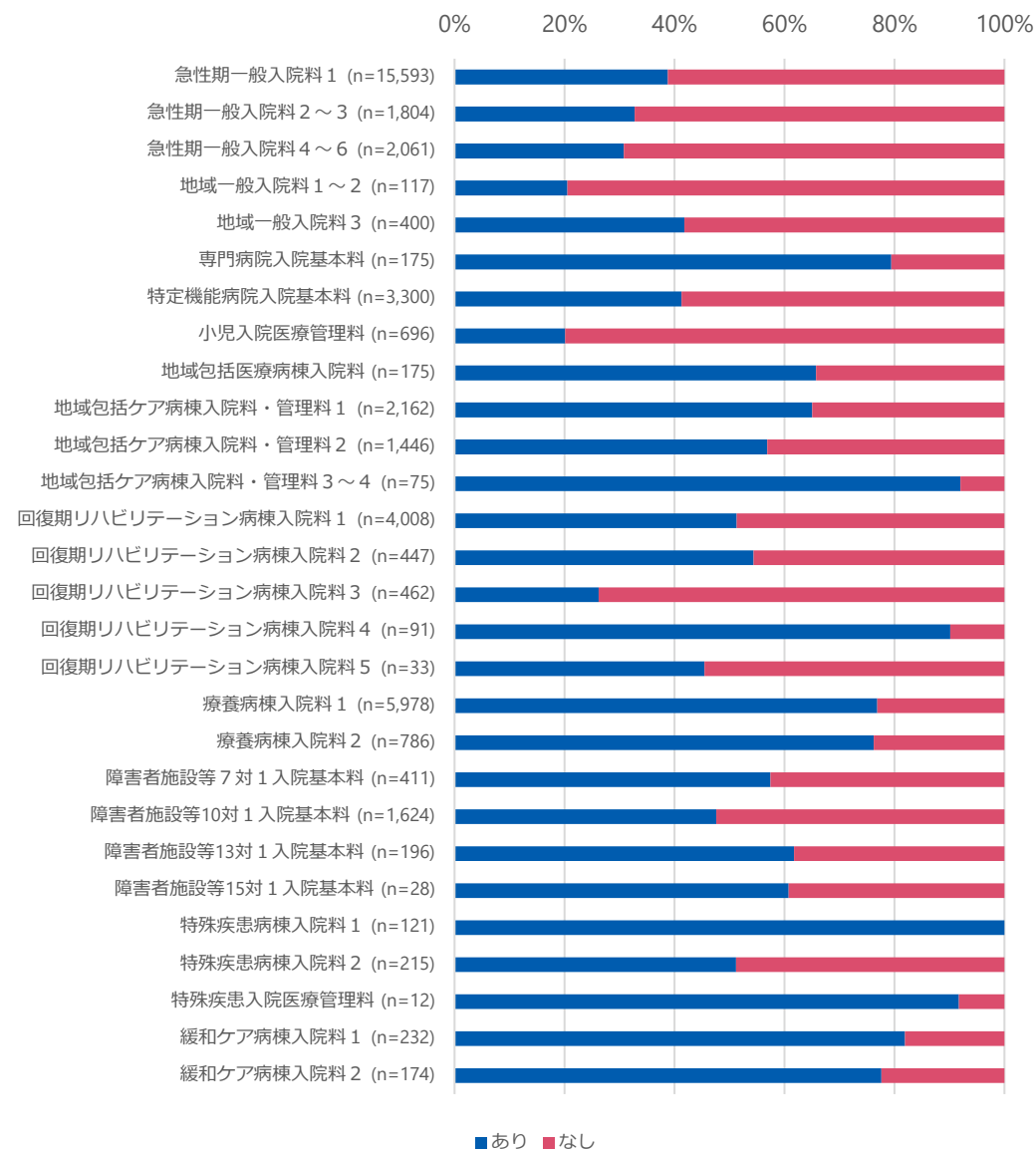
人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

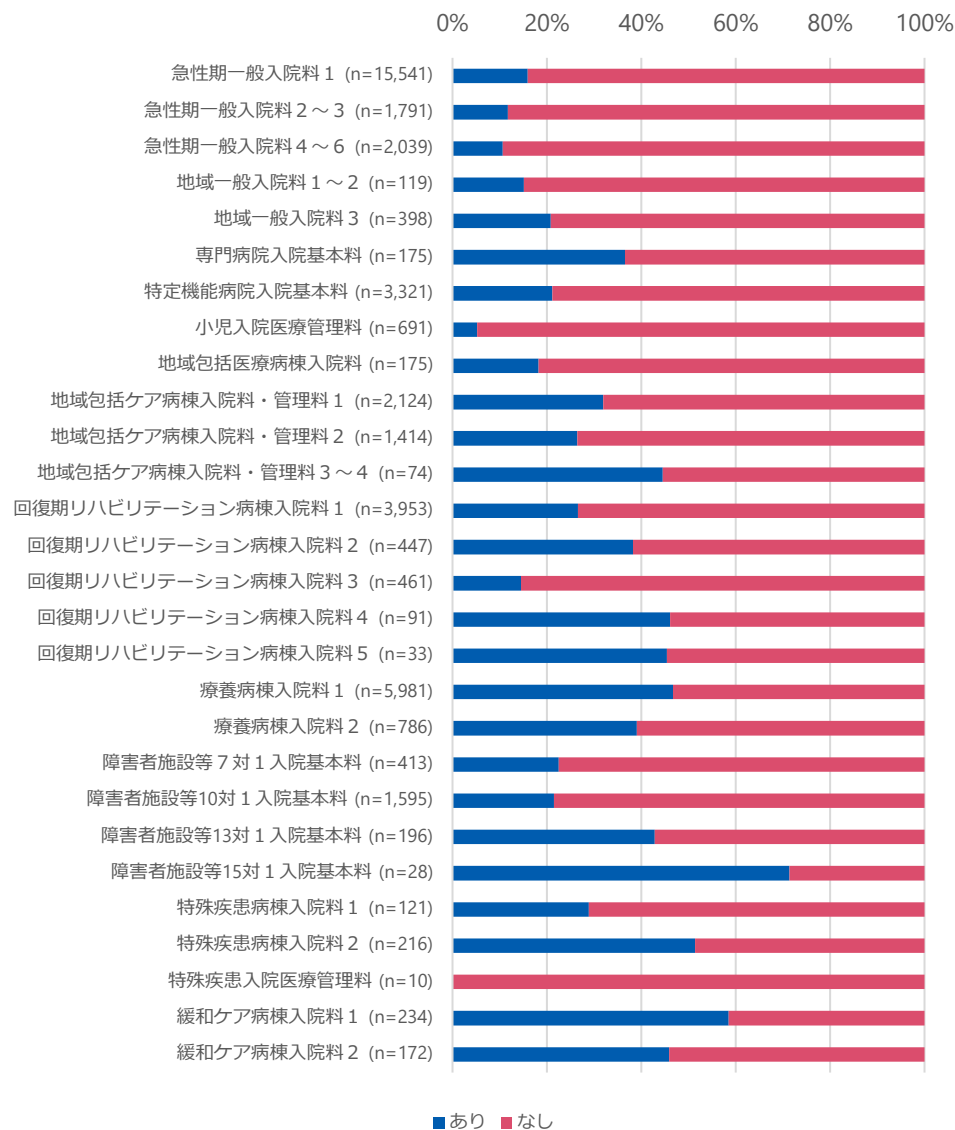
人生の最終段階の意思決定支援について

自院での適切な意思決定支援の実施有無



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



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準〕

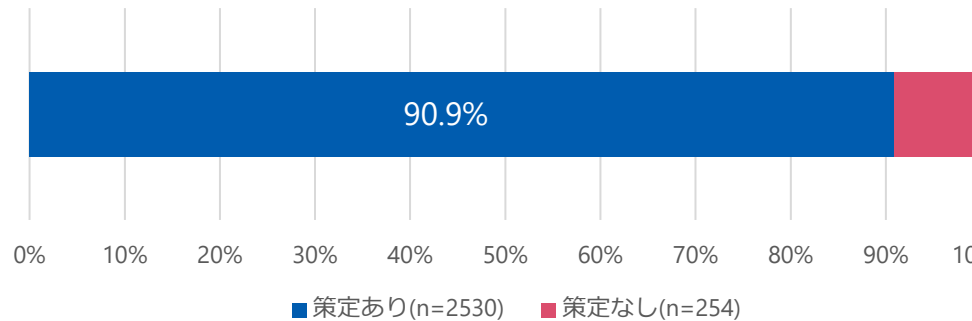
- (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- (2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

〔経過措置〕 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

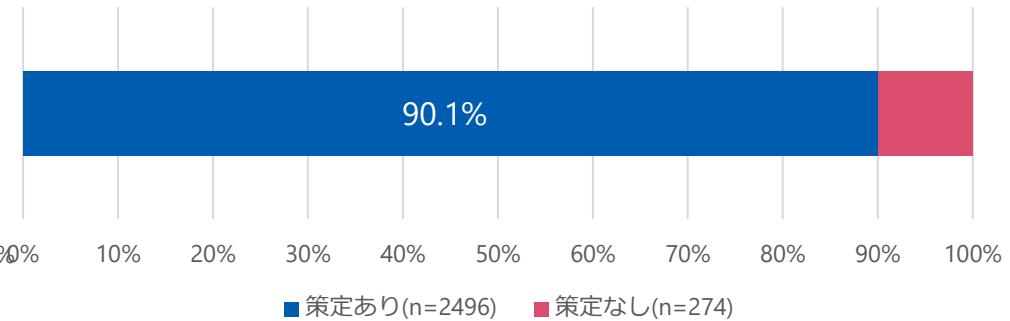
身体的拘束を最小化する取組について

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

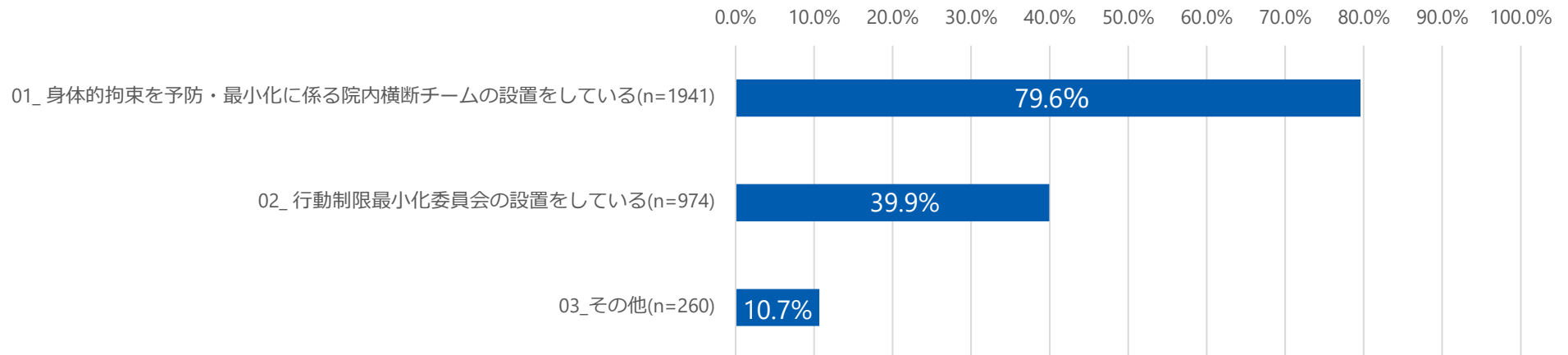
身体的拘束を最小化するための指針の策定状況
(令和6年11月1日時点)



身体的拘束の実施・解除基準の策定状況
(令和6年11月1日時点)



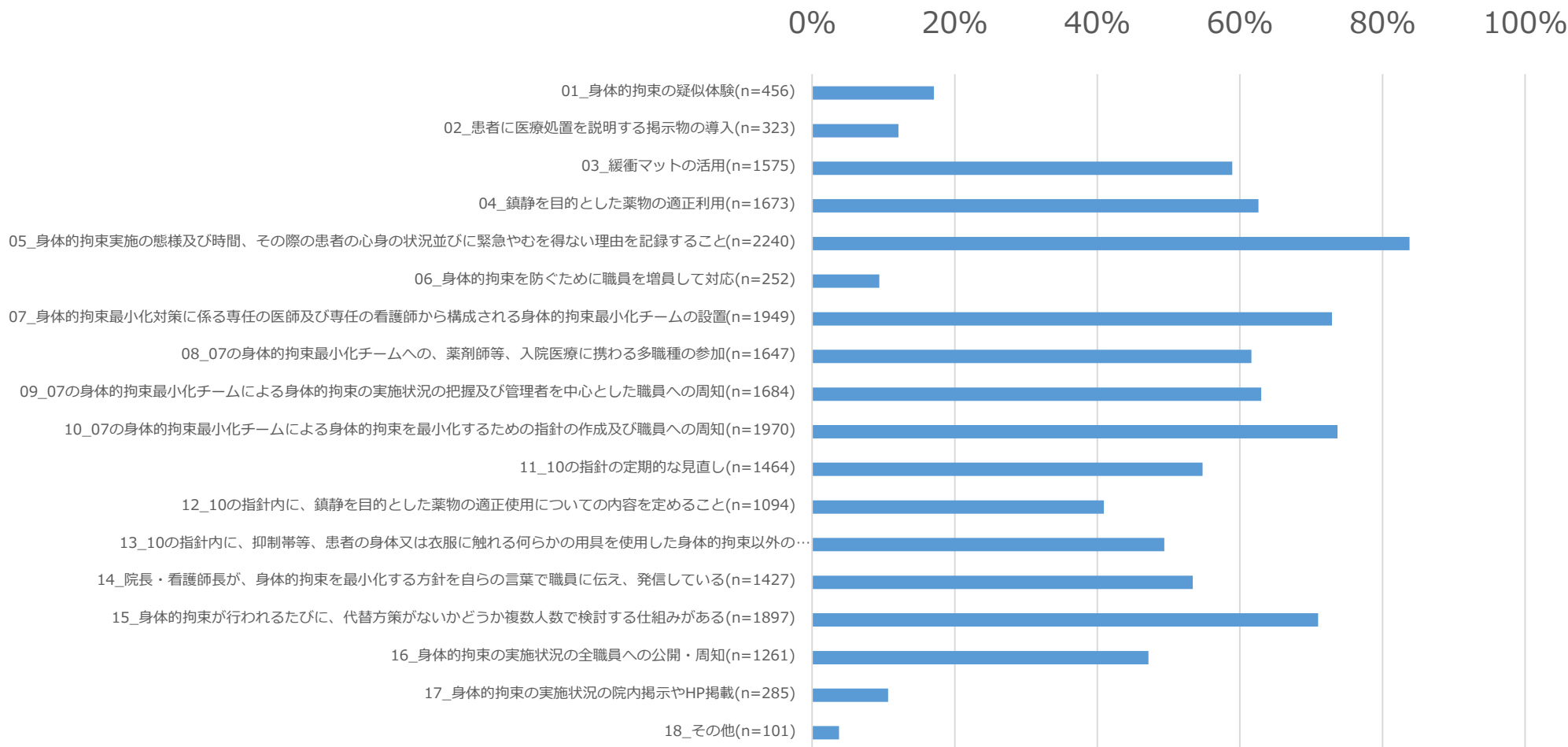
身体的拘束を予防・最小化するための組織について



身体的拘束を最小化する取組について

- 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組として、「身体的拘束実施の態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること」83.8%「指針の作成及び周知」73.7%、「身体的拘束最小化チームの設置」72.9%が進められていた。
- 「身体的拘束が行われるたびに、代替方策がないかどうか複数人数で検討する仕組みがある」については71.0%であった。

貴院における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容(n=2673)



入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

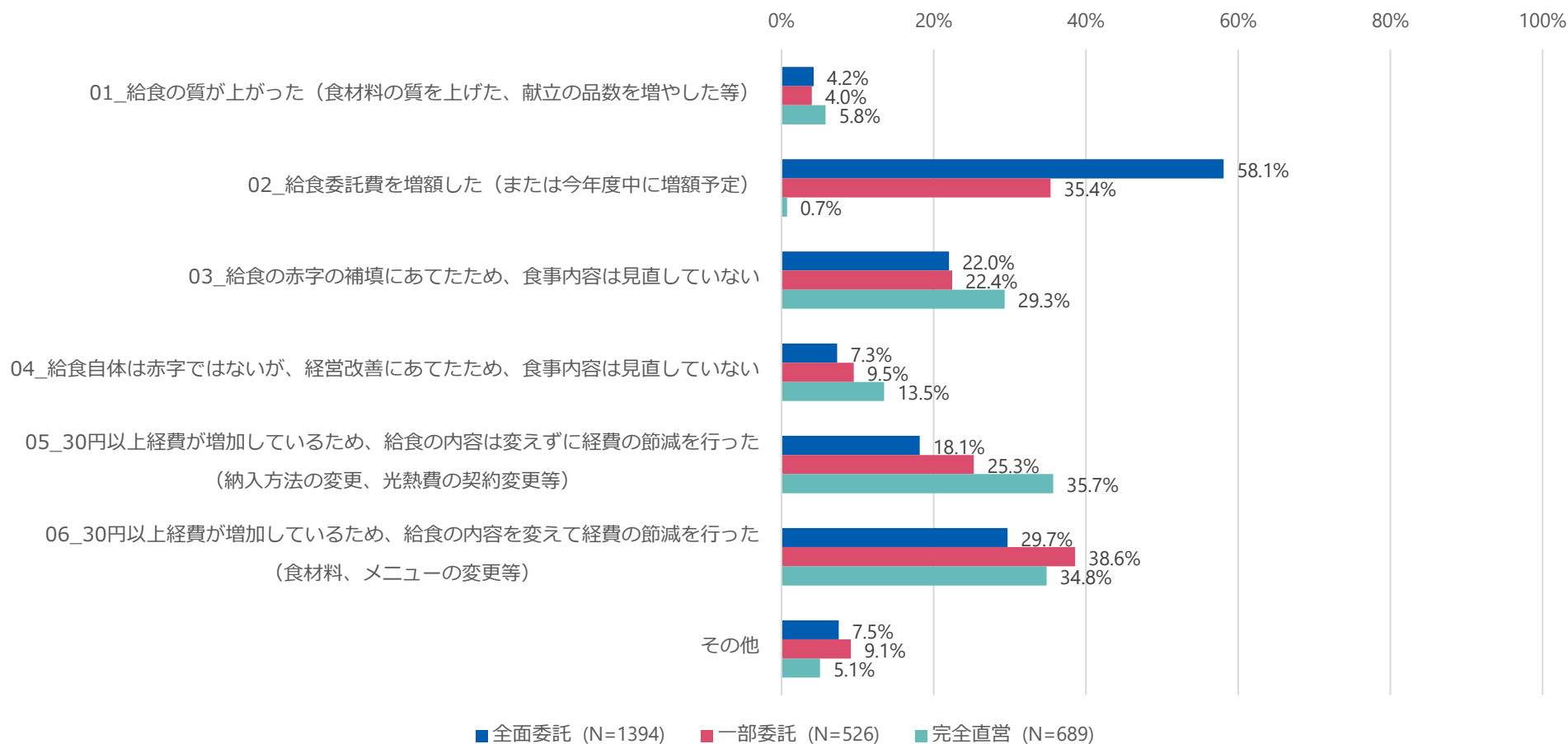
- 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。
 - ※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

		現行		改定後
総額		640円	+ 30円 ➡	<u>670円</u>
自己負担	一般所得者の場合	460円	+ 30円 ➡	<u>490円</u>
	住民税非課税世帯の場合	210円	+ 20円 ➡	<u>230円</u>
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+ 10円 ➡	<u>110円</u>

入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したこと

- 給食運営を全面委託している施設の約6割が、「給食委託費を増額した」と回答。
- 一部委託や完全直営の施設の約4割は、30円以上経費が増加しているため、納入方法や食材料等の変更を行い、更なる経費の削減を行っていた。

給食運営の状況別_給食提供等に関して見直したこと



1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

(1)急性期医療及び救急医療に対する評価の見直しの影響について
(令和6・7年度調査)

診 調 組 入 - 2
6 . 6 . 1 4

【附帯意見(抜粋)】

- 6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFA スコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。
- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準等の見直し
- ②急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し
- ③救急患者連携搬送料の新設
- ④感染対策向上加算等の見直し及び特定感染症入院医療管理加算等の新設
- ⑤急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

【調査内容案】

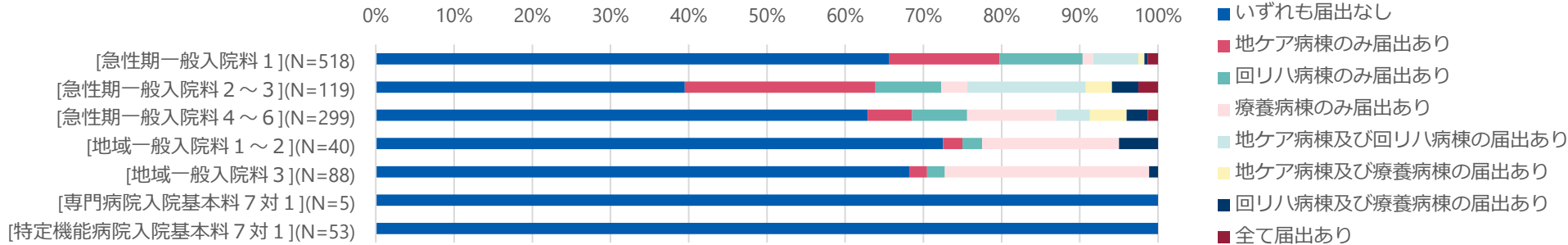
調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関

調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況
(2)重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況、急性期充実体制加算の届出状況
(3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況
(4)リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の提供状況及びその実績等の状況 等

一般病棟入院基本料等の届出施設における他の入院料の届出状況

入院料	施設数	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2～3	急性期一般入院料 4～6	地域一般入院料 1 ～2	地域一般入院料 3	専門病院入院基本 料 7 対 1	特定機能病院入院 基本料 7 対 1
		518	119	299	40	88	5	53
療養病棟入院基本料		3.9%	12.6%	20.1%	22.5%	27.3%	0.0%	0.0%
結核病棟入院基本料		5.6%	5.9%	3.3%	2.5%	1.1%	0.0%	0.0%
精神病等入院基本料		9.1%	4.2%	3.0%	2.5%	3.4%	0.0%	5.7%
小児入院医療管理料		49.6%	17.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	90.6%
回復期リハビリテーション病棟入院		18.1%	29.4%	15.4%	7.5%	3.4%	0.0%	0.0%
地域包括医療病棟入院料		2.3%	5.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
地域包括ケア病棟入院料		22.0%	45.4%	16.1%	2.5%	2.3%	0.0%	0.0%
障害者施設等入院基本料		3.9%	8.4%	6.4%	7.5%	9.1%	0.0%	1.9%
特殊疾患病棟入院料		0.2%	0.0%	0.7%	2.5%	1.1%	0.0%	0.0%
緩和ケア病棟入院料		18.7%	7.6%	1.0%	0.0%	0.0%	80.0%	11.3%
救命救急入院料		22.0%	1.7%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	58.5%
特定集中治療室管理料		45.6%	10.9%	2.0%	0.0%	1.1%	0.0%	96.2%
ハイケアユニット入院医療管理料		54.4%	36.1%	7.0%	0.0%	0.0%	60.0%	52.8%
脳卒中ケアユニット入院医療管理料		16.4%	9.2%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	34.0%
小児特定集中治療室管理料		1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
新生児特定集中治療室管理料		20.8%	2.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	43.4%
母体・胎児集中治療室管理料		7.5%	0.8%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	60.4%

入院料ごとの地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟届出の組み合わせ



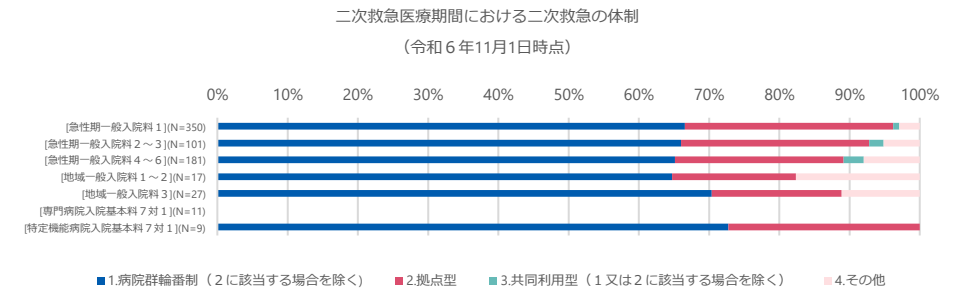
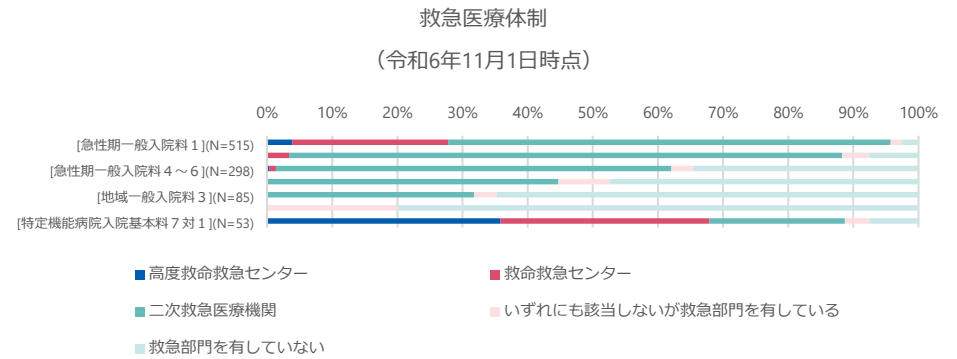
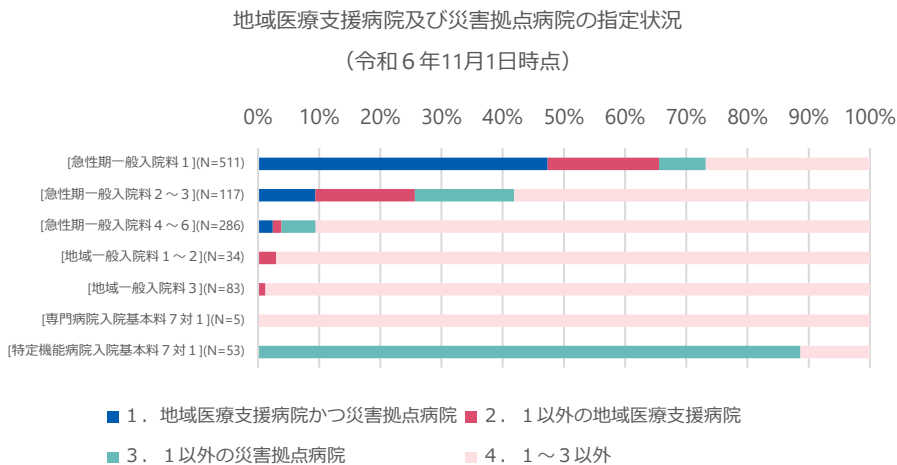
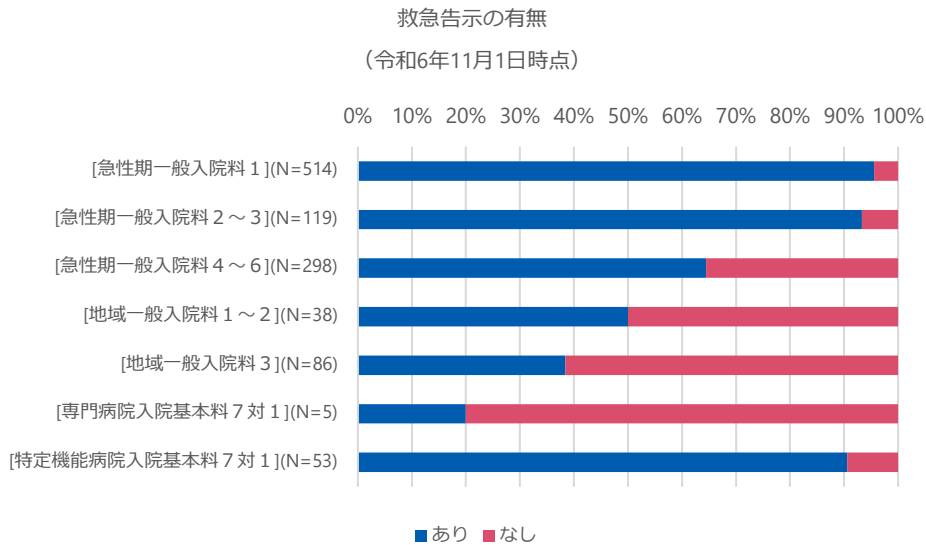
一般病棟入院基本料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

※ 40 床 あ た り 平 均 職 員 数	入院基本料	_1急性期一般入院料 1	_2急性期一般入院料 2－3	_3急性期一般入院料 4－6	_4地域一般入院料 1－2	_5地域一般入院料 3	_6専門病院入院基本料（7対1）	_7特定機能病院入院基本料（一般7対1）	_8小児入院医療管理料
	回答病棟数	2,160	232	289	24	52	17	458	167
	平均病床数	43.71	45.72	44.78	43.83	43.62	45.29	44.10	32.23
	看護師	25.11	21.74	18.31	14.46	14.31	22.98	27.23	29.60
	准看護師	0.19	0.49	1.02	1.81	2.71	0.00	0.02	0.00
	看護師及び准看護師	25.30	22.23	19.34	16.28	17.03	22.98	27.26	29.60
	看護補助者	3.68	3.62	4.56	3.39	5.52	2.09	2.64	2.09
	看護補助者のうち介護福祉士	0.48	0.54	0.63	0.96	0.70	0.00	0.05	0.06
	薬剤師	0.88	0.90	0.61	0.24	0.69	0.33	1.69	1.71
	管理栄養士	0.18	0.22	0.28	0.24	0.58	0.00	0.26	0.19
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.87	1.61	1.21	1.55	2.00	0.00	0.45	0.12
	相談員	0.28	0.33	0.21	0.41	0.43	0.00	0.10	0.42
	医師事務作業補助者	0.12	0.18	0.15	0.13	0.08	0.00	0.24	0.25
	保育士	0.01	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.01	1.49
	その他職員	0.14	0.11	0.41	0.47	0.91	0.00	0.10	0.05

※該当入院基本料等の病床数が40床以上の病棟における平均職員数

一般病棟入院基本料等を届け出ている施設における救急医療体制等

○ 各入院料ごとの救急医療体制等については、以下のとおり。

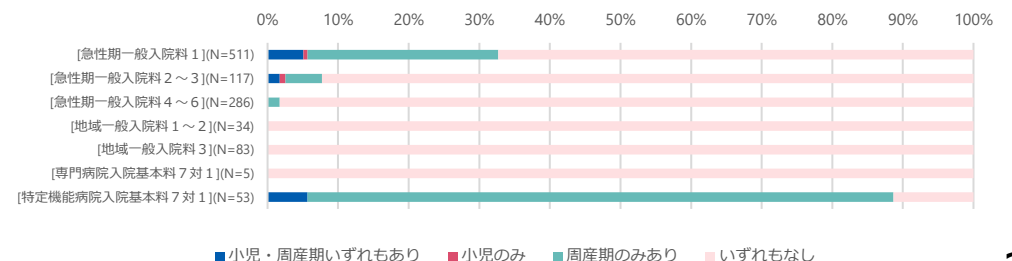


小児救命センター等※1及び総合周産期母子医療センター等※2の指定状況

(令和6年11月1日時点)

※1 小児救命救急センター又は小児救急医療拠点病院

※2 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター



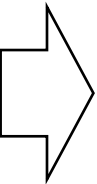
急性期一般入院料 1 等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

- 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料 1 の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

現行

【急性期一般入院基本料】
[施設基準]
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては18日）以内であること。



改定後

【急性期一般入院基本料】
[施設基準]
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては16日）以内であること。

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

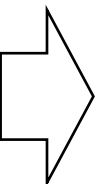
- 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
- ① 「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
 - ② 「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること

現行

【急性期一般入院料 1】
[施設基準]
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表 1

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者



改定後

【急性期一般入院料 1】
[施設基準]
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表 2 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。

別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

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

評価項目の見直し

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	－	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	－	－
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	－	－
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	－	－
5	輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり	－
6	専門的な治療・処置（※2）	－	－		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	－	あり	－
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	－	あり	－

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
	救命等に係る内科的治療（4日間）		
21	①経皮的血管内治療、 ②経皮的な心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 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、該当患者割合の基準を見直す。

現行		必要度Ⅰ 必要度Ⅱ	
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%



改定後		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
急性期一般入院料2	<u>22%</u>	<u>21%</u>
急性期一般入院料3	<u>19%</u>	<u>18%</u>
急性期一般入院料4	<u>16%</u>	<u>15%</u>
急性期一般入院料5	<u>12%</u>	<u>11%</u>
7対1入院基本料(特定)	—	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
7対1入院基本料(結核)	<u>8%</u>	<u>7%</u>
7対1入院基本料(専門)	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
看護必要度加算1(特定、専門)	<u>18%</u>	<u>17%</u>
看護必要度加算2(特定、専門)	<u>16%</u>	<u>15%</u>
看護必要度加算3(特定、専門)	<u>13%</u>	<u>12%</u>
総合入院体制加算1	<u>33%</u>	<u>32%</u>
総合入院体制加算2	<u>31%</u>	<u>30%</u>
総合入院体制加算3	<u>28%</u>	<u>27%</u>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	<u>6%</u>	<u>5%</u>
看護補助加算1	<u>4%</u>	<u>3%</u>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	<u>10%</u>	<u>8%</u>

【該当患者の基準】	
急性期1、 7対1入 院基本料 (特定、 専門)※1	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2 ～5等※2	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつ B得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院 体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括 ケア病棟 等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

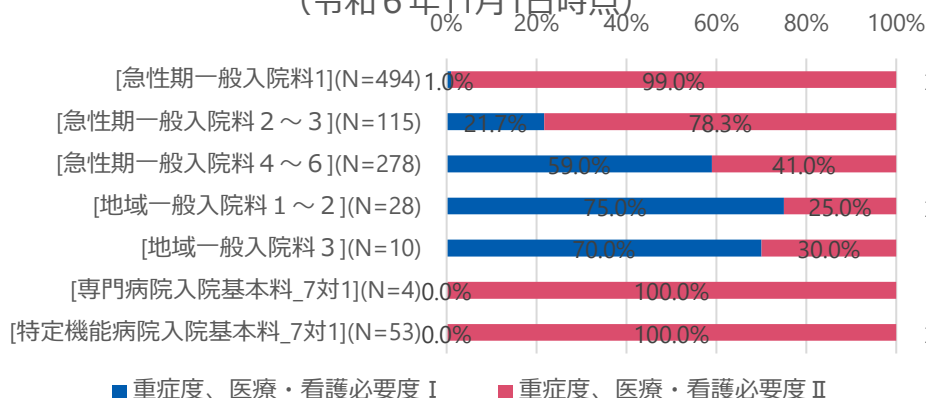
【経過措置】
令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。**29**

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1は96.8%、急性期一般入院料2～3は76.9%、急性期一般入院料4～6では38.9%であった。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由は、「必要度Ⅱより評価票の記入のほうが容易であり、必要度Ⅱに変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

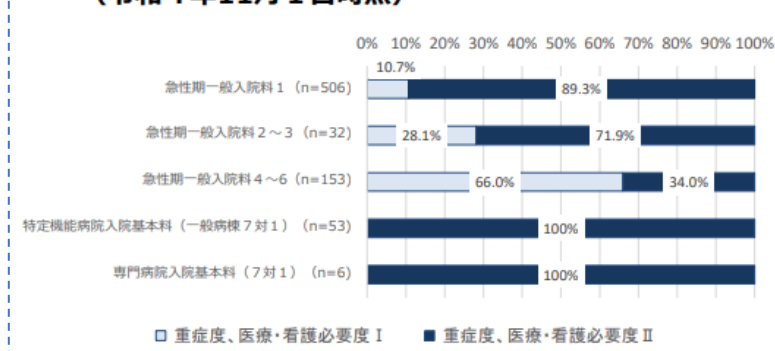
重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

(令和6年11月1日時点)

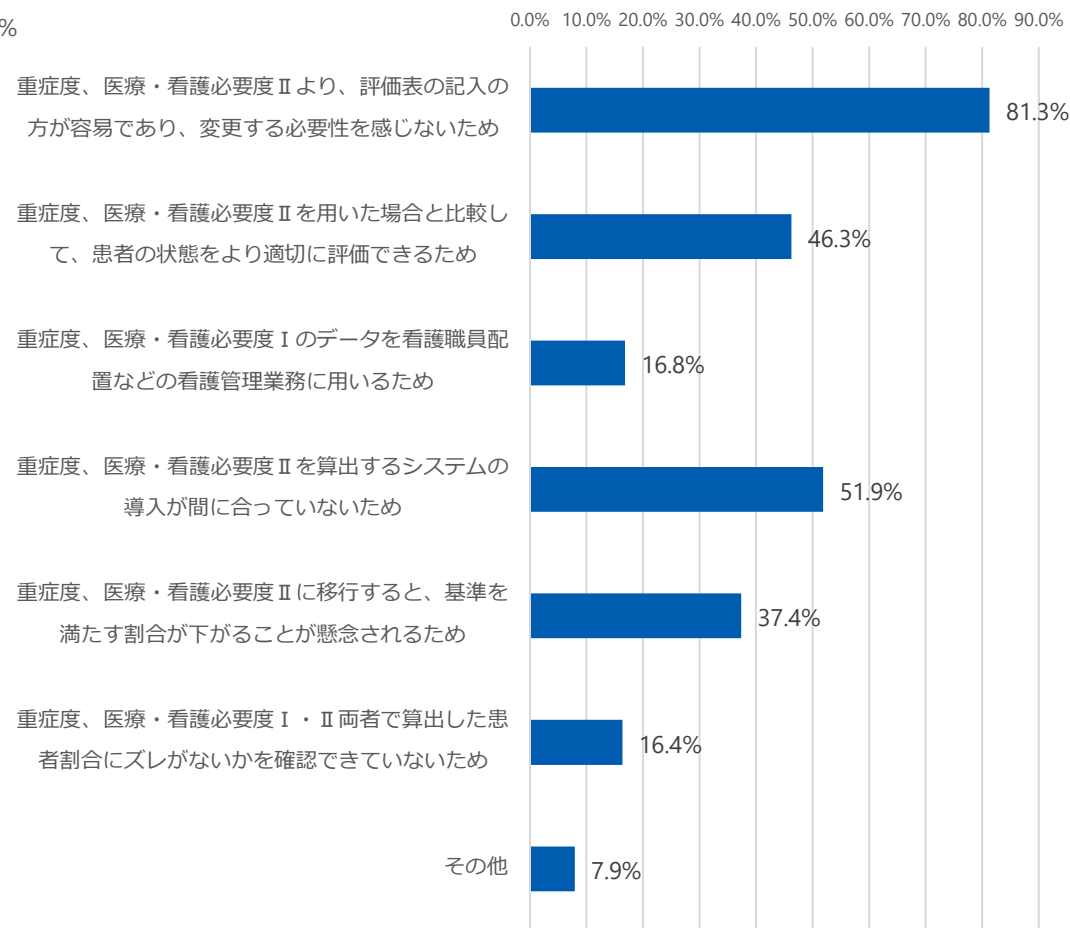


(参考)

■ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況 (令和4年11月1日時点)



重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由



急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

- 急性期一般入院料 1 の入棟元は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、71.6%であった。
- 退棟先は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、66.0%であった。

【入院元】 (n=16,093)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	7.9%
	自宅（在宅医療の提供なし）	71.6%
介護施設等	介護老人保健施設	1.8%
	介護医療院	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.4%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.9%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	3.7%
	他院の一般病床以外	0.7%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
	他院の一般病床	
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	
	他院の精神病床	
	他院のその他の病床	
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の一般病床	6.3%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	2.6%
特別の関係にある医療機関		
有床診療所	有床診療所	0.0%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関以外）	
死亡退院		
その他		0.4%

急性期一般入院料 1

【退院先】 (n=8,078)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	6.6%
	自宅（在宅医療の提供なし）	66.0%
介護施設等	介護老人保健施設	1.3%
	介護医療院	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	0.7%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	
	他院の一般病床以外	
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.1%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	4.5%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	他院の一般病床	4.5%
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	1.0%
	他院の精神病床	0.3%
	他院のその他の病床	0.9%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.7%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.1%
	自院の一般病床	2.9%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.8%
特別の関係にある医療機関		0.1%
有床診療所	有床診療所	
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	0.0%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関以外）	0.1%
死亡退院		3.4%
その他		0.8%

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

- 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行

【急性期充実体制加算】

(新設)

1	7 日以内の期間	460点
2	8 日以上11日以内の期間	250点
3	12 日以上14日以内の期間	180点

(新設)

(新設)

注 2 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(急性期充実体制加算 1)

手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち 5 つ以上を満たしていること。

(急性期充実体制加算 2)

(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち 2 つ以上を満たしていること。

改定後

【急性期充実体制加算】

1 急性期充実体制加算 1

イ	7 日以内の期間	440点
ロ	8 日以上11日以内の期間	200点
ハ	12 日以上14日以内の期間	120点

2 急性期充実体制加算 2

イ	7 日以内の期間	360点
ロ	8 日以上11日以内の期間	150点
ハ	12 日以上14日以内の期間	90点

注 2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ	急性期充実体制加算 1 の場合	90点
ロ	急性期充実体制加算 2 の場合	60点

注 3 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

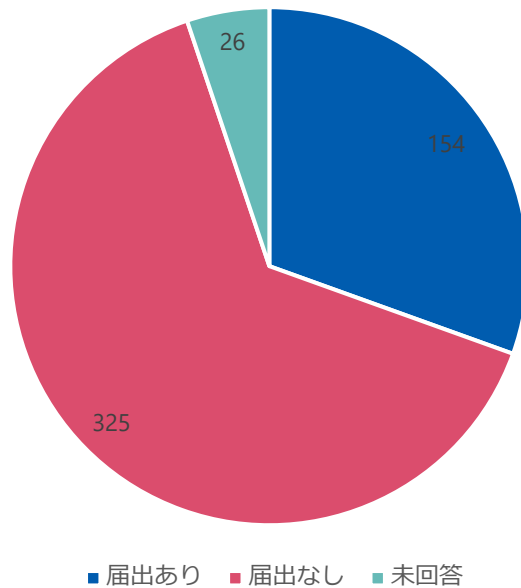
<手術等に係る実績の要件>

- (イ) 全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術350 件／年以上）
- (ロ) 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上
- (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上
- (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上
- (ホ) 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
- (ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
- (ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
- (チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
- (リ) 6 歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

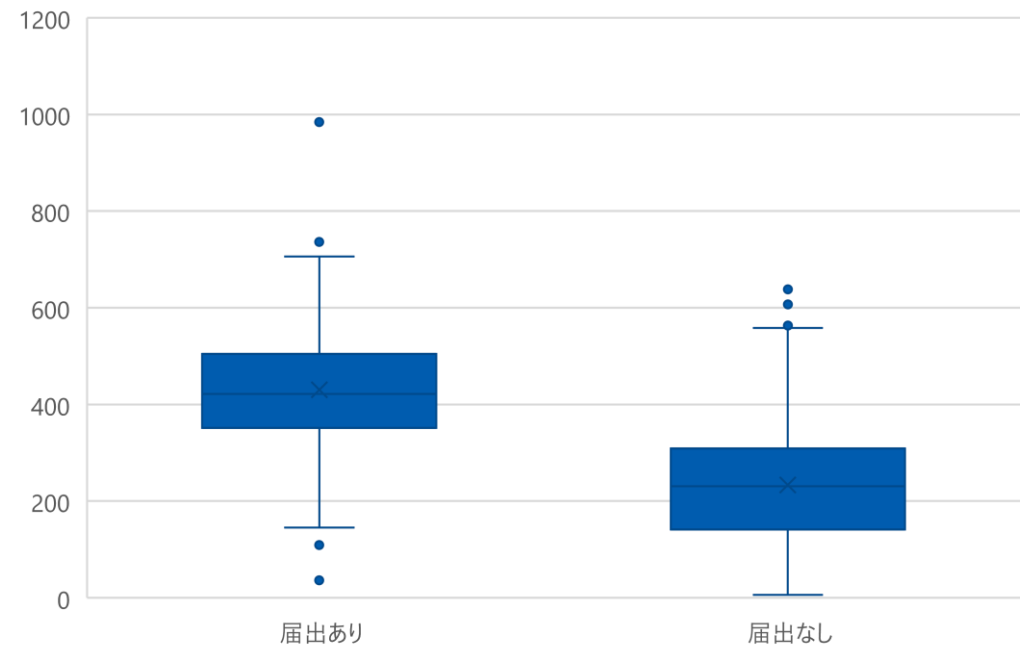
急性期充実体制加算の届出状況①

- 急性期一般入院料 1 を届出ている医療機関における、急性期充実体制加算の届出状況は以下のとおり。
- 急性期充実体制加算届出状況別に見ると、届出のある医療機関は届出のない医療機関と比較して届出病床数が多い傾向にあった。

急性期一般入院料 1 における急性期充実体制加算の届出状況 (n=505)



急性期充実体制加算届出状況別 急性期一般入院料 1 の届出病床数



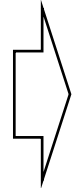
救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

➤ 救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。



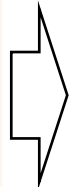
改定後

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。
【ただし書きに規定する施設基準】
救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。

➤ 「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】
[算定要件]
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
ア、イ (略)
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ～シ (略)
・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標



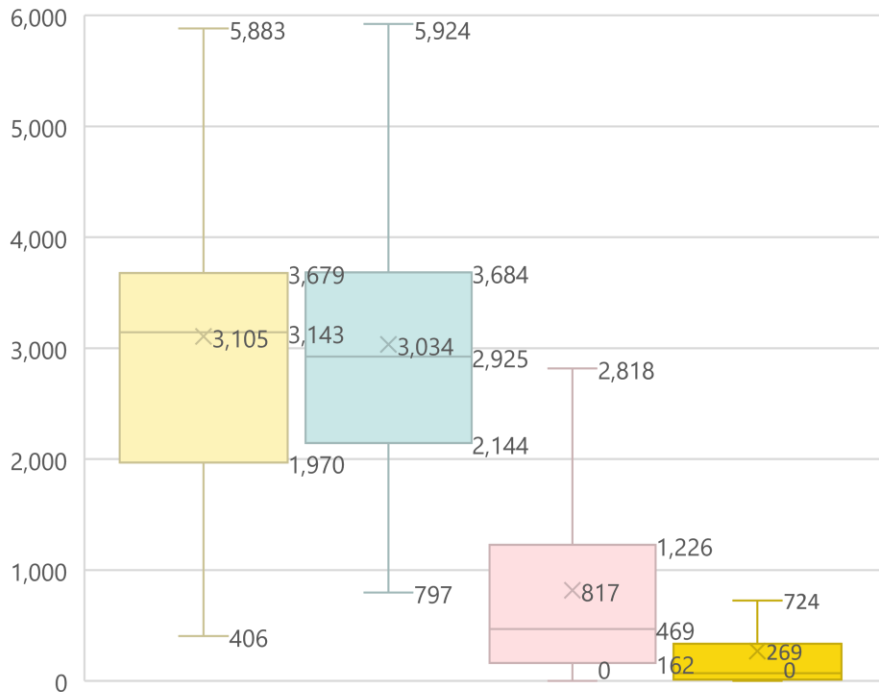
改定後

【救急医療管理加算】
[算定要件]
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。
一、二 (略)
三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態
五～十三 (略)
・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 (P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。)

救急搬送され入院した患者数等

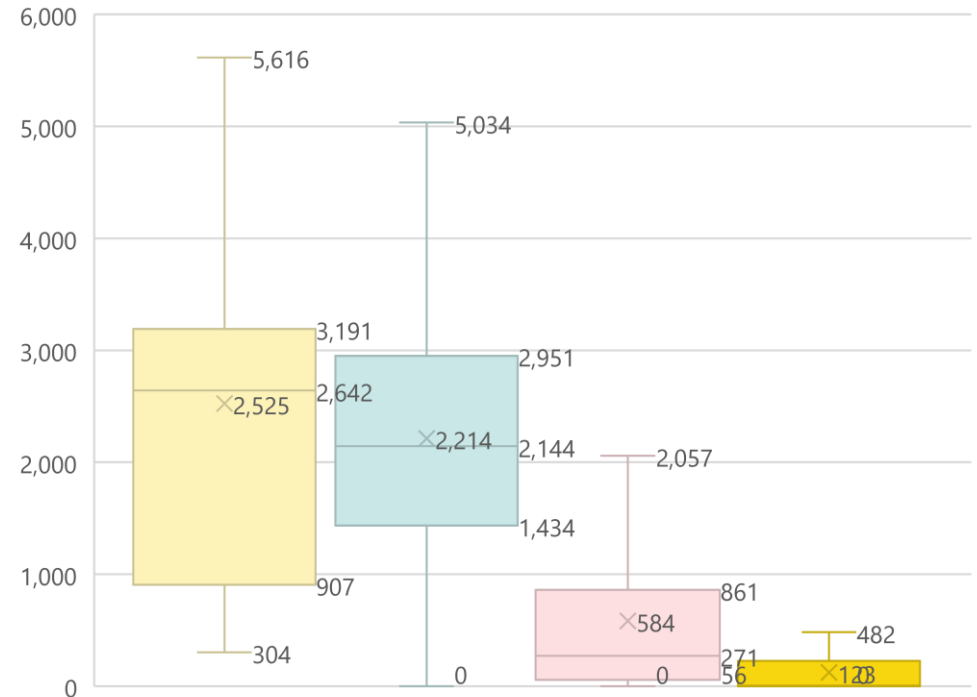
- 救急搬送受入れ件数のうち入院した患者数と救急医療管理加算を算定した患者数は、それぞれ以下のとおり。

救急搬送され入院した患者数



- 高度救命救急センター (n=39)
- 救命救急センター (n=135)
- 二次救急医療機関 (n=1,124)
- いずれにも該当しないが救急部門を有している (n=83)

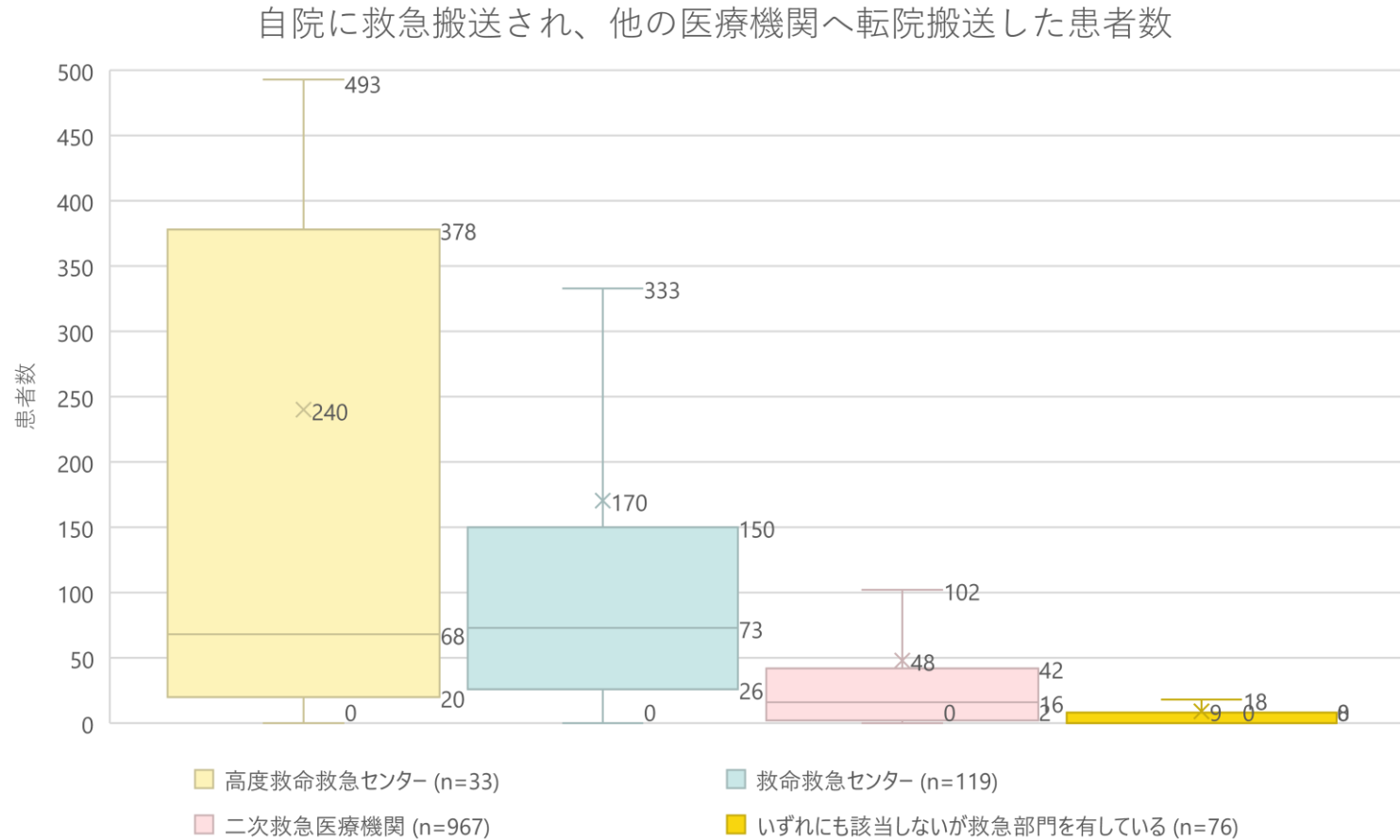
救急医療管理加算を算定した患者数



- 高度救命救急センター (n=38)
- 救命救急センター (n=126)
- 二次救急医療機関 (n=1,032)
- いずれにも該当しないが救急部門を有している (n=80)

自院に救急搬送され、他の医療機関へ転院搬送した患者数

- 自院に救急搬送され、他の医療機関へ転院搬送した患者数は以下のとおり。



初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

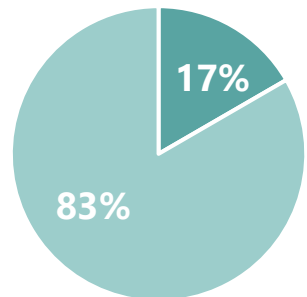
※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

救急患者連携搬送料の届出状況

- 高度救命救急センター、救命救急センター及び二次救急医療機関において、救急患者連携搬送料を届け出ていると回答した医療機関は、17%であった。
- 救急患者連携搬送料を届け出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で 2,000件未満であるため」、「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」等が多かった。

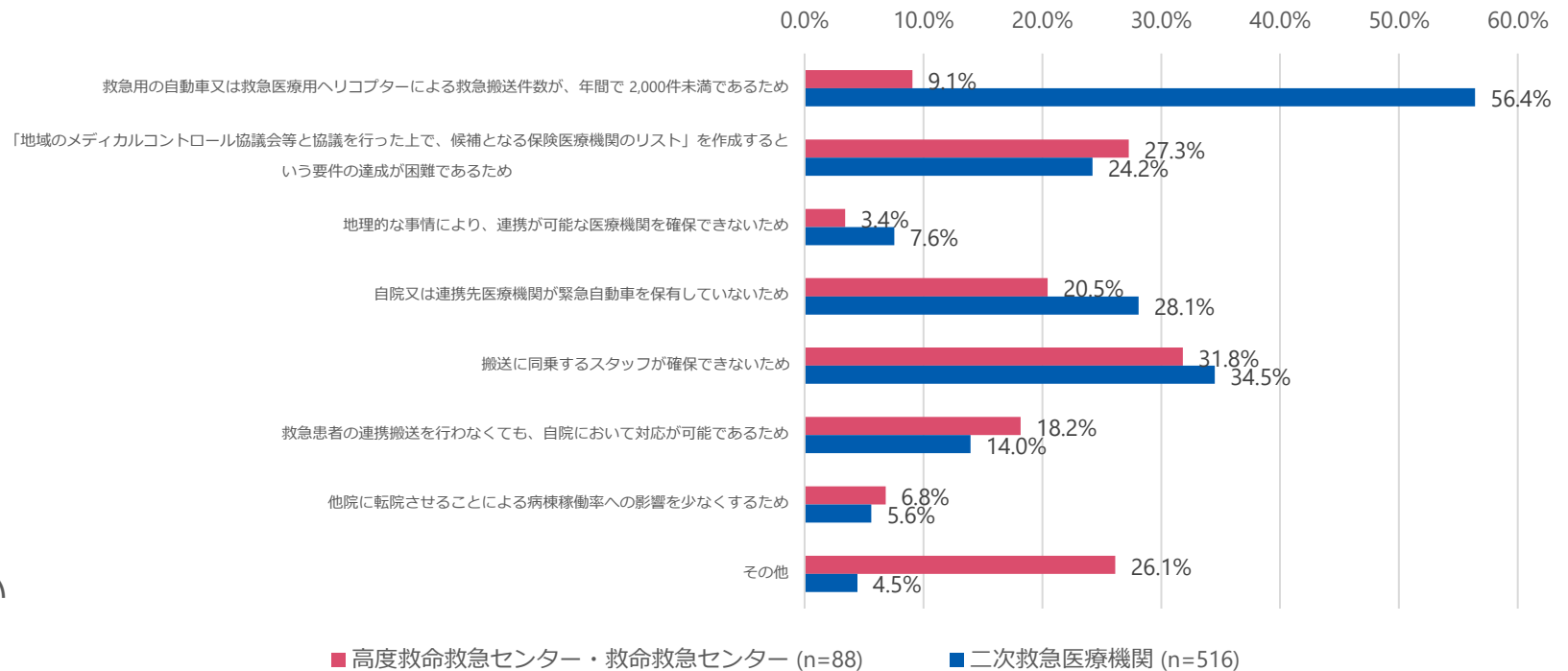
救急患者連携搬送料の

届出状況(n=1,063)



■ 届け出ている
■ 届け出していない

救急患者連携搬送料を届け出していない理由（複数選択可）



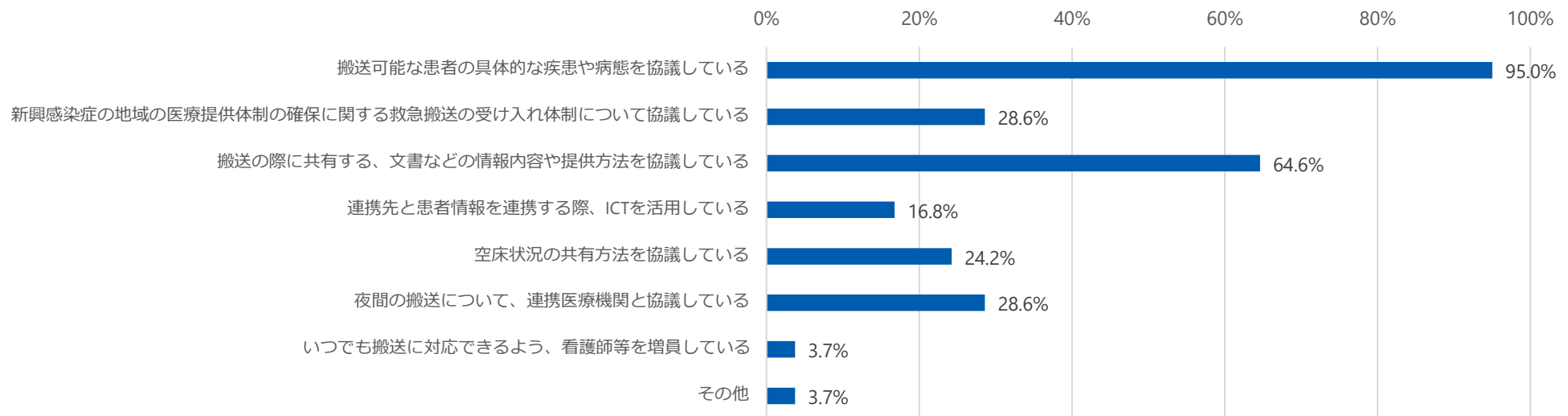
・その他（自由記載）の例（抜粋要約）

・現在届出の準備中、院内調整が図れないため、搬送対象となる患者が少ないため、MC協議会の開催待ち 等

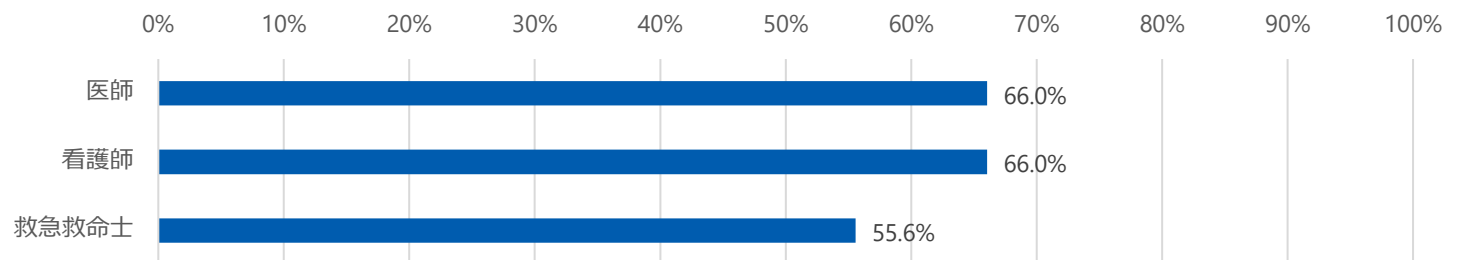
救急患者連携搬送料の届出医療機関における状況

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関（搬送元医療機関）における、救急患者連携搬送の体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容は、「搬送可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している」が95.0%と最も多く、次いで「搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している」が64.6%と多かった。
- 救急患者連携搬送を行う際に、自院又は連携先に属する緊急自動車に同乗する職種は、「医師」、「看護師」が66.0%、「救急救命士」が55.6%であった。

救急患者連携搬送における体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等（n=161）



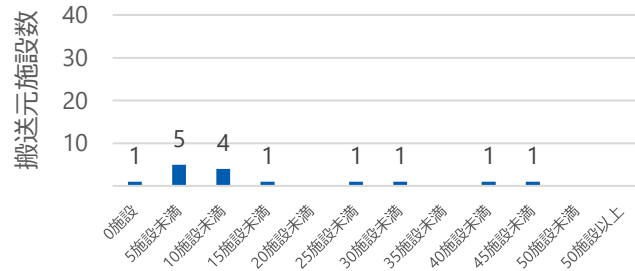
救急患者連携搬送を行う際に、自院又は連携先に属する緊急自動車に同乗する職種（n=162）



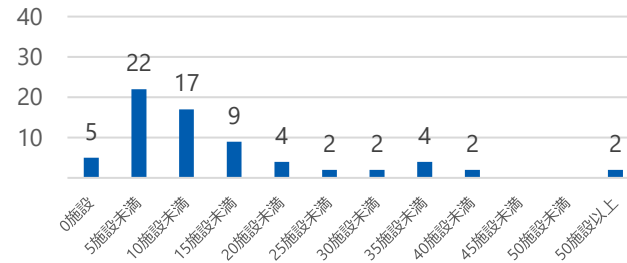
救急患者連携搬送料の届出医療機関における状況 (2)

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関（搬送元医療機関）が、搬送先として連携する医療機関の数は以下のとおり。

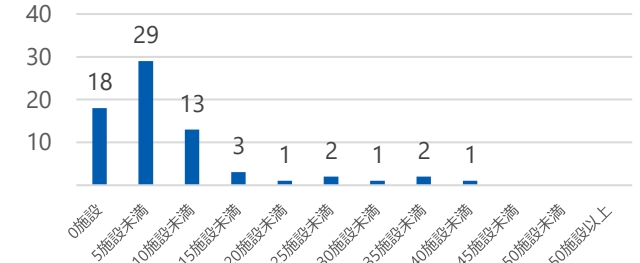
高度救命救急センター⇒二次救急医療施設 (n=15)



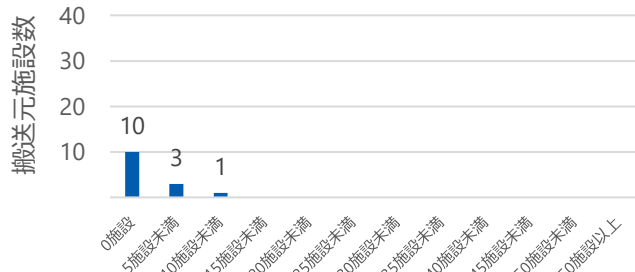
救命救急センター⇒二次救急医療施設(n=69)



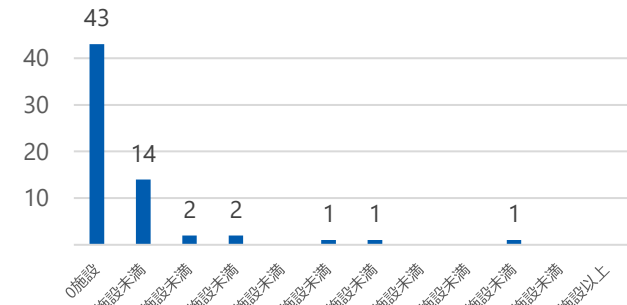
二次救急医療施設⇒二次救急医療施設(n=70)



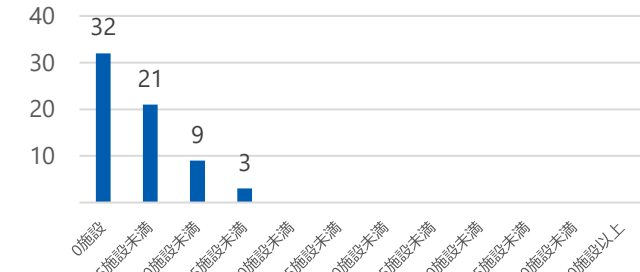
高度救命救急センター⇒二次以外の救急部門を有する施設(n=14)



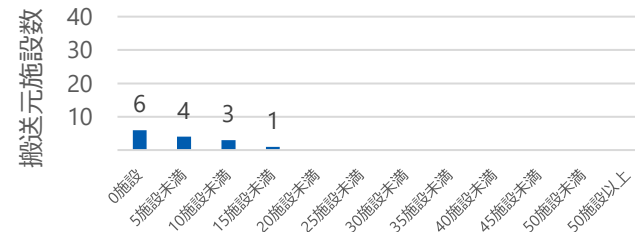
救命救急センター⇒二次以外の救急部門を有する病院(n=64)



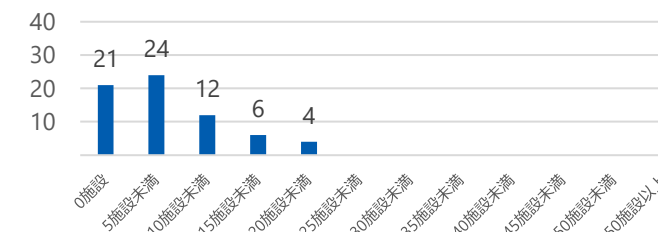
二次救急医療施設⇒二次以外の救急部門を有する病院(n=65)



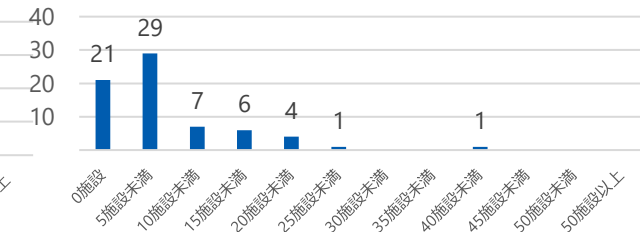
高度救命救急センター⇒救急部門のない施設(n=14)



救命救急センター⇒救急部門のない施設(n=67)



二次救急医療施設⇒救急部門のない施設(n=69)



搬送先施設数

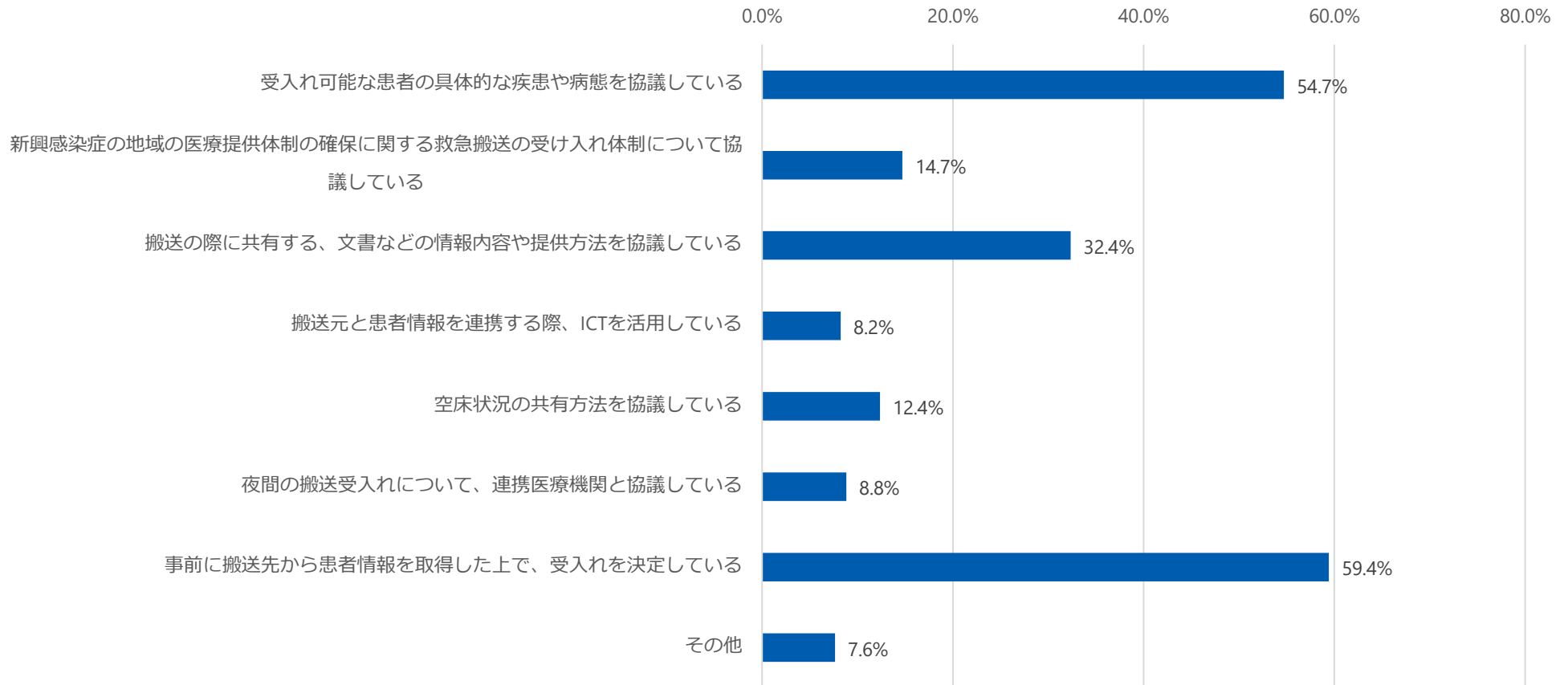
搬送先施設数

搬送先施設数

救急患者連携搬送料の搬送先医療機関における状況

- 救急患者連携搬送料の搬送先医療機関における、救急患者連携搬送の体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容は、「事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している」が59.4%と最も多く、次いで「受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している」が54.7%と多かった。

救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等（n=170）



急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

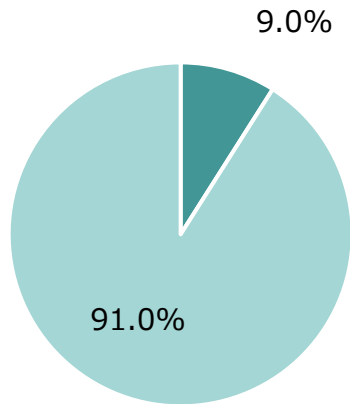
多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する状況

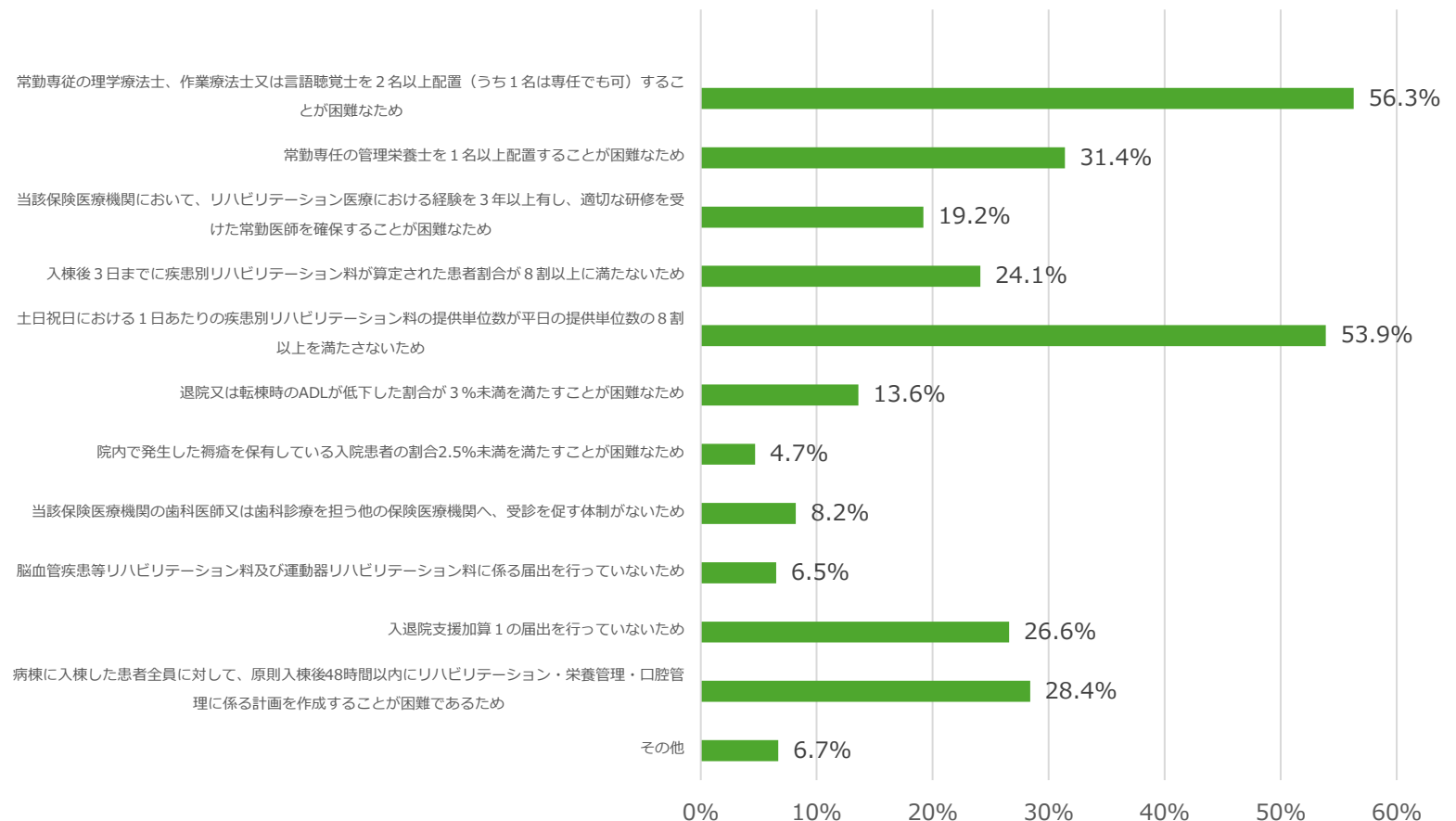
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況（n=1,065）



■ 届け出ている
■ 届け出していない

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出していない理由：（n=924）



1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

(2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について (令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFA スコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ① 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の評価体系の見直し
- ③ 特定集中治療室遠隔支援加算の新設

【調査内容案】

調査対象: 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、小児特定集中治療室管理料等を算定している患者の入院している医療機関

調査内容: (1) 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況
(2) 当該管理料等における患者の状態、医療提供内容、入退室状況、生理学的スコア
(3) 医師の配置状況

等

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➤ 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す。

現行		
A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

改定後		
・「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除 ・「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外 ・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更		
A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 <u>創傷の処置(褥瘡の処置を除く)</u>	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 <u>注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)</u>	なし	あり
5 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
6 シリンジポンプの管理	なし	あり
7 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
8 人工呼吸器の装着	なし	あり
9 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
11 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

➤ 該当患者割合の基準について見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

基準	A得点3点以上かつB4得点以上
基準に該当する患者割合の基準	
ハイケアユニット入院医療管理料1	8割
ハイケアユニット入院医療管理料2	6割

基準①	2、7、8、9、10又は11のうち1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当
基準に該当する患者割合の基準(※)	
ハイケアユニット入院医療管理料1	1割5分以上が基準①に該当かつ8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料2	1割5分以上が基準①に該当かつ6割5分以上が基準②に該当

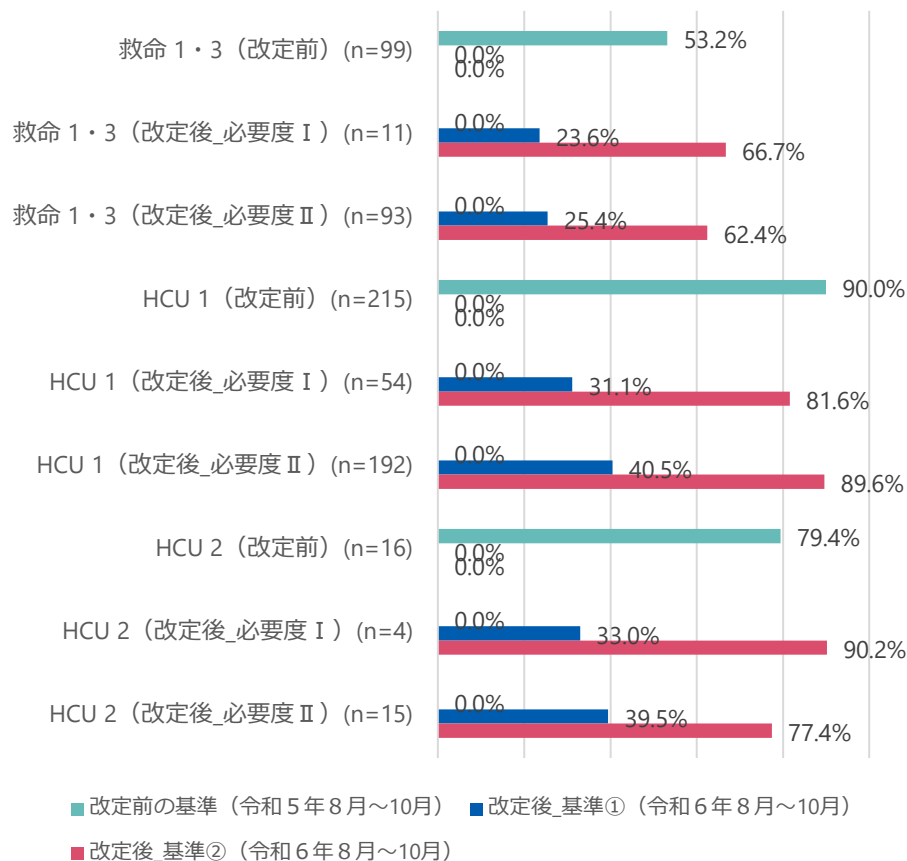
※ 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡで共通

救命救急入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

- 令和5年8～10月及び令和6年8～10月における救命救急入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いている治療室の該当患者割合の平均

0% 20% 40% 60% 80% 100%

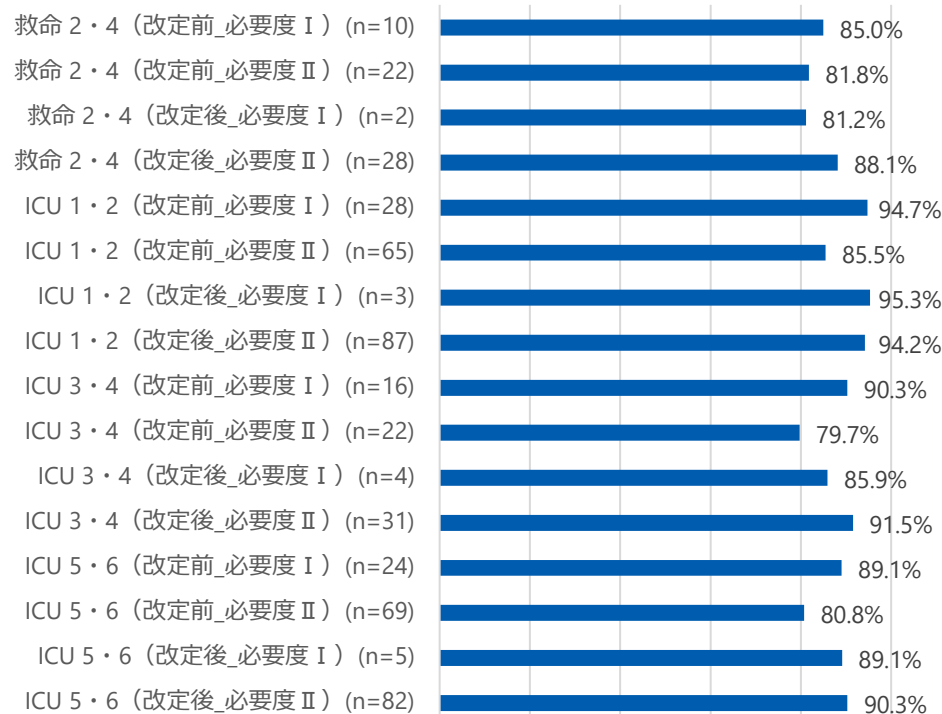


特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いている治療室の該当患者割合の平均

(改定前: 令和5年8月～10月の3か月間、

改定後: 令和6年8月～10月の3か月間)

0% 20% 40% 60% 80% 100%



注: 令和6年度診療報酬改定において、上記の治療室は、特定集中治療室管理料用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることとしたが、令和6年3月31日時点で届出を行い旧基準を満たしていた治療室については、令和6年9月30日まで経過措置を設けていた。

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

- S O F Aス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、評価を見直す。また、この患者指標及び専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。

改定後

【特定集中治療室管理料1・2】

[施設基準]

- 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア5以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が8割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料3・4】

[施設基準]

- 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア3以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料5・6】（新設）

[施設基準]

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。

現行

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料1・2	14,211点
特定集中治療室管理料3・4	9,697点
（新設）	

改定後

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料1・2	14,406点
特定集中治療室管理料3・4	9,890点
特定集中治療室管理料5・6	8,890点

※ 治療室については、以下を明確化。

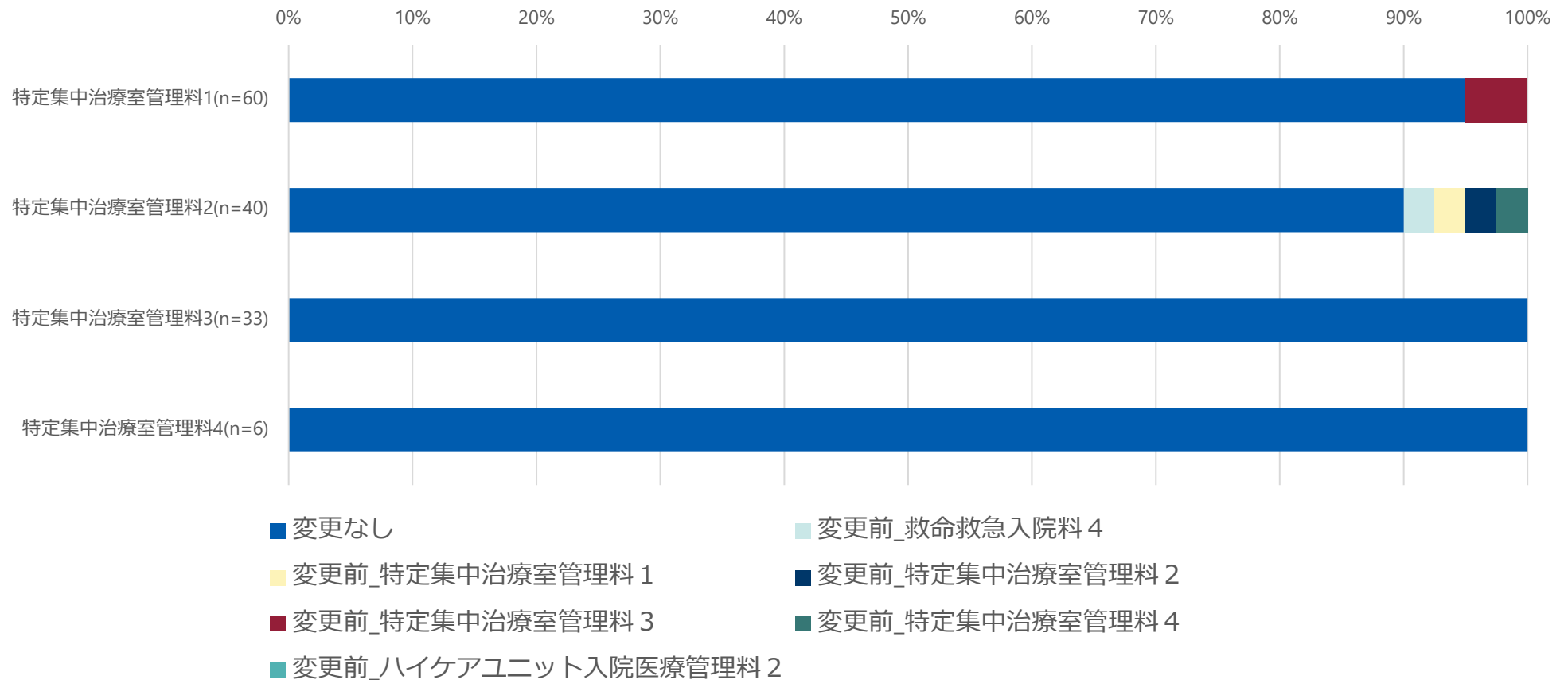
- 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行っていない医師であること（救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1）
- 保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むこと（ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料2及び新生児治療回復室入院医療管理料）

※ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度から、「輸液ポンプの管理」の項目を削除し、該当基準をA得点2点以上に変更。

特定集中治療室管理料 1 ～ 4 における届出変更の有無

- 「特定集中治療室管理料 1 ～ 4」を届け出た治療室のうち、令和 6 年 6 月 1 日以降において特定入院料に変更のあった治療室と、変更前に算定していた特定入院料の割合は以下のとおり。

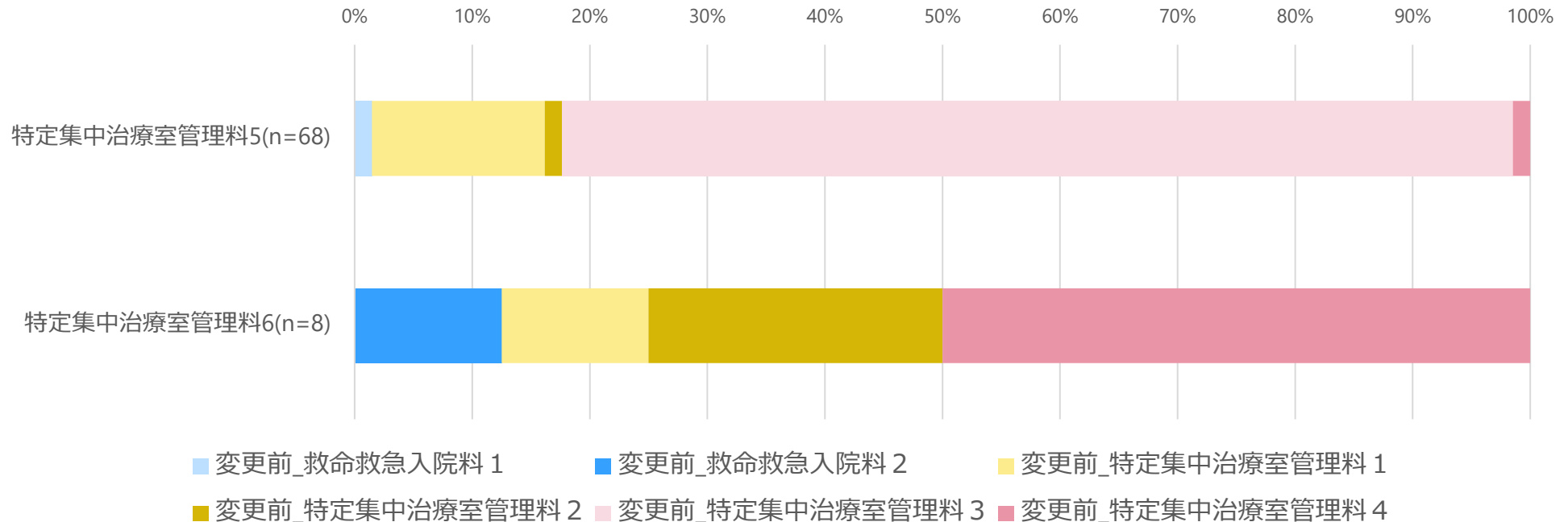
特定集中治療室管理料 1 ～ 4 における届出変更の有無



特定集中治療室管理料 5、6 への変更前に算定していた特定入院料

- 「特定集中治療室管理料 5、6」を届け出た治療室のうち、令和 6 年 6 月 1 日以前に算定していた特定入院料の割合は以下のとおり。
- 多くの治療室において、変更前には「特定集中治療室管理料 1～4」が算定されていた。

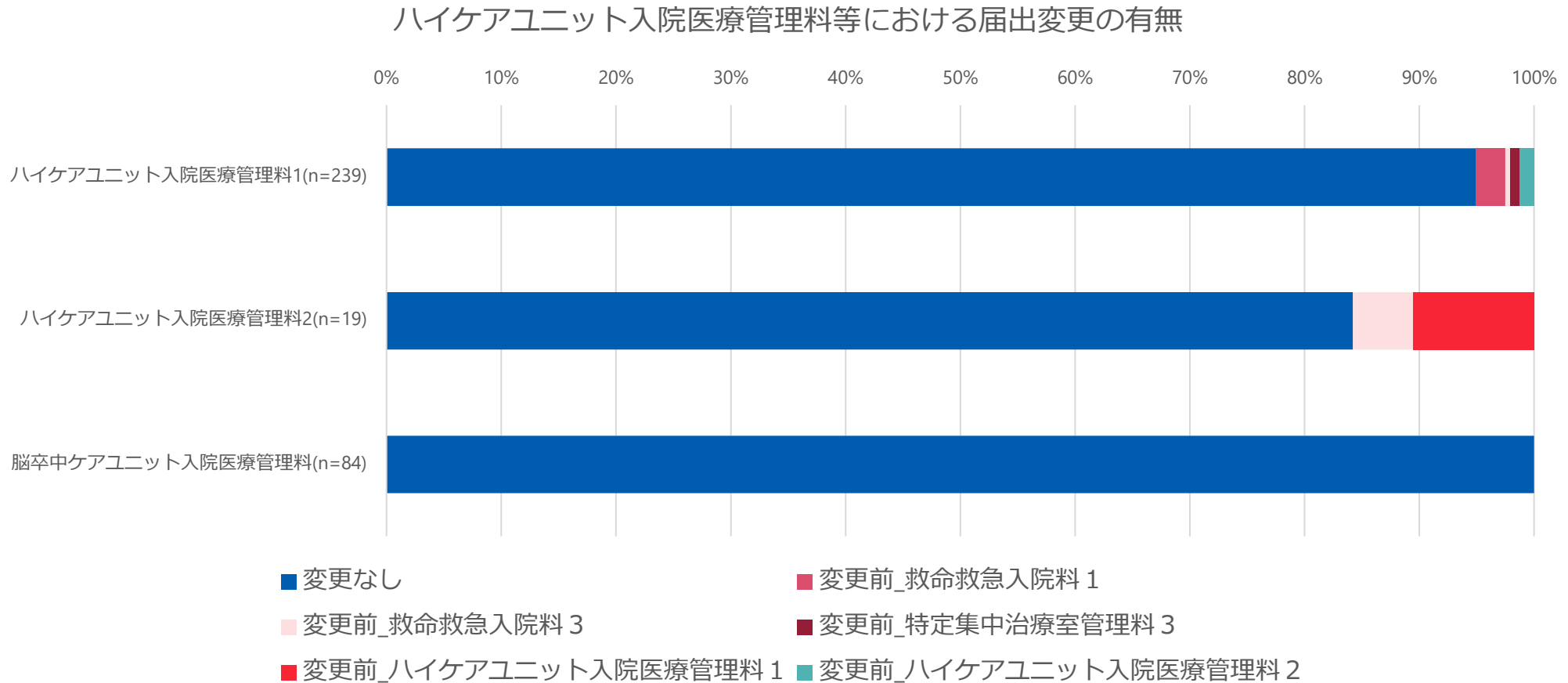
特定集中治療室管理料 5、6 への変更前に算定していた特定入院料



※「特定集中治療室管理料 5、6」の届け出するためには、継続して 3 月以上、「特定集中治療室管理料 1～4」又は「救命救急入院料」を算定している必要がある。

ハイケアユニット入院医療管理料等における届出変更の有無

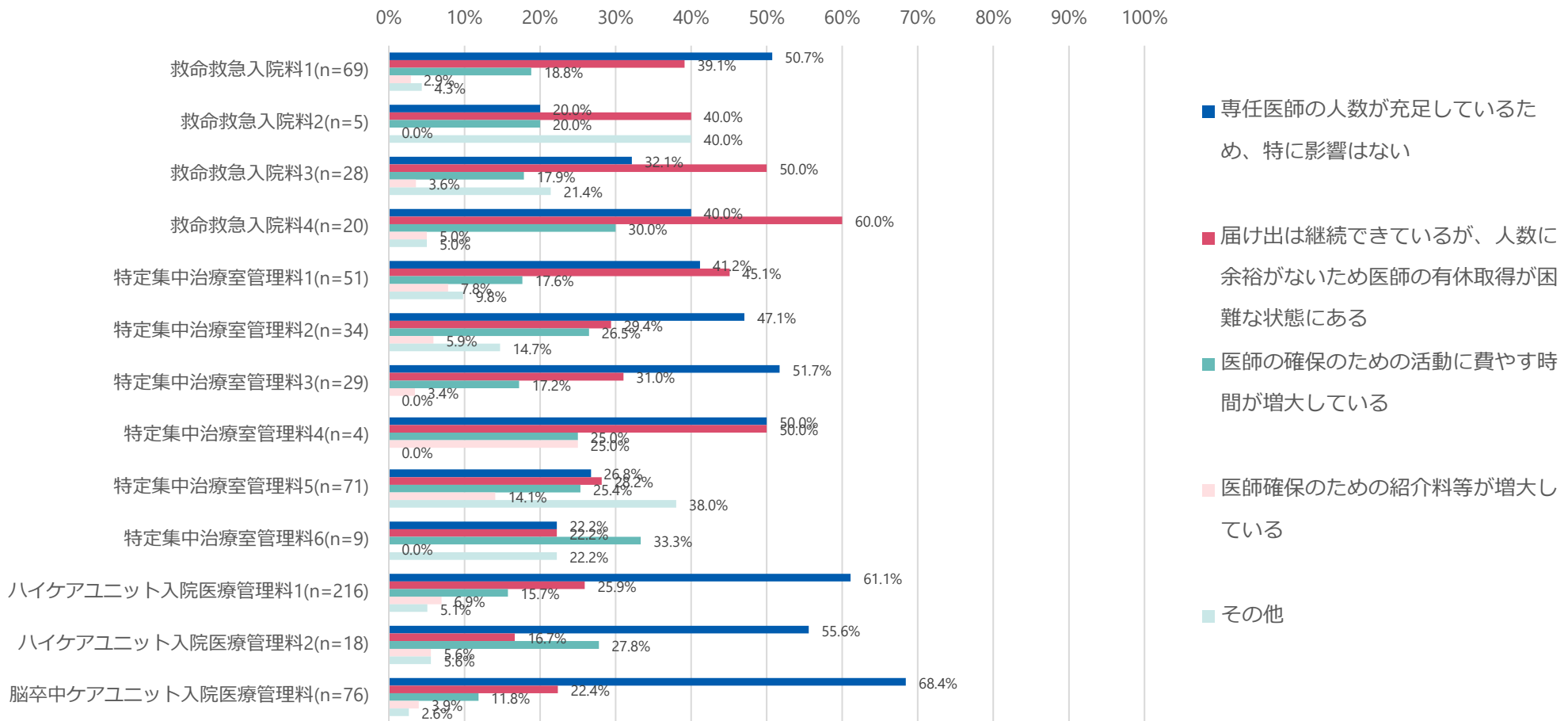
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を届け出た治療室のうち、令和6年6月1日以降において特定入院料に変更のあった治療室と、変更前に算定していた特定入院料の割合は以下のとおり。



特定入院料を算定する治療室における専任医師要件改定の影響

- 救命救急入院料等を算定する治療室における専任医師要件改定の影響は以下のとおり。
- 「特定集中治療室管理料 1～4」の届出を継続している治療室においては、「特に影響はない」との回答が約 5 割程度であり、次いで「人数に余裕がないため医師の有休取得が困難な状態にある」との回答が約 3～5 割を占めていた。

治療室における専任医師要件改定の影響



特定集中治療室管理料の見直し②

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

- 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより特定集中治療室管理料1及び2の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

(新) 特定集中治療室遠隔支援加算

980点

【算定要件】

特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

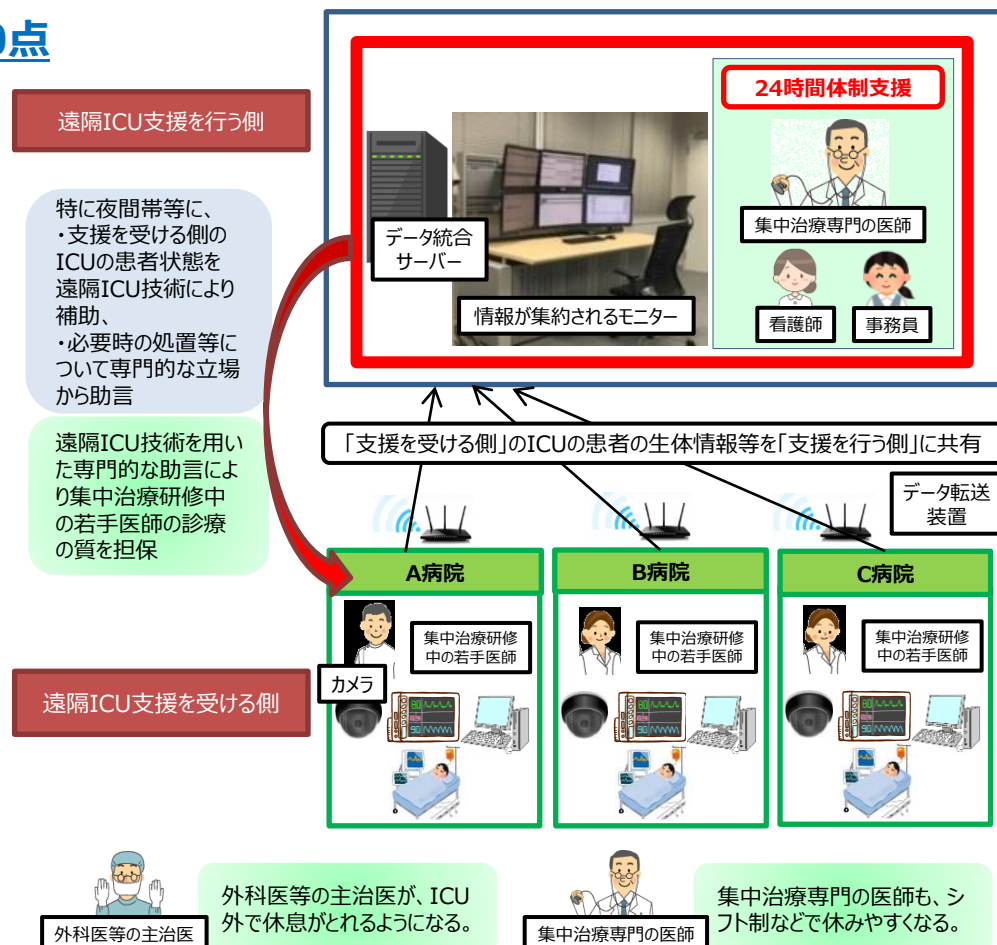
【施設基準】

(被支援側医療機関)

支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

(支援側医療機関)

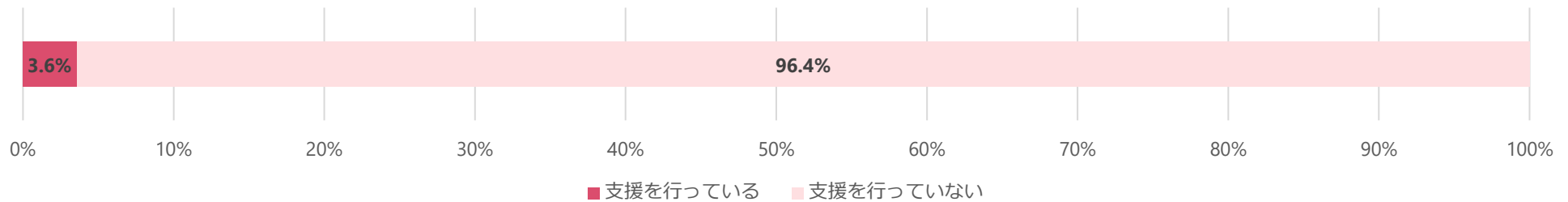
- ・ 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。



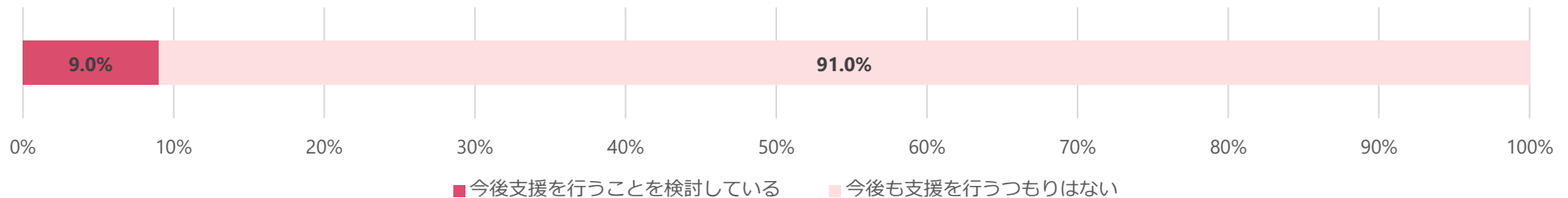
特定集中治療室における情報通信機器を用いた遠隔支援(支援側)

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室において情報通信機器を用いた遠隔支援を実施していると回答した医療機関の割合は3.6%（6医療機関）であった。また、今後支援を行うことを検討していると回答した医療機関は、9.0%（13医療機関）であった。

情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を行っているか（自院が支援側医療機関）（n=168）



（現在支援を受けている又は受けることを検討している医療機関、現在支援を行っている医療機関を除く医療機関を対象）
情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を行うことに関して、今後の考え（n=144）

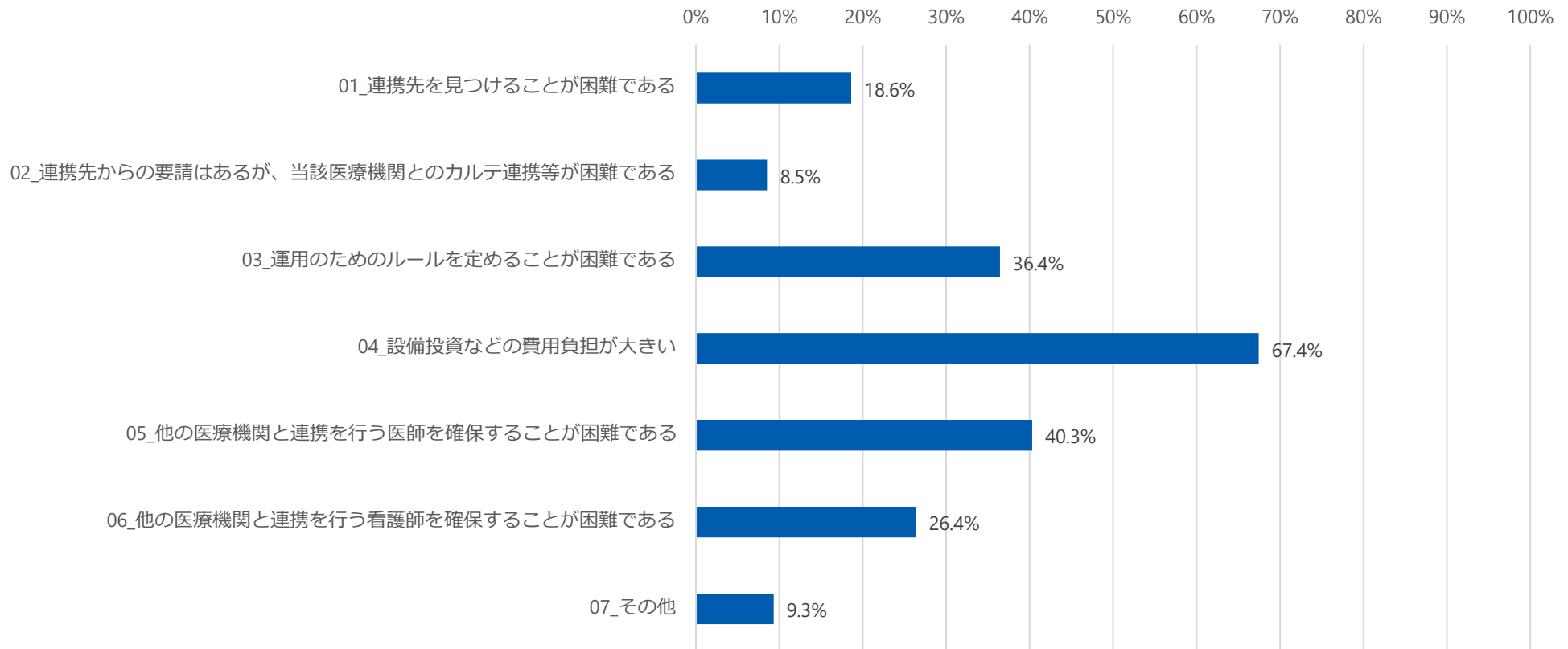


情報通信機器を用いた遠隔支援を開始する上での課題

- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室における、新たに情報通信機器を用いた遠隔支援を開始する上での課題としては、「設備投資などの費用負担が大きい」が67.4%と最も多く、次いで「他の医療機関と連携を行う医師を確保することが困難である」が40.3%であった。

新たに支援を開始する上での課題(n=129)

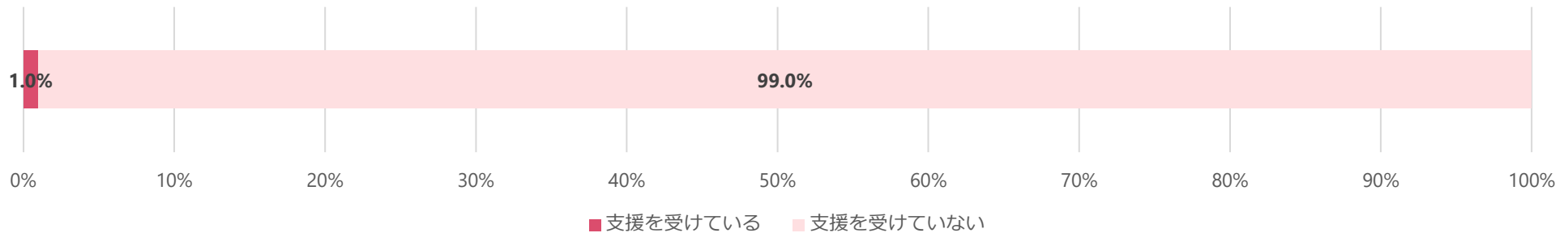
(現在支援を受けている又は受けることを検討している医療機関、現在支援を行っている医療機関を除く医療機関を対象)



特定集中治療室における情報通信機器を用いた遠隔支援(被支援側)

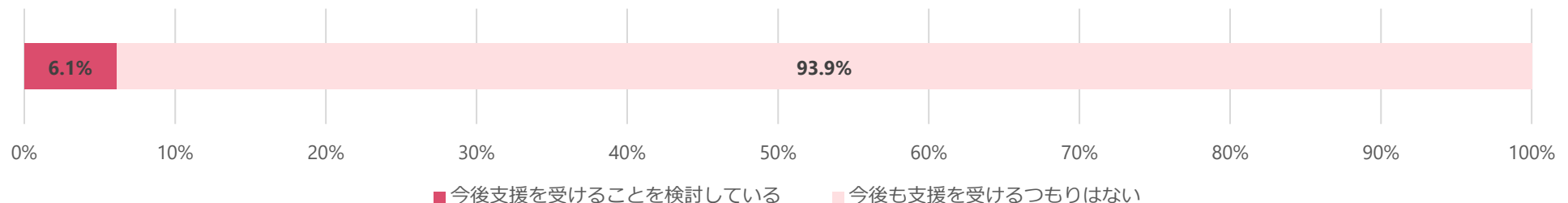
- 「特定集中治療室管理料」を算定する治療室において情報通信機器を用いた遠隔支援を受けていると回答した医療機関の割合は1.0%（2医療機関）であった。また、今後支援を受けることを検討していると回答した医療機関は、6.1%（12医療機関）であった。

情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けているか（自院が被支援側医療機関）（n=202）



（現在支援を受けていない医療機関を対象）

情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けることに関する今後の考え(n=196)

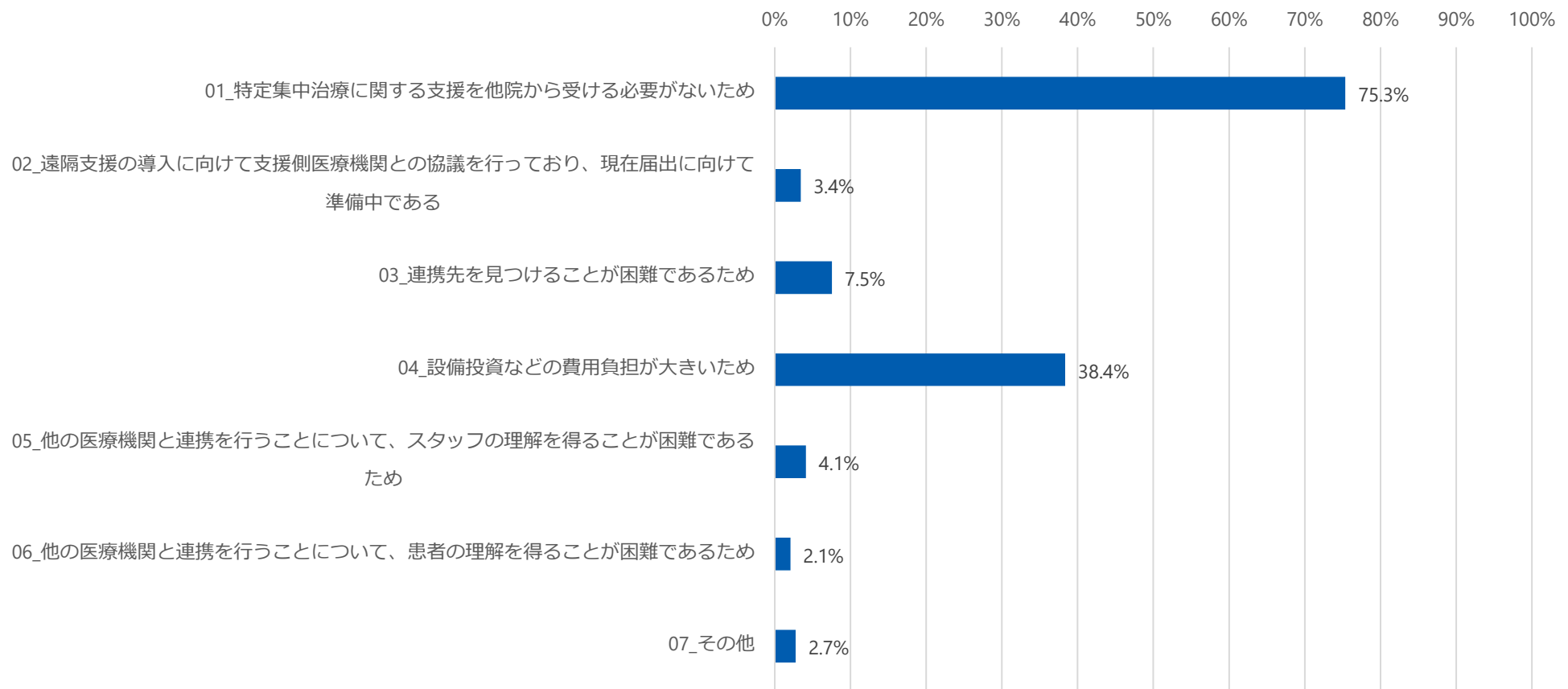


特定集中治療室管理遠隔支援加算を算定していない理由

- 「特定集中治療室管理遠隔支援加算」を算定していない理由としては、「特定集中治療に関する支援を他院から受ける必要がないため」が75.3%と最も多く、次いで「設備投資などの費用負担が大きい」が38.4%であった。

(特定集中治療室遠隔支援加算を届け出ておらず、自院が支援側医療機関ではない場合)

特定集中治療室遠隔支援加算の届出を行っていない理由（令和6年11月1日時点）(n=146)



1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

(3) 地域包括医療病棟の新設の影響について (令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。

【関係する主な改定内容】

①地域包括医療病棟入院料の新設

【調査内容案】

調査対象: 地域包括医療病棟入院料の届出を行っている医療機関等

調査内容: (1) 高齢者の急性疾患の受入状況等

(2) リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の提供状況及びその実績等の状況

(3) 患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、入院経路、退院先の状況

(4) 職員の配置状況

(5) 地域包括医療病棟の届出前の届出入院料 等

等

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



包括的に提供

〔施設基準〕（抜粋）

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。（病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に必要な体制が整備されていること。
（ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等）
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
（2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等）
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7 対 1 以上	10対 1 以上	13対 1 以上
重症度、医療・看護必要度の基準	「A 3 点以上又はC 1 点以上」に該当する患者割合が 20%以上 「A 2 点以上又はC 1 点以上」に該当する患者割合が 27%以上	「A 2 点以上かつ B 3 点以上」、「A 3 点以上」、「C 1 点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） - 入棟初日に B 3 点以上の患者割合が50%以上	「A 1 点以上又はC 1 点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は 8 %以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- （救急医療管理加算等で評価）	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	（地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価）	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1 割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で 9 人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2 名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1 名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 （分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む）	80%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含む）	72.5%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含まない）

地域包括医療・地域包括ケア病棟の届出施設における入院料別届出病床

- 地域包括医療病棟入院料を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ていた。
- 地域包括ケア病棟入院料及び管理料 1・2 を届け出ている施設の多くは急性期一般入院料を届け出ており、同 3・4 を届け出ている施設の半数以上は療養病床入院料を届け出ていた。

入院料		地域包括医療病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料・管理料1	地域包括ケア病棟入院料・管理料2	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4
回答施設数		66	571	463	22
届出率	急性期一般入院料	66.7%	63.9%	82.1%	31.8%
	地域一般入院料	1.5%	7.2%	8.9%	27.3%
	地域包括ケア病棟入院料・管理料1	33.3%	100.0%	0.2%	0.0%
	地域包括ケア病棟入院料・管理料2	31.8%	0.2%	100.0%	0.0%
	地域包括ケア病棟入院料・管理料3,4	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	40.9%	27.8%	33.5%	22.7%
	療養病棟入院料	25.8%	42.2%	30.9%	77.3%
	障害者施設等入院基本料	7.6%	8.4%	9.9%	27.3%
	緩和ケア病棟入院料	19.7%	8.1%	12.1%	9.1%

地域包括医療・地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数

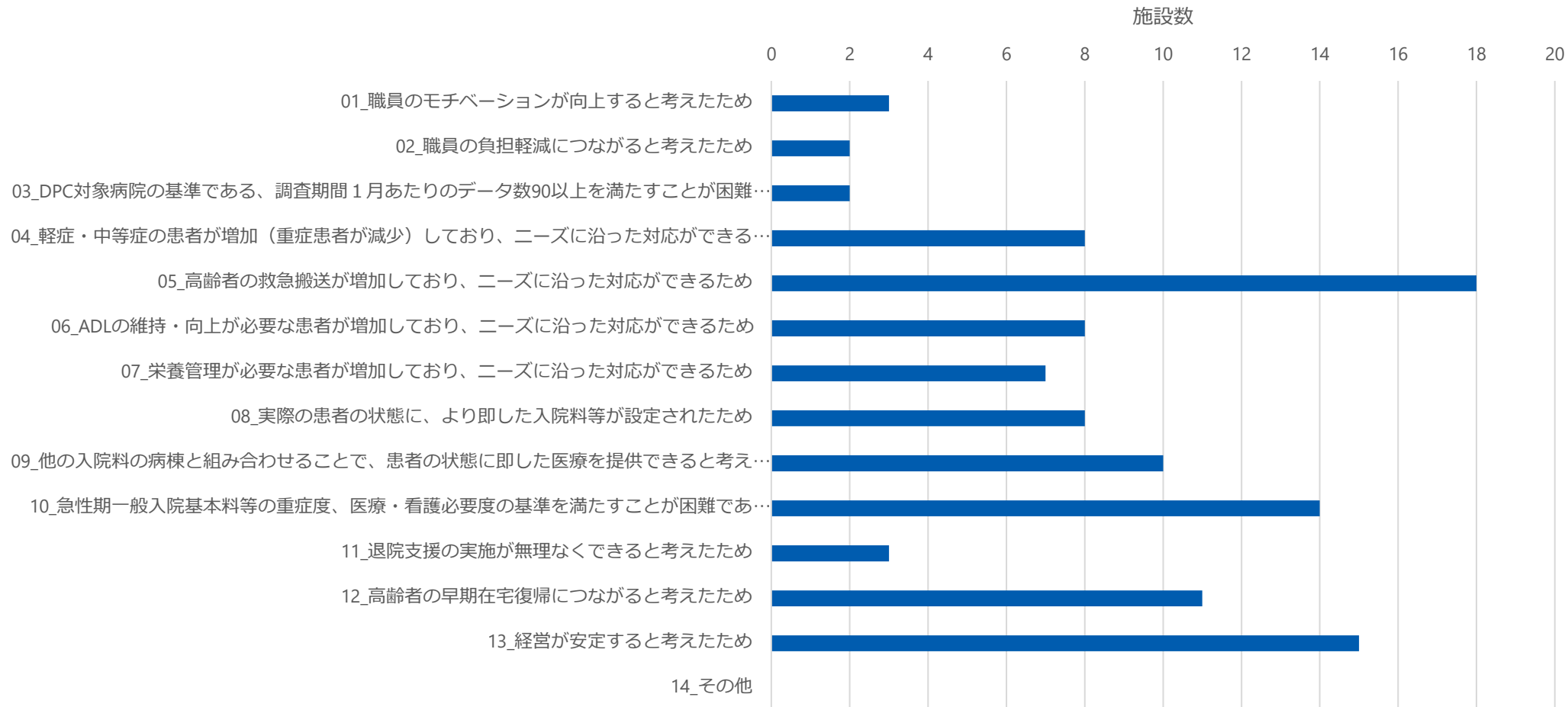
○ 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟の40床あたり平均職員数は以下のとおりであった。

入院料		地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 1	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 2	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 3～4	地域包括医療病棟入院料
40床あたりの平均職員数	回答病棟数	281	213	9	21
	平均病床数	41.16	44.27	37.67	43.19
	看護師	21.76	21.61	19.65	20.74
	准看護師	1.96	2.06	2.44	0.57
	看護師及び准看護師	23.73	23.66	22.09	21.30
	看護補助者	7.75	7.70	8.36	3.75
	看護補助者のうち介護福祉士	2.74	1.68	2.33	0.57
	薬剤師	0.55	0.61	0.40	0.99
	管理栄養士	0.39	0.26	0.43	0.41
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	3.99	2.05	1.81	2.02
職員数	相談員	0.64	0.44	0.66	0.70
	医師事務作業補助者	0.22	0.13	0.34	0.10
	その他職員	0.23	0.13	0.00	0.13

地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由

- 地域包括医療病棟の届出を行った医療機関において、届出を行った理由は「高齢者の救急搬送の増加に伴いニーズに沿った対応が可能」「経営が安定すると考えた」「急性期一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難」が多かった。

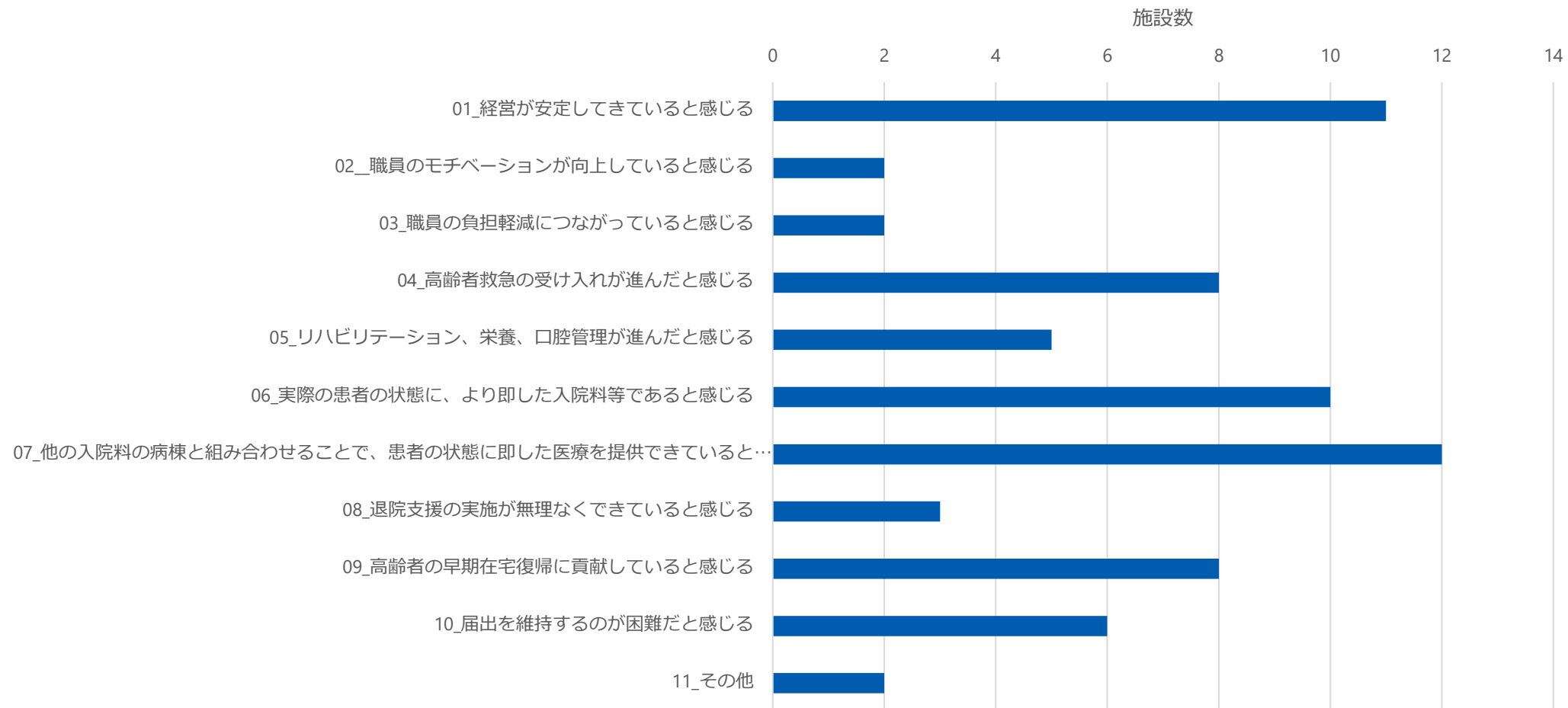
地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由（n=24）



地域包括医療病棟の届出を行った後の状況

- 地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点で感じていることとしては、「他の入院料の病棟と組み合わせることで患者の状態に即した医療を提供できている」「経営が安定してきている」「実際の患者の状態により即した入院料等であると感じている」が上位であった。

地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点でどのように感じているか（n=24）

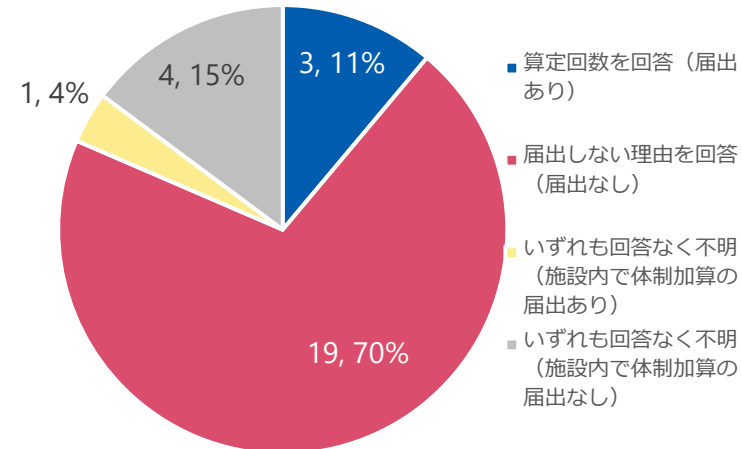


リハビリテーション・栄養・口腔連携加算に関する状況

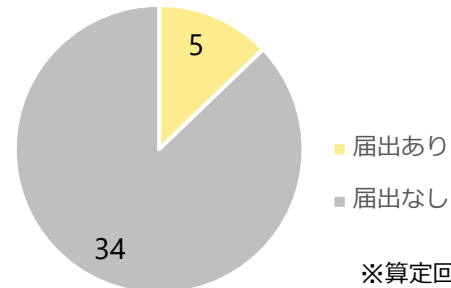
- A票の地域包括医療病棟のうち、算定回数を1回以上と回答した施設は11%であった。
- 70%にあたる19施設が加算を届け出していない理由を回答した。
- 「休日のリハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が最も多かった。次いで、「リハビリに習熟した常勤医師の確保が困難」「入棟後3日までに疾患別リハを算定された患者割合が8割に満たない」を回答した施設が多かった。

A票施設におけるリハビリテーション・栄養・口

腔連携加算の届出状況(n=27)



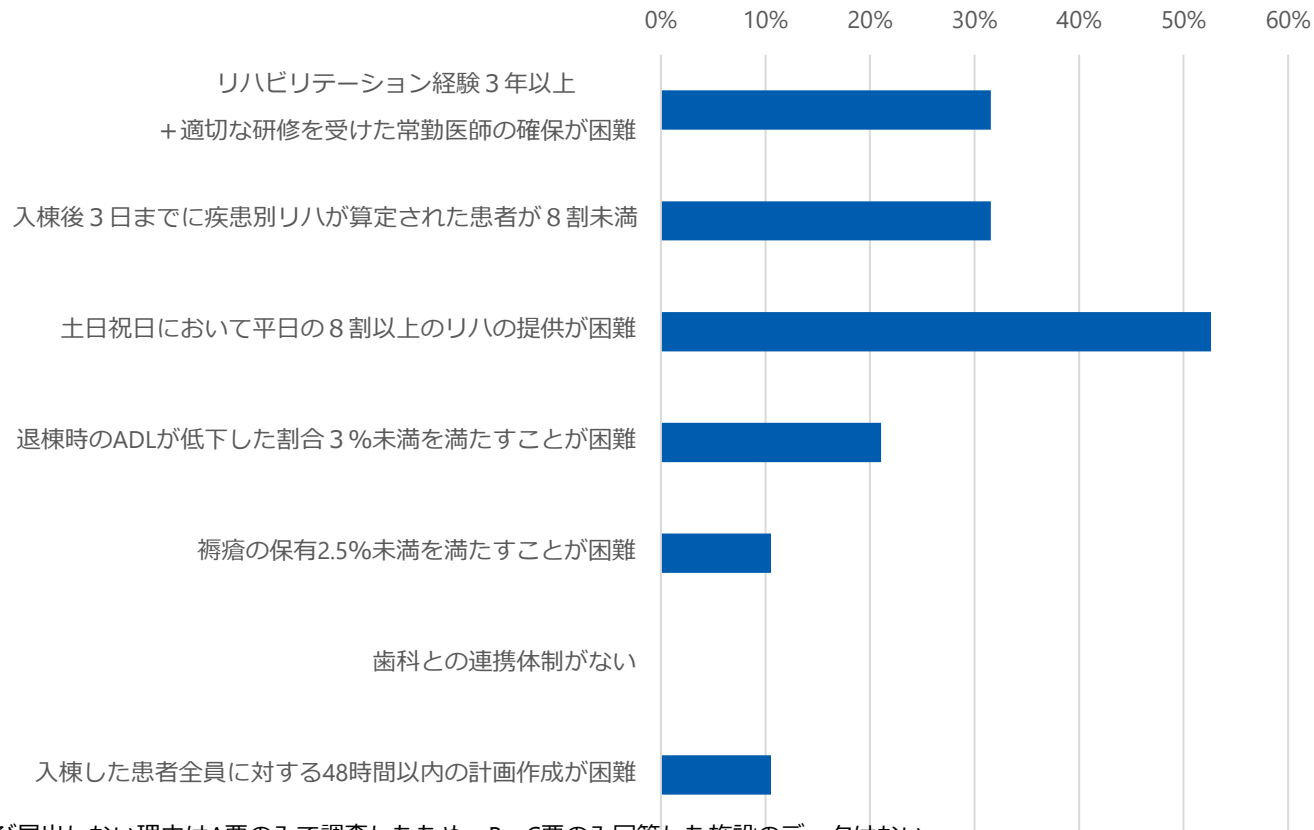
（参考）地域包括医療病棟を有するB票・C票施設における施設内でのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況



※算定回数及び届出しない理由はA票のみで調査したため、B・C票のみ回答した施設のデータはない。

地域包括医療病棟を算定している病棟における、

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出していない理由(n=19)

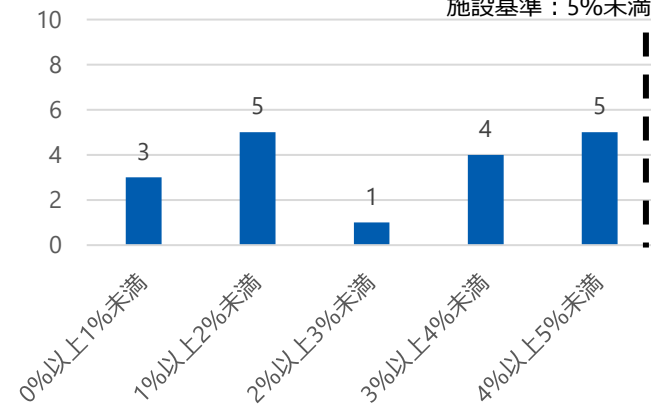


地域包括医療病棟における施設基準の状況①

- 地域包括医療病棟の施設基準について、回答した多くの施設が満たしていたが、「休日のリハビリ提供単位数」については満たせていない施設が約 6 割あった。

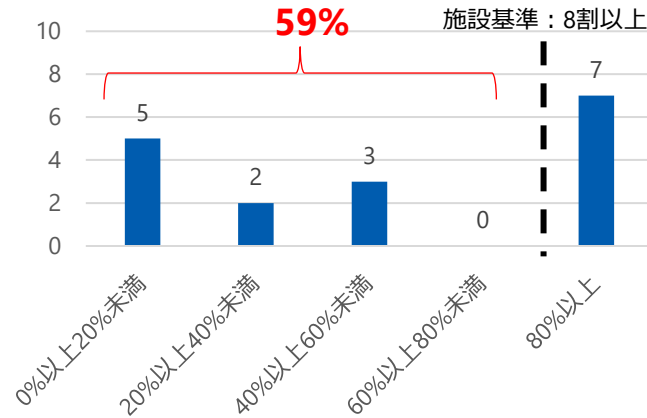
退院時にADLが入院時より低下した
患者の割合(n=18)

施設基準：5%未満



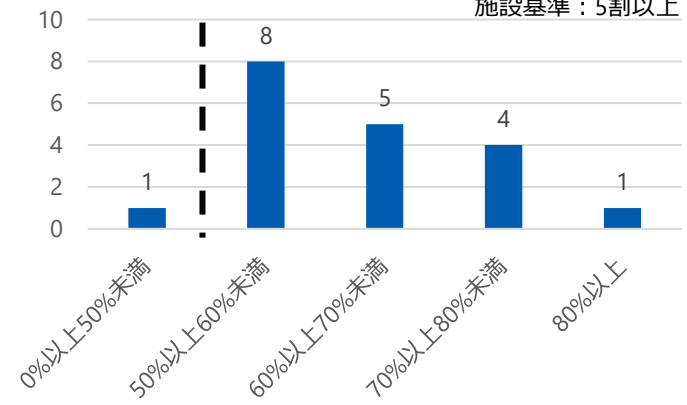
平日に対して土・日・祝日に提供して
いるリハビリ単位の割合（概算）(n=17)

施設基準：8割以上



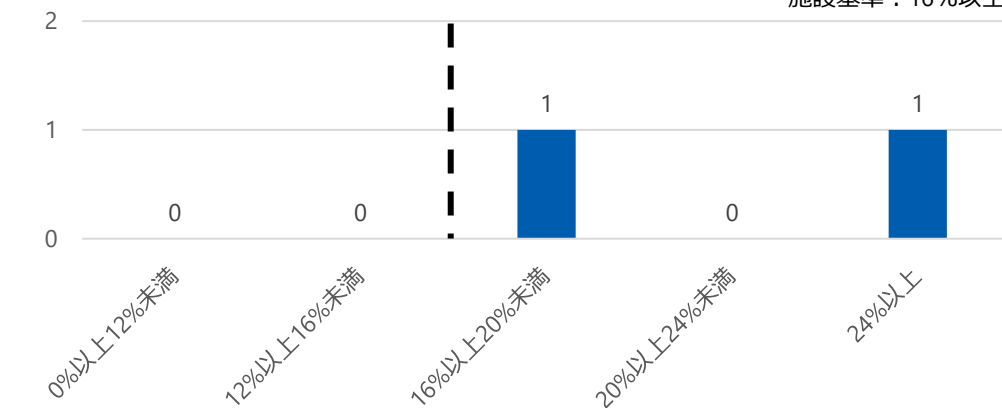
入院初日に「B3点以上」に該当する割合
(n=19)

施設基準：5割以上



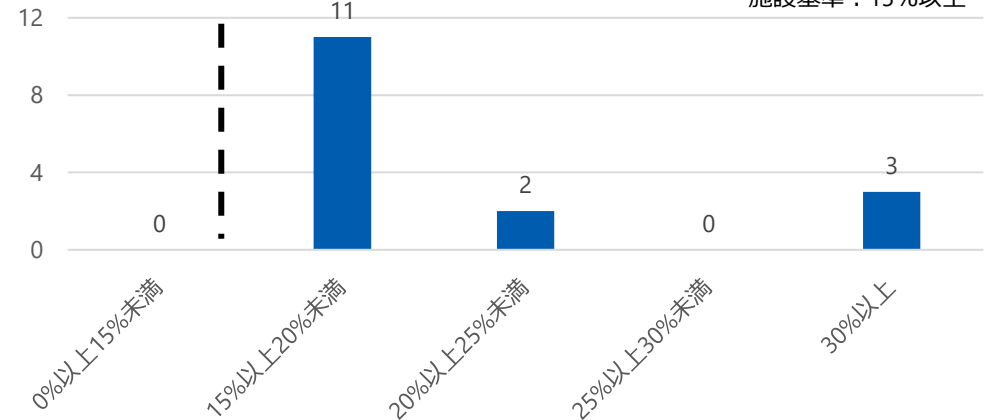
重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者割合(n=2)

施設基準：16%以上



重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者割合(n=16)

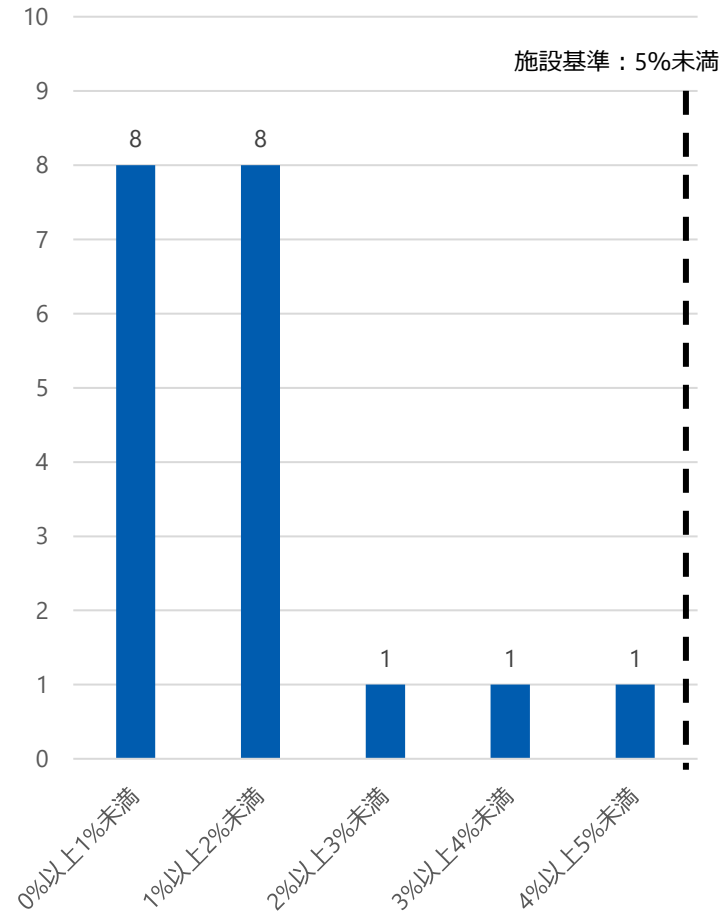
施設基準：15%以上



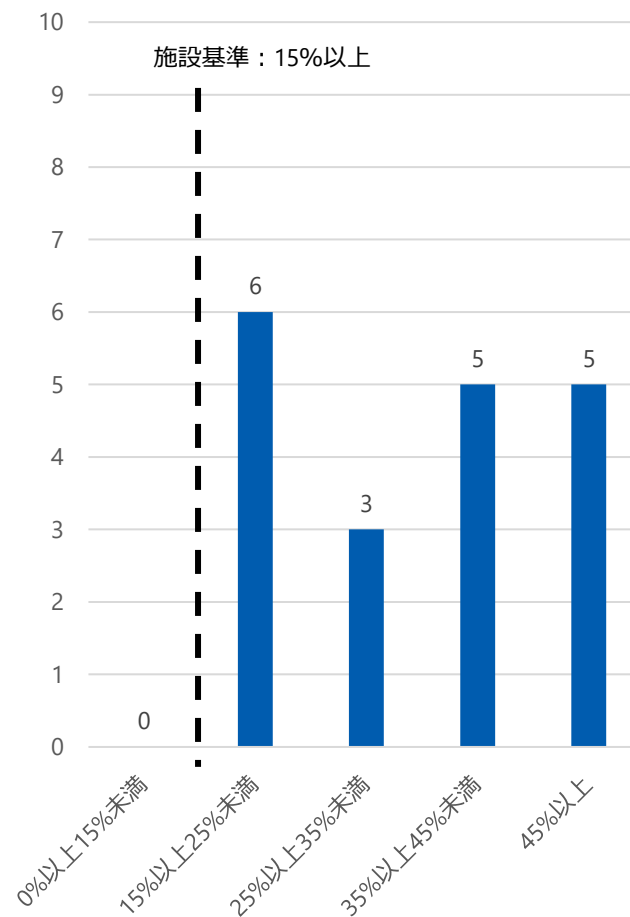
地域包括医療病棟における施設基準の状況②

○ 入退院経路に係る施設基準について、回答したすべての地域包括医療病棟が満たしていた。

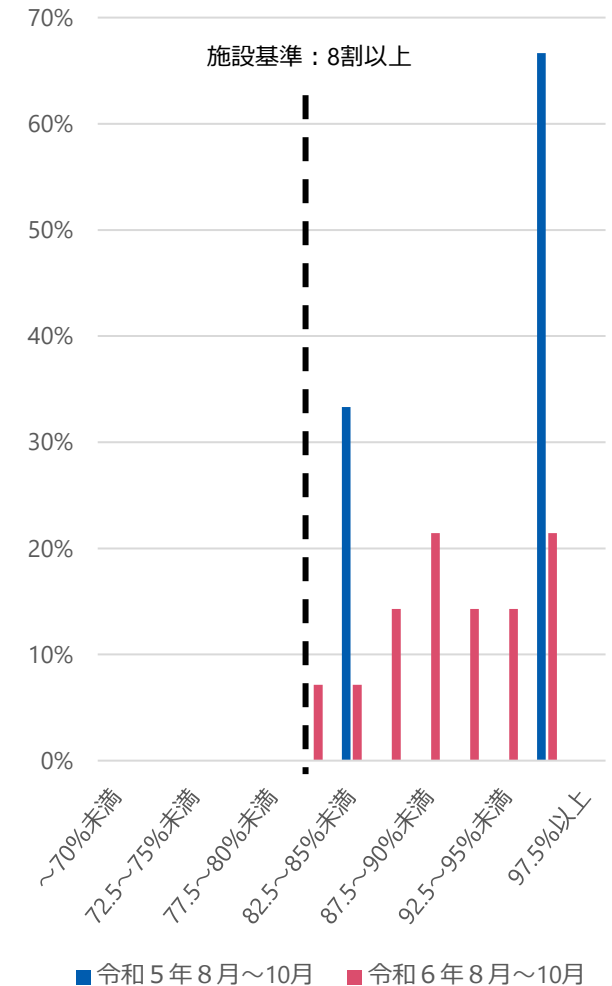
入院患者に占める、当該保険利用機関の
一般病棟から転棟したものの割合(n=19)



入院患者に占める、救急搬送等された患者
の割合(n=19)



在宅復帰率(n=14※)
※令和5年8月～10月においては、入院料を
算定する施設がn=3のため、参考値。



地域包括医療病棟における患者の流れ

- 地域包括医療病棟に入院する患者の入棟元は自宅（在宅医療の提供なし）が最も多かった。
- 退棟先も自宅（在宅医療の提供なし）が最も多かった。

【入棟】 n=19

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	3	地域包括医療病棟	8
	自宅（在宅医療の提供なし）	7		24
介護施設等	介護老人保健施設	2		2
	介護医療院			
	特別養護老人ホーム	3		
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1		3
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）			
	障害者支援施設			
他院	他院の一般病床	1		
	他院の一般病床以外	1		
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床			1
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床			5
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床			
	他院の一般病床（地域一般・地ケア・回りハ・地域包括医療病棟以外）			2
	他院の療養病床（地ケア・回りハ以			2
	他院の精神病床			
	他院のその他の病床			
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床			
自院	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床			
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床			
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回りハ・地域包括医療病棟以外）			2
	自院の療養病床（地ケア・回りハ以			
	自院の精神病床			
	自院のその他の病床	1		
	特別の関係にある医療機関			1
有床診療所	有床診療所			
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）			
	有床診療所（上記以外）			
死亡退院				3
その他				

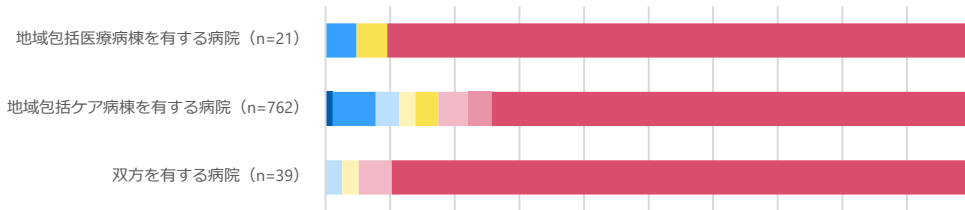
【退棟】 n=53

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入していた。
- 地域包括ケア病棟のみを有する医療機関では日中のみ救急受入をしている病院が1割弱みられた。
- 両病棟を有する医療機関の救急受入件数のピークは1～199件の階層にあり、中央値は784件であった。地域包括医療病棟を有する病院では、救急受入件数のピークは3500-3999件であった。

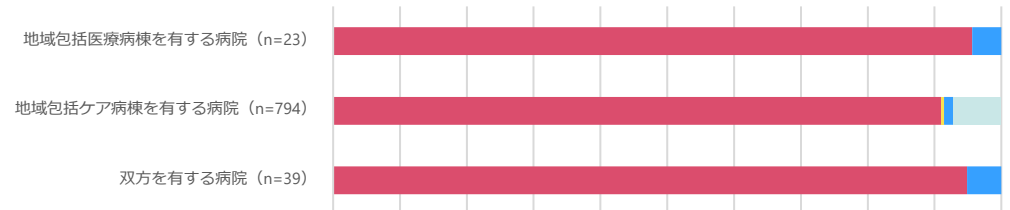
救急患者を受け入れている頻度

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



救急患者を受け入れている時間帯

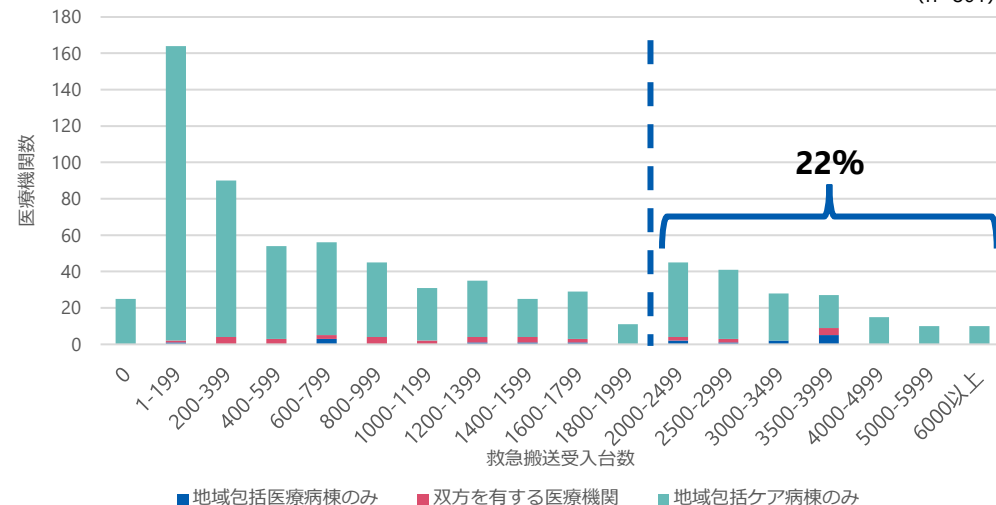
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する医療機関における

救急搬送受入件数の分布

(n=801)

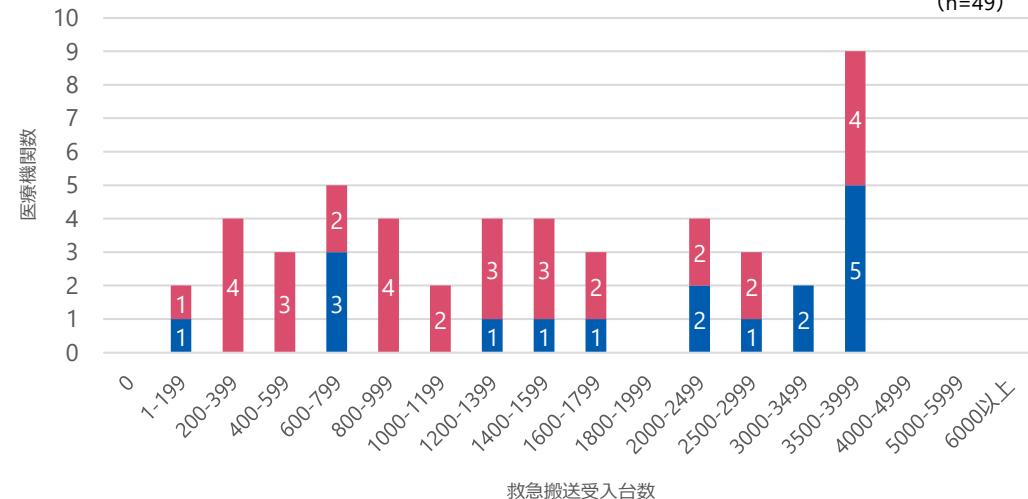


一部再掲

地域包括医療病棟を有する医療機関における

救急搬送受入件数の分布

(n=49)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入患者像

- a-hの患者像について、救急受入を行っていると答えた医療機関の割合は以下のとおり。
- いずれの患者像についても地域包括医療病棟で地域包括ケア病棟より受入の頻度が高かった。
- 「d_精神疾患を有する者」について受入を行っていると回答した施設はいずれの入院料を届け出ている医療機関においても少なかった。

	地域包括 入院料 施設数	地域包括 医療病棟 入院料 (n=66)	地域包括ケア 病棟入院料 1 (n=340)	地域包括ケア 入院医療 管理料 1 (n=231)	地域包括ケア 病棟入院料 2 (n=317)	地域包括ケア 入院医療 管理料 2 (n=145)	地域包括ケア 病棟入院料 3 (n=3)	地域包括ケア 入院医療 管理料 3 (n=6)	地域包括ケア 病棟入院料 4 (n=7)	地域包括ケア 入院医療 管理料 4 (n=6)	地域包括ケア 病棟全体 (n=1055)
a_自院の通院歴・入院歴を有する患者		92.4%	73.5%	66.2%	85.8%	71.7%	66.7%	66.7%	57.1%	66.7%	75.2%
b_要介護認定又は要支援認定に時間を要すると見込まれる患者		86.4%	63.5%	52.4%	77.0%	58.6%	66.7%	16.7%	28.6%	66.7%	64.0%
c_コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者		65.2%	49.1%	38.5%	63.1%	43.4%	33.3%	16.7%	28.6%	33.3%	49.8%
d_精神疾患を有する患者		37.9%	26.8%	22.9%	40.4%	37.9%	33.3%	16.7%	14.3%	33.3%	31.5%
e_生活困窮者であり社会調整に時間を要する患者		81.8%	61.8%	51.9%	74.1%	53.8%	66.7%	16.7%	28.6%	50.0%	61.7%
f_入院前に比べADLが低下し退院後の社会調整に時間を要すると見込まれる患者		87.9%	65.3%	58.0%	77.3%	61.4%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%	66.3%
g_長期的な低栄養状態となることが見込まれる患者		84.8%	63.2%	56.7%	73.5%	56.6%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%	63.5%
h_他医療機関から自施設への紹介状を有する患者		89.4%	70.3%	62.3%	82.6%	68.3%	66.7%	66.7%	28.6%	66.7%	71.7%
(a~hすべて受け入れ可能な施設)		36.4%	25.9%	21.2%	38.5%	31.7%	33.3%	16.7%	0.0%	16.7%	29.2%
その他		4.5%	6.8%	3.0%	5.7%	3.4%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	5.2%

1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

(4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

7 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ①地域包括ケア病棟入院料における実績要件及び施設基準等の見直し
- ②地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し
- ③回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件等の見直し
- ④回復期リハビリテーション病棟入院料における回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

【調査内容案】

調査対象: 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関

調査内容: (1) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている医療機関における在宅医療・救急医療等の提供状況
 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関におけるリハビリテーションの提供状況及びその実績、FIMに係る研修の実施、職員の配置等の状況
 (3) 各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,838点</u>
<u>40日以内</u>	<u>2,690点</u>
<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,649点</u>
<u>40日以内</u>	<u>2,510点</u>
<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,312点</u>
<u>40日以内</u>	<u>2,191点</u>
<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,102点</u>
<u>40日以内</u>	<u>1,992点</u>
<u>41日以降</u>	

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		－		○		－	
室面積	6.4平方メートル以上				－			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8 %以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	－		6割5分未満 （許可病床数200床以上の場合） （満たさない場合85／100に減算）	－	－		6割5分未満 （許可病床数200床以上の場合） （満たさない場合85／100に減算）	－
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 （管理料の場合、10床未満は3月で8人以上）		いずれか1つ以上 （満たさない場合90／100に減算） （「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい）		2割以上 （管理料の場合、10床未満は3月で8人以上）		いずれか1つ以上 （満たさない場合90／100に減算） （「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい）	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率 ※1※2	7割2分5厘以上				7割以上（満たさない場合90／100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） （満たさない場合90／100に減算）							

・療養病床については 95/100 の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれかを満たす場合は 100/100

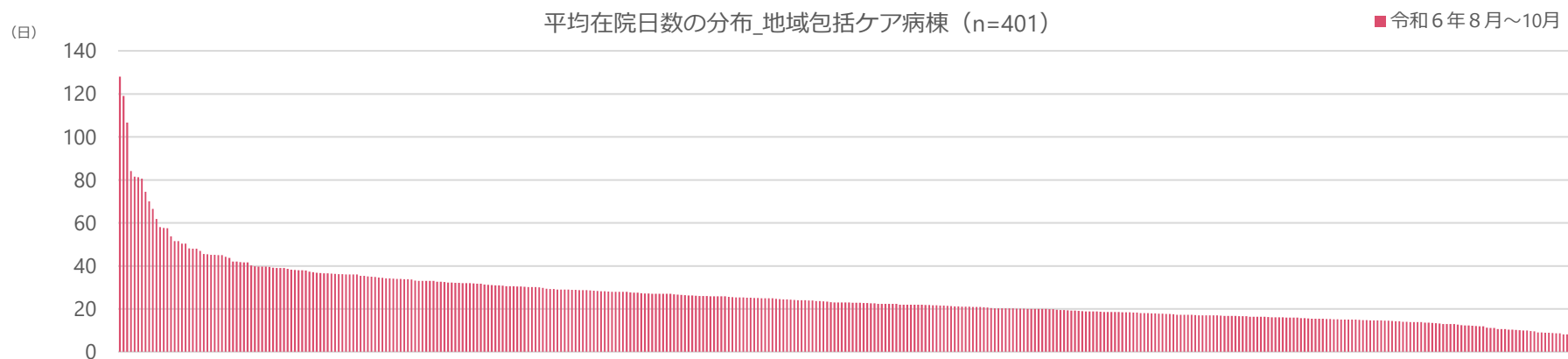
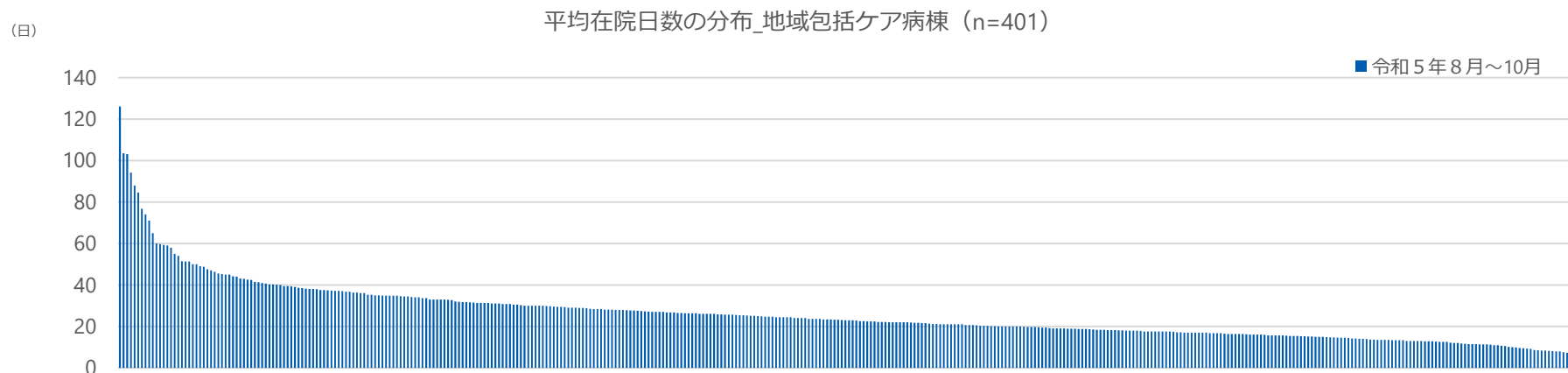
※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料 3 の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

地域包括ケア病棟の平均在院日数の分布

- 地域包括ケア病棟・病室の病棟ごとの平均在院日数にはばらつきがあった。
- 令和5年と令和6年の同時期を比較したところ、改定の前後で入院期間の中央値等は変わらなかった。

単位（日）	25%Tile	中央値	75%Tile	平均
令和5年8月～10月	16.8	23	31.3	26.1
令和6年8月～10月	17	23	31.4	26.1

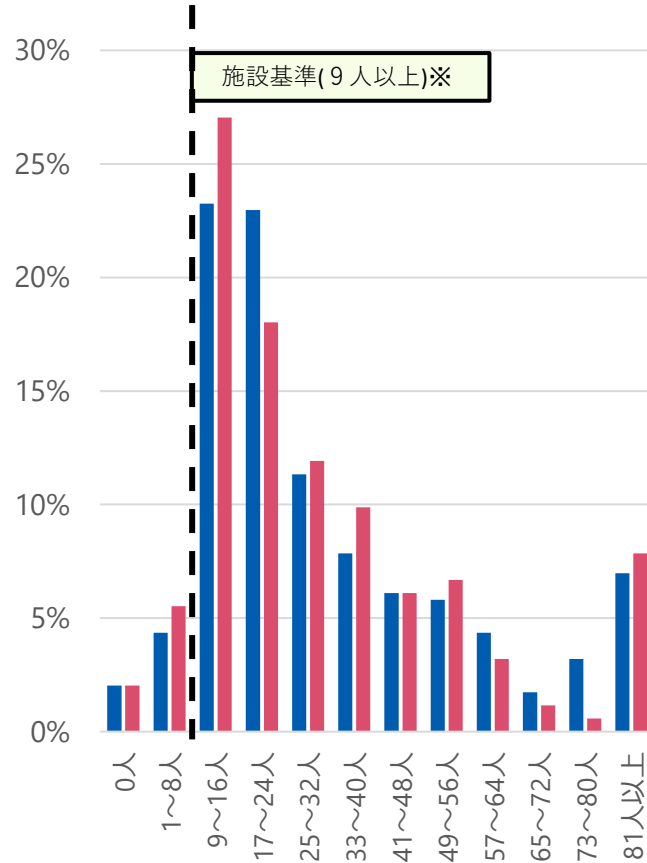


地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟入院料 1 を算定する施設において、施設基準を下回る医療機関が7%程度存在するが、令和4年度（25%）と比較し減少している。

地域包括ケア病棟・病室 1

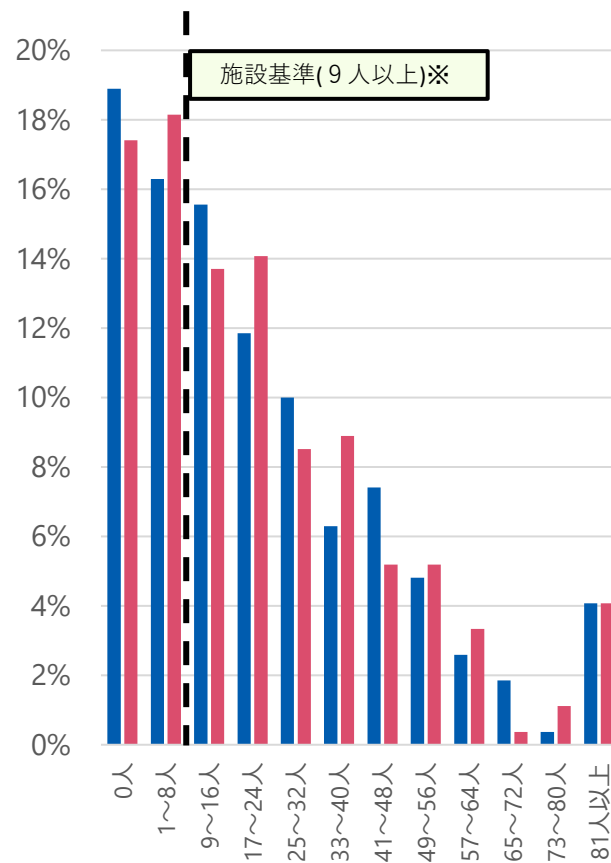
(n=344)



■ 令和6年5月～7月 ■ 令和6年8月～10月

地域包括ケア病棟・病室 2

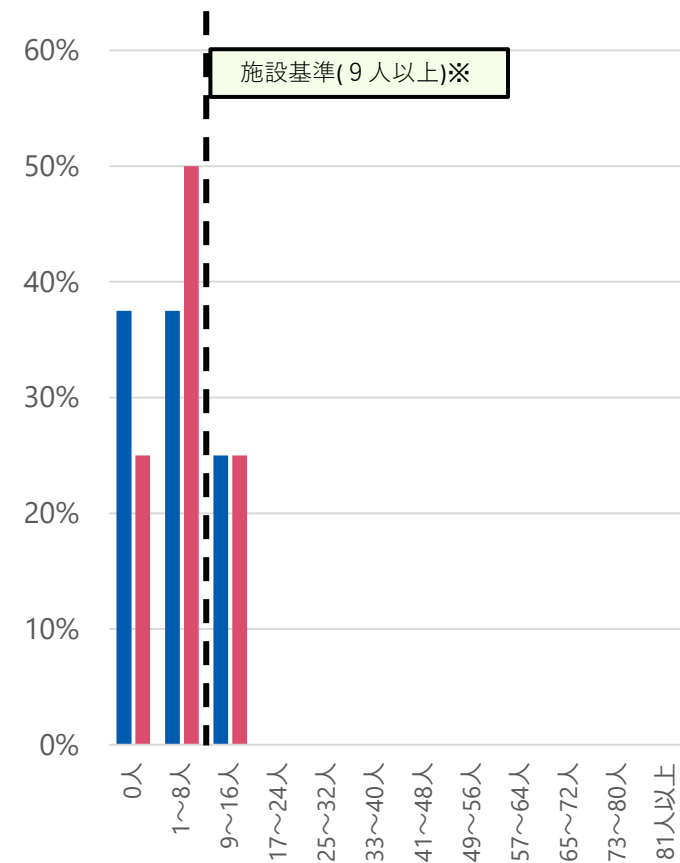
(n=270)



■ 令和6年5月～7月 ■ 令和6年8月～10月

地域包括ケア病棟・病室 3～4

(n=8)



■ 令和6年5月～7月 ■ 令和6年8月～10月

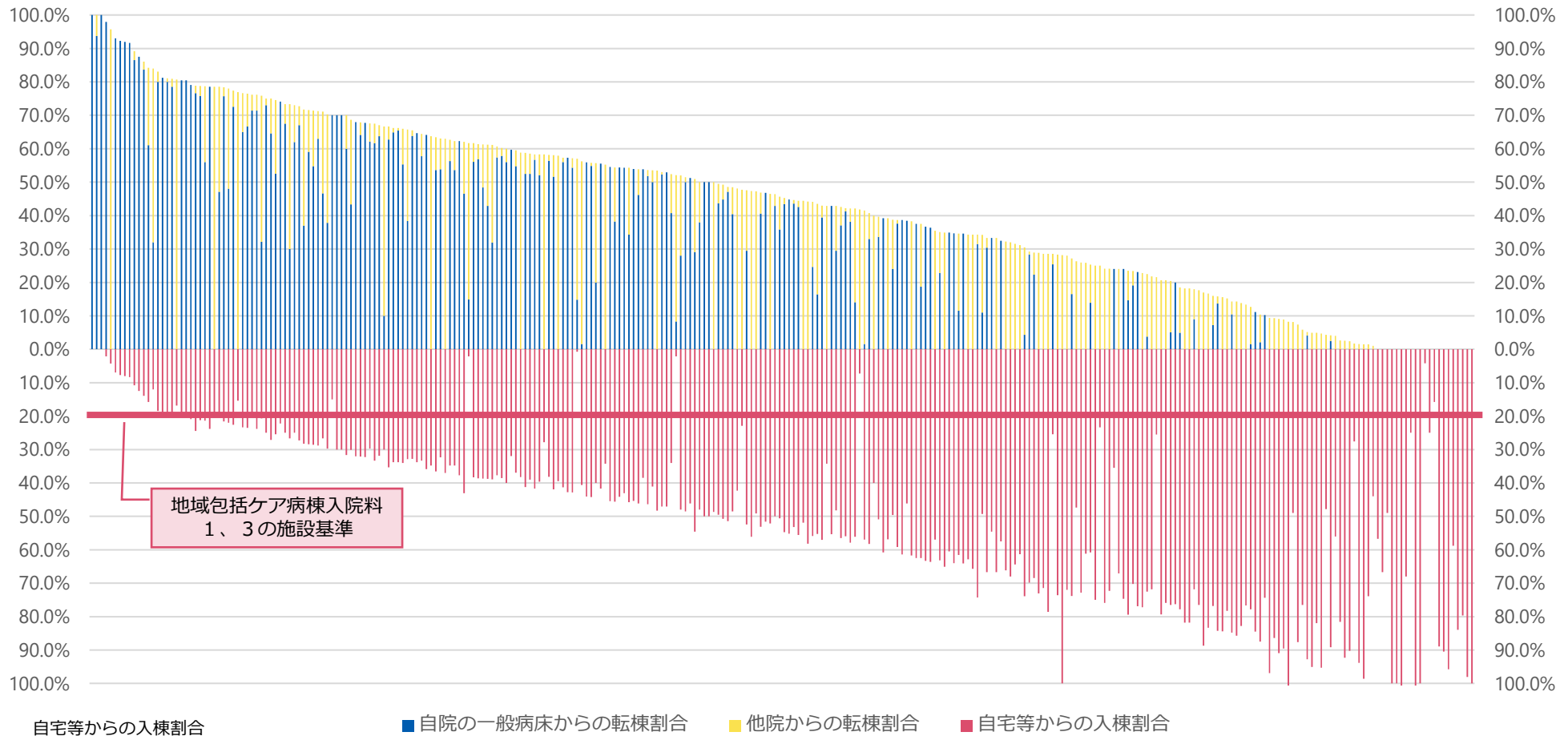
※地域包括ケア病棟入院料 2, 4 では、在宅医療の提供、自宅等からの入院 2 割以上、自宅等からの緊急入院が前 3 か月で 9 人以上のいずれかの要件を満たす必要がある。

地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

- 地域包括ケア病棟において、自宅等からの入棟割合は医療機関ごとにばらつきがみられる。

地域包括ケア病棟における入棟元の割合（N = 294）

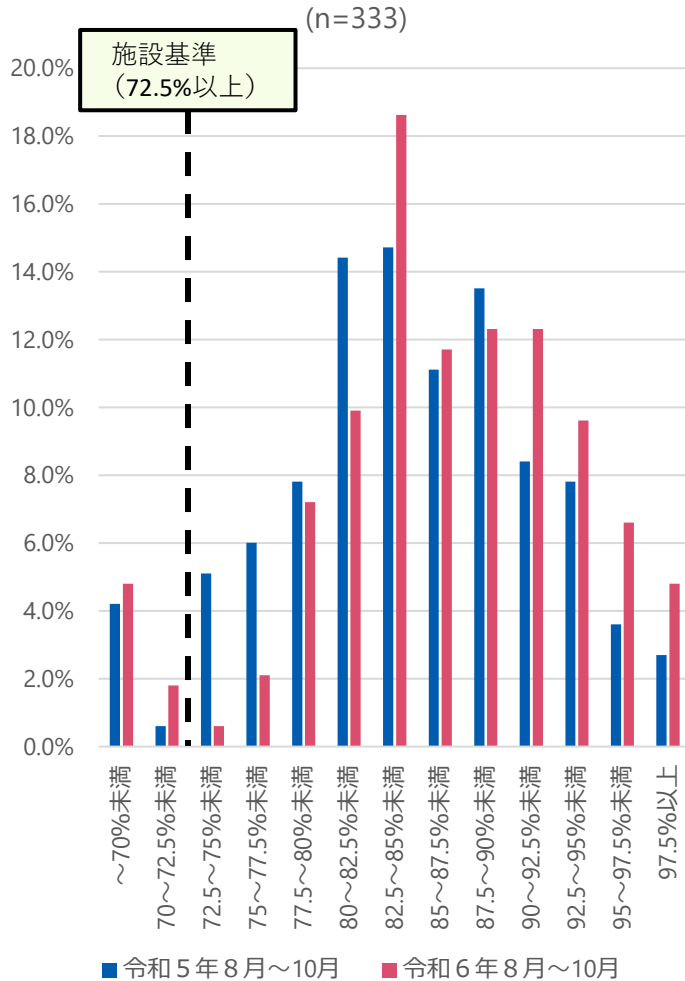
他病棟からの転棟割合



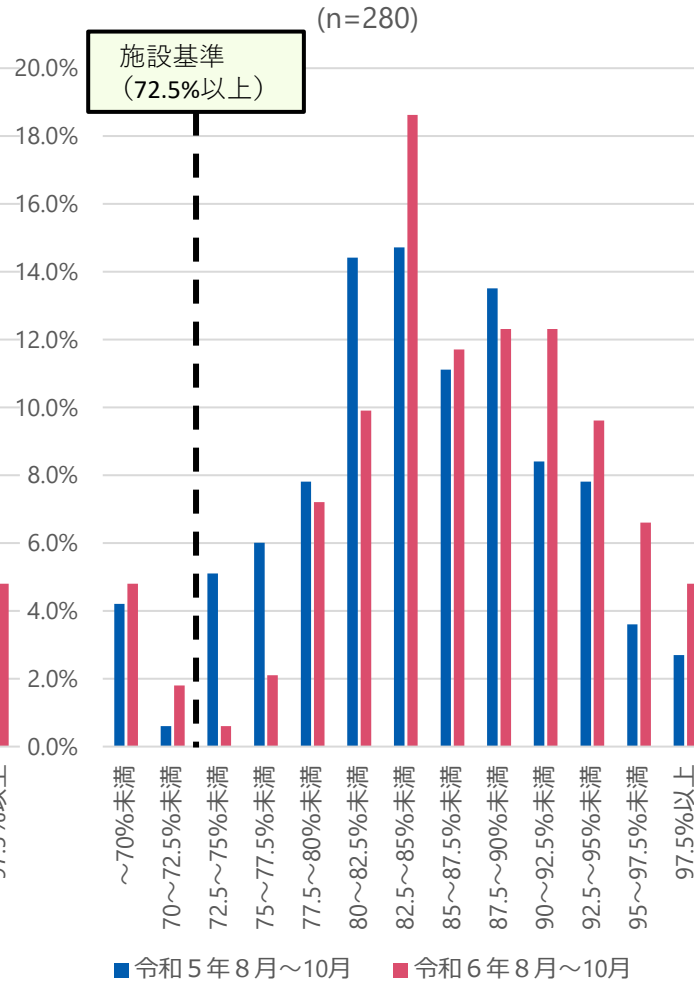
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

- 地域包括ケア病棟及び病室を届け出ている病棟における在宅復帰率は、入院料・管理料 1～2 において 90%以上の施設が基準を満たしており、改定前後を比較すると、改定後に高い傾向がみられた。
- 入院料・管理料 3～4 においては在宅復帰率の施設基準を満たしていない施設がみられた。

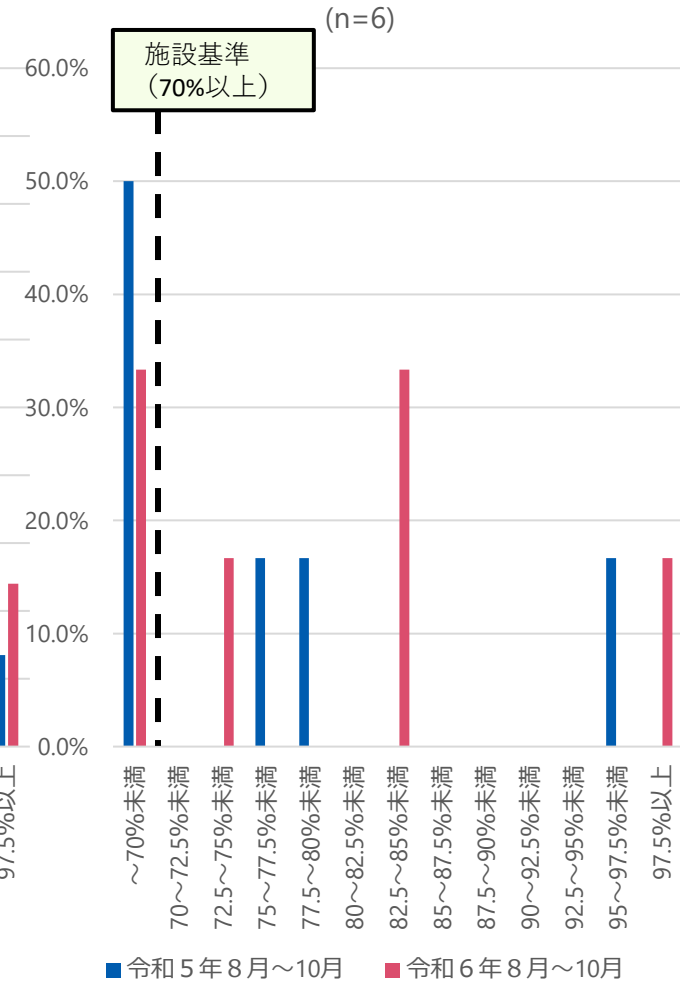
地域包括ケア病棟入院料・管理料 1



地域包括ケア病棟入院料・管理料 2



地域包括ケア病棟入院料・管理料 3～4

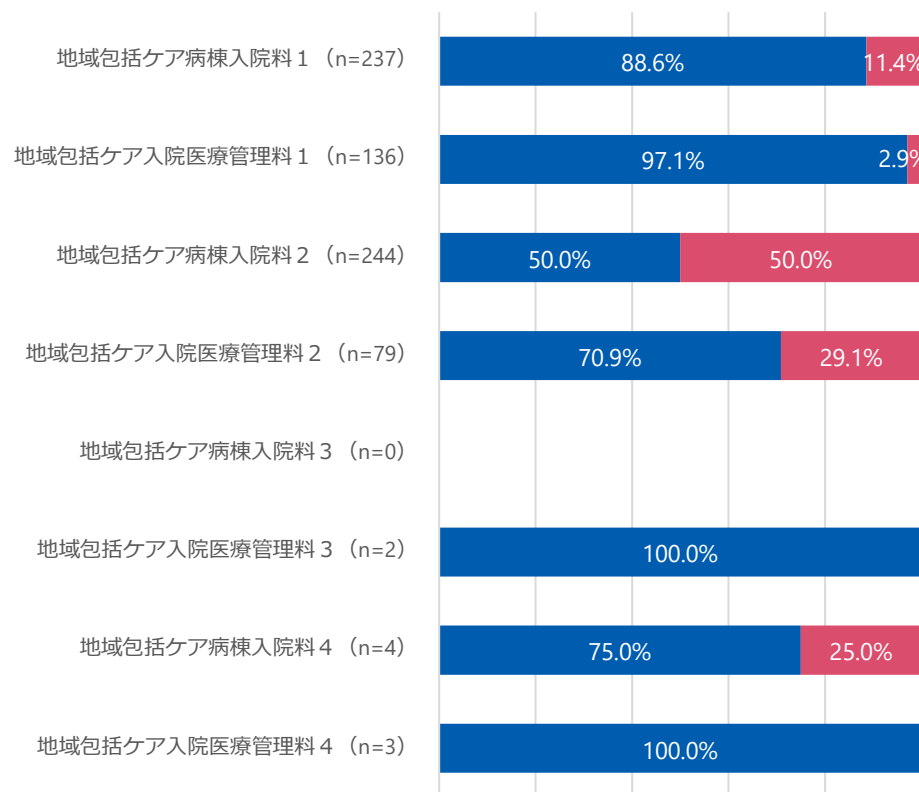


地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の状況

- 地域包括ケア病棟を有する医療機関の在宅医療の提供状況について、地域包括ケア病棟入院料 1 を届け出ている医療機関の 9 割程度が在宅医療を提供していた一方、地域包括ケア病棟入院料 2 を届け出ている医療機関では 5 割程度であった。
- 在宅医療の提供対象となる患者の傾向は、届け出ている入院料により大きな違いはなかった。

在宅医療の提供の有無

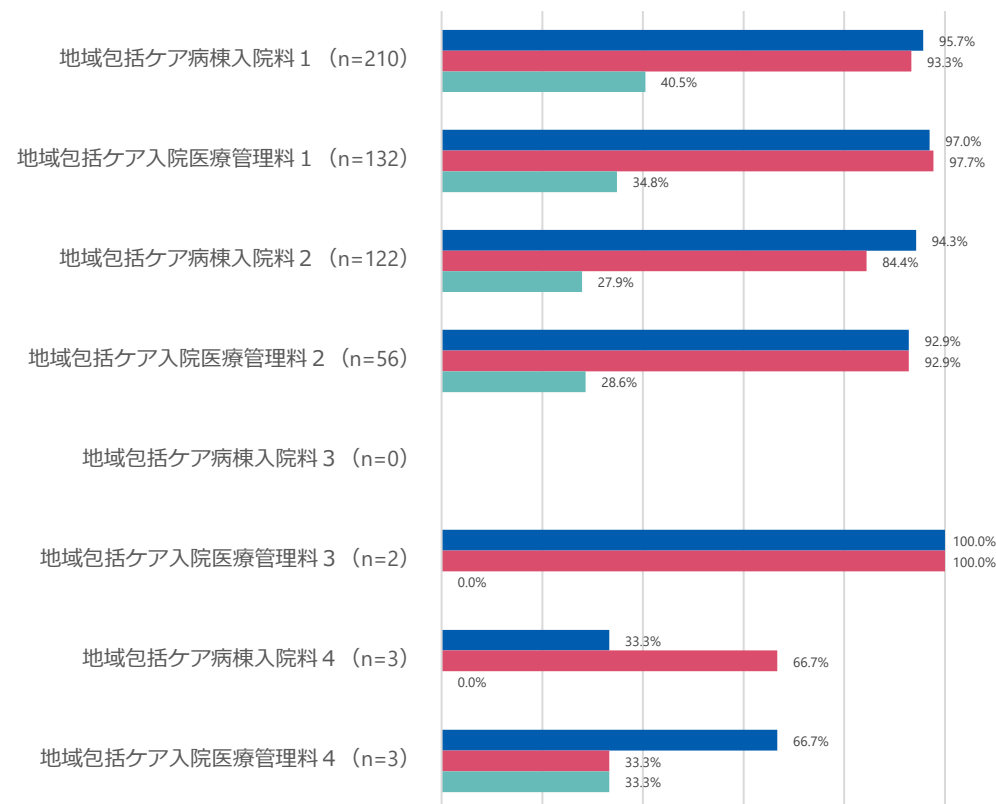
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 在宅医療提供あり ■ 在宅医療提供なし

在宅医療の提供対象者

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 貴院へ入院歴のある患者 ■ 貴院へ外来通院歴のある患者 ■ 貴院へ入院歴・外来通院歴のない地域住民

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ 専従常勤 1 名以上		－		
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催	－	年 1 回以上開催	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／ GLIM基準による評価	<u>○</u>	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	<u>○</u>		－		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－
	地域貢献活動	参加することが望ましい		－		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
	入院時に重症であった患者の 退院時の日常生活機能評価 () 内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16点）以上改善		3 割以上が 3 点（12点）以上改善		－
点数 () 内は生活療養を受ける場合		2,229 点 (2,215 点)	2,166 点 (2,151 点)	1,917 点 (1,902 点)	1,859 点 (1,845 点)	1,696 点 (1,682 点)

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

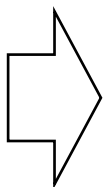
運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



改定後

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 (運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

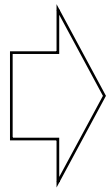
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

[廃止]

回復期リハビリテーション病棟の届出施設における入院料別届出病床

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている施設では、急性期一般入院料を算定する病床を届け出ている割合が高い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1・3 を届け出ている施設でのみ、地域包括医療病棟を算定する病床も届け出ていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料別の他の入院料の届出状況
(令和6年11月1日時点で1床でも届け出ていれば、有として集計)

入院料		回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	回復期リハビリテーション病棟入院料4	回復期リハビリテーション病棟入院料5
回答施設数		474	72	137	21	14
届出率	急性期一般入院料	 61.4%	 48.6%	 63.5%	 42.9%	 57.1%
	地域一般入院料	 4.2%	 5.6%	 10.2%	 28.6%	 21.4%
	療養病棟入院料	 30.2%	 50.0%	 34.3%	 81.0%	 21.4%
	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料	 48.9%	 34.7%	 42.3%	 38.1%	 28.6%
	障害者施設等入院基本料	 14.1%	 22.2%	 7.3%	 23.8%	 21.4%
	緩和ケア病棟入院料	 10.5%	 6.9%	 6.6%	 14.3%	 7.1%
	地域包括医療病棟入院料	 5.1%	 0.0%	 2.2%	 0.0%	 0.0%

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

入院料		回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 1	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 2	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 3	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 4	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 5
回答病棟数		372	43	74	13	5
平均病床数		48.22	50.12	36.69	40.00	35.20
40 床 あ た り 平 均 職 員 数	看護師	16.36	13.87	13.69	13.27	15.28
	准看護師	1.12	1.55	1.95	1.43	2.08
	看護師及び准看護師	17.49	15.43	15.63	14.70	17.36
	看護補助者	6.94	6.94	7.21	7.63	10.53
	看護補助者のうち、介護福祉士	3.36	3.37	2.43	2.46	2.50
	薬剤師	0.39	0.37	0.47	0.24	0.29
	管理栄養士	0.72	0.43	0.32	0.30	0.45
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	17.92	13.18	8.00	6.48	5.55
	相談員	1.01	0.77	0.33	0.40	0.16
	医師事務作業補助者	0.11	0.02	0.11	0.03	0.00
	その他の職員	0.14	0.18	0.19	0.14	0.00

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

- 回復期リハビリテーション病棟の入棟元では、他院の一般病床が最も多く、55.5%であった。
- 退棟先では、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、49.5%であった。

【入棟元】(n=5,260)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	1.3%
	自宅（在宅医療の提供なし）	8.9%
介護施設等	介護老人保健施設	0.3%
	介護医療院	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.4%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.4%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	0.3%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	55.5%
	他院の一般病床以外	1.1%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.4%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.8%
	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回りハ、地域包括医療病棟以外）	24.9%
	自院の療養病床（地ケア、回りハ以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.2%
特別の関係にある医療機関		4.2%
有床診療所		0.1%
その他		0.0%

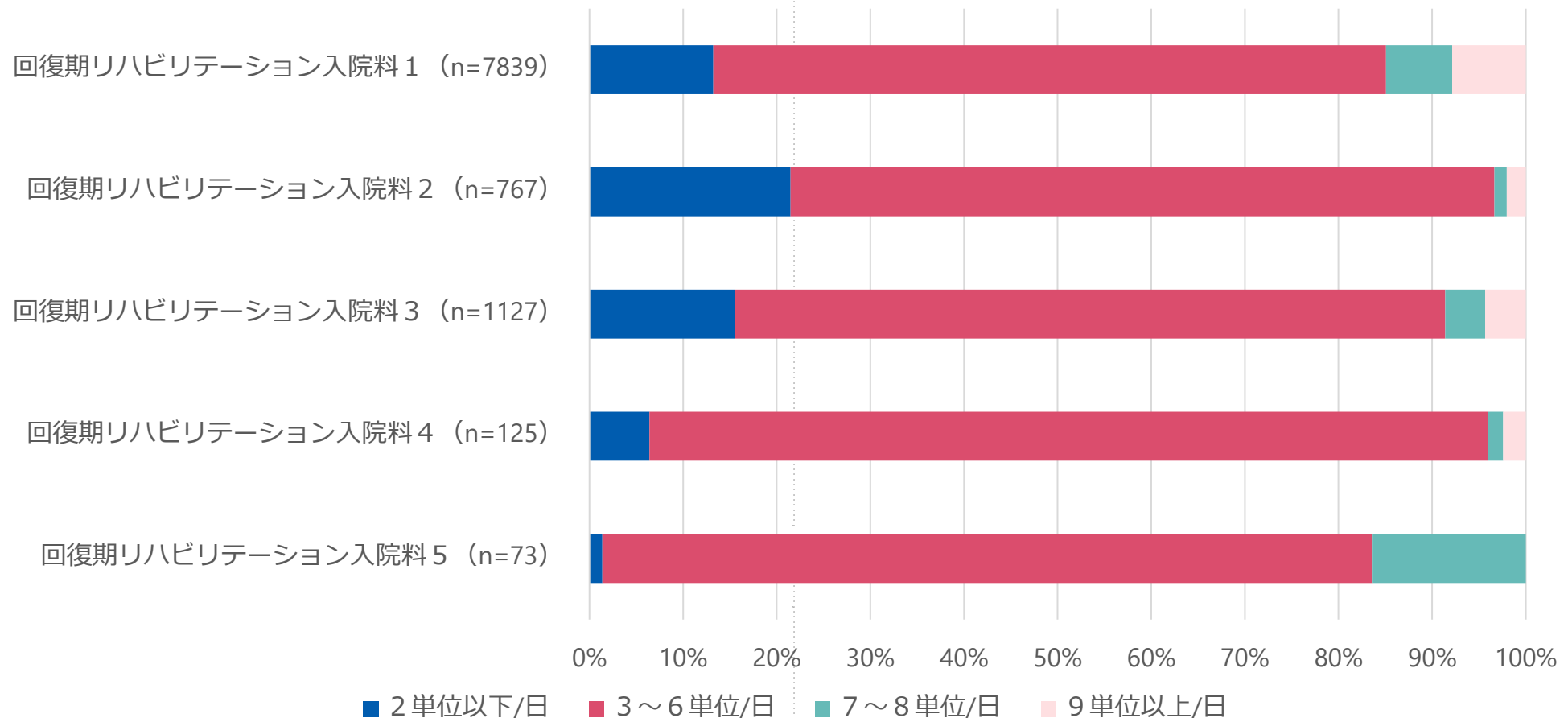
【退棟先】(n=747)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	15.4%
	自宅（在宅医療の提供なし）	49.5%
介護施設等	介護老人保健施設	6.4%
	介護医療院	1.2%
	特別養護老人ホーム	3.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	7.6%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.7%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.8%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.8%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回りハ、地域包括医療病棟以外）	4.7%
	他院の療養病床（地ケア、回りハ以外）	2.0%
	他院の精神病床	0.4%
自院	他院のその他の病床	0.8%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.4%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回りハ、地域包括医療病棟以外）	1.3%
	自院の療養病床（地ケア、回りハ以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.1%
特別の関係にある医療機関		1.1%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		0.7%
その他		0.9%

入院料ごとの運動器リハビリテーション料実施単位数について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの運動器リハビリテーション料を算定する患者の実施単位数は以下のとおり。
- 各入院料において、6単位／日以下の患者が大部分を占めていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料別 運動器リハビリテーション料を算定する患者の実施単位数



1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

(5)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

7 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ①療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し
- ②療養病棟入院基本料における中心静脈栄養の評価の見直し
- ③障害者施設等入院基本料の透析患者等に係る入院料の見直し
- ④緩和ケア病棟入院料における緊急入院に係る評価の見直し

【調査内容案】

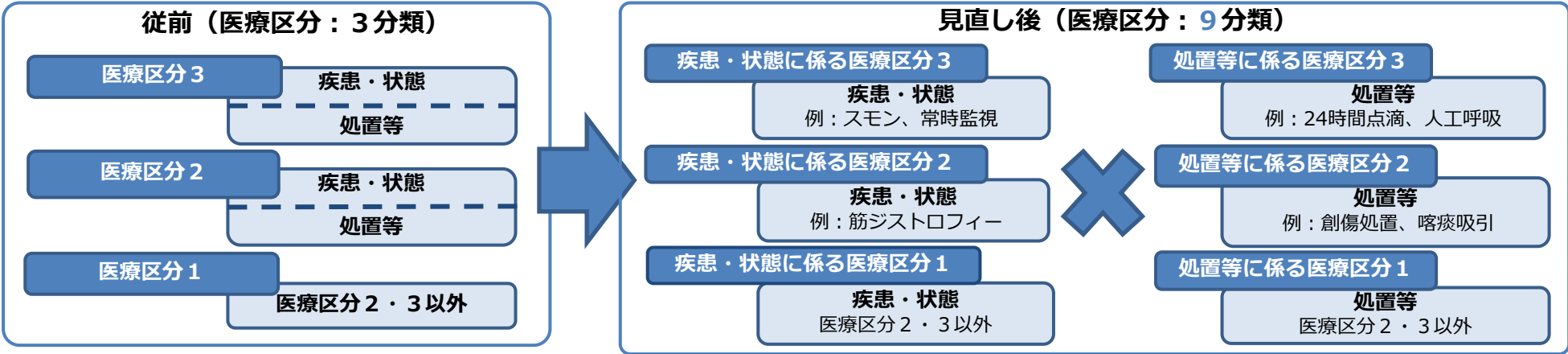
調査対象： 療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関

調査内容： (1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況
 (2)入院患者の医療区分別患者割合の状況
 (3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先、看取りの取組の状況 等

療養病棟入院基本料の見直し①

療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

- 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分とA D L区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのA D L区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



現行	
【療養病棟入院料】 [算定要件]	
1 療養病棟入院料 1	
イ 入院料A (略)	1,813点
リ 入院料I (略) (新設)	815点

改定後	
【療養病棟入院料】 [算定要件]	
1 療養病棟入院料 1	※療養病棟入院料2についても同様
イ 入院料1 (略)	1,964点
リ 入院料27 (略)	830点
マ 入院料30	1,488点

療養病棟入院基本料の見直し②

中心静脈栄養に係る評価の見直し

- 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

現行	改定後
【療養病棟入院料】 〔施設基準〕（概要） 医療区分3 中心静脈注射を実施している状態	【療養病棟入院料】 〔施設基準〕（概要） 医療区分3 <u>中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）</u>
医療区分2 （新設）	医療区分2 <u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）</u>

経腸栄養管理加算の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

（新） 経腸栄養管理加算（1日につき） 300点

- 〔算定要件〕
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。
- 〔施設基準〕
- （1） 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
 - （2） 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

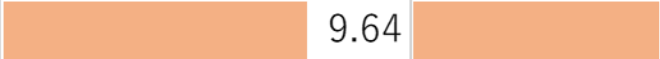
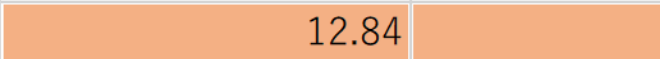
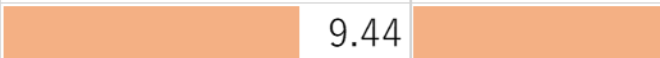
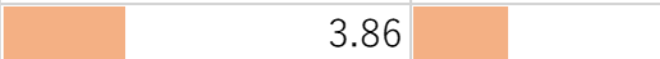
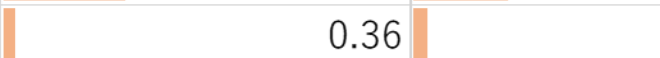
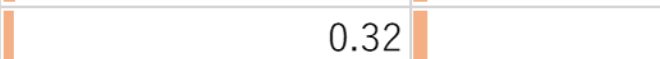
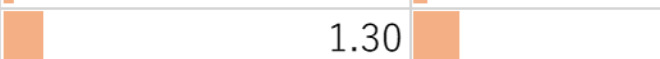
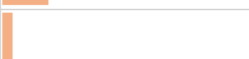
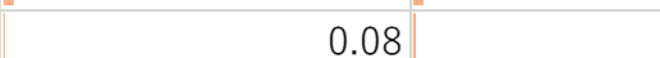
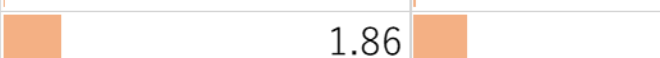
療養病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

○ 療養病棟入院料を届け出ている施設は、他の入院料はあまり届け出していないが、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）等を届け出ている施設が 1 割～ 2 割あった。

入院料		療養病棟入院料 1		療養病棟入院料 2	
回答施設数		544		91	
届出率	急性期一般入院料		17.5%		8.8%
	地域一般入院料		8.3%		13.2%
	地域包括ケア病棟入院料		10.5%		5.5%
	地域包括ケア入院医療管理料		12.3%		8.8%
	回復期リハビリテーション病棟入院料		8.1%		2.2%
	障害者施設等入院基本料		9.4%		3.3%
	緩和ケア病棟入院料		1.1%		0.0%

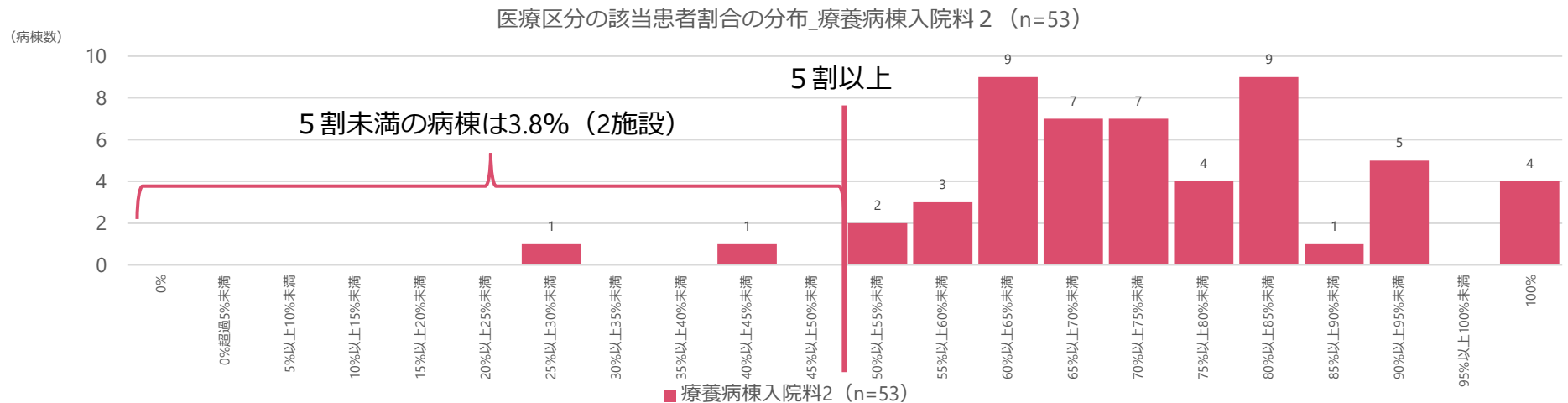
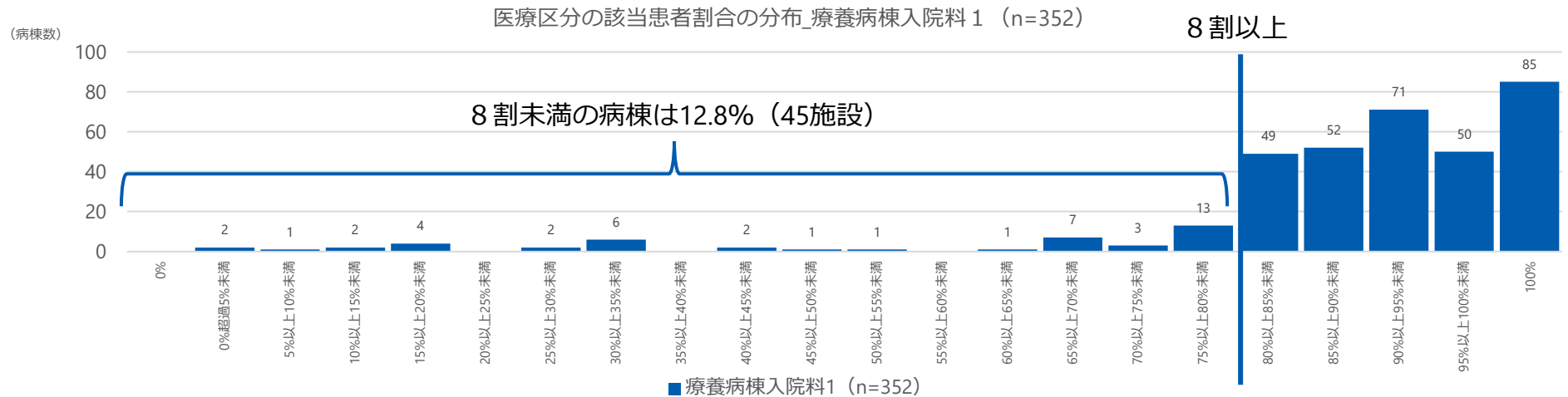
療養病棟入院料等を算定する病棟の職員数

○ 療養病棟入院料を算定する病棟における40床あたりの平均職員数は以下の通りであった。

入院料		療養病棟入院料1		療養病棟入院料2	
40床あたりの平均職員数	回答病床数	588		72	
	平均病床数	47.09		47.08	
	看護師		9.64		7.84
	准看護師		3.21		4.08
	看護師及び准看護師		12.84		11.93
	看護補助者		9.44		8.28
	看護補助者のうち、介護福祉士		3.86		3.00
	薬剤師		0.36		0.46
	管理栄養士		0.32		0.42
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士		1.30		1.43
	相談員		0.31		0.29
	医師事務作業補助者		0.08		0.04
	その他の職員		1.86		1.72

療養病棟における医療区分 2・3 の該当割合

- 令和6年10月の1か月間において、全入院患者中の医療区分2・3に該当する患者割合の分布は以下の通りであった。
- 施設基準を満たさない病棟は、入院料1で12.8%、入院料2で3.8%であった。



療養病棟入院料1

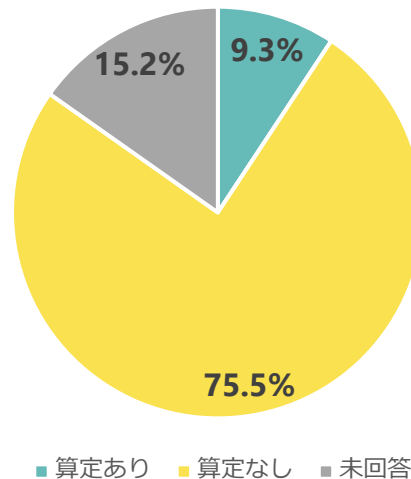
療養病棟入院料2

平均	25%tile	中央値	75%tile
87.5%	84.3%	92.2%	98.2%
73.2%	63.9%	71.4%	83.0%

療養病棟における経腸栄養管理加算の状況

- 令和6年8月～10月の3か月で経腸栄養管理加算を1回以上算定した施設は、9.3%。
- 届出が困難な理由としては、「栄養サポートチーム加算を届け出ているため」が最も多く、80%以上であった。

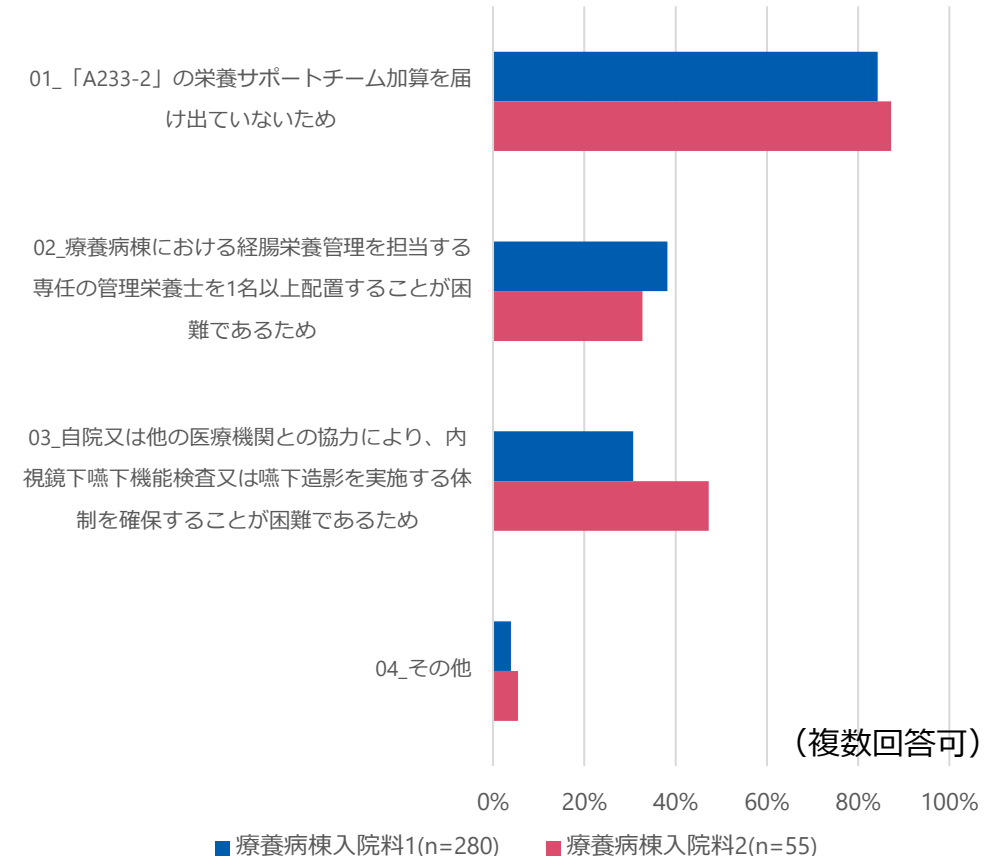
■ 経腸栄養管理加算の算定状況 (n=624) (令和6年8月～10月の3か月)



■ 「算定あり」の施設における算定件数 (n=58) (令和6年8月～10月の3か月)

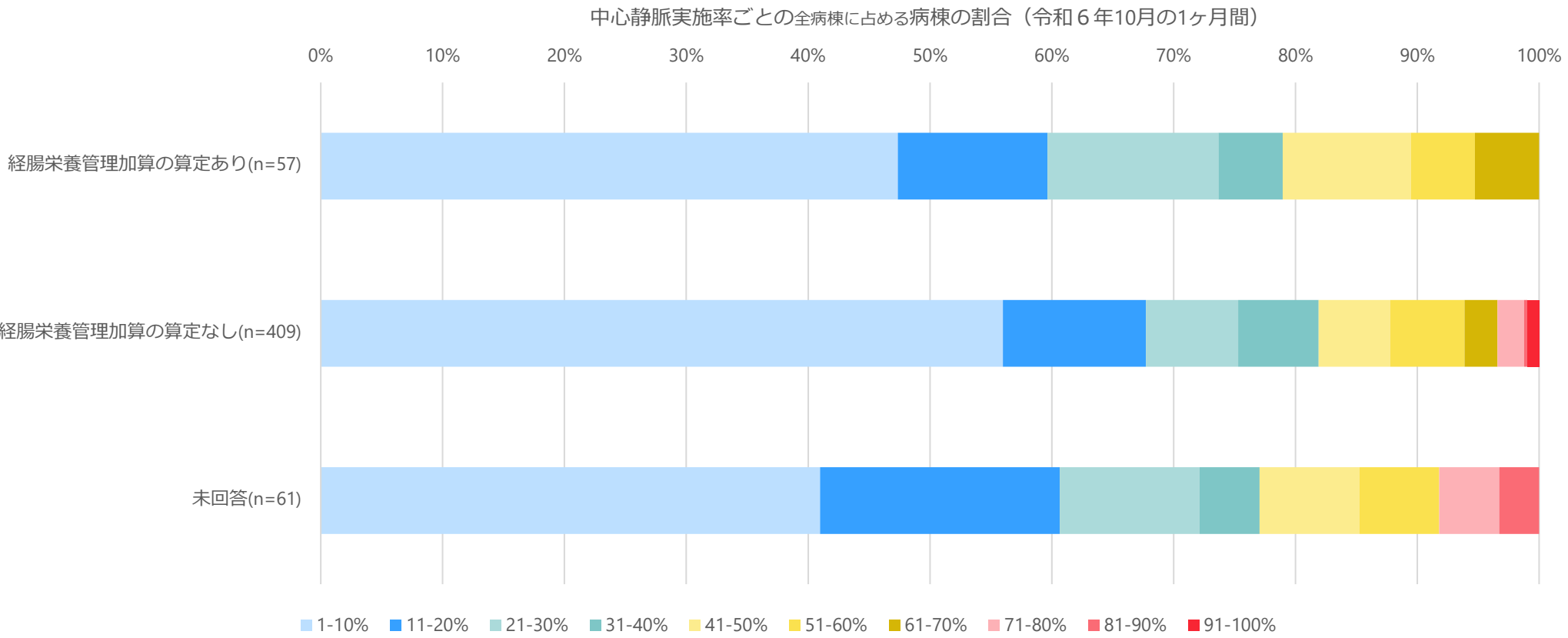
平均値	8.1 件	中央値	2.0 件
-----	-------	-----	-------

■ 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由 (n=346)



療養病棟における経腸栄養管理加算の有無別の中心静脈栄養の実施状況

- 経腸栄養管理加算の算定をしている病棟では、中心静脈栄養の実施率が70%を超える病棟はなかった。
- 経腸栄養管理加算の算定をしていない病棟では、一部で中心静脈栄養の実施率が90%を超えていた。一方、実施率が10%以下の病棟が半数以上であった。（栄養管理の有無は不明であることに留意）



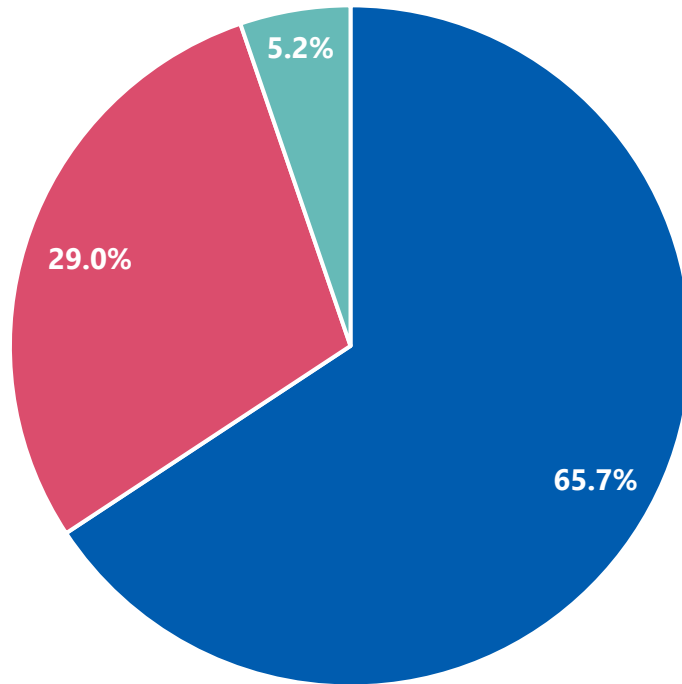
療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

- 中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について、いずれの入院料においても半数以上が整備できていた。
- 療養病棟入院料1を届け出ている施設では約3割、入院料2を届け出ている施設では約4割が当該体制を整備できていなかった。

【療養病棟入院料1】

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

(n=534)

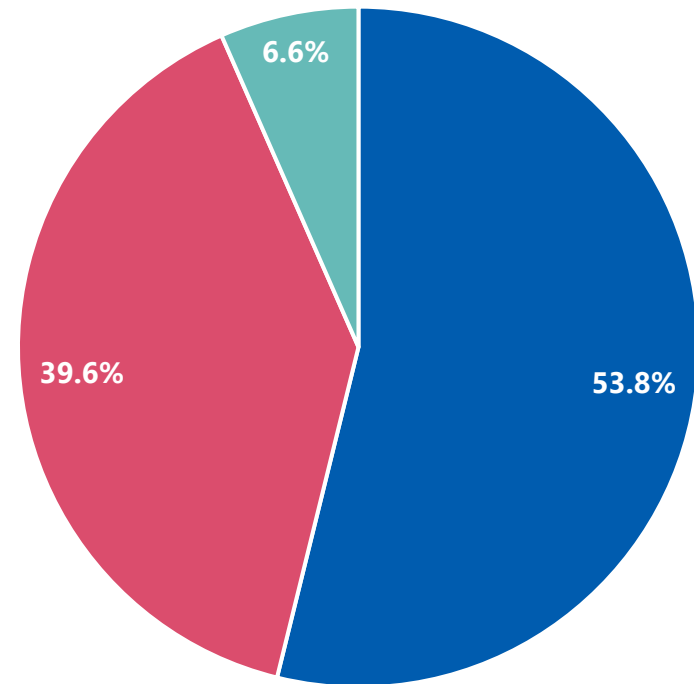


■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

【療養病棟入院料2】

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

(n=91)



■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

			障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料 1	特殊疾患病棟入 院料 2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2
看護配置			7 対 1 以上	10対 1 以上～ 15対 1 以上	20対1以上	－	20対1以上	20対1以上	
どちらか 一方を満 たす	施設		医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		－	医療型障害児入 所施設又は指定 医療機関(児童福 祉法)	－	－	
	両方 を満 たす	患者像	－	重度の肢体不自由 児(者)、脊髄損 傷等の重傷障害者、 重度の意識障害者、 筋ジストロフィー 患者、難病患者等 が7割以上	脊椎損傷等の 重度障害者、 重度の意識障 害者、筋ジス トロフィー患 者及び難病患 者等が8割以 上	重度の肢体不自 由児(者)、重度 の障害者(脊髄損 傷等を除く)が8 割以上	脊椎損傷等の重度 障害者、重度の意 識障害者、筋ジス トロフィー患者及 び難病患者等が8 割以上	医療区分2、 3の患者が8 割以上	医療区分2、 3の患者が 5割以上
		看護要員	－	10対1以上			10対1以上 (うち、看護職員 5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上
その他			一般病棟			一般又は 精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症 児(者)3割以上	－				褥瘡の評価	
点数	通常		1,637点	1,375～1,010点	2,090点	1,694点	2,090点	1,961 ～828点	1,896 ～764点
	重度の意識障害者 (脳卒中患者)		1,517, 1,377点	1,517～1,124点	1,928, 1,763 点	1,675, 1,508点	1,927, 1,761点		
	上記以外の脳卒中患 者		1,364, 1,239点	1,364～1,010点	1,735, 1,586 点	1,507, 1,357点	1,734, 1,588点		
	透析患者		1,581点	1,420～1,315点	2,010点	1,746点	2,010点		
包括 範囲	通常		出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除 く)・病理診断・X線写真等・ 一部の処置等は包括	
	脳卒中患者・透析患 者		療養病棟入院基本料と同様の取扱						

97

その他の病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

○ 障害者施設等入院基本料等を届け出ている医療機関における病棟の平均職員数は以下のとおり。

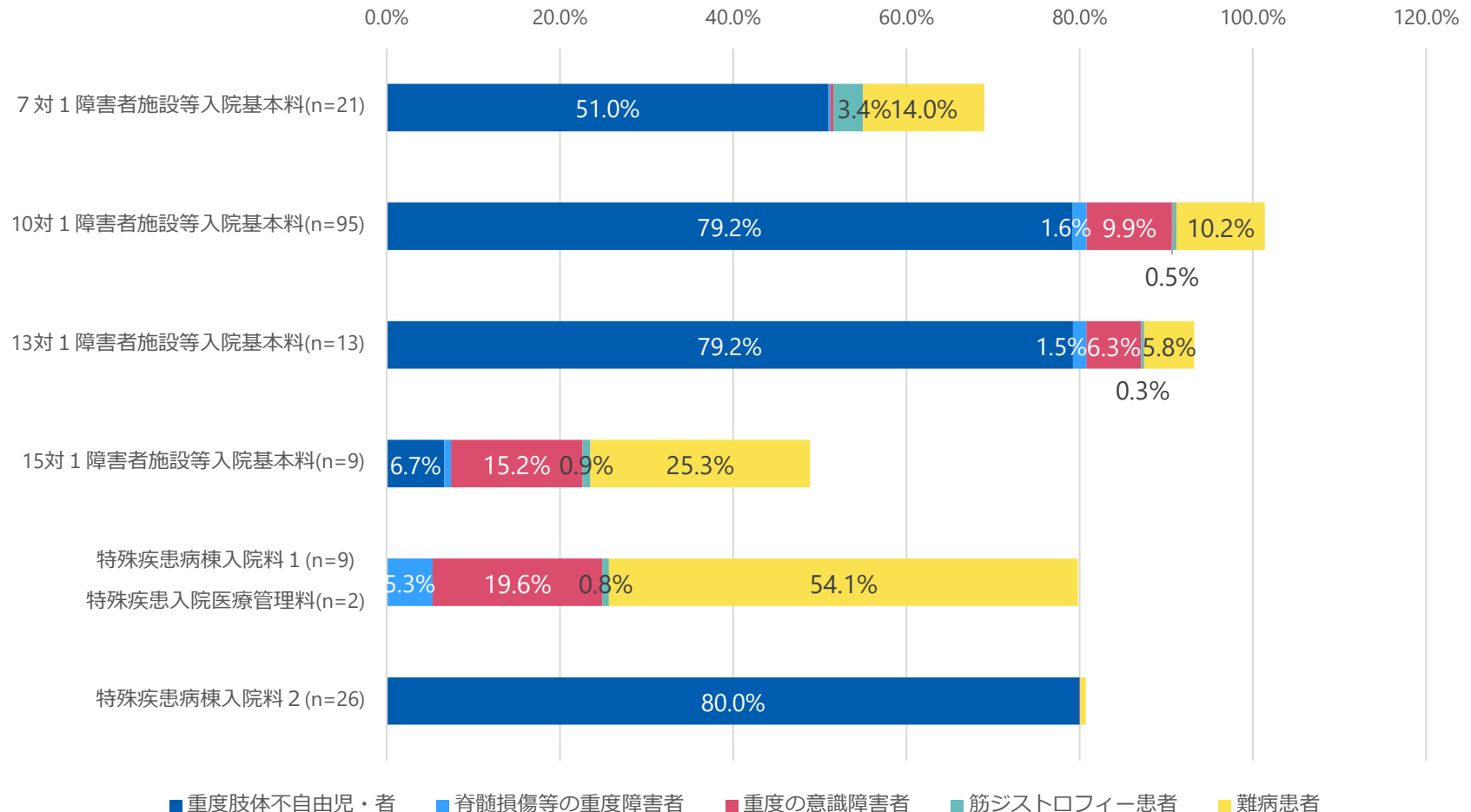
入院料		7 対 1 障害者施設等 入院基本料	10対 1 障害者施設等 入院基本料	13対 1 障害者施設等 入院基本料	15対 1 障害者施設等 入院基本料	特殊疾患病棟 入院料 1	特殊疾患病棟 入院料 2	特殊疾患 入院医療管理料
回答病棟数		17	88	14	2	6	19	1
平均病床数		43.2	47.7	46.2	47	49	48.4	41
40 床 あ た り 平 均 職 員 数	看護師	25.65	19.17	14.66	9.09	10.72	11.31	11.71
	准看護師	0.85	1.49	1.75	3.42	4.30	3.10	4.88
	看護師及び准看護師	26.50	20.66	16.41	12.51	15.02	14.41	16.59
	看護補助者	5.50	7.61	10.70	5.97	9.11	10.86	12.68
	看護補助者のうち、介護福祉士	2.24	3.09	4.61	0.00	4.03	4.68	7.80
	薬剤師	0.18	0.34	0.68	0.42	0.32	0.19	0.00
	管理栄養士	0.19	0.22	0.53	0.42	0.10	0.25	0.00
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	1.50	1.89	1.28	0.00	0.98	0.77	0.00
	相談員	0.11	0.26	0.18	0.00	0.00	0.22	0.00
	医師事務作業補助者	0.08	0.02	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00
その他の職員		1.34	1.38	2.41	0.00	0.00	1.35	0.00

※病床数、入院基本料、職員数の回答のないものは除外して集計

障害者施設入院基本料等を算定する病棟の対象疾患への該当状況

- 障害者施設等入院基本料等の対象疾患への該当状況として、13対1までの障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料2においては重度の肢体不自由児・者の割合が最も多かった。
- 特殊疾患病棟入院料1においては、難病患者等が最も多かった。

入院料ごとの入院患者全体に占める対象疾患の該当状況



※各病態の1日あたり平均入院患者数を1日あたり平均入院患者数で除したもの。各病態と全入院で集計対象期間が異なっているため、積み上げが100%を超えているものがある。

緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

- **緩和ケア病棟入院料 1**

30日以内 5,135点 31日以上60日以内 4,582点 61日以上 3,373点

- **緩和ケア病棟入院料 2**

30日以内 4,897点 31日以上60日以内 4,427点 61日以上 3,321点

緩和ケア病棟緊急入院初期加算 200点

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

緩和ケア疼痛評価加算 100点

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

[入院料 1 の施設基準]

入院料 2 の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

- 以下のア又はイを満たしていること
 - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
 - イ) 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
- 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 緩和ケア診療加算※1
 - ② 外来緩和ケア管理料※1
 - ③ 在宅がん医療総合診療料※2

[入院料 2 の施設基準]

- **看護配置 7 対 1、緩和ケアを担当する常勤の医師を 1 名以上配置**
- **がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等**

※ 1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

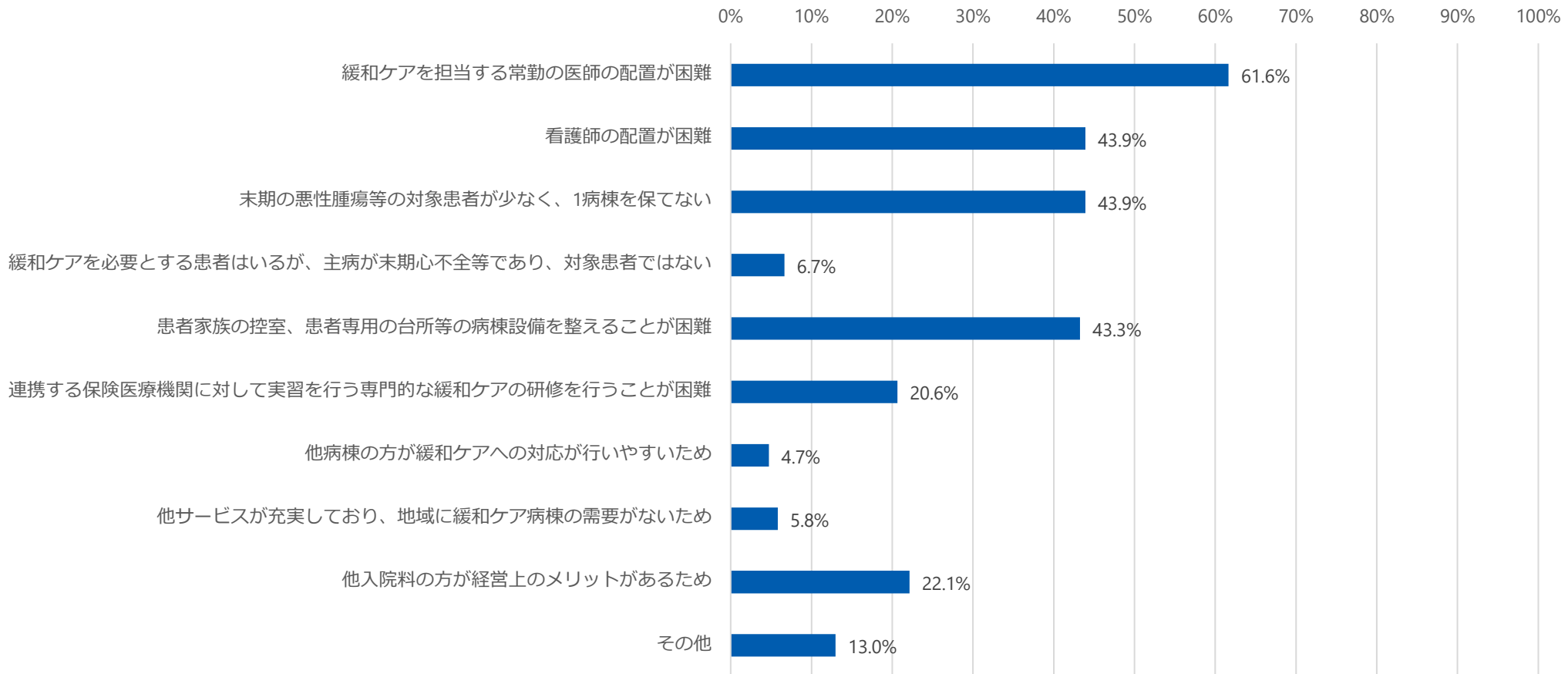
※ 2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

緩和ケア病棟入院料を届け出していない理由

- 緩和ケア病棟入院料を届け出していない理由は、「緩和ケアを担当する常勤の医師の配置が困難」が最も多かった。

緩和ケア病棟入院料1もしくは2を算定していない医療機関において、緩和ケア病棟入院料を届け出していない理由

(n=1202)



1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

(6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等 について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算1等の見直し
- ② 看護職員夜間配置加算、看護補助体制充実加算等に係る評価の見直し
- ③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し

【調査内容案】

調査対象： 病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目(総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算、看護補助体制充実加算、病棟薬剤業務実施加算、地域医療体制確保加算、処置・手術の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1等)を届け出ている医療機関 等

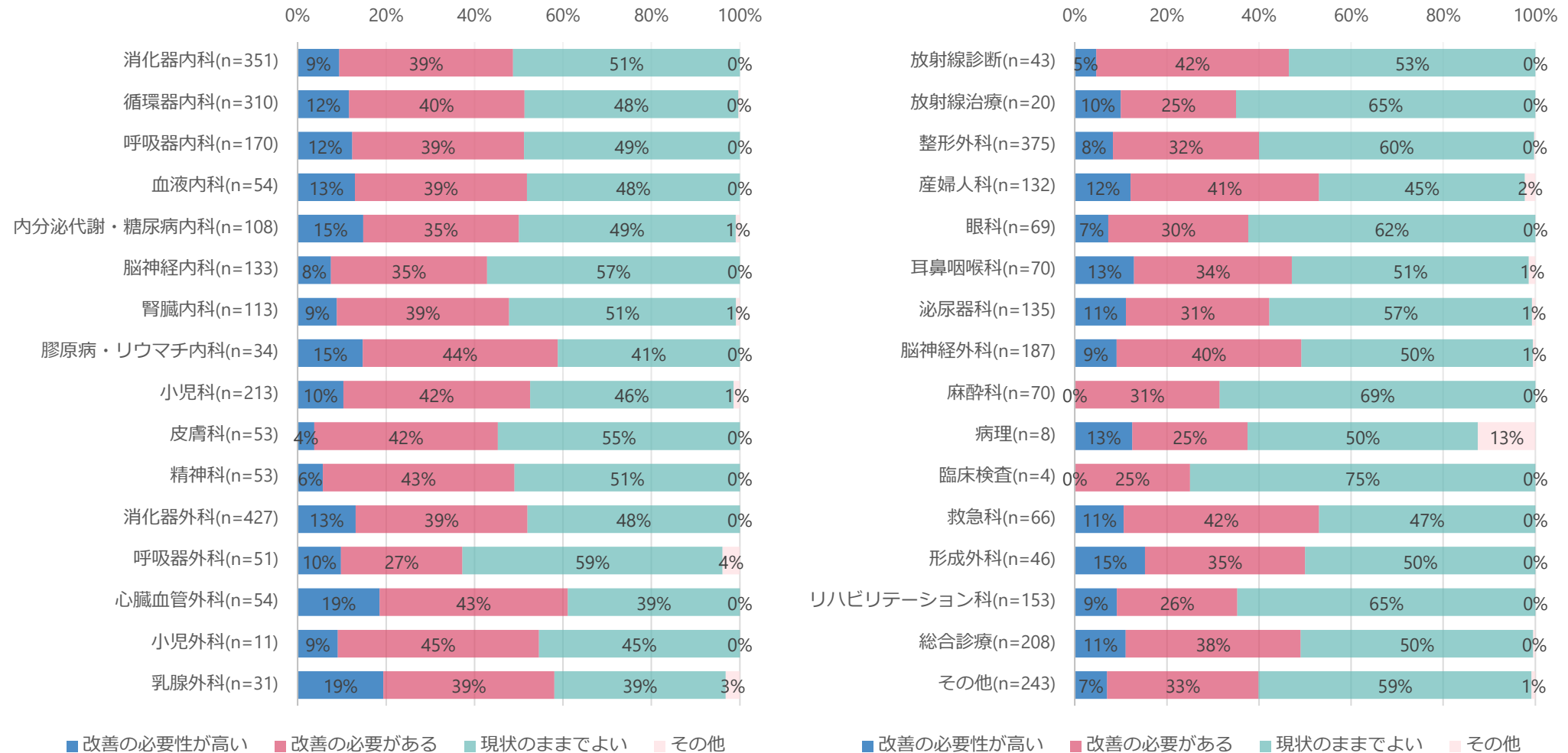
調査内容： 負担軽減に資する取組を要件とする加算の届出状況、職員体制(常勤配置等)、勤務状況(医師、看護職員の勤務時間等)、負担軽減に資する取組の実施状況及び今後取り組む予定の事項等

等

診療科別に見た医師の勤務状況の改善の必要

○ 診療科別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、以下のとおりであった。

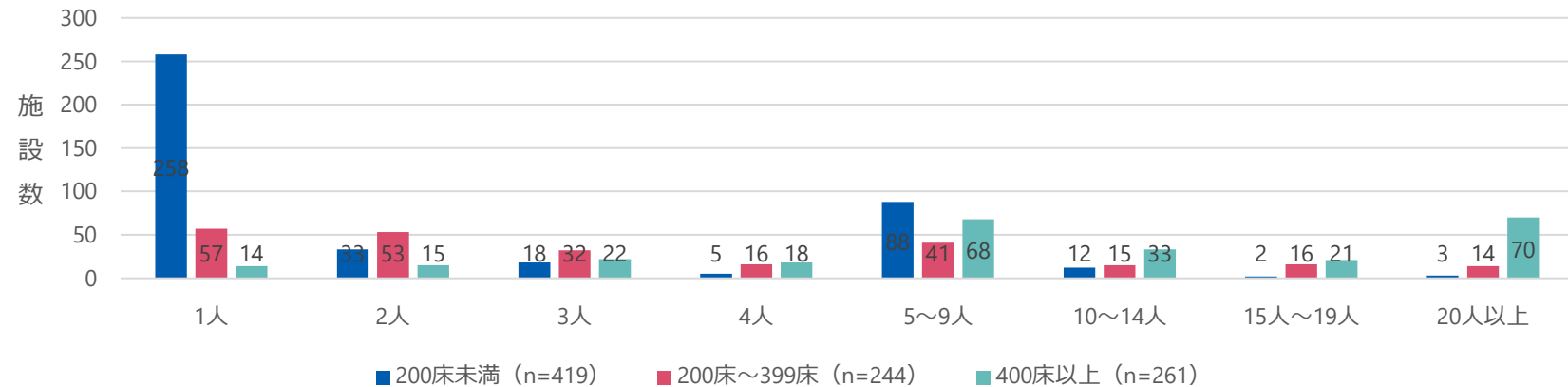
勤務状況の改善の必要性についての意見（診療科別）



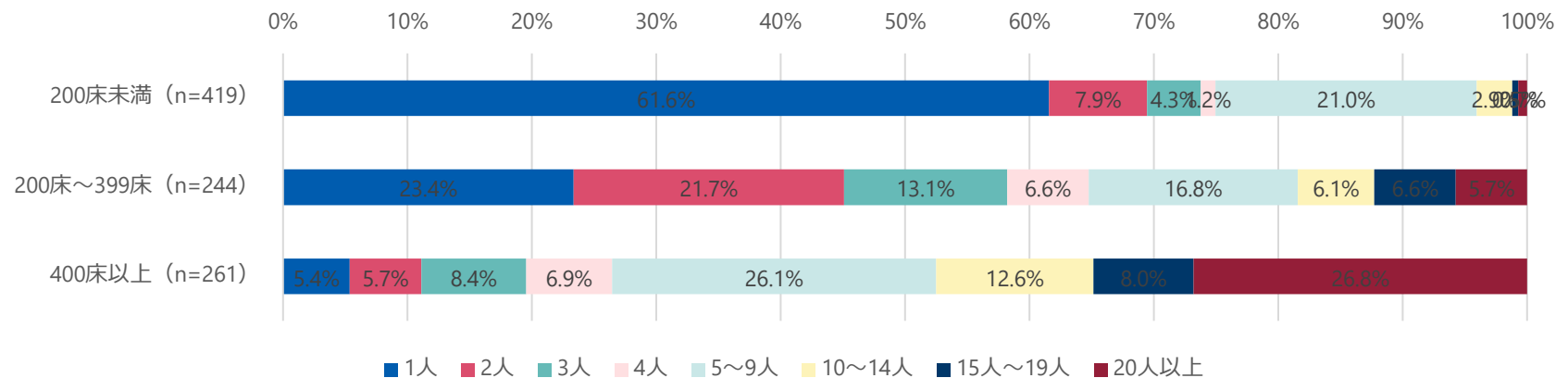
病床規模別に見た宿直人数

- 宿直人数について、病床規模が大きい程、宿直人数も多くなり、200床未満の医療機関では宿直人数が1人が67%であるのに対し、400床以上の医療機関では宿直人数が5人以上が74%であった。

病床数ごとの宿直人数分布 (n=924)



病床数ごとの宿直人数分布



地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の要件の見直し

- 地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

改定後

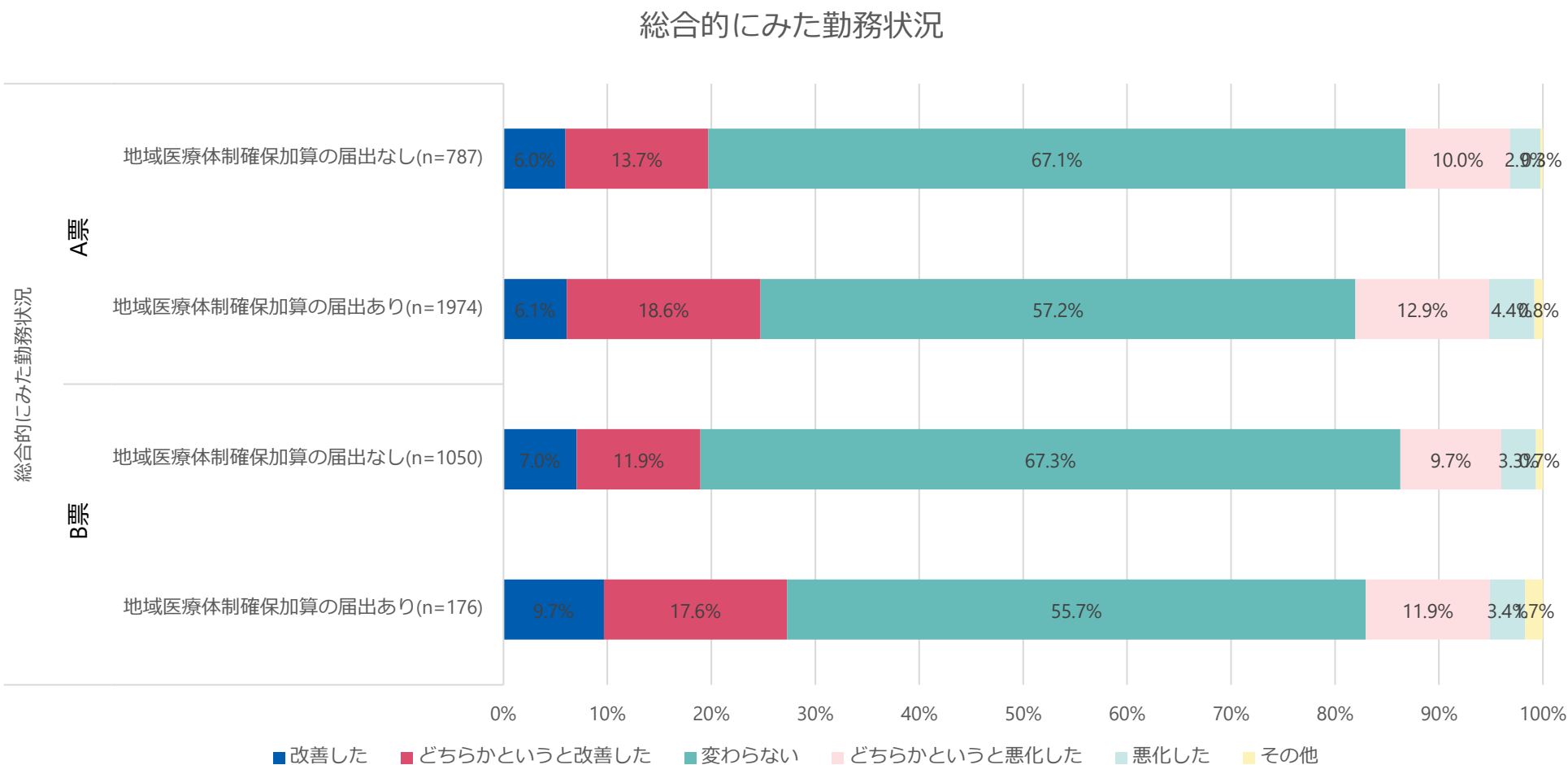
【地域医療体制確保加算】

[施設基準]

- 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。
 - ア 令和6年度においては、1,785時間以下
 - イ 令和7年度においては、1,710時間以下

地域医療体制確保加算の届出別に見た総合的な勤務状況

- 地域医療体制確保加算の届出のある医療機関では、届出のない医療機関と比較して、総合的にみた勤務について「改善した」「どちらかというと改善した」と回答した医師の割合が多かった。



勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

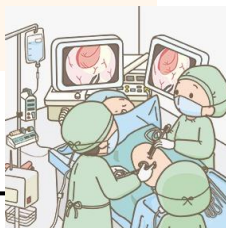


改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

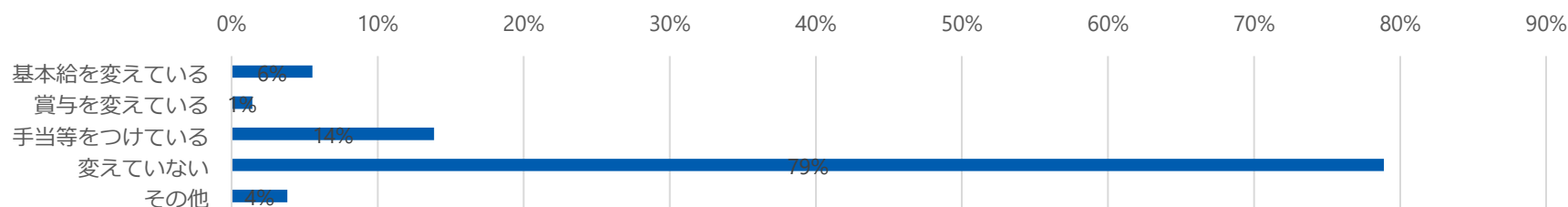
※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



診療科ごとの医師の処遇

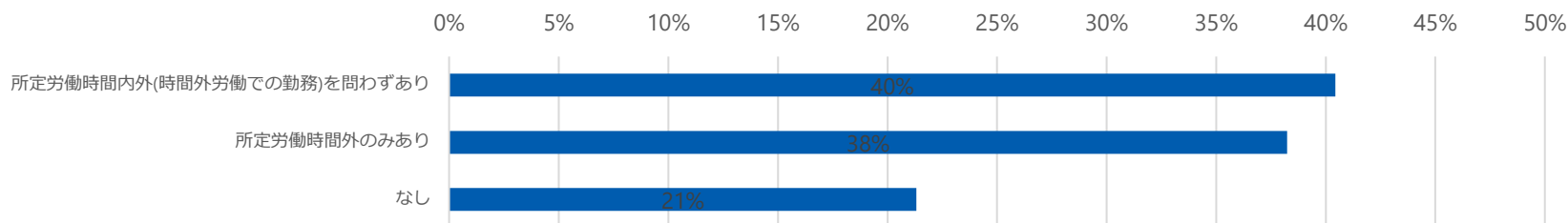
- 診療科ごとの医師の処遇として、医師が不足している診療科において「基本給を変えている」（5%）、「賞与を与えている」（2%）、「手当等をつけている」（13%）等が挙げられた。
- 手当をつける仕組みがある場合の、月あたりの平均的な手当の金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。

医師が不足している診療科で給与を変えていますか(n=995)



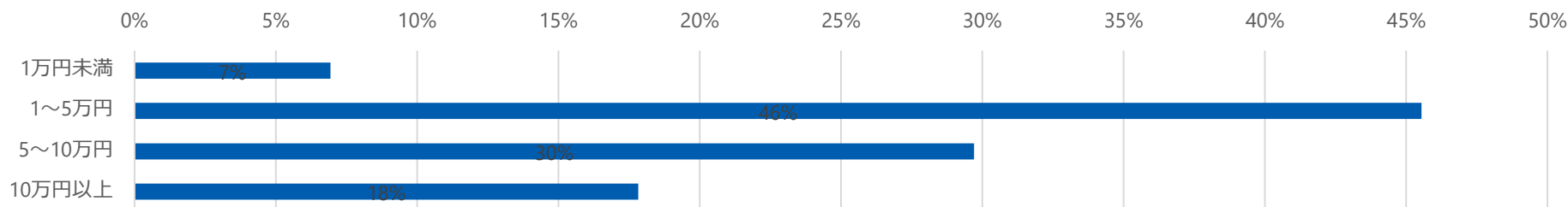
〔手当等をつけている場合〕

手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか(n=136)



〔手当をつける仕組みがある場合〕

手当が支払われた医師の月当たりの平均的な手当の金額について(n=101)



医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

- 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

改定後

【医師事務作業補助体制加算1】
[施設基準]

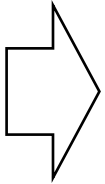
- 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

- 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
20対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
25対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
30対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
40対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
50対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
75対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
100対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>



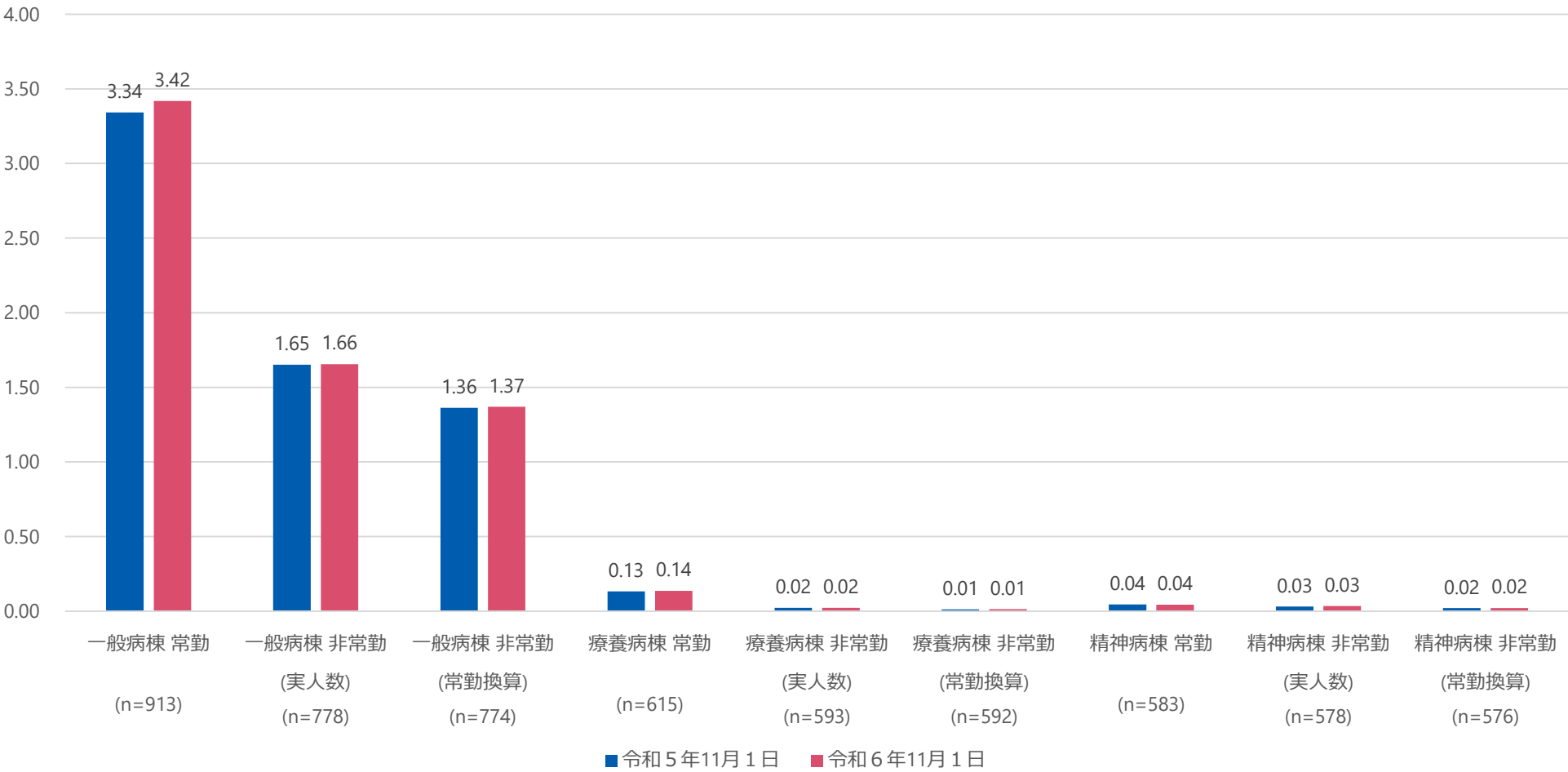
改定後

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,070点</u>	<u>995点</u>
20対1	<u>855点</u>	<u>790点</u>
25対1	<u>725点</u>	<u>665点</u>
30対1	<u>630点</u>	<u>580点</u>
40対1	<u>530点</u>	<u>495点</u>
50対1	<u>450点</u>	<u>415点</u>
75対1	<u>370点</u>	<u>335点</u>
100対1	<u>320点</u>	<u>280点</u>

医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関の病棟における医師事務作業補助者の配置

○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和6年11月1日時点で、令和5年11月1日時点より多い傾向が見られた。

各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均



薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算1（120点/週1回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

(新) 薬剤業務向上加算 100点（週1回）



[算定要件]

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

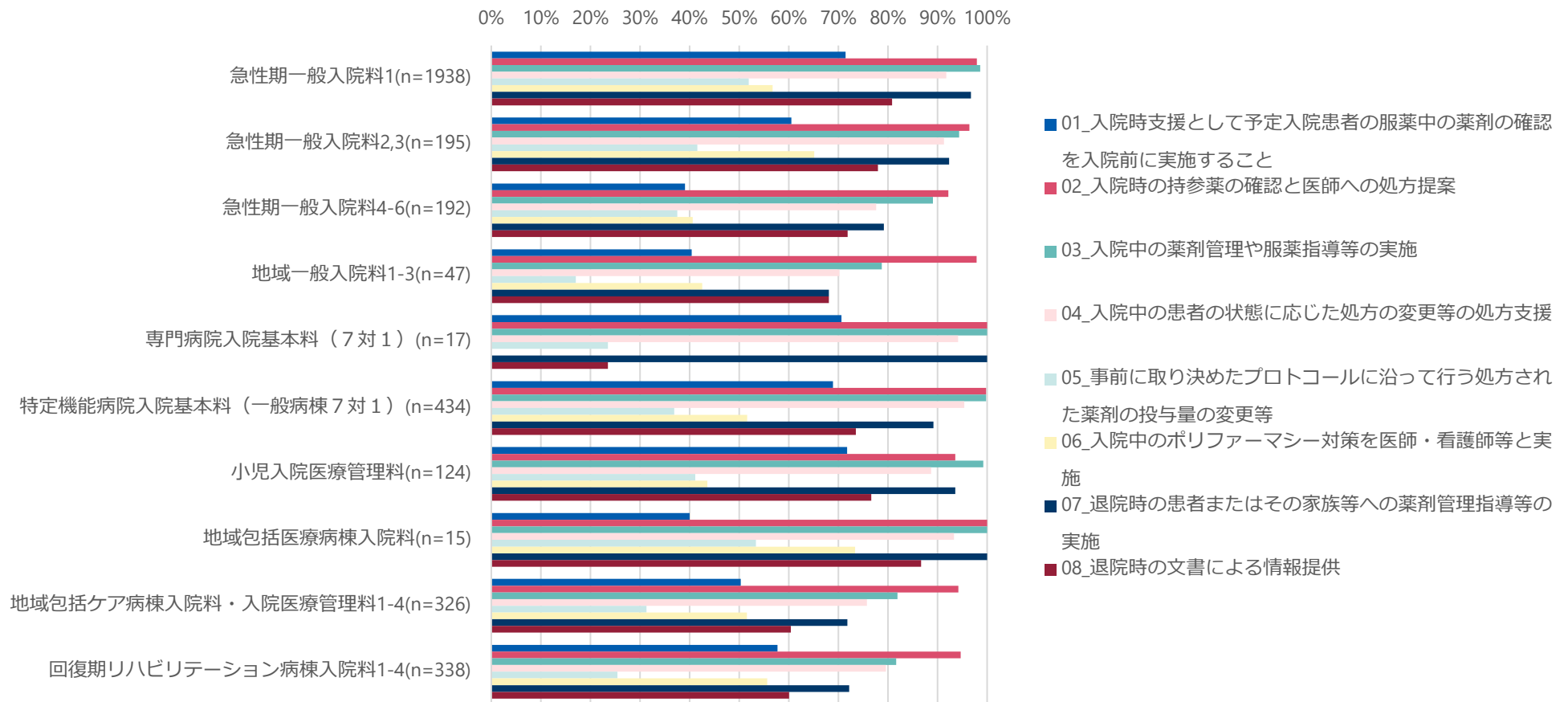
- (1) **免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること**として以下の要件を満たすこと。
 - ア 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - イ 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - ウ 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - エ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - オ 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- (2) **都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制**として、以下の要件を満たすこと。
 - ア 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - イ 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - ウ 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- (3) 特定機能病院若しくは急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

薬剤師による現状の病棟業務実施項目

- 各入院料ごとの、病棟薬剤師による薬学管理として実施している内容は、以下の通り。

(病棟に薬剤師が配置されている場合、) 薬剤師による薬学管理として実施している内容

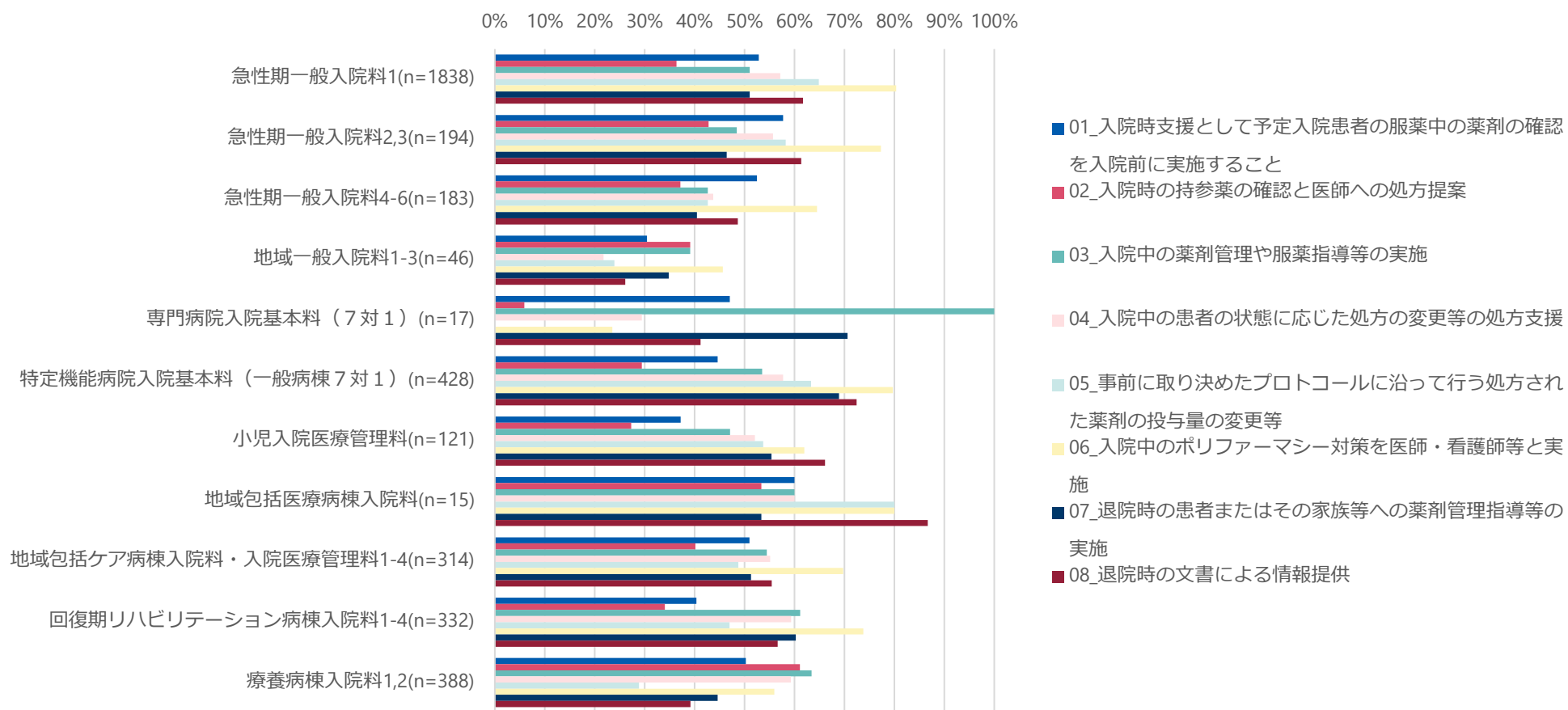
(令和6年11月1日時点)



さらなる充実が求められる薬学管理項目

- 各入院料ごとの、病棟薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容は、以下のとおり。

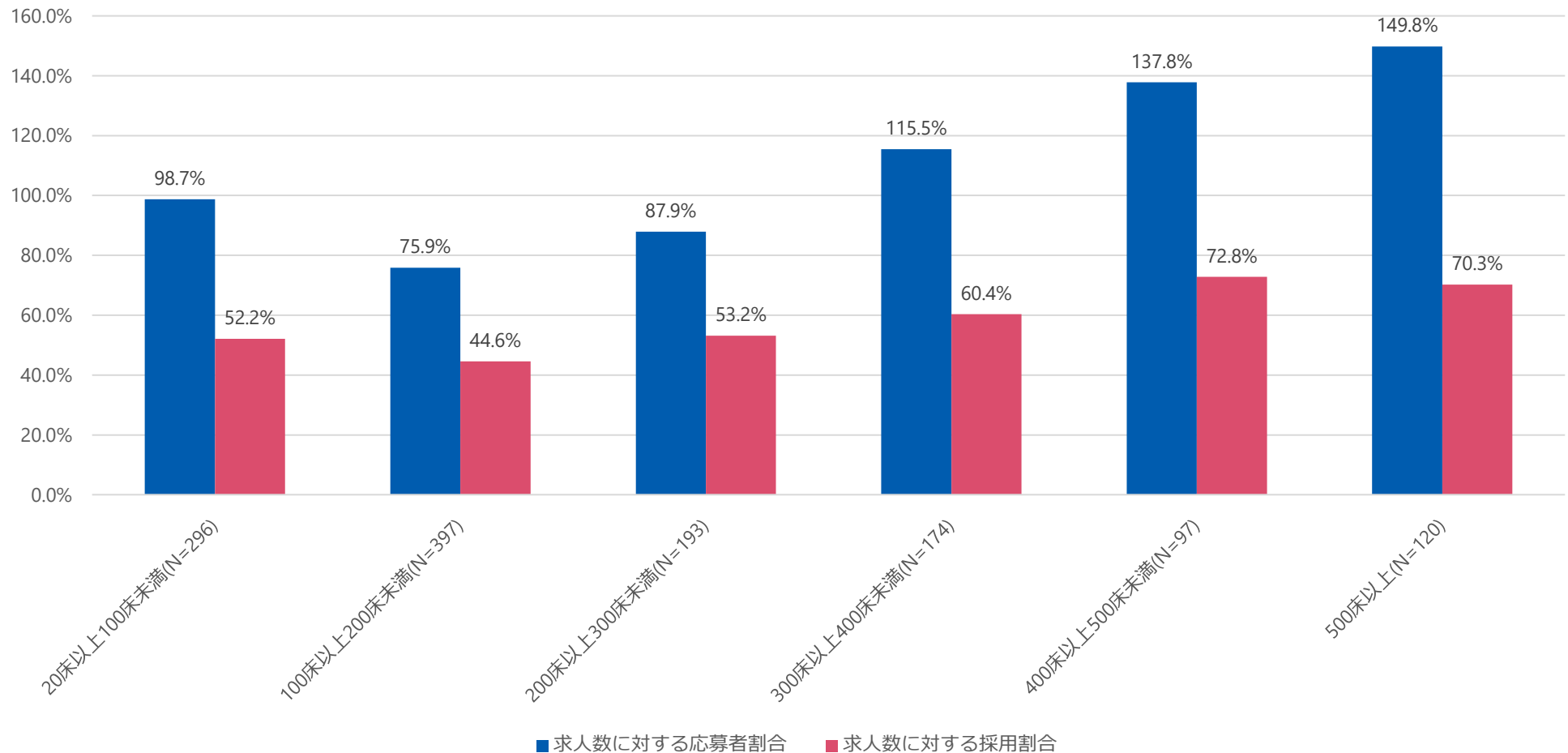
(病棟に薬剤師が配置されている場合、) 薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容 (令和6年11月1日時点)



病床規模別 薬剤師の求人数に対する応募/採用割合

- 200床未満の病院では、求人数に対する応募者割合が100%より低く定員割れしているという回答であった。
- 求人数に対する採用割合は、いずれの病床規模においても、100%よりも低い割合であった。

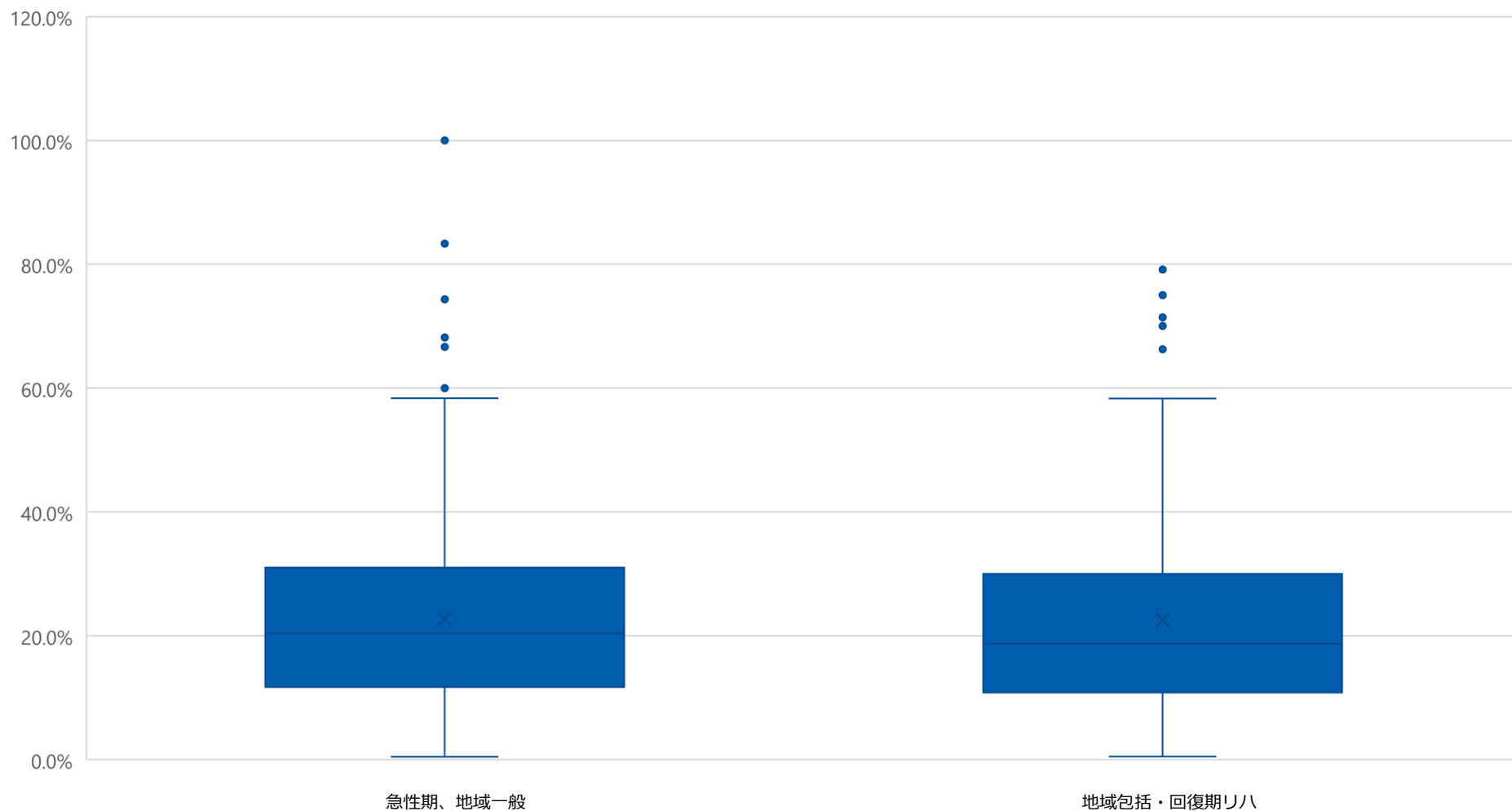
病床規模別 求人数に対する応募数割合および採用数割合（平均）



病棟薬剤業務における持参薬確認業務時間割合

- 病棟薬剤業務における持参薬確認業務は病院の機能に関係なく20%以上を占めていた。

■ 業務総時間のうち持参薬の確認業務に要する時間



ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

- 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、「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する。

※ 1 3交代制勤務又は変則 3交代勤務の病棟のみが対象 ※ 2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間 配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制 加算 急性期看護補助体制加算 の注加算	夜間看護体制 加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制 加算 障害者施設等入院基本料 の注加算	看護職員夜間 配置加算 精神科救急急性期医療入 院料、精神科救急・合併 症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※ 1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整する システムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話					
ク 看護補助者の夜間配置（※ 2）					
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 <u>（取り組むことが望ましい）</u>	○	○	○	○	○

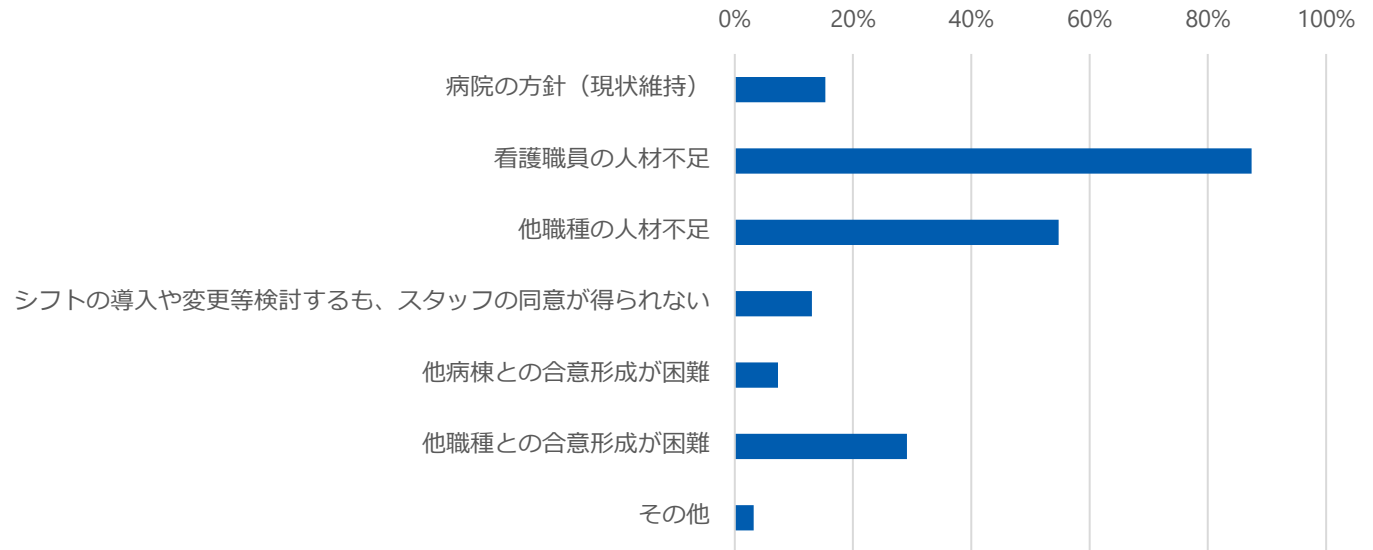
看護の業務負担軽減について

- 病棟の業務負担軽減を行っている病棟は72%であった。病棟の業務負担軽減を「取り組みたいが困難」な理由としては、「看護職員の人材不足」が最も多かった。
- 病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況は、3割の病棟が悪化傾向であった。

業務負担軽減を行っていますか

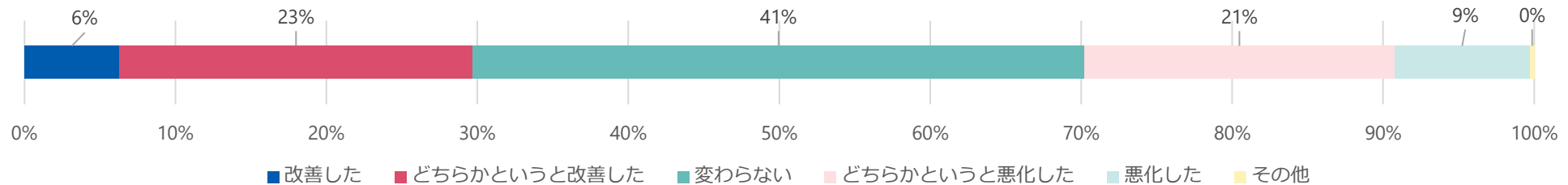
	病棟数	(割合)
取組を行っている	2,772	72%
現状で問題がないため新たな取組は行っていない	240	6%
取り組みたいが困難	847	22%

「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）(n=803)



病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和6年11月時点における直近1年間の変化）

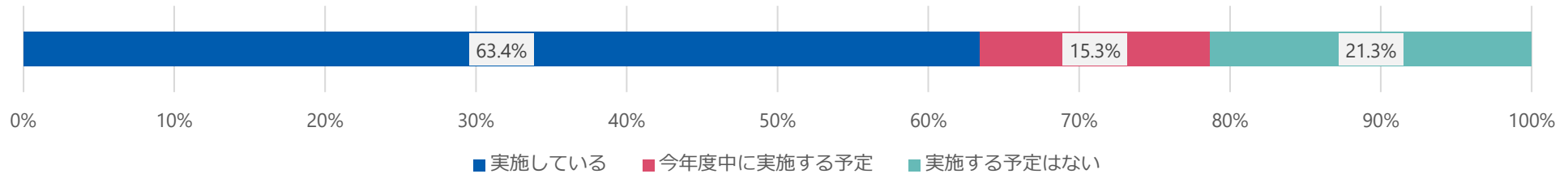
(n=3769)



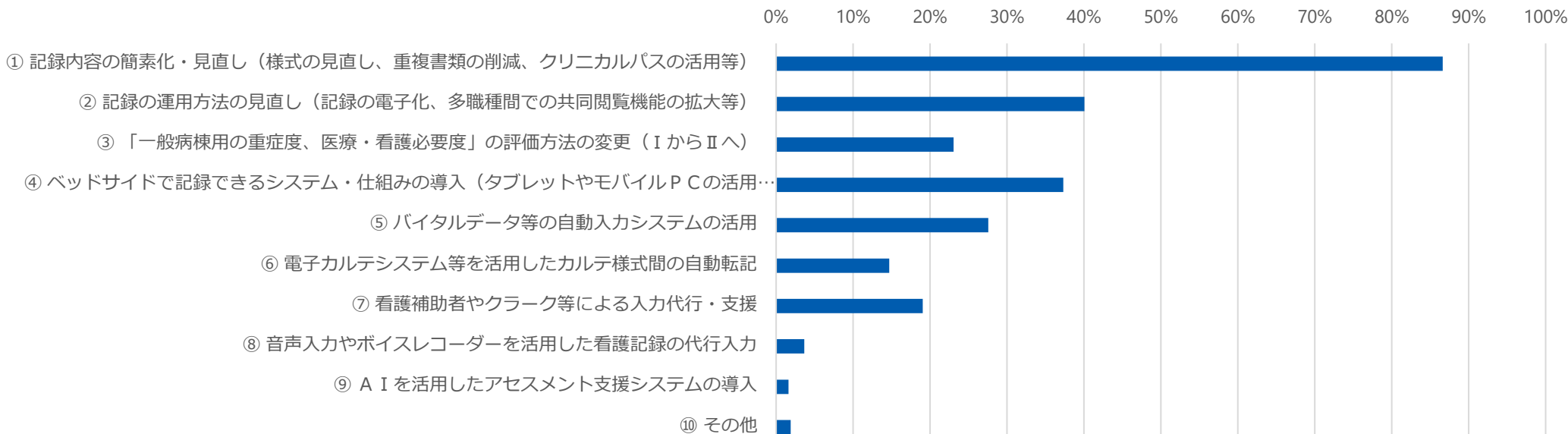
看護記録に係る負担軽減の取組状況

- 看護記録に係る負担軽減の取組を実施している病棟は63.4%であり、記録内容の簡素化・見直しについて多く取り組まれていた。ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入（タブレットやモバイルPCの活用）の他、バイタルデータ等の自動入力システムの活用が進められている。

看護記録に係る負担軽減の取組状況(n=3821)



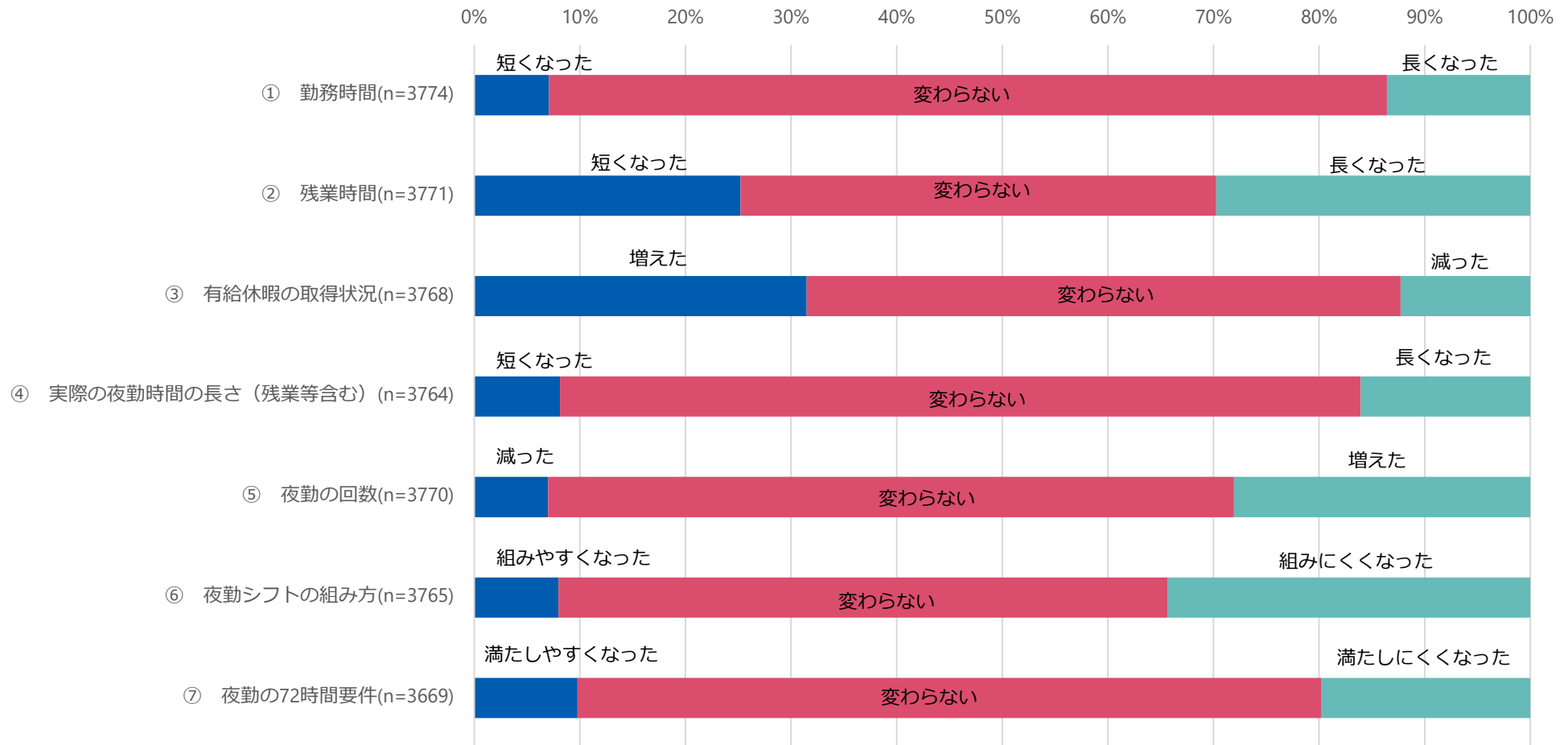
看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）(n=2409)



病棟看護職員の勤務状況について

- 病棟の看護職員の勤務状況について、「残業時間が短くなった」25.2%、「有給休暇の取得が増えた」31.5%と改善傾向にある病棟がある一方、「残業時間が長くなった」29.7%、「夜勤の回数が増えた」28.1%、「夜勤シフトが組みにくくなった」34.3%と悪化傾向にある病棟の割合も高かった。

病棟の看護職員の勤務状況（令和6年11月時点における直近1年間の変化）



看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料について、主として直接患者に対し療養生活上の世話をする看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行

【療養病棟入院料】

注12 イ 夜間看護加算 50点

□ 看護補助体制充実加算 55点

改定後

【療養病棟入院基本料】

注12 夜間看護加算 50点

注13 イ 看護補助体制充実加算 1 **80点**

□ 看護補助体制充実加算 2 **65点**

ハ 看護補助体制充実加算 3 55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3**の例により所定点数に加算する。

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において **3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上**配置配置されていること。
- イ **主として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数は、常時100対1以上**であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
- ウ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- エ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- オ 当該保険医療機関における **看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用**していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のイからオを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のウ及びエを満たすものであること。

看護補助者に係る評価の充実②

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行

【急性期看護補助体制加算】

注4 看護補助体制充実加算 5点

【看護補助加算】

注4 看護補助体制充実加算 5点

改定後

【急性期看護補助体制加算】

注4 ☒ **看護補助体制充実加算 1** **20点**
☐ 看護補助体制充実加算 2 5点

【看護補助加算】

注4 ☒ **看護補助体制充実加算 1** **20点**
☐ 看護補助体制充実加算 2 5点

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。

身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において **3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上** 配置されていること。
- イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- エ 当該保険医療機関における **看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用** していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

- (1)のイ及びウを満たすものであること。

夜間看護体制加算の評価の見直し

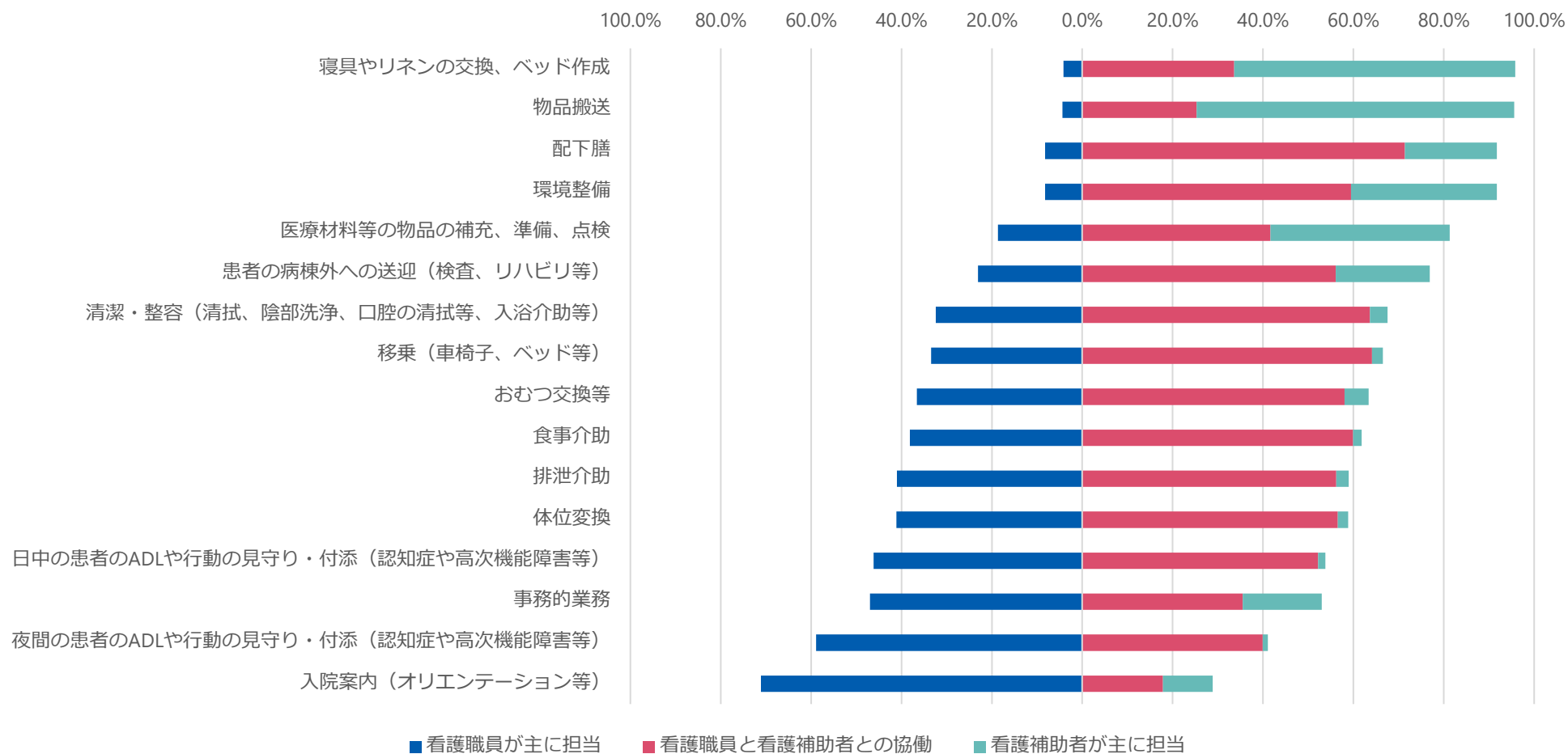
- 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

※急性期看護補助体制の注3「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注3「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当

看護職員と看護補助者との業務分担状況

○ 看護職員と看護補助者との業務分担が進められている。

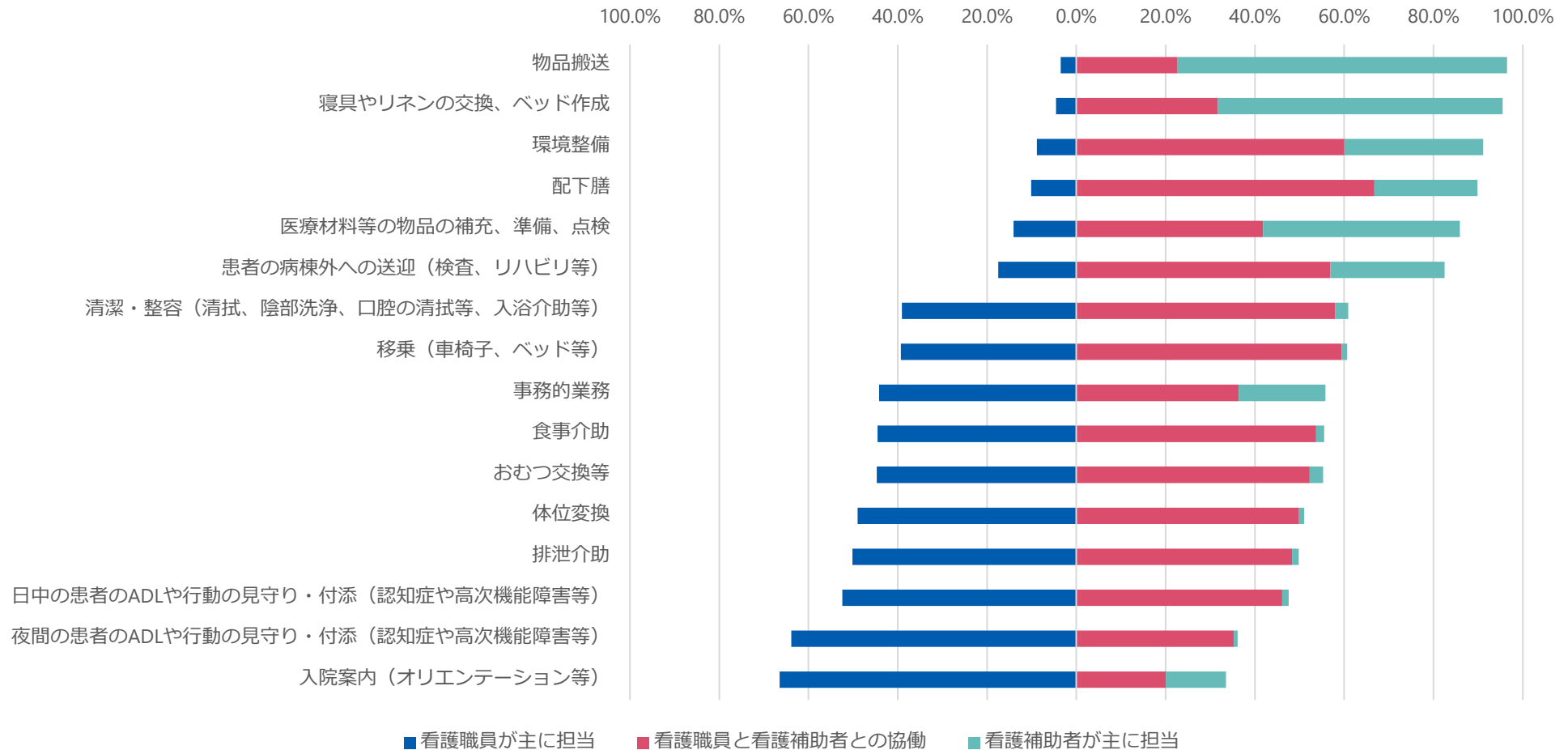
条件なし_看護補助者との業務分担状況(n=3668)



看護職員と看護補助者との業務分担状況

- 急性期看護補助体制加算・看護補助体制充実加算を算定している場合、直接的ケアについて看護職員と看護補助者の協働が進んでいる。ADLや行動の見守り・付添は看護職員が主に担当している割合が高い。

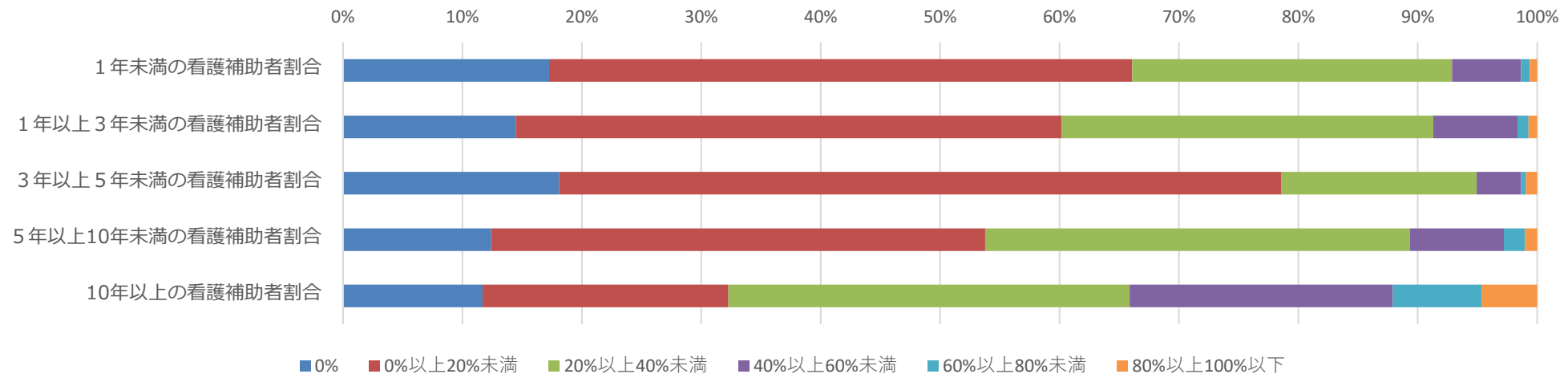
急性期看護補助体制加算届出あり・看護補助体制充実加算届出あり
看護補助者との業務分担状況(n=2036)



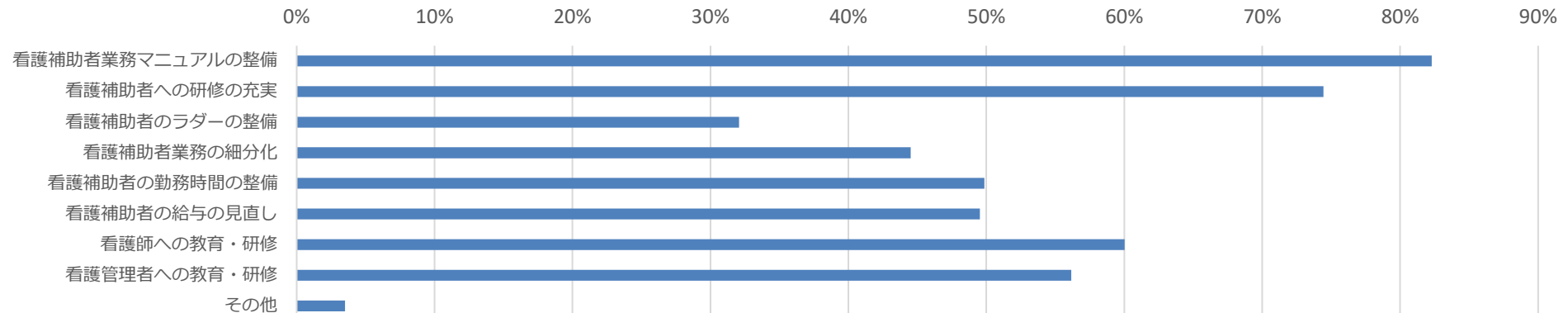
看護補助者の定着状況について

- 看護補助者の勤務年数別の看護補助者割合について、1年未満の看護補助者が40%以上と回答したのは7.1%あった。一方、10年以上の看護補助者割合が40%以上と回答した施設は34.1%あった。
- 看護補助者の定着を促進するための取組としては、マニュアルの整備や研修の充実が7割を越えており、看護補助者のラダーの整備は約3割において行われていた。

看護補助者の勤務年数別の看護補助者割合(令和6年11月1日時点)(n=967)



看護補助者の定着を促進するために取り組んでいる内容(令和6年11月1日時点)(n=2457)



1. 共通項目

2. 令和6年度各調査項目

- (1) 急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その1)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その1)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その1)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

(7) 外来医療に係る評価等について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ① 地域包括診療料・加算等の見直し
- ② 生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ③ 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し
- ④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑤ 外来感染対策向上加算の見直し

【調査内容案】

調査対象: 地域包括診療料・加算、生活習慣病管理料、情報通信機器を用いた診療、外来腫瘍化学療法診療料、機能強化加算等の届出等を行っている医療機関

調査内容: 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携状況、生活習慣病や他の疾病管理に係る取組状況、情報通信機器を用いた診療に係る取組状況、外来腫瘍化学療法診療料の届出状況、かかりつけ医機能を有する医療機関の普及状況、紹介状なしの病院受診時の定額負担の徴収状況や、外来機能分化の取組状況 等

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様
[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、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、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、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。

【施設基準】 ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 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。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア～ケ（略）
 - コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
 - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、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、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

現行

地域包括診療加算 1	25点
地域包括診療加算 2	18点
認知症地域包括診療加算 1	35点
認知症地域包括診療加算 2	28点



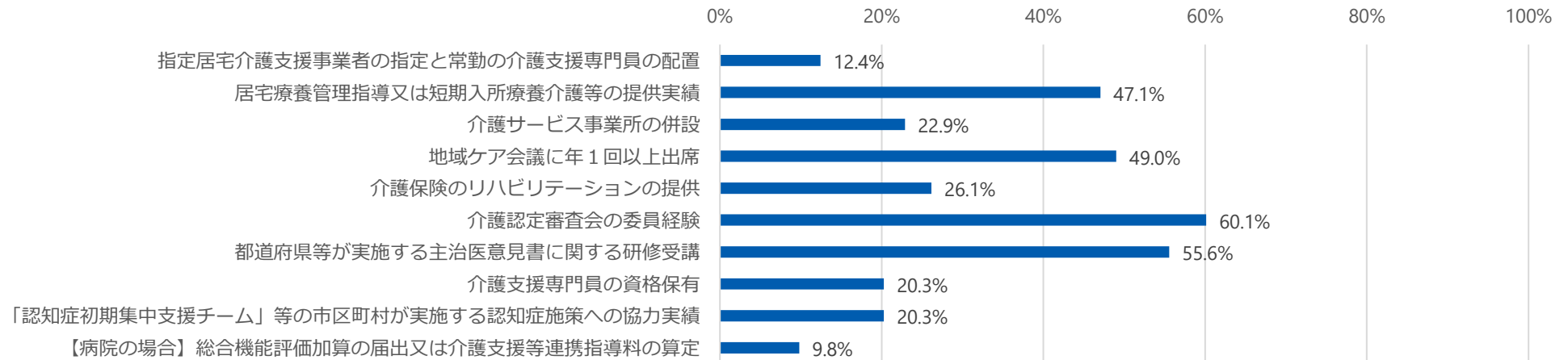
改定後

地域包括診療加算 1	28点
地域包括診療加算 2	21点
認知症地域包括診療加算 1	38点
認知症地域包括診療加算 2	31点

地域包括診療料等に関する要件の状況

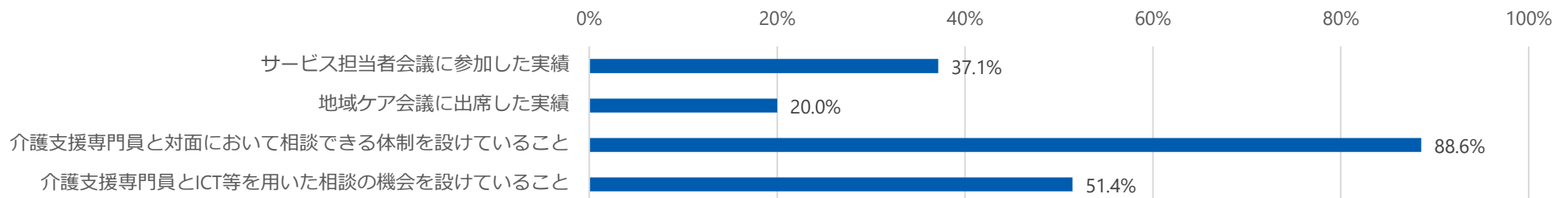
- 地域包括診療料又は地域包括診療加算を届け出ている医療機関において、当該診療料又は加算の施設基準のうち、介護保険制度に関連した要件に関する状況は以下のとおり。

満たすことができている介護保険制度に関する要件 (n=153)



※施設基準において、介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

満たすことができている要件 (n=140)



※施設基準において、上記選択肢のいずれか一つを満たしていることを要件としている。

生活習慣病対策

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ－5－①）

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る。）を新設する。

2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ－5－①）

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の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。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、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とともに、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。

3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ－5－①）

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ－5－②）

- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－5－③）

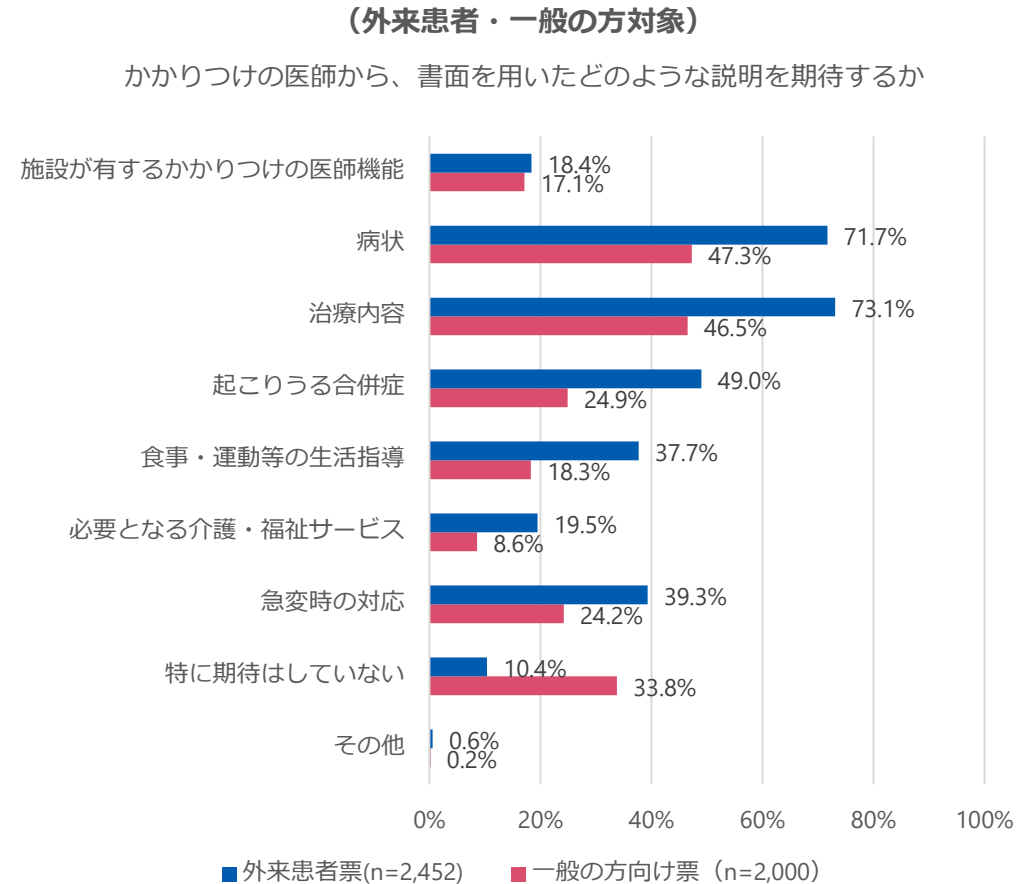
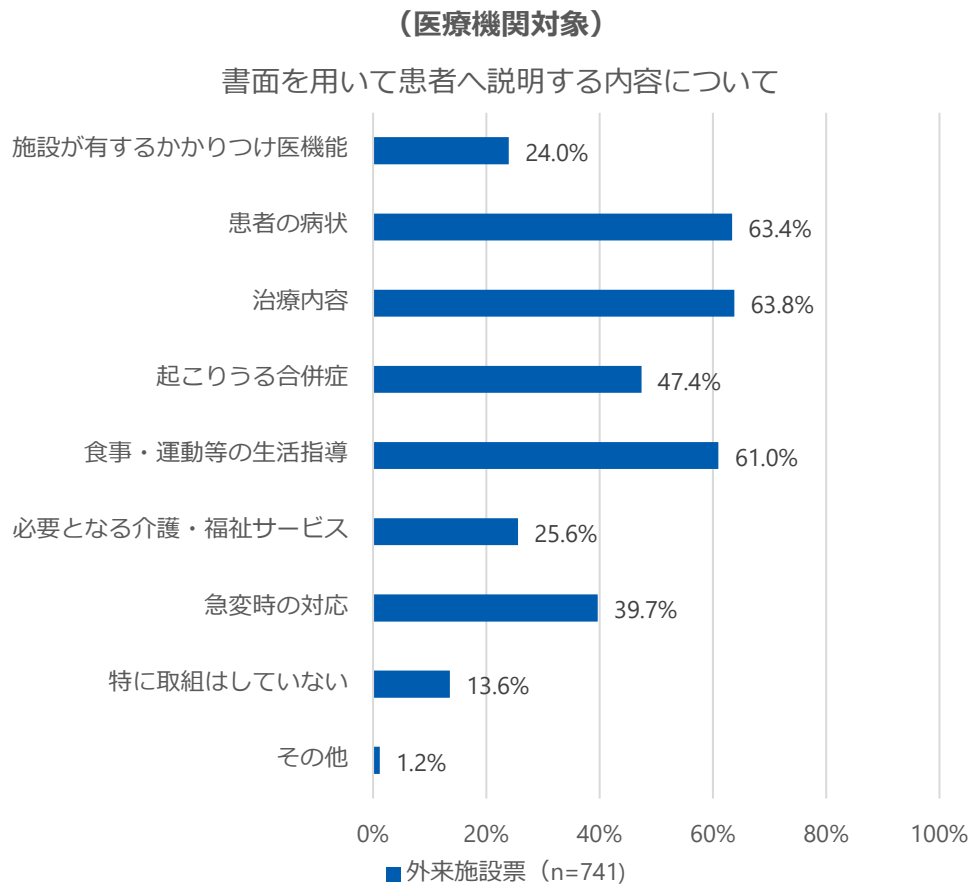
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－5－④）

- 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

書面を用いて外来患者へ説明する内容

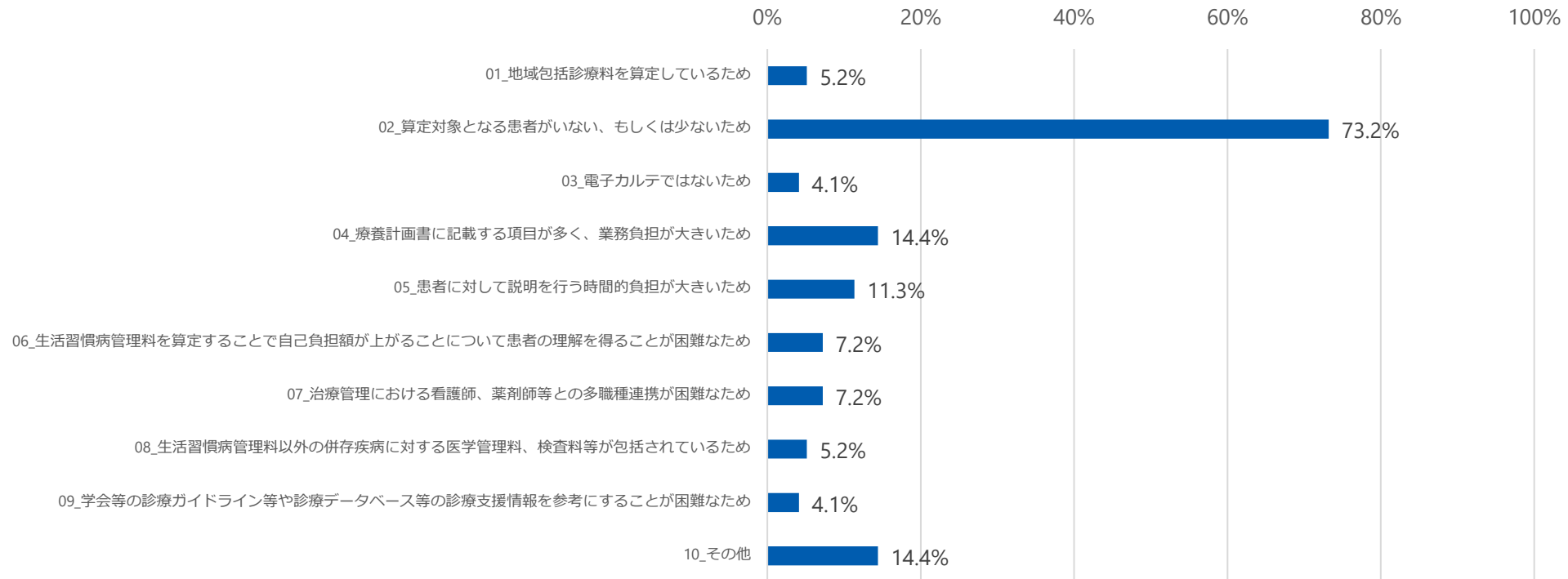
- 医療機関に対して、「書面を用いて患者へ説明している内容」について聞いたところ、「治療内容」「患者の病状」「食事・運動等の生活指導」が多かった。
- 患者に対して、「かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するか」を聞いたところ、「治療内容」「病状」「起こりうる合併症」が多かった。



生活習慣病管理料を算定していない理由

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院に対して、生活習慣病管理料を算定していない理由を聞いたところ、「算定対象となる患者がいらない、もしくは少ないため」が73.2%と最も多く、「療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きいため」は14.4%、「患者に対して説明を行う時間的負担が大きいため」は11.3%であった。

生活習慣病管理料を算定していない理由 (n=97)



その他（自由記載欄）の主な記載例（一部要約）

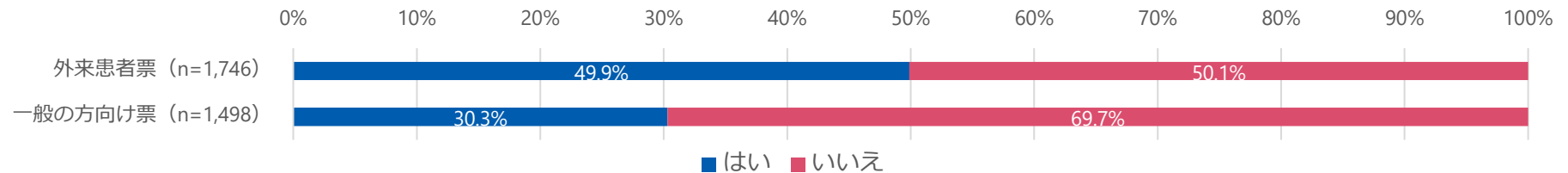
- ・生活習慣病の診療を行っていないため
- ・専門の医師が不在のため
- ・整形外科、眼科、皮膚科等を専門としているため

生活習慣病療養計画書を受けたことによる変化

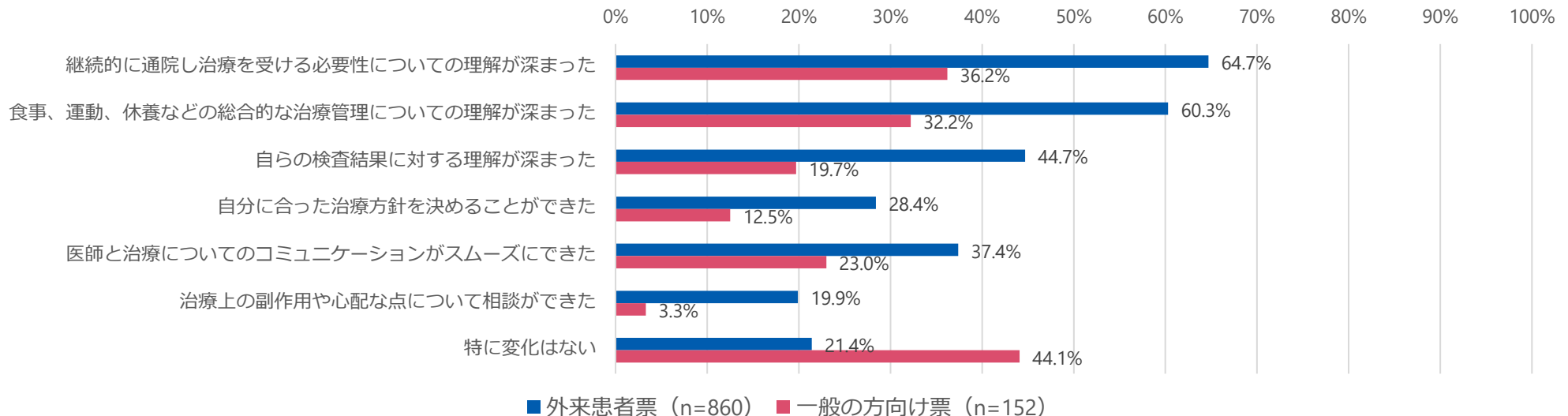
- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、交付を受けたことによる変化を聞いたところ、外来患者票では、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった」が多く、一般の方向け票では、「特に変化はない」「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」が多かった。

（「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院している場合）

「生活習慣病 療養計画書」の交付を受けたか



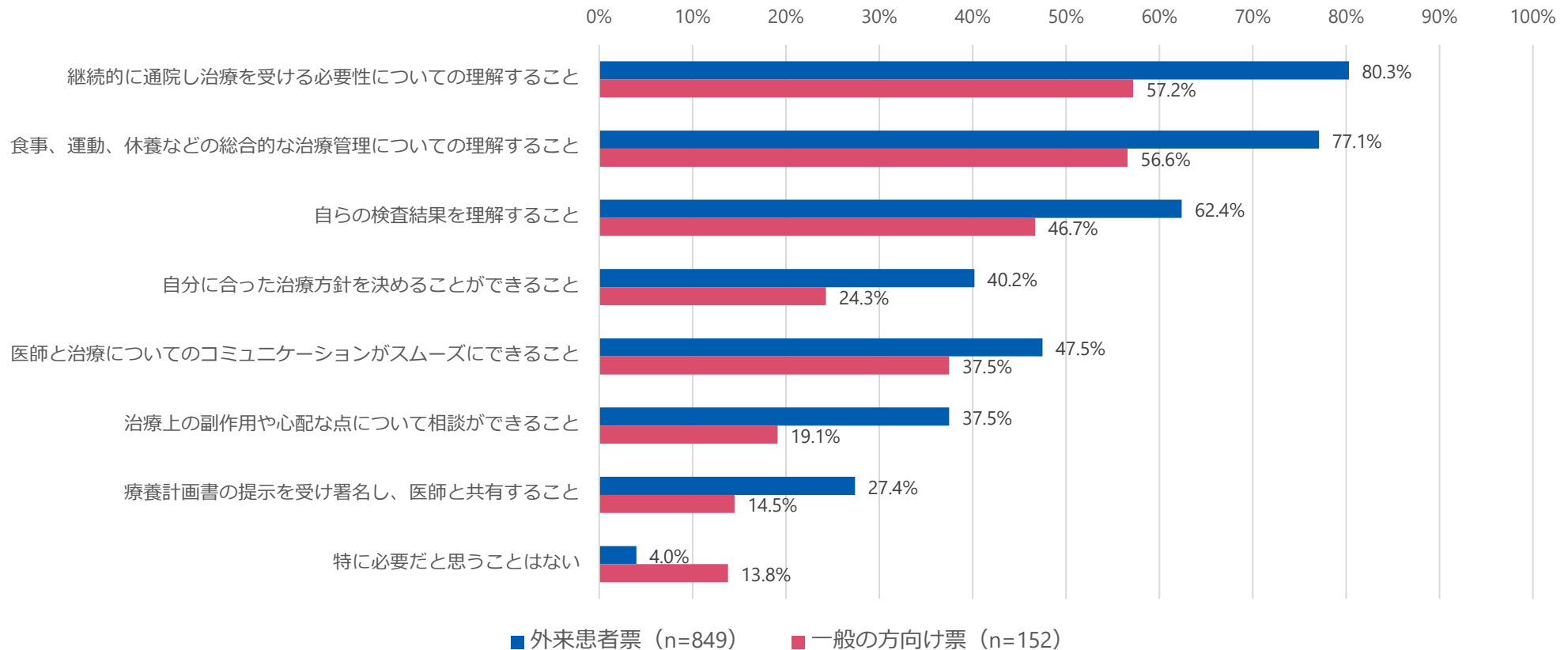
（交付を受けた場合）療養計画書の交付を受けたことによる変化について



生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うこと

- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うことについて聞いたところ、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること」、「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること」、「自らの検査結果を理解すること」が多かった。

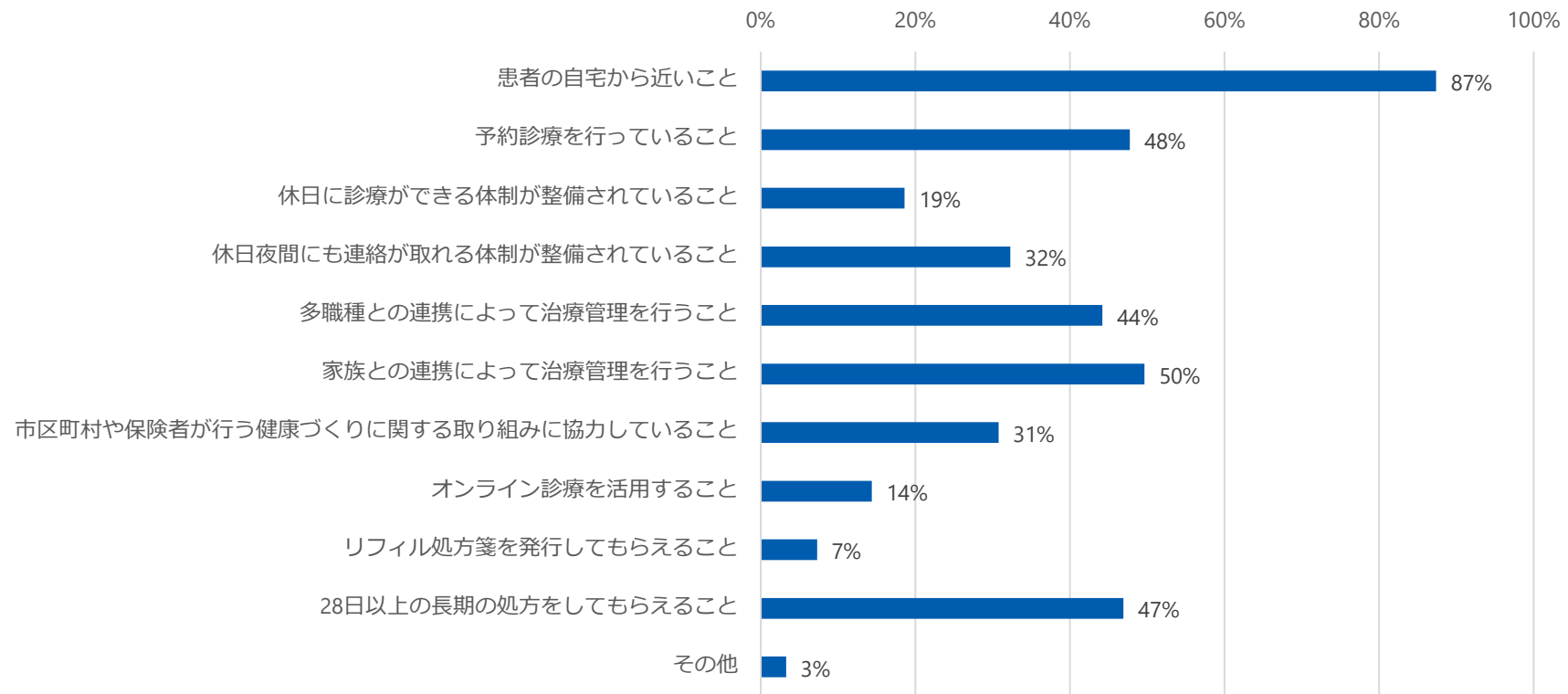
「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続ける上で、必要と思うことについて



患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと

- 医療機関を対象とした調査において、「患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと」を聞いたところ、「患者の自宅から近いこと」が約87%と最も多く、次いで「家族との連携によって治療管理を行うこと」、「予約診療を行っていること」、「28日以上 of 長期の処方をしてもらえること」等が多かった。

外来施設調査票：患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと (複数回答) (n=848)

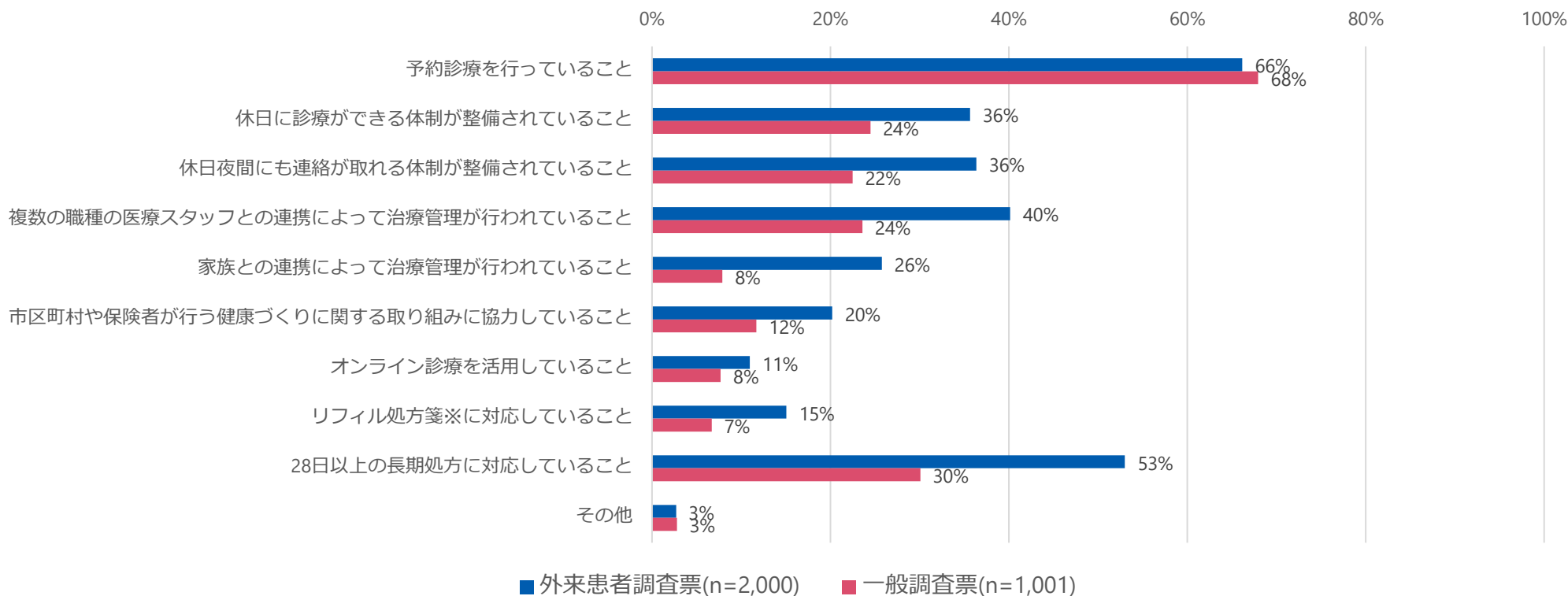


※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

- 外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上長期処方に対応していること」、「複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること」、「休日に診療ができる体制が整備されていること」等が多かった。

定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと（複数回答）

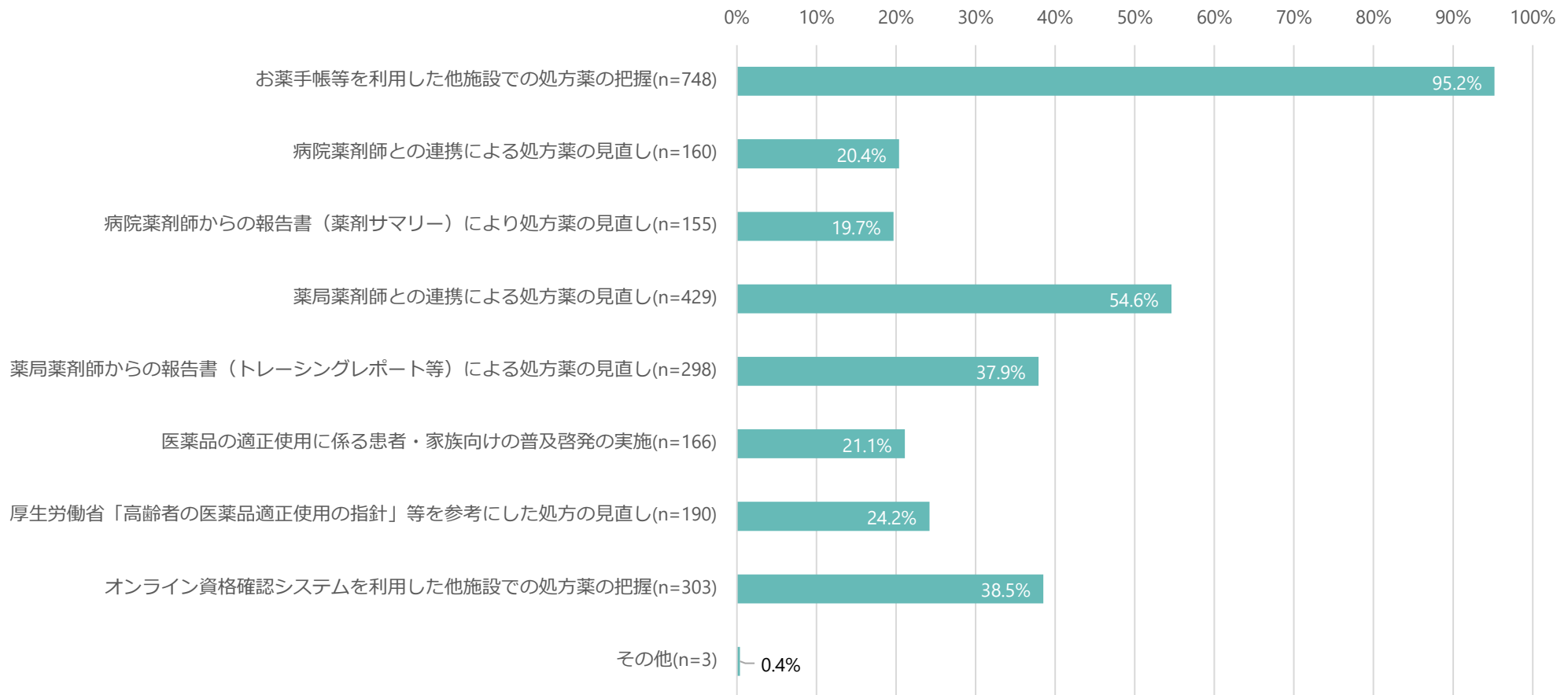


※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

高齢者の医薬品適正使用について実施している取組

- 医療機関に対して、高齢者の医薬品適正使用について実施している取組について聞いたところ、「お薬手帳等を利用した他施設での処方薬の把握」が最も多く、次いで「薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し」が多かった。

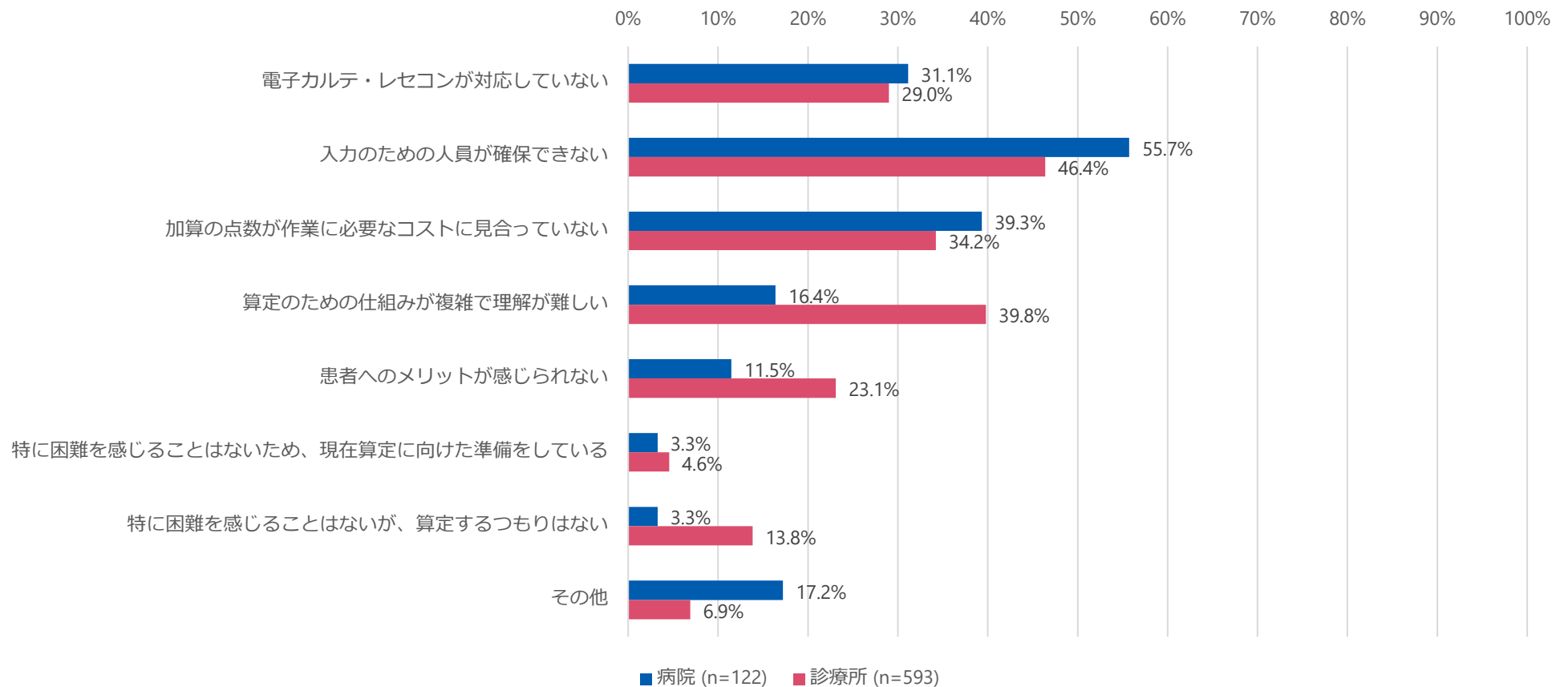
高齢者の医薬品適正使用について(n=786)



外来データ提出加算

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

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



情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

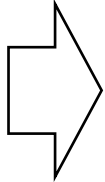
情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には、向精神薬を処方しないことをウェブサイト等に掲示していることを追加する。

現行

【情報通信機器を用いた診療】
【施設基準】

- 第1 情報通信機器を用いた診療
- 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
- ア～ウ (略)
- (新設)



改定後

【情報通信機器を用いた診療】
【施設基準】

- 第1 情報通信機器を用いた診療
- 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
- ア～ウ (略)
- エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。

(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (平成30年3月 (令和5年3月一部改訂))

(5)薬剤 処方・管理

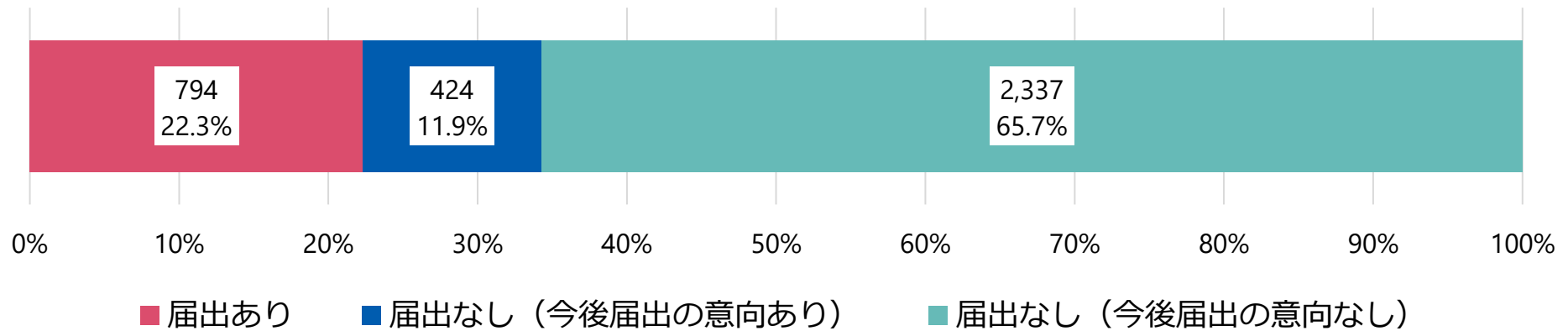
②最低限遵守する事項

- i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
- ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
- ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方
- また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。
- ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

情報通信機器を用いた初診料等の施設基準の届出状況

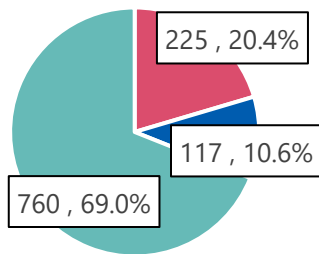
- 情報通信機器を用いた初診料等の施設基準を届け出ていたのは、回答施設の22.3%であった。
- 区分別では、E区分での届出医療機関割合が多かった。

情報通信機器を用いた診療の届出状況（n=3,555）

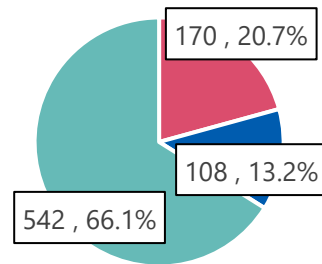


（参考）各区分における届出状況

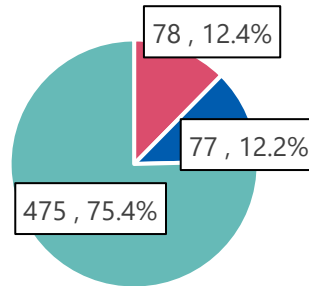
A区分（n=1,102）



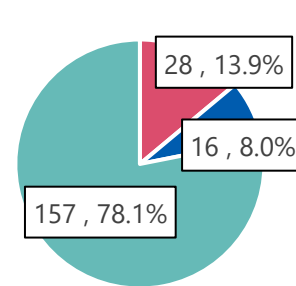
B区分（n=820）



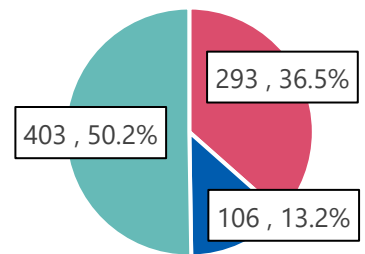
C区分（n=630）



D区分（n=201）



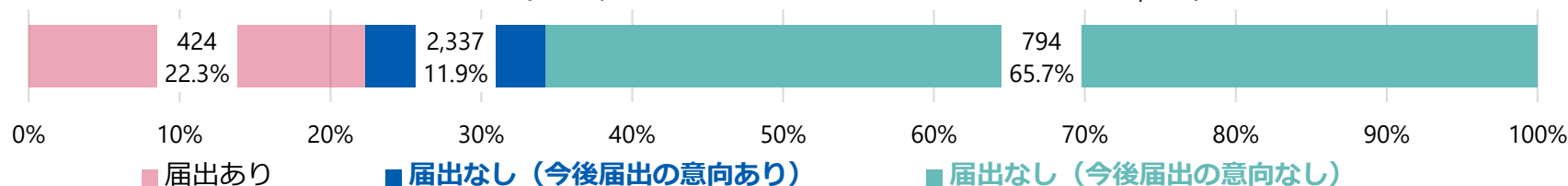
E区分（n=802）



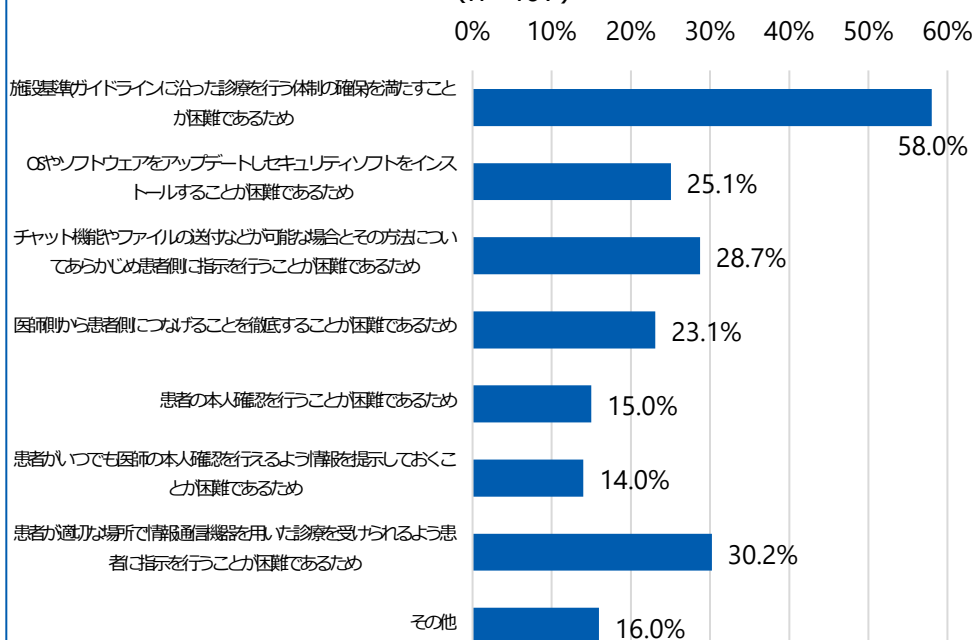
情報通信機器を用いた診療の届出の意向と理由

- 情報通信機器を用いた診療の届出の意向があるが、回答時点において届出を行わない理由として、「施設基準を満たすことが困難であるため」と回答した施設が58%、患者への受診場所の指示の問題が30.2%であった。
- 今後の届出の意向なしと回答した理由として、「患者のニーズがない・少ないため」（55.7%）、「システム導入・運用コストが高い」（47.5%）、「メリットが手間やコストに見合わない」（45.0%）という回答であった。

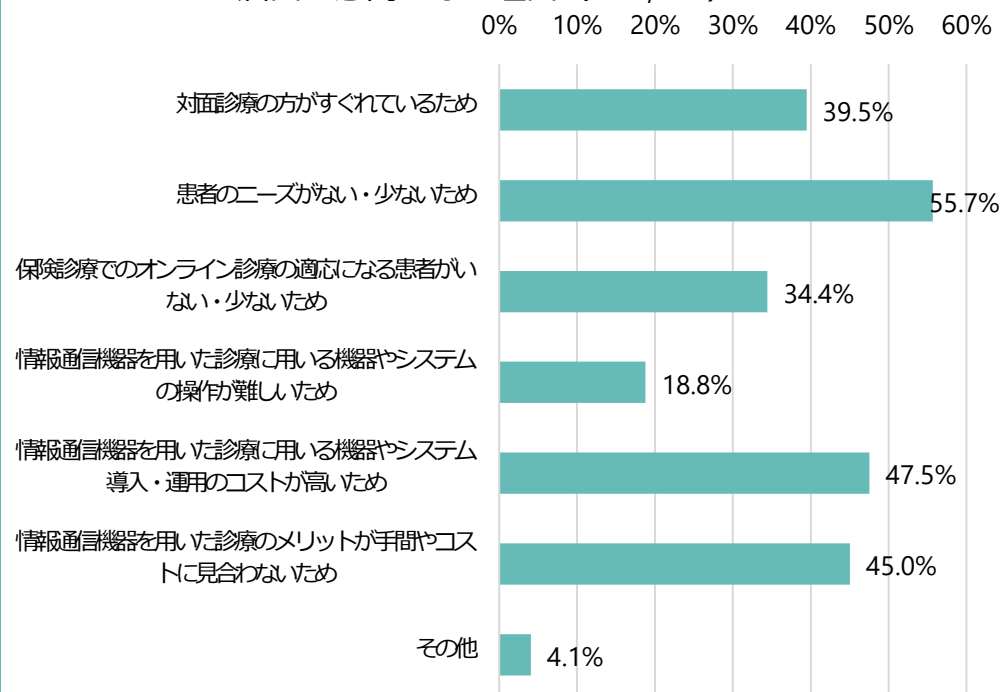
（再掲）情報通信機器を用いた診療の届出状況（n=3,555）



届出の意向はあるが、届出できていない理由
(n=407)

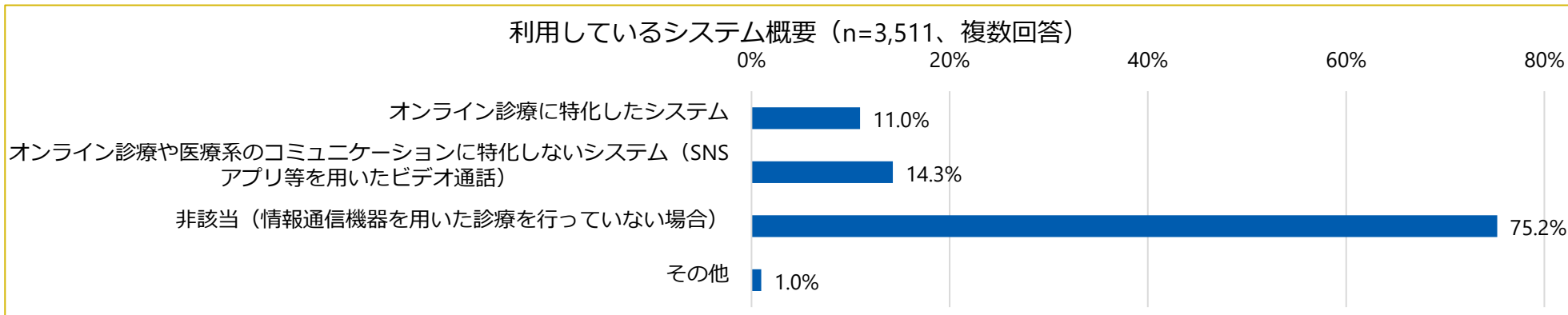


届出の意向がない理由（n=2,305）

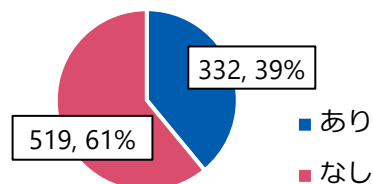


オンライン診療に使用しているシステム等について（医療機関調査）

- 医療機関におけるオンライン診療のシステム導入時の初期費用の中央値は27.5万円、月額維持費用の中央値は1万円／月であった。
- システム利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は約29%、徴収額の中央値は600円であった。

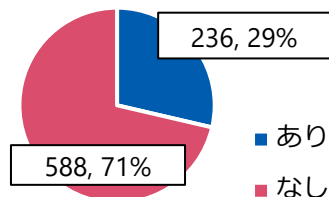


- システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い（n=851）



	回答数	平均値		四分位数					
				25%Tile		50%Tile		75%Tile	
導入時初期費用	193件	779,887	円	36,500	円	275,000	円	475,000	円
月額維持費用	205件	22,216	円／月	5,000	円／月	10,000	円／月	24,250	円／月

- システム利用に係る患者からの費用徴収（n=824）

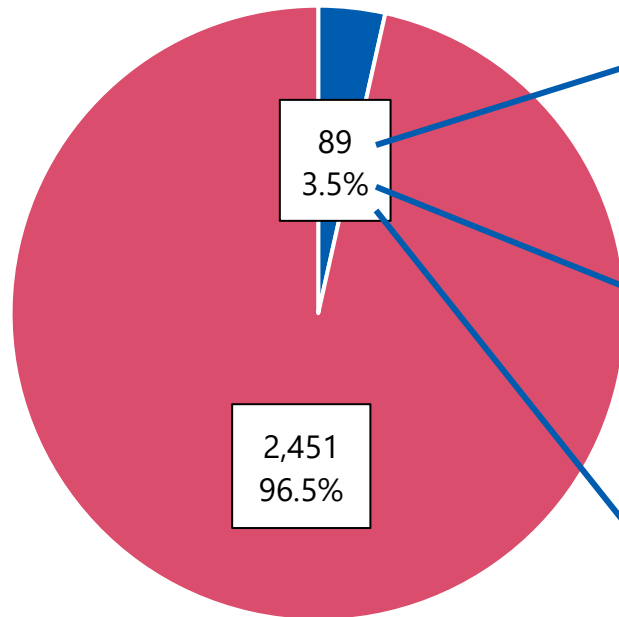


	回答数	平均値		四分位数					
				25%Tile		50%Tile		75%Tile	
システム利用に係る患者1人当たりの平均徴収額	222件	891.3	円	500	円	600	円	1,000	円

オンライン診療の受診状況（患者調査）

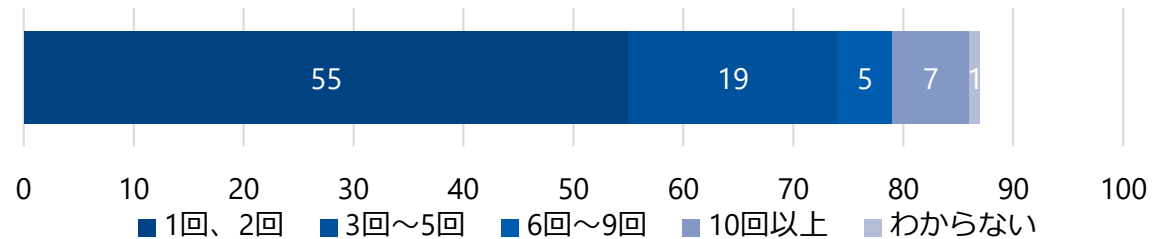
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,540)

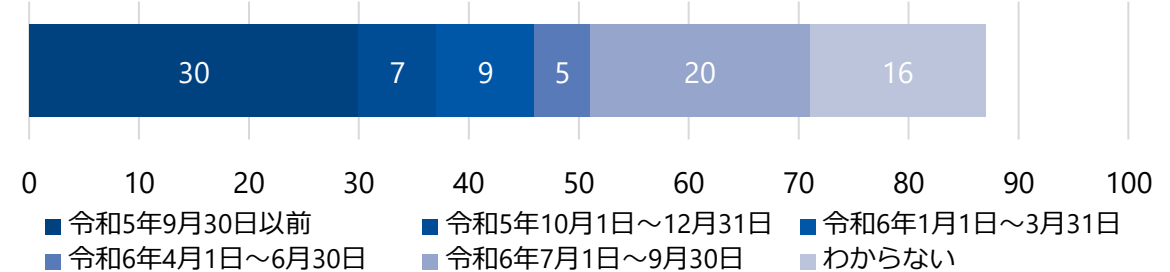


- 1_受けたことがある(n=89)
- 2_受けたことがない(n=2451)

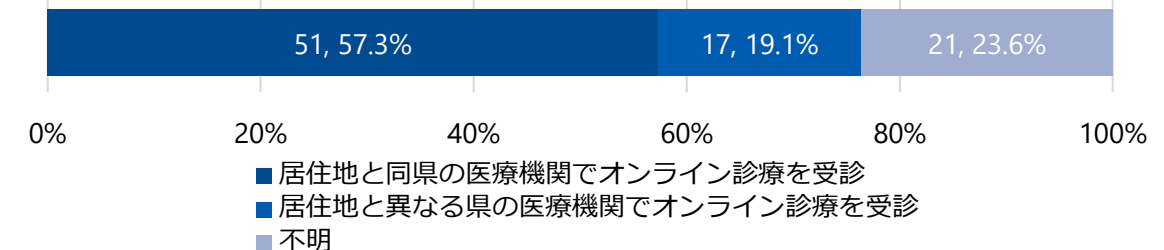
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)



外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その1））

外来腫瘍化学療法診療料3の新設

- やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設する

（新） 外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

（1）初回から3回目まで

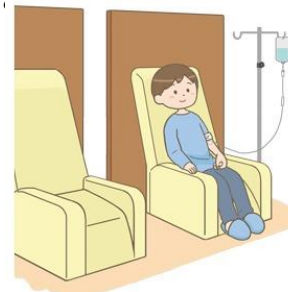
540点

（2）4回目以降

280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



【算定要件】

- （1） 外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
- （2） 「1」の「イ」の（1）、「2」の「イ」の（1）又は「3」の「イ」の（1）に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を1回目に投与した日から3回目に投与した日に算定し、「1」の「イ」の（2）、「2」の「イ」の（2）又「3」の「イ」の（2）に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を4回目以降に投与した日に算定する。
- （3） 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

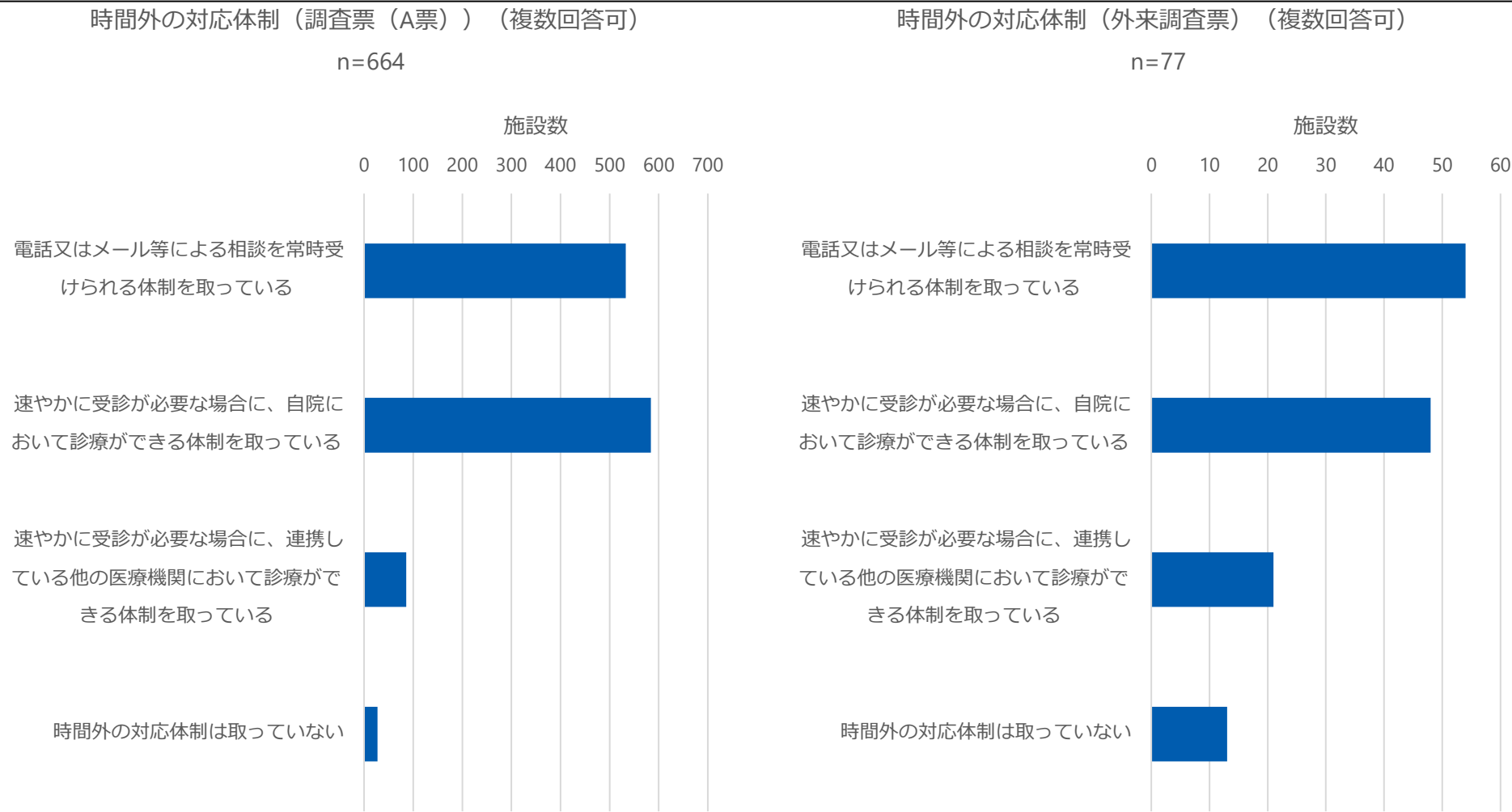
また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

- （4）～（7） （略）
- （8） 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。
- （9）、（10） （略）

外来化学療法を実施している患者に係る時間外への対応体制について

○ 外来化学療法を実施している患者に係る時間外への対応体制については、以下のとおりであった。



外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その2））

外来腫瘍化学療法診療料3の新設

- やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設する。

（新） 外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

（1）初回から3回目まで

540点

（2）4回目以降

280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



【施設基準】

- （1） 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準のうち、（1）、（6）、（11）及び（12）を満たしていること。
- （2） 外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準のうち、（2）及び（3）を満たしていること。
- （3） 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生（支）局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- （4） （3）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。
- （5） 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。
- （6） 令和7年5月31日までの間に限り、（4）の基準を満たしているものとする。

＜外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準（抜粋）＞

- （1） 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- （6） 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- （11） 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
- （12） 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。

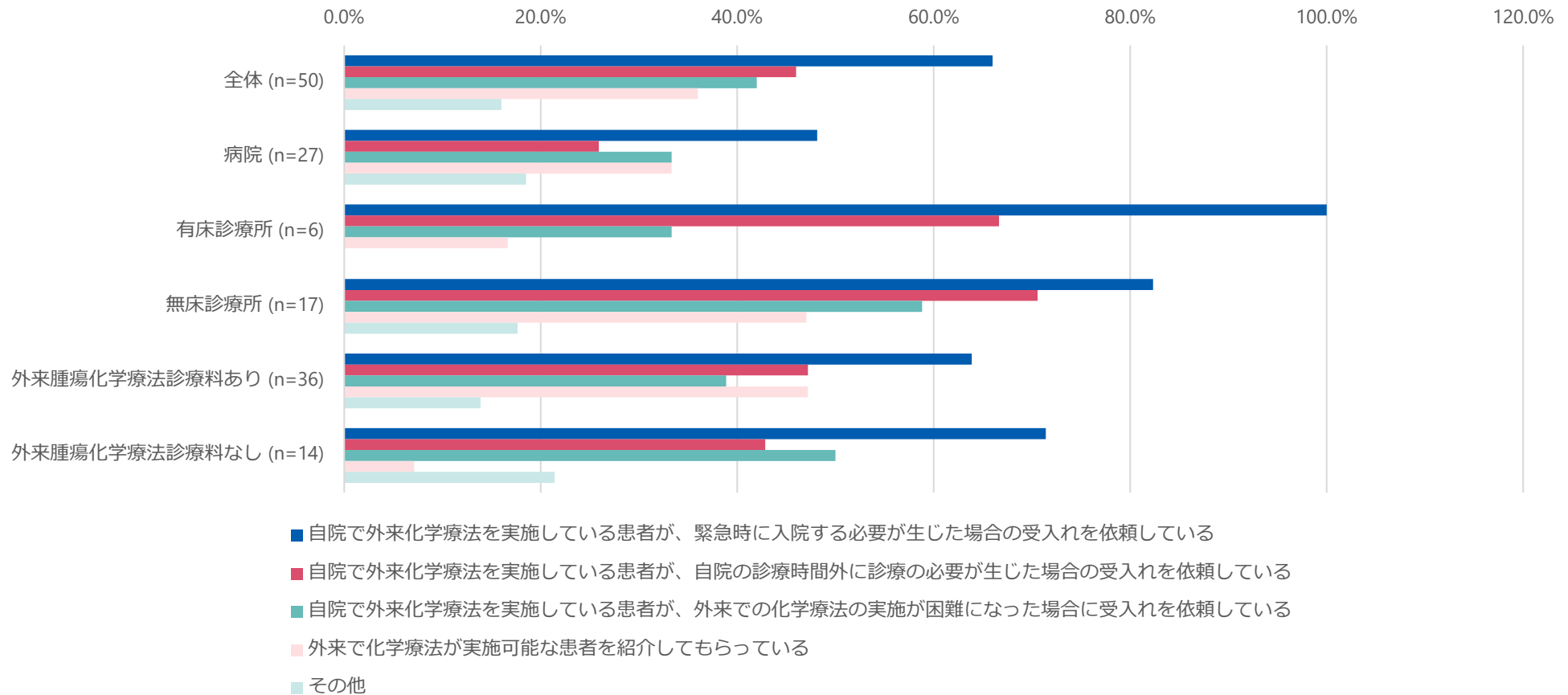
＜外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準（抜粋）＞

- （2） 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- （3） 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

外来化学療法実施患者の緊急時の診療が可能な医療機関との連携内容

- 外来化学療法診療料の施設基準届出を行う医療機関のうち、緊急時の有害事象等の診療が可能な医療機関と連携を行っている医療機関における連携内容としては「緊急時に入院する必要が生じた場合の受入れを依頼している」が最も多かった。

連携先医療機関との連携内容（複数回答可）



感染対策向上加算等における専従要件の明確化

感染対策向上加算等における専従要件の明確化

- 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する。

現行

【感染対策向上加算】

[施設基準]

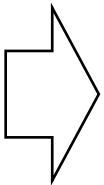
感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

（中略）



改定後

【感染対策向上加算】

[施設基準]

感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

介護保険施設等は次に掲げるものをいう。

- イ 指定介護老人福祉施設 □ 指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ 介護老人保健施設
ニ 介護医療院 ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
ヌ 指定障害者支援施設 ル 指定共同生活援助事業所 ヲ 指定福祉型障害児入所施設

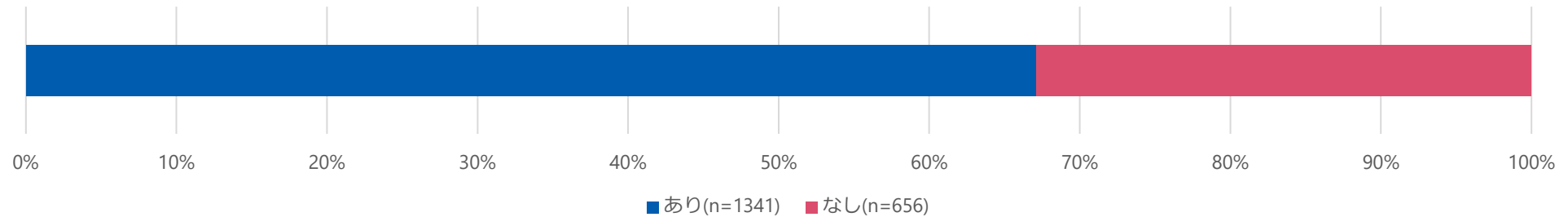
（中略）

※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も同様。

感染対策向上加算等における専従要件の明確化について

- 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。

問13-1_（感染対策向上加算、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その専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、他の保険医療機関に対する助言に係る業務及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務の有無



問13-1 について、活用している加算(n=1332)

