

中央社会保険医療協議会 総会（第 613 回）議事次第

令和 7 年 7 月 23 日(水)
10:00～

議 題

- 主な施設基準の届出状況等について
- 医療ＤＸ推進体制整備加算等の要件の見直しについて
- 入院について（その１）

主な施設基準の届出状況等

- 診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出等が必要となる主なものについて、令和５年までは７月１日現在、令和６年においては８月１日現在の届出状況を取り纏めたものである。
- 現時点の集計値であり、今後修正の可能性がある。
- 届出状況については、地方厚生（支）局において閲覧に供することとしている。

○ 保険医療機関等の推移

		令和４年	令和５年	令和６年
医科医療機関	病院	8,169	8,139	8,075
	診療所	88,636	88,632	88,853
歯科医療機関		69,807	69,182	68,442
薬局		60,607	61,059	61,640

※新型コロナウイルス感染症対応として、簡易な報告により特定集中治療室管理料等を算定している場合については、本来の届出状況をもとに掲載している。

１ 初・再診料関係

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和４年	令和５年	令和６年
情報通信機器を用いた診療に係る基準	・ 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	505 4,993	818 7,713	1,305 10,988
機能強化加算	・ 次のいずれかに係る届出を行っている（地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料）等	1,304 13,438	1,289 13,518	1,335 14,133
外来感染対策向上加算	・ 専任の医師、看護師又は薬剤師等を院内感染管理者とする感染防止対策部門を有する診療所 ・ 院内感染に関する研修の定期的な実施 ・ 感染対策向上加算１の医療機関又は地域の医師会によるカンファレンスへの参加 ・ 新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制 等	— 16,224	— 17,868	— 25,736

連携強化加算	・ 外対感染対策向上加算の届出 ・ 感染対策向上加算 1 の医療機関に対する感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等についての報告	2 6,734	3 7,468	3 8,094
サーベイランス強化加算	・ 外来感染対策向上加算に係る届出 ・ 地域や全国のサーベイランスへの参加	— 1,130	— 1,359	1 2,333
抗菌薬適正使用体制加算	・ 外来感染対策向上加算に係る届出 ・ 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスへの参加 等	— —	— —	0 423
医療ＤＸ推進体制整備加算	・ 診療報酬のオンライン請求の実施 ・ オンライン資格確認等システムで取得した診療情報等を活用する体制の確保 等	— —	— —	3,780 33,169
看護師等遠隔診療補助加算	・ へき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定 ・ へき地における患者との情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師の配置 等	— —	— —	17 47
時間外対応加算	・ 診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、対応できる体制にある ・ 時間外対応の体制に応じて1～4に区分	1 11,321	— 11,354	— 12,576
		2 —	— —	— 1,128
		3 16,005	— 15,943	— 15,324
		4 343	— 364	— 458
地域包括診療加算	・ 診療所において、脂質異常症、高脂血症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている	— 5,947	— 5,956	— 6,336

2 入院料等関係
(1) 入院基本料

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段:医療機関数/中段:病棟数/下段:病床数)		
			令和4年	令和5年	令和6年
一般病棟入院基本料	・一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて急性期一般入院料1～7及び地域一般入院料1～3に区分		4,661 12,507 575,751	4,575 12,333 570,197	4,470 12,050 558,992
療養病棟入院基本料	・療養病棟における医療区分等に応じて区分		2,947 4,329 205,673	2,886 4,291 202,994	2,793 4,296 200,159
結核病棟入院基本料	・結核病棟における看護実質配置・看護師比率に応じて7対1から20対1に区分		170 170 3,386	169 173 3,564	164 165 3,167
精神病棟入院基本料	・精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて10対1から20対1に区分		1,180 2,543 140,478	1,159 2,462 135,986	1,121 2,369 131,788
特定機能病院入院基本料	・特定機能病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から10対1に区分	一般病棟	87 1,332 58,726	89 1,343 59,432	88 1,322 58,887
		結核病棟	10 10 158	9 9 131	11 11 240
		精神病棟	70 70 2,703	71 71 2,690	68 68 2,532
	・特定機能病院の結核病棟における看護実質配置・看護師比率等に応じて7対1から15対1に区分				
	・特定機能病院の精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から15対1に区分				
専門病院入院基本料	・専門病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から13対1に区分		19 139 6,249	19 131 5,966	18 129 5,590
障害者施設等入院基本料	・児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設等の一般病棟 ・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟 ・上記について、看護実質配置・看護師比率に応じて7対1から15対1に区分		891 1,505 72,004	886 1,508 72,268	879 1,502 72,117
有床診療所入院基本料	・看護配置等に応じて1～6に区分		(診療所) 4,354 (病床数) 58,420	(診療所) 4,215 (病床数) 56,691	(診療所) 3,951 (病床数) 53,199
有床診療所療養病床入院基本料	・看護配置及び看護補助配置基準を満たしたもの ・患者の医療区分等に応じて区分		(診療所) 392 (病床数) 3,838	(診療所) 355 (病床数) 3,479	(診療所) 305 (病床数) 2,890

(2) 入院基本料等加算

名称	施設基準の概要		届出医療機関数		
			令和4年	令和5年	令和6年
総合入院体制加算	・一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する病院 ・急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されている ・医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 ・急性期医療の実績等に応じて1～3に区分	1	15	10	10
		2	103	80	75
		3	139	130	133
急性期充実体制加算 1・2	・全身麻酔による手術が2,000件／年以上（うち、緊急手術 350件／年以上）等を満たす ・24時間の救急医療を提供している 等 ・手術等に係る実績に応じて1～2に区分	①精神科充実体制加算 ②小児・周産期・精神科充実体制加算	157	223	192
			①加算 1 43	①加算 1 51	① 45
			①加算 2 3	①加算 2 3	② 13
			② —	② —	2 40
					① 0
					② 0
超急性期脳卒中加算	・脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師の配置 ・薬剤師が常時配置されている 等		1,081	1,082	1,115
診療録管理体制加算	・診療記録管理を行うに必要な体制、適切な施設及び設備の整備 等 ・診療記録管理者の配置に応じて1～3に区分	1	—	—	784
		2	1,793	1,798	1,288
		3	4,181	4,374	4,513
医師事務作業補助体制加算	・医師の事務作業を補助することに十分な体制が整備 ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 ・医師事務作業補助者が業務を行う場所等に応じて1及び2に区分	1	2,247	2,292	2,353
		2	893	848	837
急性期看護補助体制加算	・急性期医療を担う病院 ・一日に看護補助を行う看護補助者の数が一定数以上である ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 ・看護補助者の配置基準等に応じて25対1～75対1に区分		2,857	2,848	2,848
看護職員夜間配置加算	・急性期医療を担う病院 ・看護職員の実質配置が12対1以上 ・病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等		1,358	1,389	1,471
特殊疾患入院施設管理加算	・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所 ・看護要員の実質配置が10対1以上 等		957	953	943

看護配置加算	・当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師である 等		1, 287	1, 303	1, 319
看護補助加算	・当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数が一定数以上である ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等		2, 211	2, 154	2, 110
療養環境加算	・1床あたりの平均床面積が8平方メートル以上ある病室 等		3, 464	3, 503	3, 533
重症者等療養環境特別加算	・常時監視を要し、重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等の配置 ・個室又は2人部屋の病床であって、重症者等を入院させるのに適したもの 等		2, 440	2, 407	2, 346
療養病棟療養環境加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、必要な器械・器具が具備されている 機能訓練室、適切な施設 ・医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 等 ・床面積、廊下幅等に応じて1及び2に区分	1	2, 063	2, 058	2, 057
		2	430	418	410
療養病棟療養環境改善加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室、適切な施設 ・医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 ・療養環境の改善に資する計画を策定して報告 等 ・床面積、必要な器械・器具の有無に応じて1及び2に区分	1	323	310	291
		2	35	32	31
診療所療養病床療養環境加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 ・医療法施行規則に定める医師及び看護師等の員数以上の配置 ・1床あたりの床面積6.4平方メートル以上、廊下幅1.8メートル以上、食堂・談話室の設置 等		268	252	229
診療所療養病床療養環境改善加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 ・療養環境の改善に資する計画を策定して報告 等		55	48	46
緩和ケア診療加算	・緩和ケアに係るチーム(医師2名、看護師及び薬剤師)の設置 ・(財)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 等		531	546	555
有床診療所緩和ケア診療加算	・身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師の配置 ・夜間に看護職員を1名以上配置 等		287	297	293
小児緩和ケア診療加算	・身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師等で構成される小児緩和ケアに係るチームの設置 ・症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度の開催 等		—	—	51
精神科応急入院施設管理加算	・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」により都道府県知事が指定する精神病院 ・医療保護入院のための必要な専用病床の確保 等		433	436	443
精神病棟入院時医学管理加算	・医療法施行規則に定める医師の員数(療養病棟に係るものに限る。)以上の配置 ・当該地域の精神科救急医療体制確保のため整備された精神科救急医療施設 等		193	193	206
精神科地域移行実施加算	・地域移行を推進する部門を設置、組織的に実施する体制が整備 ・当該部門に専従の精神保健福祉士が配置 等		362	369	376
精神科身体合併症管理加算	・当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置 ・精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟 等		1, 122	1, 125	1, 137
精神科リエゾンチーム加算	・精神医療に係る専門的知識を有したチーム(医師、看護師、精神保健福祉士等)の設置 等		247	254	261

依存症入院医療管理加算	・アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されている		271	277	282
摂食障害入院医療管理加算	・摂食障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されている		204	218	229
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	・ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されている ・専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の2名以上の配置 ・専任の常勤管理栄養士の1名以上の配置 等		—	—	98
栄養サポートチーム加算	・栄養管理に係るチーム(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等)の設置 等		1,725	1,806	1,915
医療安全対策加算	・医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等を医療安全管理者として配置 ・医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制を整備 ・当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置 等 ・医療安全管理者の専従要件に応じて1及び2に区分	1	1,805	1,806	1,855
		2	2,263	2,294	2,311
	医療安全対策地域連携加算 ・医療安全対策加算1又は2に係る施設基準の届出を行っている ・医療安全対策加算1を算定する他の保険医療機関及び医療安全対策加算2を算定する保険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制を整備 ・医療安全管理部門への専任の医師の配置及び連携先保険医療機関の要件に応じて1及び2に区分	1	1,489	1,495	1,530
		2	1,517	1,592	1,593
感染対策向上加算	・感染防止対策部門に、感染制御チーム(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)を組織 ・感染対策向上加算を算定する医療機関との合同カンファレンス ・院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整備 等 ・新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて対応する体制 ・感染制御チームの研修要件等及び新興感染症への体制に応じて1、2及び3に区分	1	1,248	1,300	1,359
		2	1,029	1,156	1,400
		3	2,024	2,056	2,006
患者サポート体制充実加算	・患者からの相談に対する窓口専任の医師、看護師、社会福祉士等1名以上を配置 ・患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等を実施		2,888	2,833	2,846
重症患者初期支援充実加算	・患者サポート体制充実加算の届出 ・特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行う体制		430	515	589
報告書管理体制加算	・医療安全対策加算1又は2の届出を行っている。 ・画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の届出を行っている。		340	518	564
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	・褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等を褥瘡管理者として配置 ・褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行う体制の整備 等		833	844	858
ハイリスク妊娠管理加算	・専ら産婦人科又は産科に従事する医師が1名以上配置 等		1,895	1,868	1,844
ハイリスク分娩管理加算	・専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置 ・常勤の助産師が3名以上配置 ・1年間の分娩実施件数が120件以上で、実施件数等を当該保険医療機関に掲示 等		751	751	744
地域連携分娩管理加算	・ハイリスク分娩管理加算の施設基準に該当 ・周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携による、分娩べん管理のための十分な体制		65	74	76

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算		・精神科救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている 保険医療機関との間であらかじめ協議を行っている 等	162		160		161	
精神科救急搬送患者地域連携受入加算		・精神科救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている 保険医療機関との間であらかじめ協議を行っている 等	603		599		598	
呼吸ケアチーム加算		・呼吸ケアチーム（専任の医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士）の設置 ・人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されている 等	585		594		610	
術後疼痛管理チーム加算		・麻酔科の標榜 ・手術後の患者の疼痛管理のための十分な体制	27		305		439	
後発医薬品使用体制加算		・後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている 等	1	2,304	1	2,568	1	2,852
			2	1,110	2	951	2	856
			3	861	3	888	3	824
バイオ後続品使用体制加算		・直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。 等	—		—		468	
病棟薬剤業務実施加算		・病棟ごとに専任の薬剤師が配置されている ・薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間（1病棟1週当たり20時間相当以上）が確保されている 等 ・病棟薬剤師の配置要件等に応じて1及び2に区分	1	1,990	1	2,010	1	2,072
			薬剤業務向上加算		薬剤業務向上加算		薬剤業務向上加算	
				—		—		5
			2	538	2	544	2	572
データ提出加算		・診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関 等	5,770		5,968		6,332	
入退院支援加算		・入退院支援部門の設置 ・入退院支援部門及び各病棟の看護師・社会福祉士、連携機関の要件等に応じて1～3に区分	1	2,557	1	3,011	1	3,134
			2	2,032	2	1,685	2	1,553
			3	147	3	149	3	4
	入院時支援加算	・入退院支援部門に入院前支援を行う者（専従の看護師又は専任の看護師及び社会福祉士）を配置 等	2,702		2,706		2,689	
精神科入退院支援加算		・入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 ・入退院支援等に専従する看護師等の当該加算の算定対象となっている各病棟への専任での配置 等	—		—		235	
医療的ケア児（者）入院前支援加算		・直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上	—		—		195	

認知症ケア加算	・認知症症状を考慮した看護計画を作成・実施し、定期的にその評価を行う ・認知症ケアチームの設置や研修を修了した看護師の配置等に応じて1～3に区分	1	774	1	803	1	835
		2	1,034	2	1,131	2	1,288
		3	2,213	3	2,166	3	2,066
せん妄ハイリスク患者ケア加算	・急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、救命救急入院料等を算定している ・せん妄のリスク因子の確認のため及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成している	2,884		2,927		2,986	
精神疾患診療体制加算	・病床数が100床以上で、内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している ・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されている 等	893		906		924	
精神科急性期医師配置加算	・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 等	476		503		509	
排尿自立支援加算	・専任の常勤看護師等からなる排尿ケアチームが設置されている ・排尿ケアに関するマニュアルを作成し、院内研修を実施すること 等	963		1,015		1,097	
地域医療体制確保加算	・救急用自動車等による搬送件数が、年間2,000件以上であること ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること 等	1,053		1,124		1,169	
協力対象施設入所者入院加算	・介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームからの協力医療機関としての指定 ・24 時間連絡を受ける担当者の指定及び介護保険施設等への連絡先等の提供 等	—		—		841	

(3) 特定入院料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：医療機関数／下段：病床数)					
		令和4年		令和5年		令和6年	
救命救急入院料	・救命救急センターを有する病院 ・重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師の常時配置 ・重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設、医師の配置等に応じて1～4に区分	1	188 3,640	1	188 3,640	1	181 3,523
		2	22 167	2	22 167	2	17 128
		3	79 1,573	3	79 1,573	3	81 1,626
		4	82 906	4	82 906	4	70 819
早期離床・リハビリテーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等	124		161		159	
早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等	82		116		127	
特定集中治療室管理料	・集中治療を行う専任の医師を常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 ・集中治療を行うにつき必要な医師の常時配置及び看護配置等に応じて1～6に区分	1	159 1,656	1	168 1,771	1	148 1,671
		2	80 927	2	87 973	2	83 968
		3	329 2,317	3	320 2,300	3	122 963
		4	54 497	4	49 456	4	24 284
		5	— —	5	— —	5	227 1,514
		6	— —	6	— —	6	41 333
早期離床・リハビリテーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等	387		426		446	
早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等	348		393		399	

ハイケアユニット入院医療管理料	・常時、入院患者数と看護師数の比が4対1以上 ・特定集中治療室に準じる設備 等 ・重症度等を満たしている患者の割合に応じて1及び2に区分	1	643 6,327	679 6,628	710 6,974	
		2	37 363	35 349	32 332	
	早期離床・リハビリテーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等		141	194	217
早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等		172	239	264	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	・病院の治療室を単位とし、治療室の病床数は30床以下 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師の常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が3対1以上 等		203 1,667	207 1,734	211 1,799	
	早期離床・リハビリテーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等		20	24	25
	早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等		53	70	77
小児特定集中治療室管理料	・小児集中治療を行う専任の小児科の医師を常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な体制及び専門施設 等		16 161	16 161	13 144	
	早期離床・リハビリテーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等		5	7	7
	早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等		1	3	3
新生児特定集中治療室管理料	・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 ・医師配置や新生児の受入実績等に応じて1及び2に区分	1	75 731	78 740	50 515	
		2	153 909	148 899	185 1,259	
新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	・新生児特定集中治療室管理料 1 又は新生児集中治療室管理料を届け出ている治療室の病床を単位 ・専任の医師の常時、当該治療室内への勤務 ・常勤の臨床工学技士 1 名以上の配置と、緊急時には常時対応できる体制の確保 等		—	—	21 247	
総合周産期特定集中治療室管理料	・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置		133	134	126	
	・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等	母体・胎児集中治療室管理料	(病床数) 841	(病床数) 851	(病床数) 794	
		新生児集中治療室管理料	(病床数) 1,771	(病床数) 1,780	(病床数) 1,593	
新生児治療回復室入院医療管理料	・新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき必要な小児科の専任の医師の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が6対1以上 ・新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な構造設備 等		203 2,972	208 3,086	210 3085	
一類感染症患者入院医療管理料	・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 等		33 103	33 103	33 103	

特殊疾患入院医療管理料	・ 脊髄損傷等の重度障害者等を概ね8割以上入院させている病室 ・ 看護要員の実質配置が10対1以上 ・ 病棟における5割以上が看護職員（うち2割以上が看護師） 等			32 424	27 384	26 440
地域包括医療病棟入院料	・ 看護要員の実質配置が10対1以上 ・ 当該病棟における専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の2名以上の配置 等			—	—	49 2, 045
小児入院医療管理料	・ 特定機能病院以外の病院で小児科を標榜している病院 ・ 医療法施行規則に定める医師の員数以上の配置 等 ・ 常勤医師数、平均在院日数及び看護配置等に応じて1～5に区分	1	81 5, 373	81 5, 334	82 5, 021	
		2	181 5, 990	182 6, 180	176 6, 031	
		3	80 1, 876	73 1, 729	133 2, 997	
		4	387 8, 026	383 8, 092	333 6, 737	
		5	167 —	162 —	156 —	
回復期リハビリテーション 病棟入院料	・ 病棟における回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院 ・ 看護補助者の実質配置が30対1以上 等 ・ 看護実質配置、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の配置、新規入院患者のうち重症の患者の割合、在宅復帰率、リハビリテーションの効果に係る実績指数等に応じて1～5に区分	1	一般	(病床数) 938	(病床数) 962	(病床数) 1, 009
			療養	(病床数) 27, 929	(病床数) 29, 634	(病床数) 30, 975
		2	一般	(病床数) 193	(病床数) 189	(病床数) 179
			療養	(病床数) 3, 315	(病床数) 3, 788	(病床数) 3, 497
		3	一般	(病床数) 7, 056	(病床数) 6, 101	(病床数) 6, 417
			療養	(病床数) 332	(病床数) 340	(病床数) 323
		4	一般	(病床数) 6, 928	(病床数) 6, 685	(病床数) 6, 646
			療養	(病床数) 7, 642	(病床数) 7, 835	(病床数) 7, 056
		5	一般	(病床数) 64	(病床数) 62	(病床数) 73
			療養	(病床数) 869	(病床数) 680	(病床数) 1, 046
		6	一般	(病床数) 1, 797	(病床数) 2, 023	(病床数) 2, 007
			療養	(病床数) 33	(病床数) 67	(病床数) 41
7	一般	(病床数) 593	(病床数) 1, 585	(病床数) 984		
	療養	(病床数) 598	(病床数) 1, 102	(病床数) 704		
8	一般	(病床数) 11	(病床数) —	(病床数) —		
	療養	(病床数) 233	(病床数) —	(病床数) —		
9	一般	(病床数) 207	(病床数) —	(病床数) —		
	療養	(病床数) —	(病床数) —	(病床数) —		

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料		・専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上 ・入退院支援及び地域連携業務を担う部門を設置している ・疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出をしている ・看護職員の実質配置が13対1以上 等 ・在宅復帰率、地域包括ケアに関する実績等に応じて1～4に区分	1	一般	1,412	1,499	1,510
				療養	45,482	48,397	52,293
			2	一般	1,156	1,143	1,109
				療養	38,258	37,253	36,063
			3	一般	4,721	5,491	5,108
				療養	36	34	28
		4	一般	870	816	720	
			療養	121	74	22	
			一般	66	44	41	
			療養	1,264	870	764	
	療養	344	311	202			
	看護職員夜間配置加算	・夜勤を行う看護職員が16対1以上 等		39	38	42	
			1,733	1,758	1,805		
特殊疾患病棟入院料		・看護要員の実質配置(5割以上が看護職員)が10対1以上 ・看護職員の2割以上が看護師 等 ・該当患者の症状等に応じて1及び2に区分	1	102	102	97	
			2	5,287	5,356	5,141	
緩和ケア病棟入院料		・末期の悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の罹患患者が入院 ・看護師の実質配置が7対1以上 等	1	107	110	113	
			2	7,958	8,062	8,107	
精神科救急急性期医療入院料		・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 ・当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に4名以上の精神保健指定医の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 ・精神科救急医療施設 等	1	241	251	260	
			2	4,937	5,119	5,308	
				219	215	212	
				4,250	3,994	3,925	
精神科救急急性期医療入院料		・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 ・当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に4名以上の精神保健指定医の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 ・精神科救急医療施設 等		173	176	179	
				10,875	11,113	11,504	
看護職員夜間配置加算		・夜勤を行う看護職員が16対1以上 ・行動制限最小化委員会の設置 等		97	96	91	
				5,919	5,658	4,609	

精神科急性期治療病棟入院料	- 急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 - 精神科救急医療施設 - 医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 - 当該病棟に1名以上かつ当該医療機関に2名以上の精神保健指定医の配置 等 - 看護配置等に応じて1及び2に区分	1	367 16,560	365 16,517	370 16,557
		2	9 329	7 298	8 346
精神科救急・合併症入院料	- 救命救急センターを有する病院 - 当該医療機関に精神科医5名以上且つ当該病棟に精神保健指定医3名以上の配置 - 看護師の実質配置が10対1以上 等		11 390	11 390	13 528
看護職員夜間配置加算	- 夜勤を行う看護職員が16対1以上 - 行動最小化委員会の設置 等		11 390	11 390	13 528
児童・思春期精神科入院医療管理料	20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室 - 小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師が2名以上配置(うち1名以上は精神保健指定医) - 看護師の実質配置が10対1以上 等		50 1,690	53 1,776	53 1,777
精神療養病棟入院料	- 長期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 - 医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 等		808 88,399	806 87,343	800 85,180
精神保健福祉士配置加算	- 当該病棟に1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 - 退院支援部署の設置及び1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 等		21 1,551	16 1,309	9 930
認知症治療病棟入院料	- 当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師 等 - 看護配置等に応じて1及び2に区分	1	554 38,590	558 39,132	562 39,755
		2	3 220	4 270	3 200
精神科地域包括ケア病棟入院料	- 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下 - 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下 等		—	—	24 1,072
特定一般病棟入院料	- 医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において1病棟で構成 - 看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて1及び2に区分	1	3 96	3 138	3 138
		2	2 79	2 79	2 92
地域移行機能強化病棟入院料	1年以上の長期入院患者等を入院させる精神病棟 - 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者を15:1以上で配置 - 月当たり、届出病床数の1.5%以上の数の長期入院患者が退院 1年当たり届出病床数の5分の1以上の数の精神病床が減少 等		27 1,129	25 743	16 567
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	- 特定機能病院であること。 - 病棟における回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院 等		1 20	3 128	3 128

3 短期滞在手術等基本料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
短期滞在手術等基本料 1	・短期滞在手術等を行うための体制、回復室の確保、看護配置 等	246	335	445
		2,047	3,132	4,543

4 医学管理等

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			令和４年	令和５年	令和６年
ウイルス疾患指導料注２	・専任の医師、専任の看護師、専任の薬剤師の配置 ・当該療法を行うにつき十分な体制及び構造設備　等		129 3	148 3	156 2
外来栄養食事指導料の注２	・専用のベッド等が配置された治療室の設置 ・専任の常勤管理栄養士の1名以上の配置　等		644 1	654 1	652 1
外来栄養食事指導料の注３	・悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、十分な経験を有する専任の常勤管理栄養士の配置		335 1	365 0	376 4
喘息治療管理料	・専任の看護師又は准看護師の常時1人以上配置 ・喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具の具備、緊急時の入院体制の確保　等		240 367	238 359	237 388
糖尿病合併症管理料	・糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師配置 ・糖尿病足病変の指導を担当する専任の看護師配置　等		1,695 1,117	1,701 1,217	1,726 1,394
がん性疼痛緩和指導管理料	・緩和ケアを担当する医師(緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。)が配置されている		3,166 4,903	3,176 5,264	3,250 5,858
難治性がん性疼痛緩和指導管理加算	・高エネルギー放射線治療の届出 ・神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）の年間10例以上の実施　等		—	—	84 0
がん患者指導管理料	・がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されている ・指導内容・職種等に応じてイ～ニに区分	イ	1,379 95	1,343 77	1,350 84
		ロ	1,375 90	1,368 90	1,369 95
		ハ	895 15	910 15	924 17
		ニ	716 49	762 60	802 77
外来緩和ケア管理料	・身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する担当の経験を有する看護師及び薬剤師の設置　等		439 1	455 1	468 1
移植後患者指導管理料	・臓器・造血幹細胞移植に係るチーム（医師、看護師、薬剤師）の設置 ・移植医療に特化した専門外来の設置　等		338 5	345 4	350 5

糖尿病透析予防指導管理料	・透析予防診療チーム（医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置 ・糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明 等		1,330 353	1,326 376	1,326 480
小児運動器疾患指導管理料	・整形外科の診療に従事した経験を5年以上有し小児の運動器疾患に係る研修を修了した 常勤の医師1名以上の配置 ・当該保健医療機関に小児運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影体制の整備		740 1,898	774 2,079	790 2,313
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	・乳腺炎の重症化及び再発予防の指導、乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師の配置 ・乳腺炎及び母乳育児のケア・指導経験を有し、助産に関する専門の知識等を有する助産師の配置		779 595	769 619	771 696
婦人科特定疾患治療管理料	・婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する医師の配置		1,112 2,490	1,108 2,583	1,125 2,716
腎代替療法指導管理料	・診療経験を有する専任の常勤医師や常勤看護師が連携して診療を行う体制があること 等		398 77	423 81	452 85
一般不妊治療管理料	・当該保険医療機関において、不妊症患者に係る診療を年間20例以上実施していること 等		477 1,534	466 1,595	446 1,665
生殖補助医療管理料	・配偶子・胚の管理に係る責任者の配置 ・日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること ・培養を行う設備、安全管理を行う体制の整備 等 ・患者からの相談に対応する専任の担当者の配置等の有無に応じて1及び2に区分	1	140 254	141 270	143 284
		2	30 188	27 182	28 177
		1	1,555 －	1,899 －	2,003 16
		2	1,265 －	1,614 －	1,756 0
二次性骨折予防継続管理料	・骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制 ・骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること ・1については、一般病棟入院基本料等に係る届出を行っている保険医療機関 ・2については回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出 を行っている保険医療機関	2	1,738 1,378	2,262 2,473	2,463 3,417
		3			
下肢創傷処置管理料	・当該療養の十分な経験を有する整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科を する常勤医師の配置 ・その他当該療養を行うにつき必要な体制		46 11	1,008 1,213	1,125 1,456
慢性腎臓病透析予防指導管理料	・透析予防診療チームの設置 ・腎臓病について患者及びその家族に対しての説明		－	－	616 398
地域連携小児夜間・休日診療料	・当該保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師と別の保険医療機関を主たる 勤務先とする小児科担当医師との連携体制 等 ・医師の配置、24時間診療体制の有無に応じて1及び2に区分	1	69 309	67 317	68 338
		2	93 1	93 1	90 1
地域連携夜間・休日診療料	・夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有している 等		140 107	141 110	143 125
院内トリアージ実施料	・専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師の配置 ・院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直し 等		1,367 201	1,382 254	1,414 384

救急搬送看護体制加算	・ 救急患者の受け入れへの対応に係る専任の看護師の配置 ・ 救急外来への搬送件数、看護師の配置数に応じて 1 及び 2 に区分	1	964 —	987 —	1, 027 —
		2	931 14	926 17	905 19
外来放射線照射診療料	・ 放射線治療医、看護師、診療放射線技師、医療機器安全管理等を担当する技術者の配置 ・ 合併症発生等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制の確保		497 16	516 18	519 17
地域包括診療料	・ 許可病床200床未満の病院又は診療所において、脂質異常症、高脂血症、糖尿病又は認知症のうち 2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている		48 228	51 226	55 237
小児かかりつけ診療料	・ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されている ・ かかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている 等 ・ 時間外対応体制に応じて1及び2に区分	1	— 1, 865	— 1, 922	— 2, 082
		2	5 282	6 324	8 397
外来腫瘍化学療法診療料	・ 必要な機器及び十分な専用施設 等 ・ 専任の常勤医師の有無等に応じて1～3に区分	1	1, 578 36	1, 607 21	1, 585 16
		2	299 23	336 44	378 34
		3	— —	— —	24 21
がん薬物療法体制充実加算	・ 外来腫瘍化学療法診療料 1 に係る届出 ・ 化学療法に係る調剤の経験を 5 年以上有するなどの条件を満たす専任の常勤薬剤師の配置 等		—	—	518 3
外来データ提出加算	・ 診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されている ・ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関である		—	—	0 100
ニコチン依存症管理料	・ 禁煙治療の経験を有する医師、専任の看護職員の配置 ・ 医療機関の敷地内禁煙 等		2, 661 14, 569	2, 597 14, 349	2, 474 14, 048
開放型病院共同指導料	・ 当該病院の存する地域の全ての医師、歯科医師の利用の為に開放され、専用の病床を有する病院 等	(病院数)	963	963	969
ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	・ 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関である ・ 年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している 等		252 699	249 686	248 671
がん治療連携計画策定料	・ がん診療連携の拠点となる病院又はそれに準じる病院である ・ 当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成している 等	(病院数)	715	715	715
がん治療連携指導料	・ がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されている 等		3, 464 23, 394	3, 462 23, 566	3, 445 23, 712
外来排尿自立指導料	・ 専任の常勤看護師等からなる排尿ケアチームが設置されている 等		873 3	896 4	935 4
ハイリスク妊産婦連携指導料 ¹	・ 精神疾患を有する妊産婦の診療について十分な実績を有している 等		387 291	395 294	404 300

ハイリスク妊産婦連携指導料2	・精神疾患を有する妊産婦の診療について十分な実績を有している 等		268 158	275 166	278 170
肝炎インターフェロン治療計画料	・肝疾患に関する専門の保険医療機関である ・肝炎インターフェロン治療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されている 等		1,202 657	1,184 654	1,159 657
こころの連携指導料（I）	・精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築 等		44 360	55 367	72 442
こころの連携指導料（II）	・精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関である ・精神保健福祉士が1名以上配置		516 335	557 383	594 420
プログラム医療機器等指導管理料	・ニコチン依存症管理料の注1に規定する基準を満たしている（ニコチン依存症治療補助アプリ） ・高血圧症診療に係る専門施設であるとの関係学会からの認定等（高血圧症治療補助アプリ）		—	—	94 1,275
薬剤管理指導料	・薬剤師の配置 ・医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設 等		5,311 23	5,285 24	5,270 30
地域連携診療計画加算	・地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている 等		587 1,071	604 1,112	609 1,190
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	・患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築する 等		1,000 3,225	1,018 3,319	1,054 3,528
医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等 ・臨床工学技士、医師配置等に応じて1及び2に区分	1	2,741 345	2,750 350	2,774 359
		2	561 18	572 18	576 19
精神科退院時共同指導料 1及び2	・精神科退院時共同指導を行うにつき十分な体制の整備		370 159	378 174	388 195

5 在宅医療

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
往診料の注10に規定する介護保険施設等連携往診加算	・介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームからの協力医療機関としての指定 ・24時間連絡を受ける担当者の指定及び介護保険施設等への連絡先等の提供 等	—	—	264 775
在宅医療D×情報活用加算	・電子情報処理組織を使用した診療報酬の請求 ・オンライン資格確認を行う体制の確保 等	—	—	230 4,191
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	・診療所又は許可病床数が200床未満の病院 ・在宅医療の調整担当者が1名以上配置されている 等	2,375 23,341	2,494 23,512	2,575 23,870
在宅データ提出加算	・診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されている ・データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関である	—	—	0 142
在宅時医学総合管理料の注14に規定する基準	・直近3月間における特別の関係にある保険医療機関を含む訪問診療回数の合算が2,100回未満。 ・直近1年間の在宅における看取りの実績が20件以上又は重症児の十分な診療実績等 等	—	—	2 2
在宅医療情報連携加算	・在宅での療養を行っている患者の診療情報等の他の保険医療機関等とのICTを用いた共有等 ・患者の診療情報等を共有している連携機関（特別の関係にあるものを除く）数が5以上 等	—	—	118 2,228
在宅がん医療総合診療料	・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っている ・在宅末期医療を提供するにつき必要な体制の整備、緊急時の入院体制の整備 等	901 12,252	954 12,023	993 12,287
救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算	・重症患者の搬送を行うにつき十分な体制	62 —	60 —	62 0
救急患者連携搬送料	・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件以上 ・受け入れ先の候補となる保険医療機関のリストの作成	—	—	274 0
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	(緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させるものに限る) ・緩和ケア等に係る専門の研修を受けた看護師が配置されている 等	924 82	951 91	960 117
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注15に規定する訪問看護・指導体制充実加算	・24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保している ・訪問看護・指導に係る相当の実績を有している	29 126	29 130	29 132
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注16に規定する専門管理加算	緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師の配置	109 27	134 54	155 71
訪問看護医療D×情報活用加算	・電子情報処理組織を使用した診療報酬の請求 ・オンライン資格確認を行う体制の確保 等	—	—	39 220
遠隔死亡診断補助加算	・情報通信機器を用いて主治医の死亡診断の補助を行うにつき、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師の配置	—	—	1 8
在宅療養後方支援病院	・許可病床数が200床以上の病院 ・在宅療養後方支援を行うにつき十分な体制が整備されている	(病院数) 444	(病院数) 576	(病院数) 613
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	・常勤の医師、保健師・助産師・看護師又は准看護師及び管理栄養士の3名で構成された在宅褥瘡対策チームが設置されている 等	124 128	121 132	114 131

在宅血液透析指導管理料	・在宅血液透析に係る医療を提供するにつき必要な体制が整備されている		132 178	131 187	133 197
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	・植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合していること ・関係学会から認定され、その旨が広く周知された施設であること		61 0	68 0	70 0
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	・在宅腫瘍治療電場療法を行うにつき十分な体制が整備されている ・膠芽腫の治療の経験を過去5年間に5例以上有すること 等		331 0	360 0	380 0
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	・経肛門的自己洗腸の指導を行うにつき十分な体制が整備されていること		115 12	130 15	140 19
在宅療養支援診療所	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等 ・常勤医師数、緊急往診件数、看取り件数等に応じて区分	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	244	262	273
		機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	3,630	3,858	4,173
		在宅療養支援診療所	11,390	10,635	10,859
在宅療養支援病院	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等 ・常勤医師数、緊急往診件数、看取り件数等に応じて区分	機能強化型在宅療養支援病院（単独型）	267	293	342
		機能強化型在宅療養支援病院（連携型）	454	489	528
		在宅療養支援病院	973	1,239	1,264
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）及び皮下連続式グルコース測定	・専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤医師配置 ・持続皮下インスリン注入療法を行っていること 等		1,068 541	1,084 591	1093 649
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）	・専門の知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤医師配置 ・2年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤看護師又は薬剤師の配置 等		434 222	505 294	529 353

6 検査

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
遺伝学的検査の注1に規定する施設基準	・関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守する	921 112	1,013 135	1,100 172
遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	・遺伝学的検査の注1に規定する施設基準に係る届出 ・臨床遺伝学の診療に係る経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上の配置 等	—	—	16 0
染色体検査の注2に規定する基準	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	139 115	169 153	182 180
骨髄微小残存病変量測定	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制 等	271 1	292 1	328 1
BRCA1／2遺伝子検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,079 103	1,174 132	1,225 156
がんゲノムプロファイリング検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	233 0	249 0	266 0
角膜ジストロフィー遺伝子検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	9 0	12 0	13 0
先天性代謝異常症検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	523 10	560 11	605 14
抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている	80 1	84 1	87 1
抗HLA抗体(スクリーニング検査・抗体特異性同定検査)	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている	144 1	145 1	146 1
HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,362 3,523	1,350 3,560	1,346 3,579
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	166 0	240 0	315 0
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)	・感染症に係る診療を専ら担当する常勤医師又は臨床検査を専ら担当する常勤医師の1名以上の配置 ・小児科、脳神経内科、脳神経外科又は救急医療の経験を5年以上有する常勤医師の1名以上の配置	—	—	282 0

検体検査管理加算	・院内検査を行っている病院、診療所 等 ・臨床検査を担当する常勤医師の有無、常勤臨床検査技師の配置に応じて1～4に区分	1	2,416 395	2,422 401	2,398 416
		2	2,433 62	2,461 60	2,477 63
		3	29 0	31 0	31 0
		4	770 1	765 1	779 1
国際標準検査管理加算	・国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている		226 1	234 1	252 1
遺伝カウンセリング加算	・遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤医師が配置 ・患者又はその家族に対して、カウンセリングの内容が文書交付され、説明がなされている		398	470	513
			97	121	141
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	・がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること		225 0	242 0	257 0
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等		642 1	636 1	629 1
胎児心エコー法	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		367	366	368
			53	55	55
人工臓臓検査、人工臓臓療法	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等		85	86	86
			1	1	1
長期継続頭蓋内脳波検査	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	(病院数)		(病院数)	(病院数)
			324	321	319
長期脳波ビデオ同時記録検査 1	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		41	44	46
			0	0	0
単線維筋電図	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		86	94	100
			2	2	2
光トポグラフィー（減算対象外）	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・一定割合以上、別の保険医療機関からの依頼により検査を実施 等		34	33	32
			0	0	0
脳磁図	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・当該検査を行うにつき十分な体制 等	自発活動を測定するもの	9 0	9 0	9 0
		その他のもの	24	22	22
			3	3	3
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		37	41	40
			34	35	36
脳波検査判断料 1	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		218	233	255
			17	17	18
遠隔脳波診断	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		13	13	13
			6	7	7

神経学的検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,487 1,568	1,471 1,610	1,479 1,689
補聴器適合検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な装置・器具 等	324 499	327 518	341 537
黄斑局所網膜電図	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	64 16	64 18	66 22
全視野精密網膜電図	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	136 102	147 131	163 158
コンタクトレンズ検査料1	・当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が3割未満である 等	918 6,370	907 6,385	873 6,430
コンタクトレンズ検査料2	・コンタクトレンズ検査料1の施設基準の一部を満たしているが、算定した患者が年間10,000人未満である、自施設交付割合が9割5分未満等のいずれにも該当しない	0 4	0 3	0 4
コンタクトレンズ検査料3	・コンタクトレンズ検査料1の施設基準の一部を満たしていないが、算定した患者が年間10,000人未満である、自施設交付割合が9割5分未満等のいずれかに該当する	4 610	3 585	4 547
小児食物アレルギー負荷検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	966 1,011	974 1,071	982 1,134
内服・点滴誘発試験	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等	384 7	379 7	379 6
経頸静脈的肝生検	・放射線科又は消化器内科を標榜している保険医療機関 ・放射線科又は消化器内科の経験を5年以上有する等の条件を満たす常勤医師の配置 等	—	—	148 0
前立腺針生検法（MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	89 0	132 1	203 1
経気管支凍結生検法	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等	122 0	141 0	166 0

7 画像診断

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			令和4年	令和5年	令和6年
画像診断管理加算	- 放射線科を標榜する医療機関 - 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 - 画像診断を専ら担当する常勤医師により、すべての核医学診断、コンピュータ断層診断について画像情報等の管理等に応じて1～4に区分	1	673 232	676 237	676 247
		2	1,082 0	1,079 0	1,015 0
		3	— —	— —	74 0
		4	51 0	55 0	56 0
遠隔画像診断	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関 ・ 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器、施設 等 (受信側) ・ 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	236 212	244 219	242 218
		受信側	126 1	128 1	130 1
ポジトロン断層撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く)	- 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上の配置 - 診断撮影機器ごとのPET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師の1名以上の配置		221 39	221 39	225 40
ポジトロン断層撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る)	- 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上の配置 - 関連学会の定めるガイドライン」における「診療用PET薬剤製造施設認証」及び「PET撮像施設認証」を受けている施設 等		—	—	95 15
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く)	- 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上の配置 - 診断撮影機器ごとのPET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師の1名以上の配置		335 55	337 56	346 59
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る)	- 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上の配置 - 関連学会の定めるガイドライン」における「診療用PET薬剤製造施設認証」及び「PET撮像施設認証」を受けている施設 等		—	—	208 41
CT撮影	当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等		6,788 5,378	6,674 5,489	5,238 5,946
MRI撮影	当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等		3,328 1,293	3,205 1,250	1,794 1,044
冠動脈CT撮影加算	- 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 - 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等		1,136 13	1,130 14	1,132 14
血流予備量比コンピュータ断層撮影	- 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと 200床以上の病院であること 等		129 0	164 0	185 0
外傷全身CT加算	- 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 - 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等		(病院数) 174	(病院数) 174	(病院数) 173

心臓MRI撮影加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	973 11	960 11	965 11
乳房MRI撮影加算	・関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設である ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	477 0	481 0	482 0
小児鎮静下MRI撮影加算	・小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	328 0	330 0	335 0
頭部MRI撮影加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師が3名以上配置 ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	160 0	173 0	192 0
全身MRI撮影加算	・画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと ・関係学会の定める指針に基づいて適切な被ばく線量管理を行っていること 等	103 0	106 0	117 0
肝エラストグラフィ加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師が3名以上配置 ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	34 0	37 0	40 0

8 投薬

名称	施設基準の概要	届出医療機関数		
		令和4年	令和5年	令和6年
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	・当該処方を行うにつき必要な医師の配置 ・抗悪性腫瘍剤処方管理加算を行うにつき必要な体制が整備されている 等	1,297	1,294	1,289
外来後発医薬品使用体制加算	・後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所 ・後発医薬品の規格単位数量が割合が一定以上であること 等	10,117	10,687	11,285

9 注射

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
外来化学療法加算	・必要な機器及び十分な専用施設 等 ・専任の常勤医師の有無等に応じて1及び2に区分	1,660 66	1,656 67	1,644 63
		536 303	517 299	496 293
連携充実加算	・外来化学療法加算1に係る届出を行っている ・他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されている 等	888 3	954 4	973 2
無菌製剤処理料	・無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 ・無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されている 等	(病院数) 2,502	(病院数) 2,503	(病院数) 2,506

10 リハビリテーション

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			令和4年	令和5年	令和6年
心大血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	1,340 106	1,377 122	1,424 152
		(Ⅱ)	64 78	72 87	71 92
リハビリテーションデータ提出加算	・診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されている ・データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関である		—	—	0 136
脳血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分	(Ⅰ)	3,062 93	3,080 100	3,115 104
		(Ⅱ)	1,658 365	1,660 374	1,662 407
		(Ⅲ)	1,195 1,712	1,200 1,701	1,167 1,723
運動器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分	(Ⅰ)	4,797 1,901	4,809 2,064	4,845 2,263
		(Ⅱ)	892 3,356	890 3,309	874 3,253
		(Ⅲ)	507 856	504 831	478 850
呼吸器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	3,761 182	3,788 185	3,808 197
		(Ⅱ)	542 173	515 172	518 171
摂食嚥下機能回復体制加算	・摂食嚥下支援チーム（医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士等）の設置 ・摂食嚥下機能に係る療養の実績、人員配置等により1～3に区分	1	209 1	56 1	50 0
		2	175 2	358 1	390 1
		3	57 0	94 0	94 0
難病患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		13 68	13 71	13 73
障害児（者）リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		246 168	250 175	251 182
がん患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		1,935 11	1,953 12	1,937 16

認知症患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等	232 —	232 —	240 0
リンパ浮腫複合的治療料	・専任の常勤医師、専任の従事者 等 ・必要な施設の保有、必要な器械・器具の具備 等	138 3	141 4	151 5
集団コミュニケーション療法料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等	802 136	782 129	756 142

1 1 精神科専門療法

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
経頭蓋磁気刺激療法	・専門の知識及び5年以上の経験を有し、所定の研修を修了した常勤精神科医師配置 ・認知療法・認知行動療法に習熟した医師の配置 等	42 0	59 0	72 0
児童思春期精神科専門管理加算	・常勤の精神保健指定医及び精神科医師、専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者の配置 ・精神療法を実施した16歳未満の患者数が月平均40人以上で、全体の50%以上であること 等	121 23	119 25	129 22
療養生活環境整備指導加算	・当該指導に専任の精神保健福祉士1名の配置 ・保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者の数は1人につき30人以下 等	148 119	152 130	— —
療養生活継続支援加算	・当該支援に専任の看護師又は精神保健福祉士1名の配置 ・看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者の数は1人につき80人以下 等	421 268	383 306	565 480
通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算	・児童思春期の患者に対する精神医療に係る研修を修了した精神科専任の常勤医師1名以上の配置 ・児童思春期の患者に対する当該支援のための専任の保健師等の2名以上かつ2職種以上の配置 等	—	—	53 12
通院・在宅精神療法の注11に規定する早期診療体制充実加算	・常勤の精神保健指定医が1名以上の配置 ・過去6か月間の通院・在宅精神療法の算定回数に占める通院・在宅精神療法の「1」の口等の算定回数の合計の割合が5%以上 等	—	—	185 32
通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準	・情報通信機器を用いた診療の届出 ・「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に沿って診療を行う体制の確保	—	—	47 39
救急患者精神科継続支援料	・専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名の配置	57 0	42 0	53 0
認知療法・認知行動療法	・認知療法・認知行動療法に習熟した医師の配置 ・精神保健指定医、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等に応じて1～2に区分	1	330 470	331 472
		2	5 1	4 2
精神科作業療法	・精神科医師、作業療法士の配置 ・専用施設の保有 等	(病院数) 1, 396	(病院数) 1, 400	(病院数) 1, 398

精神科ショート・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて大規模及び小規模に区分	大規模なもの	601 265	589 264	588 262
		小規模なもの	399 418	410 434	416 432
精神科デイ・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて大規模及び小規模に区分	大規模なもの	724 315	712 314	712 311
		小規模なもの	382 317	382 321	380 321
精神科ナイト・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等		107 128	107 126	102 125
精神科デイ・ナイト・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等		304 160	299 159	299 157
抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	・統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師、薬剤師の配置 ・治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している患者に対して、計画的な治療管理を継続して実施 等		536 6	558 7	570 7
重度認知症患者デイ・ケア料	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等		191 109	197 106	200 109
精神科在宅患者支援管理料	・精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士の配置 ・患者に対して、計画的かつ継続的な医療を提供できる体制の確保 等		104 124	107 125	105 125
医療保護入院等診療料	・常勤精神保健指定医1名以上 ・行動制限最小化に係る委員会の設置 等		1,406 0	1,407 0	1,409 0

12 処置

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			令和4年	令和5年	令和6年
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	・ 経験を有し、所定の研修を修了した常勤医師の配置 ・ 静脈疾患の診断に必要な検査機器を備えていること 等		291	363	379
			96	125	137
多血小板血漿処置	・ 形成外科、血管外科又は皮膚科の常勤医師2名以上配置 ・ 常勤の薬剤師又は臨床工学技士配置 等		29	37	41
			0	0	0
硬膜外自家血注入	・ 専門の知識及び1年以上の経験を有する医師を配置 ・ 必要な体制が整備されている 等		216	230	234
			4	6	6
エタノールの局所注入	・ 専門の知識及び5年以上の経験医師を配置 ・ 必要な器械・器具の具備 等	甲状腺	411	407	407
			113	117	122
		副甲状腺	364	359	357
			83	84	88

人工腎臓	- 透析用監視装置の台数 - 透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を行う患者の数の割合	慢性維持透析を行った場合 1	2,355	2,367	2,358
		慢性維持透析を行った場合 2	2,189	2,199	2,208
導入期加算 1、導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算、導入期加算 3 及び腎代替療法実績加算	当該療法を行うにつき十分な説明を行っている	1	9	9	7
			33	30	26
	- 当該療法を行うにつき十分な説明を行っている - 当該療法を行うにつき必要な実績を有している	2及び腎代替療法実績加算	1,904	1,946	1,896
			1,940	2,011	2,020
	- 当該療法を行うにつき十分な説明を行っている - 腎移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録 - 加算 1 又は 2 を算定している施設との連携	3及び腎代替療法実績加算	436	348	383
			147	94	97
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	透析治療に用いる装置及び透析液の水質を管理するにつき十分な体制が整備されている		39	81	88
			0	0	0
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	- 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、療養上必要な指導管理を行っている - 十分な体制が整備されている 等		2,149	2,204	2,208
			2,052	2,098	2,117
ストーマ合併症加算	- 関係学会から示されている指針等に基づいた適切な処置の実施 - 排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師の配置		1,770	1,785	1,790
			1,816	1,865	1,898
心不全に対する遠赤外線温熱療法	- 経験を有する常勤医師 2 名以上配置 - 研修を修了した医師の配置 等		—	—	0
			—	—	0
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	事前に適切な計画を策定し、処置が終了した際には担当の多職種が参加するカンファレンスにより短期効果を検討 等		13	12	11
			1	1	1
			63	66	75
			1	3	5

1 3 手術

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和 4 年	令和 5 年	令和 6 年
皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	- 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている - 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	215	219	217
		0	0	0
皮膚移植術（死体）	- 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている - 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	76	74	72
		0	0	0
自家脂肪注入	- 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている - 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	28	55	62
		0	0	0
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	- 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている - 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	81	84	87
		0	0	0
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	- 整形外科、内科及び麻酔科を標榜している - 緊急手術が可能な体制を有していること 等	417	608	690
		0	0	0
骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	- 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている - 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	53
		—	—	0

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	87 0	90 0	93 0
人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	136 6
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	337 2	346 3	357 5
椎間板内酵素注入療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,001 38	1,040 51	1,078 61
緊急穿頭血腫除去術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	430 0
脳血栓回収療法連携加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	15 0
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	56 0	56 0	57 0
脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	564 0	564 0	564 0
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	1,045 22	1,065 30	1,086 33
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	11 0	14 0	22 0
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁に対して実施する場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	132 0	136 0	145 0
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（過活動膀胱に対して実施する場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	125 0	125 0	132 0
舌下神経電気刺激装置植込術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	8 0	11 0	19 0
角膜移植術（内皮移植加算）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	84 17	88 17	86 16
緑内障手術（緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	555 841	597 1,001	656 1,166
毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	38 32
植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工内耳植込術、植込型	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	150 0	150 0	156 0
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	223 0	236 0	245 0
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	217 0	228 0	233 0

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	43 1	40 1	46 1
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	62 0	62 0	63 0
顎関節人工関節全置換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	8 0	7 0	6 0
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	109 0	113 0	117 0
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	63 0	72 0	80 0
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	・画像管理加算1，2又は3に関する施設基準を有する ・乳癌の専門的な診療が可能として認定されている 等	96 1	97 1	97 1
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	7 0	7 0	7 0
乳がんセンチネルリンパ節加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,580 8	1,601 8	1,633 8
乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	334 5	338 5	354 6
乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	120 0
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	98 0	110 0	131 0
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	165 0	198 0	236 0
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	165 0	198 0	235 0
気管支バルブ留置術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	112 0
胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	220 0
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	174 0	211 0	256 0
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	123 0	122 0	126 0
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	185 0	222 0	274 0

同種死体肺移植術	・ 肺の移植実施施設として移植関連学会合同委員会に選定されている	10 0	11 0	11 0
生体部分肺移植術	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	10 0	10 0	10 0
肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	115 0
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	92 0	112 0	138 0
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	54 0	62 0	77 0
内視鏡下筋層切開術	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	34 0	34 0	34 0
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	658 0	693 0	728 0
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	861 0	891 0	914 0
胸腔鏡下弁形成術	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	289 0	315 0	336 0
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	21 0	24 0	31 0
胸腔鏡下弁置換術	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	289 0	317 0	339 0
胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	1 0
経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的動脈弁置換術）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	207 0	219 0	233 0
経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	15 0	25 0	32 0
経皮的僧帽弁クリップ術	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	112 0	143 0	165 0
胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	10 0
不整脈手術左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	143 0	194 0	244 0
不整脈手術左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）	・ 当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	127 0	143 0	190 0

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている		2,469 280	2,457 287	2,434 287
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカーの場合)	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		668 3	732 7	802 9
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	心筋電極の場合	181 0	185 0	190 0
		経静脈電極の場合	460 0	464 0	467 0
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	心筋リードを用いるもの	196 0	199 0	203 0
		経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの、その他のもの	473 0	475 0	476 0
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	心筋電極の場合	195 0	198 0	203 0
		経静脈電極の場合	471 0	473 0	474 0
大動脈バルーンポンピング法(I A B P 法)	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている		1,568 42	1,567 42	1,560 45
経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき関係学会より認定されている 等		216 0	241 0	259 0
補助人工心臓	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等		139 0	135 0	134 0
小児補助人工心臓	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき関係学会より認定されている 等		11 0	11 0	12 0
植込型補助人工心臓(非拍動流型)	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		43 0	42 0	39 0
同種心移植術	・移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定されている		11 0	11 0	12 0
同種心肺移植術	・移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定されている		3 0	3 0	3 0
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		10 0	11 0	11 0
経皮的下肢動脈形成術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		259 0	267 0	385 0
腹腔鏡下リンパ節群郭清術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	後腹膜	47 0	50 0	54 0
		膀大動脈	134 0	139 0	148 0

骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	156 0
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	206 0	216 0	221 0
腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	231 0	272 0	352 0
腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	230 0	271 0	348 0
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	227 0	269 0	348 0
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	473 0	490 0	499 0
胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	374 0	378 0	375 0
体外衝撃波胆石破碎術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	412 0	399 0	395 0
腹腔鏡下肝切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	622 0	649 0	650 0
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	6 0
生体部分肝移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	72 0	72 0	69 0
同種死体肝移植術	・移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定されている	25 0	24 0	24 0
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	454 0	473 0	493 0
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	632 0	652 0	667 0
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	57 0	57 0	151 0
腹腔鏡下膵中央切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	65 0
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	84 0	89 0	95 0
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	34 0	55 0	77 0
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	・移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定されている	19 0	19 0	19 0

同種死体膵島移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	4 0	5 0	4 0
生体部分小腸移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	9 0	9 0	7 0
同種死体小腸移植術	・移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定されている	11 0	11 0	11 0
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,129 0	1,153 0	1,155 0
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	313 0	394 0	485 0
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	810 3	788 3	765 3
腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	114 0
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	184 0	211 0	239 0
同種死体腎移植術	・腎臓移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録されている	128 0	129 0	129 0
生体腎移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	176 0	179 0	179 0
膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	566 18	577 17	589 17
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	211 0	238 0	294 0
腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	5 0
尿道狭窄グラフト再建術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	177 0
精巣温存手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	219 0
精巣内精子採取術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	104 70	110 75	113 80
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0

陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
焦点式高エネルギー超音波療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	4 0
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	255 0	261 0	263 0
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	398 0	462 0	538 0
女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	11 0
腹腔鏡下腔断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	6 0
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
造陰術、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	6 0	6 0	6 0
腹腔鏡下仙骨腔固定術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	274 2	309 3	323 3
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	207 0	257 0	321 0
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	127 0	155 0	182 0
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	150 0	165 0	178 0
子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
無心体双胎焼灼術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	13 0	13 0	13 0
胎児輸血術及び臍帯穿刺	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	53 0	54 0	55 0

体外式膜型人工肺管理料	・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料のいずれかを届出 ・専任の臨床工学技士が常時1名以上配置。	273 0	289 0	299 0
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	・休日、時間外及び深夜の手術に対応するための十分な体制が整備されている ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等	344 0	356 0	360 0
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	3,911 235	3,924 230	3,890 229
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	178 0	198 0	233 0
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	206 0	240 0	272 0
周術期栄養管理実施加算	・必要な医師及び管理栄養士の配置 ・総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出	241 0	286 0	321 0
再製造単回使用医療機器使用加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	—	60 2
輸血管理料	・必要な医師及び従事者の配置 ・輸血製剤の適正使用 等 ・医師及び従事者の配置等に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ) 611 2	608 2	610 2
		(Ⅱ) 1,910 28	1,936 29	1,965 28
コーディネート体制充実加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・同種移植のコーディネートを行うにつき十分な体制が整備されている 等	100 0	108 0	117 0
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・血液製剤の適正使用 等	91 0	92 0	97 0
同種クリオプレシピテート作製術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	116 0	124 0	133 0
凍結保存同種組織加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	9 0	10 0	10 0

1 4 麻酔

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
麻酔管理料	・麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されている 等 ・麻酔科標榜医の配置等に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	2,363	2,358	2,356
	(Ⅰ)	501	496	499
	(Ⅱ)	489	490	498
		0	0	0
周術期薬剤管理加算	・周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されている ・病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている 等	236	328	389

1 5 放射線治療

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
放射線治療専任加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	597	610	609
		19	20	19
外来放射線治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が1名以上配置 ・当該治療を行うために必要な機器、施設 等	592	605	605
		19	20	19
遠隔放射線治療計画加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	10	10	11
		0	0	0
高エネルギー放射線治療	・年間合計100例以上実施 等	694	696	691
		15	15	15
強度変調放射線治療 (IMRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	364	381	397
		13	13	12
画像誘導放射線治療 (IGRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	551	569	573
		17	18	17
定位放射線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	526	526	526
		17	17	17
粒子線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	18	18	19
		7	7	7
粒子線治療適応判定加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制 等	18	18	19
		7	7	7
粒子線治療医学管理加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	18	18	19
		7	7	7

ホウ素中性子捕捉療法	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	0 2	0 2	0 2
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・カンサーボードに係る体制 等	0 2	0 2	0 2
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、等	0 2	0 2	0 2
画像誘導密封小線源治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	118 0	124 0	130 0

1 6 病理

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			令和4年	令和5年	令和6年
保険医療機関間の連携による病理診断	(送信側) ・離島等に所在する保険医療機関等 ・病理標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等	送信側	355 293	401 352	425 444
	(受信側) ・病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	受信側	140 21	145 23	152 24
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(送信側) ・離島等に所在する保険医療機関等 ・病理組織標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等	送信側	121 0	124 0	122 0
	(受信側) ・病理診断を担当する常勤医師の配置 ・病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	受信側	66 0	67 0	69 0
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(送信側) ・離島等に所在する保険医療機関等 ・細胞診を行うにつき十分な体制の整備 等	送信側	70 0	69 0	64 0
	(受信側) ・病理診断を担当する常勤医師の配置 ・病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	受信側	48 0	49 0	49 0
デジタル病理画像による病理診断	・病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている ・デジタル病理診断を行うにつき十分な体制が整備されている		71 5	75 8	80 9
病理診断管理加算	・病理診断を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・病理標本作製及び病理診断を行うにつき十分な体制の整備 ・当該療養を行うにつき十分な設備及び機器 ・医師の配置、カンファレンスの実施等に応じて1及び2に区分	1	(病院数) 498	(病院数) 495	(病院数) 491
		2	(病院数) 333	(病院数) 349	(病院数) 359
悪性腫瘍病理組織標本加算	・病理診断を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・病理診断を行うにつき十分な体制が整備されている		812 14	825 18	839 21

17 歯科

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和4年	令和5年	令和6年
初診料（歯科）の注1に掲げる基準	・十分な院内感染防止対策を講じている ・歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されている ・職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施している 等	65,295	64,936	64,407
地域歯科診療支援病院歯科初診料	・常勤の歯科医師、看護職員及び歯科衛生士の配置 ・当該歯科医療にかかる紹介率 等	595	599	612
医療DX推進体制整備加算	・オンライン資格確認を行う体制の確保 ・一定割合以上のマイナ保険証の利用率 等	— —	— —	62 14,072
歯科外来診療医療安全対策加算1	・医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師の1名以上の配置 ・歯科医師の複数名の配置又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上の配置 等	—	—	667 35,221
歯科外来診療医療安全対策加算2	・医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師の1名以上の配置 ・歯科医師の複数名の配置又は歯科医師1名及び歯科衛生士若しくは看護職員の1名以上の配置 等	—	—	602
歯科外来診療感染対策加算1	・歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出 ・歯科医師の複数名の配置又は歯科医師の1名以上の配置、かつ歯科衛生士若しくは院内感染防止対策に係る研修を受けた者の1名以上の配置 等	—	—	642 36,760
歯科外来診療感染対策加算2	・歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出 ・歯科医師の複数名の配置又は歯科医師及び歯科衛生士それぞれ1名以上の配置	—	—	69 1,757
歯科外来診療感染対策加算3	・歯科医師の複数名配置又は歯科医師1名以上配置、かつ歯科衛生士若しくは看護職員1名以上の配置 ・院内感染管理者の配置 等	—	—	465
歯科外来診療感染対策加算4	・歯科医師の複数名配置又は歯科医師1名以上配置、かつ歯科衛生士若しくは看護職員1名以上の配置 ・新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似患者に対して歯科外来診療が可能な体制 等	—	—	282
初診料（歯科）の注16及び再診料（歯科）の注12に掲げる基準	・対面診療を提供できる体制及び対面診療の提供が困難な場合における他の保険医療機関との連携体制 ・厚生労働省「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制	—	—	4 553
歯科外来診療環境体制加算	・歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤歯科医師の配置 ・歯科衛生士の配置、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等	1	33,016	34,075
		2	577	584
歯科診療特別対応連携加算	・著しく歯科治療が困難な患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有している ・医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制が整備されている 等	740	790	875
歯科疾患管理料の注11の総合医療管理加算・歯科治療時医療管理料	・当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されている ・当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有している 等	23,492	24,133	25,439
医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士を1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等	223	224	235

在宅療養支援歯科診療所	・高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置 ・当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備 等	1	1,800	1,942	2,154
		2	6,926	6,875	6,888
在宅療養支援歯科病院	・過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療料3を合計18回以上の算定 ・高齢者の心身の特性等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師の1名以上の配置 等		—	—	22
小児口腔機能管理用の注3に規定する口腔管理体制強化加算 旧：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	・歯科医師の複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士をそれぞれ1名以上配置 ・在宅療養を担う保険医等との連携体制の整備、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等		11,795	12,736	14,498
在宅患者歯科治療時医療管理料	・当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されている ・歯科衛生士又は看護師の配置 等		8,735	9,141	9,983
歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出をした病院等と連携している診療所 ・緊急時の連携体制の確保 等		7,055	6,883	6,688
歯科訪問診療料の注15に規定する基準	・直近1か月の歯科診療のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満		40,361	40,651	41,210
在宅歯科医療推進加算	・歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち6割以上が歯科訪問診療1を算定 等		2,145	2,191	2,284
在宅歯科医療情報連携加算	・在宅での療養を行っている患者の診療情報等の他の保険医療機関等とのICTを用いた共有等 ・患者の診療情報等を共有している連携機関（特別の関係にあるものを除く）数が5以上 等		—	—	2249
口腔細菌定量検査	・当該療養を行うにつき、十分な経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。 ・当該保険医療機関内に口腔細菌定量分析装置を備えていること。		149	489	908
有床義歯咀嚼機能検査1のイ	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		605	611	644
有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		5,933	6,568	8,100
有床義歯咀嚼機能検査2のイ	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		202	210	153
有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		799	1,012	2,346
精密触覚機能検査	・当該検査に係る研修を受けた歯科医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		342	383	452
睡眠時歯科筋電図検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		485	576	663
う蝕歯無痛的高洞形成加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等		4,987	5,255	5,584

歯科画像診断管理加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った歯科医療機関 ・画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の配置	1	28	28	28
	・画像診断を専ら担当する常勤歯科医師により、すべての歯科用3次元エックス線断層撮影について画像情報等の管理等に応じて1及び2に区分	2	26	26	27
口腔粘膜処置	・当該処置を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該処置を行うにつき十分な機器を有している		16,381	16,882	17,513
口腔粘膜血管腫凝固術	・当該手術を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該手術を行うにつき十分な機器を有している		444	493	547
レーザー機器加算	・当該手術を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該手術を行うにつき十分な機器を有している		15,224	15,728	16,344
手術用顕微鏡加算	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師を1名以上配置 ・当該処置を行うにつき必要な機器の設置		7,142	8,250	9,312
CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置 ・保険医療機関内に歯科技工士を配置 等		57,726	58,317	58,926
手術時歯根面レーザー応用加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等		3,836	4,126	4,452
歯科技工加算 1 及び 2	・常勤の歯科技工士を配置している ・歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備している 等		6,699	6,584	6,600
歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算	・保険医療機関内における歯科技工士の配置又は他の歯科技工所との連携		—	—	323 15,027
歯科技工士連携加算 2	・保険医療機関内における歯科技工士の配置又は他の歯科技工所との連携 ・ガイドラインに準拠した体制での保険医療機関内の歯科技工士等との情報通信機器を用いた連携		—	—	83 12,752
光学印象	・歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上の配置 ・保険医療機関内での光学印象に必要な機器の保有		—	—	57 9,381
歯科麻酔管理料	・常勤の麻酔に従事する歯科医師が配置されている ・麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されている 等		151	152	153
歯周組織再生誘導手術	・歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が1名以上配置		8,056	8,143	8,329
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	・歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が2名以上配置 ・当該療養を行うにつき十分な体制 等		317	318	327
顎関節人工関節全置換術（歯科）	・緊急事態に対応するための体制その他療養を行うにつき必要な体制が整備されている ・当該医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されている 等		38	47	48
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科）	・関係学会により教育研修施設として認定された施設 ・頭頸部癌の治療について5年以上の経験を有し、所定の研修を修了している常勤の医師の1名以上の配置		—	—	30 0
歯根端切除手術の注 3	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師を1名以上配置 ・当該手術を行うにつき必要な機器の設置		6,546	7,571	8,566
クラウン・ブリッジ維持管理料	・クラウン・ブリッジの維持管理を行うにあたって、必要な体制が整備されている		68,656	68,037	67,244

歯科矯正診断料	・ 歯科矯正治療の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務している ・ 十分な専用施設 等	1,744	1,763	1,967
顎口腔機能診断料	・ 障害者総合支援法に基づく都道府県知事の指定 ・ 十分な専用施設 等	1,044	1,061	1,066

18 調剤

名称	施設基準の概要		届出薬局数		
			令和4年	令和5年	令和6年
調剤基本料1	・ 調剤基本料2、3-イ、3-ロ、3-ハ、特別調剤基本料以外（医療資源の少ない地域にある薬局は除く）		42,582	41,892	40,387
調剤基本料2	・ 次のいずれかに該当 ① 処方箋受付回数月4,000回超かつ処方箋集中度70%超 ② 処方箋受付回数月2,000回超かつ処方箋集中度85%超 ③ 処方箋受付回数月1,800回超かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付回数の合計が月4,000回超		1,393	1,443	1,916
調剤基本料3	・ 同一グループ薬局による処方箋受付回数が月3万5千回超4万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合において、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中度95%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	イ	2,837	2,752	2,668
	・ 同一グループ薬局による処方箋受付回数が月4万回超40万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合において、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中度85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	ロ	3,820	3,838	4,114
	・ 同一グループ薬局による処方箋受付回数が月40万回超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上であって、処方箋集中度が85%以下である場合	ハ	9,125	10,143	11,487
特別調剤基本料A	・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している。 ・ 特別な関係を有する保険医療機関の処方箋集中度が50%を超えている 等		—	—	635
調剤基本料1（注1のただし書に該当する場合）	・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域（施設基準告示別表第六の二）に所在 ・ 当該地域が中学校区内の医療機関数が10以下で許可病床数200床以上の病院がない ・ 処方箋受付回数が1月に2,500回以下 等		185	192	224

地域支援体制加算	・地域医療に貢献する体制を有することを示す実績を有する ・24時間調剤、在宅対応体制が整備されている ・在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制が整備されている 等 ・算定する調剤基本料、かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績等により1～4に区分	1	10,027	6,993	7,025
		2	11,701	10,915	10,522
		3	945	3,743	4,190
		4	454	1,865	2,745
連携強化加算	・他の保険薬局等との連携に係る体制が整備されている ・災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行う 等		5,619	13,094	41,190
後発医薬品調剤体制加算	・当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合に応じて1～3に区分 ・後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の見えやすい場所に掲示 等	1	12,530	10,617	7,887
		2	20,332	20,166	19,348
		3	12,165	17,093	23,979
無菌製剤処理加算	・2名以上の保険薬剤師がいる ・無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えている 等		4,474	5,231	6,572
在宅薬学総合体制加算 (旧：在宅患者調剤加算)	・在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている ・在宅業務に対応できる体制が整備されている 等	1	22,424	24,050	23,275
		2			4,081
医療DX推進体制整備加算	・オンライン資格確認を行う体制の確保 ・一定割合以上のマイナ保険証の利用率 等		—	—	48,372
特定薬剤管理指導加算2	・保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験を有する薬剤師が勤務している ・麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されている ・保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加している 等		7,942	8,274	8,660
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	・以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている ①保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験、当該保険薬局に週32時間以上勤務、1年以上在籍 ②薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得 ③医療に係る地域活動の取組に参画		35,382	36,664	38,153
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	・麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる ・高度管理医療機器の販売業の許可を受けている		5,223	5,848	7,867
在宅中心静脈栄養法加算	・高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は管理医用機器の販売業の届出を行っている		7,261	7,943	11,836
在宅患者訪問薬剤管理指導料	・在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている		54,875	55,791	56,774

1 9 その他

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和４年	令和５年	令和６年
入院時食事療養（Ⅰ）	・管理栄養士又は栄養士により行われている ・「厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する基準に該当する保険医療機関でない 等	7,979 1,169	7,952 1,125	7,761 1,048

主な選定療養に係る報告状況

- 保険医療機関等から地方厚生（支）局への報告が必要な事項のうち、主な事項について全国の状況を集計したものである。
- 現時点の集計値であり、今後修正の可能性はある。
- 届出状況については、地方厚生（支）局において閲覧に供することとしている。

1 特別の療養環境の提供

（1）特別の療養環境の提供に係る病床数の推移

区 分	令和3年7月1日現在		令和4年7月1日現在		令和5年7月1日現在		令和6年8月1日現在	
特別の療養環境の提供に係る 病床数（総病床数に占める割合）	床	%	床	%	床	%	床	%
1人室	167,888	(14.2)	183,075	(13.9)	182,959	(13.9)	182,544	(14.3)
2人室	35,882	(3.0)	39,346	(3.0)	38,173	(2.9)	36,770	(2.9)
3人室	3,938	(0.3)	4,021	(0.3)	4,102	(0.3)	3,688	(0.3)
4人室	36,987	(3.1)	40,314	(3.1)	40,790	(3.1)	41,705	(3.3)
合 計	244,695	(20.7)	266,756	(20.3)	266,024	(20.1)	264,707	(20.8)
当該医療機関における総病床数	1,182,575床		1,315,107床		1,320,748床		1,275,612床	

(2) 1日当たり徴収額 金額階級別病床数

① 令和3年7月1日現在

	～ 1,100円	～ 2,200円	～ 3,300円	～ 4,400円	～ 5,500円	～ 8,800円	～ 11,000円	～ 16,500円	～ 33,000円	～ 55,000円	～ 110,000円	110,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	5,991	11,652	19,311	14,870	26,534	37,327	19,033	19,509	11,037	2,240	334	50	167,888床	8,315円
2人室	6,853	10,204	7,624	3,283	3,635	2,775	1,028	444	34	2	0	0	35,882床	3,151円
3人室	939	1,124	766	374	286	352	52	39	6	0	0	0	3,938床	2,938円
4人室	9,412	11,662	7,352	1,980	3,229	3,310	28	12	2	0	0	0	36,987床	2,639円
合 計	23,195	34,642	35,053	20,507	33,684	43,764	20,141	20,004	11,079	2,242	334	50	244,695床	6,613円
													参考 最低 50円 最高 385,000円	

② 令和4年7月1日現在

	～ 1,100円	～ 2,200円	～ 3,300円	～ 4,400円	～ 5,500円	～ 8,800円	～ 11,000円	～ 16,500円	～ 33,000円	～ 55,000円	～ 110,000円	110,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,584	12,864	20,846	16,408	27,998	41,425	20,725	21,119	12,341	2,361	349	55	183,075床	8,322円
2人室	7,510	11,267	8,686	3,574	3,849	2,980	1,013	413	50	4	0	0	39,346床	3,101円
3人室	1,037	1,159	699	377	380	281	43	45	0	0	0	0	4,021床	2,826円
4人室	9,891	11,976	8,500	2,437	3,741	3,731	24	12	2	0	0	0	40,314床	2,705円
合 計	25,022	37,266	38,731	22,796	35,968	48,417	21,805	21,589	12,393	2,365	349	55	266,756床	6,620円
													参考 最低 50円 最高 385,000円	

③ 令和5年7月1日現在

	～ 1,100円	～ 2,200円	～ 3,300円	～ 4,400円	～ 5,500円	～ 8,800円	～ 11,000円	～ 16,500円	～ 33,000円	～ 55,000円	～ 110,000円	110,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,485	12,657	20,591	16,021	27,897	41,036	21,167	21,161	13,199	2,326	357	62	182,959床	8,437円
2人室	7,258	10,621	8,619	3,608	3,688	2,861	1,042	410	48	18	0	0	38,173床	3,137円
3人室	999	1,125	894	378	348	279	40	39	0	0	0	0	4,102床	2,808円
4人室	9,875	11,858	8,924	2,558	3,656	3,885	20	12	2	0	0	0	40,790床	2,724円
合 計	24,617	36,261	39,028	22,565	35,589	48,061	22,269	21,622	13,249	2,344	357	62	266,024床	6,714円
													参考 最低 50円 最高 385,000円	

④ 令和6年8月1日現在

	～ 1,100円	～ 2,200円	～ 3,300円	～ 4,400円	～ 5,500円	～ 8,800円	～ 11,000円	～ 16,500円	～ 33,000円	～ 55,000円	～ 110,000円	110,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,483	12,137	19,623	15,676	27,335	41,106	21,753	21,795	13,747	2,395	414	80	182,544床	8,625円
2人室	6,874	10,279	8,622	3,350	3,442	2,769	769	589	64	12	0	0	36,770床	3,149円
3人室	966	1,022	744	316	340	217	37	46	0	0	0	0	3,688床	2,778円
4人室	9,633	12,283	9,167	2,683	3,574	4,175	184	4	0	2	0	0	41,705床	2,780円
合 計	23,956	35,721	38,156	22,025	34,691	48,267	22,743	22,434	13,811	2,409	414	80	264,707床	6,862円
													参考 最低 50円 最高 385,000円	

2 病床数が200以上の病院において受けた初診

(1) 報告医療機関数（医科）の推移

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告病院数	1,164	1,152	1,146	1,157
				参考 徴収額の最低 200円 最高 16,500円 平均 6,516円

(2) 金額階級別医療機関数

※医科歯科併設の病院であって、それぞれ別途徴収額を定めている病院については、医科・歯科それぞれを1施設として集計している

① 令和3年7月1日現在

		～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	～ 6,600円	～ 7,700円	7,701円 ～	合計
病院数	医科	28	93	88	98	34	71	4	7	0	705	7	3	26	1,164
	歯科	29	43	38	44	19	272	4	4	0	218	3	1	16	691

② 令和4年7月1日現在

		～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	～ 6,600円	～ 7,700円	7,701円 ～	合計
病院数	医科	16	88	82	90	33	58	6	7	0	723	6	13	30	1,152
	歯科	5	39	33	43	19	280	3	4	0	231	2	2	18	679

③ 令和5年7月1日現在

		～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	～ 6,600円	～ 7,700円	7,701円 ～	合計
病院数	医科	15	75	82	88	29	57	5	8	1	44	2	690	50	1,146
	歯科	6	35	32	39	17	30	2	4	0	293	0	187	32	677

④ 令和6年8月1日現在

		～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	～ 6,600円	～ 7,700円	7,701円 ～	合計
病院数	医科	14	56	60	59	13	35	6	5	1	19	2	830	57	1,157
	歯科	6	23	22	26	6	19	4	2	0	355	1	207	37	708

3 病床数が200以上の病院において受けた再診

(1) 報告医療機関数（医科）の推移

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	730	745	768	896
				参考 徴収額の最低 330円 最高 11,000円 平均 3,359円

(2) 金額階級別医療機関数（令和6年8月1日現在）

		～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	5,501円 ～	合計
病院数	医科	7	4	3	2	4	826	7	12	4	13	14	896
	歯科	3	1	2	342	12	214	5	8	1	5	7	600

4 予約に基づく診察

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	797	866	902	928
				参考 予約料の最低 100円 最高 100,000円 平均 3,174円

5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	446	452	471	454
				参考 徴収額の最低 70円 最高 103,400円 平均 3,274円

6 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	547	537	430	368
参考 平均額(1歯につき)				99,470円
金合金				96,273円
白金加金				108,656円

7 金属床による総義歯の提供

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	6,057	5,824	5,389	4,652
参考 平均額(1床当たり)				300,275円
白金加金(上顎)				498,229円
白金加金(下顎)				508,125円
金合金(上顎)				457,882円
金合金(下顎)				460,793円
コバルトクロム合金(上顎)				265,282円
コバルトクロム合金(下顎)				275,821円
チタン合金(上顎)				347,501円
チタン合金(下顎)				354,845円
その他の金属(上顎)				267,039円
その他の金属(下顎)				263,320円

8 う蝕に罹患している患者の指導管理

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	4,255	4,179	3,919	3,387
参考 平均額				1,496円
フッ化物局所応用(1口腔1回につき)				1,470円
小窩裂溝填塞(1歯につき)				1,612円

9 入院期間が180日を超える入院

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	506	584	421	393
			参考 徴収した料金(1人1日当たり)	最低 500円 最高 3,007円 平均 2,014円

10 医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて受けた診療

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	889	935	887
内訳（複数選択有り）			
検査	240	235	249
リハビリテーション	640	695	631
精神科専門療法	9	5	7

令和6年8月1日現在

① 検査

検査	報告医療機関数	徴収した料金（最低）	徴収した料金（最高）	徴収した料金（平均額）
	延べ合計 616			
α-フェトプロテイン	181	420円	5,500円	1,357円
癌胎児性抗原（CEA）	181	550円	5,500円	1,465円
前立腺特異抗原（PSA）	151	500円	8,680円	1,692円
CA19-9	103	500円	5,500円	1,595円

② リハビリテーション

検査	報告医療機関数	徴収した料金（最低）	徴収した料金（最高）	徴収した料金（平均額）
	延べ合計 2048			
心大血管疾患リハビリテーション料	139	250円	4,000円	2,129円
脳血管疾患等リハビリテーション料	575	200円	8,250円	2,640円
廃用症候群リハビリテーション料	387	300円	5,500円	1,869円
運動器リハビリテーション*	592	300円	5,500円	1,949円
呼吸器リハビリテーション料	359	649円	5,500円	1,918円

③ 精神科専門療法

検査	報告医療機関数	徴収した料金（最低）	徴収した料金（最高）	徴収した料金（平均額）
	延べ合計	7		
精神科ショート・ケア	2	3,000円	3,300円	3,150円
精神科デイ・ケア	4	200円	7,700円	2,800円
精神科ナイト・ケア	0	0円	0円	0円
精神科デイ・ナイト・ケア	1	600円	600円	600円

1 1 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	927	1,000	1,066	1,206
参考				平均額（1眼当たり） 285,997円
				多焦点後房レンズ 287,511円
				挿入器付後房レンズ 285,496円

1 2 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解等

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	—	—	—	160
参考				徴収した料金(1人当たり)
				最低 3,979円
				最高 77,000円
				平均 21,118円

13 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用

	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在	令和6年8月1日現在
報告医療機関数	—	—	—	54
参考				徴収した料金(1人当たり)
				最低 2,375円
				最高 31,770円
				平均 9,439円

医療DX推進体制整備加算等 の要件の見直しについて

令和6年6月から9月までに適用

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

➤ オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算</u>	<u>8点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算（歯科点数表初診料）</u>	<u>6点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）</u>	<u>4点</u>



[算定要件（医科医療機関）]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

[施設基準（医科医療機関）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
(調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。(経過措置 令和7年9月30日まで)**
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。(令和6年10月1日から適用)
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

令和6年6月から令和7年3月までに適用

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

➤ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

<u>(新)</u>	<u>在宅医療DX情報活用加算</u>	<u>10点</u>
<u>(新)</u>	<u>在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料）</u>	<u>8点</u>
<u>(新)</u>	<u>訪問看護医療DX情報活用加算</u>	<u>5点</u>



〔対象患者（医科医療機関）〕

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

〔算定要件（医科医療機関）〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に8点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

〔施設基準（医科医療機関）〕

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) （医科）居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- (4) （医科）電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）**
- (6) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (7) (6)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し

中医協 総－9
6. 7. 17改

令和6年6月～9月

医療DX推進体制整備加算	8点
医療DX推進体制整備加算（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算（調剤）	4点

※初診時に所定点数を加算

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）
～中略～

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）

令和6年10月～令和7年3月

医療DX推進体制整備加算 1	11点
医療DX推進体制整備加算 1（歯科）	9点
医療DX推進体制整備加算 1（調剤）	7点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**十分な実績**を有していること。

（新）マイナポータルでの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算 2	10点
医療DX推進体制整備加算 2（歯科）	8点
医療DX推進体制整備加算 2（調剤）	6点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**必要な実績**を有していること。

（新）マイナポータルでの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算 3	8点
医療DX推進体制整備加算 3（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算 3（調剤）	4点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**実績**を有していること。

マイナ保険証利用率（案）（注）利用率は通知で規定

利用率実績	令和6年7・8月～	令和6年10・11月～
適用時期	令和6年10月～	令和7年1月～
加算 1	15%	30%
加算 2	10%	20%
加算 3	5%	10%

※ 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。ただし、令和6年10月～令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。

※ 令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附意見書を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

令和6年6月～11月

初診時	医療情報取得加算 1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算 2（マイナ保険証の場合）	1点
再診時（3月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算 3（現行の保険証の場合）	2点
	医療情報取得加算 4（マイナ保険証の場合）	1点

調剤時（6月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算 1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算 2（マイナ保険証の場合）	1点

令和6年12月～

初診時	医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算	1点

調剤時（12月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算	1点

医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- マイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年12月2日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことやこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療DX推進のための体制を整備するために必要な見直しを行う。
- 電子処方箋の要件については、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



	改定後		
	(医科)	(歯科)	(調剤)
医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	なし
医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	なし
医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	なし

マイナ保険証利用率実績（令和7年4～9月）		
医療DX推進体制整備加算 1・4	30%※1	→ 45%
医療DX推進体制整備加算 2・5	20%※1	→ 30%
医療DX推進体制整備加算 3・6	10%※1	→ 15%※2

※1 加算1～3における令和7年1～3月のマイナ保険証利用率実績。

※2 **「小児科特例」**：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。

（注2）令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

【施設基準】

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科・歯科）医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- （4）（医科・歯科）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1～3のみ）
（調剤）電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。（加算1～3のみ）
- （5）**電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）**
- （6）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- （7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- （8）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- （9）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

在宅医療DX情報活用加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- 電子処方箋の要件について、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



改定後

（医科（※））（歯科訪問診療料）

在宅医療DX情報活用加算 1

11点

9点

在宅医療DX情報活用加算 2

9点

8点

（※）在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象

〔施設基準（医科医療機関）〕（要旨）

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科）居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- （4）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1のみ）
- （5）**電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）**
- （6）（2）の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所やウェブサイトに掲示していること。

医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱いに係る答申書附帯意見

(令和6年7月17日)

- 1 医療DX推進体制整備加算に係る令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件の設定に当たっては、令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、本年末を目途に、マイナ保険証の利用状況、保険医療機関・保険薬局における利用促進に向けた取組状況等、実態を十分に勘案した上で検討、設定すること。
- 2 医療DX推進体制整備加算について、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備状況や運用の実態等を十分に確認した上で、評価のあり方及び必要な対応について検討すること。

(令和7年1月29日)

- 1 医療DX推進体制整備加算に係る令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件の設定に当たっては、マイナ保険証利用率の更なる向上に向け、本年7月頃を目途に、マイナ保険証の利用状況、保険医療機関・保険薬局における利用促進に関する取組状況等、実態を十分に勘案した上で検討、設定すること。
- 2 電子処方箋については、令和7年度夏を目途に見直しを行うこととされている電子処方箋に関する新たな目標の達成等に資するよう、その評価の在り方及び実効的な措置について、次期診療報酬改定に向けて検討すること。

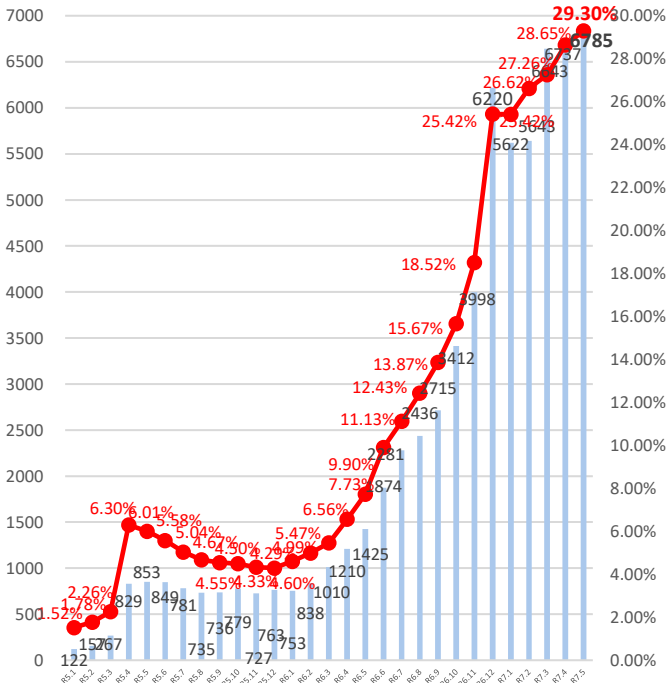
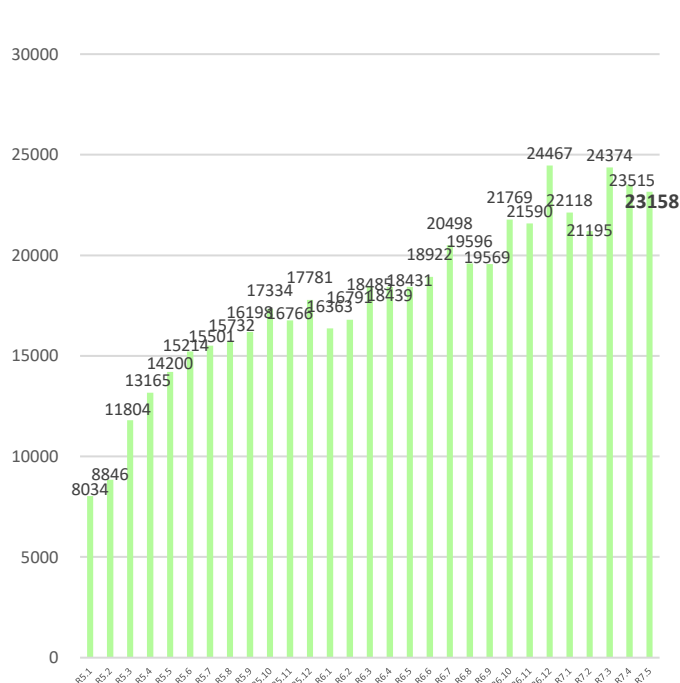
オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

■ オンライン資格確認の利用件数（万件）

■ マイナ保険証の利用件数（万件）

● 利用率



【5月分実績の内訳】

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	17,389,262	8,428,139	8,961,123
内科診療所	97,532,332	26,804,226	70,728,106
歯科診療所	19,081,861	8,132,566	10,949,295
薬局	97,573,866	24,488,093	73,085,773
総計	231,577,321	67,853,024	163,724,297

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	2,471,406	1,021,529	4,228,686
内科診療所	7,737,708	8,466,267	20,309,726
歯科診療所	2,176,112	1,726,083	2,147,371
薬局	7,698,061	6,702,890	12,860,158
総計	20,083,287	17,916,769	39,545,941

<参考>

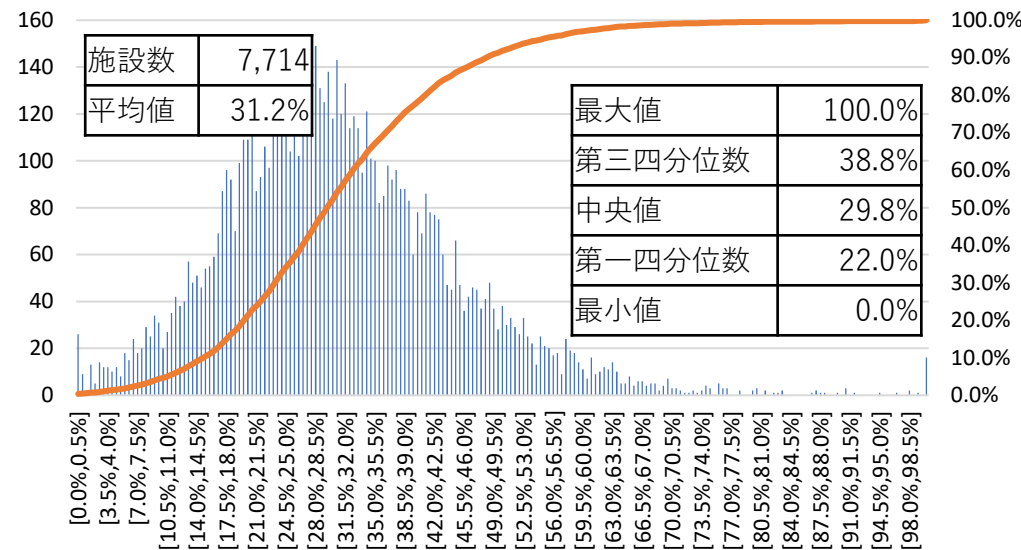
令和7年5月のマイナ保険証利用人数（2,896万人）から、当該月に医療機関に受診した人の推計値（6,716万人）を用いて、一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合（推計値）を算出すると以下のとおり。

医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合	43.1%
医療機関受診者（MNC保有者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	54.9%
医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	63.8%

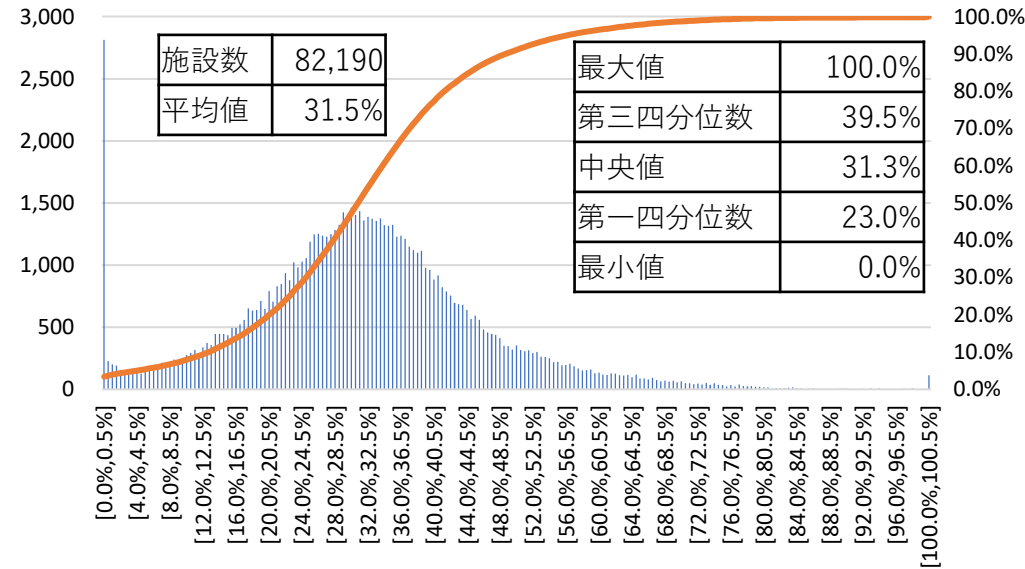
※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。
※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和7年1月までは医療保険医療費データベースによる実績値、2～5月は過去の伸び率から推計して算出。
患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外＋歯科の受診率を用いて推計し算出。
※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者（78.6%）やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者（86.0%）を用いて推計。

> 保険証利用率（レセプト件数ベース・4月実績）について

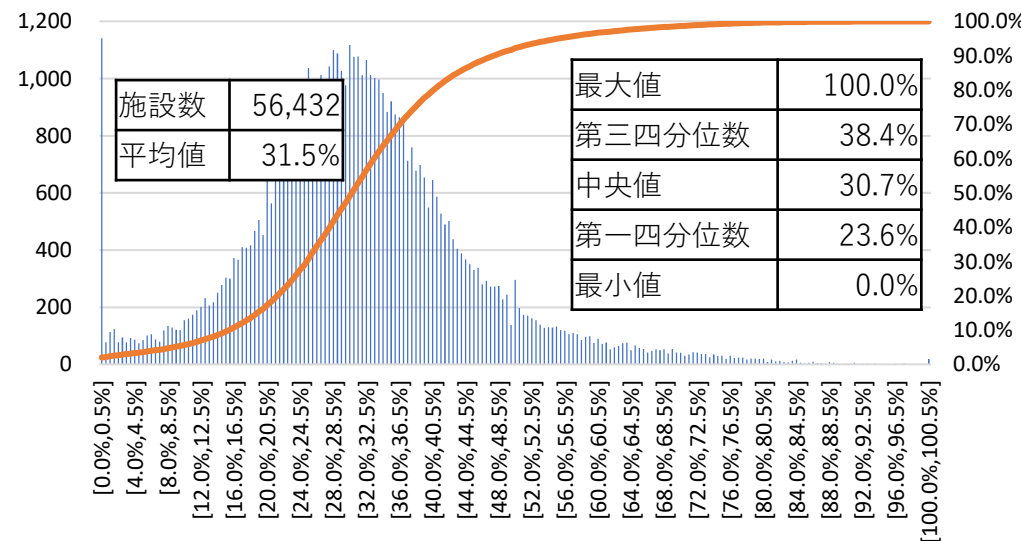
マイナ保険証利用率（病院・レセ・4月実績）



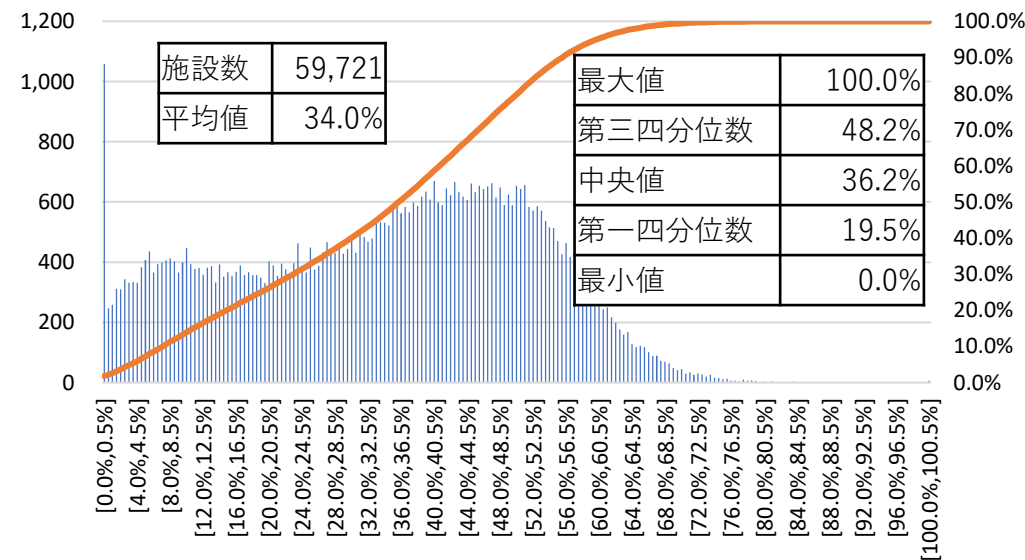
マイナ保険証利用率（医科診療所・レセ・4月実績）



マイナ保険証利用率（歯科診療所・レセ・4月実績）



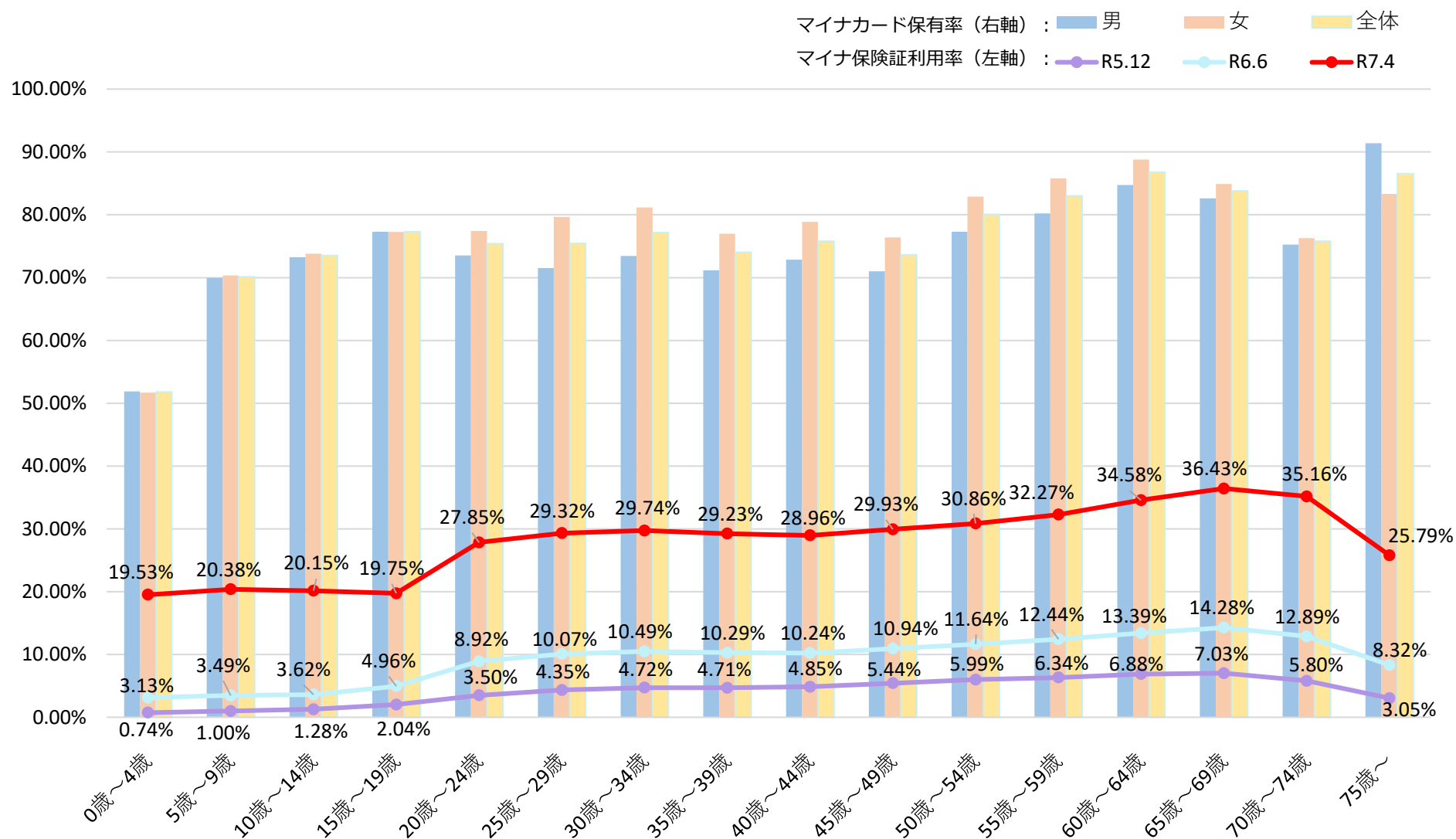
マイナ保険証利用率（薬局・レセ・4月実績）



※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト枚数
 ※ レセプト枚数50以上等の施設を対象に算出

■ 施設数 ■ 累積割合

マイナ保険証利用率オンライン資格確認件数ベース（年齢階層別）



※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

※マイナカード保有率は令和7年3月時点のデータ

(参考) 小児科特例の届出状況

- 東京都の届出状況としては、医療DX推進体制整備加算を算定している医療機関のうち、小児科特例を届出している医療機関は5.1%であった。
- また、医療DX推進体制整備加算を算定している医療機関のうち、小児科特例を届出している医療機関でマイナ保険証利用率が12%以上15%未満に該当している医療機関は0.2%であった。

	医療機関数	割合
① 医療DX推進体制整備加算の届出医療機関数	7,074医療機関	
② ①のうち小児科特例を届出している医療機関数	363医療機関	5.1%
③ ②のうちマイナ保険証利用率が12%以上15%未満の医療機関数	15医療機関	0.2%

新生児へのマイナンバーカード・資格確認書の交付

12月2日より、申請日に1歳未満の者に対しては顔写真なしマイナンバーカード（5歳の誕生日を迎えるまで利用可）が交付される。マイナ保険証による受診を希望しない場合には、資格確認書の交付を受けることが可能。

顔写真なしマイナンバーカード

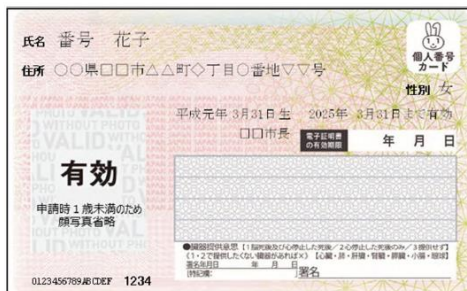
- 申請から原則1週間で発行される特急発行の対象
- 出生届と同時に新生児のマイナンバーカードの申請を行うことが可能（申請様式の一体化）
- 医療機関等でのオンライン資格確認には、4桁の暗証番号の入力が必要（顔認証、目視モードは不可）
- 保険者で加入手続・登録後に、マイナ保険証の利用登録が可能

※将来的にこども医療費の受給者証もマイナンバーカードと一体化されれば、マイナンバーカード1枚で受診可に

資格確認書

- 保護者に、新生児のマイナ保険証の利用登録をする意向がない場合は、保険者への加入手続時に資格確認書を交付して差し支えない
- 保護者にマイナ保険証の利用登録の意向がある場合は、保護者の希望に応じて、資格確認書を交付しない又は短期間の有効期限の資格確認書を交付することも考えられる

（顔写真なしマイナンバーカードのイメージ）



こどもが生まれた際の保険者への加入手続時に、保護者の意向に沿って、顔写真なしマイナンバーカードでの受診・資格確認書での受診いずれかを選んで保険診療を受けることが可能。

マイナンバーカードの特急発行・交付について

現在、カードの申請から交付まで約1カ月程度を要しているところ、特に速やかな交付が必要となる場合を対象に、原則1週間でカードを交付する特急発行・交付の仕組みを12月2日より開始。

- ・ 対象者：1歳未満の乳児、カード紛失者、券面の追記欄が埋まった者、カードを破損・汚した者 等

※ 必ずしも本人の意思によらずカードが使えなくなった場合が対象であり、
全てのケースで特急発行の対象とはならない（例：カードの有効期限満了に伴う交付は対象外）

- ・ 申請時に来庁して本人確認を行った上で、郵送（簡易書留郵便等）でカードが送付される。
- ・ 特急発行の申請が可能となるのは、カードの交付を速やかに受ける事由（紛失届をした日など）が生じた日から起算して30日間。

（参考）カードの申請方法（通常の発行の場合）

手元にあるカードを残したまま、更新等を行う場合には、交付時来庁方式（郵送・オンラインで申請を行い、交付時に対面での本人確認）による申請が可能。

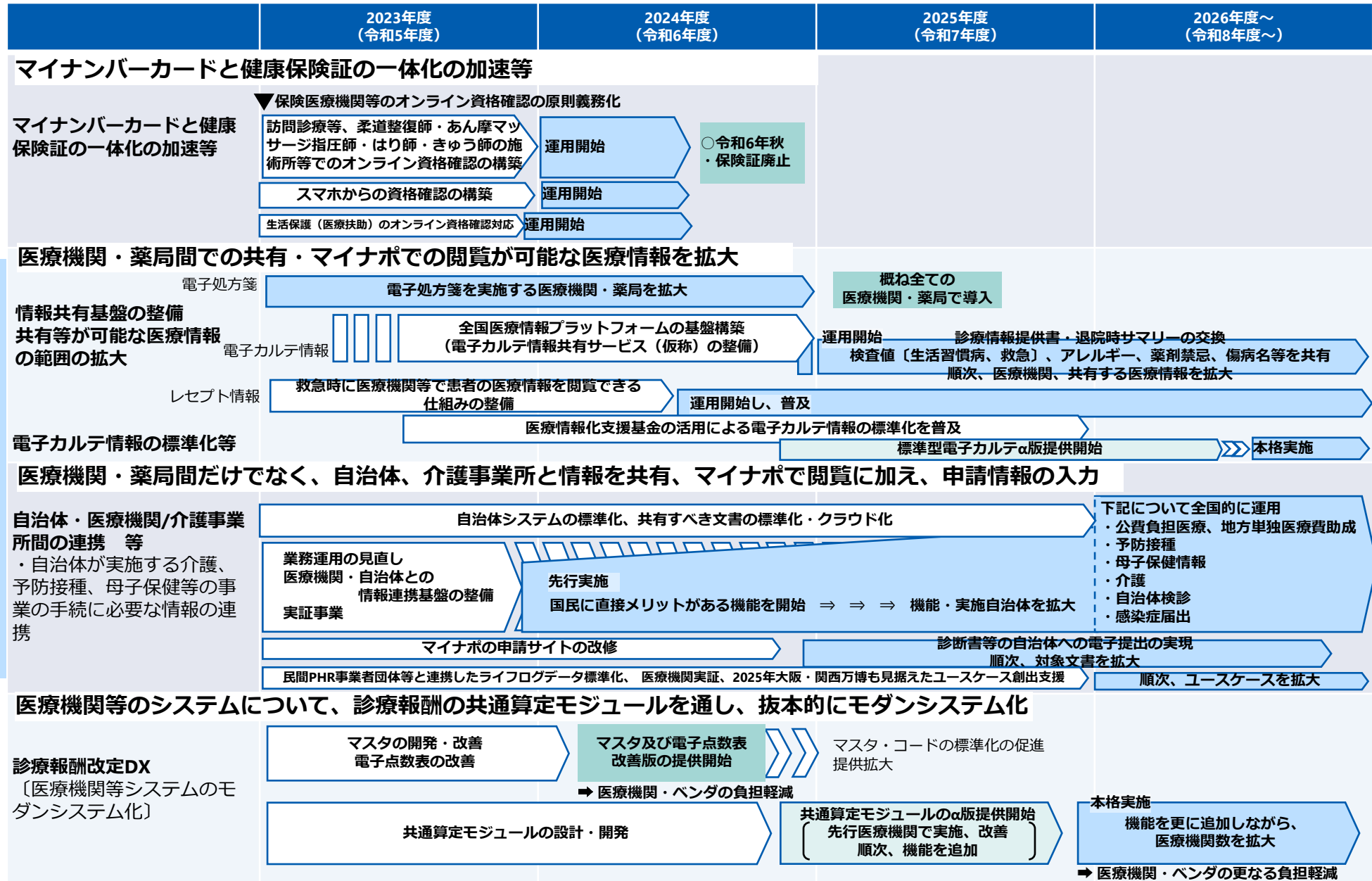
※このほか、申請時来庁方式（申請時に対面での本人確認を受け、本人限定受取郵便等で交付）や、福祉施設等への出張申請による対応も可。

（参考）カードの紛失時の対応

- ① 利用停止：マイナンバー総合フリーダイヤル（0120-95-0178）に電話、24時間365日対応
- ② 再交付申請：左記の申請方法により対応

※ 再交付申請を行って新たなカードを受け取るまでの間、保険者に対して資格確認書の交付申請も可能。

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



電子カルテ情報共有サービスの概要

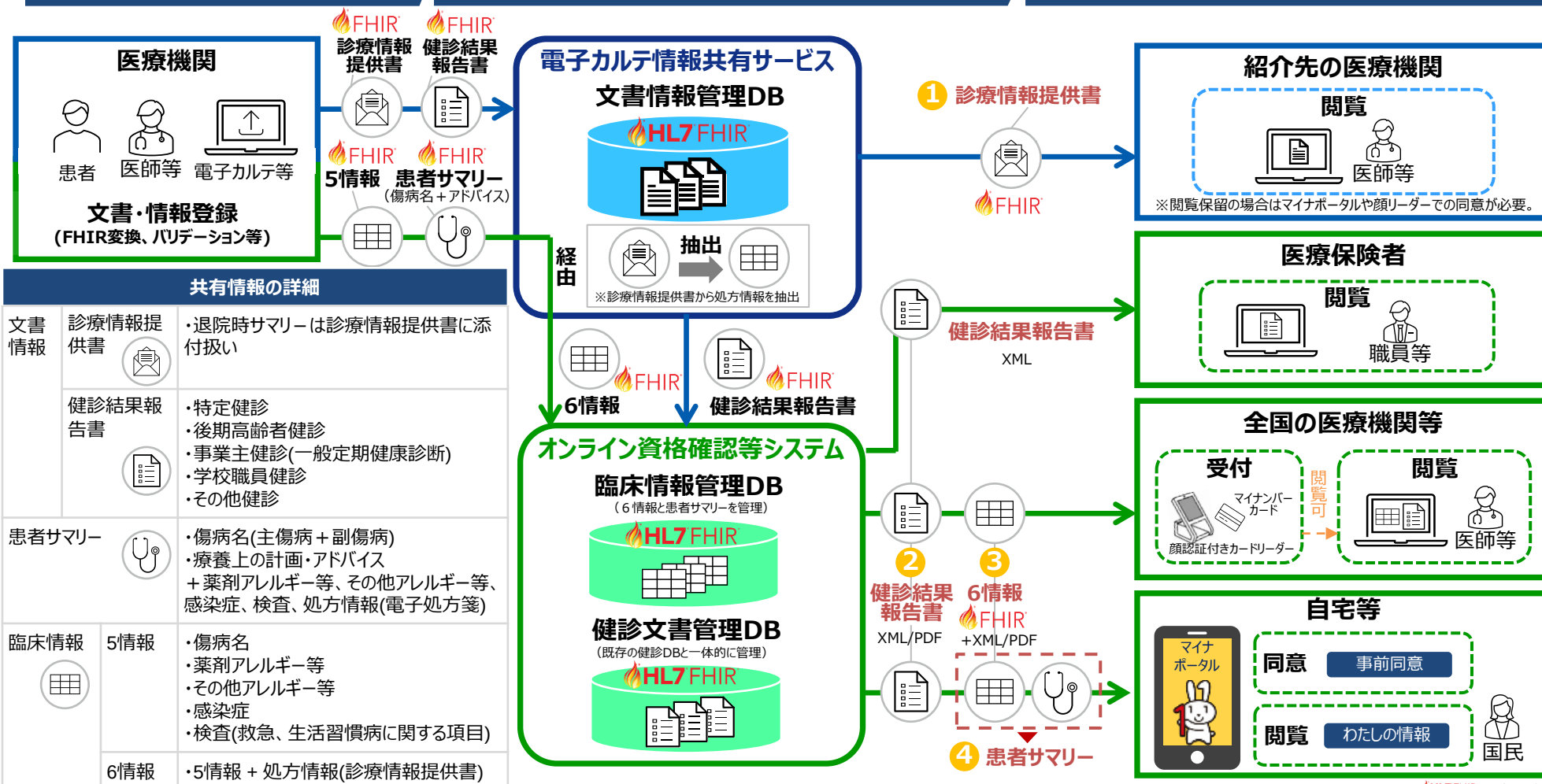
令和6年6月版

- ① 診療情報提供書送付サービス：診療情報提供書を電子で共有できるサービス。（退院時サマリーについては診療情報提供書に添付）
- ② 健診結果報告書閲覧サービス：各種健診結果を医療保険者及び全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- ③ 6情報閲覧サービス：患者の6情報を全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- ④ 患者サマリー閲覧サービス：患者サマリーを本人等が閲覧できるサービス。

登録

保存管理

取得・閲覧



3文書6情報の概要

3文書

No	文書項目	概要	記述仕様	宛先指定	添付	電子署名	保存期間
1	健康診断結果報告書	特定健診、事業主健診、学校職員健診、人間ドック等を対象	HS037 健康診断結果報告書 HL7 FHIR記述仕様	なし	不可	不要	オンライン資格確認等システムに5年間保存
2	診療情報提供書	対保険医療機関向けの診療情報提供書を対象	HS038 診療情報提供書 HL7FHIR記述仕様	必須	可能	任意	電子カルテ情報共有サービスに6か月間保存。 但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。
3	退院時サマリー	退院時サマリーを対象 ※診療情報提供書の添付(任意)としての取り扱い	HS039 退院時サマリー HL7FHIR記述仕様	なし	可能	不要	

6情報

No	情報項目	概要	対象となるFHIRリソース	主要コード	長期保管フラグ	未告知/未提供フラグ	顔リーダー 閲覧同意区分	保存期間 (オン資)
1	傷病名	診断をつけた傷病名	Condition	<u>ICD10対応標準病名マスターの 病名管理番号</u>	あり	あり	傷病名 +手術情報 +感染症	5年間分
2	感染症	梅毒STS、梅毒TP、HBs(B型肝炎)、HCV(C型肝炎)、HIVの分析物に関する検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある <u>JLAC(10/11)</u> コード	あり	—		5年間分
3	薬剤アレルギー等	診断をつけた薬剤禁忌アレルギー等情報 (医薬品、生物学的製剤)	Allergy Intolerance	<u>YJコード（及び派生コード※）</u> テキスト (※銘柄を指定できない場合に限り、 下3桁をzzz（一般名処方マスタに相当）で記載する。先頭にメタコードを付与する)	あり	—	診療+お薬 +アレルギー等 +検査	5年間分
4	その他アレルギー等	診断をつけた薬剤以外のアレルギー等情報 (食品・飲料、環境等)	Allergy Intolerance	<u>J-FAGYコード</u> テキスト (J-FAGYで表現できないものはテキスト入力する)	あり	—		5年間分
5	検査	臨床検査項目基本コードセット(生活習慣病関連の項目、救急時に有用な項目)で指定された43項目の検体検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある <u>JLAC(10/11)</u> コード	—	—		1年間分 もしくは 直近3回分
6	処方	※直接登録は行わない (文書から抽出した処方はこちら)	Medication Request	<u>YJコード（及び派生コード※）</u> (※銘柄を指定できない場合に限り、 下3桁をzzz（一般名処方マスタに相当）で記載する)	—	—		100日間分 もしくは 直近3回分

医療機関への補助（電子カルテ情報標準規格準拠対応事業）

健康・医療・介護情報活用検討会
第22回 医療等情報活用ワーキンググループ
(令和6年6月10日)

- 病院（20床以上）において、電子カルテ情報共有サービスに接続することを前提に、電子カルテ情報・文書をFHIRに基づいた形式に変換し、電子的に送受信するために必要な改修等にかかる費用について、以下の補助率及び上限額で補助。

（補助の対象）

- ①電子カルテシステムに標準規格化機能を導入する際にかかる費用（システム改修・標準規格変換機能整備費用、システム適用作業等費用（SE費用、ネットワーク整備等）
②健康診断部門システムと電子カルテシステム連携費用

1. 健診実施医療機関の場合（健診部門システム導入済医療機関）

補助率及び補助上限（交換・共有する電子カルテ情報が**3文書6情報**）

	大規模病院 (病床数200床以上)	中小規模病院 (病床数199床～20床)
補助内容	6,579千円 を上限に補助 (事業額の13,158千円を上限に その 1/2 を補助)	5,457千円 を上限に補助 (事業額の10,913千円を上限に その 1/2 を補助)

※ 3文書（①診療情報提供書、②退院時サマリ、③健診結果報告書）

※ 6情報（①傷病名、②薬剤アレルギー等、③その他アレルギー等、④感染症、⑤検査（救急、生活習慣病）⑥処方情報）

2. 健診未実施医療機関の場合（健診部門システム未導入医療機関）

補助率及び補助上限（交換・共有する電子カルテ情報が**2文書6情報**）

	大規模病院 (病床数200床以上)	中小規模病院 (病床数199床～20床)
補助内容	5,081千円 を上限に補助 (事業額の10,162千円を上限に その 1/2 を補助)	4,085千円 を上限に補助 (事業額の8,170千円を上限に その 1/2 を補助)

※ 2文書（①診療情報提供書、②退院時サマリ）

※ 6情報（①傷病名、②薬剤アレルギー等、③その他アレルギー等、④感染症、⑤検査（救急、生活習慣病）⑥処方情報）

- 令和6年3月～「医療機関等向け総合ポータルサイト」で医療機関からの申請受付開始

電子カルテ情報共有サービスのモデル事業について

◆ 目的

- 電子カルテ情報共有サービスに対応する、標準規格準拠対応機能を導入した医療機関を対象として、患者情報の一部を医療機関間で電子的に共有することにより、電子カルテ情報共有サービスの有用性や機能検証、課題を収集することにより、さらなる活用方策について検討を図ることを目的とする。

◆ 実施予定時期

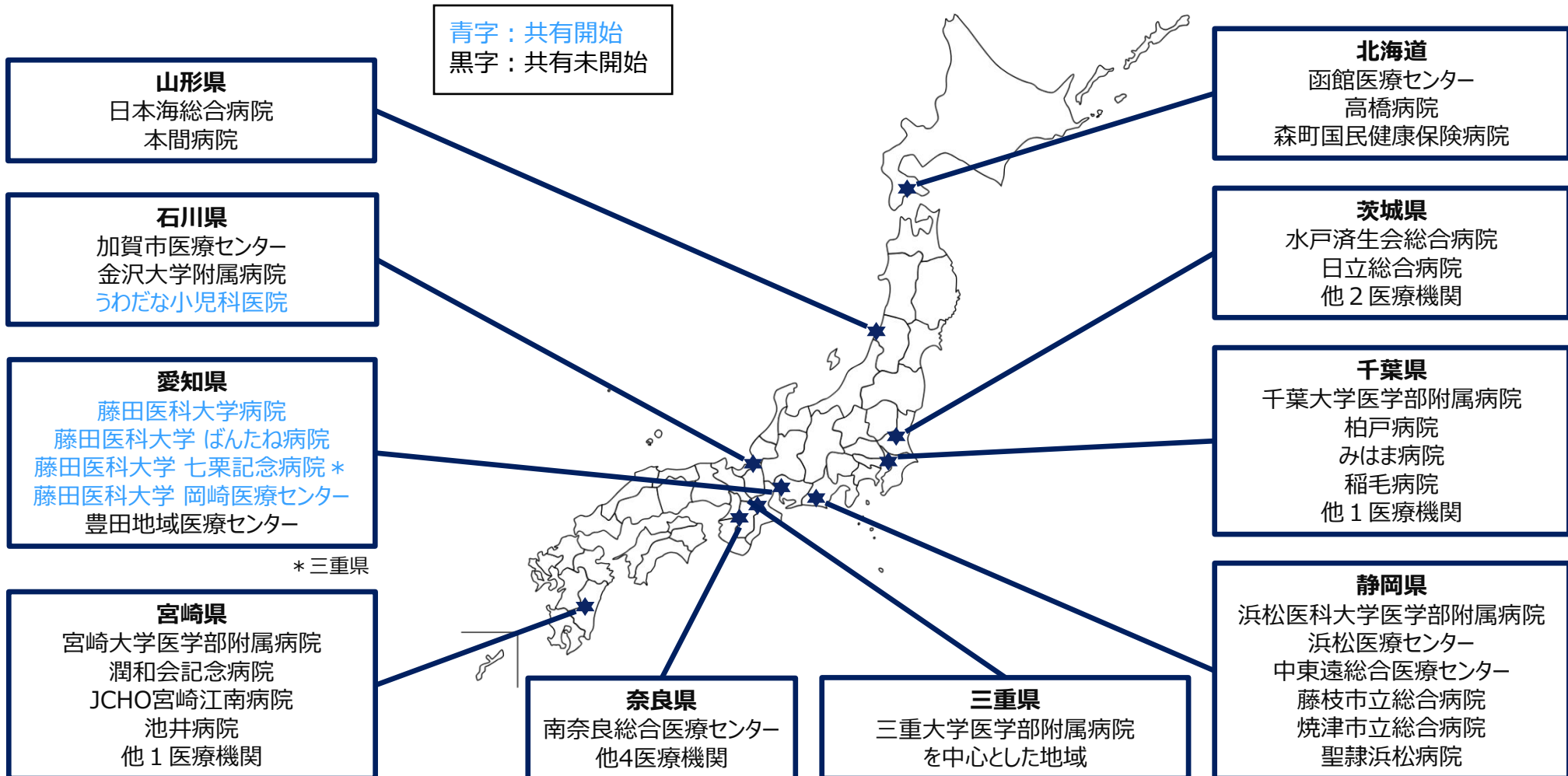
- 令和7年1月以降から順次開始予定（終了時期は検討中）

◆ 対象施設

- 医療DXにて想定する情報共有の有用性を検証するため、数か所の地域でのモデル実施を想定
- 各地域では、中核となる病院に加え、中核病院と連携する複数の病院・診療所の組合せを想定
- その他の詳細な施設要件
 - オンライン資格確認システムが導入・運用されている医療機関

モデル事業参加医療機関(予定含む)

令和7年2月3日から、愛知県(藤田医科大学及び関連3医療機関)でモデル事業を開始。他地域も順次開始予定。
モデル事業内では、全国展開を見据え、システムのみならず現場の運用等について検証を行う予定。



電子カルテ情報共有サービスのモデル事業期間中における医療情報提供の方法について

健康・医療・介護情報利活用検討会
第24回 医療等情報利活用ワーキンググループ
(令和7年3月13日) 資料1-1

電子カルテ情報共有サービスに医療機関から必要な電子カルテ情報を登録することについて、モデル事業においては以下の通り実施する。

- モデル事業においては、個人情報保護法第27条第5項第1号の規定に基づき、医療機関と支払基金で委託契約※を締結し、医療機関から支払基金に対して電子カルテ情報の共有について委託を行うことにより、医療機関から支払基金への情報登録に関する本人同意を不要とする。

※ モデル事業参加医療機関は医療機関等向け総合ポータルサイトから「電子カルテ情報共有サービスにおける電子カルテ情報共有事務に関する委託契約書」および「個人情報の取扱いに関する委託契約書」を取得し、委託契約を行う。

- 情報の取り扱いに関する周知（院内またはHPでの掲示）を併せて行う。

○個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）

（第三者提供の制限）

第二十七条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

一 法令に基づく場合

二～七 （略）

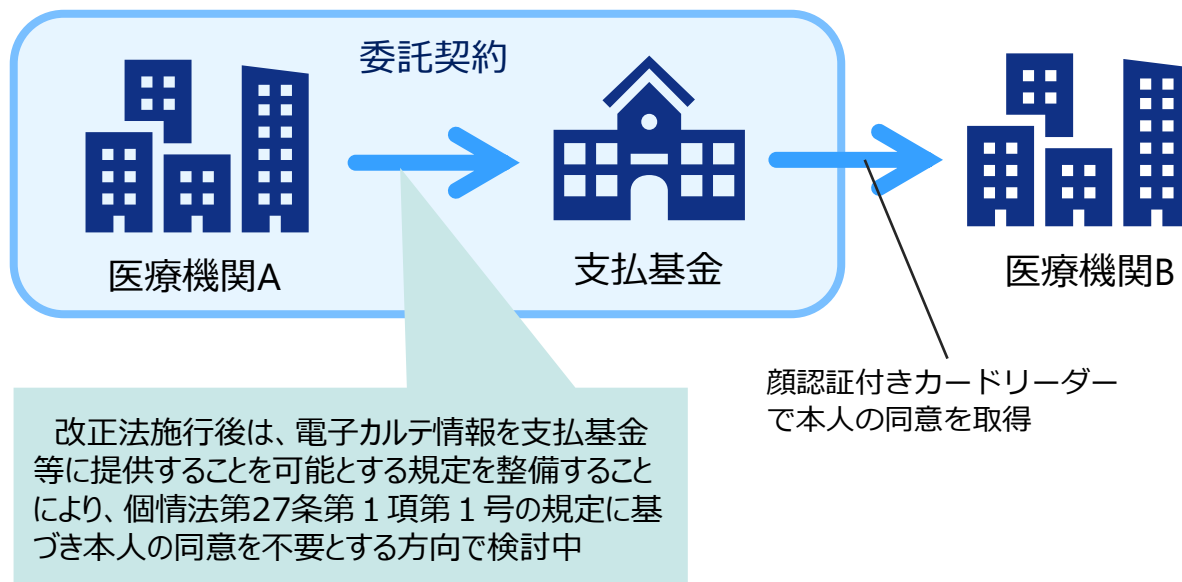
2～4 （略）

5 次に掲げる場合において、当該個人データの提供を受ける者は、前各項の規定の適用については、第三者に該当しないものとする。

一 個人情報取扱事業者が利用目的の達成に必要な範囲内において個人データの取扱いの全部又は一部を委託することに伴って当該個人データが提供される場合

二・三 （略）

6 （略）



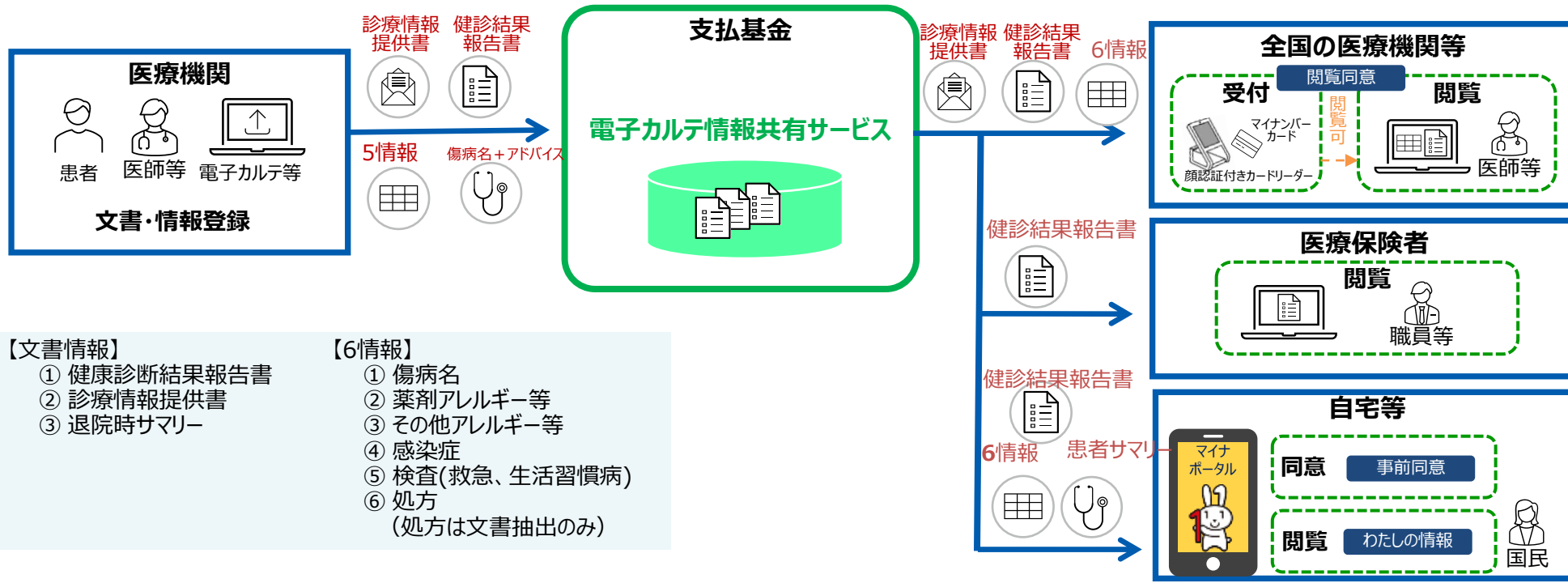
制度の概要

- 全国の医療機関等において、電子カルテ情報を共有・閲覧することができるようにする。
 - ・医療機関が3文書（健診結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー）と6情報（傷病名や検査等）を電子的に共有できるようにする。
 - ・患者が自身のマイナポータルで健診結果報告書や6情報を閲覧できるようにする。医療保険者にも健診結果報告書を電子的共有する。
- 以下の内容を法律に規定。
 - ① 医療機関等は、3文書6情報を支払基金等に電子的に提供することができる旨を法律に位置づける。
個人情報保護法の例外として、提供する際の患者の同意取得を不要とする。他の医療機関が閲覧する際には患者の同意が必要。
 - ② 支払基金等は、3文書6情報を、電子カルテ情報共有サービス等以外の目的には使用してはならない。
 - ③ システムの運用費用は医療保険者等が負担する。
 - ④ 地域医療支援病院等の管理者に3文書・6情報の共有に関する体制整備の努力義務を設ける。

登録

保存管理

取得・閲覧





1. 電子処方箋の新目標

- 電子処方箋については、「概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる」※¹ こととしていた。
2025年6月時点で運用開始済の薬局は8割を超えており、薬局については今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれる。
一方、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要であるため、**電子処方箋の新たな目標では、電子カルテ／共有サービスと一体的な導入を進めることとし、「患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す」。**
歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

※1 医療DXの推進に関する工程表 2023.6.2 医療DX推進本部

2. 電子カルテ／共有サービスの普及策

- 電子カルテについては、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」※¹ こととしている。この目標達成に向け、オンプレ型で、かつ、カスタマイズしている現行の電子カルテから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする廉価なものへと移行することを図りつつ、
 - ① 電子カルテ導入済の医療機関※² には、次回更改時に、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等の実施、
 - ② 電子カルテ未導入の医療機関※² には、**共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入**を進める。
- ※2 医科診療所／病院が対象。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

今後の主な対応方針

- 標準型電子カルテ（デジタル庁で開発中）について、本格運用の具体的内容を2025年度中に示した上で、**必要な支援策の具体化を検討するとともに、2026年度中目途の完成を目指す。**
- 併せて、標準型電子カルテの要件※³ を参考として、**医科診療所向け電子カルテの標準仕様（基本要件）を2025年度中に策定する。**
※3 小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、①共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応、②ガバメントクラウドへの対応が可能となり、かつ、1つのシステムを複数の医療機関で共同利用することで廉価なサービス提供が可能となるマルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービスとする、③関係システムへの標準APIを搭載する、④データ引き継ぎが可能な互換性を確保すること等を要件とする方向。
- **2026年夏までに、電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画を策定する。**

医療DX推進体制整備加算等に関する課題と論点

課題

(医療DX推進体制整備加算について)

- 医療DX推進体制整備加算に係る**令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件**については、令和7年1月29日の中医協答申書附帯意見において、「マイナ保険証利用率の更なる向上に向け、本年7月頃を目途に、マイナ保険証の利用状況、保険医療機関・保険薬局における利用促進に関する取組状況等、実態を十分に勘案した上で検討、設定すること」とされている。
- マイナ保険証利用率について、年齢階層別にみると、小児の利用率が成人と比較して低い状況が継続している。

(医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算について)

- 医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算に係る**電子カルテ情報共有サービスの導入要件の経過措置が令和7年9月末で終了**するところ。
- 令和6年7月17日の中医協答申書附帯意見において、「電子カルテ情報共有サービスの整備状況や運用の実態等を十分に確認した上で、評価のあり方及び必要な対応について検討すること。」とされている。



論点

- 現状のマイナ保険証利用率や年齢階層別に利用率が異なることを踏まえ、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件や「小児科特例」について、次のページのとおりとしてはどうか。
- 電子カルテ情報共有サービスの議論の進捗状況を踏まえ、令和7年10月以降の評価のあり方について、次のページのとおりとしてはどうか。

医療DX推進体制整備加算・在宅医療DX情報活用加算の見直しについて（案）

- 医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、これまでの利用率の実績や令和7年12月1日に発行済みの健康保険証への経過措置が終了することを踏まえ、今後もより多くの医療機関・薬局で医療DX推進のための体制を整備いただきつつ、時期に応じたメリハリのある評価とするため、マイナ保険証利用率の**実績要件を、令和7年10月から令和8年2月までと令和8年3月から同年5月までの2つの時期に分けて新たに設定**する。
- 「**小児科特例**」について、これまでの年齢階級別の利用実績を踏まえ、**対応を継続**する。
- 電子カルテ情報共有サービスについては、先の通常国会に提出された「医療法等の一部を改正する法律案」の成立・施行により本格稼働となるところ、現在、当該法律案が未成立であることや電子カルテ情報共有サービスに関する対応等を踏まえ、**経過措置を令和8年5月31日まで延長**する。

マイナ保険証利用率（案）

利用率実績	R6.7～	R6.10～	R7.1～	R7.7～	R7.12～
適用時期	R6.10.1～R6.12.31	R7.1.1～R7.3.31	R7.4.1～R7.9.30	R7.10.1～R8.2.28	R8.3.1～R8.5.31
加算1・4	15%	30%	45%	<u>60%</u>	<u>70%</u>
加算2・5	10%	20%	30%	<u>40%</u>	<u>50%</u>
加算3・6	5%	10%	15%※1	<u>25%※2</u>	<u>30%※3</u>

※1 「小児科特例」：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。

※2 ※1の条件を満たす医療機関においては、令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間に限り、「25%」とあるのは「22%」とする。

※3 ※1の条件を満たす医療機関においては、令和8年3月1日から令和8年5月31日までの間に限り、「30%」とあるのは「27%」とする。

電子カルテ情報共有サービス（案）

適用時期	～R7.9.30	R7.10.1～
経過措置	令和7年9月30日まで	令和8年5月31日まで

參考資料

(参考) 医療DX推進体制整備加算の届出状況

※ 届出割合 = 医療DX推進体制整備加算の届出医療機関・薬局数 ÷ オンライン資格確認対応施設数

※ 届出医療機関・薬局数は令和7年5月1日時点。オンライン資格確認対応施設数は令和7年4月1日時点。

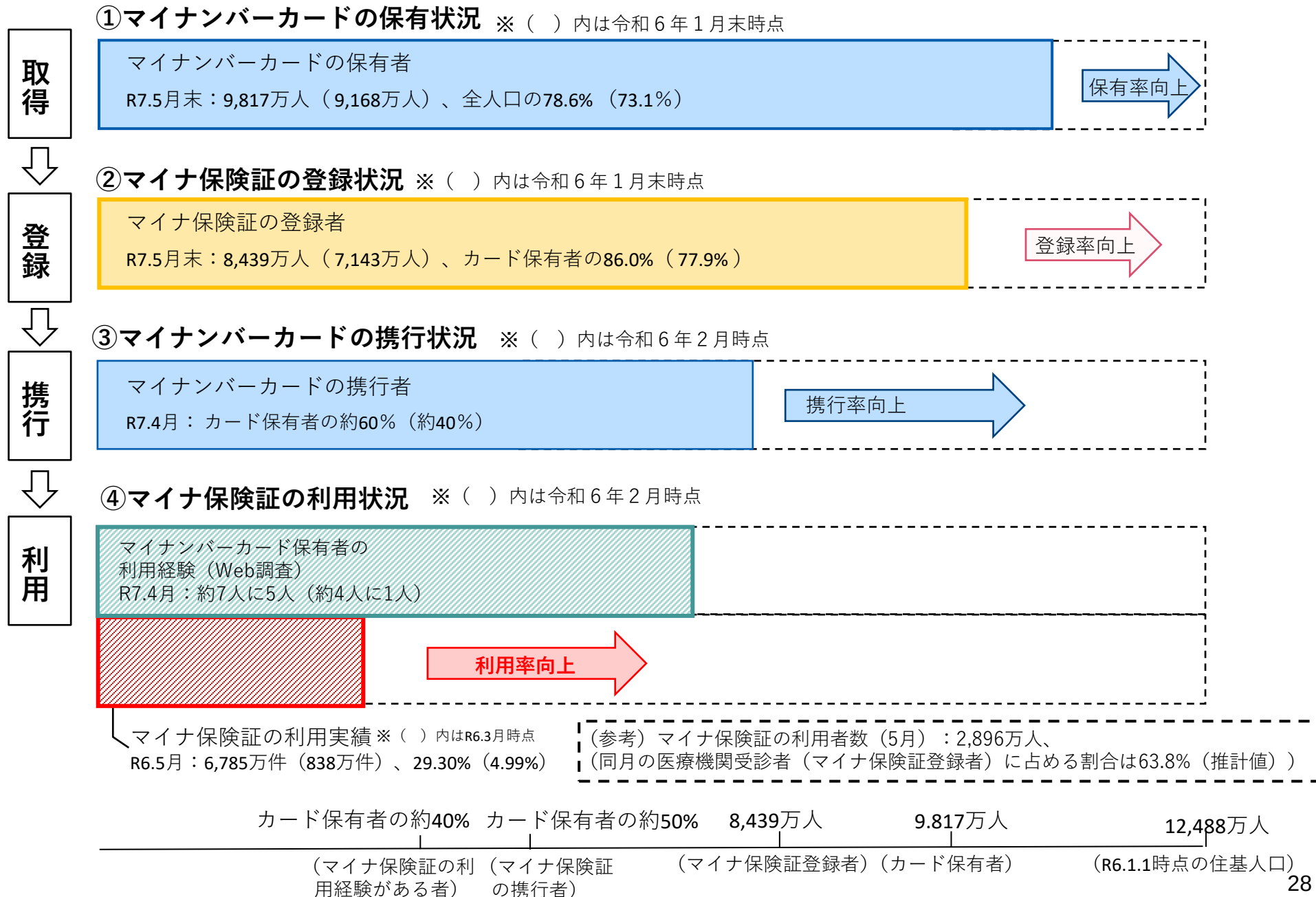
都道府県名	届出割合		
	医科	歯科	調剤
北海道	51.6%	24.1%	78.8%
青森県	43.3%	32.9%	84.6%
岩手県	51.6%	21.1%	78.9%
宮城県	58.8%	31.3%	80.1%
秋田県	38.9%	43.7%	79.2%
山形県	43.6%	31.4%	79.3%
福島県	50.9%	18.7%	73.8%
茨城県	49.0%	23.2%	75.5%
栃木県	47.5%	36.1%	80.8%
群馬県	60.8%	32.8%	76.2%
埼玉県	59.3%	40.7%	80.5%
千葉県	51.2%	30.6%	78.1%
東京都	56.7%	23.8%	77.2%
神奈川県	59.0%	40.5%	81.3%

全国	54.4%	34.8%	79.0%
----	-------	-------	-------

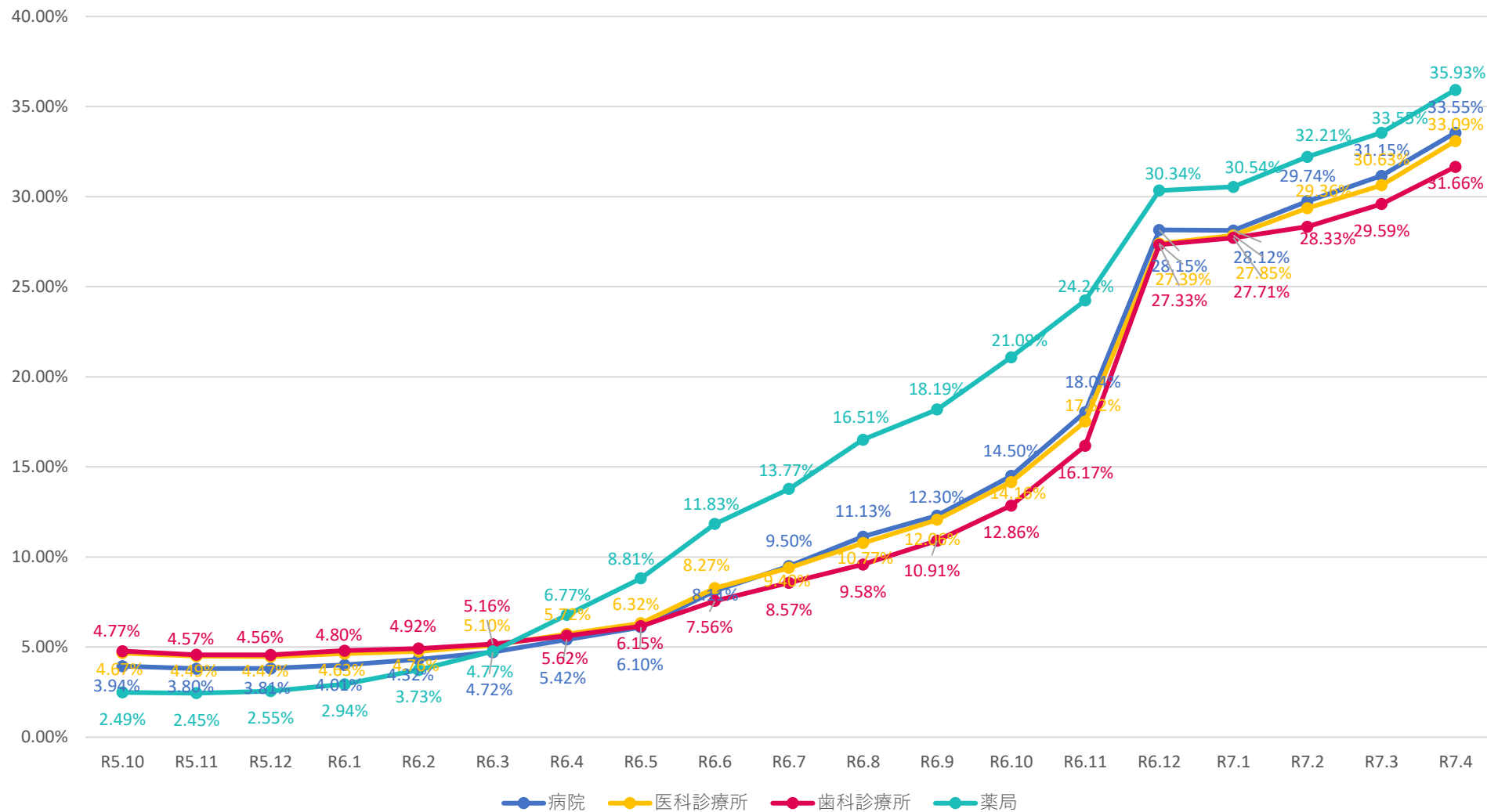
都道府県名	届出割合		
	医科	歯科	調剤
新潟県	53.5%	42.9%	83.4%
富山県	54.2%	58.8%	92.5%
石川県	57.0%	47.5%	89.3%
福井県	51.5%	69.5%	80.5%
山梨県	54.3%	21.5%	68.3%
長野県	54.0%	42.9%	73.2%
岐阜県	58.6%	62.6%	76.2%
静岡県	55.8%	39.1%	82.5%
愛知県	59.3%	40.0%	79.4%
三重県	56.0%	57.4%	85.2%
滋賀県	55.7%	33.9%	80.7%
京都府	52.0%	50.8%	77.8%
大阪府	54.5%	28.0%	79.5%
兵庫県	56.6%	41.4%	80.8%
奈良県	59.2%	47.5%	75.2%
和歌山県	41.2%	12.5%	75.3%

都道府県名	届出割合		
	医科	歯科	調剤
鳥取県	55.5%	56.8%	80.4%
島根県	52.4%	49.6%	78.4%
岡山県	53.5%	41.9%	78.0%
広島県	55.2%	47.7%	73.0%
山口県	49.1%	46.0%	78.4%
徳島県	40.9%	30.7%	73.0%
香川県	55.8%	34.7%	72.5%
愛媛県	45.5%	14.0%	78.7%
高知県	42.7%	46.6%	69.9%
福岡県	52.4%	33.7%	83.6%
佐賀県	50.9%	40.4%	78.0%
長崎県	46.8%	33.6%	72.8%
熊本県	58.5%	41.0%	80.3%
大分県	46.5%	31.6%	73.3%
宮崎県	52.0%	58.6%	77.0%
鹿児島県	51.7%	32.9%	81.5%
沖縄県	43.1%	8.5%	68.9%

マイナ保険証に関する現状



施設類型別のマイナ保険証利用率の推移

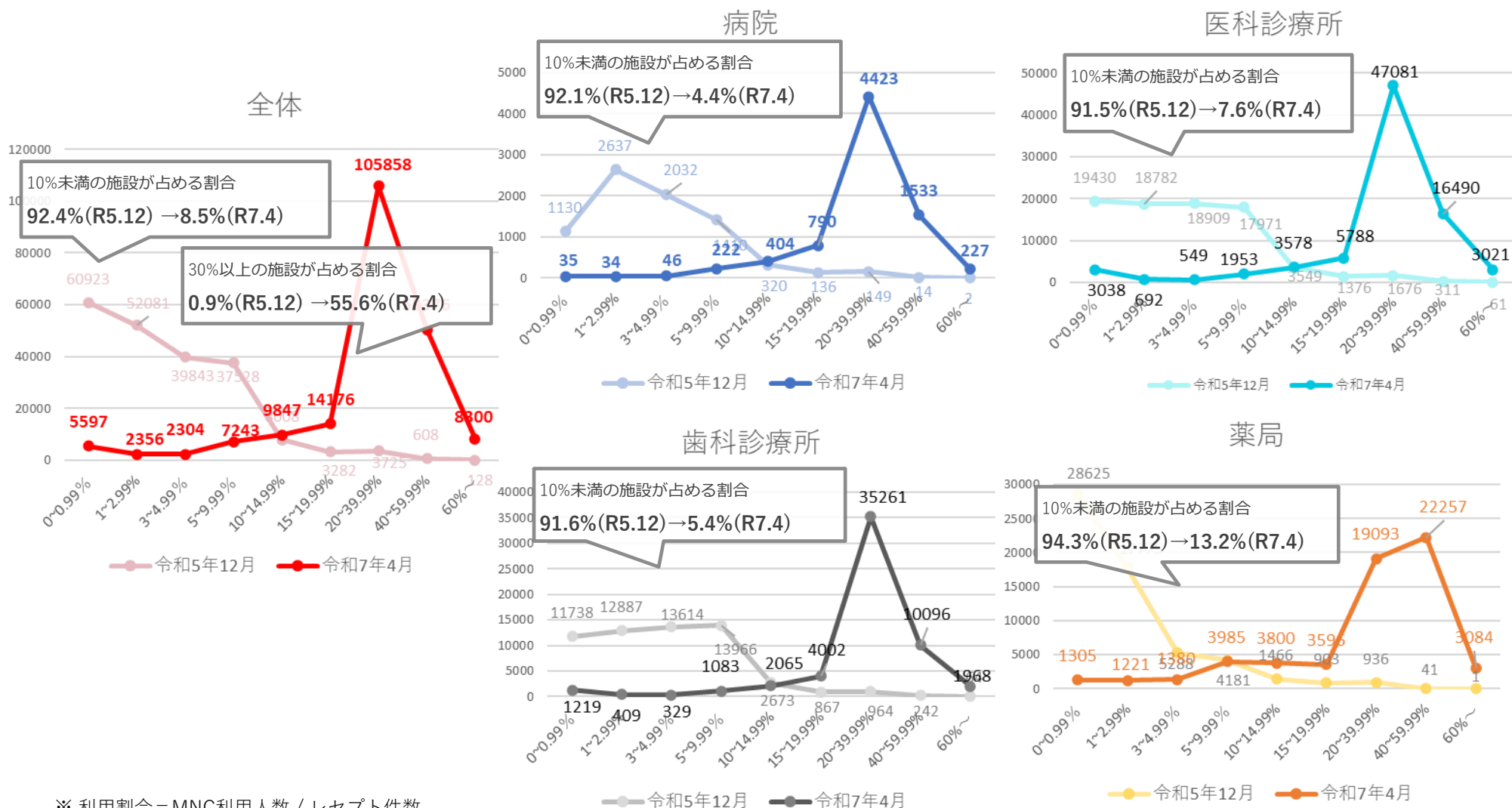


※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

マイナ保険証の利用状況

■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（レセプトベース利用割合）

令和5年12月、令和7年4月時点



※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

※ レセプト件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：206,126(R5.12)、206,057(R7.4)）

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用(令和7年5月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率(令和7年5月)は以下のとおり。

※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	28.68%(+0.48%)
青森県	28.70%(+0.90%)
岩手県	31.96%(+0.63%)
宮城県	27.49%(+0.62%)
秋田県	27.30%(+0.50%)
山形県	31.39%(+0.57%)
福島県	35.64%(+0.89%)
茨城県	31.96%(+0.92%)
栃木県	33.58%(+0.81%)
群馬県	31.50%(+0.51%)
埼玉県	27.46%(+0.69%)
千葉県	31.41%(+0.99%)
東京都	26.94%(+0.66%)
神奈川県	28.89%(+0.88%)

全国	29.30%(+0.65%)
----	----------------

都道府県名	利用率
新潟県	36.65%(+0.65%)
富山県	38.75%(+0.93%)
石川県	35.29%(+0.65%)
福井県	38.17%(+0.40%)
山梨県	27.40%(+0.54%)
長野県	26.28%(+0.88%)
岐阜県	29.05%(+0.61%)
静岡県	32.33%(+0.69%)
愛知県	27.14%(+0.56%)
三重県	27.98%(+0.66%)
滋賀県	33.35%(+0.53%)
京都府	30.01%(+0.67%)
大阪府	26.80%(+0.66%)
兵庫県	29.30%(+0.70%)
奈良県	30.08%(+0.63%)
和歌山県	23.17%(+0.32%)

都道府県名	利用率
鳥取県	32.85%(+0.77%)
島根県	36.80%(+0.41%)
岡山県	28.61%(+0.59%)
広島県	32.18%(+0.46%)
山口県	35.10%(+0.25%)
徳島県	28.96%(+0.57%)
香川県	30.53%(+0.30%)
愛媛県	23.78%(+0.73%)
高知県	25.96%(+0.50%)
福岡県	28.67%(+0.52%)
佐賀県	32.17%(+0.20%)
長崎県	30.67%(+0.31%)
熊本県	32.40%(+0.51%)
大分県	28.87%(+0.77%)
宮崎県	31.92%(+0.55%)
鹿児島県	34.78%(+0.59%)
沖縄県	17.38%(+0.11%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
(括弧内の値は令和7年4月の値からの変化量(%ポイント))

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	秋田	37.06%	195,242	526,852
2	(2)	新潟	36.53%	521,742	1,428,282
3	(4)	富山	36.18%	249,167	688,679
4	(3)	福井	35.99%	158,356	439,966
5	(5)	青森	35.34%	281,514	796,694
6	(6)	鹿児島	34.51%	411,777	1,193,244
7	(7)	島根	34.39%	171,961	500,053
8	(8)	静岡	33.70%	1,005,634	2,984,202
9	(9)	宮崎	32.95%	246,309	747,625
10	(10)	滋賀	32.90%	282,762	859,446
11	(12)	山口	31.86%	386,829	1,214,142
12	(11)	栃木	31.85%	442,036	1,387,820
13	(13)	鳥取	31.43%	123,079	391,629
14	(14)	福島	31.20%	383,462	1,229,164
15	(15)	山形	30.96%	273,126	882,231
16	(16)	岩手	30.70%	251,995	820,935
17	(17)	石川	30.45%	243,169	798,577
18	(19)	北海道	29.93%	975,521	3,259,474
19	(20)	千葉	29.87%	1,204,337	4,032,245
20	(18)	茨城	29.76%	497,193	1,670,506
21	(21)	香川	28.93%	180,181	622,820
22	(22)	群馬	28.80%	426,281	1,480,207
23	(23)	宮城	28.45%	533,777	1,875,984
24	(25)	神奈川	27.44%	2,096,500	7,639,086
25	(24)	熊本	27.22%	441,834	1,623,427
26	(27)	京都	27.15%	451,525	1,663,331
27	(26)	広島	27.10%	675,714	2,493,500
28	(28)	奈良	26.95%	262,998	975,999
29	(29)	岐阜	26.72%	465,657	1,742,559
30	(30)	山梨	26.63%	131,912	495,432

【病院】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	栃木	63.28%	160,285	253,292
2	(2)	山形	60.56%	93,043	153,645
3	(3)	新潟	59.24%	178,710	301,648
4	(6)	茨城	57.63%	199,508	346,179
5	(5)	島根	57.13%	56,042	98,088
6	(7)	富山	56.82%	136,996	241,108
7	(4)	山梨	56.44%	53,619	95,002
8	(8)	千葉	56.39%	437,115	775,175
9	(9)	石川	54.68%	113,953	208,388
10	(11)	京都	52.93%	178,831	337,839
11	(14)	岐阜	52.47%	130,576	248,841
12	(16)	香川	52.40%	71,311	136,097
13	(12)	鳥取	52.12%	43,303	83,081
14	(18)	福島	52.09%	134,017	257,262
15	(13)	北海道	51.92%	488,034	940,027
16	(15)	宮城	51.86%	153,635	296,252
17	(17)	滋賀	50.91%	80,441	157,997
18	(20)	神奈川	50.87%	489,368	962,078
19	(10)	山口	50.39%	112,330	222,920
20	(22)	岩手	50.08%	91,655	183,002
21	(19)	福井	49.98%	73,588	147,225
22	(21)	三重	49.81%	109,174	219,162
23	(23)	長野	49.60%	159,523	321,634
24	(24)	奈良	49.56%	90,547	182,692
25	(27)	青森	49.00%	97,169	198,305
26	(26)	宮崎	48.55%	101,384	208,819
27	(25)	広島	48.40%	195,247	403,395
28	(30)	愛媛	47.63%	97,639	204,995
29	(29)	長崎	47.45%	107,101	225,706
30	(31)	大分	47.23%	105,129	222,578

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(31)	兵庫	26.42%	1,143,765	4,329,567
32	(34)	愛媛	26.35%	247,082	937,774
33	(32)	埼玉	26.32%	1,344,736	5,109,665
34	(33)	三重	26.24%	405,111	1,543,664
35	(35)	大分	25.93%	205,067	790,993
36	(36)	長野	25.69%	352,052	1,370,146
37	(37)	愛知	25.69%	1,808,040	7,039,129
38	(38)	長崎	25.29%	316,393	1,251,304
39	(40)	徳島	25.09%	122,223	487,108
40	(39)	岡山	25.04%	353,218	1,410,560
41	(41)	東京	24.88%	3,071,128	12,342,416
42	(43)	大阪	24.85%	1,708,401	6,874,176
43	(42)	佐賀	24.35%	193,109	793,201
44	(44)	福岡	23.99%	1,153,461	4,807,844
45	(45)	高知	23.62%	83,590	353,955
46	(46)	和歌山	21.44%	175,064	816,581
47	(47)	沖縄	18.54%	150,196	810,138

【病院】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(28)	群馬	47.09%	127,781	271,354
32	(34)	東京	46.99%	796,058	1,694,165
33	(33)	鹿児島	46.70%	155,784	333,619
34	(35)	秋田	46.54%	54,952	118,067
35	(36)	静岡	46.48%	232,250	499,650
36	(32)	佐賀	46.04%	74,366	161,539
37	(37)	埼玉	46.00%	406,435	883,480
38	(38)	兵庫	45.77%	317,186	692,973
39	(40)	岡山	45.01%	143,974	319,858
40	(39)	大阪	44.52%	466,691	1,048,347
41	(41)	熊本	44.35%	156,061	351,909
42	(42)	和歌山	42.11%	64,600	153,420
43	(43)	愛知	41.92%	398,951	951,597
44	(44)	徳島	40.67%	66,546	163,605
45	(45)	福岡	40.62%	314,549	774,275
46	(46)	高知	37.99%	55,539	146,209
47	(47)	沖縄	29.64%	57,143	192,763

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	宮崎	57.19%	68,600	119,958
2	(2)	富山	56.20%	87,075	154,934
3	(3)	岐阜	54.10%	154,568	285,689
4	(4)	三重	53.78%	126,212	234,685
5	(5)	山口	53.22%	113,051	212,405
6	(8)	山梨	52.34%	44,954	85,887
7	(6)	岩手	52.16%	73,074	140,102
8	(7)	鹿児島	51.94%	123,020	236,869
9	(9)	静岡	50.57%	295,459	584,288
10	(10)	石川	50.36%	72,719	144,402
11	(11)	福島	49.66%	113,398	228,368
12	(16)	熊本	49.65%	131,991	265,869
13	(15)	京都	49.64%	142,029	286,139
14	(12)	山形	49.54%	77,923	157,281
15	(14)	広島	49.49%	204,833	413,927
16	(13)	和歌山	49.12%	46,237	94,127
17	(18)	奈良	49.07%	76,305	155,490
18	(17)	滋賀	48.93%	84,635	172,979
19	(20)	秋田	48.54%	58,424	120,372
20	(21)	長崎	48.42%	93,643	193,405
21	(23)	愛知	48.08%	538,428	1,119,832
22	(19)	福井	47.98%	46,465	96,836
23	(22)	長野	47.85%	119,708	250,173
24	(24)	大分	46.39%	55,704	120,090
25	(25)	群馬	45.79%	133,355	291,256
26	(26)	佐賀	45.34%	56,032	123,571
27	(27)	栃木	44.93%	151,797	337,870
28	(28)	兵庫	44.41%	322,489	726,163
29	(29)	茨城	43.98%	170,351	387,372
30	(30)	青森	43.85%	71,115	162,177

【薬局】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	佐賀	36.55%	195,612	535,184
2	(4)	福島	33.95%	395,608	1,165,161
3	(3)	福井	33.65%	129,083	383,654
4	(2)	島根	33.38%	147,159	440,895
5	(6)	新潟	32.39%	569,750	1,758,882
6	(5)	山口	32.10%	354,996	1,105,999
7	(8)	熊本	32.07%	376,673	1,174,427
8	(7)	石川	31.95%	225,584	706,019
9	(10)	富山	31.77%	240,519	757,114
10	(9)	広島	31.67%	631,320	1,993,483
11	(11)	長崎	30.14%	275,737	914,982
12	(12)	福岡	29.16%	1,073,161	3,680,444
13	(13)	鳥取	28.96%	105,205	363,221
14	(14)	鹿児島	28.33%	338,978	1,196,716
15	(15)	滋賀	27.96%	263,859	943,709
16	(17)	栃木	27.91%	441,636	1,582,424
17	(16)	群馬	27.91%	341,728	1,224,516
18	(18)	茨城	26.92%	526,281	1,955,158
19	(22)	千葉	26.66%	1,194,648	4,480,596
20	(23)	兵庫	26.60%	976,872	3,672,623
21	(21)	岩手	26.58%	251,803	947,502
22	(19)	岡山	26.51%	320,051	1,207,087
23	(20)	香川	26.06%	176,240	676,291
24	(24)	静岡	26.05%	904,380	3,472,059
25	(25)	徳島	25.89%	109,193	421,680
26	(26)	奈良	25.69%	201,956	785,992
27	(28)	神奈川	25.43%	1,856,090	7,298,592
28	(27)	山形	25.11%	277,637	1,105,844
29	(31)	宮崎	24.40%	235,637	965,673
30	(29)	京都	24.40%	373,337	1,530,152

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(31)	島根	43.38%	47,461	109,416
32	(32)	福岡	43.34%	337,030	777,711
33	(33)	徳島	42.45%	39,805	93,774
34	(34)	大阪	41.13%	504,087	1,225,646
35	(35)	埼玉	40.36%	446,857	1,107,052
36	(36)	宮城	39.73%	163,060	410,386
37	(37)	高知	39.14%	38,052	97,225
38	(39)	千葉	39.11%	412,506	1,054,815
39	(40)	神奈川	38.78%	596,816	1,538,808
40	(38)	新潟	38.74%	154,575	398,978
41	(41)	香川	37.67%	54,826	145,558
42	(42)	鳥取	36.58%	35,981	98,365
43	(44)	北海道	35.99%	353,025	980,922
44	(43)	岡山	35.93%	113,988	317,214
45	(45)	沖縄	34.94%	38,873	111,244
46	(46)	東京	34.79%	864,334	2,484,715
47	(47)	愛媛	34.15%	77,696	227,516

【薬局】

順位	R7.4順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(30)	東京	24.38%	2,682,411	11,000,709
32	(33)	大分	24.14%	196,547	814,342
33	(32)	岐阜	23.68%	393,915	1,663,374
34	(34)	埼玉	23.17%	1,339,705	5,782,796
35	(35)	愛知	22.93%	1,487,796	6,487,077
36	(36)	大阪	22.92%	1,339,437	5,844,432
37	(37)	三重	22.66%	347,970	1,535,535
38	(38)	北海道	22.08%	1,105,210	5,005,945
39	(39)	宮城	21.63%	519,167	2,400,363
40	(40)	高知	20.74%	87,761	423,176
41	(41)	山梨	20.69%	139,305	673,361
42	(42)	青森	20.24%	281,998	1,393,066
43	(43)	秋田	19.33%	241,913	1,251,338
44	(44)	長野	19.07%	319,214	1,674,269
45	(45)	和歌山	17.60%	124,213	705,751
46	(46)	愛媛	16.94%	238,894	1,410,328
47	(47)	沖縄	12.42%	131,904	1,061,925

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（1）

現状

- 電子カルテの普及率は、医科診療所：約55%、一般病院：約65%（2023年医療施設調査）
 - 電子カルテ未導入の医科無床診療所向けに、国がクラウドベースの標準型電子カルテを開発中。本年3月末より、一部医療機関でモデル事業を実施。
 - 電子カルテ情報共有サービス（以下「共有サービス」）については、本年2月より、一部医療機関でモデル事業を実施。本格運用に必要な法制上の措置を規定した「医療法等の一部を改正する法律案」を第217回通常国会に提出。
- ⇒「医療DXの推進に関する工程表」においては、「**遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す**」とされている。この目標達成に向け、
- ・ 導入済の医療機関（医科診療所／病院）には、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等
 - ・ 未導入の医療機関（医科診療所／病院）には、共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入が必要であり、具体的には、今後以下の方針で進める。

今後の対応

（電子カルテ導入済の医科無床診療所） 57,662施設（2023年医療施設調査）

- オンプレミス型電子カルテの医科診療所（～約47,000施設）については、**次回システム更改時に、標準型電子カルテに準拠したクラウド型電子カルテへの移行を促す。**
- クラウド型電子カルテの医科診療所（約10,000施設～）については、標準型電子カルテに準拠したクラウド型電子カルテへの移行を図りつつ、速やかな移行が困難な場合には、共有サービス／電子処方箋に対応したアップデートを推進する。

（電子カルテ未導入の医科無床診療所） 47,232施設（2023年医療施設調査）

- 国は、モデル事業の結果を踏まえ、**標準型電子カルテ**の改良を重ね、**2025年度中に本格運用の具体的内容について示した上で、2026年度中目途の完成を目指す**。また、本格運用の具体的内容を示すことを含め、**必要な支援策の具体化を検討し、普及を促進**する。
- 上記と並行して、小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、**2025年度中に、標準型電子カルテの要件（①共有サービス・電子処方箋への対応、②ガバメントクラウド対応が可能となる、マルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービス、③関係システムへの標準APIの搭載、④データ引き継ぎが可能な互換性の確保等）を参考に、システム費用の抑制を目指して、医科診療所向けの電子カルテの標準仕様（基本要件）を策定**する。
標準仕様（基本要件）に準拠した電子カルテの開発を民間事業者に促し、当該電子カルテを厚生労働省又は社会保険診療報酬支払基金等が認証する。また、認証された電子カルテと国の医療DXの各サービスとは、クラウド間で連携できるようにする。36

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（2）

今後の対応

（電子カルテ導入済みの病院） 4,638施設（2023年医療施設調査）

- 共有サービス／電子処方箋管理サービスに対応するため、**医療情報化支援基金を活用し、次回システム更改時のシステム改修を促す。**

※病院の多くはオンプレミス型システム。特に、400床以上の病院（約650施設）では、2030年までに毎年100前後の病院でシステム更改時期を迎える。一部のクラウド型システムの病院は、当面、共有サービス／電子処方箋に対応するアップデートを進める。

- 特に、地域医療支援病院・特定機能病院等については、医療法改正法案において、共有サービスの体制整備に関する努力義務規定が設けられていることに鑑み、率先してシステム改修に取り組むことを促す。
- その上で、病院の電子カルテシステム等の医療情報システムについて、カスタマイズ等による高コスト構造になっている現行のオンプレミス型から、いわゆるクラウド・ネイティブなシステムへと移行するべく、国は、2025年度中目途に、標準仕様（基本要件）を策定することとしている。
今後、国の標準仕様に準拠したクラウド・ネイティブなシステムが登場してきた段階で、順次、クラウド・ネイティブなシステムへの移行を進める。

（電子カルテ未導入の病院） 2,427施設（2023年医療施設調査）

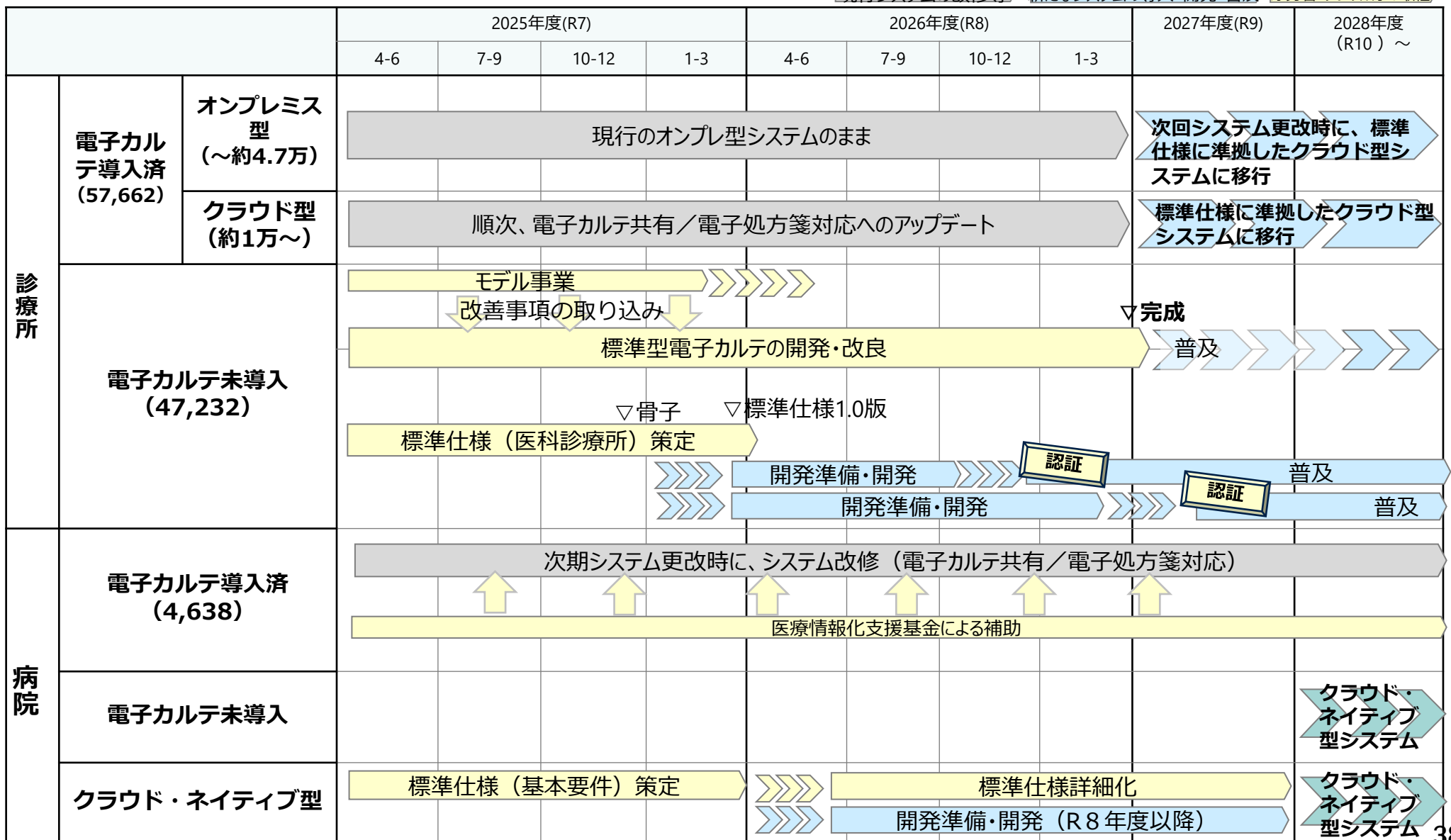
- 病院の電子カルテシステム等の医療情報システムについて、カスタマイズ等による高コスト構造になっている現行のオンプレミス型から、いわゆるクラウド・ネイティブなシステムへと移行するべく、国は、2025年度中目途に、標準仕様（基本要件）を策定することとしている。
- 既に電子カルテの導入を予定している病院については、導入時に、共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応を促す。

➤ 今後、本格運用の具体的内容を2025年度中に示すことを含め、必要な支援策の具体化を検討するとともに、電子カルテ導入済医科診療所の詳細（オンプレ・クラウドの別、システム更改時期等）等を把握した上で、医療現場やシステムベンダー等の関係者の意見も聴いて、**電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画を2026年夏までにとりまとめる。**

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（3）

「医療DX令和ビジョン2030」
厚生労働省推進チーム
第7回（令和7年7月1日）資料2

現行システムの改修等 新たなシステムの導入・開発・普及 厚労省・デジタル庁の取組



個別改定項目について

医療ＤＸ推進体制整備加算等の要件の見直し

第１ 基本的な考え方

1. 医療ＤＸ推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件について、これまでの利用率の実績や令和７年 12 月 1 日に発行済みの健康保険証への経過措置が終了することを踏まえ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療ＤＸ推進のための体制を整備するために必要な見直しを行う。
2. 医療ＤＸ推進体制整備加算及び在宅医療ＤＸ情報活用加算における電子カルテ情報共有サービスの要件については、先の通常国会に提出された「医療法等の一部を改正する法律案」の成立・施行により本格稼働となるところ、現在、当該法律案が未成立であることや電子カルテ情報共有サービスに関する対応等を踏まえ、経過措置を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 令和７年 10 月から令和８年 5 月までにおける、医療ＤＸ推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件を新たに設定する。
2. 医療ＤＸ推進体制整備加算及び在宅医療ＤＸ情報活用加算における電子カルテ情報共有サービスの要件を見直し、経過措置期間を令和８年 5 月 31 日まで延長する。

改 定 案	現 行
【初診料】 [施設基準通知] 第 1 の 9 医療ＤＸ推進体制整備加算 1 医療ＤＸ推進体制整備加算 1 に関する施設基準 (1)～(5) (略) (6) 医療ＤＸ推進体制整備加算 1 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診	【初診料】 [施設基準通知] 第 1 の 9 医療ＤＸ推進体制整備加算 1 医療ＤＸ推進体制整備加算 1 に関する施設基準 (1)～(5) (略) (6) 医療ＤＸ推進体制整備加算 1 を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬

療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間においては60%以上であること。</u> (7) <u>(6)について、令和8年3月1日以降においては、「60%」とあるのは「70%」とすること。</u> (8) <u>(6)及び(7)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> (9) (略) (10) <u>(9)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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。</u> (11) (略) 2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準 (1) 1の(1)から(5)まで及び(9)から(11)までの基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間においては40%以上であること。</u> (3) <u>(2)について、令和8年3月1日以降においては、「40%」とあるのは「50%」とすること。</u> (4) <u>(2)及び(3)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 3 医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準 (1) 1の(1)から(5)まで、(9)及び	支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、<u>45%以上であること。</u> (新設) (7) <u>(6)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> (8) (略) (9) <u>(8)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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。</u> (10) (略) 2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準 (1) 1の(1)から(5)まで及び(8)から(10)までの基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>30%以上であること。</u> (新設) (3) <u>(2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 3 医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準 (1) 1の(1)から(5)まで、(8)及び
---	---

<u>(10)の基準を満たすこと。</u> (2) 医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間において</u>は25%以上であること。 (3) <u>(2)について、令和8年3月1日以降においては、「25%」とあるのは「30%」とすること。</u> (4) <u>(2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ令和6年1月1日から同年12月31日までの延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「25%」とあるのは「22%」とすること。</u> (5) <u>(3)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ令和6年1月1日から同年12月31日までの延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和8年3月1日以降においては、「30%」とあるのは「27%」とすること。</u> (6) <u>(2)から(5)までについて、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 4 医療DX推進体制整備加算4に関する施設基準 (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び<u>(9)から(11)まで((9)のウの電子処方箋に係る事項を除く。)</u>の基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用	<u>(9)の基準を満たすこと。</u> (2) 医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>15%以上</u>であること。 (新設) (3) <u>(2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とすること。</u> (新設) (4) <u>(2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 4 医療DX推進体制整備加算4に関する施設基準 (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び<u>(8)から(10)まで((8)のウの電子処方箋に係る事項を除く。)</u>の基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用
--	--

率が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間</u>において<u>は60%以上</u>であること。 (3) <u>(2)について、令和8年3月1日以降においては、「60%」とあるのは「70%」とすること。</u> (4) <u>(2)及び(3)について、医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 5 医療DX推進体制整備加算5に関する施設基準 (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び<u>(9)から(11)まで((9)のウの電子処方箋に係る事項を除く。)</u>の基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間</u>において<u>は40%以上</u>であること。 (3) <u>(2)について、令和8年3月1日以降においては、「40%」とあるのは「50%」とすること。</u> (4) <u>(2)及び(3)について、医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 6 医療DX推進体制整備加算6に関する施設基準 (1) 1の(1)から(3)まで、(5)、<u>(9)</u>（ウの電子処方箋に係る事項を除く。）及び<u>(10)</u>の基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間</u>において	率が、<u>45%以上</u>であること。 (新設) (3) <u>(2)について、医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 5 医療DX推進体制整備加算5に関する施設基準 (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び<u>(8)から(10)まで((8)のウの電子処方箋に係る事項を除く。)</u>の基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>30%以上</u>であること。 (新設) (3) <u>(2)について、医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 6 医療DX推進体制整備加算6に関する施設基準 (1) 1の(1)から(3)まで、(5)、<u>(8)</u>（ウの電子処方箋に係る事項を除く。）及び<u>(9)</u>の基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>15%以上</u>であること。
---	---

は25%以上であること。

(3) (2)について、令和8年3月1日以降においては、「25%」とあるのは「30%」とすること。

(4) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ令和6年1月1日から同年12月31日までの延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「25%」とあるのは「22%」とすること。

(5) (3)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ令和6年1月1日から同年12月31日までの延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和8年3月1日以降においては、「30%」とあるのは「27%」とすること。

(6) (2)から(5)までについて、医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

7 届出に関する事項

(1) (略)

(2) 1の(5)については令和8年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

(3) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6)、(7)及び(11)、2の(1)のうち1の(11)に係る基準及び2の(2)及び(3)、3の(2)及び(3)、4の(1)のうち1の(11)に係る基準及び4の(2)及び(3)、5の(1)のうち1の(11)に係る基準及び5の(2)及び(3)並びに6の(2)及び(3)については、当該基準を満たしていればよ

(新設)

(3) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とすること。

(新設)

(4) (2)について、医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

7 届出に関する事項

(1) (略)

(2) 1の(5)については令和7年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

(3) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6)、(7)及び(10)、2の(1)のうち1の(10)に係る基準及び2の(2)及び(3)、3の(2)及び(4)、4の(1)のうち1の(10)に係る基準及び4の(2)及び(3)、5の(1)のうち1の(10)に係る基準及び5の(2)及び(3)並びに6の(2)及び(4)については、当該基準を満たしていればよ

く、特に地方厚生（支）局長への届出を行う必要はないこと。 (4) <u>令和8年5月31日</u>までの間に限り、1の(9)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 (5) 1の(10)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）】 [施設基準通知] 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1 在宅医療DX情報活用加算1に関する施設基準 (1)～(7) (略) 2 在宅医療DX情報活用加算2に関する施設基準 (1) (略) 3 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(5)については<u>令和8年5月31日</u>までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (3)・(4) (略)	く、特に地方厚生（支）局長への届出を行う必要はないこと。 (4) <u>令和7年9月30日</u>までの間に限り、1の(8)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。 (5) 1の(9)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）】 [施設基準通知] 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1 在宅医療DX情報活用加算1に関する施設基準 (1)～(7) (略) 2 在宅医療DX情報活用加算2に関する施設基準 (1) (略) 3 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(5)については<u>令和7年9月30日</u>までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (3)・(4) (略)
---	--

3. 薬局については、令和7年10月から令和8年5月までにおける、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率の実績要件を新たに設定するとともに、電子カルテ情報共有サービスの要件を見直し、経過措置期間を令和8年5月31日まで延長する。

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 [施設基準通知] 第95の2 医療DX推進体制整備加算 1 医療DX推進体制整備加算1に関する施設基準 (1)～(6) (略) (7) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利	【調剤基本料】 [施設基準通知] 第95の2 医療DX推進体制整備加算 1 医療DX推進体制整備加算1に関する施設基準 (1)～(6) (略) (7) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利

用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間においては60%以上であること。</u> (8) <u>(7)について、令和8年3月1日以降においては、「60%」とあるのは「70%」とすること。</u> (9) <u>(7)及び(8)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> (10) (略) (11) <u>(10)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薬局については、この限りではない。</u> (12)・(13) (略) 2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準 (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(10)から(13)までの基準を満たすこと。</u> (2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間においては40%以上であること。</u> (3) <u>(2)について、令和8年3月1日以降においては、「40%」とあるのは「50%」とすること。</u> (4) <u>(2)及び(3)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 3 医療DX推進体制整備加算3に	用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、<u>45%以上であること。</u> (新設) (8) <u>(7)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> (9) (略) (10) <u>(9)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薬局については、この限りではない。</u> (11)・(12) (略) 2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準 (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(9)から(12)までの基準を満たすこと。</u> (2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>30%以上であること。</u> (新設) (3) <u>(2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 3 医療DX推進体制整備加算3に
--	---

関する施設基準 (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(10)</u>から<u>(12)</u>までの基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間</u>においては<u>25%以上</u>であること。 (3) <u>(2)について、令和8年3月1日以降においては、「25%」とあるのは「30%」とすること。</u> (4) <u>(2)及び(3)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 4 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(6)については<u>令和8年5月31日までの間に限り</u>、当該基準を満たしているものとみなす。 (3) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(7)、(8)及び<u>(13)</u>、2の(1)のうち1の<u>(13)</u>に係る基準及び2の(2)及び(3)並びに3の(2)及び(3)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。 (4) <u>令和7年9月30日までの間に限り</u>、1の<u>(10)</u>の(ハ)の事項について、掲示を行っているものとみなす。 (5) 1の<u>(11)</u>については、<u>令和7年5月31日までの間に限り</u>、当該基準を満たしているものとみなす。	関する施設基準 (1) 1の(1)から(6)まで及び<u>(9)</u>から<u>(11)</u>までの基準を満たすこと。 (2) 医療DX推進体制整備加算<u>3</u>を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、<u>15%以上</u>であること。 (新設) (3) <u>(2)について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</u> 4 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(6)については<u>令和7年9月30日までの間に限り</u>、当該基準を満たしているものとみなす。 (3) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(7)、(8)及び<u>(12)</u>、2の(1)のうち1の<u>(12)</u>に係る基準及び2の(2)及び(3)並びに3の(2)及び(3)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。 (4) <u>令和7年9月30日までの間に限り</u>、1の<u>(9)</u>の(ハ)の事項について、掲示を行っているものとみなす。 (5) 1の<u>(10)</u>については、<u>令和7年5月31日までの間に限り</u>、当該基準を満たしているものとみなす。
--	--

[適用日] 令和7年10月1日から適用する。

入院（その1）

1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

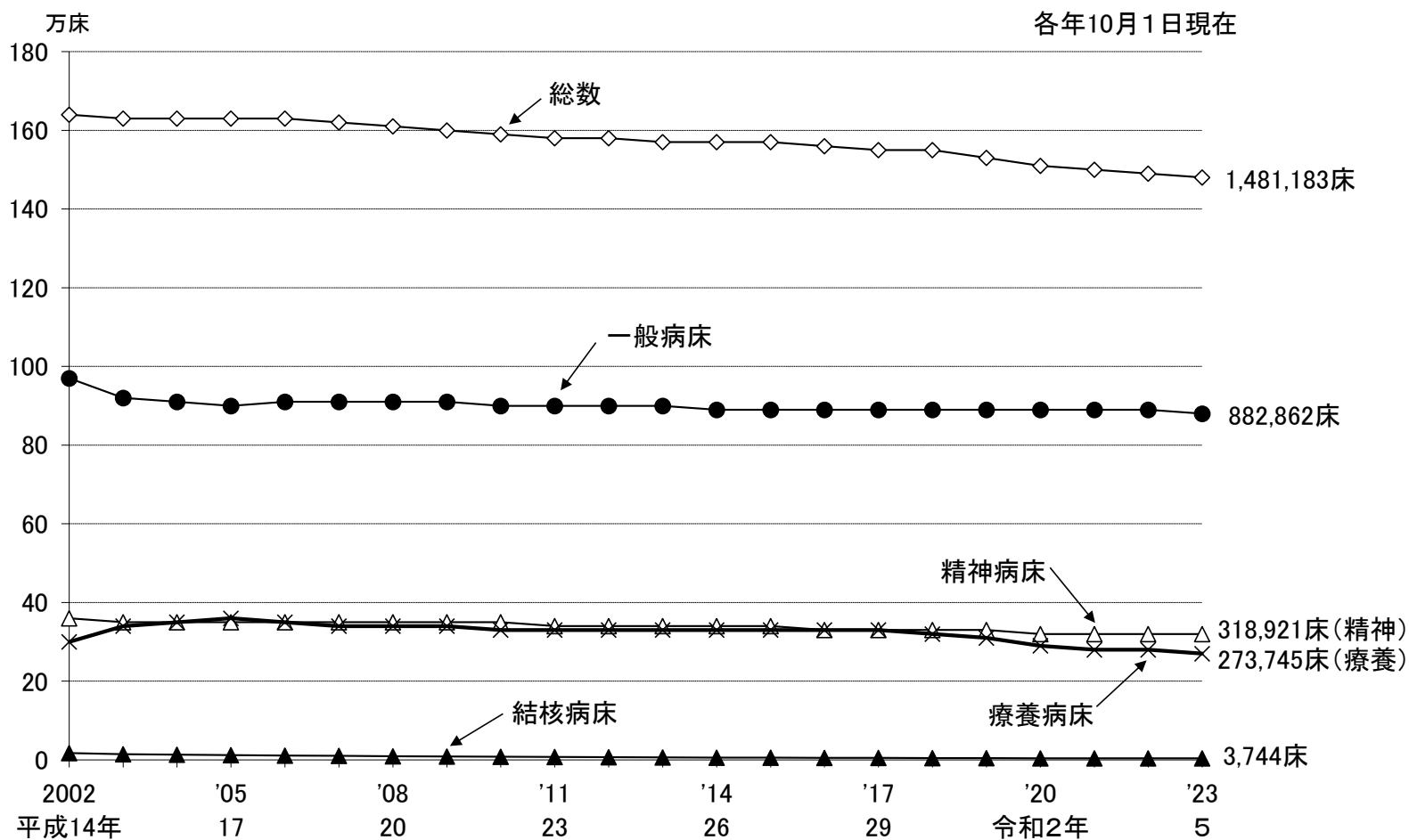
(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

病床数の変化（2002年→2023年）

病床の総数は減少傾向にある。

図4 病床の種類別にみた病院病床数の年次推移



統計表 2 病床の種類別にみた病床利用率・平均在院日数の年次推移

病床利用率は、すべての病床類型で概ね減少傾向である。平均在院日数も、すべての病床類型で概ね減少傾向である。

	各年間									
	平成26年 (2014)	27年 ('15)	28年 ('16)	29年 ('17)	30年 ('18)	令和元年 ('19)	2 年 ('20)	3 年 ('21)	4 年 ('22)	5 年 ('23)
病 床 利 用 率 (%)	80.3	80.1	80.1	80.4	80.5	80.5	77.0	76.1	75.3	75.6
精 神 病 床	87.3	86.5	86.2	86.1	86.1	85.9	84.8	83.6	82.3	81.6
感 染 症 病 床	3.2	3.1	3.2	3.3	3.6	3.8	114.7	343.8	571.2	160.8
結 核 病 床	34.7	35.4	34.5	33.6	33.3	33.2	31.5	28.9	27.4	26.8
療 養 病 床	89.4	88.8	88.2	88.0	87.7	87.3	85.7	85.8	84.7	84.1
一 般 病 床	74.8	75.0	75.2	75.9	76.2	76.5	71.3	69.8	69.0	70.8
介 護 療 養 病 床	92.9	92.1	91.4	90.9	91.3	90.7	88.1	85.9	80.4	75.8
平 均 在 院 日 数 (日)	29.9	29.1	28.5	28.2	27.8	27.3	28.3	27.5	27.3	26.3
精 神 病 床	281.2	274.7	269.9	267.7	265.8	265.8	277.0	275.1	276.7	263.2
感 染 症 病 床	8.9	8.2	7.8	8.0	8.3	8.5	9.8	10.1	10.5	13.3
結 核 病 床	66.7	67.3	66.3	66.5	65.6	64.6	57.2	51.3	44.5	42.1
療 養 病 床	164.6	158.2	152.2	146.3	141.5	135.9	135.5	131.1	126.5	119.6
一 般 病 床	16.8	16.5	16.2	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1	16.2	15.7
介 護 療 養 病 床	315.5	315.8	314.9	308.9	311.9	301.4	287.7	327.8	307.8	295.7
介護療養病床を除く総数	28.6	27.9	27.5	27.2	27.0	26.7	27.9	27.3	27.2	26.2

注：1) 月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。(病院報告)

2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

3) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

4) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

5) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

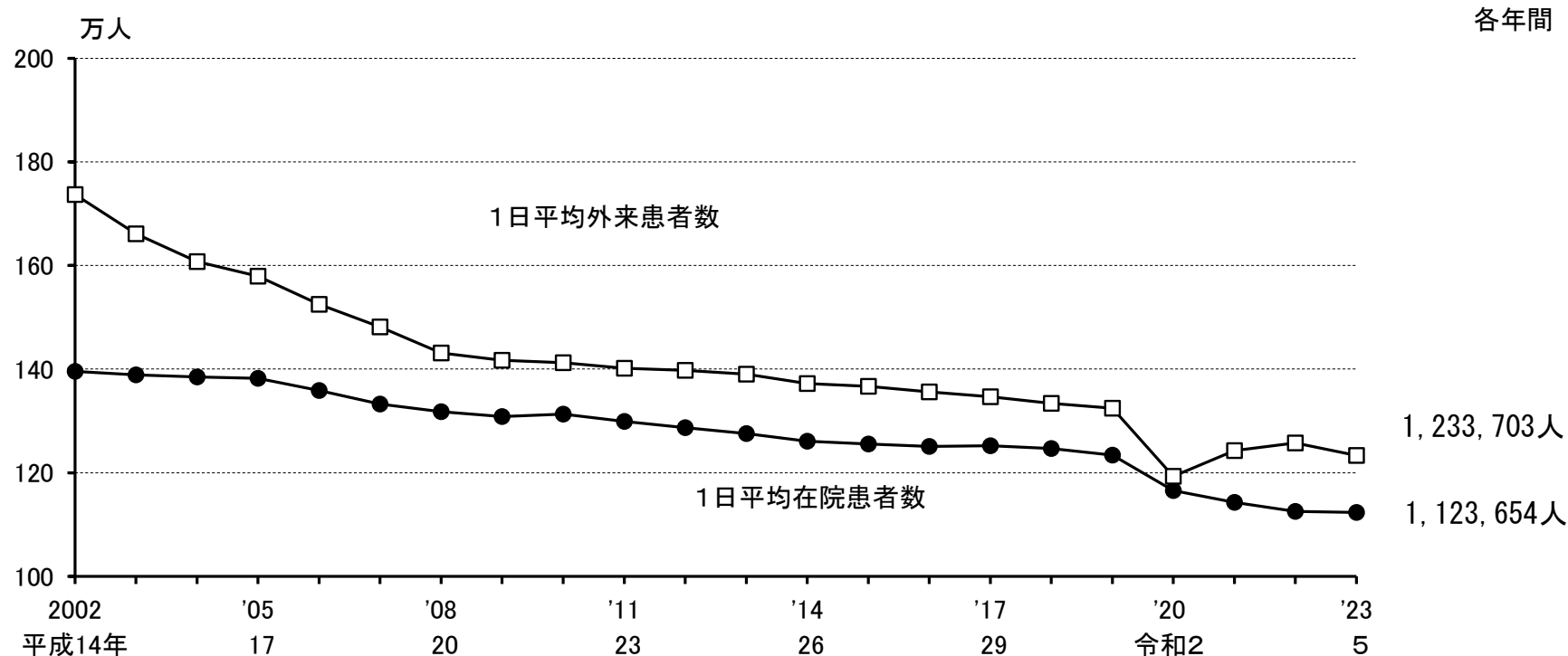
6) 在院患者数は許可（指定）病床数にかかわらず、毎日24時現在に在院している患者数をいう。

このため、感染症病床の在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから病床利用率は100%を上回ることがある。

病院の1日平均患者数の年次推移（2002年→2023年）

病院の1日平均外来患者数及び在院患者数は減少傾向にある。

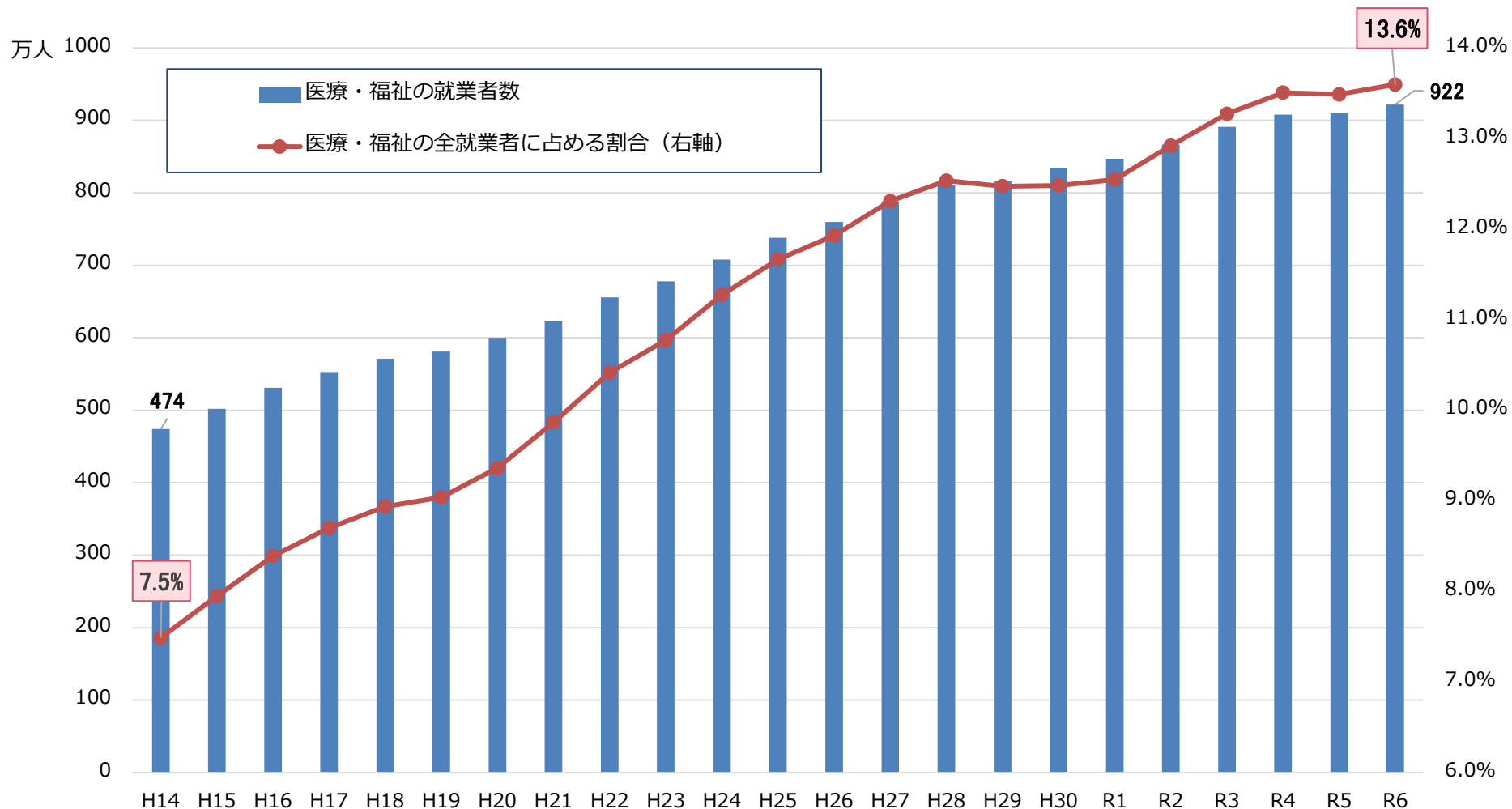
図 病院の1日平均患者数の年次推移



- 注：1) 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
- 2) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 3) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 4) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

医療・福祉の就業者数と割合の推移

医療・福祉分野の就業者数は22年間で448万人増加し、令和6年は就業者の13.6%（7.4人に1人）が医療・福祉分野で就業している。

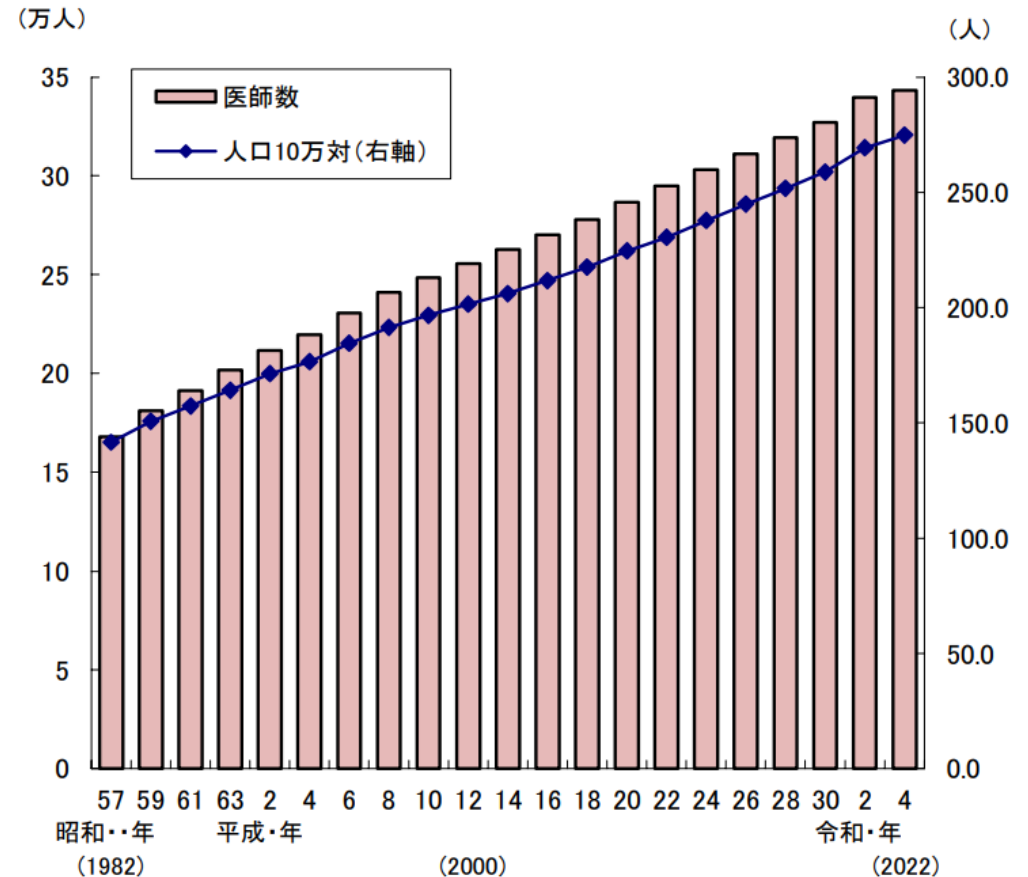


医師数の年次推移

医師数の年次推移

各年12月31日現在

	医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



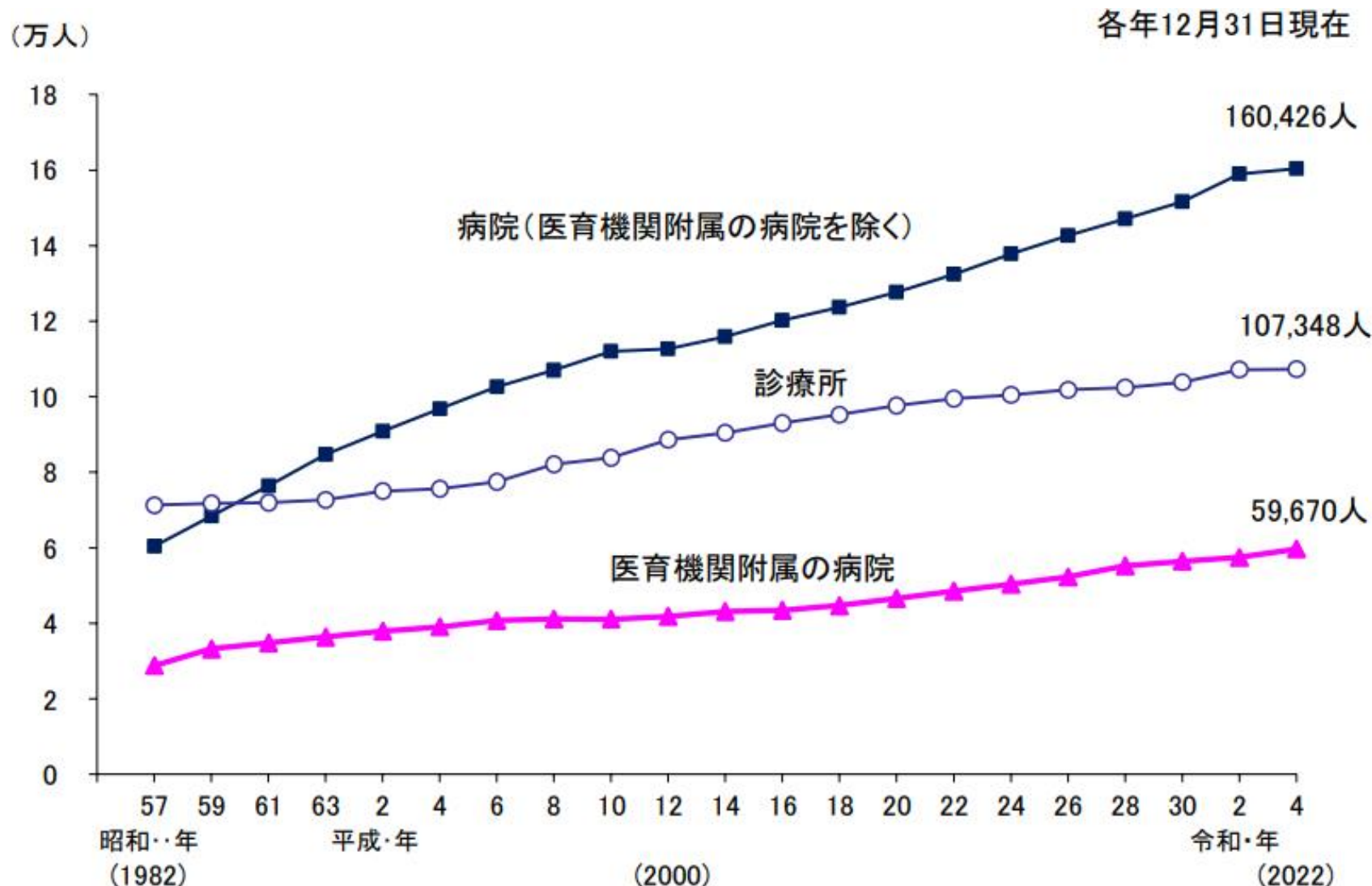
施設の種別にみた医師数の年次推移

第4回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会

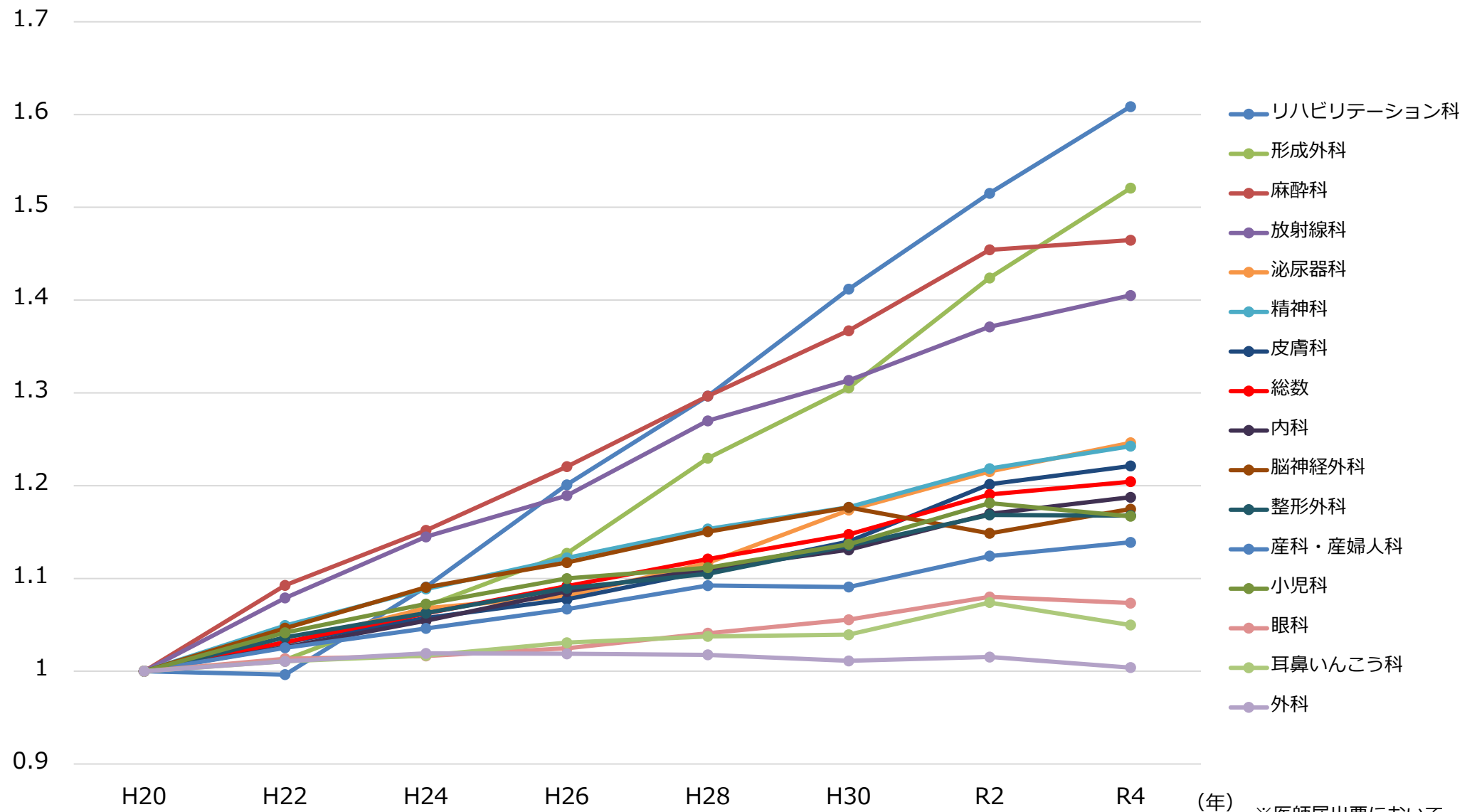
資料1

令和6年4月26日

- 主に従事している施設の種別に医師数をみると、「病院（医育機関附属の病院を除く）」160,426人が最も多く、「診療所」107,348人、「医育機関附属の病院」59,670人となっている。
- 年次推移でみても、昭和61年以降「病院（医育機関附属の病院を除く）」を主たる従事先とする医師が最も多い。



診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

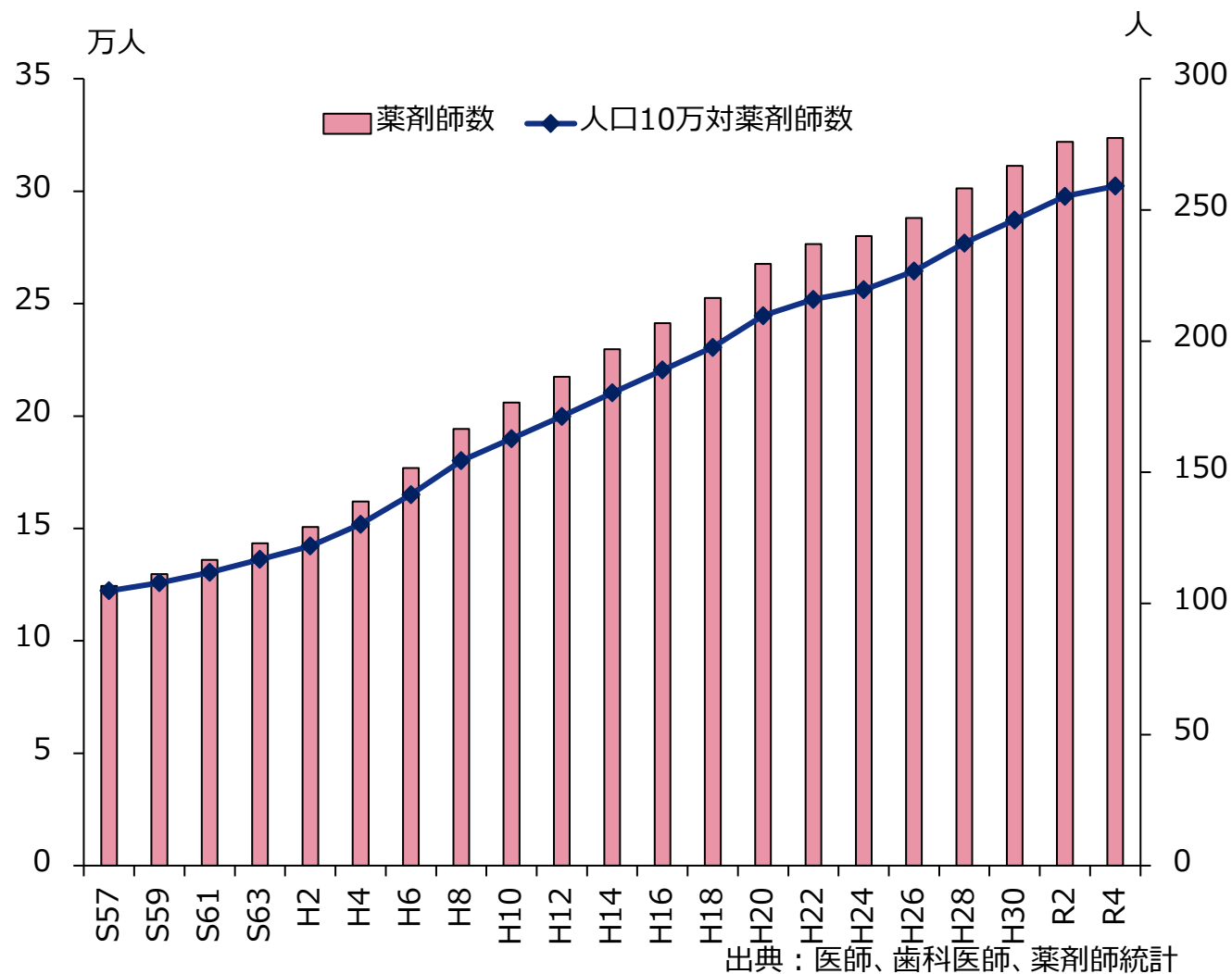


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

薬剤師数の年次推移

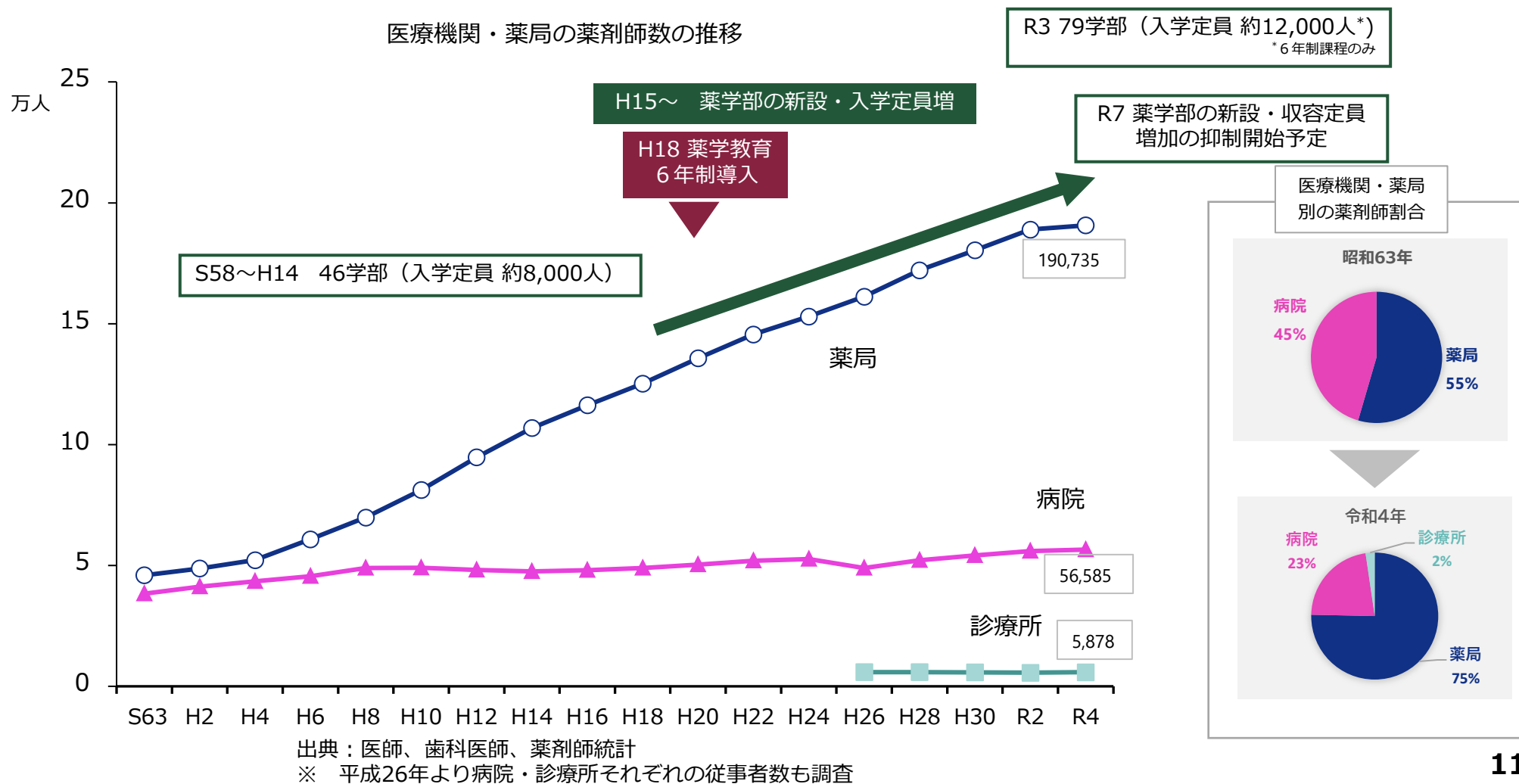
○ 薬剤師の総数、人口10万人あたりの薬剤師数は増加している。

年度	薬剤師数(人)	人口10万対薬剤師数(人)
S57	124,390	104.8
S59	129,700	107.9
S61	135,990	111.8
S63	143,429	116.8
H2	150,627	121.9
H4	162,021	130.2
H6	176,871	141.5
H8	194,300	154.4
H10	205,953	162.8
H12	217,477	171.3
H14	229,744	180.3
H16	241,369	189.0
H18	252,533	197.6
H20	267,751	209.7
H22	276,517	215.9
H24	280,052	219.6
H26	288,151	226.7
H28	301,323	237.4
H30	311,289	246.2
R2	321,982	255.2
R4	323,690	259.1



医療機関・薬局に従事する薬剤師数の推移

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



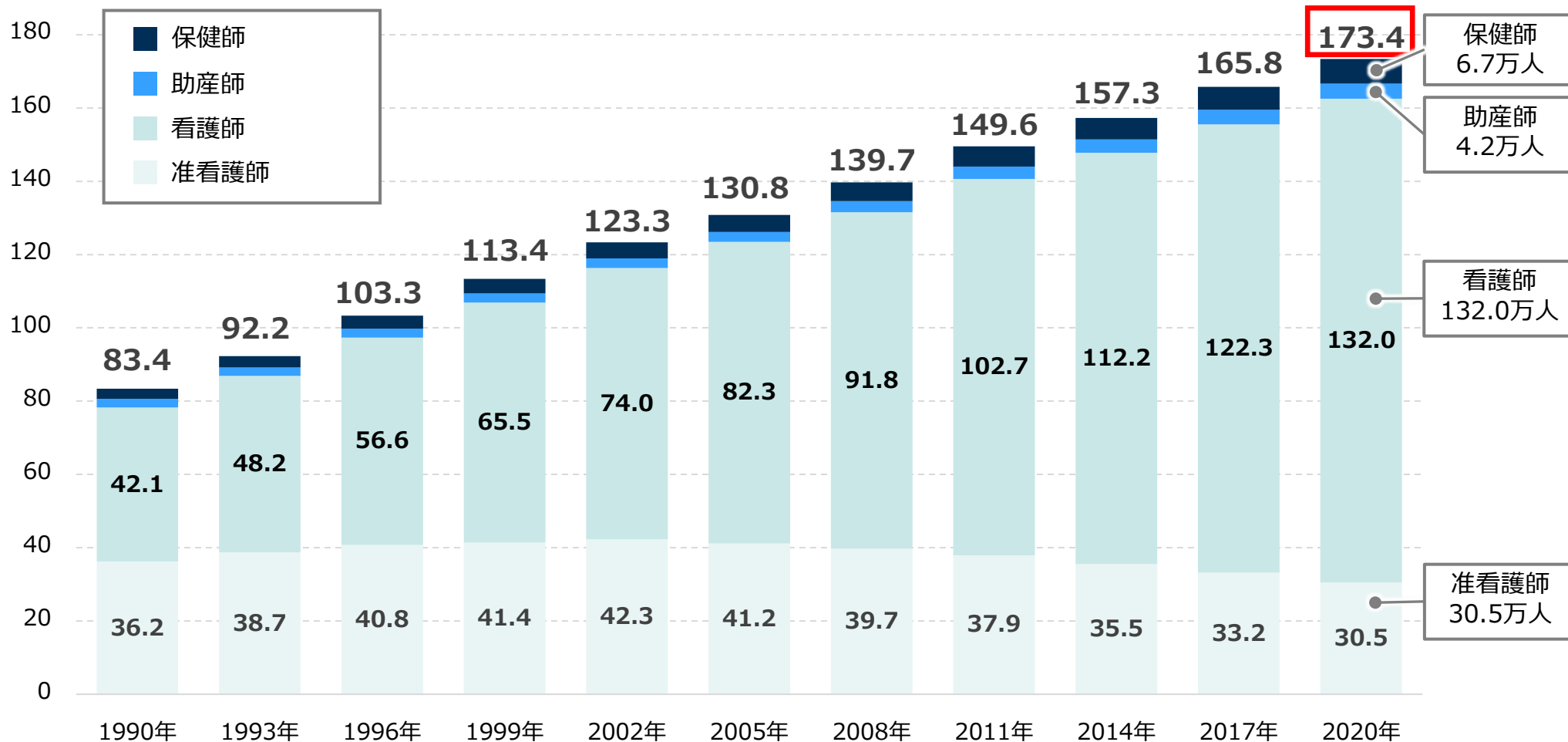
看護職員就業者数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け、2020年（令和2年）には173.4万人となった。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

(万人)



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。

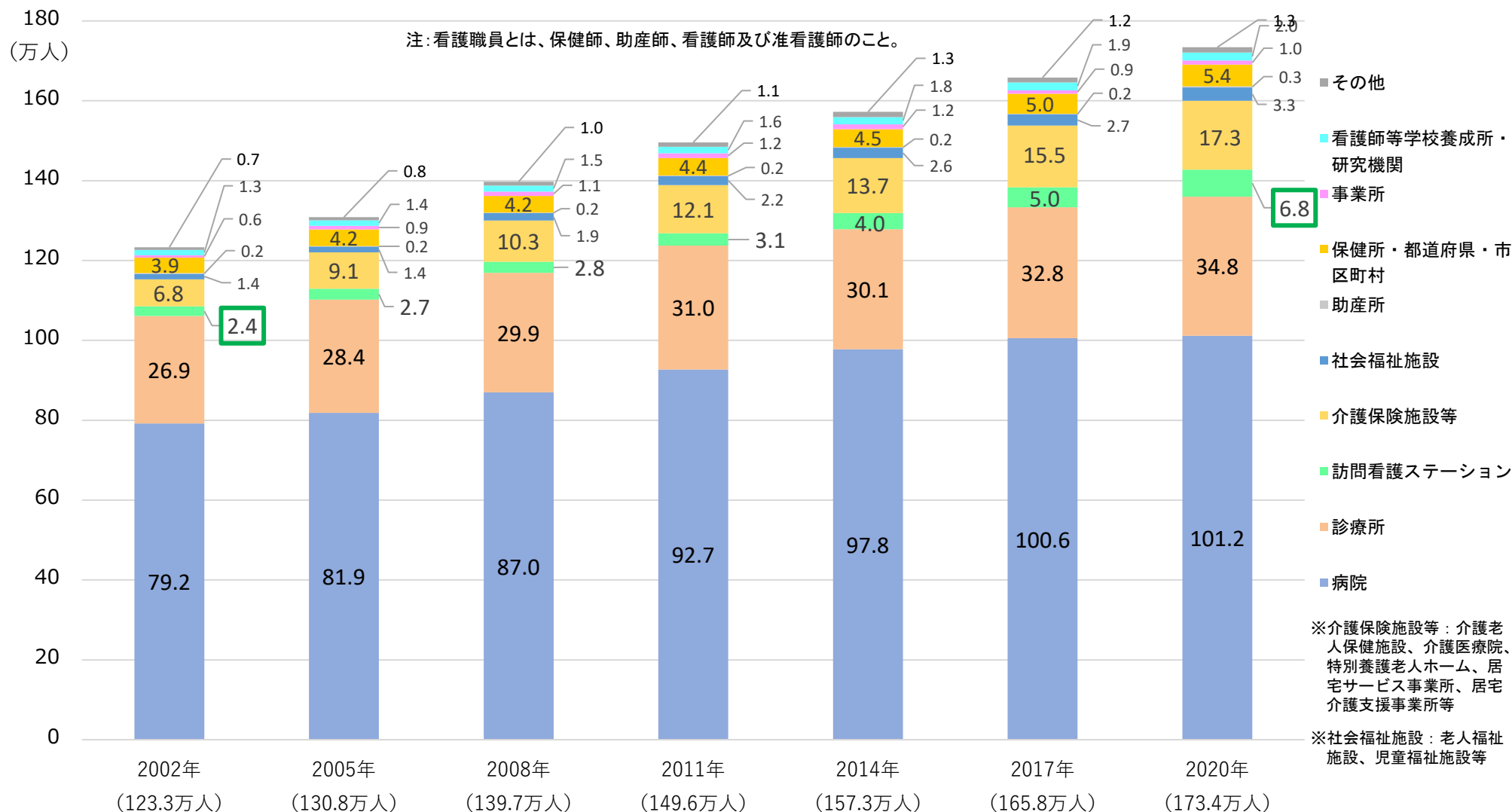
・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。

・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

就業場所別看護職員数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、推移を見ると、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2020年：6.8万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2020年：17.3万人）での増加割合が高くなっている。



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

特定行為研修修了者の就業状況

特定行為研修終了者は、約9割が病院に就業している。

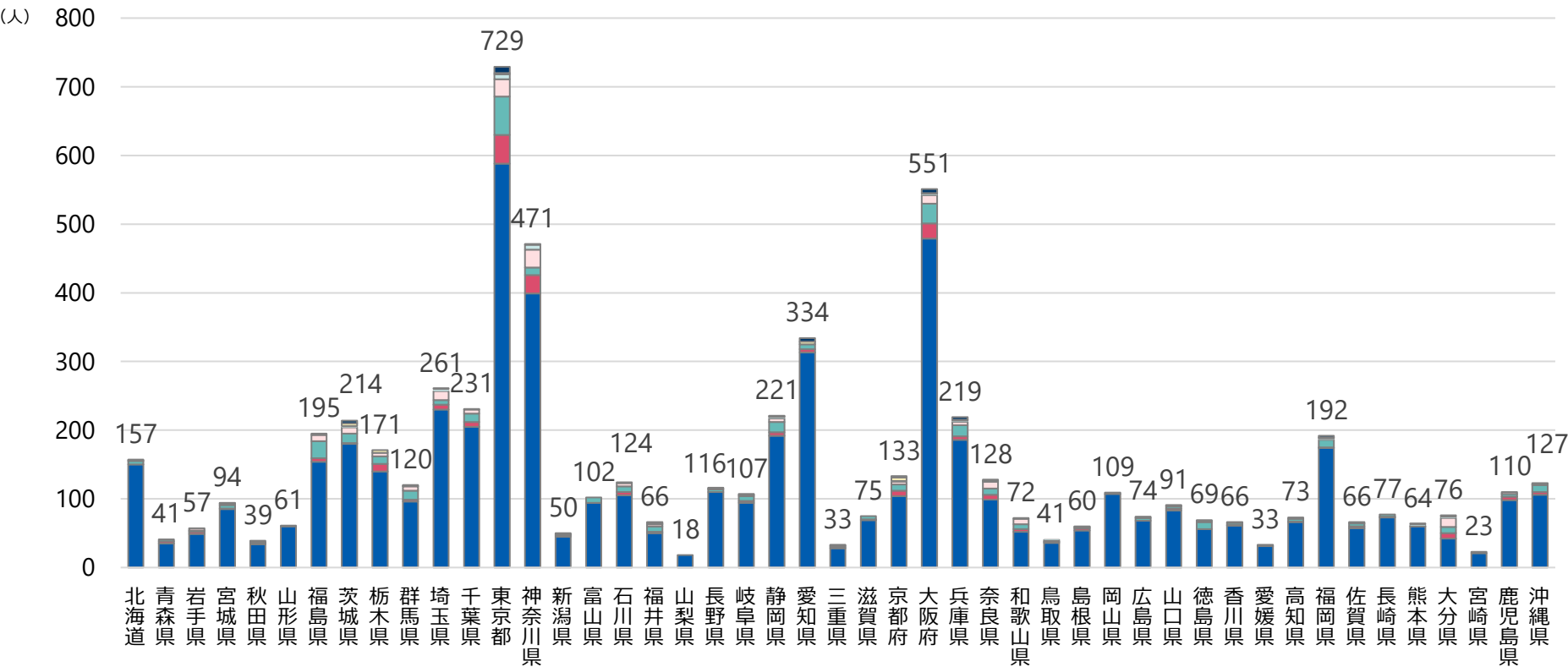
■ 就業場所別

令和3年6・7月現在

	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所又は 研究機関	その他	合計
就業者数（人）	5,636	214	375	194	33	40	49	6,541
割合	86.2%	3.3%	5.7%	3.0%	0.5%	0.6%	0.7%	100.0%

■ 都道府県別

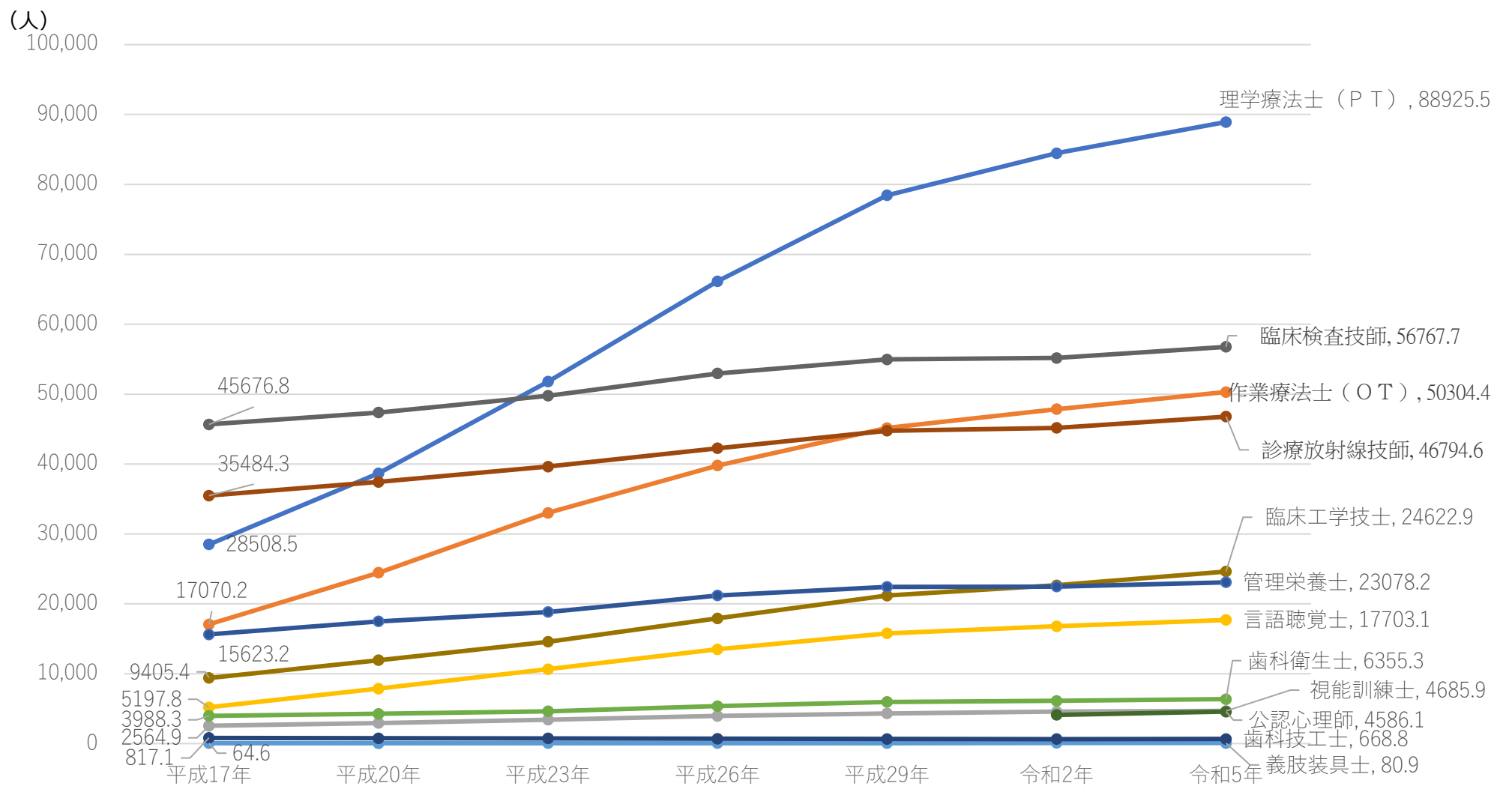
■ 病院 ■ 診療所 ■ 訪問看護ステーション ■ 介護保険施設 ■ 社会福祉施設 ■ 看護師等学校養成所又は研究機関 ■ その他



令和4年度衛生行政報告例より看護課作成

病院における各職種の従事者数（常勤換算）の推移

病院における各職種の従事者数は、平成17年と比べると増加していた。特に、理学療法士と作業療法士は約 3 倍に増加。

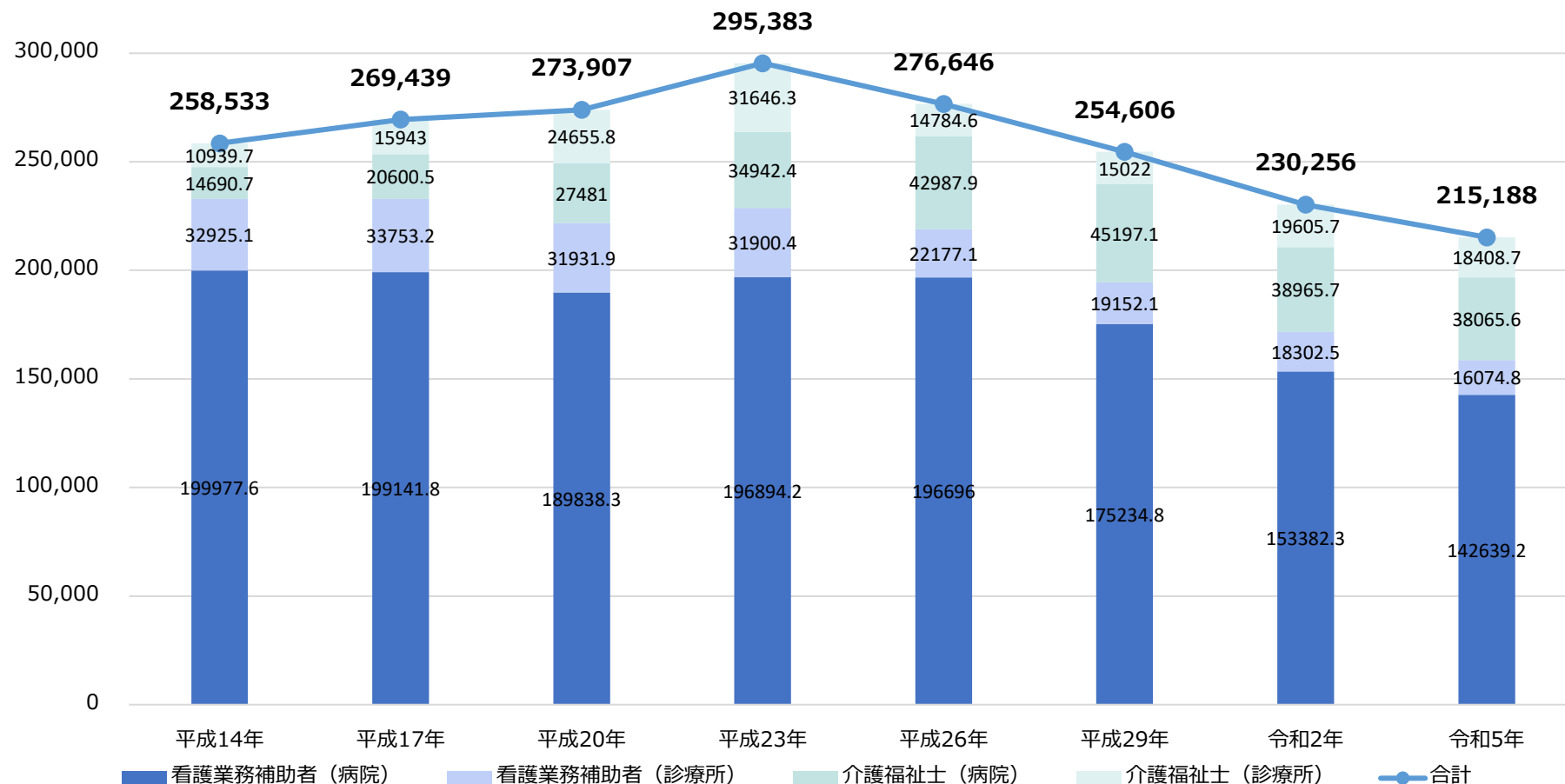


(出典) 医療施設調査・病院報告

看護業務補助者等の従事者数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

医療機関に勤務する看護業務補助者等の従事者数は平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様である。



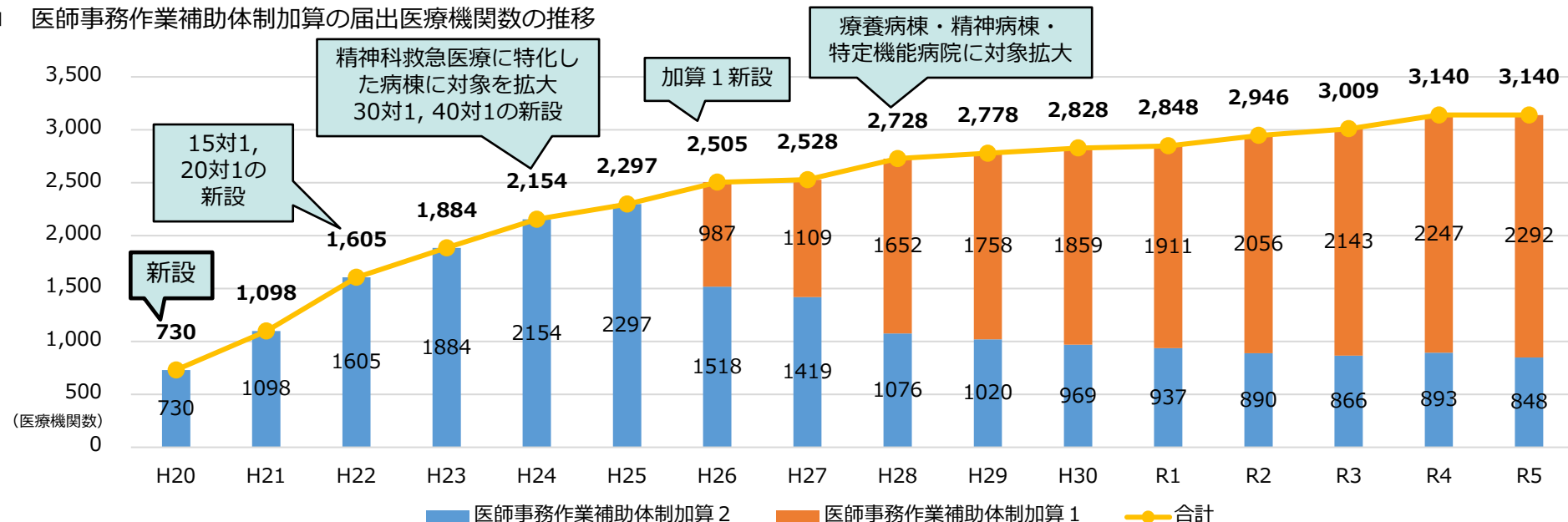
看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：各年医療施設（静態・動態）調査・病院報告 従事者の状況 病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
- ② 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

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

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

<医療機関機能の名称と定義>

・高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

・在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行う。

・急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要である。

・医育及び広域診療機能

大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- 「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」によれば、令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。
- 過去20年における年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「高齢者」の搬送人員、構成比が増加している。

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

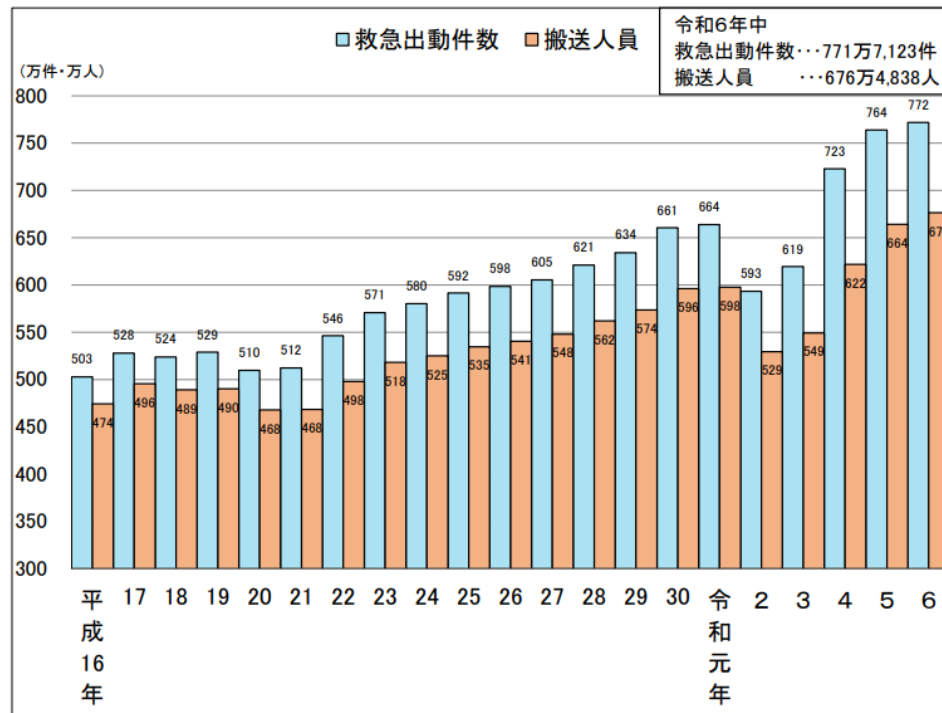
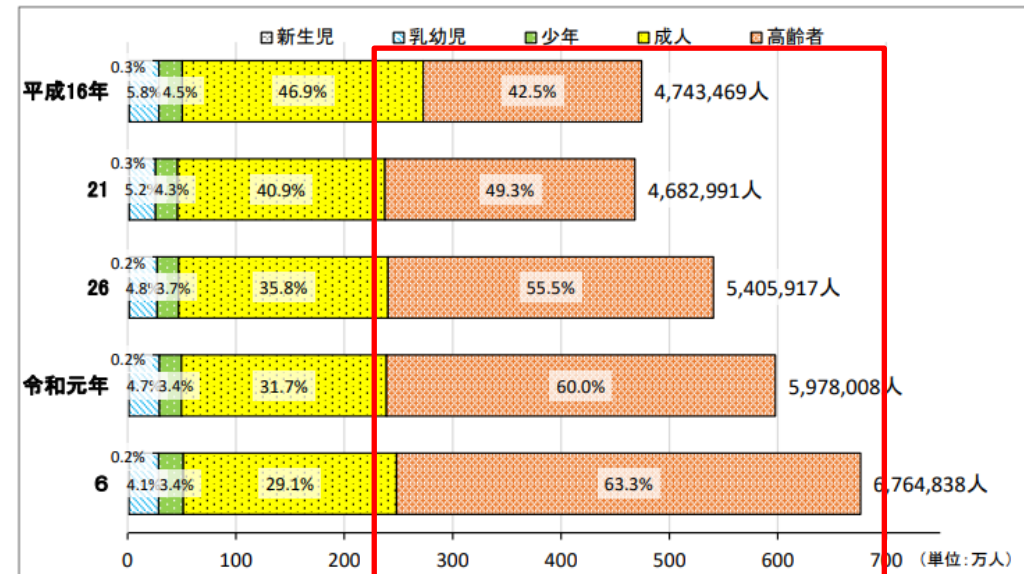


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 年齢区分の定義

新生児：生後28日未満の者

乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者

少年：満7歳以上満18歳未満の者

成人：満18歳以上満65歳未満の者

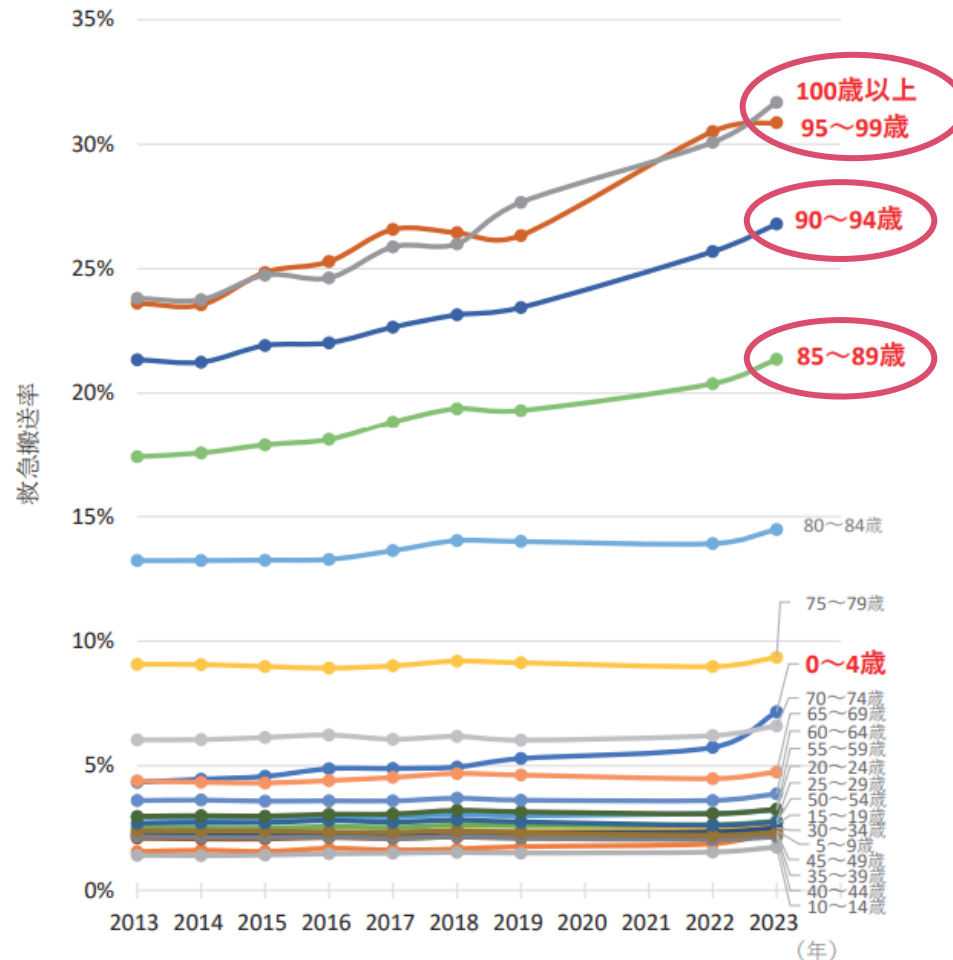
高齢者：満65歳以上の者

- 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

救急搬送率の推移（2013～2023年）（コロナの2020, 2021年除く）



1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- 後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
- 患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

急性期入院料の見直し

- ・ 入院基本料等の引き上げ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の見直し（急1におけるB項目の廃止等）
- ・ 急1における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- ・ リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

特定集中治療室等の見直し

- ・ SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- ・ 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- ・ 遠隔ICUの評価
- ・ ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

救急患者連携搬送料の新設 （いわゆる下り搬送の促進）

看護補助者の体制整備

- ・ 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- ・ 看護補助加算の新設（小児入管）

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

地域包括ケア病棟

有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し

回復期リハ

療養病棟

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の
位置付け

一般病床

(R5.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 885,706床
病床利用率 70.8%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(R5.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 275,432床
病床利用率 84.1%
平均在院日数 119.6日

DPC/PDPS

1,786施設 483,721床※2
(+296床※3)
※2 R6.6.1時点
※3 R4.4.1時点との比較

特定機能病院 入院基本料

88施設
58,887床 (▲545床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

18施設 5,590床 (▲376床)

救命救急入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
181施設	17施設	81施設	70施設
3,523床 (▲117床)	128床 (▲39床)	1,626床 (+53床)	819床 (▲87床)

特定集中治療室管理料

ICU1	ICU2	ICU3	ICU4	ICU5	ICU6
148施設	83施設	122施設	24施設	227施設	41施設
1,671床 (▲118床)	968床 (▲5床)	963床 (▲1,337床)	284床 (▲172床)	1,514床	333床

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 710施設 6,974床 (+346床)
HCU2: 32施設 332床 (▲17床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

211施設 1,799床 (+65床)

小児特定集中治療室管理料

13施設 144床 (▲17床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU1 50施設 515床 (▲225床)
NICU2 185施設 1,259床 (▲360床)

総合周産期特定集中治療室管理料

126施設 母児・胎児 794床 (▲57床)
新生児 1,593床 (▲187床)

新生児治療回復室入院医療管理料

210施設 3,085床 (▲1床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (±0床)

小児入院 医療管理料

管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
82施設	176施設	133施設	333施設	156施設
5,021床 (▲313床)	6,031床 (▲149床)	2,997床 (+1268床)	6,737床 (▲1355床)	-

一般病棟入院基本料

558,992床 (▲11,205床)

地域包括医療病棟入院料

49施設 2,045床 (R6新設)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5
1,009施設	179施設	323施設	73施設	41施設
67,353床 (+2,557床)	9,914床 (+25床)	13,702床 (▲818床)	3,053床 (+350床)	1,688床 (▲999床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
1,510施設	1,109施設	28施設	41施設
59,456床 (+4,354床)	41,171床 (▲1,573床)	742床 (▲148床)	966床 (▲215床)

障害者施設等入院基本料

879施設
72,117床 (▲151床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床 (±0)
入院料2 2施設 92床 (+13床)

特殊疾患病棟入院料等

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
97施設	113施設	26施設
5,141床 (▲215床)	8,107床 (+45床)	440床 (+56床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 260施設 5,308床 (+189床)
入院料2 212施設 3,925床 (▲69床)

療養病棟入院基本料

200,159床 (▲2,835床)

介護療養 病床

0床
(▲4,931床※)
※R5.6末病院報告

(R6年3月末に
廃止)

施設基準届出
令和6年8月1日現在
(カッコ内は前年比較)

有床診療所（一般） 3,951施設 53,199床 (▲3,492床)

有床診療所（療養） 305施設 2,890床 (▲589床)

精神科救急急性期医療入院料
179施設 11,504床 (+391床)

精神科救急・合併症入院料
13施設 528床 (+138床)

精神科病棟入院基本料 1,121施設 131,788床 (▲4,198床)

認知症治療病棟入院料
入院料1 562施設
入院料2 3施設
39,755床 (+623床)
200床 (▲70床)

精神科地域包括ケア病棟入院料
24施設 1,072床 (R6新設)

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 370施設 16,557床 (+40床)
入院料2 8施設 346床 (+48床)

児童・思春期精神科入院
53施設 1,777床 (+1床)

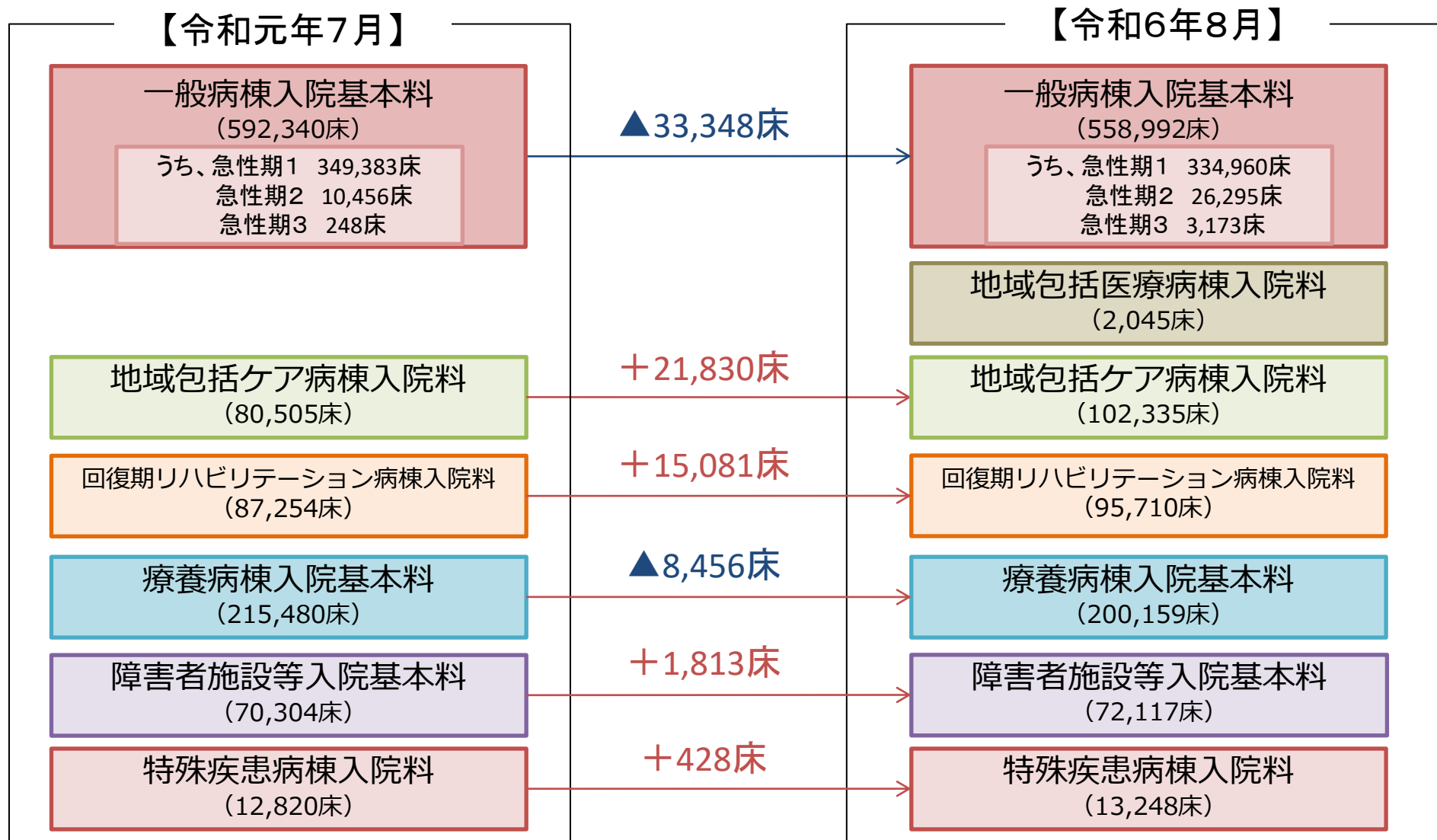
地域移行機能強化病棟入院料
16施設 567床 (▲176床)

精神療養病棟入院料
800施設 85,180床 (▲2,163床)

結核病棟入院基本料 164施設 3,167床 (▲397床)

届出病床数の推移について（概要）

- 令和元年7月時点の各入院料の届出病床数と令和6年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。

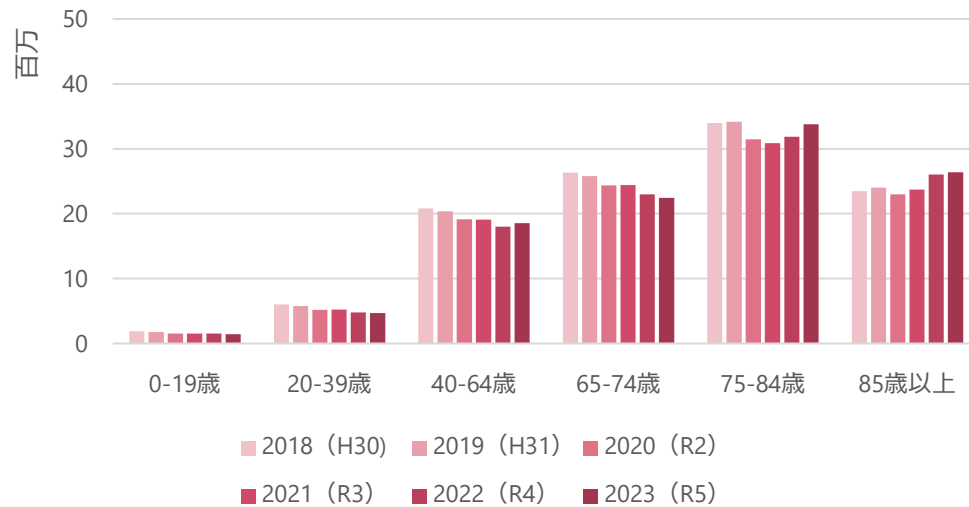


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日、令和6年度は8月1日時点）
 ※各年7月1日時点の医療保険届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

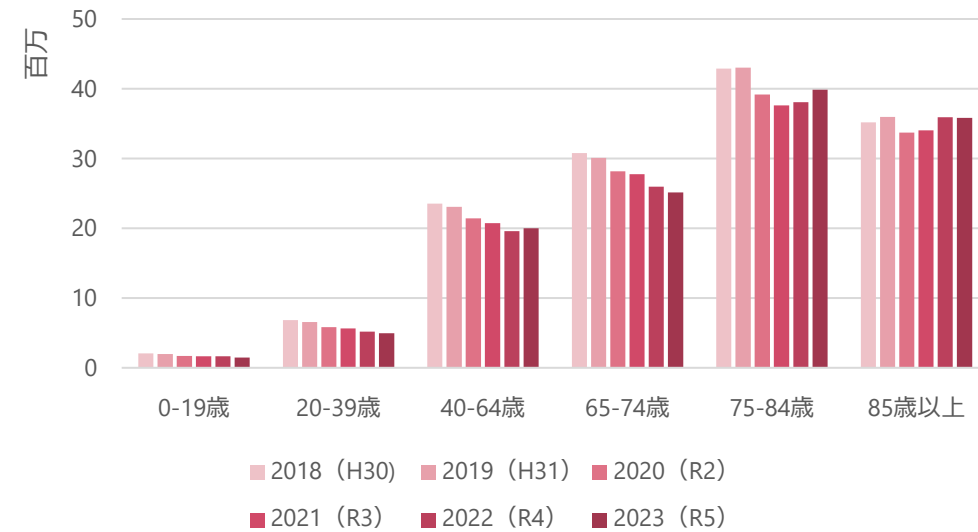
年齢階級ごとの各入院料の算定回数

診 調 組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

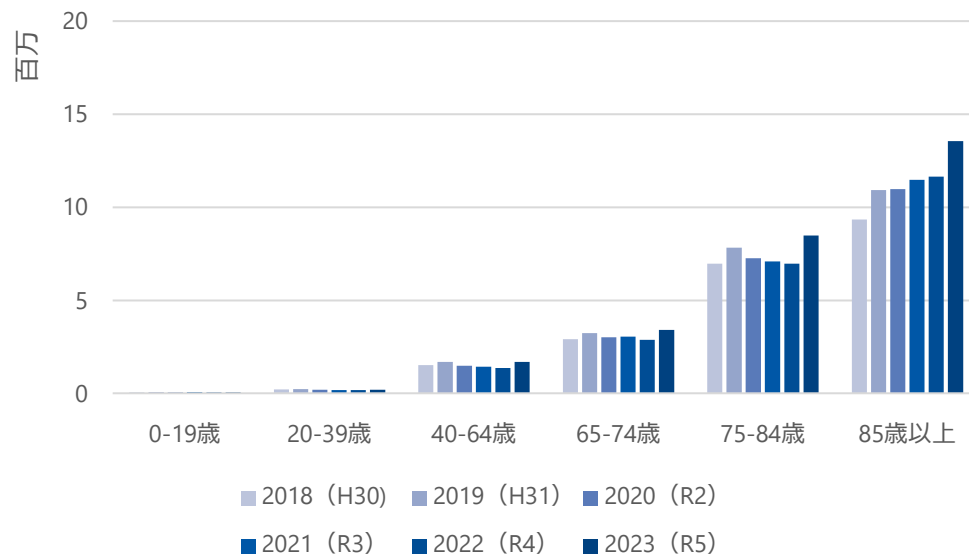
急性期一般入院料 1 の年齢階級別算定回数



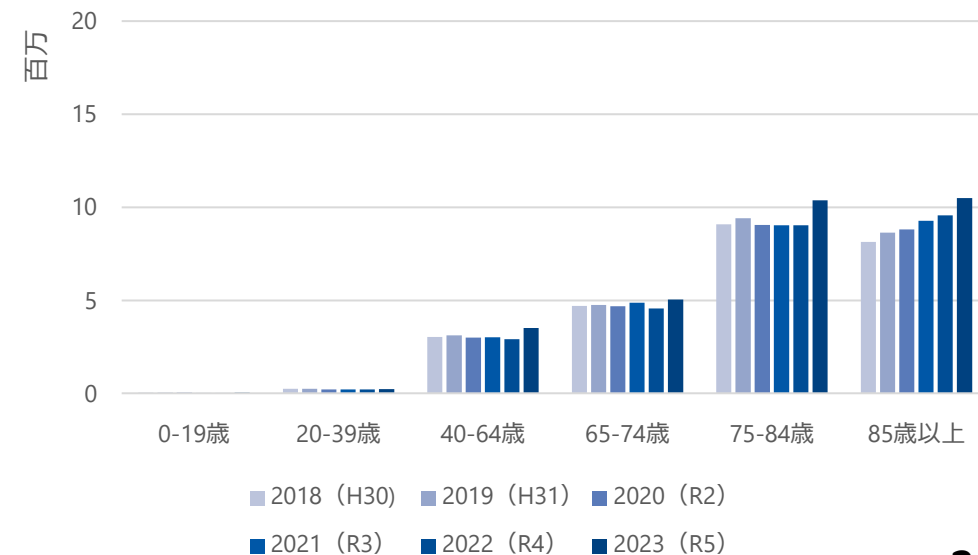
急性期一般入院料 2 - 6 の年齢階級別算定回数



地域包括ケア病棟入院料の年齢階級別算定回数

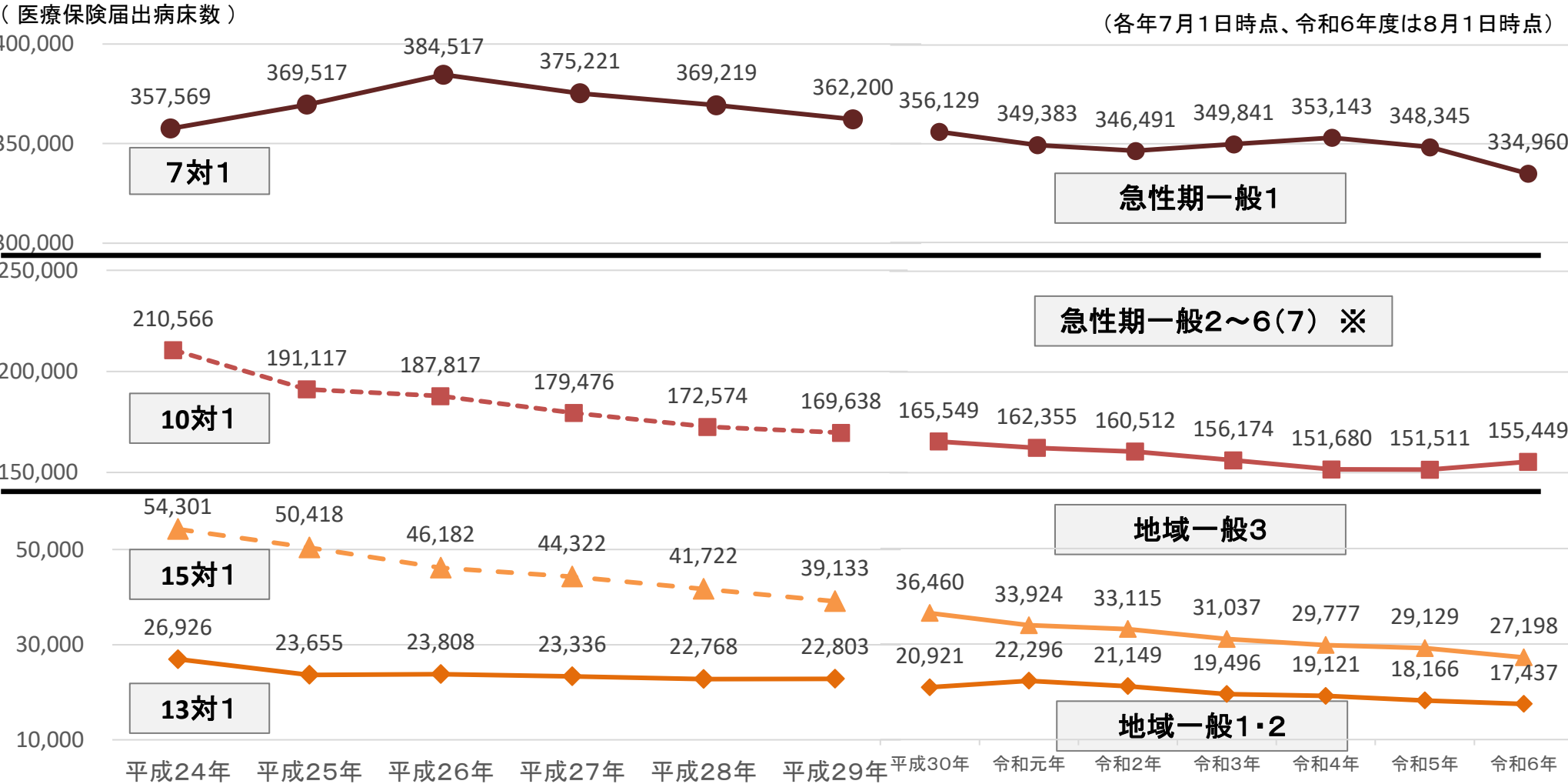


回復期リハビリテーション病棟入院料の年齢階級別算定回数



入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、令和元年以降は横ばいであったが、令和6年に再び減少。
- 急性期一般入院料2～6は減少傾向であったが、令和6年に増加。地域一般1～3は減少傾向。



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

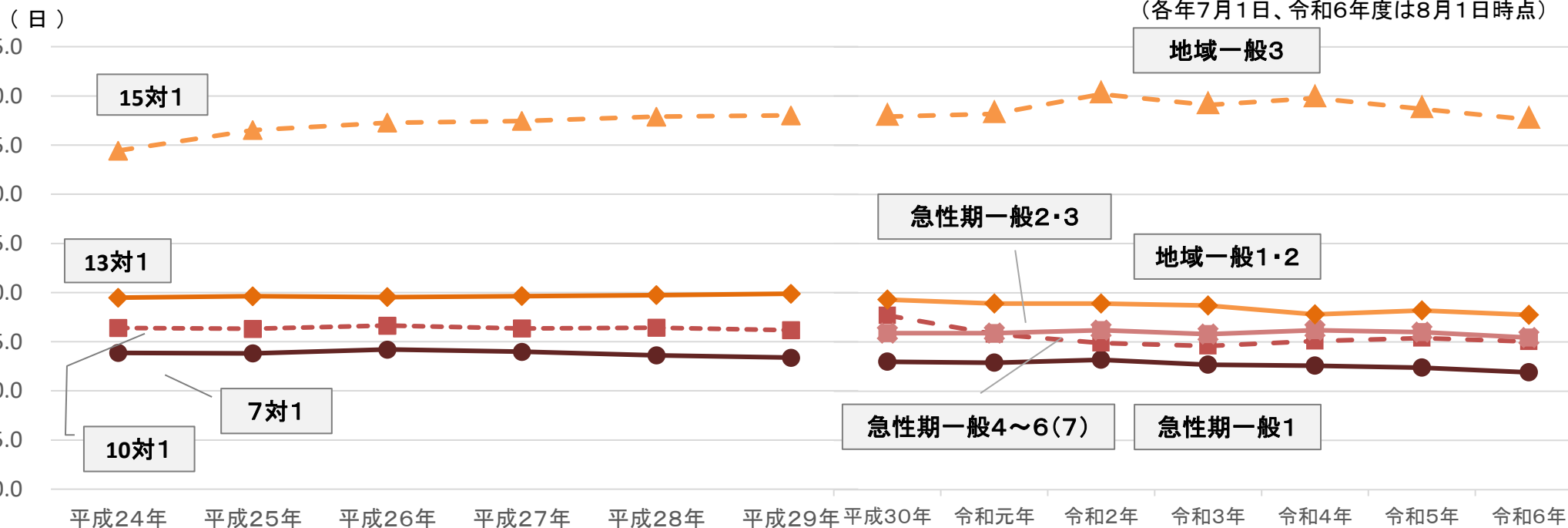
出典：保険局医療課調べ。

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
急性期一般2・3	5,399	10704	14896	15751	15941	19909	29468
急性期4～6	160,150	151651	145616	140423	126877	131602	125981

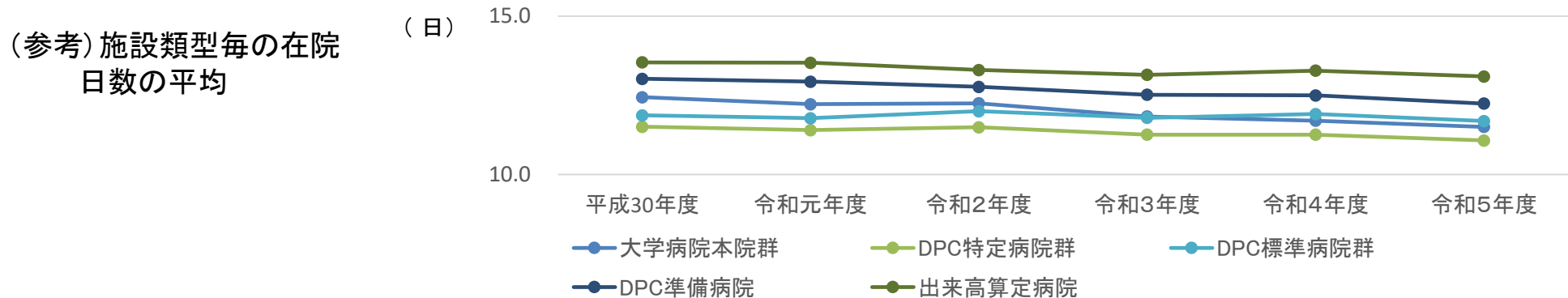
27

入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、短縮傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。



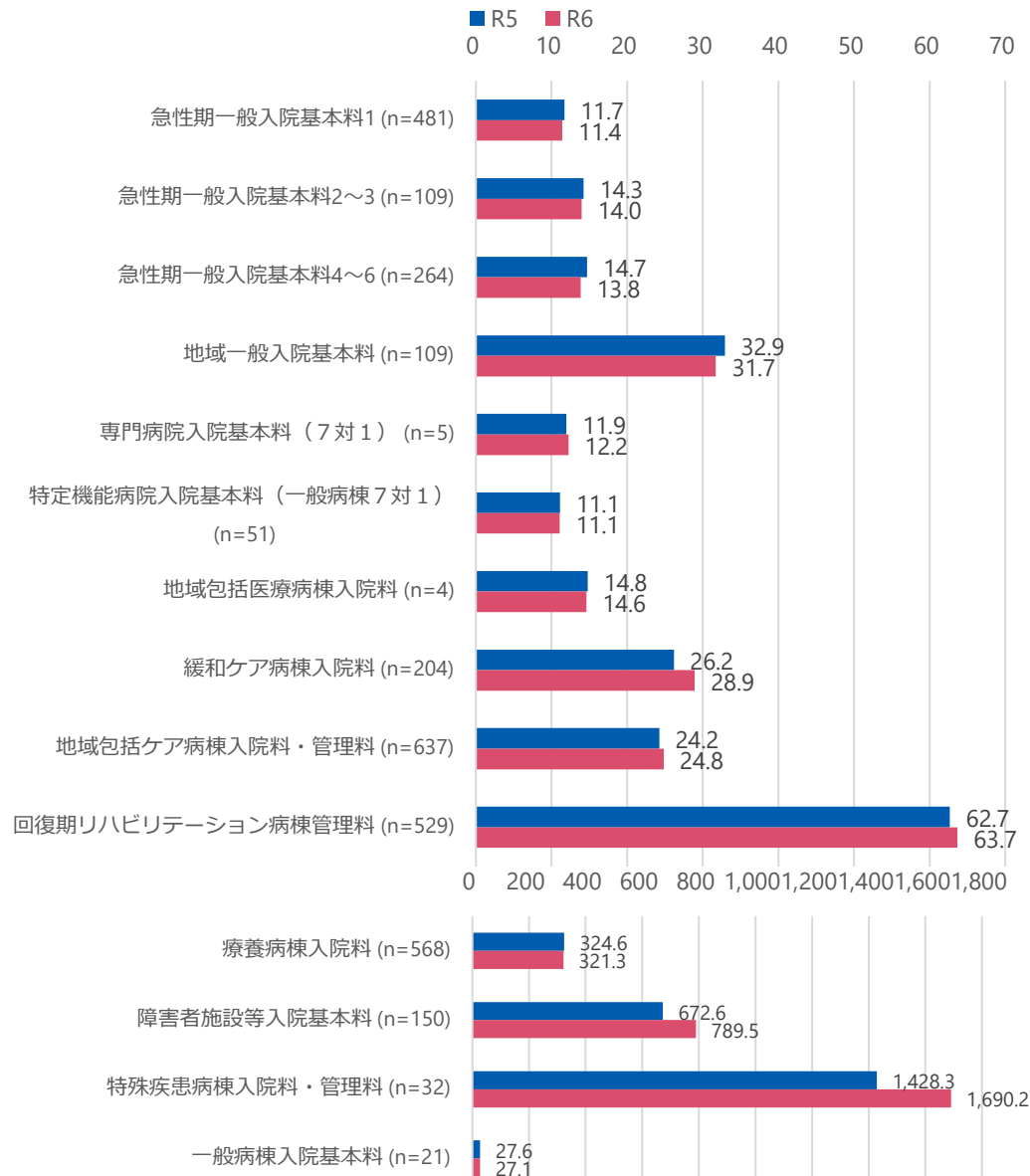
※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：保険局医療課調べ

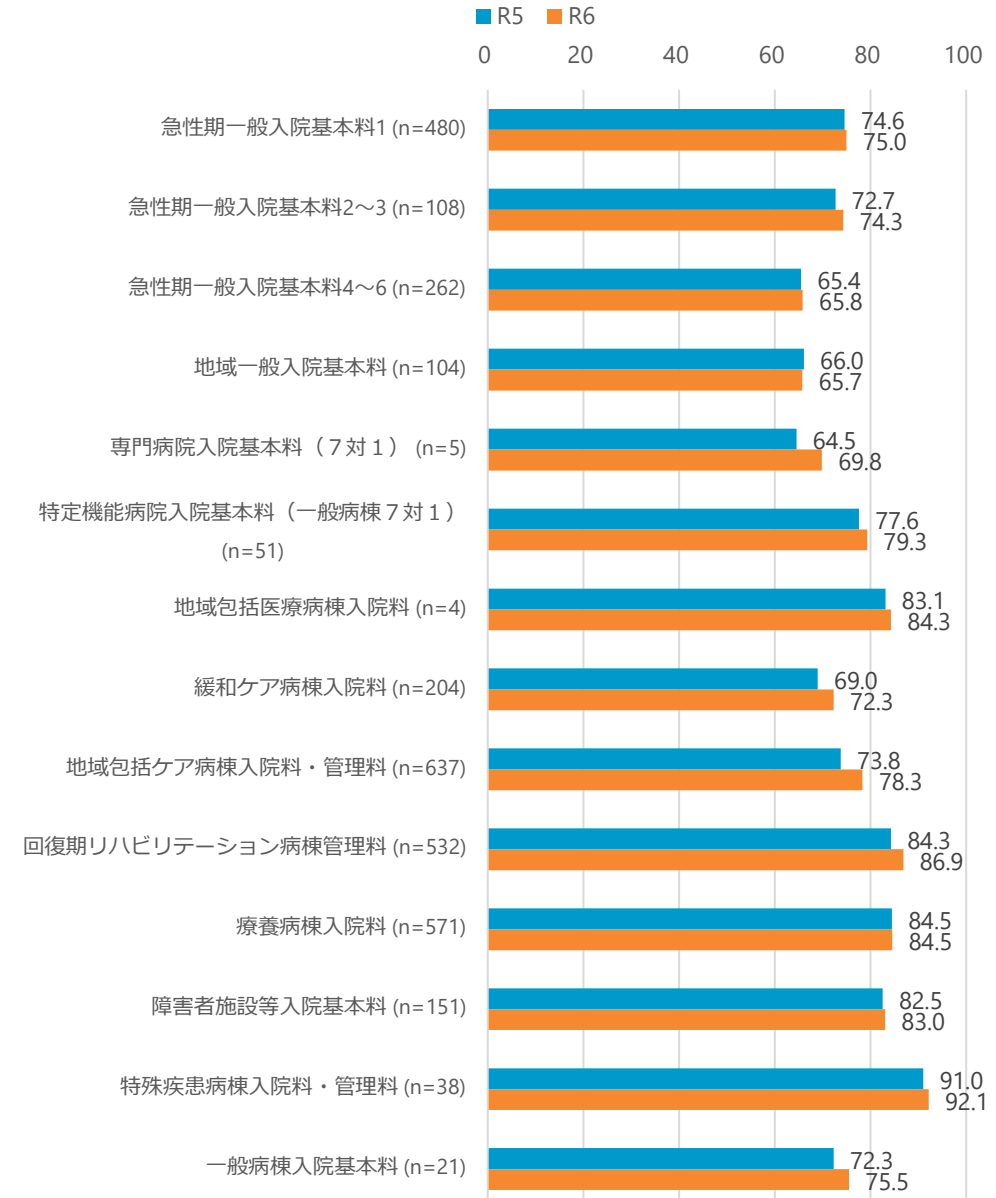
入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

中医協 総-3 7 . 6 . 1 8
診調組 入-1 7 . 5 . 2 2

平均在院日数（日）

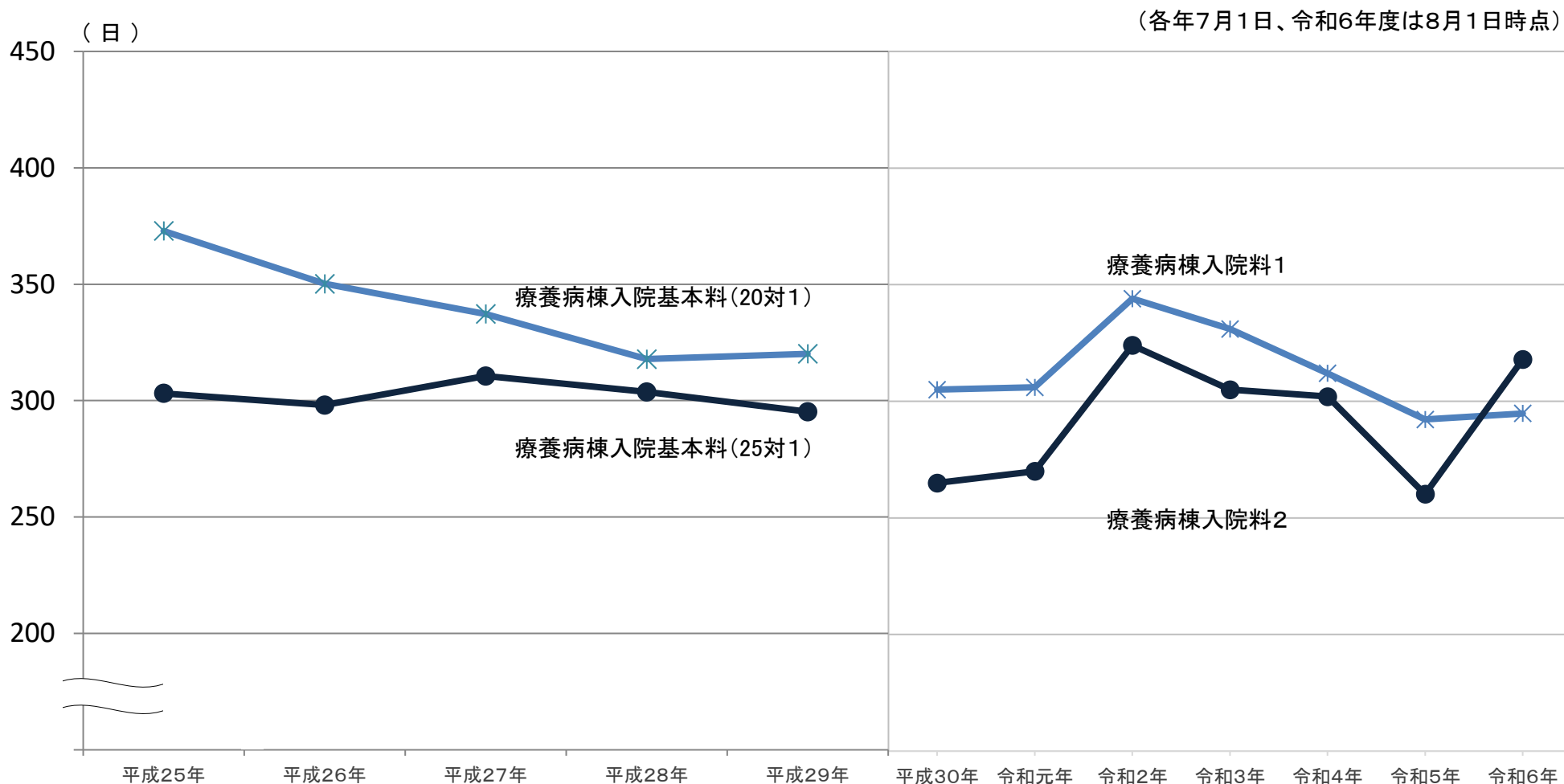


病床利用率（%）



入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料）

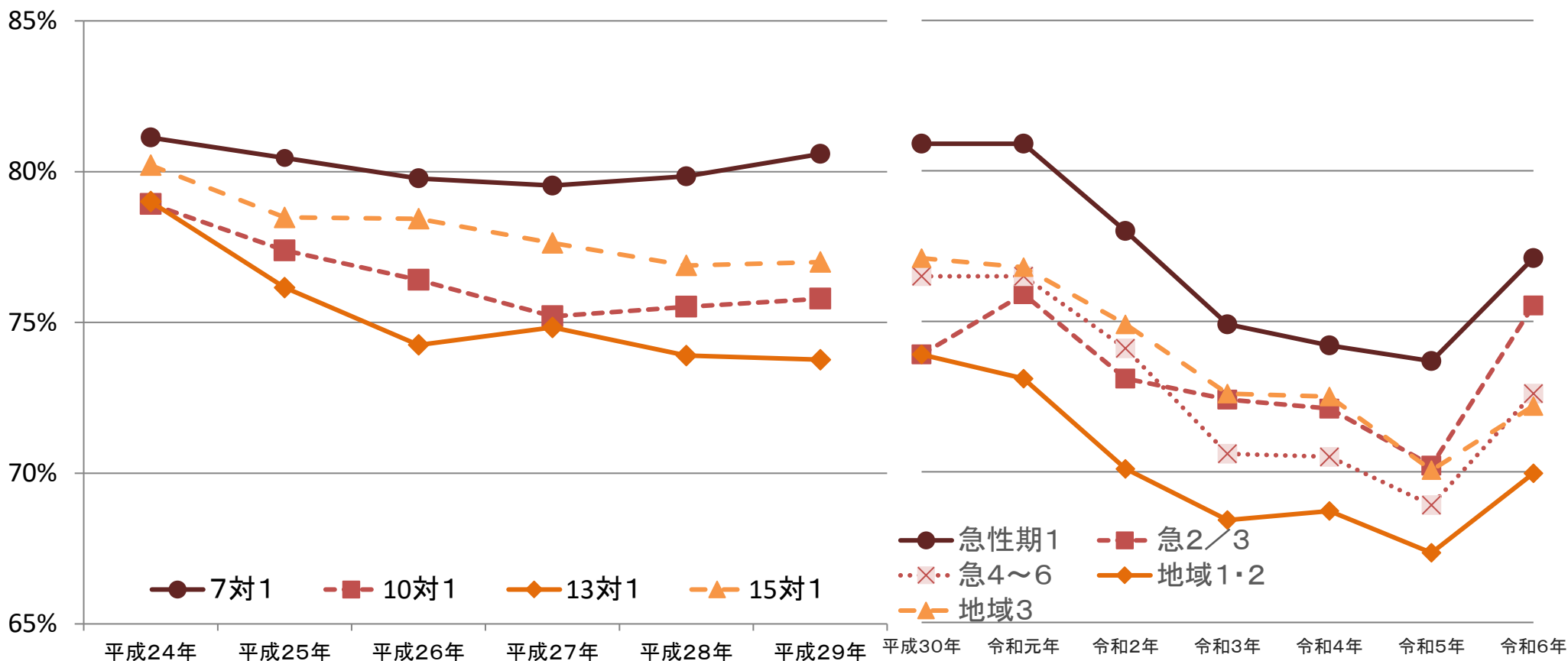
○ 平均在院日数の推移は以下のとおりであった。平均在院日数を入院料1と2と比較すると、令和6年を除き、入院料1のほうが入院料2よりも長い傾向であった。



※注11に係る経過措置の病棟は平均在院日数の算出に含んでいない。

入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

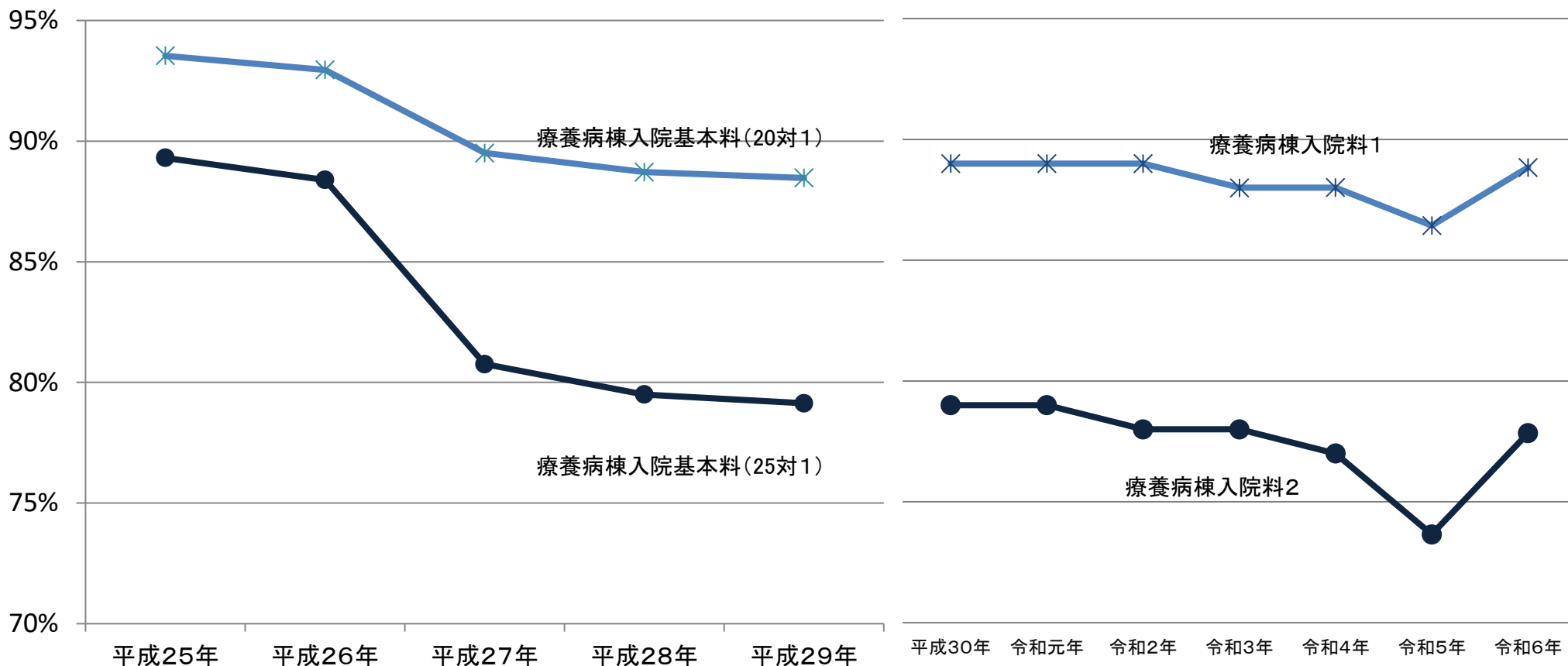
○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。令和2年から令和5年にかけて、病床稼働率は全体的に減少した後、令和6年に上昇している。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点（令和6年度は8月1日時点）の稼働病床で除したもの
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院料別の病床稼働率の推移（療養病棟入院基本料）

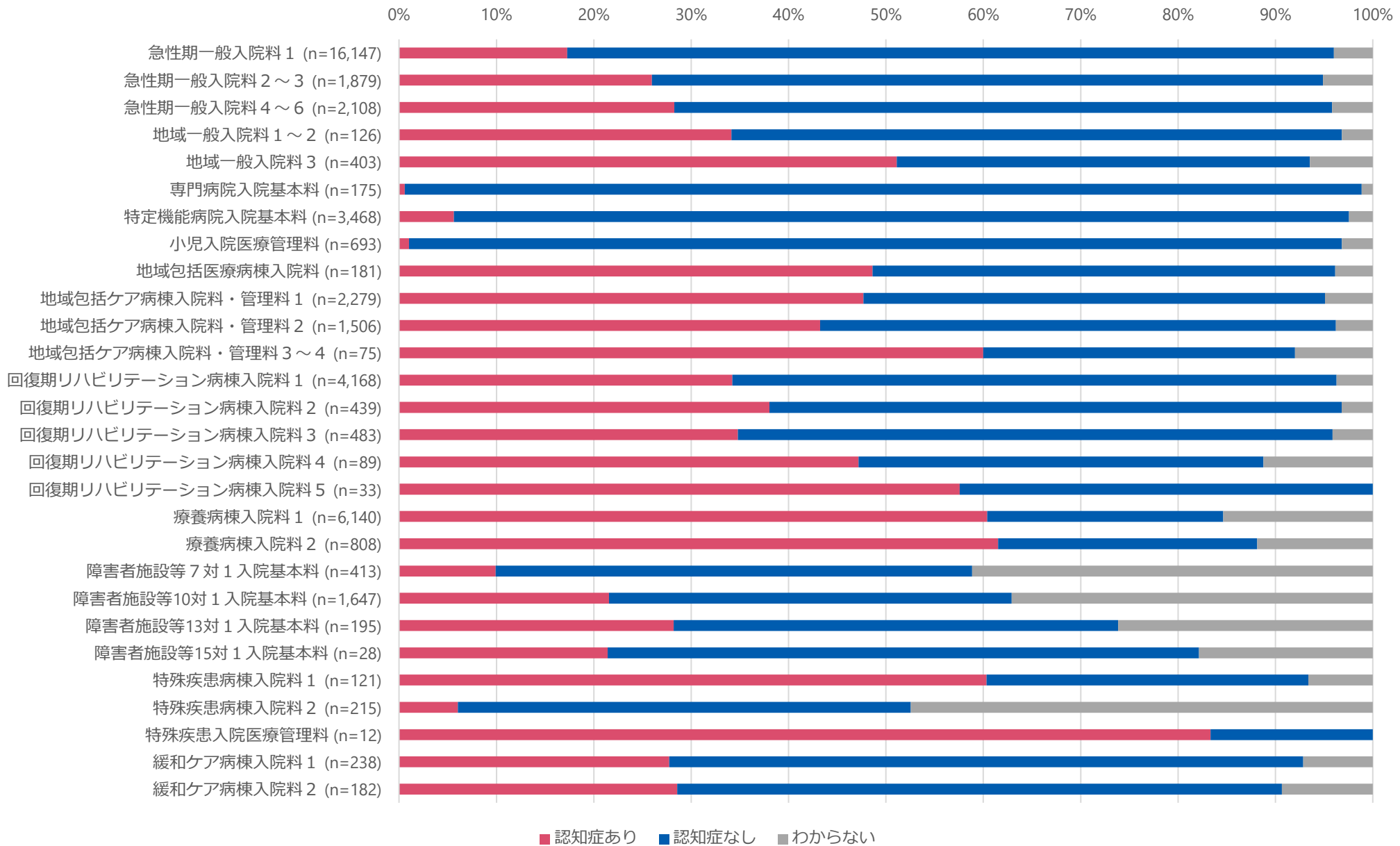
○ 病床稼働率の年次推移は以下のとおりであった。病床稼働率を入院料1と2と比較すると、入院料1は入院料2と比較して高い傾向であった。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点（令和6年度は8月1日時点）の稼働病床で除したもの（令和5年度のみ許可病床で計算）

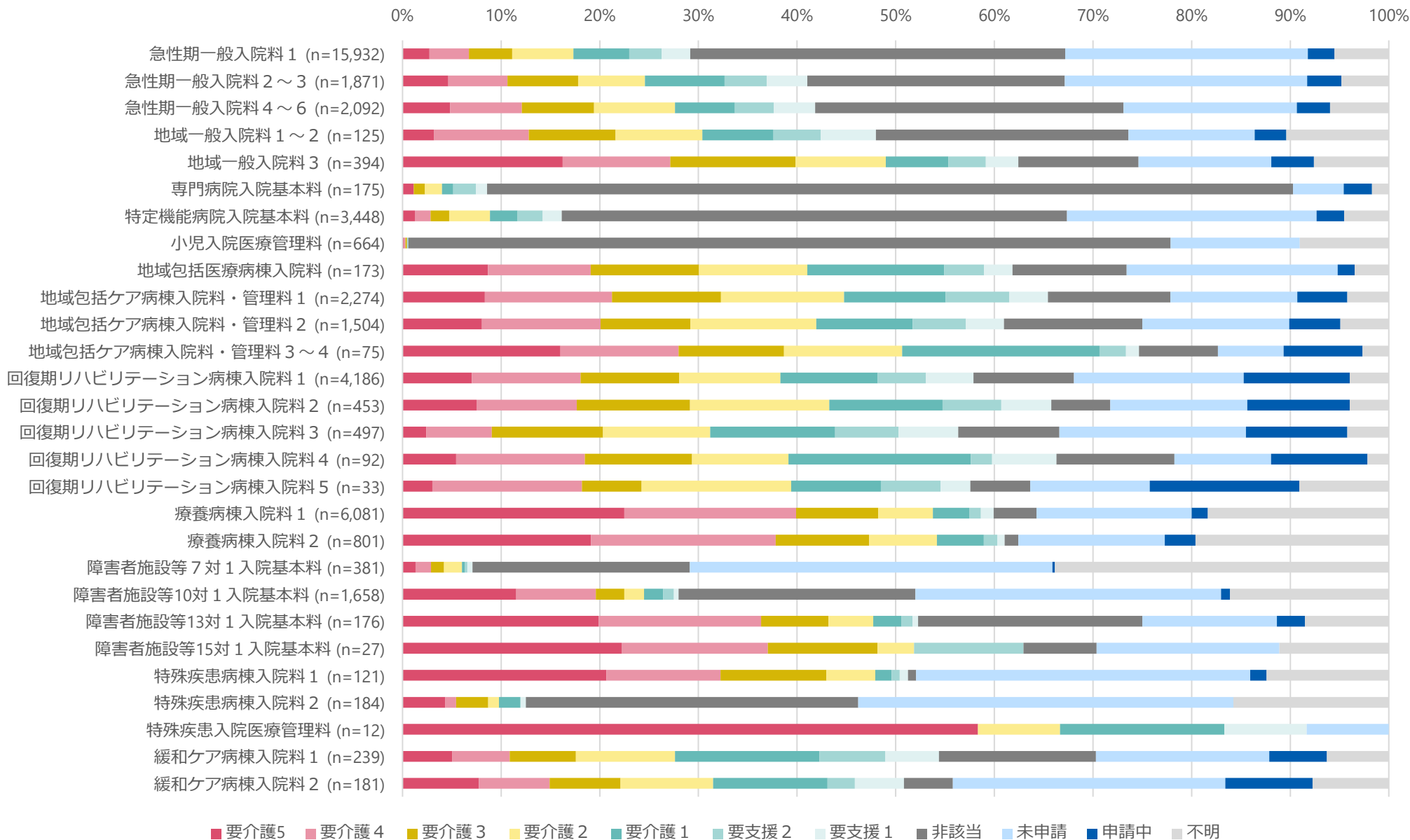
入院料ごとの認知症の有無

中医協 総-3 7 . 6 . 1 8	診調組 入-1 7 . 5 . 2 2
------------------------	------------------------



入院料ごとの要介護度別の患者割合

中医協 総-3	診調組 入-1
7 . 6 . 1 8	7 . 5 . 2 2



入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

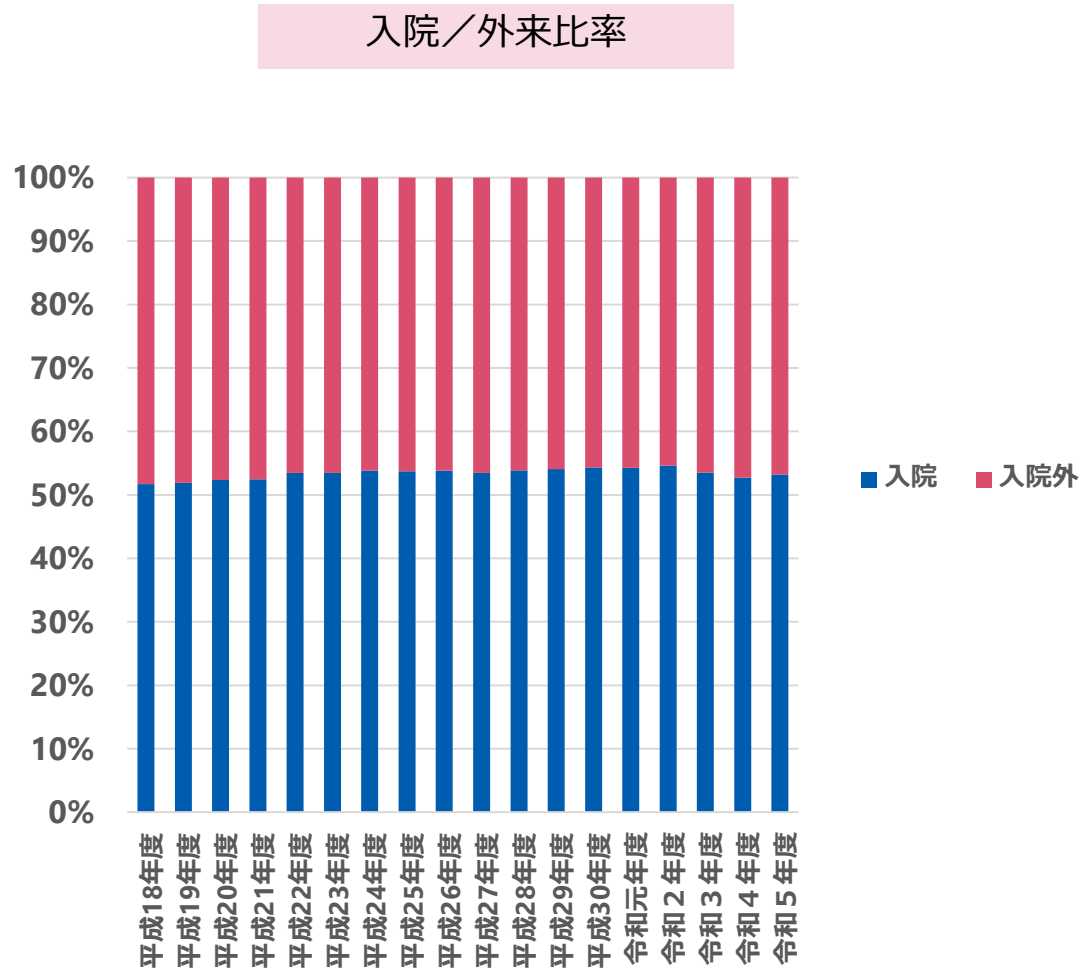
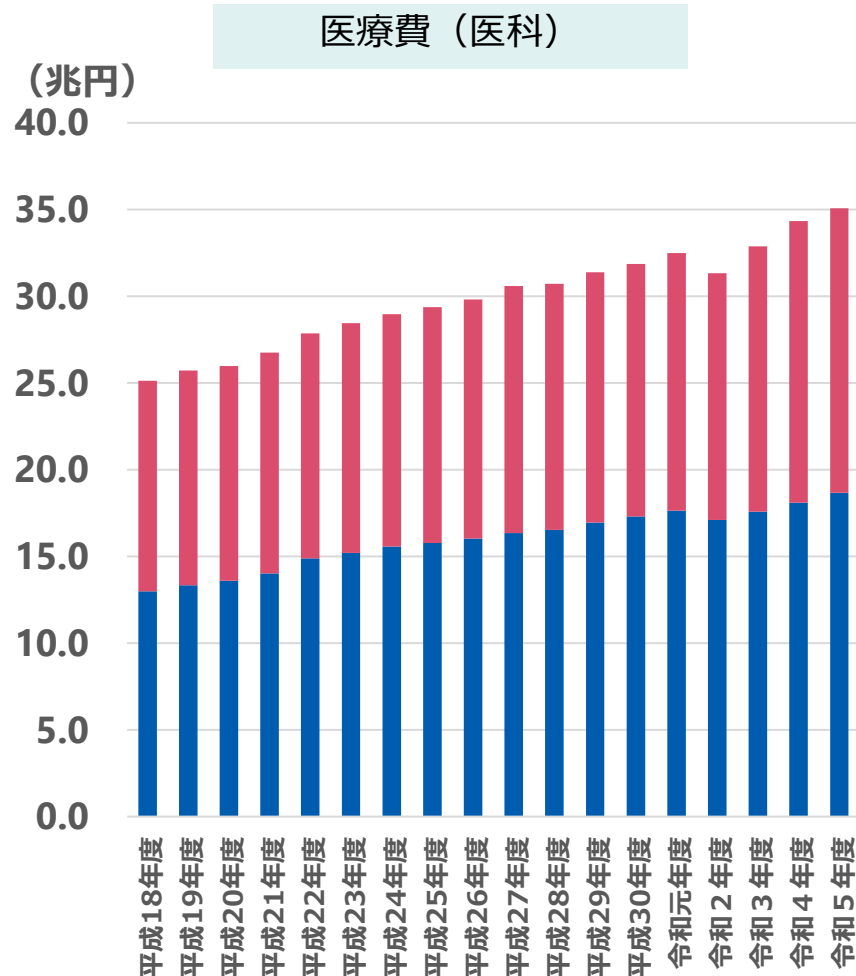
- 40床あたりの管理栄養士及びリハビリ職員数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 40床あたりの職員数の合計は、回復期リハビリテーション病棟入院料が最も多い。

入院料	回答病棟数 ※ 1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）						
		全職員数	看護職員	看護補助者		管理栄養士	リハビリ職 ※ 2	相談員
					うち介護福祉士			
急性期一般入院料1(N=340)	2044	33.91	26.62	3.80	0.48	0.22	1.22	0.31
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57	0.23	1.59	0.32
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68	0.34	1.22	0.22
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60	28.69	2.73	0.05	0.26	0.42	0.10
専門病院入院基本料(N=3)	17	25.40	22.98	2.09	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料(N=126)	192	39.44	32.79	2.54	0.24	0.26	0.55	0.31
地域一般入院料1-2(N=21)	24	29.75	19.26	4.49	1.14	0.26	2.30	0.28
地域一般入院料3(N=47)	50	31.65	17.20	5.86	1.02	0.57	2.15	0.41
地域包括医療病棟入院料(N=17)	19	33.09	21.18	4.03	0.63	0.45	2.00	0.55
地域包括ケア病棟入院料(N=312)	349	30.48	19.15	6.53	2.14	0.24	2.66	0.46
地域包括ケア病棟入院料1(N=159)	181	33.56	19.66	7.21	2.67	0.33	3.76	0.59
地域包括ケア病棟入院料2(N=150)	163	27.23	18.64	5.77	1.56	0.15	1.51	0.31
地域包括ケア病棟入院料3(N=1)	1	26.25	20.00	6.25	3.75	0.00	0.00	0.00
地域包括ケア病棟入院料4(N=4)	4	24.59	16.78	6.69	1.71	0.23	0.47	0.43
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=370)	497	42.45	16.93	6.92	3.19	0.63	15.79	0.88
回復期リハビリテーション病棟入院料1(N=267)	372	45.41	17.49	6.94	3.36	0.72	17.92	1.01
回復期リハビリテーション病棟入院料2(N=35)	43	37.98	15.43	6.94	3.37	0.43	13.18	0.77
回復期リハビリテーション病棟入院料3(N=64)	67	31.53	15.33	6.67	2.20	0.30	7.82	0.30
回復期リハビリテーション病棟入院料4(N=11)	11	30.46	13.96	7.38	2.55	0.36	6.93	0.47
回復期リハビリテーション病棟入院料5(N=4)	4	30.90	16.70	8.08	3.13	0.56	4.44	0.20
療養病棟入院基本料1(N=358)	577	25.97	12.62	9.32	3.78	0.30	1.23	0.29
療養病棟入院基本料2(N=50)	70	23.73	11.73	7.98	2.83	0.41	1.34	0.27
その他入院料(N=159)	166	35.73	25.31	5.52	1.31	0.36	1.99	0.52

※ 1 20床以下の病棟は除いて集計 ※ 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

入院／入院外医療費の推移

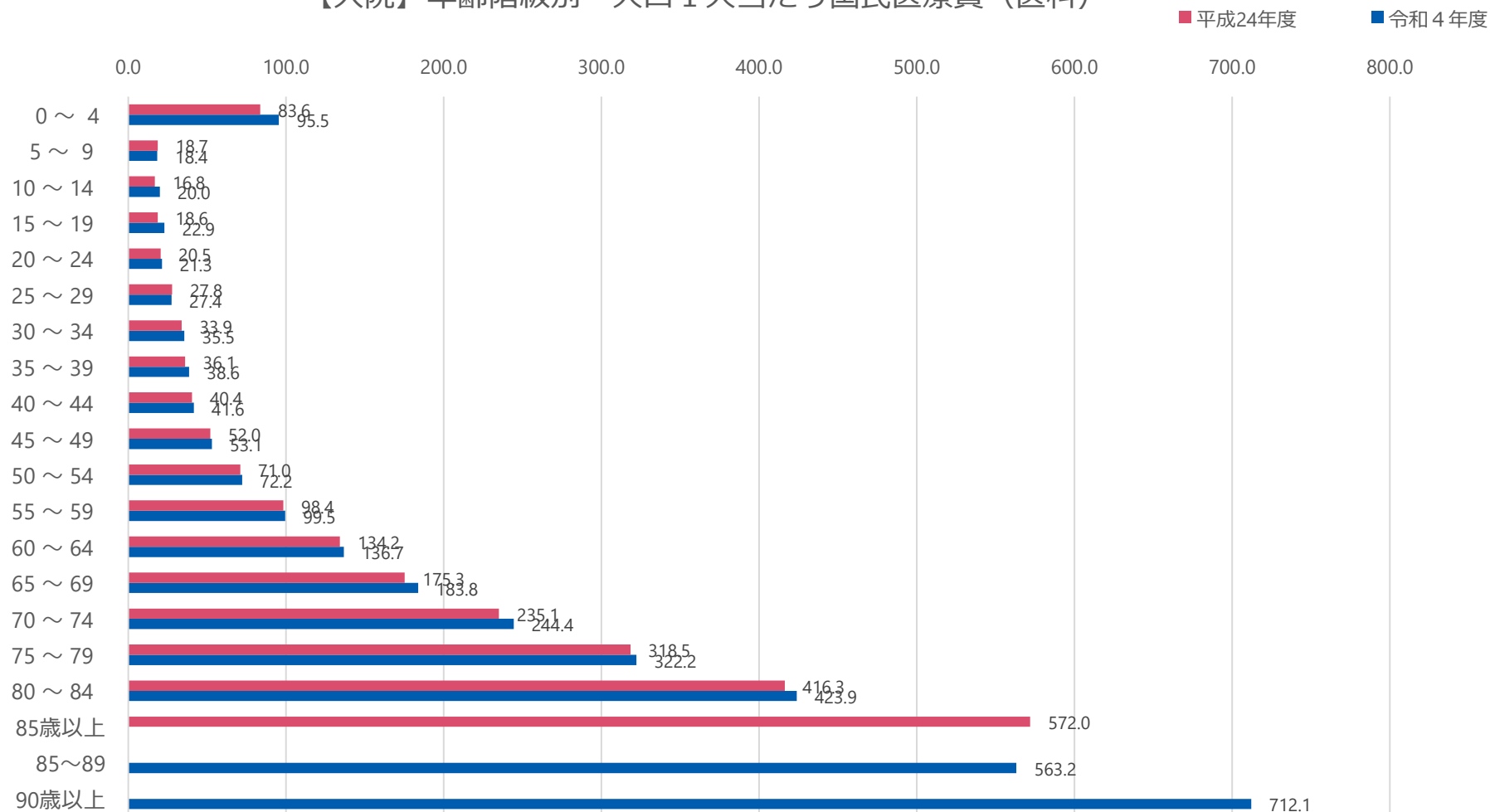
- 入院及び入院外の医療費は、令和2年度に一時的に減少したが、増加傾向である。入院と入院外の比率でみると、入院の比率が高く、また直近の数年では、入院外の医療費が微増している。



【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費

- 年齢階級別に1人当たりの入院医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、1人当たりの入院医療費は多くの年齢層でやや増加している。

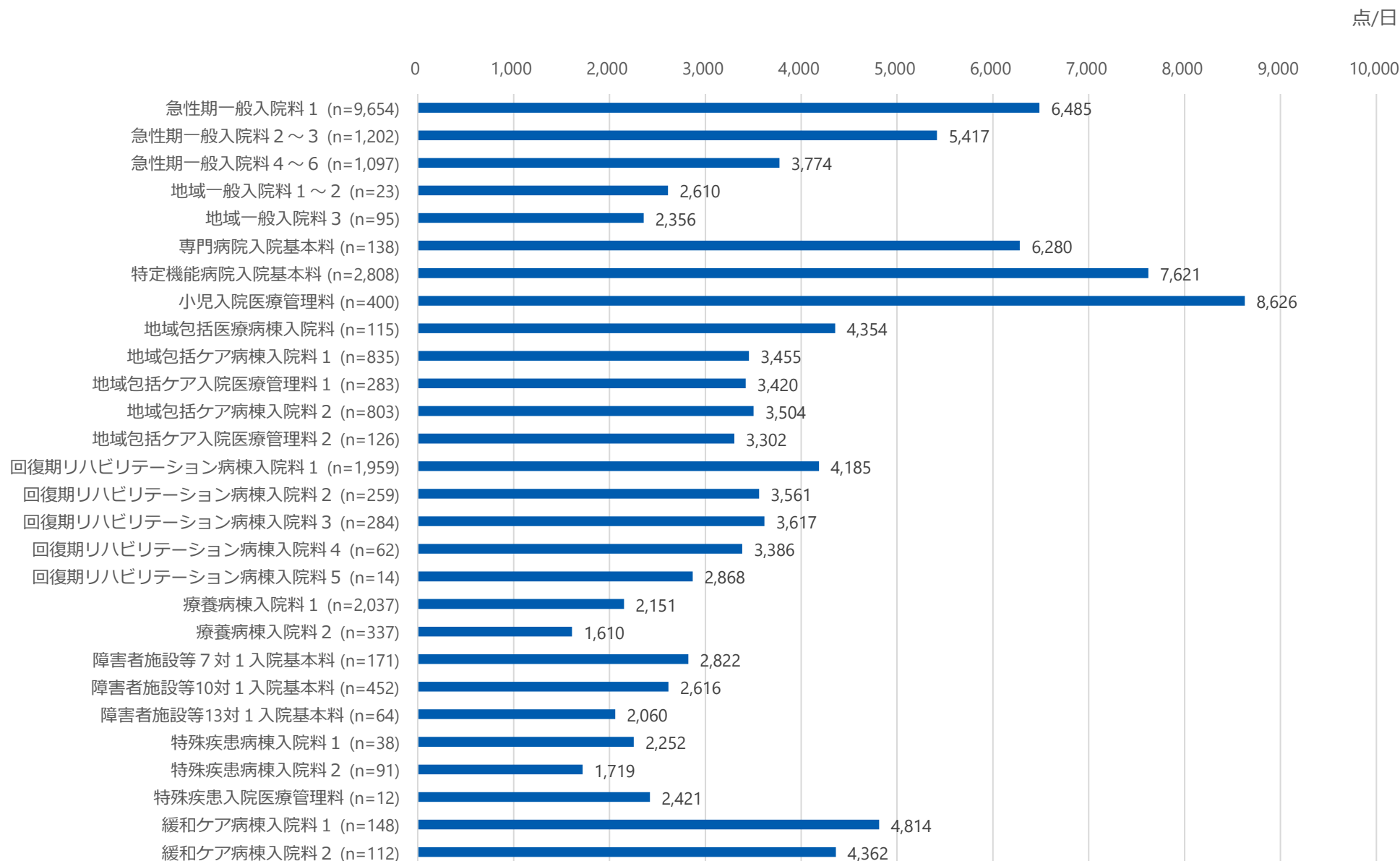
【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費（医科）



入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数

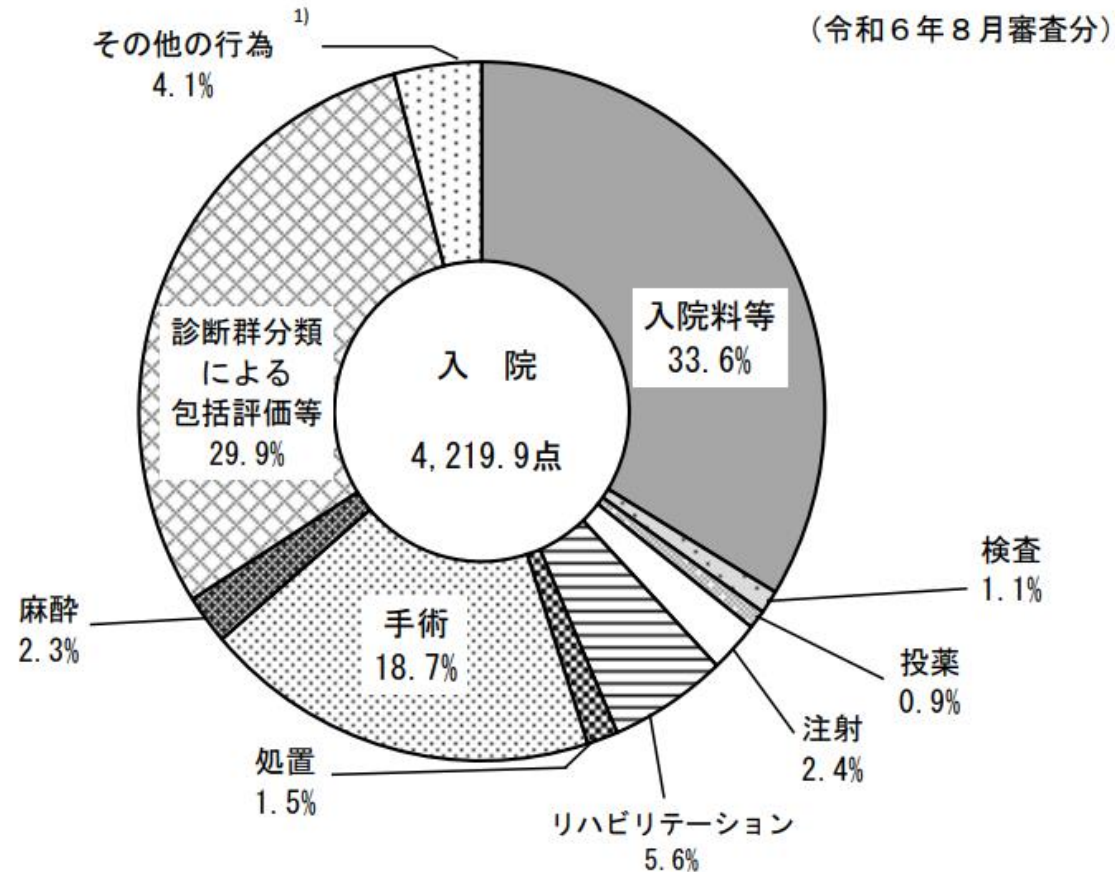
中医協 総-3
7 . 6 . 1 8

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2



診療行為別にみた入院 1 日当たりの点数の構成割合

- 入院 1 日当たり点数のうち、入院料等が約34%、診断群分類による包括評価等が約30%、手術が約19%を占めていた。



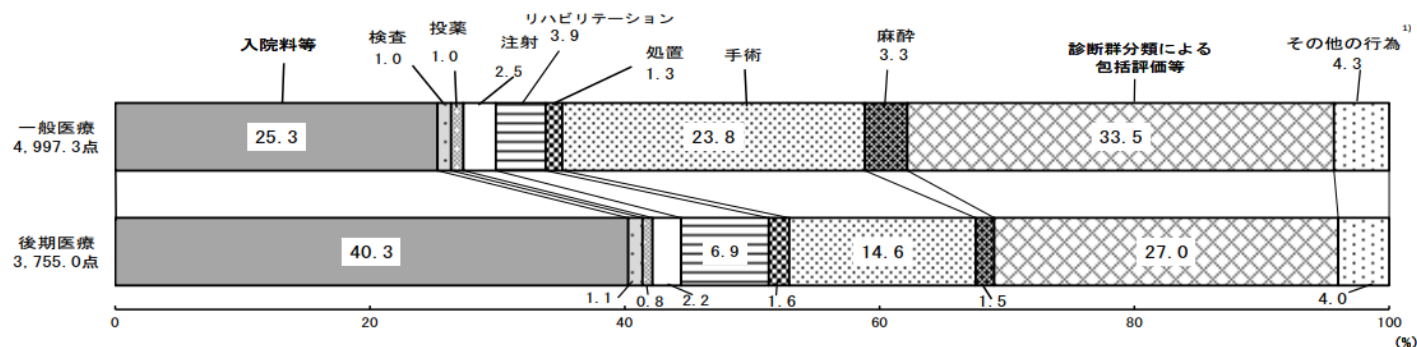
注：1) 「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「画像診断」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

入院の診療行為別 1 日当たりの点数の構成割合

- 後期医療では、一般医療と比較し、診断群分類による包括評価等や手術の割合が少なく、その他の入院料、リハビリテーションの割合が多かった。
- 療養病床を有する病院では、一般病院と比較し、入院料等の占める割合が多かった。

図3 一般医療 - 後期医療別にみた入院の診療行為別 1 日当たり点数の構成割合

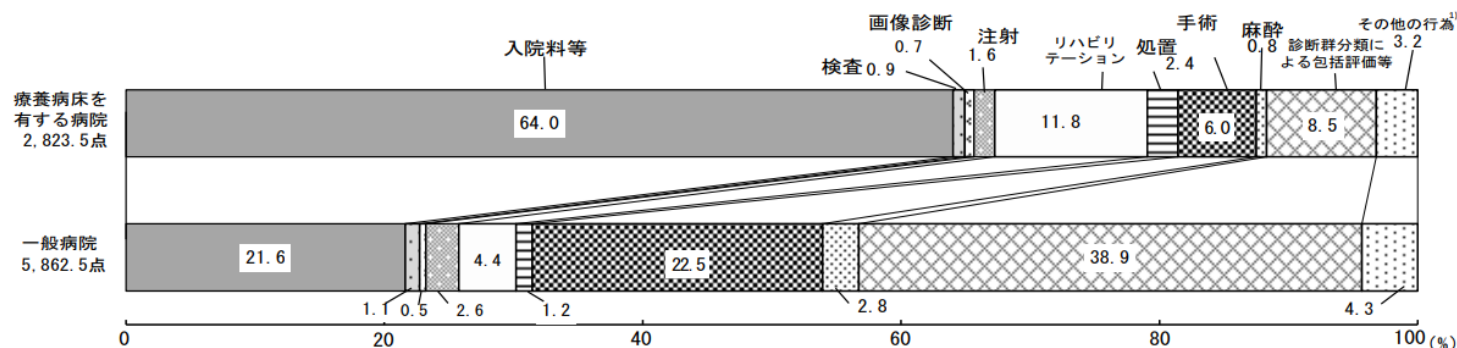
(令和 6 年 8 月審査分)



注：1) 「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「画像診断」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

図5 療養病床を有する病院 - 一般病院別にみた入院の診療行為別 1 日当たり点数の構成割合

(令和 6 年 8 月審査分)



注：1) 「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「投薬」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(入院医療)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 1 ～ 6）の評価

○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した。

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員		7 対 1 以上 (7 割以上が 看護師)	10対 1 以上 (7 割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準※	必要度Ⅰ	割合①: <u>21%</u> 割合②: <u>28%</u>	<u>22%</u>	<u>19%</u>	<u>16%</u>	<u>12%</u>	測定している こと
	必要度Ⅱ	割合①: <u>20%</u> 割合②: <u>27%</u>	<u>21%</u>	<u>18%</u>	<u>15%</u>	<u>11%</u>	
平均在院日数		<u>16</u> 日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8 割以上	－				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	・ 入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・ 届出にあたり入院料 1 の届出 実績が必要		－		
データ提出加算		○（要件）					
点数		<u>1,688</u> 点	<u>1,644</u> 点	<u>1,569</u> 点	<u>1,462</u> 点	<u>1,451</u> 点	<u>1,404</u> 点

※該当患者割合の基準

入院料 1 : 割合①A 得点 3 点以上、又は C 得点 1 点以上

割合②A 得点 2 点以上、又は C 得点 1 点以上

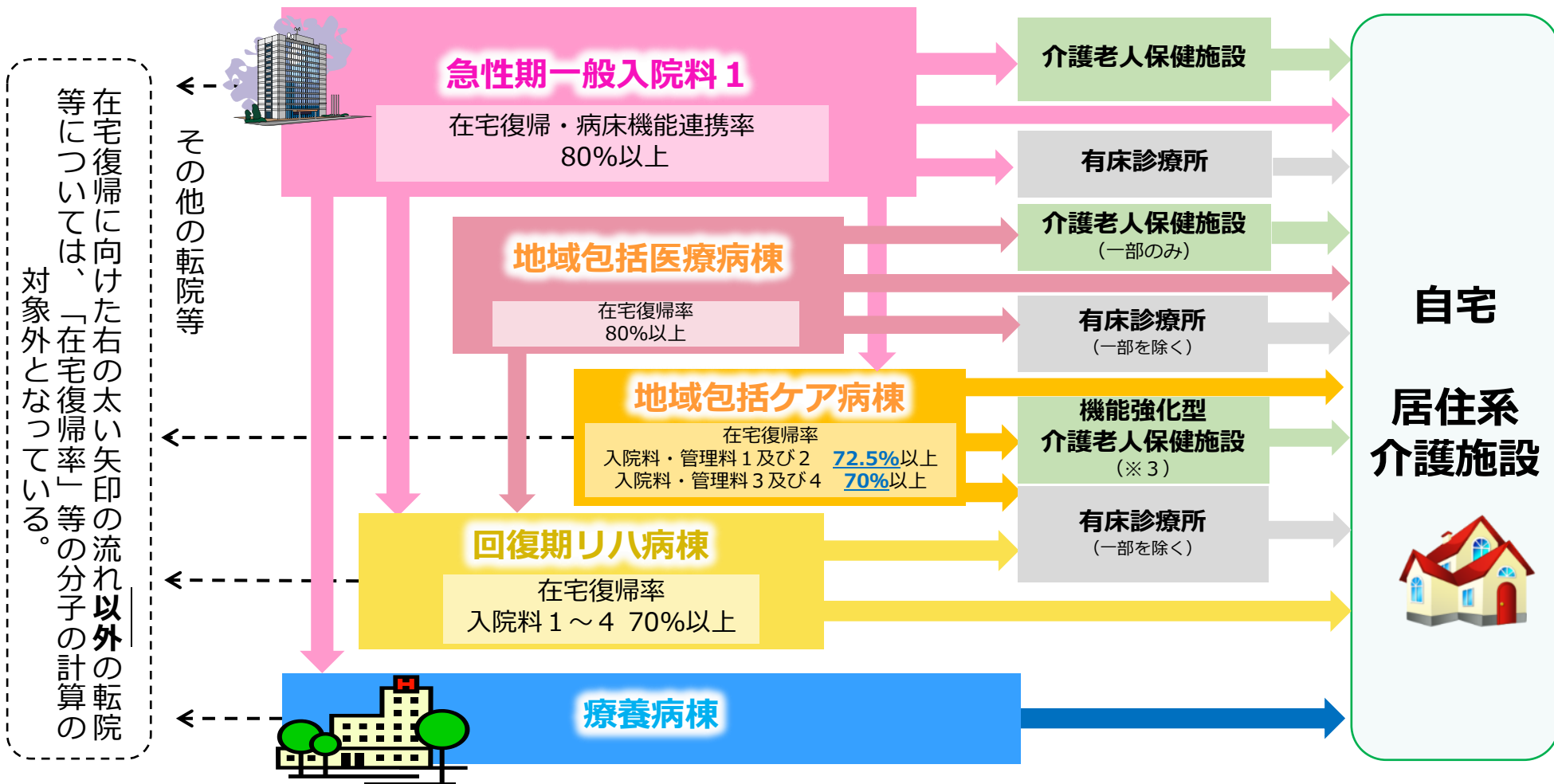
入院料 2 ～ 5 : A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上、又は A 得点 3 点以上、又は C 得点 1 点以上

入院基本料・特定入院料ごとの在宅復帰率の考え方

中医協 総-4
5. 7. 5 改

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（→）で示す。**

※1, ※2



- ※1 転棟患者（自院内の転棟）は除く。
- ※2 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。
- ※3 機能強化型介護老人保健施設への退院患者数のうち、5割を在宅復帰率に反映。

7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成17年	○ 医療制度改革大綱 ・「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
平成18年	<u>7対1入院基本料創設</u>
平成19年	○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 ・「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」
平成20年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入</u> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</u> ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 ○ <u>平均在院日数要件の見直し</u> ・「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</u> ・「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」 ○ <u>データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入</u>
平成28年	<u>7対1入院基本料の基準の見直し</u> ○ <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</u> ・「A項目の一部追加、B項目の評価項目の見直し、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」 ・「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上」 ・「該当患者割合を15%以上→25%以上」 ○ <u>在宅復帰率の見直し</u> ・「75%以上→80%以上」

7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成30年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟入院基本料の見直し ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・C項目の評価項目の見直し ・該当患者の判定基準に「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を追加（総合入院体制加算も同様に基準を追加） ・A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合（30%/25%）を設定 ○ 在宅復帰率の見直し ・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更 ・指標の定義等の見直し
令和2年	急性期一般入院料1の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・該当患者の判定基準から「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を削除 ・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→（31%/29%）以上へ見直し ・A・C項目の評価項目の見直し
令和4年	急性期一般入院料1の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止 ・「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」へ変更 ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価を2点に変更 ・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価 ・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→200床以上：（31%/28%），200床未満：（28%/25%）に変更
令和6年	急性期一般入院料1の基準の見直し ○ 平均在院日数要件の見直し ・「平均在院日数が18日→16日以下」 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・必要度Ⅱを用いる対象医療機関：許可病床数200床以上 →すべての保険医療機関（許可病床数200床未満で、必要度Ⅱによる評価が困難であるものを除く） ・判定基準として「A得点2点以上かつB得点3点以上」、「A得点3点以上」、又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上 →「A得点3点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上、かつ、 「A得点2点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上 ・A項目の評価項目の見直し ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し ・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

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)

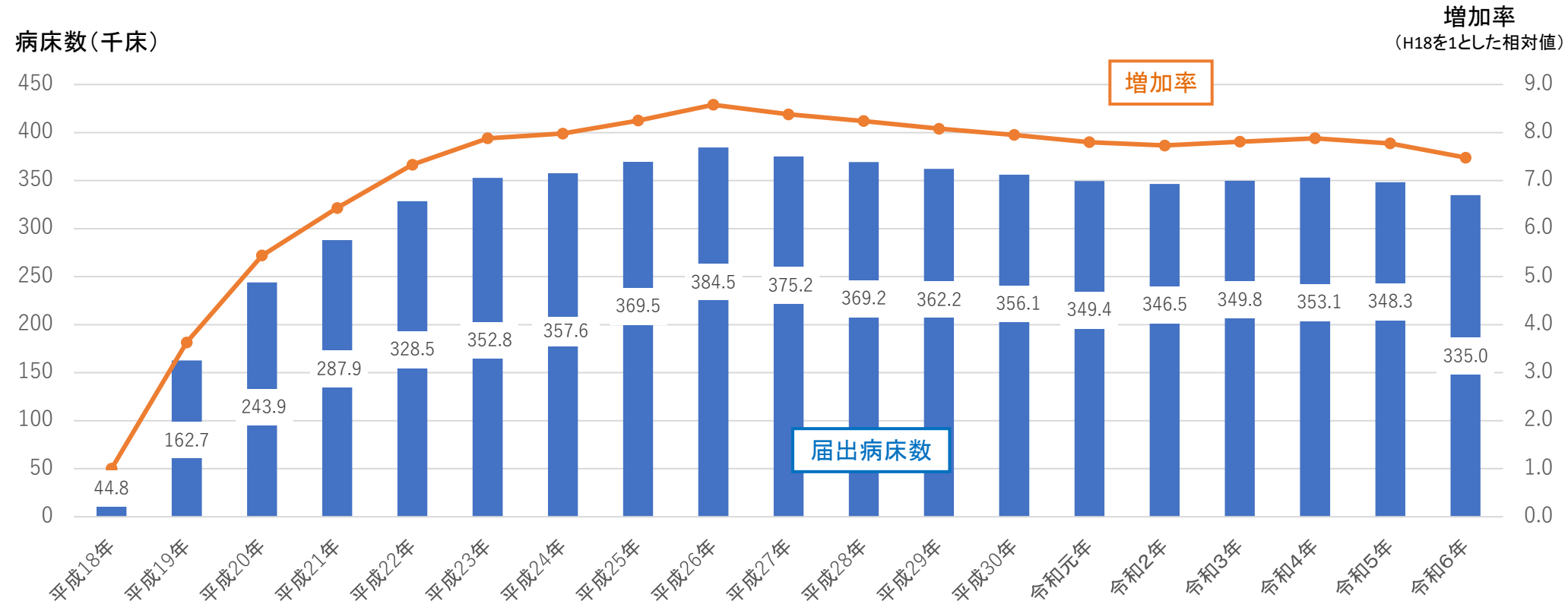
別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

急性期一般入院料 1 の届出病床数の動向

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成26年以降減少傾向となり、その後横ばいであったが、令和5年から再び減少傾向となり、令和6年に大きく減少した。



【H18. 4】
7対1入院
基本料創
設

【H20. 4】
重症度・
看護
必要度の
導入

【H24. 4】
重症度・看護必
要度
該当患者割合基
準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要
件の見直し
(19日→18日)

【H26. 4】
重症度、医
療・看護必要
度
A項目の見直
し
在宅復帰率要
件の導入

【H28. 4】
重症度、医療・看護必
要度
A・B項目の見直し／C項
目の追加
該当患者割合基準の見
直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

【H30. 4】
重症度、医療・看護必
要度Ⅱの創設
該当患者割合基準の見
直し
(25%→30%)
判定基準の追加
C項目の評価の見直し

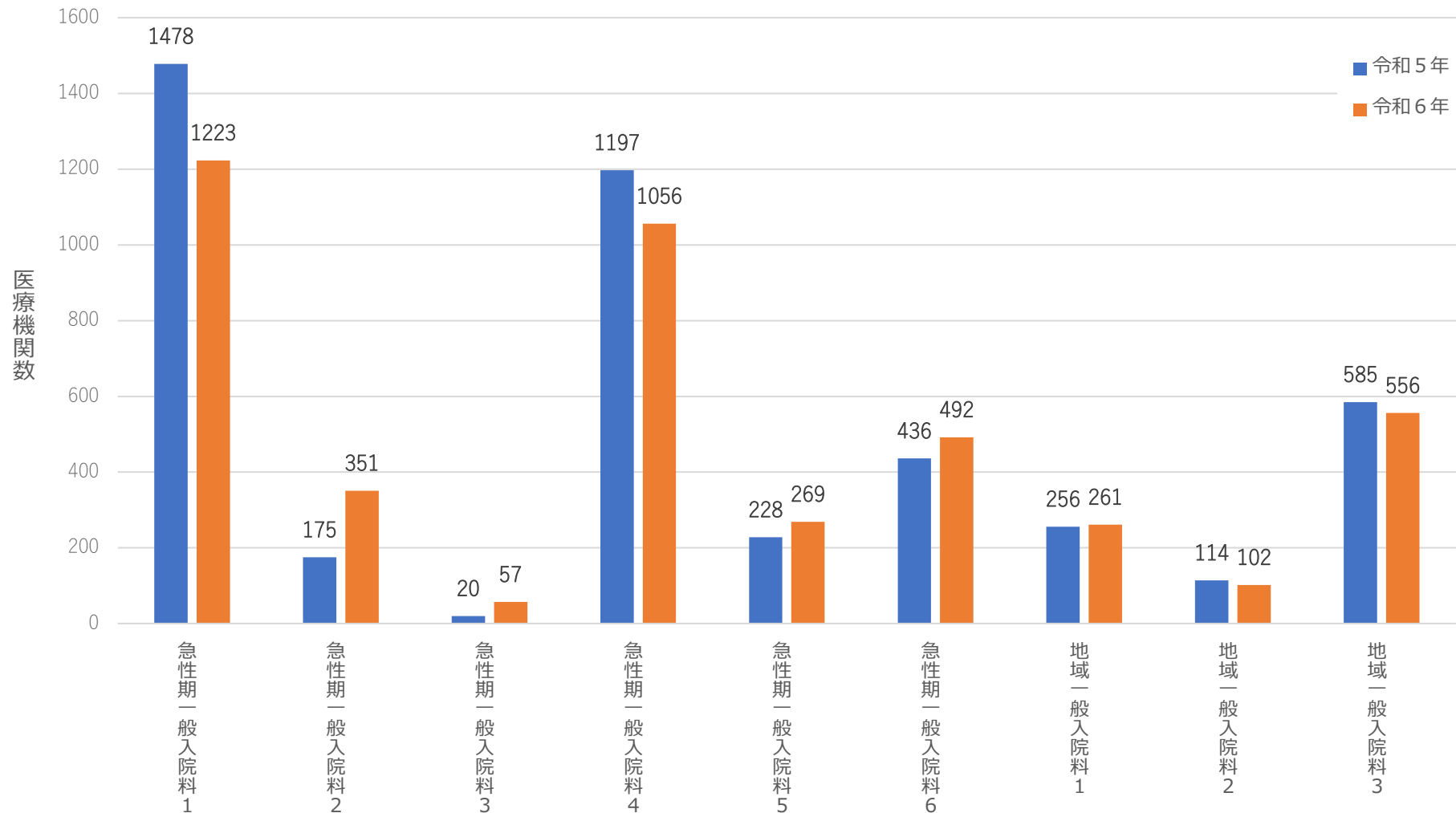
【R2. 4】
判定基準の見直し
A項目、C項目の見
直し
救急患者の評価を
充実
該当患者割合基準
の見直し
(30%/25%→31%/29
%)

【R4. 4】
A項目の見直し
重症度、医療・看護必要度
Ⅱ対象病院の拡大
該当患者割合基準の見直し
200床以上：
(31%/29%→31%/28%)
200床未満：
(28%/25%)

一般病棟入院基本料の届出医療機関数

診調組 入-2
7 . 5 . 2 2

○ 一般病棟入院基本料に係る届出医療機関数は、令和6年度に、急性期一般入院料1と4が減少し、その他の急性期一般入院基本料が増加した。

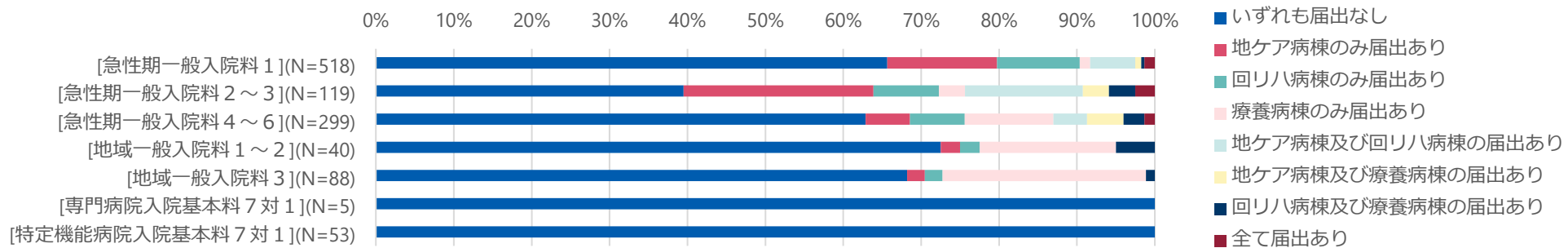


一般病棟入院基本料等の届出施設における他の入院料の届出状況

診調組 入-1
7.5.22

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%

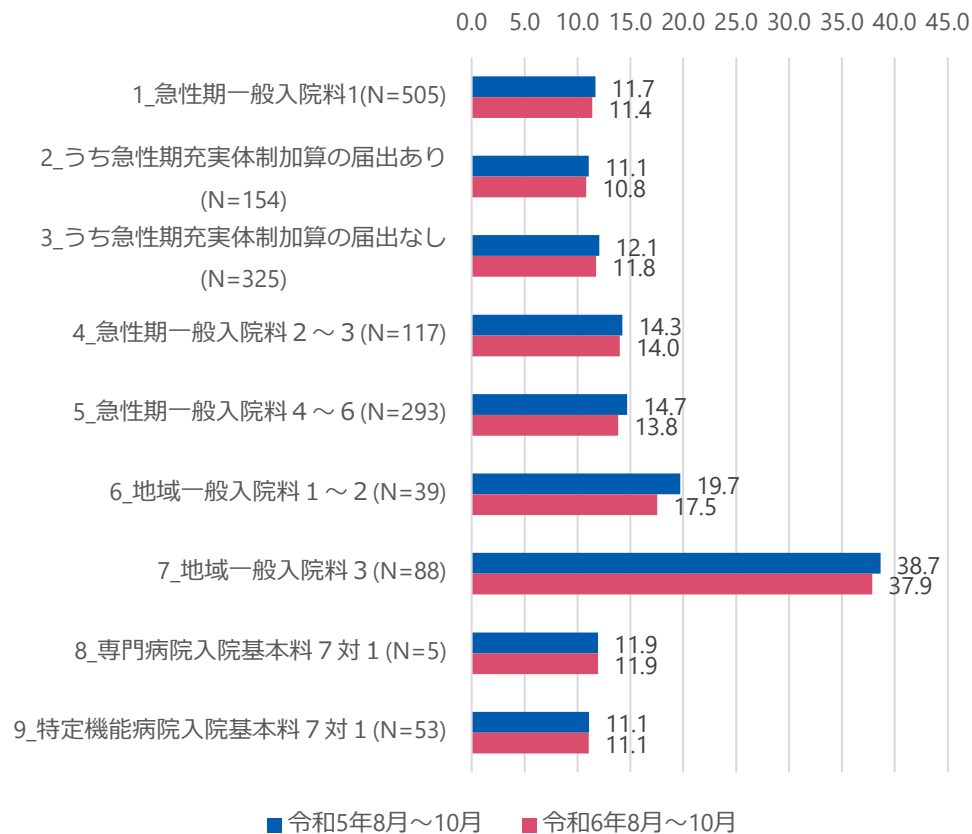
入院料ごとの地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟届出の組み合わせ



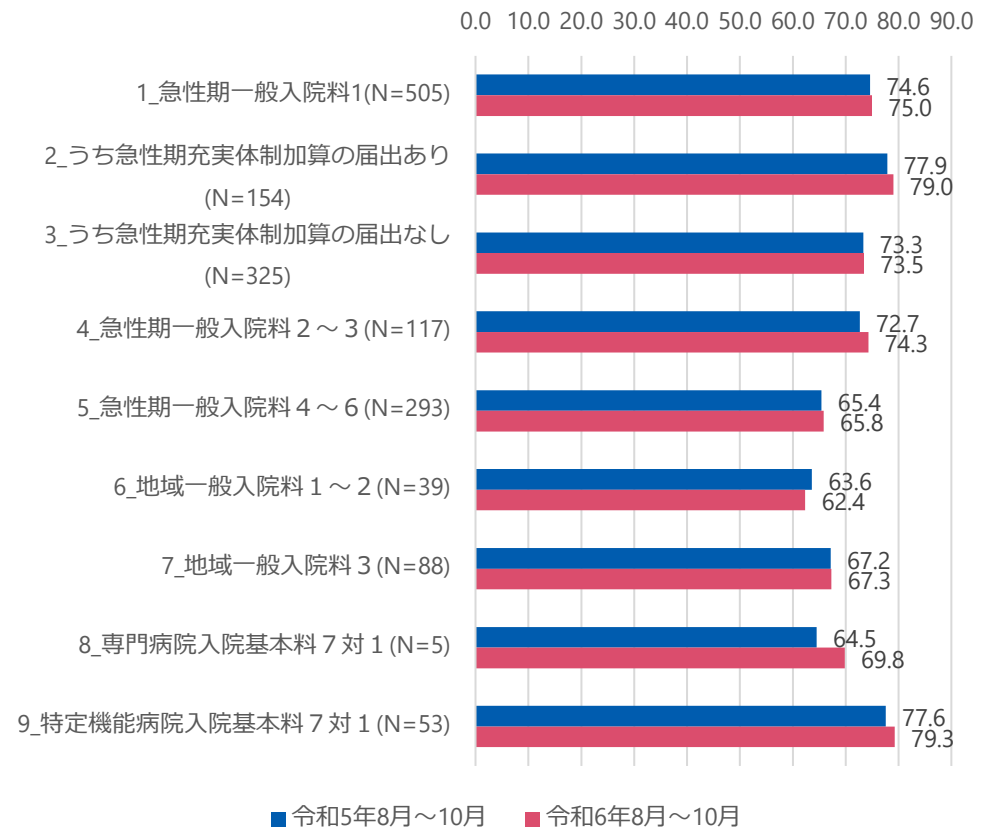
一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟等における平均在院日数

- 急性期充実体制加算の届出のある施設のほうが、届出のない施設よりも平均在院日数が短い傾向にあった。
- 一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料 7 対 1 において、令和 5 年と比較して令和 6 年の平均在院日数が減少していた。
- 急性期一般入院料、専門病院入院基本料 7 対 1 及び特定機能病院入院基本料 7 対 1 において、令和 5 年と比較して、令和 6 年の病床利用率が増加していた。

入院料ごとの各施設の平均在院日数（日）



入院料ごとの各施設の病床利用率（%）



一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟における各施設の在宅復帰率

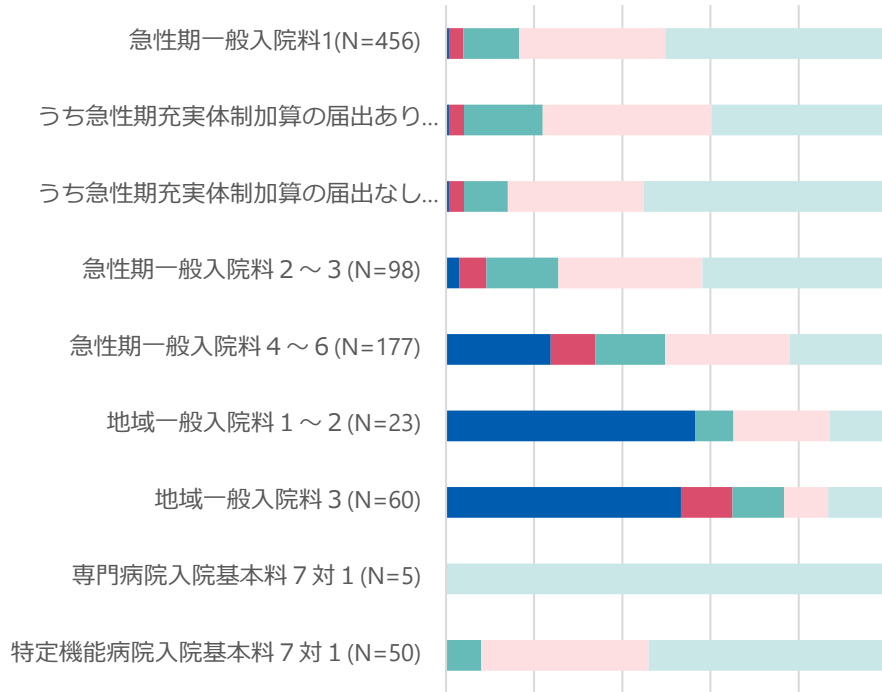
診調組 入-1 参考
7 . 5 . 2 2

- 急性期一般入院料 1 の中では、急性期充実体制加算の届出がない施設の方が在宅復帰率が95%以上の割合及び90%以上の割合が高かった。
- 令和 5 年と令和 6 年では大きな傾向の違いはみられなかった。

令和 5 年 8 ～10月における各施設の在宅復帰率

の分布

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

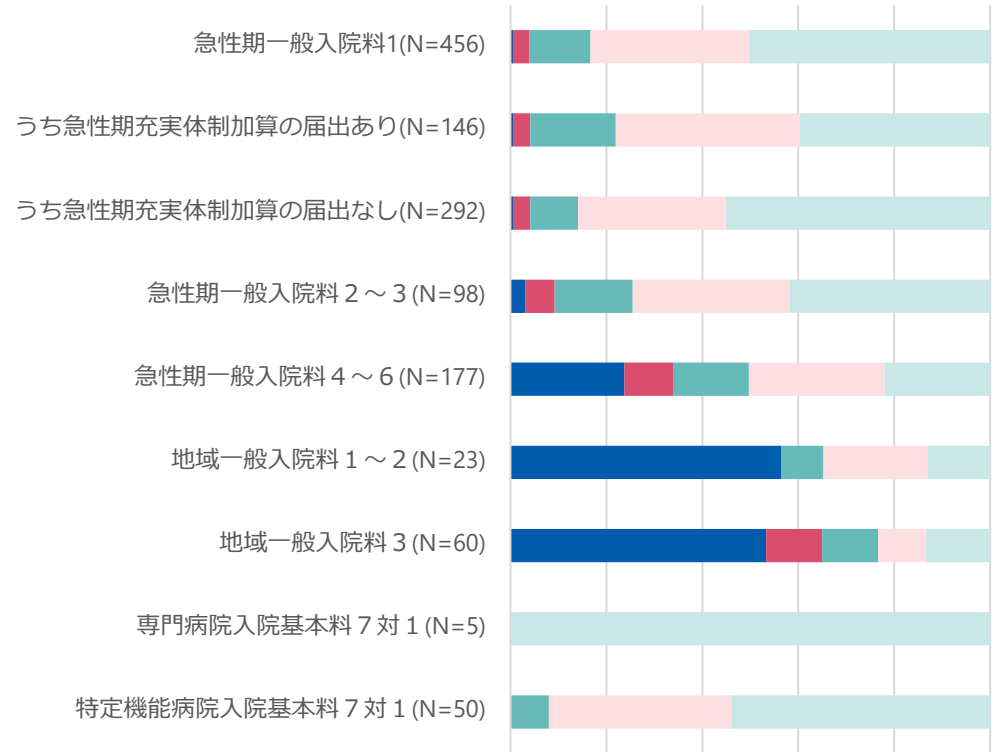


■ 80%未満 ■ 80%以上85%未満 ■ 85%以上90%未満
■ 90%以上95%未満 ■ 95%以上

令和 6 年 8 ～10月における各施設の在宅復帰率の分

布

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



■ 80%未満 ■ 80%以上85%未満 ■ 85%以上90%未満 ■ 90%以上95%未満 ■ 95%以上

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
21	救命等に係る内科的治療（4日間） 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。**55**

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

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
21	救命等に係る内科的治療（4日間） ①経皮的血管内治療、 ②経皮的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。

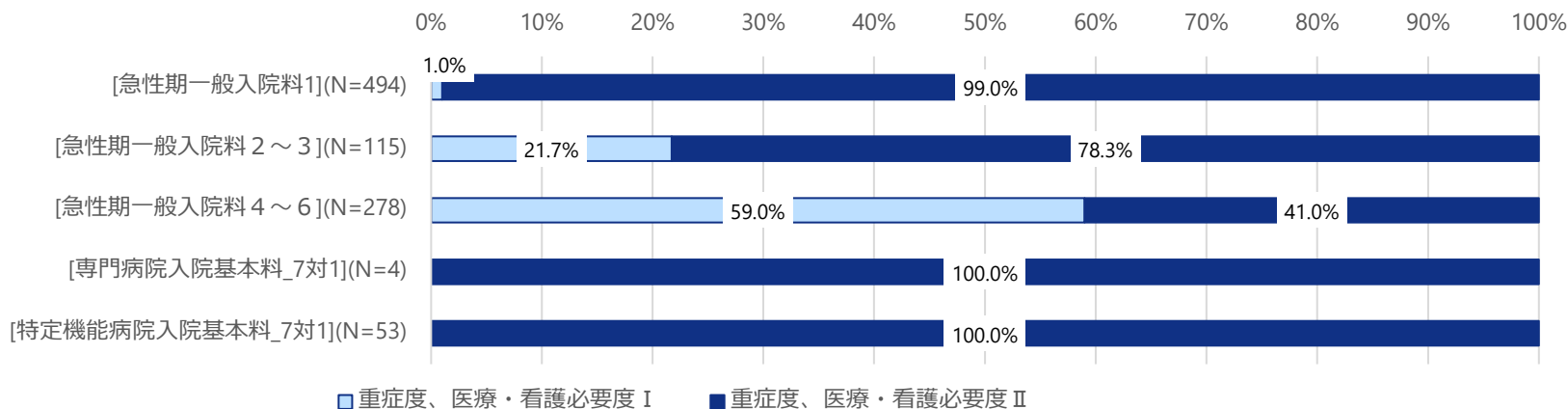
（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	—	—
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	—		実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—		—	—
14	危険行動	ない	—	ある		—	—

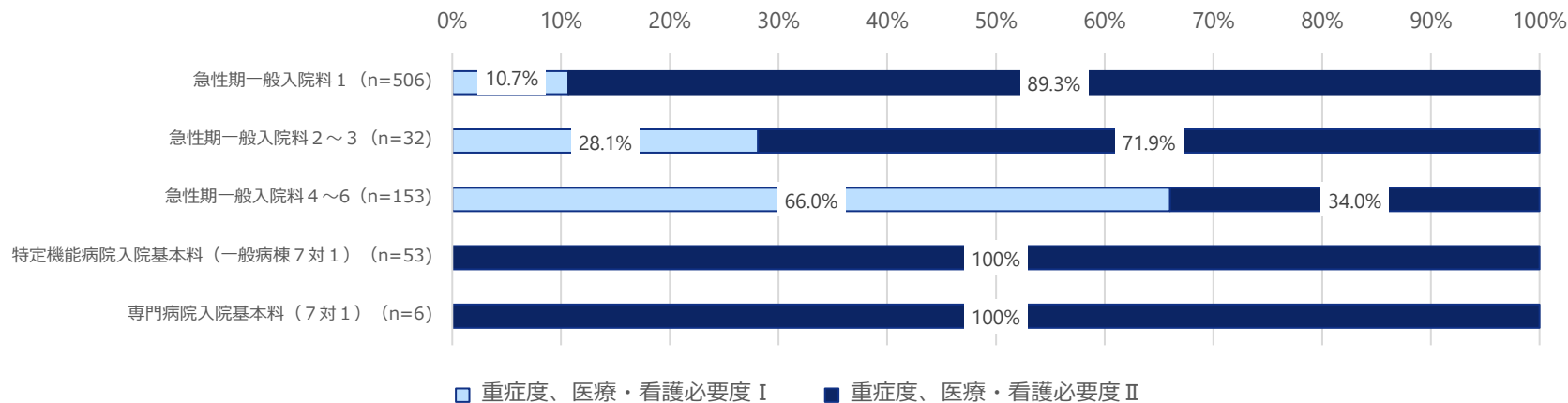
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

- 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99.0%、急性期一般入院料2～3は78.3%、急性期一般入院料4～6では41.0%であり、令和4年より増加していた。

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）



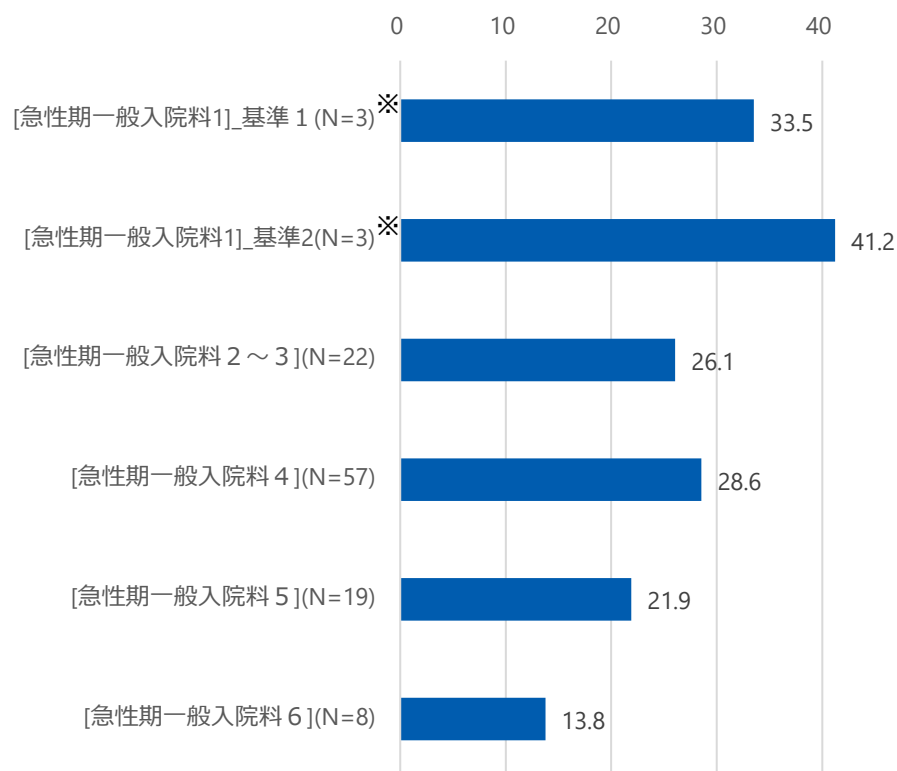
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入-1 参考
7 . 5 . 2 2

- 急性期一般入院料を届け出ている医療機関の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。

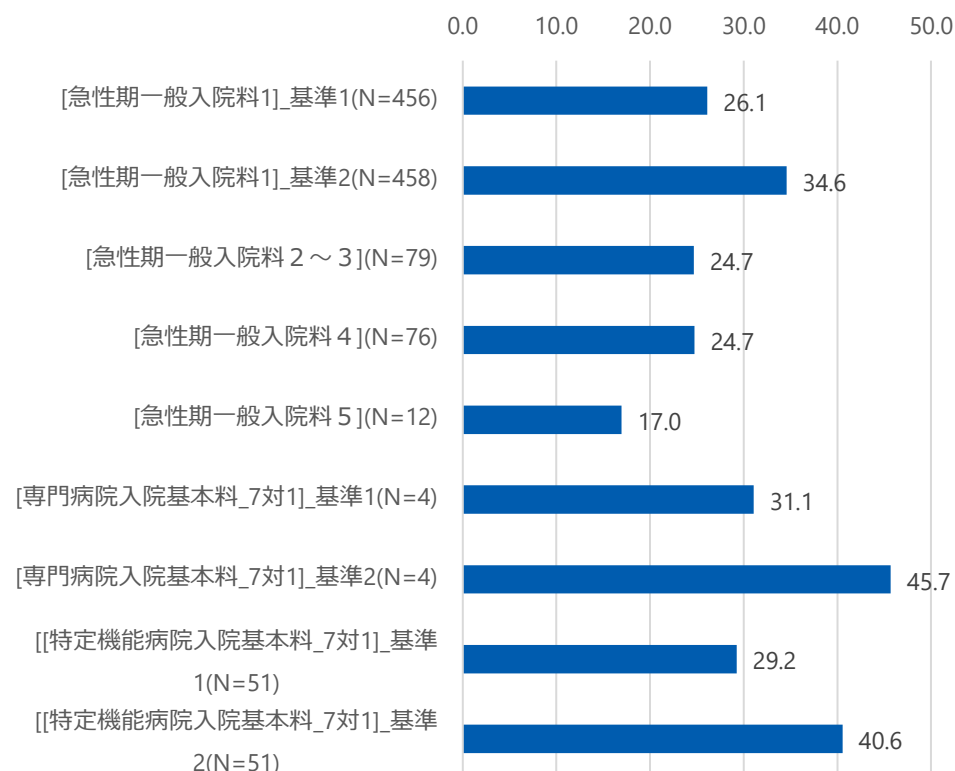
R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



総合入院体制加算

診 調 組 入 - 3
7 . 7 . 3

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 260点	総合入院体制加算 2 200点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準	- 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 - 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないとしても良い。） - 外来を縮小する体制を有すること。（右記） - 次のいずれにも該当する。 - ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 - イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 - 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。 - 救急時医療情報閲覧機能を有していること。 次のいずれにも該当すること。 - 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している - 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。 - 紹介受診重点医療機関である。		
実績要件	全身麻酔手術件数 年2000 件以上	全身麻酔手術件数が 年1200 件以上	全身麻酔手術件数が年800件以上
	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
救急自動車等による搬送件数	－	年間2,000件以上	－
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A 2点以上又はC 1点以上)	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割2分以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割1分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>2割8分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

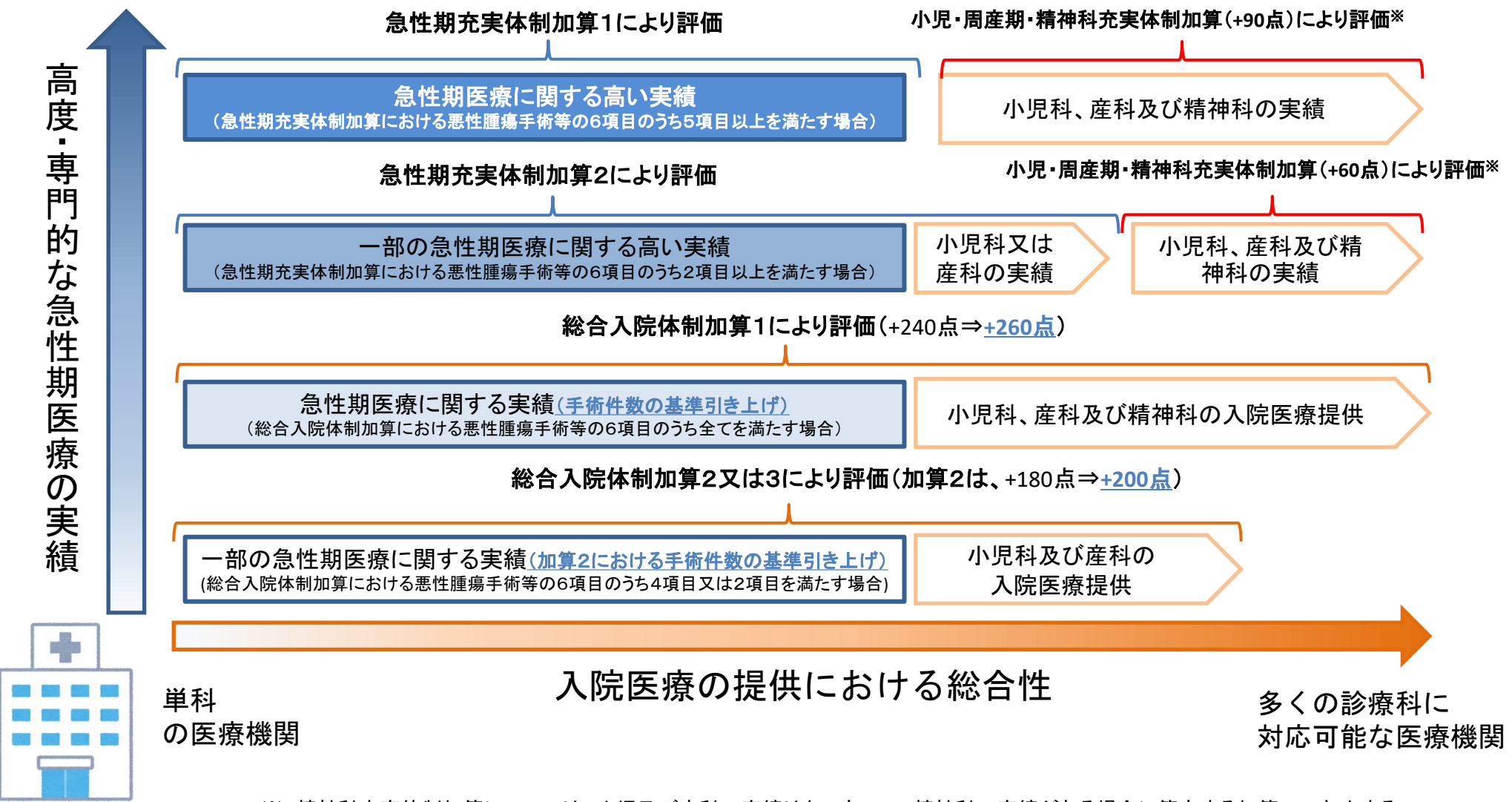
急性期充実体制加算

診 調 組 入 - 3
7 . 7 . 3

(1-7日/8-11日/12-14日)	急性期充実体制加算 1 (440点/200点/120点)	急性期充実体制加算 2 (360点/150点/90点)
入院料等	- 急性期一般入院料 1 を届け出ている（急性期一般入院料 1 の病棟では、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） - 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・ 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に準ずる病院である - 総合入院体制加算の届出を行っていない	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 - 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 - 精神疾患診療体制加算 2 の算定件数又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 - 救急時医療情報閲覧機能を有していること	
手術等の実績	- 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 ◆心臓胸部大血管手術 100件/年以上 ◆化学療法 1,000件/年以上（外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が 6 割以上であること。）	
高度急性期医療の提供	上記のうち 5 つ以上を満たす	上記のうち 2 つ以上を満たし、以下のいずれかを満たす ◆異常分娩 50件/年以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上
感染防止に係る取組	救命救急入院料、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、脳卒中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、新生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、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている	
医療の提供に係る要件	- 感染対策向上加算 1 を届け出ている - 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している - 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 を届け出ている	
院内心停止を減らす取組	院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている	
早期に回復させる取組	- 一般病棟における平均在院日数が14日以内 - 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1 割未満	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆ 紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準の届出を行っていることが望ましい	
充実した入退院支援	入退院支援加算 1 又は 2 の届出を行っている	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	- 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない - 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の 9 割以上 - 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない	

急性期充実体制加算等の見直し

急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）

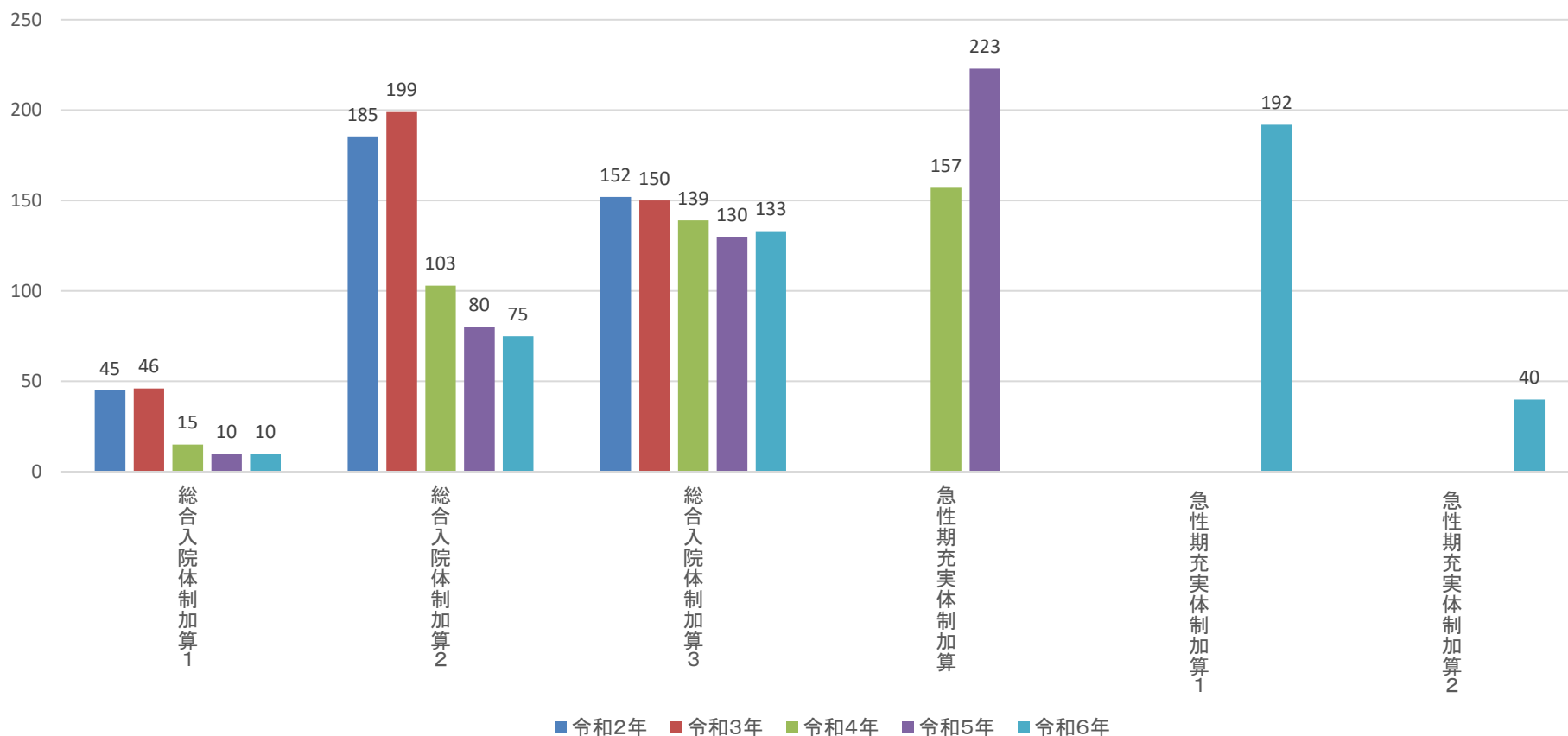


※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出病院数

- 総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和4年以降減少傾向にある。
- 急性期充実体制加算の届出病院数は、令和5年に223施設まで増加し、令和6年には急性期充実体制加算1が192施設、急性期充実体制加算2が40施設となった。

加算届出病院数の推移

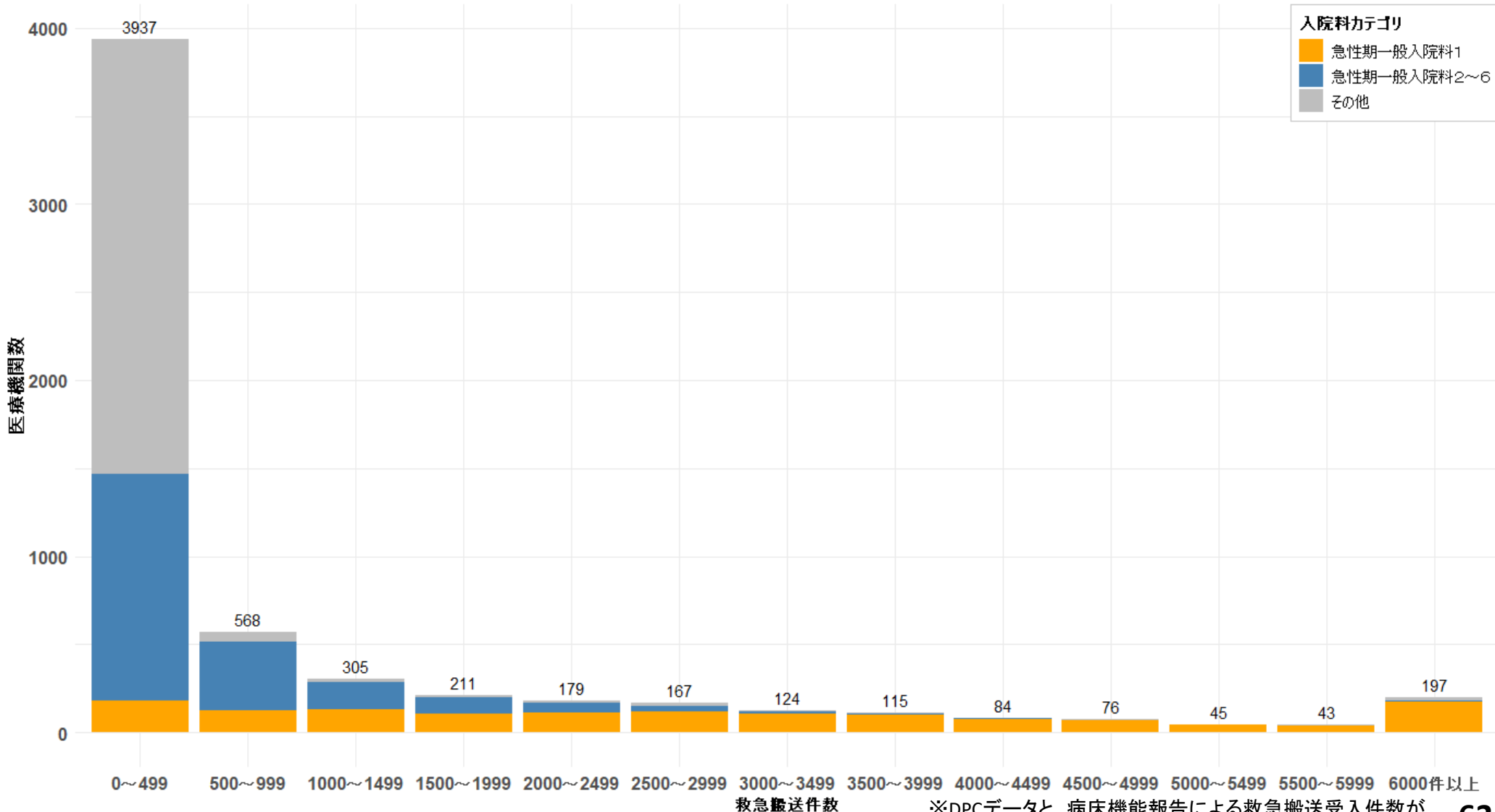


救急搬送件数別の病院数

診 調 組 入 - 3
7 . 7 . 3

○ 全国の病院（6051）※のうち、年間救急搬送受入件数2000件以上の病院は約17%（1030）であり、その2倍の年間4000件を受け入れている病院は約7%（445）であった。

救急搬送件数区分別の医療機関数

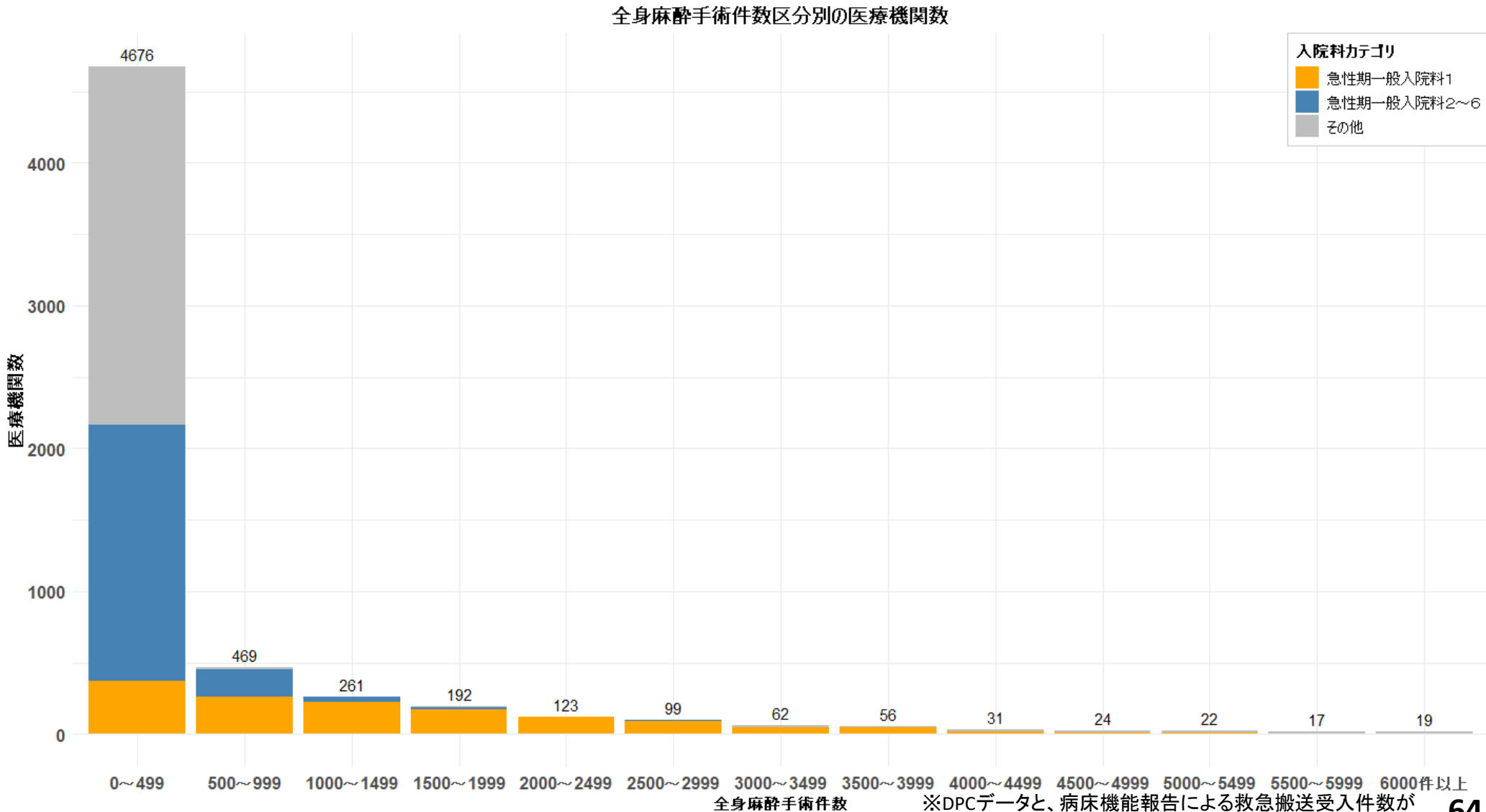


※DPCデータと、病床機能報告による救急搬送受入件数が
突合可能であった全国の病院。

全身麻酔手術件数別の病院数

診 調 組 入 - 3
7 . 7 . 3

- 全国の病院（6051）で見ると、全身麻酔手術件数500件以上の病院は約22.7%（1375）であった。



DPC/PDPSの基本事項

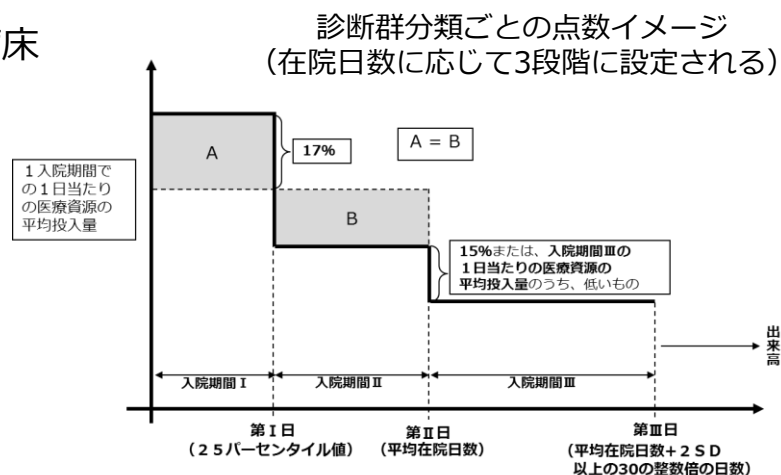
- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

- ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
- ※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和6年6月1日時点見込みで1,786病院・約48万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約85%を占める。

※ 令和4年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。



医療機関別係数

1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの
$$[\text{基礎係数}] = [\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}] \div [\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]$$

2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

4. 救急補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

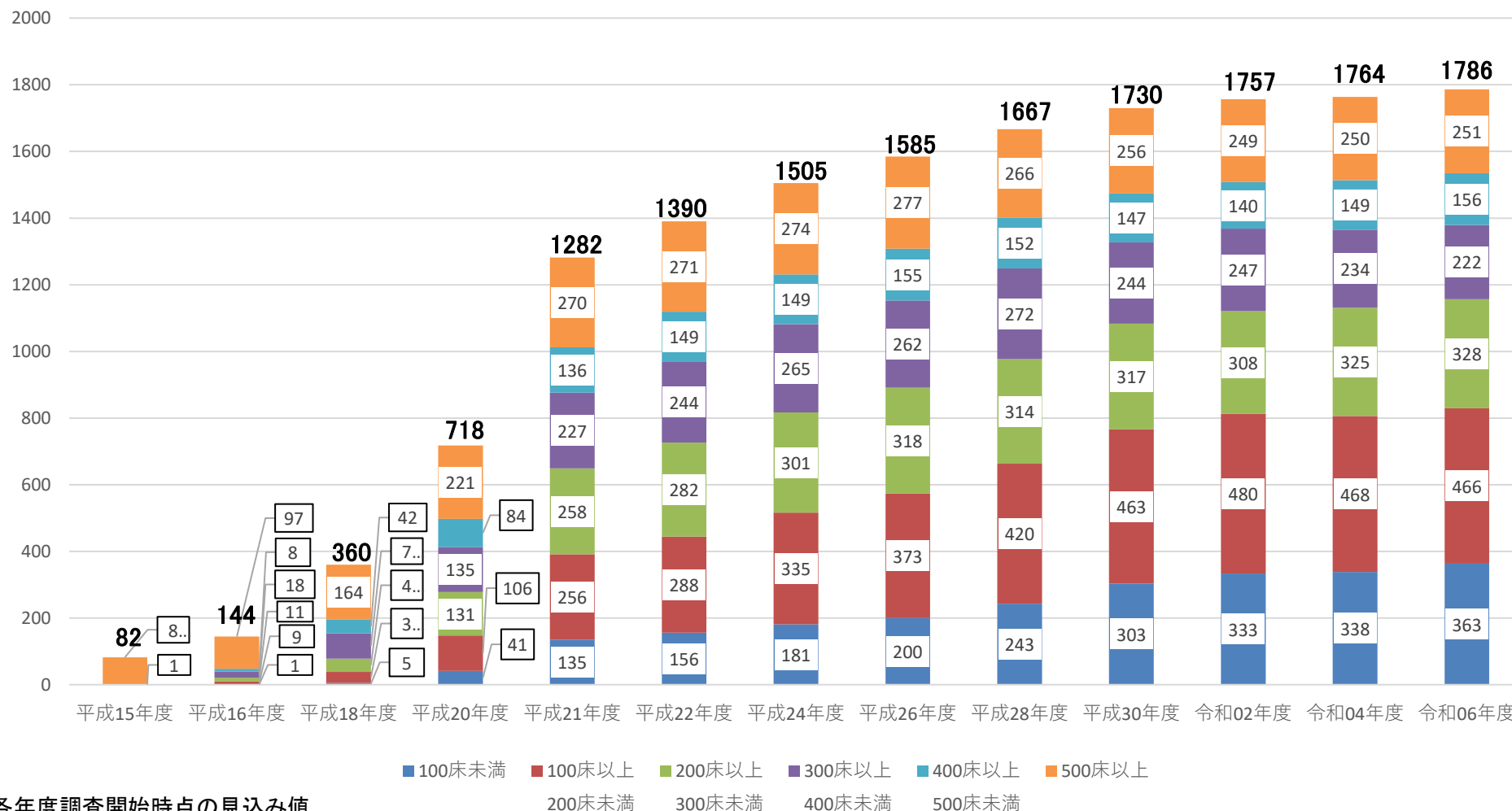
5. 激変緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

DPC対象病院数の推移

診調組 入-2
7 . 5 . 2 2

○ DPC対象病院数は制度開始以降経時的に増加し、現在は高い水準で推移している。



※各年度調査開始時点の見込み値

※病床数区分は、DPC算定病床数による

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・口腔連携体制加算と多職種の関与

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟においては、配置基準が定められている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士をはじめとする様々な職種が関係する業務に関わっていた。

業務に関わる職種として、各職種を回答した病棟の割合

(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟 n=73)

	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	38.8%	4.5%	85.1%	13.4%	26.9%	22.4%	22.4%	94.0%	10.4%	1.5%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	31.9%	0.0%	81.9%	0.0%	93.1%	72.2%	48.6%	18.1%	0.0%	1.4%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	50.0%	0.0%	87.1%	15.7%	50.0%	61.4%	48.6%	7.1%	0.0%	4.3%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	30.0%	27.1%	94.3%	0.0%	20.0%	14.3%	62.9%	28.6%	52.9%	0.0%
摂食・嚥下機能のスクリーニング・定期的な評価	37.1%	10.0%	95.7%	1.4%	14.3%	12.9%	85.7%	42.9%	10.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	40.0%	4.3%	61.4%	10.0%	7.1%	2.9%	4.3%	97.1%	5.7%	0.0%
ミールラウンド(食事の観察)	18.5%	7.7%	70.8%	3.1%	15.4%	10.8%	61.5%	81.5%	21.5%	0.0%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	78.1%	0.0%	81.3%	18.8%	3.1%	3.1%	18.8%	89.1%	0.0%	3.1%
退院前の居宅への訪問指導	7.7%	0.0%	55.8%	0.0%	84.6%	65.4%	11.5%	3.8%	0.0%	30.8%

急性期入院医療における課題と論点

(医療提供体制について)

- ・ 経年的に見ると、一般病床数は、緩やかな減少傾向にあり、一般病床等の平均在院日数も、短縮傾向にある。なお、これに加え、令和2～4年度にかけ、1日平均在院患者数、病床利用率のいずれも大きく低下したが、令和5年度には下げ止まっている。
- ・ 「新たな地域医療構想におけるとりまとめ」において、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要であり、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能(高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)及び広域な観点の医療機関機能(医育及び広域診療等の総合的な機能)の確保に向けた取組を推進するべきとされた。
- ・ 2040年に向けて、生産年齢人口の減少に伴い、地域によっては患者や医療従事者が減少する中、地域の実情に応じた医療提供体制を確保し、急性期の入院医療を提供することが重要である。

(急性期入院医療の評価について)

- ・ 令和6年度診療報酬改定においては、急性期一般入院料1の平均在院日数や、重症度、医療・看護必要度の基準・項目内容の見直し等が行われた。その後、急性期一般入院料1及び4を算定する病院数が減少し、その他の急性期一般入院料を算定する病院数が増加した。
- ・ 急性期の入院医療を評価する指標として、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等とともに、総合入院体制加算や急性期充実体制加算において、救急搬送件数や全身麻酔手術件数、総合性等が用いられている。適切な医療機関の評価を通じて、急性期の入院医療がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的・持続的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

【論点】



- 急性期医療機能を効率的・持続的に、適切に確保するための評価のあり方について、人口減少や担い手の減少、「新たな地域医療構想のとりまとめ」等を考慮に入れたうえで、どう考えるか。
- 入院患者が高齢化し、急性期においても要介護者への対応、リハビリテーション等、生活を支える機能が求められている中での、急性期入院医療における病棟の機能とその評価についてどう考えるか。

1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

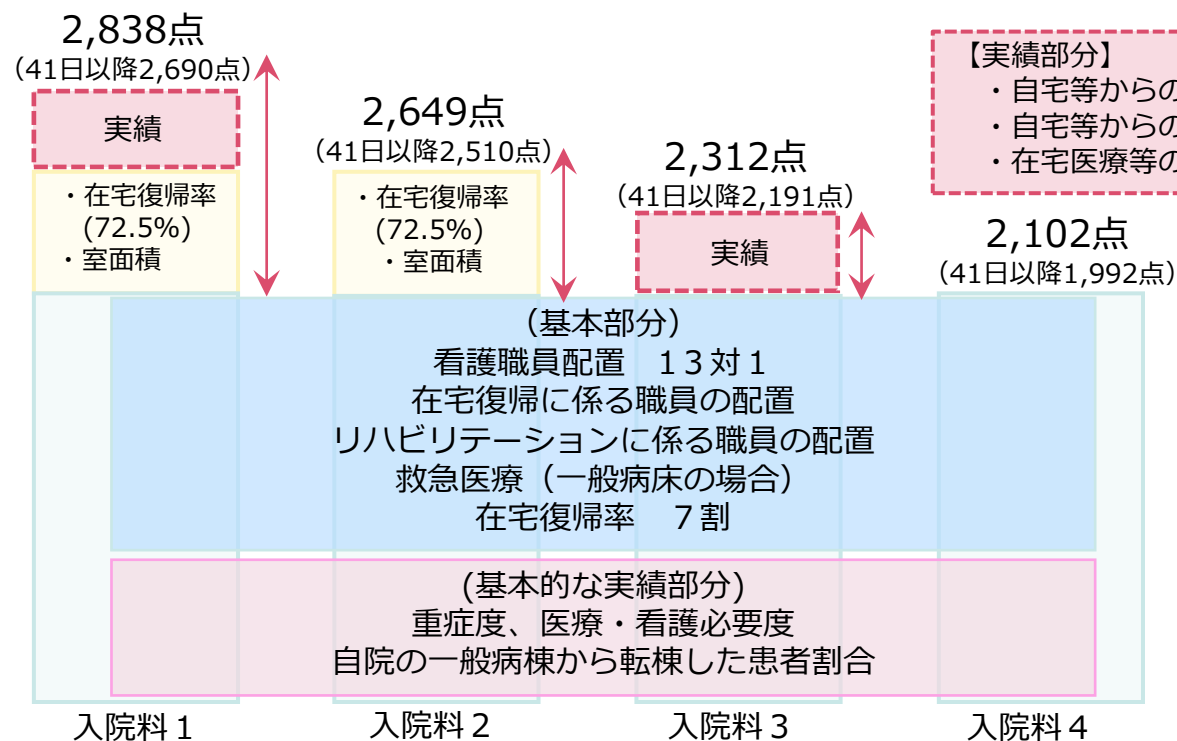
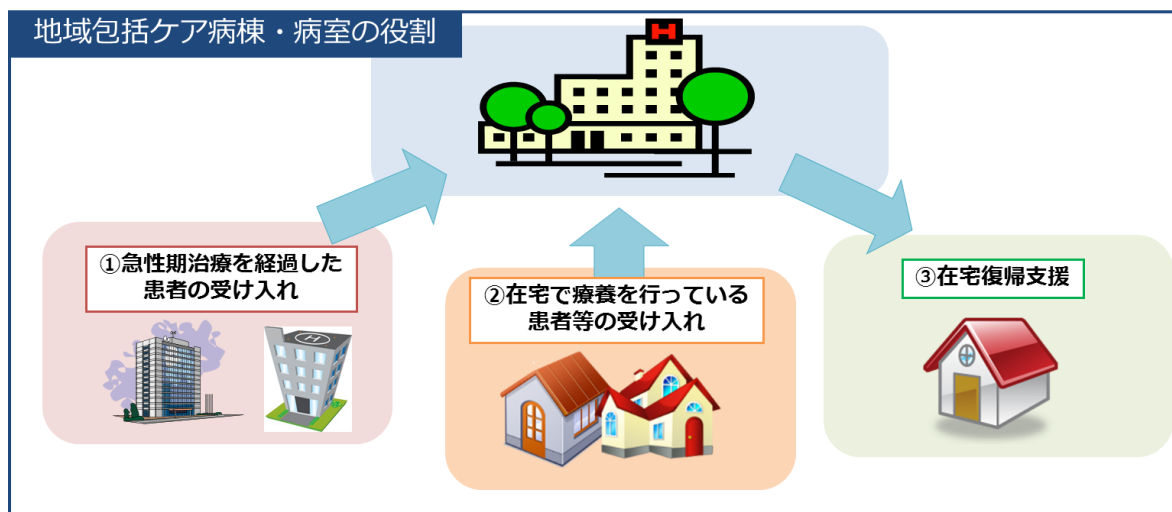
包括期を担う病棟の施設基準

診調組 入－1
7 . 6 . 13 改

		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対 1	10対 1	13対 1	13対 1
	看護師割合	7 割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(－)	常勤 2 名以上	常勤 1 名以上	常勤 1 名以上
	管理栄養士	(－)	専任常勤 1 名以上	(－)	(－)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は 6 単位まで	包括、必要者に 2 単位以上	包括、必要者に 2 単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟プロセス・アウトカム	重症度、医療・看護必要度	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	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	A 1 点以上又は C 1 点以上	A 1 点以上又は C 1 点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8 %以上	8 %以上
	入院日に特に介助を要する患者		5 割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5 %未満		65%未満
	自宅等から入院			2 割以上	★ 2 割以上
	自宅等からの緊急入院			前 3 ヶ月で 9 人以上	★前 3 ヶ月で 9 人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8 割以上	72.5%以上／70%以上	72.5%以上／70%以上
病院ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が 5 %未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6 項目のうち 2 つ以上を提供	6 項目のうち 1 つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算 1 の届出 (＝連携機関数が25以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 1) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 2) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)
病院ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



【実績部分】

- ・自宅等からの入棟患者割合 2割以上
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ9人以上
- ・在宅医療等の提供等 2項目以上

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

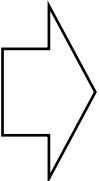
地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

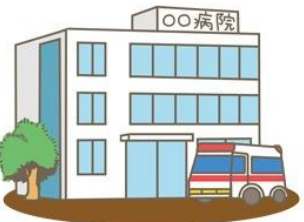
- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号 C 004-2 に掲げる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であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **580点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **480点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号 C 004-2 に掲げる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であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **480点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **380点**



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）		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				3 月で 9 人以上							
在宅医療等の実績	○（2 つ以上）				○（2 つ以上）				○（2 つ以上）							
在宅復帰率 ※1※2	7 割 2 分 5 厘以上															
入退院支援部門等	7 割以上（満たさない場合90／100に減算）															
	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経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

【平成16年度診療報酬改定】

- ・ **亜急性期入院医療管理料の創設**

〔主な要件〕 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

〔管理料2の主な要件〕 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

- ・ 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定(最大60日まで)

- ・ 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定(最大60日まで)

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度～30年度診療報酬改定)

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ）
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、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、の3つとされた

【平成28年度診療報酬改定】

- ・ 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- ・ 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- ・ 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

【平成30年度診療報酬改定】

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- ・ 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

地域包括ケア病棟の経緯③(令和2年度～6年度診療報酬改定)

【令和2年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、以下の見直しを実施。
 - 実績要件の見直し
 - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
 - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

【令和4年度診療報酬改定】

- 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進する観点から、
 - 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
 - 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
 - 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
 - 在宅復帰率の水準引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

【令和6年度診療報酬改定】

- 適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院とそれ以外の入院で2段階の評価体系に見直し。
- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、入院期間に応じた評価体系として、41日以降の入院料を低減。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を引き上げ。
- 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、在宅復帰率等について、以下のとおり見直し。
 - 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。
 - 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。

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

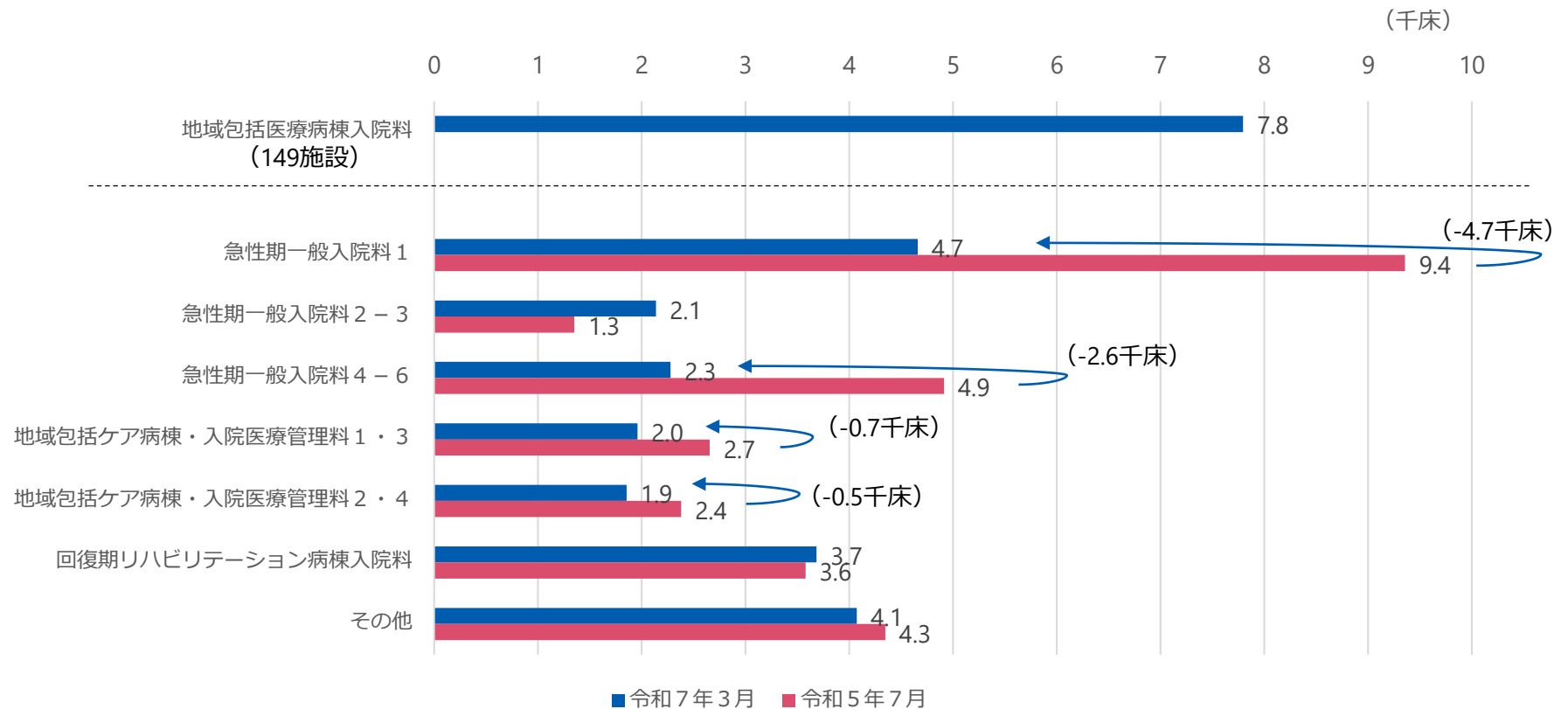
機能の内容

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	- 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 - 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 - 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 - 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

地域包括医療病棟の届出状況

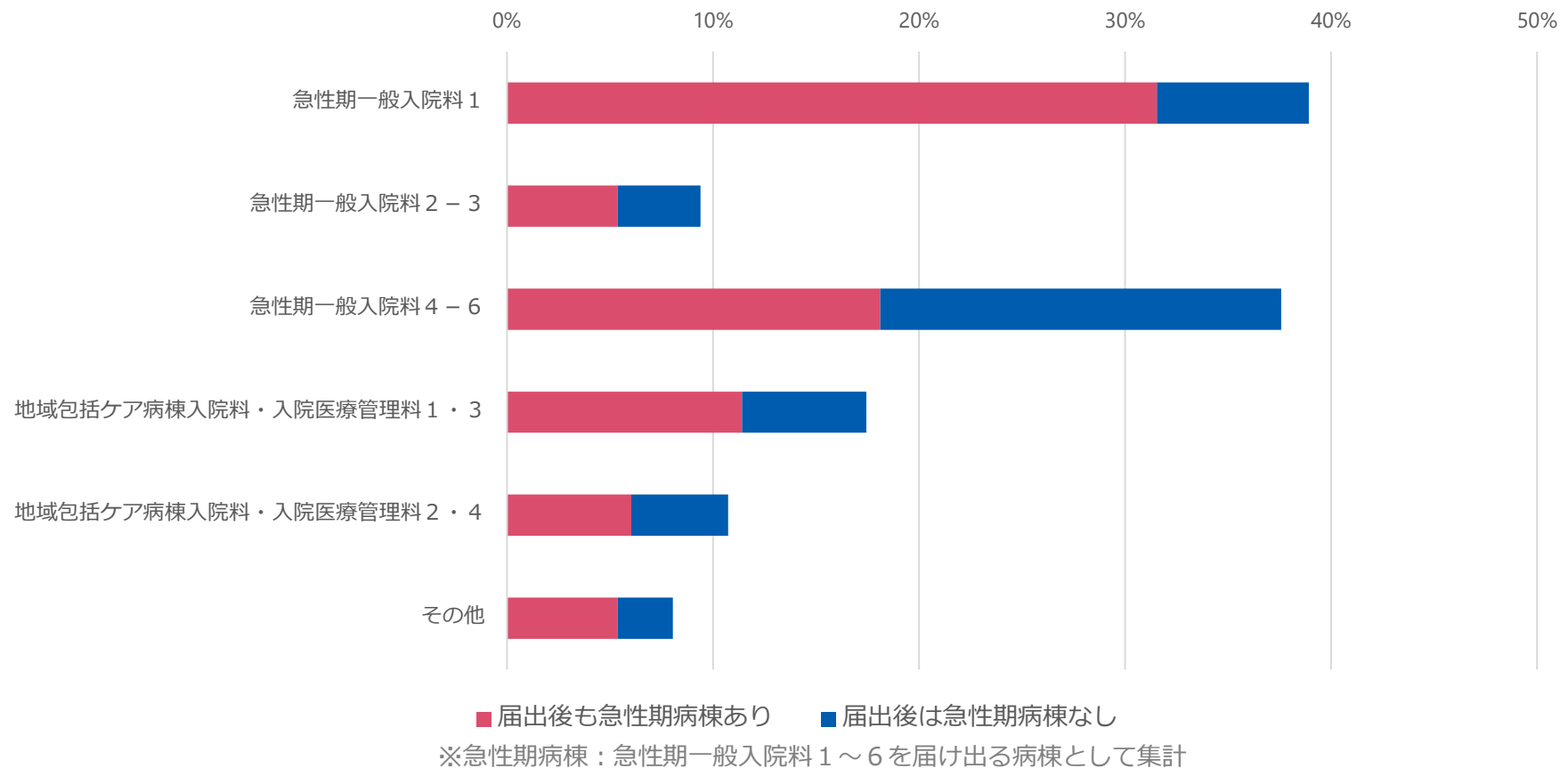
- 令和7年3月時点で地域包括医療病棟は7.8千床ほどであり、届出をした医療機関においては主に急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病床が減少していた。

地域包括医療病棟を届け出た医療機関のその他の届出病床の推移



- 急性期一般入院料 1 から地域包括医療病棟へ転換したと思われる医療機関が4割程度と最多であり、次に急性期一般入院料 4－6、地域包括ケア病棟から転換したと思われる施設が多かった。急性期一般入院料 2－6 から転換したと思われる医療機関の半数程度では、地域包括医療病棟の届出後に急性期一般入院料を算定する病床はなくなっていた。

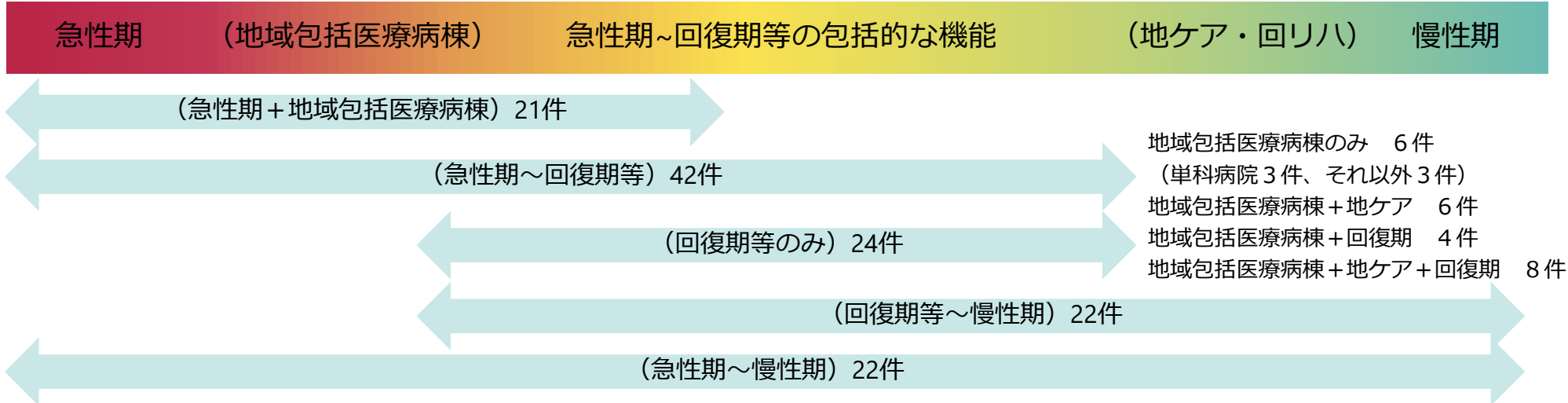
地域包括医療病棟の届出後に減少した入院料ごとの医療機関数(n=149)



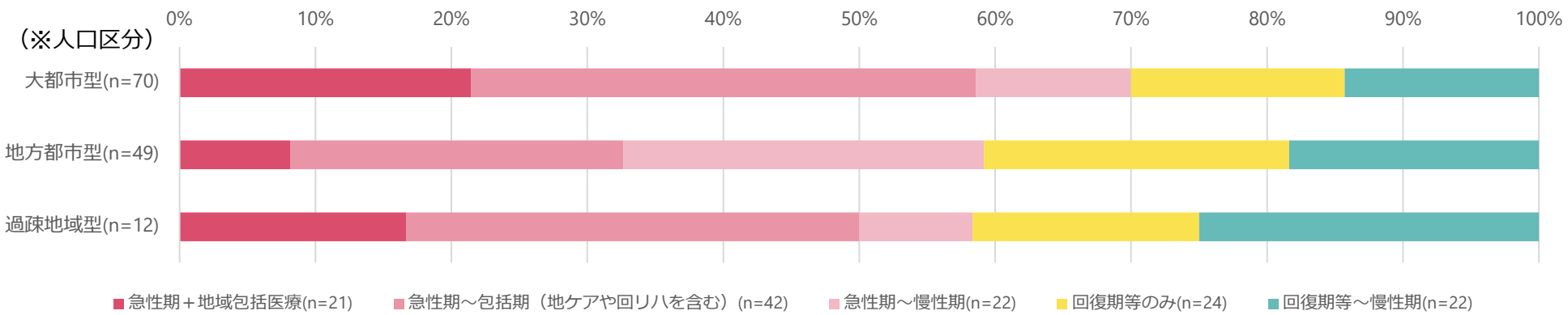
地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

- 地域包括医療病棟を有する医療機関が併設している病棟の組み合わせは様々であった。
- 二次医療圏の人口区分別にみると、大都市型の二次医療圏では急性期機能を有する病院が多く、過疎地域型になるにつれ、回復期等～慢性期病棟のみを有する病院の割合が多かった。

【地域包括医療病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ（n=131）】



二次医療圏の人口区分ごとの地域包括医療病棟と併設病棟の組合せの分布(n=131)



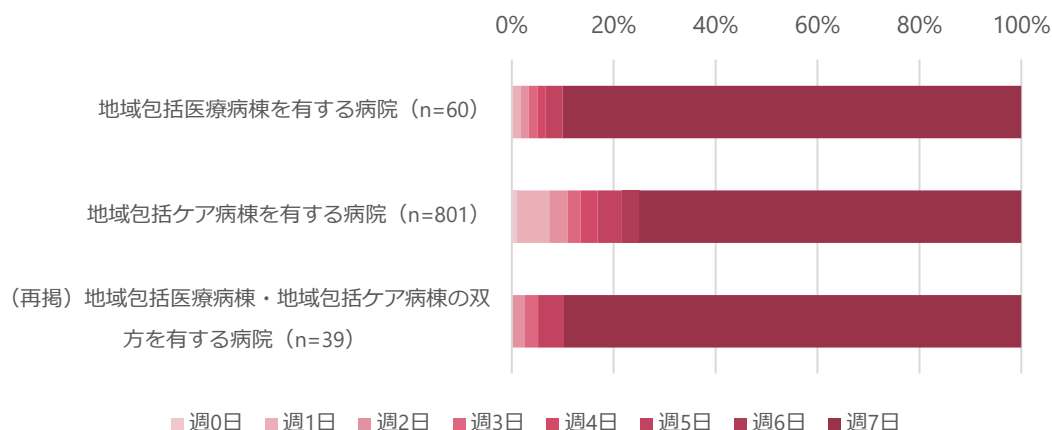
※大都市型：人口100万人以上又は人口密度2000人/km²以上、地方都市型：人口20万人以上又は人口10万人～20万人で人口密度が200人/km²以上、過疎地域型：人口10万人未満又は人口10万人～20万人で人口密度200人/km²未満と区分

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

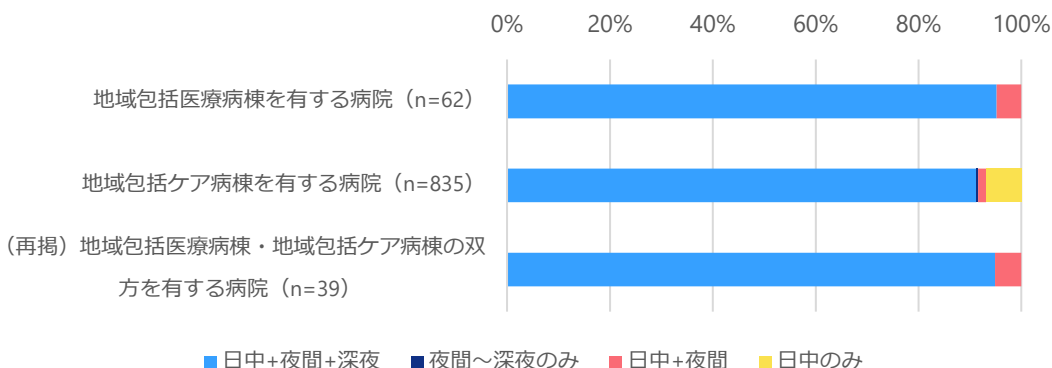
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 救急受入件数の中央値は784件であった。救急受入件数が2000件以上の医療機関は約22%あり、1-199件の医療機関数と同程度であった。

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

救急患者を受け入れている頻度

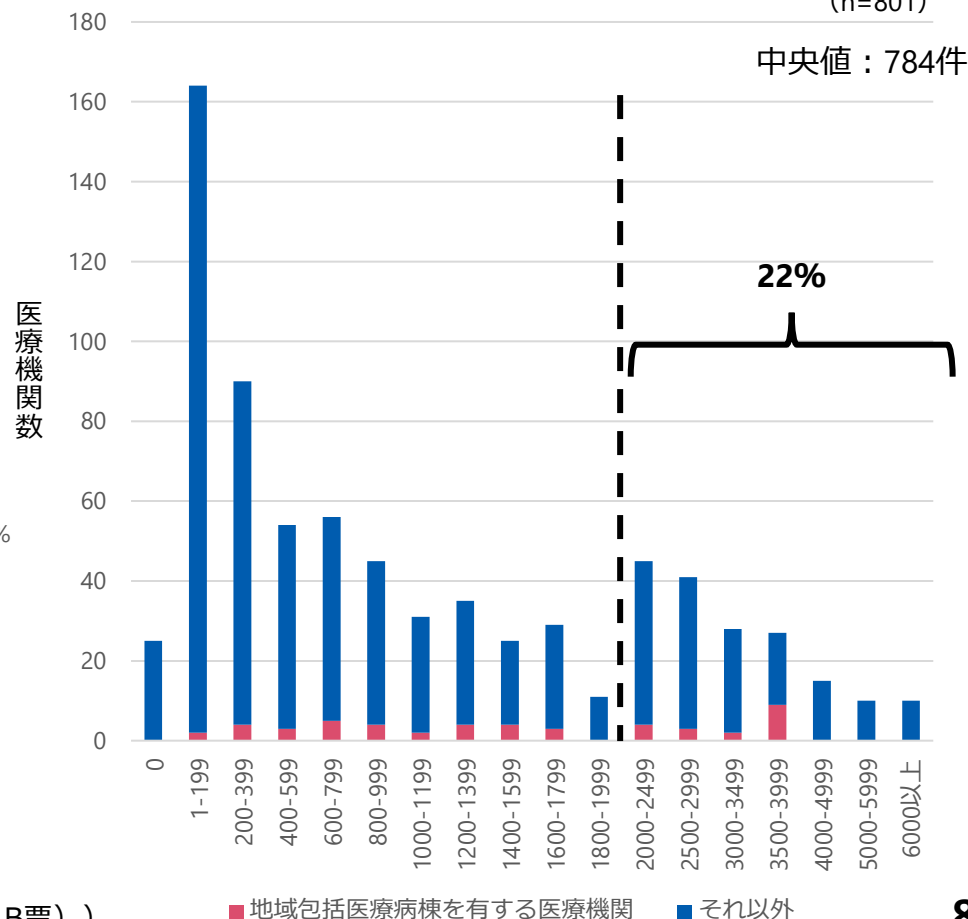


救急患者を受け入れている時間帯



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台数の分布 (n=801)



各病棟における入院患者数上位の疾患

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期病棟、地域包括ケア病棟と一定程度一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例も多かった。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例

1 誤嚥性肺炎	4.2%
2 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%
3 腎臓又は尿路の感染症	3.2%
4 股関節・大腿近位の骨折	2.6%
5 心不全	2.5%
6 胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%
7 体液量減少症	2.2%
8 小腸大腸の良性疾患	2.1%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
10 インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%

急性期一般入院料2-6（※） n= 293,020例

1 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	3.4%
2 誤嚥性肺炎	2.7%
3 腎臓又は尿路の感染症	2.7%
4 小腸大腸の良性疾患	2.7%
5 心不全	2.6%
6 股関節・大腿近位の骨折	2.0%
7 その他の感染症（真菌を除く。）	1.8%
8 胸椎・腰椎以下骨折損傷	1.7%
9 白内障・水晶体の疾患	1.6%
10 体液量減少症	1.5%

地域包括ケア病棟 n=100,967例

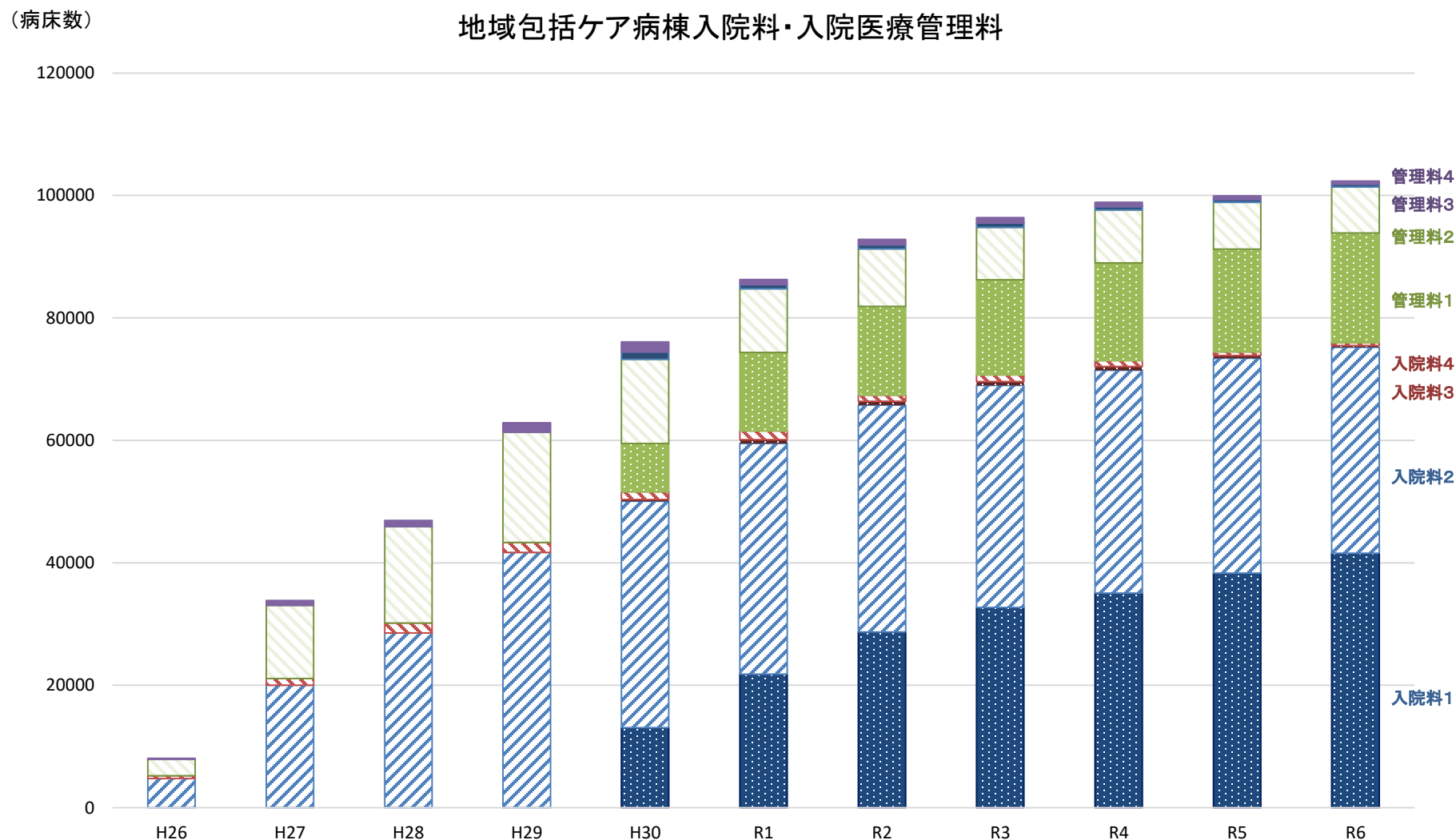
1 白内障・水晶体の疾患	9.8%
2 小腸大腸の良性疾患	6.6%
3 胸椎・腰椎以下骨折損傷	3.3%
4 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.7%
5 腎臓又は尿路の感染症	2.4%
6 心不全	2.3%
7 誤嚥性肺炎	2.2%
8 体液量減少症	2.0%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	1.9%
10 前庭機能障害	1.7%

※ 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関に限る。

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。

地域包括ケア病棟・入院管理料の届出病床数の推移

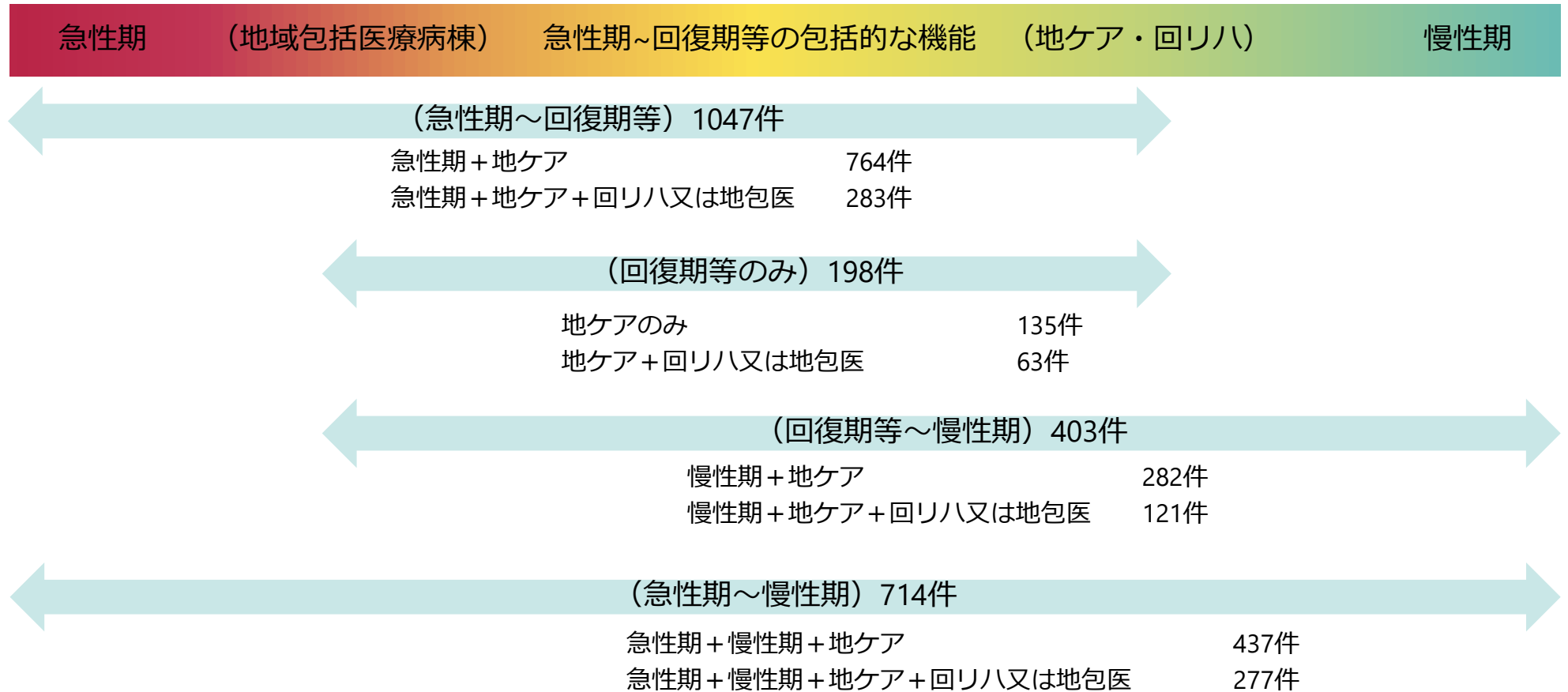
○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は全体として増加傾向であり、特に入院料1、管理料1の病床が増加していた。



地域包括ケア病棟と同一の医療機関で算定されている入院料

- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が併設している病棟の組み合わせは様々であった。

【地域包括ケア病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ（n=2362）】



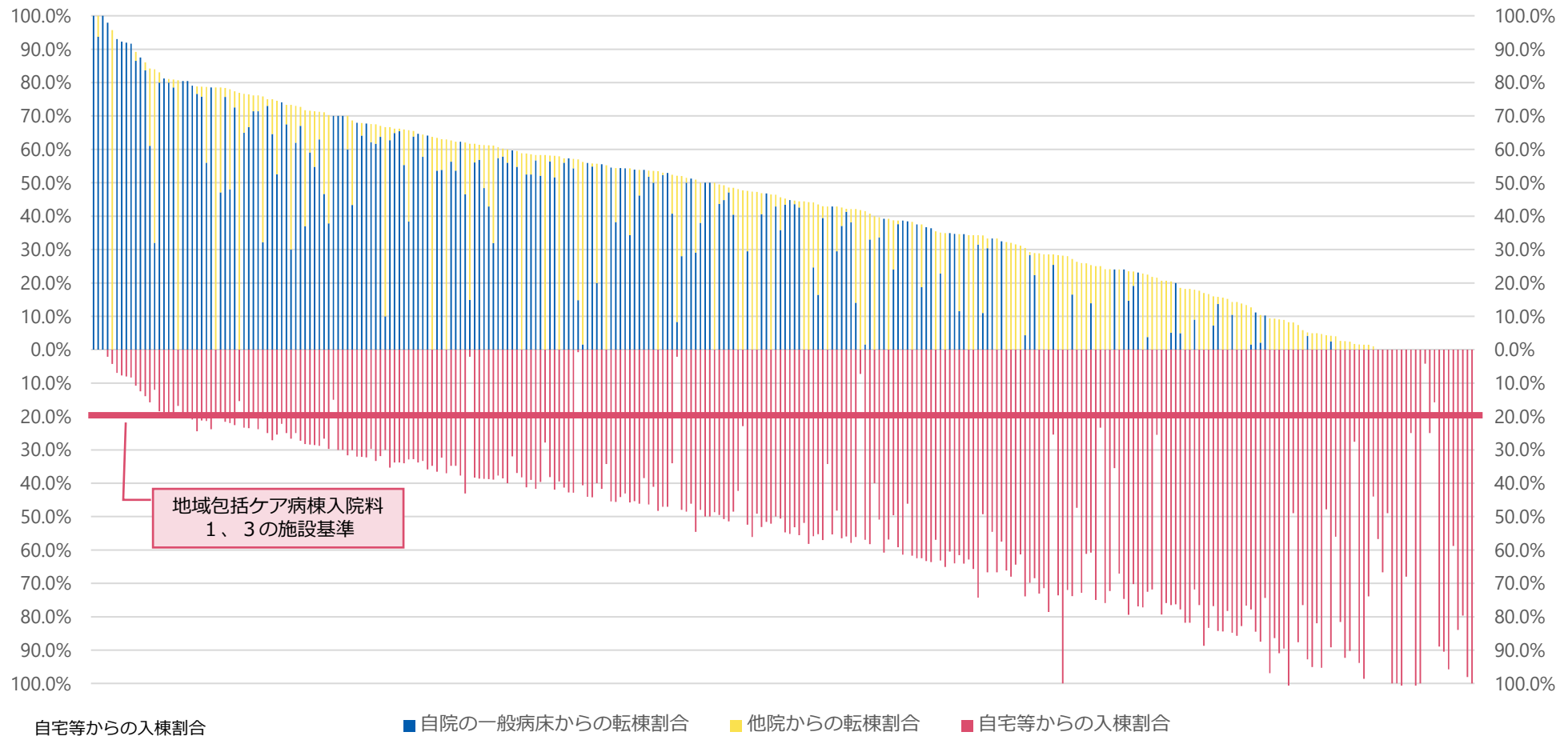
地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 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



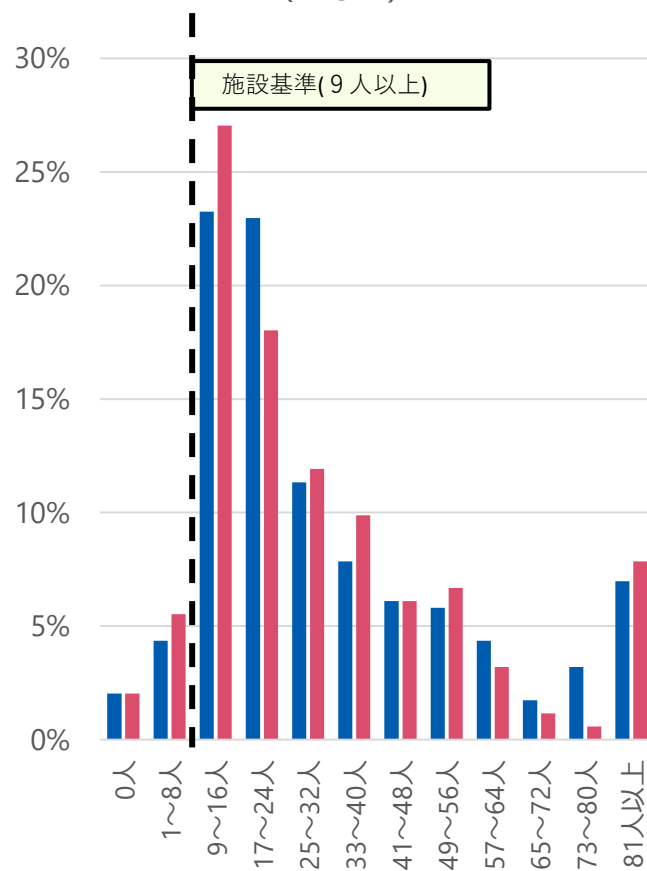
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入数

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 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

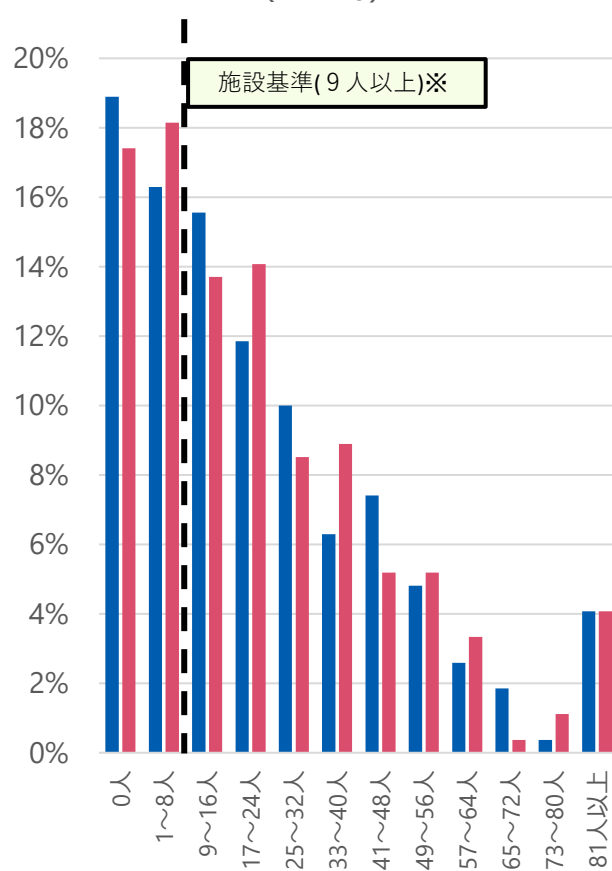
(n=344)



■ 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

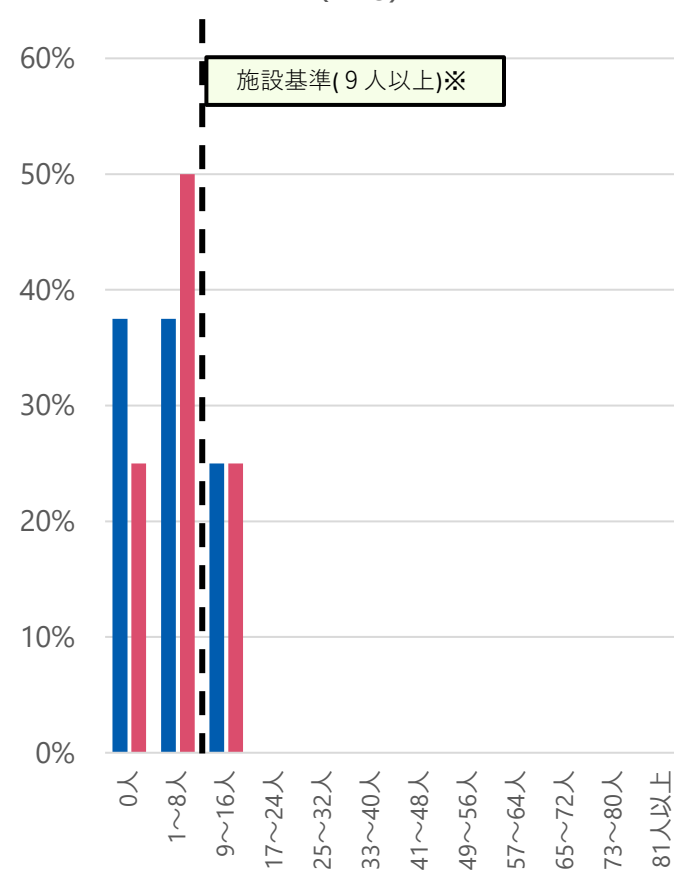
(n=270)



■ 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。

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 ⇒ <u>専従常勤 1 名以上</u>		－		
	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	○		－		
	<u>FIMの測定に関する 院内研修会</u>	<u>年 1 回以上開催</u>	－	<u>年 1 回以上開催</u>	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／ <u>GLIM基準による評価</u>	<u>○</u>	<u>GLIM基準を用いることが望ましい</u>			
	<u>口腔管理</u>	<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	－	－
	<u>地域貢献活動</u>	<u>参加することが望ましい</u>		－		
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		<u>2,229</u> 点 <u>（2,215）</u> 点	<u>2,166</u> 点 <u>（2,151）</u> 点	<u>1,917</u> 点 <u>（1,902）</u> 点	<u>1,859</u> 点 <u>（1,845）</u> 点	<u>1,696</u> 点 <u>（1,682）</u> 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入院料に係る主な改定の経緯

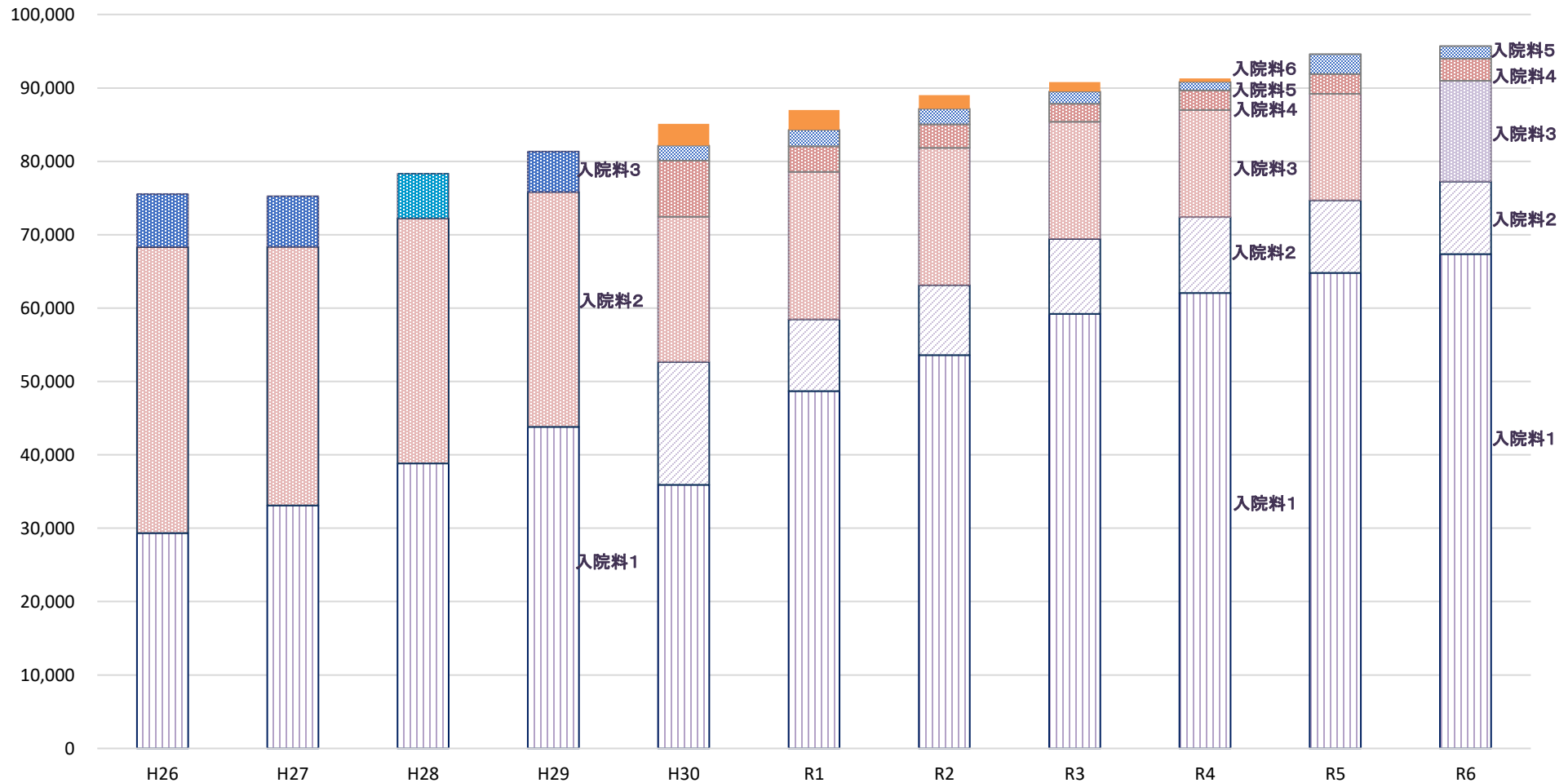
診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

平成12年	・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を新設。
平成18年	・ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大。 ・ リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限日数を、60～180日に設定。 ・ 患者 1 人あたりの提供単位数の上限を 6 単位から 9 単位に引き上げ。 ※疾患別リハビリテーション料の新設。
平成20年	・ 入院料を 2 区分に見直し。入院料 1 にて重症患者回復病棟加算を新設。 ・ 入院料 1 の施設基準に新規入棟患者のうち重症患者の受入割合と、居宅等への復帰率に関する要件を追加。 ・ 医師の病棟専従配置を緩和。
平成22年	・ 休日リハビリテーション加算の新設。 ・ リハビリテーション充実加算の新設。
平成24年	・ 入院料を 3 区分に見直し。 ・ 重症患者回復病棟加算を入院料へ包括化。
平成26年	・ 入院料 1 に休日リハビリテーション加算を包括化。 ・ 入院料 1 に体制強化加算を新設。
平成28年	・ ADLの改善（FIM得点）に基づくアウトカム評価（リハビリテーション実績指数）を導入。 ・ リハビリテーション実績指数の算定対象から除外する患者等を設定。 ・ 入院料 1 に体制強化加算 2 を新設。
平成30年	・ 入院料を 6 区分に見直し。 ・ 入院料 1 及び 3 及び 5 にリハビリテーション実績指数の実績要件を追加。 ・ 入院料 1 の施設基準に「専任の常勤管理栄養士が 1 名以上配置されていることが望ましい」を追加。
令和 2 年	・ 入院料 1 及び入院料 3 におけるリハビリテーション実績指数の見直し。 ・ 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除。 ・ 管理栄養士の配置に係る要件の見直し。
令和 4 年	・ 入院料 5 を廃止し、入院料 6 を新たな入院料 5 として設定。 ・ 入院料 1 ～ 4 における重症の新規入院患者の割合の見直し。 ・ 回復期リハビリテーションを要する状態の見直し。 ・ 入院料 1 及び入院料 3 にて第三者評価を受けていることに係る評価の導入。
令和 6 年	・ 運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し。 ・ 体制強化加算の廃止。 ・ GLIM基準による栄養評価の要件化。

回復期リハビリテーション病棟の入院料別の届出病床数の推移

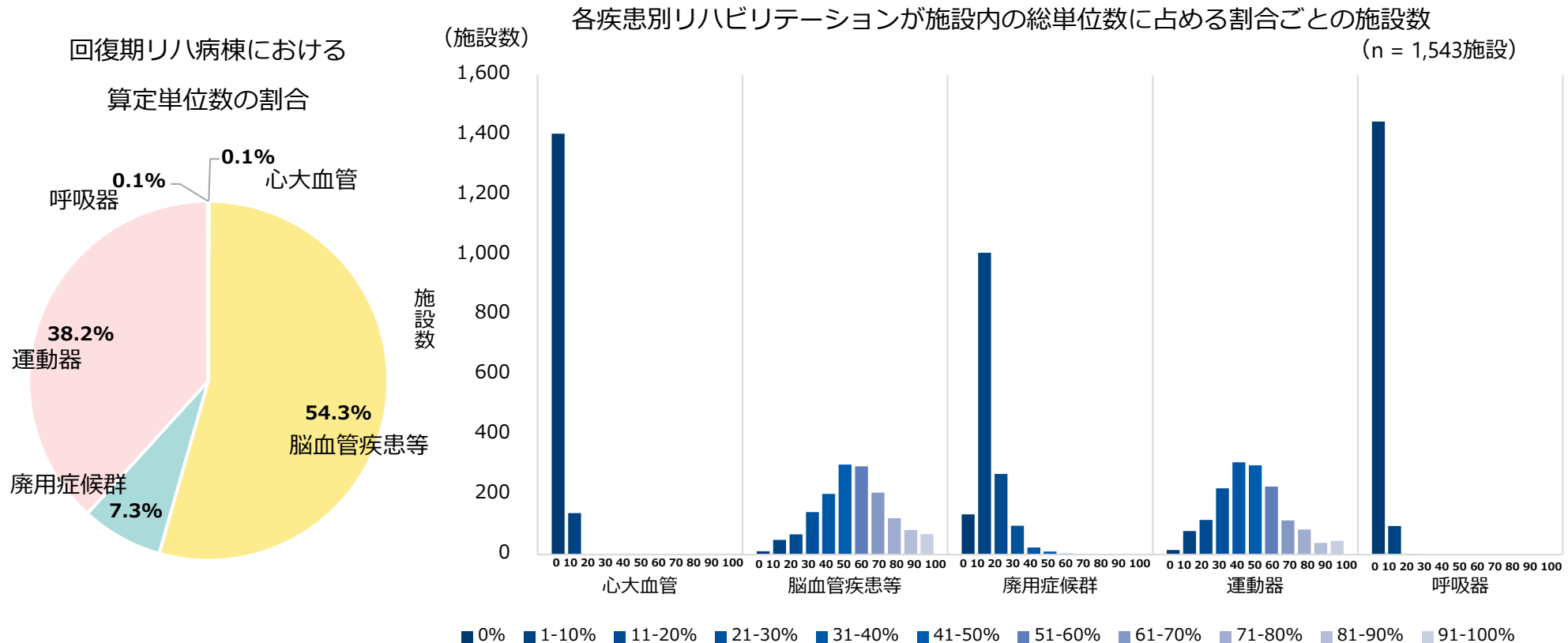
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は漸増傾向が続いており、特に入院料1の病床が増加している。

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数



回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの算定割合

- 回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハビリテーションの算定単位数割合は、脳血管疾患等リハビリテーションが最多で半数以上であり、運動器リハビリテーションが続いた。
- 心大血管リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションは算定割合が少なく、ほとんど実施していない施設が多かった。



回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

中医協 総-4
5 . 7 . 5

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\sum (\text{FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差})}{\sum \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

中医協 総-4
5 . 7 . 5

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

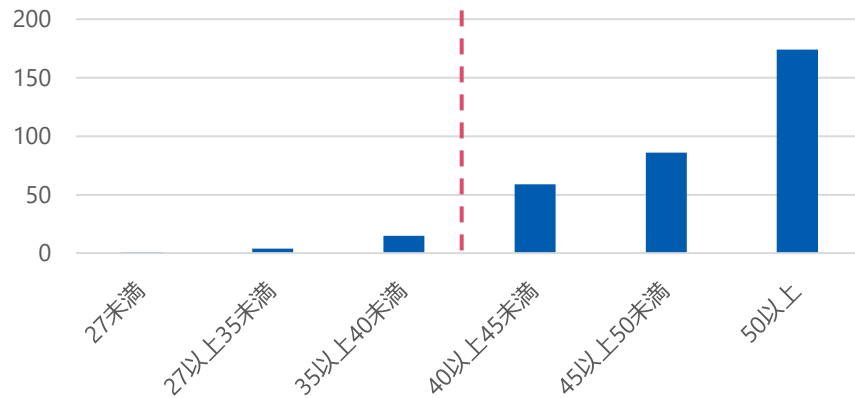
運動項目										認知項目							
セルフケア						排泄		移乗		移動		コミュニケーション			社会認識		
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点						計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点			計21～3点		
運動項目 計91～13点												認知項目 計35～5点					
合計 126～18点																	

実績指数の分布

- 実績指数の要件がある入院料 1, 3 では、基準を満たす病棟が大半であり、基準を大きく上回る病棟も見られる。
- 実績指数の要件がない入院料 2, 4 では、実績指数が低い病棟が存在する。

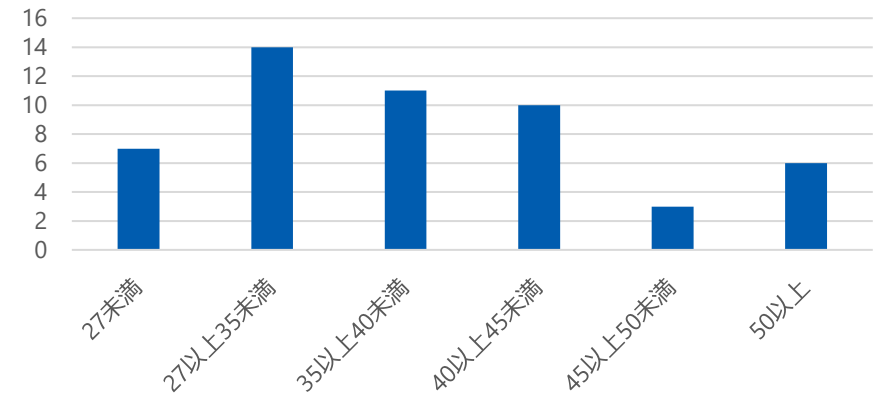
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 届出施設の実績指数

(n=339)



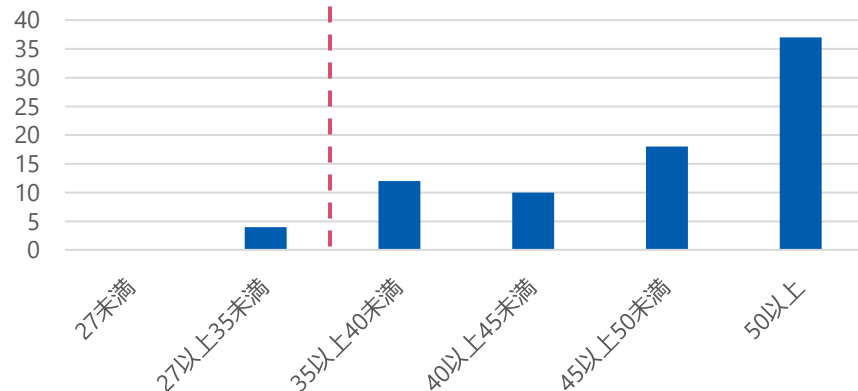
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 届出施設の実績指数

(n=51)



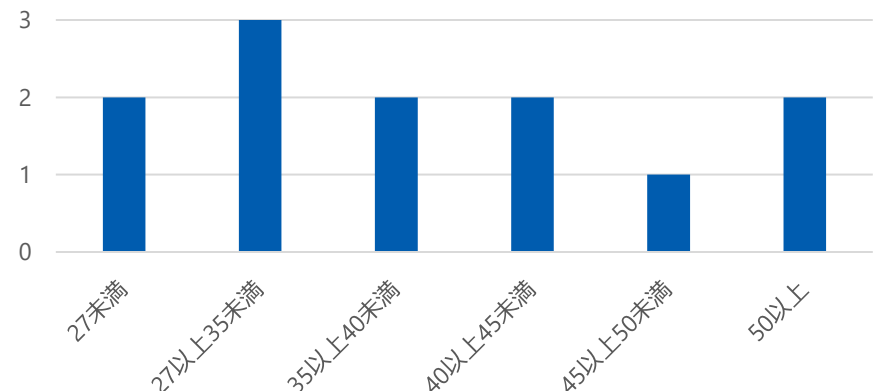
回復期リハビリテーション病棟入院料 3 届出施設の実績指数

(n=81)



回復期リハビリテーション病棟入院料 4 届出施設の実績指数

(n=12)



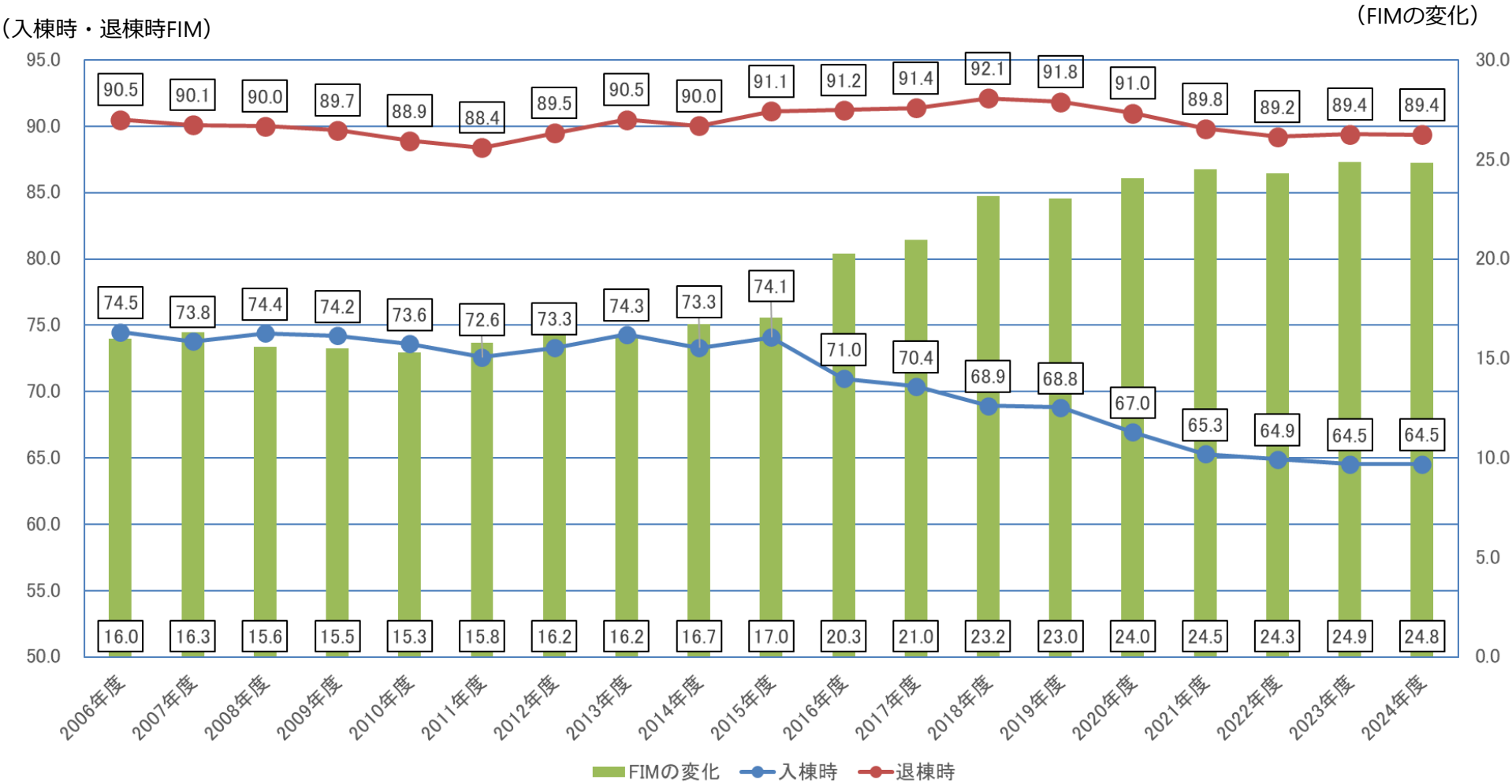
※回復期リハビリテーション病棟では、入院料 1 で40、入院料 3 で35の実績指数の基準を満たす必要がある。

※本集計では除外可能対象者も含まれているため、実際に届け出ている実績指数とは誤差がある点に注意が必要。

回復期リハビリテーション病棟における入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおり。
- 平成28年以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向が見られている。

入棟時・退棟時FIM及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の推移



包括期入院医療に係る課題と論点

- ・「新たな地域医療構想のとりまとめ」において、高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能が「包括期機能」として位置づけられた。
- ・入院患者における85歳以上の高齢者の割合が増加し、救急搬送率も同世代で特に増加している。高齢者の入院医療においては、多疾患併存、認知機能の低下、ポリファーマシー等に留意しつつ、早期のリハビリテーション介入や栄養・口腔等の一体的な管理、入院当初からの在宅復帰をめざした入退院支援等が重要である。
- ・こうした背景を踏まえ、令和6年度診療報酬改定では、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上で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提供する役割を担う病棟として、多職種の配置等を要件とする地域包括医療病棟が創設された。令和7年3月時点で、届出医療機関数は149施設であった。
- ・「新たな地域医療構想のとりまとめ」においても、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要があるとされ、医療機関機能として「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」が位置づけられた。
- ・同じ地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関であっても、救急体制や在宅等の後方支援機能等は多様である。
- ・回復期リハビリテーション病棟については、病床数や届出医療機関数が経年的に増加しており、他の病棟に比べて療法士が集中している。提供される疾患別リハビリテーションは、いずれの施設においても脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションが大半である。一方で、各施設の実績指数の変化にはばらつきがある。

【論点】



- 医療・介護の複合ニーズを有する高齢者に対し、地域包括ケアシステムの中で治し支える医療を持続可能な形で提供することをめざして、これらを担う病院のあり方やその評価について、どのように考えるか。
- 高齢者の入院医療を担う医療機関における、救急受入や在宅医療の後方支援、高齢者の医学・生理学的特性を踏まえた包括的な治療、新設された地域包括医療病棟におけるアウトカム評価のあり方、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る一体的な取組や多職種の役割等について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における、質の高いリハビリテーションのあり方や、集中的なリハビリの効果が発揮される患者像、その評価方法や地域包括ケア病棟との役割分担についてどのように考えるか。

1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

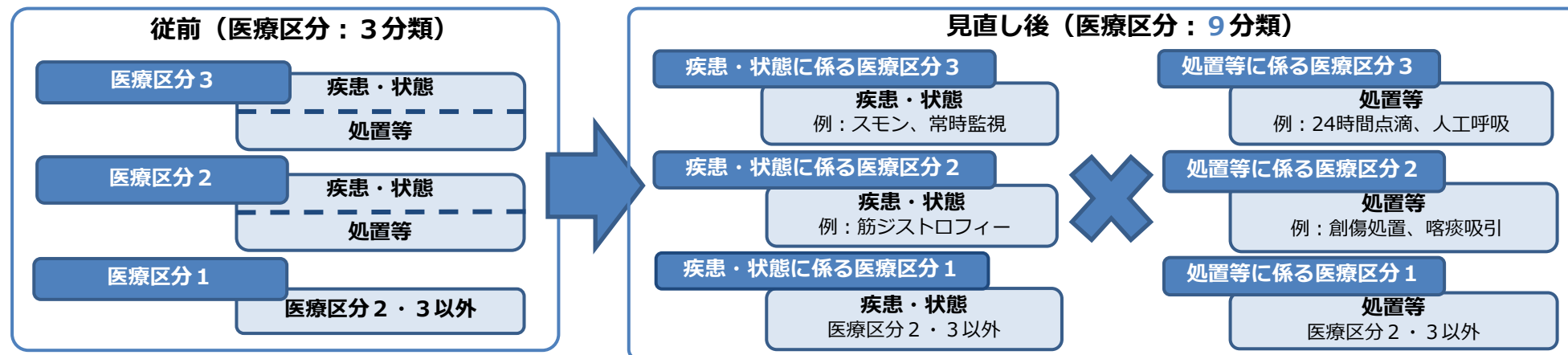
(3) 慢性期入院医療

療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

1. 医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とADL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ADL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。



2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 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**。また、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。

3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに1である入院料27（従前の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 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。

療養病棟入院基本料の概要

入院料	疾患・状態に係る医療区分	処置等に係る医療区分	ADL区分	療養病棟入院基本料1の点数	療養病棟入院基本料2の点数	従前の入院料
1	3（スモン除く）	3	3	1,964	1,899	A
2	3（スモン除く）	3	2	1,909	1,845	B
3	3（スモン除く）	3	1	1,621	1,556	C
4	3（スモン除く）	2	3	1,692	1,627	A
5	3（スモン除く）	2	2	1,637	1,573	B
6	3（スモン除く）	2	1	1,349	1,284	C
7	3（スモン除く）	1	3	1,644	1,579	A
8	3（スモン除く）	1	2	1,589	1,525	B
9	3（スモン除く）	1	1	1,301	1,236	C
10	2	3	3	1,831	1,766	A
11	2	3	2	1,776	1,712	B
12	2	3	1	1,488	1,423	C
13	2	2	3	1,455	1,389	D
14	2	2	2	1,427	1,362	E
15	2	2	1	1,273	1,207	F
16	2	1	3	1,371	1,305	D
17	2	1	2	1,343	1,278	E
18	2	1	1	1,189	1,123	F
19	1	3	3	1,831	1,766	A
20	1	3	2	1,776	1,712	B
21	1	3	1	1,488	1,423	C
22	1	2	3	1,442	1,376	D
23	1	2	2	1,414	1,349	E
24	1	2	1	1,260	1,194	F
25	1	1	3	983	918	G
26	1	1	2	935	870	H
27	1	1	1	830	766	I
28	3（スモンに限る）	－	3	1,831	1,766	A
29	3（スモンに限る）	－	2	1,776	1,712	B
30	3（スモンに限る）	－	1	1,488	1,423	C

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

ADL区分

- ADL区分3： 23点以上
- ADL区分2： 11点以上～23点未満
- ADL区分1： 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

- （ 0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、<u>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>） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・その他の指定難病等（スモンを除く。） ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態	・<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> ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る） ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療を ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） ・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

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。

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯①

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

平成12年	・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点
平成14年	・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点 ・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と 療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止。
平成16年	・大きな変更なし
平成18年	・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点
平成20年	・医療経済実態調査の結果等を踏まえ評価を引き下げ。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点 ※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き ・「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする等医療区分の評価項目を見直し。
平成22年	・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。 ・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点
平成24年	・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点 ・入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とした。
平成26年	・消費税の増税に伴い評価を見直し。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

平成28年	- 療養病棟入院基本料2について、医療区分に関する要件を追加。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～750点 - 医療区分のうち、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直し。
平成30年	- 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～800点 療養病棟入院基本料2(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～735点 25:1、30:1看護職員配置を経過措置として再編。 (注11に規定する経過措置)看護職員配置25:1で20:1を満たさない 又は 医療区分2・3の患者割合5割以上を満たさない場合 療養病棟入院料2の90/100に相当する点数 (注12に規定する経過措置)看護職員配置30:1で25:1を満たさない場合 療養病棟入院料2の80/100に相当する点数 - 療養病棟入院基本料(200床未満を除く。)について、データ提出を入院料の算定要件化。
令和2年	- 注11に規定する経過措置評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の85/100に相当する点数 - 上記注12に規定する経過措置を令和2年3月31日限りで終了。 「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を要件化。 - データ提出加算が要件となる入院料を、療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大。
令和4年	- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置について、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の75/100に相当する点数 - 中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直し。
令和6年	- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を、令和6年5月末で終了。 - 療養病棟入院基本料1、2のそれぞれの入院料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分及び3つのADL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分類の評価に見直し。 - 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評価に見直し。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うえ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。

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）

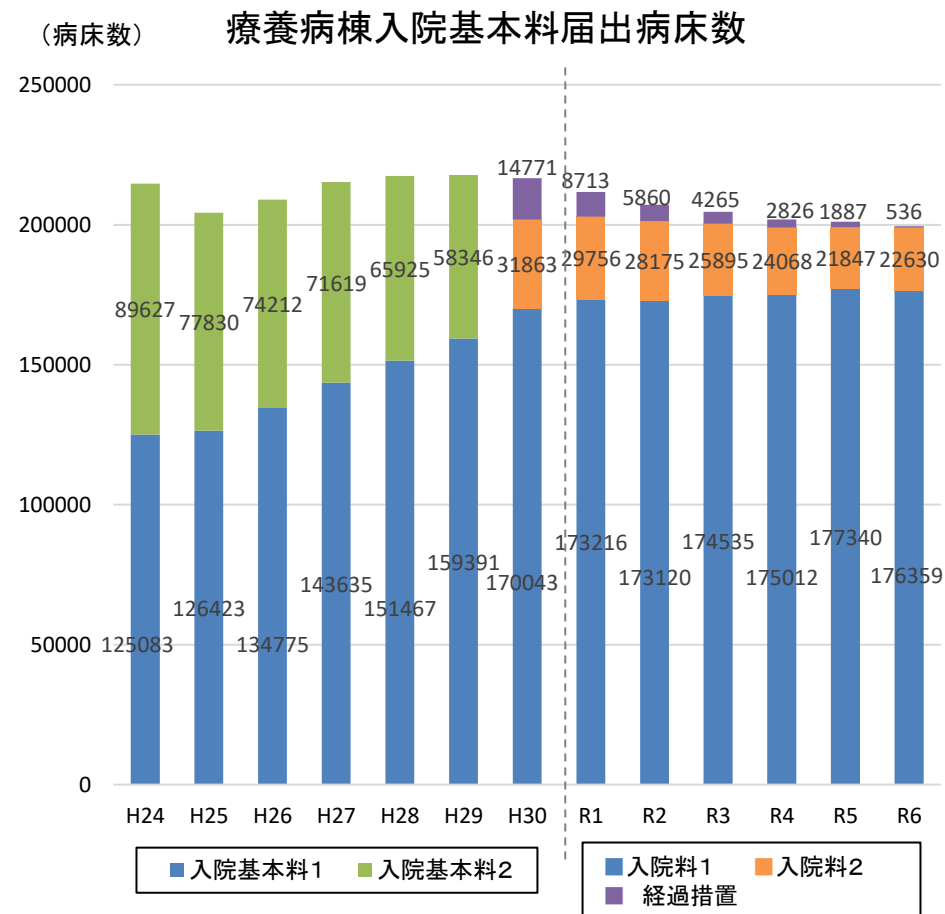
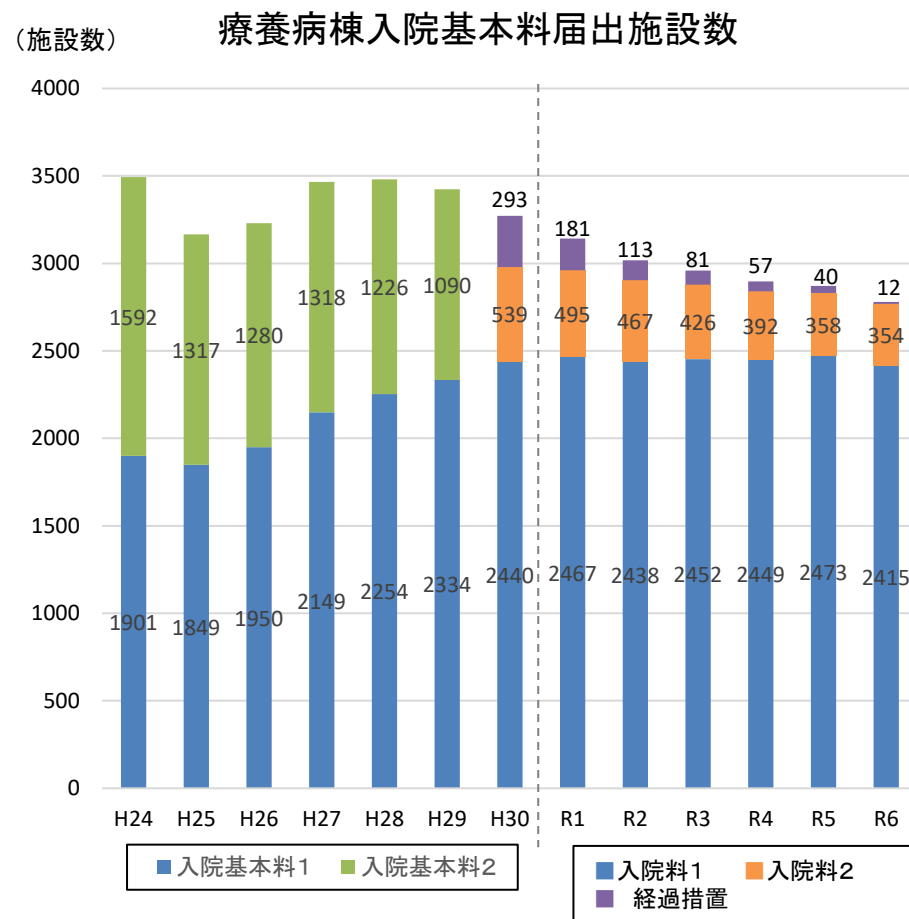
（5）その他

② 慢性期医療

- 療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分1の患者をはじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、**在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり**、都道府県別の療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。
- こうした中、慢性期の医療提供体制については、今後増加する在宅医療の需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、**在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要**である。

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 療養病棟入院基本料を届け出る施設数・病床数は、ともにやや減少傾向である。



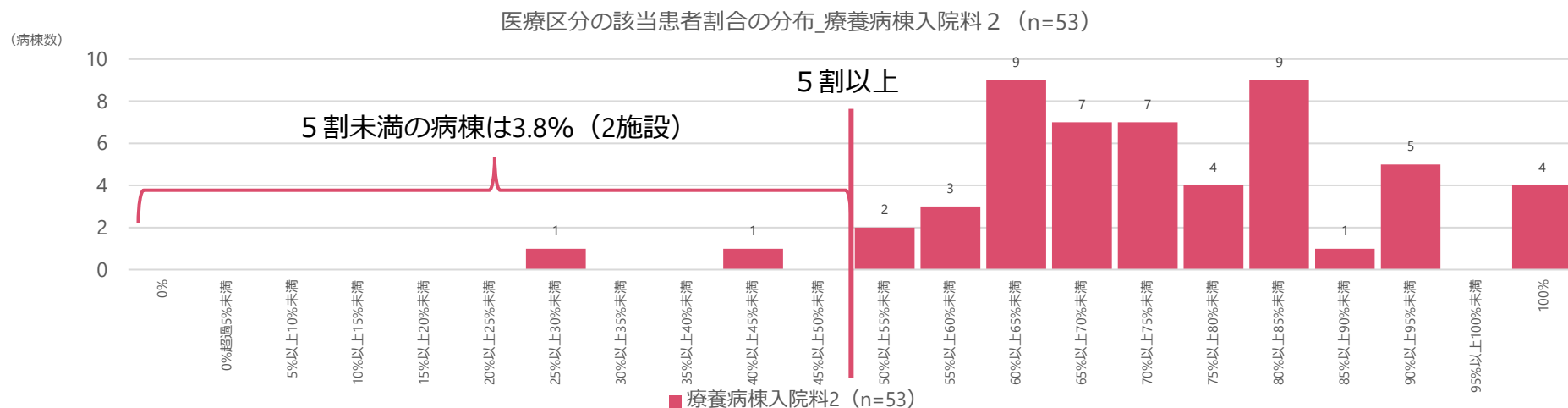
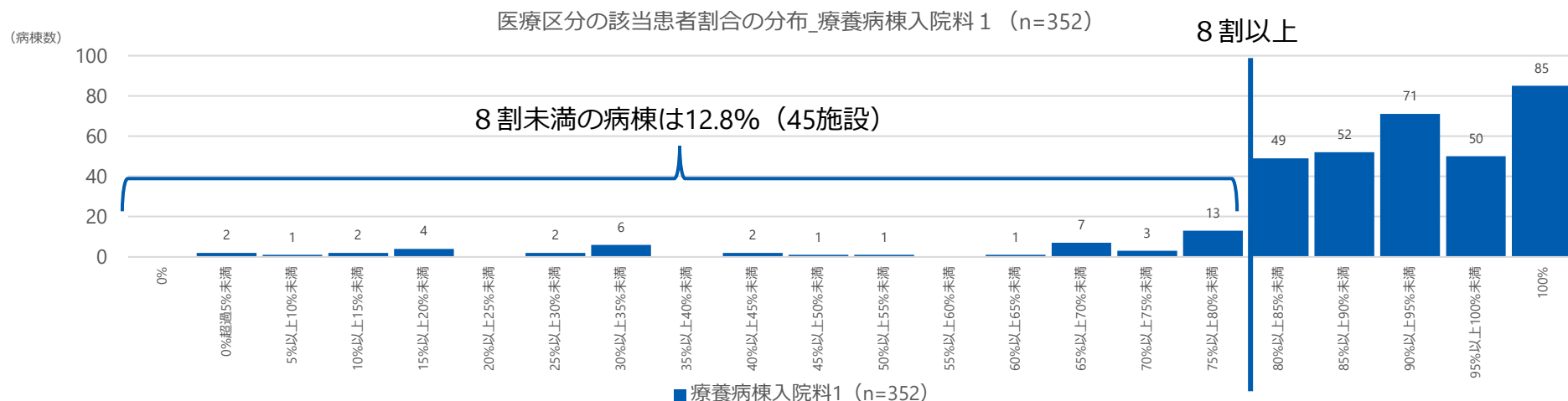
出典：保険局医療課調べ（7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く。平成30年度・令和1年度の経過措置1・2は合算。

療養病棟における医療区分 2・3 の該当割合

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 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。



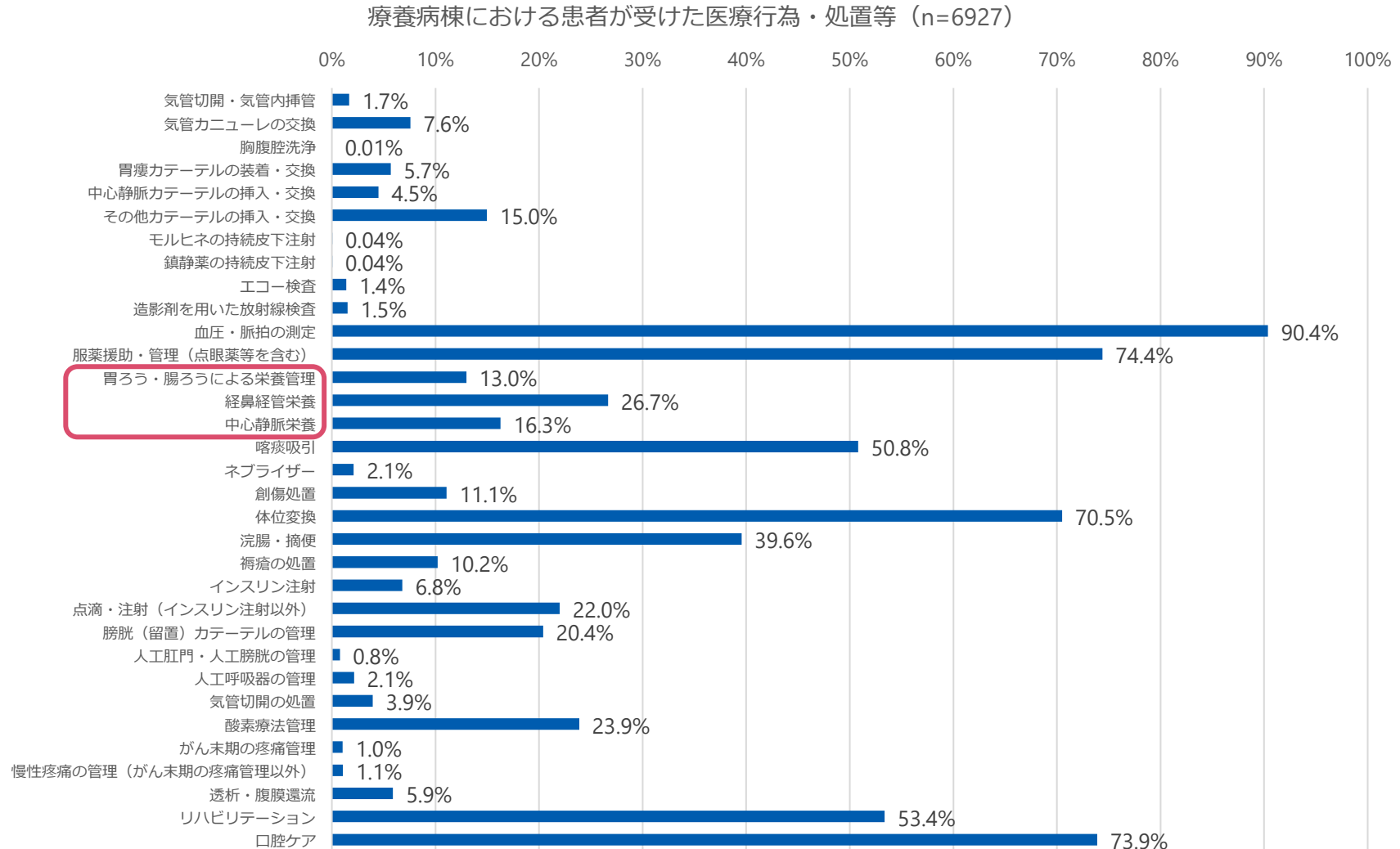
平均	25%tile	中央値	75%tile
----	---------	-----	---------

療養病棟入院料 1	87.5%	84.3%	92.2%	98.2%
療養病棟入院料 2	73.2%	63.9%	71.4%	83.0%

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

- 療養病棟において患者が受けた医療行為・処置等の割合は令和4年度調査と同様の傾向であった。
- 医療区分上の定義が見直された「中心静脈栄養」は16.3%、関連して「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」は13.0%、「経鼻経管栄養」は26.7%であった。（令和4年度はそれぞれ14.3%、14.3%、26.3%）



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						

111

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

- 障害者施設等入院基本料 2 ～ 4 等の要件における、重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止する。
- なお、該当患者の割合については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

現行

【障害者施設等入院基本料】

【施設基準】

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

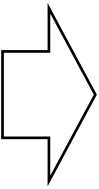
イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① （略）

② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

- 1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髓損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を **おおむね** 七割以上入院させている病棟であること。

2 （略）



改定後

【障害者施設等入院基本料】

【施設基準】

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① （略）

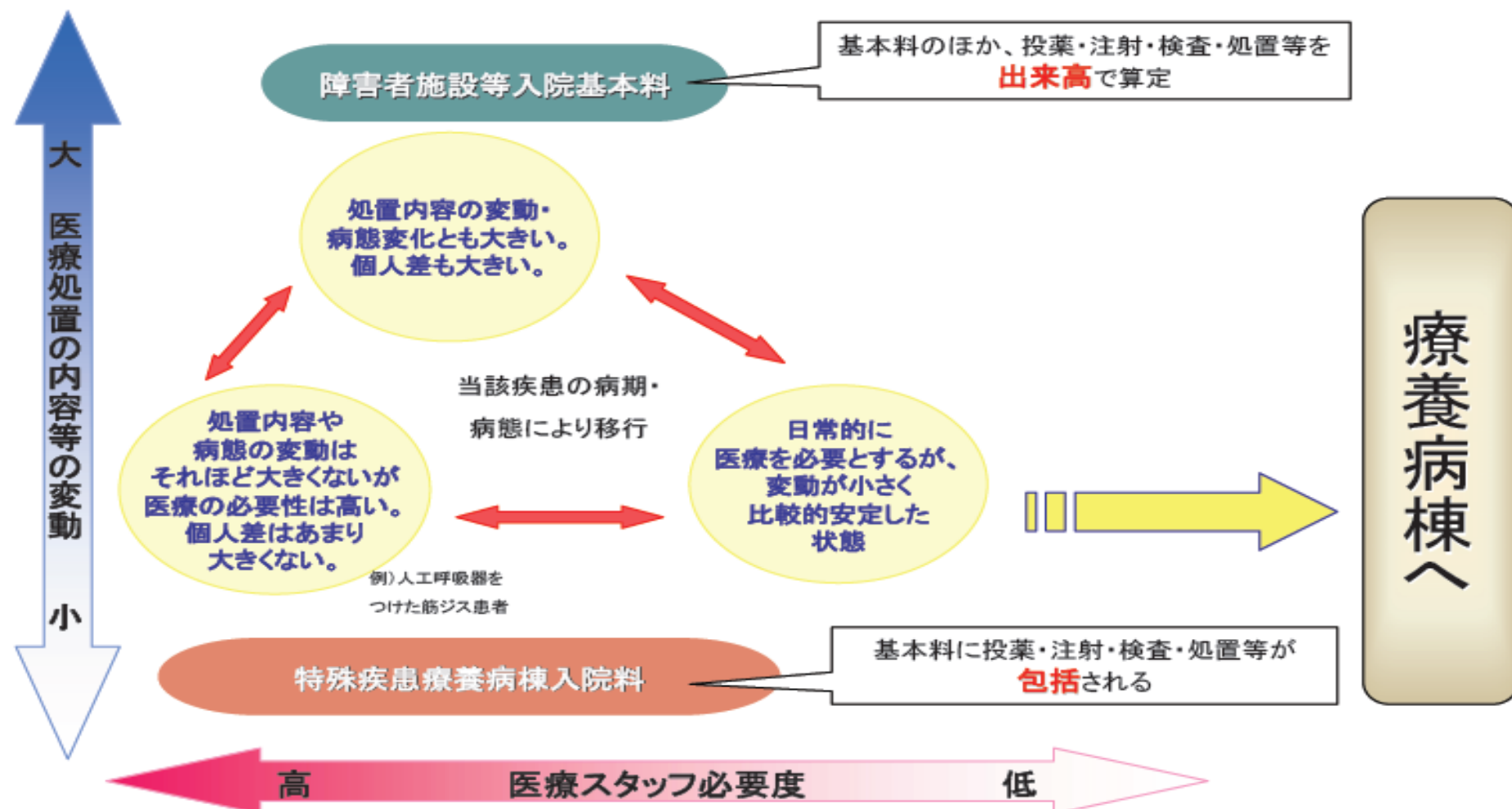
② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

- 1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髓損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。

2 （略）

※ 特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料についても同様。

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

H12

障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

児童福祉法が規定する
・肢体不自由児施設
・重症心身障害児施設
・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】

○重度の肢体不自由児(者)
○脊髄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
○難病患者等
これらの患者が概ね7割以上

＜障害者施設等入院基本料の特徴＞

個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

R4

令和4年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

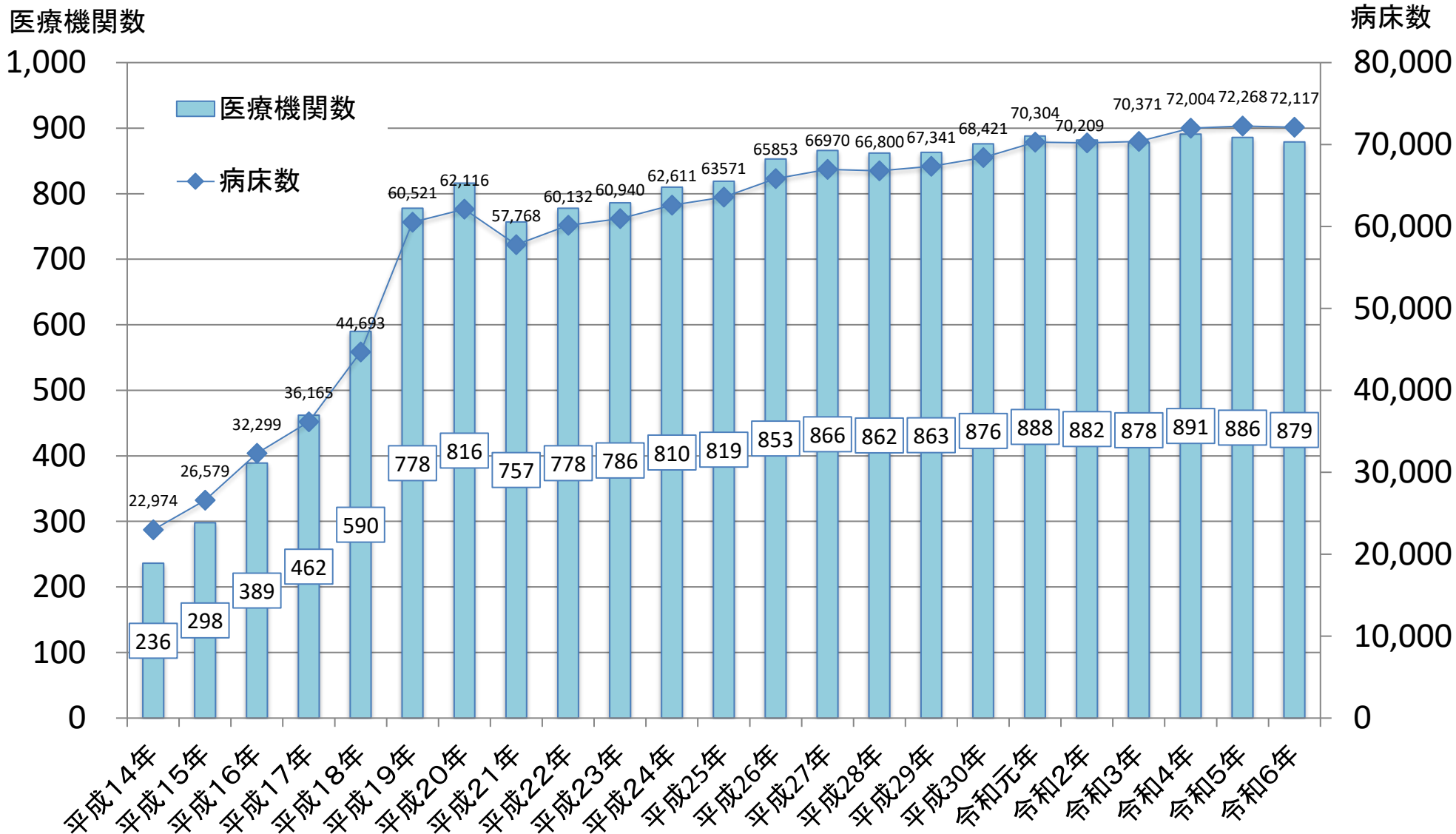
- ・障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とした。
- ・栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加えた。

R6

令和6年度診療報酬改定

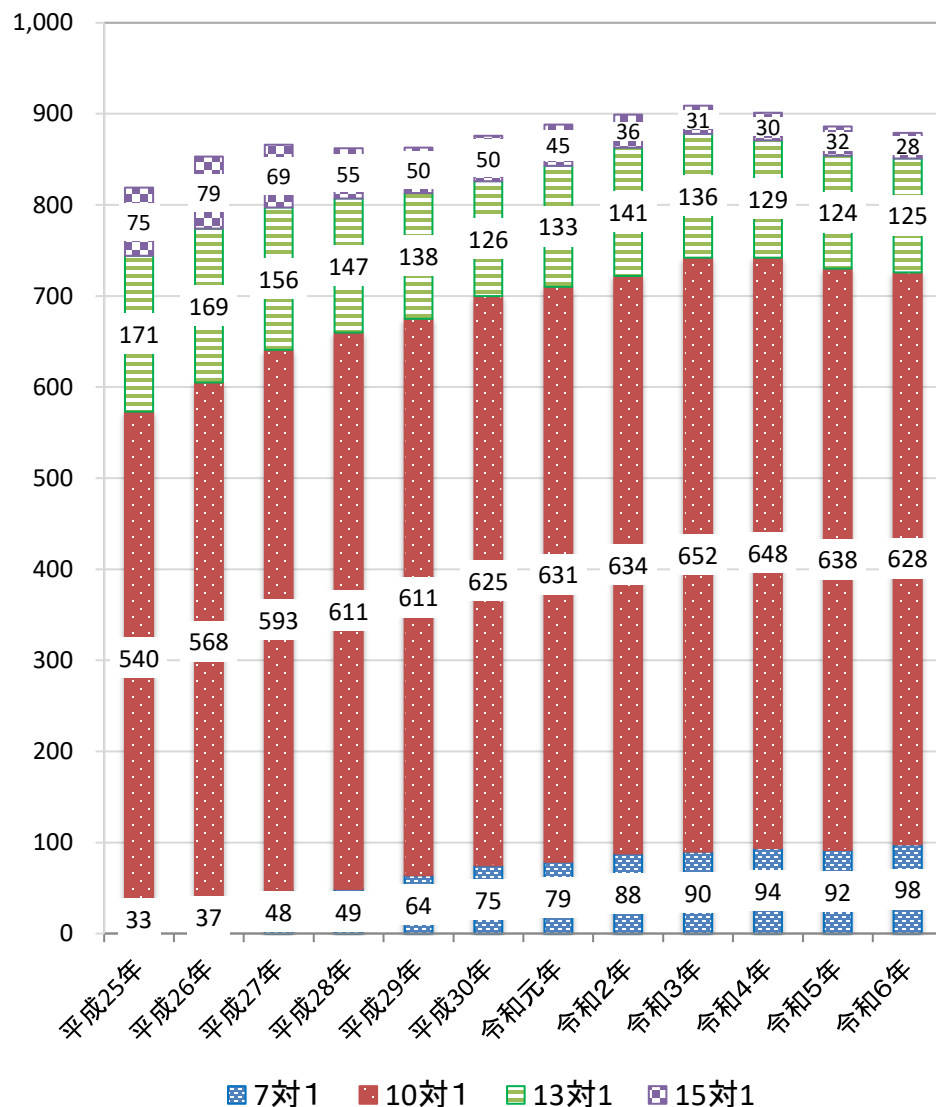
- ・「おおむね」として患者割合を示していた取扱を廃止した。
- ・患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価体系とした。

障害者施設等入院基本料 届出医療機関数・病床数

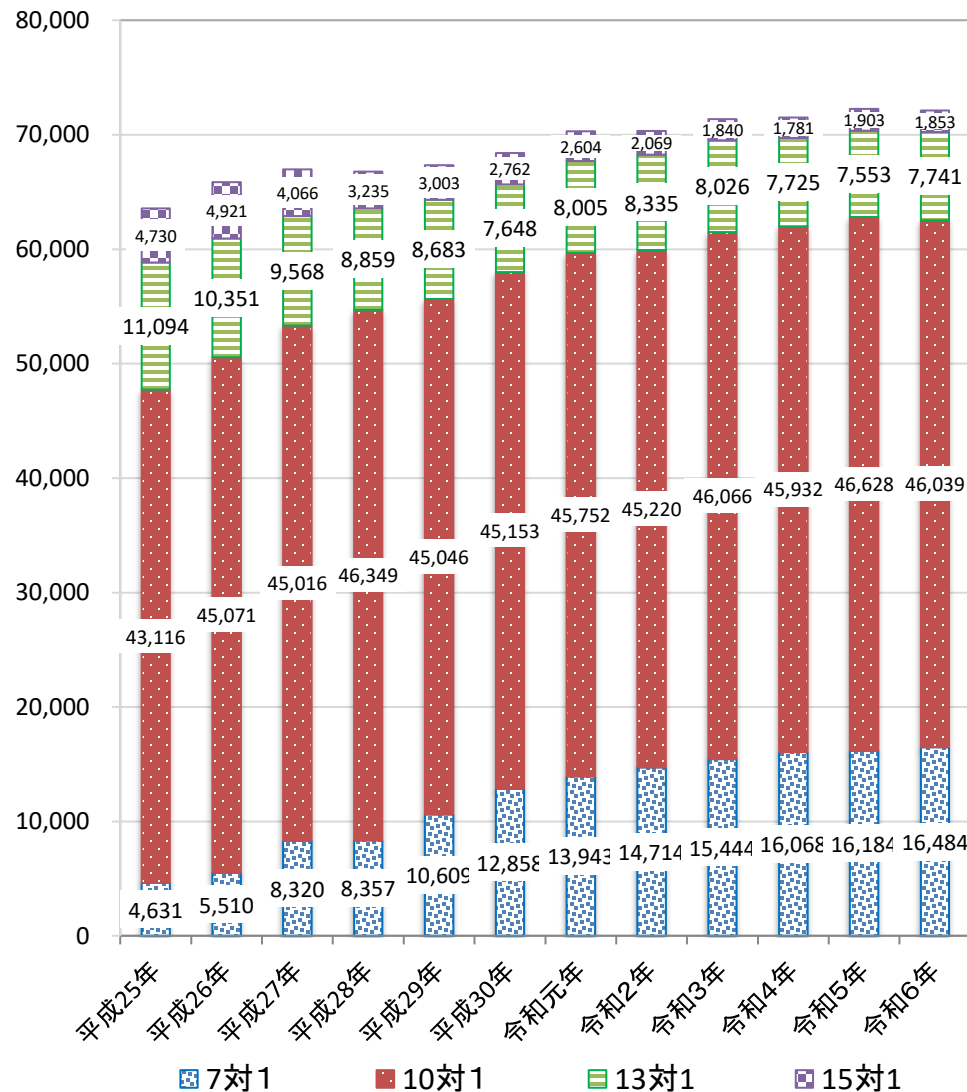


障害者施設等入院基本料 届出医療機関・病床数(入院料別)

医療機関数



病床数



特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの係る経緯

H6

特殊疾患療養病棟を新設

H12

特殊疾患入院医療管理料を新設

(病室単位で算定可能に)

H16

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H18

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H19

H20

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H28

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

R4

平成28年度診療報酬改定

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

R6

令和4年度診療報酬改定

- ・特殊疾患病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とした。

令和6年度診療報酬改定

- ・患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟 入院基本料に準じた評価体系とした。

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞

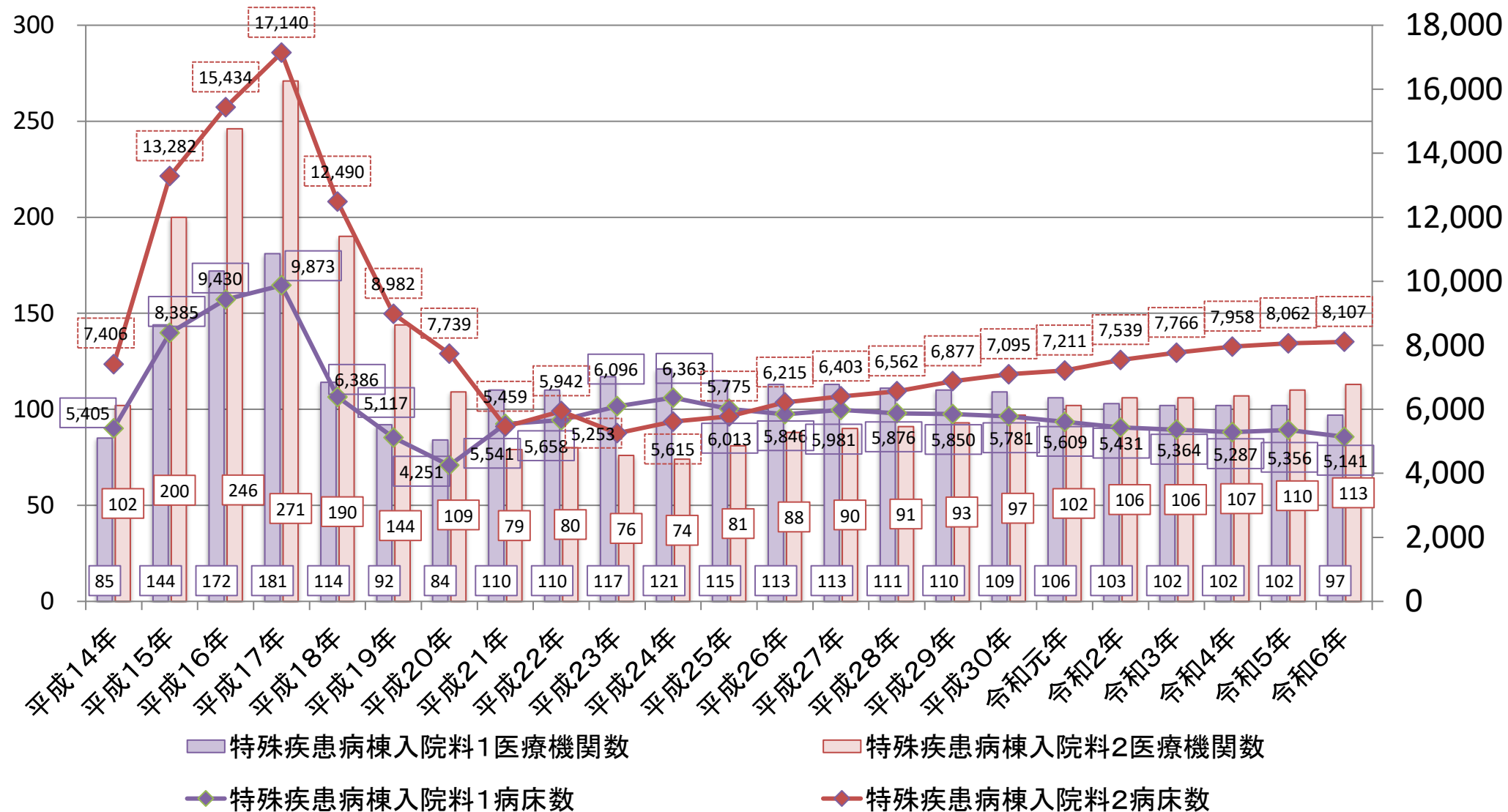
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い

→投薬・注射・処置等が包括払い

特殊疾患棟入院料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数

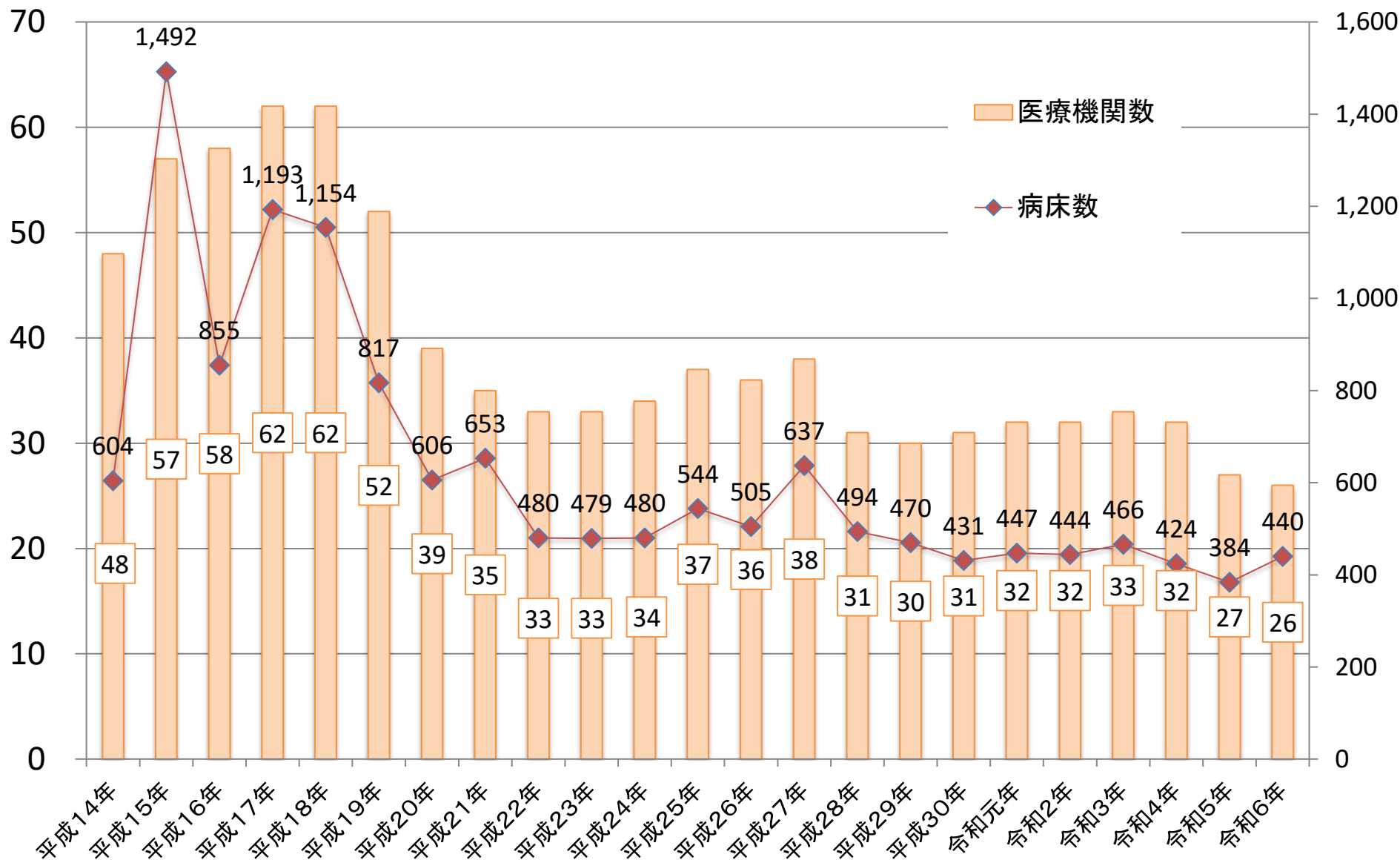


※平成20年3月31日以前は特殊疾患療養病棟入院料

特殊疾患入院医療管理料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



慢性期入院医療に係る課題と論点

- 「新たな地域医療構想のとりまとめ」において、慢性期医療の提供体制については、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要とされている。
- 令和6年度改定において、医療区分・ADL区分によって療養病棟入院料が細分化された。療養病棟入院料1においては医療区分2・3の患者が8割以上という要件を満たさない医療機関がみられている。一方、療養病棟入院料2においてはほとんどの医療機関が医療区分2・3の患者が5割以上の要件を満たしていた。全体として、療養病棟入院基本料の届出医療機関数・病床数はわずかに減少していた。
- 令和6年度診療報酬改定において中心静脈栄養の医療区分が実施理由と継続期間により細分化された他、ガイドライン等に基づいて栄養管理に係る説明を実施し、経腸栄養を開始した場合に算定できる経腸栄養管理加算が新設されたが、中心静脈栄養の実施率はあまり変化していない。
- 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1・入院医療管理料を届け出る医療機関数・病床数は、令和4年以降、概ね横ばいから微減であった。特殊疾患病棟入院料2の医療機関数・病床数はわずかに増加していた。



【論点】

- 療養病棟における医療区分の見直しの影響や、療養病棟を含む慢性期の病棟で提供すべき医療について、どのように考えるか。