

中医協 総－1参考3
7 . 1 0 . 1

診調組 入－1参考2
7 . 9 . 2 5

(令和7年度第13回) 入院医療等の調査・評価分科会 【別添】資料編②

令和7年9月25日(木)

0. 調査概要

1. 急性期入院医療について

2. 高度急性期入院医療について

3. DPC/PDPSについて

4. 包括的な機能を担う入院医療について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 重症度、医療・看護必要度について

8. 救急医療について

9. 入退院支援について

10. 働き方・タスクシフト／シェアについて

11. 病棟における多職種でのケアについて

12. 外来医療について

13. 情報通信機器を用いた診療について

14. 入院から外来への移行について

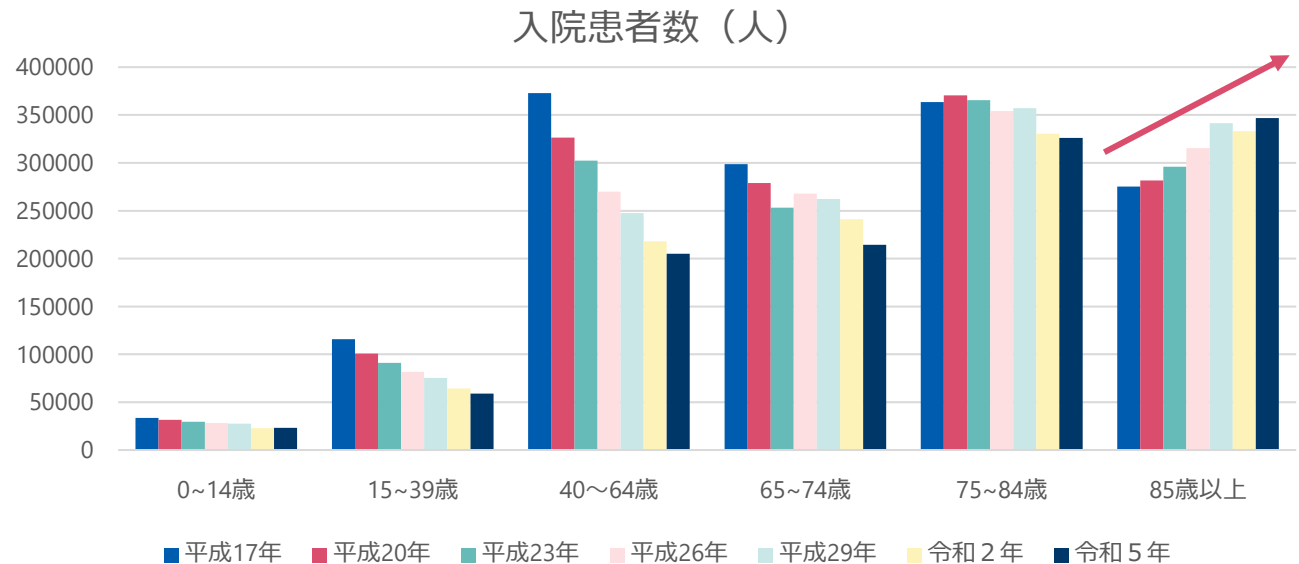
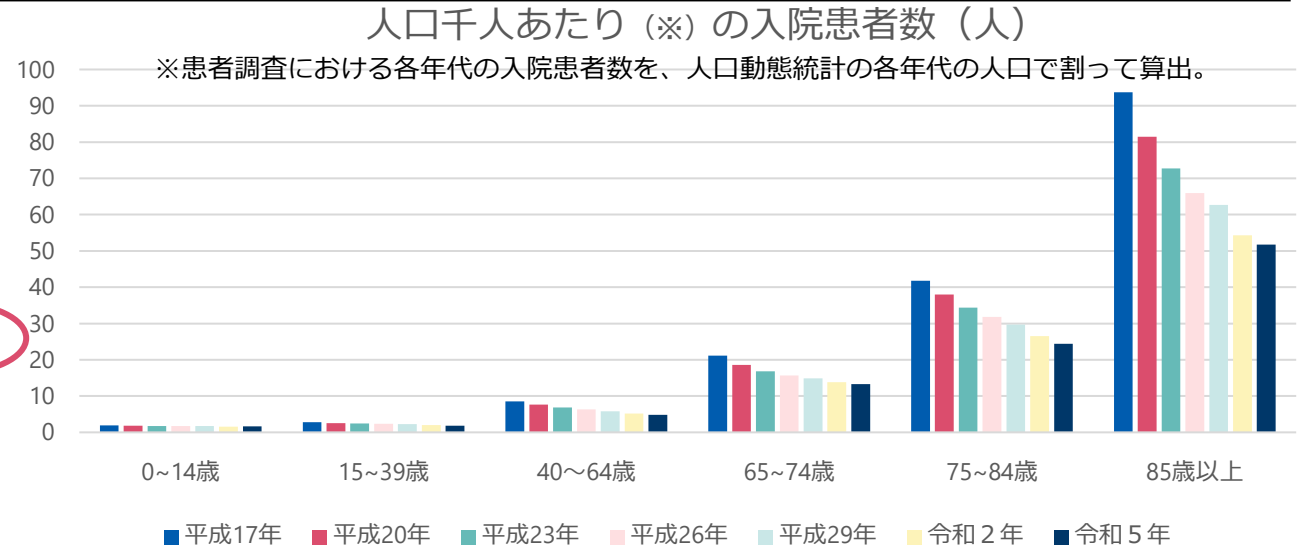
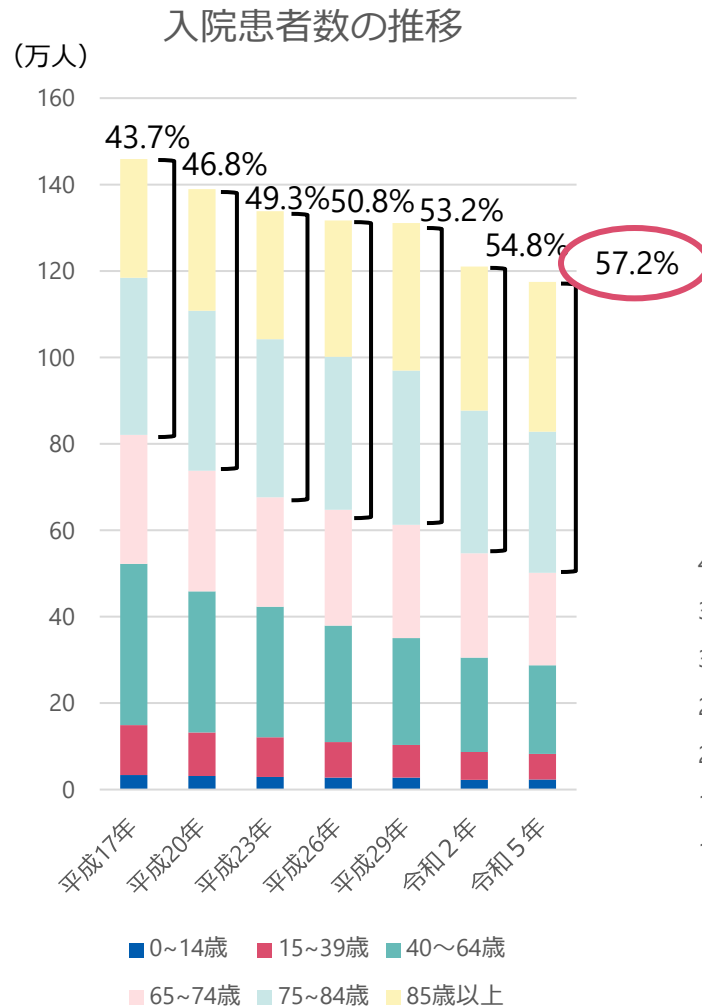
15. 賃上げ・処遇改善について

16. 人口・医療資源の少ない地域における対応

17. 個別的事項について

入院患者の高齢化

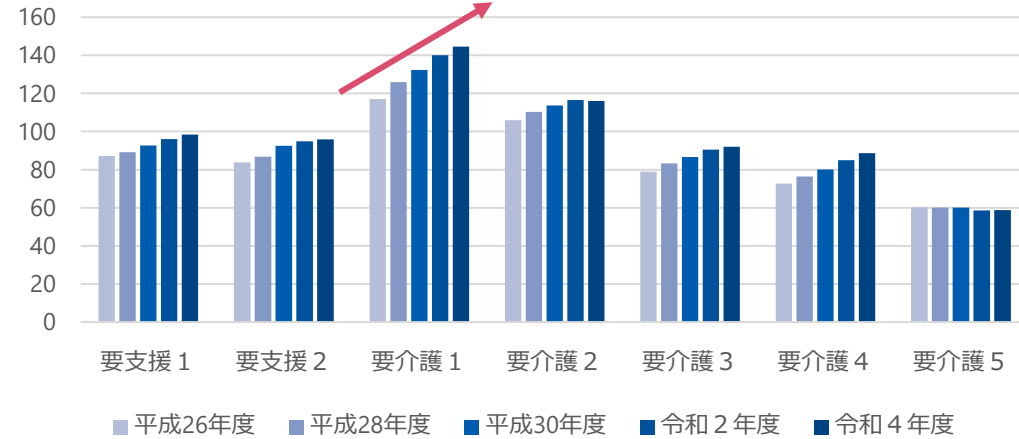
- 入院患者の総数は減少傾向であるが、75歳以上の高齢者の割合は漸増しており、令和5年に57.2%であった。
- いずれの年代においても、人口千人あたりの入院患者数は減少しているが、85歳以上においては、入院割合の減少を上回る人口増加により、入院患者の実数は増加している。



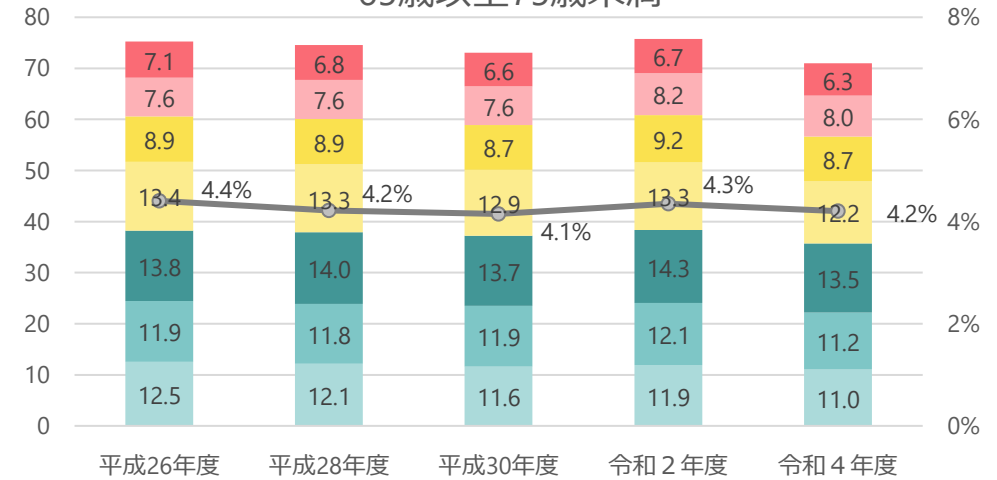
要支援・要介護認定者数の経年推移

- 要支援・要介護の認定者数は要介護5以外の全ての区分で漸増傾向であり、特に要介護1の増加が目立つ。
- 年代別の認定者数と認定割合をみると、認定割合は横ばい～漸減で推移している一方で、85歳以上においては人口増加のために要支援・要介護認定者の絶対数が増加している。

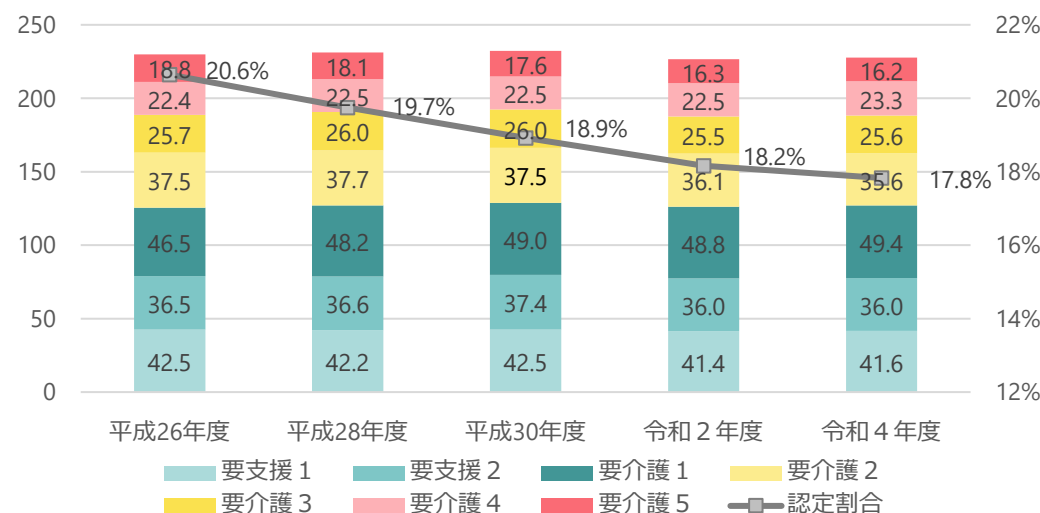
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



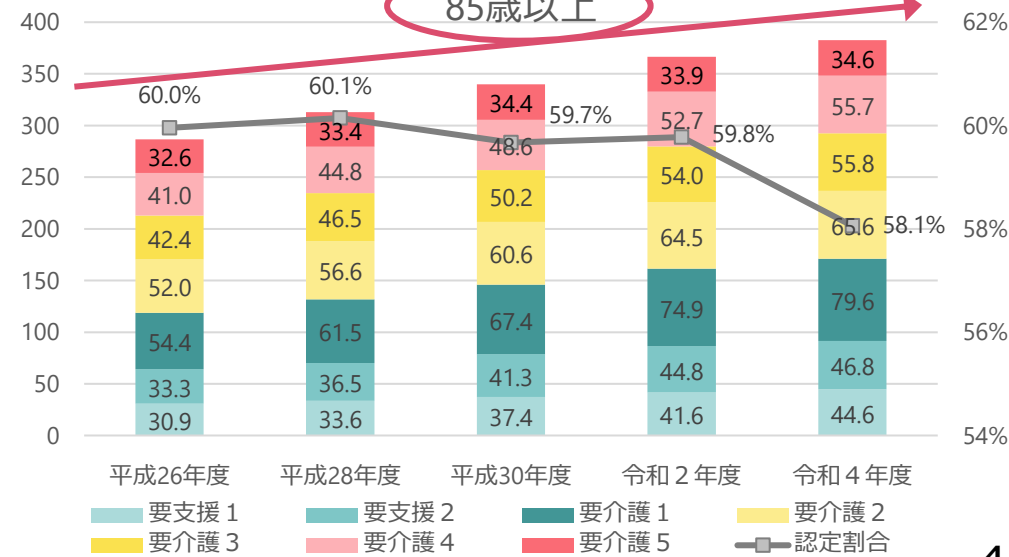
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

※縦軸の単位はすべて万人

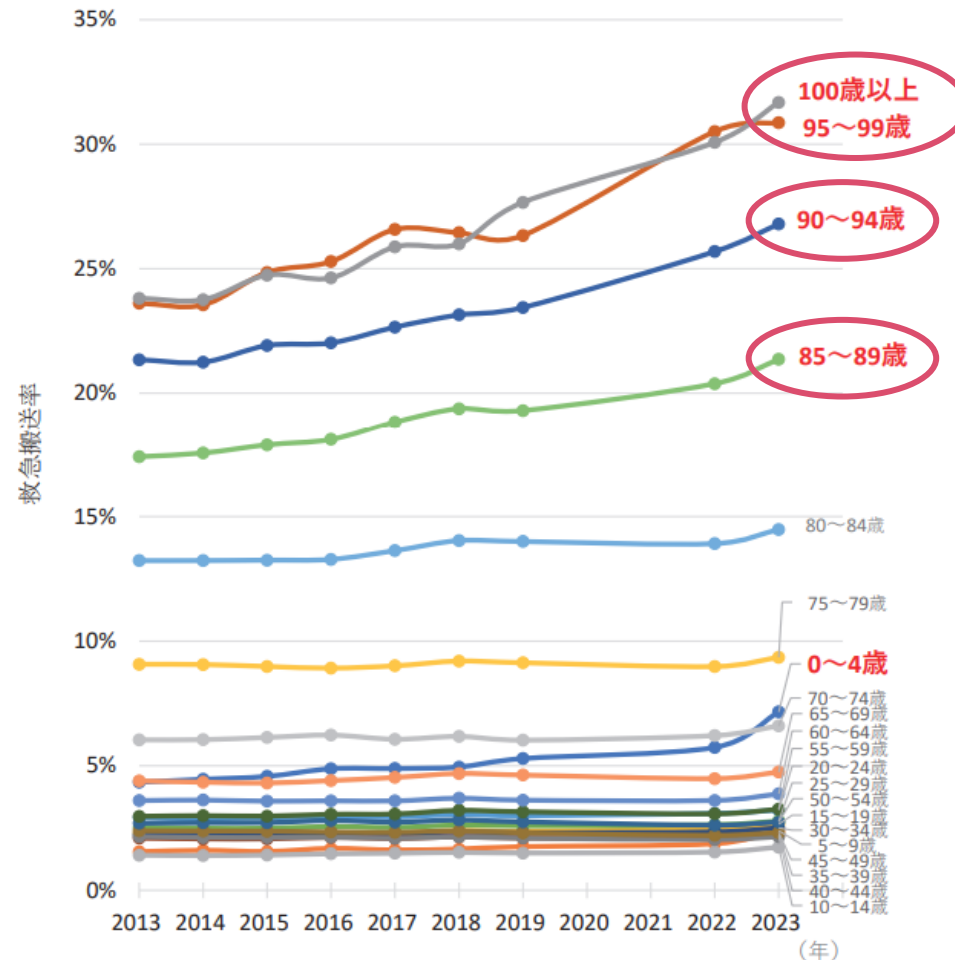
高齢者の救急搬送の増加

- 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）



新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和6年12月）

5. 新たな地域医療構想（抄）

（3）医療機関機能・病床機能

＜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。

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ **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。

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

- ・ 急性期拠点機能（略）
- ・ 専門等機能（略）

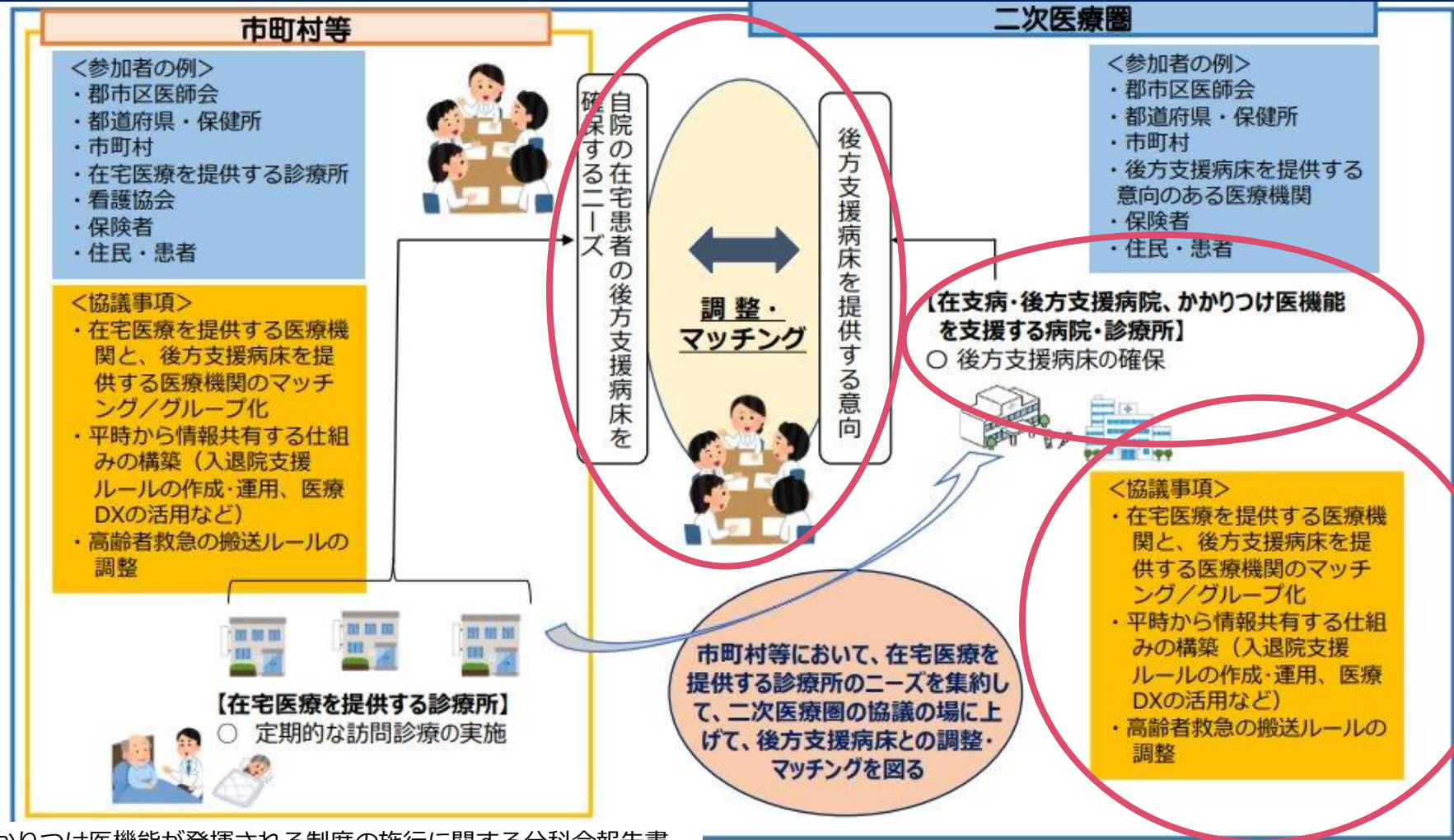
※ **高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が必要**である。

- ・ 医育及び広域診療機能（略）

かかりつけ医機能報告制度

- かかりつけ医機能報告制度においては、報告内容に基づき、各地域において関係者間で協議を行うことが想定されている。
- 例えば、入退院支援については、地域の在宅療養中の高齢者が病状の急変等により突発的に入院が必要となった場合に受け入れられる、後方支援の役割を担う病床の確保についての話し合いが示されている。

協議の場のイメージ（例：入退院支援）



(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

- 医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。
- 救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	あり	なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=761)	33.0%	64.3%	2.8%
	満たしていない(n=429)	42.2%	53.6%	4.2%
介護老人保健施設	満たしている(n=504)	38.7%	58.7%	2.6%
	満たしていない(n=213)	39.9%	52.1%	8.0%
介護医療院	満たしている(n=191)	15.2%	80.1%	4.7%
	満たしていない(n=32)	28.1%	71.9%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=327)	30.6%	66.7%	2.8%
	満たしていない(n=341)	34.6%	60.1%	5.3%
軽費老人ホーム	満たしている(n=191)	33.0%	61.3%	5.8%
	満たしていない(n=165)	49.1%	48.5%	2.4%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=406)	49.5%	43.8%	6.7%
	満たしていない(n=183)	61.7%	34.4%	3.8%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=131)	47.3%	49.6%	3.1%
	満たしていない(n=93)	57.0%	40.9%	2.2%

図表37 救急車による搬送があったもののうち、入院先の医療機関と事前調整をした上で、救急車を呼んだか

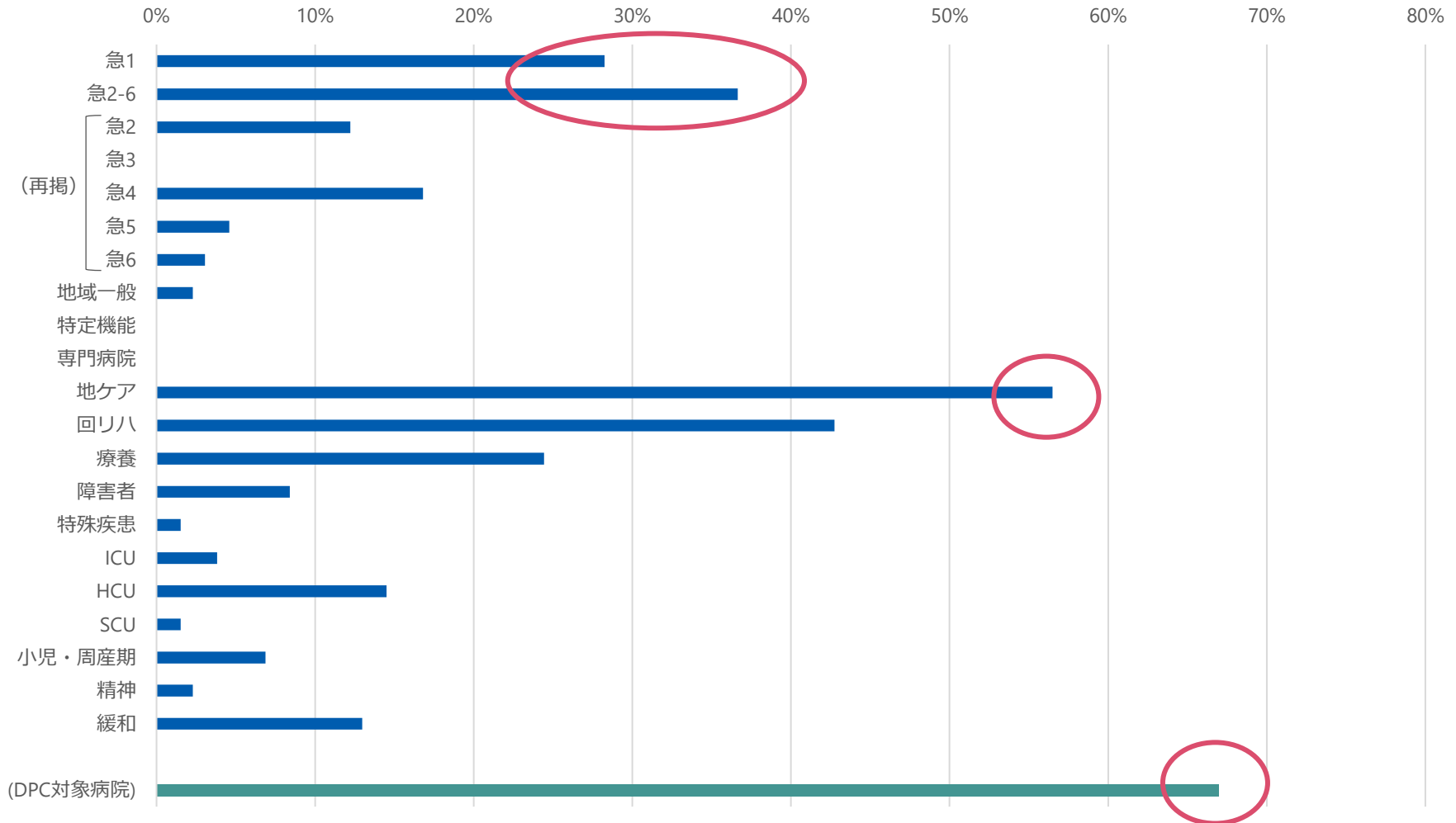
1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	調整あり	調整なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=251)	57.0%	41.0%	2.0%
	満たしていない(n=181)	46.4%	53.0%	0.6%
介護老人保健施設	満たしている(n=195)	75.4%	23.1%	1.5%
	満たしていない(n=85)	81.2%	15.3%	3.5%
介護医療院	満たしている(n=29)	89.7%	10.3%	0.0%
	満たしていない(n=9)	88.9%	11.1%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=100)	54.0%	42.0%	4.0%
	満たしていない(n=118)	33.9%	66.1%	0.0%
軽費老人ホーム	満たしている(n=63)	57.1%	33.3%	9.5%
	満たしていない(n=81)	43.2%	54.3%	2.5%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=201)	62.7%	34.8%	2.5%
	満たしていない(n=113)	57.5%	36.3%	6.2%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=62)	62.9%	37.1%	0.0%
	満たしていない(n=53)	45.3%	52.8%	1.9%

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

- 同一医療機関内に急性期一般入院料 1～6 のいずれかを有する医療機関が約 3 分の 2 であり、地域包括ケア病棟を有する医療機関が半数以上であった。
- 約 3 分の 2 が同一医療機関内にDPC対象病床を有していた。

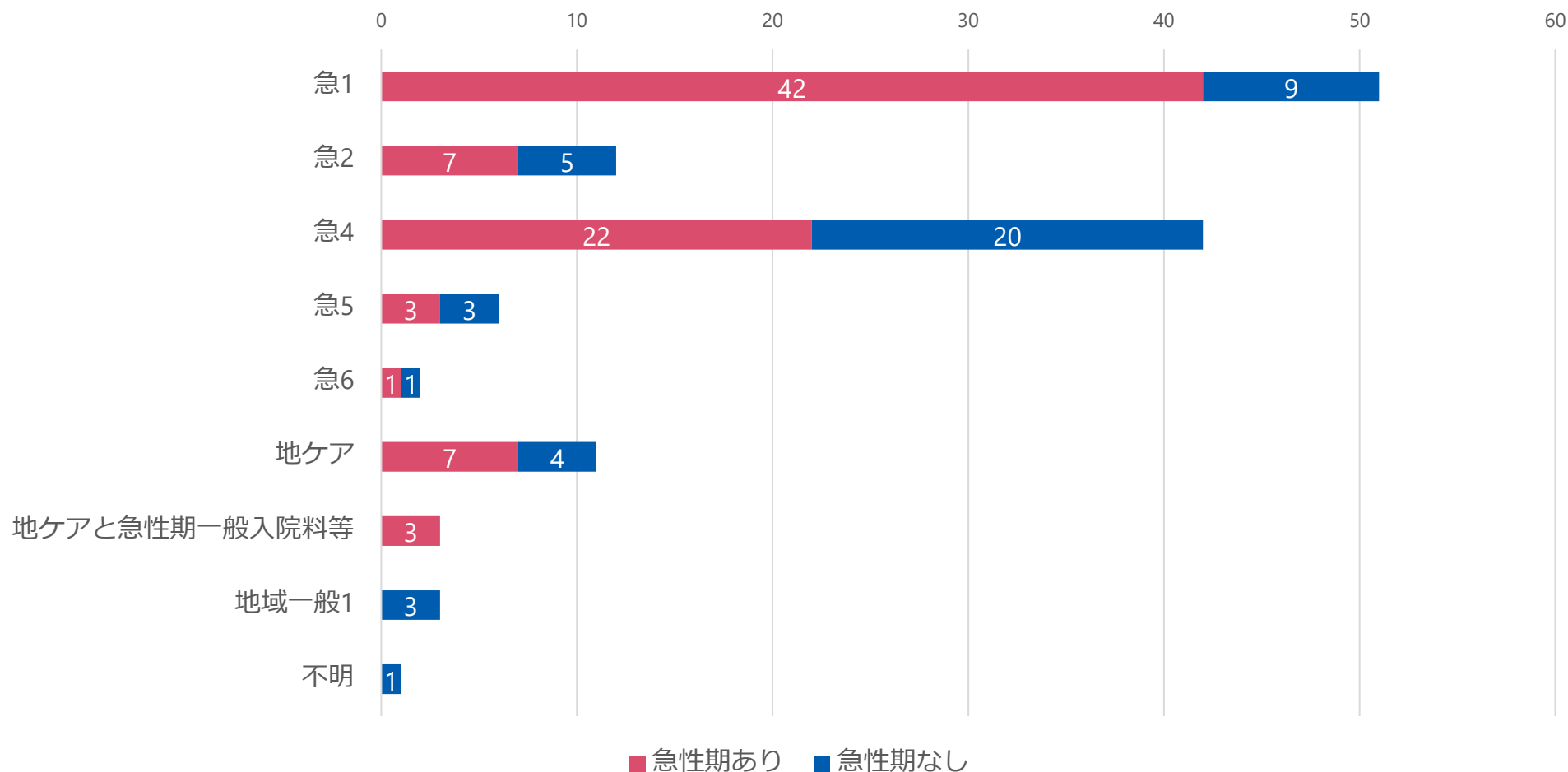
地域包括医療病棟を有する医療機関における、他の入院料を届け出ている施設の割合(n=131)



地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

- 急性期一般入院料 1 からの移行が4割程度と最多であり、急性期一般入院料 4、急性期一般入院料 2、地域包括ケア病棟からの移行が続いた。急性期一般入院料 2－6 から移行した医療機関の半数程度では、移行により急性期一般入院料の届出病棟がなくなっていた。

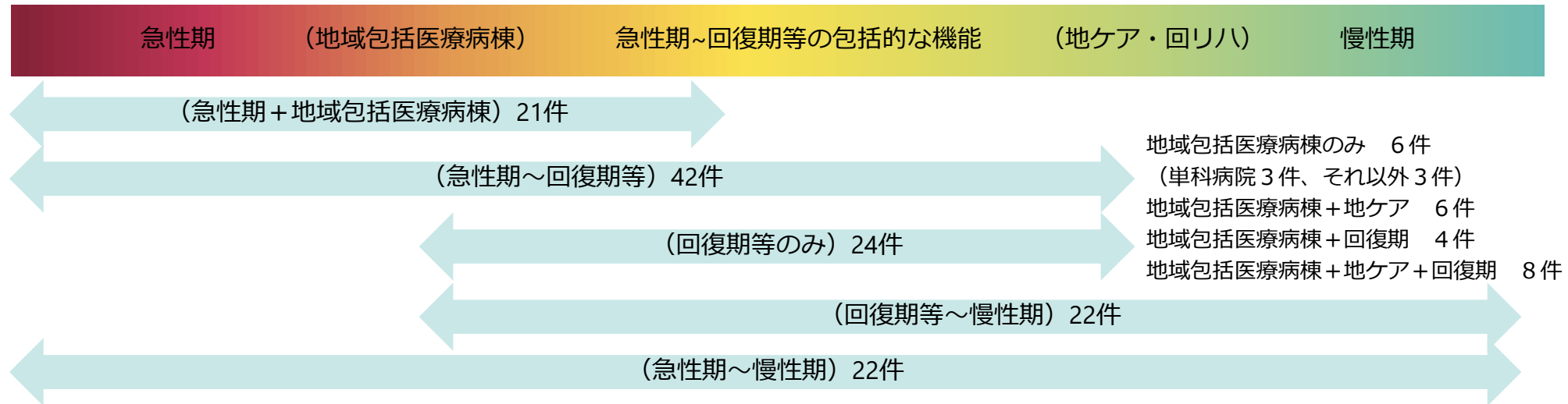
地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=131)



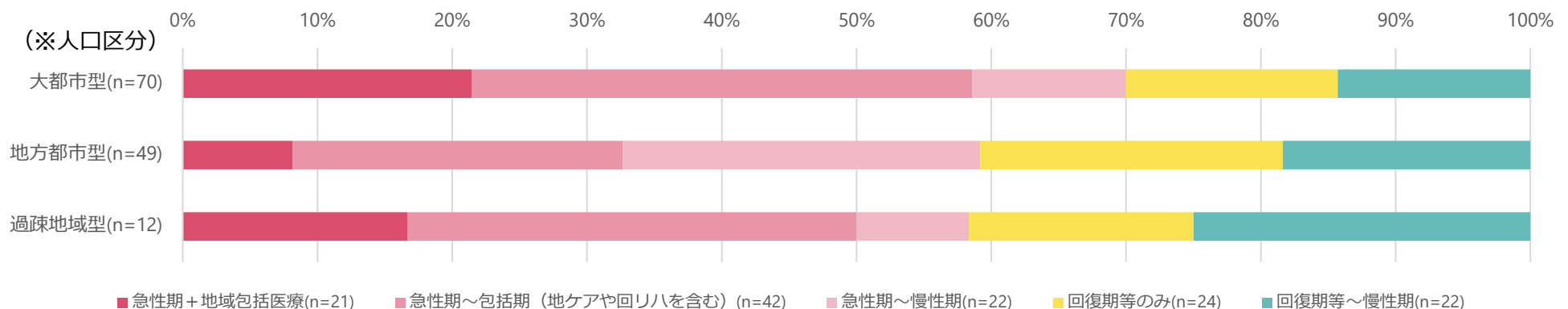
地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

- 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】



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)

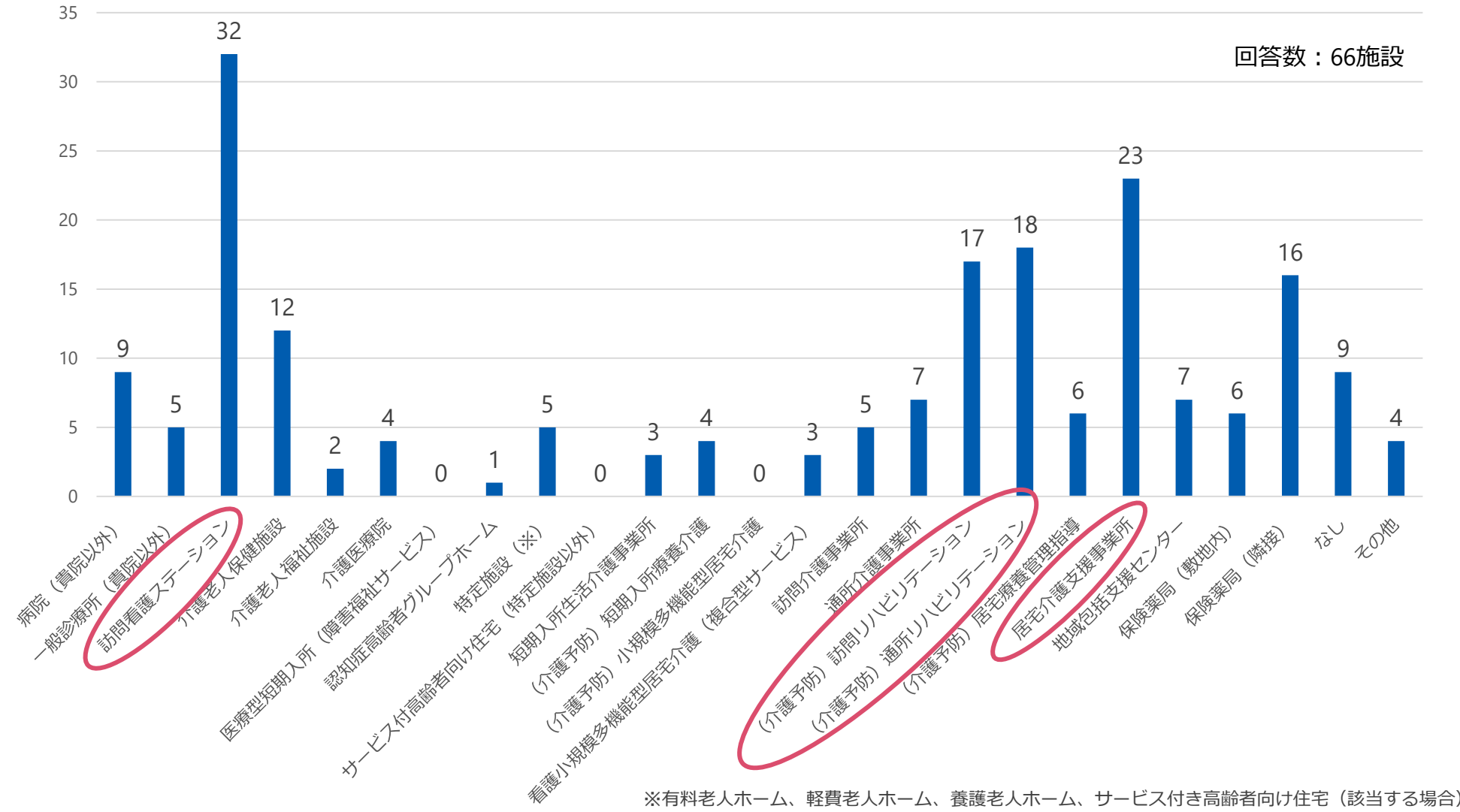


※大都市型：人口100万人以上又は人口密度2000人/km²以上、地方都市型：人口20万人以上又は人口10万人～20万人で

出典：DPCデータ（2024年12月） 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

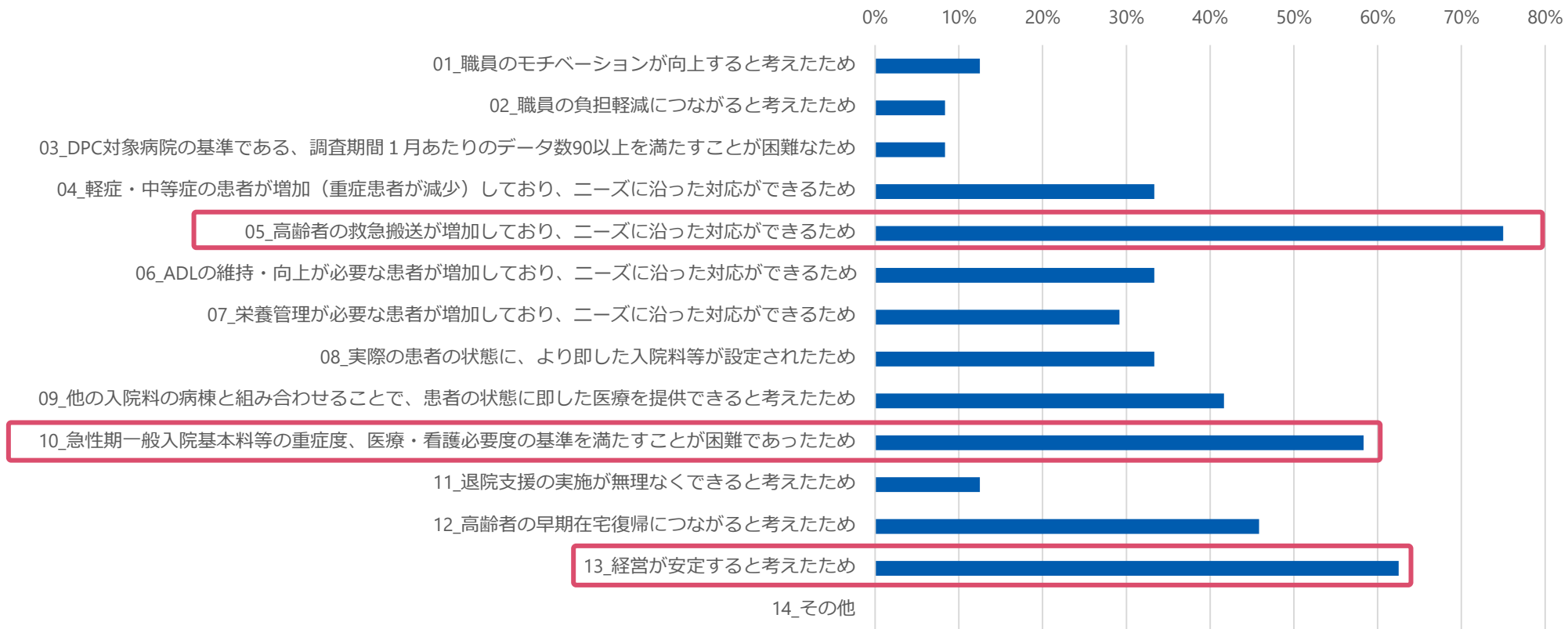
地域包括医療病棟入院料の届出施設における同一・隣接敷地内の事業所

○ 地域包括医療病棟入院料を届け出ている施設のうち、同一・隣接敷地内に約半数が訪問看護ステーションを有していた。また、居宅介護支援事業を有する施設も多くみられた。



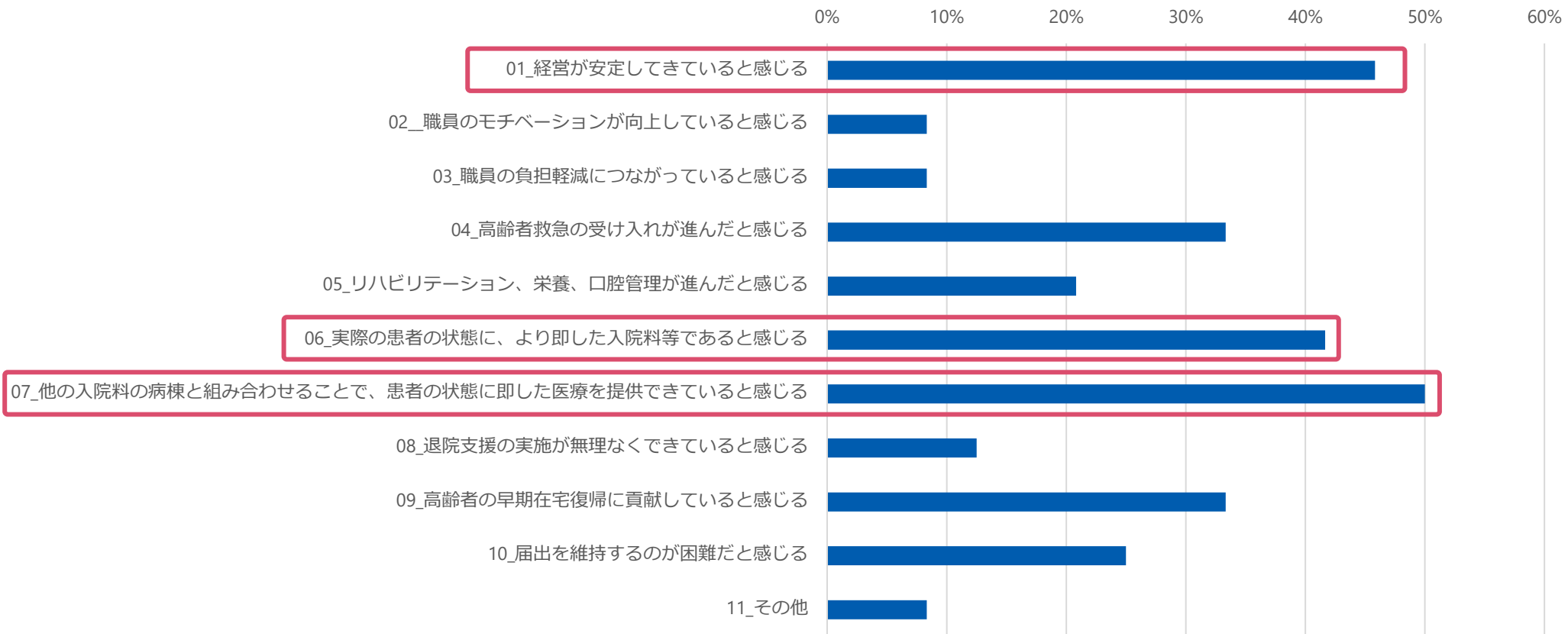
- 地域包括医療病棟の届出を行った医療機関において、届出を行った理由は「高齢者の救急搬送の増加に伴いニーズに沿った対応が可能」「経営が安定すると考えた」「急性期一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難」が多かった。

地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由（n=24）



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

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

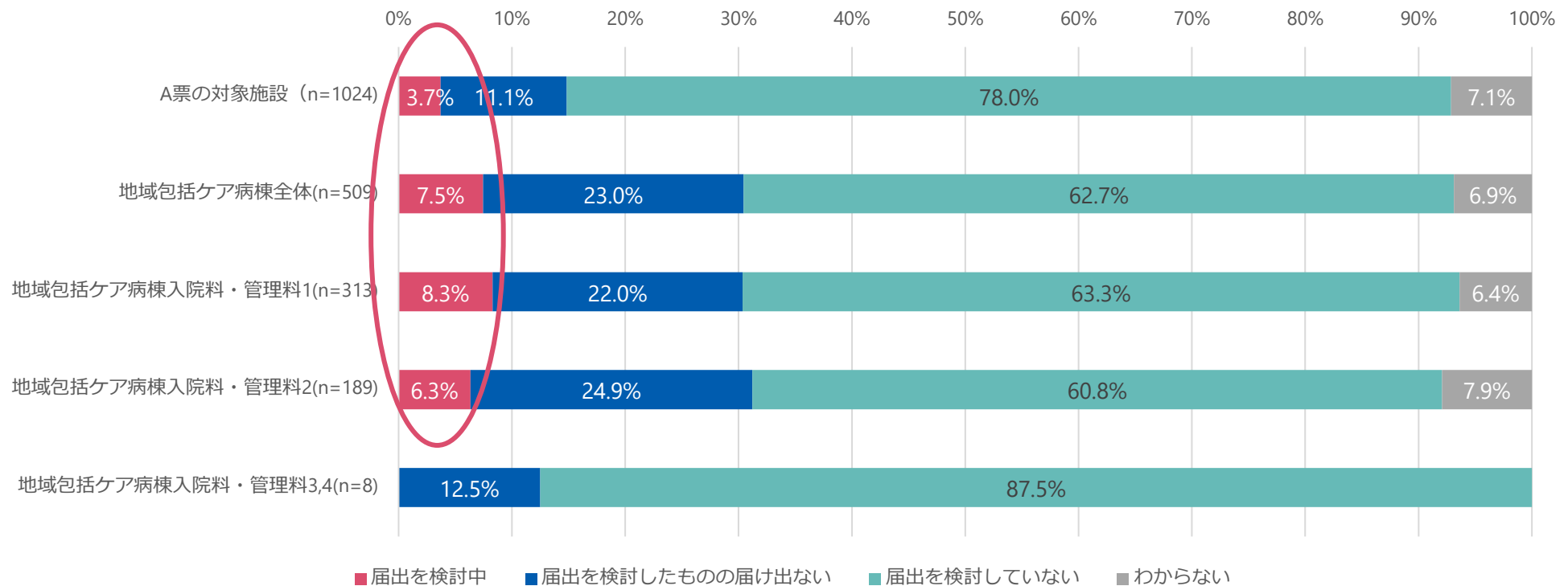


今後の地域包括医療病棟の届出意向

診調組 入-1参考
7.5.22改

- 施設調査票（A票）の対象施設のうち、地域包括医療病棟を届け出ていない医療機関における今後の届出について、検討した医療機関は約15%であり、実際に届出を検討中の医療機関は3.7%であった。
- 地域包括ケア病棟を届け出ている施設では、届出を検討した医療機関は30.5%あり、実際に検討中の医療機関は7.5%で、急性期の医療機関と比較して届出を検討している施設が多かった。
- A票の対象施設の約8割、地域包括ケア病棟・病室を届け出ている施設の約6割は届出を検討していないと回答した。

地域包括医療病棟の届出意向

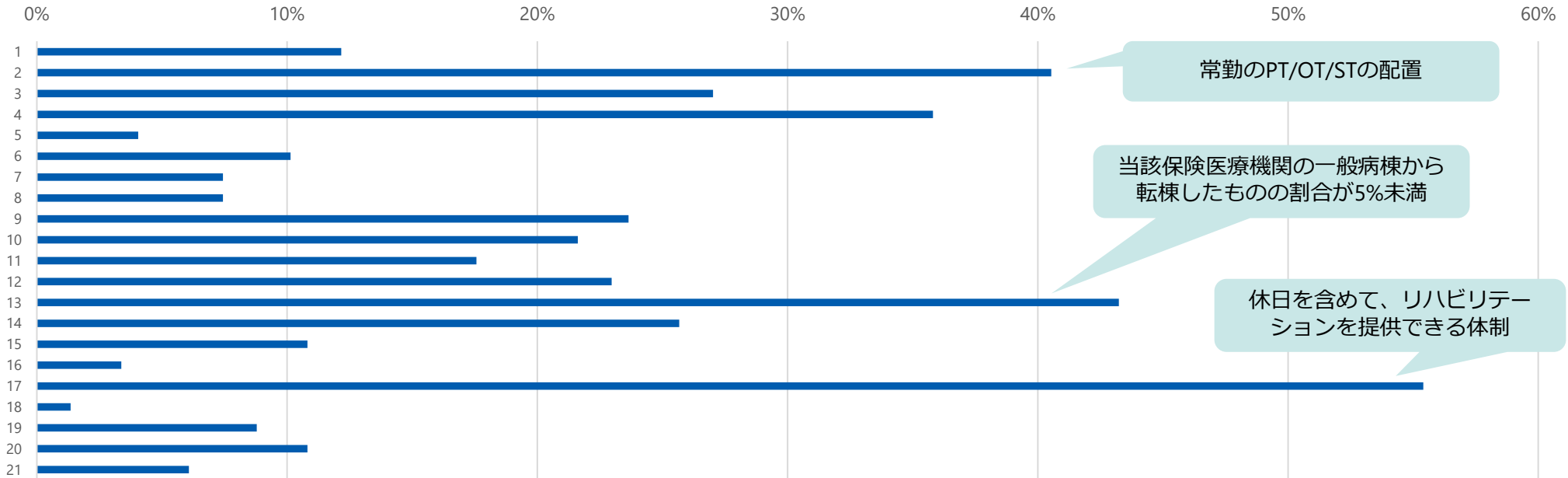


(A票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、「休日を含めすべての日にリハビリテーションを提供できる体制の整備」を回答した医療機関が半数を超えていた。
- 続いて、「自院の一般病棟からの転棟が5%未満」「常勤のPT/OT/STの配置」「ADLが低下した患者が5%未満」が多くあげられた。

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目 (n=148)



01_看護職員の配置

02_常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置

03_専任の常勤の管理栄養士の配置

04_当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること

05_退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催

06_DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすこと

07_2次救急医療機関又は救急告示病院であること

08_常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること

09_重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと

10_一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること

11_平均在院日数が21日以内であること

12_退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること

13_入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること

14_入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者運搬搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること

15_データ提出加算及び入院退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること

16_脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること

17_休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること

18_リハビリテーションに必要な構造設備

19_急性期充実体制加算を届出を行っていない保険医療機関であること

20_経営の安定性

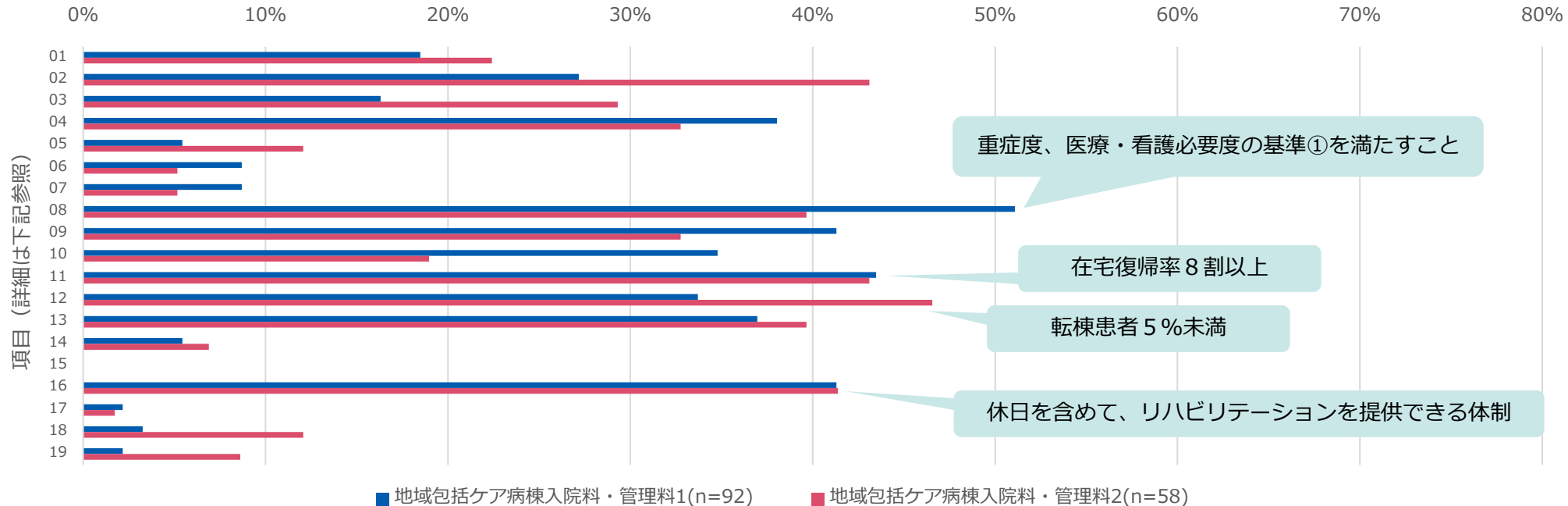
21_その他

(B票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、「重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと」を回答した医療機関が半数程度であった。
- 続いて、「在宅復帰率8割」「休日を含むリハビリの体制整備」「初日にB項目3点以上」「ADL低下が5%未満」を回答した施設が多く、A票の施設とは違った傾向がみられた。

診調組 入-1参考
7. 5. 22 改

地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目について（令和6年11月1日時点）



■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1(n=92)

■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料2(n=58)

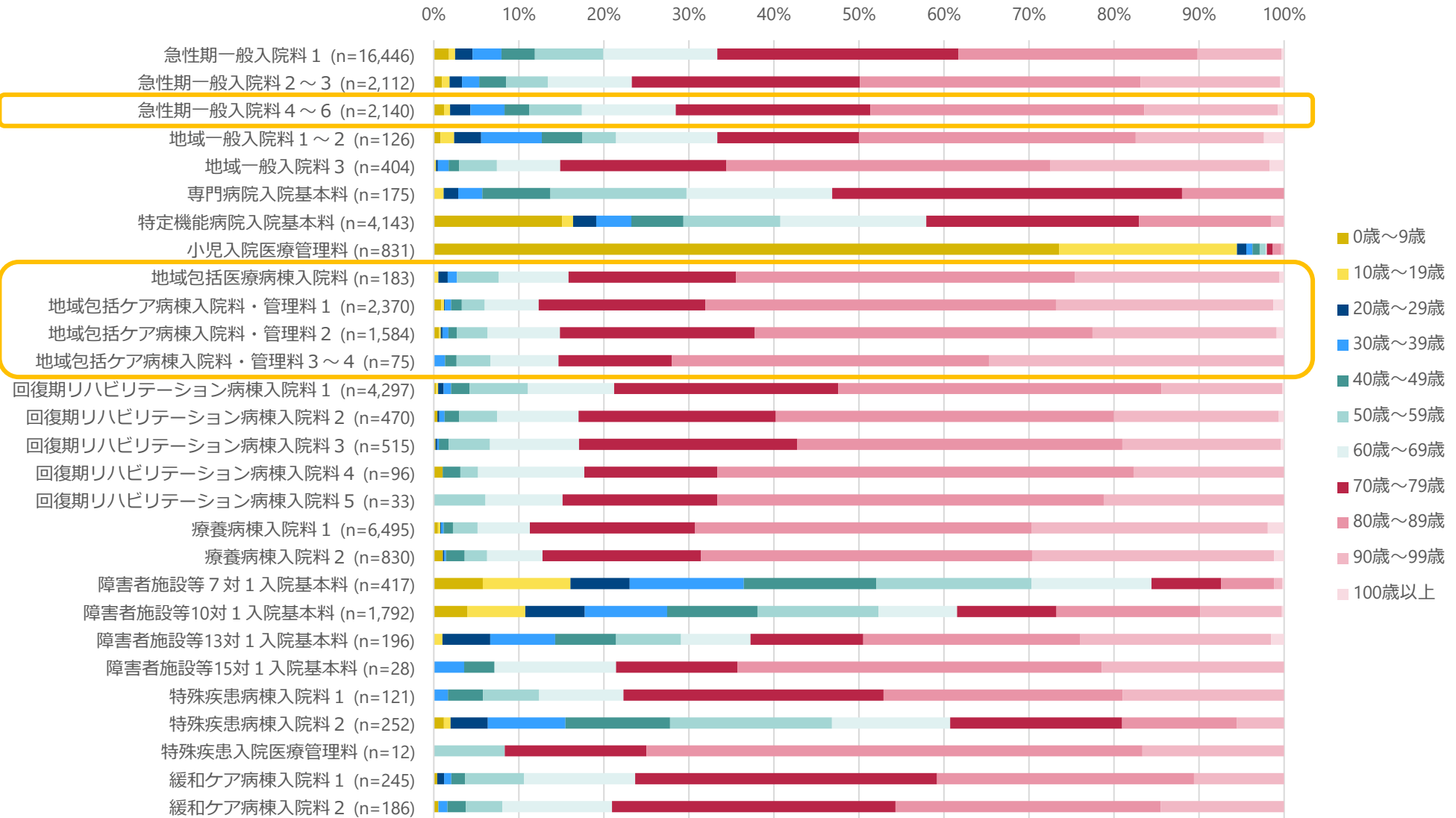
- 01 看護職員の配置
02 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置
03 専任の常勤の管理栄養士の配置
04 当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること
05 退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催
06 2次救急医療機関又は救急告示病院であること
07 常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること
08 重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと
09 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること

- 10 平均在院日数が21日以内であること
11 退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること
12 入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること
13 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者運搬搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること
14 データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること
15 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること
16 休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること
17 リハビリテーションに必要な構造設備
18 経営の安定性
19 その他

入院料ごとの年齢階級別分布

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

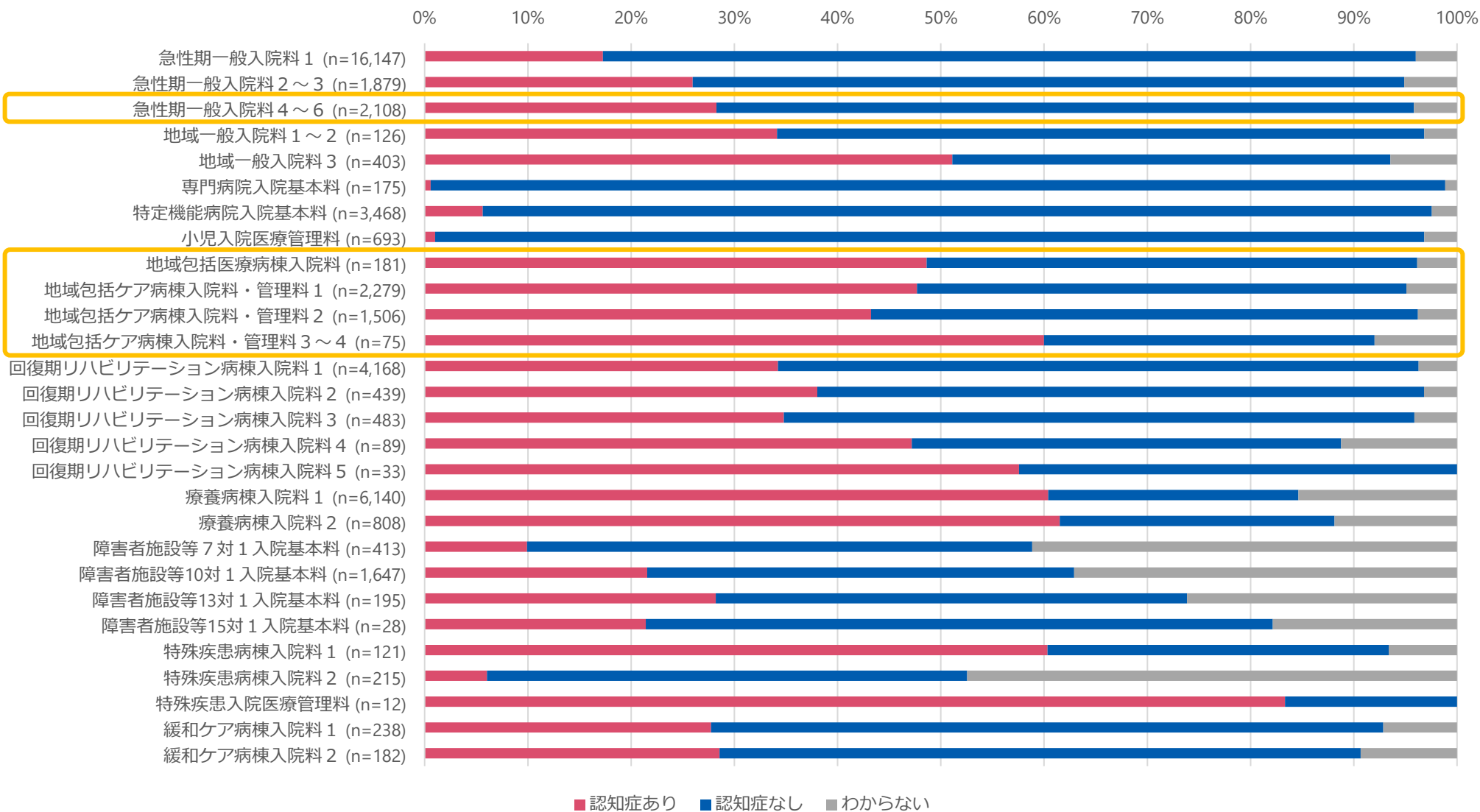
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では70歳以上の高齢者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の年齢分布には大きな差はない。



入院料ごとの認知症の有無

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

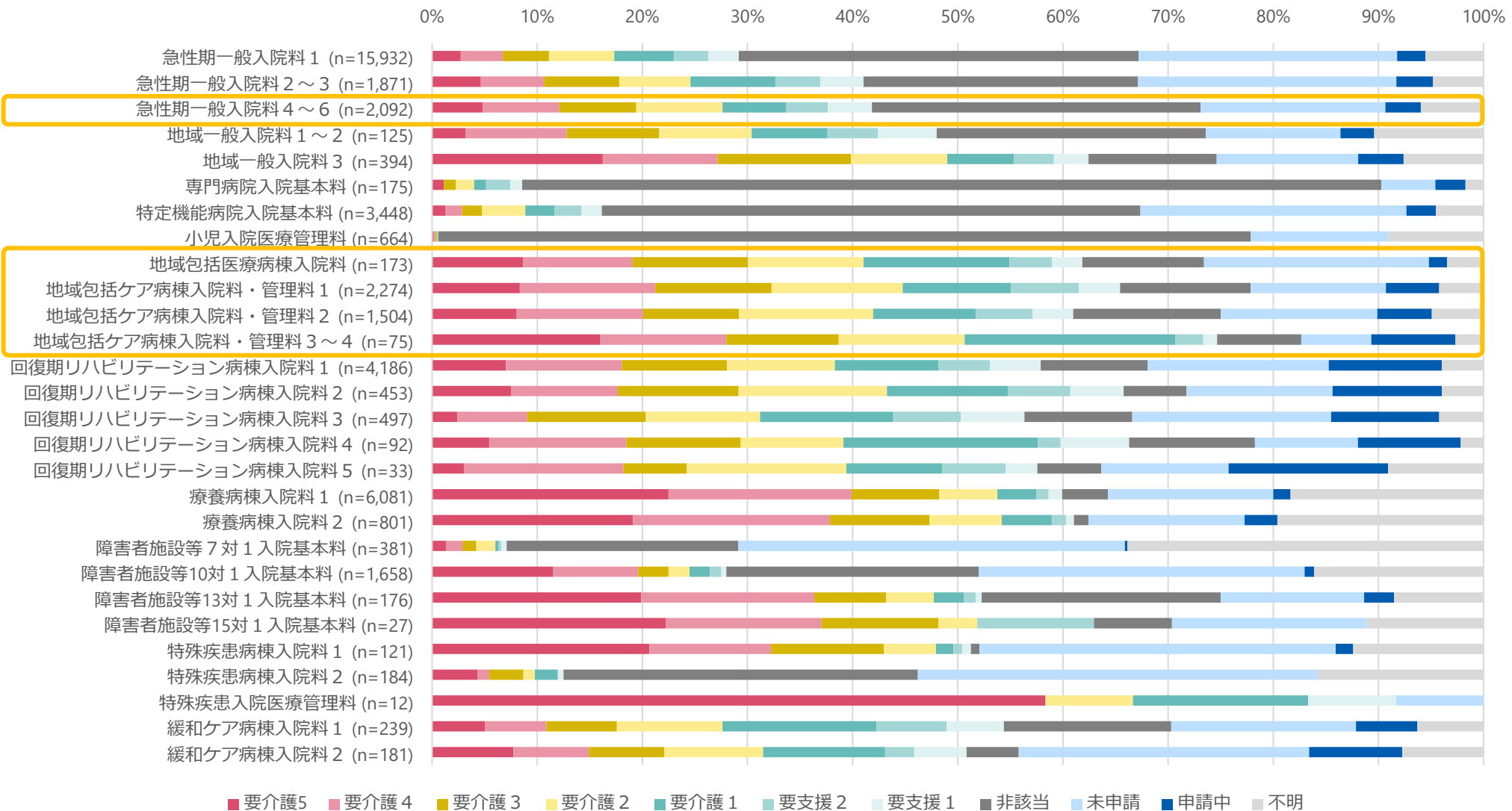
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症を有する患者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

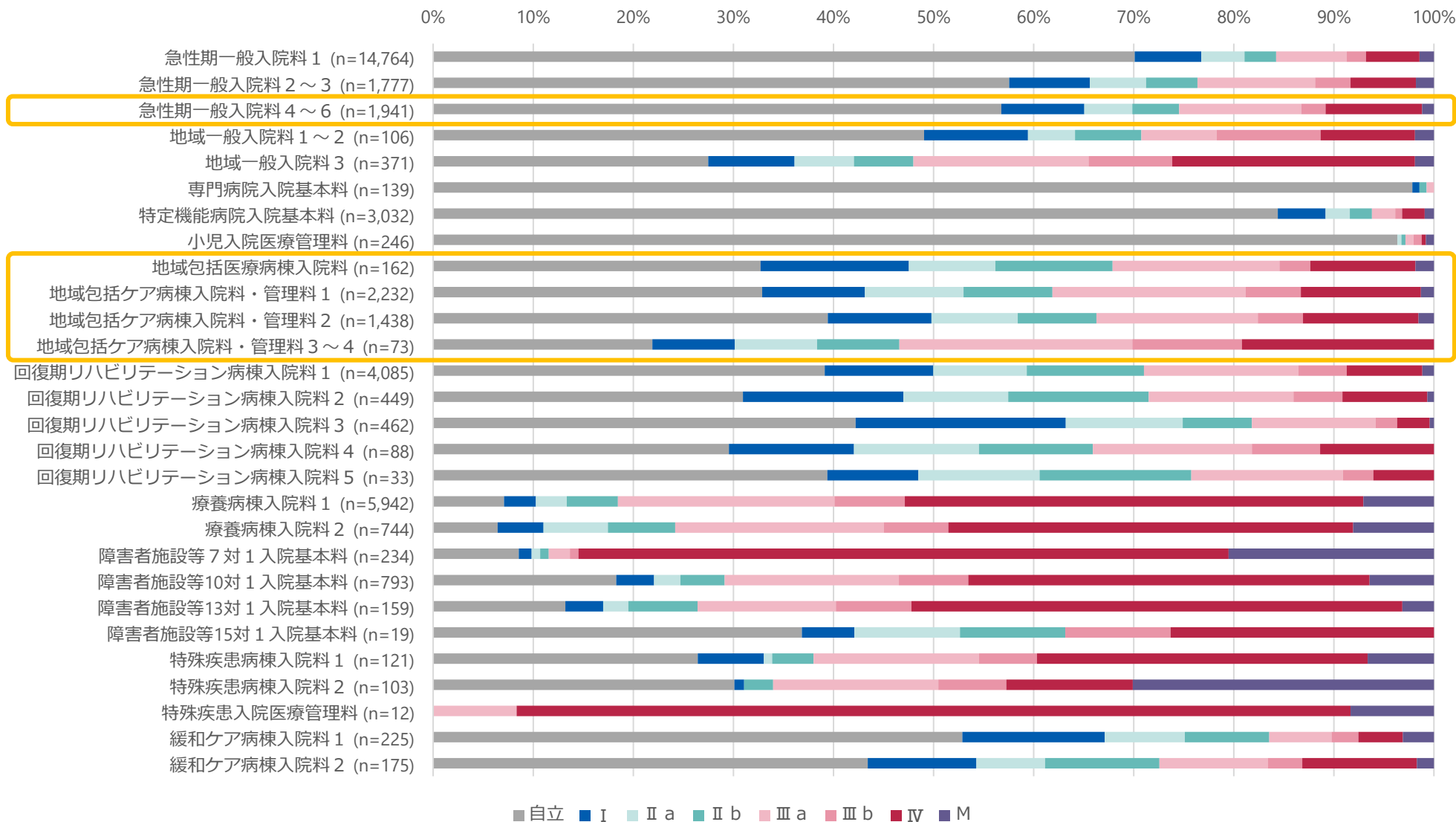
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では要支援～要介護のいずれの割合も多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

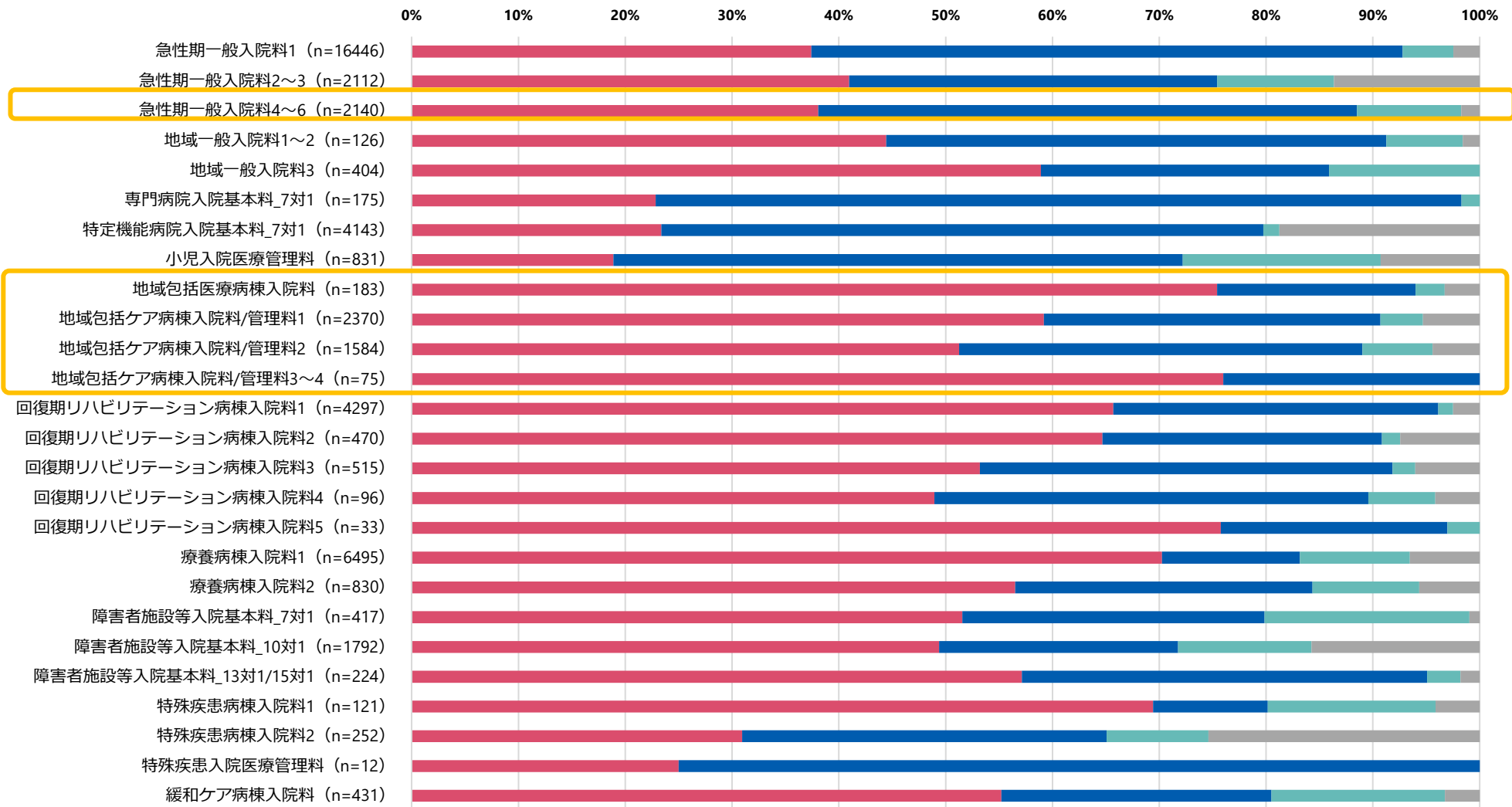
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa（認知症による症状のため、介護を必要とする）以上の患者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

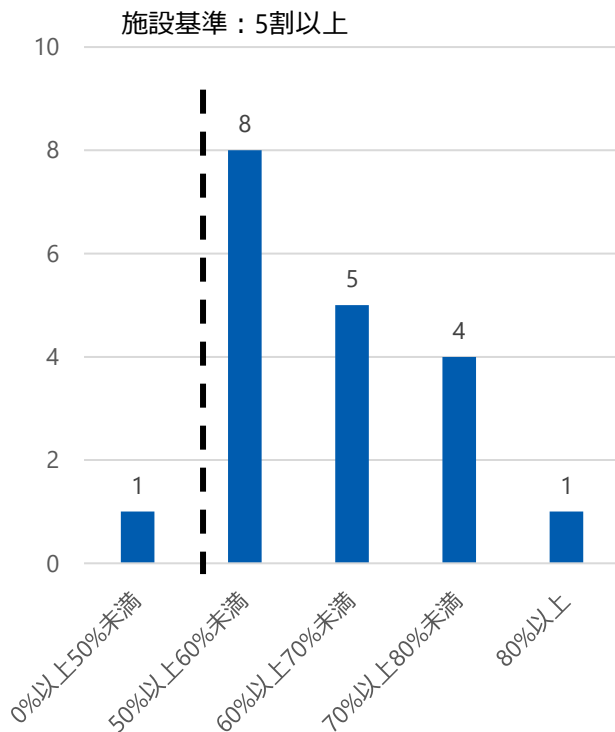
- 地域包括医療病棟では、入院時栄養スクリーニングにより低栄養リスクありと判断される患者の割合が地域包括ケア病棟、急性期一般入院料4～6と比較して多い。



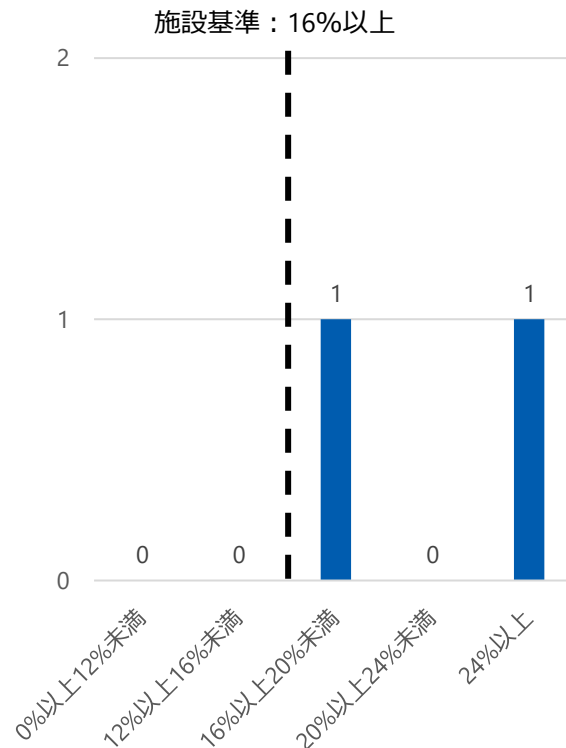
■ 01_あり ■ 02_なし ■ 03_スクリーニング未実施 ■ 無回答

- 入院初日のB項目点数3点以上を満たす患者の割合、重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合は以下のとおりで、概ね基準を満たしていた。

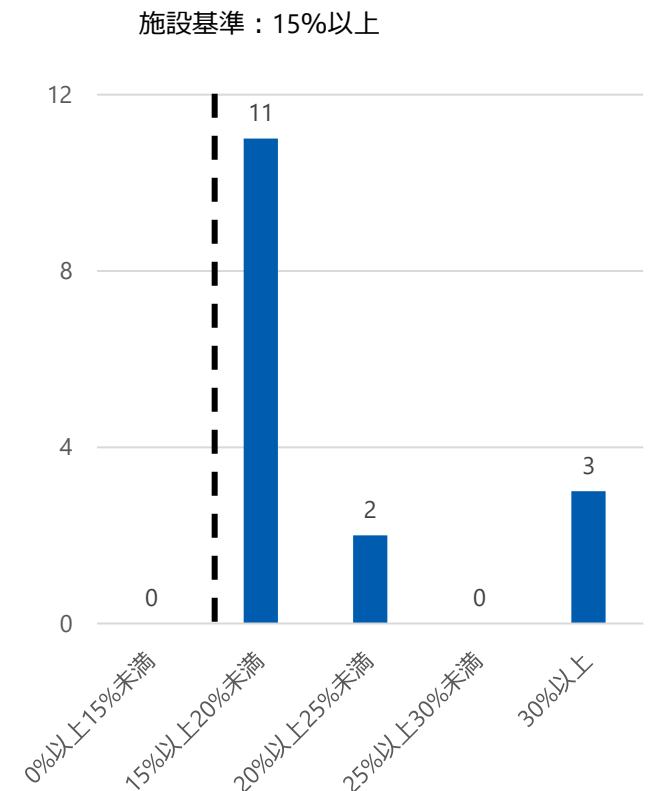
入院初日に「B3点以上」に
該当する割合(n=19)



重症度、医療・看護必要度Ⅰの
基準を満たす患者割合(n=2)



重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準
を満たす患者割合(n=16)



地域包括医療病棟に直接入院する上位疾患

- 地域包括医療病棟において、入院患者数の多い診断群分類番号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（2024年10月～12月の間に地域包括医療病棟に直接入棟し、期間内に退棟した全19603症例）

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし処置なし	4.2%
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術なし処置なし	4.1%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	3.2%
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	2.6%
050130xx9900x0	心不全 手術なし処置なし 転院以外	2.5%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし	2.4%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	2.2%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2.1%
180030xxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	2.0%
040070xxxxx0xx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術なし処置なし	1.6%

地域包括ケア病棟、包括期を持つ急性期病棟の上位疾患

- 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 の対象となる入院例も多かった。

地域包括ケア病棟

(2024年10月～12月に地域包括ケア病棟に直接入棟し、期間内に退棟した100,967症例)

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 片眼手術	9.8%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	6.6%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし	3.3%
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術なし処置なし	2.7%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	2.4%
050130xx9900x0	心不全 手術なし処置なし 転院以外	2.3%
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし処置なし	2.2%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	2.0%
180030xxxxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	1.9%
030400xx99xxxx	前庭機能障害 手術なし	1.7%

急性期一般入院料2-6

(2024年10月～12月に入棟し、期間内に退棟した全293,020症例)

※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

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術・処置なし	3.4%
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術・処置なし	2.7%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	2.7%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2.7%
050130xx9900x0	心不全 手術・処置なし 転院以外	2.6%
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	2.0%
180030xxxxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	1.8%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし	1.7%
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	1.6%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	1.5%

急性期一般病棟（入院料 2 - 6）と併設されている地域包括医療病棟

- 10対1看護配置の急性期一般病棟と地域包括医療病棟を共に有する医療機関における疾患毎の入棟状況を示す。股関節骨折や前腕の骨折は地域包括医療病棟のほうが全患者に占める割合が多いものの、診断群分類ごとにいずれの病棟に入るかについては医療機関毎のばらつきが非常に大きく、一定の傾向はみられなかった。

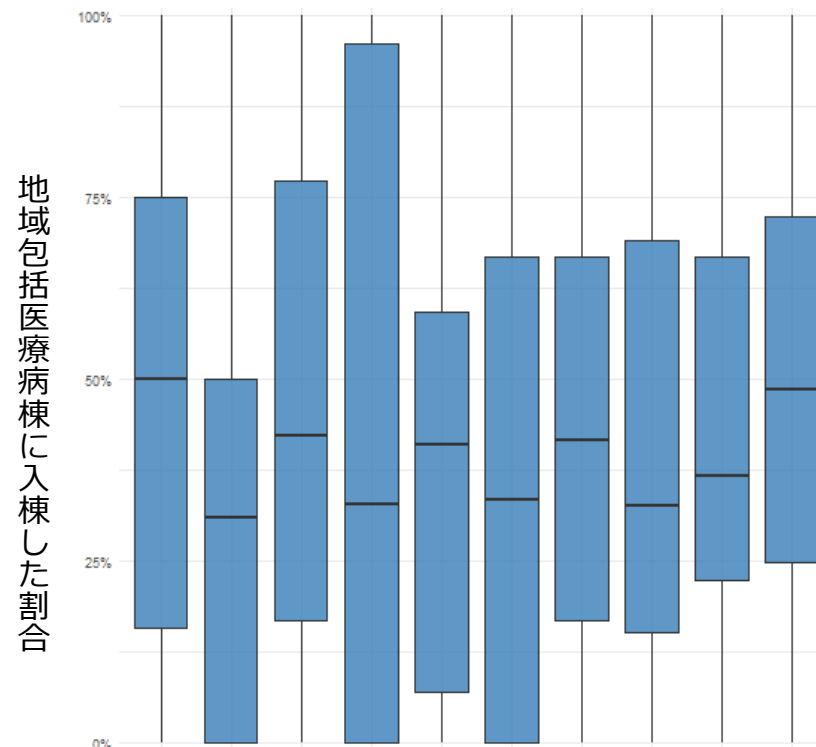
急性期一般入院料 2 - 6 に入院した上位疾患(n=14824)

1	誤嚥性肺炎	3.4%
2	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	3.3%
3	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.4%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5	白内障、水晶体の疾患 片眼手術	2.2%
6	その他の感染症（真菌を除く。）	2.1%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	1.8%
8	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	1.8%
9	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	1.3%
10	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし	1.1%

地域包括医療病棟に入院した上位疾患(n=6860)

1	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.5%
2	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	3.7%
3	誤嚥性肺炎	3.5%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.8%
5	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	2.7%
6	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	2.6%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	2.2%
8	その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
9	体液量減少症	1.8%
10	前腕の骨折 骨折観血的手術	1.6%

同じ診断群分類でどちらの病棟に入棟するか分布（施設ごと）



インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術・処置等2なし
その他の感染症(真菌を除く。) 定義副傷病なし 手術なし
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰部損傷を含む。) 手術・処置等2なし
股関節・大腿近位の骨折 手術なし
人工骨頭挿入術 肩、股等
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
腎臓又は尿管の感染症 手術なし
体液量減少症
手術・処置等2なし

心不全 手術なし
小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む) 手術・処置等2なし
肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上) 手術なし

※地域包括医療病棟全体における患者数上位10疾患について分析。

診断群分類名称

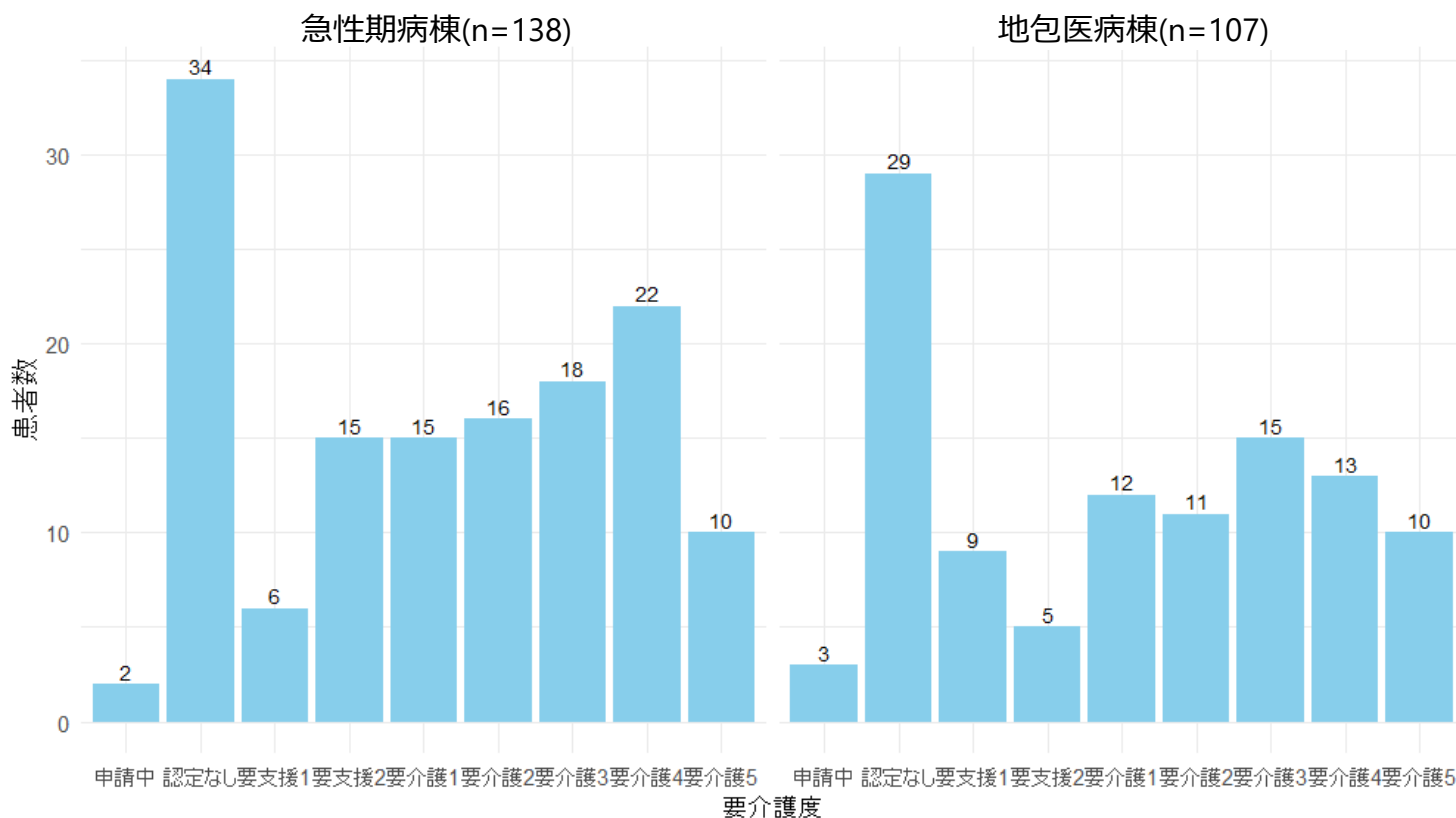
※地域包括医療病棟全体における
患者数上位10疾患について分析。

診斷群分類名稱

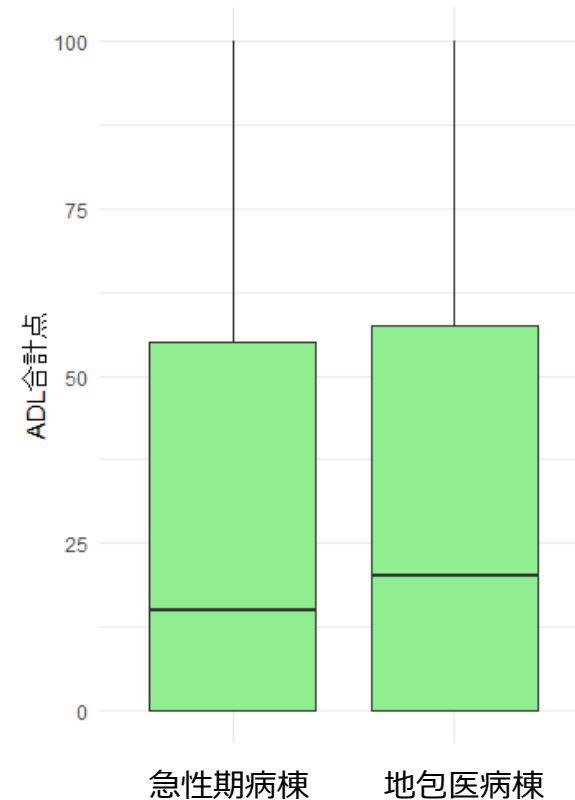
急性期一般病棟（入院料 2 - 6）と地域包括医療病棟の患者像

- いずれの病棟にも入院件数の多い肺炎について、一定の年齢階級（85-94歳）におけるADLや要介護度の分布を比較すると、大きな差はなかった。

要介護度の分布（入棟病棟別）（年齢85-94歳、肺炎）

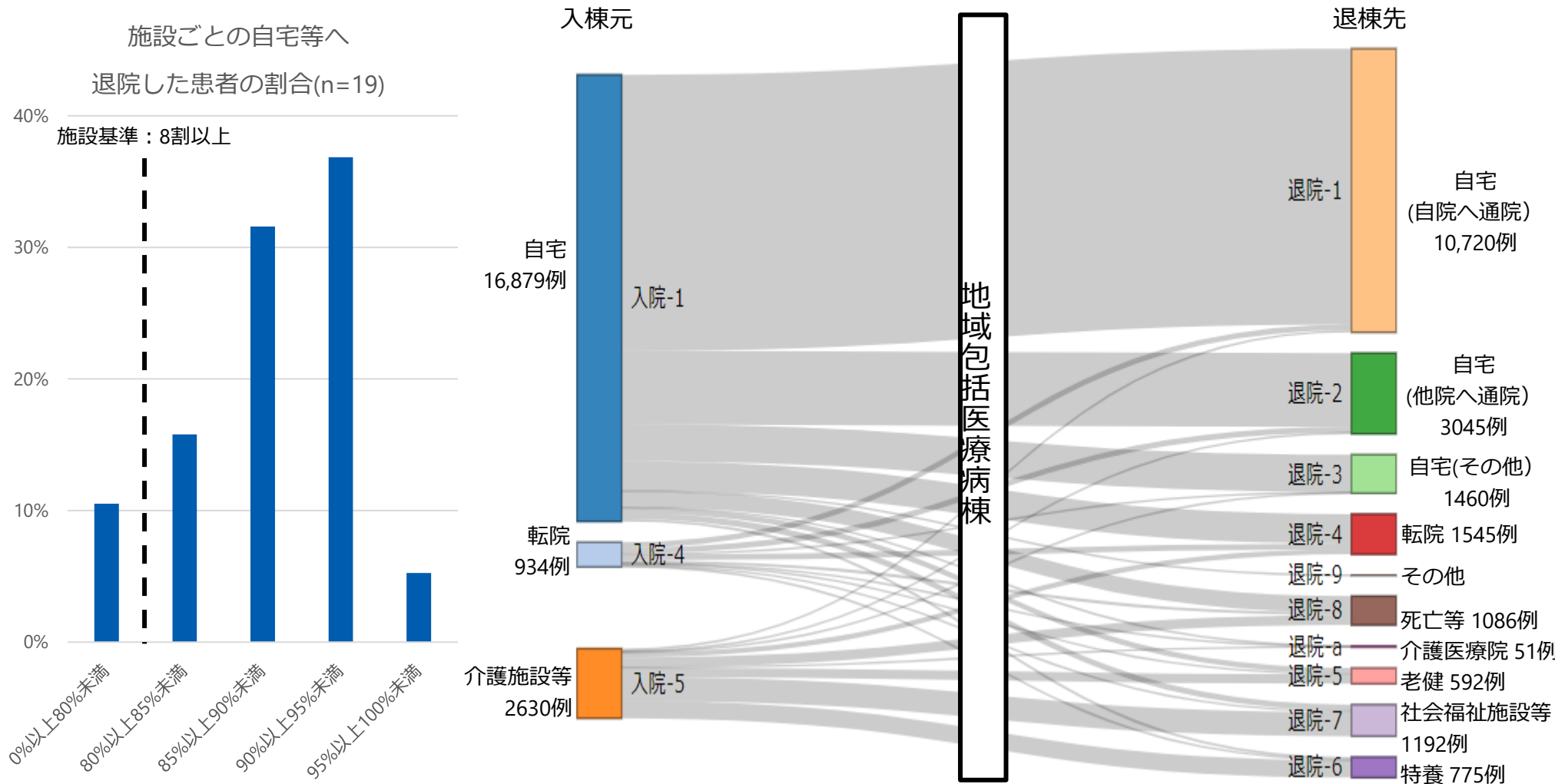


入院時ADL点数の分布（入棟病棟別）



地域包括医療病棟の入退院

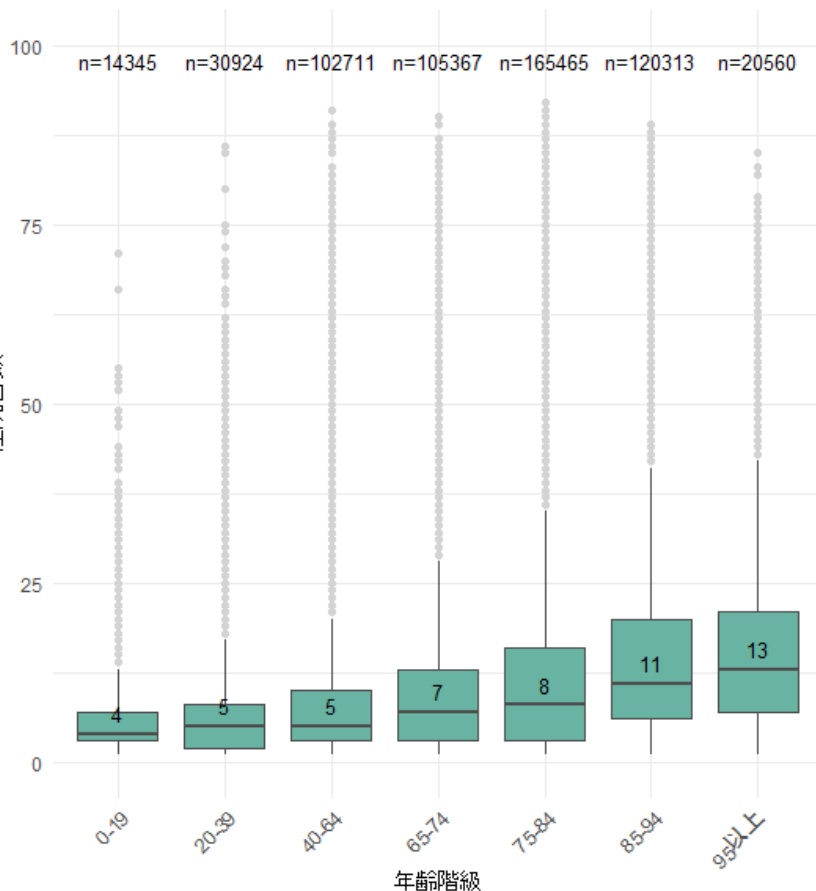
- 地域包括医療病棟に入院する患者の入棟元は自宅が最も多かった。
- 退棟先も自宅が最も多かった。自宅・居住系施設等への退院は全体の約85%であった。



各病棟における在院日数と年齢

- 急性期一般入院料 2 - 6、地域包括医療病棟のいずれにおいても、年齢階級が上がるほど在院日数が長くなる傾向であり、85歳以上では、在院日数の中央値が85歳未満と比べて5～6日程度延長していた。
- 各施設における85歳以上の患者の割合にはばらつきがあった。

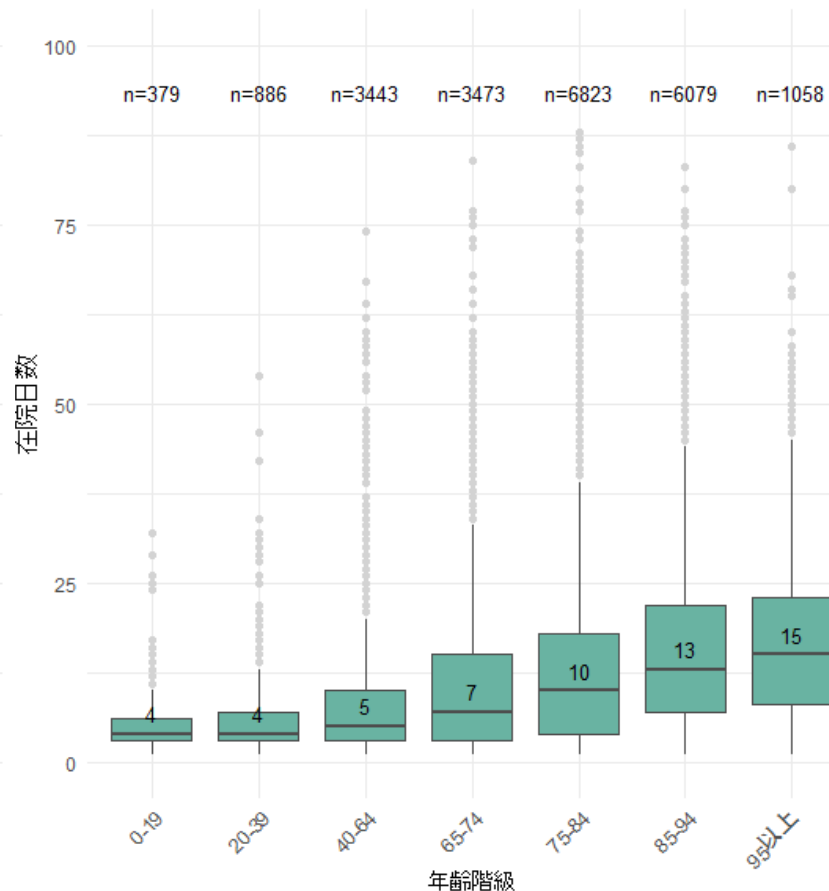
年齢区分ごとの急性期一般入院料の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-13日)、85歳以上 12日 (6-20日)

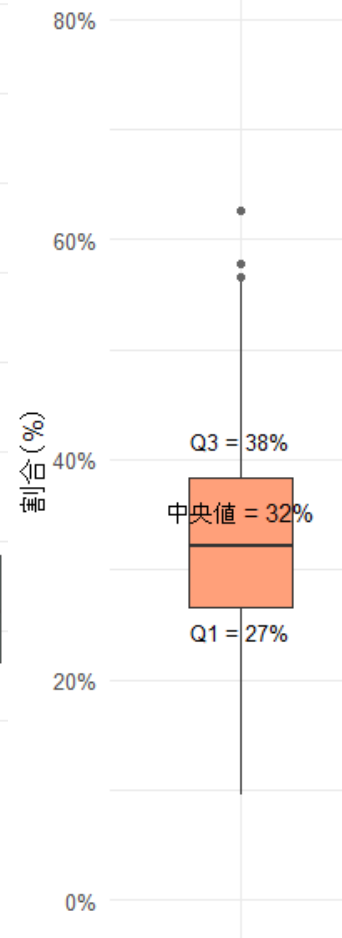
年齢区分ごとの地域包括医療病棟の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-15日)、85歳以上 13日 (7-22日)

85歳以上の患者割合の分布 (施設ごと)



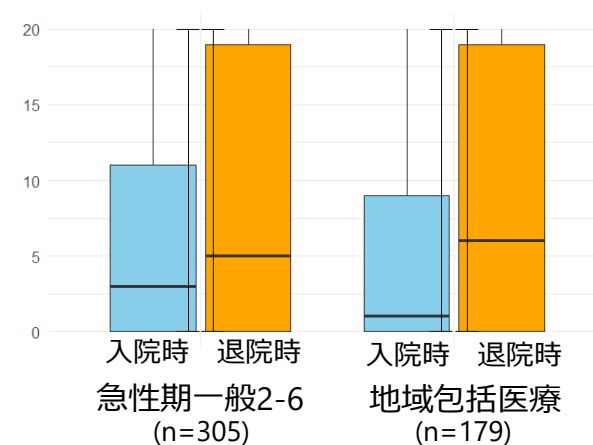
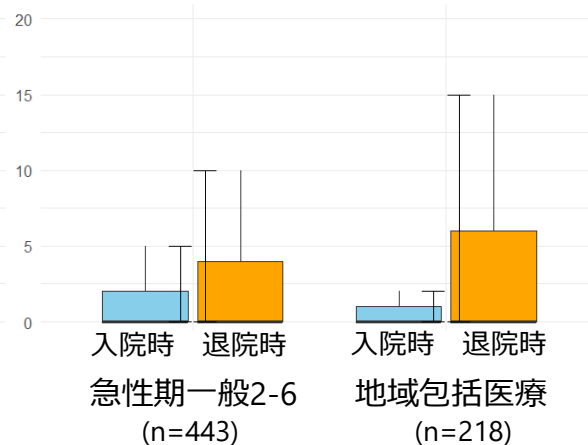
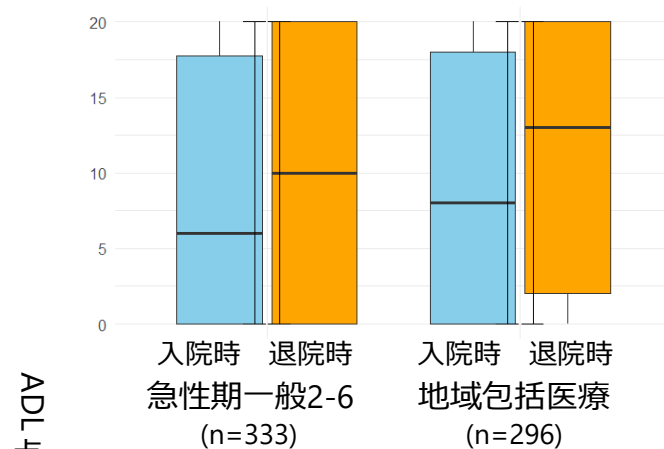
地域包括医療病棟における入退院時のADL（急性期病棟との比較）

- 同一医療機関内に地域包括医療病棟と急性期一般入院料2-6の病棟の双方を有する施設に直接入院した患者について、いずれの病棟に入院したかに分類して、入退院時のADLの変化を比較した。
- ADLの変化のパターンは疾病ごとに異なり、誤嚥性肺炎や心不全では、整形外科系の症例と比較し、入院期間中のADLの改善幅は少なかった。病棟の種類による違いは大きくなかった。

肺炎（市中肺炎かつ75歳以上）

誤嚥性肺炎

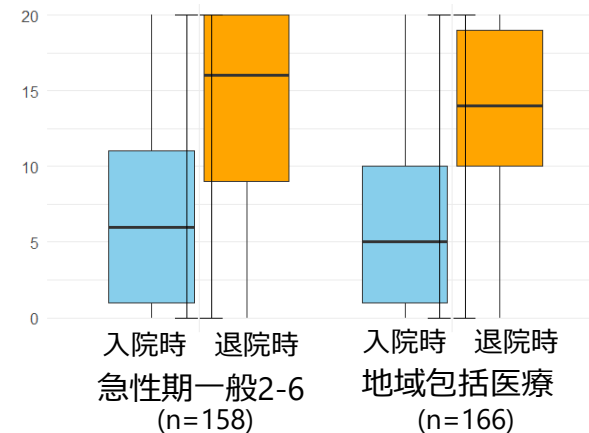
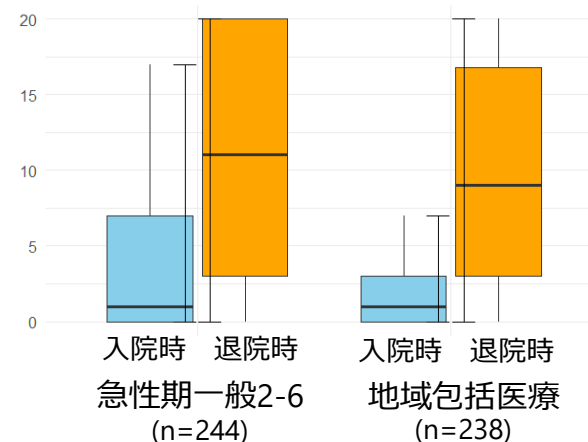
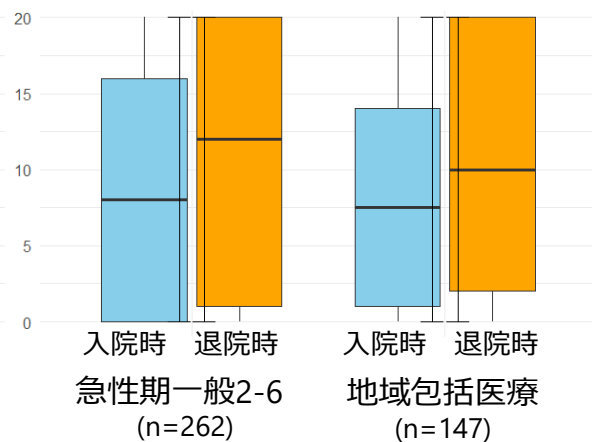
尿路感染症



心不全

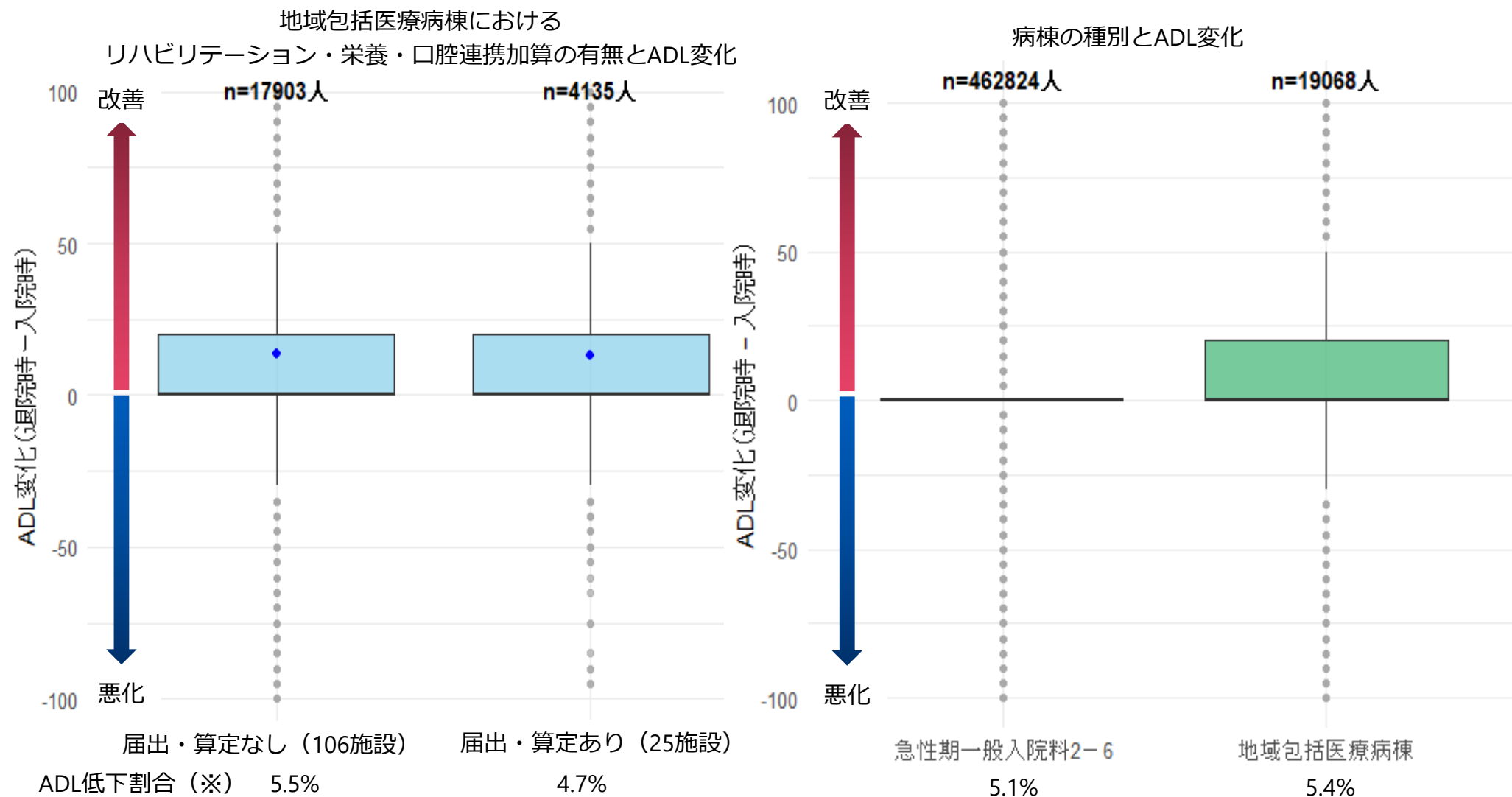
股関節骨折（手術あり）

胸腰椎圧迫骨折（手術なし）



リハビリテーション・栄養・口腔連携加算や病棟種別とADL変化

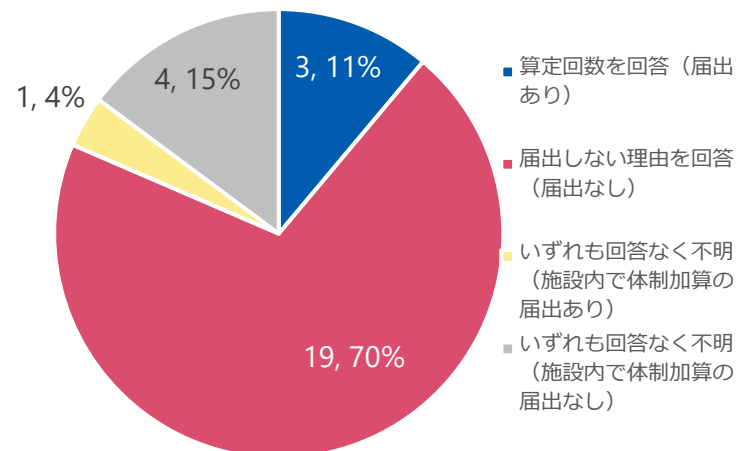
- 地域包括医療病棟において、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出て算定している施設とそれ以外の施設で、ADL変化の分布に大きな差はみられなかった。急性期一般入院料2-6の病棟と地域包括医療病棟では、地域包括医療病棟においてADLが改善する患者が多い傾向であった。



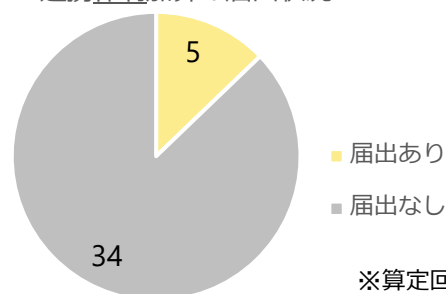
- A票の地域包括医療病棟のうち、算定回数を1回以上と回答した施設は11%であった。
- 70%にあたる19施設が加算を届け出していない理由を回答した。
- 「休日のリハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が最も多かった。次いで、「リハビリに習熟した常勤医師の確保が困難」「入棟後3日までに疾患別リハを算定された患者割合が8割に満たない」を回答した施設が多かった。

A票施設におけるリハビリテーション・栄養・口

腔連携加算の届出状況(n=27)

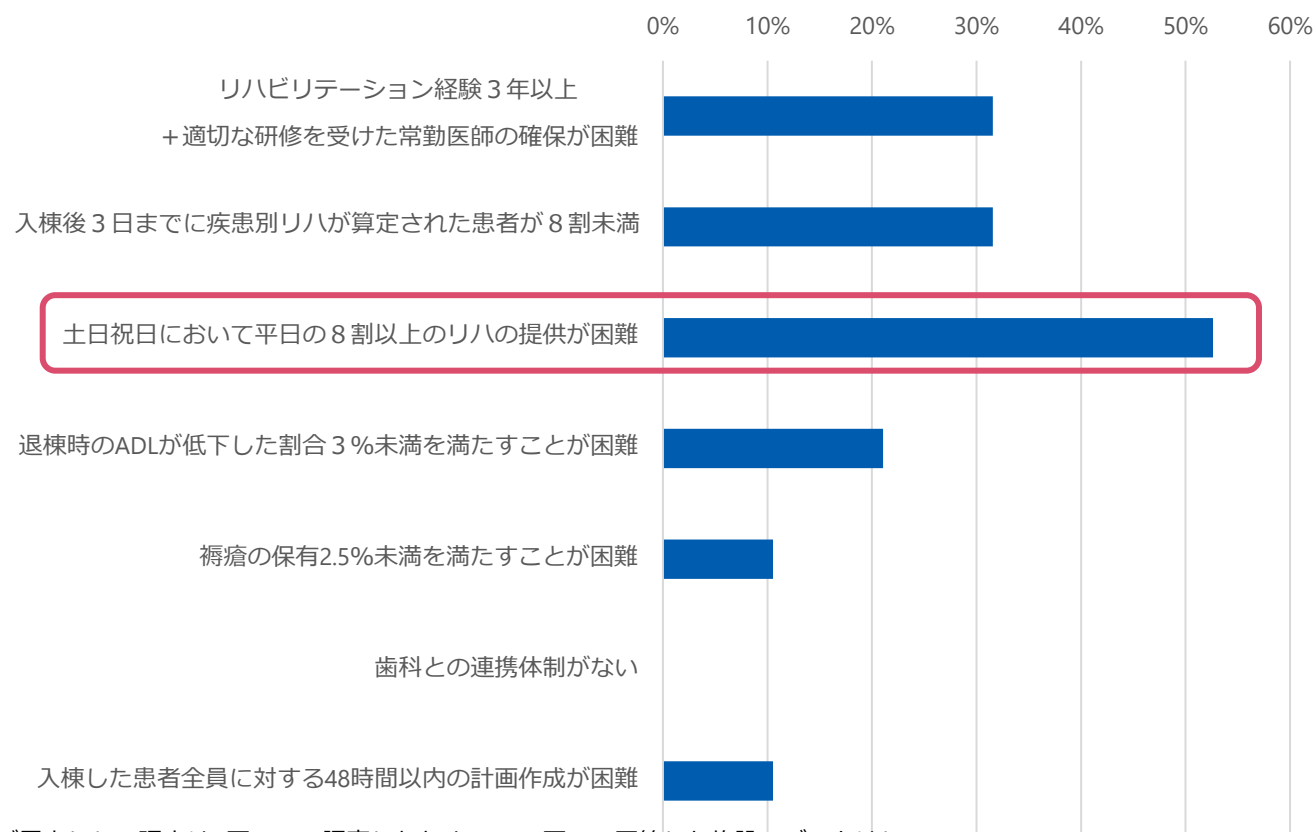


（参考）地域包括医療病棟を有するB票・C票施設における施設内でのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況



地域包括医療病棟を算定している病棟における、

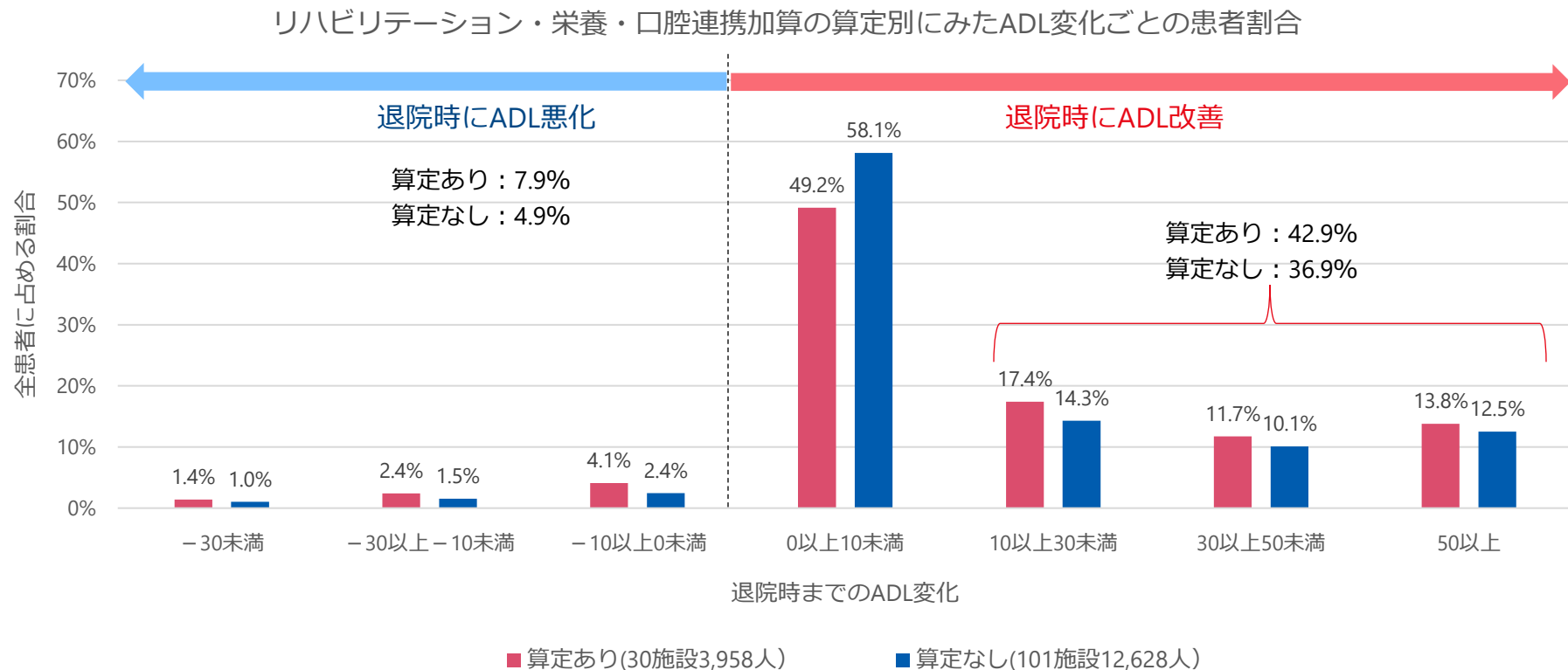
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出していない理由(n=19)



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

地包医病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定とADL変化

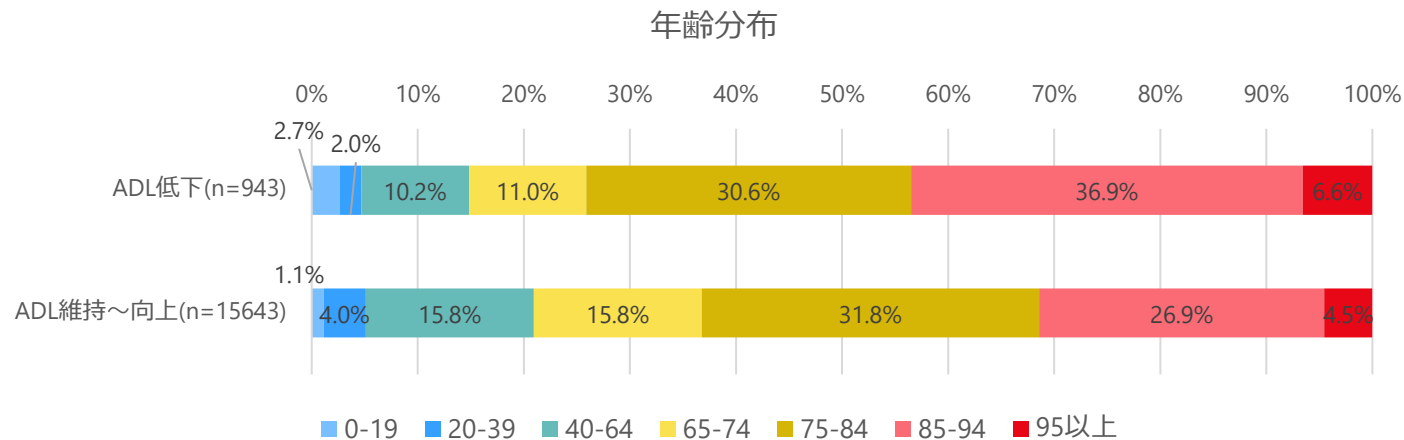
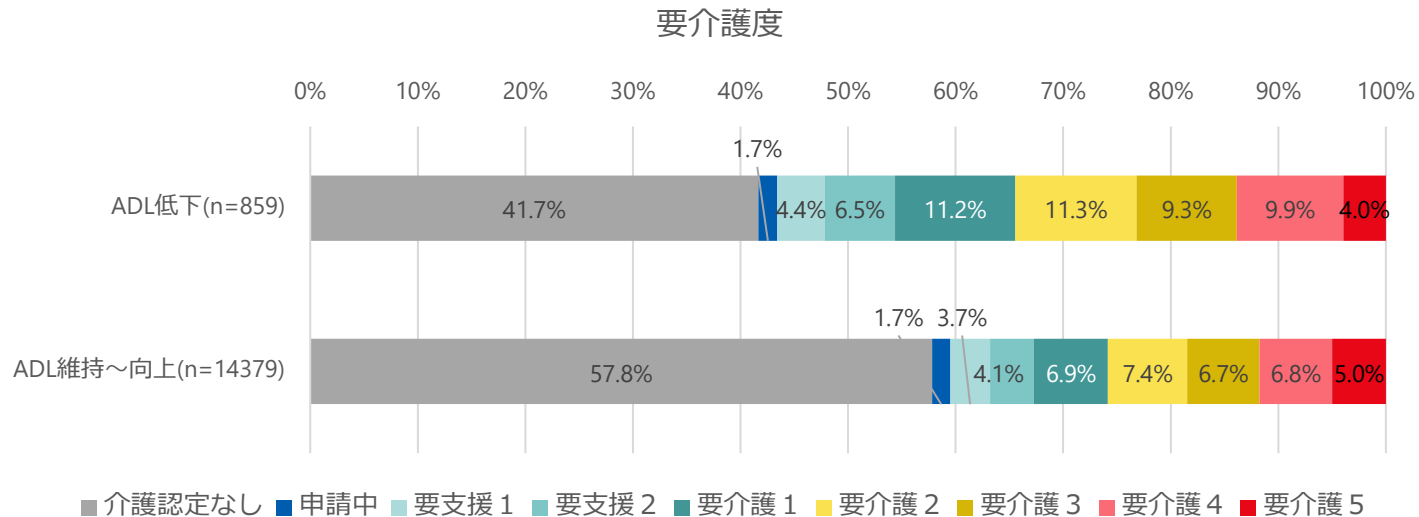
- 退院時までのADLスコアの変化の分布は、以下のとおり。
- 退院時にADLが悪化した患者の割合は、連携加算の算定ありの施設で7.9%、算定なしの施設で4.9%であった。一方、ADLが大きく改善した患者の割合は、加算の算定ありの患者が多かった。



※ (退院時Barthel Index (以下BI) - 入院時BI) × 100 = ADL変化として集計

地域包括医療病棟におけるADLが下がる要因

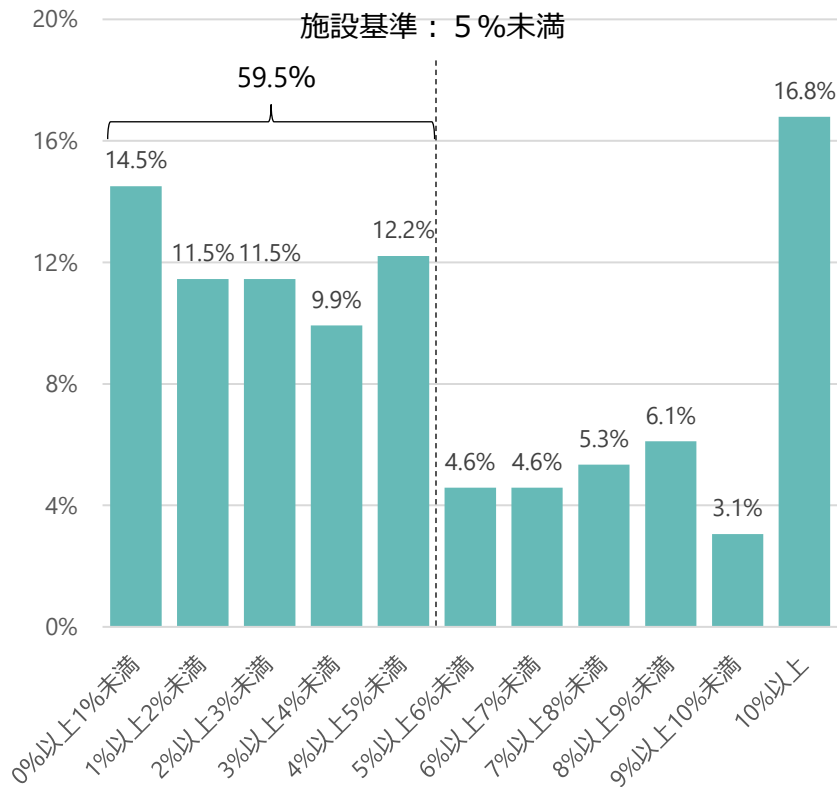
- 地域包括医療病棟において、退院時に入院時よりADLが低下した患者は、ADLが維持又は向上した患者と比べ、要介護度が高い患者や高齢の患者が多かった。



地域包括医療病棟における施設ごとのADL低下割合

- 地域包括医療病棟全体では、退院時にADLが低下した患者の割合が5%未満の施設は、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定にかかわらず、60%程度であった。
- 連携加算を算定している施設において、ADLが低下した患者の割合が3%未満の施設は30%であった。

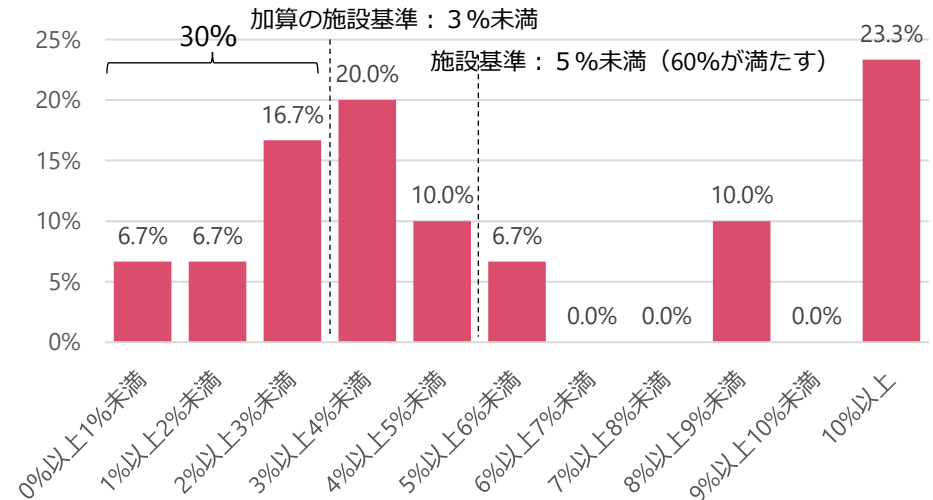
地域包括医療病棟全体(n=131)



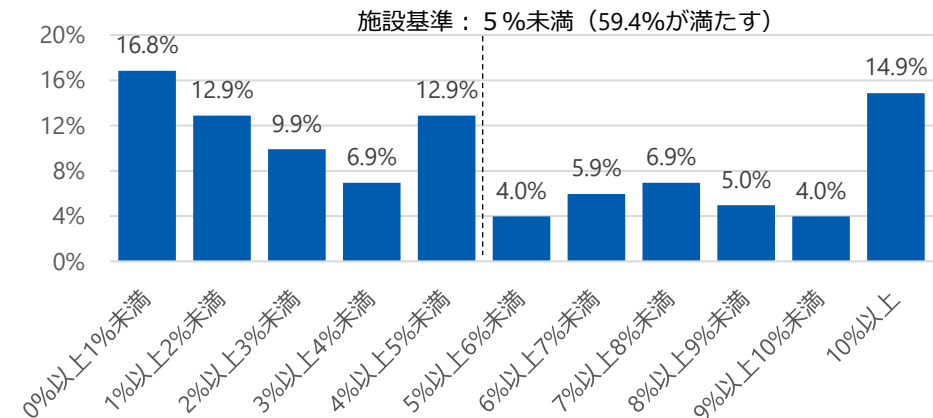
DPCデータを用いて、2024年12月までに地域包括医療病棟において連携加算の算定実績がある施設とない施設に分けて、2024年11月～12月に当該病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全15,357症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。本来集計から除くべき「がんの終末期」が含まれているため、過大評価の可能性があるので注意。

リハ栄養口腔連携加算の届出有無別にみたADLが低下した患者の割合の分布

算定あり(n=30)



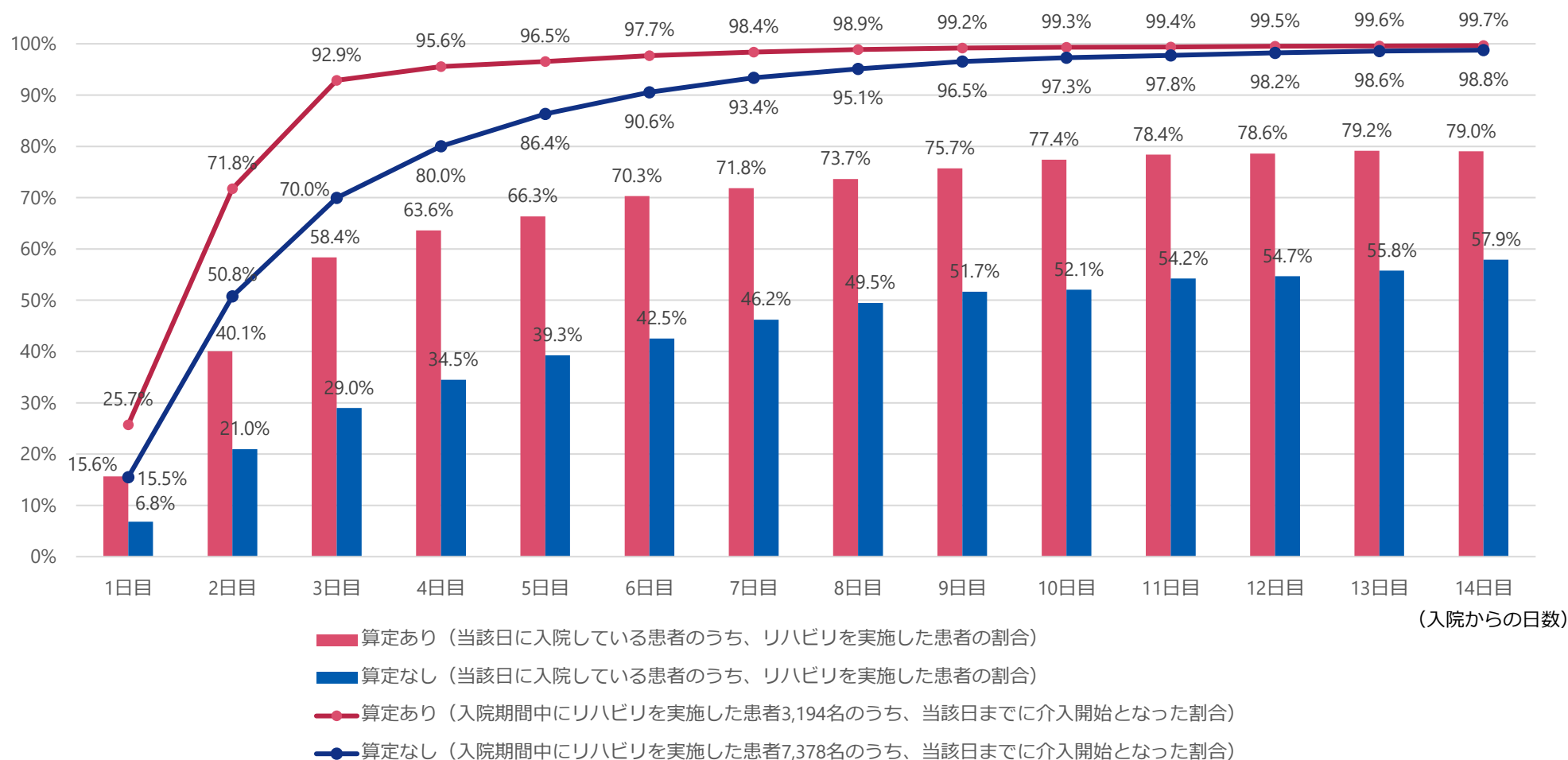
算定なし(n=101)



地包医病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定とリハビリ介入状況

- 地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、リハビリの実施割合が高く、入院3日目までにリハビリが開始された割合は9割を超えていた。
- リハビリテーション介入割合は、算定の有無に関わらず、急性期一般入院料よりも高かった。

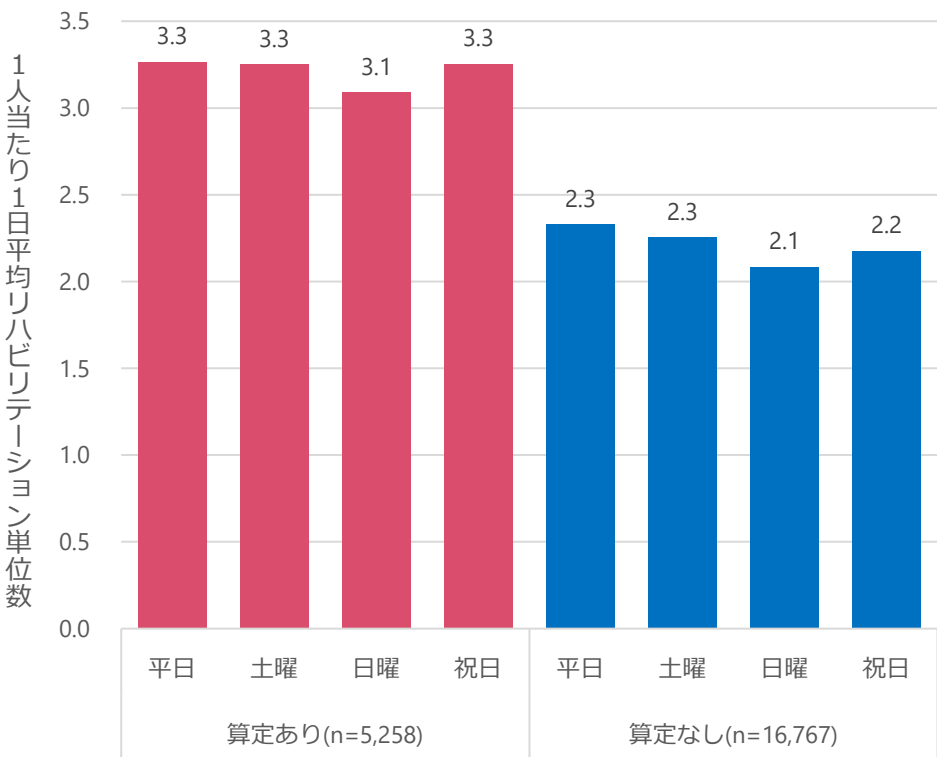
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無別のリハビリ介入状況



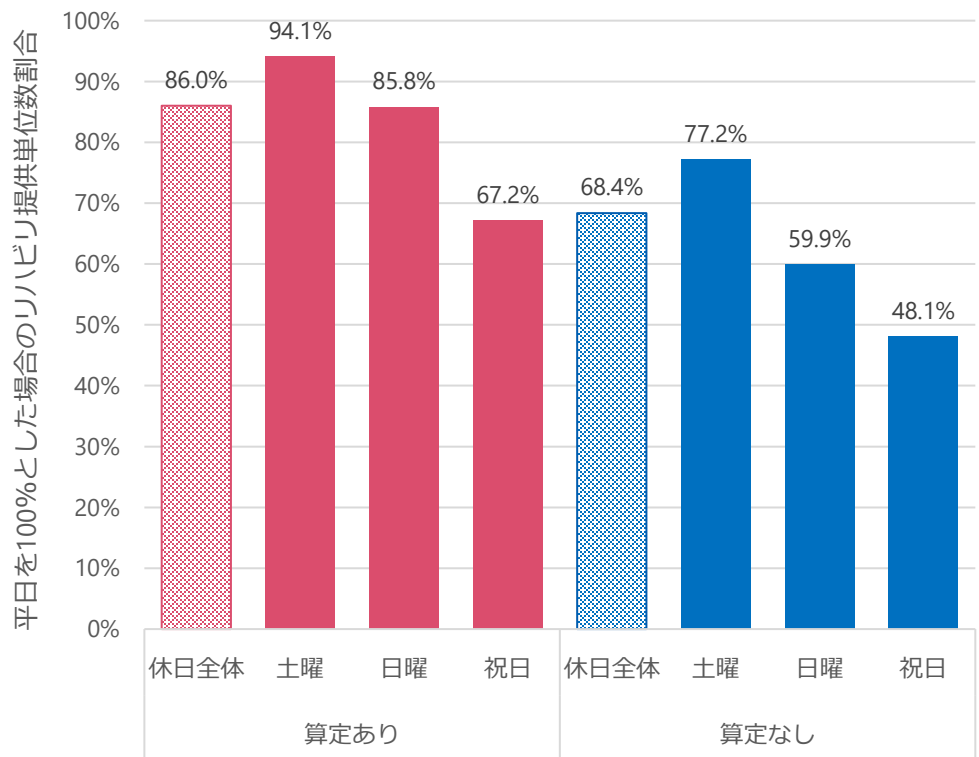
地包医病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定と休日リハの実施状況

- 地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、患者1人当たりの1日平均リハビリ単位数は、算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で多く、休日も平日と変わらなかった。
- 土日祝日の施設全体におけるリハビリ提供量は、算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で高く、休日全体では平日の86%程度であった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定と
各曜日の1人あたり1日平均リハビリ実施単位数
(リハビリ提供単位数／リハビリ実施患者数)

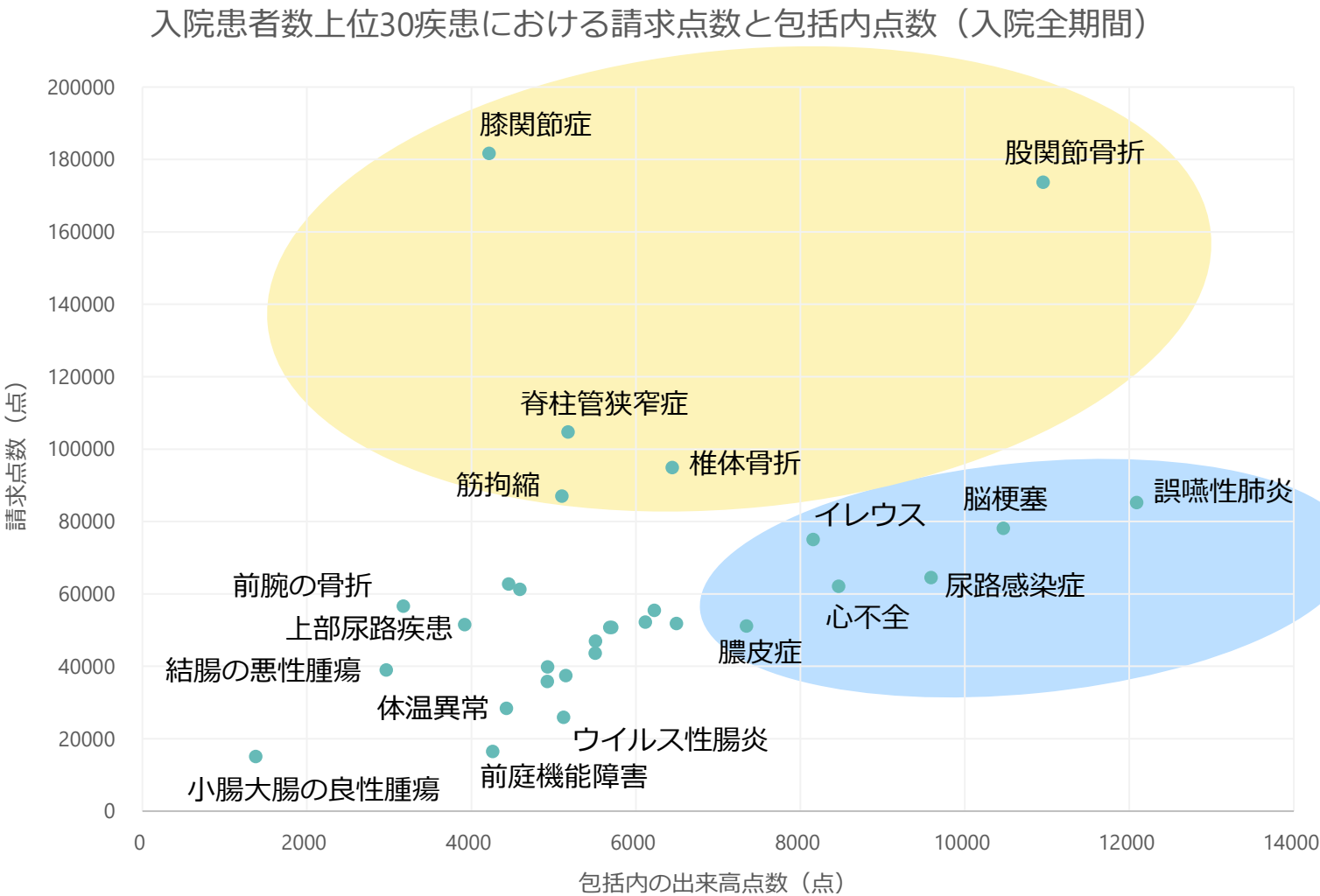


リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定と
施設全体の休日のリハビリ提供量



地域包括医療病棟における請求点数と包括内実績点数の関係

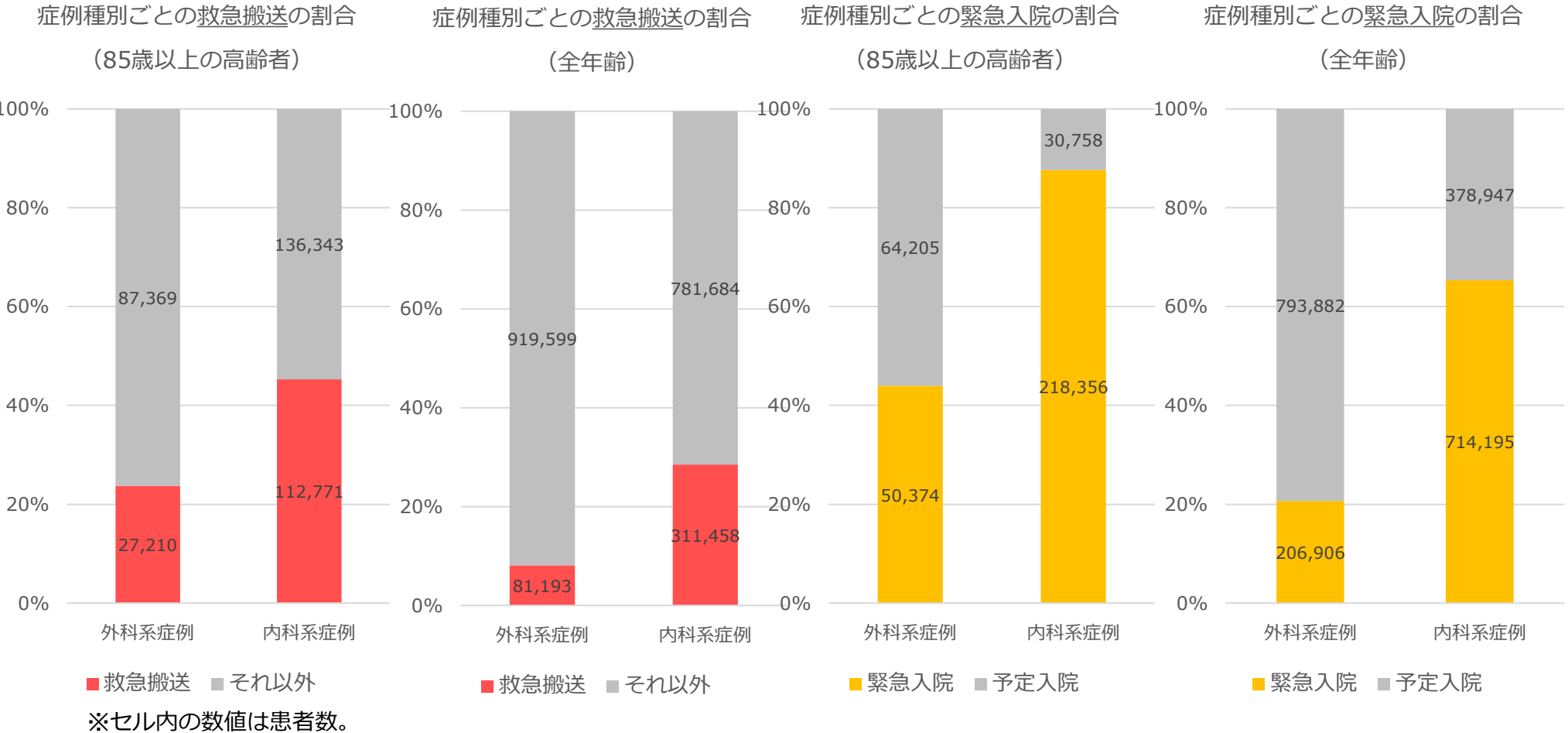
- 包括内の出来高点数に対する請求点数の比は、整形外科系の疾患等、出来高算定の手技を伴う疾患で高い傾向にあった。
- 誤嚥性肺炎、脳梗塞、尿路感染症等の内科疾患においては包括内の出来高実績点数に比して請求点数が低い傾向にあった。



高齢者の外科系症例と内科系症例における救急搬送、緊急入院の割合

○急性期一般入院料と地域包括医療病棟に直接入院した85歳以上の高齢者及び全患者のいずれにおいても、外科症例と比較して内科系症例では救急搬送からの入院、緊急入院の割合が高かった。

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

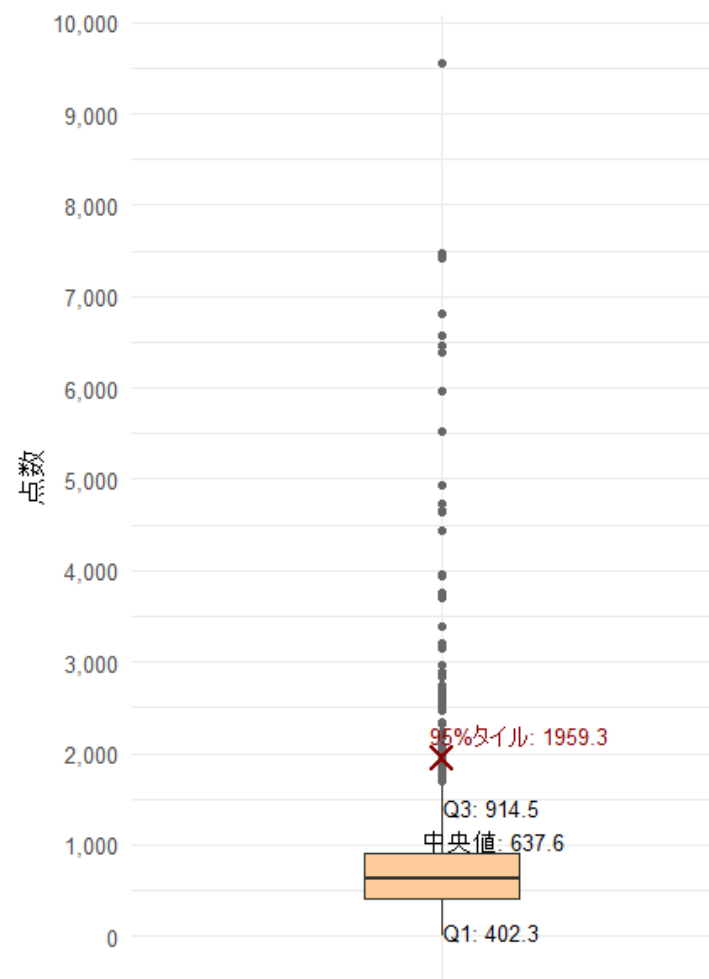


出典：保険局医療課調べ（2024年10月～12月DPCデータ） 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例（非転院・転棟症例）を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を外科系、それ以外を内科系症例と分類し、救急搬送、緊急入院の割合を示した。

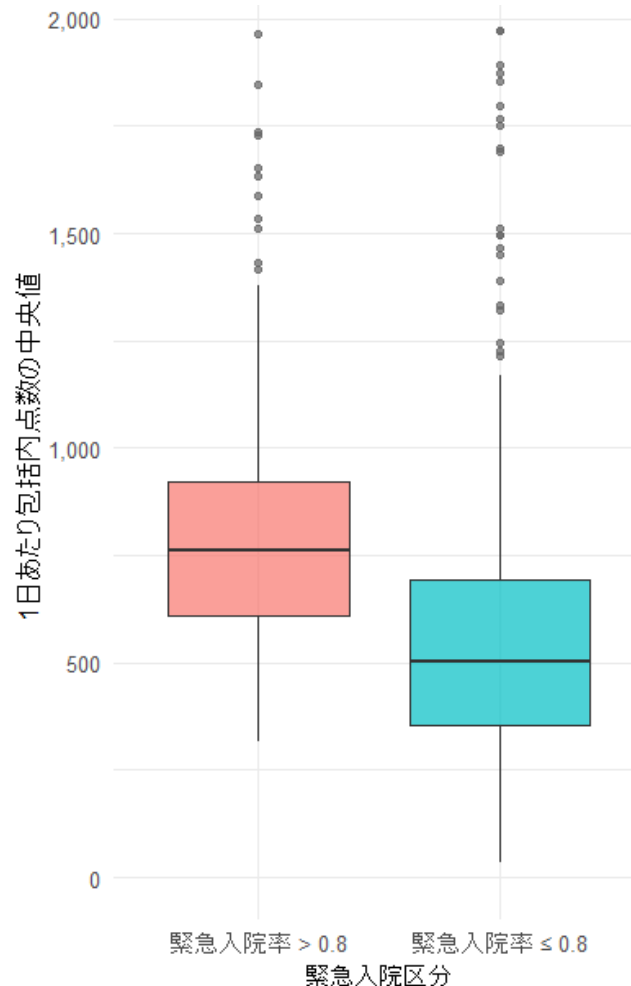
地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数

- 包括内の出来高実績点数にはばらつきがあり、緊急入院が多い診断群分類や、手術を行うことが少ない診断群分類において包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。

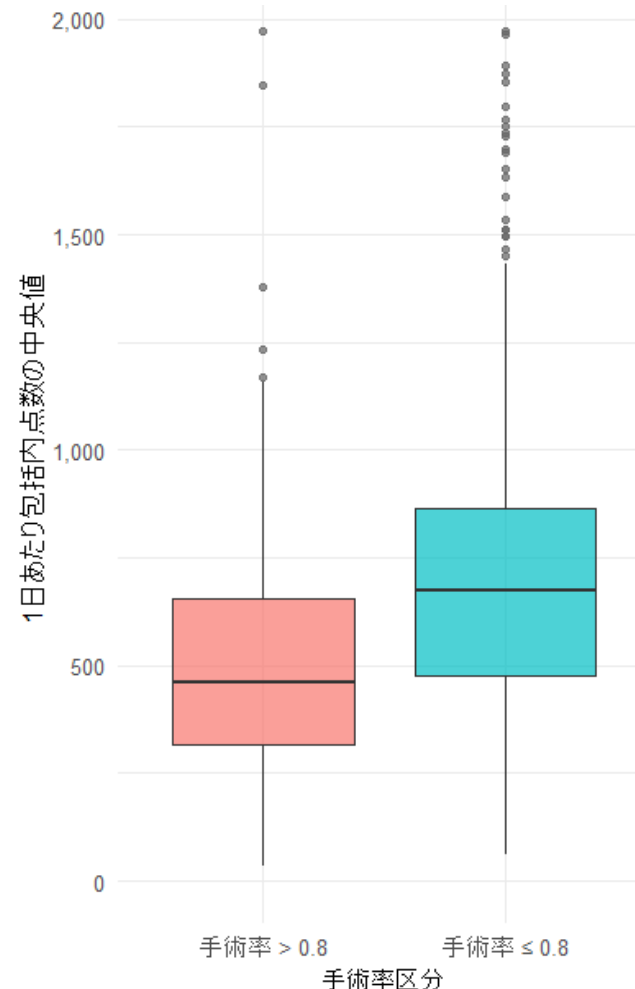
1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



緊急入院率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



手術率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）

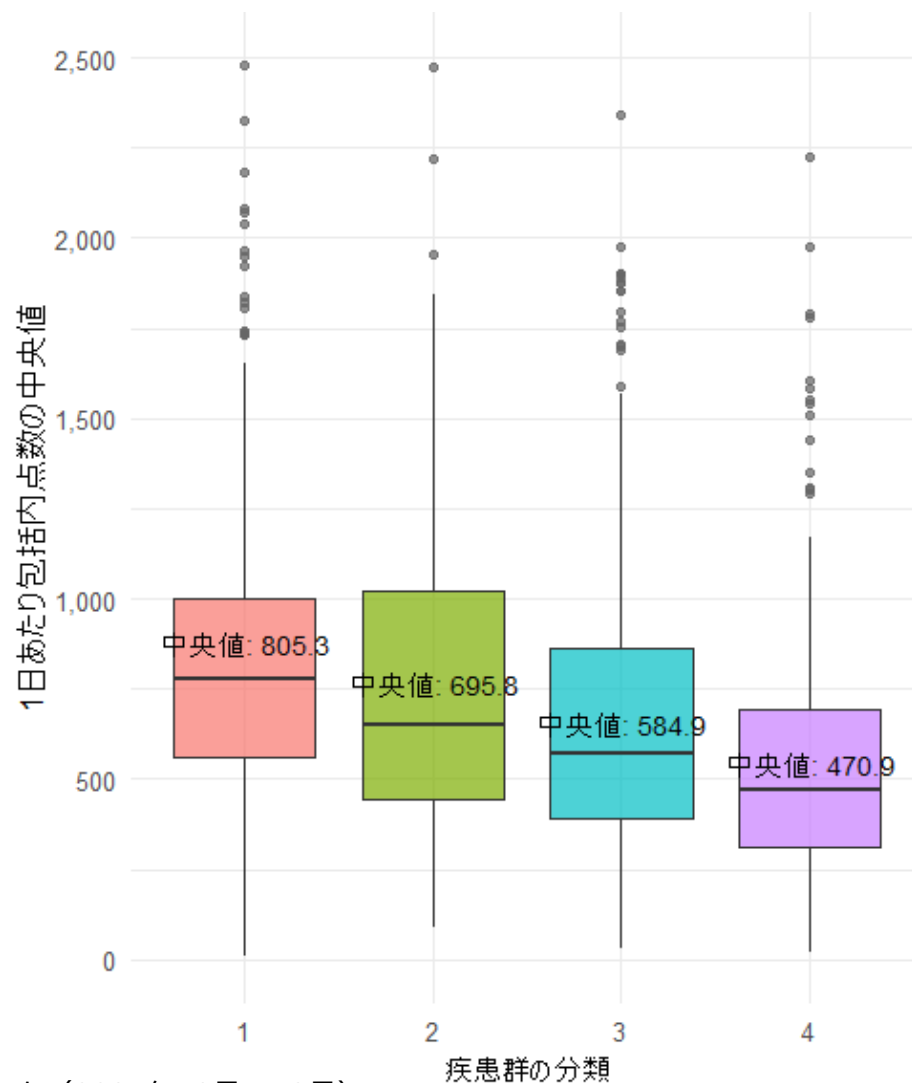


診断群分類ごとの緊急入院の割合、手術を行う割合に基づいて各群に分類し、1日あたりの包括内の出来高換算点数の分布を示した。

緊急入院や手術実施の割合と包括内の出来高実績点数

- 地域包括医療病棟において、緊急入院の割合や手術実施の割合に基づいて診断群分類を層別化すると、1日あたりの包括内の出来高実績点数の分布は以下のとおりであった。

1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（右表の各群別）



群	診断群分類の特徴	該当する診断群分類の数
1	緊急入院＞0.8かつ手術≤0.8	315
2	緊急入院＞0.8かつ手術＞0.8	110
3	緊急入院≤0.8かつ手術≤0.8	324
4	緊急入院≤0.8かつ手術＞0.8	306

【各群に含まれる診断群分類の例】

- 誤嚥性肺炎、肺炎等（市中肺炎）、腎臓又は尿路の感染症
- 股関節・大腿近位の骨折、頭蓋・頭蓋内損傷
- 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全
- 小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術、白内障・水晶体の疾患、前腕の骨折 骨折観血的手術

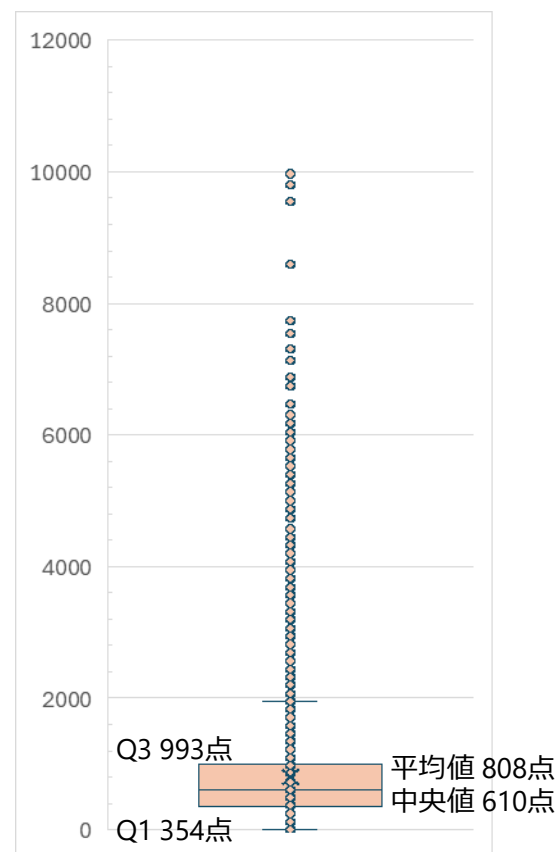
患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3 改

- 患者ごとの1日あたり包括内出来高実績点数の分布は以下左図のとおりで、ばらつきがみられた。
- 緊急入院か予定入院か、手術（※）を実施したか否かにより、1日あたりの包括内の出来高実績点数の患者ごと分布を比較すると右図のとおりであり、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群と比較し、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。

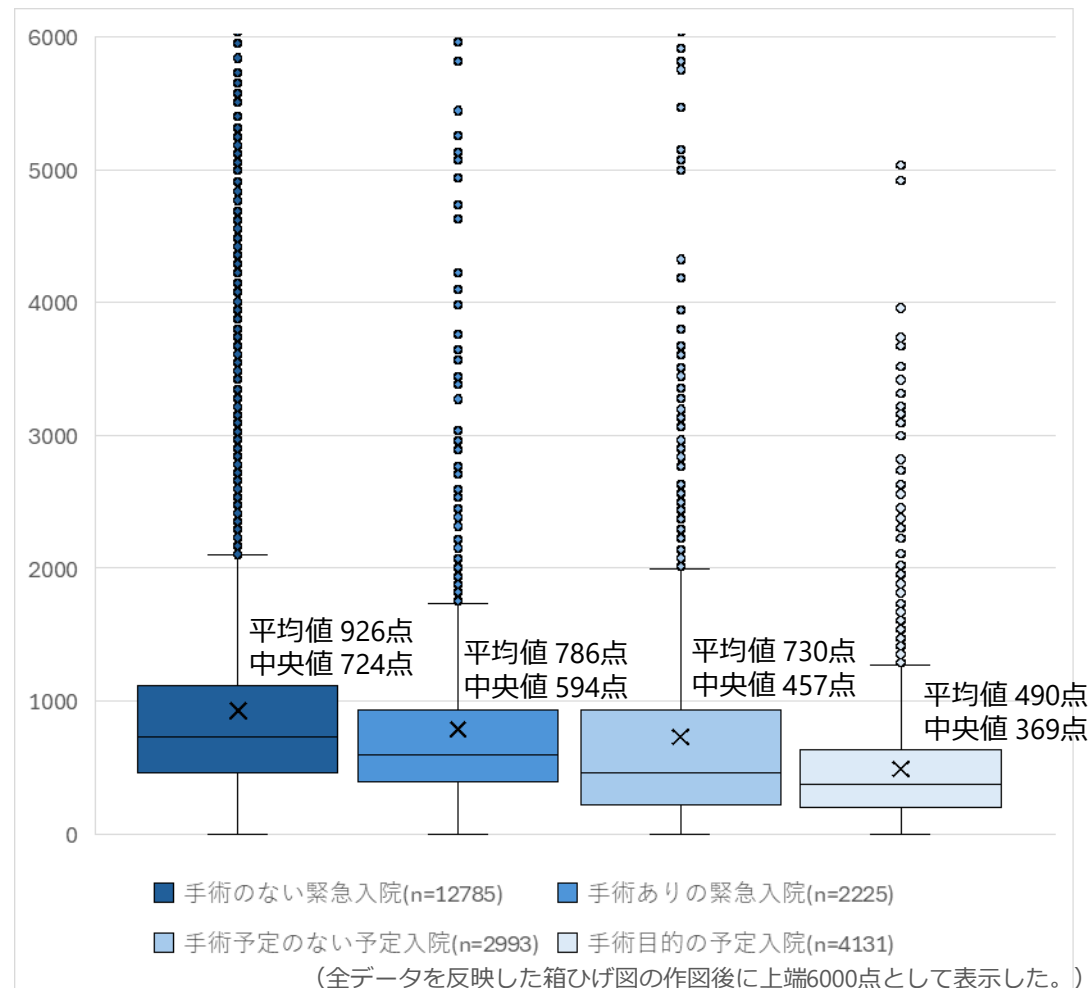
1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）

1日あたり包括内出来高実績点数の分布



地域包括医療病棟 n=22141

1日あたり包括内出来高実績点数



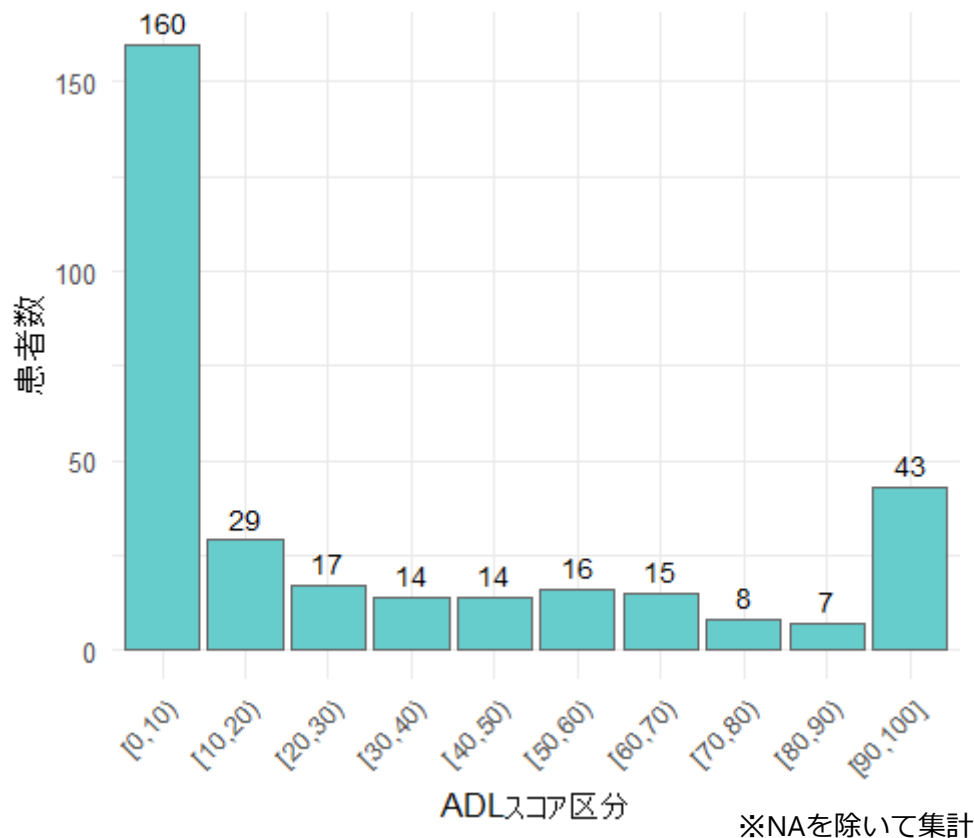
※手術に係るKコードが算定された場合に手術実施とした（輸血に係るKコードは含まない）。

医療資源投入量で評価できない治療・療養の手間

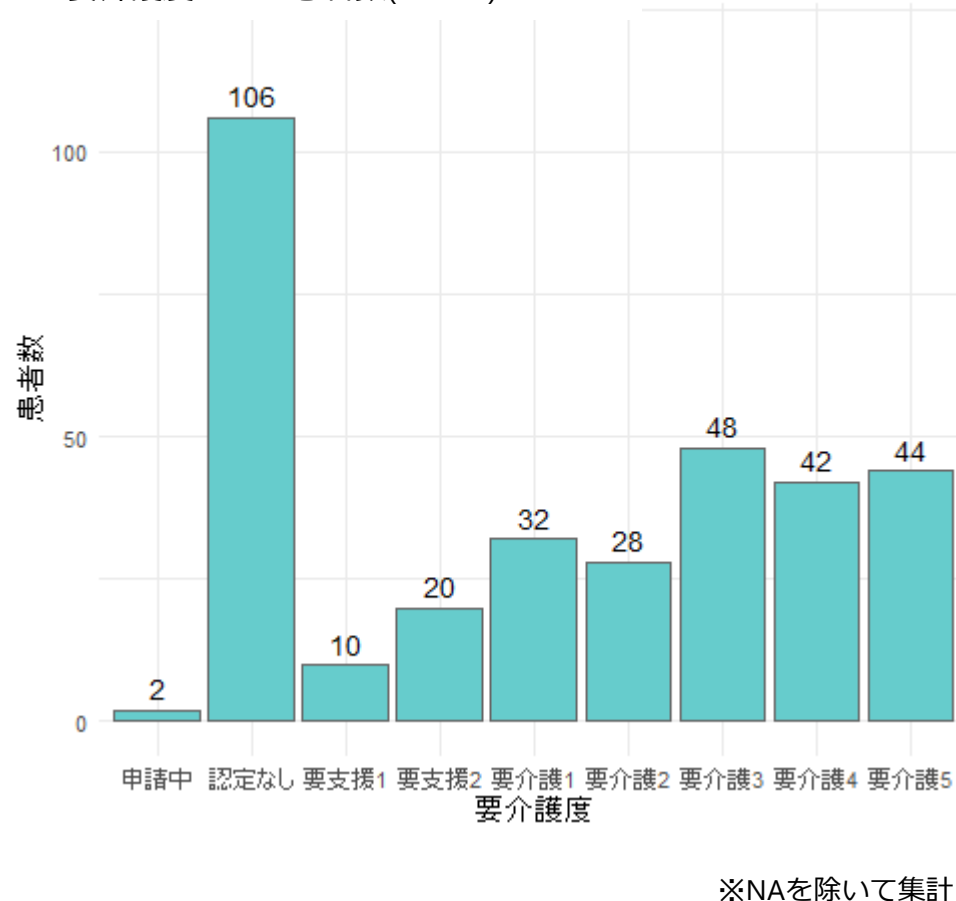
- 同一の診断群分類で医療資源投入量が標準的な範囲であっても、ADLや要介護度は多様である。

(例) 地域包括医療病棟における、尿路感染症で1日あたりの包括内の出来高点数が第一四分位点～第三四分位点にある患者の分布

ADLスコア区分ごとの患者数(n=323)



要介護度ごとの患者数(n=332)



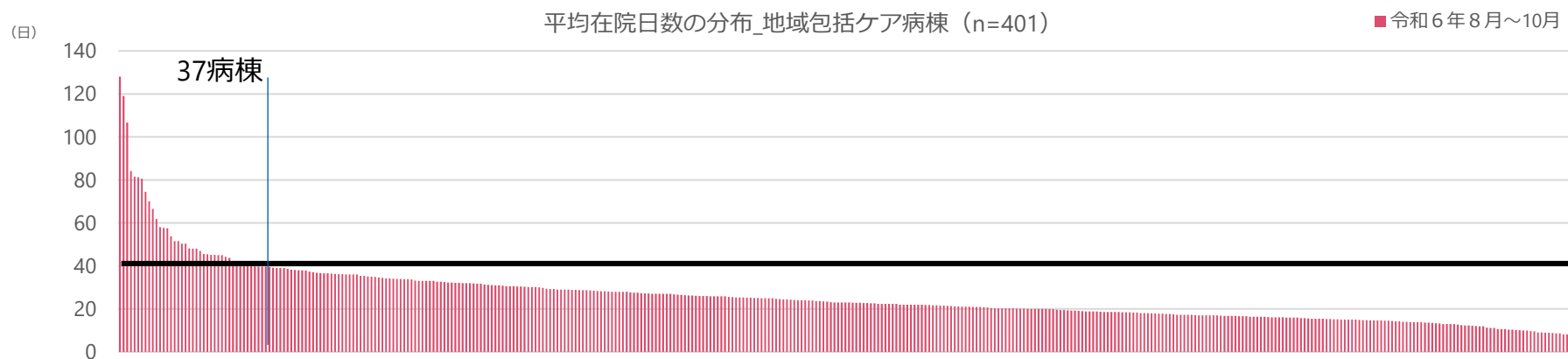
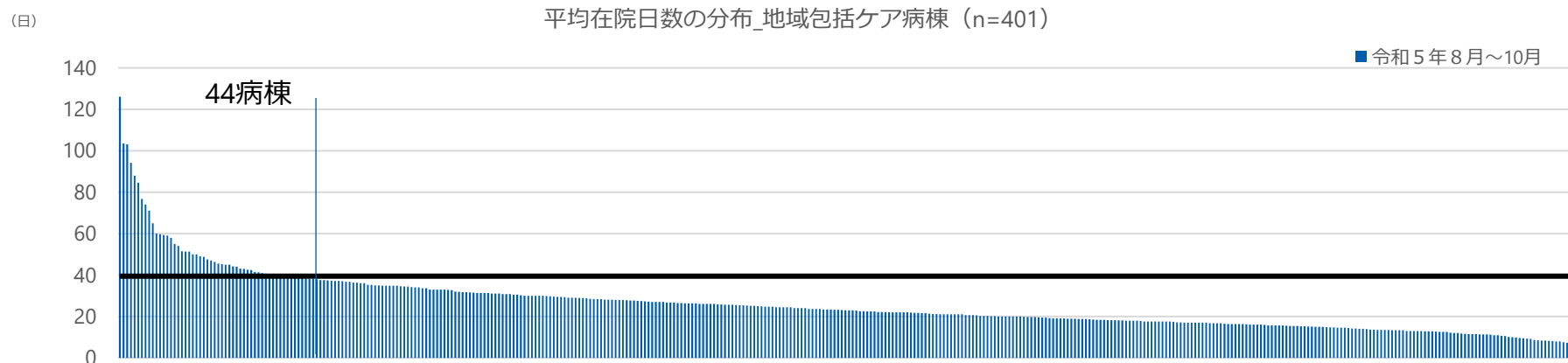
地域包括ケア病棟の平均在院日数の分布

診調組 入-1
7.5.22改

- 地域包括ケア病棟・病室の病棟ごとの平均在院日数にはばらつきがあった。
- 令和5年と令和6年の同時期を比較したところ、入院期間の中央値等は変わらなかった。改定の前後で平均在院日数が40日を超える病棟は減少した。

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

平均在院日数が40日を超える病棟数



地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

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

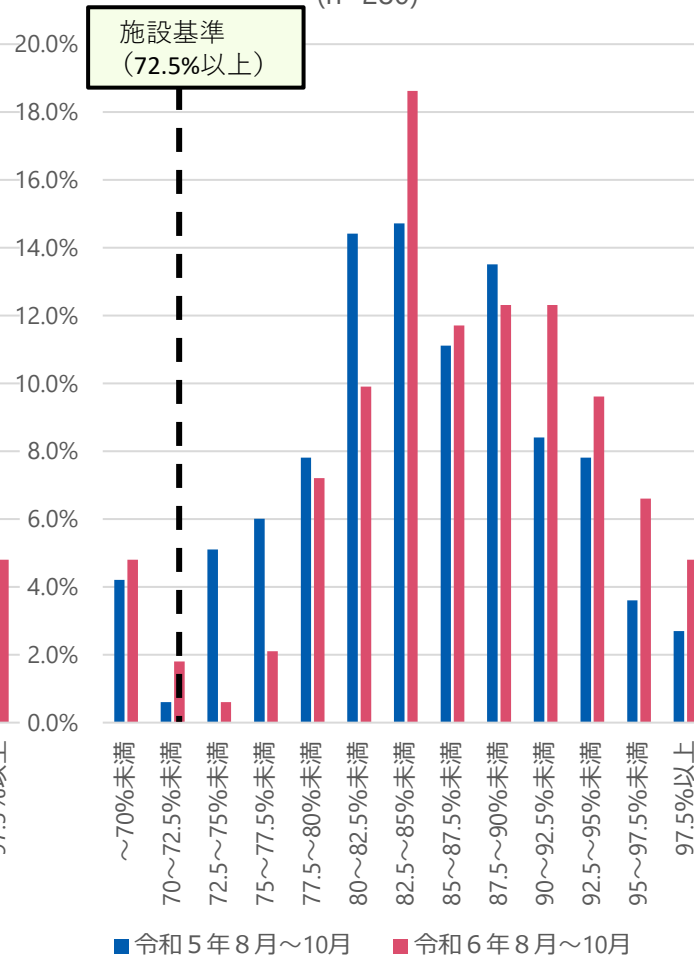
地域包括ケア病棟入院料・管理料 1

(n=333)



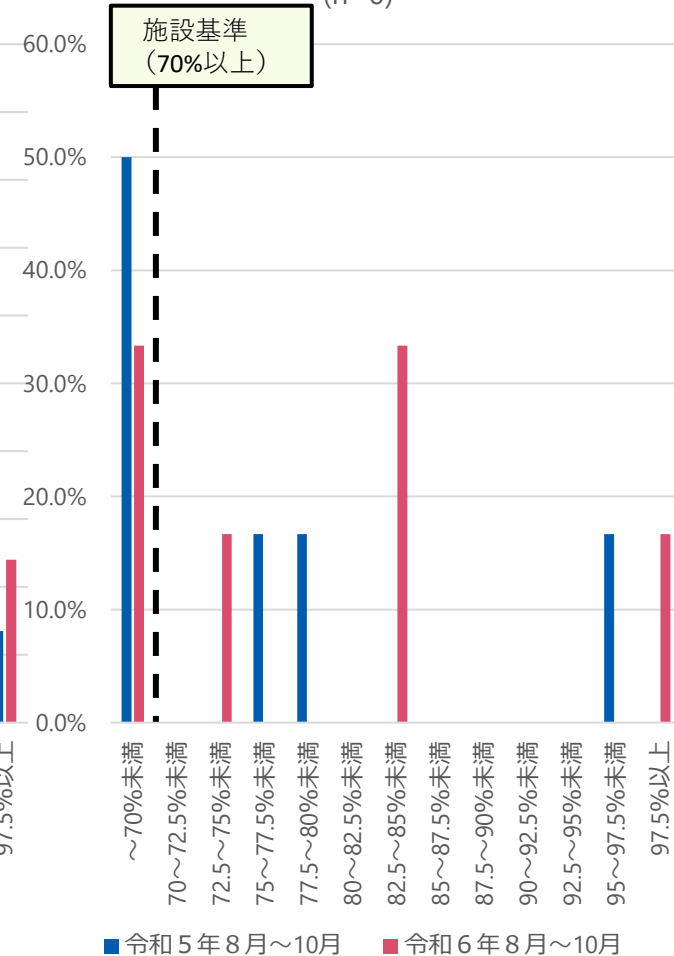
地域包括ケア病棟入院料・管理料 2

(n=280)



地域包括ケア病棟入院料・管理料 3～4

(n=6)

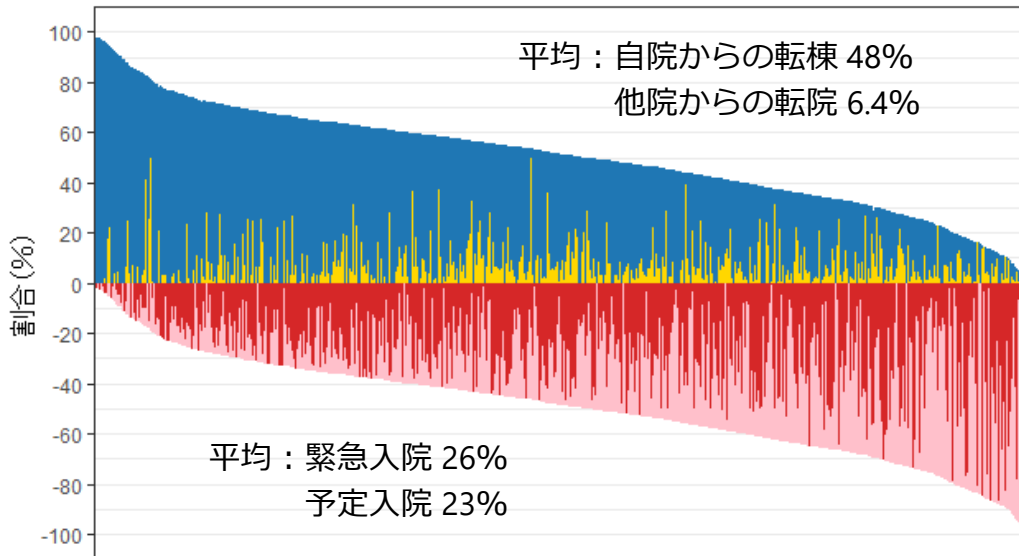


(参考) 地域包括ケア病棟における直接入院患者の割合

指標等WG
7.7.29

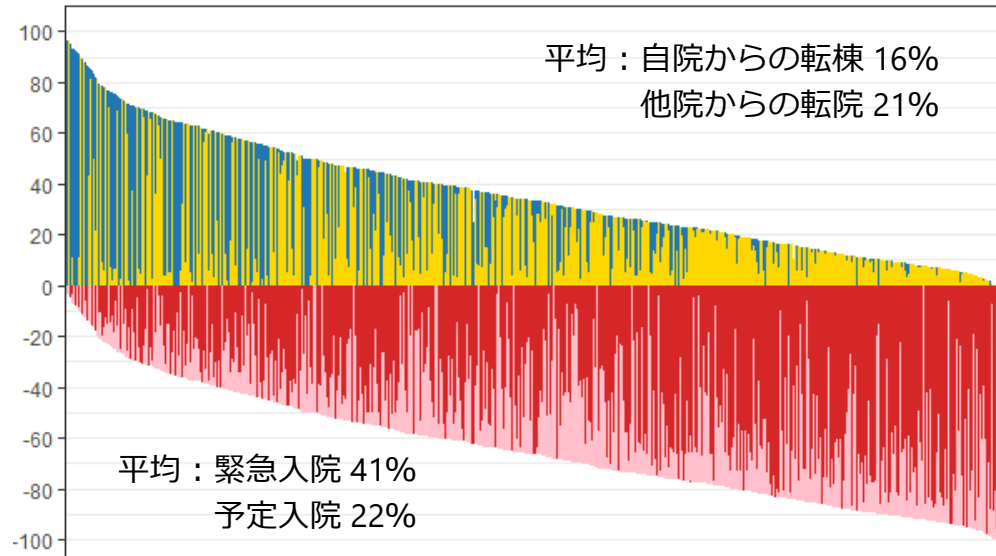
- 地域包括ケア病棟における転院・転棟を除く直接入院の割合は、施設毎に様々である。
- 急性期病棟を有する施設では、有さない施設に比べ、直接入院する患者の割合は少ない施設が多いものの、施設によっては直接入院を多く受け入れている。また、直接入院のうち、緊急入院の患者が少ない傾向にある。

地域包括ケア病棟における施設ごとの入院経路の分布（急性期病棟を有する施設 n=1686）



■ 自院からの転棟
■ 自宅や介護施設からの緊急入院

地域包括ケア病棟における施設ごとの入院経路の分布（急性期病棟のない施設 n=882）



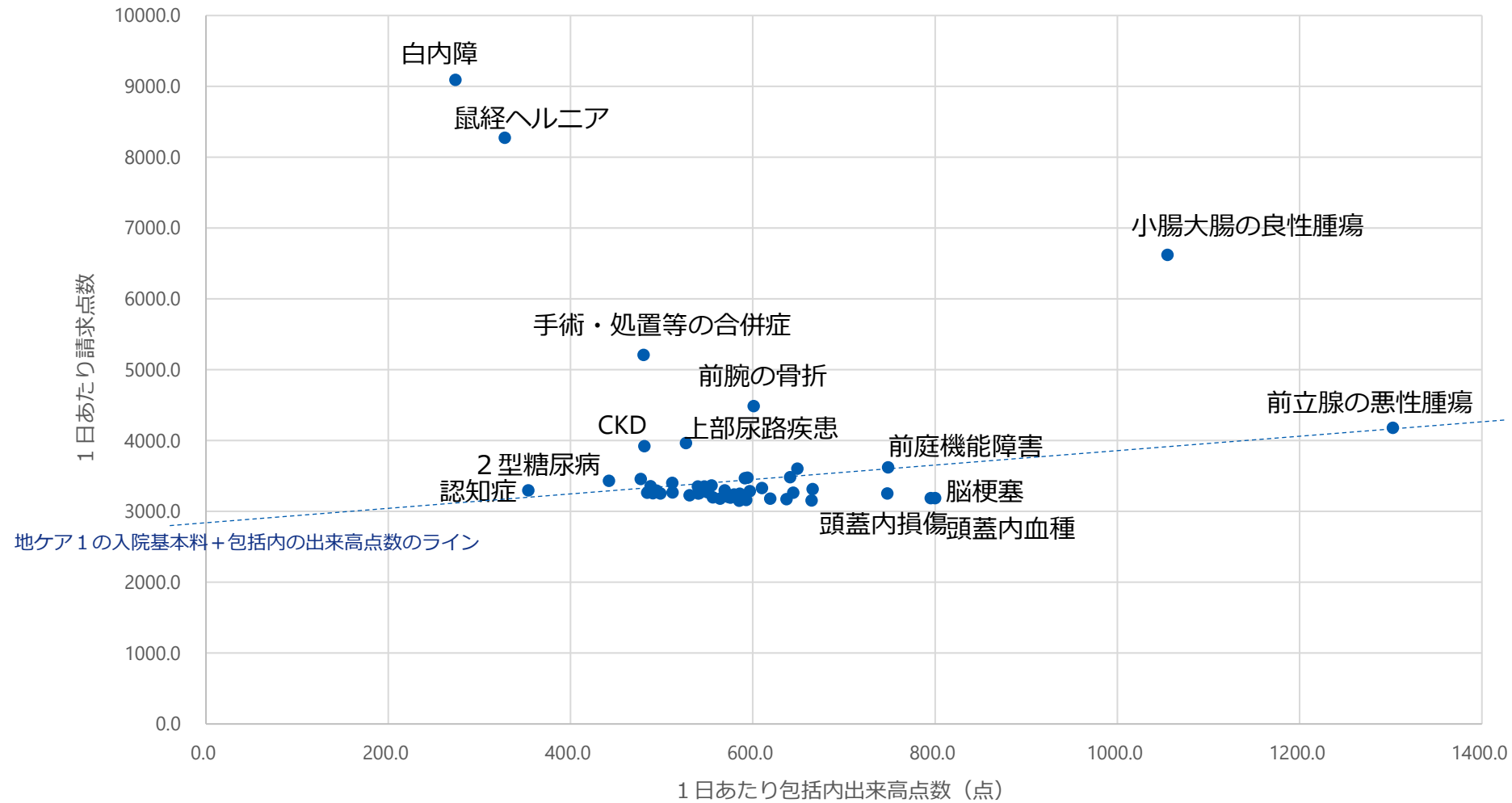
■ 他院からの転院
■ 自宅や介護施設からの予定入院

地域包括ケア病棟における1日あたり請求点数と包括内出来高実績点数

- 地域包括ケア病棟の入院患者数上位50位までの疾患について、1日あたりの包括内の出来高換算点数は地域包括医療病棟と比べて一定の範囲に集中していた。
- 短期滞在手術等基本料 3 に該当する疾患では、請求点数が高い傾向にあった。

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3 改

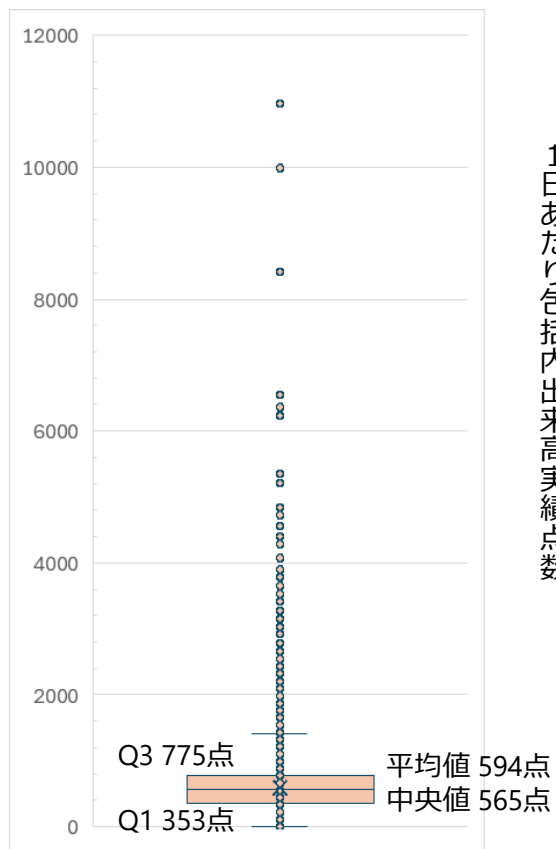
入院患者数上位50位までの疾患における 1 日あたり請求点数と包括内点数



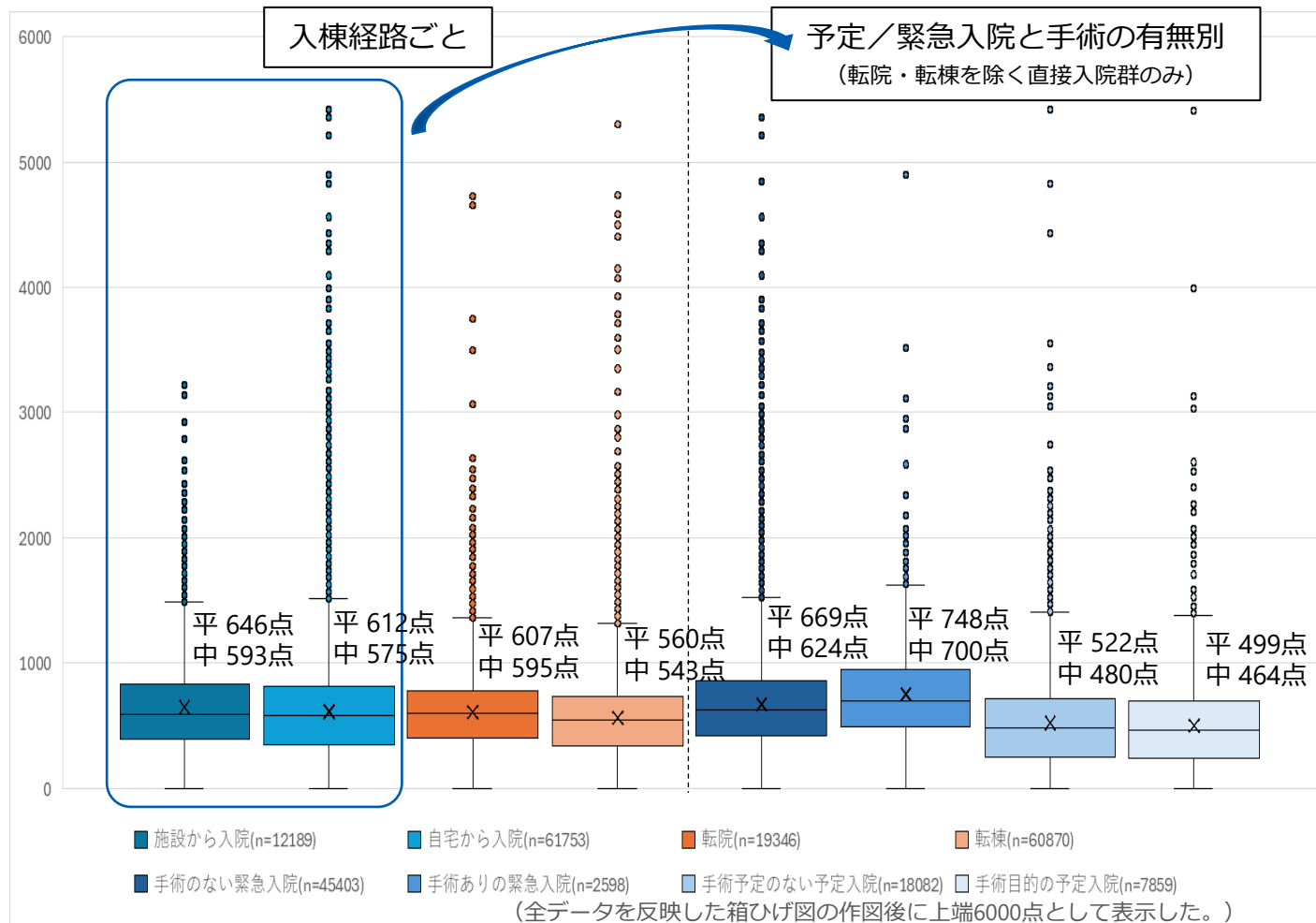
地域包括ケア病棟における医療資源投入量が高い患者

- 地域包括ケア病棟における包括内の出来高実績点数は、地域包括医療病棟と比較しばらつきが少なかった。
- 入棟経路による包括内出来高実績点数の差は大きくなかった。直接入院した群について、入院種別と手術の有無により群分けすると、地域包括医療病棟のように4群の差は明らかでないが、緊急入院は予定入院に比べ、手術の有無に関わらず包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。

1日あたり包括内出来高実績点数の分布



1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）



栄養管理に係る配置基準や診療報酬上の評価

- 地域包括ケア病棟では、管理栄養士の配置基準はなく、栄養管理に係る加算や管理料は包括されている。

区分	概要	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
入院料における管理栄養士の配置	地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、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ものである。	専任の管理栄養士1名以上	なし
A304の注10 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算	当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、専従の理学療法士等、専任の管理栄養士、その他必要に応じた他の職種の協働により、以下のアからウまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。	○	—
A233-2 栄養サポートチーム加算	栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したもの。週1回（療養病棟入院基本料等では長期入院に際して別途規定あり）に限り所定点数に加算する。	○	—
B001-10 入院食事栄養指導料	入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。	○	—

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 改

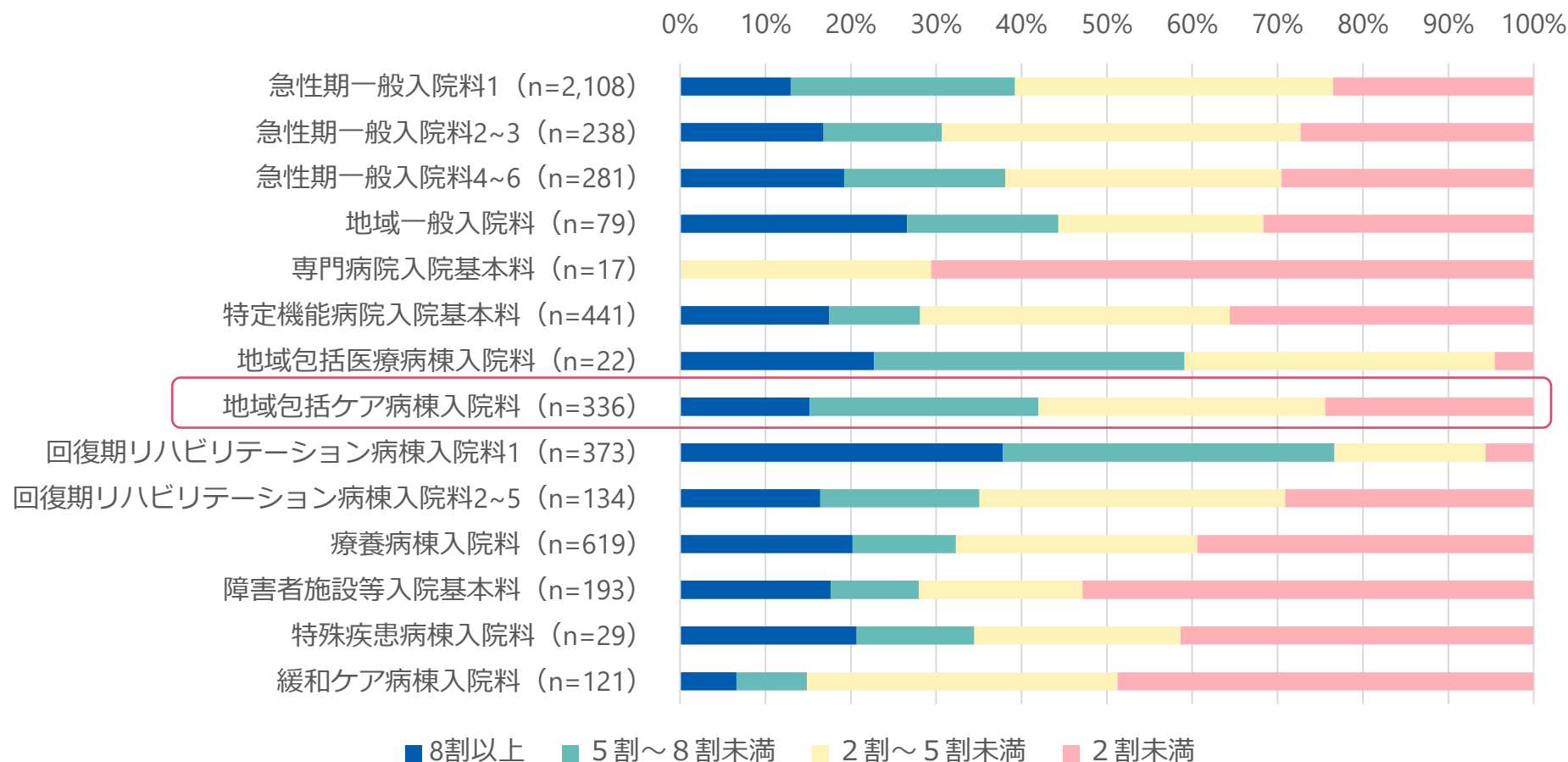
- 40床あたりの管理栄養士数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 地域包括ケア病棟では、40床あたりの管理栄養士数は少ない。

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

- 管理栄養士の専任配置が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料1や地域包括医療病棟入院料は、病棟で業務に従事している時間が長い割合が高い。
- 一方で、管理栄養士がほとんど病棟で業務に従事していない病棟も、一定数ある。

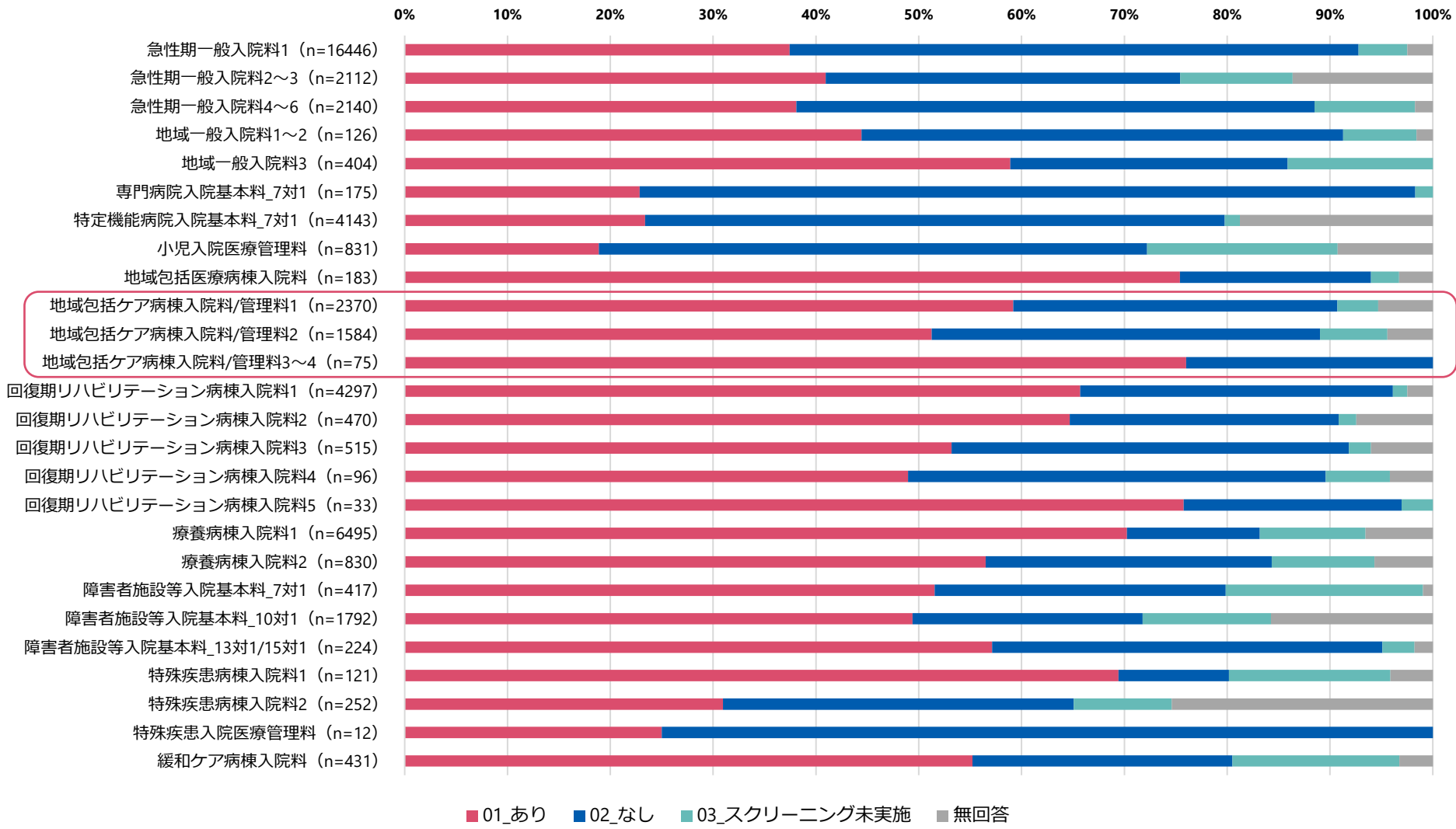
管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合



■ 8割以上 ■ 5割～8割未満 ■ 2割～5割未満 ■ 2割未満

入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

○ 入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約 4 割、地域包括医療病棟などでは約 8 割だった。地域包括ケア病棟では地域包括医療病棟より割合が低かった。



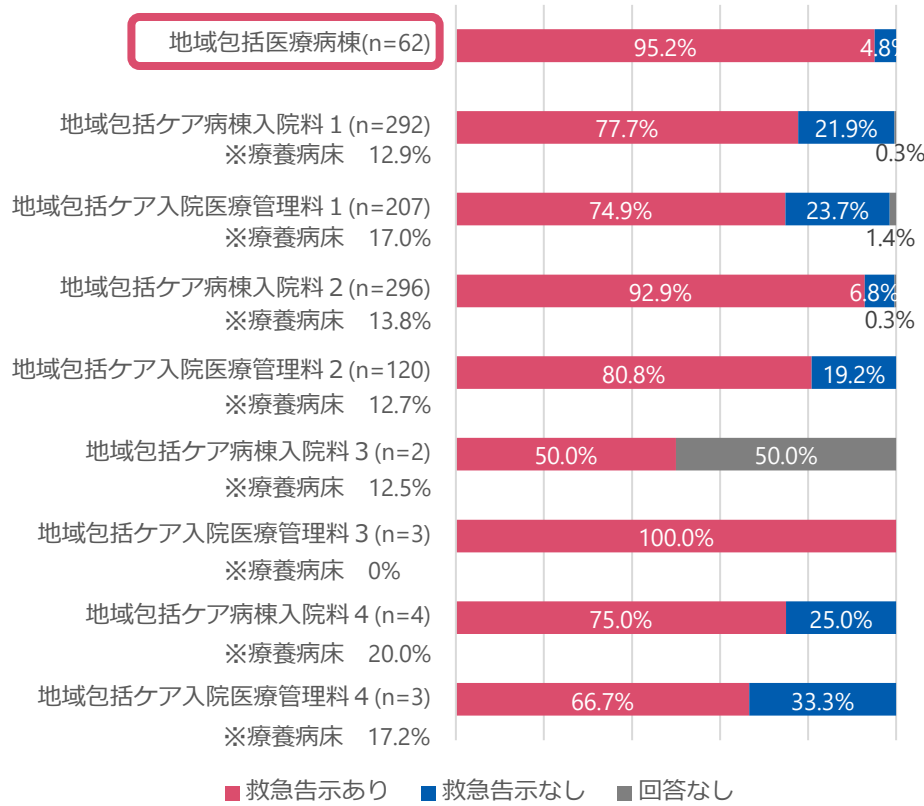
地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急提供体制

- 地域包括医療病棟を有する医療機関の95%、地域包括ケア病棟入院料1を届出している医療機関の77.7%、地域包括ケア病棟入院料2を届出している医療機関の92.9%が救急告示病院であった。
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料1～2を届け出ている医療機関の75%以上は二次救急医療機関であった。地域包括医療病棟を有する医療機関で救急部門のない医療機関はなかった。

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

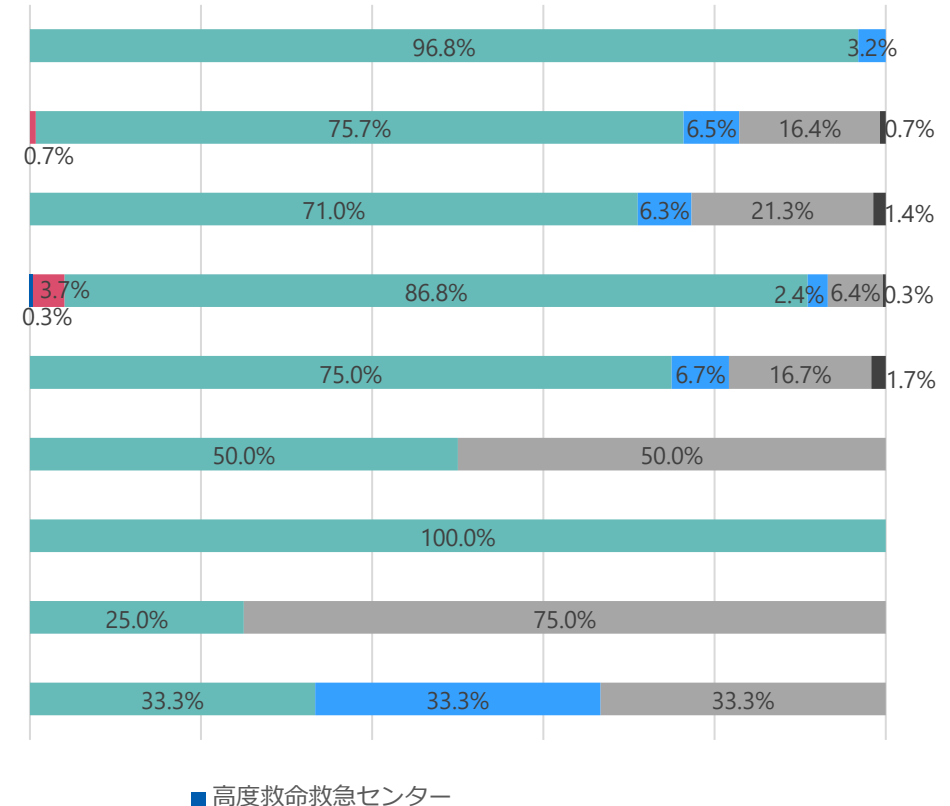
救急告示の有無

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



救急医療体制

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



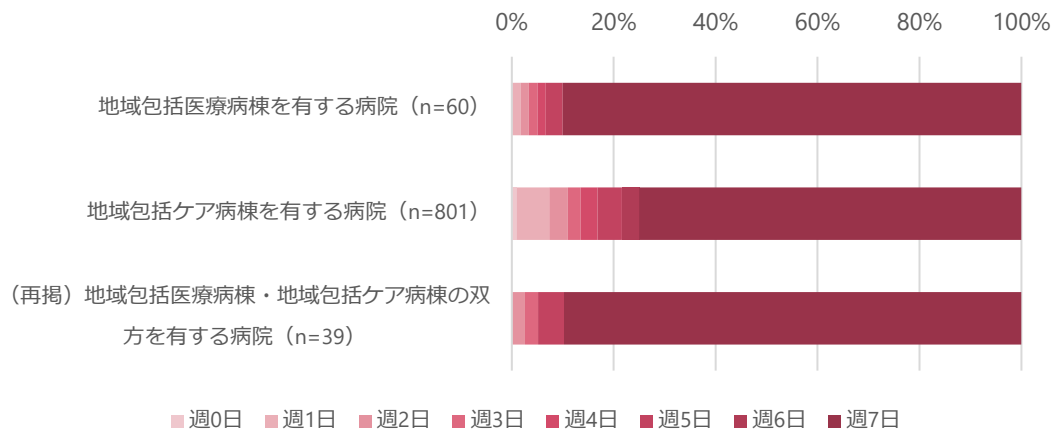
※療養病床である地域包括ケア病棟においては、救急医療体制、在宅等からの入院のいずれの基準も満たさない場合、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとなっている。参考として、各入院料・入院医療管理料を算定する施設のうち、療養病床であるものの割合（全国値）を示した。

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

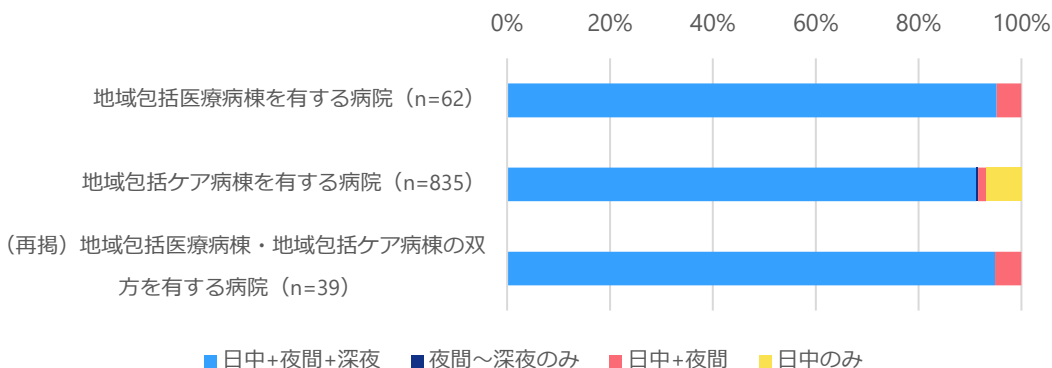
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 救急受入件数の中央値は784件であった。救急受入件数が2000件以上の医療機関は約22%あり、1-199件の医療機関数と同程度であった。

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

救急患者を受け入れている頻度

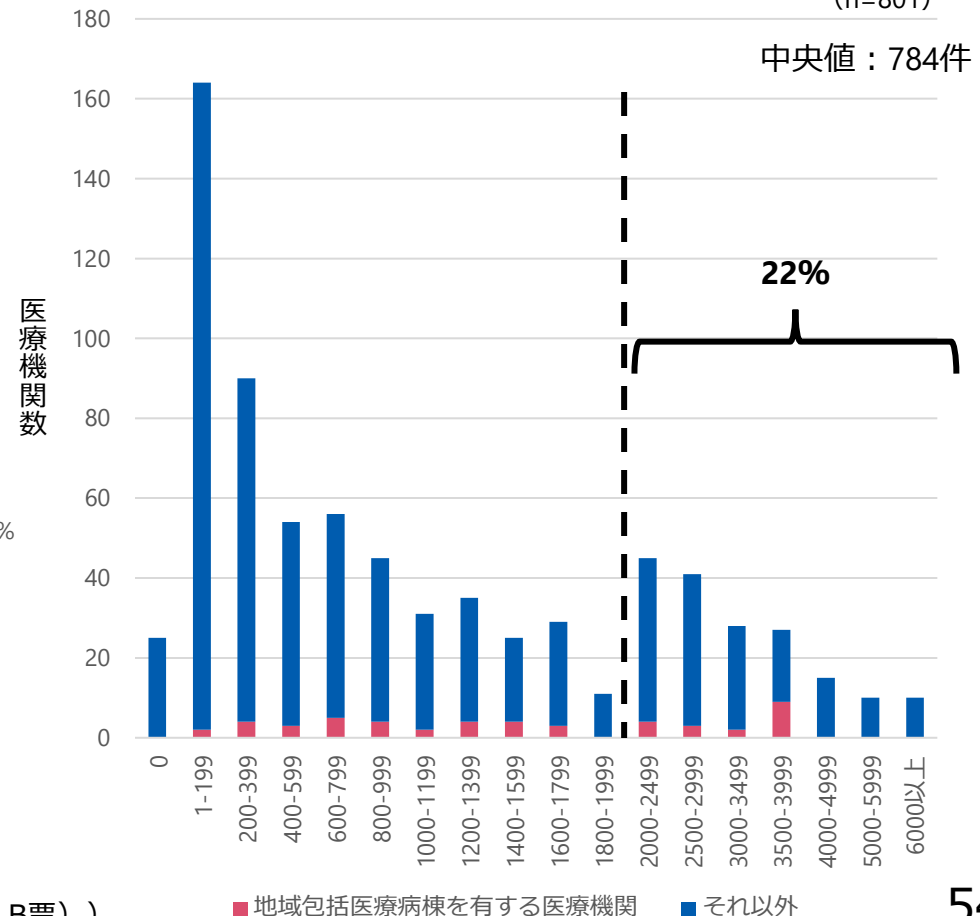


救急患者を受け入れている時間帯



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する

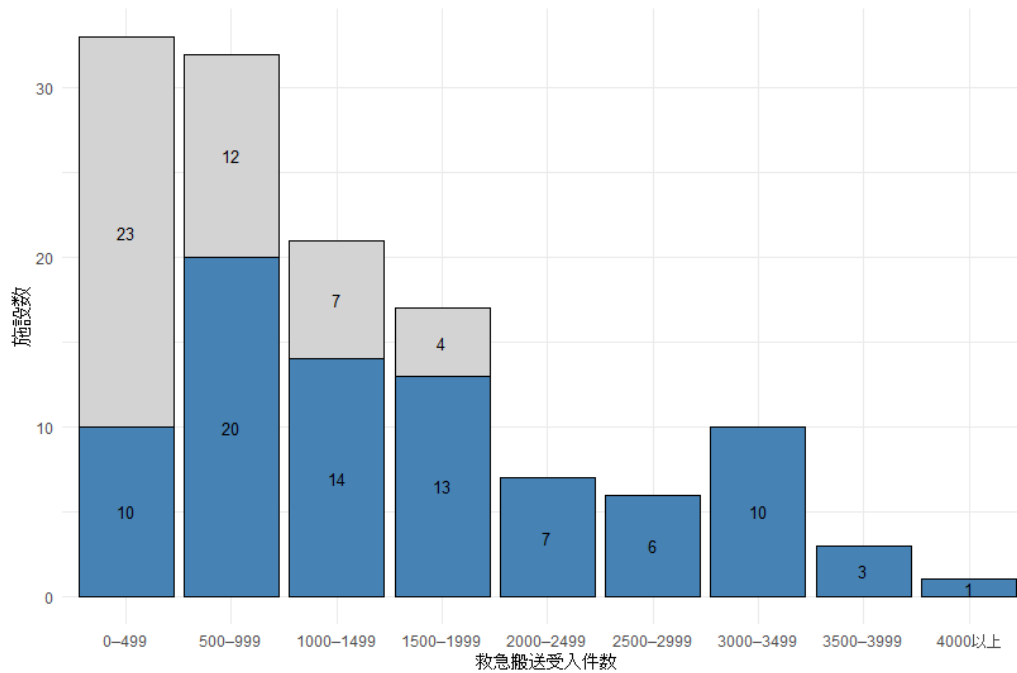
医療機関における救急搬送受入台数の分布 (n=801)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の救急搬送受入状況

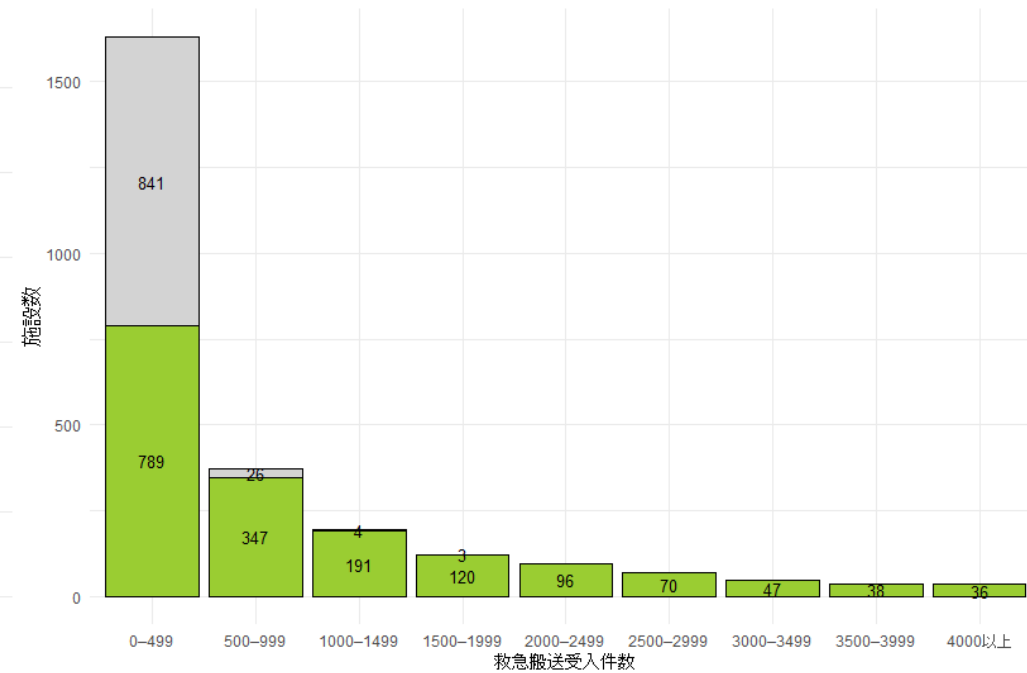
○ 救急搬送受入件数が2000件以上の医療機関は、いずれも急性期病棟を有していた。

地域包括医療病棟を有する医療機関の救急搬送受入件数の分布



■ 急性期病棟（※）を有する医療機関
■ 急性期病棟のない医療機関
※急性期一般入院料 1～6 を算定する病棟

地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急搬送受入件数の分布



■ 急性期病棟を有する医療機関
■ 急性期病棟のない医療機関

救急受入や後方支援に関する現状の評価

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

包括期の病院機能を表現できる指標の候補

指標等WG
7.7.29改

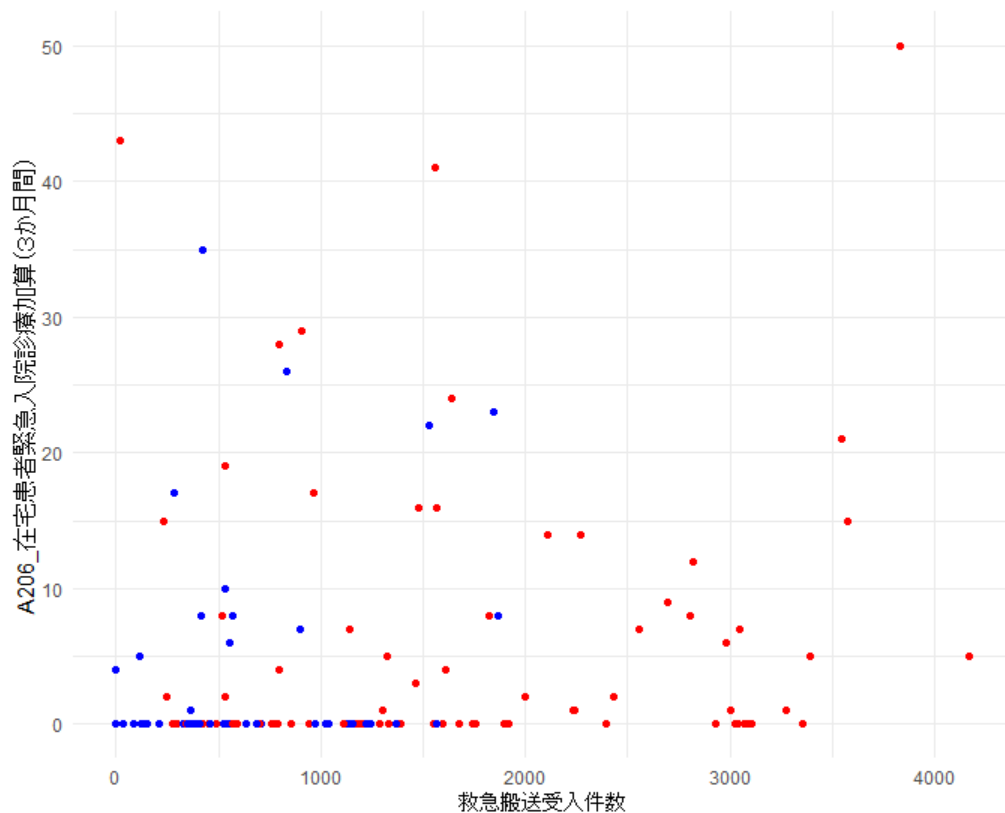
- 救急受入や在宅等の後方支援に関する機能の評価に関連すると考えられる項目を列挙した。
- その他の案を含め、救急受入と後方支援をバランス良く評価することができるか、また救急車利用や入院加療が促されることはないかという観点で指標を検討する必要がある。

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

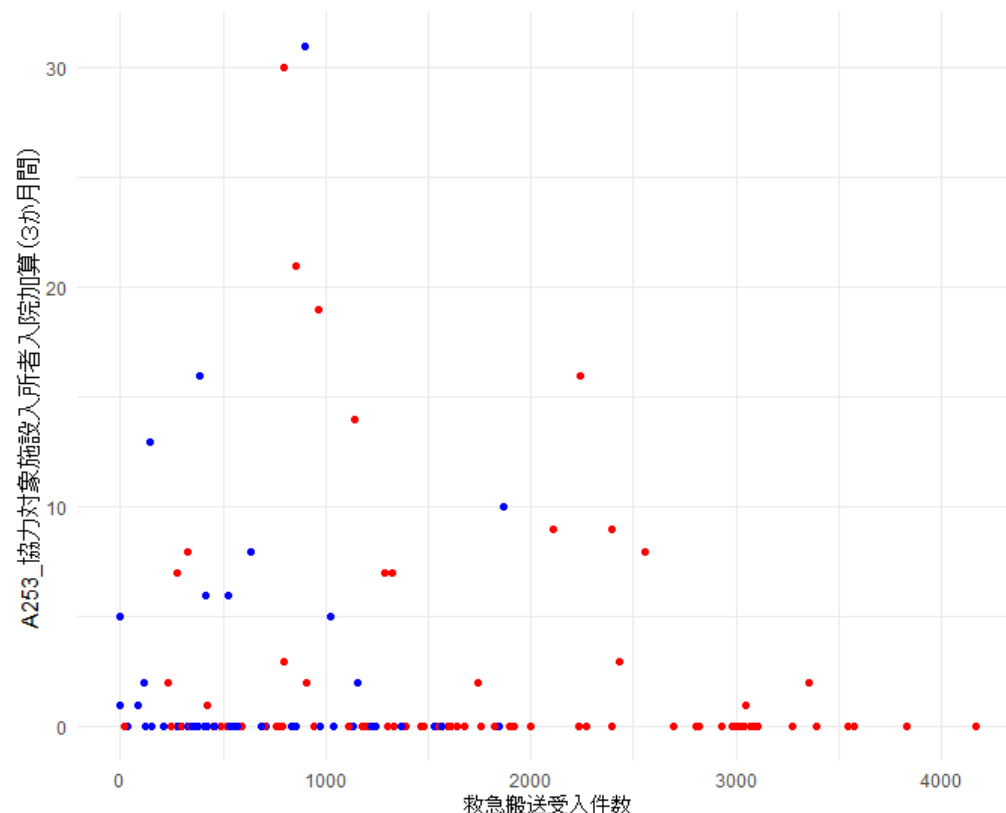
地域包括医療病棟における在宅・施設の後方支援の状況

- 在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算の算定状況をみると、救急搬送受入件数が少なくても、主治医からの求めに応じて在宅で療養する患者の入院受入を行っている医療機関が存在した。医療機関内の急性期病棟の有無との関連はみられなかった。

救急搬送件数と在宅患者緊急入院診療加算の算定状況（地域包括医療病棟）



救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算の算定状況（地域包括医療病棟）

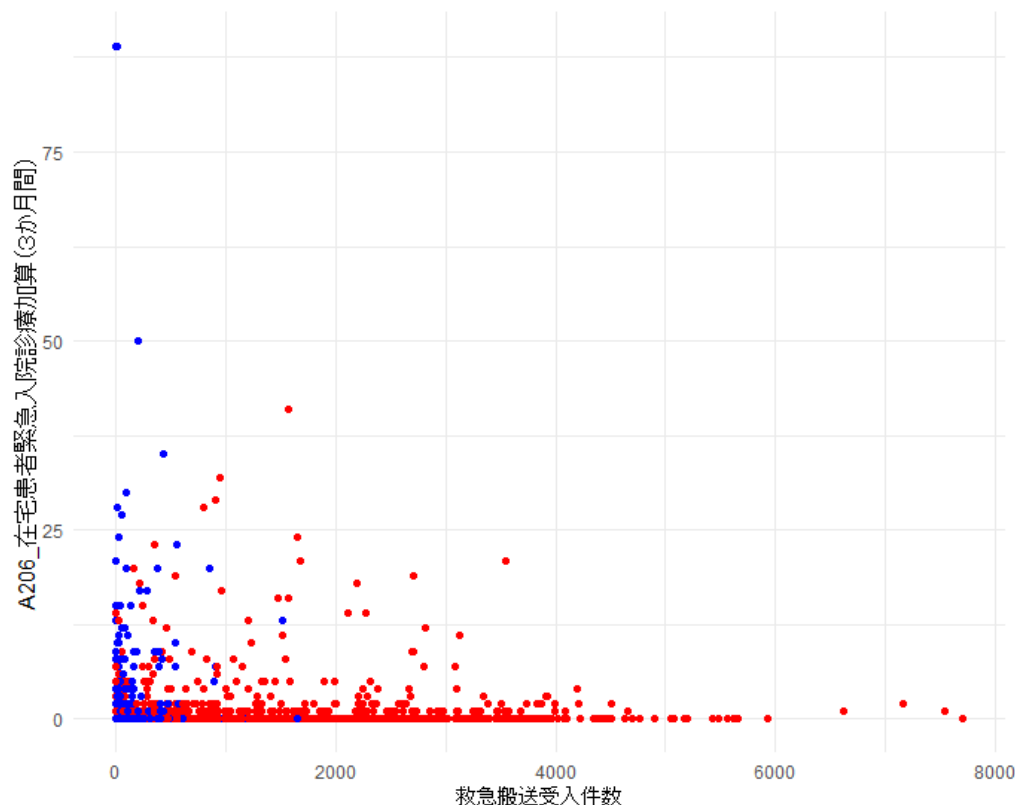


●急性期病棟（※）を有する医療機関 ●急性期病棟のない医療機関
※急性期一般入院料 1～6 を算定する病棟

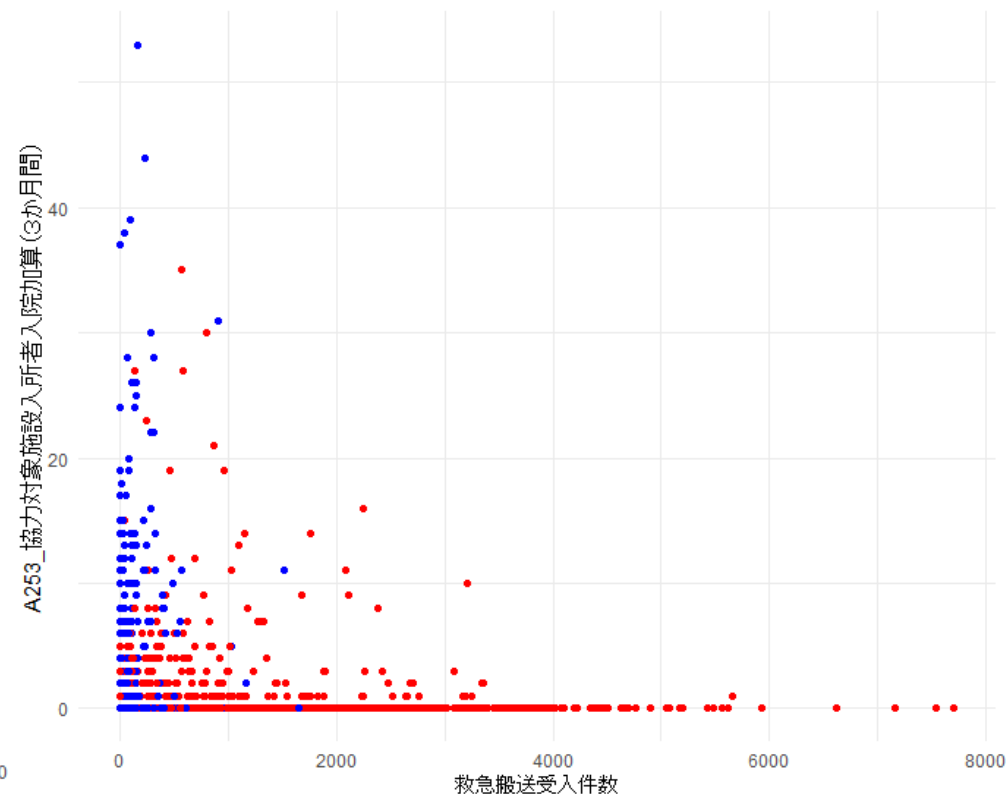
地域包括ケア病棟における在宅・施設の後方支援の状況

- 在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算の算定状況をみると、救急搬送受入件数が比較的少ない医療機関において、主治医や施設からの求めに応じた入院受入を行っている医療機関が多数存在した。急性期病棟のない医療機関で件数が多い傾向であった。

救急搬送件数と在宅患者緊急入院診療加算の算定状況（地域包括ケア病棟）



救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算の算定状況（地域包括ケア病棟）

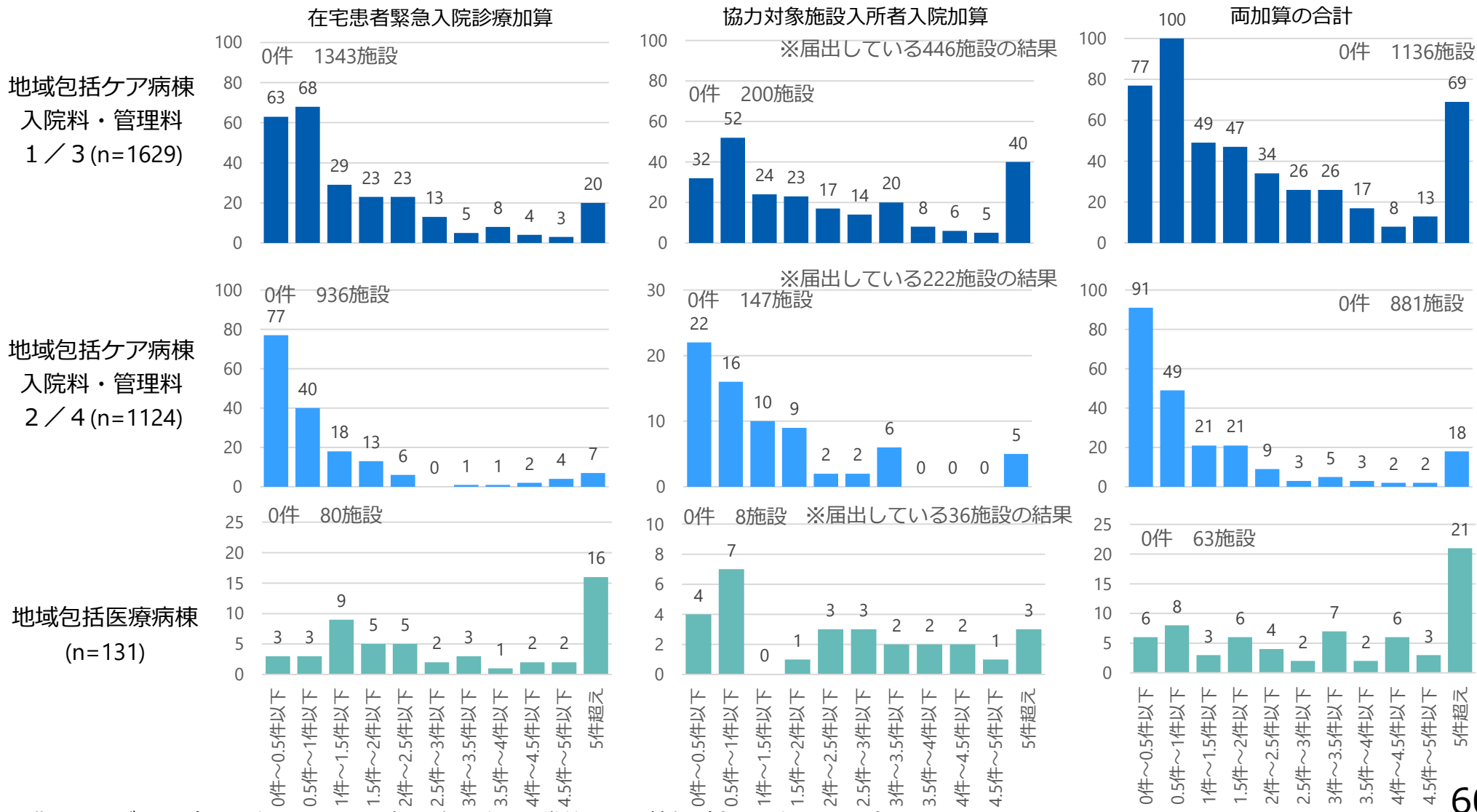


●急性期病棟（※）を有する医療機関 ●急性期病棟のない医療機関
※急性期一般入院料1～6を算定する病棟

包括期の病棟における後方支援に関する加算の算定状況

- 在宅患者緊急入院診療加算 1～3、協力対象施設入所者入院加算 1・2 の病床あたり算定回数は、いずれの加算についても 0 件の施設が最も多く、算定している施設における算定回数は二極化していた。
- 算定回数が比較的多い施設は、地域包括医療病棟でその割合が最も多く、地域包括ケア病棟においては入院料 1・3 で 2・4 より多かった。

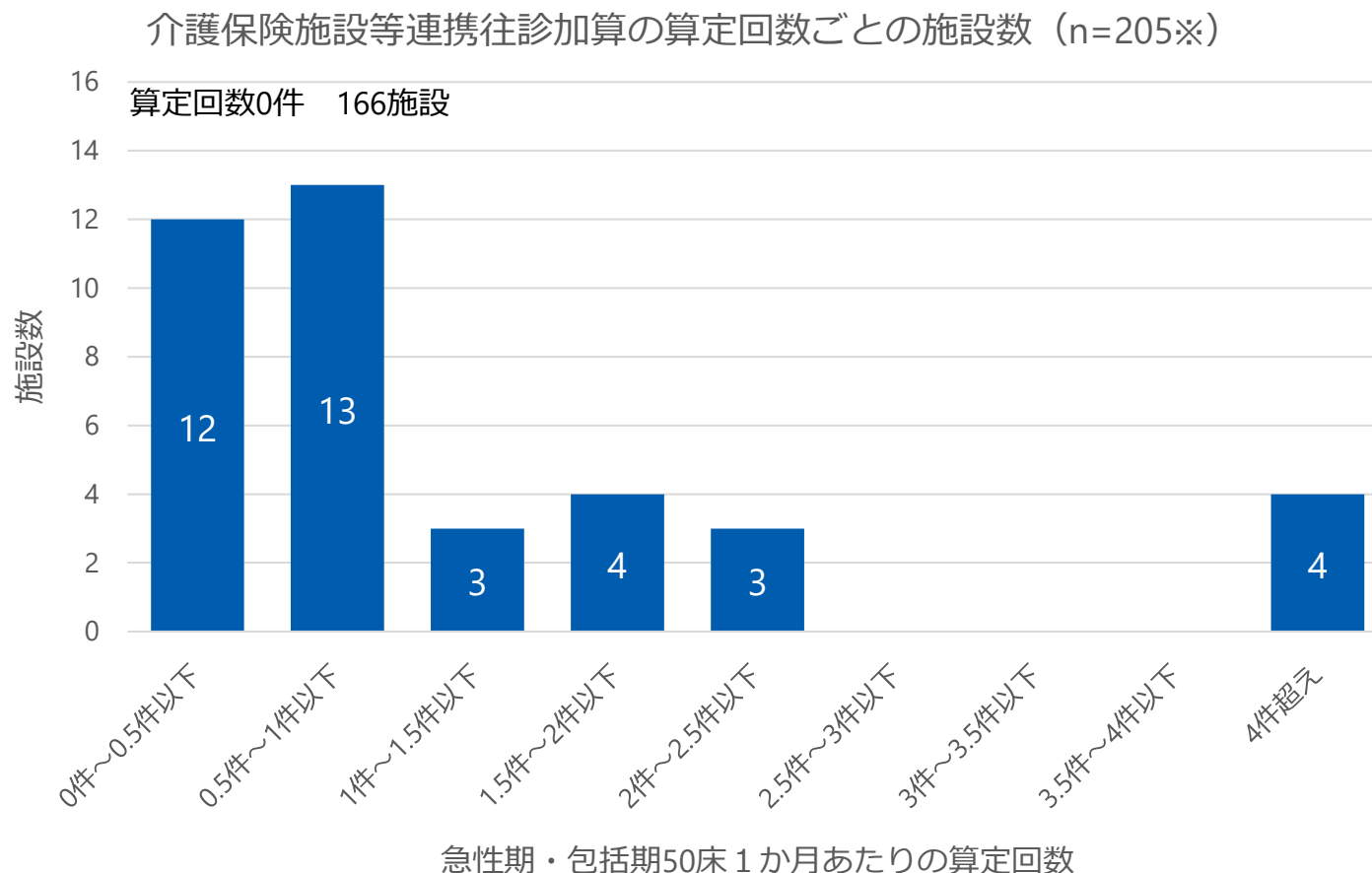
各病棟における加算の算定回数（50床 1 か月あたり）



出典：DPCデータ（2024年10月～12月）、主な施設基準等の届出情報（令和6年8月1日）（参考）協力対象施設入所者入院加算の届出は、全体で838施設

介護保険施設等連携往診加算の届出・算定状況

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する病院における、介護保険施設等連携往診加算の算定状況は以下のとおりであった。
- 届出施設数自体が少なく、届け出ていても算定のない病院が多くみられ、全体的に算定回数は少なかった。



※令和6年8月1日時点で介護保険施設等連携往診加算を届け出ている264病院のうち、地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する205施設を対象に、病院毎の算定回数を集計した。205施設は全て地域包括ケア病棟を有する医療機関であり、そのうち5施設は地域包括医療病棟も有していた。

包括期の病棟における緊急入院等の状況

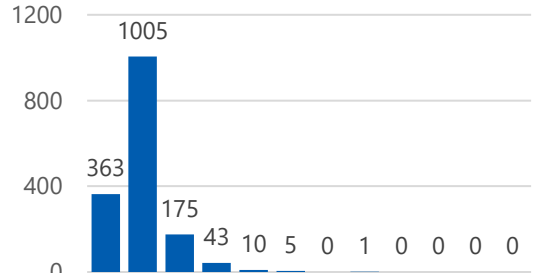
- 救急搬送からの入院や、自宅または施設からの緊急入院は、地域包括医療病棟では多く、地域包括ケア病棟では少ない医療機関が多かった。地域包括ケア病棟の中では、入院料・管理料1／3で2／4よりこれらの件数が多い傾向であり、施設基準（※）を大きく上回ると思われる施設も存在した。また、施設からの緊急入院が多い地域包括医療病棟もみられた。

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

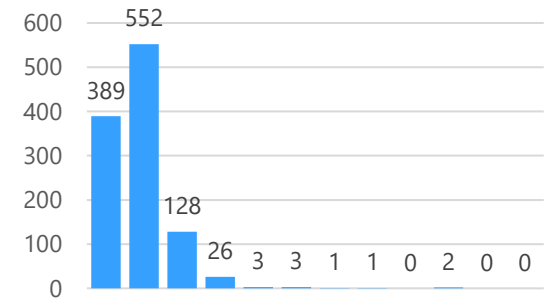
各病棟における緊急入院等の件数（50床1か月あたり）

救急搬送からの入院

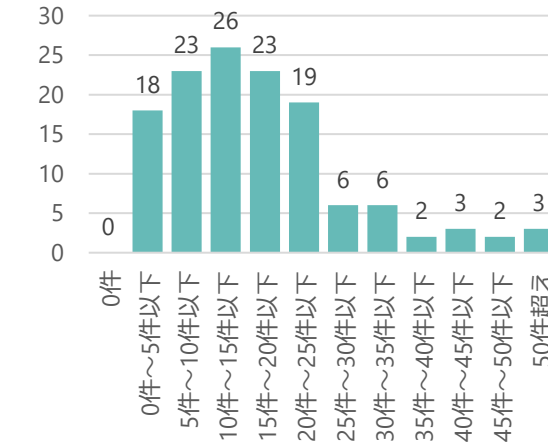
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
1／3 (n=1629)



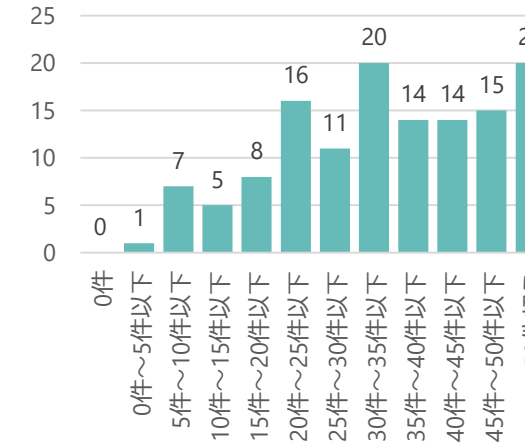
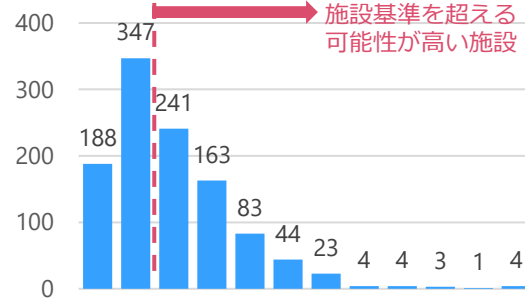
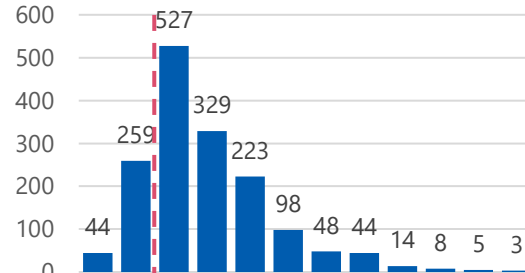
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
2／4 (n=1124)



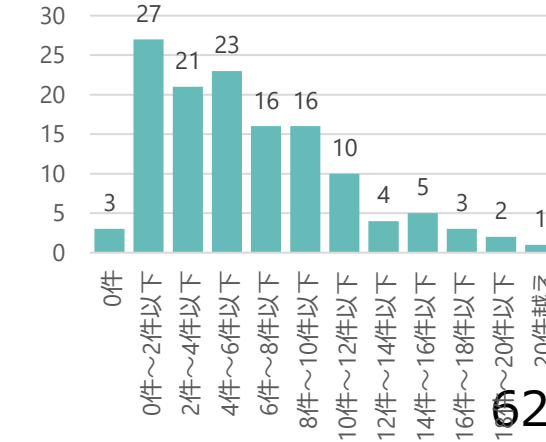
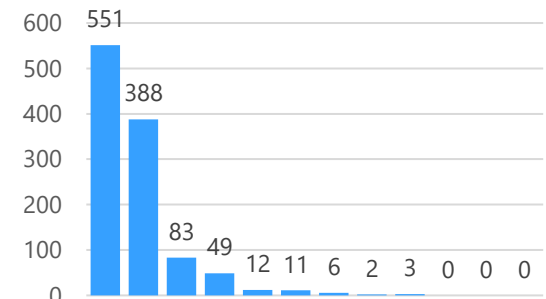
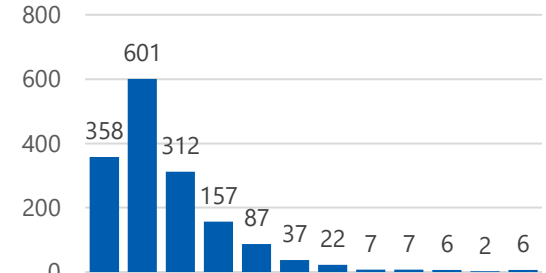
地域包括医療病棟
(n=131)



自宅又は施設からの緊急入院

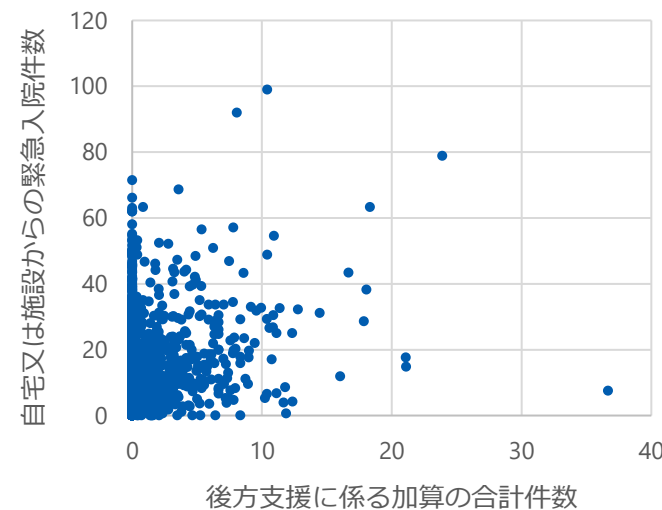
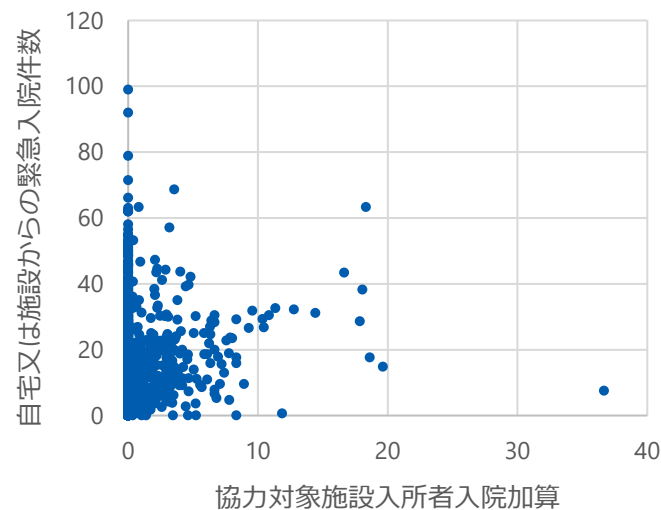
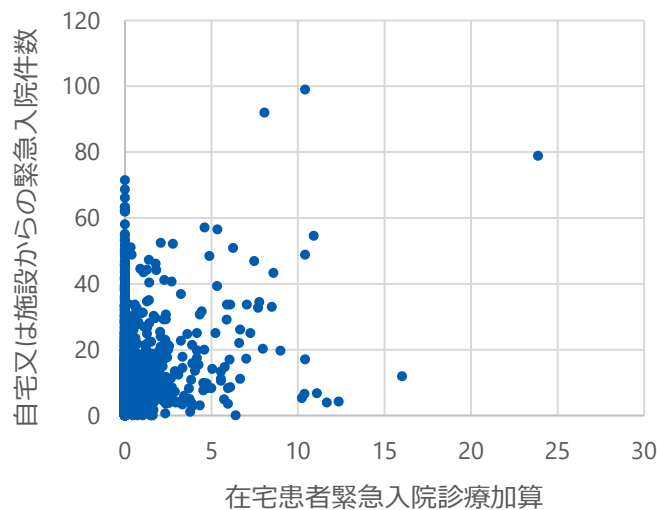


施設からの緊急入院件数



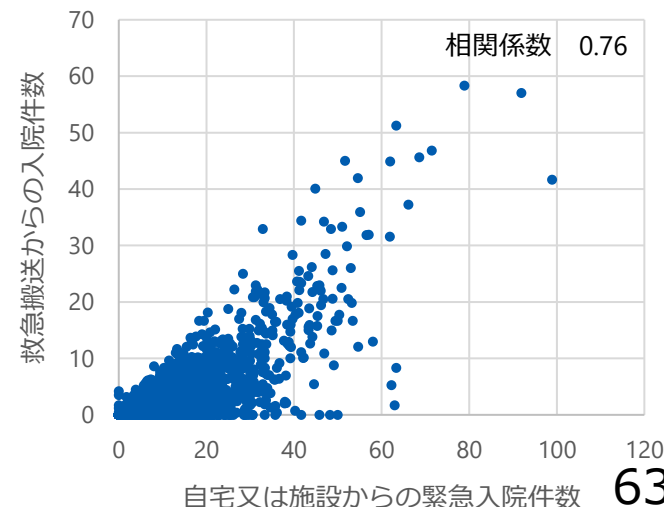
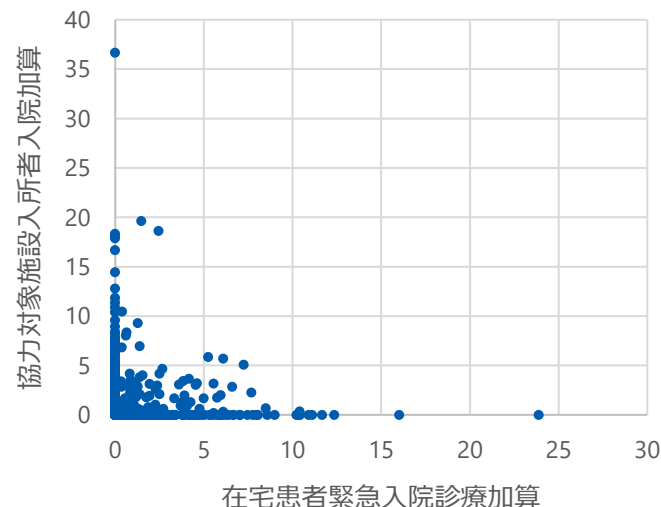
包括期の病院機能を表現しうる指標同士の関係

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



いずれも50床1か月あたりの算定回数をプロットした。

- ・ 在宅患者緊急入院診療加算：1～3の算定回数の合算。
- ・ 協力対象施設入所者入院加算：往診、それ以外の算定回数の合算。
- ・ 後方支援に係る加算の合計件数：上記2加算の算定回数の合計。

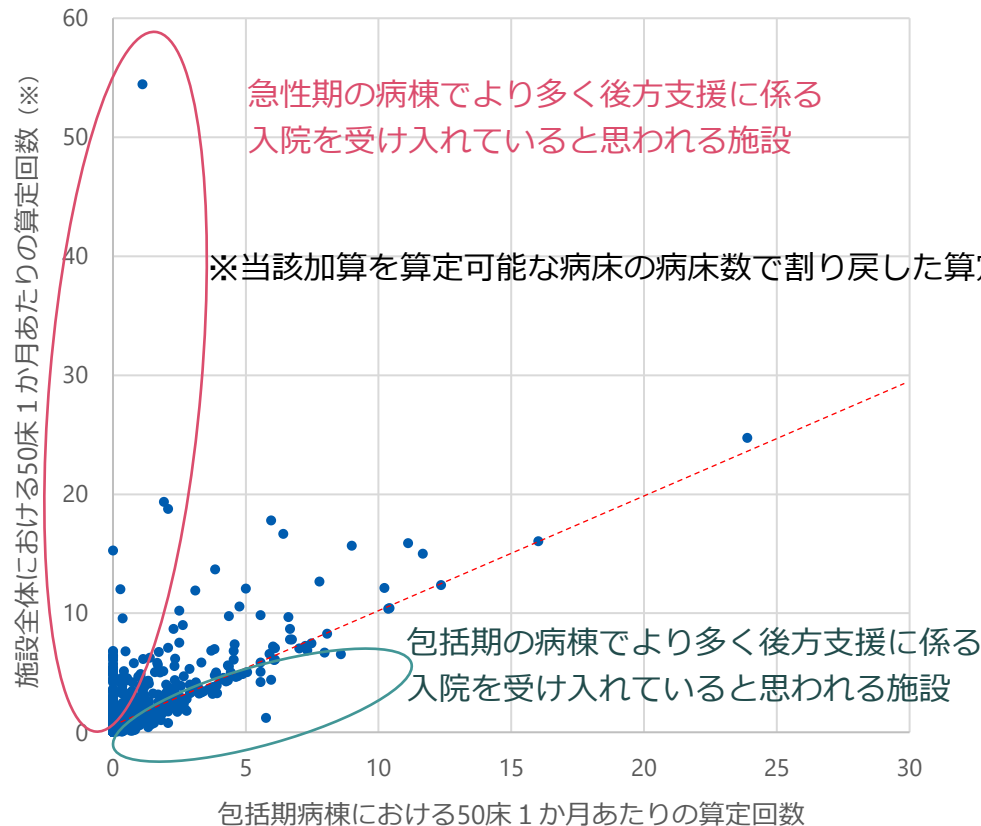


病院全体の加算件数との関係

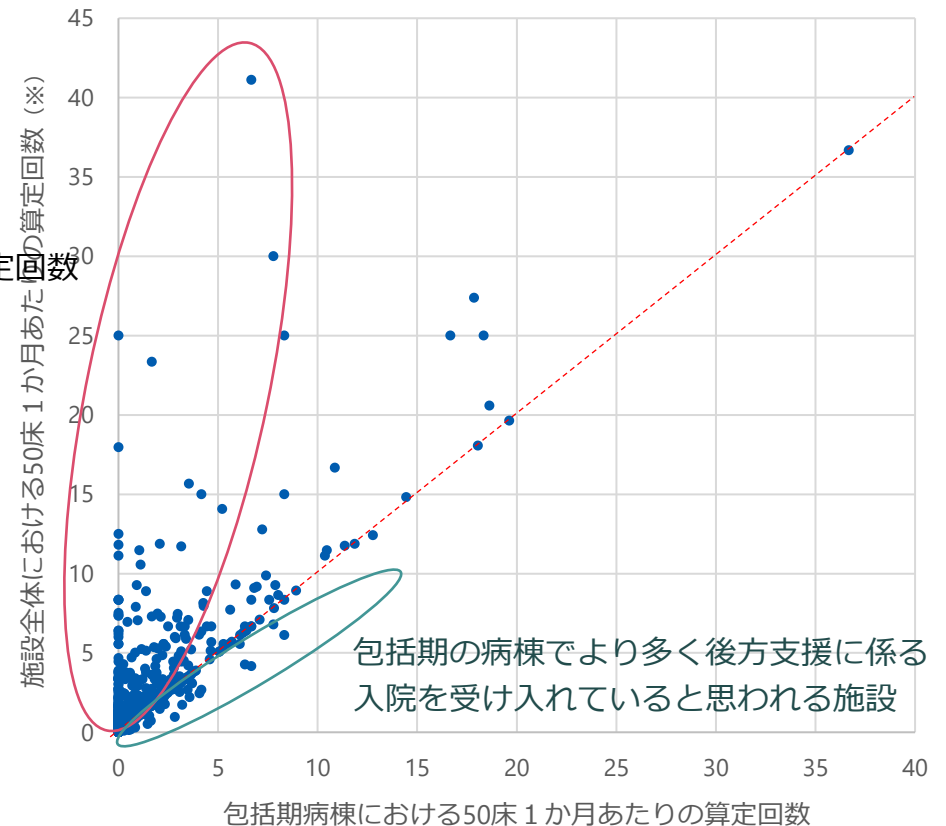
- 協力対象施設入所者入院加算等は一般病棟入院基本料を算定する病棟でも算定可能である。病院全体での50床1か月当たりの件数は、包括期病棟のみの件数を上回る施設が多く、こうした施設では、急性期の病棟等でより多く算定されていると推測される。一部には、包括期の病棟ではこれらの加算を算定していないが、病院としては算定の実績がある施設も存在する。
- 一方、これらの加算を包括期の病棟でより多く算定している施設もある。

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おける病院全体での加算の算定状況

在宅患者緊急入院診療加算



協力対象施設入所者入院加算

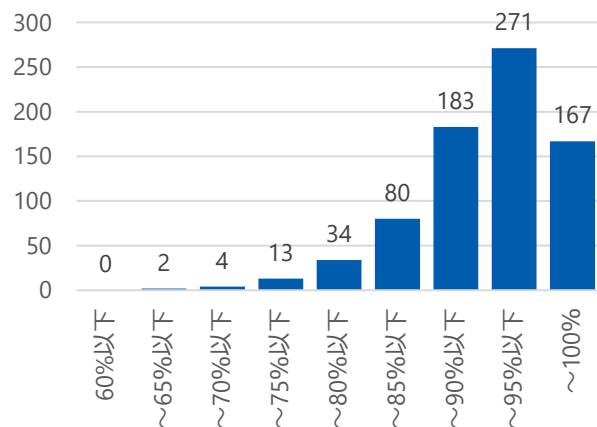


救急搬送の割合が多い地域包括ケア病棟におけるその他の指標

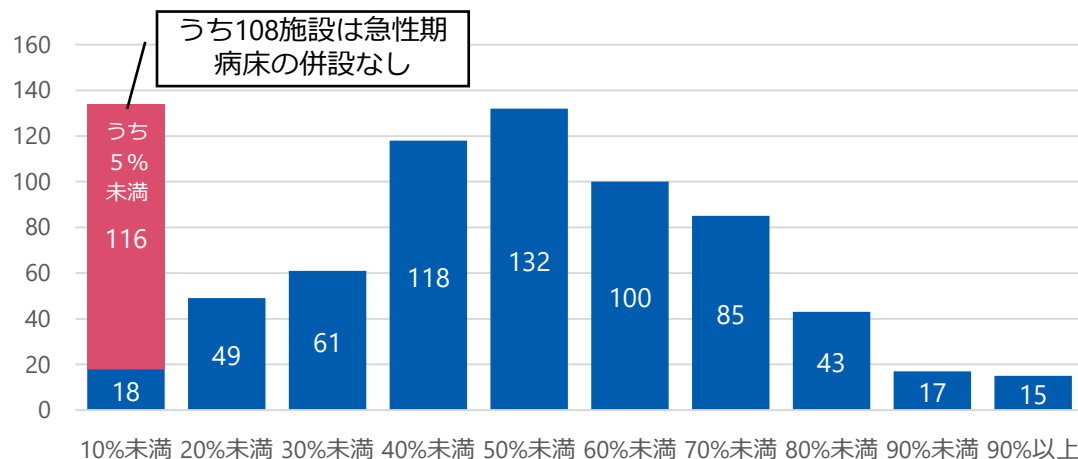
- 救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟では、在宅復帰率が80%を超える施設が多く、平均在院日数は16日以下の施設が最多であった。同一医療機関内から転棟した患者の割合は、10%未満と40%以上50%未満に施設数のピークがあり、10%未満の施設のほとんどが急性期病棟の併設のない医療機関であった。一方、重症度、医療・看護必要度の得点は全体的に低い傾向であった。

救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟における各指標の分布 (n=754)

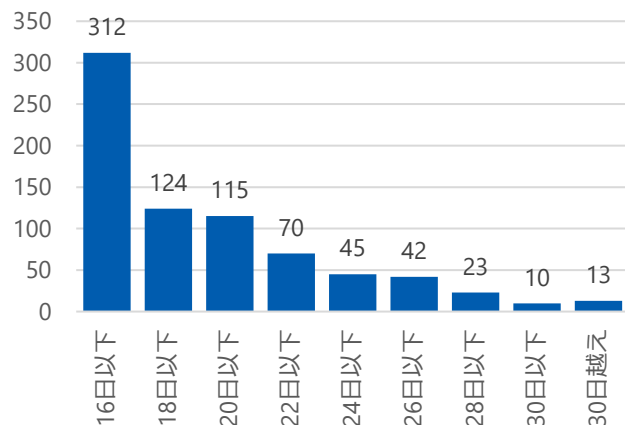
在宅復帰率の分布



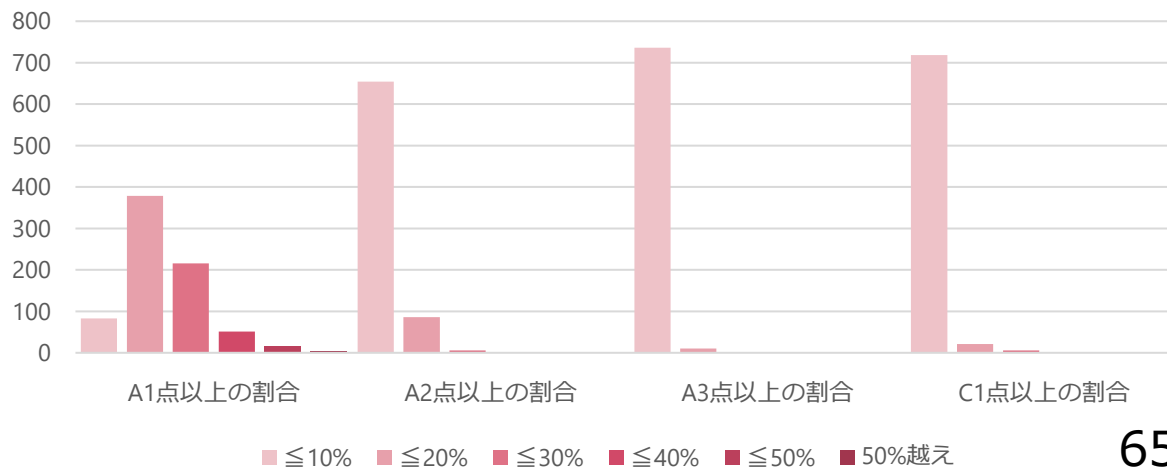
同一病院内から転棟した患者の割合の分布



平均在院日数の分布



重症度、医療・看護必要度を満たす割合ごとの施設数

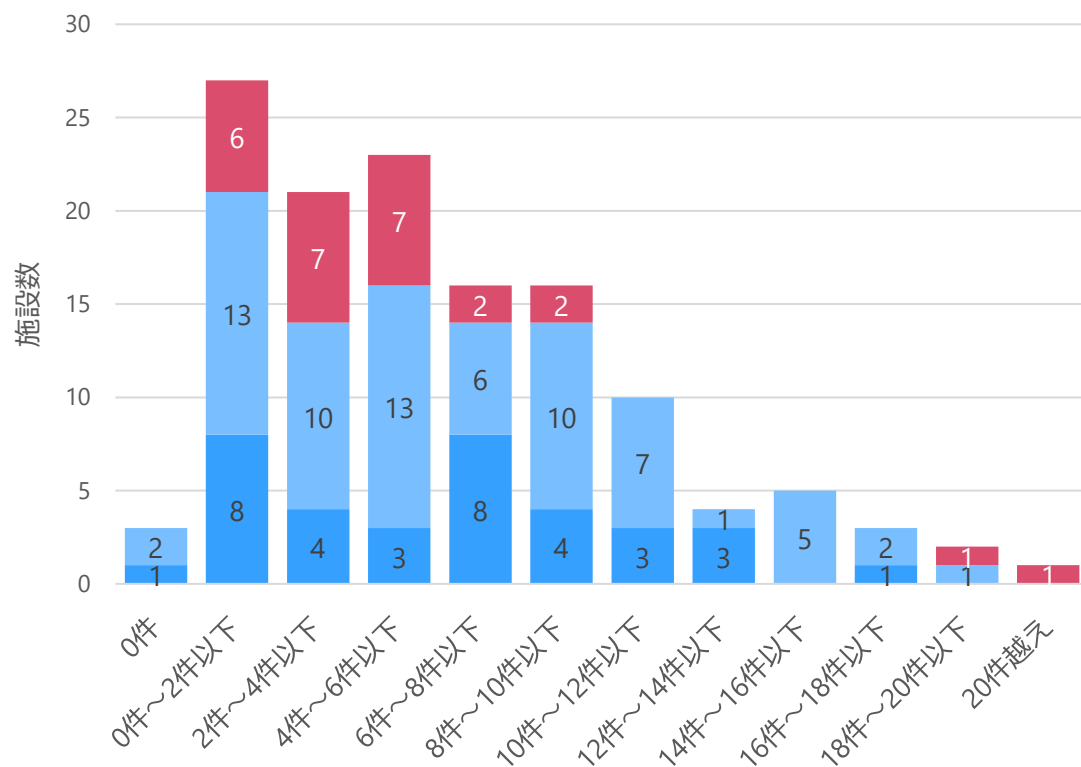


地域包括医療病棟における施設からの緊急入院の状況

- 地域包括医療病棟では、協力対象施設入所者入院加算の施設基準（※）を満たさなくても、施設からの緊急入院を多く受け入れている病棟があった。

施設からの緊急入院件数（50床 1 か月あたり）の分布

（地域包括医療病棟、n=131）



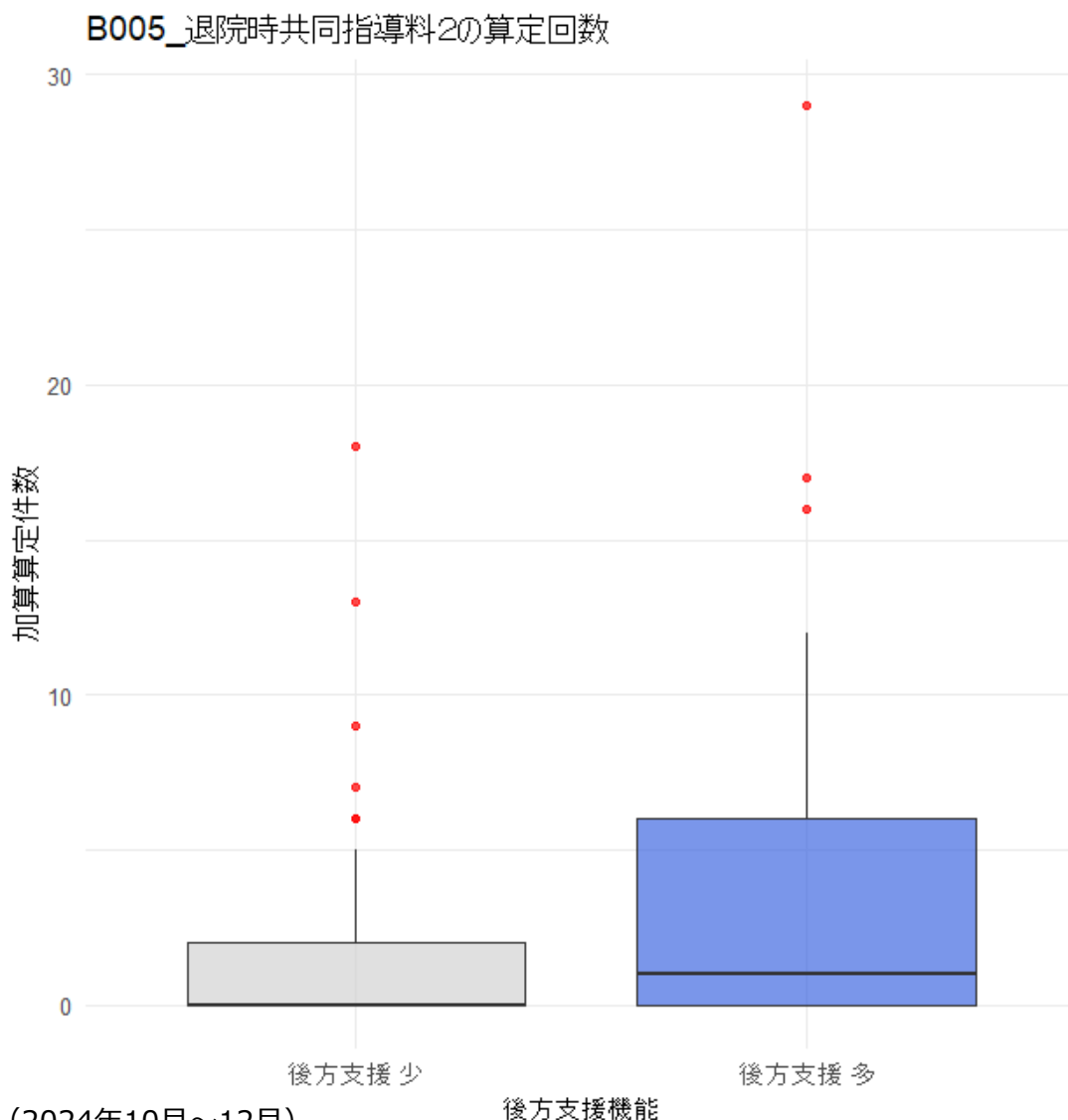
※A253協力対象施設入所者入院加算は、協力医療機関であるだけでなく、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかであることが算定要件となっているため、いずれにも該当しない地域包括医療病棟は、加算の届出ができない。

（参考）届出医療機関数	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟	うち双方有する
医療機関数	131	2633	74
在宅療養支援病院	61	1379	34
在宅療法後方支援病院	20	365	15
うちいずれも届出	2	21	1
いずれの届出もなし	52	910	26

※在支病、後方支援病院、地ケア病棟を有する、のいずれかの条件を満たす場合に「要件を満たす」として集計した。

地域包括医療病棟における在宅・施設の後方支援と退院支援

- 在宅患者緊急入院診療加算・協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合計が多い施設では、退院時共同指導料2の算定回数も多い傾向にあった。



※1 在宅患者緊急入院診療加算・協力対象施設入所者入院加算を3か月間に4回以上算定している施設を、後方支援を多く実施している施設として群分けした。
(地域包括医療病棟の約42%)

※2 地域包括ケア病棟では、B医学管理は
包括範囲のため、算定データはない。

後方支援と関連する診療報酬上のその他の要件

在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院
在支診と共通の基準 ① <u>24時間連絡を受ける体制の確保</u> ② <u>24時間の往診体制</u> ③ <u>24時間の訪問看護体制</u> ④ <u>緊急時の入院体制</u> ⑤ <u>連携する医療機関等への情報提供</u> ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>	○ 許可病床数200床以上 ○ <u>在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保</u> ○ <u>連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）</u> ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ <u>連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</u>
在支病の基準 （1）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと （2）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満	

地域包括医療病棟を有する200床未満の医療機関83施設のうち28%、
地域包括ケア病棟を有する200床未満の医療機関2041施設のうち32%が届出

地域包括医療病棟を有する200床以上の医療機関47施設のうち40%、
地域包括ケア病棟を有する200床以上の医療機関567施設のうち59%が届出

入退院支援加算 1

〔施設基準〕

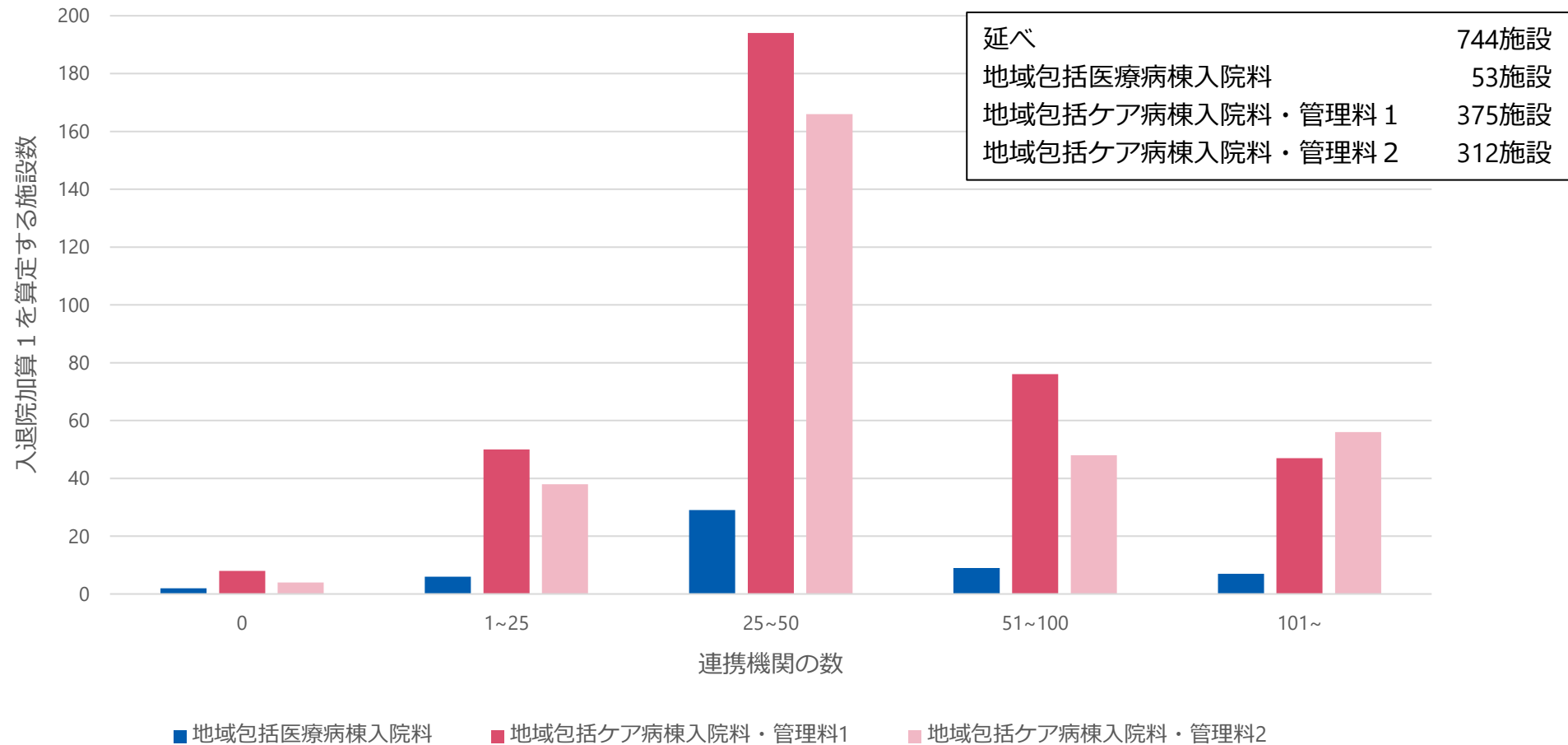
- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。
- また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。

地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟 1, 2 では届出が施設基準

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟入院料届出施設の連携機関数

- 地域包括医療病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料 1・2 を届け出ている施設のうち、入退院支援加算 1 を届け出ている施設における連携機関数は、25～50施設が最も多かった。

連携機関数ごとの届出入院料別医療機関数（入退院支援加算 1 を算定する施設のみ）

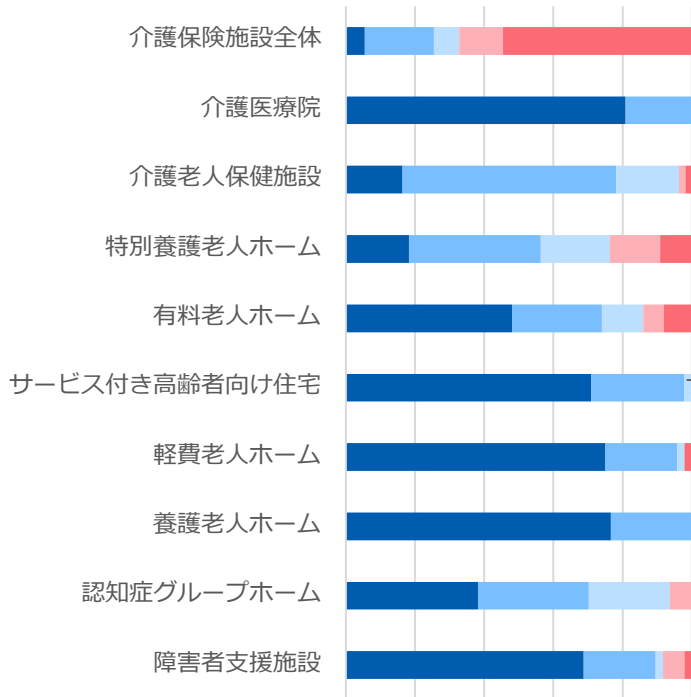


協力医療機関となっている介護保険施設の数と類型

- 地域包括医療病棟を届出施設の半数以上で、10以上の介護保険施設の協力医療機関を引き受けていた。
- 協力医療機関を引き受けている介護保険施設の類型としては特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、認知症グループホーム、介護老人保健施設が多く、届け出ている病棟の種類による差はみられなかった。
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約1割において7以上の障害者支援施設施設と連携していた。

協力医療機関となっている介護保険施設数
(地域包括医療病棟)

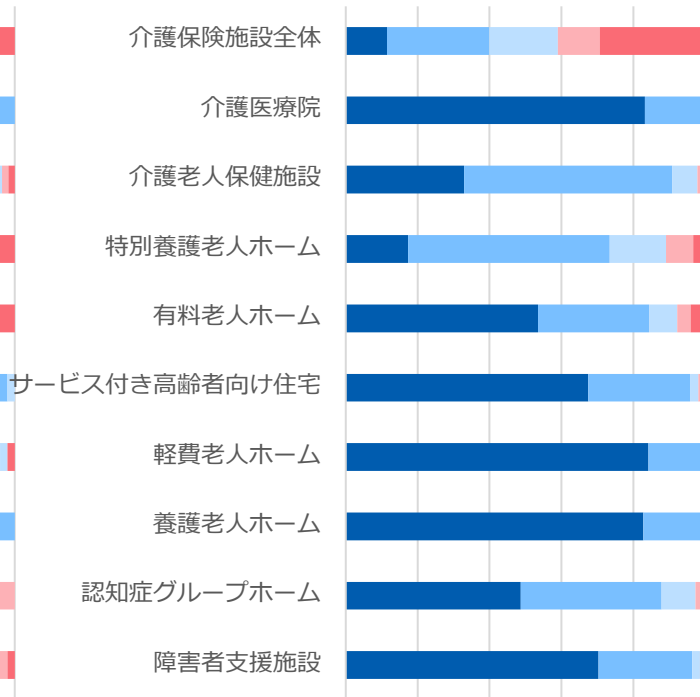
0% 20% 40% 60% 80% 100%



0 1~3 4~6 7~9 10以上

協力医療機関となっている介護保険施設数
(地域包括ケア病棟入院料・管理料1)

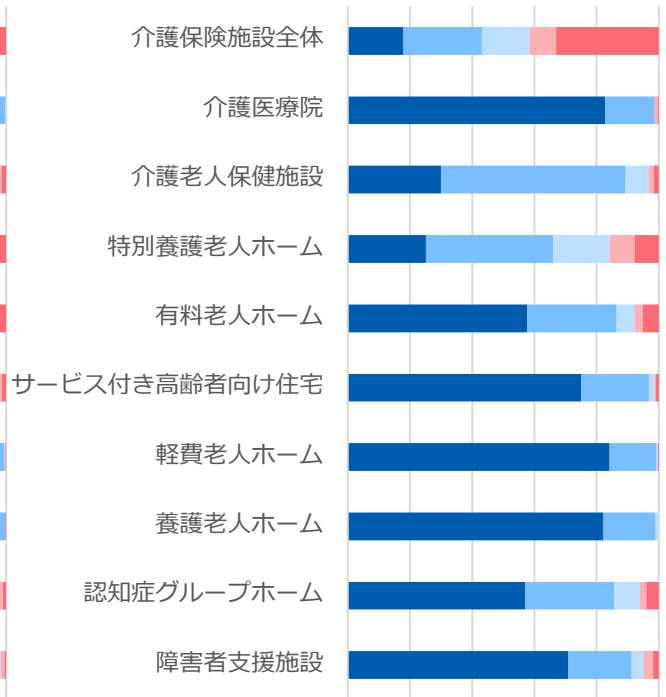
0% 20% 40% 60% 80% 100%



0 1~3 4~6 7~9 10以上

協力医療機関となっている介護保険施設数
(地域包括ケア病棟入院料・管理料2)

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



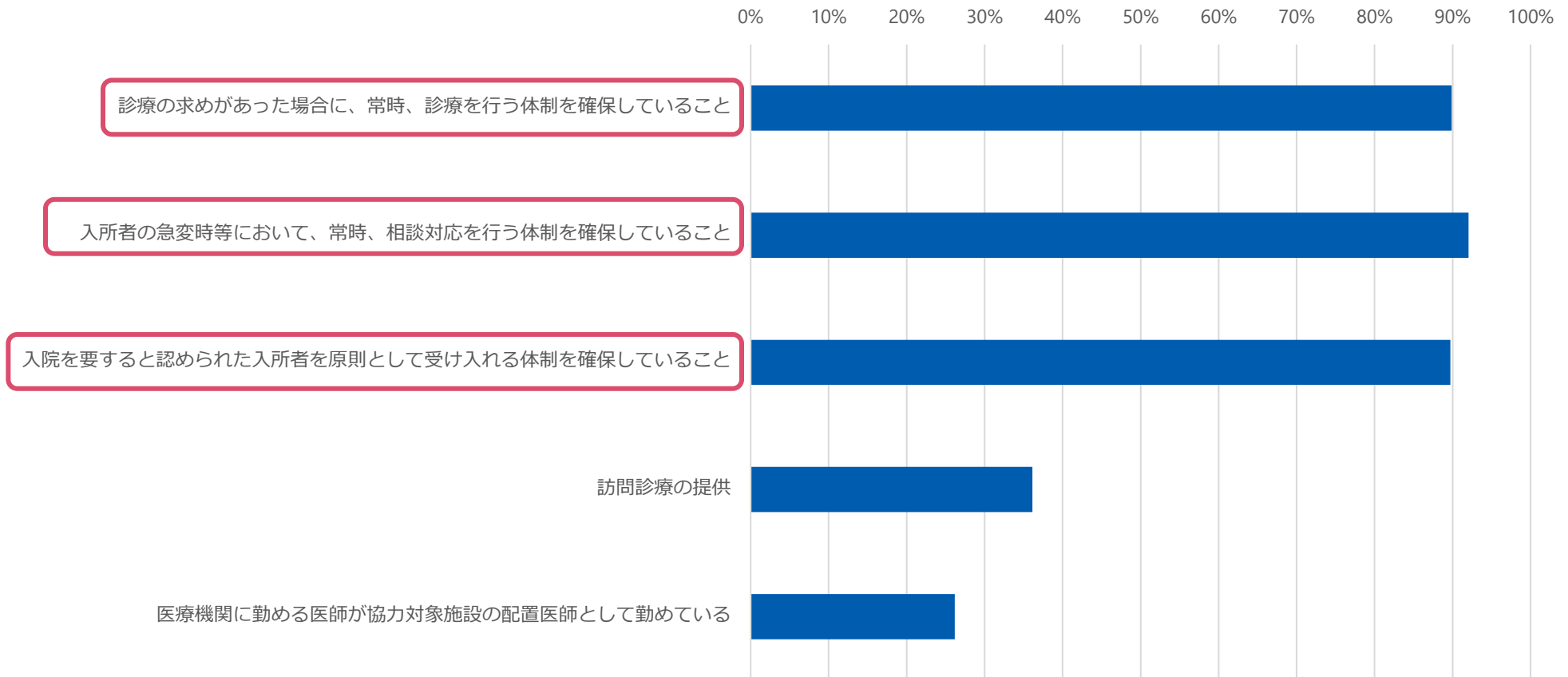
0 1~3 4~6 7~9 10以上

協力対象施設への医療提供内容

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力対象施設への医療提供内容として、診療の求めがあった場合の診療、入所者の急変時等の相談体制の確保、入院を要する入所者の原則受入体制確保を9割以上の医療機関が提供していた。
- 訪問診療の提供は1/3程度、配置医師としての勤務は1/4程度の医療機関が実施していた。

地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟において、1施設以上の協力医療機関である場合、

協力対象施設への医療提供内容(n=642)

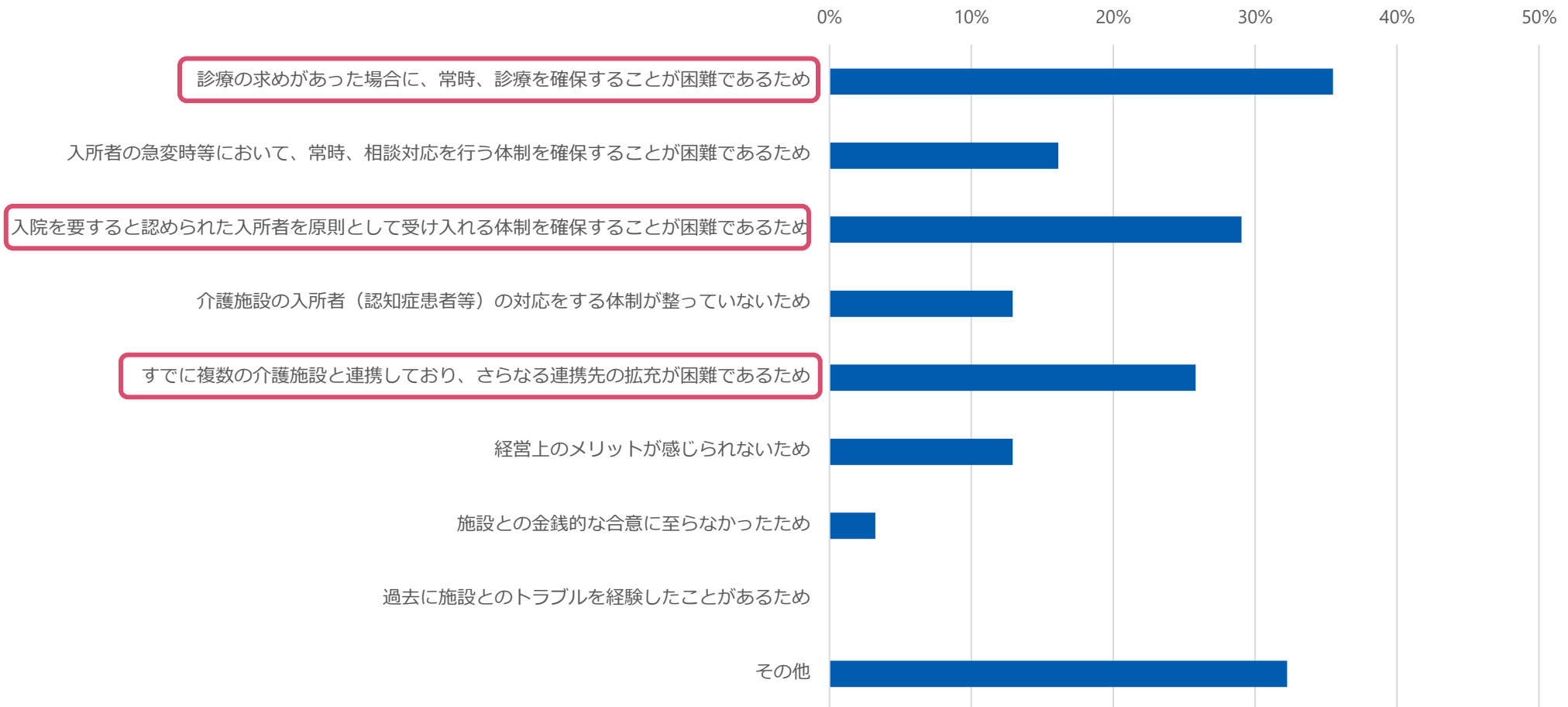


協力医療機関となることを断った理由

- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力医療機関となることを断った件数が1件以上ある場合の理由として、「診療の求めがあった場合の診療が困難」「入院必要時の受入困難」「既に複数の介護施設と連携しており、これ以上の拡充が困難」をあげた施設が多かった。

地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟において、協力医療機関となることを断った理由

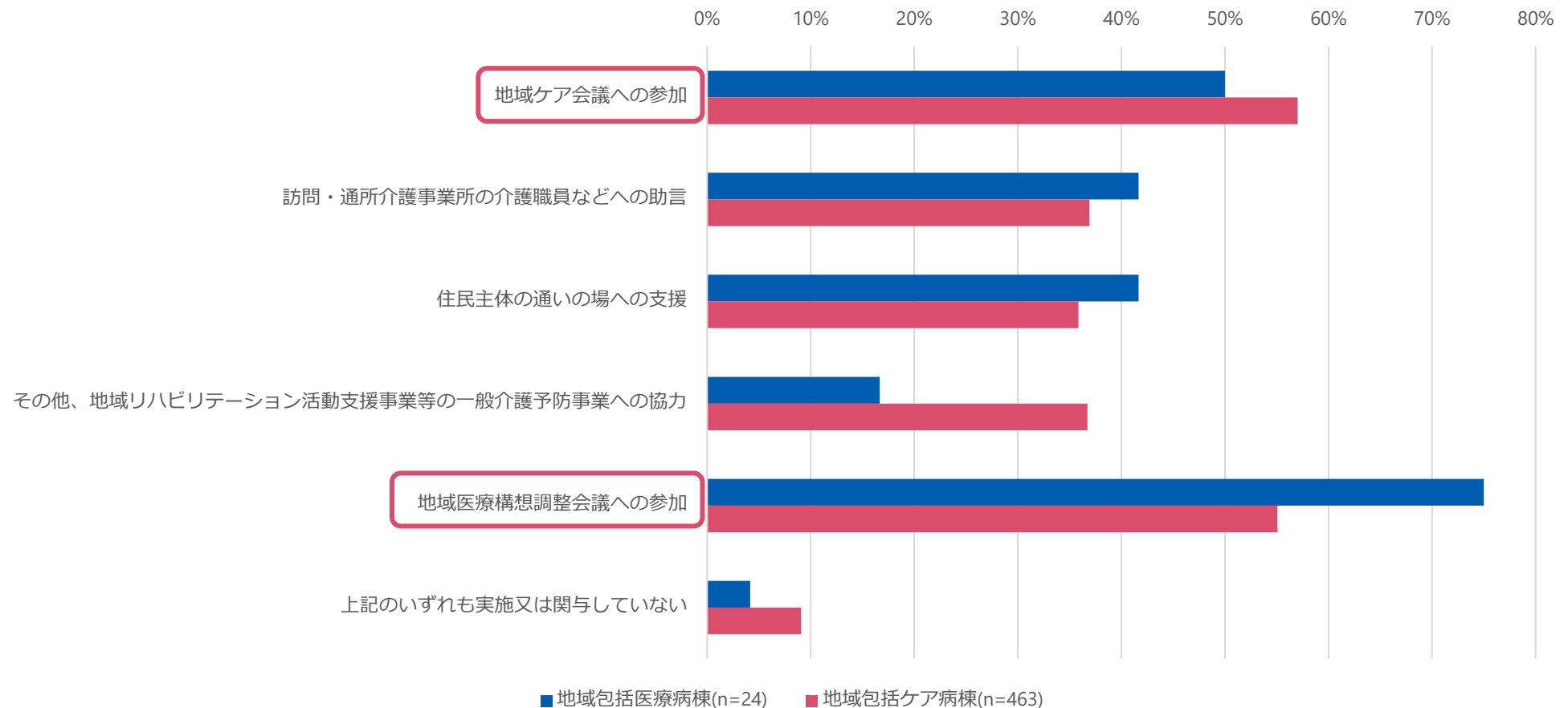
(n=31)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設における地域貢献活動

- 各病棟を届け出ている医療機関の半数以上が、地域貢献活動の取組として「地域ケア会議への参加」「地域医療構想調整会議への参加」を実施していた。地域包括医療病棟を有する医療機関では、特に地域医療構想調整会議へ参加している割合が多かった。
- 取組の実施状況は似た傾向であったが、地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関のほうが「一般介護予防事業への協力」を実施している割合が多かった。

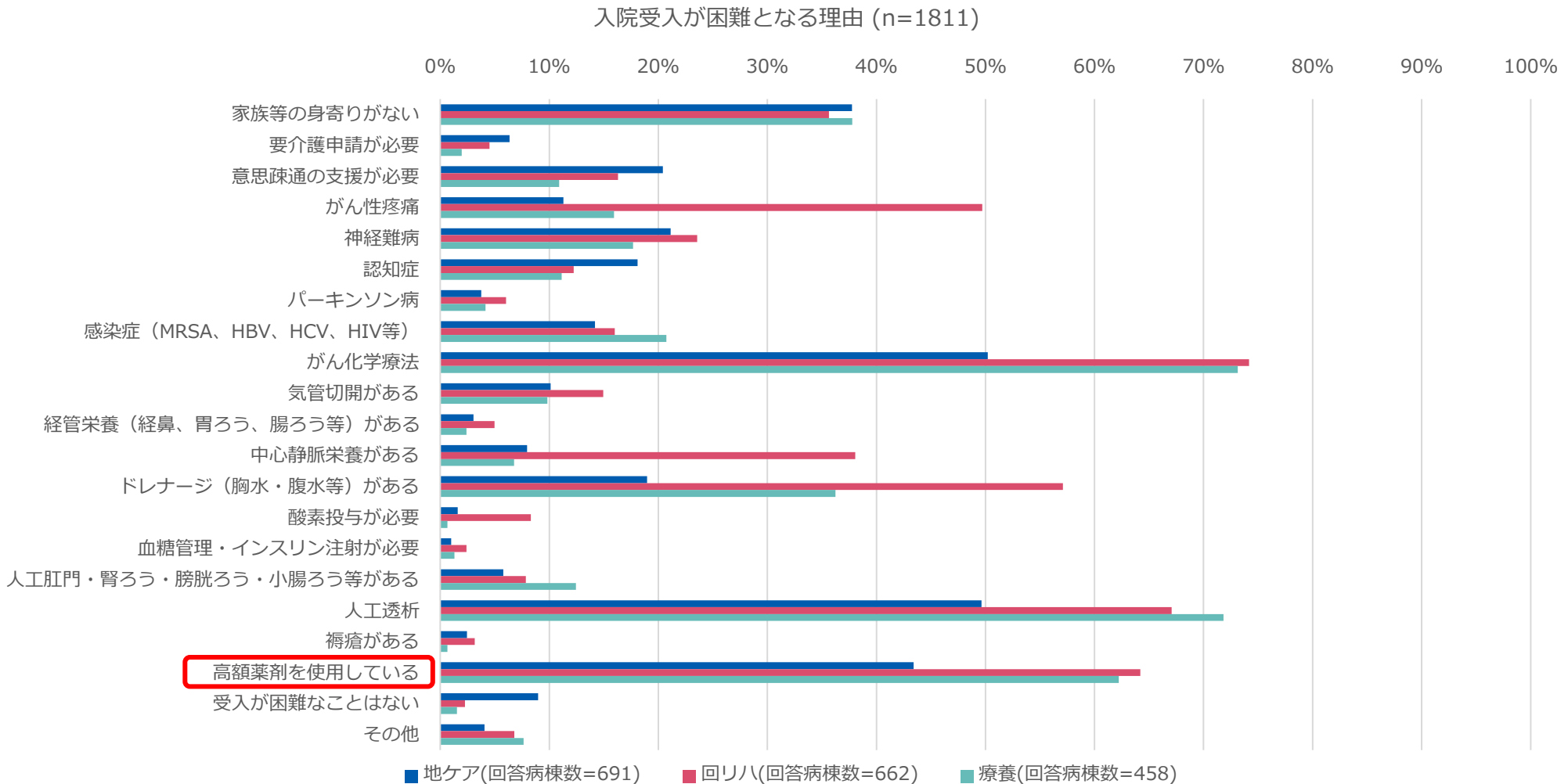
施設として実施している又は関与している取組について



入院受入が困難となる理由

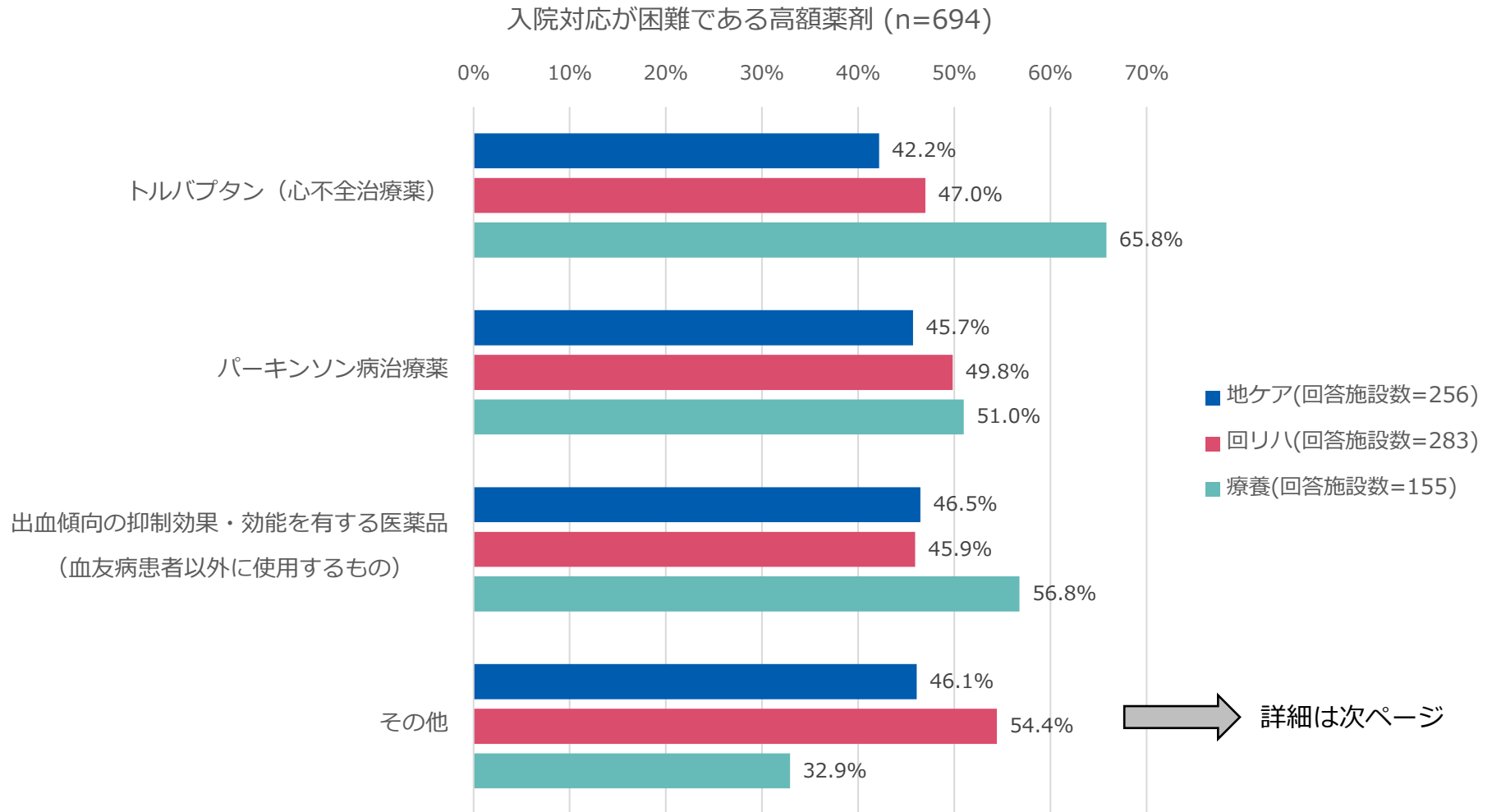
診調組 入-1
7. 8. 28 改

- 入院受入が困難な理由として、いずれの病棟でも共通して高い割合で回答された項目は「家族等の身寄りがない」「がん化学療法」「人工透析」**「高額薬剤を使用している」**であり、「身寄りがない」以外の項目は、特に回復期リハビリテーション病棟と療養病棟で高かった。
- 回復期リハビリテーション病棟では、「がん性疼痛」「ドレナージがある」を回答した割合も高かった。



受入困難事例になりうる高額薬剤の内容①

- 入院受入が困難な理由として「高額薬剤を使用している」と回答した施設に対し、特に困難である薬剤を調査したところ、4割を超える施設がトルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品が該当すると回答した。



受入困難事例になりうる高額薬剤の内容②

- 自由記載においては、骨粗鬆症治療薬や、生物学的製剤を含む分子標的治療薬を挙げる施設が多かった。
- 4分の1を超える回復期リハビリテーション病棟を有する病院で抗がん剤が回答された。他に、医療用麻薬、間質性肺炎治療薬、腎性貧血の治療薬は回復期リハビリテーション病棟で特有に回答されていた。
- 療養病棟ではこれらの薬剤を回答した施設は少なかったが、「高額な薬剤」という形で薬価に言及した施設が多かった他、他の病棟と比較し、薬価が低い薬剤についても回答される傾向にあった。

カテゴリ	回リハ (n=256)	地ケア (n=283)	療養 (n=155)	具体的な回答内容や薬剤名の例
抗悪性腫瘍剤	27.3%	－	－	抗がん剤、抗悪性腫瘍剤、分子標的治療薬
骨粗鬆症治療薬（注射含む）	14.8%	9.2%	2.6%	骨粗鬆症薬（イベニティ、プラリア）など
リウマチ治療薬（生物学的製剤含む）	10.5%	6.4%	1.3%	抗リウマチ薬、DMARDs、JAK阻害薬、生物学的製剤（オレンシア、アクテムラ、レミケードなど）
免疫抑制剤	7.0%	3.5%	0%	免疫抑制剤、自己免疫疾患薬、免疫疾患治療薬など
生物学的製剤	5.1%	2.5%	0%	生物学的製剤、バイオ製剤など（リウマチ薬と重複あり）
ホルモン剤／前立腺がん治療薬	3.5%	2.1%	1.3%	ホルモン剤、リュープリン、ゾラデックス、アロマターゼ阻害剤など
麻薬（点滴含む）	2.0%	－	－	医療用麻薬、麻薬点滴など
間質性肺炎治療薬	2.0%	0%	0%	抗線維化薬（オフエブなど）、エンドセリン受容体拮抗薬（オブスミットなど）
造血剤／腎性貧血治療薬	1.6%	－	－	赤血球造血刺激因子製剤（ミルセラ、ネスプなど）
てんかん治療薬	0%	0%	1.9%	ビムパット、レベチラセタム、点滴の抗てんかん薬など
認知症治療薬	0%	0%	1.3%	認知症治療薬（アリセプトなど）
高額薬剤／薬価に言及した記述	4.3%	2.5%	7.1%	・月3万以上、1日2千円以上、薬価が500円/1000円以上不可 ・薬価が高額なもの全般　・極端に薬価が高い場合は受入不可 ・その都度、薬価や用法・用量、汎用性により判断している
その他（抗生剤、吸入薬、褥瘡治療薬など）	2.3%	2.1%	3.9%	抗菌薬、喘息吸入薬、フィブラストスプレー、抗凝固薬、アルブミン製剤、向精神薬など

各病棟における入院料に包括されない除外薬剤

- 回復期リハビリテーション病棟では、地域包括ケア病棟等と異なり、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、腎性貧血に使用する薬剤等は除外薬剤に指定されていない。
- 受入困難な事由になりうる高額薬剤として回答の多かった生物学的製剤を含む分子標的治療薬等は、いずれの入院料においても除外薬剤にはなっていない。

薬剤カテゴリ (別表)	地域包括医療病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 短期滞在手術等基本料 (別表第5の1の3)	回復期リハビリテーション病棟入院料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 (別表第5の1の2)	療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料の 注6、注13、注14 有床診療所療養病床入院基本料 (別表第5及び第5の1の2)
抗悪性腫瘍剤 (悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
疼痛コントロールのための医療用麻薬	○	(包括)	○
エリスロポエチン、ダルベポエチン、 エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害薬 (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
インターフェロン製剤 (B型肝炎またはC型肝炎に効能効果を有するもの)	○	○	○
抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するもの)	○	○	○
血友病の患者に使用する医薬品 (血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。)	○	○	○

○：除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5から第5の1の3に記載されているもの

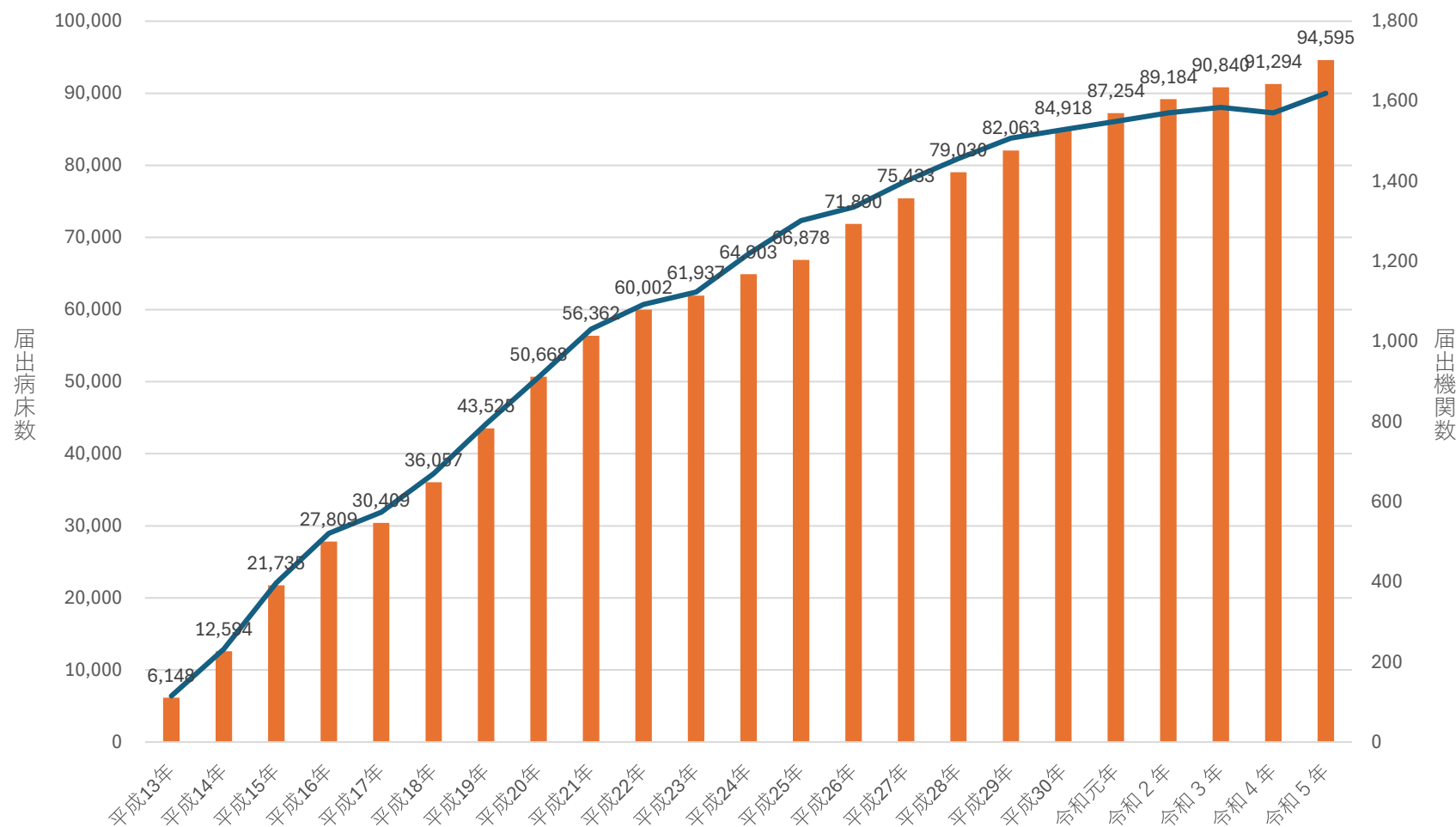
0. 調査概要

1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個別的事項について

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出機関数・病床数の推移

診療組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

- 令和5年時点で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は約9.5万床、届出機関数は1,620施設であった。
- 届出病床数は直近10年で約1.4倍に増加、届出機関数は直近5年ほどはほぼ横ばいになっている。



出典：主な施設基準等の届出状況等

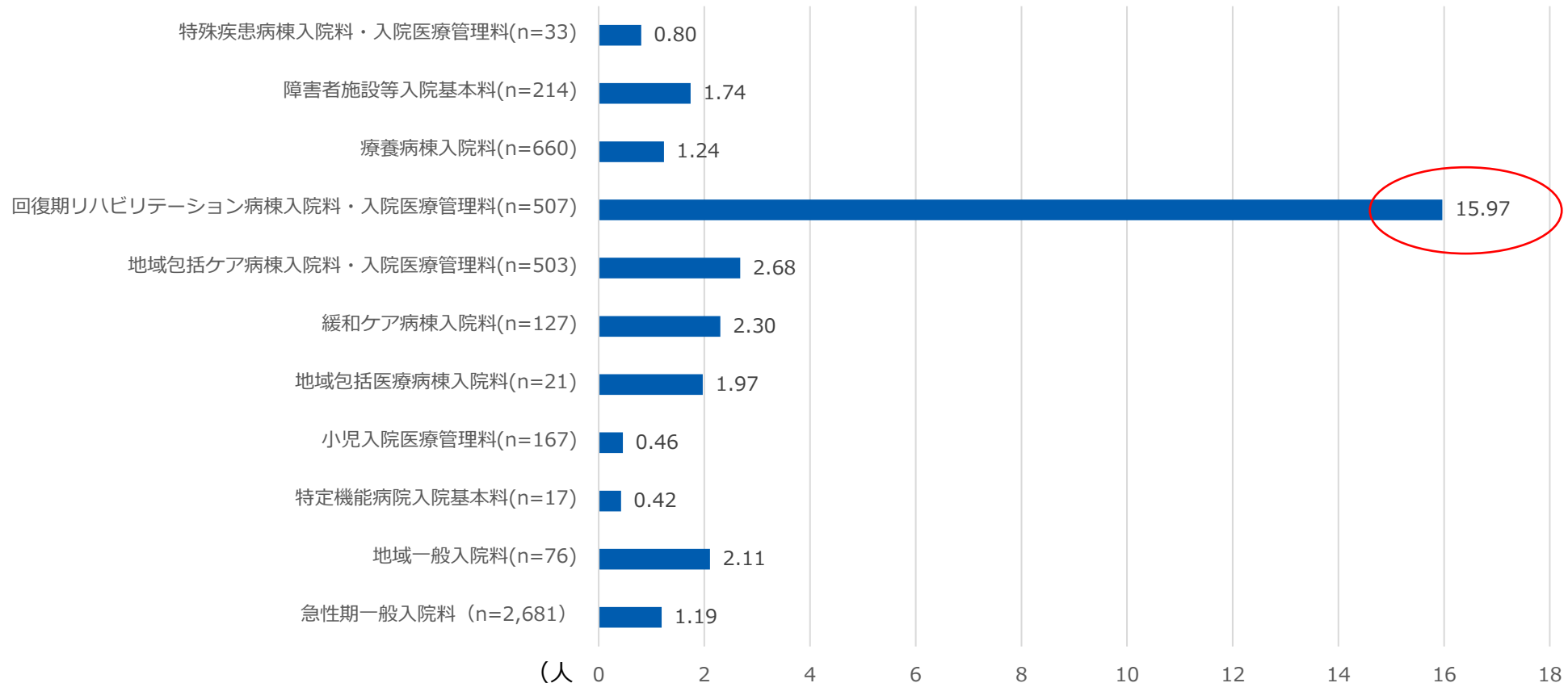
届出病床数 届出機関数

入院料ごとの40床あたり療法士数（常勤換算）

診調組 入-1
7 . 6 . 1 3

- 入院料ごとの40床あたりの療法士数について、回復期リハビリテーション病棟入院料が特に多かった。

入院料ごとの40床あたり療法士数 ※



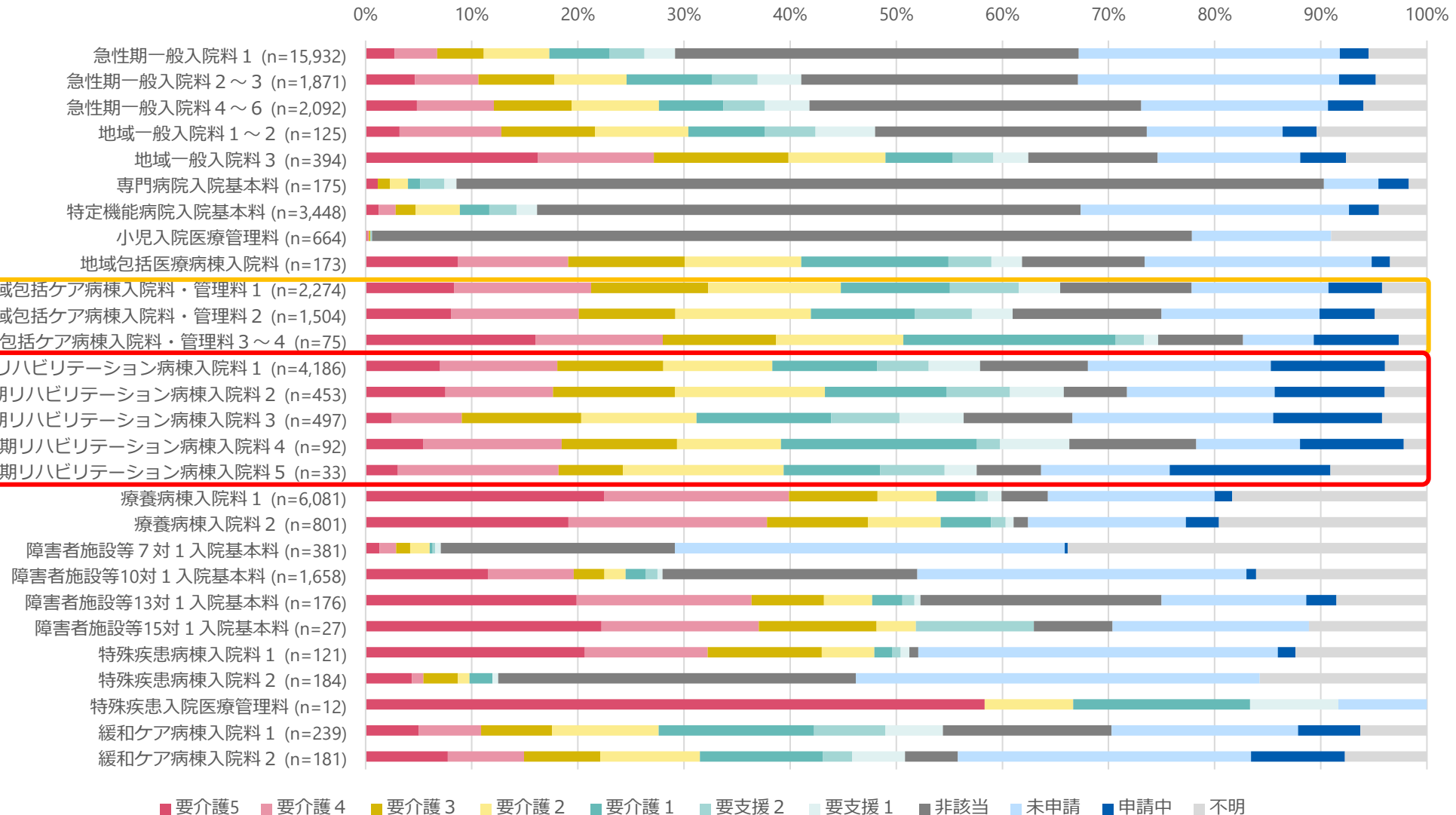
※病棟に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職員数（常勤換算）を40床あたりの人数に換算。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A～D票））

入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1
7. 5. 22 改

- 回復期リハビリテーション病棟入院料では、地域包括ケア病棟と比較して要介護認定者の割合に大きな差は無い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料3では、要介護4、5の割合が低かった。

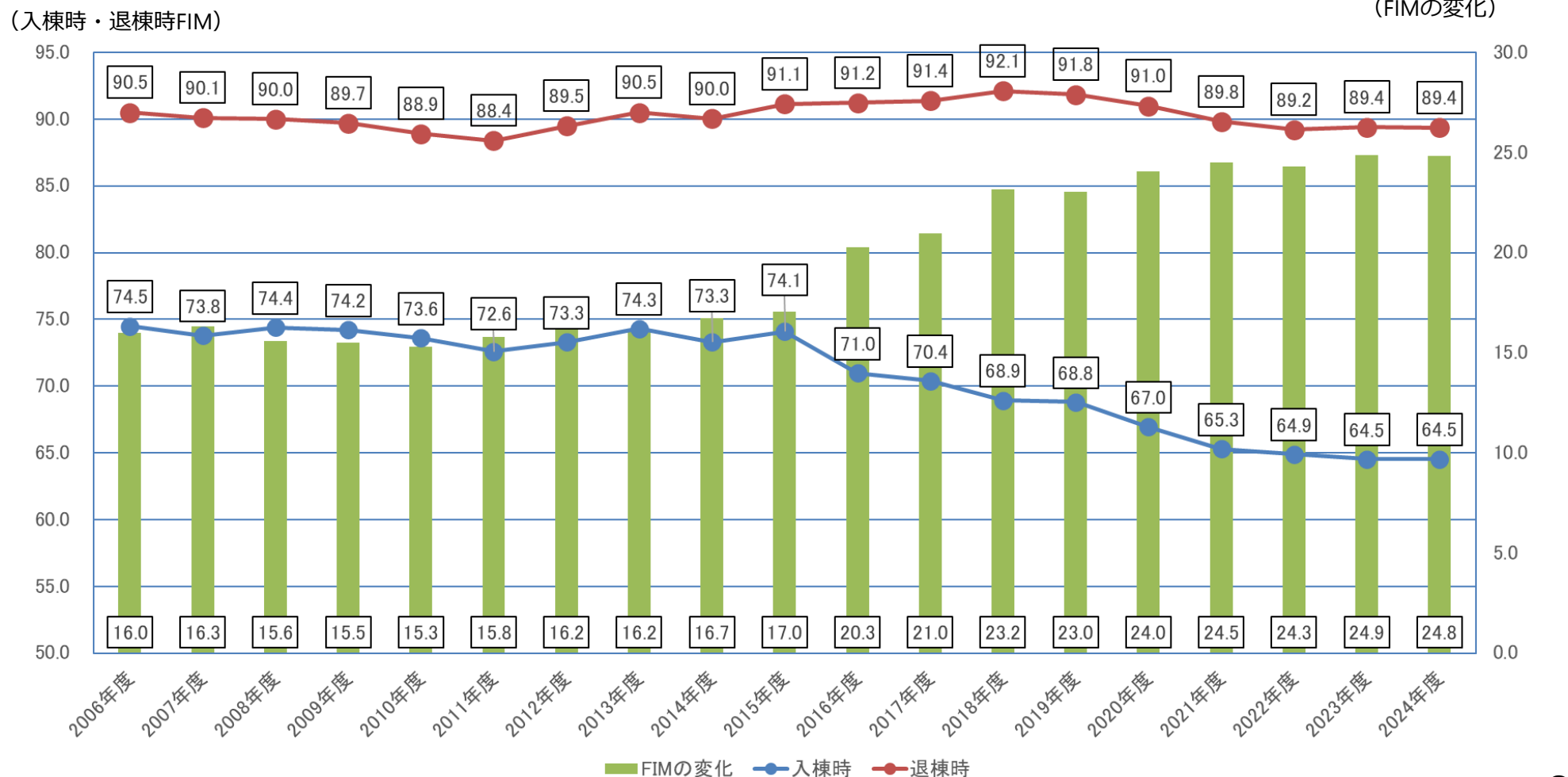


回復期リハビリテーション病棟における入棟時・退棟時FIMの年次推移

中医協 総 - 3
7 . 7 . 2 3

- 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



5. 新たな地域医療構想（抄）

（3）医療機関機能・病床機能

③ 病床機能

- 機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体として医療需要を捉えて病床の機能分化・連携を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当である。
- 一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、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、これまでの【回復期】に代えて、「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テーション等を行い、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」及び**これまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（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）として位置づけ**、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。また、病床機能報告が医療機関から適切に行われるよう、報告方法等について分かりやすく周知することが重要である。

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について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

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

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（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

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。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

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認知項目の得点が24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
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

リハビリテーション実績指数の除外基準の該当患者割合

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- リハビリテーション実績指数の算出から除外できる基準のうち、「年齢が80歳以上のもの」の該当割合が高い施設が多く見られる。
- いずれかの除外項目が該当する患者の割合が70%を超える施設は、全体の約86%であった。

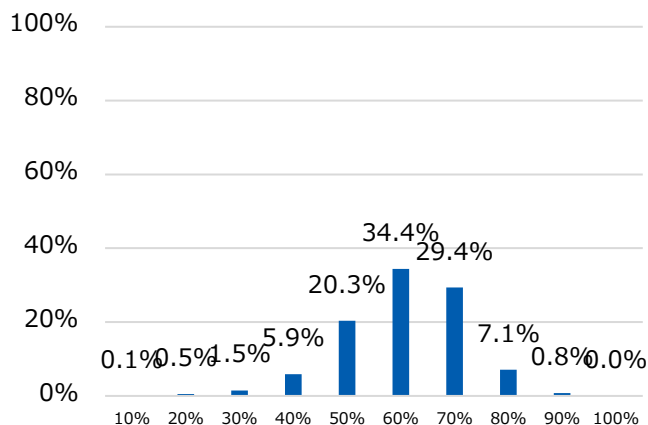
【データ期間】

令和4年4月- 令和6年5月の回復期
リハビリテーション病棟料を算定し
ている施設（n = 1,535 施設）に
て集計。

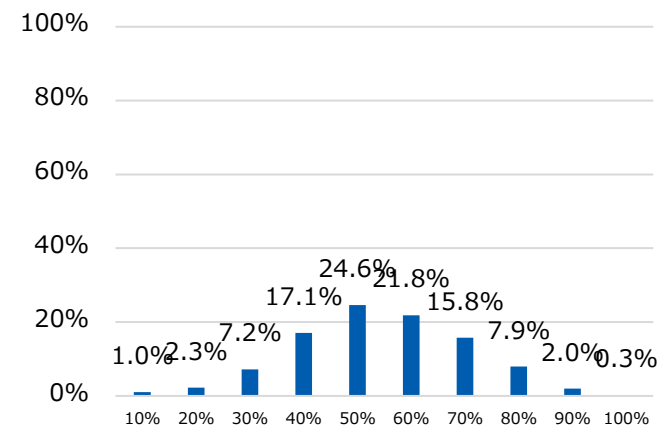
【集計方法】

回復期入棟時情報を元に、各病院に
おけるそれぞれの項目が占める割合
を施設単位で算出し、10%単位で
ヒストグラムを作成。

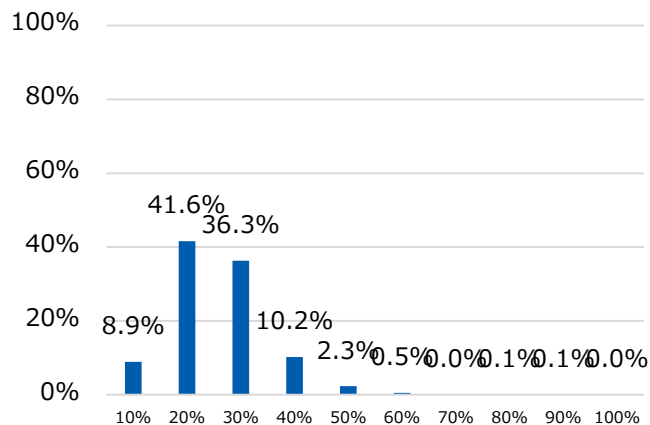
入棟時年齢80歳以降が占める割合



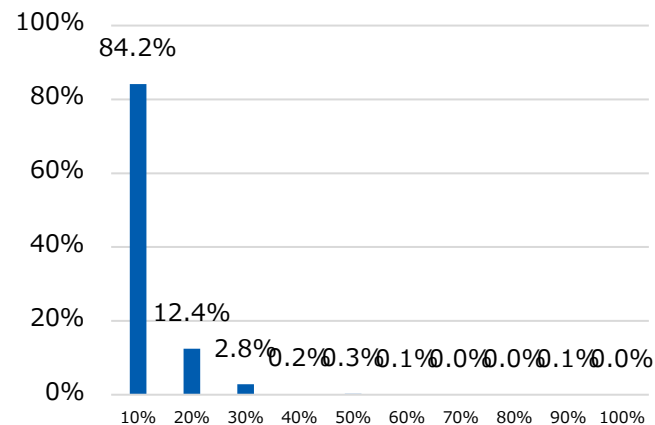
入棟時FIM認知項目24点以下が占める割合



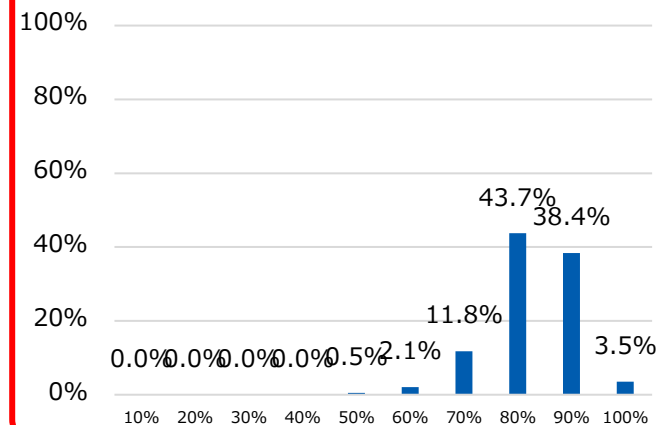
入棟時FIM運動項目 20点 以下が占める割合



入棟時FIM運動項目76点以上が占める割合



いずれかの除外項目が占める割合

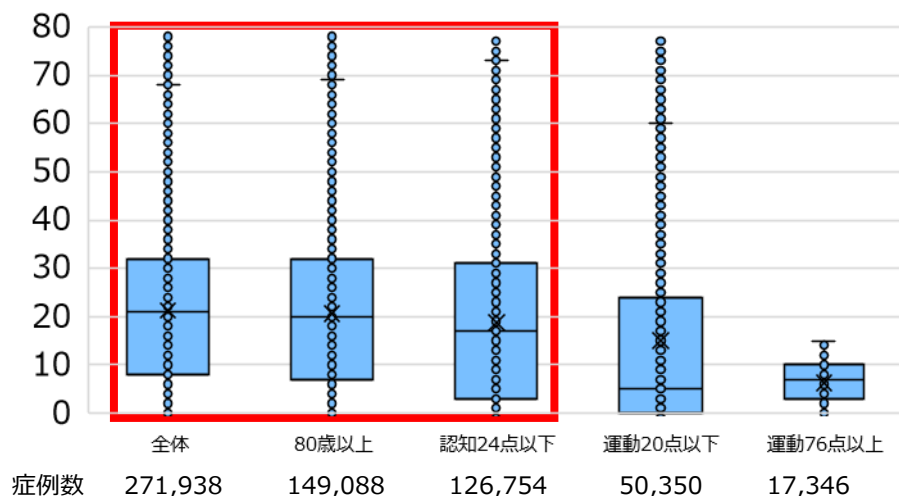


リハビリテーション実績指数の除外基準ごとの該当患者のFIM利得

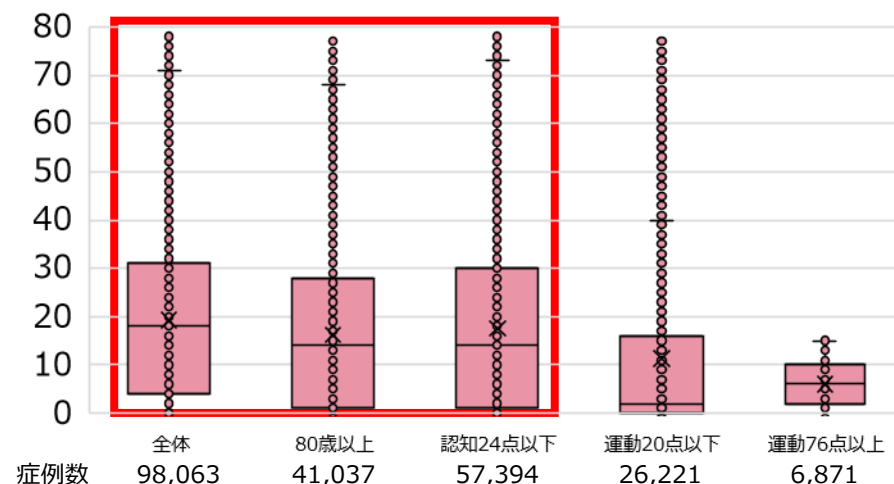
診療組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- リハビリテーション実績指数の算出から除外できる基準のうち、「年齢が80歳以上のもの」、「FIM認知項目の得点が24点以下のもの」に該当する患者のFIM利得は、患者全体と比較して、大きな差は見られなかった。

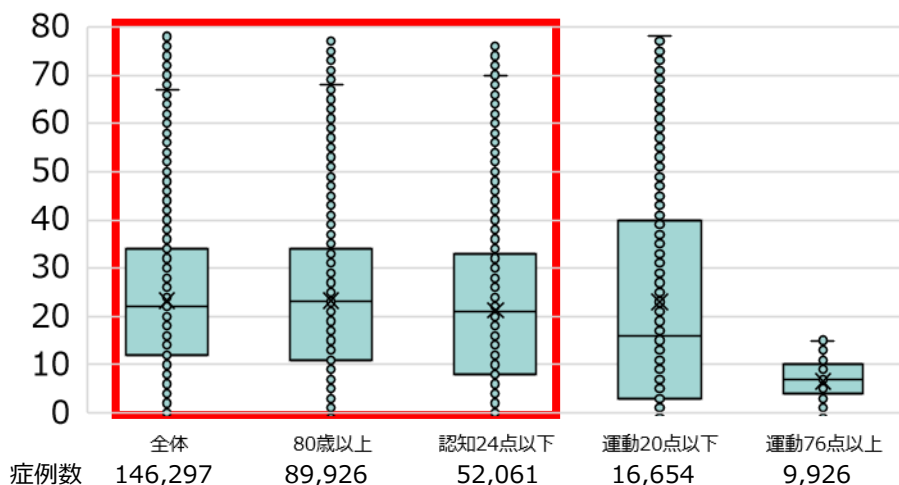
全疾患（脳血管+運動器+廃用）



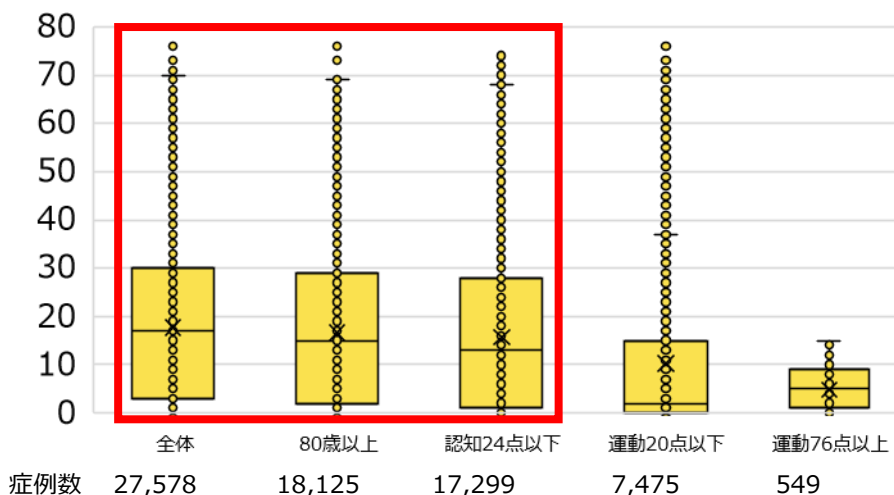
脳血管疾患等リハビリテーション料



運動器リハビリテーション料



廃用症候群リハビリテーション料

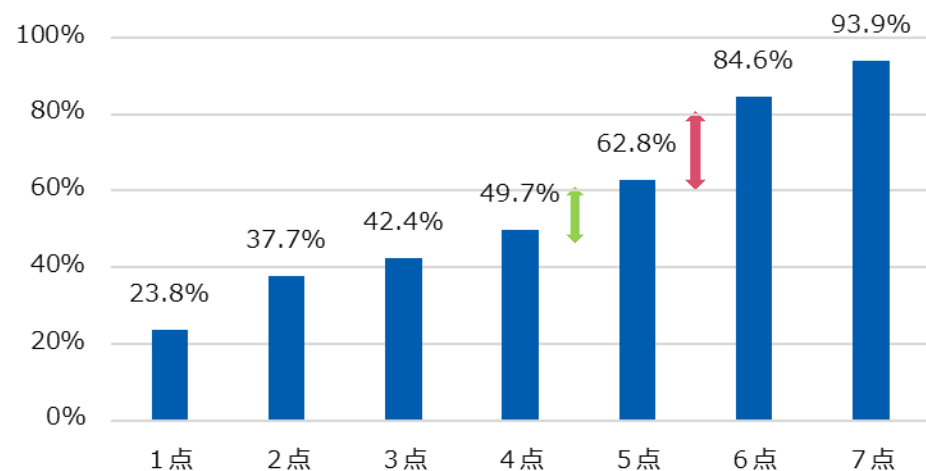


回復期リハビリテーション病棟退棟時のFIM下位項目得点と自宅復帰

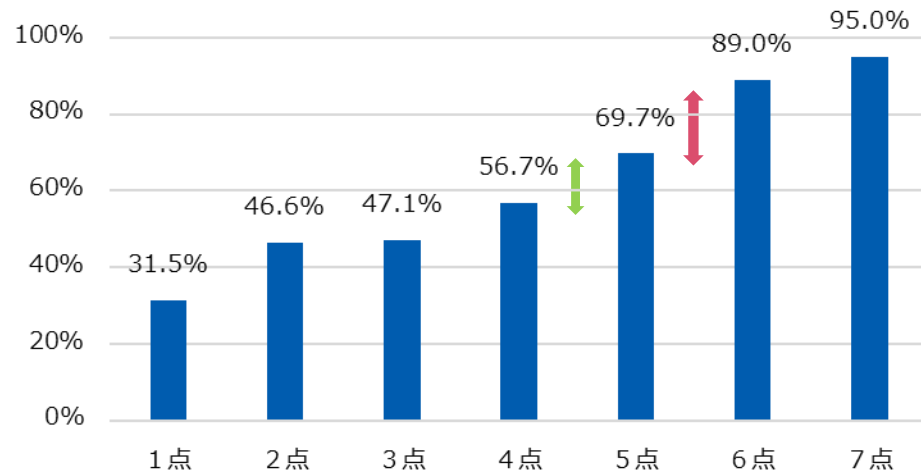
診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

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

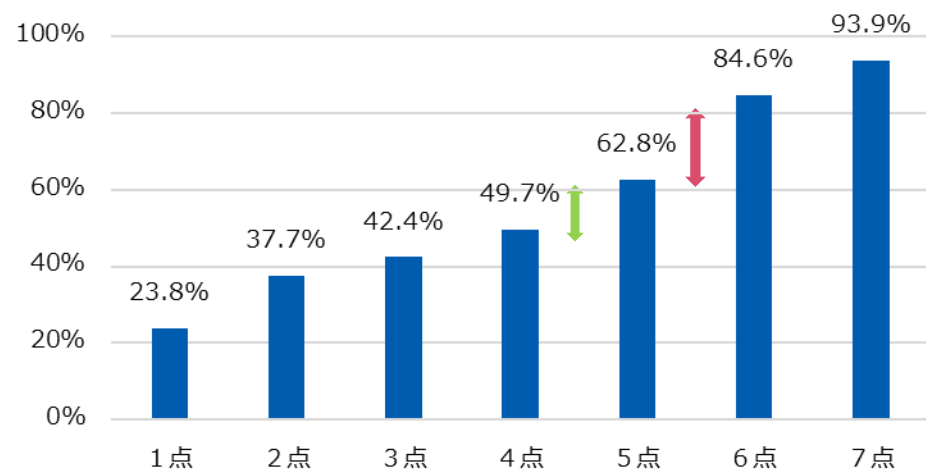
セルフケア（トイレ動作）全症例：n = 807,295



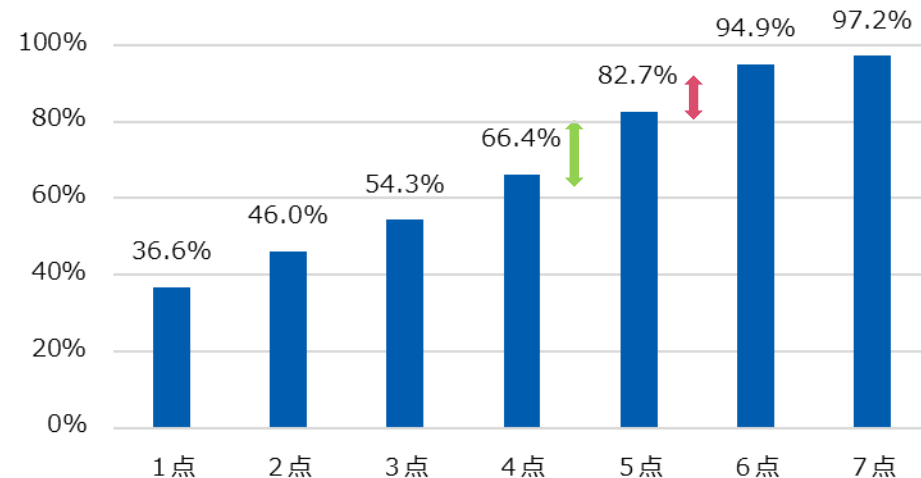
移動（歩行・車椅子）n = 807,295



セルフケア（トイレ動作）自宅から入院：n = 257,769



移動（歩行・車椅子）自宅から入院：n = 257,769

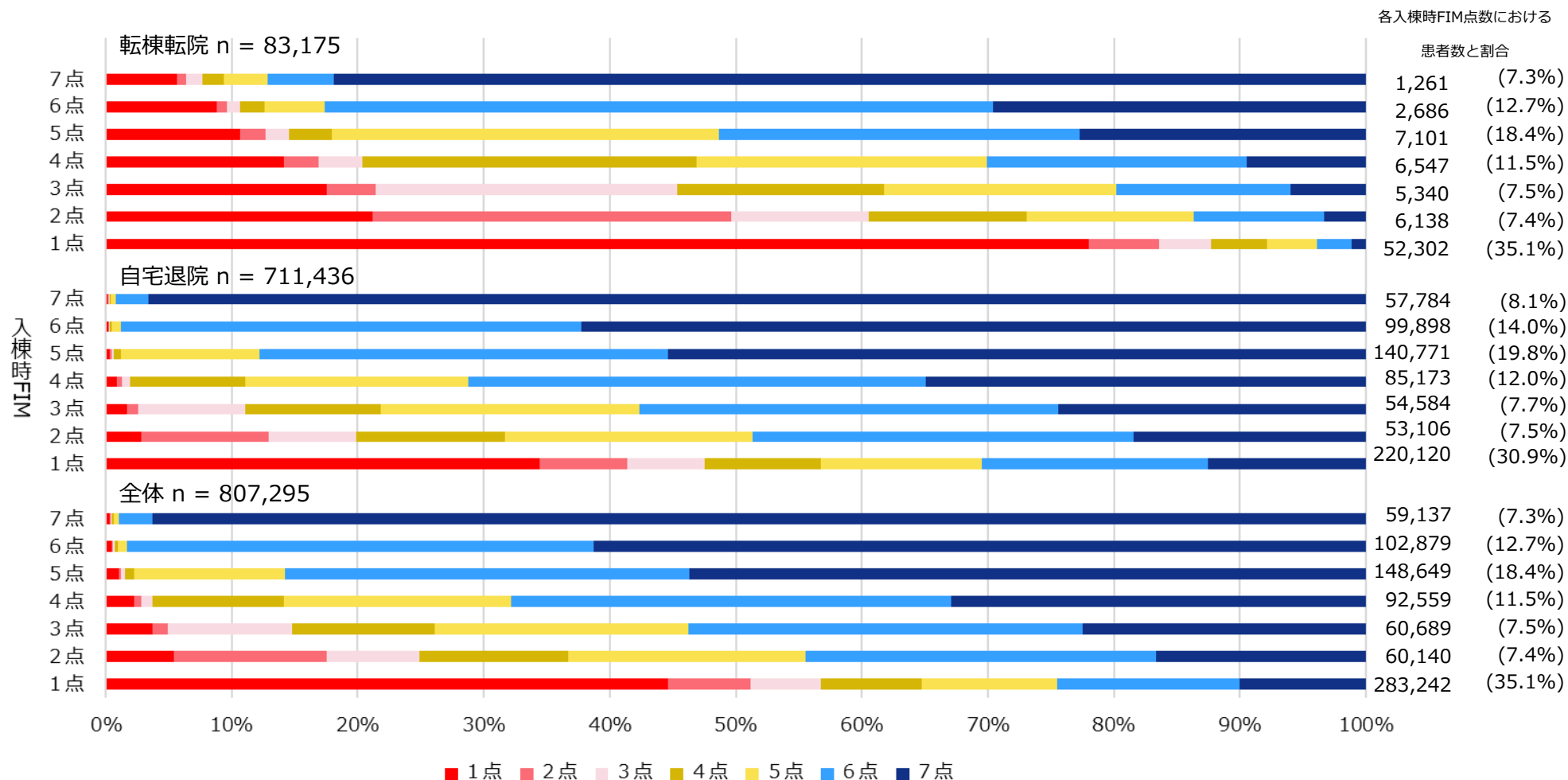


退院先ごとの入退棟時のFIM下位項目得点の比較（トイレ動作）

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 退院先ごとの入退棟時のFIM下位項目「トイレ動作」得点は以下の通り。
- 入棟時に5点以下の患者についても、退院先が自宅である患者は、転棟・転院した患者に比べ、退院時に6点以上へ改善した割合が高かった。

入棟時と退棟時のFIMの変化：セルフケア（トイレ動作）



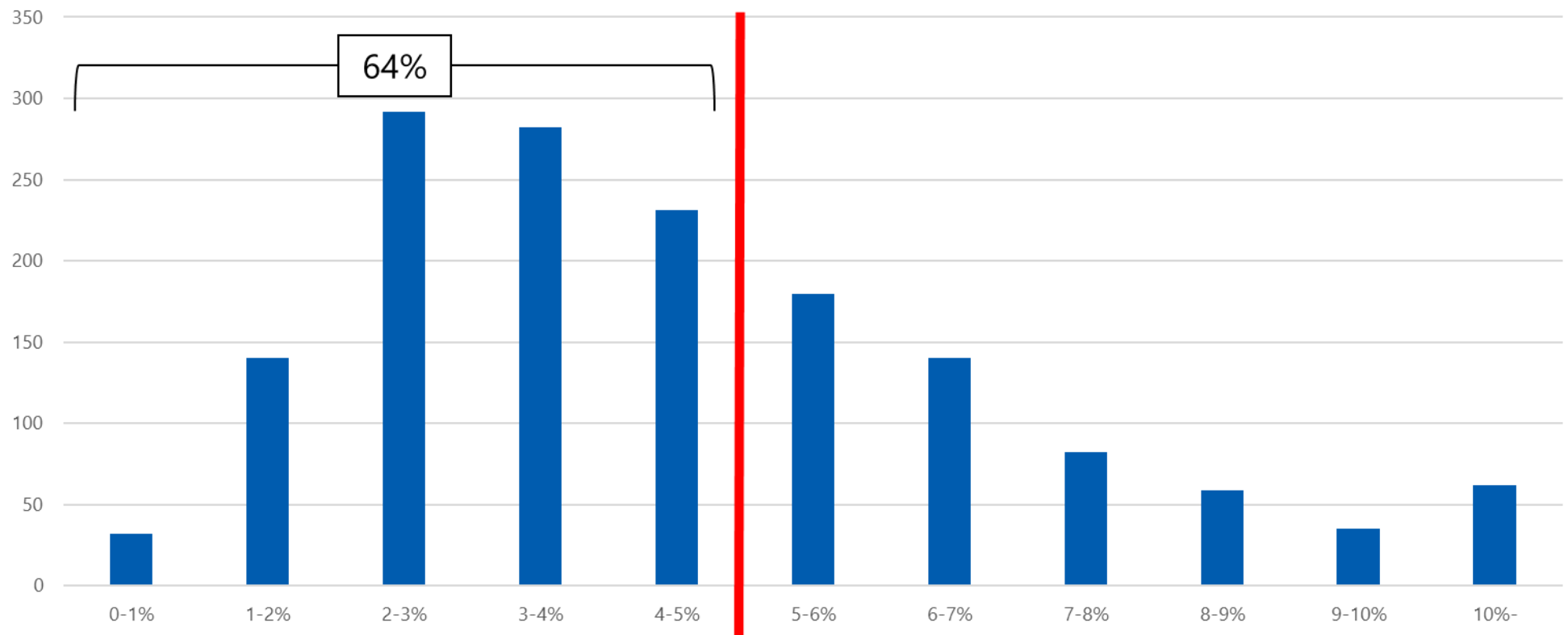
施設ごとのFIM得点が低下した患者の割合

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 回復期リハビリテーション病棟等の入院患者のうち、入棟時に比べ、退棟時のFIM得点が低下した患者が5%未満の施設は約64%であった。

回復期リハビリテーション病棟におけるFIM得点が低下した患者の割合 (n=1,535)

n : 施設数



※ 集計対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料1～5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している全1,535施設

※ 各項目の幅は、FIM得点が低下した割合（変化無しは除く）を「以上かつ未満」で集計。例：3-4%の項目は、3.00%以上かつ4.00%未満

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>	<u>2,166</u> 点 <u>（2,151）</u>	<u>1,917</u> 点 <u>（1,902）</u>	<u>1,859</u> 点 <u>（1,845）</u>	<u>1,696</u> 点 <u>（1,682）</u>

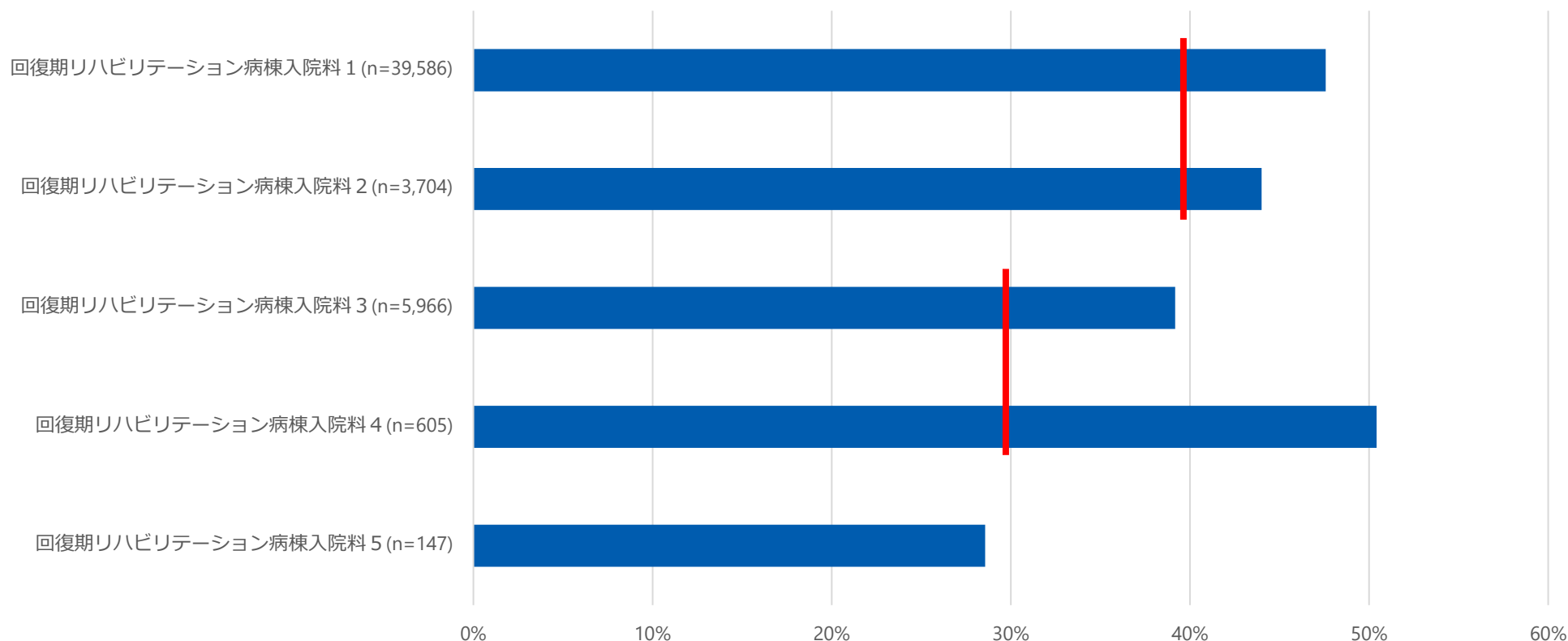
※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合について

診 調 組 参 考 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの新規入院患者のうち重症患者の割合は以下のとおり。※
- 回復期リハビリテーション病棟 1・2 における重症患者割合は、約40～50%であった。

入院料ごとの新規入院患者のうち重症患者の割合（令和6年5月～10月の6か月間）



※重症の患者：日常生活機能評価10点以上又はFIM得点55点以下の患者

回復期リハビリテーション病棟入院料は新規入院患者のうち、入院料1・2では4割、3・4では3割の重症度割合の要件を満たす必要がある。

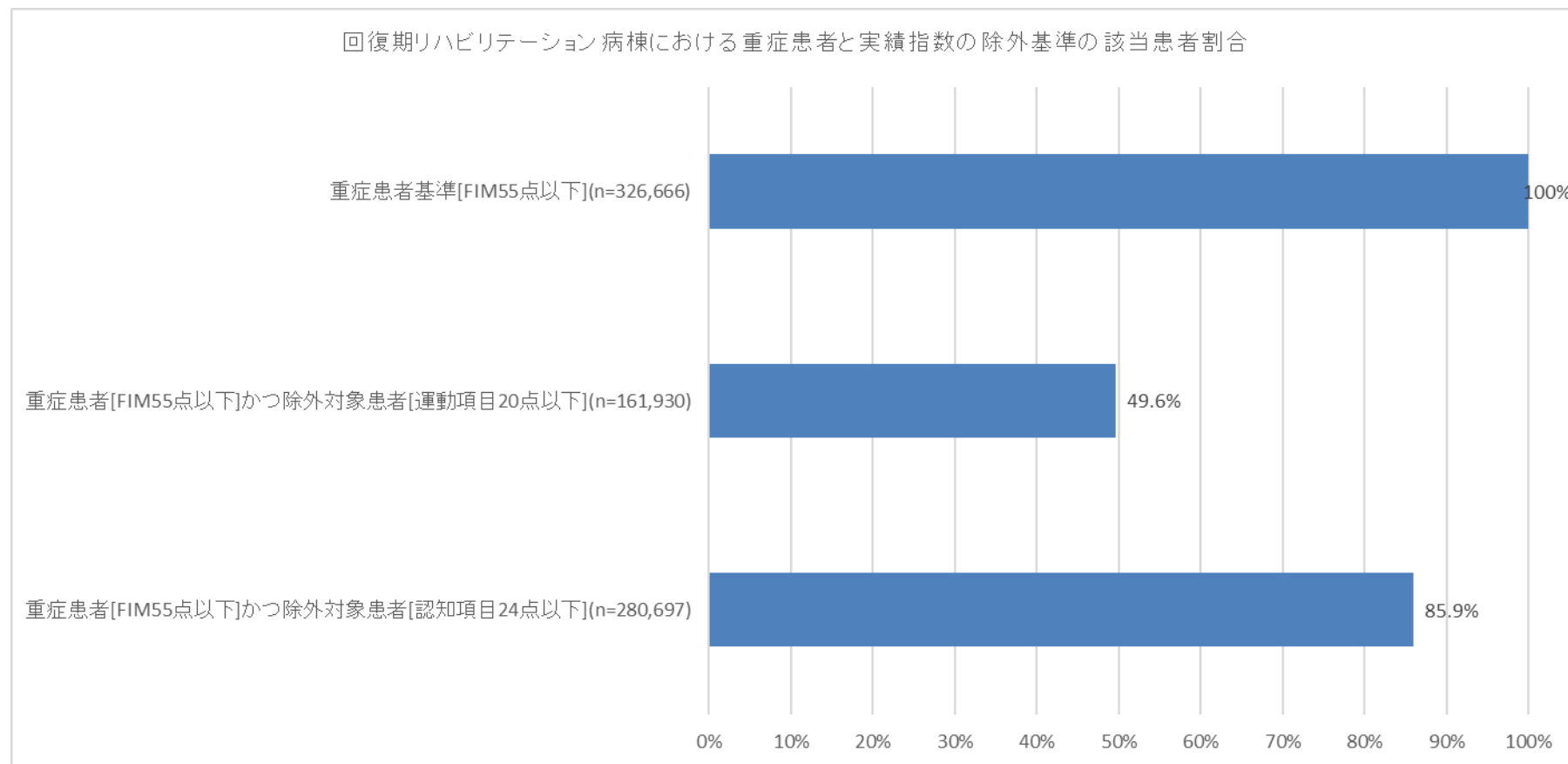
- 平成28年改定にてリハビリテーション実績指数が追加され、併せて計算から除外できる患者基準を設けられた。
- 重症患者要件の基準「FIM得点55点以下」と、実績指数の算出から除外できる基準「FIM運動項目20点以下」「FIM認知項目24点以下」では、対象患者が重複すると考えられる。

	重症患者基準	リハビリテーション実績指数 除外基準
該当病棟	入院料 1 ～ 4 及び入院医療管理料	入院料 1 ・ 3
入棟割合基準	入院料 1 ・ 2 : 4 割以上 入院料 3 ・ 4 ・ 入院医療管理料 : 3 割以上	3 割以下の範囲で除外
該当患者基準	日常生活機能評価10点以上又はFIM得点55点以下	・ <u>FIM運動項目20点以下</u> ・ FIM運動項目76点以上 ・ <u>FIM認知項目24点以下</u> ・ 年齢80歳以上

重症患者基準とリハビリテーション実績指数の除外基準の対象患者について

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 回復期リハビリテーション病棟において重症患者基準に該当する患者のうち、リハビリテーション実績指数の除外基準「FIM運動項目20点以下」、「FIM認知項目24点以下」にも該当する患者は、それぞれ49.6%、85.9%であった。

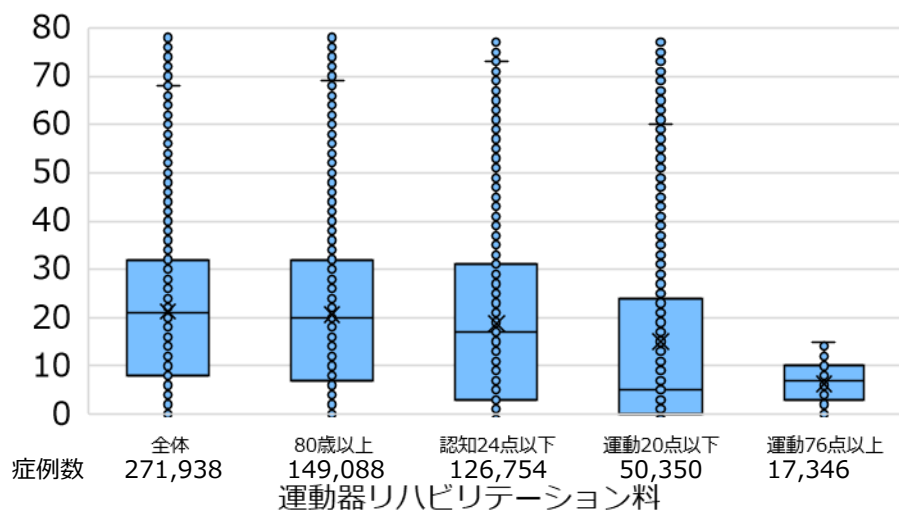


重症患者基準とリハビリテーション実績指数の除外基準のFIM利得について

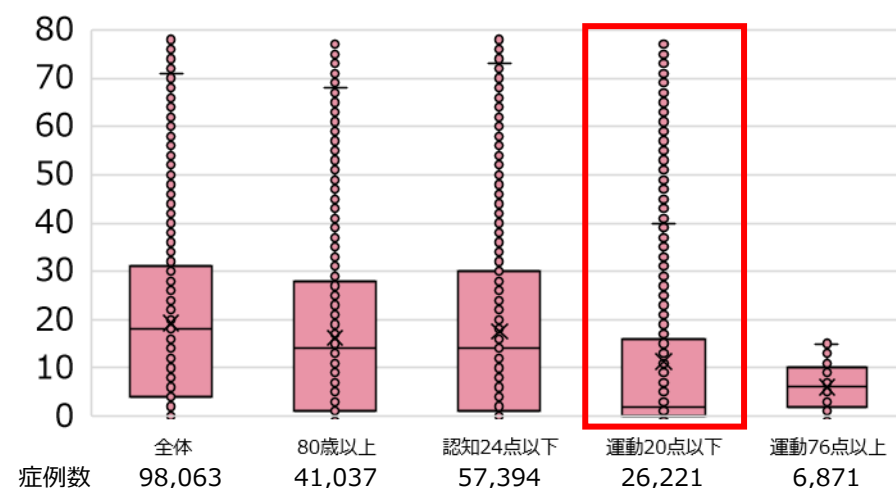
診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 回復期リハビリテーション病棟入棟時にFIM運動項目が20点以下の患者は、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料ではFIM利得が比較的小さかった。

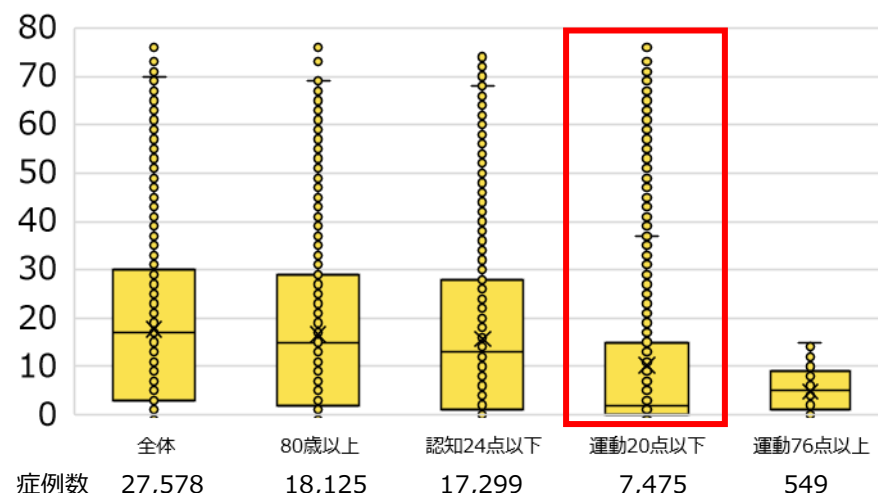
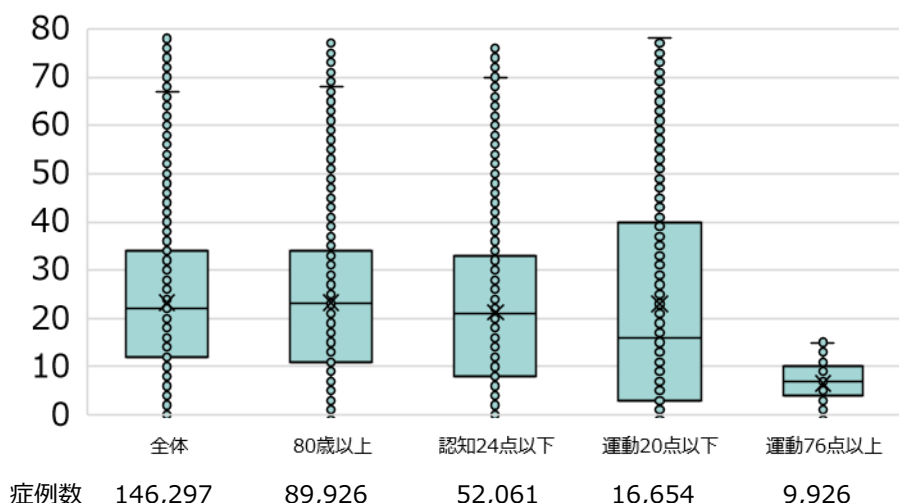
全疾患（脳血管+運動器+廃用）



脳血管疾患等リハビリテーション料



廃用症候群リハビリテーション料



回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

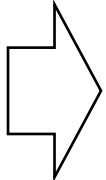
運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

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

現行

【算定上限緩和対象患者】

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



改定後

【算定上限緩和対象患者】

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

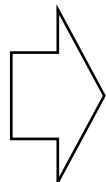
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

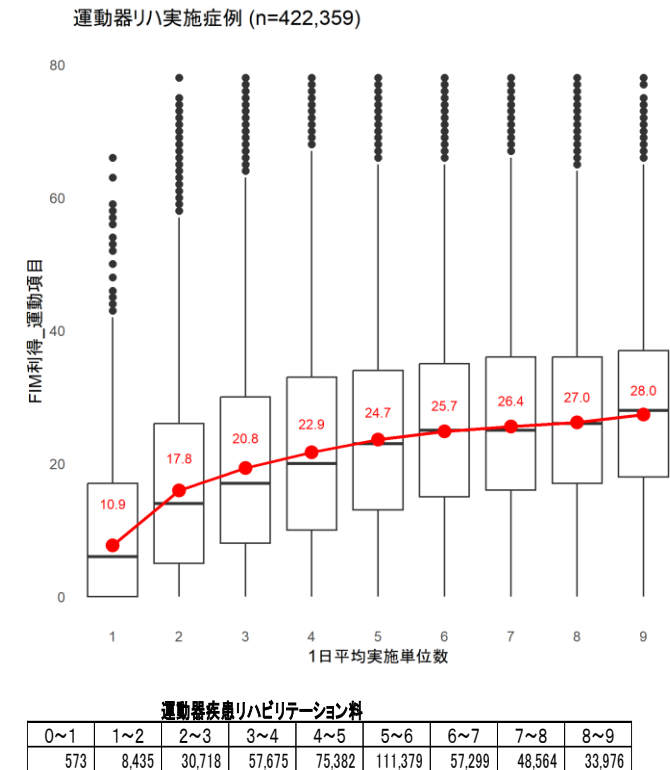
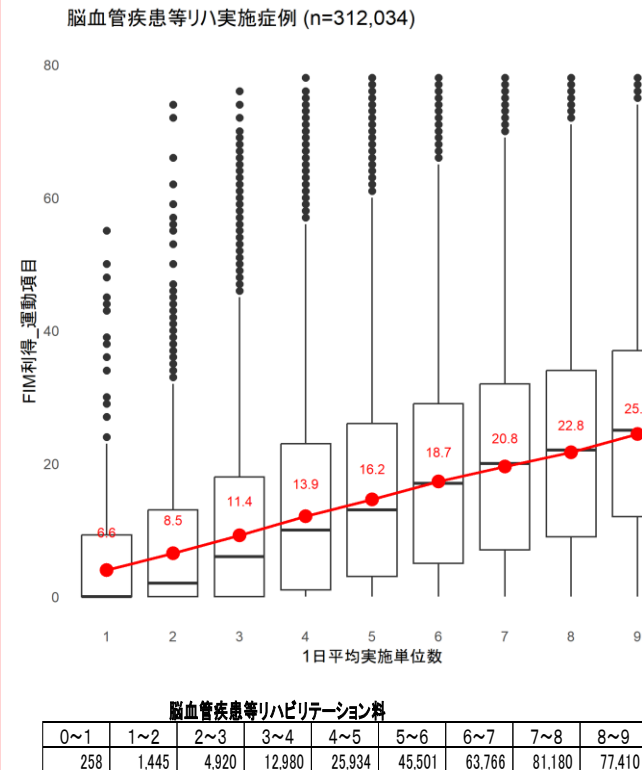
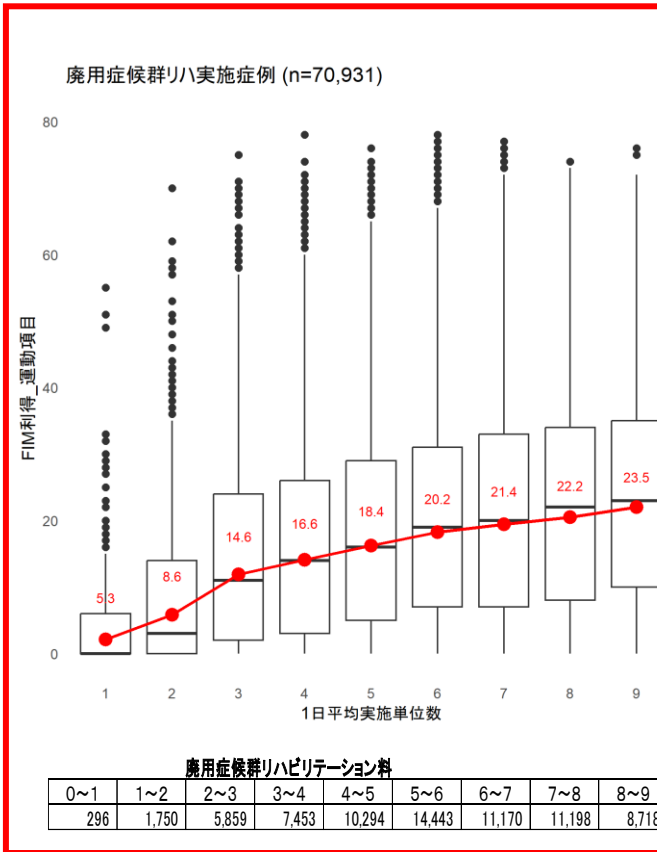
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

[廃止]

疾患別リハビリテーション料の提供単位数別のFIM利得

診調組 入-1
7 . 6 . 1 3

- 廃用症候群リハビリテーション料では、脳血管疾患等リハビリテーション料と比較して、7単位／日以上での提供単位数とFIM利得（入棟時と退棟時を比較したFIMの差）は以下の通り。
- 運動器リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料において、7単位／日以上での提供ではFIM利得が比較的小さい。



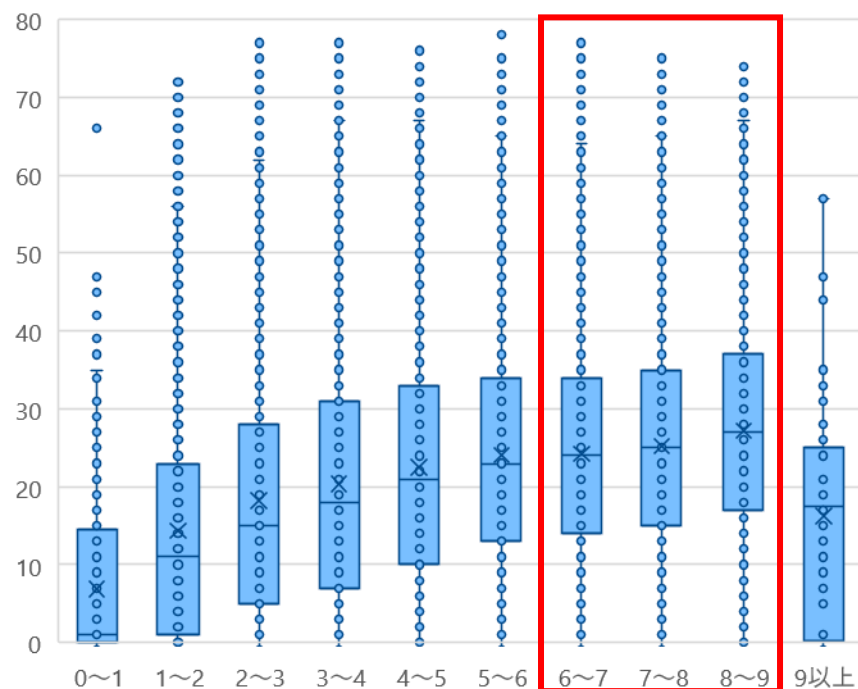
運動器リハビリテーション料算定患者のFIM利得について

診調組 入-2
7. 8. 21

- 運動器リハビリテーション料について、改定前後で1日6単位を超えた算定は6割程度に減少している。
- 運動器リハビリテーション料を改定前に1日6単位を超えて実施した患者と、改定後に1日5～6単位実施した患者について、FIM利得に大きな変化はない。

【令和6年度改定前】

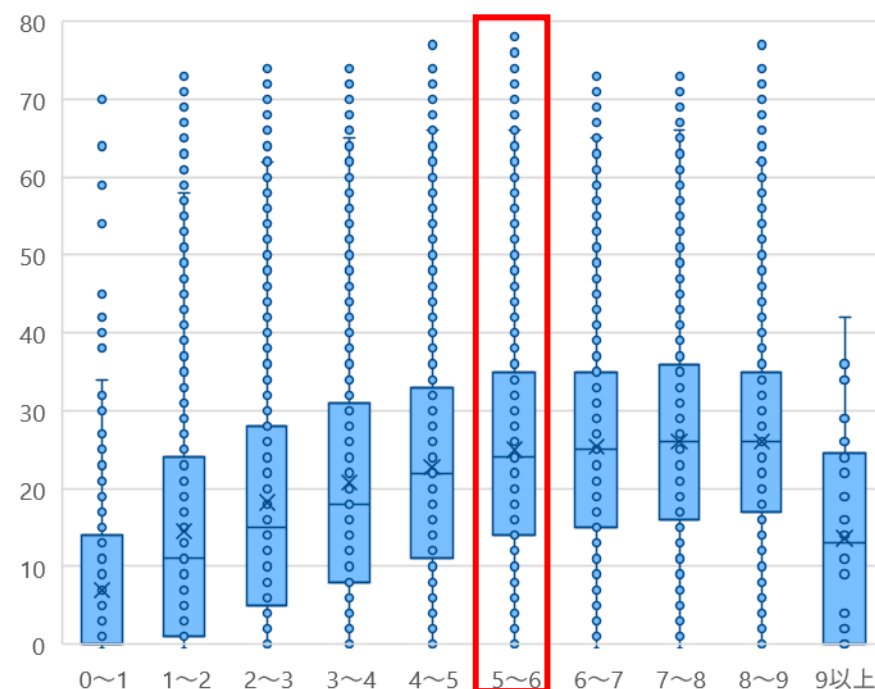
入棟時運動FIM_全体



単位数	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9	9以上	6超え	計
患者数	221	3,120	10,716	19,505	24,976	36,848	19,052	16,407	11,962	64	47,485	142,871
割合	0.2%	2.2%	7.5%	13.7%	17.5%	25.8%	13.3%	11.5%	8.4%	0.04%	33.2%	100%

【令和6年度改定後】

入棟時運動FIM_全体



単位数	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9	9以上	6超え	計
患者数	203	3,246	11,076	20,902	30,218	50,375	14,214	10,521	5,496	46	30,277	146,297
割合	0.1%	2.2%	7.6%	14.3%	20.7%	34.4%	9.7%	7.2%	3.8%	0.03%	20.7%	100%

運動器リハビリテーション料の上限単位数について

診調組	入	-	2		
7	.	8	.	2	1

- 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する、いずれかの要件に当てはまる場合は、6単位を超えて疾患別リハビリテーション料の算定が可能とされている。
- このため、入院する病棟等において早期歩行、A D Lの自立等を目的として行う場合は、運動器リハビリテーション料の6単位を超えた算定が起こりうる。

別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

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

- 令和6年3月28日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

問111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

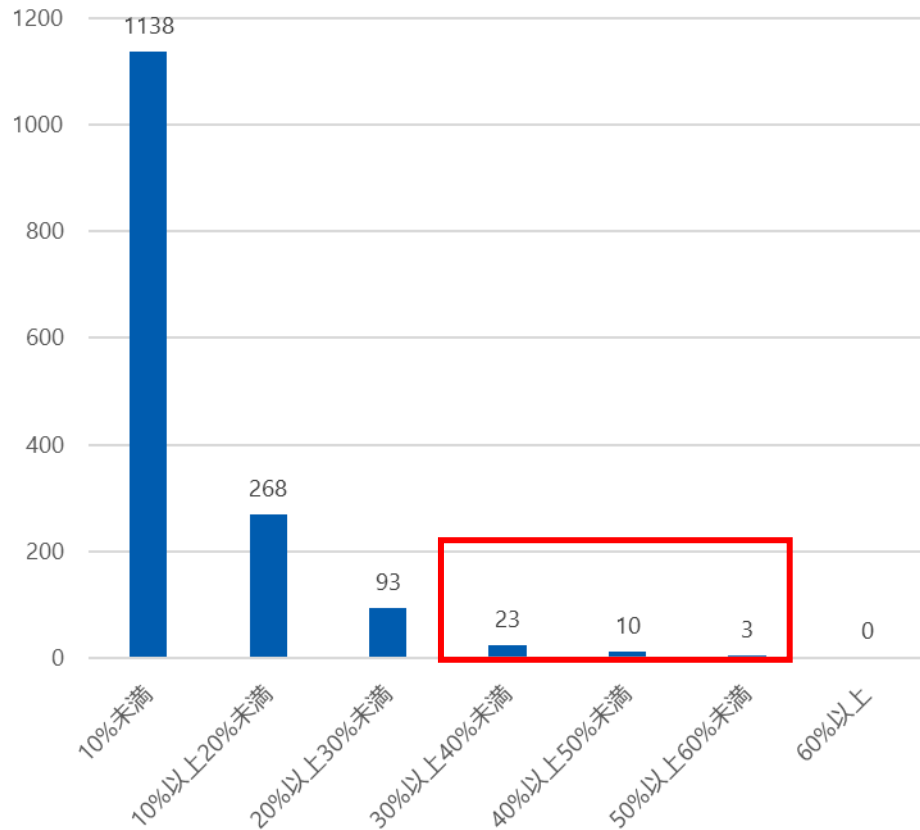
（答）特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の実施割合

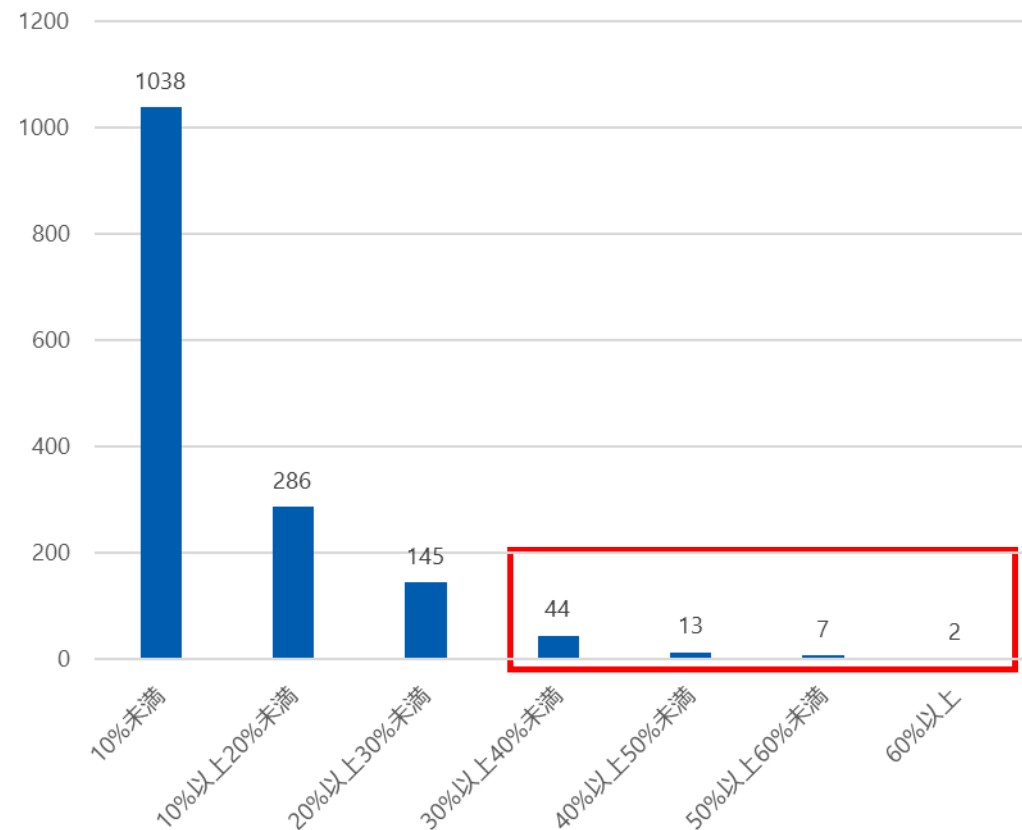
診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 回復期リハビリテーション病棟の一部においては、疾患別リハビリテーションのうらみ、廃用症候群リハビリテーション料の実施割合が高い。

廃用症候群リハビリテーション料（単位数）



廃用症候群リハビリテーション料（症例数）

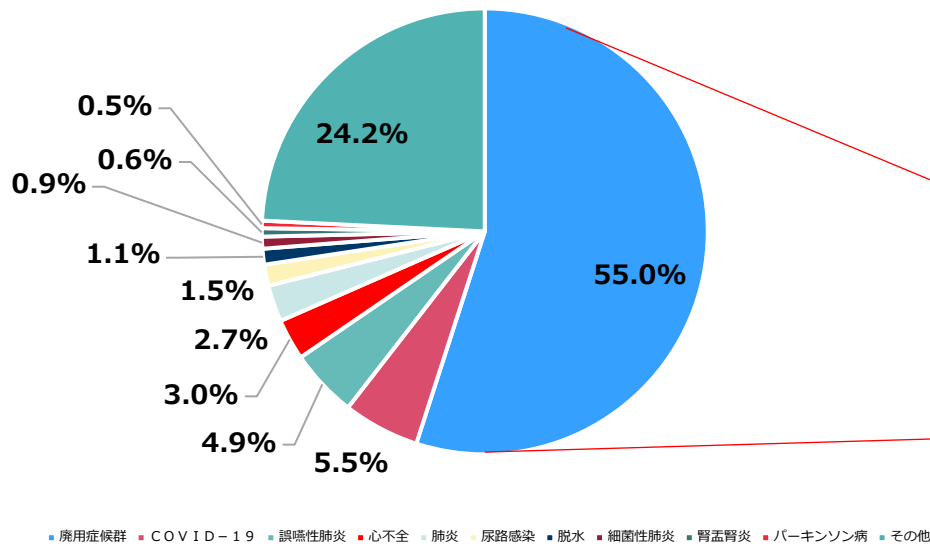


回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の実施状況

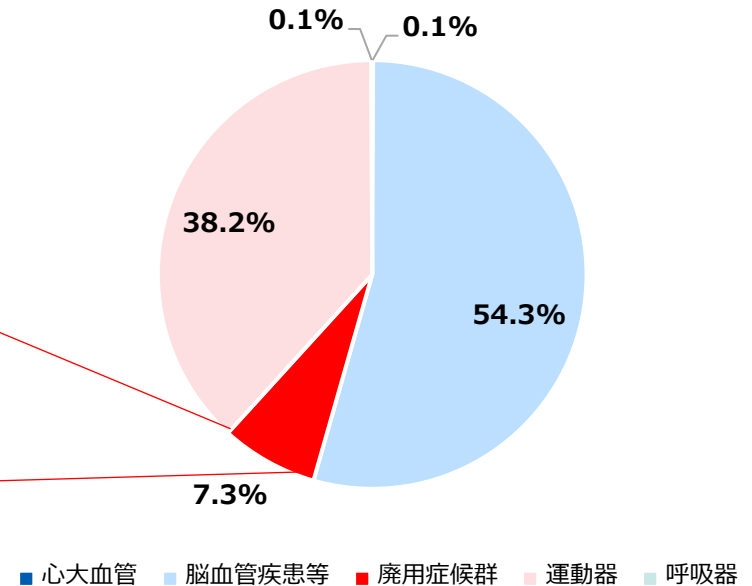
診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の算定割合は7.3%であった。また、傷病名のうち、廃用症候群が55.0%であった。

廃用症候群リハビリテーション実施患者において、
医療資源を最も投入した傷病名の割合



回復期リハ病棟における算定単位数の割合



全体	症例数	割合
廃用症候群	38,981	55.0%
COVID-19	3,929	5.5%
誤嚥性肺炎	3,507	4.9%
心不全	2,109	3.0%
肺炎	1,881	2.7%
尿路感染	1,087	1.5%
脱水	813	1.1%
細菌性肺炎	615	0.9%
腎盂腎炎	429	0.6%
パーキンソン病	384	0.5%
その他	17,179	24.2%

	単位数	割合
心大血管	223,015	0.1%
脳血管疾患等	173,564,637	54.3%
廃用症候群	23,425,601	7.3%
運動器	121,932,971	38.2%
呼吸器	202,237	0.1%
合計	319,348,461	100.0%

- 発症後の機能回復を図る上では、ベッド上で行われる徒手でのアプローチのみでは不十分であり、他のアプローチと組み合わせた介入が重要である。

- 様々な治療要素を組み合わせた理学療法は、脳卒中後の機能と運動能力の回復を改善する可能性が高く、課題指向型訓練に重点を置いた理学療法アプローチが有用となる可能性がある。神経生理学的アプローチを用いた理学療法は、他の理学療法アプローチと変わらない、又は効果が低い場合もある。

Todhunter-Brown A, et al, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014

- 拘縮は一度形成されると通常のリハビリテーション技術では改善が困難となるため、発症後早期から予防的対策を採ることが重要である。予防のためには麻痺側下肢の筋力増強、痙縮軽減とともに、関節運動量の増加が必要であるが、リハビリテーションにおける徒手でのROM訓練のみでは関節運動量は不十分である。

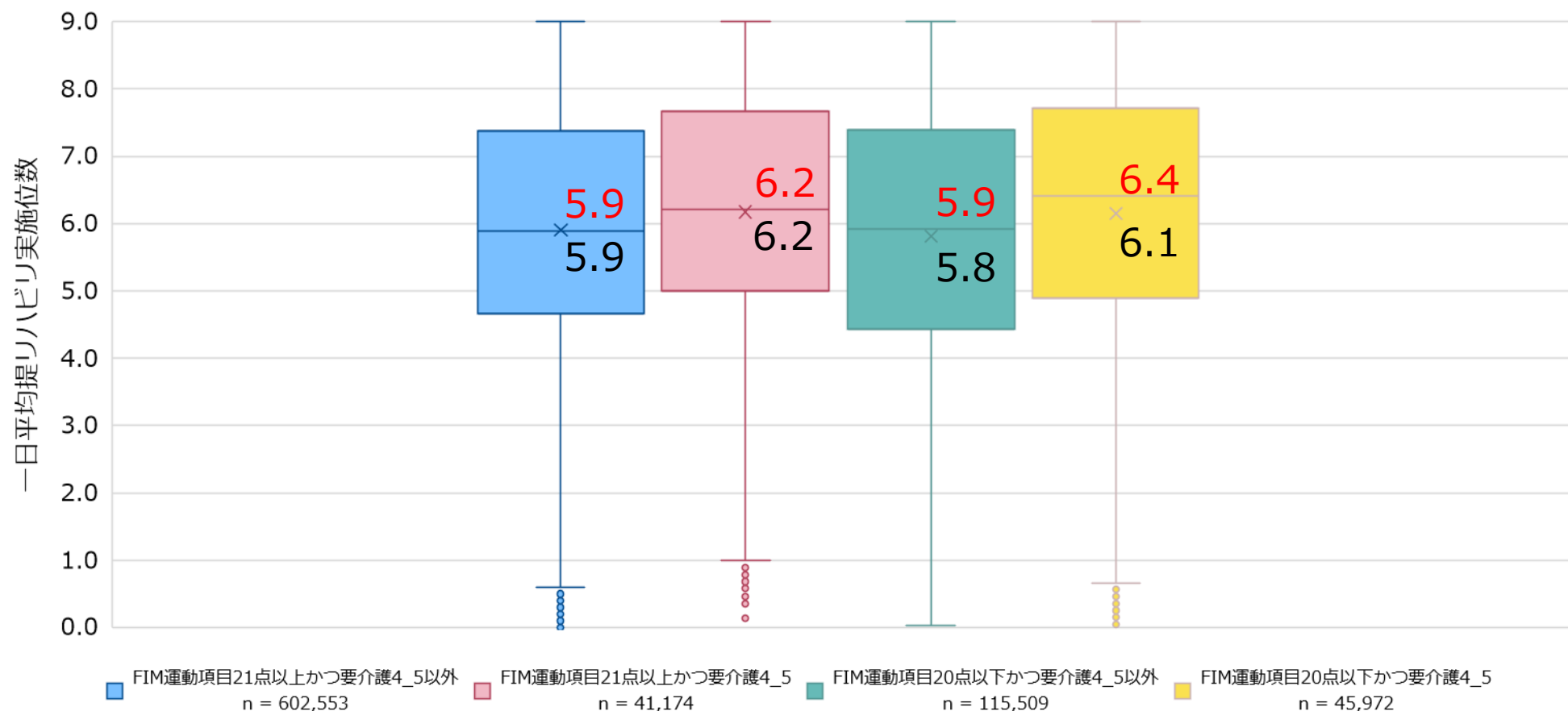
松永 貴史, 愛知県理学療法学会誌, 19(4), 148-154, 2008

入棟時FIM運動項目20点以下かつ要介護4、5患者のリハビリ実施単位数

診調組	入	-	2
7	8	2	1

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

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

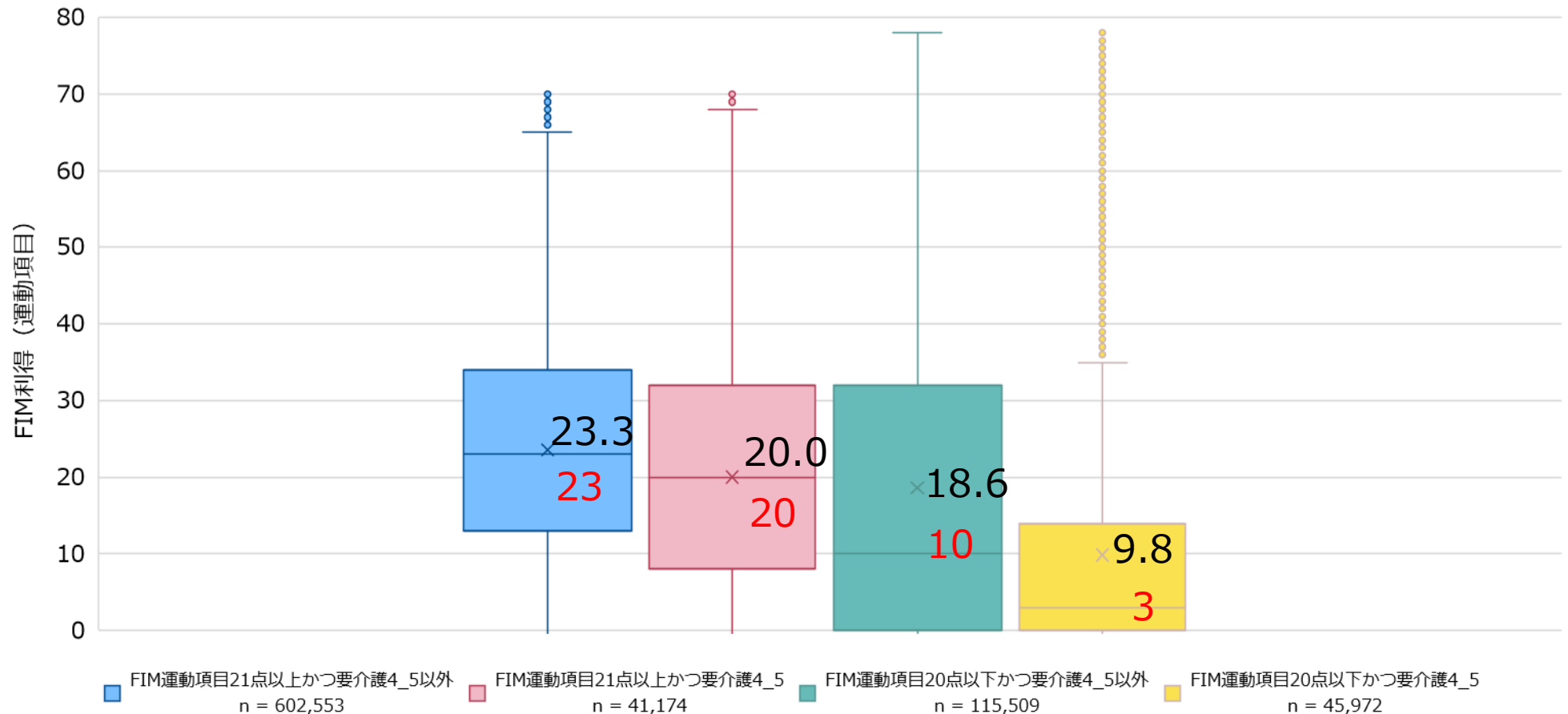


入棟時のFIM運動項目点数及び要介護度別のFIM利得

診調組	入 - 2
7 . 8 . 2 1	

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

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

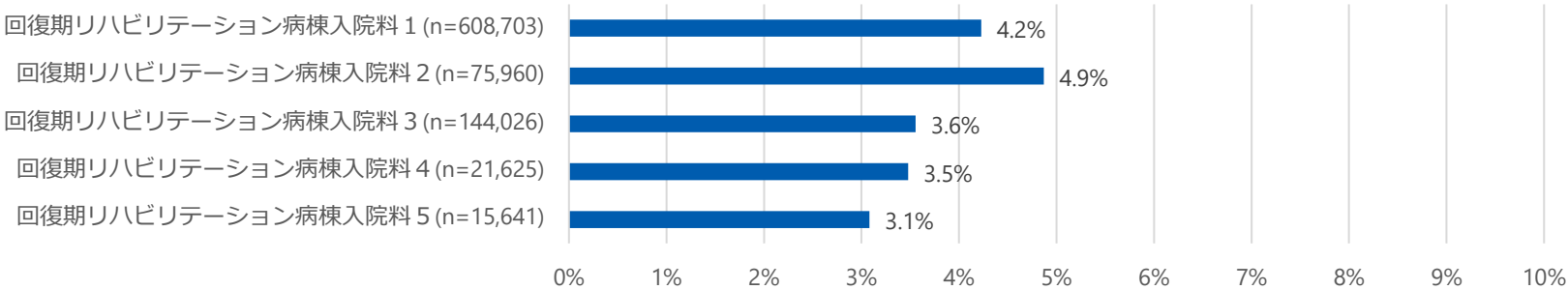


退院前訪問指導の実施状況

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

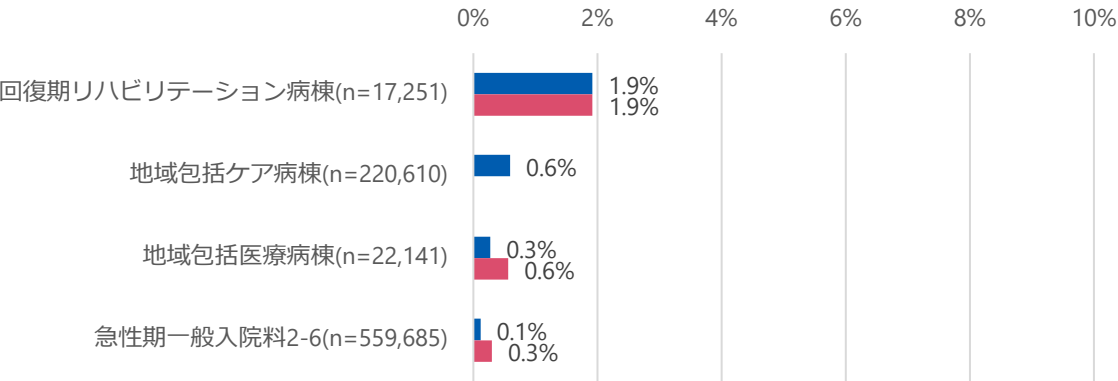
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3～5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14～24%に留まっていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの退院前訪問指導を実施した患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導を実施した患者の割合



■ 退院全患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合
■ 疾患別リハを実施した患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合

	疾患別リハ実施患者割合	退院前訪問指導実施病院の割合
回復期リハビリテーション病棟	99.9%	16.0%
地域包括ケア病棟	0.03%※	21.1%
地域包括医療病棟	48.3%	23.5%
急性期一般入院料2-6	38.9%	14.9%

※ 疾患別リハ料が入院料に包括されていることに注意が必要。

出典：DPCデータ（令和6年10月 - 12月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

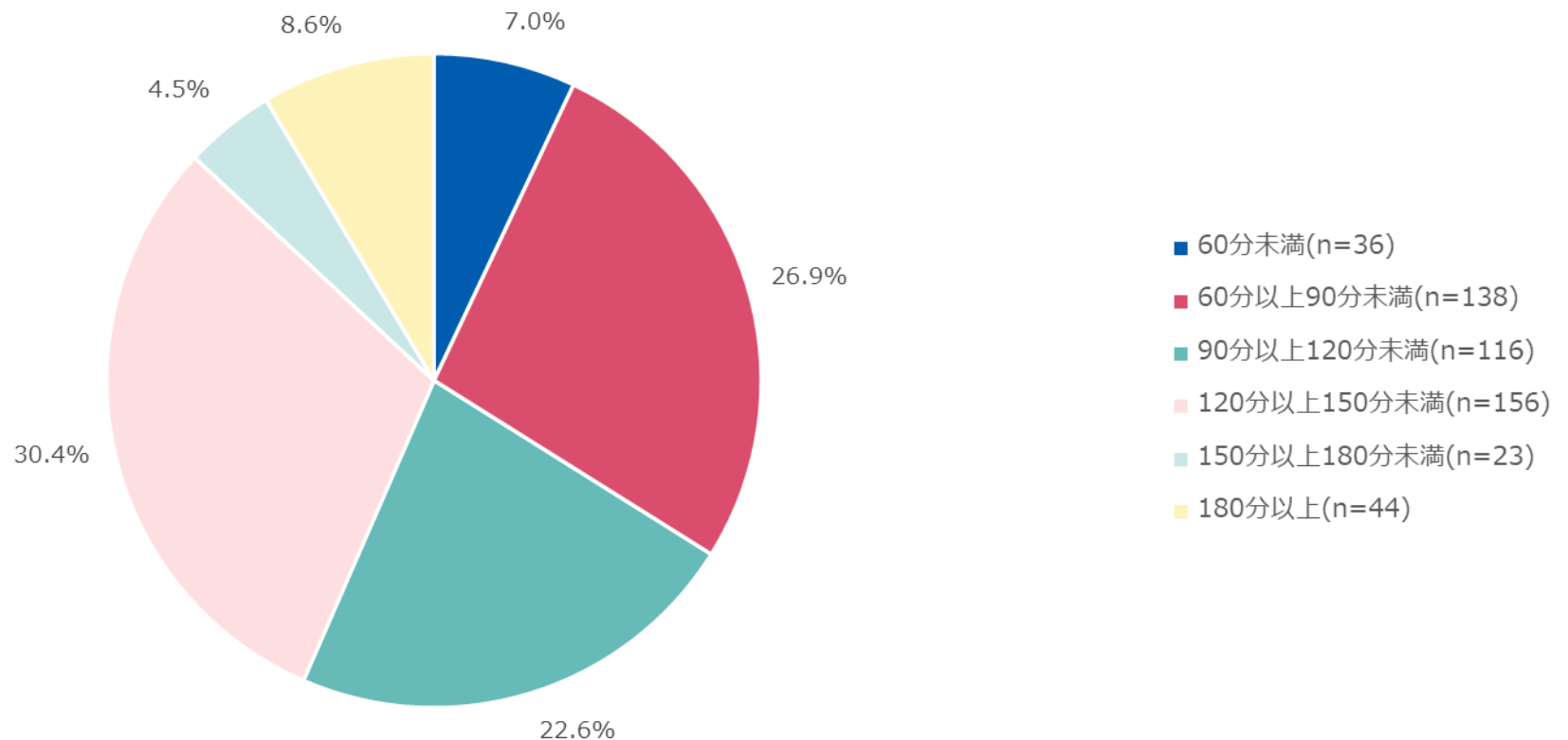
退院前訪問指導の所要時間について

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 退院前訪問指導を実施している施設のうち93%の施設で、所要時間60分以上を要しており、120分以上150分未満の割合が最も多かった。

訪問指導に要した平均時間（令和7年4月の1か月）

※往復の移動時間含む（n=513）

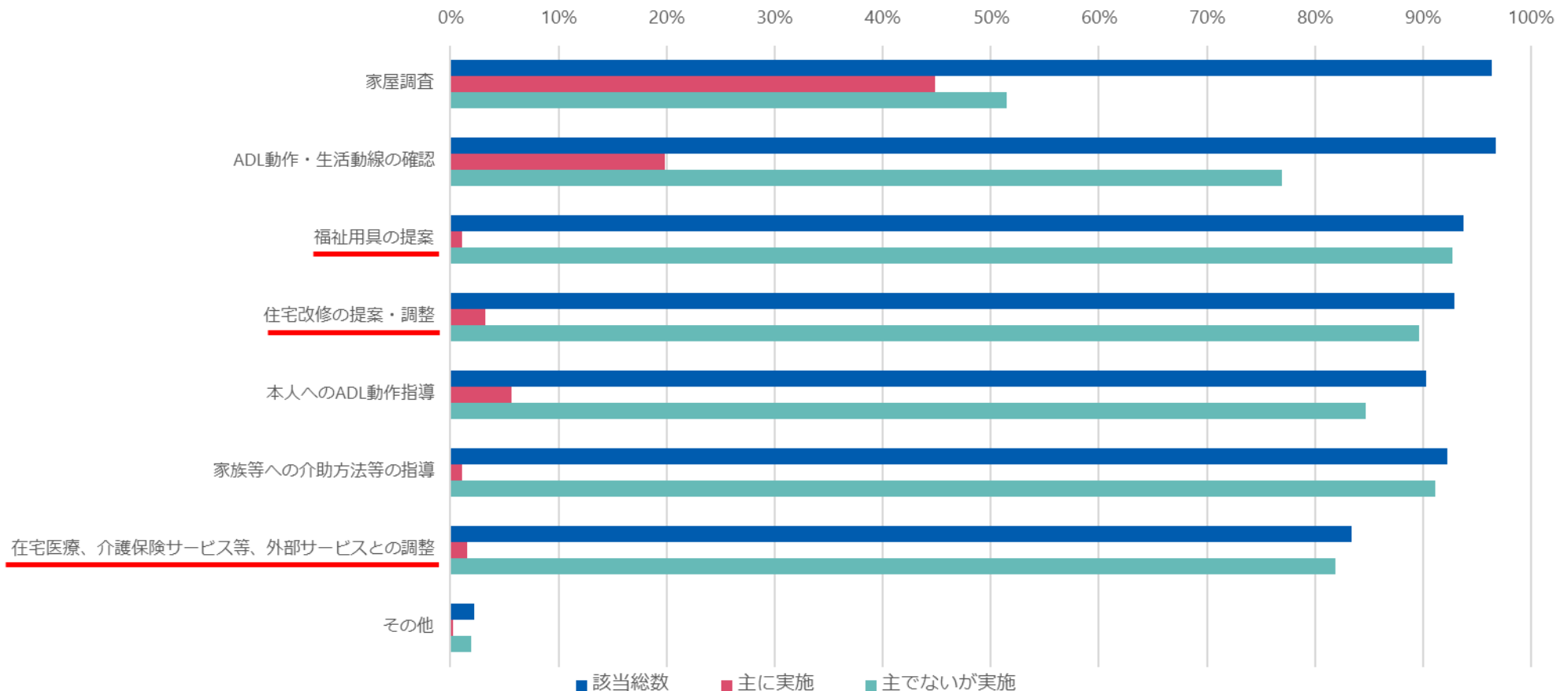


退院前訪問指導の実施内容

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 主な実施内容は、「家屋調査」が最も多かった。また、本人や家族等への直接的な指導だけでなく、「福祉用具の提案」、「住宅改修の提案・調整」や「在宅医療、介護保険サービス等、外部サービスとの調整」といった外部との調整である項目も80%以上の病棟で該当していた。

退院前の訪問指導について実施内容(n=464)



- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。

令和6年度障害者総合福祉推進事業「高次脳機能障害に関する支援の実態調査及び適切な支援を提供するためのガイドラインの作成」報告書より、関係機関へのヒアリング調査の結果を一部抜粋

(1) 入院中の診療

急性期病院の段階で認知機能の検査や高次脳機能障害の診断が行われるケースは少ないという意見が多く聞かれた。重い麻痺や運動機能障害がない場合、急性期病院から直接地域生活に移行するケースもあり、その場合には高次脳機能障害の診断を受けていないことも多いという指摘があった。回復期病院においても、身体症状への対応が優先され、認知機能面については検査・診断されないことがあるという意見も寄せられた。また、高次脳機能障害者本人の病識が低下し、自身の認知機能を過大に自覚することで、リハビリテーションの必要性を認識できず、退院を希望するケースもあるという声も聞かれた。

高次脳機能障害の診断がついてない場合でも、「高次脳機能障害を発症している可能性がある」ことだけでも患者に伝えることが、当事者がその後の支援につながる可能性を高める上で重要であるとの意見があった。さらに、どの医療機関が高次脳機能障害の診療・診断書作成に対応しているかが分かりにくい現状があり、対応可能な医療機関のリスト作成を求める要望が寄せられた。

(2) 入院中の退院支援

入院中の退院支援に関しては、急性期病院や回復期病院において、介護保険サービスや障害福祉サービス、障害者手帳、その他の支援に係る情報提供や申請手続きの支援が十分に行われていないという意見が多数把握された。特に、高齢者の患者が多い病院では、壮年期の患者への対応（障害福祉サービス等）のノウハウが蓄積されにくく、地域内の障害福祉関連機関とのネットワークも希薄になりやすいとの指摘があった。（略）

このような状況を踏まえ、退院時に「退院後に困った時に相談できる窓口」の情報を必ず伝えることが重要であり、支援拠点機関の紹介も積極的に行うべきであるという要望が寄せられた。

(3) 退院後の外来診療（略）

(4) 退院後の相談支援（略）

(5) 障害者手帳の取得

障害者手帳の取得に関しては、身体障害者手帳について、高次脳機能障害の原疾患の発症・受傷から一定期間経過しなければ交付申請を行えないという期間要件を設けている自治体があり、その期間が長い場合もあるという指摘があった。（略）

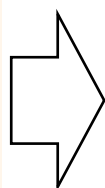
回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

- 40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置としての入院基本料等の評価の見直し及び、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しに伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を引き上げる。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,129点
(生活療養を受ける場合)	2,115点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	2,066点
(生活療養を受ける場合)	2,051点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1,899点
(生活療養を受ける場合)	1,884点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点
(生活療養を受ける場合)	1,827点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	1,678点
(生活療養を受ける場合)	1,664点)



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<u>2,229点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>2,215点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	<u>2,166点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>2,151点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	<u>1,917点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>1,902点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	<u>1,859点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>1,845点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	<u>1,696点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>1,682点)</u>

[追加の施設基準]

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 については、専従の社会福祉士等の配置を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 3 については、当該保険医療機関において、FIMの測定に関わる職員を対象とした FIMの測定に関する研修会を年 1 回以上開催することを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 については、当該入院料を算定する患者について、口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すことを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 については、市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」（平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知）に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましいこととする。

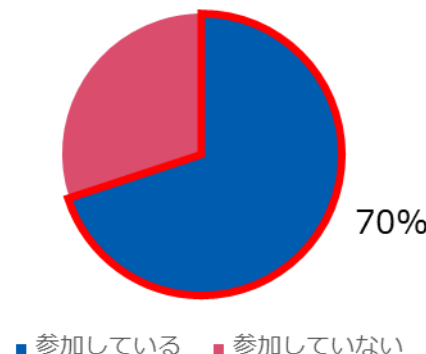
- 令和6年改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2にて地域支援事業への参加していることが望ましいとした。
- 令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。

(通知より抜粋)

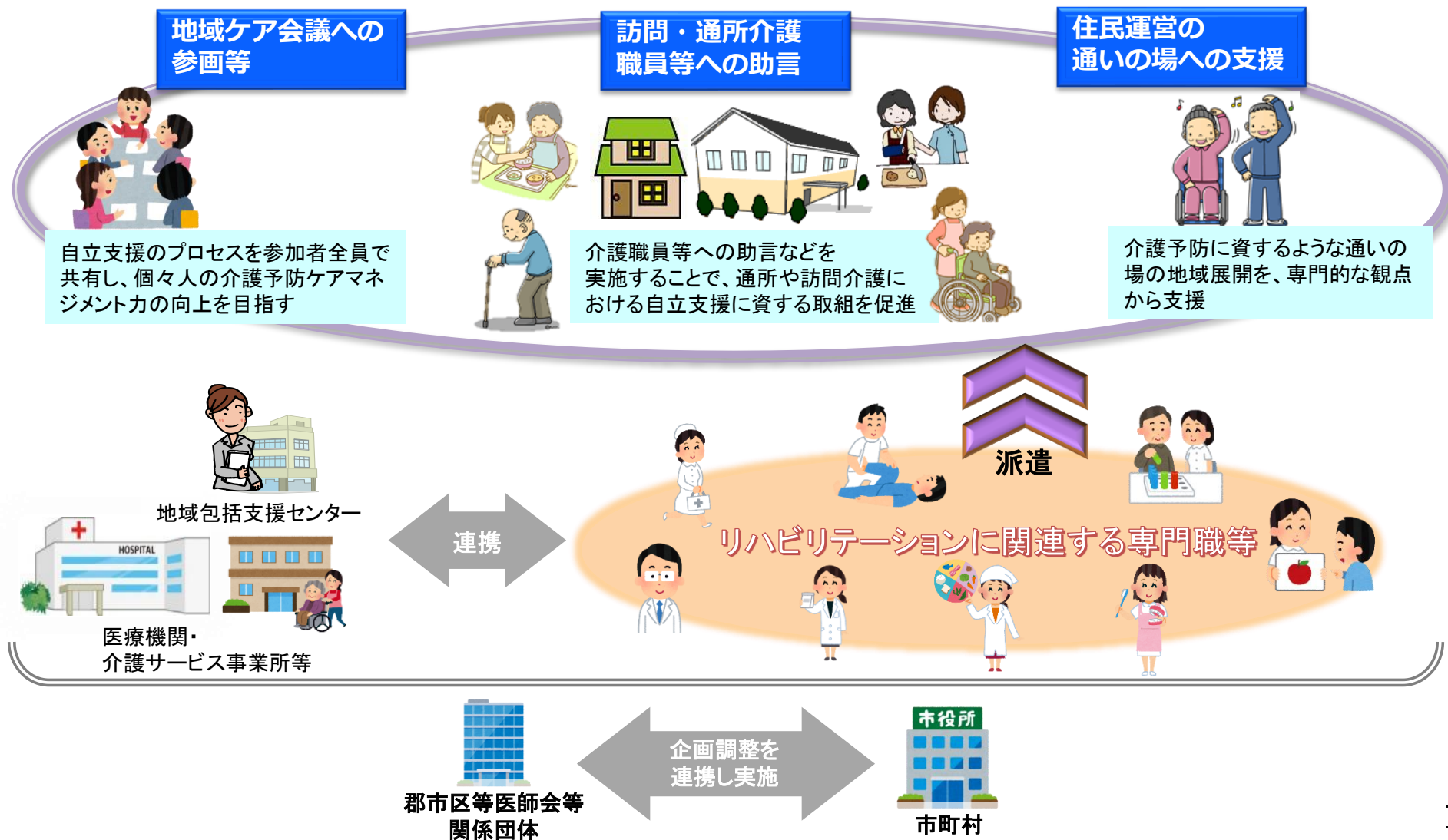
2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

- (10) 市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」(平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知)に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましい。

回復期リハビリテーション病棟における
地域支援事業の参加率 (n=465)



- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



生活機能回復に資する診療報酬①（排尿自立支援加算）

診調組	入	-	2
7	8	2	1

- 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中の下部尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定される。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設のうち、排尿自立支援加算を届け出ている施設は24.2%である。

A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

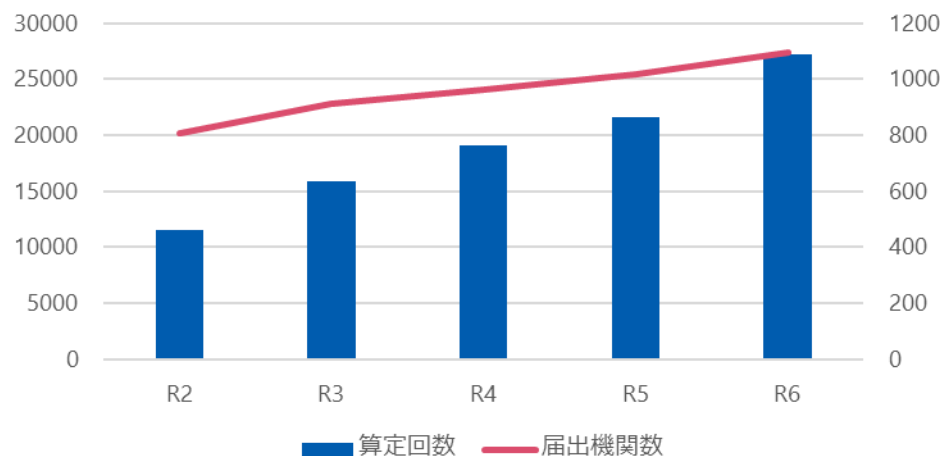
【施設基準（概要）】

- （1）保健医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- （2）排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- （3）排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- （4）下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドラインなどを遵守すること。

【算定要件（抜粋）】

- 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

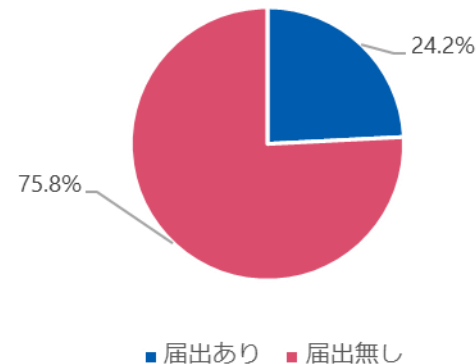
排尿自立支援加算の算定回数・届出機関数の推移



出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分
（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

回復期リハビリテーション病棟入院の届出施設における

排尿自立支援加算の届出状況（n=1575）



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

- 摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設のうち、摂食嚥下機能回復体制加算を届け出ている施設は8.7%である。

イ 摂食嚥下機能回復体制加算 1 210点（週1回）

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算 2 190点（週1回）

ハ 摂食嚥下機能回復体制加算 3 120点（週1回）

※療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院

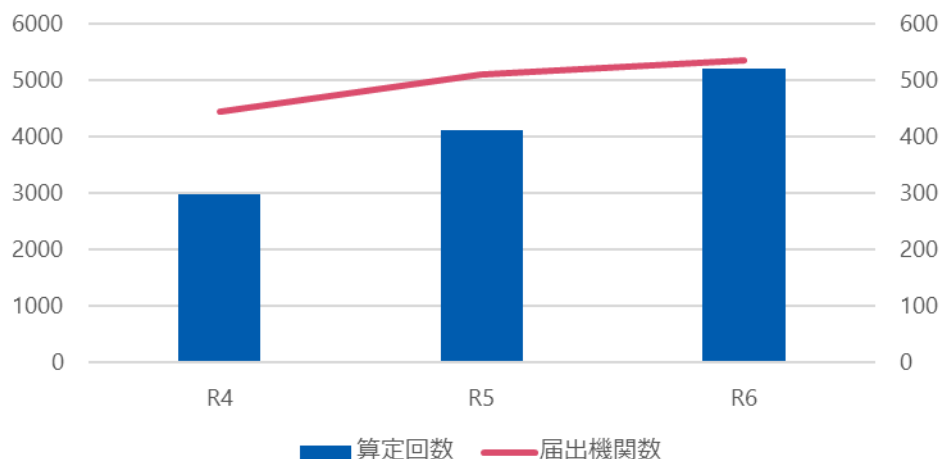
【施設基準（抜粋）】

- 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチームが設置されていること。
- 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。

【算定要件（抜粋）】

- 摂食嚥下支援チーム等により**内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること**。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。
- 上記を実施した患者について、**月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること**。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出機関数の推移

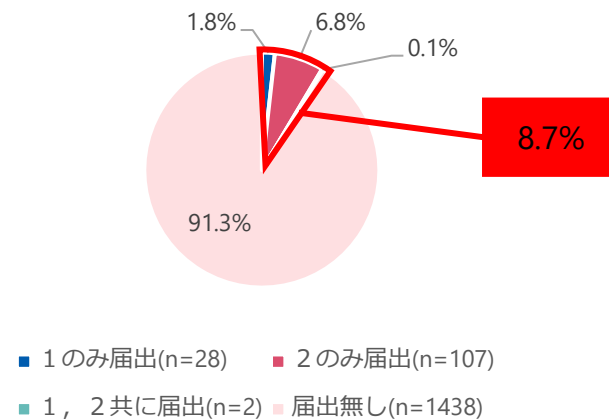


※現体系になった令和4年度以降にて加算1, 2, 3の総数を集計。

出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分
（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

回復期リハビリテーション病棟入院の届出施設における

摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況 (n=1575)



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

0. 調査概要

1. 急性期入院医療について

2. 高度急性期入院医療について

3. DPC/PDPSについて

4. 包括的な機能を担う入院医療について

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

6. 療養病棟入院基本料について

7. 重症度、医療・看護必要度について

8. 救急医療について

9. 入退院支援について

10. 働き方・タスクシフト／シェアについて

11. 病棟における多職種でのケアについて

12. 外来医療について

13. 情報通信機器を用いた診療について

14. 入院から外来への移行について

15. 賃上げ・処遇改善について

16. 人口・医療資源の少ない地域における対応

17. 個別的事項について

「新たな地域医療構想のとりまとめ」における療養病床

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

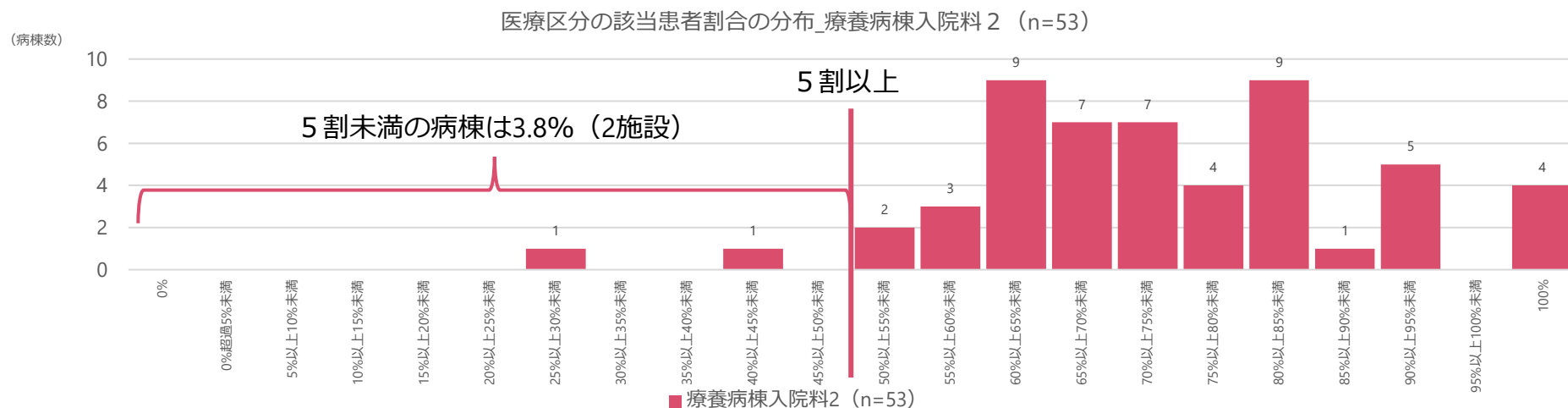
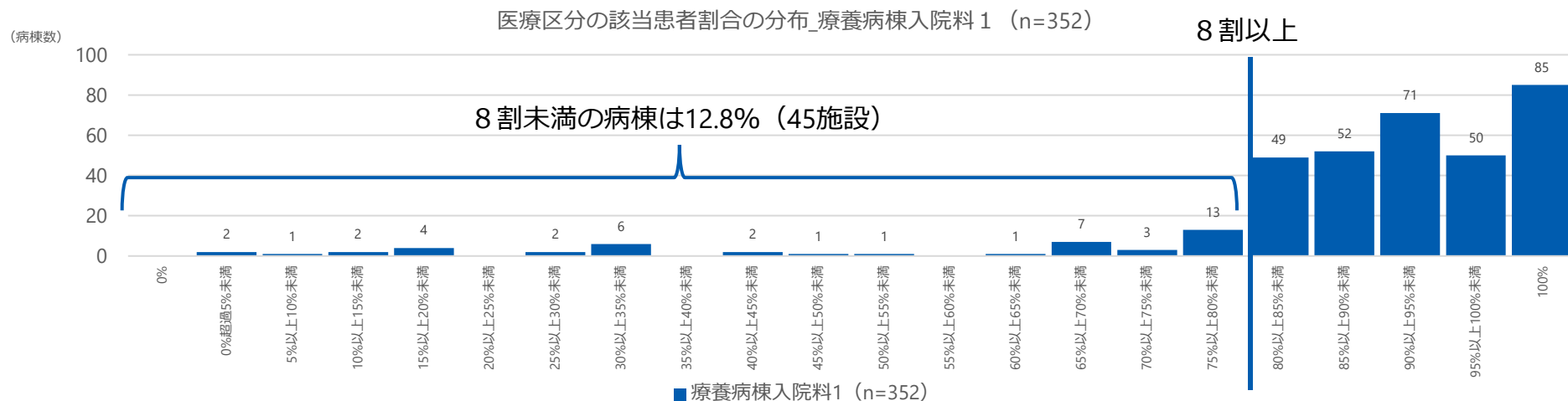
- 療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分1の患者をはじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、**在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり**、都道府県別の療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。
- こうした中、慢性期の医療提供体制については、今後増加する在宅医療の需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、**在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床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

令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会 「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」

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
----	---------	-----	---------

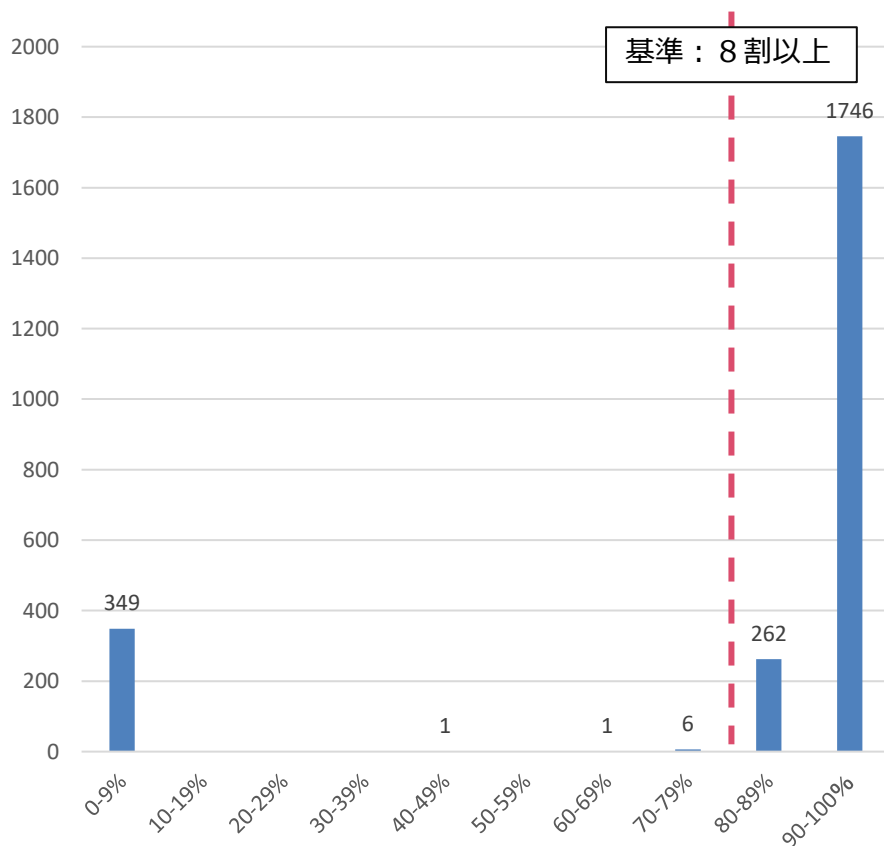
療養病棟入院料 1	87.5%	84.3%	92.2%	98.2%
療養病棟入院料 2	73.2%	63.9%	71.4%	83.0%

療養病棟における医療区分 2・3 の算定日数

- 医療区分 2・3 に該当する入院料が算定された割合は以下のとおりであり、療養病棟入院料 1・2 ともにほとんどの施設で該当割合の基準を満たしていた。
- 療養病棟入院料 2 では、95%を超える施設で該当患者の割合が 6 割以上であった。

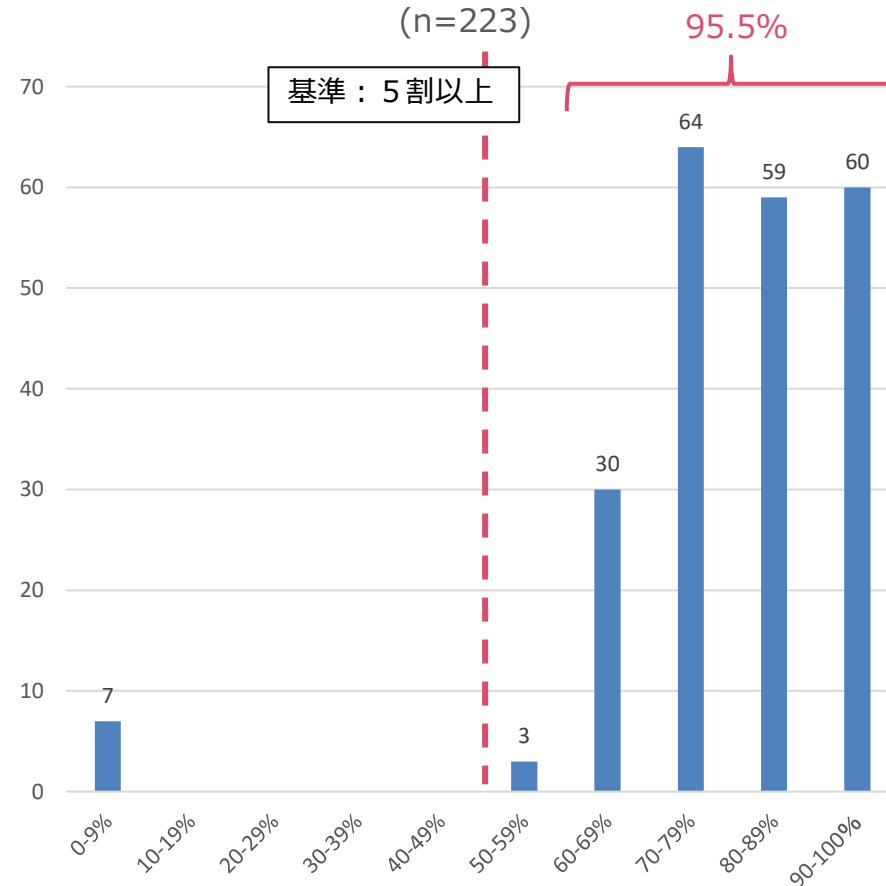
療養病棟入院料 1 における医療区分 2・3 の割合

(n=2365)



療養病棟入院料 2 における医療区分 2・3 の割合

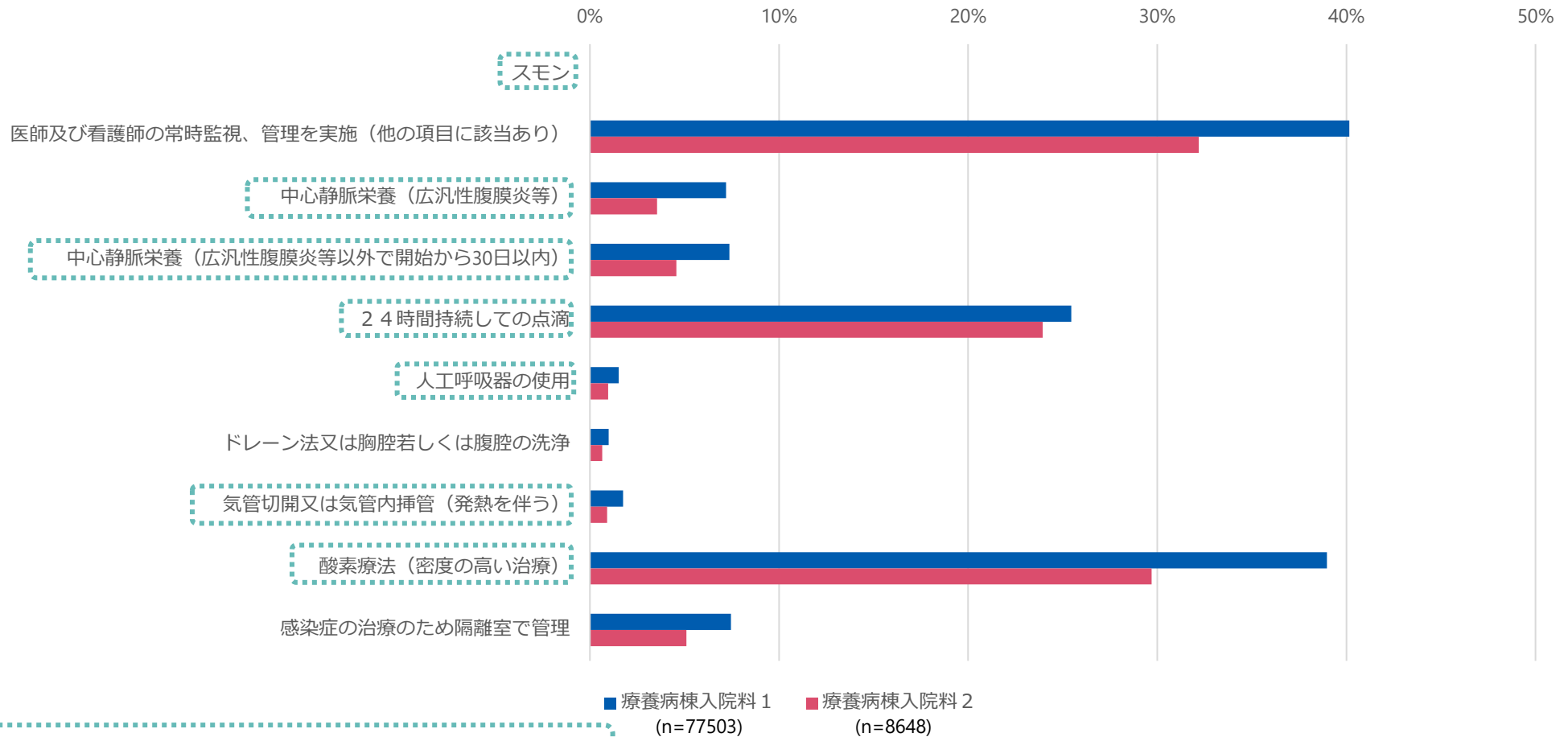
(n=223)



療養病棟における医療区分3の疾患・状態、処置の占める割合

- 2024年6月～12月に療養病棟を退棟した患者について、医療区分3の対象となる疾患・状態、処置等に該当する患者の割合は以下の通り（人数で集計）。医師及び看護師の常時監視を要する状態、酸素療法、24時間持続点滴が多かった。
- 特掲診療料の施設基準等別表第7・8に該当する疾患の患者数は酸素療法以外では少なかった。

医療区分3の対象となる疾患・状態、処置の占める割合



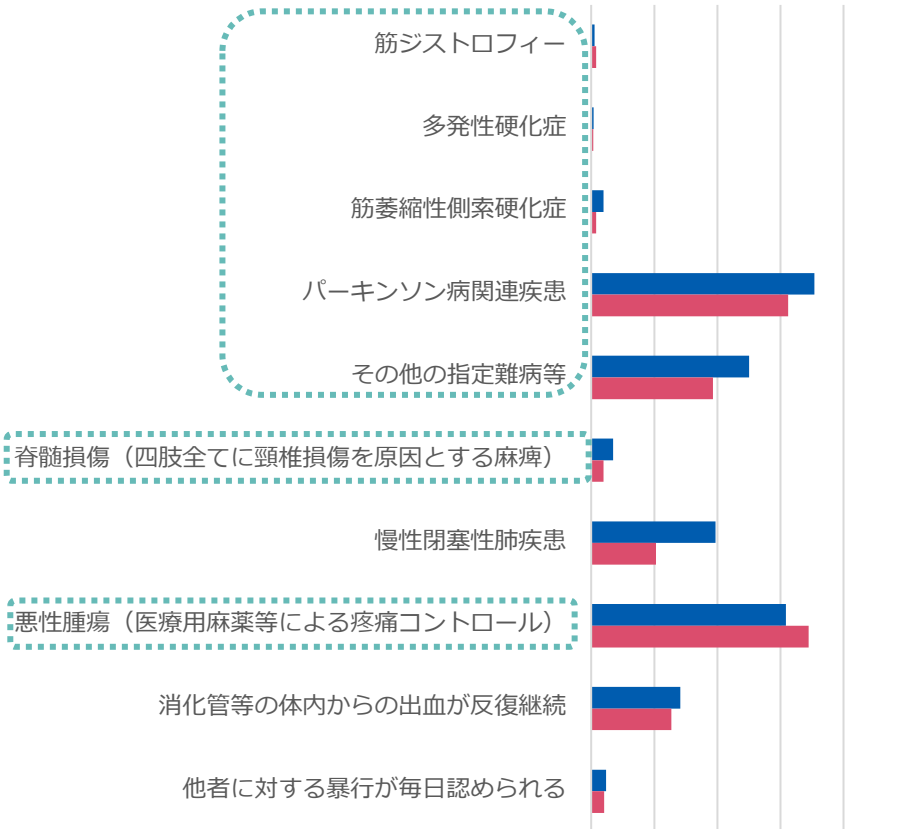
特掲診療料の施設基準等別表第7・第8に掲げる疾患、状態

療養病棟における入棟患者の病態

- 2024年6月～12月に療養病棟を退棟した患者について、医療区分2の対象となる疾患・状態、処置等に該当する患者の割合は以下のとおり（人数で集計）。酸素療法に該当する割合が多かった。
- 特掲診療料の施設基準等別表第7・8に該当する疾患の患者数は、酸素療法、喀痰吸引以外では少なかった。

医療区分2の対象となる疾患・状態の入院患者に占める割合

0% 1% 2% 3% 4% 5%

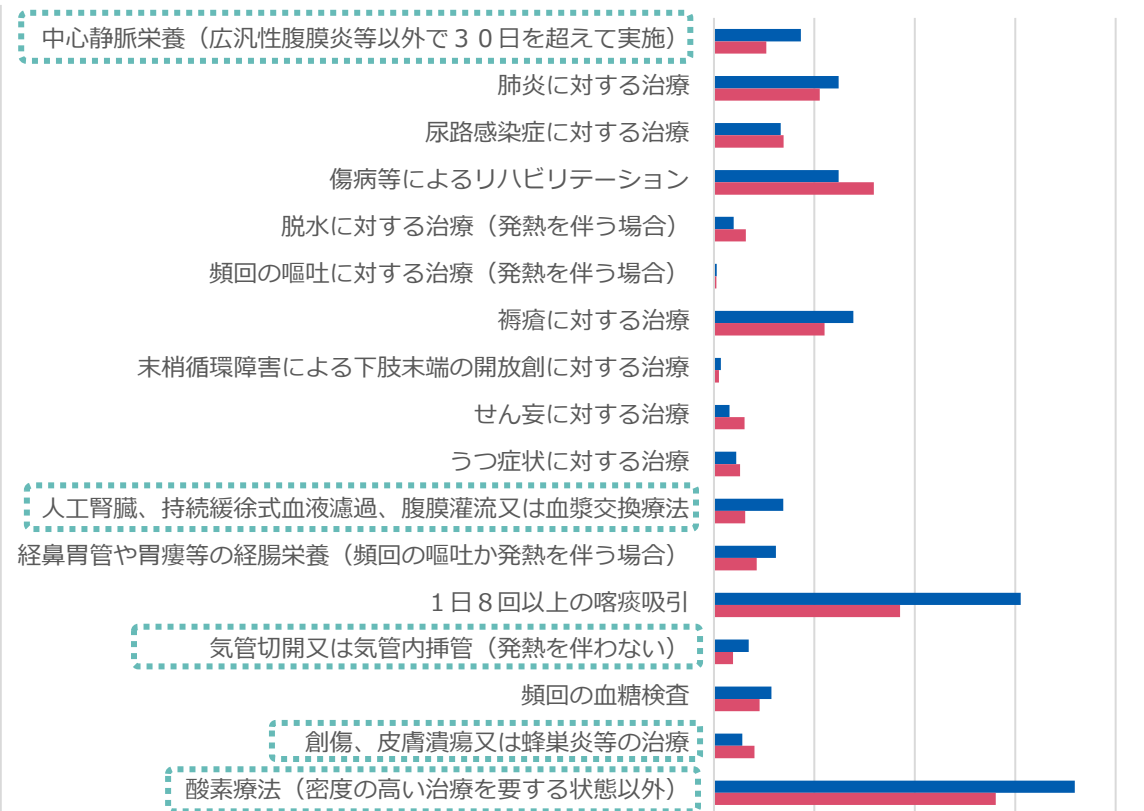


■ 療養病棟入院料1 (n=77503) ■ 療養病棟入院料2 (n=8648)

特掲診療料の施設基準等別表第7・第8に掲げる疾患、状態

医療区分2の対象となる処置等が占める割合

0% 10% 20% 30% 40%



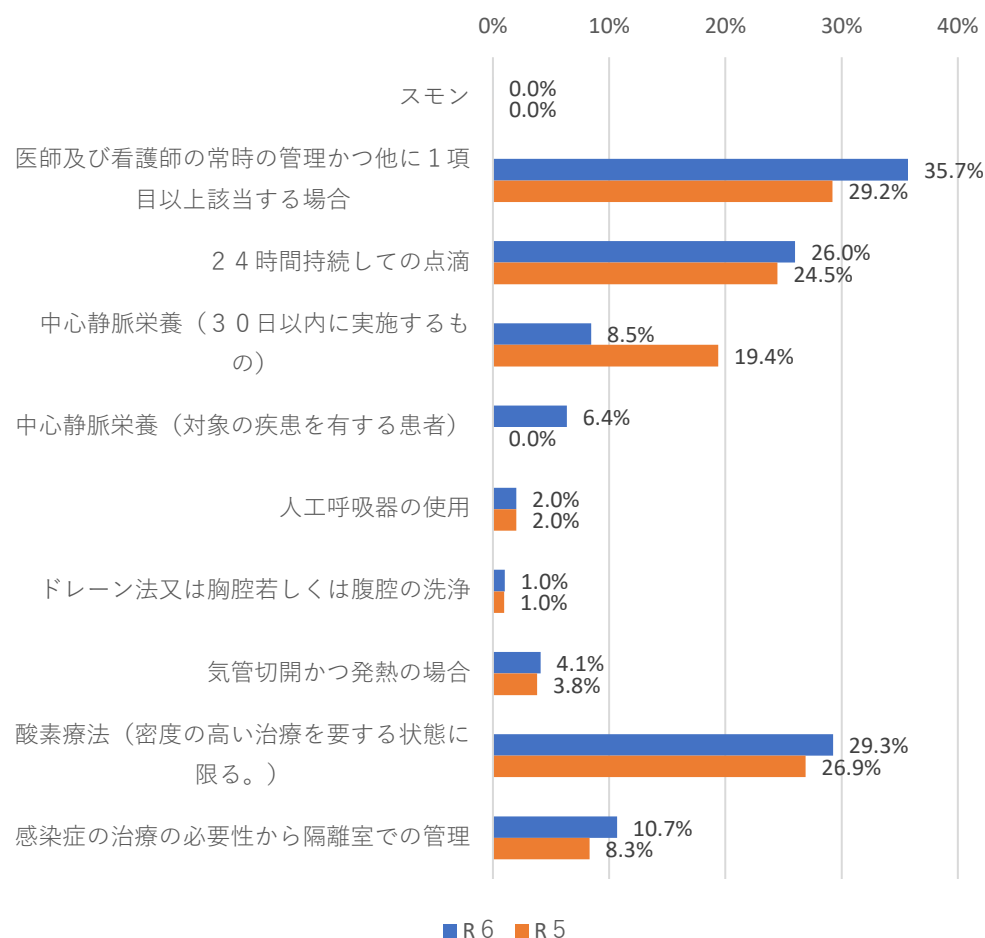
■ 療養病棟入院料1 (n=77503) ■ 療養病棟入院料2 (n=8648)

療養病棟における医療区分3の疾患・状態、処置の患者の割合

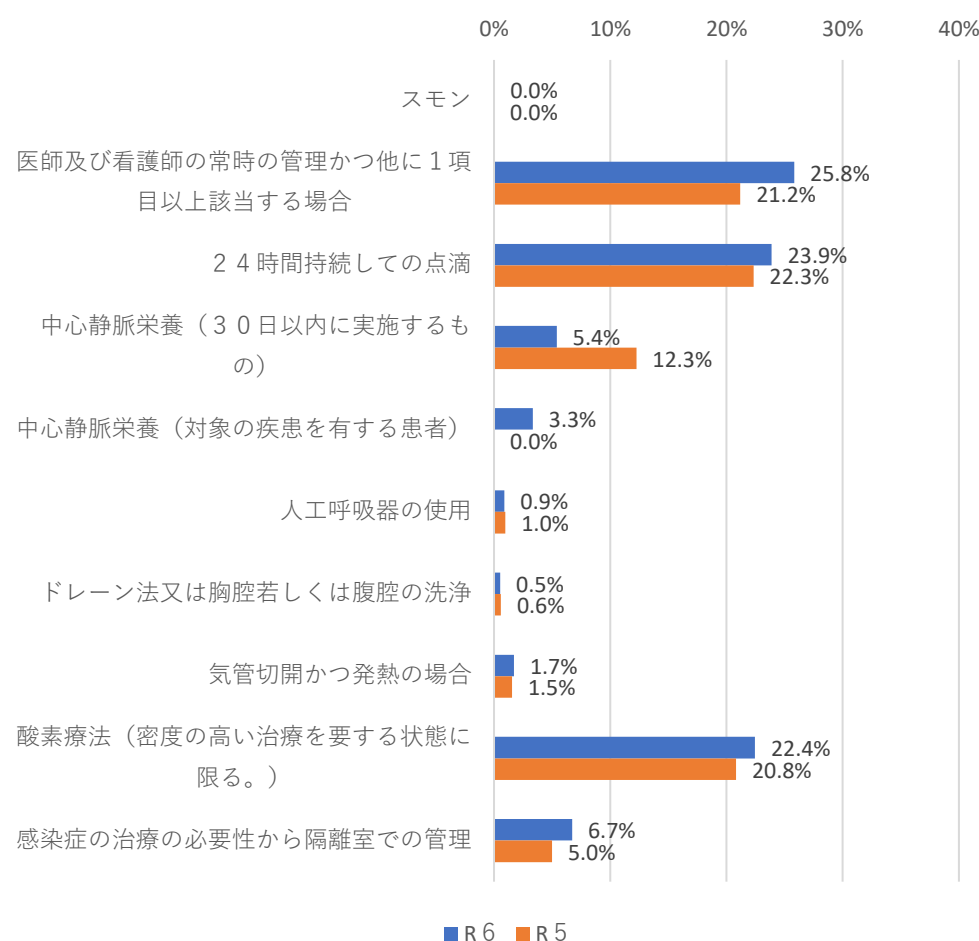
- 令和6年度改定で中心静脈栄養の区分が細分化された。入院料1・2ともにその他の多くの医療区分3の項目で患者の割合は増加していた。

医療区分3の疾患・状態、処置に該当する患者の入院患者に占める割合

療養病棟入院料1



療養病棟入院料2



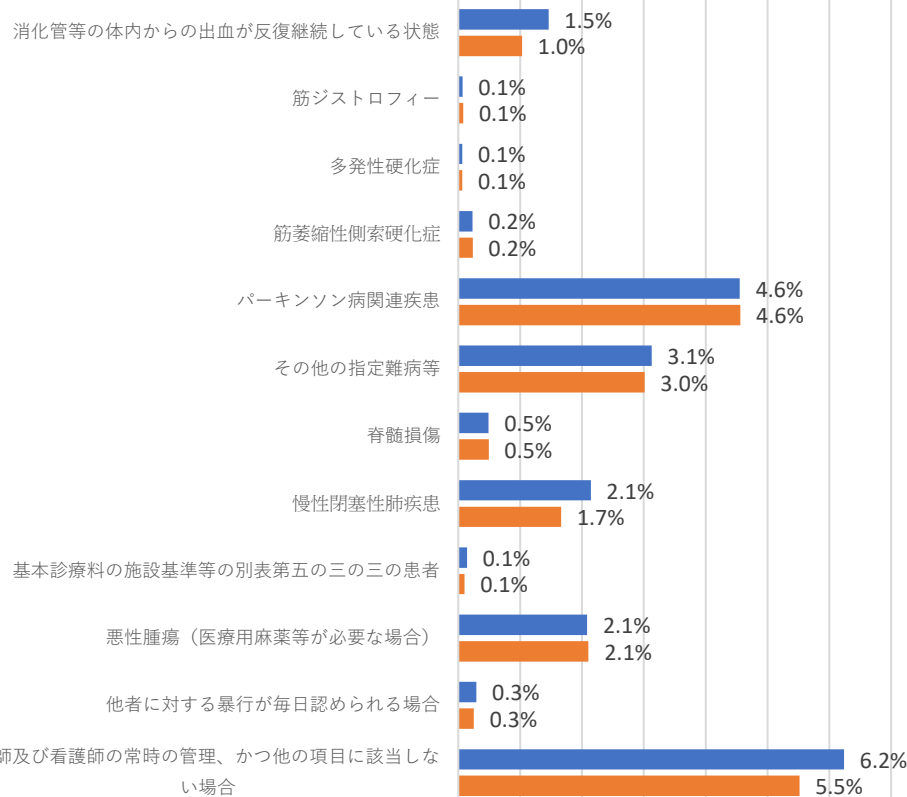
療養病棟における医療区分2の疾患・状態の患者の割合

- 入院料1・2ともに、医療区分2の疾患・状態のうち、消化管等からの出血が反復継続している状態、その他の指定難病等、慢性閉塞性肺疾患、医療用麻薬を要する悪性腫瘍、医師および看護師の常時の管理が必要な場合の割合が増加していた。

医療区分2の疾患・状態に該当する患者の入院患者に占める割合

療養病棟入院料1

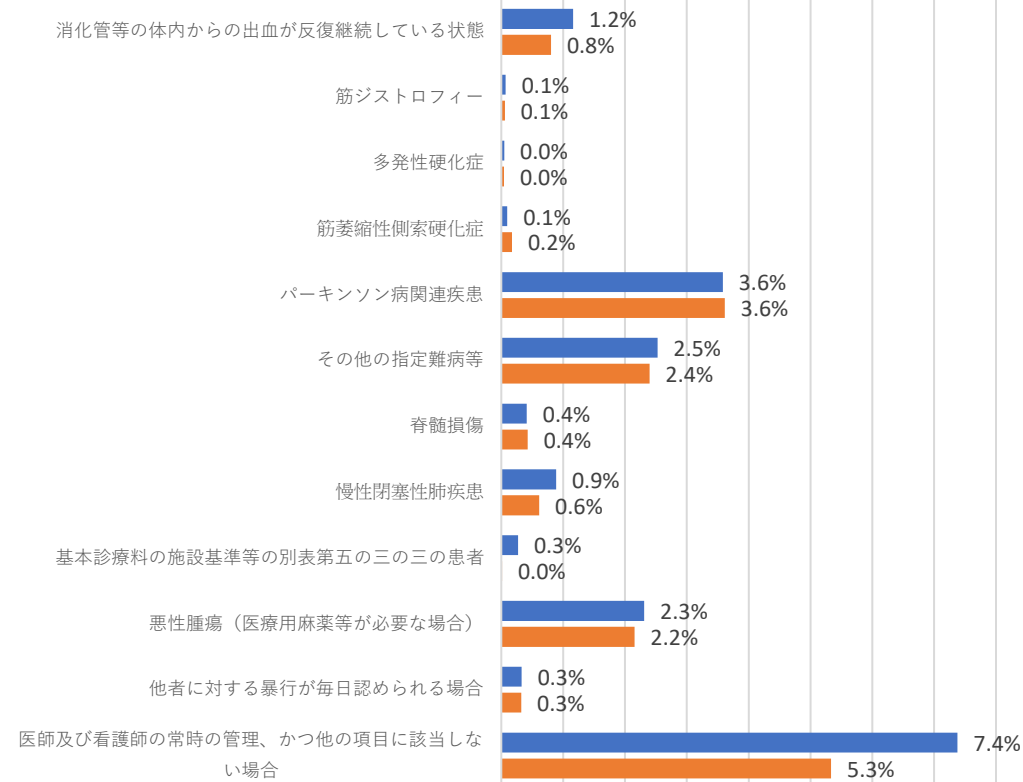
0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8%



■ R6 ■ R5

療養病棟入院料2

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8%



■ R6 ■ R5

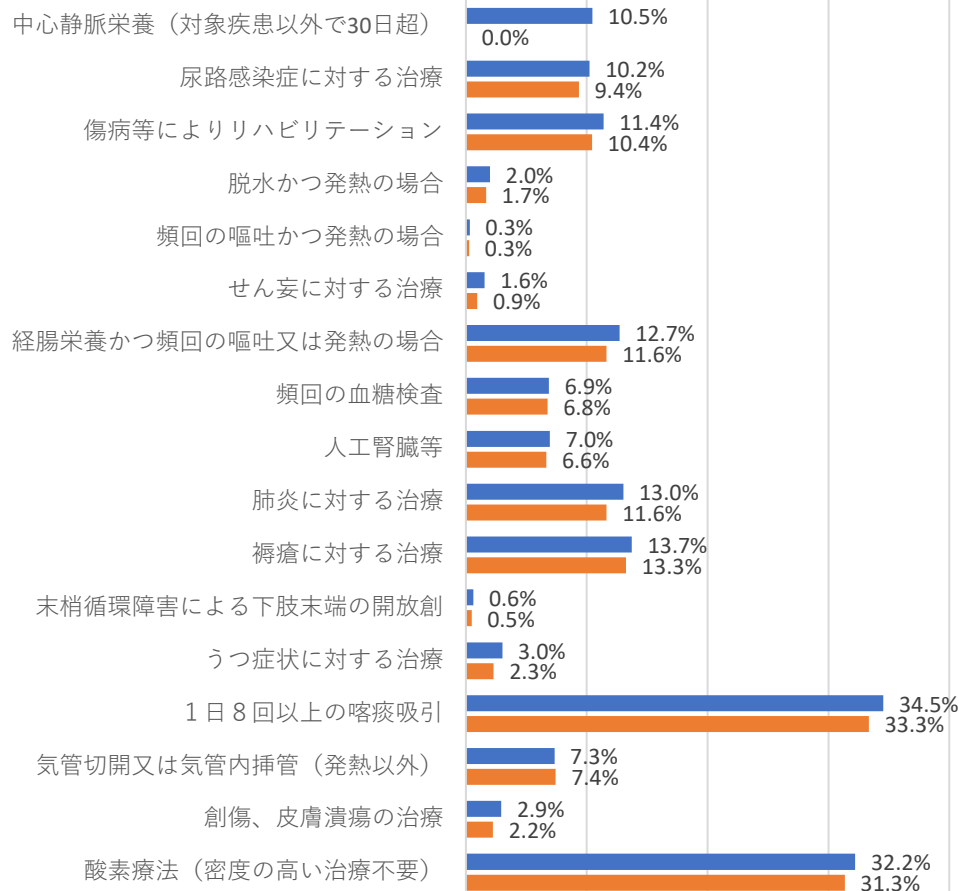
療養病棟における医療区分2の処置に該当する患者の割合

○ 入院料1・2ともに、医療区分2の処置については、ほぼ全ての項目で該当する患者数が増加していた。

医療区分2の処置に該当する患者の入院患者に占める割合

療養病棟入院料1

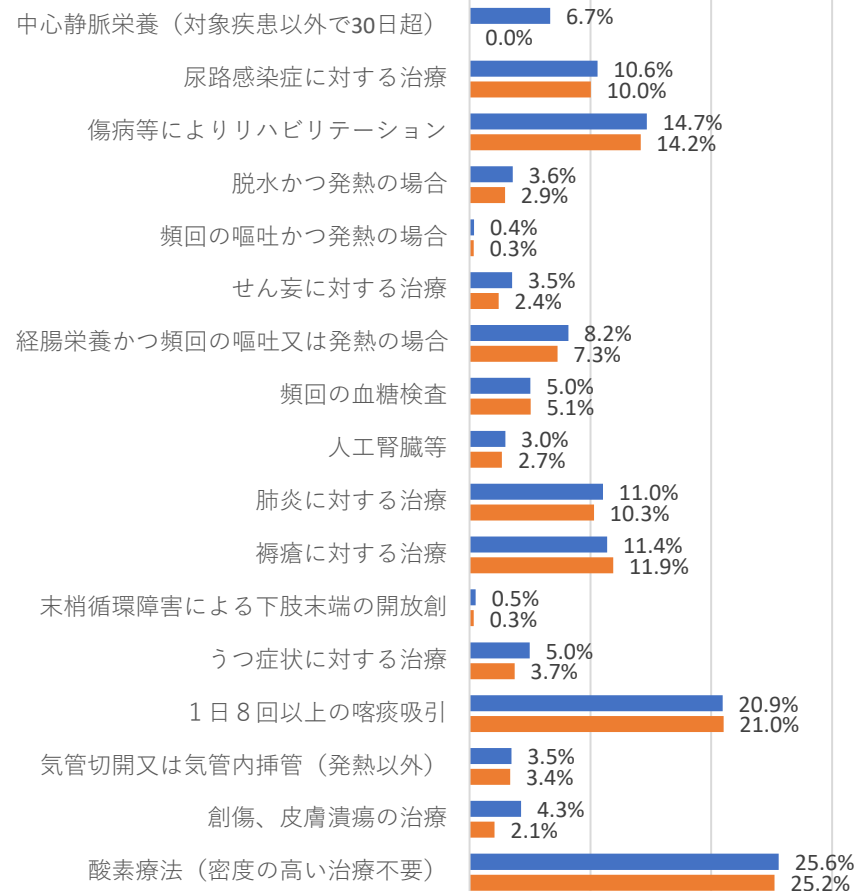
0% 10% 20% 30% 40%



■ R6 ■ R5

療養病棟入院料2

0% 10% 20% 30% 40%



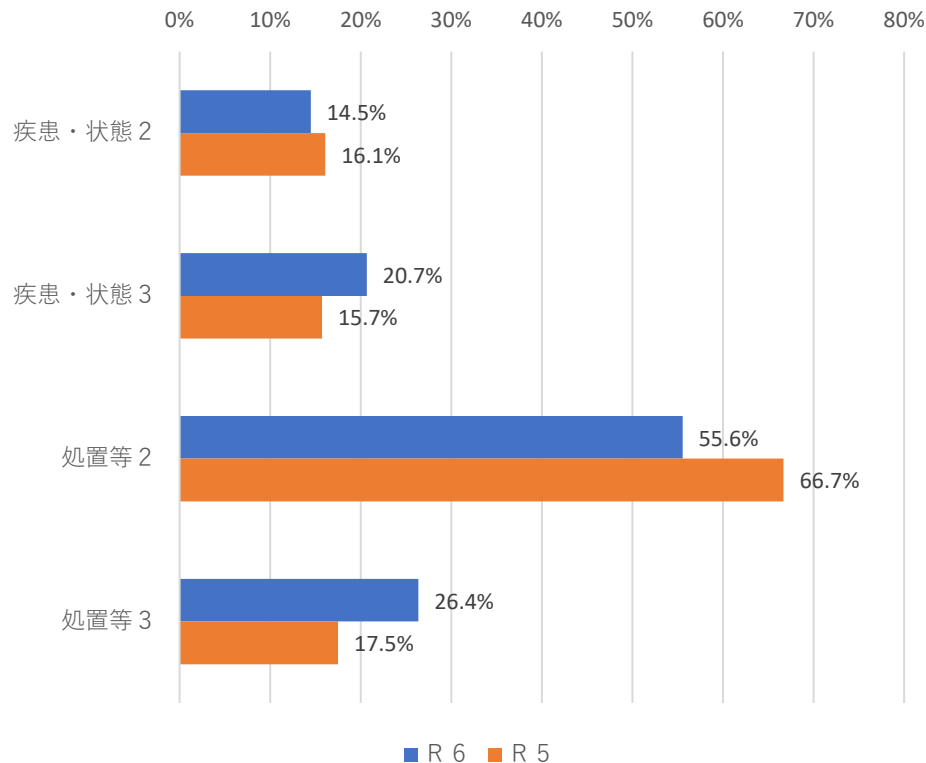
■ R6 ■ R5

療養病棟における疾患・状態、処置の区分の該当割合

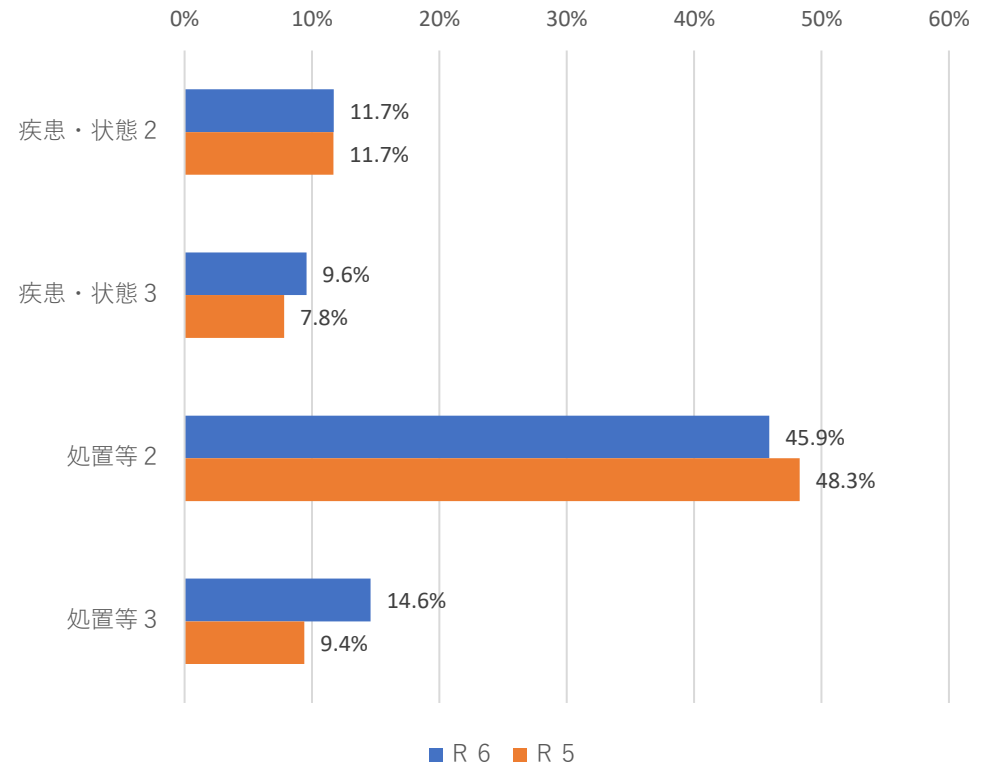
○ 入院料 1・2 とともに、処置等の区分 2 が減少し、処置等の区分 3、疾患・状態の区分 3 の割合が増加していた。

疾患・状態、処置の各区分に該当する算定日数の割合

療養病棟入院料 1 における算定日数の割合

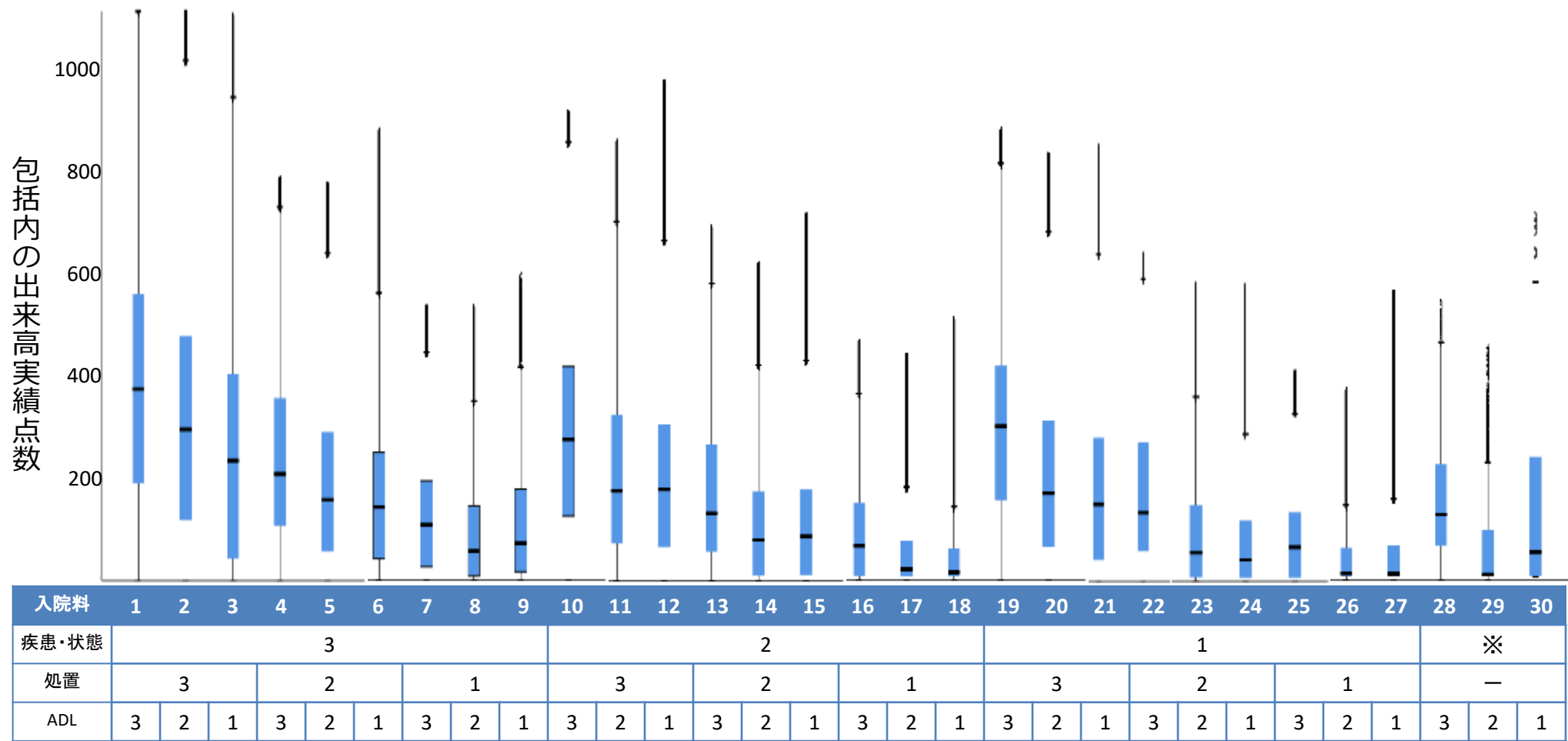


療養病棟入院料 2 における算定日数の割合



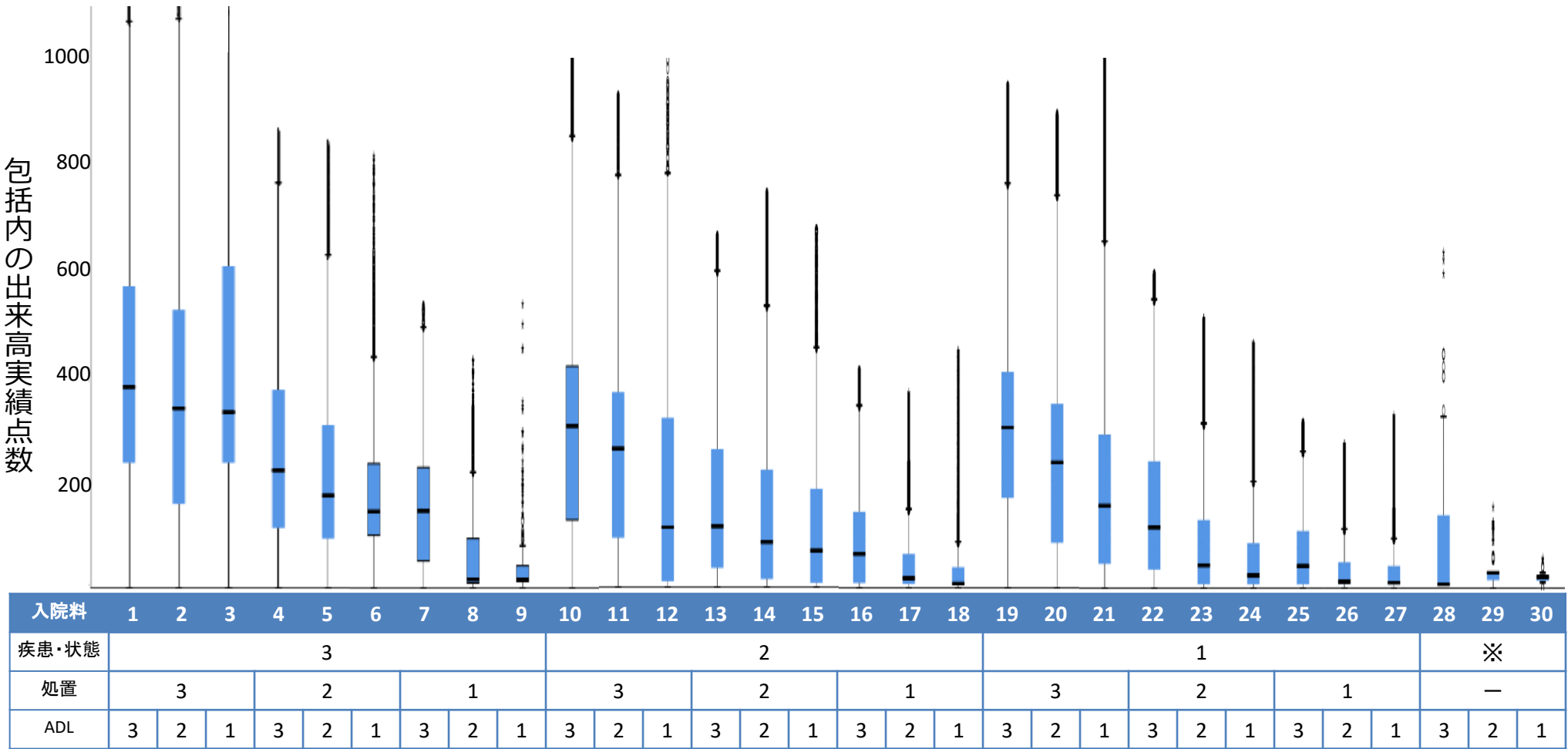
療養病棟入院料 1 における医療区分と医療資源投入量

○ 入院料30区分の包括内出来高点数の分布は以下のとおり。ADL区分の高い入院料 4、7、13、16等では、ケアの手間を反映した入院料が設定されている。



療養病棟入院料 2 における医療区分と医療資源投入量

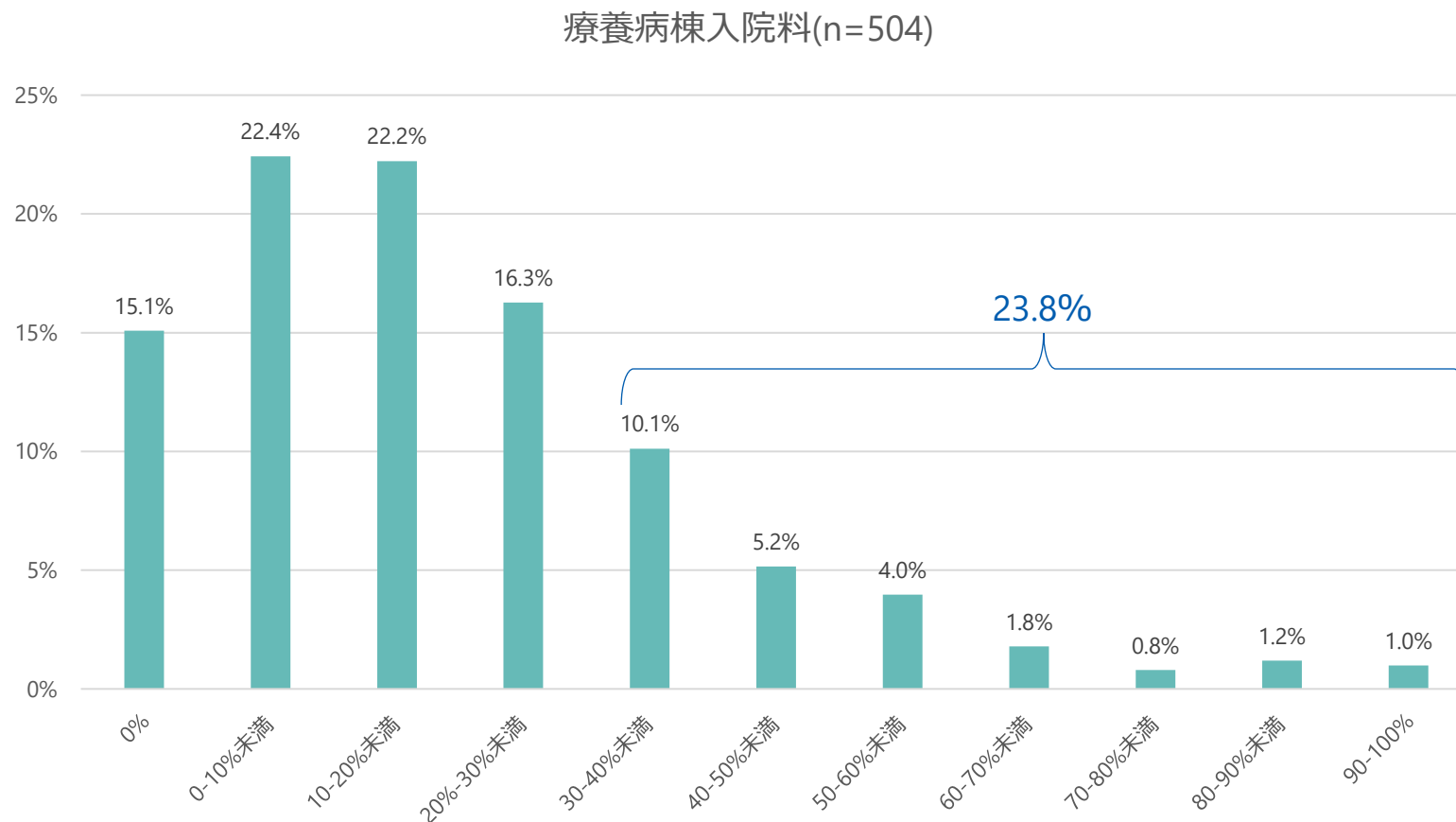
○ 入院料30区分の包括内出来高点数の分布は以下のとおりで、療養病棟入院料 1 と同様の傾向であった。



※スモン

療養病棟における身体的拘束の実施状況

- 身体的拘束を30%以上の患者に実施している施設が23.8%あった。



(※) 身体的拘束の実施率 = 令和6年10月の1か月間における①/②

①身体的拘束を実施した患者数 (実人数)

②実入院患者数

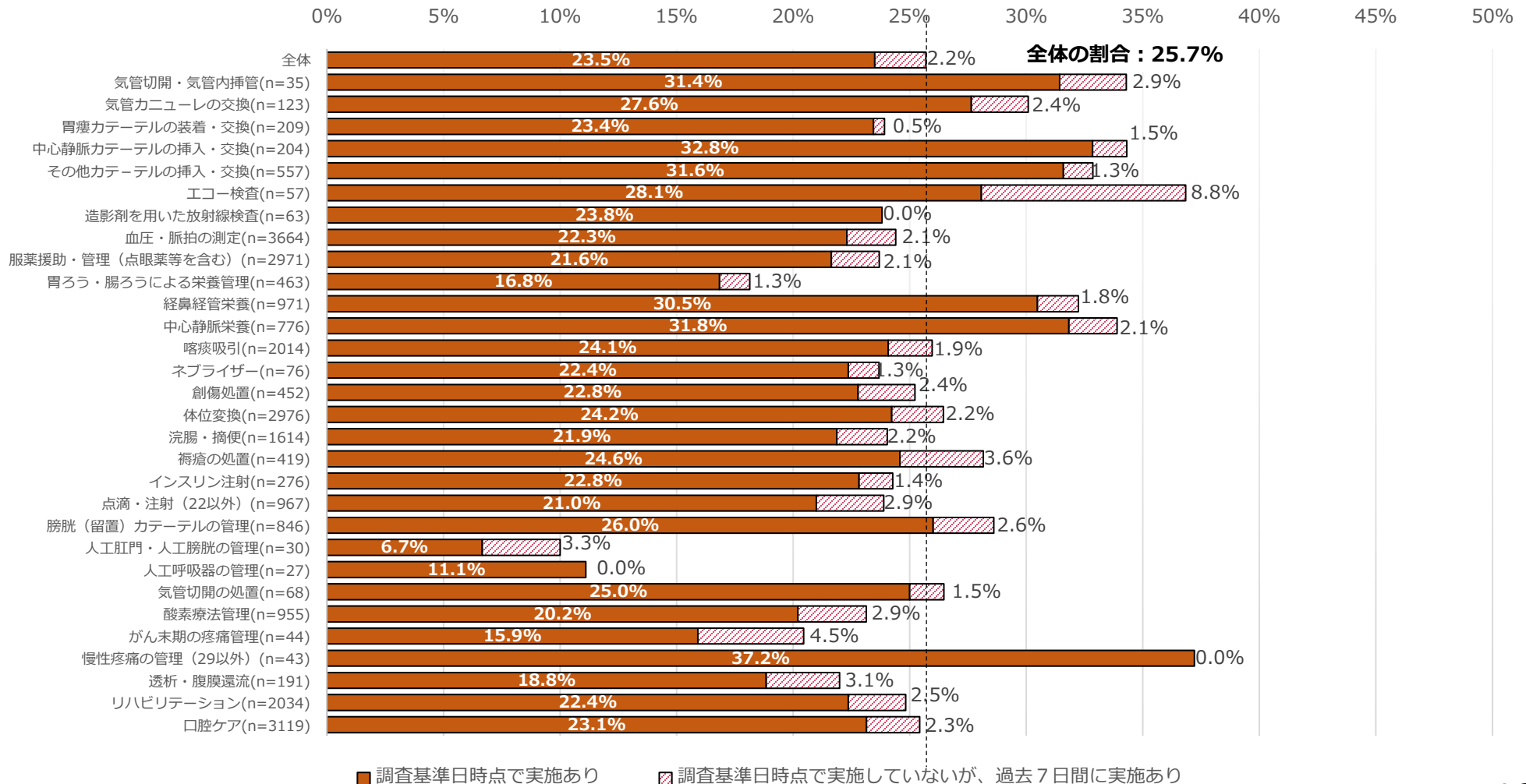
注) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

認知症のある患者における処置等毎の身体的拘束の状況

- 認知症のある患者における、行われている処置と身体的拘束の実施状況は以下のとおりであり、カテーテル等が挿入されている場合に、30%以上の患者においてなんらかの身体的拘束が実施されていた。

過去 1 か月に受けた処置ごとの身体的拘束の実施割合（認知症あり）

n=4023

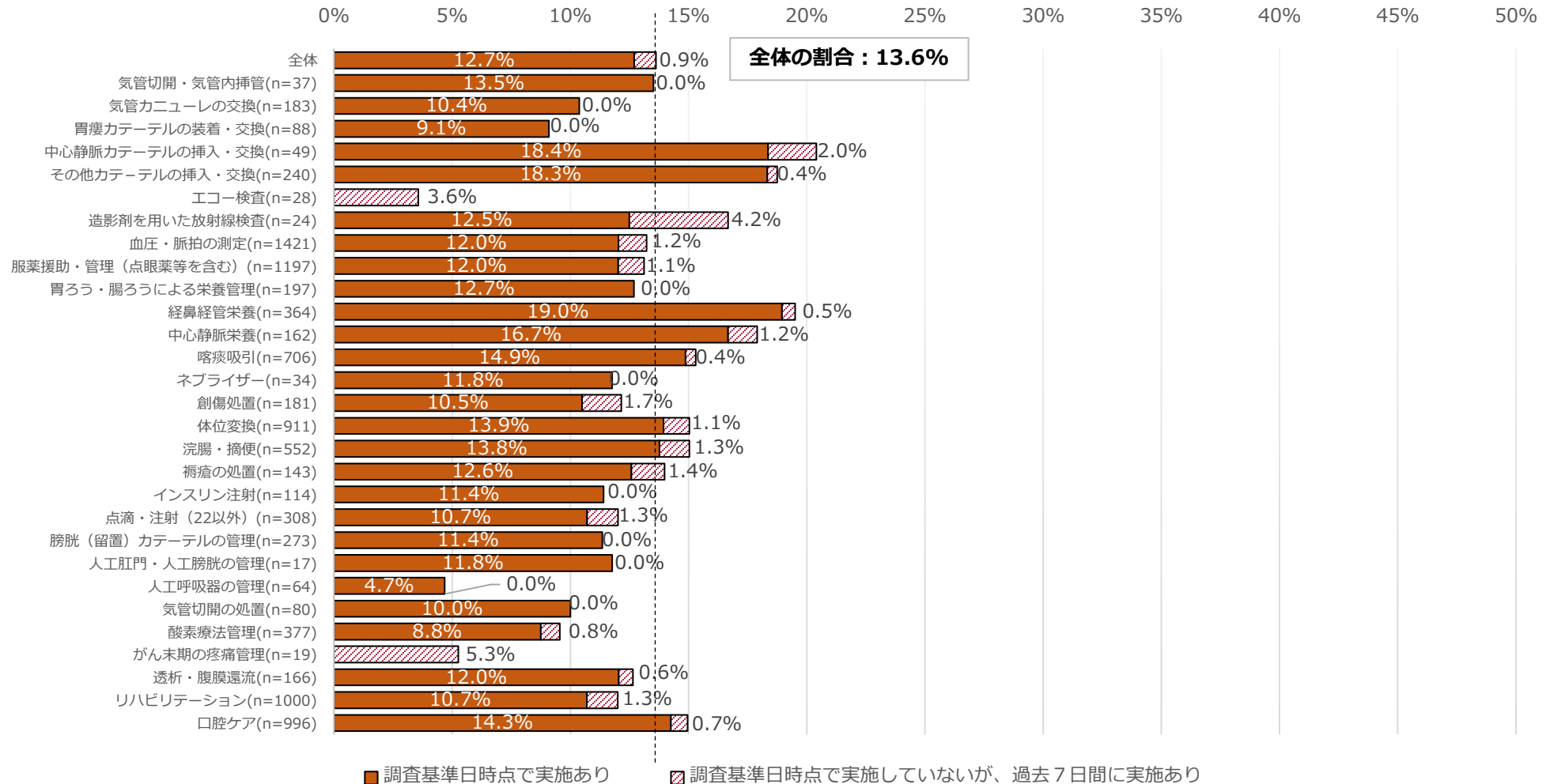


認知症のない患者における処置等毎の身体的拘束の状況

- 認知症のない患者においては、認知症のある患者と比べて全体的に身体的拘束の実施割合は低いものの、中心静脈カテーテルや経鼻胃管が挿入されている患者では20%近い割合で身体的拘束が実施されていた。

過去 1 か月に受けた処置ごとの身体的拘束の実施割合（認知症なし）

n=1618

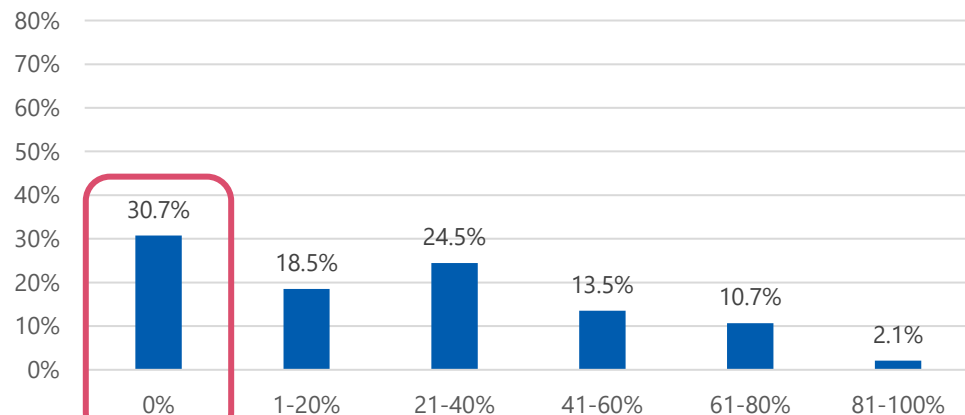


療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況

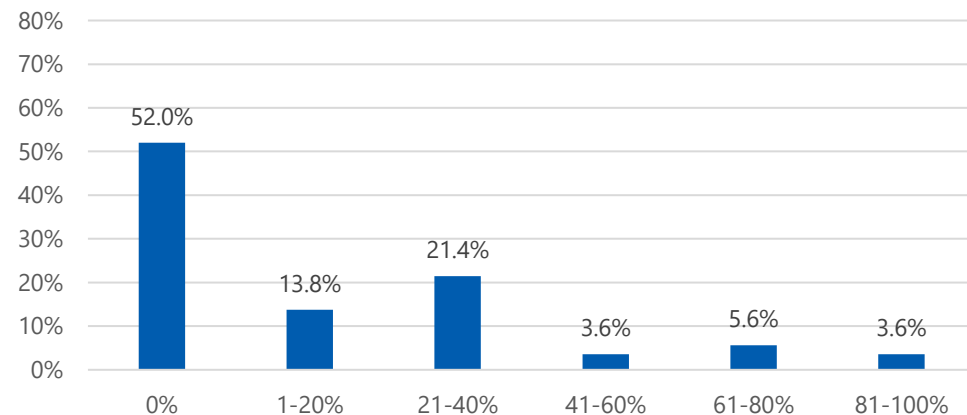
- デバイス（※ 1）の有無と認知症の有無で群分けした患者ごとに、各施設における調査日から7日間以内の身体的拘束の実施率（※ 2）を集計すると、デバイスや認知症の有無によって身体的拘束の実施状況には違いがあった。
- デバイスが入っている認知症の患者に対して身体的拘束を実施していない病棟が約3割ある一方、デバイスが入っておらず認知症なしと判断された患者に対して20%以上身体的拘束を実施している施設が約2割存在した。

身体的拘束の実施率ごとの病棟の割合

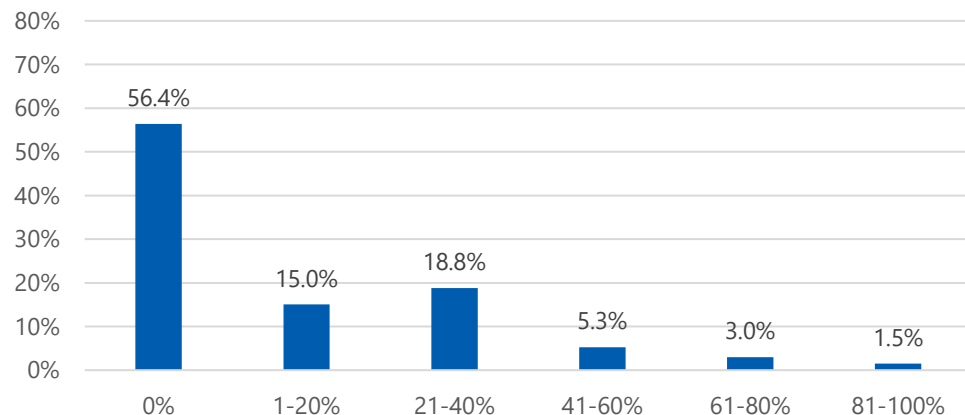
デバイスあり×認知症ありの患者（n=384病棟）



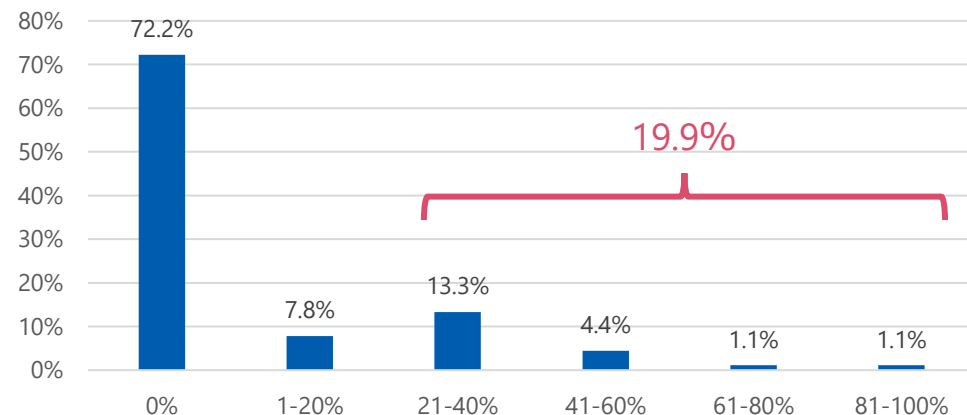
デバイスなし×認知症ありの患者（n=196病棟）



デバイスあり×認知症なしの患者（n=133病棟）



デバイスなし×認知症なしの患者（n=90病棟）

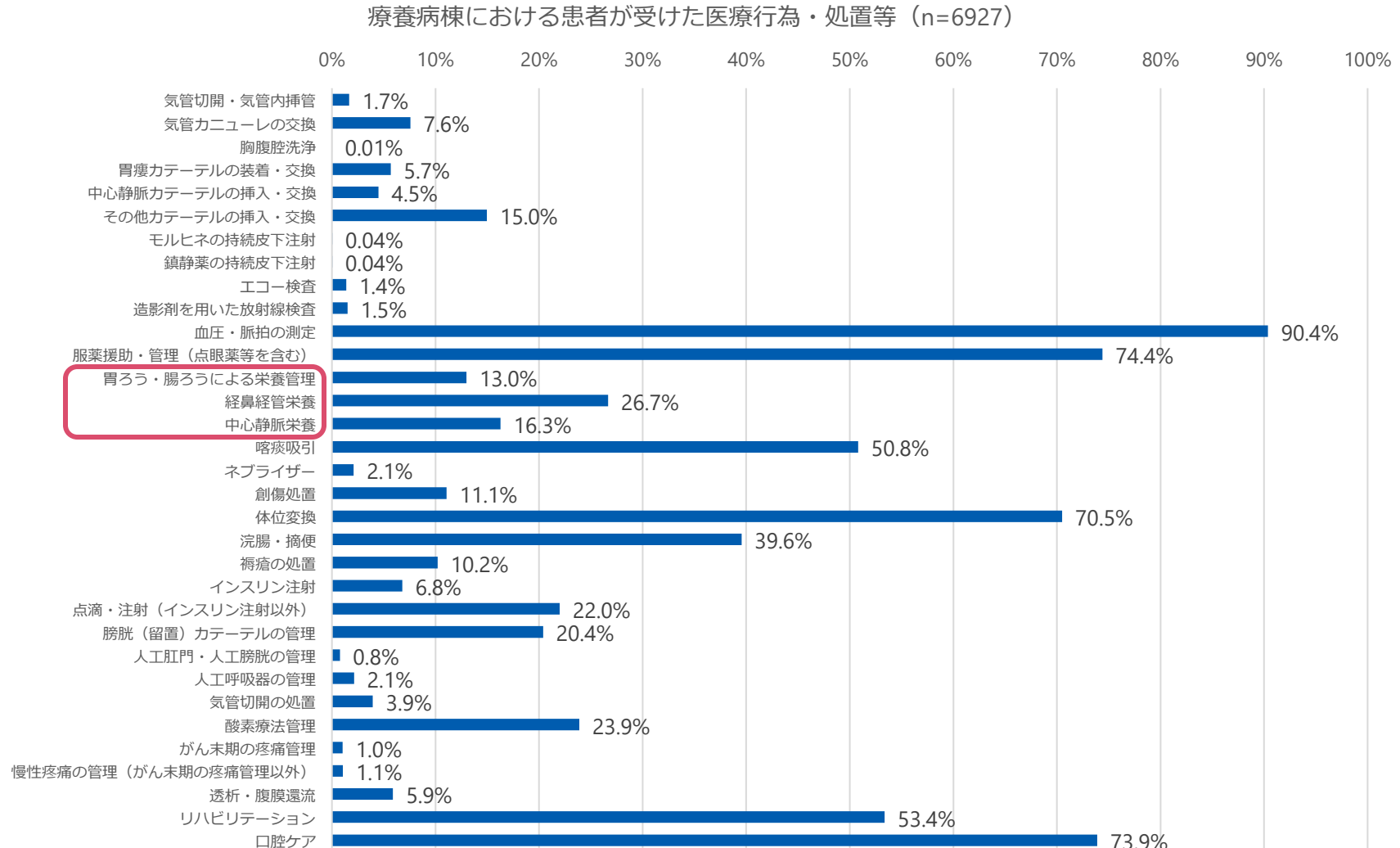


※ 1 中心静脈栄養、経鼻胃管、胃ろう・腸ろう、末梢点滴、尿道カテーテル、人工呼吸器のいずれか。
 ※ 2 身体的拘束の実施率=身体的拘束を過去7日以内に実施された患者人数/各群に該当する患者全体の人数（いずれも患者票で回答された患者）

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

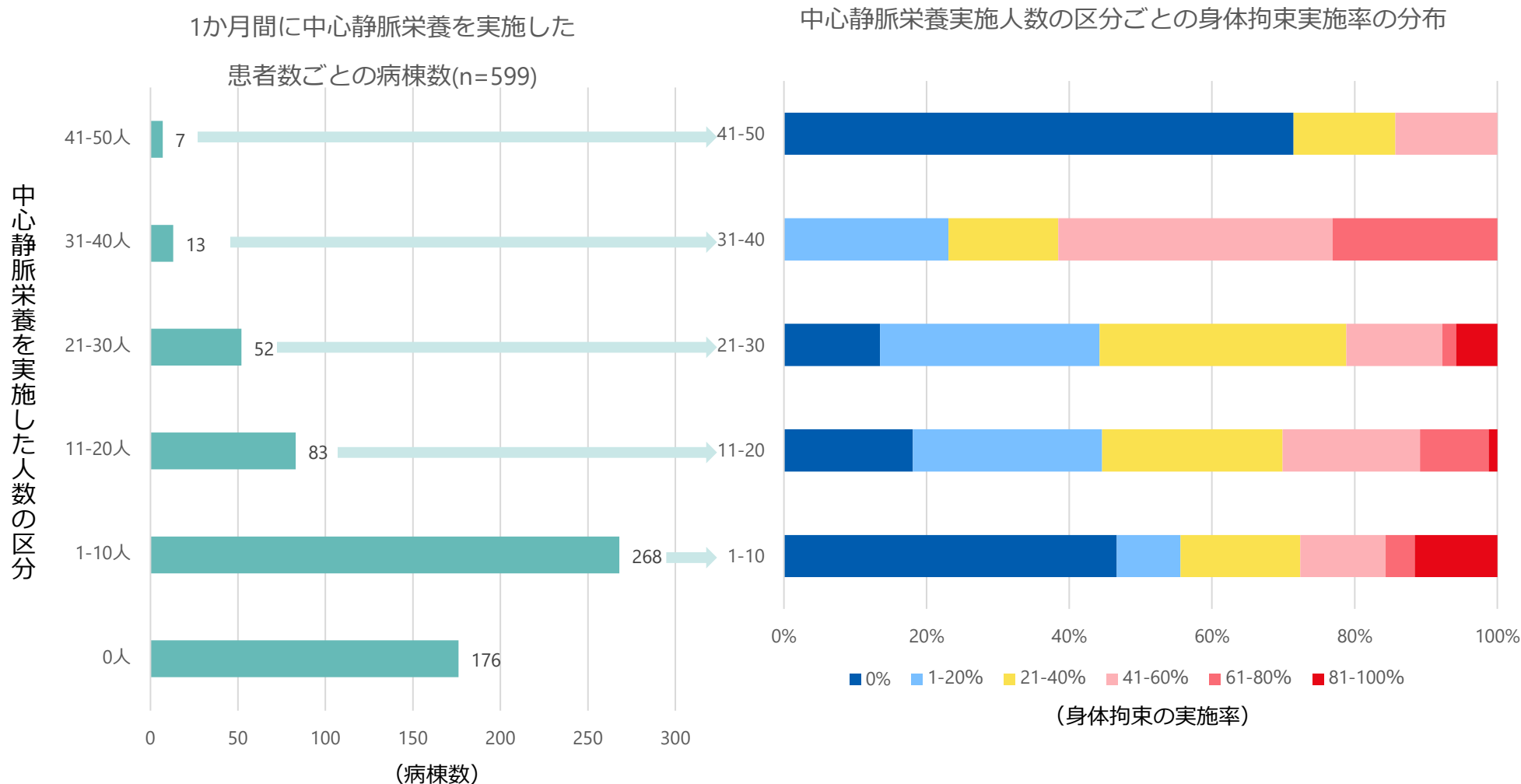
診療組 入-1参考
7. 5. 22 改

- 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%）



療養病棟における中心静脈栄養中の身体拘束の実施状況

- 1か月に中心静脈栄養を実施した人数は11-20人の病棟が最多で半数弱であった。
- 中心静脈栄養を実施した患者のうち、身体拘束を行った患者の割合が高い病棟もみられた。



療養病棟における摂食嚥下機能回復の取組に係る診療報酬上の評価

○ 療養病棟においては摂食嚥下機能の回復に係る評価が複数設けられており、各要件には内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制等、重複部分がある。

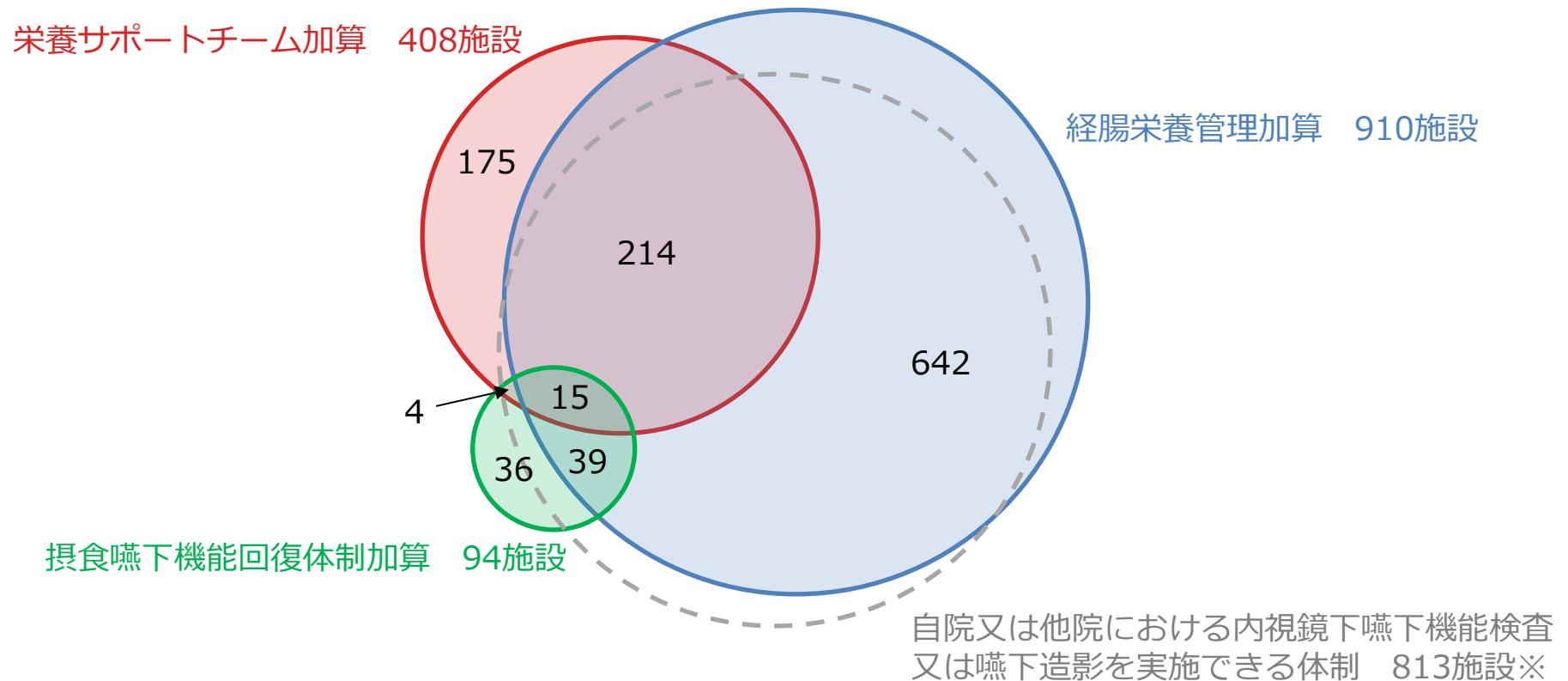
	概要	主な施設基準	届出等施設数
療養病棟入院基本料の注1に規定する 中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制	本体制が確保されていると認められない場合には、中心静脈栄養の処置等の区分が3の場合であっても、区分2とみなした入院料を算定する。	<u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること</u>（他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない） <u>摂食機能療法</u>を当該保険医療機関内で実施できること。	813
療養病棟入院基本料の注11に規定する 経腸栄養管理加算	- 経腸栄養を開始することで栄養状態の維持又は改善が見込まれる患者に対して新たに経腸栄養を開始する場合に、日本臨床栄養代謝学会の「<u>静脈経腸栄養ガイドライン</u>」等の内容を踏まえた説明を本人又はその家族等に実施した上で、適切な経腸栄養の管理と支援を行うことを評価したもの。 - 入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。	<u>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</u>（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） 「A233-2」の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	910
摂食機能療法の注3に規定する 摂食機能回復体制加算3	- 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、患者1人につき週1回に限り所定の点数を加算する。 - 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、<u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果</u>（他院で行うものでもよい）に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付する。 - 月に1回以上、上記検査を実施し、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行う。	- 専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。 - 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、<u>2名以上</u>	94
（栄養サポートチーム加算）		<u>栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師、常勤看護師、常勤薬剤師、常勤管理栄養士</u> - 上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。	408

※届出等施設数は、主な施設基準等の届出状況等（令和6年8月時点）より集計

摂食嚥下機能の回復や栄養管理に係る体制・加算の届出状況

- 療養病棟における各加算の届出状況は以下のとおりであり、加算を届け出ることのできている施設には一定の重なりがみられた。
- 経腸栄養管理加算を届け出ている施設のうち、約3/4は栄養サポートチーム加算を届け出ておらず、専任の管理栄養士を配置することで施設基準を満たしていると想定される。

療養病棟入院基本料を届け出る2882施設中の各加算の届出施設数



※本体制がなければ経腸栄養管理加算、摂食嚥下機能回復体制加算は届出できないため、記入間違い等があると思われる。

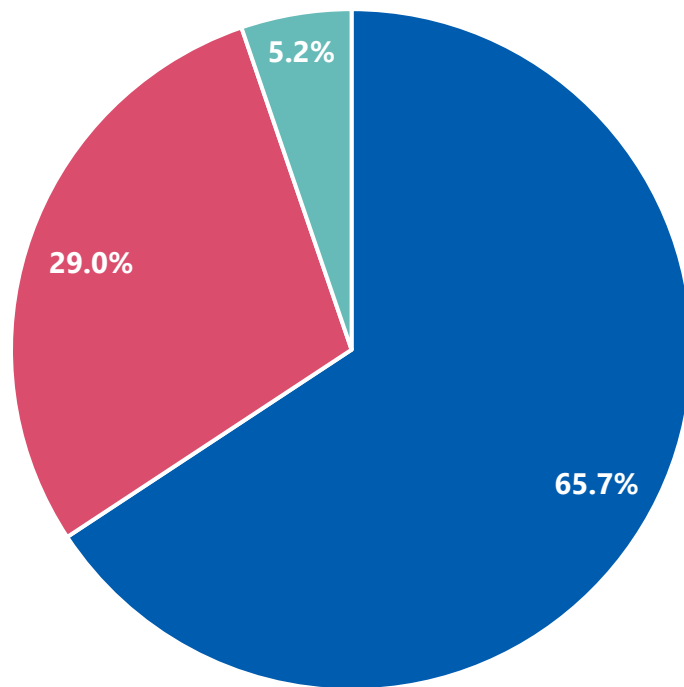
療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

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

【療養病棟入院料1】

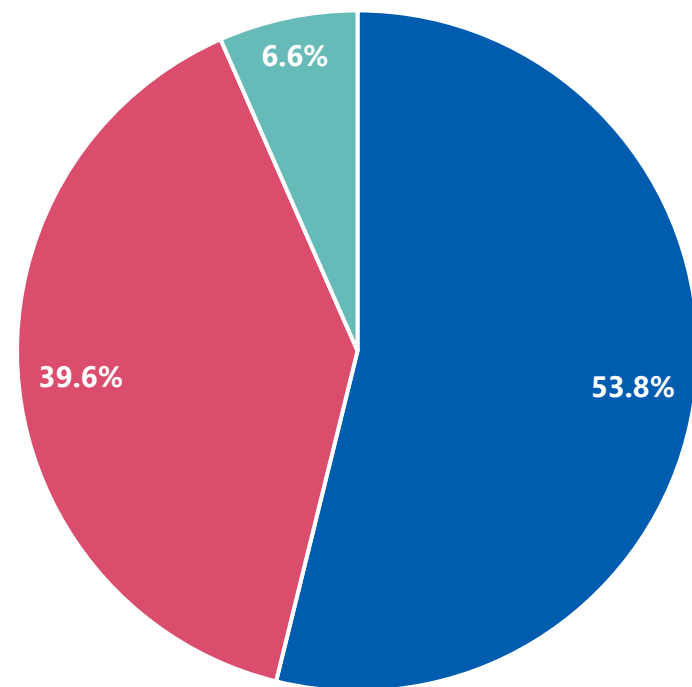
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無
(n=534)



■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

【療養病棟入院料2】

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無
(n=91)



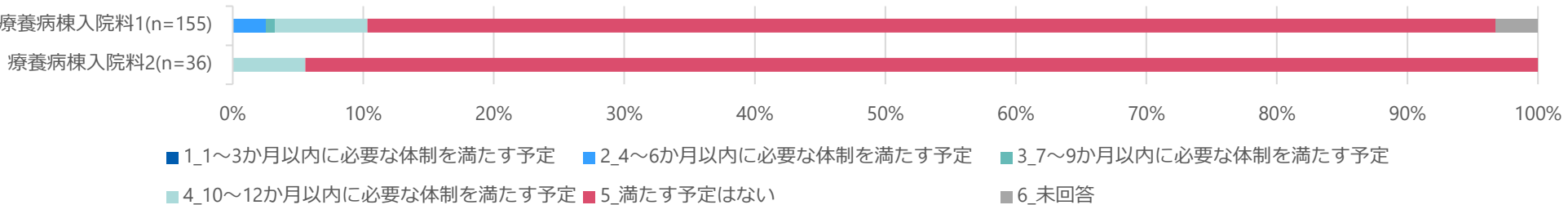
■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備予定

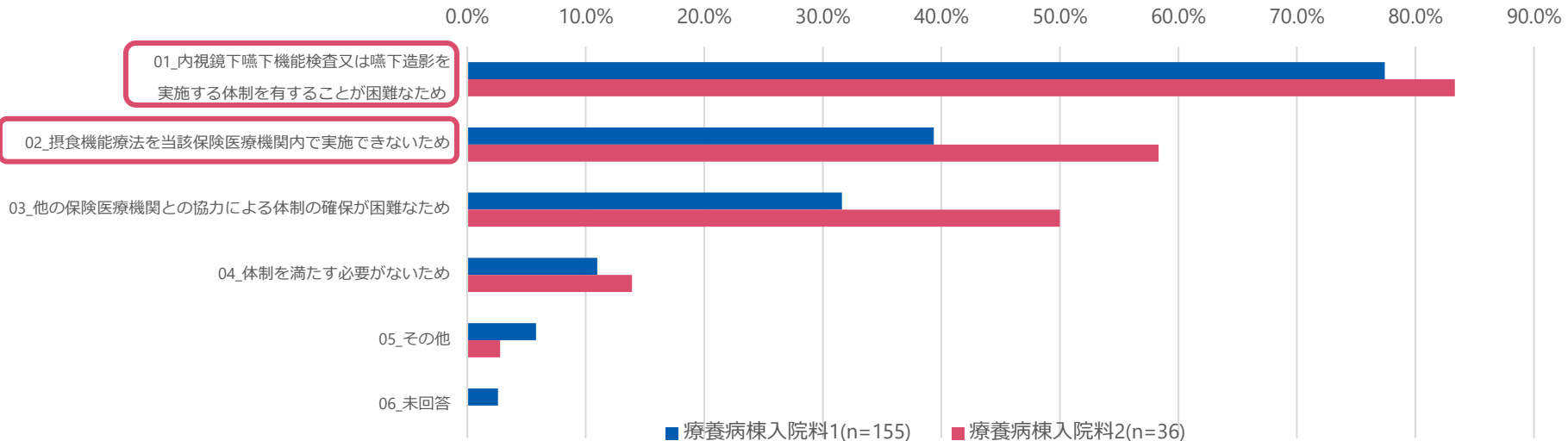
- 「中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制」を整備できていない医療機関において、今後も体制を満たす予定のない医療機関が9割に達した。
- 体制を整備できない理由として、必要な検査を実施する体制を有することが困難と回答した医療機関が約8割であり、次いで摂食機能療法を実施できない医療機関が多かった。

診療組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制に対する今後の予定
(令和6年11月1日時点)



体制整備が困難な理由 (令和6年11月1日時点)

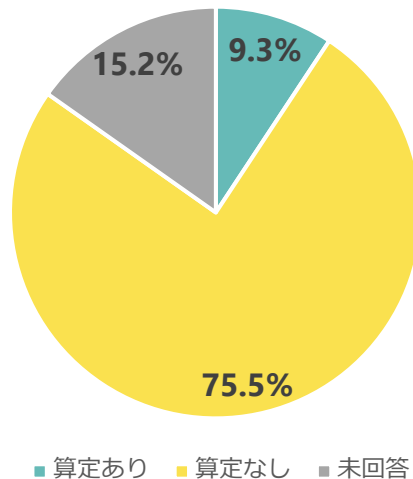


療養病棟における経腸栄養管理加算の状況

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

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

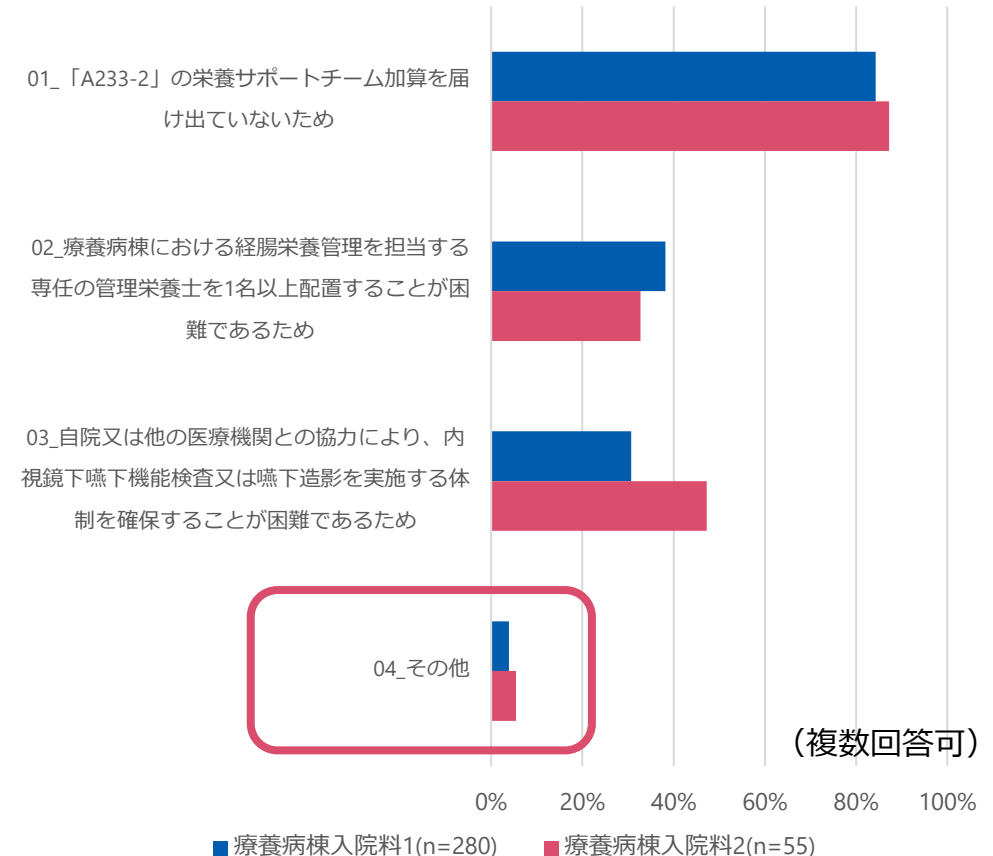
■ 経腸栄養管理加算の算定状況 (n=624) (令和6年8月～10月の3か月)



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

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

■ 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由 (n=346)



経腸栄養管理加算の算定状況と届出しない理由

- 経腸栄養管理加算の届出施設のうち、算定回数が0回の施設が約9割弱と多かった。
- 届出しない理由のうち自由記述では、転院前に1か月以上中心静脈栄養を実施する患者がおらず、対象患者が想定できないことがあげられていた。

A101 注11 経腸栄養管理加算

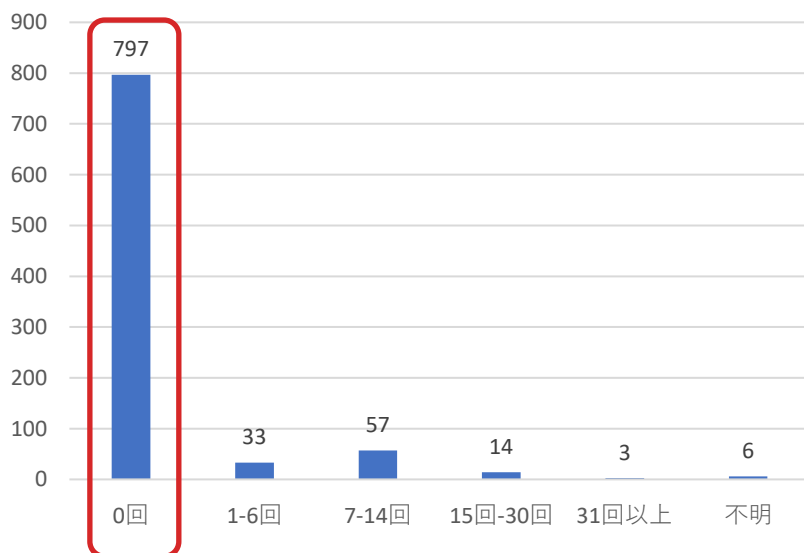
【算定の対象となる患者】

次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。

ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

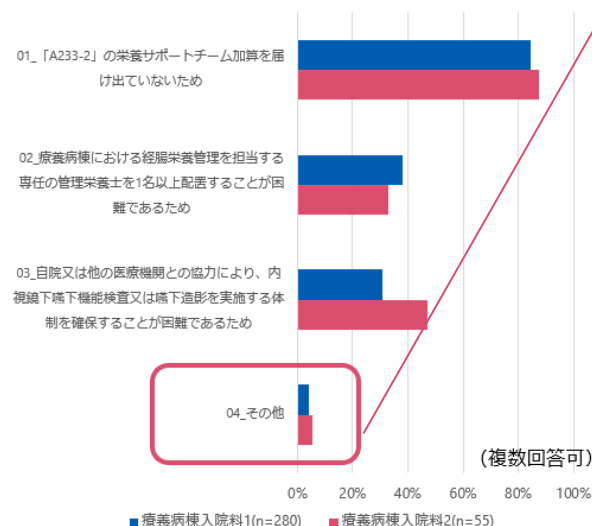
イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者

経腸栄養管理加算の算定回数ごとの施設数
(n=910)



(再掲)

■ 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由 (n=346)



届出をしない理由

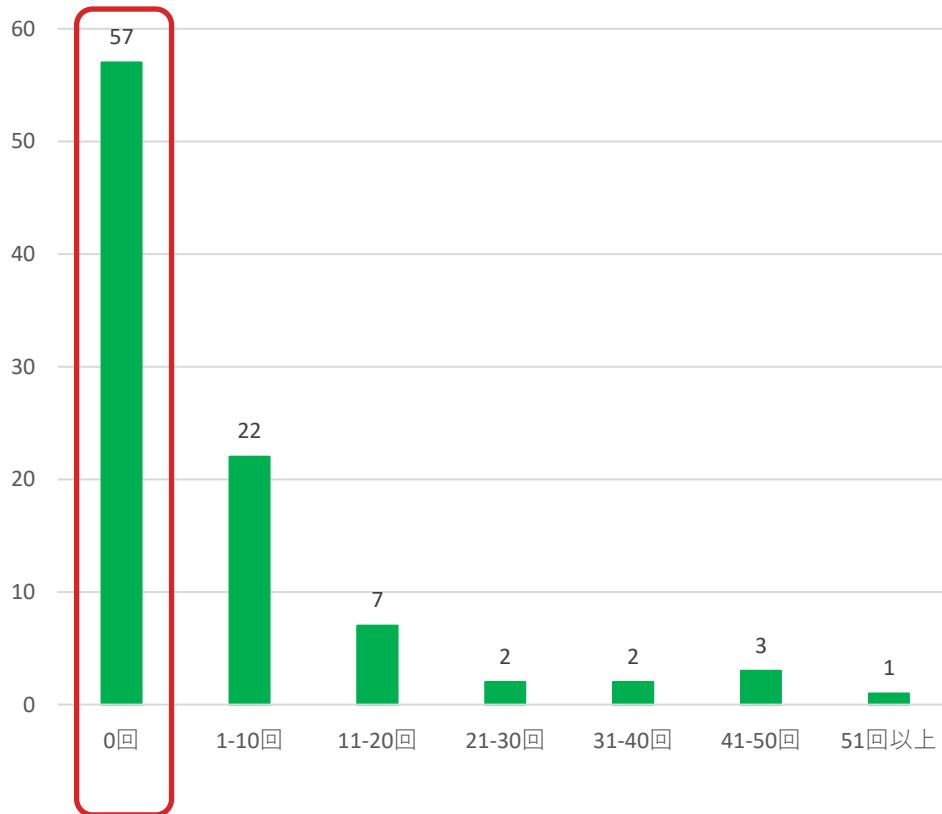
- ・ 対象となる患者がいらないため
- ・ 対象となるような患者の入院がないため
- ・ 一般病棟で経腸栄養を開始するため
- ・ 当院へ転院前に1か月以上中心静脈栄養を実施されている患者が少なく算定できないため
- ・ 経口摂取以外の栄養摂取は行わない方針であり算定できる患者がいらないため

摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況と届出しない理由

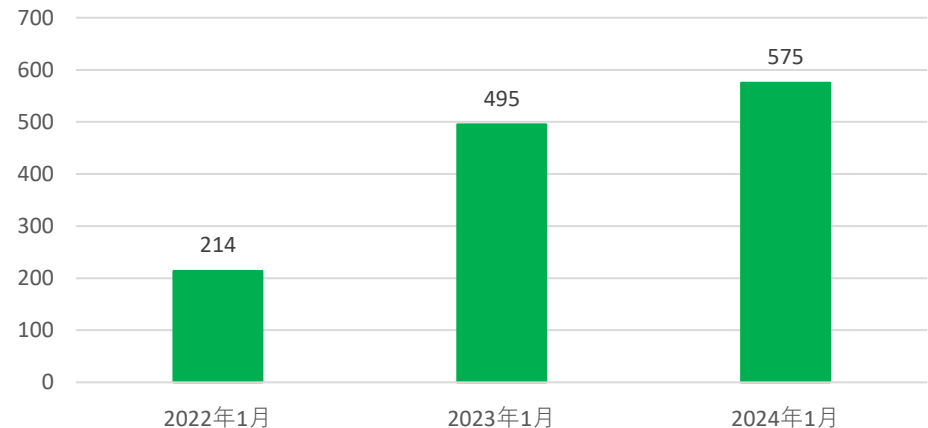
- 摂食嚥下機能回復体制加算3を届け出ている施設のうち、算定回数が0回の施設は約6割であった。算定回数は緩徐に増加しているものの少ない。
- 届出をしない理由として、中心静脈栄養を実施している患者がいなかったため、実績要件を満たせないという回答があった。

摂食嚥下機能回復体制加算3の算定回数ごとの施設数

(n=94)



摂食嚥下機能回復体制加算3の算定回数の経年変化



届出をしない理由

- ・ 中心静脈栄養は行わないため届出不要
- ・ 中心静脈栄養の受け入れをしていないため
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者がいなかったため
- ・ 終末期の入院患者さまが殆どのため、経口に移行することが困難で該当者がいないため
- ・ 週1回のカンファレンスが困難なため
- ・ 自院又は他院で嚥下造影等の検査体制の確保が困難なため

療養病棟における在宅への退院を評価する仕組み

- 療養病棟における在宅への退院を評価する加算として、在宅復帰機能強化加算が設けられている。
- 令和7年度の主な施設基準の届出状況等によると、届出施設数は療養病棟入院料1を算定する2415施設中、709施設であった。

療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算

療養病棟入院料1を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日につき50点を所定点数に加算する。

【施設基準】

(1) 療養病棟入院料1を届け出ている保険医療機関であること。

(2) 次のいずれにも適合すること。

ア 当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上。

なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。（分母に再入院患者及び死亡退院した患者を含まない）

イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内（医療区分3の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。

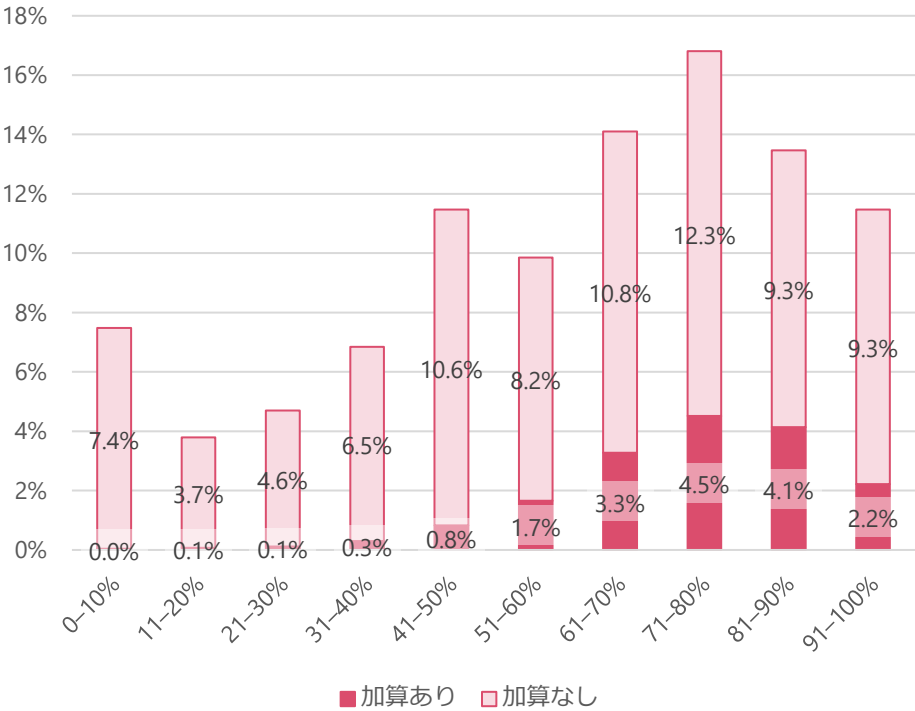
(3) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く。）を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の15以上であること。

療養病棟における在宅復帰機能強化加算と退院先の状況

- 療養病棟における在宅への退院の割合や死亡退院の割合は、施設ごとのばらつきが大きかった。
- 在宅へ退院する患者の割合が多い施設であっても、加算の届出は一部に留まっていた。
- 加算を届け出ている施設は加算の届出がない施設より在宅へ退院する患者の割合が高く、死亡退院の割合が低い傾向であったが、加算の届出があっても死亡退院の割合が多い施設もあった。

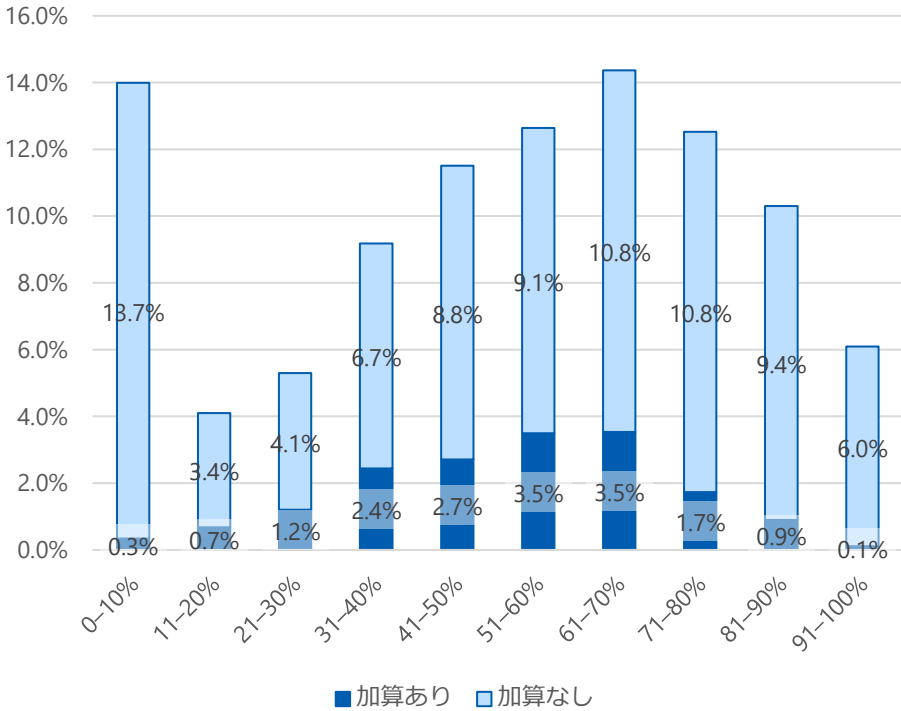
在宅へ退院した患者の割合階級毎の施設の割合

(n=2659)



死亡退院した患者の割合階級毎の施設の割合

(n=2659)



	在宅に退院した割合（平均）	死亡退院の割合（平均）
在宅復帰機能強化加算あり	74.0%	51.8%
在宅復帰機能強化加算なし	54.2%	60.0%

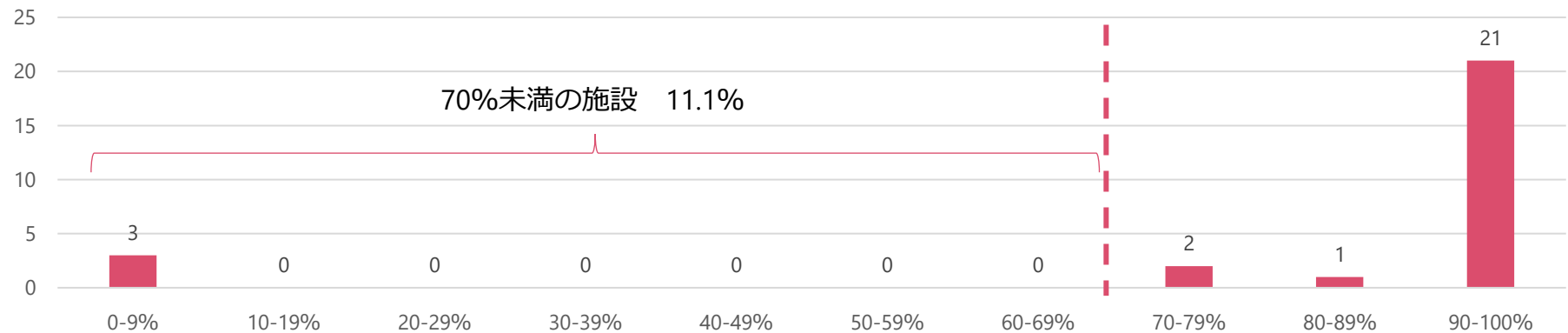
出典：主な施設基準の届出状況等（令和6年8月1日時点）、DPCデータ（2024年6月～12月）

障害者施設等入院基本料における患者構成

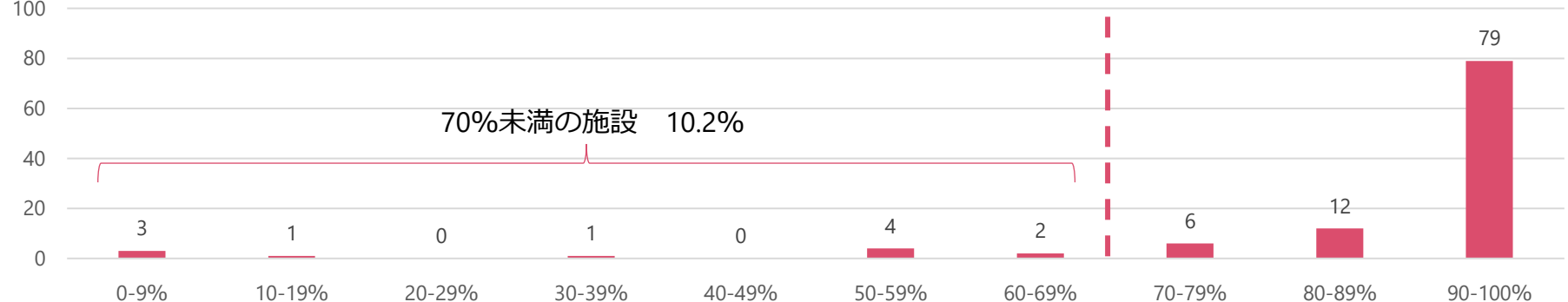
- 7 対 1 障害者施設等入院基本料を算定する病棟の多くは入院患者数の該当割合の要件を満たしていた。7 対 1 病棟は指定発達支援医療機関等の一般病棟も届け出られるため、一部これらに該当しない病棟があると考えられた。
- 10 対 1 ～15 対 1 障害者施設等入院基本料を算定する病棟の約 1 割では該当する患者の割合が 7 割未満であった。

施設基準：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、難病患者等が 7 割以上

7 対 1 障害者施設等入院基本料における該当患者割合の分布(n=27)

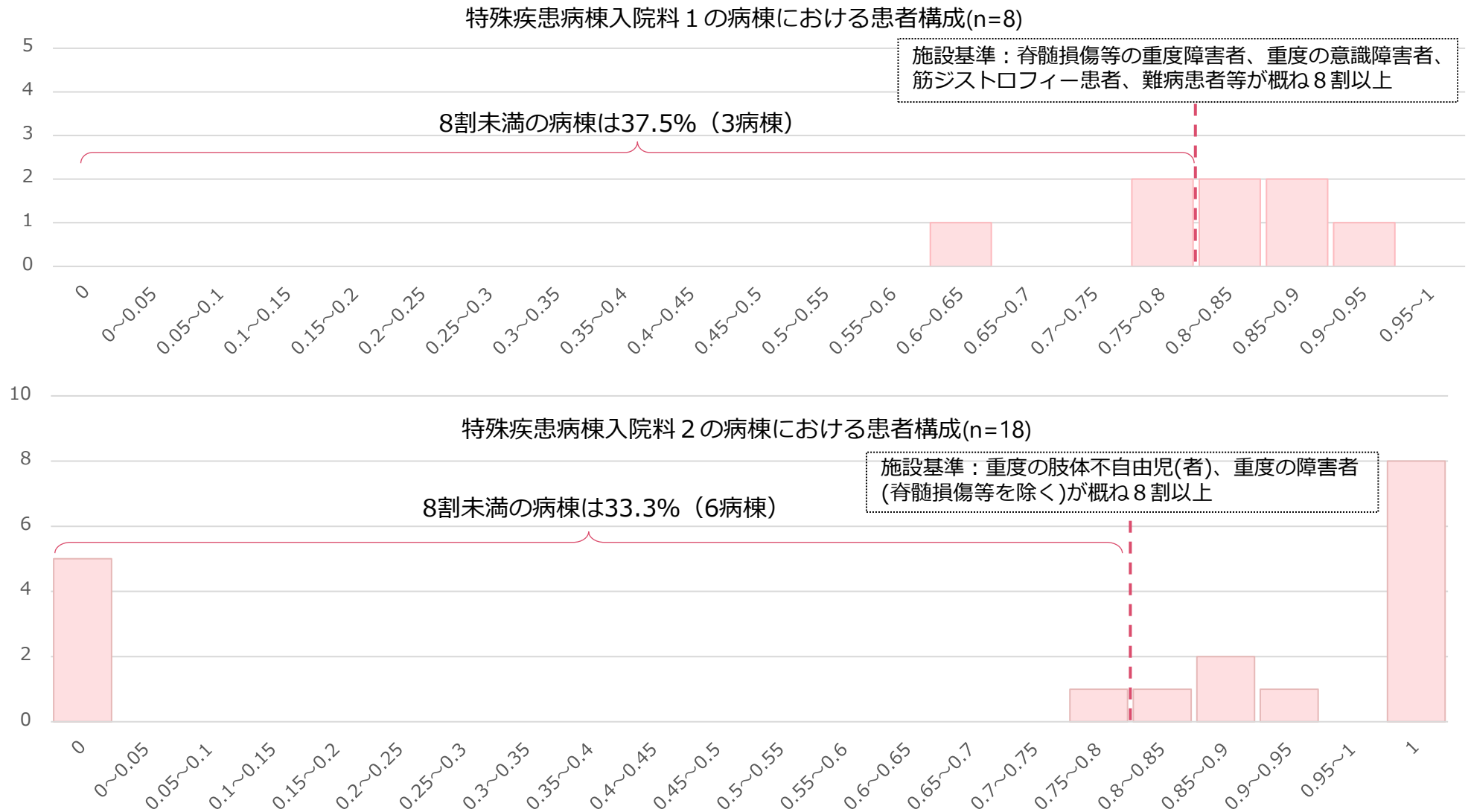


10 対 1 ～15 対 1 障害者施設等入院基本料における該当患者割合の分布(n=108)



特殊疾患病棟入院料の病棟における患者構成

- 特殊疾患病棟入院料 1・2 とも、回答した一部の病棟で該当患者の割合が 8 割未満であった。

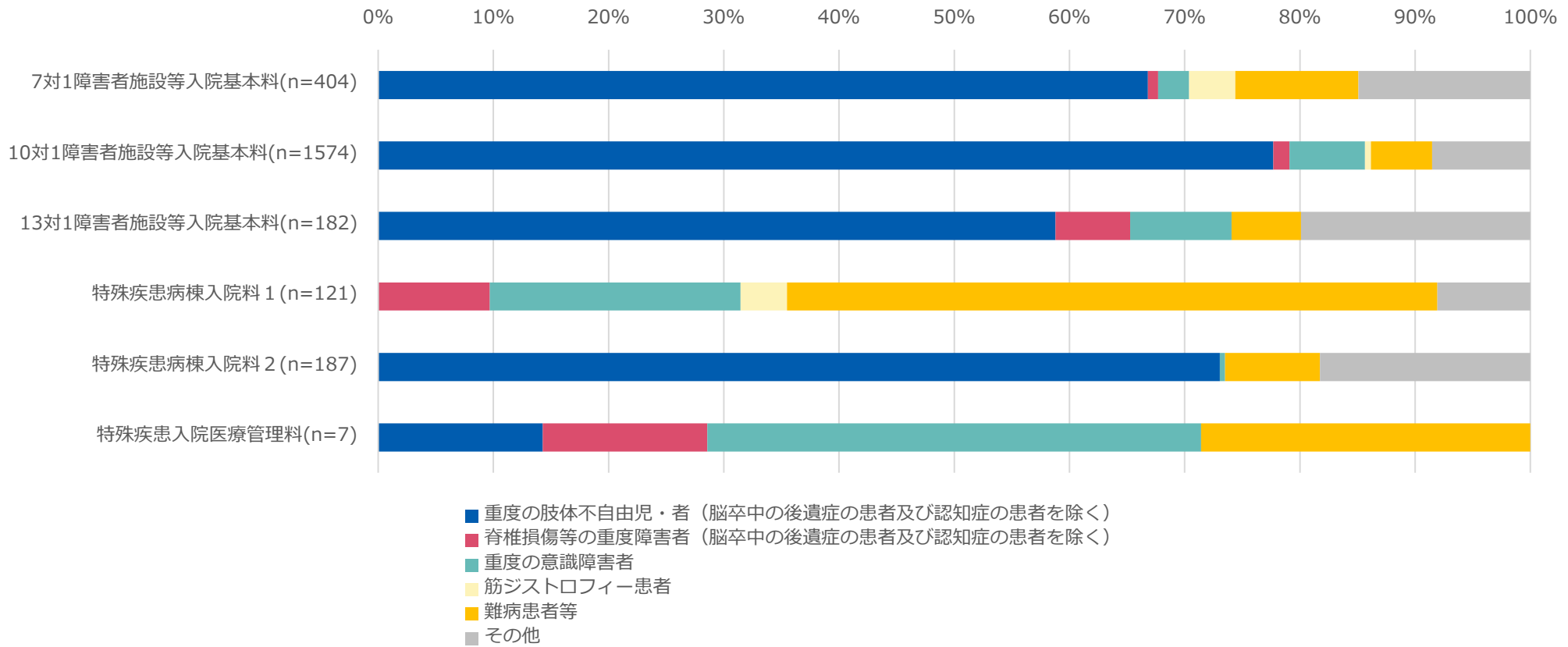


障害者施設・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等の該当状況

- 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料 2 においては重度の肢体不自由児（者）の該当割合が高く、対象疾患に該当する割合は全体では 8 割を超えていた。
- 特殊疾患病棟入院料 1 においては難病患者等の割合が高かった。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の病棟における対象疾患等の該当状況

（令和 6 年 10 月の 1 か月間）



※15対1 障害者施設等入院基本料は、回答した病棟が 1 病棟のみのためグラフに含めていない。

障害者施設等入院基本料の患者傷病名

- 主傷病名として登録されたICD10は、患者数が多いものから以下のとおり。対象疾患ではなく、入院の主傷病名が登録されることから、診療報酬上の対象疾患を持つ患者の割合は把握しづらい。
- 主傷病名が廃用症候群である患者は5.4%であった。厚生局から単なる廃用症候群が肢体不自由として対象患者とされている可能性があることを指摘されている。

No.	主たる傷病名	症例割合
1	脳性麻痺	33.3%
2	廃用症候群	5.4%
3	てんかん	3.8%
4	低酸素性脳症	2.4%
5	末期腎不全	2.3%
6	重度知的障害	1.5%
7	慢性腎不全	1.5%
8	慢性呼吸不全	1.3%
9	誤嚥性肺炎	1.1%
10	症候性てんかん	1.0%
11	レット症候群	1.0%
12	慢性心不全	0.9%
13	脳炎後遺症	0.8%
14	水頭症	0.8%
15	高血圧症	0.8%

No.	主たる傷病名	症例割合
16	急性脳症	0.8%
17	脳挫傷	0.8%
18	ダウン症候群	0.8%
19	染色体異常	0.7%
20	アテトーシス型脳性麻痺	0.6%
21	頭部外傷後遺症	0.5%
22	脳症	0.5%
23	2型糖尿病	0.5%
24	大腿骨頸部骨折	0.5%
25	糖尿病	0.5%
26	脳性両麻痺	0.5%
27	髄膜炎後遺症	0.5%
28	難治性てんかん	0.5%
29	脳出血後遺症	0.5%
30	先天性脳奇形	0.5%

0. 調査概要

1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 賃上げ・処遇改善について
16. 人口・医療資源の少ない地域における対応
17. 個別的事項について

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度

診療組 入-1参考
 7 7 3

【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、 ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
基準	A 得点 2 点以上		

【ハイケアユニット用】

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

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1 項目以上に該当
基準②	1～11のうち 1 項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8 割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7 割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7 割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準

基準に該当する患者割合の要件	
ハイケアユニット入院医療管理料 1	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 8 割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料 2	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 6 割 5 分以上が基準②に該当
救命救急入院料 1、3	測定評価していること

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通B項目（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

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
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	-	-
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
危険行動	ない	-	ある		-	-

○ 日本集中治療医学会による「ICU 入退室指針（2023年11月24日）」において掲げられている「提供する治療・ケアの因子」は以下のとおり。

1. IABP、ECMO、補助循環用ポンプカテーテル（IMPELLA）、VAD などの重症心不全に対する循環サポートを必要とする患者は、原則的に ICU で管理すべきである。
2. ARDS（Acute Respiratory Distress Syndrome）をはじめとした重症呼吸不全に対して人工呼吸を受ける患者は、少なくとも急性期には ICU で管理すべきである。
3. 人工呼吸器や血液浄化療法といった単一臓器のみのサポートが長期間必要な患者は、ICU から退室し中間ユニットや一般病棟での管理を考慮する。
4. 昇圧薬や強心薬などの薬剤持続投与による循環サポートを必要とする患者は、原則的に ICU で管理すべきである。
5. 肺動脈圧、心拍出量、頭蓋内圧等の測定や体温管理療法など、嚴重なモニタリングを要する患者は原則的に ICU で管理すべきである。
6. 人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない動脈圧、中心静脈圧のモニタリング患者、脳神経所見や電解質・血糖など短期間に頻回の観察を要する患者等については、中間ユニットで管理することも考慮する。

集中治療室へ入室した患者の医療資源を最も投入した傷病名

診調組 入-2
7 . 5 . 2 2

- 「特定集中治療室管理料 1～6」を算定した患者について、入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」は多様であった。

「医療資源を最も投入した傷病名」DPC6桁傷病名		件数 (n=555,617)	割合
1	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞	26862	4.83%
2	心不全	24245	4.36%
3	徐脈性不整脈	23079	4.15%
4	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	20517	3.69%
5	肺の悪性腫瘍	20012	3.60%
6	脳梗塞	19362	3.48%
7	頭蓋・頭蓋内損傷	14457	2.60%
8	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	14010	2.52%
9	狭心症、慢性虚血性心疾患	13350	2.40%
10	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	13266	2.39%
11	敗血症	13229	2.38%
12	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	12045	2.17%
13	大動脈解離	10311	1.86%
14	肺炎等	10233	1.84%
15	誤嚥性肺炎	9928	1.79%
16	頻脈性不整脈	8903	1.60%
17	薬物中毒（その他の中毒）	8713	1.57%
18	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	8566	1.54%
19	胃の悪性腫瘍	8488	1.53%
20	肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）	7871	1.42%

ハイケアユニットへ入室した患者の医療資源を最も投入した傷病名

診調組 入-2
 7 . 5 . 2 2

- 「ハイケアユニット入院医療管理料 1、2」を算定した患者について、入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」は多様であった。

	「医療資源を最も投入した傷病名」DPC6桁傷病名	件数(n=443,219)	割合
1	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞	21911	4.94%
2	心不全	20971	4.73%
3	肺の悪性腫瘍	16701	3.77%
4	脳梗塞	16545	3.73%
5	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	14605	3.30%
6	徐脈性不整脈	13351	3.01%
7	弁膜症（連合弁膜症を含む。）	13300	3.00%
8	頭蓋・頭蓋内損傷	11320	2.55%
9	狭心症、慢性虚血性心疾患	10778	2.43%
10	敗血症	10348	2.33%
11	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	9667	2.18%
12	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	9065	2.05%
13	肺炎等	8726	1.97%
14	胃の悪性腫瘍	8581	1.94%
15	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	8579	1.94%
16	誤嚥性肺炎	8369	1.89%
17	頻脈性不整脈	7606	1.72%
18	大動脈解離	6673	1.51%
19	ヘルニアの記載のない腸閉塞	6504	1.47%
20	股関節・大腿近位の骨折	6359	1.43%

- 急性冠症候群ガイドラインでは、急性心筋梗塞発症直後は、致死性不整脈の管理等を目的として、CCU (cardiac care unit) での管理が推奨されている。致死性不整脈が確認された場合には直ちに除細動を行うことが推奨されている。また、必要に応じて、抗不整脈薬の投与を考慮することとされている。

急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）（抜粋）

第6章 入院中の評価・管理

1. 冠動脈疾患集中治療室（CCU）の役割

（創設当時の）CCU の目的は心筋梗塞発症直後の致死性不整脈の治療にあり、心電図モニタリング、電氣的除細動、心臓ペースングなどにより心筋梗塞患者の死亡率を著しく低下させた。

（中略）

ACSに対する現在のCCUの役割として、致死性不整脈の管理だけでなく、不安定な血行動態や心不全、虚血再灌流療法後の新たな合併症の監視や治療も担っているといえる。

（中略）

5. 不整脈の評価と治療

（中略）

VFまたは無脈性VTが確認された場合は、除細動器を準備してただちに除細動を行う。2 回目の除細動にも反応しない場合、抗不整脈薬（アミオダロン）の投与を考慮する。

（中略）

徐脈や徐脈に伴う症状がなくとも、今後の完全房室ブロックへの移行が強く疑われる場合には、一時的ペースングが必要となる場合がある。症候性房室ブロックの治療として、経皮的ペースングまたはアトロピン投与が推奨される。

表 41 CCU 入院に関する推奨とエビデンスレベル

	推奨 クラス	エビデンス レベル
発症直後の AMI 患者を CCU で包括的に治療し、心電図および生命兆候のモニタリングを行う ⁴⁹⁰⁾	I	B
Swan-Ganz カテーテルを挿入したポンプ失調合併患者の治療・管理を CCU で行う ⁴⁹¹⁾	I	B

表 52 心室不整脈治療に関する推奨とエビデンスレベル

	推奨 クラス	エビデンス レベル
持続性 VT、VF 患者に対して電氣的除細動を行う。血行動態が安定している VT に対しては鎮静下で行う ^{607, 608)}	I	B
再発性、難治性の血行動態不安定な VT や、多形性持続性 VT、VF 患者に対して、静注アミオダロンまたはニフェカレントを投与する ⁶⁰⁹⁻⁶¹⁵⁾	I	B
緊急 PCI、CABG を施行し、積極的に心筋虚血を解除する ^{277, 616)}	I	C
電解質（血清カリウム、血清マグネシウム）、酸塩基平衡を是正する ^{100, 617)}	I	C

表 58 徐脈性不整脈に対する一時的ペースング適用の推奨とエビデンスレベル

	推奨 クラス	エビデンス レベル
以下の徐脈性不整脈に対して一時的ペースングを行う ⁵⁹⁴⁾ ① 完全房室ブロック ② 薬物治療に反応しない症候性徐脈 ③ Mobitz II 型第 2 度房室ブロックに 2 枝ブロックまたは新規脚ブロックを合併	I	C

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

指標等作業G資料1
6 . 1 2 . 9

※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経皮的心的筋焼灼術等の治療、 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		—	—

現行の特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度の該当割合

- 現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の該当施設と該当患者の割合は以下のとおり。
- 現行の基準を満たす患者は、全体の約92%であった。該当患者割合が最も高い項目は「動脈圧測定」の約84%であり、最も低い項目は「肺動脈圧測定」の約6%であった。

	施設総数	基準を満たす施設割合	患者総数 (人日)	基準（2点以上）を満たす患者割合	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
					2点	1点	2点	2点	2点	2点	2点
全体	581		352,656	92.4%	84.4%	45.0%	23.5%	46.8%	24.2%	5.9%	15.0%
特定集中治療室管理料 1	134	100.0%	90,323	94.9%	89.0%	48.2%	29.4%	47.4%	28.5%	7.7%	16.7%
特定集中治療室管理料 2	86	100.0%	59,582	95.0%	88.8%	46.6%	27.0%	52.6%	28.7%	7.4%	19.7%
特定集中治療室管理料 3	80	98.8%	39,853	90.5%	80.6%	44.2%	27.4%	41.6%	22.7%	6.8%	13.8%
特定集中治療室管理料 4	20	100.0%	13,535	89.2%	80.8%	40.6%	19.9%	44.6%	26.7%	5.5%	11.7%
特定集中治療室管理料 5	241	99.6%	87,758	89.9%	79.3%	44.6%	20.2%	38.7%	20.4%	4.8%	11.4%
特定集中治療室管理料 6	43	100.0%	18,110	93.7%	86.2%	45.4%	24.7%	47.0%	24.3%	3.5%	15.9%
救命救急入院料 2	15	93.3%	6,974	87.3%	73.6%	31.0%	13.9%	54.9%	15.5%	2.4%	13.7%
救命救急入院料 4	61	100.0%	36,521	92.0%	84.5%	40.9%	9.2%	60.6%	17.8%	2.9%	14.5%

特定集中治療室管理料算定患者における該当割合

- 特定集中治療室管理料の算定患者のうち、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約 5 %、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約12%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約 1 %であった。

	患者総数 (人日)	現行の評価項目							現行の評価項目でないもの		
		動脈圧 測定	シリンジポ ンプの管理	中心静脈圧 測定	人工呼吸器 の管理	輸血や血液 製剤の管理	肺動脈圧測 定	特殊な治療 法等	蘇生術の施 行	抗不整脈剤 の使用 (注射剤)	一時的ペー シング
全体	352,656	84.4%	45.0%	23.5%	46.8%	24.2%	5.9%	15.0%	5.4%	12.2%	0.5%
特定集中治療室管理料 1	90,323	89.0%	48.2%	29.4%	47.4%	28.5%	7.7%	16.7%	4.3%	14.1%	0.4%
特定集中治療室管理料 2	59,582	88.8%	46.6%	27.0%	52.6%	28.7%	7.4%	19.7%	5.9%	13.2%	0.8%
特定集中治療室管理料 3	39,853	80.6%	44.2%	27.4%	41.6%	22.7%	6.8%	13.8%	4.1%	12.9%	0.4%
特定集中治療室管理料 4	13,535	80.8%	40.6%	19.9%	44.6%	26.7%	5.5%	11.7%	3.7%	12.1%	0.3%
特定集中治療室管理料 5	87,758	79.3%	44.6%	20.2%	38.7%	20.4%	4.8%	11.4%	3.6%	11.6%	0.5%
特定集中治療室管理料 6	18,110	86.2%	45.4%	24.7%	47.0%	24.3%	3.5%	15.9%	5.3%	10.5%	0.4%
救命救急入院料 2	6,974	73.6%	31.0%	13.9%	54.9%	15.5%	2.4%	13.7%	10.3%	7.7%	1.4%
救命救急入院料 4	36,521	84.5%	40.9%	9.2%	60.6%	17.8%	2.9%	14.5%	12.4%	7.8%	0.6%

※「蘇生術の施行」は「ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度」の「蘇生術の施行」に準ずる。

※「抗不整脈剤の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

現行のハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度の該当割合

- 現行の「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の該当施設と該当患者の割合は以下のとおり。
- 現行の基準①を満たす患者は概ね3割程度であり、基準②を満たす患者は概ね9割程度であった。該当患者割合が最も高い基準①項目は「人工呼吸器の管理」であり、最も高い基準②項目は「呼吸ケア」であった。該当項目が最も少ない項目は「肺動脈圧測定」であった。

	施設総数	基準①を満たす施設割合	基準②を満たす施設割合	患者総数 (人日)	基準① (1項目以上)を満たす患者割合	基準② (1項目以上)を満たす患者割合	創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理 (最大7日間)	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
							基準②	基準①②	基準②	基準②	基準②	基準②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料1	126	97.6%	98.4%	64,027	34.7%	92.0%	9.1%	0.4%	55.1%	32.4%	29.7%	48.5%	10.2%	21.6%	8.7%	0.5%	2.5%
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料2	3	100.0%	100.0%	852	30.8%	90.6%	10.2%	0.9%	58.3%	28.4%	49.1%	44.8%	1.4%	22.3%	9.0%	0.2%	3.4%
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料1	555	99.5%	97.8%	313,690	36.9%	91.3%	8.3%	1.5%	44.8%	38.5%	30.0%	32.8%	7.8%	23.9%	10.0%	0.6%	2.4%
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料2	24	100.0%	95.8%	10,894	29.7%	77.5%	3.8%	0.8%	35.5%	30.8%	16.3%	22.0%	3.8%	20.9%	7.0%	0.0%	1.0%

※必要度Ⅱは、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行うもの。

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者における該当割合

- ハイケアユニット入院医療管理料の算定患者のうち、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約4～6%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約0.1～0.3%であった。

	患者総数 (人日)	現行の評価項目											現行の評価項目でないもの	
		創傷処置	蘇生術の 施行	呼吸ケア	注射薬剤 3種類以上 の管理 (最大7 日間)	動脈圧測 定	シリンジ ポンプの 管理	中心静脈 圧測定	人工呼吸 器の管理	輸血や血 液製剤の 管理	肺動脈圧 測定	特殊な治 療法等	抗不整脈 剤の使用	一時的 ペーシン グ
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料1	64,027	9.1%	0.4%	55.1%	32.4%	29.7%	48.5%	10.2%	21.6%	8.7%	0.5%	2.5%	5.6%	0.3%
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料2	852	10.2%	0.9%	58.3%	28.4%	49.1%	44.8%	1.4%	22.3%	9.0%	0.2%	3.4%	4.2%	0.1%
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料1	313,690	8.3%	1.5%	44.8%	38.5%	30.0%	32.8%	7.8%	23.9%	10.0%	0.6%	2.4%	5.0%	0.3%
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料2	10,894	3.8%	0.8%	35.5%	30.8%	16.3%	22.0%	3.8%	20.9%	7.0%	0.0%	1.0%	4.2%	0.3%

※必要度Ⅱは、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行うもの。

※「抗不整脈薬の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」）に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

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

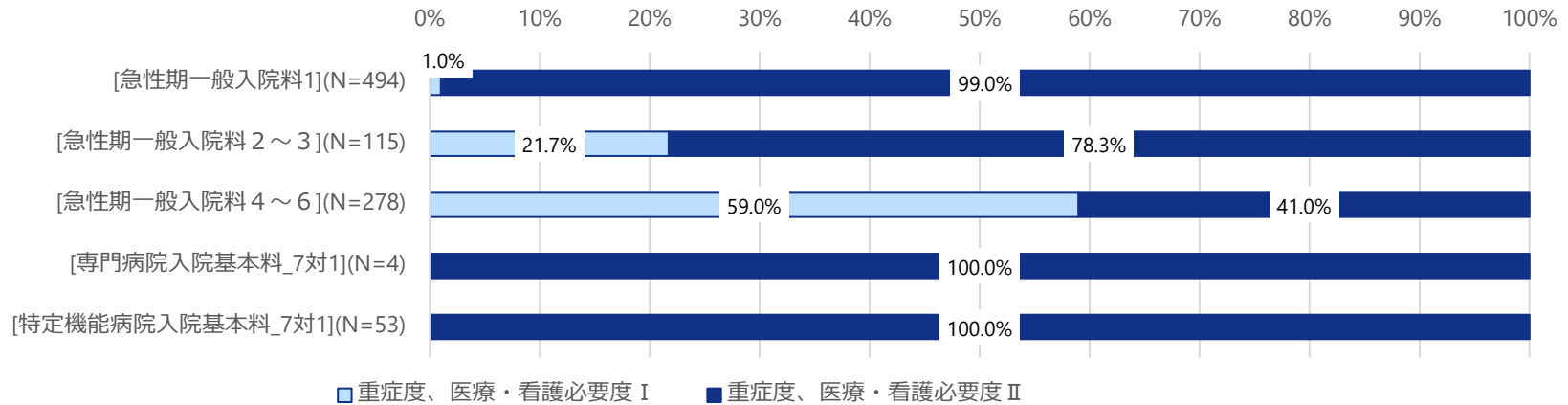
【経過措置】
令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

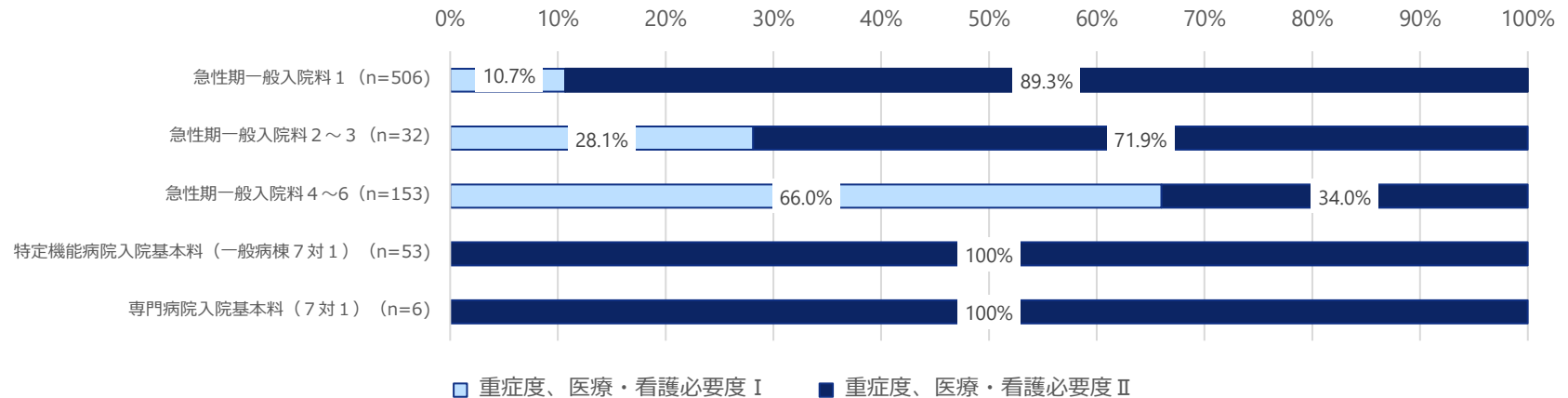
診調組 入ー1
7. 5. 22

- 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）



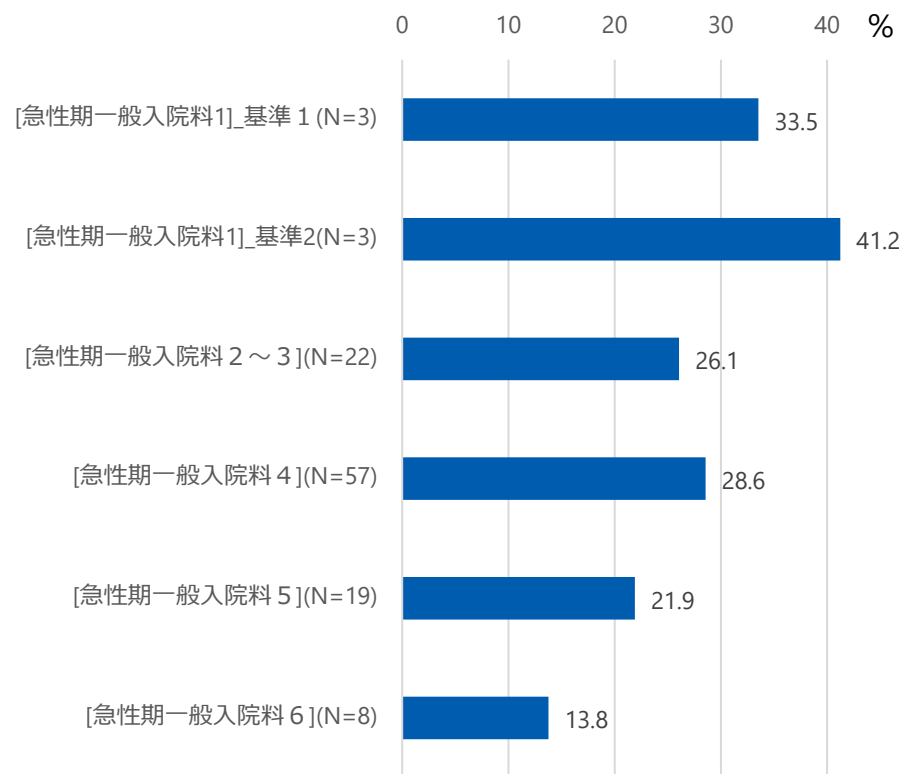
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入－1
7. 5. 22改

- 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。

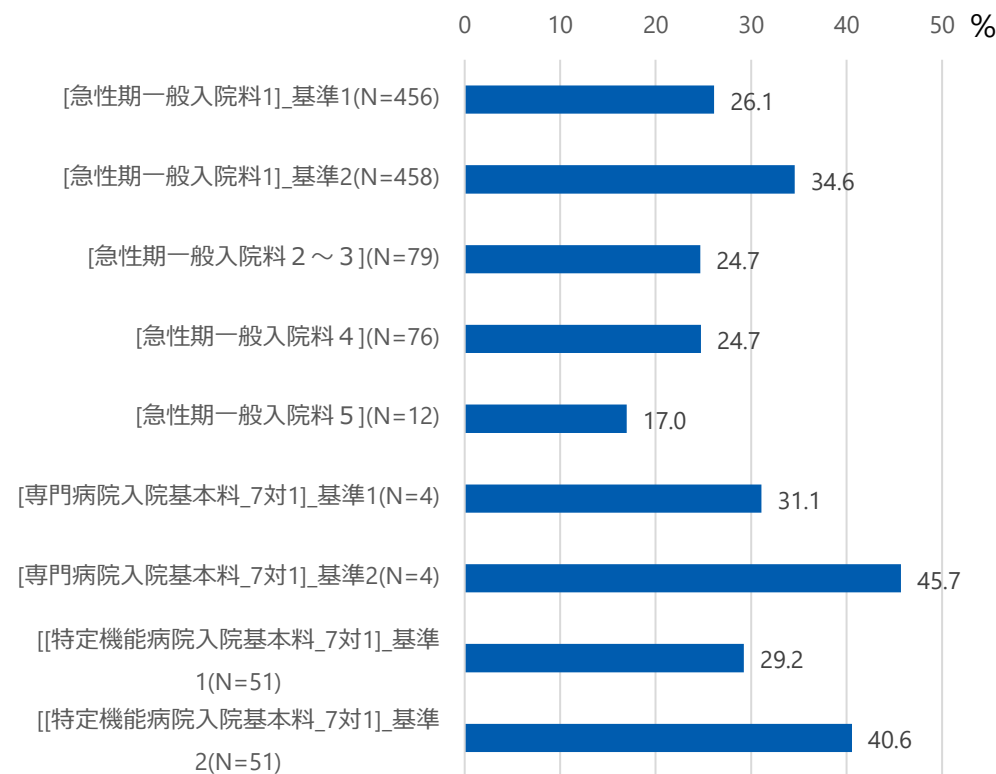
R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

（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）



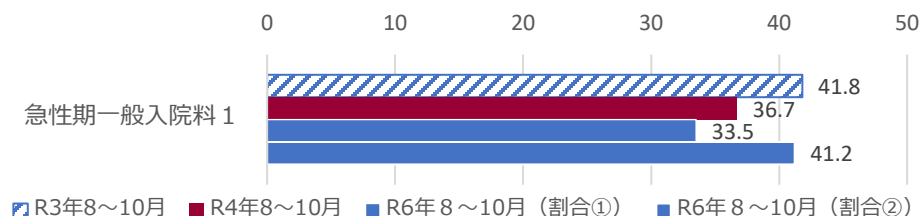
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R3～6）

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの該当患者割合は、令和6年の急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料において「割合②」の割合が高かった。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は急性期一般入院料2-3において令和4年よりも6年の割合が高かったが、Ⅰ・Ⅱとも、その他の入院料は令和6年の割合が下がっていた。

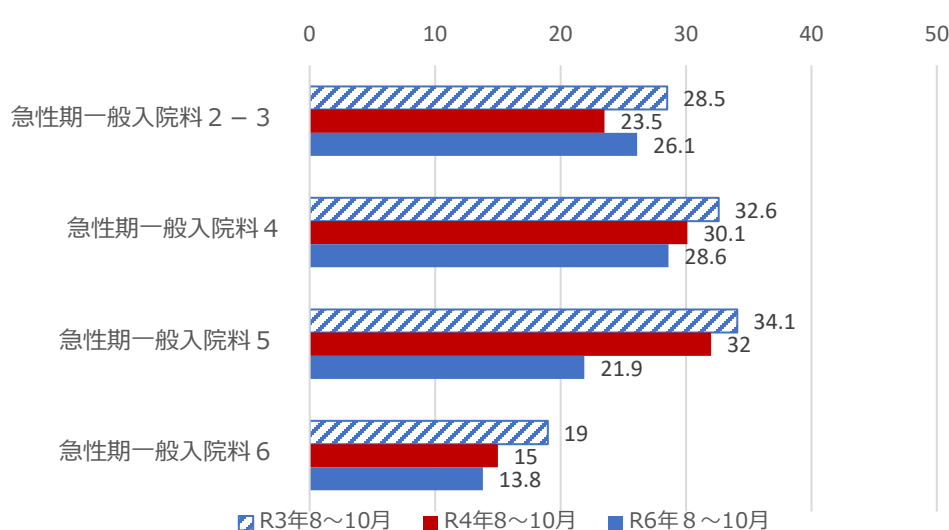
診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

重症度、医療・看護必要度Ⅰ

急性期一般入院料1の比較

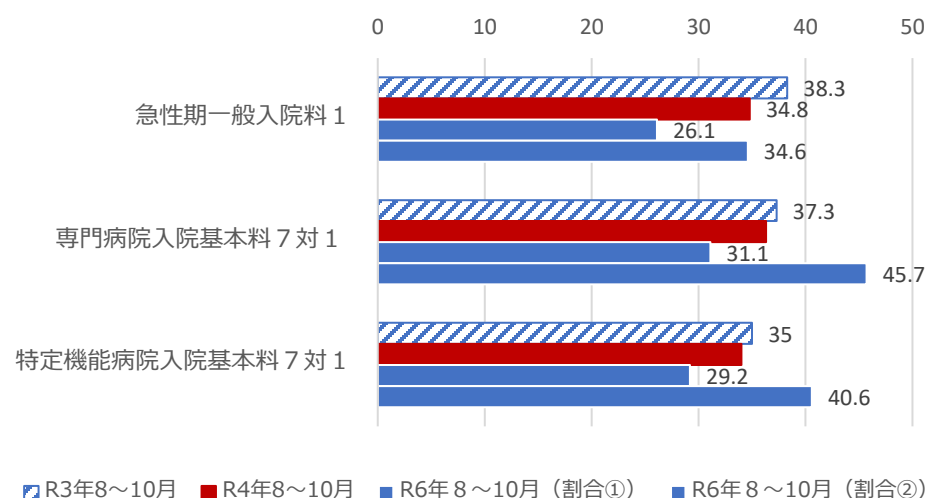


急性期一般入院料2～6の比較

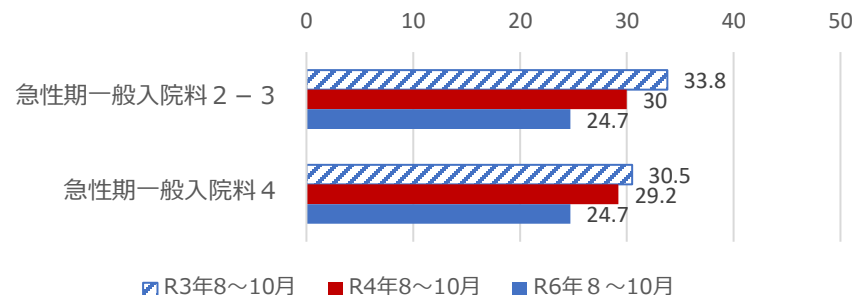


重症度、医療・看護必要度Ⅱ

急性期一般入院料1・専門病院・特定機能病院の比較



急性期一般入院料2-3、4の比較



急性期一般入院基本料、地域包括医療病棟、地域ケア病棟における
必要度該当状況（入院料間の比較）

診調組 入-1参考
 7 . 7 . 3

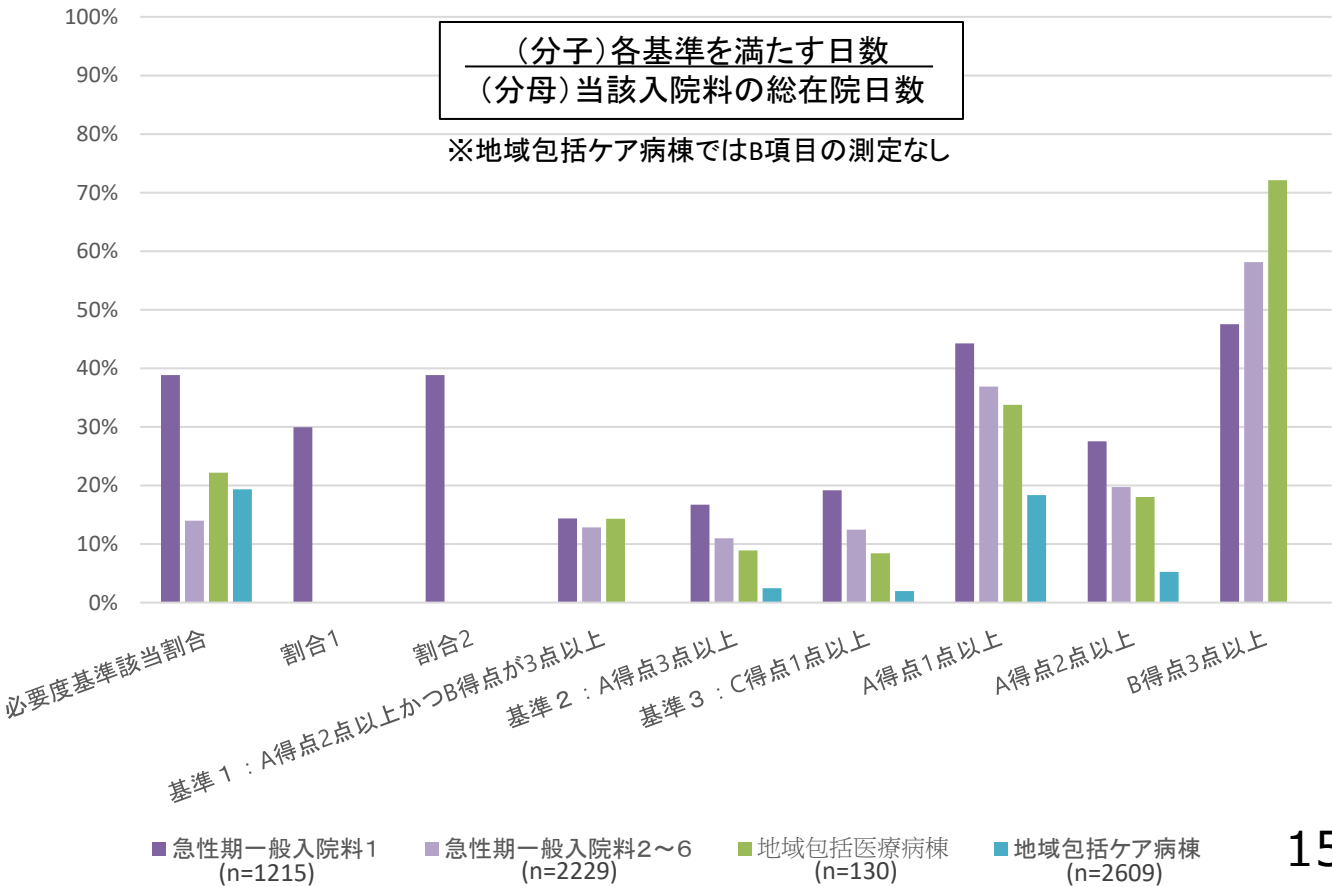
- 急性期一般入院料 1 は、2 ～ 6 と比較し、基準 1 ～ 3 に該当する割合及びA得点 2 点以上の割合が高く、B得点 3 点以上の割合は低かった。
- 地域包括医療病棟は、急性期一般入院料と比較し、B得点 3 点以上に該当する割合が高く、70%を超えていた。一方で基準 1 に該当する割合は急性期一般入院料 1 と同程度であり、A得点 2 点以上を満たす割合が少ないと考えられた。必要度基準に該当する割合は、基準が同一である急性期一般入院料 2 ～ 6 と比較して高かった。基準 2 及び 3 に該当する割合は、いずれも急性期一般入院料と比較して少なかった。

※一般病棟用重症度、医療・看護必要度の基準

基準1：A得点2点以上かつB得点3点以上
 基準2：A得点3点以上
 基準3：C得点1点以上

急性期 1 7 対 1 入院基本料 (特定、専門)	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
急性期 2 ～ 6 地域包括医療病棟	割合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
地域包括ケア病棟	以下のいずれか ・ A 得点が 1 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

各病棟における必要度基準の該当割合

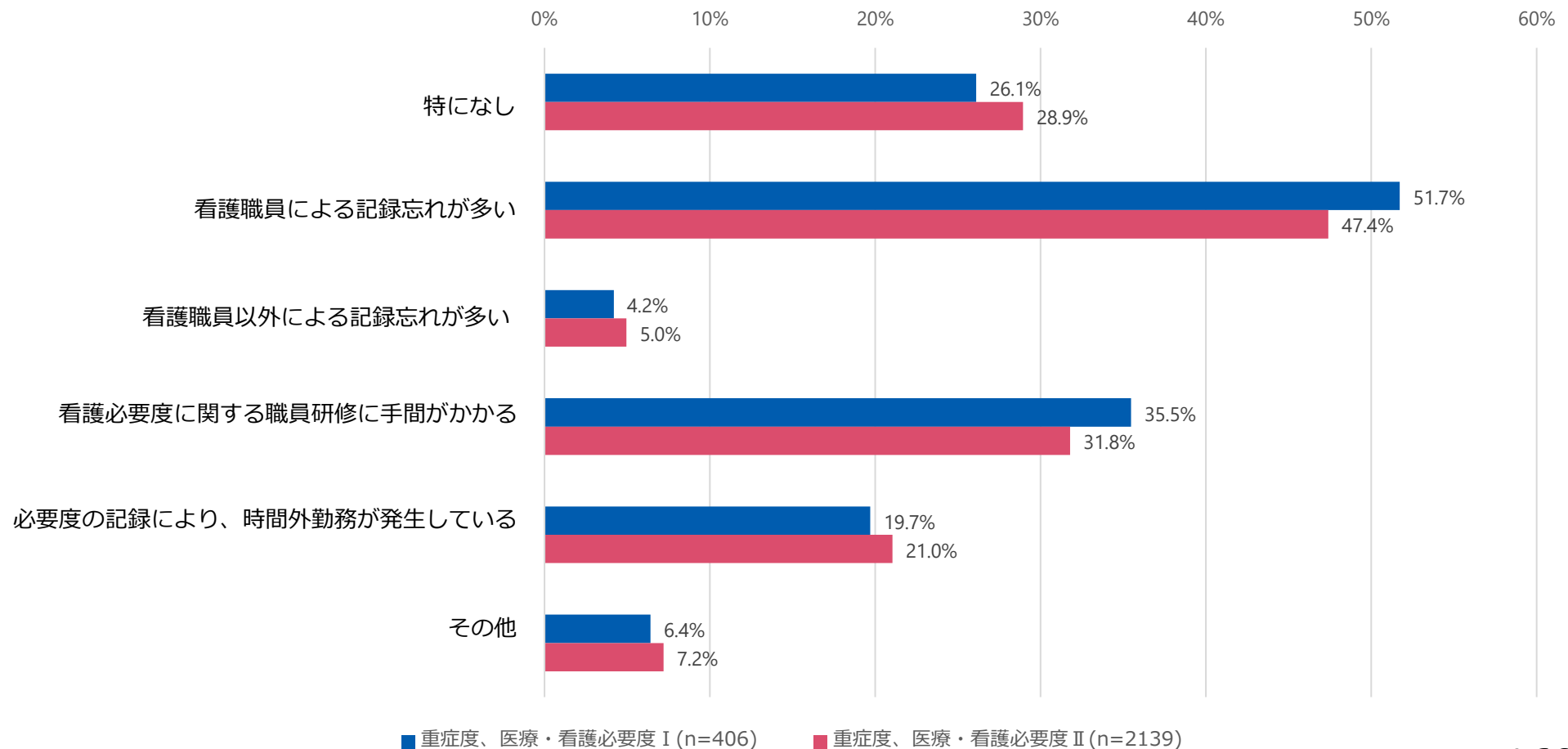


重症度、医療・看護必要度の記録について（Ⅰ・Ⅱ別）

指標等WG
7.7.29資料1

- 重症度、医療・看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていることについて、重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ別に分析したところ、「特になし」はⅠが26.1%、Ⅱが28.9%であった。
- 「看護職員による記録忘れが多い」、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」はⅠの割合が多かった。

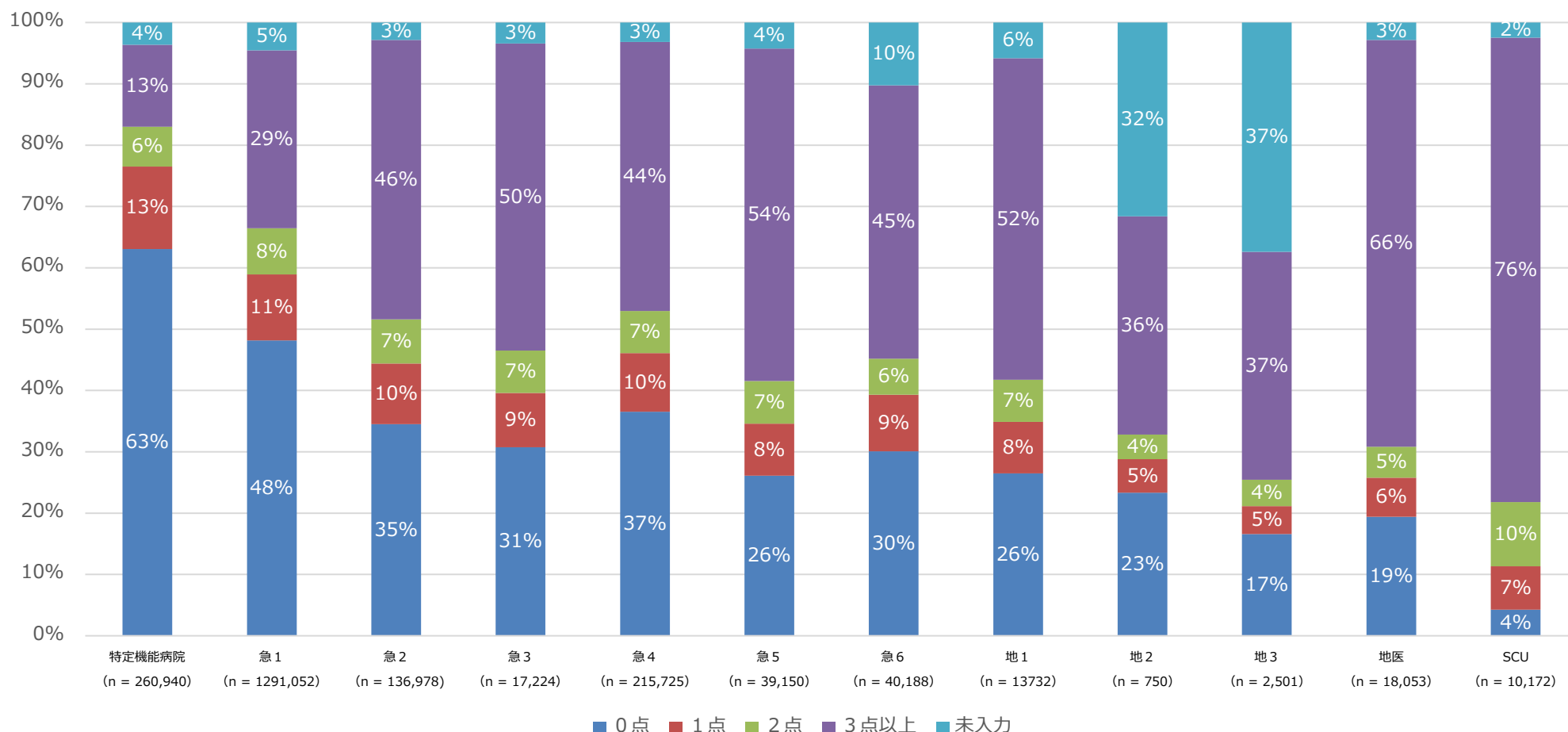
看護必要度の記録について、病棟看護管理者として課題に感じていること（複数回答あり）



入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-6や地域一般入院料1、地域包括医療病棟で高い。
- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、地域包括医療病棟では66%、脳卒中ケアユニット（SCU）では76%と高い割合を占めていた。

3日以上入院している患者における入院初日のB得点の割合

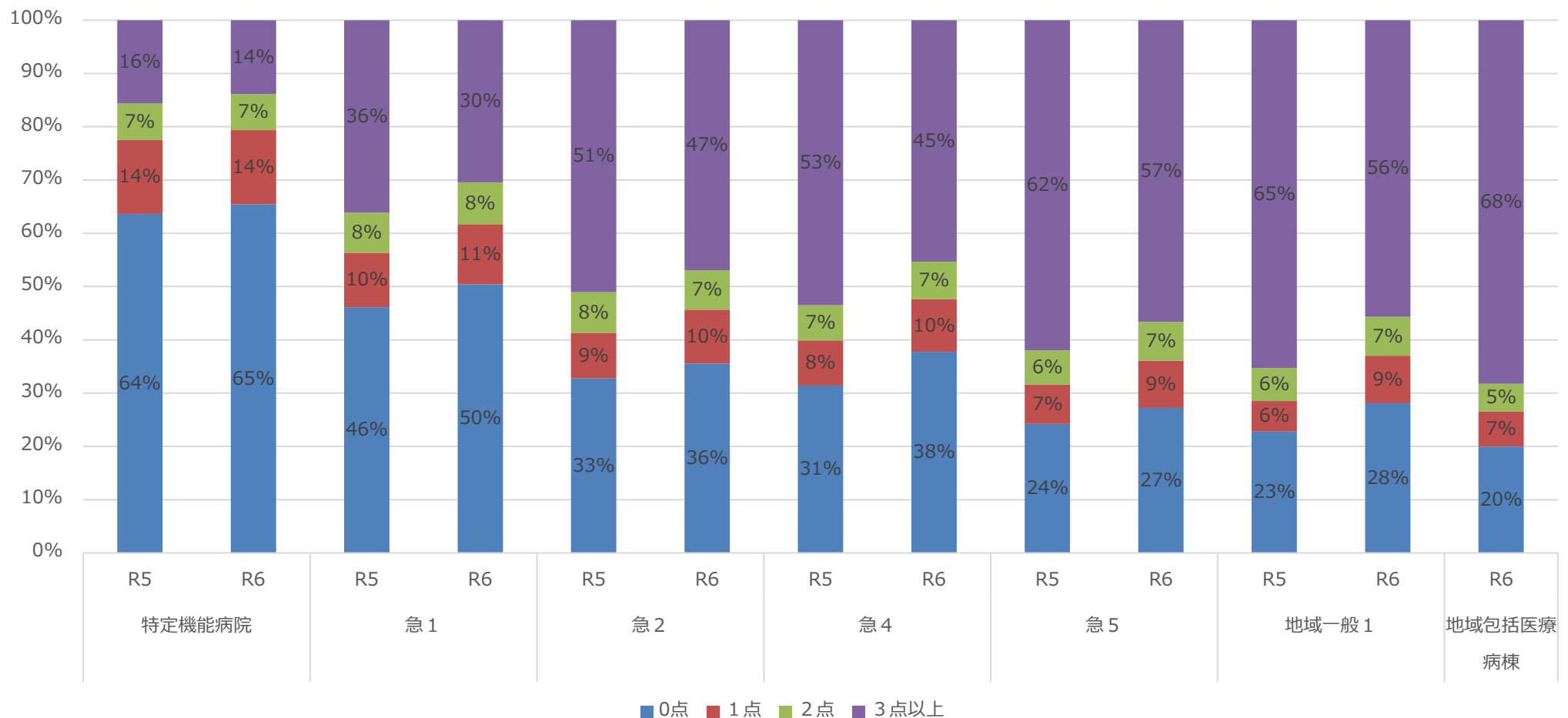


入院初日のB得点の比較（R5・R6）

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

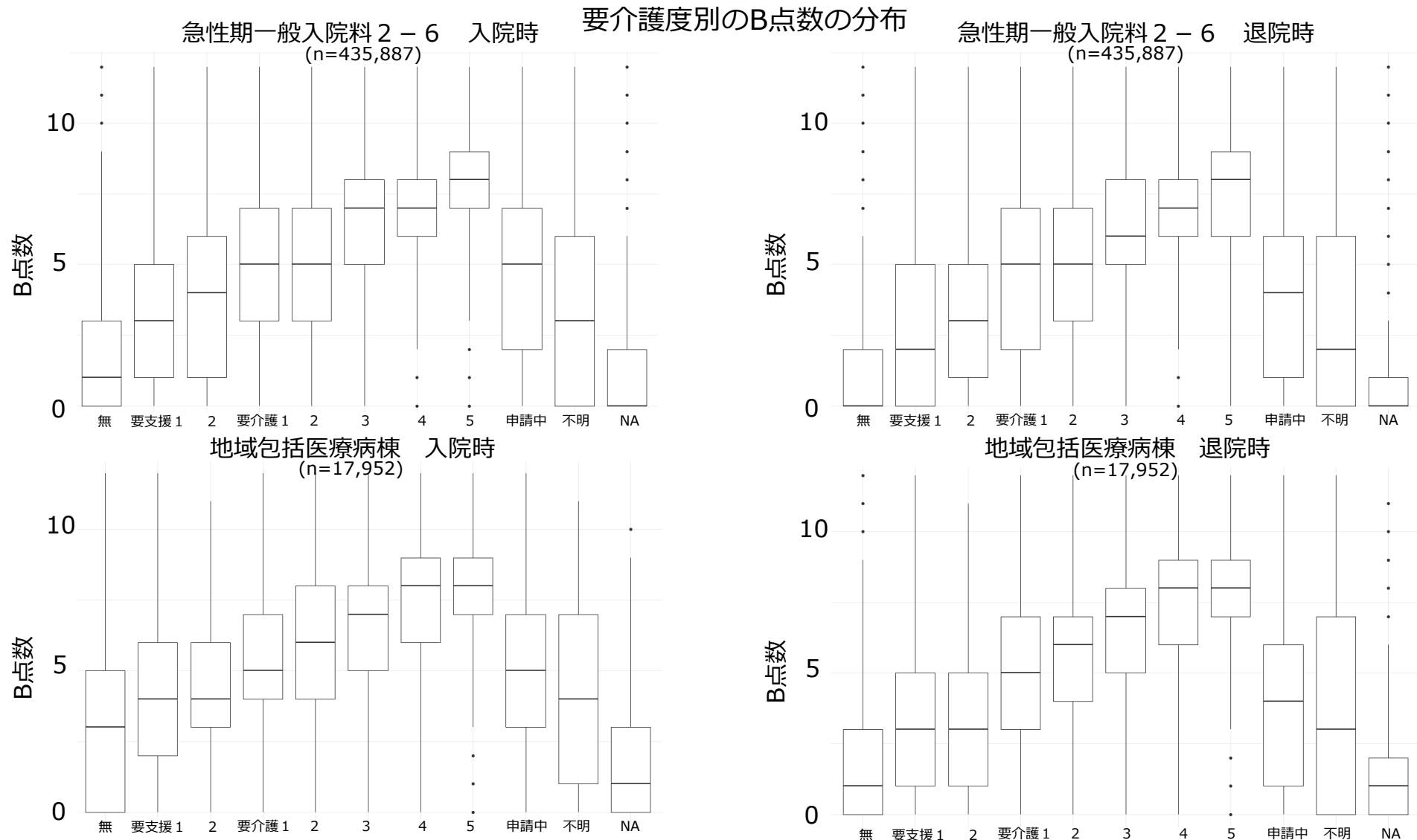
- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院、急性期一般入院料、地域一般入院料1において全体的に下がっていた（データ取得時期の季節変動に留意する必要）。
- 地域包括医療病棟では入院初日にB得点が3点以上である割合が68%であり、令和6年では最も高い割合であった。

入院初日のB得点の比較（R5・R6）



要介護度別の入院時、退院時のB得点点数

○ B得点は要介護度が高いほど高くなり、要介護4-5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられない。

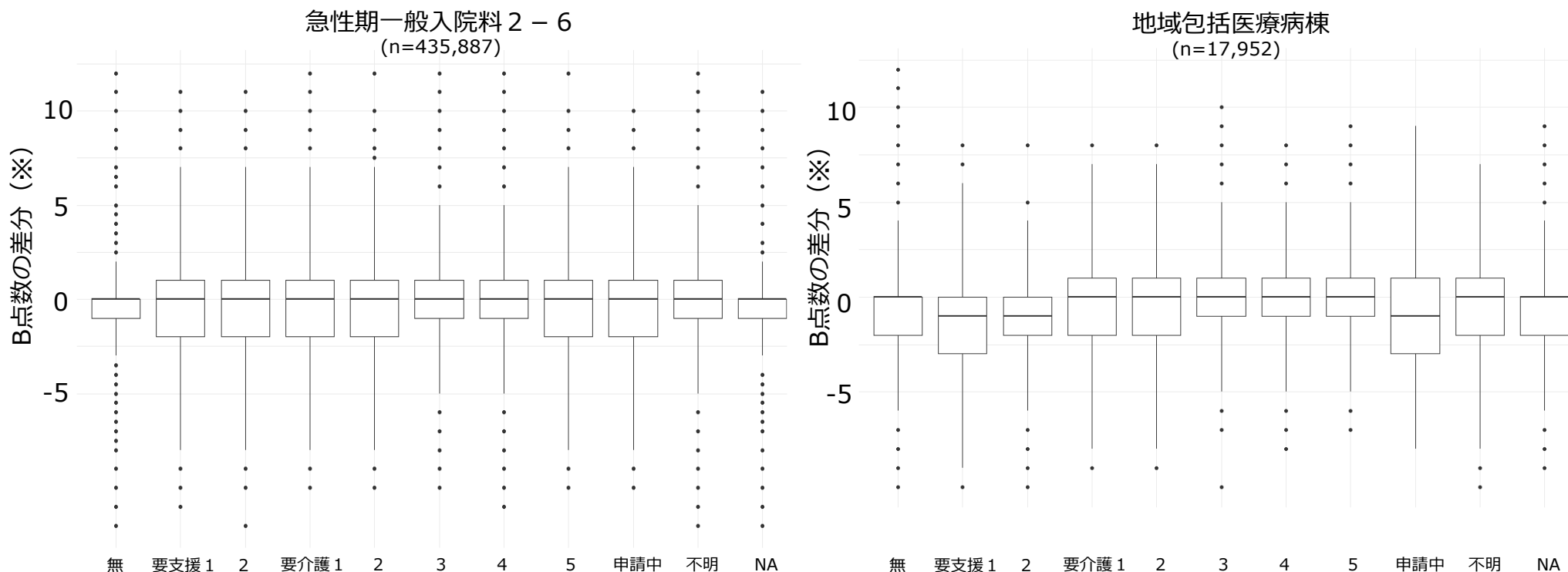


出典: 保険局医療課調べ(2024年10月~12月DPCデータ) 各病棟に直接入院した症例(非転院・転棟症例)について、要介護度ごとのB点数の分布を示した。

要介護度別のB得点点数

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

- 入院時と退院時のB得点の差分の中央値は、要介護度によらず0に近く、急性期一般入院料2-6の病棟における要介護3-4、地域包括医療病棟の要介護3-5においては、改善と悪化の分布がほぼ同程度であった。

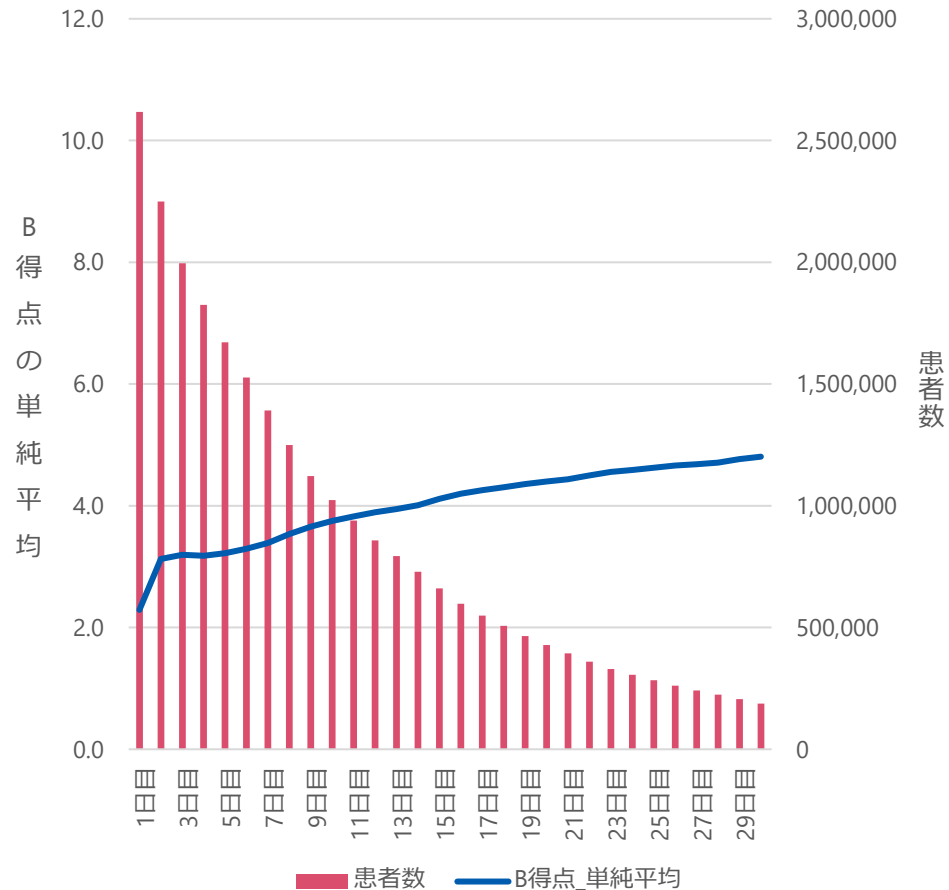


※ 退院時のB点数 - 入院時のB点数（退院時にB点数が入院時より改善した場合、値はマイナスとなる。）

B得点の推移の全体像

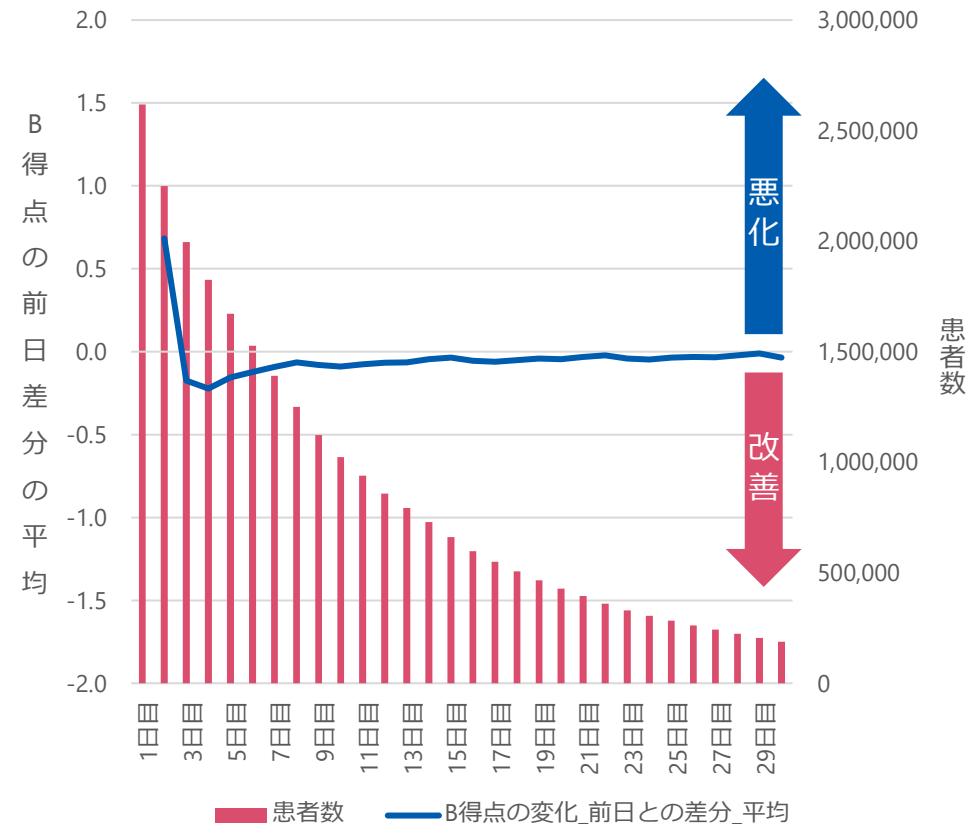
- 急性期一般入院料 1～5、特定機能病院一般 7：1、専門病院 7：1、地域包括医療病棟入院料に入院した全患者について、入院30日目までのB得点推移と前日との差分の平均推移は以下のとおり。
- B得点全体の平均は、入院後日数が経つにつれ、患者数の減少とともに緩やかに上昇しているが、各個人の前日との差分の平均については、入院3日目頃からわずかに改善し、7日目頃から前日との差分が0点近く安定した推移になっている。

入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



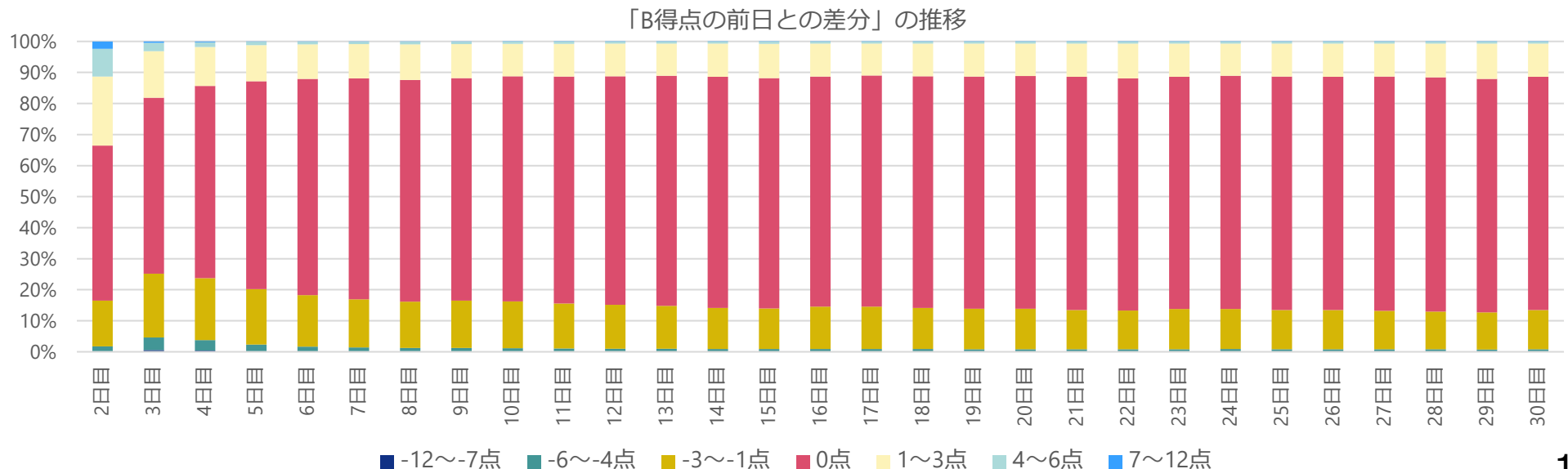
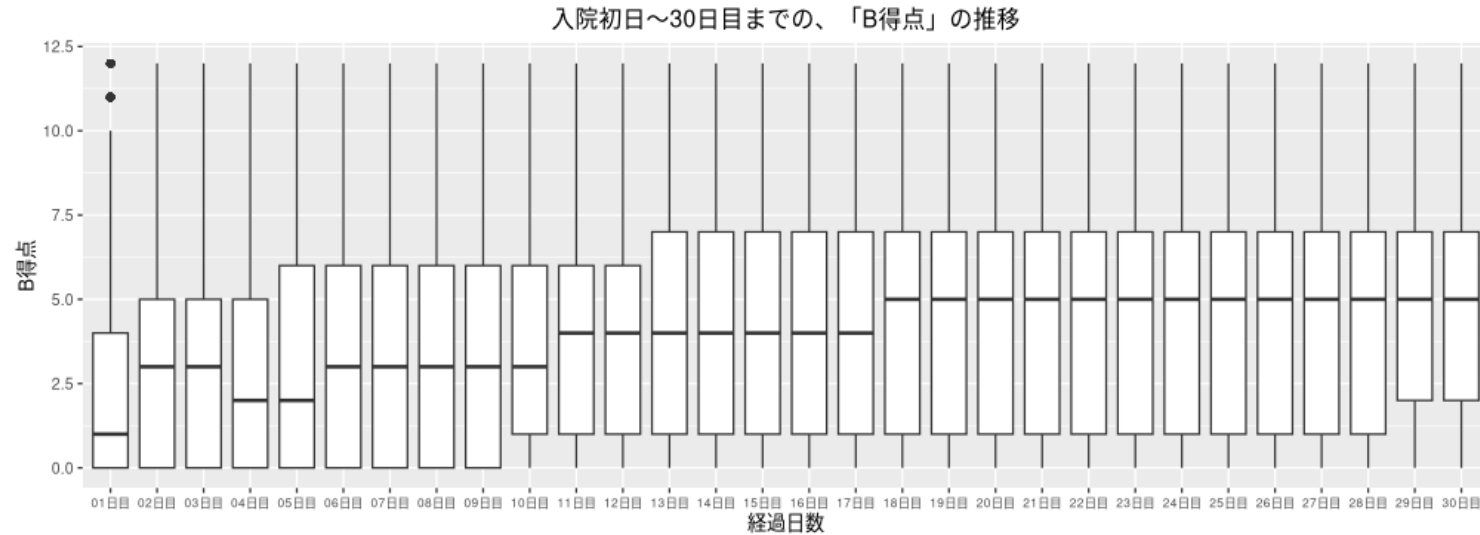
入院初日～30日目までの

「B得点の前日との差分の平均」の推移



B得点の推移の全体像

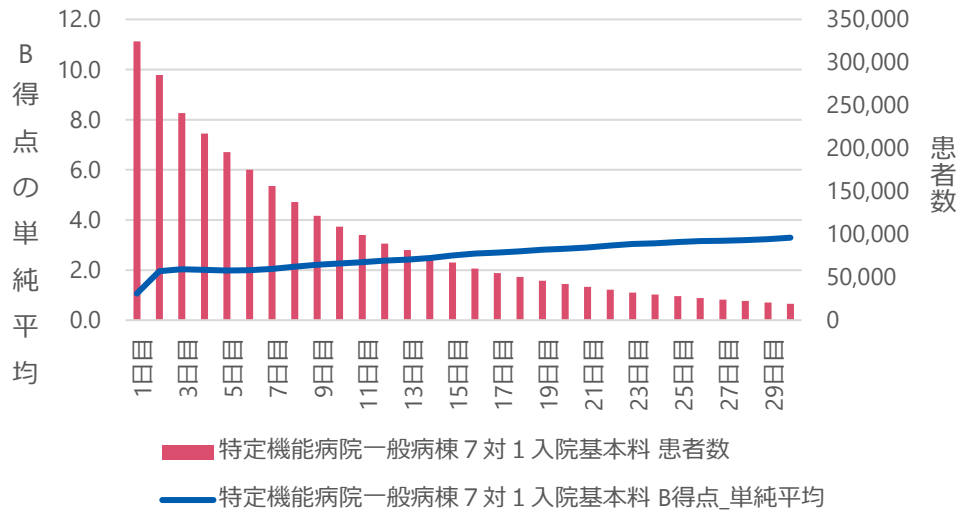
- B得点の推移を箱ひげ図で示した。B点数には幅があり、中央値はおおむね平均値と同様の推移であった。
- 前日との差分を各日100%積み上げ棒グラフで示すと以下のとおりであり、全経過にわたり、前日と同じB点数（差分0点）の患者が最も多く、入院5日目頃から前日との差分が0点の患者が7割程度で安定している。



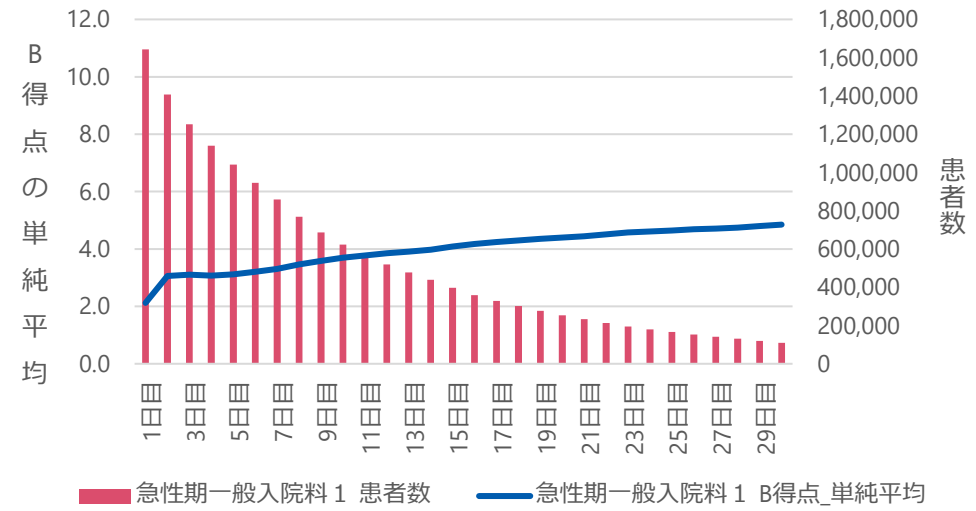
病棟ごとのB得点の推移

- 入院30日目までのB得点推移と前日との差分の平均推移を病棟ごとに示すと以下のとおり。
- 包括期の病棟になるにつれ、初日のB得点が高くなるが、推移はどの病棟も類似していた。

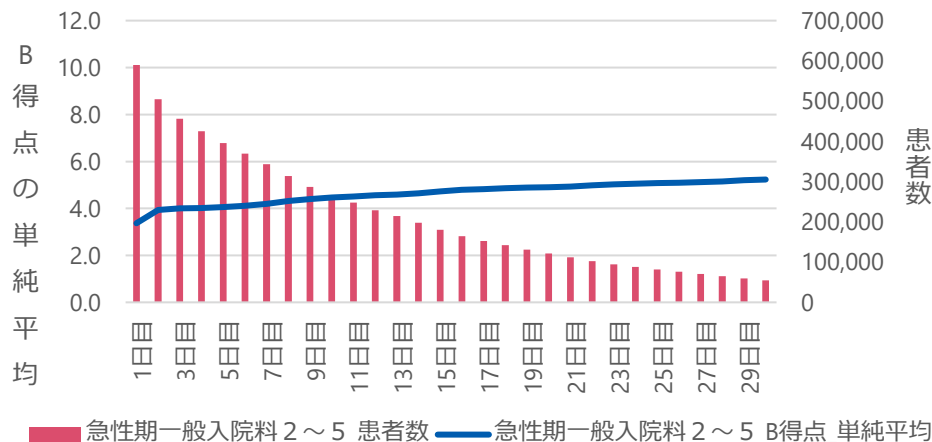
入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



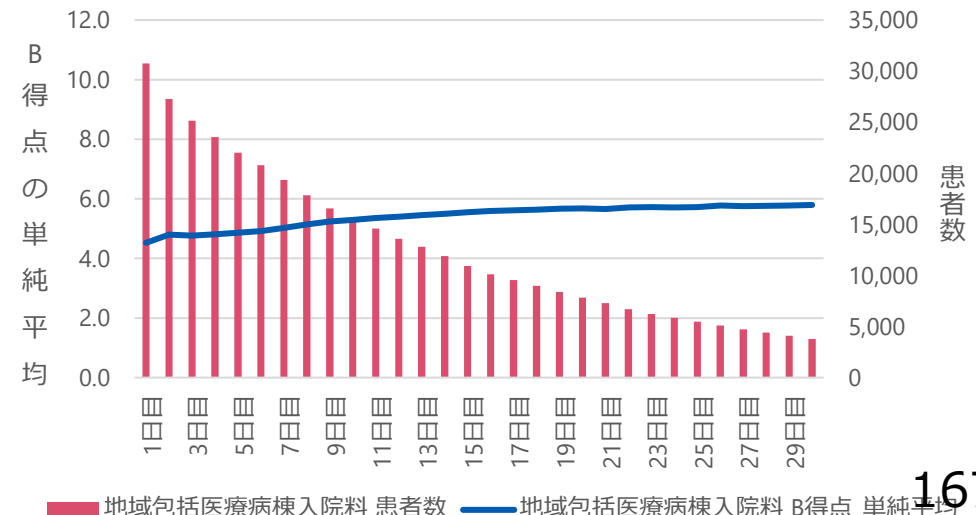
入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移

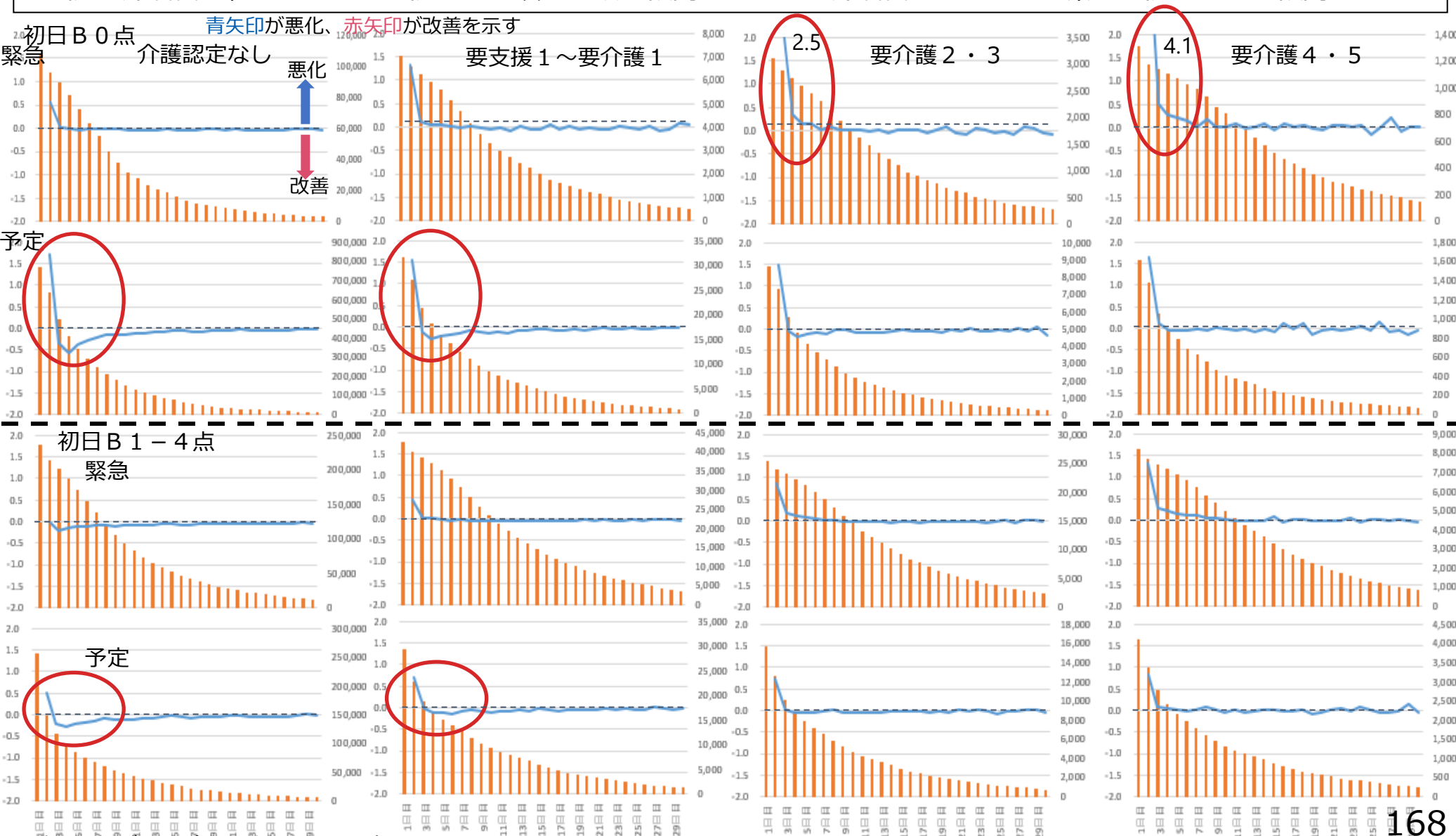


入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



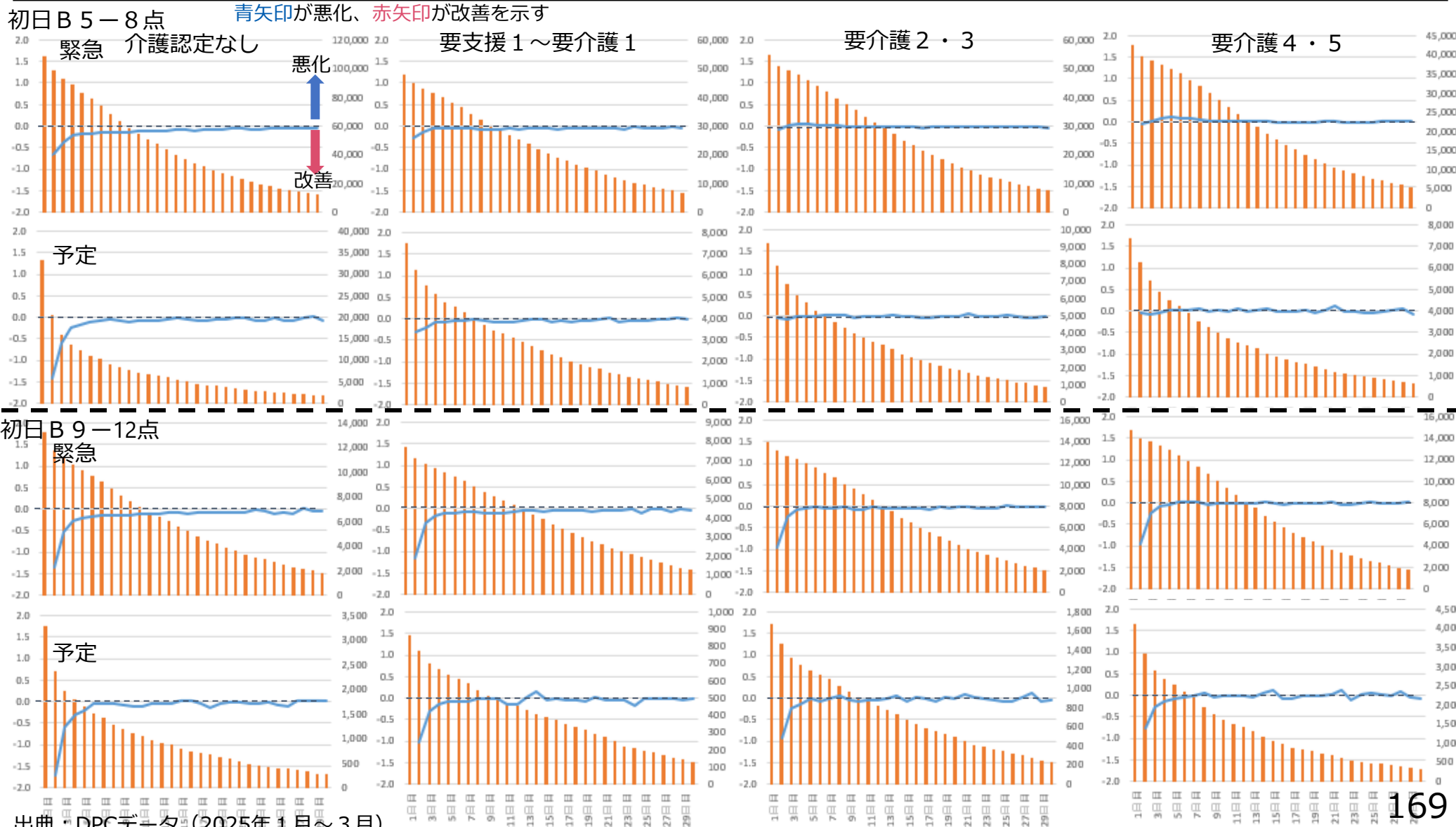
予定入院・緊急入院によるB得点の前日からの変化の推移①

- 初日のB得点と介護度ごとに、予定入院・緊急入院別にB項目の前日との差分（当日－前日）の平均の推移と患者数を示す。介護認定なしで予定入院の患者、介護度が重く緊急入院の患者は入院初期に点数が悪化していた。予定入院で介護度の軽い患者では入院3日目頃から改善傾向となるが、介護度の高い患者や緊急入院ではその傾向はない。



予定入院・緊急入院によるB得点前日からの変化の推移②

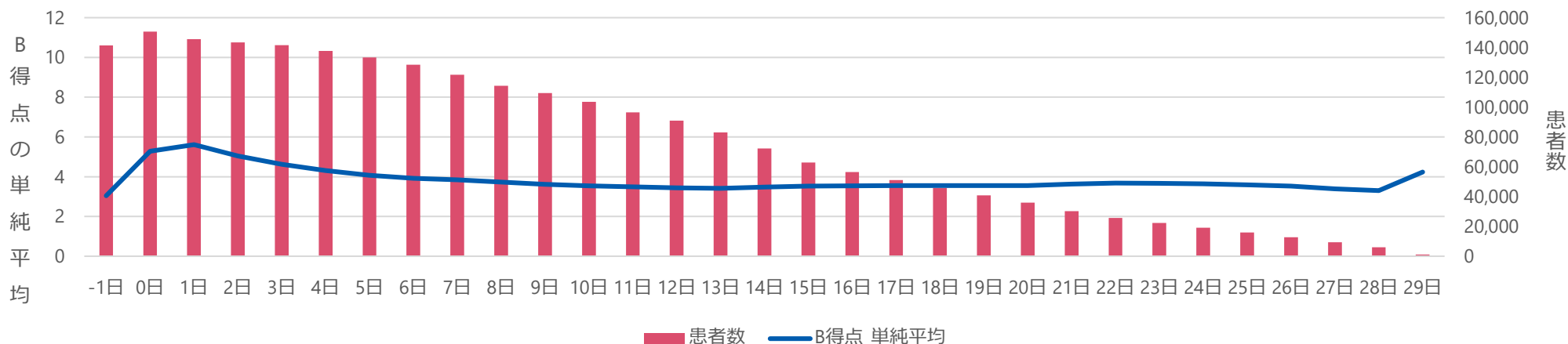
- 初日のB得点と介護度ごとに、予定入院・緊急入院別にB項目の前日との差分（当日－前日）の平均の推移と患者数を示す。B点数が5点以上の群では、予定入院・緊急入院を問わず、入院初期からB得点の前日との差分の平均点数はマイナス（改善側）であり、全体に予定入院・緊急入院による推移の差は目立たなかった。



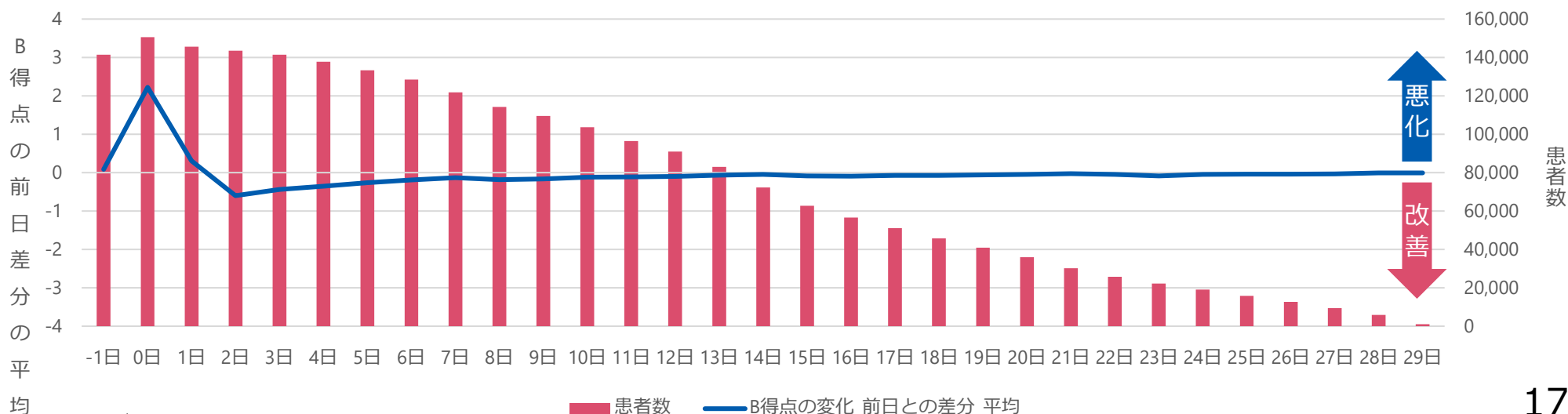
手術症例におけるB得点の推移

- C18_骨の手術の該当症例について、手術を起点にB得点を観察すると、手術日にB得点が大きく変化し、術後7日目以降、概ね安定した推移となる。他の手術についても同様の傾向であった。

骨の手術の初回・初日から経過日数ごとの、「B得点の平均」の推移



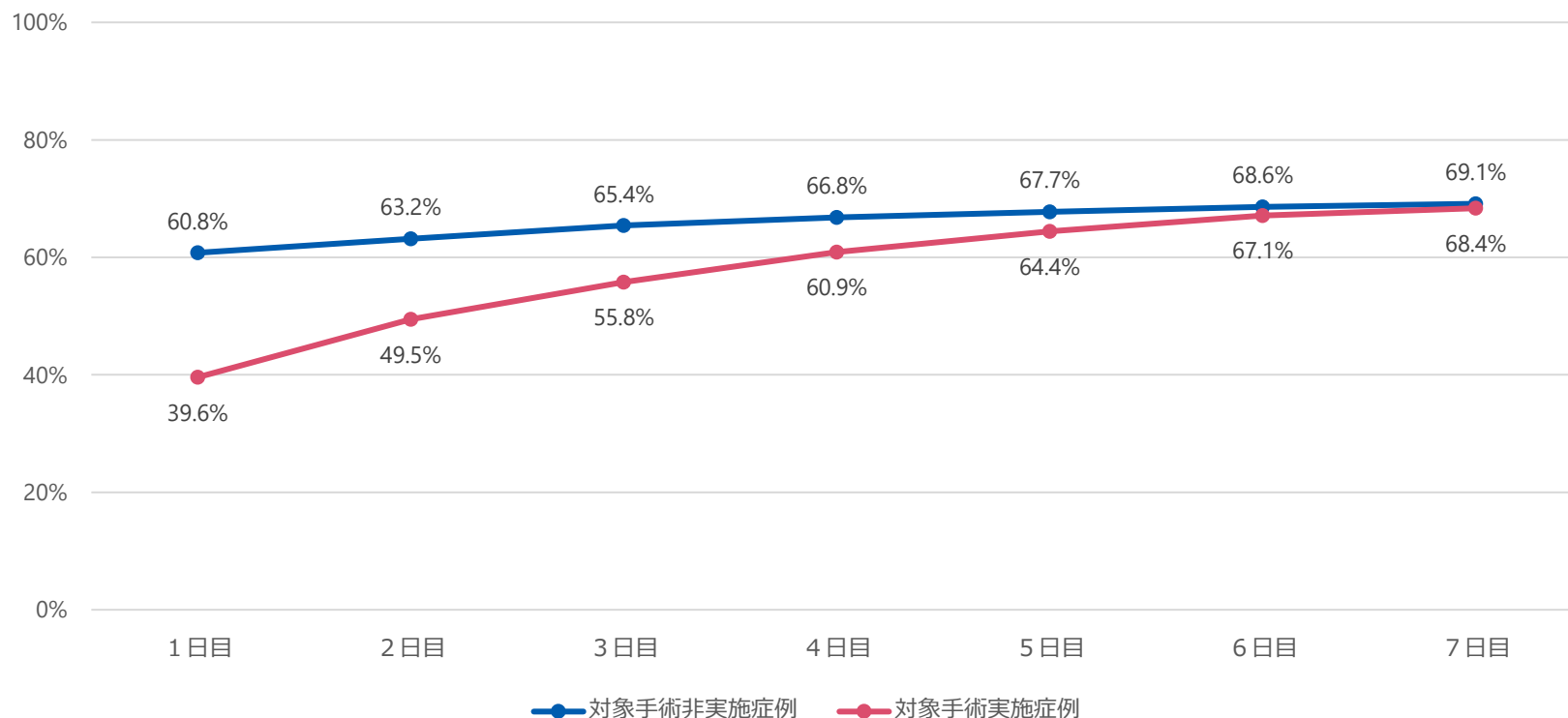
骨の手術の初回・初日から経過日数ごとの、「B得点の前日との差分の平均」の推移



7日後にB得点と同程度である患者の割合

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

7日後にB得点が±1点である患者の割合

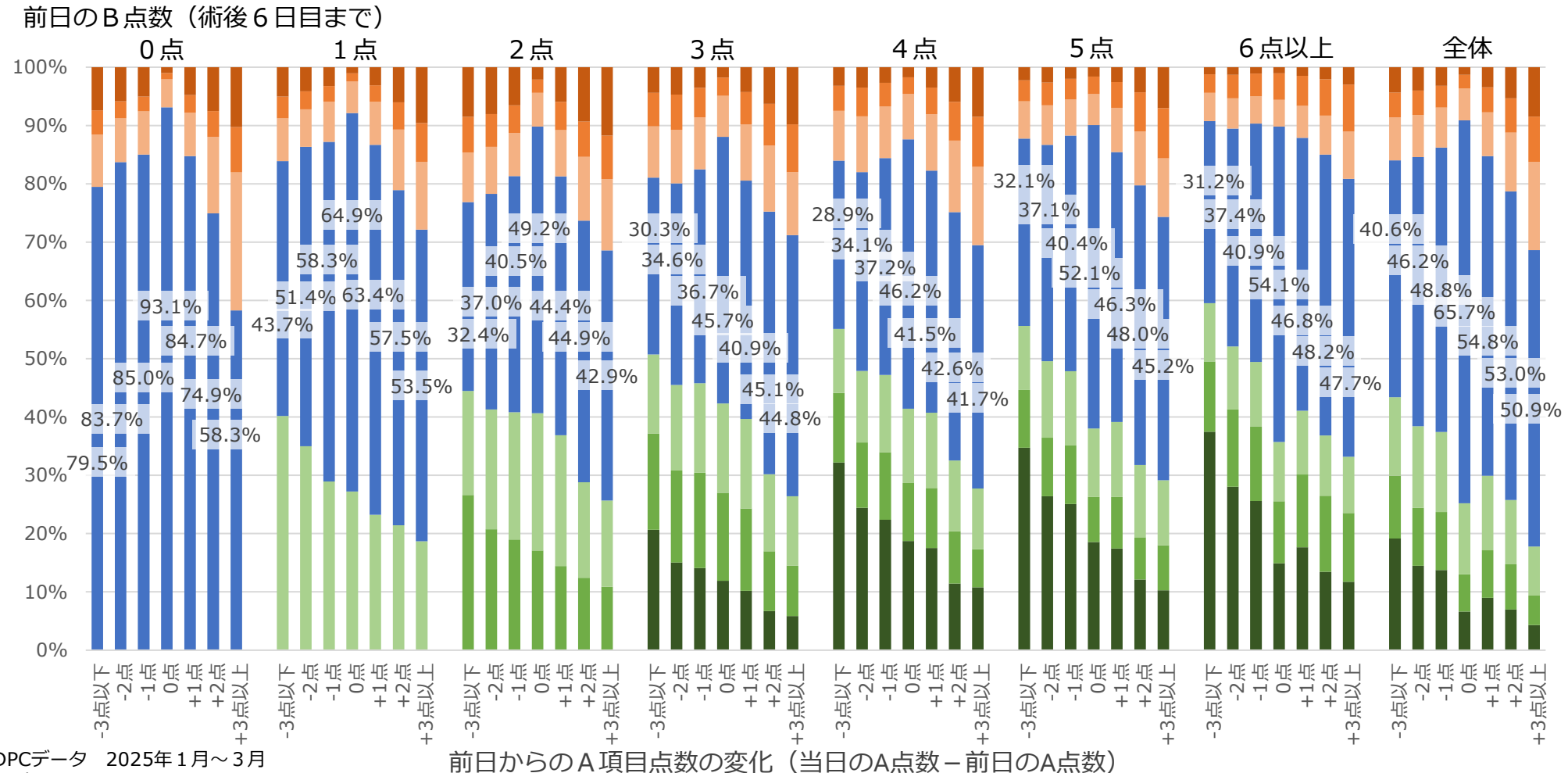


※C15～C19に該当する手術を対象手術として群分けした。

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

B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術あり）

○ 手術を実施した症例（手術に係るKコードの算定症例）の、術後6日目までの重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、前日からのA点数の変化と、B点数の変化の関係を示す。A項目に変化がない場合、B項目も変化がない割合が比較的多いものの、前日のB点数が2点以上の場合には約5割前後に留まっている。一方で、A項目に変動がある場合は、B項目が変化している割合が多い。



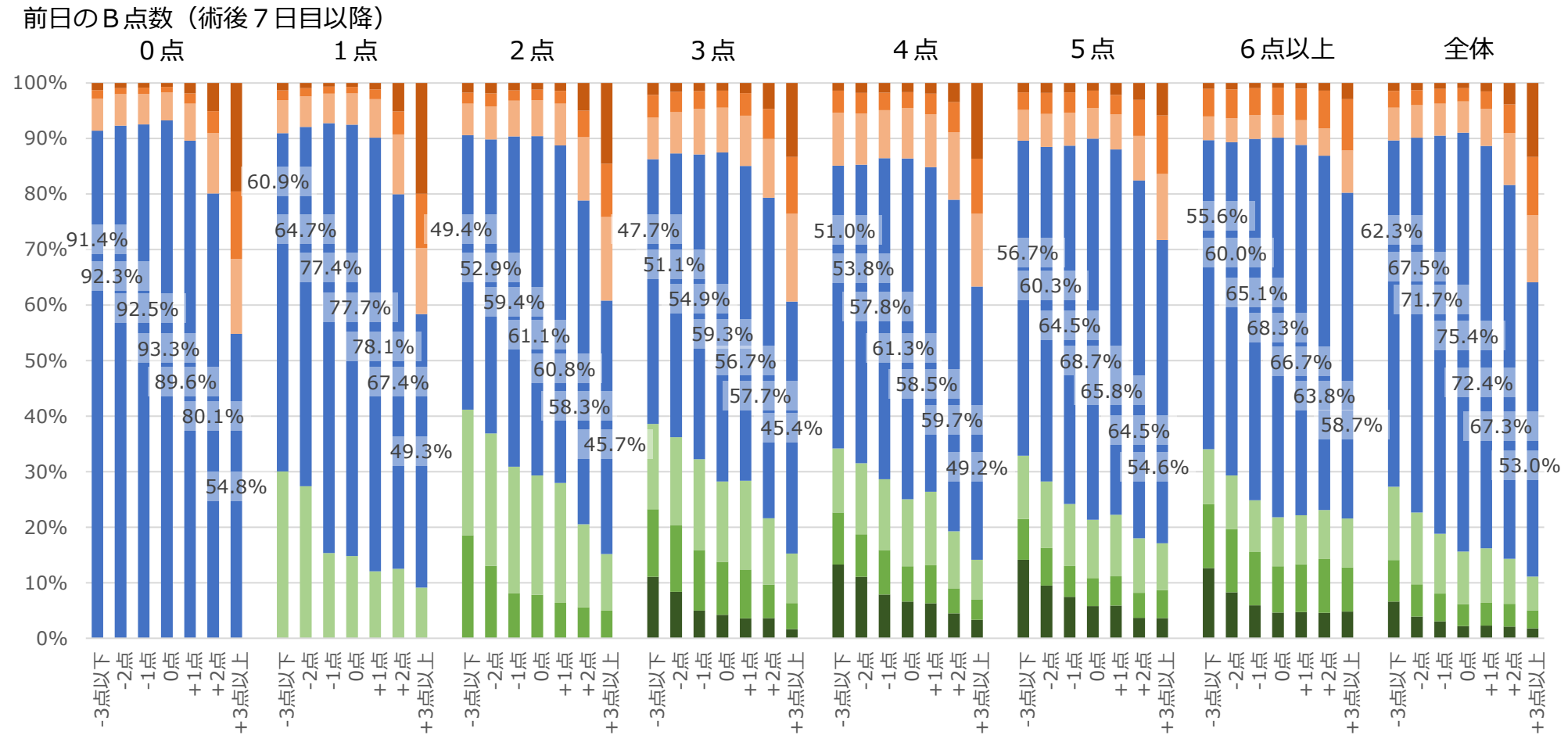
DPCデータ 2025年1月～3月

- 急性期一般入院料 1～5
- 特定機能病院一般 7：1
- 専門病院 7：1
- 地域包括医療病棟入院料

■ B得点_前日差分_-3点以下
 ■ B得点_前日差分_-2点
 ■ B得点_前日差分_-1点
 ■ B得点_前日差分_0点
 ■ B得点_前日差分_+1点
 ■ B得点_前日差分_+2点
 ■ B得点_前日差分_+3点以上

B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術あり）

- 手術を実施した症例（手術に係るKコードの算定症例）の、術後7日目以降の重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、前日からのA点数の変化と、B点数の変化の関係を示す。A項目不変の場合にB項目が前日と変わらない割合は全体で75%と、術後6日目までより多い。A項目が3点以上悪化すると、前日とB点数が変わらない割合が少なく、特に前日のB点数0点～4点の範囲では、B項目も一緒に悪化する割合が多くなる。



DPCデータ 2025年1月～3月

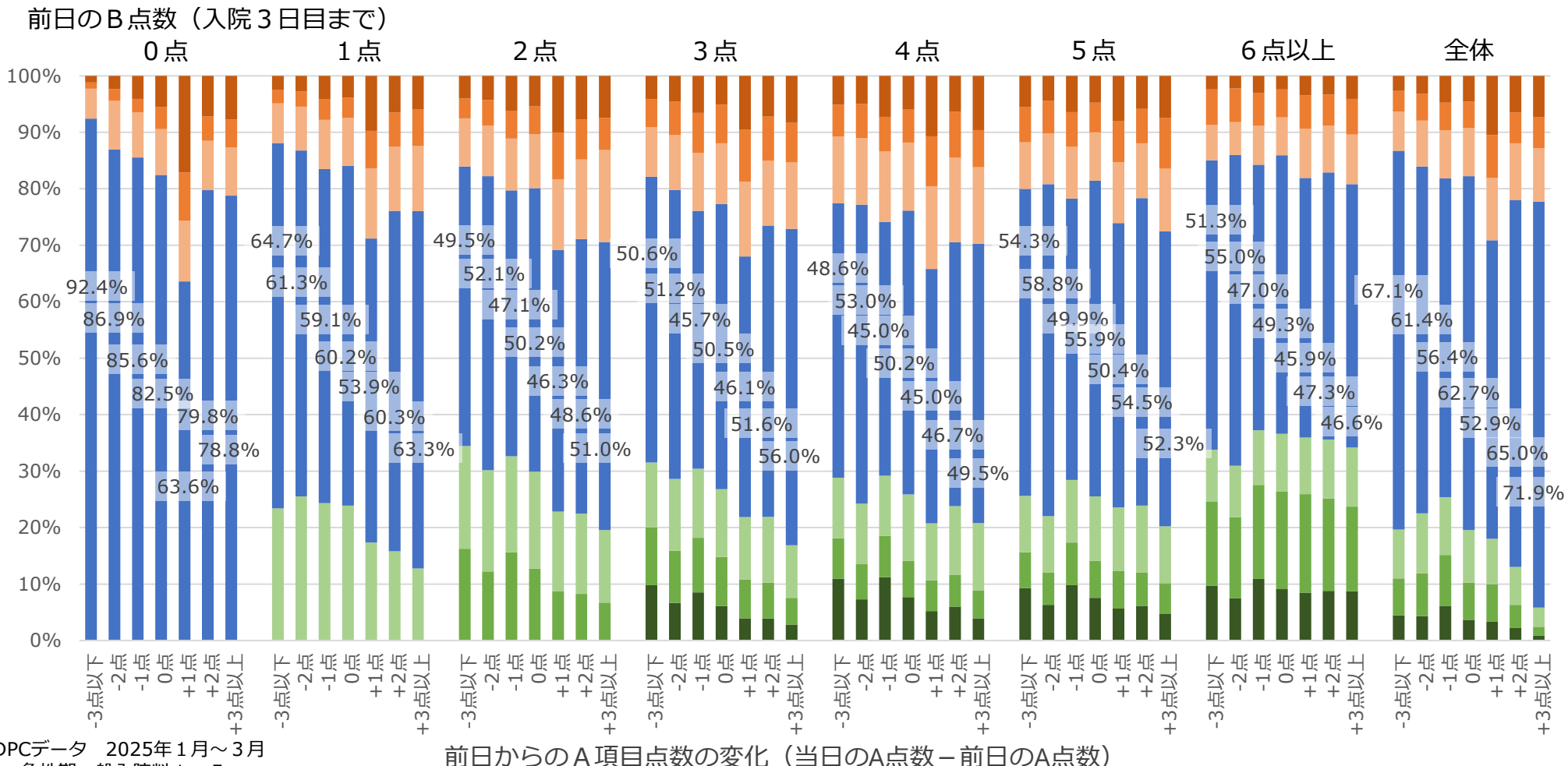
- 急性期一般入院料 1～5
- 特定機能病院一般 7：1
- 専門病院 7：1
- 地域包括医療病棟入院料

前日からのA項目点数の変化（当日のA点数－前日のA点数）

- B得点_前日差分_-3点以下
- B得点_前日差分_-2点
- B得点_前日差分_-1点
- B得点_前日差分_0点
- B得点_前日差分_+1点
- B得点_前日差分_+2点
- B得点_前日差分_+3点以上

B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術なし）

○ 手術を実施していない症例（手術に係るKコードの非算定症例）の、入院2～3日目の重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、前日からのA点数の変化と、B点数の変化の関係を示す。入院初期には、A項目の変化によらず、B項目が変化しない割合は概ね半数程度である。A項目が悪化した場合はB項目も悪化、A項目が改善した場合はB項目も改善する割合が多い傾向にある。

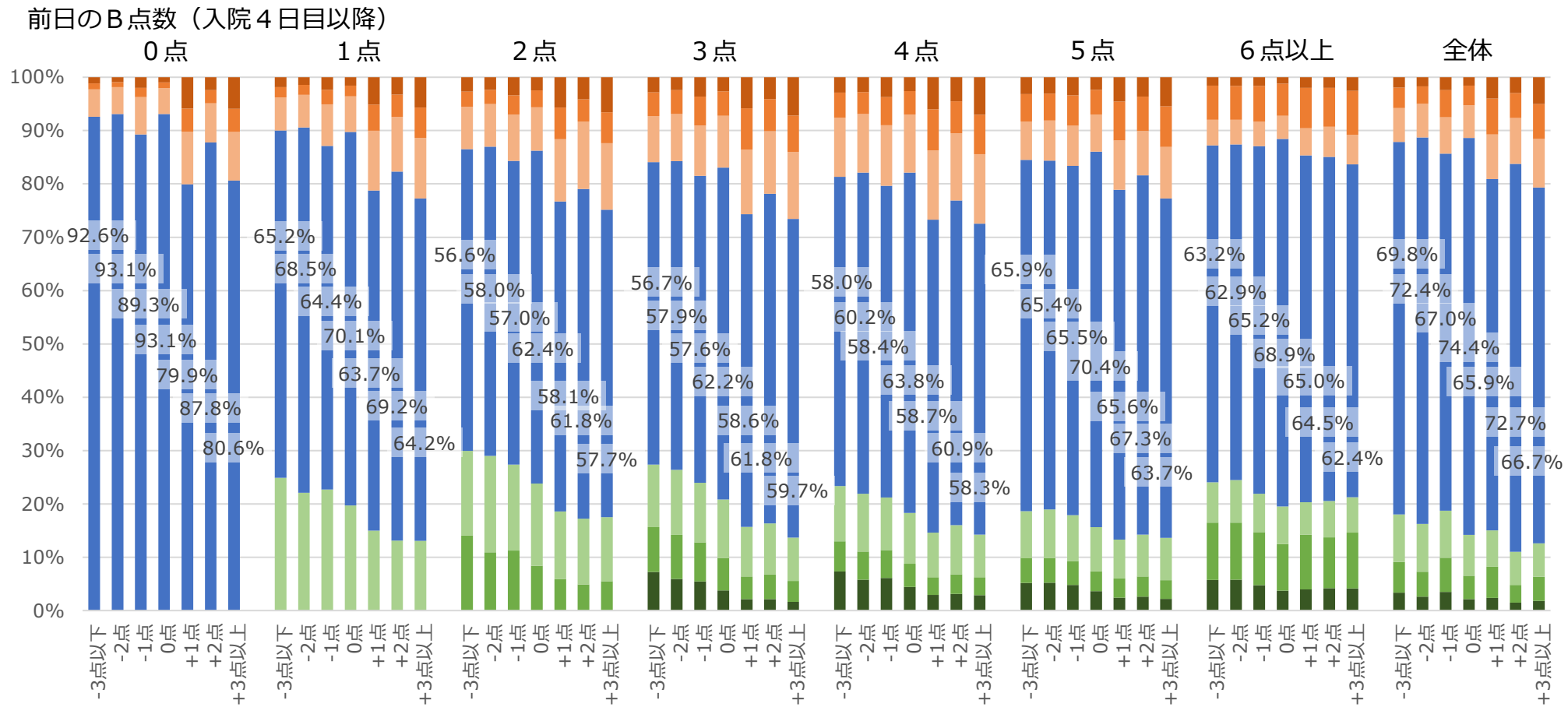


DPCデータ 2025年1月～3月
 ・ 急性期一般入院料 1～5
 ・ 特定機能病院一般 7：1
 ・ 専門病院 7：1
 ・ 地域包括医療病棟入院料

■ B得点_前日差分_-3点以下 ■ B得点_前日差分_-2点 ■ B得点_前日差分_-1点 ■ B得点_前日差分_0点
 ■ B得点_前日差分_+1点 ■ B得点_前日差分_+2点 ■ B得点_前日差分_+3点以上

B点数毎のA項目の変化とB項目の変化の関係（手術なし）

- 手術を実施していない症例（手術に係るKコードの非算定症例）の、入院4日目以降の重症度、医療・看護必要度について、前日のB点数の群別に、A点数とB点数の変化の関係を示す。B点数が変わらない患者の割合は全体で概ね6割を超えており、入院3日目までと比べて多い。A項目が3点以上変化した場合、B点数が変わらない割合はやや少なくなり、A点数と同じ方向の変化を示す患者が増加するものの、その割合は入院3日目までより少ない。



前日からのA項目点数の変化（当日のA点数－前日のA点数）

DPCデータ 2025年1月～3月

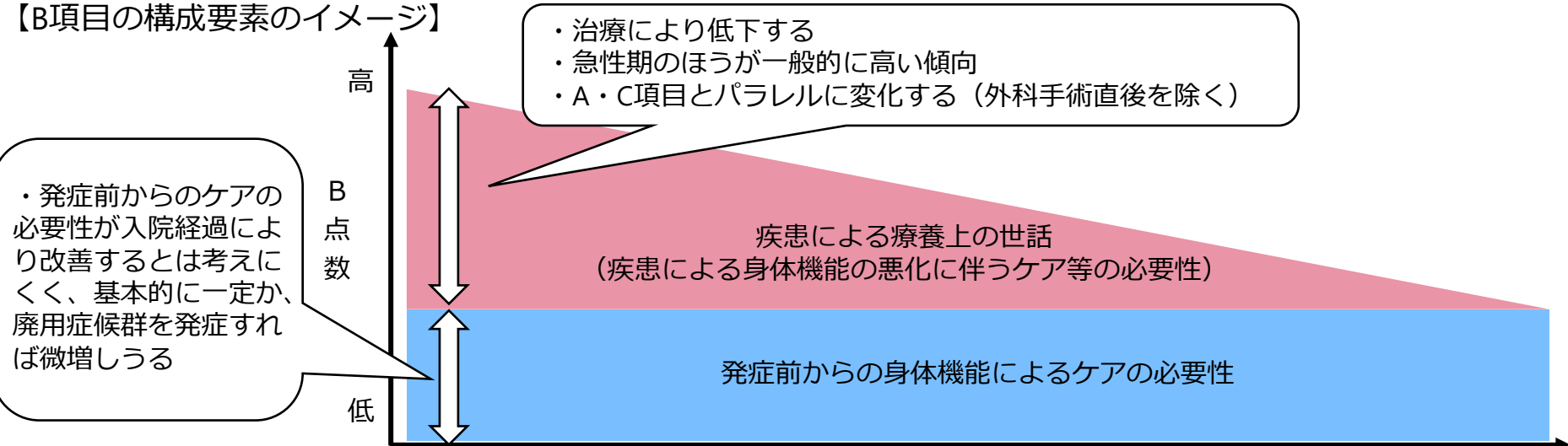
- 急性期一般入院料 1～5
- 特定機能病院一般 7：1
- 専門病院 7：1
- 地域包括医療病棟入院料

- B得点_前日差分_-3点以下
- B得点_前日差分_-2点
- B得点_前日差分_-1点
- B得点_前日差分_0点
- B得点_前日差分_+1点
- B得点_前日差分_+2点
- B得点_前日差分_+3点以上

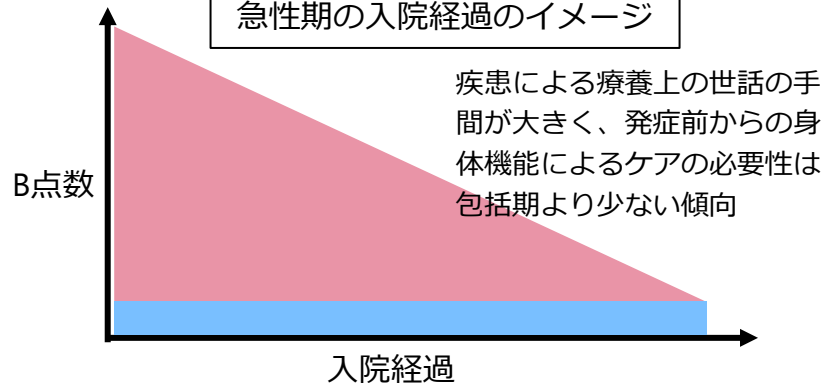
分析結果に基づくB点数のイメージ

- これまでの解析で、B項目については、①入院4日目、術後7日目以降は変化が少ない患者の割合が約7割に収束する、②A項目が±2点以上変化した場合、B項目も同じ方向に変化する患者の割合が増えるが、手術後早期は必ずしもA項目の変化と動きが一致しない。また、入院4日目、術後7日目以降はA項目の変化によらず変化しない割合が多くなる、③介護度が高いとB点数が高い、④要介護度の高い患者では、退院時まで変化しないケースが多い、といった傾向がみられた。
- B項目は、疾患によって悪化した身体機能によるケアの必要性和、発症前からの身体機能によるケアの必要性の双方を反映した指標であると考えられる。

【B項目の構成要素のイメージ】

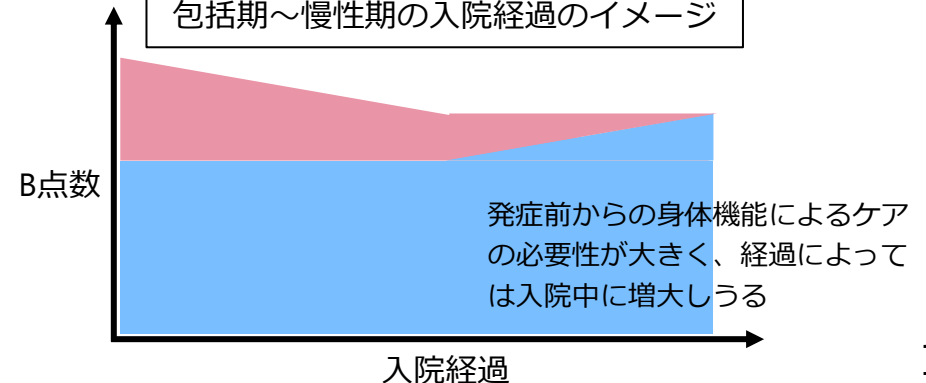


急性期の入院経過のイメージ



入院経過

包括期～慢性期の入院経過のイメージ



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。

○入院患者の「重症度、医療・看護必要度を把握し、適正な職員の配置数を実現・看護の必要性及び看護の量（療養上の世話）を測る指標としての位置づけ。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第5号）（抄）

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（4）看護の勤務体制は、次の点に留意する。

ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。

イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（重症度、医療・看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

- ・ 重症度、看護必要度導入開始の平成20年度当初から活用。
- ・ 重症度、医療・看護必要度から把握する患者状況で、病院全体のベッドコントロール、看護職員配置、夜勤職員数の調整、夜勤に係る加算等を計算する際に活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した入退院支援共通ツール）

- ・ 重症度、医療・介護必要度のB得点で評価されるADL関連の情報を用いて、患者の療養上の世話に関わる負荷を評価し、それを病棟等のケアの単位で集計することで、その負荷量に応じた看護配置を柔軟に行うために活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置、病床配分、退院支援、入院病棟決定判断、転倒・転落判断等）

- ・ 看護職員の応援体制、配置数の検討、超過勤務と人員配置の検討に活用。
- ・ 転倒・転落発生の経過と原因の探索。
- ・ 入退院支援における退院支援のタイミング、退院場所の選択の根拠として活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

- ・ 重症度、看護必要度導入開始後、B項目をもとに、配置係数を算出。病棟毎の看護職員配置の決定に活用。
- ・ 配置係数をもとに病棟管理者会で説明し、各病棟の配置数に了解が得られやすい。

（重症度、医療・看護必要度（B項目）の回復期における転院可否の予測因子としての活用）

- ・ 脳卒中における軽症脳梗塞クリニカルパスを用いた退院・転院支援介入の最適なタイミングを検討。
- ・ 看護必要度B項目、リハ介入時BI, National Institutes of Health Stroke Scale(NIHSS)の変化と回復期転院に関連する要因、退院時の必要度を比較。
- ・ 退院時の必要度B項目、7日目NIHSSは入院時と比べ有意に低下し、5日目必要度B項目、BI、NIHSSは回復期リハビリテーションへの転院に有意に関連していた。
- ・ 脳卒中における軽症脳梗塞クリニカルパスを用いた退院・転院支援介入における最適なタイミングを把握するために重症度、医療・看護必要度B得点の活用が可能。

(出典：日本クリニカルパス学会誌, 26(2), pp.71-75, 2024.)

（重症度、医療・看護必要度（B項目）の転倒リスク予測因子としての活用）

- ・ 重症度、医療・看護必要度B項目を用いた転倒リスクアセスメントは、院内の既存のリスクアセスメントと比較しても感度が高く、転倒リスクアセスメントの代替手段としての活用が可能。業務の効率化の観点からも活用が可能。

(出典：せいい看護学会誌, 14(2), pp.1-8, 2024.)

（重症度、医療・看護必要度の病棟マネジメント指標としての活用）

- ・ 新型コロナウイルス感染拡大時の一般病棟では、不慣れ感（通常受け入れのない診療科が多い、重症患者の該当者割合が高い）、重症病棟のケア必要患者（ICU,HCU看護必要度を満たす割合）が高いという特徴があった。
- ・ 病棟の忙しさの要因として、「不慣れ」と「業務量の増大」に注目。診療科の混成度と、重症度、医療・看護必要度から算出される医療資源投入量並びに患者の重症度を使用。
- ・ 不慣れ感が高い病棟は、医療資源投入量は少ない一方、日常生活支援などの介護的な援助が必要な患者が多い傾向があった。

(出典：日本医療マネジメント学会雑誌, 24(1), pp.31-38, 2023.)

（重症度、医療・看護必要度（B項目）の活用：入院中の高齢者の近位大腿骨骨折に関連する要因分析）

- ・ 患者の日常生活状況と医療処置状況を考慮し、正確な骨折予測モデルの開発を目的とした。さらに、入院中の骨折に関連する患者の状態の変化を調査。
- ・ 入院時と比較して入院中に歩行安定性が改善した場合に患者の転倒リスクが高まることが明らかになった。
- ・ 毎日の看護記録データ（B得点）を用いて入院中に骨折リスクの高い患者の特定が可能であり、転倒リスクを低減するための対策が有効な患者を特定するために役立つ可能性がある。

(出典：BMJ Quality Safety,34,pp234-243,2025.)

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を**不要**とする。

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

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る）及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**（院外）研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

必要度Ⅱの要件化

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料（**急性期一般入院料1～6**に限る）又は**特定機能病院入院基本料**（一般病棟7対1に限る）について**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いることを要件とする。

〔経過措置〕

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

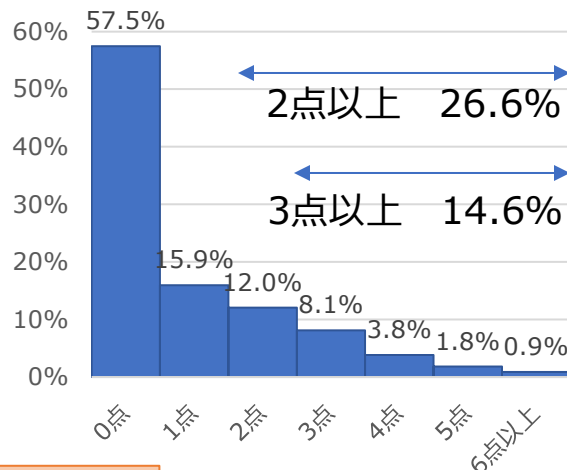
内科系症例と外科系症例における重症度、医療・看護必要度の得点

診調組 入-3
7. 9. 11

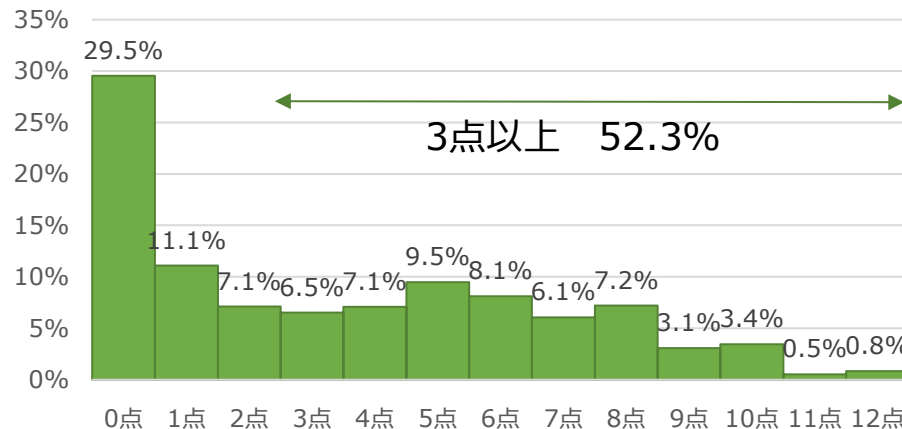
- 内科系症例は、外科系症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上のいずれの割合も低く、B点数3点以上の割合は高かった。

内科系症例
(n=811,521)

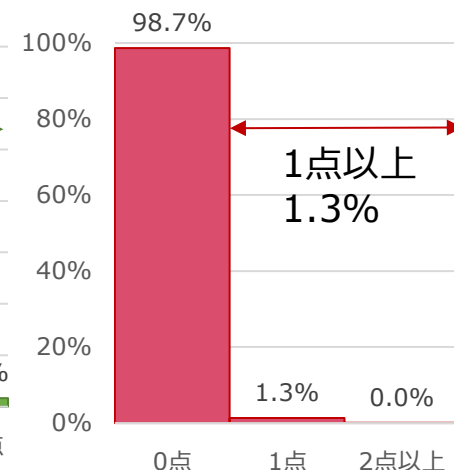
A点数の分布



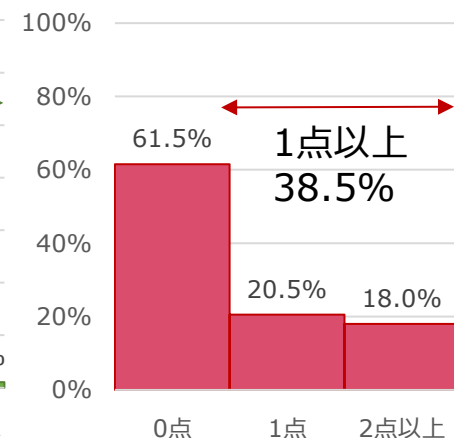
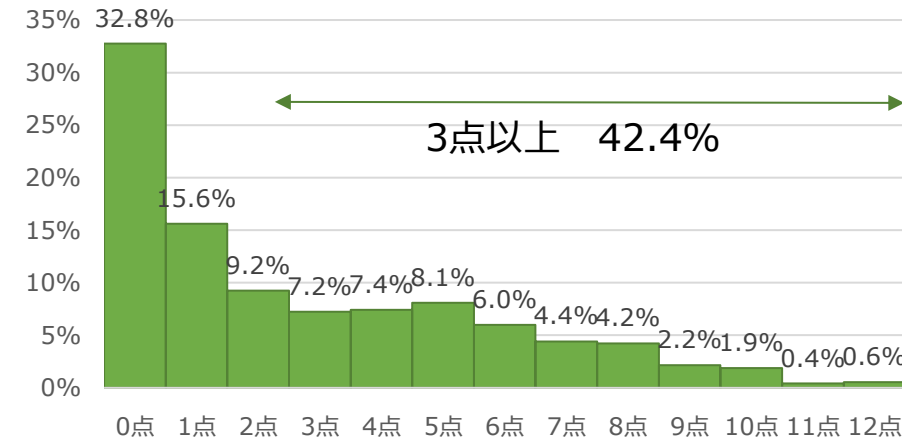
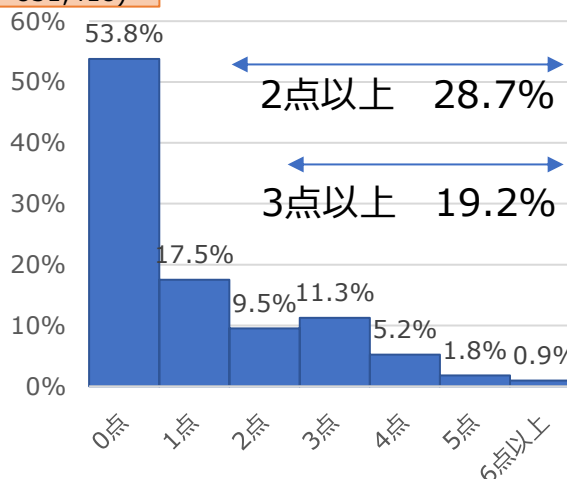
B点数の分布



C点数の分布



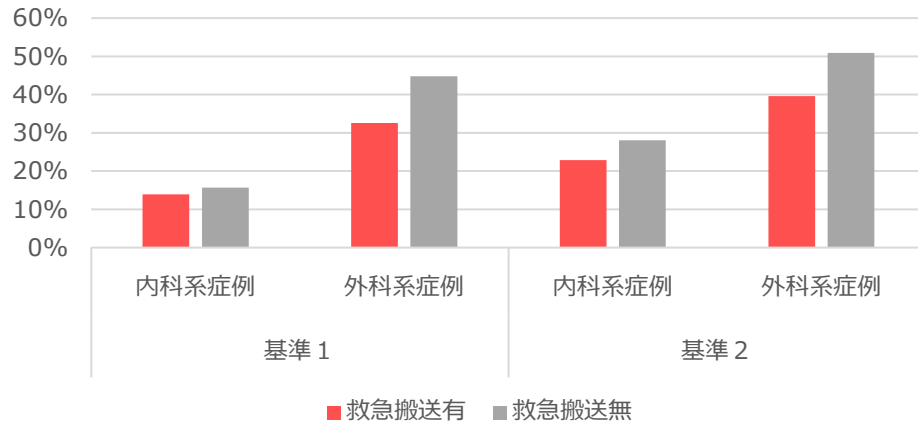
外科系症例
(n=831,418)



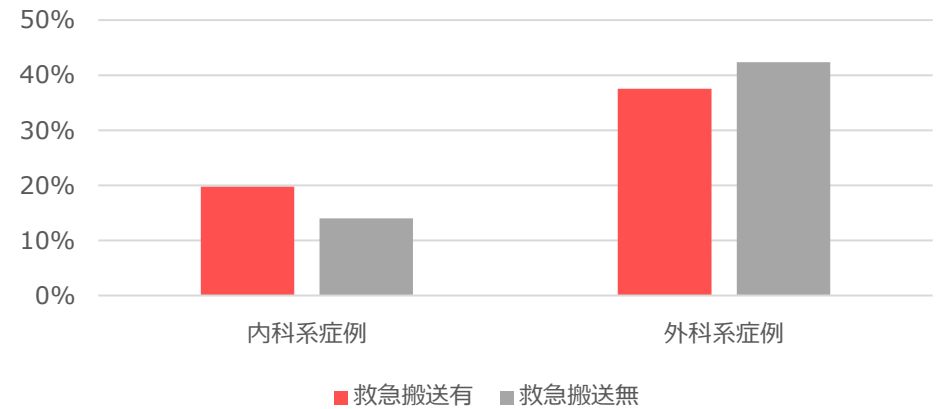
救急搬送別内科系症例と外科系症例の重症度、医療・看護必要度該当割合

- 救急搬送からの入院かそれ以外かによって、内科系症例・外科系症例の基準該当割合を比較すると、救急搬送により入院した内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合は、救急搬送ではない外科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合と比較して、いずれの入院料においても低かった。
- 外科系症例全般と、急性期一般入院料 1 の内科系症例においては、救急搬送から入院した群で、それ以外の群に比べて基準該当割合が低かった。

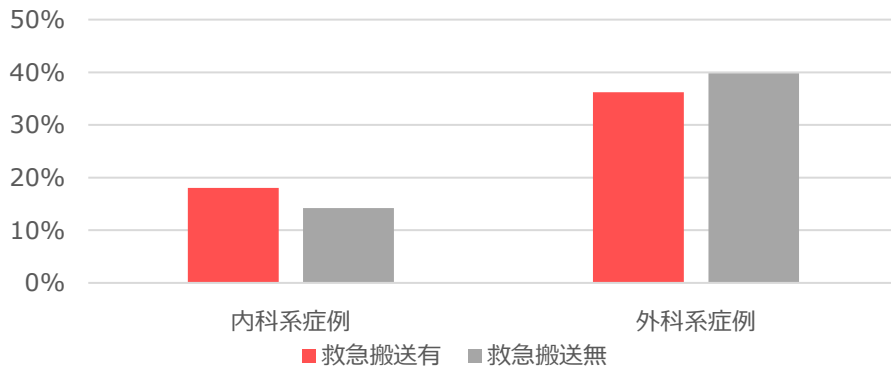
急性期一般入院料 1 の重症度該当割合



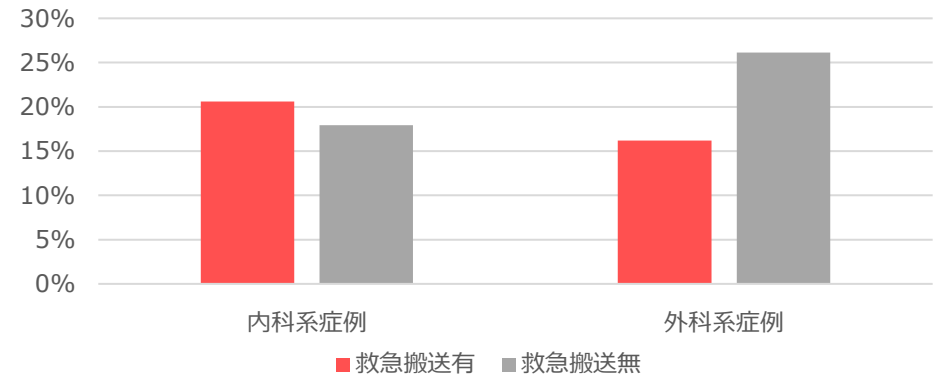
急性期一般入院料 4 の重症度該当割合



地域包括医療病棟の重症度該当割合



地域包括ケア病棟の重症度該当割合



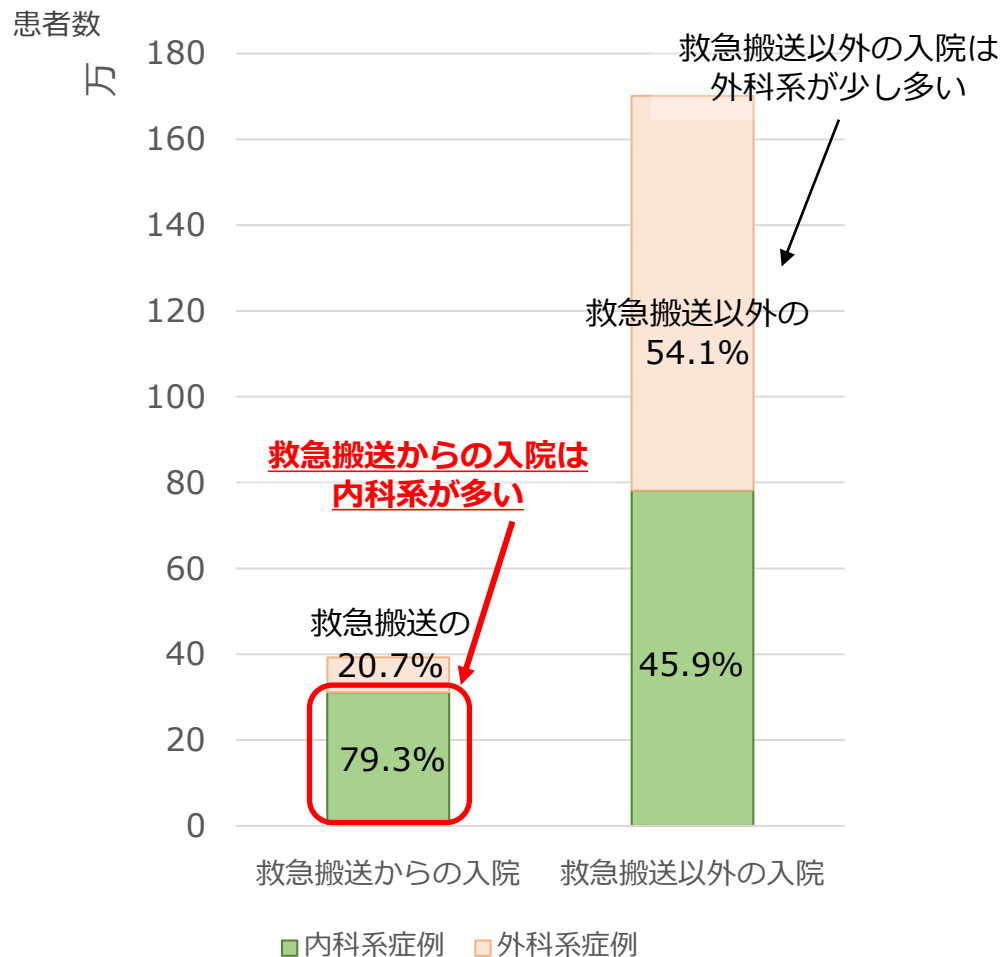
・基準該当割合：当該群の在院日数の合計に対する、各入院料の重症度基準を満たす日数の割合
・内科系・外科系：手術に係るKコードを算定された症例を外科系、それ以外を内科系として集計

救急搬送からの入院や緊急入院に占める内科系症例の割合

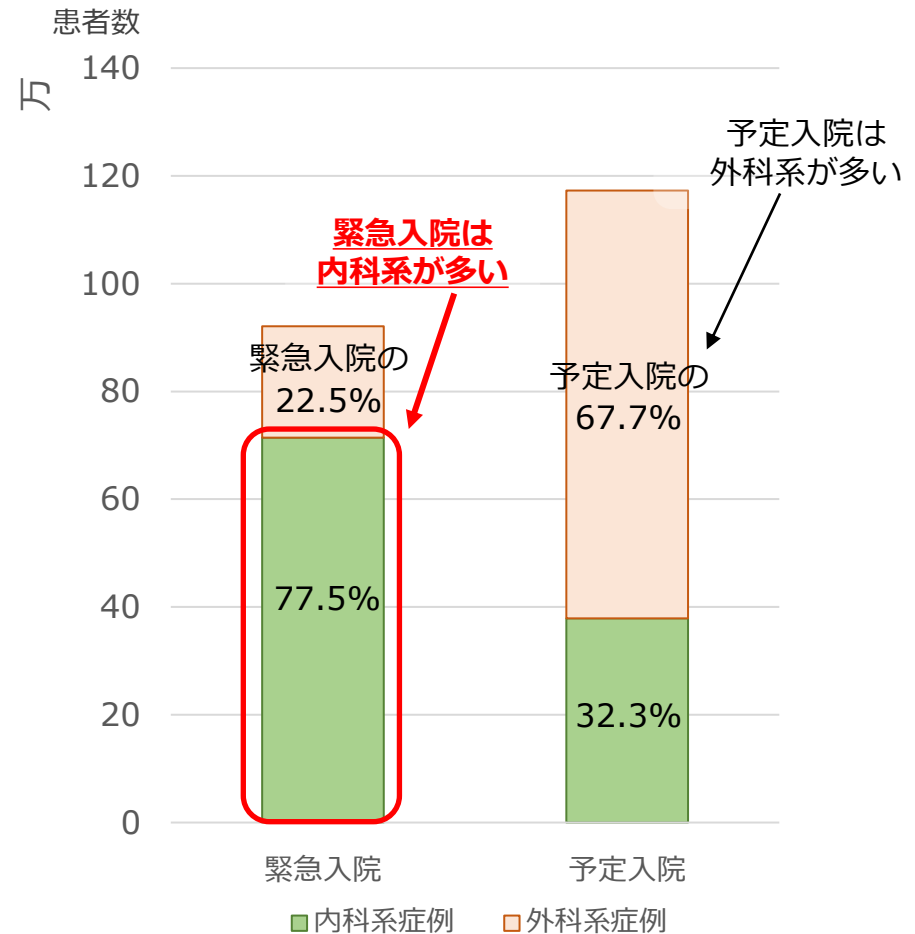
診調組 入-3
7. 9. 11

- 救急搬送からの入院や緊急入院の約 8 割を内科系症例（手術のない症例）が占める。

救急搬送からの入院と内科系・外科系の内訳



緊急入院と内科系・外科系の内訳



重症度、医療・看護必要度の評価基準の見直し（要望）

診調組	入-1	参考
7	7	3

令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

内科系症例をより反映する指標についての検討

診療組 入-2参考
7 . 7 . 3 改

- 内科系症例が外科系症例と比べて重症度、医療・看護必要度のA・C項目を満たしにくいことについて、適切な受け入れが求められる内科系症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下に列挙した。

考えられる対応		具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA・C項目の修正		- 緊急入院の該当日数を伸ばす - A6の下位項目のうち免疫抑制剤を2点→3点に - 負荷の高い内科疾患に行われる処置等を追加	影響を試算しやすい	- 大きな変化は生まれにくい。 - 個々の症例の評価を精緻化することには限界があるのではないか。
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）を評価	検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点	データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間はない	不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。
	疾患名に応じて評価	内科系救急等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院○日目まで加点	C項目では評価されづらい内科系症例のみにダイレクトに加点される	- 病名のアップコーディングが生じないか。 - 入院時には診断がつかないことも多い。
	救急応需や緊急入院など病院として負荷の高い項目を評価	病床数あたりの救急応需件数や緊急入院件数に応じた一定の割合を、基準該当割合に加算	病院の取組そのものを評価することにつながる	軽症の患者であっても、救急車利用が促されたり、緊急入院が装われたりすることはないか。

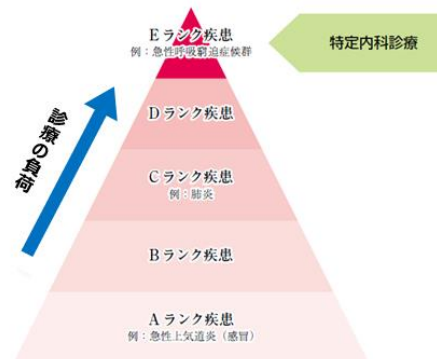
【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称(医薬品は成分名)
A6①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム(遺伝子組換え) 等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21:救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射(腰椎)、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22:別に定める検査	組織試験採取、切採法(心筋)、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23:別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)(自家移植)、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した:①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと(内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認)、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



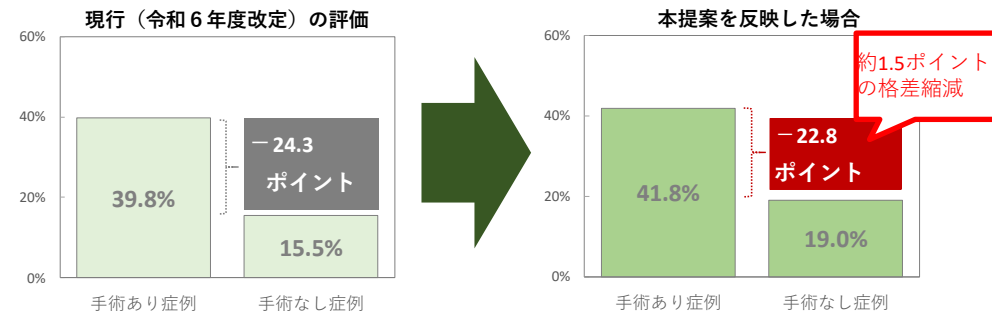
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。(図表2参照)

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1:内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名的主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※2:内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。(対象期間:平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む)。

内科学会が提案するA・C項目への追加候補リスト

診療組 入-3
7. 9. 11

診療行為

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	処置	腰椎穿刺
C21：救命等に係る内科的治療	処置	吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	処置	カウターショック（その他）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	留置カテーテル設置
C21：救命等に係る内科的治療	処置	皮膚科光線療法（長波・中波紫外線、290nm以上315nm以下）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	持続緩徐式血液濾過
C21：救命等に係る内科的治療	処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔孔閉鎖術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝バルーン拡張術
C22：別に定める検査	検査	トレッドミルによる負荷心機能検査
C22：別に定める検査	検査	サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査
C22：別に定める検査	検査	EF-気管支
C22：別に定める検査	検査	経気管支肺生検法
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	組織試験採取、切採法（心筋）
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（負荷心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	EBUS-TBNA
C22：別に定める検査	検査	気管支カテーテル気管支肺洗浄法検査
C22：別に定める検査	画像診断	シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影

医薬品

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）	薬効分類4桁	剤形
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	アザシチジン	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	カルフィルゾミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	フィルグラスチム（遺伝子組換え）	3399	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム	3929	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ボルテゾミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）	3959	注射
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	エトボシド	4240	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	タクロリムス水和物	3999	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ベキサロテン	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボナチニブ塩酸塩	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボマリドミド	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	メルカプトプリン水和物	4221	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	レナリドミド水和物	4291	内服

診療行為

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C23：別に定める手術	手術	内シャント設置術
C23：別に定める手術	手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
C23：別に定める手術	手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
C23：別に定める手術	手術	経皮的胆管ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
C23：別に定める手術	手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	経皮的肝腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
C23：別に定める手術	手術	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）
C23：別に定める手術	手術	下部消化管ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
C23：別に定める手術	手術	薬剤投与用胃瘻造設術

救急搬送後の患者の評価に関する経緯と課題

- 重症度、医療・看護必要度における救急搬送後の患者の評価について、入院が必要な密度の高い医学管理の必要な患者を評価する考え方から導入されたもの。
- 該当期間を長く設定した場合には入院日数の延長の誘引となり得るとの課題がある一方、令和6年度診療報酬改定により該当期間を短縮した後は、内科系症例が評価されにくいとの課題が指摘されている。

◆**H28改定** 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう検討され、「救急搬送後の患者」が入院から2日間、評価されることとなった。

◆**R2改定** 救急患者の評価を充実する観点から、必要度Ⅰでは、「救急搬送後の入院」の評価が5日間に延長され、必要度Ⅱでは、「緊急に入院を必要とする状態」が新たに評価されることとなった。

◆**R6改定** 「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、3日目以降に医療資源投入量が低下していること等から、評価日数を2日間に変更された。

→R6改定の議論において、救急入院によるA得点の5日間の日数の短縮は、内科系の評価が十分検討されていない中、バランスを欠いた評価体系となる可能性が懸念されており、R6改定後に、内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合の低下が指摘されている。

救急搬送を重く評価することの メリット

- 入院が必要な密度の高い医学管理を要する患者を評価できる。
- 医療機関にとって救急患者を積極的に受け入れるインセンティブとなる。
- 内科患者を受け入れる医療機関への評価が低い課題が解消できる。

該当期間を5日間とすることの 課題

- 速やかに医学的管理の密度が低くなる患者を含めて、5日間にわたり該当患者として評価することが、入院日数の延長の誘引となりうる。

課題を解消した上で、メリットを維持することのできる評価指標を設けることは可能か？

救急入院等の病院における負荷の高い項目を取り入れた重症度評価

- 個々の症例の評価指標を精緻化するのではなく、病院・病棟全体の負荷を必要度の基準該当割合に反映する方法として、救急搬送からの入院や緊急入院の件数に着目する方法も考え得る。
- 救急搬送・緊急入院の件数に着目して、病棟全体の重症度を適切に評価できる指標の考え方について、様々な案の懸念点と考えられる改善点について、以下のとおりまとめた。

（例1）A項目の「緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を改めて5日間とする。

懸念点：評価対象期限まで、入院期間の延長が誘導されるのではないかな。

地域包括ケア病棟ではA項目1点で基準を満たすこととなるが、当該項目に該当する全ての患者が、疾病の改善経過や病態上必要な処置の内容によらず、入院後5日間にわたり重症度の基準に該当すると評価されることが適切かな。

改善点：救急搬送や緊急入院の病院・病棟としての受入は、全体的な重症患者の入院受入として評価し得るため、医療機関や病棟における当該受入件数そのものを評価対象としてはどうか。

その際、救急搬送や緊急入院を必要以上に惹起しないよう、外来帰宅可となった件数を含めた救急応需全体の件数や、医療機関の判断のみで不必要な緊急入院を惹起する懸念が少ない、協力対象施設からの連携に基づく入院数を病床1床あたりで評価してはどうか。



（例2）「救急搬送応需件数を各病棟に按分した病床あたり件数」と「各病棟における協力対象施設入所者入院加算の病床あたり算定回数」を合算し、当該件数に一定の係数を乗算する等により算出した数値を、当該病棟における重症度の基準該当割合に加算することで、基準該当割合そのものを底上げする。

例2の具体的なイメージ

- 例えば、1床当たりの救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定数を算出し、その合計値に一定の係数をかけた数値を、A～C項目から算出した重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に加えることとすれば、救急搬送受入や協力対象施設からの入院受入が多い病棟では該当患者割合が高くなり、病棟全体の負荷を重症度、医療・看護必要度の一要素として評価することができるのではないかな。

該当患者割合への加算 (%) = (救急搬送件数※ + 協力対象施設入所者入院加算の算定回数) ÷ 病床数 × 一定の係数

※救急搬送件数には入院しなかった場合を含む。複数の病棟がある場合は、外来を含む救急搬送件数を、病棟ごとの救急搬送の入院受入数で按分する。



計算例：

救急搬送件数900件、協力対象施設入所者入院加算の算定回数100件である50床（1病棟）の病院の場合、

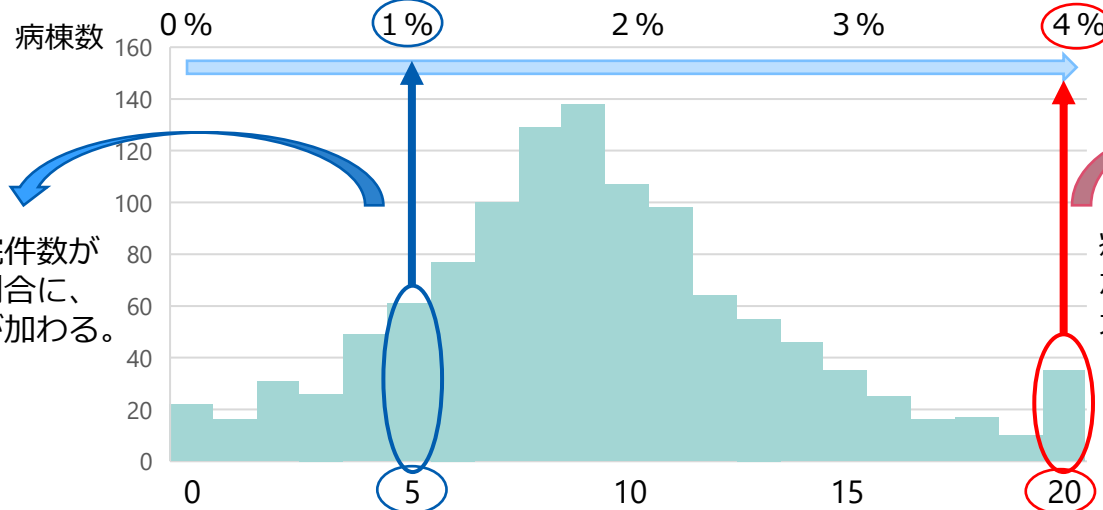
$$\Rightarrow (900 + 100) \div 50 = 1000 \div 50 = 20$$

仮に、「一定の係数」を0.002とする場合、

$$\text{該当患者割合への加算 (\%)} = 20 \times 0.002 = 4\%$$

A～C項目から算出された重症度、医療・看護必要度が仮に**12%**であった場合、計算後は基準該当割合は**16%**となる。

該当患者割合へ加算されるパーセンテージ



病床あたりの救急搬送等入院件数が少ない病棟では、該当患者割合に、小さい数（例えば1%分）が加わる。

病床あたりの救急搬送件等入院件数が多い病棟では、該当患者割合に、大きい数（例えば4%分）が加わる。

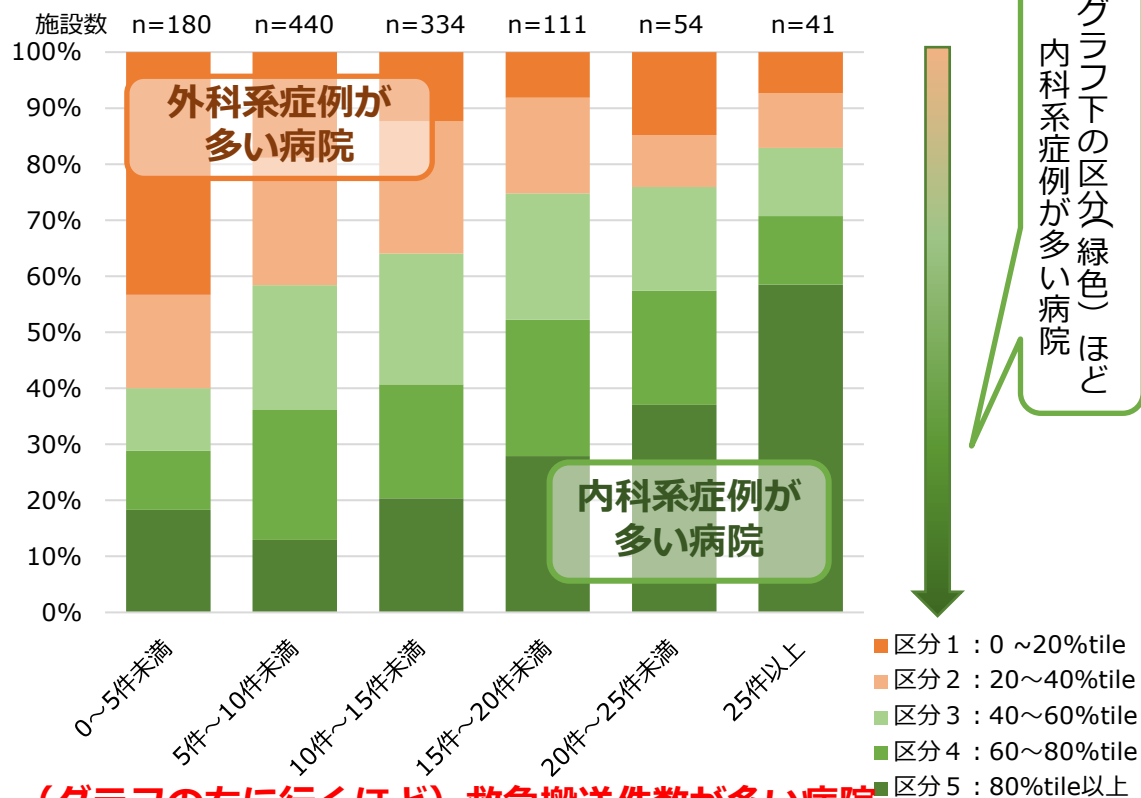
病床あたりの救急搬送件数 + 協力対象施設入所者入院加算算定回数

1床当たり救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数

- 急性期一般入院料1算定病床における1床当たりの救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の合算件数ごとに、各病院を全国における内科系症例割合の多寡で区分した場合の、各区分が占める割合は以下のとおり。
- 1床当たり救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の合算値が多いほど、内科系症例の割合が多い（内科系症例を外科系症例に比して多く受けいている）病院の割合が高い傾向であった。

1床あたり救急搬送件数+協力対象施設入所者

入院加算算定回数ごとの内科割合区分の分布



(グラフの右に行くほど) 救急搬送件数が多い病院

1床当たり救急搬送件数+協力対象施設入所者入院加算算定回数:

病院全体の年間救急応需件数を、各入院料の救急搬送からの入院の実績件数に応じて按分した件数と、当該病棟における協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算件数を、当該入院料の算定病床数で割ることで算出した1床1年当たりの件数。

内科系症例と外科系症例:

入院期間中に手術に係るKコードを算定されている症例を外科系症例、それ以外を内科系症例とした。

内科系症例の割合区分:

急性期一般入院料1算定病棟における内科系症例割合を病院ごとに算出し、その割合が低い順にパーセンタイル値により5区分に分類した。(区分1は全国的にみて内科系症例の割合が少ない医療機関、区分5は内科系症例の割合が多い医療機関。)