

中央社会保険医療協議会 総会（第 577 回） 議事次第

令和 6 年 1 月 10 日(水)  
診療報酬基本問題小委員会終了後～

議題

- 診療報酬基本問題小委員会からの報告について
- 医療機関等における職員の賃上げ（その 1）について
- 個別事項（その 23）について
- 入院（その 10）について
- これまでの議論の整理（案）について
- その他

中医協 総-1-1  
6 . 1 . 1 0

中医協 診-1  
6 . 1 . 1 0

診調組 入-1  
5 . 1 2 . 2 1

# 医療機関等における職員の賃上げについて (その1)

令和5年12月21日(木)

1. これまでの経緯について
2. 診療報酬等の構造について
3. 基礎となる分析について

3-1. 職員の配置状況について

3-2. 算定回数の月による違いについて

4. 試行的なシミュレーションについて

4-1. 病院について

4-2. 診療所、歯科診療所、薬局及び訪問看護ステーションについて

# 処遇改善についての課題と論点

## (処遇改善等に係る施策について)

- 経済財政運営と改革の基本方針2023(令和5年6月16日閣議決定)では、「2022年10月からの処遇改善の効果が現場職員に広く行き渡るようになっていくかどうかの検証を行い、経営情報の見える化を進める」、「経営状況の見える化を推進した上で、賃上げや業務負担軽減が適切に図られるよう取り組む」とされた。
- 「デフレ完全脱却のための総合経済対策～日本経済の新たなステージに向けて～」(令和5年11月2日閣議決定)では、医療・介護・障害福祉分野においては、2024年度の医療・介護・障害福祉サービス等報酬の同時改定での対応を見据えつつ、喫緊の課題に対応するため、人材確保に向けて賃上げに必要な財政措置を早急に講ずるとされた。これに対し、医療分野では、看護補助の収入を引き上げるための措置として、看護補助者の処遇改善事業が実施されることとなった。
- 令和6年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)では、重点課題を「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」とし、具体的な方向性の例として「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」を挙げている。

## (医療を取り巻く状況等について)

- 医療機関等には様々な職種が従事しており、入院患者数に対する配置数が定められている看護職員等以外にも多くの職種が数従事している。また、職種別従事者数の構成割合は、病院、診療所、訪問看護ステーションそれぞれで異なる。
- 医療機関等の従事者のうち、医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。
- 政府全体で賃上げが進める中、2023年春期生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は10,560円/3.58%であり、賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」(定期昇給相当分を除いたもの)の加重平均は5,983円/2.12%となっている。一方、医療分野の賃上げ率は1.9%にとどまっている。
- 高齢化等による需要増加にも関わらず、医療分野の人材確保の状況は厳しく、看護職員の有効求人倍率は全職種平均の2倍程度の水準で高止まりしている。

## (看護職員処遇改善評価料について)

- 令和4年度診療報酬改定において新設した「看護職員処遇改善評価料」については、以下のような課題が指摘されている。
  - 対象となる看護職員の収入を3%(月額平均12,000円相当)を引き上げるという観点では、運用は予定通り行われいた
  - 本評価料は、看護職員処遇改善補助金を受けた医療機関の処遇改善が継続することを担保しなければならなかつたため、評価体系として技術的な課題がある
  - 本評価料を算定している医療機関は、すでに賃金改善額のうちベア等の割合が約9割となっており、引きあがった基本給等が再度引き下げる等、今働いている人の不利益にならないよう、引き続き原資の確保が必要

## 【論点】

- 医療関係職種は全産業平均の賃上げに追いついていない状況を踏まえ、医療機関等の職員における処遇改善について、診療報酬において対応する場合を想定し、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な分析を行い、検討を進めることとしてはどうか。

# 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### 【重点課題】

##### 【具体的方向性の例】

- 医療従事者的人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

### (2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

##### 【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

# 令和6年度診療報酬改定の基本方針 (関係箇所抜粋)

## 1. 改定に当たっての基本認識

(物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応)

- 現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。
- 令和6年度診療報酬改定では、デフレ完全脱却のための総合経済対策(令和5年11月2日閣議決定)を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

## 2. 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

(基本的視点)

- 2023年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。こうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、有効求人倍率が全職種平均の2~3倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は0%に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。
- このような状況を踏まえ、必要な待遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者的人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。
- 加えて、医師等の働き方改革を進め、心身ともに健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024年(令和6年)4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬の対応がより実効性のあるものとなるよう検討する必要がある。

(具体的方向性の例)

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
  - ・ 令和4年度に実施した看護職員の待遇改善に係る取組や令和5年11月の経済対策も踏まえつつ、医療従事者の賃上げに向けた取組の推進。
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

## 【10月12日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 「看護職員処遇改善評価料」が予定通り運用されていることがわかったが、今後、賃金引き上げの対象を拡大するうえで、現行の評価料では対応しきれないのではないか。
- 次回改定においては、医療機関に従事する全ての職種について、他業種並みの賃金引上げが可能となるよう、原資の確保の検討をお願いしたい。
- 患者からすると、「看護職員処遇改善評価料」がどのように理解されているか疑問。今後、賃金引上げの対象を他職種に広げるとすれば患者負担も増加するため、患者が納得する仕組みを検討すべきではないか。
- 病院勤務の薬剤師の確保が難しくなっている中、薬剤師は「看護職員処遇改善評価料」の支給対象となっていないなどの課題があり、職種に関わらず、病院職員全体の賃金引上げができる仕組みを検討すべきではないか。
- 今回の「看護職員処遇改善評価料」は、地域のコロナ医療を担う看護職員を評価するために創設されたものであり、賃金引上げのための議論とは本来、切り離すべきではないか。
- 他職種も含めた賃金引き上げを実現するには、入院基本料等での対応を検討すべきではないか。
- 賃金引上げの在り方については、今後、入院基本料等での対応も含め、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論すべきではないか。

## 【10月27日 中央社会保険医療協議会総会】 (処遇改善全般)

- 春闇の平均賃上げ率が3.58%となっている中、医療・介護の賃上げは一般企業に及んでおらず、その結果、高齢化等による需要増加にも関わらず、他産業に人材が流出しており、医療分野における有効求人倍率は全職種平均の2~3倍程度の水準で高止まりしており、人材確保難となっている。公定価格により経営する医療機関においては、価格転嫁ができないこと等により、経営努力のみでは対応が困難。賃上げを確実に達成していくという、政権の目標に沿うためにも、公定価格である診療報酬を、確実に引き上げる対応が必須であり、従事者の給与の上昇および人材確保を図る原資の確保が求められている。
- 人材確保は重要であり、業務量に見合う人員配置の評価が必要。
- 看護補助者の重要性が議論になっているが、介護職員は処遇改善加算等により処遇改善されているため、介護職員と看護補助者の給与差が広がってきてている。このままでは病院の中で非常に重要な看護補助者の確保が難しくなるため、この差を埋める必要がある。
- 薬剤師は地域医療も支えており、薬剤師の処遇改善についても対応が必要。
- 来年度から医師の働き方改革により残業規制が始まり、医師から看護師、看護師から看護補助者等のタスクシフト/タスクシェアが起き、医療機関の中での人件費の配分が変化すると想定されるため、処遇改善は医療機関のマネジメントで対応していくべき。
- 一般企業においても毎年利益が生まれるわけではなく、経営努力により成り立っており、医療機関も効率化をはかっていくべき。
- 診療報酬で処遇改善を行う場合、患者負担や保険料負担への影響も十分に踏まえるべき。
- 費用の使途の見える化が重要。

## (看護職員処遇改善評価料の課題)

- 看護職員処遇改善評価料は、対象とならない職種や医療機関があるため、医療機関で働く全ての職員の処遇改善につながるよう、現行の仕組みで対応できるのかも含めて検討が必要。
- 分科会指摘のとおり、薬剤師が看護職員処遇改善評価料の支給対象になっていないことは問題である。
- 看護職員処遇改善評価料は、補助金からの移行という事情があり、評価体系として技術的な課題がある。
- 看護職員処遇改善評価料を算定している医療機関は、すでに約9割のベア等を行っており、今働いている人の不利益にならないよう、引き続き原資の確保が必要。

# 中医協総会における主な指摘②

## 【12月8日 中央社会保険医療協議会総会】

- 患者が安心して医療を受けるために医療人材の確保は重要であり、そのためには医療機関で働く全ての労働者の賃金改善が必要。賃上げが確実に実施されるための技術的な分析、検討をお願いしたい。
- 次回改定においては、すべての医療関係職種の賃上げが必要であり、看護職員の分析で明らかとなった多様な状況以上に、医療機関や職種により待遇が様々であることが想定される。このため、看護職員待遇改善評価料の仕組みにとらわれず、診療報酬としてどのような評価方法が考えられるのかについて検討が必要。
- 医療経済実態調査の結果でも、薬局の給与の伸びは不十分。また、薬局の事務職員の平均賃金は全産業を大きく下回っている。人手不足は深刻な状況であり、待遇改善の対応が必要。
- 看護職員待遇改善評価料は、看護職員全体の2/3に当たる約100万人が対象外となっている。看護補助者は医療関係職種の中で最も低い賃金であり、全産業平均を大きく下回っている。生産年齢人口が減少していく中で、医療関係職種の人材確保は安心安全な医療を国民に提供し続ける上で不可欠。
- 入院基本料の引き上げを実施した場合、待遇改善にしっかりと使われたかどうかの検証が必要。
- 評価料以外に、持ち出しによってすべての職員の給与を何とか上げたという病院もある。基本となる賃金の水準や、どの程度引き上げるのが適切であるかなど、評価が難しい点も課題。
- 確実に賃上げにつながるような詳細な制度設計だけでなく、医療機関の裁量の中で、労働市場等における様々な要素を踏まえた一定程度の待遇改善が行われるような柔軟な制度設計なども考えられる。メリット・デメリット等も含め分科会において検討いただきたい。
- 資本の増加分を原資にすれば待遇改善は対応可能なことが医療経済実態調査において明らかになった。医療関係職種より賃金が伸びていない業界もあるなかで、医療関係職種の賃上げを単純に患者負担や保険料に転嫁すべきではない。
- 幅広い職種や医療機関を対象とするのであれば、看護職員待遇改善評価料のように、個々の医療機関の職員数と患者数に応じた仕組みには限界がある。特に診療所については、医療経済実態調査で経営が好調なことが明らかであり、極めて慎重に対応すべき。
- 受診する医療機関によって自己負担が変わるなど、診療報酬が複雑になりすぎないよう、評価を行うとしても、賃上げの一部に充てるイメージで最低限の評価にとどめるべき。

# 令和4年度／令和6年度の診療報酬改定における処遇改善

令和4年度改定

## 令和3年12月22日大臣折衝事項(抄)

診療報酬改定

### 1. 診療報酬 + 0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0.23%  
各科改定率 医科 + 0.26%  
歯科 + 0.29%  
調剤 + 0.08%

※2 **うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0.20%**

※3～※5 (略)

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注1）に勤務する看護職員を対象に、**10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み**（注2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注1）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注2）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

令和6年度改定

## 令和5年12月20日大臣折衝事項(抄)

診療報酬改定

### 1. 診療報酬 + 0.88%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0.46%  
各科改定率 医科 + 0.52%  
歯科 + 0.57%  
調剤 + 0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む

※2 **うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にペア+2.5%、令和7年度にペア+2.0%を実施していくための特例的な対応 + 0.61%**

※3、※4 (略)

# 賃上げに係る診療報酬上の対応についての当分科会での議論の進め方（案）

時期	議論の内容
本日	<ul style="list-style-type: none"><li>○ これまでの経緯等</li><li>○ データ分析①<ul style="list-style-type: none"><li>- 基礎的なシミュレーション 等</li></ul></li><li>○ 今後の検討に向けた議論</li></ul>
2024年1月初旬	<ul style="list-style-type: none"><li>○ データ分析②<ul style="list-style-type: none"><li>- 指摘を踏まえた再度のシミュレーション 等</li></ul></li><li>○ 取りまとめに向けた議論</li></ul>
...	...
2024年1月中旬以降	<ul style="list-style-type: none"><li>○ とりまとめ</li></ul>

※ 中医協総会及び中医協診療報酬基本問題小委員会にも検討の経過を報告しながら議論を進めることを想定。

1. これまでの経緯について
2. 診療報酬等の構造について
3. 基礎となる分析について

- 3-1. 職員の配置状況について
- 3-2. 算定回数の月による違いについて

4. 試行的なシミュレーションについて
  - 4-1. 病院について
  - 4-2. 診療所、歯科診療所、薬局及び訪問看護ステーションについて

- 診療報酬点数については、基本的な診療に対する評価である基本診療料と特定の診療に対する評価である特掲診療料から構成されている。

## 1. 基本的な診療に対する評価(基本診療料)

1. 外来診療に対する評価
2. 入院医療において人員配置等に対する評価
3. 入院医療において機能等に対する評価

## 2. 特定の診療に対する評価(特掲診療料)

1. 医学管理に対する評価
2. 在宅医療に対する評価
3. 検査、処置等に対する評価 等

# 診療報酬点数 基本診療料の構造について

- 基本診療料には、初再診料のほか、入院基本料、入院基本料等加算に加え、特定入院料、短期滞在手術等基本料、看護職員処遇改善評価料がある。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### 第1節 初診料

A000 初診料

#### 第2節 再診料

A001 再診料

A002 外来診療料

### 第2部 入院料等

#### 第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

A102 結核病棟入院基本料

A103 精神病棟入院基本料

A104 特定機能病院入院基本料

A105 専門病院入院基本料

A106 障害者施設等入院基本料

※一部抜粋

## 第2節 入院基本料等加算

A200 総合入院体制加算

A200-2 急性期充実体制加算

A204 地域医療支援病院入院診療加算

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算

A205 救急医療管理加算

A205-2 超急性期脳卒中加算

A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

A206 在宅患者緊急入院診療加算

A207 診療録管理体制加算

A207-2 医師事務作業補助体制加算

A207-3 急性期看護補助体制加算

A207-4 看護職員夜間配置加算

A208 乳幼児加算・幼児加算

A210 難病等特別入院診療加算

A211 特殊疾患入院施設管理加算

A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

## 第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料

A301 特定集中治療室管理料

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

A301-4 小児特定集中治療室管理料

A302 新生児特定集中治療室管理料

A303-2 総合周産期特定集中治療室管理料

A305 新生児治療回復室入院医療管理料

A306 特殊疾患入院医療管理料

A307 小児入院医療管理料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

## 第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

## 第5節 看護職員処遇改善評価料

A500 看護職員処遇改善評価料

# 歯科診療報酬点数 基本診療料の構造について

- 基本診療料には、初再診料のほか、入院基本料、入院基本料等加算に加え、特定入院料、短期滞在手術等基本料がある。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### 第1節 初診料

A000 初診料

#### 第2節 再診料

A002 再診料

## 第2部 入院料等

### 第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

A102 特定機能病院入院基本料

A103 専門病院入院基本料

A103-2 障害者施設等入院基本料

## 第2節 入院基本料等加算

A200 総合入院体制加算

A200-2 急性期充実体制加算

A204 地域医療支援病院入院診療加算

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算

A205 救急医療管理加算

A205-2 在宅患者緊急入院診療加算

A206 診療録管理体制加算

A206-2 医師事務作業補助体制加算

A206-3 急性期看護補助体制加算

A206-4 看護職員夜間配置加算

A207 乳幼児加算・幼児加算

A208-2 難病等特別入院診療加算

A208-3 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

## 第3節 特定入院料

A300 特定集中治療室管理料

A301 ハイケアユニット入院医療管理料

A302 小児特定集中治療室管理料

A304 小児入院医療管理料

A306 地域包括ケア病棟入院料

## 第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

# 初診料等が包括されている（併算定できない）診療報酬の例

- 小児科外来診療料等の外来において包括的な評価を行う点数や、訪問診療料等においては、初診料、再診料、外来診療料が併算定できない。

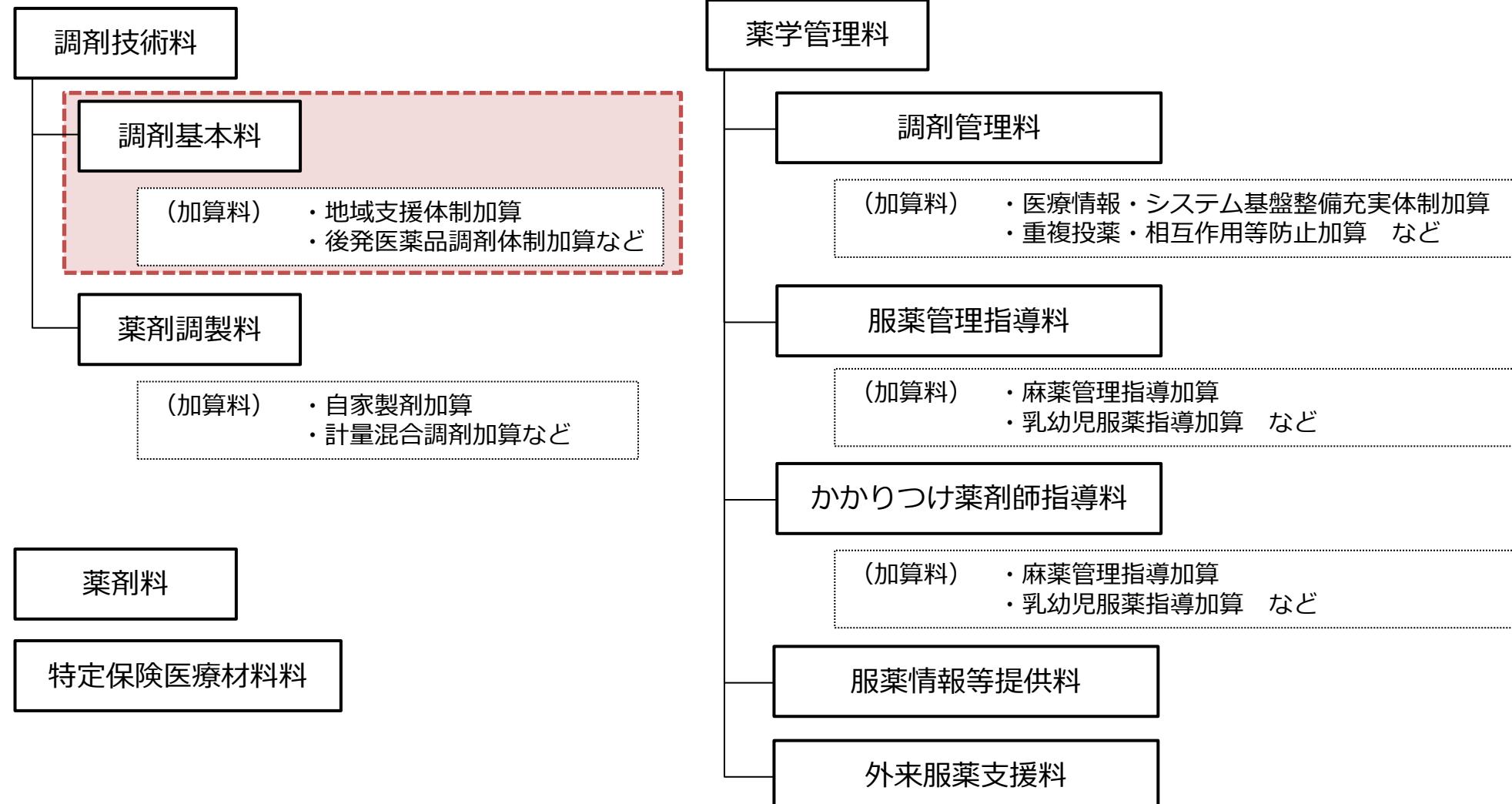
## 初診料・再診料・外来診療料を包括する（併算定できない）診療報酬の例

コード	コード(歯科)	点数名
A400	A400	短期滞在手術等基本料1
B001-2		小児科外来診療料
B001-2-7	B004-1-6	外来リハビリテーション診療料
B001-2-8	B004-1-7	外来放射線照射診療料
B001-2-9		地域包括診療料
B001-2-10		認知症地域包括診療料
B001-2-11		小児かかりつけ診療料
B001-2-12	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料
C001		在宅患者訪問診療料（Ⅰ）
C001-2		在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
	C000	歯科訪問診療料

# 調剤報酬点数の構造について

- 調剤報酬は、調剤技術料(調剤基本料、薬剤調製料)、薬学管理料、薬剤料等から構成されている。
- 調剤基本料は、薬局に患者等が持参する処方箋の枚数に関係なく処方箋受付1回につき算定する。

## <調剤報酬の構成>



# 訪問看護療養費の構造について

- 訪問看護療養費は、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費から構成される。

## ■ 訪問看護療養費の構成

### 訪問看護基本療養費

1日につき算定

### 精神科訪問看護基本療養費

1日につき算定



### 訪問看護管理療養費

1日につき算定（訪問の都度）



### 訪問看護情報提供療養費



### 訪問看護ターミナルケア療養費

1. これまでの経緯について
2. 診療報酬等の構造について
3. 基礎となる分析について

- 3-1. 職員の配置状況について
- 3-2. 算定回数の月による違いについて

4. 試行的なシミュレーションについて
- 4-1. 病院について

- 4-2. 診療所、歯科診療所、薬局及び訪問看護ステーションについて

# 医療機関等における職種別常勤換算従事者数①

中医協 総-6  
5.12.8

- 医療機関等には様々な職種が従事しており、入院患者数に対する配置数が定められている看護職員等以外にも多くの職種が従事している。
- 職種別従事者数の構成割合は、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションそれぞれで異なる。

## ■ 病院における職種別常勤換算従事者数

一般病院（総数：1,941,231.5人）			
医師	12.0%	診療エックス線技師	0.0%
歯科医師	0.5%	臨床検査技師	2.8%
薬剤師	2.5%	衛生検査技師	0.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	44.7%	臨床工学技士	1.2%
保健師	0.3%	あん摩マッサージ指圧師	0.0%
助産師	1.2%	柔道整復師	0.0%
看護師	39.6%	管理栄養士	1.1%
准看護師	3.5%	栄養士	0.2%
看護業務補助者	6.8%	精神保健福祉士	0.1%
理学療法士（PT）	4.3%	社会福祉士	0.7%
作業療法士（OT）	2.1%	介護福祉士	1.9%
視能訓練士	0.2%	保育士	0.3%
言語聴覚士	0.9%	公認心理師	0.1%
義肢装具士	0.0%	その他の技術員	0.7%
歯科衛生士	0.3%	医療社会事業従事者	0.2%
歯科技工士	0.0%	事務職員	10.9%
診療放射線技師	2.3%	その他の職員	3.1%

精神科病院（総数：161,481.8人）			
医師	6.1%	診療エックス線技師	0.0%
歯科医師	0.1%	臨床検査技師	0.6%
薬剤師	1.9%	衛生検査技師	0.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	49.7%	臨床工学技士	0.0%
保健師	0.1%	あん摩マッサージ指圧師	0.0%
助産師	0.0%	柔道整復師	0.0%
看護師	35.9%	管理栄養士	1.3%
准看護師	13.8%	栄養士	0.5%
看護業務補助者	13.7%	精神保健福祉士	4.1%
理学療法士（PT）	0.2%	社会福祉士	0.1%
作業療法士（OT）	4.3%	介護福祉士	1.5%
視能訓練士	0.0%	保育士	0.2%
言語聴覚士	0.0%	公認心理師	1.1%
義肢装具士	-	その他の技術員	0.7%
歯科衛生士	0.1%	医療社会事業従事者	0.1%
歯科技工士	0.0%	事務職員	7.1%
診療放射線技師	0.4%	その他の職員	6.4%

# 医療機関等における職種別常勤換算従事者数②

中医協 総-6  
5. 12. 8改

## ■一般診療所における職種別常勤換算従事者数

一般診療所（総数：766,481.9人）	
医師	18.4%
歯科医師	0.3%
薬剤師	0.6%
保健師・助産師・看護師・准看護師	34.4%
保健師	1.2%
助産師	1.1%
看護師	21.0%
准看護師	11.1%
看護業務補助者	2.4%
理学療法士（PT）	2.2%
作業療法士（OT）	0.4%
視能訓練士	0.7%
言語聴覚士	0.1%
義肢装具士	0.0%
歯科衛生士	0.2%
歯科技工士	0.0%
診療放射線技師	1.4%

診療エックス線技師	0.1%
臨床検査技師	1.6%
衛生検査技師	0.1%
臨床工学技士	1.0%
あん摩マッサージ指圧師	0.3%
柔道整復師	0.5%
管理栄養士	0.6%
栄養士	0.2%
精神保健福祉士	0.2%
社会福祉士	0.2%
介護福祉士	2.6%
保育士	0.2%
公認心理師	0.3%
その他の技術員	0.6%
医療社会事業従事者	0.1%
事務職員	24.2%
その他の職員	5.9%

## ■歯科診療所における職種別常勤換算従事者数

歯科診療所（総数：344,698.4人）	
医師	0.0%
歯科医師	29.3%
薬剤師	0.1%
看護師・准看護師	0.3%
看護師	0.2%
准看護師	0.0%
歯科衛生士	35.8%
歯科技工士	2.7%
歯科業務補助者	21.0%
事務職員	8.4%
その他の職員	2.4%

## ■薬局における常勤換算職員数

薬局（総数：355,538人）（推計）	
薬剤師	56%
事務職員等	44%

※令和4年度衛生行政報告例の薬局数、及び令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」（薬局票）の職員数の割合を用いて保険局医療課で推計

## ■訪問看護ステーションにおける職種別常勤換算従事者数

訪問看護ステーション（総数：93,366.1人）	
保健師、助産師、看護師、准看護師	69.9%
保健師	1.2%
助産師	0.1%
看護師	63.1%
准看護師	5.5%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	21.6%
精神保健福祉士	0.2%
看護補助者	1.1%
事務員	7.3%

# 【病院】入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

中医協 総-2  
5.11.15改

- 40床あたりの看護職員及び看護補助者の数は、入院料によりその人数や比率が異なる。

入院料グループ	回答施設数 ※1	40床あたり職員数の施設平均(単位:人)				
		全職員	看護職員	看護補助者	うち、介護福祉士	リハビリ職 ※2
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.30	0.85
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	0.35	2.02
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.51	0.89
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)	443	33.88	27.95	2.76	0.01	1.82
専門病院入院基本料(7対1)	25	24.01	21.48	1.98	0.00	0.00
小児入院医療管理料(病床単位で届け出ている場合を除く)	79	39.92	34.27	2.14	0.05	0.65
地域一般入院料1~2	37	30.95	19.22	5.80	0.65	3.51
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38	1.11	2.67
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03	1.53	2.89
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48	1.49	2.92
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35	1.61	2.86
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60	0.00	1.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12	3.53	20.23
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14	3.86	23.49
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60	3.02	17.94
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28	2.81	11.58
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34	2.16	6.75
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80	1.00	16.00
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49	3.44	1.50
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31	3.18	1.17

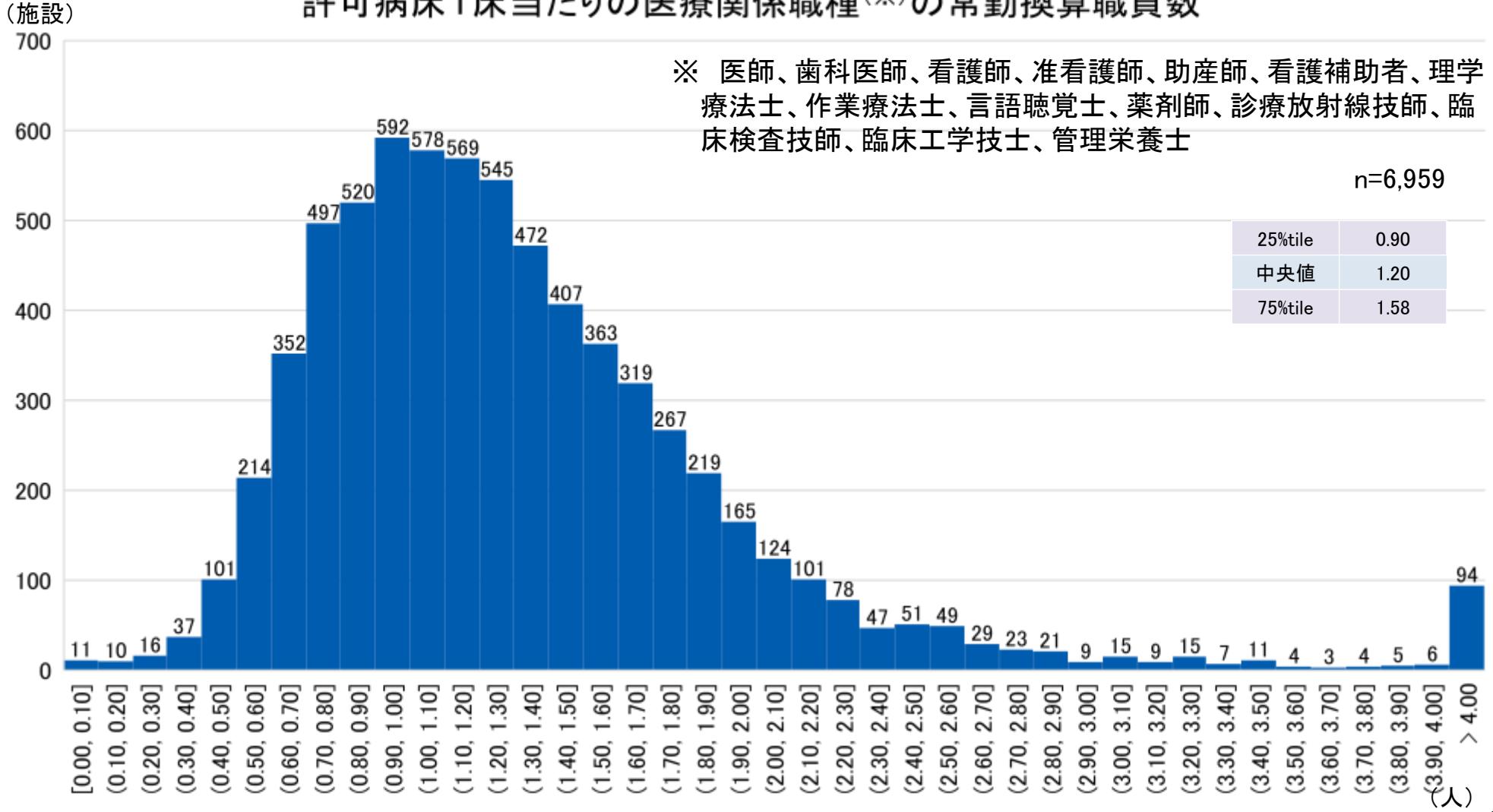
注1)20床以下の病棟は除いて集計している

注2)理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

# 【病院】医療関係職種の配置状況について①

- 許可病床1床当たり医療関係職種(※)の配置状況については、医療機関により多様となっている。

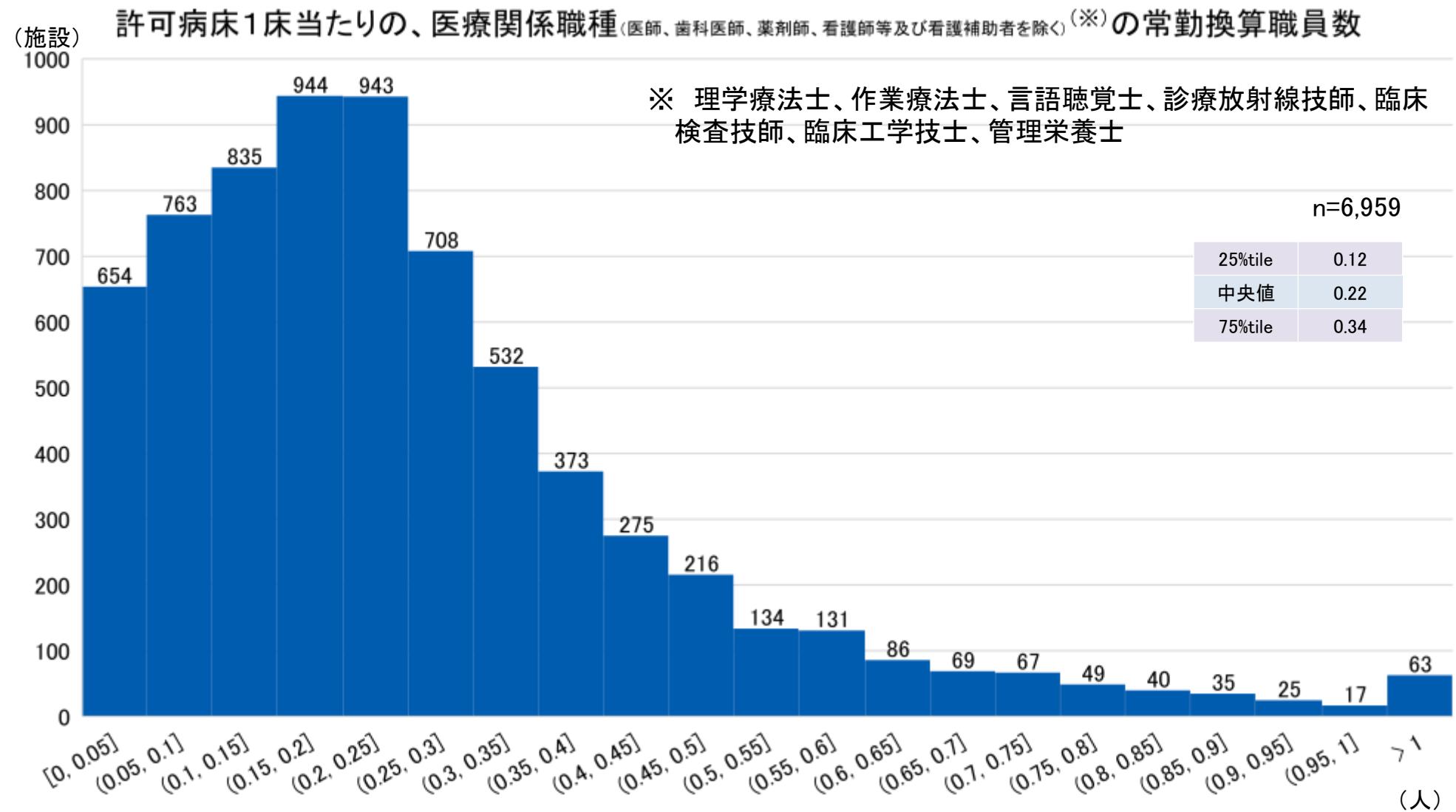
許可病床1床当たりの医療関係職種(※)の常勤換算職員数



出典：令和4年度病床機能報告より保険局医療課において推計

## 【病院】医療関係職種の配置状況について②

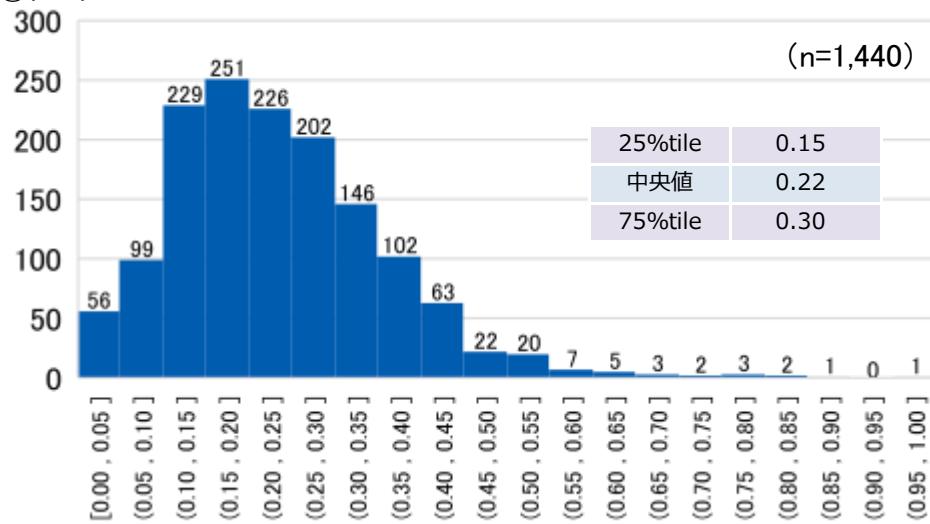
- 許可病床1床当たり医師、歯科医師、薬剤師、看護師等及び看護補助者を除く医療関係職種(※)の配置状況については、医療機関により多様となっている。



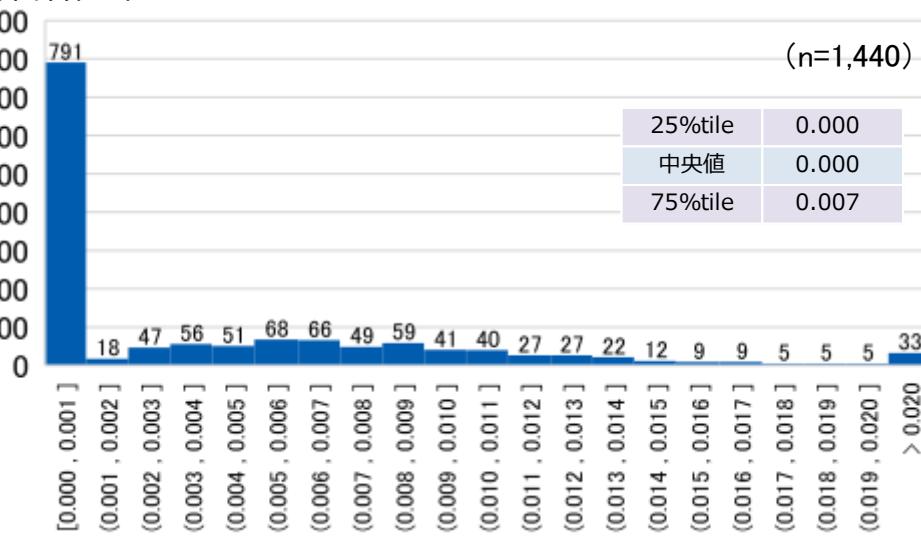
# 【病院】急性期一般入院料1の病棟における職員の配置状況について①

- 急性期一般入院料1の病棟における許可病床1床当たりの医師、歯科医師、薬剤師の配置状況については、医療機関により多様となっている。

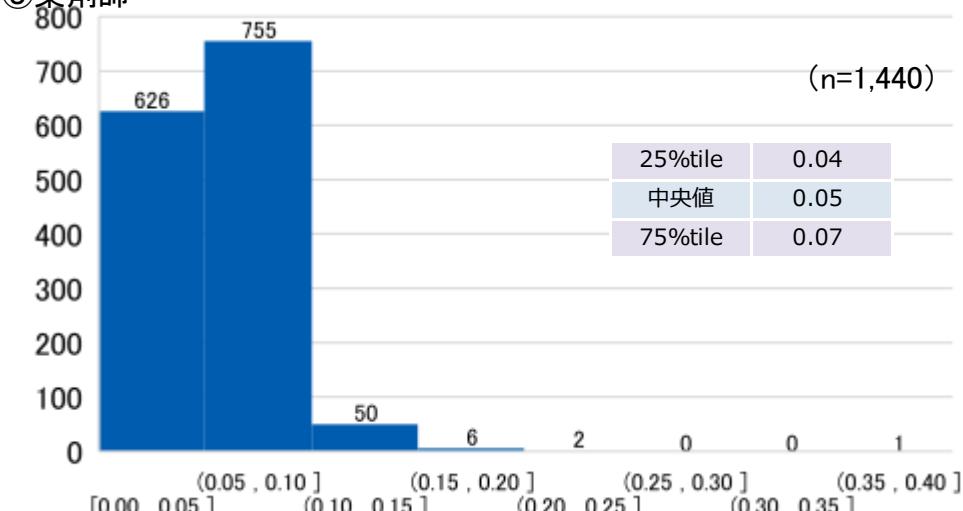
①医師



②歯科医師



③薬剤師

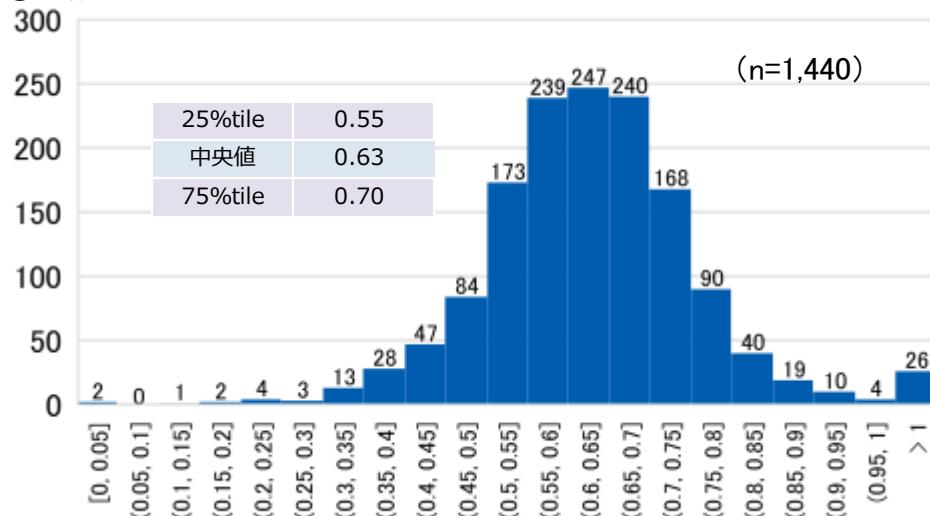


出典:令和4年度病床機能報告より保険局医療課において推計

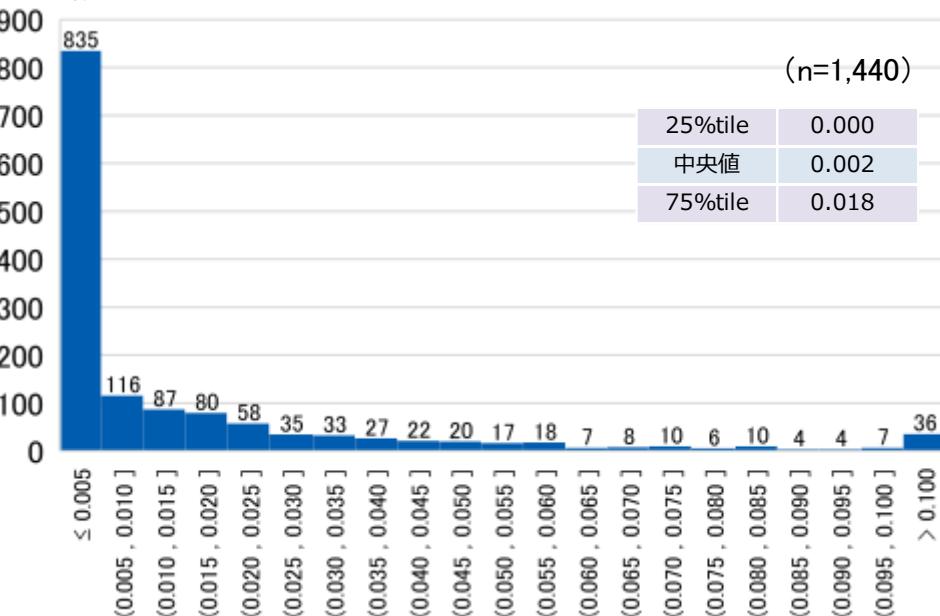
# 【病院】急性期一般入院料1の病棟における職員の配置状況について②

- 急性期一般入院料1の病棟における許可病床1床当たりの看護師・助産師、准看護師、看護補助者の配置状況については、医療機関により多様となっている。

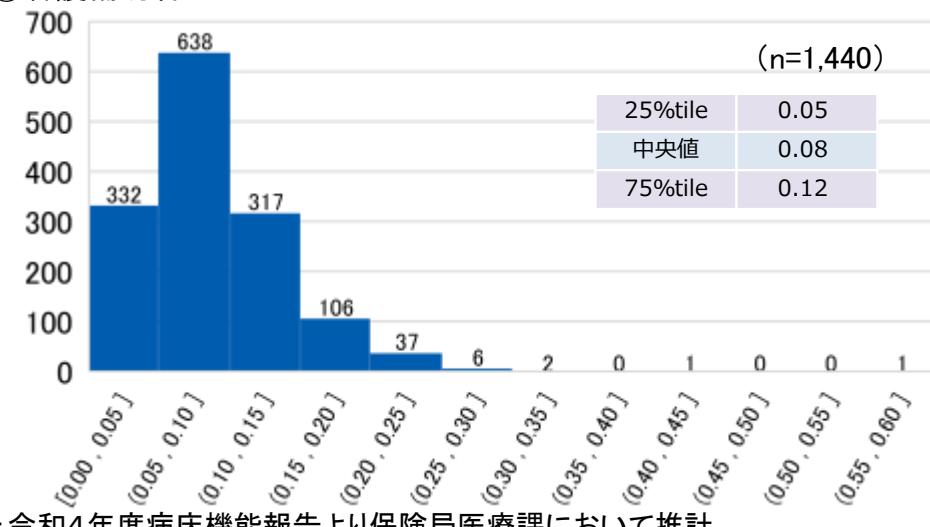
④看護師・助産師



⑤准看護師



⑥看護補助者

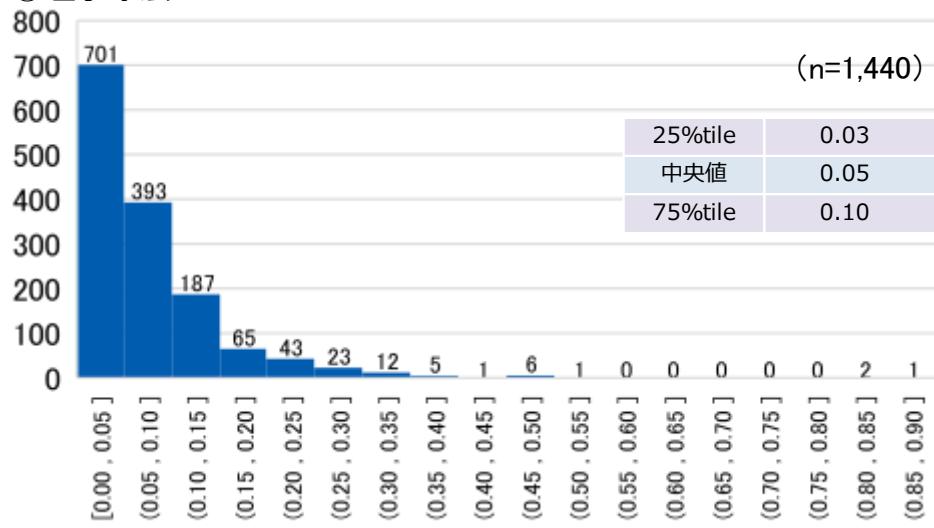


出典：令和4年度病床機能報告より保険局医療課において推計

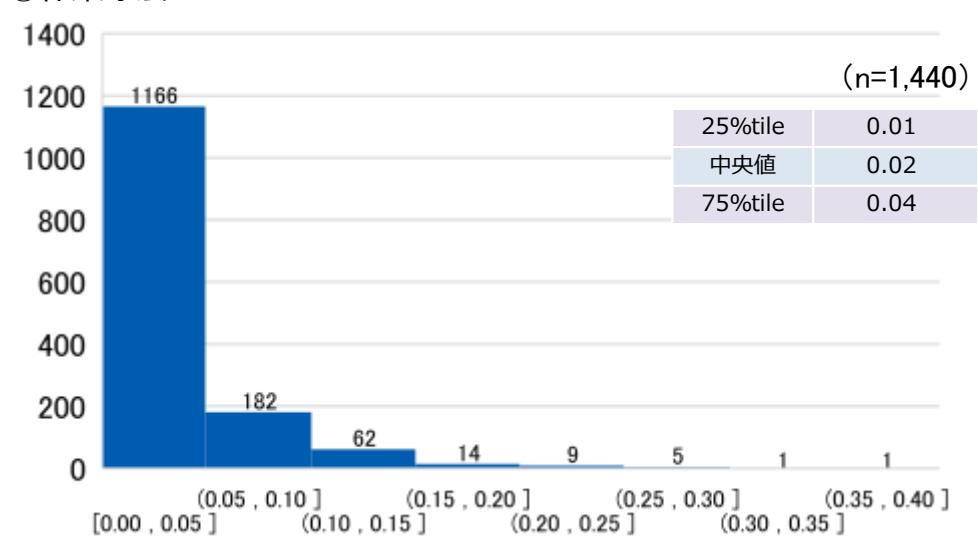
# 【病院】急性期一般入院料1の病棟における職員の配置状況について③

- 急性期一般入院料1の病棟における許可病床1床当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況については、医療機関により多様となっている。

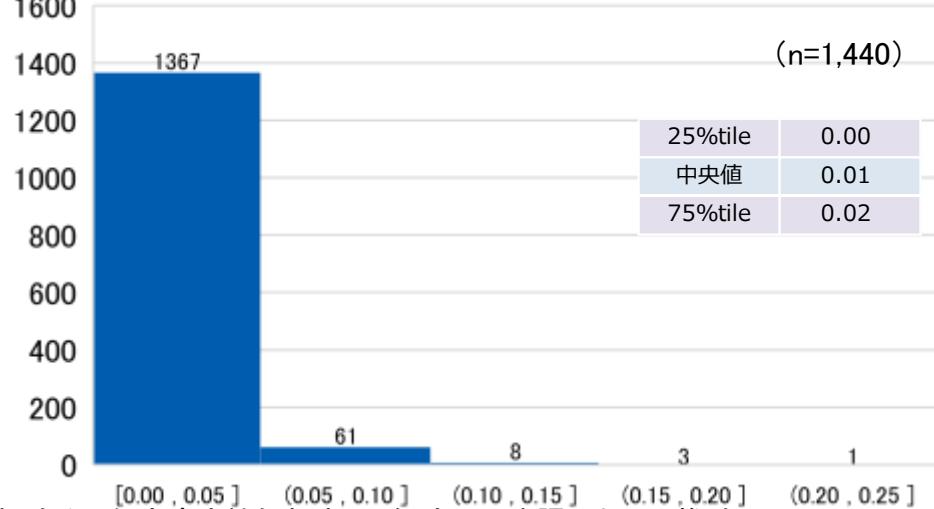
⑦理学療法士



⑧作業療法士



⑨言語聴覚士

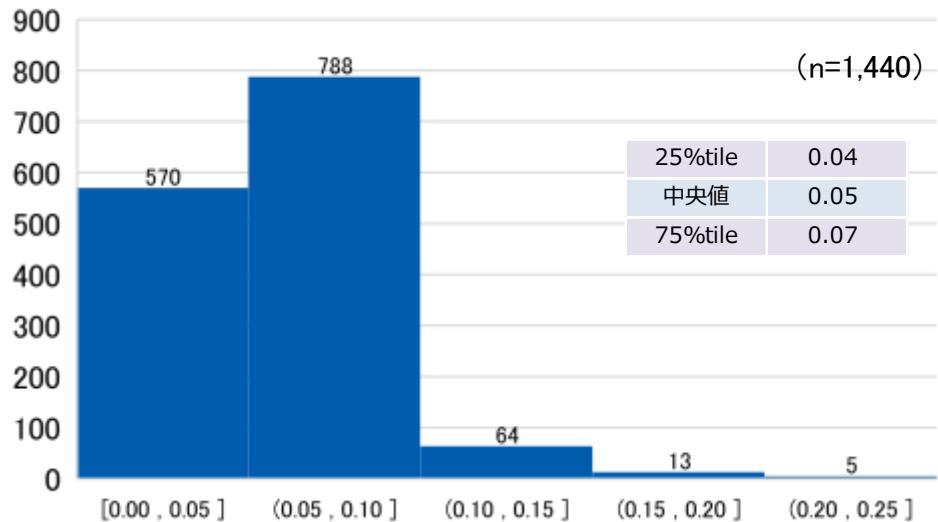


出典：令和4年度病床機能報告より保険局医療課において推計

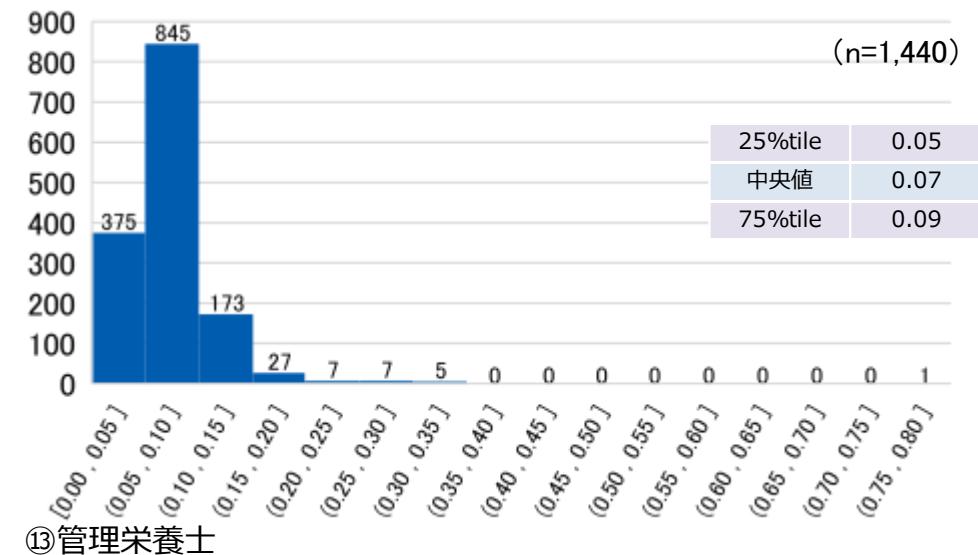
# 【病院】急性期一般入院料1の病棟における職員の配置状況について④

- 急性期一般入院料1の病棟における許可病床1床当たりの診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の配置状況については、医療機関により多様となっている。

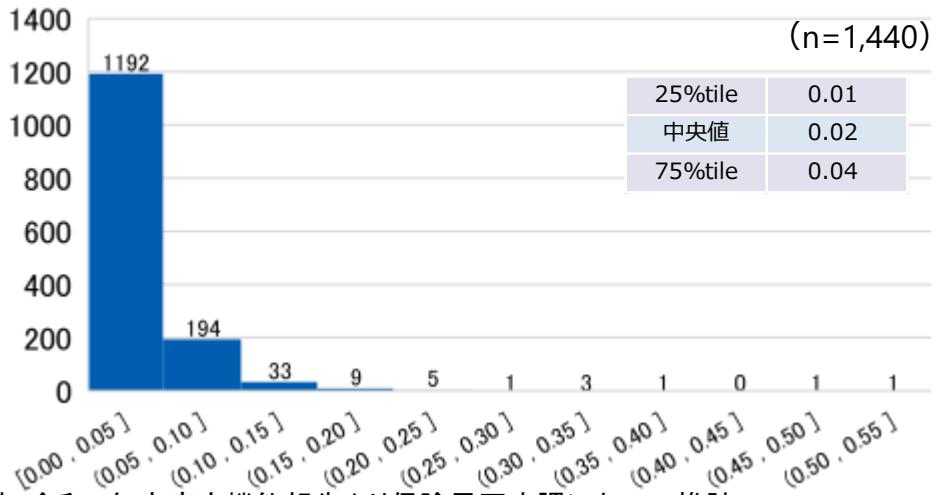
⑩診療放射線技師



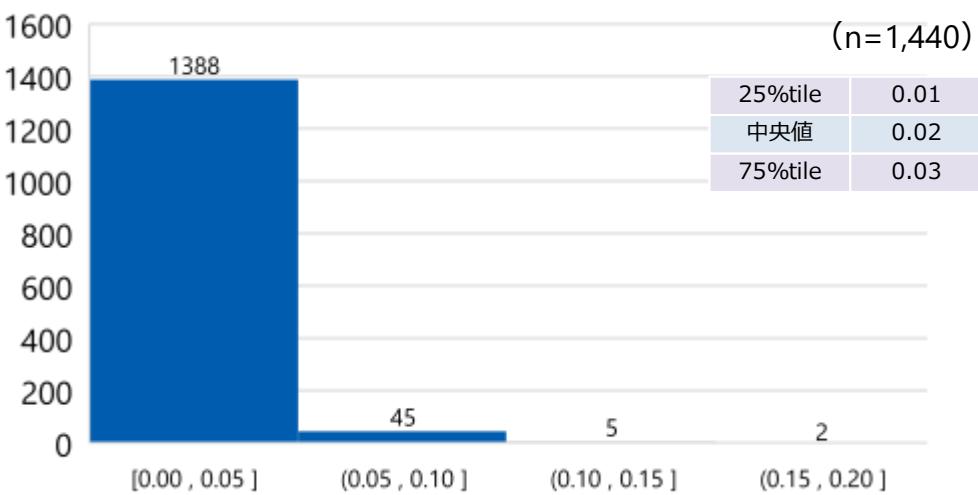
⑪臨床検査技師



⑫臨床工学技士



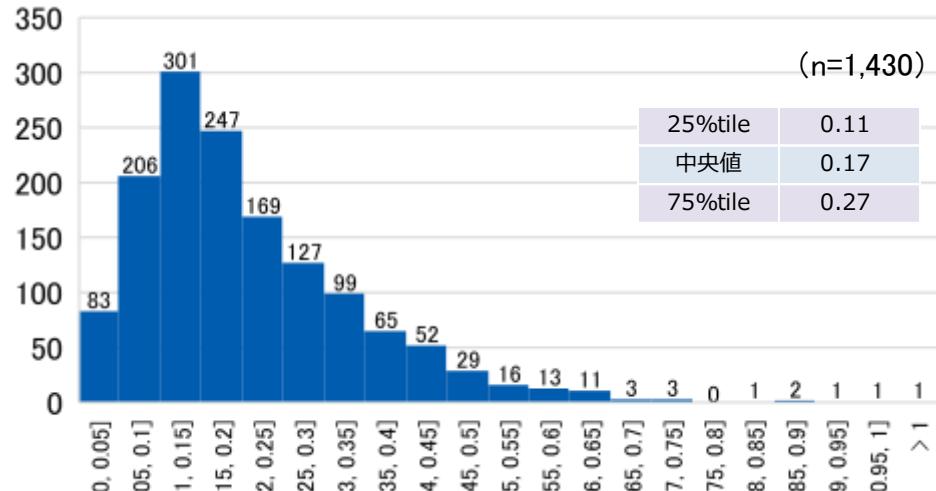
⑬管理栄養士



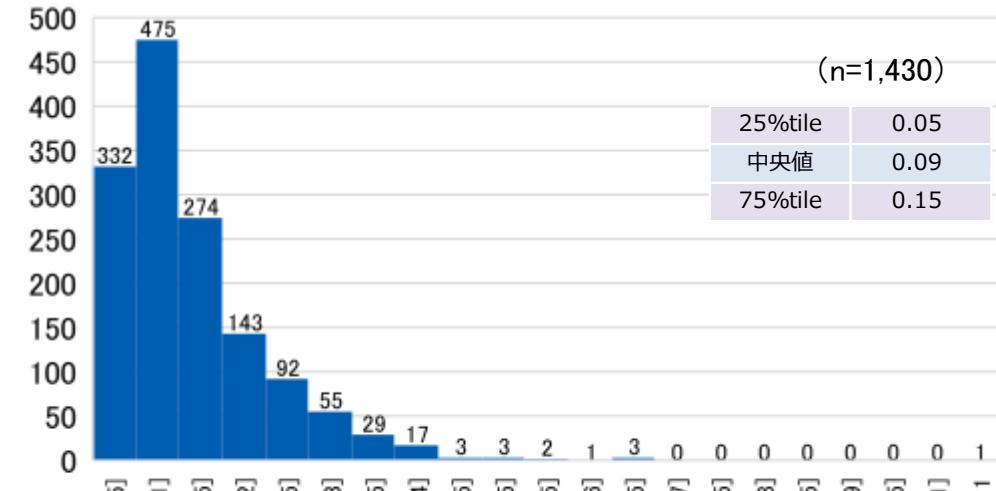
# 【病院】回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟における職員の配置状況について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料における許可病床 1 床当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況については、医療機関により多様となっている。

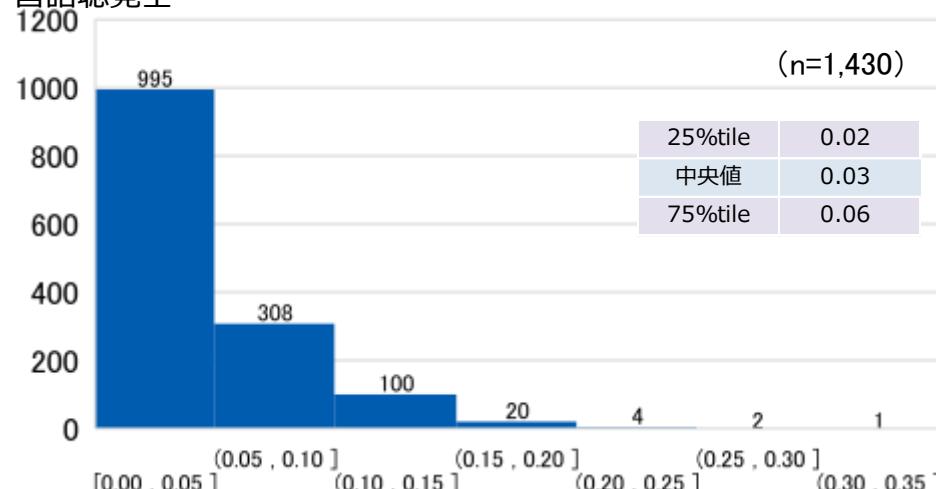
理学療法士



作業療法士



言語聴覚士

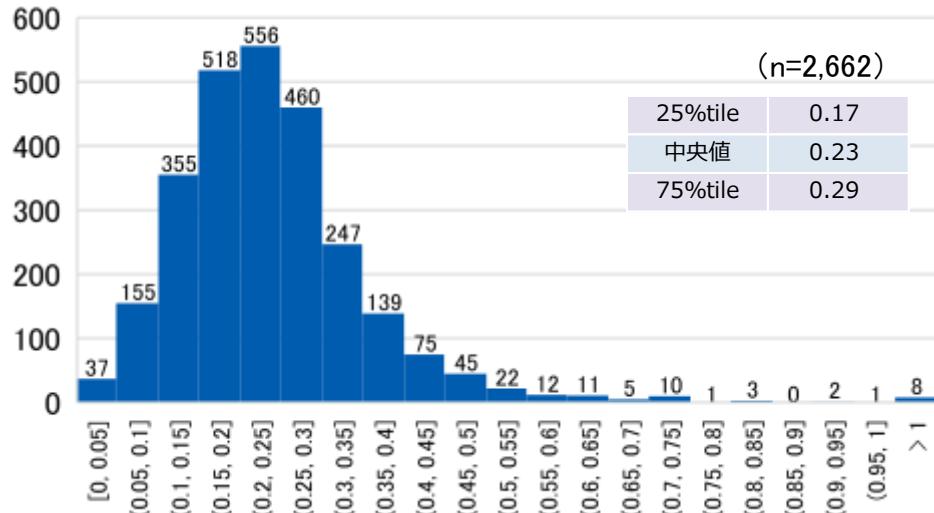


出典：令和4年度病床機能報告より保険局医療課において推計

# 【病院】療養病棟入院料の病棟における職員の配置状況について

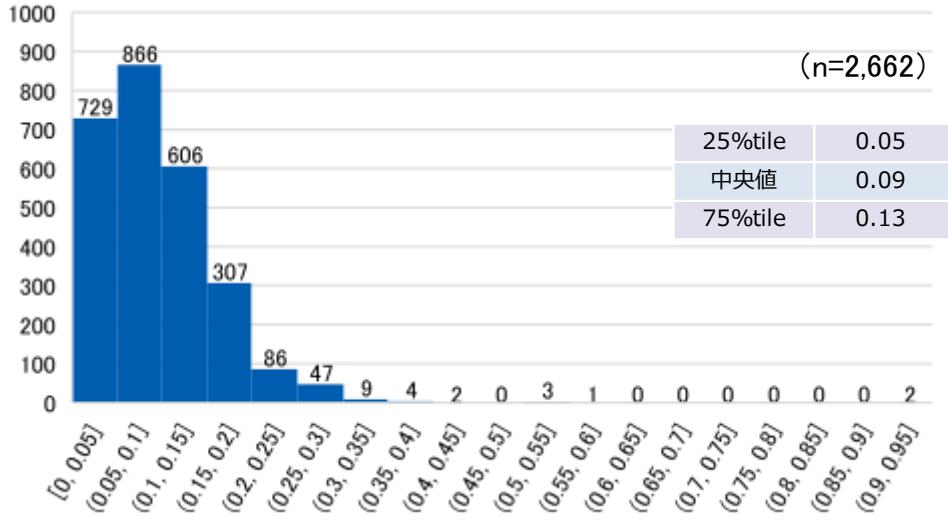
- 療養病棟入院料における許可病床 1 床当たり看護師・助産師、准看護師、看護補助者の配置状況については、医療機関により多様となっている。

看護師・助産師



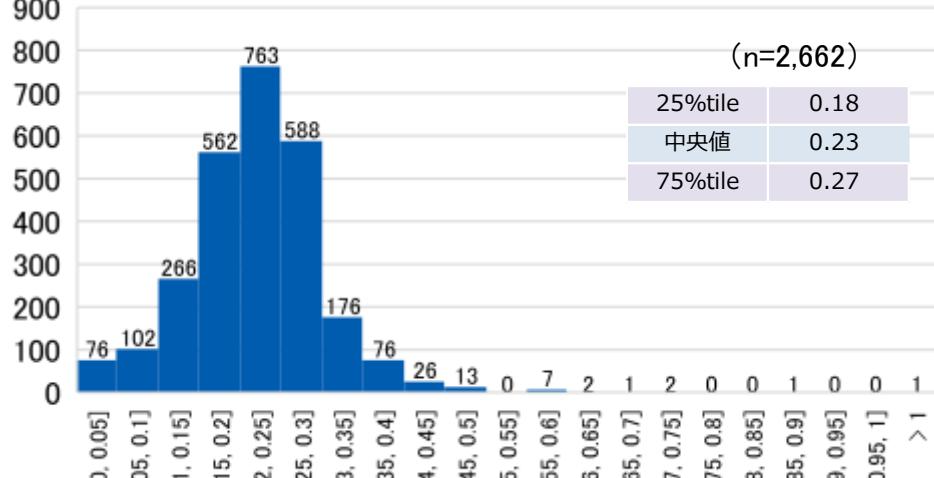
(n=2,662)

准看護師



(n=2,662)

看護補助者



(n=2,662)

# 一般病棟入院基本料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

診調組 入一  
5. 6. 8 改

入院料		急性期 一般入院料 1	急性期 一般入院料 2~3	急性期 一般入院料 4~6	地域一般 入院料 1~2	地域一般 入院料3	専門病院 入院基本料 (7対1)	特定機能病院 入院基本料 (一般7対1)	小児入院 医療管理料
回答病棟数		1,876	73	152	40	45	25	456	90
平均病床数		43.61	46.19	45.91	43.08	44.84	44.92	43.33	32.47
40床あたり平均職員数	看護師	27.41	21.58	18.66	17.02	13.26	21.45	28.43	36.63
	准看護師	0.24	0.24	1.15	4.15	3.80	0.03	0.01	0.01
	看護師及び准看護師	26.91	21.52	19.68	20.64	17.06	21.48	28.24	35.01
	看護補助者	3.45	3.09	3.69	5.94	5.26	1.98	2.80	2.21
	看護補助者のうち、介護福祉士	0.29	0.35	0.50	0.62	1.07	0.00	0.01	0.05
	薬剤師	1.15	0.63	0.74	0.94	0.58	0.43	0.92	1.06
	管理栄養士	0.24	0.14	0.46	0.54	0.51	0.13	0.23	0.21
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.74	1.95	0.78	3.32	2.50	0.00	1.61	0.57
	相談員	0.28	0.30	0.18	0.88	0.54	0.00	0.12	0.15
	医師事務作業補助者	0.18	0.20	0.26	0.27	0.18	0.43	0.27	0.23
	保育士	0.03	0.03	0.03	0.02	0.00	0.00	0.02	1.02
	その他の職員	0.37	0.21	0.66	0.44	1.78	0.00	0.15	0.25

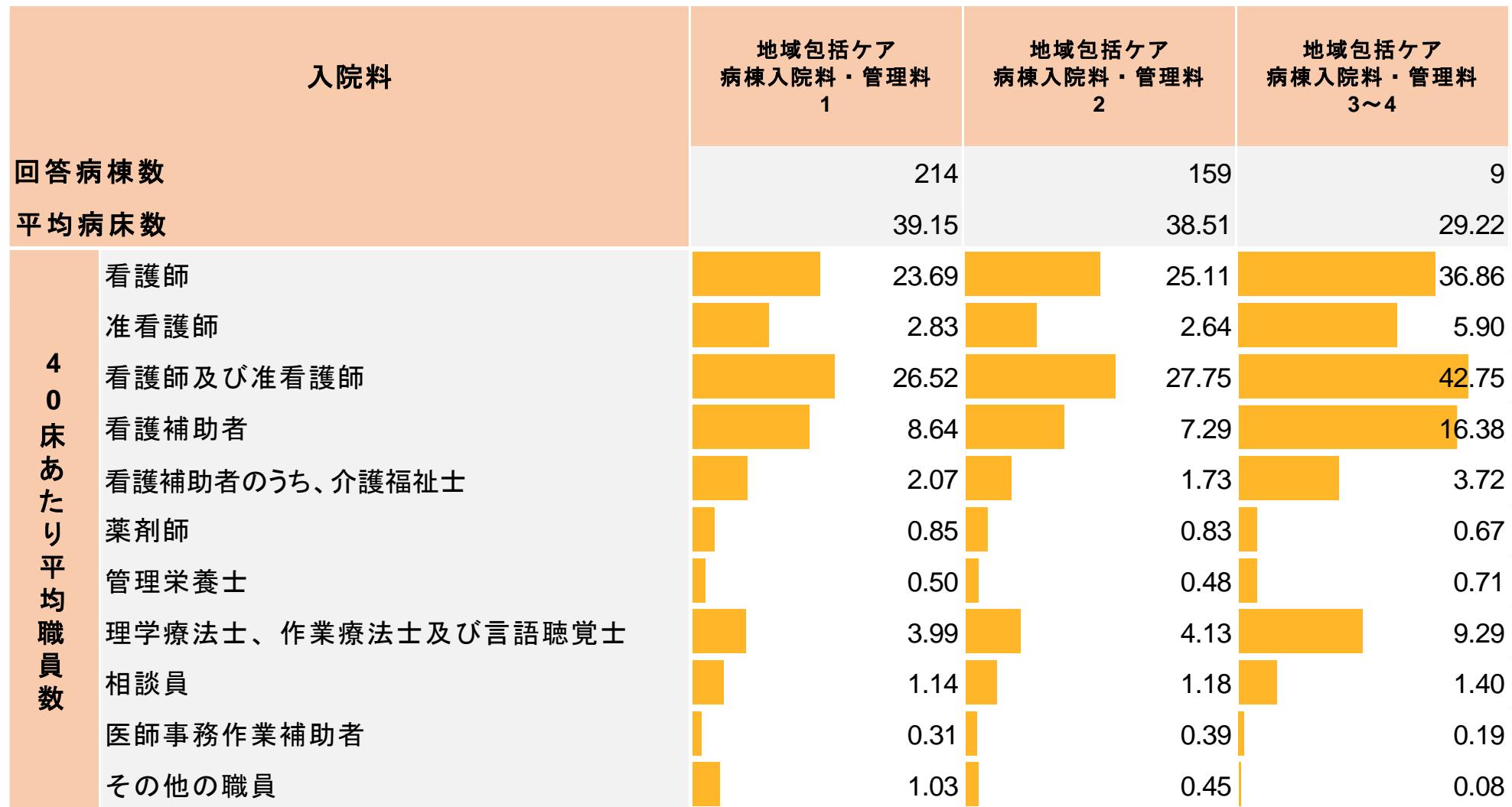
# 特定入院料を算定する治療室の平均職員数（10床あたり）

診調組 入-1  
5. 6. 8 改

入院料	救命救急 入院料 1,3	救命救急 入院料 2,4	特定集中 治療室 管理料 1,2	特定集中 治療室 管理料 3,4	ハイケア ユニット 入院医療 管理料	脳卒中 ケアユニット 入院医療 管理料	小児特定 集中治療室 管理料	新生児 特定集中 治療室 管理料	母体・胎児 集中治療室 管理料	新生児 集中治療室 管理料	新生児 治療回復室 入院医療 管理料
回答病棟数	88	28	80	103	198	58	6	54	1	1	63
平均病床数	20.0	12.1	11.9	8.3	9.5	9.1	10.8	7.4	6.0	18.0	15.0
専任医師	6.66	19.87	10.22	16.29	13.62	8.30	8.80	9.98	10.33	5.67	5.59
1 看護師	20.22	32.95	34.20	32.66	22.81	20.44	34.63	25.72	25.00	22.22	14.69
0 准看護師	0.05	0.00	0.01	0.03	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
床 看護師及び准看護師	20.27	32.95	34.21	32.70	22.89	20.44	34.63	25.72	25.00	22.22	14.69
あ 看護補助者	0.91	0.90	1.01	1.01	0.75	0.51	1.10	0.67	0.00	0.39	0.46
た 看護補助者のうち、介護福祉士	0.01	0.00	0.04	0.01	0.04	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
り 薬剤師	0.42	0.64	0.76	0.89	0.71	0.81	0.10	0.52	0.00	0.00	0.41
平 管理栄養士	0.11	0.14	0.28	0.50	0.34	0.63	0.00	0.04	0.00	0.00	0.04
均 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	1.53	3.03	1.36	0.46	0.34	4.05	0.00	0.09	0.00	0.00	0.42
職 臨床工学技士	0.06	0.35	1.04	0.31	0.12	0.31	0.00	0.04	0.00	0.00	0.03
員 相談員	0.13	0.08	0.23	0.40	0.31	0.30	0.21	0.41	0.00	0.00	0.14
数 医師事務作業補助者	0.14	0.14	0.16	0.14	0.14	0.24	0.21	0.08	0.00	0.00	0.09
その他の職員	0.16	0.21	0.14	0.17	0.18	0.04	0.00	0.29	0.00	0.00	0.10

# 地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

診調組 入一  
5. 6. 8 改



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

診調組 入一  
5. 6. 8 改

入院料		回復期リハビリテーション病棟入院料 1	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	回復期リハビリテーション病棟入院料 5~6
回答病棟数		249	34	72	9	2
平均病床数		48.46	44.82	38.28	46.22	30.00
40床あたり平均職員数	看護師	16.78	16.67	13.15	9.59	13.80
	准看護師	1.29	1.74	2.08	2.41	2.00
	看護師及び准看護師	18.06	18.41	15.23	11.99	15.80
	看護補助者	7.14	6.27	7.34	7.34	9.90
	看護補助者のうち、介護福祉士	3.86	2.84	2.89	2.16	0.50
	薬剤師	0.51	0.28	0.58	0.72	0.00
	管理栄養士	0.81	0.40	0.55	0.12	0.00
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	18.82	16.08	12.15	6.22	11.00
	相談員	1.18	1.17	0.96	0.22	1.00
	医師事務作業補助者	0.24	0.18	0.14	0.11	0.00
	その他の職員	0.48	0.64	0.58	0.00	0.00

# 療養病棟入院料等を算定する病棟の職員数

診調組 入一  
5. 6. 8 改

	入院料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟入院基本料 経過措置
回答病棟数		406	81	10
平均病床数		46.82	44.26	28.50
40 床 あたり 平均 職員 数	看護師	9.47	7.91	15.33
	准看護師	3.60	4.50	5.16
	看護師及び准看護師	13.07	12.40	20.49
	看護補助者	9.61	9.74	14.07
	看護補助者のうち、介護福祉士	3.52	3.41	4.04
	薬剤師	0.46	0.40	0.63
	管理栄養士	0.37	0.32	0.63
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	1.26	1.07	5.50
	相談員	0.36	0.38	0.25
	医師事務作業補助者	0.14	0.05	0.00
	その他の職員	1.12	1.20	0.69

# その他の病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

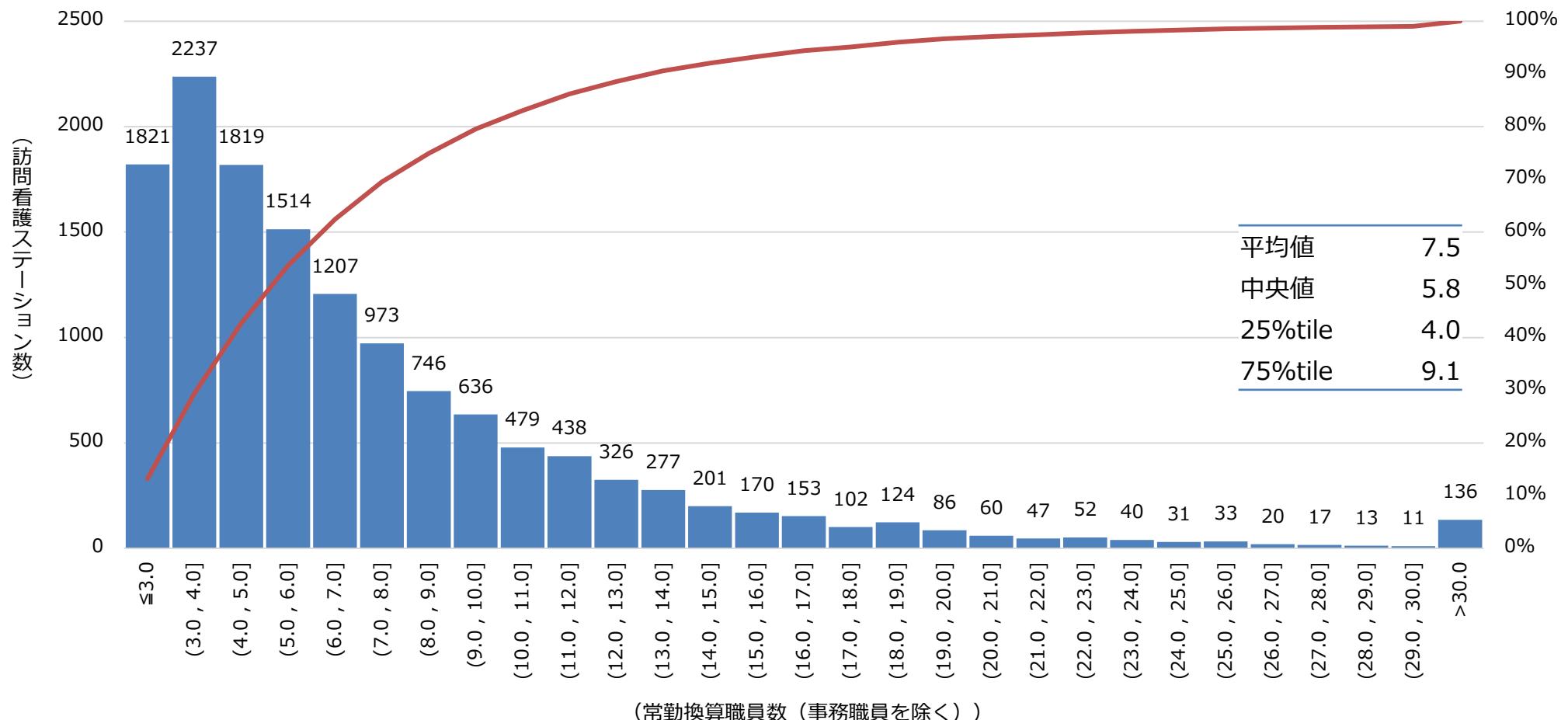
診調組 入一  
5. 6. 8 改

入院料		障害者施設等 7対1 入院基本料	障害者施設等 10対1 入院基本料	障害者施設等 13対1 入院基本料	障害者施設等 15対1 入院基本料	特殊疾患 病棟入院料 1	特殊疾患 病棟入院料 2	特殊疾患 入院医療 管理料	緩和ケア 病棟入院料 1	緩和ケア 病棟入院料 2
回答病棟数		48	118	6	4	13	13	3	17	17
平均病床数		42.54	45.04	50.67	43.50	42.85	44.46	4.67	21.59	20.82
40 床 あたり 平均 職員 数	看護師	26.34	19.45	13.32	10.54	10.43	10.77	80.59	35.37	35.50
	准看護師	0.68	1.70	1.65	4.62	3.96	1.98	3.60	0.00	0.00
	看護師及び准看護師	27.02	21.14	14.97	15.15	14.39	12.75	84.19	35.37	35.50
	看護補助者	6.55	7.38	7.83	11.11	9.60	17.04	2.75	3.99	2.90
	看護補助者のうち、介護福祉士	1.91	3.06	3.42	4.40	3.45	7.58	0.00	1.24	0.00
	薬剤師	0.09	0.39	0.23	1.16	0.11	0.31	0.13	0.80	0.77
	管理栄養士	0.08	0.28	0.23	0.84	0.10	0.37	0.13	0.35	0.62
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.82	1.43	0.60	4.02	0.26	0.93	0.00	0.24	0.32
	相談員	0.05	0.43	0.12	0.36	0.19	0.09	0.27	0.10	0.92
	医師事務作業補助者	0.01	0.05	0.00	0.00	0.12	0.00	0.00	0.00	0.01
その他の職員		0.91	2.24	0.11	5.05	0.09	2.34	0.27	0.22	1.26

# 【訪問看護】 1事業所あたりの常勤換算職員数の分布

- 訪問看護ステーションにおける、事務職員を除く1事業所あたりの常勤換算職員数の分布は、ステーション毎に多様となっている。

## ■訪問看護ステーションにおける、1事業あたりの常勤換算職員数（事務職員を除く）の分布（n=13,769）



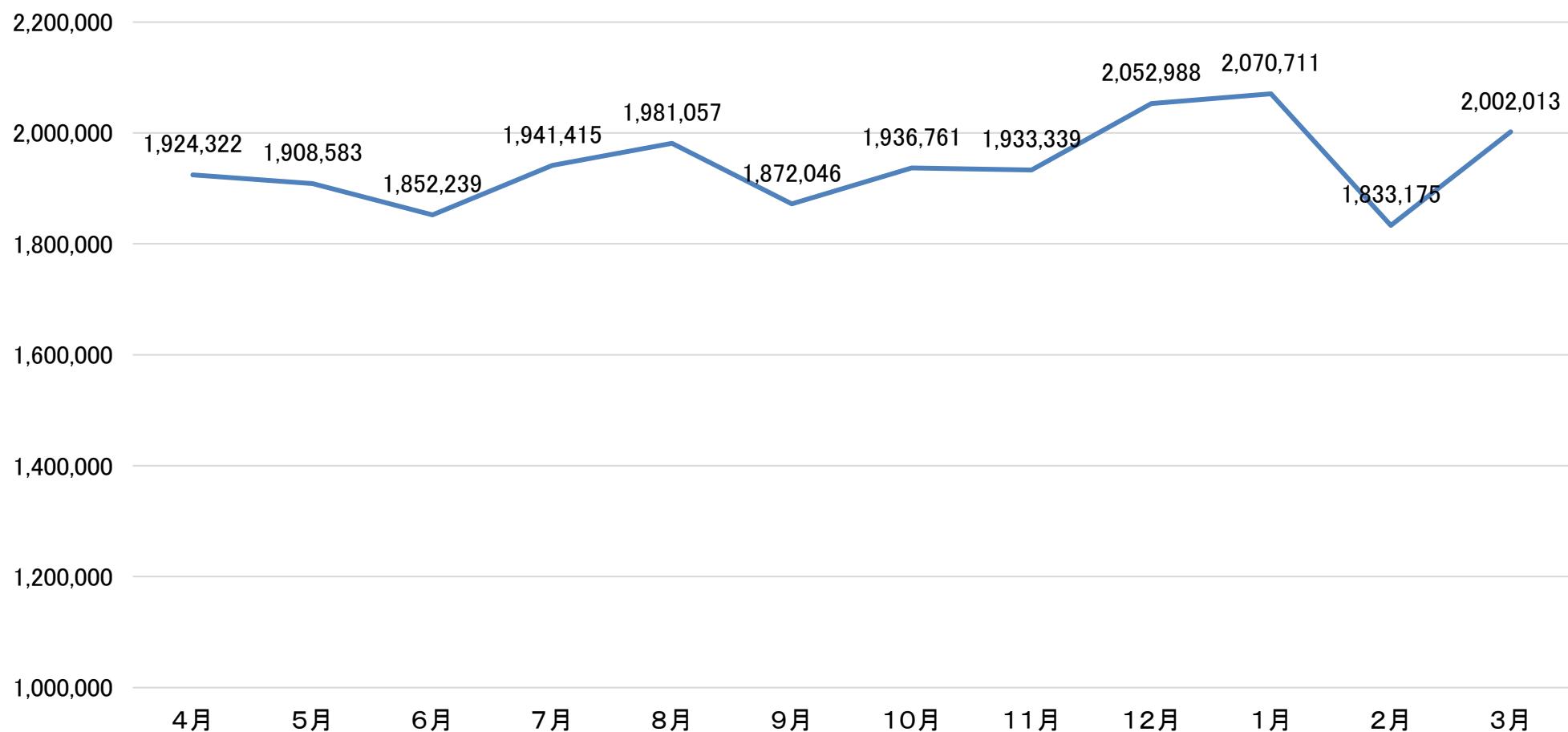
1. これまでの経緯について
2. 診療報酬等の構造について
3. 基礎となる分析について
  - 3-1. 職員の配置状況について
  - 3-2. 算定回数の月による違いについて
4. 試行的なシミュレーションについて

- 4-1. 病院について
- 4-2. 診療所、歯科診療所、薬局及び訪問看護ステーションについて

## 月別の算定回数のばらつき（入院）

- 診療月別の地域包括ケア病棟入院料の算定回数は以下のとおり、1月は約207万回である一方、2月は約183万回であるなど、ばらつきがみられる。
- 個別の医療機関では、さらに大きなばらつきがあり得ることに留意が必要。

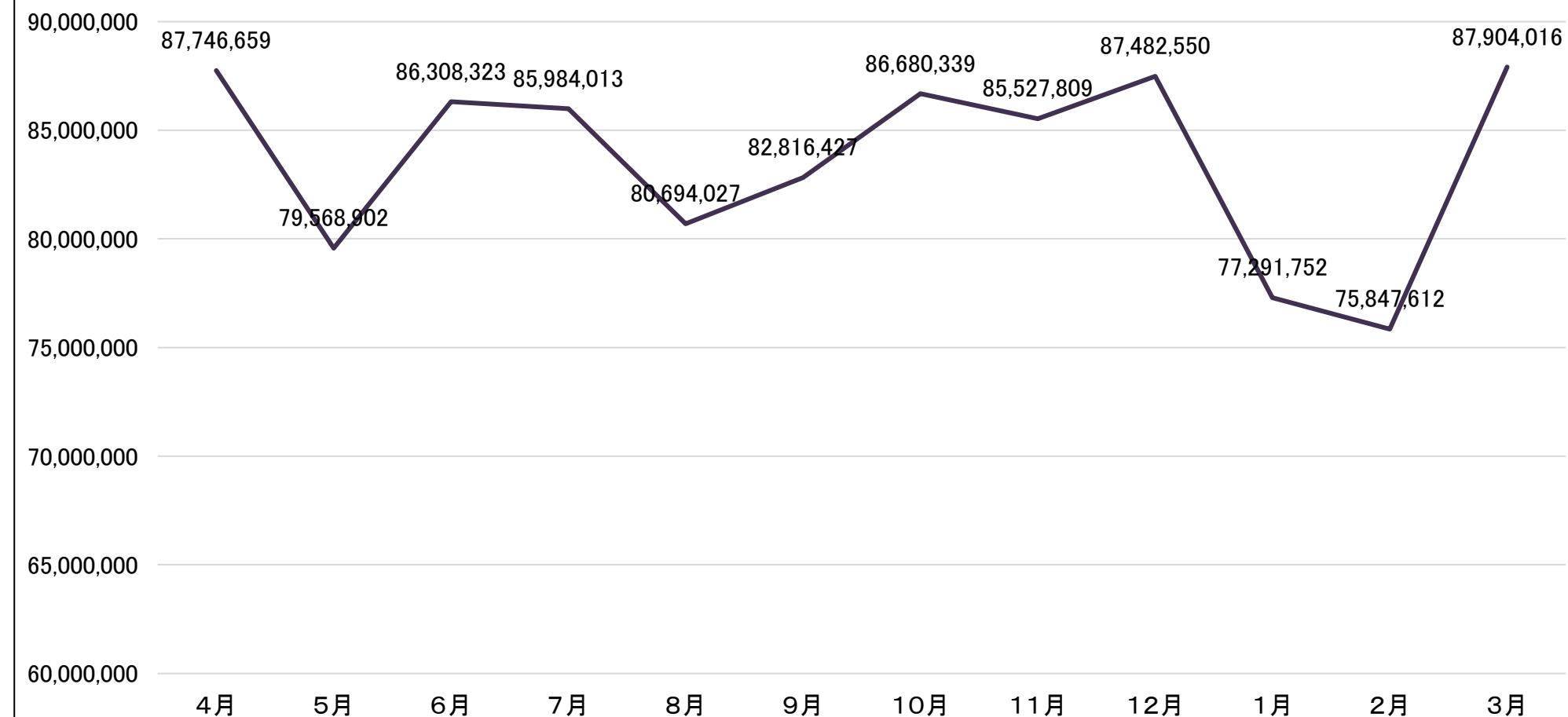
診療月別の地域包括ケア病棟入院料の算定回数



# 月別の算定回数のばらつき（外来）

- 診療月別の再診料(外来)の算定回数は以下のとおり。3月は約8,790万回である一方、2月は約7,585万回であるなど、ばらつきがみられる。
- 個別の医療機関では、さらに大きなばらつきがあり得ることに留意が必要。

## 診療月別の再診料の算定回数



1. これまでの経緯について
2. 診療報酬等の構造について
3. 基礎となる分析について

3-1. 職員の配置状況について

3-2. 算定回数の月による違いについて

4. 試行的なシミュレーションについて

4-1. 病院について

4-2. 診療所、歯科診療所、薬局及び訪問看護ステーションについて

## 試行的なシミュレーションについて

- 技術的な議論のための基礎資料として、医療経済実態調査及びNDBデータを元に、試行的なシミュレーションを行った。  
※ 令和5年度医療経済実態調査及びNDBデータ(令和4年4月1日～令和5年3月31日)
- 具体的には、医療関係職種について、1%の賃上げを行うために必要な評価を、入院基本料等(病院)、初再診料(医療機関)及び調剤基本料(薬局)に上乗せすることを想定し、シミュレーションを行った。  
※ 1%の賃上げを想定したのは、結果の解釈のしやすさに配慮したものであり、実際の評価のあり方は別途検討を行う。

1. これまでの経緯について
2. 診療報酬等の構造について
3. 基礎となる分析について

3-1. 職員の配置状況について

3-2. 算定回数の月による違いについて

4. 試行的なシミュレーションについて

4-1. 病院について

4-2. 診療所、歯科診療所、薬局及び訪問看護ステーションについて

# 病院における試行的なシミュレーションについて

## ○ 病院に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

### ① 入院基本料等別に計算する場合

- ・ 看護職員、看護補助者は算定する入院料等の配置基準の人員が、それぞれの病棟に配置されているものと想定した。
- ・ 配置基準のない他の医療関係職種(医師・歯科医師・薬剤師・医療技術員・歯科衛生士・歯科技工士)は、医療機関に配置されている常勤の医療関係職種の職員数を入院料の算定回数で按分した職員数が、それぞれの病棟に配置されているものとした。
  - 各入院料ごとの職員数は、整数値となるよう切り上げで算出した。
  - 各医療機関において年間算定回数が365回以下の入院料については、含めていない。
  - 医療経済実態調査において職種別給与がすべて0円である病院及び個人病院については、含めていない。
- ・ 看護職員、看護補助者及び配置基準のない他の医療関係職種に、医療経済実態調査における各医療機関の職種別の給与を適用し、それぞれの病棟が1%の賃上げをしなければならない場合に必要な入院基本料等の上乗せ評価を計算した。

### ② 病院別に点数を計算する場合

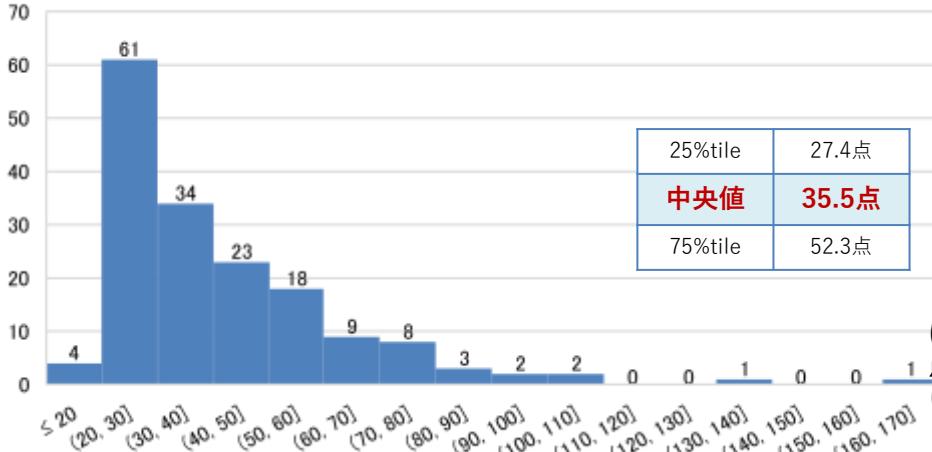
- ・ 医療経済実態調査における給与費総額に、常勤職員の給与総額に占める管理職(病院長及び役員)及び事務職員以外の常勤の医療関係職種(医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・看護補助職員・医療技術員・歯科衛生士・歯科技工士)の給与の割合を乗ずることで、各医療機関における管理職及び事務職員以外の医療関係職種の給与総額を推計した。
  - 医療経済実態調査において職種別給与がすべて0円である病院については、含めていない。
- ・ 管理職及び事務職員以外の医療関係職種の給与総額を1%上げなければならない場合に必要な入院基本料等の上乗せ評価を計算した

## ① 入院基本料等別に点数を設定した場合

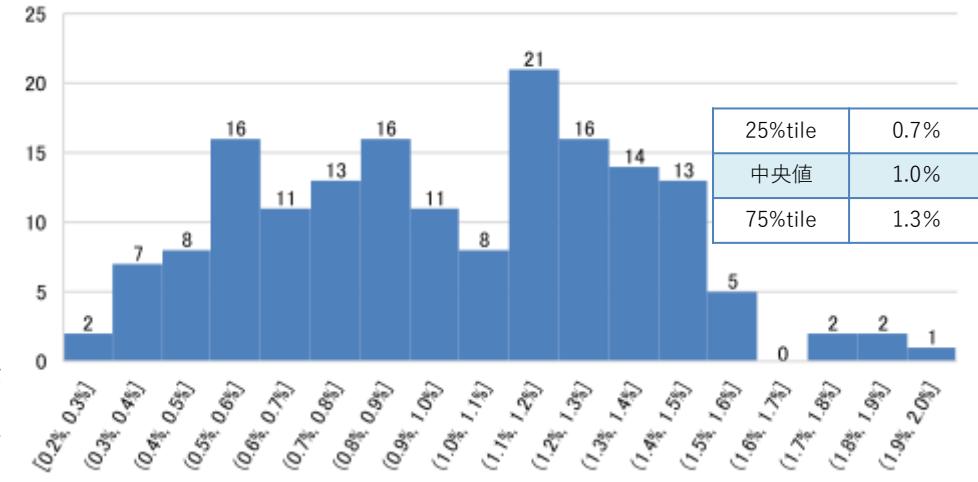
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（急性期一般病棟入院料）

- 急性期一般病棟入院料の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

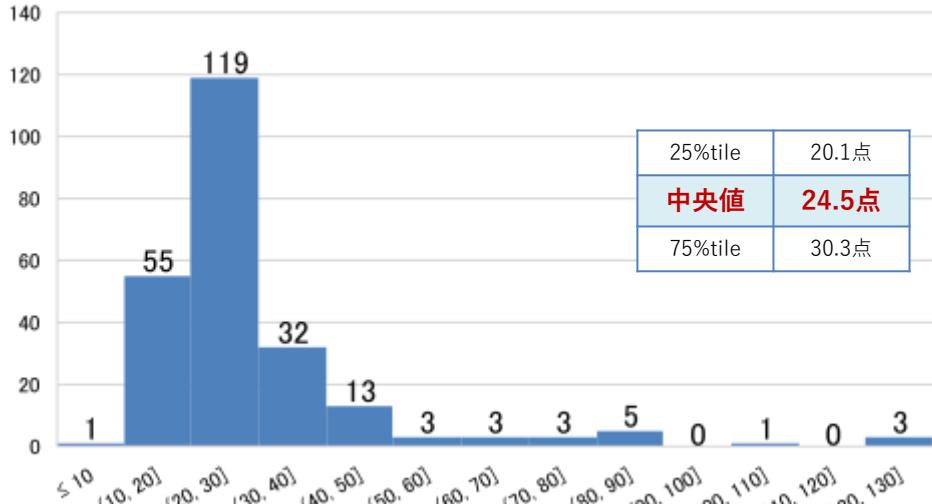
1%賃上げに必要な点数(急性期1)(n=166)



賃金補填率(急性期1)(n=166)

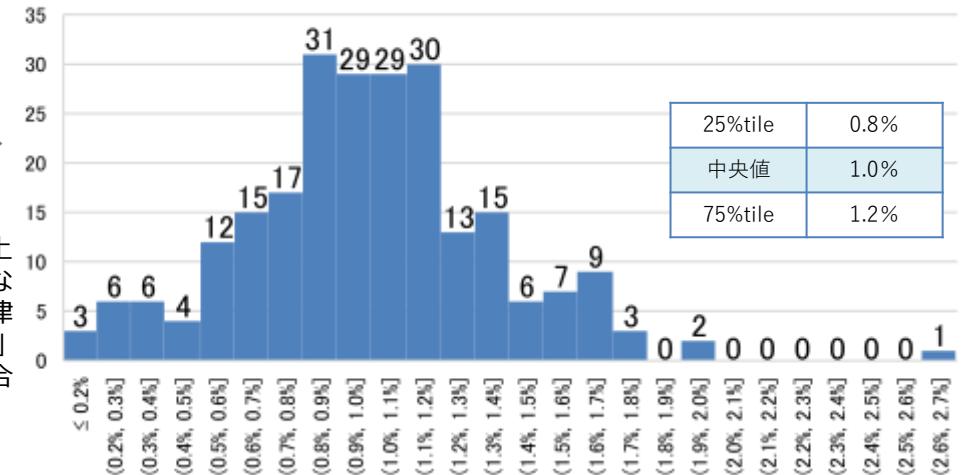


1%賃上げに必要な点数(急性期2～6)(n=238)



1%の賃上げに必要な点数を一律に「36点」とした場合

賃金補填率(急性期2～6)(n=238)

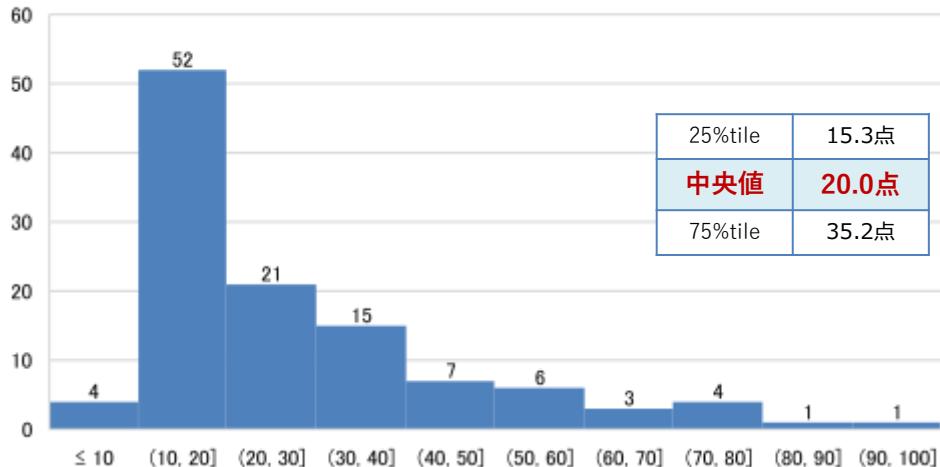


1%の賃上げに必要な点数を一律に「25点」とした場合

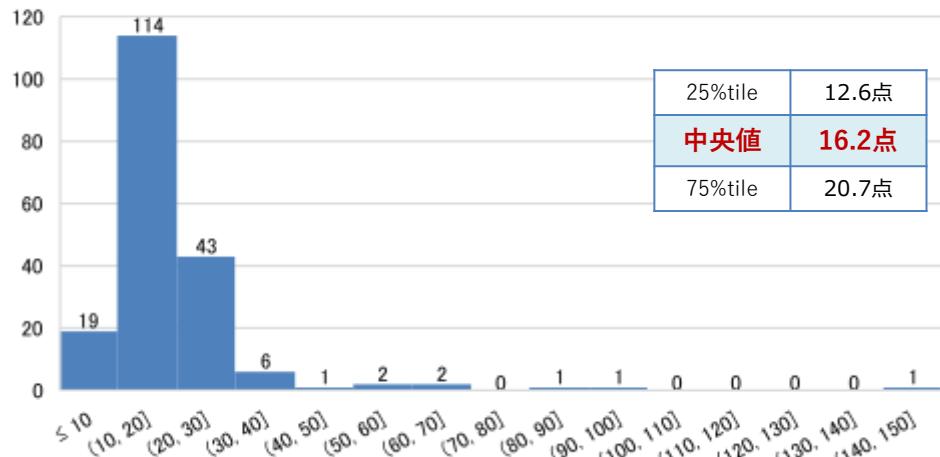
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料）

- 地域一般入院基本料、療養病棟入院料の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

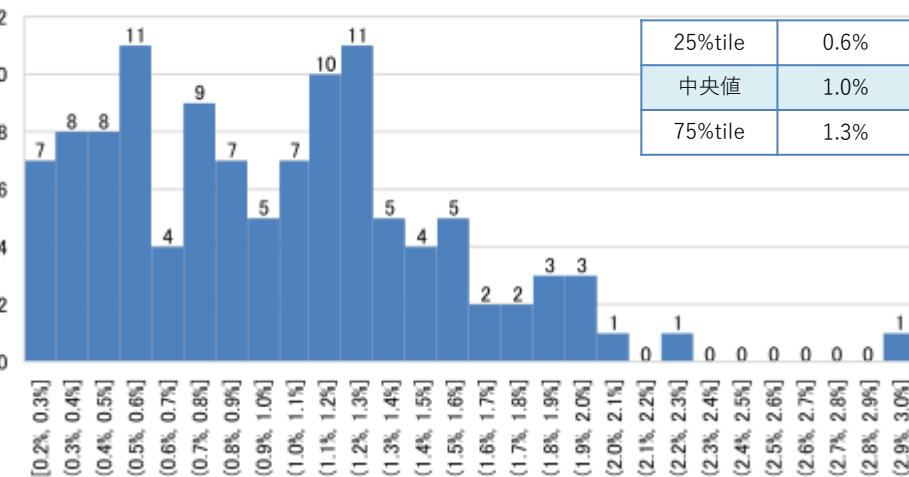
1%賃上げに必要な点数(地域一般)(n=114)



1%賃上げに必要な点数(療養)(n=190)

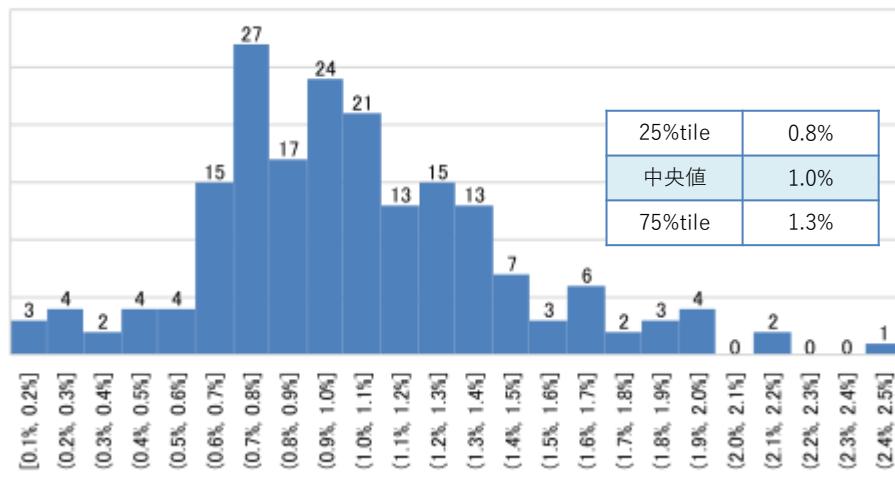


賃金補填率(地域一般)(n=114)



1%の賃上げに必要な点数を一律に「20点」とした場合

賃金補填率(療養)(n=190)

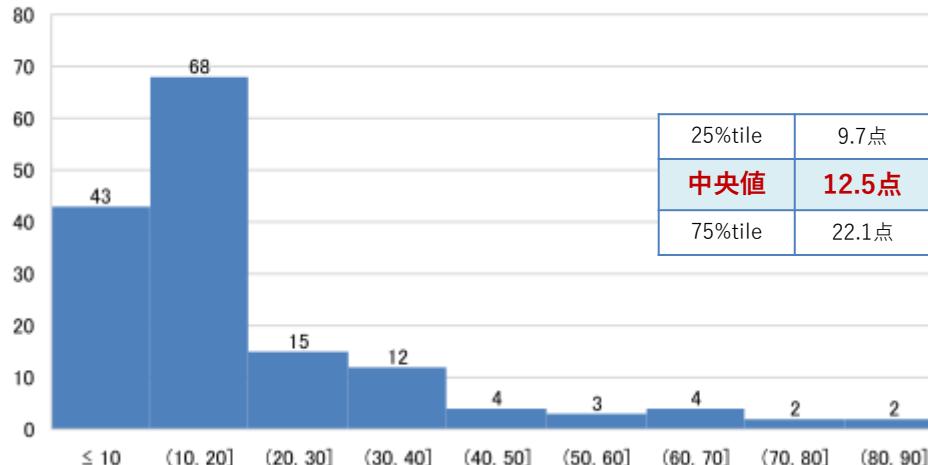


1%の賃上げに必要な点数を一律に「16点」とした場合

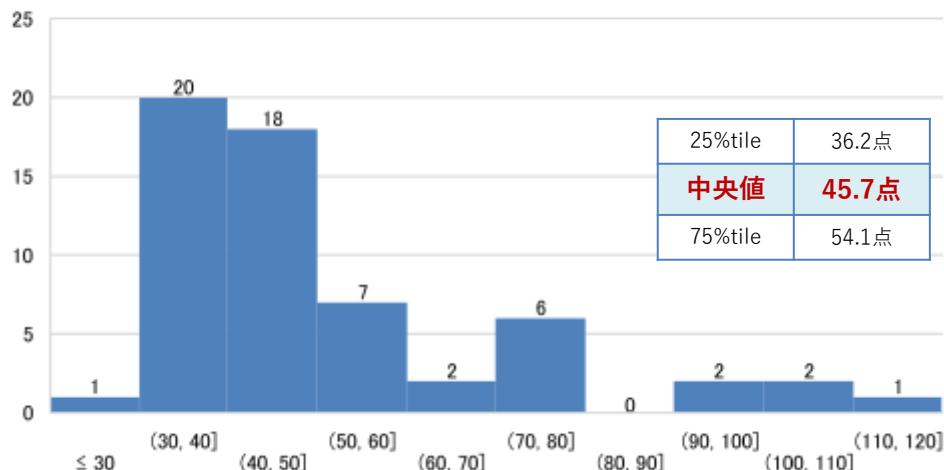
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料）

- 精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)(7対1)の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

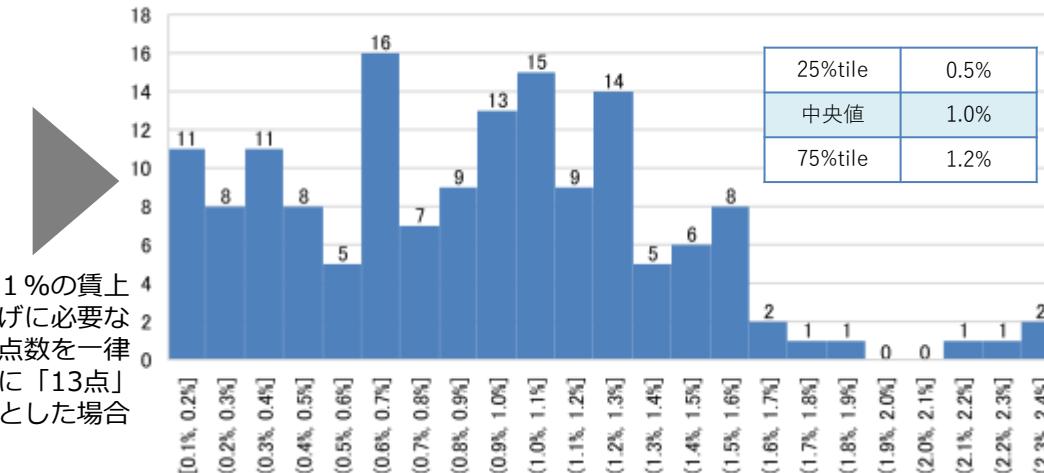
1%賃上げに必要な点数(精神)(n=153)



1%賃上げに必要な点数(特定一般7対1)(n=59)

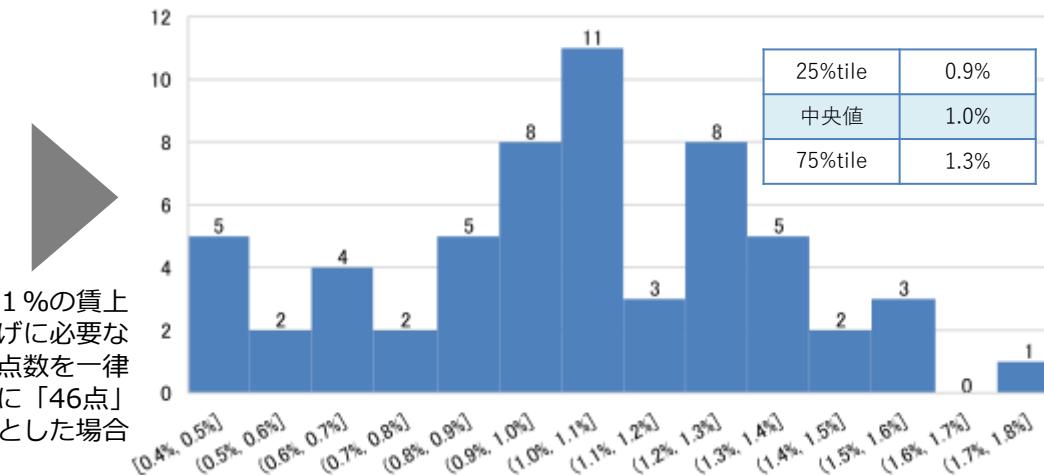


賃金補填率(精神)(n=153)



1%の賃上げに必要な点数を一律に「13点」とした場合

賃金補填率(特定一般7対1)(n=59)

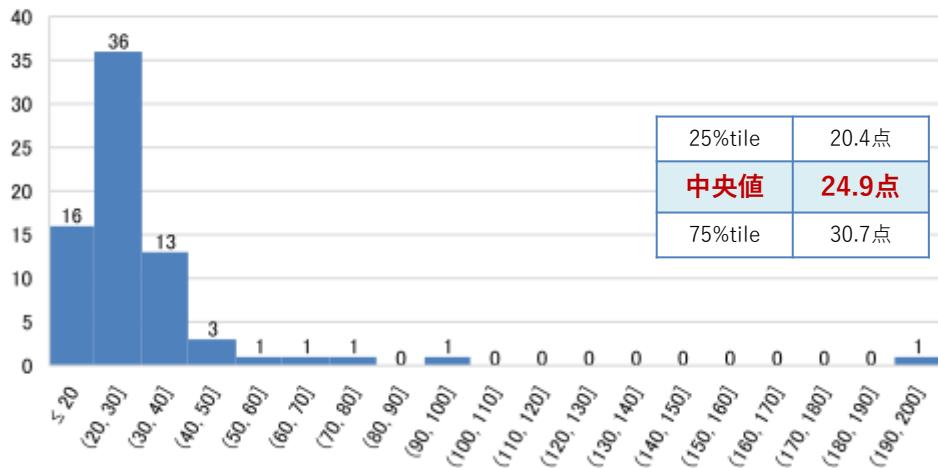


1%の賃上げに必要な点数を一律に「46点」とした場合

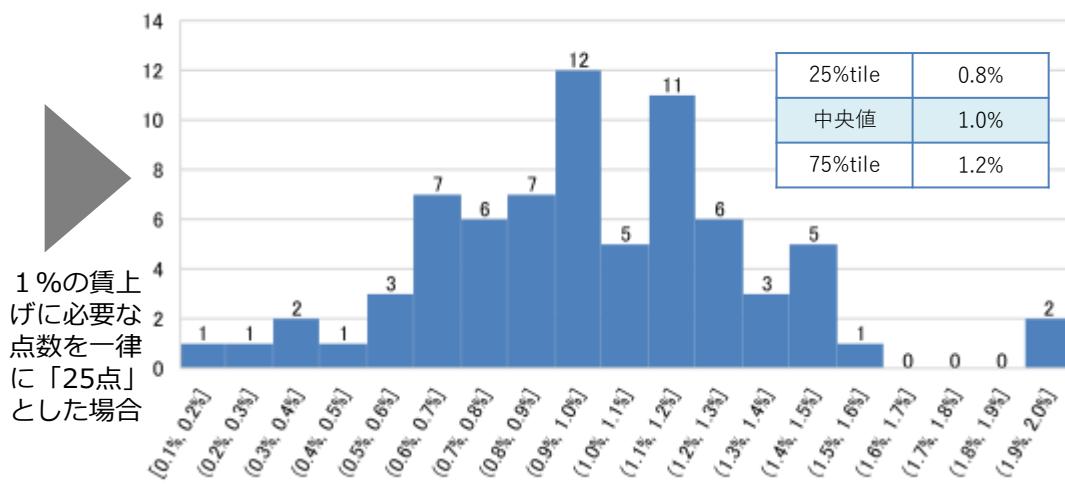
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（障害者施設等入院基本料）

- 障害者施設等入院基本料の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

1%賃上げに必要な点数(障害)(n=73)



賃金補填率(障害)(n=73)

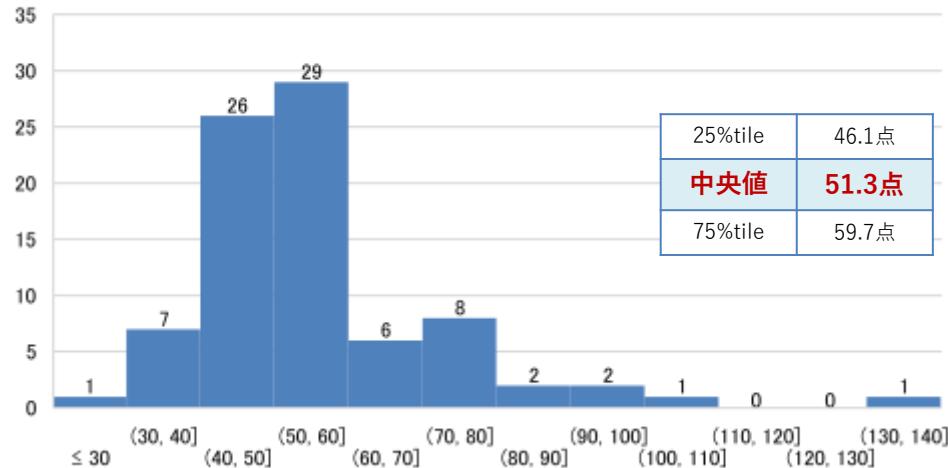


1 %の賃上げに必要な点数を一律に「25点」とした場合

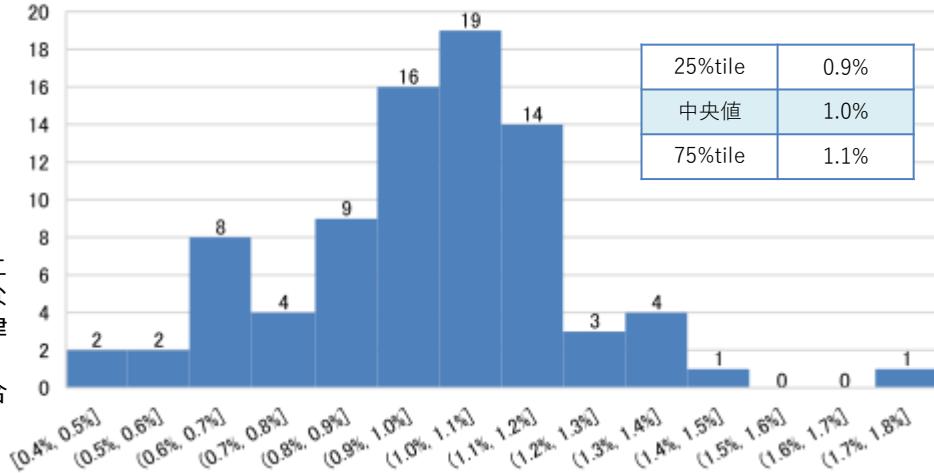
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（救命救急入院料）

- 救命救急入院料の治療室を有する病院における、医療関係職種の給与を1%賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

1%賃上げに必要な点数(救命1・3) (n=83)

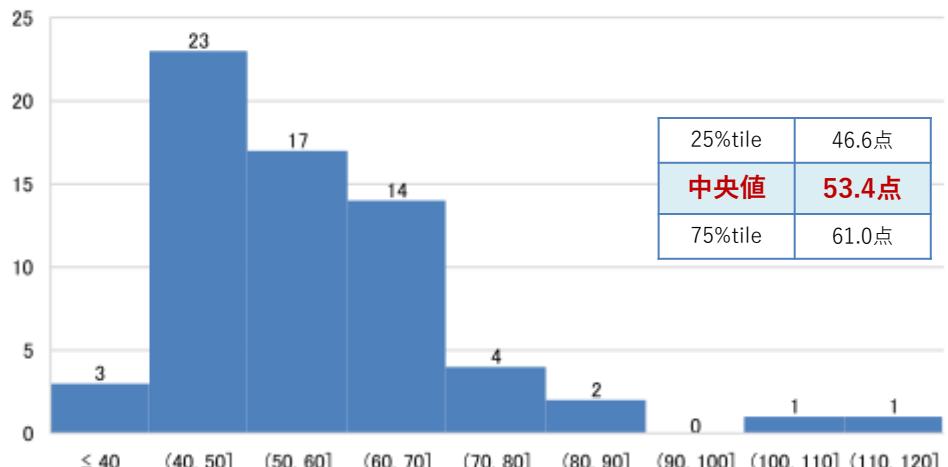


賃金補填率(救命1・3) (n=83)

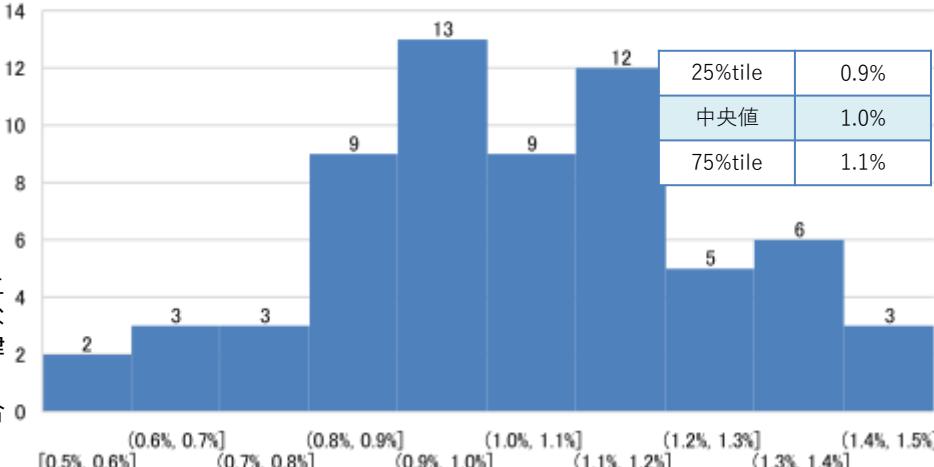


1%の賃上げに必要な点数を一律に「51点」とした場合

1%賃上げに必要な点数(救命2・4) (n=65)



賃金補填率(救命2・4) (n=65)

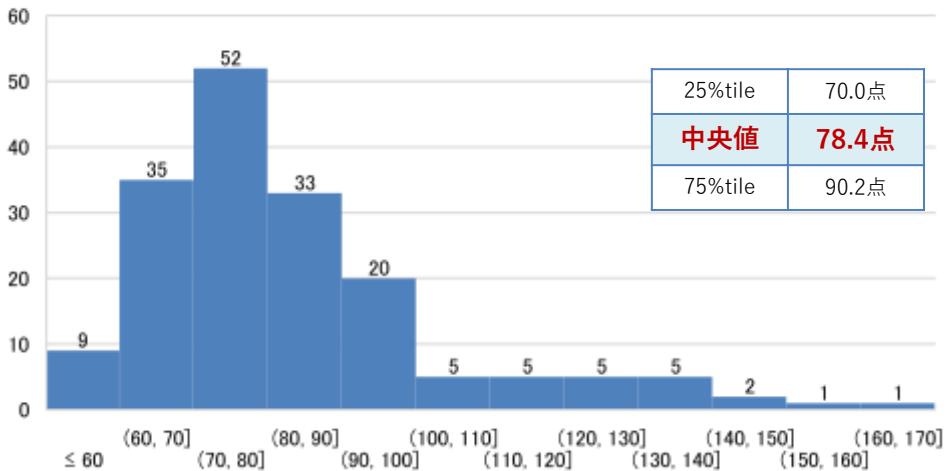


1%の賃上げに必要な点数を一律に「53点」とした場合

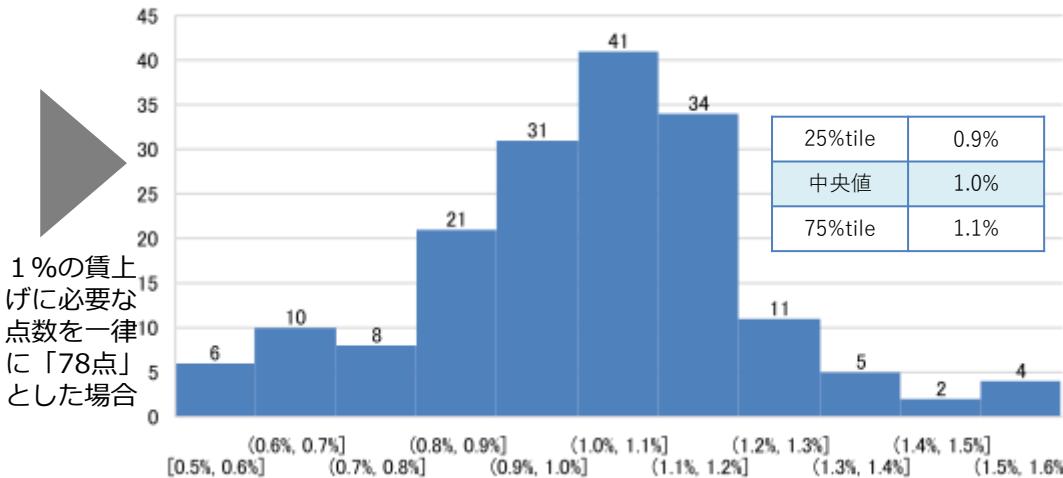
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料）

- 特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料の治療室を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

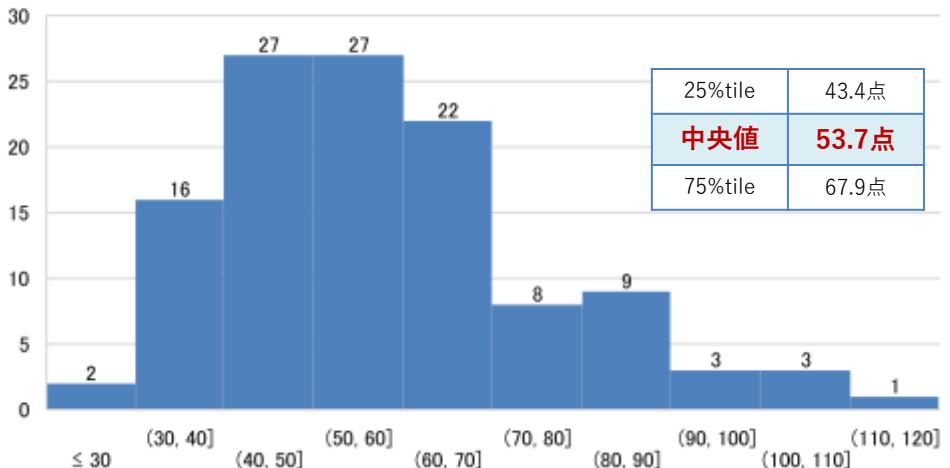
1%賃上げに必要な点数(ICU) (n=173)



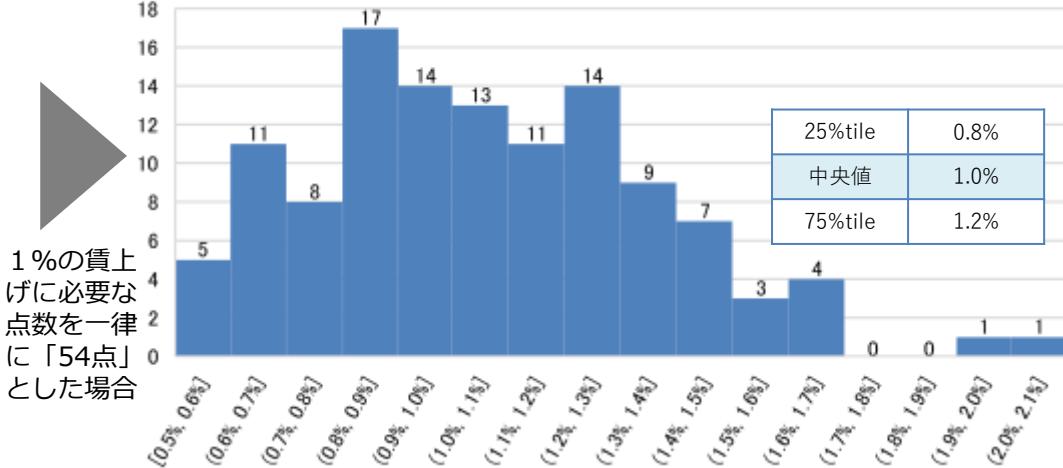
賃金補填率(ICU) (n=173)



1%賃上げに必要な点数(HCU) (n=118)



賃金補填率(HCU) (n=118)

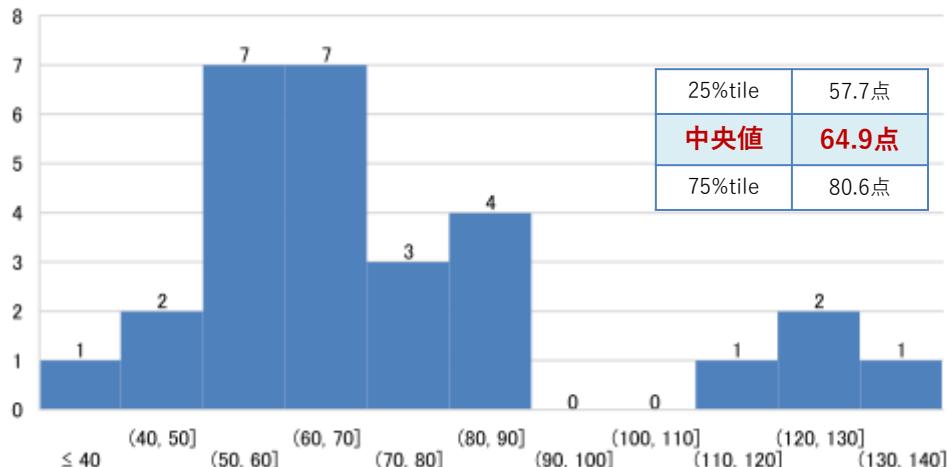


出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

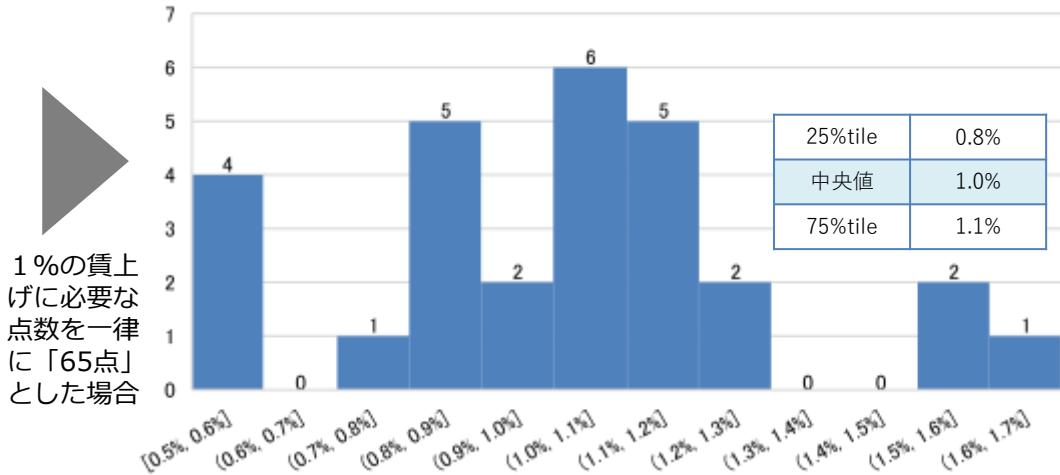
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料）

- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料の治療室を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

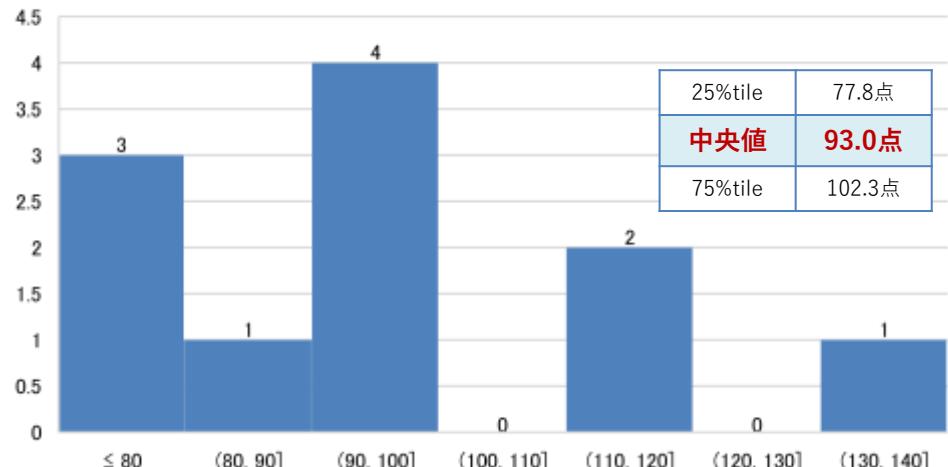
1%賃上げに必要な点数(脳卒中) (n=28)



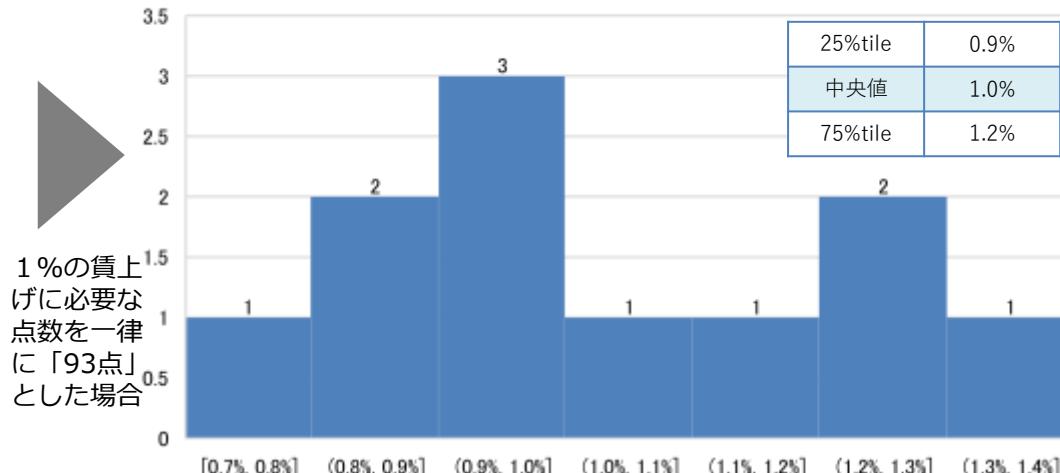
賃金補填率(脳卒中) (n=28)



1%賃上げに必要な点数(PICU) (n=11)



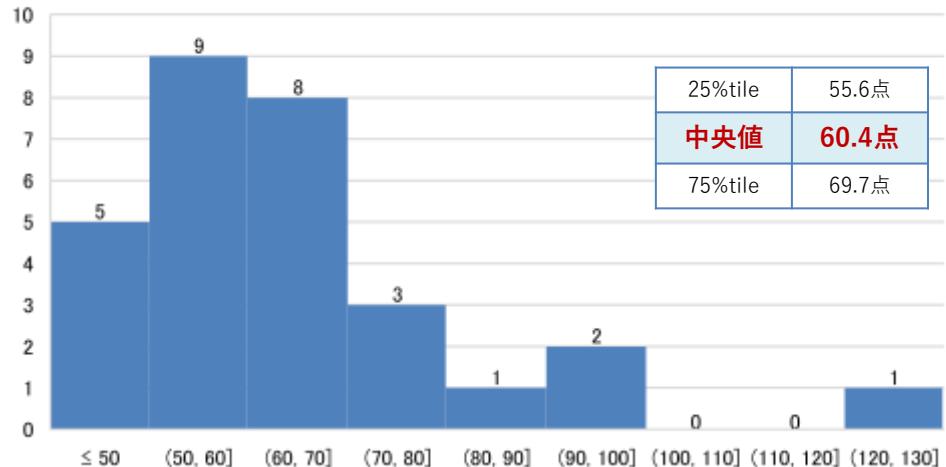
賃金補填率(PICU) (n=11)



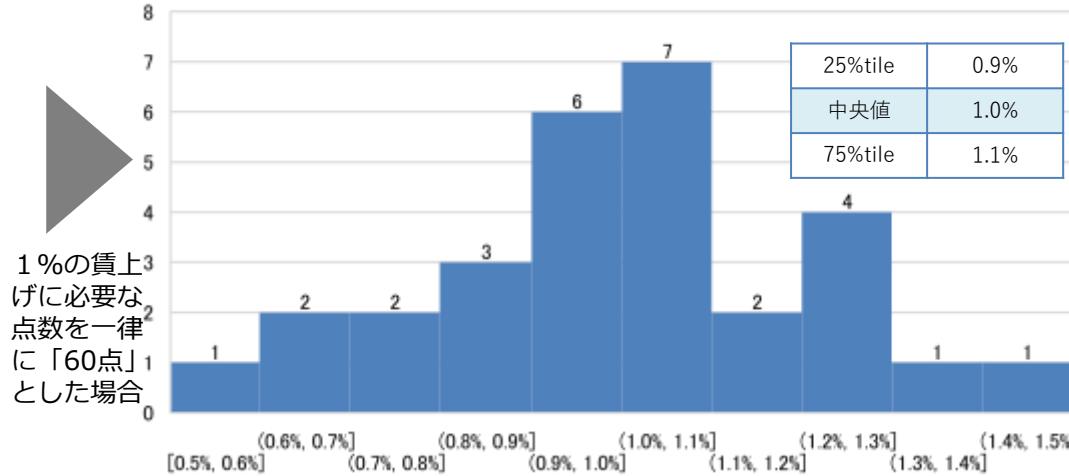
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料）

- 新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料の治療室を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

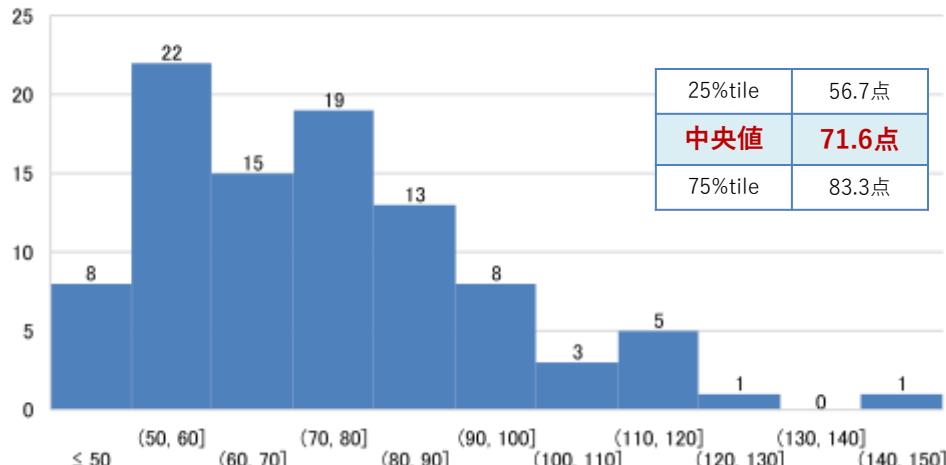
1%賃上げに必要な点数(NICU) (n=29)



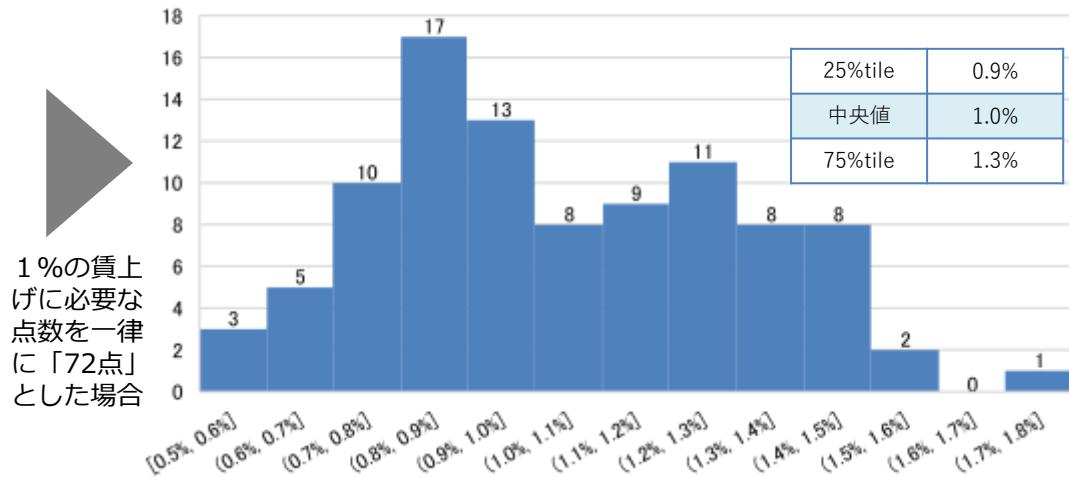
賃金補填率(NICU) (n=29)



1%賃上げに必要な点数(総合周産期) (n=95)



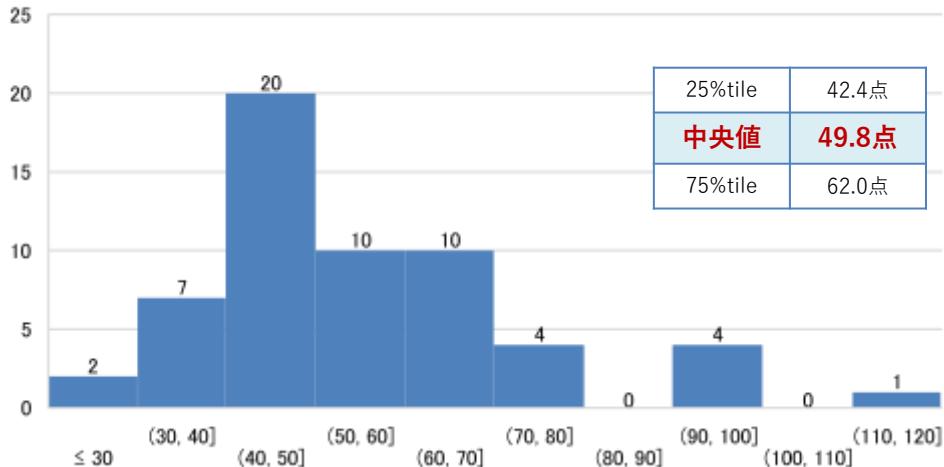
賃金補填率(総合周産期) (n=95)



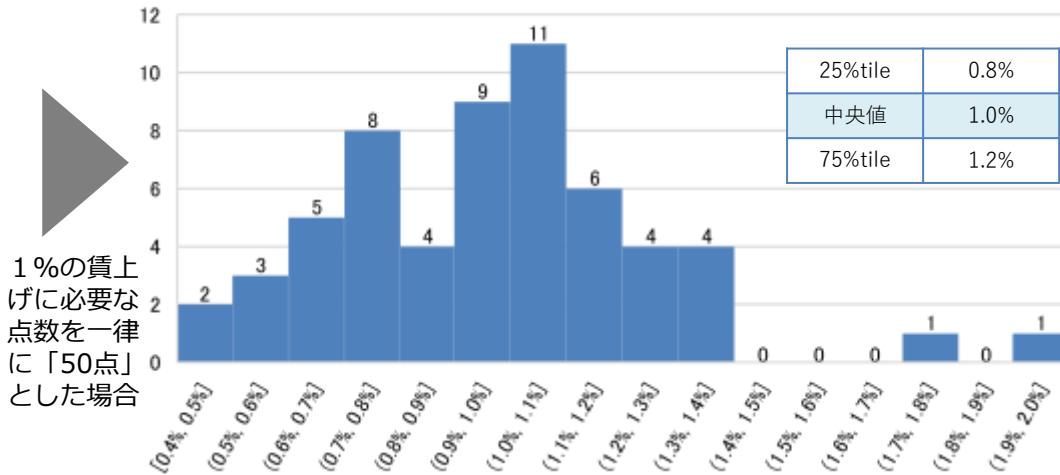
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率 (新生児治療回復室入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料等)

- 新生児治療回復室入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

1%賃上げに必要な点数(GCU) (n=58)

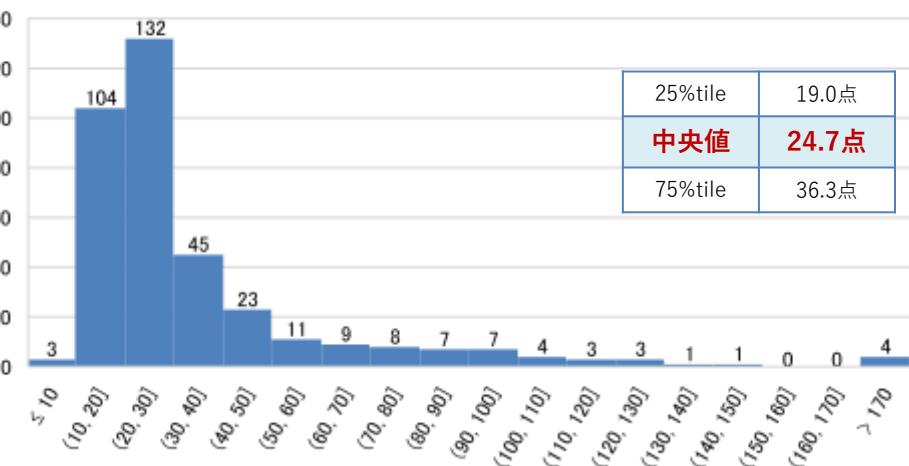


賃金補填率(GCU) (n=58)

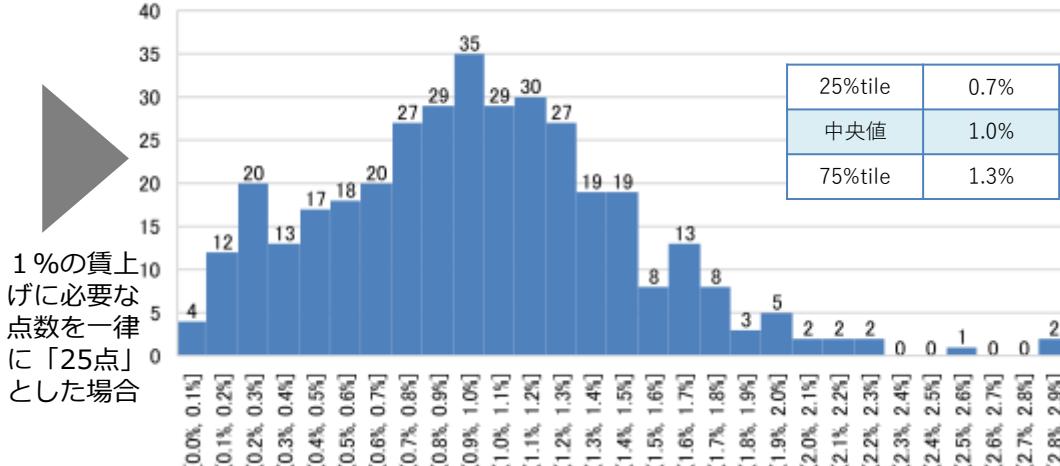


1 %の賃上げに必要な点数を一律に「50点」とした場合

1%賃上げに必要な点数(地ケア) (n=365)



賃金補填率(地ケア) (n=365)

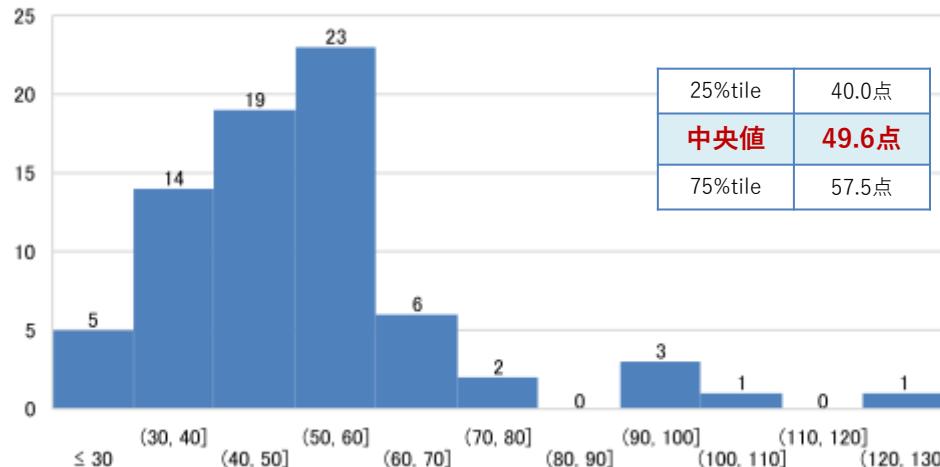


1 %の賃上げに必要な点数を一律に「25点」とした場合

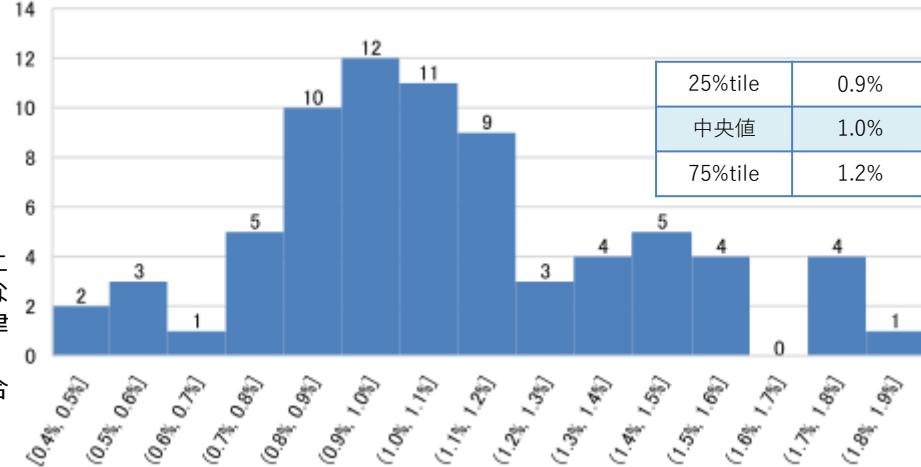
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（小児入院医療管理料）

- 小児入院医療管理料の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

1%賃上げに必要な点数(小児入管1～3)(n=74)

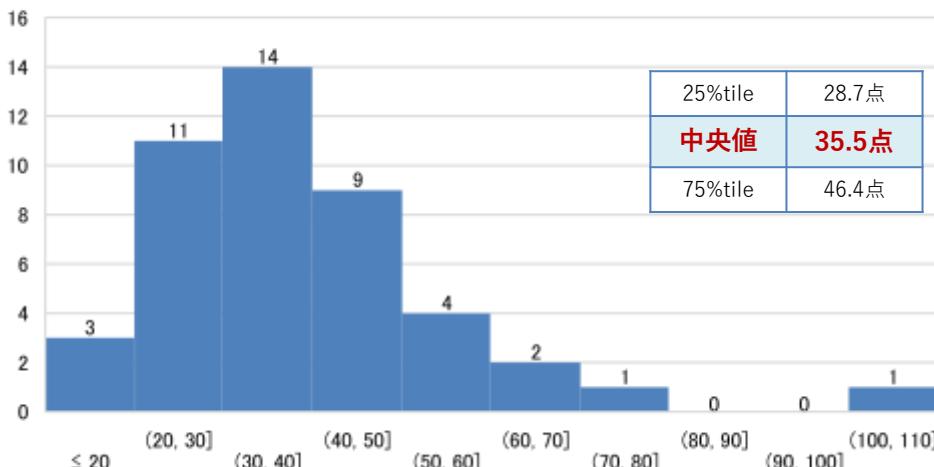


賃金補填率(小児入管1～3)(n=74)

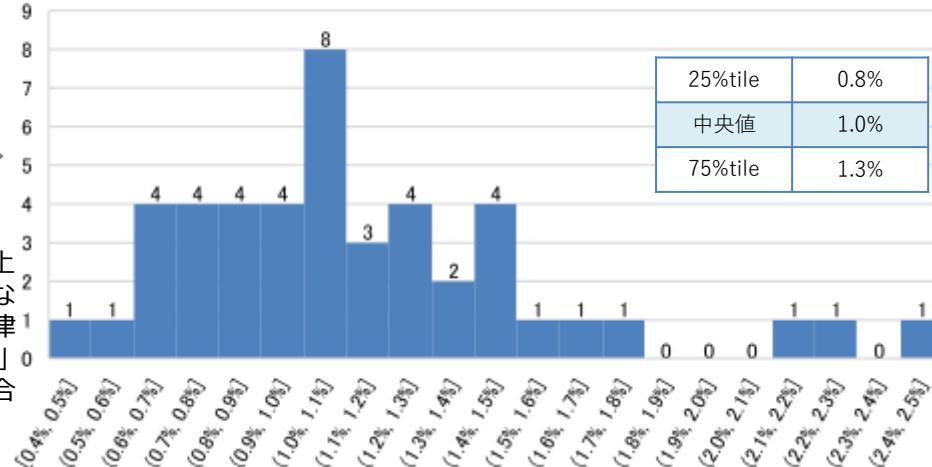


1%の賃上げに必要な点数を一律に「50点」とした場合

1%賃上げに必要な点数(小児入管4・5)(n=45)



賃金補填率(小児入管4・5)(n=45)

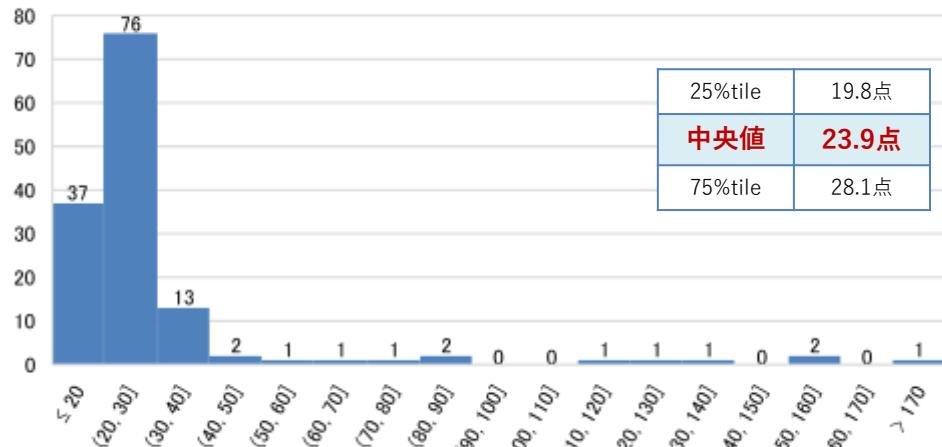


1%の賃上げに必要な点数を一律に「36点」とした場合

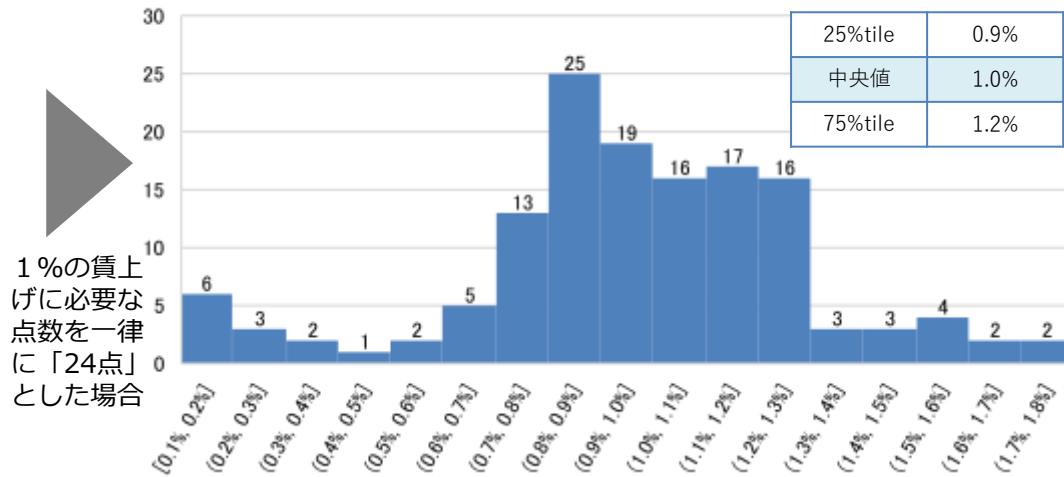
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（回復期リハビリテーション病棟入院料）

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

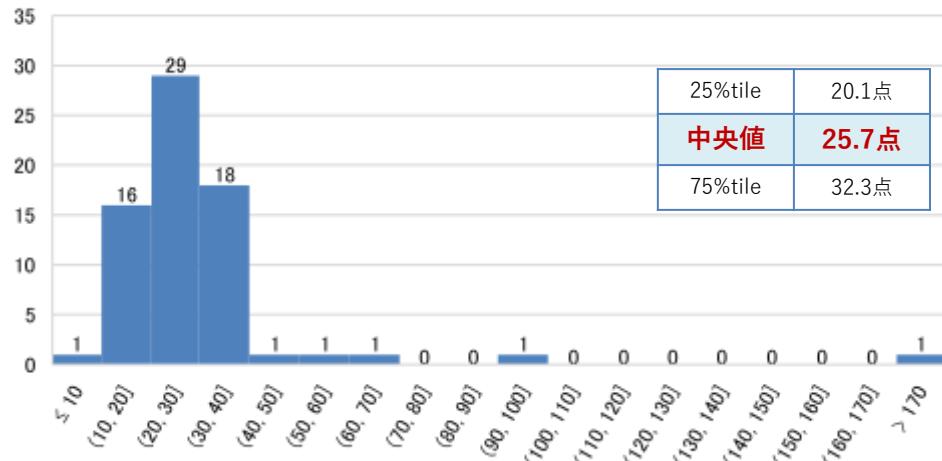
1%賃上げに必要な点数(回リハ1・2)(n=139)



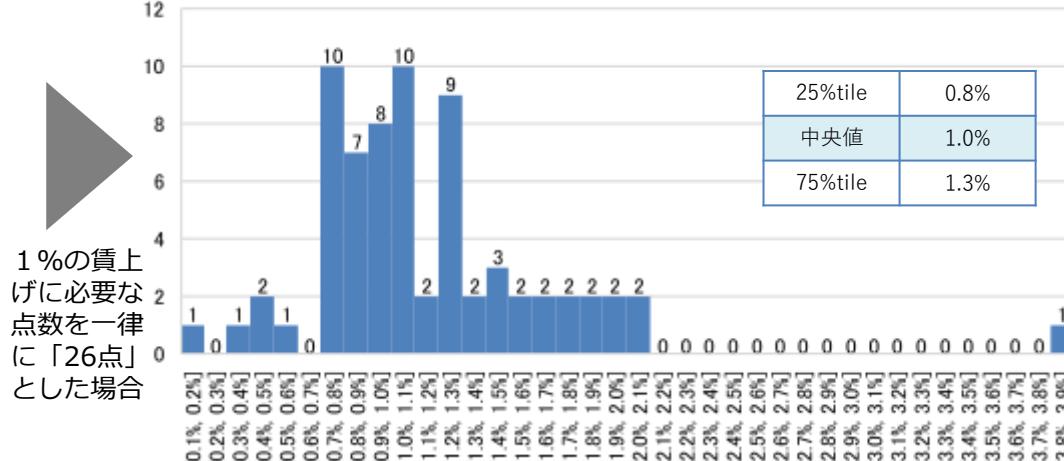
賃金補填率(回リハ1・2)(n=139)



1%賃上げに必要な点数(回リハ3~6)(n=69)



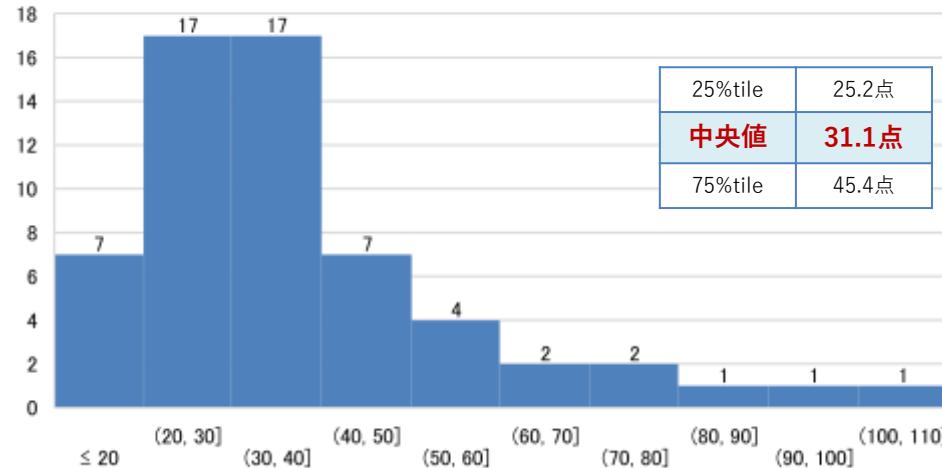
賃金補填率(回リハ3~6)(n=69)



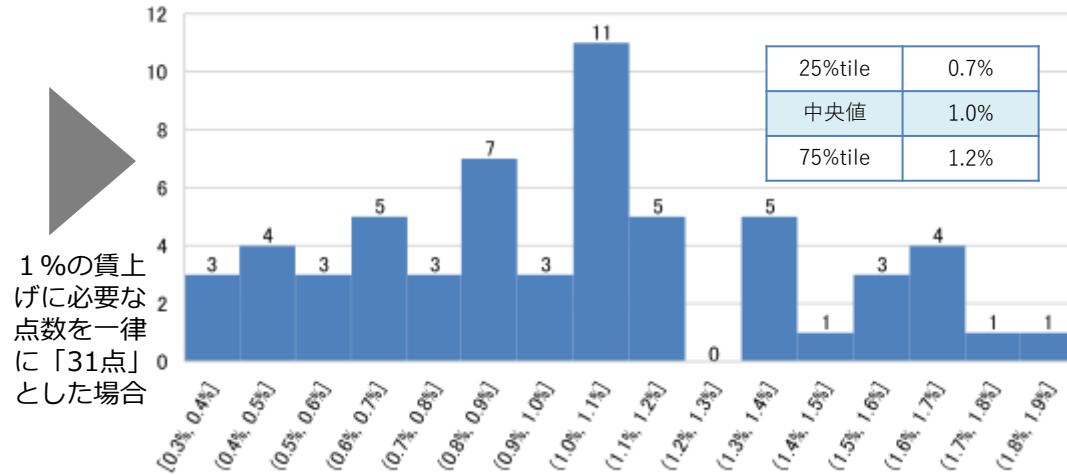
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料）

- 緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

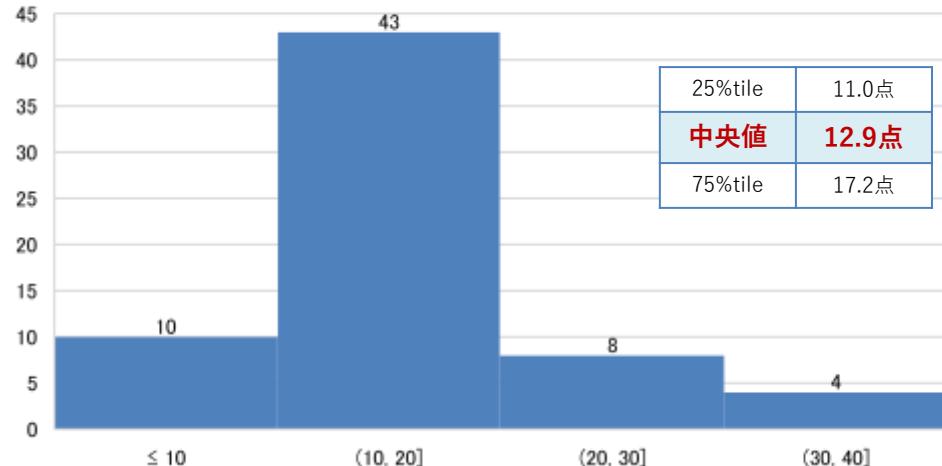
1%賃上げに必要な点数(緩和ケア)(n=59)



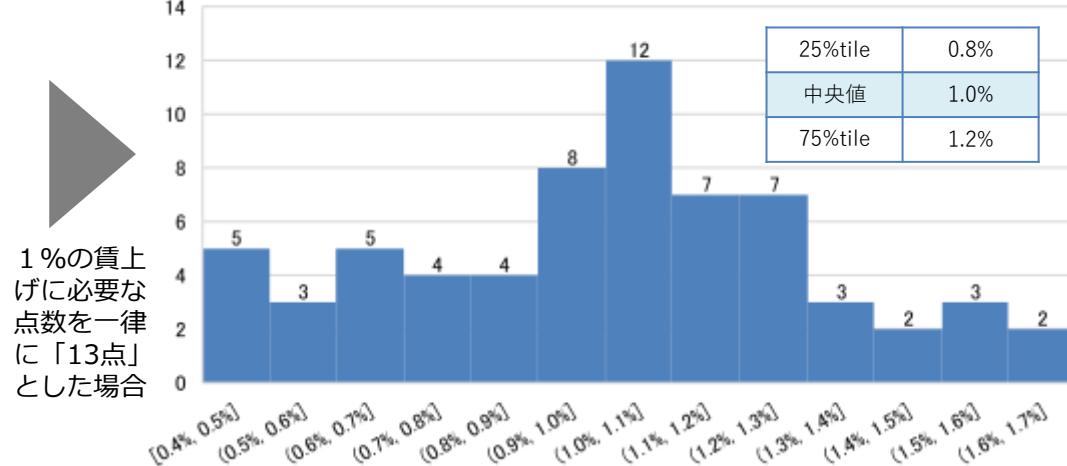
賃金補填率(緩和ケア)(n=59)



1%賃上げに必要な点数(認知症)(n=65)



賃金補填率(認知症)(n=65)



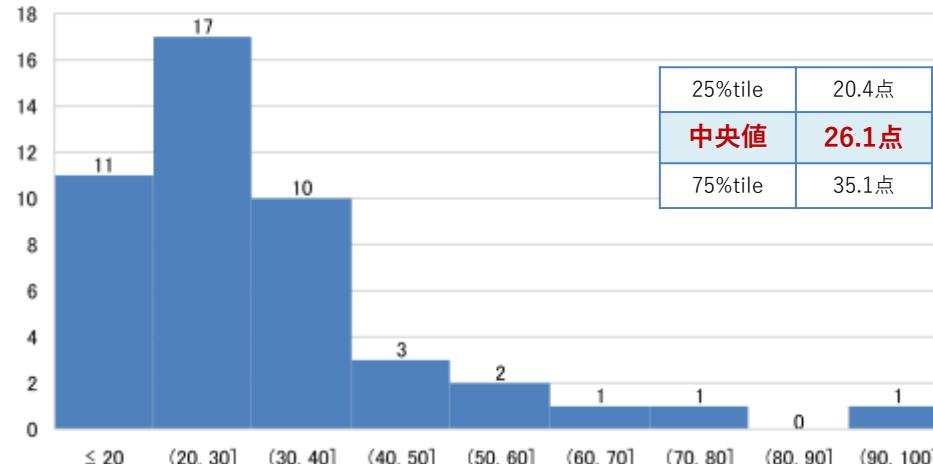
1%の賃上げに必要な点数を一律に「31点」とした場合

1%の賃上げに必要な点数を一律に「13点」とした場合

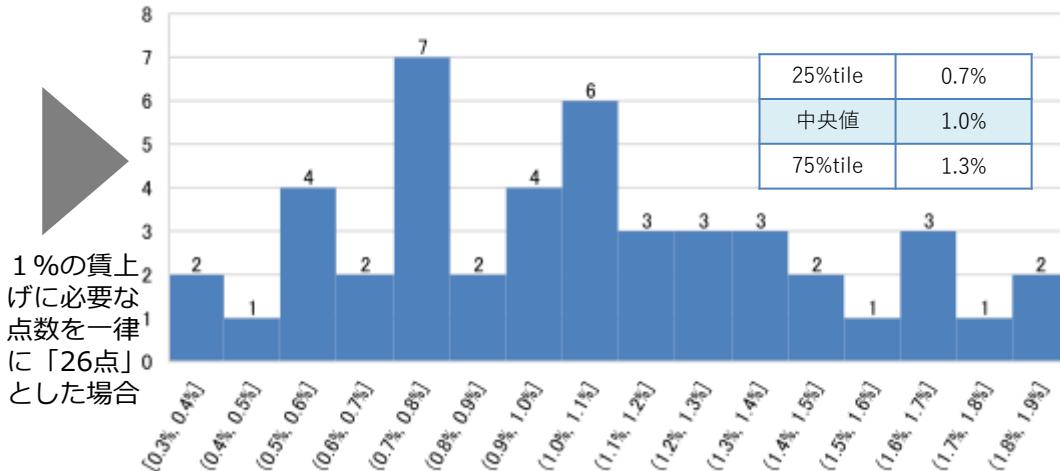
# 賃上げに必要な点数・賃金補填率（精神科急性期治療病棟入院料等、精神療養病棟入院料）

- 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料及び精神科救急急性期医療入院料・精神療養病棟入院料の病棟を有する病院における、医療関係職種の給与を1%を賃上げするために必要な点数及び当該中央値の点数を引き上げた場合における賃金補填率については、以下のとおり。

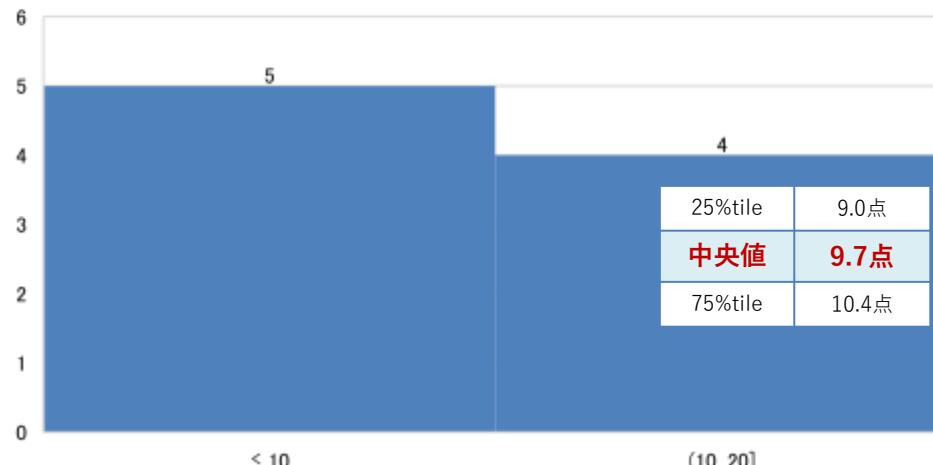
1%賃上げに必要な点数(精神科救急)(n=46)



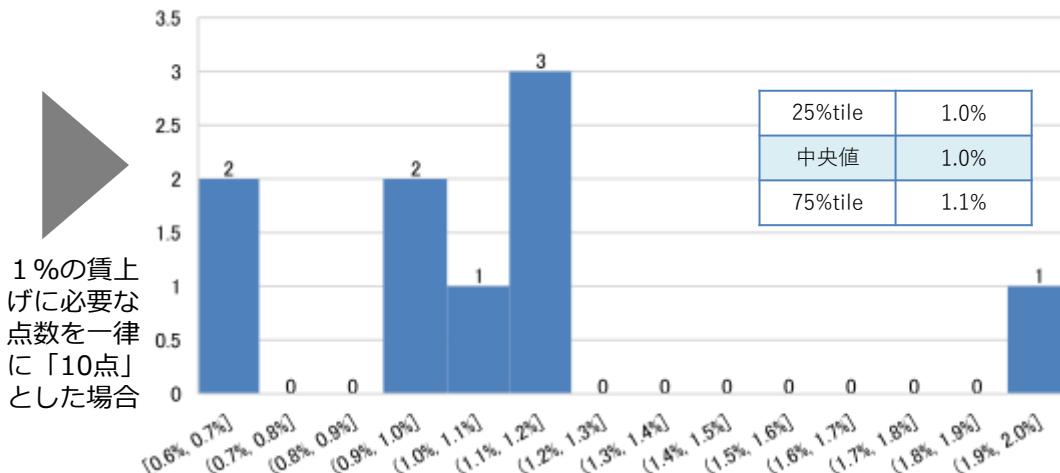
賃金補填率(精神科救急)(n=46)



1%賃上げに必要な点数(精神療養)(n=9)



賃金補填率(精神療養)(n=9)

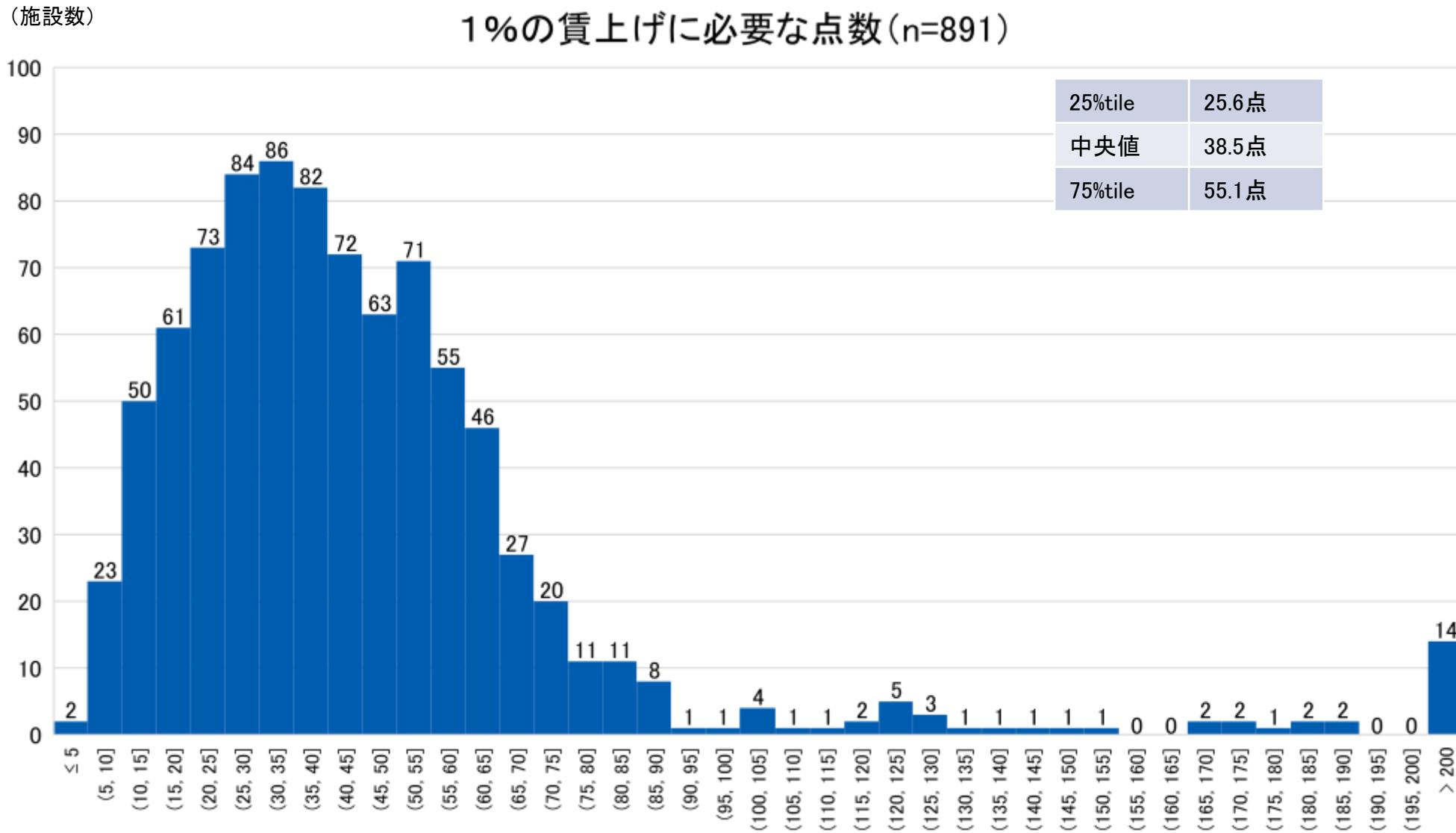


出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

## ② 病院一律の点数を設定した場合

# 病院全体における賃金引き上げのために必要な点数について

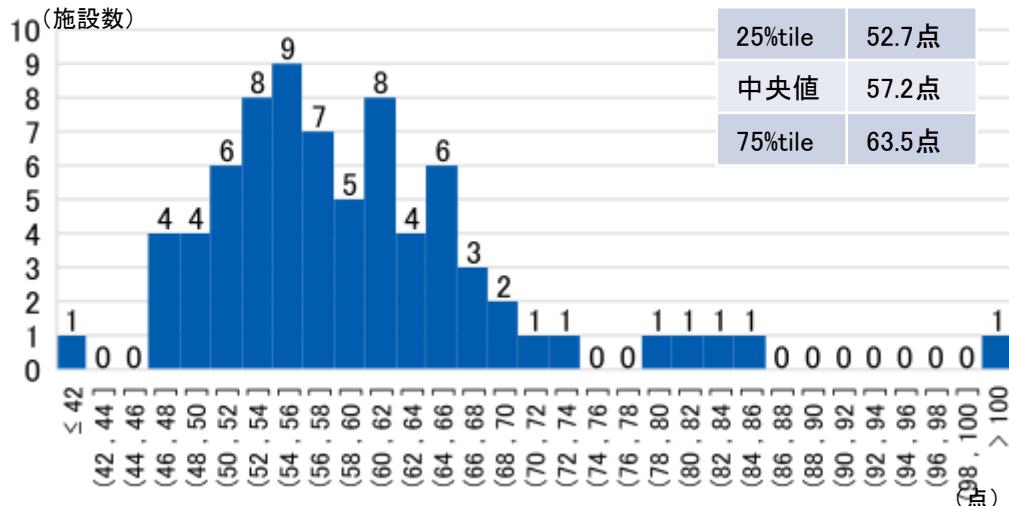
- 施設ごとに、1%の賃上げに必要な点数を計算すると、分布は以下のとおり。



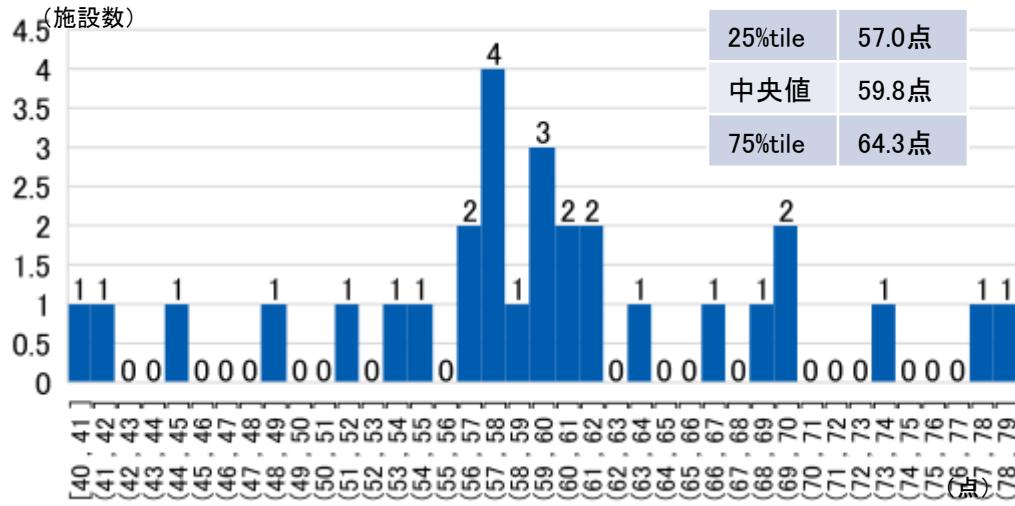
# 病院類型ごとの病院全体における賃金引き上げのために必要な点数について

- 病院類型ごとに、1%の賃上げに必要な点数を計算すると、分布は以下のとおり。

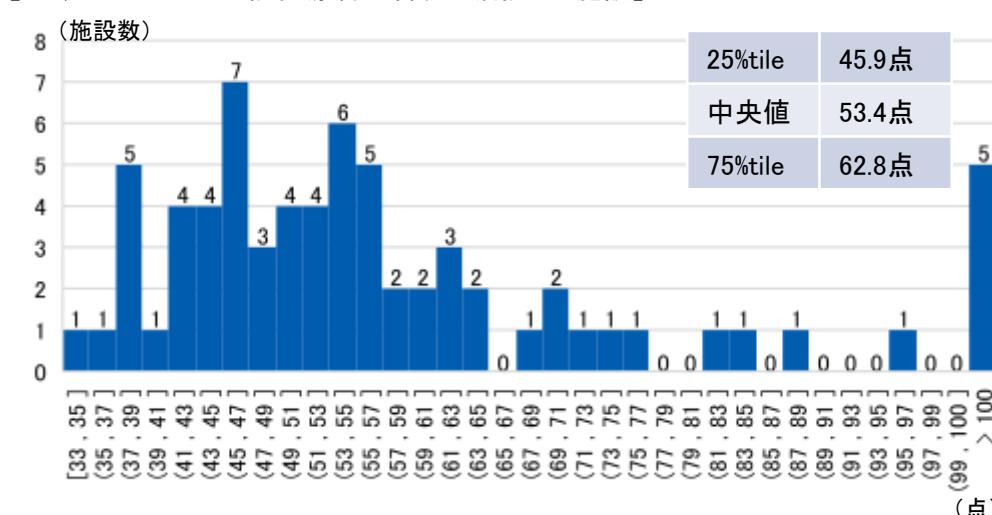
【a. 特定機能病院 74施設】



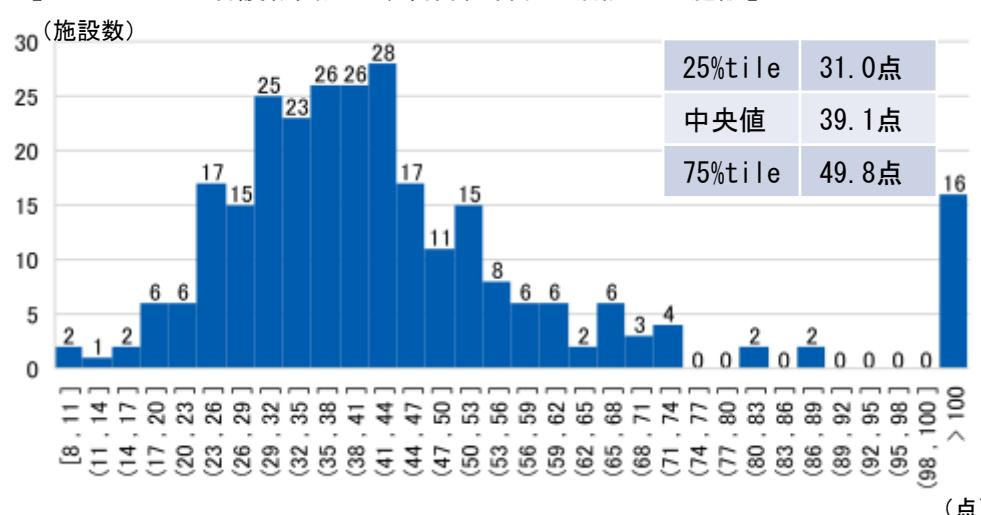
【b. a以外で救命救急入院料届出病院 29施設】



【c. a,b以外で小児入院医療管理料届出病院 69施設】



【d. a～c以外で看護職員処遇改善評価料届出病院 275施設】

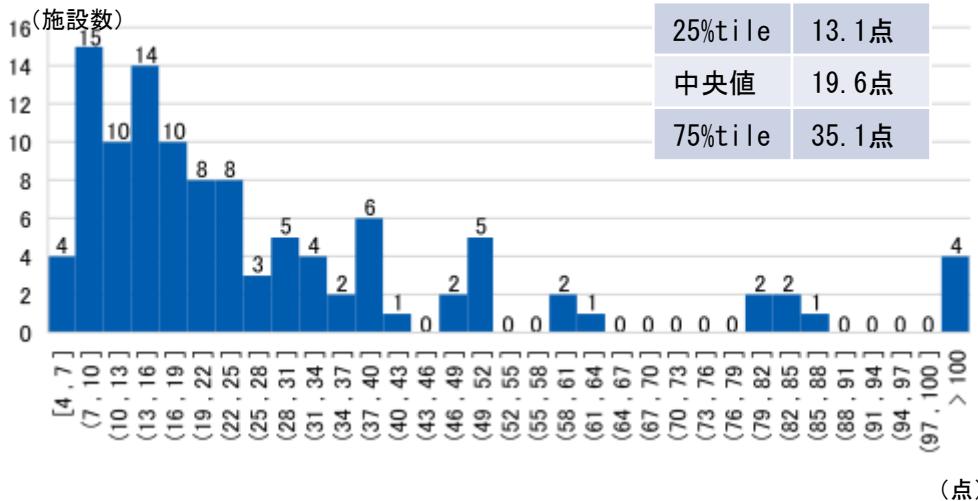


出典:シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

# 病院類型ごとの病院全体における賃金引き上げのために必要な点数について

- 病院類型ごとに、1%の賃上げに必要な点数を計算すると、分布は以下のとおり。

【e. a～d以外で精神病床のみの病院 109施設】

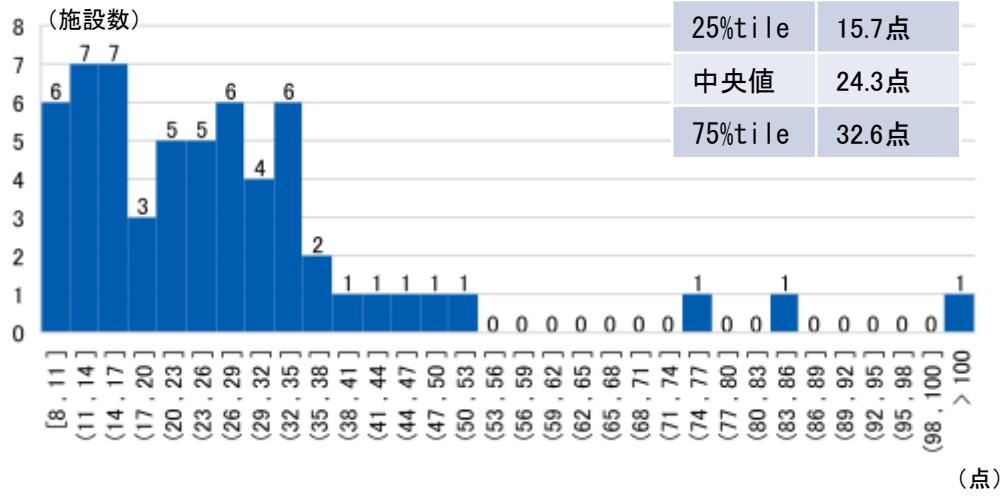


25%tile 13.1点

中央値 19.6点

75%tile 35.1点

【f. a～e以外で療養病床のみの病院 29施設】

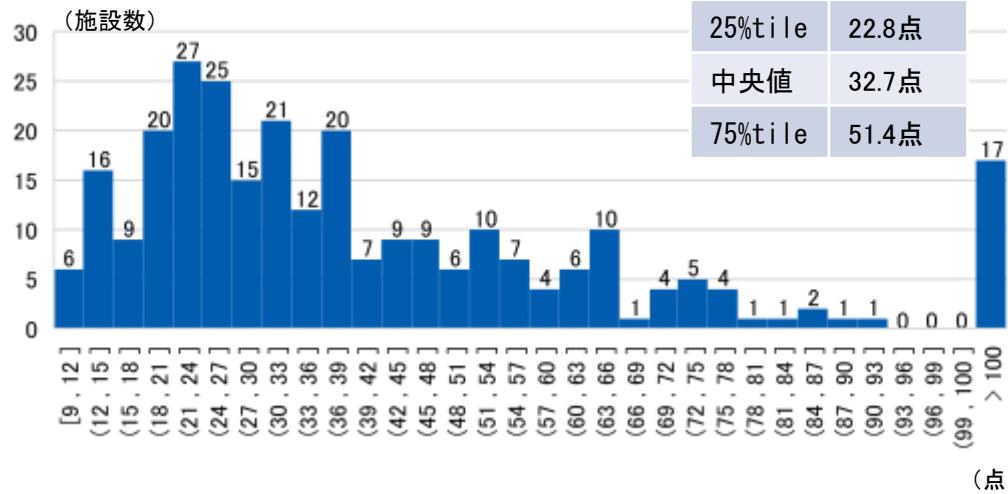


25%tile 15.7点

中央値 24.3点

75%tile 32.6点

【g. その他の病院 276施設】



25%tile 22.8点

中央値 32.7点

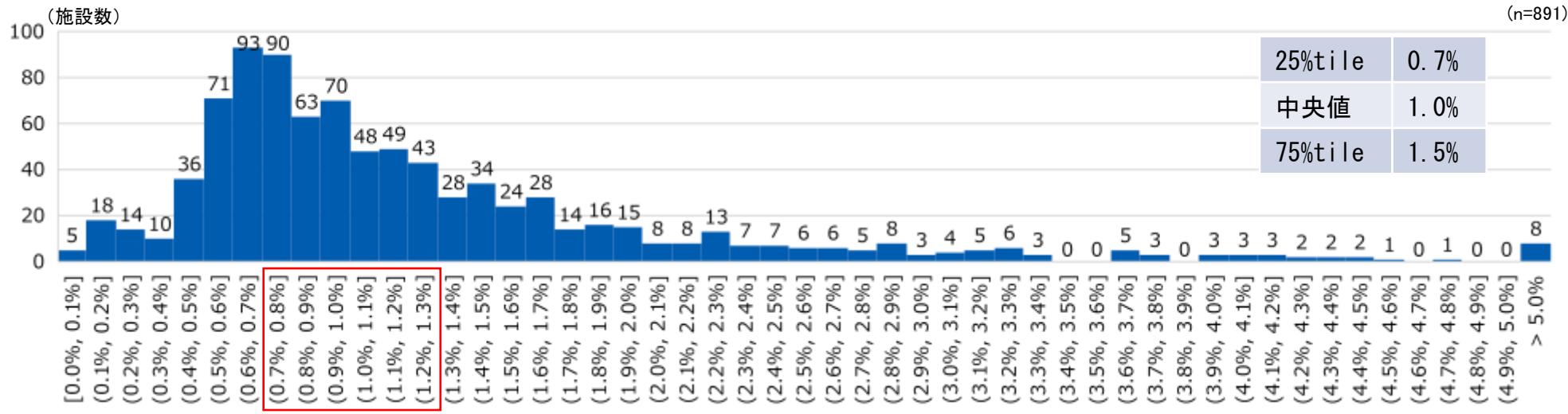
75%tile 51.4点

	全体	a	b	c	d	e	f	g
施設数	891	74	29	69	275	109	59	276
25%tile	25.6	52.7	57.0	45.9	31.0	13.1	15.7	22.8
中央値	38.5	57.2	59.8	53.4	39.1	19.6	24.3	32.7
75%tile	55.1	63.5	64.3	62.8	49.8	35.1	32.6	51.4

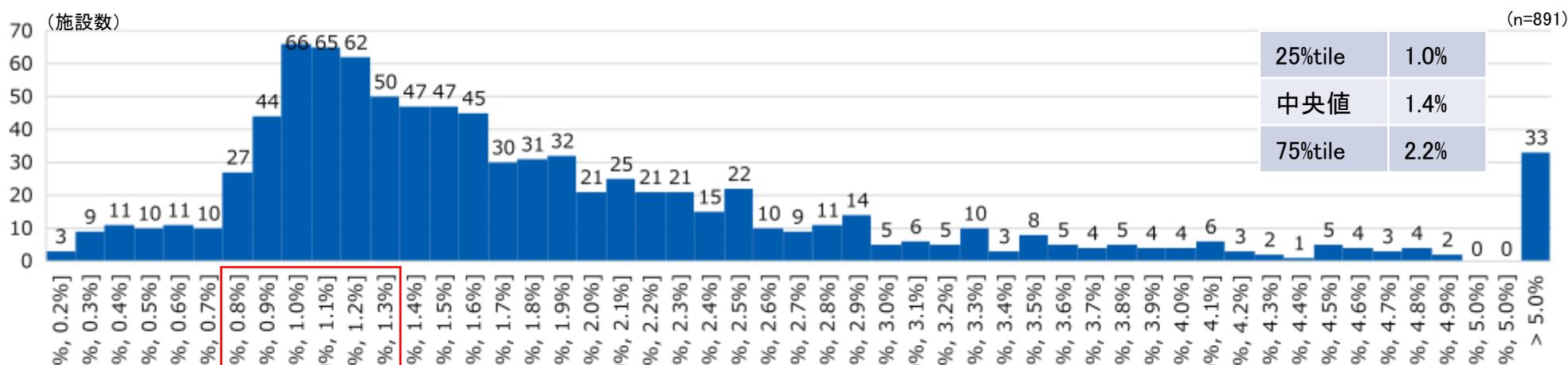
# 増点パターンと賃金の増率分布について

- 入院基本料に一律の増点数を設定した場合の賃金の増率を算出したところ、分布は以下のとおり。

【入院基本料を一律39点（全体の中央値）増点】



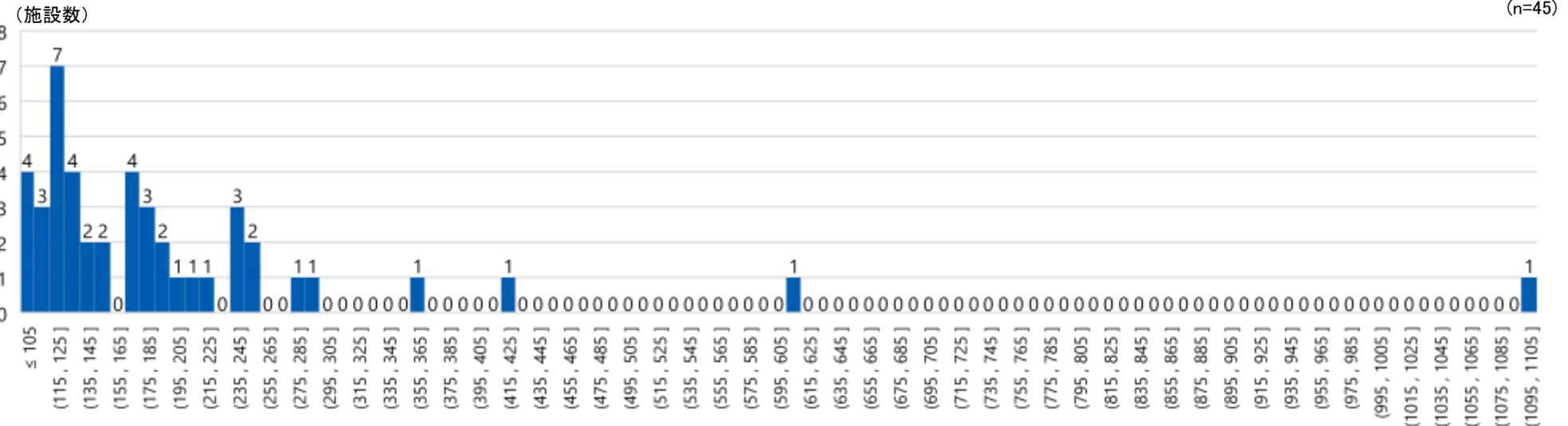
【入院基本料を一律55点（全体の75%tile）増点】



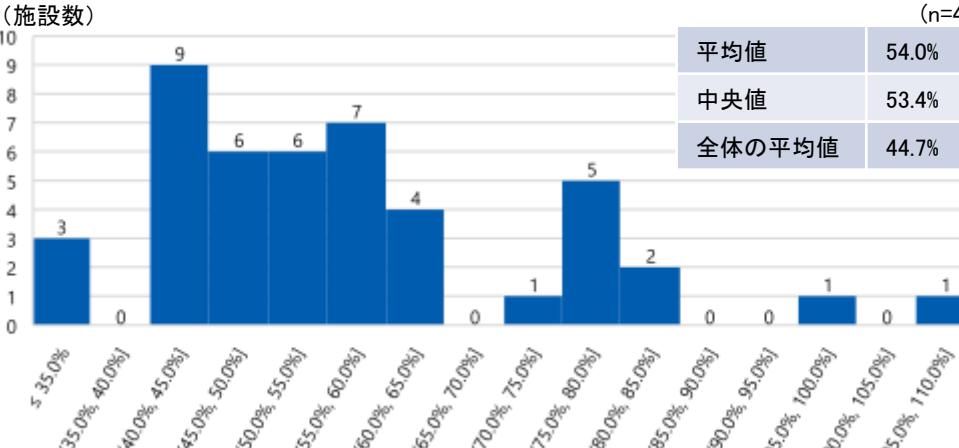
## (参考) 必要な点数が100点以上となる施設について

- 1 %の賃上げに必要な点数が100点以上となる施設の分布とデータは以下のとおり。
- 紙与費の占める割合は100点未満も含めた全体の平均より高く、入院収益の占める割合は100点未満も含めた全体の平均より低くなっている。

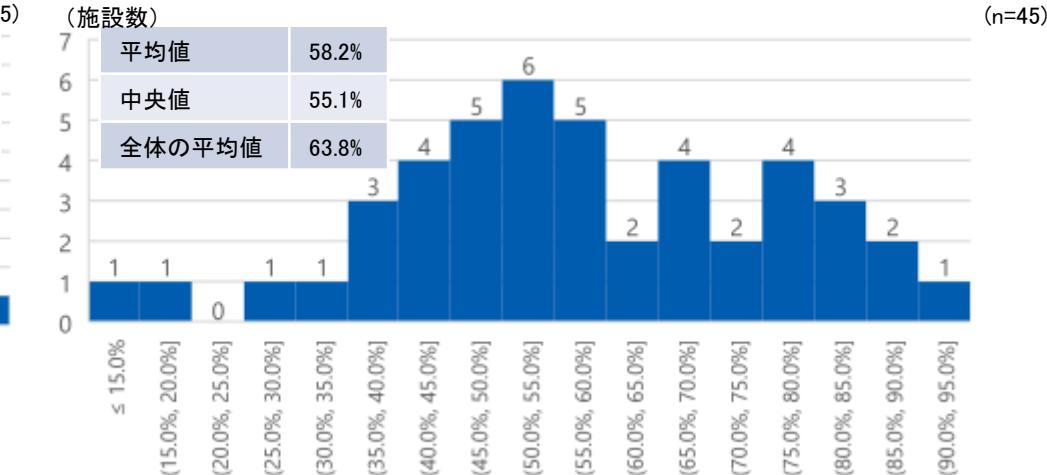
【100点以上必要な施設の分布】



【医業・介護収益中の賃上げ対象となる給与費が占める割合】



【医業・介護収益中の入院診療保険収益が占める割合】



出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

1. これまでの経緯について
2. 診療報酬等の構造について
3. 基礎となる分析について

3-1. 職員の配置状況について

3-2. 算定回数の月による違いについて

4. 試行的なシミュレーションについて

4-1. 病院について

4-2. 診療所、歯科診療所、薬局及び訪問看護ステーションについて

# 診療所・歯科診療所・薬局における試行的なシミュレーションについて

## ○ 診療所・歯科診療所に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

- ・ 医療経済実態調査における給与費総額に、常勤職員の給与総額に占める管理職(院長及び役員)及び事務職員以外の常勤の医療関係職種(医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・看護補助職員・医療技術員・歯科衛生士・歯科技工士)の給与の割合を乗ずることで、各医療機関における管理職及び事務職員以外の医療関係職種の給与総額を推計した。
  - 医療経済実態調査において職種別給与がすべて0円である診療所・歯科診療所については推計から除外している。
  - 管理職及び事務職員以外の医療関係職種の給与総額を1%引き上げる場合に初再診料へ追加が必要となる点数を試算した。

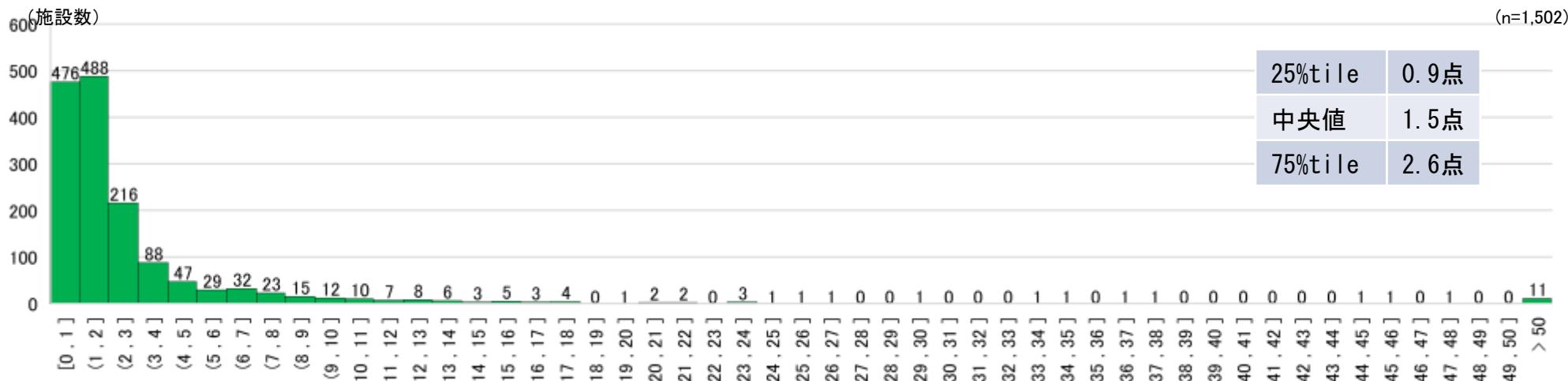
## ○ 薬局に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

- ・ 医療経済実態調査における給与費総額に、常勤職員の給与総額に占める薬剤師の給与の割合を用いて、各薬局における管理職(役員、管理薬剤師)以外の薬剤師の給与総額を推計した。
  - 事務職員、その他職員は含まれていない。
  - 医療経済実態調査において職種別給与がすべて0円である薬局については推計から除外している。
  - 管理職及び事務職員以外の薬剤師の給与総額を1%引き上げる場合に調剤基本料へ追加が必要となる点数を試算した。

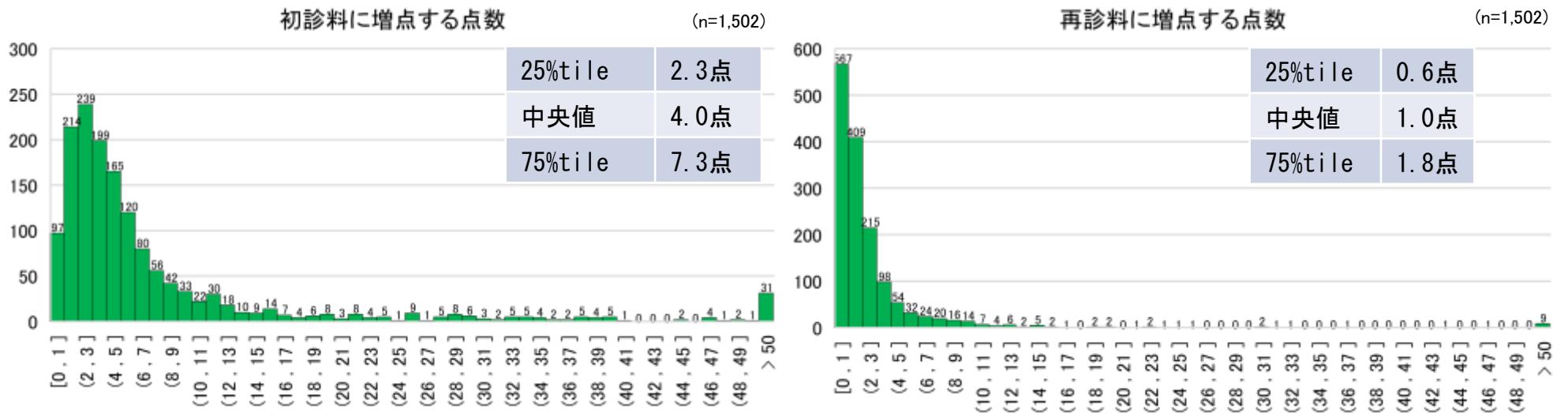
# 【診療所】診療所全体における賃金引き上げのために必要な点数について

- 1%の賃上げに必要な点数を初再診料の算定回数より算出したところ、分布は以下のとおり。

## 【初再診料を同点増点した場合の、施設ごとの増点数】



## 【初診料と再診料の点数比(288:73)に按分して増点する場合の、施設ごとの増点数】

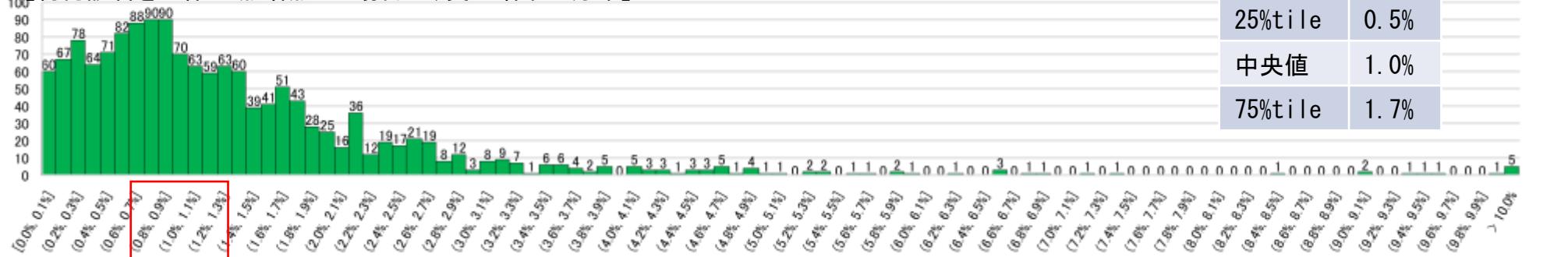


出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

# 【診療所】増点パターンと賃金増率の分布について①(初再診料を同点増点)

- 賃上げに必要な増点数の代表値を1~3つ選択し、各施設ごとに賃金の増率を算出したところ、分布は以下のとおり。

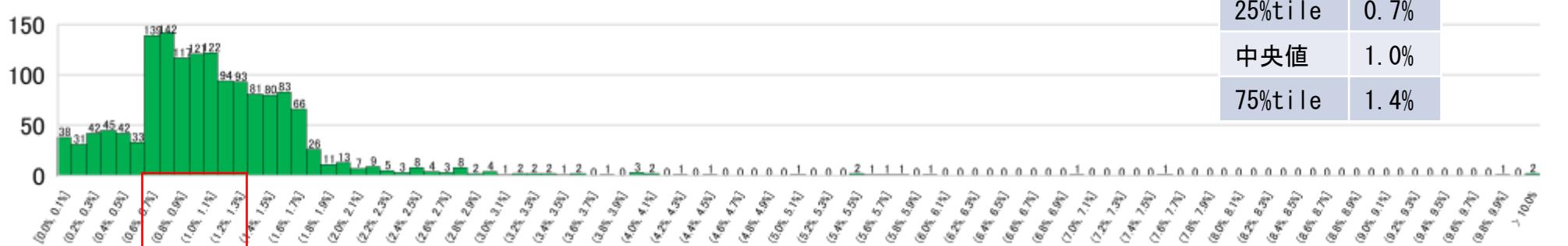
【初再診料を一律1.5点増点した場合の、賃金増率の分布】



(n=1,502)

25%tile	0.5%
中央値	1.0%
75%tile	1.7%

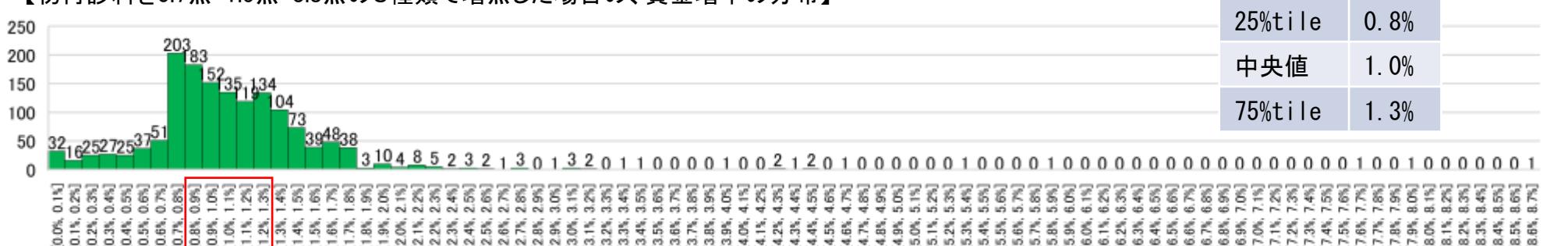
【初再診料を0.9点・2.6点の2種類で増点した場合の、賃金増率の分布】



(n=1,502)

25%tile	0.7%
中央値	1.0%
75%tile	1.4%

【初再診料を0.7点・1.5点・3.8点の3種類で増点した場合の、賃金増率の分布】



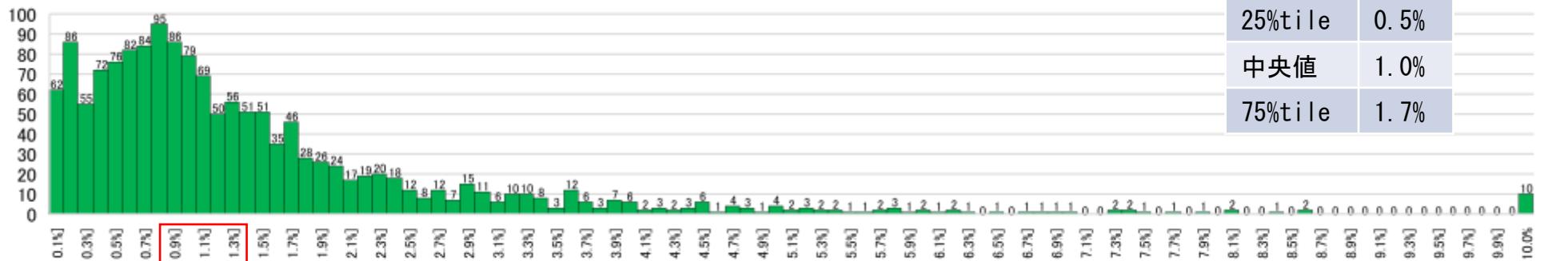
(n=1,502)

25%tile	0.8%
中央値	1.0%
75%tile	1.3%

# 【診療所】増点パターンと賃金増率の分布について②(初診料・再診料を按分して増点)

- 賃上げに必要な増点数の代表値を1~3つ選択し、各施設ごとに賃金増率を算出したところ、分布は以下のとおり。

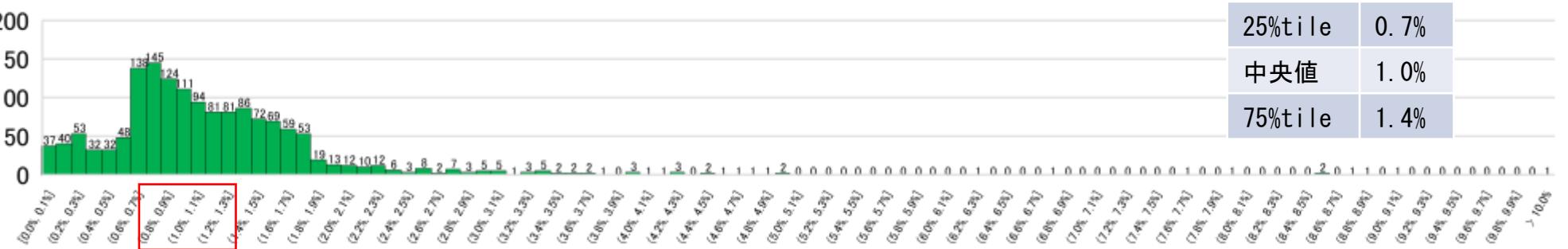
【初診料を4.0点、再診料を1.0点増点した場合の、賃金増率の分布】



(n=1,502)

25%tile	0.5%
中央値	1.0%
75%tile	1.7%

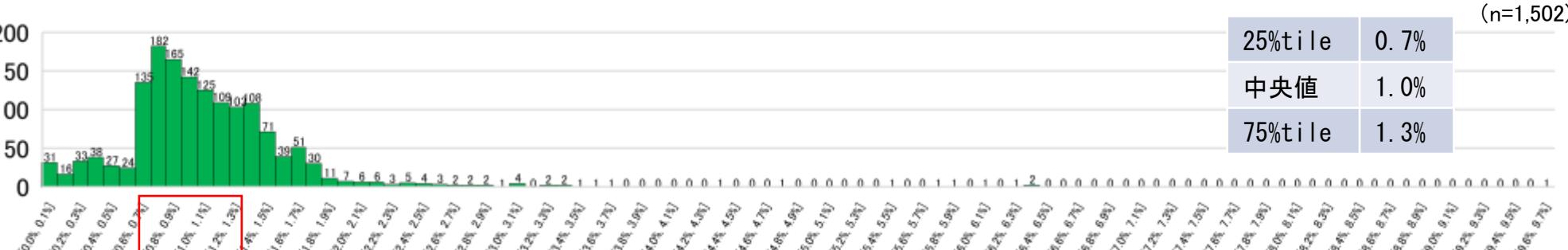
【初診料を2.3点、再診料を0.6点、または初診料を7.3点、再診料を1.8点の2種類で増点した場合の、賃金増率の分布】



(n=1,502)

25%tile	0.7%
中央値	1.0%
75%tile	1.4%

【初診料を1.7点、再診料を0.4点、または初診料を4.0点、再診料を1.0点、または初診料を10.2点、再診料を2.6点の3種類で増点した場合の、賃金増率の分布】



(n=1,502)

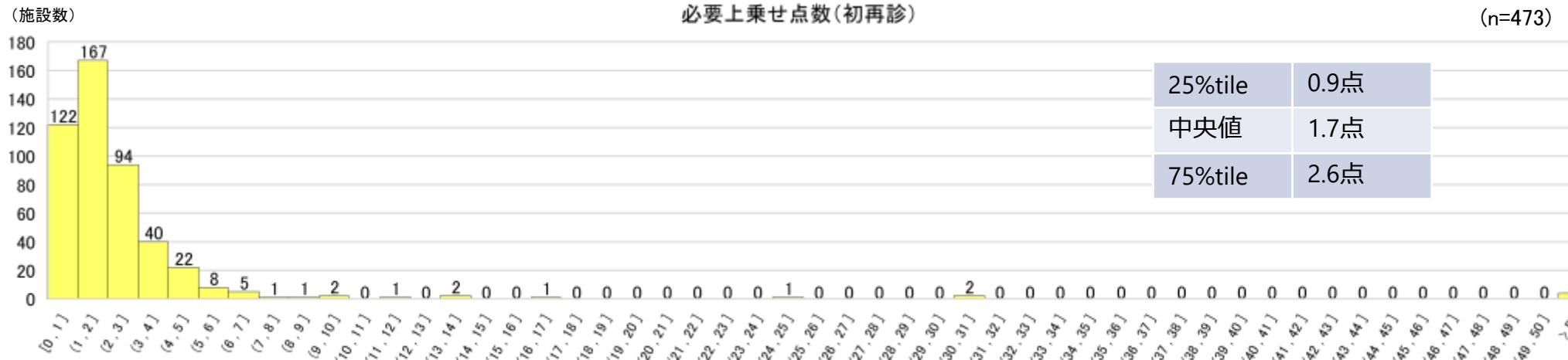
25%tile	0.7%
中央値	1.0%
75%tile	1.3%

出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

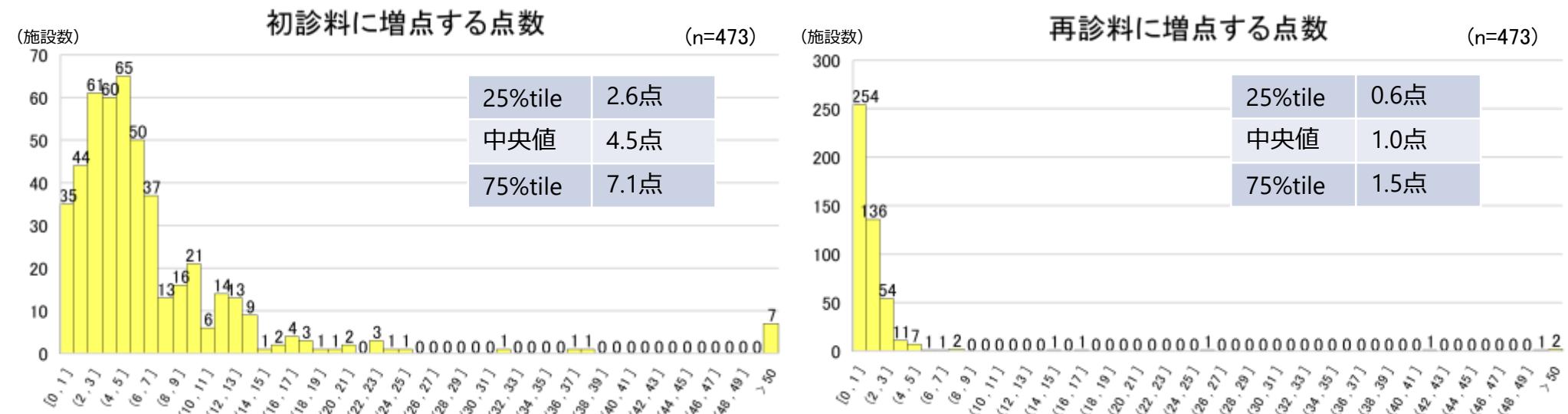
# 【歯科診療所】歯科診療所全体における賃金引き上げのために必要な点数について

- 1%の賃上げに必要な点数を初再診料の算定回数より算出したところ、分布は以下のとおり。

## 【初再診料を同点増点した場合の、施設ごとの増点数】



## 【初診料と再診料の点数比(264:56)に按分して増点する場合の、施設ごとの増点数】

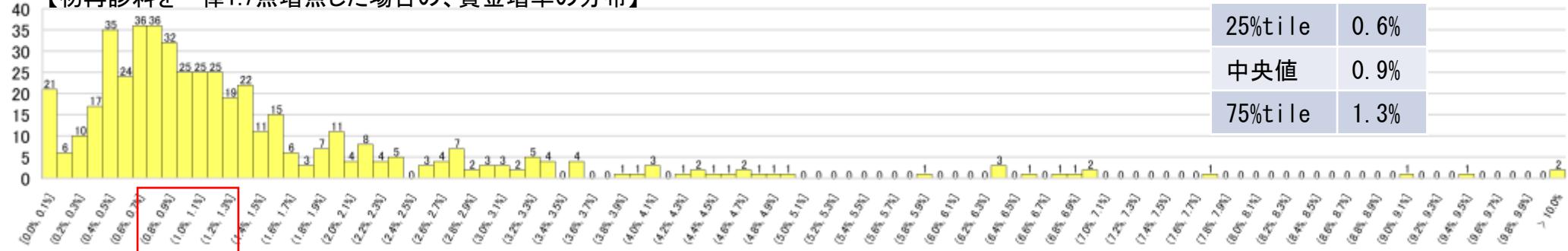


出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

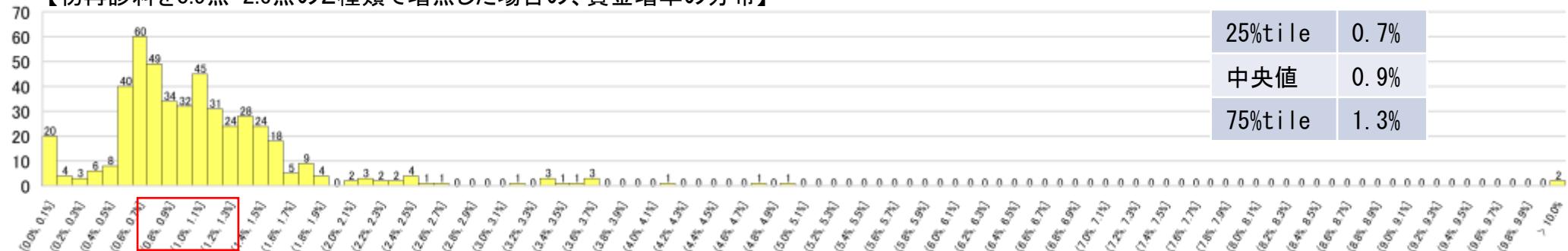
# 【歯科診療所】増点パターンと賃金増率の分布について①(初再診料を同点増点)

- 賃上げに必要な増点数の代表値を1~3つ選択し、各施設ごとに賃金の増率を算出したところ、分布は以下のとおり。(n=473)

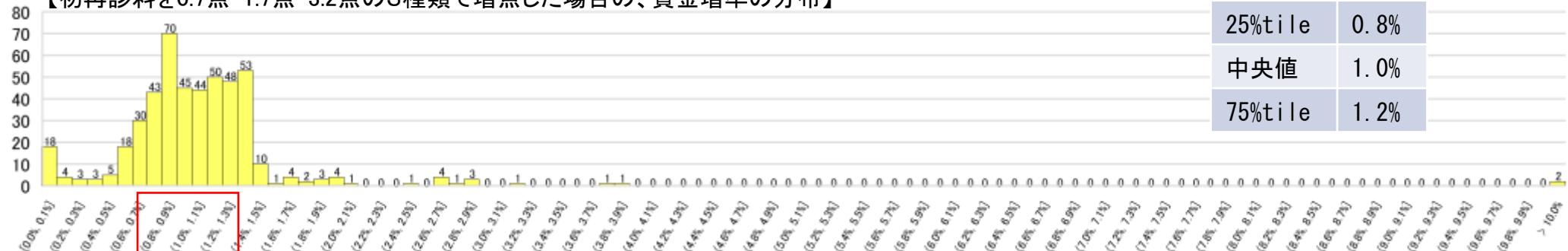
【初再診料を一律1.7点増点した場合の、賃金増率の分布】



【初再診料を0.9点・2.6点の2種類で増点した場合の、賃金増率の分布】



【初再診料を0.7点・1.7点・3.2点の3種類で増点した場合の、賃金増率の分布】

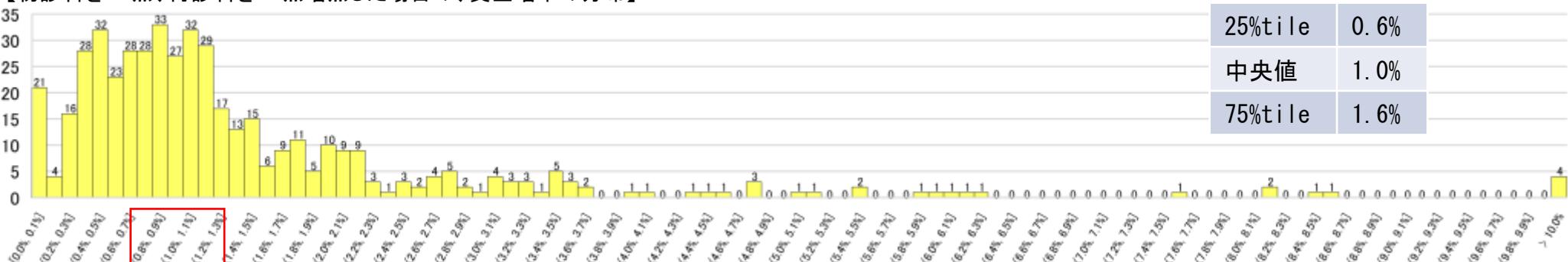


出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

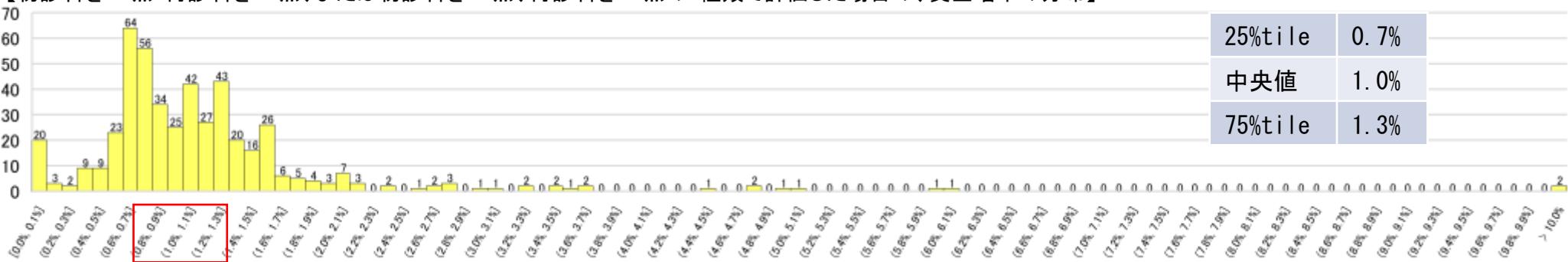
# 【歯科診療所】増点パターンと賃金増率の分布について②(初診料・再診料を按分して増点)

- 賃上げに必要な増点数の代表値を1~3つ選択し、各施設ごとに賃金補填率を算出したところ、分布は以下のとおり。(n=473)

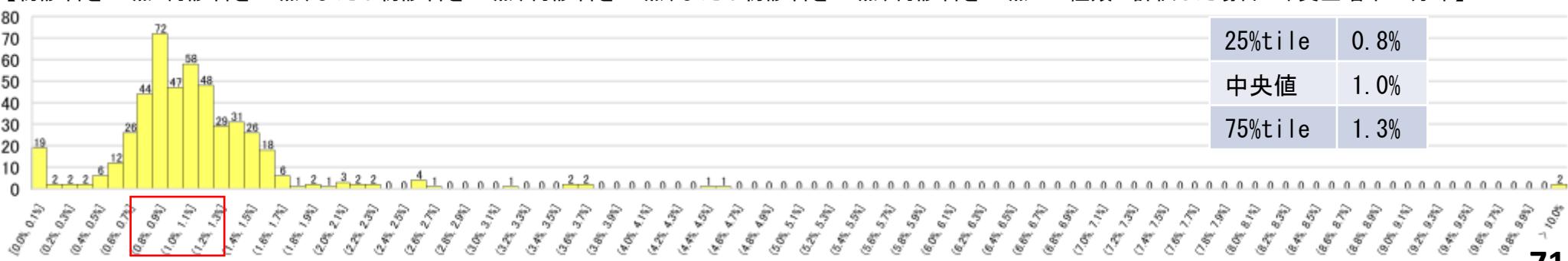
【初診料を4.5点、再診料を1.0点増点した場合の、賃金増率の分布】



【初診料を2.6点・再診料を0.6点、または初診料を7.1点・再診料を1.5点の2種類で評価した場合の、賃金増率の分布】



【初診料を2.0点・再診料を0.4点、または初診料を4.5点・再診料を1.0点、または初診料を9.6点・再診料を2.1点の3種類で評価した場合の、賃金増率の分布】



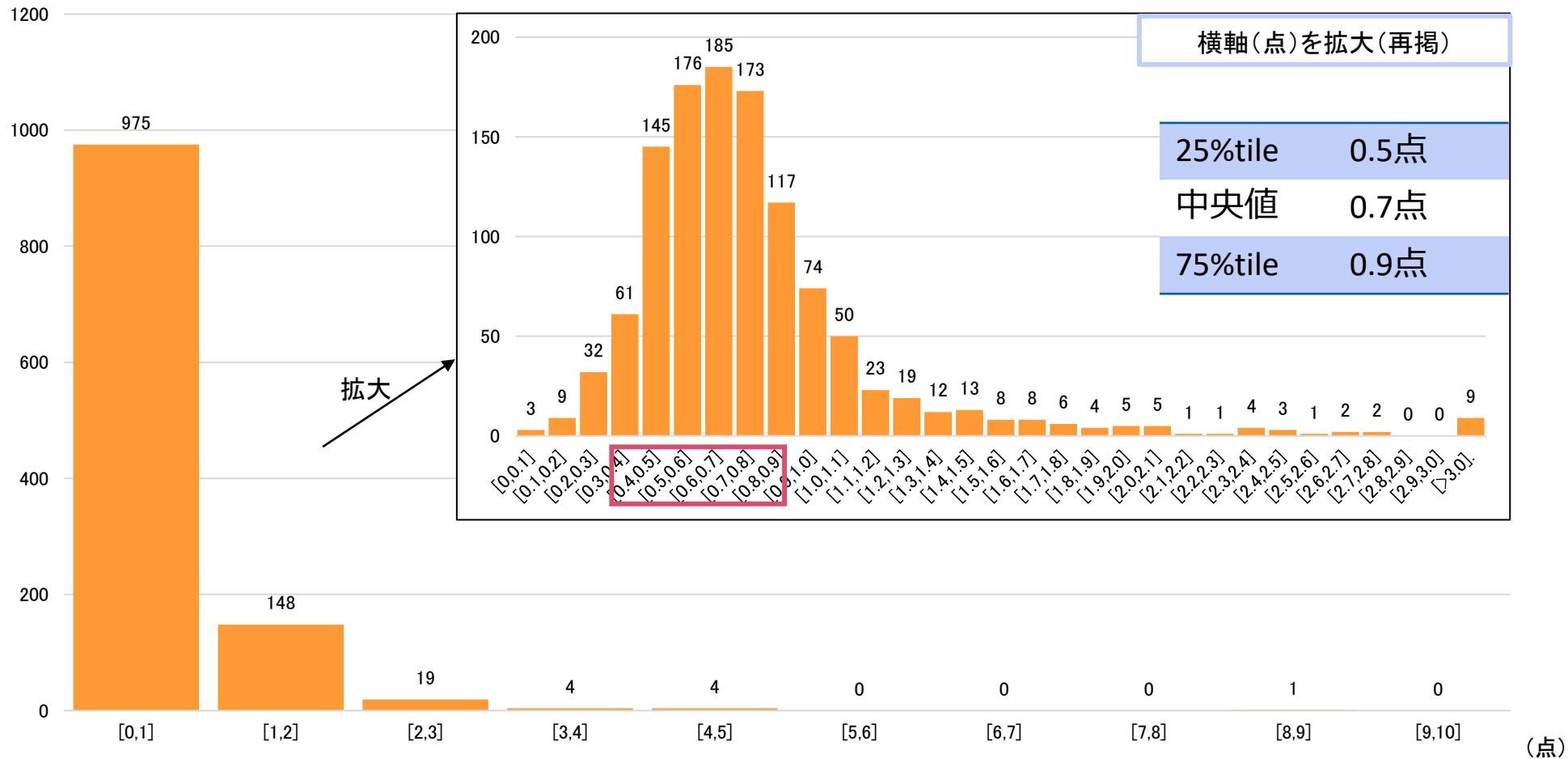
出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

# 【薬局】薬局全体における賃金引き上げのために必要な調剤基本料増点数

- 薬局において、1%賃上げのために必要な点数の分布は以下のとおり。

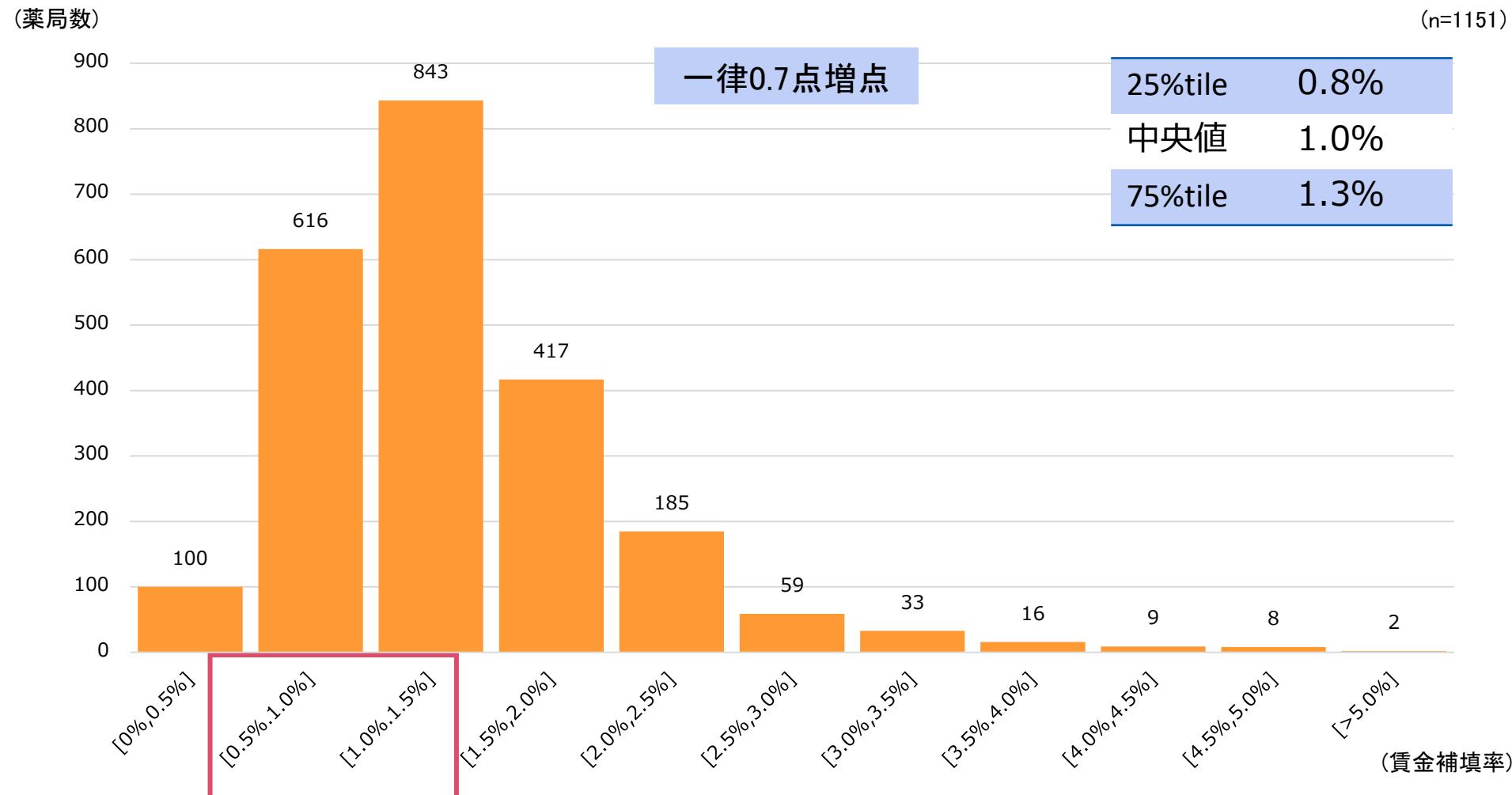
(薬局数)

(n=1151)



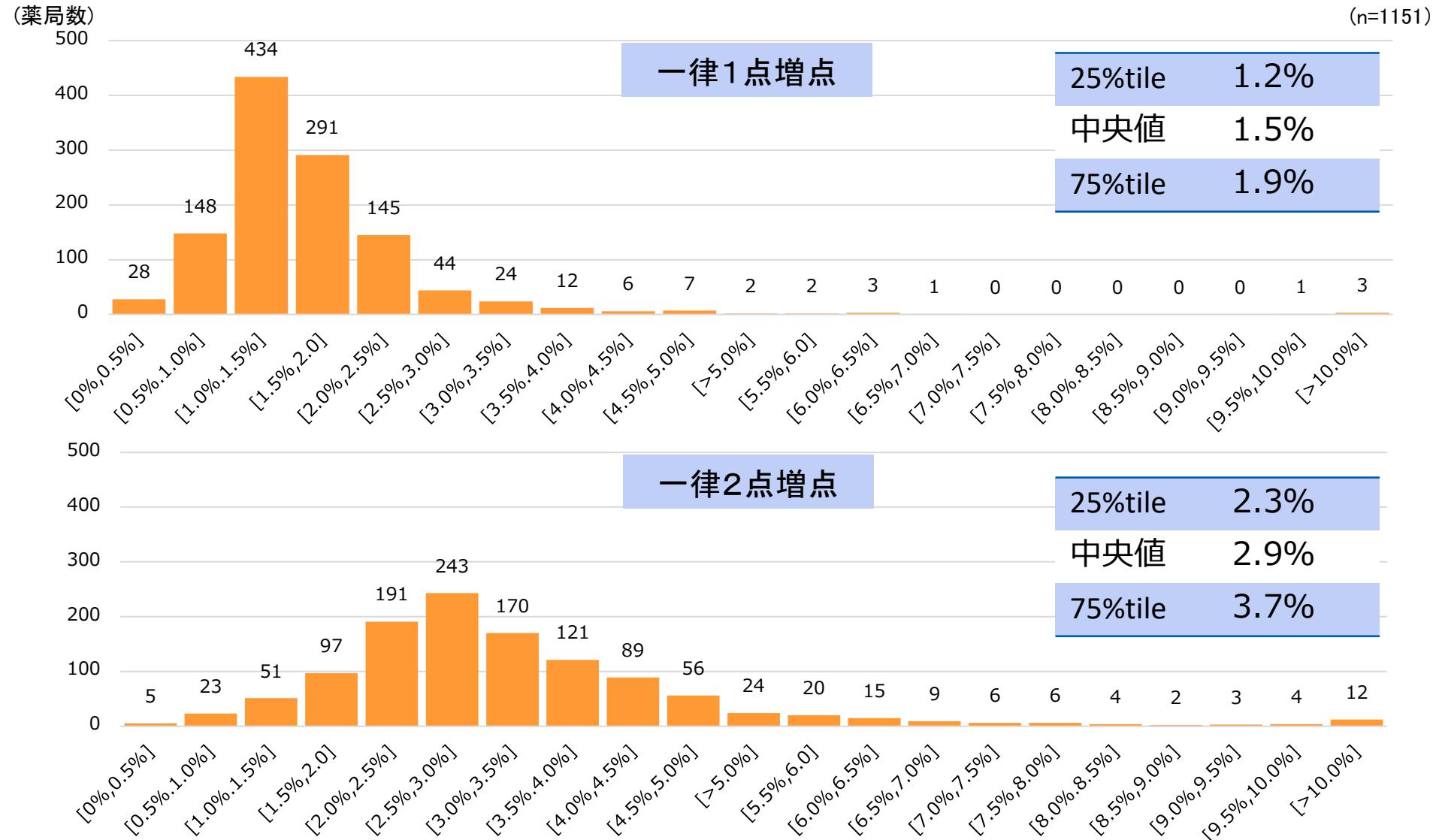
# 【薬局】増点パターンと賃金補填率分布について

- 1%の賃上げに必要な調剤基本料の増点分を試算した際の中央値(0.7点)を用いて、各施設ごとの賃金補填率を試算した場合の分布は以下のとおり。



# 【薬局】増点パターンと賃金補填率分布について

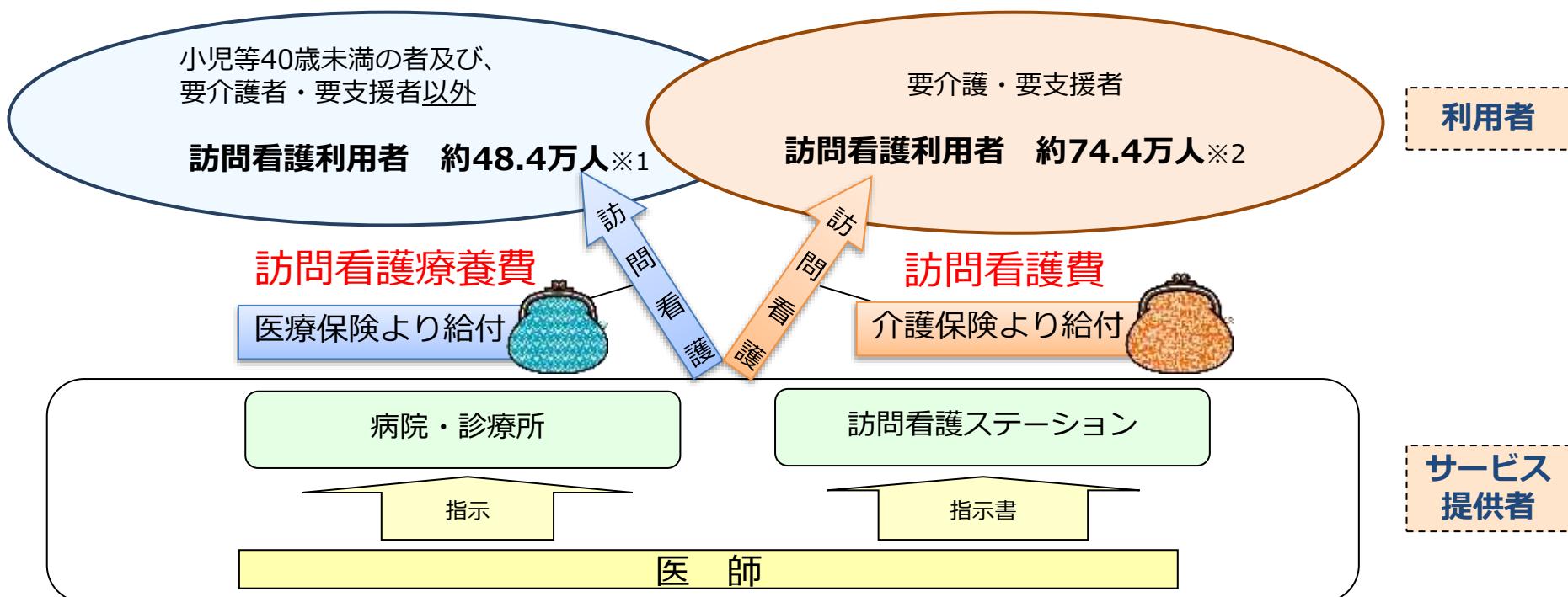
- 賃上げに必要な調剤基本料への増点分を1点又は2点とした場合における、各施設ごとの賃金補填率を試算した場合の分布は以下のとおり。



出典：シミュレーション施設は令和5年度医療経済実態調査の対象施設。

# 訪問看護の仕組み

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典:(※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)

(※2)介護給付費等実態統計(令和5年6月審査分)

## 【医療保険】

**小児等40歳未満の者、要介護者・要支援者以外**

(原則週3日以内)

**厚生労働大臣が定める者**  
(特掲診療料・別表第7※1)

**特別訪問看護指示書<sup>注)</sup>の交付を受けた者**  
**有効期間：14日間** (一部、2回交付可※2)

**厚生労働大臣が定める者**  
(特掲診療料・別表第8※3)

**認知症以外の精神疾患**

## 【介護保険】

**要支援者・要介護者**

**限度基準額内 無制限**  
(ケアプランで定める)

**(※1) 別表第7**

- 末期の悪性腫瘍
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患
- 多系統萎縮症
- プリオントウ病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髓性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態

**(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者**  
**(有効期間：28日間)**

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

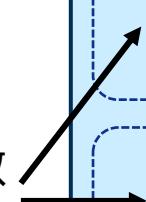
**注) 特別訪問看護指示書**

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

**(※3) 別表第8**

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
  - 在宅自己腹膜灌流指導管理
  - 在宅血液透析指導管理
  - 在宅酸素療法指導管理
  - 在宅中心静脈栄養法指導管理
  - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
  - 在宅自己導尿指導管理
  - 在宅人工呼吸指導管理
  - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
  - 在宅自己疼痛管理指導管理
  - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

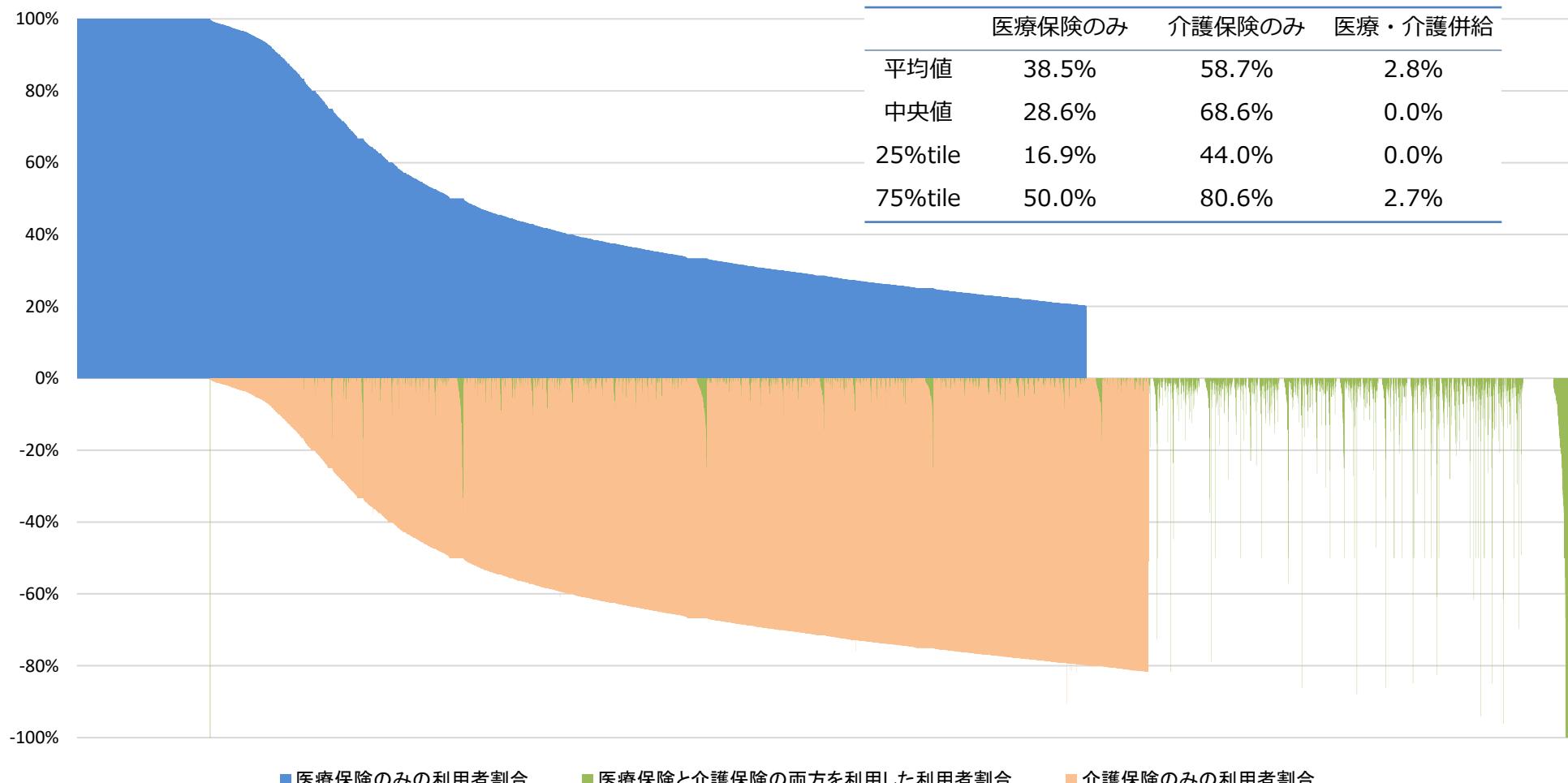
算定日数  
制限なし



# 【訪問看護】 1事業所あたりの医療保険と介護保険の利用者の割合

- 訪問看護ステーションでは、1事業所内において医療保険により給付される利用者、介護保険により給付される利用者、1か月の中で医療保険と介護保険が切り替わる利用者が混在している。

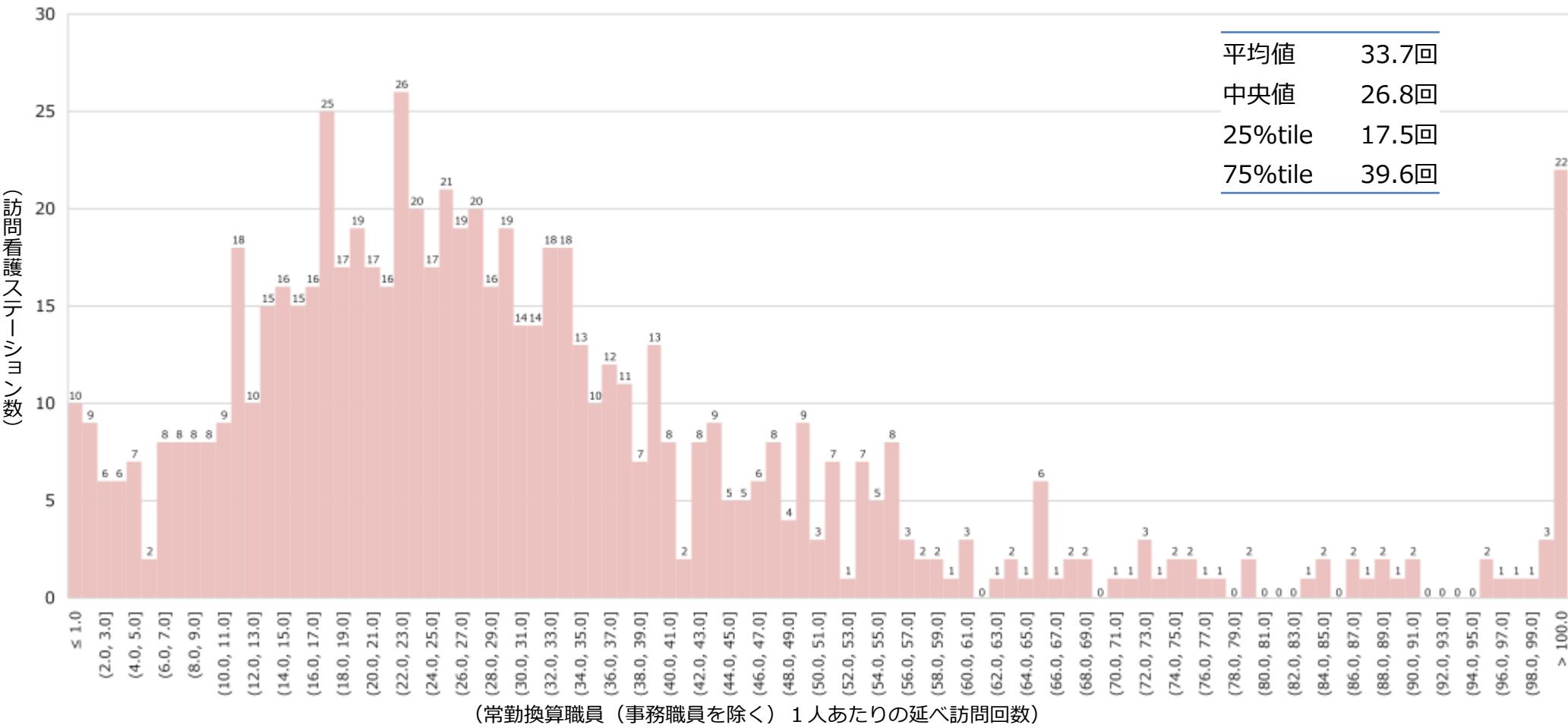
■訪問看護ステーションにおける、医療保険・介護保険別の利用者割合の分布 (n=13,769) (令和4年6月1日～6月30日の利用者実人数)



# 【訪問看護】常勤換算職員 1人あたりの訪問回数の分布

- 事務職員を除く常勤換算職員 1人あたりの1か月間の訪問回数はの分布は以下のとおり。

■訪問看護ステーションにおける、常勤換算職員数（事務職員を除く） 1人あたりの延べ訪問回数の分布 (n=729)  
(令和4年10月1日～10月31日)



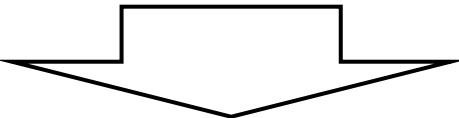
(常勤換算職員（事務職員を除く） 1人あたりの延べ訪問回数)

※延べ訪問回数は医療保険の訪問看護利用者に対する訪問看護の回数を集計

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」  
(訪問看護票(施設))をもとに保険局医療課にて作成

# 医療機関等における職員の賃上げについての課題と論点

- ・ 賃上げに係る施策等、医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療機関等の職員における賃上げについて、診療報酬において対応する場合を想定し、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な分析を行い、検討を進めることとされている。
- ・ 令和6年度診療報酬に向けた大臣折衝において、「看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(※)について、令和6年度にペア+2.5%、令和7年度にペア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%」とされている。  
※ 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く。
- ・ 許可病床1床当たり医療関係職種の配置状況については、医療機関により多様となっている。
- ・ 診療月別の入院料、再診料の算定回数にはばらつきがある。
- ・ 技術的な議論のための基礎資料として、医療経済実態調査及びNDBデータを元に、試行的なシミュレーションを行った。具体的には、医療関係職種について、1%の賃上げを行うために必要な評価を、入院基本料等(病院)、初再診料(医療機関)及び調剤基本料(薬局)に上乗せすることを想定し、シミュレーションを行った。



## 【論点】

- 多様な職種が働く医療界において全体としての賃上げが求められる中、診療報酬上の対応について、試行的なシミュレーションを踏まえ、技術的にどのように考えるか。

中医協	総	-	1	-	2
6	.	1	.	1	0

中医協	診	-	2		
6	.	1	.	1	0

診調組	入	-	1	
6	.	1	.	4

# 医療機関等における職員の賃上げについて (その2)

令和6年1月4日(木)

1. これまでの経緯について
2. これまでの議論等を踏まえた基礎となる分析について
  - 2-1. 病院類型ごとの職員の配置状況について
3. これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて
  - 3-1. 医科診療所及び歯科診療所について
  - 3-2. 病院について
  - 3-3. 訪問看護ステーションについて

## 【10月12日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 「看護職員処遇改善評価料」が予定通り運用されていることがわかったが、今後、賃金引き上げの対象を拡大するうえで、現行の評価料では対応しきれないのではないか。
- 次回改定においては、医療機関に従事する全ての職種について、他業種並みの賃金引上げが可能となるよう、原資の確保の検討をお願いしたい。
- 患者からすると、「看護職員処遇改善評価料」がどのように理解されているか疑問。今後、賃金引上げの対象を他職種に広げるとすれば患者負担も増加するため、患者が納得する仕組みを検討すべきではないか。
- 病院勤務の薬剤師の確保が難しくなっている中、薬剤師は「看護職員処遇改善評価料」の支給対象となっていないなどの課題があり、職種に関わらず、病院職員全体の賃金引上げができる仕組みを検討すべきではないか。
- 今回の「看護職員処遇改善評価料」は、地域のコロナ医療を担う看護職員を評価するために創設されたものであり、賃金引上げのための議論とは本来、切り離すべきではないか。
- 他職種も含めた賃金引き上げを実現するには、入院基本料等での対応を検討すべきではないか。
- 賃金引上げの在り方については、今後、入院基本料等での対応も含め、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論すべきではないか。

## 【10月27日 中央社会保険医療協議会総会】 (処遇改善全般)

- 春闇の平均賃上げ率が3.58%となっている中、医療・介護の賃上げは一般企業に及んでおらず、その結果、高齢化等による需要増加にも関わらず、他産業に人材が流出しており、医療分野における有効求人倍率は全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まりしており、人材確保難となっている。公定価格により経営する医療機関においては、価格転嫁ができないこと等により、経営努力のみでは対応が困難。賃上げを確実に達成していくという、政権の目標に沿うためにも、公定価格である診療報酬を、確実に引き上げる対応が必須であり、従事者の給与の上昇および人材確保を図る原資の確保が求められている。
- 人材確保は重要であり、業務量に見合う人員配置の評価が必要。
- 看護補助者の重要性が議論になっているが、介護職員は処遇改善加算等により処遇改善されているため、介護職員と看護補助者の給与差が広がってきてている。このままでは病院の中で非常に重要な看護補助者の確保が難しくなるため、この差を埋める必要がある。
- 薬剤師は地域医療も支えており、薬剤師の処遇改善についても対応が必要。
- 来年度から医師の働き方改革により残業規制が始まり、医師から看護師、看護師から看護補助者等のタスクシフト/タスクシェアが起き、医療機関の中での人件費の配分が変化すると想定されるため、処遇改善は医療機関のマネジメントで対応していくべき。
- 一般企業においても毎年利益が生まれるわけではなく、経営努力により成り立っており、医療機関も効率化をはかっていくべき。
- 診療報酬で処遇改善を行う場合、患者負担や保険料負担への影響も十分に踏まえるべき。
- 費用の使途の見える化が重要。

## (看護職員処遇改善評価料の課題)

- 看護職員処遇改善評価料は、対象とならない職種や医療機関があるため、医療機関で働く全ての職員の処遇改善につながるよう、現行の仕組みで対応できるのかも含めて検討が必要。
- 分科会指摘のとおり、薬剤師が看護職員処遇改善評価料の支給対象になっていないことは問題である。
- 看護職員処遇改善評価料は、補助金からの移行という事情があり、評価体系として技術的な課題がある。
- 看護職員処遇改善評価料を算定している医療機関は、すでに約9割のベア等を行っており、今働いている人の不利益にならないよう、引き続き原資の確保が必要。

## 【12月8日 中央社会保険医療協議会総会】

- 患者が安心して医療を受けるために医療人材の確保は重要であり、そのためには医療機関で働く全ての労働者の賃金改善が必要。賃上げが確実に実施されるための技術的な分析、検討をお願いしたい。
- 次回改定においては、すべての医療関係職種の賃上げが必要であり、看護職員の分析で明らかとなった多様な状況以上に、医療機関や職種により待遇が様々であることが想定される。このため、看護職員待遇改善評価料の仕組みにとらわれず、診療報酬としてどのような評価方法が考えられるのかについて検討が必要。
- 医療経済実態調査の結果でも、薬局の給与の伸びは不十分。また、薬局の事務職員の平均賃金は全産業を大きく下回っている。人手不足は深刻な状況であり、待遇改善の対応が必要。
- 看護職員待遇改善評価料は、看護職員全体の2/3に当たる約100万人が対象外となっている。看護補助者は医療関係職種の中で最も低い賃金であり、全産業平均を大きく下回っている。生産年齢人口が減少していく中で、医療関係職種の人材確保は安心安全な医療を国民に提供し続ける上で不可欠。
- 入院基本料の引き上げを実施した場合、待遇改善にしっかりと使われたかどうかの検証が必要。
- 評価料以外に、持ち出しによってすべての職員の給与を何とか上げたという病院もある。基本となる賃金の水準や、どの程度引き上げるのが適切であるかなど、評価が難しい点も課題。
- 確実に賃上げにつながるような詳細な制度設計だけでなく、医療機関の裁量の中で、労働市場等における様々な要素を踏まえた一定程度の待遇改善が行われるような柔軟な制度設計なども考えられる。メリット・デメリット等も含め分科会において検討いただきたい。
- 資本の増加分を原資にすれば待遇改善は対応可能なことが医療経済実態調査において明らかになった。医療関係職種より賃金が伸びていない業界もあるなかで、医療関係職種の賃上げを単純に患者負担や保険料に転嫁すべきではない。
- 幅広い職種や医療機関を対象とするのであれば、看護職員待遇改善評価料のように、個々の医療機関の職員数と患者数に応じた仕組みには限界がある。特に診療所については、医療経済実態調査で経営が好調なことが明らかであり、極めて慎重に対応すべき。
- 受診する医療機関によって自己負担が変わるなど、診療報酬が複雑になりすぎないよう、評価を行うとしても、賃上げの一部に充てるイメージで最低限の評価にとどめるべき。

# 入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

## 【12月21日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 点数の種類が多いほど集約されてくるとは理解できたが、やはり外れ値も存在する。また点数種類が多いと従業員数に応じた届出などが非常に複雑になり、医療機関への負担も増えることが危惧される。現場への混乱が生じないよう、できるだけ幅広く柔軟にかつシンプルな取り組みの検討をお願いしたい。
- 全ての医療機関が対象となるため、設計はシンプルで説明しやすいものにすべき。また、適切に運用されているかしっかり検証ができる仕組みは最低限構築すべき。
- 前回の看護職員の処遇改善に関しては急性期病院を主とし、看護師の人数もある程度わかっている中で、他の職種にも賃金を充てられるものであったが、今回あまりにも病院ごとに職種間のばらつきが大きいので、同様の運用は難しいのではないか。
- 点数や賃金増率の分布について平均を見るだけでなく、超過している医療機関や極端に不足している医療機関について分析することが必要。
- 「看護職員処遇改善評価料」ほど多くの点数を設けることは難しいが、ばらつきを少なくするためにには一定程度点数を分類することも必要ではないか。
- 外れ値の分析は必要だが、ばらつきを完全になくすことは難しく、医療機関の負担などにも配慮した上で、一定程度のばらつきを許容することも必要ではないか。
- 病院類型別の職員の配置状況の分布の分析も必要ではないか。
- 職種のばらつきを見ていると、入院基本料等別の対応は難しいと考える。また、外来についても評価の検討をすべき。
- 医療機関によって各職種の人数や配置される部門などは多様。入院基本料等のみで評価するのは難しく、外来も評価に入れなければ、賃金の引き上げに苦労する医療機関も出てくるのではないか。
- 外来への評価を検討する場合、患者の自己負担に直結するため配慮が必要。
- 訪問看護については医療保険と介護保険の利用者が事業所によって様々であり、制度設計においては経営形態にも配慮が必要。

## 令和3年12月22日大臣折衝事項(抄)

令和4年度改定

診療報酬改定

### 1. 診療報酬 + 0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0.23%  
 各科改定率 医科 + 0.26%  
 歯科 + 0.29%  
 調剤 + 0.08%

※2 **うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0.20%**

※3～※5 (略)

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注1）に勤務する看護職員を対象に、**10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み**（注2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

(注1) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

(注2) 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

## 令和5年12月20日大臣折衝事項(抄)

令和6年度改定

診療報酬改定

### 1. 診療報酬 + 0.88%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0.46%  
 各科改定率 医科 + 0.52%  
 歯科 + 0.57%  
 調剤 + 0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+ 0.28%程度) を含む

※2 **うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にペア+2.5%、令和7年度にペア+2.0%を実施していくための特例的な対応 + 0.61%**

※3、※4 (略)

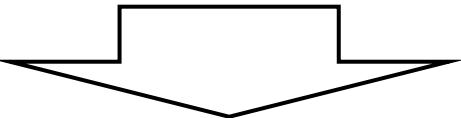
時期	議論の内容
2023年12月21日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ これまでの経緯等</li> <li>○ データ分析① <ul style="list-style-type: none"> <li>- 基礎的なシミュレーション 等</li> </ul> </li> <li>○ 今後の検討に向けた議論</li> </ul>
本日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ データ分析② <ul style="list-style-type: none"> <li>- 指摘を踏まえた再度のシミュレーション 等</li> </ul> </li> <li>○ 取りまとめに向けた議論</li> </ul>
...	...
2024年1月中旬以降	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ とりまとめ</li> </ul>

※ 中医協総会及び中医協診療報酬基本問題小委員会にも検討の経過を報告しながら議論を進めることを想定。

また、ここでの議論は「令和5年12月20日大臣折衝事項」中の※2に当たる、+0.61%の対応分についてである。

# 医療機関等における職員の賃上げについての課題と論点

- 賃上げに係る施策等、医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療機関等の職員における賃上げについて、診療報酬において対応する場合を想定し、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な分析を行い、検討を進めることとされている。
- 令和6年度診療報酬に向けた大臣折衝において、「看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(※)について、令和6年度にペア+2.5%、令和7年度にペア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%」とされている。  
※ 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く。
- 許可病床1床当たり医療関係職種の配置状況については、医療機関により多様となっている。
- 診療月別の入院料、再診料の算定回数にはばらつきがある。
- 技術的な議論のための基礎資料として、医療経済実態調査及びNDBデータを元に、試行的なシミュレーションを行った。具体的には、医療関係職種について、1%の賃上げを行うために必要な評価を、入院基本料等(病院)、初再診料(医療機関)及び調剤基本料(薬局)に上乗せすることを想定し、シミュレーションを行った。



## 【論点】

- 多様な職種が働く医療界において全体としての賃上げが求められる中、診療報酬上の対応について、試行的なシミュレーションを踏まえ、技術的にどのように考えるか。

1. これまでの経緯について
2. これまでの議論等を踏まえた基礎となる分析について

- 2-1. 病院類型ごとの職員の配置状況について
3. これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて
  - 3-1. 医科診療所及び歯科診療所について
  - 3-2. 病院について
  - 3-3. 訪問看護ステーションについて

# 【再掲】入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

## 【12月21日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

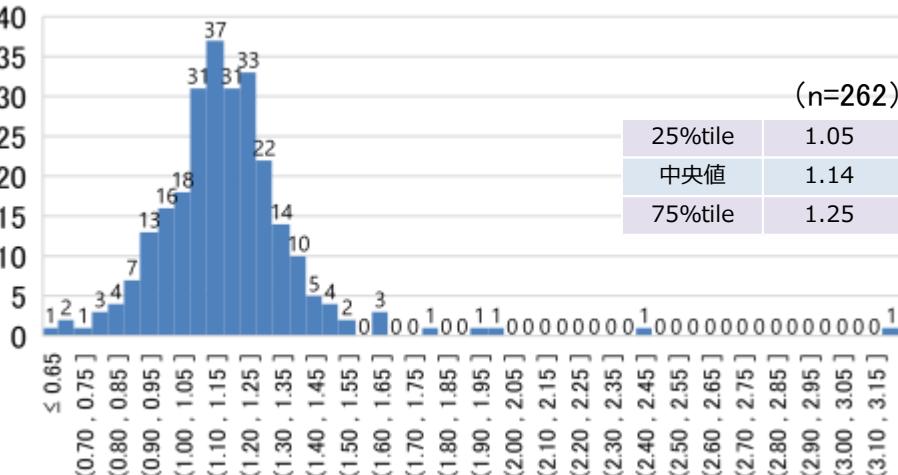
- 点数の種類が多いほど集約されてくるとは理解できたが、やはり外れ値も存在する。また点数種類が多いと従業員数に応じた届出などが非常に複雑になり、医療機関への負担も増えることが危惧される。現場への混乱が生じないよう、できるだけ幅広く柔軟にかつシンプルな取り組みの検討をお願いしたい。
- 全ての医療機関が対象となるため、設計はシンプルで説明しやすいものにすべき。また、適切に運用されているかしっかり検証ができる仕組みは最低限構築すべき。
- 前回の看護職員の処遇改善に関しては急性期病院を主とし、看護師の人数もある程度わかっている中で、他の職種にも賃金を充てられるものであったが、今回あまりにも病院ごとに職種間のばらつきが大きいので、同様の運用は難しいのではないか。
- 点数や賃金増率の分布について平均を見るだけでなく、超過している医療機関や極端に不足している医療機関について分析することが必要。
- 「看護職員処遇改善評価料」ほど多くの点数を設けることは難しいが、ばらつきを少なくするためにには一定程度点数を分類することも必要ではないか。
- 外れ値の分析は必要だが、ばらつきを完全になくすことは難しく、医療機関の負担などにも配慮した上で、一定程度のばらつきを許容することも必要ではないか。
- 病院類型別の職員の配置状況の分布の分析も必要ではないか。
- 職種のばらつきを見ていると、入院基本料等別の対応は難しいと考える。また、外来についても評価の検討をすべき。
- 医療機関によって各職種の人数や配置される部門などは多様。入院基本料等のみで評価するのは難しく、外来も評価に入れなければ、賃金の引き上げに苦労する医療機関も出てくるのではないか。
- 外来への評価を検討する場合、患者の自己負担に直結するため配慮が必要。
- 訪問看護については医療保険と介護保険の利用者が事業所によって様々であり、制度設計においては経営形態にも配慮が必要。

# 【病院】救命救急入院料届出病院における職員の配置状況について①

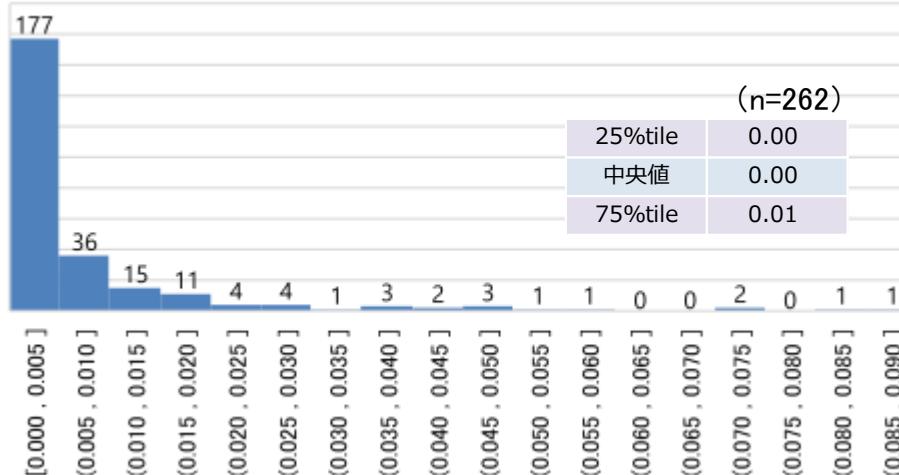
- 救命救急入院料届出病院における、許可病床1床当たりの看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の配置状況(※)については、以下のとおり。

※救命救急入院料を届け出る病院全体の看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

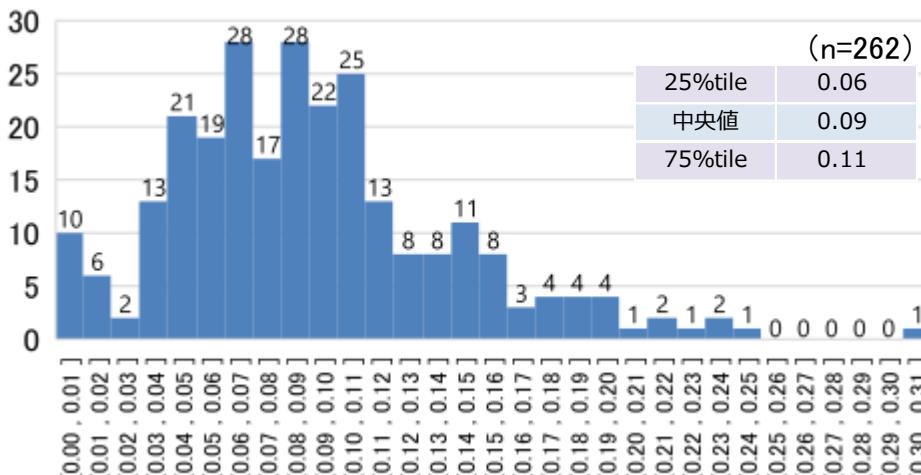
## ①看護師・助産師



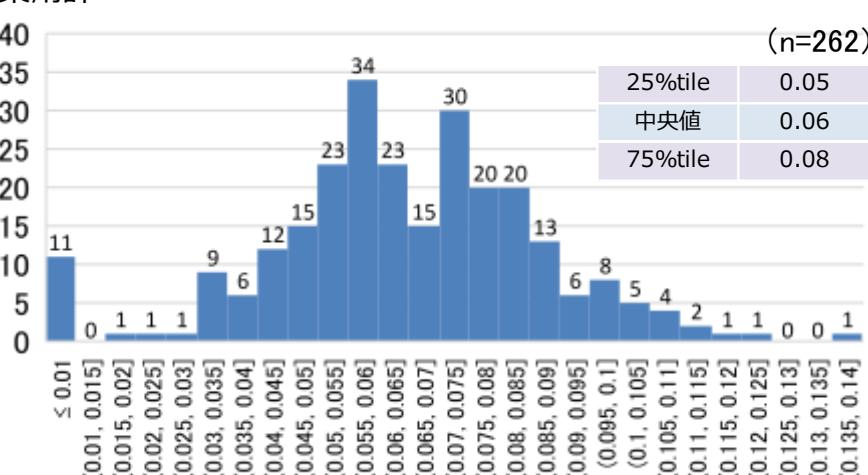
## ②准看護師



## ③看護補助者



## ④薬剤師

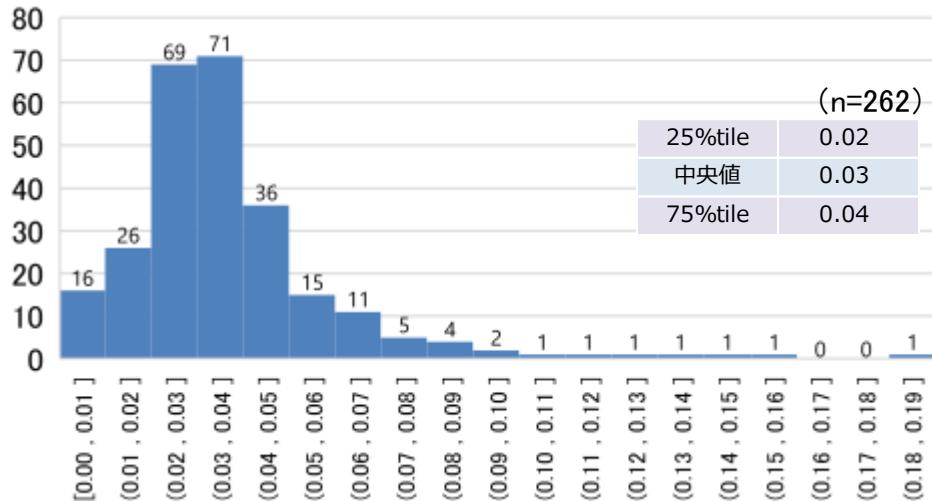


# 【病院】救命救急入院料届出病院における職員の配置状況について②

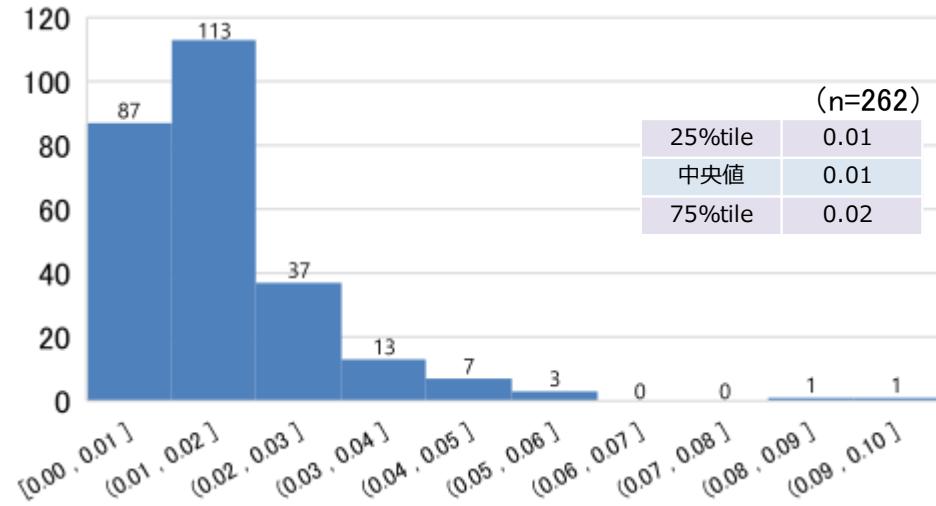
- 救命救急入院料届出病院における、許可病床 1 床当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況（※）については、以下のとおり。

※救命救急入院料を届け出る病院全体の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

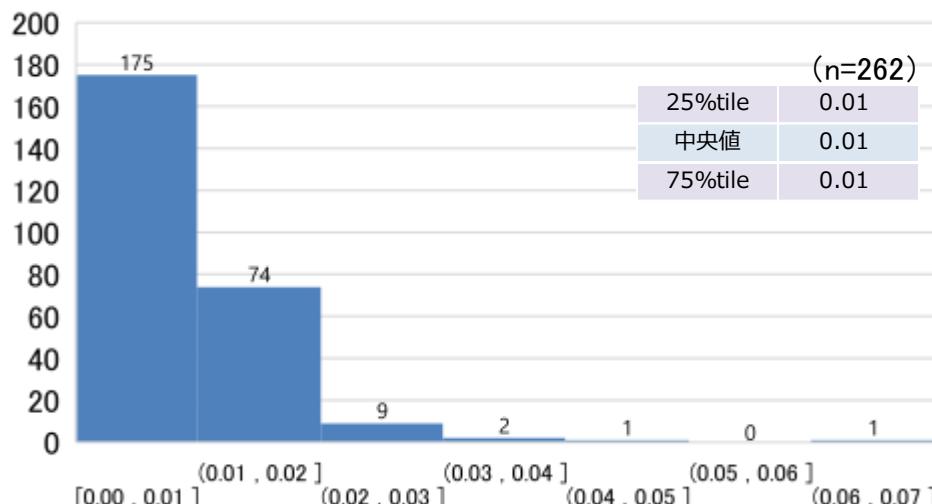
⑤理学療法士



⑥作業療法士



⑦言語聴覚士



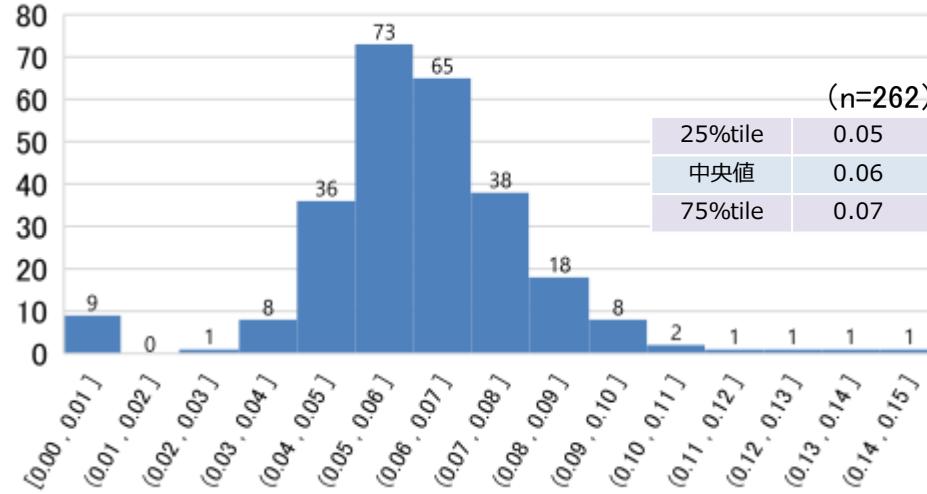
出典：令和4年度病床機能報告より保険局医療課において推計

# 【病院】救命救急入院料届出病院における職員の配置状況について③

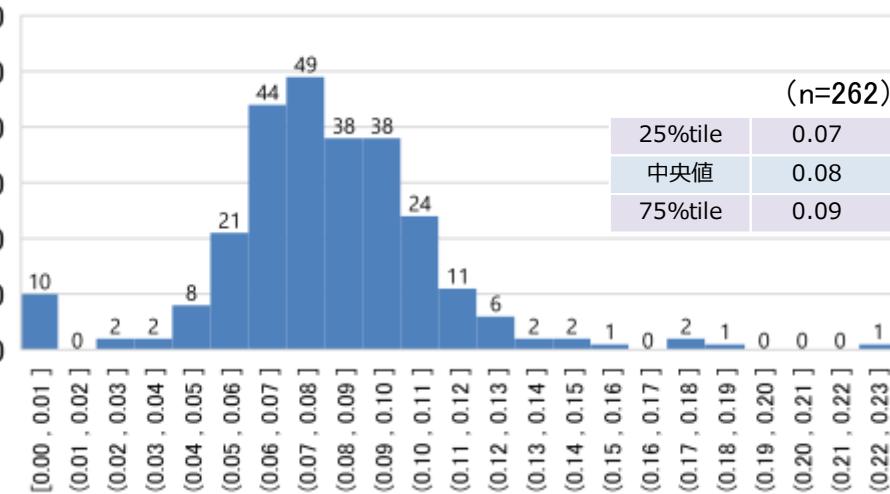
- 救命救急入院料届出病院における、許可病床 1 床当たりの診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の配置状況（※）については、以下のとおり。

※救命救急入院料を届け出る病院全体の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

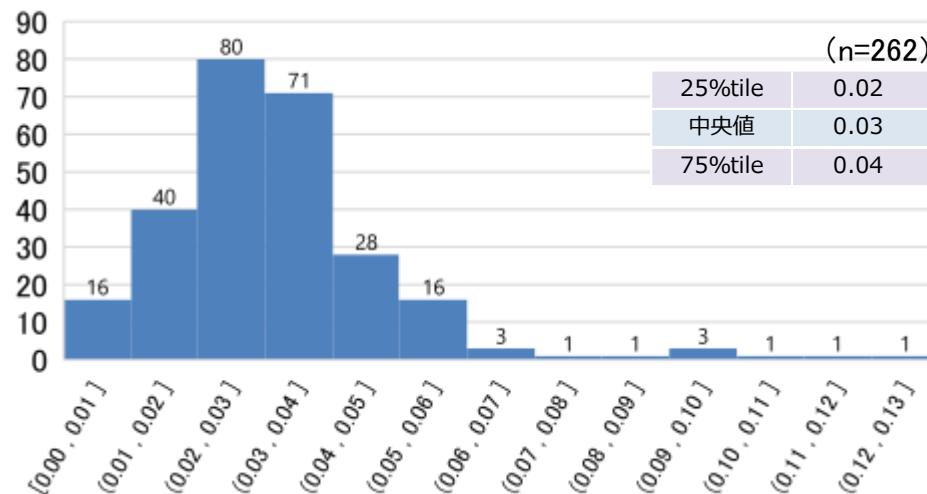
⑧診療放射線技師



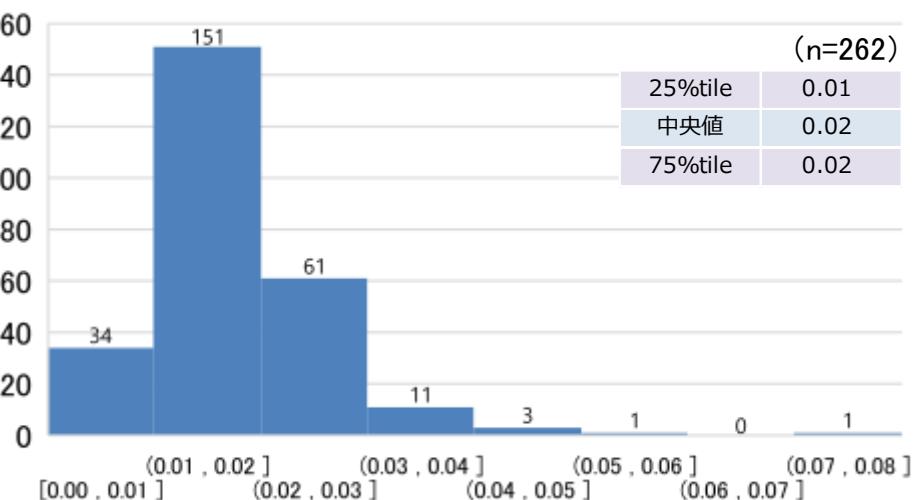
⑨臨床検査技師



⑩臨床工学技士



⑪管理栄養士

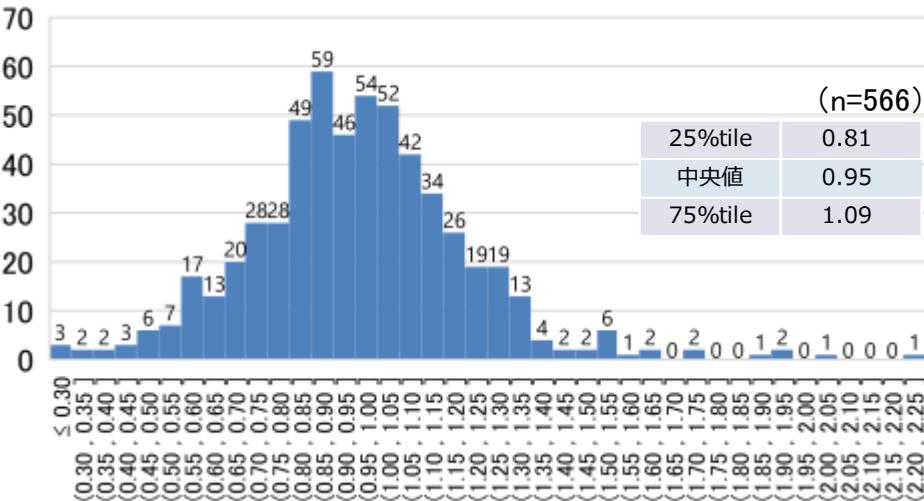


# 【病院】地域医療体制確保加算算定病院における職員の配置状況について①

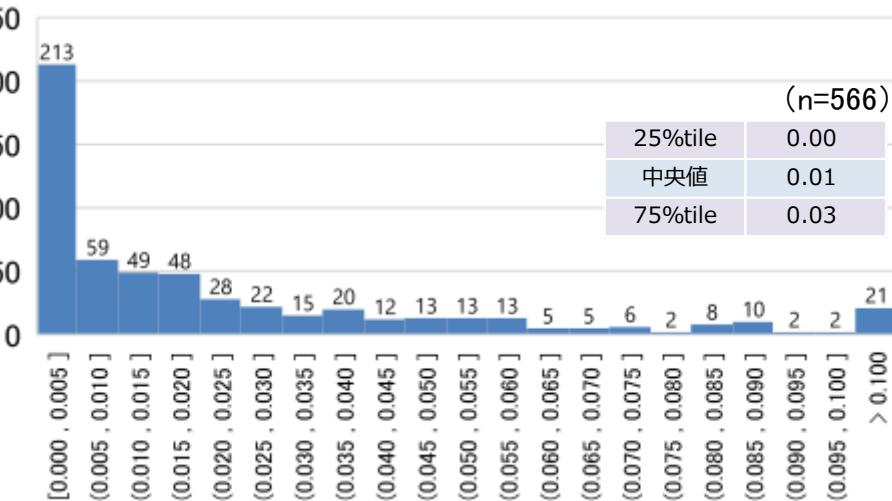
- 地域医療体制確保加算算定病院(救命救急入院料届出病院を除く。)における、許可病床1床当たりの看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の配置状況(※)については、以下のとおり。

※地域医療体制確保加算(救命救急入院料届出病院を除く。)を算定する病院全体の看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

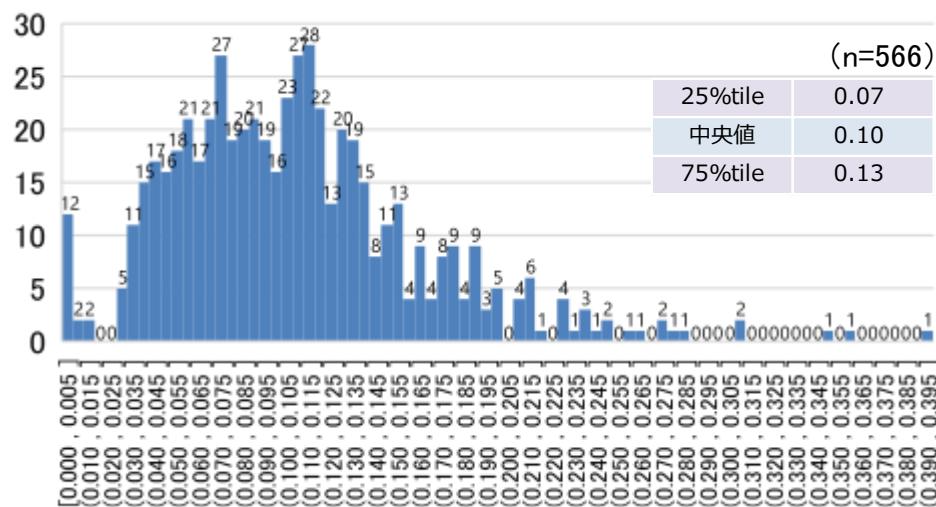
## ①看護師・助産師



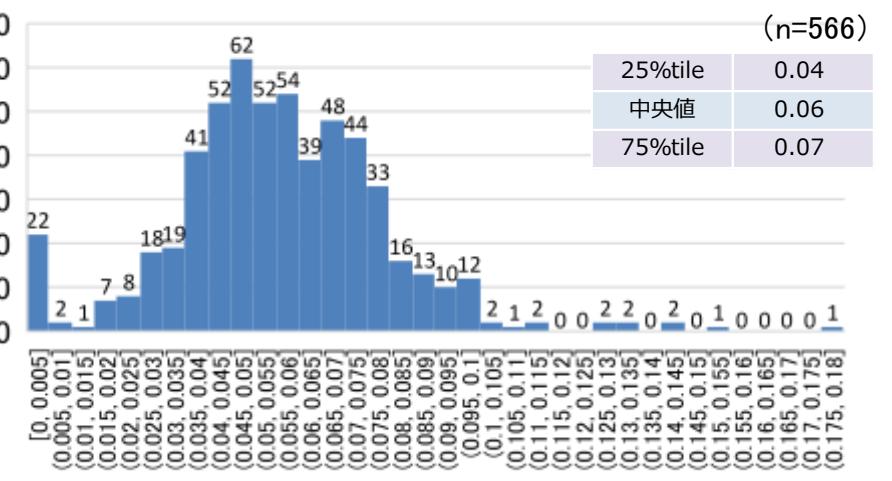
## ②准看護師



## ③看護補助者



## ④薬剤師

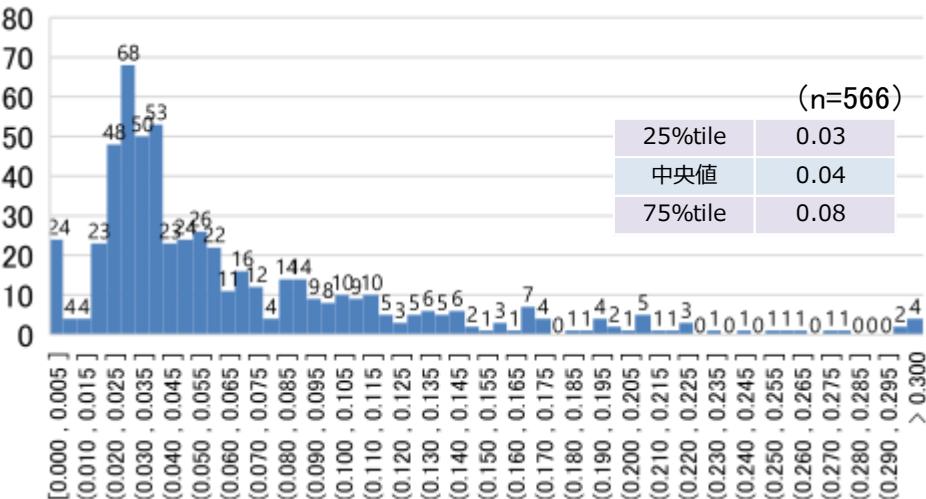


# 【病院】地域医療体制確保加算算定病院における職員の配置状況について②

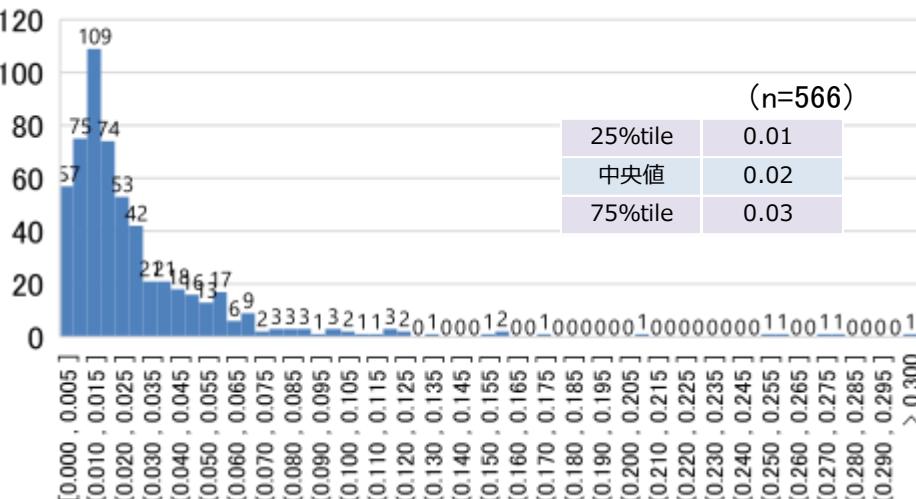
- 地域医療体制確保加算算定病院(救命救急入院料届出病院を除く。)における、許可病床 1 床当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況（※）については、以下のとおり。

※地域医療体制確保加算（救命救急入院料届出病院を除く。）を算定する病院全体の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

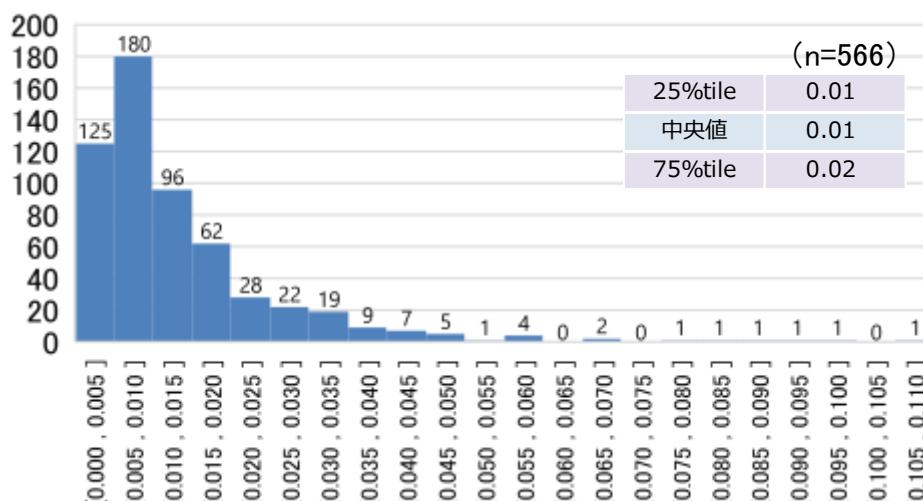
## ⑤理学療法士



## ⑥作業療法士



## ⑦言語聴覚士

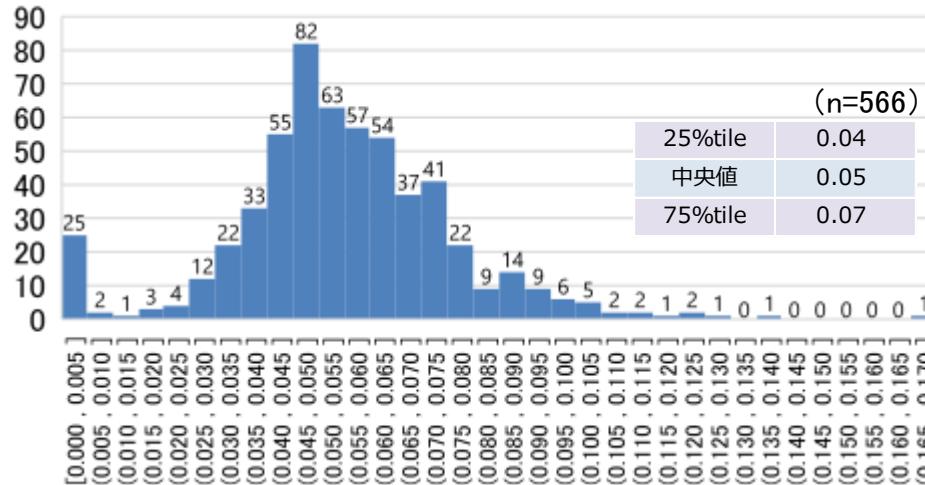


# 【病院】地域医療体制確保加算算定病院における職員の配置状況について③

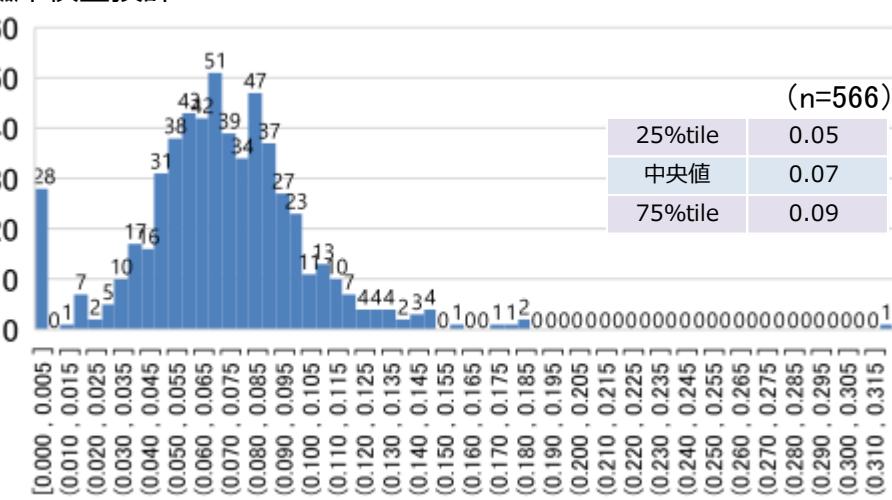
- 地域医療体制確保加算算定病院(救命救急入院料届出病院を除く。)における、許可病床 1 床当たりの診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の配置状況(※)については、以下のとおり。

※地域医療体制確保加算(救命救急入院料届出病院を除く。)を算定する病院全体の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

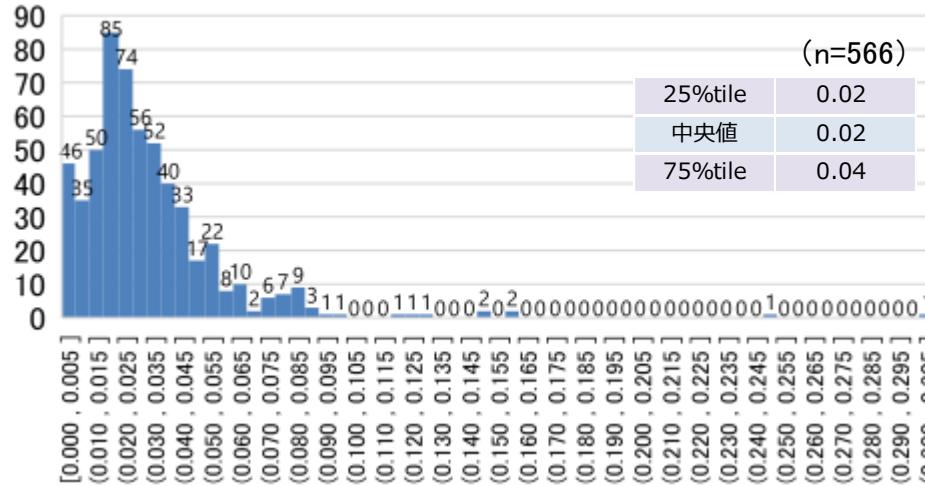
⑧診療放射線技師



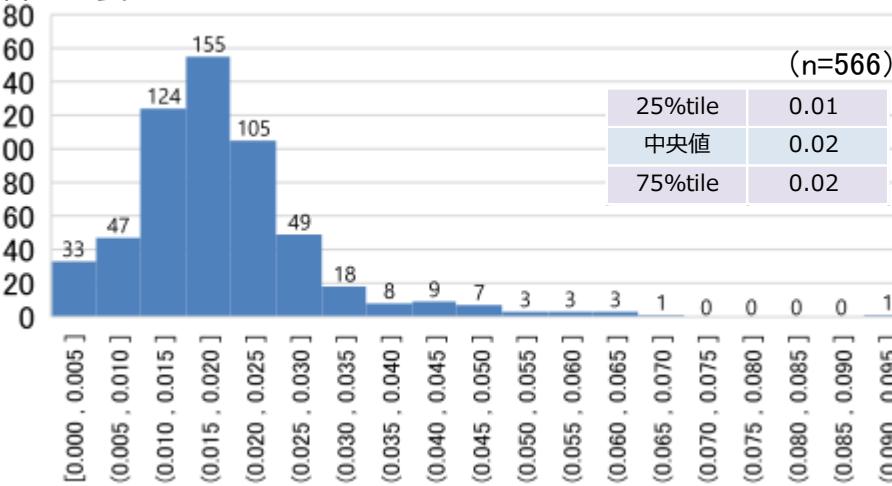
⑨臨床検査技師



⑩臨床工学技士



⑪管理栄養士

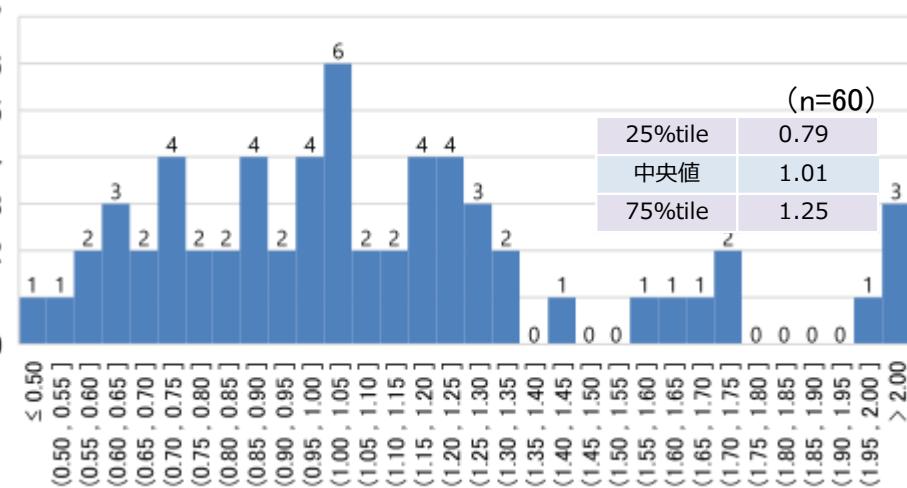


# 【病院】小児入院医療管理料届出病院における職員の配置状況について①

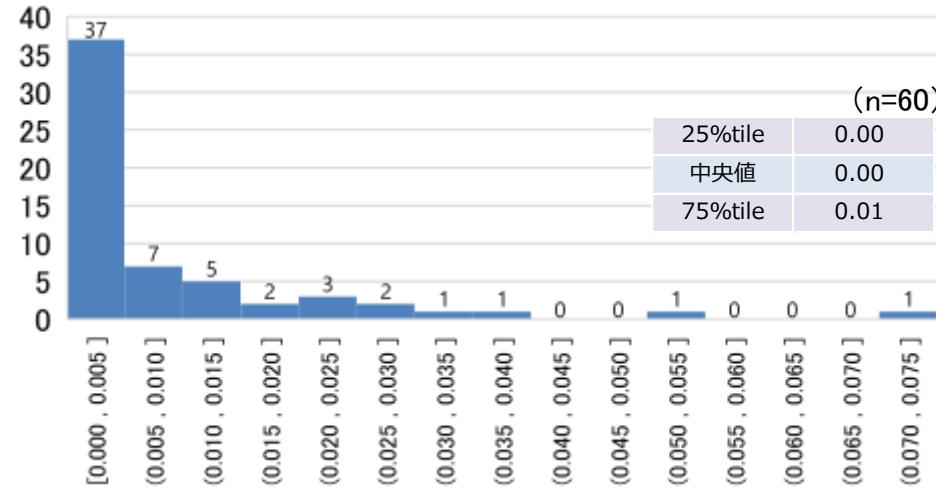
- 小児入院医療管理料届出病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院を除く。)における、許可病床1床当たりの看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の配置状況(※)については、以下のとおり。

※小児入院医療管理料届出病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院を除く。)の病院全体の看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

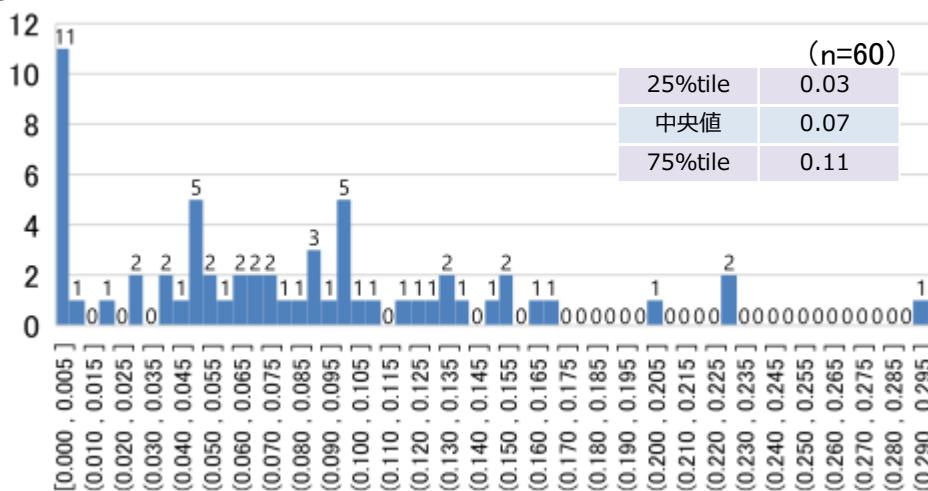
## ①看護師・助産師



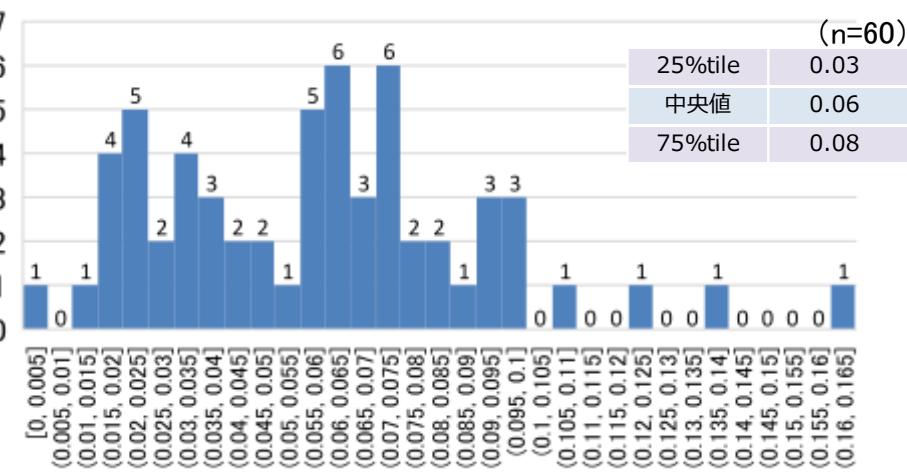
## ②准看護師



## ③看護補助者



## ④薬剤師

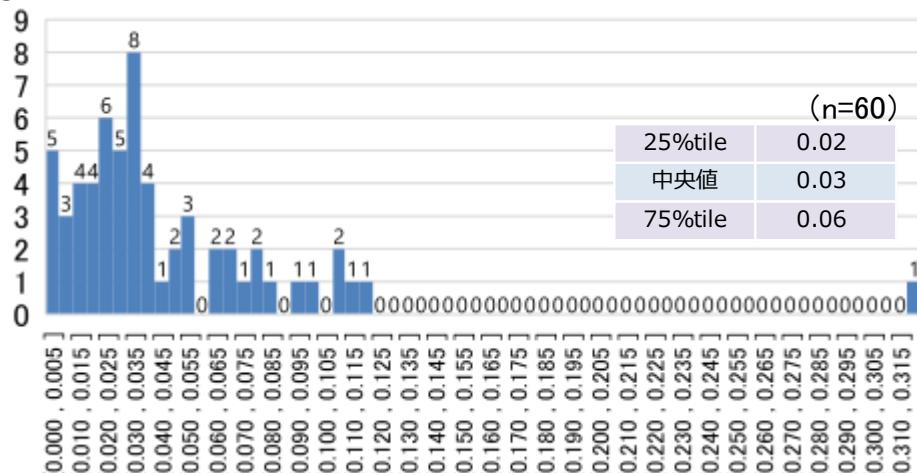


# 【病院】小児入院医療管理料届出病院における職員の配置状況について②

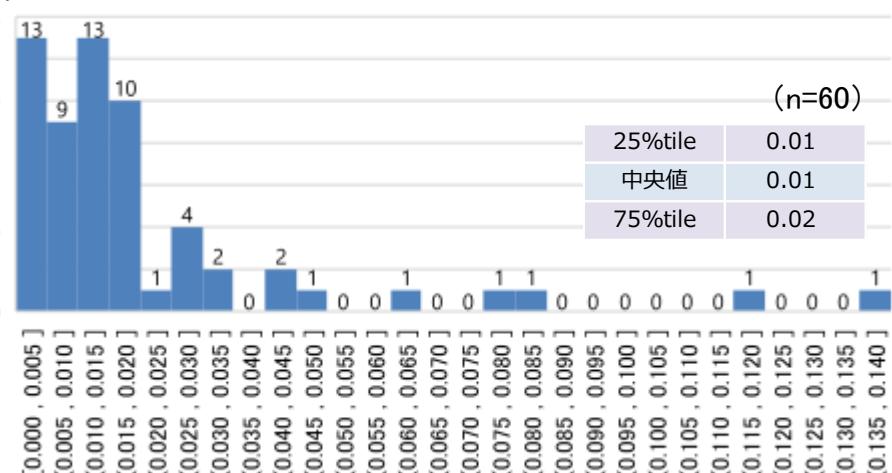
- 小児入院医療管理料届出病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院を除く。)における許可病床 1 床当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況（※）については、以下のとおり。

※小児入院医療管理料届出病院（救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院を除く。）の病院全体の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

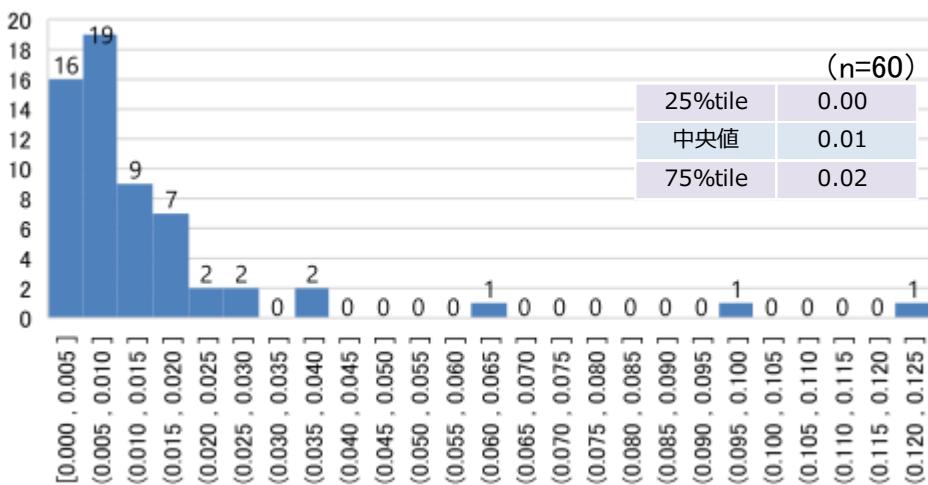
⑤理学療法士



⑥作業療法士



⑦言語聴覚士

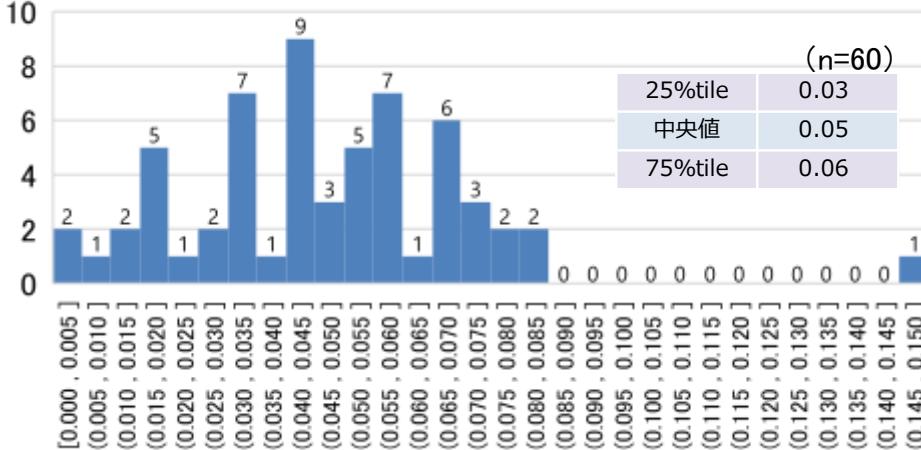


# 【病院】小児入院医療管理料届出病院における職員の配置状況について③

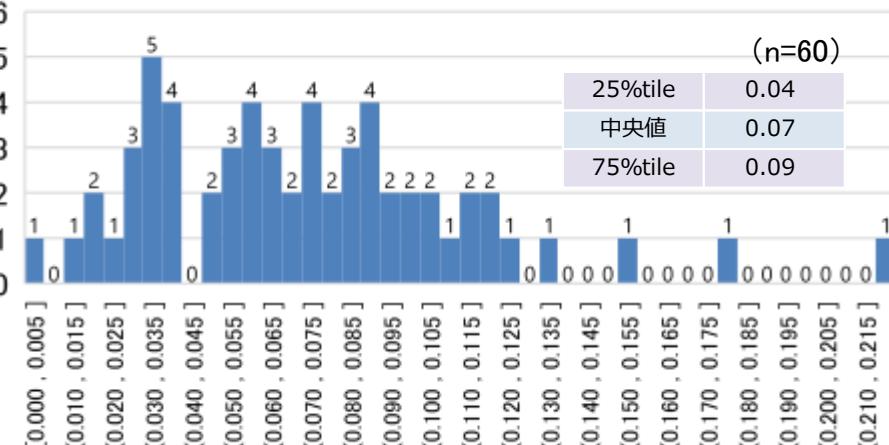
- 小児入院医療管理料届出病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院を除く。)における、許可病床 1 床当たりの診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の配置状況(※)については、以下のとおり。

※小児入院医療管理料届出病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院を除く。)の病院全体の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

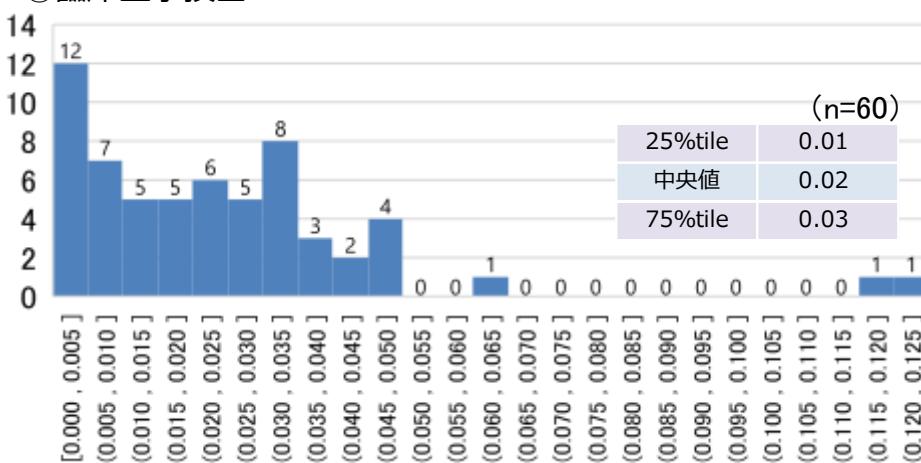
⑧診療放射線技師



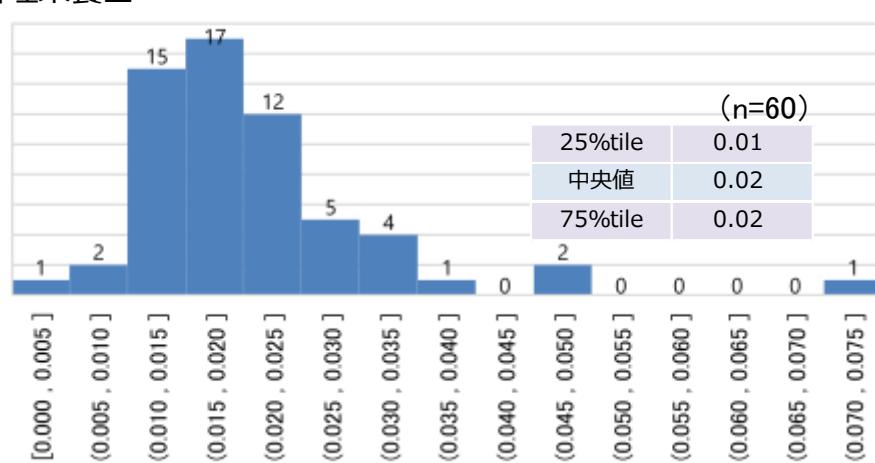
⑨臨床検査技師



⑩臨床工学技士



⑪管理栄養士

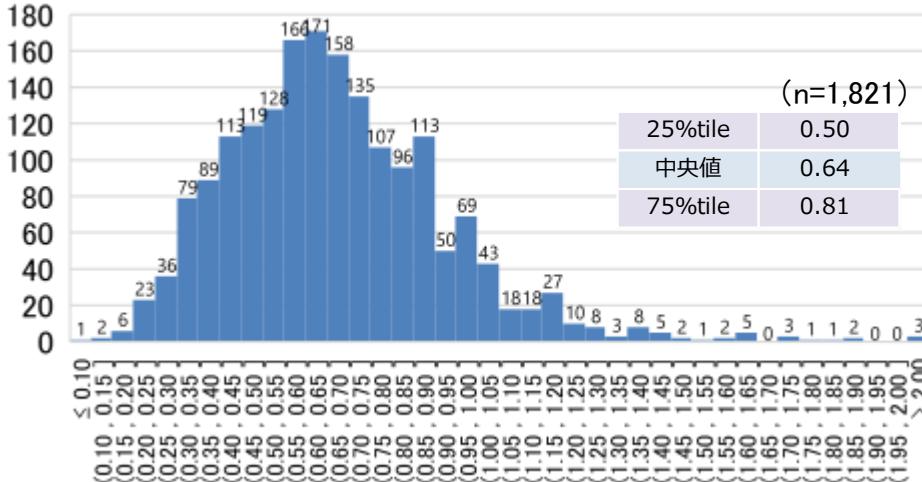


# 【病院】年間の救急車受入件数200件以上の病院における職員の配置状況について①

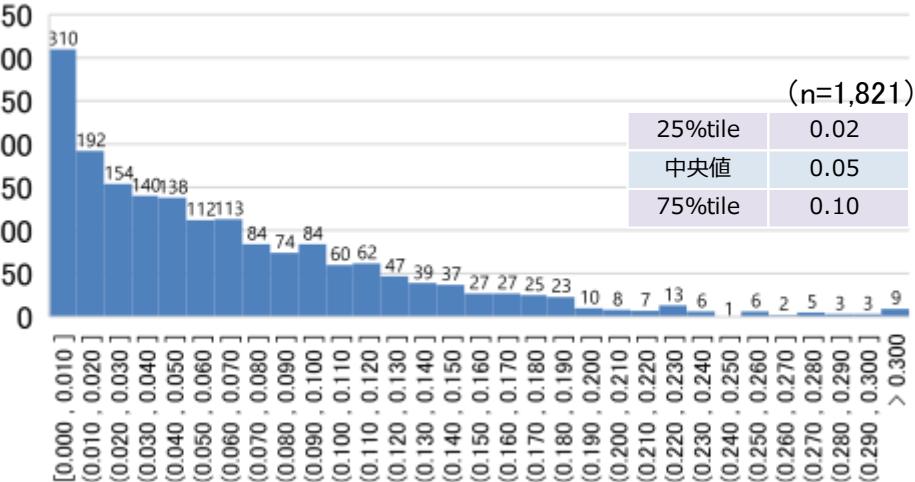
- 年間の救急車受入件数200件以上の病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院を除く。)における、許可病床1床当たりの看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の配置状況(※)については、以下のとおり。

※年間の救急車受入件数200件以上の病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院を除く。)の病院全体の看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

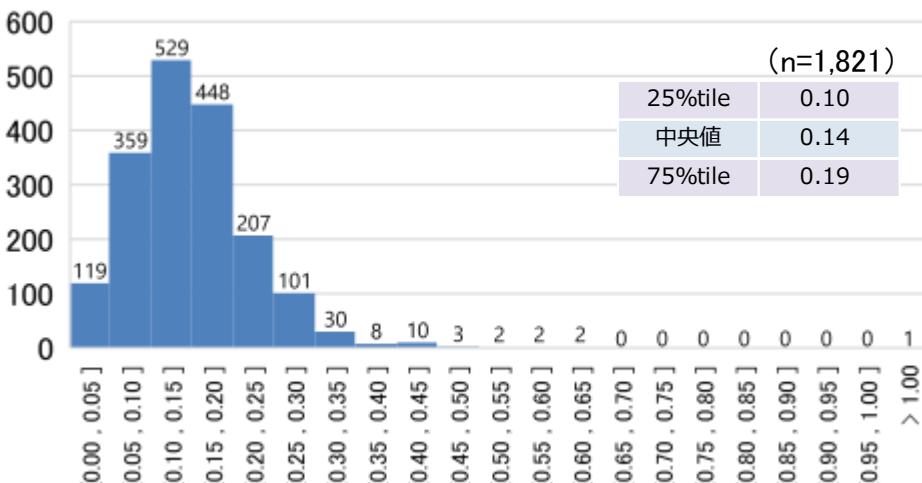
## ①看護師・助産師



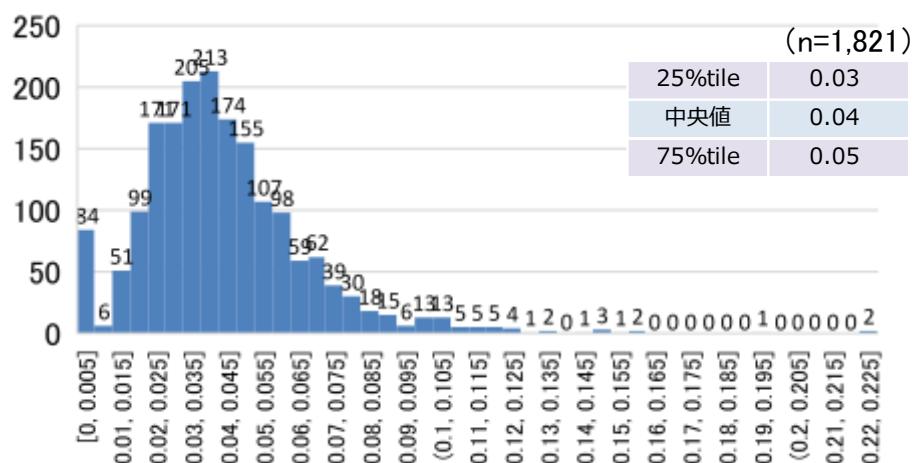
## ②准看護師



## ③看護補助者



## ④薬剤師

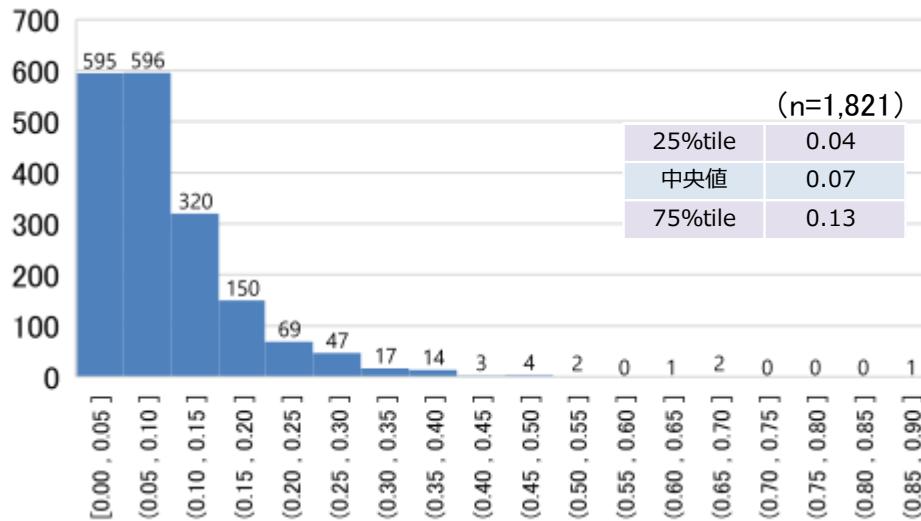


出典：令和4年度病床機能報告より保険局医療課において推計

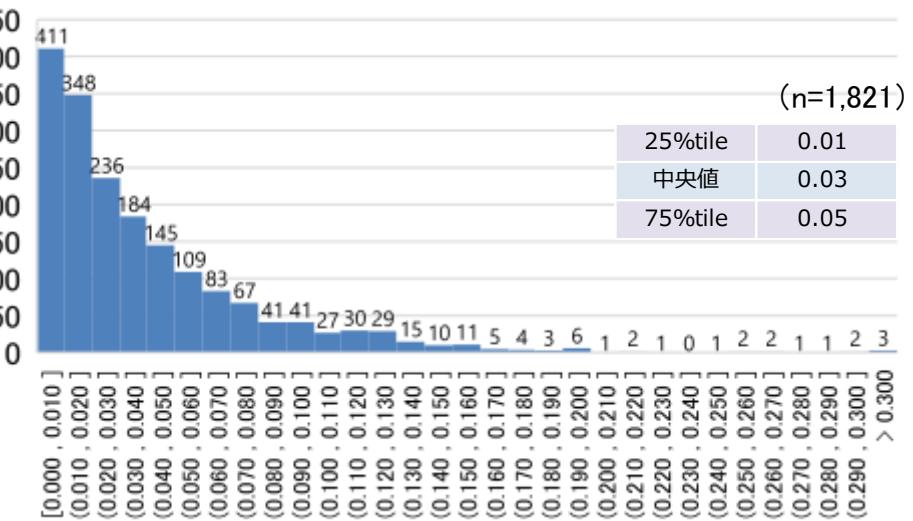
# 【病院】年間の救急車受入件数200件以上の病院における職員の配置状況について②

- 年間の救急車受入件数200件以上の病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院を除く。)における、許可病床1床当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況(※)については、以下のとおり。

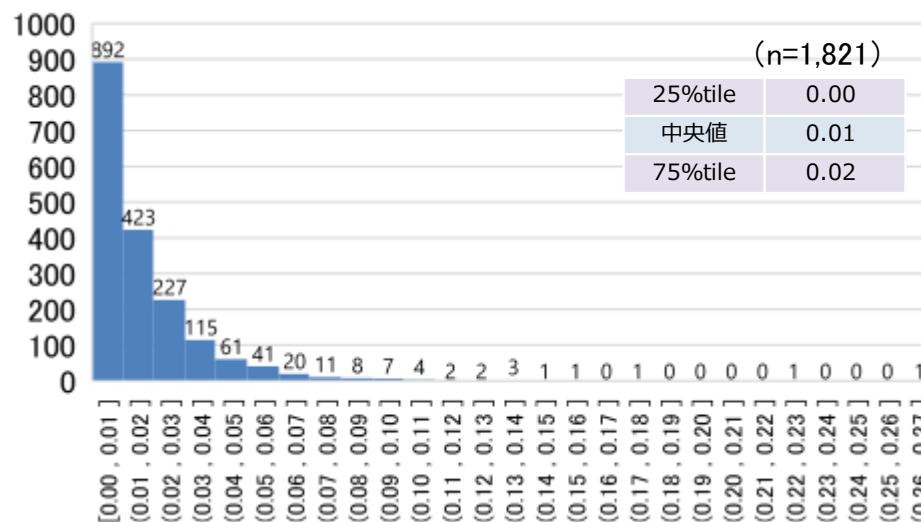
⑤理学療法士



⑥作業療法士



⑦言語聴覚士



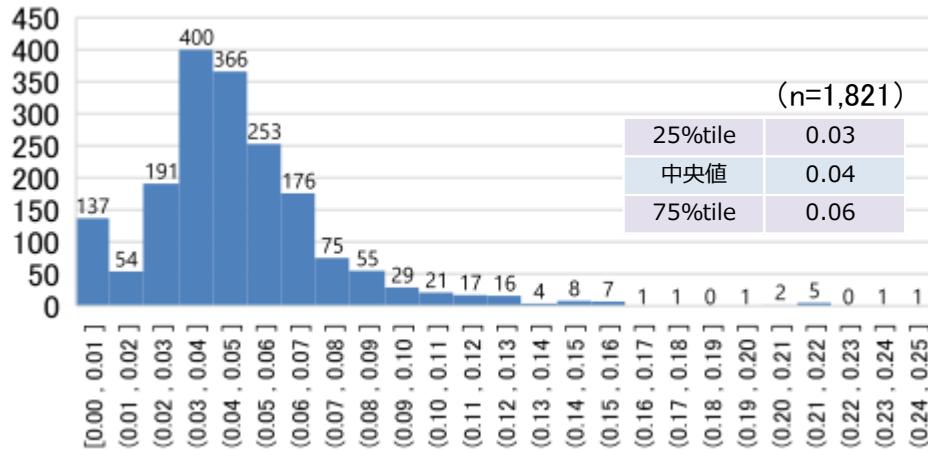
※年間の救急車受入件数200件以上の病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院を除く。)の病院全体の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

# 【病院】年間の救急車受入件数200件以上の病院における職員の配置状況について③

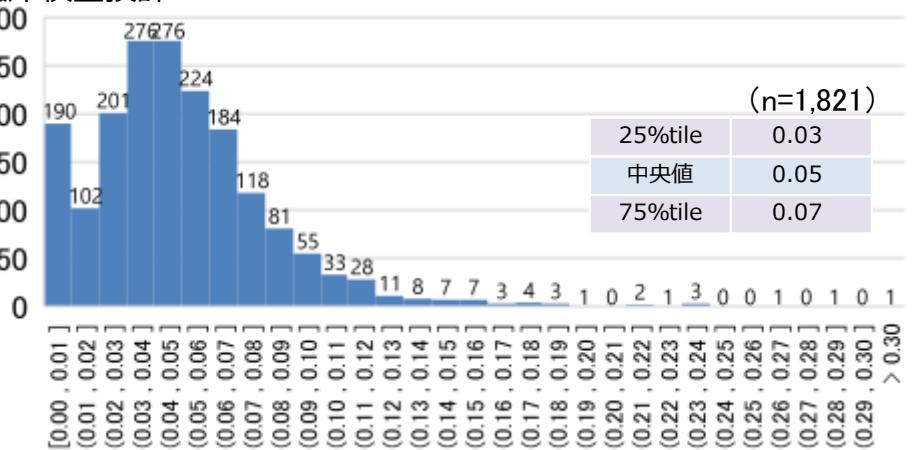
- 年間の救急車受入件数200件以上の病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院を除く。)における、許可病床1床当たりの診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の配置状況については、以下のとおり。

※年間の救急車受入件数200件以上の病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院を除く。)の病院全体の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

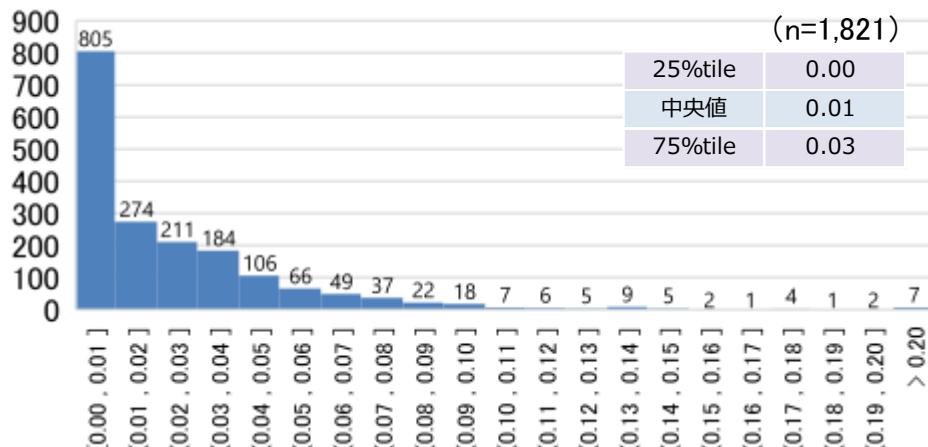
## ⑧診療放射線技師



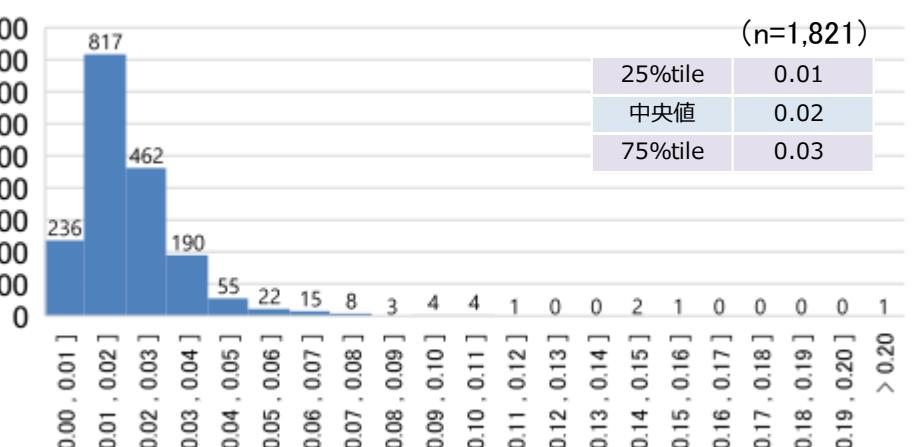
## ⑨臨床検査技師



## ⑩臨床工学技士



## ⑪管理栄養士

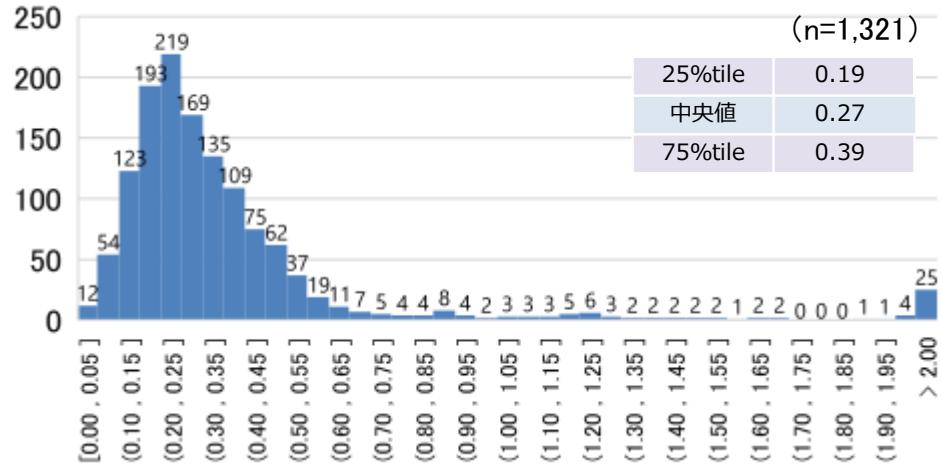


# 【病院】療養病床のみの病院における職員の配置状況について①

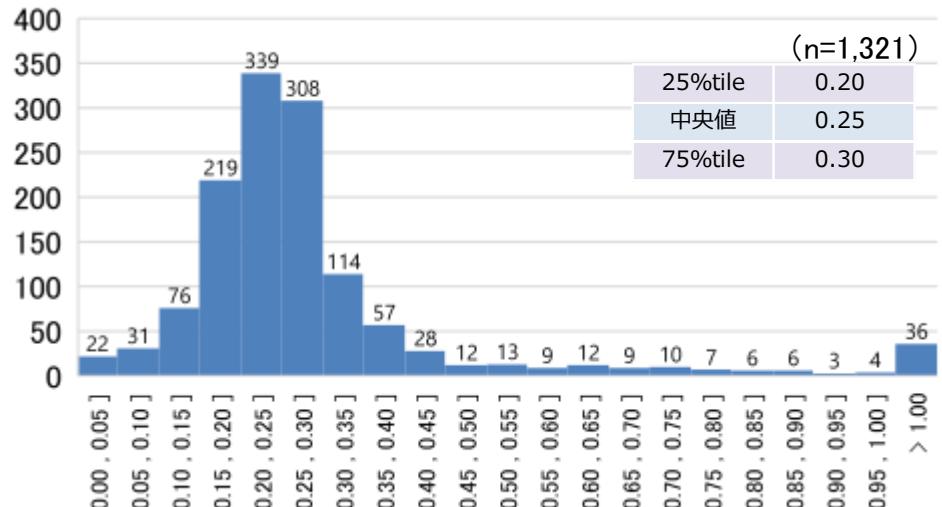
- 療養病床のみの病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院、年間の救急車受入件数200件以上の病院を除く。)における、許可病床1床当たりの看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の配置状況(※)については、以下のとおり。

※療養病床のみの病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院、年間の救急車受入件数200件以上の病院を除く。)の病院全体の看護師・助産師、准看護師、看護補助者、薬剤師の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

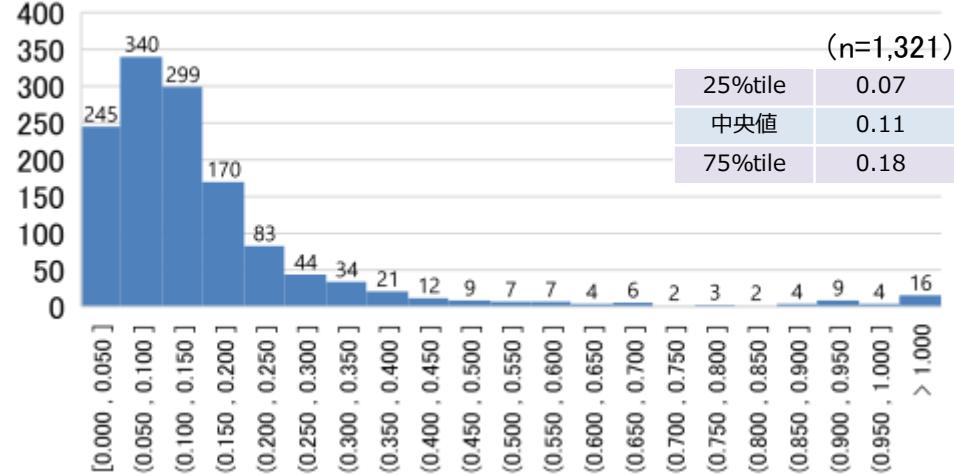
## ①看護師・助産師



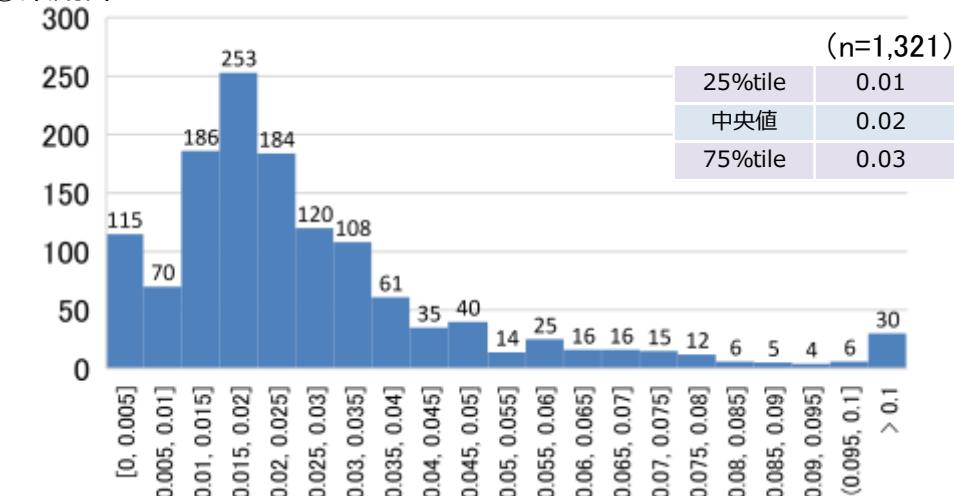
## ③看護補助者



## ②准看護師



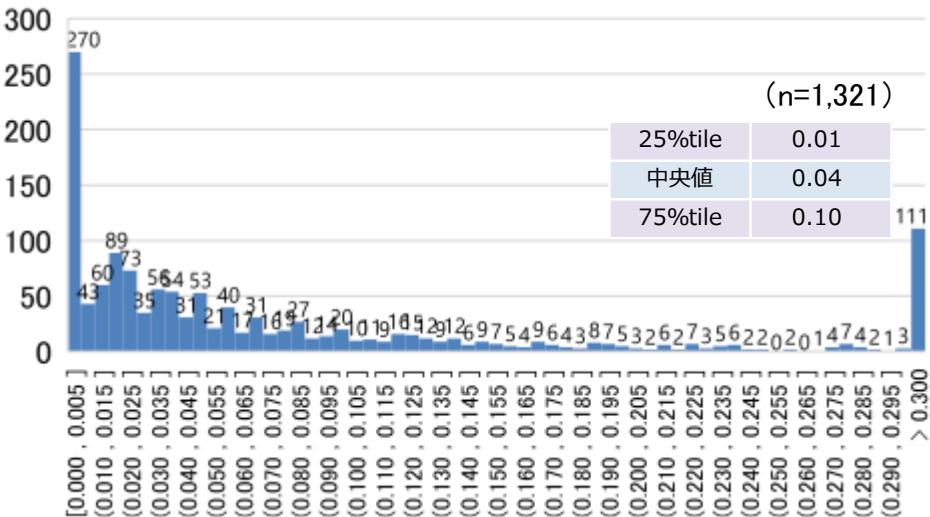
## ④薬剤師



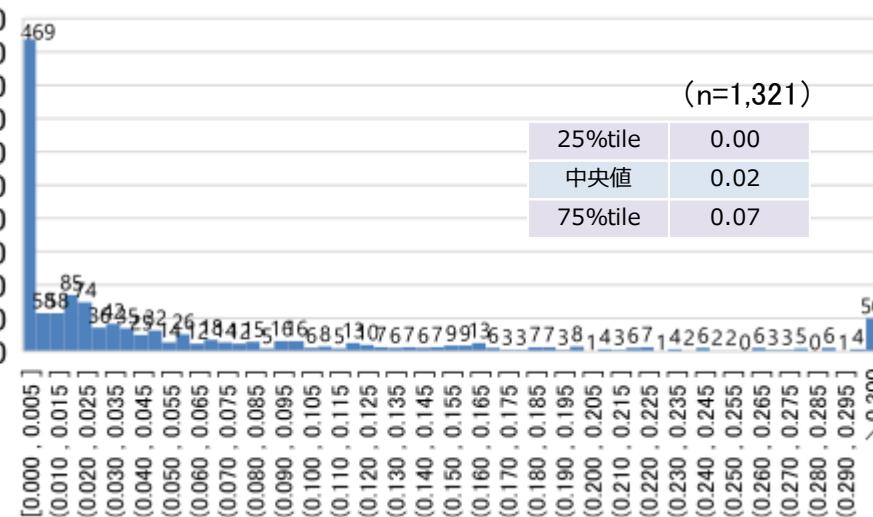
# 【病院】療養病床のみの病院における職員の配置状況について②

- 療養病床のみの病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院、年間の救急車受入件数200件以上の病院を除く。)における、許可病床 1 床当たりの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置状況(※)については、以下のとおり。

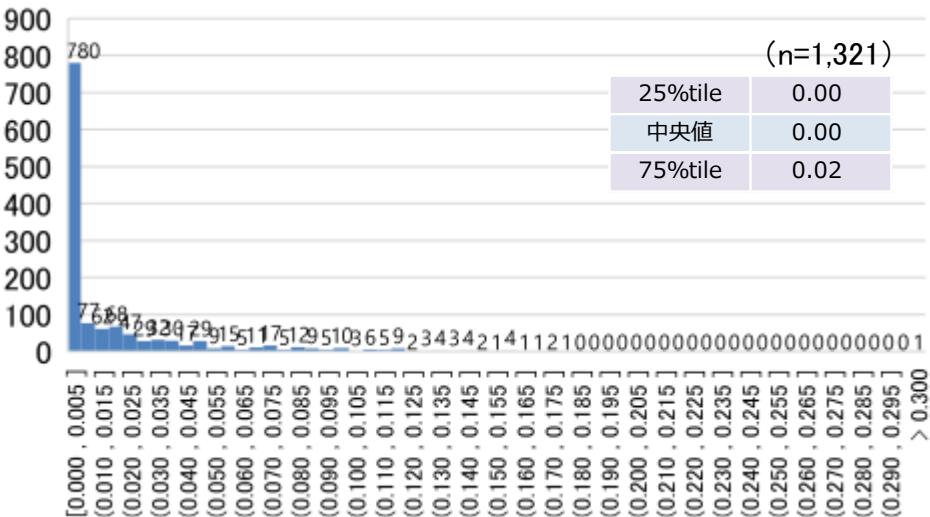
⑤理学療法士



⑥作業療法士



⑦言語聴覚士



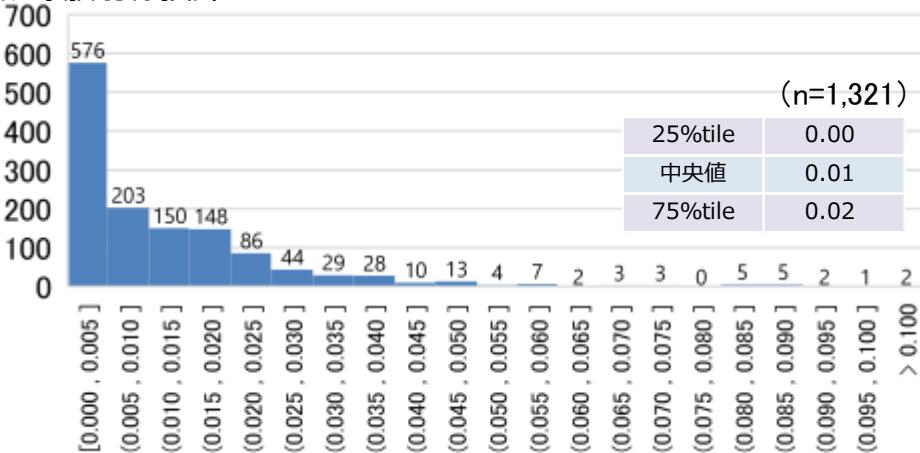
\*療養病床のみの病院（救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院、年間の救急車受入件数200件以上の病院を除く。）の病院全体の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

# 【病院】療養病床のみの病院における職員の配置状況について③

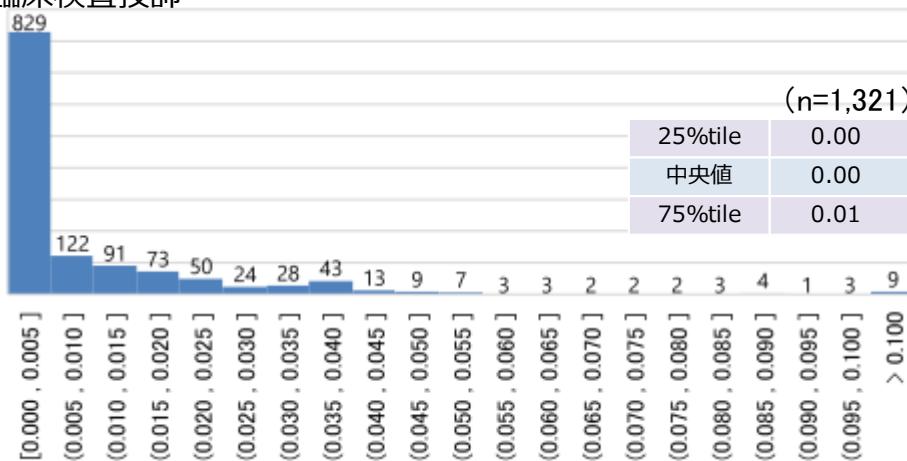
- 療養病床のみの病院(救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院、年間の救急車受入件数200件以上の病院を除く。)における、許可病床 1 床当たりの診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の配置状況については、以下のとおり。

※療養病床のみの病院（救命救急入院料届出病院、地域医療体制確保加算算定病院、小児入院医療管理料届出病院、年間の救急車受入件数200件以上の病院を除く。）の病院全体の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士の常勤換算職員数を、病院全体の許可病床数で除した値

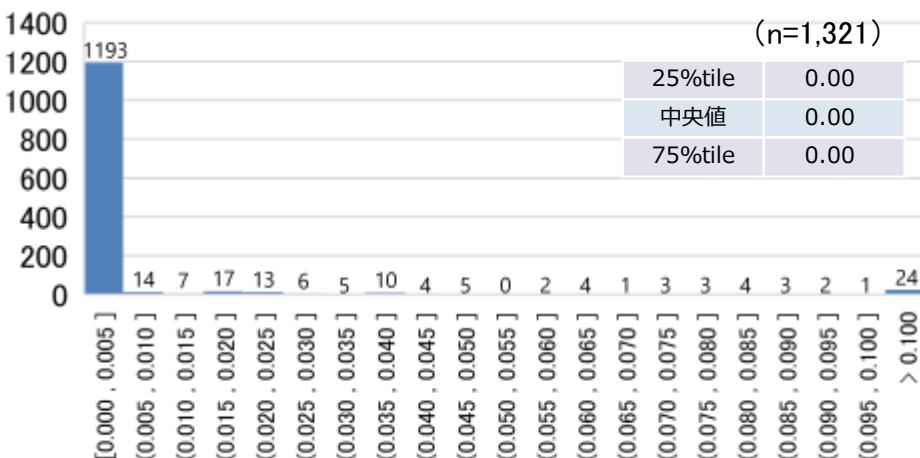
⑧診療放射線技師



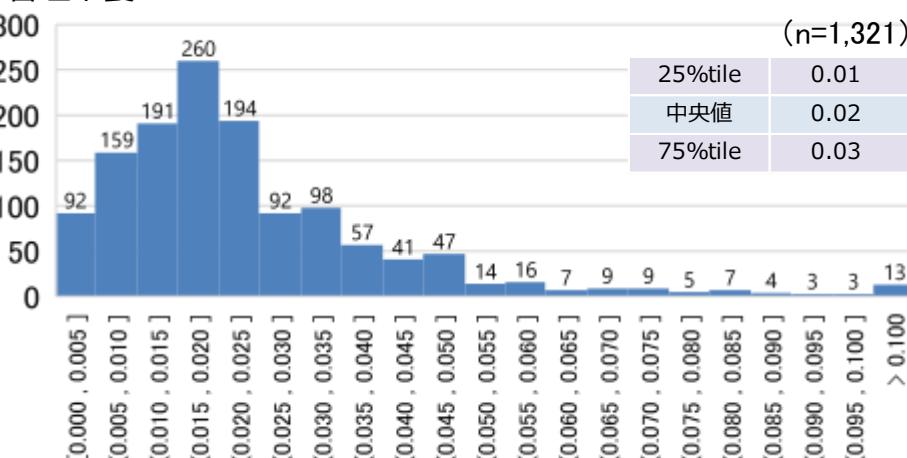
⑨臨床検査技師



⑩臨床工学技士



⑪管理栄養士



1. これまでの経緯について
2. これまでの議論等を踏まえた基礎となる分析について
  - 2-1. 病院類型ごとの職員の配置状況について
3. これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて
  - 3-1. 医科診療所及び歯科診療所について
  - 3-2. 病院について
  - 3-3. 訪問看護ステーションについて

# これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて

## ○ 診療報酬(+0.61%分)で対応する賃上げの対象職種

- 令和6年度診療報酬改定における大臣折衝事項を踏まえ、今回のシミュレーションにおける対象職種は以下で実施。

看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)、病院及び診療所の薬剤師、その他の医療関係職種※(医師、歯科医師、薬局の薬剤師、事務職員、歯科技工所で従事する者を除く)

※ その他の医療関係職種とは、看護補助者、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)、視能訓練士、義肢装具士、診療放射線技師、診療エッカス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、公認心理師、歯科衛生士、歯科技工士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士等。

## ○ 診療報酬(+0.61%分)で対応する賃上げ率

- 令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくため、賃上げ促進税制が有効的に活用されること等を前提とし、診療報酬で対応する賃上げ率は対象職種賃金の2.3%と想定。

## ○ 使用するデータ

- 病院、医科診療所、歯科診療所の給与については、前回(12月21日)同様に、令和5年度医療経済実態調査※(令和4年度データ)を使用しており、算定回数については、当該調査の対象施設のレセプトデータ(NDBデータ)を使用している。

※ 職種別の給与(賞与含む)を使用しているが、非常勤職員の給与が把握不可能なため、職種全体の給与に占める各職種の給与の割合を、医業・介護費用中の給与費に乘じることで、非常勤職員分も含めた給与を推計している。そのため、給与中に事業主の社会保険料負担分が含まれていることに留意。

- 訪問看護ステーションの給与と訪問回数については、令和5年度介護事業経営実態調査(令和4年度データ)を使用している。

# 賃上げ点数の設定の流れについて(イメージ図)

- 賃上げ必要点数については、①初再診料等、②訪問診療料、③入院基本料等の順に、設定する。
- 賃上げ必要点数については、対象保険医療機関において、個々に「賃上げに必要な金額」÷(「対象となる診療報酬の算定回数」×10円)により算出した点数の中央値(四捨五入)として設定する。

## ① 初再診料等の点数設計

- 訪問診療料を算定しない無床診療所のデータにより、賃上げに必要な金額を初再診料等の算定回数×10円で除し、個々の診療所で必要となる点数の中央値(四捨五入)を賃上げ必要点数として設定する。
- 歯科診療所についても、歯科診療所のデータにより、同様に賃上げ必要点数を設定する。

医科(及び歯科)診療所



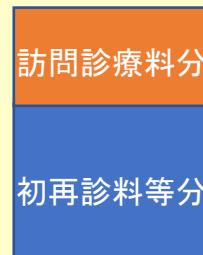
賃上げに必要な  
点数を計算

賃上げに必要な金額

## ② 訪問診療料の点数設計

- ①で賃上げに必要な金額が不足した、訪問診療料を算定する診療所のデータにより、訪問診療料分として、賃上げに必要な金額(算定回数で按分)を訪問診療料分の算定回数×10円で除し、個々の診療所で必要となる点数の中央値(四捨五入)を賃上げ必要点数として設定する。
- 歯科診療所についても、歯科診療所のデータにより、同様に賃上げ必要点数を設定する。

医科(及び歯科)診療所



賃上げに必要な  
点数を計算

賃上げに必要な金額

## ③ 入院基本料等の点数設計

- 病院のデータにより、賃上げに必要な金額(※)を入院基本料等の算定回数×10円で除し、必要となる点数の中央値(四捨五入)を賃上げ必要点数として設定する。

※ 訪問診療料、初再診料等及び歯科初再診料等については①、②で設定した点数と同じものとして計算し、その金額を除く。

病院



賃上げに必要な  
点数を計算

賃上げに必要な金額

1. これまでの経緯について
2. これまでの議論等を踏まえた基礎となる分析について
  - 2-1. 病院類型ごとの職員の配置状況について
3. これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて
  - 3-1. 医科診療所及び歯科診療所について
  - 3-2. 病院について
  - 3-3. 訪問看護ステーションについて

# 医科診療所におけるシミュレーションについて

- 医科診療所に係るシミュレーションは以下の方法で行った。
  - ① 在宅患者訪問診療料の算定のない施設において、対象職種の賃上げに必要な初再診料等への賃上げ必要点数を算出。

その際、初診料と再診料、また初再診料が包括されている診療行為について、それぞれ初診料に類するもの、再診料に類するものの2区分に分け、算定回数と点数の比(288点、73点)で按分した。
  - ② ①で算出した賃上げ必要点数を用いて、賃金増率を算出した結果、2.3%に満たない施設において、不足分を在宅患者訪問診療料に上乗せすることを想定。

その際、在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)に類するもの、在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)に類するものの2区分に分け、算定回数と点数の比(888点、213点)で按分した。

ただし、双方の算定回数の合計が年間365回未満の施設は試算の対象外としている。

# 初診料等が包括されている（併算定できない）診療報酬の例

- 小児科外来診療料等の外来において包括的な評価を行う点数や、訪問診療料等においては、初診料、再診料、外来診療料が併算定できない。

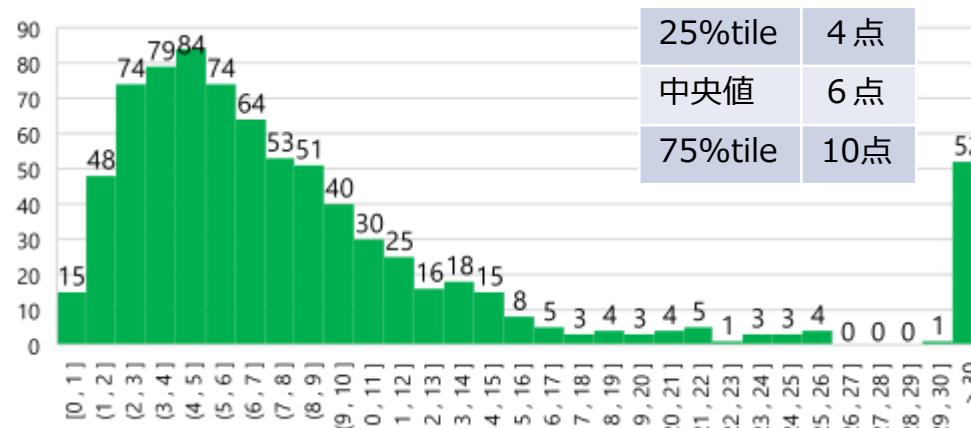
## 初診料・再診料・外来診療料を包括する（併算定できない）診療報酬の例

コード	コード(歯科)	点数名
A400	A400	短期滞在手術等基本料1
B001-2		小児科外来診療料
B001-2-7	B004-1-6	外来リハビリテーション診療料
B001-2-8	B004-1-7	外来放射線照射診療料
B001-2-9		地域包括診療料
B001-2-10		認知症地域包括診療料
B001-2-11		小児かかりつけ診療料
B001-2-12	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料
C001		在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
C001-2		在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
	C000	歯科訪問診療料

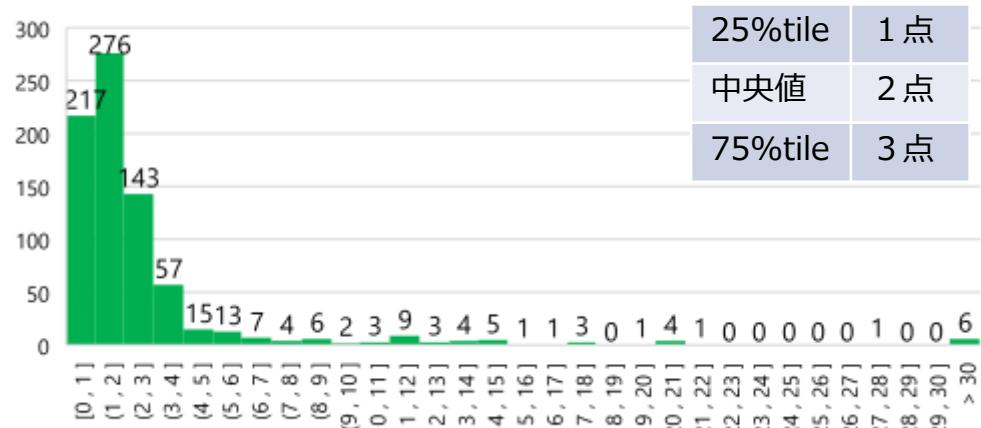
# 初再診料等、訪問診療料等における必要な賃上げ点数について（医科）

- ① 在宅患者訪問診療料を算定していない診療所の必要賃金において、初再診料等の賃上げ必要点数を設定。  
(初診料と再診料から算定回数に基づき按分)
- ② 賃金増率が不足している診療所の中で、在宅患者訪問診療料を一定以上(年間算定回数365回以上)算定している診療所における在宅患者訪問診療料での賃上げ必要点数を検討し、設定。  
(同一建物居住者以外と同一建物居住者から算定回数に基づき按分)

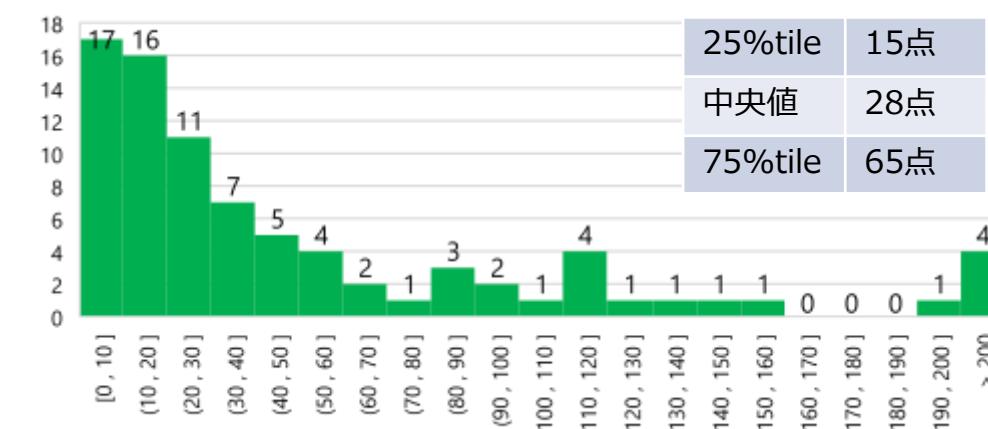
【①-1 初診料等の賃上げ必要点数の分布】



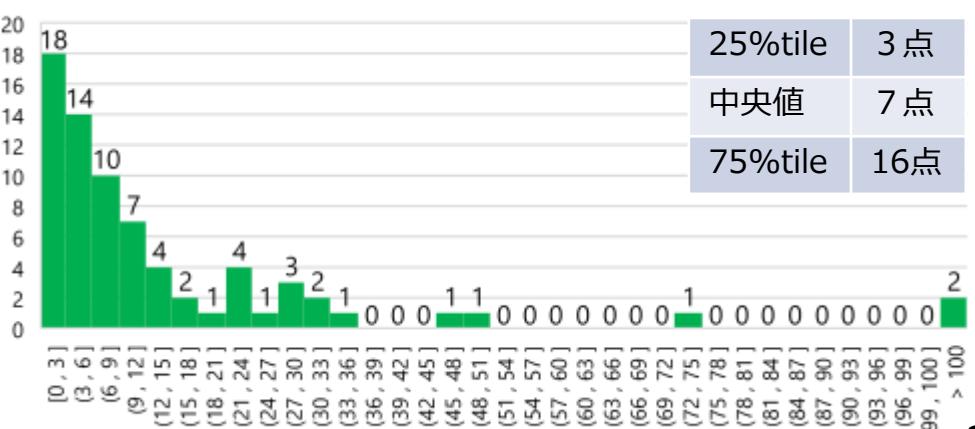
【①-2 再診料等の賃上げ必要点数の分布】



【②-1 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）の分布】



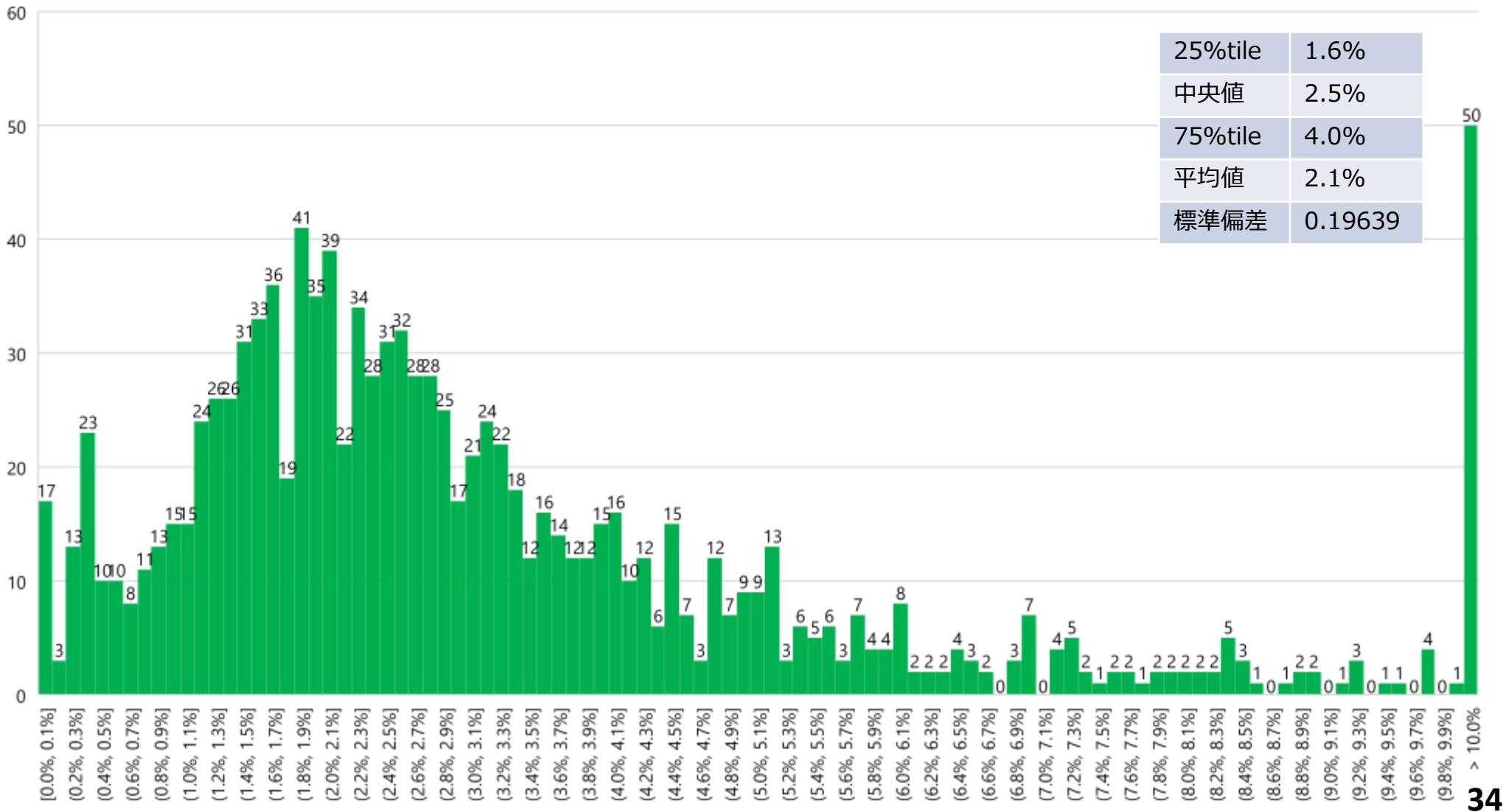
【②-2 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）の分布】



# 医科診療所（無床）における賃金増率のシミュレーション

- シミュレーション結果による賃上げ必要点数(ここでは中央値)を初再診料等に上乗せした場合に、医科診療所（無床）における賃金増率の分布と分析については以下のとおり。

【賃金増率の分布：1,051施設】



# 賃金増率が低い医療機関の分析

○ 賃金増率が0.5%未満となる53施設についての詳細は、以下のとおり。

シミュレーションに使用した医療経済実態調査については、非常勤職員数が把握できない点に留意が必要。

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
0.2%	医療法人	泌尿器科	約11,000回	約12人
0.3%	個人	腎臓内科	約6,000回	約6人
0.4%	医療法人	泌尿器科	約33,000回	約35人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約12,000回	約11人
0.0%	医療法人	内科	約3,000回	約33人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約34,000回	約39人
0.4%	個人	形成外科	約1,000回	約2人
0.3%	医療法人	小児科	約4,000回	約26人
0.3%	医療法人	内科	約11,000回	約13人
0.2%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約20,000回	約23人
0.4%	医療法人	内科	約6,000回	約4人
0.2%	医療法人	内科	約2,000回	約4人
0.1%	医療法人	内科	約6,000回	約12人
0.4%	医療法人	外科	約9,000回	約16人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約6,000回	約6人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約17,000回	約18人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約17,000回	約10人
0.4%	個人	内科	約10,000回	約6人
0.0%	医療法人	消化器内科（胃腸内科）	500回未満	約3人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約21,000回	約16人
0.5%	医療法人	内科	約13,000回	約11人
0.1%	医療法人	内科	約3,000回	約6人
0.2%	医療法人	腎臓内科	約13,000回	約19人
0.5%	その他	内科	約8,000回	約13人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約14,000回	約14人
0.2%	医療法人	内科	約15,000回	約24人

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
0.3%	その他	内科	約2,000回	約3人
0.1%	個人	内科	500回未満	約2人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約46,000回	約38人
0.4%	その他	内科	約14,000回	約15人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約23,000回	約29人
0.4%	その他	内科	約12,000回	約14人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約22,000回	約26人
0.0%	医療法人	泌尿器科	500回未満	約10人
0.5%	個人	泌尿器科	約15,000回	約11人
0.3%	医療法人	泌尿器科	約15,000回	約19人
0.3%	医療法人	内科	約2,000回	約6人
0.3%	医療法人	消化器内科（胃腸内科）	約13,000回	約9人
0.3%	その他	内科	約3,000回	約2人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約16,000回	約15人
0.4%	その他	内科	約11,000回	約9人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約26,000回	約31人
0.3%	その他	整形外科	約3,000回	約1人
0.4%	個人	内科	約2,000回	約3人
0.3%	医療法人	消化器内科（胃腸内科）	約15,000回	約20人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約30,000回	約44人
0.2%	その他	内科	約2,000回	約2人
0.4%	医療法人	婦人科	約20,000回	約13人
0.1%	医療法人	内科	500回未満	約1人
0.3%	個人	内科	約4,000回	約11人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約13,000回	約15人
0.2%	その他	内科	約9,000回	約22人
0.4%	医療法人	神経内科	約21,000回	約21人

# 賃金増率が高い医療機関の分析

○ 賃金増率が15%以上となる23施設についての詳細は、以下のとおり。

○ 対象職種常勤職員数が極端に少ない施設が多い。

シミュレーションに使用した医療経済実態調査については、非常勤職員数が把握できない点に留意が必要。

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
15%以上	医療法人	整形外科	約56,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約11,000回	約0人
15%以上	個人	心療内科	約7,000回	約0人
15%以上	医療法人	耳鼻咽喉科	約35,000回	約1人
15%以上	個人	皮膚科	約17,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約22,000回	約0人
15%以上	個人	眼科	約17,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約19,000回	約0人
15%以上	個人	内科	約4,000回	約0人
15%以上	個人	心療内科	約11,000回	約0人
15%以上	個人	内科	約7,000回	約0人
15%以上	医療法人	整形外科	約26,000回	約0人

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
15%以上	医療法人	内科	約1,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約8,000回	約0人
15%以上	医療法人	眼科	約27,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約25,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約8,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約11,000回	約0人
15%以上	医療法人	耳鼻咽喉科	約10,000回	約0人
15%以上	医療法人	整形外科	約36,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約18,000回	約2人
15%以上	医療法人	内科	約13,000回	約0人
15%以上	医療法人	精神科	約38,000回	約0人

# 歯科診療所におけるシミュレーションについて

○ 歯科診療所に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

① 歯科訪問診療料の算定のない施設において、対象職種の賃上げに必要な初再診料等への賃上げ必要点数を算出。

その際、初診料と再診料、また初再診料が包括されている診療行為について、それぞれ初診料に類するもの、再診料に類するものの2区分に分け、算定回数と点数の比(264点、56点)で按分した。

② ①で算出した賃上げ必要点数を用いて、賃金増率を算出した結果、2.3%に満たない施設において、不足分を歯科訪問診療料に上乗せすることを想定。

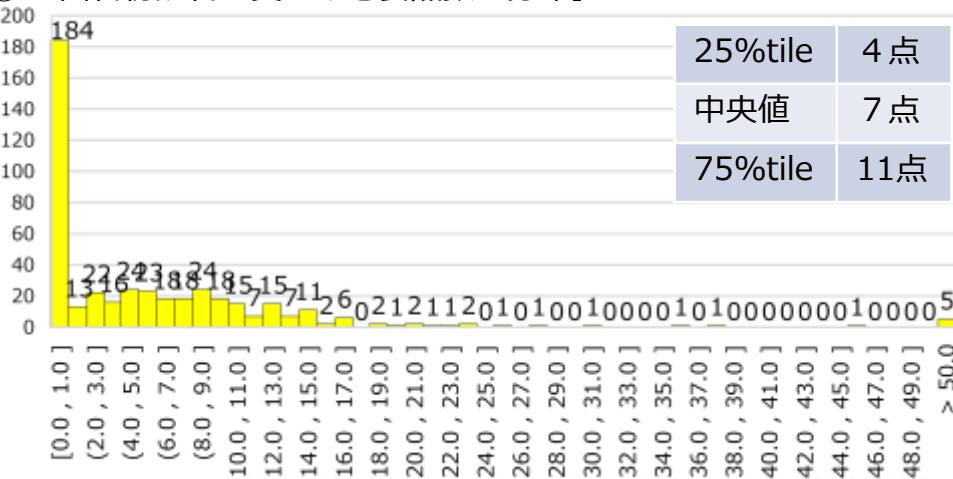
その際、歯科訪問診療料1、歯科訪問診療料2又は3の2区分に分け、算定回数と点数の比(1100点、361点)で按分した。

ただし、双方の算定回数の合計が年間365回未満の施設は試算の対象外としている。

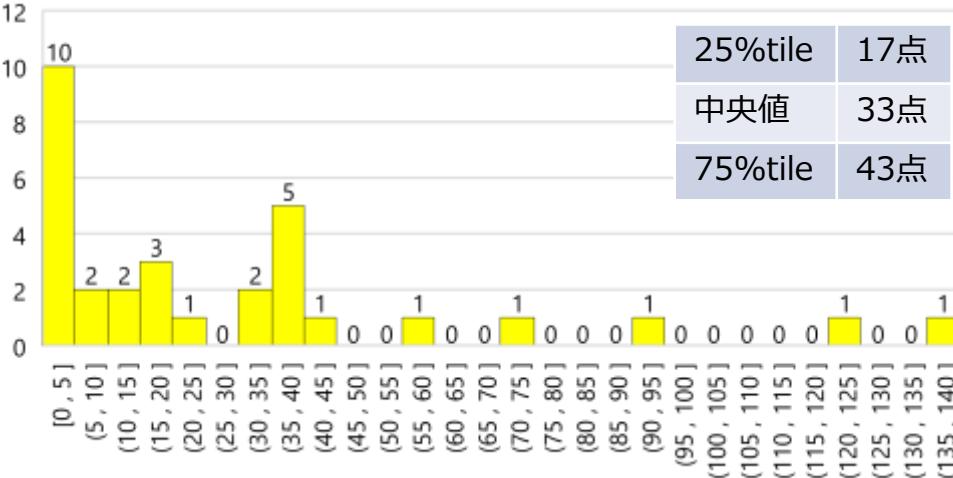
# 初再診料等、訪問診療料等における必要な賃上げ必要点数について（歯科）

- ① 歯科訪問診療料を算定していない診療所の必要賃金において、初再診料等の賃上げ必要点数を設定。  
(初診料と再診料から算定回数に基づき按分)
- ② 賃金増率が不足している診療所の中で、歯科訪問診療料を一定以上(算定回数365回以上)算定している診療所における歯科訪問診療料での賃上げ必要点数を検討し、設定。  
(歯科訪問診療料1と歯科訪問診療料2、3から算定回数に基づき按分)

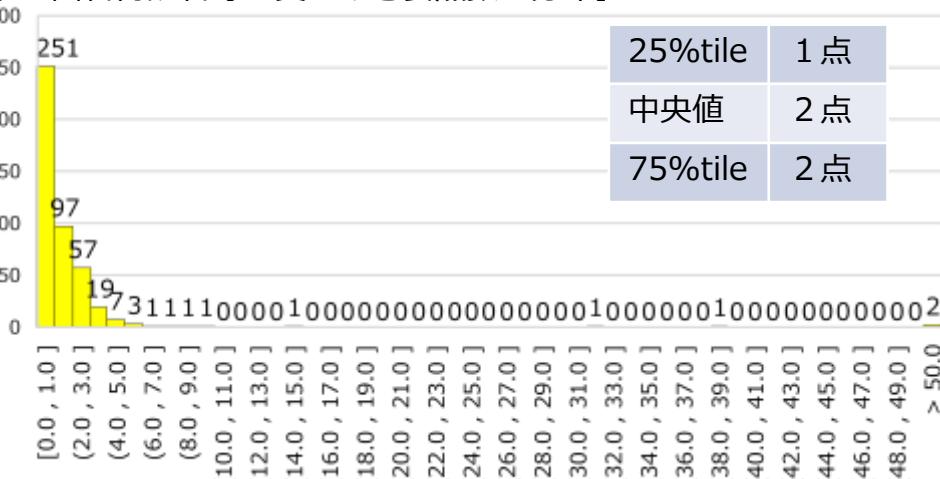
【①-1 歯科初診料の賃上げ必要点数の分布】



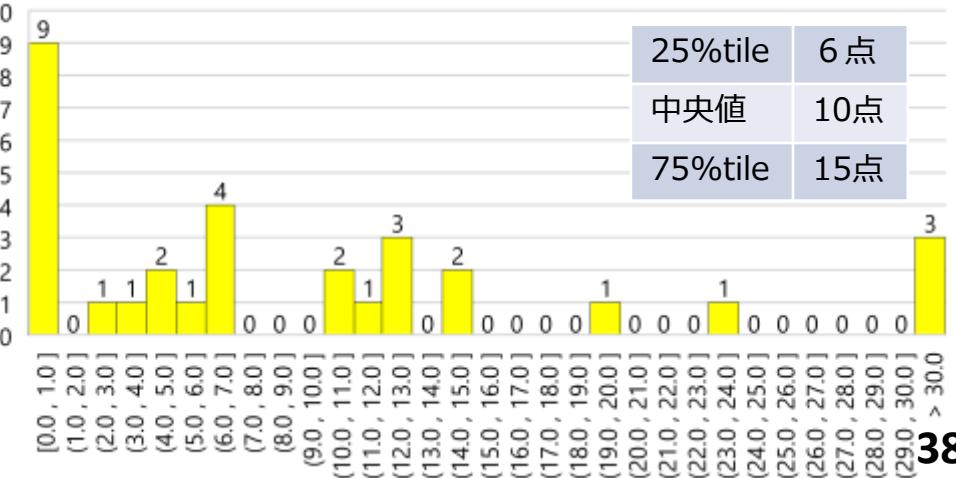
【②-1 歯科訪問診療料 1 の分布】



【①-2 歯科再診料等の賃上げ必要点数の分布】



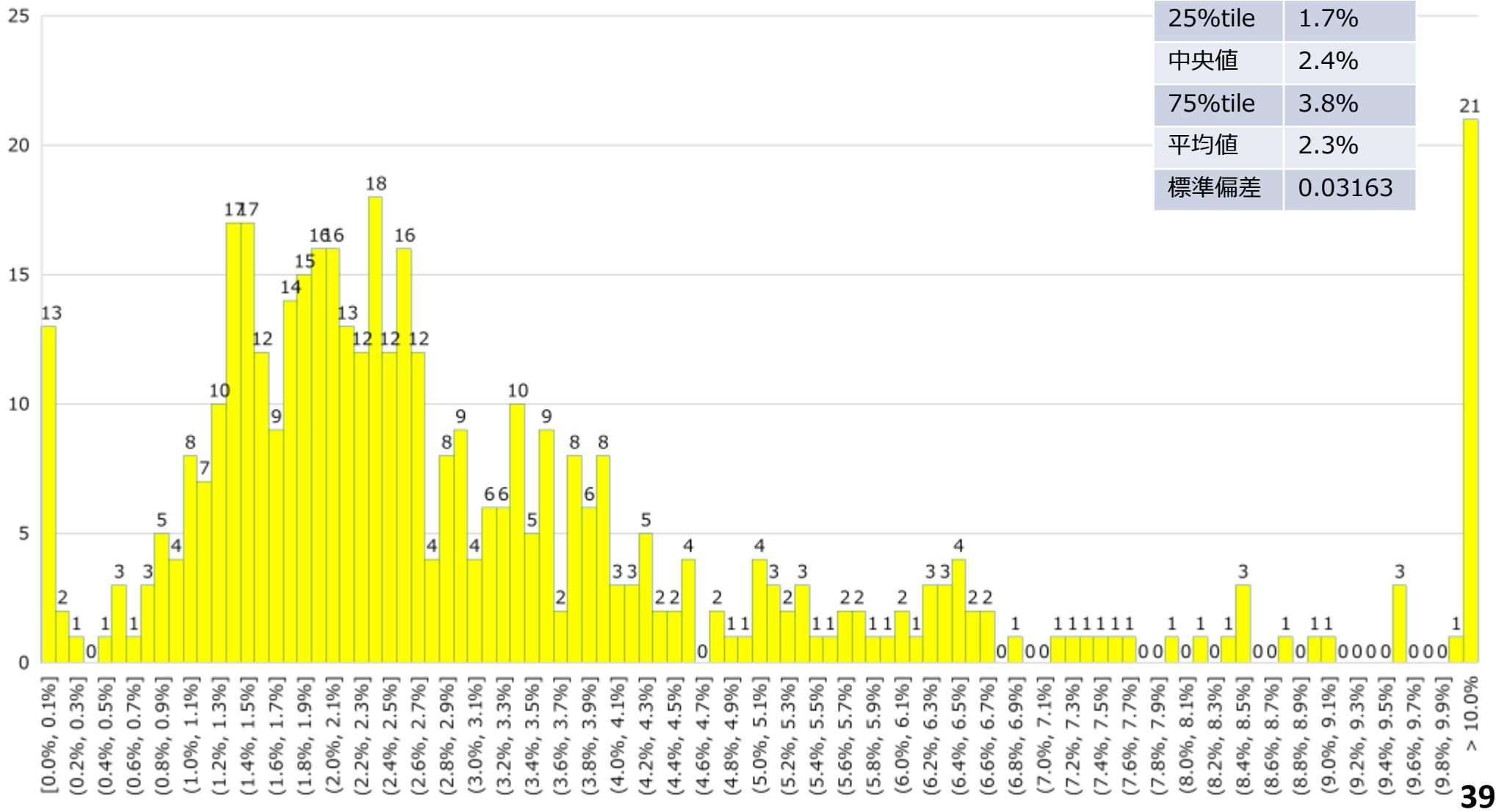
【②-2 歯科訪問診療料 2、3 の分布】



# 歯科診療所における賃金増率のシミュレーション

- シミュレーション結果による賃上げ必要点数(ここでは中央値)を初再診料等に上乗せした場合に、歯科診療所における賃金増率の分布と分析については以下のとおり。

【賃金増率の分布：443施設】



# 賃金増率が低い歯科医療機関、高い歯科医療機関の分析

- 賃金増率が0.5%以下となる17施設についての詳細は、以下（左表）のとおり。
- 賃金増率が15%以上となる5施設についての詳細は、以下（右表）のとおり。
  - ・対象職種常勤職員数が少ない施設が多い。

シミュレーションに使用した医療経済実態調査については、非常勤職員数が把握できない点に留意が必要。

賃金増率	開設主体	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
0.0%	個人	500回未満	約2人
0.0%	個人	500回未満	約1人
0.0%	個人	500回未満	約1人
0.0%	個人	500回未満	約1人
0.0%	個人	500回未満	約2人
0.0%	個人	500回未満	約2人
0.0%	個人	500回未満	約2人
0.0%	個人	500回未満	約1人
0.0%	個人	500回未満	約3人
0.0%	個人	500回未満	約5人
0.0%	医療法人	500回未満	約1人
0.0%	医療法人	500回未満	約6人
0.0%	個人	500回未満	約3人
0.1%	個人	約1,000回	約5人
0.1%	個人	約1,000回	約4人
0.2%	医療法人	500回未満	約2人
0.4%	医療法人	約5,000回	約8人

賃金増率	開設主体	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
15%以上	医療法人	約6,000回	約0人
15%以上	個人	約1,000回	約1人
15%以上	個人	約9,000回	約1人
15%以上	個人	約4,000回	約2人
15%以上	個人	約8,000回	約1人

1. これまでの経緯について
2. これまでの議論等を踏まえた基礎となる分析について
  - 2-1. 病院類型ごとの職員の配置状況について
3. これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて
  - 3-1. 医科診療所及び歯科診療所について
  - 3-2. 病院について
  - 3-3. 訪問看護ステーションについて

# 病院におけるシミュレーションについて

## ○ 病院に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

※ 有床診療所においても、同様の点数設定を想定。

- ・ 医科・歯科診療所における、初診料、再診料、歯科初診料、歯科再診料、在宅患者訪問診療料、歯科訪問診療料の賃上げ必要点数と同点数を設定し、不足分を入院基本料等に上乗せすることを想定。
- ・ ①一律の点数(全体の中央値)を設定する場合と、②点数を複数に分け、病院ごとに点数を設定する場合の2パターンを実施。

## ○ また、前回提示した入院基本料等別に点数を設定する方法については、

- ・ 病棟に配置されていない職種(管理職、手術室配置職員など)について、仮定を置く必要があり、分析精度に限界があること
- ・ 仮に、入院基本料等別に点数を設定した後にお生じる医療機関別の補填の過不足を調整する際の考え方には課題があること

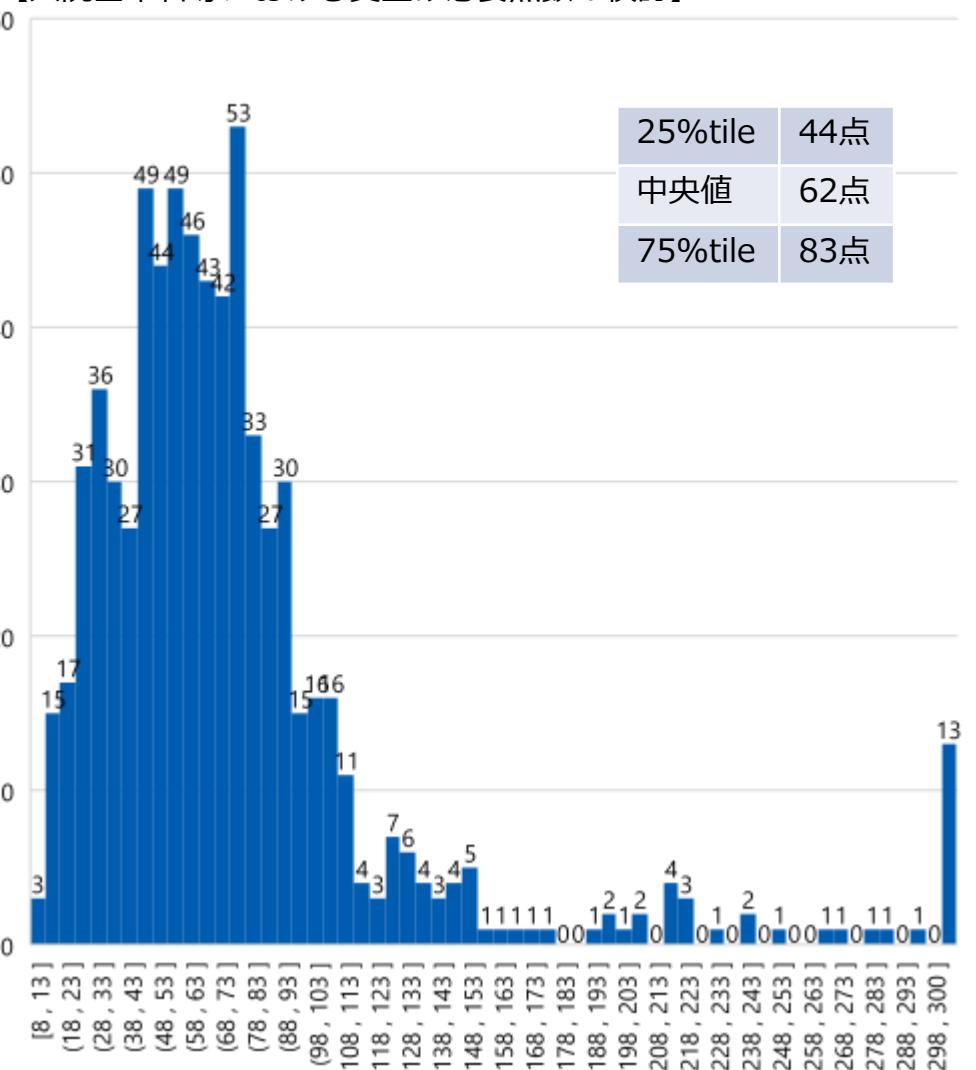
等から、現実的な対応が困難であることから、検討の対象外とした。

# 病院ごとの入院基本料等における賃上げ必要点数と病院における賃金増率のシミュレーション

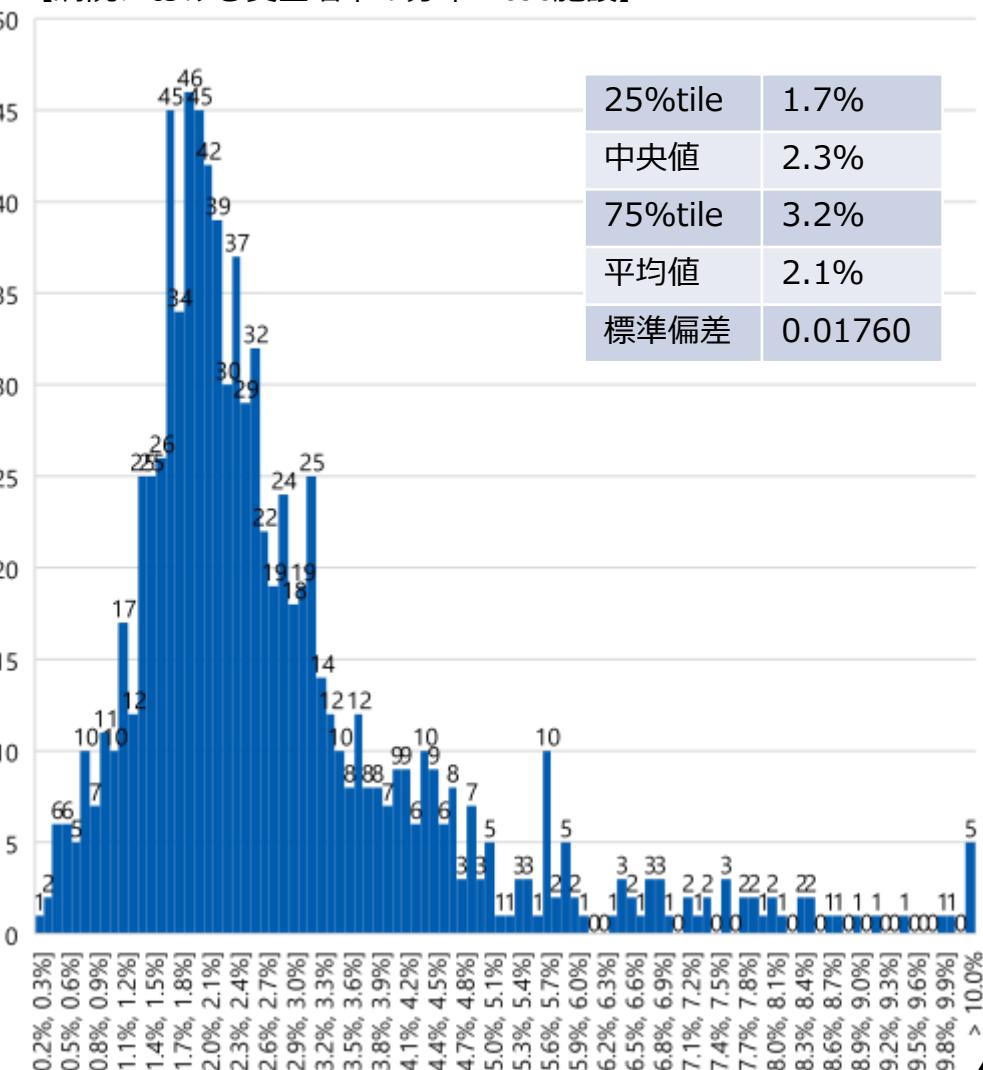
## ① (一律の点数を設定)

- 初再診料等、在宅医療(医科・歯科)における賃上げ必要点数を踏まえ、入院基本料等における賃上げ必要点数と一律の点数(全体の中央値)を設定する場合の賃金増率の将来推計の分布は以下のとおり。

【入院基本料等における賃上げ必要点数の検討】



【病院における賃金増率の分布：898施設】



# 賃上げ必要点数が高くなる医療機関の分析

- 必要点数が300点を超える13施設についての詳細は、以下のとおり。
- 入院基本料等の算定回数が少ない傾向にある。

賃上げ必要点数	増加率	開設主体	病院種別1	病院種別2（※）	入院基本料等算定回数	初再診料等算定回数	対象職種常勤職員数
500点以上	0.5%未満	公立	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	約10,000回	約200人
400点以上500点未満	0.5%未満	公立	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約100人
400点以上500点未満	0.5%未満	公立	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約100人
500点以上	0.5%未満	その他の法人	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約200人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	公立	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約100人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	医療法人	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約100人
300点以上400点未満	0.5%未満	医療法人	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約100人
400点以上500点未満	0.5%以上1.5%未満	その他の法人	一般病院	歯科大学病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
500点以上	0.5%未満	公立	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	約10,000回	約100人
500点以上	0.5%以上1.5%未満	その他の法人	一般病院	歯科大学病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	その他の法人	一般病院	病院（一般+精神）	約10,000回	約10,000回	約200人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	公立	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約100人
500点以上	0.5%未満	医療法人	一般病院	病院（一般+精神）	5,000回未満	5,000回未満	約100人

※「病院種別2」については、特定機能病院、歯科大学病院、子ども病院、一般病院の種別を表す。

# 賃金増率が高い医療機関の分析

- 賃金増率が7.5%を超える17施設についての詳細は、以下のとおり。
- 精神科病院が多い傾向にある。

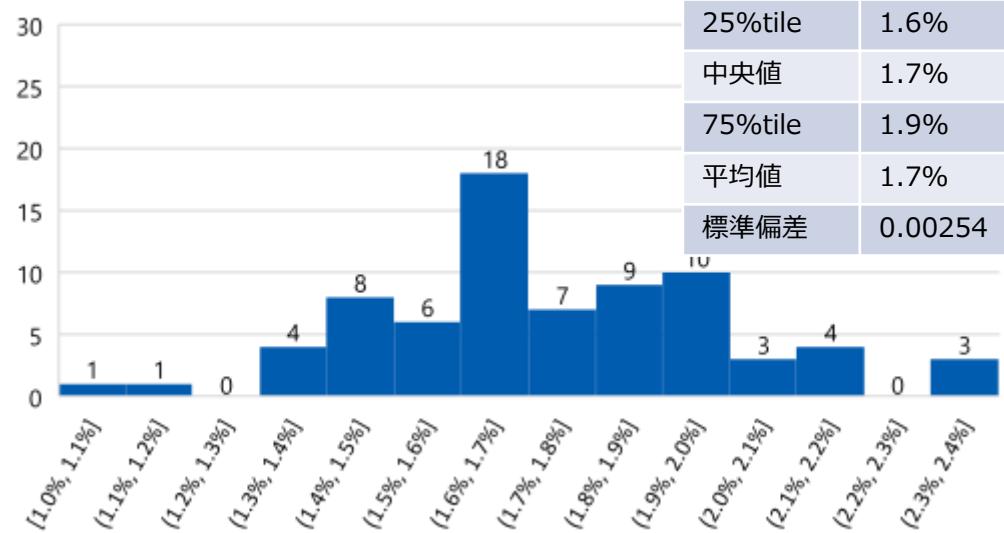
賃上げ必要点数	増加率	開設主体	病院種別 1	病院種別 2 (※)	入院基本料等算定回数	初再診料等算定回数	対象職種常勤職員数
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約90,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	その他の法人	一般病院	病院（一般+精神）	約30,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約100,000回	5,000回未満	約200人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	10.5%以上	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約40,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約30,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	10.5%以上	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約70,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	一般病院	病院（一般+精神）	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約30,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約30,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約100,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約20,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	一般病院	病院（一般+精神）	約10,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	一般病院	病院（一般+精神）	約70,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	10.5%以上	医療法人	精神科病院	病院（一般+精神）	約30,000回	5,000回未満	50人未満

※「病院種別 2」については、特定機能病院、歯科大学病院、子ども病院、一般病院の種別を表す。

# ①の方法における病院類型ごとの賃金増率のシミュレーション

- 初再診料等、在宅医療(医科・歯科)における賃上げ必要点数を踏まえ、入院基本料等における賃上げ必要点数と一律の点数(全体の中央値)を設定した場合、病院類型ごとの賃金増率の分布は以下のとおり。

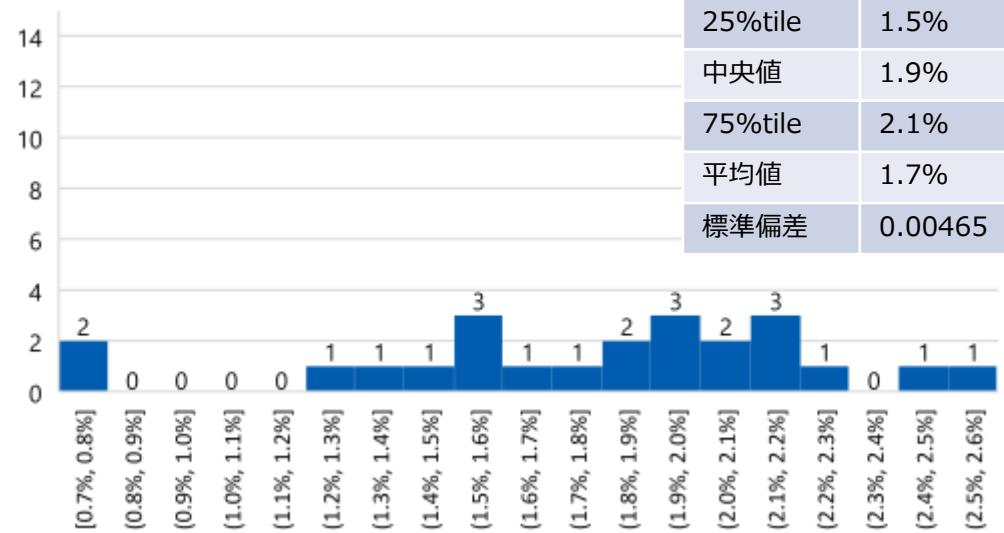
【a 救命救急入院料届出病院：77施設】



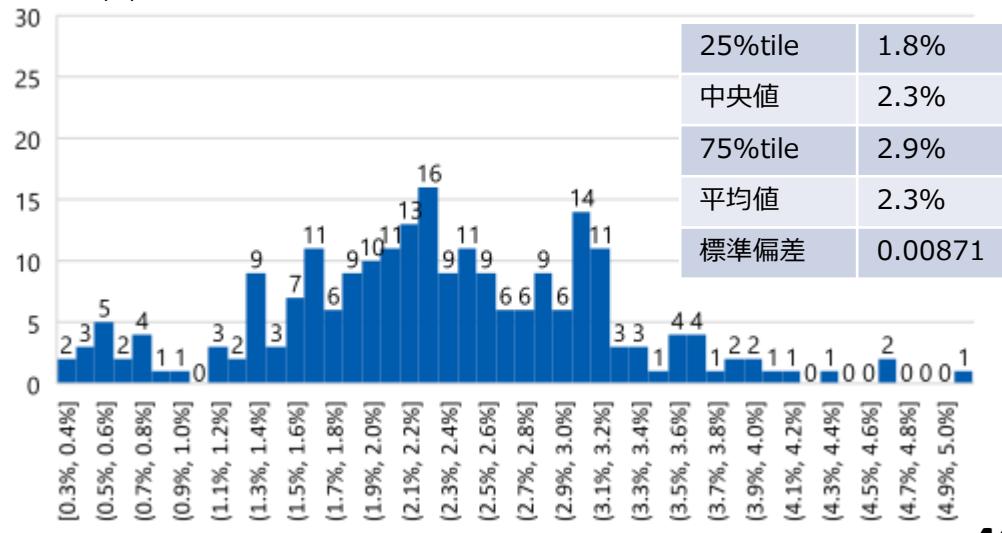
【b a以外の地域医療体制確保加算届出病院：122施設】



【c a,b以外の小児入院医療管理料届出病院：23施設】



【d a,b,c以外の年間の救急車受入件数200件以上の病院：225施設】

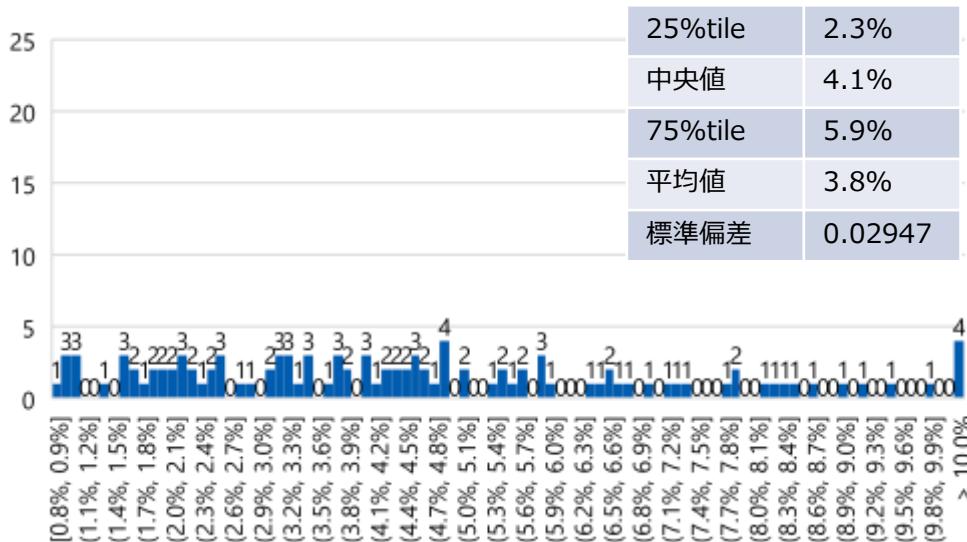


注) 届出は令和5年3月末時点。救急車受入件数については令和4年度病床機能報告より。

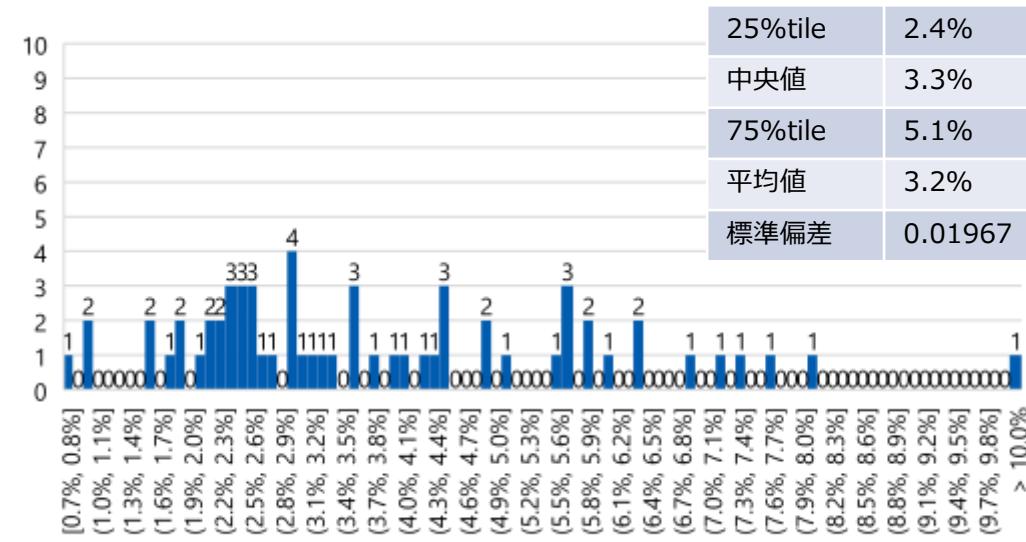
# ①の方法における病院類型ごとの賃金増率のシミュレーション

- 初再診料等、在宅医療(医科・歯科)における賃上げ必要点数を踏まえ、入院基本料等における賃上げ必要点数と一律の点数(全体の中央値)を設定した場合、病院類型ごとの賃金増率の分布は以下のとおり。

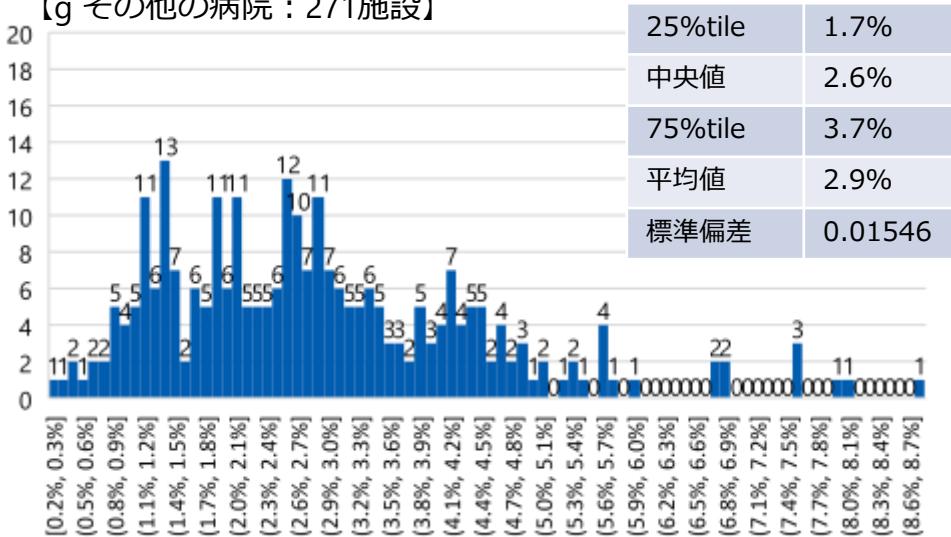
【e a,b,c,d以外の精神病床のみの病院：119施設】



【f a,b,c,d,e以外の療養病床のみの病院：61施設】



【g その他の病院：271施設】

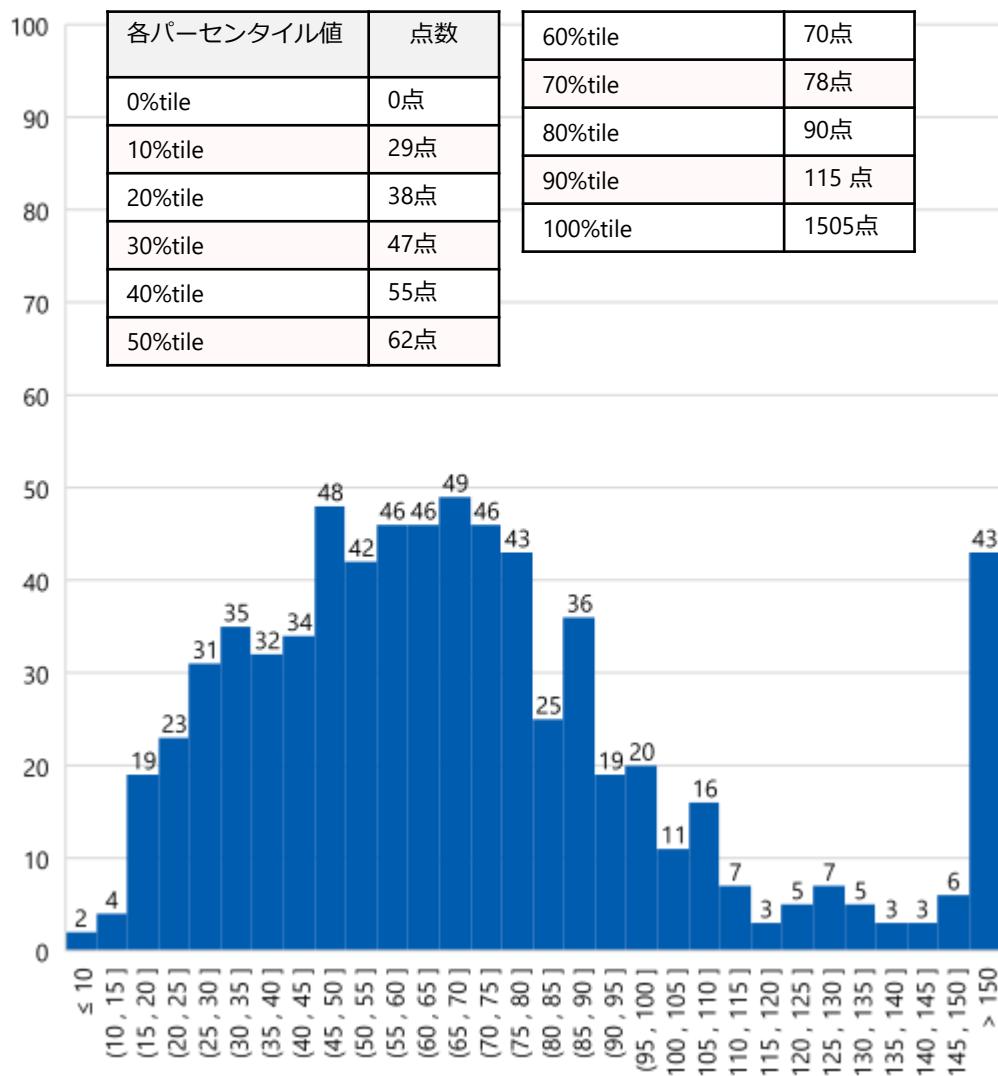


注)届出は令和5年3月末時点。救急車受入件数については令和4年度病床機能報告より。(精神科病院については病床機能報告の対象外となるため救急車件数はデータ未取得)

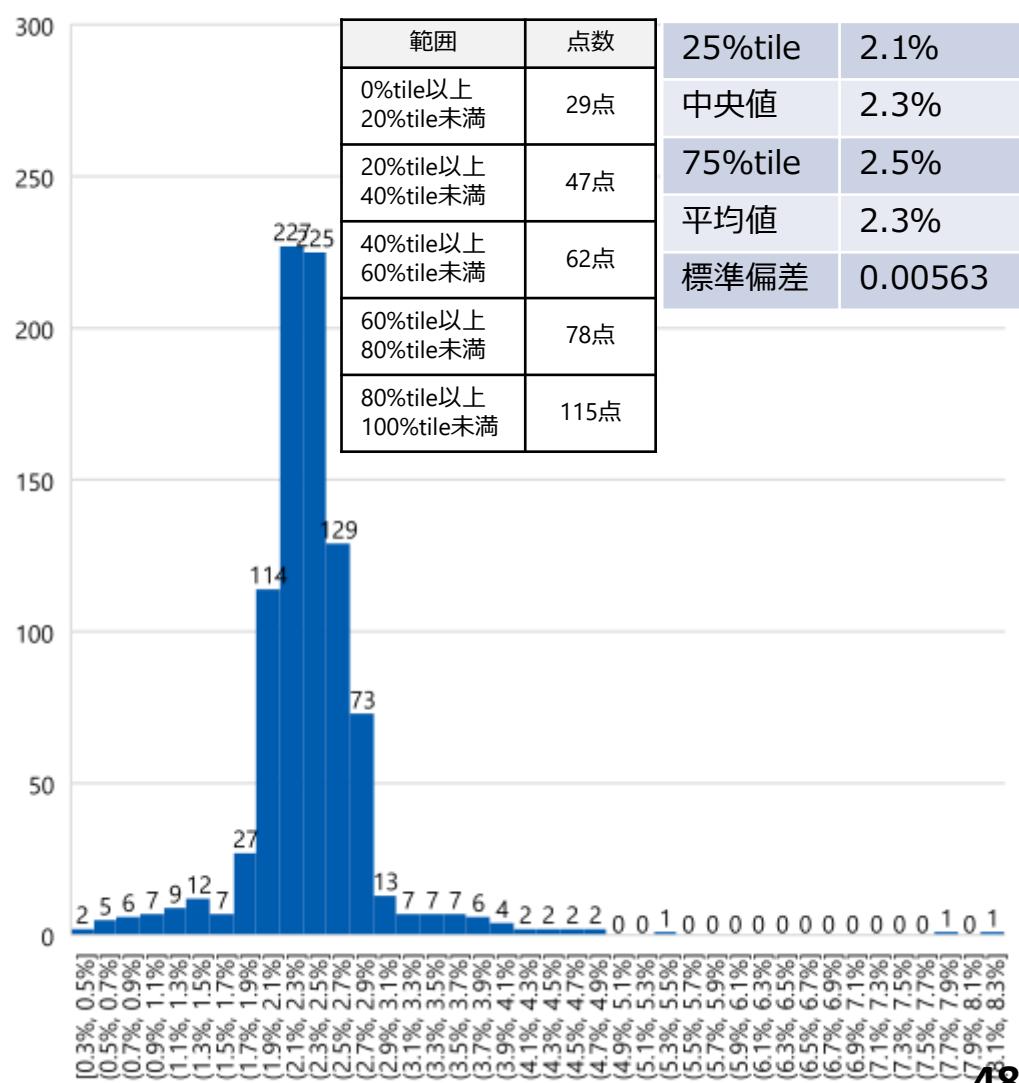
# 入院基本料等における賃上げ必要点数と病院における賃金増率のシミュレーション②－1

- 仮に、入院基本料等における賃上げ必要点数を5区分に分け、病院ごとに点数を設定する場合の賃金増率の将来推計の分布は以下のとおり。

【入院基本料等における必要な賃上げ必要点数の検討（再掲）】



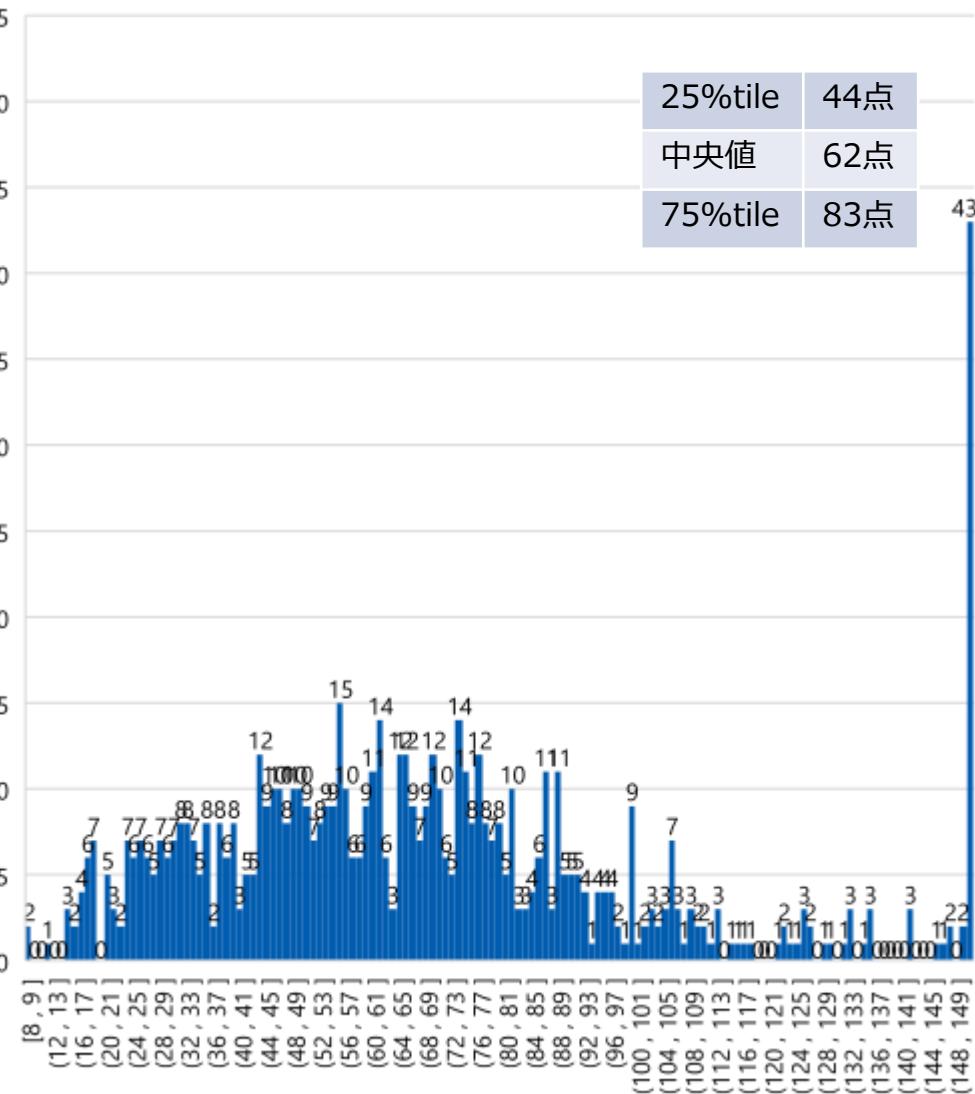
【病院における賃金増率の分布：898施設】



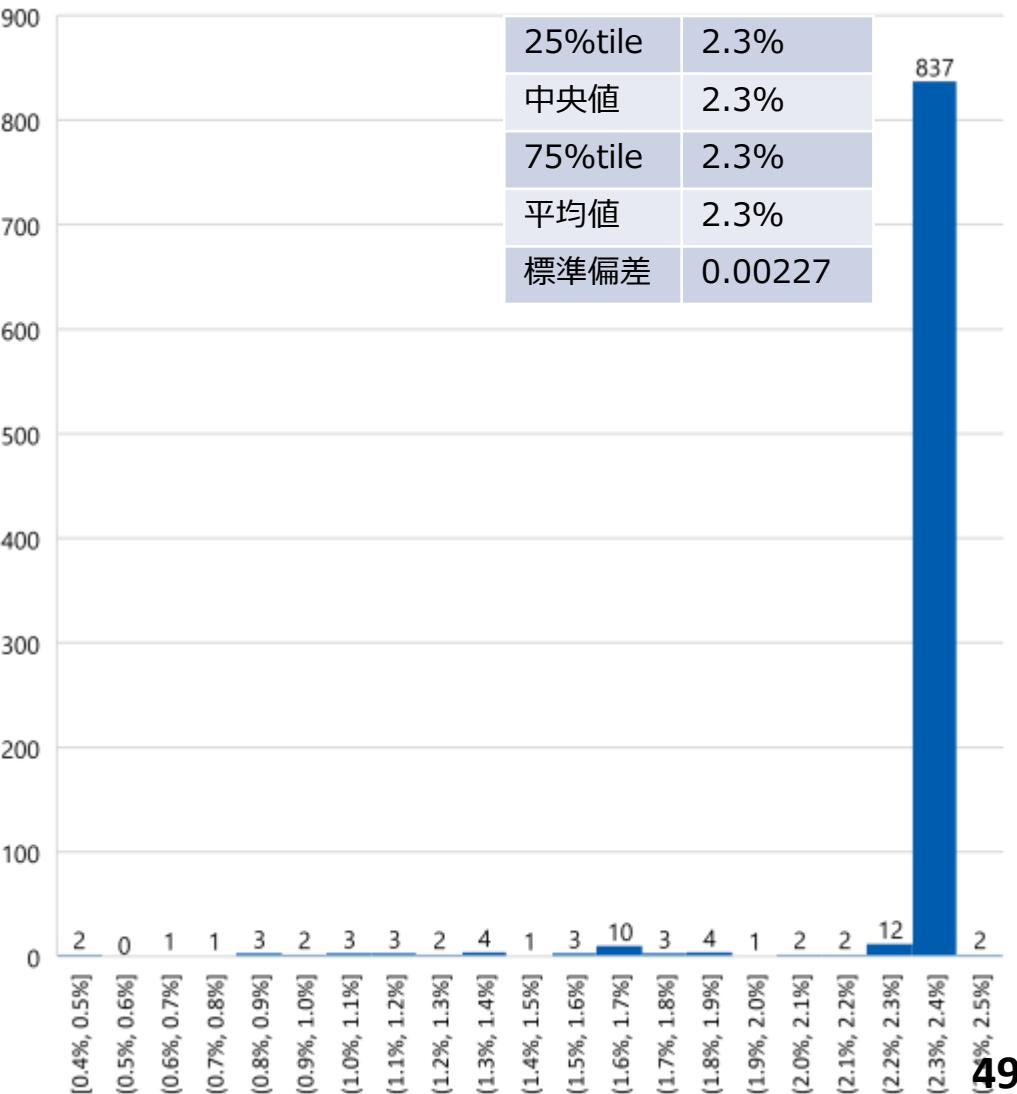
# 入院基本料等における賃上げ必要点数と病院における賃金増率のシミュレーション②－2

- 仮に、入院基本料等における賃上げ必要点数を1点～150点に分け、病院ごとに点数を設定する場合の賃金増率の将来推計の分布は以下のとおり。

【入院基本料等における賃上げ必要点数の検討（再掲）】



【病院における賃金増率の分布：898施設】



# 病院及び有床診療所における評価の設計についての論点整理

設計方法（案）	論点
① 一律の評価を設定	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <u>制度設計は単純であり、医療機関の事務負担は小さくなることが想定されるとともに、同様のサービスに対する評価が同じとなる一方で、賃上げの対象職種の在籍状況や給与の状況、算定回数等によって過不足のばらつきが大きくなることをどのように考えるか。</u></li></ul>
② 点数を複数に分け、病院ごとに評価を設定	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 賃上げの対象職種の在籍状況や給与の状況、算定回数等に応じたものになるため、<u>過不足のばらつきを最小限に抑えることが可能となるが、医療機関の事務負担*</u>が大きくなることが想定されることをどのように考えるか。 ※ 医療機関において、シミュレーションで行っているような必要な点数の計算を行うこととなる。</li><li>○ 同様のサービスに対する評価が異なることとなることをどのように考えるか。 ※ 看護職員待遇改善評価料においては、医療機関の状況に応じた評価をしているところ。</li></ul>

1. これまでの経緯について
2. これまでの議論等を踏まえた基礎となる分析について
  - 2-1. 病院類型ごとの職員の配置状況について
3. これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて
  - 3-1. 医科診療所及び歯科診療所について
  - 3-2. 病院について
  - 3-3. 訪問看護ステーションについて

# 訪問看護ステーションにおけるシミュレーションについて

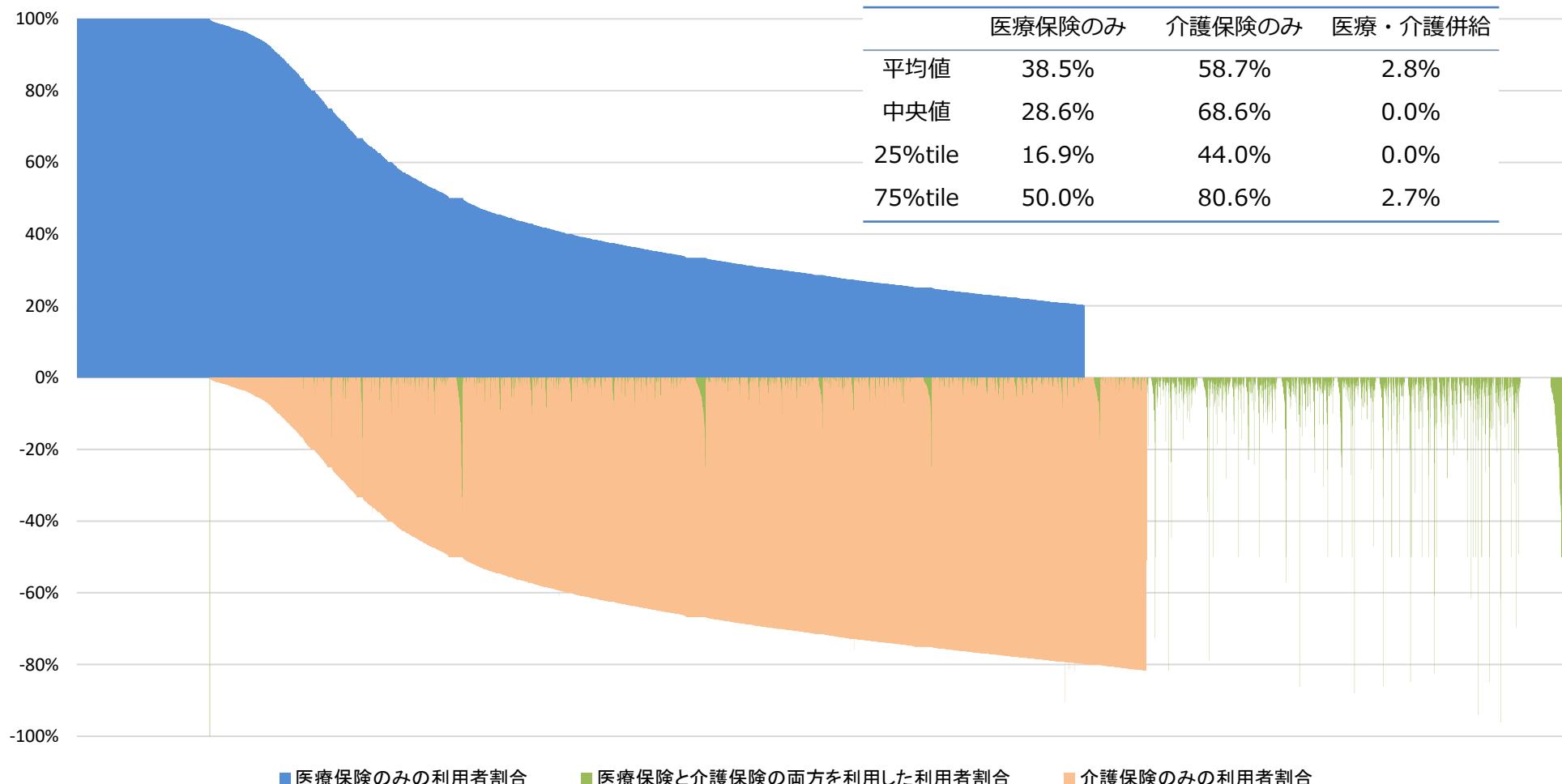
- 訪問看護ステーションに係るシミュレーションは以下の方法で行った。
  - ・ 介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)における給与費を用いて、各訪問看護ステーションにおける医療関係職種の給与を推計した。
    - － 介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)において、医療保険の訪問看護の利用者や訪問回数が0である訪問看護ステーションは推計から除外している。
    - － 訪問看護は医療保険と介護保険から給付されるものであることから、賃上げに必要な金額については、医療保険の訪問回数及び利用者数で按分している。
  - ・ 訪問看護ステーションにおける、医療関係職種の給与総額(医療保険分)を2.3%引き上げる場合に、訪問看護基本療養費・精神科訪問看護基本療養費又は訪問看護管理療養費への増額分を算出した。

# 【訪問看護】1事業所あたりの医療保険と介護保険の利用者の割合

診調組 入-1  
5. 12. 21

- 訪問看護ステーションでは、1事業所内において医療保険により給付される利用者、介護保険により給付される利用者、1か月の中で医療保険と介護保険が切り替わる利用者が混在している。

■訪問看護ステーションにおける、医療保険・介護保険別の利用者割合の分布 (n=13,769) (令和4年6月1日～6月30日の利用者実人数)



# 訪問看護における1利用者あたりの訪問日数の分布

- 医療保険の訪問看護について、1人の利用者あたりの訪問日数の分布は以下のとおり。

## ■訪問看護ステーションにおける、1利用者あたりの1月の訪問日数の分布

(人数)

60,000

50,000

40,000

30,000

20,000

10,000

0

平均値

8.2日

25%tile

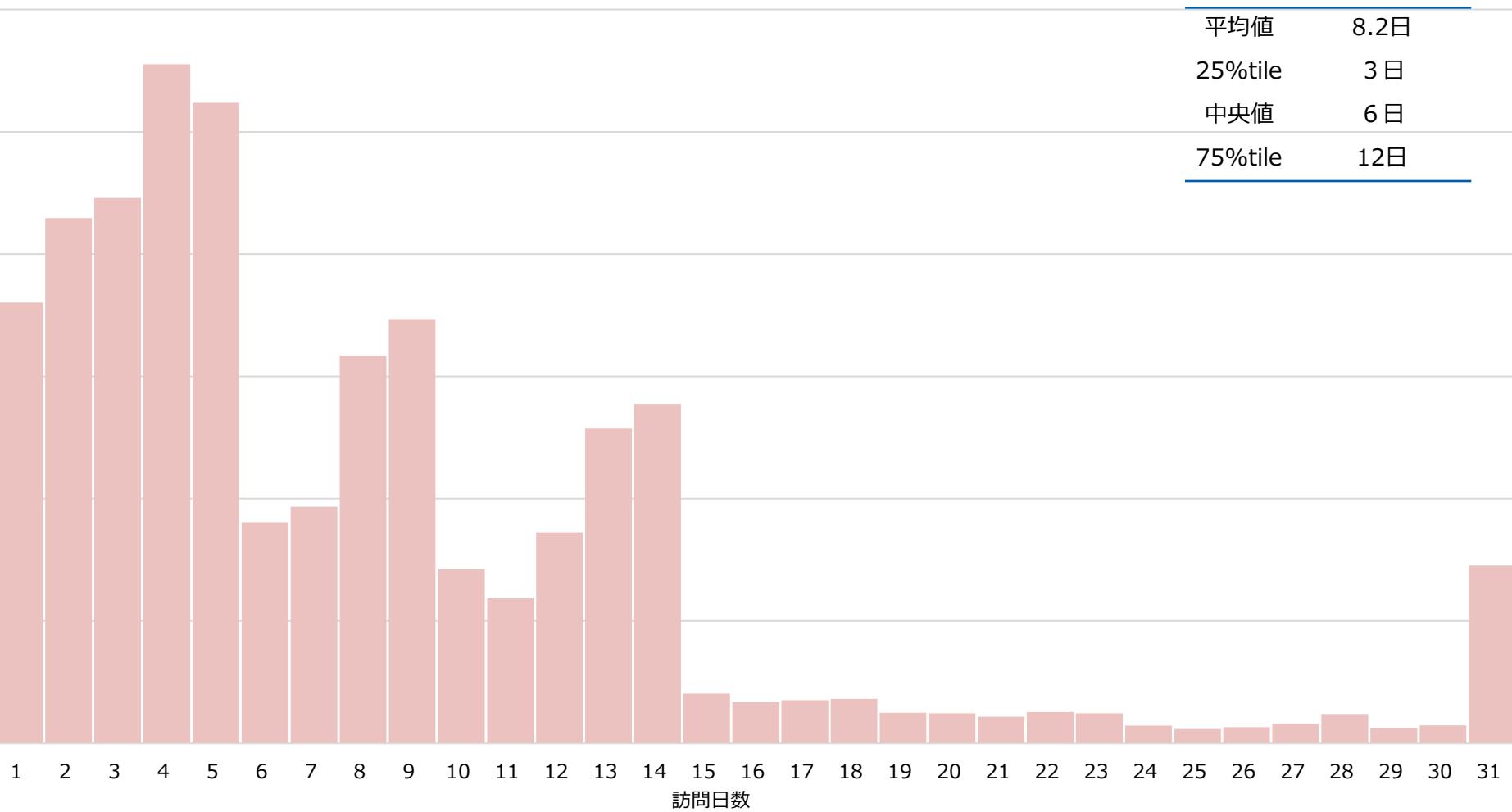
3日

中央値

6日

75%tile

12日

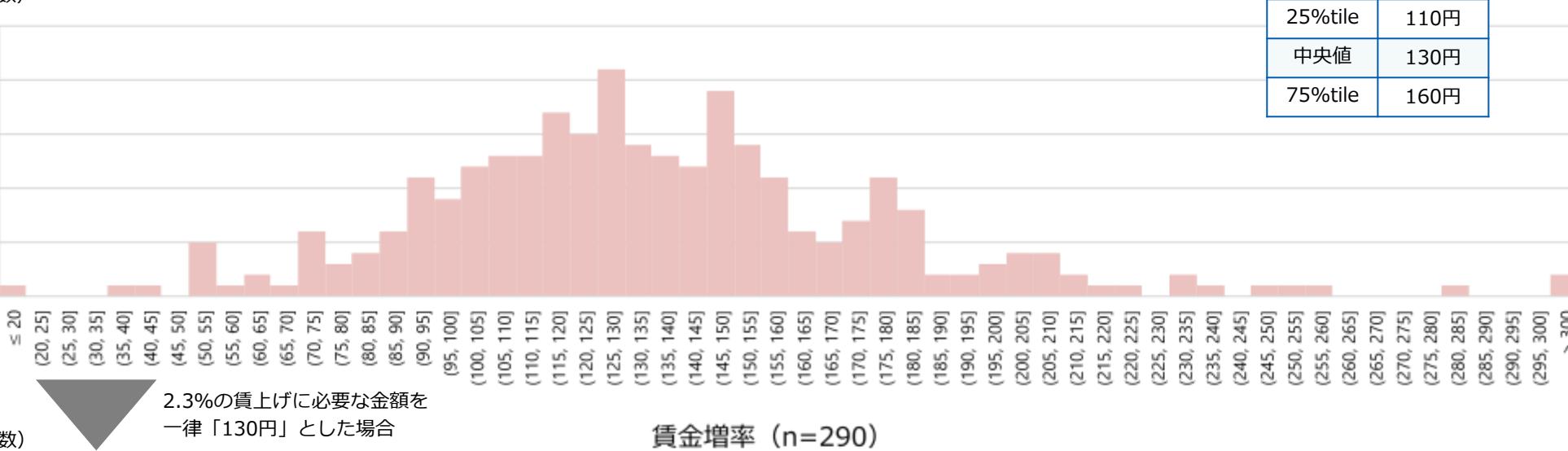


# 賃上げに必要な金額・賃金増率（訪問看護基本療養費等）

- 訪問看護ステーションについて、訪問看護基本療養費・精神科訪問看護基本療養費（1日につき）により医療関係職種の給与を2.3%を賃上げするためには必要な金額及び当該中央値の金額を引き上げた場合における賃金増率については、以下のとおり。

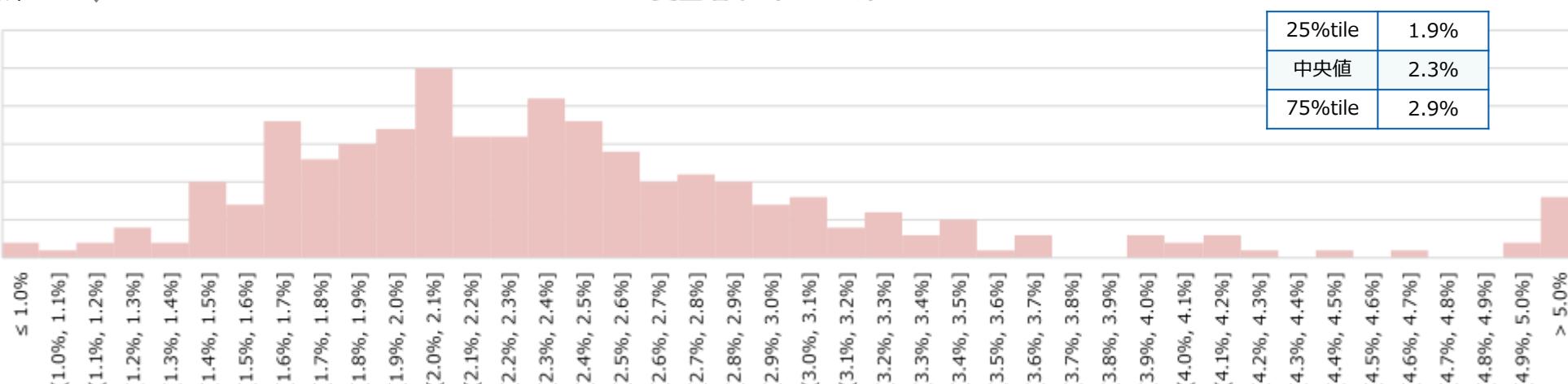
（事業所数）

2.3%賃上げに必要な金額（n=290）



（事業所数）

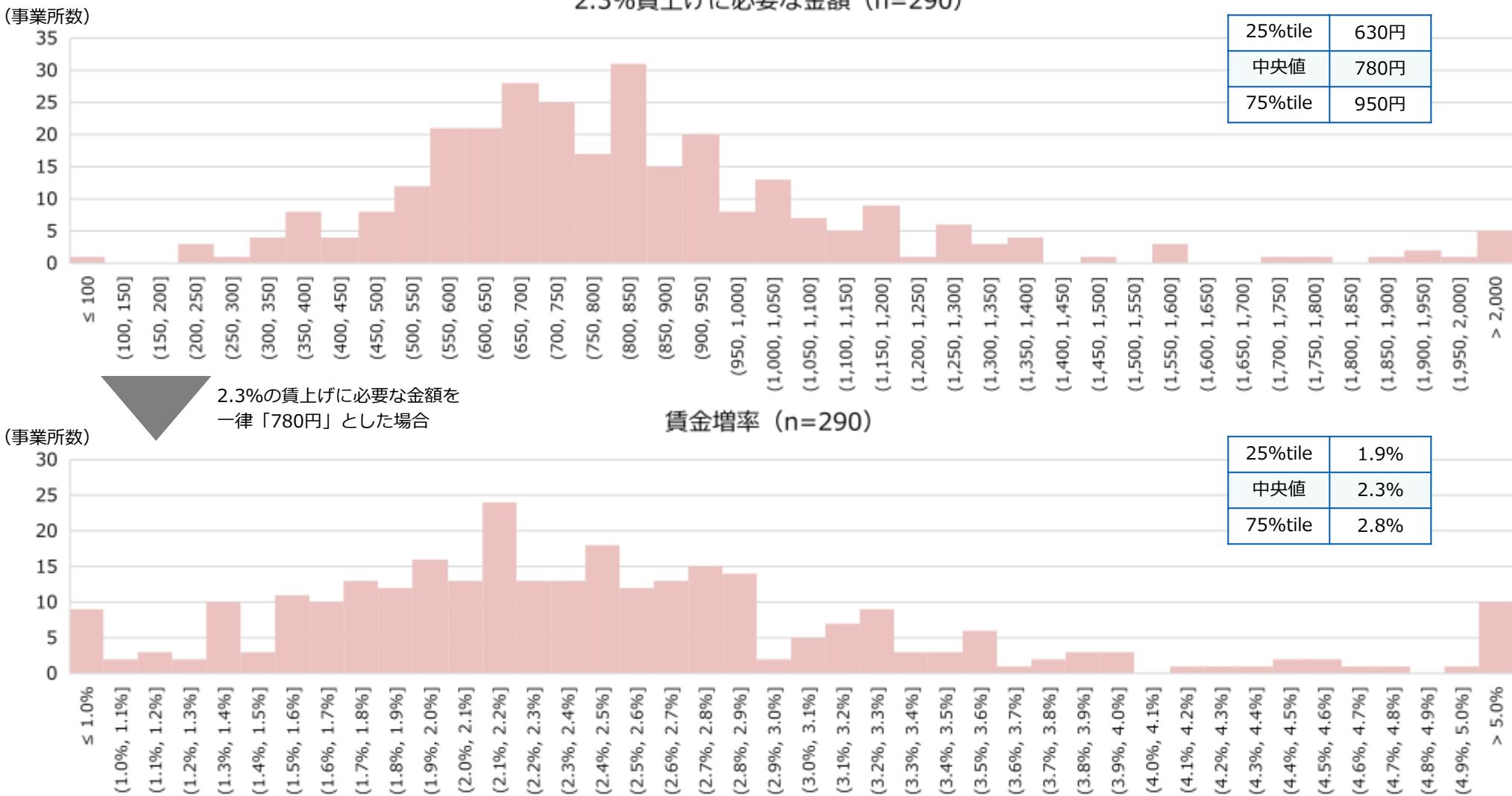
賃金増率（n=290）



出典：令和5年介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）より保険局医療課で作成

# 賃上げに必要な金額・賃金増率（訪問看護管理療養費）

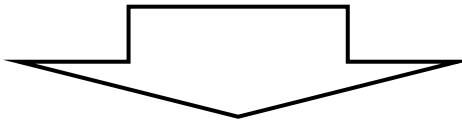
- 訪問看護ステーションについて、訪問看護管理療養費(1月につき)により医療関係職種の給与を2.3%を賃上げするために必要な金額及び当該中央値の金額を引き上げた場合における賃金増率については、以下のとおり。



出典：令和5年介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)より保険局医療課で作成

# 医療機関等における職員の賃上げについての課題と論点

- これまでのご議論及び大臣折衝事項を踏まえ、対象職種賃金の2.3%の賃上げに必要な評価と、評価を行った場合に可能となる賃上げ(賃減の増率)についてシミュレーションを行った。
- 医科診療所におけるシミュレーションでは、賃金増率は診療所間でばらついていた。また、賃金増率が0.5%未満となる施設もみられた。
- 歯科診療所におけるシミュレーションでは、賃金増率が0.5%未満となる施設の中には、初再診料算定回数が極端に少ない施設が見られる。
- 病院におけるシミュレーションにおいては、評価を病院ごとに分けることによって、賃金増率のばらつきが小さくなった。
- 訪問看護ステーションについては、訪問看護基本療養費と訪問看護管理療養費に上乗せ評価をするシミュレーションを行った。



## 【論点】

- 診療所等において、簡素な制度設計が求められる中において、賃上げのためにどのような評価を行うことが考えられるか。
- 診療所等において、一律の評価を行った場合に、極端に低い賃金増率の施設が想定されることについてどのように考えられるか。
- 病院において、様々な施設がある中、評価を分けることにより、賃金増率が収束する傾向にあることを踏まえ、賃上げのためにどのような評価を行うことが考えられるか。

# 医療機関等における職員の賃上げについて (その1)

- 1.これまでのご指摘について**
2. 医療を取り巻く状況等について
3. 賃上げに向けた対応について
4. 賃上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

## 【10月12日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 「看護職員処遇改善評価料」が予定通り運用されていることがわかったが、今後、賃金引き上げの対象を拡大するうえで、現行の評価料では対応しきれないのではないか。
- 次回改定においては、医療機関に従事する全ての職種について、他業種並みの賃金引上げが可能となるよう、原資の確保の検討をお願いしたい。
- 患者からすると、「看護職員処遇改善評価料」がどのように理解されているか疑問。今後、賃金引上げの対象を他職種に広げるとすれば患者負担も増加するため、患者が納得する仕組みを検討すべきではないか。
- 病院勤務の薬剤師の確保が難しくなっている中、薬剤師は「看護職員処遇改善評価料」の支給対象となっていないなどの課題があり、職種に関わらず、病院職員全体の賃金引上げができる仕組みを検討すべきではないか。
- 今回の「看護職員処遇改善評価料」は、地域のコロナ医療を担う看護職員を評価するために創設されたものであり、賃金引上げのための議論とは本来、切り離すべきではないか。
- 他職種も含めた賃金引き上げを実現するには、入院基本料等での対応を検討すべきではないか。
- 賃金引上げの在り方については、今後、入院基本料等での対応も含め、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論すべきではないか。

## 【10月27日 中央社会保険医療協議会総会】

### (処遇改善全般)

- 春闇の平均賃上げ率が3.58%となっている中、医療・介護の賃上げは一般企業に及んでおらず、その結果、高齢化等による需要増加にも関わらず、他産業に人材が流出しており、医療分野における有効求人倍率は全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まりしており、人材確保難となっている。公定価格により経営する医療機関においては、価格転嫁ができないこと等により、経営努力のみでは対応が困難。賃上げを確実に達成していくという、政権の目標に沿うためにも、公定価格である診療報酬を、確実に引き上げる対応が必須であり、従事者の給与の上昇および人材確保を図る原資の確保が求められている。
- 人材確保は重要であり、業務量に見合う人員配置の評価が必要。
- 看護補助者の重要性が議論になっているが、介護職員は処遇改善加算等により処遇改善されているため、介護職員と看護補助者の給与差が広がってきてている。このままでは病院の中で非常に重要な看護補助者の確保が難しくなるため、この差を埋める必要がある。
- 歯科衛生士、歯科技工士は地域の歯科医療を担う重要な職種であるが、離職が増えており処遇改善の対応が必要。
- 薬剤師は地域医療も支えており、薬剤師の処遇改善についても対応が必要。
- 来年度から医師の働き方改革により残業規制が始まり、医師から看護師、看護師から看護補助者等のタスクシフト／タスクシェアが起き、医療機関の中での人件費の配分が変化すると想定されるため、処遇改善は医療機関のマネジメントで対応していくべき。
- 一般企業においても毎年利益が生まれるわけではなく、経営努力により成り立っており、医療機関も効率化をはかっていくべき。
- 診療報酬で処遇改善を行う場合、患者負担や保険料負担への影響も十分に踏まえるべき。
- 費用の使途の見える化が重要。

### (看護職員処遇改善評価料の課題)

- 看護職員処遇改善評価料は、対象とならない職種や医療機関があるため、医療機関で働く全ての職員の処遇改善につながるよう、現行の仕組みで対応できるのかも含めて検討が必要。
- 分科会指摘のとおり、薬剤師が看護職員処遇改善評価料の支給対象になっていないことは問題である。
- 看護職員処遇改善評価料は、補助金からの移行という事情があり、評価体系として技術的な課題がある。
- 看護職員処遇改善評価料を算定している医療機関は、すでに約9割のベア等を行っており、今働いている人の不利益にならないよう、引き続き原資の確保が必要。

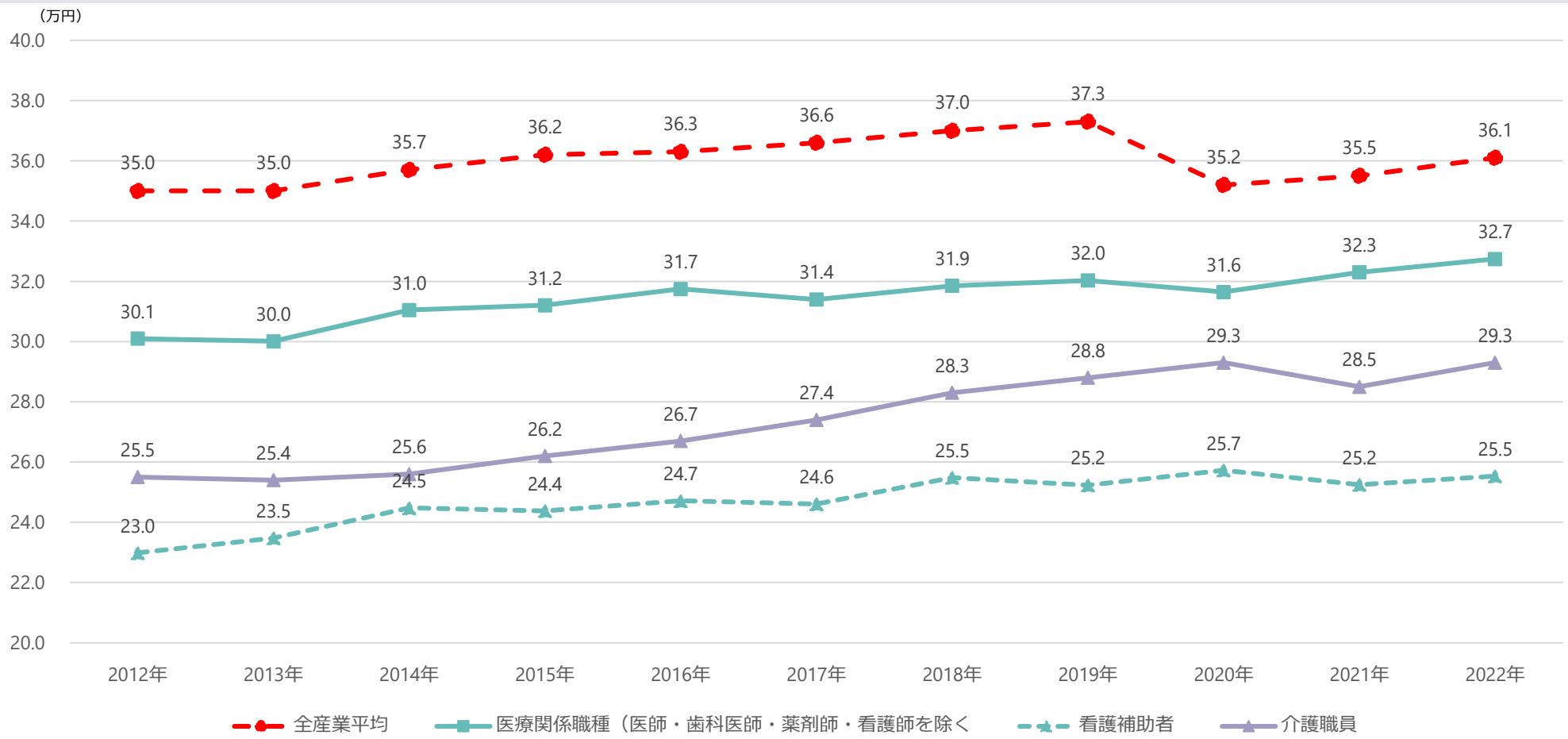
## 【12月8日 中央社会保険医療協議会総会】

- 患者が安心して医療を受けられるために医療人材の確保は重要であり、そのためには医療機関で働く全ての労働者の賃金改善が必要。賃上げが確実に実施されるための技術的な分析、検討をお願いしたい。
- 次回改定においては、すべての医療関係職種の賃上げが必要であり、看護職員の分析で明らかとなった多様な状況以上に、医療機関や職種により待遇が様々であることが想定される。このため、看護職員待遇改善評価料の仕組みにとらわれず、診療報酬としてどのような評価方法が考えられるのかについて検討が必要。
- 全産業平均を下回っているすべての医療機関等の職員について、しっかりと分析を行うべき。
- 医療経済実態調査の結果でも、薬局の給与の伸びは不十分。また、薬局の事務職員の平均賃金は全産業を大きく下回っている。人手不足は深刻な状況であり、待遇改善の対応が必要。
- 看護職員待遇改善評価料は、看護職員全体の2/3に当たる約100万人が対象外となっている。看護補助者は医療関係職種の中で最も低い賃金であり、全産業平均を大きく下回っている。生産年齢人口が減少していく中で、医療関係職種の人材確保は安心安全な医療を国民に提供し続ける上で不可欠。
- 入院基本料等の引き上げを実施した場合、待遇改善にしっかりと使われたかどうかの検証が必要。
- 評価料以外に、持ち出しによってすべての職員の給与を何とか上げたという病院もある。基本となる賃金の水準や、どの程度引き上げるのが適切であるかなど、評価が難しい点も課題。
- 確実に賃上げにつながるような詳細な制度設計だけでなく、医療機関の裁量の中で、労働市場等における様々な要素を踏まえた一定程度の待遇改善が行われるような柔軟な制度設計なども考えられる。メリット・デメリット等も含め分科会において検討いただきたい。
- 資本の増加分を原資にすれば待遇改善は対応可能なことが医療経済実態調査において明らかになった。医療関係職種より賃金が伸びていない業界もあるなかで、医療関係職種の賃上げを単純に患者負担や保険料に転嫁すべきではない。
- 幅広い職種や医療機関を対象とするのであれば、看護職員待遇改善評価料のように、個々の医療機関の職員数と患者数に応じた仕組みには限界がある。特に診療所については、医療経済実態調査で経営が好調なことが明らかであり、極めて慎重に対応すべき。
- 受診する医療機関によって自己負担が変わるなど、診療報酬が複雑になりすぎないよう、評価を行うとしても、賃上げの一部に充てるイメージで最低限の評価にとどめるべき。

1. これまでのご指摘について
- 2. 医療を取り巻く状況等について**
3. 貸上げに向けた対応について
4. 貸上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

## 医療関係職種の賞与込み給与の推移について

- コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。

注2) 「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。

# 医療関係職種の賃金の状況（一般労働者、男女計）

中医協 総-6  
5. 1 2. 8

産業別	産業計	平均年齢（歳）	勤続年数（年）	賞与込み給与（万円）
職種別				
	医師	39.3	3.9	97.1
	歯科医師	35.8	4.3	61.3
	薬剤師	39.2	7.2	45.6
	保健師	41.2	8.1	37.6
	助産師	42.3	9.8	47.9
	看護師	39.4	7.8	40.7
	准看護師	51.0	12.0	34.5
	診療放射線技師	39.2	11.3	41.9
	臨床検査技師	37.4	8.9	37.8
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士	33.5	6.2	34.2
	歯科衛生士	36.0	7.0	31.5
	歯科技工士	41.4	10.7	34.0
	栄養士	37.5	7.5	30.3
	その他の保健医療従事者	38.2	7.8	34.4

【出典】厚生労働省「令和4年賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1)一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

注2)「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額(労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額)」に、「年間賞与その他特別給与額(前年1年間(原則として1月から12までの1年間)における賞与、期末手当等特別給与額(いわゆるボーナス))」の1/12を加えて算出した額

注3)産業別賃金は「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役職者は含まれていない。役職者を含む産業計は、平均年齢43.7歳、勤続年数12.3年、賞与込み給与41.4万円

# 賃金の動向

- 2023年春季生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は、10,560円/3.58%となっている。

(参考) 賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」（定期昇給相当分を除いたもの）の加重平均は5,983円/2.12%

## 【全産業】

平均賃金方式	①平均賃金方式 (集計組合員数による加重平均)				昨年対比	2022回答 (2022年7月5日公表)			
	集計組合員数	定昇相当込み賃上げ計		集計組合員数			定昇相当込み賃上げ計		
		額	率	額	額	率			
5,272組合 2,877,053人	10,560円 3.58%	4,556円 1.51%	4,944組合 2,710,296人	6,004円 2.07%					
300人未満 計	3,823組合 362,688人	8,021円 3.23%	3,178円 1.27%	3,596組合 340,095人	4,843円 1.96%				
~99人	2,313組合 96,456人	6,867円 2.94%	2,480円 1.05%	2,184組合 88,939人	4,387円 1.89%				
100~299人	1,510組合 266,232人	8,451円 3.32%	3,441円 1.34%	1,412組合 251,156人	5,010円 1.98%				
300人以上 計	1,449組合 2,514,365人	10,957円 3.64%	4,774円 1.55%	1,348組合 2,370,201人	6,183円 2.09%				
300~999人	978組合 524,199人	9,389円 3.44%	3,994円 1.44%	902組合 485,271人	5,395円 2.00%				
1,000人~	471組合 1,990,166人	11,380円 3.69%	4,984円 1.57%	446組合 1,884,930人	6,396円 2.12%				

※ 2023年と2022年で集計対象組合が異なるため、「定期昇給相当込み賃上げ計」の昨年対比は整合しない。

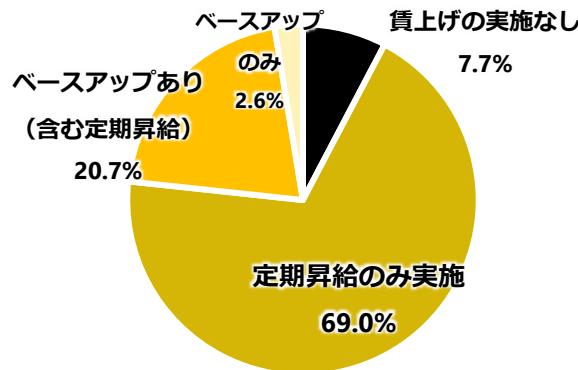
《参考》 賃上げ分が明確に分 かる組合の集計 (加重平均)	2023回答 (2023年7月5日公表)			賃上げ分 昨年対比	2022回答 (2022年7月5日公表)				
	集計組合數 集計組合員數	定期昇給相当込み 賃上げ計			集計組合數 集計組合員數	定期昇給相当込み 賃上げ計		賃上げ分	
		額	率			額	率		
3,186組合 2,320,523人	10,995円 3.69%	5,983円 2.12%	4,119円 1.49%	2,213組合 1,938,910人	6,474円 2.20%	1,864円 0.63%			
300人未満 計	2,019組合 238,848人	9,169円 3.57%	4,982円 1.96%	3,210円 1.24%	1,376組合 167,398人	5,769円 2.26%	1,772円 0.72%		
~99人	967組合 49,072人	8,333円 3.36%	4,433円 1.87%	2,636円 1.10%	636組合 32,128人	5,461円 2.24%	1,797円 0.77%		
100~299人	1,052組合 189,776人	9,387円 3.62%	5,124円 1.99%	3,358円 1.28%	740組合 135,270人	5,842円 2.27%	1,766円 0.71%		
300人以上 計	1,167組合 2,081,675人	11,222円 3.71%	6,098円 2.14%	4,225円 1.52%	837組合 1,771,512人	6,546円 2.19%	1,873円 0.62%		
300~999人	772組合 417,141人	10,139円 3.68%	5,698円 2.09%	3,919円 1.43%	533組合 291,462人	6,093円 2.25%	1,779円 0.66%		
1,000人~	395組合 1,664,534人	11,502円 3.71%	6,198円 2.16%	4,306円 1.55%	304組合 1,480,050人	6,637円 2.18%	1,892円 0.61%		

# 医療・介護分野の賃上げ等の状況について

- 政府全体で賃上げを進める中、令和5年度春闘では、平均3.58%（ベア分2.12%）（300人未満3.23%（ベア分1.96%））の賃上げを実現。
- 一方、医療・介護分野の賃上げは、公定価格の下で、半分程度の水準（1%台）にとどまっている。

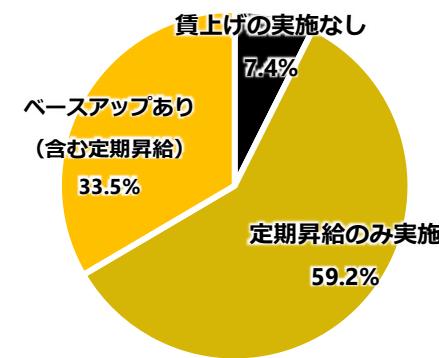
## 【医療分野】

- 医療現場における賃上げの状況（令和5年度）



## 【介護分野】

- 介護現場における賃上げの状況（令和5年度）



	賃上げ額 (平均)	賃上げ率	ベア額 (平均)	ベア率
全体	5,889円	1.9%	1,259円	0.4%
医師	15,001円	1.8%	1,081円	0.1%
看護職員	5,370円	2.0%	1,473円	0.5%
その他の職員	4,637円	1.9%	1,037円	0.4%

出典：医療機関における賃上げの状況に関する調査（令和5年4月10日）  
(日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会)

賃上げ額 (平均)	賃上げ率	ベースアップ額 (平均)	ベースアップ分 上げ率
3,363円	1.42%	1,271円	0.54%

出典：全老健・老施協・GH協・介護医療院における調査結果（n=1433）

■一般病院(全体)

# 職種別給与の平均と中央値、伸び率①

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		平均給料の伸び率	回答施設数
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値		
病院長	26,208,673	23,359,348	26,334,663	23,778,440	0.5	605
医師	14,619,456	16,889,246	14,610,739	16,748,784	▲0.1	609
歯科医師	12,587,192	12,637,429	12,491,733	12,025,456	▲0.8	124
薬剤師	5,625,692	5,668,371	5,688,862	5,657,393	1.1	605
看護職員	5,127,639	4,909,081	5,209,279	4,975,673	1.6	627
看護補助職員	3,187,598	3,099,619	3,244,894	3,138,072	1.8	549
医療技術員	4,657,816	4,462,923	4,675,624	4,496,132	0.4	609
歯科衛生士	3,759,497	3,656,860	3,778,665	3,668,069	0.5	157
歯科技工士	5,050,562	4,704,000	4,909,517	4,439,325	▲2.8	17

■一般病院(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の伸び率	回答施設数
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値		
病院長	30,044,796	25,800,000	30,212,670	26,551,065	0.6	317
医師	15,130,232	17,699,500	14,984,967	17,672,170	▲1.0	317
歯科医師	11,196,546	11,910,903	10,830,121	10,310,730	▲3.3	36
薬剤師	5,242,903	5,514,594	5,286,383	5,494,153	0.8	315
看護職員	4,569,017	4,536,948	4,633,380	4,637,455	1.4	332
看護補助職員	3,081,175	3,014,972	3,129,319	3,061,833	1.6	314
医療技術員	4,109,461	4,120,272	4,112,932	4,166,263	0.1	316
歯科衛生士	3,183,728	3,175,575	3,231,712	3,214,481	1.5	55
歯科技工士	3,895,043	4,072,911	3,910,644	4,030,486	0.4	5

※ 中央値については保険局医療課において集計。

# 職種別給与の平均と中央値、伸び率②

第24回医療経済  
実態調査の概要  
(令和5年 11月24日版)

## ■一般診療所(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		平均給料の伸び率	回答施設数
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値		
院長	25,915,156	21,600,000	26,529,548	21,600,000	2.4	1,014
医師	10,940,874	10,500,000	11,180,508	11,600,000	2.2	365
薬剤師	7,797,038	5,708,450	7,416,328	5,992,800	▲4.9	31
看護職員	4,012,040	3,836,950	4,092,131	3,887,538	2.0	872
看護補助職員	2,547,336	2,673,775	2,605,794	2,682,001	2.3	180
医療技術員	4,088,232	4,020,609	4,211,087	4,107,151	3.0	285

## ■歯科診療所(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の伸び率	回答施設数
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値		
院長	14,961,659	12,700,000	15,279,492	13,300,000	2.1	110
歯科医師	6,717,040	6,000,000	7,039,931	6,230,000	4.8	61
歯科衛生士	2,875,027	3,093,949	2,882,783	3,156,785	0.3	101
歯科技工士	4,037,767	3,966,961	3,994,023	3,887,825	▲1.1	23

## ■保険薬局(法人)

(単位:円、%)

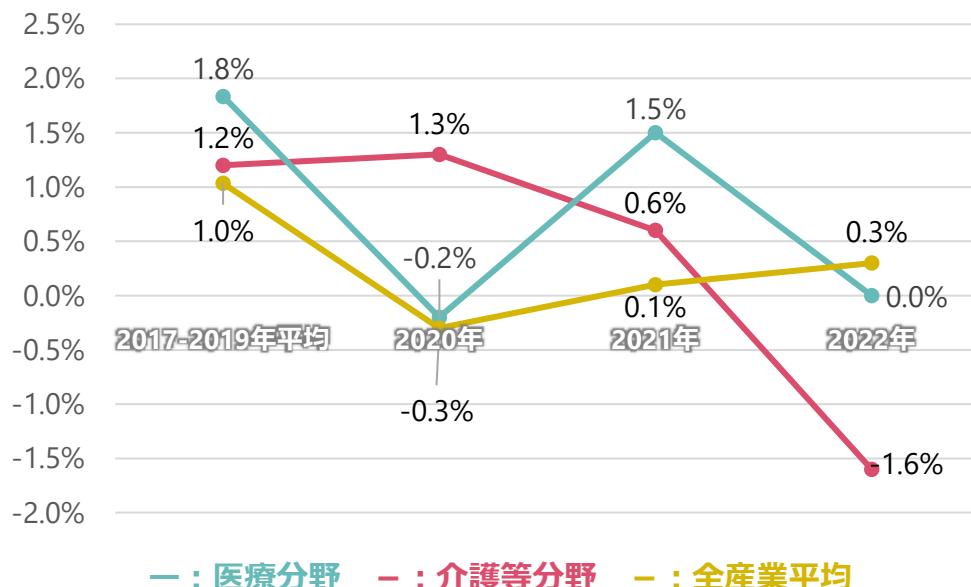
	R3年度		R4年度		金額の伸び率	回答施設数
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値		
管理薬剤師	7,250,755	6,744,425	7,363,108	6,890,000	1.5	831
薬剤師	4,867,999	5,003,698	4,872,875	4,991,438	0.1	676

※ 中央値については保険局医療課において集計。

# 医療・介護分野における人材確保の状況について

- 高齢化等による需要増加にも関わらず、医療介護分野とも、人材確保の状況が悪化するとともに、有効求人倍率は全職種平均の2~3倍程度の水準で高止まりしている。

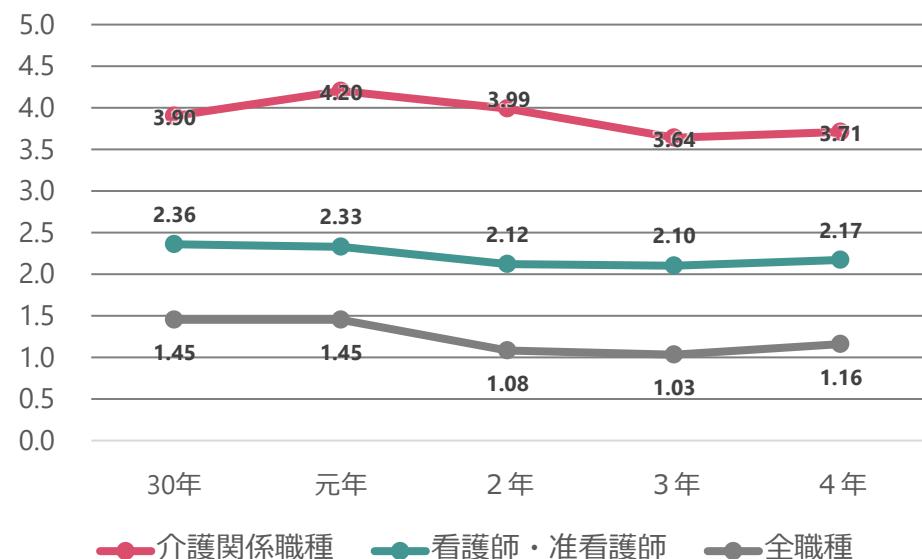
■ 医療・介護分野の入職超過率（入職率 - 離職率）



出典：厚生労働省「雇用動向調査」より作成

注) それぞれの入職超過率は、入職率から離職率を減じて小数第2位で四捨五入することにより算出。

■ 医療・介護分野の有効求人倍率（直近5年の動き）



出典：厚生労働省「職業安定業務統計」一般職業紹介状況

# 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### 【重点課題】

##### 【具体的方向性の例】

- 医療従事者的人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

### (2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

##### 【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

# 令和6年度診療報酬改定の基本方針 (関係箇所抜粋)

## 1. 改定に当たっての基本認識

(物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応)

- 現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。
- 令和6年度診療報酬改定では、デフレ完全脱却のための総合経済対策(令和5年11月2日閣議決定)を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

## 2. 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

(基本的視点)

- 2023年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。こうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、有効求人倍率が全職種平均の2~3倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は0%に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。
- このような状況を踏まえ、必要な待遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者的人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。
- 加えて、医師等の働き方改革を進め、心身ともに健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024年(令和6年)4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬の対応がより実効性のあるものとなるよう検討する必要がある。

(具体的方向性の例)

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
  - ・ 令和4年度に実施した看護職員の待遇改善に係る取組や令和5年11月の経済対策も踏まえつつ、医療従事者の賃上げに向けた取組の推進。
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

1. これまでのご指摘について
2. 医療を取り巻く状況等について

### **3. 貢上げに向けた対応について**

- 3-1. 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に係る対応について
- 3-2. 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者に係る対応について
4. 貢上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

# 令和4年度／令和6年度の診療報酬改定における処遇改善

診調組 入-1  
5. 12. 21改

## 令和3年12月22日大臣折衝事項(抄)

令和4年度改定

診療報酬改定

### 1. 診療報酬 + 0. 43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 23%  
各科改定率 医科 + 0. 26%  
歯科 + 0. 29%  
調剤 + 0. 08%

※2 **うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 20%**

※3～※5 (略)

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注1）に勤務する看護職員を対象に、**10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み**（注2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注1）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注2）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができる柔軟な運用を認める。

## 令和5年12月20日大臣折衝事項(抄)

令和6年度改定

診療報酬改定

### 1. 診療報酬 + 0. 88%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 46%  
各科改定率 医科 + 0. 52%  
歯科 + 0. 57%  
調剤 + 0. 16%

**40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む**

※2 **うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にペア+2.5%、令和7年度にペア+2.0%を実施していくための特例的な対応 + 0.61%**

※3、※4 (略)

# 令和6年度診療報酬改定と賃上げについて

- 令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%の実現に向けて、
  - ① 医療機関等の過去の実績をベースにしつつ、更に
  - ② 今般の報酬改定による上乗せ点数（加算措置）の活用
  - ③ 賃上げ税制の活用

を組み合わせることにより、達成を目指していく。

## 大臣折衝事項（令和5年12月20日 厚生労働省）（抄）

### 1. 診療報酬 +0.88%（令和6年6月1日施行）

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%  
各科改定率 医科 +0.52%  
歯科 +0.57%  
調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

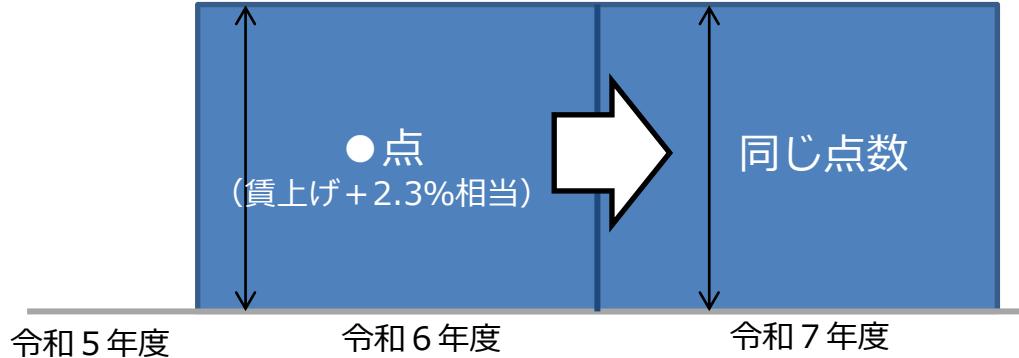
※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） +0.06%

※4 うち、うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

# 診療報酬の賃上げに係る評価（改定率+0.61%による上乗せ措置）のイメージ

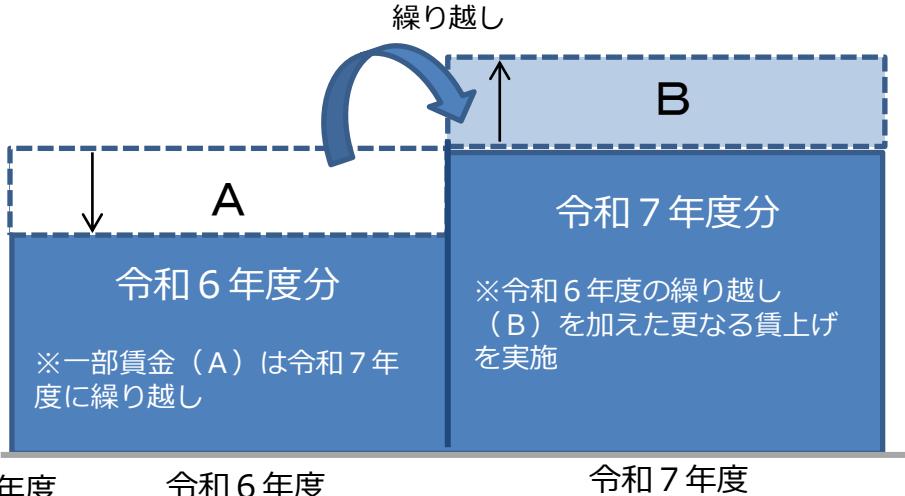
- 診療報酬の賃上げに係る評価(改定率+0.61%の上乗せ措置)は、対象職種賃金2.3%相当を想定して設定(2年が同じ点数)。
- 医療機関は、この点数を算定した場合の賃上げの配分方法について、次のような2つのパターンがある。

## 【診療報酬の点数】



## 【医療機関における賃上げの方法】

- 2年間で段階で引き上げを行う配分方法



- 令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



# (参考) 賃上げ促進税制について

## 賃上げに取り組む経営者の皆様へ

～政府は、賃上げに取り組む企業・個人事業主を応援します～

### 賃上げ促進税制を強化！

令和6年度税制改正  
を踏まえた措置概要

#### 【大企業・中堅企業】

全雇用者の給与等支給額の増加額の**最大35%**を税額控除※1

#### 【中小企業】

全雇用者の給与等支給額の増加額の**最大45%**を税額控除※1

<適用期間：令和6年4月1日から令和9年3月31日までの間に開始する各事業年度>

(個人事業主は、令和7年から令和9年までの各年が対象)

	必須要件（賃上げ要件）	上乗せ要件① 教育訓練費※2	上乗せ要件②（新設） 子育てとの両立・女性活躍支援										
・適用対象：青色申告書を提出する全企業又は個人事業主※3													
大企業向け	<table border="1"><thead><tr><th>継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）</th><th>税額控除率※1</th></tr></thead><tbody><tr><td>+ 3 %</td><td>1 0 %</td></tr><tr><td>+ 4 %</td><td>1 5 %</td></tr><tr><td><b>+ 5 %（新設）</b></td><td><b>2 0 %</b></td></tr><tr><td>+ 7 %（新設）</td><td>2 5 %</td></tr></tbody></table>	継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1	+ 3 %	1 0 %	+ 4 %	1 5 %	<b>+ 5 %（新設）</b>	<b>2 0 %</b>	+ 7 %（新設）	2 5 %	<p>+ 前年度比 + 1 0 % ⇒ 税額控除率を 5 %上乗せ</p>	<p>プラチナくるみん or プラチナえるぼし ⇒ 税額控除率を 5 %上乗せ</p>
継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1												
+ 3 %	1 0 %												
+ 4 %	1 5 %												
<b>+ 5 %（新設）</b>	<b>2 0 %</b>												
+ 7 %（新設）	2 5 %												
中堅企業向け（新設）	<table border="1"><thead><tr><th>継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）</th><th>税額控除率※1</th></tr></thead><tbody><tr><td>+ 3 %</td><td>1 0 %</td></tr><tr><td>+ 4 %</td><td>2 5 %</td></tr></tbody></table>	継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1	+ 3 %	1 0 %	+ 4 %	2 5 %	<p>+ 前年度比 + 1 0 % ⇒ 税額控除率を 5 %上乗せ</p>	<p>プラチナくるみん or えるぼし三段階目以上 ⇒ 税額控除率を 5 %上乗せ</p>				
継続雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1												
+ 3 %	1 0 %												
+ 4 %	2 5 %												
中小企業向け	<table border="1"><thead><tr><th>全雇用者の 給与等支給額（前年度比）</th><th>税額控除率※1</th></tr></thead><tbody><tr><td>+ 1. 5 %</td><td>1 5 %</td></tr><tr><td>+ 2. 5 %</td><td>3 0 %</td></tr></tbody></table>	全雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1	+ 1. 5 %	1 5 %	+ 2. 5 %	3 0 %	<p>+ 前年度比 + 5 % ⇒ 税額控除率を 1 0 %上乗せ</p>	<p>くるみん以上 or えるぼし二段階目以上 ⇒ 税額控除率を 5 %上乗せ</p>				
全雇用者の 給与等支給額（前年度比）	税額控除率※1												
+ 1. 5 %	1 5 %												
+ 2. 5 %	3 0 %												
中小企業は、賃上げを実施した年度に控除しきれなかった金額の <b>5年間の繰越しが可能</b> ※5（新設）													

※1 税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。

※2 教育訓練費の上乗せ要件は、適用事業年度の教育訓練費の額が適用事業年度の全雇用者に対する給与等支給額の0.05%以上である場合に限り、適用可能。

※3 「資本金1億円以上かつ従業員数1,000人以上」又は「従業員数2,000人超」のいずれかに当たる企業は、マルチステークホルダー方針の公表及びその旨の届出を行うことが必要。それ以外の企業は不要。

※4 資本金10億円以上かつ従業員数1,000人以上の企業は、マルチステークホルダー方針の公表及びその旨の届出が必要。

※5 繰越税額控除をする事業年度において、全雇用者の給与等支給額が前年度より増加している場合に限り、適用可能。

本紙内容は令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。

詳細については、租税特別措置法等が成立し制度内容が確定次第、令和6年5月頃を目途にHP（右記QRコード）に公表します。



1. これまでのご指摘について
2. 医療を取り巻く状況等について
3. 貢上げに向けた対応について

### **3－1. 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に係る対応について（シミュレーション等）**

- 3－1－1. 医科診療所及び歯科診療所に係るシミュレーション
- 3－1－2. 病院に係るシミュレーション
- 3－1－3. 訪問看護ステーションに係るシミュレーション
- 3－2. 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者に係る対応について
4. 貢上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

# 処遇改善についての課題と論点

## (処遇改善等に係る施策について)

- 経済財政運営と改革の基本方針2023(令和5年6月16日閣議決定)では、「2022年10月からの処遇改善の効果が現場職員に広く行き渡るようになっていくかどうかの検証を行い、経営情報の見える化を進める」、「経営状況の見える化を推進した上で、賃上げや業務負担軽減が適切に図られるよう取り組む」とされた。
- 「デフレ完全脱却のための総合経済対策～日本経済の新たなステージに向けて～」(令和5年11月2日閣議決定)では、医療・介護・障害福祉分野においては、2024年度の医療・介護・障害福祉サービス等報酬の同時改定での対応を見据えつつ、喫緊の課題に対応するため、人材確保に向けて賃上げに必要な財政措置を早急に講ずるとされた。これに対し、医療分野では、看護補助者の収入を引き上げるための措置として、看護補助者の処遇改善事業が実施されることになった。
- 令和6年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)では、重点課題を「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」とし、具体的な方向性の例として「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」を挙げている。

## (医療を取り巻く状況等について)

- 医療機関等には様々な職種が従事しており、入院患者数に対する配置数が定められている看護職員等以外にも多くの職種が数従事している。また、職種別従事者数の構成割合は、病院、診療所、訪問看護ステーションそれぞれで異なる。
- 医療機関等の従事者のうち、医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。
- 政府全体で賃上げが進める中、2023年春期生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は10,560円/3.58%であり、賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」(定期昇給相当分を除いたもの)の加重平均は5,983円/2.12%となっている。一方、医療分野の賃上げ率は1.9%にとどまっている。
- 高齢化等による需要増加にも関わらず、医療分野の人材確保の状況は厳しく、看護職員の有効求人倍率は全職種平均の2倍程度の水準で高止まりしている。

## (看護職員処遇改善評価料について)

- 令和4年度診療報酬改定において新設した「看護職員処遇改善評価料」については、以下のような課題が指摘されている。
  - 対象となる看護職員の収入を3%(月額平均12,000円相当)引き上げるという観点では、運用は予定通り行われていた
  - 本評価料は、看護職員処遇改善補助金を受けた医療機関の処遇改善が継続することを担保しなければならなかつたため、評価体系として技術的な課題がある
  - 本評価料を算定している医療機関は、すでに賃金改善額のうちベア等の割合が約9割となっており、引きあがった基本給等が再度引き下げられる等、今働いている人の不利益にならないよう、引き続き原資の確保が必要

## 【論点】

- 医療関係職種は全産業平均の賃上げに追いついていない状況を踏まえ、医療機関等の職員における処遇改善について、診療報酬において対応する場合を想定し、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な分析を行い、検討を進めることとしてはどうか。

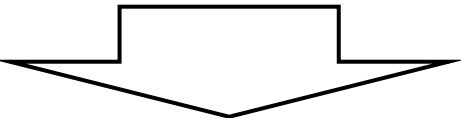
時期	議論の内容
2023年12月21日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ これまでの経緯等</li> <li>○ データ分析① <ul style="list-style-type: none"> <li>- 基礎的なシミュレーション 等</li> </ul> </li> <li>○ 今後の検討に向けた議論</li> </ul>
2024年1月4日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ データ分析② <ul style="list-style-type: none"> <li>- 指摘を踏まえた再度のシミュレーション 等</li> </ul> </li> <li>○ 取りまとめに向けた議論</li> </ul>
...	...
2024年1月中旬以降	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ とりまとめ</li> </ul>

※ 中医協総会及び中医協診療報酬基本問題小委員会にも検討の経過を報告しながら議論を進めることを想定。

また、ここでの議論は「令和5年12月20日大臣折衝事項」中の※2に当たる、+0.61%の対応分についてである。

# 医療機関等における職員の賃上げについての課題と論点

- ・ 賃上げに係る施策等、医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療機関等の職員における賃上げについて、診療報酬において対応する場合を想定し、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な分析を行い、検討を進めることとされている。
- ・ 令和6年度診療報酬に向けた大臣折衝において、「看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(※)について、令和6年度にペア+2.5%、令和7年度にペア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%」とされている。  
※ 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く。
- ・ 許可病床1床当たり医療関係職種の配置状況については、医療機関により多様となっている。
- ・ 診療月別の入院料、再診料の算定回数にはばらつきがある。
- ・ 技術的な議論のための基礎資料として、医療経済実態調査及びNDBデータを元に、試行的なシミュレーションを行った。具体的には、医療関係職種について、1%の賃上げを行うために必要な評価を、入院基本料等(病院)、初再診料(医療機関)及び調剤基本料(薬局)に上乗せすることを想定し、シミュレーションを行った。



## 【論点】

- 多様な職種が働く医療界において全体としての賃上げが求められる中、診療報酬上の対応について、試行的なシミュレーションを踏まえ、技術的にどのように考えるか。

## 【12月21日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 点数の種類が多いほど集約されてくるとは理解できたが、やはり外れ値も存在する。また点数種類が多いと従業員数に応じた届出などが非常に複雑になり、医療機関への負担も増えることが危惧される。現場への混乱が生じないよう、できるだけ幅広く柔軟にかつシンプルな取り組みの検討をお願いしたい。
- 全ての医療機関が対象となるため、設計はシンプルで説明しやすいものにすべき。また、適切に運用されているかしっかり検証ができる仕組みは最低限構築すべき。
- 前回の看護職員の処遇改善に関しては急性期病院を主とし、看護師の人数もある程度わかっている中で、他の職種にも賃金を充てられるものであったが、今回あまりにも病院ごとに職種間のばらつきが大きいので、同様の運用は難しいのではないか。
- 点数や賃金増率の分布について平均を見るだけでなく、超過している医療機関や極端に不足している医療機関について分析することが必要。
- 「看護職員処遇改善評価料」ほど多くの点数を設けることは難しいが、ばらつきを少なくするためにには一定程度点数を分類することも必要ではないか。
- 外れ値の分析は必要だが、ばらつきを完全になくすことは難しく、医療機関の負担などにも配慮した上で、一定程度のばらつきを許容することも必要ではないか。
- 病院類型別の職員の配置状況の分布の分析も必要ではないか。
- 職種のばらつきを見ていると、入院基本料等別の対応は難しいと考える。また、外来についても評価の検討をすべき。
- 医療機関によって各職種の人数や配置される部門などは多様。入院基本料等のみで評価するのは難しく、外来も評価に入れなければ、賃金の引き上げに苦労する医療機関も出てくるのではないか。
- 外来への評価を検討する場合、患者の自己負担に直結するため配慮が必要。
- 訪問看護については医療保険と介護保険の利用者が事業所によって様々であり、制度設計においては経営形態にも配慮が必要。

# これまでの議論等を踏まえた点数のシミュレーションについて

## ○ 診療報酬(+0.61%分)で対応する賃上げの対象職種

- 令和6年度診療報酬改定における大臣折衝事項を踏まえ、今回のシミュレーションにおける対象職種は以下で実施。

看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)、病院及び診療所の薬剤師、その他の医療関係職種※  
(医師、歯科医師、薬局の薬剤師、事務職員、歯科技工所で従事する者を除く)

※ その他の医療関係職種とは、看護補助者、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)、視能訓練士、義肢装具士、診療放射線技師、診療エッカス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、公認心理師、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士等。

## ○ 診療報酬(+0.61%分)で対応する賃上げ率

- 令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくため、賃上げ促進税制が有効的に活用されること等を前提とし、診療報酬で対応する賃上げ率は対象職種賃金の2.3%と想定。

## ○ 使用するデータ

- 病院、医科診療所、歯科診療所の給与については、前回(12月21日)同様に、令和5年度医療経済実態調査※(令和4年度データ)を使用しており、算定回数については、当該調査の対象施設のレセプトデータ(NDBデータ)を使用している。

※ 職種別の給与(賞与含む)を使用しているが、非常勤職員の給与が把握不可能なため、職種全体の給与に占める各職種の給与の割合を、医業・介護費用中の給与費に乘じることで、非常勤職員分も含めた給与を推計している。そのため、給与中に事業主の社会保険料負担分が含まれていることに留意。

- 訪問看護ステーションの給与と訪問回数については、令和5年度介護事業経営実態調査(令和4年度データ)を使用している。

# 賃上げ点数の設定の流れについて(イメージ図)

- 賃上げ必要点数については、①初再診料等、②訪問診療料、③入院基本料等の順に、設定する。
- 賃上げ必要点数については、対象保険医療機関において、個々に「賃上げに必要な金額」÷(「対象となる診療報酬の算定回数」×10円)により算出した点数の中央値(四捨五入)として設定する。

## ① 初再診料等の点数設計

- 訪問診療料を算定しない無床診療所のデータにより、賃上げに必要な金額を初再診料等の算定回数×10円で除し、個々の診療所で必要となる点数の中央値(四捨五入)を賃上げ必要点数として設定する。
- 歯科診療所についても、歯科診療所のデータにより、同様に賃上げ必要点数を設定する。

医科(及び歯科)診療所



賃上げに必要な  
点数を計算

賃上げに必要な金額

## ② 訪問診療料の点数設計

- ①で賃上げに必要な金額が不足した、訪問診療料を算定する診療所のデータにより、訪問診療料分として、賃上げに必要な金額(算定回数で按分)を訪問診療料分の算定回数×10円で除し、個々の診療所で必要となる点数の中央値(四捨五入)を賃上げ必要点数として設定する。
- 歯科診療所についても、歯科診療所のデータにより、同様に賃上げ必要点数を設定する。

医科(及び歯科)診療所



賃上げに必要な  
点数を計算

賃上げに必要な金額

## ③ 入院基本料等の点数設計

- 病院のデータにより、賃上げに必要な金額(※)を入院基本料等の算定回数×10円で除し、必要となる点数の中央値(四捨五入)を賃上げ必要点数として設定する。

※ 訪問診療料、初再診料等及び歯科初再診料等については①、②で設定した点数と同じものとして計算し、その金額を除く。

病院



賃上げに必要な  
点数を計算

賃上げに必要な金額

1. これまでのご指摘について
2. 医療を取り巻く状況等について
- 3. 貢上げに向けた対応について**

### **3－1. 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に係る対応について（シミュレーション等）**

#### **3－1－1. 医科診療所及び歯科診療所に係るシミュレーション**

3－1－2. 病院に係るシミュレーション

3－1－3. 訪問看護ステーションに係るシミュレーション

3－2. 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者に係る対応について

4. 貢上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

○ 医科診療所に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

① 在宅患者訪問診療料の算定のない施設において、対象職種の賃上げに必要な初再診料等への賃上げ必要点数を算出。

その際、初診料と再診料、また初再診料が包括されている診療行為について、それぞれ初診料に類するもの、再診料に類するものの2区分に分け、算定回数と点数の比(288点、73点)で按分した。

② ①で算出した賃上げ必要点数を用いて、賃金増率を算出した結果、2.3%に満たない施設において、不足分を在宅患者訪問診療料に上乗せすることを想定。

その際、在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)に類するもの、在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)に類するものの2区分に分け、算定回数と点数の比(888点、213点)で按分した。

ただし、双方の算定回数の合計が年間365回未満の施設は試算の対象外としている。

# 初診料等が包括されている（併算定できない）診療報酬の例

- 小児科外来診療料等の外来において包括的な評価を行う点数や、訪問診療料等においては、初診料、再診料、外来診療料が併算定できない。

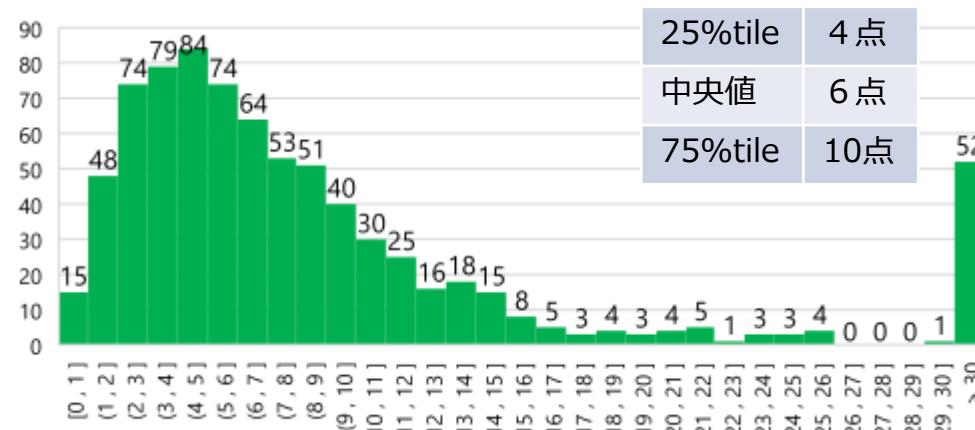
## 初診料・再診料・外来診療料を包括する（併算定できない）診療報酬の例

コード	コード(歯科)	点数名
A400	A400	短期滞在手術等基本料1
B001-2		小児科外来診療料
B001-2-7	B004-1-6	外来リハビリテーション診療料
B001-2-8	B004-1-7	外来放射線照射診療料
B001-2-9		地域包括診療料
B001-2-10		認知症地域包括診療料
B001-2-11		小児かかりつけ診療料
B001-2-12	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料
C001		在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
C001-2		在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
	C000	歯科訪問診療料

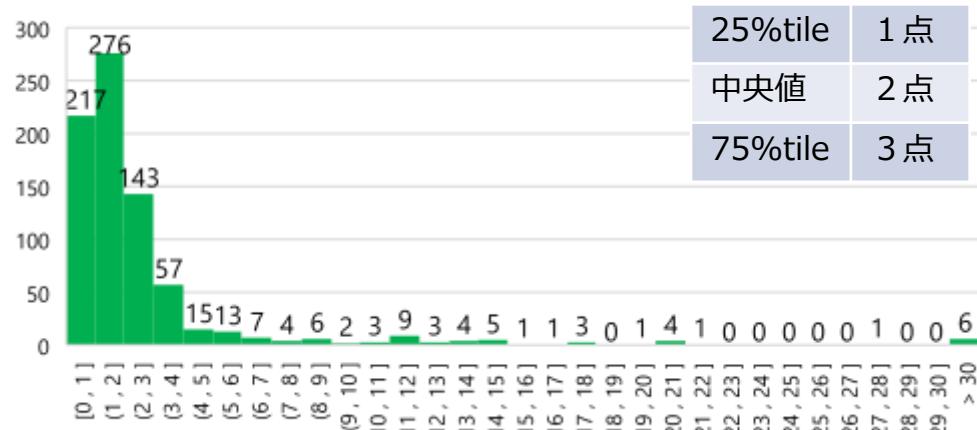
# 初再診料等、訪問診療料等における必要な賃上げ点数について（医科）

- ① 在宅患者訪問診療料を算定していない診療所の必要賃金において、初再診料等の賃上げ必要点数を設定。  
(初診料と再診料から算定回数に基づき按分)
- ② 賃金増率が不足している診療所の中で、在宅患者訪問診療料を一定以上(年間算定回数365回以上)算定している診療所における在宅患者訪問診療料での賃上げ必要点数を検討し、設定。  
(同一建物居住者以外と同一建物居住者から算定回数に基づき按分)

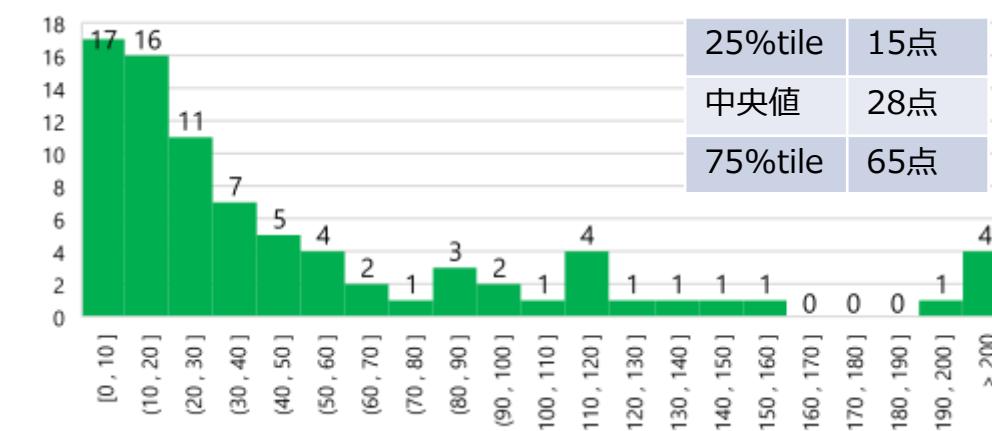
【①-1 初診料等の賃上げ必要点数の分布】



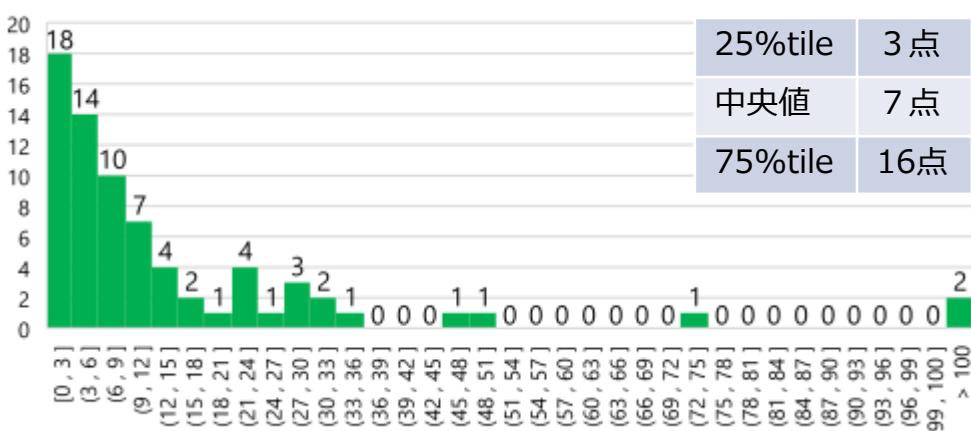
【①-2 再診料等の賃上げ必要点数の分布】



【②-1 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）の分布】



【②-2 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）の分布】

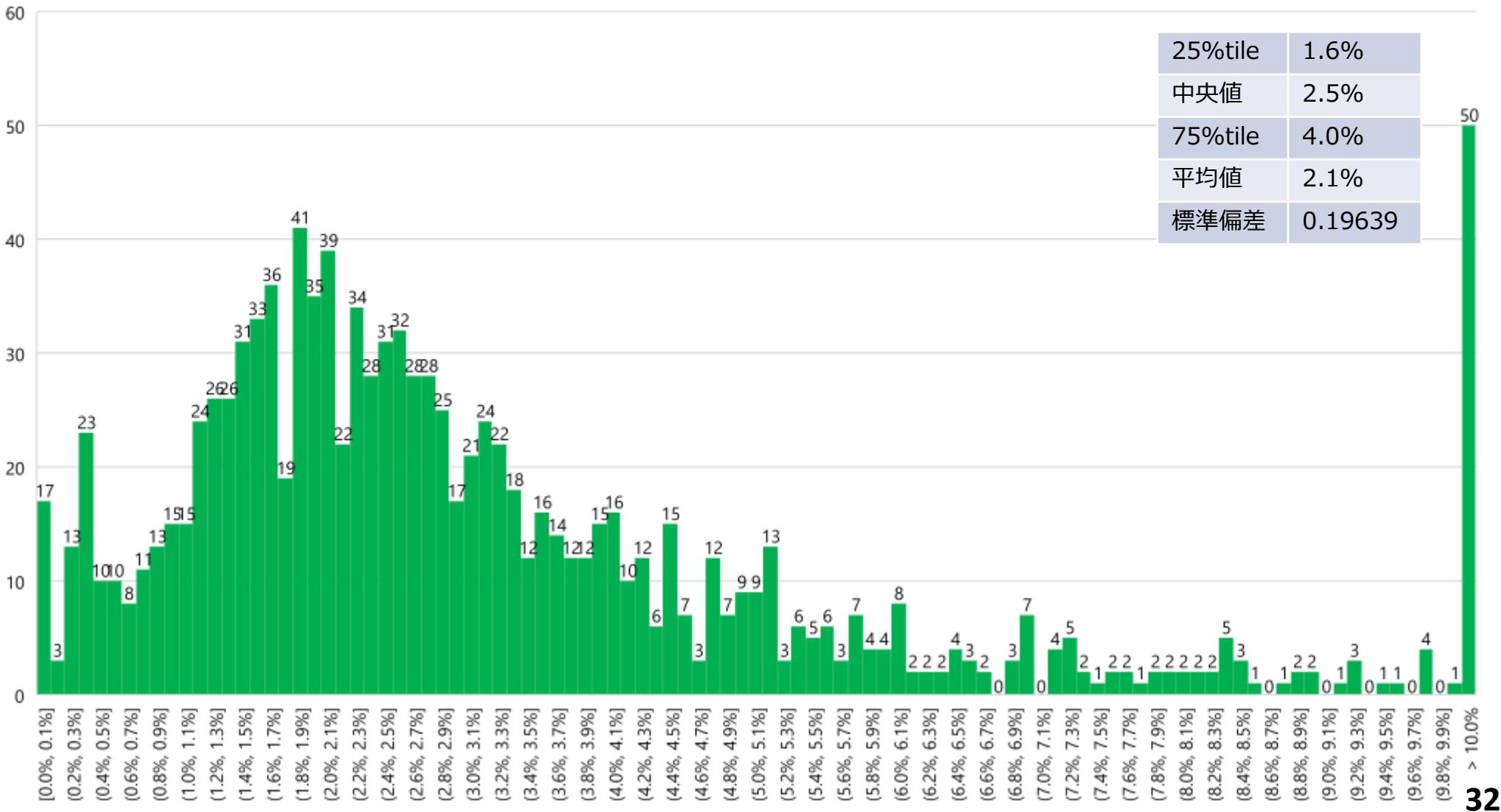


# 医科診療所（無床）における賃金増率のシミュレーション

診調組 入-1  
6 . 1 . 4

- シミュレーション結果による賃上げ必要点数(ここでは中央値)を初再診料等に上乗せした場合に、医科診療所（無床）における賃金増率の分布と分析については以下のとおり。

【賃金増率の分布：1,051施設】



# 賃金増率が低い医療機関の分析

○ 賃金増率が0.5%未満となる53施設についての詳細は、以下のとおり。

シミュレーションに使用した医療経済実態調査については、非常勤職員数が把握できない点に留意が必要。

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
0.2%	医療法人	泌尿器科	約11,000回	約12人
0.3%	個人	腎臓内科	約6,000回	約6人
0.4%	医療法人	泌尿器科	約33,000回	約35人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約12,000回	約11人
0.0%	医療法人	内科	約3,000回	約33人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約34,000回	約39人
0.4%	個人	形成外科	約1,000回	約2人
0.3%	医療法人	小児科	約4,000回	約26人
0.3%	医療法人	内科	約11,000回	約13人
0.2%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約20,000回	約23人
0.4%	医療法人	内科	約6,000回	約4人
0.2%	医療法人	内科	約2,000回	約4人
0.1%	医療法人	内科	約6,000回	約12人
0.4%	医療法人	外科	約9,000回	約16人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約6,000回	約6人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約17,000回	約18人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約17,000回	約10人
0.4%	個人	内科	約10,000回	約6人
0.0%	医療法人	消化器内科（胃腸内科）	500回未満	約3人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約21,000回	約16人
0.5%	医療法人	内科	約13,000回	約11人
0.1%	医療法人	内科	約3,000回	約6人
0.2%	医療法人	腎臓内科	約13,000回	約19人
0.5%	その他	内科	約8,000回	約13人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約14,000回	約14人
0.2%	医療法人	内科	約15,000回	約24人

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
0.3%	その他	内科	約2,000回	約3人
0.1%	個人	内科	500回未満	約2人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約46,000回	約38人
0.4%	その他	内科	約14,000回	約15人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約23,000回	約29人
0.4%	その他	内科	約12,000回	約14人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約22,000回	約26人
0.0%	医療法人	泌尿器科	500回未満	約10人
0.5%	個人	泌尿器科	約15,000回	約11人
0.3%	医療法人	泌尿器科	約15,000回	約19人
0.3%	医療法人	内科	約2,000回	約6人
0.3%	医療法人	消化器内科（胃腸内科）	約13,000回	約9人
0.3%	その他	内科	約3,000回	約2人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約16,000回	約15人
0.4%	その他	内科	約11,000回	約9人
0.3%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約26,000回	約31人
0.3%	その他	整形外科	約3,000回	約1人
0.4%	個人	内科	約2,000回	約3人
0.3%	医療法人	消化器内科（胃腸内科）	約15,000回	約20人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約30,000回	約44人
0.2%	その他	内科	約2,000回	約2人
0.4%	医療法人	婦人科	約20,000回	約13人
0.1%	医療法人	内科	500回未満	約1人
0.3%	個人	内科	約4,000回	約11人
0.4%	医療法人	人工透析内科（人工透析外科）	約13,000回	約15人
0.2%	その他	内科	約9,000回	約22人
0.4%	医療法人	神経内科	約21,000回	約21人

# 賃金増率が高い医療機関の分析

診調組 入-1  
6 . 1 . 4

○ 賃金増率が15%以上となる23施設についての詳細は、以下のとおり。

○ 対象職種常勤職員数が極端に少ない施設が多い。

シミュレーションに使用した医療経済実態調査については、非常勤職員数が把握できない点に留意が必要。

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
15%以上	医療法人	整形外科	約56,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約11,000回	約0人
15%以上	個人	心療内科	約7,000回	約0人
15%以上	医療法人	耳鼻咽喉科	約35,000回	約1人
15%以上	個人	皮膚科	約17,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約22,000回	約0人
15%以上	個人	眼科	約17,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約19,000回	約0人
15%以上	個人	内科	約4,000回	約0人
15%以上	個人	心療内科	約11,000回	約0人
15%以上	個人	内科	約7,000回	約0人
15%以上	医療法人	整形外科	約26,000回	約0人

増点率	開設主体	診療科	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
15%以上	医療法人	内科	約1,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約8,000回	約0人
15%以上	医療法人	眼科	約27,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約25,000回	約1人
15%以上	医療法人	内科	約8,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約11,000回	約0人
15%以上	医療法人	耳鼻咽喉科	約10,000回	約0人
15%以上	医療法人	整形外科	約36,000回	約0人
15%以上	医療法人	内科	約18,000回	約2人
15%以上	医療法人	内科	約13,000回	約0人
15%以上	医療法人	精神科	約38,000回	約0人

○ 歯科診療所に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

① 歯科訪問診療料の算定のない施設において、対象職種の賃上げに必要な初再診料等への賃上げ必要点数を算出。

その際、初診料と再診料、また初再診料が包括されている診療行為について、それぞれ初診料に類するもの、再診料に類するものの2区分に分け、算定回数と点数の比(264点、56点)で按分した。

② ①で算出した賃上げ必要点数を用いて、賃金増率を算出した結果、2.3%に満たない施設において、不足分を歯科訪問診療料に上乗せすることを想定。

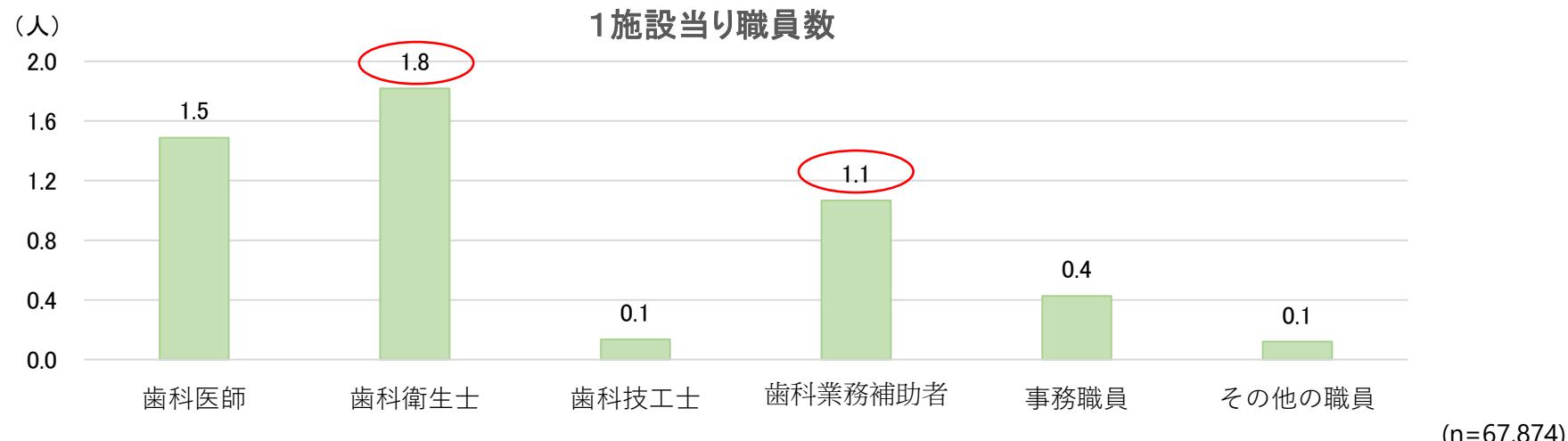
その際、歯科訪問診療料1、歯科訪問診療料2又は3の2区分に分け、算定回数と点数の比(1100点、361点)で按分した。

ただし、双方の算定回数の合計が年間365回未満の施設は試算の対象外としている。

# 歯科診療所の職員について

- 歯科診療所では、全国で歯科衛生士が約12万人、歯科業務補助者が約7万人、業務に従事しており、1施設当りの平均人数ではそれぞれ1.8人、1.1人である。

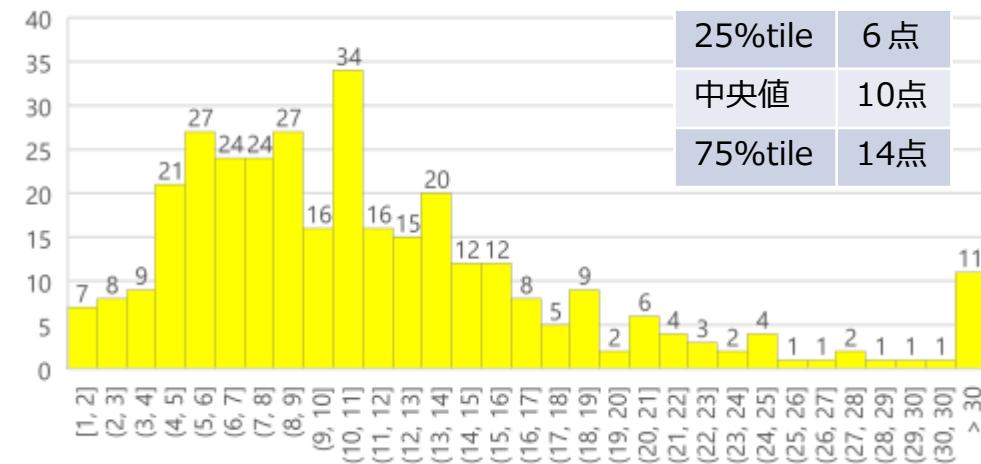
## ■歯科診療所の職員数



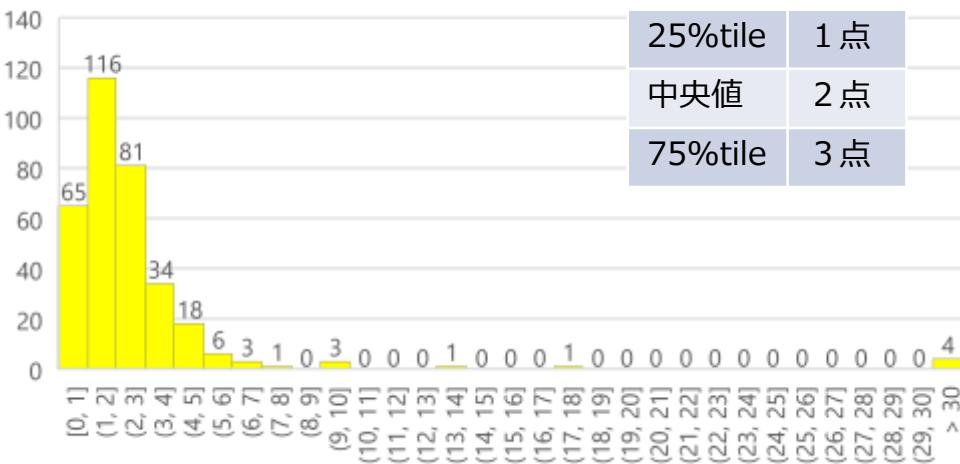
# 初再診料等、訪問診療料等における必要な賃上げ点数について（歯科）

- ① 歯科訪問診療料を算定していない診療所の必要賃金において、初再診料等の賃上げ必要点数を設定。  
(初診料と再診料から算定回数に基づき按分)
- ② 賃金増率が不足している診療所の中で、歯科訪問診療料を一定以上(算定回数365回以上)算定している診療所における歯科訪問診療料での賃上げ必要点数を検討し、設定。  
(歯科訪問診療料1と歯科訪問診療料2、3から算定回数に基づき按分)

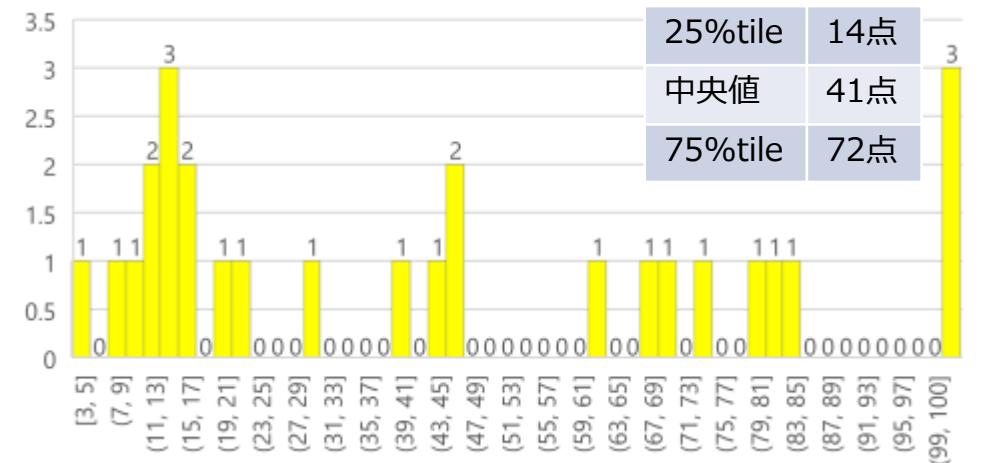
【①-1 歯科初診料の賃上げ必要点数の分布】



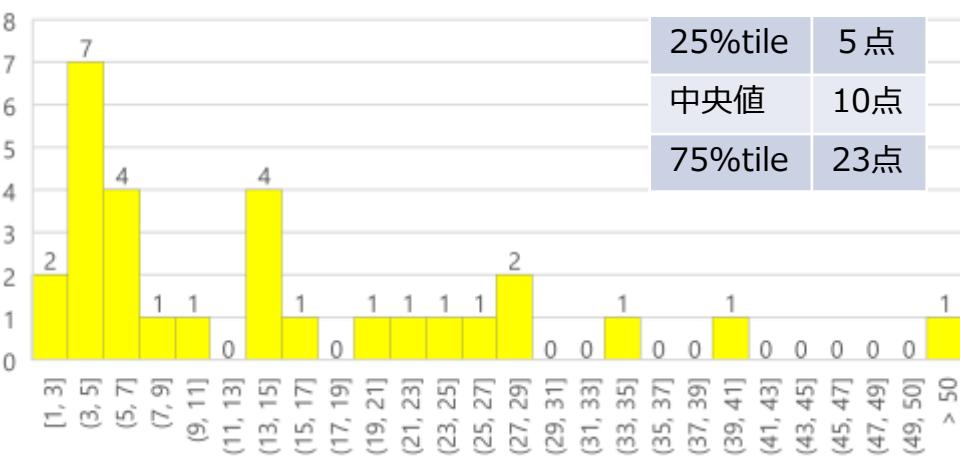
【①-2 歯科再診料等の賃上げ必要点数の分布】



【②-1 歯科訪問診療料 1 の分布】



【②-2 歯科訪問診療料 2、3 の分布】

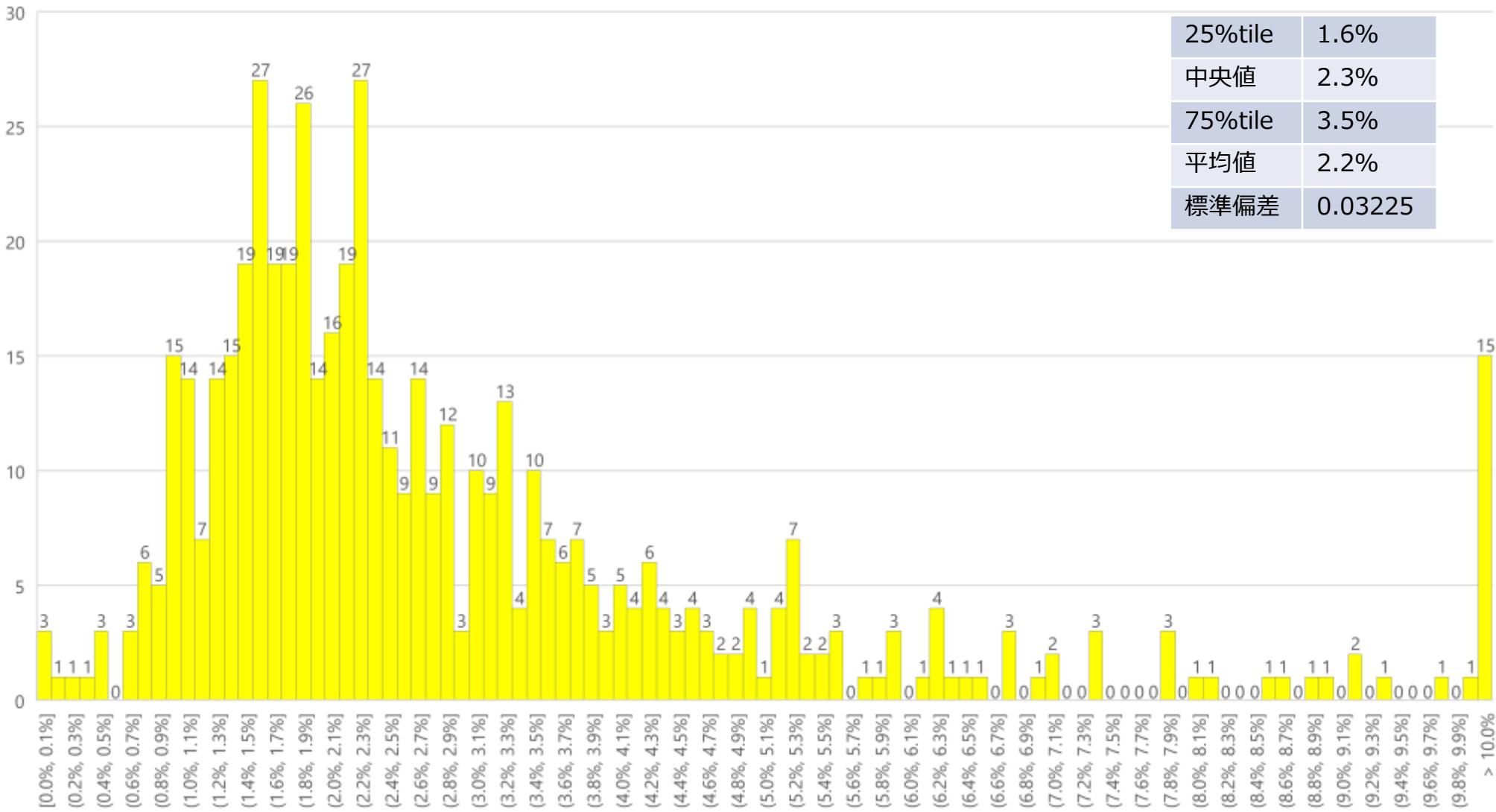


# 歯科診療所における賃金増率のシミュレーション

診調組 入-1  
6.1.4 改

- シミュレーション結果による賃上げ必要点数(ここでは中央値)を初再診料等に上乗せした場合に、歯科診療所における賃金増率の分布と分析については以下のとおり。

【賃金増率の分布：527施設】



# 賃金増率が低い歯科医療機関の分析

診調組 入-1  
6.1.4改

- 賃金増率が0.5%未満となる9施設についての詳細は、以下のとおり。  
シミュレーションに使用した医療経済実態調査については、非常勤職員数が把握できない点に留意が必要。

賃金増率	開設主体	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
0.5%未満	個人	約2,000回	約2人
0.5%未満	医療法人	約4,000回	約8人
0.5%未満	個人	500回未満	約1人
0.5%未満	個人	約3,000回	約5人
0.5%未満	医療法人	500回未満	約6人
0.5%未満	個人	約1,000回	約5人
0.5%未満	個人	約1,000回	約7人
0.5%未満	個人	500回未満	約4人
0.5%未満	医療法人	500回未満	約8人

# 賃金増率が高い歯科医療機関の分析

診調組 入-1  
6.1.4改

- 賃金増率が15%以上となる8施設についての詳細は、以下のとおり。

- ・対象職種常勤職員数が少ない施設が多い。

シミュレーションに使用した医療経済実態調査については、非常勤職員数が把握できない点に留意が必要。

賃金増率	開設主体	初再診料 算定回数	対象職種 常勤職員数
15%以上	医療法人	約12,000回	約1人
15%以上	個人	約1,000回	約1人
15%以上	個人	約3,000回	約1人
15%以上	個人	約2,000回	約1人
15%以上	個人	約3,000回	約2人
15%以上	医療法人	約9,000回	約2人
15%以上	個人	約7,000回	約1人
15%以上	個人	約1,000回	約1人

1. これまでのご指摘について
2. 医療を取り巻く状況等について
- 3. 貢上げに向けた対応について**

### **3－1. 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に係る対応について（シミュレーション等）**

3－1－1. 医科診療所及び歯科診療所に係るシミュレーション

#### **3－1－2. 病院に係るシミュレーション**

3－1－3. 訪問看護ステーションに係るシミュレーション

3－2. 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者に係る対応について

4. 貢上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

○ 病院に係るシミュレーションは以下の方法で行った。

※ 有床診療所においても、同様の点数設定を想定。

- ・ 医科・歯科診療所における、初診料、再診料、歯科初診料、歯科再診料、在宅患者訪問診療料、歯科訪問診療料の賃上げ必要点数と同点数を設定し、不足分を入院基本料等に上乗せすることを想定。
- ・ ①一律の点数(全体の中央値)を設定する場合と、②点数を複数に分け、病院ごとに点数を設定する場合の2パターンを実施。

○ また、前回提示した入院基本料等別に点数を設定する方法については、

- ・ 病棟に配置されていない職種(管理職、手術室配置職員など)について、仮定を置く必要があり、分析精度に限界があること
- ・ 仮に、入院基本料等別に点数を設定した後にお生じる医療機関別の補填の過不足を調整する際の考え方に関する課題があること

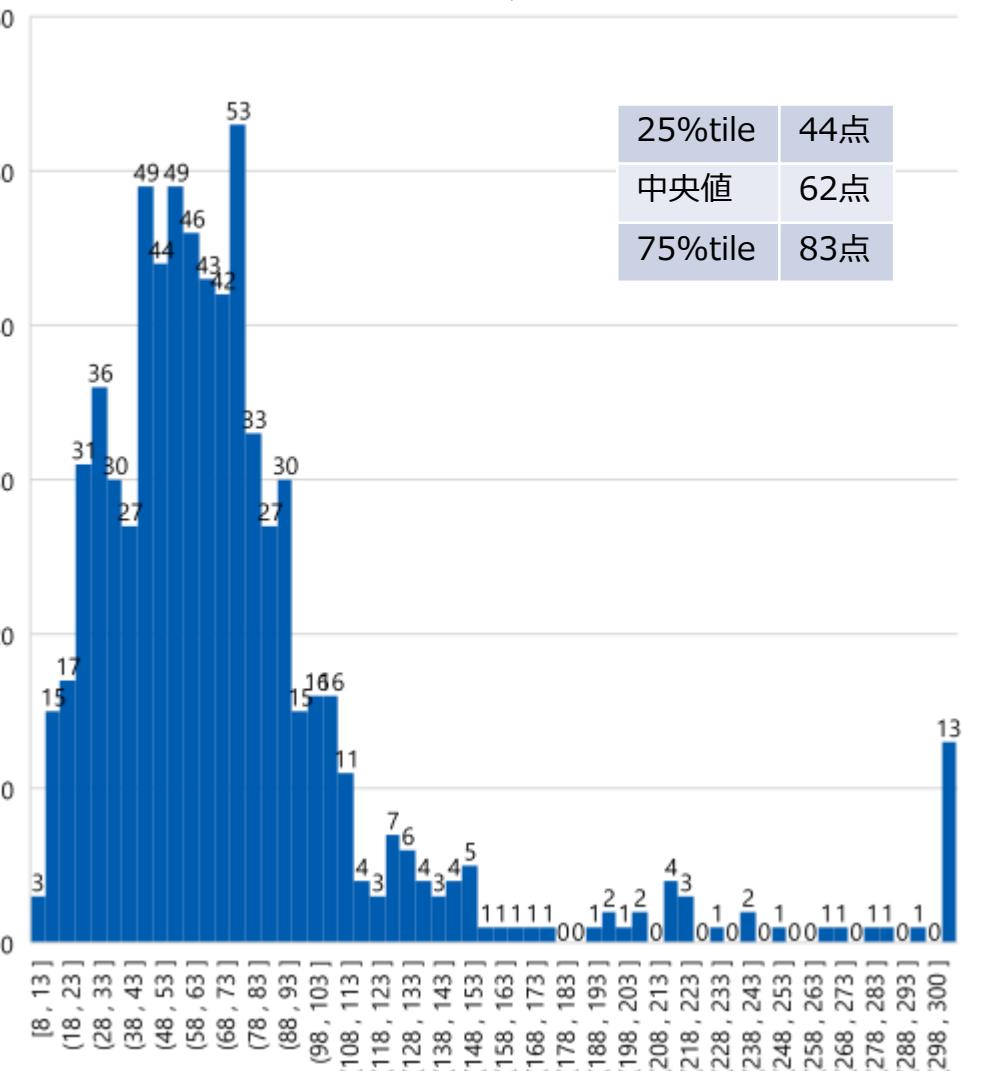
等から、現実的な対応が困難であることから、検討の対象外とした。

# 病院ごとの入院基本料等における賃上げ必要点数と病院における賃金増率の シミュレーション①（一律の点数を設定）

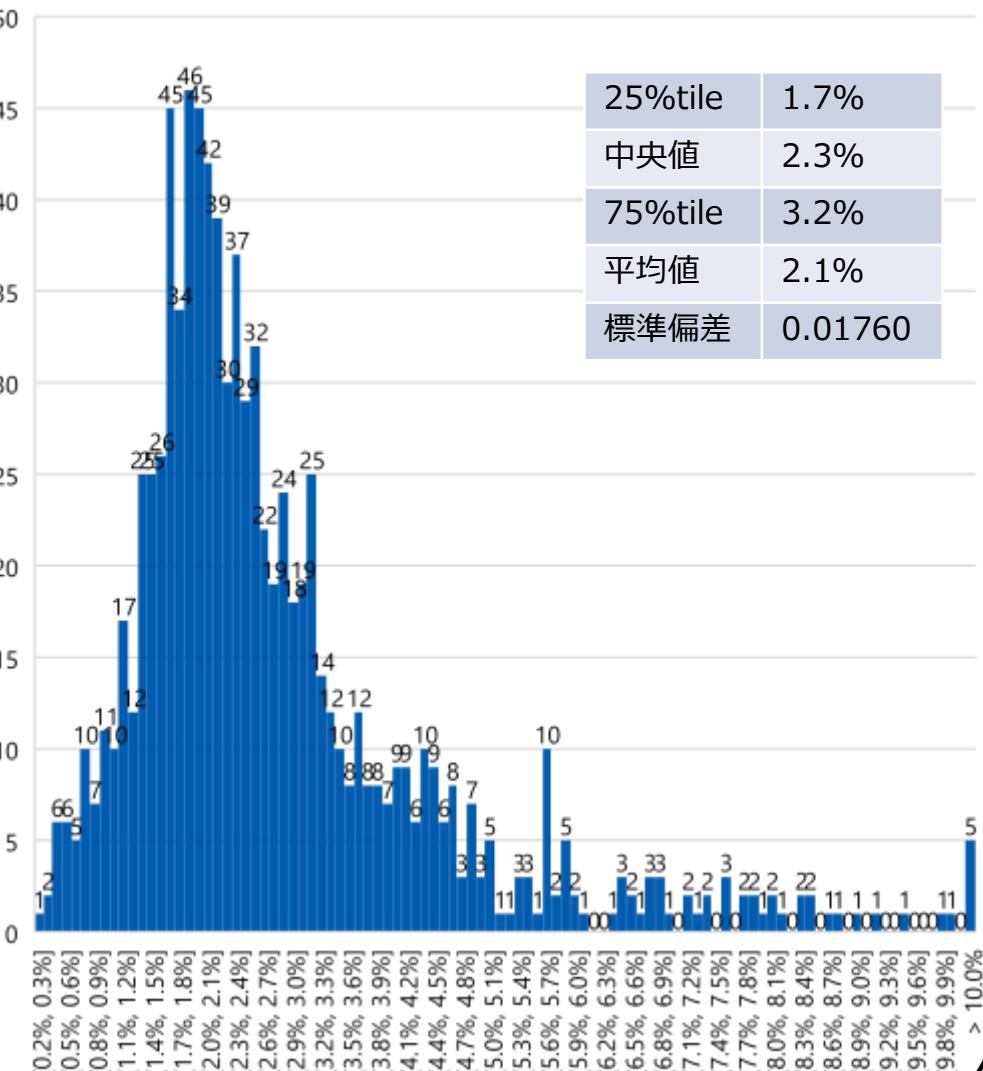
診調組 入-1  
6 . 1 . 4

- 初再診料等、在宅医療（医科・歯科）における賃上げ必要点数を踏まえ、入院基本料等における賃上げ必要点数と一律の点数（全体の中央値）を設定する場合の賃金増率の将来推計の分布は以下のとおり。

【入院基本料等における賃上げ必要点数の検討】



【病院における賃金増率の分布：898施設】



# 賃上げ必要点数が高くなる医療機関の分析

診調組 入一  
6. 1. 4 改

- 必要点数が300点を超える13施設についての詳細は、以下のとおり。
- 入院基本料等算定回数が少ない傾向にある。

賃上げ必要点数	増加率	開設主体	病院種別1	病院種別2（※）	入院基本料等算定回数	初再診料等算定回数	対象職種常勤職員数
500点以上	0.5%未満	公立	一般病院	一般病院	5,000回未満	約10,000回	約200人
400点以上500点未満	0.5%未満	公立	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
400点以上500点未満	0.5%未満	公立	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
500点以上	0.5%未満	その他の法人	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約200人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	公立	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	医療法人	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
300点以上400点未満	0.5%未満	医療法人	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
400点以上500点未満	0.5%以上1.5%未満	その他の法人	一般病院	歯科大学病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
500点以上	0.5%未満	公立	一般病院	一般病院	5,000回未満	約10,000回	約100人
500点以上	0.5%以上1.5%未満	その他の法人	一般病院	歯科大学病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	その他の法人	一般病院	一般病院	約10,000回	約10,000回	約200人
300点以上400点未満	0.5%以上1.5%未満	公立	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人
500点以上	0.5%未満	医療法人	一般病院	一般病院	5,000回未満	5,000回未満	約100人

※「病院種別2」については、特定機能病院、歯科大学病院、子ども病院、一般病院の種別を表す。

# 賃金増率が高い医療機関の分析

診調組 入一  
6. 1. 4 改

- 賃金増率が7.5%を超える17施設についての詳細は、以下のとおり。
- 精神科病院が多い傾向にある。

賃上げ必要点数	増加率	開設主体	病院種別 1	病院種別 2 (※)	入院基本料等算定回数	初再診料等算定回数	対象職種常勤職員数
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約90,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	その他の法人	一般病院	一般病院	約30,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約100,000回	5,000回未満	約200人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	10.5%以上	医療法人	精神科病院	一般病院	約40,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約30,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	10.5%以上	医療法人	精神科病院	一般病院	約70,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	一般病院	一般病院	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約30,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約30,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約100,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約40,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	精神科病院	一般病院	約20,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	7.5%以上8.5%未満	医療法人	一般病院	一般病院	約10,000回	5,000回未満	50人未満
50点未満	8.5%以上9.5%未満	医療法人	一般病院	一般病院	約70,000回	5,000回未満	約100人
50点未満	10.5%以上	医療法人	精神科病院	一般病院	約30,000回	5,000回未満	50人未満

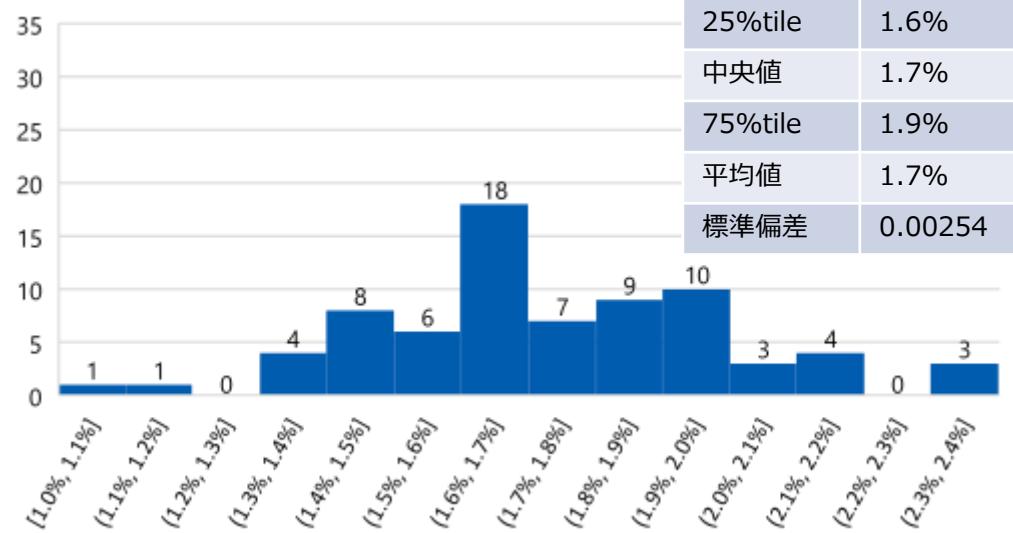
※「病院種別 2」については、特定機能病院、歯科大学病院、子ども病院、一般病院の種別を表す。

# ①の方法における病院類型ごとの賃金増率のシミュレーション

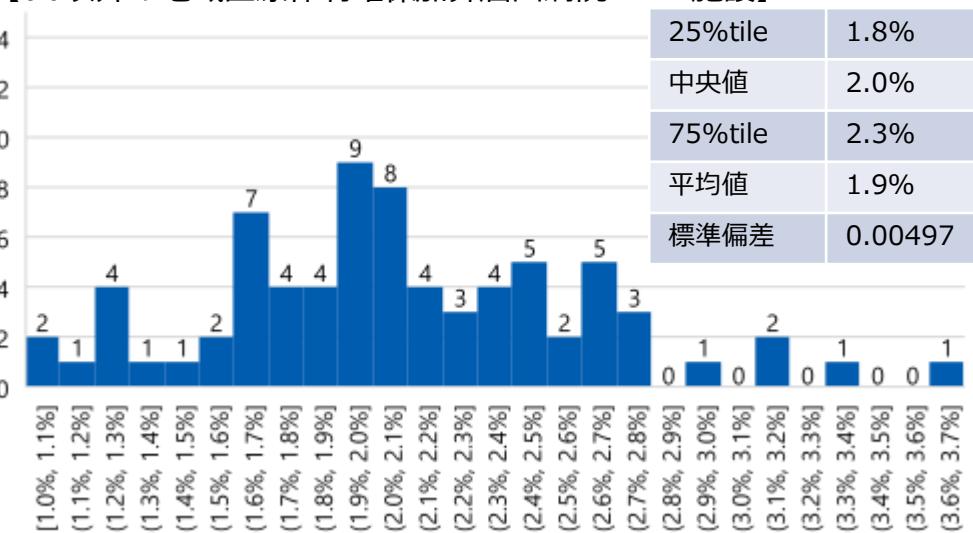
診調組 入-1  
6 . 1 . 4

- 初再診料等、在宅医療(医科・歯科)における賃上げ必要点数を踏まえ、入院基本料等における賃上げ必要点数と一律の点数(全体の中央値)を設定した場合、病院類型ごとの賃金増率の分布は以下のとおり。

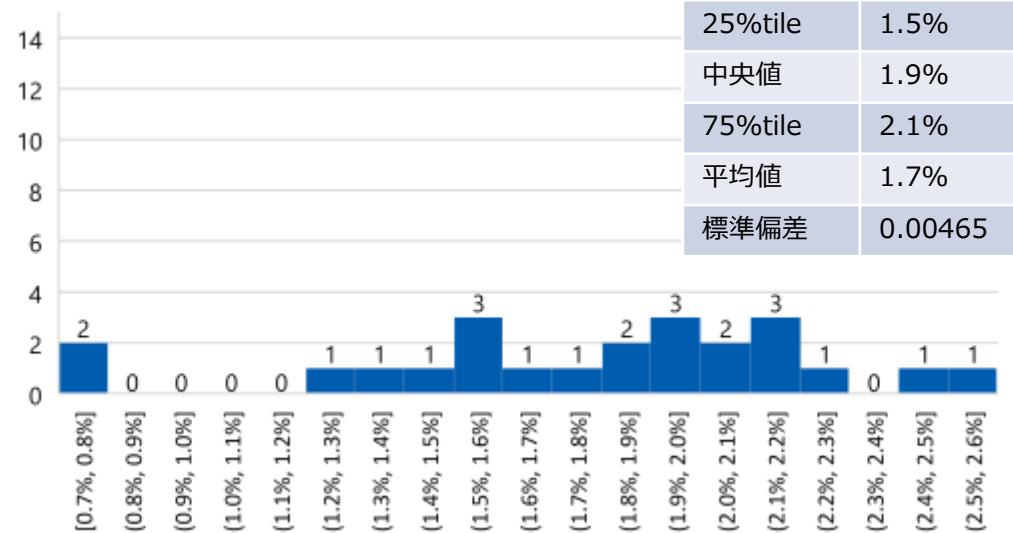
【a 救命救急入院料届出病院：77施設】



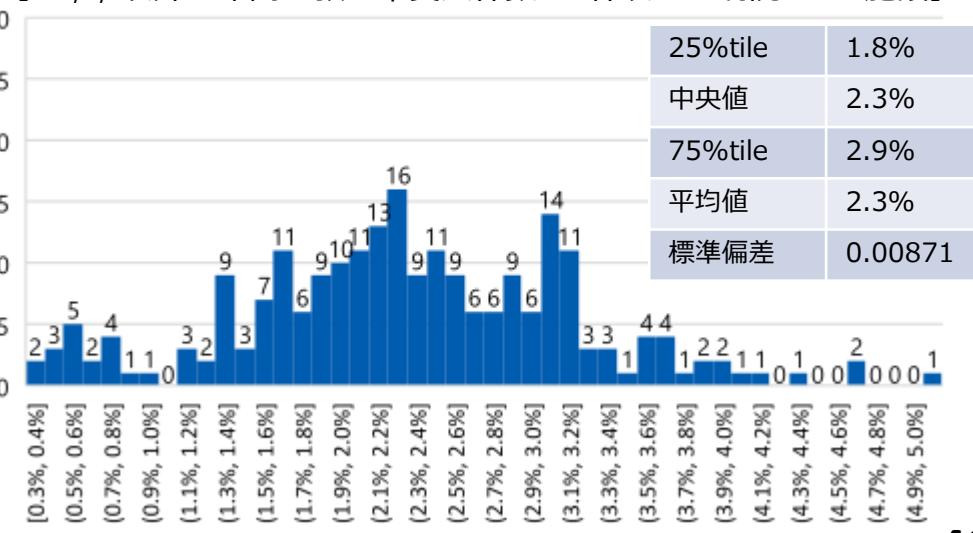
【b a以外の地域医療体制確保加算届出病院：122施設】



【c a,b以外の小児入院医療管理料届出病院：23施設】



【d a,b,c以外の年間の救急車受入件数200件以上の病院：225施設】

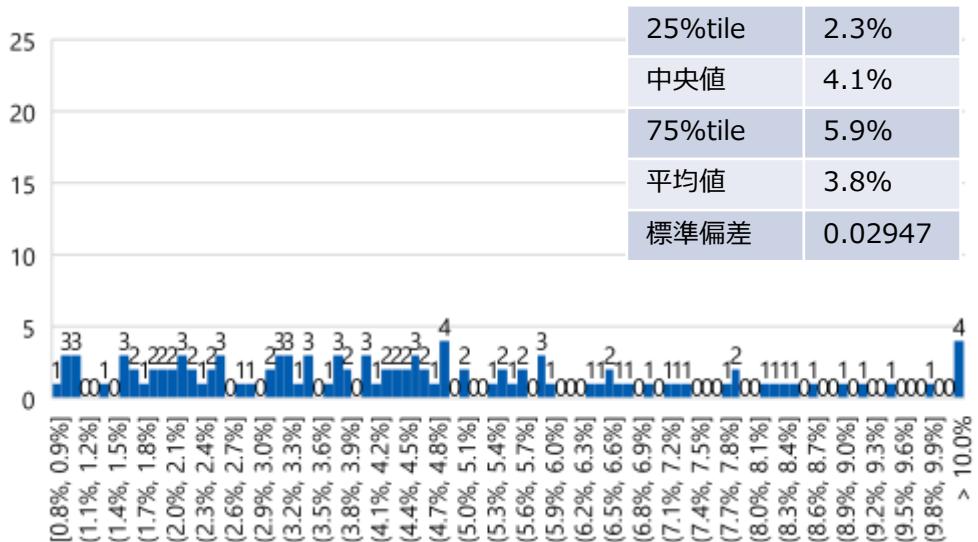


注) 届出は令和5年3月末時点。救急車受入件数については令和4年度病床機能報告より。

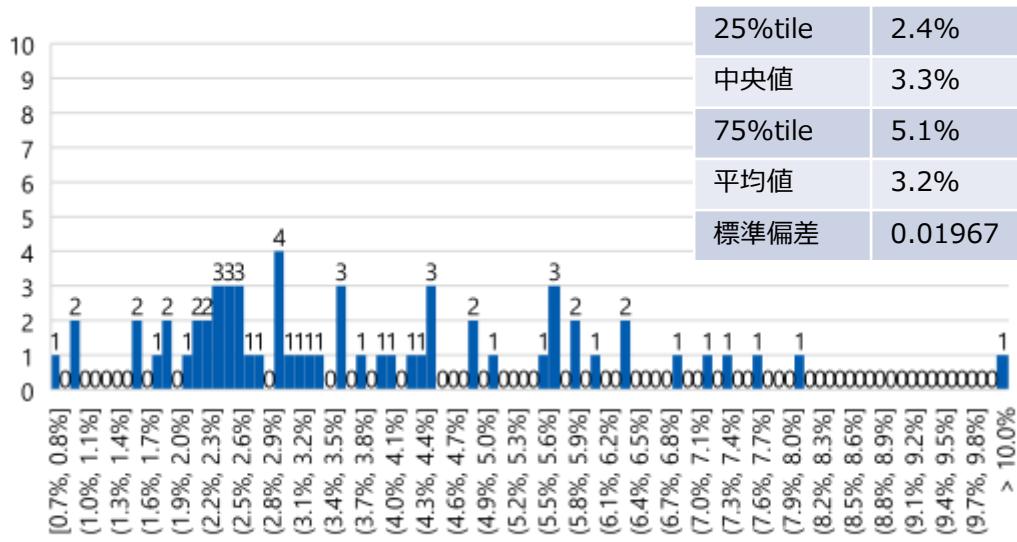
# ①の方法における病院類型ごとの賃金増率のシミュレーション

- 初再診料等、在宅医療(医科・歯科)における賃上げ必要点数を踏まえ、入院基本料等における賃上げ必要点数と一律の点数(全体の中央値)を設定した場合、病院類型ごとの賃金増率の分布は以下のとおり。

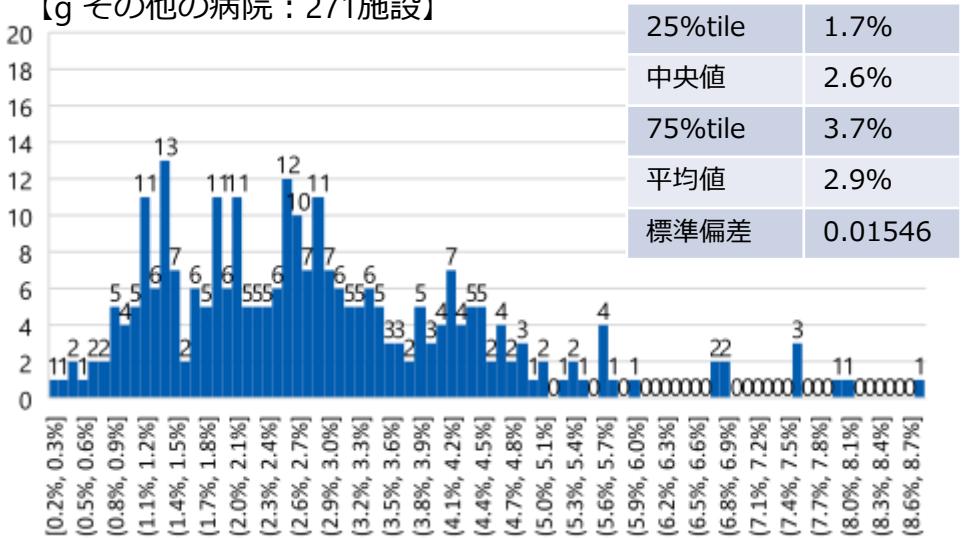
【e a,b,c,d以外の精神病床のみの病院：119施設】



【f a,b,c,d,e以外の療養病床のみの病院：61施設】



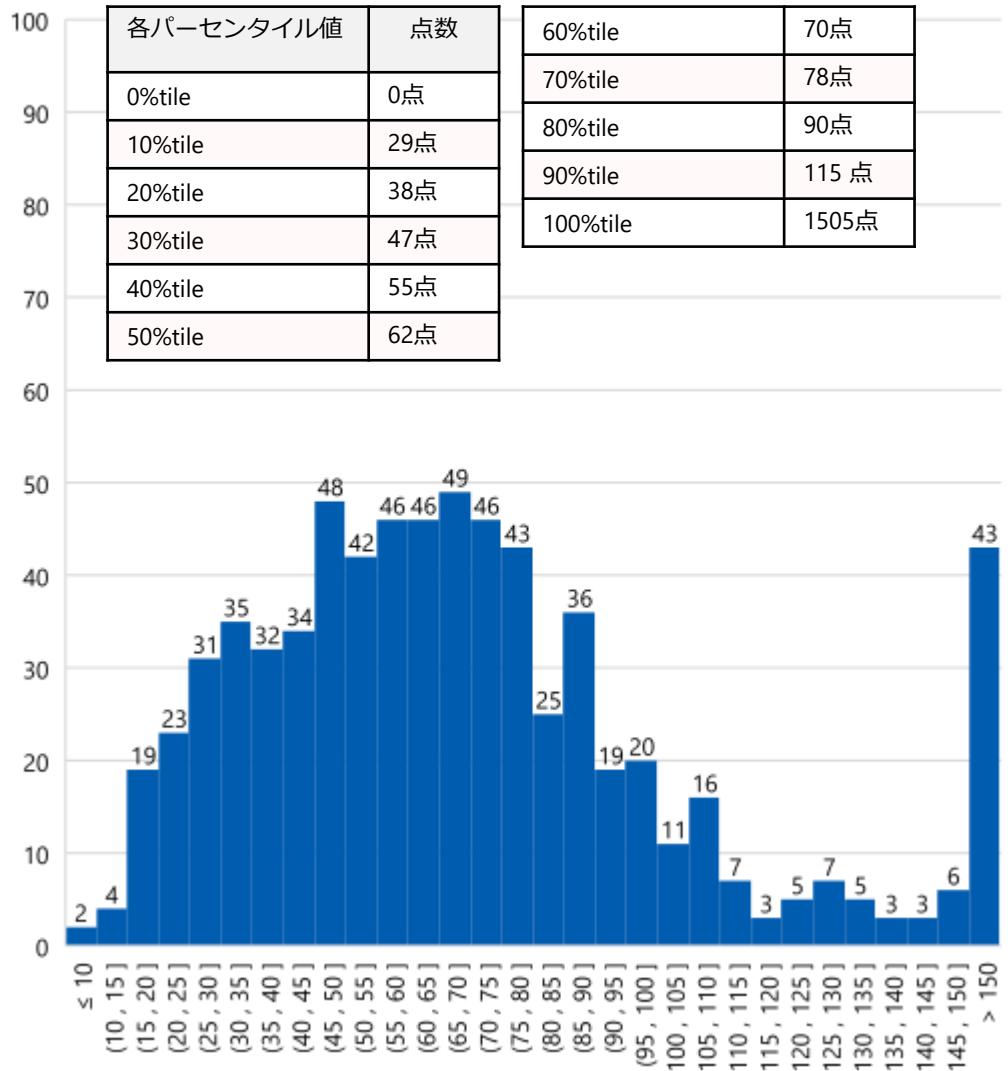
【g その他の病院：271施設】



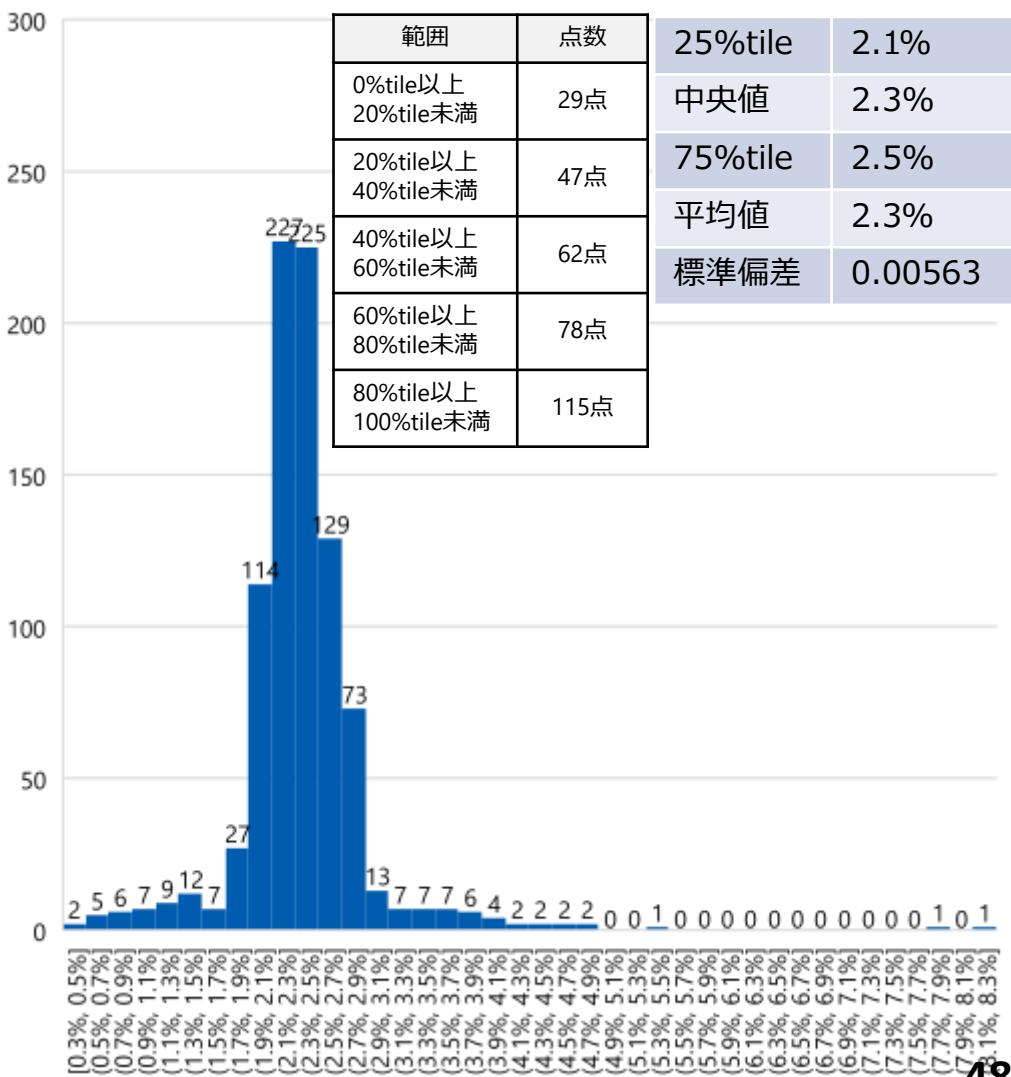
注)届出は令和5年3月末時点。救急車受入件数については令和4年度病床機能報告より。(精神科病院については病床機能報告の対象外となるため救急車件数はデータ未取得)

- 仮に、入院基本料等における賃上げ必要点数を5区分に分け、病院ごとに点数を設定する場合の賃金増率の将来推計の分布は以下のとおり。

【入院基本料等における必要な賃上げ必要点数の検討（再掲）】

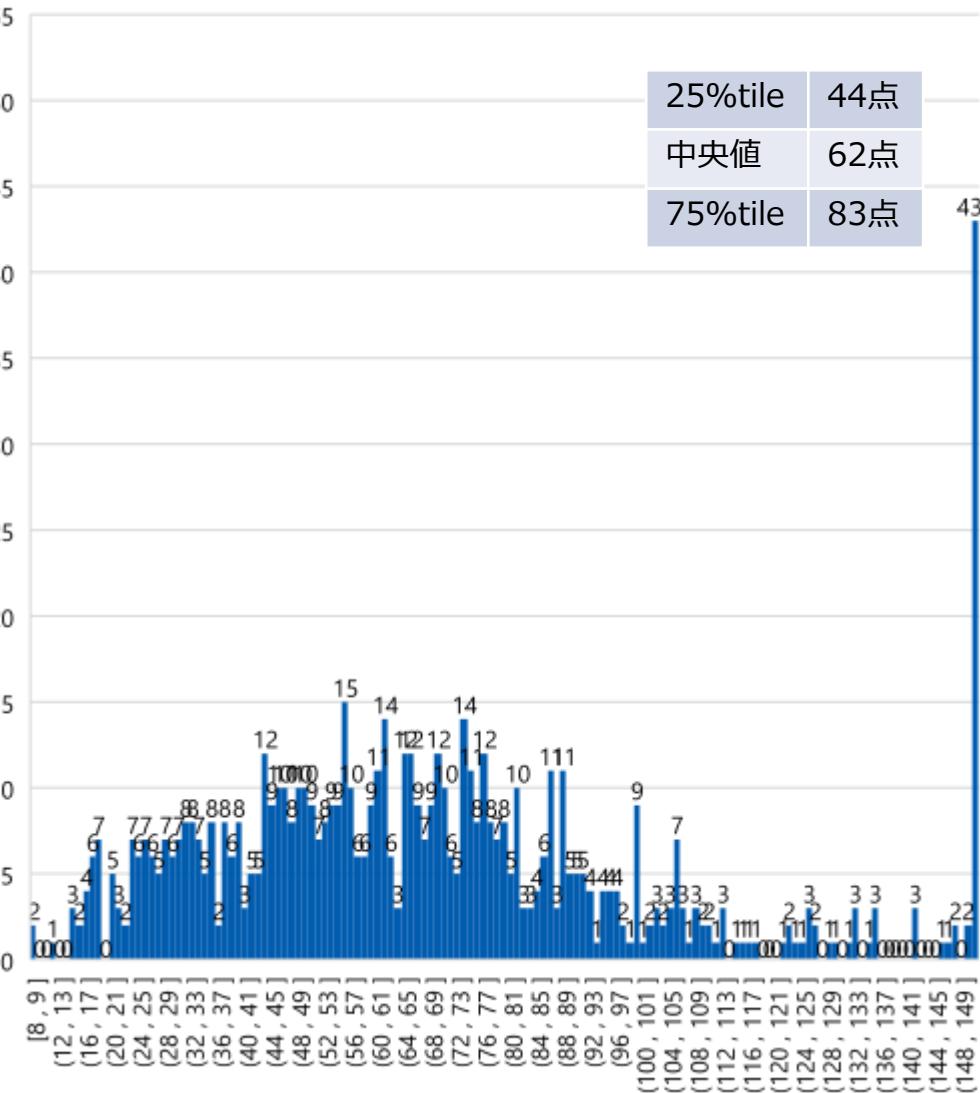


【病院における賃金増率の分布：898施設】

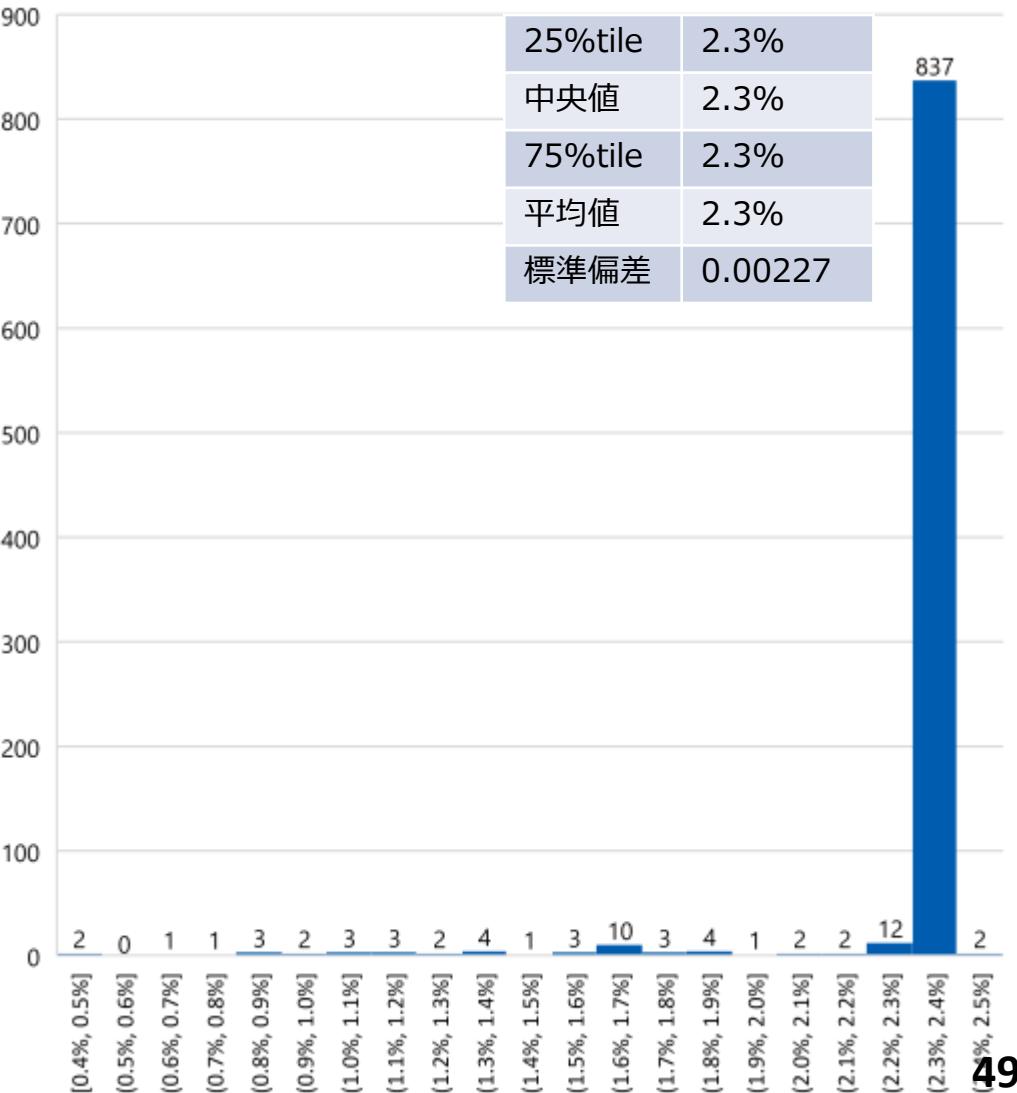


- 仮に、入院基本料等における賃上げ必要点数を1点～150点に分け、病院ごとに点数を設定する場合の賃金増率の将来推計の分布は以下のとおり。

【入院基本料等における賃上げ必要点数の検討（再掲）】



【病院における賃金増率の分布：898施設】



設計方法（案）	論点
① 一律の評価を設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>制度設計は単純であり、医療機関の事務負担は小さくなることが想定されるとともに、同様のサービスに対する評価が同じとなる一方で、賃上げの対象職種の在籍状況や給与の状況、算定回数等によって過不足のばらつきが大きくなることをどのように考えるか。</u></li> </ul>
② 点数を複数に分け、病院ごとに評価を設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 賃上げの対象職種の在籍状況や給与の状況、算定回数等に応じたものになるため、<u>過不足のばらつきを最小限に抑えることが可能となるが、医療機関の事務負担※が大きくなることが想定されることをどのように考えるか。</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 医療機関において、シミュレーションで行っているような必要な点数の計算を行うこととなる。</li> </ul> </li> <li>○ 同様のサービスに対する評価が異なることとなることをどのように考えるか。       <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 看護職員待遇改善評価料においては、医療機関の状況に応じた評価をしているところ。</li> </ul> </li> </ul>

1. これまでのご指摘について
2. 医療を取り巻く状況等について
- 3. 貢上げに向けた対応について**

### **3－1. 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に係る対応について（シミュレーション等）**

- 3－1－1. 医科診療所及び歯科診療所に係るシミュレーション
- 3－1－2. 病院に係るシミュレーション

#### **3－1－3. 訪問看護ステーションに係るシミュレーション**

- 3－2. 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者に係る対応について
4. 貢上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

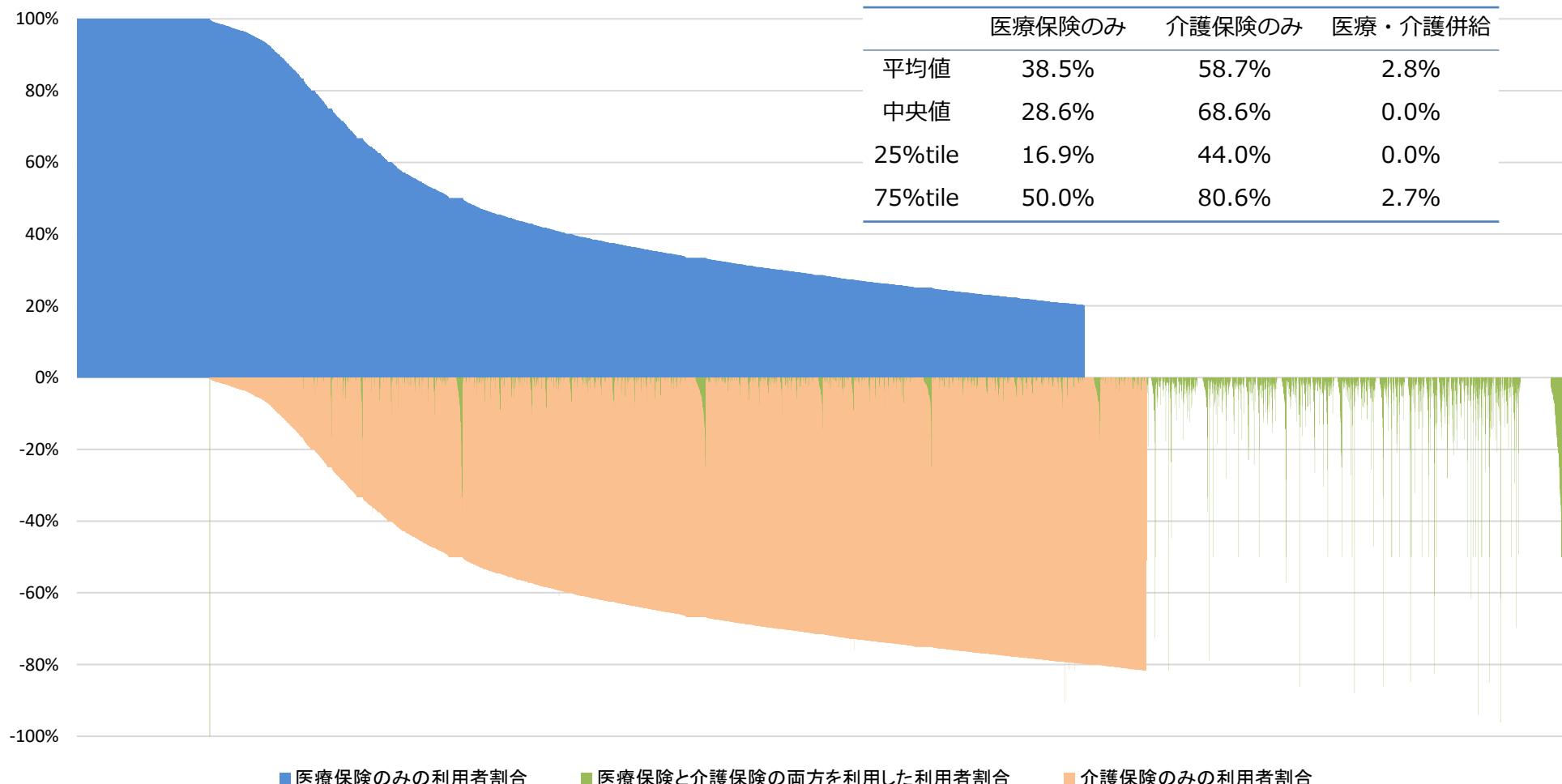
- 訪問看護ステーションに係るシミュレーションは以下の方法で行った。
  - ・ 介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)における給与費を用いて、各訪問看護ステーションにおける医療関係職種の給与を推計した。
    - － 介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)において、医療保険の訪問看護の利用者や訪問回数が0である訪問看護ステーションは推計から除外している。
    - － 訪問看護は医療保険と介護保険から給付されるものであることから、賃上げに必要な金額については、医療保険の訪問回数及び利用者数で按分している。
  - ・ 訪問看護ステーションにおける、医療関係職種の給与総額(医療保険分)を2.3%引き上げる場合に、訪問看護基本療養費・精神科訪問看護基本療養費又は訪問看護管理療養費への増額分を算出した。

# 【訪問看護】1事業所あたりの医療保険と介護保険の利用者の割合

診調組 入-1  
5. 12. 21

- 訪問看護ステーションでは、1事業所内において医療保険により給付される利用者、介護保険により給付される利用者、1か月の中で医療保険と介護保険が切り替わる利用者が混在している。

■訪問看護ステーションにおける、医療保険・介護保険別の利用者割合の分布 (n=13,769) (令和4年6月1日～6月30日の利用者実人数)



# 訪問看護における1利用者あたりの訪問日数の分布

診調組 入-1  
6 . 1 . 4

- 医療保険の訪問看護について、1人の利用者あたりの訪問日数の分布は以下のとおり。

## ■訪問看護ステーションにおける、1利用者あたりの1月の訪問日数の分布

(人数)

60,000

50,000

40,000

30,000

20,000

10,000

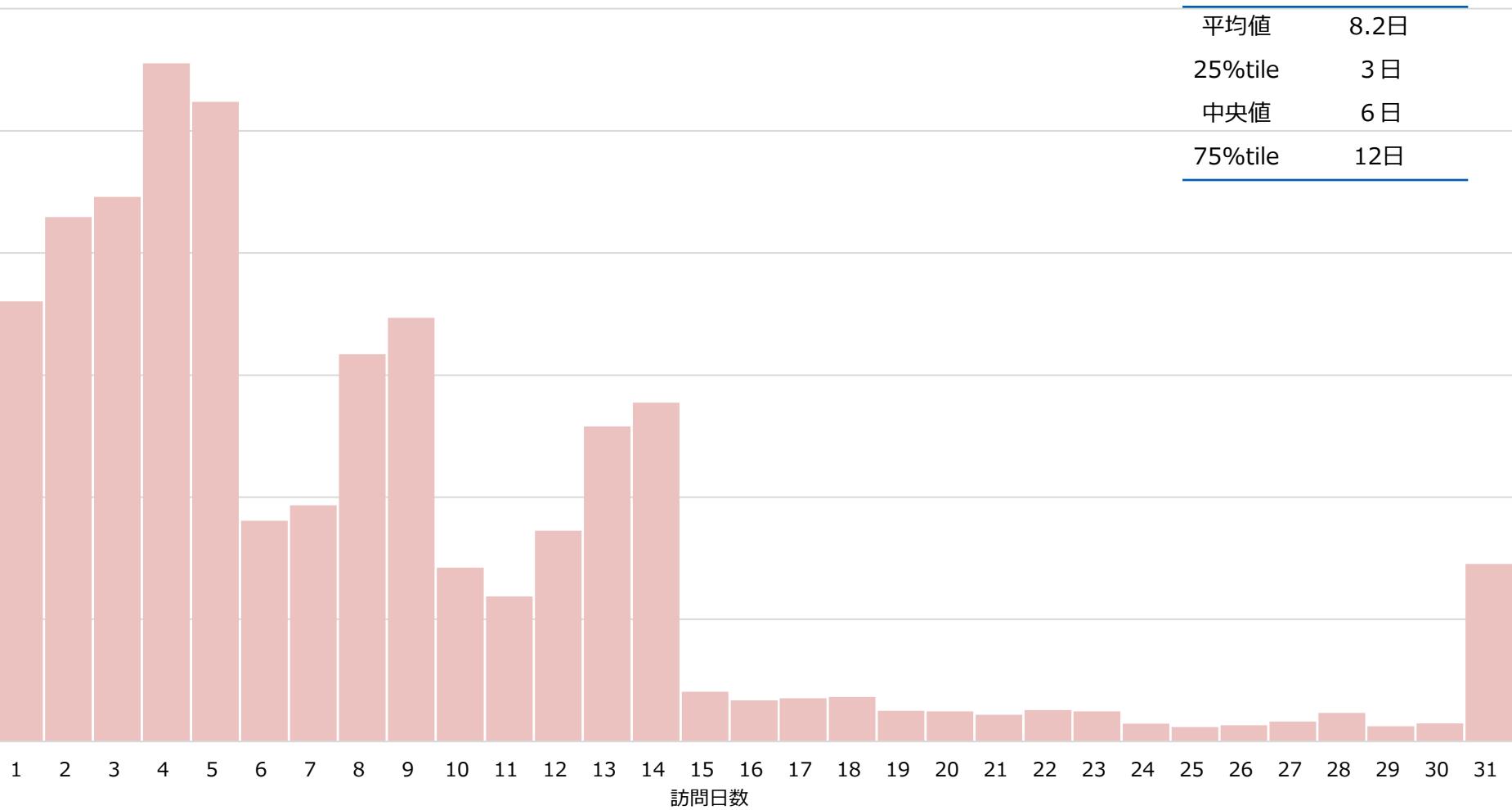
0

平均値 8.2日

25%tile 3日

中央値 6日

75%tile 12日



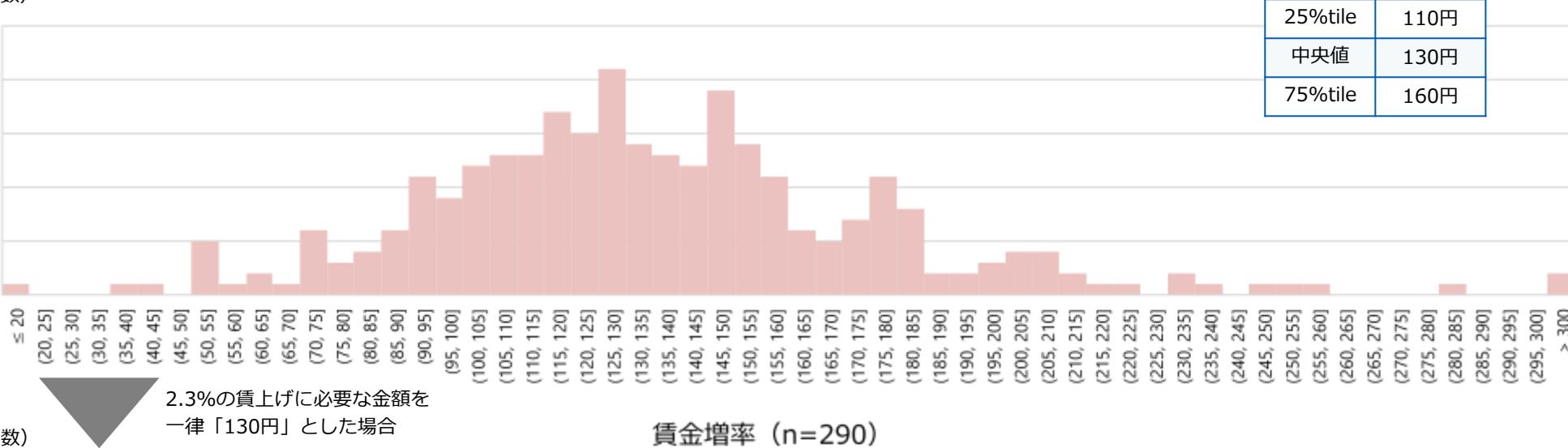
# 賃上げに必要な金額・賃金増率（訪問看護基本療養費等）

診調組 入-1  
6 . 1 . 4

- 訪問看護ステーションについて、訪問看護基本療養費・精神科訪問看護基本療養費（1日につき）により医療関係職種の給与を2.3%を賃上げするためには必要な金額及び当該中央値の金額を引き上げた場合における賃金増率については、以下のとおり。

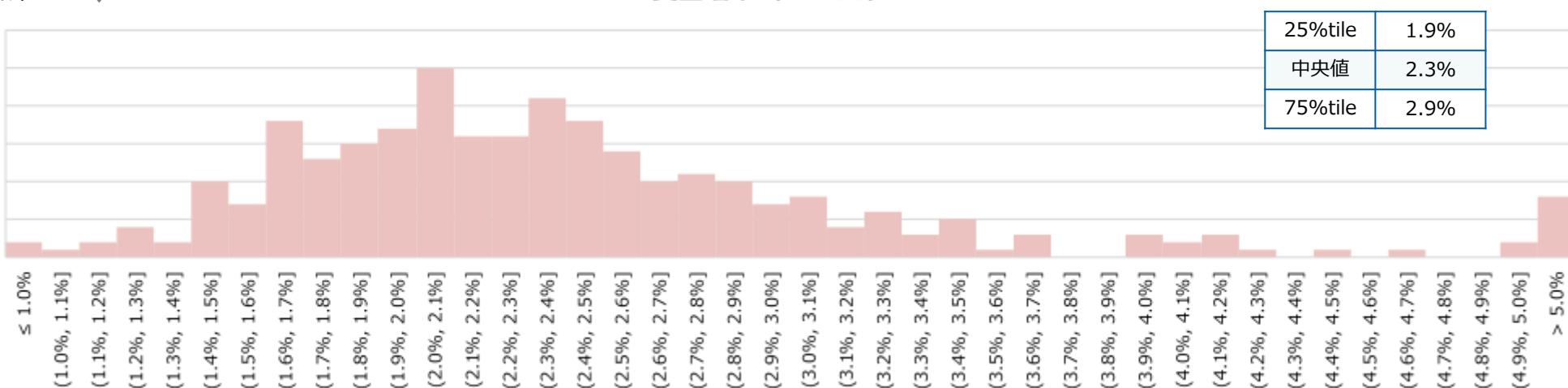
（事業所数）

2.3%賃上げに必要な金額 (n=290)



（事業所数）

賃金増率 (n=290)

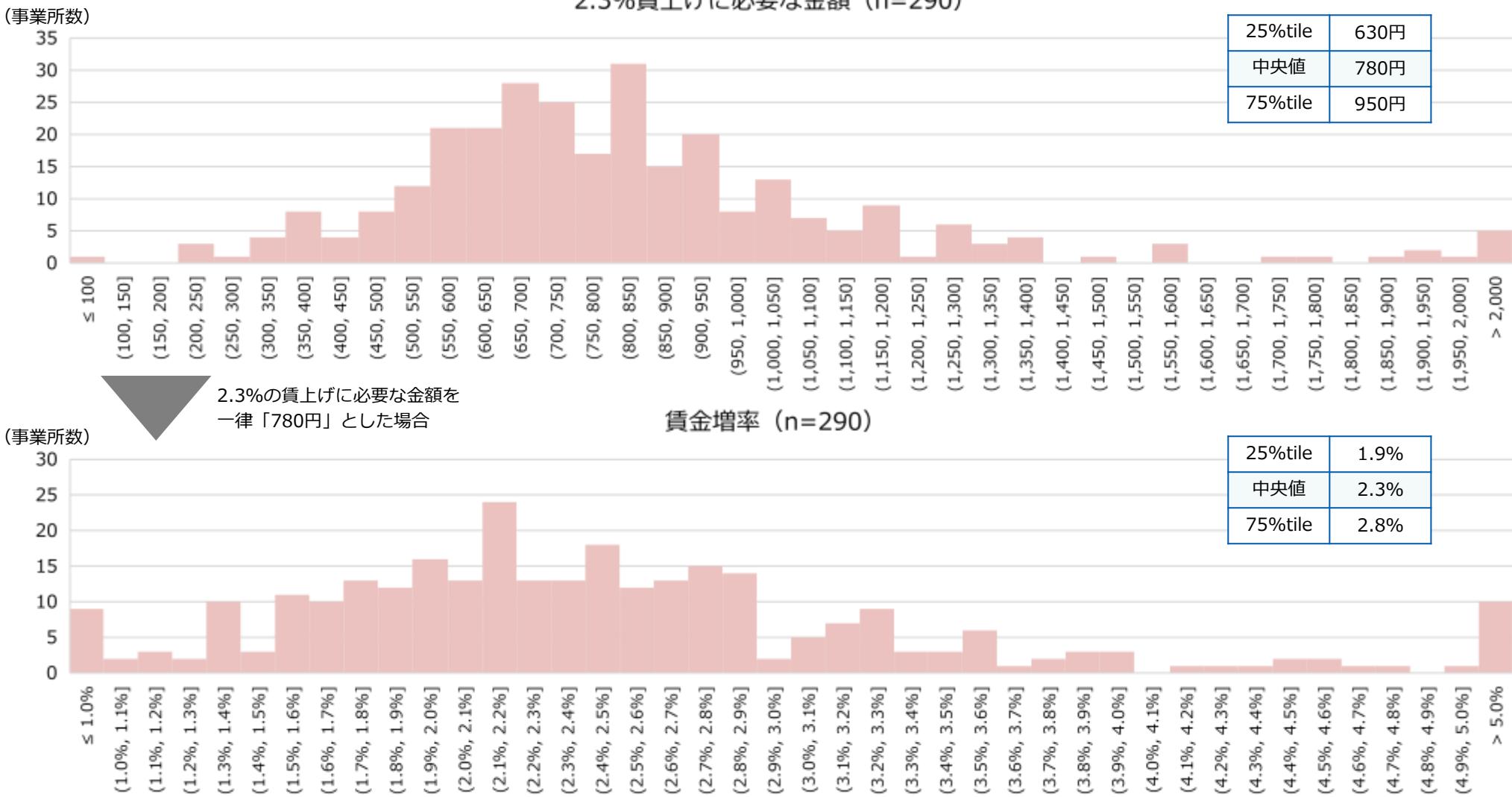


出典：令和5年介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）より保険局医療課で作成

# 賃上げに必要な金額・賃金増率（訪問看護管理療養費）

診調組 入-1  
6 . 1 . 4

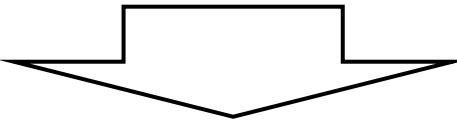
- 訪問看護ステーションについて、訪問看護管理療養費(1月につき)により医療関係職種の給与を2.3%を賃上げするために必要な金額及び当該中央値の金額を引き上げた場合における賃金増率については、以下のとおり。



出典：令和5年介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）より保険局医療課で作成

# 医療機関等における職員の賃上げについての課題と論点

- これまでのご議論及び大臣折衝事項を踏まえ、対象職種賃金の2.3%の賃上げに必要な評価と、評価を行った場合に可能となる賃上げ(賃減の増率)についてシミュレーションを行った。
- 医科診療所におけるシミュレーションでは、賃金増率は診療所間でばらついていた。また、賃金増率が0.5%未満となる施設もみられた。
- 歯科診療所におけるシミュレーションでは、賃金増率が0.5%未満となる施設の中には、初再診料算定回数が極端に少ない施設が見られる。
- 病院におけるシミュレーションにおいては、評価を病院ごとに分けることによって、賃金増率のばらつきが小さくなった。
- 訪問看護ステーションについては、訪問看護基本療養費と訪問看護管理療養費に上乗せ評価をするシミュレーションを行った。



## 【論点】

- 診療所等において、簡素な制度設計が求められる中において、賃上げのためにどのような評価を行うことが考えられるか。
- 診療所等において、一律の評価を行った場合に、極端に低い賃金増率の施設が想定されることについてどのように考えられるか。
- 病院において、様々な施設がある中、評価を分けることにより、賃金増率が収束する傾向にあることを踏まえ、賃上げのためにどのような評価を行うことが考えられるか。

# 入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

## 【令和6年1月4日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 患者数が変動することが考えられるため、それを考慮したルールを設けるべきではないか。賃金増率が高い医療機関についても対応を考えるべき。
- ベアという考え方方が基本とされているが、民間では実態としてベアの概念がないこともあり、精緻な報告は困難ではないか。
- 今回は対象職種が多く、事務的な複雑さへの配慮が、より必要ではないか。
- 診療所の賃上げ必要点数において、1点以下と30点以上の施設が多くあり、一律の評価には慎重な検討が必要ではないか。
- 診療所について、透析や内視鏡といった初再診料による収益が多くない施設には対応が必要ではないか。
- 外来については簡素な制度設計が必要ではないか。
- 病院について、一律に設定することで賃金の引上げが十分にできない施設があるのであれば、きめ細やかな対応をすべきではないか。

1. これまでのご指摘について
2. 医療を取り巻く状況等について
- 3. 貢上げに向けた対応について**
  - 3－1. 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に係る対応について
  - 3－2. 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者に係る対応について**
4. 貢上げに係る届け出及び報告について
5. 論点

# 医療機関の職員の勤務形態、勤務状況について（イメージ）

- 医療機関には多様な職員が勤務しており、異なる勤務形態、勤務状況となっている。



## 40歳未満の勤務医師

- ・常勤で勤務する医療機関以外に、非常勤で勤務する医療機関がある者が一定程度見られる。
- ・専門性を身につける過程で、様々な医療機関を異動する場合がある。



## 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種

- ・令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応の対象

賃上げが求められるものの、勤務形態、勤務状況が多様



## 事務職員

- ・派遣や委託等の様々な勤務形態のもとで勤務している場合がある。

# 診療報酬点数 基本診療料の構造について

診調組 入-1  
5. 12. 21

- 基本診療料には、初再診料のほか、入院基本料、入院基本料等加算に加え、特定入院料、短期滞在手術等基本料、看護職員処遇改善評価料がある。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### 第1節 初診料

A000 初診料

#### 第2節 再診料

A001 再診料

A002 外来診療料

### 第2部 入院料等

#### 第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

A102 結核病棟入院基本料

A103 精神病棟入院基本料

A104 特定機能病院入院基本料

A105 専門病院入院基本料

A106 障害者施設等入院基本料

※一部抜粋

## 第2節 入院基本料等加算

A200 総合入院体制加算

A200-2 急性期充実体制加算

A204 地域医療支援病院入院診療加算

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算

A205 救急医療管理加算

A205-2 超急性期脳卒中加算

A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

A206 在宅患者緊急入院診療加算

A207 診療録管理体制加算

A207-2 医師事務作業補助体制加算

A207-3 急性期看護補助体制加算

A207-4 看護職員夜間配置加算

A208 乳幼児加算・幼児加算

A210 難病等特別入院診療加算

A211 特殊疾患入院施設管理加算

A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

## 第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料

A301 特定集中治療室管理料

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

A301-4 小児特定集中治療室管理料

A302 新生児特定集中治療室管理料

A303-2 総合周産期特定集中治療室管理料

A305 新生児治療回復室入院医療管理料

A306 特殊疾患入院医療管理料

A307 小児入院医療管理料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

## 第4節 短期滞在手術等基本料

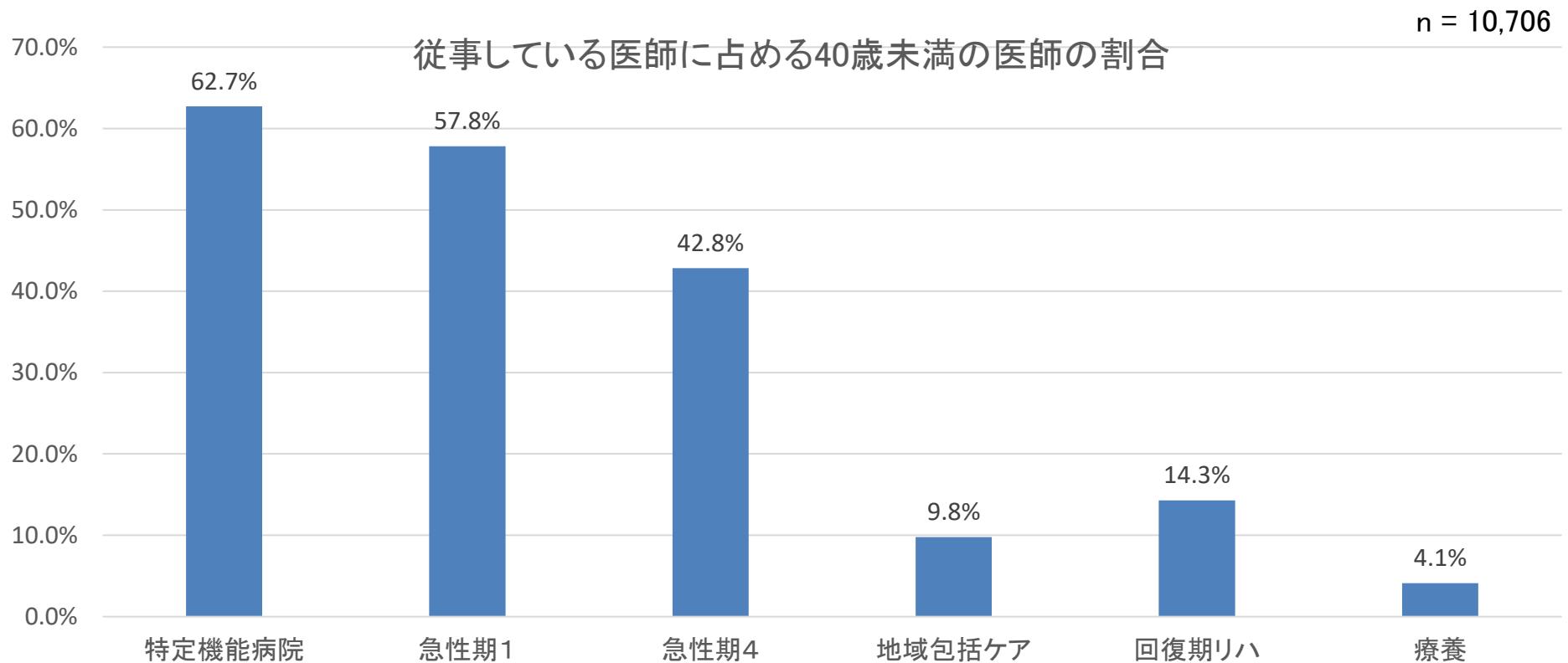
A400 短期滞在手術等基本料

## 第5節 看護職員処遇改善評価料

A500 看護職員処遇改善評価料

# 算定している入院基本料等による、従事する医師に占める40歳未満の割合

- 従事している医師に占める40歳未満の医師の割合について、算定している入院基本料等で比較すると、特定機能病院入院基本料、急性期一般入院料を算定している医療機関は、他の医療機関より高かった。



## 集計方法

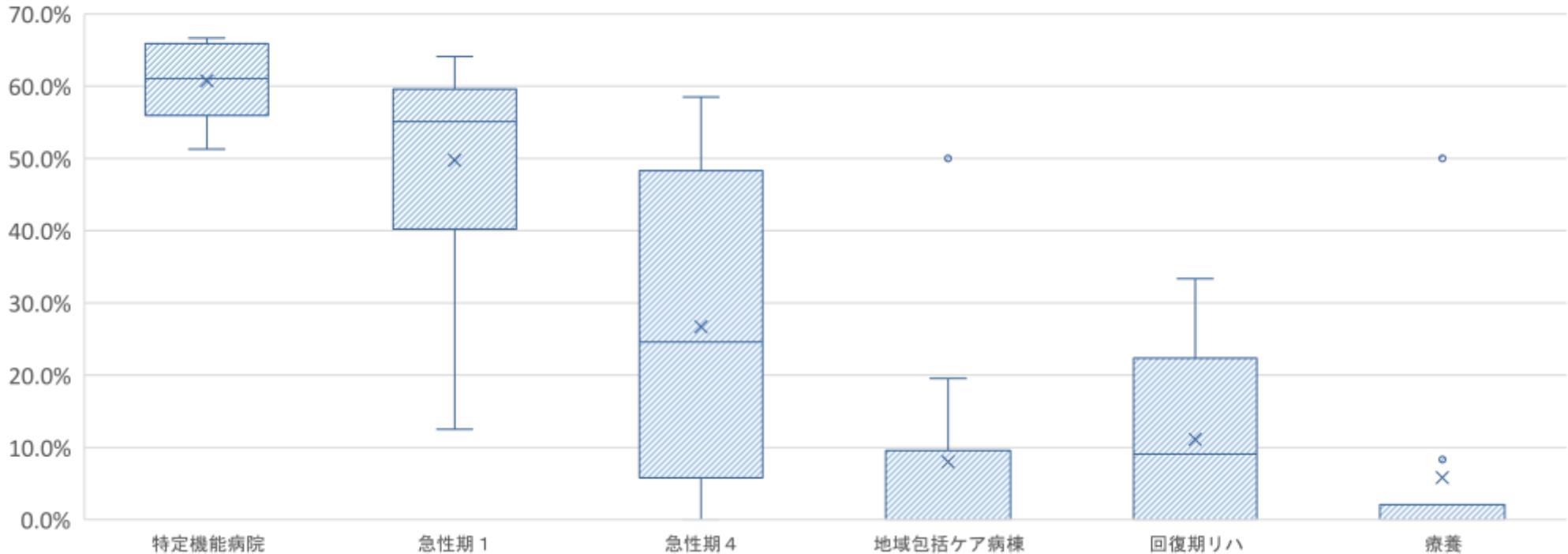
- ・令和2年7月1日時点の施設基準の届け出をもとに、特定機能病院入院基本料、急性期一般入院料1、急性期一般入院料4、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料を算定している医療機関を、10病院ずつ抽出。(計60病院)
- ・令和2年医師届出を用い集計。抽出された病院を主たる従事者としている医師を抽出し、医師届出における年齢区分をもとに、それぞれの入院料を算定している医療機関を主たる従事先としている医師に占める、40歳未満の割合を集計。

# 算定している入院基本料等による、従事する医師に占める40歳未満の割合の分布（医療機関単位）

- 従事している医師に占める40歳未満の医師の割合について、医療機関ごとのばらつきはあるが、特定機能病院、急性期一般入院料を算定している医療機関は、他の医療機関より高い傾向にあった。

従事する医師に占める40歳未満の割合の分布

n = 60



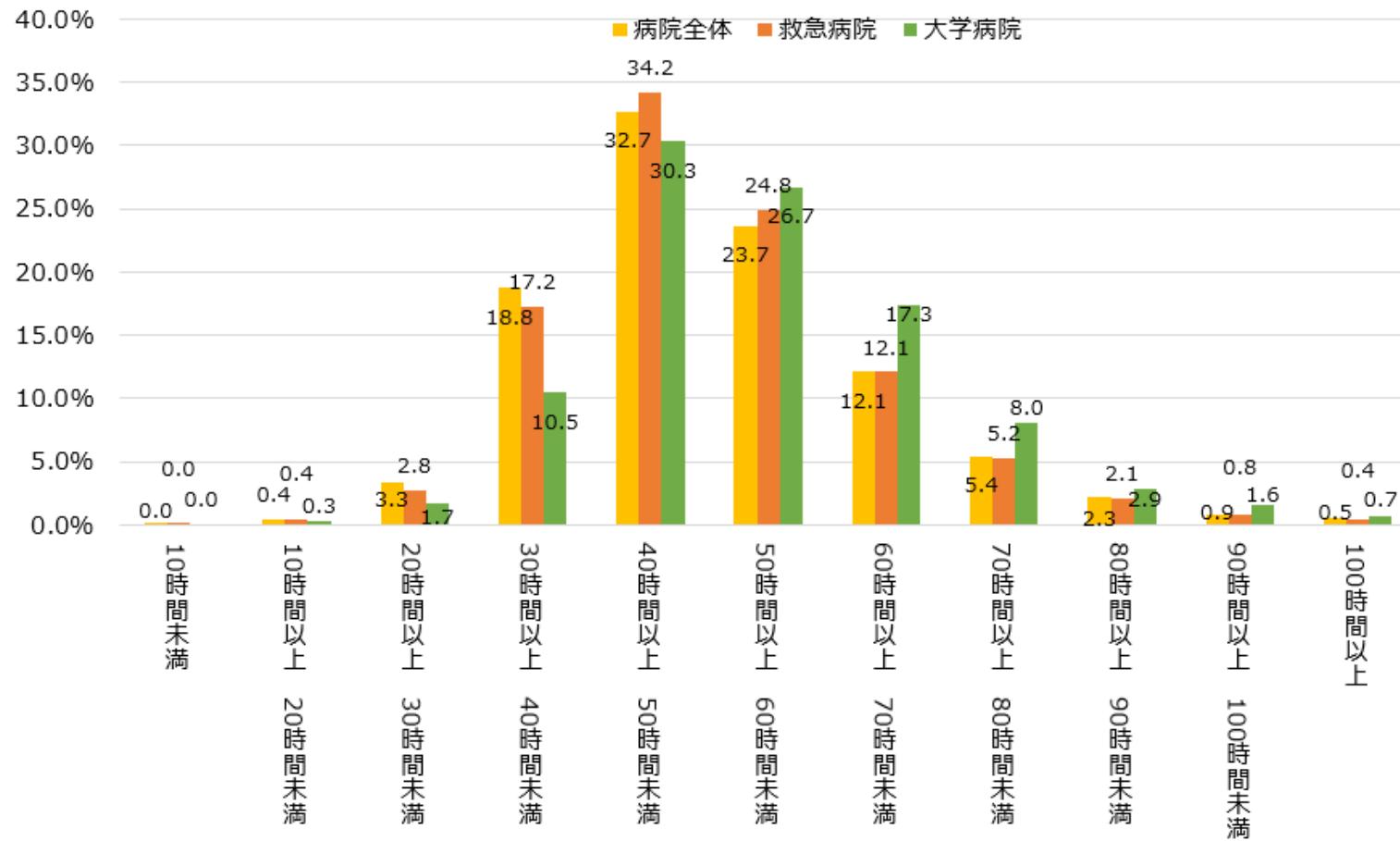
## 集計方法

- ・令和2年7月1日時点の施設基準の届け出をもとに、特定機能病院入院基本料、急性期一般入院料1、急性期一般入院料4、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料を算定している医療機関を、10病院ずつ抽出。(計60病院)
- ・令和2年医師届出を用い集計。抽出された病院を主たる従事者としている医師を抽出し、医師届出における年齢区分をもとに、それぞれの入院料を算定している医療機関を主たる従事先としている医師に占める、40歳未満の割合を集計。

# 大学病院及び救急病院における医師の働き方について

- 大学病院及び救急病院における医師の労働時間は、他の病院に比べて長い傾向にある。

病院・常勤勤務医の週当たり労働時間：病院種別（全体・救急病院・大学病院）



※「救急病院」は、施設票問1③で「救急指定病院」「2次救急医療施設」「救命救急センター」と回答した病院を集計。

# 歯科医療に係る職員について（イメージ）

- 歯科医療機関には歯科医師や歯科衛生士、歯科技工士、事務職員等が勤務している。
- 歯科技工士については、歯科医療機関内だけではなく、歯科医療機関からの委託により歯科技工物の製作を行っている歯科技工所に勤務する者が多い。



40歳未満の勤務歯科医師

賃上げが求められるものの、  
勤務状況が多様



歯科衛生士、歯科技工士その他医療関係職種

- ・令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対象の対象



事務職員

- ・受付等の事務を担当する職員

歯科医療機関から歯科技工所へ歯科技工物の製作を委託



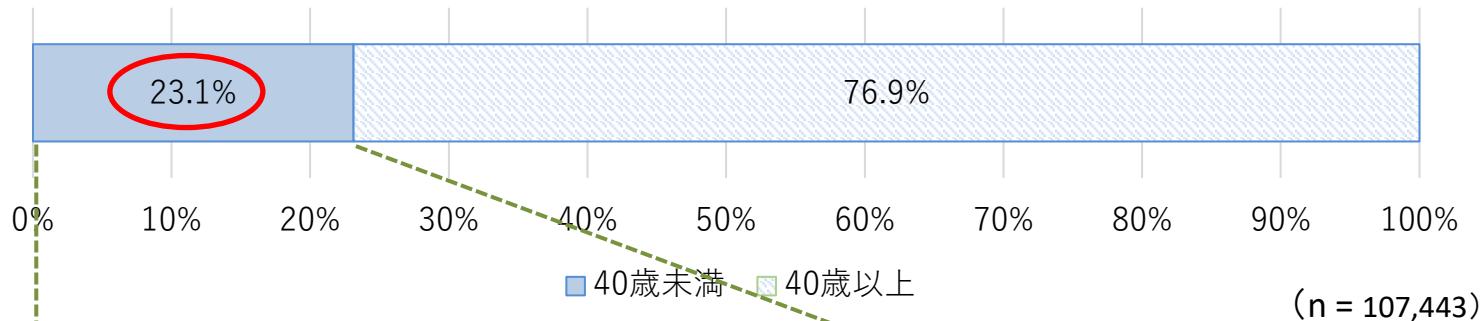
歯科技工所勤務の歯科技工士

- ・歯科医療機関からの委託で歯科技工物の製作を行う。

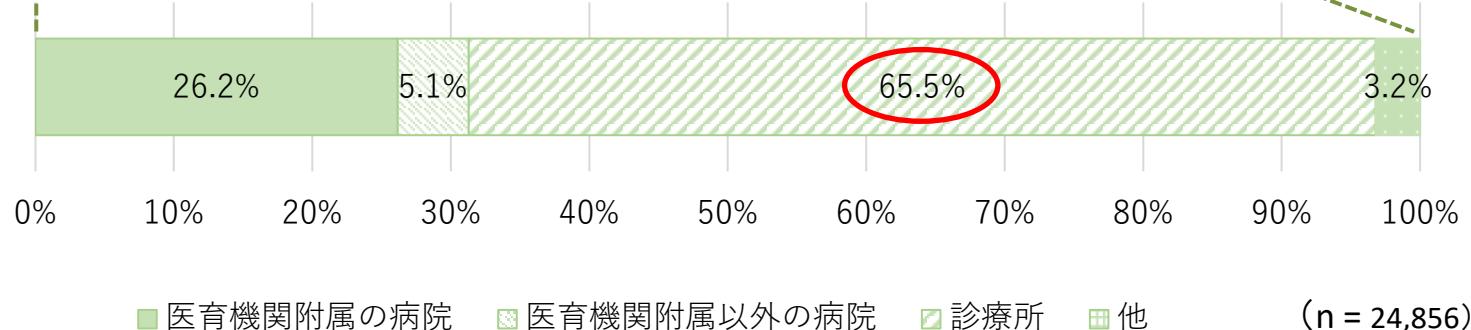
# 40歳未満の歯科医師の従事先

- 歯科医師のうち、約23% が40歳未満である。
- 40歳未満の歯科医師の約26%が医育機関附属の医療機関に、約66%が歯科診療所に勤務している。

■歯科医師全体に占める40歳未満の者の割合



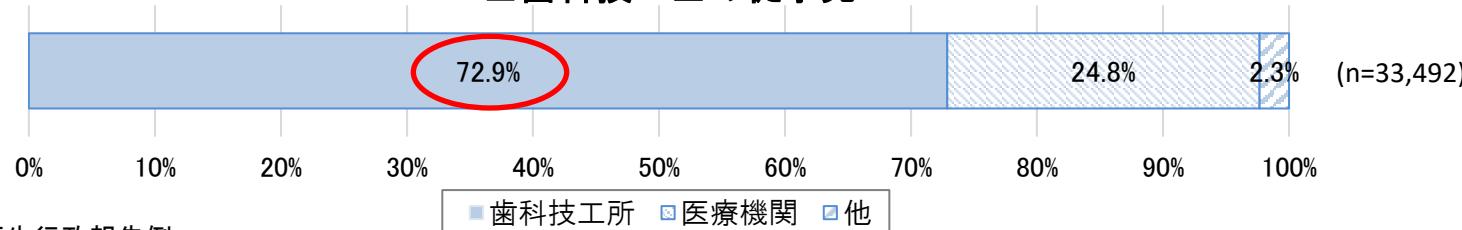
■医療機関種別ごとの40歳未満の歯科医師数



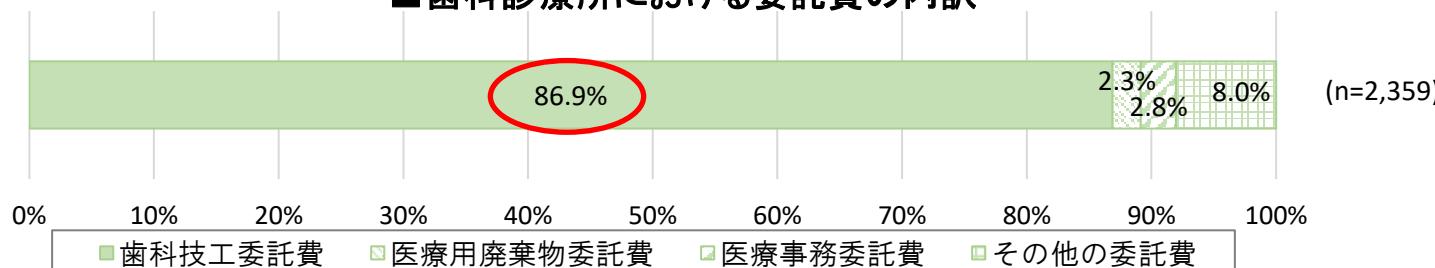
# 歯科技工士の従事先と歯科診療所の委託費等の状況

- 歯科技工士は、歯科技工所で勤務する者が約73%、医療機関に勤務する者が約25%である。
- 歯科診療所の委託費は、歯科技工所への委託費が約87%を占める。
- 歯科技工物の委託は、複数の歯科技工所へ委託している歯科診療所が約83%を占める。

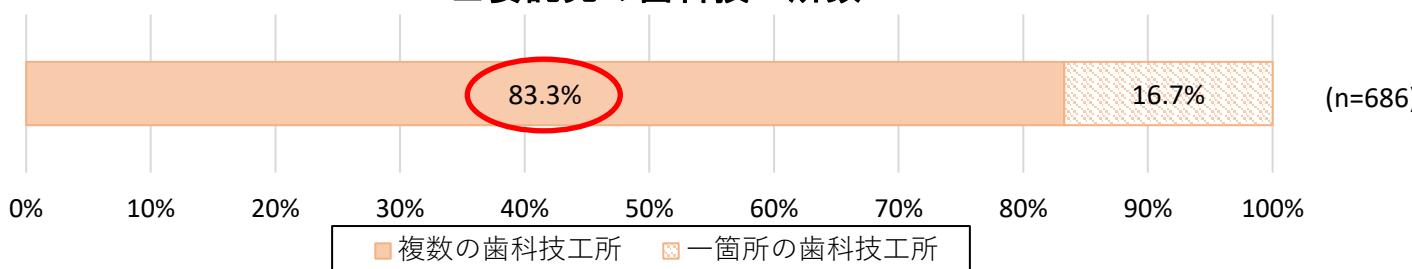
## ■歯科技工士の従事先



## ■歯科診療所における委託費の内訳



## ■委託先の歯科技工所数



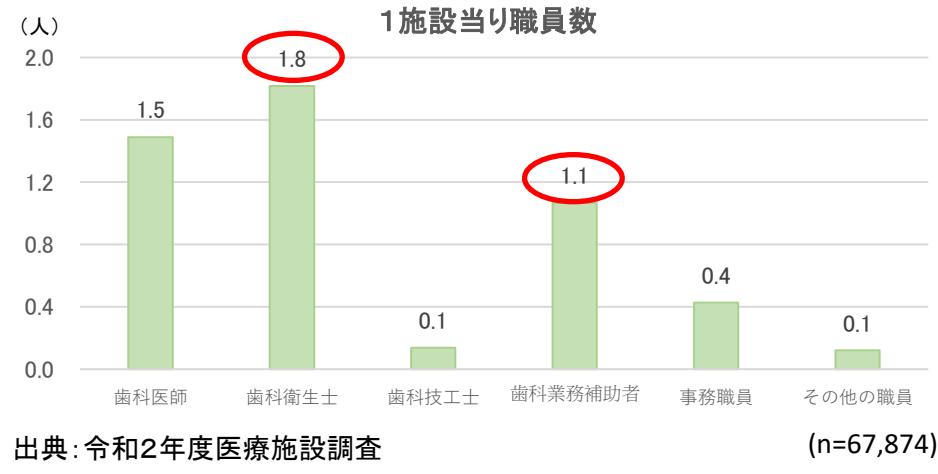
# 歯科診療所の職員について

- 歯科診療所には、歯科衛生士が約12万人、歯科業務補助者が約7万人、業務に従事しており、1施設当りの平均人数ではそれぞれ1.8人、1.1人である。
- 地域差はあると考えられるが、歯科衛生士が勤務していない歯科診療所が一定数存在する。

## ■歯科診療所の職員数

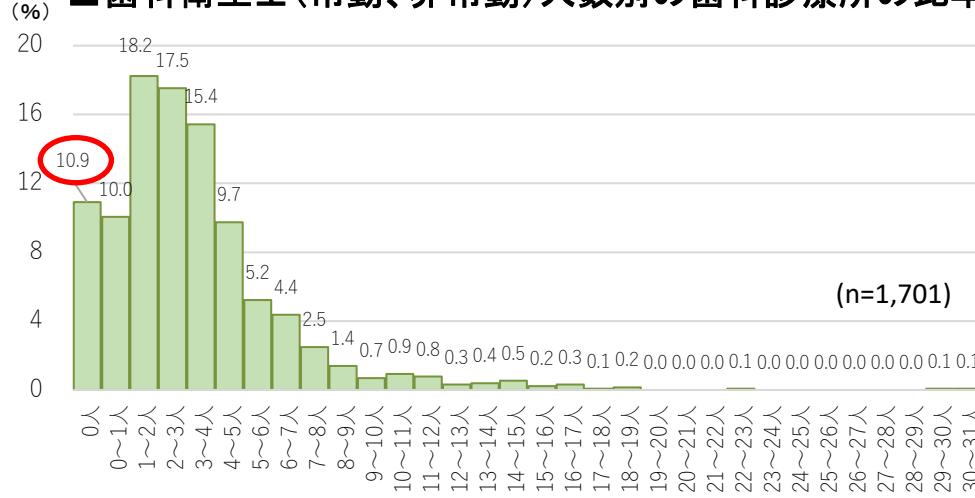


出典:令和2年度医療施設調査



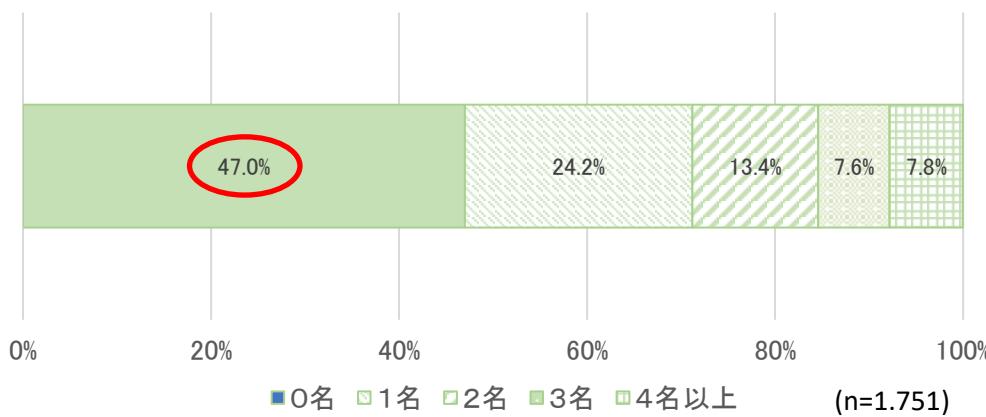
出典:令和2年度医療施設調査

## ■歯科衛生士(常勤、非常勤)人数別の歯科診療所の比率



出典:令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
のデータをもとに保険局医療課で作成

## ■歯科衛生士(常勤)人数別の歯科診療所の比率

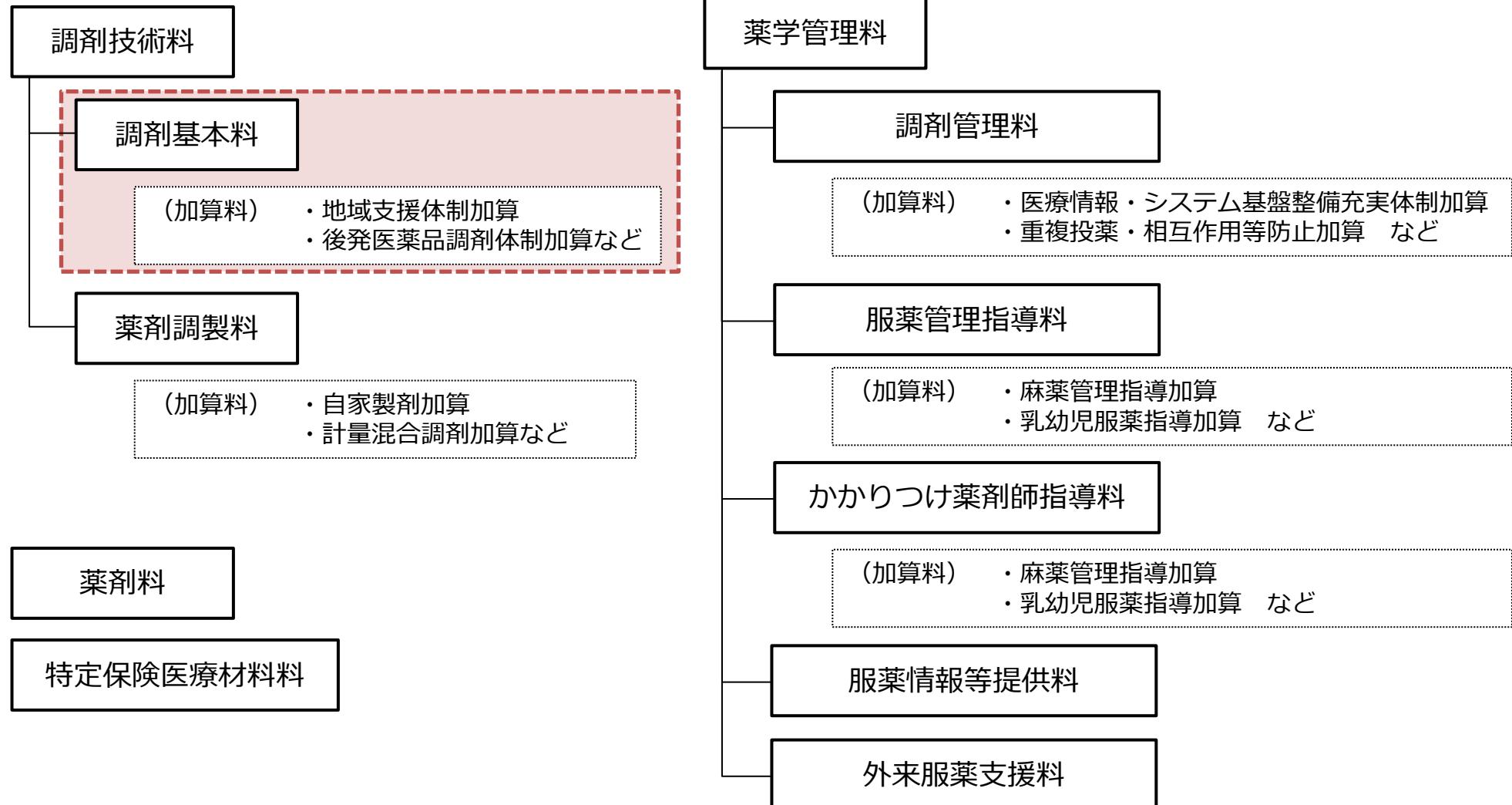


出典:令和4年度歯科医業経営総合調査報告; 東京都歯科医師会  
のデータをもとに保険局医療課で作成

# 調剤報酬点数の構造について

- 調剤報酬は、調剤技術料(調剤基本料、薬剤調製料)、薬学管理料、薬剤料等から構成されている。
- 調剤基本料は、薬局に患者等が持参する処方箋の枚数に関係なく処方箋受付1回につき算定する。

## <調剤報酬の構成>



# 薬局の職員の勤務形態、勤務状況（イメージ）

- 薬局では薬剤師と事務職員が勤務しており、非常勤や派遣など様々な勤務形態、勤務状況となっている。



## 40歳未満の勤務薬剤師

- ・20代は常勤が多いが、30代以降は、ワークライフバランスの観点などから、非常勤の割合が増加する。
- ・薬局の薬剤師は派遣による勤務が認められており、雇用形態が多様である。

## 事務職員

- ・派遣や委託等の様々な勤務形態のもとで勤務している場合がある。

## 令和5年12月20日大臣折衝事項(抄)

令和6年度改定

### 診療報酬改定

#### 1. 診療報酬 + 0. 88 %

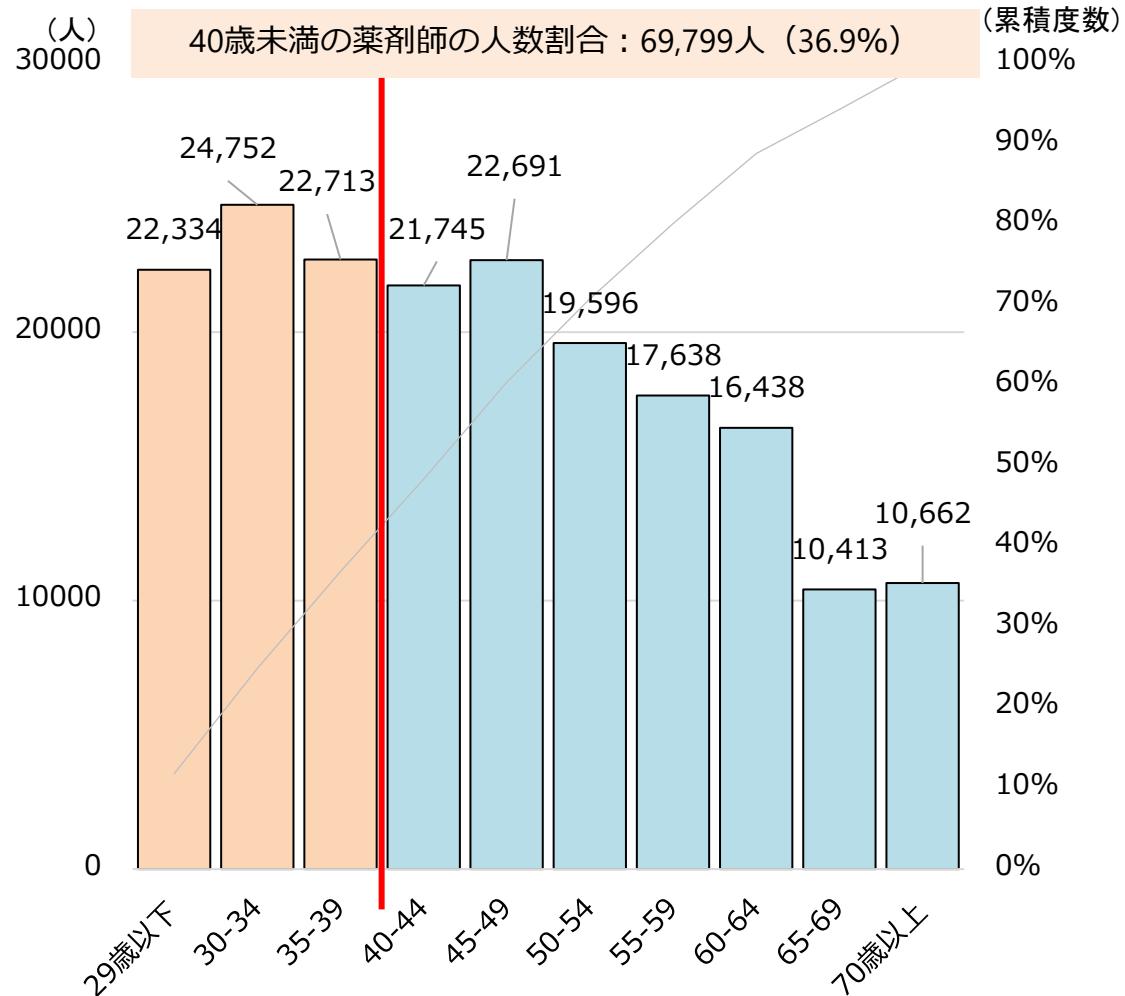
※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 46 %  
各科改定率 医科 + 0. 52 %  
歯科 + 0. 57 %  
調剤 + 0. 16 %

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む  
※2、※3、※4 (略)

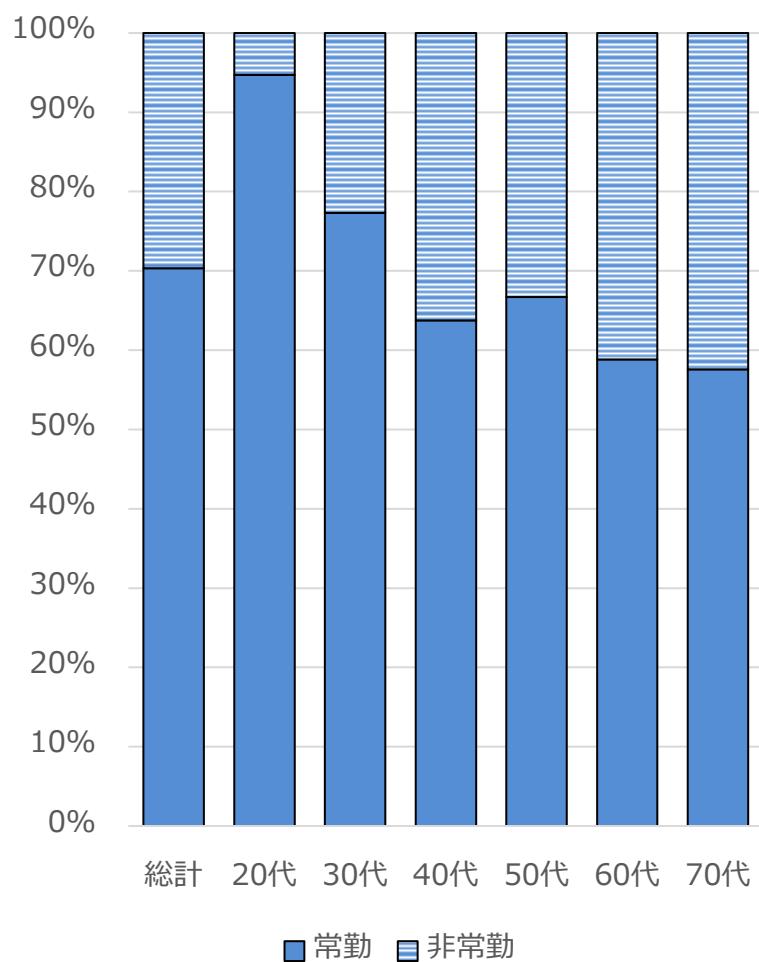
# 薬局の薬剤師の年齢階級別人数と就業形態

- 40歳未満の薬局に従事する薬剤師は約7万人であり、薬局に従事する薬剤師全体の36.9%。
- 薬局に従事する薬剤師の非常勤の割合は全体で約3割。20代は9割以上が常勤であるが、30代以降は非常勤の割合が増加している。

■ 年齢階級別の薬局に従事する薬剤師数



■ 薬局の薬剤師の常勤、非常勤の割合



1. これまでのご指摘について
2. 医療を取り巻く状況等について
3. 賃上げに向けた対応について
- 4. 賃上げに係る届け出及び報告について**
5. 論点

## 看護職員処遇改善評価料の新設①

- 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

<b>(新)</b>	<b>看護職員処遇改善評価料1</b>	<b>1点</b>	<b>(1日につき)</b>
	<b>看護職員処遇改善評価料2</b>	<b>2点</b>	
↓	<b>看護職員処遇改善評価料165</b>	<b>340点</b>	

[算定要件]

- ・**看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき**施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

[施設基準の概要]

- (1) 次のいずれかに該当すること。

- イ **救急医療管理加算の届出**を行っており、**救急搬送件数が年間で200件以上**であること。
- **救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センター**を設置していること。

- (2) (1) のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の**前々年度1年間（新規届出の場合は、前年度1年間（※1））における実績**とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間ににおいて、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。

- (3) 当該保険医療機関に勤務する**看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）**に対して、**当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施**しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、**看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる。**

- (4) (3) について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (5) (3) 賃金改善の合計額の**3分の2以上（※2）**は、**基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ること。**

※1 令和4年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とする。

※2 「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

## 看護職員処遇改善評価料の新設②

(6) 次の式により算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分を届け出ること。

$$\boxed{[A] = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額 (当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000\text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10\text{円}}}$$

(7) (6)について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表3のとおりとする（新規届出時は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いる）。また、**毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出**を行い、区分に変更がある場合は届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も**1割以内である場合においては、区分の変更を行わない**ものとすること。

(8) **「賃金改善計画書」**を毎年4月に作成し、毎年7月において、地方厚生局長等に提出すること。

(9) 每年7月において、前年度における取組状況を評価するため、**「賃金改善実績報告書」**を作成し、地方厚生局長等に報告すること。

**【別表1】** 看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とができるコメディカル

視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種

**【別表3】** 算出を行う月、対象となる期間、算定する期間

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年12月～2月	4月
6月	3～5月	7月
9月	6～8月	10月
12月	9～11月	翌年1月

**【別表2】** 看護職員処遇改善評価料の区分

【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料4	4点
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料5	5点
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料6	6点
↓	↓	↓
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点
↓	↓	↓
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

# 【参考】看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書

様式 2

## 看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書（令和 年度分）

保険医療機関コード		保険医療機関名	
<b>I. 賃金改善実施期間</b> ① 令和 年 月 ~ 令和 年 月			
<b>II. 看護職員処遇改善評価料の見込額</b>			
②新規届出時又は4月1日時点における区分 区分 ( ) 点数 点			
③賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み 人			
④本評価料による収入の見込額 (②×③×10円) 円			
<b>III. 賃金改善の見込額</b>			
⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額 円			
⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額 円			
⑦賃金改善の見込額 (⑤-⑥) 円			
(7)は④以上か			
<b>IV. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項</b>			
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数 人			
⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額 円			
⑩ペア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)			
⑪ペア等の割合 (⑩÷⑨) %			
(10)が⑨の2/3以上であるか			
<b>V. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項</b>			
⑫看護職員等に加え、 賃金の改善措置の対象 に加える職種			
⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の 常勤換算数 人			
⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額 円			
⑮ペア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)			
⑯ペア等の割合 (⑮÷⑭) %			
(15)が⑭の2/3以上であるか			
<b>VI. 賃金改善を行う賃金項目及び方法</b>			
⑰賃金の種類 <input type="checkbox"/> 基本給 <input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（新設） <input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（既存の増額） <input type="checkbox"/> 賞与 <input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（新設） <input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（既存の増額） <input type="checkbox"/> その他 ( )			
⑲賃上げの担保方法 <input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input type="checkbox"/> 賃金規程の見直し <input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に ( )			
⑳賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）			

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名 :

### 【記載上の注意】

- 「①賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。（「様式1の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。）
- 「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」、「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」、「⑮ペア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑦賃金改善の見込額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」及び「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入により処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- 「⑯賃金改善に関する規定内容」は、「⑲賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

# 【参考】看護職員処遇改善評価料 実績報告書

診調組 入一  
5. 10. 12

様式3

## 看護職員処遇改善評価料 実績報告書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

### I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

#### ①本評価料の区分

	算定期間		点数の区分	点数
a	令和 年 月	～ 令和 年 月		点
b	令和 年 月	～ 令和 年 月		点
c	令和 年 月	～ 令和 年 月		点
d	令和 年 月	～ 令和 年 月		点

#### ②算定期回数

	算定期間		算定期回数
a	令和 年 月	～ 令和 年 月	回
b	令和 年 月	～ 令和 年 月	回
c	令和 年 月	～ 令和 年 月	回
d	令和 年 月	～ 令和 年 月	回
計			回

#### ③本評価料による収入の実績額

	算定期間		実績額
a	令和 年 月	～ 令和 年 月	円
b	令和 年 月	～ 令和 年 月	円
c	令和 年 月	～ 令和 年 月	円
d	令和 年 月	～ 令和 年 月	円
計			円

### II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）	円

⑥は③以上か

### III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ペア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)	円
⑩ペア等の割合（⑨÷⑧）	%

⑩が⑧の2/3以上であるか

### IV. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	人
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額	円
⑭ペア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)	円
⑮ペア等の割合（⑭÷⑬）	%
⑯が⑬の2/3以上であるか	

### V. 賃金改善実施期間

⑯ 令和 年 月	～ 令和 年 月
----------	----------

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名 :

#### 【記載上の注意】

- 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、I の各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑩ペア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑪看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

# 賃上げに係る評価を行った場合の届け出及び報告項目について（イメージ）

- 今般検討している賃上げに係る評価の効果を把握するため、以下のとおり、届け出時点での賃上げの計画を求めるとともに、届け出翌年度以降に実績報告を求めるこことしてはどうか。

## 届出時点での届出項目（イメージ）

- 算定する評価の区分
  - ※ 評価の区分を分ける場合。給与総額、患者数等の見込みから区分を選択。
- 賃上げの計画
  - ・賃金総額の見込み額（可能であればベースアップの予定等）等
  - ※ 令和7年度までの計画を報告
    - 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に係る対応に係る対象職種（以下、「対象職種」という。）について
    - 対象職種以外の事務職員等について

## 翌年度以降の実績報告（イメージ）

- 評価の算定回数
- 賃上げの実績
  - ・報告対象期間及び前年度における賃金総額の実績 等
  - ※ 賃上げに係る評価を活用した部分もあわせて報告
    - 対象職種について
    - 対象職種以外の事務職員等について

- 翌年度以降における賃上げの計画
  - ※ 評価による収益を報告対象期間以降に繰り越す場合

1. これまでのご指摘について
  2. 医療を取り巻く状況等について
  3. 賃上げに向けた対応について
  4. 賃上げに係る届け出及び報告について
- 5. 論点**

# 医療機関等における職員の賃上げについての課題

## (医療を取り巻く状況等について)

- 医療機関等の従事者のうち、医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。
- 政府全体で賃上げが進める中、2023年春期生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は10,560円/3.58%であり、賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」(定期昇給相当分を除いたもの)の加重平均は5,983円/2.12%となっている。一方、医療分野の賃上げ率は1.9%にとどまっている。
- 高齢化等による需要増加にも関わらず、医療分野の人材確保の状況は厳しく、看護職員の有効求人倍率は全職種平均の2倍程度の水準で高止まりしている。
- 令和6年度診療報酬改定の基本方針において、医療従事者的人材確保や賃上げに向けた取組が記載されている。

## (賃上げに向けた対応について)

- 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げに向けて、入院・外来医療等の調査・評価分科会においてシミュレーションも含めて技術的な検討を行った。その際、以下のような指摘があった。
  - 外来については簡素な制度設計が必要ではないか。
  - 診療所について、透析や内視鏡といった初再診料による収益が多くない施設には対応が必要ではないか。
  - 病院について、一律に設定することで十分な補填ができない施設があるのであれば、きめ細やかな対応をすべきではないか。
- 40歳未満の勤務医師、事務職員においても賃上げが求められる中、勤務形態、勤務状況が様々である。
- 従事している医師に占める40歳未満の医師の割合について、医療機関ごとのばらつきはあるが、特定機能病院、急性期一般入院料を算定している医療機関は、他の医療機関より高い傾向にあった。
- 従事している歯科医師に占める40歳未満の歯科医師の割合は、病院が約31%（医育機関の附属病院が約26%）、歯科診療所が約66%で、多くが歯科診療所に勤務している。
- 歯科技工士は、歯科技工所に勤務する者が約73%、医療機関に勤務する者が約25%であり、歯科技工物の製作の多くは医療機関から歯科技工所への委託で行われている。また、歯科技工所は複数の歯科医療機関から委託を受けている。
- 歯科診療所では、歯科医師、歯科衛生士及び歯科技工士以外に、約7万人の歯科業務補助者が勤務している。
- 薬局では薬剤師と事務職員が勤務しており、40歳未満の薬剤師は約7万人(36.9%)である一方、30代以降の薬剤師は非常勤の割合が増加することや派遣による勤務が認められていることなど様々な勤務形態、勤務状況となっている。

## (賃上げに係る届け出及び報告について)

- 看護職員待遇改善評価料においては、待遇改善に係る実績報告を求めている。

# 医療機関等における職員の賃上げについての論点

## 【論点】

- 入院・外来医療等の調査・評価分科会における技術的な検討も踏まえ、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げに向けて、どのような対応が考えられるか。
- 勤務形態等が多様である40歳未満の勤務医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員については、賃上げに向けた評価においては、広く算定されている診療報酬の項目で評価を行うことについて、どのように考えるか。また、40歳未満の医師の割合等が医療機関種別で異なることを踏まえ、どのように考えるか。
- 40歳未満の勤務歯科医師の多くは歯科診療所に勤務していること、病院勤務では医育機関附属の病院勤務の歯科医師が多いこと、また歯科技工物の委託に関しては複数の歯科技工所に委託している歯科診療所が大半であることを踏まえ、40歳未満の勤務歯科医師や、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げについて、広く算定されている診療報酬の項目で評価することについて、どのように考えるか。
- 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げに向けた対応を行う場合において、実績としてどのような報告を求められるか。また、その際、40歳未満の医師や事務職員等の賃上げについても一定の報告を求めることについてどのように考えるか。
- その他の賃上げの状況の把握について、どのように考えるか。

中	医	協	総	-	3
6	.	1	.	1	0

# 個別事項(その23)

## その他の事項

- 1. 再製造単回使用医療機器について**
2. 孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策について

# 保険医療材料等専門組織からの意見

- 保険医療材料等専門組織からは、費用を削減する医療機器等について以下の意見が提出されている。

## 特定保険医療材料の保険償還価格の基準等に関する意見

(令和5年7月26日中医協保険医療材料専門部会資料1より抜粋)

### 1. イノベーションに対する評価等について

#### (1) 臨床上有用な医療機器等に対する評価について

- 既存の医療機器と比較して臨床的な有用性が同等以上であって効率性等の改善により費用を削減するような画期的な医療機器や、再製造単回使用医療機器について、医療保険財政の観点も踏まえ市場導入が促進されるよう、評価のあり方について実態を踏まえつつ検討することとしてはどうか。

使用済みのSUDを、医療機器製造販売業者がその責任のもとで適切に収集し、分解、洗浄、部品交換、再組立て、滅菌等の必要な処理を行い、再び使用できるようにすること

## 再製造のイメージ



## 再製造制度の背景

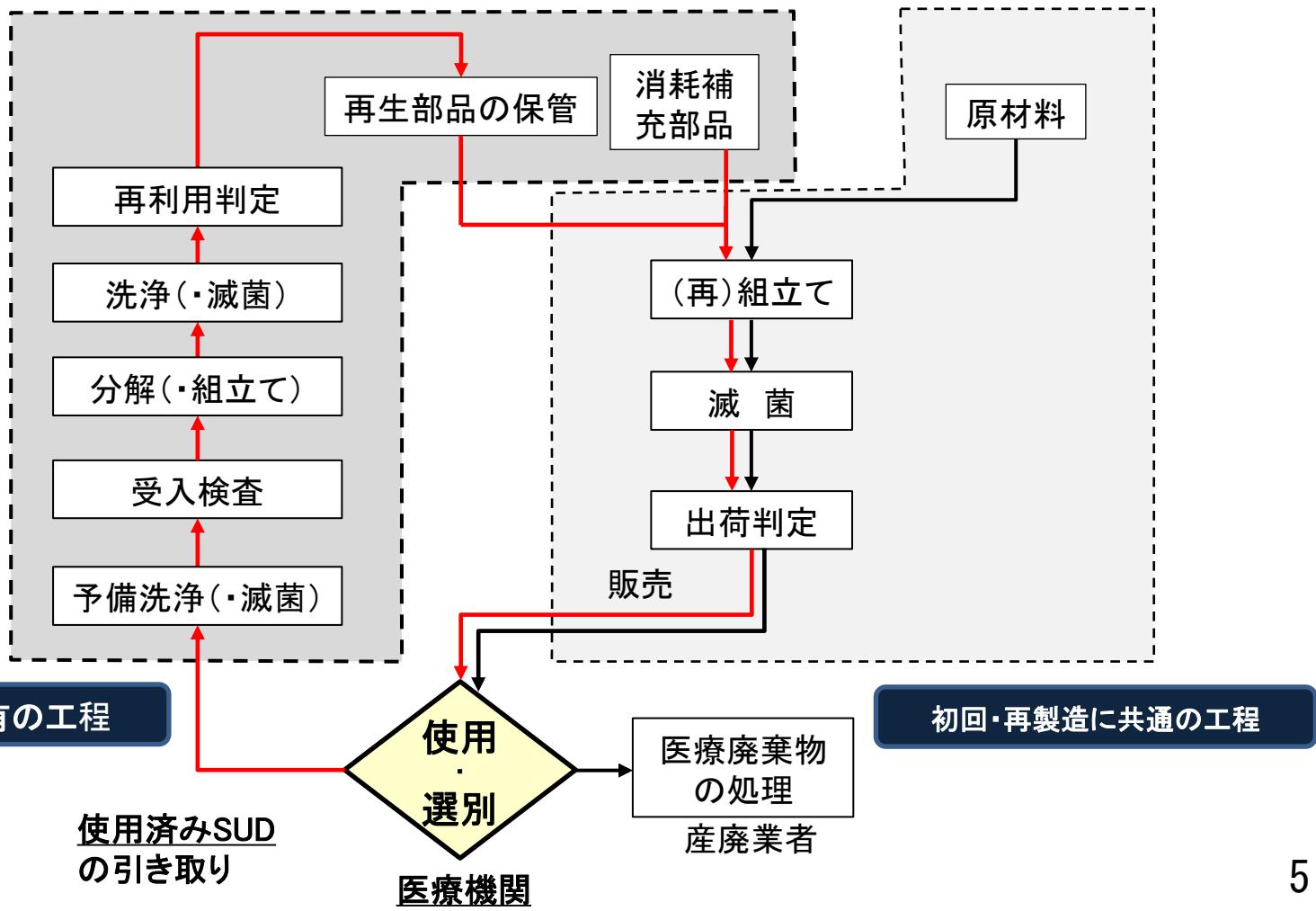
- 使用済みのSUDの院内滅菌による「再使用」は、医療機器の性能・安全性を十分に保証し得ないため、行うべきでないことが世界共通の認識。
- 一方、専門事業者による再製造は、資源の有効活用や医療廃棄物の削減、さらには医療費の低減の可能性などから注目され、米(2000～)、独(2002～)に続き、英、欧州連合(EU)なども、SUD再製造に係る制度の整備を進めている。
- 平成26年より再製造に関する研究班を設け、海外規制の調査、国内ニーズ調査、国内で再製造を実施する場合の課題整理などを実施。

# 単回使用医療機器(SUD)の再製造工程

- 単回使用医療機器(SUD)の再製造工程では、使用済みSUDの収集や洗浄・滅菌等が必要であり、通常の製造工程と異なる。
- また、機器の構造や使用目的によって、収集や洗浄・滅菌等に係る手間やコストが異なることが想定される。

<再製造工程の事例イメージ>  
(自社品の場合)

SUDの再製造の流れ:



# SUDの再製造に関する新たな制度の概要

中医協 材-1

元. 10. 9

- 再製造SUDを製造販売する企業は、医薬品医療機器法に基づく製造販売業許可が必要。
- 再製造SUDは、元々のSUD(オリジナル品)とは別の品目として、製造販売承認が必要。
- 再製造SUDに係る医薬品医療機器法上の責任(安全対策、回収等)は、再製造を行った製造販売業者が担う。



## 1. 再製造SUDの品質、製造管理等に関する基準を新設

○再製造SUDの品質、有効性及び安全性を確保するために、42条基準『再製造単回使用医療機器基準』を新設。また、QMSの追加要求事項を設定

- ・再製造する使用済みSUDは、国内の医療機関で適切に管理されたものであること
- ・汚染、病原体が製造工程において除去・不活化されていること
- ・オリジナル品の構造、原材料等の変更や安全性情報をモニタリングすること 等

## 2. 再製造SUDのトレーサビリティの確保

○再製造SUDにシリアル番号を付し、使用済みSUDを収集した医療機関から、製造工程、流通までの情報のトレーサビリティを確保  
(必要に応じてオリジナル品の製造番号までのトレーサビリティの確保を求める)

## 3. PMDAによる製造販売業者・製造業者の定期確認

○製造販売業者・製造業者の再製造SUDの製造工程等が承認内容、基準等を満たしていることをPMDAが定期(概ね年1回)に確認

## 4. 再製造SUDの安全性等の評価に関する対面助言を新設

○申請予定の再製造SUDの製造工程等を、PMDAが実地で確認し、安全性確保に必要な評価等を助言する対面助言区分を新設

## 5. 登録を必要とする製造業者の対象範囲の拡大

○再製造SUDにおいて重要な製造工程である受入検査、洗浄等を行う製造所を、製造業登録の対象とする

## (1) イノベーションの評価について ④

## 単回使用医療機器の再製造品の価格算定

- 再製造品は、原型医療機器とは原材料費等の製造にかかる経費が異なると考えられることから、原型医療機器とは別の機能区分として価格を設定する。また、同一機能区分に属する原型医療機器の再製造品は、基本的に同一機能区分とする。
- 再製造品の価格は、原型医療機器が属する機能区分の価格に再製造係数を乗じて算定する。なお、再製造係数は、0.7を原則とするが、個々の再製造品の製造工程等を踏まえ、決定する。

算定額 = 原型医療機器が属する機能区分の価格 × 再製造係数

※ 基準材料価格改定においては、原型医療機器が属する機能区分とは別に価格改定を実施するが、改定後の価格は当該原型医療機器が属する機能区分の改定後の価格を超えない額とする。

### 再製造単回使用医療機器 (再製造品)

再製造単回使用医療機器とは、単回使用の医療機器が使用された後、新たに製造販売することを目的として、これに検査、分解、洗浄、滅菌その他必要な処理を行ったものであり、原型医療機器と同等の品質、有効性及び安全性を有し、原型医療機器と使用目的又は効果が同様の医療機器をいう。

### ＜再製造品の例＞

#### 再製ラッソー2515

- 販売名：ラッソー2515及びラッソー2515ナビを原型医療機器とする再製造単回使用医療機器。
- 再製造時に新規部品と交換される部品はなく、すべて再生部品で構成される。



原型医療機器の機能区分	再製造係数
114体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2)心臓電気生理学的検査機能深型 ③房室弁輪部型	0.70

# 再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用状況①

- 令和5年12月時点では、特定保険医療材料としては以下の再製造単回使用医療機器が保険適用されており、いずれも原型医療機器と比較して算定回数が少なくなっている。

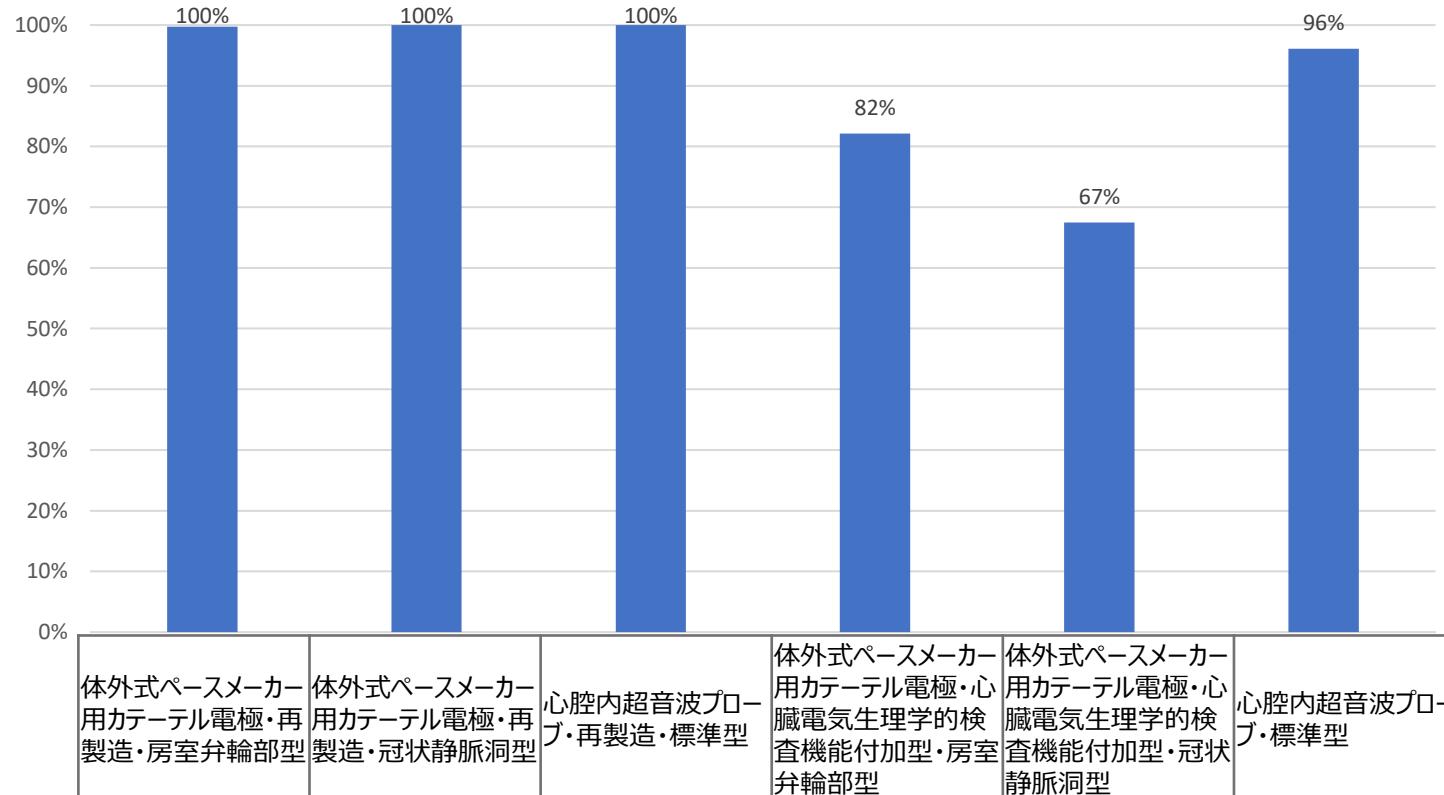
保険適用時期	再製造品 (償還価格)	算定回数 (原型医療機器との比較)	原型医療機器 (償還価格)	算定回数
(1) 令和2年4月	114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (3) 再製造 ② 房室弁輪部型  (98,200円)	821 (1.35%)	114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ③ 房室部弁輪部型  (152,000円)	60,713
(2) 令和3年6月	114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (3) 再製造 ① 冠状静脈洞型  (51,400円)	46 (0.04%)	114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ② 冠状静脈洞型  (66,100円)	123,982
(3) 令和4年12月	168 心腔内超音波プローブ (3) 再製造 ① 標準型  (209,000円)	133 (0.86%)	168 心腔内超音波プローブ (1) 標準型  (299,000円)	15433

※ 算定回数は、(1) 及び (2) は令和4年4月～令和5年3月の回数、(3) は令和4年12月～令和5年3月の回数

## 再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用状況②

- 令和5年12月時点で特定保険医療材料として保険適用されている再製造単回使用医療機器及びその原型医療機器においては、多くが経皮的カテーテル心筋焼灼術を実施する際に使用されている。

特定保険医療材料である再製造単回使用医療機器及びその原型医療機器を算定する際に  
「K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術」を算定する割合



## 使用済みSUDの管理

＜平成29年7月31日付け厚生労働省告示第261号「再製造単回使用医療機器基準」より抜粋＞  
使用済みの医療材料という特性を考慮して、**使用済みSUDを医療機関において適切に管理することが必要**

### 医療機関から引き取る使用済みSUDの要件

- 国内において使用されたもの
- 脳、脊髄、硬膜、脳神経節、脊髄神経節、網膜又は視神経に接触したものでない（プリオンの洗浄・除去が困難であるため）。
- 人の体内に植え込まれたものではない。
- 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号）第6条に定める一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症若しくは新感染症の患者又は同法第8条第1項から第3項までに定める者の治療、検査等に用いられたものでない。
- **医療機関において**、破損・劣化・製造工程において不活化若しくは除去できない病原微生物その他疾病の原因となるものに汚染されないよう、**区別して保管**されたもの。

これらの条件を満たさない使用済みの部材が混入しないよう、医療機関において適切に選別される必要がある。

記録及び保存については、

1. 再生部品に関する次に掲げる事項（医療機関情報、再製造回数、シリアル番号、引き取り年月日等）が記録され、保存されていなければならない。
2. 再製造単回使用医療機器は、再生部品、検査、製造、作業環境の条件及び流通に係る記録を適切に作成し、保存することにより、これらの追跡可能性が確保されていなければならない。

## 医療機関での手間

- 使用済みSUDの適切な分別が必要（製品毎の回収BOX）
- 製造販売業者等による医療従事者向け研修の定期的な受講が必要
- R-SUDは追跡可能性の確保が求められ、管理が煩雑（院内運用）

## 再製造単回使用医療機器基準

### 第6 表示等

#### 3 記録及び保存

(1) 再生部品に関する次に掲げる事項が記録され、保存されていなければならない。

ア 再製造の用に供される単回使用の医療機器が使用された医療機関の名称及び所在地

イ 再製造単回使用医療機器の製造販売業者が再生部品を医療機関から引き取った年月日

ウ 再生部品が既に再製造をされたものである場合、そのシリアル番号等

エ 再生部品が再製造をされた回数

オ 第4の1(1)から(12)までに掲げる事項への適合性を確認した結果 ← ※性能及び安全性の確認

カ アからオまでに掲げるもののほか、再生部品の品質、性能及び安全性の確保に関し必要な事項

(2) 再製造単回使用医療機器は、再生部品、検査、製造、作業環境の条件及び流通に係る記録を適切に作成し、保存することにより、これらの追跡可能性が確保されていなければならない。

## 第4 性能及び安全性

### 1 原材料(再生部品及び交換部品)

(10) 再生部品は、破損し、劣化し、又は製造工程において不活化若しくは除去できない病原微生物その他疾病の原因となるものに汚染されないよう設計された専用の密閉性の容器に密閉された状態で、再製造単回使用医療機器の製造販売業者により、医療機関から引き取られ、運搬されたものでなければならない。

- それぞれの機器ごとに、どの医療機関から回収したかの区別が求められる。  
⇒ 通常の機器製造はこれほど多数の材料元の記載・管理は生じない。
- 医療機関においても、回収品について劣化や汚染等しないように「専用の密閉性容器」に密閉保管することが求められる。  
⇒ 機器の種類ごとに保管が必要となり、容器も嵩があるため、医療機関においてもR-SUD原材料を複数種類有する機関は負担が大きい。

# 血管造影室におけるSUDの収集

該当品を収集



収集トレーへ



清拭

専用の袋へ



収集BOXへ



## 特定保険医療材料と留意事項通知

## 製品特徴

出典:企業提出資料

- 本品は、販売名:ラッソー2515(ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社)、販売名:ラッソー2515ナビ(ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社)を原型医療機器とする再製造単回使用医療機器である。本品は、再製造時に新規部品と交換される部品ではなく、すべて再生部品で構成される。その使用目的及び効果、機能、作動原理、使用方法は原型医療機器と同一である。



中央社会保険医療協議会総会（第450回）議事次第 令和2年2月5日(水)

## 114 体外式ベースメーカー用カテーテル電極

- 心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」を算定する場合は、区分番号「K595」経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。
- 再製造**の冠状静脈洞型又は房室弁輪部型を使用する場合は、**再製造品**であることについて文書を用いて患者に説明すること。

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について（令和4年3月4日）

## 医療機関での手間と課題

- インフォームドコンセントとは別に、R-SUD特有の説明事項について個別に患者への説明が必要
- マニュアル等も整備されていないため、説明が煩雑
- 米国では説明不要であると共に、同等として承認された機器での説明必要性が不明確

## 患者説明資料

患者さんへ  
当院では再製造単回使用医療機器**R-SUD**を使用しています。

R-SUDの3つのポイント

- R-SUDは既存配達の再利用可能化に貢献します

当院では医療廃棄物を  
年間約9,000トン削減\*



- 患者が高齢者や妊娠者、R-SUDで低減の可能性があります



- 米国ではR-SUDが使用され普及しています



米国では**告知義務はないのが一般的な認識**である。ただし、告知することを否定するものではない。国が正式に性能と安全性を承認した製品であり、オリジナル品とは別の再製造された**「新品」の医療機器との認識**である。

( 62 ) 医機学 Vol. 88, No. 6 (2018)

## 令和4年度アンケート調査実施

- 日本病院会 回答数：306
- 国立大学病院長会議 回答数：103
- 日本医療機器学会 回答数：22\*

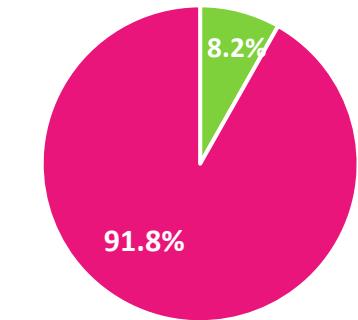
\*日本病院会、国立大学病院長会議のアンケートを先行実施したため、日本医療機器学会の回答数は少数

### 再製造SUDの特徴認知度（回答数306）

特徴：医療廃棄物の削減及び有効利用、医療費の低減、安全性確保等

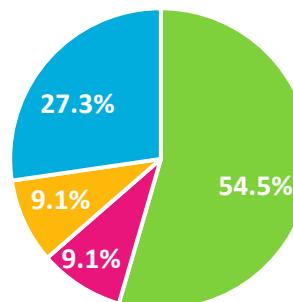
- 聞いたことがある 42.8%
- 知っている 40.2%
- 全く知らない 17%

再製造SUD導入率（回答数306）



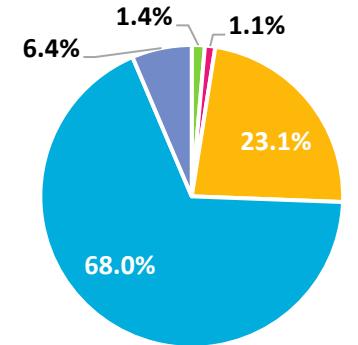
■ 導入している ■ 導入していない

SUDに対する再製造SUD利用率（回答数11）【一例】



■ 1割くらい ■ 2割くらい ■ それ以上 ■ 無回答

導入予定期（回答数281）



■ 1年程度くらい先 ■ 検討しているが、時期は未定 ■ 数年後より先 ■ 検討していない  
■ その他

## 普及促進に関するご意見

- 価格の引き下げ
- 回収、在庫管理等の手間の軽減
- 診療報酬加算の新設や上乗せ
- R-SUD特有の追跡可能性確保や患者説明の軽減
- その他

\*回答数の多い日本病院会の回答抜粋

## 明確となった医療機関での現状

- ✓ R-SUDは認知されているが導入率及び利用率が低いと共に、導入も検討されていない。
- ✓ 患者説明、回収や在庫管理等の手間が煩雑である。
- ✓ 医療機関のコストに見合うメリットが少ないため、医療者の理解を得ることが困難である。
- ✓ 環境保全の観点からも、制度は大賛成であり、多くの製品で再製造が希望されている。  
⇒ メリットを付与することで、普及を加速可能

# 後発医薬品の使用促進のための主な診療報酬上の取組経緯（1）

中医協 総-1  
5. 11. 22

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2002年 (H14)	処方箋料 (後発医薬品を含む場合2点加算)			後発医薬品調剤加算 (内服薬1剤につき2点加算等)	
2004年 (H16)					
2006年 (H18)		処方箋様式の変更 (変更可欄の新設)		後発医薬品情報提供料： <u>10点</u>	
2008年 (H20)		処方箋様式の変更 (変更不可欄に変更)		変更調剤時に分割調剤とした場合の調剤基本料を設定（お試し調剤：5点）	後発医薬品調剤体制加算 後発医薬品を調剤した処方箋受付回数の割合30%以上：4点
2010年 (H22)		後発医薬品使用体制加算 (入院) 後発医薬品採用割合 20%以上：30点		含量違いの後発医薬品等の変更の明確化	数量ベースでの後発医薬品の使用割合 20%以上：6点 25%以上：13点 30%以上：17点
2012年 (H24)	一般名処方加算： 2点加算	20%以上：28点 30%以上：35点	処方箋様式の変更 (処方箋ごとに変更の可否を明示)	薬剤服用歴管理指導料の算定要件化	22%以上：5点 30%以上：15点 35%以上：19点
2013年 (H25)			新指標（後発医薬品の数量シェア*）の導入 <small>*後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量</small>		
2014年 (H26)				要件追加（一般名処方時に後発医薬品を調剤しない場合、理由を明細書に記載）	(新指標) 55%以上：18点 65%以上：22点

# 後発医薬品の使用促進のための主な診療報酬上の取組経緯（2）

中医協 総-1  
5. 11. 22

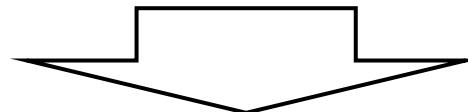
	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2016年 (H28)	<u>(一般名処方加算)</u> 全品目：3点 1品目以上：2点	<u>(後発医薬品使用体制加算(入院))</u> ： 後発医薬品使用割合 50%以上：28点 60%以上：35点 70%以上：42点	<u>外来後発医薬品使用体制加算(診療所のみ)</u> ： 後発医薬品使用割合 60%以上：3点 70%以上：4点		<u>(後発医薬品調剤体制加算)</u> 65%以上：18点 75%以上：22点
2018年 (H30)	全品目：6点 1品目以上：4点	60%以上：22点 70%以上：35点 80%以上：40点 85%以上：45点	70%以上：2点 75%以上：4点 85%以上：5点		75%以上：18点 80%以上：22点 85%以上：26点 20%以下（調剤基本料から2点減点）
2020年 (R2)	全品目：7点 1品目以上：5点	70%以上：37点 80%以上：42点 85%以上：47点			75%以上：15点 80%以上：22点 85%以上：28点 40%以下（調剤基本料から2点減点）
2022年 (R4) 4月		75%以上：37点 85%以上：42点 90%以上：47点	75%以上：2点 85%以上：4点 90%以上：5点		80%以上：21点 85%以上：28点 90%以上：30点 50%以下（調剤基本料から5点減点）
2023年 (R5) 4月※	<u>全品目：7～9点</u> <u>1品目以上：</u> <u>5～7点</u>	<u>75%以上：</u> <u>37～57点</u> <u>85%以上：</u> <u>42～62点</u> <u>90%以上：</u> <u>47～67点</u>	<u>75%以上：</u> <u>2～4点</u> <u>85%以上：</u> <u>4～6点</u> <u>90%以上：</u> <u>5～7点</u>		

※R5年12月までの経過措置

# 再製造単回使用医療機器についての課題と論点

## (再製造単回使用医療機器について)

- 再製造単回使用医療機器については、令和元年から薬機法において品質、製造管理等に関する基準などが設けられており、保険医療材料制度においては、再製造単回使用医療機器は原則として原型医療機器の償還価格に0.7を乗じたものを償還価格としている。
- 特定保険医療材料のうち3つの機能区分が保険適用されており、「K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術」を実施する際に使用されているものの、算定回数は原型医療機器と比較して限定的となっている。
- 再製造単回使用医療機器の普及について、医療機関において患者に別途説明が必要であることや、研修の受講や回収の手間があることが課題として指摘されている。



## 【論点】

- 再製造単回使用医療機器の使用を推進する上で、患者への別途の説明等特別に必要となる対応を評価する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績が一定程度ある医療機関において、再製造単回使用医療機器を用いて対象となる手術を実施した場合の評価を設けることについてどのように考えるか。

1. 再製造単回使用医療機器について
2. 孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策について

# こころの連携指導料について

- 令和4年度診療報酬改定において、孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者を支援する体制の整備を評価する観点から、こころの連携指導料が新設された。

令和4年度診療報酬改定 III-4-4 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-⑪

## かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

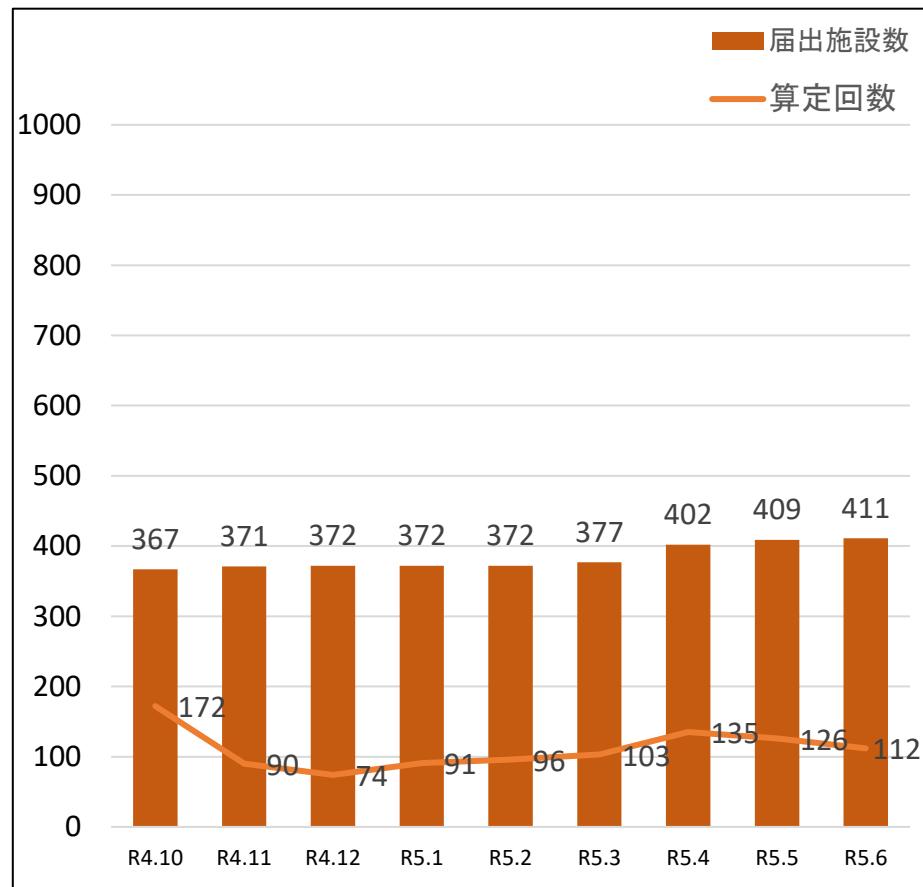
- 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

	(新) こころの連携指導料（Ⅰ） 350点（月1回）	(新) こころの連携指導料（Ⅱ） 500点（月1回）
対象患者	地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたもの	区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたもの
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合  診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合  連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応
施設基準	—  精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築	精神科又は心療内科  当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること
	当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。	—

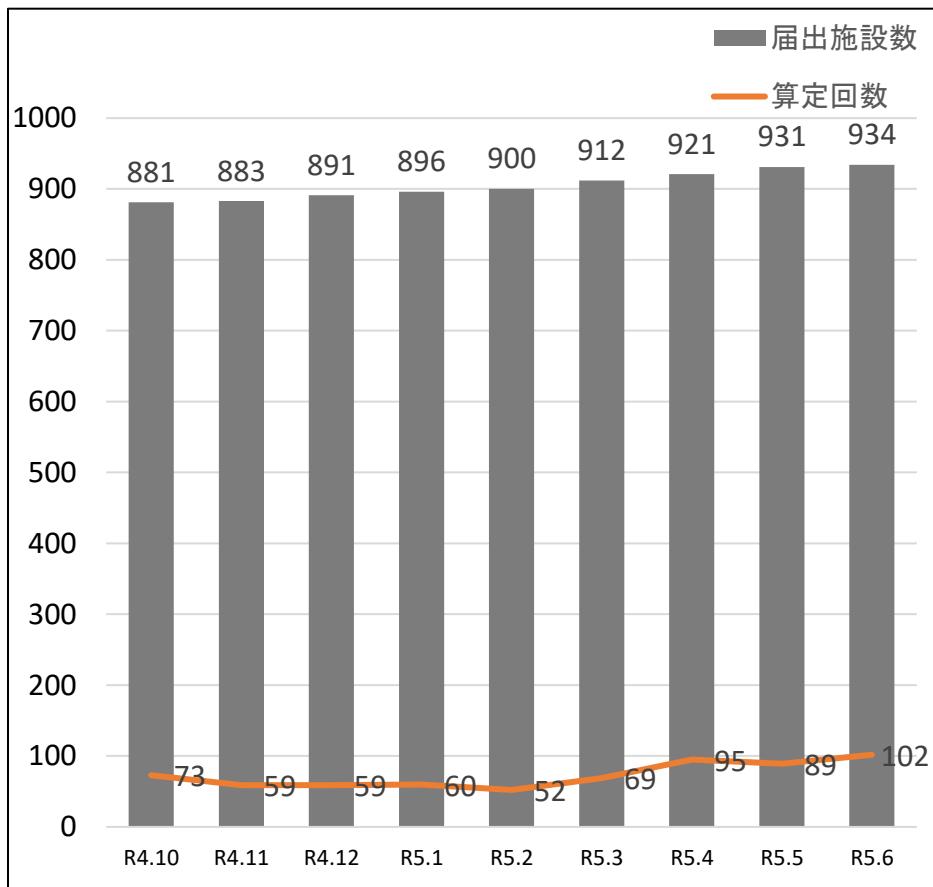
# 「こころの連携指導料」届出施設の状況

- 令和4年10月から令和5年6月までの「こころの連携指導料」届出施設の推移は以下のとおり。

こころの連携指導料（Ⅰ）届出施設数・算定回数



こころの連携指導料（Ⅱ）届出施設数・算定回数



## こころの連携指導料について②

- 精神科又は心療内科を担当する医師が算定する「こころの連携指導料(Ⅱ)」を届け出ていない理由について、「近隣に連携先となる医療機関がないため」が最も多い。

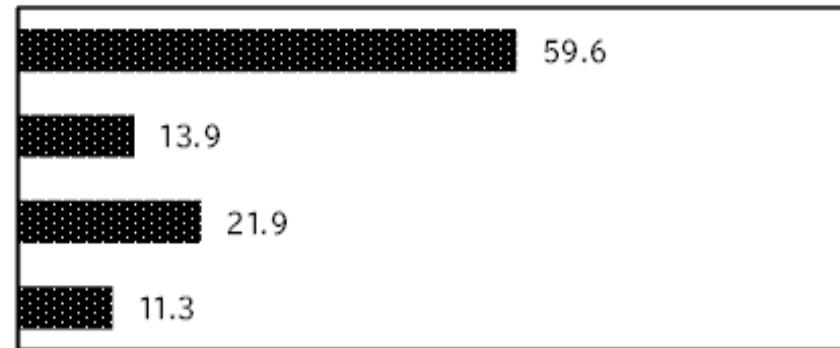
- 

こころの連携指導料の届出をしていない場合の理由(複数回答)

n=151

近隣に連携先となる医療機関がないため

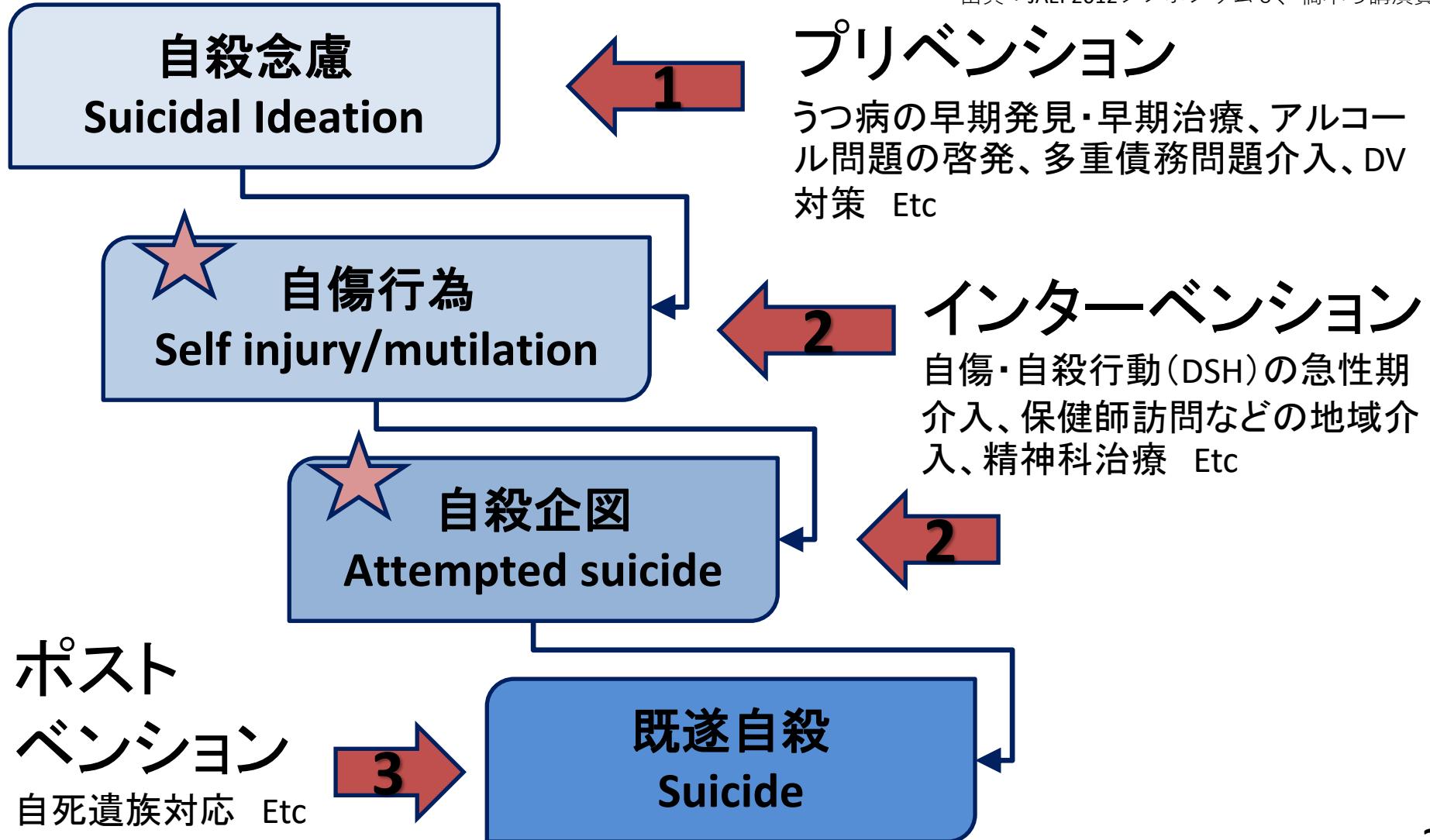
0% 20% 40% 60% 80% 100%



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証にかかる特別調査（令和4年度調査）

- 自殺死亡を減らすため、「プリベンション」「インターベンション」「ポストベンション」の観点に沿った取組の重要性が報告されている。

出典：JAEP2012シンポジウム5、橋本ら講演資料



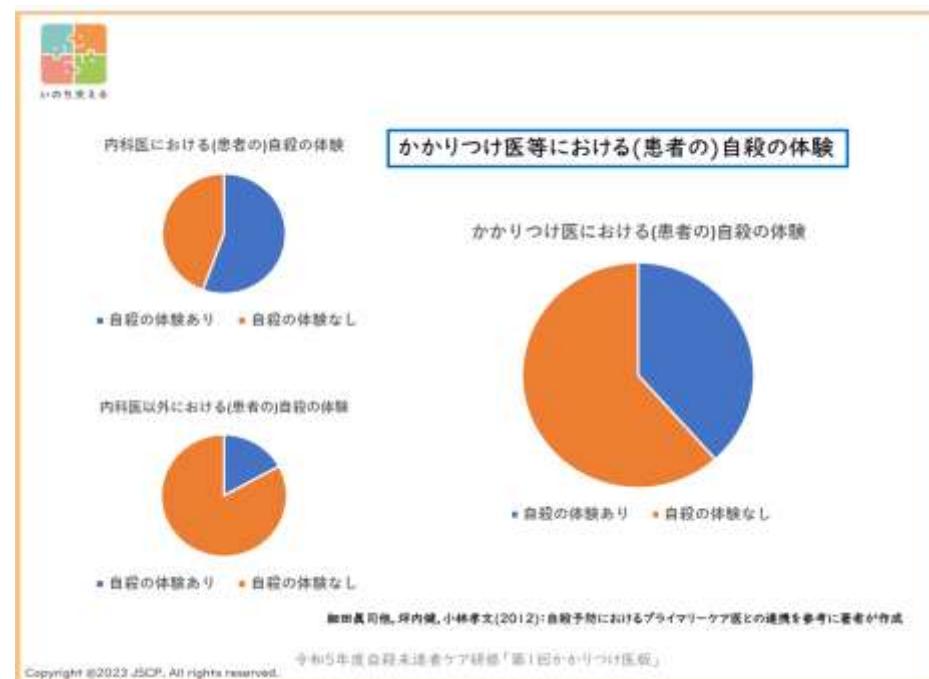
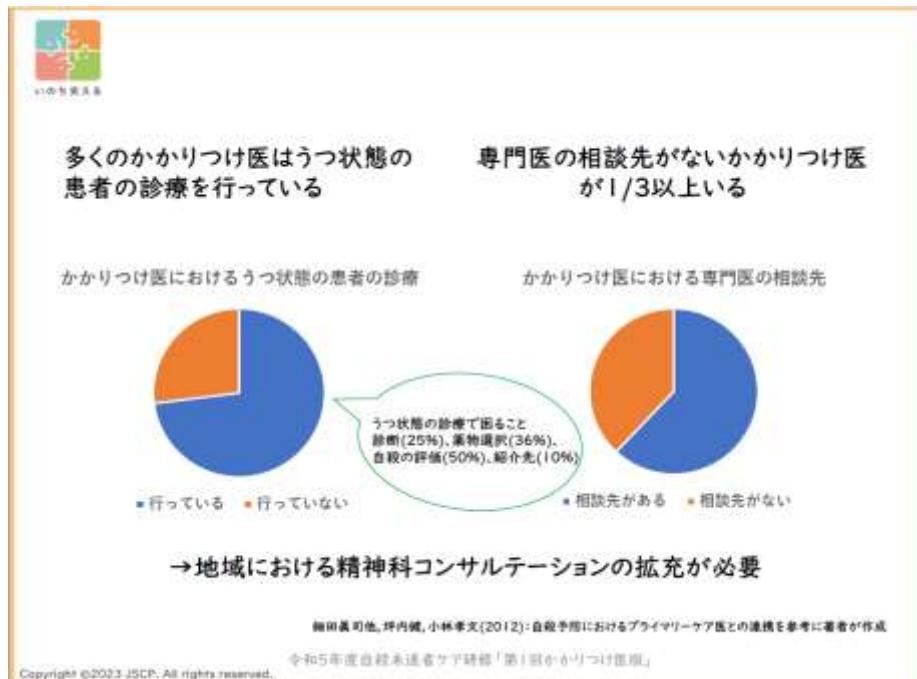
# こころの連携指導料(I)における研修について

- 「こころの連携指導料(I)」の施設基準においては、自殺対策等に対する適切な研修を受講することが求められている。
- 現在、「こころの連携指導料(I)」の要件を満たす研修として事務連絡で指定されている研修は、以下のとおり。
  1. 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター(JSCP)による  
自殺未遂者ケア研修「かかりつけ医版」
  2. 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター(JSCP)による  
自殺未遂者ケア研修「精神科救急版」あるいは「一般救急版」
  3. 日本臨床救急医学会等が実施するPEECコース
  4. 自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業において各事業者が主催する研修

# JSCPによる自殺未遂者ケア研修「かかりつけ医版」について①

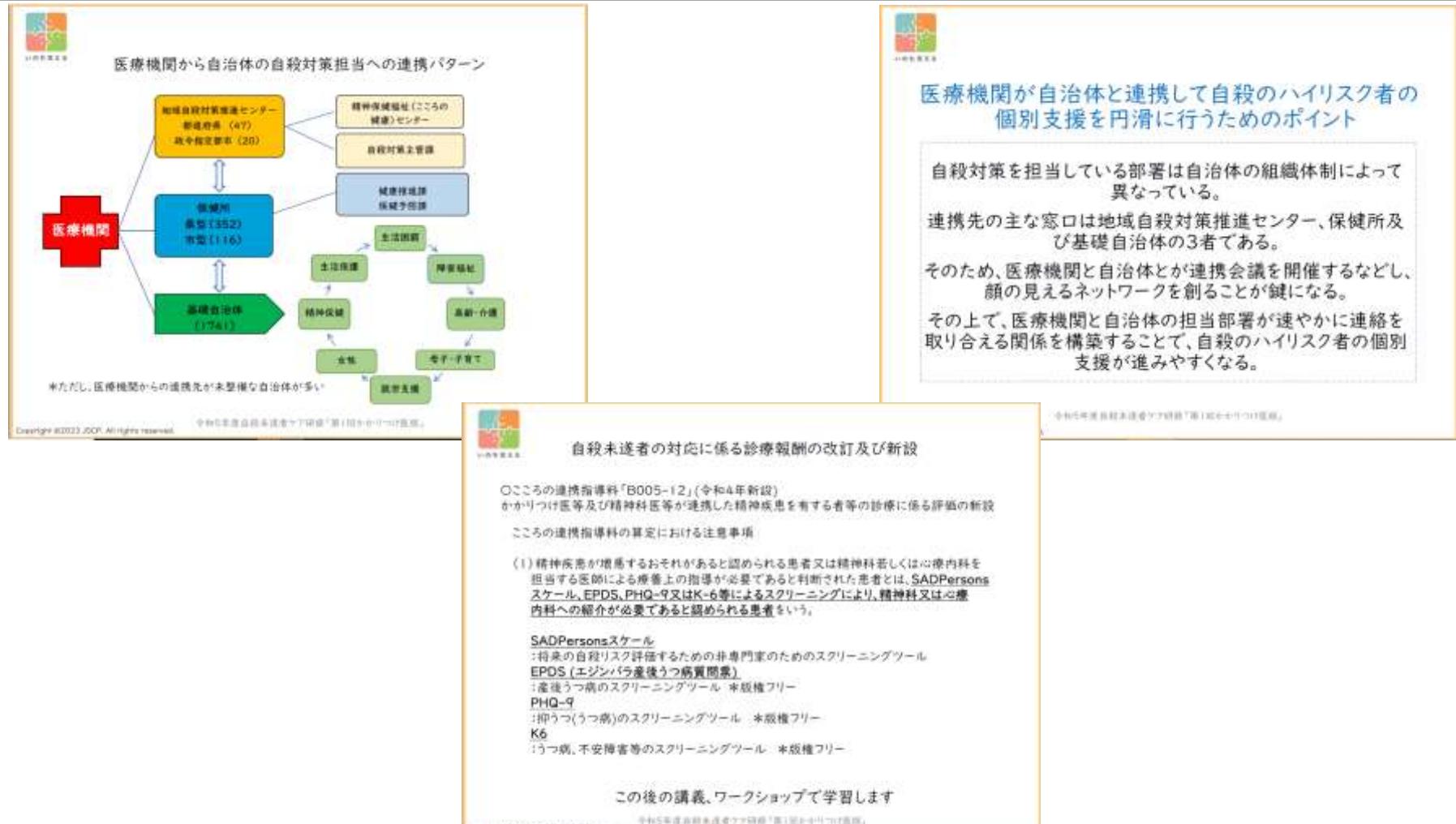
- 多くのかかりつけ医はうつ状態の患者の診療を行っており、かかりつけ医の1/3以上において専門医の相談先がない。
- かかりつけ医等においても(患者の)自殺体験に直面している医師は一定の割合で認められている。
- 自殺に至った患者の40%以上が自殺の4週間前以内に精神科以外の医療機関を受診していた。

(Luomaら Am J Psychiatry,159 ; 909-916,2002 )



# JSCPによる自殺未遂者ケア研修「かかりつけ医版」について②

- 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター(JSCP)による自殺未遂者ケア研修「かかりつけ医版」においては、医療機関が自治体と連携して自殺のハイリスク者の個別支援を円滑に行うためのポイントに係る講義や、精神科への紹介を判断するうえでの自殺リスク評価のためのスクリーニングツールの学習・講師者・受講者による双方の事例検討が研修内容に含まれている。
- さらに、診療や指導における心身の不調への配慮や、生活上の課題等について聴取に係る講義・講師・参加者による双方の事例検討も研修内容に含まれているなど、「こころの連携指導料(I)」の要件に沿った研修となっている。



# 令和4年度診療報酬改定前から行われていた自殺未遂者研修等について

- 令和4年度診療報酬改定前より、JSCPによる自殺未遂者ケア研修「かかりつけ医版」以外の、PEEC研修等は行われていたところ。
- 自殺未遂者ケアに係るガイドラインにおいて、現場対応の流れを踏まえた包括的な自殺未遂者ケアの戦略が提唱されている。
- 救急現場における自殺対策等に関する研修会では、ガイドラインの内容に沿った講義や事例検討が行われている。

## ■ 自殺未遂者ケアの各ガイドライン及び研修の項目

	文献及びガイドライン						研修	
	APA	Harvard	Hillardら	WHO	日本臨床 救急医学会	日本精神科 救急学会	自殺未遂者ケ ア研修(※1)	PEECコース (※2)
定義	○	○		○	○		○	○
原則	○			○	○		○	○
情報収集				○	○		○	○
面接		○	○	○	○		○	○
自殺の同定	○			○	○		○	○
危険因子の評価	○	○		○	○		○	○
危険性の評価	○	○	○	○	○		○	○
治療計画	○			○	○		○	○
危険性を減らす	○			○	○		○	○
精神障害	○		○	○	○		○	○
家族への対応				○	○		○	○
紹介・連携			○	○	○		○	○
精神科的対応	○		○	○	○		○	○
心理社会的介入	○			○	○		○	○
情報提供				○	○		○	○
ポストベンション				○			○	○



講義（総論）+  
事例検討



注 自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修については、事業者ごとで内容が統一的ではない。

※1 JSCPが主催する自殺未遂者ケア研修「一般救急版版」及び「精神科救急版」

※2 日本臨床救急医学会等が開催

出典:大塚耕太郎「I 自殺未遂者ケアの現状 ガイドラインに基づく対応」  
救急医学36:751-755,2012を元に保険局医療課において作成

## こころの連携指導料について②

- こころの連携指導料(I)の要件研修である、厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターによる自殺未遂者ケア研修「かかりつけ医版」について、研修の受講者数は以下のとおり。

自殺未遂者ケア研修「かかりつけ医版」

	令和4年度 「第1回かかりつけ医版」			令和4年度 「第2回かかりつけ医版」			令和5年度 「第1回かかりつけ医版」		
	申込者数	受講者数	修了証発行数	申込者数	受講者数	修了証発行数	申込者数	受講者数	修了証発行数
医師	222	209	164	148	109	98			
医師（精神科・心療内科以外の診療科）							302	225	205
医師（精神科・心療内科）							9	4	0
歯科医師	9	9	9	4	4	4	29	17	16
その他	1	0	0						
講師			3			3			3
小計	232	218	176	152	113	105	340	246	224
募集時定員（※）に対する受講者の割合		73%			38%			82%	

※募集時定員「300名程度」としているが、実際は定員を超える申し込み・受講も受け付ける体制を整えている。  
受講者割合は定員を300名として計算した。

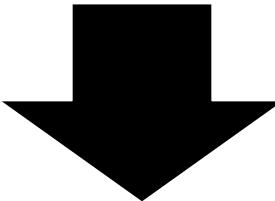
※厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）提供資料

# 孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策についての課題と論点

## 【課題】

### (孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策についての課題と論点)

- 令和4年度診療報酬改定において、孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者を支援する体制の整備を評価する観点から新設された「こころの連携指導料」は、自殺対策等にかかる適切な研修を修了していることを要件とした指導料(Ⅰ)と、指導料(Ⅰ)を算定した患者が紹介された場合に算定可能な指導料(Ⅱ)から成り立っている。
- 精神科又は心療内科を担当する医師が算定する「こころの連携指導料(Ⅱ)」について、届け出ていない理由として最も多いのは「近隣に連携先となる医療機関がないため」であった。
- 自殺死亡を減らすため、「プリベンション」「インターベンション」「ポストベンション」の観点に沿った取組の重要性が報告されている。
- かかりつけ医等においても(患者の)自殺体験に直面している医師は一定の割合で認められている。
- 「こころの連携指導料(Ⅰ)」の施設基準においては、自殺対策等に対する適切な研修を受講することが求められている。



## 【論点】

- かかりつけ医等においても、自殺対策において一定の役割を担うところ、かかりつけ医等への自殺対策に係る役割の周知や、「こころの連携指導料（Ⅰ）」の対象研修のあり方について、どのように考えるか。

中 医 協 總 - 4  
6 . 1 . 1 0

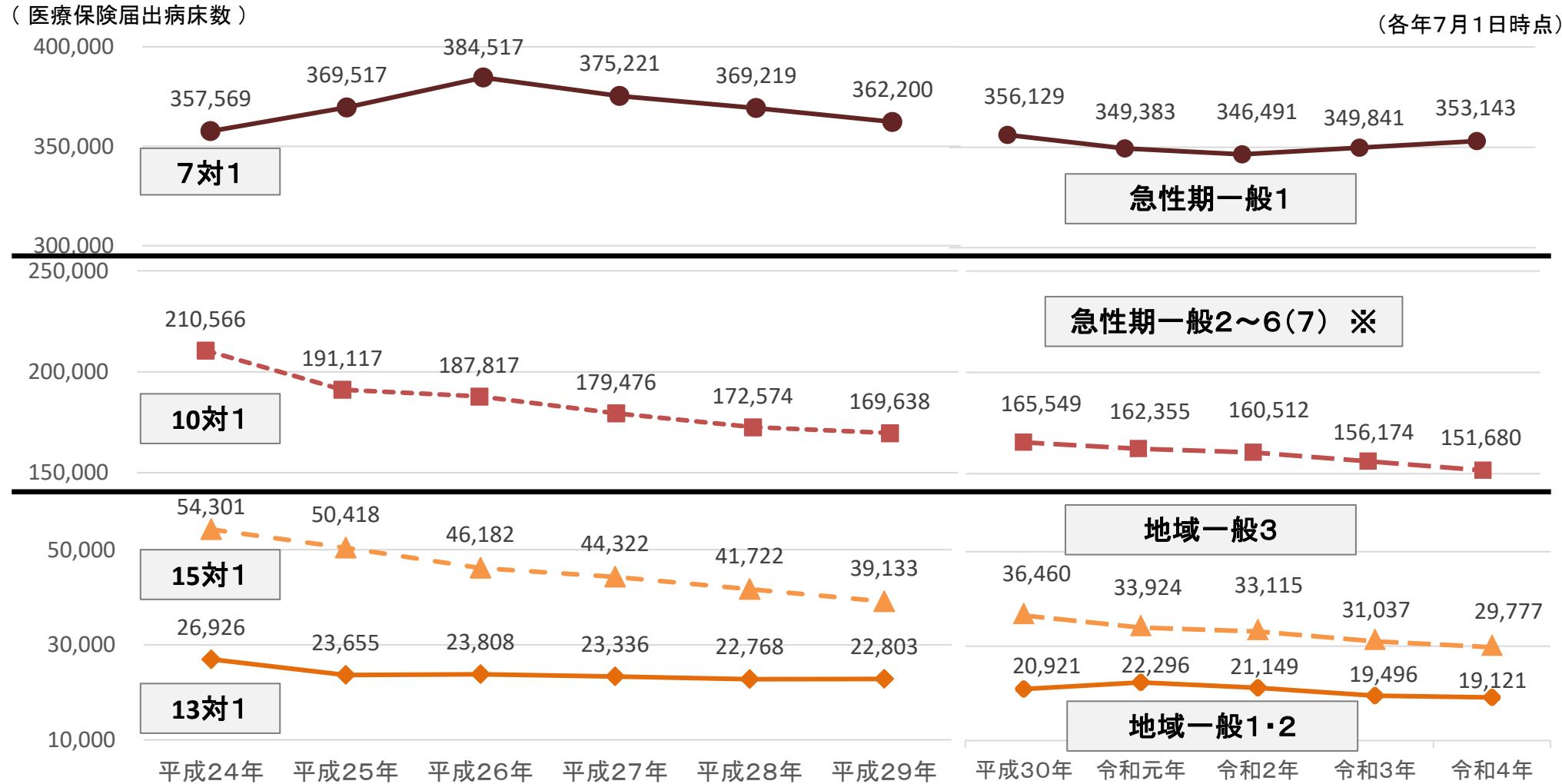
# 入院(その10)

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. 療養病棟入院基本料の医療区分について
4. 論点

# 入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

中医協 総-4  
5 . 7 . 5

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

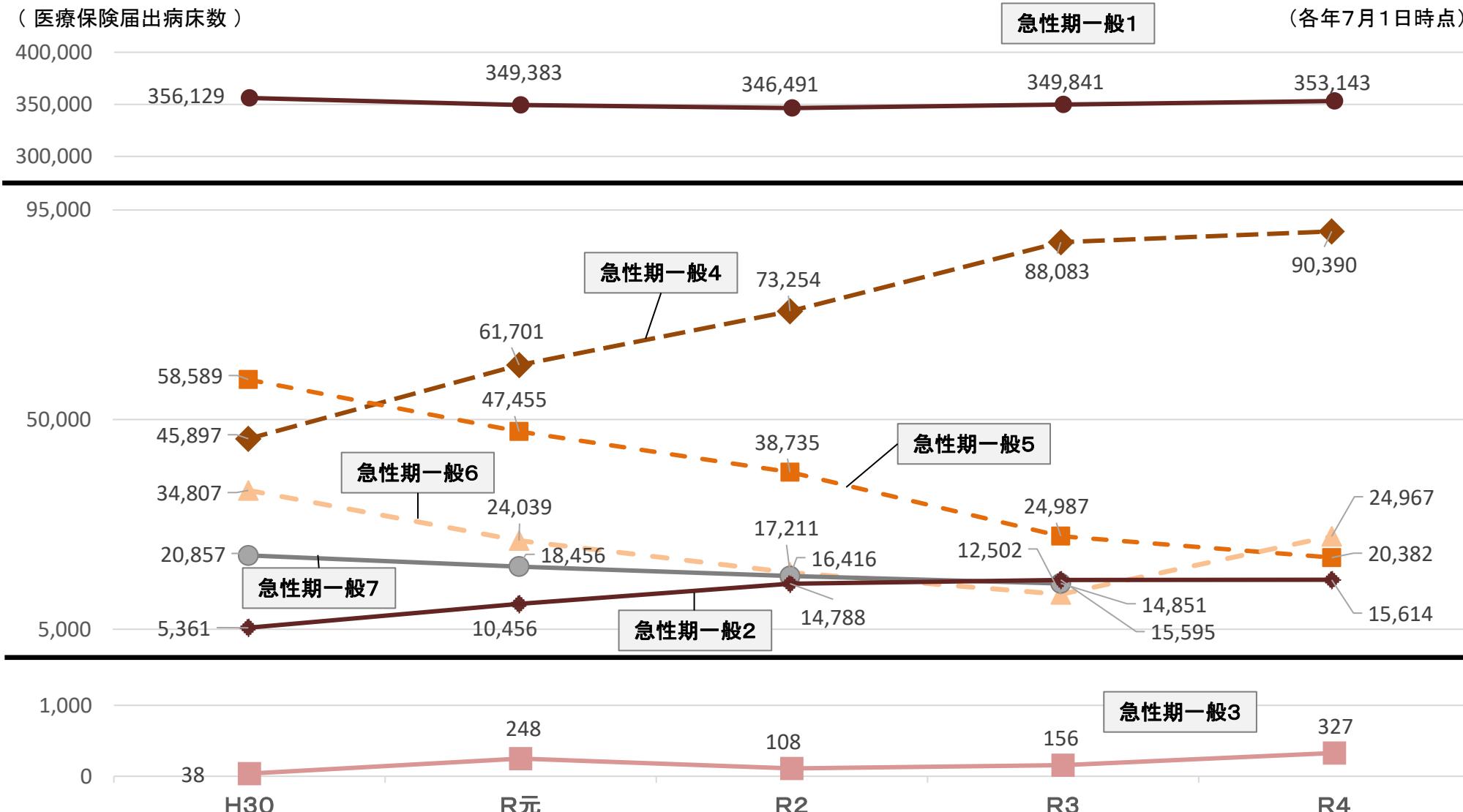
出典:各年7月1日の届出状況。保健局医療課調べ。

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4~6(7)	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

# 入院料別の病床数の推移（急性期一般入院基本料）

中医協 総-4  
5 . 7 . 5

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料5が減少傾向にあるが、急性期一般入院料4は増加傾向である。

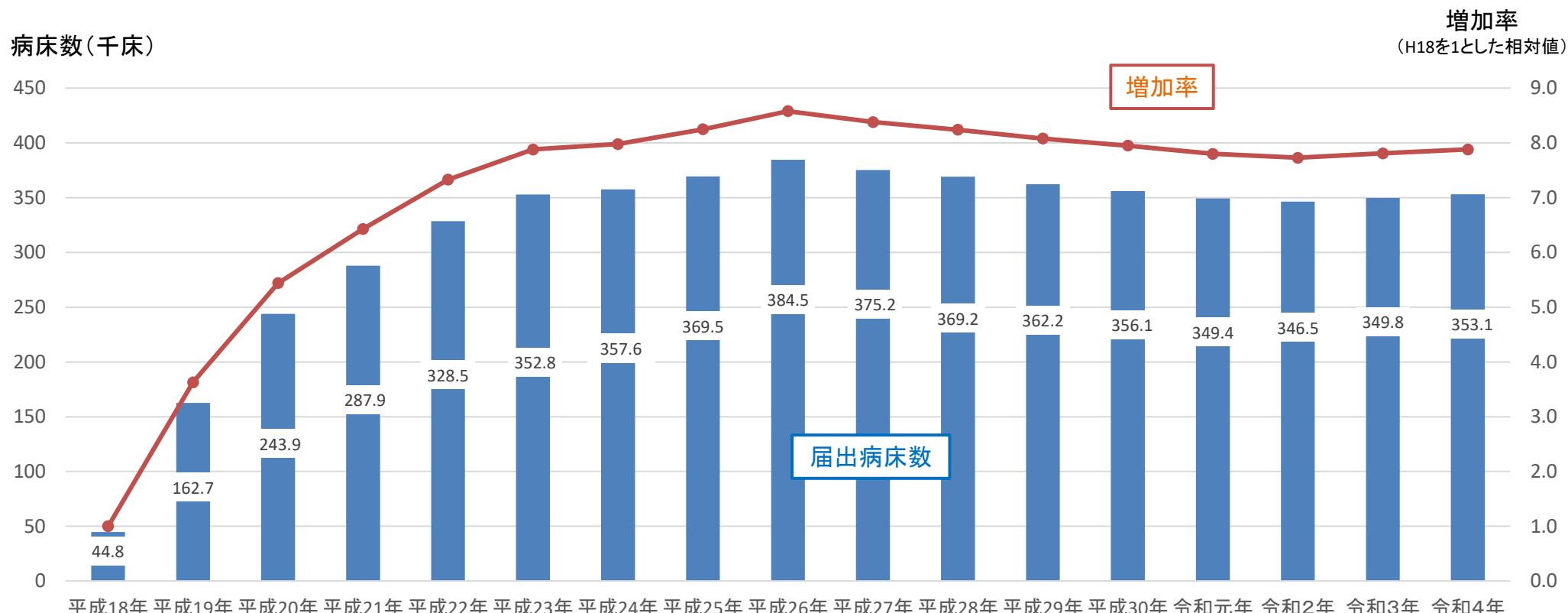


出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

# 看護配置7対1の入院基本料の届出状況

中医協 総-4  
5 . 7 . 5

- 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向であったが、近年横ばいである。



[H18.4]  
7対1入院  
基本料創設

[H20.4]  
重症度・  
看護  
必要度の  
導入

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

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

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

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

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

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

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置)	なし	あり	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	－
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	－
4	シリングポンプの管理	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 (①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理（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、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療）	なし	－	あり
7	I : 救急搬送後の入院（5日間） II : 緊急に入院を必要とする状態（5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（13日間）	なし	あり
16	開胸手術（12日間）	なし	あり
17	開腹手術（7日間）	なし	あり
18	骨の手術（11日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（5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（5日間） (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（6日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

## [該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上
	基準② A得点が3点以上
	基準③ C得点が1点以上

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	－	－

# 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

▶ 重症度、医療  
看護必要度の  
評価項目の見  
直しに伴い、  
施設基準を右  
のとおり見直  
す。

現行※		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28% (26%)	26% (24%)
急性期一般入院料3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料4	22% (20%)	20% (18%)
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	–	28%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
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	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
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	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

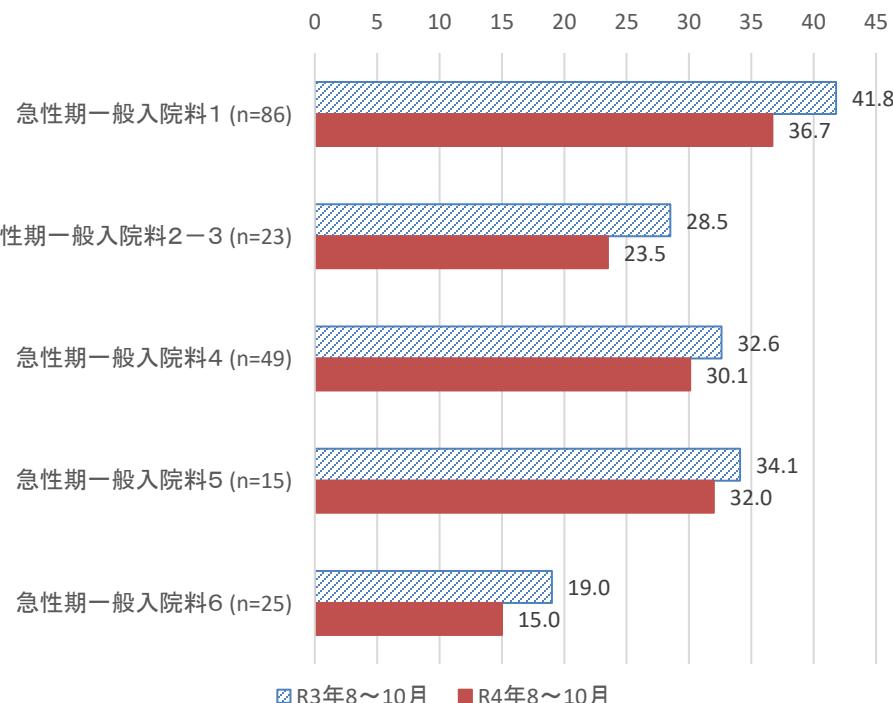
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般 入院料1	許可病床200床以上	31%	<b>28%</b>
	許可病床200床未満	<b>28%</b>	<b>25%</b>
急性期一般 入院料2	許可病床200床以上	<b>27%</b>	<b>24%</b>
	許可病床200床未満	<b>25%</b>	<b>22%</b>
急性期一般 入院料3	許可病床200床以上	<b>24%</b>	<b>21%</b>
	許可病床200床未満	<b>22%</b>	<b>19%</b>
急性期一般 入院料4	許可病床200床以上	<b>20%</b>	<b>17%</b>
	許可病床200床未満	<b>18%</b>	<b>15%</b>
急性期一般入院料5		<b>17%</b>	<b>14%</b>
7対1入院基本料(特定)	–	28%	
7対1入院基本料(結核)		<b>10%</b>	<b>8%</b>
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		<b>33%</b>	<b>30%</b>
総合入院体制加算3		<b>30%</b>	<b>27%</b>
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		<b>5%</b>	<b>4%</b>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		<b>12%</b>	<b>8%</b>

【経過措置】  
令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり  
⇒ **令和4年9月30日まで**基準を満たしているものとする。

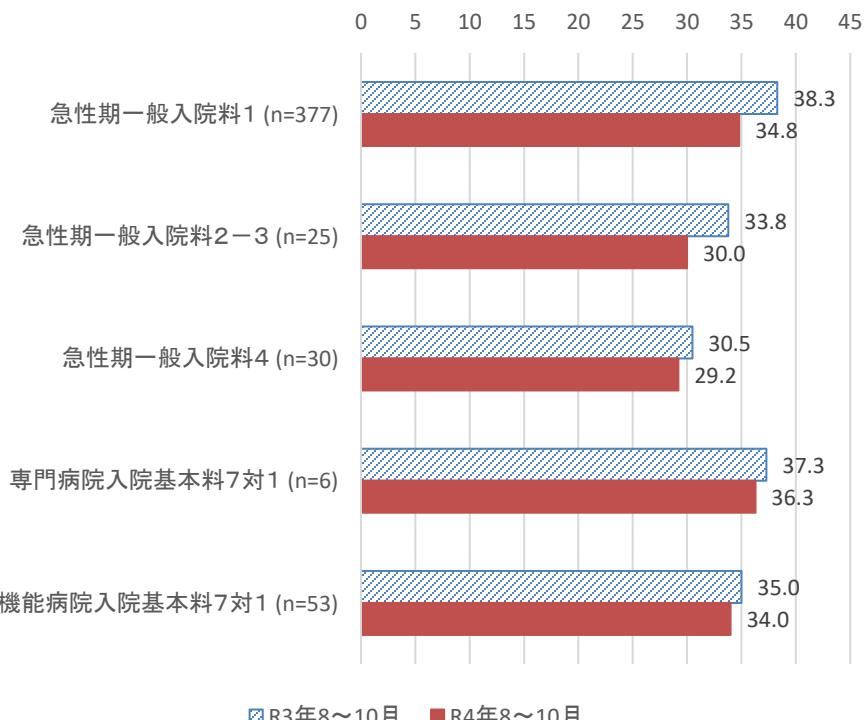
- 重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度 II の該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

### R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（平均）

(重症度、医療・看護必要度 I )



(重症度、医療・看護必要度 II )

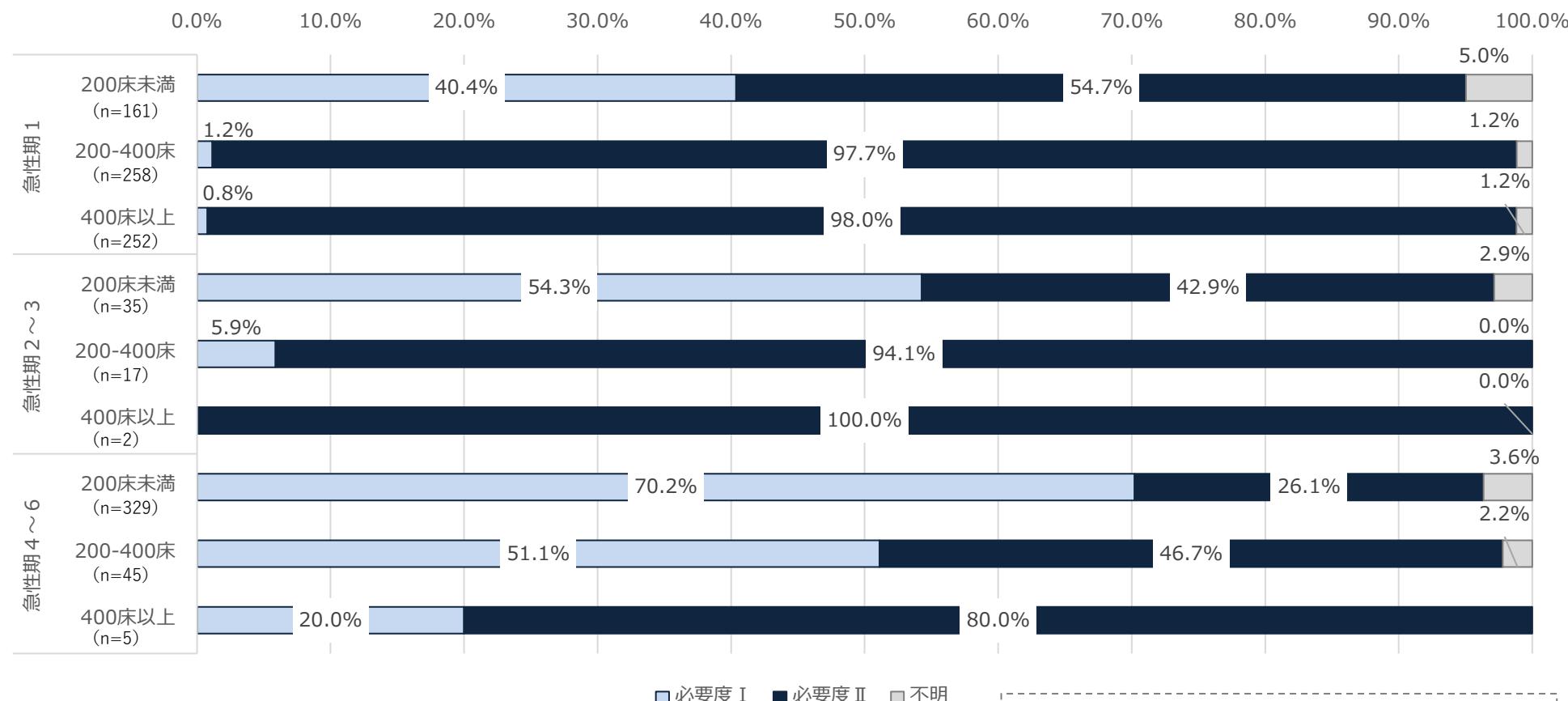


# 許可病床数別的一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

調査組 入-5  
5. 1 0. 5

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況は、許可病床数200床以上の急性期一般入院料1～3の施設ではほぼ100%だが、急性期一般入院料4～6の施設では許可病床数400床以上でも80%だった。

## ■許可病床別的一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和5年6月1日時点）



### 【必要度Ⅱを要件とする対象病院】

許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟

## ○これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。

変更する項目	変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院料1～5)
1 - 1 A-7:救急搬送後の入院 /緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	-4.5%
1 - 2	評価日数を2日とする。	-3.3%
2 - 1 A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3 - 1 A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4 - 1 A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までの評価対象の候補日とする。	-0.8%
4 - 2	4 - 1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-1.2%
5 - 1 A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.1%
5 - 2	5 - 1の上で、得点を3点とする。	+0.1%
6 - 1 A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7 - 1 A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8 - 1 B項目及び該当基準	急性期一般入院料1において、該当基準のうち基準①(A 2点以上かつB 3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9 - 1 C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する※。	+0.1%
9 - 2	対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10 - 1 評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

※C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上
- ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上
- ③ 点数が2万点以上

注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしていれば満たしているものとする。

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満
- ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

- シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目	変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1－1 A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
1－2	評価日数を2日とする。			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2－1 A-1:創傷処置	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	<input type="radio"/>				
3－1 A-2:呼吸ケア	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	<input type="radio"/>				
4－1 A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	<input type="radio"/>				
4－2	4－1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	<input type="radio"/>				
5－1 A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	<input type="radio"/>				
5－2	5－1の上で、得点を3点とする。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6－1 A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	<input type="radio"/>				
7－1 A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	<input type="radio"/>				
8－1 B項目及び該当基準	7対1病棟において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	<input type="radio"/>				
9－1 C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する。	<input type="radio"/>				
9－2	手術実施日からの退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	<input type="radio"/>				
10－1 評価対象患者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	<input type="radio"/>				

- 急性期一般入院料1におけるシミュレーションについては、平均在院日数の基準の見直しと組み合わせるとともに、「A得点2点以上かつB3点以上」の基準を用いないことが提案されている一方で「A得点2点以上」を評価する必要性が指摘されていることを踏まえ、見直し後の該当患者割合に加えてA得点2点以上を含めた割合についても、確認してはどうか。

## (現行の急性期一般入院料1の基準)

## 該当患者割合

## 以下のいずれかを満たす割合

- ・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

※平均在院日数：18日以内

## (シミュレーションにおける確認事項)

## 平均在院日数

- 日以内の医療機関

※14日、15日、16日又は17日



## 該当患者割合

## 以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上



## A得点2点を含めた割合

## 以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上
- ・A得点2点

現行

**【A】必要度評価対象者全数****【B】必要度該当患者**

以下のいずれかを満たす場合に該当

- ・A得点2点以上かつB3点以上
- ・A3点以上
- ・C1点以上

 **必要度該当患者割合 = 【B】／【A】**

**【A】必要度評価対象者全数****【C】必要度該当患者**

A得点3点以上 又は C得点1点以上の者

**【D】必要度該当又はA得点2点の患者※**

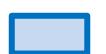
A得点2点の者

※以下のいずれかを満たす患者

- ・A得点3点以上
- ・C得点1点以上
- ・A得点2点

 **割合①：必要度該当患者割合**  

$$= 【C】 / 【A】$$

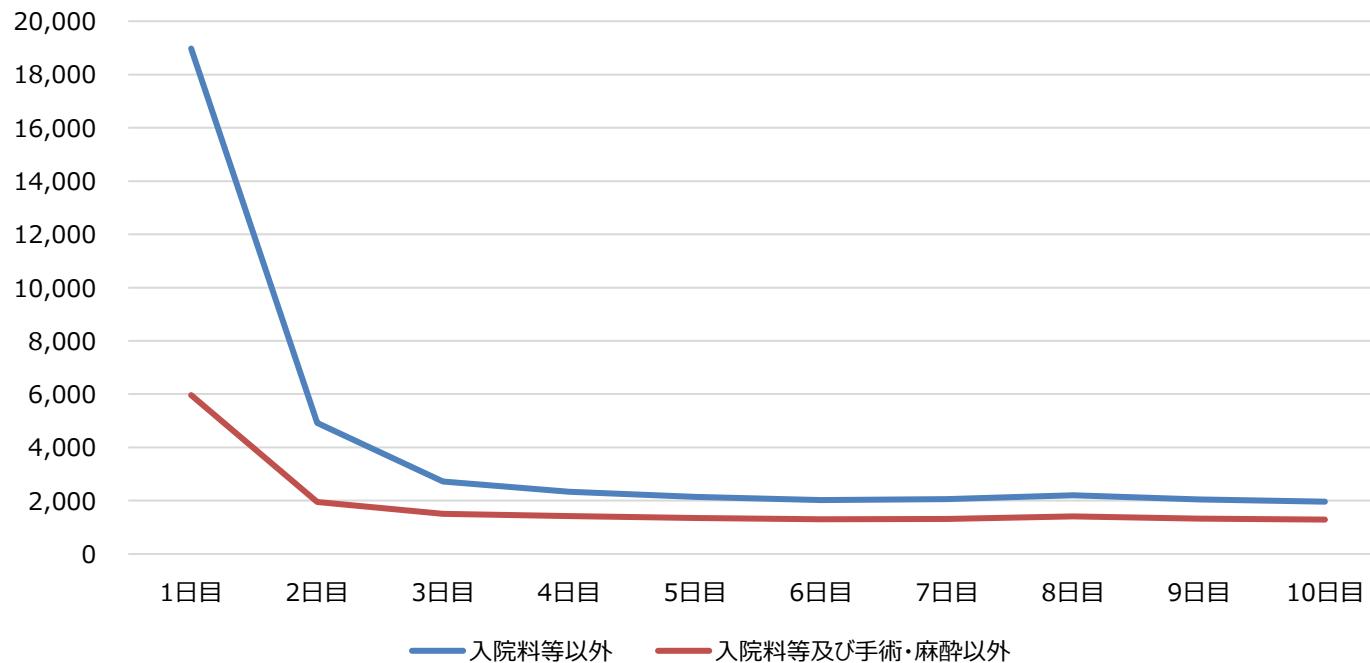
 **割合②：必要度該当又はA2点以上の患者割合**  

$$= 【D】 / 【A】$$

⇒ 割合①が一定以上であり、かつ割合②が一定以上であることを施設基準とする。

- 救急医療管理加算1を算定する患者における医療資源投入量は、入院初日で最も高く、その後3日目かけて低下し、3日目以降は大きな変化はみられなかった。

救急医療管理加算1を算定する患者における  
入院後日数ごとの医療資源投入量



## 1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について

- (1)急性期一般入院料1におけるシミュレーション結果等
- (2)急性期一般入院料2-5におけるシミュレーション結果等
- (3)参考資料

## 2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について

## 3. 療養病棟入院基本料の医療区分について

## 4. 論点

# 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果

## 急性期一般入院料 1 における重症度、医療・看護必要度の現行及び見直し後の該当患者割合

重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 I の届出医療機関については必要度 II を用いて合算

		平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行	該当患者割合	36.6%	29.6%	32.1%	33.8%	35.2%	36.3%	37.6%	38.9%	40.7%	43.7%
見直し案 1	該当患者割合① (A3 点以上又はC 1 点以上)	25.8%	18.2%	20.6%	22.3%	23.9%	25.3%	26.7%	28.3%	30.0%	33.0%
	該当患者割合② (A2 点以上又はC 1 点以上)	33.1%	24.5%	27.3%	29.3%	31.3%	33.0%	34.6%	36.2%	38.3%	41.5%
見直し案 2	該当患者割合① (A3 点以上又はC 1 点以上)	26.5%	19.0%	21.4%	23.0%	24.6%	26.1%	27.4%	28.9%	30.7%	33.5%
	該当患者割合② (A2 点以上又はC 1 点以上)	34.8%	26.3%	29.3%	31.3%	33.1%	34.8%	36.2%	37.7%	39.8%	43.0%
見直し案 3	該当患者割合① (A3 点以上又はC 1 点以上)	26.0%	18.3%	20.7%	22.4%	24.1%	25.6%	27.0%	28.5%	30.5%	33.4%
	該当患者割合② (A2 点以上又はC 1 点以上)	33.1%	24.5%	27.3%	29.3%	31.3%	33.0%	34.6%	36.2%	38.3%	41.5%
見直し案 4	該当患者割合① (A3 点以上又はC 1 点以上)	26.7%	19.1%	21.5%	23.2%	24.8%	26.3%	27.7%	29.1%	31.1%	34.0%
	該当患者割合② (A2 点以上又はC 1 点以上)	34.8%	26.3%	29.3%	31.3%	33.1%	34.8%	36.2%	37.7%	39.8%	43.0%

※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

出典:DPCデータ(令和5年1月～3月)※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者日が延べ1,000日以上の医療機関のみ抽出。

# 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果

## 急性期一般入院料 1 における重症度、医療・看護必要度の現行及び見直し後の該当患者割合 (届出種類別)

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

		平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行	必要度該当患者割合	37.0%	31.0%	32.9%	34.4%	35.5%	36.6%	37.7%	39.0%	40.5%	42.8%
見直し案 1	該当患者割合①	26.1%	19.2%	21.2%	22.8%	24.4%	25.6%	27.0%	28.3%	30.0%	32.5%
	該当患者割合②	33.7%	25.5%	28.1%	30.4%	32.1%	33.5%	35.0%	36.4%	38.4%	41.5%
見直し案 2	該当患者割合①	26.8%	20.0%	22.0%	23.6%	25.1%	26.5%	27.7%	29.0%	30.6%	33.2%
	該当患者割合②	35.4%	27.8%	30.3%	32.3%	33.9%	35.4%	36.7%	38.0%	39.9%	42.7%
見直し案 3	該当患者割合①	26.3%	19.3%	21.3%	23.1%	24.5%	25.9%	27.3%	28.6%	30.5%	33.1%
	該当患者割合②	33.7%	25.5%	28.1%	30.4%	32.1%	33.5%	35.0%	36.4%	38.4%	41.5%
見直し案 4	該当患者割合①	27.0%	20.2%	22.2%	23.8%	25.4%	26.7%	28.0%	29.3%	31.1%	33.5%
	該当患者割合②	35.4%	27.8%	30.3%	32.3%	33.9%	35.4%	36.7%	38.0%	39.9%	42.7%

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

		平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行	必要度該当患者割合	36.6%	27.2%	30.3%	32.0%	34.0%	35.4%	36.7%	39.0%	41.7%	48.6%
見直し案 1	該当患者割合①	24.3%	12.1%	16.6%	18.6%	20.9%	22.5%	24.4%	26.4%	30.4%	37.4%
	該当患者割合②	30.8%	18.9%	22.8%	25.2%	27.7%	29.2%	30.3%	33.3%	37.5%	45.8%
見直し案 2	該当患者割合①	24.9%	13.3%	17.3%	19.4%	21.6%	23.2%	24.9%	27.0%	31.3%	38.1%
	該当患者割合②	32.2%	20.4%	24.3%	27.1%	29.0%	30.6%	31.8%	34.4%	38.5%	47.0%
見直し案 3	該当患者割合①	24.4%	12.1%	16.7%	18.8%	21.0%	22.5%	24.4%	26.5%	30.4%	37.4%
	該当患者割合②	30.8%	18.9%	22.8%	25.2%	27.7%	29.2%	30.3%	33.3%	37.5%	45.8%
見直し案 4	該当患者割合①	25.0%	13.3%	17.4%	19.6%	21.7%	23.2%	25.0%	27.0%	31.3%	38.1%
	該当患者割合②	32.2%	20.4%	24.3%	27.1%	29.0%	30.6%	31.8%	34.4%	38.5%	47.0%

# 急性期一般入院料1におけるシミュレーション結果（重症度、医療・看護必要度IとIIの差）

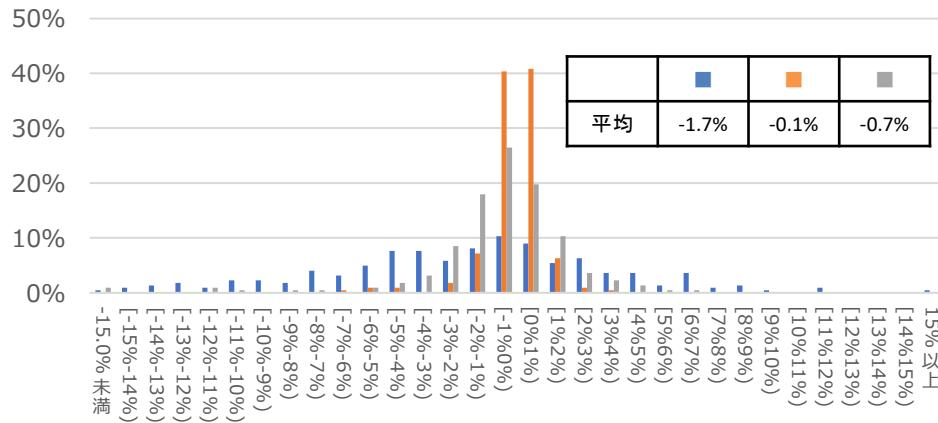
- 急性期一般入院料1のうち必要度Iの届出施設においては、現行では必要度IIを用いた場合に該当患者割合が平均1.7%低下するが、見直し後の該当患者割合においては、必要度IとIIの間の差が小さくなっていた。

## 急性期一般入院料1のうち必要度Iの届出施設（n=223）について必要度IIを用いて評価した場合の該当患者割合の差

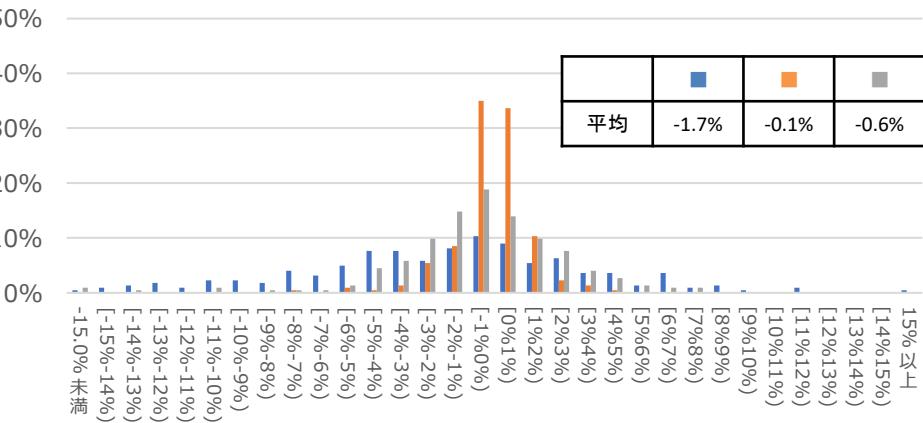
※必要度IIを用いた場合の割合 - 現行（必要度I）の割合

■現行の割合における差 ■見直し後の割合①（A3点以上又はC1点以上）における差 ■見直し後の割合②（A2点以上又はC1点以上）における差

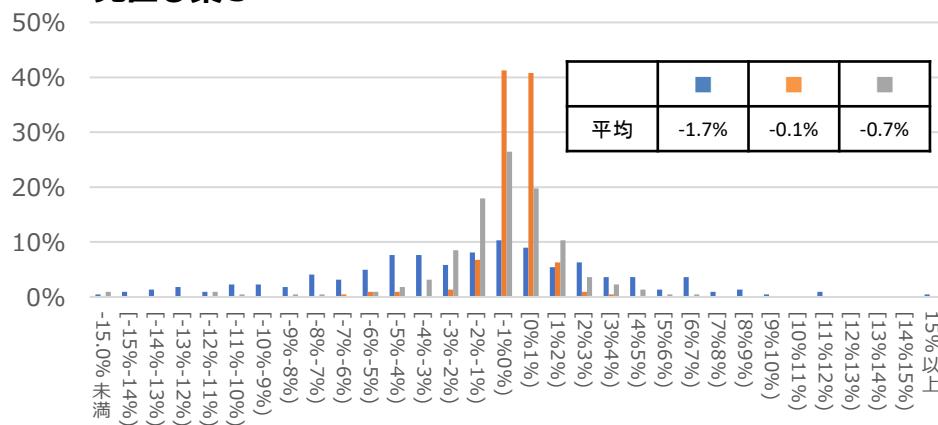
### 見直し案1



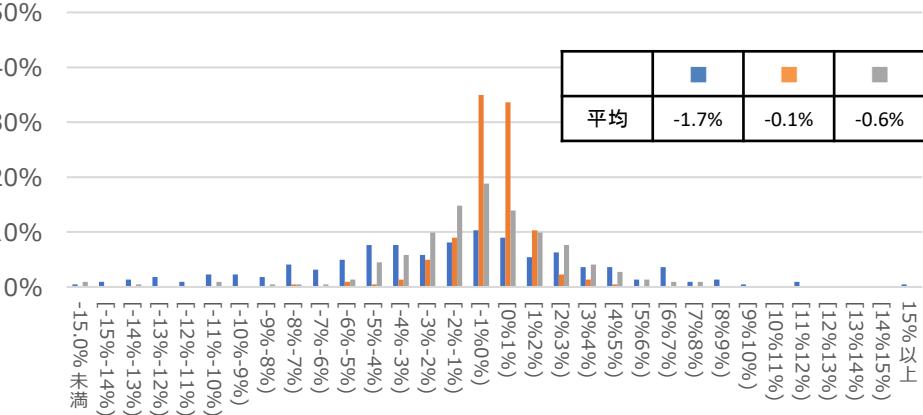
### 見直し案2



### 見直し案3



### 見直し案4

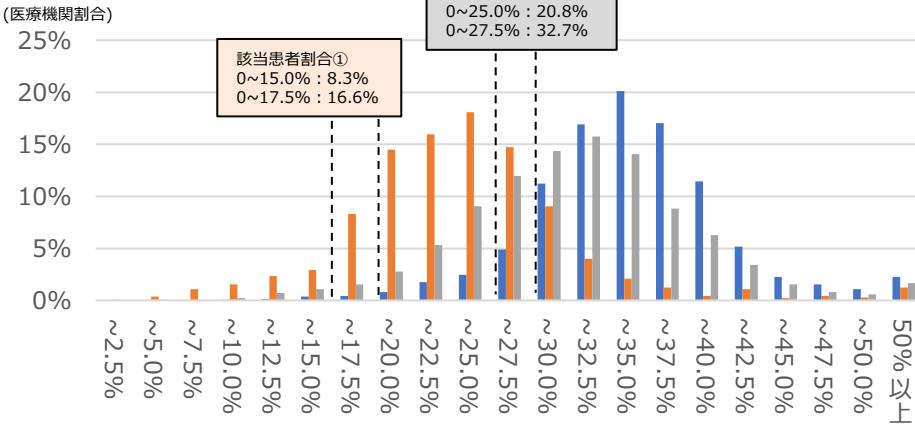


# 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果

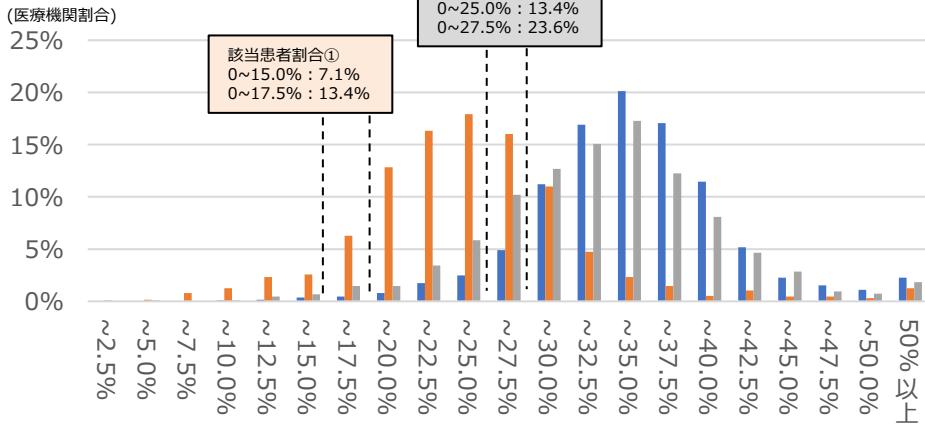
## 急性期一般入院料 1 における(n=1,372)における現行及び見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合① (A 3 点以上又はC 1 点以上) ■ 見直し後の該当患者割合② (A 2 点以上又はC 1 点以上)

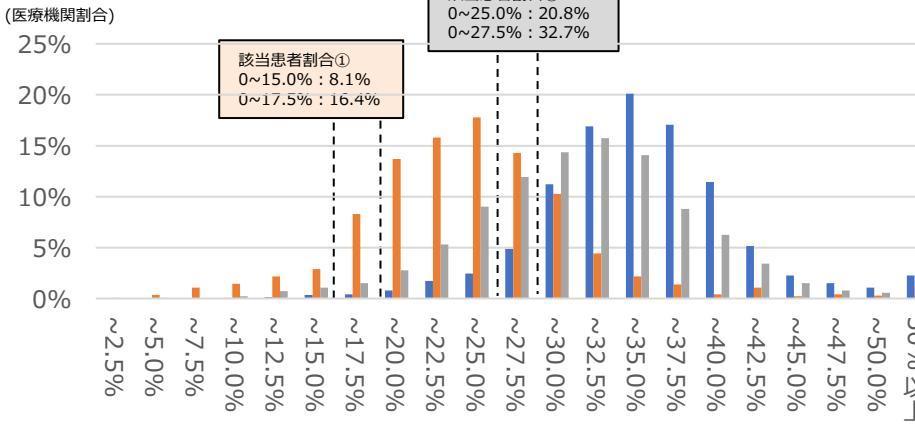
### 見直し案 1



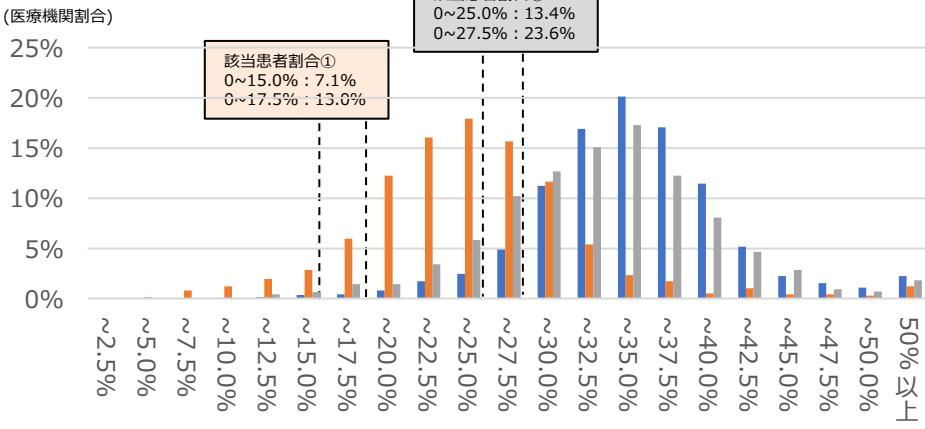
### 見直し案 2



### 見直し案 3



### 見直し案 4



※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

出典:DPCデータ(令和5年1月～3月)※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者日が延べ1,000日以上の医療機関のみ抽出。

# 急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し（案）（見直し案 1 の場合）

(現行)

## 重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)

重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5%  
(200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7%  
(200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5%  
(200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=202): 87.1%)

(見直し後)

## 重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計

判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-4.6% (-1.8%)	-19.4% (-12.1%)	-6.5% (-3.1%)	-19.7% (-12.3%)
200床以上(n=963)	-1.5%	-15.3%	-3.2%	-15.4%
200床未満(n=409)	-12.0%	-29.1%	-14.2%	-29.8%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-2.8%	-12.4%	-3.9%	-12.8%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-2.9%	-14.6%	-4.2%	-14.8%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-3.4%	-16.4%	-5.0%	-16.5%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-4.0%	-18.1%	-5.8%	-18.4%

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-3.1%	-17.2%	-4.9%	-17.4%
200床以上(n=942)	-1.6%	-15.0%	-3.4%	-15.1%
200床未満(n=207)	-10.1%	-27.5%	-11.6%	-28.0%
平均在院日数14日以内 (n=903)	-1.6%	-10.5%	-2.5%	-10.6%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-1.9%	-12.6%	-3.1%	-12.7%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-2.3%	-14.5%	-3.8%	-14.6%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-2.8%	-16.1%	-4.4%	-16.2%

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-10.8%	-27.8%	-15.2%	-29.6%
200床以上(n=21)	+4.8%	-28.6%	-4.8%	-28.6%
200床未満(n=202)	-12.4%	-27.7%	-16.3%	-29.7%
平均在院日数14日以内(n=139)	-7.9%	-20.1%	-12.9%	-22.3%
平均在院日数15日以内(n=166)	-6.0%	-22.3%	-10.8%	-24.1%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-6.8%	-23.2%	-11.6%	-24.7%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-9.7%	-26.1%	-14.5%	-28.0%

# 急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し（案）（見直し案 2 の場合）

(現行)

## 重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)

重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5%  
(200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7%  
(200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5%  
(200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=202): 87.1%)

(見直し後)

## 重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計

判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-1.7% (-0.3%)	-10.9% (-5.9%)	-3.9% (-1.5%)	-11.2% (-6.1%)
200床以上(n=963)	+0.4%	-6.7%	-1.2%	-7.0%
200床未満(n=409)	-6.8%	-20.8%	-10.0%	-21.3%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-1.1%	-4.8%	-1.9%	-4.8%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-1.2%	-7.9%	-2.3%	-8.0%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-1.2%	-8.8%	-2.5%	-8.9%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-1.5%	-10.0%	-3.2%	-10.2%

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-1.0%	-8.8%	-2.5%	-9.1%
200床以上(n=942)	0.0%	-6.5%	-1.5%	-6.7%
200床未満(n=207)	-5.8%	-19.3%	-7.2%	-19.8%
平均在院日数14日以内 (n=903)	-0.7%	-3.2%	-1.1%	-3.2%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-0.8%	-6.1%	-1.4%	-6.2%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-0.7%	-7.1%	-1.6%	-7.2%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-1.0%	-8.1%	-2.1%	-8.3%

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-5.4%	-21.1%	-11.2%	-22.9%
200床以上(n=21)	9.5%	-19.0%	0.0%	-19.0%
200床未満(n=202)	-6.9%	-21.3%	-12.4%	-23.3%
平均在院日数14日以内(n=139)	-1.1%	-10.7%	-6.9%	-12.6%
平均在院日数15日以内(n=166)	-1.2%	-17.5%	-7.2%	-19.3%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-2.1%	-17.4%	-8.4%	-18.9%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-4.3%	-19.3%	-10.6%	-21.3%

# 急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し（案）（見直し案 3 の場合）

(現行)

## 重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)

重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5%  
(200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7%  
(200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5%  
(200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=202): 87.1%)

(見直し後)

## 重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計

判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-4.4% (-1.8%)	-19.3% (-12.1%)	-6.3% (-3.0%)	-19.6% (-12.2%)
200床以上(n=963)	-1.3%	-15.2%	-3.0%	-15.3%
200床未満(n=409)	-11.7%	-29.1%	-14.2%	-29.8%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-2.0%	-10.4%	-3.1%	-10.7%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-2.7%	-14.5%	-4.1%	-14.7%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-3.2%	-16.3%	-4.8%	-16.4%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-3.8%	-18.1%	-5.6%	-18.3%

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-3.0%	-17.1%	-4.7%	-17.3%
200床以上(n=942)	-1.5%	-14.9%	-3.2%	-15.0%
200床未満(n=207)	-10.1%	-27.5%	-11.6%	-28.0%
平均在院日数14日以内 (n=903)	+2.2%	-8.9%	-1.9%	-9.0%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-1.8%	-12.5%	-2.9%	-12.6%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-2.2%	-14.4%	-3.6%	-14.5%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-2.7%	-16.1%	-4.2%	-16.1%

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-10.8%	-27.8%	-14.8%	-29.1%
200床以上(n=21)	+4.8%	-28.6%	-4.8%	-28.6%
200床未満(n=202)	-12.4%	-27.7%	-15.8%	-29.2%
平均在院日数14日以内(n=139)	-4.0%	-18.3%	-9.7%	-20.2%
平均在院日数15日以内(n=166)	-6.0%	-22.3%	-10.2%	-23.5%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-6.8%	-23.2%	-11.1%	-24.2%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-9.7%	-26.1%	-14.0%	-27.5%

# 急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し（案）（見直し案 4 の場合）

(現行)

## 重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)

重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5%  
(200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7%  
(200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)

※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5%  
(200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=202): 87.1%)

(見直し後)

## 重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計

判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-1.5% (-0.2%)	-10.8% (-5.8%)	-3.7% (-1.4%)	-11.2% (-6.1%)
200床以上(n=963)	+0.6%	-6.5%	-1.0%	-7.0%
200床未満(n=409)	-6.6%	-20.8%	-10.0%	-21.3%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-0.8%	-4.7%	-1.6%	-4.8%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-1.0%	-7.8%	-2.1%	-8.0%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-0.9%	-8.6%	-2.4%	-8.9%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-1.3%	-9.9%	-3.1%	-10.2%

## 重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-0.9%	-8.6%	-2.3%	-9.1%
200床以上(n=942)	+0.2%	-6.3%	-1.3%	-6.7%
200床未満(n=207)	-5.8%	-19.3%	-7.2%	-19.8%
平均在院日数14日以内 (n=903)	-0.6%	-3.1%	-0.8%	-3.2%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-0.7%	-6.0%	-1.2%	-6.2%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-0.6%	-6.9%	-1.4%	-7.2%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-0.8%	-7.9%	-1.9%	-8.3%

## 重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)

判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-5.4%	-21.1%	-9.9%	-22.0%
200床以上(n=21)	+9.5%	-19.0%	+4.8%	-19.0%
200床未満(n=202)	-6.9%	-21.3%	-11.4%	-22.3%
平均在院日数14日以内(n=139)	-1.1%	-10.7%	-5.0%	-11.6%
平均在院日数15日以内(n=166)	-1.2%	-17.5%	-5.4%	-18.1%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-2.1%	-17.4%	-6.8%	-17.9%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-4.3%	-19.3%	-9.2%	-20.3%

# (参考) 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果（見直し案 1）

## 見直し案 1

- A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態について、評価日数を1日に変更
- A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）について、入院使用割合が60%未満のものは対象薬剤から除外
- その他案 1～案 4 共通の見直し

基準を満たす医療機関の割合の増減 ※現行：95.5% (1310/1372)

### 見直し案 1

### 重症度、医療・看護必要度該当患者割合

	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	
C 1 点以上 の患者 の割 合	<b>20.0%</b>	+0.9%	+0.9%	+0.6%	+0.4%	-0.3%	-1.0%	-2.0%	-3.1%	-5.0%	-8.0%	-12.1%
	<b>21.0%</b>	-0.3%	-0.3%	-0.5%	-0.5%	-0.9%	-1.4%	-2.2%	-3.4%	-5.1%	-8.0%	-12.1%
	<b>22.0%</b>	-1.4%	-1.4%	-1.4%	-1.4%	-1.5%	-1.8%	-2.5%	-3.6%	-5.2%	-8.0%	-12.1%
	<b>23.0%</b>	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.6%	-2.9%	-3.9%	-5.3%	-8.1%	-12.2%
	<b>24.0%</b>	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.4%	-4.6%	-4.8%	-5.4%	-6.5%	-8.7%	-12.5%
	<b>25.0%</b>	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.3%	-7.4%	-7.5%	-7.9%	-8.5%	-9.8%	-13.3%
	<b>26.0%</b>	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.5%	-10.5%	-10.9%	-11.0%	-11.9%	-14.5%
	<b>27.0%</b>	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-14.0%	-14.1%	-14.1%	-14.4%	-14.4%	-14.9%	-16.8%
	<b>28.0%</b>	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.3%	-19.4%	-19.4%	-19.6%	-19.7%	-19.9%	-20.8%
	<b>29.0%</b>	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.9%	-23.9%	-24.1%	-24.2%	-24.3%	-24.7%
	<b>30.0%</b>	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.3%	-28.4%	-28.4%	-28.5%	-28.5%	-28.5%	-28.9%

※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

# (参考) 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果（見直し案 2）

## 見直し案 2

- A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態について、評価日数を2日に変更
- A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）について、入院使用割合が60%未満のものは対象薬剤から除外
- その他案 1～案 4 共通の見直し

基準を満たす医療機関の割合の増減 ※現行：95.5% (1310/1372)

### 見直し案 2

### 重症度、医療・看護必要度該当患者割合

	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%
C 1 点以上 の患者 の割合	<b>20.0%</b>	+1.7%	+1.6%	+1.4%	+1.2%	+0.7%	-0.1%	-0.9%	-1.8%	-3.4%	-5.5%
	<b>21.0%</b>	+1.3%	+1.2%	+1.0%	+0.9%	+0.4%	-0.3%	-1.0%	-1.9%	-3.4%	-5.5%
	<b>22.0%</b>	+0.7%	+0.6%	+0.4%	+0.3%	±0.0%	-0.7%	-1.2%	-2.0%	-3.5%	-5.5%
	<b>23.0%</b>	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.3%	-0.6%	-1.1%	-1.7%	-2.3%	-3.7%	-5.5%
	<b>24.0%</b>	-1.2%	-1.2%	-1.2%	-1.3%	-1.5%	-1.7%	-2.0%	-2.6%	-3.9%	-5.7%
	<b>25.0%</b>	-3.1%	-3.1%	-3.1%	-3.1%	-3.2%	-3.4%	-3.4%	-3.6%	-4.5%	-6.1%
	<b>26.0%</b>	-4.8%	-4.8%	-4.8%	-4.9%	-5.0%	-5.1%	-5.1%	-5.3%	-6.0%	-7.4%
	<b>27.0%</b>	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.3%	-7.4%	-7.4%	-7.5%	-8.1%	-9.1%
	<b>28.0%</b>	-10.8%	-10.8%	-10.8%	-10.8%	-10.9%	-10.9%	-10.9%	-11.0%	-11.2%	-11.7%
	<b>29.0%</b>	-14.5%	-14.5%	-14.5%	-14.5%	-14.6%	-14.7%	-14.7%	-14.7%	-14.8%	-15.0%
	<b>30.0%</b>	-19.1%	-19.1%	-19.1%	-19.1%	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.3%	-19.4%	-19.6%

※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

# (参考) 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果（見直し案3）

## 見直し案3

- ・ A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態について、評価日数を1日に変更
- ・ A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）について、入院使用割合が60%未満のものは対象薬剤から除外した上で、評価を3点に変更
- ・ その他案1～案4共通の見直し

基準を満たす医療機関の割合の増減 ※現行：95.5% (1310/1372)

### 見直し案3

### 重症度、医療・看護必要度該当患者割合

○  
1  
点  
以  
上  
の  
患  
者  
の  
割  
合  
▲  
2  
点  
以  
上  
の  
患  
者  
の  
割  
合

	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%
<b>20.0%</b>	+0.9%	+0.9%	+0.6%	+0.4%	-0.1%	-0.9%	-1.8%	-3.1%	-4.7%	-7.6%	-11.9%
<b>21.0%</b>	-0.3%	-0.3%	-0.5%	-0.5%	-0.8%	-1.2%	-2.0%	-3.3%	-4.9%	-7.6%	-11.9%
<b>22.0%</b>	-1.4%	-1.4%	-1.4%	-1.4%	-1.5%	-1.7%	-2.4%	-3.5%	-5.0%	-7.6%	-11.9%
<b>23.0%</b>	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.3%	-2.4%	-2.9%	-3.8%	-5.2%	-7.7%	-12.0%
<b>24.0%</b>	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.3%	-4.4%	-4.8%	-5.3%	-6.3%	-8.2%	-12.3%
<b>25.0%</b>	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.3%	-7.5%	-7.9%	-8.3%	-9.5%	-13.0%
<b>26.0%</b>	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.3%	-10.5%	-10.9%	-10.9%	-11.6%	-14.3%
<b>27.0%</b>	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-13.9%	-14.0%	-14.1%	-14.4%	-14.4%	-14.7%	-16.5%
<b>28.0%</b>	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.2%	-19.3%	-19.4%	-19.6%	-19.6%	-19.7%	-20.6%
<b>29.0%</b>	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.8%	-23.9%	-24.1%	-24.1%	-24.2%	-24.6%
<b>30.0%</b>	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.2%	-28.3%	-28.4%	-28.5%	-28.5%	-28.5%	-28.8%

※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

# (参考) 急性期一般入院料 1 におけるシミュレーション結果（見直し案 4）

## 見直し案 4

- A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態について、評価日数を2日に変更
- A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）について、入院使用割合が60%未満のものは対象薬剤から除外した上で、評価を3点に変更
- その他案 1～案 4 共通の見直し

**基準を満たす医療機関の割合の増減** ※現行：95.5% (1310/1372)

### 見直し案 4

### 重症度、医療・看護必要度該当患者割合

	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	
C 1 点 以 上 の 患 者 の 割 合	<b>20.0%</b>	+1.7%	+1.6%	+1.4%	+1.2%	+0.7%	+0.1%	-0.9%	-1.7%	-3.2%	-5.1%	-8.5%
	<b>21.0%</b>	+1.3%	+1.2%	+1.0%	+0.9%	+0.5%	±0.0%	-0.9%	-1.8%	-3.2%	-5.1%	-8.5%
	<b>22.0%</b>	+0.7%	+0.6%	+0.4%	+0.3%	+0.1%	-0.4%	-1.2%	-2.0%	-3.3%	-5.1%	-8.5%
	<b>23.0%</b>	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.3%	-0.5%	-0.9%	-1.6%	-2.2%	-3.5%	-5.2%	-8.5%
	<b>24.0%</b>	-1.2%	-1.2%	-1.2%	-1.3%	-1.4%	-1.5%	-2.0%	-2.6%	-3.7%	-5.3%	-8.6%
	<b>25.0%</b>	-3.1%	-3.1%	-3.1%	-3.1%	-3.1%	-3.2%	-3.4%	-3.6%	-4.4%	-5.8%	-9.0%
	<b>26.0%</b>	-4.8%	-4.8%	-4.8%	-4.9%	-4.9%	-4.9%	-5.0%	-5.2%	-5.9%	-7.1%	-9.9%
	<b>27.0%</b>	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.2%	-7.4%	-7.4%	-8.0%	-8.8%	-10.9%
	<b>28.0%</b>	-10.8%	-10.8%	-10.8%	-10.8%	-10.8%	-10.8%	-10.9%	-10.9%	-11.2%	-11.6%	-13.0%
	<b>29.0%</b>	-14.5%	-14.5%	-14.5%	-14.5%	-14.5%	-14.5%	-14.7%	-14.7%	-14.8%	-15.0%	-15.7%
	<b>30.0%</b>	-19.1%	-19.1%	-19.1%	-19.1%	-19.1%	-19.1%	-19.2%	-19.2%	-19.4%	-19.6%	-20.0%

※ 必要度 I の届出医療機関(n=223)については必要度 II を用いて集計。

# 1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について

- (1)急性期一般入院料1におけるシミュレーション結果
- (2)急性期一般入院料2-5におけるシミュレーション結果
- (3)参考資料

# 2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について

# 3. 療養病棟入院基本料の医療区分について

# 4. 論点

# 急性期一般入院料2-5における重症度、医療・看護必要度IとIIの差

- 急性期一般入院料2-5のうち必要度Iの届出施設においては、現行では必要度IIを用いた場合に該当患者割合が平均1.9%低下するが、見直し後の該当患者割合においては、必要度IとIIの間の差が小さくなっていた。

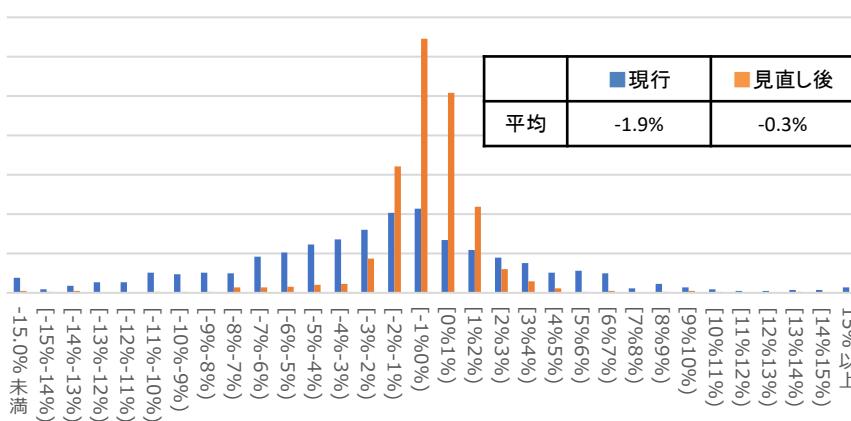
## 急性期一般入院料2-5のうち必要度Iの届出医療機関 (n=898) について必要度IIを用いて評価した場合の

### 各医療機関における該当患者割合の差の分布

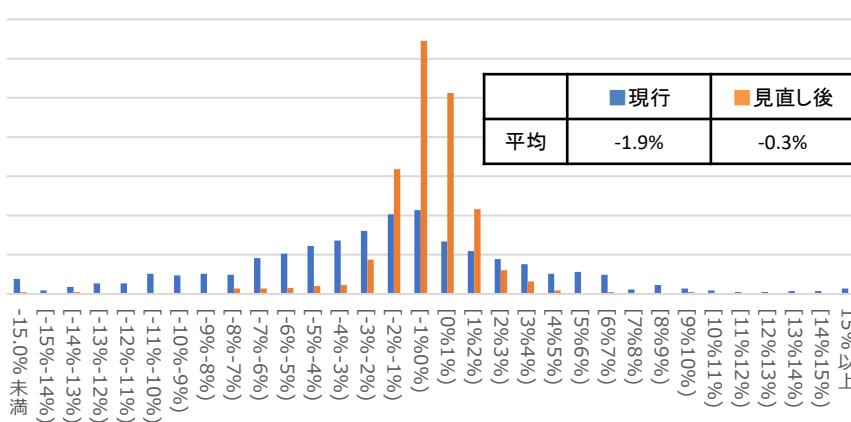
※必要度IIを用いた場合の割合 - 現行(必要度I)の割合

■ 現行の該当患者割合における差 ■ 見直し後の該当患者割合における差

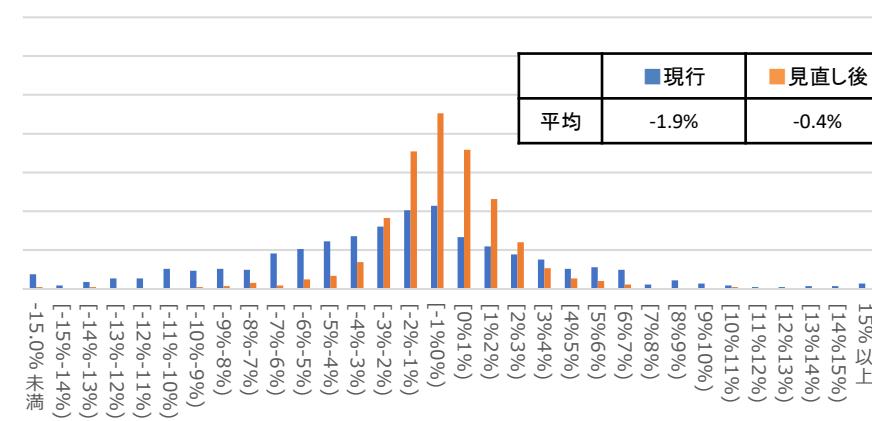
#### 見直し案1



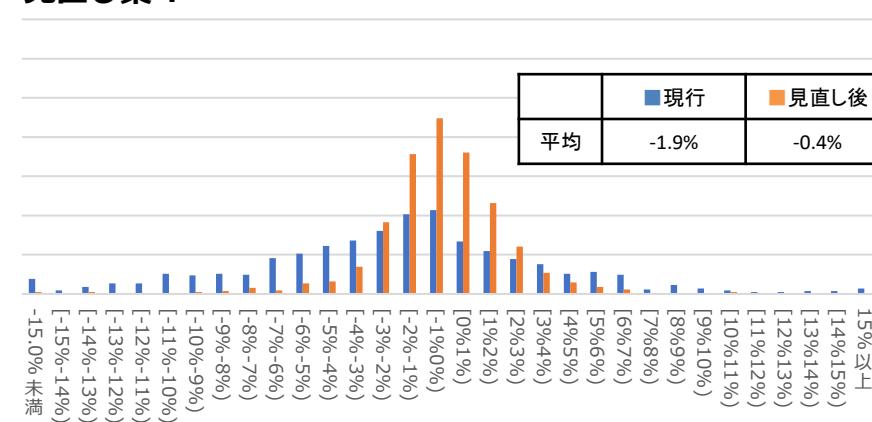
#### 見直し案3



#### 見直し案2



#### 見直し案4



# 急性期一般入院料2におけるシミュレーション結果

## 各医療機関における該当患者割合の平均及び分布

重症度、医療・看護必要度 I (n=59)

	平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行	30.3%	20.5%	25.5%	27.2%	29.1%	30.3%	32.3%	34.3%	35.9%	39.0%
見直し案1	21.9%	11.0%	16.1%	18.7%	19.3%	20.1%	22.3%	26.3%	28.6%	33.7%
見直し案2	23.0%	11.7%	17.7%	19.1%	20.6%	21.4%	24.0%	27.2%	30.5%	34.6%
見直し案3	21.9%	11.0%	16.1%	18.9%	19.3%	20.1%	22.4%	26.3%	28.6%	33.7%
見直し案4	23.0%	11.7%	17.7%	19.1%	20.6%	21.4%	24.1%	27.2%	30.5%	34.6%

重症度、医療・看護必要度 II (n=93)

現行	32.2%	23.6%	25.5%	29.1%	30.6%	32.8%	34.1%	35.0%	37.3%	40.1%
見直し案1	24.9%	16.6%	20.1%	22.2%	23.3%	24.8%	26.1%	27.9%	29.9%	31.9%
見直し案2	26.4%	18.0%	21.5%	24.0%	24.7%	26.4%	27.9%	29.1%	31.3%	33.9%
見直し案3	25.0%	16.6%	20.1%	22.3%	23.4%	24.8%	26.2%	27.9%	30.0%	32.0%
見直し案4	26.5%	18.0%	21.5%	24.0%	24.7%	26.4%	27.9%	29.2%	31.3%	33.9%

## 現行の基準を満たす医療機関の割合及び見直しによる割合の増減

必要度 I	現行の基準を満たす 医療機関割合	79.7% ※許可病床数200床以上：84.6%(判定基準27%)、許可病床数200床未満：78.3%(判定基準25%)
必要度 II	現行の基準を満たす 医療機関割合	91.4% ※許可病床数200床以上：87.2%(判定基準24%)、許可病床数200床未満：94.4%(判定基準22%)



割合の増減	(判定基準)	15%	16%	17%	18%	19%	20%	21%	22%	23%	24%	25%
必要度 I	見直し案1	+5.1%	+1.7%	±0.0%	-3.4%	-11.9%	-28.8%	-33.9%	-35.6%	-40.7%	-40.7%	-49.2%
	見直し案2	+6.8%	+3.4%	+3.4%	±0.0%	-6.8%	-13.6%	-25.4%	-33.9%	-33.9%	-40.7%	-44.1%
	見直し案3	+5.1%	+1.7%	±0.0%	-3.4%	-11.9%	-28.8%	-33.9%	-35.6%	-40.7%	-40.7%	-49.2%
	見直し案4	+6.8%	+3.4%	+3.4%	±0.0%	-6.8%	-13.6%	-23.7%	-33.9%	-33.9%	-39.0%	-44.1%
必要度 II	見直し案1	+3.2%	+3.2%	-3.2%	-4.3%	-7.5%	-10.8%	-17.2%	-20.4%	-29.0%	-33.3%	-44.1%
	見直し案2	+4.3%	+3.2%	+3.2%	-1.1%	-3.2%	-5.4%	-8.6%	-12.9%	-20.4%	-21.5%	-32.3%
	見直し案3	+3.2%	+3.2%	-3.2%	-4.3%	-6.5%	-10.8%	-17.2%	-20.4%	-29.0%	-33.3%	-44.1%
	見直し案4	+4.3%	+3.2%	+3.2%	-1.1%	-3.2%	-5.4%	-6.5%	-12.9%	-19.4%	-21.5%	-32.3%

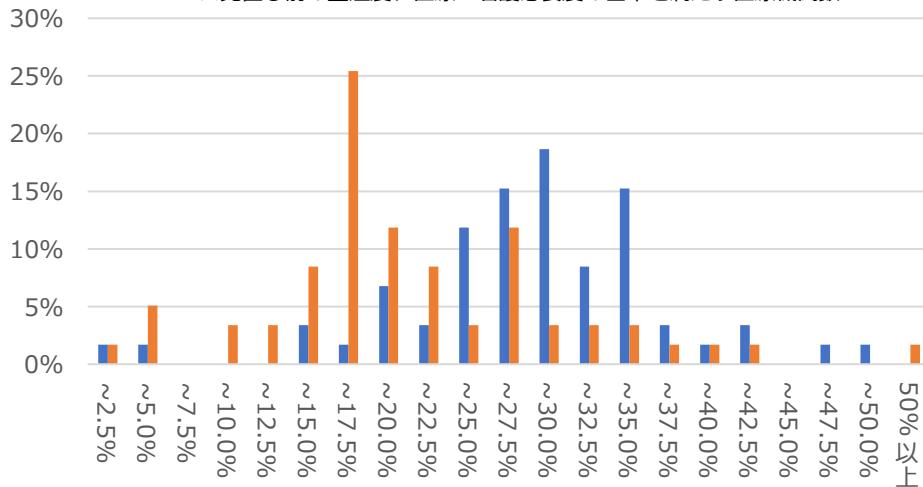
# 急性期一般入院料2における判定基準の変更（案）（見直し案1の場合）

## 急性期一般入院料2における現行及び見直し案1による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

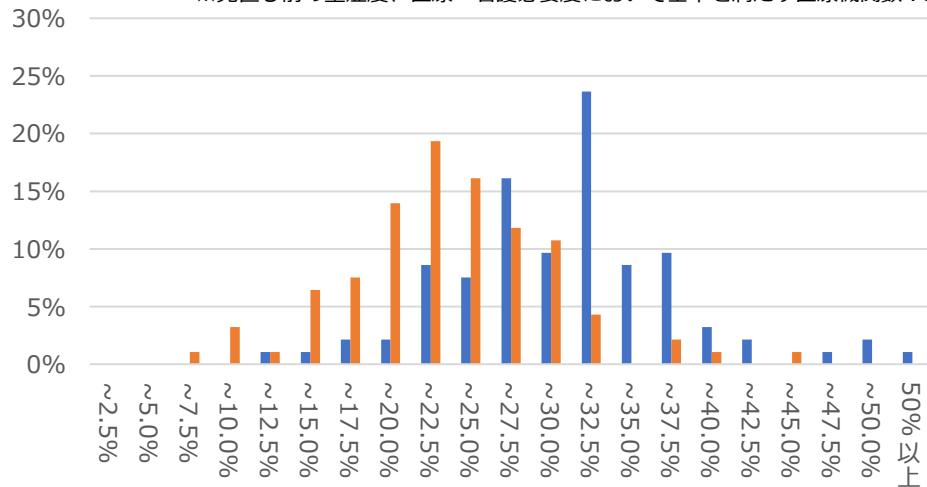
### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=59)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：47



### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=93)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：85



変更後の基準(案)	
判定基準	22%
基準を満たす医療機関割合の増減	-35.6%
許可病床数200床以上(n=13)	-53.8%
許可病床数200床未満(n=46)	-30.4%

変更後の基準(案)	
判定基準	21%
基準を満たす医療機関割合の増減	-17.2%
許可病床数200床以上(n=39)	-2.6%
許可病床数200床未満(n=54)	-27.8%

基準を満たす医療機関割合の増減 (n=152)	-24.3%
許可病床数200床以上(n=52)	-15.4%
許可病床数200床未満(n=100)	-29.0%

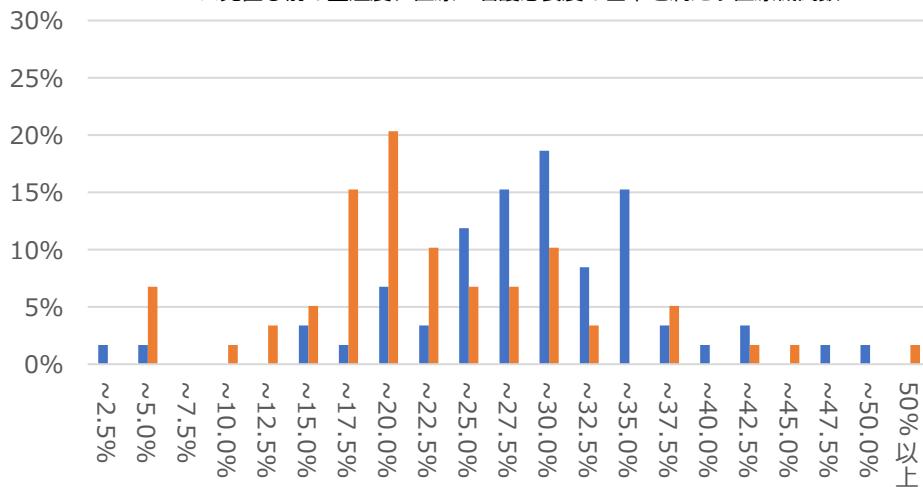
# 急性期一般入院料2における判定基準の変更（案）（見直し案2の場合）

## 急性期一般入院料2における現行及び見直し案2による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

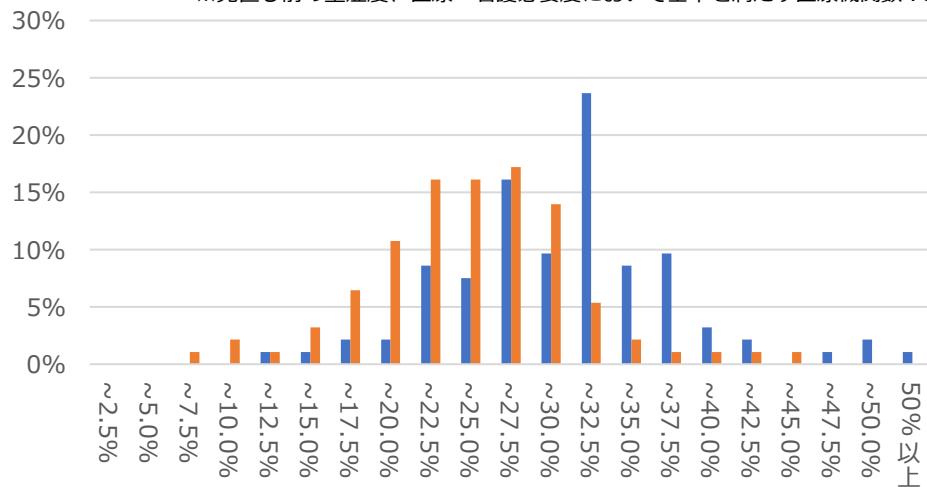
### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=59)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：47



### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=93)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：85



基準を満たす医療機関割合の増減 (n=152)

許可病床数200床以上(n=52)

許可病床数200床未満(n=100)

-18.4%

-11.5%

-22.0%

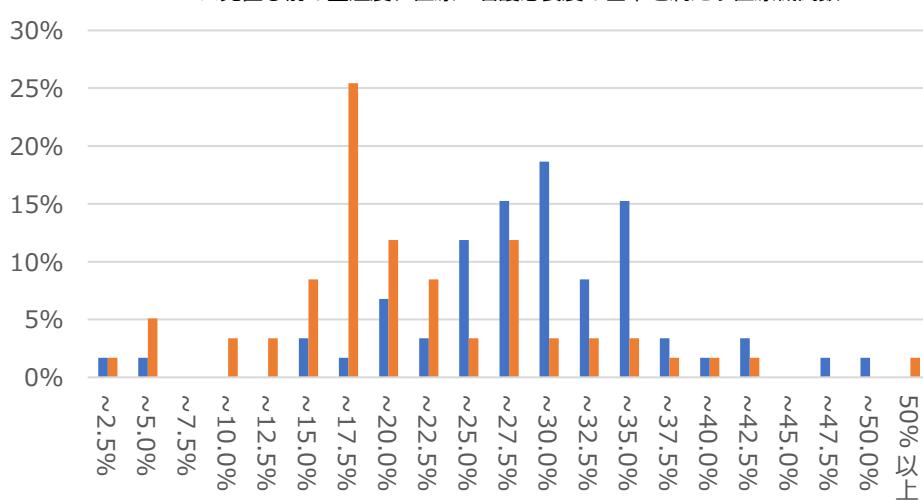
# 急性期一般入院料2における判定基準の変更（案）（見直し案3の場合）

## 急性期一般入院料2における現行及び見直し案3による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

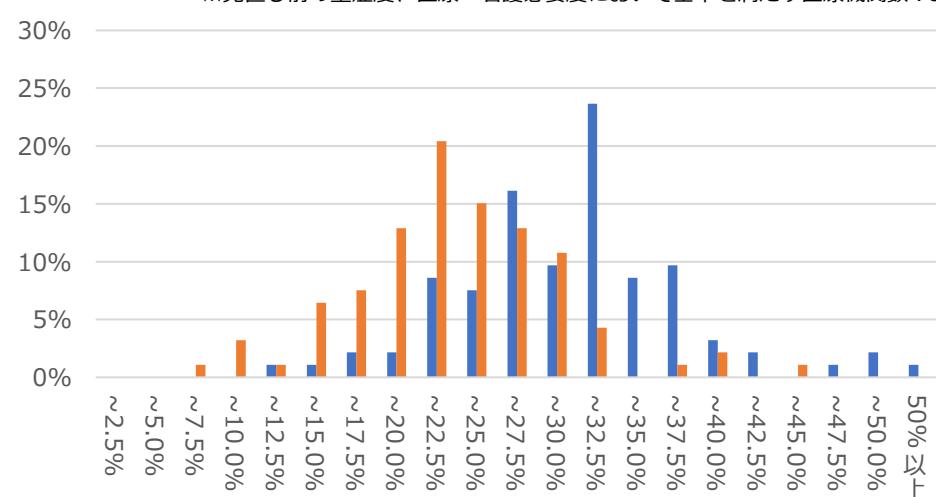
### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=59)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：47



### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=93)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：85



基準を満たす医療機関割合の増減 (n=152)

許可病床数200床以上(n=52)

許可病床数200床未満(n=100)

-24.3%

-15.4%

-29.0%

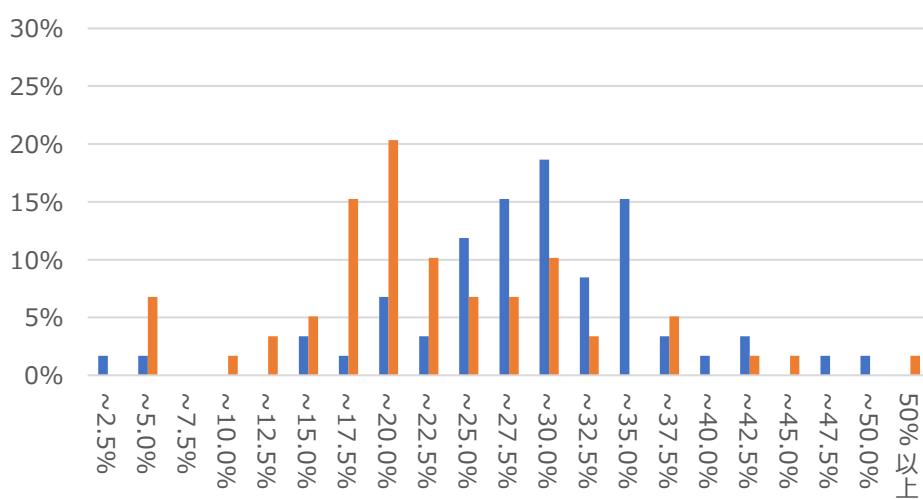
# 急性期一般入院料2における判定基準の変更（案）（見直し案4の場合）

## 急性期一般入院料2における現行及び見直し案4による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

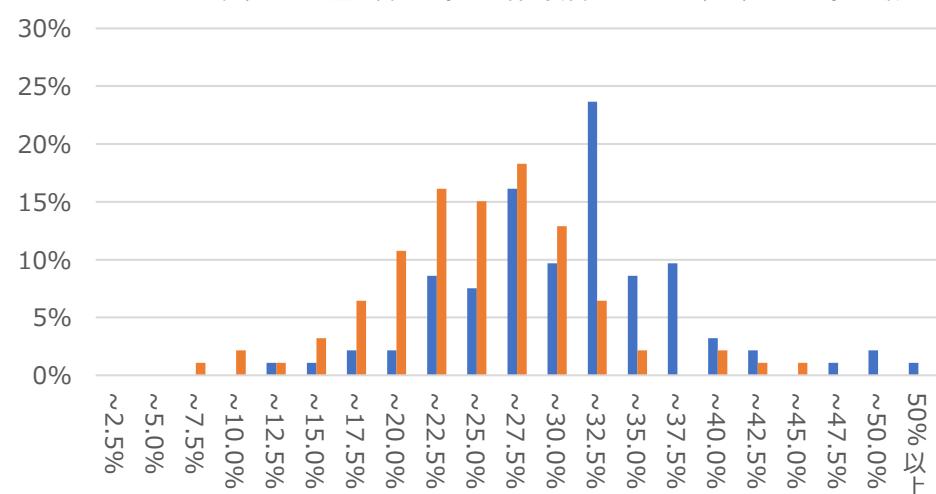
### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=59)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関：47



### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=93)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：85



基準を満たす医療機関割合の増減 (n=152)

-17.1%

許可病床数200床以上(n=52)

-11.5%

許可病床数200床未満(n=100)

-20.0%

# 急性期一般入院料4におけるシミュレーション結果

## 各医療機関における該当患者割合の平均及び分布

重症度、医療・看護必要度 I (n=644)

	平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行	28.7%	18.2%	22.0%	24.0%	25.7%	27.5%	30.0%	32.1%	35.4%	40.1%
見直し案1	21.1%	9.9%	12.9%	15.4%	18.0%	19.7%	22.6%	24.6%	27.8%	33.8%
見直し案2	22.2%	10.7%	14.1%	16.9%	19.1%	21.0%	23.6%	25.9%	29.0%	35.1%
見直し案3	21.2%	9.9%	12.9%	15.4%	18.0%	19.8%	22.6%	24.6%	27.8%	33.8%
見直し案4	22.2%	10.7%	14.1%	16.9%	19.1%	21.0%	23.8%	26.0%	29.0%	35.1%

重症度、医療・看護必要度 II (n=368)

現行	30.4%	18.4%	22.6%	25.1%	27.5%	29.7%	32.0%	33.8%	37.1%	41.3%
見直し案1	23.5%	12.2%	15.2%	17.7%	19.8%	22.6%	24.6%	26.4%	29.0%	35.7%
見直し案2	24.8%	13.6%	16.7%	19.5%	21.5%	23.9%	25.9%	27.9%	30.5%	36.3%
見直し案3	23.5%	12.2%	15.2%	17.9%	19.9%	22.7%	24.6%	26.5%	29.0%	35.7%
見直し案4	24.8%	13.6%	16.7%	19.6%	21.6%	24.0%	26.0%	27.9%	30.7%	36.3%

## 現行の基準を満たす医療機関の割合及び見直しによる割合の増減

必要度 I	現行の基準を満たす 医療機関割合	90.4% ※許可病床数200床以上：86.9%(判定基準20%)、許可病床数200床未満：90.9%(判定基準18%)
必要度 II	現行の基準を満たす 医療機関割合	96.7% ※許可病床数200床以上：96.4%(判定基準17%)、許可病床数200床未満：96.9%(判定基準15%)



(判定基準)	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
必要度 I	見直し案1	-0.5%	-3.9%	-7.0%	-11.0%	-14.4%	-18.6%	-22.2%	-26.2%	-30.7%	-36.5%
	見直し案2	+0.8%	-1.2%	-3.7%	-8.1%	-9.9%	-14.3%	-18.5%	-20.5%	-24.5%	-29.5%
	見直し案3	-0.5%	-3.9%	-7.0%	-11.0%	-14.3%	-18.6%	-22.2%	-26.1%	-30.6%	-36.3%
	見直し案4	0.8%	-1.2%	-3.7%	-8.1%	-9.9%	-14.1%	-18.5%	-20.5%	-24.5%	-29.5%
必要度 II	見直し案1	-1.9%	-3.5%	-6.0%	-9.5%	-12.8%	-16.3%	-20.1%	-23.1%	-27.7%	-32.1%
	見直し案2	±0.0%	-0.8%	-1.6%	-4.6%	-6.8%	-11.7%	-13.9%	-17.4%	-21.2%	-25.0%
	見直し案3	-1.9%	-3.5%	-6.0%	-9.5%	-12.5%	-16.0%	-20.1%	-23.1%	-27.2%	-32.1%
	見直し案4	±0.0%	-0.8%	-1.6%	-4.6%	-6.8%	-11.4%	-13.9%	-17.4%	-20.9%	-25.0%

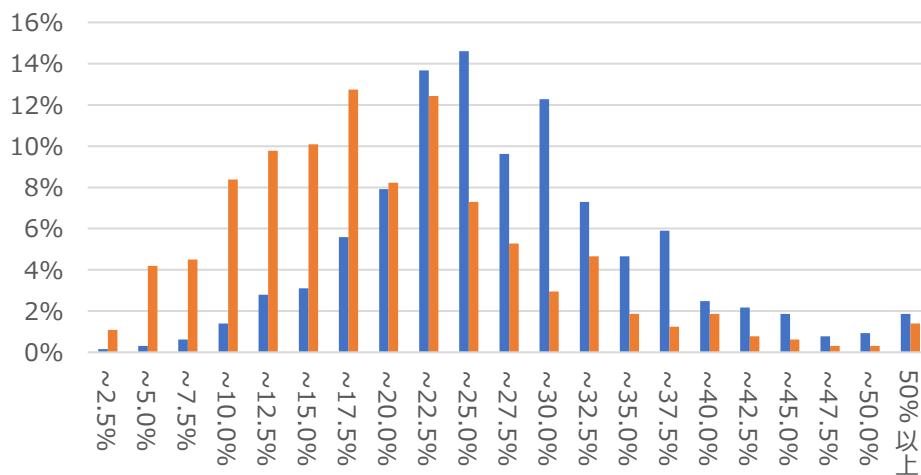
# 急性期一般入院料4における判定基準の変更（案）（見直し案1の場合）

## 急性期一般入院料4における現行及び見直し案1による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=644)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：582

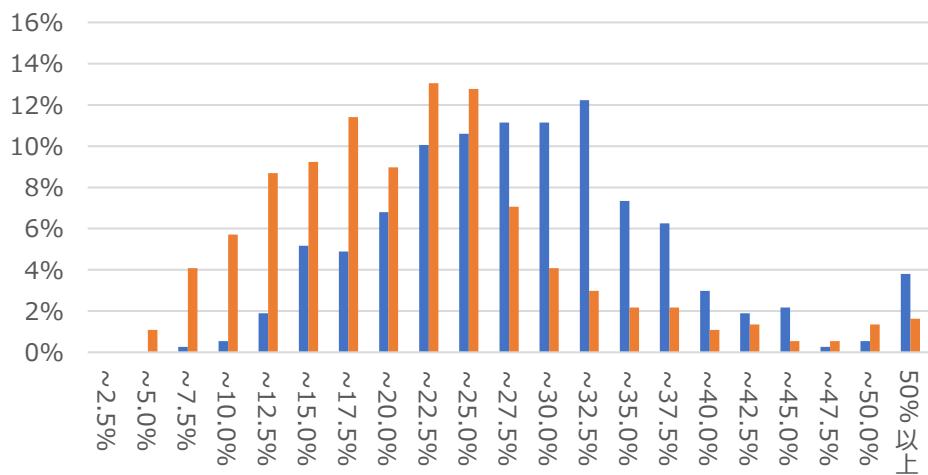


#### 変更後の基準(案) : 16%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-22.2% (-18.5%)
許可病床数200床以上(n=84)	-13.1% (-10.9%)
許可病床数200床未満(n=560)	-23.6% (-20.7%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=368)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：356



#### 変更後の基準(案) : 15%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-16.3% (-10.2%)
許可病床数200床以上(n=111)	-6.3% (-2.9%)
許可病床数200床未満(n=257)	-20.6% (-17.5%)

#### 基準を満たす医療機関割合の増減 (n=1,012)

-20.1%

許可病床数200床以上(n=195)

-9.2%

許可病床数200床未満(n=817)

-22.6%

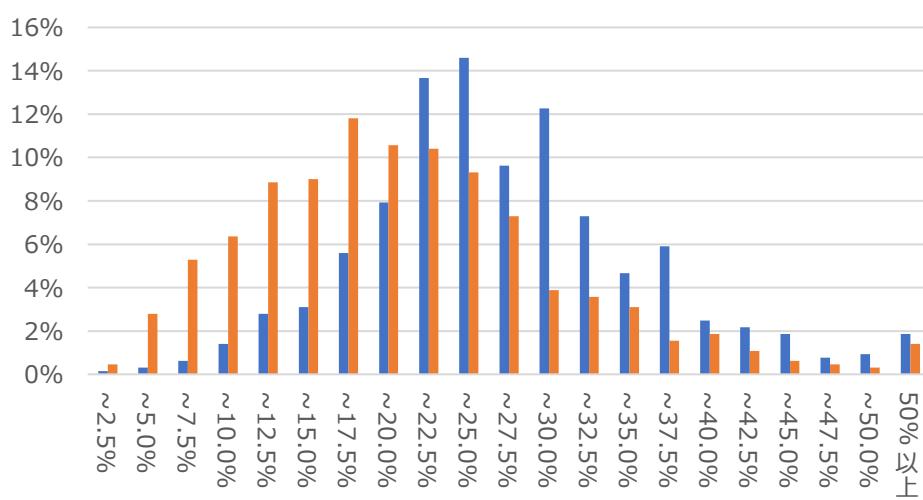
# 急性期一般入院料4における判定基準の変更（案）（見直し案2の場合）

## 急性期一般入院料4における現行及び見直し案2による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=644)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：582

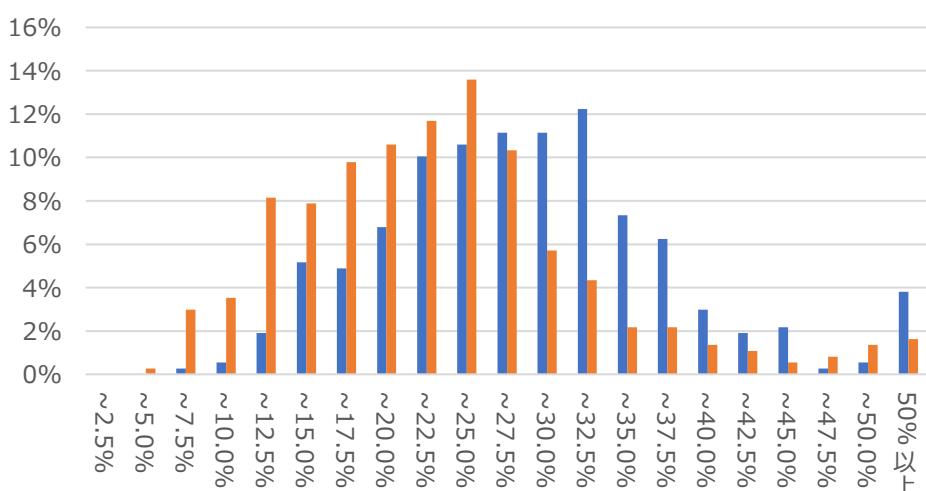


### 変更後の基準(案) : 16%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-18.5% (-15.0%)
許可病床数200床以上(n=84)	-11.9% (-10.3%)
許可病床数200床未満(n=560)	-19.5% (-16.4%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=368)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：356



### 変更後の基準(案) : 15%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-11.7% (-7.0%)
許可病床数200床以上(n=111)	-4.5% (-1.9%)
許可病床数200床未満(n=257)	-14.8% (-12.1%)

### 基準を満たす医療機関割合の増減 (n=1,012)

-16.0%

許可病床数200床以上(n=195)

-7.7%

許可病床数200床未満(n=817)

-18.0%

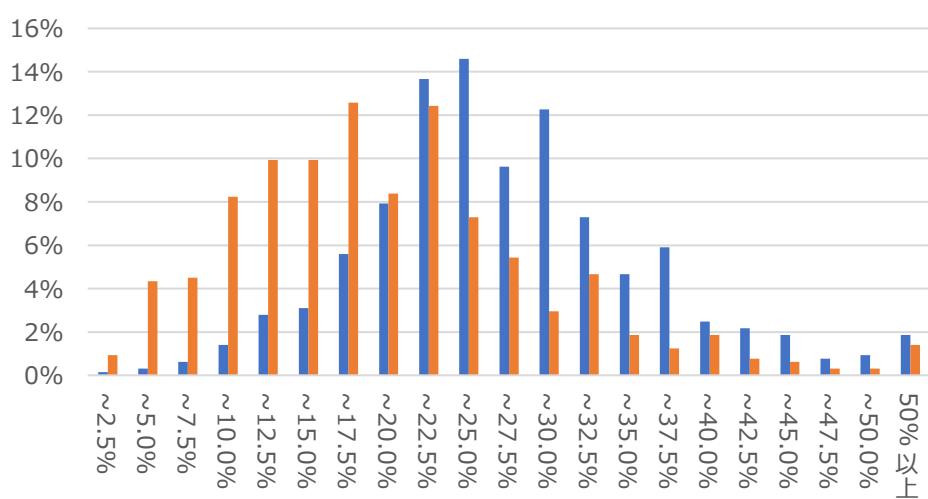
# 急性期一般入院料4における判定基準の変更（案）（見直し案3の場合）

## 急性期一般入院料4における現行及び見直し案3による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=644)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：582

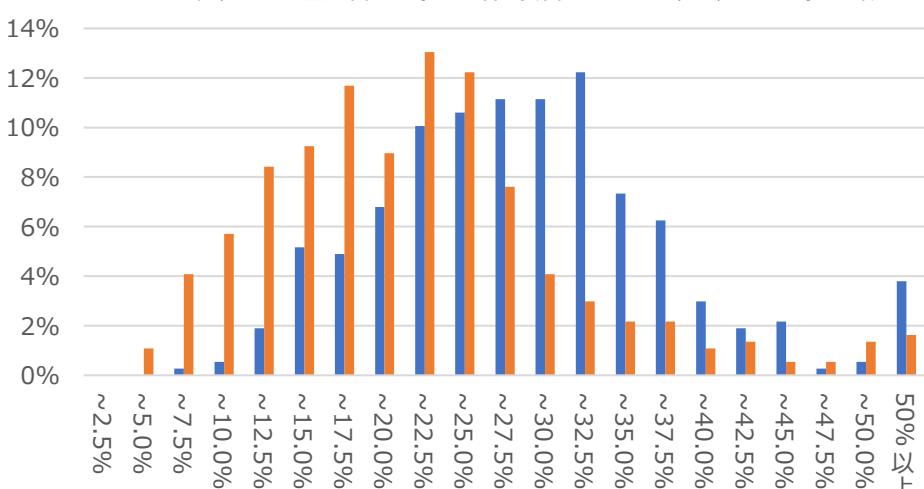


#### 変更後の基準(案) : 16%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-22.2% (-18.5%)
許可病床数200床以上(n=84)	-13.1% (-10.9%)
許可病床数200床未満(n=560)	-23.6% (-20.7%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=368)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：356



#### 変更後の基準(案) : 15%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-16.0% (-10.0%)
許可病床数200床以上(n=111)	-5.4% (-2.5%)
許可病床数200床未満(n=257)	-20.6% (-17.5%)

#### 基準を満たす医療機関割合の増減 (n=1,012)

-20.0%

許可病床数200床以上(n=195)

-8.7%

許可病床数200床未満(n=817)

-22.6%

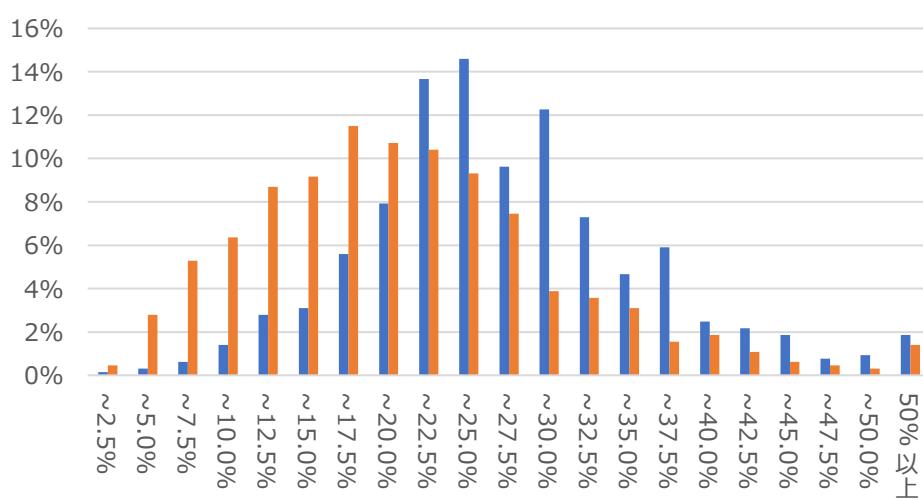
# 急性期一般入院料4における判定基準の変更（案）（見直し案4の場合）

## 急性期一般入院料4における現行及び見直し案4による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=644)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：582

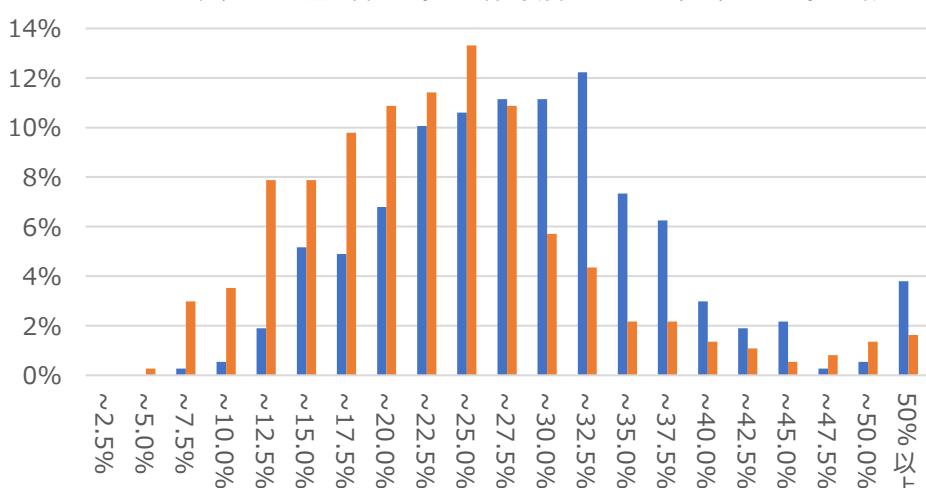


#### 変更後の基準(案) : 16%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-18.5% (-15.0%)
許可病床数200床以上(n=84)	-11.9% (-10.3%)
許可病床数200床未満(n=560)	-19.5% (-16.4%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=368)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：356



#### 変更後の基準(案) : 15%

基準を満たす医療機関割合の増減 ※カッコ内は病床数ベースの増減	-11.4% (-6.8%)
許可病床数200床以上(n=111)	-3.6% (-1.4%)
許可病床数200床未満(n=257)	-14.8% (-12.1%)

#### 基準を満たす医療機関割合の増減 (n=1,012)

-15.9%

許可病床数200床以上(n=195)

-7.2%

許可病床数200床未満(n=817)

-18.0%

# 急性期一般入院料5におけるシミュレーション結果

## 各医療機関における該当患者割合の平均及び分布

重症度、医療・看護必要度 I (n=182)

	平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行	24.8%	13.0%	17.8%	19.7%	21.7%	23.6%	25.9%	28.2%	31.1%	37.4%
見直し案1	17.5%	6.9%	10.1%	12.3%	14.7%	16.2%	18.4%	20.4%	22.6%	30.2%
見直し案2	18.5%	7.7%	10.8%	13.0%	15.7%	17.3%	19.1%	21.4%	23.9%	31.4%
見直し案3	17.5%	6.9%	10.1%	12.3%	14.7%	16.2%	18.4%	20.4%	22.6%	30.2%
見直し案4	18.5%	7.7%	10.8%	13.0%	15.7%	17.3%	19.1%	21.4%	23.9%	31.4%

重症度、医療・看護必要度 II (n=42)

現行	20.6%	11.8%	14.7%	16.3%	18.6%	20.5%	22.4%	23.4%	26.2%	27.2%
見直し案1	16.1%	7.1%	9.5%	11.8%	14.8%	15.9%	17.2%	19.3%	20.9%	23.5%
見直し案2	16.9%	7.8%	10.6%	13.4%	15.1%	16.8%	17.8%	20.7%	22.2%	24.2%
見直し案3	16.1%	7.1%	9.5%	11.8%	14.8%	15.9%	17.2%	19.3%	20.9%	23.5%
見直し案4	17.0%	7.8%	10.7%	13.4%	15.2%	16.8%	17.8%	20.7%	22.2%	24.2%

## 現行の基準を満たす医療機関の割合及び見直しによる割合の増減

必要度 I	現行の基準を満たす 医療機関割合	81.9% (判定基準17%)
必要度 II	現行の基準を満たす 医療機関割合	83.3% (判定基準14%)



(判定基準)	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
必要度 I	見直し案1	-1.6%	-7.1%	-11.0%	-15.9%	-18.7%	-23.6%	-30.2%	-36.8%	-41.2%	-45.6%
	見直し案2	+1.6%	-2.7%	-8.8%	-11.5%	-15.9%	-18.7%	-23.6%	-29.7%	-36.8%	-41.2%
	見直し案3	-1.6%	-6.6%	-11.0%	-15.9%	-18.7%	-23.6%	-30.2%	-36.8%	-41.2%	-45.6%
	見直し案4	+1.6%	-2.2%	-8.8%	-11.5%	-15.9%	-18.7%	-23.6%	-29.7%	-36.8%	-41.2%
必要度 II	見直し案1	-4.8%	-9.5%	-14.3%	-16.7%	-21.4%	-28.6%	-33.3%	-42.9%	-47.6%	-50.0%
	見直し案2	+2.4%	-7.1%	-9.5%	-11.9%	-21.4%	-23.8%	-26.2%	-35.7%	-45.2%	-47.6%
	見直し案3	-4.8%	-7.1%	-14.3%	-16.7%	-21.4%	-26.2%	-33.3%	-42.9%	-47.6%	-50.0%
	見直し案4	+2.4%	-4.8%	-9.5%	-11.9%	-21.4%	-21.4%	-26.2%	-35.7%	-45.2%	-47.6%

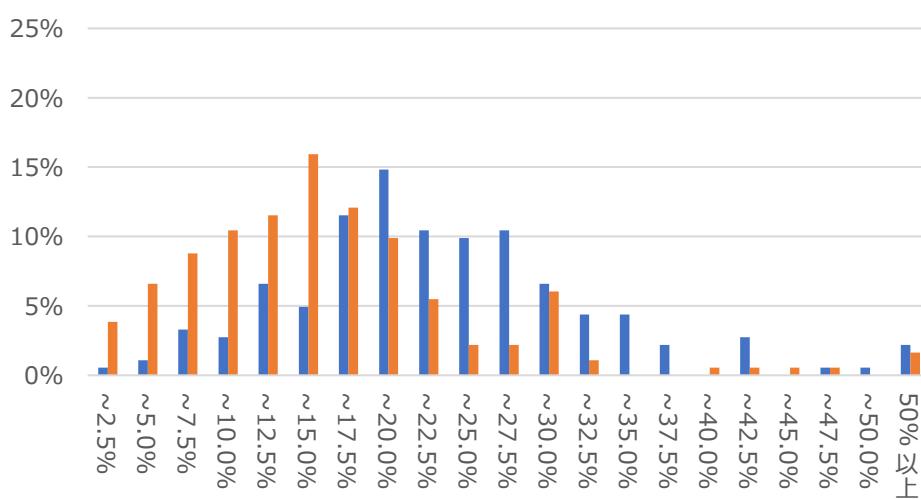
# 急性期一般入院料5における判定基準の変更（案）（見直し案1の場合）

## 急性期一般入院料5における現行及び見直し案1による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=182)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：149



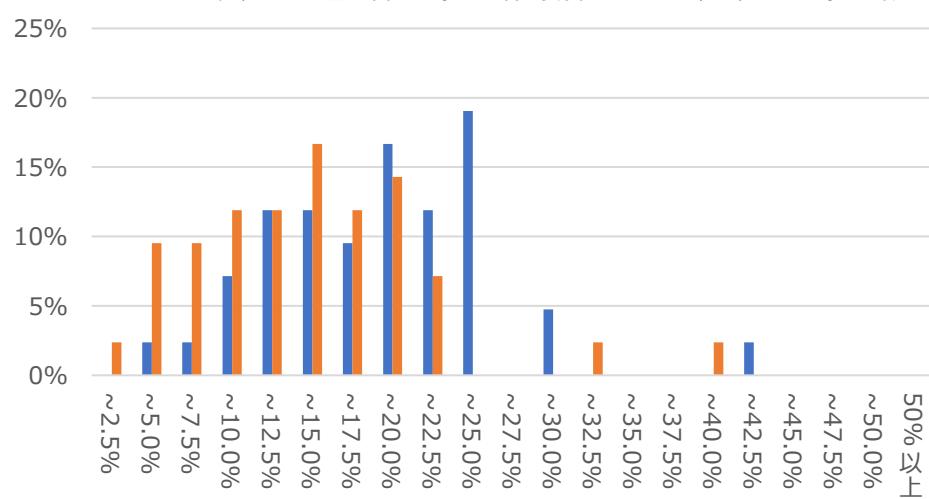
変更後の基準(案) : 12%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-11.0% (-8.6%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=42)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：35



変更後の基準(案) : 11%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-9.5% (-6.0%)

基準を満たす医療機関割合の増減 (n=224) : -10.7%

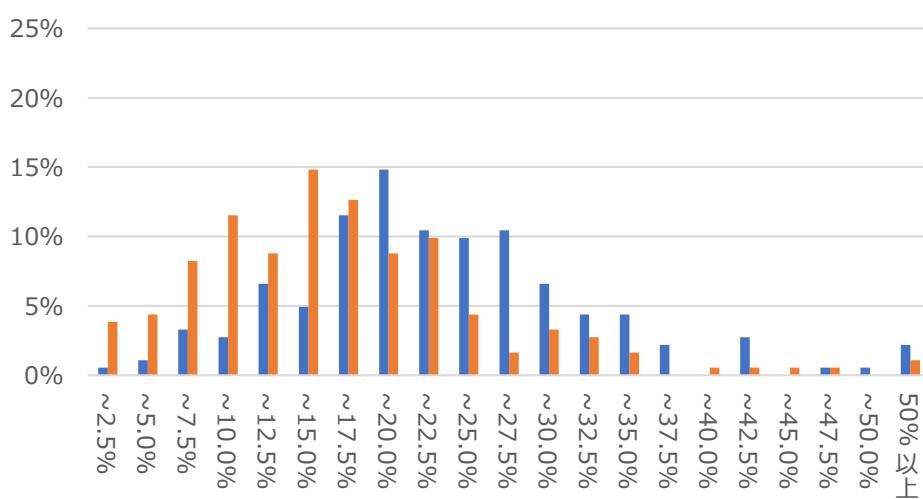
# 急性期一般入院料5における判定基準の変更（案）（見直し案2の場合）

## 急性期一般入院料5における現行及び見直し案2による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=182)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：149



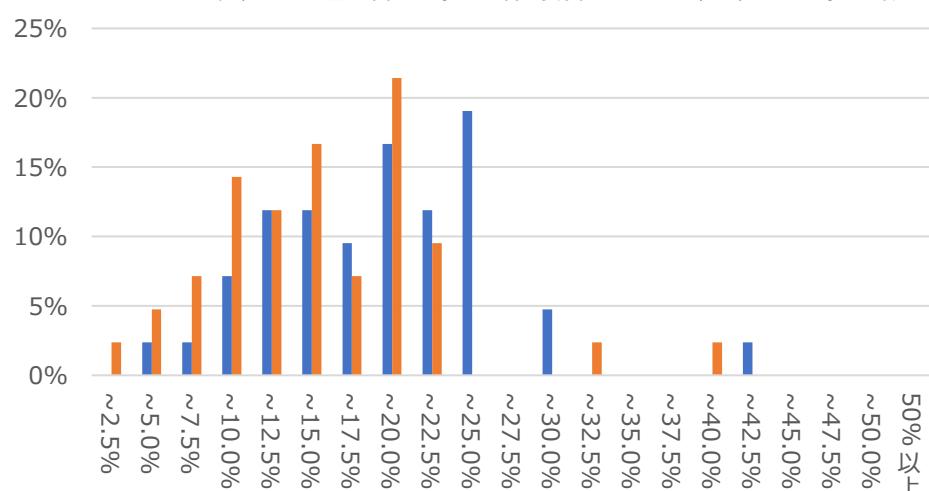
変更後の基準(案) : 12%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-8.8% (-6.4%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=42)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：35



変更後の基準(案) : 11%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-7.1% (-5.1%)

基準を満たす医療機関割合の増減 (n=224) : -8.5%

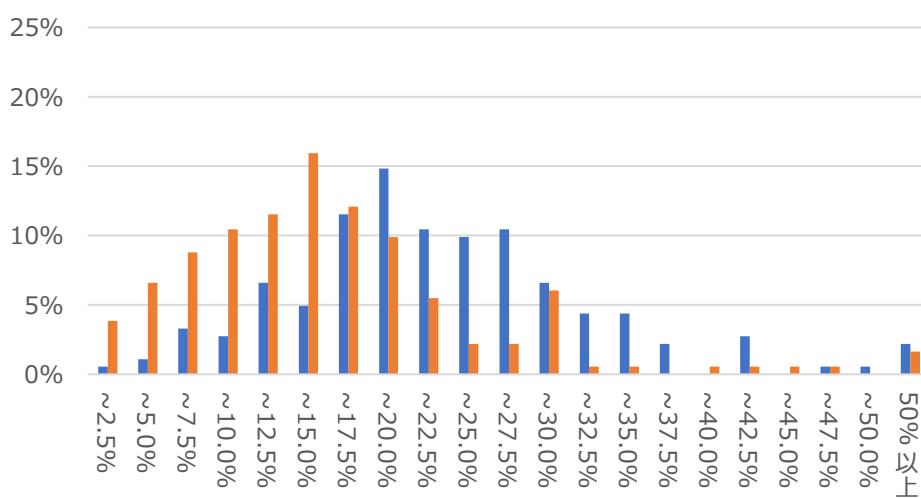
# 急性期一般入院料5における判定基準の変更（案）（見直し案3の場合）

## 急性期一般入院料5における現行及び見直し案3による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=182)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：149



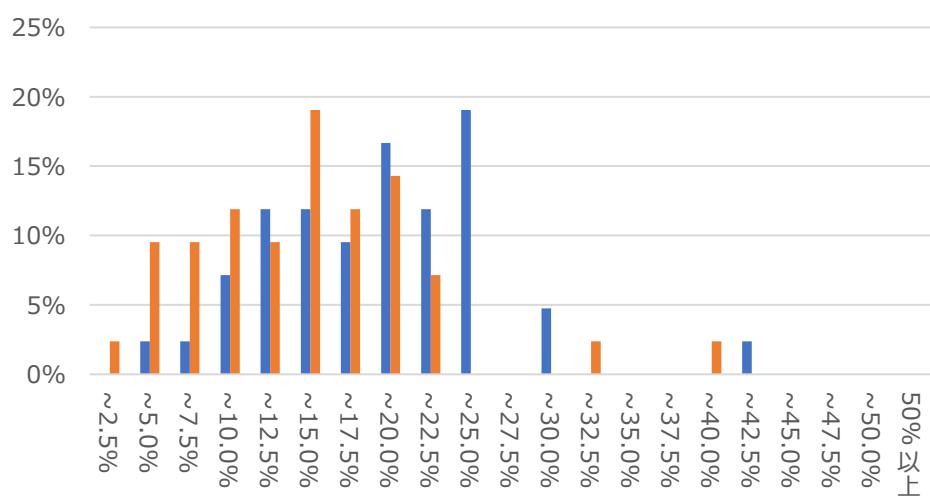
変更後の基準(案) : 12%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-11.0% (-8.6%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=42)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：35



変更後の基準(案) : 11%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-7.1% (-4.4%)

基準を満たす医療機関割合の増減 (n=224) : -10.3%

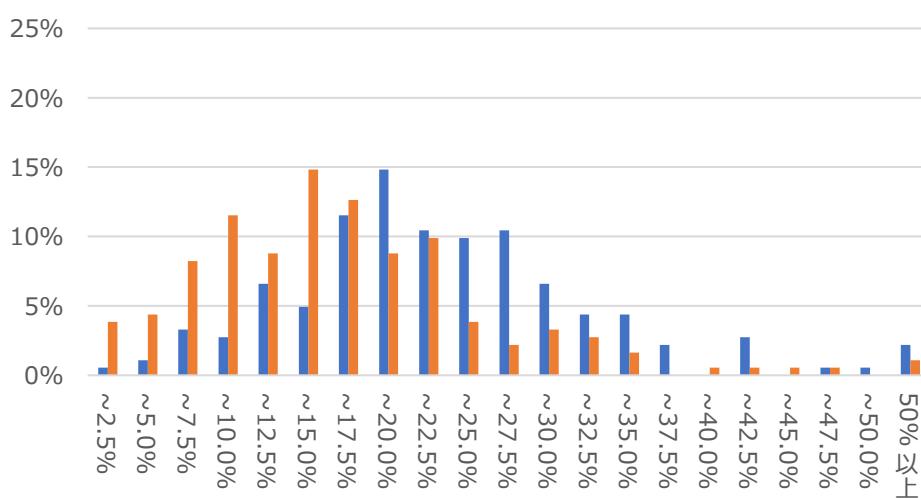
# 急性期一般入院料5における判定基準の変更（案）（見直し案4の場合）

## 急性期一般入院料5における現行及び見直し案4による見直し後の該当患者割合の分布

■ 現行の該当患者割合 ■ 見直し後の該当患者割合

### 重症度、医療・看護必要度Iの届出医療機関 (n=182)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす医療機関数：149



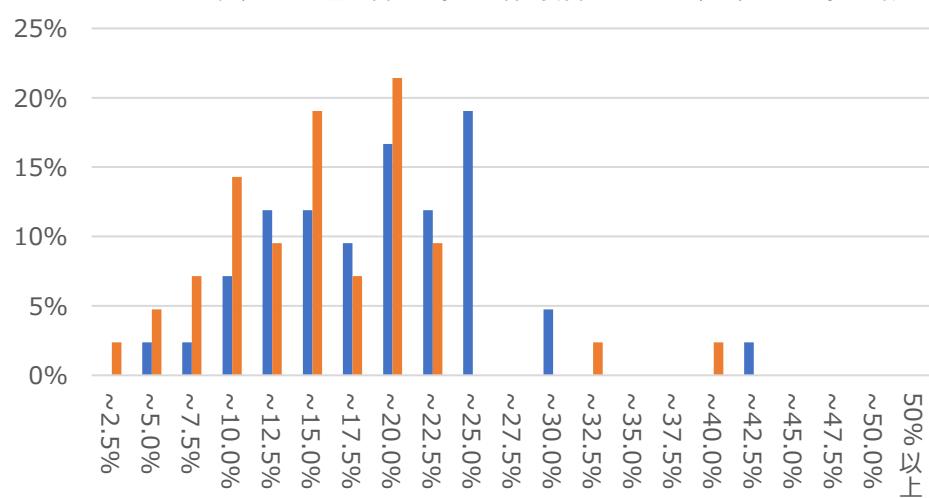
変更後の基準(案) : 12%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-8.8% (-6.4%)

### 重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関 (n=42)

※見直し前の重症度、医療・看護必要度において基準を満たす医療機関数：35



変更後の基準(案) : 11%

基準を満たす医療機関割合の増減  
※カッコ内は病床数ベースの増減

-4.8% (-3.5%)

基準を満たす医療機関割合の増減 (n=224) : -8.0%

# 1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について

- (1)急性期一般入院料1におけるシミュレーション結果等
- (2)急性期一般入院料2-5におけるシミュレーション結果等
- (3)参考資料

# 2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について

# 3. 療養病棟入院基本料の医療区分について

# 4. 論点

# シミュレーション結果 急性期一般入院料1③

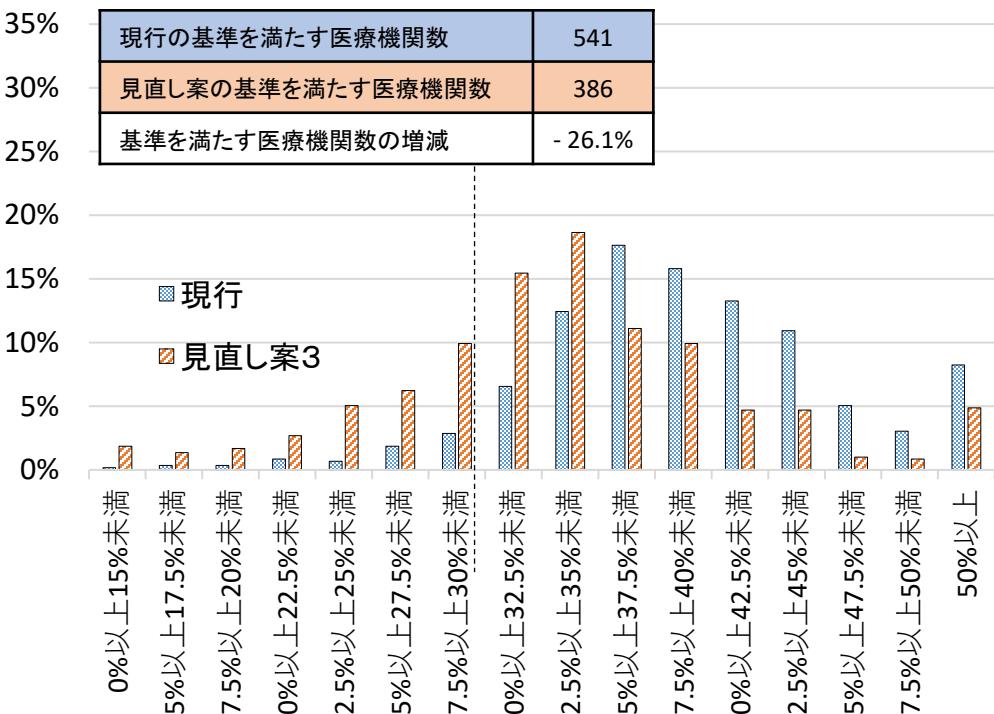
参考  
中医協 総 - 3  
4. 1. 1 2

## 【見直し案3】

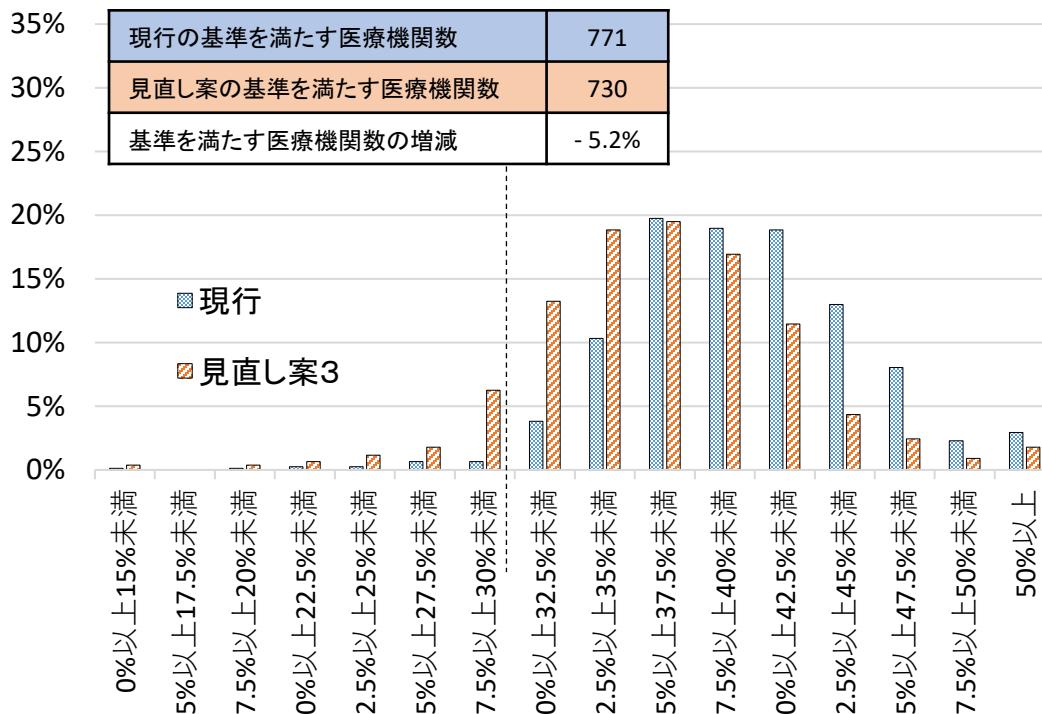
- A項目の「心電図モニターの管理」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準  
必要度 I : 31%  
必要度 II : 29%

急性期一般入院料1、必要度 I (n=595)



急性期一般入院料1、必要度 II (n=785)



急性期一般入院料1  
必要度 I + II (n=1380)

基準を満たす医療機関数	現行
見直し案の基準を満たす医療機関数	1116
基準を満たす医療機関数の増減	- 14.2%

# シミュレーション結果 200床以上の急性期一般入院料1③

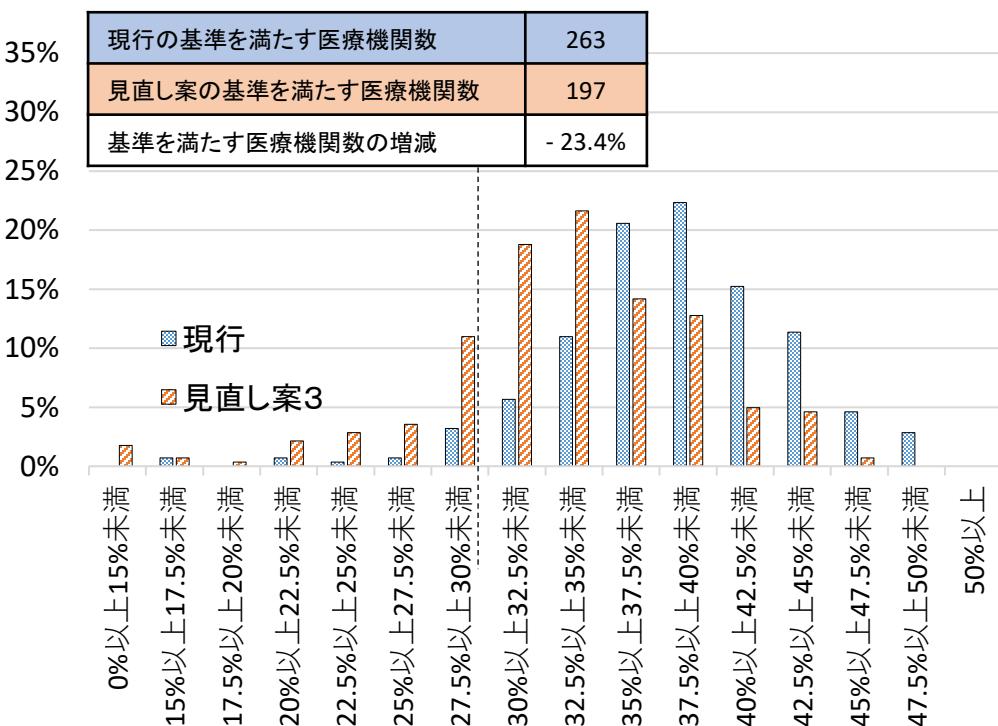
参考  
中医協 総-3  
4.1.12

## 【見直し案3】

- A項目の「心電図モニターの管理」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

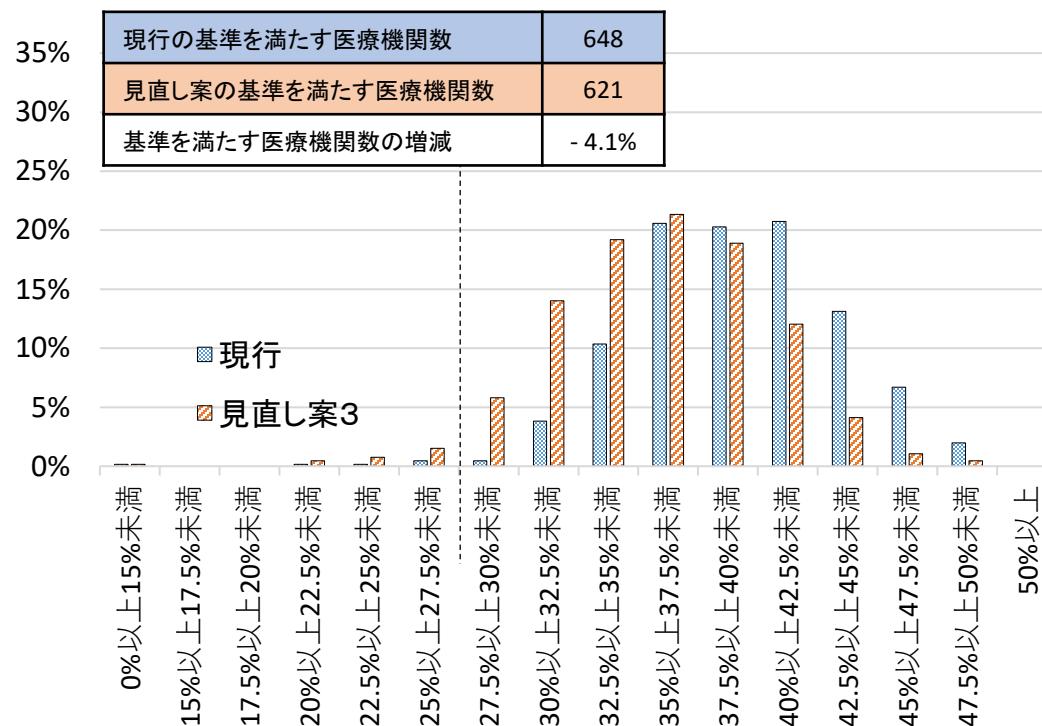
施設基準  
必要度 I : 31%  
必要度 II : 29%

200床以上の急性期一般入院料1、必要度 I (n=282)



200床以上の  
急性期一般入院料1  
必要度 I + II (n=938)

200床以上の急性期一般入院料1、必要度 II (n=656)



現行の基準を満たす医療機関数	911
見直し案の基準を満たす医療機関数	818
基準を満たす医療機関数の増減	- 9.9%

# シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料1③

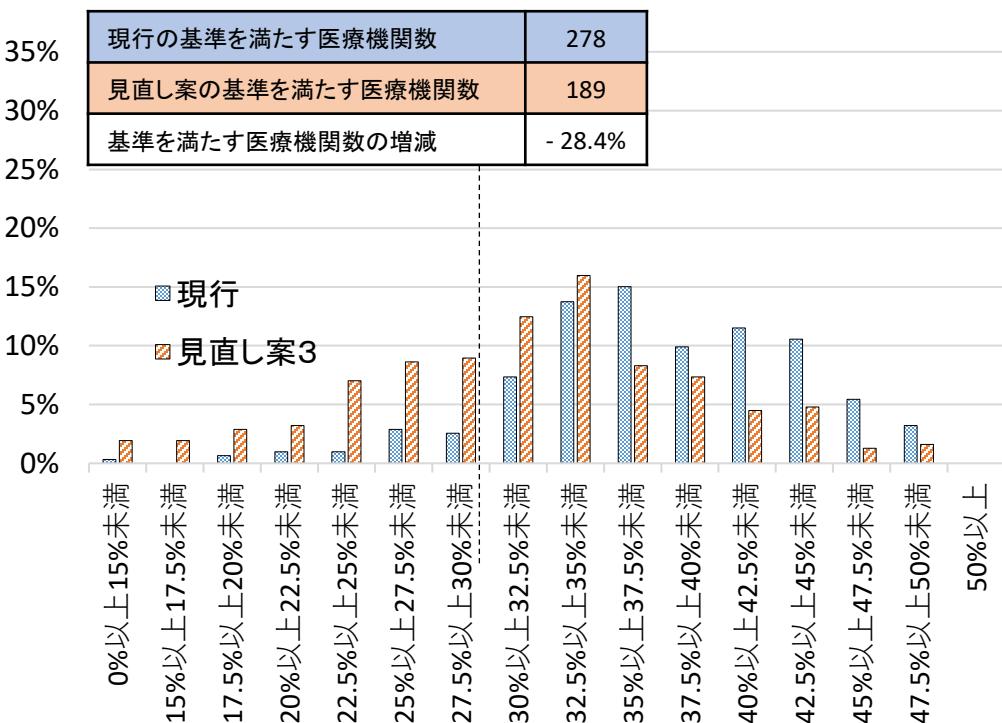
参考  
中医協 総 - 3  
4. 1. 12

## 【見直し案3】

- A項目の「心電図モニターの管理」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

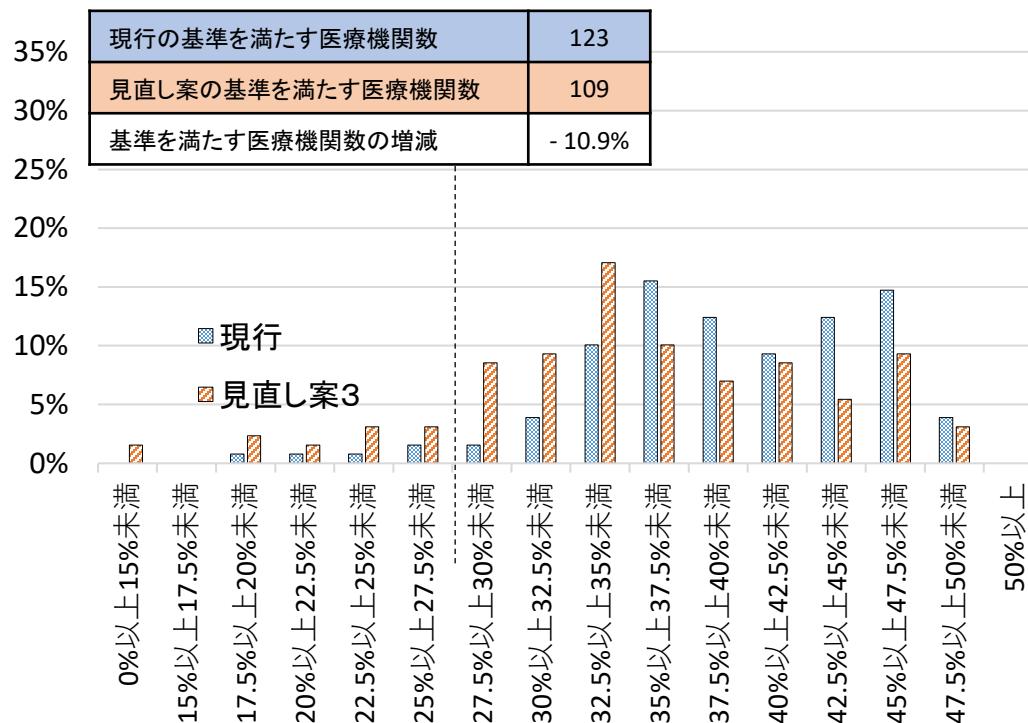
施設基準  
必要度 I : 31%  
必要度 II : 29%

200床未満の急性期一般入院料1、必要度 I (n=313)



200床未満の  
急性期一般入院料1  
必要度 I + II (n=442)

200床未満の急性期一般入院料1、必要度 II (n=129)



現行の基準を満たす医療機関数	401
見直し案の基準を満たす医療機関数	298
基準を満たす医療機関数の増減	- 23.3%

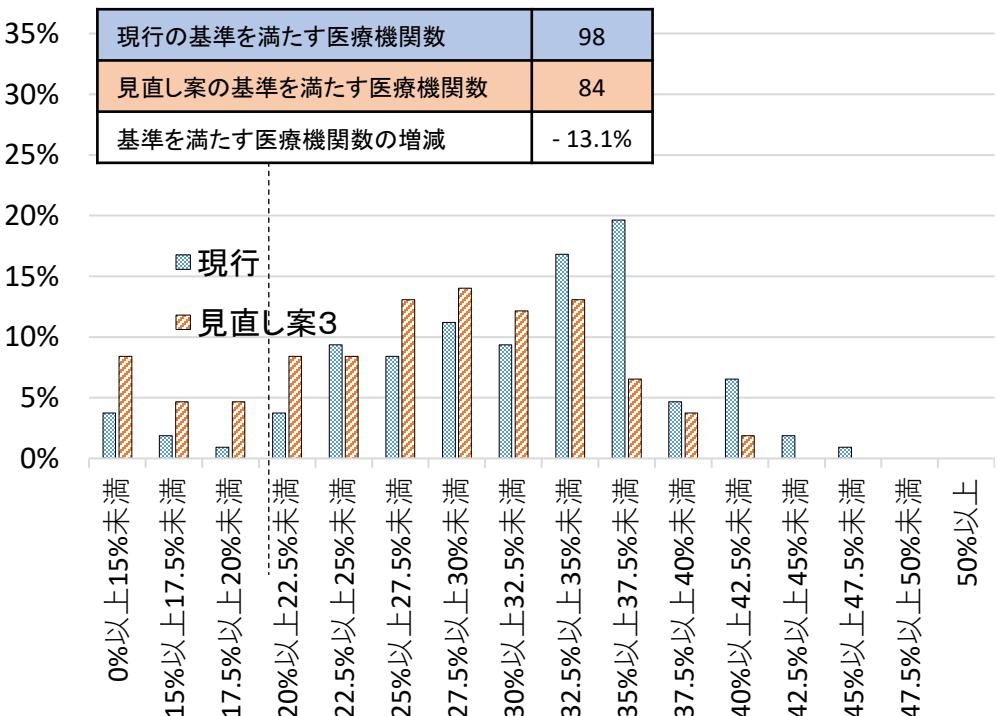
# シミュレーション結果 200床以上の急性期一般入院料4 水準変更③

## 【見直し案3】

- A項目の「心電図モニターの管理」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

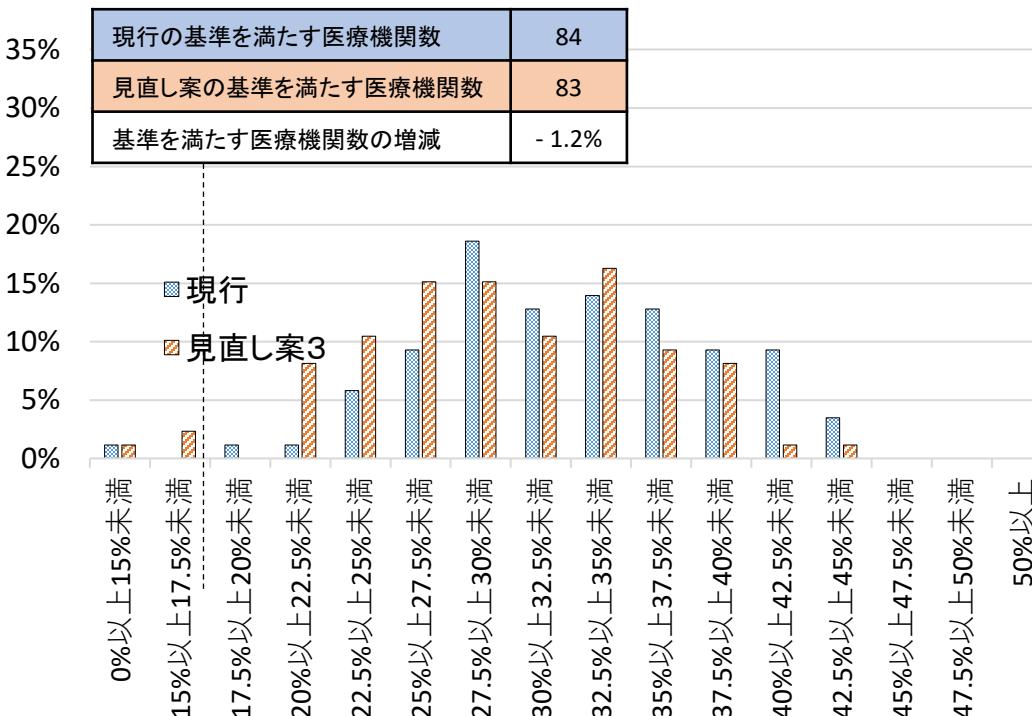
施設基準を変更した場合  
必要度Ⅰ:22%→21%  
必要度Ⅱ:20%→19%

200床以上の急性期一般入院料4、必要度Ⅰ (n=107)



200床以上の  
急性期一般入院料4  
必要度Ⅰ+Ⅱ (n=193)

200床以上の急性期一般入院料4、必要度Ⅱ (n=86)



基準を満たす医療機関数	現行
見直し案の基準を満たす医療機関数	167
基準を満たす医療機関数の増減	-7.8%

# シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料4 水準変更③

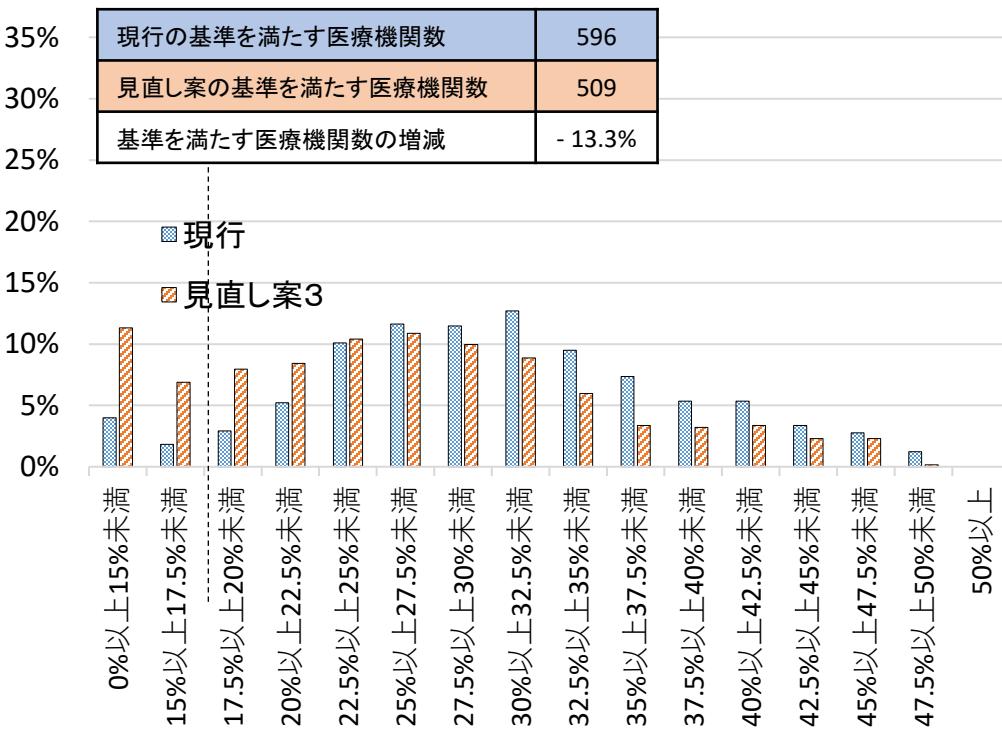
参考  
中医協 総-3  
4.1.12

## 【見直し案3】

- A項目の「心電図モニターの管理」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

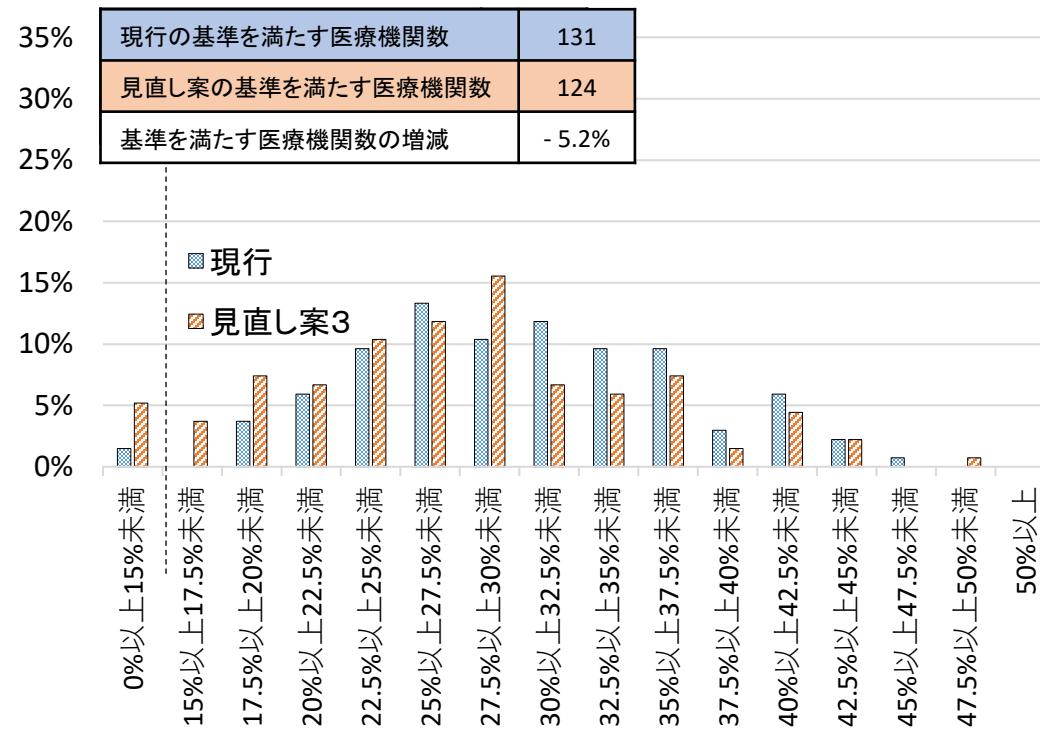
施設基準を変更した場合  
必要度 I : 20%→19%  
必要度 II : 18%→17%

200床未満の急性期一般入院料4、必要度 I (n=653)



200床未満の  
急性期一般入院料4  
必要度 I + II (n=788)

200床未満の急性期一般入院料4、必要度 II (n=135)



現行の基準を満たす医療機関数	727
見直し案の基準を満たす医療機関数	633
基準を満たす医療機関数の増減	- 11.9%

# シミュレーション結果 急性期一般入院料5 水準変更③

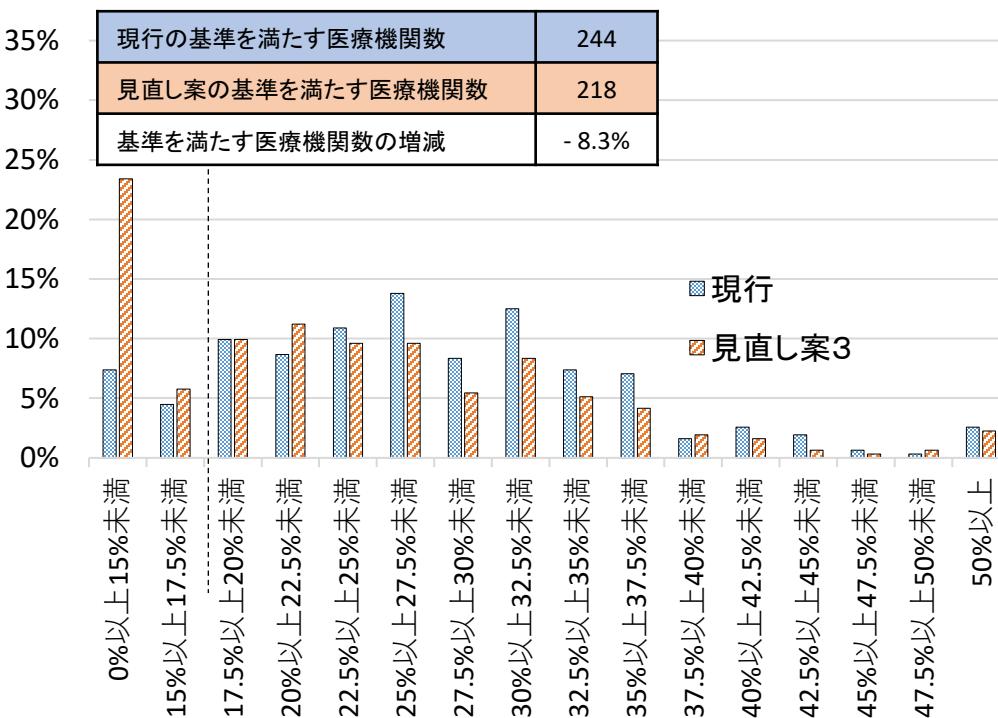
参考  
中医協 総 - 3  
4. 1. 12

## 【見直し案3】

- A項目の「心電図モニターの管理」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準を変更した場合  
必要度 I : 20%→18%  
必要度 II : 18%→15%

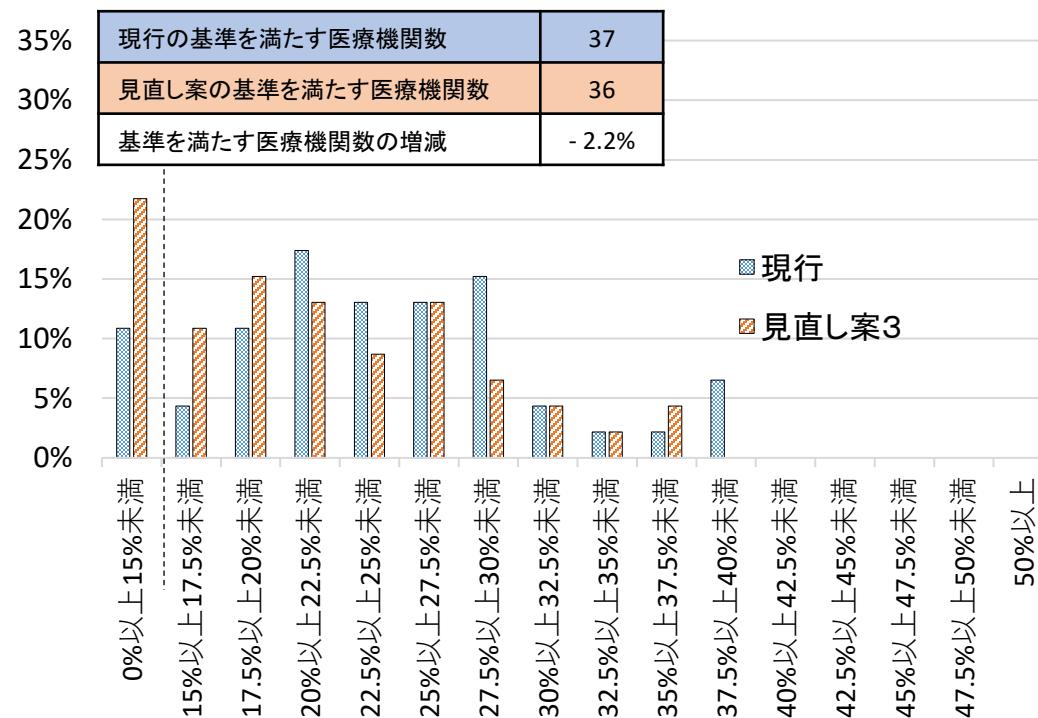
急性期一般入院料5、必要度 I (n=312)



急性期一般入院料5  
必要度 I + II (n=358)

基準満たし率	現行の基準を満たす医療機関数	見直し案の基準を満たす医療機関数	基準を満たす医療機関数の増減
0%以上15%未満	281	254	- 7.5%
15%以上17.5%未満	4	3	- 33.3%

急性期一般入院料5、必要度 II (n=46)



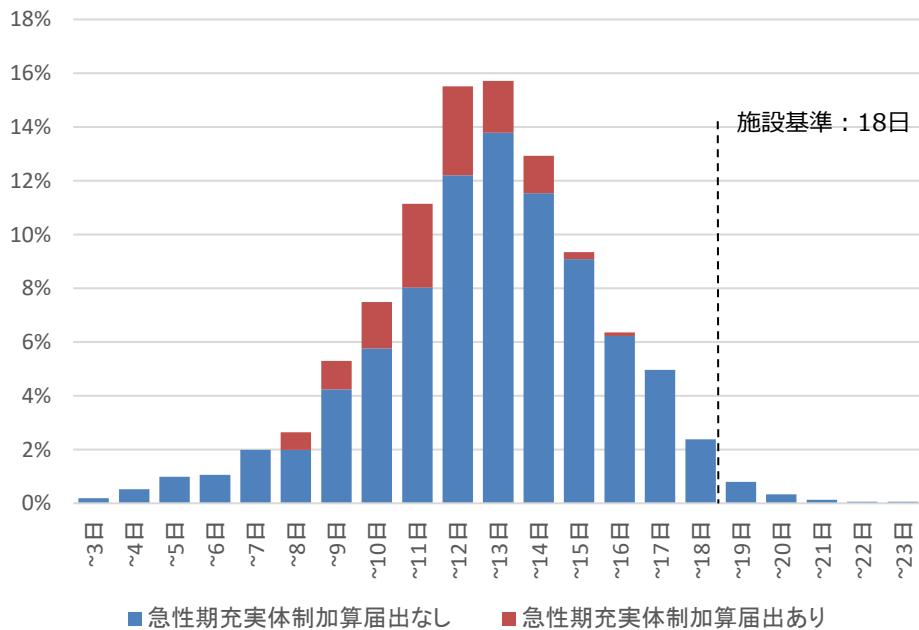
# 急性期一般入院料1における平均在院日数①

診調組 入-1  
5. 8. 10改

- 急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にはばらつきが大きかった。

急性期一般入院料1における各施設の平均在院日数の分布  
(令和4年7月時点、n=1508)

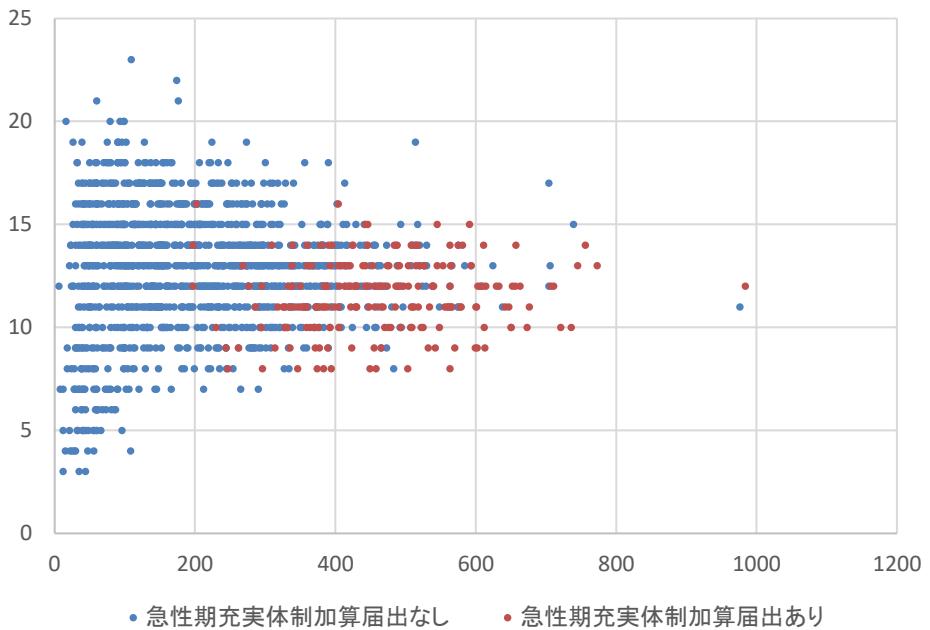
(該当施設割合)



■ 急性期充実体制加算届出なし ■ 急性期充実体制加算届出あり

急性期一般入院料1における届出病床数と  
平均在院日数の分布  
(令和4年7月時点、n=1505)

(平均在院日数、日)



● 急性期充実体制加算届出なし ● 急性期充実体制加算届出あり

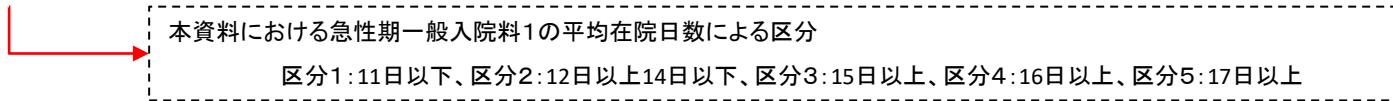
(急性期一般入院料1の届出病床数)

平均 5%点 10%点 25%点 33%点 50%点 67%点 75%点 90%点 95%点

12.6 8 9 11 12 13 14 14 16 17

本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

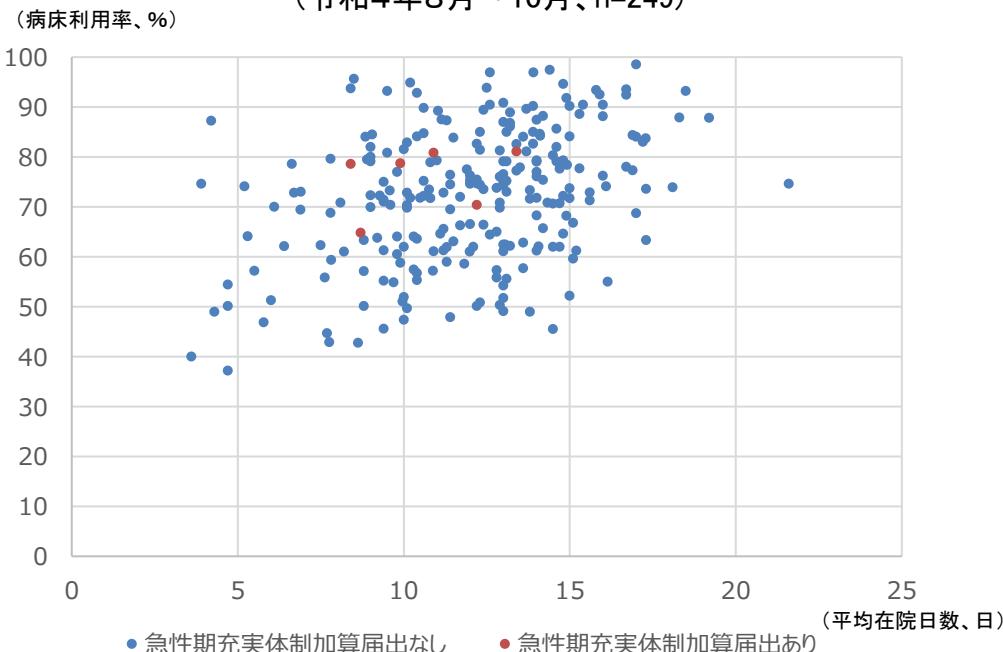


# 急性期一般入院料1における平均在院日数②

診調組 入一1  
5. 8. 10改

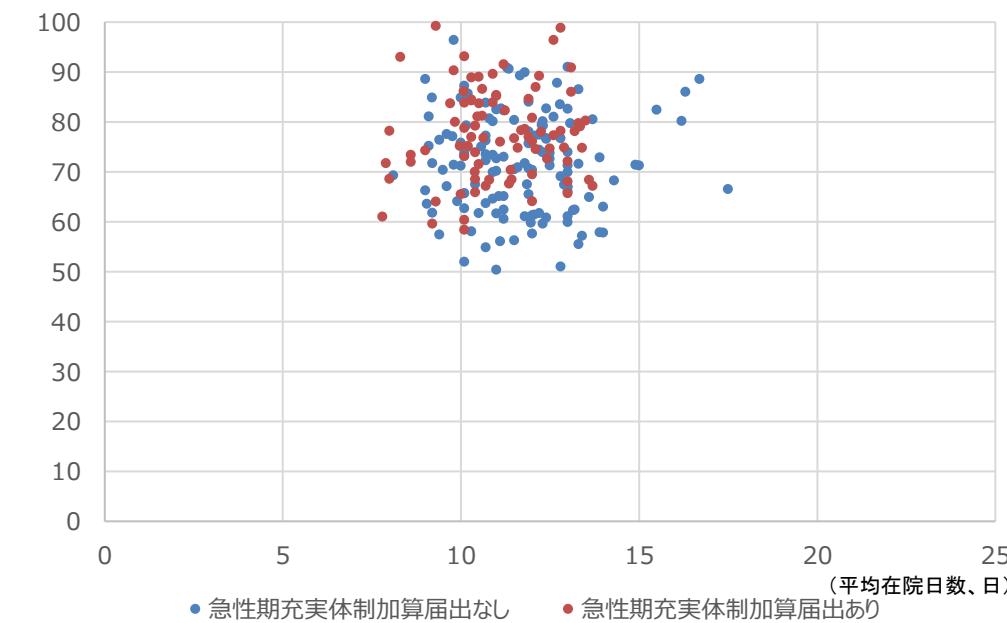
- 急性期一般入院料1を届け出ている施設における平均在院日数及び病床利用率の分布は以下のとおり。

急性期一般入院料1の届出が300床未満の施設における  
平均在院日数及び病床利用率  
(令和4年8月～10月、n=249)



※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

急性期一般入院料1の届出が300床以上の施設における  
平均在院日数及び病床利用率  
(令和4年8月～10月、n=220)



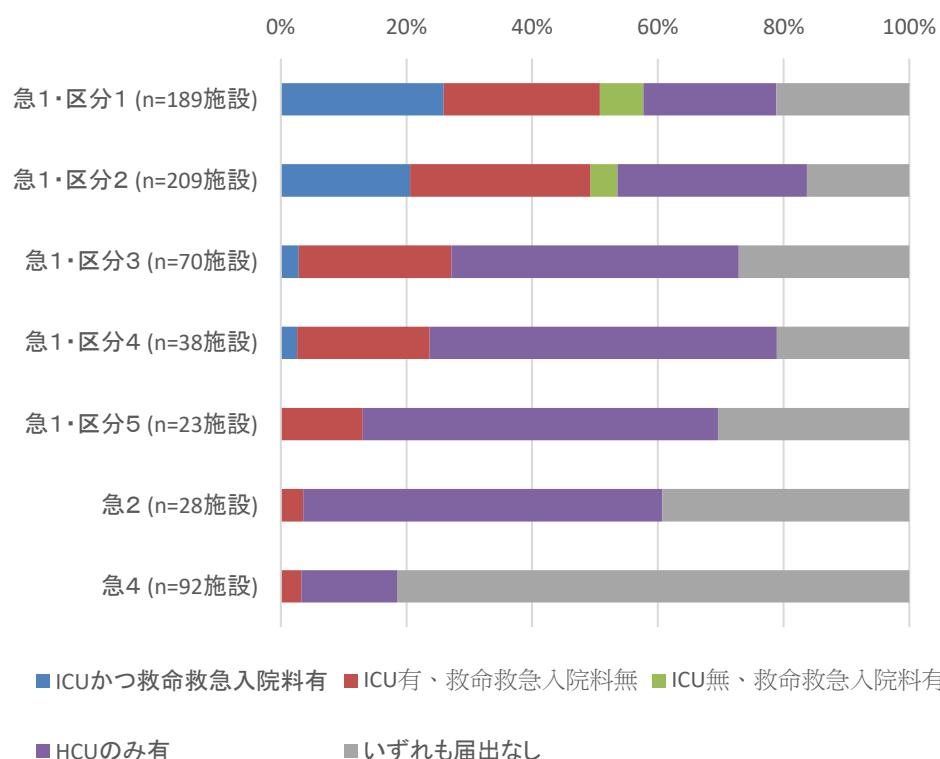
※入院・外来医療等実態調査において令和3年8月～10月の新規入棟患者数が250人以上と回答した施設が対象。

# 平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における特定入院料の届出状況

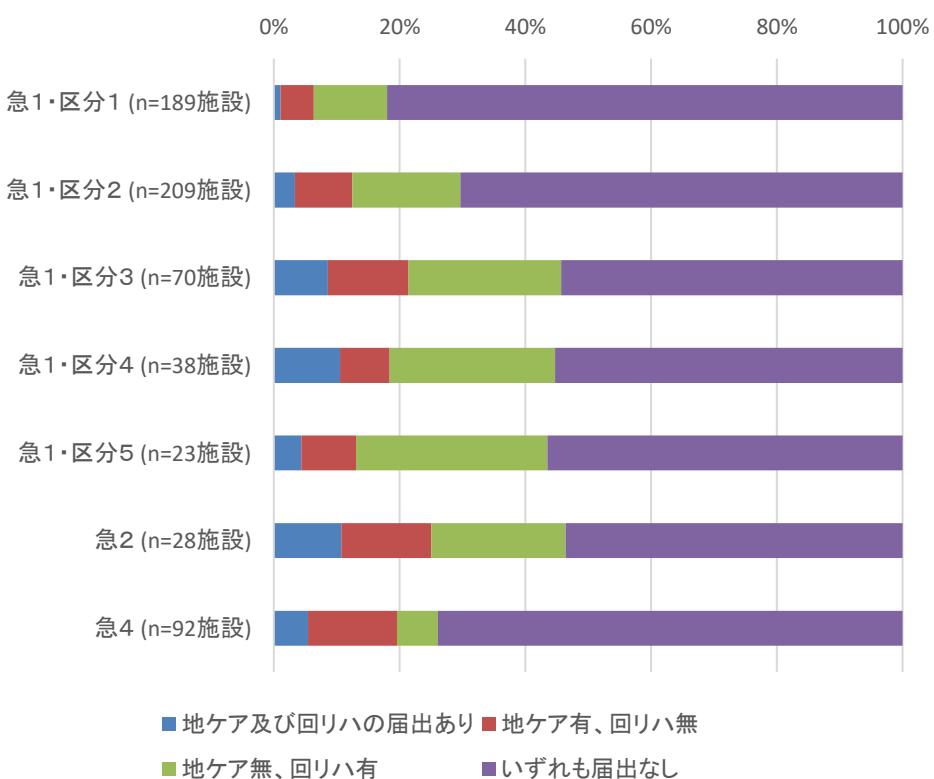
中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、特定集中治療室管理料の届出割合が小さく、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の届出を行っている割合が大きかった。

急性期一般入院料1, 2, 4における  
特定集中治療室管理料、救命救急入院料及び  
ハイケアユニット入院医療管理料の届出状況



急性期一般入院料1, 2, 4における  
地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟の  
届出状況



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

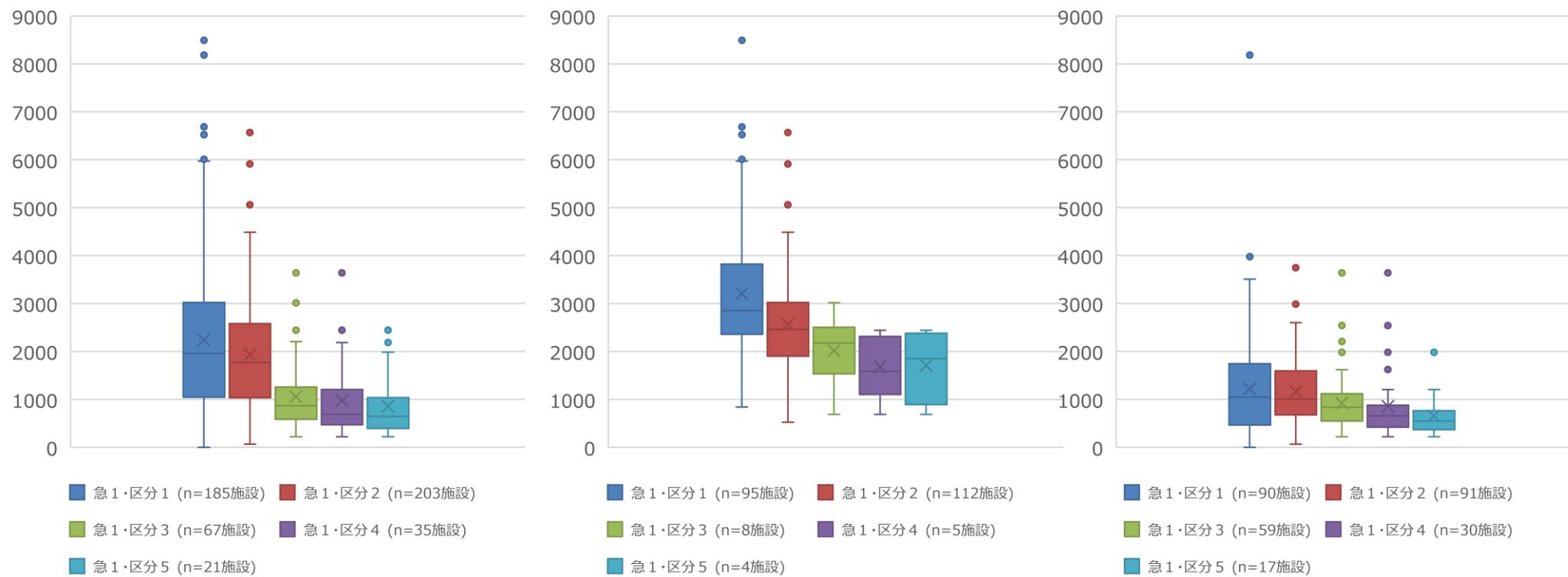
- 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

### 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における 全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

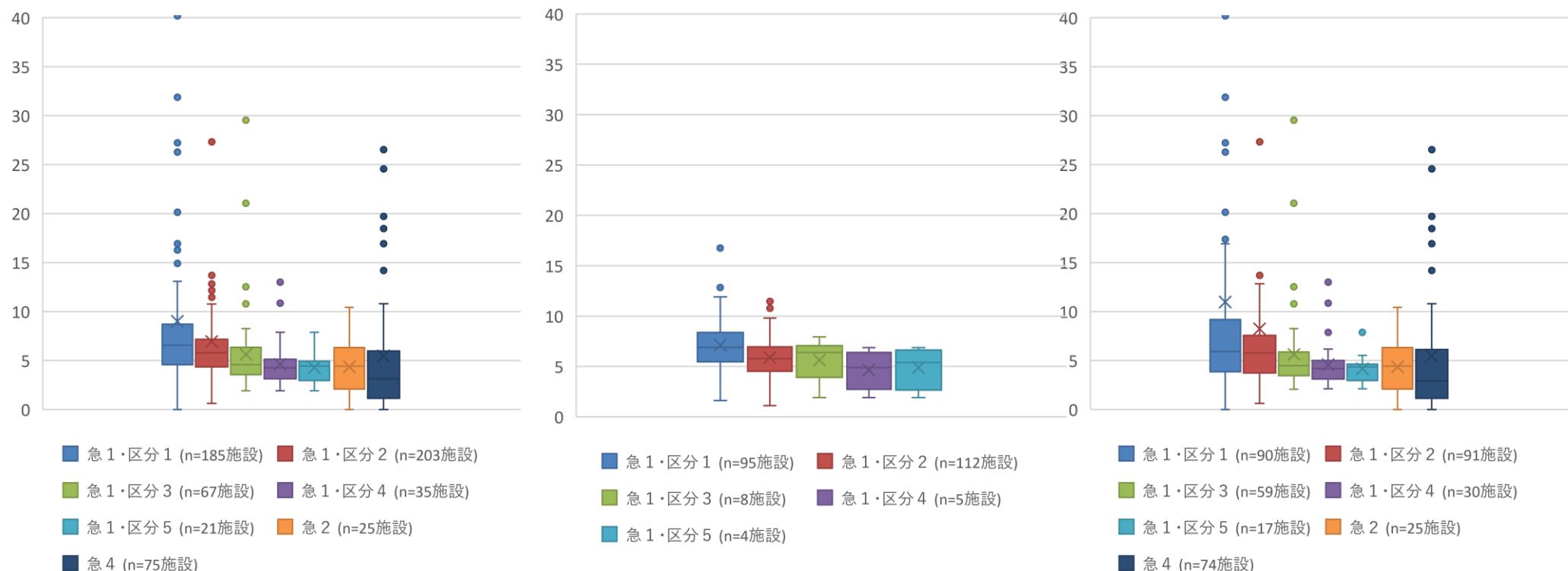
- 一般病棟入院基本料の届出病床当たりの全身麻酔手術の実施件数についても、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、少ない傾向にあり、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

**急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における  
一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数**

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

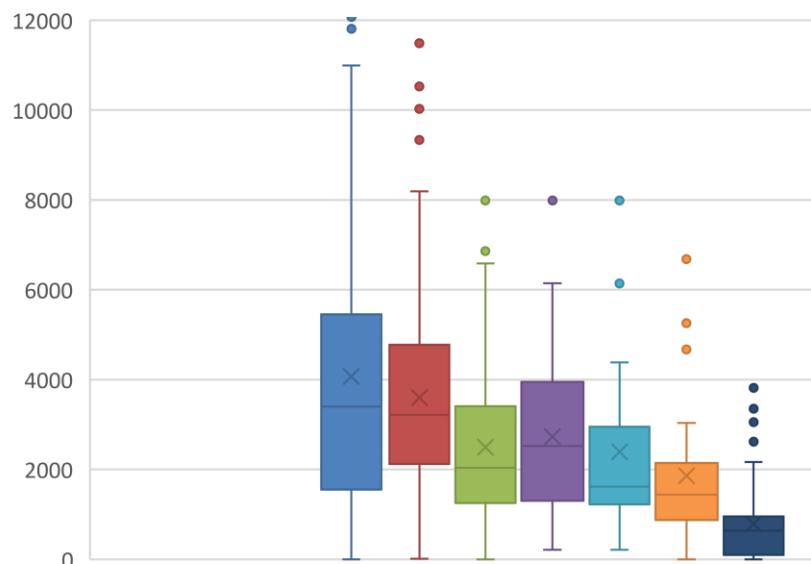
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

## 平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績③

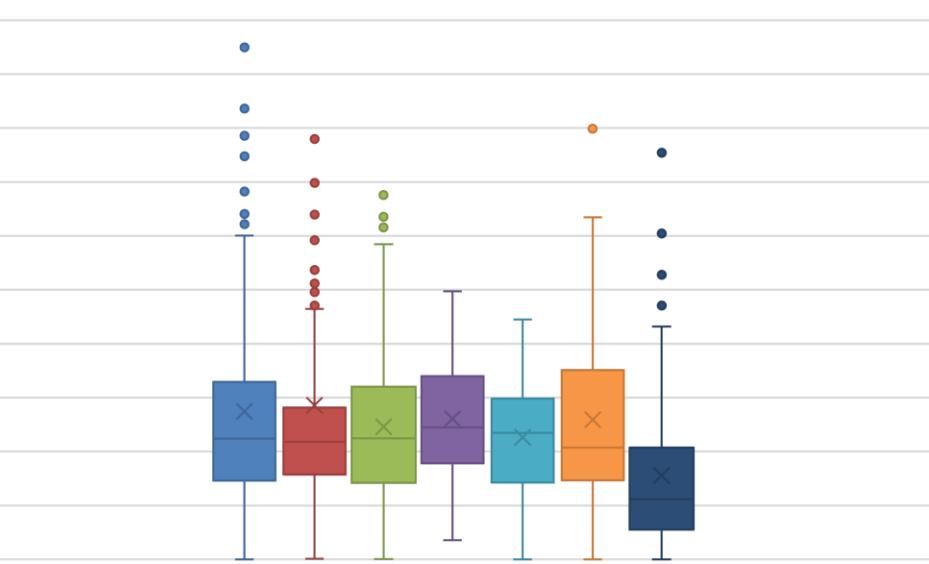
- 救急搬送件数については、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
- 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における  
救急搬送件数

(実件数)



(一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの件数)



■ 急1・区分1 (n=186施設) ■ 急1・区分2 (n=208施設) ■ 急1・区分3 (n=69施設)  
 ■ 急1・区分4 (n=37施設) ■ 急1・区分5 (n=22施設) ■ 急2 (n=26施設)  
 ■ 急4 (n=83施設)

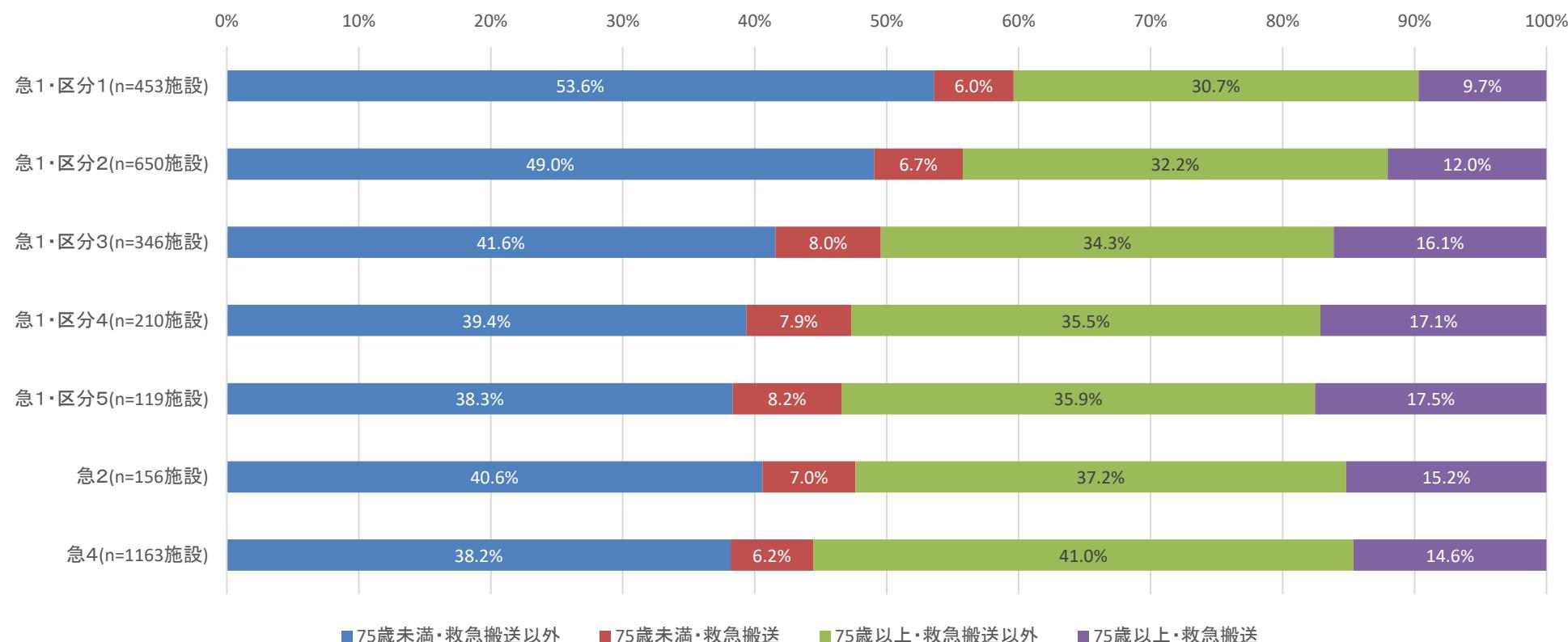
■ 急1・区分1 (n=186施設) ■ 急1・区分2 (n=208施設) ■ 急1・区分3 (n=69施設)  
 ■ 急1・区分4 (n=37施設) ■ 急1・区分5 (n=22施設) ■ 急2 (n=23施設)  
 ■ 急4 (n=80施設)

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者のうち75歳以上の割合及び75歳以上の入院患者のうち救急搬送で入院する割合が高く、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

### 急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の構成

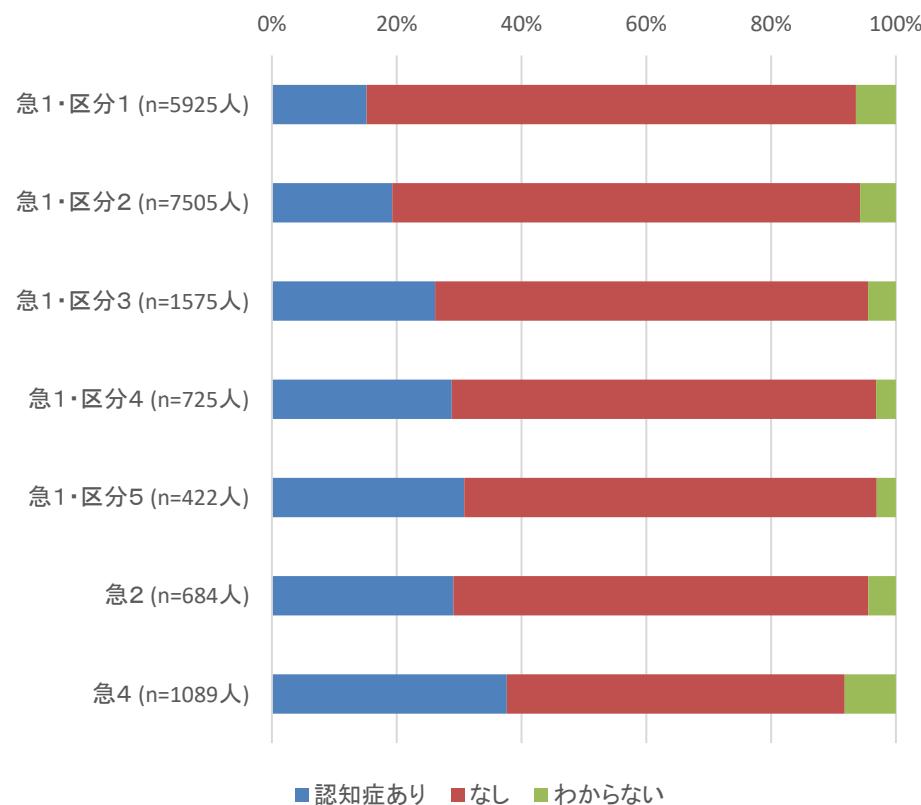


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

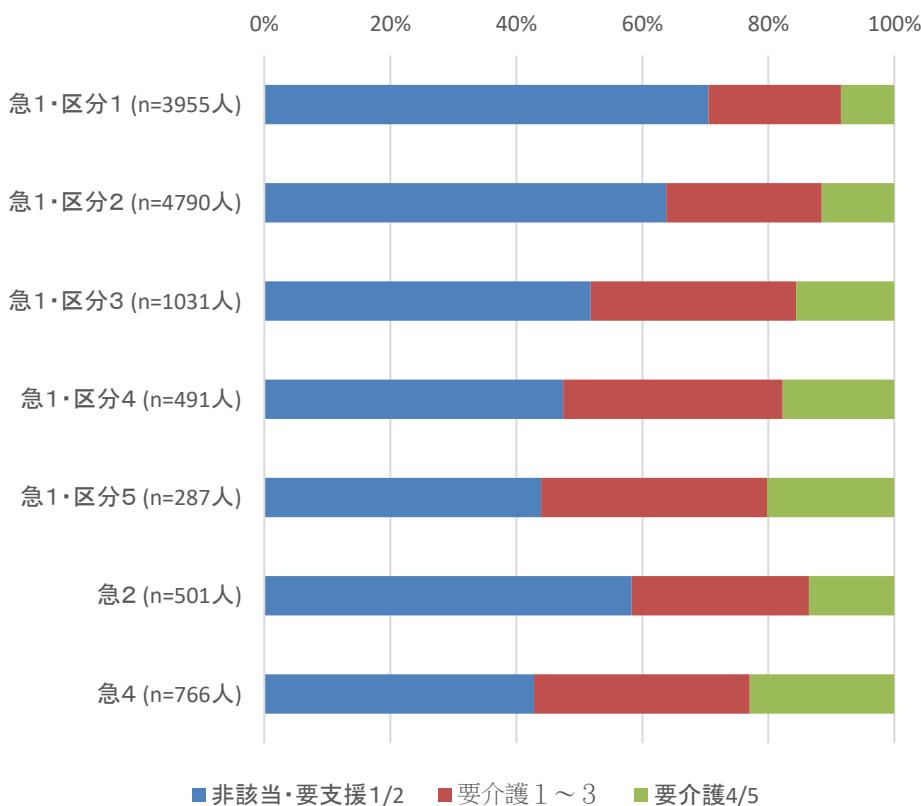
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者が認知症を併存する割合や、要介護度が高い患者である割合が高い傾向にあった。

急性期一般入院料1、2及び4の入院患者における  
認知症を罹患する割合



急性期一般入院料1の入院患者における要介護度  
(不明・未申請・申請中を除く。)

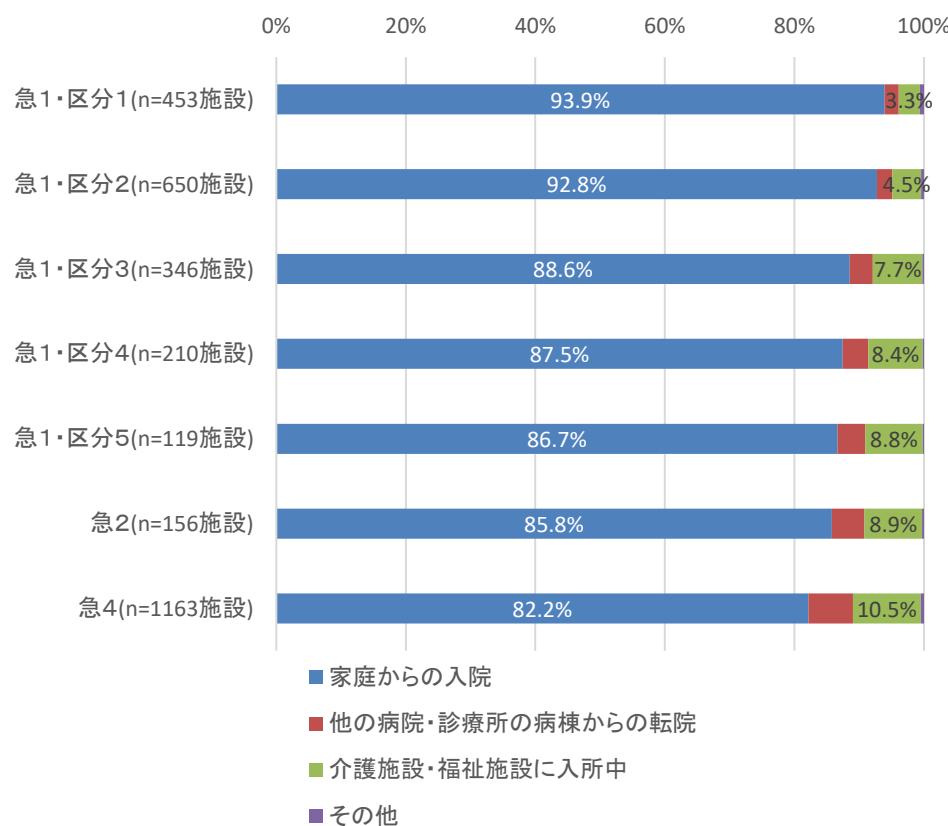


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

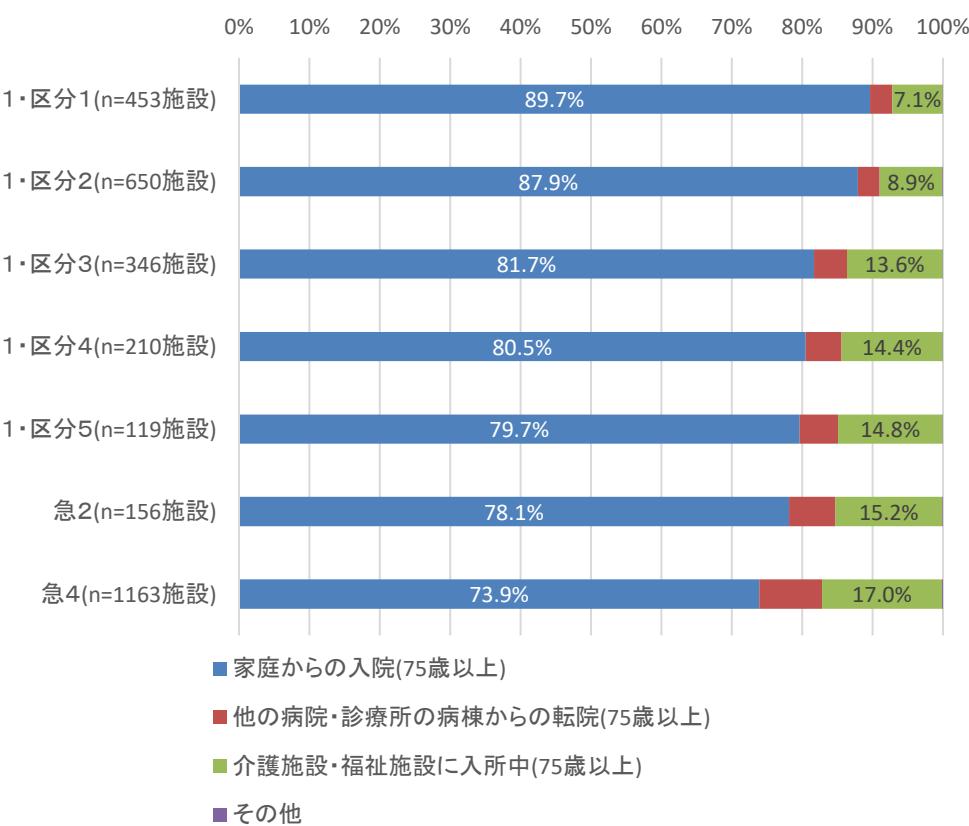
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

- 入院患者の入院経路について、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、家庭からの入院の割合が低く、介護施設・福祉施設からの入院の割合が高かった。

急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の入院経路  
(全年齢)



急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の入院経路  
(75歳以上)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

## 平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況④

- 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群における入院患者は、急性期一般入院料1と地域一般入院料とで医療資源投入量が変わらない疾患の割合が高かった。

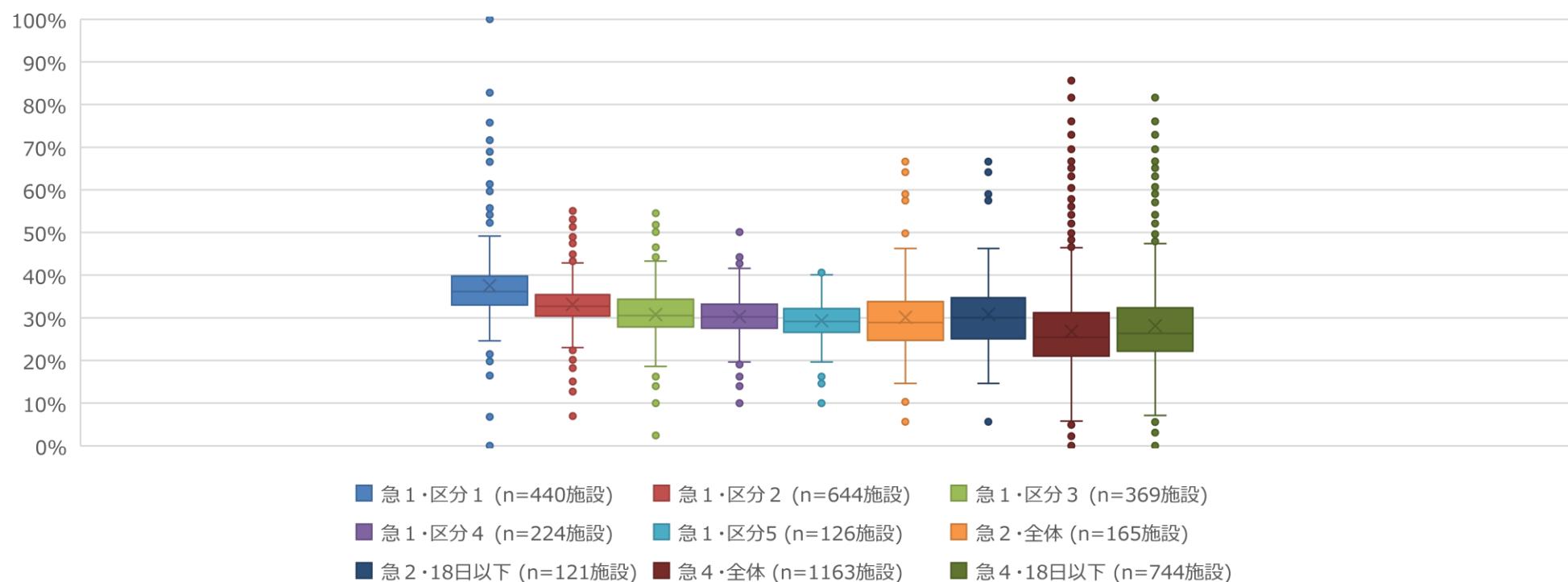
75歳以上の患者に多く、急性期一般入院料1と地域一般入院料1-2とで医療資源の差が小さい上位10傷病の  
75歳以上の患者の割合(カッコ内は延べ入院日数に占める割合)

	急1・区分1 (n=453施設)	急1・区分2 (n=650施設)	急1・区分3 (n=346施設)	急1・区分4 (n=210施設)	急1・区分5 (n=119施設)	急2 (n=156施設)	急4 (n=1163施設)	地域一般1,2 (転院以外)	地ケア ※
コロナウイルス感染症2019, ウィルス が同定されたもの	1.4% (2.1%)	1.6% (2.1%)	2.2% (2.5%)	2.3% (2.5%)	2.4% (2.5%)	2.8% (2.9%)	2.9% (2.8%)	18.5% (12.2%)	1.1% (0.9%)
	平均在院日数	10.4	12.3	13.4	13.6	13.3	11.7	10.3	11.4
食物及び吐物による肺膿炎	症例割合 (2.3%)	1.1% (2.9%)	1.4% (4.3%)	2.2% (4.7%)	2.5% (4.8%)	2.6% (4.2%)	2.2% (4.3%)	4.2% (5.5%)	3.5% (5.2%)
	平均在院日数	16.6	21.6	23.8	24.8	26.3	23.7	20.3	22.7
脳動脈の血栓症による脳梗塞	症例割合 (0.6%)	0.3% (0.9%)	0.5% (1.4%)	0.9% (1.6%)	1.0% (1.6%)	1.1% (1.6%)	0.6% (1.1%)	0.6% (0.9%)	0.6% (0.6%)
	平均在院日数	12.0	17.5	19.5	19.2	20.5	16.1	10.2	17.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	症例割合 (0.1%)	0.0% (0.1%)	0.0% (0.1%)	0.1% (0.2%)	0.1% (0.3%)	0.1% (0.3%)	0.2% (0.3%)	0.5% (0.8%)	2.2% (2.8%)
	平均在院日数	6.7	10.0	11.4	12.6	13.9	10.5	10.6	22.2
肺炎, 詳細不明	症例割合 (0.6%)	0.3% (0.7%)	0.4% (1.1%)	0.7% (1.3%)	0.8% (1.3%)	0.8% (1.3%)	0.9% (1.3%)	1.6% (2.5%)	3.9% (4.7%)
	平均在院日数	11.3	13.8	16.2	16.5	17.6	13.1	15.0	21.1
体液量減少(症)	症例割合 (0.2%)	0.2% (0.2%)	0.3% (0.3%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.7% (0.8%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.6%)	2.6% (2.6%)
	平均在院日数	9.1	11.5	12.8	13.3	14.2	13.0	13.1	17.7
細菌性肺炎, 詳細不明	症例割合 (0.5%)	0.3% (0.5%)	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)
	平均在院日数	11.6	15.0	16.3	17.0	17.9	12.7	9.9	20.3
尿路感染症, 部位不明	症例割合 (0.7%)	0.5% (0.7%)	0.6% (1.0%)	0.9% (1.4%)	1.1% (1.5%)	1.1% (1.6%)	1.1% (1.5%)	1.3% (1.7%)	2.2% (2.5%)
	平均在院日数	11.4	15.2	16.1	16.5	17.1	15.2	14.7	19.8
大腸<結腸>のポリープ	症例割合 (0.2%)	0.7% (0.2%)	0.6% (0.2%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.6% (0.1%)	0.7% (0.1%)
	平均在院日数	1.5	1.8	1.6	1.6	1.5	1.3	1.2	3.1
慢性腎臓病, ステージ5	症例割合 (0.7%)	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.6% (0.8%)	0.7% (0.9%)	0.7% (0.9%)	0.5% (0.7%)	0.4% (0.6%)	0.7% (0.9%)
	平均在院日数	9.6	13.9	12.5	12.5	12.3	9.4	6.7	20.4

※入院初日に地域包括ケア病棟に入院する他の医療機関からの転院入院以外の症例における集計

- 急性期一般入院料1においては、平均在院日数の長い群では重症度、医療・看護必要度基準の該当割合が低く、急性期一般入院料2又は急性期一般入院料4との差が小さかった。

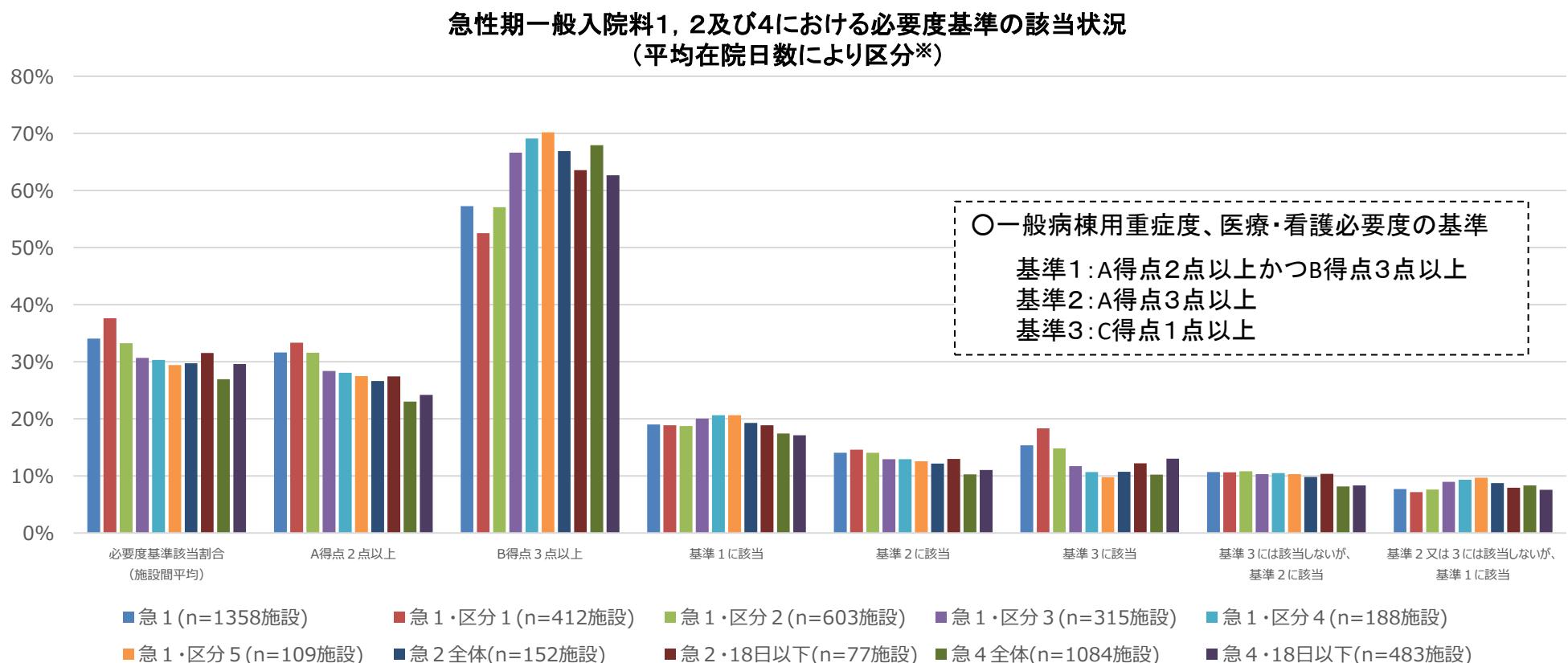
急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当割合  
(平均在院日数により区分\*)



\*急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

- 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、A得点2点以上の割合、基準2に該当する割合、基準3に該当する割合は急性期一般入院料2のうち平均在院日数の短い群との差がみられず、B得点3点以上の割合及び「基準2又は3には該当しないが、基準1に該当する」割合は急性期一般入院料2や急性期一般入院料4よりも高かった。



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

## 平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑦

- 重症度、医療・看護必要度のA項目の該当割合については、急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の短い群は、「専門的な治療・処置」の該当割合が高いが、平均在院日数の長い群では、急性期一般入院料2における該当割合及び急性期一般入院料4のうち、在院日数の短い群における該当割合と大きく変わらなかった。

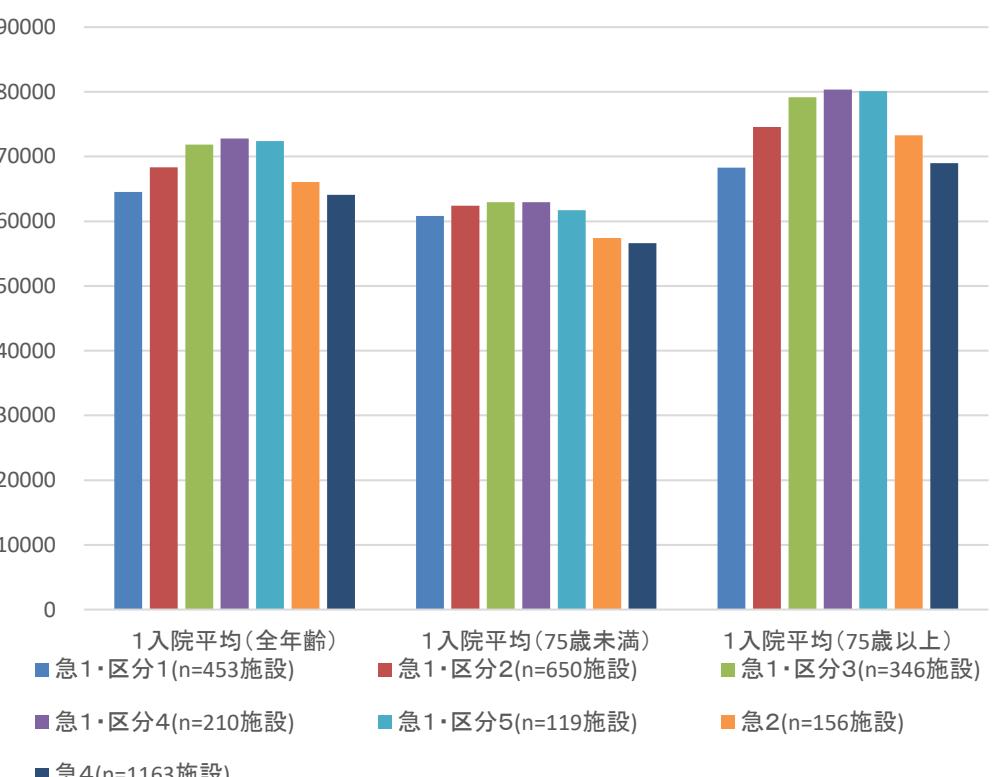
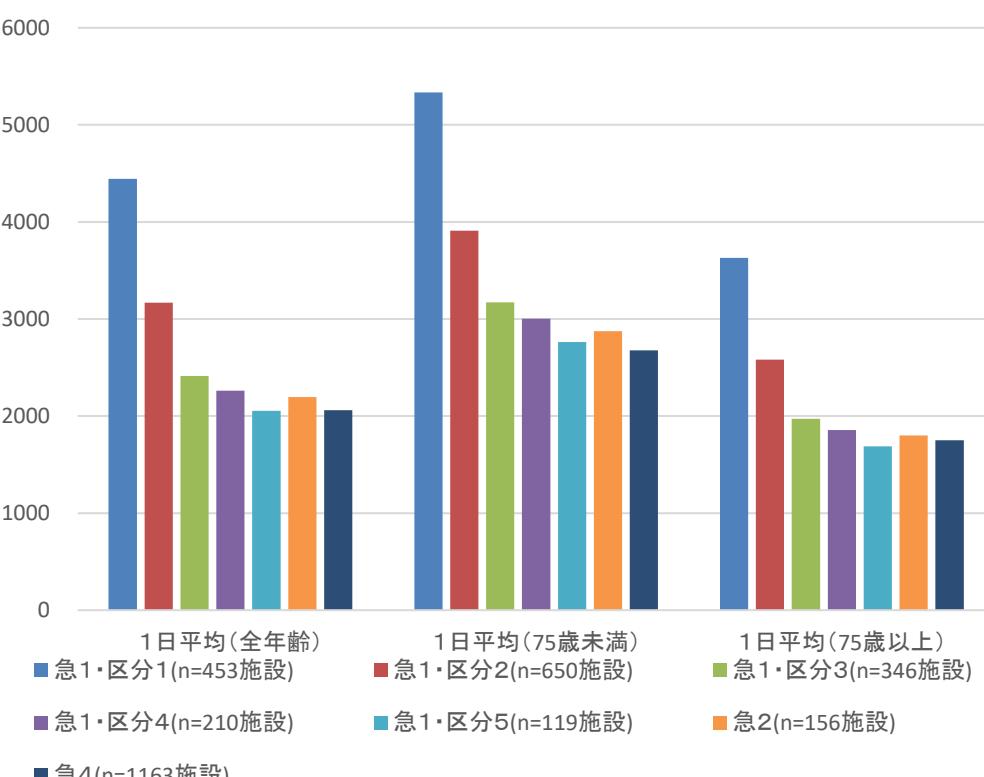
	創傷処置	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理	専門的な治療・処置	救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態					
急1・区分1(n=412施設)	7.3%	12.6%	11.1%	2.9%	2.0%	22.1%	10.6%					
急1・区分2(n=603施設)	7.2%	13.2%	11.3%	3.4%	2.0%	20.0%	10.4%					
急1・区分3(n=315施設)	9.3%	15.1%	11.2%	3.4%	1.6%	15.5%	10.4%					
急1・区分4(n=188施設)	10.1%	16.1%	11.7%	3.4%	1.5%	14.6%	10.6%					
急1・区分5(n=109施設)	11.2%	17.2%	11.8%	3.5%	1.5%	13.4%	10.2%					
急2全体(n=152施設)	10.8%	16.7%	11.1%	3.2%	1.7%	14.2%	8.6%					
急2・18日以下(n=77施設)	8.1%	16.1%	11.4%	2.9%	1.6%	15.4%	9.9%					
急4全体(n=1084施設)	12.2%	17.7%	8.6%	2.2%	1.2%	11.6%	7.6%					
急4・18日以下(n=483施設)	10.9%	15.8%	8.1%	2.3%	1.2%	13.0%	8.8%					
	抗悪性腫瘍剤の使用	抗悪性腫瘍剤の内服の管理	麻薬の使用	麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇圧剤の使用	抗不整脈剤の使用	抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	ドレナージの管理	無菌治療室での治療	
急1・区分1(n=412施設)	1.8%	1.6%	3.1%	1.7%	1.0%	4.6%	2.1%	0.4%	3.8%	7.6%	0.9%	
急1・区分2(n=603施設)	1.6%	1.6%	2.4%	1.8%	0.9%	4.1%	1.8%	0.4%	3.3%	6.4%	1.0%	
急1・区分3(n=315施設)	0.8%	1.2%	1.8%	1.2%	0.5%	3.0%	1.5%	0.4%	3.0%	5.2%	0.5%	
急1・区分4(n=188施設)	0.7%	1.2%	1.7%	1.1%	0.3%	2.8%	1.5%	0.4%	3.1%	4.7%	0.4%	
急1・区分5(n=109施設)	0.6%	1.0%	1.4%	0.9%	0.2%	2.5%	1.5%	0.3%	3.0%	4.4%	0.2%	
急2全体(n=152施設)	0.8%	0.9%	1.7%	1.1%	0.3%	3.0%	1.6%	0.3%	2.6%	4.5%	0.5%	
急2・18日以下(n=77施設)	0.9%	0.9%	1.9%	1.2%	0.4%	3.7%	1.7%	0.4%	2.7%	5.0%	0.1%	
急4全体(n=1084施設)	0.5%	0.6%	1.5%	0.9%	0.1%	2.4%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.1%	
急4・18日以下(n=483施設)	0.7%	0.6%	1.9%	1.0%	0.2%	2.8%	1.4%	0.3%	2.4%	4.6%	0.1%	

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

## 平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑧

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、1入院当たりの出来高実績点数は高いが、入院料等を除いた1日当たりの医療資源投入量は急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と同程度に低かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における1入院当たりの平均出来高実績点数  
(入院料を含む。)急性期一般入院料1, 2及び4における1日当たりの平均医療資源投入量  
※総医療資源投入量から、入院料とリハビリテーションを除く。

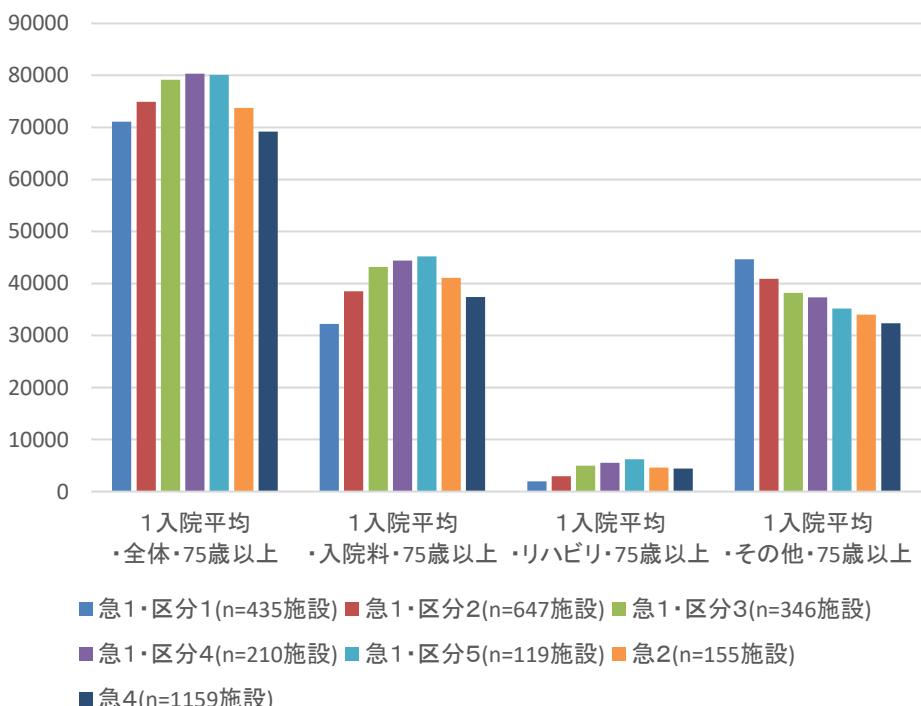
※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

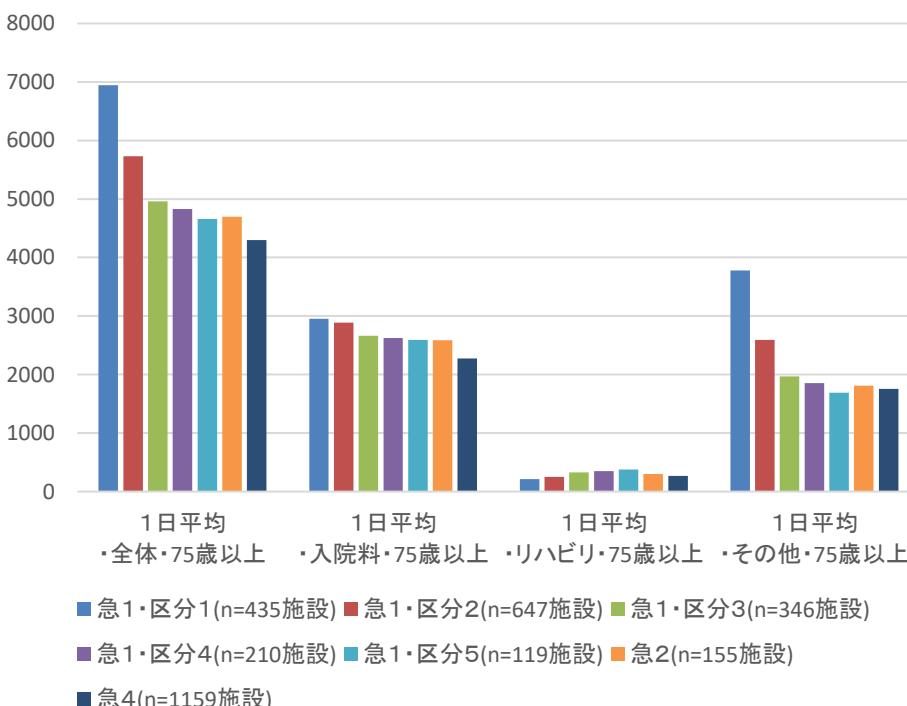
○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、

- ・ 急性期一般入院料2との比較では、1日当たりの入院料の点数及び「その他」の点数は大きく変わらないものの、在院日数が長いことから1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
- ・ 急性期一般入院料4との比較では、1日当たりの「その他」の点数は大きく変わらないものの、入院料の点数が高く、1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
- ・ 急性期一般入院料2と4のいずれとの比較でも、1日当たりのリハビリテーションの点数は高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する  
1入院当たりの医療資源投入量  
(全体、入院料、リハビリテーション、その他)



急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する  
1日当たりの医療資源投入量  
(全体、入院料、リハビリテーション、その他)

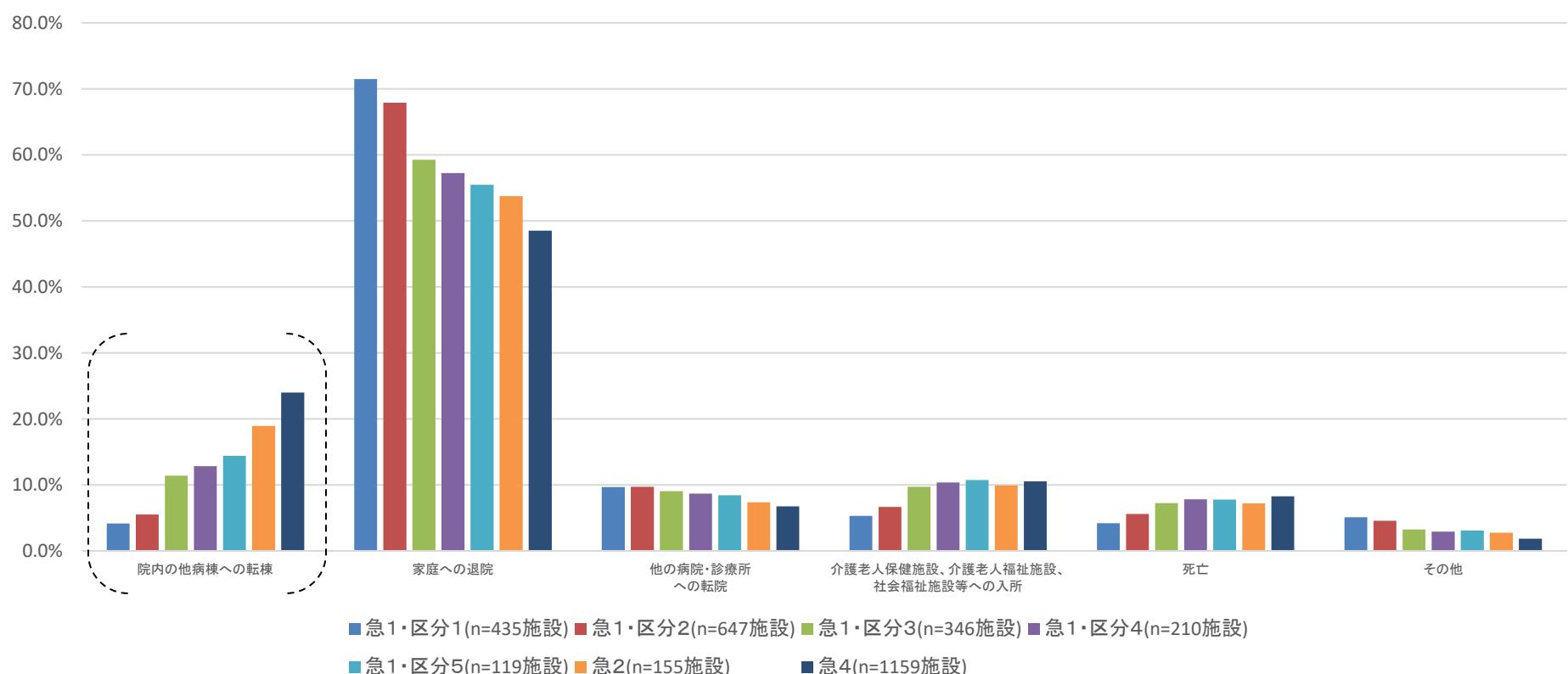


※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群における75歳以上の患者の退院先は、家庭への退院の割合が低く、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等への入所、死亡の割合が高かった。

### 急性期一般入院料1, 2及び4の75歳以上の入院患者における退院先



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

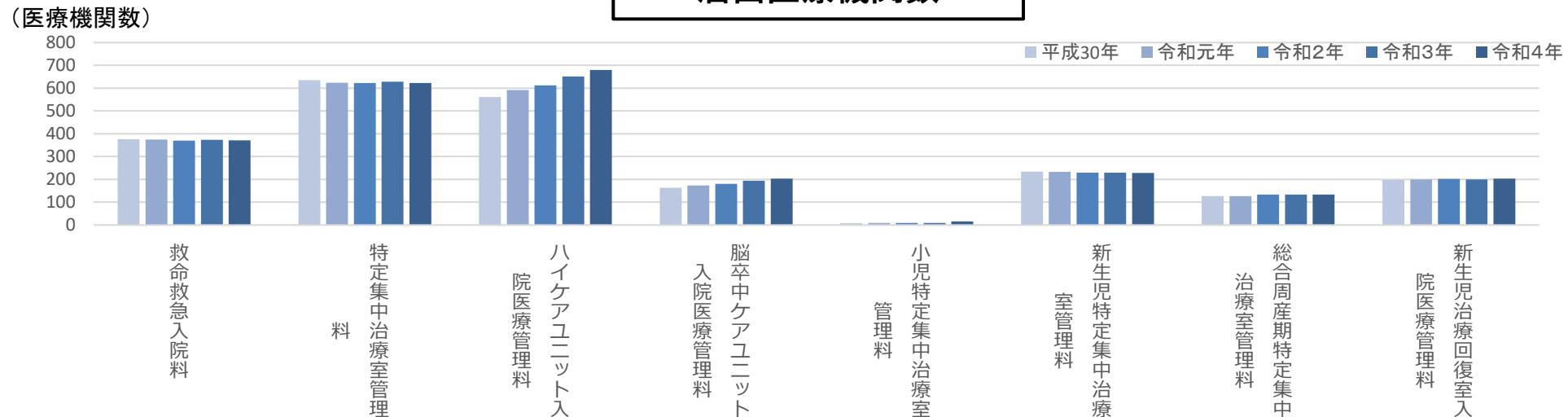
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. 療養病棟入院基本料の医療区分について
4. 論点

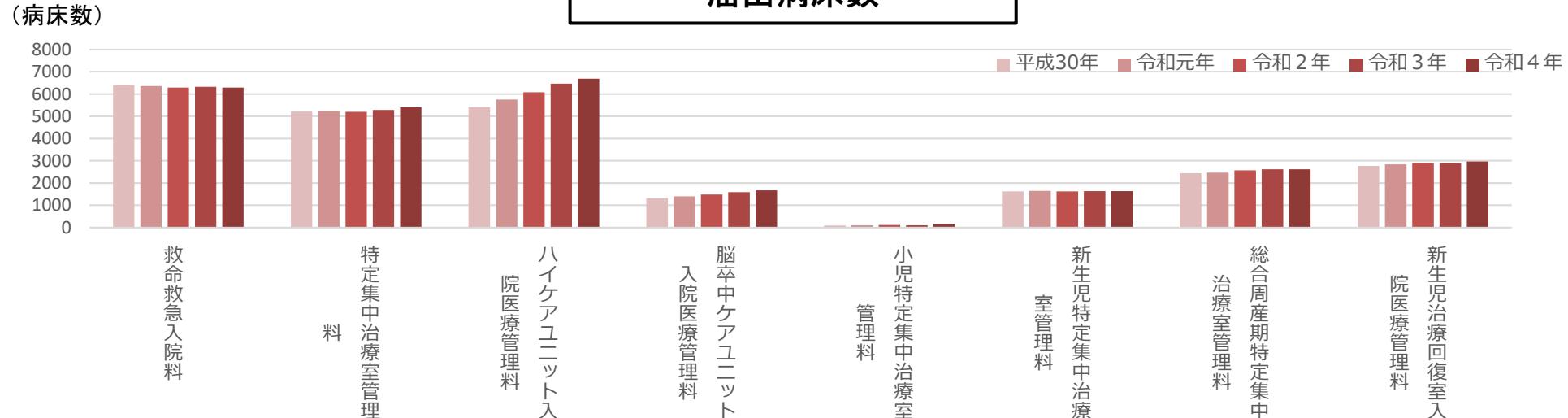
# 救命救急入院料等の届出状況

- 救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

## 届出医療機関数



## 届出病床数



出典:各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

## 特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る評価票

## 【特定集中治療室用】 基準：A得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 輸液ポンプの管理	なし	あり	—
2 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	—	あり
3 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
4 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	—	あり
5 人工呼吸器の装着	なし	—	あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
7 肺動脈圧測定(スワンガントカテーテル)	なし	—	あり
8 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

## (参考) 【一般病棟用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3 注射薬剤3種類以上の管理	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 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(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、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
7 I : 救急搬送後の入院(5日間) II : 救急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

## (参考) 一般病棟用、ハイケアユニット用共通B項目

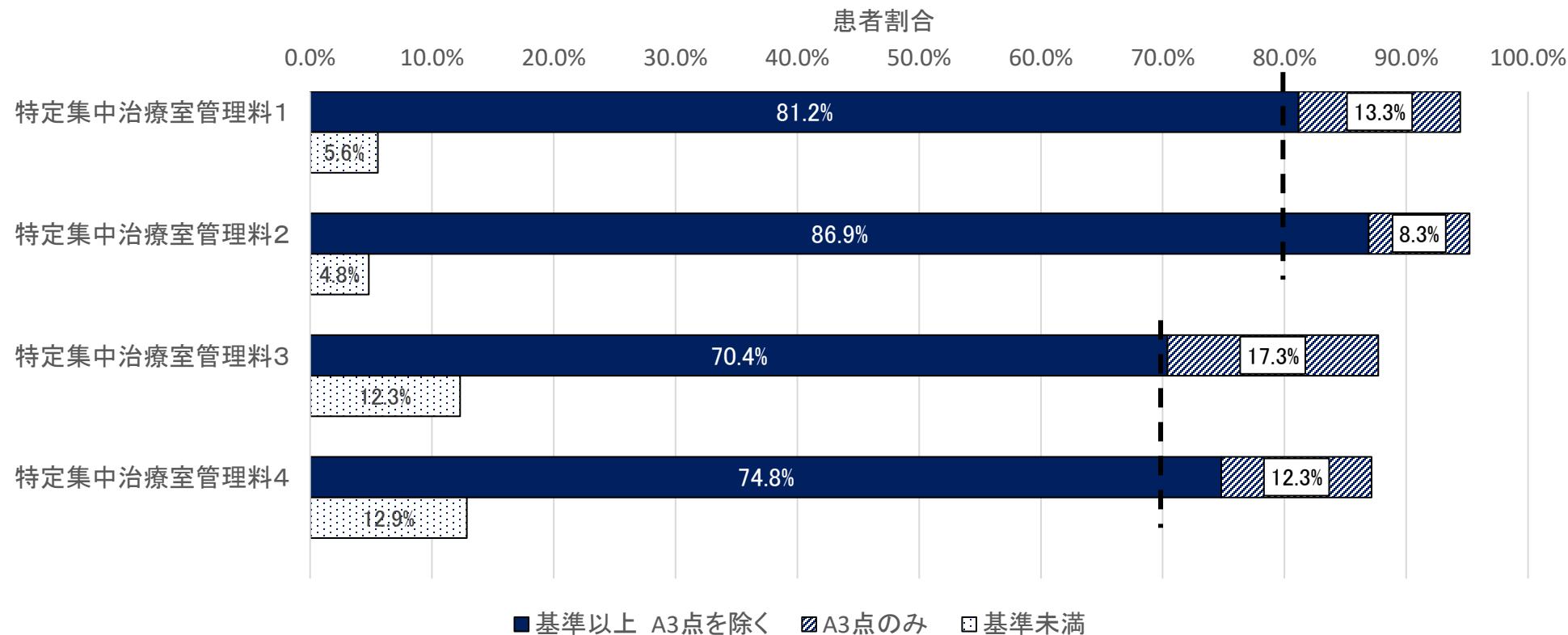
B 患者の状況等	患者の状態			介助の実施
	0点	1点	2点	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	0 1 — —
移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし 実施あり
口腔清潔	自立	要介助	—	実施なし 実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし 実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし 実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—	— 70 — —
危険行動	ない	—	ある	

# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 I

診調組 入-1  
5. 8. 10

- 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 Iについて、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

## 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料1・2 8割以上(重症度、医療・看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療・看護必要度 II)

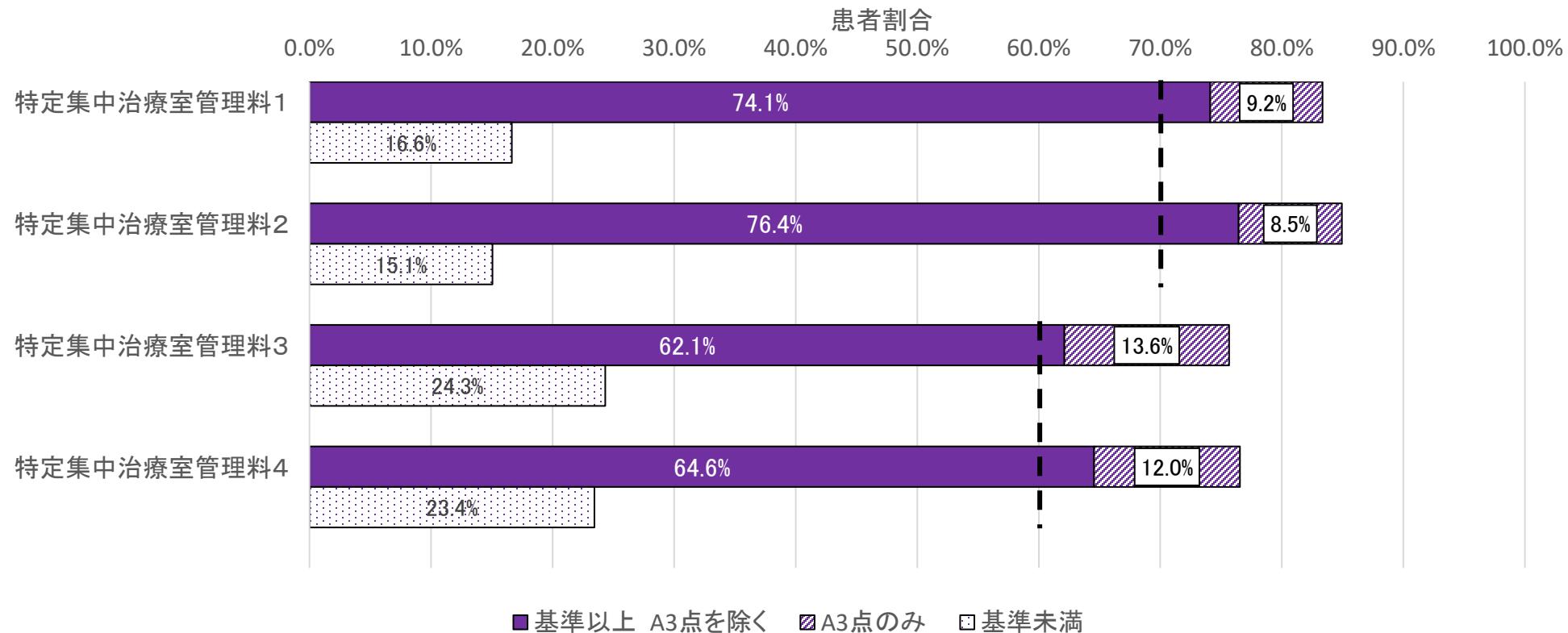
特定集中治療室管理料3・4 7割以上(重症度、医療・看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療・看護必要度 II)

# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

診調組 入-1  
5. 8. 10

- 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱについて、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

## 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

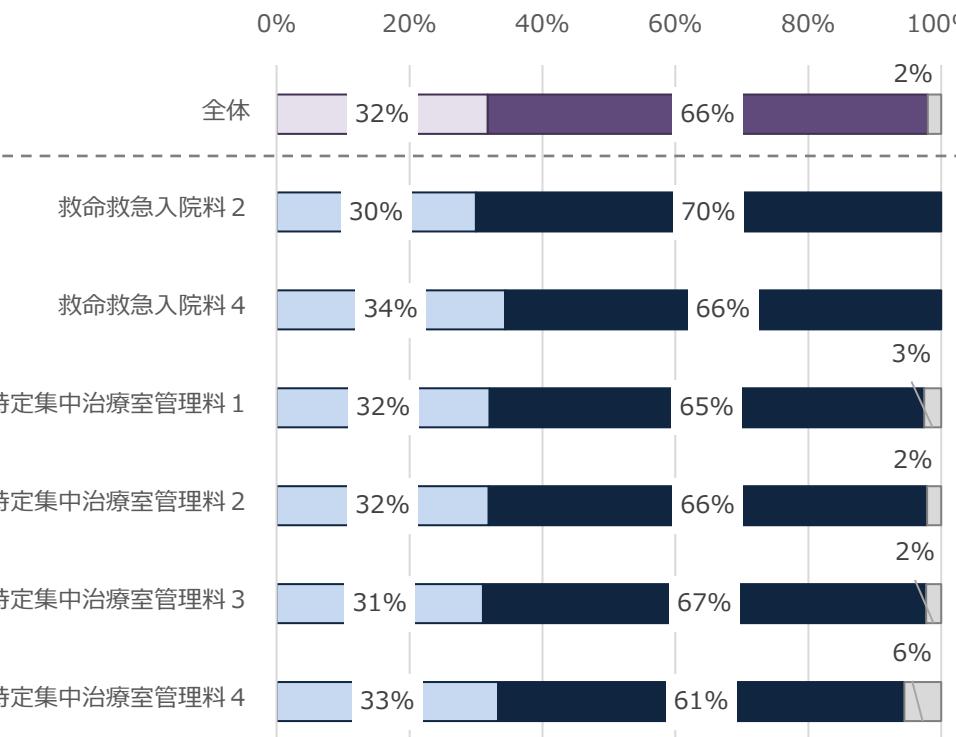
特定集中治療室管理料1・2 8割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)  
特定集中治療室管理料3・4 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 6割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

# 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

診調組 入-5  
5.10.5

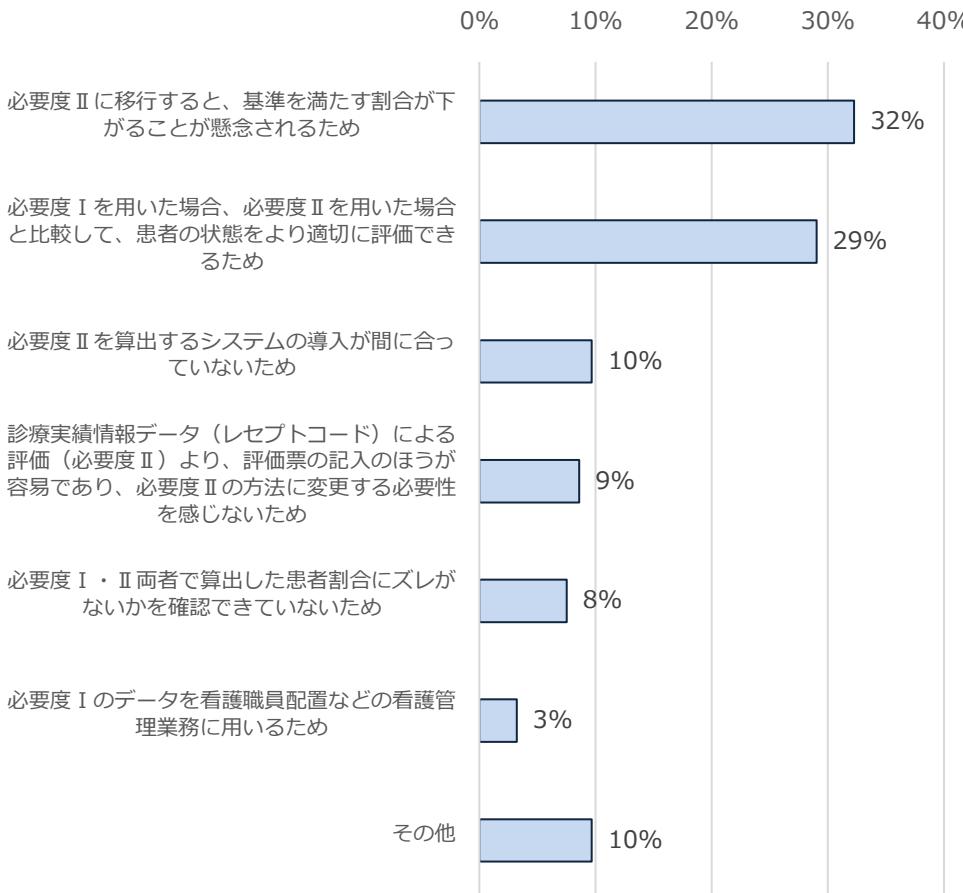
- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出している施設は、約7割であった。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由は、「必要度Ⅱに移行すると、基準を満たす割合が下がることが懸念されるため」が最も多いかった。

## ■特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和5年6月1日時点）



- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ
- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ
- 必要度Ⅰ及び必要度Ⅱの両方を使用している

## ■重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由（最も該当するもの）



## ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

# SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score(TMS)は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 [\text{mmHg}]$	$x > 400$	$400 \geq x > 300$	$300 \geq x > 200$	$200 \geq x > 100$ 呼吸補助下	$100 \geq x$ 呼吸補助下
凝固機能 血小板数 [ $\times 10^3/\text{mm}^3$ ]	$x > 150$	$150 \geq x > 100$	$100 \geq x > 50$	$50 \geq x > 20$	$20 \geq x$
肝機能 ビリルビン値 [mg/dL]	$< 1.2$	$1.2 \sim 1.9$	$2.0 \sim 5.9$	$6.0 \sim 11.9$	$> 12.0$
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧 $< 70$ mmHg	ドバミン $\leq 5\gamma$ あるいはドブタミン 投与 (投与量を問わない)	ドバミン $> 5\gamma$ あるいはエビネフリン $\leq 0.1\gamma$ あるいはノルエビネフリン $\leq 0.1\gamma$	ドバミン $> 15\gamma$ あるいはエビネフリン $> 0.1\gamma$ あるいはノルエビネフリン $> 0.1\gamma$
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14~13	12~10	9~6	6未満
腎機能 クリアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9 あるいは尿量が500mL/日未満	$> 5.0$ あるいは尿量が200mL/日未満

- SOFAスコアによる評価についての議論及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直しについての議論を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響のシミュレーションについては、以下の内容を組み合わせて実施することとしてはどうか。

### 1. 重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合 への影響	見直し案1	見直し案2
(1) A-1:輸液ポンプの管理	項目を削除する。	ICU1,2: -9.1% ICU3,4: -13.5%	○	○
(2) A-2:動脈圧測定（動脈ライン）	得点を1点に変更する。	ICU1,2:-8.3% ICU3,4:-10.9%		○
(3) 基準値	2点以上の場合に該当とする。	ICU1,2:+8.1% ICU3,4:+11.7%	○	○



### 2. SOFAスコアによる評価対象施設の基準設定

対象	変更内容	基準の候補
(1) 特定集中治療室管理料1及び2	入室日のSOFAスコアが5点以上の患者割合が一定以上ある場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上
(2) 特定集中治療室管理料3及び4	入室日のSOFAスコアが3点以上の患者割合が一定以上ある場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上

※ 救命救急入院料2・4についても、1. の項目及び該当基準の見直しを行った場合のシミュレーションを行う。

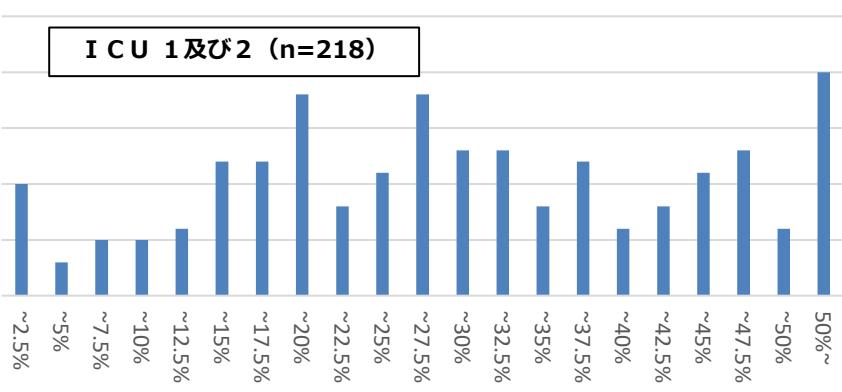
# 入室日のSOFAスコアが一定以上の患者の割合

中医協 総-5  
5. 12. 22

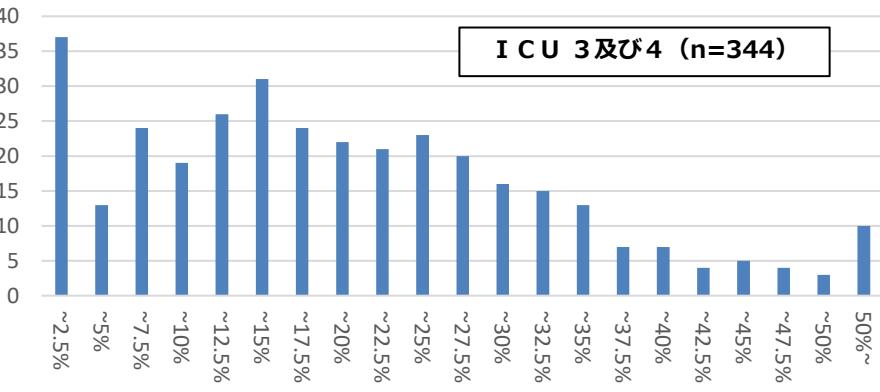
- 特定集中治療室における入室日のSOFAスコアが5点以上又は3点以上である患者割合の分布は以下のとおり。

## 各特定集中治療室における入室日にSOFA 5点以上である患者割合の分布

(治療室数)

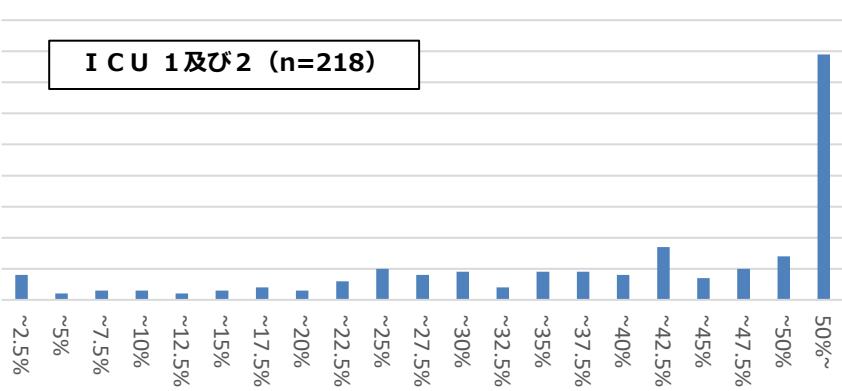


(治療室数)

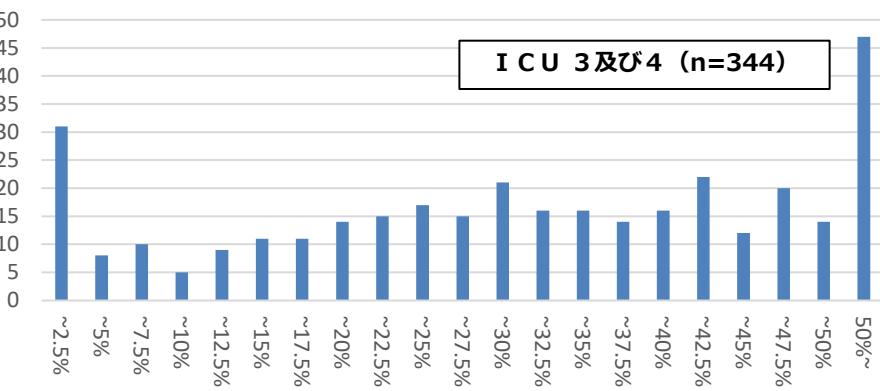


## 各治療室における入室日にSOFA 3点以上である患者割合の分布

(治療室数)



(治療室数)



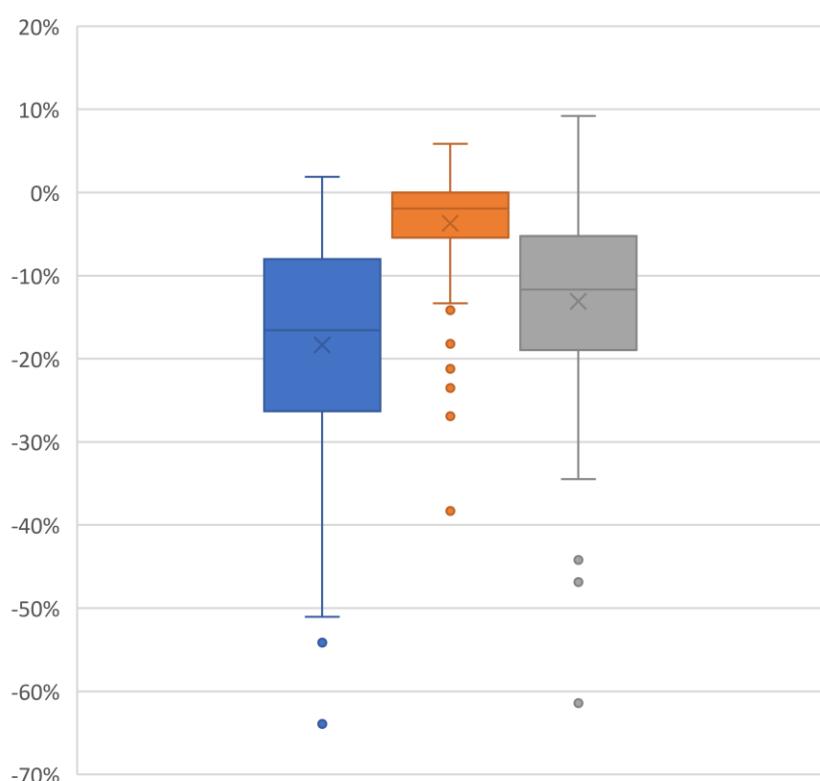
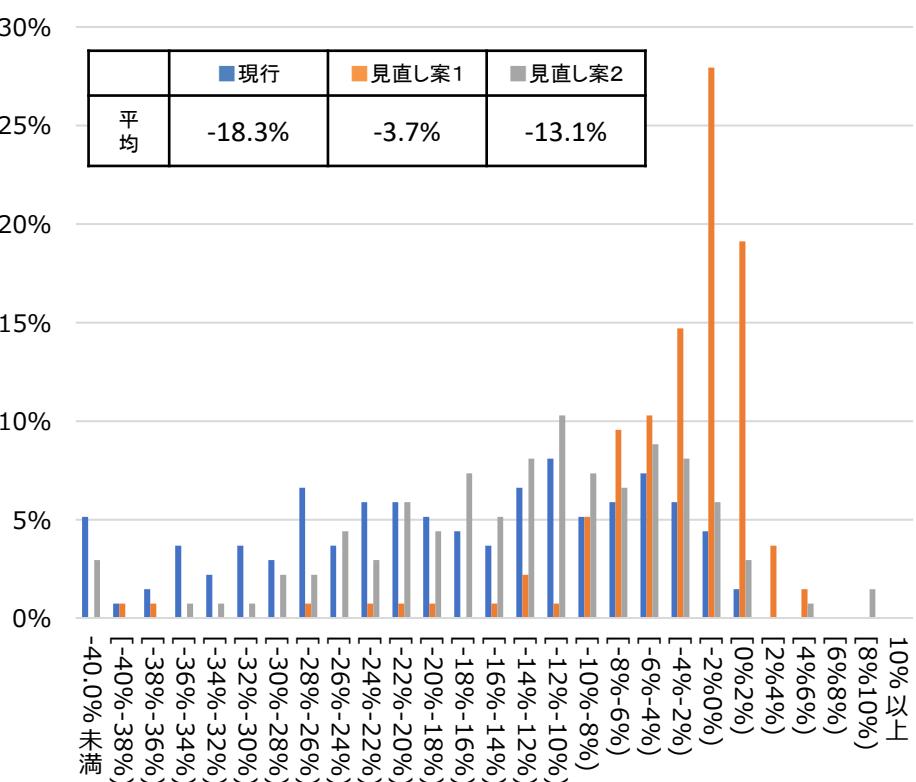
# 特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差

- 特定集中治療室管理料のうち必要度Ⅰの届出施設においては、現行では必要度Ⅱを用いた場合に該当患者割合が大きく低下するが、見直し後の該当患者割合においては、必要度ⅠとⅡの間の差が小さくなっていた。

## 特定集中治療室管理料のうち必要度Ⅰの届出治療室（n=136）について必要度Ⅱを用いて評価した場合の各治療室における該当患者割合の差の分布

※必要度Ⅱを用いた場合の割合 - 現行（必要度Ⅰ）の割合

■現行の該当患者割合における差 ■見直し案1による該当患者割合における差 ■見直し案2による該当患者割合による差



# 特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度における レセプト電算処理システム用コードを用いた評価

参考  
中医協 総-3  
4. 1. 12

- 対象データセットにおけるA項目の該当患者割合について、現行の評価法とレセプト電算処理システムを用いた評価における項目別の差の平均は以下のとおり。

特定集中治療室用  
重症度、医療看護必要度のA項目

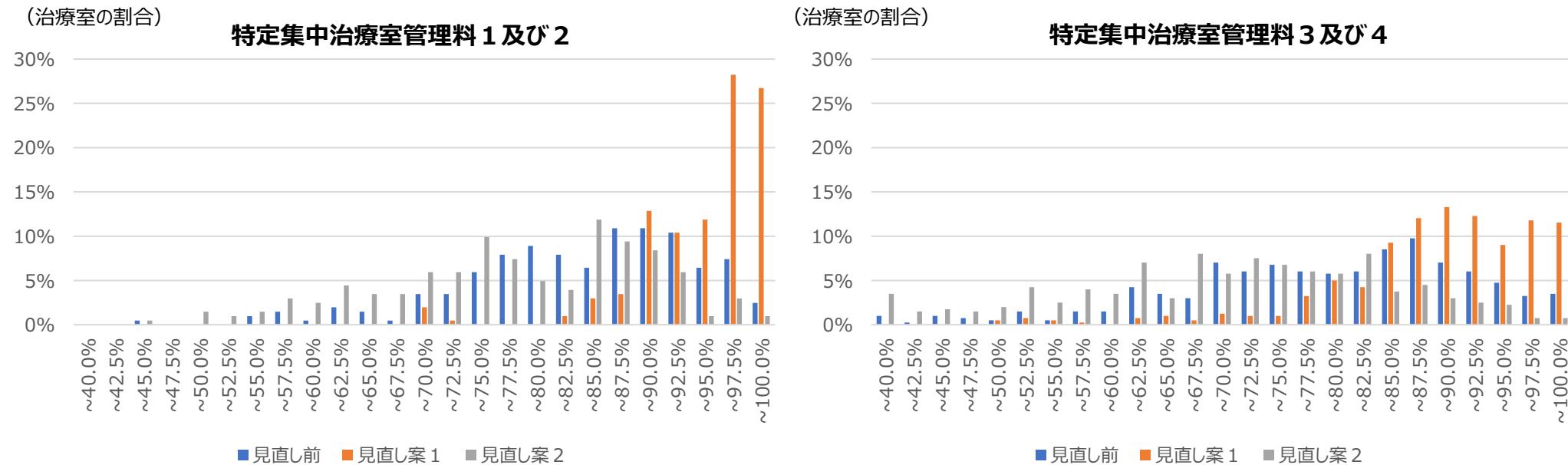
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定(スワンガントカテーテル)	なし		あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし		あり

現行の評価法と、  
レセプト電算処理システムコードを用いた評価について、  
A項目の項目別の該当患者割合の差の平均

	A項目の項目別の差	
	全項目平均	「心電図モニターの管理」の項目を除いた平均
入院料全て (※)	-14.3%	-9.2%
救命救急入院料 2	-17.0%	-11.5%
救命救急入院料 4	-15.8%	-9.4%
特定集中治療室管理料 1	-20.0%	-14.1%
特定集中治療室管理料 2	-17.4%	-11.4%
特定集中治療室管理料 3	-17.6%	-12.5%
特定集中治療室管理料 4	-18.5%	-12.4%

# 特定集中治療室管理料におけるシミュレーション結果

## 特定集中治療室管理料における現行及び見直し後の該当患者割合の分布



※ 必要度 I の届出治療室(ICU1,2のうち55、ICU3,4のうち80の治療室)についても必要度 II を用いて集計。

出典:DPCデータ(令和5年1月～3月)※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者日が延べ50日以上の治療室のみ抽出。

# 特定集中治療室管理料 1 及び 2 における判定基準等の見直し（案）

## 該当患者割合が基準を満たす治療室の割合の増減(n=202)及び判定基準の見直し（案）

(見直し前から全てのICU1,2が必要度Ⅱを用いた場合の割合との比較)

見直し後の基準(案)

現行：89.2% ※判定基準：70%（必要度Ⅱ）



見直し案 1

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	70%	72%	74%	76%	78%	80%	82%	84%	86%	88%	90%
入室時SOFAスコア 5点以上の 患者割合	<b>10.0%</b> <b>12.5%</b> <b>15.0%</b>	1.0% -3.0% -7.9%	-1.0% -4.9% -9.9%	-1.5% -5.4% -9.9%	-1.5% -5.4% -9.9%	-1.5% -5.4% -9.9%	-1.5% -5.4% -9.9%	-2.5% -6.4% -9.9%	-3.0% -6.9% -10.8%	-5.4% -8.9% -11.3%	-9.4% -12.3% -13.3%	-19.2% -20.7% -24.6%

見直し案 2

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	50%	52%	54%	56%	58%	60%	62%	64%	66%	68%	70%
入室時SOFAスコア 5点以上の 患者割合	<b>10.0%</b> <b>12.5%</b> <b>15.0%</b>	1.0% -3.0% -7.9%	-1.0% -3.9% -8.9%	-2.0% -4.4% -9.4%	-2.0% -4.4% -9.4%	-3.0% -5.4% -10.3%	-4.9% -6.9% -12.3%	-7.4% -9.4% -14.8%	-10.3% -12.3% -14.8%	-12.8% -17.2% -18.2%	-15.3% -20.2% -20.2%	-18.7% -24.1% -23.2%

(現行の届出区分に基づく基準を満たす割合との比較)

現行：94.0% ※判定基準：80%(必要度Ⅰ)、70%（必要度Ⅱ）



見直し案 1

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	70%	72%	74%	76%	78%	80%	82%	84%	86%	88%	90%
入室時SOFAスコア 5点以上の 患者割合	<b>10.0%</b> <b>12.5%</b> <b>15.0%</b>	-6.9% -10.8% -15.8%	-8.9% -12.8% -17.7%	-9.4% -13.3% -17.7%	-9.4% -13.3% -17.7%	-9.4% -13.3% -17.7%	-9.4% -14.3% -17.7%	-10.3% -14.8% -18.7%	-10.8% -16.7% -19.2%	-13.3% -20.2% -21.2%	-17.2% -28.6% -24.1%	-27.1% -32.6% -32.5%

見直し案 2

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	50%	52%	54%	56%	58%	60%	62%	64%	66%	68%	70%
入室時SOFAスコア 5点以上の 患者割合	<b>10.0%</b> <b>12.5%</b> <b>15.0%</b>	-6.9% -10.8% -15.8%	-8.9% -11.8% -16.7%	-9.9% -12.3% -17.2%	-10.8% -13.3% -18.2%	-12.8% -14.8% -19.7%	-15.3% -17.2% -21.7%	-18.2% -20.2% -24.6%	-20.7% -22.7% -26.1%	-23.2% -25.1% -28.1%	-26.6% -28.1% -31.0%	-31.0% -32.0% -35.0%

\* 必要度Ⅰの届出治療室(ICU1,2のうち55の治療室)についても必要度Ⅱを用いて集計。

出典:DPCデータ(重症度、医療看護必要度は令和5年1月～3月、SOFAは令和4年4月～令和5年3月のデータを使用。)※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者日が延べ50日以上の治療室のみ抽出。

# 特定集中治療室管理料3及び4における判定基準等の見直し（案）

## 該当患者割合が基準を満たす治療室の割合の増減(n=317)及び判定基準の見直し（案）

(見直し前から全てのICU3,4が必要度Ⅱを用いた場合の割合との比較)

見直し後の基準(案)

現行：89.6% ※判定基準：60%（必要度Ⅱ）



見直し案1

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	70%	72%	74%	76%	78%	80%	82%	84%	86%	88%	90%
入室時SOFAスコア	<b>10.0%</b>	-3.7%	-5.3%	-5.6%	-6.5%	-7.1%	-8.1%	-8.4%	-9.0%	-10.3%	-11.2%	-14.4%
3点以上の患者割合	<b>12.5%</b>	-6.8%	-8.4%	-8.7%	-9.7%	-10.3%	-10.9%	-11.2%	-11.9%	-13.1%	-13.8%	-16.9%
	<b>15.0%</b>	-9.4%	-10.6%	-10.9%	-11.9%	-12.5%	-13.1%	-13.5%	-14.1%	-15.3%	-16.0%	-18.8%

見直し案2

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	50%	52%	54%	56%	58%	60%	62%	64%	66%	68%	70%
入室時SOFAスコア	<b>10.0%</b>	-3.7%	-13.1%	-16.3%	-19.1%	-22.0%	-25.4%	-28.3%	-33.3%	-35.9%	-39.3%	-45.0%
3点以上の患者割合	<b>12.5%</b>	-6.8%	-15.7%	-18.8%	-21.7%	-23.9%	-27.3%	-29.9%	-34.9%	-37.1%	-40.3%	-45.6%
	<b>15.0%</b>	-9.4%	-17.6%	-20.7%	-23.5%	-25.8%	-28.9%	-30.8%	-35.9%	-37.7%	-40.9%	-46.3%

(現行の届出区分に基づく基準を満たす割合との比較)

現行：97.0% ※判定基準：70%(必要度Ⅰ)、60%（必要度Ⅱ）



見直し案1

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	70%	72%	74%	76%	78%	80%	82%	84%	86%	88%	90%
入室時SOFAスコア	<b>10.0%</b>	-11.6%	-13.1%	-13.4%	-14.4%	-15.0%	-16.0%	-16.3%	-16.9%	-18.2%	-19.1%	-22.3%
3点以上の患者割合	<b>12.5%</b>	-14.7%	-16.3%	-16.6%	-17.5%	-18.2%	-18.8%	-19.1%	-19.8%	-21.0%	-21.7%	-24.8%
	<b>15.0%</b>	-17.2%	-18.5%	-18.8%	-19.8%	-20.4%	-21.0%	-21.3%	-22.0%	-23.2%	-23.9%	-26.7%

見直し案2

重症度、医療・看護必要度の判定基準												
	0%	50%	52%	54%	56%	58%	60%	62%	64%	66%	68%	70%
入室時SOFAスコア	<b>10.0%</b>	-11.6%	-21.0%	-24.2%	-27.0%	-29.9%	-33.3%	-36.2%	-41.2%	-43.7%	-47.2%	-52.9%
3点以上の患者割合	<b>12.5%</b>	-14.7%	-23.5%	-26.7%	-29.5%	-31.7%	-35.2%	-37.7%	-42.8%	-45.0%	-48.1%	-53.5%
	<b>15.0%</b>	-17.2%	-25.4%	-28.6%	-31.4%	-33.6%	-36.8%	-38.7%	-43.7%	-45.6%	-48.8%	-54.1%

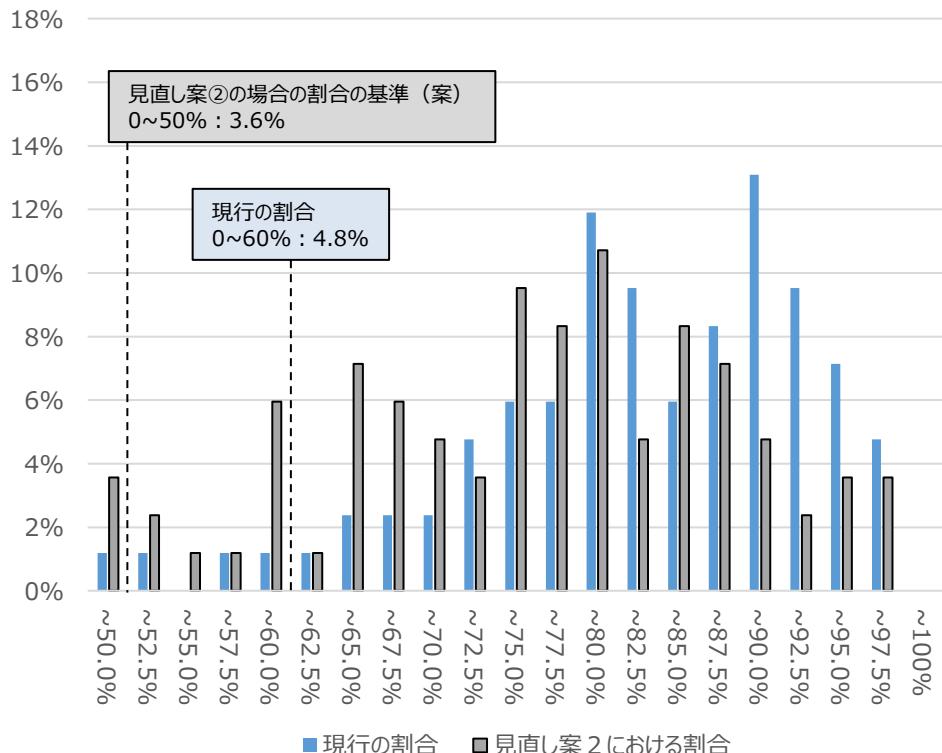
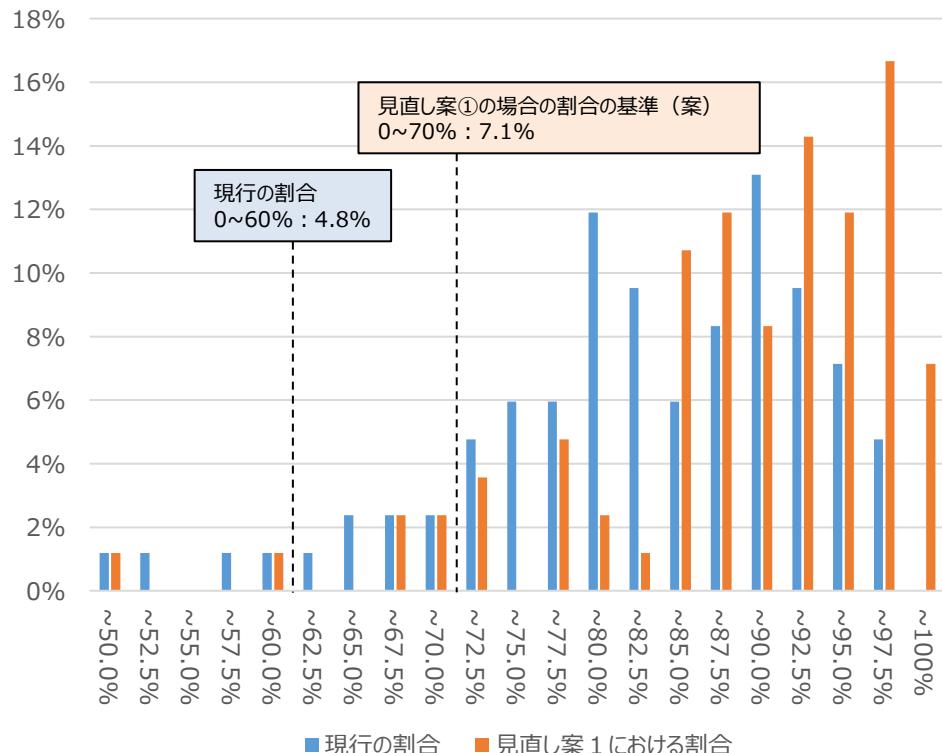
\* 必要度Ⅰの届出治療室(ICU3,4のうち80の治療室)についても必要度Ⅱを用いて集計。

出典:DPCデータ(重症度、医療看護必要度は令和5年1月～3月、SOFAは令和4年4月～令和5年3月のデータを使用。)※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者日が延べ50日以上の治療室のみ抽出。

# 救命救急入院料2及び4におけるシミュレーション結果及び基準の見直し（案）

## 救命救急入院料2及び4における現行及び見直し後の該当患者割合(n=84)並びに基準の見直し（案）

現行の基準：7割又は6割  
(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

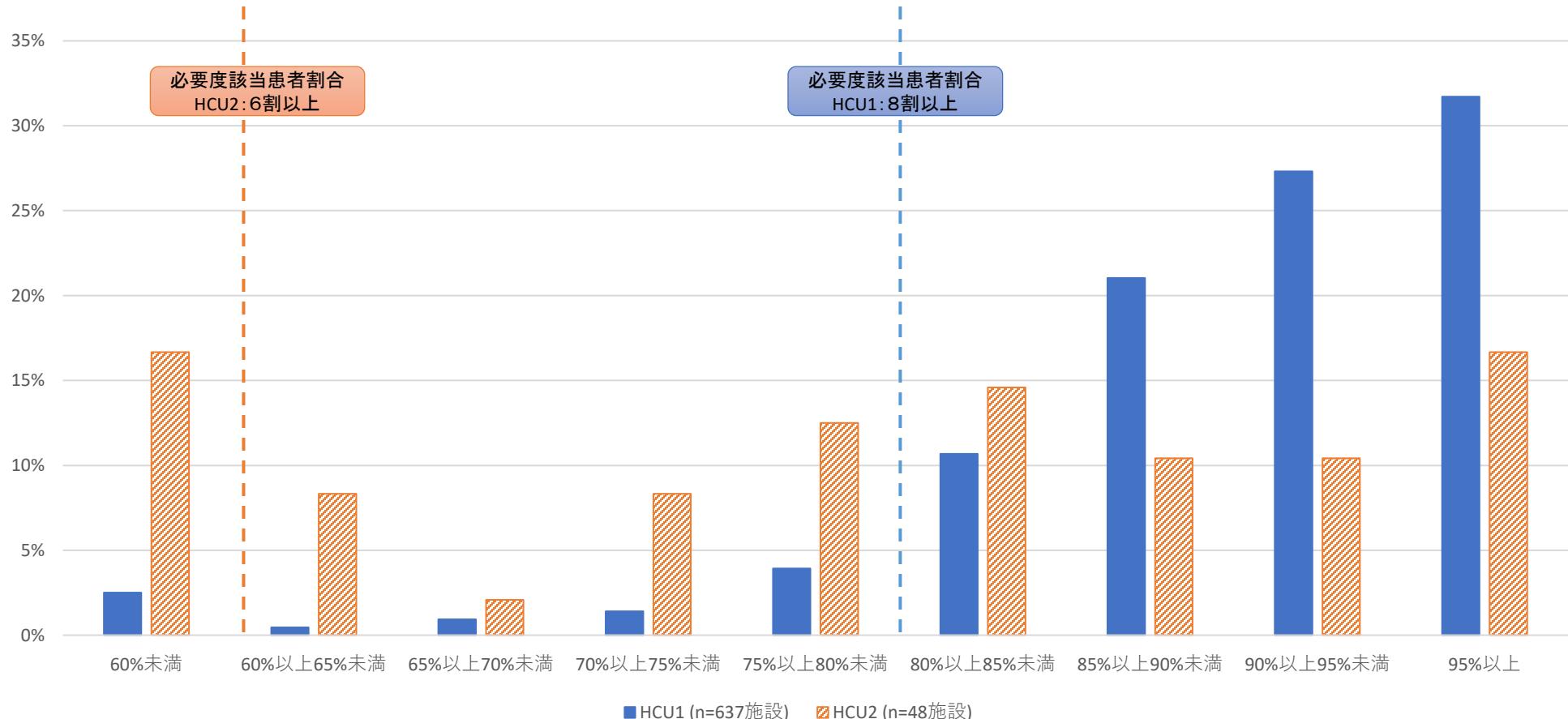


※ 必要度Iの届出治療室(救命救急入院料2,4のうち22の治療室)についても必要度IIを用いて集計。

# HCUにおける治療室別の該当患者割合

診調組 入-1  
5. 8. 10

- ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、管理料1では該当患者割合が95%以上の治療室が最も多かった。



出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

※令和4年4月1日以降に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に転棟又は退院した症例を集計(新型コロナ患者を除く。)

- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度については、これまでの議論を踏まえ、個別項目の要件及び該当基準の見直しを行うとともに、各項目について重みづけを行う観点から、一部の項目の該当患者割合を全体の該当患者割合とは別で確認することとしてはどうか。

## 1. 個別項目の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合 への影響
(1) A-1:創傷処置	一般病棟用の必要度Ⅱにおける同項目の評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合には評価対象外とする。	HCU1:-1.2% HCU2:-1.4%
(2) A-3:呼吸ケア	一般病棟用の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	HCU1:-6.9% HCU2:-6.0%
(3) A-4:点滴ライン同時3本以上の管理	一般病棟用の「注射薬剤3種類以上の管理」と同様の項目にした上で、入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	HCU1:-0.2% HCU2:+0.5%
(4) 対象項目	以下の項目を削除した上で、該当基準を「A3点以上かつB4点以上」から「A1点以上」に変更する。 A-5:心電図モニターの管理 A-6:輸液ポンプの管理	HCU1:+4.7% HCU2:+9.7%

## 2. 各項目の重みづけ等を踏まえた該当基準の見直し

該当患者割合①
個別の項目のうち以下のうちいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合①とする。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・蘇生術の施行</li> <li>・中心静脈圧測定（静脈ライン）</li> <li>・人工呼吸器の装着</li> <li>・輸血や血液製剤の管理</li> <li>・肺動脈圧測定（スワンガントカテーテル）</li> <li>・特殊な治療法等</li> </ul>



該当患者割合②
全項目のいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合②とする。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・創傷処置</li> <li>・蘇生術の施行</li> <li>・呼吸ケア</li> <li>・注射薬剤3種類以上の管理</li> <li>・動脈圧測定（動脈ライン）</li> <li>・シリンジポンプの管理</li> <li>・中心静脈圧測定（静脈ライン）</li> <li>・人工呼吸器の装着</li> <li>・輸血や血液製剤の管理</li> <li>・肺動脈圧測定（スワンガントカテーテル）</li> <li>・特殊な治療法等</li> </ul>

※ これらの見直しに加えて、レセプト電算処理システムコードを用いて評価を行った場合のシミュレーションもあわせて行う。

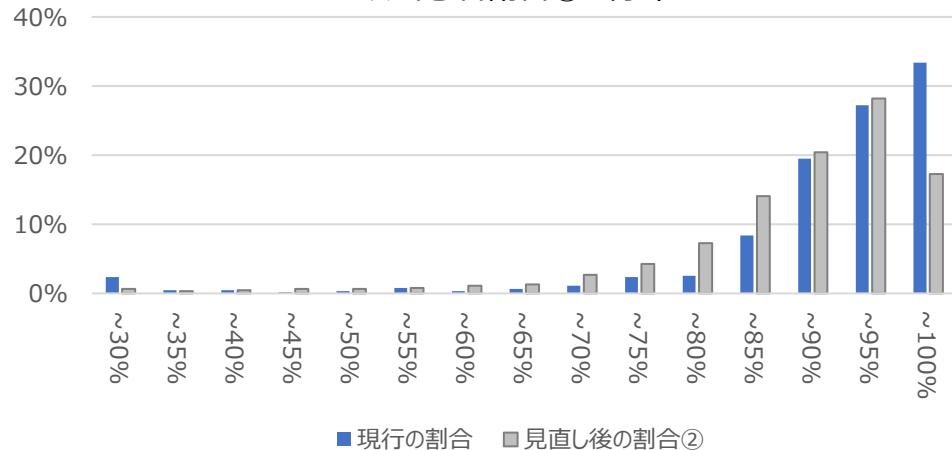
# ハイケアユニット入院医療管理料1におけるシミュレーション結果

ハイケアユニット入院医療管理料1  
n=632

該当患者割合①の分布



該当患者割合②の分布



		平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行の該当患者割合		88.0%	77.6%	85.0%	87.9%	90.2%	92.2%	94.1%	95.4%	97.1%	98.9%
見直し後	該当患者割合①	27.5%	10.2%	14.7%	18.8%	22.2%	25.8%	29.3%	33.8%	39.5%	47.1%
	該当患者割合②	85.7%	71.3%	79.9%	83.7%	86.6%	89.2%	91.1%	92.5%	94.5%	96.6%
レセプト用電算処理システムコードを用いて集計した場合	該当患者割合①	31.5%	13.7%	18.3%	22.6%	26.7%	30.3%	33.6%	38.1%	43.2%	51.6%
	該当患者割合②	83.9%	67.8%	77.1%	80.9%	83.8%	87.1%	89.3%	91.4%	93.8%	96.5%

# ハイケアユニット入院医療管理料1における判定基準の見直し（案）

## 該当患者割合の基準を満たす治療室の増減

見直し後の基準(案)

現行：88.4%（判定基準：80%）n=632

見直し後（現行の重症度、医療・看護必要度の見直し）

該当患者割合 ②	該当患者割合①										
	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
75%	-5.5%	-7.4%	-8.9%	-10.3%	-11.6%	-13.6%	-15.5%	-17.9%	-20.1%	-22.5%	-24.8%
76%	-5.9%	-7.8%	-9.2%	-10.6%	-11.9%	-13.9%	-15.8%	-18.2%	-20.3%	-22.6%	-25.0%
77%	-7.1%	-8.9%	-10.3%	-11.7%	-13.0%	-14.9%	-16.8%	-19.0%	-20.9%	-23.1%	-25.5%
78%	-8.5%	-10.3%	-11.7%	-13.1%	-14.4%	-16.1%	-17.7%	-19.9%	-21.8%	-23.9%	-26.3%
79%	-10.3%	-12.0%	-13.3%	-14.7%	-16.0%	-17.7%	-19.3%	-21.5%	-23.4%	-25.3%	-27.5%
80%	-12.0%	-13.8%	-15.0%	-16.5%	-17.6%	-19.3%	-20.9%	-22.8%	-24.5%	-26.1%	-28.3%
81%	-14.4%	-16.1%	-17.4%	-18.7%	-19.8%	-21.5%	-23.1%	-25.0%	-26.6%	-28.2%	-30.4%
82%	-16.1%	-17.9%	-19.1%	-20.4%	-21.5%	-23.1%	-24.5%	-26.3%	-27.7%	-29.3%	-31.5%
83%	-19.5%	-21.0%	-22.2%	-23.3%	-24.4%	-25.9%	-27.2%	-28.8%	-30.2%	-31.5%	-33.5%
84%	-21.8%	-23.3%	-24.4%	-25.5%	-26.6%	-27.8%	-29.1%	-30.4%	-31.5%	-32.8%	-34.8%
85%	-24.8%	-26.3%	-27.1%	-28.2%	-29.3%	-30.2%	-31.5%	-32.3%	-33.4%	-34.7%	-36.7%

見直し後（レセプト電算処理システムコードを用いた評価の場合）

該当患者割合 ②	該当患者割合①										
	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
75%	-8.2%	-8.5%	-9.5%	-10.1%	-11.2%	-12.2%	-13.3%	-15.2%	-16.3%	-18.0%	-19.1%
76%	-8.5%	-8.9%	-9.8%	-10.4%	-11.6%	-12.5%	-13.6%	-15.5%	-16.6%	-18.4%	-19.5%
77%	-10.1%	-10.4%	-11.4%	-12.0%	-13.1%	-14.1%	-15.0%	-16.8%	-17.9%	-19.5%	-20.6%
78%	-12.3%	-12.7%	-13.6%	-14.2%	-15.3%	-16.3%	-17.2%	-19.0%	-20.1%	-21.5%	-22.6%
79%	-15.5%	-15.7%	-16.5%	-17.1%	-18.0%	-18.8%	-19.8%	-21.4%	-22.2%	-23.6%	-24.7%
80%	-18.0%	-18.2%	-18.8%	-19.5%	-20.4%	-21.2%	-22.2%	-23.7%	-24.5%	-25.9%	-27.1%
81%	-20.3%	-20.4%	-21.0%	-21.5%	-22.5%	-23.3%	-24.2%	-25.8%	-26.6%	-28.0%	-28.8%
82%	-23.1%	-23.3%	-23.9%	-24.4%	-25.3%	-25.9%	-26.9%	-28.5%	-29.1%	-30.4%	-31.2%
83%	-26.3%	-26.4%	-26.7%	-27.2%	-28.0%	-28.6%	-29.6%	-30.9%	-31.5%	-32.6%	-33.4%
84%	-30.4%	-30.4%	-30.5%	-30.9%	-31.5%	-32.1%	-33.1%	-34.3%	-35.0%	-35.9%	-36.7%
85%	-33.4%	-33.4%	-33.5%	-33.9%	-34.5%	-35.0%	-35.9%	-37.0%	-37.7%	-38.6%	-39.4%

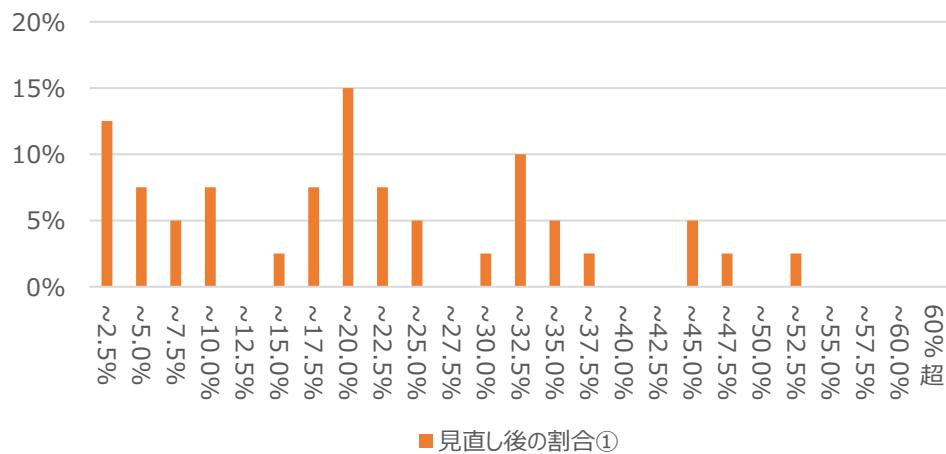
出典:DPCデータ(令和5年1月～3月)※当該期間における重症度、医療・看護必要度の評価対象者日が延べ50日以上の治療室のみ抽出。

# ハイケアユニット入院医療管理料2におけるシミュレーション結果

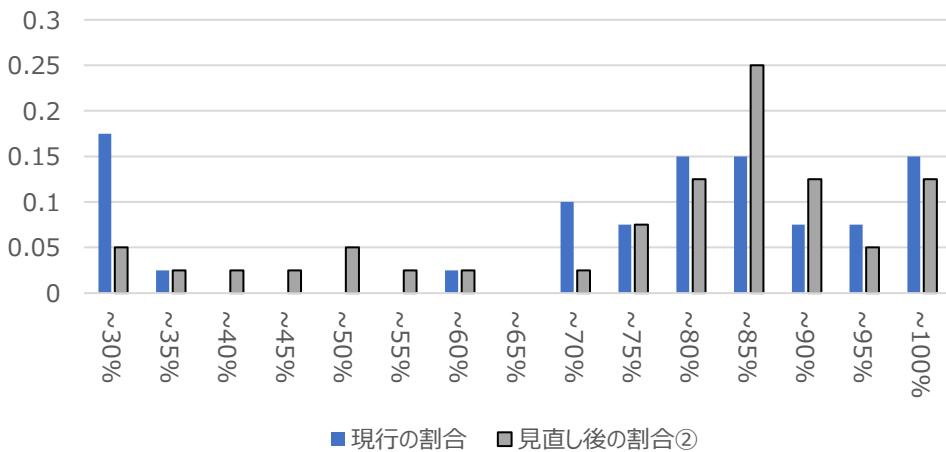
## ハイケアユニット入院医療管理料2

n=40

該当患者割合①の分布



該当患者割合②の分布



		平均	10%tile	20%tile	30%tile	40%tile	50%tile	60%tile	70%tile	80%tile	90%tile
現行の該当患者割合		68.2%	6.0%	39.4%	68.6%	75.4%	79.1%	81.8%	85.6%	92.9%	97.2%
見直し後	該当患者割合①	19.5%	1.1%	4.4%	9.0%	16.1%	18.6%	21.5%	27.3%	32.0%	42.1%
	該当患者割合②	74.2%	39.7%	53.0%	73.1%	76.4%	81.1%	82.4%	85.8%	88.1%	96.2%
レセプト用電算処理システム コードを用いて集計した場合	該当患者割合①	25.1%	1.5%	6.8%	13.1%	20.1%	24.8%	30.0%	33.2%	40.8%	47.5%
	該当患者割合②	73.7%	37.3%	49.7%	68.9%	78.2%	80.3%	82.5%	84.9%	91.2%	95.9%

# ハイケアユニット入院医療管理料2における判定基準の見直し（案）

## 該当患者割合の基準を満たす治療室の増減

見直し後の基準(案)

現行：77.5%（判定基準：60%）n=40

見直し後（現行の重症度、医療・看護必要度の見直し）

該当患者割合 ②	該当患者割合①										
	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
60%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
61%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
62%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
63%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
64%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
65%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
66%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-17.5%	-20.0%	-22.5%	-30.0%	-35.0%
67%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%
68%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%
69%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%
70%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-20.0%	-22.5%	-25.0%	-30.0%	-35.0%

見直し後（レセプト電算処理システムコードを用いた評価の場合）

該当患者割合 ②	該当患者割合①										
	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
60%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
61%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
62%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
63%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
64%	-5.0%	-5.0%	-5.0%	-7.5%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%
65%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%
66%	-7.5%	-7.5%	-7.5%	-10.0%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%
67%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%	-17.5%	-17.5%	-20.0%
68%	-10.0%	-10.0%	-10.0%	-12.5%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%	-17.5%	-17.5%	-20.0%
69%	-12.5%	-12.5%	-12.5%	-15.0%	-17.5%	-17.5%	-17.5%	-20.0%	-20.0%	-20.0%	-22.5%
70%	-15.0%	-15.0%	-15.0%	-17.5%	-20.0%	-20.0%	-20.0%	-22.5%	-22.5%	-22.5%	-25.0%

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. 療養病棟入院基本料の医療区分について
4. 論点

# 療養病棟入院基本料の医療区分に係る 中医協総会等における主なご意見

## ＜令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会＞

- 療養病棟入院基本料については、医療資源投入量に差があることを踏まえ評価体系の精緻化の方向性には賛成である。医療と介護の役割分担を踏まえ、どのような患者を医療保険で対応すべきか、という視点を含めて具体的に検討を進めるべき。

## ＜令和5年11月22日 中医協総会＞

- 検査、処置、画像診断、投薬、注射等の医療資源投入量に着目した分析が実施されているが、最大の医療資源は人であるため、医療区分を精緻化する際に必要な人員配置から大きく乖離することがないよう十分な配慮が必要。また、200床未満の病院における電子カルテの普及率が低く、いまだに50%ほどしかないことなどを踏まえると、記入にかかる負担に対する配慮が必要。
- 疾患・状態と処置によって医療資源投入量の分布が異なっているため、適正化の観点からも、入院分科会の取りまとめのとおり、確実に医療区分の精緻化を進めるべき。
- 医療区分を変更することは療養病棟入院基本料に大きく影響するため、精緻なシミュレーションを実施した上で、見直しを検討すべき。

## ＜令和5年12月22日 中医協総会＞

- 医療区分を細分化することによって評価に係る手間について配慮が必要。
- 医療区分の見直しの影響について療養病棟入院料2のシミュレーションも提示すべきである。

## <入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

（療養病棟入院基本料における医療区分等について）

- ・ 医療区分についての医療資源投入量の分析結果については、以下の指摘があった。
  - 疾患・状態としての医療区分3と処置等としての医療区分1～3の組合せについては、医療資源投入量について2～3倍の違いがあることから、医療資源投入量に応じた適切な評価を行っていく上で医療区分を精緻化する必要がある。
  - 具体的には、医療区分について、疾患・状態としての医療区分3分類と処置等としての医療区分3分類を組み合わせた9分類とすることとしてはどうか。
  - 医療区分を細かく分類することにより医療資源投入量との整合性が増すと考えられるが、200床未満の病院における電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかないことから、記入に係る負担には配慮が必要であり、現行の医療区分の各評価項目の内容については見直すべきではない。
  - 医療区分については処置と処置の組合せによっても医療資源投入量が上がる可能性があるため、このような分析も今後必要ではないか。
- ・ 療養病棟におけるリハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟ではなく、療養病棟の入院料Iでリハビリテーションを多く実施されていることは適当ではないのではないか。包括内外の医療資源投入量をみたうえで、評価の在り方について検討すべきとの指摘があった。
- ・ また、医療療養病棟でも、地域の事情に応じて、介護施設で状態が悪化した患者に対しリハビリテーションを提供している実態があり、このような患者に対する対応については医療区分1であっても評価しては良いのではないかとの指摘があった。
- ・ 療養病棟における身体的拘束について、認知症の患者の拘束も課題だが、認知症のない患者が人工栄養の保持のために拘束されている状況は、人工栄養の適応が本人の希望に基づく状況であるのかを含めて、慎重に検討をする必要があるとの指摘があった。
- ・ 介護医療院等の介護保険施設において経腸栄養や喀痰吸引等の医療処置が可能という実態があり、医療処置を必要としつつも生活を支えるための介護が必要な患者は介護保険施設に入所することが望ましいことから、医療療養病棟と介護保険施設のすみ分けや、介護保険施設での医療提供の在り方についての議論を進めていくべき、との指摘があった。
- ・ 療養病棟入院基本料の経過措置については廃止されることを念頭に、該当患者の基準を含めて療養病棟の在り方について議論をしていくべき、との指摘があった。

# 療養病棟入院基本料について

## 【施設基準】 療養病棟入院基本料 1

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

### 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>スモン</li> <li>医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>24時間持続点滴</li> <li>中心静脈栄養（摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定）</li> <li>人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄</li> <li>発熱を伴う場合の気管切開・気管内挿管・感染隔離室における管理</li> <li>酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）</li> </ul>
	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患</li> <li>その他の難病（スモンを除く）</li> <li>脊髄損傷（頸髄損傷）・慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症</li> <li>リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定）</li> <li>脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> <li>医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査</li> <li>創傷（皮膚潰瘍・手術創・創傷処置）</li> <li>酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患</li> <li>その他の難病（スモンを除く）</li> <li>脊髄損傷（頸髄損傷）・慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症</li> <li>リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定）</li> <li>脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> <li>医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査</li> <li>創傷（皮膚潰瘍・手術創・創傷処置）</li> <li>酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）</li> </ul>
	医療区分2・3に該当しない者

## 【施設基準】 療養病棟入院基本料 2

①看護配置 20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

### ADL区分

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

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

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

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

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

# 解析に用いた医療区分について

## 医療区分3

### 【対象となる疾患・状態】

- ・スモン　・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

### 【対象となる処置等】

- ・中心静脈注射を実施している状態　・二十四時間持続して点滴を実施している状態
- ・人工呼吸器を使用している状態　・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態　・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）
- ・感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

## 医療区分2

### 【対象となる疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー症
- ・多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）
- ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）
- ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）
- ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
- ・他者に対する暴行が毎日認められる状態

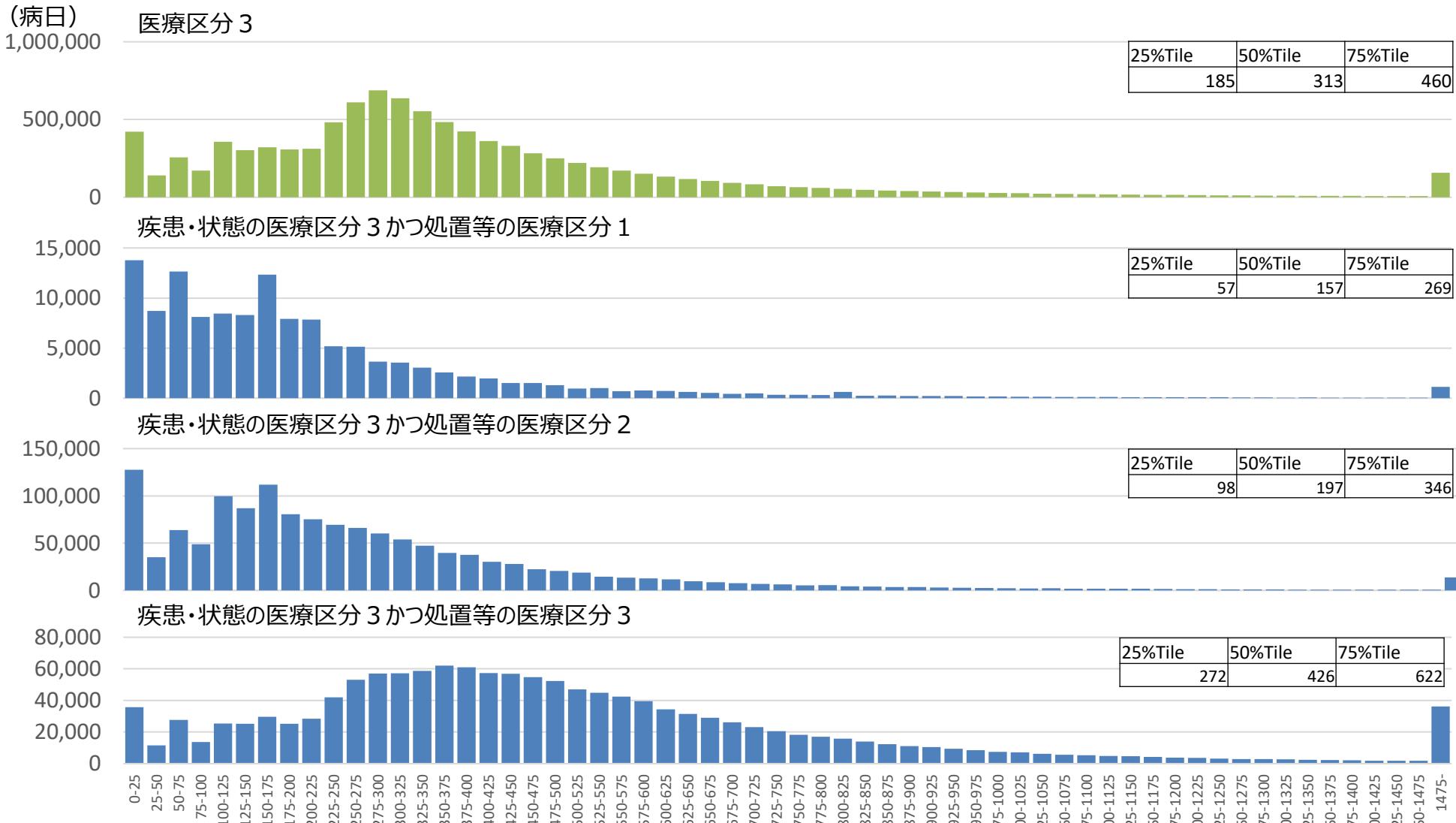
### 【対象となる処置等】

- ・肺炎に対する治療を実施している状態　・尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
- ・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態　・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
- ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態　・せん妄に対する治療を実施している状態
- ・うつ症状に対する治療を実施している状態　・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態　・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）　・頻回の血糖検査を実施している状態
- ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿（たい）若しくは足部の蜂巣炎、膿（のう）等の感染症に対する治療を実施している状態
- ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

# 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ①

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

- 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

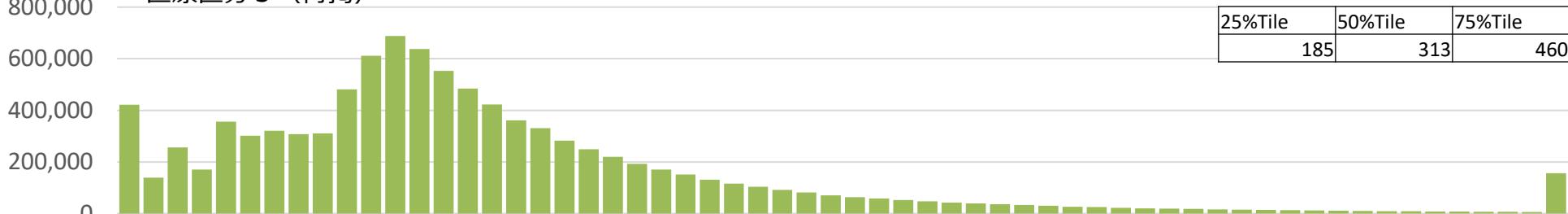
# 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ②

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

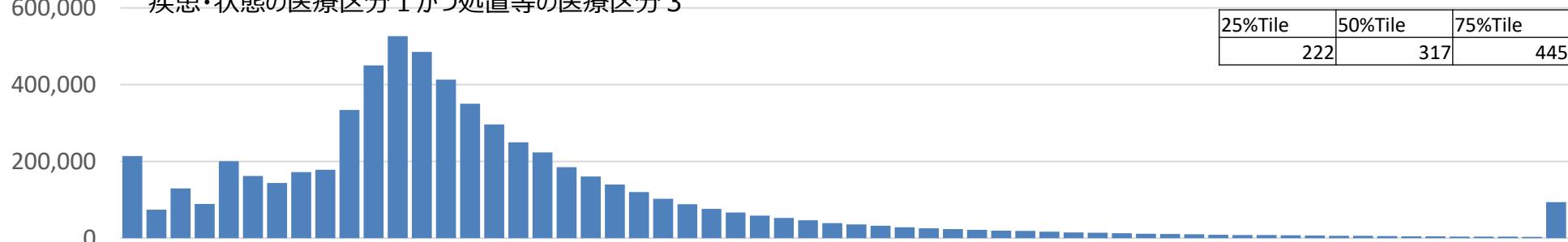
- 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。

(病日)

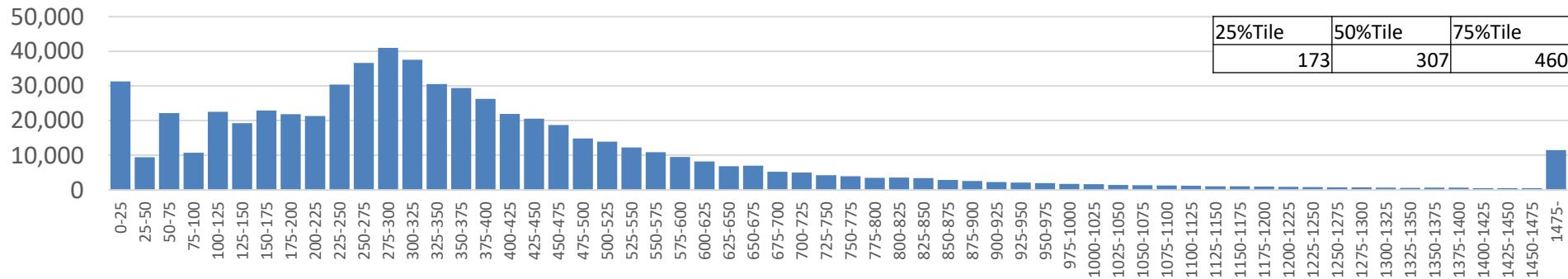
医療区分3 (再掲)



疾患・状態の医療区分1かつ処置等の医療区分3



疾患・状態の医療区分2かつ処置等の医療区分3



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

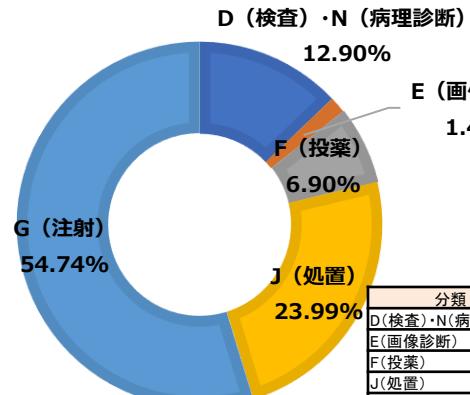
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

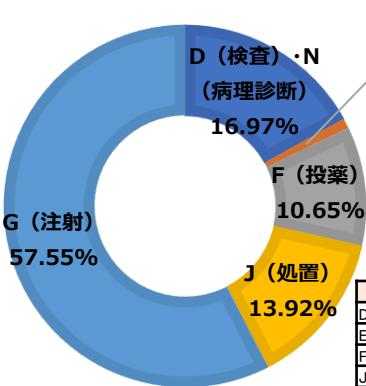
診調組 入-3  
5. 9. 6 改

## ○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

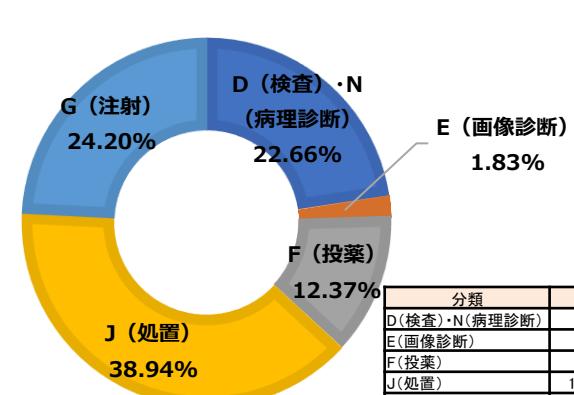
医療区分3における割合（再掲）



【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分1における割合

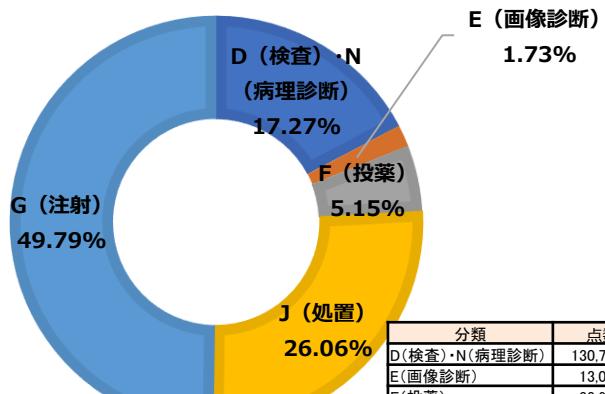


【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分2における割合

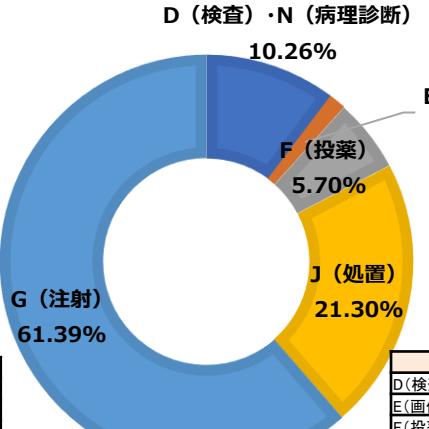


分類	点数
D (検査)・N (病理診断)	98,536,479
E (画像診断)	7,972,061
F (投薬)	53,796,509
J (処置)	169,294,891
G (注射)	105,208,593
合計	434,808,533

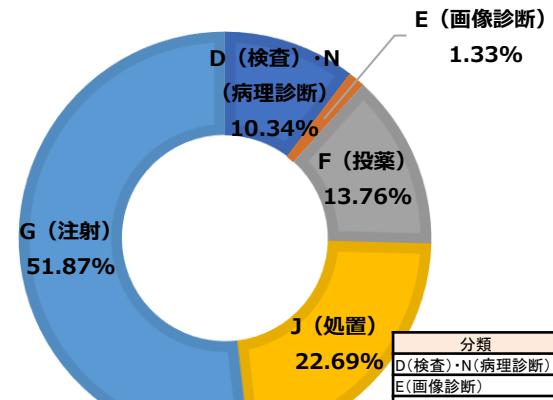
【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分3における割合



【疾患・状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分3における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分3における割合



分類	点数
D (検査)・N (病理診断)	29,760,995
E (画像診断)	3,830,435
F (投薬)	39,617,909
J (処置)	65,330,082
G (注射)	149,329,102
合計	287,868,523

データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

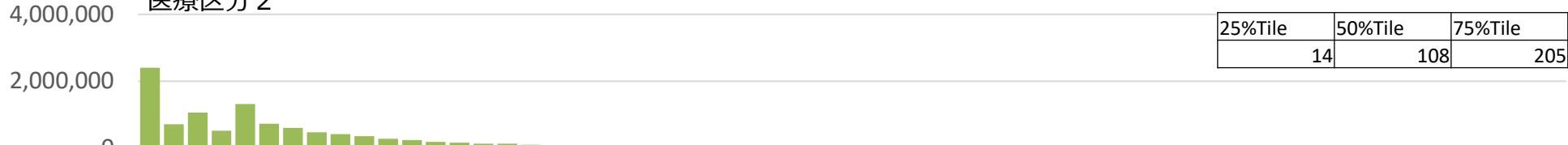
# 医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せ

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

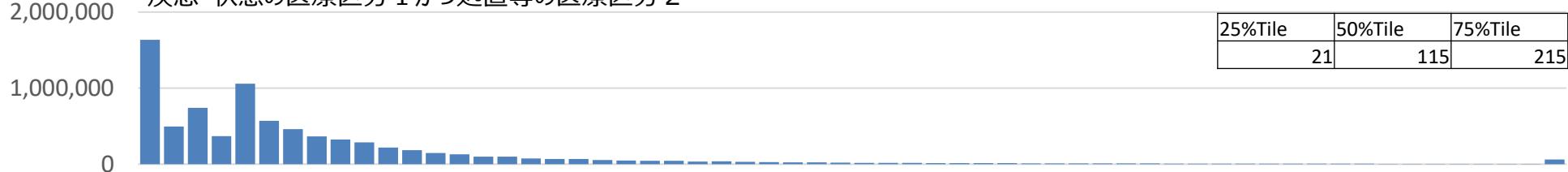
- 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。

(病日)

医療区分2



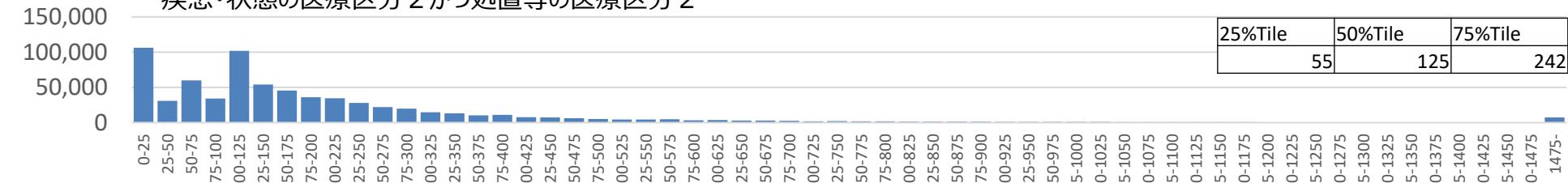
疾患・状態の医療区分1かつ処置等の医療区分2



疾患・状態の医療区分2かつ処置等の医療区分1



疾患・状態の医療区分2かつ処置等の医療区分2



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

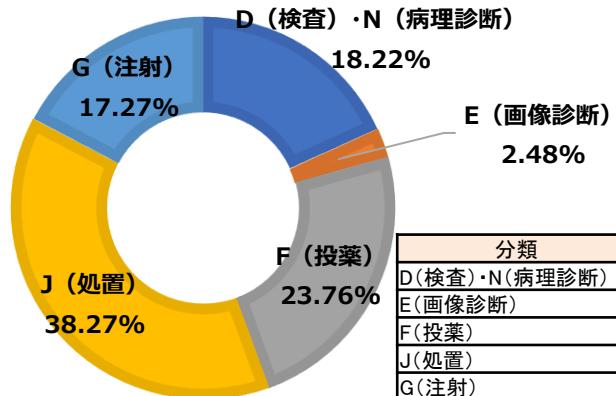
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

診調組 入-3  
5. 9. 6 改

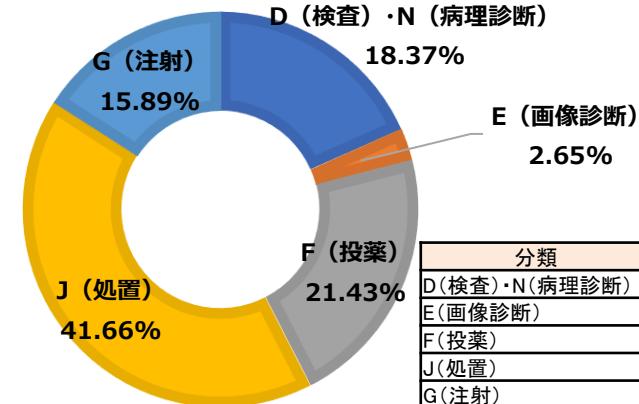
- 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

医療区分2における割合（再掲）



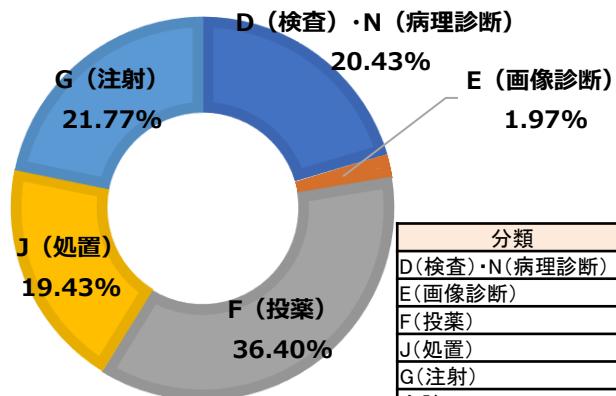
分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	384,405,253
E(画像診断)	52,248,927
F(投薬)	501,192,068
J(処置)	807,317,052
G(注射)	364,401,303
合計	2,109,564,603

【疾患状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分2における割合



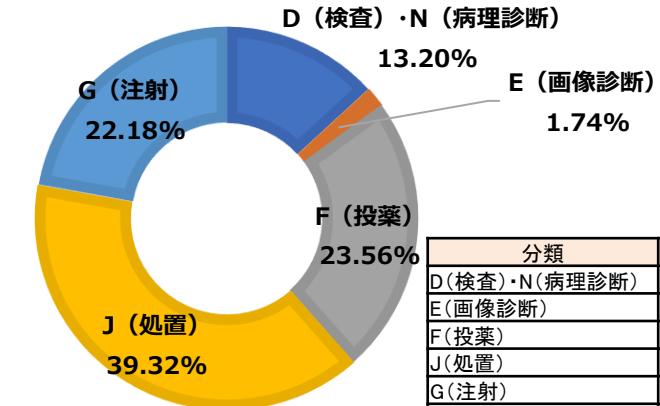
分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	298,626,109
E(画像診断)	43,147,557
F(投薬)	348,317,387
J(処置)	677,223,354
G(注射)	258,295,360
合計	1,625,609,767

【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分1における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	61,839,423
E(画像診断)	5,948,727
F(投薬)	110,159,318
J(処置)	58,800,174
G(注射)	65,885,011
合計	302,632,653

【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分2における割合



分類	点数
D(検査)・N(病理診断)	23,939,721
E(画像診断)	3,152,643
F(投薬)	42,715,363
J(処置)	71,293,524
G(注射)	40,220,932
合計	181,322,183

データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

# 療養病棟についてのシミュレーション(入院料A)

中医協 総-5  
5. 12. 22

- 療養病棟入院料1の入院料A(ADL区分3)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

# 療養病棟についてのシミュレーション(入院料B)

中医協 総-5  
5. 12. 22

- 療養病棟入院料1の入院料B (ADL区分2)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。

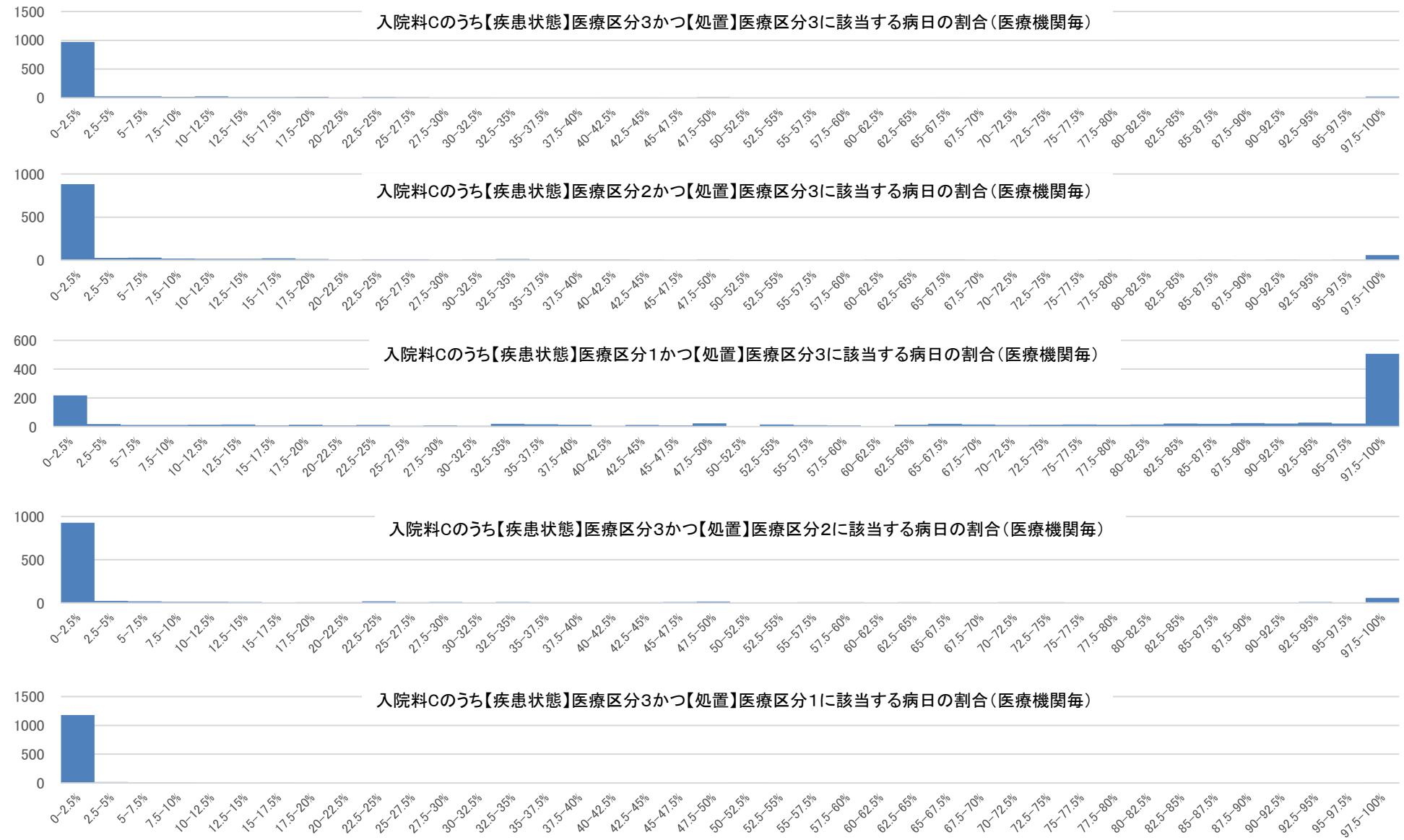


出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

# 療養病棟についてのシミュレーション(入院料C)

中医協 総-5  
5. 12. 22

- 療養病棟入院料1の入院料C (ADL区分1)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。

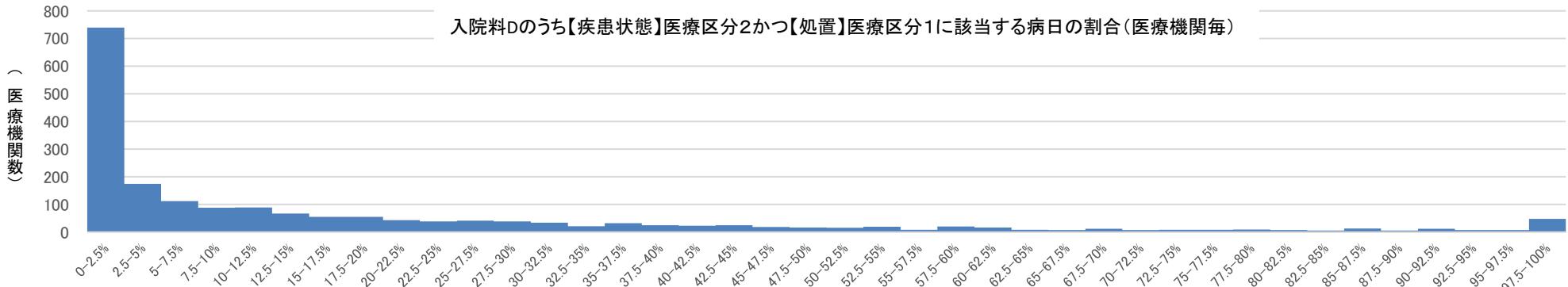
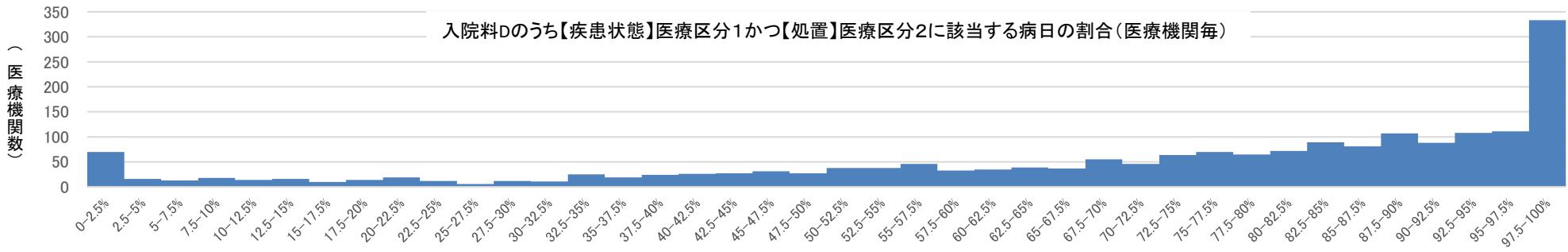
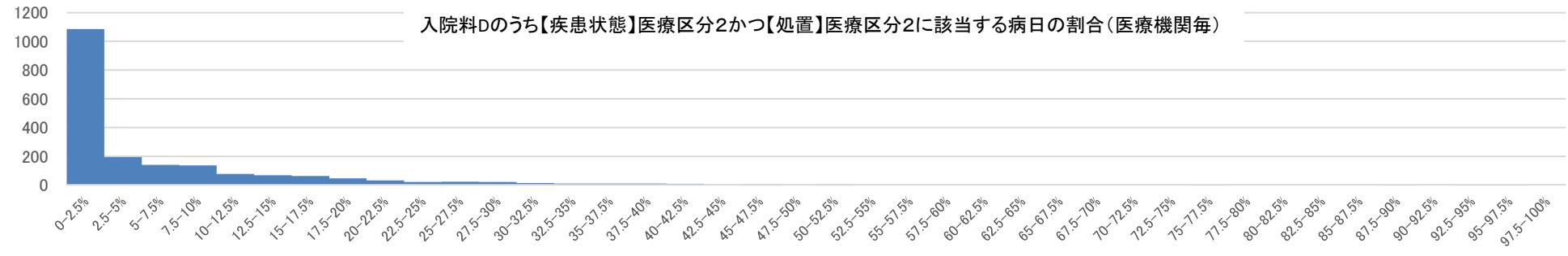


出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

# 療養病棟についてのシミュレーション(入院料D)

中医協 総-5  
5. 12. 22

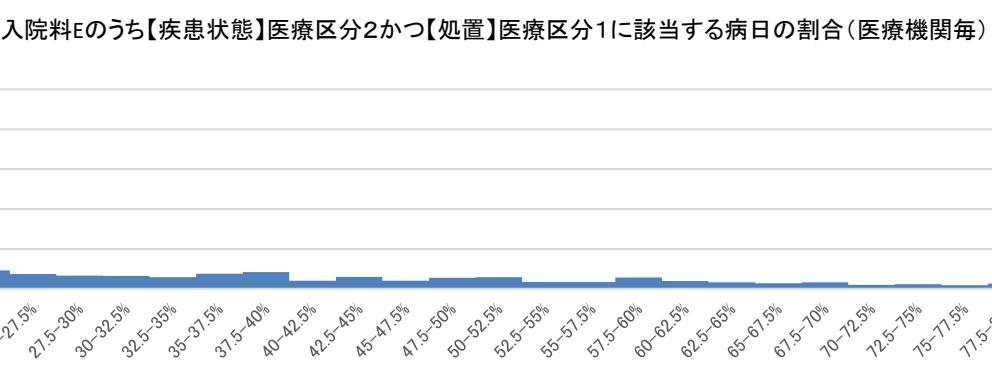
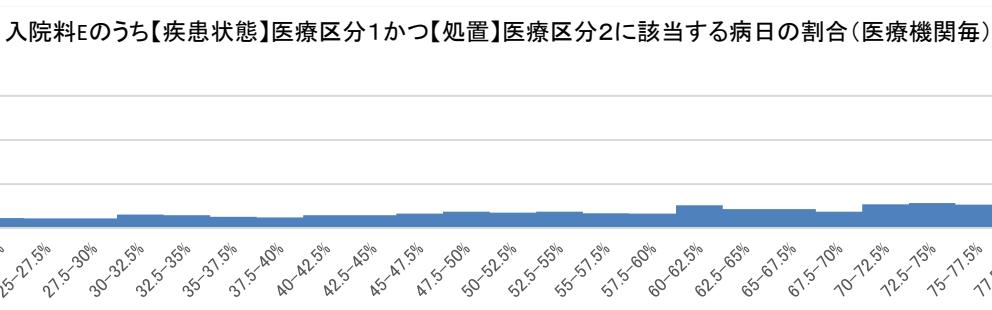
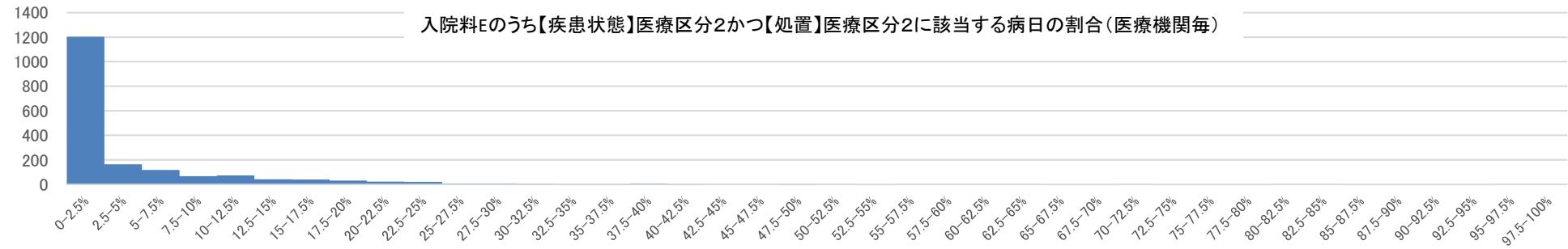
- 療養病棟入院料1の入院料D (ADL区分3)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



# 療養病棟についてのシミュレーション(入院料E)

中医協 総-5  
5. 12. 22

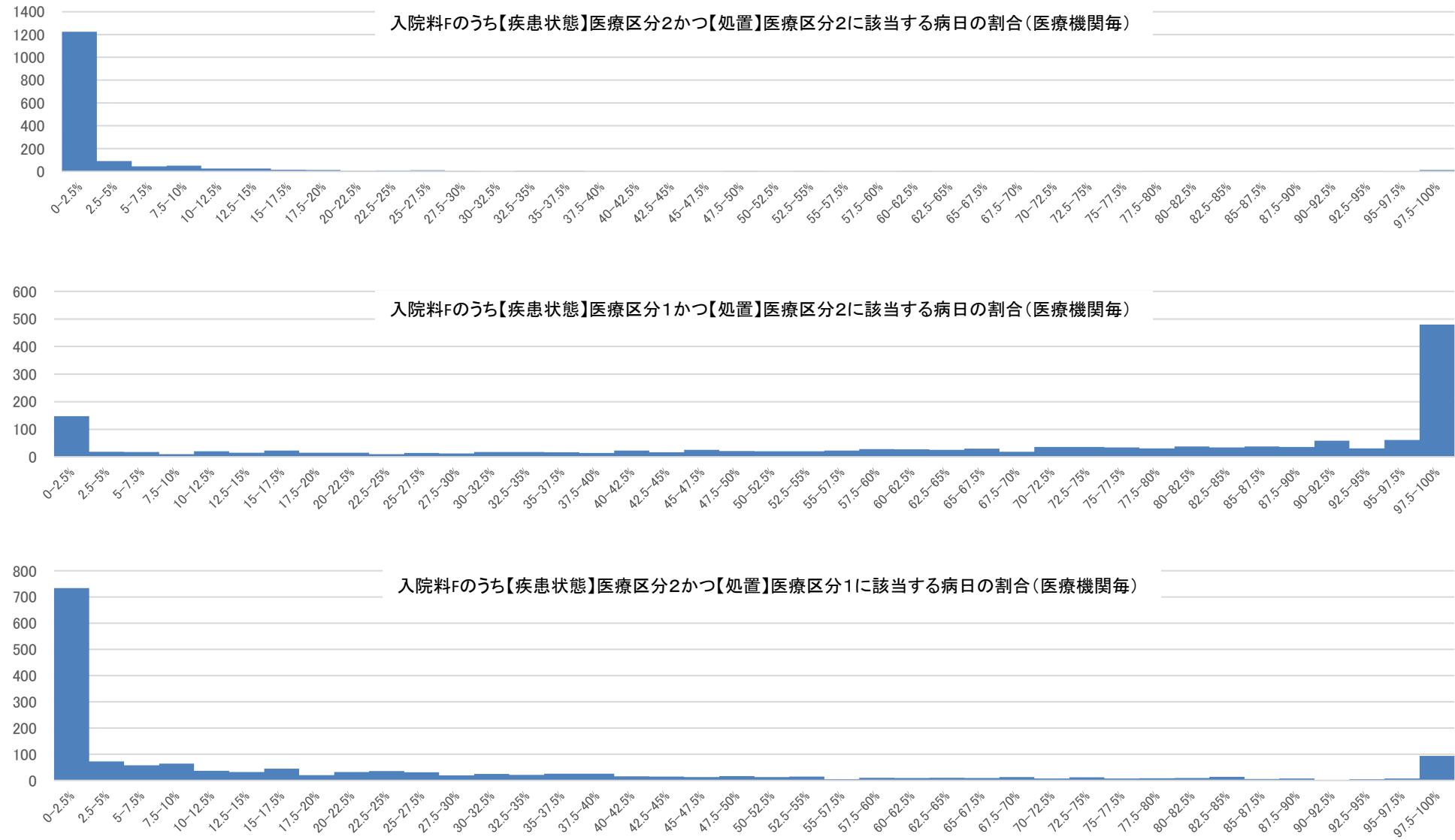
- 療養病棟入院料1の入院料E (ADL区分2)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



# 療養病棟についてのシミュレーション(入院料F)

中医協 総-5  
5. 12. 22

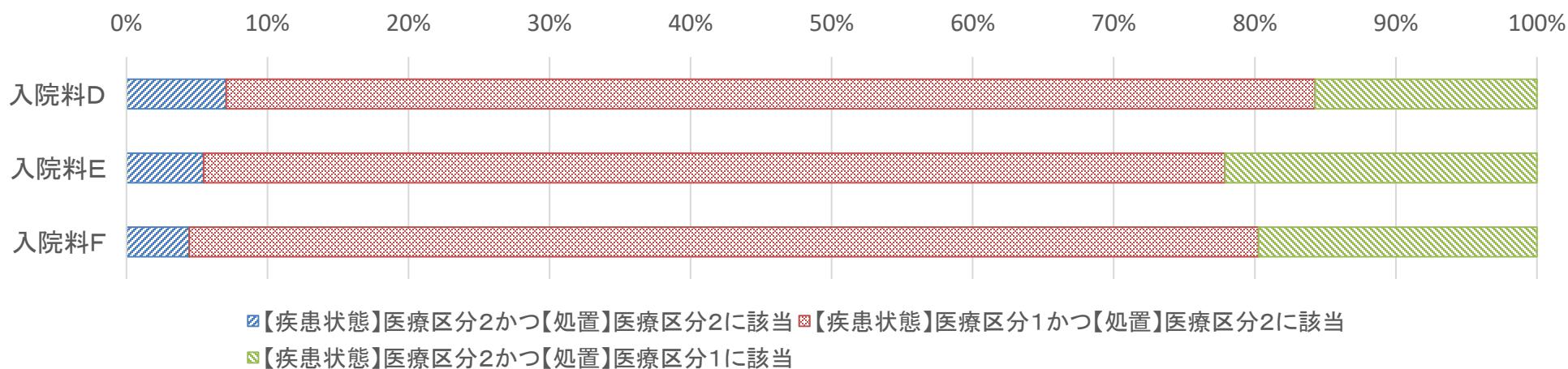
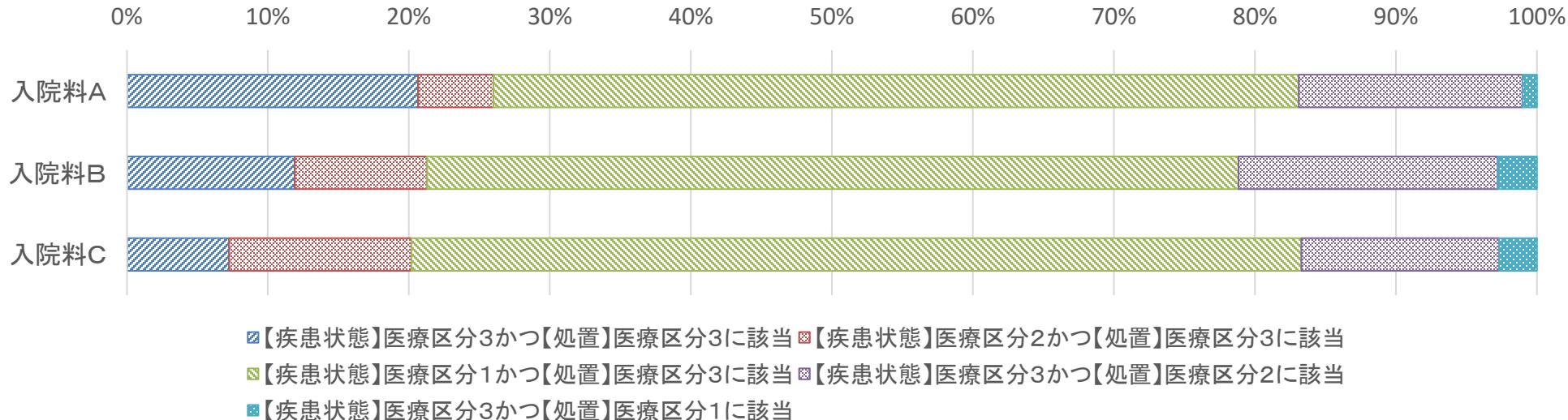
- 療養病棟入院料1の入院料F(ADL区分1)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



# 療養病棟についてのシミュレーション

- 療養病棟入院料1の各入院料についてのシミュレーション結果は以下のとおり。

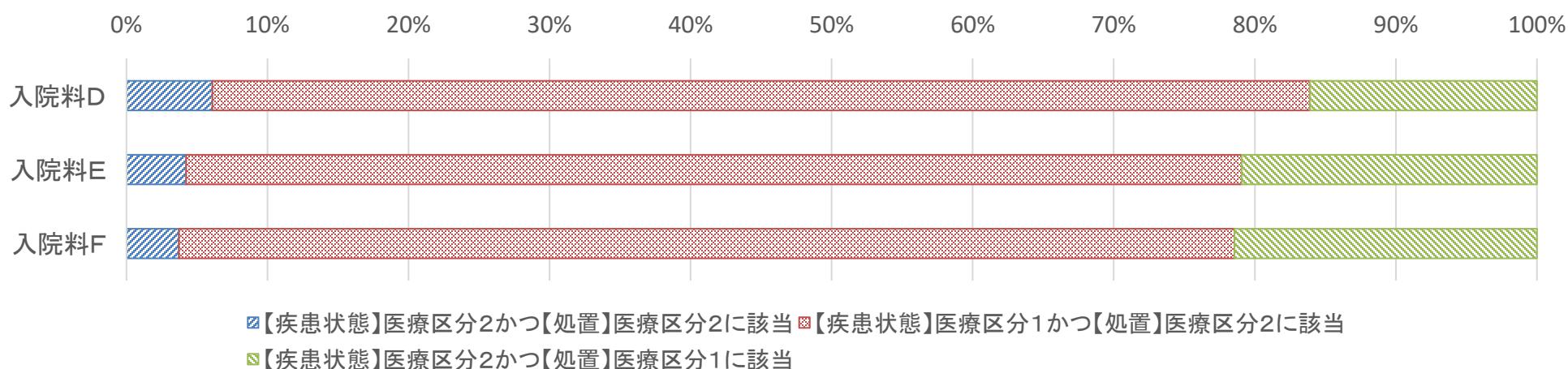
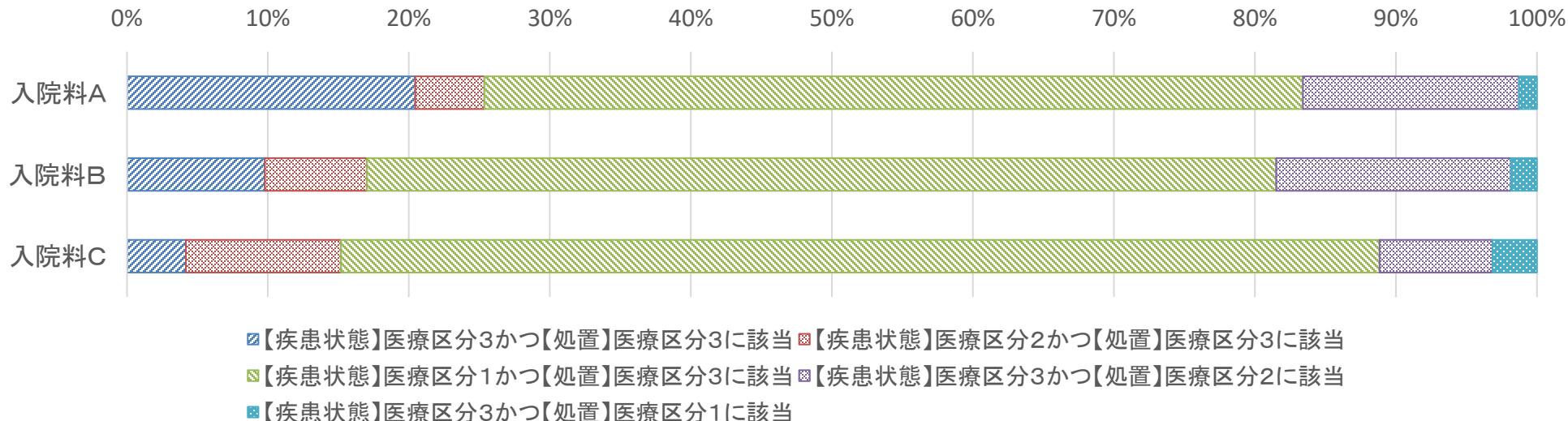
療養病棟入院基本料1の各入院料の、疾患・状態と処置等の組合せに該当する病日の割合(全医療機関の総計)



# 療養病棟についてのシミュレーション

- 療養病棟入院料2の各入院料についてのシミュレーション結果は以下のとおり。

療養病棟入院基本料2の各入院料の、疾患・状態と処置等の組合せに該当する病日の割合(全医療機関の総計)



1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について
3. 療養病棟入院基本料の医療区分について
4. 論点

# 重症度、医療・看護必要度等についての論点

## 【論点】

(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について)

- 急性期医療のニーズが高い患者に対応する医療機関を適切に評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し及び判定基準の設定についてどのように考えるか。
- 急性期一般入院料1を算定する各医療機関における急性期医療の実績や入院患者の状態の実態等を踏まえ、平均在院日数の基準についてどのように考えるか。

(特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について)

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し及び入室日のSOFAスコアと組み合わせた評価を行うまでの判定基準についてどのように考えるか。
- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者割合の在り方の見直し並びにレセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入についてどのように考えるか。

(レセプト電算処理システムコードを用いた測定の推進について)

- 業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、許可病床数200床未満の急性期一般入院料1及び許可病床数200床以上400床未満の急性期一般入院料2・3並びに特定集中治療室管理料及び救命救急入院料2・4において重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とすることについてどのように考えるか。

## 令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

### 【留意事項】

この資料は、令和6年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、令和5年12月11日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会において取りまとめられた「令和6年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っている。

### 【 目 次 】

#### I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

- I－1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- I－2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- I－3 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けた評価
- I－4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- I－5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- I－6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

#### II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

- II－1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- II－2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- II－3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- II－4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- II－5 外来医療の機能分化・強化等

II-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

II-7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### III 安心・安全で質の高い医療の推進

III-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

III-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

III-3 アウトカムにも着目した評価の推進

III-4 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

III-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

III-4-2 小児医療、周産期医療の充実

III-4-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

III-4-4 認知症の者に対する適切な医療の評価

III-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

III-4-6 難病患者に対する適切な医療の評価

III-5 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

III-6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

III-7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

III-8 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

III-9 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

### IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

IV-2 費用対効果評価制度の活用

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

IV-4 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）

- IV-5 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価  
(再掲)
- IV-6 外来医療の機能分化・強化等 (再掲)
- IV-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進 (再掲)
- IV-8 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- IV-9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進 (再掲)

## I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

### I－1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

- (1) 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

※ その他の措置については調整中。

### I－2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- (1) 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。
- (2) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。
- (3) 病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。
- (4) 病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。
- (5) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

### I－3 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- (1) ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。
- (2) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

### I－4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

- (1) より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、地域医療体制確保加算について要件を見直す。
- (2) 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算  
1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 について要件を見直す。

## I－5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

- (1) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。  
(I－2(2)再掲)
- (2) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価を見直す。
- (3) 感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護老人保健施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。
- (4) ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。(I－3(1)再掲)
- (5) 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な 24 時間対応体制の確保を推進する観点から、24 時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24 時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

## I－6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- (1) 近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。
- (2) 適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。  
(I－2(2)再掲)
- (3) 医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

- (4) 脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。
- (5) DPC/PDPSについて、適切な包括評価を行う観点から、医療機関別係数について、評価の主旨や実態を踏まえ、評価方法を見直すとともに、医師派遣機能等について、新たな評価を行う。
- (6) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、評価体系を見直すとともに、地域包括ケア病棟入院料2及び4並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。
- (7) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、対象となる地域を見直す。

## II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

### II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- (1) オンライン資格確認等システムの活用により医療DXを推進し、質の高い医療を提供する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。
- ② オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DXを推進する体制について、新たな評価を行う。
- ③ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

- ④ 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供了した場合について、新たな評価を行う。
- ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。
- (2) へき地医療において、患者が看護師等といいる場合の情報通信機器を用いた診療 (D to P with N) が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院が D to P with N を実施する場合について、新たな評価を行う。
- (3) 指定難病患者に対する治療について患者が医師といいる場合の情報通信機器を用いた診療 (D to P with D) が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。
- (4) 情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸 (CPAP) 療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。
- (5) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いた診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。
- (6) 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (7) これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。
- (8) 口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。
- (9) 医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を

実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

- (10) 脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。(I－6(4)再掲)
- (11) 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。
- (12) 健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた場合の医学管理について、評価の在り方の見直しを行う。
- (13) 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- (14) デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけるよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。
- (15) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。(I－3(2)再掲)

## II－2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

- (1) 高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、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ことについて、新たな評価を行う。

- (2) 介護保険施設の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。
- (3) 医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。
- (4) 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。
- ① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。
  - ② 令和6年3月末を以て介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。
  - ③ 保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設等 に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。
- (5) 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直すとともに、リハビリテーション計画提供料を廃止する。
- (6) 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。
- (7) 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。
- (8) 入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算1及び2について要件を見直す。
- (9) 慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。

- (10) 認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。
- (11) 入院について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。
- (12) 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。
- (13) 地域包括ケアの深化及び推進に向け、地域包括ケア病棟における効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。
- (14) 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算について名称及び要件を見直す。
- (15) 医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、病院・診療所が自立訓練（機能訓練）を提供する際の疾患別リハビリテーション料等の要件を見直す。

## II－3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

- (1) 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土日祝日リハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。
- (2) 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進する観点から、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算について評価を見直す。
- (3) NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態が把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

- (4) 大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションに係る有効性のエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。
- (5) 療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。
  - ① 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。
  - ② 適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。
  - ③ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。
  - ④ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。
  - ⑤ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。
- (6) 入院について、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。
- (7) 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称及び要件を見直す。
- (8) 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、以下の評価を行う。
  - ① 回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師及び歯科衛生士による口腔機能管理及び口腔衛生管理について、新たな評価を行う。
  - ② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を評価する観点から、地域歯科診療支援病院歯科初診料について要件を見直す。

## II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。
- (2) 急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。
- (3) 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、急性期一般入院料1について、平均在院日数に係る要件を見直す。

- (4) 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。
- (5) 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。
- (6) 高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。
- (7) 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料 1（許可病床数 200 床未満）又は急性期一般入院料 2 若しくは 3（許可病床数 200 床以上 400 床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料 2 若しくは 4 又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。
- (8) 特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から、重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。
- (9) 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。
- (10) 高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、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ことについて、新たな評価を行う。（Ⅱ－2(1)再掲）
- (11) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。
- (12) 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。
- (13) より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。
- (14) 療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。

- ① 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。
  - ② 適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。
  - ③ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。
  - ④ 適切なりハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。
  - ⑤ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。(II-3(5)再掲)
- (15) 医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。
- (16) 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。
- (17) 障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。
- (18) 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、慢性腎臓病患者が入院した場合について、障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。
- (19) 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算について要件を見直す。
- (20) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、評価体系を見直すとともに、地域包括ケア病棟入院料2及び4並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。(I-6(6)再掲)
- (21) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、対象となる地域を見直す。(I-6(7)再掲)
- (22) DPC/PDPSについて、以下の見直しを行う。
  - ① 制度を安定的に運用する観点から、DPC対象病院の要件を見直す。
  - ② 適切な包括評価を行う観点から、医療機関別係数について、評価の主旨や実態を踏まえ、評価方法を見直すとともに、医師派遣機能等について、新たな評価を行う。(I-6(5)再掲)

- ③ 急性期入院医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類及び診断群分類毎の点数設定方式のあり方を見直す。
- (23) 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。

## II－5 外来医療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病等に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。
- (2) リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用促進、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件を見直す。

## II－6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

- (1) 新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。
- (2) 第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。
- (3) 院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。
- (4) 我が国におけるAccess抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。
- (5) 新興感染症が発生・まん延した場合に対応できる歯科医療提供体制の構築を進める観点から、以下の評価を行う。
  - ① 歯科外来診療環境体制加算について、院内感染防止対策及び医療安全確保の観点から、名称及び要件を見直すとともに、新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備について、新たな評価を行う。

- ② 歯科診療特別対応加算について、患者の状態像を踏まえ評価体系を見直すとともに、新興感染症等の患者への治療について新たな評価を行う。
  - ③ 歯科治療時医療管理料等について、新興感染症等を含む呼吸器疾患の患者を対象患者に追加する。
- (6) 薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。
- (7) 感染症に係る対応として、薬局が自宅・宿泊療養者等の患者に対して行う服薬指導・薬剤交付について、新たな評価を行う。

## II-7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

- (1) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用促進、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件を見直す。(II-5(3)再掲)
- (2) 近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。(I-6(1)再掲)
- (3) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について要件及び評価を見直す。
- (4) 地域における連携体制を確保しつつ、ライフコースを通じた継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組みを推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、名称、要件及び評価を見直す。これを踏まえつつ、小児期及び高齢期のライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、新たな評価を行う。
- (5) かかりつけ薬剤師の業務を推進するため、かかりつけ薬剤師指導料と個別に評価されている薬学的管理の業務、算定している薬剤師の業務実態等を踏まえ、かかりつけ薬剤師が算定できる評価とともに、かかりつけ薬剤師としての要件を見直す。
- (6) 服薬情報の一元的・継続的把握の推進の観点から、同一薬局の利用をさらに進めるため、かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に係る要件について見直す。

- (7) 薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。

## II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 介護保険施設に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設の入所者の病状の急変時に、介護保険施設の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。
- (2) 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について、新たな評価を行う。
- (3) 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。
- (4) 在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。
- (5) 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制を推進する観点から、在宅療養移行加算の評価を見直す。
- (6) 在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。
- (7) 在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICTの活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、ターミナルケア加算について、要件を見直す。
- (9) より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

- (10) 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。
- (11) 在宅医療行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。
- (12) 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、訪問診療の効率性の観点も踏まえ、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅患者訪問診療料を見直す。
- (13) 在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。
- (14) 提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化するとともに要件を見直す。
- (15) 訪問看護における虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化を推進する観点から、虐待防止措置に関する体制整備を義務化するとともに、身体的拘束等を原則禁止する。
- (16) 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費について要件及び評価を見直す。
- (17) 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。(I-5(5)再掲)
- (18) 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。
- (19) 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。
- (20) 訪問看護において、ハイリスク妊産婦及び乳幼児の状態に応じた評価を行う観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直すとともに、乳幼児加算について評価体系を見直す。
- (21) より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

- (22) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。(Ⅱ－1(1)④再掲)
- (23) 医師がICTを活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた医療機関の看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。
- (24) 質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、以下の見直しを行う。
- ① 歯科訪問診療の実態を踏まえ、かかりつけ歯科医による歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療1の20分未満の場合等の歯科訪問診療料の評価を見直す。
  - ② 歯科訪問診療の後方支援を行う病院や地域の歯科診療所と連携して口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う病院について、新たな評価を行う。
- (25) 在宅患者等の訪問歯科衛生指導を推進する観点から、訪問歯科衛生指導料について、以下の見直しを行う。
- ① 終末期のがん患者等に対して、患者の状態に応じた口腔管理を行う観点から、要件を見直す。
  - ② 患者の状態等により歯科衛生士が複数名で患者を訪問する必要がある場合について、新たに評価を行う。
  - ③ 訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、歯科訪問診療料の評価を見直す。
- (26) 医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算について名称及び要件を見直す。
- (27) 歯科の標榜がない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の栄養管理への歯科専門職の参画を推進する観点から、栄養サポートチーム等連携加算の評価を見直す。
- (28) 悪性腫瘍以外の患者も含むターミナル期の患者に対する薬剤の提供を含む適切な薬学的管理のニーズの増加に対応するため、薬剤師が行う訪問薬剤管理指導を充実する観点から、医療用麻薬等の提供体制、急変時の夜間・休日における対応等を含めた在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導について、要件及び評価を見直す。
- (29) 在宅医療において、薬剤師が医療・介護の多職種と連携しつつ、質の高い薬学管理を推進するため、退院後の在宅訪問を開始する移行期における

薬学的管理、医師等との連携による処方内容の調整、介護関係者に対する服用薬等に係る情報提供等について、新たな評価を行う。

- (30) 医療用麻薬の持続皮下投与では医療用麻薬を希釈せず原液で投与する実態があることを踏まえ、これらの無菌製剤処理に係る業務が評価できるよう、無菌製剤処理加算について、評価を見直す。
- (31) 介護保険施設における適切な薬剤提供や服薬管理等を推進するため、短期入所を含めた介護老人福祉施設入所者に係る薬学管理の評価を見直す。

### III 安心・安全で質の高い医療の推進

#### III-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

- (1) 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。
- (2) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき、不採算品再算定について対応する。

#### III-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

- (1) 不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。
- (2) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。(I-2(5)再掲)
- (3) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。
- (4) 「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗HLA抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗HLA抗体の測定について、対象患者及び要件を見直す。

- (5) 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。
- (6) 入院について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。(II-2(11)再掲)
- (7) 入院について、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の実施を求める。
- (8) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価を見直す。(I-5(2)再掲)
- (9) 医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算1の届出を要件とする。
- (10) 手術等の医療技術について、以下の見直しを行う。
- ①医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
- ②新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
- ③外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。
- (11) 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。
- (12) 患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和6年6月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。
- (13) 歯科外来診療環境体制加算について、院内感染防止対策を推進するとともに、安心・安全な歯科医療を受けられるための体制の整備をさらに進め、医療安全を確保する観点から、名称及び要件を見直すとともに、新興感染症等の患者の歯科医療に対応可能な体制の整備について、新たな評価を行う。(II-6(5)①再掲)

### III-3 アウトカムにも着目した評価の推進

- (1) データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。
- (2) より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。
- (3) 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つたことを踏まえ、運動器リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

### III-4 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

#### III-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

- (1) 第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。
- (2) 救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

#### III-4-2 小児医療、周産期医療の充実

- (1) 医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。
- (2) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障

害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。(II-1(5)再掲)

- (3) 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。
- (4) 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について要件及び評価を見直す。(II-7(3)再掲)
- (5) 臓器移植を行った小児患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について算定上限日数を見直す。
- (6) 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す。
- (7) 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算3の要件を見直す。
- (9) 少子化等による入院患者の減少により1病棟を維持できない小児科病棟について、一般病棟との一体的な運用を可能とするとともに、成人患者との混合病棟であっても子どもにとって必要な入院環境を確保するため、当該運用をする際は小児の区域特定がなされるよう、要件を見直す。
- (10) 入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって家族等が子どもに付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から、保育士や看護補助者の配置について、小児入院医療管理料の要件及び評価を見直す。
- (11) 周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。
- (12) ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算について対象患者を見直す。

### III-4-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- (1) がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。
- (2) 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算について要件を見直す。(II-4(19)再掲)
- (3) 在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。(II-8(6)再掲)
- (4) 在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICTの活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。(II-8(7)再掲)
- (5) 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。(III-4-2(3)再掲)
- (6) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。(I-2(5)再掲)

#### III-4-4 認知症の者に対する適切な医療の評価

- (1) 入院について、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の実施を求める。(II-2(7)再掲)
- (2) 認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。(II-2(10)再掲)
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用促進、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件を見直す。(II-5(3)再掲)

- (4) 認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。(Ⅲ－4－4(4)再掲)

### Ⅲ－4－5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。
- (2) 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。
- (3) 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価を見直す。
- (4) 外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。
- (5) 質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、新たな評価を行う。
- (6) 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (7) 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合について、新たな評価を行う。
- (8) 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者の要件を見直す。

### Ⅲ－4－6 難病患者に対する適切な医療の評価

- (1) 指定難病患者に対する治療について患者が医師といいる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with D)が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。(Ⅱ－1(3)再掲)

- (2) 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。(Ⅲ－2(3)再掲)

### Ⅲ－5 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

- (1) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。(Ⅱ－5(1)再掲)
- (2) リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算の評価を見直す。(Ⅱ－5(2)再掲)
- (3) かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用促進、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件を見直す。(Ⅱ－5(2)再掲)
- (4) 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。
- (5) 薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。(Ⅱ－7(7)再掲)

### Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- (1) 医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理について以下の見直しを行う。
- ① 手術を行わない急性期脳梗塞患者等の診療実態を踏まえ、周術期等口腔機能管理の対象患者を見直すとともに、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)について評価を見直す。
- ② 終末期がん患者等については、頻回に歯科専門職の介入が必要となる場合があることを踏まえ、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等専門的口腔衛生処置の要件を見直す。

- (2) 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、以下の評価を行う。
- ① 回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師及び歯科衛生士による口腔機能管理及び口腔衛生管理について、新たな評価を行う。
- ② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を評価する観点から、地域歯科診療支援病院歯科初診料について要件を見直す。(II-3(8)再掲)
- (3) 入院前から外来診療において歯科疾患について口腔管理を受けていて、当該疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理について、対象患者及び評価を見直す。
- (4) 医歯薬連携を推進する観点から、医科からの依頼に基づく歯科診療情報の提供や患者の服薬状況等に関する歯科医療機関と薬局との情報連携・共有が可能となるよう、診療情報連携共有料について要件を見直す。
- (5) ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、評価の在り方を見直すとともに、指導訓練に係る評価を新設する。
- (6) 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査について、要件を見直す。
- (7) 認知症患者について、医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。
- (8) 医療的ケア児が安心して安全に学校等に通うことができるよう、かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携を促進する観点から、診療情報提供料(I)の情報提供先を見直す。
- (9) 強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者の歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対して、歯科治療環境への円滑な導入を支援するとともに、患者の状態に応じた評価となるよう、初診時歯科診療導入加算及び歯科診療特別対応加算について、名称及び要件を見直す。
- (10) う蝕の重症化予防を推進する観点から、以下の見直しを行う。
- ① フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う医療的ケア児等を追加するとともに、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者とエナメル質初期う蝕に罹患している患者に、歯科特定疾患療養管理料を算定している患者を追加する。

② かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合とそれ以外の歯科医療機関の場合で算定する項目が異なる実態を踏まえ、エナメル質初期う蝕管理加算とフッ化物歯面塗布処置の評価体系を見直す。

③ 初期の根面う蝕に対する非切削による指導管理について、評価体系を見直す。

(11) 歯周病の重症化予防を推進する観点から、以下の見直しを行う。

① 糖尿病患者の歯周病定期治療について、評価を見直す。

② 歯周病定期治療から歯周病重症化予防治療に移行する場合について、歯周病重症化予防治療の要件を見直す。

(12) 歯科衛生士による実地指導を推進する観点から、歯科衛生士が口腔機能に関する指導を実施した場合について、新たに評価を行う。

(13) これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。(II-1(7)再掲)

(14) 口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。(II-1(8)再掲)

(15) 歯科固有の技術について、以下の見直しを行う。

① 小児の外傷歯に対して外傷後の安全管理、重症化予防等を推進する観点から、歯・歯列の保護を目的とした口腔内装置の要件について見直しを行う。

② 舌接触補助床について、口腔機能の回復を推進する観点から、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を対象患者に追加する。

③ 誤嚥性肺炎の発症や重症化リスクとなる口腔バイオフィルム感染症の患者に対して必要な検査や処置を実施できるよう、口腔細菌定量検査や非経口摂取患者口腔粘膜処置等について、要件を見直す。

④ 医科点数表において評価されている処置のうち、歯科領域でも行われているものについて、診療実態を踏まえて歯科点数表において新たな評価を行う。

⑤ 歯科医師と歯科技工士の連携を更に推進する観点から、補綴物の製作にあたり、ICTの活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合について、新たな評価を行う。

- ⑥ CAD/CAM 冠用材料（Ⅲ）による大臼歯 CAD/CAM 冠について、要件を見直す。
- ⑦ クラウン・ブリッジ維持管理料について、対象となる歯冠補綴物を見直す。
- ⑧ 学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。
- ⑨ 歯科麻酔の技術料及び薬剤料が包括されている技術における歯科用麻酔薬の薬剤料について、評価を見直す。
- ⑩ その他、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能の低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

### III-7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

- (1) 薬剤師による患者の処方状況に応じた服薬指導の推進とともに、これらの業務の合理化を行う観点から、服薬管理指導料、服薬情報提供料等の薬学管理料について、業務実態に応じた要件及び評価の在り方を見直す。
- (2) 薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。（II-7(7)再掲）
- (3) 調剤に係る業務の実態を踏まえ、嚥下困難者用製剤加算等の薬剤調製に係る評価の在り方を見直す。
- (4) 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。（I-2(5)再掲）
- (5) 病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。（I-2(3)再掲）
- (6) 病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。（I-2(4)再掲）

### III-8 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

- (1) 調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、特定の医療機関からの処方箋受付が集中しており、処方箋受付回数が多い薬局等の評価を見直す。
- (2) 地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について、要件及び評価の見直しを行う。
- (3) 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていく観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る評価を見直す。
- (4) いわゆる同一敷地内薬局への対応として、医薬品の備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造や損益率の状況、同一敷地における医療機関との関係性等を踏まえ、特別調剤基本料を算定する薬局の体制等及び当該同一敷地における医療機関の処方について、評価を見直す。
- (5) 薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。(II-6(6)再掲)

### III-9 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

- (1) 革新的新薬のイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等の観点から、薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。
- (3) 「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」で取りまとめられた「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」の改訂を踏まえ、医薬品の適正な流通を確保する観点から、保険医療機関及び保険薬局の医薬品取引状況に係る報告の見直しを行う。
- (4) 医療機器等のイノベーションの適切な評価や特定保険医療材料の安定供給の確保等の観点から、保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和4年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (5) イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第1段階承認を取得したプログラム

医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。

#### IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

##### IV-1 後発医薬品やバイオ後継品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

- (1) 医療DX、医薬品の安定供給等に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。
- (2) バイオ後継品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療においてバイオ後継品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後継品導入初期加算について対象患者を拡大する。
- (3) 医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。(Ⅲ-9(2)再掲)
- (4) 再製造単回使用医療機器の使用体制を評価する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関における、手術時の再製造単回使用医療機器の使用について、新たな評価を行う。
- (5) 健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた場合の医学管理について、評価の在り方の見直しを行う。  
(Ⅱ-1(12)再掲)

##### IV-2 費用対効果評価制度の活用

- (1) 費用対効果評価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度費用対効果評価制度改革の骨子」に基づき対応する。

##### IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき対応する。
- (2) 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

- (3) 包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。
- (4) 外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価を見直す。

IV-4 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）  
(II-1を参照)

IV-5 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価  
(再掲)  
(II-4を参照)

IV-6 外来医療の機能分化・強化等（再掲）  
(II-5を参照)

IV-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）  
(III-5を参照)

IV-8 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

- (1) 病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。(I-2(3)再掲)
- (2) 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。(IV-1(1)再掲)
- (3) 投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

IV-9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品 供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）  
(III-8を参照)

事務連絡  
令和6年1月1日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

令和6年能登半島地震にかかる災害の被災者に係る  
被保険者証等の提示等について

令和6年能登半島地震にかかる災害の被災に伴い、被保険者が被保険者証等を紛失あるいは家庭に残したまま避難していることにより、保険医療機関等に提示できない場合等も考えられることから、この場合においては、氏名、生年月日、連絡先（電話番号等）、被用者保険の被保険者にあっては事業所名、国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者にあっては住所（国民健康保険組合の被保険者については、これらに加えて、組合名）を申し立てることにより、受診できる取扱いとするので、その実施及び関係者に対する周知について、遺漏なきを期されたい。

また、公費負担医療において医療券等を指定医療機関等に提示できない場合の取扱いについては、公費負担医療担当部局等より、別途事務連絡が発出されることであること。

なお、当該避難者等に係る診療報酬等の請求については、平成25年1月24日付け保険局医療課事務連絡「暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて」（別添）に準じて取り扱われたい。

事務連絡  
平成25年1月24日

地方厚生(支)局医療課  
都道府県民生主管部(局)  
国民健康保険主管課(部)  
都道府県後期高齢者医療主管部(局)  
後期高齢者医療主管課(部)

御中

厚生労働省保険局医療課

#### 暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて

北海道における暴風雪被害に係る診療報酬の請求等の事務については、下記のとおり取り扱うこととするので、貴管下関係団体への周知徹底を図るようよろしくお願ひしたい。なお、公費負担医療において医療券等を指定医療機関等に提示せず公費負担医療を受診した者の取扱いについては、公費負担医療担当部局等より、後日事務連絡が発出されること。

#### 記

#### 1 被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求の取扱い等について

(1) 被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求の取扱いについて  
被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求については、以下の方法により診療報酬の請求を行うものとすること。

- ① 保険医療機関においては、受診の際に確認した被保険者の事業所等や過去に受診したことのある医療機関に問い合わせること等により、また、窓口で確認した事項等により、可能な限り保険者等を記載すること。
- ② 保険者を特定した場合にあっては、当該保険者に係る保険者番号を診療報酬明細書(以下「明細書」という。)の所定の欄に記載すること。

なお、被保険者証の記号・番号が確認できた場合については、当該記号・番号を記載することとし、当該記号・番号が確認できない場合にあっては、明細書の欄外上部に赤色で不詳と記載すること。

- ③ 上記①の方法により保険者を特定できないものにあっては、住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先について、明細書の欄外上部に記載し、当

該明細書について、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）へ提出する分、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）へ提出する分、それぞれについて別に束ねて、請求することとする。

なお、請求において、国民健康保険の被保険者である旨、国民健康保険組合の被保険者である旨及び後期高齢者医療の被保険者である旨を確認した者に係るものについては国保連に、被用者保険の被保険者等である旨を確認した者に係るものについては支払基金に請求するものとする。また、支払基金か国保連のいずれに提出するべきか不明なレセプトについては、保険医療機関において、可能な限り確認した上で、個別に判断し、いずれかに提出すること。

- ④ 保険者が特定できない場合の診療報酬請求書の記載方法については、国保連分は、当該不明分につき診療報酬請求書を作成する方法（通常通り、国保分と後期高齢者分を区分してそれぞれ診療報酬請求書を作成すること）で、支払基金分は、診療報酬請求書の備考欄に未確定分である旨を明示し、その横に一括して所定事項（件数、診療実日数及び点数等）を記載すること。

（2）健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の2等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられたものに関する取扱い

健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の2等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられた者については、当該減免措置の対象となる明細書と減免措置の対象とならない明細書を別にして請求すること。（以下の事務連絡参照。）

なお、減免措置等に係る明細書については、明細書の欄外上部に赤色で災①と記載するとともに、同一の患者について、減免措置等に係る明細書と減免措置等の対象とならない明細書がある場合には、双方を2枚1組にし、通常の明細書とは別に束ねて提出すること。

ただし、同一の患者について、減免措置等に係る診療等とそれ以外の診療等を区別することが困難な明細書については、赤色で災②と記載することとし、被災以前の診療に関する一部負担金等の額を摘要欄に記載すること。

また、減免措置に係る明細書の減額割合等の記載については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）に基づき記載すること。

- ・災害により被災した被保険者等に係る一部負担金等及び健康保険料の取扱い等について（平成24年11月28日厚生労働省保険局保険課事務連絡）
- ・暴風雪被害により被災した国民健康保険被保険者に係る国民健康保険料（税）等の取扱いについて（平成24年11月28日厚生労働省保険局国民健康保険課・総務省自治税務局市町村税課事務連絡）
- ・暴風雪に伴う被害に係る後期高齢者医療制度の一部負担金及び保険料の取扱いについて（平成24年11月28日厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）

（3）被保険者証等により受給資格を確認した者の取扱いについて

被保険者証等により受給資格を確認した場合については、従来通りの方法に加え、（2）の方法により行うものとすること。

（4）調剤報酬等の取扱いについて

調剤報酬の請求及び訪問看護療養費の取扱いについても、上記と同様の取扱いとすること。

なお、調剤報酬に関し、窓口で住所又は事業所名を確認していない場合については、処方せんを発行した保険医療機関に問い合わせること等により、保険者の確認を行うこととし、平成25年1月以降の調剤分については、住所又は事業所名を確認すること。

## 2 レセプト電算処理システムの取扱いについて

レセプト電算処理システムに参加している保険医療機関等において、保険者が特定できない者等に係る診療報酬明細書等については、電子レセプトによる請求でなく紙レセプトにより請求すること。ただし、紙レセプトの出力が困難な場合には電子レセプトにより請求することも差し支えない。（電子レセプトにより請求する際には別添の事項を参考として記載すること。）

## 電子レセプトの記録に係る留意事項

本事務連絡に基づき診療報酬等を請求する場合には、電子レセプトの記載について以下の点に留意すること。なお、システム上の問題等によりこれらの方法によって電子レセプトによる請求ができない場合には、紙レセプトにより請求することとする。

### 1. 事務連絡 1 (1) ②関連（保険者を特定できた場合）

保険者を特定した場合であって、被保険者証の記号・番号が確認できない場合は、

- 被保険者証の「保険者番号」を記録する。
- 被保険者証の「記号」は記録しない。
- 「番号」は「999999999（9桁）」を記録する。
- 摘要欄の先頭に「不詳」を記録する。
- 保険者番号が不明な場合には、「保険者番号」は「99999999（8桁）」を記録し、摘要欄に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡を記録する。

### 2. 事務連絡 1 (1) ③関連（保険者を特定できない場合）

保険者を特定できない場合には、

- 「保険者番号」は「99999999（8桁）」を記録する。
- 被保険者証の記号・番号が確認できた場合は記号・番号を記録する。
- 被保険者証の記号・番号が確認できない場合は上記1と同様に、
  - 「記号」は記録しない。
  - 「番号」は「999999999（9桁）」を記録する。
  - 摘要欄の先頭に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先を記録する。

### 3. 事務連絡 1 (2)関連

本事務連絡 1 (2)において、「明細書の欄外上部に赤色で災1と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項に「96」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災1」と記録すること」こと。

また、「災2と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項」に「97」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災2」と記録すること」こと。

### 4. 事務連絡 1 (4) 関連（調剤レセプトの場合）

処方せんを発行した保険医療機関について、「都道府県番号」、「点数表番号」又は「医療機関コード」のいずれかが不明な場合には、「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」の全てを記録せず、「保険医療機関の所在地及び名称」欄に、当該保険医療機関の所在地及び名称を記録すること。

事務連絡  
令和6年1月2日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課  
厚生労働省老健局老人保健課

令和6年能登半島地震の被災に伴う  
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて

令和6年能登半島地震による被災に伴う保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについては、当面、下記のとおり取り扱うこととしたのでご了知いただくとともに、関係団体への周知を図るようお願いしたい。

記

**1. 保険医療機関等の建物が全半壊した場合の取扱い**

保険医療機関である医療機関又は保険薬局である薬局の建物が全半壊等し、これに代替する仮設の建物等（以下「仮設医療機関等」という。）において診療又は調剤等を行う場合、当該仮設医療機関等と全半壊等した保険医療機関等との間に、場所的近接性及び診療体制等から保険医療機関等としての継続性が認められる場合については、当該診療等を保険診療又は保険調剤として取り扱って差し支えないこと。

**2. 保険調剤の取扱い**

（1）被災地の保険薬局において、次に掲げる処方箋（通常の処方箋様式によらない、医師の指示を記した文書等を含む）を受け付けた場合においては、それぞれに掲げる事項を確認した上で、保険調剤として取り扱って差し支えないこと。

- ① 保険者番号、被保険者証・被保険者手帳の記号・番号の記載がない場合  
被災により、被保険者証を保険医療機関に提示できなかった場合であること。この場合、保険薬局において、加入の保険及び被用者保険の被保険者等

にあっては事業所名、国民健康保険の被保険者及び後期高齢者医療制度の被保険者にあっては住所を確認するとともに、調剤録に記載しておくこと。

② 保険医療機関の記載がない場合

処方箋の交付を受けた場所を患者に確認すること。

なお、処方箋の交付を受けた場所が、救護所、避難所救護センターその他保険医療機関以外の場所であることが明らかな場合は、保険調剤として取り扱えないものであること。((3) 参照)

(2) 患者が処方箋を持参せずに調剤を求めてきた場合については、事後的に処方箋が発行されることを条件として、以下の要件のいずれにも該当する場合には、保険調剤として取り扱って差し支えない。

ア 交通の遮断、近隣の医療機関の診療状況等客観的にやむをえない理由により、医師の診療を受けることができないものと認められること。

イ 主治医（主治医と連絡が取れない場合には他の医師）との電話やメモ等により医師からの処方内容が確認できること。

また、医療機関との連絡が取れないときには、服薬中の薬剤を滅失等した被災者であって、処方内容が安定した慢性疾患に係るものであることが、薬歴、お薬手帳、包装等により明らかな場合には、認めることとするが、事後的に医師に処方内容を確認することとすること。

(3) 災害救助法に基づく医療の一環として、救護所、避難所救護センター等で処方箋の交付を受けたと認められる場合には、当該調剤に係る報酬は救護所の設置主体である県市町に請求することである。

ただし、災害救助法が適用されている期間内において処方箋が交付され、調剤されたものであること。

### 3. 定数超過入院について

(1) 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」（平成 18 年 3 月 23 日保医発第 0323003 号）の第 1 の 3 において、保険医療機関が、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いに係り、「災害等やむを得ない事情」の場合は、当該入院した月に限り減額の対象としないとされているところである。今般、被災地における保険医療機関の状況等を踏まえ、令和 6 年能登半島地震による被災者を受け入れたことにより超過入院となった保険医療機関にあっては、この規定にかかわらず、当面の間、同通知第 1 の 2 の減額措置は適用しないものとすること。

(2) (1) の場合においては、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（令和 4 年厚生労働省告示第 75 号）の

第4項第一号に掲げるDPC対象の保険医療機関が医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いによらず、当面の間、従前の通り診断群分類点数表に基づく算定を行うものとすること。

#### 4. 施設基準の取扱いについて

- (1) 今般の令和6年能登半島地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「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4年3月4日保医発0304第2号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。)の第3の1(1)の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。
- (2) また、令和6年能登半島地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。
- (3) 上記と同様の場合、DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手続きについて」(令和4年3月25日保医発0325第4号)の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとすること。
- (4) (1)から(3)の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。
- (5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1)から(4)までを適用するものとすること。

#### 5. 診療報酬の請求等の取扱いについて

カルテ及びレセプトコンピュータの全部又は一部が汚損又は滅失し、診療報酬を請求できない場合の概算請求及び保険者等が特定できない場合の診療報

酬請求書の記載方法等については、追って連絡する予定であること。

## 6. 訪問看護の取扱いについて

(1) 訪問看護基本療養費（以下「基本療養費」という。）については、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日保発0304第3号。以下「訪問看護療養費の算定方法の留意事項通知」という。）において、訪問看護指示書（以下「指示書」という。）に記載された有効期間内（6ヶ月を限度とする。）に行った指定訪問看護（以下「訪問看護」という。）について算定する取扱いとされているところであるが、次の①から③のいずれにも該当する場合には、当該有効期間を超えた場合であっても基本療養費を算定できるものとする。

- ① 令和6年1月1日以前に主治医の指示書の交付を受けている利用者であること。
- ② 医療機関等が令和6年能登半島地震に係る災害救助法の適用市町村に所在する場合であって、被災のため主治医と連絡がとれず、令和6年1月2日以降指示書の交付を受けることが困難なこと。
- ③ 訪問看護ステーションの看護師等が利用者の状態からみて訪問看護が必要と判断し訪問看護を実施したこと。

なお、利用者が主治医と連絡が取れる目途がない場合には、速やかに新たな主治医のもとで適切な治療を続けられるような環境整備を行うよう配慮すること。

(2) 訪問看護管理療養費（以下「管理療養費」という。）については、訪問看護療養費の算定方法の留意事項通知において利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書（以下「計画書等」という。）を主治医に提出するなど計画的な管理を継続して行った場合に算定する取扱いとされているところであるが、保険医療機関等が令和6年能登半島地震に係る災害救助法の適用市町村に所在する場合であって、被災のため主治医と連絡がとれず、やむを得ず計画書等を主治医に提出することができない場合であっても、管理療養費の算定ができるものとすること。

(3) 健康保険法上、居宅において訪問看護を行った場合に、訪問看護療養費を算定する取扱いとされているところ。被保険者が令和6年能登半島地震に係る災害救助法の適用市町村に所在していた場合であって、被災のため避難所や避難先の家庭等で生活している場合においても、訪問看護を行った場合にはこれを算定出来るものとすること。

(4) 訪問看護ステーションは、前記（1）から（3）により訪問看護を実施した場合は、その旨を訪問看護記録書に記録しておくこと。

(5) なお、介護保険法に基づく訪問看護についても、上記と同等の取扱いとすること。

7. 診療報酬の取扱いについて  
別紙のとおりとする。

以上

厚生労働省保険局医療課企画法令第一係  
TEL:03-5253-1111 (内線 3288)  
FAX:03-3508-2746

(別紙)

I. 被災地（災害救助法の適用対象市町村をいう。以下同じ。）

問1 日本赤十字社の救護班、DMA T（災害派遣医療チーム）やJ M A T（日本医師会による災害医療チーム）などボランティアにより避難所や救護所等で行われている診療について、保険診療として取り扱うことは可能か。また、それら診療について一部負担金を患者から徴取することは可能か。

(答)

都道府県知事の要請に基づき、日本赤十字社の救護班やDMA T、J M A Tなど、ボランティアが避難所等で行った医療に係る経費については、

- ① 薬剤、治療材料等の実費
- ② 救助のための輸送費や日当・旅費等の実費

などを災害救助法の補助対象としており、これを保険診療として取り扱うことはできない。したがって保険診療としての一部負担金を患者に求めることはできない。

問2 被災地の保険医療機関の医師等が、各避難所等を自発的に巡回し、診療を行った場合、保険診療として取り扱うのか。

(答)

保険診療として取り扱うことはできない。（災害救助法の適用となる医療については、県市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、県市町村に確認されたい。）

問3 被災地の保険医療機関の医師等が各避難所等を自発的に巡回し診療を行っている際に、訪れた避難所等において偶然、普段外来にて診療している患者の診察、処方等を行った場合は、保険診療として取り扱うのか。

(答)

保険診療として取り扱うことはできない。（災害救助法の適用となる医療については、県市町に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、県市町村に確認されたい。）

問4 避難所や救護所等において診察を受けて発行された処方箋による調剤は、どのような取扱いになるか。

(答)

保険調剤として取り扱うことはできない。（災害救助法の適用となる医療については、県市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、県市町村に確認されたい。）

問5 保険診療による処方箋とはどのように区別したらよいか。

(答)

災害により避難所や救護所等において発行された処方箋については、当該処方箋に「**災**」と記されている場合もあるが、災害救助法の適用が明らかな場合は保険診療としては取り扱われないので、処方箋の交付を受けた場所を患者に確認するなど留意されたい。

問6 被災地の保険医療機関の医師等が、避難所に居住する疾病、傷病のために通院による療養が困難な患者に対して、当該患者が避難所にある程度継続して居住している場合に、定期的な診療が必要と判断され、患者の同意を得て継続的に避難所を訪問して診察を行った場合に、訪問診療料（歯科診療にあっては、歯科訪問診療料）は算定できるか。

(答)

算定できる。

なお、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断される患者に対して訪問診療料（歯科訪問診療料）は算定できない。

問7 問6において、同じ避難所等に居住する複数人に同一日に訪問診療を行う場合、「同一建物居住者」の取扱いとするか、「同一建物居住者以外」の取扱いとするか。同様に同じ避難所等に居住する複数人に同一日に同じ訪問看護ステーションから訪問看護を行う場合はどうか。

(答)

いずれも、同一建物居住者の取扱いとする。

なお、医科の場合にあっては、避難所等において、同一世帯の複数の患者に診察をした場合は、「同一建物居住者」の取扱いではなく、1人目は「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料のみを算定すること。

また、歯科の場合にあっては、同一日に診療を行う人数により、歯科訪問診療1（1人のみの場合）、歯科訪問診療2（2人以上9人以下の場合）又は歯科訪問診療3（10人以上の場合）のいずれかにより算定する。

問8 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は「单一建物居住患者の人数」により区分がなされているが、被災前から、当該管理料の対象となる医学管理を行っている患者が避難所に避難し、当該患者に当該医学管理を継続して行う場合、当該管理料をどのように算定することができるか。

(答)

当面、避難所においても、被災前の居住場所に応じた区分に従って、当該管理料を算定することができる。但し、避難場所が分散し、被災前の居住場所と比べ、「单一建物居住患者の人数」が減少した場合には、減少後の人數に基づいて算定できる。

問9 避難所等に居住する患者であって、定期的に外来における診療を受けていいる者からの求めに応じて、当該外来による診療を行っている被災地の保険医療機関の医師等が避難所等に往診を行った場合、往診料は算定できるか。

(答)

患者が避難所等にある程度継続して居住している場合には、避難所に居住している患者であって、定期的に外来による診療を受けている者からの求めがあり、当該外来による診療を行っている被災地の保険医療機関の医師等が避難所等に赴き診療を行った場合には、往診料を算定できる。ただし、2人目以降については、往診料は算定できず、再診料の算定となる。(通常の往診料と同じ取扱い)

問10 被災地の保険医療機関が、災害等やむを得ない事情により、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合などは、どの入院基本料、特定入院料を算定するのか。

(答)

当面の間、以下の取扱いとする。

<原則>

実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する。

<会議室等病棟以外に入院の場合>

速やかに入院すべき病棟へ入院させることを原則とするが、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が入院すべき病棟の入院基本料を算定する。

この場合、当該患者の状態に応じてどのような診療や看護が行われているか確認できるよう、具体的に診療録、看護記録等に記録する。

なお、単なる避難所としての利用の場合は算定できない（災害救助法の適用となる医療については、県市町に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、県市町村に確認されたい。）

<医療法上、本来入院できない病棟に入院（精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など）又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院（回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など）した場合>

○ 入院基本料を算定する病棟の場合

入院した病棟の入院基本料を算定する（精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定。）。

ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係らず、入院基本料を算定する。

○ 特定入院料を算定する病棟の場合

医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること（一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は15対1の看護配置を求めていることから、15対1一般病棟入院基本料を算定。）。

問11 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に、平均在院日数はどのように算定するのか。また、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を超えた場合、特別入院基本料を算定するのか。

(答)

医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合を含め、当該他の医療機関から転院させた患者を含めて平均在院日数を算定する。ただし、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を超えた場合であっても、当面の間、従前の入院基本料を算定できるものとし、特別入院基本料の算定は行わないものとする。

問12 被災地の保険医療機関において災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えは回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合に、特定入院料等に規定する施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

(答)

被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えは回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、当面の間、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断する。

問13 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に入院の日はどのように取り扱うのか。

(答)

当面の間、他の保険医療機関が当該保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該保険医療機関に入院した日を入院の日とする。

問14 被災地の保険医療機関において、通常外来診察を行っている患者に訪問診療を行った場合に、訪問診療料（歯科診療にあっては、歯科訪問診療料）は算定できるか。

(答)

居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なものに対しては訪問診療料（歯科訪問診療料）を算定できるが、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断されるものに対しては、訪問診療料（歯科訪問診療料）の算定はできない。（通常の訪問診療料等の規定のとおり）

問15 問6、7及び14に関し、保険薬剤師が避難所又は居宅を訪問し、薬学的管理及び指導を行った場合、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できるか。

(答)

医師の指示に基づき実施した場合は算定できる。ただし、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断される患者に対しては算定できない。

なお、同じ避難所等に居住する複数人に対して同一日に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う場合は「同一建物居住者の場合」の取扱いとするが、同一世帯の複数の患者が避難所等に同居している場合には、1人目は「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、「同一建物居住者の場合」を算定する。

問16 被災地以外の都道府県で登録した保険医が、被災地の保険医療機関で診療を行った場合、保険請求可能か。

(答)

被災地以外の都道府県で登録した保険医が被災地の保険医療機関で行った場合には、被災地において、当該保険医が保険診療に従事する被災地の保険医療機関から診療報酬の請求が行われることになる。

問17 被災地の保険薬局において、現地での医薬品の供給不足により、調剤に必要な医薬品の在庫が逼迫している場合等やむを得ない場合には、分割調剤により対応することは可能か。この場合、保険薬局の判断で分割調剤を行うことは可能か。

(答)

被災地での医薬品の流通状況等に応じて、分割指示のない処方箋であっても、処方医へ迅速に疑義照会を行うことが難しい場合には、保険薬局の判断で分割調剤を行い、事後に報告することは差し支えない。

問18 被災地の保険医療機関において透析設備が、今般の震災により使用不可能となっている場合に、震災以前から当該保険医療機関に入院し当該保険医療機関において透析を行っている患者が、真にやむを得ない事情により、透析を目的として他医療機関を受診した場合に、入院基本料、特定入院料はどう取り扱うのか。

(答)

当面の間、被災地の保険医療機関に震災前から継続して入院している慢性透析患者の転院を受け入れた場合であって、真にやむを得ない事情があった場合に限り、透析を目的として他医療機関受診を行った日については、入院基本料及び特定入院料の控除は行わないこととする。

問19 新たに有床義歯を製作する場合については、遠隔地への転居のため通院が不能になった場合、急性歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合等の特別な場合を除いて原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して6カ月以降とする取扱いであるが、今般の令和6年能登半島地震による被災に伴い有床義歯を滅失又は破損した場合も該当するのか。

(答)

該当する。なお、この場合において、有床義歯を再製作するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書「摘要」欄に令和6年能登半島地震による被災に伴う6カ月末満の有床義歯の再製作である旨を記載すること。

問20 令和6年能登半島地震に伴い、被災地の保険医療機関において、「DPC導入の影響評価に係る調査」への適切な参加及び「データ提出加算」に係るデータ提出が困難な場合には、どのように対応すればよいか。

(答)

1～3月診療分のDPC事務局へのデータの提出期限は1月22日となっているが、当該提出期限については、当分の間、延長することとする。なお、提出期限日は追って連絡する予定である。

## II. 被災地以外

問21 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から、医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合などに、どの入院基本料、特定入院料を算定するのか。

(答)

当面の間、以下の取扱いとする。

<原則>

実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する。

<医療法上、本来入院できない病棟に入院（精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など）又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院（回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など）した場合>

○ 入院基本料を算定する病棟の場合

入院した病棟の入院基本料を算定する（精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定。）。

ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係らず、入院基本料を算定する。

○ 特定入院料を算定する病棟の場合

医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること（一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は15対1の看護配置を求めていることから、15対1一般病棟入院基本料を算定。）。

問22 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合に、平均在院日数はどのように算定するのか。

(答)

被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から地震の発生日以降に医療法上の許可病床数を超過するなどして転院の受け入れを行った場合、当面の間、当該患者を除いて平均在院日数を算定する。

問23 被災地以外の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合に、特定入院料等に規定する施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

(答)

被災地以外の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、当面の間、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断する。

問24 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合に入院の日はどのように取り扱うのか。

(答)

当面の間、被災地の保険医療機関が当該被災地以外の保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該被災地以外の保険医療機関に入院した日を入院の日とする。

問25 被災地以外の保険医療機関において、被災地の介護施設、避難所等から入所者等の受入を行った場合、入院基本料、特定入院料等は算定できるか。

(答)

医学的判断に基づき入院が必要と判断された場合には算定できる。なお、単なる避難所としての利用の場合は算定できない（災害救助法の適用となる医療については、県市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、県市町村に確認されたい。）

問26 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関に震災前から継続して入院している慢性透析患者の転院の受け入れを行った場合に、当該受け入れを行った被災地以外の保険医療機関の透析設備の不足等真にやむを得ない事情により、当該患者が透析を目的として他医療機関を受診した場合に、入院基本料、特定入院料はどのように取り扱うのか。

(答)

患者に必要な医療を提供可能な保険医療機関に転院することを原則とする。ただし、被災地の保険医療機関に震災前から継続して入院している慢性透析患者の転院を受け入れた場合であって、真にやむを得ない事情があった場合に限り、当面の間、透析を目的として他医療機関受診を行った日については、入院基本料及び特定入院料の控除は行わないこととする。

問27 令和6年能登半島地震に伴い、被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足している保険医療機関、又は、被災地から多数の患者を受け入れた保険医療機関において、「DPC導入の影響評価に係る調査」への適切な参加及び「データ提出加算」に係るデータ提出が困難な場合には、どのように対応すればよいか。

(答)

1～3月診療分のDPC事務局へのデータの提出期限は1月22日となっているが、こうした保険医療機関に限り、当該提出期限については、当分の間、延長することとする。なお、提出期限日は追って連絡する予定である。

事務連絡  
令和6年1月4日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

令和6年能登半島地震にかかる災害による被災に関する  
診療報酬等の請求の取扱いについて

令和6年能登半島地震にかかる災害による被災に関する診療報酬等の請求の事務については、下記のとおり取り扱うこととしたので、ご了知いただくとともに、関係団体への周知を図るようお願いしたい。

記

1. 令和5年12月診療等分に係る診療報酬等の請求について

令和6年能登半島地震にかかる災害により診療録及びレセプトコンピュータ等を滅失、汚損又は棄損等した保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）における令和5年12月診療等分については、2. により概算請求を行うことができるものとすること。

上記以外の場合については、3. により診療報酬等の請求を行うものとすること。

2. 概算請求を行う場合の取扱いについて

(1) 概算による請求を選択する保険医療機関等については、やむを得ない事情がある場合を除き、令和6年1月15日までに別紙の様式（届出書）により、各審査支払機関（国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金）に届け出ること。この中で、当該保険医療機関等の令和5年12月の入院、外来別の診療実日数を記入すること。

(2) 診療報酬等の算出方法については原則として令和5年9月診療等分から令和5年11月診療等分までの診療報酬等支払実績により（当該保険医療機関等について特別な事情がある場合には、別途保険医療機関等と調整をす

る。）、下記ア及びイにより算出し、それを合計して支払を行うこととなること。

なお、保険薬局及び訪問看護ステーションについては、外来分として取り扱うものとすること。

ア 入院分

$$\frac{\text{令和5年9月～令和5年11月}}{\text{入院分診療報酬等支払額}} \times \frac{}{\text{91日}} \quad \frac{\text{令和5年12月の入院診療}}{\text{実日数}}$$

イ 外来分

$$\frac{\text{令和5年9月～令和5年11月}}{\text{外来分診療報酬等支払額}} \times \frac{}{\text{73日}} \quad \frac{\text{令和5年12月の外来診療}}{\text{実日数}}$$

(3) この方法の対象となる請求の範囲については、公費負担医療に係るものについても含まれること。

(4) この方法による請求を選択した保険医療機関等については、この方法による概算額をもって令和5年12月診療分の診療報酬等支払額を確定するものであること。

3. 通常の方法による請求を行う場合の取扱いについて

令和5年12月診療分（令和6年1月提出分）に係る診療報酬請求書等の提出期限については、令和6年1月15日とすること。

また、提出期限に遅れたものについては、翌月以降に提出するものとすること。

以上

厚生労働省保険局医療課企画法令第一係  
TEL:03-5253-1111（内線 3288）  
FAX:03-3508-2746

令和6年能登半島地震にかかる災害による被災に関する概算による診療報酬請求に関する届出書  
(令和5年12月診療分)

保険医療機関コード・薬局コード・ステーションコード	
令和6年能登半島地震にかかる災害による被災に関する概算による診療報酬の請求を行いたいので、次のように届け出ます。	
保険医療機関等の所在地 及び 名称 :	令和 年 月 日
開設者名・事業者氏名 :	
審査支払機関 殿	
令和5年12月の診療実日数を記入すること。	
[入院・外来別診療実日数] (外来診療実日数) 12月分 _____ 日間	(入院診療実日数) 12月分 _____ 日間

事 務 連 絡  
令和 6 年 1 月 7 日

地方厚生(支)局医療課  
都道府県民生主管部(局)  
国民健康保険主管課(部)  
都道府県後期高齢者医療主管部(局)  
後期高齢者医療主管課(部)

} 御中

厚生労働省保険局医療課

令和 6 年能登半島地震の被災に伴う  
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて（その 2）

今般、令和 6 年能登半島地震に関連する診療報酬等の取扱いについて、別添のとおり取りまとめたので、送付いたします。

I. 被災地（災害救助法の適用対象市町村をいう。以下同じ。）

問1 被災地の保険医療機関が、災害等やむを得ない事情により患者を入院させたことにより、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合を満たさなくなった場合について、入院料に規定する施設基準の規定についてどのように考えればよいか。

(答)

被災前にこれらの施設基準を満たしていた保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により患者を入院させたことにより、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料を除く）、在宅復帰率、医療区分2又は3の患者割合を満たさなくなった場合については、当面の間、直ちに施設基準の変更の届出を行う必要はない。

なお、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料の治療室に、やむを得ず本来当該治療室への入院を要さない患者を入院させた場合については、当該保険医療機関の入院基本料を算定した上で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の算出から除外する。

問2 入院時食事療養（I）又は入院時生活療養（I）の届出を行っている被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の療養たる提供を適時に、かつ適温で行うことが困難となった場合に、入院時食事療養費等はどのように取り扱うのか。

(答)

当面の間、従前の入院時食事療養費又は入院時生活療養費を算定できるものとする。

ただし、適時かつ適温による食事の提供が困難な場合であっても、できる限り適時かつ適温による食事の提供に努めること。

II. 被災地以外

問3 被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行ったことにより、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合を満たさなくなった場合について、どう考えればよいか。

(答)

被災地以外の保険医療機関において、被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合にあっては、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分2又は3の患者割合について、当面の間、被災地から受け入れた転院患者を除いて算出することができる。

ただし、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料の治療室に、被災地の保険医療機関から転院の受け入れにより、やむを得ず当該治療室への入院を要さない患者を入院させた場合については、当該保険医療機関の入院基本料を算定した上で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の算出から除外する。