

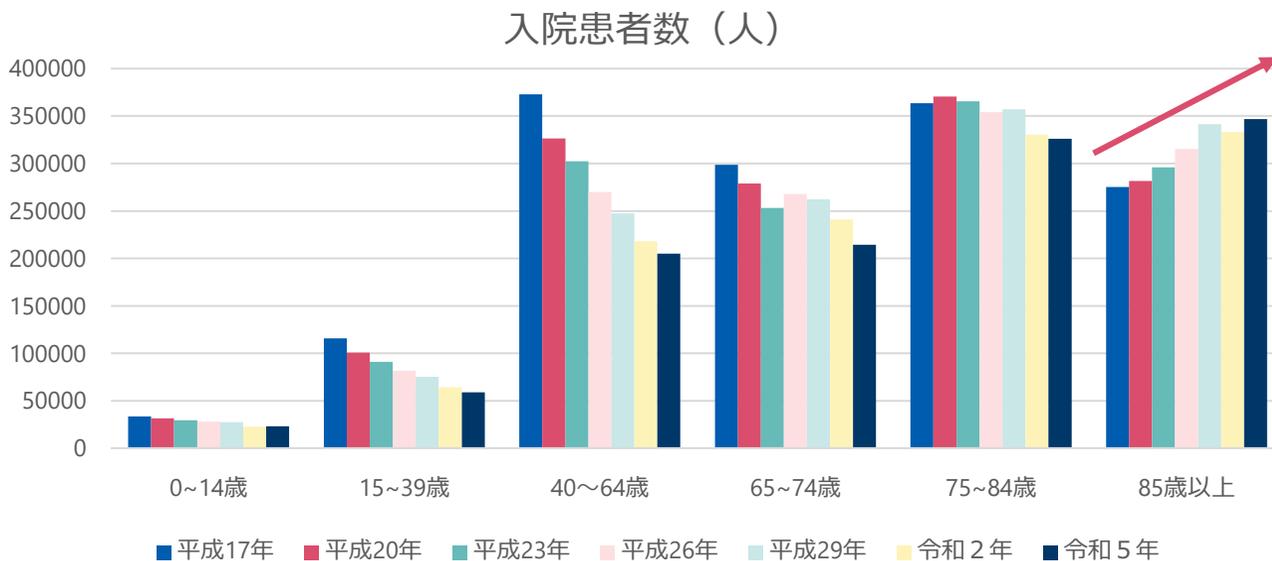
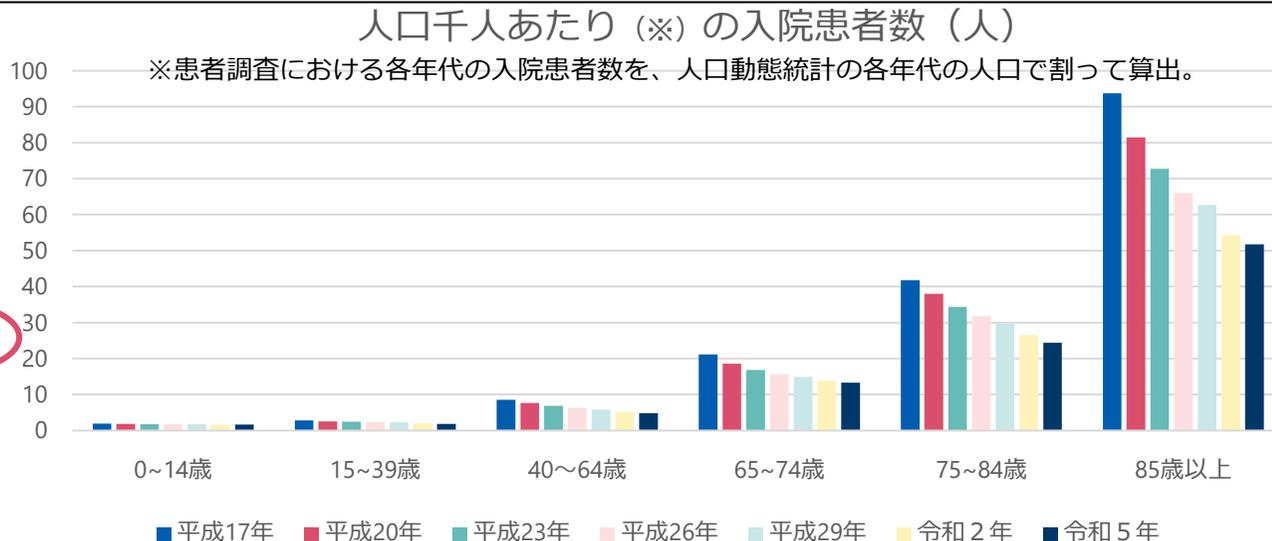
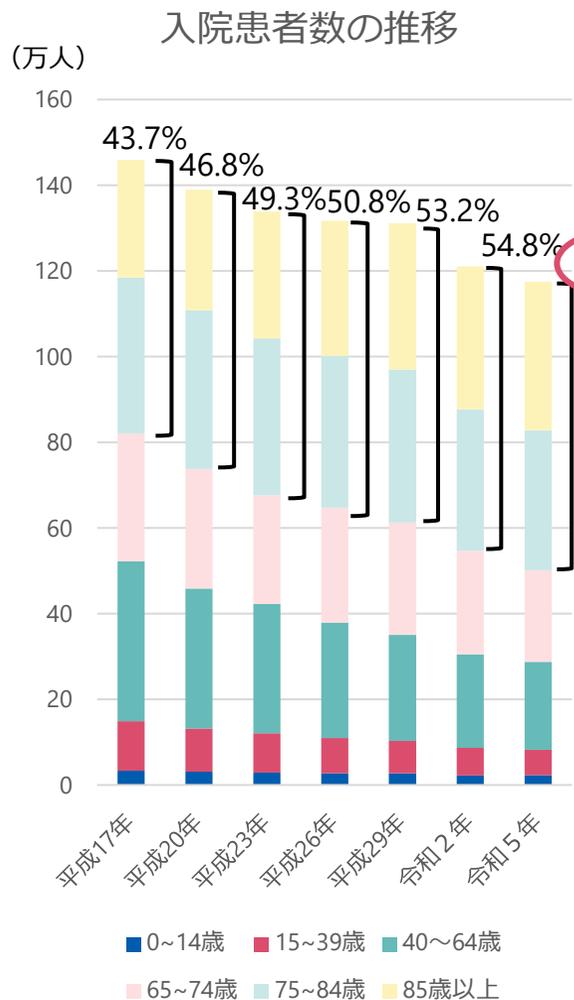
(令和7年度第8回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編②

令和7年7月31日(木)

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

入院患者の高齢化

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

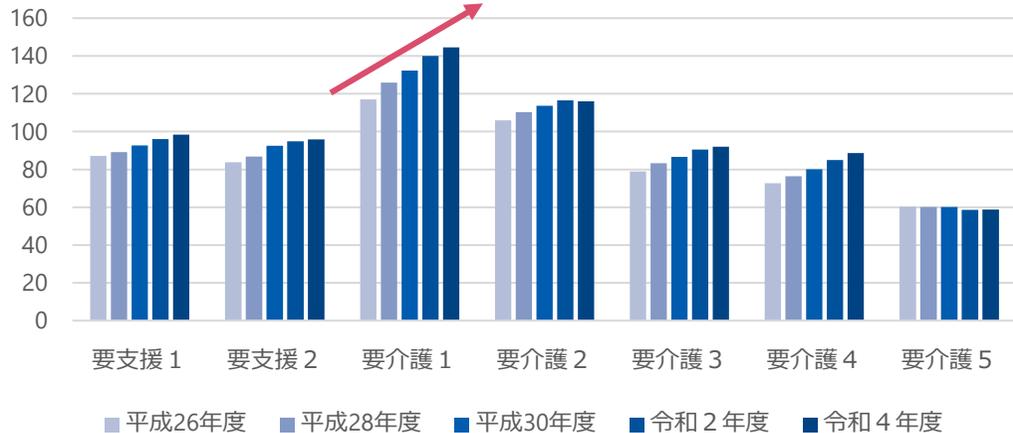


出典：令和5年患者調査及び各年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

要支援・要介護認定者数の経年推移

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

要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



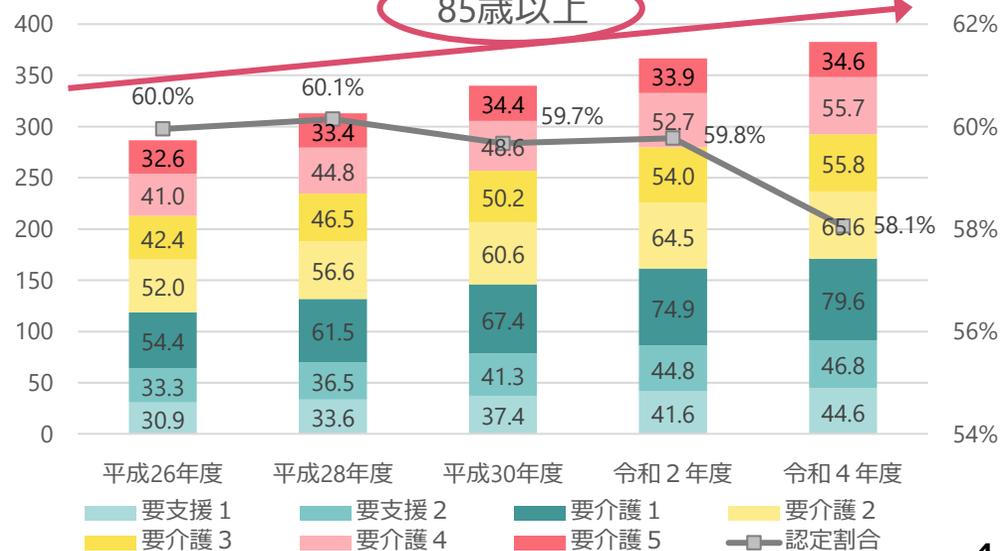
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上

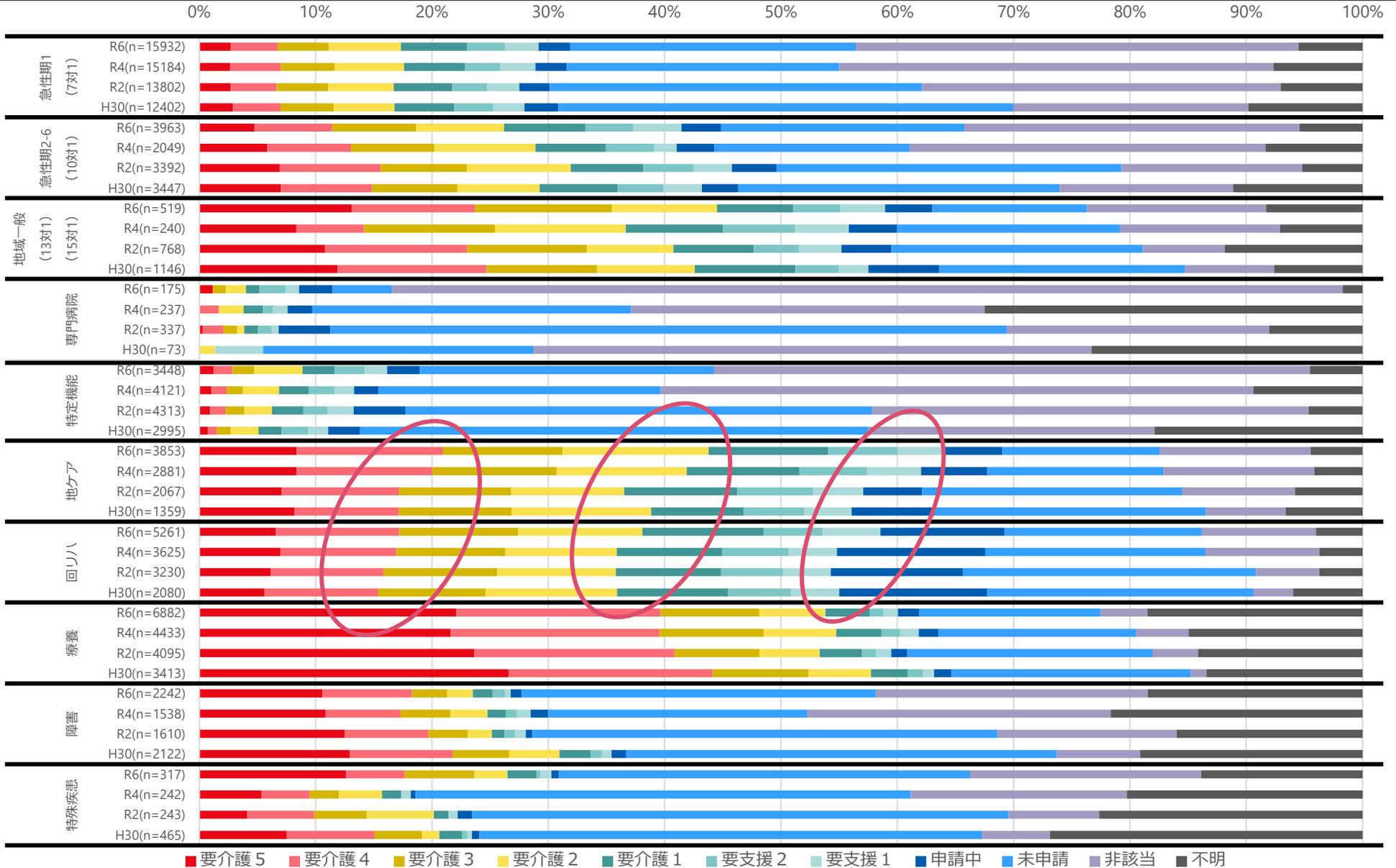


出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

※縦軸の単位はすべて万人

病棟ごとの要介護認定者数の経年推移

○ 要介護度についても、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟で高い患者が多く、経年的に増加していた。



出典：令和6・4年度入院・外来医療における実態調査（患者票）、令和2年度・平成30年度入院医療等の調査（患者票）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和6年12月）

5. 新たな地域医療構想（抄）

（3）医療機関機能・病床機能

<医療機関機能の名称と定義>

・ **高齢者救急・地域急性期機能**

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

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ **在宅医療等連携機能**

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

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ 急性期拠点機能（略）

・ 専門等機能（略）

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

・ 医育及び広域診療機能（略）

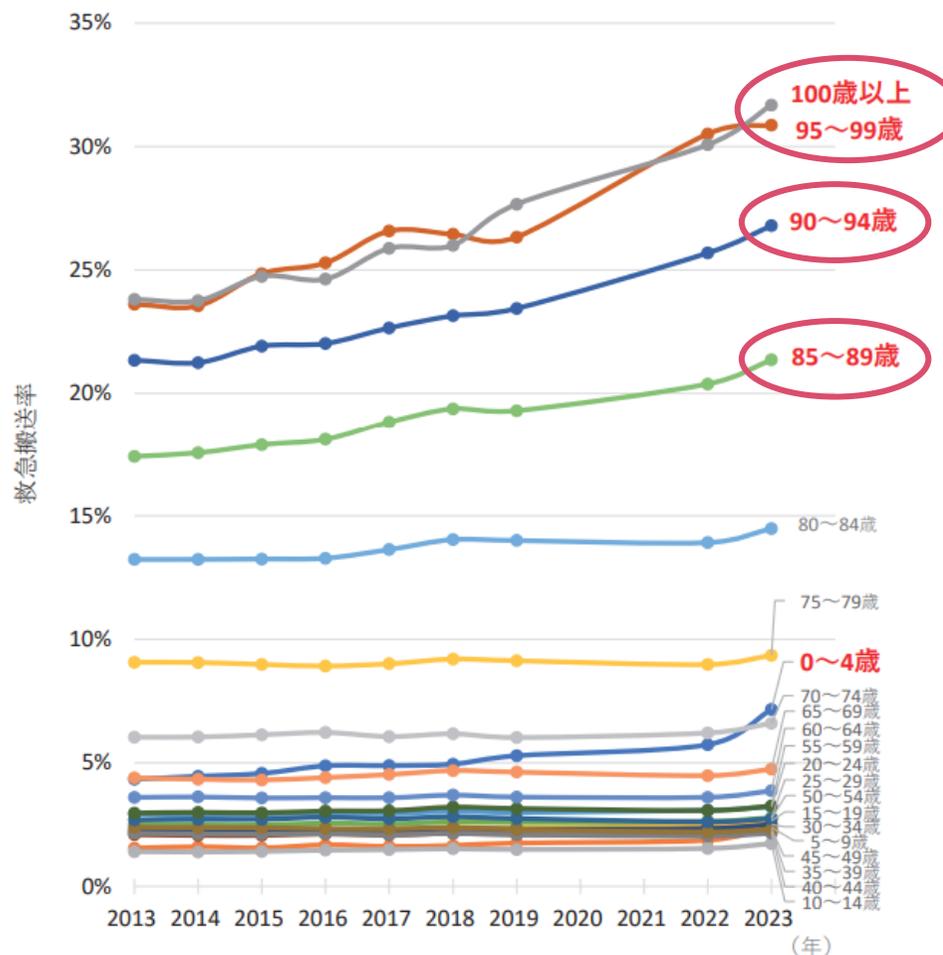
高齢者の救急搬送の増加

○ 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

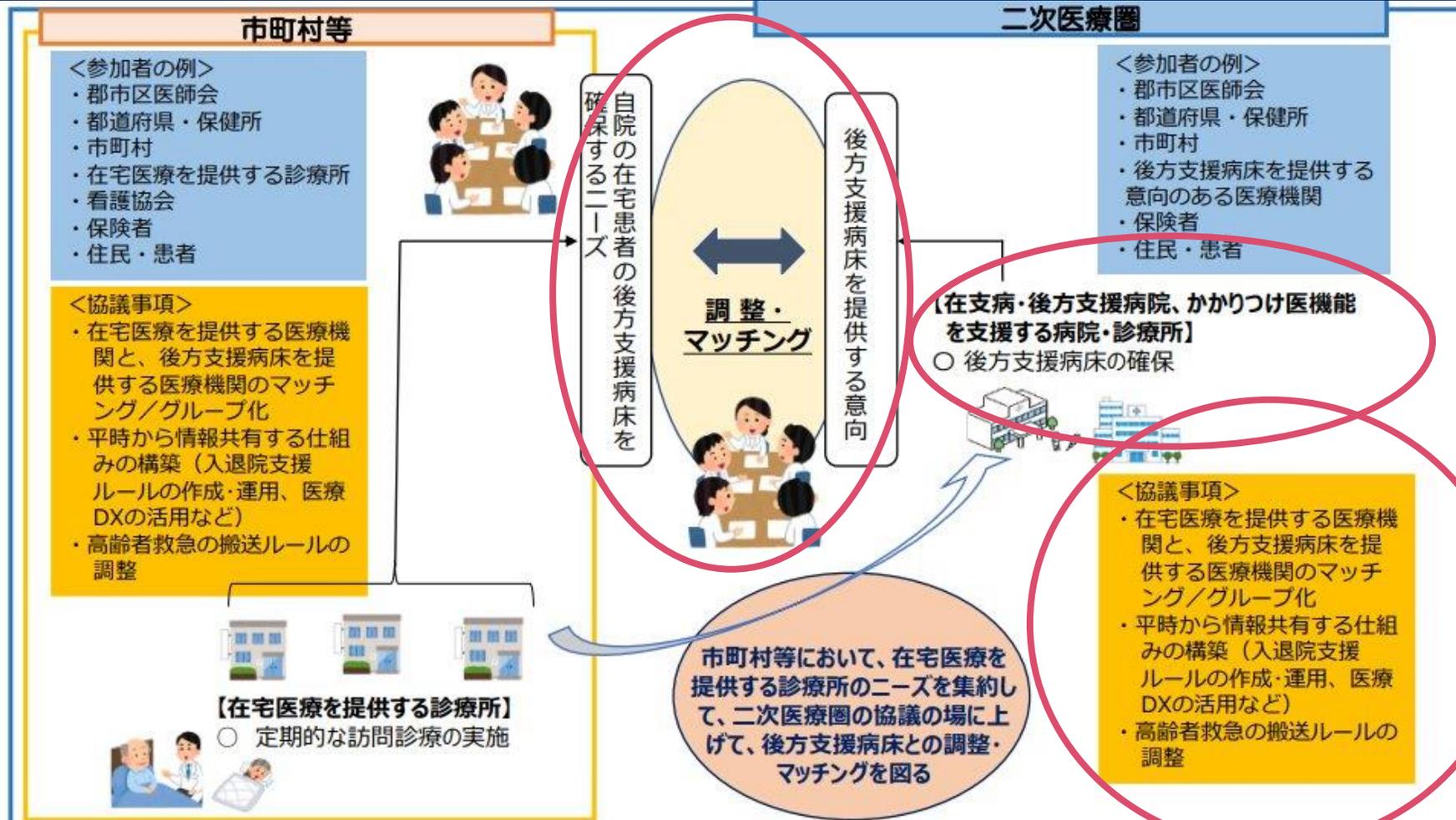
救急搬送率の推移（2013～2023年）（コロナの2020, 2021年除く）



かかりつけ医機能報告制度

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

協議の場のイメージ（例：入退院支援）



(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

○医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。

○救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

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

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

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

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

地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

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

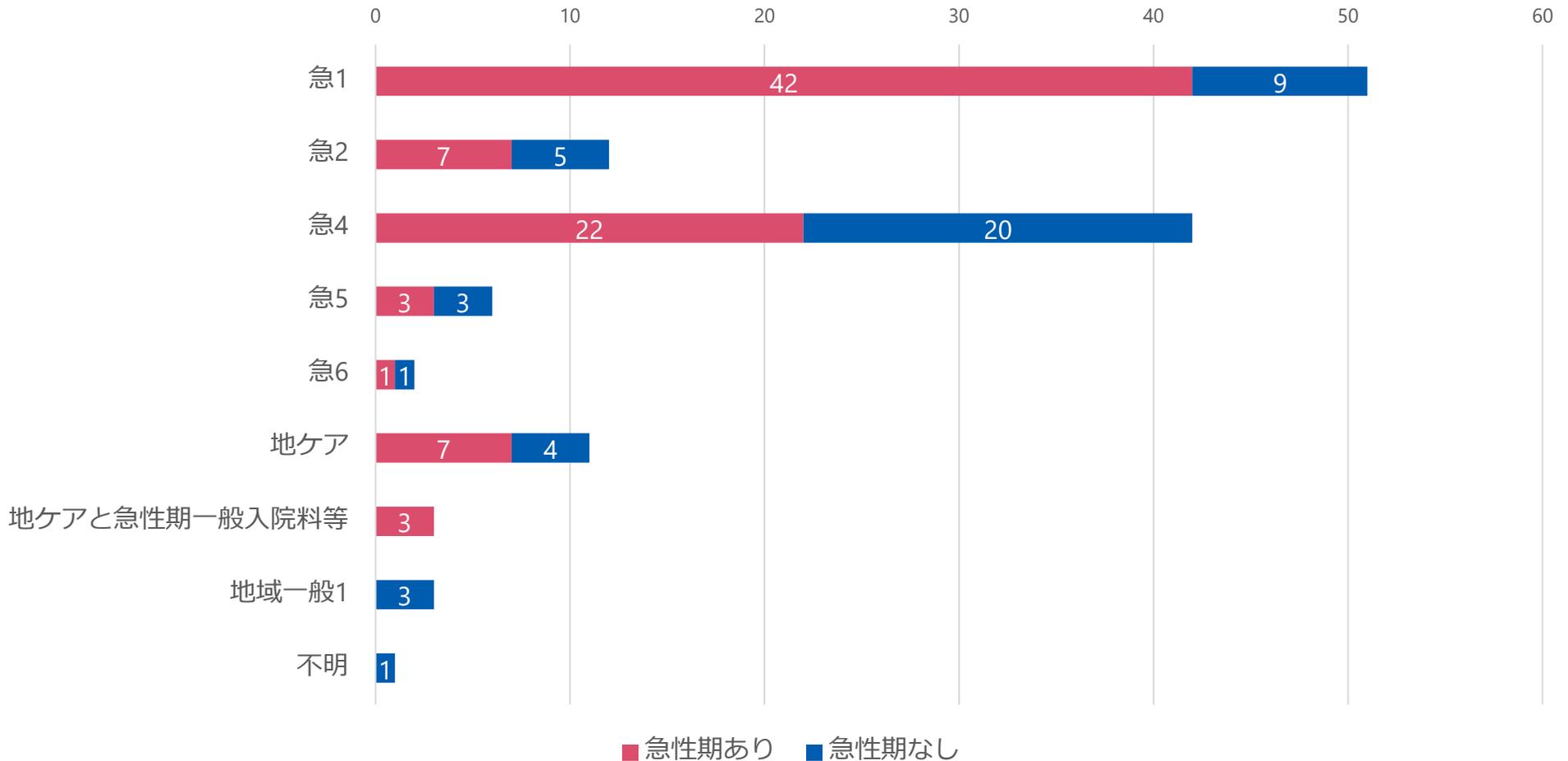
地域包括医療病棟を有する医療機関における、他の入院料を届け出ている施設の割合(n=131)



地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

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

地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=131)



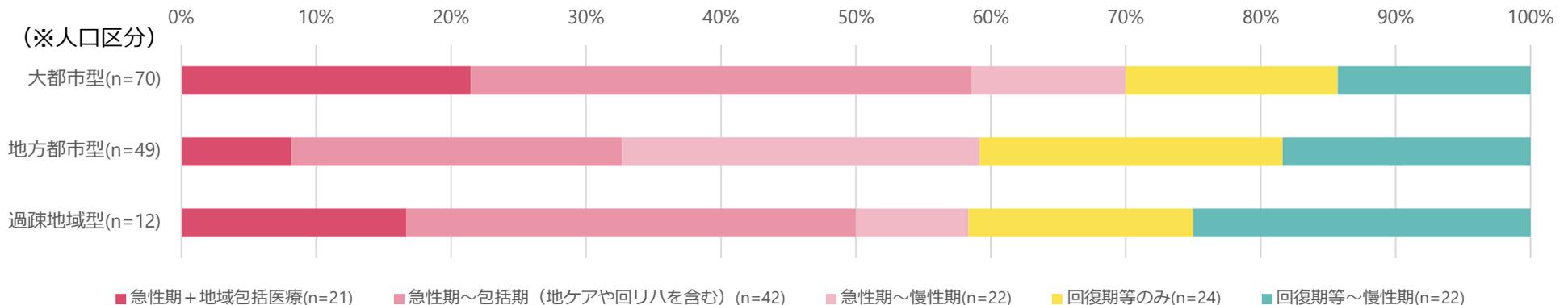
地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

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

【地域包括医療病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ】



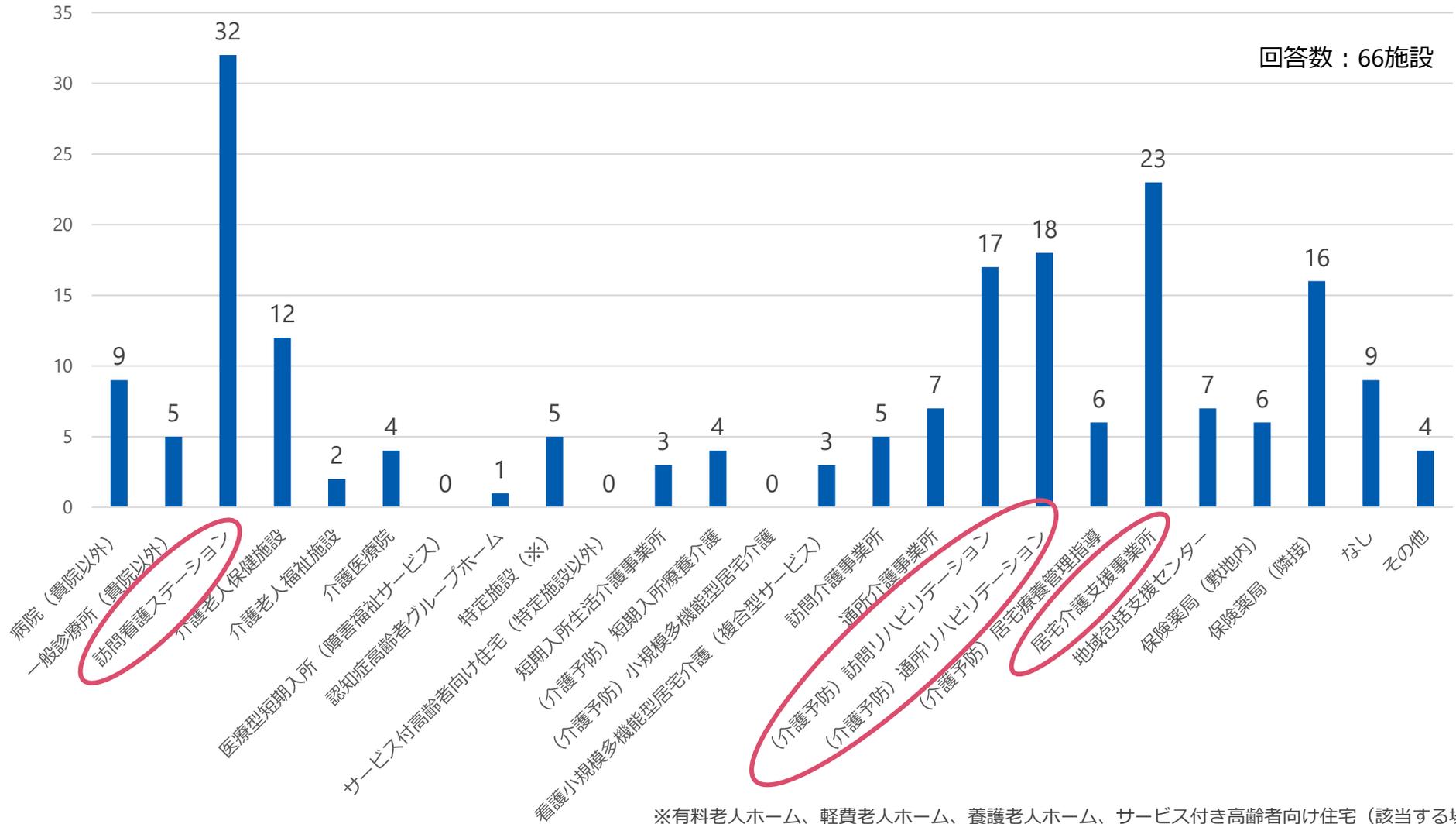
二次医療圏の人口区分ごとの地域包括医療病棟と併設病棟の組合せの分布(n=131)



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

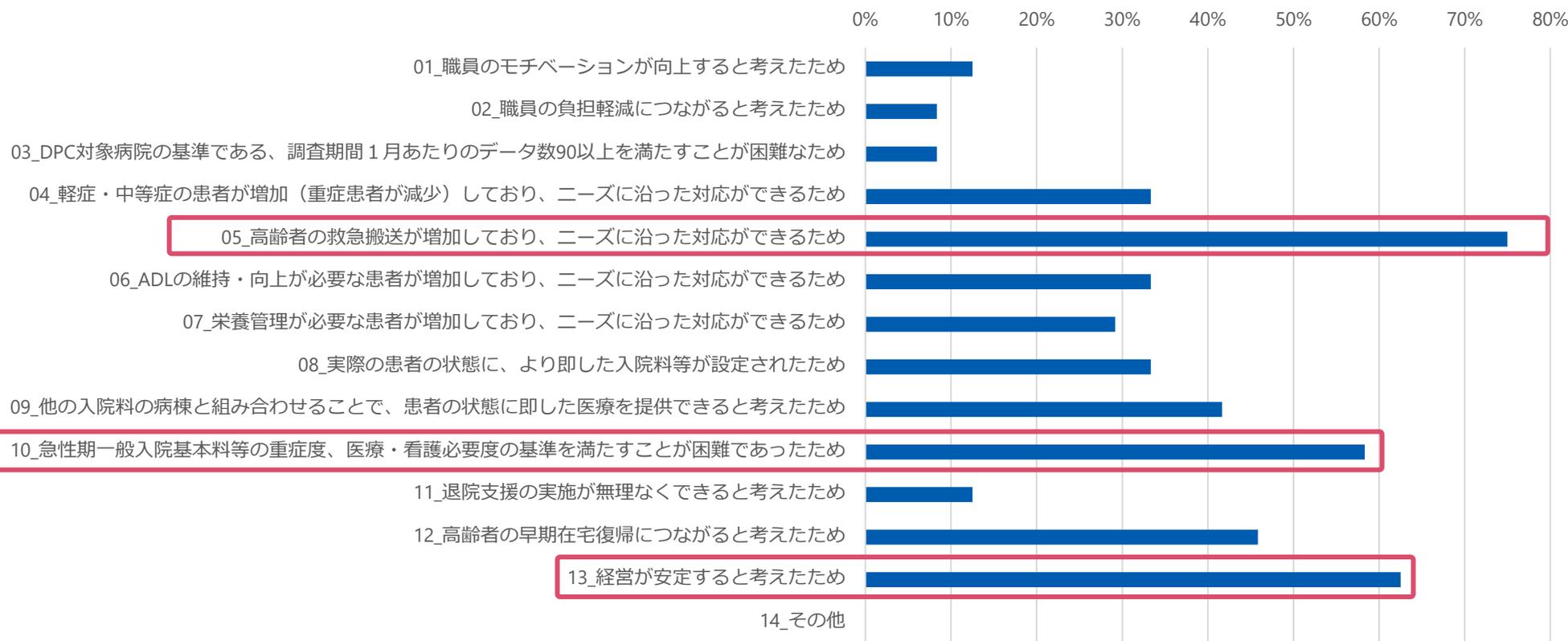
地域包括医療病棟入院料の届出施設における同一・隣接敷地内の事業所

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



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

地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由 (n=24)

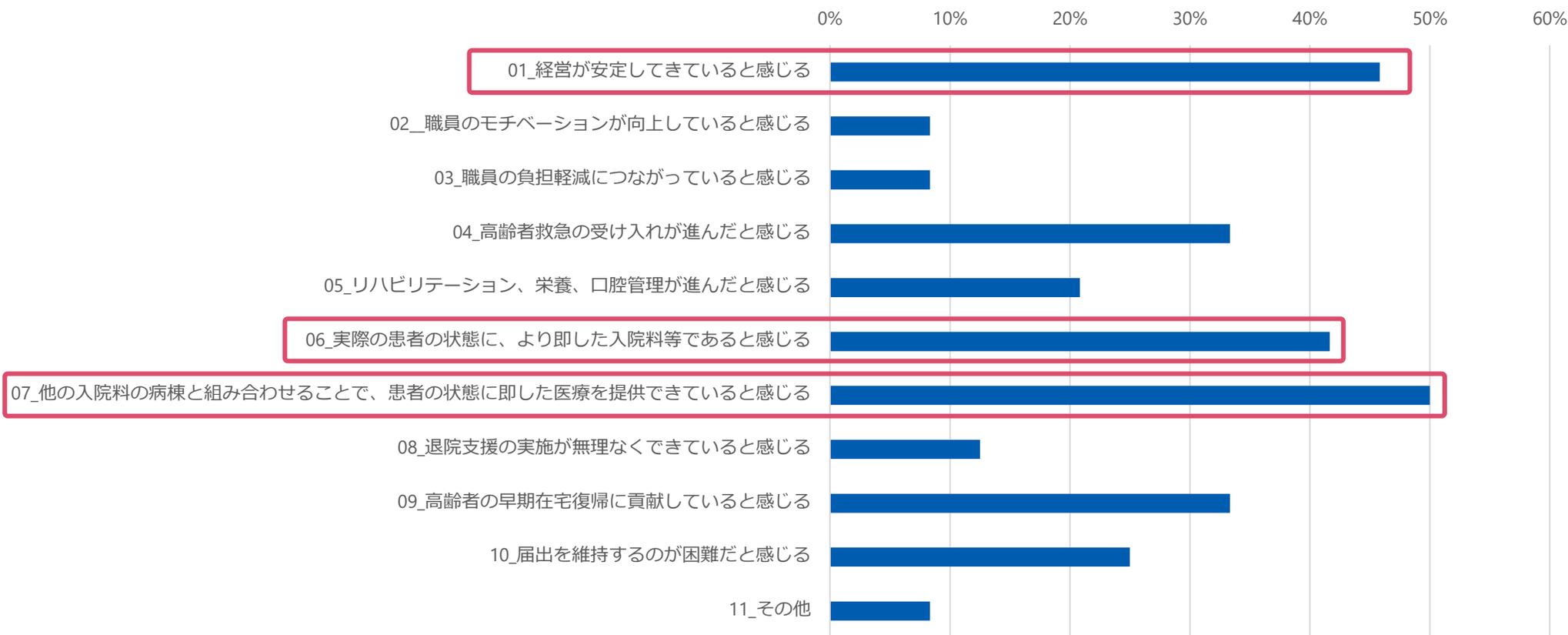


地域包括医療病棟の届出を行った後の状況

診調組 入-1
7.5.22改

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

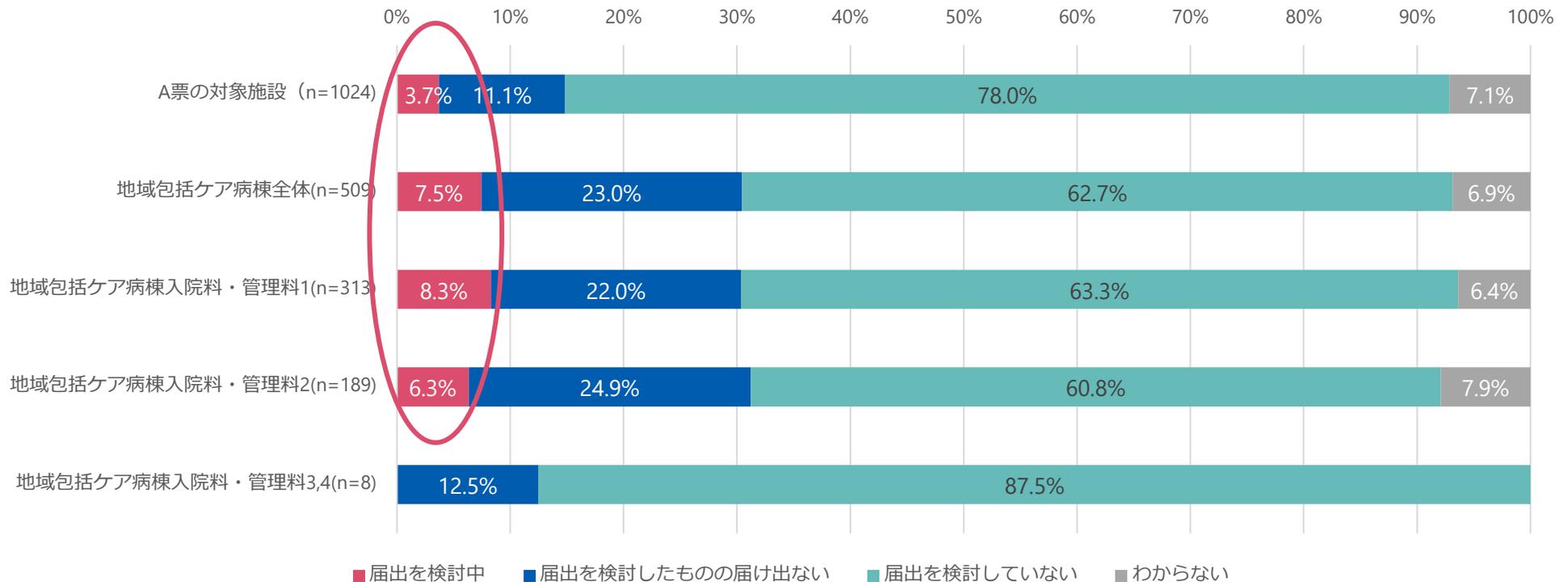
地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点でどのように感じているか (n=24)



今後の地域包括医療病棟の届出意向

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

地域包括医療病棟の届出意向

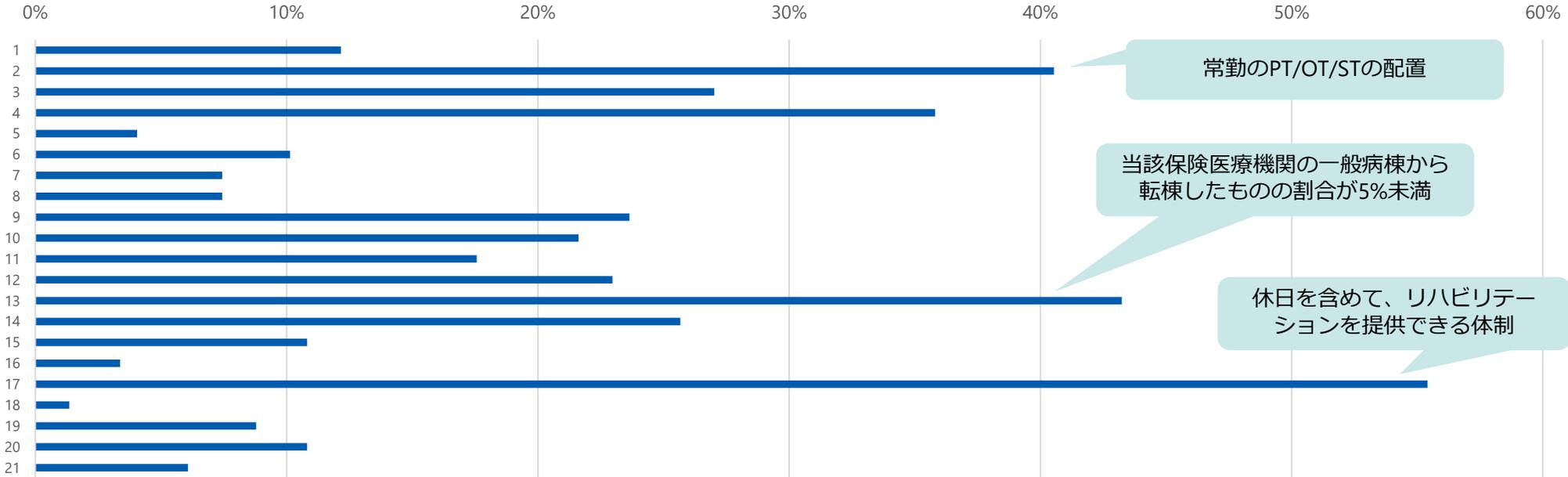


(A票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

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

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

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



- 01_看護職員の配置
- 02_常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置
- 03_専任の常勤の管理栄養士の配置
- 04_当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること
- 05_退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催
- 06_DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすこと
- 07_2次救急医療機関又は救急告示病院であること
- 08_常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること
- 09_重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと
- 10_一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること
- 11_平均在院日数が21日以内であること

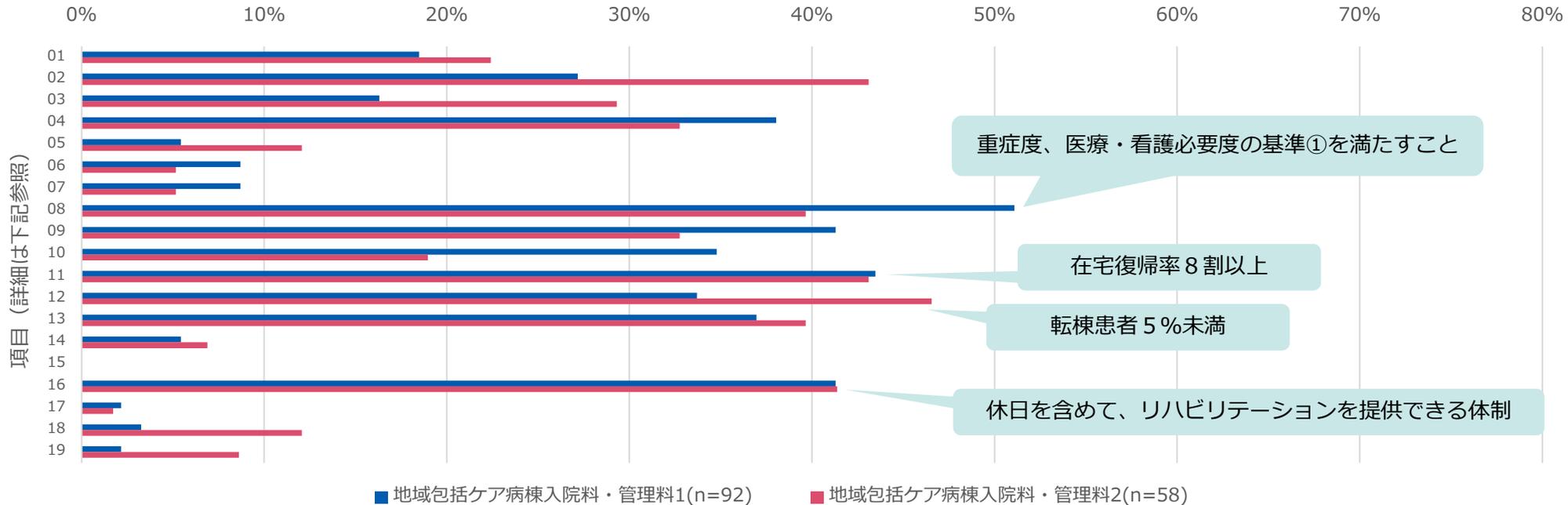
- 12_退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること
- 13_入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること
- 14_入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者運搬搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること
- 15_データ提出加算及び入院退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること
- 16_脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること
- 17_休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること
- 18_リハビリテーションに必要な構造設備
- 19_急性期充実体制加算を届出を行っていない保険医療機関であること
- 20_経営の安定性
- 21_その他

(B票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

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

診調組 入-1参考
7.5.22改

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



重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと

在宅復帰率8割以上

転棟患者5%未満

休日を含めて、リハビリテーションを提供できる体制

■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1(n=92)

■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料2(n=58)

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

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

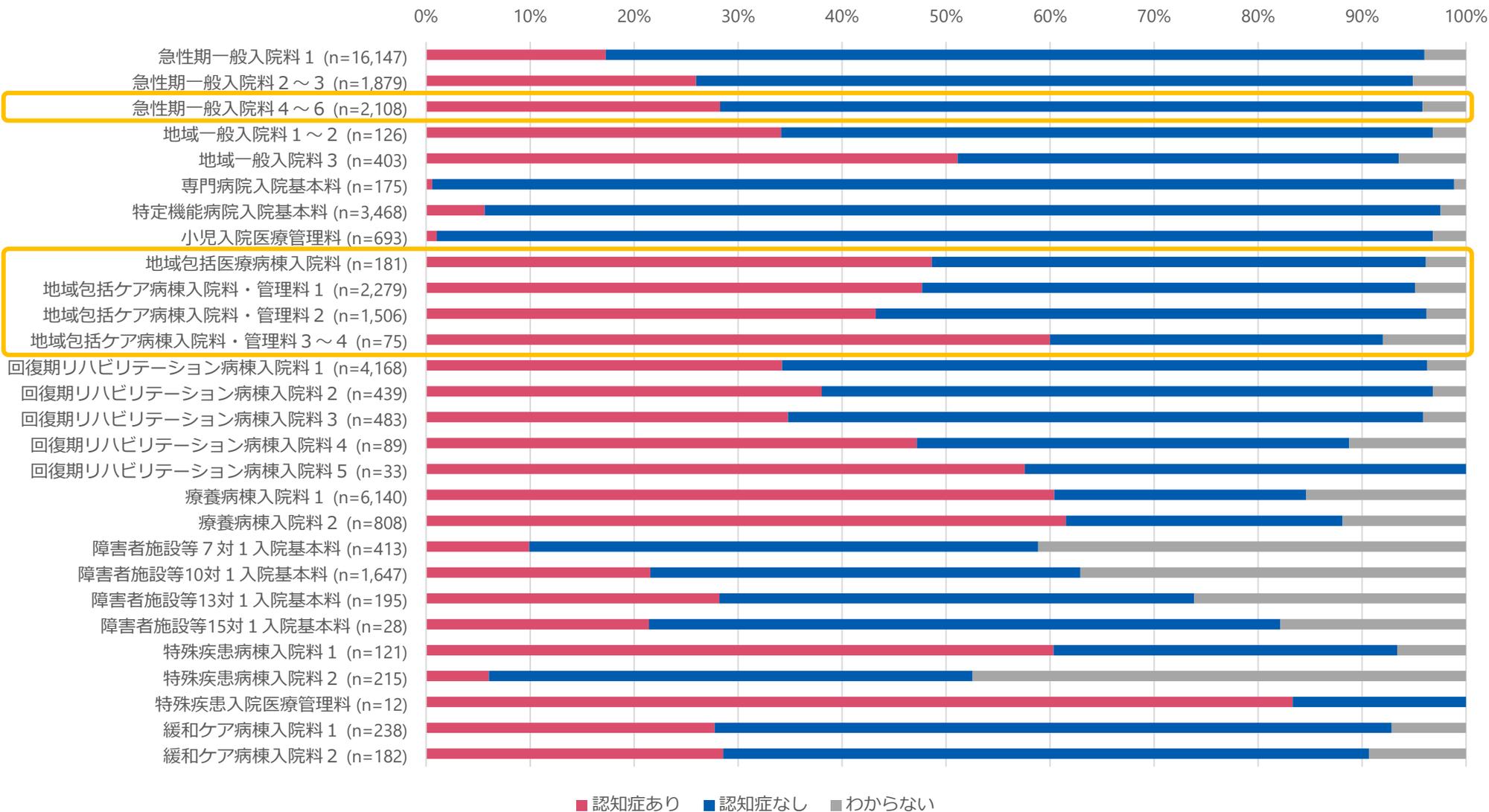
入院料ごとの年齢階級別分布

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



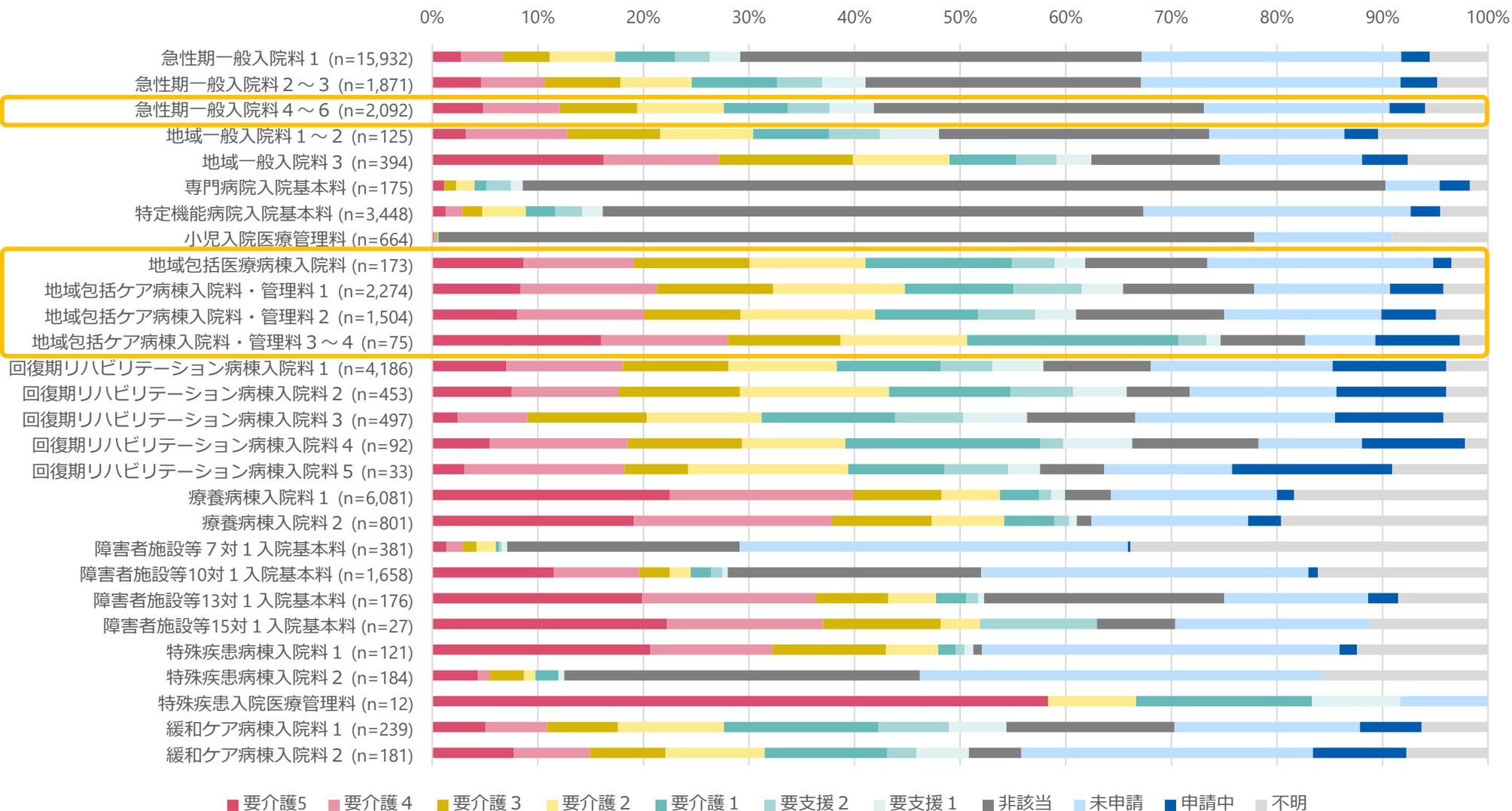
入院料ごとの認知症の有無

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



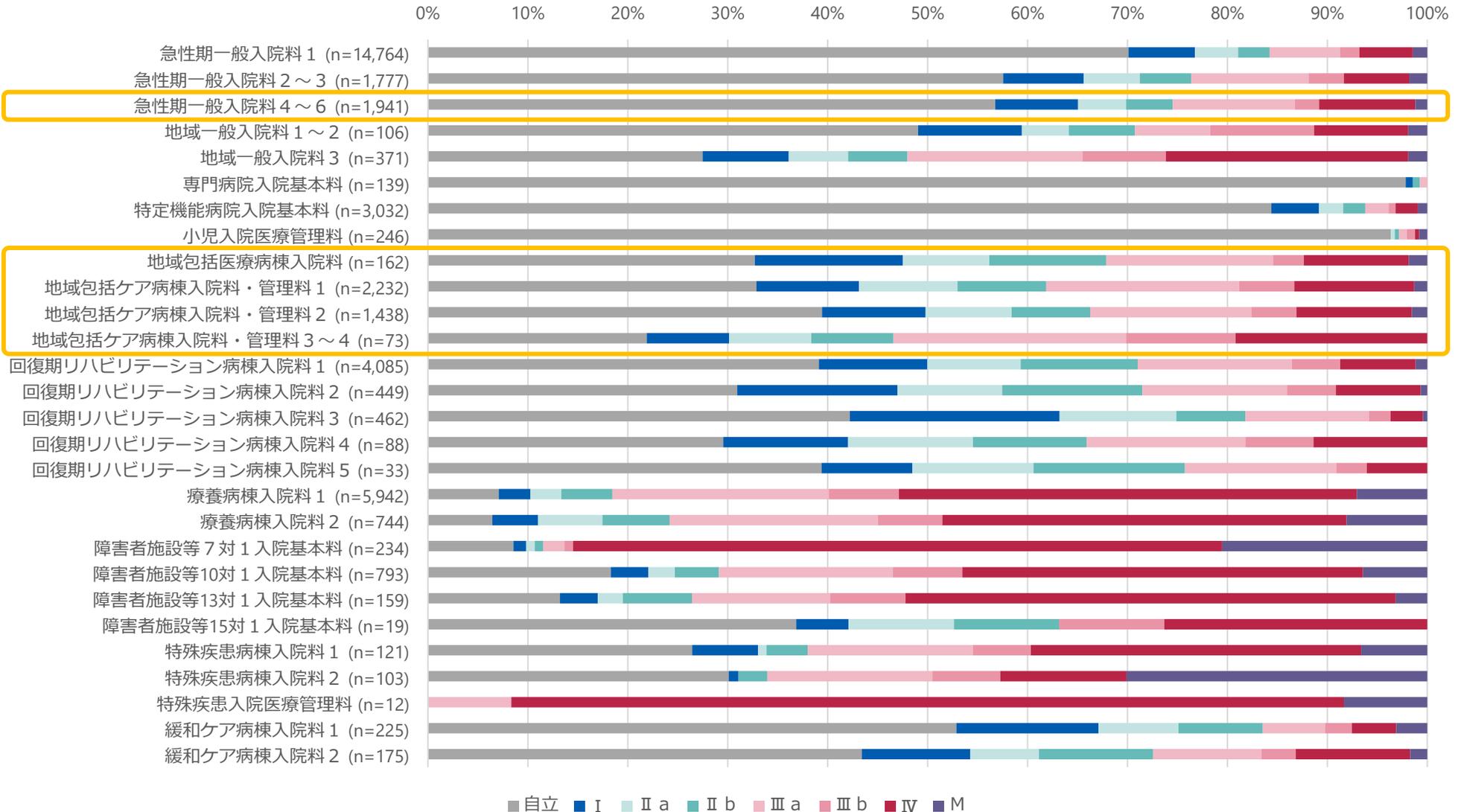
入院料ごとの要介護度別の患者割合

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



入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

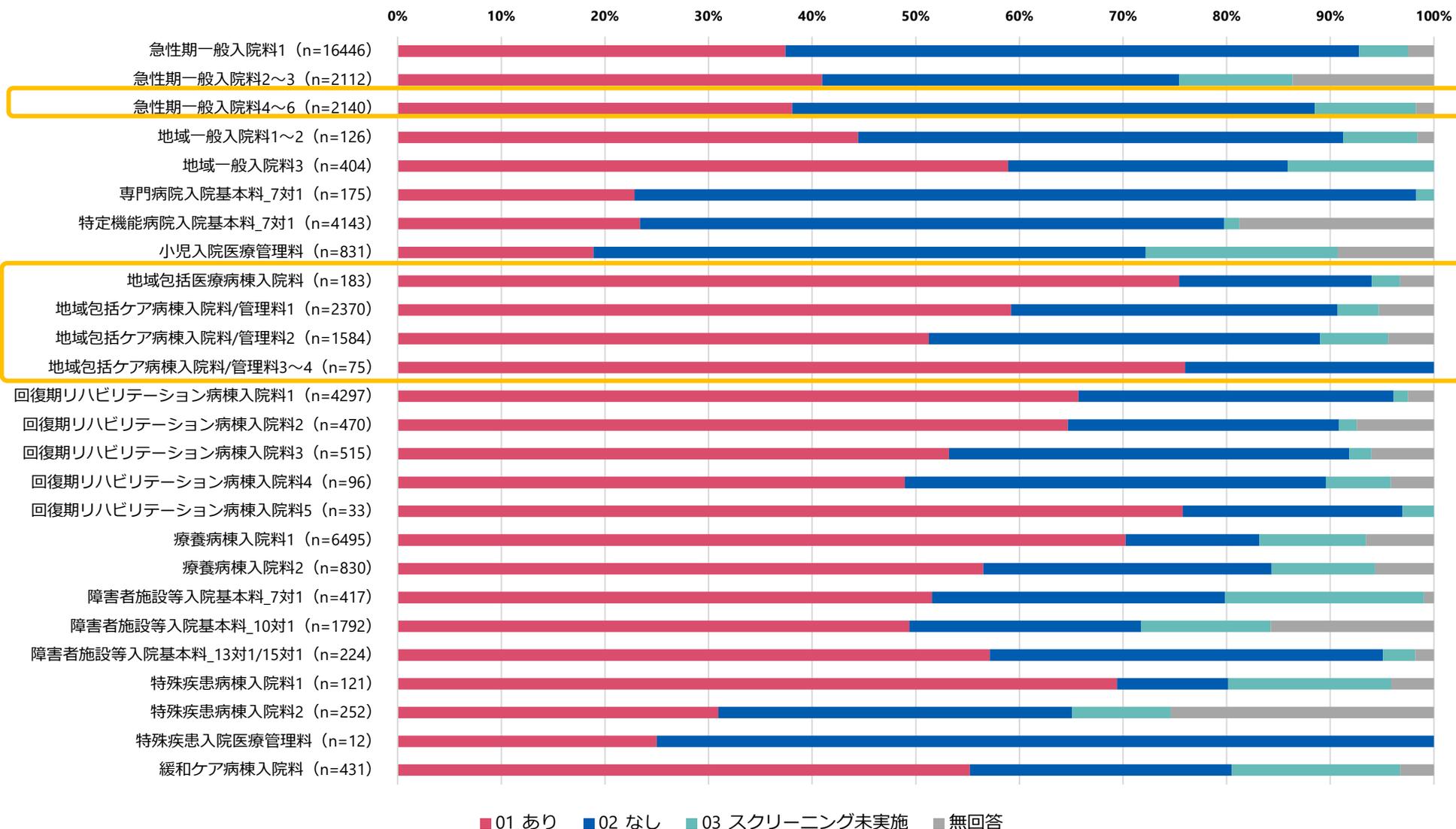
○ 急性期一般入院料4～6と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa（認知症による症状のため、介護を必要とする）以上の患者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

診調組 入-1
7.5.22改

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



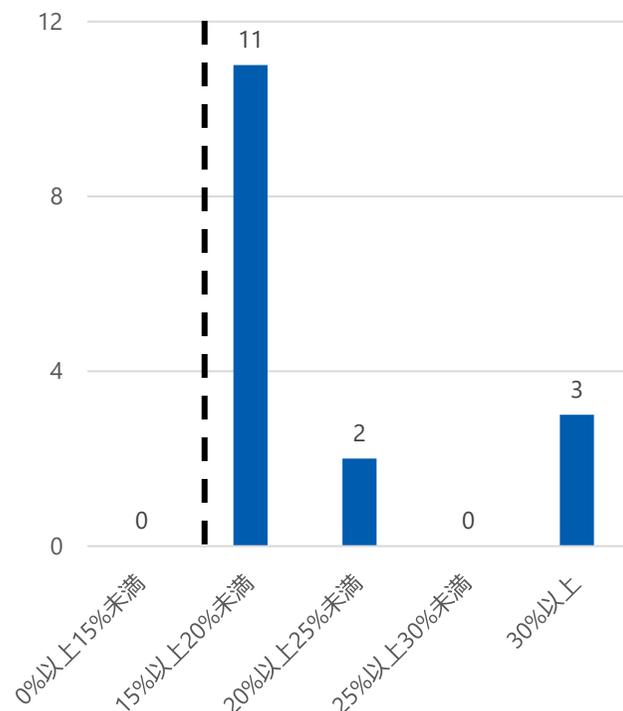
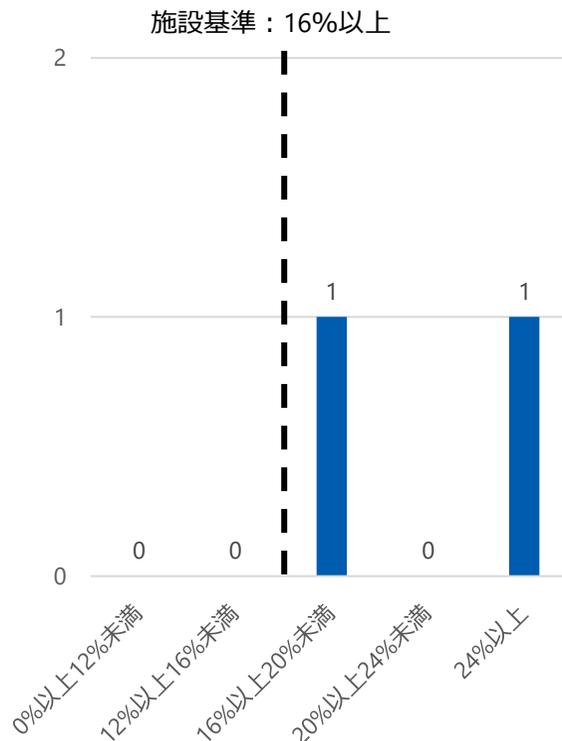
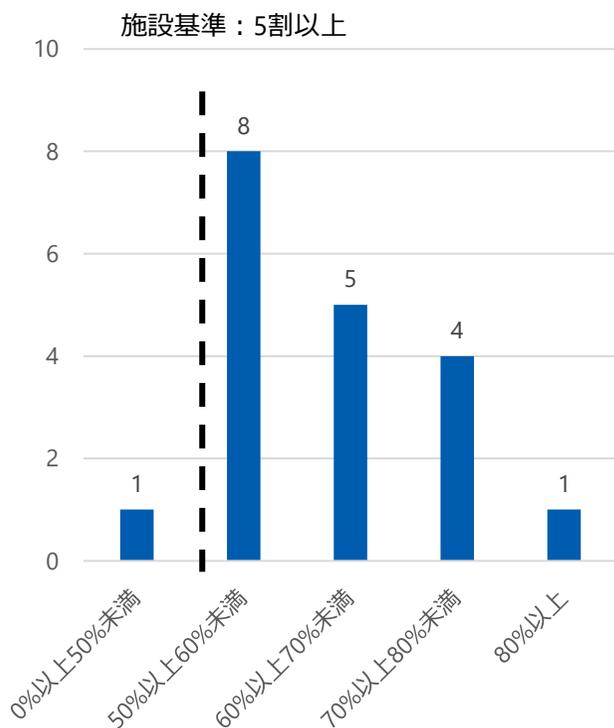
- 入院初日のB項目点数3点以上を満たす患者の割合、重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合は以下のとおりで、概ね基準を満たしていた。

入院初日に「B3点以上」に
該当する割合(n=19)

重症度、医療・看護必要度Ⅰの
基準を満たす患者割合(n=2)

重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準
を満たす患者割合(n=16)

施設基準：15%以上



地域包括医療病棟に直接入院する上位疾患

- 地域包括医療病棟において、入院患者数の多い診断群分類番号は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。

地域包括医療病棟（2024年10月～12月の間に地域包括医療病棟に直接入棟し、期間内に退棟した全19603症例）

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

地域包括ケア病棟、包括期を持つ急性期病棟の上位疾患

- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期病棟、地域包括ケア病棟と一定程度一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる入院例も多かった。

地域包括ケア病棟

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

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

急性期一般入院料2-6

(2024年10月～12月に入棟し、期間内に退棟した全293,020症例)

※地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関に限る

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

急性期一般病棟（入院料 2 - 6）と併設されている地域包括医療病棟

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

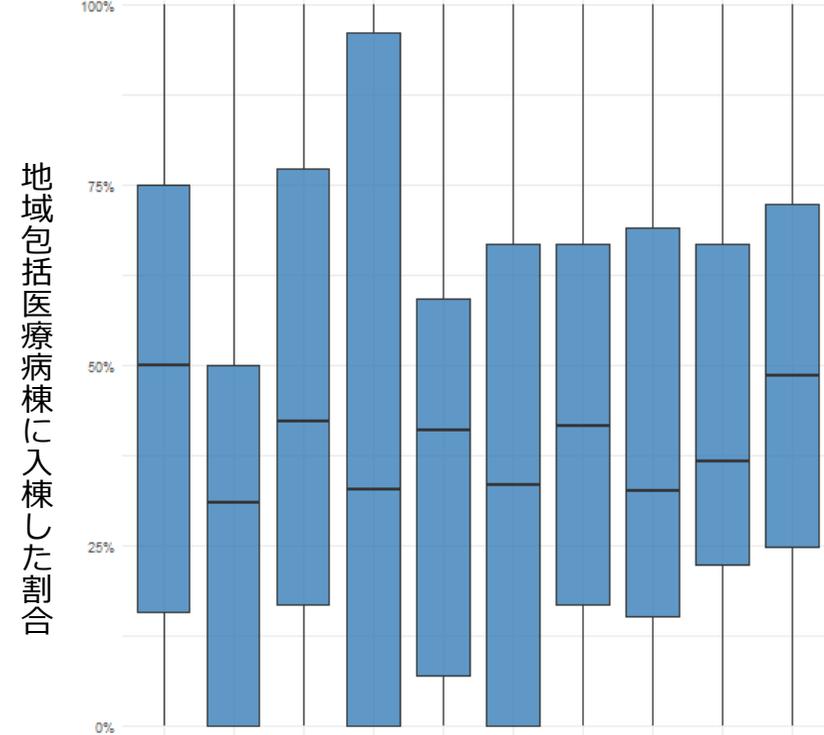
急性期一般入院料 2 - 6 に入院した上位疾患(n=14824)

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

地域包括医療病棟に入院した上位疾患(n=6860)

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

同じ診断群分類でどちらの病棟に入棟するかの分布（施設ごと）



地域包括医療病棟に入棟した割合

インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術・処置等2なし
 その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病なし 手術なし
 胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰椎損傷を含む。） 人工骨頭挿入術 手術・処置等2なし
 股関節・大腿近位の骨折 手術なし 手術・処置等2なし
 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
 心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし
 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術なし 手術・処置等2なし
 腎臓又は尿路の感染症 手術なし 手術・処置等2なし
 誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし
 白内障、水晶体の疾患 片眼手術 手術なし
 体液量減少症 手術なし 手術・処置等2なし

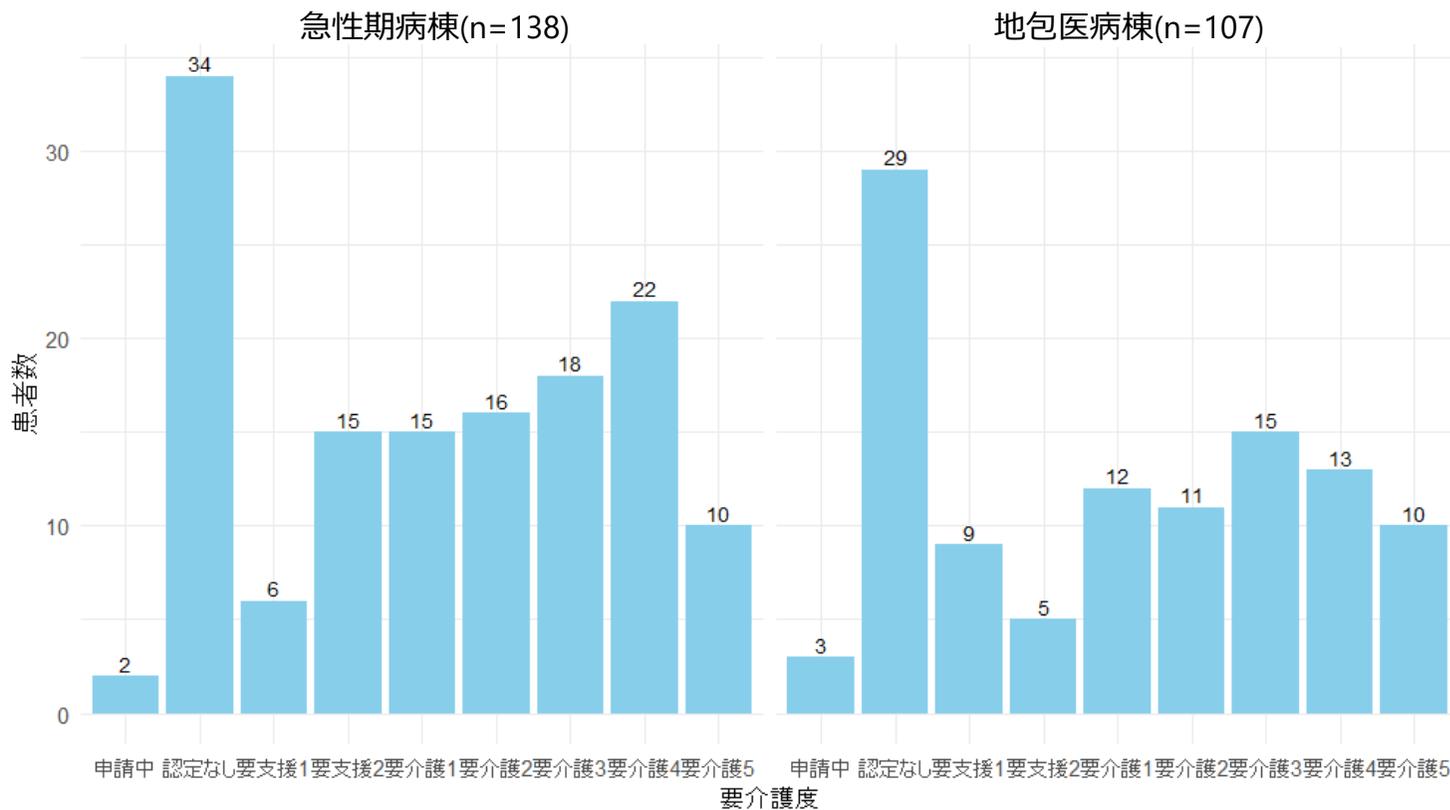
※地域包括医療病棟全体における患者数上位10疾患について分析。

診断群分類名称

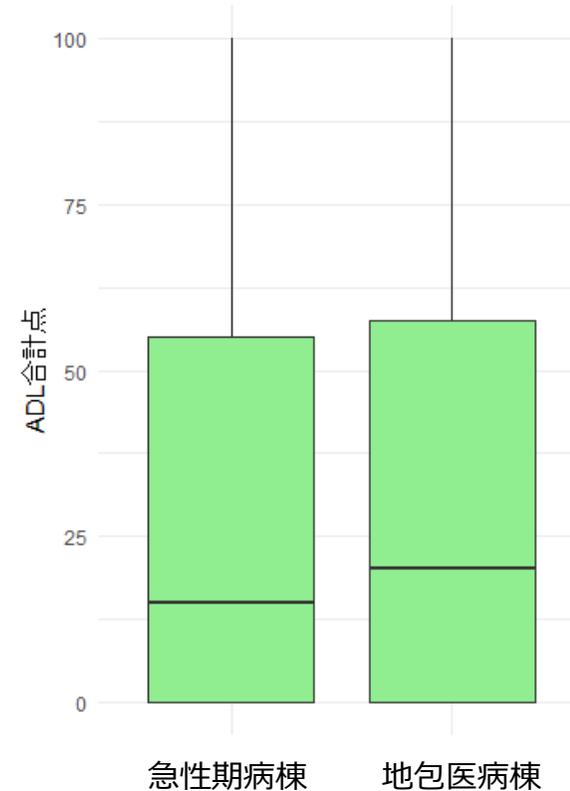
急性期一般病棟（入院料 2 - 6）と地域包括医療病棟の患者像

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

要介護度の分布（入棟病棟別）（年齢85-94歳、肺炎）

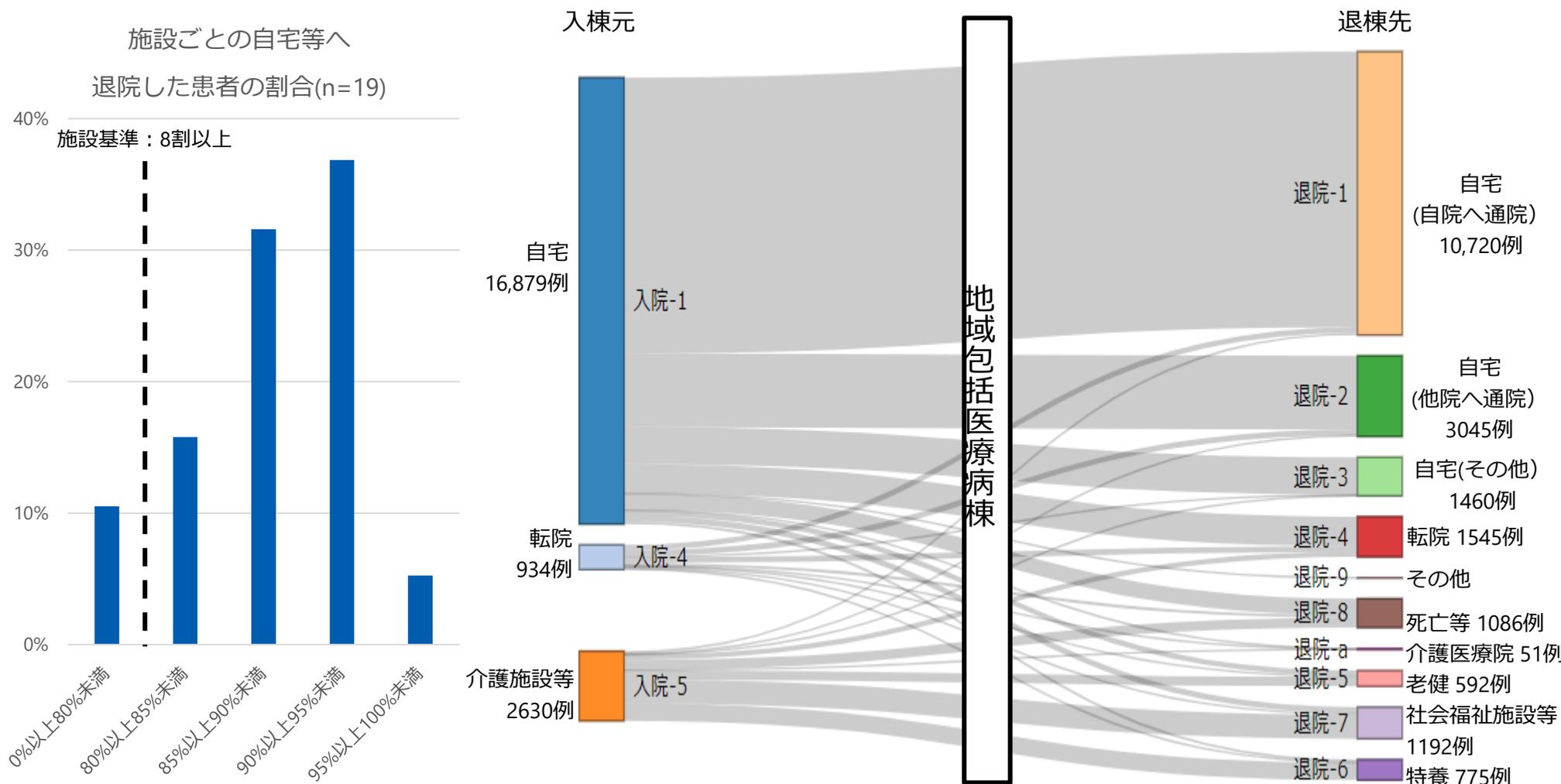


入院時ADL点数の分布（入棟病棟別）



地域包括医療病棟の入退院

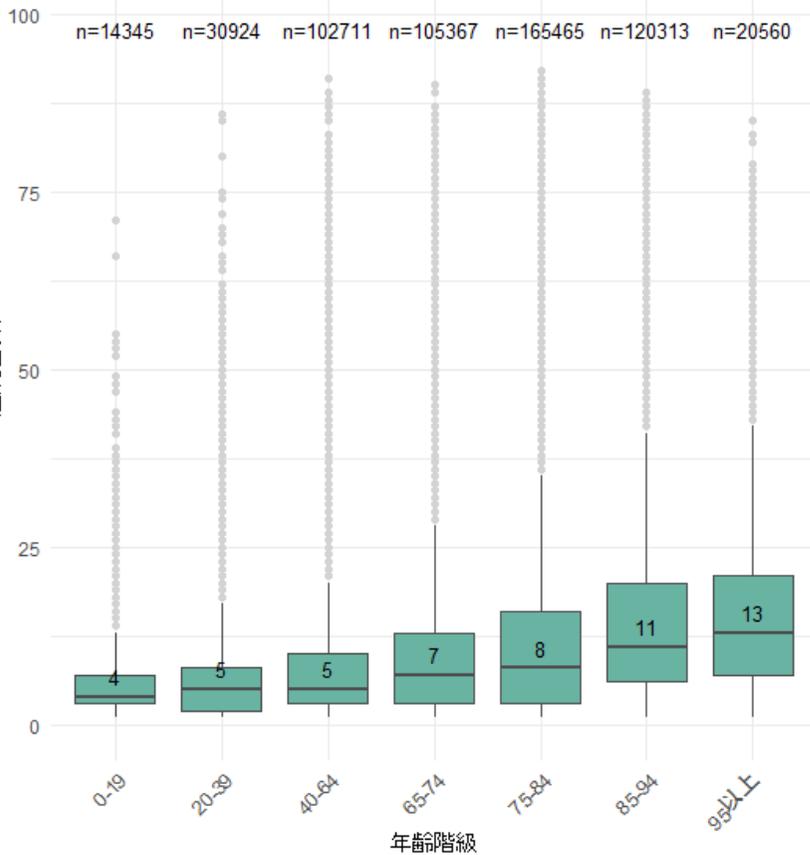
- 地域包括医療病棟に入院する患者の入棟元は自宅が最も多かった。
- 退棟先も自宅が最も多かった。自宅・居住系施設等への退院は全体の約85%であった。



各病棟における在院日数と年齢

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

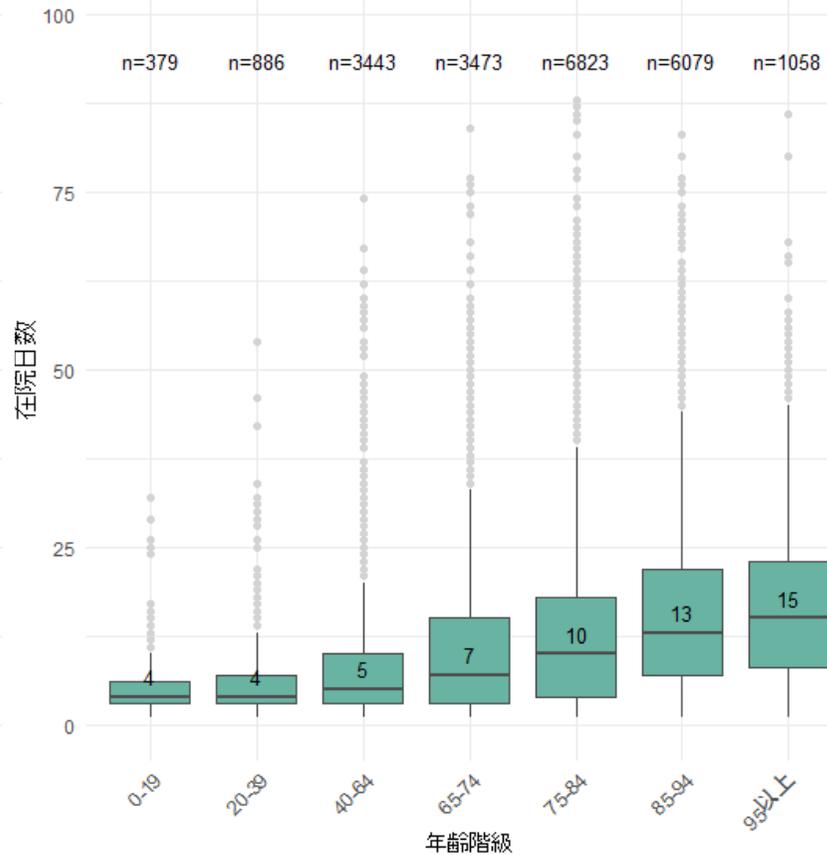
年齢区分ごとの急性期一般入院料の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-13日)、85歳以上 12日 (6-20日)

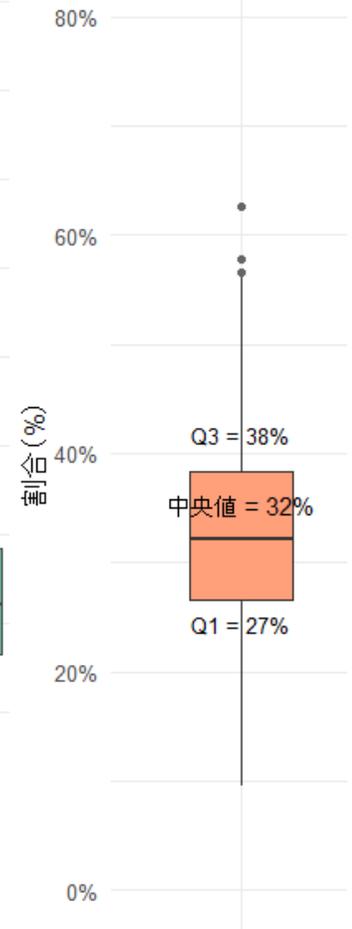
年齢区分ごとの地域包括医療病棟の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-15日)、85歳以上 13日 (7-22日)

85歳以上の患者割合の分布 (施設ごと)



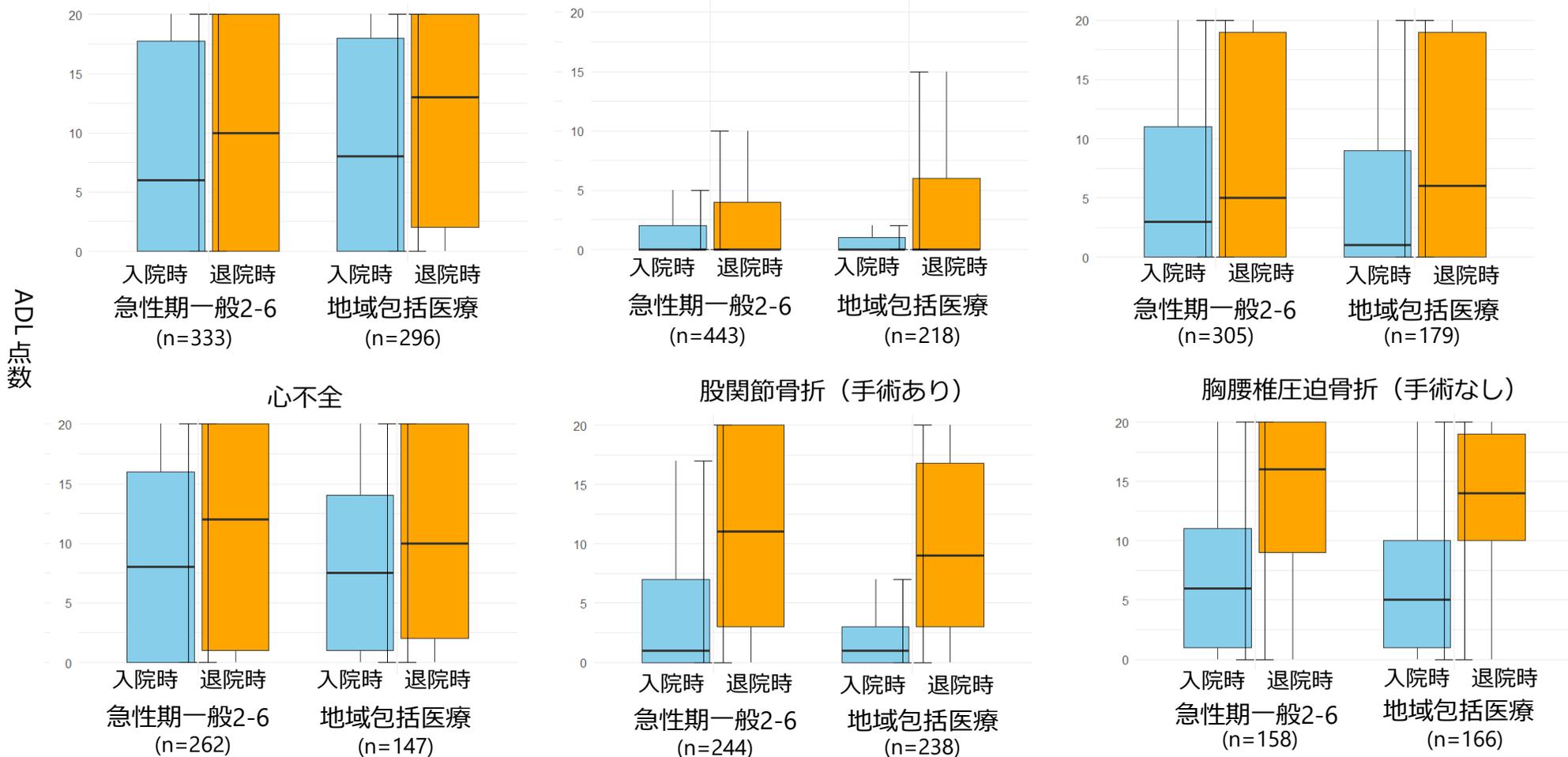
地域包括医療病棟における入退院時のADL（急性期病棟との比較）

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

肺炎（市中肺炎かつ75歳以上）

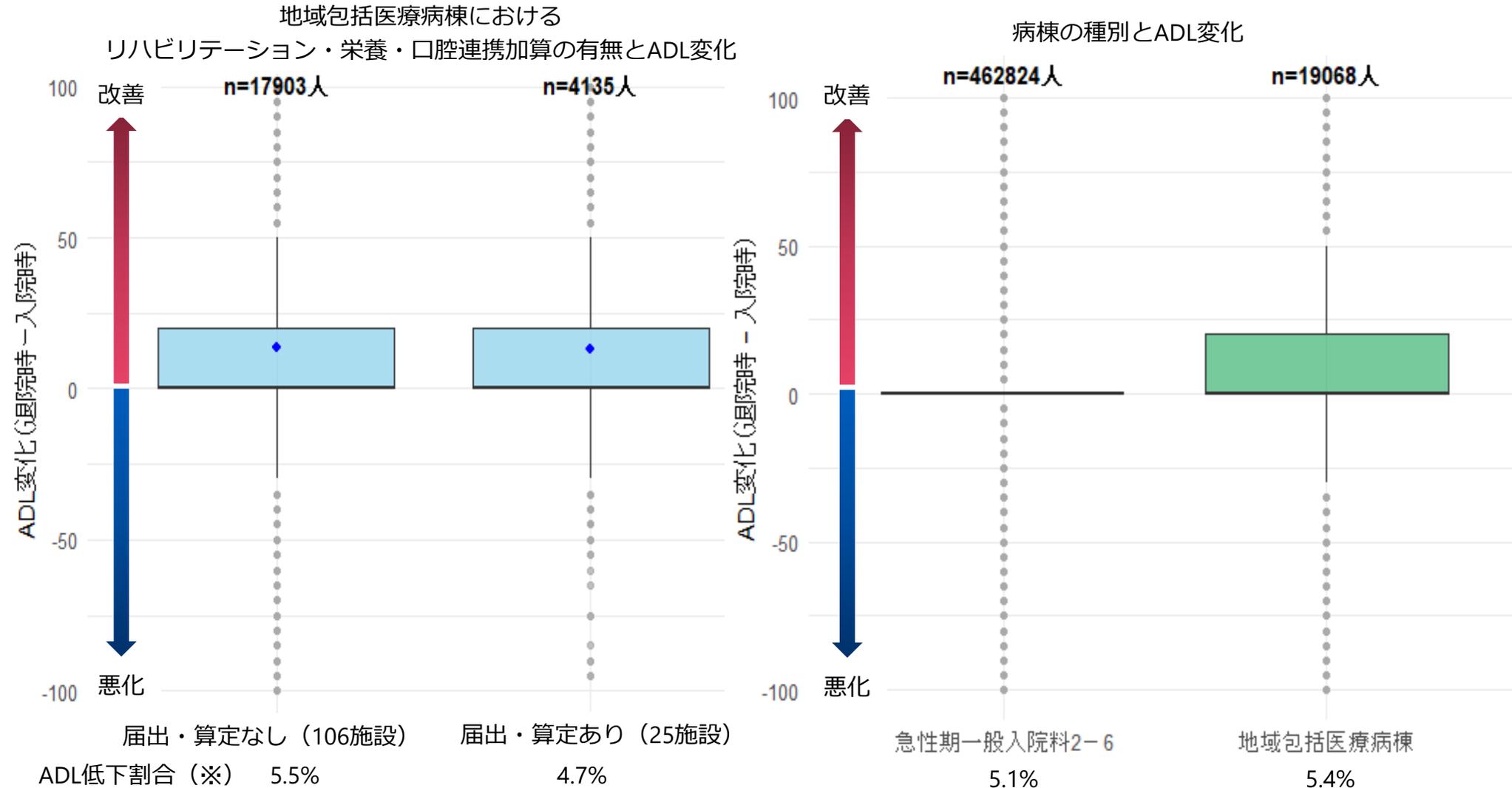
誤嚥性肺炎

尿路感染症



リハビリテーション・栄養・口腔連携加算や病棟種別とADL変化

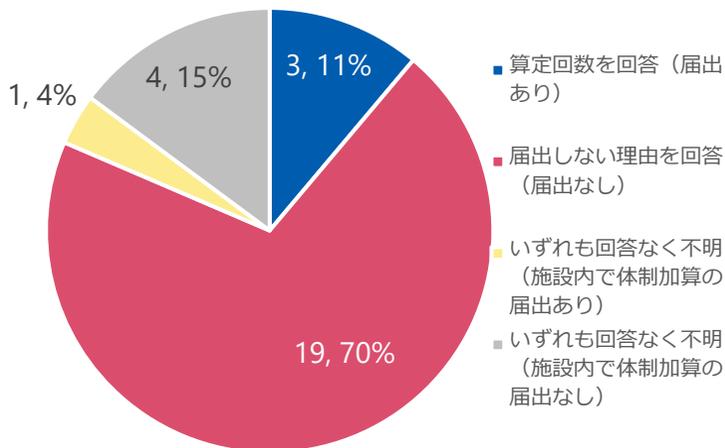
- 地域包括医療病棟において、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出て算定している施設とそれ以外の施設で、ADL変化の分布に大きな差はみられなかった。急性期一般入院料2-6の病棟と地域包括医療病棟では、地域包括医療病棟においてADLが改善する患者が多い傾向であった。



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

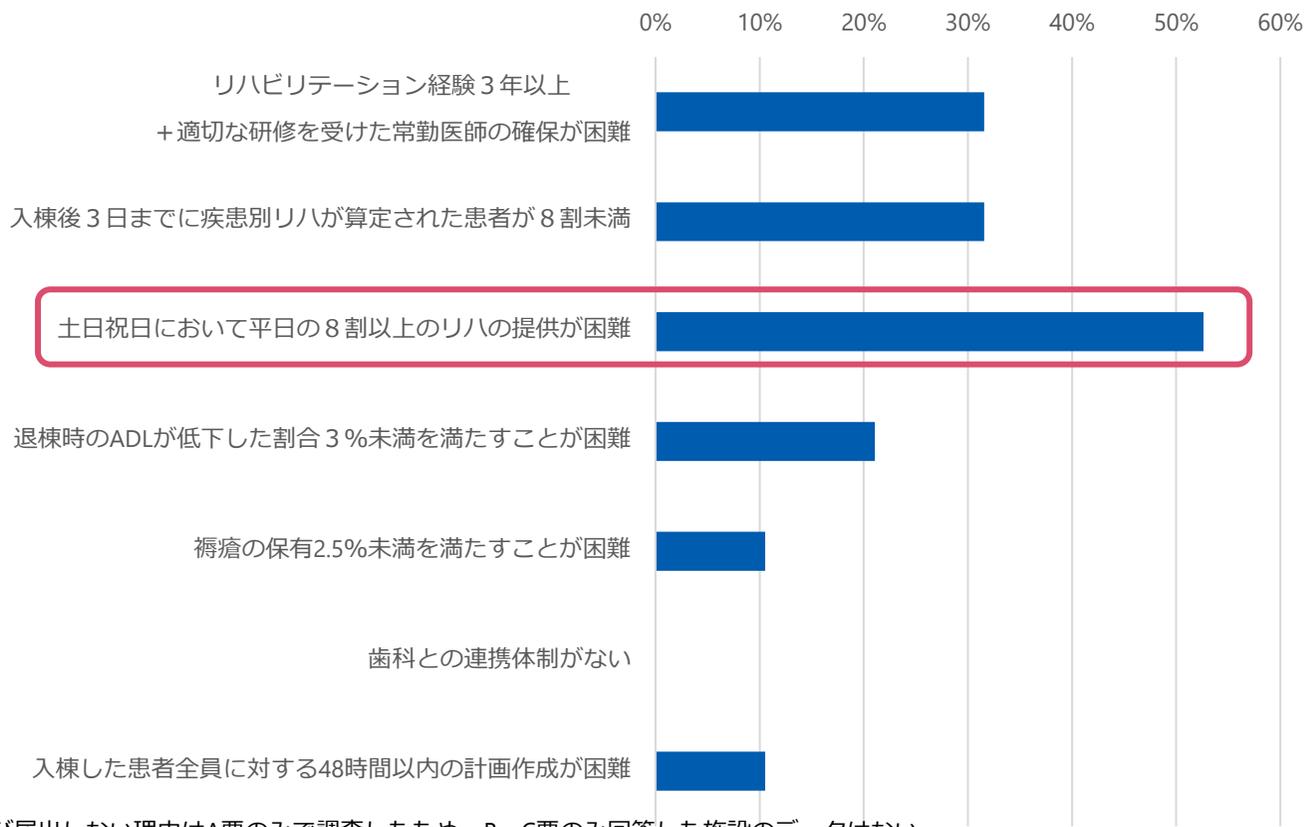
A票施設におけるリハビリテーション・栄養・口腔

連携加算の届出状況(n=27)

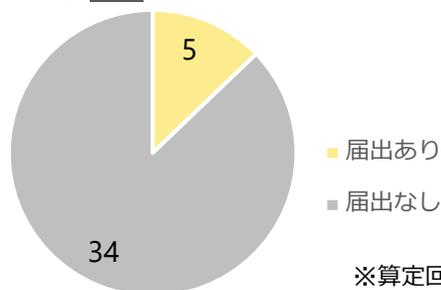


地域包括医療病棟を算定している病棟における、

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出していない理由(n=19)



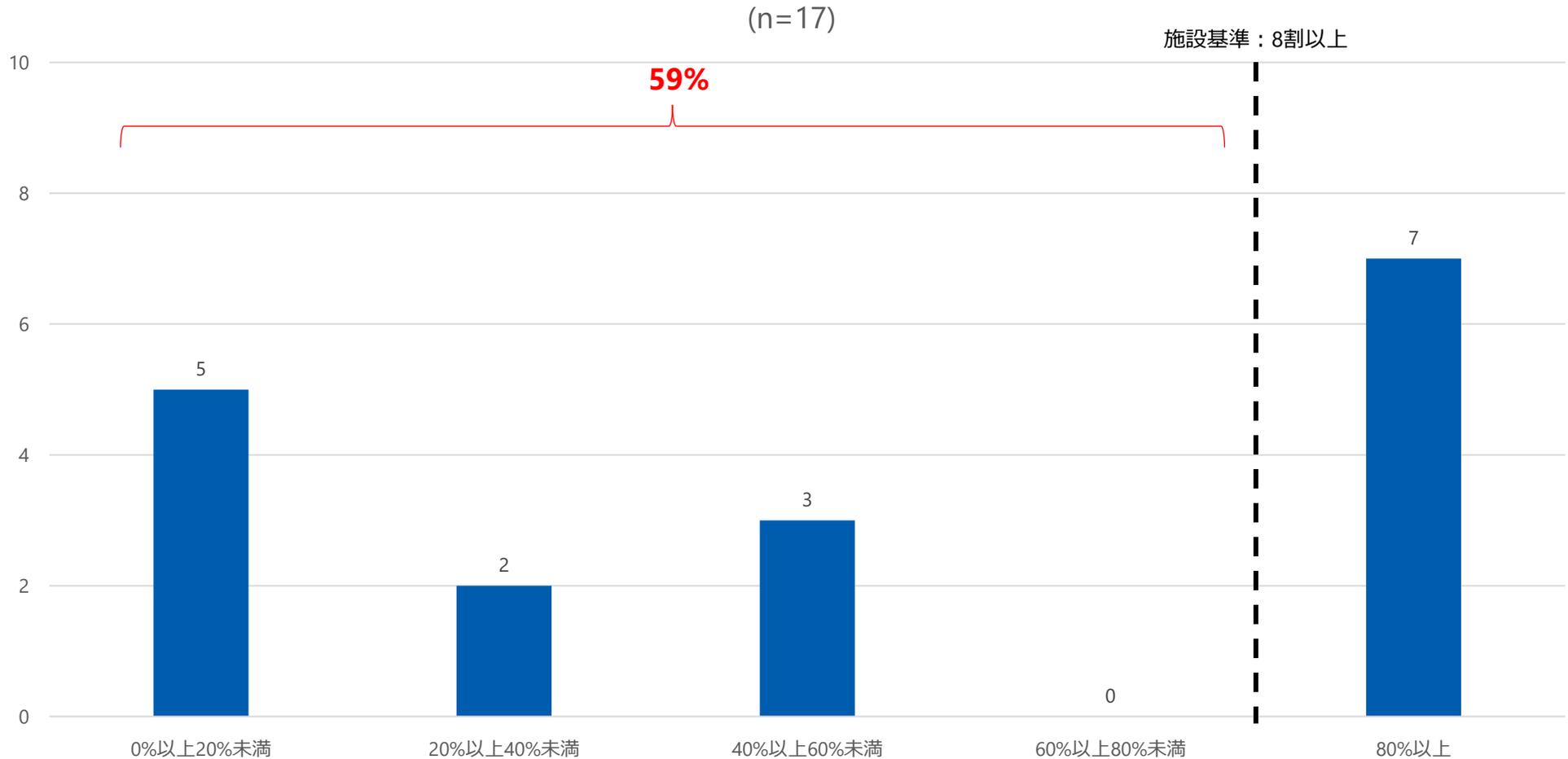
(参考) 地域包括医療病棟を有するB票・C票施設における施設内でのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況



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

- 地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔加算の施設基準のうち、「休日のリハビリ提供単位数」については満たせていない施設が約6割あった。

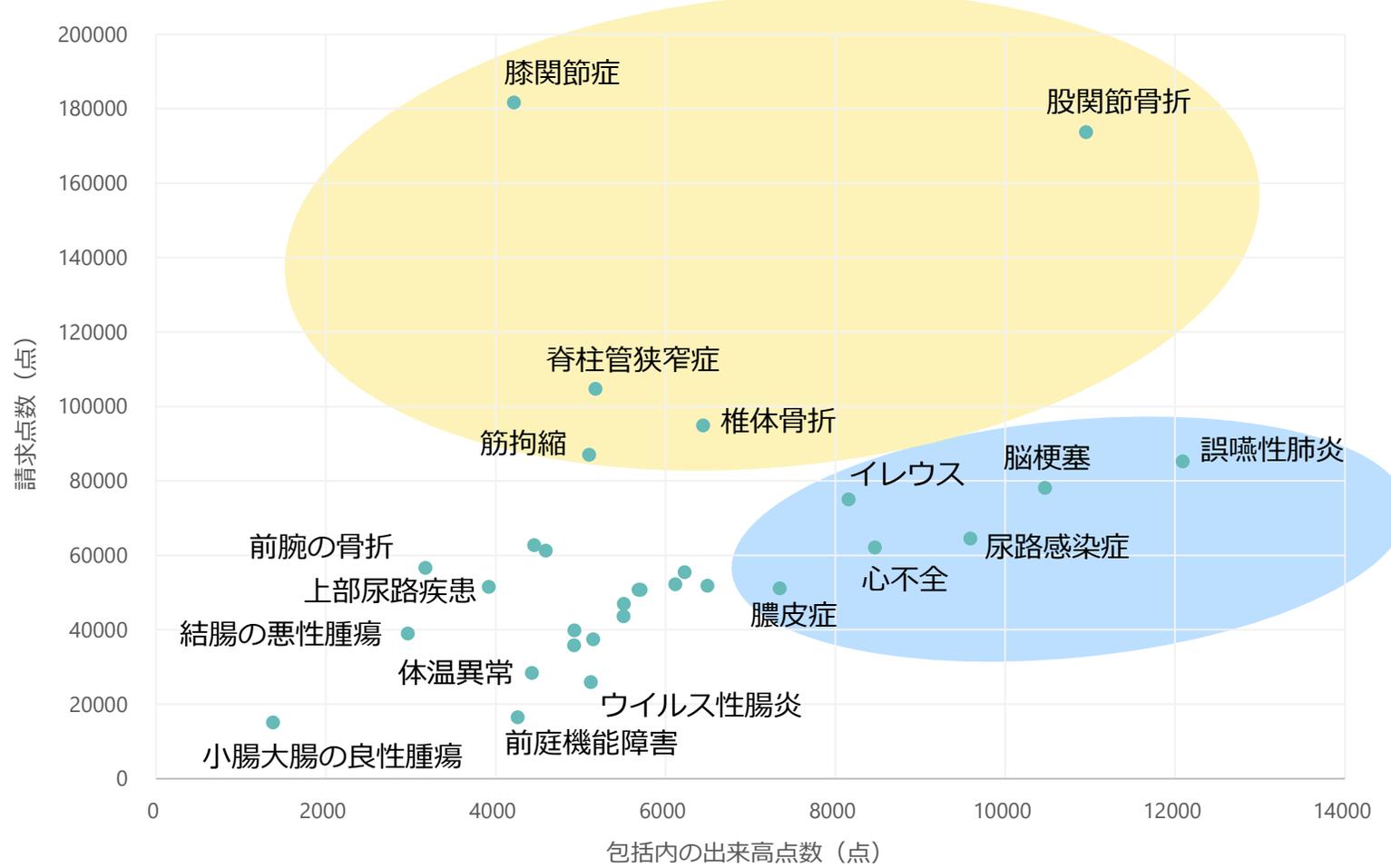
平日のリハビリテーション提供単位に対して土・日・祝日に提供している単位割合（概算）



地域包括医療病棟における請求点数と包括内実績点数の関係

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

入院患者数上位30疾患における請求点数と包括内点数（入院全期間）



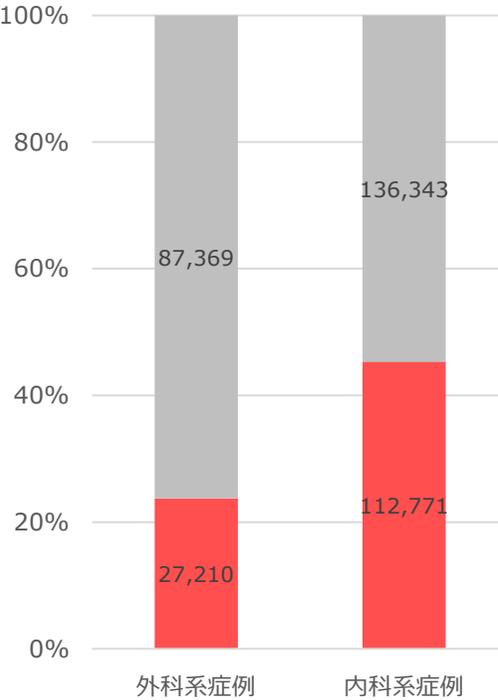
高齢者の外科系症例と内科系症例における救急搬送、緊急入院の割合

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

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

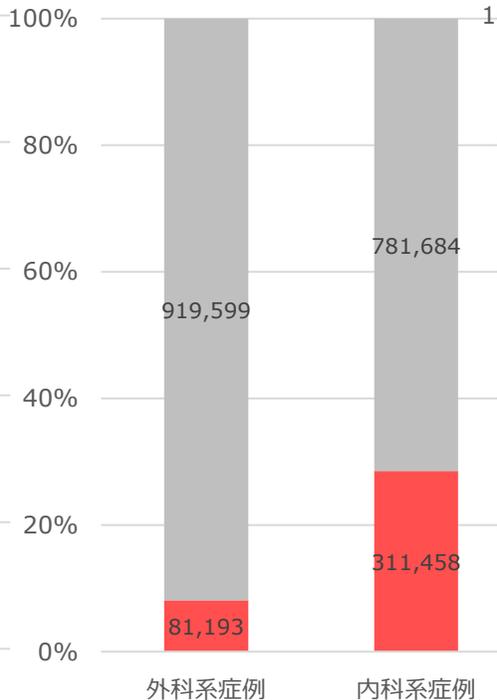
症例種別ごとの救急搬送の割合

(85歳以上の高齢者)



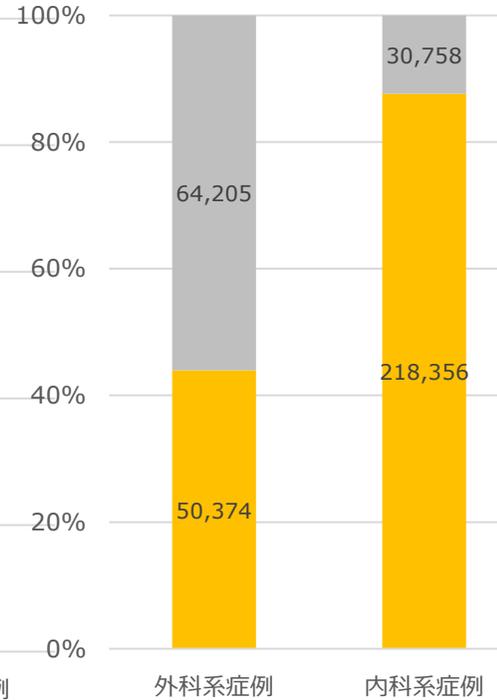
症例種別ごとの救急搬送の割合

(全年齢)



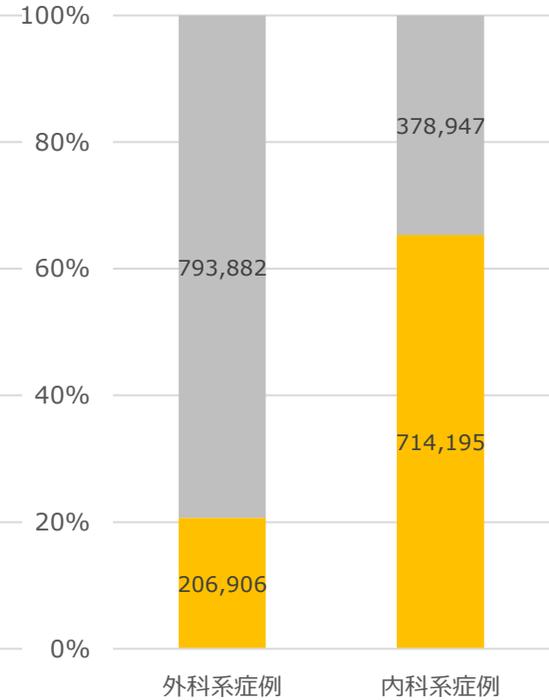
症例種別ごとの緊急入院の割合

(85歳以上の高齢者)



症例種別ごとの緊急入院の割合

(全年齢)



■ 救急搬送 ■ それ以外

■ 救急搬送 ■ それ以外

■ 緊急入院 ■ 予定入院

■ 緊急入院 ■ 予定入院

※セル内の数値は患者数。

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

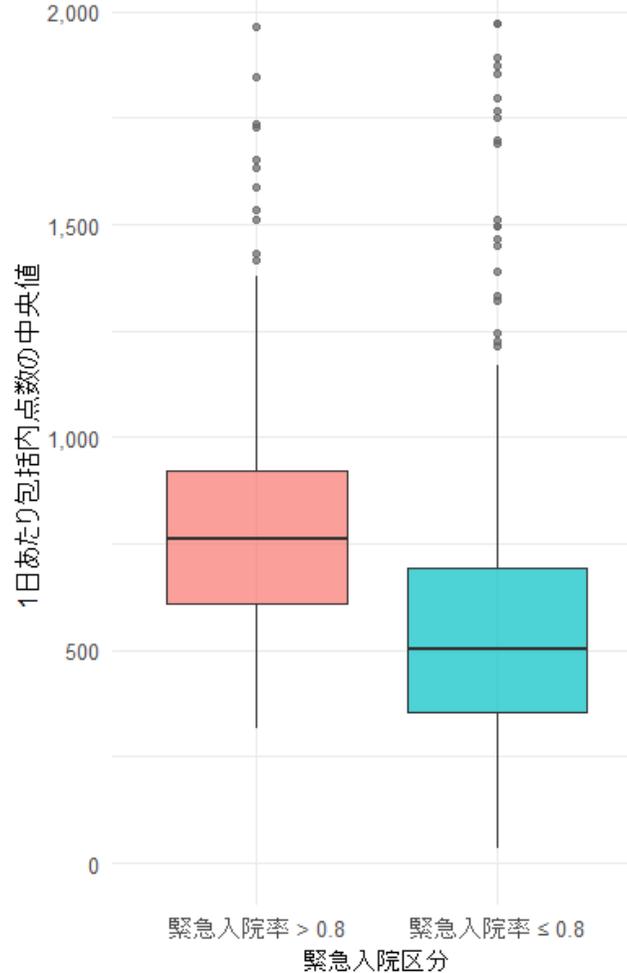
地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数

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

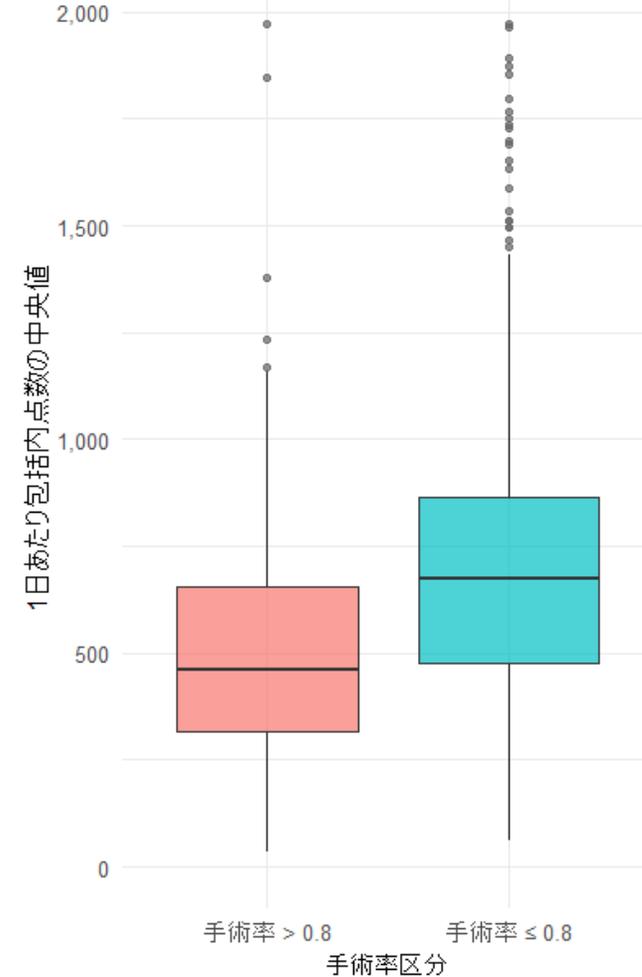
1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



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



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

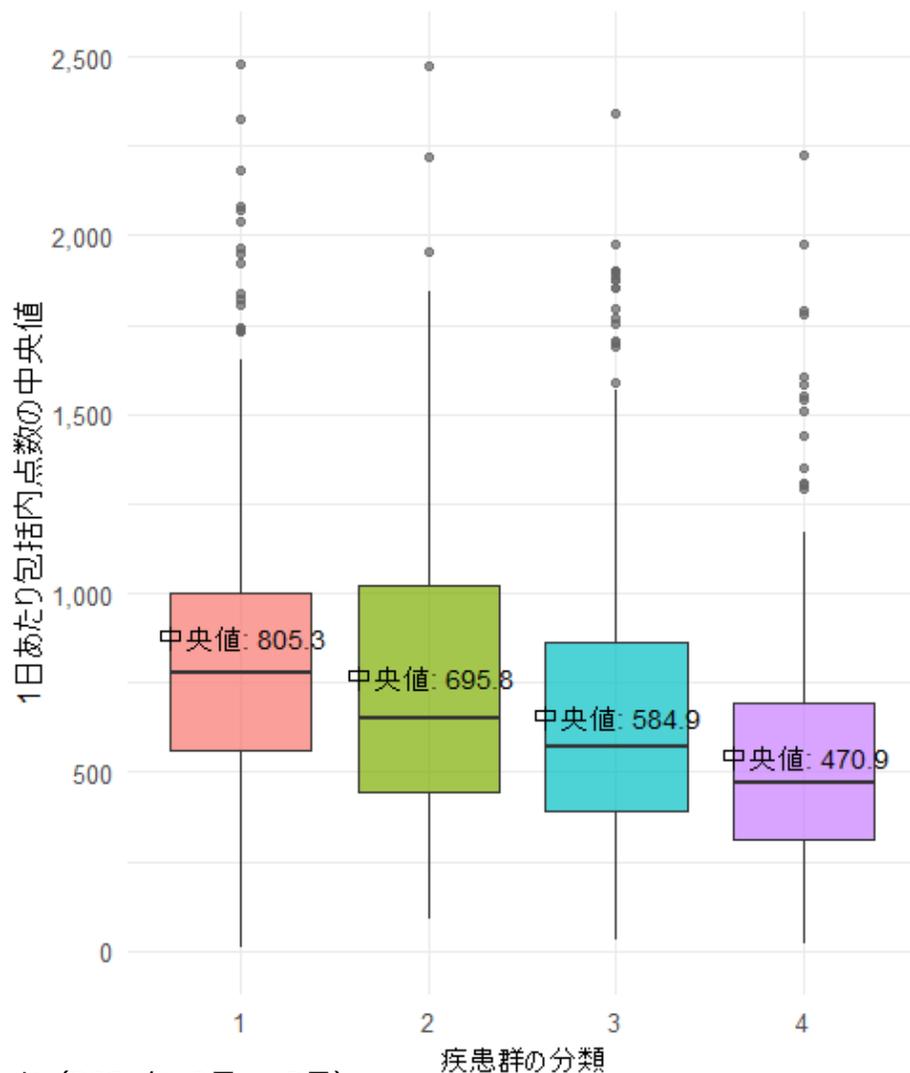


診断群分類ごとの緊急入院の割合、手術を行う割合に基づいて各群に分類し、1日あたりの包括内の出来高換算点数の分布を示した。

緊急入院や手術実施の割合と包括内の出来高実績点数

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

1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（右表の各群別）



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

【各群に含まれる診断群分類の例】

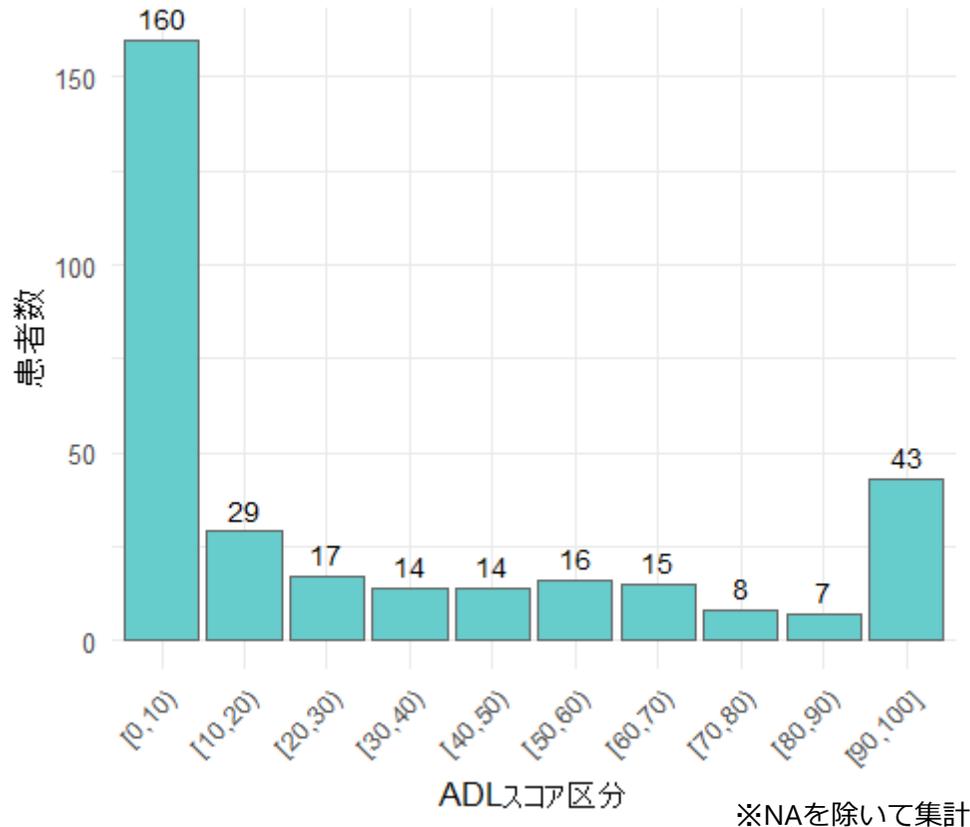
- 1 誤嚥性肺炎、肺炎等（市中肺炎）、腎臓又は尿路の感染症
- 2 股関節・大腿近位の骨折、頭蓋・頭蓋内損傷
- 3 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全
- 4 小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術、白内障・水晶体の疾患、前腕の骨折 骨折観血的手術

医療資源投入量で評価できない治療・療養の手間

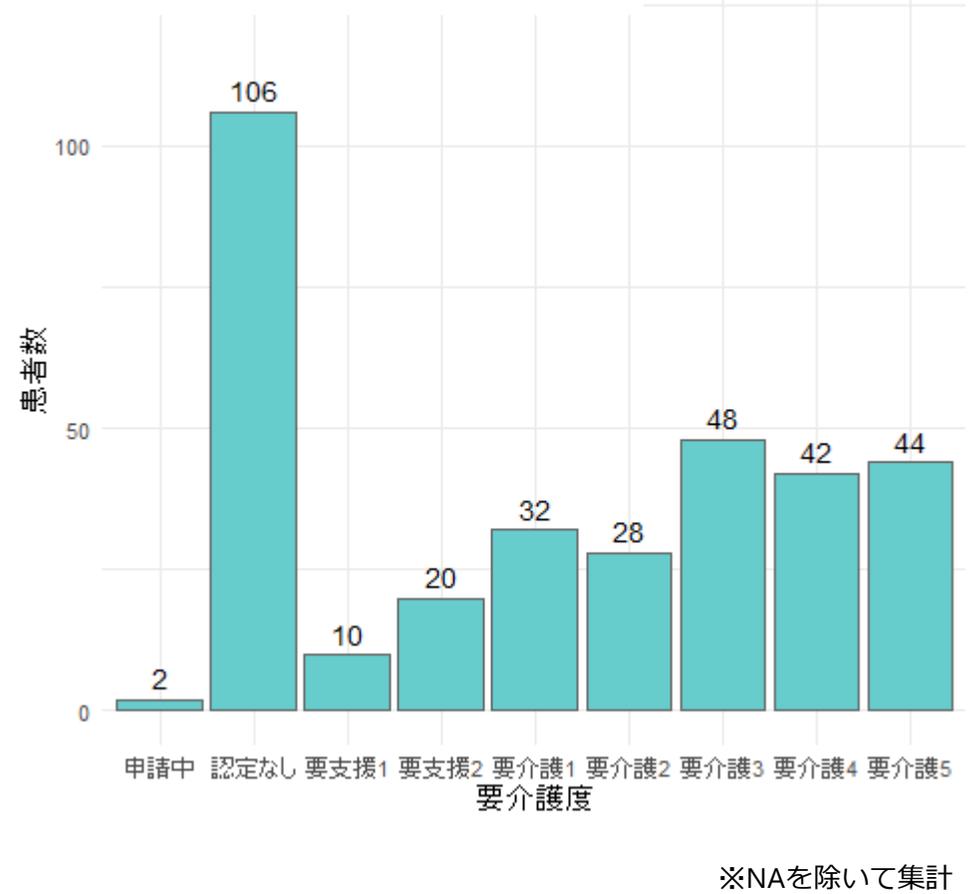
- 同一の診断群分類で医療資源投入量が標準的な範囲であっても、ADLや要介護度は多様である。

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

ADLスコア区分ごとの患者数(n=323)



要介護度ごとの患者数(n=332)

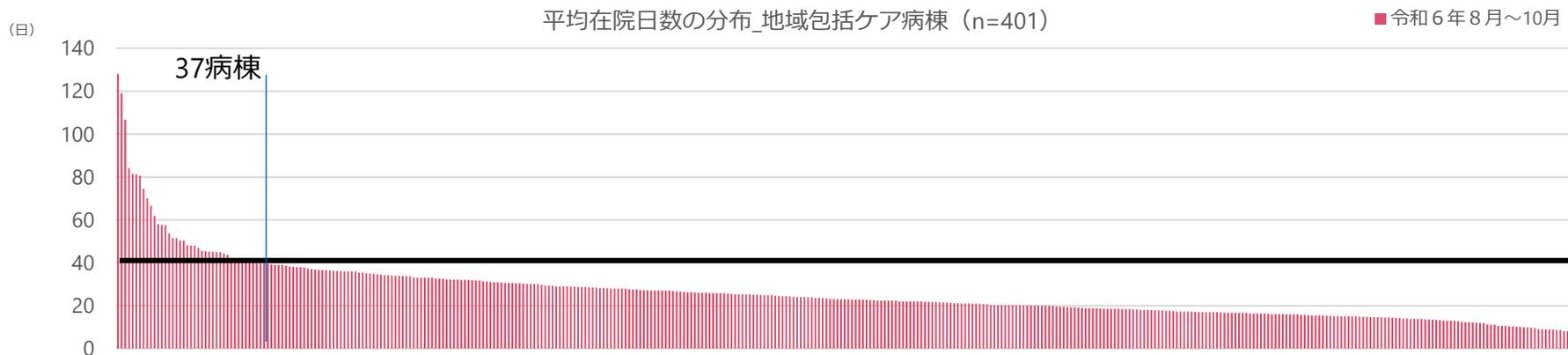
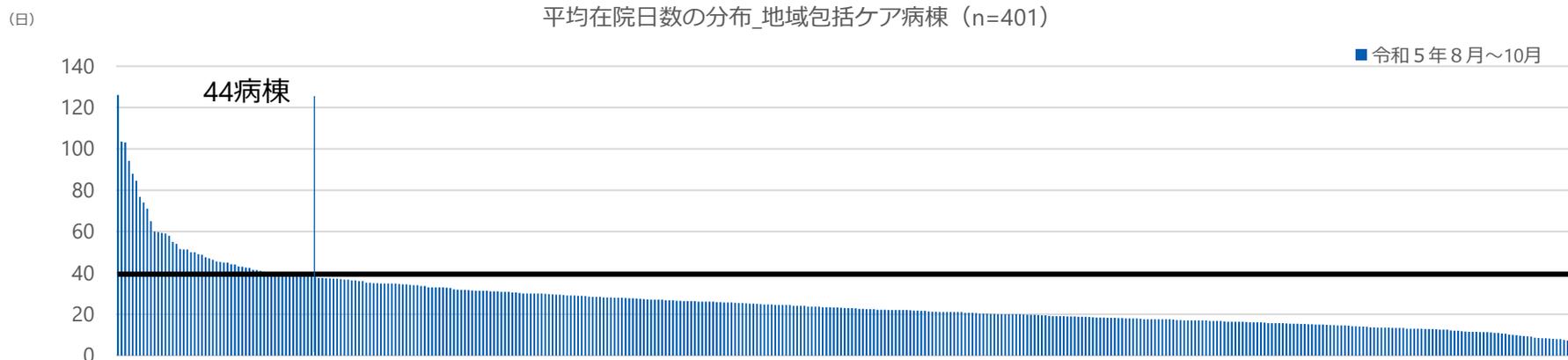


地域包括ケア病棟の平均在院日数の分布

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

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

平均在院日数が40日を超える病棟数

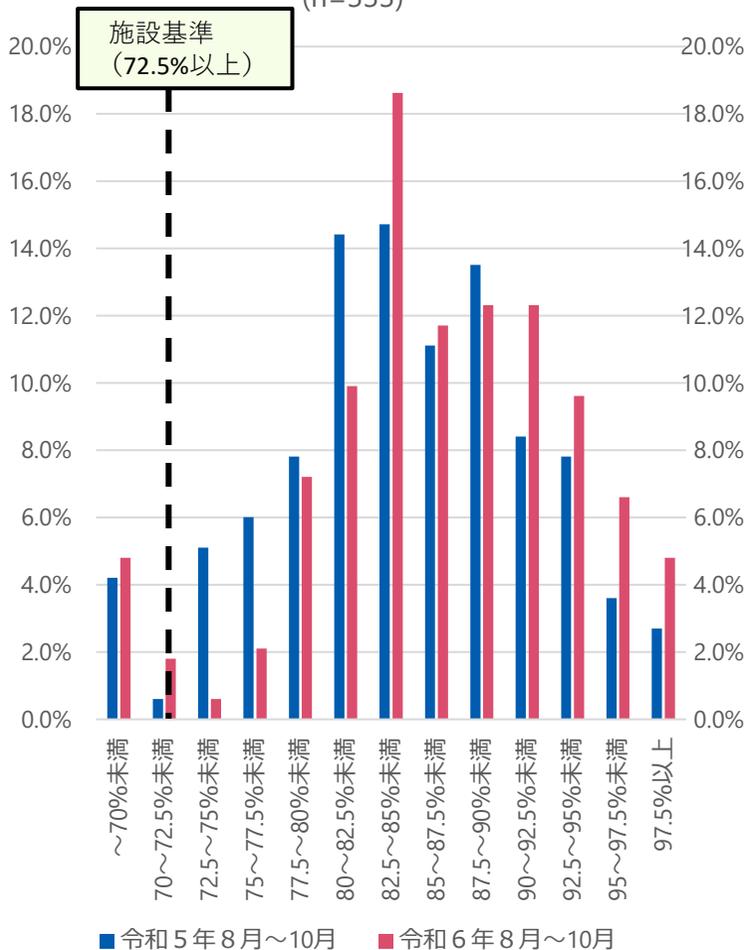


地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

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

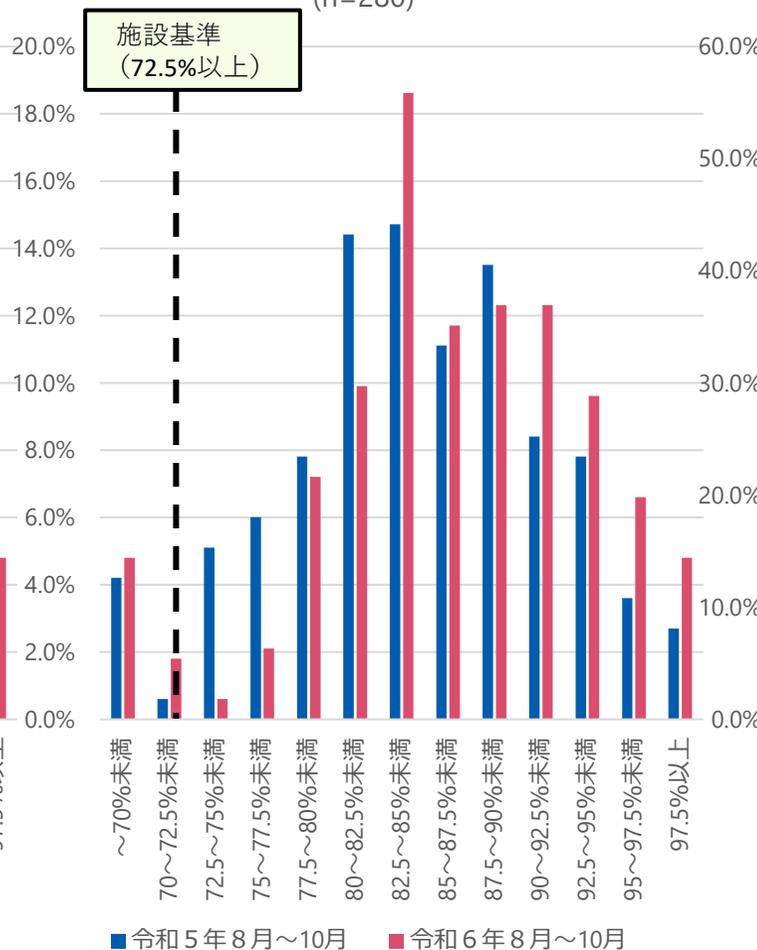
地域包括ケア病棟入院料・管理料1

(n=333)



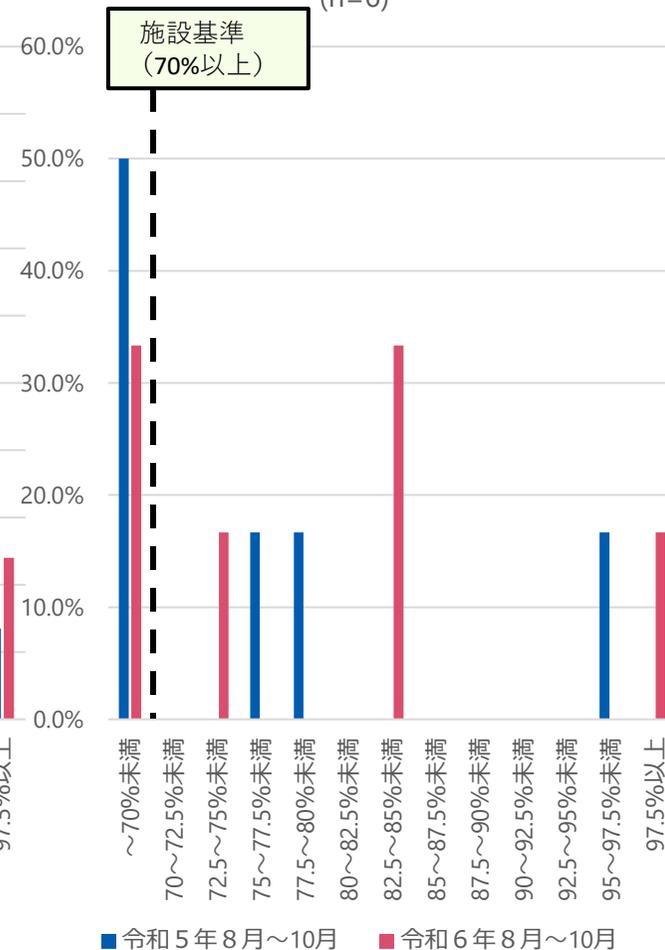
地域包括ケア病棟入院料・管理料2

(n=280)



地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4

(n=6)



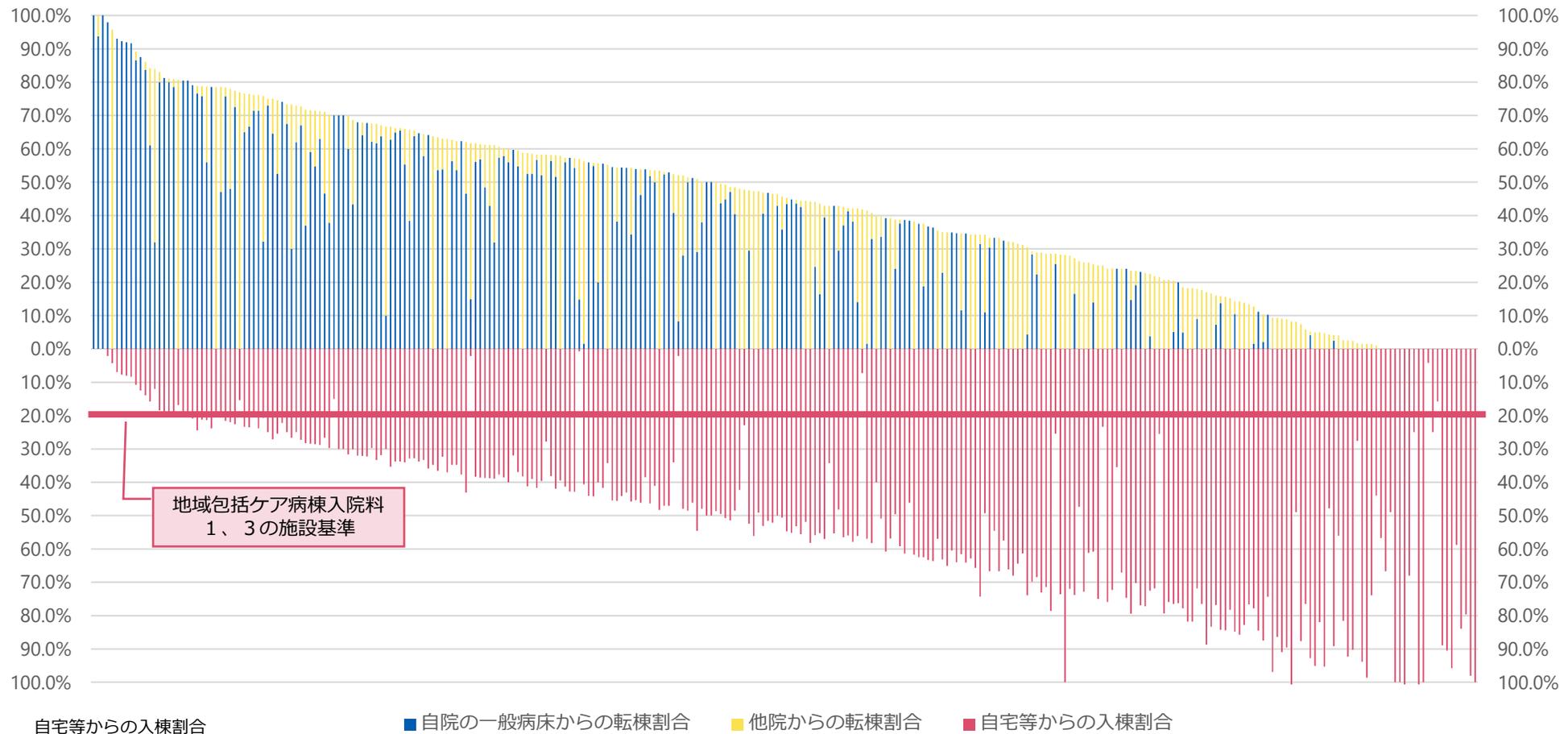
地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

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

地域包括ケア病棟における入棟元の割合 (N=294)

他病棟からの転棟割合

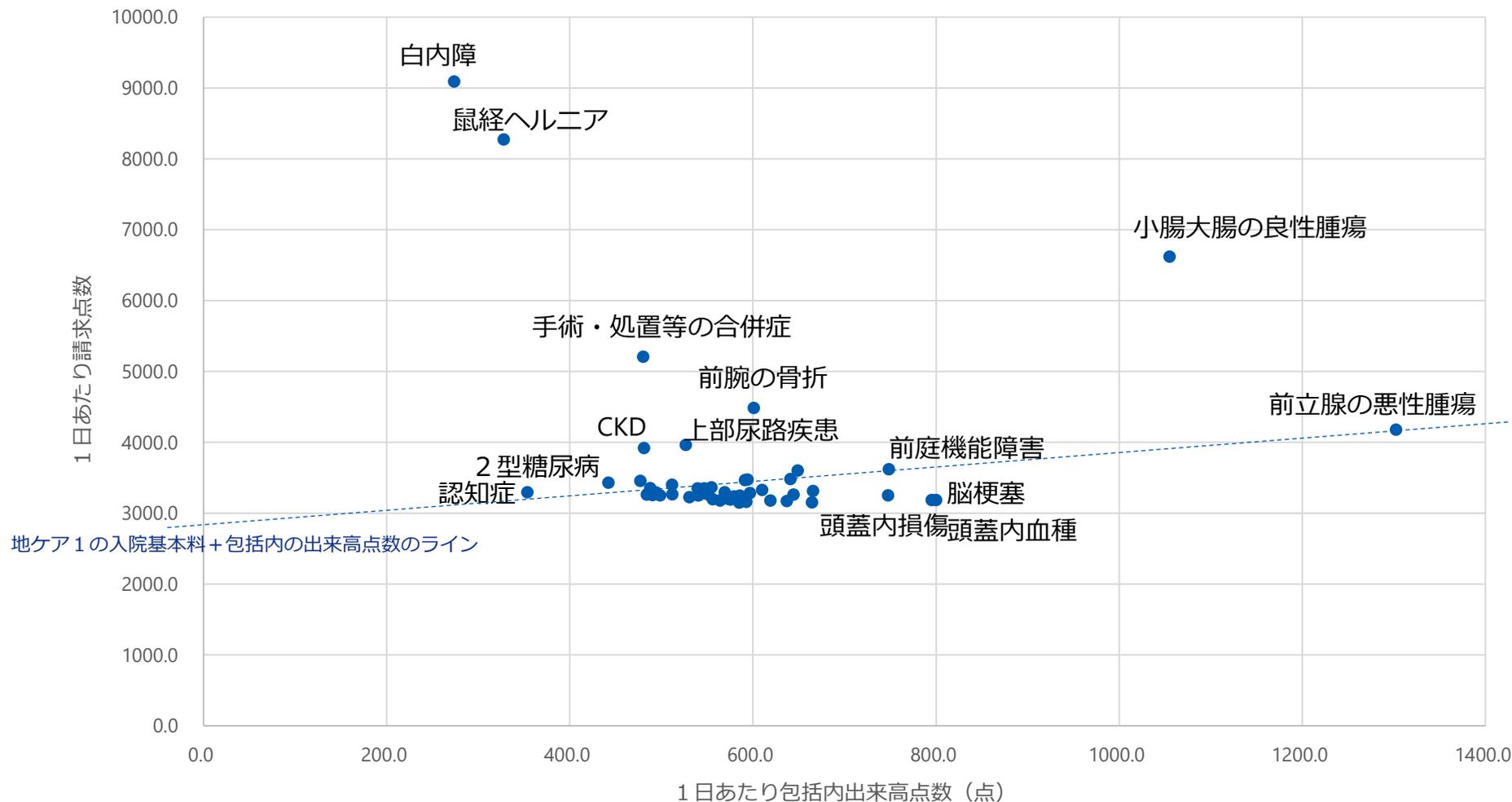


地域包括ケア病棟における1日あたり請求点数と包括内出来高実績点数

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

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3 改

入院患者数上位50位までの疾患における1日あたり請求点数と包括内点数



(参考) 地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の包括範囲の違い

「医科点数表」における項目		地域包括医療病棟 (基本的にDPC包括範囲と同じ)	地域包括ケア病棟
A 入院料等	入院基本料等加算	一部の加算は除外	一部の加算は除外 (左記と異なる)
	特定入院料	—	—
B 医学管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	B001-34二次性骨折予防継続管理料 以外
C 在宅医療		—	—
D 検査		下記以外 心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料 (血液採取を除く)	全て包括
E 画像診断		下記以外 画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法 (主要血管)	全て包括
F 投薬		全て	全て包括
G 注射		無菌製剤処理料 以外	全て包括
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	H004 摂食機能療養 以外
J 処置		1,000点未満の処置	J038 人工腎臓、J042 腹膜還流 及びそれに係る特定保健医療材料以外
K 手術 L 麻酔		(全て出来高)	(全て出来高)
M 放射線治療		(全て出来高)	全て包括
N 病理診断		下記以外 術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料	全て包括
薬剤料		下記以外 H I V 治療薬 血液凝固因子製剤等 (血友病等に対する)	除外薬剤・注射薬以外

栄養管理に係る配置基準や診療報酬上の評価

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

区分	概要	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
入院料における管理栄養士の配置	地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担うものである。	専任の管理栄養士1名以上	なし
A304の注10 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算	当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、専従の理学療法士等、専任の管理栄養士、その他必要に応じた他の職種の協働により、以下のアからウまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。	○	—
A233-2 栄養サポートチーム加算	栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものの。週1回（療養病棟入院基本料等では長期入院に際して別途規定あり）に限り所定点数に加算する。	○	—
B001-10 入院食事栄養指導料	入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。	○	—

入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

診調組 入 - 1
7 . 6 . 2 6 改

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

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

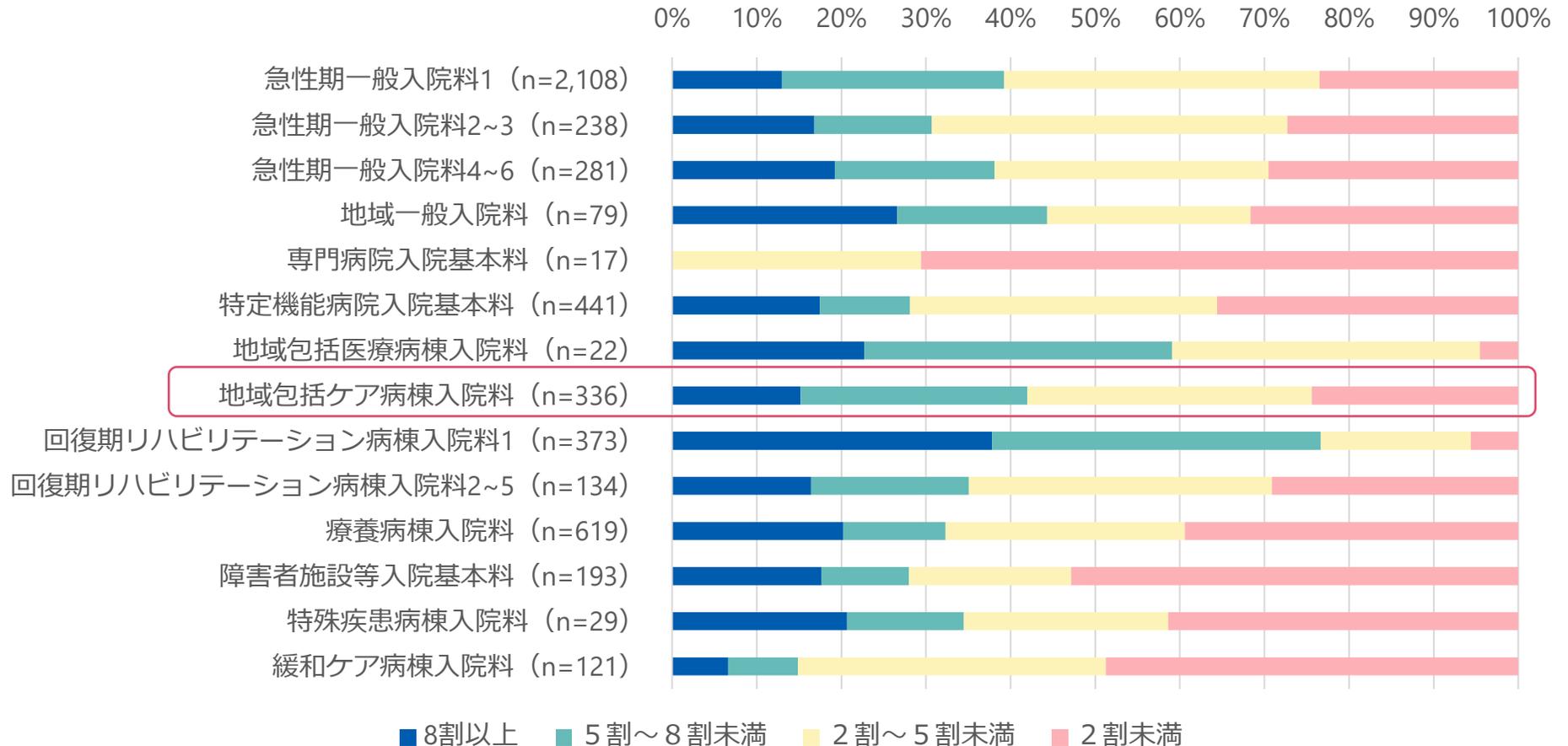
※ 1 20床以下の病棟は除いて集計

※ 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

入院料ごとの管理栄養士の病棟での業務状況

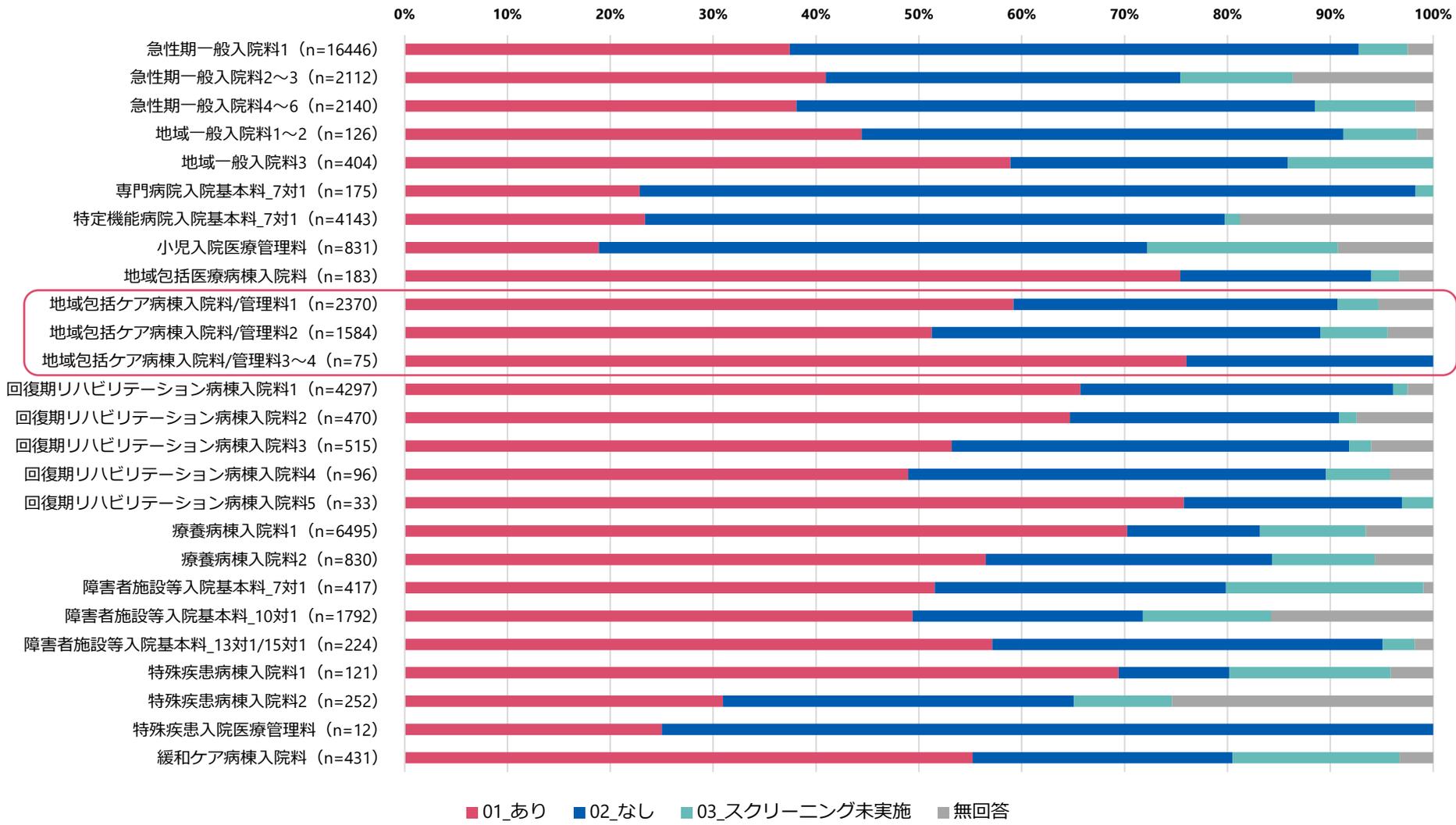
- 管理栄養士の専任配置が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料1や地域包括医療病棟入院料は、病棟で業務に従事している時間が長い割合が高い。
- 一方で、管理栄養士がほとんど病棟で業務に従事していない病棟も、一定数ある。

管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合



入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

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



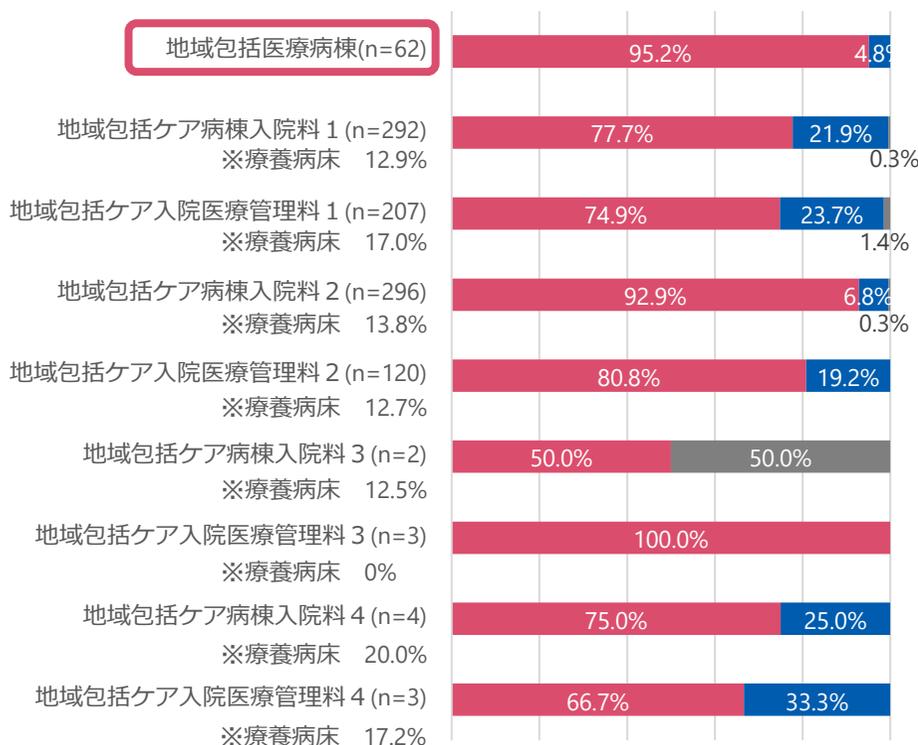
地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急提供体制

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

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

救急告示の有無

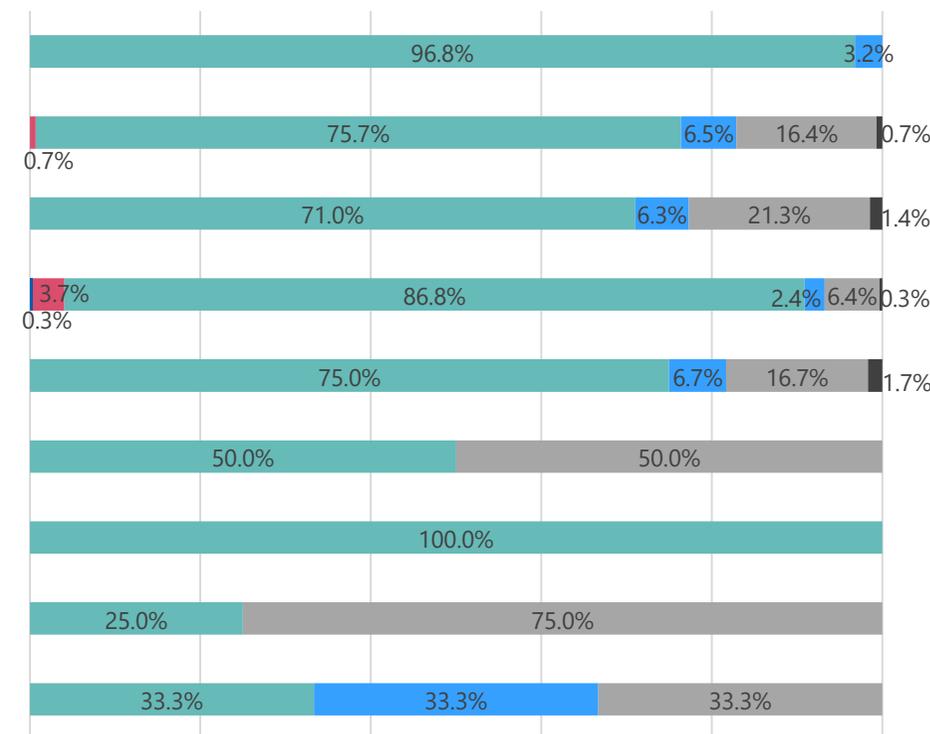
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 救急告示あり ■ 救急告示なし ■ 回答なし

救急医療体制

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



■ 高度救命救急センター
■ 救命救急センター
■ 二次救急医療機関
■ いずれにも該当しないが救急部門を有している
■ 救急部門を有していない
■ 回答なし

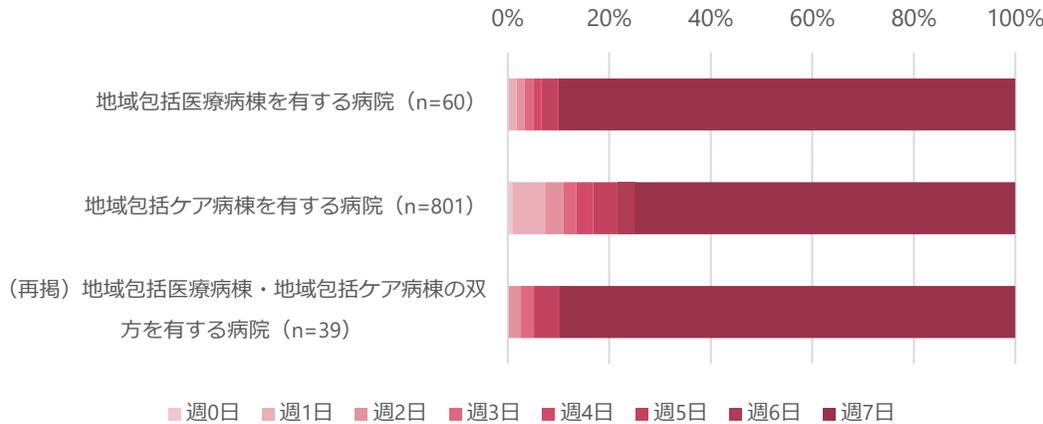
※療養病床である地域包括ケア病棟においては、救急医療体制、在宅等からの入院のいずれの基準も満たさない場合、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとなっている。参考として、各入院料・入院医療管理料を算定する施設のうち、療養病床であるものの割合（全国値）を示した。

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

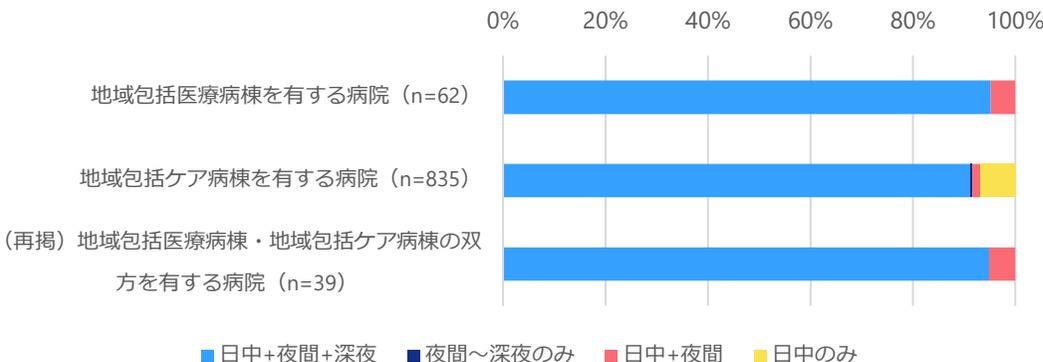
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 救急受入件数の中央値は784件であった。救急受入件数が2000件以上の医療機関は約22%あり、1-199件の医療機関数と同程度であった。

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

救急患者を受け入れている頻度

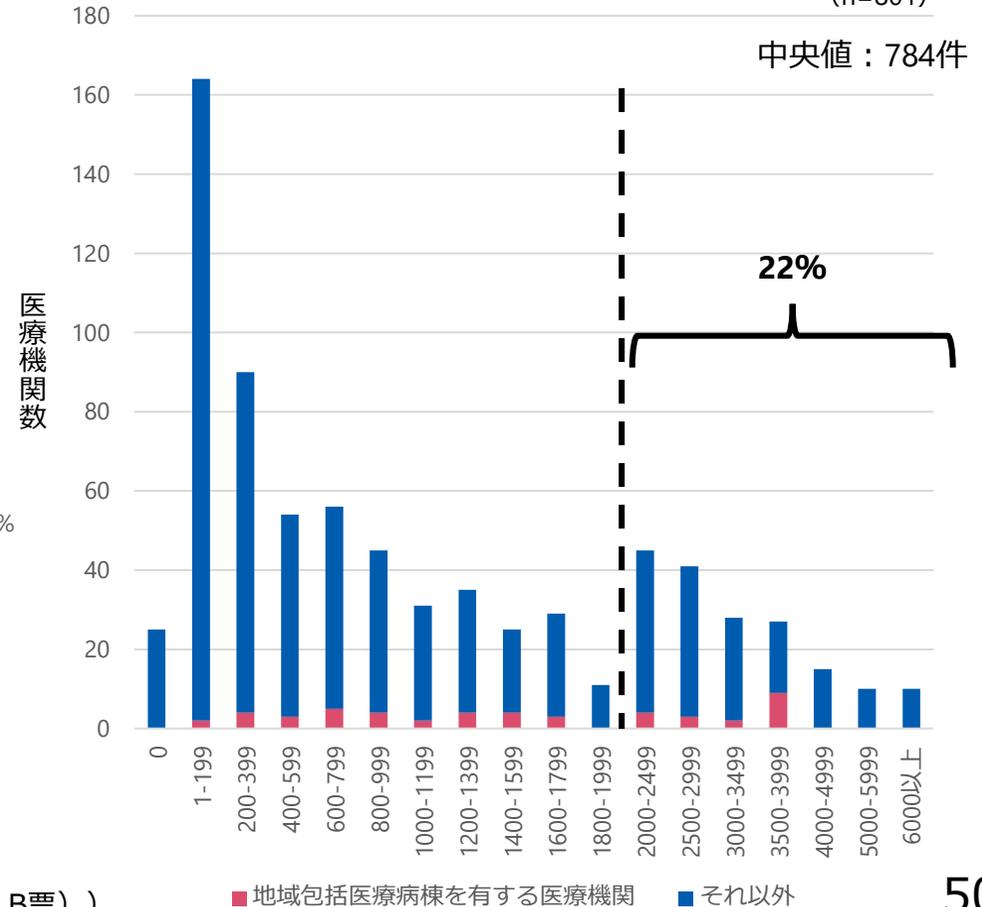


救急患者を受け入れている時間帯



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する

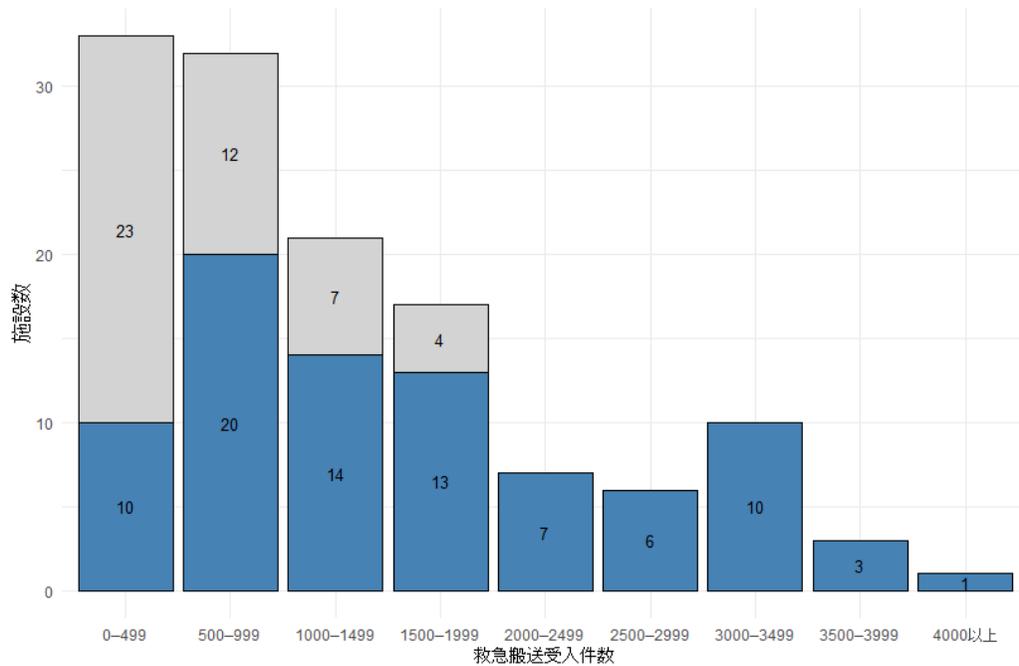
医療機関における救急搬送受入台数の分布 (n=801)



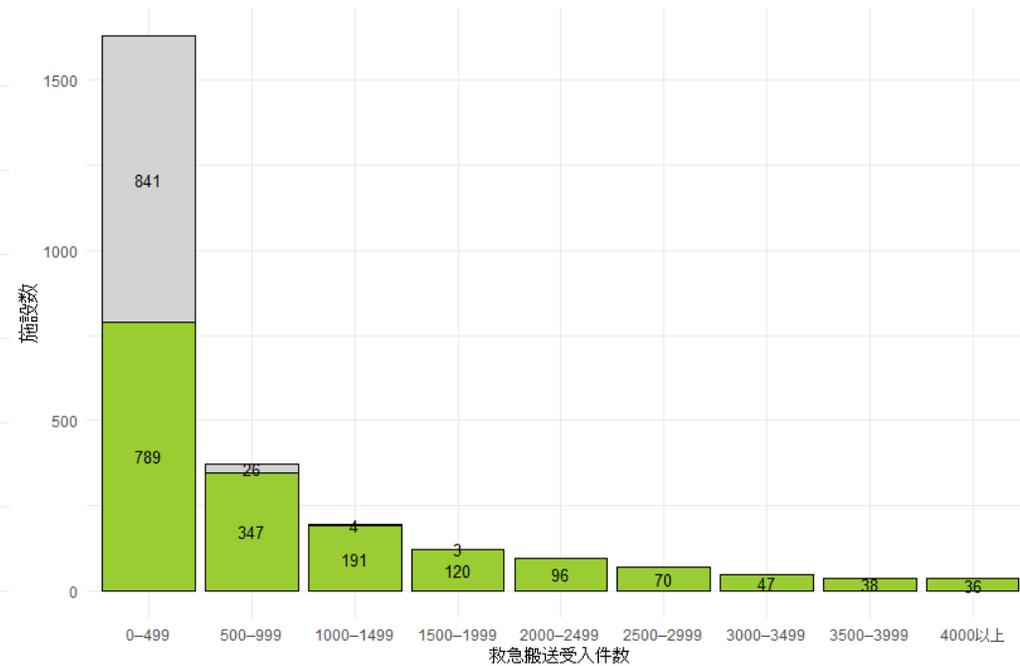
地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の救急搬送受入状況

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

地域包括医療病棟を有する医療機関の救急搬送受入件数の分布



地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急搬送受入件数の分布



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

■ 急性期病棟を有する医療機関
 ■ 急性期病棟のない医療機関

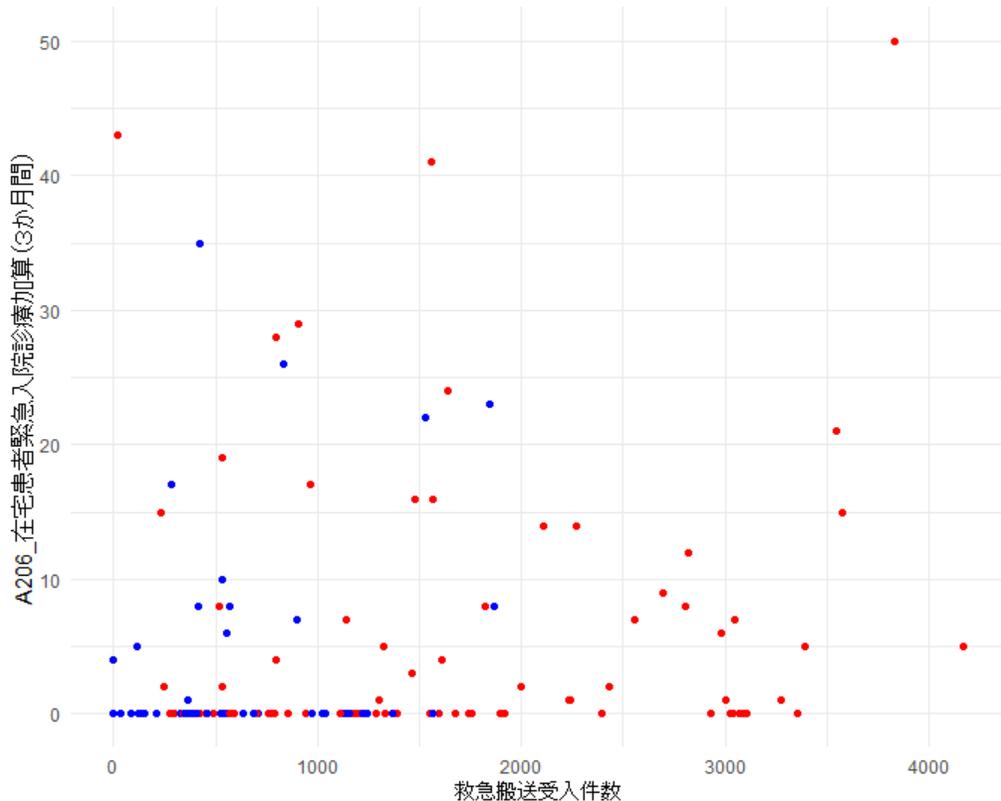
救急受入や後方支援に関する現状の評価

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

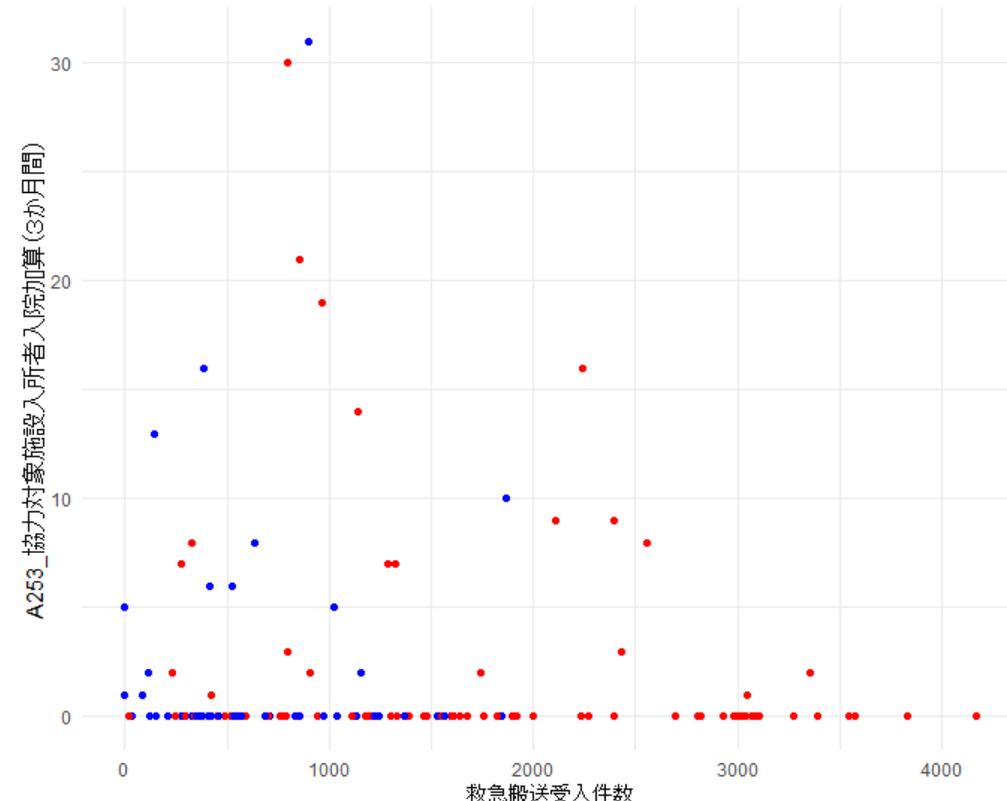
地域包括医療病棟における在宅・施設の後方支援の状況

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

救急搬送件数と在宅患者緊急入院診療加算の算定状況(地域包括医療病棟)



救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算の算定状況(地域包括医療病棟)

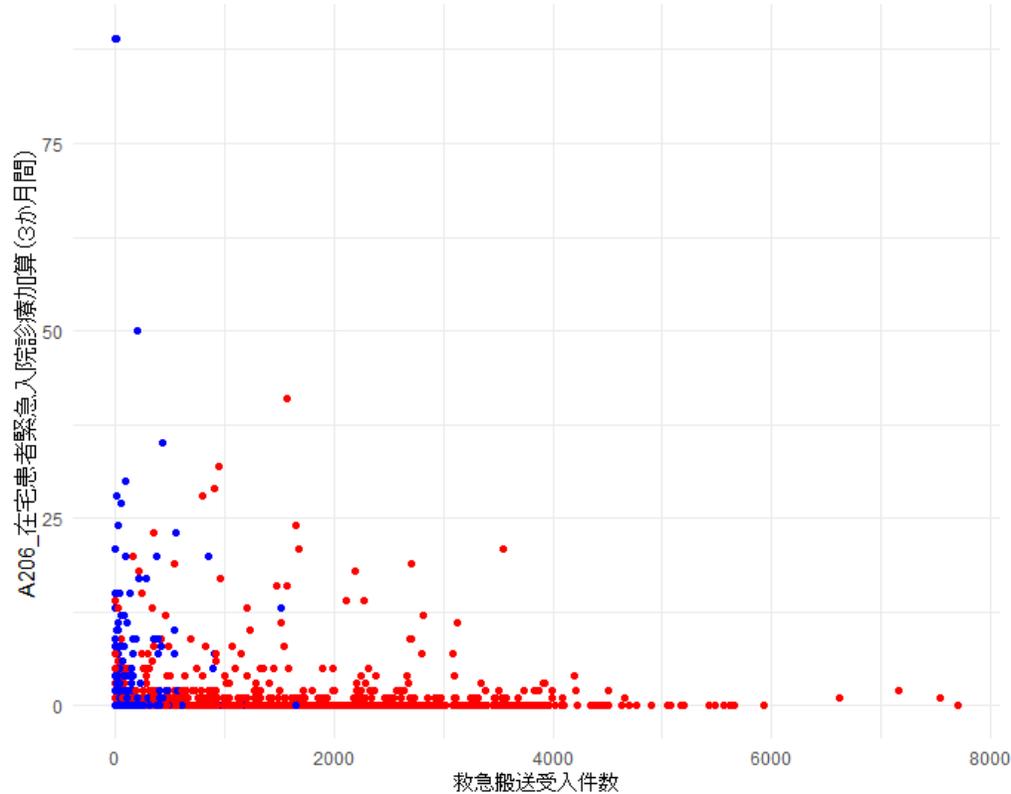


●急性期病棟(※)を有する医療機関 ●急性期病棟のない医療機関
※急性期一般入院料1～6を算定する病棟

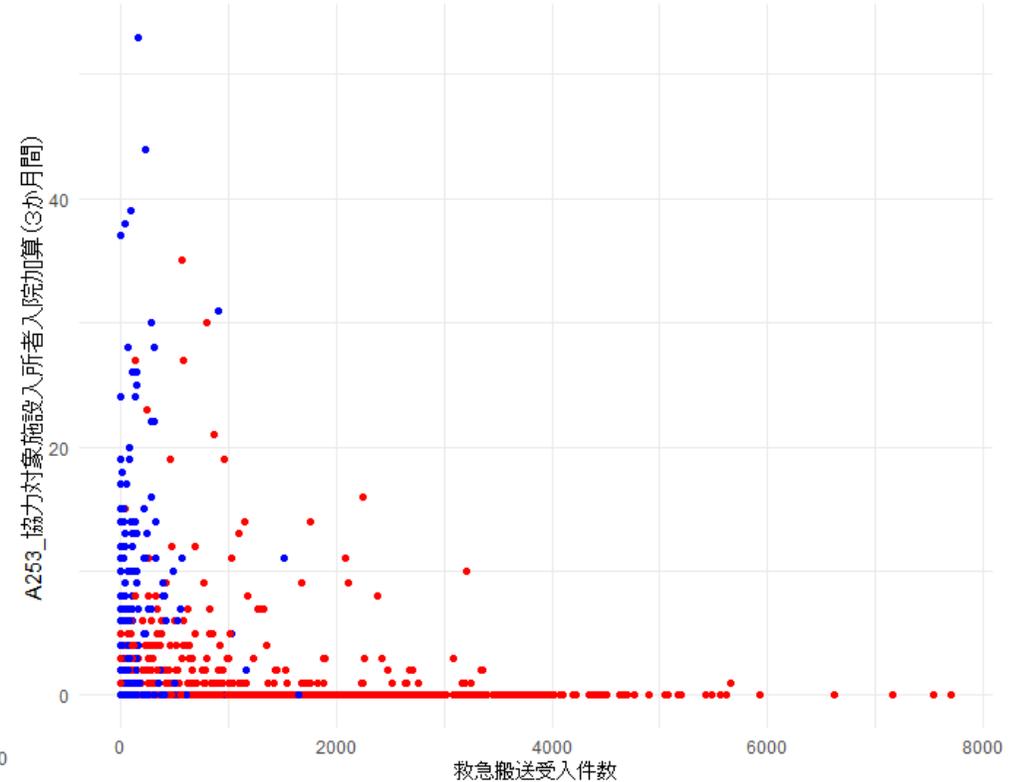
地域包括ケア病棟における在宅・施設の後方支援の状況

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

救急搬送件数と在宅患者緊急入院診療加算の算定状況(地域包括ケア病棟)



救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算の算定状況(地域包括ケア病棟)

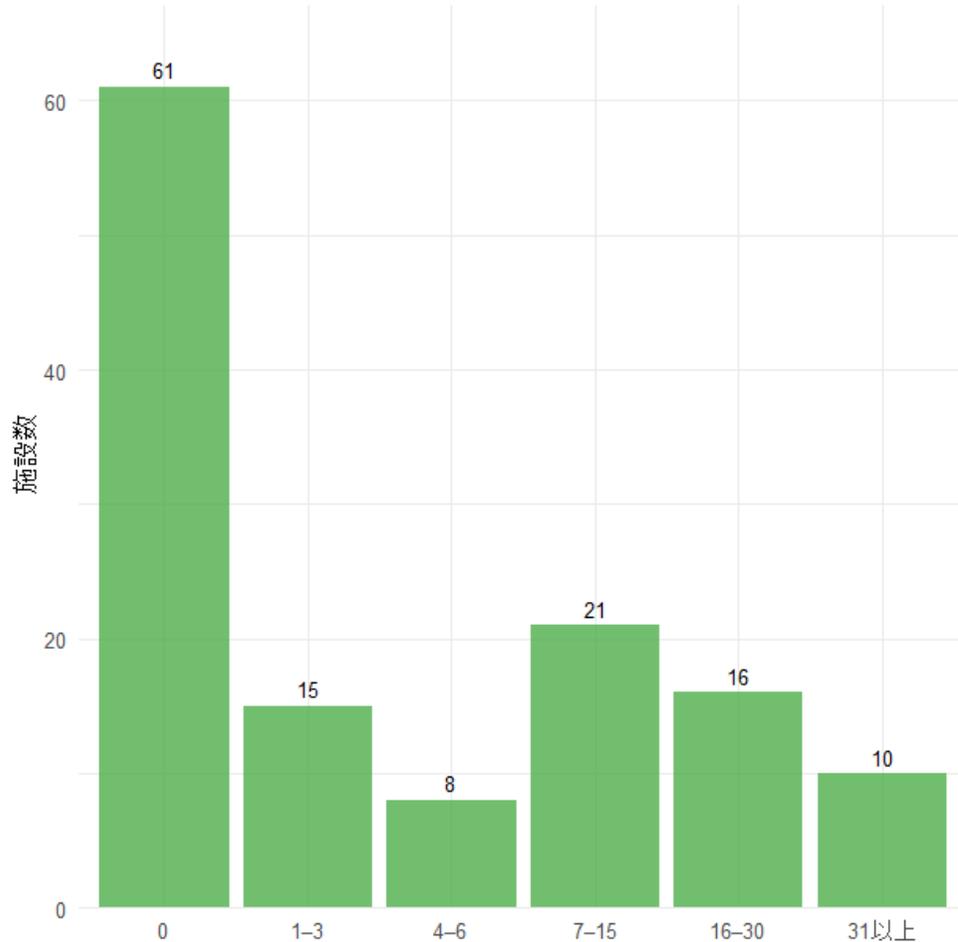


- 急性期病棟(※)を有する医療機関
 - 急性期病棟のない医療機関
- ※急性期一般入院料1～6を算定する病棟

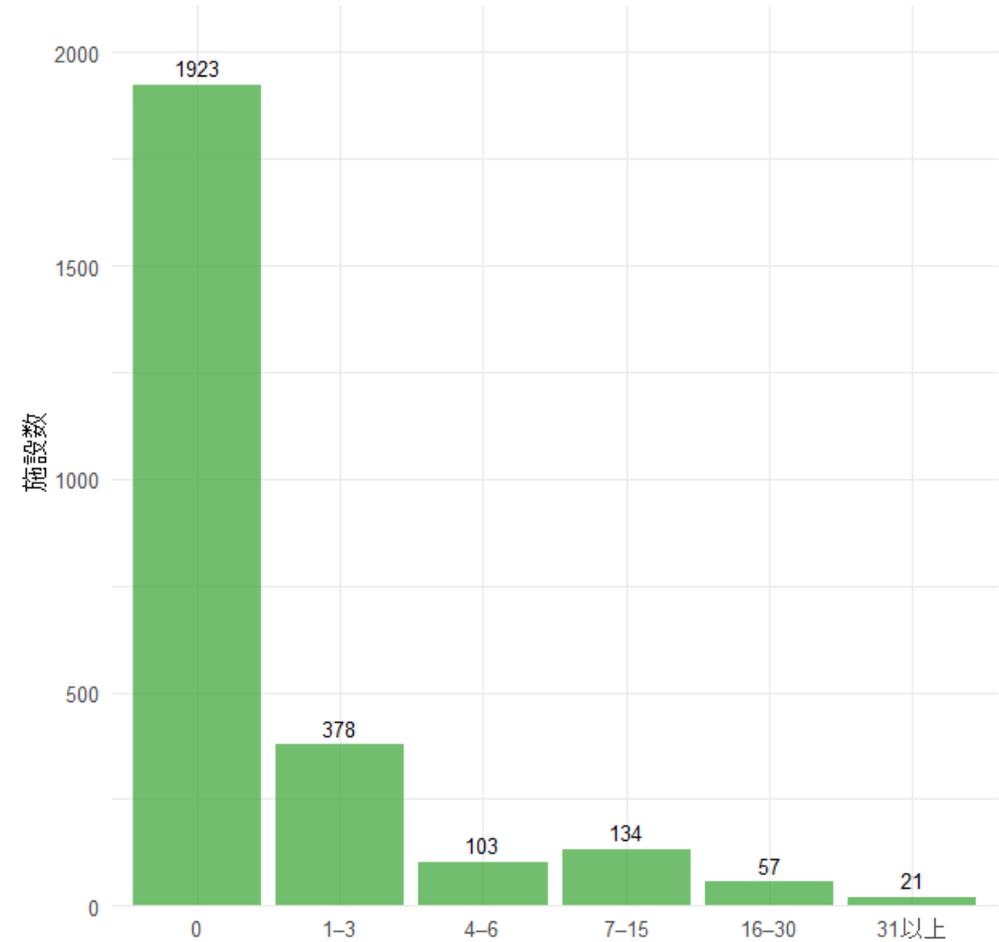
地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟における後方支援の状況

○ 在宅患者緊急入院診療加算 1 - 3 と協力対象施設入所者入院加算 1 - 2 について、施設ごとの算定回数（3か月間の合計）の分布は以下のとおり。

各加算の算定回数ごとの施設数（地域包括医療病棟, n=131）



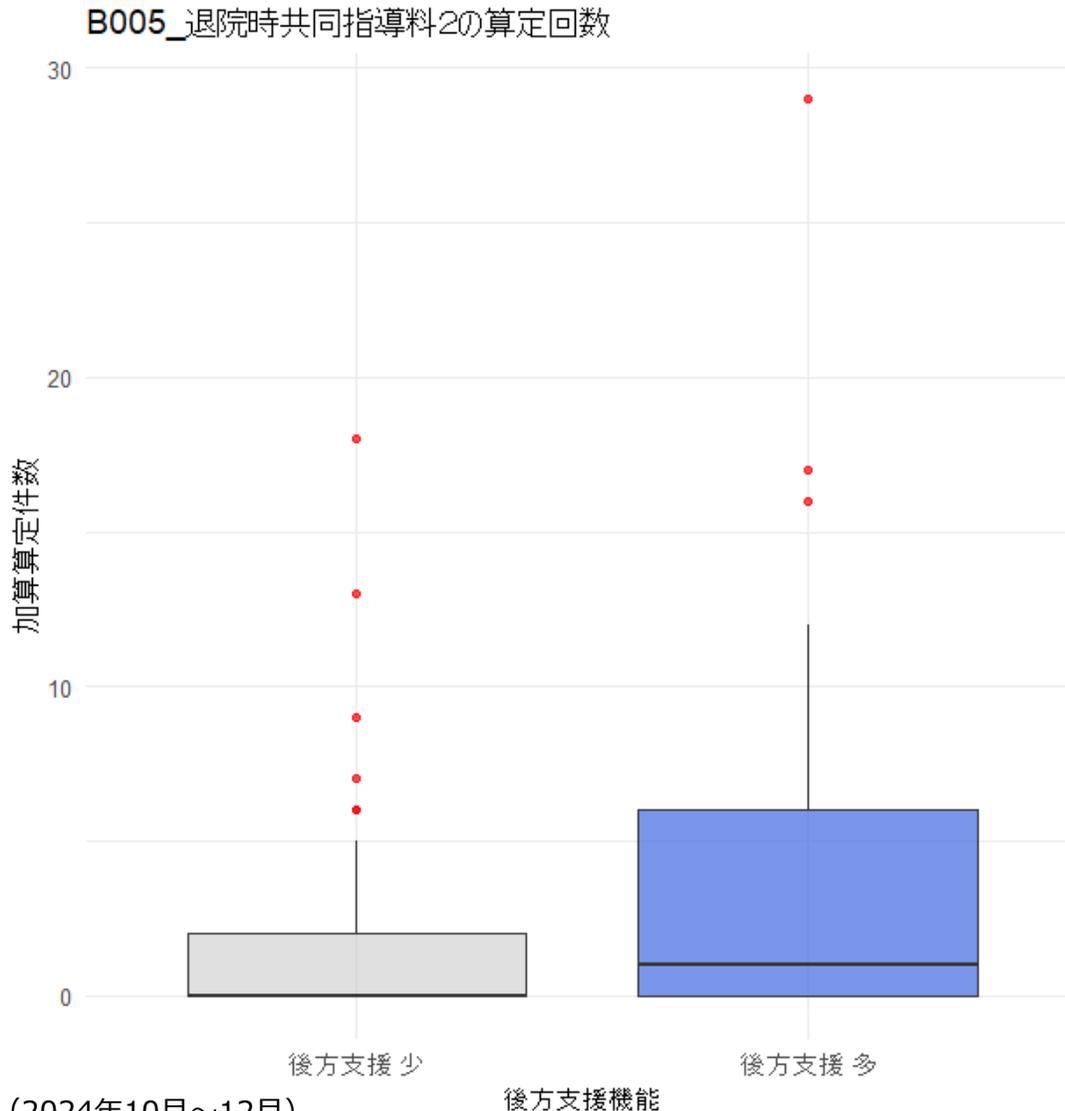
各加算の算定回数ごとの施設数（地域包括ケア病棟, n=2616）



在宅患者緊急入院診療加算・協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合計（3か月間）

地域包括医療病棟における在宅・施設の後方支援と退院支援

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



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

※2 地域包括ケア病棟では、B医学管理は包括範囲のため、算定データはない。

後方支援と関連する診療報酬上のその他の要件

在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院
<p>在支診と共通の基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
<p>在支病の基準</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること <p>※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</p>	

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

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

入退院支援加算 1

〔施設基準〕

(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。

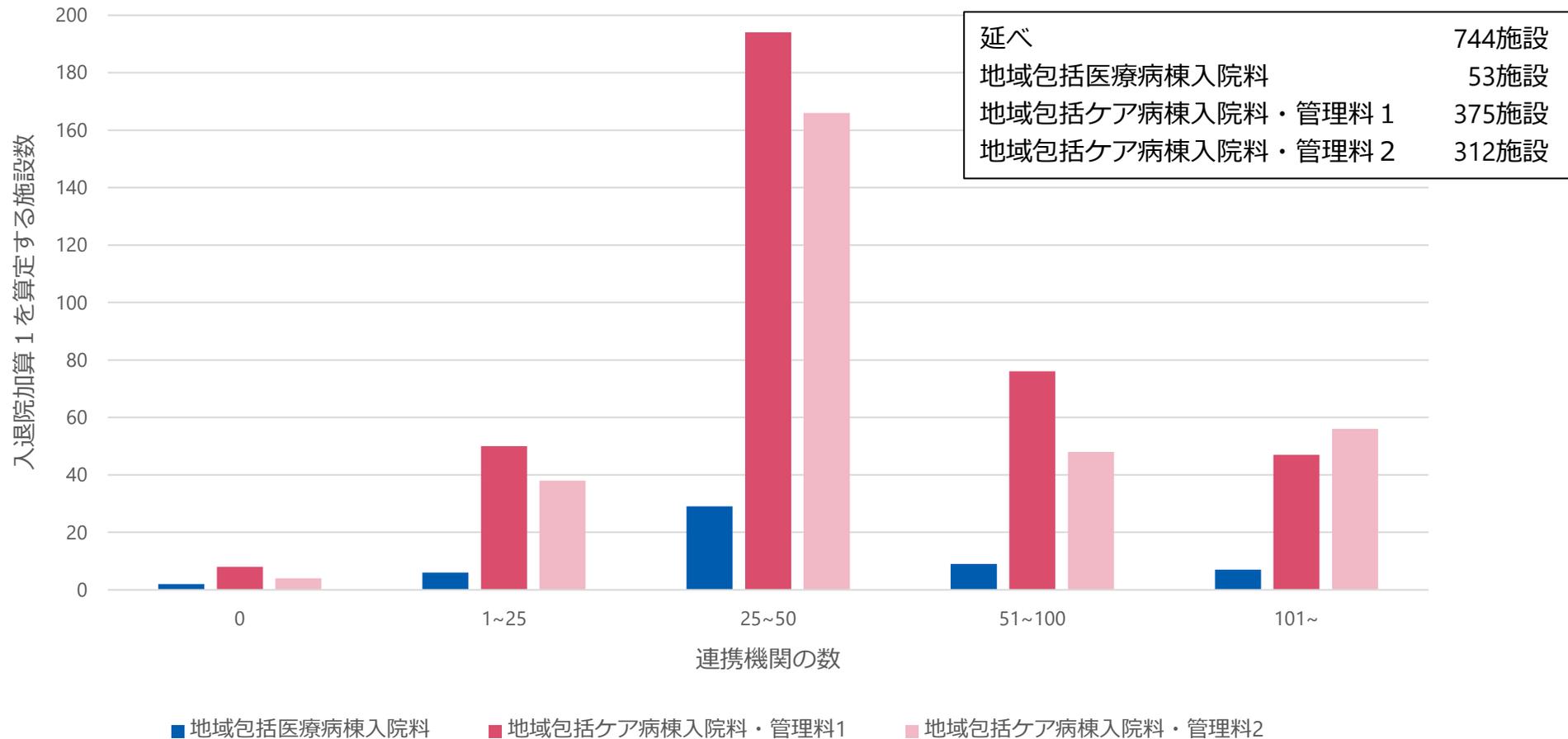
また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。

地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟 1, 2 では届出が施設基準

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟入院料届出施設の連携機関数

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

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

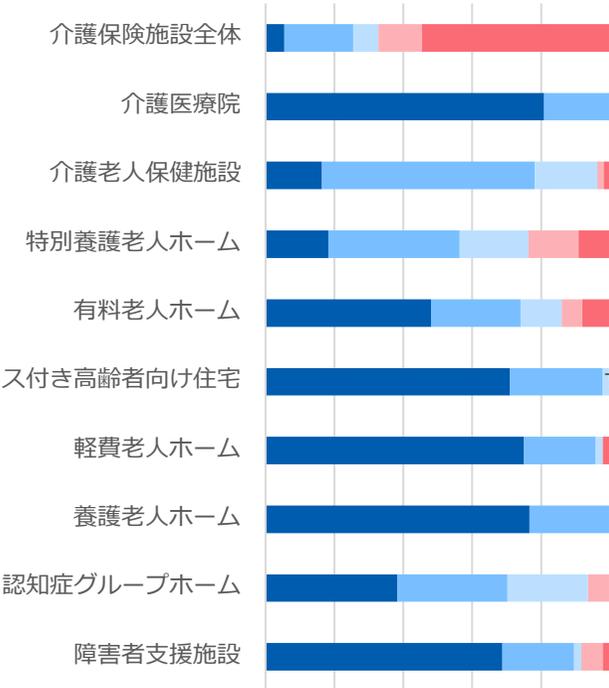


協力医療機関となっている介護保険施設の数と類型

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

協力医療機関となっている介護保険施設数
(地域包括医療病棟)

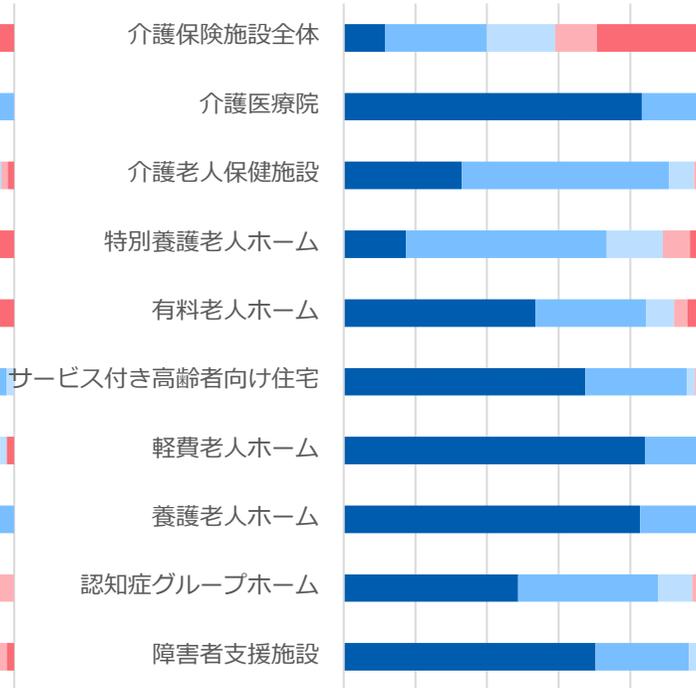
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 0 ■ 1~3 ■ 4~6 ■ 7~9 ■ 10以上

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

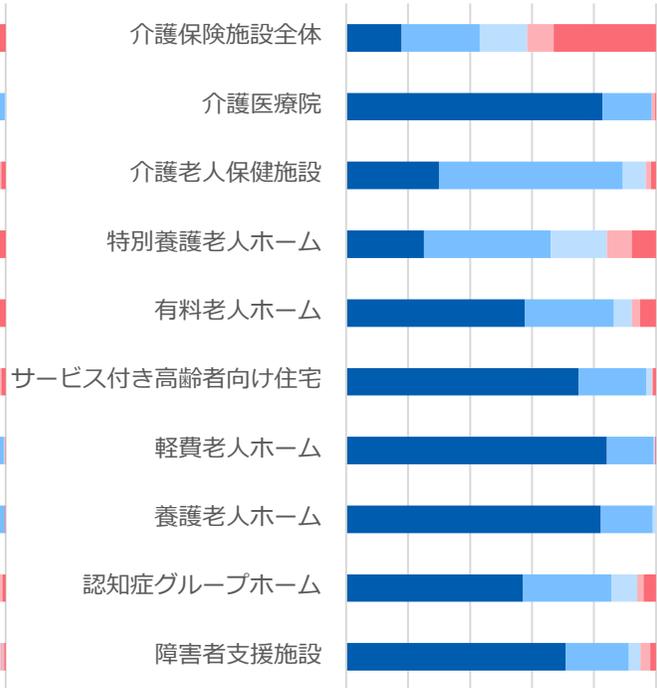
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 0 ■ 1~3 ■ 4~6 ■ 7~9 ■ 10以上

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

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



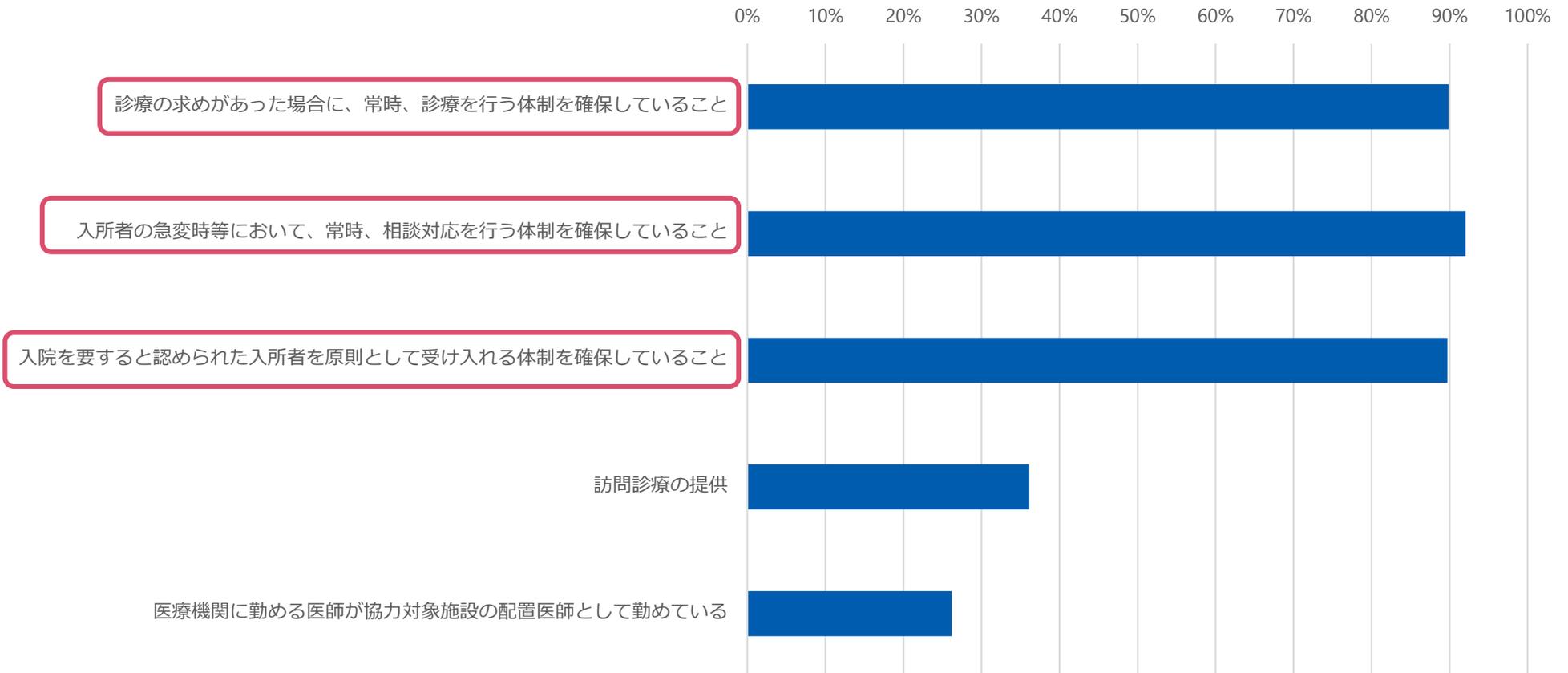
■ 0 ■ 1~3 ■ 4~6 ■ 7~9 ■ 10以上

協力対象施設への医療提供内容

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

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

協力対象施設への医療提供内容(n=642)

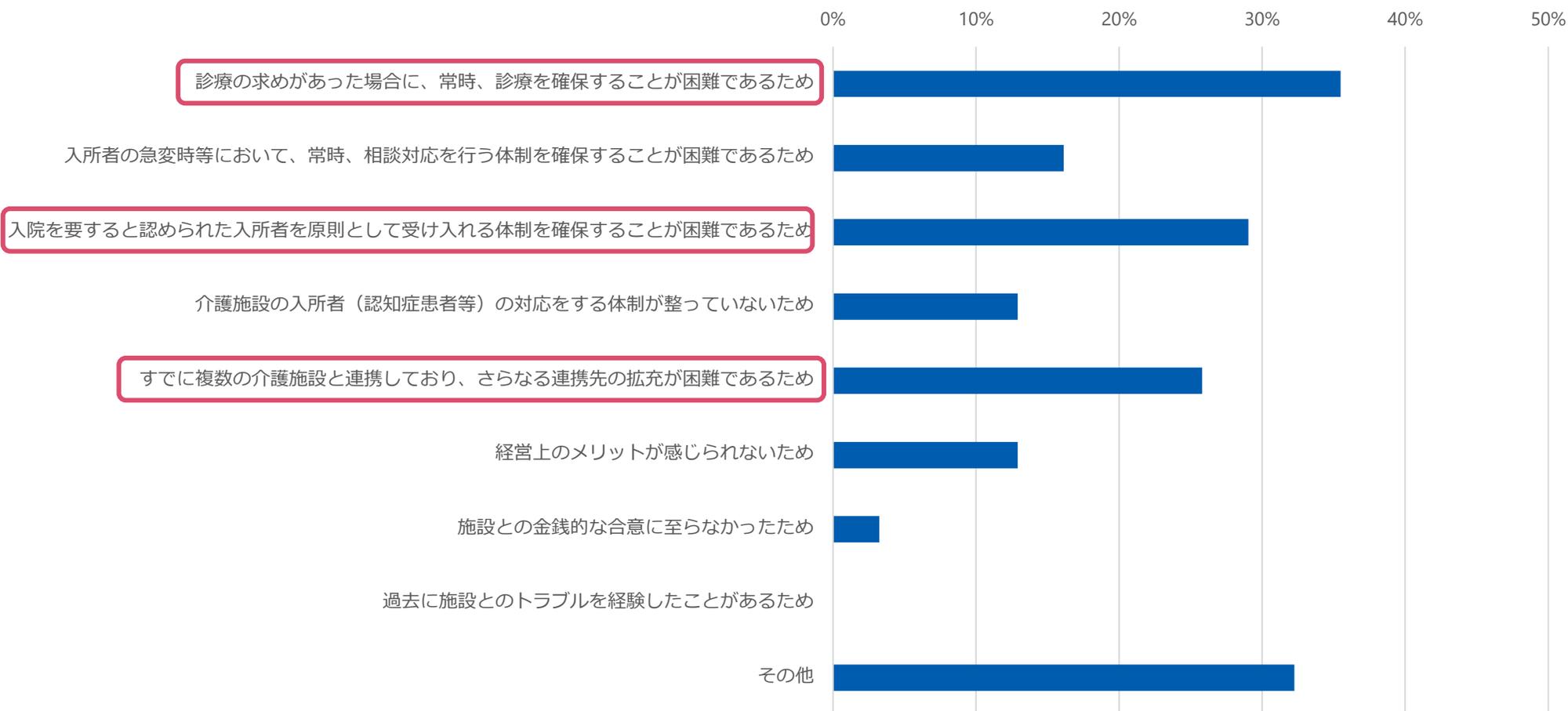


協力医療機関となることを断った理由

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

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

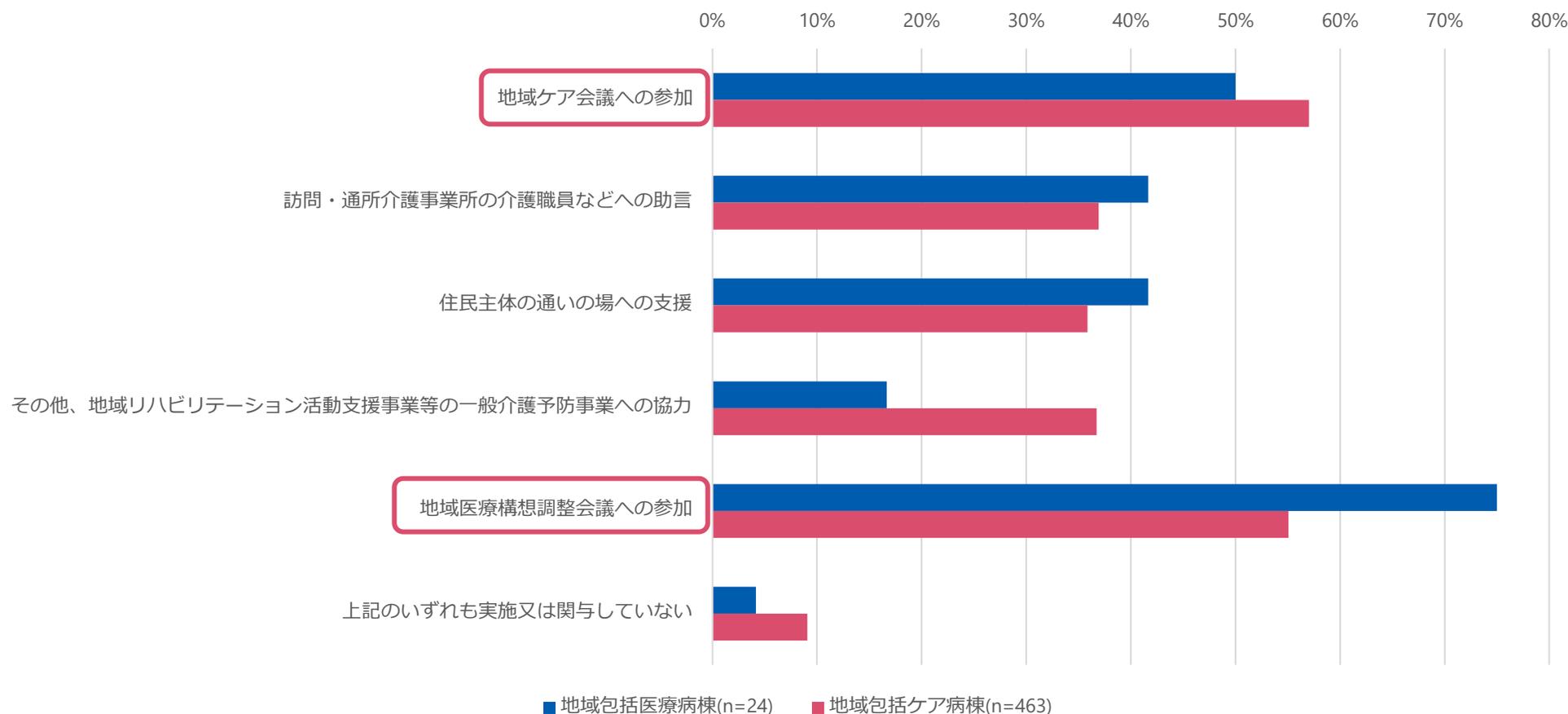
(n=31)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設における地域貢献活動

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

施設として実施している又は関与している取組について

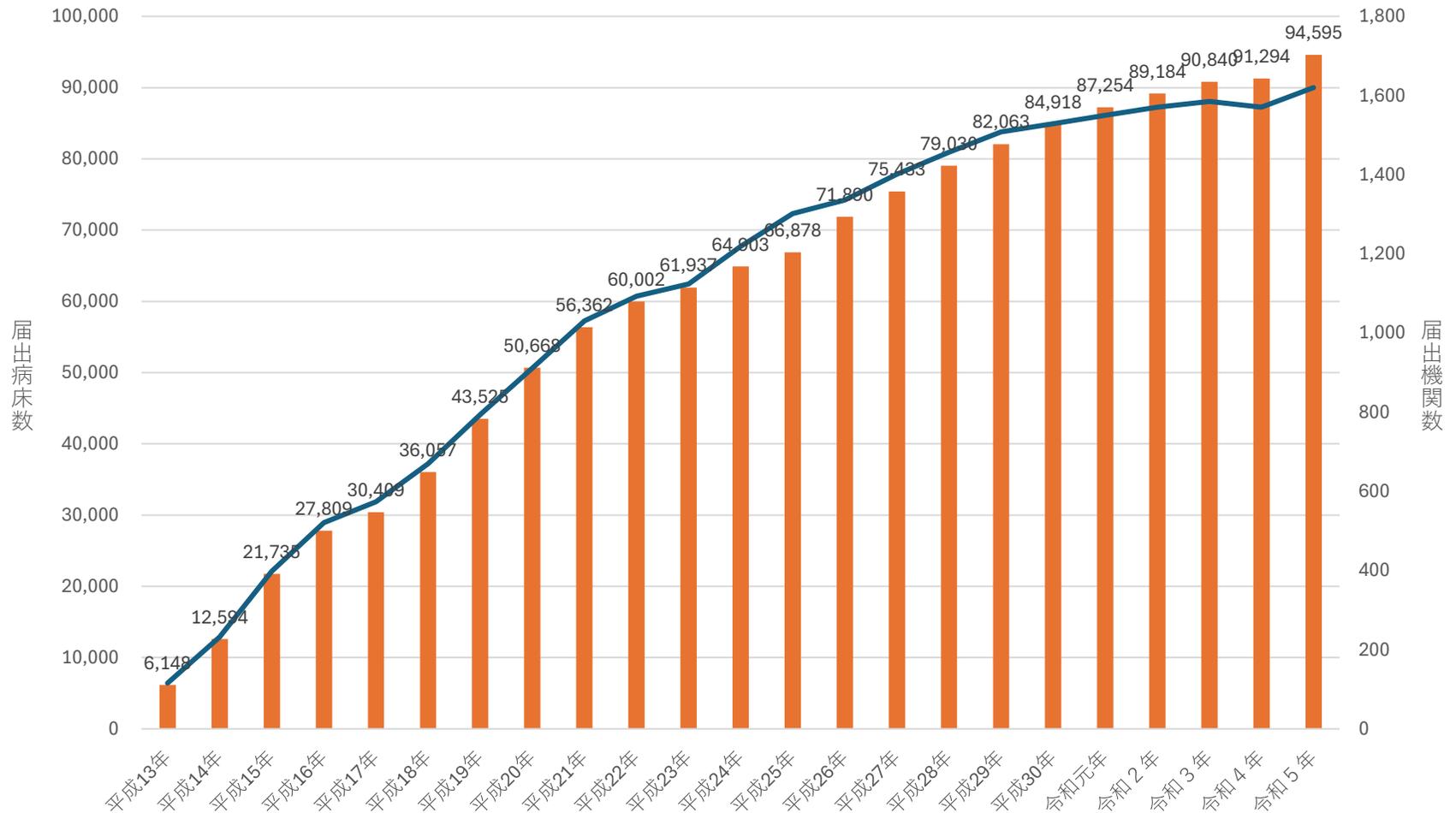


0. 調査概要
1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項について

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出機関数・病床数の推移

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

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



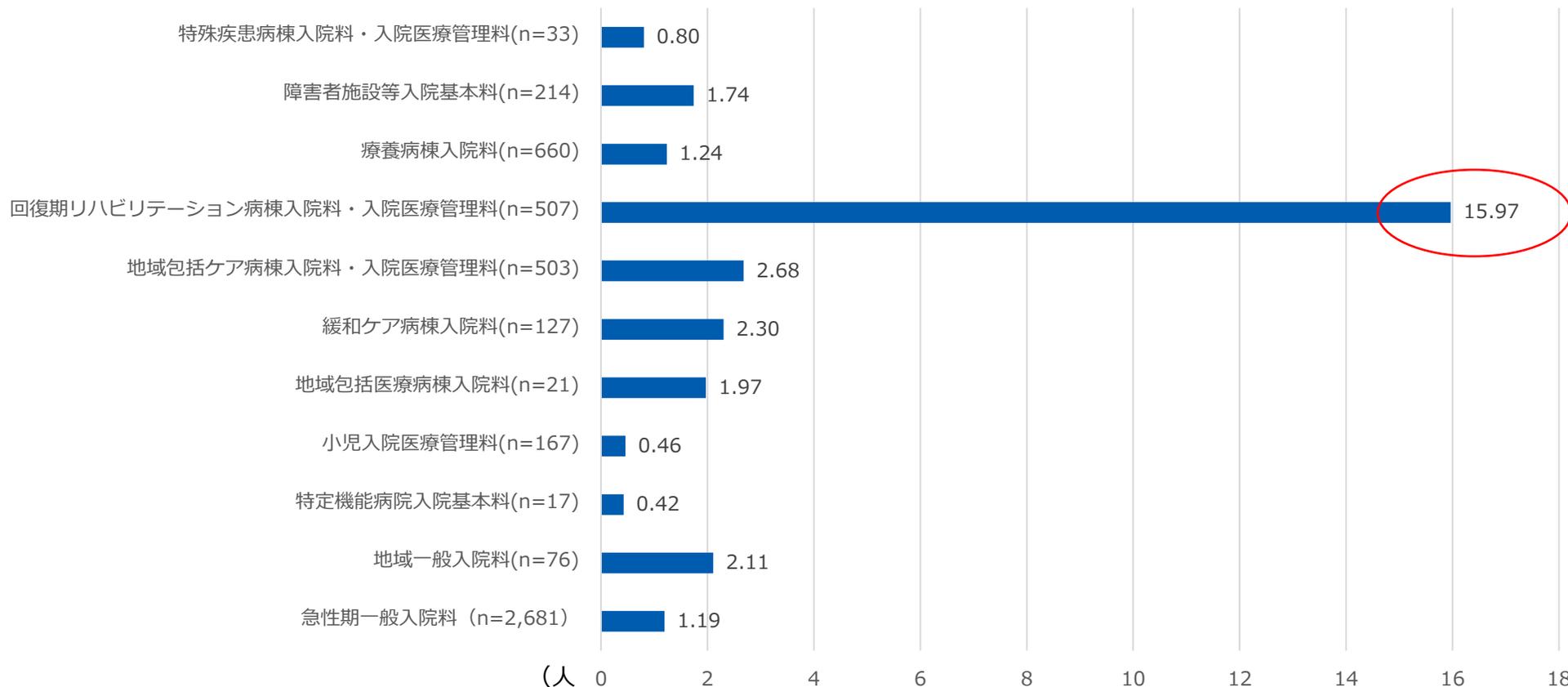
出典：主な施設基準等の届出状況等

届出病床数 届出機関数

入院料ごとの40床あたり療法士数（常勤換算）

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

入院料ごとの40床あたり療法士数 ※

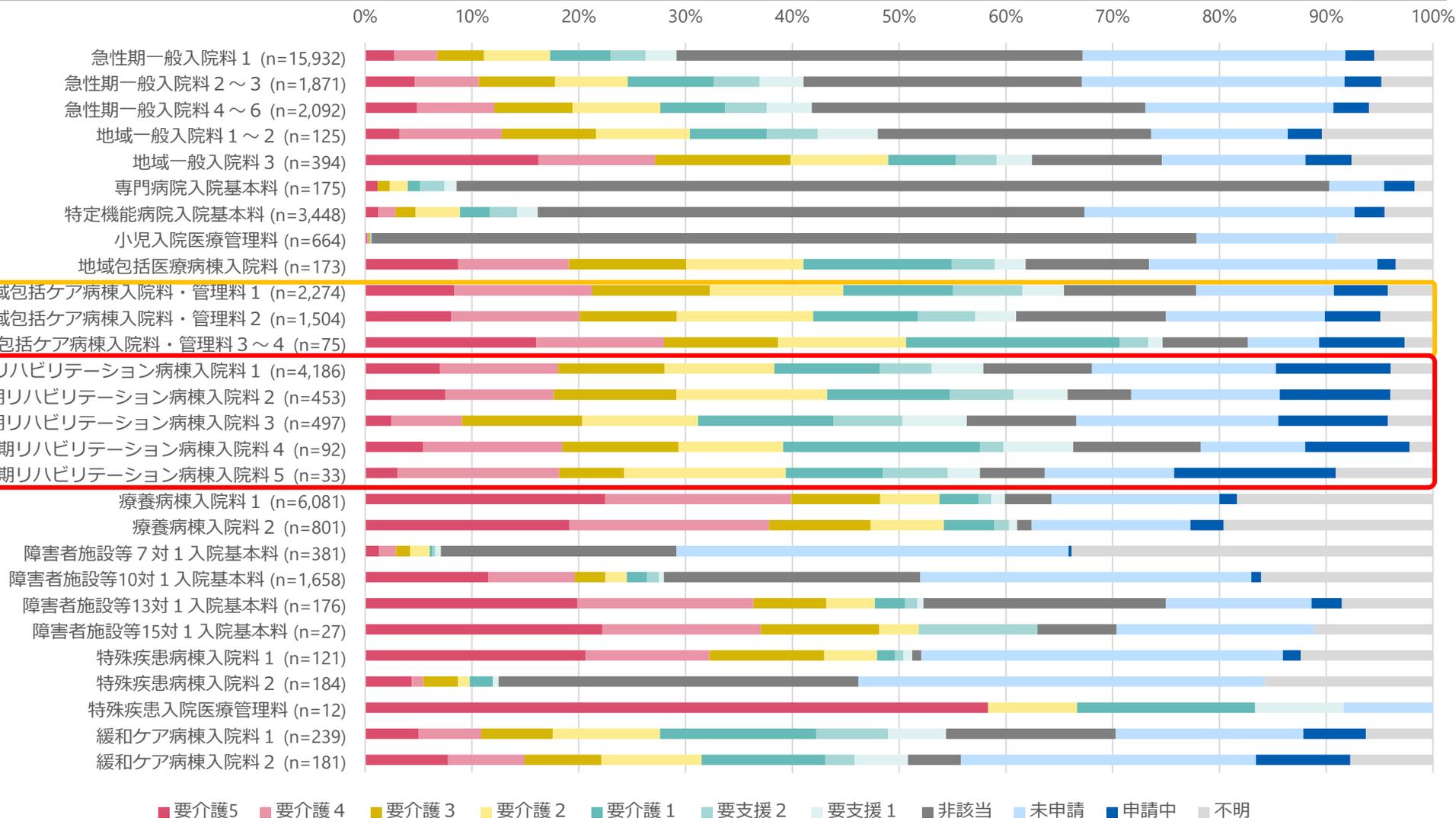


※病棟に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職員数（常勤換算）を40床あたりの人数に換算。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A～D票））

入院料ごとの要介護度別の患者割合

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



回復期リハビリテーション病棟における入棟時・退棟時FIMの年次推移

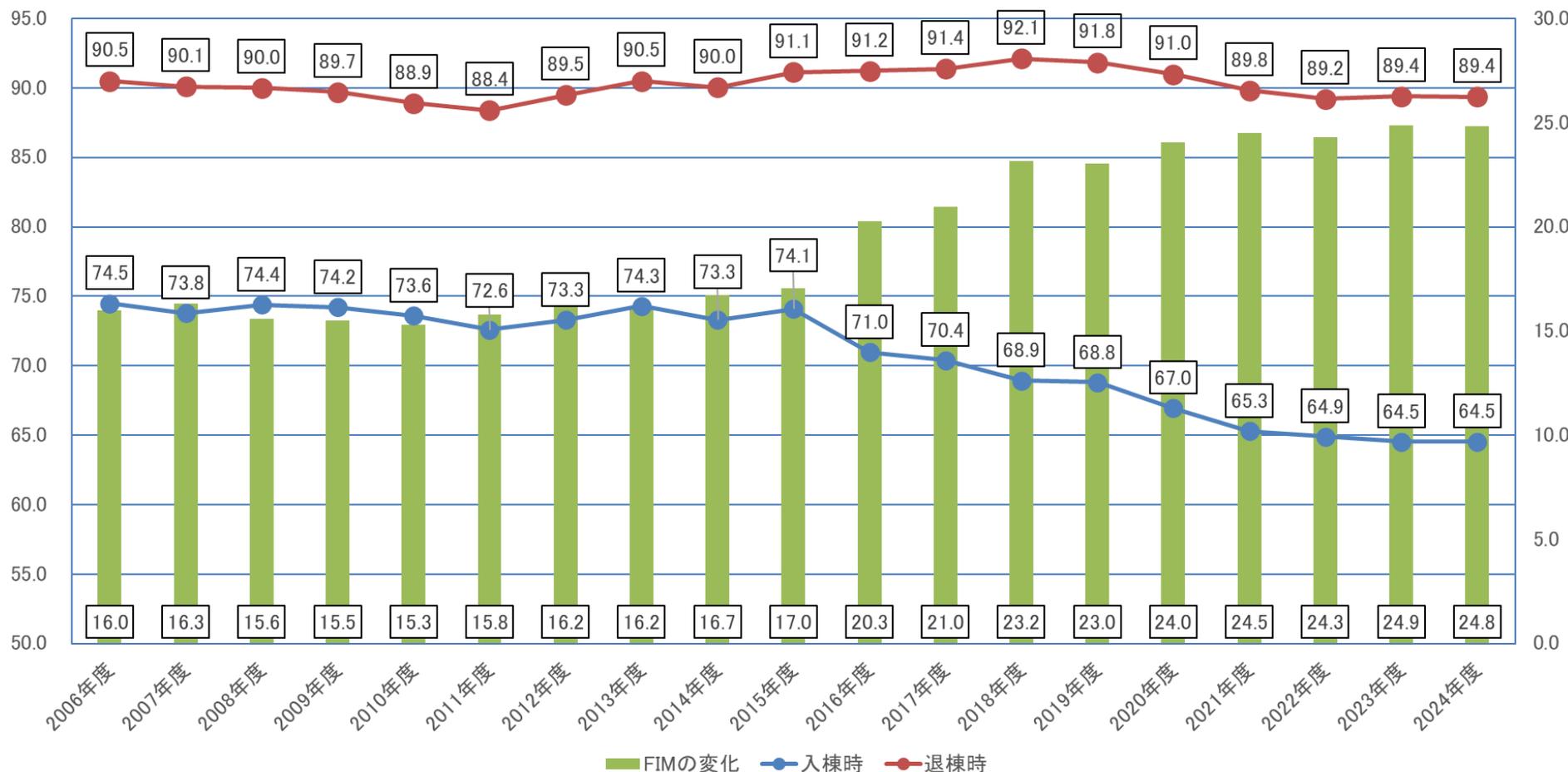
中医協 総 - 3
7 . 7 . 2 3

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

入棟時・退棟時FIM及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の推移

(入棟時・退棟時FIM)

(FIMの変化)



5. 新たな地域医療構想（抄）

（3）医療機関機能・病床機能

③ 病床機能

- 機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体として医療需要を捉えて病床の機能分化・連携を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当である。
- 一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、「**高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能**」及び**これまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能）として位置づけ**、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。また、病床機能報告が医療機関から適切に行われるよう、報告方法等について分かりやすく周知することが重要である。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

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

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

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

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

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
(高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者)

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

- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

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

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

回復期リハビリテーション病棟における実績指数の除外対象患者の割合

診調組 入-1
7.6.13

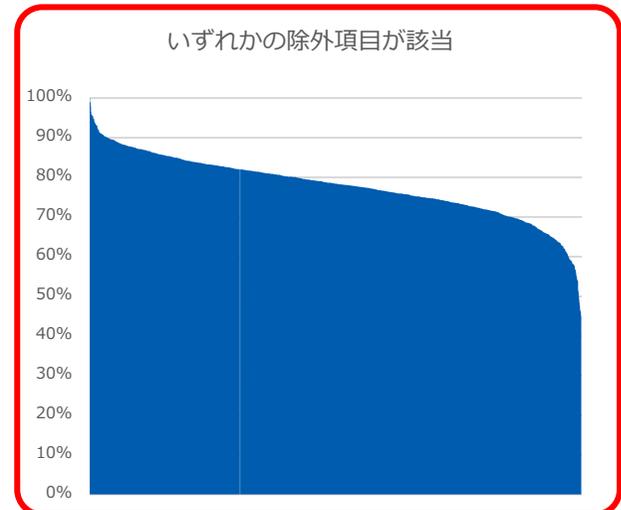
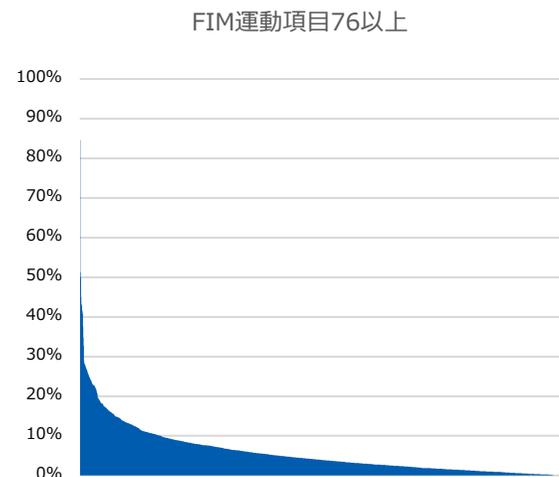
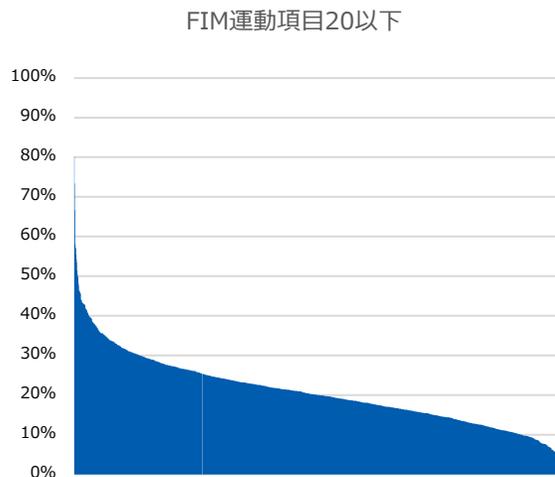
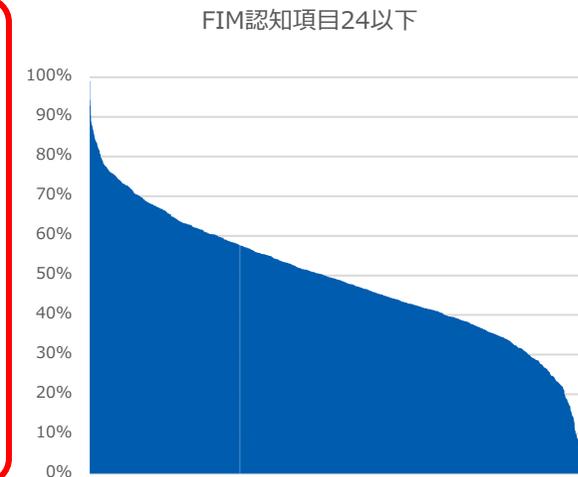
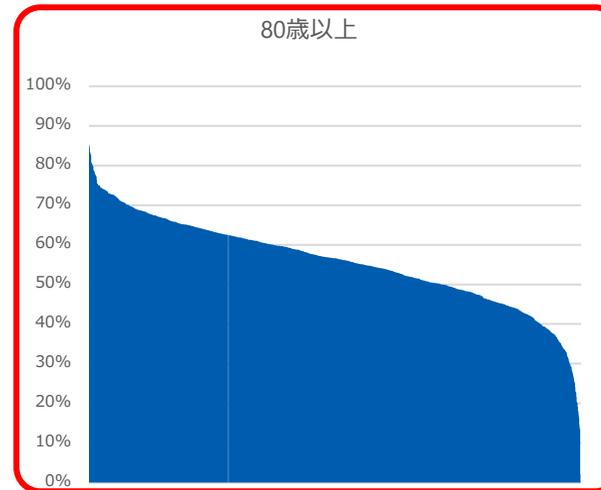
- 除外可能な対象患者は80歳以上の項目の影響が大きい。
- いずれかの除外項目が該当する患者の割合が全施設において40%を超えている。

【データ期間】

令和4年4月- 令和6年5月の間に回復期リハビリテーション病棟に入棟し、入退院が完結している症例（n = 807,411）にて集計。

【集計方法】

回復期入棟時情報を元に、各病院におけるそれぞれの項目が占める割合を施設単位で算出し、降順で棒グラフを作成。

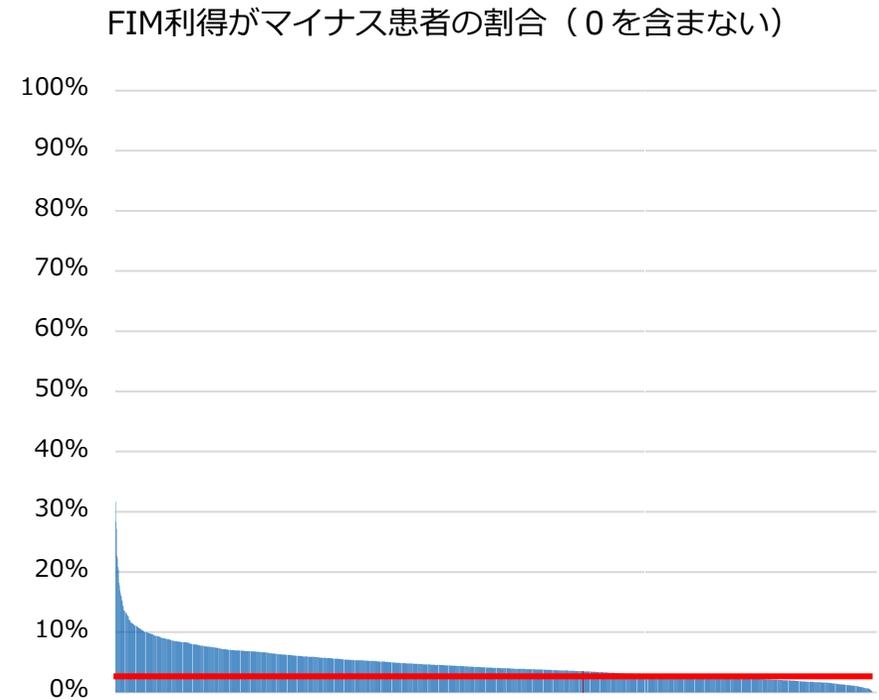
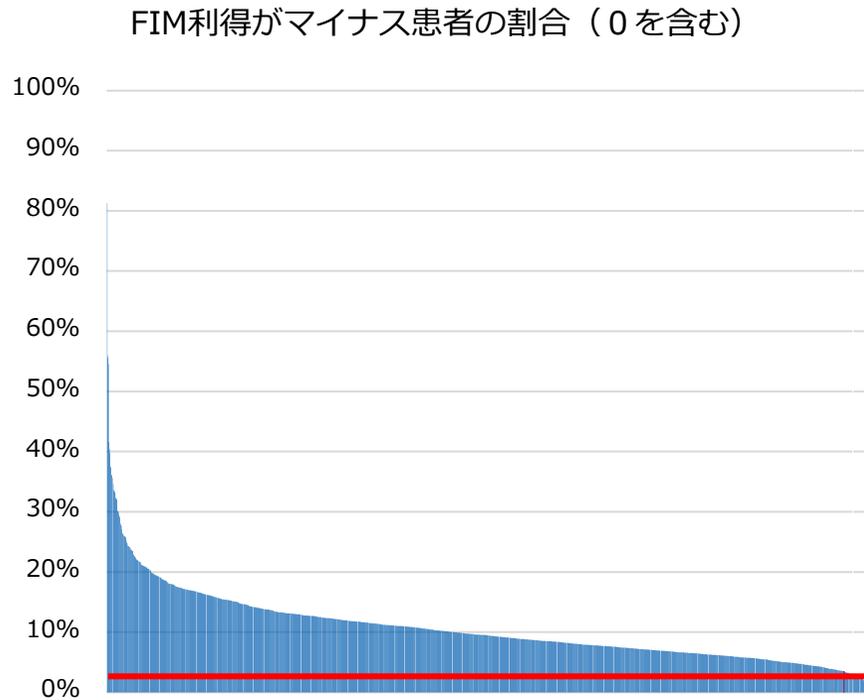


出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月） 各施設単位での割合を集計し、降順で棒グラフにて表示

施設ごとのFIM利得が低下した患者の割合

診調組 入-1
7 . 6 . 1 3

- 入棟時と退棟時を比して、FIMが低下している患者の割合の施設間でのばらつきは以下のとおり。
- 仮にカットオフ値を3%未満とした場合、多くの施設が基準を下回る。
- FIM利得が0の患者が多い。



縦軸：ADLの低下割合 横軸：施設 赤線：3%のカットオフ値（仮設定）

※ リハビリテーション・栄養・口腔・連携体制加算における入院時と比較してADLが低下した患者の割合が3%未満という基準を引用

※ 集計対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料1～5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している全1,543施設。

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

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

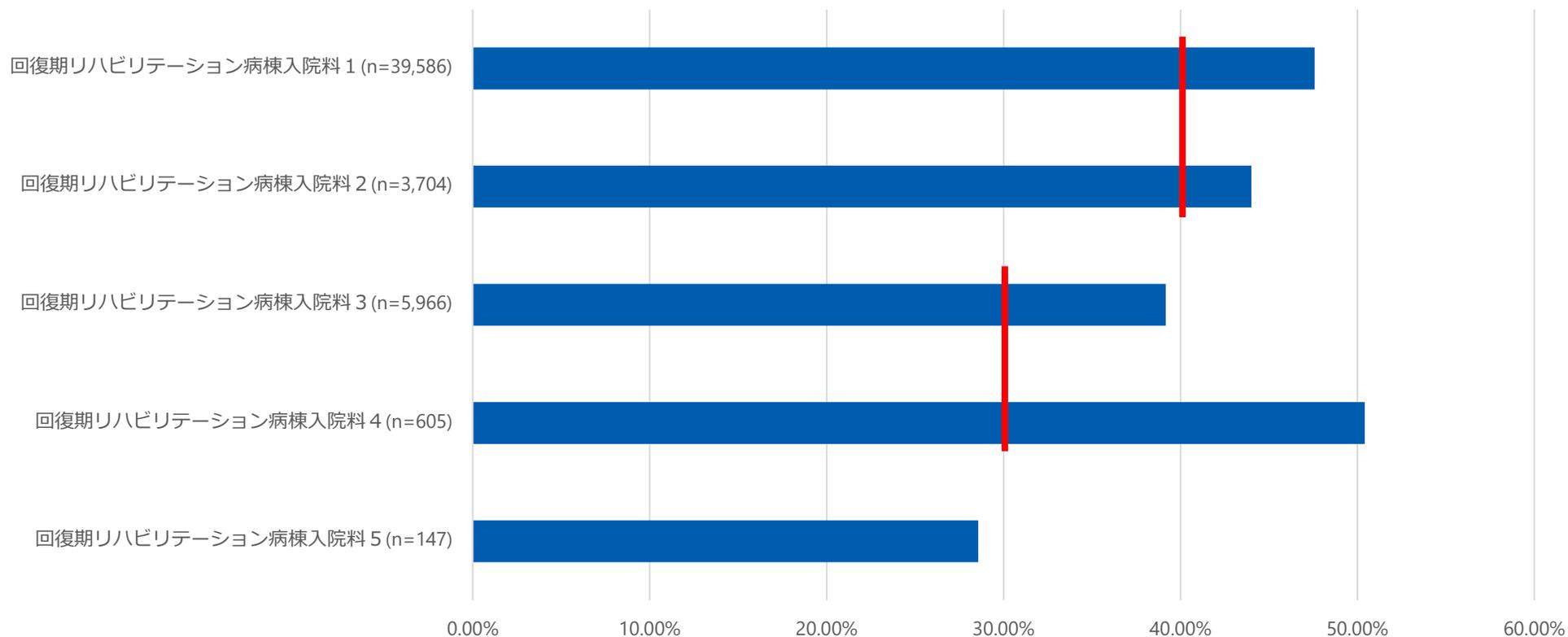
※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合について

診調組 参考入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

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

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



※重症の患者：日常生活機能評価10点以上又はFIM得点55点以下の患者

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

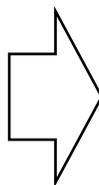
運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

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

現行

【算定上限緩和対象患者】

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



改定後

【算定上限緩和対象患者】

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

体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



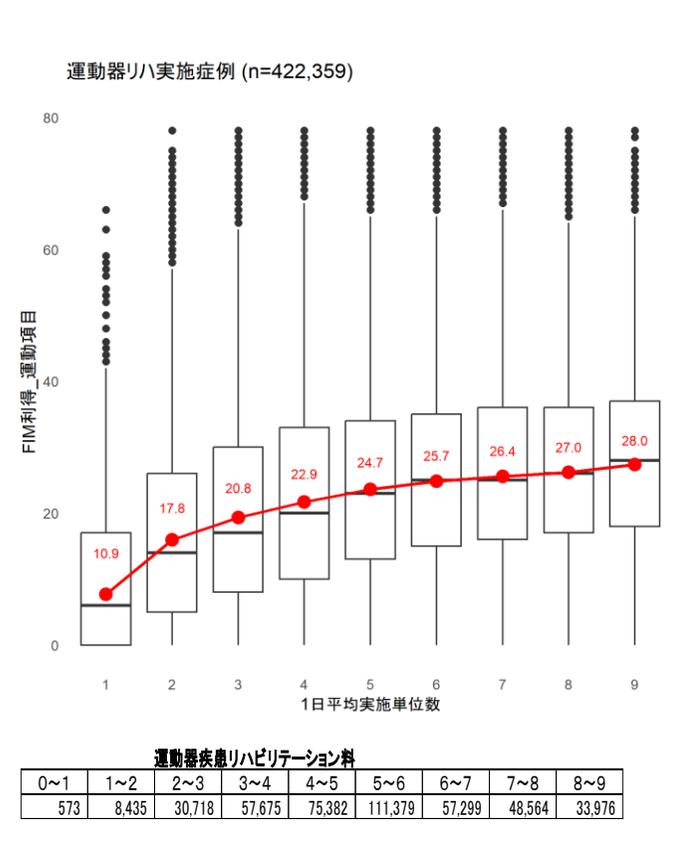
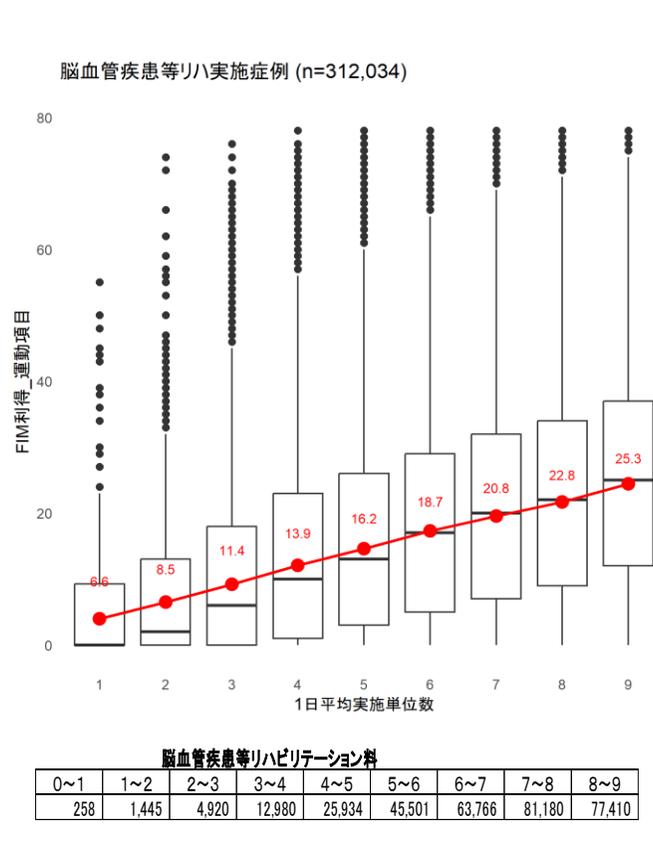
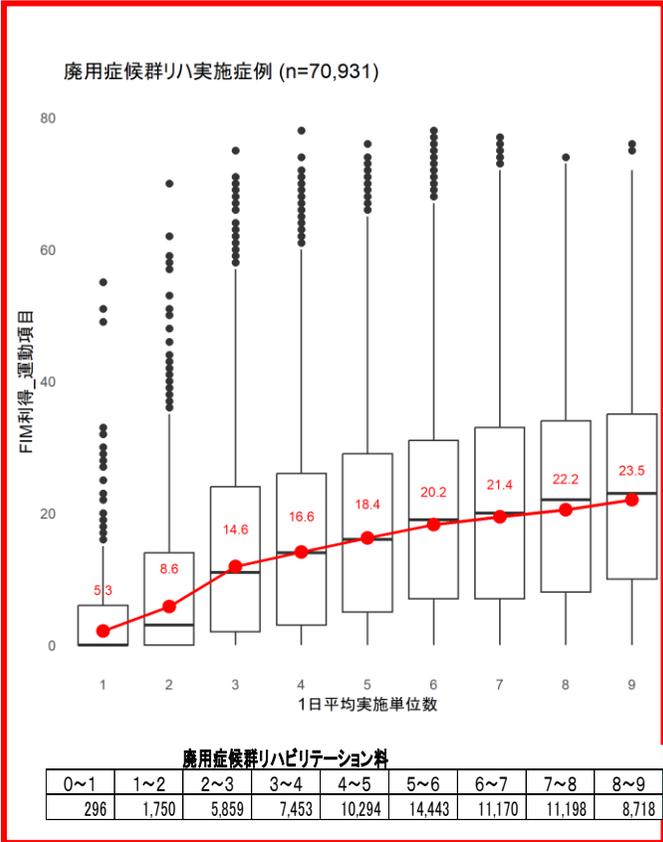
改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

疾患別リハビリテーション料の提供単位数別のFIM利得

診調組 入-1
7.6.13

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

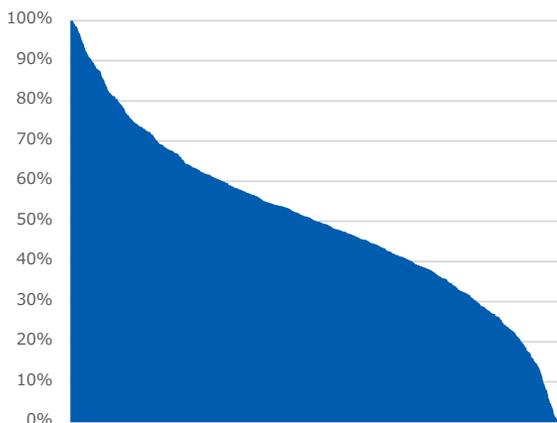


回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハビリテーション料ごとの実施割合の分布

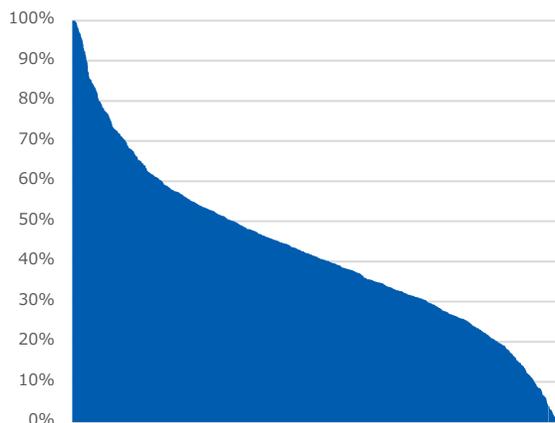
診調組 入-1
7.6.13

- 脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の実施割合は、施設間でばらつきが見られる。
- 廃用症候群リハビリテーション料の実施割合が比較的多い施設がある。

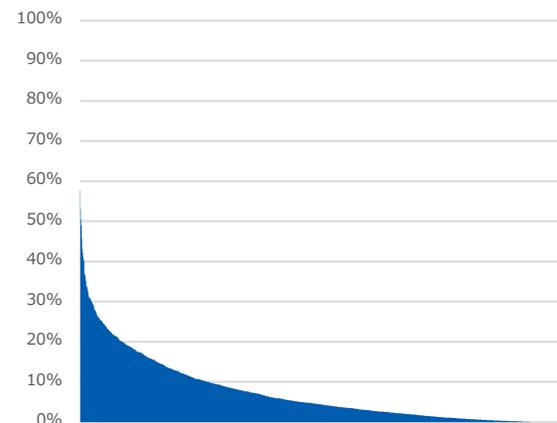
脳血管疾患等リハビリテーション料（単位数）



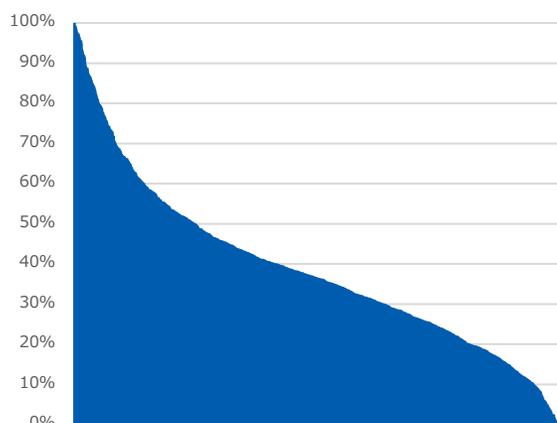
運動器リハビリテーション料（単位数）



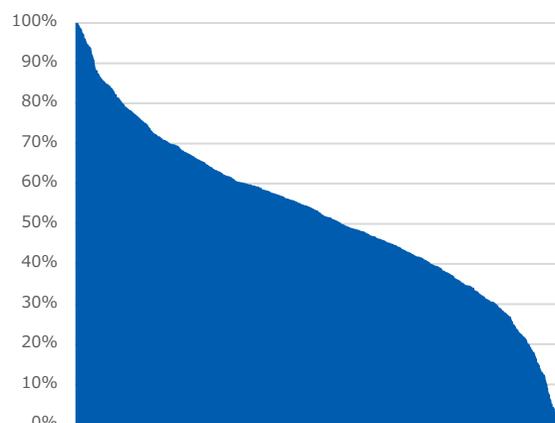
廃用症候群リハビリテーション料（単位数）



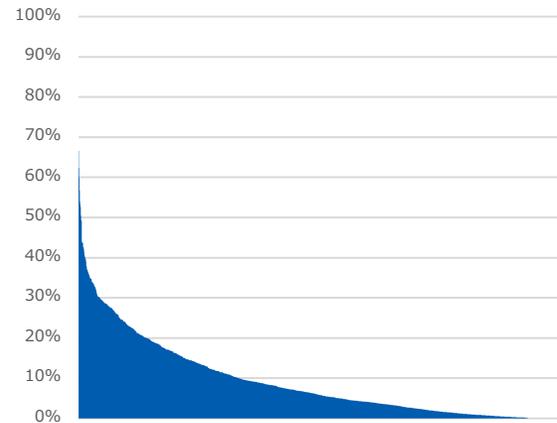
脳血管疾患等リハビリテーション料（症例数）



運動器リハビリテーション料（症例数）



廃用リハビリテーション料（症例数）



出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月） 各施設単位でそれぞれの項目の割合を集計し、降順で棒グラフにて表示

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

「新たな地域医療構想のとりまとめ」における療養病床

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）

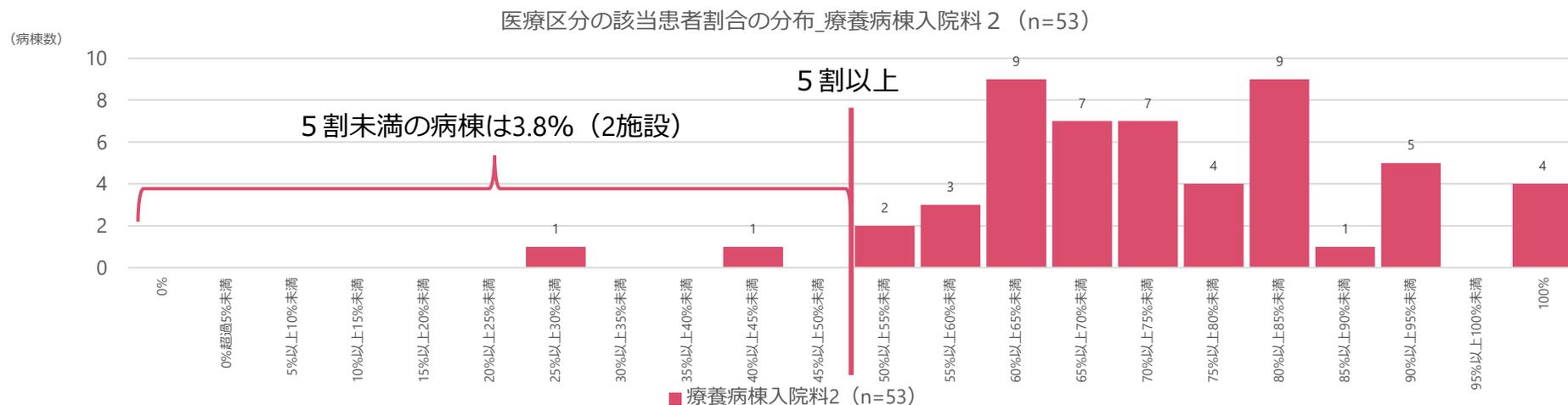
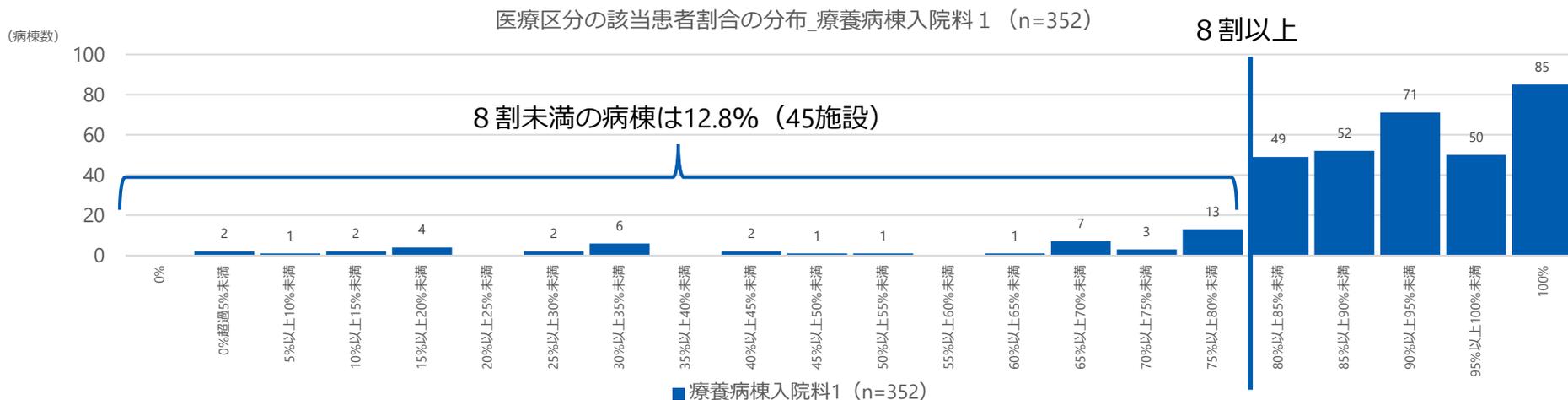
（5）その他

② 慢性期医療

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

療養病棟における医療区分2・3の該当割合

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



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

療養病棟入院料1

87.5% 84.3% 92.2% 98.2%

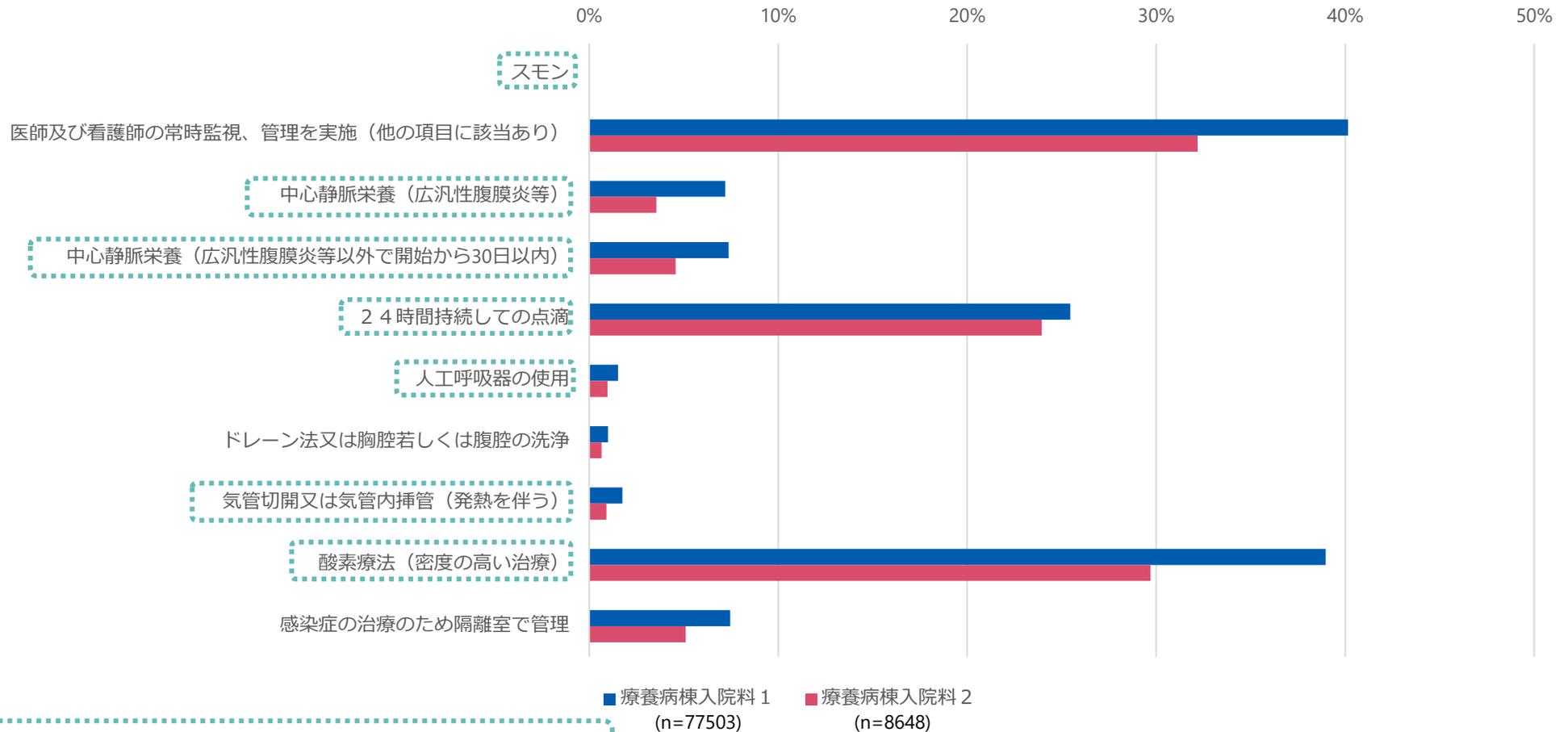
療養病棟入院料2

73.2% 63.9% 71.4% 83.0%

療養病棟における医療区分3の疾患・状態、処置の占める割合

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

医療区分3の対象となる疾患・状態、処置の占める割合



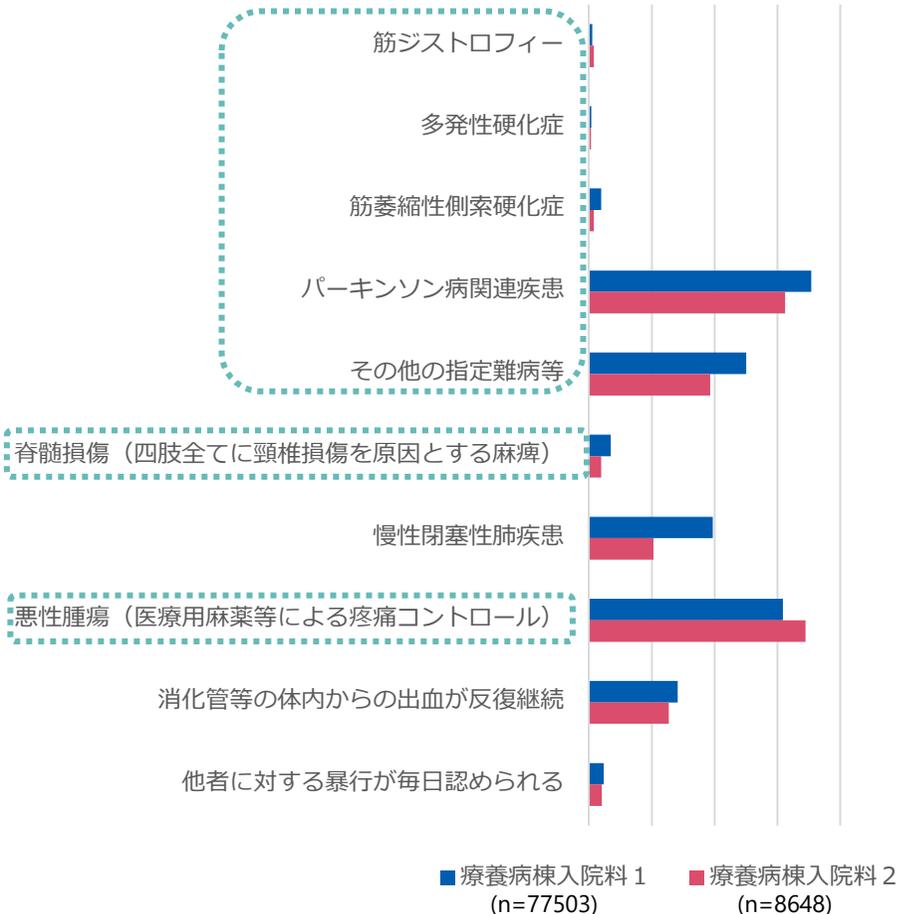
特掲診療料の施設基準等別表第7・第8に掲げる疾患、状態

療養病棟における入棟患者の病態

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

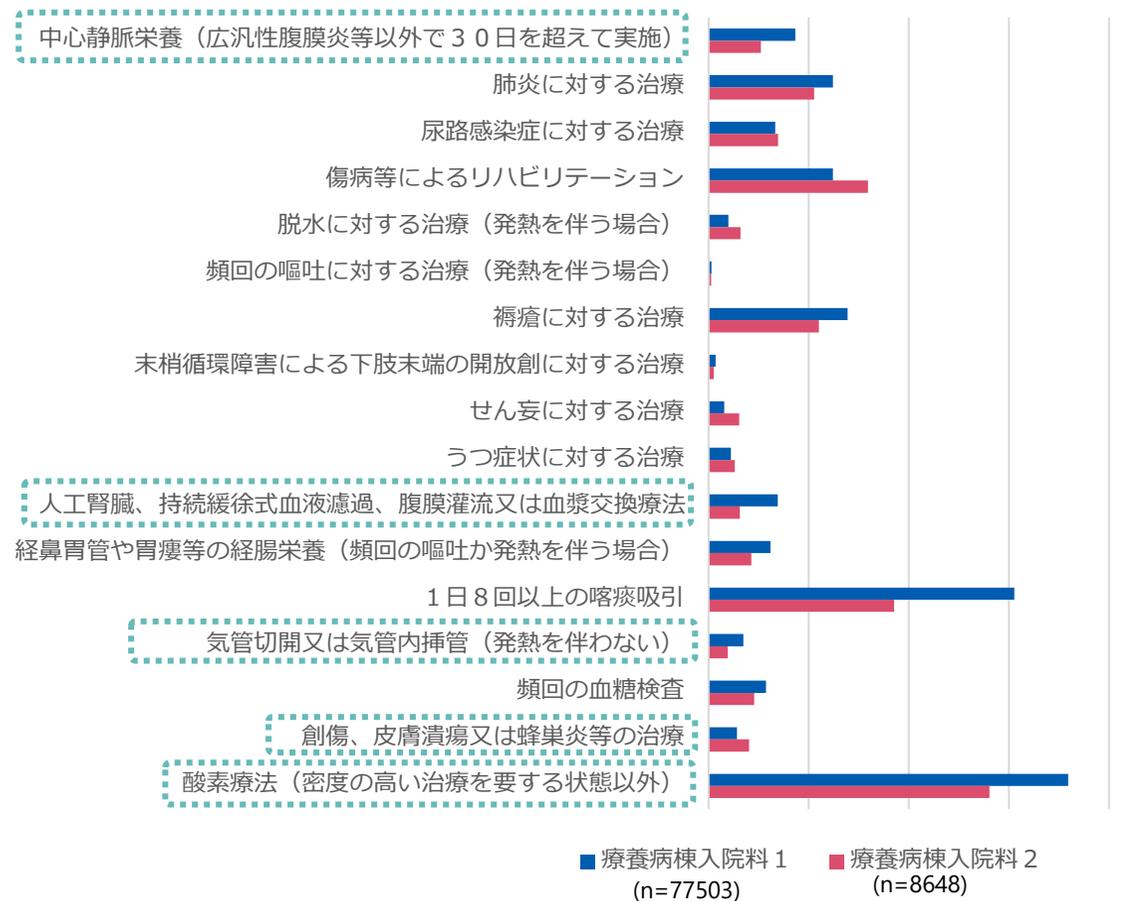
医療区分2の対象となる疾患・状態の入院患者に占める割合

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



医療区分2の対象となる処置等が占める割合

0% 10% 20% 30% 40%

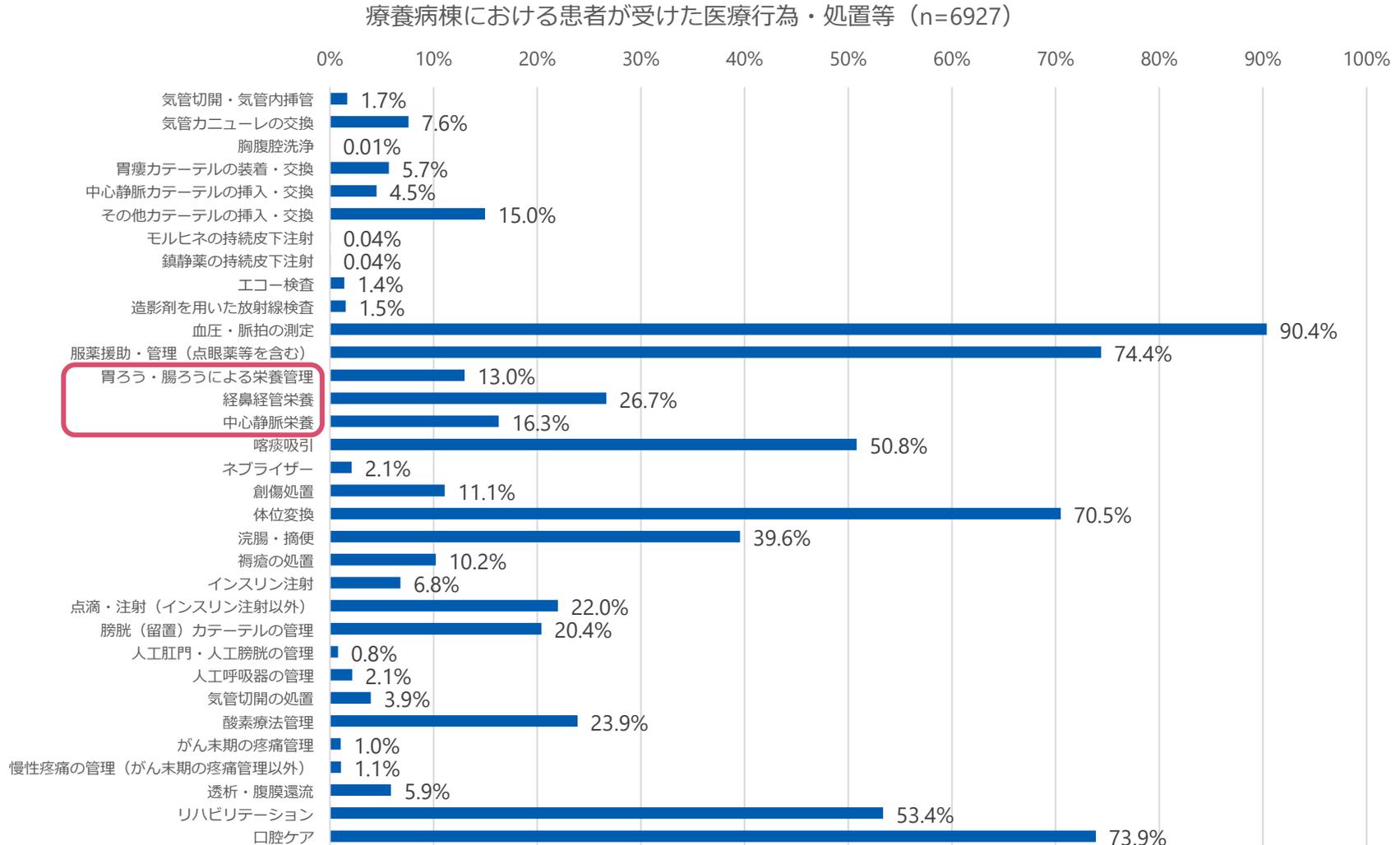


特掲診療料の施設基準等別表第7・第8に掲げる疾患、状態

出典：DPCデータ（2024年6月～12月）※期間内に退棟した患者のみを対象としているため、入院継続していた患者は集計されていない

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

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



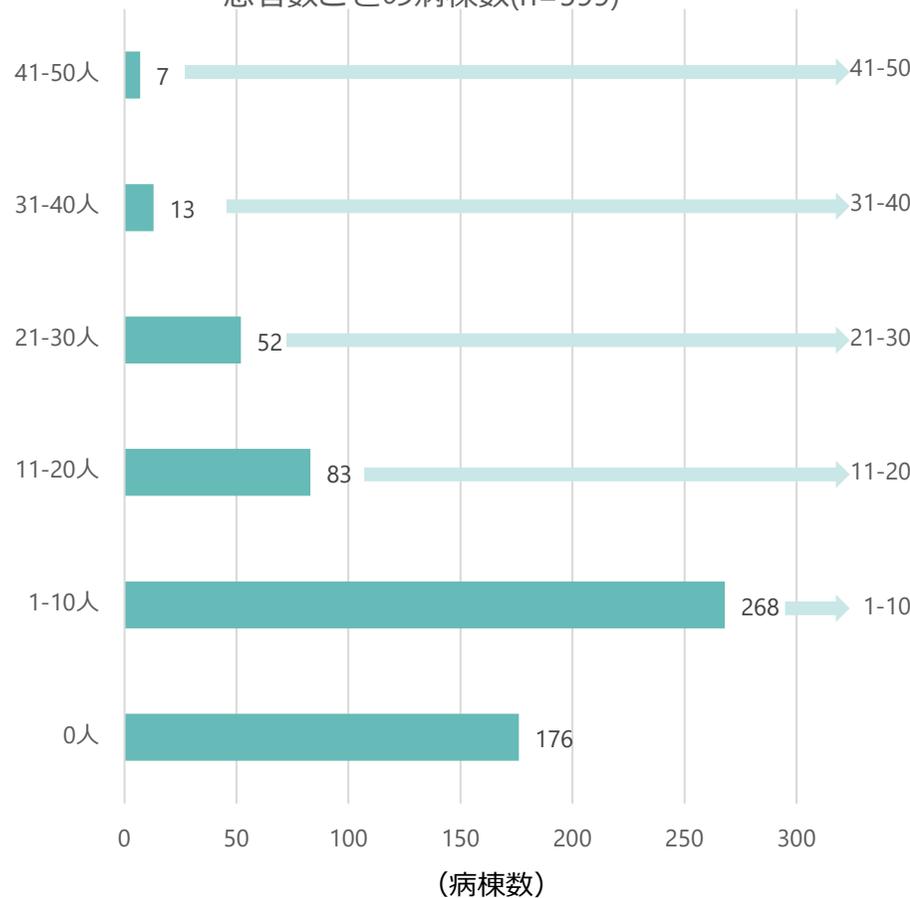
療養病棟における中心静脈栄養中の身体拘束の実施状況

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

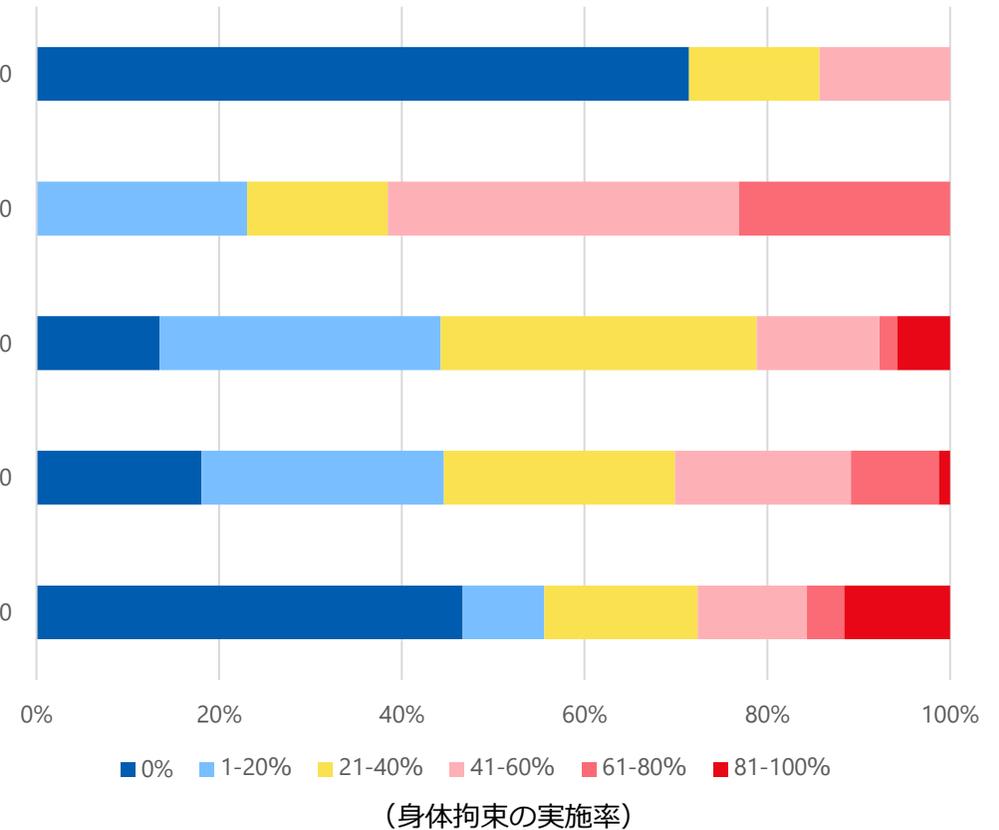
1か月間に中心静脈栄養を実施した

患者数ごとの病棟数(n=599)

中心静脈栄養を実施した人数の区分



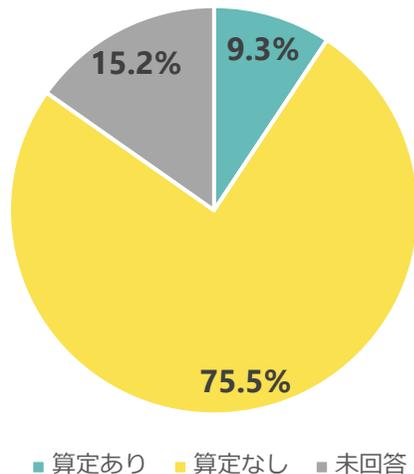
中心静脈栄養実施人数の区分ごとの身体拘束実施率の分布



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

■ 経腸栄養管理加算の算定状況 (n=624)

(令和6年8月～10月の3か月)

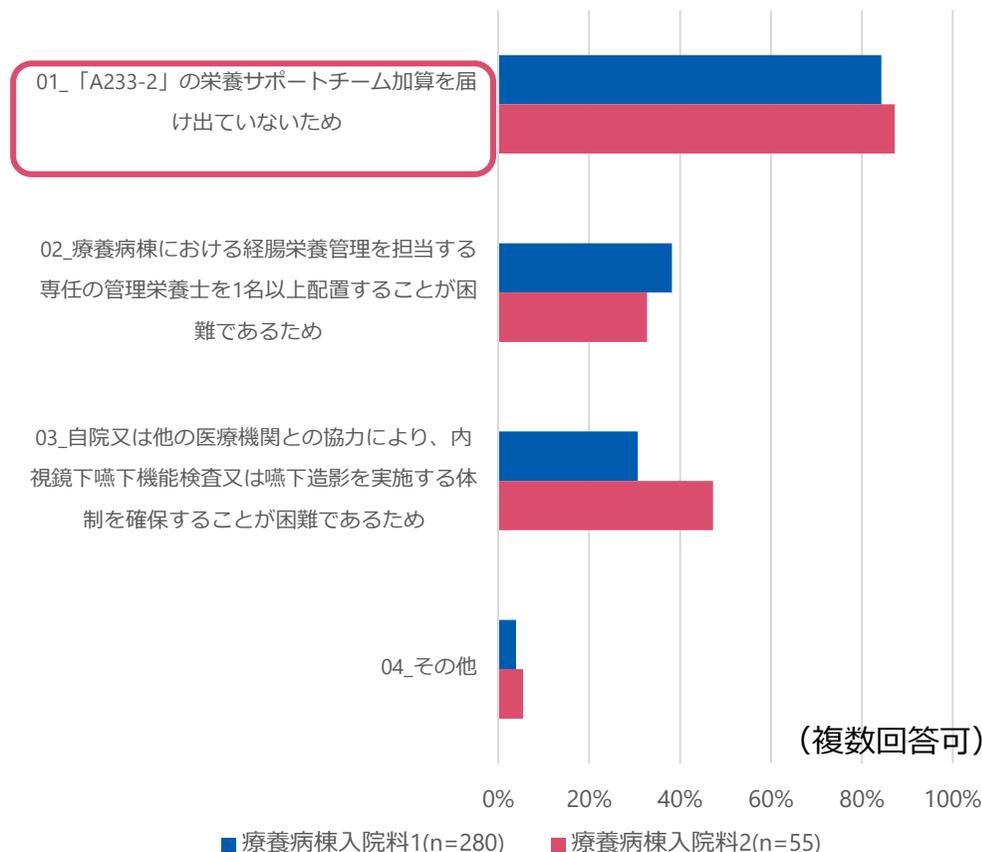


■ 「算定あり」の施設における算定件数 (n=58)

(令和6年8月～10月の3か月)

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

■ 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由 (n=346)



療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

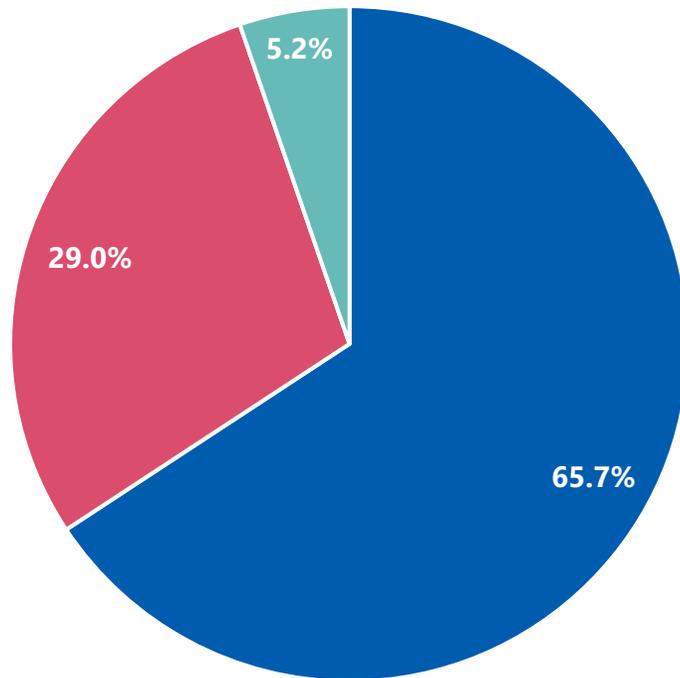
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

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

【療養病棟入院料1】

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

(n=534)

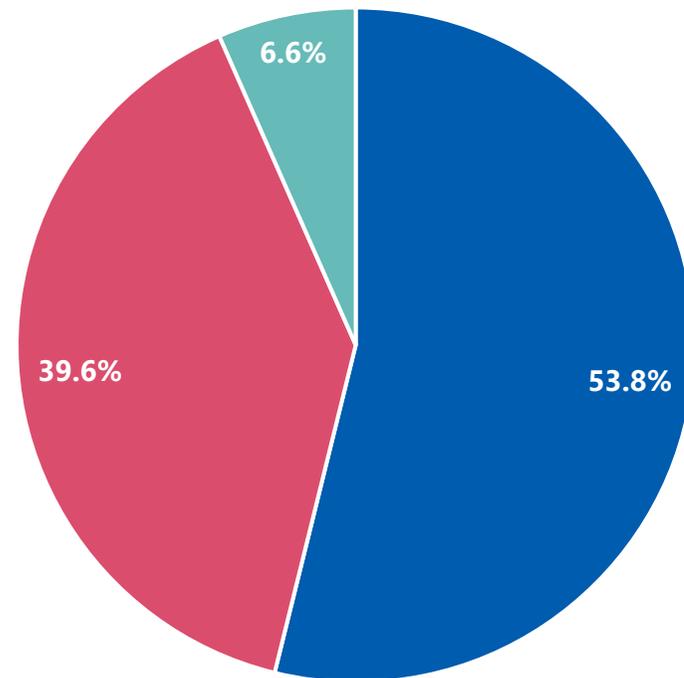


■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

【療養病棟入院料2】

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

(n=91)



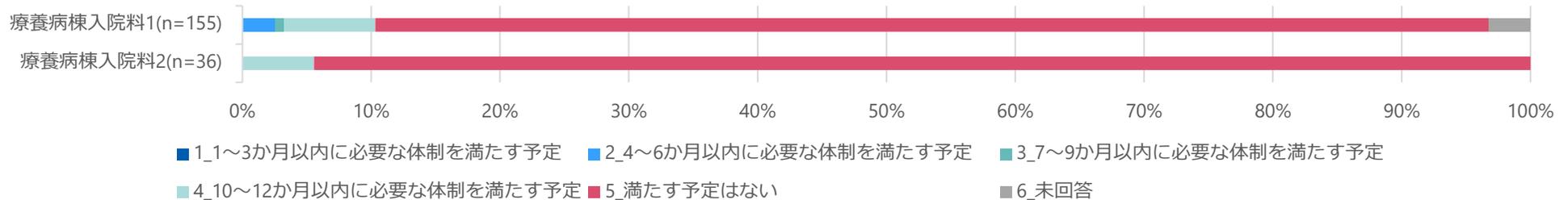
■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備予定

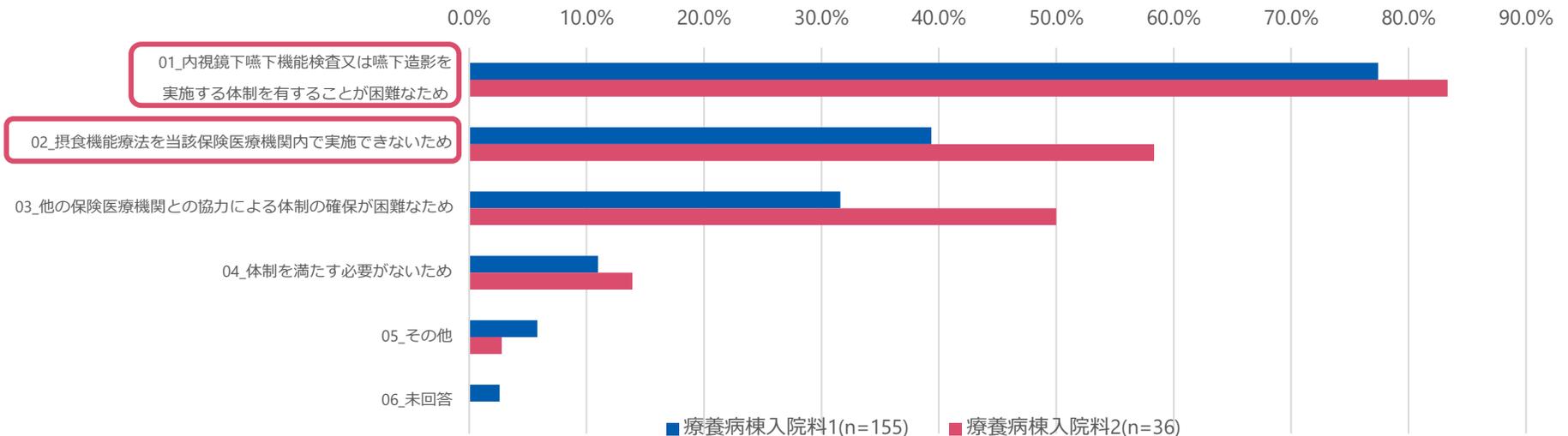
- 「中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制」を整備できていない医療機関において、今後も体制を満たす予定のない医療機関が9割に達した。
- 体制を整備できない理由として、必要な検査を実施する体制を有することが困難と回答した医療機関が約8割であり、次いで摂食機能療法を実施できない医療機関が多かった。

診調組 入-1参考
7.5.22改

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



体制整備が困難な理由 (令和6年11月1日時点)



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

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度

診調組 入-1参考
7 7 3

【特定集中治療室用】

【ハイケアユニット用】

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

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

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

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

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

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

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

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

集中治療室へ入室した患者の医療資源を最も投入した傷病名

診調組 入-2
7. 5. 22

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

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

ハイケアユニットへ入室した患者の医療資源を最も投入した傷病名

診調組 入-2
7. 5. 22

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

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

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

急性冠症候群ガイドライン (2018年改訂版) (抜粋)

第6章 入院中の評価・管理

1. 冠動脈疾患集中治療室 (CCU) の役割

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

(中略)

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

(中略)

5. 不整脈の評価と治療

(中略)

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

(中略)

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

表 41 CCU入院に関する推奨とエビデンスレベル

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

表 52 心室不整脈治療に関する推奨とエビデンスレベル

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

表 58 徐脈性不整脈に対する一時的ペーシング適用の推奨とエビデンスレベル

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

(赤枠・下線・括弧内は引用時に付記)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置(褥瘡の処置を除く)(※1)	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)(※1)	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置(※2) ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 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	-	-		あり
7	I: 救急搬送後の入院(2日間)	なし	-	あり	-
	II: 緊急に入院を必要とする状態(2日間)	なし	-	あり	-

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

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

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

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



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

【該当患者の基準】

急性期1、7対1入院基本料(特定、専門) ^{※1}	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2～5等 ^{※2}	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり

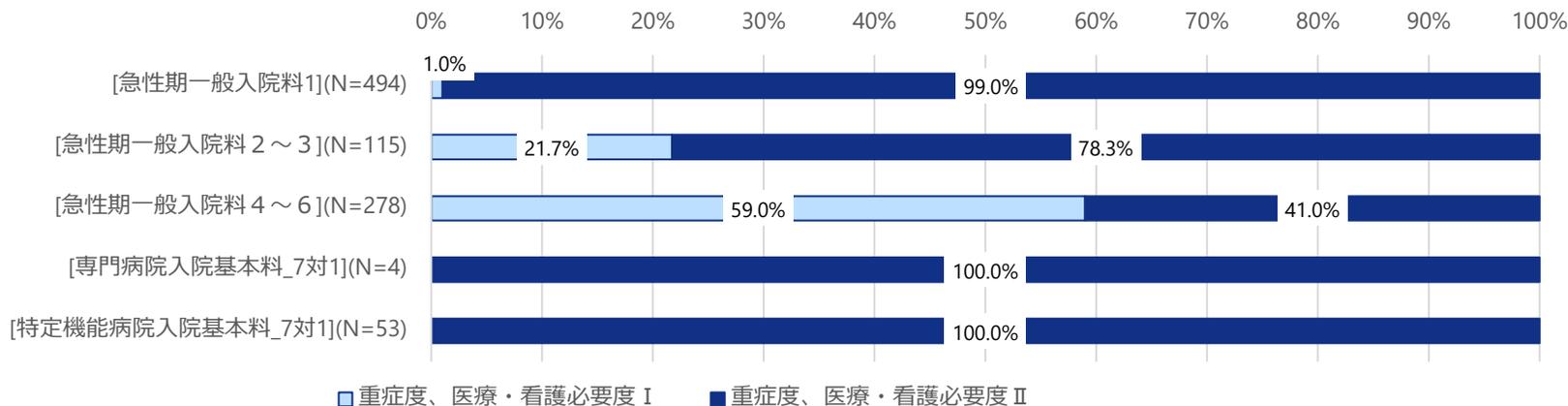
⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。**94**

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

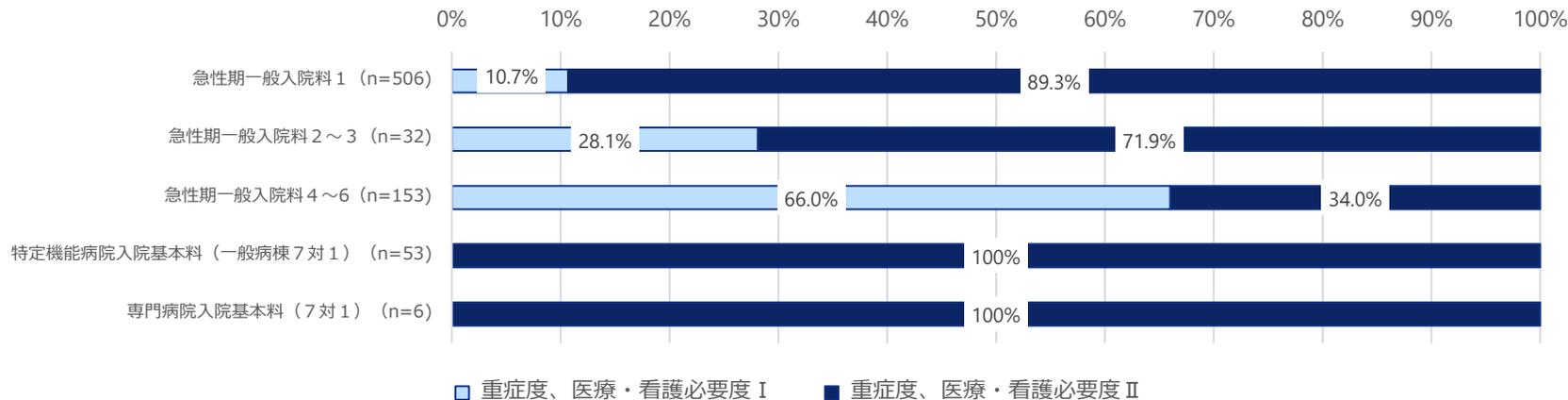
診調組 入-1
7.5.22

○ 重症度、医療・看護必要度 II を届出ている施設は、急性期一般入院料 1 は99.0%、急性期一般入院料 2～3 は78.3%、急性期一般入院料 4～6 では41.0%であり、令和 4 年より増加していた。

重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況（令和 6 年11月1日時点）



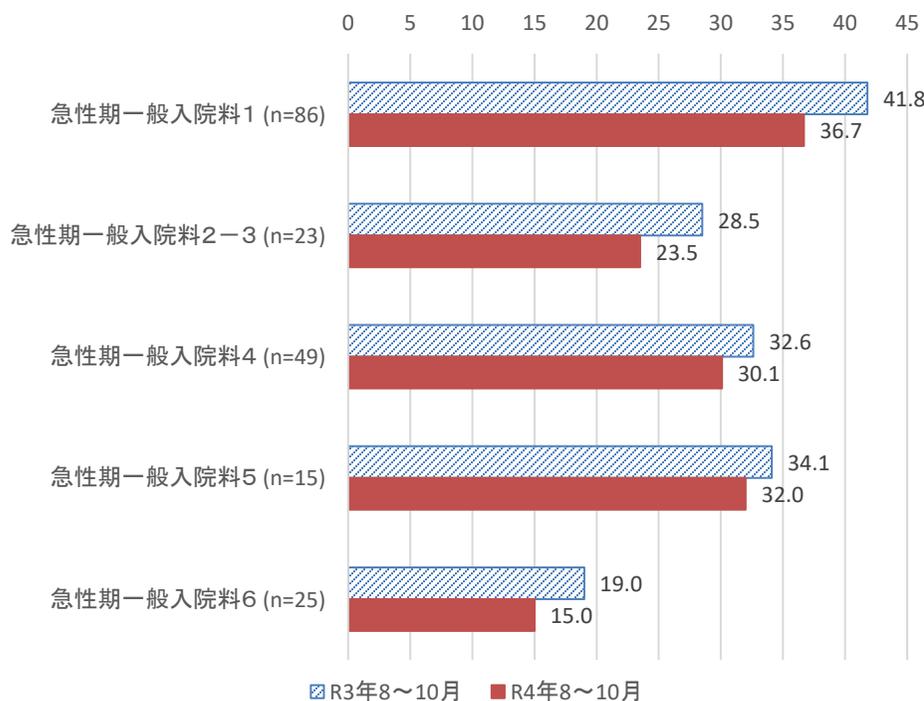
(参考) 重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況（令和 4 年11月 1 日時点）



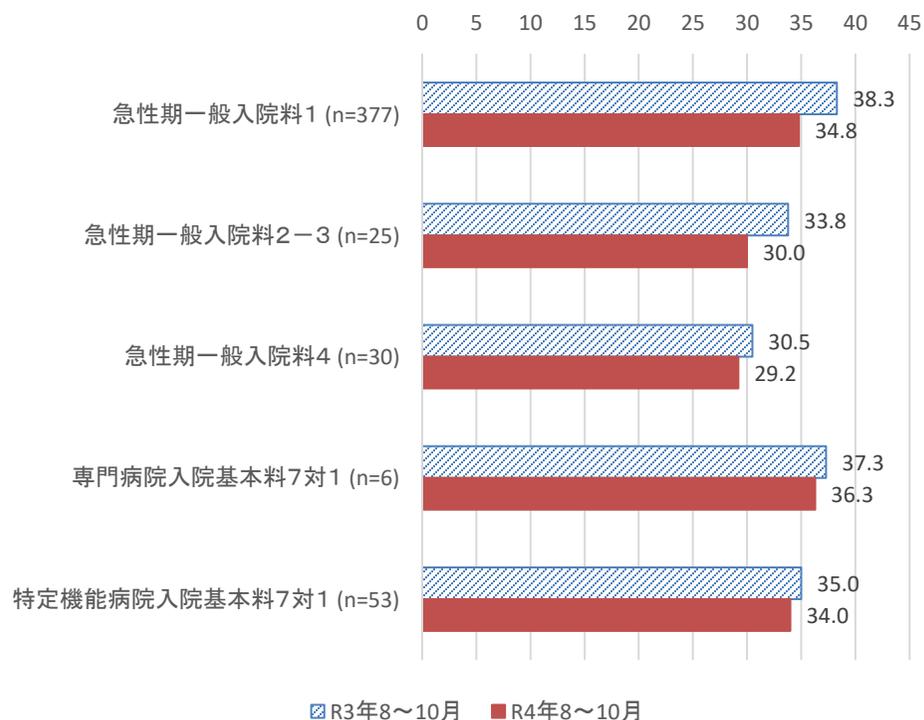
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

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)



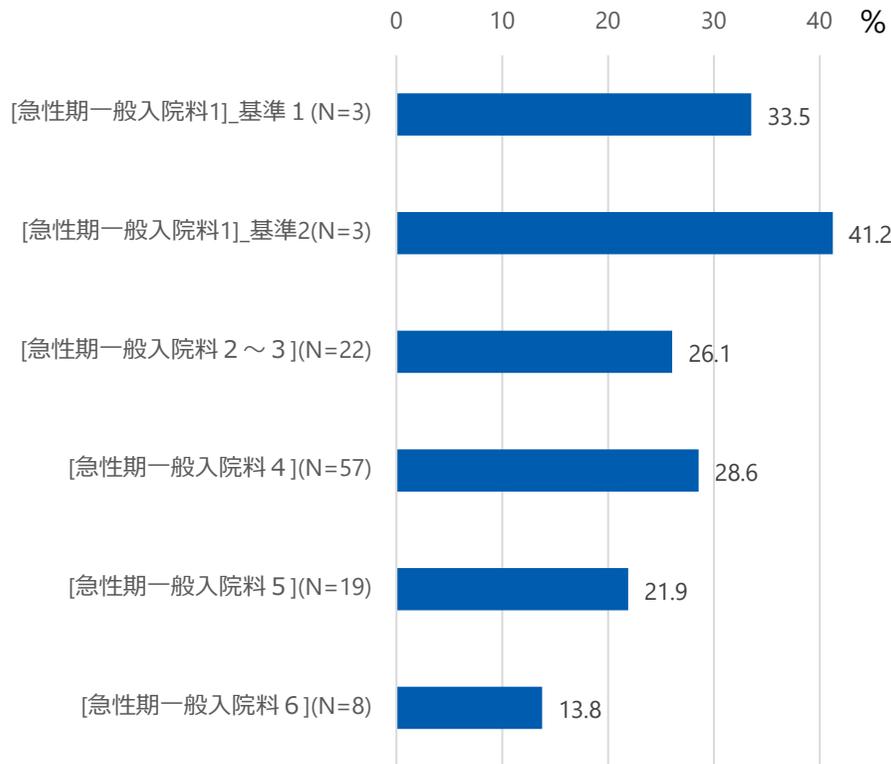
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入-1
7. 5. 22改

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

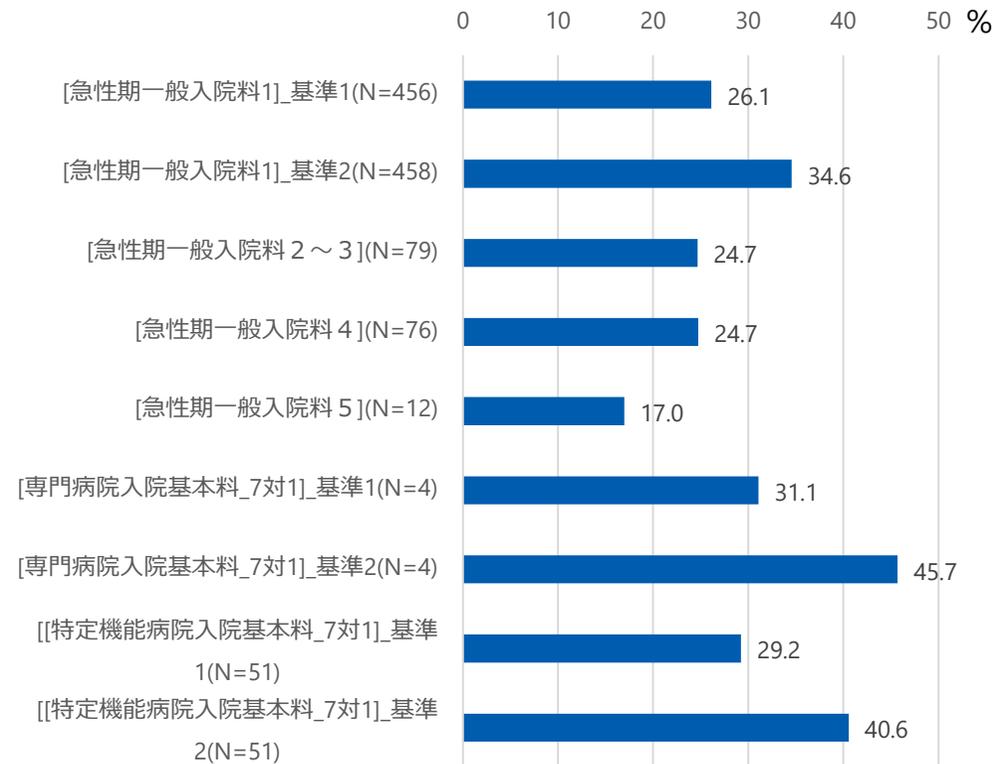
R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



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

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

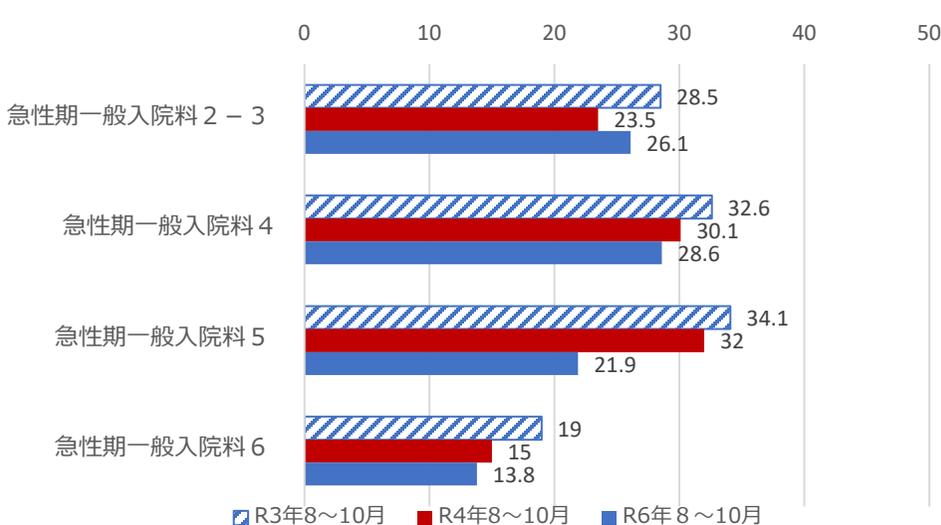
診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

重症度、医療・看護必要度Ⅰ

急性期一般入院料1の比較

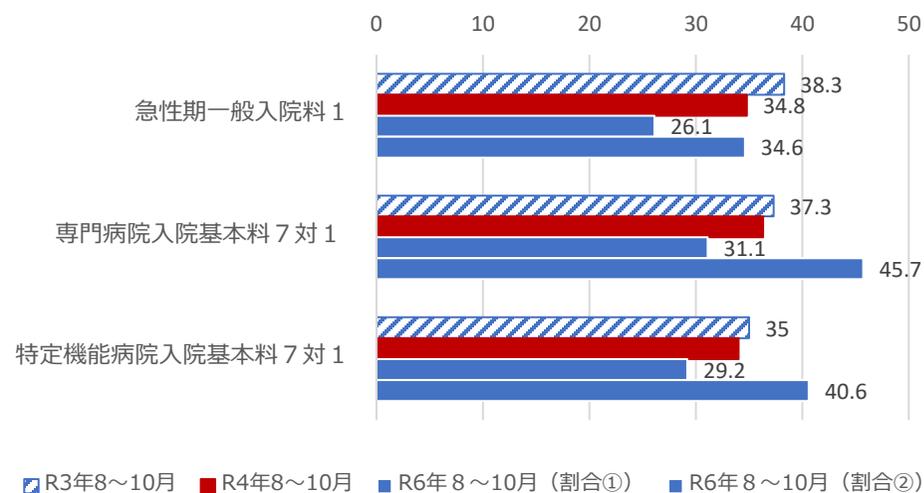


急性期一般入院料2～6の比較

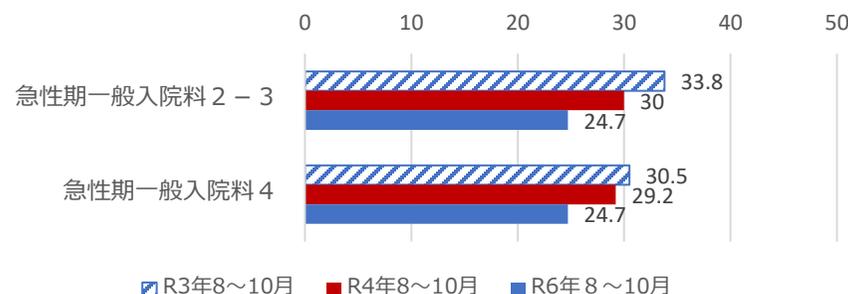


重症度、医療・看護必要度Ⅱ

急性期一般入院料1・専門病院・特定機能病院の比較



急性期一般入院料2-3、4の比較



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

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

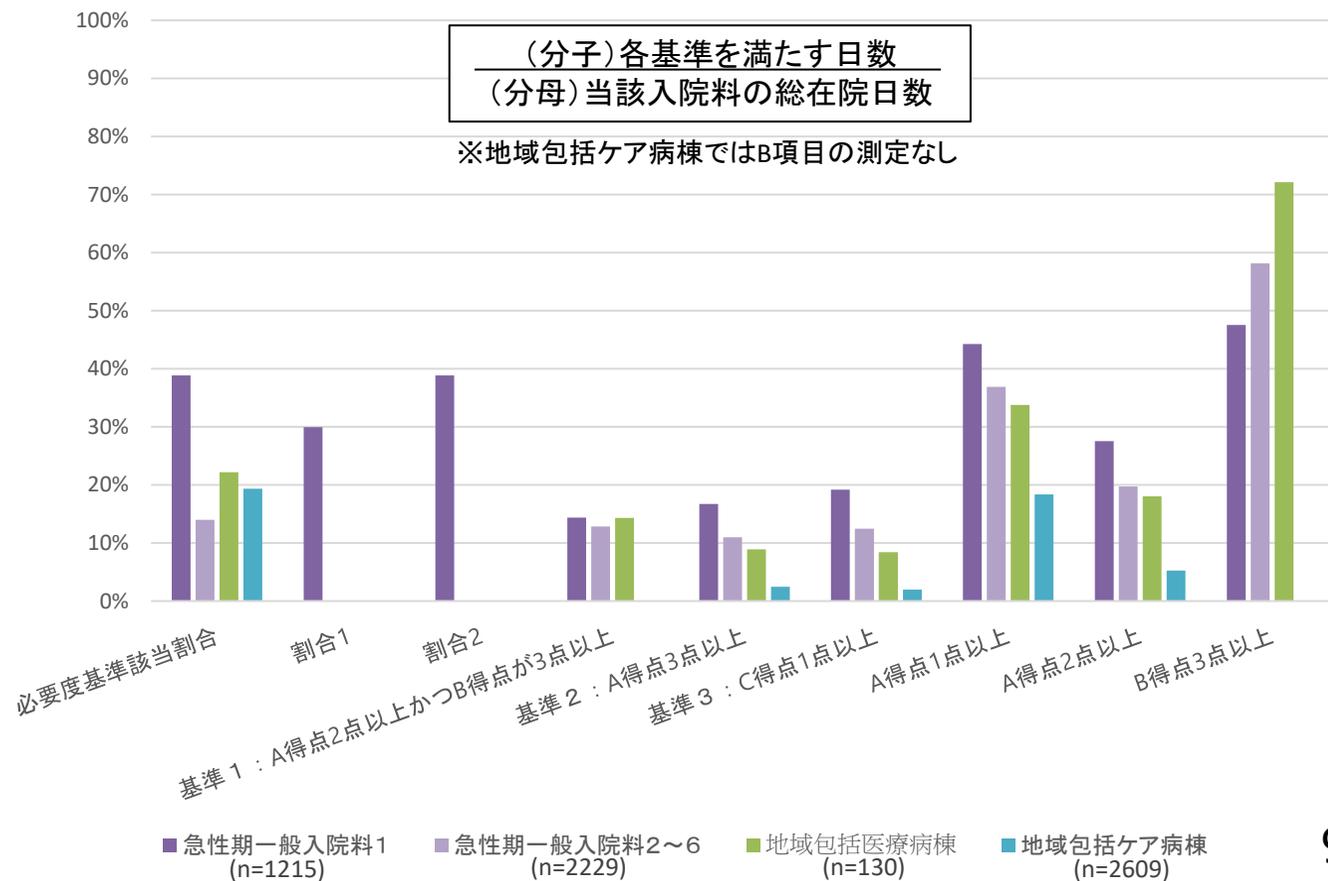
- 急性期一般入院料1は、2～6と比較し、基準1～3に該当する割合及びA得点2点以上の割合が高く、B得点3点以上の割合は低かった。
- 地域包括医療病棟は、急性期一般入院料と比較し、B得点3点以上に該当する割合が高く、70%を超えていた。一方で基準1に該当する割合は急性期一般入院料1と同程度であり、A得点2点以上を満たす割合が少ないと考えられた。必要度基準に該当する割合は、基準が同一である急性期一般入院料2～6と比較して高かった。基準2及び3に該当する割合は、いずれも急性期一般入院料と比較して少なかった。

※一般病棟用重症度、医療・看護必要度の基準

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

急性期1 7対1入院基本料 (特定、専門)	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
	割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2～6 地域包括医療病棟	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括ケア病棟	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上

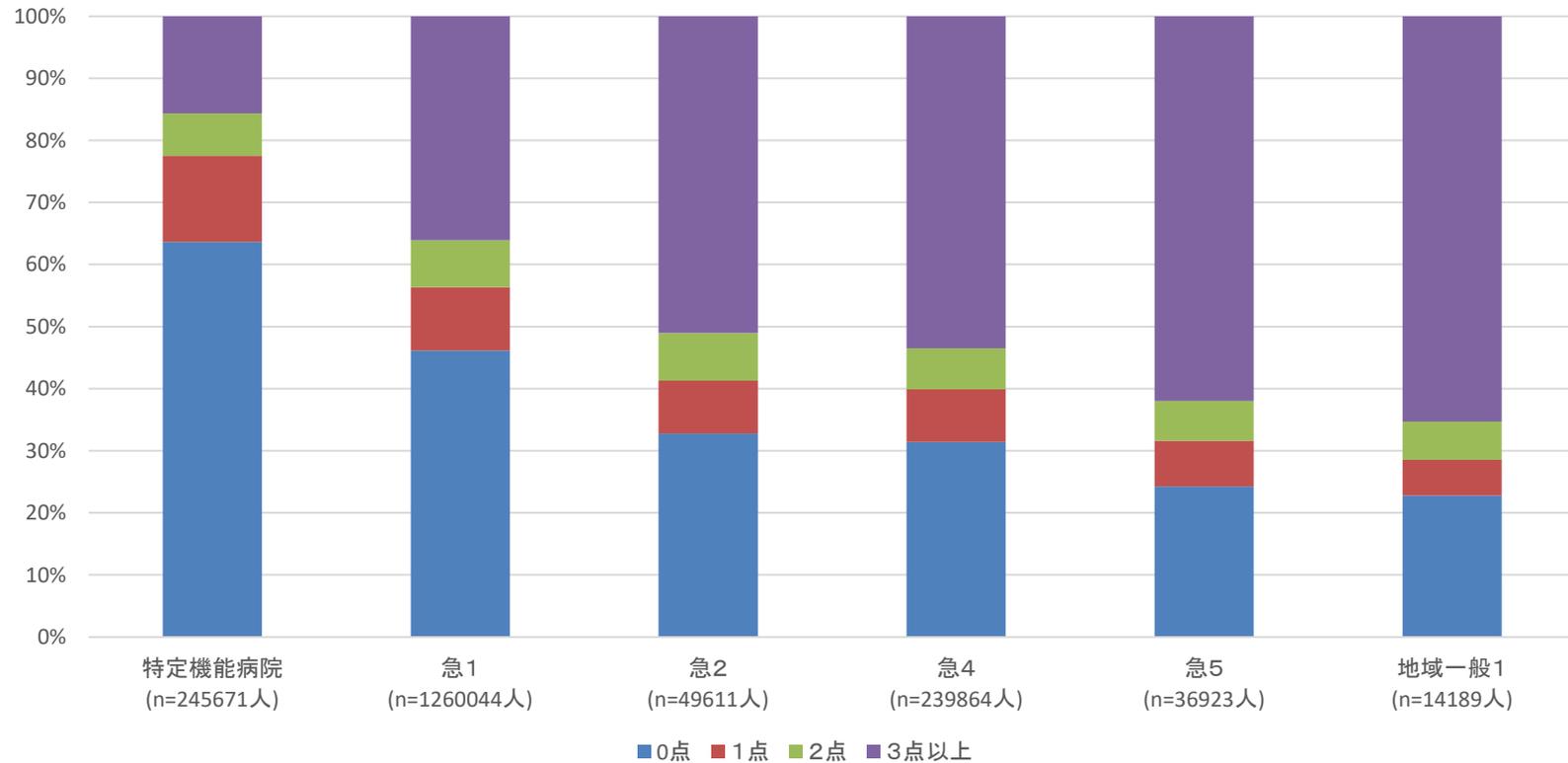
各病棟における必要度基準の該当割合



入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-5や地域一般入院料1で高い。

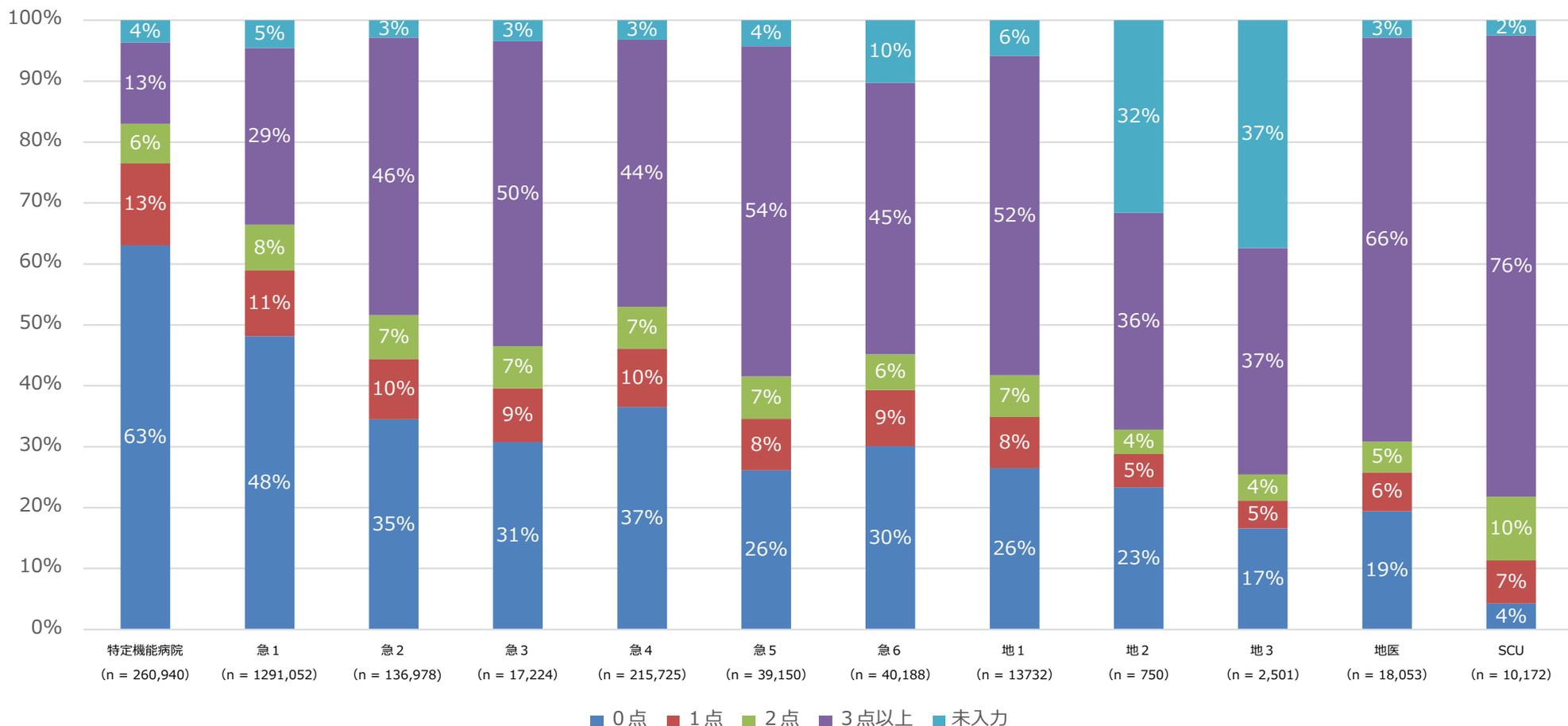
3日間以上入院している患者における
入院初日のB得点の割合



入院初日のB得点の内訳

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

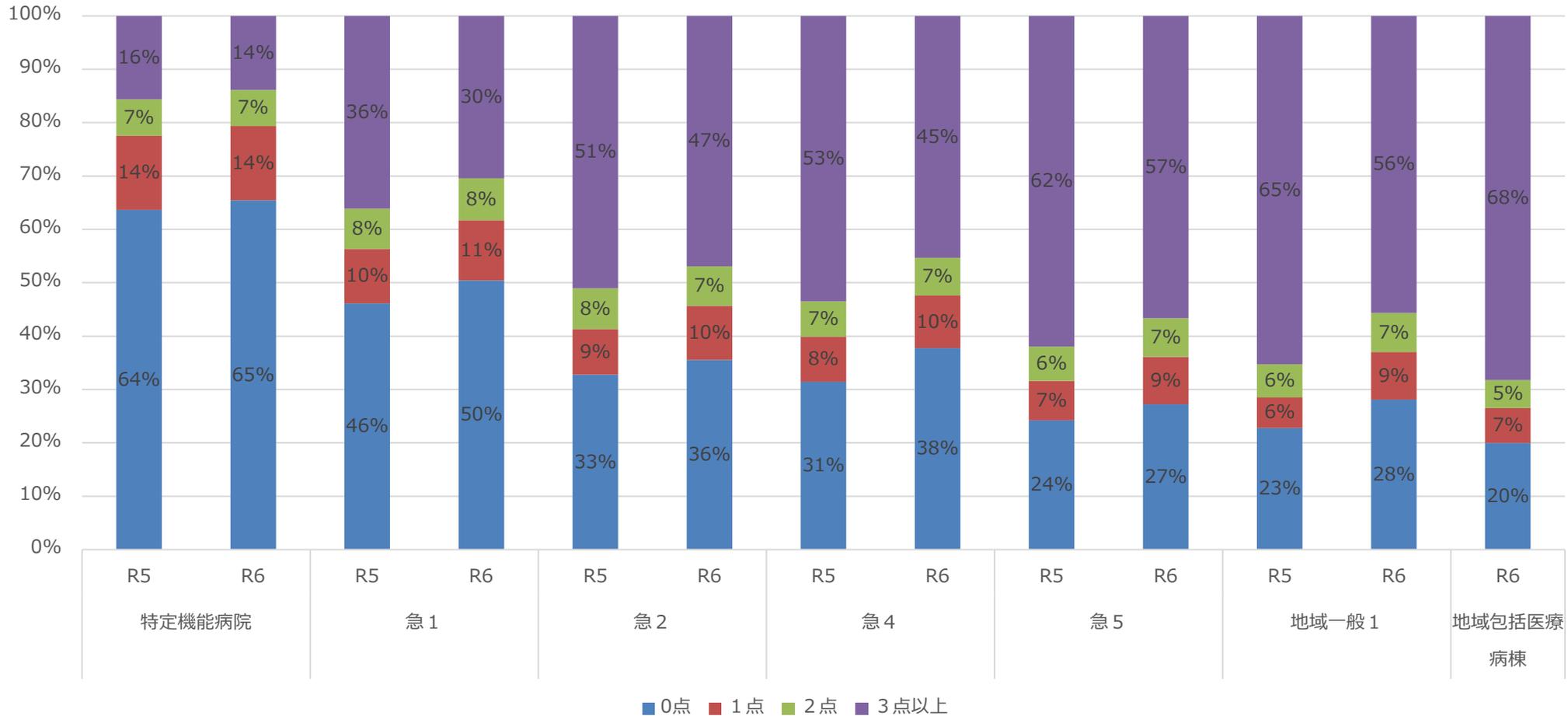
3日以上入院している患者における入院初日のB得点の割合



入院初日のB得点の比較（R5・R6）

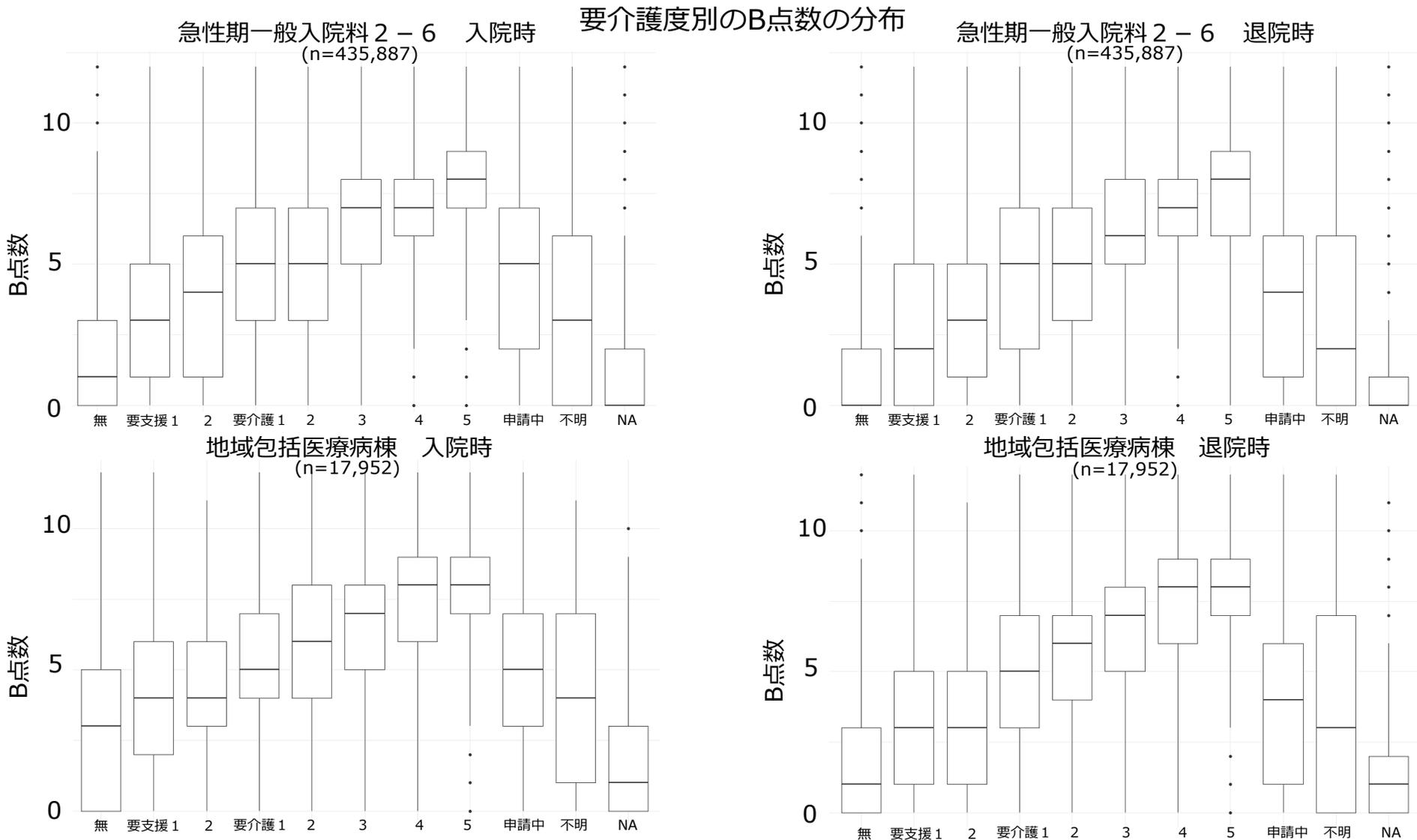
- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院、急性期一般入院料、地域一般入院料1において全体的に下がっていた（データ取得時期の季節変動に留意する必要）。
- 地域包括医療病棟では入院初日にB得点が3点以上である割合が68%であり、令和6年では最も高い割合であった。

入院初日のB得点の比較（R5・R6）



要介護度別の入院時、退院時のB得点点数

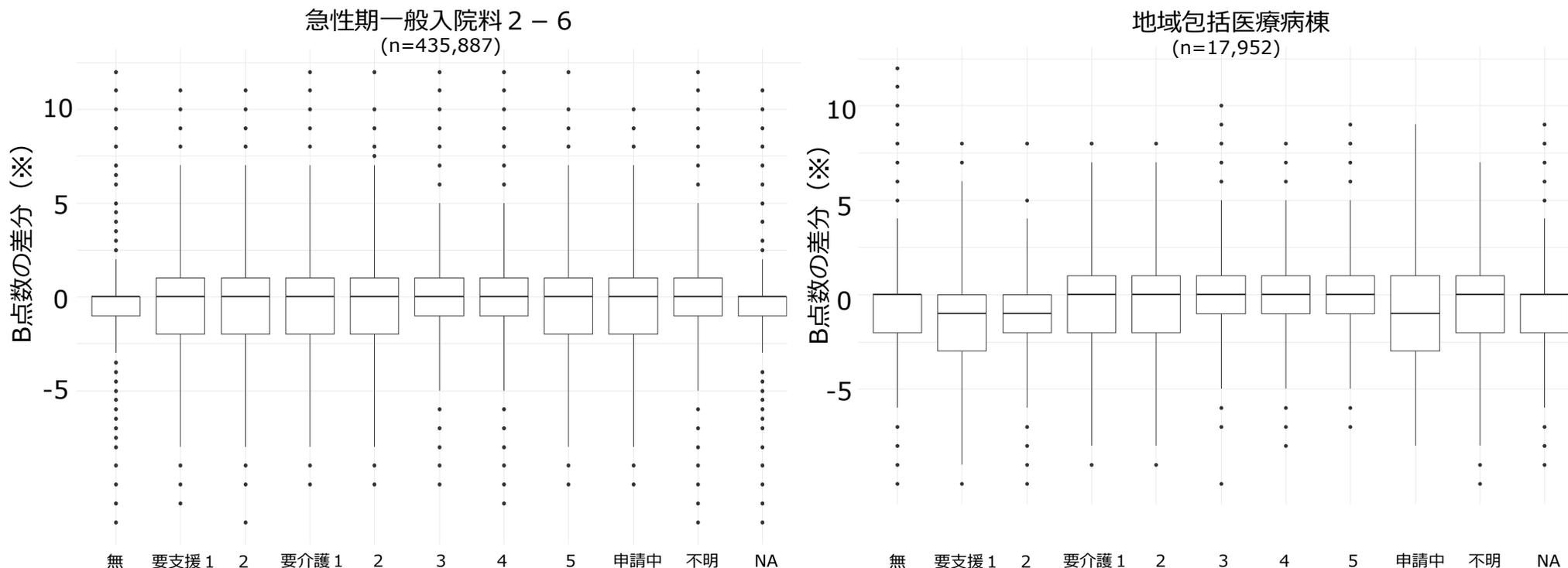
○ B得点は要介護度が高いほど高くなり、要介護4-5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられない。



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

要介護度別のB得点点数

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



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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

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



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

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

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ 令和6年9月30日まで基準を満たしているものとする。05

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

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

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

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

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（4）看護の勤務体制は、次の点に留意する。

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

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

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

（重症度、医療・看護必要度を活用した入退院支援共通ツール）

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

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

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

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

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

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

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

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

(重症度、医療・看護必要度 (B項目) の転倒リスク予測因子としての活用)

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

(出典：せいい看護学会誌, 14(2), pp.1-8, 2024.)

(重症度、医療・看護必要度の病棟マネジメント指標としての活用)

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

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

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

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

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

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

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

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

A・C項目の評価方法の見直し

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

院外研修の見直し

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

必要度Ⅱの要件化

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

[経過措置]

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

令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

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

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

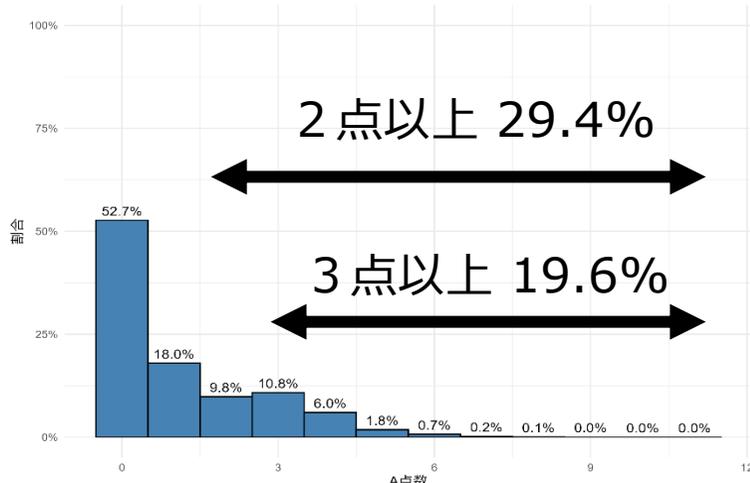
（A100 一般病棟入院基本料）

急性期一般入院料 1 におけるA・C項目の得点分布

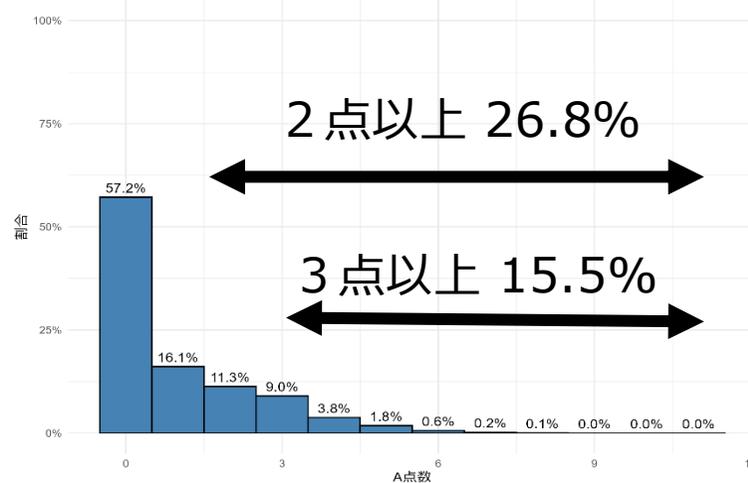
- 急性期一般入院料 1 における内科系症例では、外科系症例※と比較して、延べ入院日数におけるA項目が0点となる割合が高く、3点以上となる割合が低い。
- C項目についても内科系症例では、外科系症例と比較して、1点以上となる割合が低い。

※C15~20、C23のいずれかの手術に係る得点が入院期間中にあった症例

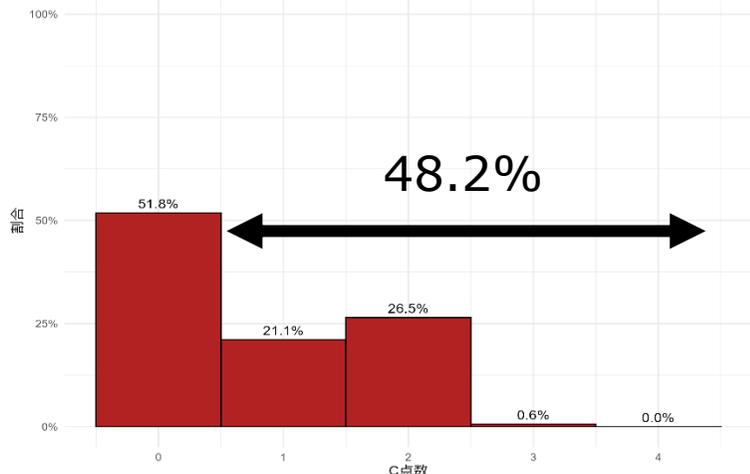
急性期一般 1 における外科症例の A点数頻度分布



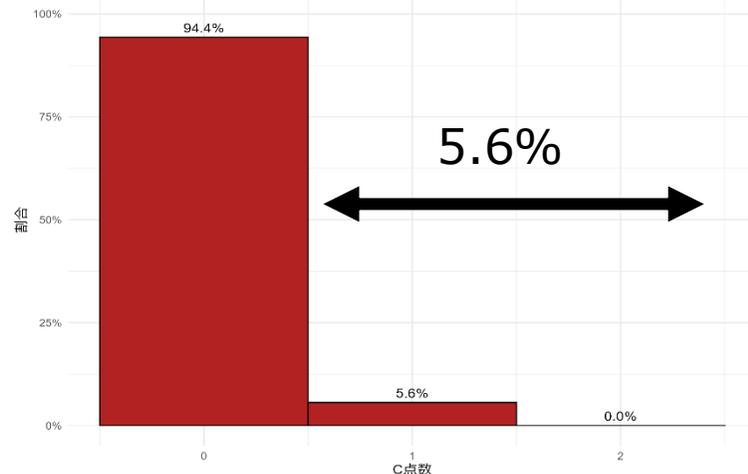
急性期一般 1 における内科症例の A点数頻度分布



急性期一般 1 における外科症例の C点数頻度分布



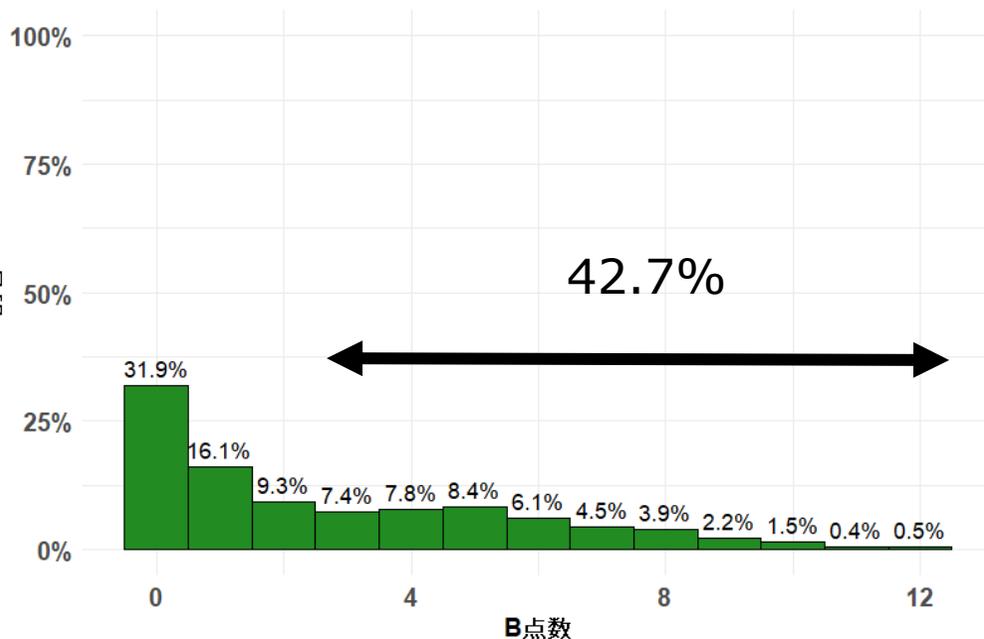
急性期一般 1 における内科症例の C点数頻度分布



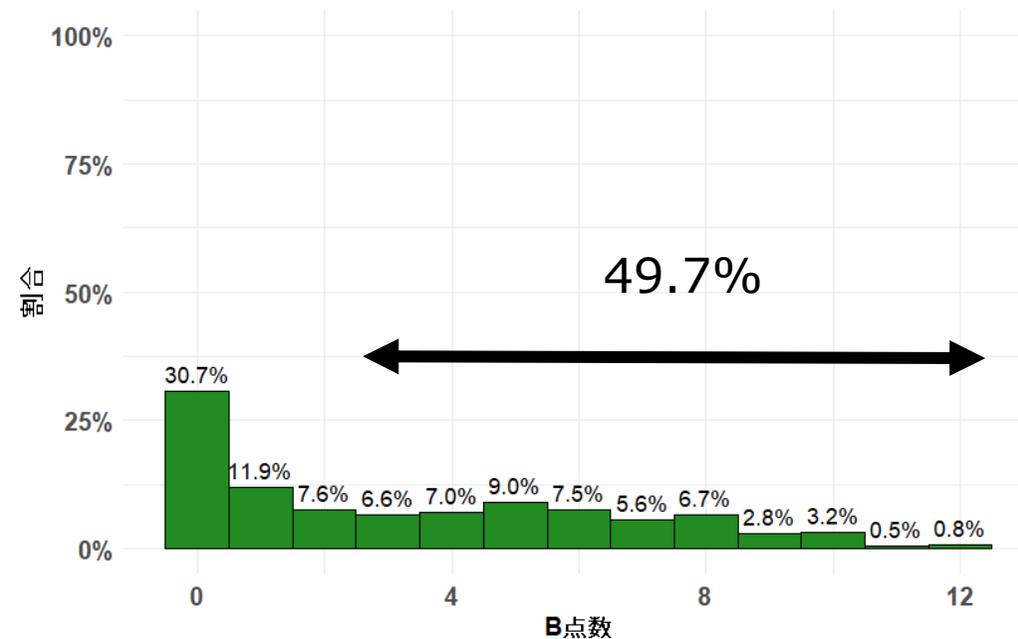
急性期一般入院料 1 におけるB得点の分布

- 急性期一般入院料 1 において、内科系症例は外科系症例と比較して、延べ入院日数におけるB項目が3点以上となる割合が高い。

急性期一般1における外科症例の B点数頻度分布



急性期一般1における内科症例の B点数頻度分布

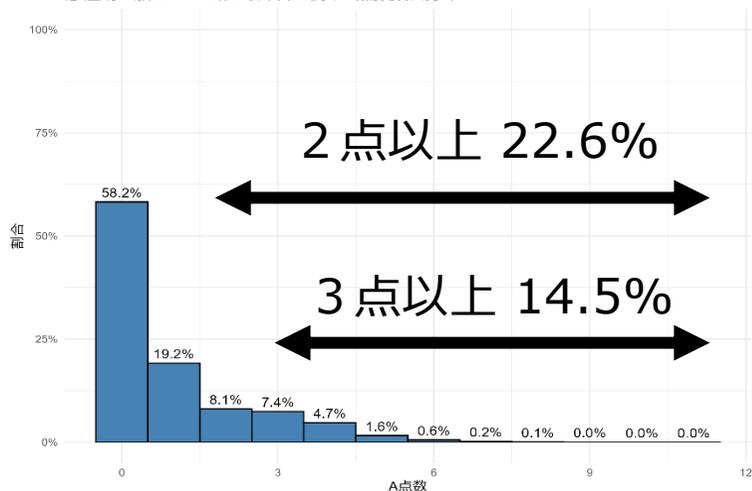


※C15~20、C23のいずれかの手術に係る得点が入院期間中にあった症例を外科症例と定義して集計。

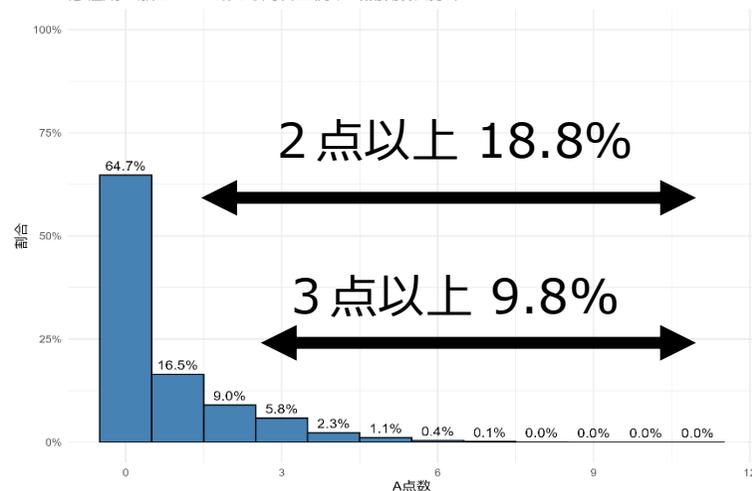
急性期一般入院料 2～6 におけるA・C項目の得点分布

- 急性期一般入院料 2～6 では、急性期一般入院料 1 と同様に、内科系症例では、外科系症例と比較して、延べ入院日数におけるA項目が 0 点となる割合が高く、3 点以上となる割合が低い。
- C項目についても内科系症例では、外科系症例と比較して、1 点以上となる割合が低い。

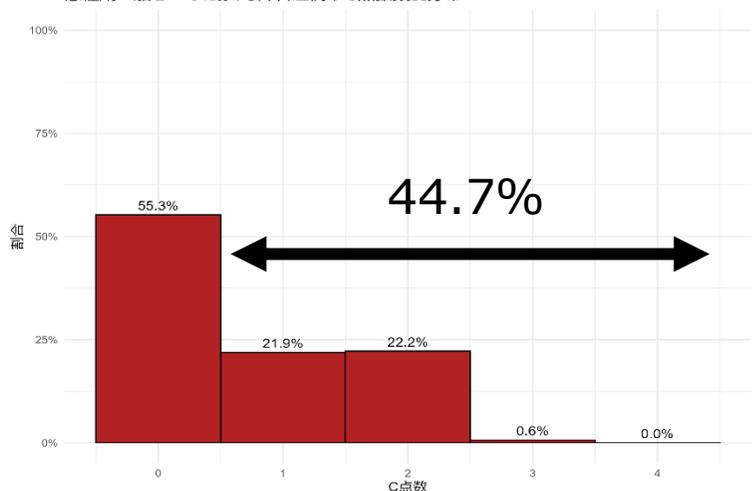
急性期一般 2～6 における外科症例の A点数頻度分布



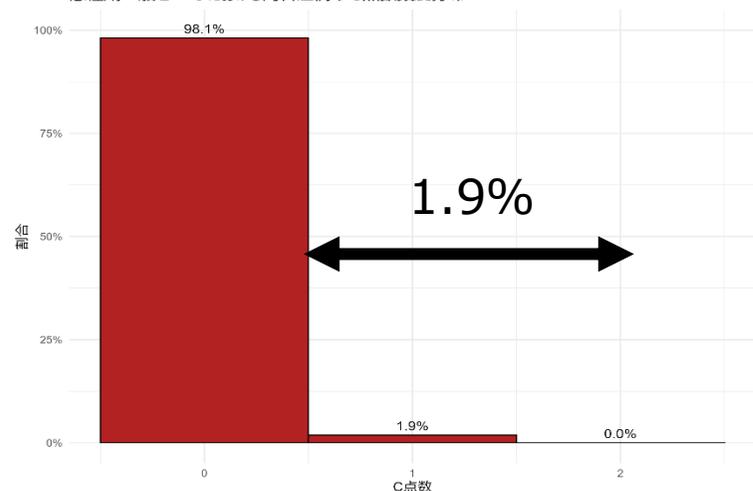
急性期一般 2～6 における内科症例の A点数頻度分布



急性期一般 2～6 における外科症例の C点数頻度分布



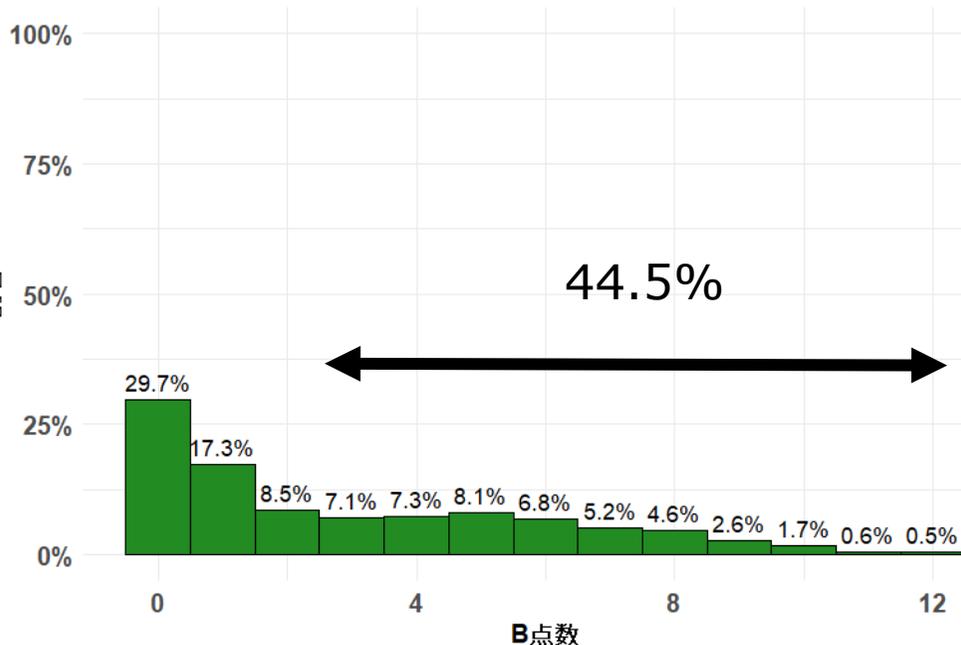
急性期一般 2～6 における内科症例の C点数頻度分布



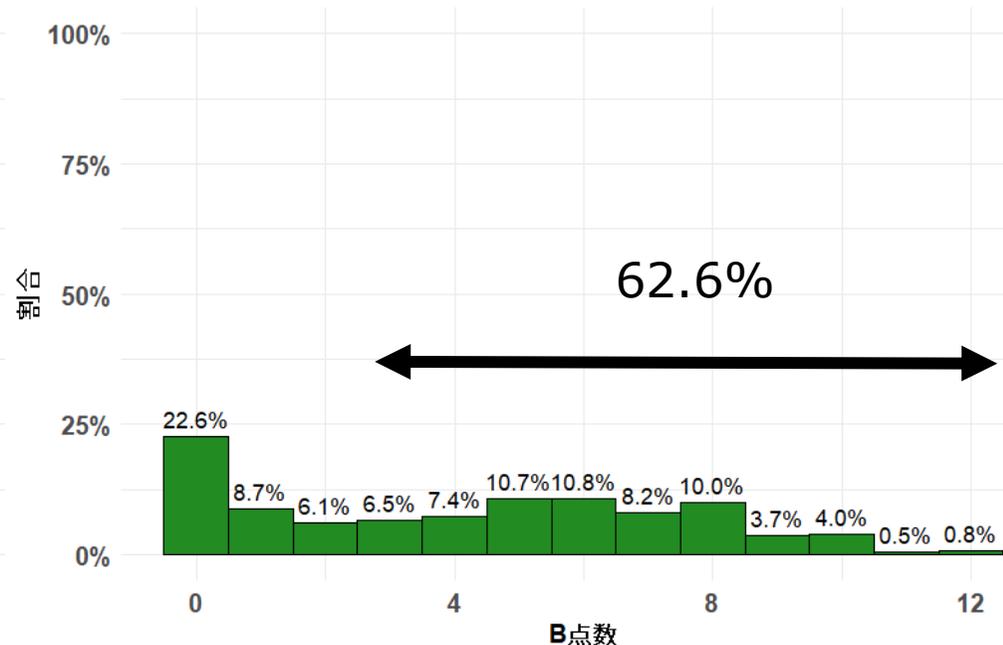
急性期一般入院料 2～6 におけるB得点の分布

- 急性期一般入院料 2～6 における内科系症例では、外科系症例と比較して、延べ入院日数におけるB項目が3点以上となる割合が高い。

急性期一般2～6における外科症例の B点数頻度分布



急性期一般2～6における内科症例の B点数頻度分布

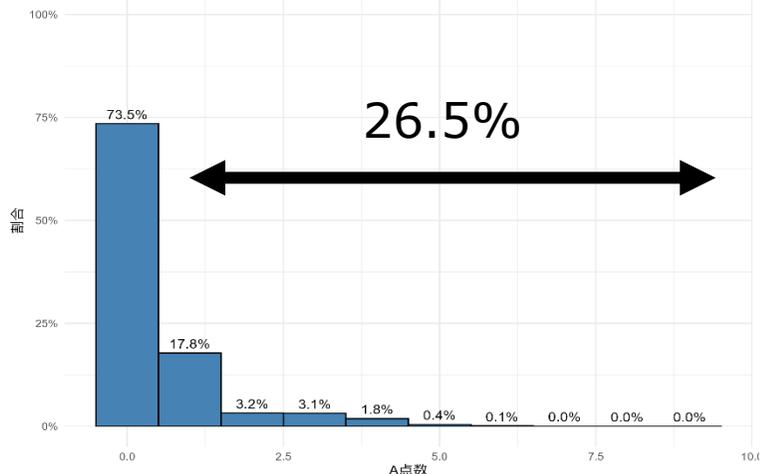


※C15～20、C23のいずれかの手術に係る得点が入院期間中にあった症例を外科症例と定義して集計。

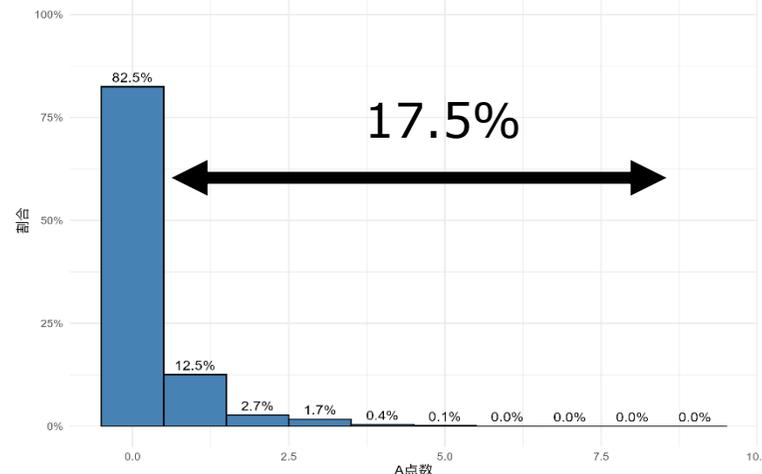
地域包括ケア病棟におけるA・C項目の得点分布

- 地域包括ケア病棟において、内科系症例では、外科系症例と比較して、延べ入院日数におけるA項目・C項目いずれも1点以上となる割合が低い。

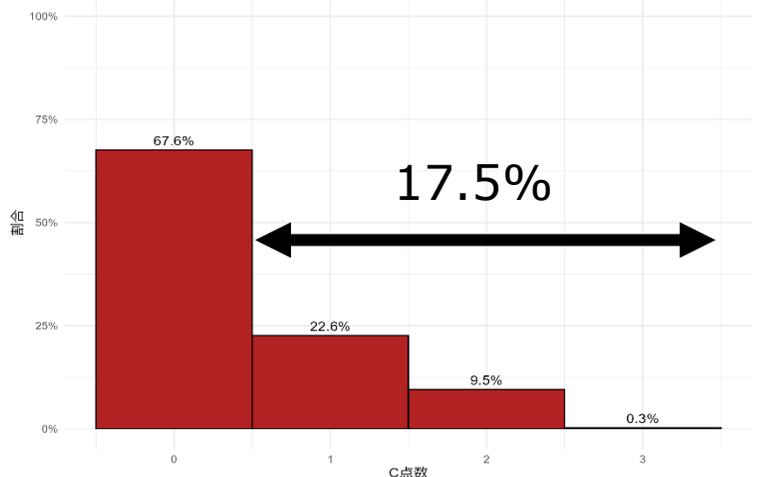
地ケアにおける外科症例のA点数頻度分布



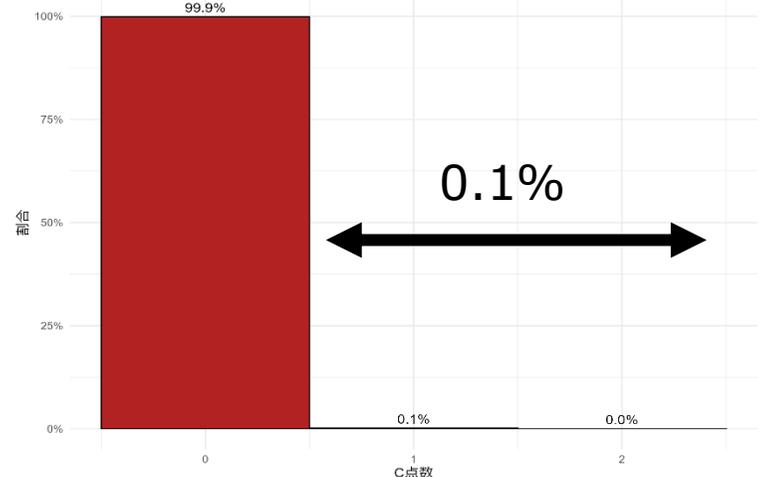
地ケアにおける内科症例のA点数頻度分布



地ケアにおける外科症例のC点数頻度分布



地ケアにおける内科症例のC点数頻度分布



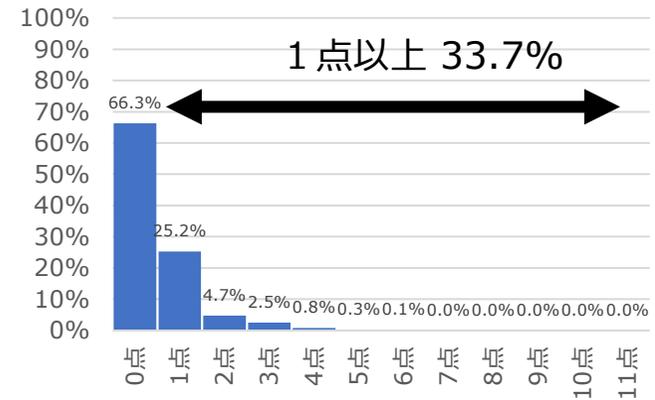
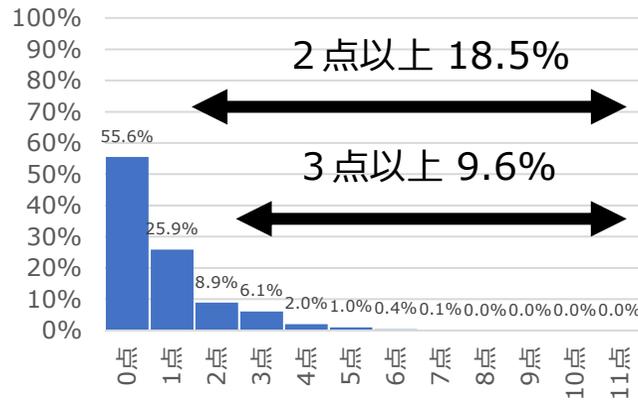
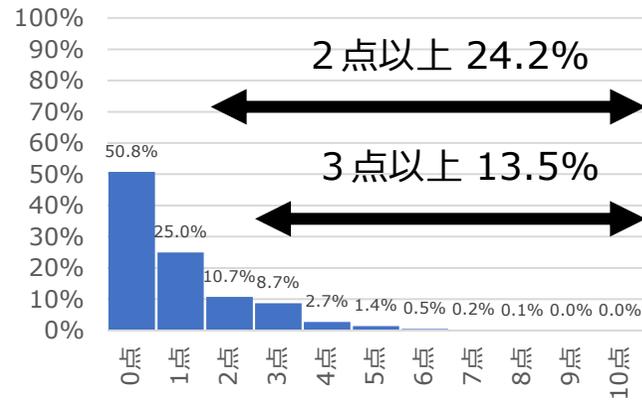
肺炎等における重症度、医療・看護必要度

- 急性期一般入院料 1 では、肺炎等の延べ入院日数におけるA項目の2点以上の割合や、C項目1点以上の割合は、内科症例全体と比較して低かった。
- 急性期一般入院料 2～6 では、肺炎等では、内科症例全体と比較して、C項目1点以上となる割合が低かった。
- 一方で、地域包括ケア病棟においては、肺炎等は内科症例全体と比較して、延べ入院日数におけるA項目1点以上となる割合は高かった。

A項目_急性期一般入院料 1

A項目_急性期一般入院料 2 - 6

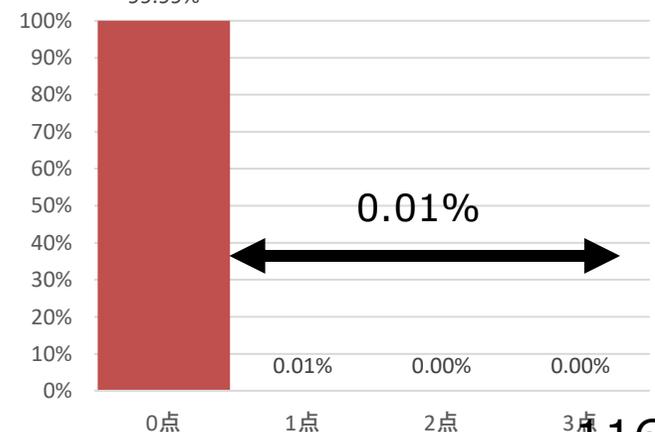
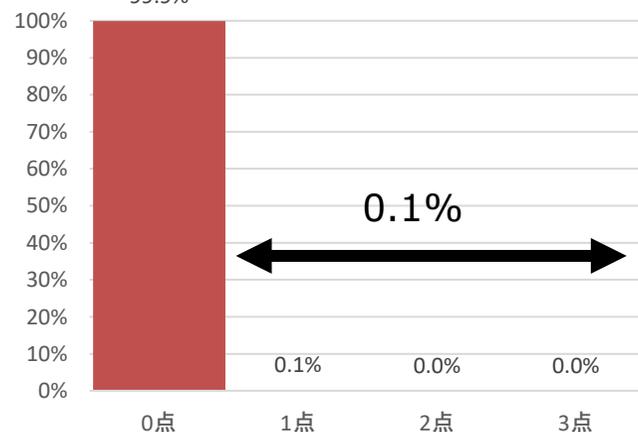
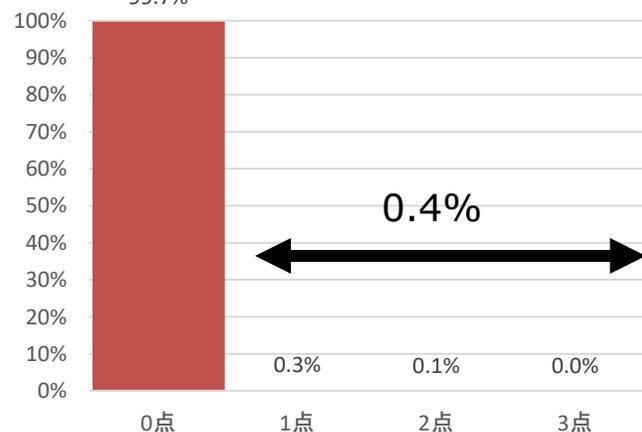
A項目_地域包括ケア病棟



C項目_急性期一般入院料 1

C項目_急性期一般入院料 2 - 6

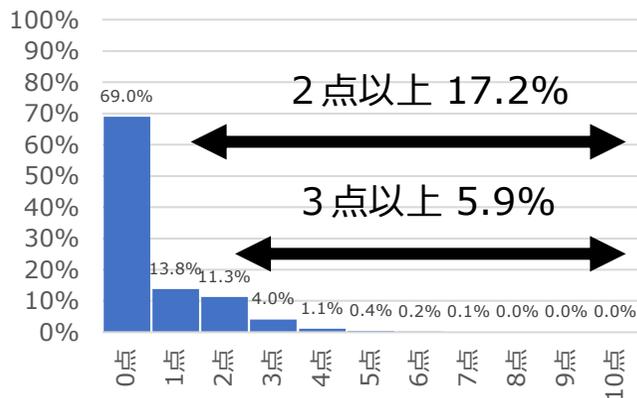
C項目_地域包括ケア病棟



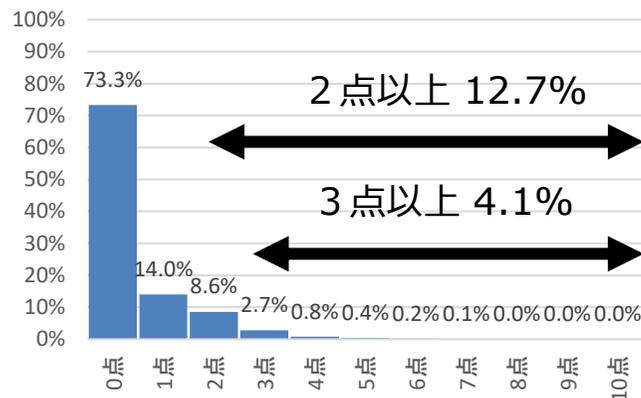
尿路感染症における重症度、医療・看護必要度

- 急性期一般入院料 1、急性期一般入院料 2～6 では、尿路感染症の延べ入院日数におけるA項目 2 点以上の割合や、C項目の 1 点以上の割合は、内科症例全体と比較して、低かった。
- 一方で、地域包括ケア病棟では、尿路感染症の延べ入院日数におけるA項目 1 点以上となる割合は内科症例全体と比較して、高かった。

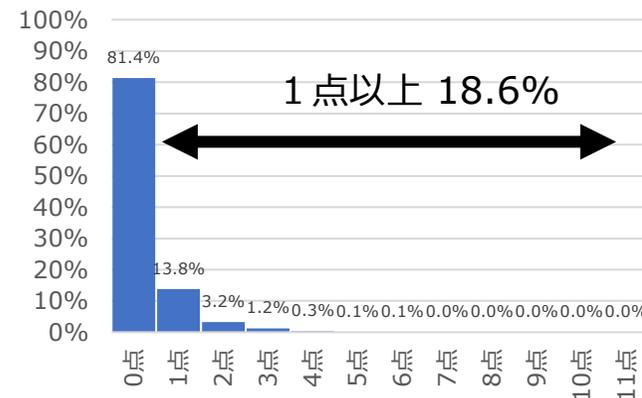
A項目_急性期一般入院料 1



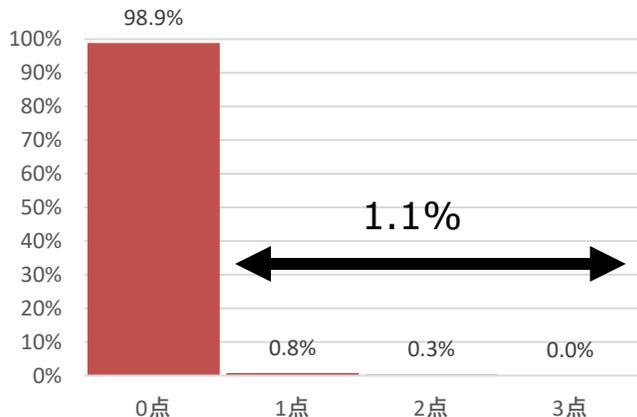
A項目_急性期一般入院料 2 -6



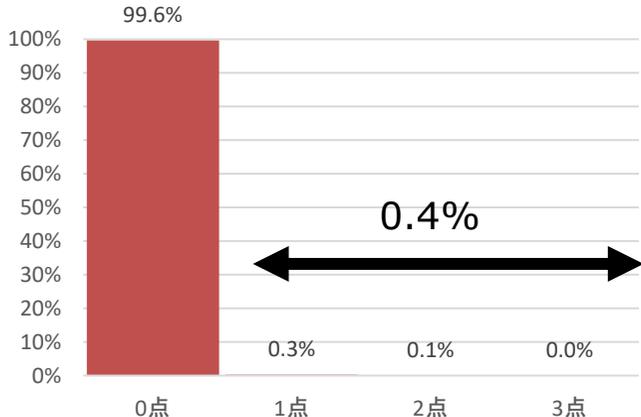
A項目_地域包括ケア病棟



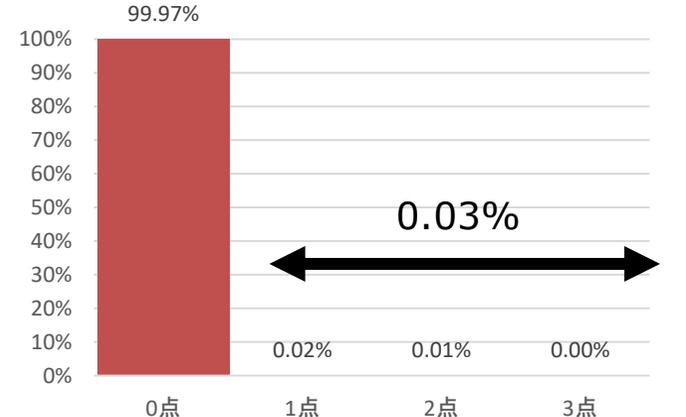
C項目_急性期一般入院料 1



C項目_急性期一般入院料 2 -6



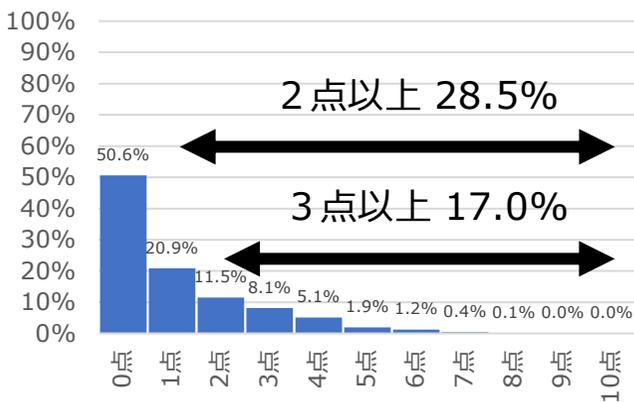
C項目_地域包括ケア病棟



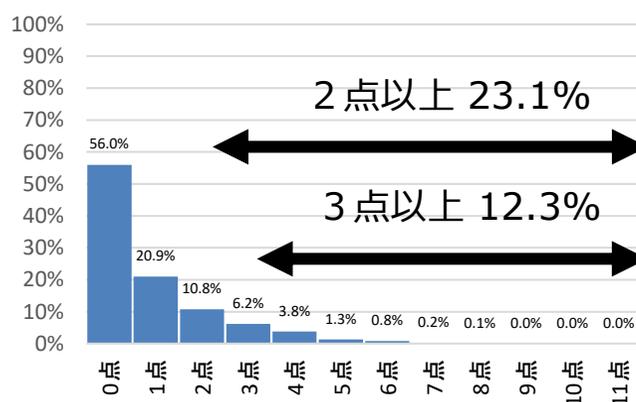
その他の感染症における重症度、医療・看護必要度

- 急性期一般入院料 1、急性期一般入院料 2～6 では、内科症例全体と比較して、その他の感染症（※）の延べ入院日数におけるA項目 2点以上の割合は高い一方、C項目 1点以上の割合は低かった。
- 地域包括ケア病棟では、その他の感染症の延べ入院日数におけるA項目 1点以上となる割合は、内科症例全体と比較して高かった。

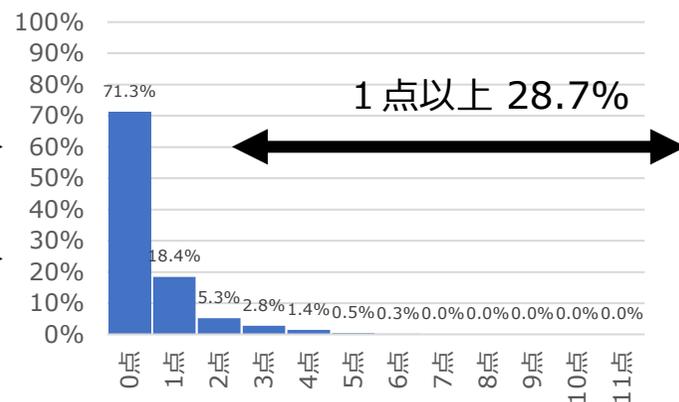
A項目_急性期一般入院料 1



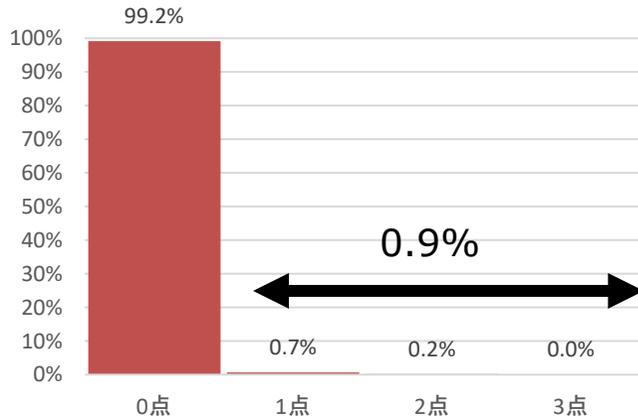
A項目_急性期一般入院料 2 - 6



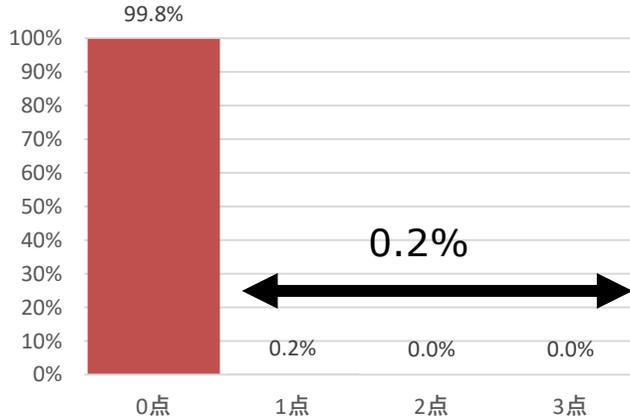
A項目_地域包括ケア病棟



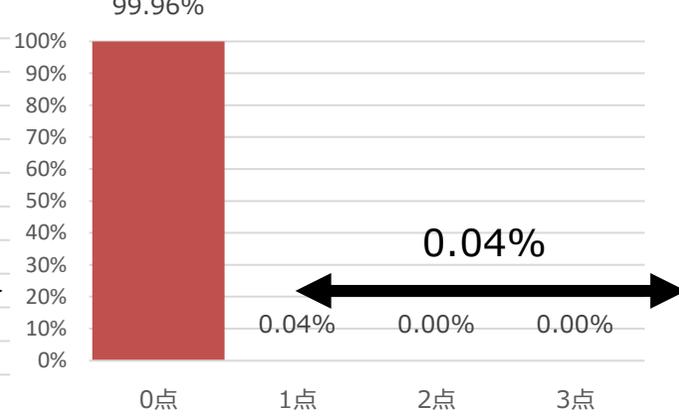
C項目_急性期一般入院料 1



C項目_急性期一般入院料 2 - 6



C項目_地域包括ケア病棟

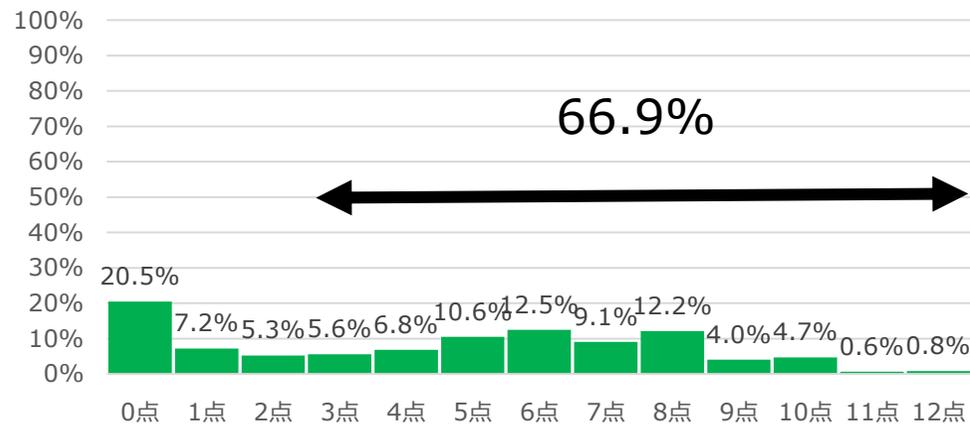


※その他の感染症：診断群分類番号180030xxxxxx0x 「その他の感染症（真菌を除く。）定義副傷病なし」について集計した。

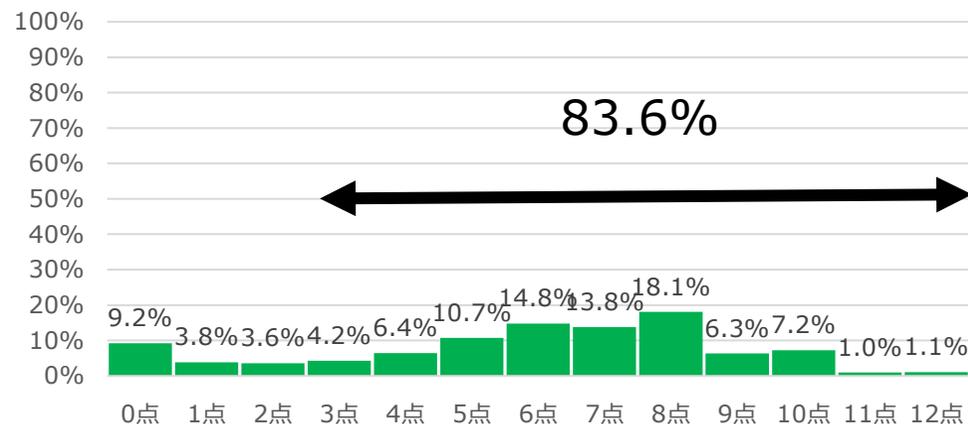
感染症におけるB項目

- 急性期一般入院料2～6における内科症例全体と比較して、肺炎等、尿路感染症、その他の感染症のB項目は3点以上となる割合が更に高かった。

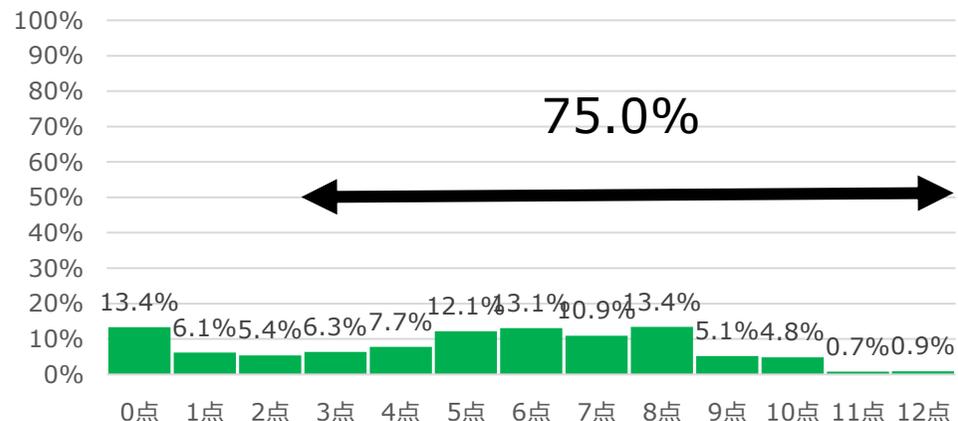
B項目_肺炎等



B項目_尿路感染症



B項目_その他の感染症



急性期一般入院料 1 の病棟におけるA項目総点数の傾向

- 入院2日目以降、A点数1点以上～5点以上のいずれにおいても、外科系症例のほうが割合が高い。
- 入院2日目まで、A点数ごとの患者数のピークは外科系症例で3点、内科系症例は2点である。

入院料算定開始からの日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A点数_1以上	32.04%	63.10%	47.21%	47.37%	47.99%	47.21%	47.39%	43.79%	35.70%	31.73%
A点数_2以上	29.37%	57.63%	27.75%	25.91%	23.51%	21.63%	20.87%	19.52%	17.05%	15.52%
A点数_3以上	20.28%	49.05%	18.46%	16.98%	14.52%	13.03%	12.42%	11.30%	9.72%	8.59%
A点数_4以上	7.63%	21.28%	8.41%	7.35%	6.16%	5.42%	5.06%	4.55%	3.70%	3.20%
A点数_5以上	4.63%	6.77%	2.60%	2.05%	1.71%	1.41%	1.31%	1.21%	1.08%	0.94%
A点数_1以上	55.50%	58.33%	39.57%	40.85%	39.53%	38.73%	37.85%	32.06%	28.27%	26.29%
A点数_2以上	49.54%	50.85%	21.23%	20.90%	18.98%	17.66%	16.66%	14.98%	14.64%	13.51%
A点数_3以上	25.09%	27.51%	12.53%	12.44%	11.06%	10.21%	9.56%	8.49%	7.72%	7.28%
A点数_4以上	12.29%	13.39%	5.49%	5.29%	4.57%	4.24%	4.06%	3.51%	3.05%	2.89%
A点数_5以上	6.13%	6.06%	1.72%	1.70%	1.53%	1.39%	1.37%	1.18%	1.04%	1.05%
A点数_1	2.67%	5.47%	19.45%	21.46%	24.47%	25.58%	26.51%	24.27%	18.65%	16.21%
A点数_2	9.09%	8.58%	9.30%	8.93%	9.00%	8.60%	8.45%	8.22%	7.33%	6.93%
A点数_3	12.65%	27.77%	10.05%	9.63%	8.35%	7.61%	7.36%	6.75%	6.02%	5.39%
A点数_4	3.00%	14.52%	5.81%	5.30%	4.46%	4.01%	3.74%	3.34%	2.61%	2.26%
A点数_1	5.96%	7.48%	18.34%	19.94%	20.55%	21.07%	21.19%	17.07%	13.62%	12.79%
A点数_2	24.45%	23.34%	8.70%	8.46%	7.91%	7.45%	7.09%	6.50%	6.92%	6.23%
A点数_3	12.80%	14.12%	7.04%	7.15%	6.50%	5.97%	5.51%	4.98%	4.67%	4.39%
A点数_4	6.16%	7.33%	3.77%	3.60%	3.03%	2.84%	2.69%	2.33%	2.01%	1.83%

オレンジが外科系、緑が内科系症例の割合。外科系症例は、Kコードのうち第1節手術料の算定の有無で判断した。

出典：保険局医療課調べ(2024年10月～12月DPCデータ)

直接入院した症例(非転院・転棟症例)に限り、当該日に入院している全患者に対する各項目を満たす患者数の割合を示した。

急性期一般入院料 1 の病棟におけるA項目の下位項目

○ 内科症例で割合が高いA項目の下位項目は、A2呼吸ケア、A6_6免疫抑制剤、A7緊急入院等であった。

A モニタリング及び処置等

- 1 創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）
- 2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）
- 3 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）
- 4 シリンジポンプの管理
- 5 輸血や血液製剤の管理
- 6 専門的な治療・処置（※2）
 - ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、
 - 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
- 7 I：救急搬送後の入院（2日間）
II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）

入院料算定開始からの日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A1	1.16%	4.15%	12.24%	12.35%	12.51%	11.91%	11.99%	12.63%	13.60%	12.24%
A2	5.05%	10.98%	10.39%	6.36%	5.52%	4.91%	4.72%	4.70%	4.69%	4.63%
A3	5.67%	19.85%	25.40%	28.98%	31.28%	31.67%	31.68%	26.00%	14.08%	10.43%
A4	1.52%	2.57%	2.67%	2.12%	1.86%	1.67%	1.62%	1.61%	1.60%	1.62%
A5	1.29%	2.13%	1.64%	1.35%	1.20%	1.04%	1.03%	1.05%	1.06%	1.02%
A6_1	0.05%	0.48%	0.15%	0.15%	0.14%	0.15%	0.16%	0.19%	0.20%	0.19%
A6_2	0.00%	0.00%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.02%	0.02%
A6_3	5.13%	29.75%	4.44%	3.11%	1.95%	1.45%	1.41%	1.54%	1.31%	1.09%
A6_4	0.18%	0.17%	0.19%	0.22%	0.27%	0.31%	0.36%	0.44%	0.48%	0.52%
A6_5	0.03%	0.04%	0.05%	0.05%	0.05%	0.06%	0.09%	0.13%	0.15%	0.16%
A6_6	4.07%	11.11%	2.14%	1.51%	1.04%	0.91%	0.92%	1.00%	1.02%	0.94%
A6_7	7.79%	17.82%	2.96%	2.11%	1.23%	1.00%	1.02%	1.08%	0.97%	0.79%
A6_8	0.98%	2.28%	0.50%	0.39%	0.27%	0.23%	0.24%	0.24%	0.25%	0.21%
A6_9	4.57%	10.21%	2.82%	2.39%	2.03%	1.92%	1.96%	1.92%	1.87%	1.79%
A6_10	1.90%	6.29%	14.24%	14.96%	13.76%	12.53%	11.59%	10.57%	9.57%	8.86%
A6_11	0.05%	0.06%	0.07%	0.08%	0.09%	0.11%	0.13%	0.15%	0.18%	0.21%
A7	14.73%	13.35%	0.08%	0.04%	0.03%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
A1	0.92%	1.15%	1.29%	1.45%	1.54%	1.64%	1.74%	1.83%	1.91%	1.99%
A2	16.61%	14.24%	13.49%	13.59%	12.99%	12.53%	12.11%	11.84%	11.81%	11.80%
A3	10.79%	17.17%	18.59%	20.04%	20.19%	20.35%	20.19%	13.06%	7.35%	5.57%
A4	4.73%	5.10%	4.07%	3.76%	3.31%	3.02%	2.71%	2.50%	2.50%	2.38%
A5	2.32%	2.16%	1.70%	1.58%	1.38%	1.18%	1.06%	1.15%	1.10%	1.13%
A6_1	0.46%	2.61%	2.07%	1.65%	0.75%	0.61%	0.42%	0.47%	0.60%	0.43%
A6_2	0.07%	0.25%	0.27%	0.32%	0.35%	0.38%	0.40%	0.41%	0.39%	0.37%
A6_3	0.93%	0.81%	0.49%	0.53%	0.54%	0.54%	0.57%	0.60%	0.63%	0.65%
A6_4	1.08%	1.02%	1.11%	1.28%	1.35%	1.41%	1.53%	1.67%	1.76%	1.80%
A6_5	0.55%	0.76%	0.69%	0.71%	0.61%	0.53%	0.81%	1.17%	1.29%	1.23%
A6_6	6.89%	10.60%	7.36%	6.80%	5.58%	4.76%	4.02%	3.77%	4.48%	3.46%
A6_7	1.09%	0.83%	0.80%	0.82%	0.80%	0.76%	0.76%	0.73%	0.73%	0.74%
A6_8	0.56%	0.35%	0.30%	0.28%	0.24%	0.22%	0.20%	0.18%	0.16%	0.15%
A6_9	3.16%	3.19%	3.19%	3.50%	3.37%	3.17%	2.99%	2.26%	1.78%	1.72%
A6_10	2.29%	2.34%	2.41%	2.32%	2.09%	1.91%	1.77%	1.65%	1.57%	1.54%
A6_11	0.47%	0.54%	0.63%	0.72%	0.77%	0.83%	0.89%	0.94%	1.02%	1.11%
A7	38.09%	35.35%	0.28%	0.14%	0.08%	0.05%	0.03%	0.02%	0.02%	0.01%

オレンジが外科系、緑が内科系症例の割合。
外科系症例は、Kコードのうち第1節手術料の算定の有無で判断した。

出典：保険局医療課調べ（2024年10月～12月DPCデータ）

直接入院した症例（非転院・転棟症例）に限り、当該日に入院している全患者に対する各項目を満たす患者数の割合を示した。

急性期一般入院料 1 の病棟におけるその他の指標

- 検査（病理検査を含む）や画像診断の包括内出来高換算点数が一定以上である割合は、入院4日目以降、検査について内科症例がわずかに高くなる傾向であり、入院9日目からは再び外科系症例の該当割合が高くなっていった。画像検査については、入院2日目以降、概ね一貫して外科系症例における該当割合が高かった。

入院料算定開始からの日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DPC_検査病理_300	50.50%	45.67%	37.63%	17.32%	17.03%	14.91%	15.31%	16.81%	18.28%	14.06%
DPC_検査病理_600	43.89%	34.48%	21.86%	9.13%	8.60%	7.33%	7.63%	8.70%	9.27%	7.27%
DPC_検査病理_1000	32.60%	19.32%	12.47%	4.85%	4.37%	3.70%	3.85%	4.37%	4.38%	3.55%
DPC_検査病理_1500	22.99%	10.28%	3.58%	1.98%	1.55%	1.29%	1.40%	1.63%	1.47%	1.30%
DPC_検査病理_2000	14.91%	5.49%	1.86%	1.00%	0.73%	0.61%	0.67%	0.77%	0.69%	0.65%
DPC_検査病理_300	81.12%	34.54%	23.59%	22.19%	19.40%	17.24%	18.14%	18.33%	14.91%	13.29%
DPC_検査病理_600	75.11%	24.64%	13.54%	11.92%	10.10%	8.48%	8.87%	9.33%	7.57%	6.60%
DPC_検査病理_1000	66.51%	16.94%	7.82%	6.70%	5.45%	4.43%	4.63%	4.94%	3.94%	3.33%
DPC_検査病理_1500	52.10%	9.33%	3.66%	3.00%	2.32%	1.79%	1.82%	1.89%	1.55%	1.28%
DPC_検査病理_2000	39.03%	5.84%	1.96%	1.59%	1.17%	0.89%	0.93%	0.97%	0.79%	0.66%
DPC_画像_300	22.12%	12.07%	10.43%	7.07%	6.70%	6.35%	7.22%	8.66%	10.29%	7.18%
DPC_画像_600	18.61%	5.51%	4.23%	3.55%	3.65%	3.73%	4.62%	5.67%	6.23%	4.30%
DPC_画像_1000	17.32%	3.95%	3.09%	2.56%	2.57%	2.60%	3.12%	3.82%	4.47%	2.95%
DPC_画像_1500	15.74%	2.66%	2.03%	1.65%	1.67%	1.72%	2.06%	2.46%	3.05%	1.88%
DPC_画像_2000	10.25%	1.27%	0.95%	0.77%	0.78%	0.80%	1.00%	1.12%	1.10%	0.84%
DPC_画像_300	50.31%	9.27%	5.67%	5.27%	4.68%	4.34%	4.91%	5.28%	4.17%	3.55%
DPC_画像_600	46.00%	8.22%	4.89%	4.49%	3.99%	3.70%	4.20%	4.48%	3.53%	3.00%
DPC_画像_1000	44.37%	6.48%	3.82%	3.38%	2.95%	2.69%	3.03%	3.17%	2.50%	2.12%
DPC_画像_1500	40.62%	3.98%	2.23%	1.90%	1.67%	1.52%	1.71%	1.83%	1.49%	1.25%
DPC_画像_2000	18.53%	1.92%	1.03%	0.84%	0.74%	0.68%	0.79%	0.82%	0.65%	0.55%

オレンジが外科系、緑が内科系症例の割合。外科系症例は、Kコードのうち第1節手術料の算定の有無で判断した。各項目末尾の数字は、包括されている行為の出来高換算点数が、その点数以上であることを示す。

地域包括医療病棟におけるA項目総点数の傾向

- 入院2日目以降、A点数1点以上～5点以上のいずれにおいても、外科系症例のほうが割合が高い。
- 入院2日目における、A点数ごとの患者数のピークは外科系症例で3点、内科系症例は2点である。

入院料算定開始からの日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A点数_1以上	39.83%	59.44%	43.81%	42.27%	40.87%	41.17%	40.97%	39.21%	32.47%	29.30%
A点数_2以上	36.19%	53.05%	24.36%	20.94%	18.75%	17.29%	16.67%	14.67%	11.53%	9.91%
A点数_3以上	20.35%	39.03%	15.48%	12.53%	10.37%	9.28%	8.86%	6.98%	6.07%	5.01%
A点数_4以上	7.41%	17.39%	6.66%	4.59%	3.36%	3.49%	2.99%	2.69%	2.35%	2.00%
A点数_5以上	3.36%	5.90%	2.03%	1.10%	1.21%	1.07%	0.93%	0.70%	0.72%	0.82%
A点数_1以上	60.95%	58.41%	33.74%	33.30%	32.81%	32.32%	31.44%	25.23%	22.37%	21.36%
A点数_2以上	54.61%	51.07%	15.33%	14.00%	13.19%	12.53%	12.11%	9.31%	7.73%	7.25%
A点数_3以上	23.22%	22.34%	7.26%	6.65%	6.25%	5.86%	5.57%	4.51%	3.83%	3.73%
A点数_4以上	8.62%	8.89%	2.77%	2.65%	2.37%	2.17%	2.08%	1.68%	1.34%	1.23%
A点数_5以上	4.14%	4.13%	1.02%	0.90%	0.78%	0.68%	0.77%	0.66%	0.47%	0.54%
A点数_1	3.63%	6.40%	19.45%	21.33%	22.12%	23.88%	24.30%	24.54%	20.93%	19.39%
A点数_2	15.85%	14.01%	8.88%	8.41%	8.39%	8.01%	7.81%	7.68%	5.46%	4.90%
A点数_3	12.94%	21.65%	8.82%	7.94%	7.00%	5.79%	5.87%	4.29%	3.72%	3.02%
A点数_4	4.04%	11.49%	4.63%	3.49%	2.16%	2.42%	2.07%	2.00%	1.63%	1.18%
A点数_1	6.34%	7.34%	18.42%	19.30%	19.62%	19.79%	19.33%	15.92%	14.64%	14.11%
A点数_2	31.39%	28.73%	8.06%	7.36%	6.94%	6.67%	6.55%	4.80%	3.90%	3.52%
A点数_3	14.60%	13.44%	4.49%	4.00%	3.88%	3.69%	3.48%	2.83%	2.49%	2.51%
A点数_4	4.49%	4.76%	1.75%	1.75%	1.58%	1.49%	1.31%	1.01%	0.87%	0.68%

オレンジが外科系、緑が内科系症例の割合。外科系症例は、Kコードのうち第1節手術料の算定の有無で判断した。

出典：保険局医療課調べ(2024年10月～12月DPCデータ)

直接入院した症例(非転院・転棟症例)に限り、当該日に入院している全患者に対する各項目を満たす患者数の割合を示した。

地域包括医療病棟におけるA項目の下位項目

○ 内科症例で割合が高いのはA2呼吸ケア、A7緊急入院であった。A2呼吸ケアは、その差が急性期一般入院料1の病棟と比べて大きかった。A6_6免疫抑制剤は、急性期一般入院料に比べ、全体的な使用頻度が少なく、外科系症例との差が目立たなくなっていた。

A モニタリング及び処置等

- 1 創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）
- 2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）
- 3 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）
- 4 シリンジポンプの管理
- 5 輸血や血液製剤の管理
- 6 専門的な治療・処置（※2）
 - ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、
 - 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
- 7 I：救急搬送後の入院（2日間）
II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）

オレンジが外科系、緑が内科系症例の割合。
外科系症例は、Kコードのうち第1節手術料の算定の有無で判断した。

入院料算定開始からの日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A1	2.50%	5.87%	12.56%	13.08%	12.78%	12.74%	12.84%	14.03%	13.81%	13.36%
A2	4.58%	9.29%	10.15%	6.31%	6.20%	6.24%	6.39%	5.69%	5.50%	5.60%
A3	5.99%	14.35%	19.01%	20.94%	21.69%	22.69%	23.49%	19.55%	12.44%	9.60%
A4	0.82%	1.33%	1.78%	1.24%	1.38%	1.07%	0.99%	0.86%	0.76%	0.71%
A5	1.53%	2.28%	1.99%	1.85%	1.61%	1.74%	1.39%	1.40%	1.16%	1.18%
A6_1	0.00%	0.08%	0.04%	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	0.03%	0.00%	0.00%
A6_2	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
A6_3	5.20%	26.14%	5.86%	3.93%	3.19%	2.47%	2.66%	1.93%	1.74%	0.90%
A6_4	0.11%	0.08%	0.09%	0.11%	0.13%	0.22%	0.31%	0.37%	0.29%	0.35%
A6_5	0.00%	0.00%	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
A6_6	4.01%	9.35%	2.14%	1.72%	1.21%	1.01%	1.02%	0.67%	0.83%	0.51%
A6_7	7.47%	12.04%	4.36%	2.63%	1.91%	1.63%	1.73%	1.26%	1.34%	0.63%
A6_8	1.38%	3.28%	0.70%	0.71%	0.48%	0.48%	0.28%	0.13%	0.33%	0.16%
A6_9	3.27%	3.47%	1.67%	1.50%	1.21%	1.15%	0.96%	0.90%	0.51%	0.67%
A6_10	2.12%	5.91%	9.58%	9.09%	7.73%	6.92%	6.05%	5.72%	5.06%	4.86%
A6_11	0.00%	0.02%	0.04%	0.02%	0.05%	0.03%	0.03%	0.00%	0.00%	0.00%
A7	20.91%	19.81%	0.59%	0.15%	0.08%	0.08%	0.03%	0.00%	0.00%	0.00%
A1	2.03%	2.24%	2.59%	2.85%	3.16%	3.36%	3.36%	3.63%	3.55%	3.72%
A2	18.00%	17.57%	16.53%	16.17%	15.44%	14.99%	14.13%	13.36%	12.91%	12.68%
A3	8.93%	11.39%	12.83%	13.45%	13.87%	14.42%	14.54%	7.29%	4.27%	3.02%
A4	3.30%	3.37%	3.19%	2.98%	2.75%	2.47%	2.39%	2.28%	2.03%	1.92%
A5	1.67%	1.79%	1.40%	1.01%	0.66%	0.50%	0.51%	0.56%	0.34%	0.42%
A6_1	0.07%	0.12%	0.12%	0.10%	0.03%	0.02%	0.03%	0.05%	0.05%	0.01%
A6_2	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
A6_3	0.32%	0.32%	0.21%	0.23%	0.22%	0.24%	0.31%	0.31%	0.30%	0.30%
A6_4	0.48%	0.52%	0.50%	0.57%	0.68%	0.66%	0.70%	0.81%	0.81%	0.86%
A6_5	0.03%	0.07%	0.07%	0.06%	0.03%	0.02%	0.01%	0.04%	0.06%	0.04%
A6_6	4.28%	3.61%	3.52%	3.25%	2.94%	2.59%	2.36%	1.75%	1.57%	1.51%
A6_7	0.82%	0.52%	0.39%	0.42%	0.31%	0.33%	0.30%	0.25%	0.27%	0.25%
A6_8	0.51%	0.32%	0.30%	0.34%	0.39%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%
A6_9	1.92%	1.97%	2.05%	2.19%	2.18%	2.07%	2.05%	1.53%	1.12%	1.10%
A6_10	1.46%	1.63%	1.59%	1.47%	1.43%	1.39%	1.24%	1.25%	1.22%	1.09%
A6_11	0.01%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
A7	48.16%	44.61%	1.66%	0.61%	0.34%	0.20%	0.11%	0.06%	0.05%	0.04%

出典：保険局医療課調べ（2024年10月～12月DPCデータ）
直接入院した症例（非転院・転棟症例）に限り、当該日に入院している全患者に対する各項目を満たす患者数の割合を示した。

地域包括医療病棟におけるその他の指標

- 検査（病理検査を含む）や画像診断の包括内出来高換算点数が一定以上である割合は、入院4日目以降、検査について内科症例がわずかに高くなる傾向であり、入院9日目からは再び外科系症例の該当割合が高くなっていった。画像検査については、入院2日目以降、概ね一貫して外科系症例における該当割合が高かった。

入院料算定開始からの日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
検査病理_300	55.60%	29.54%	26.16%	12.77%	12.33%	10.69%	9.88%	10.28%	12.22%	8.66%
検査病理_600	47.75%	18.50%	14.48%	6.15%	5.20%	4.98%	4.23%	4.82%	5.64%	4.43%
検査病理_1000	37.74%	10.69%	5.84%	2.80%	1.83%	1.97%	1.76%	1.93%	1.63%	1.25%
検査病理_1500	25.72%	5.54%	2.14%	1.06%	0.88%	0.79%	0.83%	0.67%	0.80%	0.55%
検査病理_300	84.55%	26.25%	17.86%	15.77%	14.37%	12.15%	11.80%	11.14%	8.38%	7.25%
検査病理_600	80.19%	18.05%	9.89%	7.83%	7.10%	5.35%	5.05%	5.24%	3.95%	3.45%
検査病理_1000	69.14%	9.86%	4.78%	3.81%	3.05%	2.01%	1.78%	2.02%	1.47%	1.35%
検査病理_1500	48.51%	4.65%	2.00%	1.16%	1.13%	0.62%	0.63%	0.76%	0.57%	0.47%
画像_300	35.99%	11.88%	9.20%	6.24%	5.80%	5.26%	5.87%	5.49%	6.76%	4.35%
画像_600	31.46%	6.85%	4.55%	3.82%	3.49%	3.09%	3.92%	3.03%	3.87%	2.51%
画像_1000	29.45%	4.82%	3.05%	2.43%	2.26%	1.69%	2.22%	1.66%	2.10%	1.68%
画像_1500	25.66%	2.49%	1.25%	1.06%	0.98%	0.65%	1.11%	0.73%	0.65%	0.74%
画像_2000	15.28%	0.95%	0.51%	0.42%	0.23%	0.11%	0.52%	0.23%	0.18%	0.16%
画像_300	70.98%	9.42%	4.80%	4.62%	4.06%	3.50%	3.68%	4.20%	3.10%	2.77%
画像_600	65.89%	8.48%	4.21%	4.07%	3.37%	3.05%	3.08%	3.28%	2.55%	2.38%
画像_1000	63.31%	6.63%	3.08%	2.90%	2.34%	2.11%	2.13%	1.98%	1.65%	1.28%
画像_1500	53.15%	2.92%	1.47%	1.12%	1.05%	0.77%	0.75%	0.81%	0.69%	0.53%
画像_2000	18.40%	0.83%	0.50%	0.37%	0.31%	0.15%	0.27%	0.21%	0.15%	0.11%

オレンジが外科系、緑が内科系症例の割合。外科系症例は、Kコードのうち第1節手術料の算定の有無で判断した。各項目末尾の数字は、包括されている行為の出来高換算点数が、その点数以上であることを示す。

高齢者の外科系症例と内科系症例における救急搬送、緊急入院の割合

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

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

症例種別ごとの救急搬送の割合

(85歳以上の高齢者)

症例種別ごとの救急搬送の割合

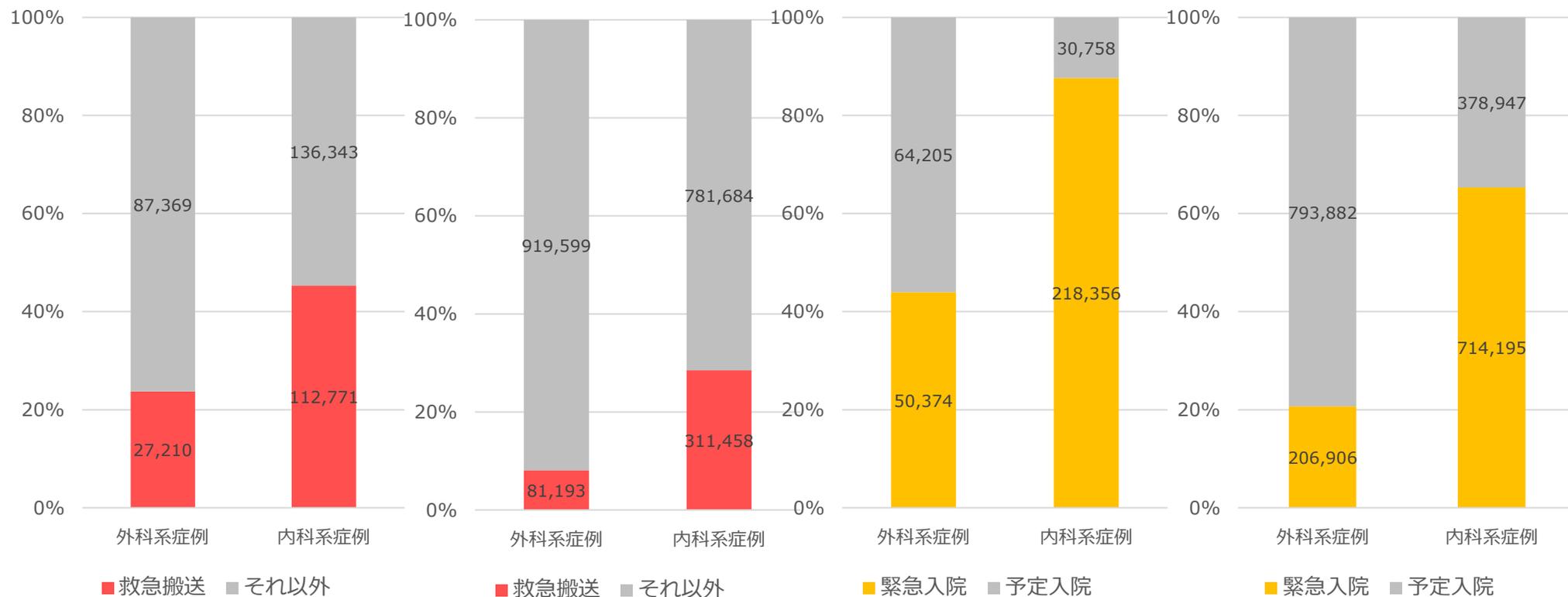
(全年齢)

症例種別ごとの緊急入院の割合

(85歳以上の高齢者)

症例種別ごとの緊急入院の割合

(全年齢)



※セル内の数値は患者数。

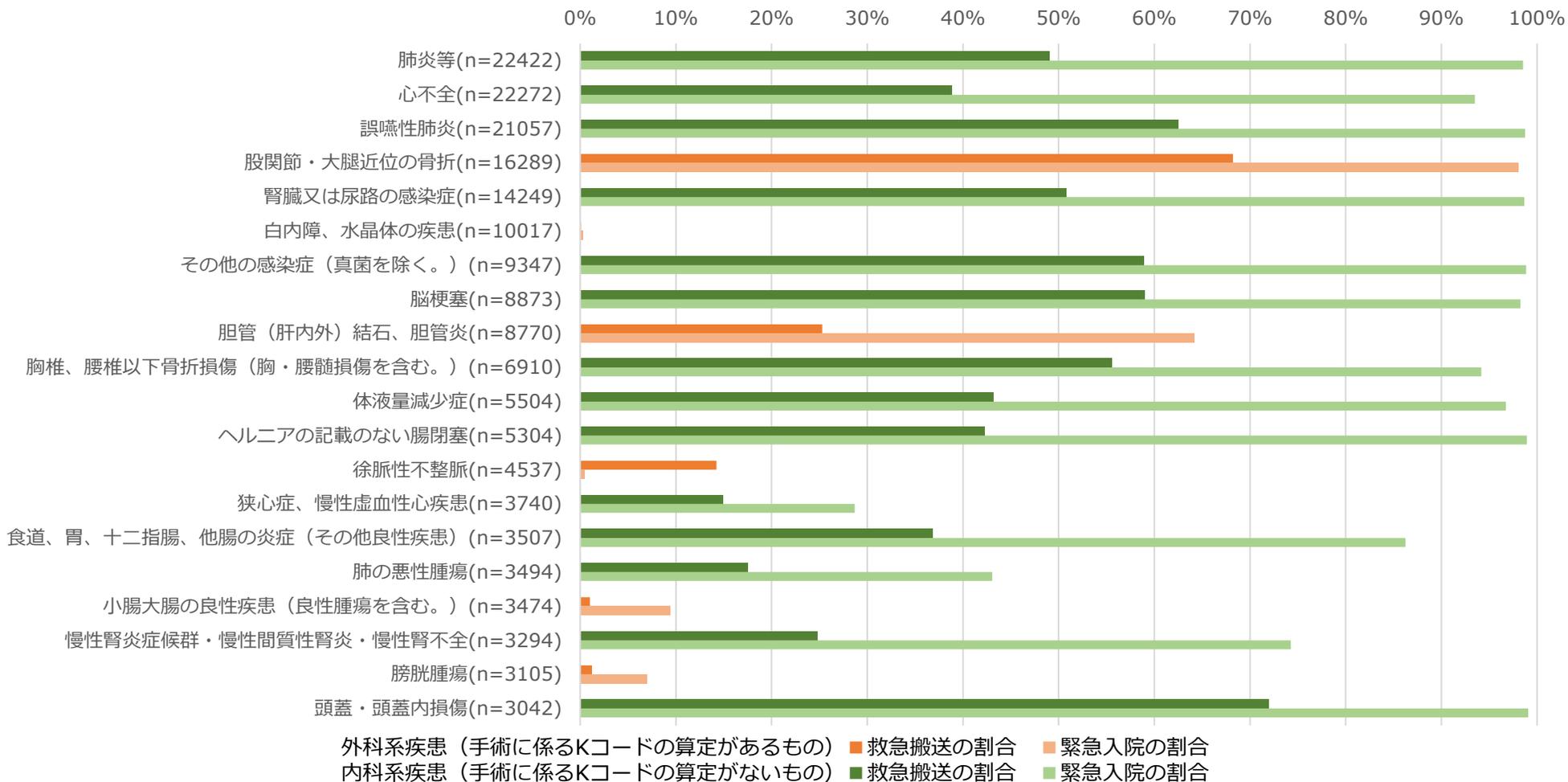
出典: 保険局医療課調べ(2024年10月~12月DPCデータ) 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例(非転院・転棟症例)を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を外科系、それ以外を内科系症例と分類し、救急搬送、緊急入院の割合を示した。

高齢者において頻度の高い疾患における救急搬送、緊急入院の割合①

○ 85歳以上の高齢者の入院病名（DPC6桁コード）のうち、入院患者数上位20疾患の多くが、手術に係るKコードを算定しない内科系疾患であった。上位疾患の多くが緊急入院率90%を超えており、全体的にみると、内科系疾患において、外科系疾患に比べ、救急搬送、緊急入院ともにその割合が高かった。

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

医療資源を投入したDPC6病名上位20疾患についての救急搬送、緊急入院の割合



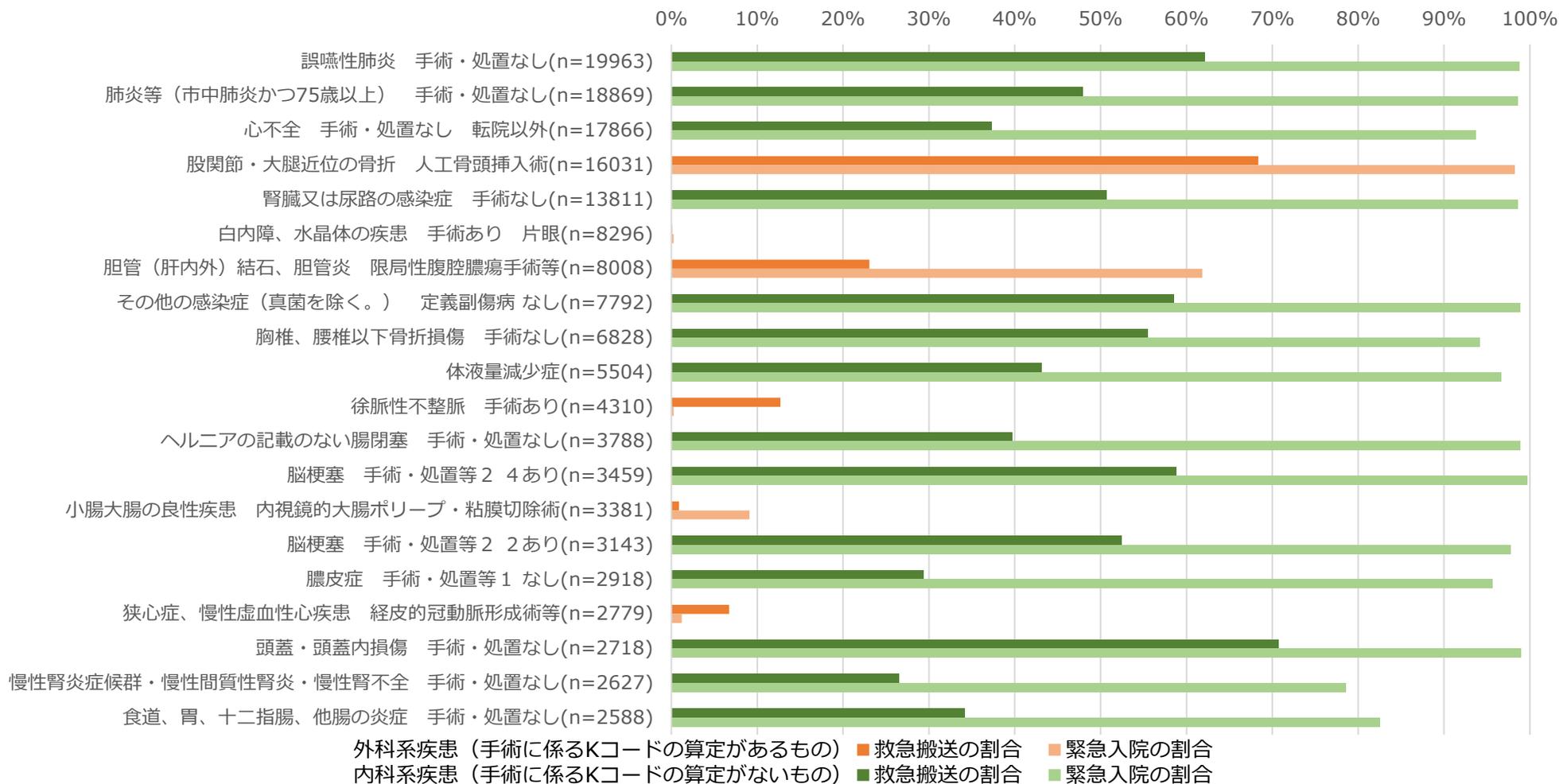
出典: 保険局医療課調べ(2024年10月~12月DPCデータ) 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した85歳以上の症例(非転院・転棟症例)を対象として、最も医療資源を投入した病名のDPC6桁コードごとに、各疾患の全入院患者に対する救急搬送による入院、緊急入院の割合を示した。

高齢者において頻度の高い疾患における救急搬送、緊急入院の割合②

○ 85歳以上の高齢者の入院病名（DPC14桁コード）のうち、入院患者数上位20疾患の多くが手術に係るKコードを算定しない内科系疾患であった。上位疾患の多くが緊急入院率90%を超えており、全体的にみると、内科系疾患において、外科系疾患に比べ、救急搬送、緊急入院ともにその割合が高かった。

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

医療資源を投入した診断群分類名上位20疾患についての救急搬送、緊急入院の割合



出典: 保険局医療課調べ(2024年10月~12月DPCデータ) 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した85歳以上の症例(非転院・転棟症例)を対象として、医療資源投入病名の診断群分類(DPC14桁コード)ごとに、各疾患の全入院患者に対する救急搬送による入院、緊急入院の割合を示した。128

(参考) 全年齢の患者を対象とした入院患者数上位疾患と 85歳以上の高齢者を対象とした上位疾患の比較

診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

○ 全年齢においても、85歳以上の高齢者において入院患者数の多い疾患は多く見られる。

85歳以上の高齢者	全年齢
1 肺炎等	肺炎等
2 心不全	白内障、水晶体の疾患
3 誤嚥性肺炎	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）
4 股関節・大腿近位の骨折	肺の悪性腫瘍
5 腎臓又は尿路の感染症	心不全
6 白内障、水晶体の疾患	狭心症、慢性虚血性心疾患
7 その他の感染症（真菌を除く。）	誤嚥性肺炎
8 脳梗塞	狭心症、慢性虚血性心疾患
9 胆管（肝内外）結石、胆管炎	腎臓又は尿路の感染症
10 胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	胆管（肝内外）結石、胆管炎
11 体液量減少症	股関節・大腿近位の骨折
12 ヘルニアの記載のない腸閉塞	脳梗塞
13 徐脈性不整脈	前立腺の悪性腫瘍
14 狭心症、慢性虚血性心疾患	頻脈性不整脈
15 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍
16 肺の悪性腫瘍	鼠径ヘルニア
17 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	その他の感染症（真菌を除く。）
18 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	ヘルニアの記載のない腸閉塞
19 膀胱腫瘍	乳房の悪性腫瘍
20 頭蓋・頭蓋内損傷	上部尿路疾患

※赤字は手術に係るKコードを伴うもの

重症度、医療・看護必要度の評価基準の見直し（要望）

診調組	入-1参考
7	7
	3

令和8年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

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

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

（A100 一般病棟入院基本料）

内科系疾患をより反映する指標についての検討

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

考えられる対応		具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA項目の修正		<ul style="list-style-type: none"> 緊急入院の該当日数を伸ばす A6の下位項目のうち免疫抑制剤を2点→3点に A2呼吸ケアの酸素使用量を定義する、等 	<ul style="list-style-type: none"> 影響を試算しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 大きな変化は生まれにくい
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）に着目	<ul style="list-style-type: none"> 検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点 	<ul style="list-style-type: none"> データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間はない 	<ul style="list-style-type: none"> 不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。
	疾患名に着目	<ul style="list-style-type: none"> 内科救急等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院○日目まで加点 	<ul style="list-style-type: none"> C項目では評価されづらい内科疾患のみにダイレクトに加点される 	<ul style="list-style-type: none"> 病名のアップコーディングが生じないか。 入院時には診断がつかないことも多い。
	緊急入院などの入棟経緯に着目	<ul style="list-style-type: none"> 病床数あたりの緊急入院件数または救急応需件数を係数化して加算 	<ul style="list-style-type: none"> 病院の取組を評価することにつながる 	<ul style="list-style-type: none"> 軽症の患者であっても、緊急入院が装われたり、救急車利用が促されることはないか。