

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について
検討結果（中間とりまとめ）
（案）

令和7年●月●日
入院・外来医療等の調査・評価分科会
分科会長 尾形裕也

I. 概要

- 診療報酬調査専門組織の一つである「入院・外来医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等に関する事項等について、技術的な課題に関して専門的な調査及び検討を行うこととされている。
- 入院・外来医療等に関連する事項について、令和6年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和8年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「令和6年度入院・外来医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。
- 今後、当該検討結果に係る中央社会保険医療協議会総会の御意見及び「令和7年度入院・外来医療等における実態調査」の結果等を踏まえ、とりまとめに向けて更なる検討を行うことを予定している。

<目次>

1.	急性期入院医療について（別添資料① P5～P86）	2
2.	高度急性期入院医療について（別添資料① P87～P109）	5
3.	DPC/PDPSについて（別添資料① P110～P132、入—2参考5）	7
4.	包括的な機能を担う入院医療について（別添資料② P2～P62）	10
5.	回復期リハビリテーション病棟入院料について（別添資料② P63～P76）	16
6.	療養病棟入院基本料について（別添資料② P77～P86）	18
7.	重症度、医療・看護必要度について（別添資料② P87～P131）	20
8.	救急医療について（別添資料③ P2～P27）	24
9.	入退院支援について（別添資料③ P28～P66）	25
10.	働き方・タスクシフト／シェアについて（別添資料③ P67～P116）	27
11.	病棟における多職種でのケアについて（別添資料③ P117～P135）	29
12.	外来医療について（別添資料④ P2～P73）	31
13.	情報通信機器を用いた診療について（別添資料④ P74～P93）	35
14.	入院から外来への移行について（別添資料④ P94～P107）	37
15.	個別的事項（別添資料④ P108～P169）	38

Ⅱ. 検討結果の概要

1. 急性期入院医療について（別添資料① P5～P86）

- 看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出病床数は平成 26 年以降減少傾向となり、その後横ばいであったが、令和 5 年から再び減少傾向となり、令和 6 年に大きく減少した。
- 急性期一般入院料 2～6 については、平成 24 年以降、令和 5 年まで減少傾向であったが、令和 6 年に増加した。
- 急性期一般入院料 1 を算定している病院のうち、約半数は地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、又は療養病棟を届け出ているケアミックス病院となっている。
- 20 万人未満の二次医療圏では約 8 割の医療圏で、急性期充実体制加算や総合入院体制加算を届け出ている病院がない一方で、20 万人以上の二次医療圏では、9 割以上の医療圏で、急性期充実体制加算又は総合入院体制加算のいずれかを届け出ている病院があった。
- 急性期入院医療を評価する DPC 制度について、DPC 制度により算定する病床は、急性期一般入院基本料等に該当する病床の約 85% を占める一方で、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関のうち、約 1,800 の医療機関は、DPC 制度に参加しておらず、出来高による算定を行っている。
- 令和 6 年度診療報酬改定において、DPC 制度の安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、1 月当たりのデータ数が 90 以上であることを、新たに DPC 制度への参加基準として定めた。
- 新たな地域医療構想における検討において、「治す医療」と「治し、支える医療」の医療機関単位での役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進するため、医療機関機能を報告する仕組みを創設することとされ、急性期医療に関連する機能として、「高齢者救急・地域急性期機能」、「急性期拠点機能」、「専門等機能」等が報告することとされた。

1-1. 一般的な急性期機能について（別添資料① P46～P59）

- 急性期一般入院料 1 を算定している病院について、同様の規模の許可病床数の医療機関であっても、救急搬送受入件数や手術実施件数にばらつきが見られた。
- 人口 20 万人未満二次医療圏では、救急搬送件数は比較的多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている最大救急搬送受入医療機関の地域シェア率（当該医療機関の年間救急搬送受入件数／所属二次医療圏内の全医療機関の合計救急搬送受入件数）は高い傾向にあった。
- 年間 1500 件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は 113 医療圏、年間 1200 件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は 127 医療圏であった。
- 全身麻酔手術を年間 500 件以上実施している病院のうち、救急搬送件数 500 件

未満の病院では、急性期充実体制加算対象手術件数がわずかである病院が多くみられた。

- 夜間・深夜の救急搬送受入割合は、急性期一般入院料 1 算定病院で高かった。また、急性期一般入院料 1 を算定している病院においても深夜の受入割合にはばらつきがあり、深夜の受入割合は 10～30%である病院が多かった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態に応じた診療報酬上の評価を行うということも重要との意見があった。
- 人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシェアも考えていくべきとの意見があった。その際、5 疾病 6 事業等で二次医療圏とは違う圏域であることや、他県からの流入についても配慮すべきとの意見があった。
- 急性期の機能として高度な手術等は待つことや他の地域で治療を受けることもできるが、救急医療に関してはできないので、特に救急医療を評価すべきではないかとの意見があった。
- 人口 20 万人未満の二次医療圏を支える医療機関を評価する仕組みが重要との意見があった。
- 急性期入院医療の標準化を進めるという DPC 制度の本来の目的や、地域で医療の機能を担っていることを正しく評価する観点から、急性期の一般病棟は DPC 制度に参画することが望ましいのではないかとの意見があった。
- 夜間・深夜の受入割合は病院によってかなり差が大きいので、救急に関しては、24 時間対応できているかどうかということも高く評価すべき項目なのではないかとの意見があった。

1-2. 拠点的な急性期機能について (別添資料① P60～P80)

- 人口規模の大きな二次医療圏で救急搬送件数も多くなる傾向があり、急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口 20 万の二次医療圏より大きな医療圏で算定されていた。
- 救急搬送件数 4000 件の病院では、多くの病院が急性期充実体制加算又は総合入院体制加算を算定していた。
- 急性期充実体制加算や総合入院体制加算を算定していない、救急搬送件数がそれほど多くない病院でも、地域の救急搬送件数の半数以上をカバーする病院があった。
- 各都道府県の手術件数最大の病院 (大学病院本院除く) では、概ね全ての病院が年間手術件数 2000 件を超えていた。
- 同程度の手術実施症例件数の病院でも、外保連手術指数にはばらつきがみられ、

手術数が多くなると、指数が一定以上の病院の割合が高くなる傾向があった。

- 総合入院体制加算・急性期充実体制加算を算定している病院では、その他の病院と比較して、より複数の診療科を標榜し、入院医療を提供する傾向があり、同規模の病院においてカバー率指数も高い傾向があった。
- DPC 特定病院群のうち、殆どの医療機関は、急性期一般入院基本料 1 の届出を行っており、また、約 7 割の医療機関は、急性期充実体制加算 1 の届出を行っていた。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 医師の供給の観点から、人的な資源、効率的な運用という点で、中小規模の病院にくまなく配置するというより、働き方改革等も踏まえ、集約化も行っていくべきとの指摘があった。
- 人口規模 20 万人の医療圏で救急搬送患者の地域外流出を見るといった意味で、それを加味した地域内シェア、その地域の中で完結している患者における地域内シェアのデータも重要との意見があった。
- 今後、拠点としての機能を強化するためには、救急搬送件数 4000 件という数が基準値として考えられていくのではないかとの意見があった。
- 総合性については、新たな地域医療構想では急性期拠点機能として明示されていないが、今後、地域医療を行うという観点から、この拠点での重要な要素ではないかとの意見があった。
- 手術件数が 2000 件を超えていても外保連指数が低い病院があり、特に DPC 標準病院群ではそのような病院が多いことから、単純に手術件数ではなく、手術の難易度を考慮することも必要ではないかとの意見があった。
- DPC 制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないかとの意見があった。

1-3. その他 (別添資料① P81~P86)

- 専門病院については、許可病床数別に見ると、200 床以上の病院と比較して、200 床未満の病院で専門病院の割合が多い。200 床未満の二次医療圏における専門病院では、救急搬送件数が少ないものの、全身麻酔手術件数が多い病院が見受けられた。
- 有人離島からなる二次医療圏の病院では、救急搬送受入件数が少なく、年間 3000 件を超えるような病院がなかった。
- 子ども病院では、同じ救急搬送件数を受けている一般病院と比較して手術件数が多い傾向にある一方で、救急搬送件数の地域シェア率が 1/4 を超える医療機関はなかった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 子ども病院は、新生児の救急搬送が減っており、一般的な成人を診療する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。
- 離島において現場でできることは限られていると思われるため、現場の一線で頑張っている医療機関や、流入を受け入れる医療機関を評価する必要性があるのではないかとの意見があった。
- 離島ではリモートの診療や患者搬送機能の向上等の資源を投入していくことが、今後必要ではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 急性期機能に関する指標について、一般的な急性期機能と拠点的な急性期機能のそれぞれについて、救急搬送件数、手術件数、総合性の観点から検討する。
- その際、救急搬送件数や手術件数の絶対数だけでなく、地域で果たす役割を評価する観点から、地域や医療機関の状況を踏まえて、地域シェア率等の指標について、更に分析を進める。

2. 高度急性期入院医療について (別添資料① P87~P109)

2-1. 特定集中治療室等を有する病院について (別添資料① P87~P100)

- 特定集中治療室管理料等の届出医療機関数と治療室の届出病床数は、長期的にはやや増加傾向である。
- 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが、「二次救急医療施設」「三次救急医療施設」であり、約6割の病院が年間救急搬送件数4,000件以上であったが、一部には年間救急搬送件数が1,000件未満である病院や、救急部門を有していない病院もあった。
- 年間全身麻酔件数は、多くの病院で1,000件以上であったが、一部には500件未満の病院もあった。
- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施していたが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった。
- 「特定集中治療管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者の「医療資源を最も投入した傷病名」には、ばらつきがあった。
- 「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者のうち、救急搬送され入院した患者は約38%であり、全身麻酔を受けた患者は約58%であった。いずれも受けていない患者は、約14%であった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 集中治療室等の役割は、救急搬送された重症患者や術後患者の管理を担うことである。これらの役割を踏まえると、救急部門の設置や一定の救急患者受入件

数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないかとの意見があった。

2-2. 特定集中治療室管理料の医師配置要件について（別添資料① P101～P104）

- 令和6年度診療報酬改定において、専任の医師を治療室へ常時配置することが要件となっている入院料については、その専任医師について宿日直を行う医師ではないことを明確化し、専任の医師を治療室へ常時配置する必要のない「特定集中治療室管理料5、6」を新設した。
- 令和6年度診療報酬改定以降、新設した「特定集中治療室管理料5、6」の届出医療機関・病床数が大幅に増加した。その多くの治療室において、変更前には特定集中治療室管理料1～4が算定されていた。近年増加傾向であったハイケアユニット入院医療管理料の病床数は減少していた。
- 「特定集中治療室管理料1～4」から「特定集中治療室管理料5、6」へ届出を変更した理由としては、「専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため」が最も多かった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 特定集中治療室には、医師が常時配置されている体制が、まずあるべき姿ではないかとの意見があった。
- 今後、救急医師の確保が一層困難となることを見込まれる状況を踏まえると、特定集中治療室の医師配置要件は緩和する方向での検討が必要ではないかとの意見があった。
- 現行の「治療室内に常時勤務」との要件は厳しいものであり、治療室外に医師がいる場合であっても治療室の患者に対する適切な対応が可能な体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。
- 医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿日直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき姿について検討を進める必要があるのではないかとの意見があった。

2-3. 特定集中治療室遠隔支援加算について（別添資料① P105～P109）

- 令和6年度診療報酬改定において、「特定集中治療室管理料5、6」において、遠隔モニタリングにより「特定集中治療室管理料1、2」の届出を行う施設から支援を受けることを評価する「特定集中治療室遠隔支援加算」を新設した。
- 「特定集中治療室遠隔支援加算」は、被支援側の医療機関の所在について直接的な要件はないものの、被支援側への支援を行う医療機関について、その支援する医療機関に、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が含まれていることを要件としている。
- 「特定集中治療室管理料5、6」を算定する医療機関のうち、医師少数区域又

は医療資源の少ない地域に所在するものは、全国に 25 箇所であった。

- 「特定集中治療室遠隔支援加算」を算定する医療機関について、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に立地する医療機関は 1 施設のみであり、それ以外の医療機関は 4 施設であった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 地域において必要な役割を果たしている集中治療室であることを前提として、集中治療を専門とする医師等の不足が見込まれる地域に対しては、遠隔支援を活用することが有効であると考えられるとの意見があった。
- 集中治療を専門とする医師の確保が困難な状況であり、医師少数区域以外にもこのような医師が不足している地域があることが予想されるとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室において、その重症度等がどのように異なっているのか、更に分析を進める。
- 専任の医師が宿日直を行う医師ではない「特定集中治療室管理料 1～4」を算定する治療室と、専任の医師が宿日直を行うことができる「特定集中治療室管理料 5、6」を算定する治療室における専任の医師の違いについて、更に分析を進める。

3. DPC/PDPS について (別添資料① P110～P132、入—2 参考 5)

- 令和 6 年度診療報酬改定後、地域包括医療病棟等への病棟再編を伴う DPC 制度からの退出等により、DPC 対象病院数は減少している。
- DPC 対象病院の内訳は経時的に変化しており、DPC 対象病院のうち、全許可病床に占める DPC 算定を行う病床 (以下、「DPC 算定病床」という。) の割合が 50%未満の病院は増加傾向にある。
- また、DPC 算定病床以外の病床を保有する DPC 対象病院数も、高い水準で推移している。

3-1. 機能評価係数Ⅱ (複雑性係数) について (別添資料① P114～P121)

- 複雑性係数については、令和 6 年度診療報酬改定に向けた議論において、診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の平均在院日数が長く、1 日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の場合、急性期入院医療における評価という点では不適切な評価となっているのではないかという指摘があった。
- 一入院当たりの包括範囲出来高点数が高い診断群分類の中には、平均的に入院初期の包括範囲出来高点数が高い診断群分類もあったが、一方で、1 日当たり

の包括範囲出来高点数が全診断群分類の平均値及び中央値よりも低い診断群分類もみられた。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 同作業グループにおいて、複雑性係数の評価方法について検討するに当たっては、複雑性係数が、何を評価するものであるか、明らかにする必要があるのではないかといった意見があった。
- これに対しては、DPC 制度における「急性期」は、過去の DPC 評価分科会での議論において、「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」と定義された点や、機能評価係数が、「急性期」を反映する係数として設計された点等から、複雑性係数についても、これらの価値を反映する指標とすべきではないかといった意見があった。
- 同作業グループにおいて、入院初期を特に重視する趣旨で、入院日数の 25%tile 値までの包括範囲出来高点数に着目して分析を行うべきではないかといった指摘があった。

3-2. 再入院・再転棟ルールについて (別添資料① P122~P128)

- DPC 制度においては、入院初期を重点評価するため、入院期間 I の 1 日当たりの点数を相対的に高く設定している。
- 患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間 I を繰り返し算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた。
- DPC 病棟からの転棟後、再転棟までの日数の分布の分析を行ったところ、DPC 制度において一連の入院と見なされなくなる、8 日目の再転棟の件数が突出して多かった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- DPC/PDPS 等作業グループにおいて、DPC 制度を構成する医療機関の内訳が変化しており、DPC 算定病床以外の病床を有する医療機関の割合が増加していることから、「再転棟」が起こりやすい状況になっているのではないかとといった指摘があった。

3-3. 点数設定方式について (別添資料① P129~P132)

- DPC 制度 においては、入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた 3 段階の定額報酬を設定しており、具体的には、入院初期に要する医療資源投入量等に応じ入院初期に要する医療資源投入量等に応じて、5 種類の点数設定方式を設けている。
- 点数設定方式 D 以外においては、第 II 日は平均在院日数により規定されている。

- 診断群分類毎の平均在院日数について、ばらつきが小さく、標準化が進んでいる診断群分類がみられた。一方で、ばらつきが大きく、十分に標準化が進んでいない診断群分類もみられた。
- また、特定の在院日数のみ患者数が顕著に多い診断群分類が存在していた。
- 多くの診断群分類において、平均在院日数は在院日数の中央値を上回っていた。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- DPC/PDPS 等作業グループにおいて、多くの診断群分類で在院日数の分布は正の歪度を有していることから、在院日数の中心傾向の指標として、平均在院日数は適切でないのではないかと、といった指摘や、特定の在院日数の患者数が顕著に多い診断群分類について、制度上、特定の日数までの在院を促すインセンティブが内在しているのではないかとといった指摘があった。

3-4. 特別調査の結果 (入-2 参考5)

- 特別調査として、(Ⅰ) 在院日数の短縮に向けた取り組みや課題等に関する調査、(Ⅱ) DPC 制度の安定的な運用に関する調査、(Ⅲ) 急性期医療の標準化の推進に関する調査を行うとともに、(Ⅱ) について作業グループにおいてヒアリングを行うこととされた。
- 「(Ⅰ) 在院日数の短縮に向けた取り組みや課題等に関する調査」については、全 DPC 対象病院の約 9 割において、クリニカルパスが採用されており、また、クリニカルパスの入院期間の設定に際して主として参照しているものについては、約 6 割の医療機関が「診断群分類点数表上の第Ⅱ日」と回答した。
- 「(Ⅱ) DPC 制度の安定的な運用に関する調査」については、データ数が下位 25% の 439 医療機関のうち、約 2 割の医療機関が、DPC 制度からの退出について、「直ちに退出する予定である」または「直ちにではないが、今後退出を検討している」と回答し、このうち約 4 割の医療機関が病床の転換を予定しており、転換先としては、「地域包括医療病棟」及び「地域包括ケア病棟」が多かった。
- また、DPC 制度に参加したメリットとしては、医療の標準化や平均在院日数の短縮といった点が挙げられた。
- さらに、DPC 算定可能病床を有する出来高算定病院における DPC 制度への参加意向については、調査対象となった 404 医療機関のうち、「現時点で参加は検討していない」と回答した医療機関は約 86% であり、その理由としては、「DPC 制度に参加する必要性を感じないため」が最も多く、次いで「診療報酬の算定上、DPC 制度に参加しない利点大きい」が多かった。
- 「(Ⅲ) 急性期医療の標準化の推進に関する調査」については、DPC 算定可能病床を有する出来高算定病院における DPC 制度への参加意向については、調査対象となった 404 医療機関のうち、「現時点で参加は検討していない」と回

答した医療機関は約 86%であり、その理由としては、「DPC 制度に参加する必要性を感じないため」が最も多く、次いで「診療報酬の算定上、DPC 制度に参加しない利点が多いため」が多かった。

【今後の検討の方向性】

- DPC 算定病床割合の低い DPC 対象病院が増加していることや、令和 7 年度 DPC 特別調査の結果等も踏まえて、引き続き DPC/PDPS 等作業グループにおいて、機能評価係数Ⅱの適切な評価方法、算定ルール及び点数設定方式等について、検討を行う。

4. 包括的な機能を担う入院医療について（別添資料② P2～P62）

- 入院患者の数は経年的に減少傾向であり、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っているものの、85 歳以上においては、入院割合の減少を上回る人口増加のため、入院患者数は増加している。85 歳以上の要介護高齢者数や、人口で補正した救急搬送率も上昇している。
- 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和 6 年 12 月）」において、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医療機関機能として「高齢者救急・地域急性期機能」が、また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医療機関機能として「在宅医療等連携機能」が位置づけられた。さらに、かかりつけ医機能報告制度においても、機能報告に基づき各地域において行われる関係者間の協議の場において、在宅医療等の後方支援の役割を担う病床の確保について話し合うことが想定されている。
- 協力医療機関を定めている介護施設においては、救急車による搬送の減少や、後方支援病床をもつ医療機関と事前に調整した上で救急車を要請した割合が高いという報告がある。

4-1. 地域包括医療病棟入院料について（別添資料② P10～P39）

（地域包括医療病棟を届け出た医療機関について）

- 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届け出た医療機関における、届出前から減少した入院料の内訳は、急性期一般入院料 1 が 4 割程度と最多であり、急性期一般入院料 2—6、地域包括ケア病棟が続いた。急性期一般入院料 2—6 から移行したと思われる医療機関の半数程度では、地域包括医療病棟の届出後に急性期一般入院料

を算定する病棟がなくなっていた。

- 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くなっていた。
- 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。
- 急性期病棟を有する医療機関のうち、地域包括医療病棟を届け出していない医療機関において、今後の届出を検討したものの実際には届け出していない医療機関は約 15%であり、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。急性期病棟を有する医療機関の約 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。
- 急性期病棟を有する医療機関は、地域包括医療病棟の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。一方、地域包括ケア病棟を有する医療機関における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、急性期病棟を有する医療機関とは違った傾向がみられた。

(地域包括医療病棟に入院する患者像について)

- 年齢や要介護度が急性期一般入院料 2－6 の病棟と比べ高く、認知症や低栄養リスクを有する患者の割合が多かった。
- 「入院初日の B 項目 3 点以上」「重症度、医療・看護必要度」等の要件は概ね

全ての病棟で満たされていた。

- 入院患者数の多い疾患は、急性期一般入院料 2－6 や地域包括ケア病棟と類似しており、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。
- 医療機関毎に、手術に係る Kコードの実施割合や、全体として患者数が上位である内科系疾患の入棟割合には大きなばらつきがあり、診療のパターンは一定ではなかった。
- 急性期一般入院料 2－6 を算定する病棟と地域包括医療病棟の双方を有している場合に、各病棟に入院する疾患や要介護度、年齢層の分布には目立った特徴はみられなかった。

（地域包括医療病棟の施設要件に関する事項について）

- 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く、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。
- 年齢は、在院日数の延長と関連する独立した因子であるとの文献的報告がある。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。
- 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 の変化を比較したところ、病棟の種類による違いは大きくなかった。一方、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、整形外科症例と比較し、入院期間中の ADL の改善幅は少なかった。
- 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。しかし、ADL が低下した患者の割合はいずれも 5%を超えており、一時的に施設基準を満たせない医療機関があることが想定された。

（リハビリテーション・栄養・口腔連携加算について）

- 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、入院中の ADL 変化の分布に大きな差はみられなかった。算定している医療機関における ADL が低下した患者の割合は 4.7%であり、算定していない医療機関における 5.5%より少ないものの、基準である 3%未満には達していなかった。（DPC データからの算出であり、施設基準とは定義が若干異なることに留意が必要。）
- リハビリテーション・栄養・口腔加算の算定回数が 1 回以上の施設は地域包括

医療病棟全体の約 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、「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。実際に、「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。さらに、「ADL が低下した患者の割合が 3 %未満」を回答した施設も約 3 割あった。

(地域包括医療病棟における医療資源投入量について)

- 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。一方、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。
- 内科疾患は外科疾患に比べ、救急搬送からの入院、緊急入院の割合が高く、高齢者では特に強くその傾向がみられた。
- 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。
- 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、手術のない緊急入院、手術を行う緊急入院、手術予定のない予定入院、手術目的の予定入院の順に高かった。
- 医療資源投入量や年齢層が同じであっても ADL や要介護度は様々であり、医療資源投入量では測定されない診療上の手間が示唆された。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- マルチモビディティの救急患者は、搬送時点で急性期病棟と地域包括医療病棟のいずれが適しているか判断が難しいとの意見があった。
- 急性期病棟と地域包括医療病棟の双方を有している場合に、患者像は大きな違いはなく、どのような患者を地域包括医療病棟でみてくのか、高齢者において頻度の高い疾患をそうした病棟でみるということも考えられるのではないかと意見があった。
- K コードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標ぼうがある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいのではないかと指摘があった。
- 高齢者の疾患を幅広くみるという観点から、内科疾患と外科疾患の包括範囲内の医療資源投入量について、バランスがとれるよう、その内訳や診療内容を更に検討すべきではないかと意見があった。

- 緊急入院の受入時には様々な手間がかかるので、看護師等の療養の世話の手間について、投入している医療資源の一環として評価方法を検討してはどうかとの意見があった。
- 地域包括医療病棟の届出が伸びてこないのは施設基準の厳しさが影響している可能性があり、地域包括ケア病棟との患者像の類似も踏まえ、緩やかに統一していくような評価方法も検討できるのではないかと意見があった。
- ADL については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無と ADL スコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。
- 高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んでどうかとの意見があった。
- 下り搬送については、最初の搬送先が、病床稼働率等の観点で、本来その病院で診療する必要のない患者を入院させるという事象もあるようなので、機能分化を進めても経営できるよう、評価を検討してはどうかとの意見があった。

4-2. 地域包括ケア病棟入院料について（別添資料② P40～P62）

- 令和6年度改定で、入院41日目以降は入院料が低減する仕組みが導入されたものの、地域包括ケア病棟における入院日数の中央値は23日程度で、改定前後で変化はみられなかった。
- 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。
- 地域包括ケア病棟における自宅等からの直接の入院割合は、医療機関毎にばらばらであった。
- 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。
- 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。病棟における管理栄養士の配置数は全病棟種類の中でも少なく病棟で業務に従事している時間も短い傾向であり、低栄養リスクがスクリーニングで把握されている割合は低かった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 地域包括ケア病棟の患者数上位2疾患が白内障や大腸ポリープであることについては、病棟の役割をふまえてどのように評価するか検討が必要であるとともに、地域包括医療病棟にそうした患者が少ないことは初日のB得点3点以上の患者が5割という要件が影響している可能性があるとの意見があった。
- 管理栄養士が介入することによって経口摂取に復せる割合は多いと思われ、管理栄養士の介入を評価する視点は重要ではないかとの指摘があった。

4-3. 包括的な入院医療を担う医療機関の機能について (別添資料② P49~P62)

- 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。
- 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。救急受入件数が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。
- 後方支援に関する現状の評価として、在宅のかかりつけ医の求めに応じて入院医療を提供した場合に算定する在宅患者緊急入院診療加算や、介護保険施設の入居者が入院を要する状態になった場合に、当該介護保険施設の職員の求めに応じて、診療情報等を踏まえて診療し、必要に応じて入院医療を提供した場合に算定する協力対象施設入所者入院加算がある。地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の双方において、救急搬送受入件数が少なくても、これらの加算を多く算定している医療機関が存在した。
- 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件数が多い施設では、退院時共同指導も多く行われる傾向にあった。
- 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。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。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と連携していた。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。

- 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。
- 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。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 高齢者の入院医療においては、救急の受入とともに在宅との連携も重要であり、在宅医療を含めて地域医療全体を考えることは重要なテーマとの意見があった。また、救急搬送から自宅に退院するまで1つの病院で加療できることが望ましく、病院単位でどのような役割をどのように評価するかといった観点で検討が必要ではないかとの意見があった。
- 新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。
- 地域包括ケア病棟の3つの機能について、病院単位で救急受入等を評価すると、結局ほとんど急性期の病棟に入院している場合があるので、形だけの救急告示ではなく、実際に果たしている後方支援機能等を評価する仕組みが必要ではないか、との意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 包括期の入院医療を担う医療機関の役割として、救急搬送の受入と在宅・施設等の後方支援という観点が示されており、これら进行评估する指標を検討するとともに、各医療機関の役割を踏まえながら、適切な基準についての検討を進める。
- ADL や平均在院日数について、入院している患者像を踏まえつつ、より適切な基準について検討を進める。
- 包括されている医療資源投入量のばらつきとその傾向を踏まえ、高齢者の入院を幅広く担えるような評価の方法について検討を行う。

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について（別添資料② P63～P76）

- 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倍に増加しており、届出機関数は直近5年ほど概ね横ばいになっている。
- 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では16名程度と特に多かった。

- 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なかった。
- 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。
- 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和 6 年 12 月）」において、これまでの回復期機能を包括期機能として位置づけるとされている。

5-1. 実績指数について（別添資料② P69～P71）

- 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価の指標である実績指数については、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こととされている。
- 実績指数から除外可能な要件のうち、80 歳以上に該当する患者が多かった。除外可能な要件のうちいずれかが該当する患者の割合は、全施設において 40%を超えていた。
- FIM 利得がマイナスになる患者が多く、多くの施設で存在し、全患者の 30%近くを占める医療機関がみられた。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- ほぼ全ての患者が実績指数の計算除外基準に該当している施設もあり、現行の基準で病棟の機能を正しく評価されているのか疑問であるため、除外基準を見直すべきではないかとの意見があった。

5-2. 重症患者割合について（別添資料② P72～P73）

- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者の要件として、重症患者割合の要件が定められている。
- 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。

5-3. 廃用症候群リハビリテーションについて（別添資料② P74～P76）

- 令和 6 年度改定では、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で、運動器リハビリテーション料を算定するものについて、1 日 6 単位までの算定とする見直しを行った。
- 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／日以上提供では FIM 利得が比較的小さかった。
- 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った。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 廃用症候群リハビリテーション料について、7単位以上でFIM利得が小さくなる傾向が認められたことや、かなり多くの廃用症候群リハビリテーションを実施している施設があることを踏まえると、疾患別リハビリテーション料の算定上限単位数のあり方についても検討する必要があるのではないかとこの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 専門的なりハビリを一定期間集中的に行う回復期リハビリテーション病棟入院料の趣旨を踏まえ、実績指数や重症患者割合等に係る適切な基準や、疾患別リハビリテーション料の評価のあり方等について、更に検討する。

6. 療養病棟入院基本料について (別添資料② P77~P86)

- 令和6年度末に介護療養病床が廃止されたことに伴い、看護配置25対1の経過措置であった注11に規定する経過措置が令和6年5月末で終了した。「新たな地域医療構想のとりまとめ(令和6年12月)」において、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。」とされている。

6-1. 医療区分や疾患・状態、処置等の該当状況 (別添資料② P79~P81)

- 令和6年度診療報酬改定で、中心静脈栄養に関する医療区分が病態と実施期間に応じて見直された。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が施設基準(入院料1で8割、入院料2で5割)に満たない医療機関の割合は、入院料1で12.8%、入院料2で3.8%であった。
- 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、「医師及び看護師の常時監視を要する状態」が40%、「酸素療法」が40%と多く、次いで24時間持続点滴が25%程度と多かった。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。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 療養病棟は看護職員20対1配置であり、医療区分2・3の患者に多数対応することは難しいため、医療区分の高い患者を受け入れられるような医療の体制について検討が必要であるとの意見があった。

6-2. 経腸栄養管理加算・摂食嚥下機能回復について（別添資料② P82～P86）

- 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。
- 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、身体的拘束を行った患者の割合が高い病棟もみられた。
- 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%にとどまり、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
- 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た。
- 「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。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 中心静脈栄養を実施したうち、身体的拘束を実施した割合が高い病棟もある。事故抜去を防ぐことと両立しなければならないので、人員配置や、患者の状況やリスクなどを深掘りしながら、どうすれば拘束を減らしていけるのか分析してほしいとの意見があった。
- 療養病棟は在宅医療とともに整備され、メリハリある体制となるべきであり、身体的拘束の実施状況も踏まえつつ、経腸栄養に切り替えるための工夫について検討すべきとの指摘があった。
- 経腸栄養管理加算を算定している医療機関は9.3%と少なく、要件となっている栄養サポートチーム加算の届出は研修を受けた医師・看護師等の配置が難しいことが調査で示されており、施設基準について検討を深めてはどうかとの意見があった。
- 療養病棟における身体的拘束については、どのような患者に実施されているかを含めた分析が必要との意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 前回改定時の医療区分の見直し後の、それぞれの入院料における満たす割合に

ついて詳細に検討する。

- 身体的拘束の実施について、患者像や治療内容を踏まえて分析し、本来必要のない身体的拘束があるか検討する。
- 経腸栄養への移行を評価するために設けられている各種加算の届出状況や届出できない理由を踏まえつつ、これらを算定している医療機関におけるアウトカムを含めて分析を行い、経腸栄養への移行をめざすにあたっての適切な評価・分析について検討する。

7. 重症度、医療・看護必要度について（別添資料② P87～P131）

7-1. 特定集中治療室・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について （別添資料② P87～P92）

- 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」において、「シリンジポンプの管理」の配点は1点となっているが、他に1点の配点となっている項目がなく、該当基準は「2点以上」となっているため、該当基準としては活用されていない。
- 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」においては、「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等については、中間ユニットで管理することも考慮する」とされている。
- 一方、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」において、「動脈圧測定（動脈ライン）」「中心静脈圧測定（中心静脈ライン）」の配点は2点となっており、単にこれらを単独で実施しているのみであっても、基準を満たすこととなる。
- 特定集中治療室（ICU）・ハイケアユニット（HCU）の入室患者の傷病名のうち上位を占める急性心筋梗塞後の患者では、致死性不整脈の管理が重要であり、電氣的除細動の実施や、必要に応じた抗不整脈薬の投与が診療ガイドライン等で推奨されている。また、病態に応じて、一時的ペーシングが必要となる場合がある。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者は、人工呼吸器の管理等を要さない場合であっても、ICUやHCUにおいて厳格な不整脈のモニタリングを要する場合があるが、このような患者は、現行の評価体系では「特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」で該当する項目がないとの意見があった。
- 致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、ICUやHCUの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」

「一時的ペーシング」等の処置について、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」での位置づけを検討してはどうかとの意見があった。

7-2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について（別添資料② P93～P131）

（必要度Ⅰ・Ⅱについて）

- 令和6年11月1日時点では、必要度Ⅱを届け出ている施設は、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11月1日時点より増加していた。
- 令和6年度改定における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、急性期一般入院料1は割合①と割合②が設定された。
- 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においてのみ令和4年よりも6年の割合が高かったが、Ⅰ・Ⅱとも、その他の入院料については令和6年の割合は低下していた。

（B項目について）

- 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について、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。必要度基準該当割合は、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。
- 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かった。また入院初日に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。
- 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。
- 急性期一般入院料2～6、地域包括医療病棟における入院時と退院時のB得点13点を要介護度別にみると、いずれの時点でも要介護度との高い相関がみられ、特に要介護4～5においては、入院時から退院時にかけてB得点の変化がほとんどみられなかった。
- 令和6年度診療報酬改定では、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に見直しを行った。B項目は基準から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていることが要件となった。

(内科系症例における重症度、医療・看護必要度について)

- 急性期一般入院料 1 において、外科系症例（C 項目 C15~20、C23 のいずれかに入院中該当した症例）と比較し、内科系症例（それ以外の症例）では、A 得点 2 点以上、3 点以上となる該当割合はいずれも低かった。急性期一般入院料 2~6、地域包括ケア病棟の A 得点 1 点以上においても同じ結果であった。
- 内科症例の中でも、肺炎等、尿路感染症、その他の感染症（いずれも D P C 6 桁名称）においては、急性期一般入院料 1~6 において、A 項目の基準該当割合が内科症例全体に比較して低かった。一方、地域包括ケア病棟における A 得点 1 点以上の割合は内科症例全体よりも高かった。
- 急性期一般入院料 1~6 のいずれにおいても、内科症例のほうが外科症例と比較して B 得点 3 点以上の割合は高かった。また、感染症の症例において、内科症例と比較して B 得点 3 点以上の割合はさらに高かった。
- 急性期一般入院料 1 の病棟において、入院からの日数と A 得点の状況を分析すると、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、外科症例（※）のほうが内科症例に比べて割合が高かった。（※以降の分析では、手術に係る K コードを入院中に算定した症例を外科症例と定義した。）地域包括医療病棟でも同様の傾向であった。
- 急性期一般入院料 1 の病棟における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。一方、地域包括医療病棟における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。
- 検査や画像診断に係る包括内の出来高換算点数が一定以上である割合をみると、急性期一般入院料 1 の病棟と地域包括医療病棟のいずれにおいても、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。
- 外科症例と内科症例で、救急搬送や緊急入院の割合を比較すると、いずれも内科症例で高かった。85 歳以上の高齢者ではその傾向がより顕著であり、内科症例の 9 割程度が緊急入院であった。
- 急性期一般入院料、地域包括医療病棟における 85 歳以上の入院患者数上位 20 位疾患（D P C 6 桁、14 桁コードのそれぞれ）について、上位疾患の多くは緊急入院率が 90% を超えており、その多くが内科疾患であった。ほとんどの疾患は全年齢における入院患者数上位疾患と一致していた。
- 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、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いくつか挙げ、各案のメリットや考えられる懸念について議論した。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- B項目について、基準から除外された急性期一般入院料1のB項目の測定については、現場の負担を考慮して、見直しが必要ではないかという病院団体からの要望が出ており、B項目の測定が、病院にとってある程度負担になっているという事実はお伝えしておくべきとの指摘があった。
- 看護師による重症度、医療・看護必要度の評価に係る負担が最大限軽減されてきたと考えられ、どこにどのような負担があるのかを、もう少しデータとして調べていく必要があるのではないかと意見があった。
- 日々のデータが蓄積されることが日々の評価や分析につながる。国際的にみても、患者像を表すデータなくして患者像の評価はできないのではないかと。令和2年度の診療報酬改定で「できるADL」と「しているADL」が区別され、より正確な評価となった。患者像が複雑化していくなかで、重症度、医療・看護必要度A・B・C項目全体で患者像を表現できると考えられ、必要なケアを評価していくためのリアルワールドデータとしてB項目の有用性があるのではないかと意見があった。
- 令和6年度診療報酬改定以前はA得点が低くなっても、B項目の点数で重症度、医療・看護必要度を評価できていた。また、分析されている通り、内科ではB項目の点数が高くなっており、内科系診療の重症度、医療・看護必要度は、A・C項目で測れるのであればよいが、難しければ、ある程度急性期にふさわしい患者像であることを入院時に絞ったうえで、B項目の活用が可能なのではないかと意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 特定集中治療室・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、「動脈圧測定（動脈ライン）」「中心静脈圧測定（中心静脈ライン）」の実施状況について、「シリンジポンプの管理」の実施状況とともに、更に分析を進める。
- また、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の実施状況について、更に分析を進める。
- 内科症例が重症度、医療・看護必要度で評価されにくいことについて、指標が変わった場合のシミュレーションを行う。
- 重症度、医療・看護必要度B項目については、高齢者の入院を評価する指標としての更なる有用性や、あるいは測定の負担の軽減等の方法について、更に検討する。

8. 救急医療について（別添資料③ P2～P27）

- 令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。年齢区分別の搬送人員と構成比の推移をみると、「高齢者」が増加している。
- 令和5年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で約10.0分であった。また、救急自動車による病院収容所要時間は、全国平均で約45.6分であった。新型コロナウイルス感染症の発生前の令和元年と比べ、現場到着所要時間は約1.3分、病院収容所要時間は約6.1分それぞれ延伸している。

8-1. 救急搬送に関する評価について（別添資料③ P6～P15）

- 救急患者連携搬送料を届け出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」等が多かった。
- 令和6年10月1か月に「救急患者連携搬送料」を算定した患者は、ほとんどの医療機関において少数であった。
- 第二次救急医療機関の一部には、入院した救急患者の25%以上が転院搬送で受け入れた患者である医療機関があった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 救急患者連携搬送料は搬送元医療機関で算定するものである一方、受入側医療機関の評価がない。救急患者連携搬送は受入側医療機関の協力を前提とした制度であることから、受入側にも一定の評価を設けることが必要ではないかとの意見があった。
- 地域包括ケア病棟において「救急患者連携搬送料」を算定した患者を受け入れた場合について、在宅患者支援病床初期支援加算の対象としたことには意義がある。救急連携搬送における受入側医療機関への評価をさらに充実させることで、医療機関間の機能分担や連携の促進につながるのではないかとの意見があった。
- 救急患者連携搬送にあたっては、病院救急車だけでなく、患者等搬送事業者を活用することについても、今後検討の余地があるのではないかとの意見があった。

8-2. 救急外来応需体制に関する評価について（別添資料③ P16～P27）

- 救急外来医療に対する評価として「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」がある。「院内トリアージ実施料」の算定医療機関数は、やや増加傾向である。算定回数は、新型コロナウイルス感染症流行後に大幅に増加したが、令和6年には以前の水準まで減少している。「夜間休日救急搬送医学

管理料」の算定回数は、令和2年以降増加傾向である。

- 救急車等の救急受入患者数が少ない医療機関でも、相当数のウォークイン救急患者を受け入れている医療機関が多数存在する。
- 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。入院した救急患者（ウォークイン救急受診患者を含む。）のうち、平均して54.4%の患者に救急医療管理加算が算定されていた。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 救急患者を多数受け入れる医療機関においては、医師・看護師等の人員配置に加え、24時間体制で検査・処方等が可能な診療体制の整備が不可欠である。こうした体制を構築し、地域の救急医療において重要な役割を果たしている医療機関については、適切な評価がなされるべきではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 救急患者連携搬送において、受入側医療機関の評価や、患者等搬送事業者の活用を検討する上での課題について、更に分析を進める。
- 救急外来応需体制に関する評価について、「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」「救急医療管理加算」等の実態を踏まえ、更に分析を進める。

9. 入退院支援について（別添資料③ P28～P66）

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は微増しており、入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数は年々増加している。令和5年6月審査分において、入退院支援加算の算定回数は389,081件、入院時支援加算は82,205件であった。
- 入退院支援加算を算定した患者の「退院困難な要因」として病棟種別にかかわらず「緊急入院であること」が最も多く、次いで、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟においては、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」も多い傾向が見られる。
- 入院時支援加算は、入院を予定する患者に対し、入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価する位置づけであり、予定入院の場合には、退院困難な要因の有無の評価を入院前に行うことができ、入退院支援に係る準備を進めることが可能となっている。
- 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、入院時支援加算の届出がある場合は、届出が無い場合と比較して平均在院日数が短かった。入院時支援加算の届出がある場合、急性期一般入院基本料はで0.6日（平均値）、地域包

括ケア病棟入院料は4.8日（平均値）在院日数が短くなっていた。

- 急性期入院料においては、自宅から入棟し、自宅へ退棟する割合が高い一方、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟では、自宅への退院だけでなく、転院や介護施設等への入所等、退棟先がより多様である。療養病棟では退棟先が多様であるとともに、死亡退院の割合も高い。
- 令和6年度診療報酬改定では、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直しが行われた。また、入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める改定が行われた。
- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、前回調査（令和4年度）と比較し、いずれの入院料も連携機関数が増加しており、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 入退院支援加算について、緊急入院の患者と生活再編が必要な患者は、それぞれ必要な支援の内容が異なるということが考えられるため、具体的にどのような支援が行われているのかについて、更に詳細に支援内容を見るのがよいのではないかとの意見があった。
- 介護施設等における対応力強化について、例えば高齢者施設で診ている心不全患者においては、水分貯留によって体重増加や症状・兆候によって早期に外来を受診させる、訪問診療で利尿剤を調整する、病院の看護職員等が出向いてケア体制の支援を行う等を行うことによって、無駄な救急搬送・救急入院を減らすことが可能なケースがある。救急搬送前の連携対応の評価を行い、施設からの高齢者の救急搬送を減らすことにつながる可能性があるのではないかとの意見があった。
- 入院時支援加算について、入院支援部門が入院前に外来等で関わることにより、病棟看護師の業務軽減にも結びつく。病院全体の効率化に向けた動きが進んでいると受け取ることができるとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 入退院支援加算や入院時支援加算等について、病院・病棟の機能ごとに入退院支援部門に期待される機能や、医療介護連携の更なる推進の観点から、令和7年度入院外来調査の結果をもとに、更に検討を進める。

10. 働き方・タスクシフト/シェアについて（別添資料③ P67～P116）

10-1. 医師について

本日の議論を反映

10-2. 看護職員について（別添資料③ P67～P116）

- 看護職員就業者数は増加を続け、2020年（令和2年）には173.4万人となり、年代では40歳以上の就業看護職員数が増加している。看護職員の就業場所は拡大しており、病院に就業する看護職員数は近年、微増となっている。
- 新規の看護師資格取得者や、看護師学校養成所（3年課程・大学を含む）の入学者数・卒業者数は減少に転じている。
- 看護補助者の数は減少し続けており、看護補助者の正規雇用の割合は低下している。許可病床100床あたりの看護補助者数も全体的に減少傾向にある。
- 看護業務におけるICT活用として、一部で音声入力等の活用が進められている。看護職員の業務負担軽減の効果として、看護補助者や他職種との業務分担、看護補助者の配置時間の工夫等に効果が見られている。
- 看護補助者の定着に向けて、研修の実施、ラダーの活用、看護補助業務の細分化等の取組が進められている。
- 医師から看護師へのタスクシフト/シェアが進んでおり、特定行為研修修了者も病床規模に関わらず配置されている。医師から看護師へのタスクシフト/シェアとして行われている内容として、「注射、採血、静脈路の確保」が74.7%と最も多く、次いで「事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施」43.3%、「カテーテルの留置、抜去等の各種行為」34.5%、「特定行為の実施」18.0%であった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 看護師の養成について令和6年度には大学の定員充足率も100%を切っており、今後、一層の少子化の進展を考えると、看護職員の確保と働き続けられる環境整備の取組が喫緊の課題となっているのではないかと意見があった。
- 看護補助者の配置・増員の具体的取組について、病棟単位での看護補助者の増減について、また本当に各病院で増やしているのかどうかについて把握する必要があるのではないかと意見があった。
- 療養病棟入院基本料の看護補助体制充実加算において、介護福祉士の位置づけが明確にされたということは非常に有意義であったとの意見があった。

- 看護補助者の確保は厳しい状況にあることが読み取れるが、令和6年度の改定で新設された看護補助体制充実加算では、当該医療機関での3年以上の経験や、必要な能力を段階的に示して育成評価に活用するということを評価しているのではないかとこの意見があった。
- 看護補助体制充実加算の活用が進んでおり、今まさに研修の実施や業務の見直しなどが図られ、看護補助者の定着のための取組が進められている段階であり、効果が出るまでに多少時間はかかると思われるが、処遇改善と併せて、今後も着実に進めていく必要があるのではないかとこの意見があった。
- 病棟における多職種の実際の役割分担についてどのように行われているのか解析できるとよいのではないかとこの意見があった。
- ICT、AI、IoTを導入して取り組みたい一方、機器活用には、初期の導入費用、維持メンテ費用、投資額も必要となる。一部導入時の補助金はあるものの、維持メンテナンス費用までを入院基本料等で補ってもらう必要があるのではないかとこの意見があった。
- 生産性向上や業務負担軽減の点では、音声入力やバイタルデータの自動入力などが有効だと考えられるが、ICT、AI、IoT等の活用は推進が必要な状況であり、具体的な活用が進むための方策について検討が必要ではないかとこの意見があった。
- ICT、AI、IoT等の活用を今後どのように伸ばしていけるかについて、方向性を考えていくことが重要であるとの意見があった。
- 看護職員の負担の中では、結果より、夜勤が可能な職員の確保や夜勤者の負担軽減が非常に大きな課題になっていることがわかる。看護職員の夜勤の働き方やシフトの在り方も多様化してきており、夜勤に関する調査結果も精査すべきではないかとこの意見があった。
- 特定行為研修を受講する人材確保が難しく、特定行為研修を受ける段階でのインセンティブを検討していく必要があるのではないかとこの意見があった。また、特定行為研修修了者のキャリア構築や修了のメリットを提示していく必要があるのではないかとこの意見があった。
- 特定行為研修修了者の養成を推進していくためにも看護職員の人材確保が必要である。また、特定行為研修修了者の手術室や外来等における活躍についての実態も把握すべきではないかとこの意見があった。
- 特定行為研修修了者の動向や配置状況について調べることも必要なのではないかとこの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 医師事務作業補助者の定着に向けた取組や、ICTの活用による省力化等について、令和7年度入院外来調査の結果を踏まえさらに検討を進める。
- 看護職員の働き方、病棟の看護業務のタスクシフト/シェアの現状やICT、AI、

IoT等の活用に関して、令和7年度入院外来調査の結果等について更なる検討を進める。

1 1. 病棟における多職種でのケアについて（別添資料③ P117～P135）

1 1-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について

（別添資料③ P117～P121）

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟においては、配置基準が定められている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士をはじめとする様々な職種が関係する業務に関わっていた。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定がある（多職種が配置されている）病棟においては、病棟での各業務に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士が主として関わる割合が高く、医師や看護職員が主として関わる割合が低かった。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じたワンポイントのADL動作の指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 土日祝日に提供するリハビリテーション単位数が平日の8割以上であることの要件が厳しすぎるのではないかと意見があった。
- 病棟配置によって、ADLの評価、維持や廃用予防といった観点から意義があるのではないかと意見があった。

1 1-2. 病棟におけるリハビリテーションについて（別添資料③ P122～P126）

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従常勤の療法士数が規定されており、かつ疾患別リハビリテーションを担当する専従者と兼務はできないとされている。しかし、専従の療法士が病棟において疾患別リハビリテーションと別に行う業務については、地域包括医療病棟以外では明記されていない。
- 療法士の疾患別リハビリテーションの提供以外の業務として、ADL等の評価、他職種へのポジショニング等に関する助言、可動域等や退院後を考慮した患者

へのケア提供、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者への ADL の維持・向上を目的とした指導等を行っていた。

- 入院中のリハビリには、身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入が求められる。
- 生活機能回復に資する診療報酬上の評価として、例えば尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中に下部尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定できる排尿自立支援加算があるが、届出医療機関数は 1200 に達していない。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4 を算定する病棟のうち、生活の場における短時間のリハビリテーションを実施していた病棟は 10～20%であった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 病棟配置の療法士の役割は明示されていないが、病棟における生活機能回復のための介入は重要であるとの意見があった。一方、一部は生活介助の延長ともとらえられるため、リハビリとして実施する効果を科学的に検証する必要もあるのではないかという指摘があった。
- 病棟における生活の場に即した短時間のリハビリテーションは重要だが、例えばトイレ場面の介助等は短時間で終わり、カルテ記載を含めるとカルテ記載のほうがかかることもあるため、位置づけを検討してはどうかとの意見があった。

1 1 - 3. 病棟における栄養管理について (別添資料③ P127～P132)

- 累次の改定において、管理栄養士の病棟での業務が推進されているが、多くの病棟では配置が進んでいない。
- 管理栄養士が病棟で従事する時間が就業時間のうち 2 割未満の病棟が約 3 割あり、そのような病棟では栄養情報提供書の作成やミールラウンドの実施割合が特に低かった。
- 栄養サポートチーム加算の届出施設数は増加しているが、入院料により算定状況は様々であった。未届け理由は、研修を受けた専門職確保が困難であることが多く、チーム設置のメリットが少ないことも 3 割超となっていた。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 管理栄養士の業務として、給食管理業務が一定割合あるが、調理員不足により調理等の業務が増えている場合もあり、そこを解決して、病棟での栄養管理に専念できるようにしなければならないとの意見があった。
- 栄養サポートチーム加算の算定回数が増えていないのは、患者がいらないのではなく、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士が共同で診療を行うことの負担が大きいのではないか。高齢者の入院が今後ますます増加する中で、栄養管理の観

点からどのように推進すべきか検証すべきではないかとの意見があった。

1 1 - 4. 病棟における薬剤管理について（別添資料③ P133～P135）

- 病棟薬剤業務実施加算の届出医療機関数は、平成 24 年度の加算新設以来、年々増加している。
- 病棟薬剤業務実施加算の算定状況によらず、薬剤師による介入が医師の負担軽減に寄与している。
- 令和 6 年度年に新設された薬剤業務向上加算について、算定医療機関数は今後増加の見込みであるが、地域の医療機関に出向できる薬剤師の確保が課題である。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 調剤以外の病棟業務等のニーズが増え、病院薬剤師数は増加している。ただし、薬剤師の人件費を賄う場合、病棟薬剤業務実施加算により 150 床程度の算定で得られる診療報酬でようやく 1 人分となり、小規模病院では当該診療報酬によって薬剤師の人件費が確保できない現状があるとの意見があった。
- 薬剤業務向上加算の算定医療機関数は増加傾向であり、出向した薬剤師の成長や受け入れ先の地域医療機関における薬剤業務の質の向上につながっているとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、土日祝日のリハビリテーション提供量の評価のあり方について、検討する。
- 病棟におけるリハビリテーションについて、令和 7 年度入院外来調査の結果を踏まえ、更に検討する。
- 病棟における栄養管理について、管理栄養士が病棟での業務時間を確保するための要因や栄養サポートチームの役割について、更に検討する。
- 病棟における薬剤師業務は、拡充してきているが、病院機能や規模、地域によっては必要な薬剤師数を十分に確保することができない現状について、病棟配置の効率化や薬剤師確保への取組について、令和 7 年度入院外来調査の結果等を踏まえ更に検討する。

1 2. 外来医療について（別添資料④ P 2 ～P73）

1 2 - 1. 地域包括診療料・生活習慣病管理料について（別添資料④ P 2 ～P39）

- 地域包括診療料の届出医療機関数は近年横ばいであったが、算定回数は減少傾向であった。地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は、地域包括診療料と比較して多く、近年増加傾向であった。
- 地域包括診療料・加算等の算定患者の主傷病名は、高血圧症、糖尿病、脂質異

常症が比較的多い傾向であったが、多岐にわたっていた。

- 地域包括診療料・加算の算定診療所では、それ以外の診療所と比較して、介護との連携に関する取組を実施している割合が高かった。
- 特定疾患療養管理料を算定する患者の主傷病名は、令和6年度改定以前は生活習慣病が多くを占めていたが、改定以後は気管支喘息や慢性胃炎の占める割合が増加し、算定回数は大幅に減少、算定医療機関数はやや減少した。
- 主傷病名が糖尿病、高血圧症、脂質異常症である外来患者が算定された診療報酬は、令和4年では外来管理加算が最も多かったが、令和6年では、生活習慣病管理料(Ⅱ)が最も多かった。
- 生活習慣病管理の関係学会のガイドライン等においては、高齢者の生活習慣病の管理にあたっては、特有な状態への配慮が必要とされている。糖尿病の管理にあたっては、高齢者の患者とそれ以外の患者では、治療目標の推奨が異なっている。
- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院に対して、生活習慣病管理料を算定していない理由を聞いたところ、「療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きい」が14.4%であった。
- 生活習慣病管理料を算定された患者について、6か月ごとの継続算定率は、医療機関ごとにばらつきがあった。
- 外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上長期処方に対応していること」が多かった。
- 診療所又は200床未満の病院において、糖尿病を主病とする患者数は、平均で118.8人、中央値は38.5人であった。そのうち、眼科受診を指導した患者数は、平均で21.5人、中央値は0人であり、歯科受診を促した患者数は、平均で14.1人、中央値は0人であった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 高齢者では、複数疾患への罹患やポリファーマシーなど、リスクが重なり合う中でフレイルが進行することを踏まえると、これらを包括的に診る役割を担うことが、かかりつけ医の重要な機能であると考えられるとの意見があった。
- 生活習慣病管理料を算定していない理由として、対象患者が少ないこと以外に、療養計画書の作成負担が大きいことが挙げられており、過去に簡素化がなされたものの、依然として負担感が残っている。療養計画書のあり方について見直しの検討が必要ではないかとの意見があった。
- 生活習慣病管理料においては、患者が治療から脱落せず、継続的に受診を続けることが重要な観点である。「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」の調査結果において、予約診療及び長期処方への

対応が多く選択されていることを踏まえた検討が必要ではないかとの意見があったとの意見があった。

- かかりつけ医機能は、地域全体で「面」で担っているという特性がある。かかりつけ医としては継続的な通院を望む一方で、患者の状況に応じて通院先が変更となる可能性もあることを踏まえて、継続算定率のデータは慎重に評価する必要があるとの意見があった。
- 糖尿病患者に対する歯科受診は、オーラルフレイルの予防や口腔機能の低下への早期対応の観点から重要である。糖尿病の内科診療を受ける外来患者に対しては、歯科診療所への定期的な受診を促す体制がさらに必要ではないかとの意見があった。
- 長期処方への対応状況と、リフィル処方への対応状況には大きな差がある。生活習慣病の外来診療は、データからも長期処方で十分対応できていることから、リフィル処方の必要性は限定的であると考えられ、リフィル処方に対する過度な期待については、見直しの余地があるのではないかとの意見があった。

12-2. かかりつけ医機能について（別添資料④ P40～P58）

- 機能強化加算の届出医療機関数は、令和3年までは増加傾向であったが、近年は横ばいである。算定回数は、令和2年に大きく減少していたが、令和5年には令和元年以前よりも増加した。
- 外来受診した医療機関において「かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある」と回答した患者は、38.9%であり、「かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある」と回答した患者は、46.2%であった。
- 機能強化加算の届出医療機関は、機能強化加算の算定要件の一部となっている「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」等に関する機能を有している割合が大きかった。
- かかりつけ医に関連した研修等のうち、「日本医師会のかかりつけ医機能研修」を修了又は一部受講した医師の在籍割合が最も高く、43.5%であった。
- 医学生の実習、臨床研修医の受入れを行っている診療所は約10%前後であり、専攻医の受入れを行っている診療所は約4.2%であった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 現在の機能強化加算は、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料等の届出をもって、かかりつけ医機能が高いと評価する考え方となっている。かかりつけ医機能報告制度が開始されることを踏まえると、この制度に沿った形で再検討することが求められるのではないかとの意見があった。

1 2 - 3. 外来機能分化について（別添資料④ P59～P73）

- 病院の1日平均外来患者数は、長期的には減少傾向である。紹介なしで外来受診した患者の割合を病院機能別に見たところ、その割合は長期的に減少傾向にあり、令和5年は特定機能病院では34.1%、地域医療支援病院では58.5%であった。
- 紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算規定の対象病院における令和6年度の紹介割合・逆紹介割合は、令和5年度と比較して不変～やや増加していた。
- 減算規定の対象病院における令和6年10月の再診の患者数の平均値・中央値は、令和5年10月と比較して増加した。全受診患者に占める初診患者割合の平均値・中央値は、特定機能病院では約5%であり、その他の区分では約10%であった。
- 減算規定の対象病院の再診患者のうち約6割以上の患者は、2年以内に初診料の算定がない患者であった。また、平均して8割程度の患者が直近6か月以内に再診を受けていた。
- 医療機関間の連携に関する評価として「診療情報提供料（Ⅰ）」「診療情報提供料（Ⅱ）」「連携強化情報提供料」を設けている。診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。特に、「連携強化情報提供料」は、令和6年に算定回数が大きく増加した。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 減算規定の対象病院において、相当数の患者が2年以上通院していることや、半年以内に外来再診していることについては、当該患者が本来逆紹介すべき患者であるのか、あるいは地域の医療機関で日常的な管理を受けつつ、専門外来でフォローアップされているのか、現状のデータだけでは判断が困難であるため、今後、他の医療機関への受診状況や疾患の種類等も含めて分析を行い、継続的な受診の妥当性について検討することが必要ではないかとの意見があった。
- 特定機能病院等の再診患者には、悪性腫瘍のフォローアップや化学療法を要する患者など、継続的な医学的管理が必要な患者が含まれていると考えられる。どのような患者が再診を継続しているのか、更なる分析が必要ではないかとの意見があった。
- かかりつけ医機能の充実に向け、診療情報のやりとりは重要であり、診療情報提供料の算定回数増加は好ましい傾向である。連携強化診療情報提供料は病院での算定が大きく伸びる一方で、診療所では伸びていない。その要因が、算定要件が複雑であるためであるならば、要件の見直しが必要ではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 複数疾患や生活の場を含めた包括的な診療を必要とする患者について、更に分析を進める。
- 令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する患者の特性等について、更に分析を進める。
- 特定機能病院等の再診患者の特性や、地域の診療所と連携して診療にあたっている患者数について、更に分析を進める。
- 特定機能病院等が再診患者の逆紹介を行う上での課題や、診療所において病院からの紹介患者を受け入れる上での課題、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について、更に分析を進める。

1 3. 情報通信機器を用いた診療について（別添資料④ P74～P93）

- 令和4年度診療報酬改定における情報通信機器を用いた診療の見直し以降、情報通信機器を用いた診療の届出医療機関数は増加傾向であり、初・再診料等の算定回数も増加している。
- 年齢階級別の算定回数については、対面診療と比較して若年者の算定割合が高く、再診料・外来診療料では年齢構成に地域差が見られる。

1 3-1. D to Pについて（別添資料④ P79～P84）

- 情報通信機器を用いた診療における傷病名について、初診料は呼吸器感染症、再診料等は精神疾患に類する傷病名が占める割合が大きく、対面診療の割合が5割未満の医療機関においても同様の傾向であった。
- 受診者のうち受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- オンライン診療は健全に普及させていくことが求められているところ、令和6年のデータでは令和4年と比較して精神科領域や皮膚科領域の増加が目立っており、オンライン診療と対面診療を比較した場合の診療内容の比較等により実態を検証してはどうかとの意見があった。
- オンライン診療による向精神薬の不適切な処方リスクが懸念されることから、診療内容についてより詳細に実態を検証してはどうかという意見があった。

1 3-2. D to P with Dについて（別添資料④ P85～P86）

- 遠隔連携診療料は令和2年度に新設されて以降、算定回数は限られている。
- 過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%で、遠隔連携診療料を算定できる状況以外であっても、医療的ケア児に

対する診療や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医との連携等の事例も見られた。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- D to P with D について、医療的ケア児に対する診療や訪問診療における耳鼻科等の疾患に対する評価が考えられるのではないかという意見があった。

13-3. D to P with N について (別添資料④ P87~P90)

- 令和6年度診療報酬改定において再診料・外来診療料に係る看護師等遠隔診療補助加算が新設され、届出医療機関数は令和7年4月1日時点で78施設となっており、研修受講者も合計約4,000名程度となっている。
- オンライン診療を受けた感想として、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」と回答した患者が45.3%、オンライン診療より対面診療を希望する理由として、「検査や処置がすぐに受けられるから」が83.2%で最多であった。
- 規制改革実行計画(令和7年6月13日閣議決定)において、D to P with N における診療報酬の算定方法に不明確な部分があるとの指摘があった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- D to P with N においては、看護師等による診療の補助等も行われていることから、その評価については明確化も含めて検討してはどうかという意見があった。

13-4. へき地等におけるオンライン診療について (別添資料④ P91~P93)

- 第8次医療計画におけるへき地の医療提供体制において、主要3事業の評価のうち、オンライン診療を活用して行った巡回診療・代診医派遣についても、主要3事業の実績に含めることが明確化されたところ。
- 令和5年度実績によると、巡回診療を実施したへき地拠点病院のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数が7施設(7.1%)であった。また、へき地診療所において、へき地の住民に対するオンライン診療で活用したと回答した医療機関は75施設(6.7%)で、受診者が患家にいるケースよりも受診者が診療所にいるケースの件数が多かった。
- 二次医療圏別の算定回数について、医療機関住所地ベースでは、東京都(23区内)での算定回数が多く、66の二次医療圏で算定回数が0回であった。患者住所地ベースでは、全ての二次医療圏で算定されていた。

【今後の検討の方向性】

- オンライン診療と対面診療の診療内容の違いについて、更に分析を進める。

- オンライン診療による向精神薬の処方実態について、更に分析を進める。
- D to P with D について、医療的ケア児に対する診療や訪問診療における耳鼻科等の疾患に対する診療実態を踏まえ、更なる分析を進める。
- D to P with N について、診療報酬の算定要件を明確化するため、検討を進める。
- へき地等におけるオンライン診療について、患者住所地と医療機関住所地の関係や医療機関間の連携について、更に分析を進める。

1 4. 入院から外来への移行について （別添資料④ P94～P107）

- 短期滞在手術等の算定方法については、入院・入院外の別、及び医療機関の類型毎に、複数の算定方法が混在している。
- 令和4年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料1の評価及び麻酔科医の配置に係る要件の見直しを行うとともに、短期滞在手術等基本料1の対象手術等の追加を行ったところ、特に診療所での算定回数が著しく増加した。
- 短期滞在手術等基本料1については、対象手術のうち「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）」といった一部の手術が、算定回数の殆どを占めている。
- これらの手術については、診療所を中心に、一定程度入院外でも実施されている一方で、一部の手術については、病院における入院外実施率は低調に推移しており、令和4年度診療報酬改定での短期滞在手術等基本料1の算定要件の見直し後も、外来実施率の伸びへの明らかな影響はみられていない。
- 医療機関毎の分析では、これらの手術の入院外実施率が0%の医療機関も、一定数もみられた。
- 特に、白内障に体する水晶体再建術については、第165回社会保障審議会医療保険部会において、本邦では、OECD諸外国と比較して外来実施率が低いことが指摘されている。
- また、令和8年度診療報酬改定に向けたDPC作業グループにおける議論において、DPC対象病院の中に、短期滞在手術等の症例割合が高い医療機関が存在することが指摘されており、また、当分科会においても、地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3の対象となる入院例が多いことが指摘されている。
- 短期滞在手術等を入院で実施する場合、外来で実施する場合と比較して、総じて診療報酬が高くなる。
- 令和5年度特別調査においては、短期滞在手術等を入院で実施する理由として、病院の構造的な理由や、症例毎の臨床的な理由等が挙げられた。
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術については、令和4年度診療報酬改定において、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等を、新たに対象手術等に加えることとした。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が

増加しており、平成30年度以降も一定程度算定されている。

- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等については、平均在院日数が減少していた。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 「水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)(その他のもの)」等、一部の手術については、外来で実施可能であり、外来移行を進めるべきではないかとの意見があった。
- 短期滞在手術について、算定する入院料等によって患者像が異なるとは考えがたいため、算定方法を統一すべきではないかとの意見があった。
- 外来移行の阻害要因のうち、施設要因については一定の配慮が必要ではないか。

【今後の検討の方向性】

- 短期滞在手術の患者年齢等にも着目し、更に分析を行う。

15. 個別的事項(別添資料④ P108~P169)

15-1. 意思決定支援について

本日の議論を反映

15-2. 身体的拘束を最小化する取組について

本日の議論を反映

15-3. 栄養管理体制について(別添資料④ P109~P112)

- 令和6年度改定で導入した低栄養評価のGLIM基準の活用状況は、地域包括医療病棟が100%と最も高く、特定機能病院が40.4%と最も低かった。GLIM基準の導入により、多職種連携が進んだという回答が約5割だった。
- 入院時に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。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 地域包括医療病棟で低栄養リスクの患者が多いのは、管理栄養士が病棟配置されて、的確に栄養スクリーニングが行えているという結果ではないかとの意見があった。
- 低栄養リスクだけではなく、GLIM 基準で低栄養と判定された患者の状況についても示せないかとの指摘があった。

【今後の検討の方向性】

- 低栄養の実態を更に分析するとともに、標準的な手法による低栄養の把握を推進するための要因を検討する。

15-4. リハビリテーションについて (別添資料④ P113~P118)

- 入院中のリハビリには、身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入が求められる。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位を超えて実施した症例は45%であった。
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3~5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。一方、各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14~24%に留まっていた。
- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。
- 早期のリハビリテーションを評価する加算として急性期リハビリテーション加算、初期加算、早期リハビリテーション加算が設けられているが、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。
- 14日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3日以内に介入できていない割合は38%であった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 社会復帰のための施設外でのリハビリテーションは重要であり、1日3単位までという単位数の上限は見直すべきではないかとの意見があった。

- 退院前訪問指導は多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合うよう評価されれば、より実施されるのではないかと意見があった。
- 高次脳機能障害について、特に就労支援に関しては、かかりつけ医等との密な連携に対して、より評価をすべきではないかと意見があった。
- 急性期のリハビリでは、入院直後からなるべく早くリハを開始することが重要であるため、急性期リハビリテーション加算等の評価のあり方について検討していく必要があるのではないかと意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 退院後の生活に向けた介入や急性期における早期のリハビリ介入の評価のあり方について、令和7年度入院外来調査の結果等を踏まえ、更に検討する。

15-5. 食事療養について（別添資料④ P119~P123）

- 入院時食事療養（I）を届け出た場合、要件を満たせば特別食加算や食堂加算を算定できる。また、多様なニーズに対応した食事を提供した場合、特別料金の支払いを受けることができる。
- 入院患者の栄養摂取方法として、急性期や包括期では約8割が経口摂取のみであり、慢性期でも約5割は経口摂取している。経口摂取のみの患者のうち、一定数は嚥下調整食の必要性がある。
- 食費の基準額は、食材費の高騰等を踏まえ、令和6年6月から1食当たり30円、令和7年4月から更に20円引き上げた。
- 食費の基準額引き上げにより、給食の質が上がったとの回答はわずかだった。一部委託や完全直営の施設の約4割は、30円以上経費が増加しているため更なる経費の削減を行っていた。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 食費の基準額は、約30年ぶりに、30円、20円と引き上げられたが、米などの食材費や人件費は更に高騰し、給食委託費の引き上げの要望もある。財源がないのであれば、患者負担増も含めた見直しの検討が必要との意見があった。
- 経営努力が必要とはいえ、食材の組合せを変えて対応となると食事の質への影響が懸念される。様々なデータや給食のコスト構造を踏まえて、実態の把握と対応について検討を進めるべきとの意見があった。
- 嚥下調整食が必要な患者は一定数いるが、特別食加算の対象とはなっていないので、検討すべきではないかと意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 医療の一環としての食事の質を確保するため、様々なデータを分析して実

態を把握する。

- 嚙下調整食のようなニーズがあるが評価されていないものについて、実態を把握する。

15-6. 病院薬剤師について (別添資料④ P124~P126)

- 病院に勤務する薬剤師数は 5.66 万人であり、病院における薬剤師偏在指標が 1.0 を超える都道府県はなく、病院薬剤師は全国的に不足している。
- 病院薬剤師の配置状況は、特定機能病院や高度急性期・急性期病棟で 77.1%、回復期・慢性期病棟は 22.9%であり、病床機能によって偏在が見られる。回復期・慢性期病棟に従事する薬剤師は、中央業務（調剤室等における対物業務）に従事する割合が、特定機能病院、高度急性期・急性期病棟に比較して高い状況である。
- 病院薬剤師が行う業務のうち、病棟業務（いわゆる対人業務）に対する診療報酬上の評価として病棟業務実施加算を設けており、その算定届出医療機関数は年々増加している。一方で、医師の処方に基づく医薬品の調剤業務（いわゆる対物業務）については、院内処方と院外処方を比較すると、その評価には差がある。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 院内処方と院外処方との同一業務に対する報酬上の点数差が大きすぎるため、薬局薬剤師数が大幅に増加し、病院薬剤師数が人手不足に陥っていると考えられるので、再度検討すべきではないかとの意見があった。一方で、院内処方の評価を上げることで、院内処方の増加につながる恐れがあるので、入院患者の調剤に対する評価を検討してはどうかとの意見があった。

15-7. ポリファーマシー対策・薬剤情報連携について

(別添資料④ P127~P137)

- 退院時の薬剤指導において、薬剤師が関与する施設の場合、退院処方薬のみならず、入院時持参薬なども含めた質の高い説明・指導を実施した割合が高くなる。しかし、保険薬局への薬剤情報連携は診療報酬上評価の対象となっているが、医療機関等に対して薬剤情報連携を実施しても、情報連携元である医療機関における、退院時薬剤情報管理指導料等の評価の対象となっていない。
- ポリファーマシー対策の診療報酬上の評価である「薬剤総合評価調整加算」「薬剤調整加算」については、「薬剤総合評価調整加算」は算定医療機関が病院全体の 16.7%、「薬剤調整加算」は算定回数が全国で月当たり 3000 件以下である。
- 「(認知症) 地域包括診療料・加算」における「薬剤適正使用連携加算」は、

地域包括診療料・加算等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価であり、令和6年8月における算定回数は、13件であった。

- 病院におけるポリファーマシー対策については、他職種から病院薬剤師に対する期待が大きい反面、急性期では在院日数が短く十分な介入ができないこと、また、人手不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を確保できないことなどから、病院薬剤師が十分に取組めない場合が多い。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 急性期病棟では、在院中に減薬してその後の経過を確認することは困難であり、回復期以降の病棟で対応すべきであり、回復期病棟等での薬剤情報連携の状況についても示してほしいとの意見があった。また、その評価を検討すべきではないかとの意見があった。
- 薬剤適正使用連携加算の算定回数は極めて少なく、算定要件が厳しすぎるのではないかと。現状、入院・入所患者を対象とした評価となっているが、他院にも併せて通院する外来患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を他院へ行った場合には、評価の対象としてはどうか、との意見があった。
- ポリファーマシー対策について、薬剤数ではなく、ポリファーマシー対策が適正に実施されているか、質を評価すべきとの意見があった。「抗コリン薬リスクスケール」や、「高齢者施設の服薬簡素化提言」等を踏まえ、検討すべきとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- ポリファーマシーの対策の推進に向けて、医療機関に対し、薬局と連携した取組の状況等に関する令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、必要な対策を更に検討する。

15-8. 総合病院精神科について (別添資料④ P138~P161)

- 総合病院精神科において、身体管理が必要な精神科専門治療、自殺企図関連の合併症治療、先行する精神疾患に身体疾患が合併した患者の治療等の役割を果たすことが期待されている。
- 救急搬送に係る時間を傷病別に見ると、「精神系」は他疾患と比較して長い傾向にある。
- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。
- 精神病床を有しながら、入院医療における総合性を兼ね備えていると考えられる、全病床数が400床以上かつ精神病床の割合が15%未満の医療機関が存在しない二次医療圏が多く存在した。

- 精神病床を有する病院の方が、それ以外の病院よりも急性期の一般病床において精神疾患への対応が可能である割合が多かった。
- 精神病床を有している医療機関は、精神科医の対応が必要な救急搬送患者を受け入れていた。
- 総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和4年以降減少傾向にあった。また、精神科充実体制加算又は小児・周産期・精神科充実体制加算の届出医療機関数は、令和5年以降横ばいであった。
- 精神科急性期医師配置加算の届出医療機関数は増加傾向であり、精神科急性期医師配置加算2イの算定回数は横ばいであった。
- 総合病院精神科を評価する加算の算定医療機関の方が、それ以外の医療機関よりも手術等を伴う統合失調症患者の入院件数が多かった。
- 精神科リエゾンチーム加算の届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。
- 急性期の一般病床において、精神科リエゾンチームは、せん妄や抑うつを有する患者、自殺企図で入院した患者、認知症患者等、多様な精神疾患に介入していた。
- 精神科リエゾンチーム加算の届出医療機関の60.2%が認知症ケア加算1を届け出ている。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- 総合病院における精神病床数について、届出病床数よりも稼働病床数に着目すると、より顕著に減少傾向にあるのではないかとの指摘があった。
- 総合病院で勤務する精神科医数は減少傾向にあるのではないかとの意見があった。
- 手術等の身体合併症を要する精神疾患患者の中でも、精神症状を理由とした療養上の手間は、患者ごとに多様であるとの指摘があった。

【今後の検討の方向性】

- 精神病床を有する総合病院や精神科リエゾンチーム加算に係る評価指標について、勤務医師数や診療実態等に関する令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、更に検討する。

15-9. 診療科偏在対策について

本日の議論を反映

15-10. データ提出加算・退院患者調査について (別添資料④ P162~P169)

- データを用いた診療実績の適切な評価を行う観点から、入院医療について、診療等のデータを継続して厚生労働省に提出している場合には、データ提出加算として、一定の評価を行っている。
- 収集するデータの内容については、MDC 毎の診断群分類見直し技術班での検討や、データ提出加算を要件とする入院料の範囲の拡大に伴い、拡充されてきた。
- 診療報酬上、一部の評価については、医療機関において集計された診療実績データを基に行っているが、DPC データ等による評価が可能なものも存在する。
- 令和4年度診療報酬改定において、データに基づく適切な評価を推進する観点から、外来、在宅及びリハビリテーション医療についても、診療等のデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価が新設された。
- 外来様式1においては、検査値等を含む、多様な項目の入力を求めている。
- 外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることとしては、病院・診療所ともに、「入力のための人員が確保できない」が最も多かった。

(分科会での評価・分析に関する意見)

- データの入力は医療機関の負担となっており、調査項目を見直すべきではないかとの意見があった。
- 特に、外来データ提出加算における検査値等の入力については、負担が大きいのではないかとの意見があった。
- 提出されたデータについては、施設基準の届出等における医療機関の負担軽減といった観点からも活用しうるのではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 医療機関の負担軽減に向けて、様式の簡素化やデータの更なる活用等の検討に資するよう、データ提出加算等によってのみ収集できる情報と、それ以外のデータベース等でも収集している情報等について、整理を進める。

Ⅲ. 参考

<分科会の開催状況>

令和7年5月22日	急性期入院医療について（その1） 高度急性期入院医療について（その1）
令和7年6月13日	高齢者の入院医療について（総論） 包括的な機能を担う入院医療について（その1） 回復期リハビリテーション病棟について（その1） 慢性期について（その1）
令和7年6月19日	外来医療（その1） データ提出加算（その1） 情報通信機器を用いた診療について（その1）
令和7年6月26日	働き方・タスクシフト/シェア（その1） 病棟における多職種でのケア（その1） 入退院支援（その1） リハビリテーション（その1） 食事療養（その1）
令和7年7月3日	DPC/PDPS 等作業グループからの中間報告について 診療情報・指標等作業グループの検討状況について 急性期入院医療について（その2） 救急医療について（その1）
令和7年7月17日	外来医療（その2） 包括的な機能を担う入院医療について（その2） 入院から外来への移行（その1） 総合病院精神科について 薬剤業務について
令和7年7月31日	個別事項について（その1） ・意思決定支援について ・身体的拘束を最小化する取組について 働き方・タスクシフト/シェア（その2） 医師の診療科偏在（その1）