

(令和7年度第9回)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年8月21日(木)

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

1. 賃上げ・処遇改善（その1）

1－1. 医療機関等における賃上げを取り巻く状況について

1－2. 賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について

1－3. 診療報酬の算定状況等について

1－4. 医療機関等における賃上げ状況について

1－5. 診療報酬の届出方法等について

医療機関の収支構造（イメージ）

医療機関の収支の内訳には、以下のようなものが含まれることから、収支の動向を分析するためには、費目ごとにその動向を把握する必要がある。



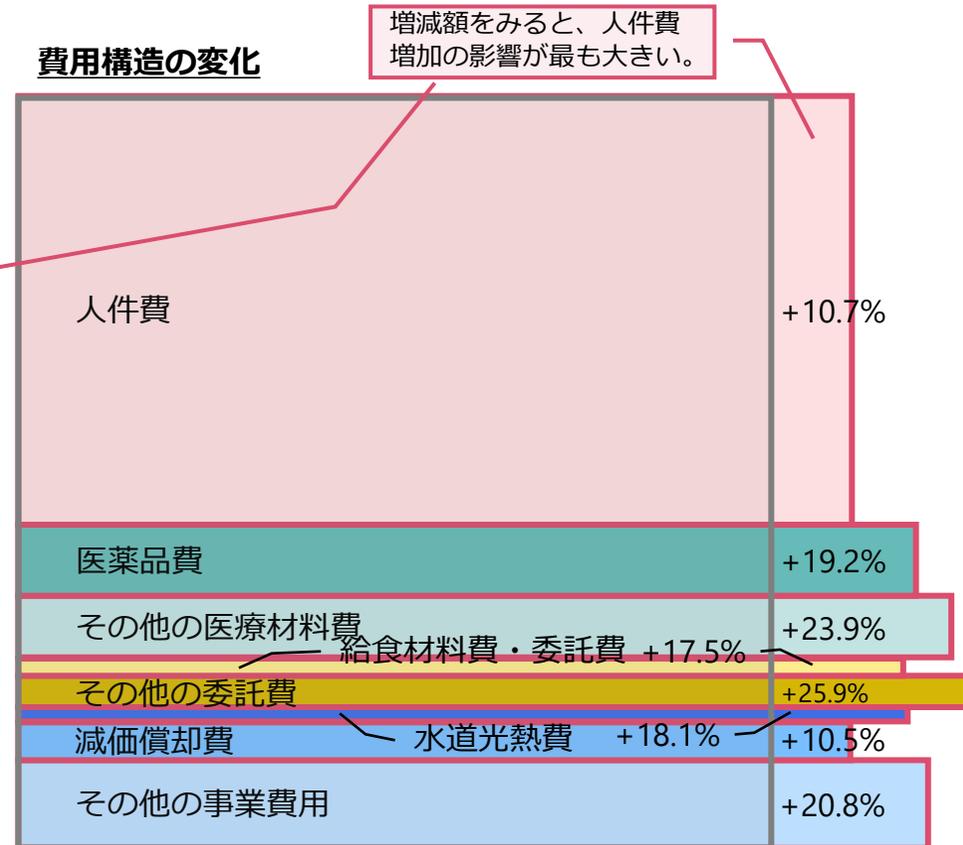
病院の収支構造の変化

2018年度と2023年度の病院の100床当たり損益を比較すると、事業収益の増加（+10.3%）以上に事業費用が増加（+14.7%）したため、事業利益が悪化。金額ベースでは、費用の50%超を占める人件費増加の影響が最も大きい。

100床当たり損益の比較

単位：千円	2018→2023の比較			
科目	2018	2023	増減額	増減率
事業収益	1,523,760	1,681,312	+157,552	+10.3%
事業費用	1,495,334	1,714,970	+219,636	+14.7%
人件費	855,635	947,106	+91,470	+10.7%
医薬品費	142,674	170,064	+27,389	+19.2%
その他の医療材料費	121,928	151,092	+29,164	+23.9%
給食材料費・委託費	34,901	40,994	+6,093	+17.5%
その他の委託費	63,244	79,648	+16,405	+25.9%
水道光熱費	28,040	33,106	+5,066	+18.1%
減価償却費	74,153	81,919	+7,766	+10.5%
その他費用	174,758	211,040	+36,282	+20.8%
事業利益	28,426	-33,657	▲62,084	-

費用構造の変化



出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2023年度1,943施設が対象

数値は病院全体のものであり、様々な機能や規模の病院が含まれていること、年度により対象施設数が異なることから、100床当たりの損益を計算して比較を実施

事業収益からは事業収益に計上されたコロナ補助金を除外。医薬品費は薬品全般の費消額であり、その他の医療材料費は診療材料費や医療消耗器具備品などの医薬品費以外の医療材料費のこと。人件費には給与費の他、法定福利費、退職給付費用、役員報酬を集計

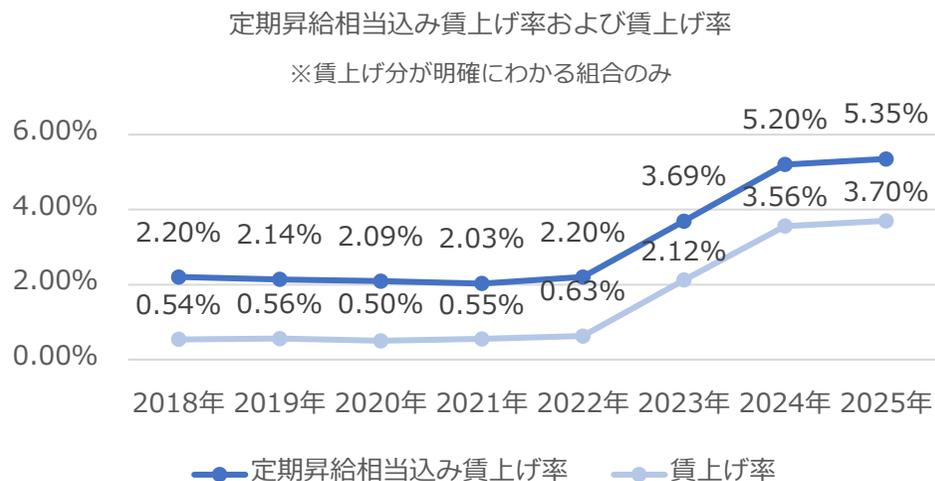
□ : 2018年度の事業費用

□ : 2023年度の事業費用

人件費：給与単価について① | 国内の賃上げの動向

- 2018年以降の春闘における賃上げ情勢を見ると、2022年以降は賃上げ率の水準が高まっている。賃金引上げ等の実態に関する調査でも、産業全体の1人平均賃金の改定率が2022年以降高まっているが、医療・福祉においてはそれに届いていない。
- 医療関係職種の平均を見ると給与額も上昇しているが、産業全体の平均には届いていない。

直近の賃上げ情勢（春闘結果より・医療以外を含む）



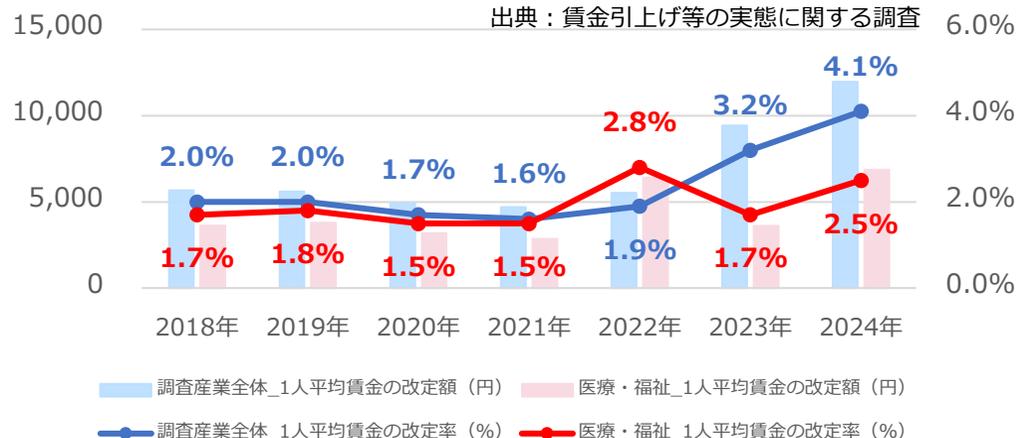
※賃上げ分が明確にわかる組合のみ

※対象産業（連合を構成する産別組織より）

金属／食品／交通・運輸／医療・福祉／金融・保険／建設・資材・林産／化学・繊維／資源・エネルギー／サービス・一般／商業・流通／情報・出版／公務

※出典：日本労働組合総連合会「春季生活闘争 回答集計結果」

産業全体（青）と医療・福祉（赤）の賃上げ状況の比較



産業全体（青）と医療業の医療関係職種（赤）の給与額の比較 単位：千円



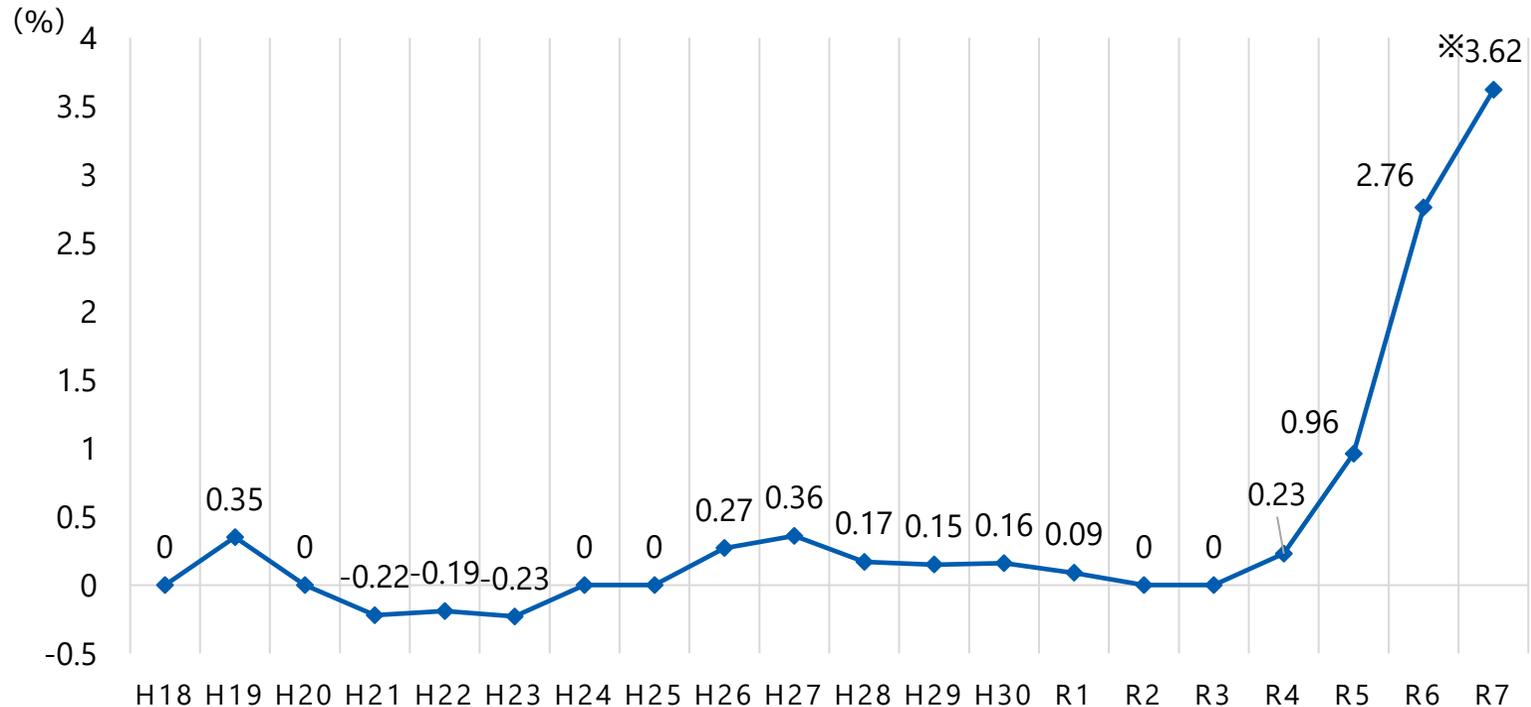
※医療関係職種は医師・歯科医師・獣医師以外の以下で集計している
 薬剤師／保健師／助産師／看護師／准看護師／診療放射線技師／臨床検査技師／
 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士／歯科衛生士／歯科技工士／栄養士／
 その他の保健医療従事者／介護支援専門員（ケアマネジャー）／看護補助者（看護助手）

※出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」の調査票データに基づき、厚生労働省
 保険局医療課にて作成

給与勧告の推移

- 給与勧告は、その時々々の経済・雇用情勢等を反映して労使交渉等によって決定される常勤の民間企業従業員の給与水準と常勤の国家公務員の給与水準を均衡させること（民間準拠）を基本としている。
- 給与勧告は約20年間0%台を推移していたが、令和6年は2.76%、令和7年は3.62%となった。

給与勧告の推移



※ 令和7年勧告における官民給与の比較方法の見直しによる影響を含む。
含まない場合、2.50%である。（令和7年人事院勧告・報告の概要より。）

1. 賃上げ・処遇改善（その1）

1－1. 医療機関等における賃上げを取り巻く状況について

1－2. 賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について

1－3. 診療報酬の算定状況等について

1－4. 医療機関等における賃上げ状況について

1－5. 診療報酬の届出方法等について

医療機関等における賃上げに係る施策の整理

- 医療機関等における賃上げに係る近年の施策について、主な事項とその目的は以下のとおり。

令和3年度

看護職員等処遇改善
事業補助金

新型コロナウイルス感染症への対応等、最前線において働く看護職員の収入引き上げを図る

令和4年度
診療報酬改定(10月)

看護職員処遇改善
評価料 新設

地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に処遇改善の仕組みを新設

令和5年度
補正予算

看護補助者処遇改善
事業補助金

医療分野にて他産業に賃上げが追い付いていない現状を踏まえ、給与水準の引き上げ、人材確保や定着促進のための看護補助者の処遇改善

令和6年度

賃上げ促進税制

令和6年度税制改正により、処遇改善加算を活用して賃上げした分についても、賃上げ促進税制による税額控除の対象となる。

診療報酬改定
(ベースアップ評価料 新設
初再診料等の引き上げ)

外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の方々の賃金の改善を実施していくための評価を新設
初再診料・入院基本料の引き上げを実施

令和6年度
補正予算

生産性向上・
職場環境整備等支援事業

人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージのうち、生産性向上・職場環境整備等支援事業として、業務効率化・生産性向上の取組を支援し、職員の処遇改善に繋げ、医療人材の確保・定着を図る。

令和7年度
閣議決定

経済財政運営と
改革の基本方針
2025

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかりと図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある、(中略) **次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。**

看護職員処遇改善評価料の新設①

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

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

[算定要件]

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

[施設基準の概要]

- 次のいずれかに該当すること。
 - イ **救急医療管理加算の届出**を行っており、**救急搬送件数が年間で200件以上**であること。
 - ロ **救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置**していること。
- (1)のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の**前々年度1年間（新規届出の場合は、前年度1年間（※1））における実績**とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。
- 当該保険医療機関に勤務する**看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施**しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、**看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる。**
- (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
- (3)賃金改善の合計額の**3分の2以上（※2）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図る**こと。

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

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

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

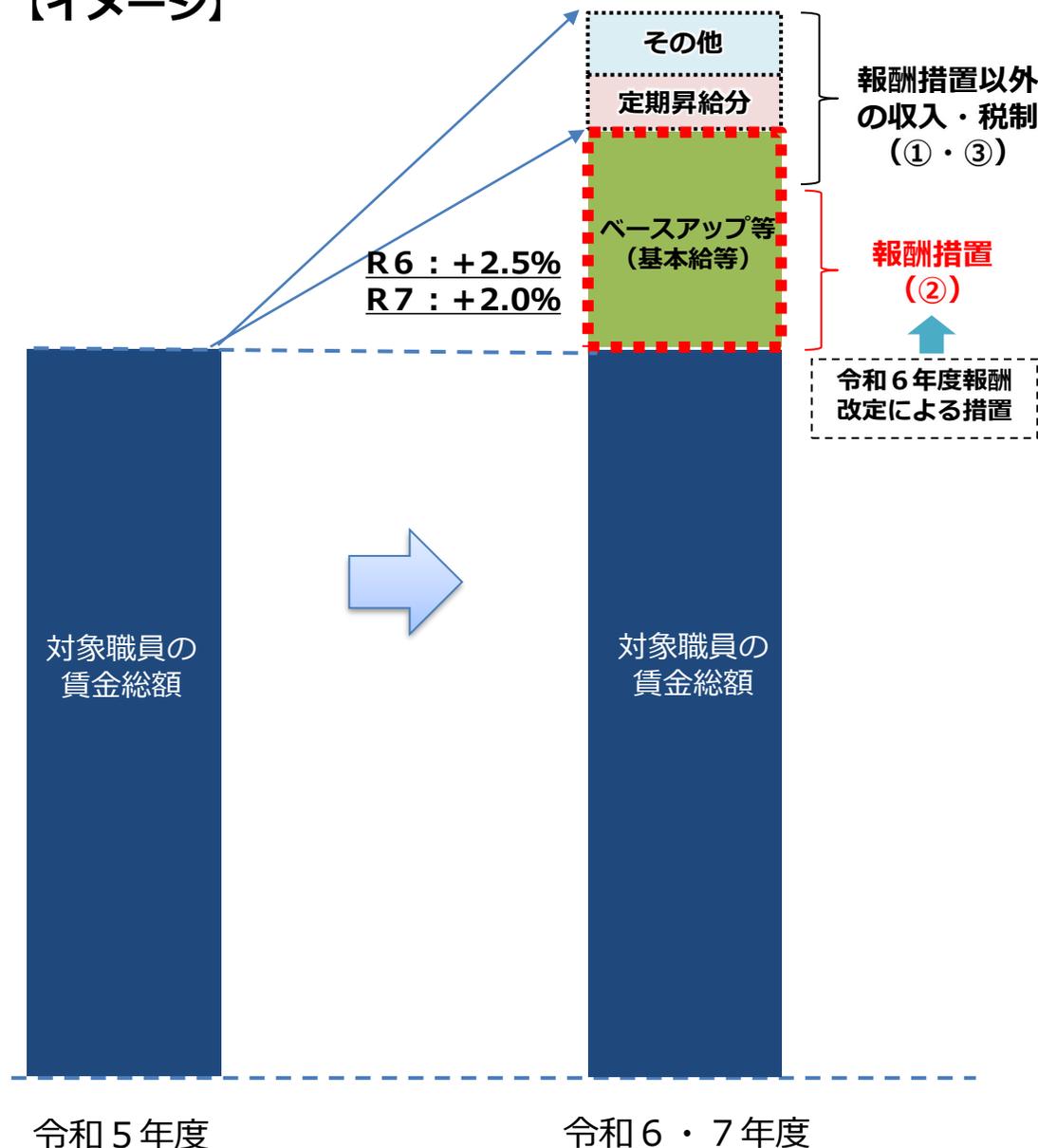
【基本的な方針】

■ 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

- ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ促進税制の活用

- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



賃上げに係る評価の全体像

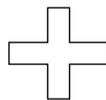
ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

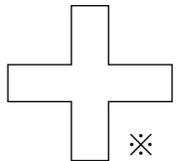
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
 ・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ



※ 入院に携わる職員のための評価

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)
 ・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

（新）入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

- ・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

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

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

初再診料等の評価の見直し

初再診料等の評価の見直し

- 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点**引き上げる。

現行

【初診料】	
初診料	288点
情報通信機器を用いた初診料	251点
初診料の注2・注3・注4	214点
情報通信機器を用いた場合	186点
初診料の注5	144点
情報通信機器を用いた場合	125点
注2～4に規定する場合	107点
情報通信機器を用いた場合	93点
【再診料】	
再診料	73点
情報通信機器を用いた再診料	73点
再診料の注2	54点
再診料の注3	37点
再診料の注2に規定する場合	27点
【外来診療料】	
外来診療料	74点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点
外来診療料の注2・注3・注4	55点
外来診療料の注5	37点
注2～4に規定する場合	27点



改定後

【初診料】	
初診料	<u>291点</u>
情報通信機器を用いた初診料	<u>253点</u>
初診料の注2・注3・注4	<u>216点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>188点</u>
初診料の注5	<u>146点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>127点</u>
注2～4に規定する場合	<u>108点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>94点</u>
【再診料】	
再診料	<u>75点</u>
情報通信機器を用いた再診料	<u>75点</u>
再診料の注2	<u>55点</u>
再診料の注3	<u>38点</u>
再診料の注2に規定する場合	<u>28点</u>
【外来診療料】	
外来診療料	<u>76点</u>
情報通信機器を用いた外来診療料	<u>75点</u>
外来診療料の注2・注3・注4	<u>56点</u>
外来診療料の注5	<u>38点</u>
注2～4に規定する場合	<u>28点</u>

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

- 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
 - 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、**栄養管理体制の基準を明確化する。**
 - 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、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、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする。**
 - 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、**医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。**
 - 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、**入院基本料等の評価を見直す。**

現行

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,650点
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料 G	968点
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	830点
【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1	2,809点

改定後

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,688点
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料 25	983点
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	844点
【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,822点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	2,838点

（41日目以降は2,690点）

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料1は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

歯科医療における初再診料等の評価の見直し

初診料・再診料の引き上げ

- 標準的な感染防止対策を日常的に講じることの必要性、歯科医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げ等の観点から、初再診料を見直す。

現行

【初診料】

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1 | 歯科初診料 | <u>264点</u> |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | <u>288点</u> |

【再診料】

- | | | |
|---|-----------------|------------|
| 1 | 歯科再診料 | <u>56点</u> |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | <u>73点</u> |



改定後

【初診料】

- | | | |
|---|-----------------|-------------|
| 1 | 歯科初診料 | <u>267点</u> |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | <u>291点</u> |

【再診料】

- | | | |
|---|-----------------|------------|
| 1 | 歯科再診料 | <u>58点</u> |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | <u>75点</u> |

薬局の体制に係る評価の見直し

調剤基本料の引き上げ

- 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、薬局における調剤基本料を見直す。

現行

【調剤基本料】

調剤基本料 1		<u>42点</u>
調剤基本料 2		<u>26点</u>
調剤基本料 3	イ	<u>21点</u>
調剤基本料 3	ロ	<u>16点</u>
調剤基本料 3	ハ	<u>32点</u>



改定後

【調剤基本料】

調剤基本料 1		<u>45点</u>
調剤基本料 2		<u>29点</u>
調剤基本料 3	イ	<u>24点</u>
調剤基本料 3	ロ	<u>19点</u>
調剤基本料 3	ハ	<u>35点</u>

賃上げ促進税制の概要

- 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。
- 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。
- さらに、上乗せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大45%の税額控除が可能。

中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局	
青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主	
全雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+1.5%	15%
+2.5%	30%

中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局	
青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主	
継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+3%	10%
+4%	25%

大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局	
青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主	
継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+3%	10%
+4%	15%
+5%	20%
+7%	25%



【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で
最大控除率**45%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**



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

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

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

【○ 医療分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる賃上げ等の支援】
 施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
 （生産性向上・職場環境整備等事業）

令和6年度補正予算額 828億円

医政局医療経営支援課
 （内線2672）

① 施策の目的

賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等（**ベースアップ評価料算定機関に限る。**）に対して経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。

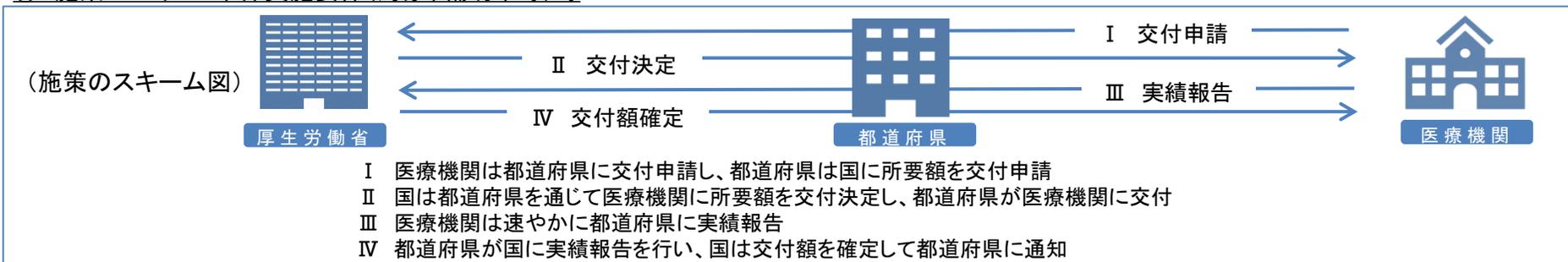
（交付額）病院・有床診：4万円／病床数、診療所（医科・歯科）・訪問看護ステーション：18万円／施設（補助率10/10）

【生産性向上に資する取組のイメージ】

- ICT機器の導入による業務の効率化
 - ・ タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入 → 職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）
 - ・ 床ふきロボット、監視カメラ等の導入 → 清掃業務、院内監視業務等の効率化
- タスクシフト／シェアによる業務の効率化
 - ・ **医師事務作業補助者・看護補助者の配置** → 医師・看護師の業務効率化（診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等）

※ 新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることが可能

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療機関等へ業務の生産性向上に資する財政支援を行うことで、職場内の生産性向上・環境整備等を図り、地域に必要な医療提供体制を確保する。

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）抄

第2章 賃上げを起点とした成長型経済の実現

1. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着 ～賃上げ支援の政策総動員～

（1）中小企業・小規模事業者の賃金向上推進5か年計画の実行

地域の人材育成と処遇改善については、在職者を含め、大学、短期大学、高等専門学校及び専門学校においてアドバンスト・エッセンシャルワーカーの育成に取り組むほか、医療・介護・保育・福祉等の人材確保に向けて、保険料負担の抑制努力を継続しつつ、公定価格の引上げを始めとする処遇改善を進める。

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

1. 「経済・財政新生計画」の推進

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（1）全世代型社会保障の構築

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

1. 賃上げ・処遇改善（その1）

1－1. 医療機関等における賃上げを取り巻く状況について

1－2. 賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について

1－3. 診療報酬の算定状況等について

1－4. 医療機関等における賃上げ状況について

1－5. 診療報酬の届出方法等について

1 - 3. 診療報酬の算定状況等について

①入院医療について

②外来医療について

③訪問看護について

入院患者に対して算定される賃上げに係る評価の要件整理

○ 入院患者に対して算定される賃上げに係る評価料について、主な要件の整理は、以下の通りである。

	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ ^o 評価料
新設時期	令和4年10月	令和6年6月
算定回数	1日につき1回	
区分設定	区分1（1点）～区分165（340点）	区分1（1点）～区分165（165点）
算定する区分の決定方法	看護職員の賃金を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算	対象職員の令和5年度賃金を2.3%引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算
区分決定に必要な事項	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員数 ・延べ入院患者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の給与総額 ・延べ入院患者数 ・初再診料等、訪問診療料等の算定回数
区分変更の届出時期	毎年3、6、9、12月	
主な施設基準	<p>以下のいずれかに該当すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療管理加算の届出医療機関であって、年間200台以上の救急搬送実績があること。 ・救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。 	<p>以下の事項に係る収入金額の合計額が、総収入の8割を超えること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会保険診療 ・健康増進事業 ・予防接種 ・助産（50万円を限度とする。） ・介護保険給付 ・障害児者へのサービスに係る収入 ・国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等

看護職員処遇改善評価料の新設②

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

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

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

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

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

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

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

【別表3】算出を行う月、対象となる期間、算定する期間

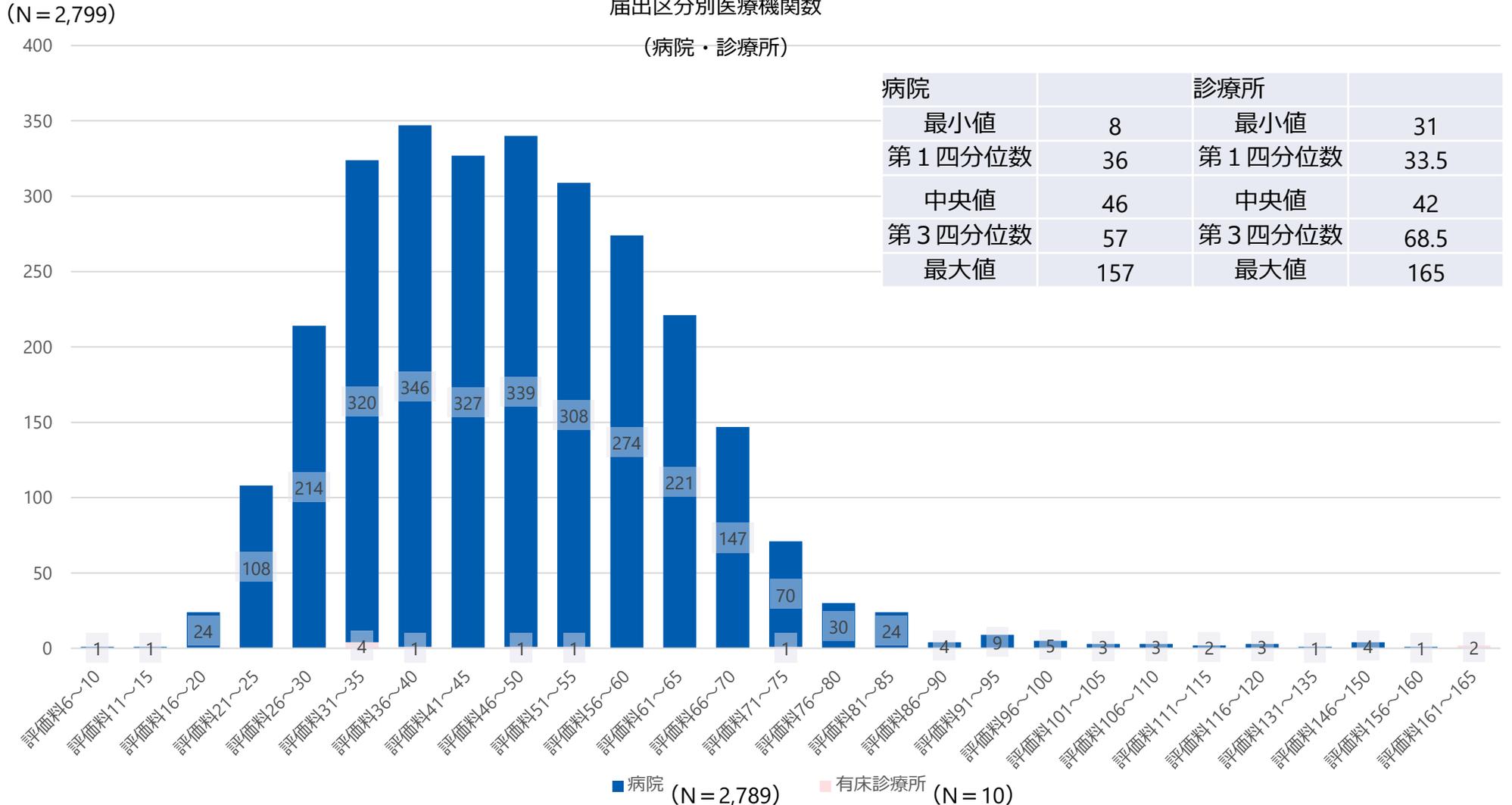
算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年12月～2月	4月
6月	3～5月	7月
9月	6～8月	10月
12月	9～11月	翌年1月

【別表2】看護職員処遇改善評価料の区分

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

看護職員処遇改善評価料の届出区分の分布

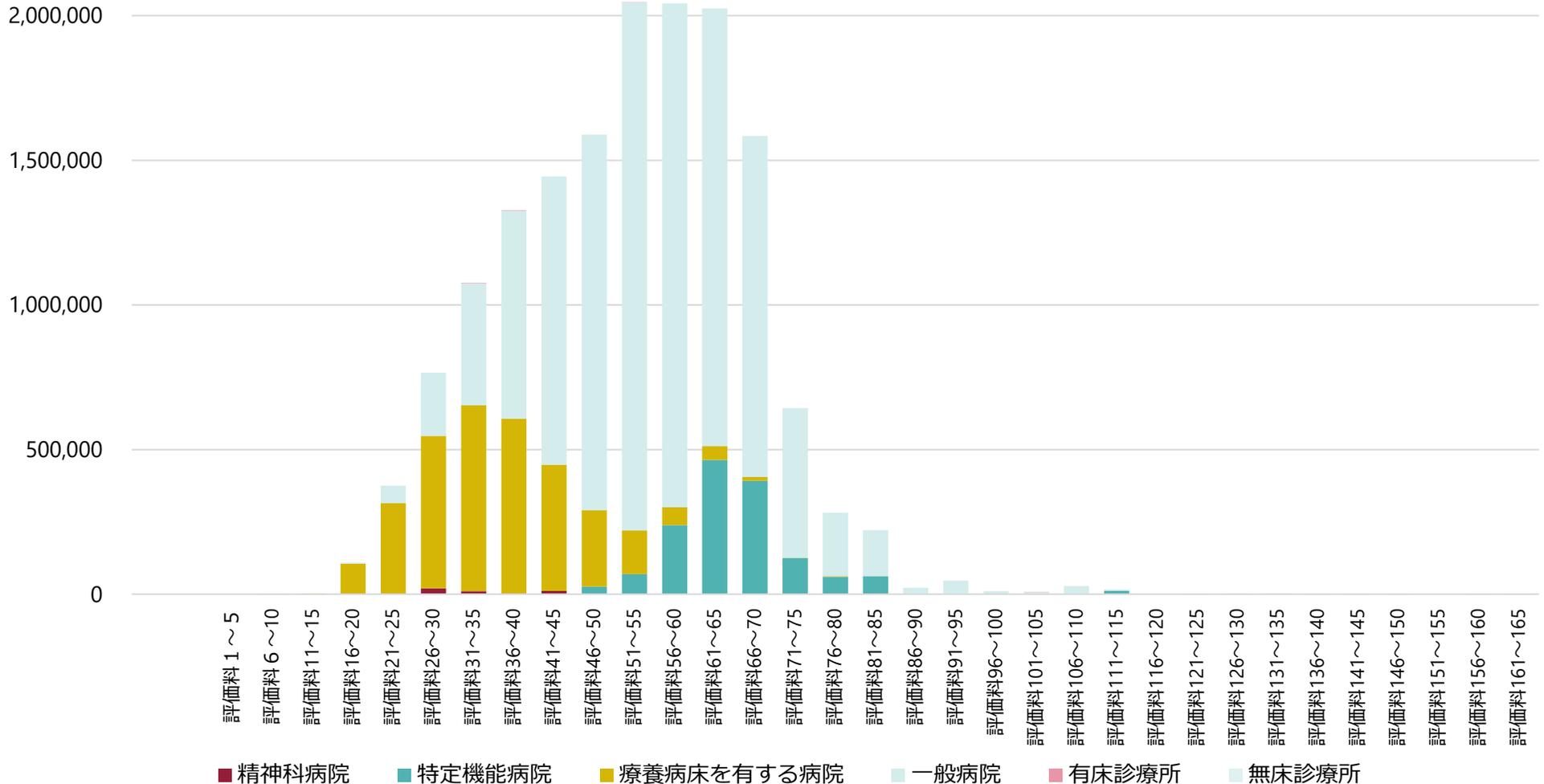
○ 看護職員処遇改善評価料を届け出ている医療機関における、届出区分別の分布は、以下のとおり。



看護職員処遇改善評価料の算定状況

○ 看護職員処遇改善評価料の病院類型ごとの算定回数について、特定機能病院では区分61～65を中心に、一般病院では区分51～55を中心に算定されている。

看護職員処遇改善評価料 算定回数



賃上げに向けた評価の新設⑨

入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

- ▶ 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

[算定要件]

- 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療工ックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) **外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2.3%未満**であること。
- (4) **下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。**

$$【B】 = \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 2.3\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

入院ベースアップ評価料の区分

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0以上1.5未満	入院ベースアップ評価料1	1点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

賃上げに向けた評価の新設⑪

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

- (5) (4) について、届出に当たっては、**別表に示した期間において【B】の算出を行うこと。**
 また、別表のとおり、**毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、**区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
 ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、**令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。**
- (7) (6) について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)**についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。度なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。
- (8) **「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、**定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) **常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。**ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 当該保険医療機関において、**社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**

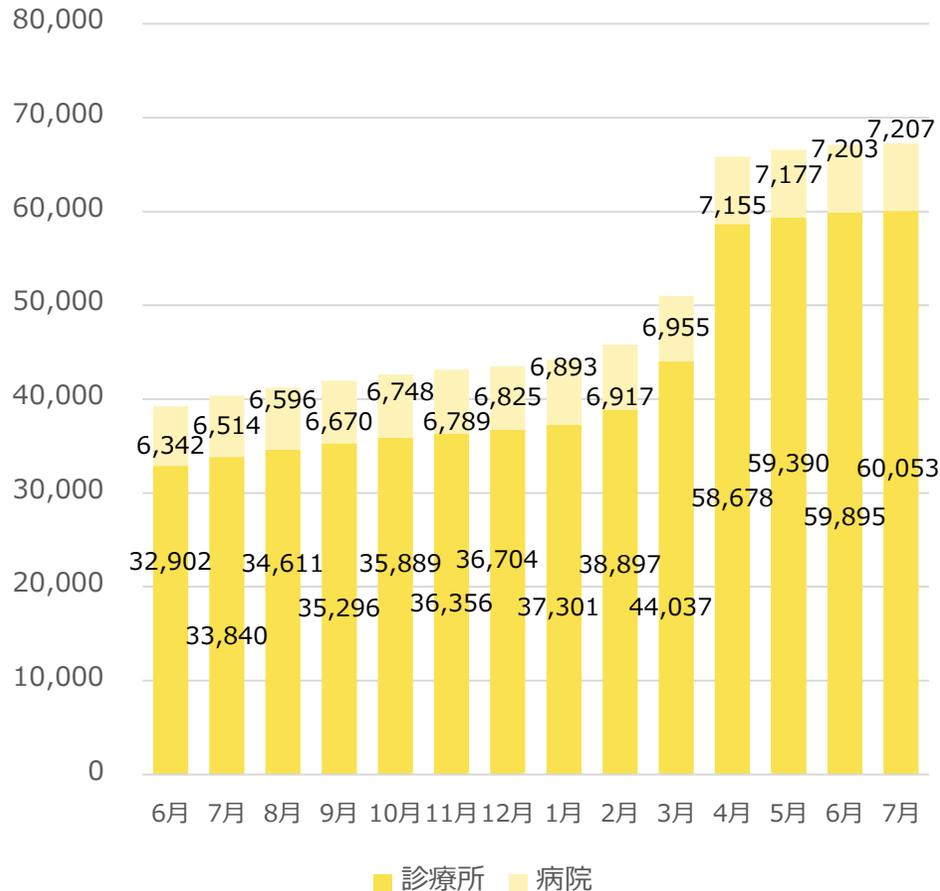
【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【B】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出状況

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（I）は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。

月別推移



届出受理医療機関割合（令和7年7月7日時点）

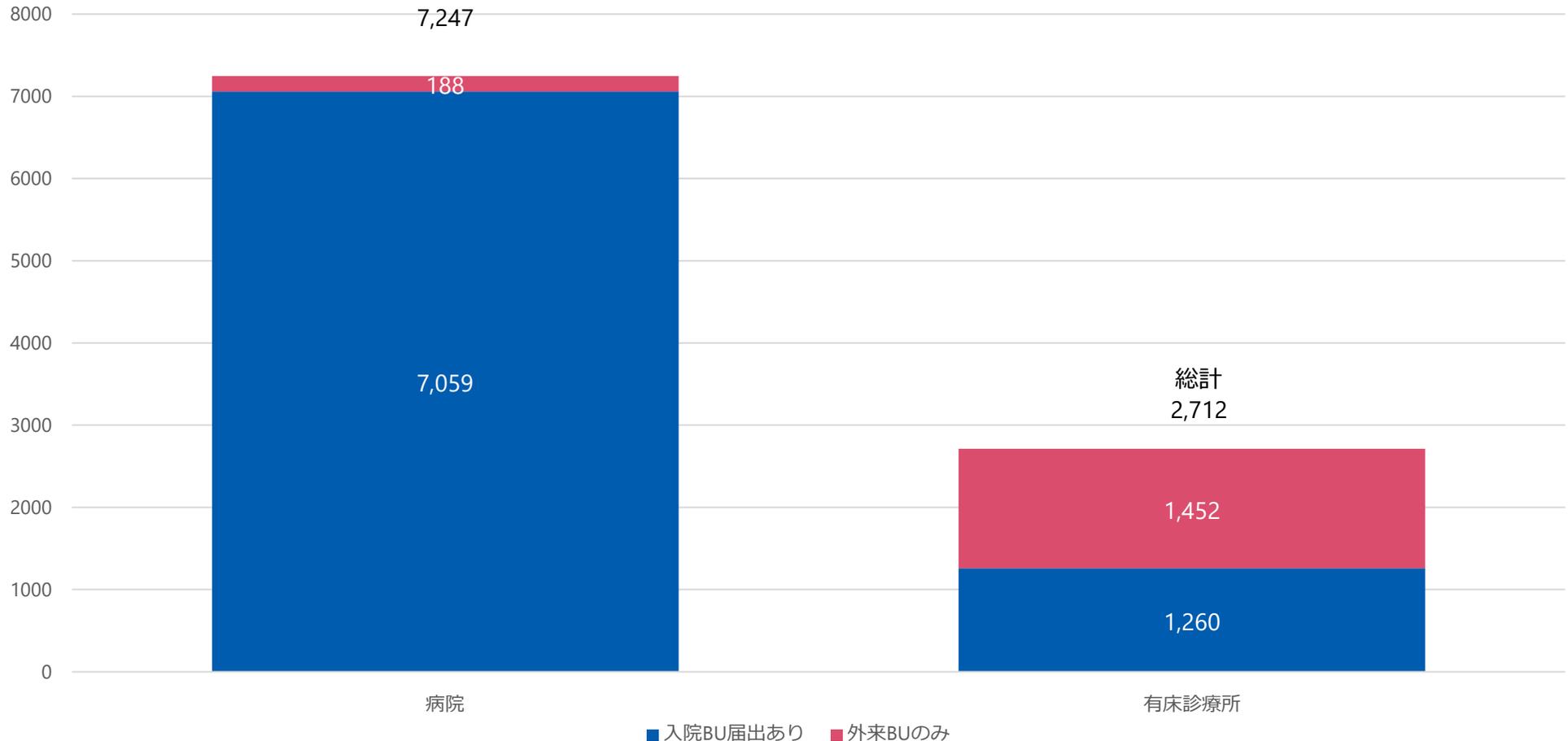
	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
合計	162,949	67,260	41.3%

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）届出医療機関の入院ベースアップ評価料届出状況

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている病院のほとんどが入院ベースアップ評価料を併せて届け出ている。
- 一方で有床診療所においては、半数程度が入院ベースアップ評価料を届け出ている。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている医療機関のうち
入院ベースアップ評価料を届け出ている医療機関数

総計
7,247



■ 入院BU届出あり ■ 外来BUのみ

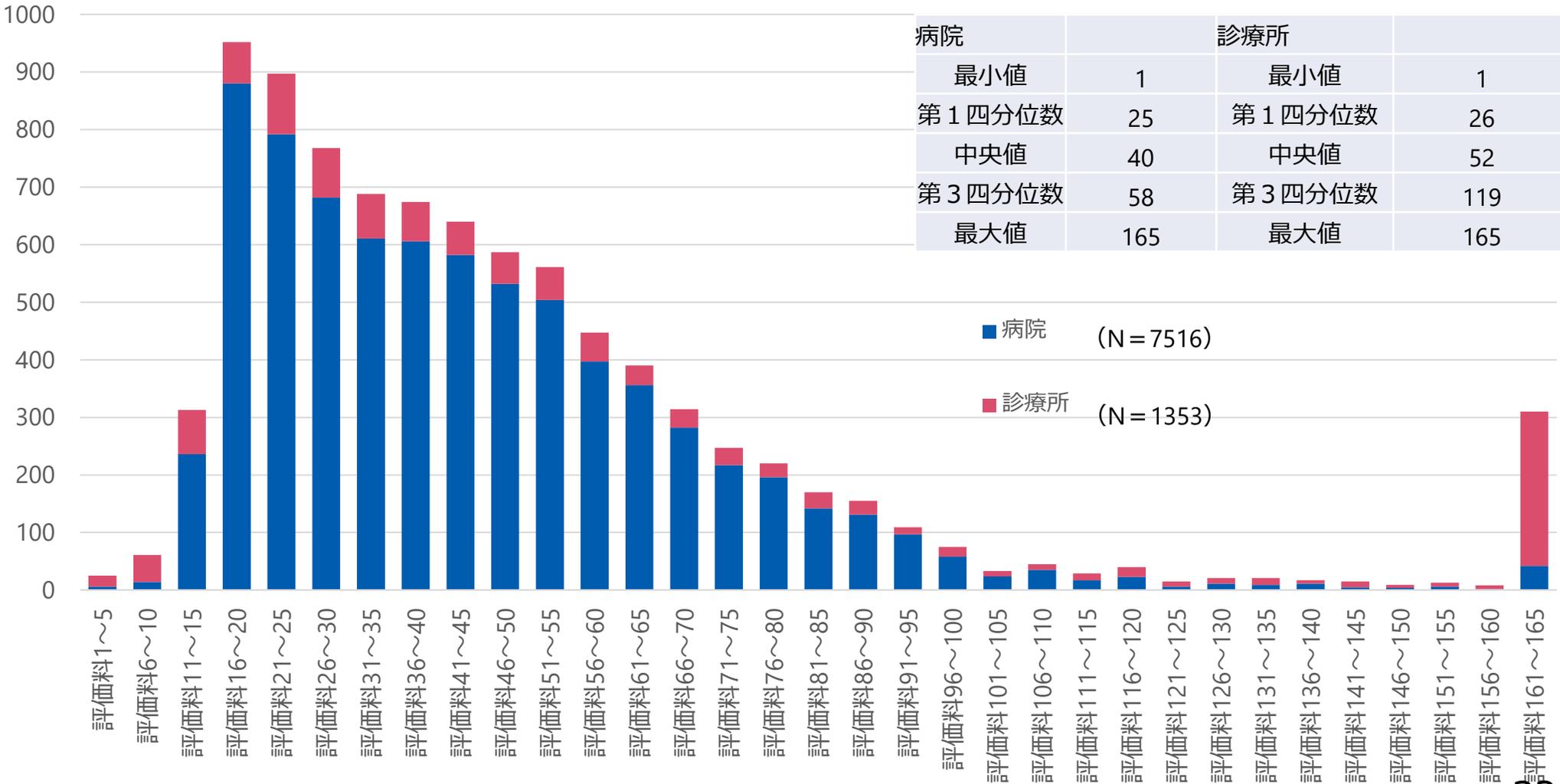
入院ベースアップ評価料の届出区分の分布

- 入院ベースアップ評価料を届け出ている医療機関における、届出区分別の分布は、以下のとおり。
- 病院では区分16~20、有床診療所では区分161~165を届け出ている医療機関が多い。

(N = 8869)

届出区分別医療機関数

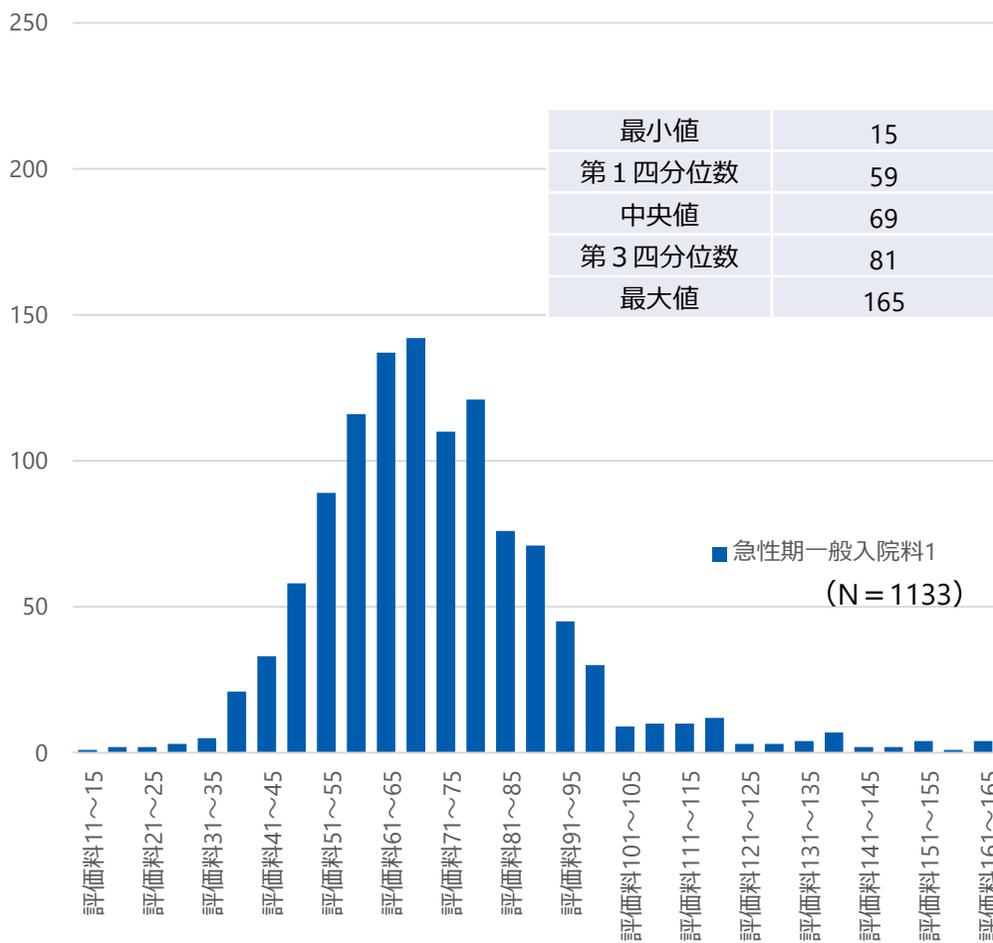
病院		診療所	
最小値	1	最小値	1
第1四分位数	25	第1四分位数	26
中央値	40	中央値	52
第3四分位数	58	第3四分位数	119
最大値	165	最大値	165



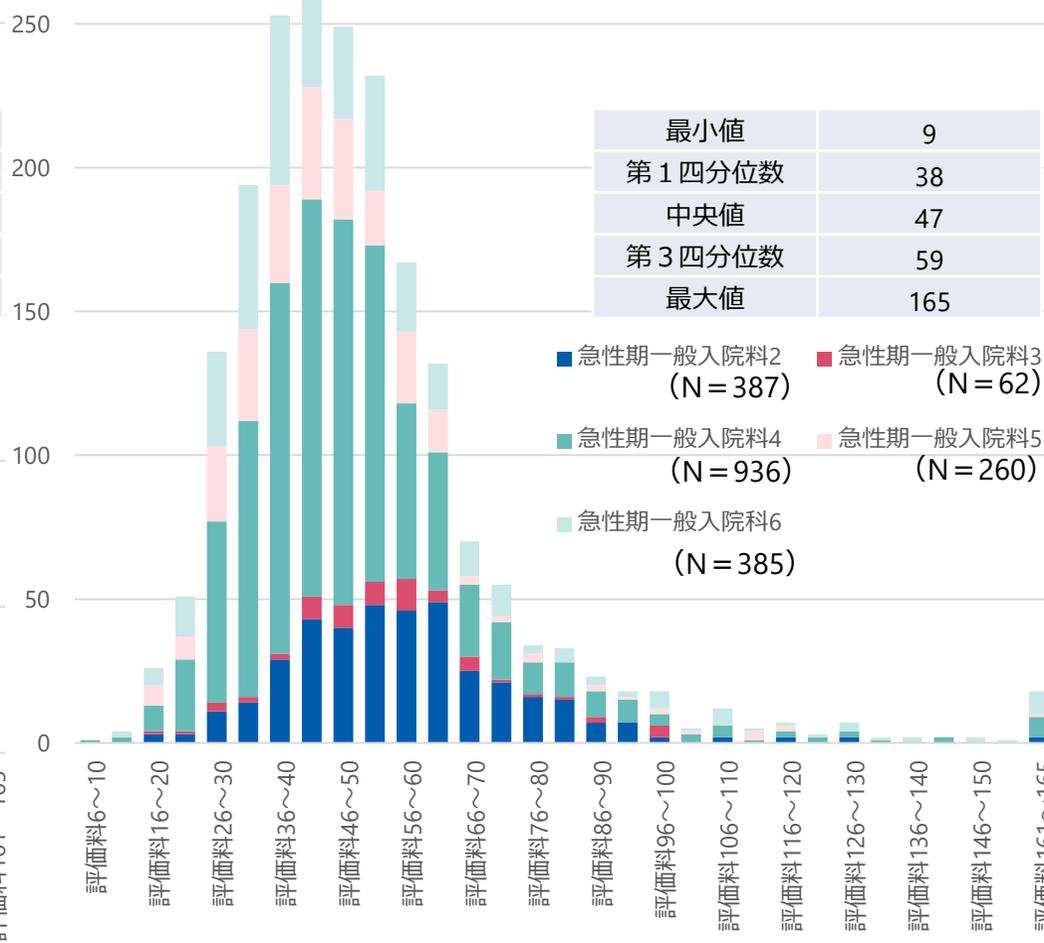
急性期一般病棟入院基本料を届け出ている病院における入院ベースアップ評価料区分の分布

○ 急性期一般病棟入院基本料を届け出ている病院における、入院ベースアップ評価料区分の分布は、以下のとおり。

急性期一般入院料1の届出医療機関における
入院ベースアップ評価料の区分



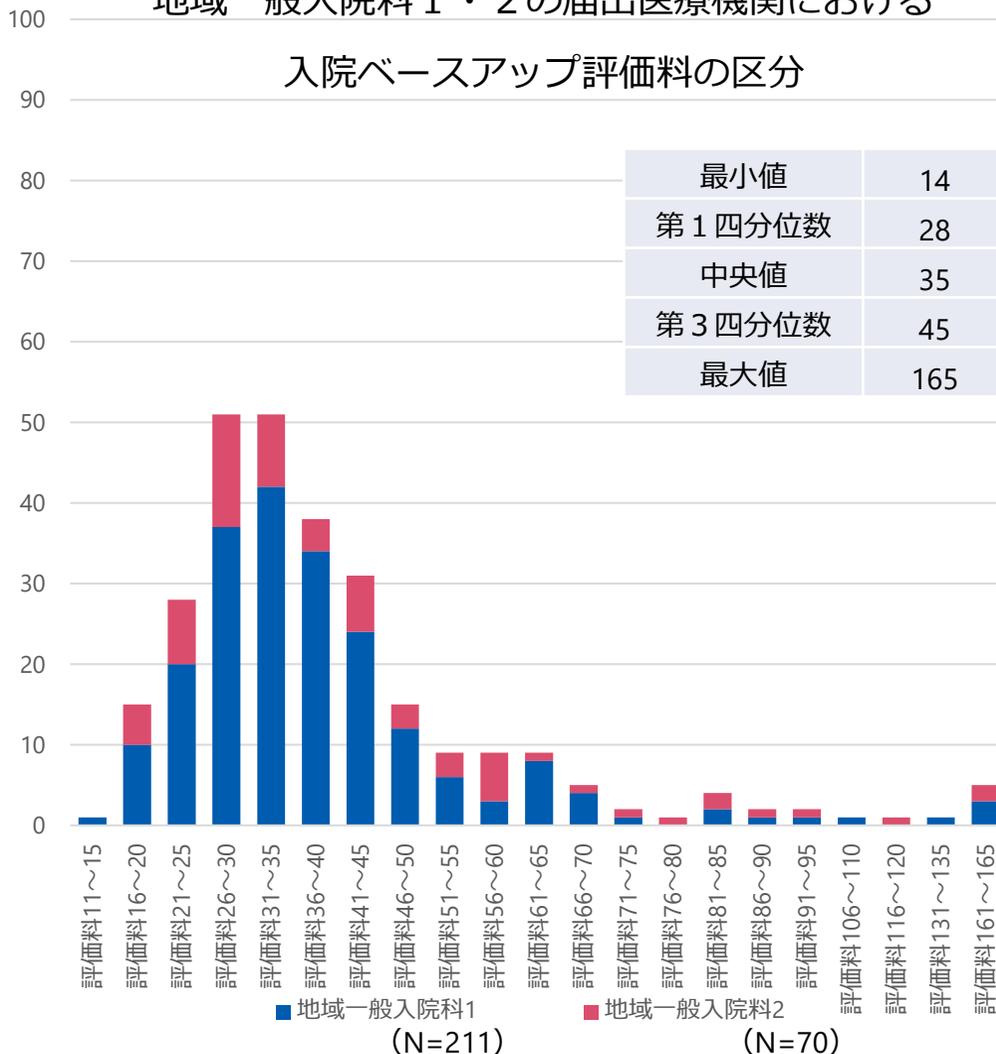
急性期一般入院料2～6の届出医療機関における
入院ベースアップ評価料の区分



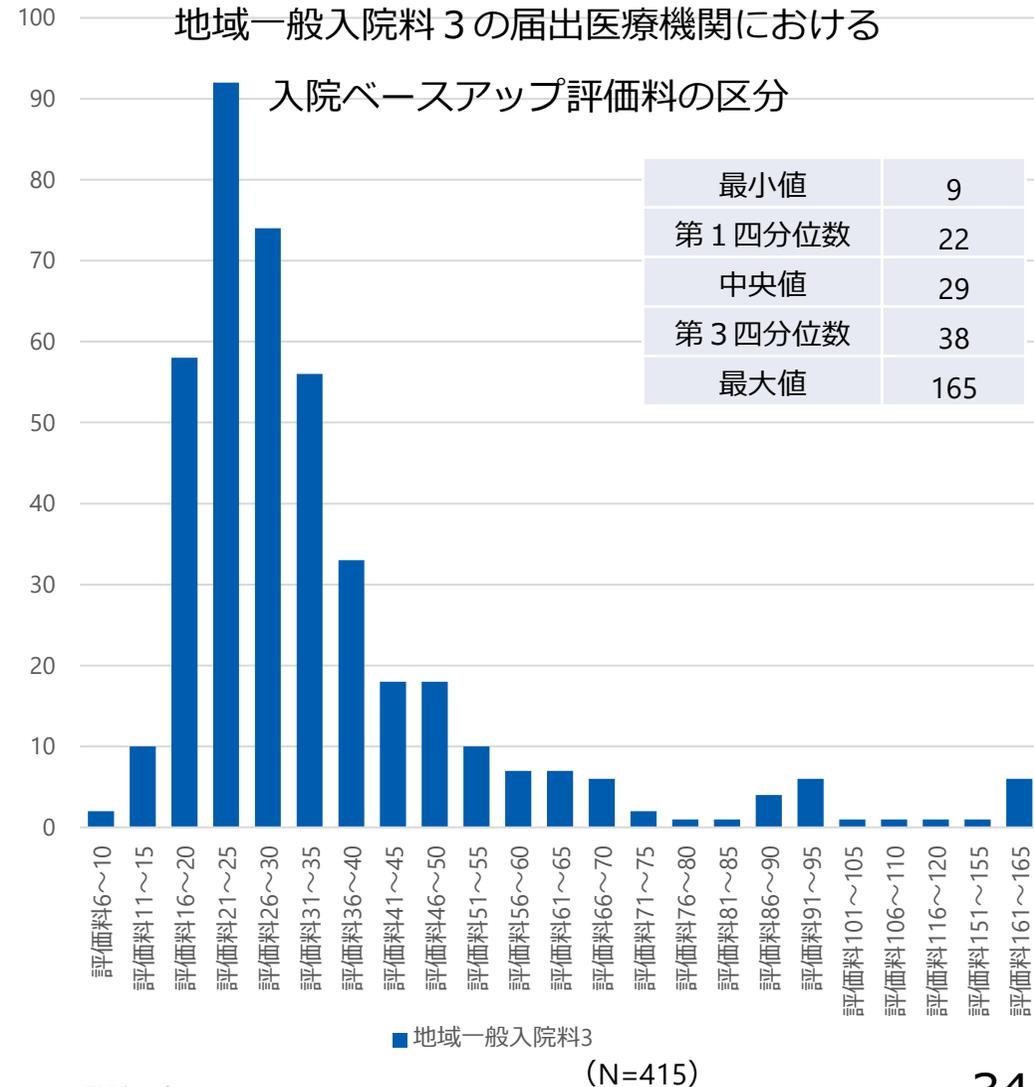
地域一般病棟入院基本料を届け出ている病院における入院ベースアップ評価料区分の分布

○ 地域一般病棟入院基本料を届け出ている病院における、入院ベースアップ評価料区分の分布は、以下のとおり。

地域一般入院料1・2の届出医療機関における
入院ベースアップ評価料の区分



地域一般入院料3の届出医療機関における
入院ベースアップ評価料の区分



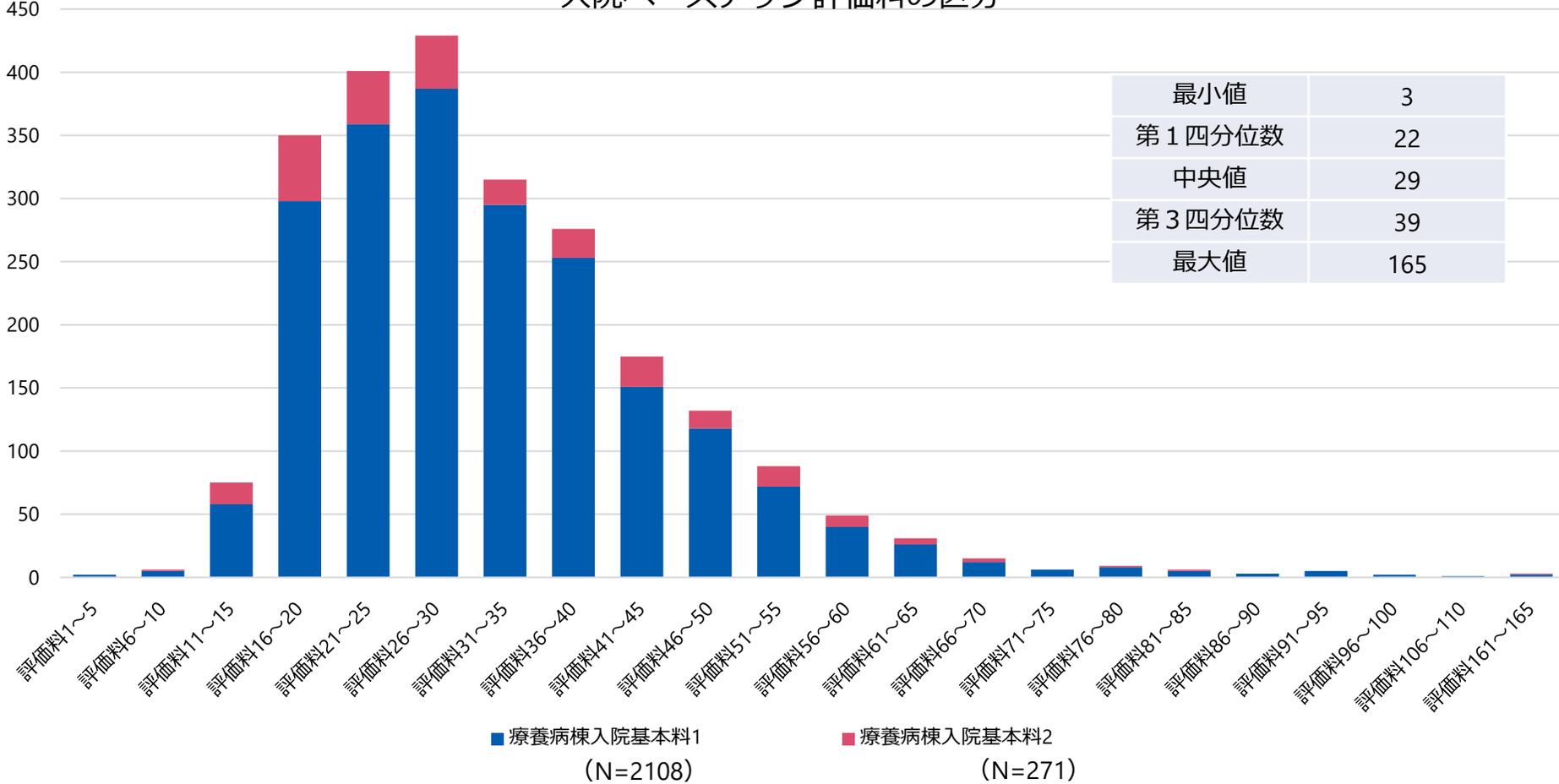
最小値	14
第1四分位数	28
中央値	35
第3四分位数	45
最大値	165

最小値	9
第1四分位数	22
中央値	29
第3四分位数	38
最大値	165

療養病棟入院基本料を届け出ている病院における入院ベースアップ評価料区分の分布

○ 療養病棟入院基本料を届け出ている病院における、入院ベースアップ評価料区分の分布は、以下のとおり。

療養病棟入院基本料の届出医療機関における
入院ベースアップ評価料の区分

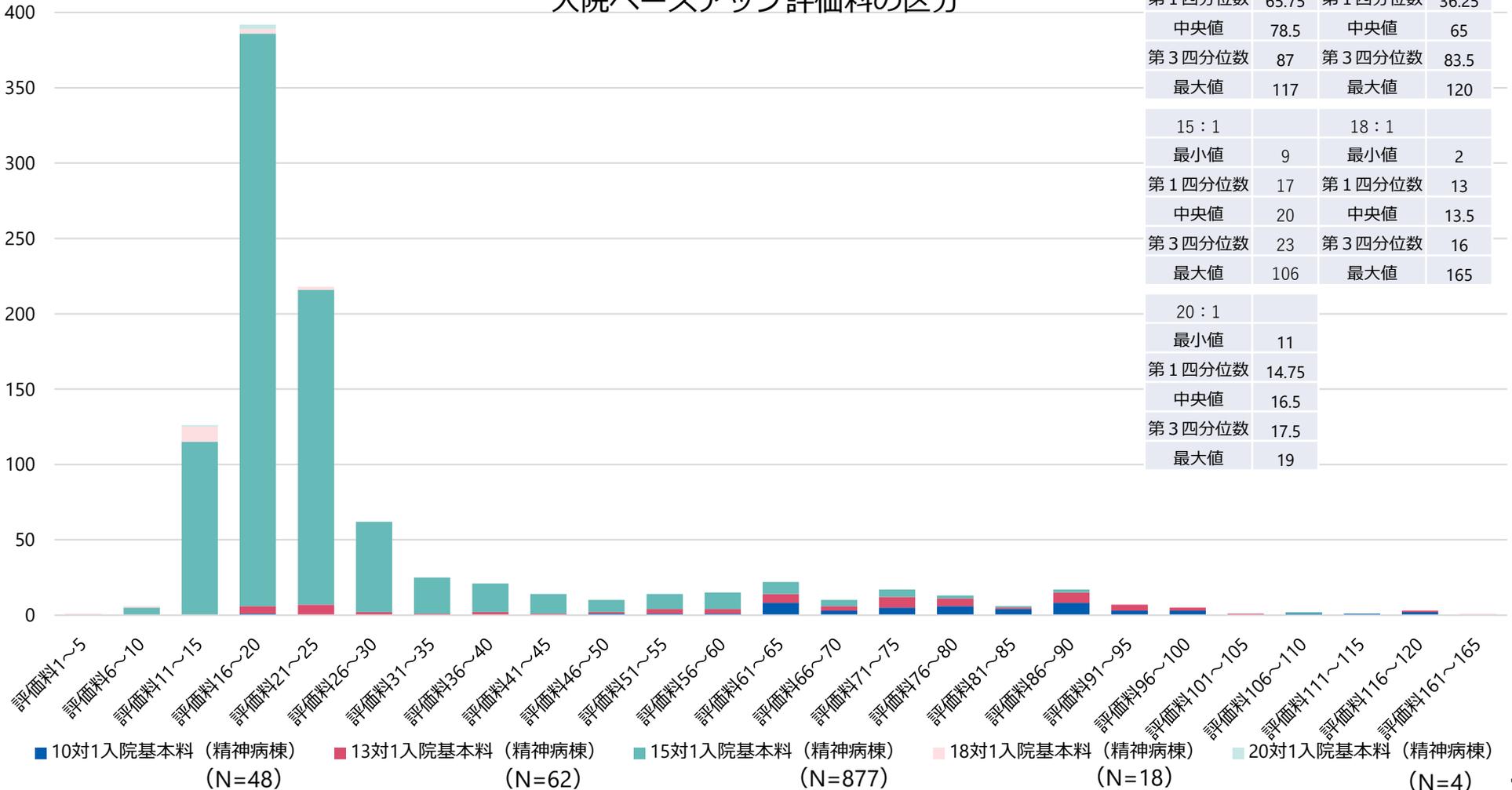


出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計。令和7年6月3日時点）

精神病棟入院基本料を届け出ている病院における入院ベースアップ評価料区分の分布

○ 精神病棟入院基本料を届け出ている病院における、入院ベースアップ評価料区分の分布は、以下のとおり。

精神病棟入院基本料の届出医療機関における
入院ベースアップ評価料の区分



10 : 1		13 : 1	
最小値	18	最小値	16
第1四分位数	65.75	第1四分位数	36.25
中央値	78.5	中央値	65
第3四分位数	87	第3四分位数	83.5
最大値	117	最大値	120
15 : 1		18 : 1	
最小値	9	最小値	2
第1四分位数	17	第1四分位数	13
中央値	20	中央値	13.5
第3四分位数	23	第3四分位数	16
最大値	106	最大値	165
20 : 1			
最小値	11		
第1四分位数	14.75		
中央値	16.5		
第3四分位数	17.5		
最大値	19		

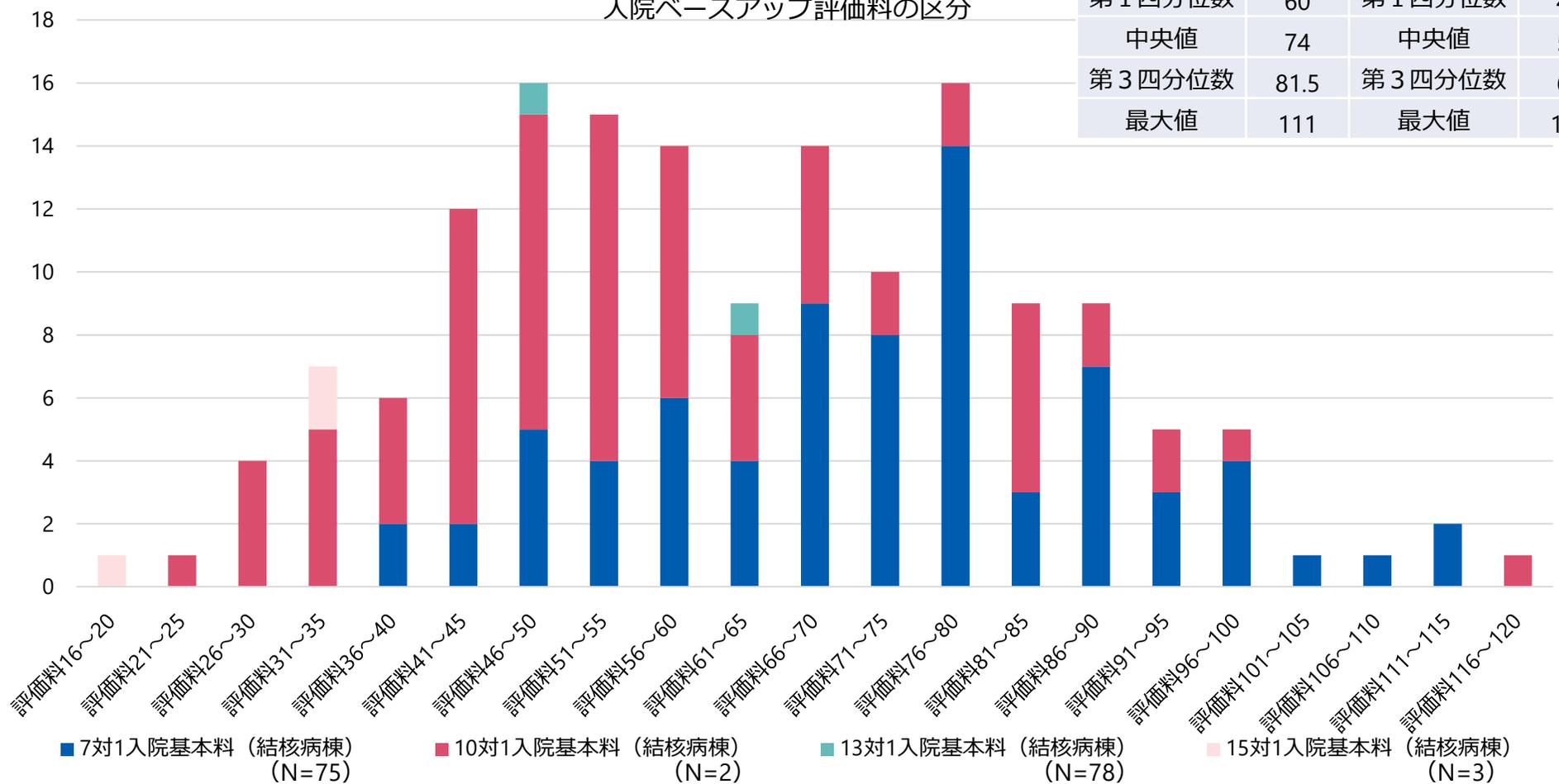
出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計。令和7年6月3日時点）

結核病棟入院基本料を届け出ている病院における入院ベースアップ評価料区分の分布

○ 結核病棟入院基本料を届け出ている病院における、入院ベースアップ評価料区分の分布は、以下のとおり。

結核病棟入院基本料の届出医療機関における
入院ベースアップ評価料の区分

最小値	39	最小値	25
第1四分位数	60	第1四分位数	44
中央値	74	中央値	53
第3四分位数	81.5	第3四分位数	66
最大値	111	最大値	120



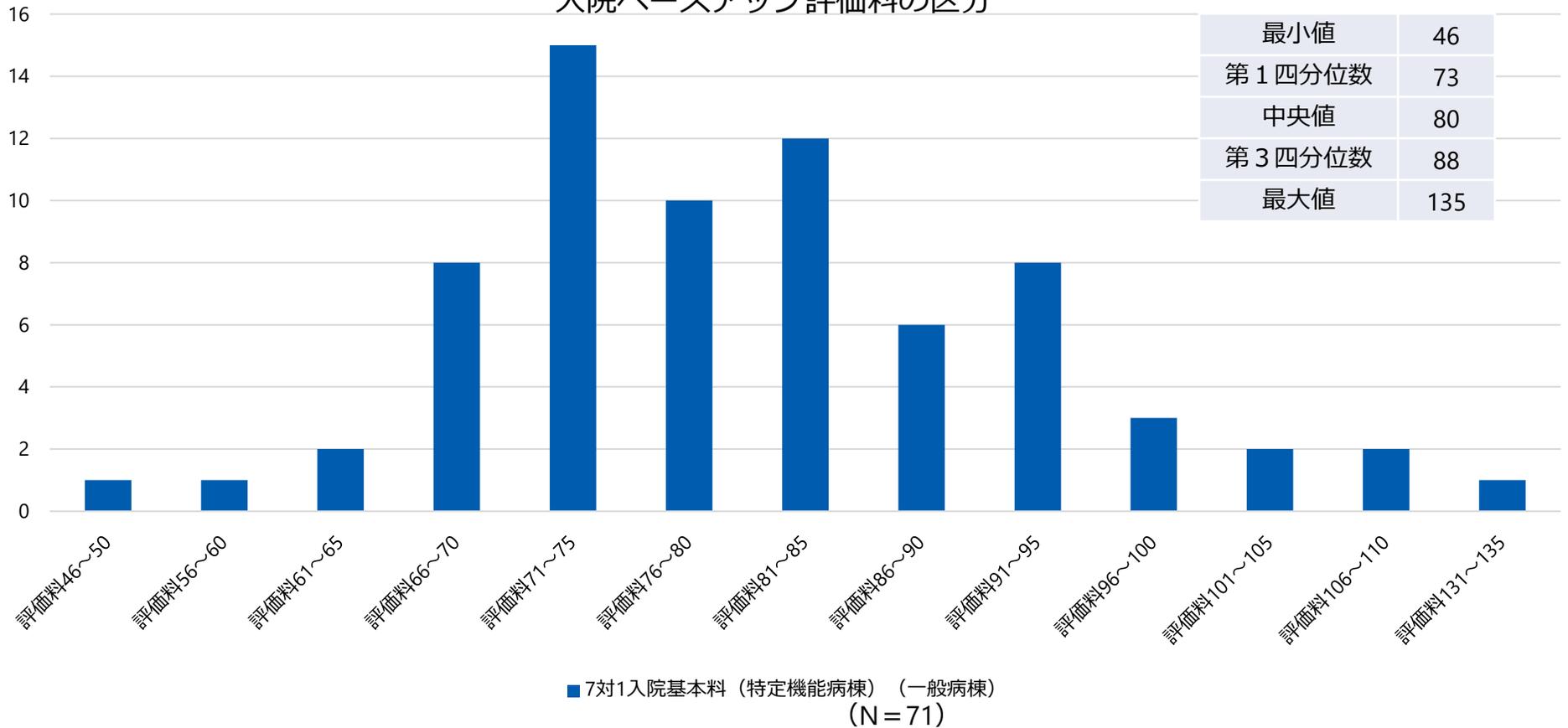
出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計。令和7年6月3日時点）

特定機能病院入院基本料を届け出ている病院における入院ベースアップ評価料区分の分布

○ 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合）を届け出ている病院における入院ベースアップ評価料の届出区分は、以下のとおり。

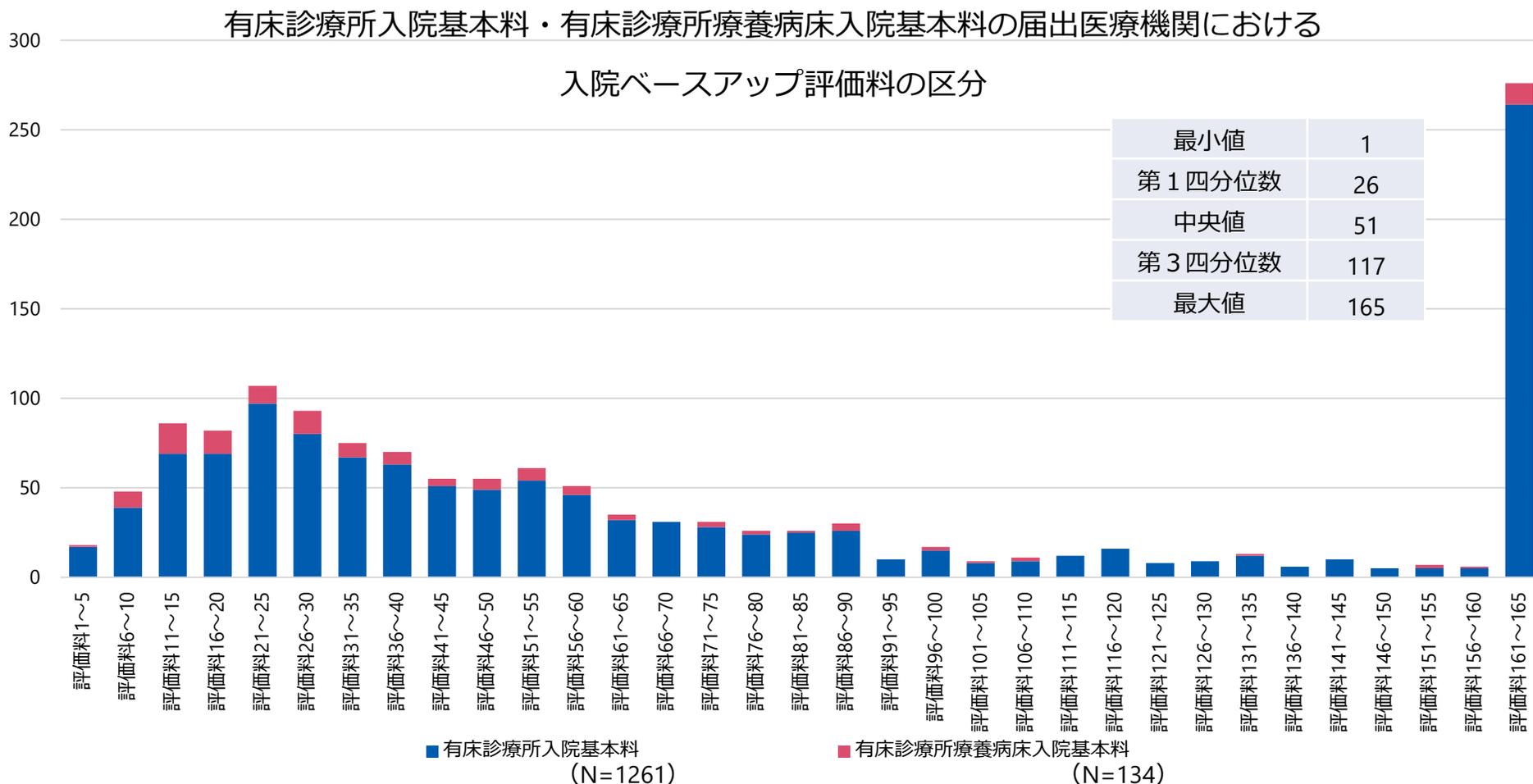
特定機能病院入院基本料（一般病棟）の届出医療機関における

入院ベースアップ評価料の区分



有床診療所における入院ベースアップ評価料区分の分布

- 有床診療所における入院基本料ごとの入院ベースアップ評価料の届出区分の分布については、以下の通りとなっている。
- 入院部門が小さく外来部門が非常に大きい一部の診療所においては、非常に高い区分が必要になることがある。

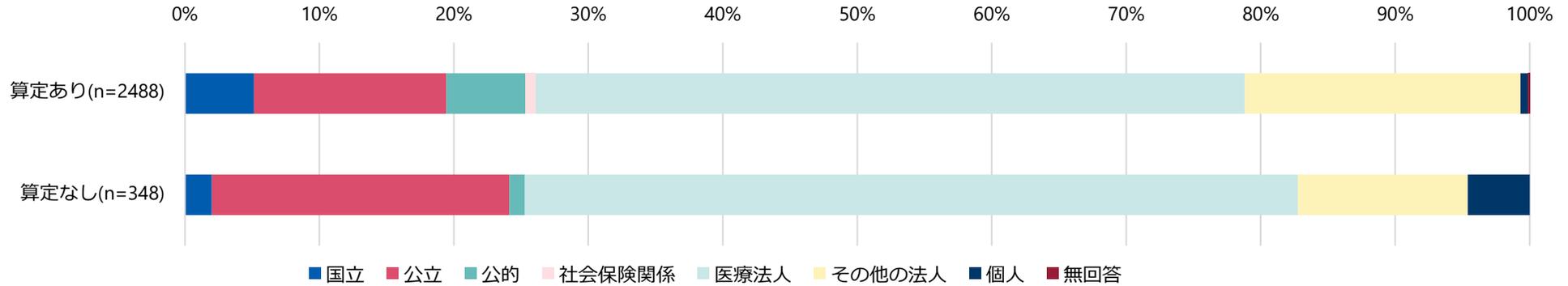


ベースアップ評価料の届出有無と設立母体及び許可病床数について

- ベースアップ評価料の届出有無ごとに、設立母体及び許可病床数を示した。
- 届け出ていない病院は、公立病院や医療法人（社会医療法人は含まない）、許可病床数100床未満の病院が多かった。

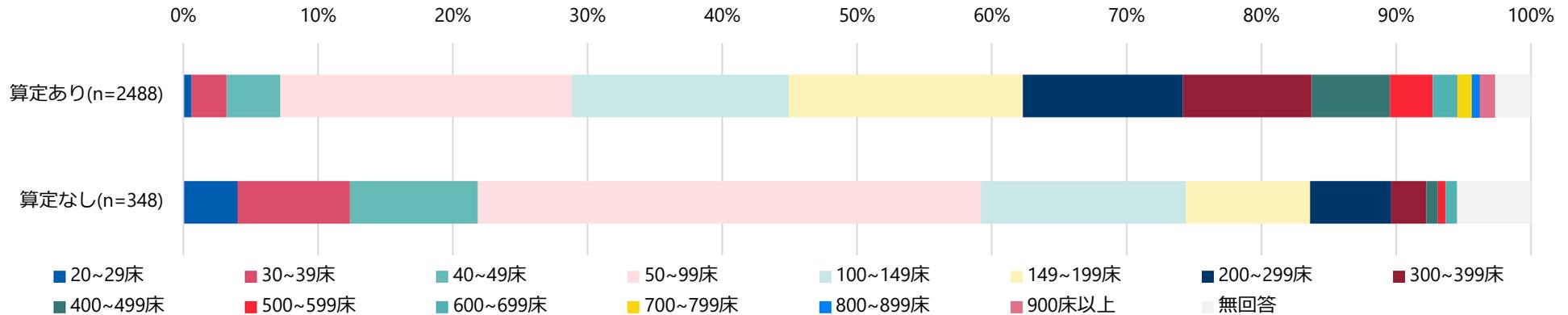
ベースアップ評価料の算定の有無による

設立母体別の医療機関分布



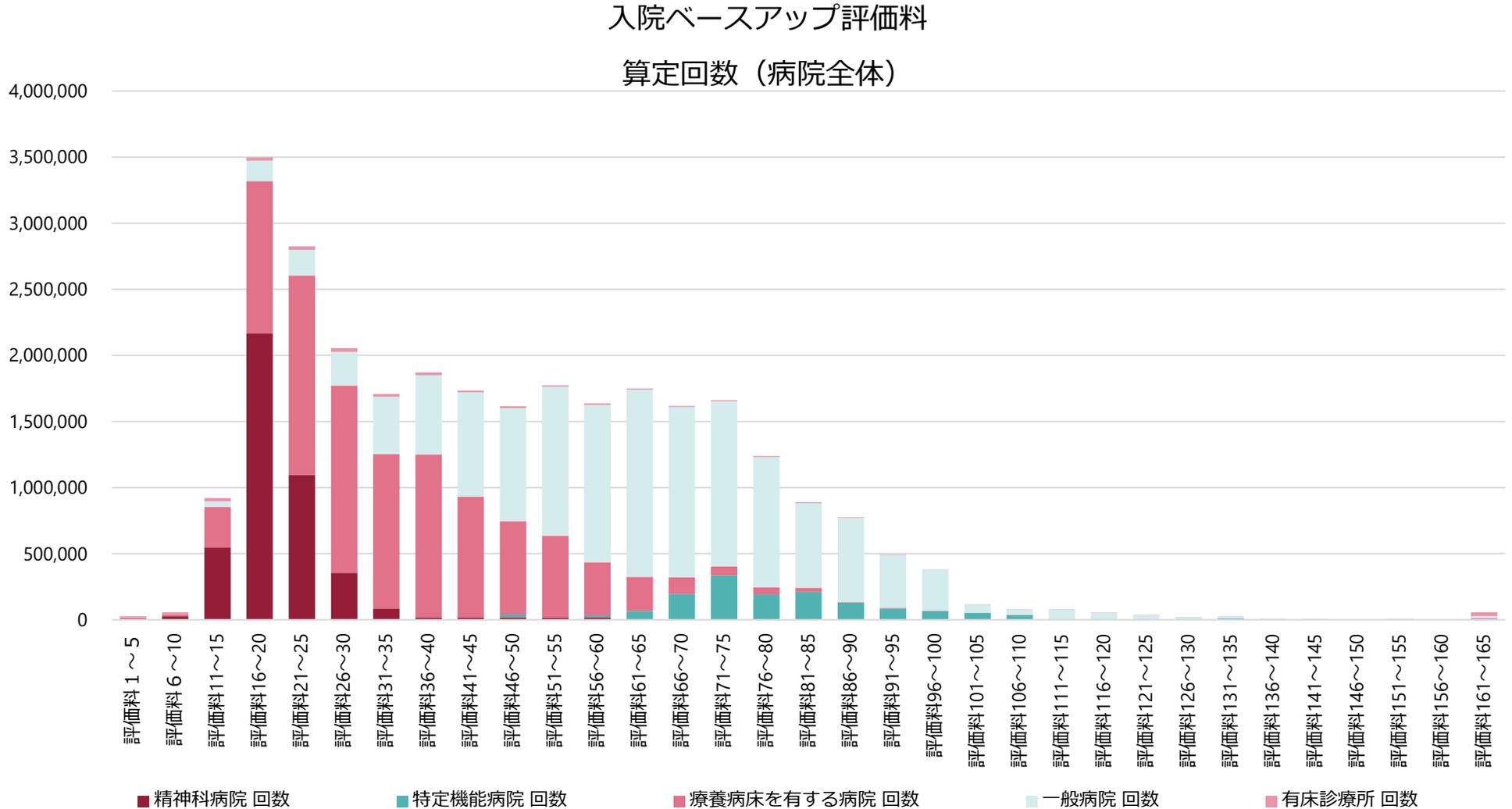
ベースアップ評価料の算定の有無による

許可病床数別分布



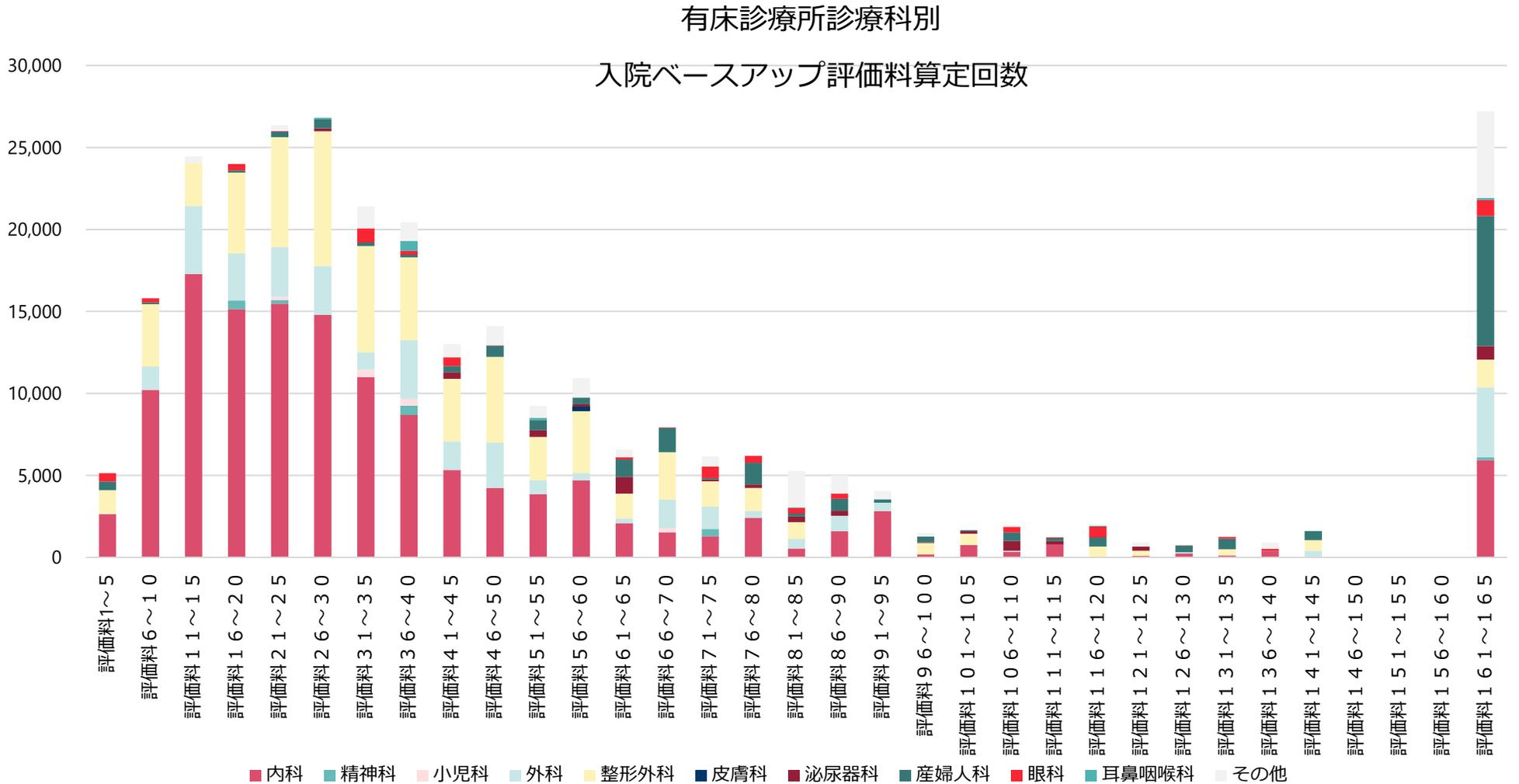
入院ベースアップ評価料の算定状況

- 病院類型ごとの入院ベースアップ評価料の算定回数については、以下のとおり。
- 特定機能病院では区分71～75を中心に、精神科病院では区分16～20を中心に、算定されている。



有床診療所における診療科ごと入院ベースアップ評価料の算定状況

- 有床診療所における診療科別の入院ベースアップ評価料の算定回数については、下記のとおり。
- 入院部門が小さく外来部門が非常に大きい一部の診療所や、分娩等の保険外診療の割合が高い産婦人科においては、非常に高い区分が必要になることがある。



1 - 3. 診療報酬の算定状況等について

①入院医療について

②外来医療について

③訪問看護について

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）	
	1 初診時	6点
	2 再診時等	2点
	3 訪問診療時	
	イ 同一建物居住者等以外の場合	28点
	ロ イ以外の場合	7点

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 2については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料1、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 3のイについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (5) 3のロについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(II)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) (1日につき)</u>	
	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>8点</u>
	<u>ロ 再診時等</u>	<u>1点</u>
	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>16点</u>
	<u>ロ 再診時等</u>	<u>2点</u>
	↓	
	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8</u>	
	<u>イ 初診、又は訪問診療を行った場合</u>	<u>64点</u>
	<u>ロ 再診時等</u>	<u>8点</u>

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の1（初診時）若しくは3（訪問診療時）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の2（再診時等）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定していない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）を届け出ている保険医療機関であること。
- (3) **外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満**であること。
- (4) **下記の式【A】に基づき、該当する区分のいずれかを届け出ること。**ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（II）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）の施設基準の届出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} &= \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 1.2\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び} \right. \\
 &\quad \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円} \right]}{\left[\begin{aligned} &(\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (II) イの算定回数} \times 8 \\ &+ \text{外来・在宅ベースアップ評価料 (II) オの算定回数} \times 8 \\ &+ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) イの算定回数} \times 8 \\ &+ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) オの算定回数} \times 8) \times 10\text{円} \end{aligned} \right]}
 \end{aligned}$$

外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分	点数 (イ)	点数 (ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（II）1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）2	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）8	64点	8点

賃上げに向けた評価の新設⑥

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

【施設基準の概要】

- (5) (4) について、届出に当たっては、別表に示した期間において【A】の算出を行うこと。
 また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
 ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (7) (6) について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) 常勤換算2人以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては、当該規定を満たしているものとする。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【A】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

賃上げに向けた評価の新設⑦

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】 (続き)

[施設基準の概要]

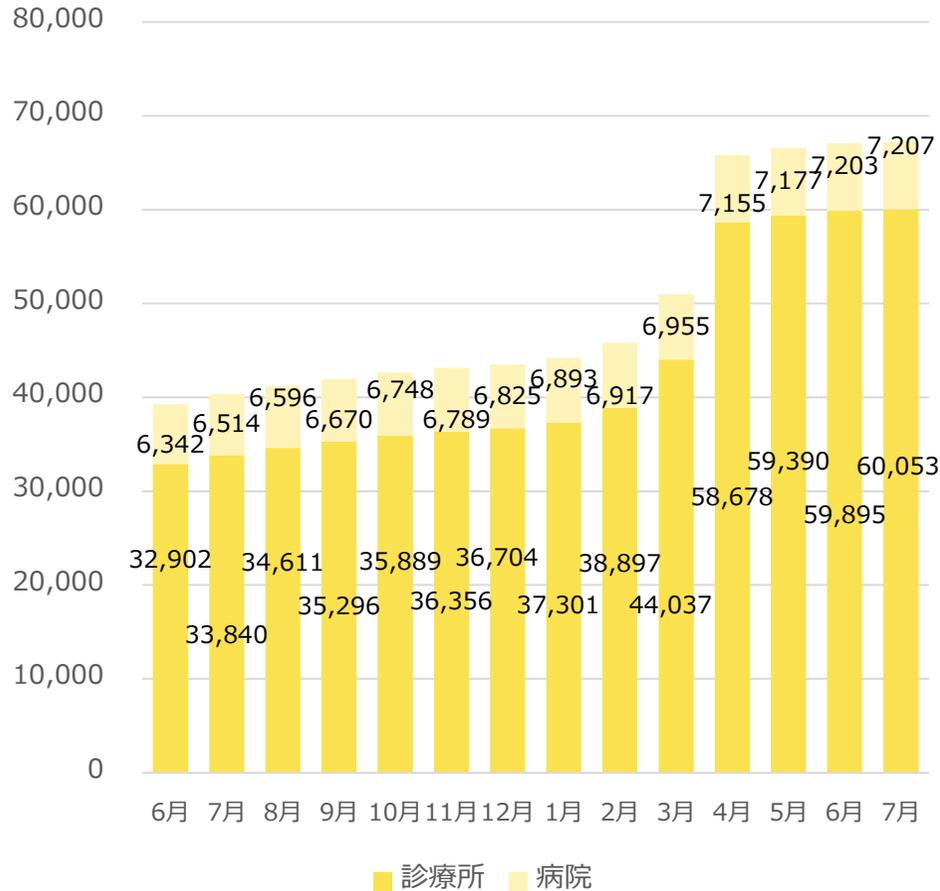
(10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる **社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**

- ア **社会保険診療**(租税特別措置法(昭和三十二年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)**に係る収入金額**(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。))の場合に限る。)を含む。)
- イ 健康増進法(平成十四年法律第百三号)第六条各号に掲げる**健康増進事業実施者が行う**同法第四条に規定する**健康増進事業**(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)**に係る収入金額**(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
- ウ **予防接種**(予防接種法(昭和三十二年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号口の規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)**に係る収入金額**
- エ **助産**(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)**に係る収入金額**(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。)
- オ **介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額**(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
- カ 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第六条に規定する**介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに**同法第七十七条及び第七十八条に規定する**地域生活支援事業に係る収入金額**
- キ 児童福祉法第二十一条の五の二に規定する**障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、**同法第二十四条の二に規定する**障害児入所給付費、**同法第二十四条の七に規定する**特定入所障害児食費等給付費並びに**同法第二十四条の二十五に規定する**障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額**
- ク **国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額**

外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出状況（再掲）

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（I）は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。

月別推移



届出受理医療機関割合（令和7年7月7日時点）

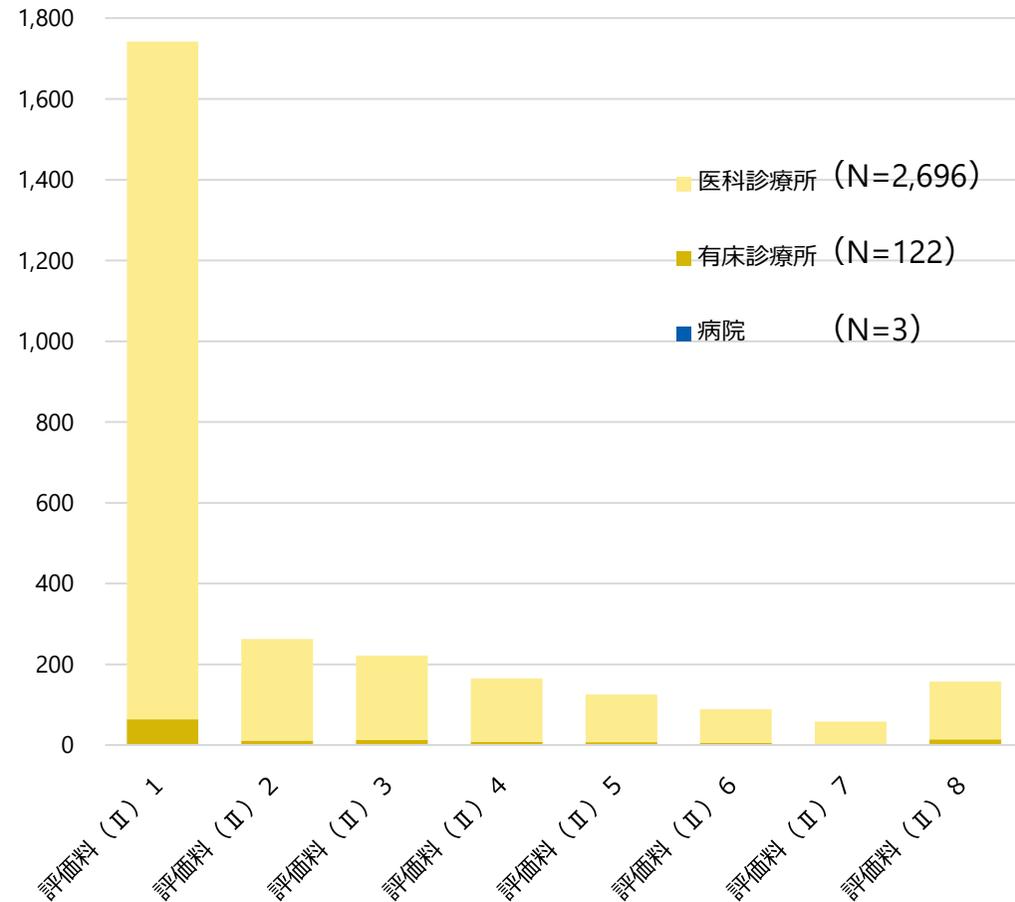
	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
合計	162,949	67,260	41.3%

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分別の届出状況について、評価料（Ⅰ）を届け出ている医療機関のうち、約4%が評価料（Ⅱ）を届け出ていた。

評価区分別届出数

(N=2,821)



評価区分別届出受理医療機関割合

(令和7年7月7日時点)

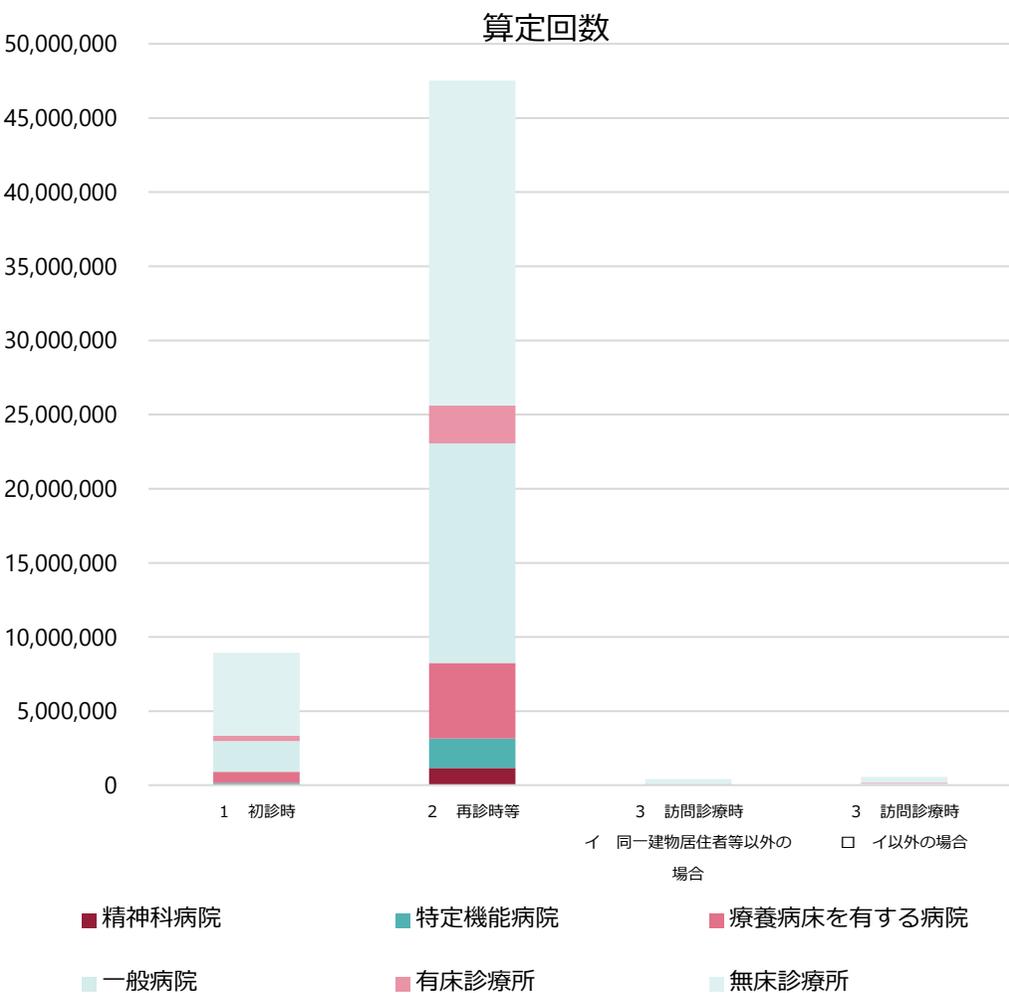
評価区分	病院	有床診療所	医科診療所	総計
評価料(Ⅱ) 1		64	1,678	1,742
評価料(Ⅱ) 2		11	252	263
評価料(Ⅱ) 3		13	209	222
評価料(Ⅱ) 4		8	157	165
評価料(Ⅱ) 5		7	118	125
評価料(Ⅱ) 6	1	5	83	89
評価料(Ⅱ) 7		2	56	58
評価料(Ⅱ) 8	2	12	143	157
合計	3	122	2,696	2,821
(外来ベースアップ評価料Ⅰ届出のうち割合)				4.19%

出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計）

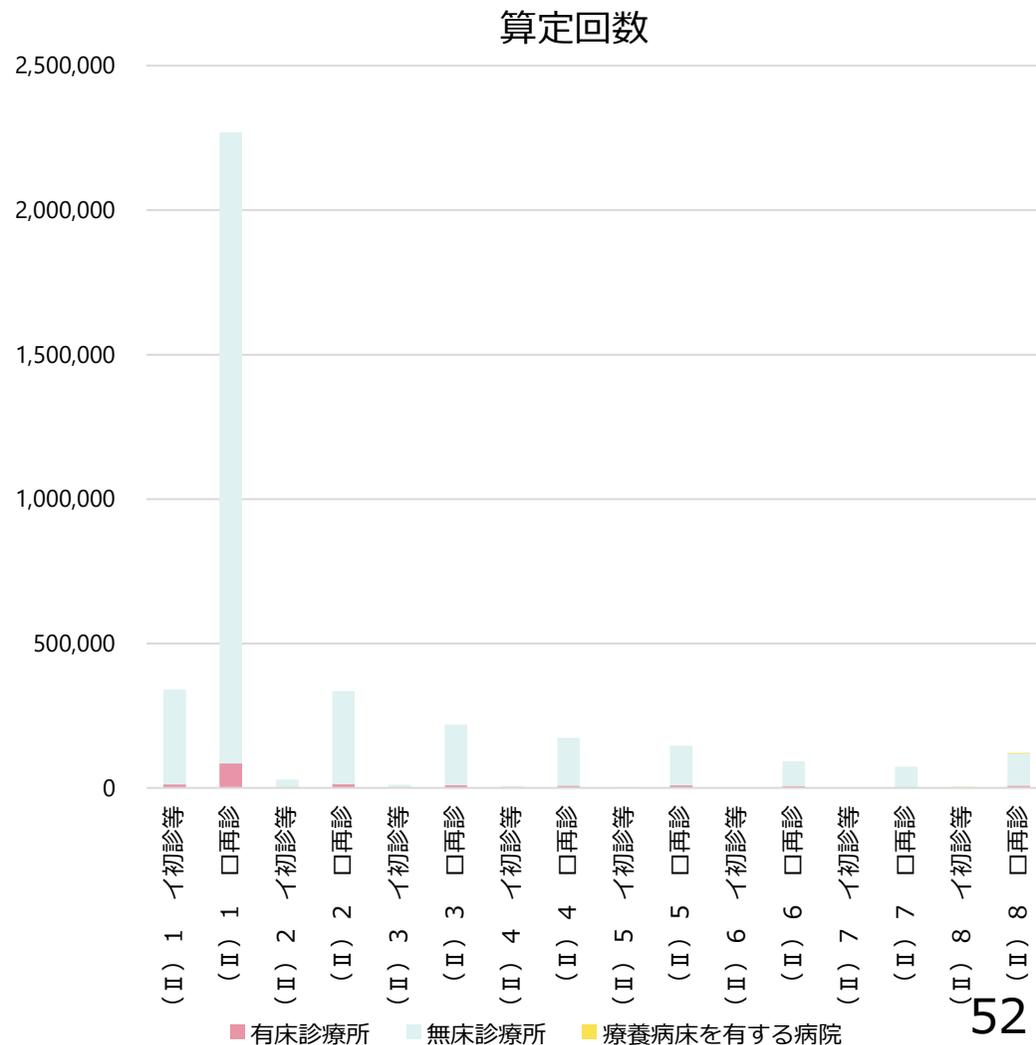
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定状況

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定状況については以下のとおり。
- 評価料（Ⅱ）について、区分1の算定割合が多い傾向にある。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）



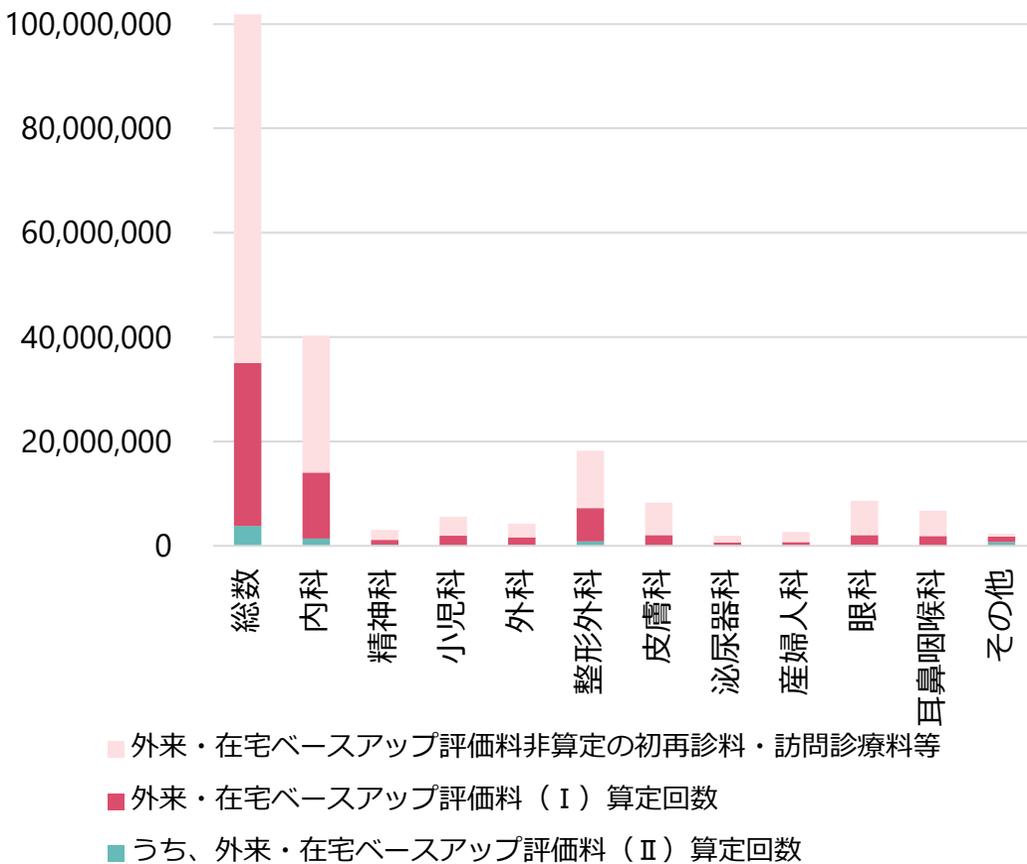
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）



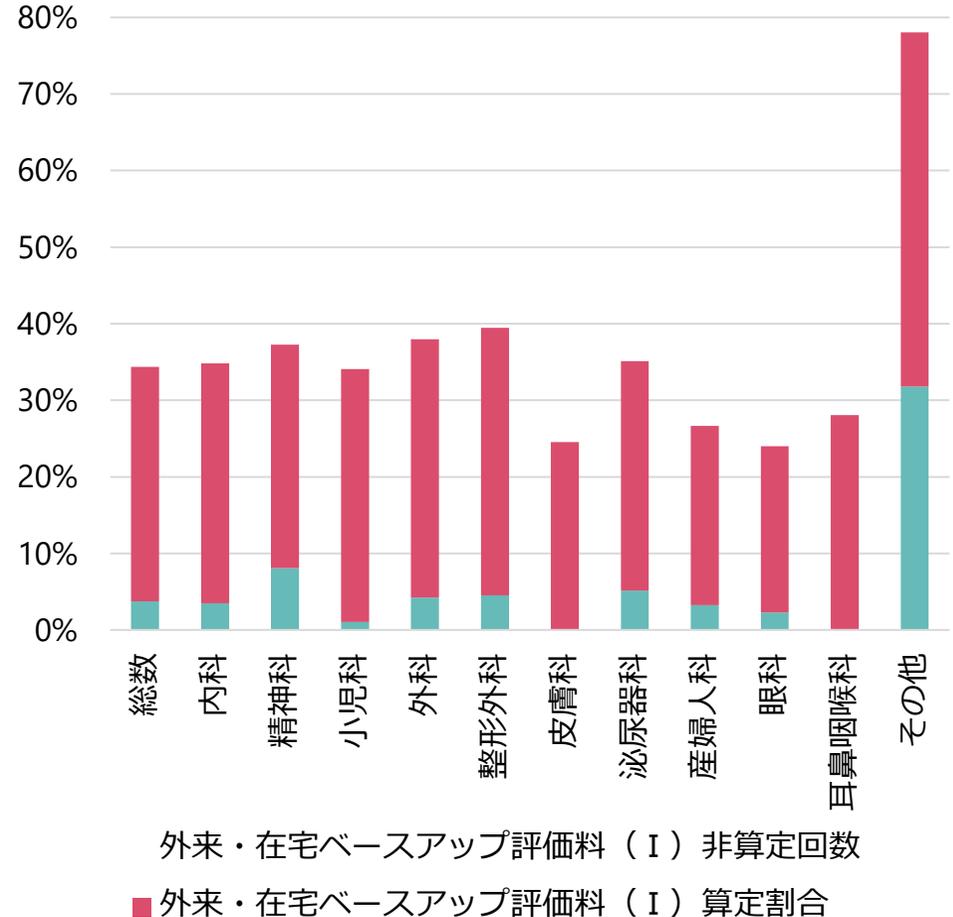
診療所の診療科ごとの外来・在宅ベースアップ評価料算定状況

- 診療所の診療科ごとの、初再診料・訪問診療料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の算定回数やその割合は以下のとおり。
- 小児科、皮膚科、耳鼻咽喉科について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定割合が低い。

初再診料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の算定回数

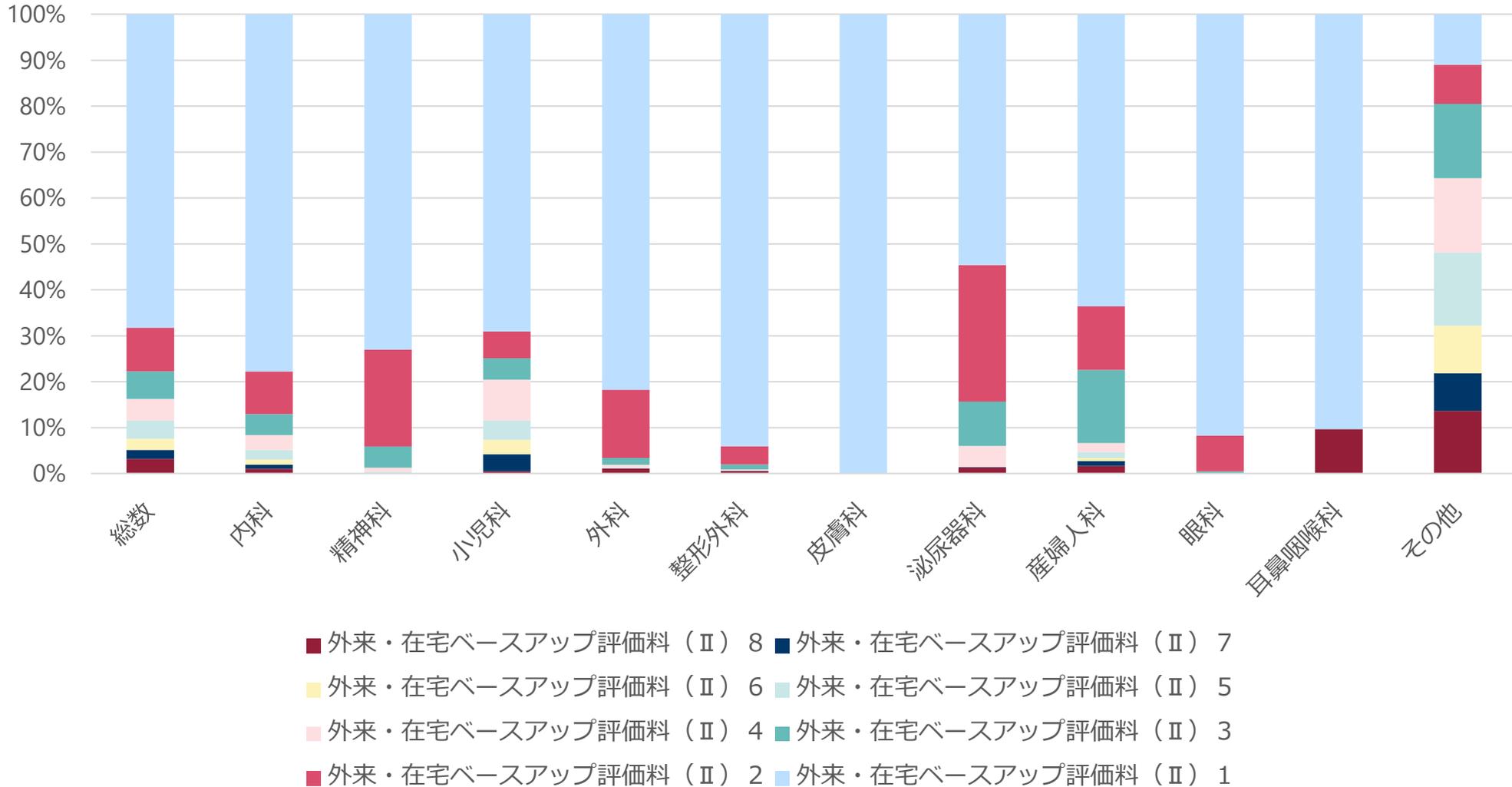


初再診料等に占める外来・在宅ベースアップ評価料の算定割合



診療所の診療科ごとと外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定状況

- 診療科ごとの外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数について、区分ごとに占める割合は以下のとおり。
- 診療科別で見ると、整形外科、皮膚科、眼科を中心に、区分2以上の算定割合が少ない傾向にある。



外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）と併算定される診療行為

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）と併算定されている診療行為について、算定回数が多い順に並べると、以下のとおり。

No. 診療行為	算定回数
1 再診料	40,496,514
2 明細書発行体制等加算	29,607,214
3 処方箋料（リフィル以外・その他）	27,022,754
4 外来管理加算	14,920,043
5 医療情報取得加算（再診）	14,170,090
6 外来診療料	12,315,501
7 一般名処方加算 1（処方箋料）	11,945,990
8 外来感染対策向上加算（再診）	8,828,404
9 一般名処方加算 2（処方箋料）	8,634,235
10 外来迅速検体検査加算	8,454,082
11 B-V	8,083,671
12 生化学的検査（1）判断料	7,987,407
13 血液学的検査判断料	7,891,578
14 クレアチニン	7,582,086
15 A L T	7,481,056
16 A S T	7,472,792
17 B U N	7,260,878
18 ナトリウム及びクロール	6,727,717
19 カリウム	6,695,501
20 γ-G T	6,497,989
21 グルコース	6,186,304
22 L D	5,889,562
23 生活習慣病管理料 2	5,781,458
24 時間外対応加算 1	5,661,787
25 U A	5,611,181
26 検体検査管理加算（1）	5,582,902

No. 診療行為	算定回数
27 B I L / 総	5,549,819
28 T P	5,510,031
29 A L P	5,481,983
30 A I b（B C P 改良法・B C G 法）	5,461,782
31 処方料（その他）	5,203,638
32 時間外対応加算 3	5,195,181
33 T G	4,977,912
34 C K	4,587,989
35 調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）	4,471,535
36 免疫学的検査判断料	4,470,303
37 医療情報取得加算（外来診療料）	4,426,486
38 薬剤情報提供料	4,277,800
39 C R P	4,162,890
40 H b A 1 c	4,095,069
41 電子画像管理加算（単純撮影）	3,944,944
42 末梢血液一般検査	3,871,792
43 単純撮影（デジタル撮影）	3,817,973
44 特定疾患療養管理料（診療所）	3,783,048
45 H D L - コレステロール	3,749,948
46 連携強化加算（再診）	3,574,984
47 L D L - コレステロール	3,548,312
48 カルシウム	3,545,269
49 単純撮影（イ）の写真診断	2,885,297
50 A m y	2,720,289
51 T c h o	2,609,990
52 精密眼圧	2,576,804

No. 診療行為	算定回数
53 運動器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	2,537,154
54 尿一般	2,529,577
55 生化学的検査（2）判断料	2,467,087
56 特定疾患処方管理加算（処方箋料）	2,455,987
57 消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	2,378,860
58 透析液水質確保加算（人工腎臓）	2,344,673
59 外来・在宅ベースアップ評価料（2）1（再診時等）	2,260,676
60 矯正視力検査（1以外）	2,171,920
61 尿・糞便等検査判断料	2,124,093
62 スリット M（前眼部）	2,105,375
63 調剤料（外用薬）	2,061,347
64 精密眼底検査（両）	1,921,377
65 調基（その他）	1,912,176
66 手帳記載加算（薬剤情報提供料）	1,843,912
67 人工腎臓（慢性維持透析 1）（4時間以上 5時間未満）	1,809,354
68 C h E	1,801,067
69 通院精神療法（30分未満）（精神保健指定医による場合）	1,741,655
70 末梢血液像（自動機械法）	1,630,409
71 慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	1,625,461
72 無機リン及びピリン酸	1,566,045
73 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,539,358
74 療養担当手当（入院外）	1,525,626
75 関節腔内注射	1,498,971

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）と併算定される診療行為

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）と併算定されている診療行為について、算定回数が多い順に並べると、以下のとおり。

No.	診療行為	算定回数	No.	診療行為	算定回数	No.	診療行為	算定回数
1	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）2（再診時等）	3,459,850	25	グルコース	311,270	51	A I b（BCP改良法・BCG法）	174,413
2	再診料	3,422,054	26	医療情報取得加算（初診）	311,019	52	特定疾患処方管理加算（処方箋料）	170,837
3	明細書発行体制等加算	3,372,122	27	末梢血液一般検査	306,877	53	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	166,778
4	処方箋料（リフィル以外・その他）	1,408,332	28	A S T	300,650	54	C K	165,968
5	医療情報取得加算（再診）	1,008,804	29	A L T	300,544	55	B I L／総	162,407
6	外来管理加算	837,696	30	処方料（その他）	293,392	56	精密眼圧	155,548
7	透析液水質確保加算（人工腎臓）	812,675	31	B U N	277,706	57	医療D X推進体制整備加算4（初診）	153,332
8	外来感染対策向上加算（再診）	762,606	32	T G	266,605	58	カルシウム	149,767
9	時間外対応加算1	736,661	33	γ - G T	265,700	59	外来感染対策向上加算（初診） 通院精神療法（30分未満）（精神保健指定 医による場合）	149,501
10	一般名処方加算1（処方箋料）	719,118	34	U A	257,360	60	単純撮影（デジタル撮影）	146,362
11	人工腎臓（慢性維持透析1）（4時間以上5 時間未満）	636,010	35	尿一般	254,791	61	手帳記載加算（薬剤情報提供料）	138,171
12	慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	626,924	36	カリウム	254,575	62	矯正視力検査（1以外）	127,214
13	時間外対応加算3	617,195	37	調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）	253,972	63	免疫学的検査判断料	126,965
14	一般名処方加算2（処方箋料）	464,011	38	H b A 1 c	251,050	64	スリットM（前眼部）	126,470
15	生活習慣病管理料2	406,201	39	外来迅速検体検査加算	249,245	65	精密眼底検査（両）	124,017
16	連携強化加算（再診）	405,371	40	ナトリウム及びクロール	248,454	66	夜間・早朝等加算（再診）	123,738
17	B - V	403,392	41	薬剤情報提供料	225,584	67	T c h o	121,926
18	生化学的検査（1）判断料	399,163	42	H D L - コレステロール	221,743	68	時間外・休日加算（人工腎臓）	121,580
19	血液学的検査判断料	387,392	43	障害者等加算（人工腎臓）	216,529	69	生化学的検査（2）判断料	119,436
20	特定疾患療養管理料（診療所）	378,033	44	サーベイランス強化加算（再診）	199,863	70	リハビリテーション総合計画評価料1	114,789
21	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）1（初 診時）	361,132	45	T P	191,777	71	単純撮影（デジタル撮影）	109,774
22	運動器リハビリテーション料（1）（理学療 法士による場合）	352,821	46	処方箋料（リフィル以外・その他）	191,727	72	電子画像管理加算（単純撮影）	109,352
23	初診料	351,449	47	A L P	189,124	73	処方箋料（リフィル以外・7種類以上内服 薬）	107,499
24	クレアチニン	312,582	48	L D L - コレステロール	188,367	74	末梢血液像（自動機械法）	106,940
			49	L D	187,469			
			50	電子画像管理加算（単純撮影）	184,143			

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）との併算定に特徴的な診療行為

- 診療行為ごとに、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数に占める評価料（Ⅱ）の算定割合の大きい順に並べると、以下のとおり。
- 血液透析に関連した診療行為が上位を占めている。

No.	診療行為	算定回数(Ⅱ)	算定割合
1	時間外・休日加算（人工腎臓）	119,436	41.5%
2	慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	626,924	38.6%
3	人工腎臓（慢性維持透析2）（4時間以上5時間未満）	10,403	37.2%
4	透析時運動指導等加算（人工腎臓）	5,513	36.7%
5	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	58,319	35.4%
6	慢性維持透析患者外来医学管理料	61,222	35.2%
7	人工腎臓（慢性維持透析1）（4時間以上5時間未満）	636,010	35.2%
8	透析液水質確保加算（人工腎臓）	812,675	34.7%
9	障害者等加算（人工腎臓）	216,529	33.9%
10	人工腎臓（慢性維持透析1）（5時間以上）	72,559	33.8%
11	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）	4,718	33.5%
12	人工腎臓（その他）	5,595	31.0%
13	リハビリテーションデータ提出加算	20,515	30.5%
14	長時間加算（人工腎臓）	7,245	29.5%
15	早期診療体制充実加算（診療所）（（1）以外の場合）	4,057	29.4%
16	障害児（者）リハビリテーション料（6歳未満）	5,241	29.0%
17	人工腎臓（慢性維持透析1）（4時間未満）	86,194	29.0%
18	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）	7,925	27.2%
19	糖尿病合併症管理料	5,252	26.7%
20	生殖補助医療管理料1	5,903	25.8%
21	障害児（者）リハビリテーション料（6歳以上18歳未満）	5,299	22.9%
22	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）	4,238	22.1%
23	腎代替療法実績加算	6,612	21.5%
24	児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満）（（1）以外）	4,034	20.6%
25	時間外対応加算4	31,244	19.2%

No.	診療行為	算定回数	算定割合
26	重度認知症患者デイ・ケア料	23,445	19.0%
27	プロゲステロン	7,304	18.5%
28	体液量測定	6,341	17.9%
29	アルブミン定量（尿）	24,097	16.5%
30	カリウム（尿）	5,388	16.1%
31	早期加算（重度認知症患者デイ・ケア料）	5,689	15.5%
32	短期滞在手術等基本料1（イ以外の場合）（1以外の場合）	8,689	15.4%
33	ナトリウム及びクロール（尿）	19,796	15.3%
34	外来栄養食事指導料1（2回目以降）（対面）	23,728	15.3%
35	リハビリテーション総合計画評価料1	113,424	14.9%
36	疾患別等診療計画加算（精神科デイ・ナイト・ケア）	10,520	14.6%
37	精神科デイ・ナイト・ケア	10,122	14.5%
38	クレアチニン（尿）	33,325	14.2%
39	レーザー前房蛋白細胞数検査	5,646	14.1%
40	サーベイランス強化加算（再診）	199,863	14.0%
41	運動器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	352,821	14.0%
42	E 2	12,242	13.8%
43	通院・在宅精神療法（20歳未満）加算	6,919	13.7%
44	酸素吸入	5,693	13.2%
45	外来データ提出加算（生活習慣病管理料1・2）	35,744	13.0%
46	時間外対応加算1	736,661	13.0%
47	遠隔画像診断管理加算2（コンピューター断層診断）	3,452	12.8%
48	尿蛋白	17,954	12.6%
49	L H	9,245	12.5%
50	精神科継続外来支援・指導料	5,050	12.0%

賃上げに向けた評価の新設③（歯科）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新） 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

1 初診時	10点
2 再診時等	2点
3 歯科訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外の場合	41点
ロ 同一建物居住者の場合	10点

[算定要件（通知）]

- 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診、歯科訪問診療を行った場合に所定点数を算定する。
- 1については、初診料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- 2については、再診料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- 3のイについては、歯科訪問診療1を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- 3のロについては、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3、歯科訪問診療4、歯科訪問診療5、歯科訪問診療料の注15又は注19を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑧（歯科）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設

- 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない歯科診療所であって、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) (1日につき)

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1

- | | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 8点 |
| <input type="checkbox"/> ロ 再診時 | 1点 |

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 16点 |
| <input type="checkbox"/> ロ 再診時 | 2点 |



歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 64点 |
| <input type="checkbox"/> ロ 再診時 | 8点 |

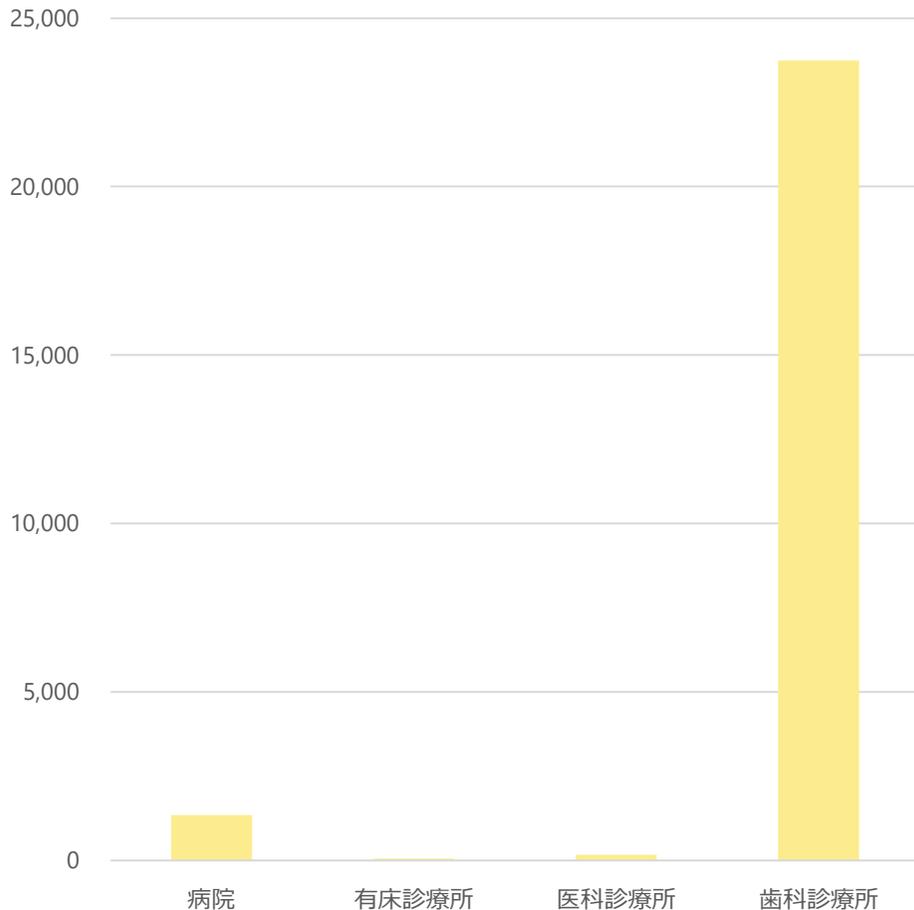
[算定要件]

- (1) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) イについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の1（初診時）若しくは3（歯科訪問診療時）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) ロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の2（再診時等）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出状況

○ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）について、歯科診療所の36%が届出を行っている。

医療機関区分別届出数

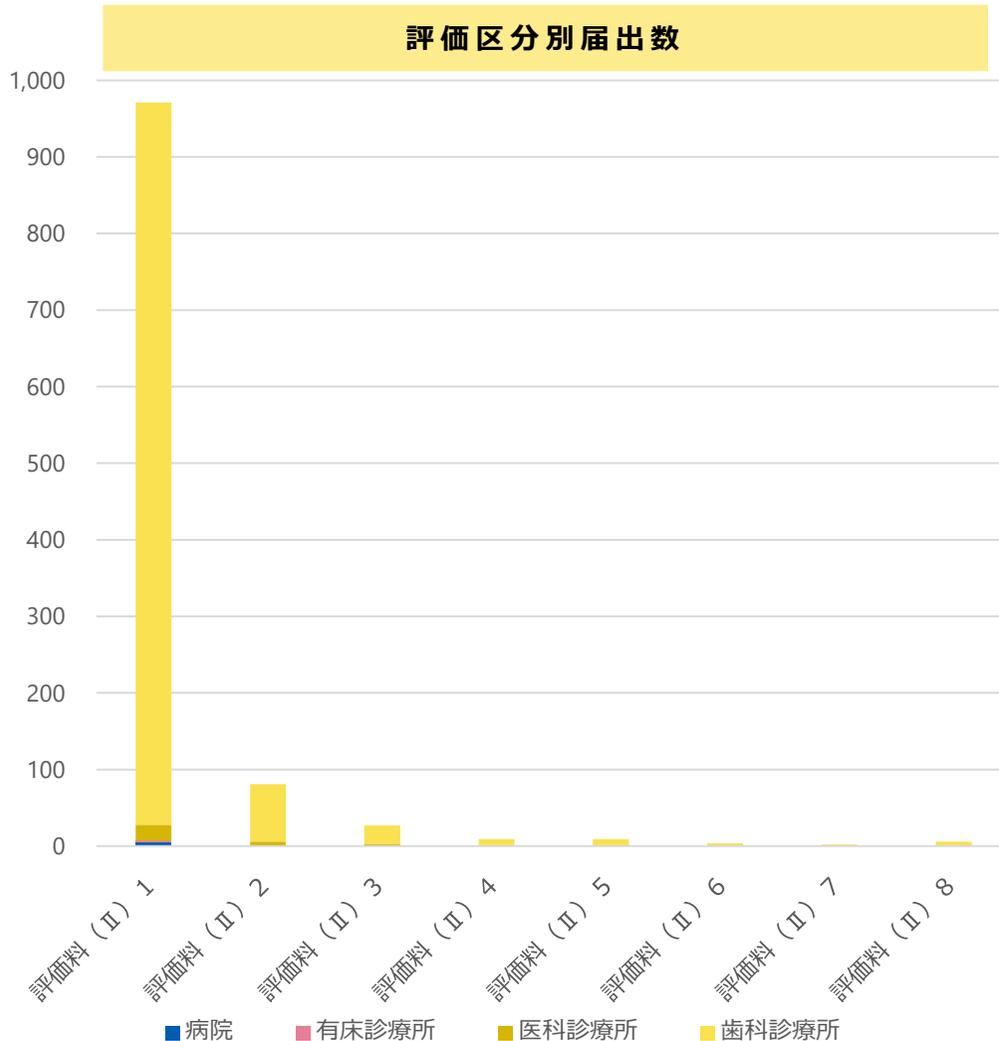


届出受理医療機関割合（令和7年7月7日時点）

	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	1,347	16.7%
診療所	154,904	23,963	15.5%
有床診療所	5,339	54	1.0%
医科診療所	84,035	165	0.2%
歯科診療所	65,530	23,744	36.2%
合計	162,949	25,310	15.5%

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況

○ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況について、評価料（Ⅰ）を届け出ている医療機関の約4%が評価料（Ⅱ）を届け出ている。



評価区分別届出受理医療機関割合
(令和7年7月7日時点)

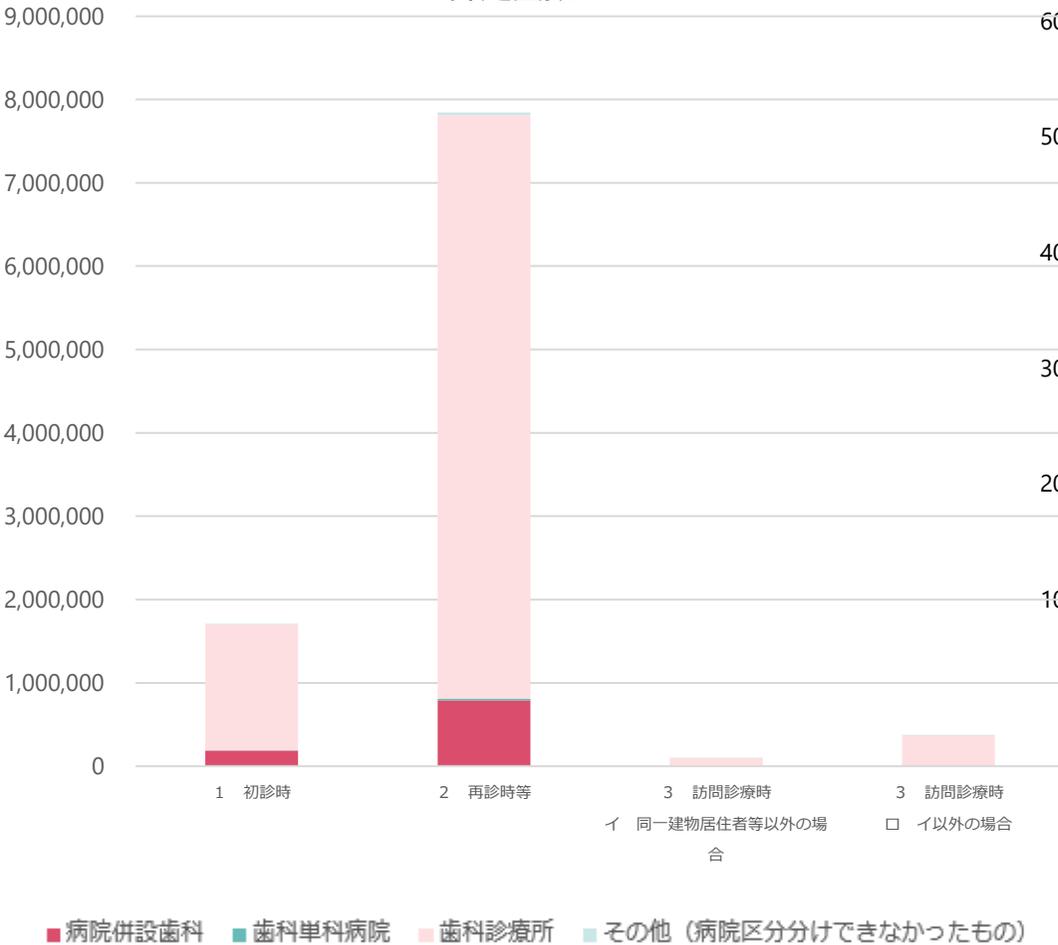
評価区分	病院	有床診療所	医科診療所	歯科診療所	総計
評価料(Ⅱ) 1	0	5	2	21	943
評価料(Ⅱ) 2	0	0	0	6	75
評価料(Ⅱ) 3	0	0	0	3	24
評価料(Ⅱ) 4	0	0	0	1	8
評価料(Ⅱ) 5	0	0	0	0	9
評価料(Ⅱ) 6	0	0	0	1	3
評価料(Ⅱ) 7	0	0	0	0	2
評価料(Ⅱ) 8	0	0	0	0	6
合計	5	2	32	1,070	1,109
(歯科外来ベースアップ評価料Ⅰ届出のうち割合)					4.38%

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定状況

- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定状況については以下のとおり。
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）について、区分1の算定回数が多い傾向にある。

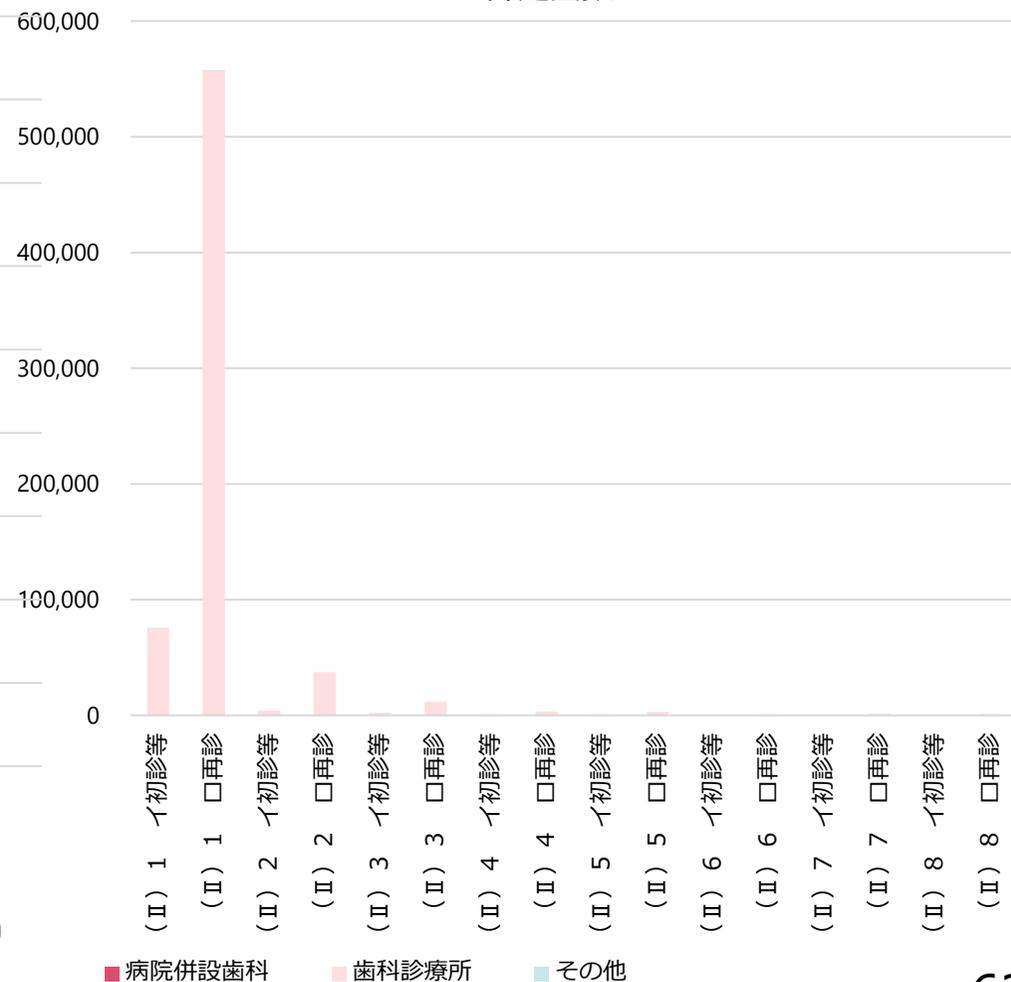
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

算定回数



歯科・外来ベースアップ評価料（Ⅱ）

算定回数



1 - 3. 診療報酬の算定状況等について

①入院医療について

②外来医療について

③訪問看護について

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設①

訪問看護ベースアップ評価料（I）の新設

- 訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新） 訪問看護ベースアップ評価料（I） 780円（月1回）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（I）として、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (2) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (3) (2)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上でを行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (4) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。
- (5) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (6) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】主として医療に従事する職員

薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療工ックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医師事務作業補助者、その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設②

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

- 訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新） 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

イ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	10円（月1回）
ロ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	20円（月1回）
↓		
ヌ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 10	100円（月1回）
ル	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 11	150円（月1回）
↓		
ソ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 18	500円（月1回）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。

[施設基準]

- 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
- 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の1分2厘未満であること。

ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

$$\text{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近3か月の1月あたりの区分番号02の1の算定回数}}{\text{直近3か月の1月あたりの医療保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者 + 介護保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設③

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

(3) 下記の式【C】に基づき、別表4に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$【C】 = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}}$$

(4) (3) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合において、区分の変更を行わないものとすること。

(5) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

(6) (5) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

(7) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

(8) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

(9) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあつては、当該規定を満たしているものとする。

(10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

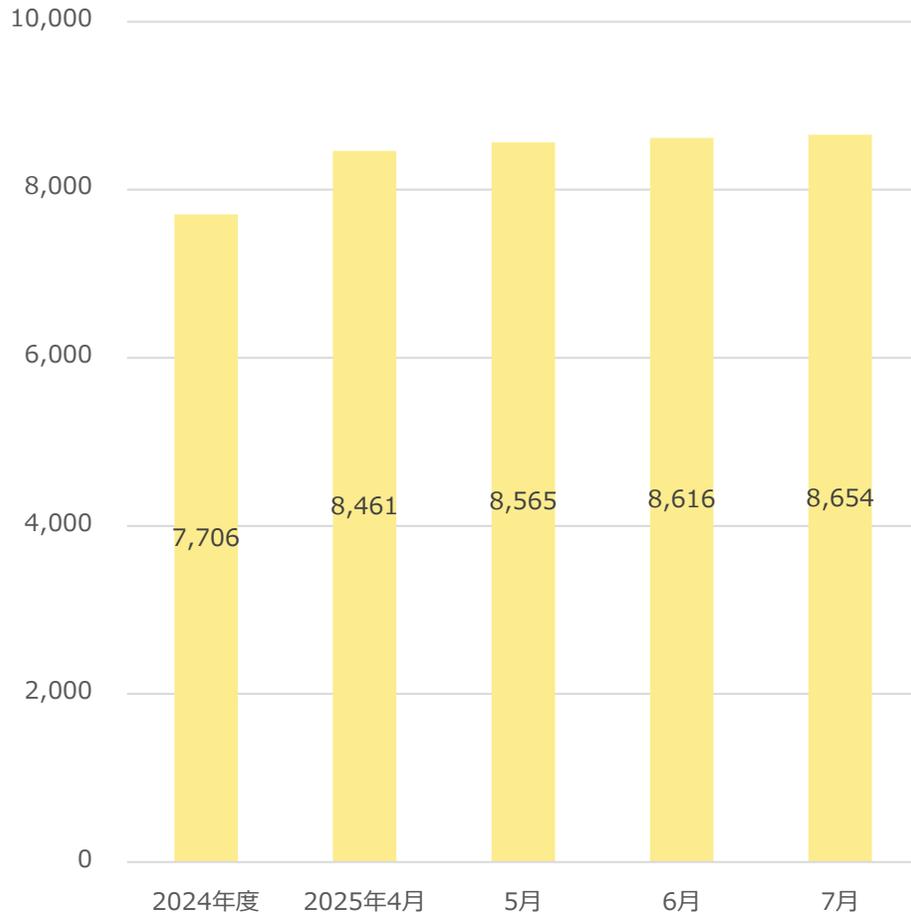
【別表4】訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	10円
15以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	20円
↓	↓	↓
95以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100円
125以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150円
↓		↓
475以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500円

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出状況

○ 訪問看護ステーションにおけるベースアップ評価料の届出割合は約43%であった。

月別推移



届出受理ステーション割合（令和7年7月7日時点）

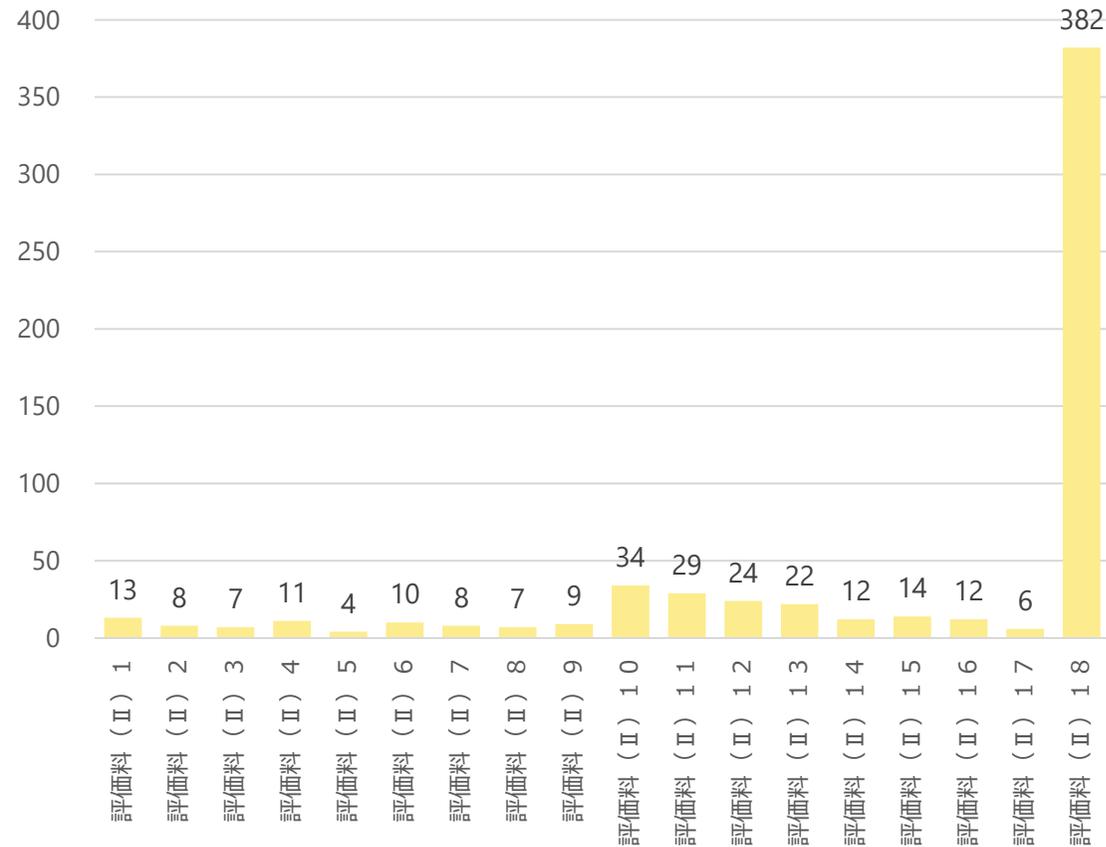
	ステーション数	届出受理数	届出受理割合
合計	20,152	8,654	42.9%

※2024年度：（令和6年6月～令和7年3月）届出医療機関の総数

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出状況

○ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている訪問看護ステーションのうち、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出割合は約7%であった。

評価区分別届出数



評価区分別届出受理ステーション割合

(令和7年7月7日時点)

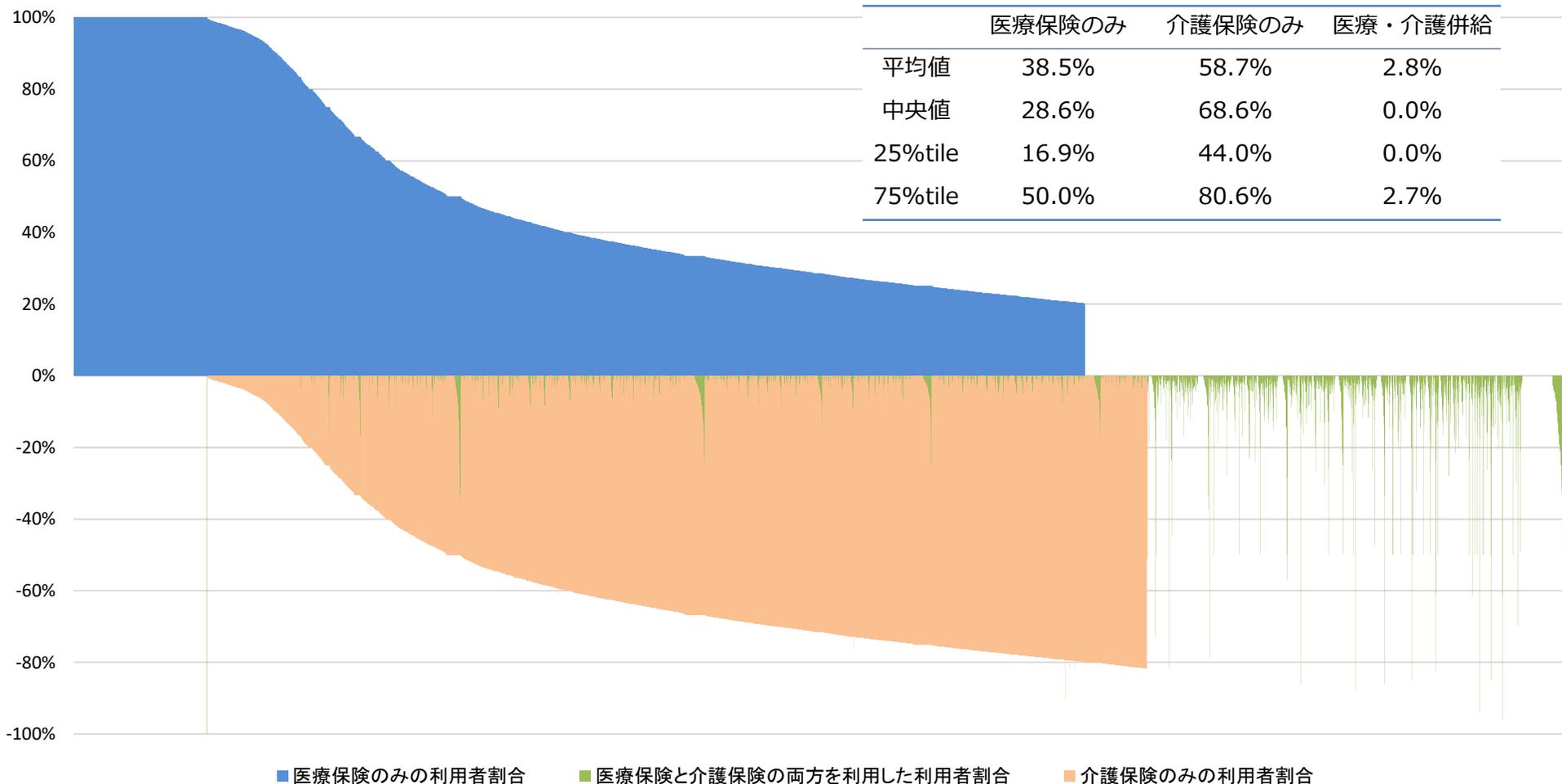
評価料区分	届出受理数	受理割合 (評価料Ⅰのうち)
区分 1	13	
区分 2	8	
区分 3	7	
区分 4	11	
区分 5	4	
区分 6	10	
区分 7	8	
区分 8	7	
区分 9	9	
区分 10	34	
区分 11	29	
区分 12	24	
区分 13	22	
区分 14	12	
区分 15	14	
区分 16	12	
区分 17	6	
区分 18	382	
合計	612	7.07%

【訪問看護】 1事業所あたりの医療保険と介護保険の利用者の割合

診調組 入-1
5. 12. 21

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

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



1. 賃上げ・処遇改善（その1）

1－1. 医療機関等における賃上げを取り巻く状況について

1－2. 賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について

1－3. 診療報酬の算定状況等について

1－4. 医療機関等における賃上げ状況について

1－5. 診療報酬の届出方法等について

医療機関等における賃上げの実施状況の把握について

【附帯意見(抜粋)】

2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

【関係する改定内容】

- ①ベースアップ評価料の新設
- ②初再診料、入院基本料等の引き上げ

【把握の方法案】

①医療機関の賃上げ状況の把握

- ・看護職員等の医療関係職種の賃上げ状況
- ・40歳未満の医師・歯科医師、事務職員の賃上げ状況

→ ベースアップ評価料の賃金改善計画書・賃金改善実績報告書等により把握

②歯科技工所の賃上げ状況の把握

→ 関係団体とも連携しつつ別途、把握

③薬局に対する調査

→ 関係団体とも連携しつつ別途、把握

※ 入院料の通則の見直しの影響については入院・外来医療等の調査で実態を把握してはどうか。

1 - 4 . 医療機関等における賃上げ状況について

①病院・診療所について

②薬局・歯科技工所について

ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

令和7年3月時点集計値

		対象職員全体				
		全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数		36,348	6,329	1,617	16,946	11,456
医療機関ごとの賃金増率※分布	最小値 (%)	0.0001	0.02	0.01	0.0001	0.01
	第1四分位数 (%)	1.93	2.03	1.98	2.06	1.71
	中央値 (%)	2.50	2.50	2.50	2.50	2.30
	第3四分位数 (%)	3.06	3.10	3.07	3.10	2.96
	最大値 (%)	5.41	5.41	5.40	5.41	5.41
職員数 (人)		1,666,023	1,447,595	33,493	123,809	61,126
加重平均値 (%)		2.74	2.79	2.46	2.41	2.35

ベースアップ評価料届出時の賃金改善計画書の数値（簡素化様式による届出分や記載不備等10,595件及び外れ値3,092件を除く、36,348件）を集計。なお、対象職員全体の賃金増率が0%以下となっている医療機関の計画値は、集計対象からは除外している。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

○ 令和5年度時点と比較した、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和7年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

R5年度⇒R7年度（2年計）	対象職員全体				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	8,438	5,090	848	1,792	709
最小値	0.0026	0.02	0.00	0.0026	0.0481
第1四分位数	2.18	2.50	2.11	1.61	1.56
中央値	2.81	3.08	2.64	2.22	2.12
第3四分位数	3.75	3.97	3.49	3.24	2.93
最大値	6.95	6.95	6.94	6.89	6.92
職員数	1,202,599	1,146,429	21,682	26,137	8,351
加重平均値	3.44	3.47	2.92	2.55	2.89

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和7年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件、記載不備等18,426件及び外れ値715件（うち、賃金増率が0%以下のもの46件を含む。）を除く、8,438件）を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和6・7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）

- 令和6年度計画書及び令和7年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和5年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

		対象職員全体				
		全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 （無床）	歯科診療所 （無床）
医療機関数		7,318	4,488	692	1,562	576
令和6年度	加重平均値（%）	2.69	2.71	2.46	2.11	2.09
	（職員数）（人）	1,076,575	1,031,834	17,825	23,234	3,681
令和7年度 R5⇒R7 （2年計）	加重平均値（%）	3.40	3.43	2.98	2.57	2.30
	（職員数）（人）	1,102,271	1,057,665	17,888	23,087	3,632
（参考） R6⇒R7 賃金増率	差分（ポイント）	0.71	0.72	0.52	0.46	0.21

令和7年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件）のうち、令和6年度において未算定、計画書記載不備及び外れ値等の1,835件を除いた7,318件の賃金改善計画書を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和6・7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）（対象職員）

- 令和6年度計画書及び令和7年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職種別の令和5年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

		対象職種				
		看護職員等	薬剤師	看護補助者	歯科衛生士	その他職員
	医療機関数	5,303	4,732	4,795	0	5,154
令和6年度	加重平均値（%）	2.71	2.41	3.52	—	2.86
	（職員数）（人）	625,155	32,492	110,150	—	331,455
令和7年度 R5⇒R7 （2年計）	加重平均値（%）	3.58	2.87	4.21	—	3.37
	（職員数）（人）	620,208	32,511	115,113	—	334,112
（参考） R6⇒R7 賃金増率	差分（ポイント）	0.87	0.46	0.69	—	0.51

令和7年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件）のうち、令和6年度において未算定、各職種について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値等を除いたベースアップ評価料の賃金改善計画書の数値を集計。

令和7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）（40歳未満医師）

- 40歳未満医師の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和5年時点と比較した、40歳未満医師の令和7年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

R5年度⇒R7年度（2年計）	対象外職種（40歳未満医師）				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	1,421	1,319	14	39	49
最小値	0.0102	0.01	0.20	0.06	0.20
第1四分位数	1.00	1.01	1.39	0.74	0.80
中央値	1.97	2.00	1.72	1.82	1.89
第3四分位数	2.96	2.97	2.47	2.97	2.77
最大値	7.93	7.93	4.50	7.27	6.43
職員数	45,387	44,639	23	128	1,656
加重平均値	2.89	2.90	2.51	2.35	2.47

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和7年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件、40歳未満医師の賃金増率について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、1,421件）を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

令和7年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率（計画値）（事務職員）

- 事務職員の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により、対応することとしている。
- 令和5年時点と比較した、事務職員の令和7年度賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

R5年度⇒R7年度（2年計）	対象外職種（事務職員）				
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所（無床）	歯科診療所（無床）
医療機関数	4,964	3,710	390	791	73
最小値	0.0000	0.00	0.00	0.06	0.44
第1四分位数	1.98	2.03	1.73	1.66	1.49
中央値	2.78	2.87	2.47	2.56	2.50
第3四分位数	3.92	3.92	3.60	4.15	3.85
最大値	7.90	7.90	7.63	7.81	7.73
職員数	119,792	112,963	2,259	3,907	2,458
加重平均値	3.18	3.19	2.77	2.97	3.71

医療機関より提出されたベースアップ評価料の令和7年度賃金改善計画書の数値（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件、事務職員の賃金増率について記載不備（当該職員が勤務していない場合を含む。）及び外れ値を除く、4,964件）を集計。

※「賃金増率」＝「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善する前の基本給等総額」
 なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

1 - 4 . 医療機関等における賃上げ状況について

①病院・診療所について

②薬局・歯科技工所について

歯科技工所の賃上げ状況等について（2025年7月末時点）

- （公社）日本歯科技工士会が会員歯科技工所（約2,000カ所）に対して、令和6年度診療報酬改定前後の歯科技工所の賃上げ状況や経営状況等の調査を実施。
- 当該調査の結果における令和6年度診療報酬改定前後の影響は、以下のとおり。
 - ・歯科技工所従業員の基本給与等総額は、約1.5万円増加（賃上げ率6.1%）
 - ・歯科技工所の歯科技工売上（保険適応分の売上から材料費を除く）は、「従事者5人以上」で最も増加率が上昇

1 改定前後の、歯科技工所における従業員の給与の比較

基本給与等総額※1		
2024年4月分 (万円)	2025年4月分 (万円)	賃上げ率 (%)
24.5	26.0	6.1

【参考】
所定内給与額
：31.54万円（歯科技工士）

出典：賃金構造基本統計調査
企業規模計（10人以上、6月分）

※1：「基本給」と「決まって毎月支払われる手当（住居手当、家族手当、通勤手当等）の合計金額のこと。
本調査においては、基本給与等総額が最も高い従業員の回答であることから、従事者2名の歯科技工所（N=25）の値を抽出して算出

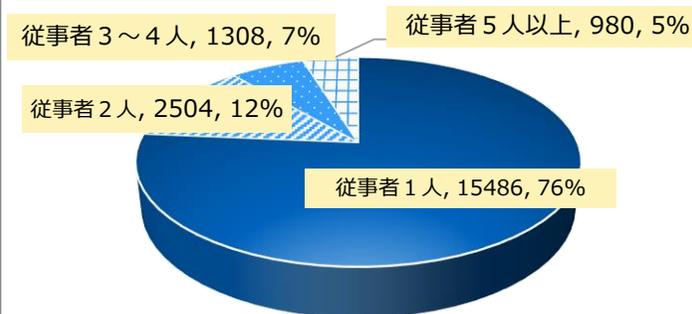
2 改定前後の、歯科技工所1施設当たりの歯科技工売上の比較

歯科技工所の規模	歯科技工売上（保険適応分の売上から材料費を除く）※2		
	2024年4月 (万円)	2025年4月 (万円)	売上の増加率 (%)
従事者1人（管理者のみ） (N=100)	74.5	76.6	2.80
従事者2～4人 (N=45)	124.2	124.9	0.62
従事者5人以上 (N=46)	2391.9	2534.9	5.98

※2：保険適応分の歯科技工を扱っていない歯科技工所は除く

出典：令和6年度診療報酬改定の歯科技工所の経営状況等に関する調査（（公社）日本歯科技工士会）

【参考】規模別の歯科技工所数

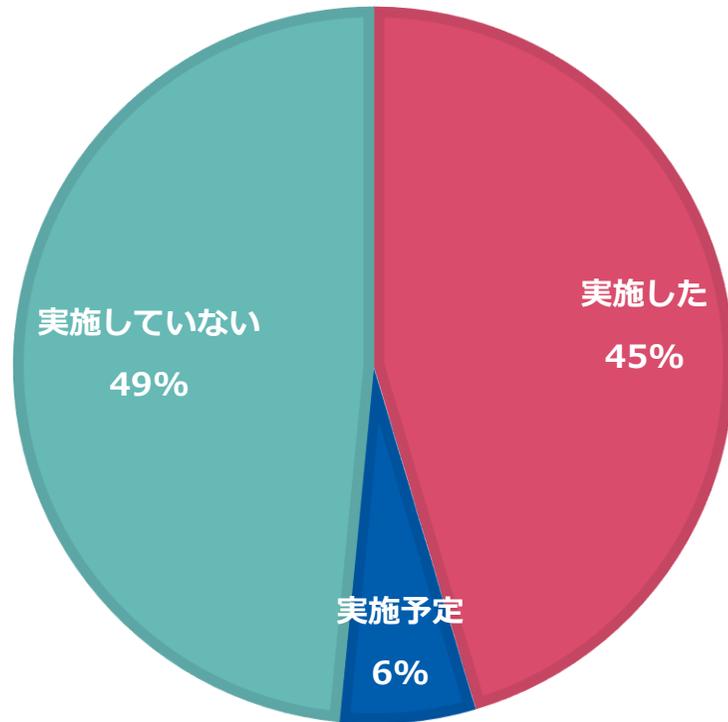


出典：令和6年度衛生行政報告例

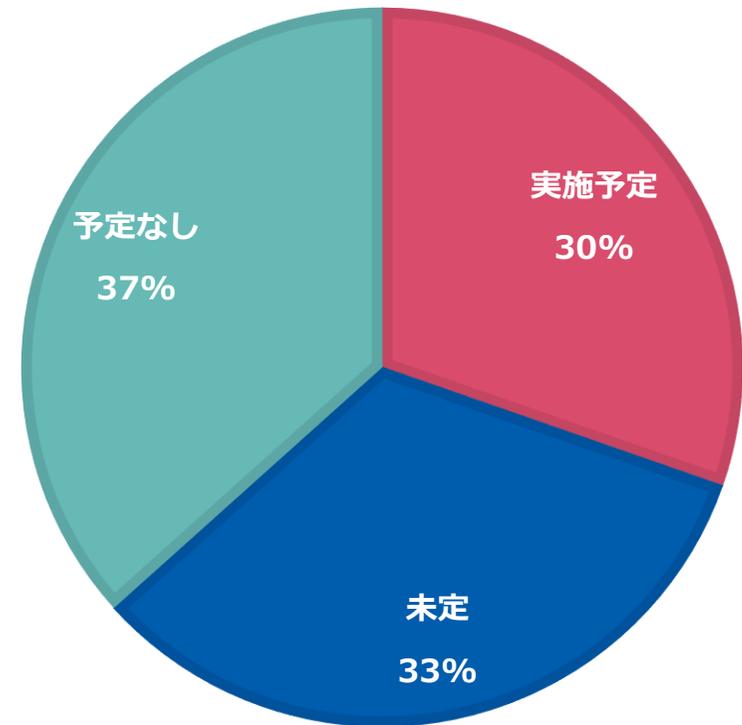
薬局における賃上げ状況等について

○ 令和7年2月25日～3月25日に行われた日本薬剤師会による「賃金引き上げ状況及び物価高騰の影響に関する調査」によると、令和6年度において約5割の薬局が賃金引き上げを行っていた。

■ 令和6年4月～令和7年3月までの賃金引き上げの実施等の有無（n=491）



■ 令和7年4月～令和8年3月までの賃金引き上げの実施予定の有無（n=491）



薬局の店舗数別の給与の賃上げ状況

- 薬剤師においては20～49店舗の薬局、事務職員においては300店舗以上の薬局において賃上げ率が大きかった。

店舗数 (n=219)	職種	賃上げ (円/ 月)	賃上げ率(%)	ベース (円/ 月)	ベース賃上げ率 (%)
1店舗 (n=93)	薬剤師	12,101	2.92	7,548	1.82
	事務職員	8,182	3.94	5,584	2.69
2～5店舗 (n=72)	薬剤師	11,725	2.78	6,273	1.49
	事務職員	9,252	4.25	5,046	2.32
6～19店舗 (n=39)	薬剤師	7,098	1.89	3,052	0.81
	事務職員	5,980	2.23	2,550	0.95
20～49店舗 (n=12)	薬剤師	11,660	3.2	7,111	1.95
	事務職員	9,252	4.1	5,870	2.6
50～299店舗	有効回答なし				
300店舗以上 (n=3)	薬剤師	9,184	2.72	6,500	1.19
	事務職員	13,662	6.25	11,500	5.36

※賃上げを実施した薬局の平均値

賃上げを実施した薬局のうち、「経営者の給与減を実施」という回答が99件、「経営者の個人資産で補填」という回答が57件あった。

1. 賃上げ・処遇改善（その1）

1－1. 医療機関等における賃上げを取り巻く状況について

1－2. 賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について

1－3. 診療報酬の算定状況等について

1－4. 医療機関等における賃上げ状況について

1－5. 診療報酬の届出方法等について

看護職員処遇改善評価料・ベースアップ評価料の算定スケジュール

- 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料の届出及び算定のスケジュールは、以下のとおり。

提出は、医療機関がある地方厚生(支)局の都道府県事務所にメールで送付



看護職員処遇改善評価料

計画書・報告書に関する事項

令和6年度分の評価料収入と賃金増加分の確認
(計画書・報告書の準備)

令和7年度計画書作成・提出

令和6年度報告書作成・提出

区分変更について行う事項

区分見直しに係る実績の計算

区分見直しに係る実績の計算

区分見直しに係る実績の計算

区分見直しに係る実績の計算

ベースアップ評価料

計画書・報告書に関する事項

令和6年度分の評価料収入と賃金増加分の確認
(計画書・報告書の準備)

令和7年度計画書作成・提出

令和6年度報告書作成・提出

区分変更について行う事項

※区分見直しに係る実績の計算

※区分見直しに係る実績の計算

※区分見直しに係る実績の計算

※区分見直しに係る実績の計算

※外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・入院ベースアップ評価料が対象

入院患者に対して算定される賃上げに係る評価の要件整理（再掲）

○ 入院患者に対して算定される賃上げに係る評価料について、主な要件の整理は、以下の通りである。

	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ ^o 評価料
新設時期	令和4年10月	令和6年6月
算定回数	1日につき1回	
区分設定	区分1（1点）～区分165（340点）	区分1（1点）～区分165（165点）
算定する区分の決定方法	看護職員の賃金を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算	対象職員の令和5年度賃金を2.3%引き上げるために必要な額が得られるよう、医療機関ごとに計算
区分決定に必要な事項	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員数 ・延べ入院患者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の給与総額 ・延べ入院患者数 ・初再診料等、訪問診療料等の算定回数
区分変更の届出時期	毎年3、6、9、12月	
主な施設基準	<p>以下のいずれかに該当すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療管理加算の届出医療機関であって、年間200台以上の救急搬送実績があること。 ・救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。 	<p>以下の事項に係る収入金額の合計額が、総収入の8割を超えること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会保険診療 ・健康増進事業 ・予防接種 ・助産（50万円を限度とする。） ・介護保険給付 ・障害児者へのサービスに係る収入 ・国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等

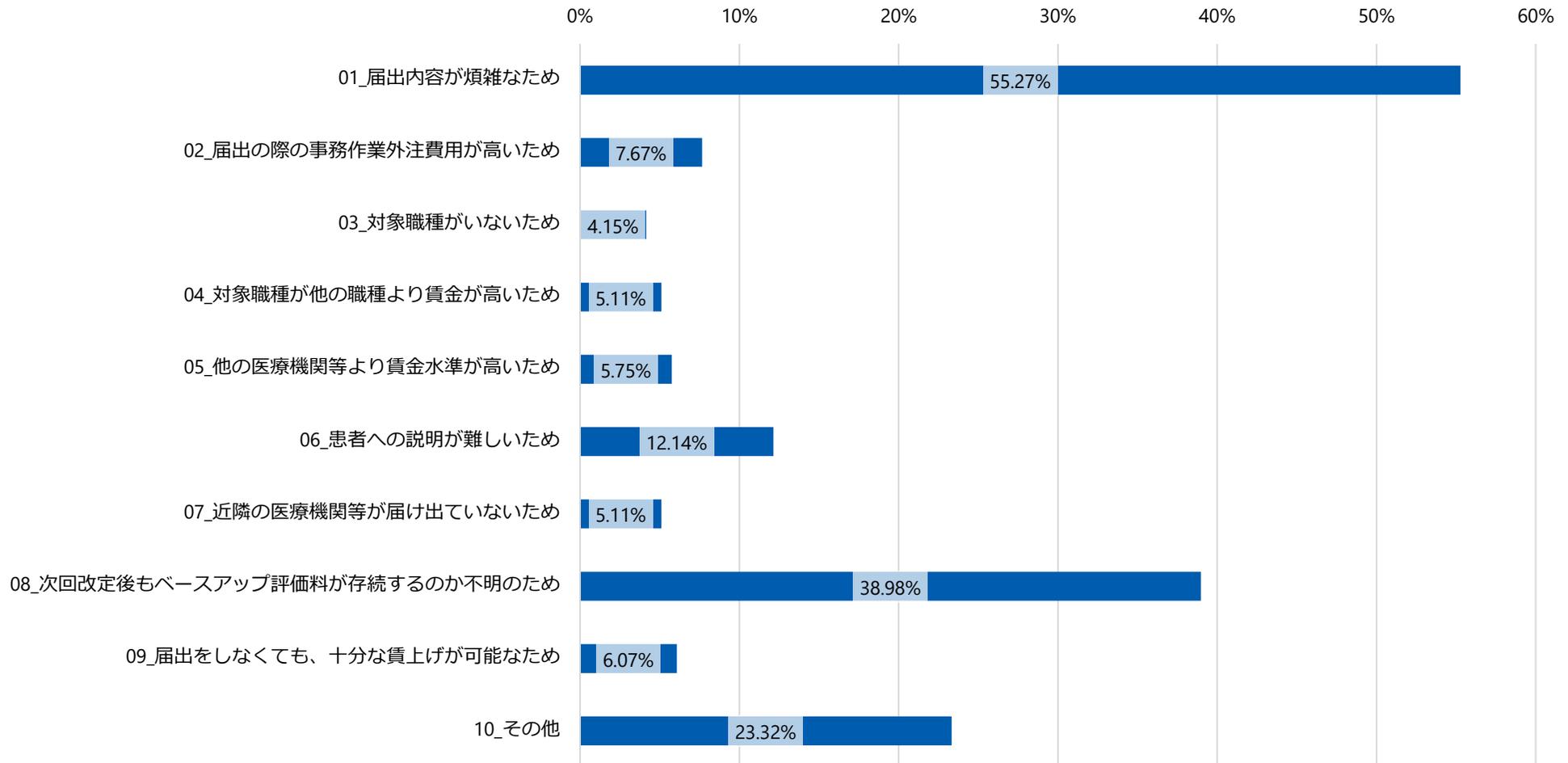
賃金改善計画書・賃金改善実績報告書の作成に必要な事項

賃金改善計画書	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ評価料
提出タイミング	・新規届出時及び毎年6月	
評価料による今年度収入見込額	<ul style="list-style-type: none"> ・評価料の区分 ・看護職員処遇改善評価料による算定見込み額 ・延べ入院患者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来ベースアップ評価料による算定見込み額 ・入院ベースアップ評価料の区分 ・延べ入院患者数 ・前年度からの繰越額、翌年度繰越予定額
賃金改善に用いる総額の計算	<ul style="list-style-type: none"> ・賃金改善実施前後の給与総額 	<ul style="list-style-type: none"> ・賃金改善実施前後の給与総額
職種別の賃上げ計画	看護職員と他職種別に、 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算数 ・賃金改善見込み額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額 	対象職種、対象外職種の各職種別に、 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算数 ・賃金改善実施前後の基本給等総額 ・賃金改善見込み額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額
賃金改善実績報告書	看護職員処遇改善評価料	入院ベースアップ評価料
提出タイミング	・毎年8月	
評価料による前年度収入実績	<ul style="list-style-type: none"> ・評価料の区分 ・算定期間 ・算定回数 ・実績額 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来ベースアップ評価料による収入の実績額 ・入院ベースアップ評価料による収入の実績額
賃金改善に用いた総額の計算	<ul style="list-style-type: none"> ・賃金改善実施前後の給与総額 	<ul style="list-style-type: none"> ・賃金改善実施前後の給与総額
職種別の賃上げ実績	看護職員と他職種別に、 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算数 ・賃金改善実績額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額 	対象職種、対象外職種の各職種別に、 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算数 ・賃金改善実施前後の基本給等総額 ・賃金改善実績額 ・賃金引上げ額 ・うち、ベア等による賃金引き上げ額

ベースアップ評価料を届け出していない理由について

- ベースアップ評価料を届け出していない病院において、その理由として最も多いものは「届出内容が煩雑なため」であった。

ベースアップ評価料を届け出していない理由 (n=313)



医療法人の経営情報の調査及び分析 (R4.11.9「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書より)

事業報告書等（法人ごと）

- **事業報告書**（名称、事務所の所在地、設立認可年月日、設立登記年月日、役員及び評議員、本来業務、附帯業務、収益業務）
- **貸借対照表**
- **損益計算書**

経営情報等（病院・診療所ごと）

- **医業収益**（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）
 - ※ 入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。
 - ※ その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。
 - ※ 診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。
- **材料費**（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）
- **給与費**（役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）
- **委託費**（給食委託費）
- **設備関係費**（減価償却費、機器賃借料） ○ **研究研修費**
- **経費**（水道光熱費）
 - ※ 診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。
- **控除対象外消費税等負担額**
- **本部費配賦額**
 - ※ 診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。
- **医業利益（又は医業損失）**
- **医業外収益**（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）
- **医業外費用**（支払利息）
- **経常利益（又は経常損失）**
- **臨時収益、○臨時費用**
- **税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）**
- **法人税、住民税及び事業税負担額**
- **当期純利益（又は当期純損失）**

赤文字の項目は、病院・診療所とも必須
 緑文字の項目は、病院・診療所とも任意
 青文字の項目は、病院は必須・診療所は任意

- **職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数**（病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用）
 - <職 種> 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、その他の医療技術者等（診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士）、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等（管理栄養士、栄養士、調理師）、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務職員（事務（総務、人事、財務、医事等）担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士）、その他の職員）

医療法人の経営情報を把握・分析するとともに、その分析により国民に丁寧に説明するため、新たな制度として医療法人の経営情報を収集してデータベースを構築

これにより以下のような政策活用を見込む

- ・国民に対して医療が置かれている現状・実態の理解の促進
- ・効率的かつ持続可能な医療提供体制の構築のための政策検討
- ・経営への影響を踏まえた的確な支援策の検討
- ・医療従事者等の処遇適正化（改善）に向けた検討
- ・医療経済実態調査の補完

【参考】看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書

様式 2

看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金改善実施期間

① 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

II. 看護職員処遇改善評価料の見込額

②新規届出時又は4月1日時点における区分	区分 ()	点数	点
③賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み			人
④本評価料による収入の見込額 (②×③×10円)			円

III. 賃金改善の見込額

⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑦賃金改善の見込額 (⑤-⑥)		円
⑦は④以上か		

IV. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数		人
⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額		円
⑩ベア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)		円
⑪ベア等の割合 (⑩÷⑨)		%
⑩が⑨の2/3以上であるか		

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

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

VI. 賃金改善を行う賃金項目及び方法

⑰賃金の種類	<input type="checkbox"/> 基本給 <input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（新設） <input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（既存の増額） <input type="checkbox"/> 賞与 <input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（新設） <input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（既存の増額） <input type="checkbox"/> その他 ()
⑱賃上げの担保方法	<input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input type="checkbox"/> 賃金規程の見直し <input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に ()
⑲賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）	()

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

令和 年 月 日 開設者名： ()

【記載上の注意】

- 「①賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。（「様式1の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。）
- 「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」、「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」、「⑯ベア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑦賃金改善の見込額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」及び「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入により処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- 「⑲賃金改善に関する規定内容」は、「⑱賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

【参考】看護職員処遇改善評価料 実績報告書

診調組 入-1
5. 10. 12

様式 3

看護職員処遇改善評価料 実績報告書（令和 年度分）

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分							
	算定期間				点数の区分	点数	
a	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
b	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
c	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
d	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
②算定回数							
	算定期間				算定回数		
a	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
b	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
c	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
d	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
計						回	
③本評価料による収入の実績額							
	算定期間				実績額		
a	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
b	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
c	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
d	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
計						円	

II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）	円
⑥は③以上か	

III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑩ベア等の割合（⑨÷⑧）	%
⑨が⑧の2/3以上であるか	

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

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

V. 賃金改善実施期間

⑯ 令和 年 月 ～ 令和 年 月

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

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Iの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

【参考】ベースアップ評価料の評価料の賃金改善計画書

(算定金額見込み額について)

(職種別の賃上げ計画等について)

別添

(病院及び有床診療所)賃金改善計画書(令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

(1) 賃金引上げの実施方法

令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

※ 令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。
令和7年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。

(2) 賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 1 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終結については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とする。

(3) ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 1 ヶ月

※ 「(3) ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。
※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ(以下、「ペア等」という)をいい、定期昇給は含まない。
※ また、ペア等にはペア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増減分について含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

【-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み【(3)の期間中】

(4) 算定金額の見込み	0 円
外来・在宅ベースアップ評価料(1)等による算定金額の見込み	0 円
入院ベースアップ評価料による算定金額の見込み	0 円
入院ベースアップ評価料の区分	(算定不可) 点数
賃金改善実施期間における、入院基本料に係る算定回数見込み	0 回
(5) 令和7年度への繰越予定額(令和6年度届出時のみ記載)	0 円
(6) 前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)	0 円
(7) 算定金額の見込み(繰越額調整後)【(4)-(5)+(6)】	0 円
※ 「(4) 算定金額の見込み 入院ベースアップ評価料の区分」について、届出書添付書類からの自動転記により、前届提出時と異なる区分が表示された場合、前届提出時と同じ区分に修正して、提出すること。	
※ 「(7) 算定金額の見込み」については、対象職員のペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業主負担分等を含む)等の増加分に充てること。	

【-2. 全体の賃金改善の見込み額【(2)の期間中】

(8) 全体の賃金改善の見込み額	円
(9) (8)のうちペア等実施分	円
(10) (8)のうち定期昇給相当分	円
(11) (8)のうちその他【(8)-(9)-(10)】	0 円
※ 「賃金改善の見込み額」は、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により算出すること。	
※ 「ペア等」の定義は1を参照のこと。	
※ 「(9) (8)のうちペア等実施分」は「(7) 算定金額の見込み(繰越額調整後)」以上の金額とすること。	
また、ベースアップ評価料収入によるペア等分のほか、ベースアップ評価料収入以外の財源を活用して、当該年度においてペア等を実施した分を合せて記載すること。	

- 以下、基本給等総額については1ヶ月当たりの額を記載してください。
- 病院及び有床診療所(ベースアップ評価料(8))を算出するものを除く。①においては、「Ⅲ. 対象職員(全体)の基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項」は同一職員の合計により算出するものとする。
- ※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
- ※ 年度更新及び区分変更等によりベースアップ評価料の賃金改善計画書を再度届出する場合、「賃金改善しなかった場合の対象職員の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】」には、**初届出時点**における「賃金改善しなかった場合の対象職員の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】」の金額を記載すること。
- ※ 「うち定期昇給相当分」は、「賃金改善実施期間(2)の開始月」において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。
- ※ 「ペア等」の定義は1を参照のこと。

【ベースアップ評価料対象職員について】

Ⅲ. ベースアップ評価料対象職員(全体)の基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項	
(12) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	0.0 人
(13) 賃金改善しなかった場合の対象職員の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	0 円
(14) 賃金改善した後の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	0 円
(15) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(14)-(13)】	0 円
(17) (15)のうち定期昇給相当分	0 円
(18) ペア等による賃金増率【(17)-(15)】	0.0 %

Ⅳ. 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の基本給等に係る事項

(19) 看護職員等の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	人
(20) 賃金改善しなかった場合の看護職員等の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(21) 賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(22) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(21)-(20)】	円
(23) (22)のうち定期昇給相当分	円
(24) (22)のうちペア等実施分【(22)-(23)】	円
(25) ペア等による賃金増率【(24)-(22)】	0.0 %

Ⅴ. 薬剤師の基本給等に係る事項

(26) 薬剤師の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	人
(27) 賃金改善しなかった場合の薬剤師の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(28) 賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(29) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(28)-(27)】	0 円
(30) (29)のうち定期昇給相当分	円
(31) (29)のうちペア等実施分【(29)-(30)】	0 円
(32) ペア等による賃金増率【(31)-(29)】	0.0 %

Ⅵ. 看護補助者の基本給等に係る事項

(33) 看護補助者の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	人
(34) 賃金改善しなかった場合の看護補助者の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(35) 賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(36) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(35)-(34)】	0 円
(37) (36)のうち定期昇給相当分	円
(38) (36)のうちペア等実施分【(36)-(37)】	0 円
(39) ペア等による賃金増率【(38)-(36)】	0.0 %

Ⅶ. 歯科衛生士の基本給等に係る事項(歯科診療を主とする病院、歯科大学附属病院、歯学部がある大学病院の場合に限る)

(40) 歯科衛生士の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	人
(41) 賃金改善しなかった場合の歯科衛生士の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(42) 賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(43) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(42)-(41)】	0 円
(44) (43)のうち定期昇給相当分	円
(45) (43)のうちペア等実施分【(43)-(44)】	0 円
(46) ペア等による賃金増率【(45)-(43)】	0.0 %

Ⅷ. その他の対象職員の基本給等に係る事項

(47) その他の対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	人
(48) 賃金改善しなかった場合のその他の対象職員の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(49) 賃金改善した後のその他の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(50) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(49)-(48)】	0 円
(51) (50)のうち定期昇給相当分	円
(52) (50)のうちペア等実施分【(50)-(51)】	0 円
(53) ペア等による賃金増率【(52)-(50)】	0.0 %

【ベースアップ評価料対象職種について】※上記でベースアップ評価料対象職種に計上した職員を除く

Ⅳ. 40歳未満の助産師等、助産師見込額等の基本給等に係る事項	
(54) 40歳未満の助産師等の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	人
(55) 賃金改善しなかった場合の40歳未満の助産師等の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(56) 賃金改善した後40歳未満の助産師等の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(57) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(56)-(55)】	0 円
(58) (57)のうち定期昇給相当分	円
(59) (57)のうちペア等実施分【(57)-(58)】	0 円
(60) ペア等による賃金増率【(59)-(57)】	0.0 %

Ⅴ. 事務職員の基本給等に係る事項

(61) 事務職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】	人
(62) 賃金改善しなかった場合の事務職員の基本給等総額【初届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(63) 賃金改善した後の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】	円
(64) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(63)-(62)】	0 円
(65) (64)のうち定期昇給相当分	円
(66) (64)のうちペア等実施分【(64)-(65)】	0 円
(67) ペア等による賃金増率【(66)-(64)】	0.0 %

Ⅷ. 賃金引上げを行う方法

(68) 賃上げの採択方法 就業規則の見直し 賃金規程の見直し
 その他の方法: 具体的に()
(69) 賃金改善に関する規定内容(できる限り具体的に記入すること。)

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

令和 年 月 日 開設者名: _____

【給与未納計画】において、「外来・在宅ベースアップ評価料(1)等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料(1)」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1)」のことをいいます。

- 「(1) 賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。
なお、令和7年度及び新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 「(2) 賃金改善実施期間」は、原則4月(年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月)から翌年の3月までの期間をいう。
- 「(3) ベースアップ評価料算定期間」は、原則4月(年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月)から翌年の3月までの期間をいう。
- 「(7) 算定金額の見込み」については、対象職員のペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業主負担分等を含む)等の増加分に充てること。
- 「(8) 全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により算出すること。
この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」について算出が困難である保険医療機関にあっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 「(9) (8)のうちペア等実施分」については、ベースアップ評価料収入によるペア等分のほか、ベースアップ評価料収入以外の財源や「看護職員改善評価料」等によるペア等分を含めて記載すること。
- なお、「(10) (8)のうち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
また、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ペア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- 「(12) 対象職員の常勤換算数」(以降の段の常勤換算数についても同様)の定義は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1)とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引上げの対象となる職種をいう。

【参考】ベースアップ評価料の賃金改善実績報告書

別添

(病院及び有床診療所) 賃金改善実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 1 ヶ月

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 1 ヶ月

II-1. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等による収入の実績額	円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等による収入の実績額	円
(5) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円

(6) ベースアップ評価料による収入の実績額【(3)+(4)+(5)】 0円

II-2. ベースアップ評価料による収入の繰越状況

※「ベア等」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げをいい、定期昇給は含まない。

(7) 翌年度への繰越予定額 円

(8) 前年度からの繰越額(令和7年度分報告時のみ記載) 円

(9) ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(6)-(7)+(8)】 0円

(10) (9)について全てベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当しているか。 問題あり

- 以下、基本給等総額については1ヶ月当たりの額を記載してください。
- ※「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
 - ※「ベア等」の定義はII-2を参照のこと。
 - ※「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間(1)の開始月】において定期昇給を実施する場合のみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

III. ベースアップ評価料対象職員(全休)の基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項

(11) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(12) 賃金改善しなかった場合の対象職員の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0円
(13) 賃金改善した後の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0円
(14) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(13)-(12)】	0円
(15) (14)のうち定期昇給相当分	0円
(16) (14)のうちベア等実施分【(14)-(15)】	0円
(17) ベア等による賃金増率【(16)÷(12)】	0.0%

IV. 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の基本給等に係る事項

(22) 看護職員等の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(23) 賃金改善しなかった場合の看護職員等の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月】	0円
(24) 賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月】	円
(25) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(24)-(23)】	0円
(26) (25)のうち定期昇給相当分	円
(27) (25)のうちベア等実施分【(25)-(26)】	0円
(28) ベア等による賃金増率【(27)÷(23)】	0.0%

V. 薬剤師の基本給等に係る事項

(29) 薬剤師の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(30) 賃金改善しなかった場合の薬剤師の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月】	0円
(31) 賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月】	円
(32) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(31)-(30)】	0円
(33) (32)のうち定期昇給相当分	円
(34) (32)のうちベア等実施分【(32)-(33)】	0円
(35) ベア等による賃金増率【(34)÷(30)】	0.0%

VI. 看護補助者の基本給等に係る事項

(36) 看護補助者の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(37) 賃金改善しなかった場合の看護補助者の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月】	0円
(38) 賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月】	円
(39) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(38)-(37)】	0円
(40) (39)のうち定期昇給相当分	円
(41) (39)のうちベア等実施分【(39)-(40)】	0円
(42) ベア等による賃金増率【(41)÷(39)】	0.0%

VII. 歯科衛生士の基本給等に係る事項(歯科診療を主とする病院、歯科大学付属病院、歯学部がある大学病院の場合に記入)

(43) 歯科衛生士の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(44) 賃金改善しなかった場合の歯科衛生士の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0円
(45) 賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	円
(46) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(45)-(44)】	0円
(47) (46)のうち定期昇給相当分	円
(48) (46)のうちベア等実施分【(46)-(47)】	0円
(49) ベア等による賃金増率【(48)÷(44)】	0.0%

VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(50) その他の対象職種の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(51) 賃金改善しなかった場合のその他の対象職種の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0円
(52) 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	円
(53) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(52)-(51)】	0円
(54) (53)のうち定期昇給相当分	円
(55) (53)のうちベア等実施分【(53)-(54)】	0円
(56) ベア等による賃金増率【(55)÷(51)】	0.0%

【ベースアップ評価料対象外職種について】※上記でベースアップ評価料対象職種に計上した職員を除く

IX. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(57) 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(58) 賃金改善しなかった場合の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月】	0円
(59) 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月】	円
(60) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(59)-(58)】	0円
(61) (60)のうち定期昇給相当分	円
(62) (60)のうちベア等実施分【(60)-(61)】	0円
(63) ベア等による賃金増率【(62)÷(58)】	0.0%

X. 事務職員の基本給等に係る事項

(64) 事務職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	0.0人
(65) 賃金改善しなかった場合の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月】	0円
(66) 賃金改善した後の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月】	円
(67) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)【(66)-(65)】	0円
(68) (67)のうち定期昇給相当分	円
(69) (67)のうちベア等実施分【(67)-(68)】	0円
(70) ベア等による賃金増率【(69)÷(65)】	0.0%

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

令和 年 月 日 開設者名:

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」のことをいう。
- 2 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 3 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。)
- 4 ベースアップ評価料対象外職種の職員について、賃金改善を実施しなかった場合には、「賃金改善しなかった場合の職員の基本給等総額(初回届出時点の賃金改善実施期間(1)の開始月)」と「賃金改善した後の職員の基本給等総額(賃金改善実施期間(1)の開始月)」は同額となること。

賃上げ・処遇改善に係る現状と課題

【医療機関等における賃上げを取り巻く状況について】

- 2018年度と2023年度の病院の損益を比較すると、事業利益の悪化が見られ、費用の50%以上を占める人件費増加の影響が最も大きい。
- 春闘における賃上げ情勢は、2022年以降において賃上げ率の水準が高まっており、また、給与勧告においても約20年間0%台を推移していたが、令和6年は2.76%、令和7年は3.62%となった。

【賃上げに係る施策及び診療報酬上の評価について】

- 医療機関等における賃上げに係る近年の取り組みとして、令和4年度診療報酬改定において新設された看護職員処遇改善評価料や、令和6年度診療報酬改定において新設されたベースアップ評価料等がある。
- 令和7年度の「経済財政運営と改革の基本方針2025」において、「次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。」とされている。

【診療報酬の算定状況等について】

- 看護職員処遇改善評価料の算定回数について、病院類ごとに主に算定される区分は異なっており、特定機能病院では区分61～65を中心に、一般病院では区分51～55を中心に算定されている。
- ベースアップ評価料は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。
- ベースアップ評価料を届け出していない病院には、公立病院や医療法人（社会医療法人は含まない）、許可病床数100床未満の病院が多かった。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている医療機関のうち、約4%が評価料（Ⅱ）を届け出ていた。
- 診療科別に見ると、小児科、皮膚科、耳鼻咽喉科における外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定割合が低い。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）について特徴的に併算定されている診療行為は、血液透析に関連したものが多い。

賃上げ・処遇改善に係る現状と課題

【医療機関等における賃上げ状況について】

- ベースアップ評価料の賃金改善計画書において、令和5年度と比較した対象職員の令和6年度及び令和7年度の賃上げ計画は、それぞれ2.69%、3.40%の引上げであった。
- 40歳未満医師及び事務職員の賃上げについては、初再診料、入院基本料等の引き上げ等により対応することとしているところ、令和5年度と比較した令和7年度の賃上げ計画は、それぞれ2.89%、3.18%の引上げであった。
- 歯科技工所における従業員の基本給等総額は、令和6年4月と令和7年4月を比較すると6.1%上昇していた。
- 令和6年度において約5割の薬局が賃上げを実施しており、薬剤師においては20～49店舗の薬局、事務職員においては300店舗以上の薬局において賃上げ率が大きかった。

【届出に関する医療機関の負担について】

- 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料の算定に当たって、各医療機関は職員給与や診療報酬の算定回数等に基づく届出区分の計算、賃金改善計画書・賃金改善実績報告書の作成等が必要である。
- ベースアップ評価料を届け出していない病院において、その理由として最も多いものは「届出内容が煩雑なため」であった。
- 医療法人の経営情報のデータベースにおいて、医療法人の負担を考慮し、職種別の給与及びその人数は任意提出することとなっている。



【課題】

- 賃上げに係る診療報酬の届出状況及び算定状況について、現状をどのように評価するか。
- 病院及び診療所等における、ベースアップ評価料の対象職員と対象職員以外の賃上げ状況について、それぞれ現状をどのように評価するか。
- 賃上げに係る診療報酬の届出方法等について、現状をどのように評価するか。

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

15 - 4. リハビリテーションについて

(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の意見があった。
- 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の意見があった。
- 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。

【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。

2. リハビリテーション（その2）

2-1. 疾患別リハビリテーション料の専従要件について

2-2. 早期リハビリテーション介入について

2-3. 退院時リハビリテーション指導料について

2-4. リハビリテーションに係る書類作成について

各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

診調組 入-1
7.6.26改

- 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。

	急性期一般入院料 1 【リハ・栄養・口腔連携特助加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料 1	回復期リハ病棟入院料 1	療養病棟入院料 1
PTの病棟配置	- 【専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専従常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤3名以上	-
OTの病棟配置				専従常勤2名以上	-
STの病棟配置				専従常勤1名以上	-
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	-
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士は9単位を超える疾患別リハの算定は不可】	全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う 専従の療法士は、 6単位を超える疾患別リハの算定は不可	-	-	-
休日リハ	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	週7日間提供できる体制を有していること 【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	-	週7日間提供できる体制を有していること	-
疾患別リハ届出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高	出来高	包括 (必要者に平均2単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※2)
疾患別リハの配置要件	(例) 脳血管疾患等リハ料 (I) : 専従常勤のPT 5名以上、専従常勤のOT 3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST 1名以上 (他の疾患別リハビリテーション料における常勤療法士との兼任は可能)				
(疾患別リハの療法士の業務規定)	1日18単位標準・24単位上限、週108単位まで				

※1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

※2 特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。

疾患別リハビリテーション料の主な施設基準

○ 疾患別リハビリテーション料では、当該リハビリテーションを実施するために必要な、医療機関に配置すべき療法士の数や専従要件が規定されているが、当該療法士が病棟業務に従事することに関する規定はない。

項目名	医師 ^{*1}	療法士全体	理学療法士 (PT ^{*2})	作業療法士 (OT ^{*2})	言語聴覚士 (ST ^{*2, *3})	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション 料	(I) 循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	-	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II) 実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上					
脳血管疾患等 リハビリテーション 料	(I) 専任常勤2名以上 ^{*4}	専従従事者 合計10名以上 ^{*4}	専従常勤PT 5名以上 ^{*4}	専従常勤OT 3名以上 ^{*4}	(言語聴覚療法を行う場合) 専従常勤ST 1名以上 ^{*4}	160m ² 以上 ^{*4} 病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II) 専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上 ^{*4}	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上				
	(III) 専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上						
廃用症候群 リハビリテーション 料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション 料	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上			-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
		専従常勤PT 2名又は専従常勤OT 2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT 合わせて2名以上						
		専従常勤PT又は専従常勤OT 1名以上						
呼吸器 リハビリテーション 料	専任常勤1名以上	専従常勤PT 1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上			-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
		専従常勤PT、専従常勤OT又は常勤ST 1名以上						

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能
 ※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)
 ※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能
 ※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能
 ○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST 3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり
 また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合は、以下を満たす場合に算定可能
 ○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST 2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

2. リハビリテーション（その2）

2-1. 疾患別リハビリテーション料の専従要件について

2-2. 早期リハビリテーション介入について

2-3. 退院時リハビリテーション指導料について

2-4. リハビリテーションに係る書類作成について

- 発症後 24~48時間からの離床開始が妥当である可能性がある。ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択した上で、発症後24時間以内の離床を考慮しても良い。
- 脳卒中（脳梗塞）症例においては、入院3日目以降の介入では退院時機能転帰に不良な影響があるとされている。

脳卒中急性期リハビリテーションの指針（2023年5月1日）

Q：急性期脳卒中（主に脳梗塞）における離床（ベッドから離れる訓練）の適切な開始時期は？

A：■エビデンスはいまだ十分ではないが、**現時点では発症後 24~48 時間からの開始が妥当**かもしれない。

■ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択したうえで、さらに離床時間を短くし頻度を増やすなどの配慮をすれば、発症後 24 時間以内の開始を考慮してもよい。

Q：頭部挙上や離床の適切な開始時期は、脳出血やくも膜下出血といった出血性脳卒中の場合は脳梗塞と異なるのか？

A：■脳出血において適切な頭部挙上開始時期は不明であるが、少なくとも、入院直後から 24 時間挙上しておくことは転帰へ影響しないと考えられる。ただし、**脳出血では脳梗塞よりも慎重な離床開始が望ましく、24時間以降 48 時間以内の離床が妥当**であろう。

■エビデンスは乏しいが、くも膜下出血においては、適切な再破裂予防手術が行われた後に、発症から数日以内に頭部挙上から段階的な離床開始を考慮してもよい。

脳卒中の早期リハビリテーション介入における影響を分析した論文

Total number of patients, n = 140,655 Haemorrhagic stroke n = 34,074 Ischaemic stroke n = 10,6581

	Adjusted OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
Timing of initial rehabilitation						
Day 1	0.89	0.82-0.95	0.004	1.04	0.99-1.09	0.136
Day 2	ref			ref		
Day 3	0.91	0.85-0.98	0.008	0.90	0.85-0.94	< 0.001
Day 4	0.92	0.85-1.01	0.078	0.83	0.78-0.88	< 0.001
Day 5	0.95	0.85-1.07	0.405	0.77	0.71-0.83	< 0.001
Day 6 and later	0.87	0.80-0.96	0.005	0.65	0.61-0.69	< 0.001

退院時の良好な転帰（※）に係るリハビリ開始のタイミングについてのロジスティック回帰分析

※退院時のmodified Rankin Scaleが2以下（自立）

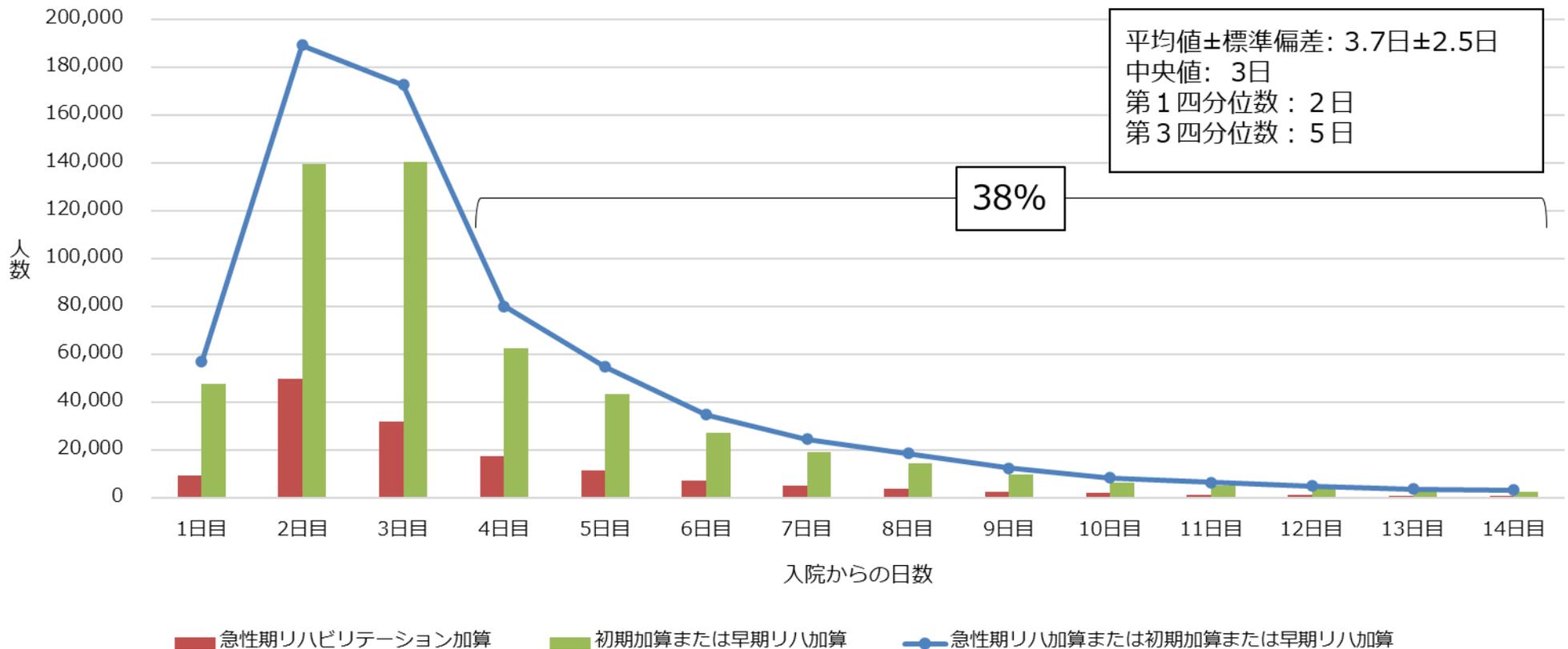
脳卒中（脳梗塞）発症後、**入院2日目のリハビリテーション開始が退院時の機能転帰に良好な結果を与える可能性がある**（3日目以降の開始は不良な転帰を与える可能性がある）。

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

診調組 入-1
7.6.26

- 急性期リハビリテーション加算等を初回算定した日、すなわち疾患別リハビリテーションを急性期の病態について初回算定した日の分布は以下のとおりであり、平均3.7日で右に裾の長い分布を示した。
- 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。

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）

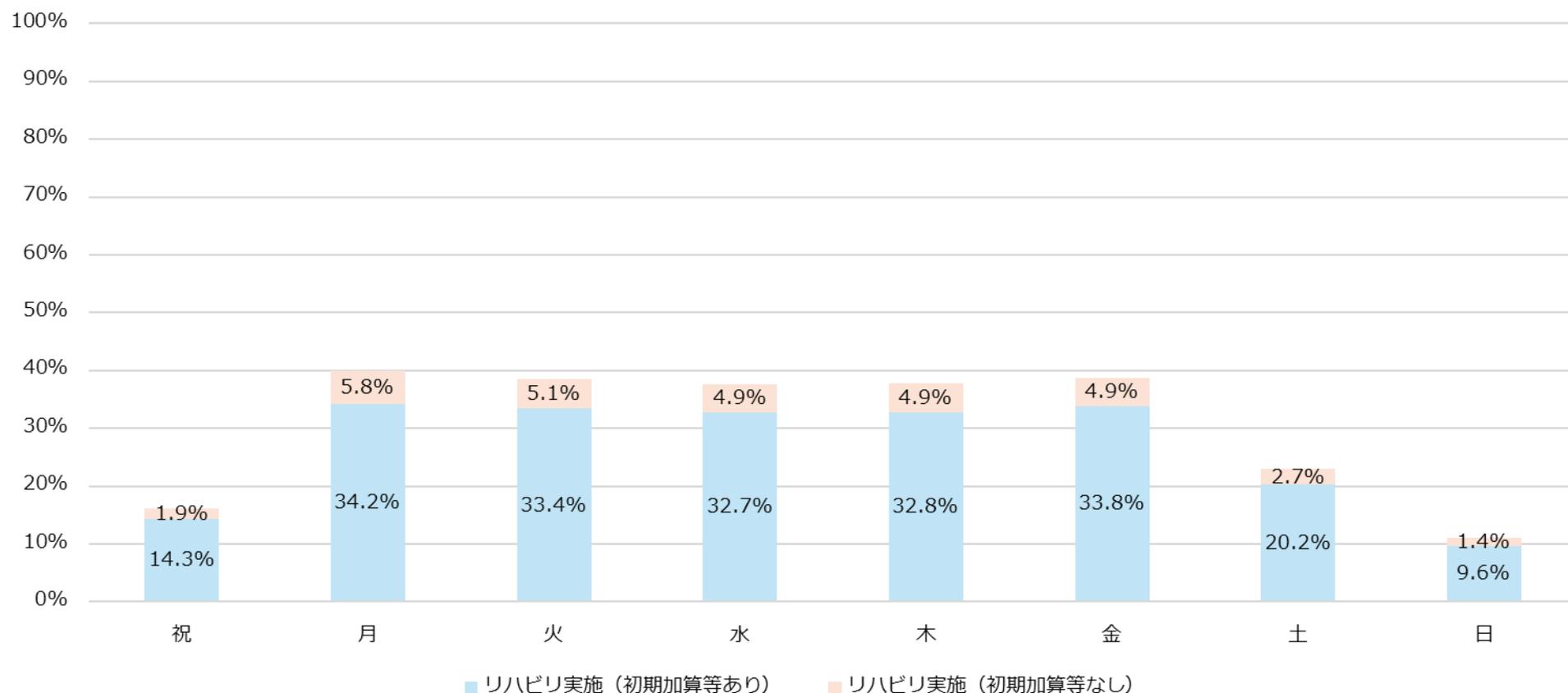


※ 急性期一般入院料1 - 6の入院症例のうち、14日以内にリハビリを実施した症例で分析。

急性期における曜日ごとの初期加算等の算定有無別リハビリテーションの実施割合

- 急性期一般入院料 1～6 における初期加算等の有無別の曜日ごとのリハビリ実施割合は、以下の通り。
- 土日祝日のリハビリ実施割合は、平日と比べて低かった。

初期加算等の有無別の曜日ごとのリハビリテーションの実施状況

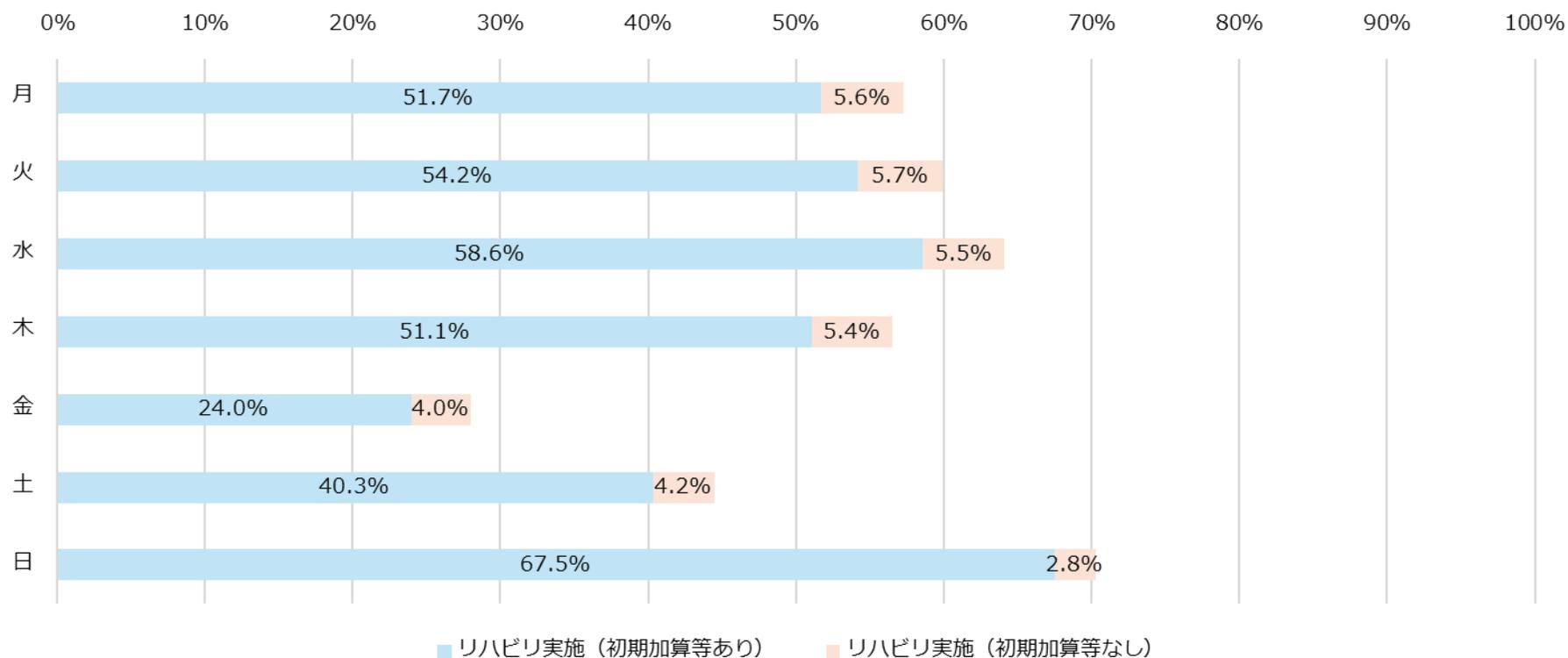


※ 急性期一般入院料 1 から 6 を算定している症例
※ 初期加算または早期リハビリテーション加算を初期加算等と定義

急性期における曜日ごとの早期リハビリテーションの介入

- 急性期一般入院料 1～6 における曜日ごとの入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合は、以下の通り。
- 金曜日に入院した患者は、入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合が低かった。

入院曜日別、入院から 3 日以内にリハビリテーションを実施した割合



※ 入院日を 1 日目と数える。

※ 祝日及び12月29日～31日とその前 3 日間に入院した症例は除外

※ 各曜日に入院し、3 日以内にリハビリを実施した割合と、3 日以内にリハビリを実施したうち初期加算等を算定した割合

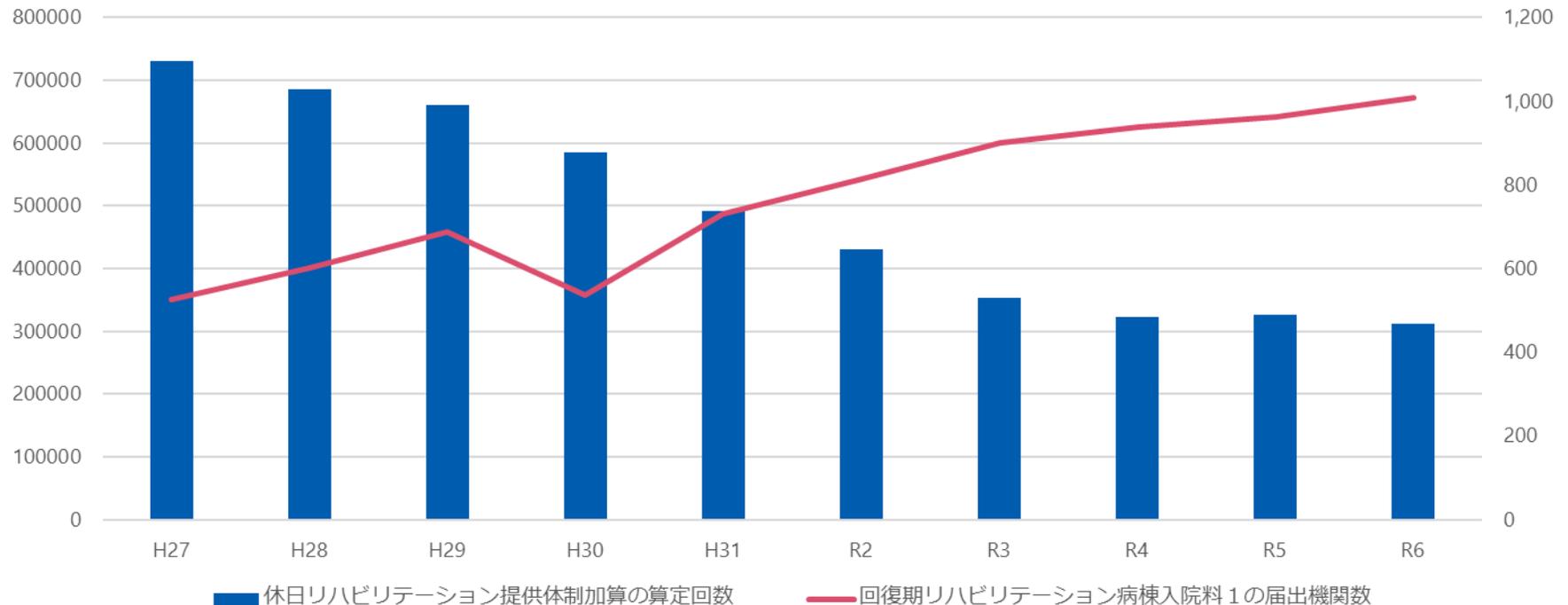
休日リハビリテーション提供体制加算

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 3～5、回復期リハビリテーション入院医療管理料では、休日リハビリテーション提供体制加算の算定が可能である。
- 近年、休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数は減少傾向にある一方、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出機関数は増加している。

休日リハビリテーション提供体制加算

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 3、回復期リハビリテーション病棟入院料 4、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 60 点を所定点数に加算する。

休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数と回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出機関数



2. リハビリテーション（その2）

2-1. 疾患別リハビリテーション料の専従要件について

2-2. 早期リハビリテーション介入について

2-3. 退院時リハビリテーション指導料について

2-4. リハビリテーションに係る書類作成について

退院時リハビリテーション指導料

- 退院時リハビリテーション指導料の概要は以下のとおり。
- 直近5年間では、算定回数は増加している。

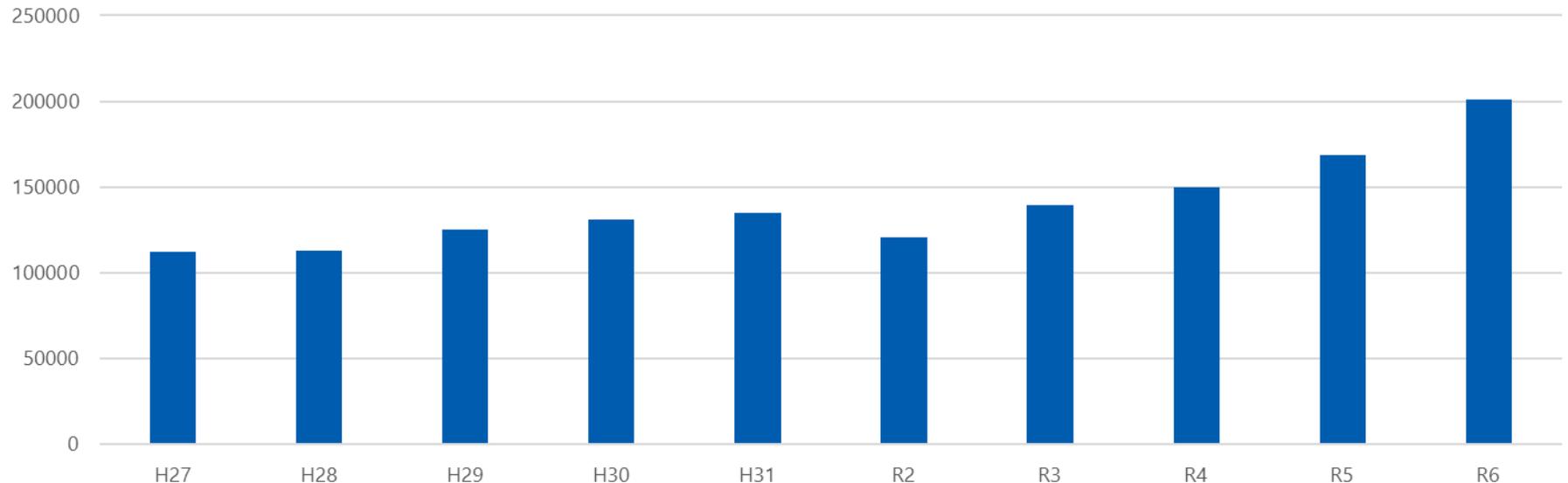
B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点

患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について 必要な指導等を行った場合に算定する。

【算定要件（抜粋）】

- 入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- 退院日に1回限り算定する。

退院時リハビリテーション指導料の算定回数の推移

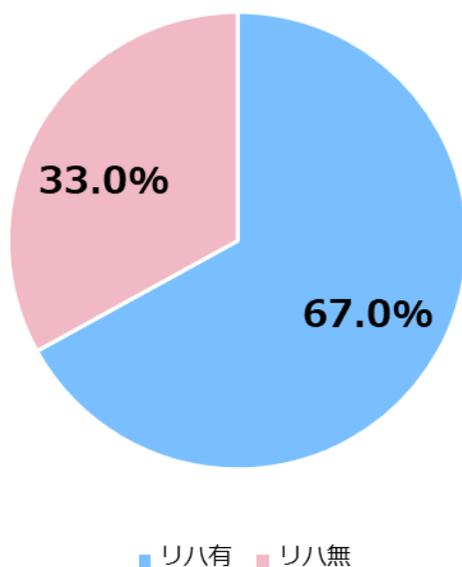


出典：社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分

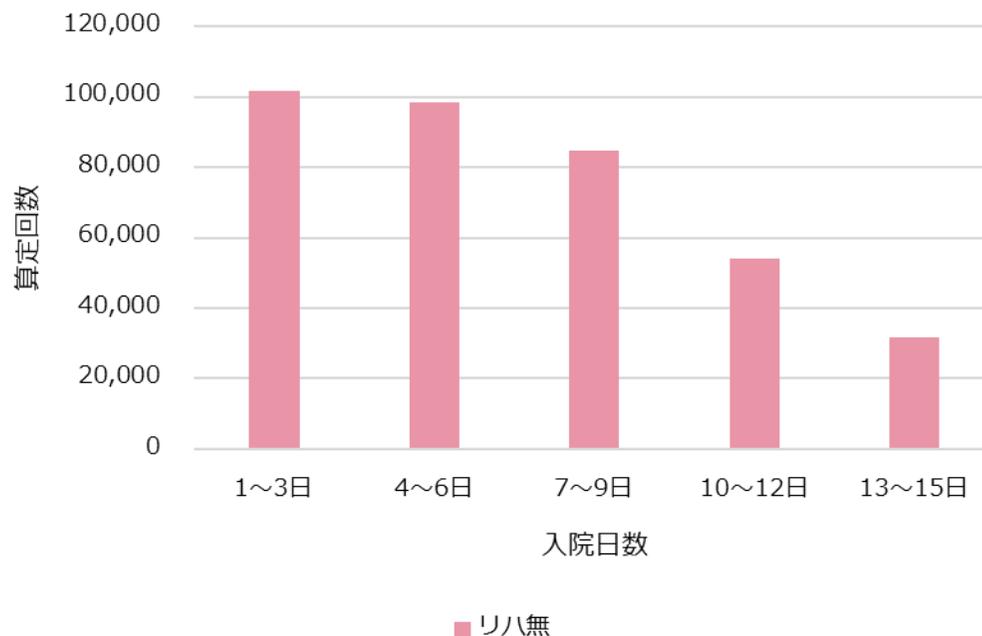
退院時リハビリテーション指導料の算定患者について

- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%であった。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定し、かつリハビリを実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多かった。

退院時リハビリテーション指導料算定患者の
リハビリテーション実施の有無



退院時リハビリテーション指導料算定患者のうち
リハビリを実施していない患者の入院日ごと算定回数



※ 入院日を1日目として、1~3日、4~6日、7~9日、10~12日、13~15日で区分
※ 入院から15日までの退院症例にて集計

2. リハビリテーション（その2）

2-1. 疾患別リハビリテーション料の専従要件について

2-2. 早期リハビリテーション介入について

2-3. 退院時リハビリテーション指導料について

2-4. リハビリテーションに係る書類作成について

リハビリテーションに係る書類作成について

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要である。
- 医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。

第7部 リハビリテーション 通則

4 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料及び「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、**医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。**また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注5」並びに「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注6」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、**患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

- 令和2年3月31日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

問 120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り扱うことでよいか。

（答）従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、**リハビリテーション実施計画書として取り扱う**こととして差し支えない。

問 121 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよいか。

（答）**医師による説明が必要である。**

リハビリテーション総合計画評価料

- 多職種が共同してリハビリ総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上、説明の上、交付することとなっている。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1 リハビリテーション総合計画評価料1 300点

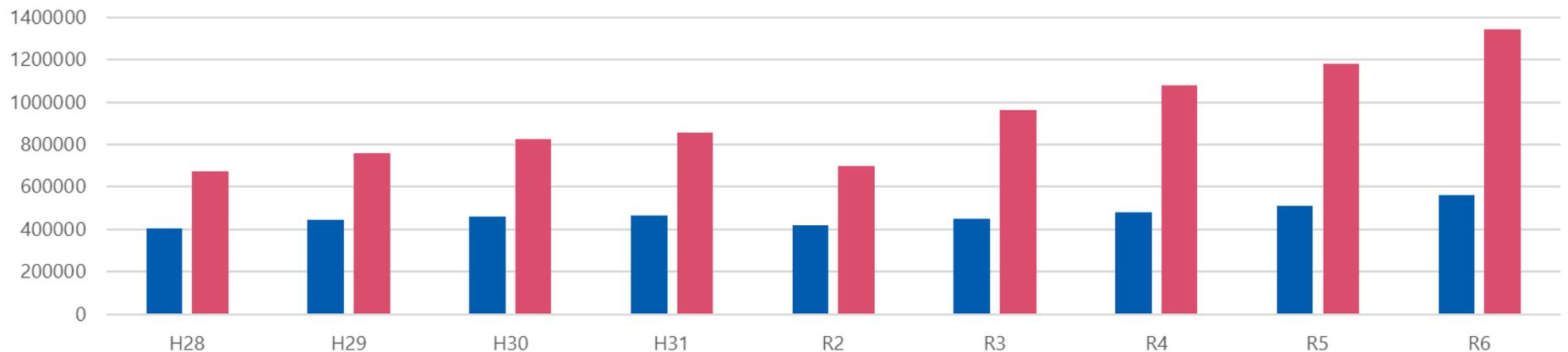
2 リハビリテーション総合計画評価料2 240点

定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。**患者1人につき1月に1回に限り算定する。**

(※第7部 リハビリテーション 通則より抜粋)

リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後**3か月に1回以上(特段の定めのある場合を除く。)**、**患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

リハビリテーション総合計画評価料の算定回数の推移



■入院 ■外来

質の高いリハビリテーションの評価等⑤

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

- 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の90に減算



改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※)

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 **250点**

2 2回目以降の場合 **100点**

[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

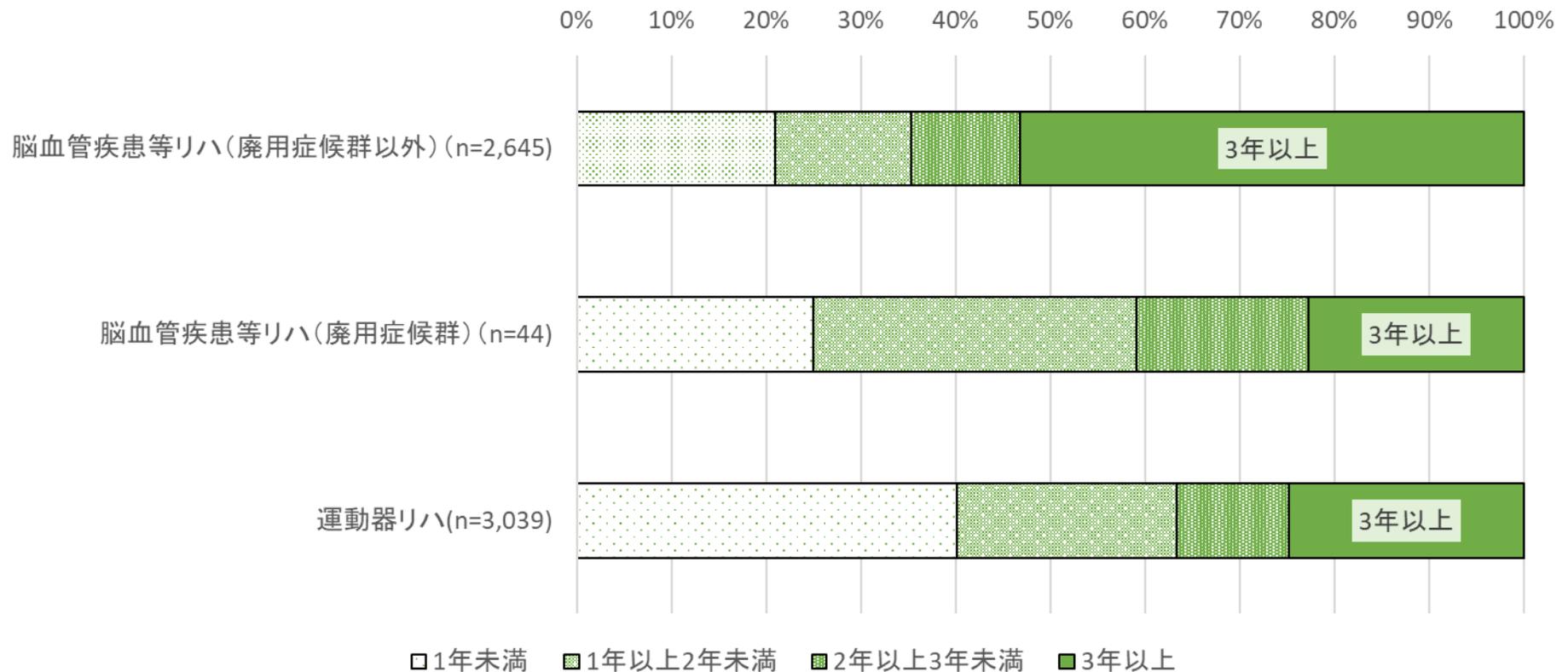
標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

維持期リハの患者のリハビリ期間の長期化

中医協 総 -2
27. 12. 2

- 維持期リハの外来患者のうち、脳血管疾患等リハ(廃用症候群以外)では過半数が、脳血管疾患等リハ(廃用症候群)、運動器リハにおいても、それぞれ20-30%前後が、標準的算定日数以後3年以上経過しており、一部の患者で医療保険による維持期リハが長期化していることが認められた。

維持期リハの外来患者における標準的算定日数経過後の期間



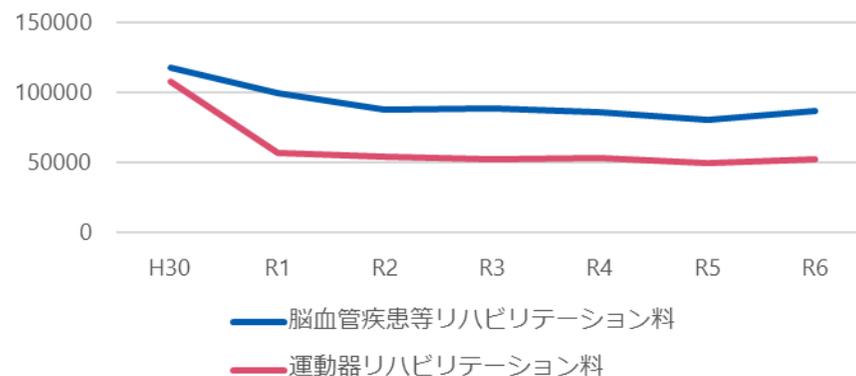
目標設定等支援・管理料創設後の経緯

- 平成31年3月31日をもって入院中以外の要介護被保険者への算定上限日数を超えた疾患別リハビリテーション料は廃止となった。
- 入院中の要介護被保険者等については、一定の条件の下で標準的算定日数を超えて算定可能だが、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では算定回数は減少傾向にある。

【疾患等リハビリテーション料の点数イメージ】
(脳血管リハビリテーション料 (I) の場合)

		発症した日等 ～180日まで	181日以降	標準的算定日数を 超えた場合の 点数
標準的算定日数の 上限	除外	<ul style="list-style-type: none"> ■以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等 ■以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 	245点	
	対象	要介護・要支援被保険者 以外の者	245点	245点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 (入院中)	147点 (月13単位まで)		
	要介護・要支援被保険者 (入院中以外)			

入院中の要介護被保険者等かつ標準的算定日数を超えた患者の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計 6月審査分
※令和6年は8月審査分

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料より抜粋

目標設定等支援・管理料

- 目標設定等支援・管理料の算定回数の推移は、入院の初回の場合で増加傾向、その他の場合は横ばいの傾向にある。

H003-4 目標設定等支援・管理料

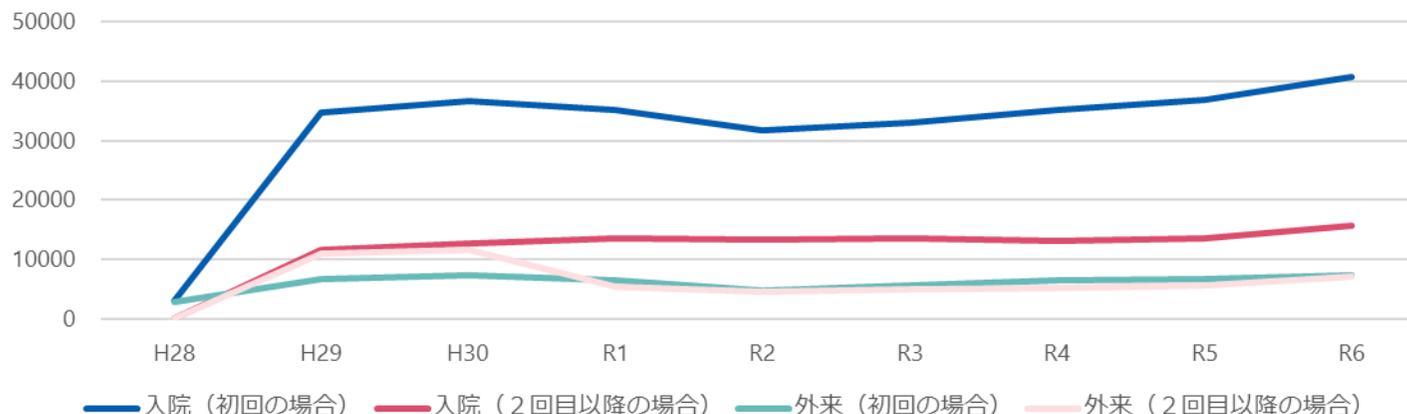
- 1. 初回の場合 250点
- 2. 2回目以降の場合 100点

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

【算定要件（抜粋）】

- 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

目標設定等支援・管理料の算定回数の推移



目標設定等支援・管理料の記載項目

- 目標設定等支援・管理料における目標設定等支援・管理シートの主な項目は以下の通り。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。一方、「今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し」は、リハビリテーション総合実施計画書の様式では項目が無い。

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
 説明・交付日 年 月 日
 患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--

2. ADL評価（Barthel Index または FIMによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）
 （Barthel Indexの場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
合計 (0-100点)			点			合計 (0-100点) 点

FIMによる評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション開始時点	現時点	
			得点	得点	
運動	セルフケア	食事			
		整容			
		清拭・入浴			
		更衣（上半身）			
		更衣（下半身）			
	排泄	トイレ			
		排尿コントロール			
		排便コントロール			
		移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		移動	トイレ		
		浴槽・シャワー			
		歩行・車椅子			
		階段			
		小計			
認知	コミュニケーション	理解			
		表出			
		社会交流			
	社会認識	問題解決			
		記憶			
		小計			
		合計			

心身機能・構造、活動

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

リハビリテーションの目標、内容

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容 ・患者の受け止め

今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

リハビリテーションの見通し

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

リハビリテーションに係る現状と課題

(疾患別リハビリテーション料の専従要件について)

- 疾患別リハビリテーション料では、当該リハビリテーションを実施するために必要な、医療機関に配置すべき療法士の数や専従要件が規定されているが、当該療法士が病棟業務に従事することに関する規定はない。

(早期リハビリテーション介入について)

- 発症後早期のリハビリ介入が効果的であるが、急性期では入院後4日目以降の介入が38%を占める。
- 急性期一般入院料1～6における土日祝日のリハビリ実施割合は、平日と比べて低かった。
- 急性期一般入院料1～6において金曜日に入院した患者は、入院後3日以内にリハビリを開始した患者割合が低かった。
- 回復期リハビリテーション病棟3～5等では休日リハビリテーション提供体制加算が算定可能である。近年、算定回数は減少傾向にある一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出機関数は増加している。



【課題】

- 疾患別リハビリテーション料の専従要件の現状について、どのように評価するか。
- 早期リハビリテーション介入の現状について、どのように評価するか。

リハビリテーションに係る現状と課題

(退院時リハビリテーション指導料について)

- 直近5年間では、当指導料の算定回数は入院中に増加している。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%であった。

(リハビリテーションに係る書類作成について)

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要である。また、医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。
- 多職種でのリハビリ総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者1人につき1月に1回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書では、3か月に1回以上で説明、交付することとなっている。
- 目標設定等支援・管理料は、介護保険によるリハビリテーションへの移行が目的であったが、平成31年3月31日をもって入院中以外の要介護被保険者への算定上限日数を超えた疾患別リハビリテーション料は廃止となった。また、入院中の要介護被保険者等については、一定の条件の下で標準的算定日数を超えて算定可能だが、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では算定回数は減少傾向にある。
- 目標設定等支援・管理料とリハビリテーション総合実施計画書では重複する項目が多い。



【課題】

- 退院時リハビリテーション指導料の現状について、どのように評価するか。
- リハビリテーションに係る書類作成の現状について、どのように評価するか。

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

(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の意見があった。
- 廃用症候群リハビリテーションも運動器リハビリテーションも、7単位以上における実施単位数増加に伴うFIM改善の度合いは脳血管疾患等リハビリテーションと比較して低いものの、確実に上がっており、改善しないと結論づけずに慎重に議論を行うべきではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 専門的なリ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。

- 3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
 - 3-1. リハビリテーション実績指数と重症患者基準について
 - 3-2. 質の高いリハビリテーションについて
 - 3-3. 質の高いリハビリテーション提供体制について

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

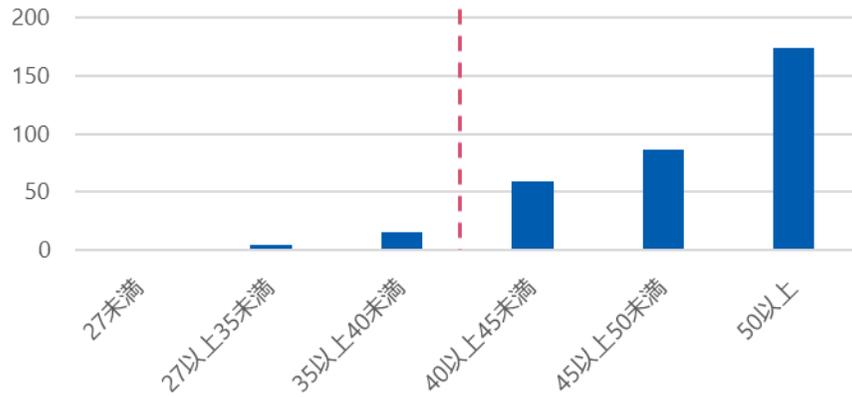
		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 （※1）
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤1名以上				
	看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
	看護補助者	3.0対1以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
	社会福祉士	専任常勤1名以上 ⇒ 専従常勤1名以上	-			
	管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○		-		
	FIMの測定に関する院内研修会	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。

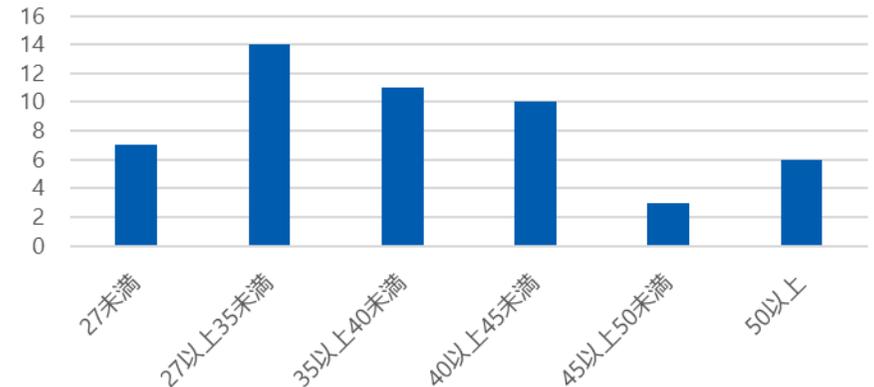
実績指数の分布

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

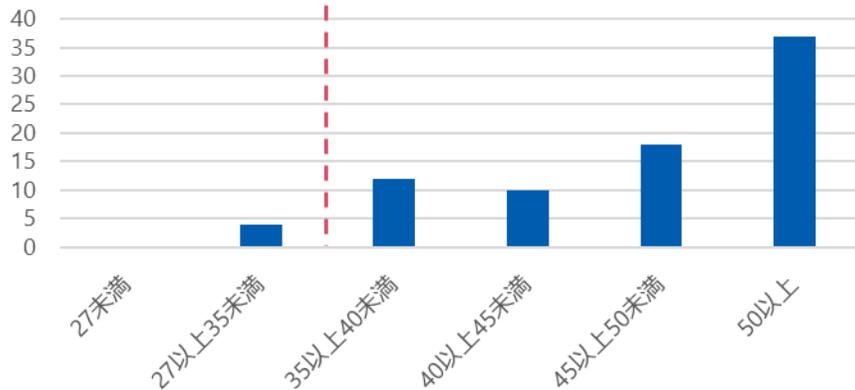
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 届出施設の実績指数
(n=339)



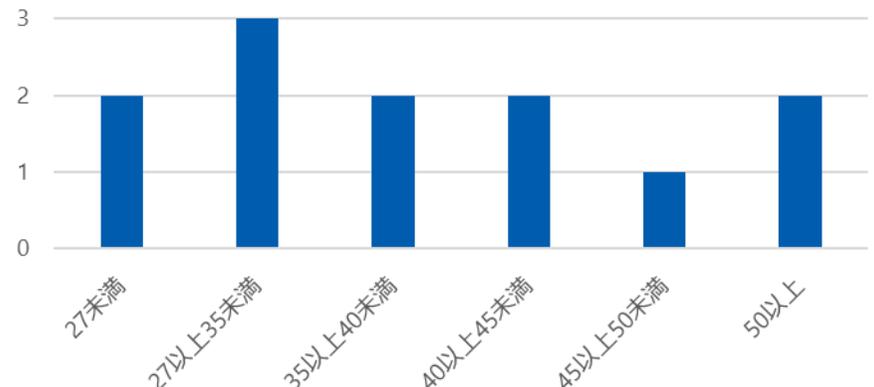
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 届出施設の実績指数
(n=51)



回復期リハビリテーション病棟入院料 3 届出施設の実績指数
(n=81)



回復期リハビリテーション病棟入院料 4 届出施設の実績指数
(n=12)

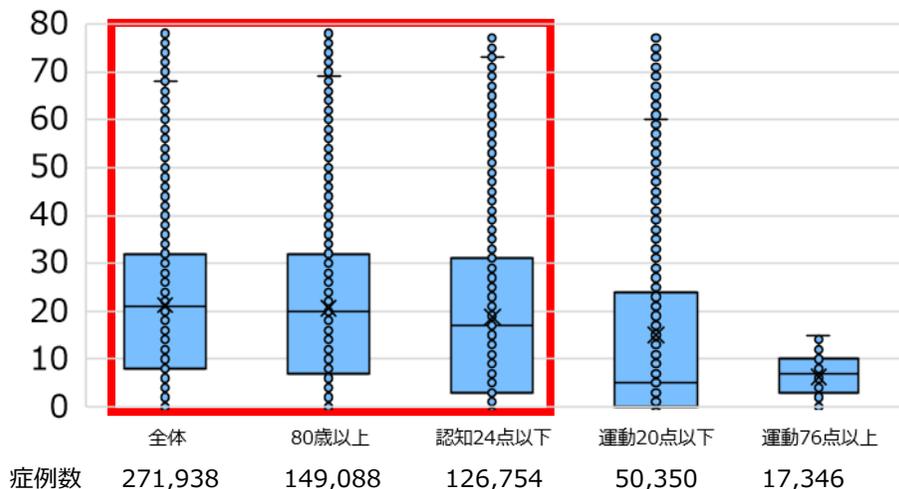


※回復期リハビリテーション病棟では、入院料 1 で40、入院料 3 で35の実績指数の基準を満たす必要がある。
 ※本集計では除外可能対象者も含まれているため、実際に届け出ている実績指数とは誤差がある点に注意が必要。

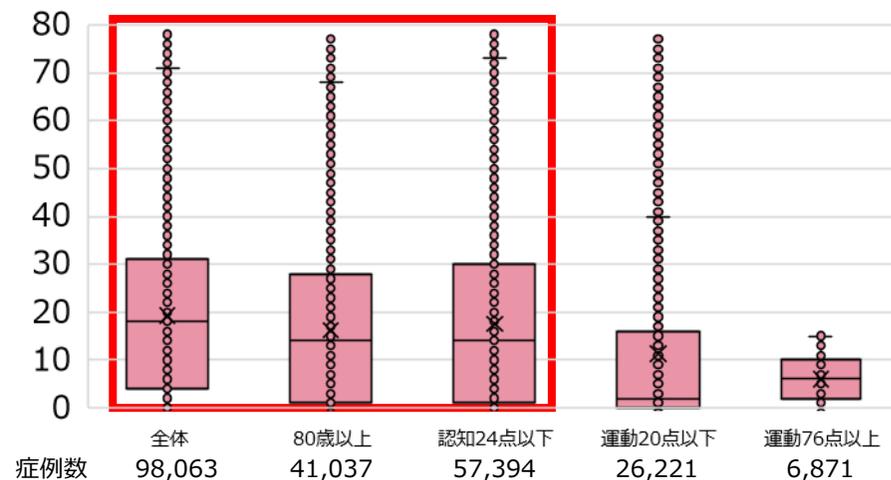
リハビリテーション実績指数の除外基準ごとの該当患者のFIM利得

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

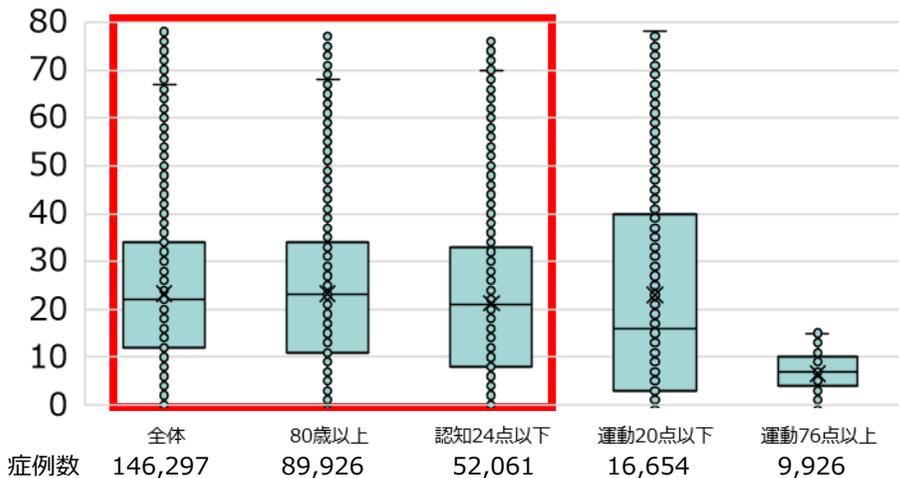
全疾患（脳血管+運動器+廃用）



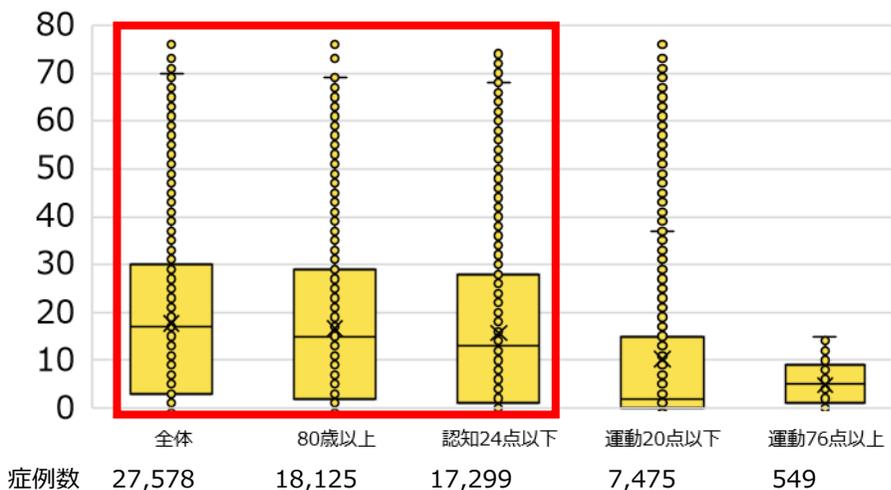
脳血管疾患等リハビリテーション料



運動器リハビリテーション料



廃用症候群リハビリテーション料



リハビリテーション実績指数の除外基準の該当患者割合

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

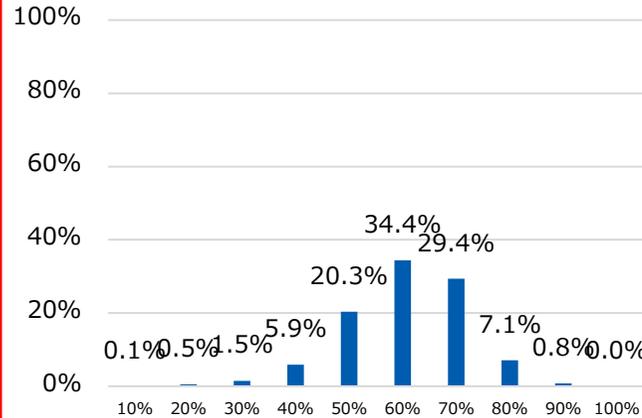
【データ期間】

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

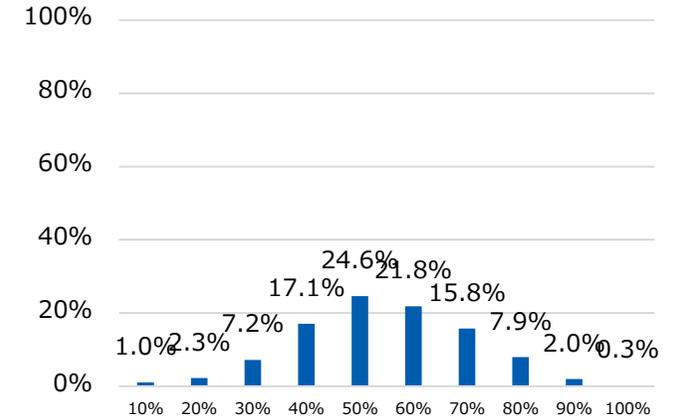
【集計方法】

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

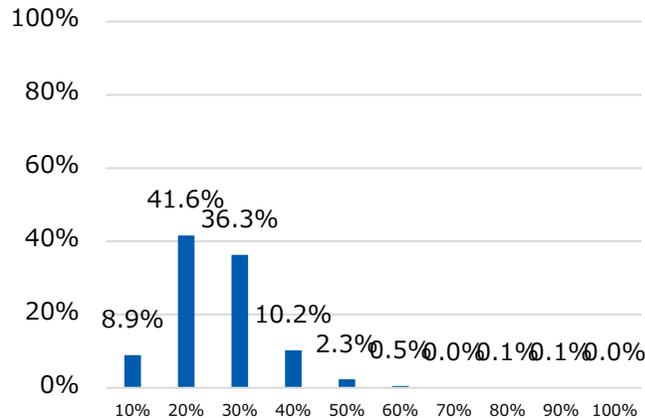
入棟時年齢80歳以降が占める割合



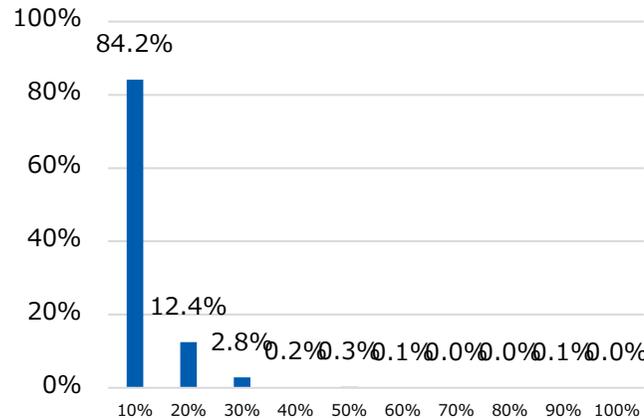
入棟時FIM認知項目24点以下が占める割合



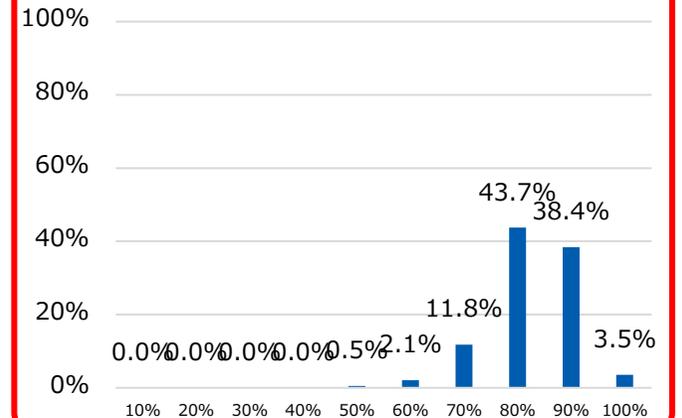
入棟時FIM運動項目 20点 以下が占める割合



入棟時FIM運動項目76点以上が占める割合



いずれかの除外項目が占める割合



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。

重症患者割合の導入（平成20年改定）

- 平成20年診療報酬改定にて回復期リハビリテーション病棟に重症患者割合を導入した理由の一つに、アウトカム指標（自宅等復帰率など）を要件化するにあたり、患者選別を防ぎ、重症患者の受け入れを進める目的があった。

【Ⅱ-2（質の評価手法の検討について）-①】

回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(I)】

第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

第2 具体的な内容

- 1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1,680点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>【施設基準】 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）若しくは（Ⅱ）、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）の届出を行っていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 ○○○点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと</p> <p>1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>【施設基準】 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）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、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）の届出を行っていること</p>

改

平成20年2月1日 中央社会保険医療協議会 第123回総会 議事録より抜粋

○遠藤委員

実は、なぜこれを申し上げているかといいますと、このいわば**医療のアウトカムを報酬と結びつけようという試みは、我が国の診療報酬体系の中でも初めての試みだ**ということでありますので、（中略）そういう意味でアウトカムを評価するということはなかなか難しい問題を含んでいるわけでありますから、ここはあくまでも試行的に行ってみるというところを非常に強調されて、間違いなく検証の対象にするということをぜひお願いしたいと思います。意見でございます。

○土田会長

僕のほうから一言言いたいと思っていたのですが、ここは**患者選別があるという、そういう懸念も聞こえてきます**ので、そこに対する対応策としてはどういうことを設けているのでしょうか。

○事務局（原医療課長）

ですので、要するに、今回新しくつくる入院料1のほうなのですが、そこではだから**新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者、だから、15%以上はここに、先ほどの項目で10点以上というのはかなり動けない人なので、そういう人を少なくとも15%以上は引き受けてください、なおかつ自宅等へ6割以上帰しなさい、なおかつ、さらにこの重症者の回復度合いがいいとさらに加算がある、そういうような仕組みにしております、初めのところの15%のところはかなり受け入れが進むと考えています。**

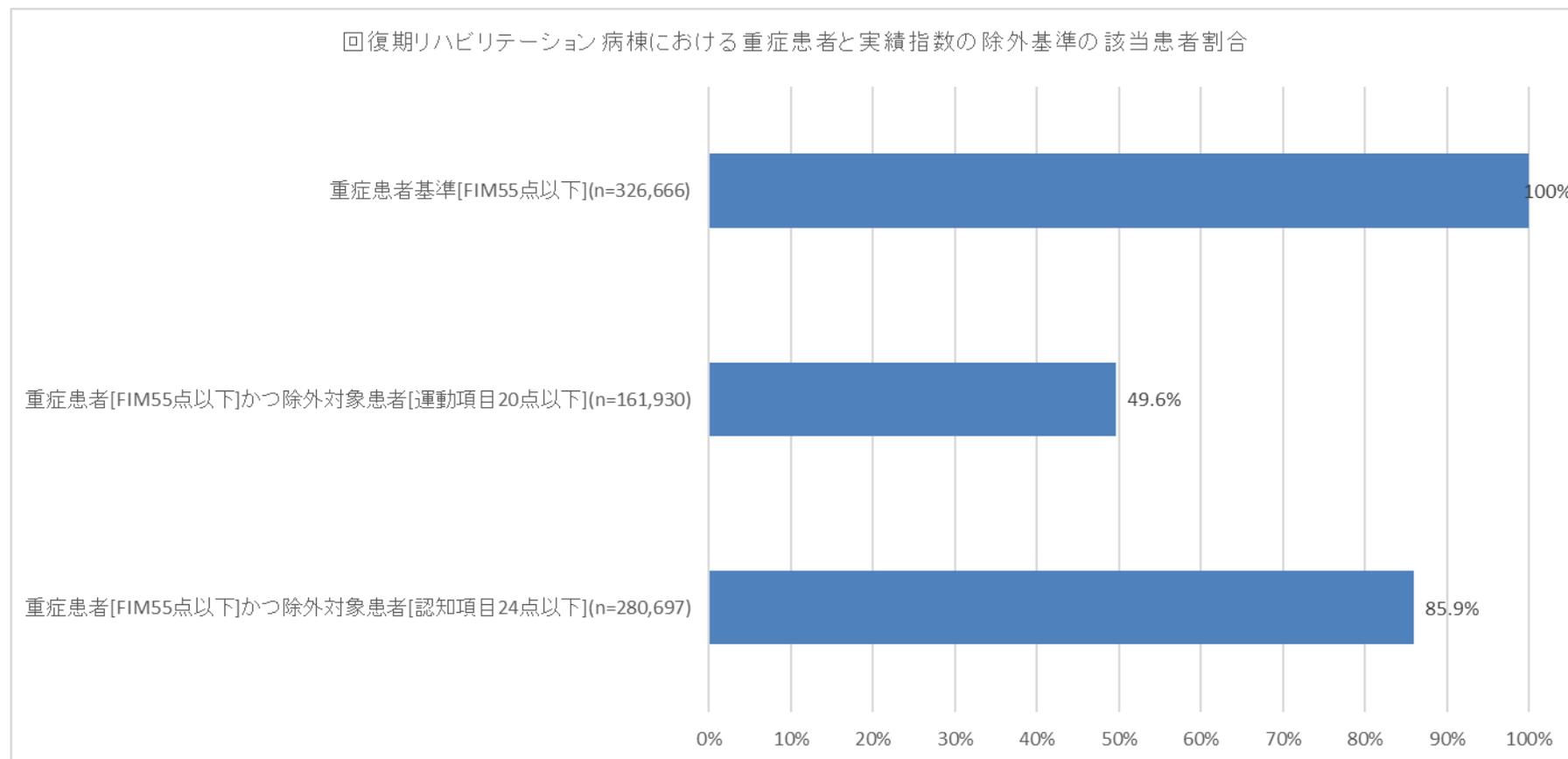
重症患者基準とリハビリテーション実績指数の除外基準について

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

	重症患者基準	リハビリテーション実績指数 除外基準
該当病棟	入院料 1～4 及び入院医療管理料	入院料 1・3
入棟割合基準	入院料 1・2：4割以上 入院料 3・4・入院医療管理料：3割以上	3割以下の範囲で除外
該当患者基準	日常生活機能評価10点以上又は FIM得点55点以下	<ul style="list-style-type: none"> ・ FIM運動項目20点以下 ・ FIM運動項目76点以上 ・ FIM認知項目24点以下 ・ 年齢80歳以上

重症患者基準とリハビリテーション実績指数の除外基準の対象患者について

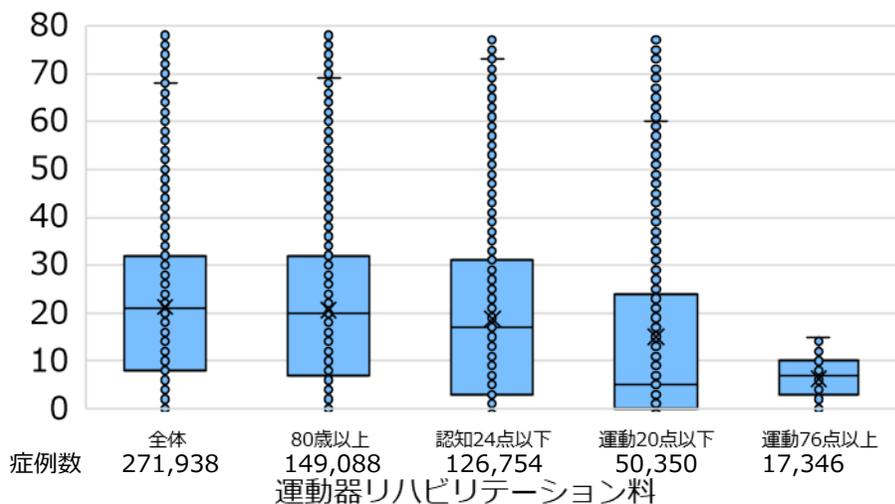
- 回復期リハビリテーション病棟において重症患者基準に該当する患者のうち、リハビリテーション実績指数の除外基準「FIM運動項目20点以下」、「FIM認知項目24点以下」にも該当する患者は、それぞれ49.6%、85.9%であった。



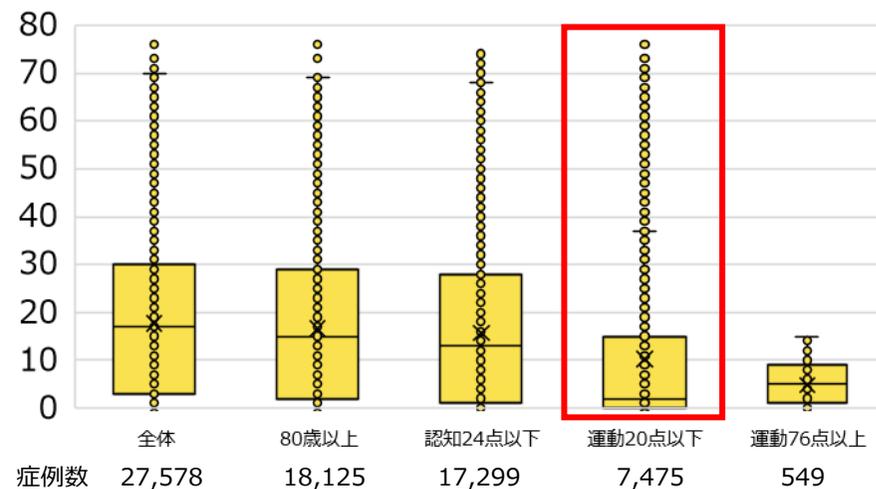
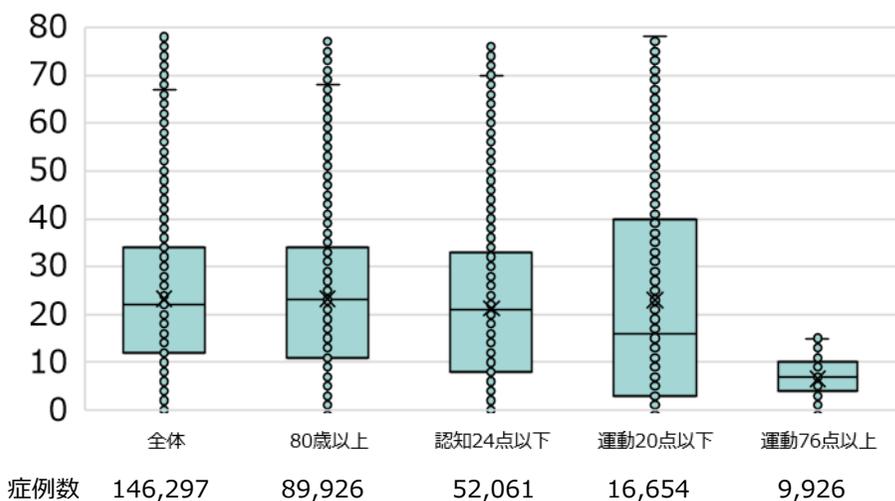
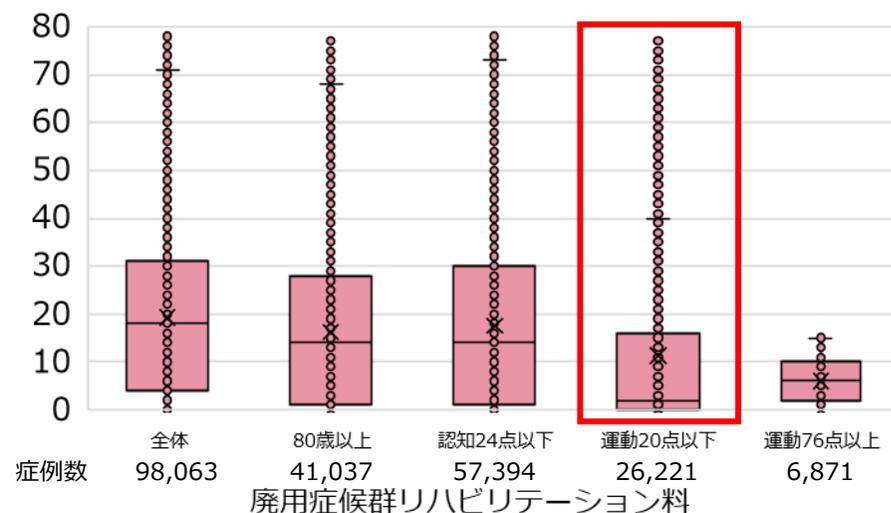
重症患者基準とリハビリテーション実績指数の除外基準のFIM利得について

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

全疾患（脳血管+運動器+廃用）



脳血管疾患等リハビリテーション料



効果の実績の評価基準

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

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

<実績指数の計算対象>

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

必ず除外する患者

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

まとめて除外できる患者

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

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

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

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

Functional Independence Measure (FIM)

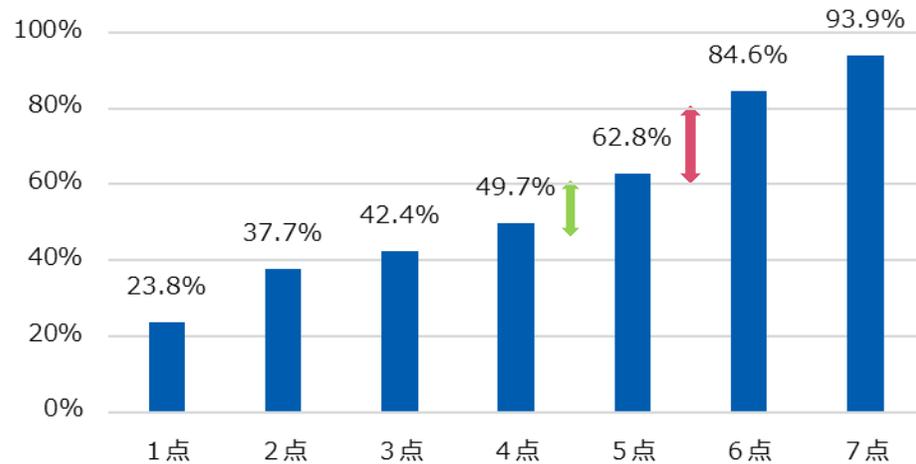
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

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

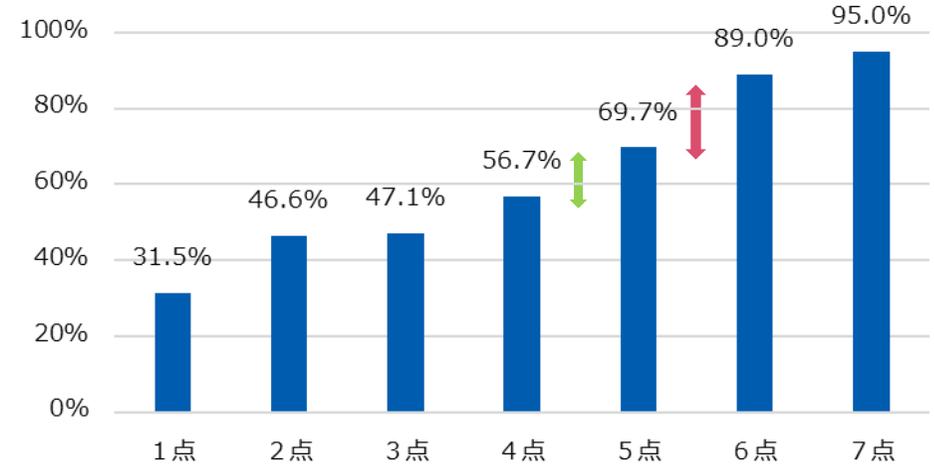
回復期リハビリテーション病棟退棟時のFIM下位項目得点と自宅復帰率

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

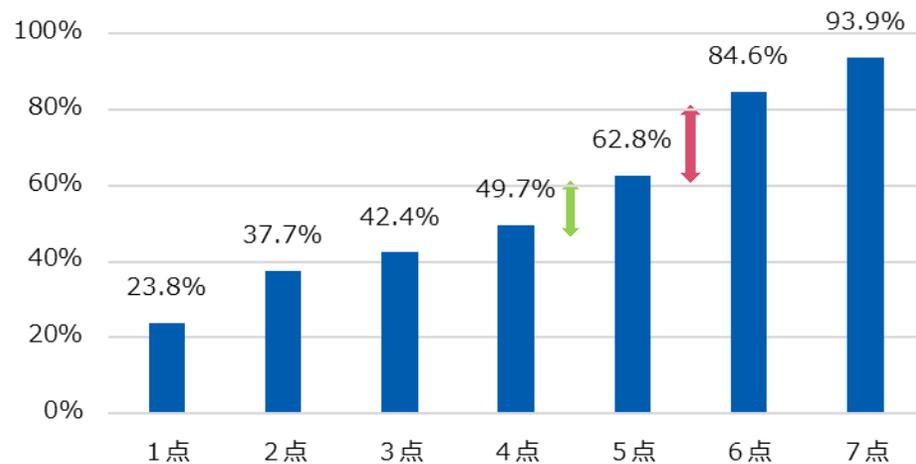
セルフケア（トイレ動作）全症例：n = 807,295



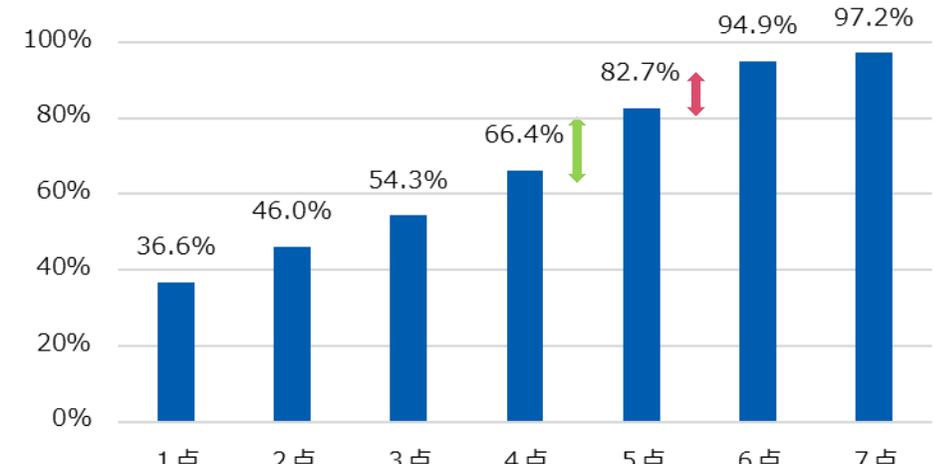
移動（歩行・車椅子） n = 807,295



セルフケア（トイレ動作）自宅から入院：n = 257,769



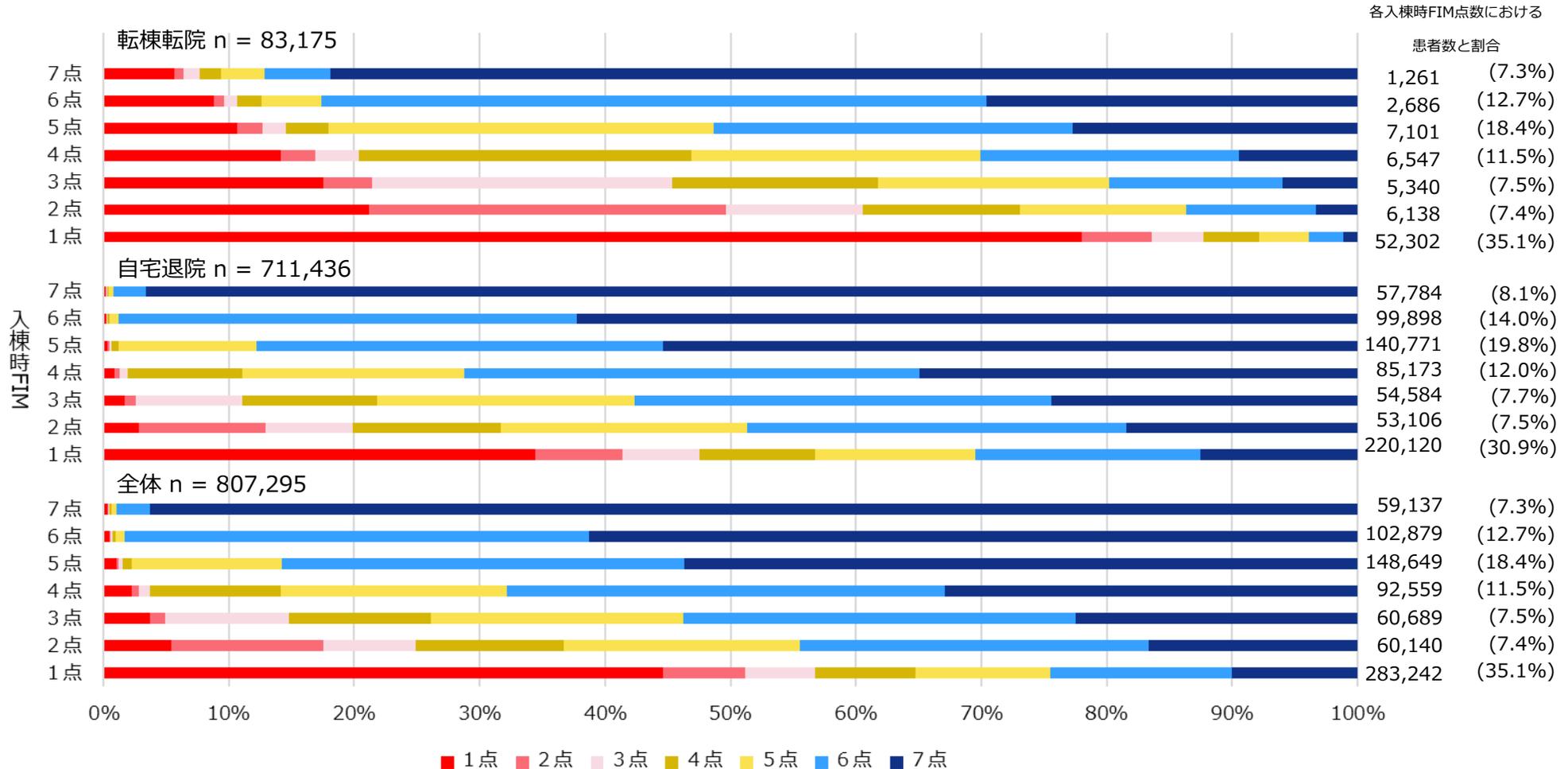
移動（歩行・車椅子）自宅から入院：n = 257,769



退院先ごとの入退棟時のFIM下位項目得点の比較（トイレ動作）

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

入棟時と退棟時のFIMの変化：セルフケア（トイレ動作）

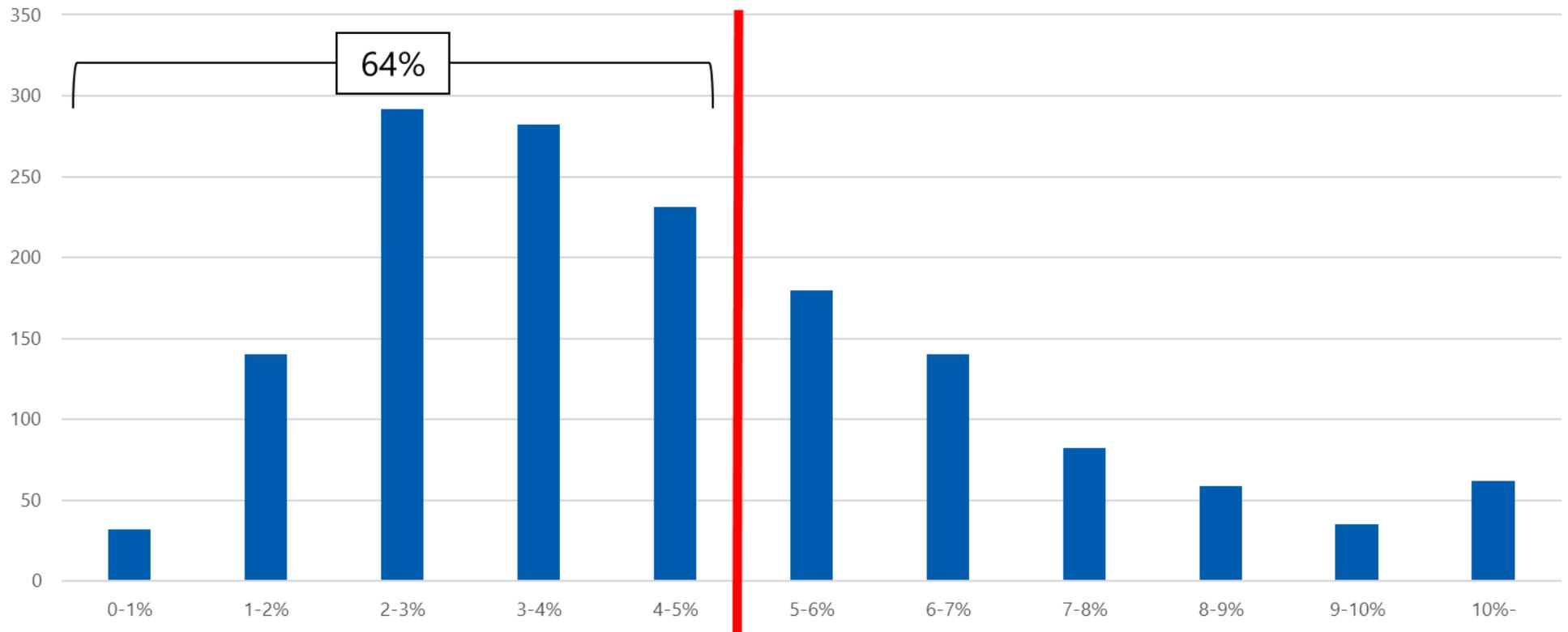


施設ごとのFIM得点が低下した患者の割合

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

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

n : 施設数



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

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

3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）

3-1. リハビリテーション実績指数と重症患者基準について

3-2. 質の高いリハビリテーションについて

3-3. 質の高いリハビリテーション提供体制について

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

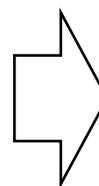
体制強化加算の廃止

- 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

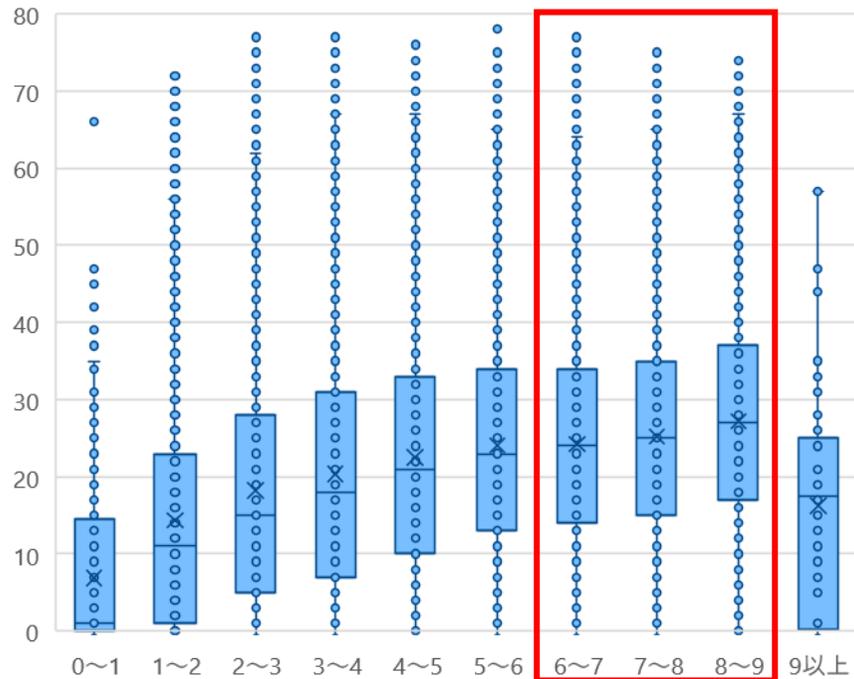
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

運動器リハビリテーション料算定患者のFIM利得について

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

【令和6年度改定前】

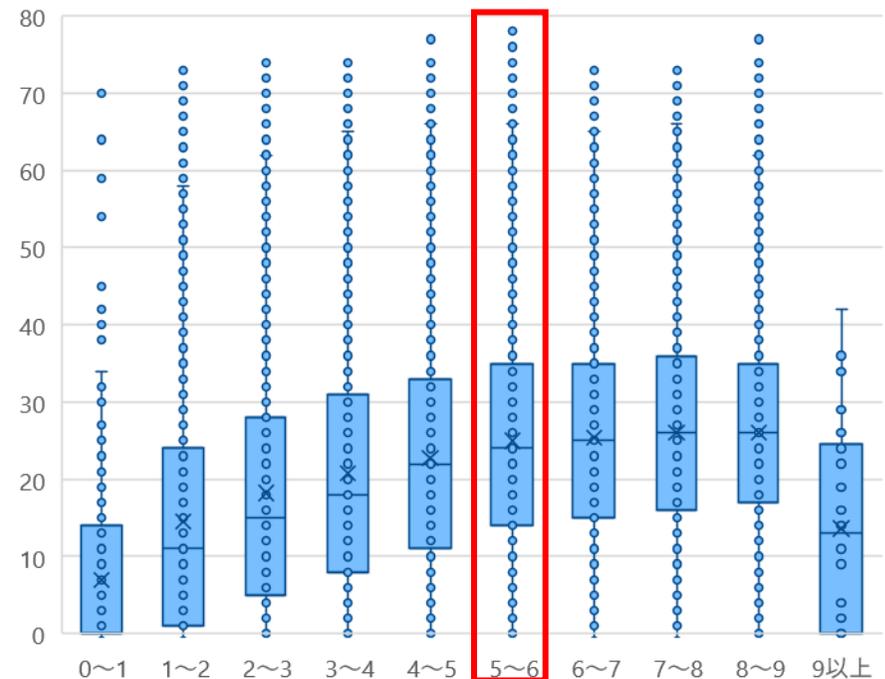
入棟時運動FIM_全体



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

【令和6年度改定後】

入棟時運動FIM_全体



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

運動器リハビリテーション料の上限単位数について

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

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

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- ・脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- ・入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、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

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

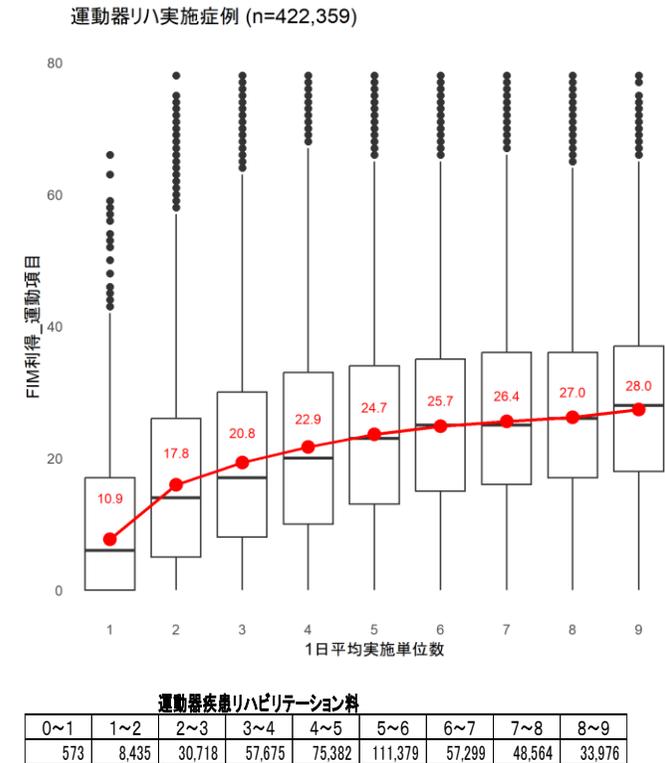
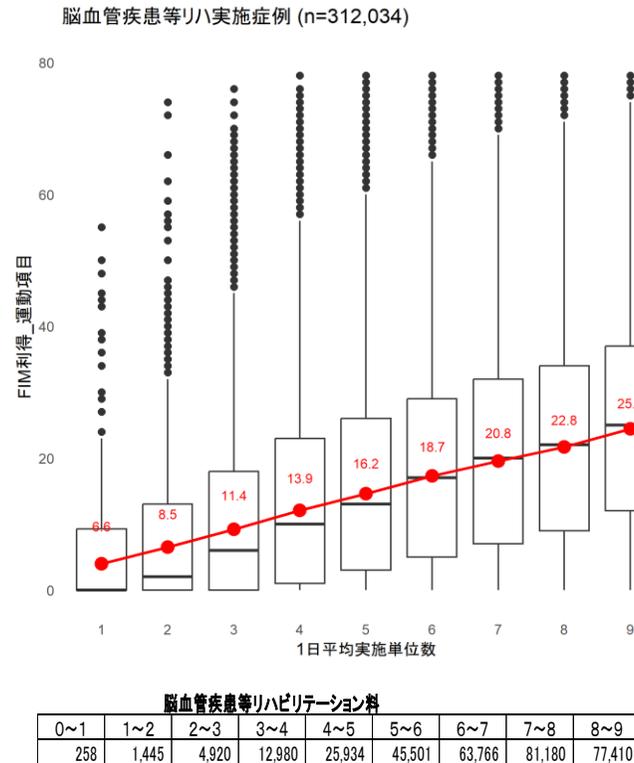
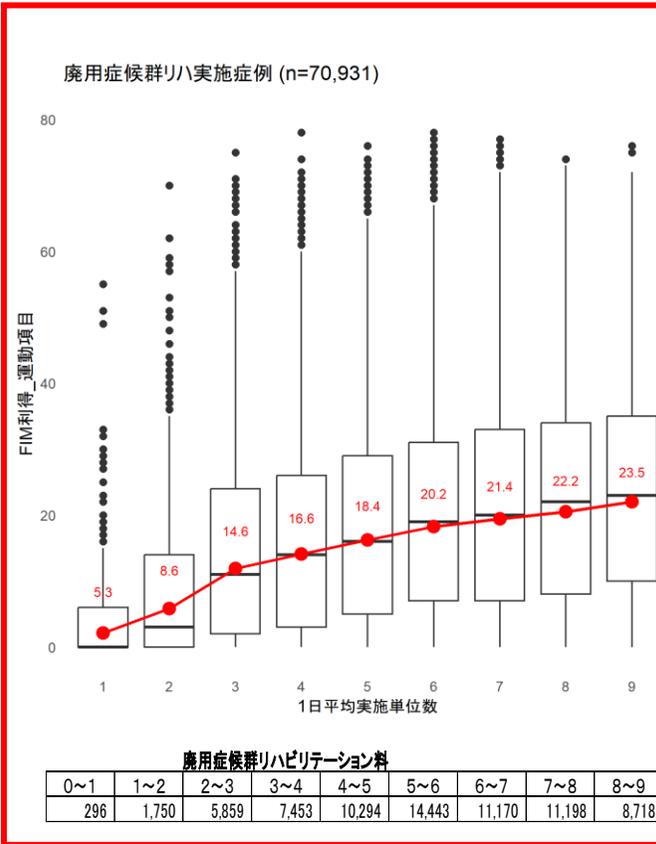
問111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

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

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。

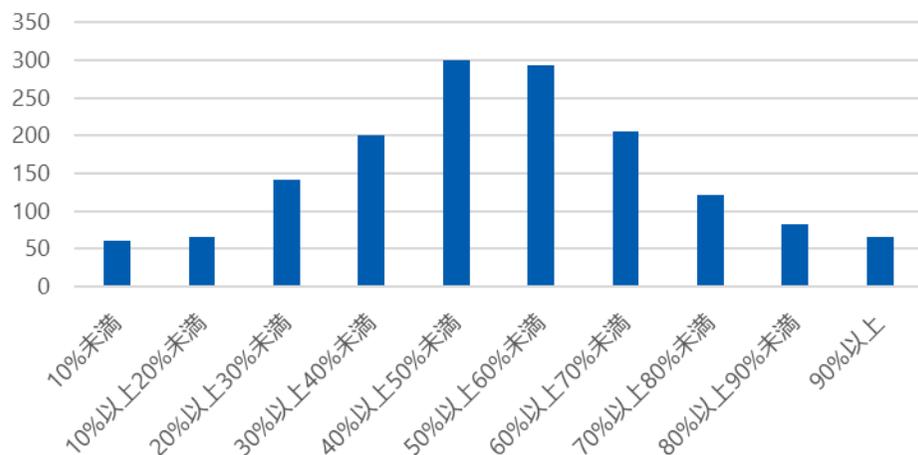


回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハビリテーション料ごとの実施割合の分布

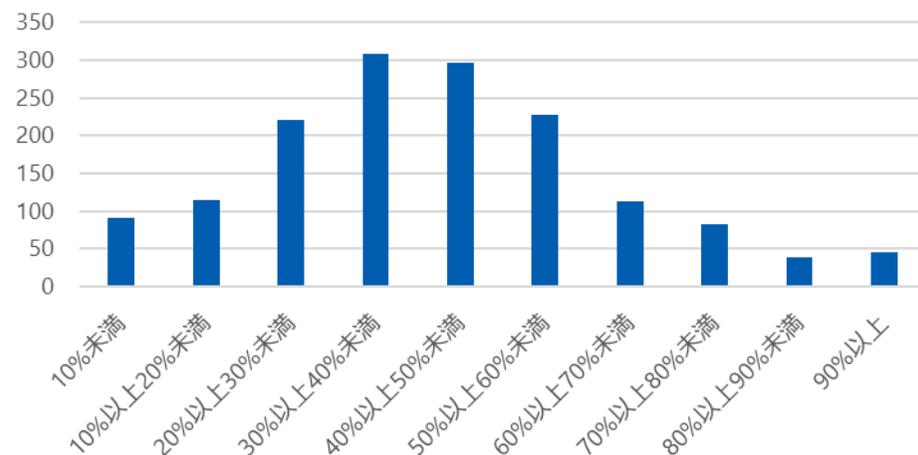
診調組 入-1
7.6.13改

○ 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。

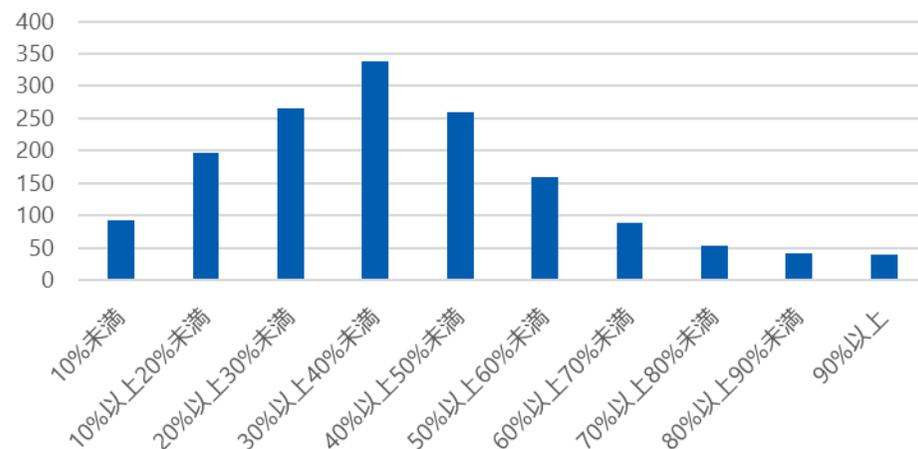
脳血管疾患等リハビリテーション料 (単位数)



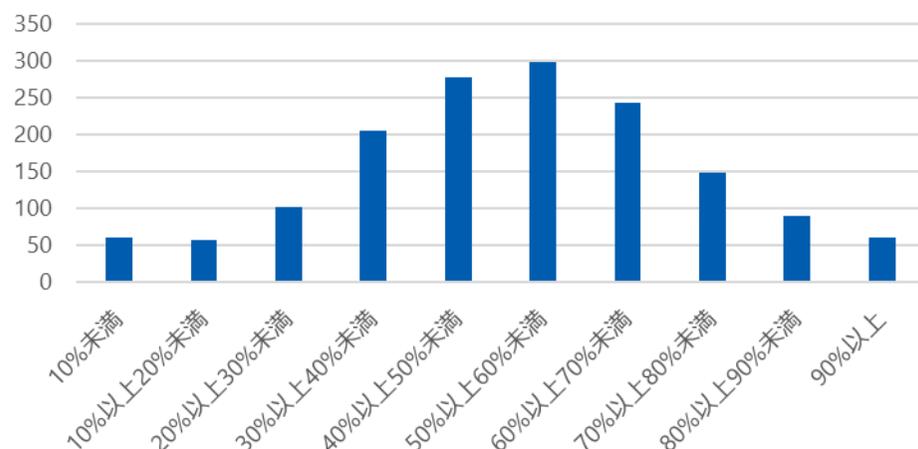
運動器リハビリテーション料 (単位数)



脳血管疾患等リハビリテーション料 (症例数)



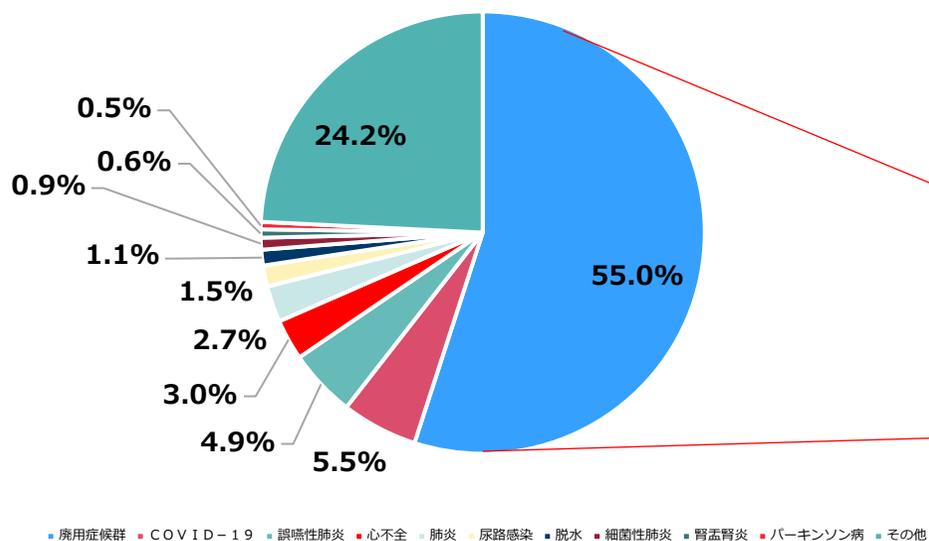
運動器リハビリテーション料 (症例数)



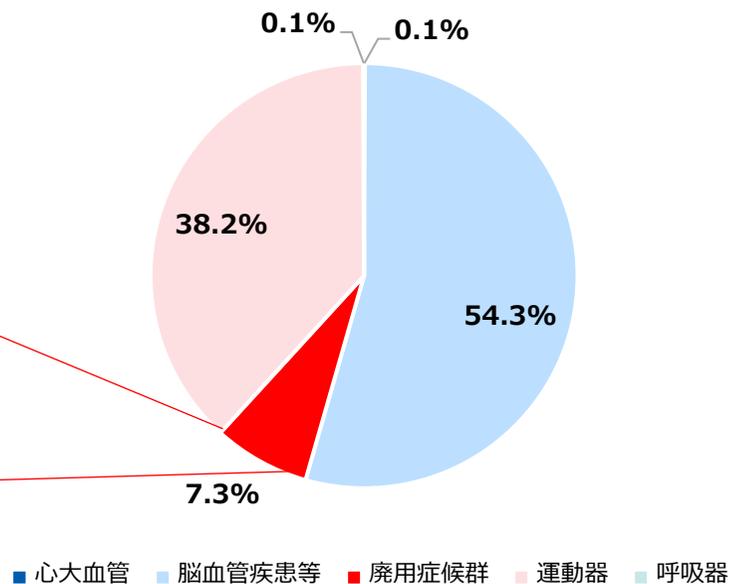
回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の実施状況

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

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



回復期リハ病棟における算定単位数の割合



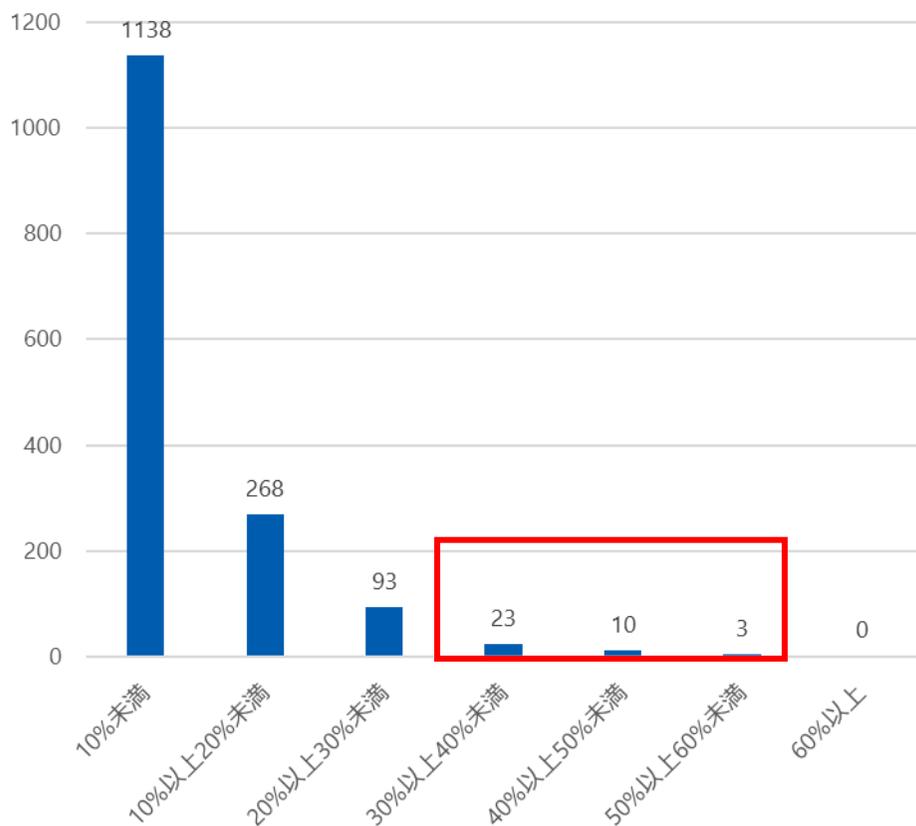
全体	症例数	割合
廃用症候群	38,981	55.0%
COVID-19	3,929	5.5%
誤嚥性肺炎	3,507	4.9%
心不全	2,109	3.0%
肺炎	1,881	2.7%
尿路感染	1,087	1.5%
脱水	813	1.1%
細菌性肺炎	615	0.9%
腎盂腎炎	429	0.6%
パーキンソン病	384	0.5%
その他	17,179	24.2%

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

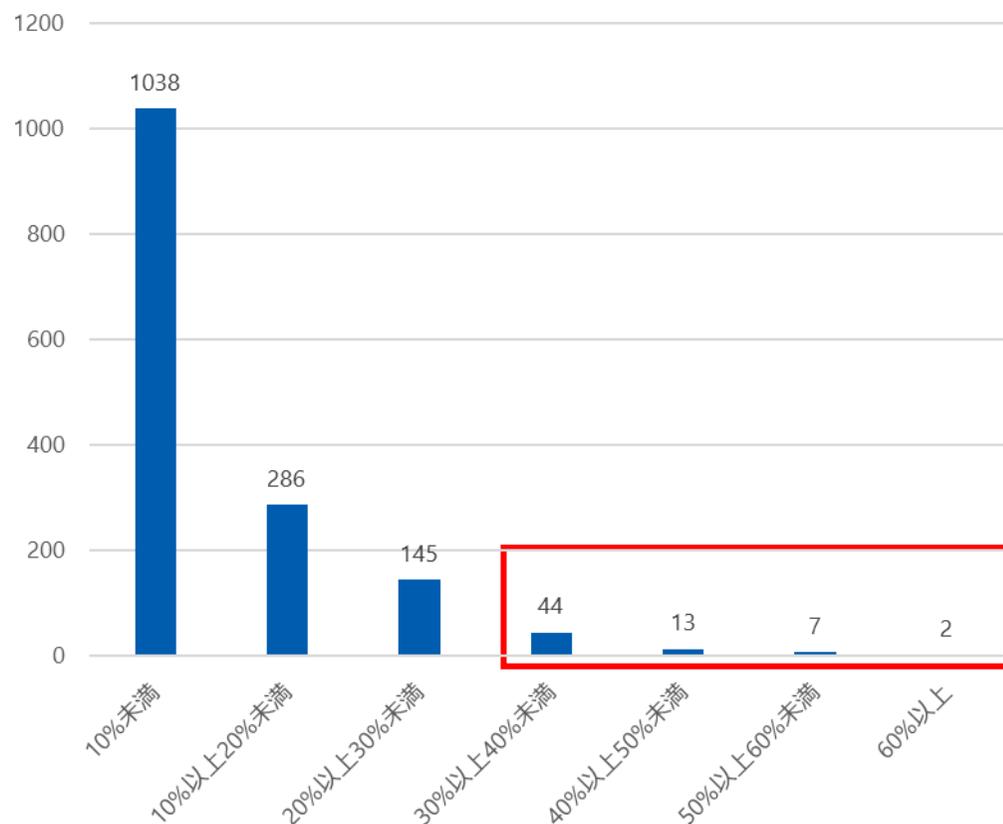
回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の実施割合

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

廃用症候群リハビリテーション料（単位数）



廃用症候群リハビリテーション料（症例数）



リハビリテーションの介入内容について

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

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

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

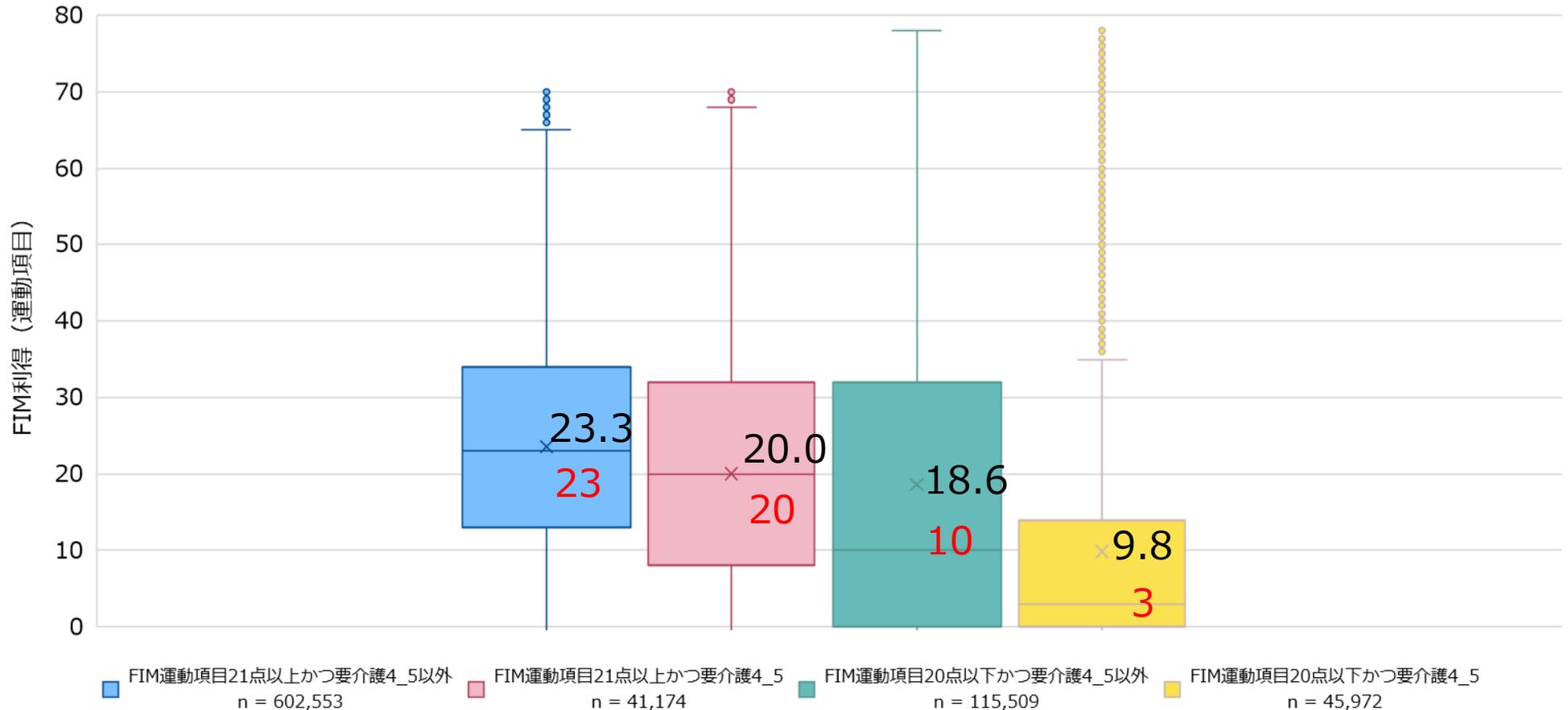
- 拘縮は一度形成されると通常のリハビリテーション技術では改善が困難となるため、発症後早期から予防的対策を採ることが重要である。予防のためには麻痺側下肢の筋力増強、痙縮軽減とともに、関節運動量の増加が必要であるが、リハビリテーションにおける徒手でのROM訓練のみでは関節運動量は不十分である。

松永 貴史,愛知県理学療法学会誌,19(4),148-154,2008

入棟時のFIM運動項目点数及び要介護度別のFIM利得

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

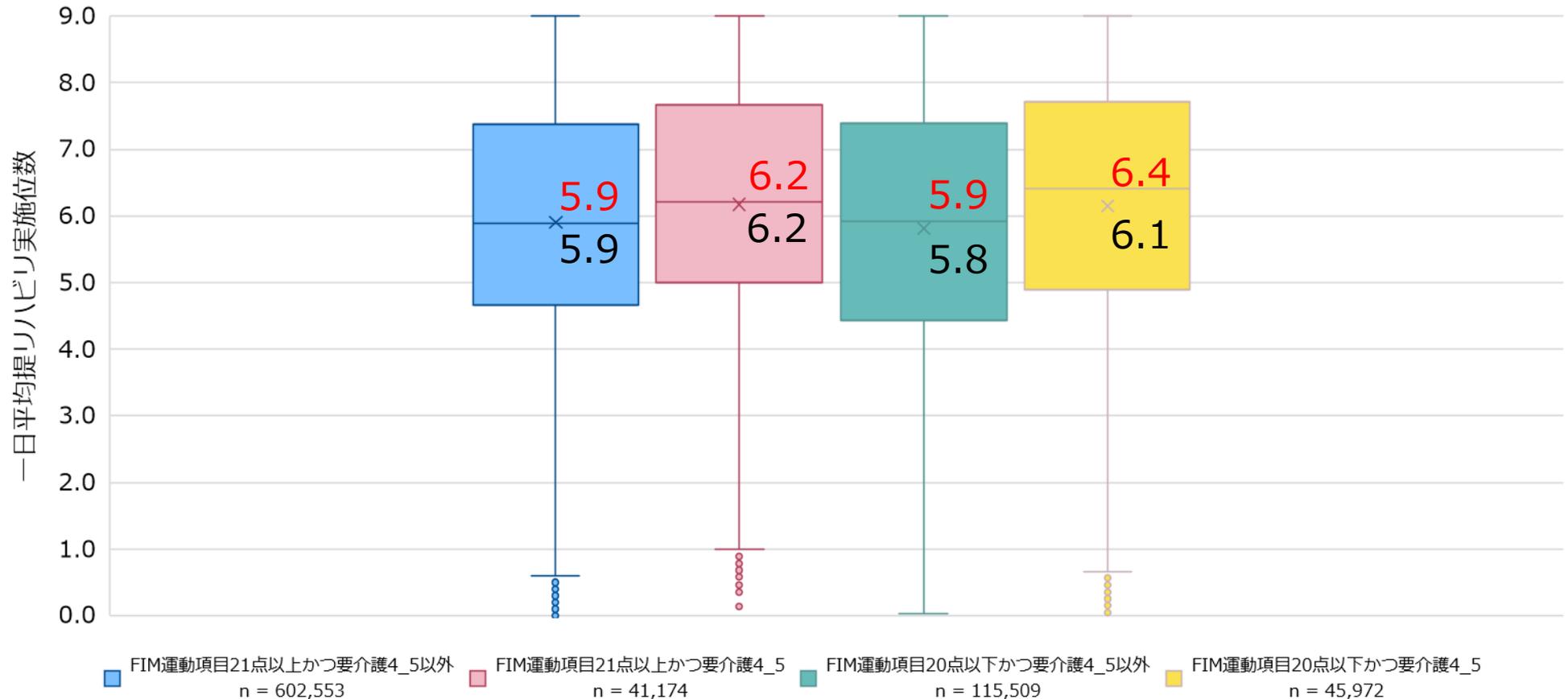
入棟時FIM運動項目20点以下かつ要介護度4または5のFIM利得
(脳血管+廃用+運動器) n = 805,208



入棟時FIM運動項目20点以下かつ要介護4、5患者のリハビリ実施単位数

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

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

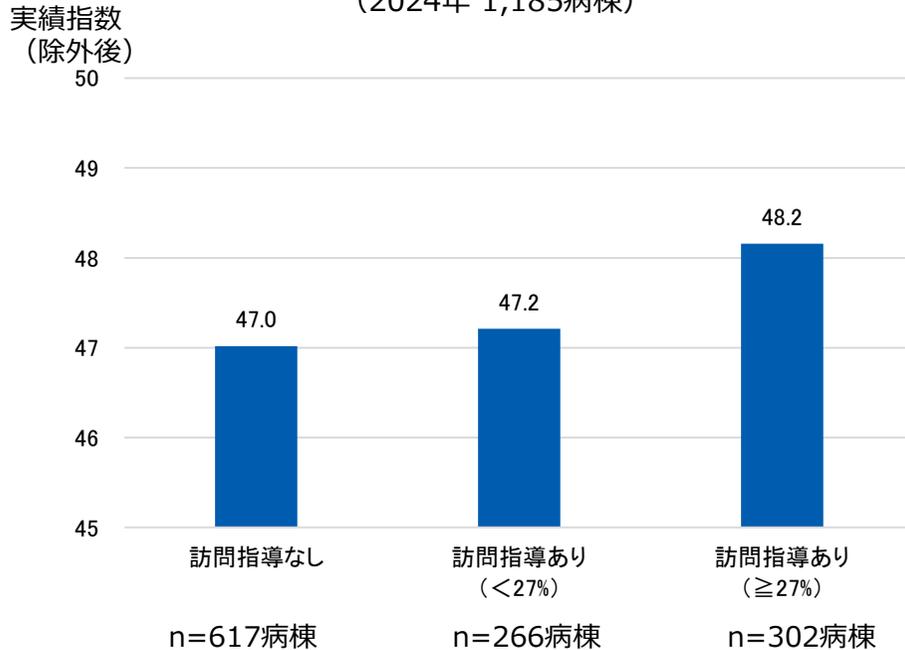


退院前訪問指導の実施の有無によるアウトカムの差異

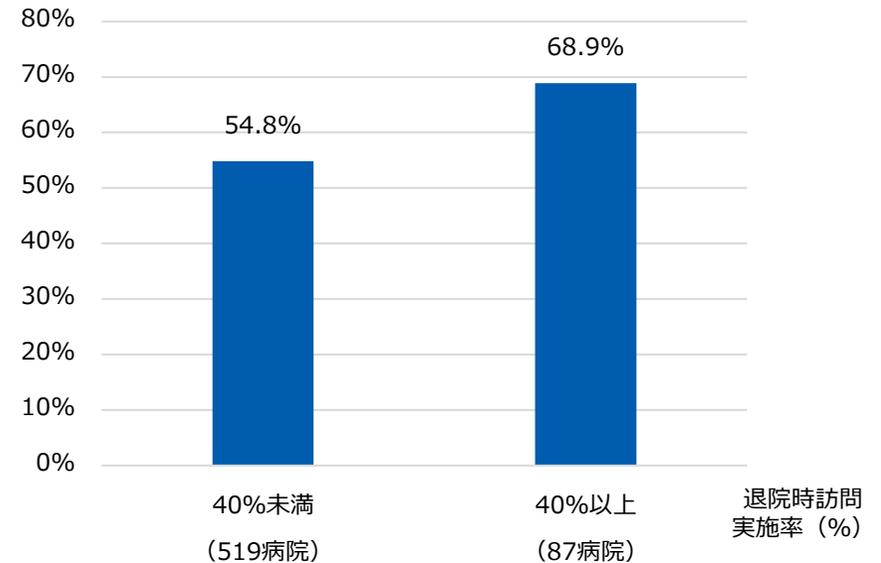
- 退院前訪問指導を一定割合以上実施している病棟・施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好である。

回復期リハ病棟協会 2024実態調査より改変

訪問指導実施による実績指数の違い
(2024年 1,185病棟)



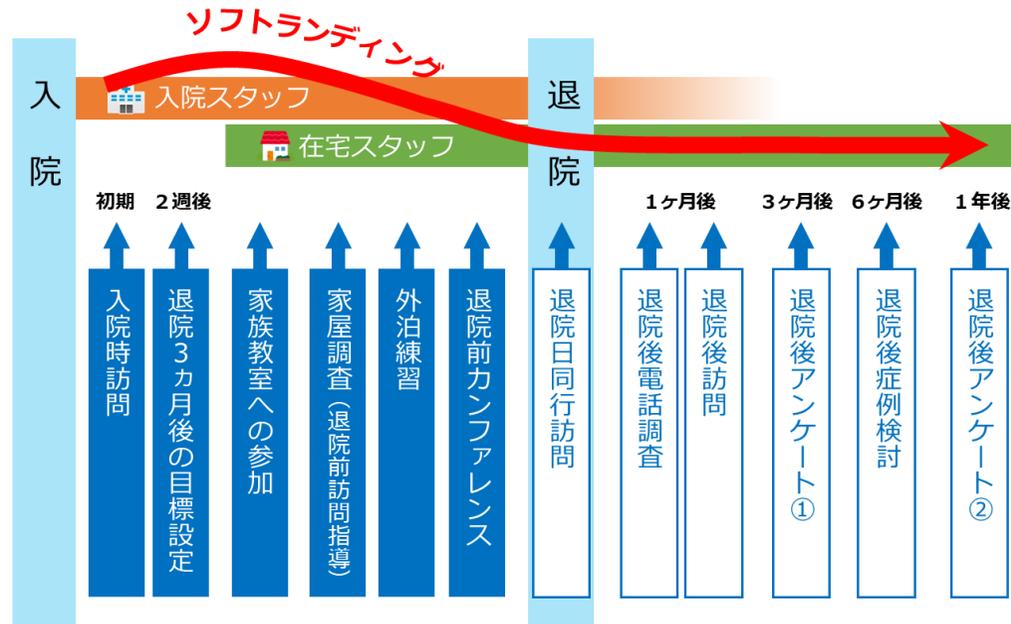
退院時訪問実施率別の自宅退院率 (病院単位)
(脳血管障害患者：2024年 9,091名)



入院時や退院時の訪問指導を積極的に実施する病棟・病院は、
効率の良い入院リハ提供や高い自宅復帰を実現できている



- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
- 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。
Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.
- 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
岡光孝. OTジャーナル. 55(8) : 999-1003, 2021

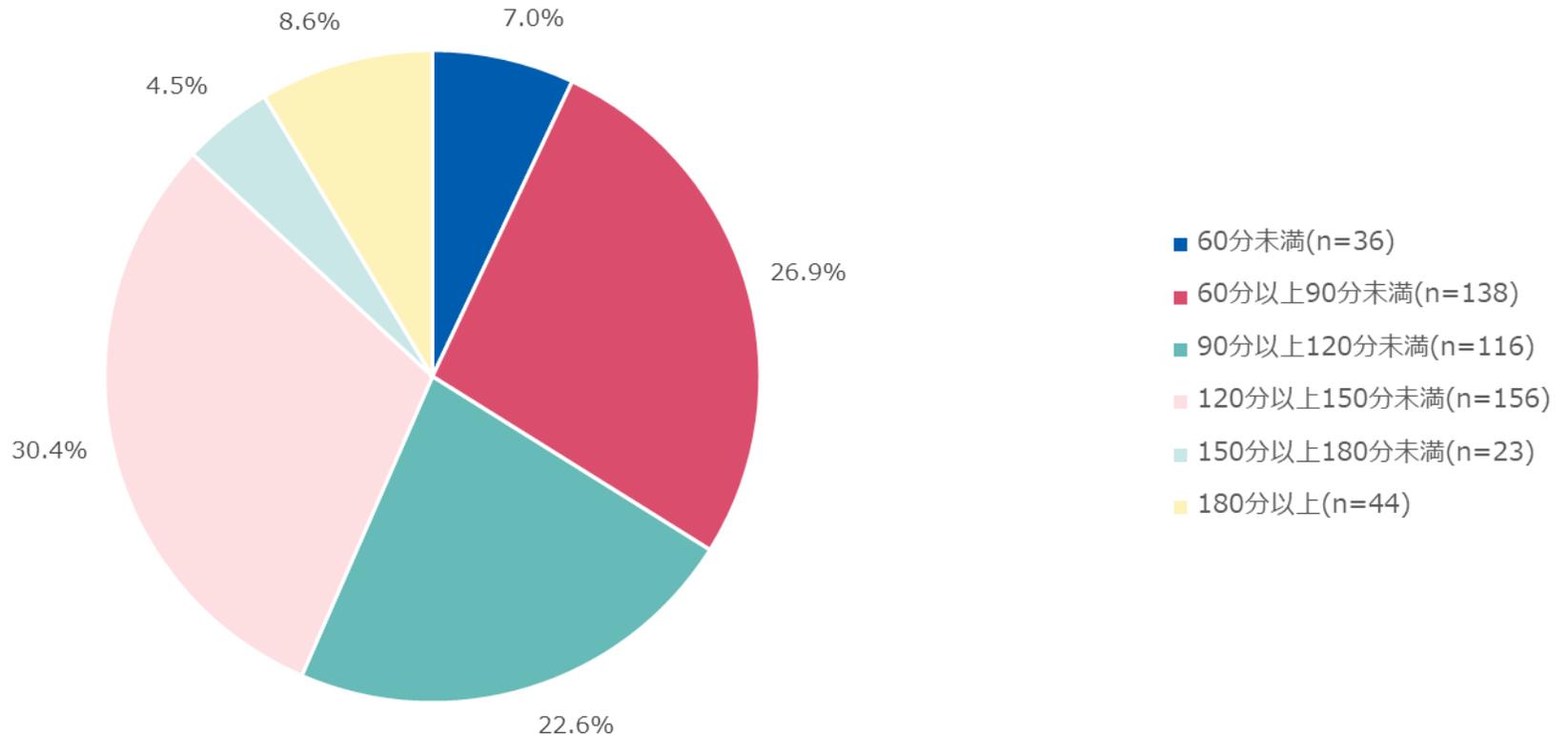


退院前訪問指導の所要時間について

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

訪問指導に要した平均時間（令和7年4月の1か月）

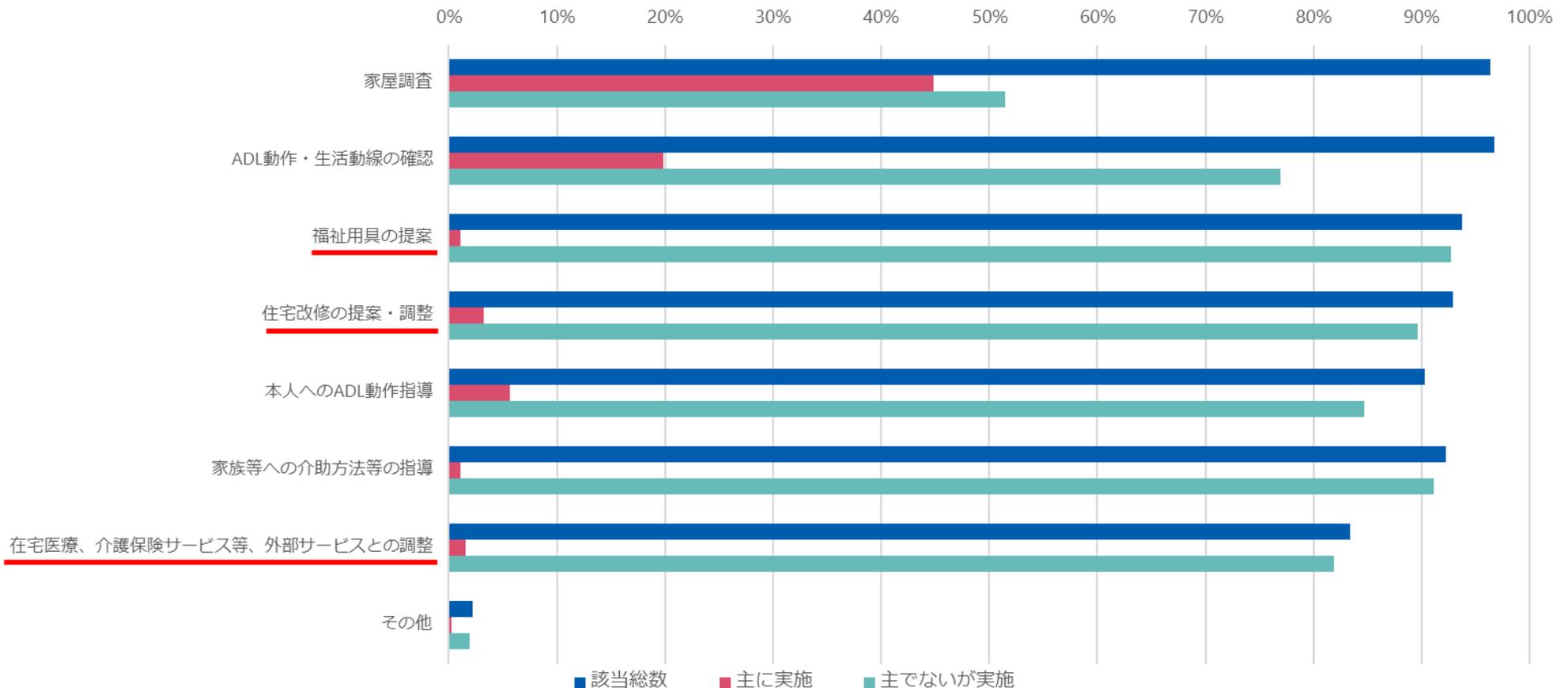
※往復の移動時間含む（n=513）



退院前訪問指導の実施内容

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

退院前の訪問指導について実施内容(n=464)



3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）

3-1. リハビリテーション実績指数と重症患者基準について

3-2. 質の高いリハビリテーションについて

3-3. 質の高いリハビリテーション提供体制について

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

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

現行

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



改定後

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

[追加の施設基準]

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

地域支援事業

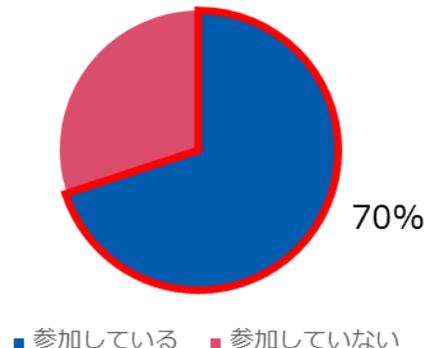
- 令和6年改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2にて地域支援事業への参加していることが望ましいとした。
- 令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。

(通知より抜粋)

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

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

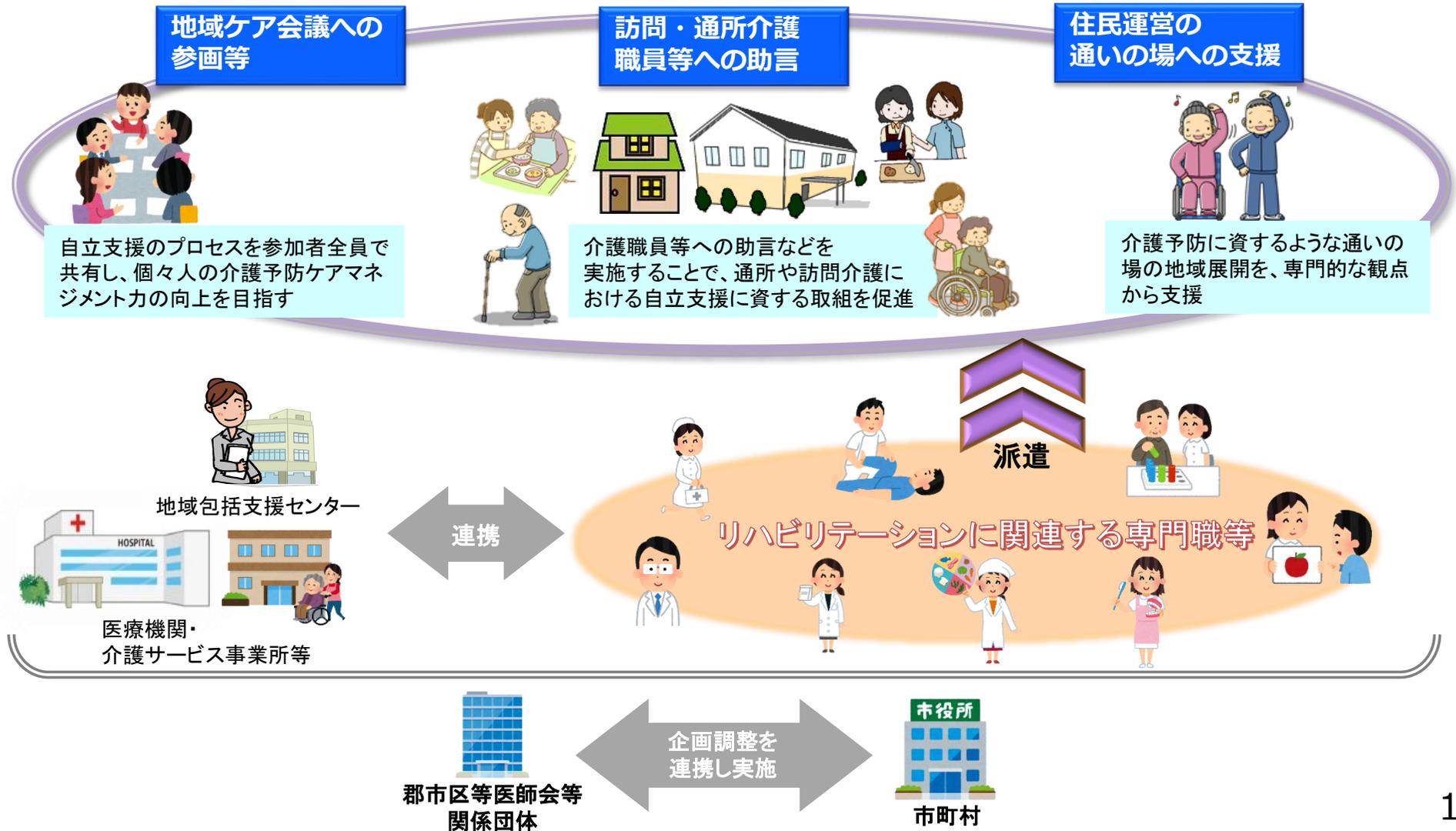
回復期リハビリテーション病棟における
地域支援事業の参加率 (n=465)



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 (B票))

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

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



生活機能回復に資する診療報酬①（排尿自立支援加算）

- 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中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される。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設のうち、排尿自立支援加算を届け出ている施設は24.2%である。

A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

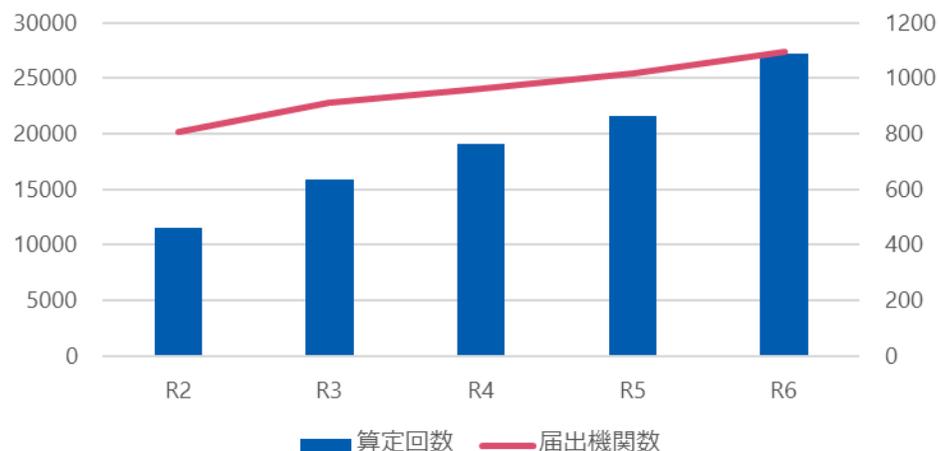
【施設基準（概要）】

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

【算定要件（抜粋）】

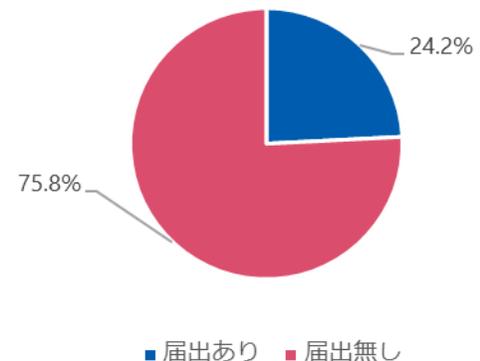
- 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

排尿自立支援加算の算定回数・届出機関数の推移



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

回復期リハビリテーション病棟入院の届出施設における
排尿自立支援加算の届出状況（n=1575）



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

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

イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点（週1回）

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点（週1回）

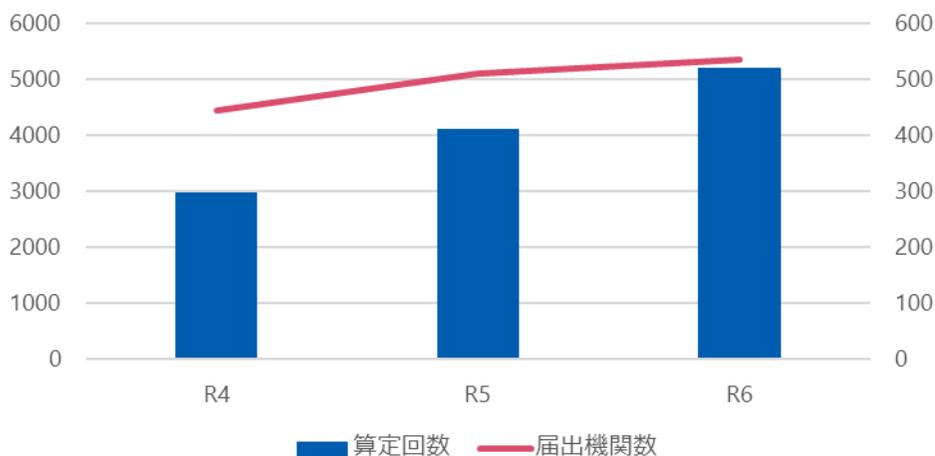
ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点（週1回）

※療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院

【施設基準（抜粋）】

- 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチームが設置されていること。
- 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。
- 【算定要件（抜粋）】
- 摂食嚥下支援チーム等により**内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること**。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。
- 上記を実施した患者について、**月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること**。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

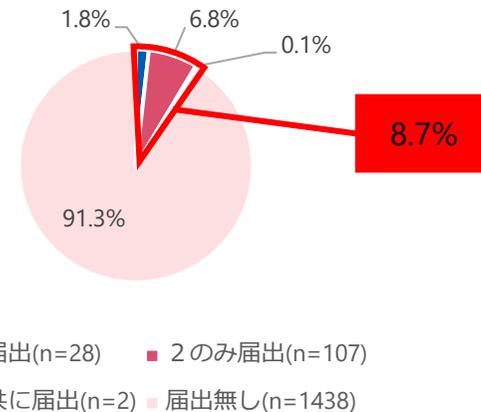
摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出機関数の推移



※現体系になった令和4年度以降にて加算1, 2, 3の総数を集計。

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

回復期リハビリテーション病棟入院の届出施設における
摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況（n=1575）



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

回復期リハビリテーション病棟に係る現状と課題

(リハビリテーション実績指数と重症患者基準について)

- リハビリテーション実績指数の算出から除外できる基準のうち、「年齢が80歳以上のもの」、「FIM認知項目の得点が24点以下のもの」に該当する患者のFIM利得は、患者全体と比較して、大きな差は見られなかった。
- リハビリテーション実績指数の算出から除外できる基準のうち、「年齢が80歳以上のもの」の該当割合が高い施設が多く見られる。また、いずれかの除外項目が該当する患者の割合が70%を超える施設は、全体の約86%であった。
- 回復期リハビリテーション病棟において重症患者基準に該当する患者のうち、リハビリテーション実績指数の除外基準「FIM運動項目20点以下」、「FIM認知項目24点以下」にも該当する患者は、それぞれ49.6%、85.9%であった。
- 入棟時に「FIM運動項目20点以下」の患者は脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料ではFIM利得が比較的小さかった。
- 退院時のFIM下位項目「トイレ動作」、「移動(歩行・車椅子)」について、4点(最小介助)に比べ5点(監視)、5点に比べ6点(修正自立)の患者は、自宅への退院割合が大きく増加していた。
- 入棟時に5点以下の患者についても、退院先が自宅である患者は、転棟・転院した患者に比べ、退院時に6点以上へ改善した割合が高かった。
- 入棟時に比べ、退棟時のFIM得点が低下した患者が5%未満の病棟は全体の約64%であった。



【課題】

- リハビリテーション実績指数と重症患者基準について、現状をどのように評価するか。

回復期リハビリテーション病棟に係る現状と課題

(質の高いリハビリテーションについて)

- 運動器リハビリテーション料を改定前に1日6単位を超えて実施した患者と、改定後に1日5～6単位実施した患者について、FIM利得に大きな変化はない。
- 廃用リハビリテーション料では、7単位/日以上の実施によるFIM利得が比較的小さいが、一部廃用症候群リハビリテーション料の割合が多い施設が見られた。
- 回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群リハビリテーション料の算定割合は7.3%であった。また、傷病名のうち、廃用症候群が55.0%であった。
- 発症後の機能回復を図る上では、ベッド上で行われる徒手でのアプローチのみでは不十分であり、他のアプローチと組み合わせた介入が重要である。
- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は、運動項目のFIM利得が相対的に低かった。
- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は、1日あたりの平均リハビリ実施単位数は相対的に多かった。
- 退院前訪問指導を一定割合以上行っている病棟、施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好であった。
- 退院前訪問指導では、ほとんどの施設で60分以上の実施時間を要しており、120分以上150分未満の割合が最も多く、外部との調整に係る項目も80%以上の病棟で行われていた。

(質の高いリハビリテーション提供体制について)

- 令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。
- 生活機能の回復に資する診療報酬には、排尿自立支援加算や摂食嚥下機能回復体制加算があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設においては、これらの加算を届け出ている施設はそれぞれ24.2%、8.7%であった。



【課題】

- 質の高いリハビリテーションについて、リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 質の高いリハビリテーション提供体制について、加算の届出状況等を踏まえ、現状をどのように評価するか。

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

4. 慢性期について（その2）

4 - 1. 療養病棟入院基本料について

4 - 2. 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料について

第3回入院外来分科会（R7.6.13）における主なご意見

（療養病棟で提供される医療について）

- 療養病棟は多様な高齢患者を中長期で受け入れる病棟であり、すべての患者を介護施設へ移行することは困難と考えられ、慎重な議論が必要ではないか。
- 療養病棟については、在宅医療等の体制整備も踏まえつつ、医療の必要性に着目しためりはりのある評価が必要ではないか。
- 一方、夜間看護職員1名体制では医療必要度の高い患者の対応は困難であり、夜間の体制の議論も必要ではないか。

（療養病棟における身体的拘束について）

- 療養病棟における身体的拘束については、身体的拘束を行う判断基準や病棟の人員配置の体制等も踏まえて、どうすれば身体拘束をさらに減らしていけるのかという議論につなげていけるような分析が必要ではないか。
- 特に中心静脈栄養の患者における身体的拘束については、認知症との関連があると考えられ、患者の状態を考慮した分析が必要ではないか。

（療養病棟における経腸栄養等の取組について）

- 経腸栄養管理加算の算定施設は少なく、栄養サポートチーム加算の取得困難等が背景にあるのではないか。令和4年度調査では算定している施設の割合は低く、算定できない理由として、50%以上の施設が所定の研修を修了した医師・看護師・薬剤師の確保が難しいというふうに回答していた。加算の算定が進まない原因を検討できるような分析が必要ではないか。
- 経腸栄養については、さらに取組を進めていくための工夫について議論できるような分析を行ってはどうか。

中間とりまとめ抜粋

6-1. 医療区分や疾患・状態、処置等の該当状況について

(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

(分科会での評価・分析に関する意見)

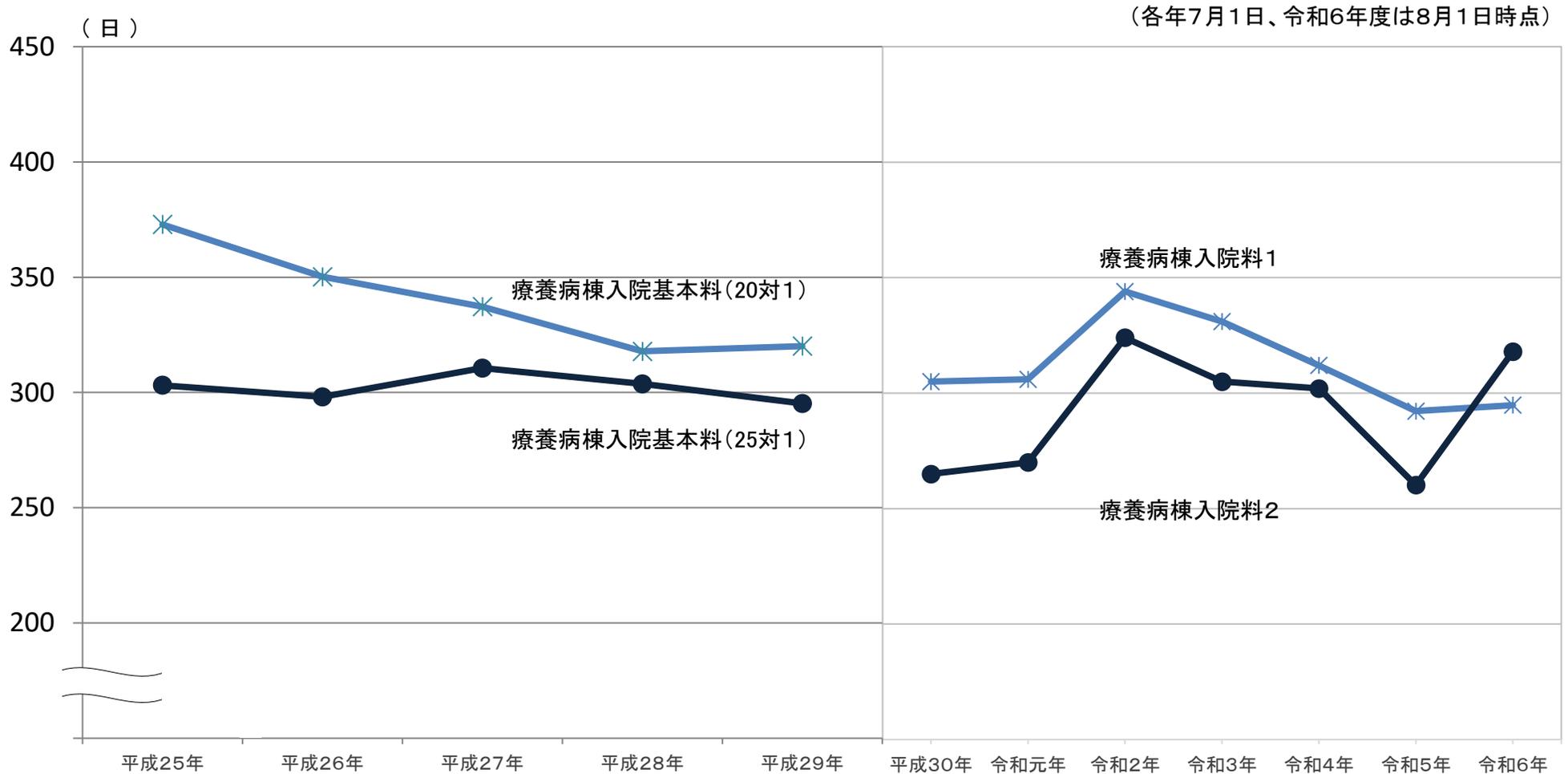
- 中心静脈栄養を実施したうち、身体的拘束を実施した割合が高い病棟もある。事故抜去を防ぐことと両立しなければならないので、人員配置や、患者の状況やリスクなどを深掘りしながら、どうすれば拘束を減らしていけるのか分析してほしいとの意見があった。
- 療養病棟は在宅医療とともに整備され、メリハリある体制となるべきであり、身体的拘束の実施状況も踏まえつつ、経腸栄養に切り替えるための工夫について検討すべきとの指摘があった。
- 経腸栄養管理加算を算定している医療機関は 9.3% と少なく、要件となっている栄養サポートチーム加算の届出は研修を受けた医師・看護師等の配置が難しいことが調査で示されており、施設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

入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料）

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

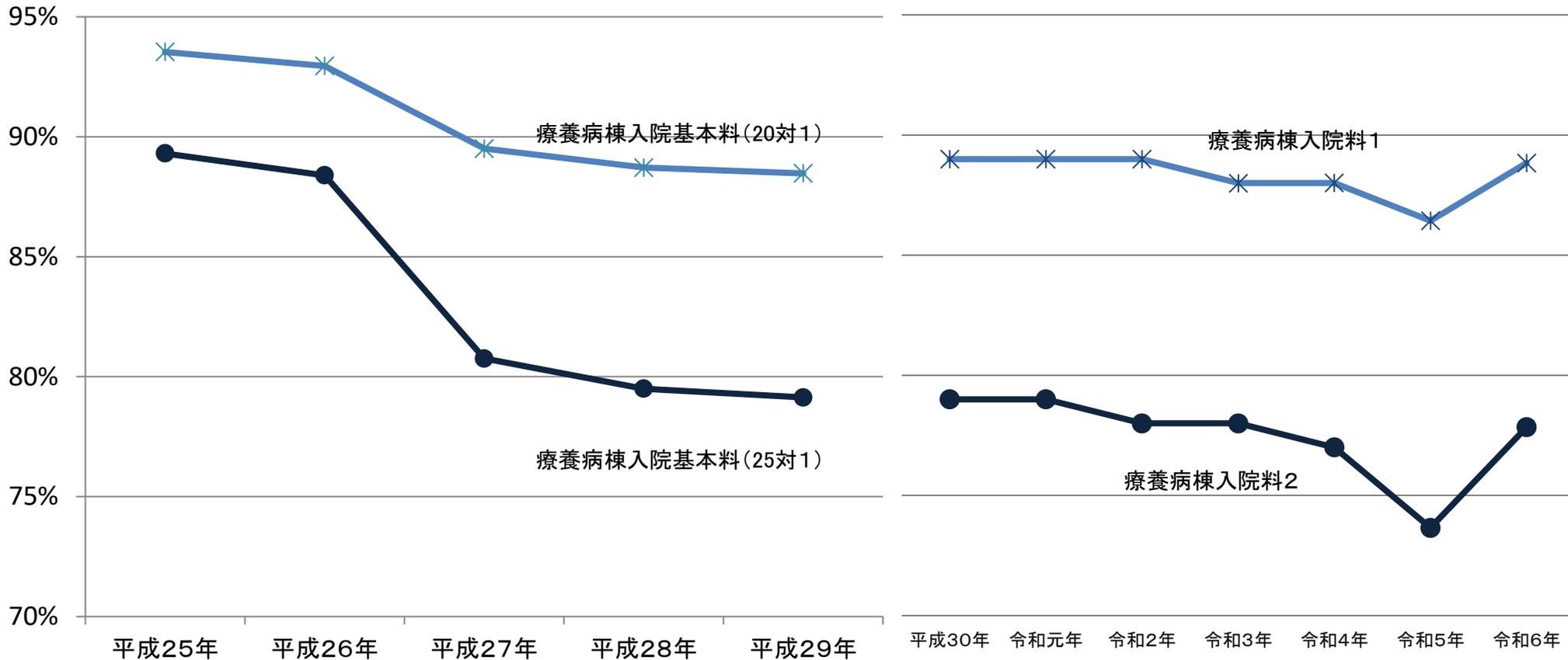


※注11に係る経過措置の病棟は平均在院日数の算出に含んでいない。

入院料別の病床稼働率の推移（療養病棟入院基本料）

中医協 総 - 3
7 . 7 . 2 3

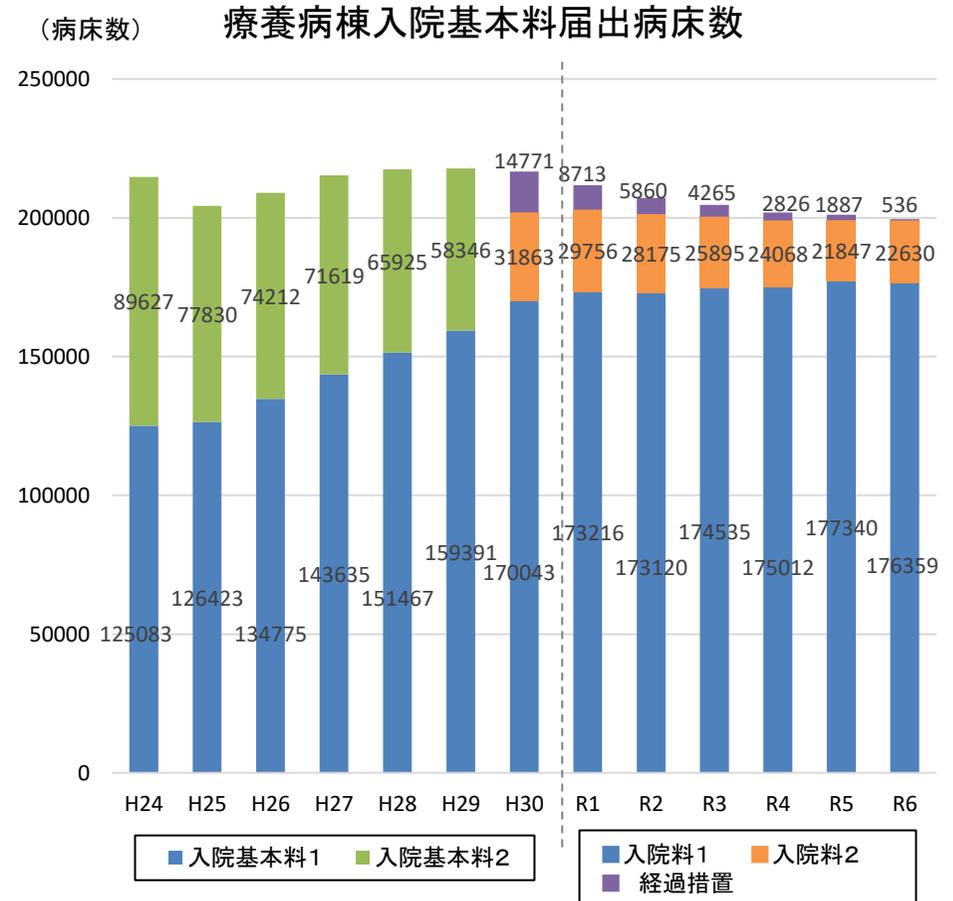
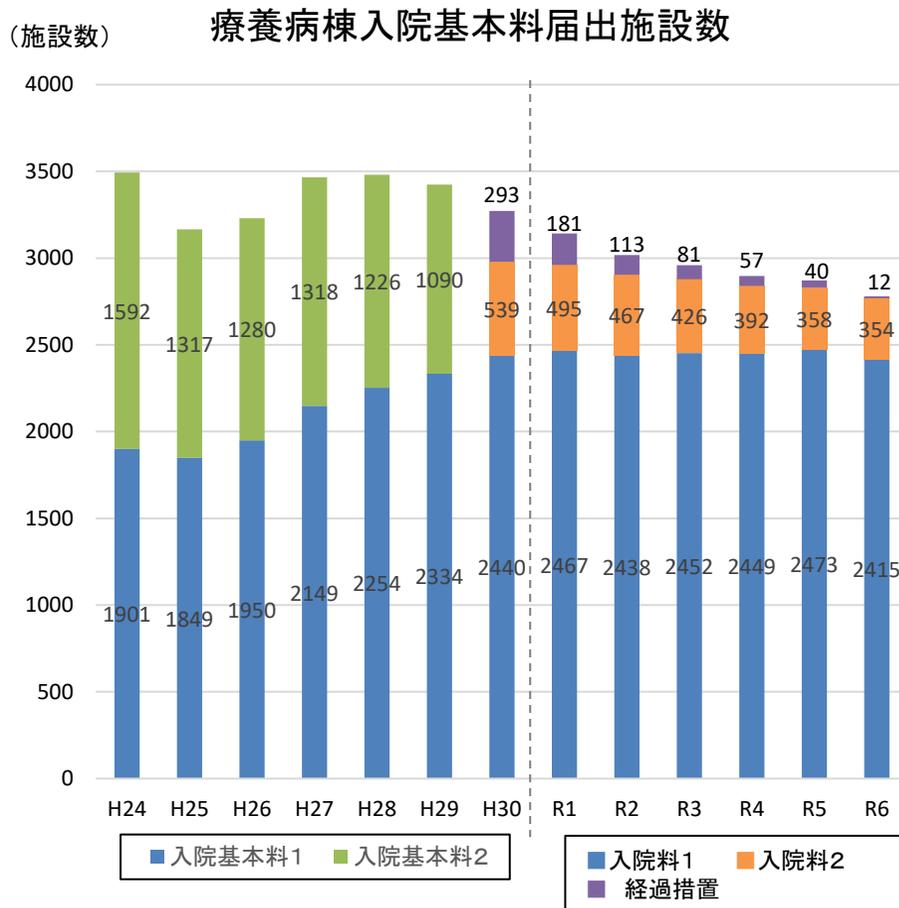
○ 病床稼働率の年次推移は以下のとおりであった。病床稼働率を入院料1と2と比較すると、入院料1は入院料2と比較して高い傾向であった。



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

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

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



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

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

療養病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

- 療養病棟入院料を届け出ている施設は、他の入院料はあまり届け出ていないが、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）等を届け出ている施設が1割～2割あった。

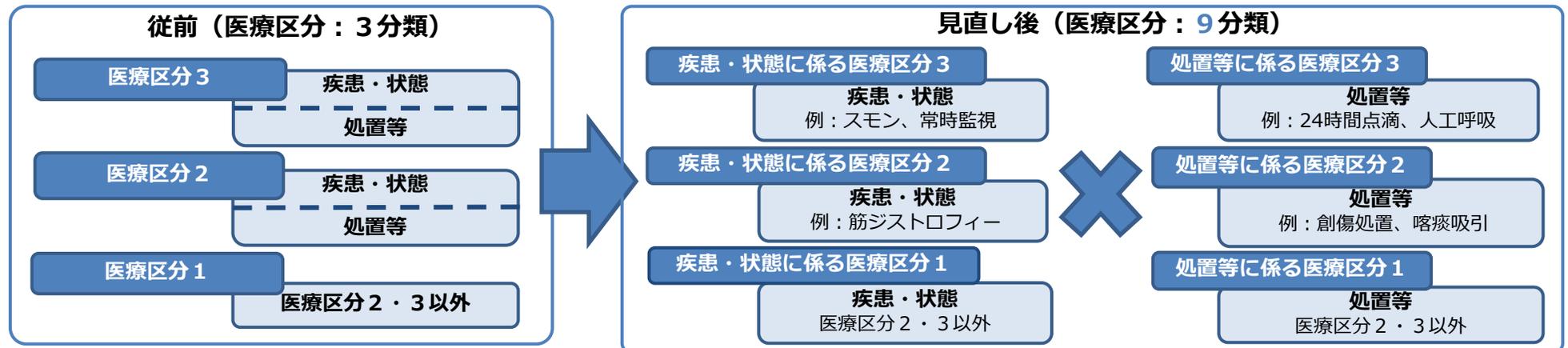
入院料		療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 2
回答施設数		544	91
届出率	急性期一般入院料	17.5%	8.8%
	地域一般入院料	8.3%	13.2%
	地域包括ケア病棟入院料	10.5%	5.5%
	地域包括ケア入院医療管理料	12.3%	8.8%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	8.1%	2.2%
	障害者施設等入院基本料	9.4%	3.3%
	緩和ケア病棟入院料	1.1%	0.0%

療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

1. 医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分**および**3つのADL区分**に基づく**27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、**患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す**。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

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

4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な**経腸栄養管理加算を新設**する。

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、<u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性痔炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る</u>） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・その他の指定難病等（スモンを除く。） ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性痔炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る）</u> ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る） ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療を ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） ・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

療養病棟入院基本料の概要

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

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

ADL区分

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

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

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

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

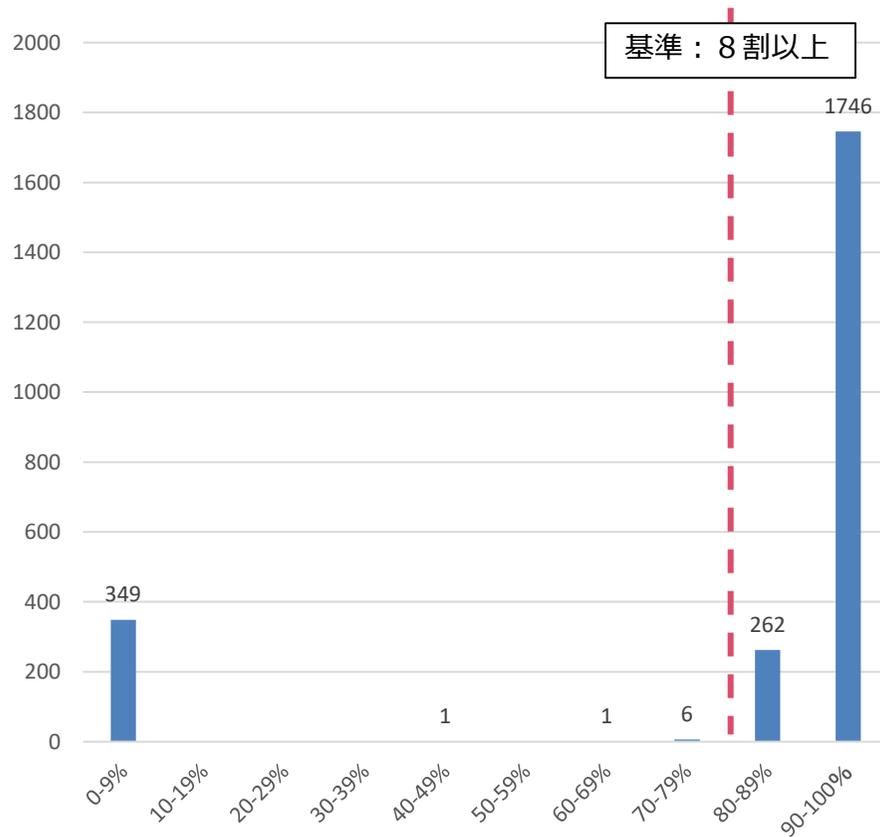
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
C 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

療養病棟における医療区分 2・3 の算定日数

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

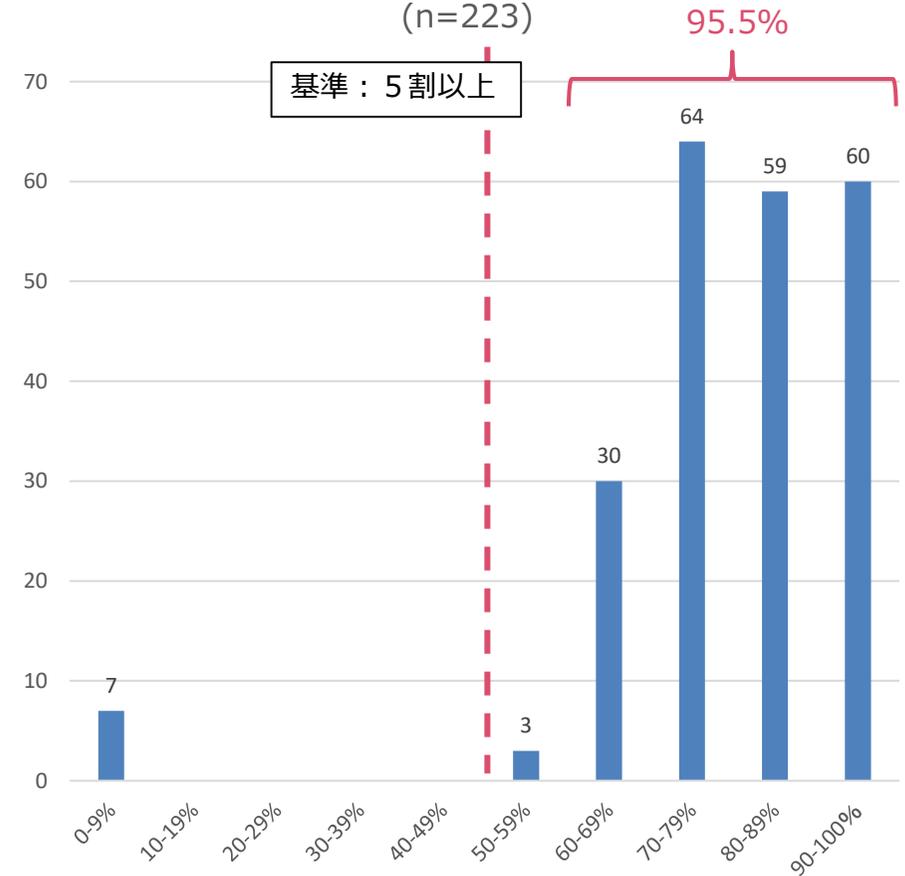
療養病棟入院料 1 における医療区分 2・3 の割合

(n=2365)



療養病棟入院料 2 における医療区分 2・3 の割合

(n=223)

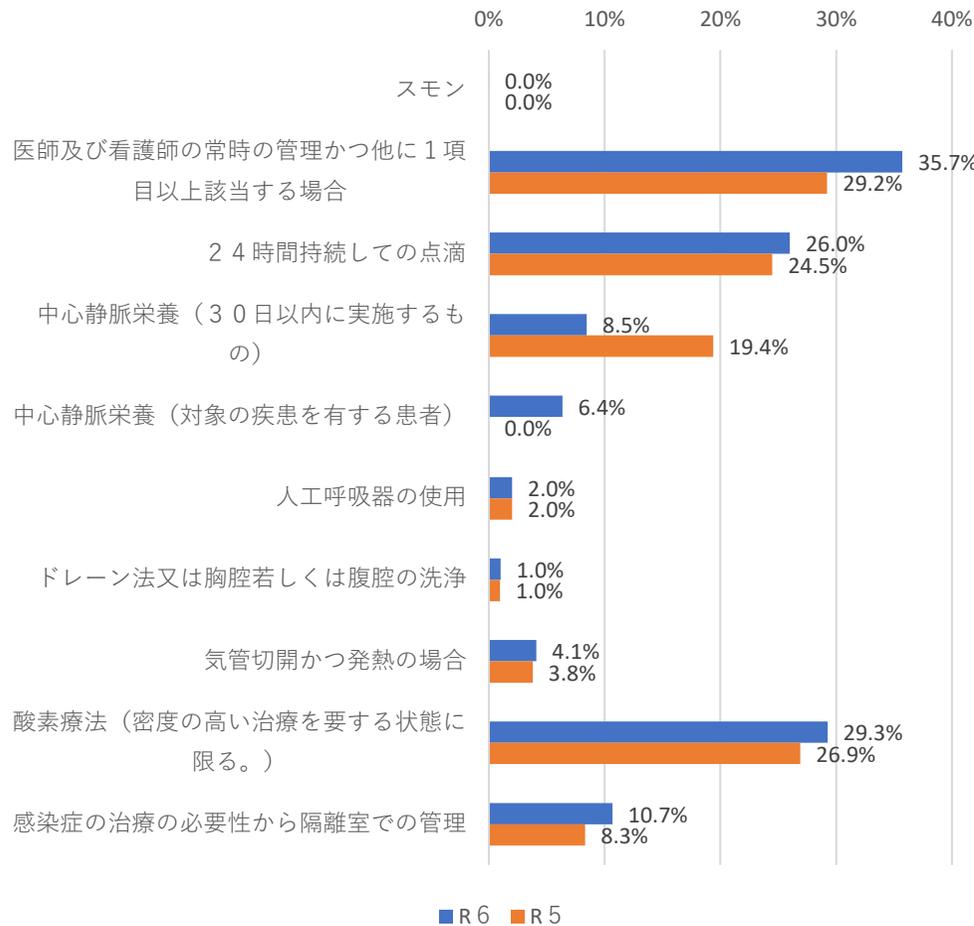


療養病棟における医療区分3の疾患・状態、処置の患者の割合

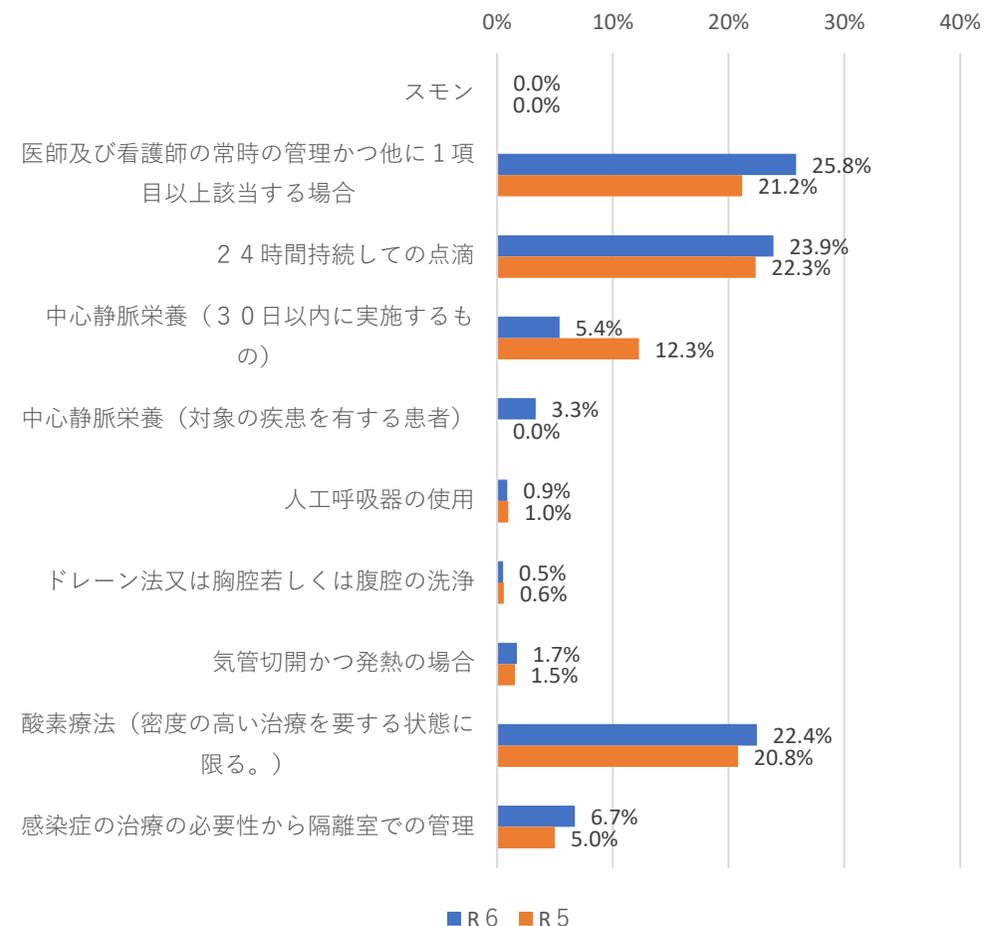
○ 令和6年度改定で中心静脈栄養の区分が細分化された。入院料1・2ともにその他の多くの医療区分3の項目で患者の割合は増加していた。

医療区分3の疾患・状態、処置に該当する患者の入院患者に占める割合

療養病棟入院料1



療養病棟入院料2



療養病棟における医療区分2の疾患・状態の患者の割合

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

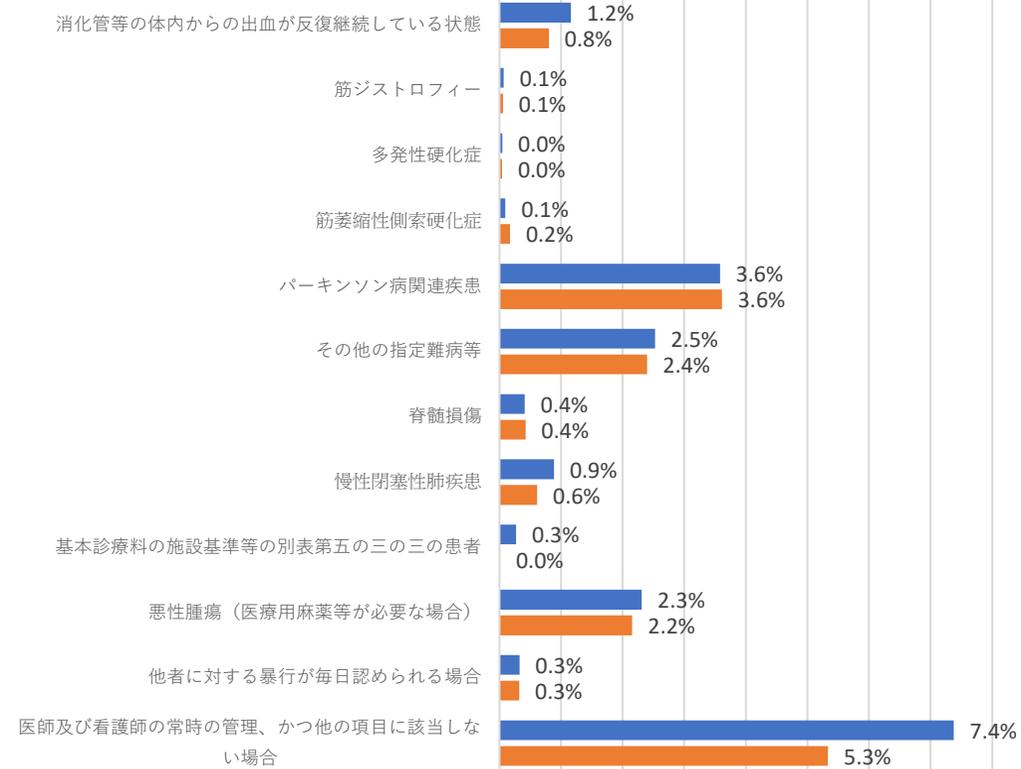
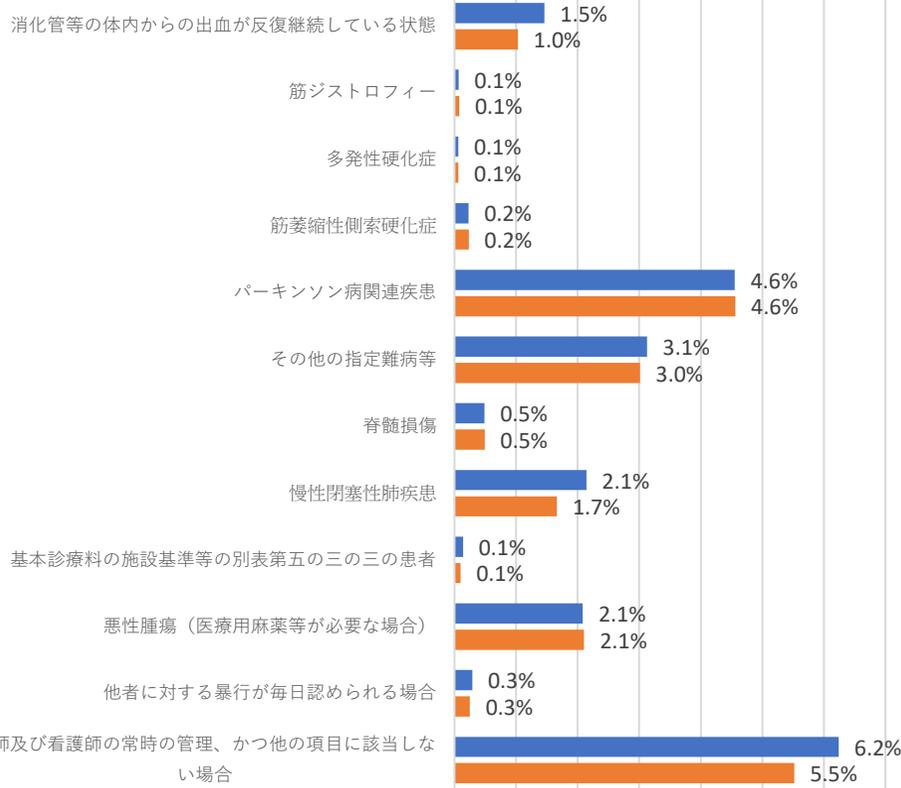
医療区分2の疾患・状態に該当する患者の入院患者に占める割合

療養病棟入院料1

療養病棟入院料2

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

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



■ R6 ■ R5

■ R6 ■ R5

療養病棟における医療区分2の処置に該当する患者の割合

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

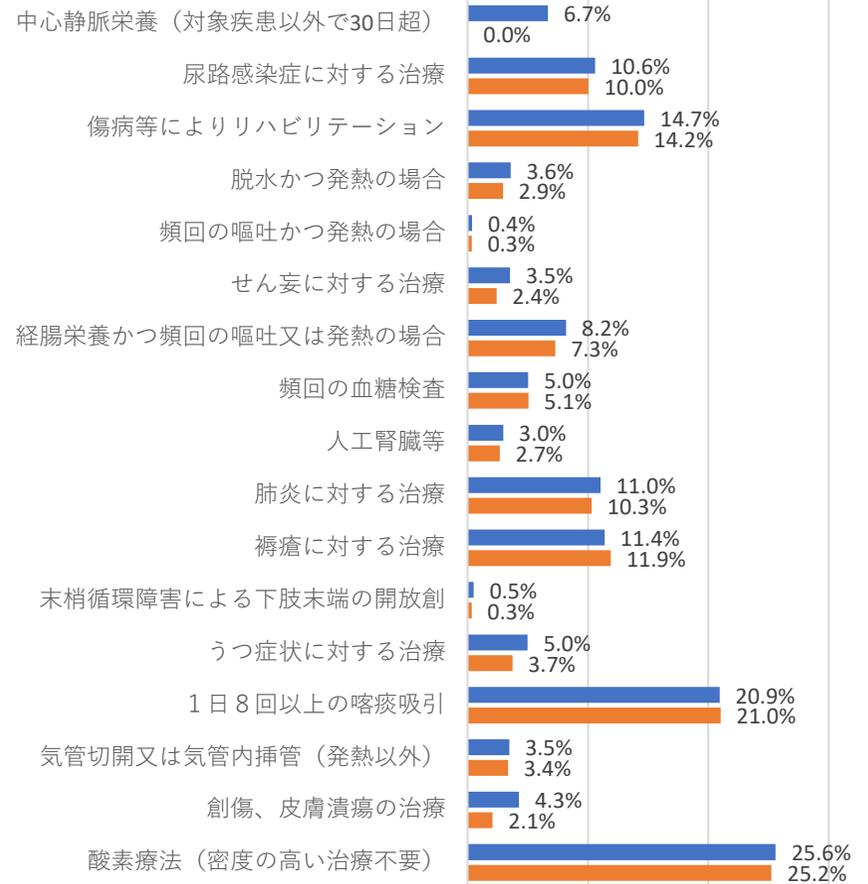
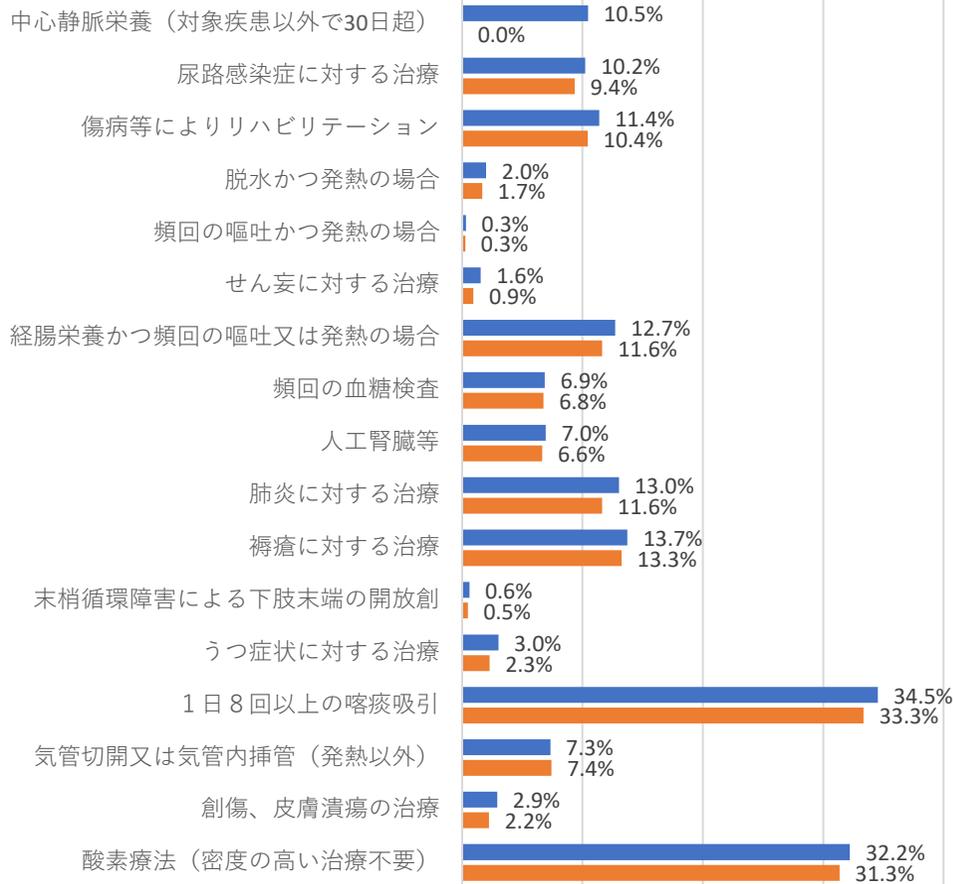
医療区分2の処置に該当する患者の入院患者に占める割合

療養病棟入院料1

療養病棟入院料2

0% 10% 20% 30% 40%

0% 10% 20% 30% 40%



■ R6 ■ R5

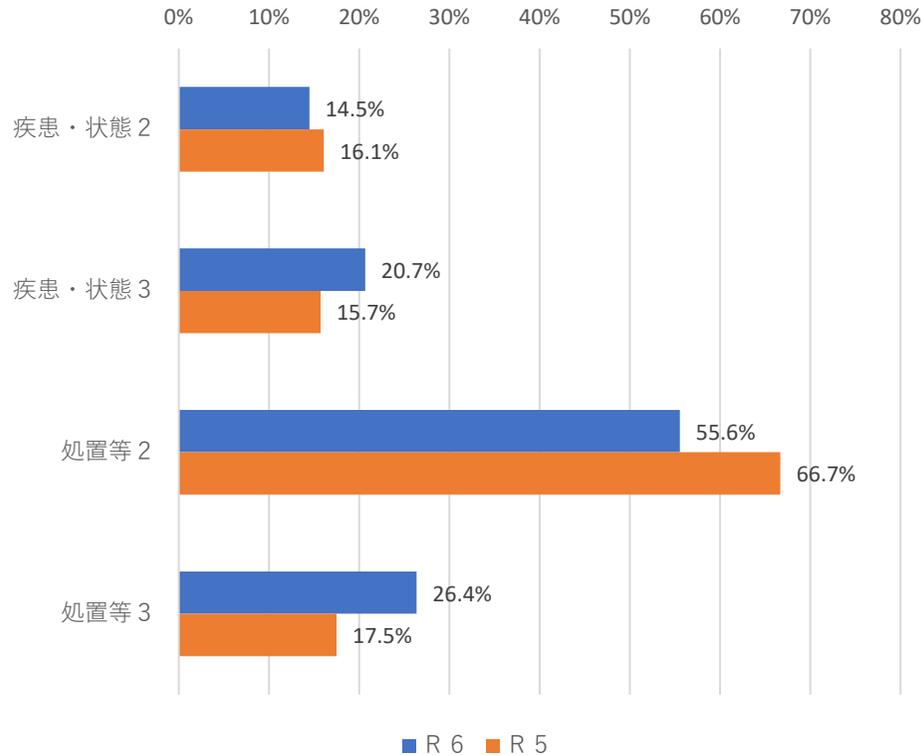
■ R6 ■ R5

療養病棟における疾患・状態、処置の区分の該当割合

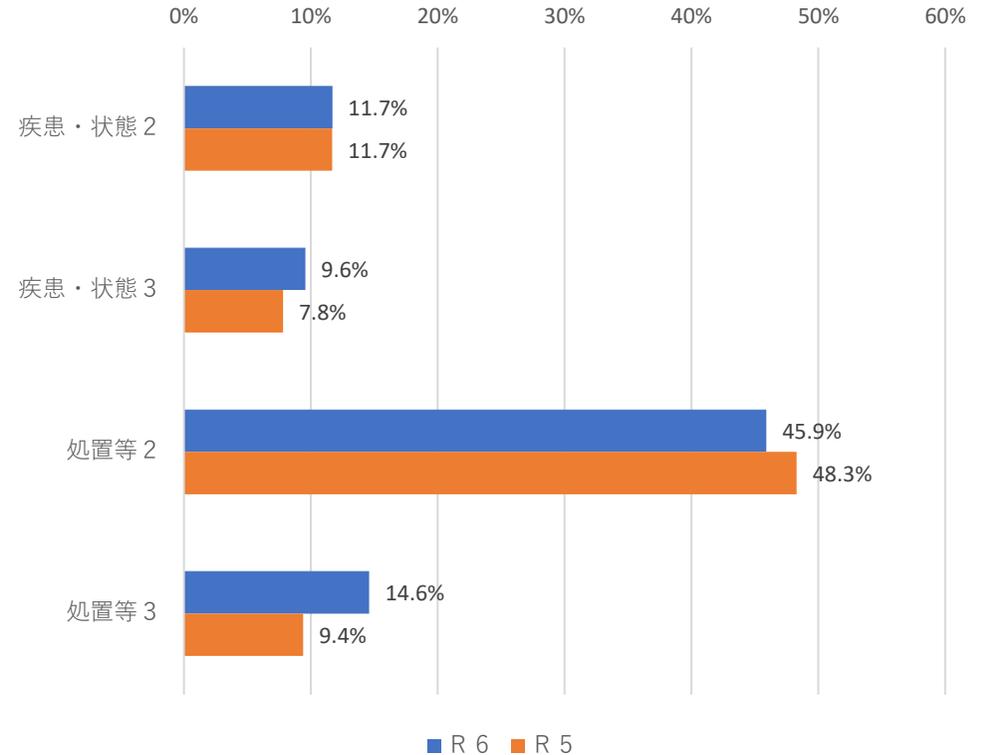
○ 入院料 1・2 ともに、処置等の区分 2 が減少し、処置等の区分 3、疾患・状態の区分 3 の割合が増加していた。

疾患・状態、処置の各区分に該当する算定日数の割合

療養病棟入院料 1 における算定日数の割合

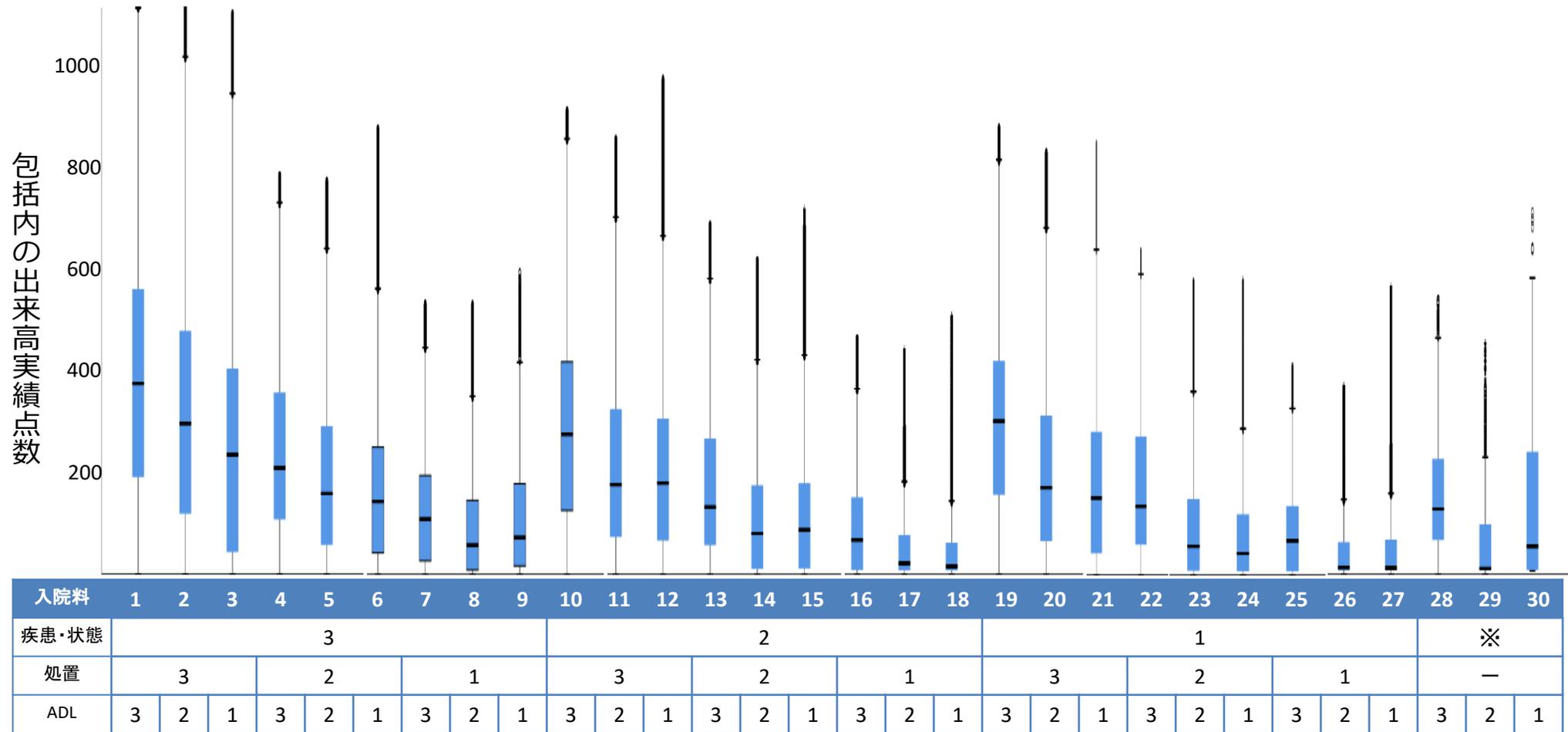


療養病棟入院料 2 における算定日数の割合



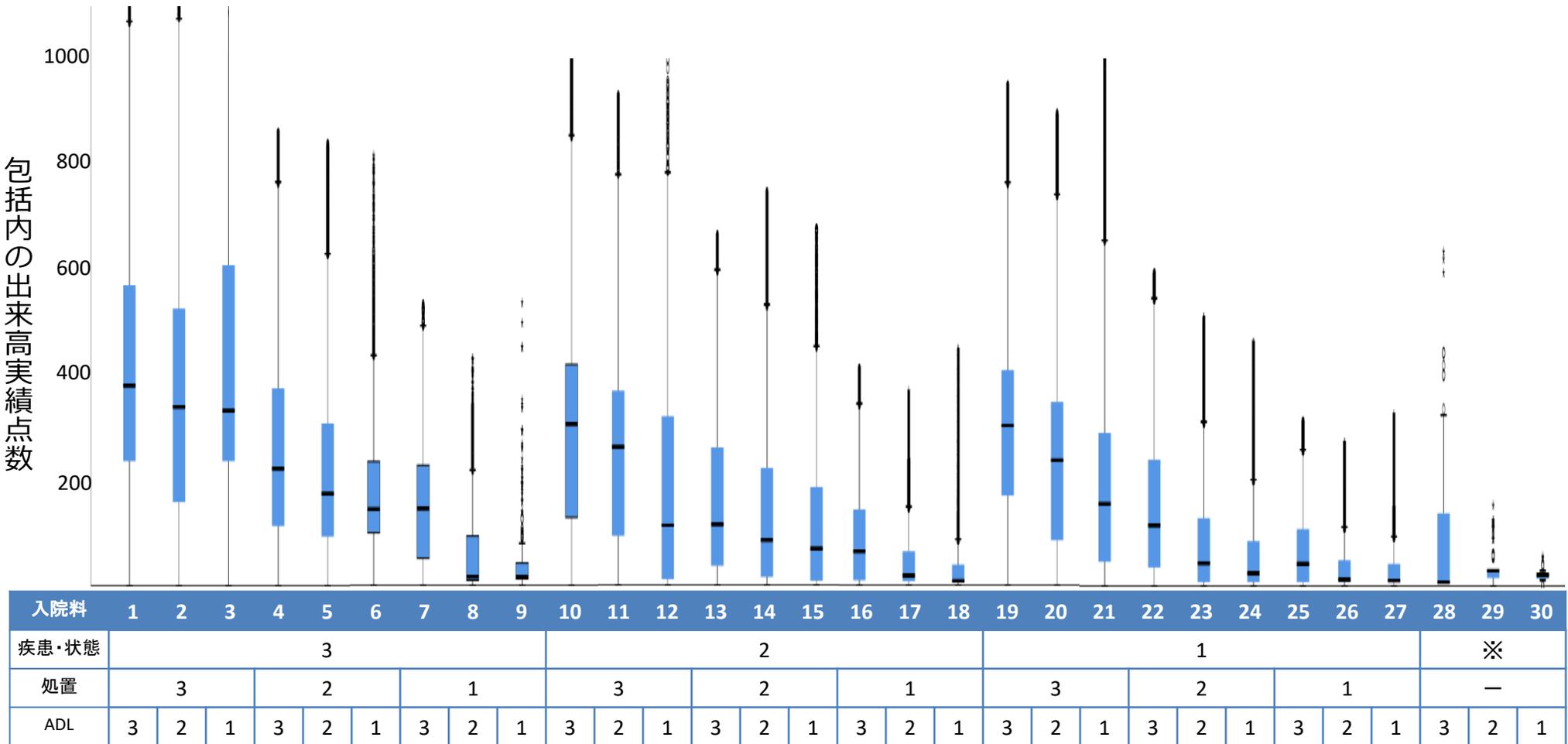
療養病棟入院料 1 における医療区分と医療資源投入量

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



療養病棟入院料 2 における医療区分と医療資源投入量

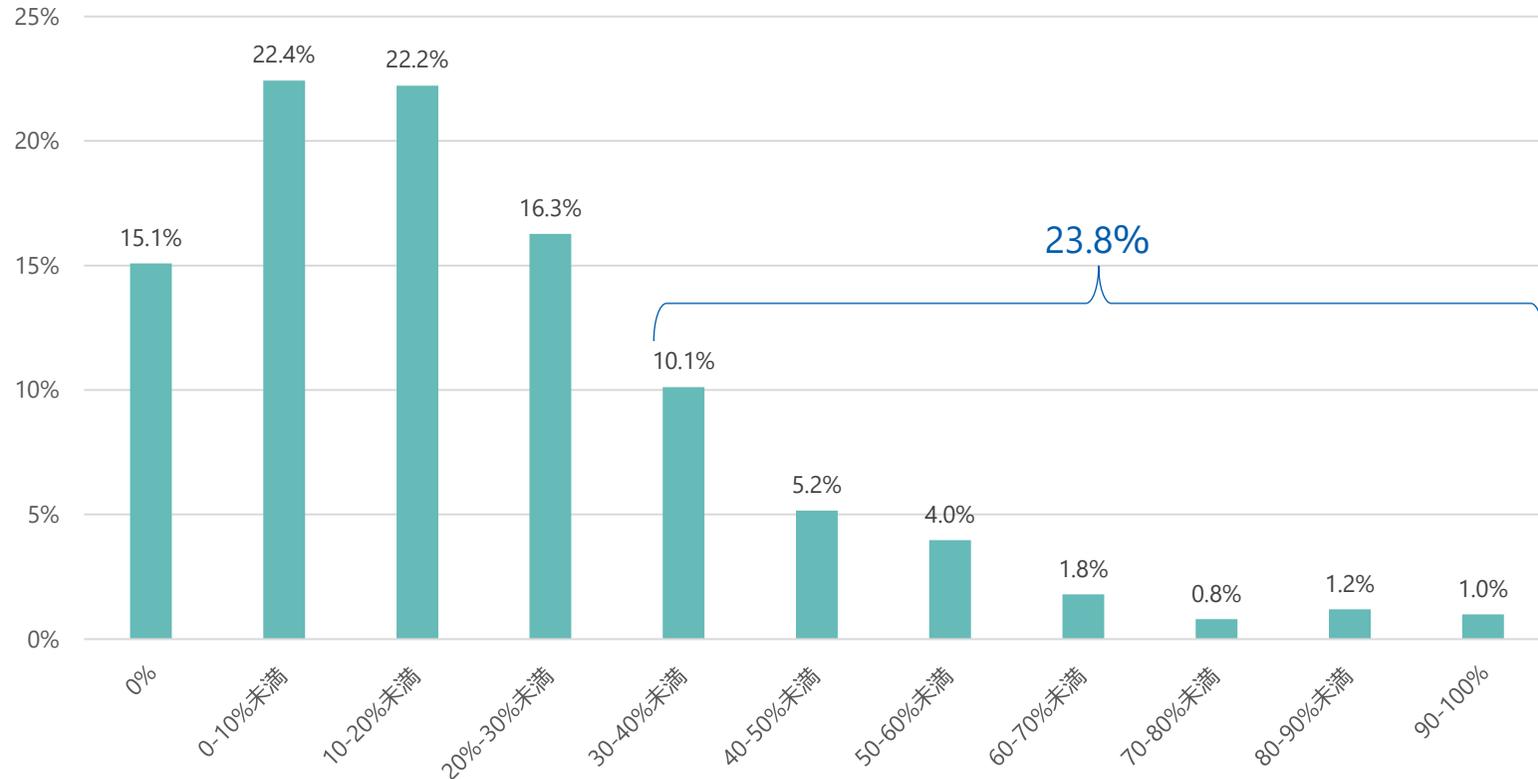
○ 入院料30区分の包括内出来高点数の分布は以下のとおりで、療養病棟入院料 1 と同様の傾向であった。



療養病棟における身体的拘束の実施状況

- 身体的拘束を30%以上の患者に実施している施設が23.8%あった。

療養病棟入院料(n=504)



(※) 身体的拘束の実施率 = 令和6年10月の1か月間における①/②

①身体的拘束を実施した患者数 (実人数)

②実入院患者数

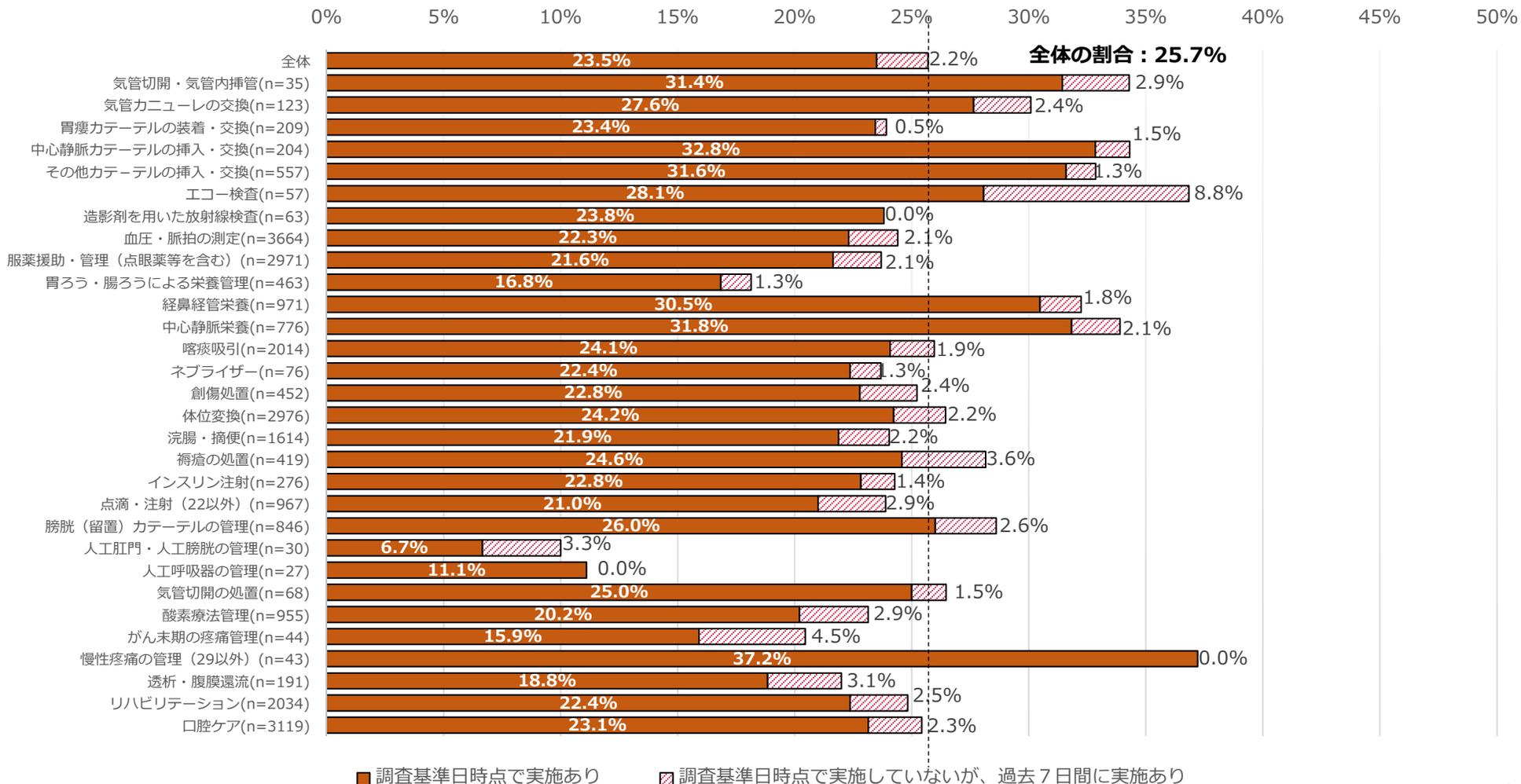
注) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

認知症のある患者における処置等毎の身体的拘束の状況

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

過去1か月に受けた処置ごとの身体的拘束の実施割合（認知症あり）

n=4023



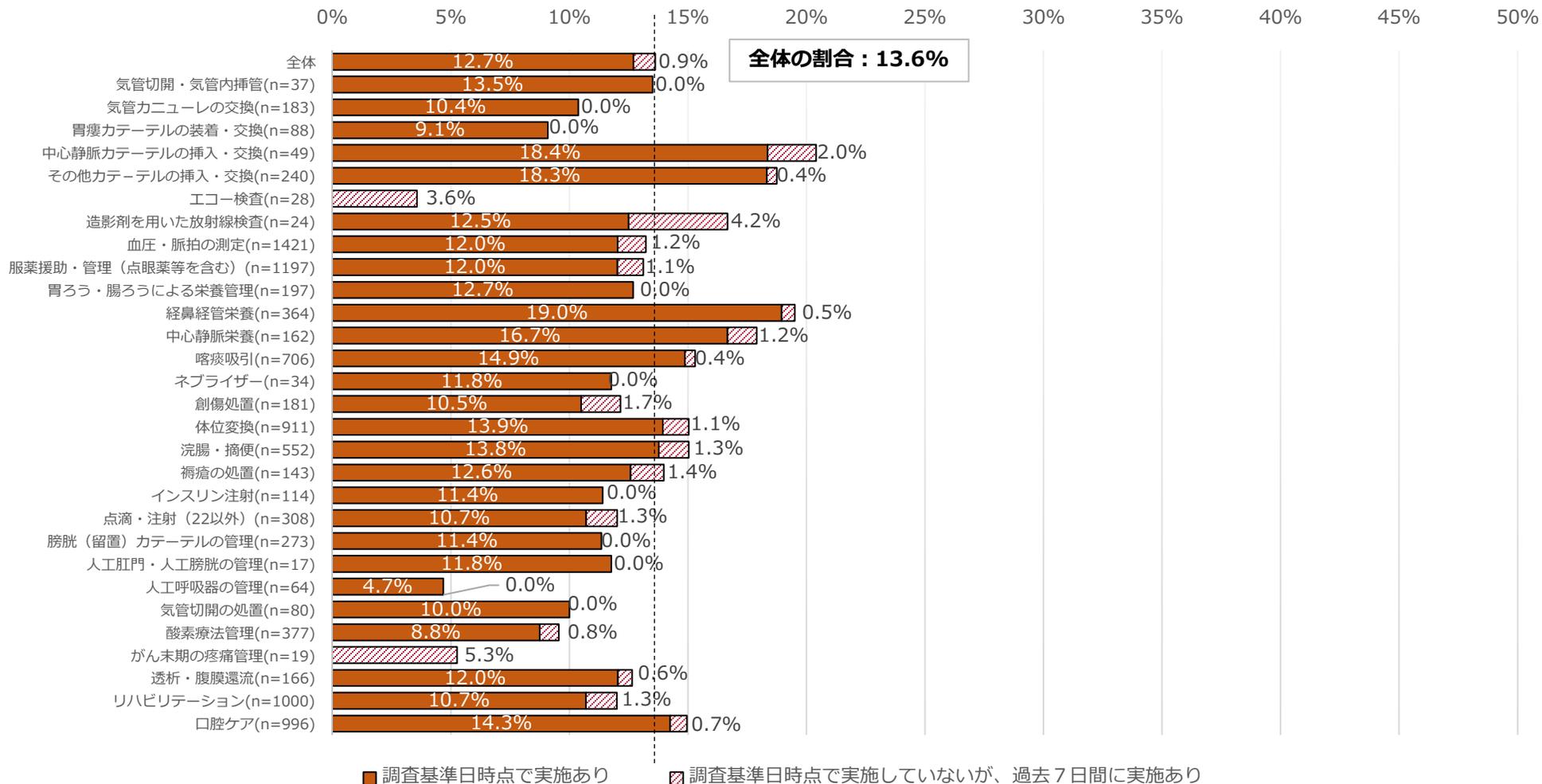
■ 調査基準日時点で実施あり ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり

認知症のない患者における処置等毎の身体的拘束の状況

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

過去1か月に受けた処置ごとの身体的拘束の実施割合（認知症なし）

n=1618

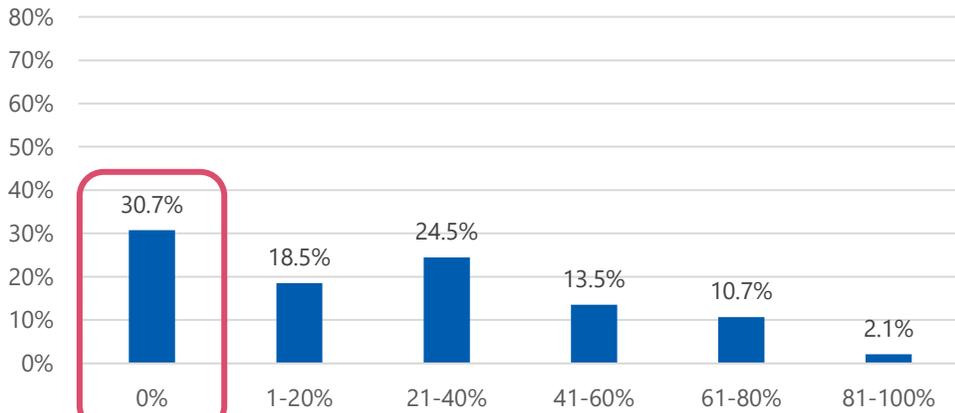


療養病棟における患者像をふまえた身体的拘束の実施状況

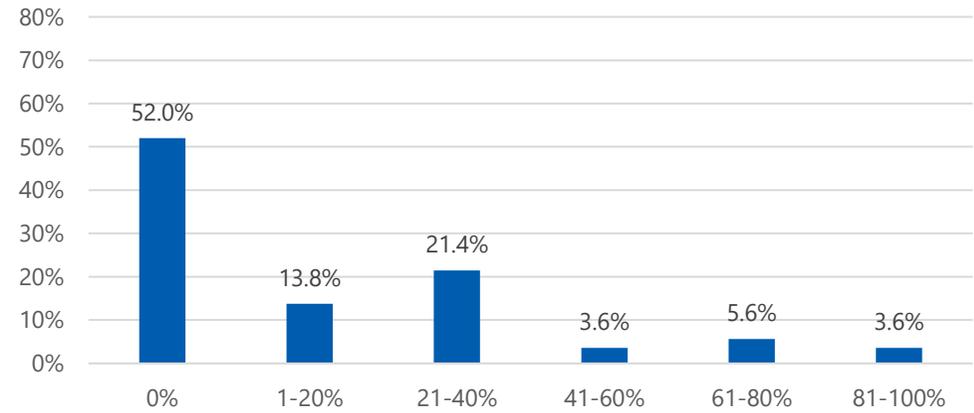
- デバイス（※1）の有無と認知症の有無で群分けした患者ごとに、各施設における調査日から7日間以内の身体的拘束の実施率（※2）を集計すると、デバイスや認知症の有無によって身体的拘束の実施状況には違いがあった。
- デバイスが入っている認知症の患者に対して身体的拘束を実施していない病棟が約3割ある一方、デバイスが入っておらず認知症なしと判断された患者に対して20%以上身体的拘束を実施している施設が約2割存在した。

身体的拘束の実施率ごとの病棟の割合

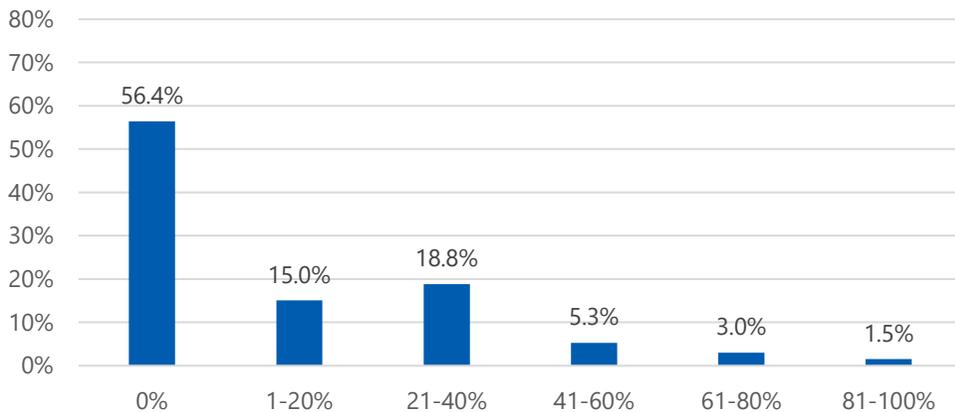
デバイスあり×認知症ありの患者（n=384病棟）



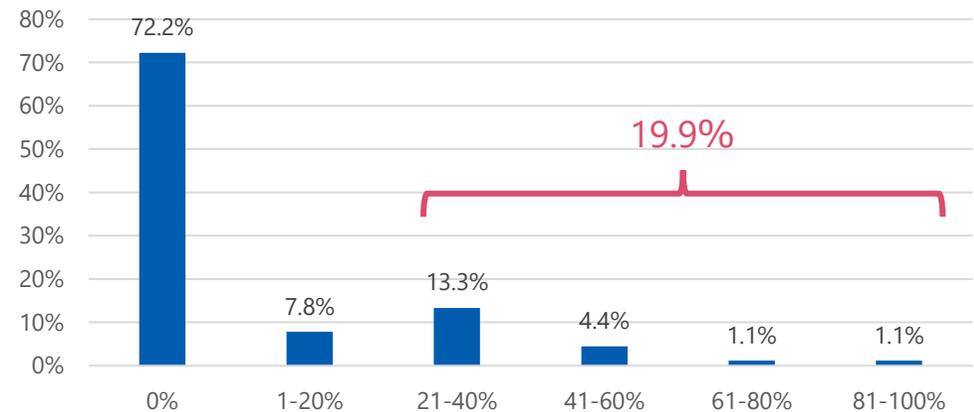
デバイスなし×認知症ありの患者（n=196病棟）



デバイスあり×認知症なしの患者（n=133病棟）



デバイスなし×認知症なしの患者（n=90病棟）



入院料ごとの認知症の有無

- 急性期一般入院料と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟・療養病棟では認知症を有する患者の割合が多い。
- 療養病棟では、認知症ありが約6割を占めている。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

療養病棟入院基本料の見直し②

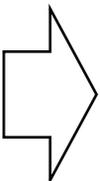
中心静脈栄養に係る評価の見直し

- 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

現行

【療養病棟入院料】
 [施設基準] (概要)
 医療区分3
 中心静脈注射を実施している状態

医療区分2
 (新設)



改定後

【療養病棟入院料】
 [施設基準] (概要)
 医療区分3
中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、**広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。**）

医療区分2
中心静脈栄養（**広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。**）

経腸栄養管理加算の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

(新) 経腸栄養管理加算 (1日につき) 300点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

- 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

- 中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

現行

【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】
 摂食嚥下支援加算 200点（週1回）

【算定要件】

- ・摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- ・内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施（月1回以上）
- ・検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施（週1回以上）
- ・カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

【施設基準】

摂食嚥下支援チームを設置

- 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
- 専任の常勤看護師（経験5年かつ研修修了） *
- 専任の常勤言語聴覚士 *
- 専任の常勤薬剤師 *
- 専任の常勤管理栄養士 *
- 専任の歯科衛生士
- 専任の理学療法士又は作業療法士

*の職種は、カンファレンスの参加が必須

入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

改定後

（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】

<u>摂食嚥下機能回復体制加算1</u>	<u>210点（週1回）</u>
<u>摂食嚥下機能回復体制加算2</u>	<u>190点（週1回）</u>
<u>摂食嚥下機能回復体制加算3</u>	<u>120点（週1回）</u>

【算定要件】

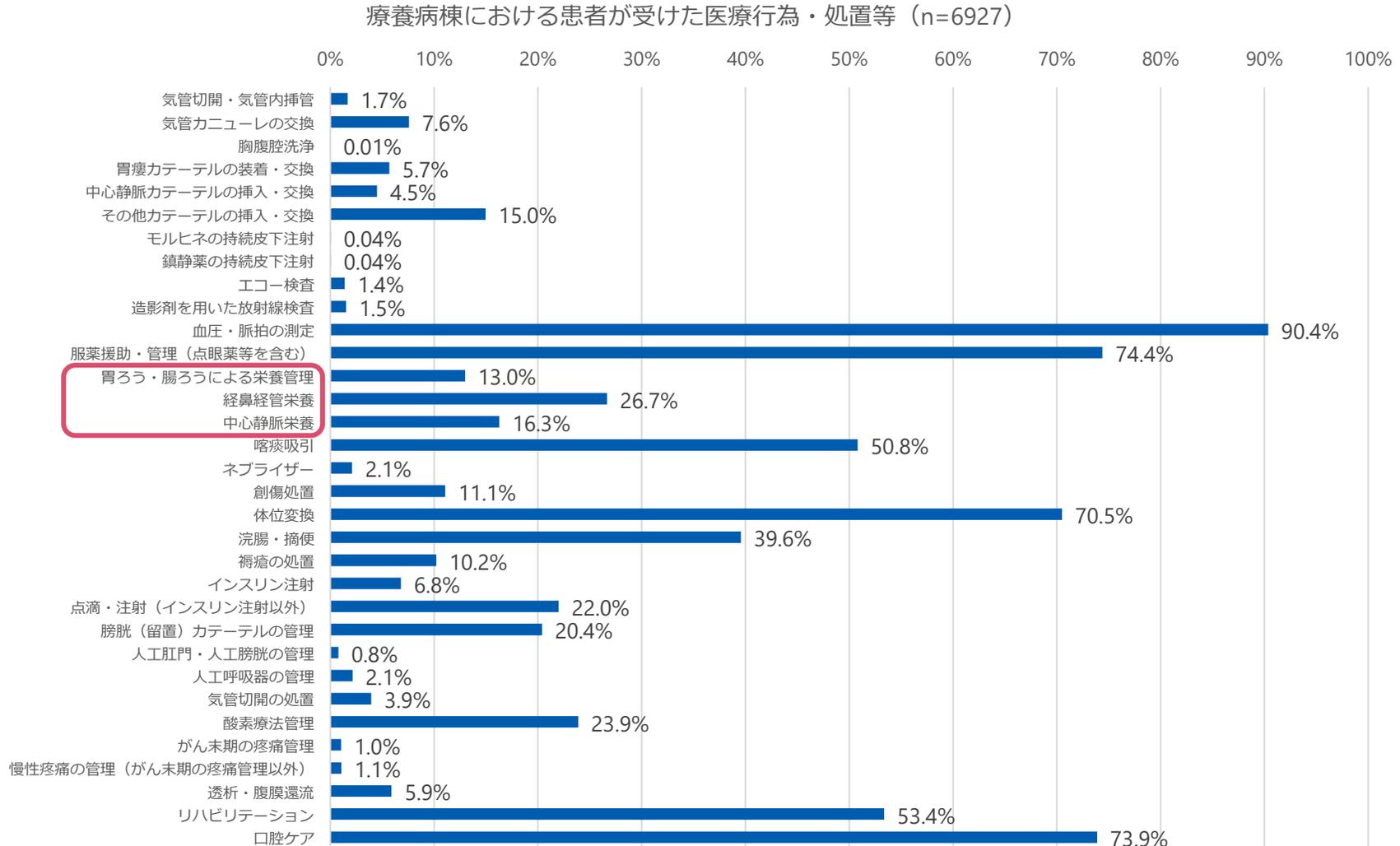
- ①内視鏡下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上）
- ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上）
- ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施

【施設基準】

加算1	加算2	加算3
<p><u>摂食嚥下支援チームの設置</u>（ST以外は全員専任）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士</u> ・カンファレンスに参加：必要に応じてその他職種 		<p><u>専任の医師、看護師又は言語聴覚士</u></p>
<p>摂食機能療法の算定可能医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の<u>経口摂取回復率35%以上</u></u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告</u> 	<p>療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病棟</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上</u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u>

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%）



療養病棟における摂食嚥下機能回復の取組に係る診療報酬上の評価

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

	概要	主な施設基準	届出等施設数
療養病棟入院基本料の注1に規定する 中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制	<ul style="list-style-type: none"> 本体制が確保されていると認められない場合には、中心静脈栄養の処置等の区分が3の場合であっても、区分2とみなした入院料を算定する。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること</u>（他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない） <u>摂食機能療法</u>を当該保険医療機関内で実施できること。 	813
療養病棟入院基本料の注11に規定する 経腸栄養管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 経腸栄養を開始することで栄養状態の維持又は改善が見込まれる患者に対して新たに経腸栄養を開始する場合に、日本臨床栄養代謝学会の「<u>静脈経腸栄養ガイドライン</u>」等の内容を踏まえた説明を本人又はその家族等に実施した上で、適切な経腸栄養の管理と支援を行うことを評価したもの。 入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること</u>（他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない） 「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置 	910
摂食機能療法の注3に規定する 摂食機能回復体制加算3	<ul style="list-style-type: none"> 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、患者1人につき週1回に限り所定の点数を加算する。 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、<u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果</u>（他院で行うものでもよい）に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付する。 月に1回以上、上記検査を実施し、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、<u>2名以上</u> 	94
(栄養サポートチーム加算)		<ul style="list-style-type: none"> <u>栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師、常勤看護師、常勤薬剤師、常勤管理栄養士</u> 上記のほか、<u>歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士</u>が配置されていることが望ましい。 	408

※届出等施設数は、主な施設基準等の届出状況等（令和6年8月時点）より集計

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

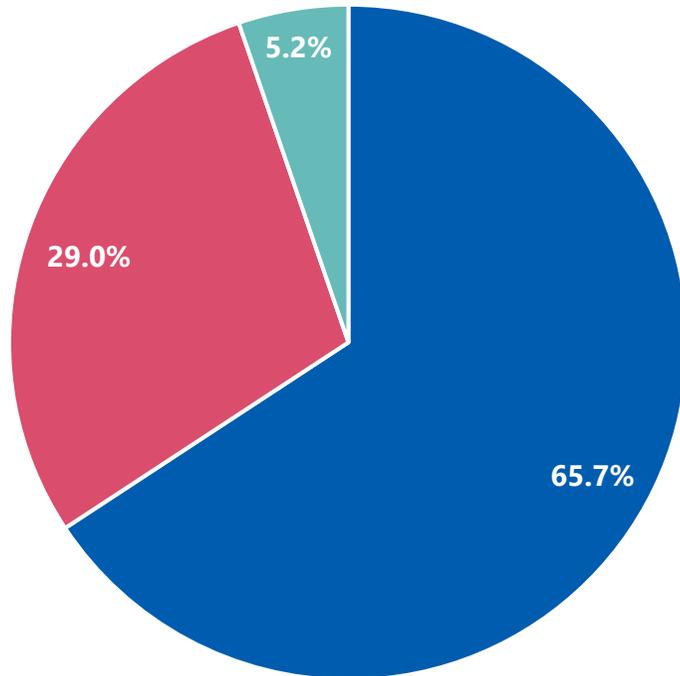
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 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)

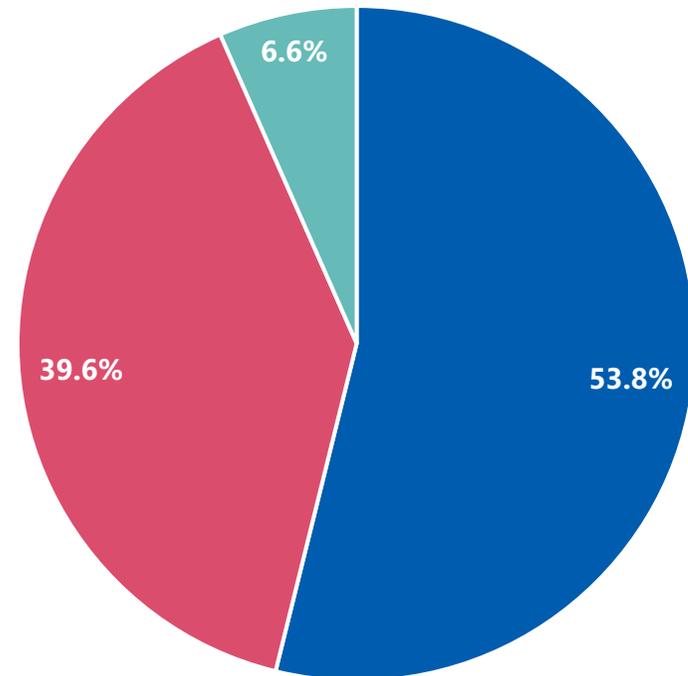


■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

【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)

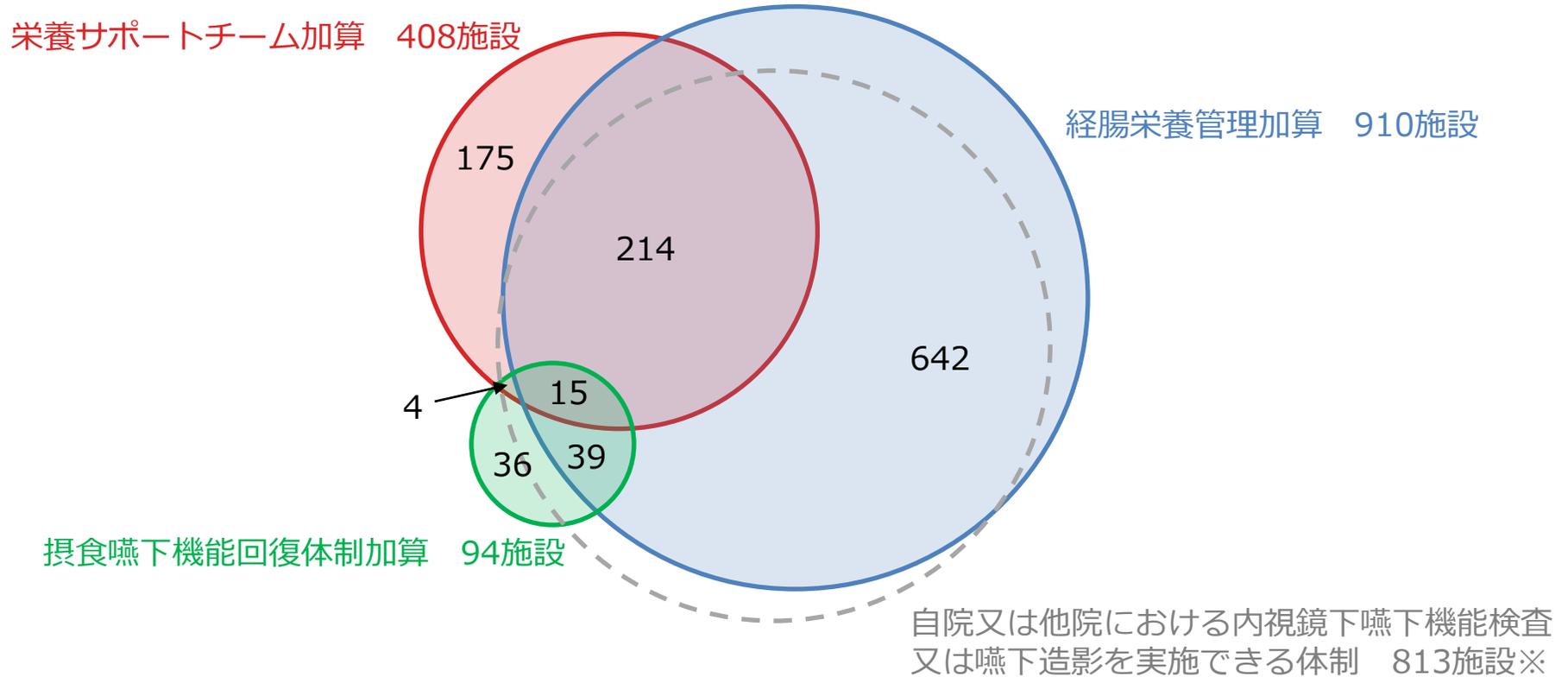


■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

摂食嚥下機能の回復や栄養管理に係る体制・加算の届出状況

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

療養病棟入院基本料を届け出る2882施設中の各加算の届出施設数

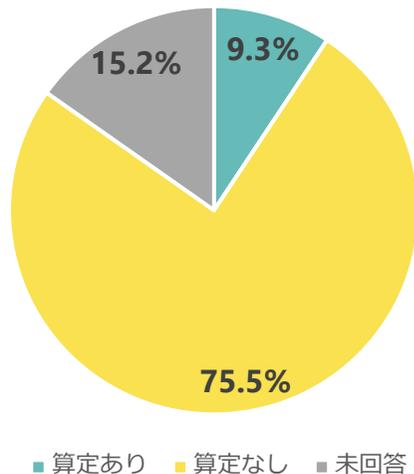


※本体制がなければ経腸栄養管理加算、摂食嚥下機能回復体制加算は届出できないため、記入間違い等があると思われる。

- 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)



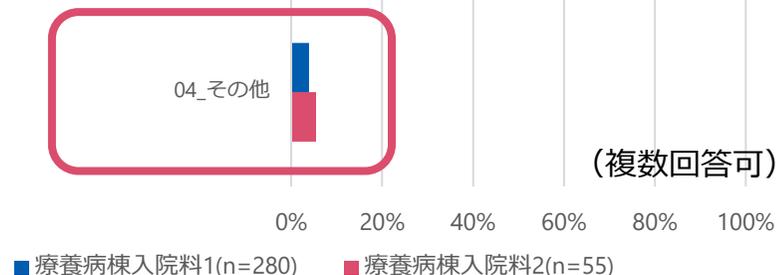
■ 「算定あり」の施設における算定件数 (n=58)

(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)

- 01_「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出していないため
- 02_療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置することが困難であるため
- 03_自院又は他の医療機関との協力により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を確保することが困難であるため
- 04_その他



経腸栄養管理加算の算定状況と届出しない理由

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

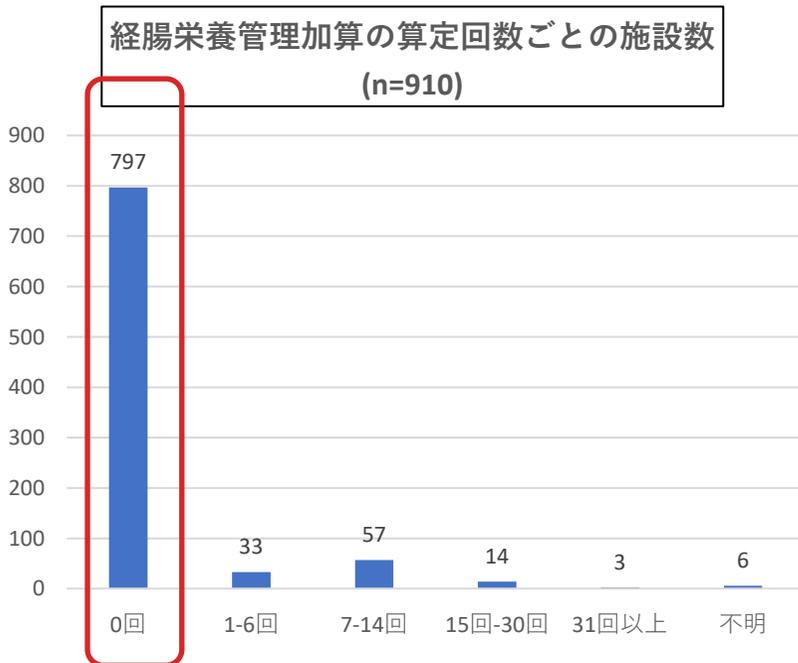
A101 注11 経腸栄養管理加算

【算定の対象となる患者】

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

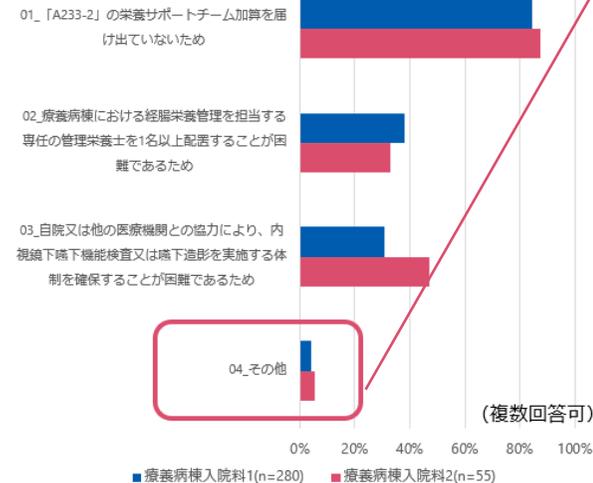
ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

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



(再掲)

■ 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由 (n=346)



届出をしない理由

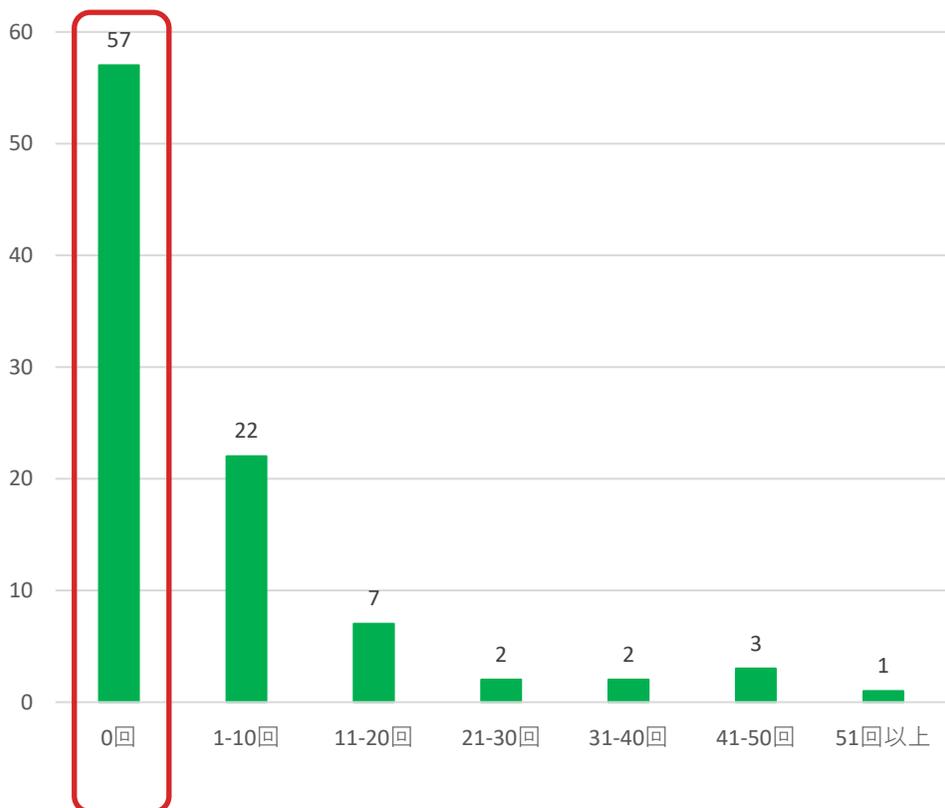
- 対象となる患者がいないため
- 対象となるような患者の入院がないため
- 一般病棟で経腸栄養を開始するため
- 当院へ転院前に1か月以上中心静脈栄養を実施されている患者が少なく算定できないため
- 経口摂取以外の栄養摂取は行わない方針であり算定できる患者がいないため

摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況と届出しない理由

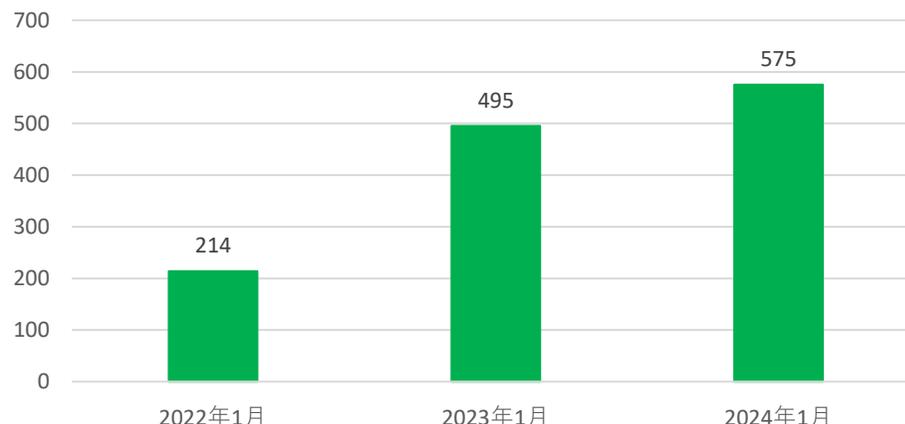
- 摂食嚥下機能回復体制加算3を届け出ている施設のうち、算定回数が0回の施設は約6割であった。算定回数は緩徐に増加しているものの少ない。
- 届出をしない理由として、中心静脈栄養を実施している患者がいないため、実績要件を満たせないという回答があった。

摂食嚥下機能回復体制加算3の算定回数ごとの施設数

(n=94)



摂食嚥下機能回復体制加算3の算定回数の経年変化



届出をしない理由

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

療養病棟における在宅への退院を評価する仕組み

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

療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算

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

【施設基準】

(1) 療養病棟入院料1を届け出ている保険医療機関であること。

(2) 次のいずれにも適合すること。

ア 当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上。

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

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

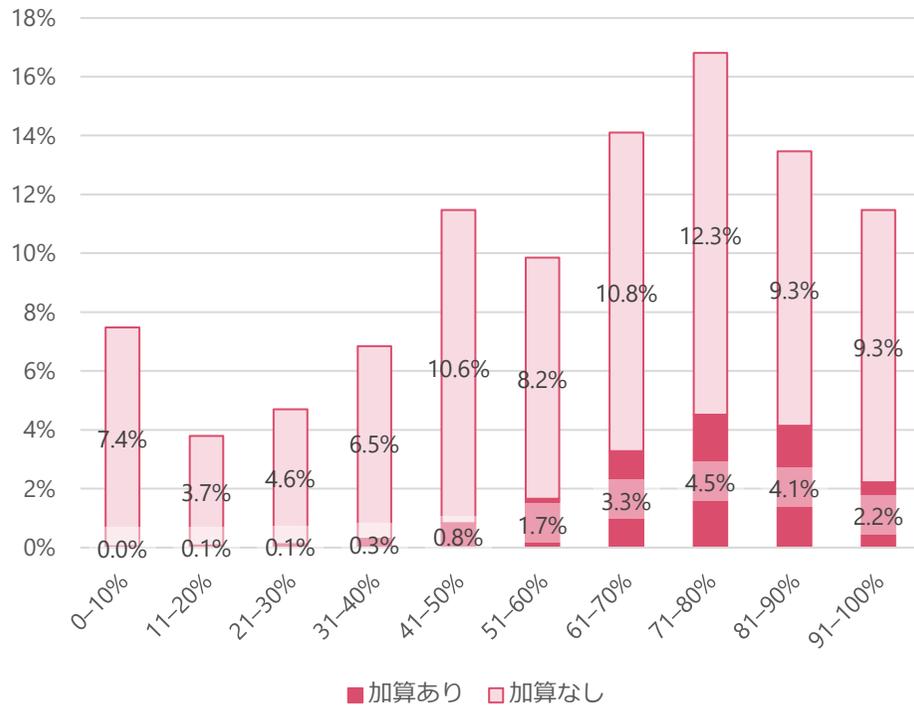
(3) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く。）を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の15以上であること。

療養病棟における在宅復帰機能強化加算と退院先の状況

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

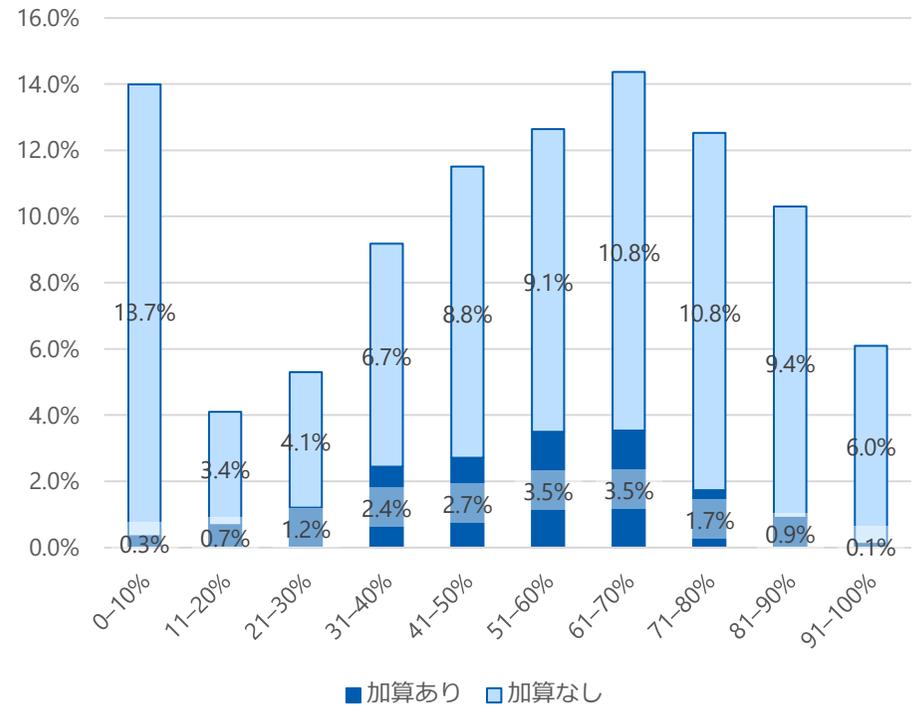
在宅へ退院した患者の割合階級毎の施設の割合

(n=2659)



死亡退院した患者の割合階級毎の施設の割合

(n=2659)



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

4. 慢性期について（その2）

4 - 1. 療養病棟入院基本料について

4 - 2. 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料について

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置		7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	-	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		-	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	-	-	
	両方を満たす	患者像	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	-	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上	
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)3割以上				-	褥瘡の評価	
点数	通常	1,637点	1,375～1,010点	2,090点	1,694点	2,090点	1,961～828点	1,896～764点
	重度の意識障害者(脳卒中患者)	1,517, 1,377点	1,517～1,124点	1,928, 1,763点	1,675, 1,508点	1,927, 1,761点		
	上記以外の脳卒中患者	1,364, 1,239点	1,364～1,010点	1,735, 1,586点	1,507, 1,357点	1,734, 1,588点		
	透析患者	1,581点	1,420～1,315点	2,010点	1,746点	2,010点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者・透析患者	療養病棟入院基本料と同様の取扱						

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

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

現行

【障害者施設等入院基本料】

【施設基準】

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

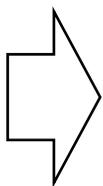
イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① (略)

② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

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

2 (略)



改定後

【障害者施設等入院基本料】

【施設基準】

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① (略)

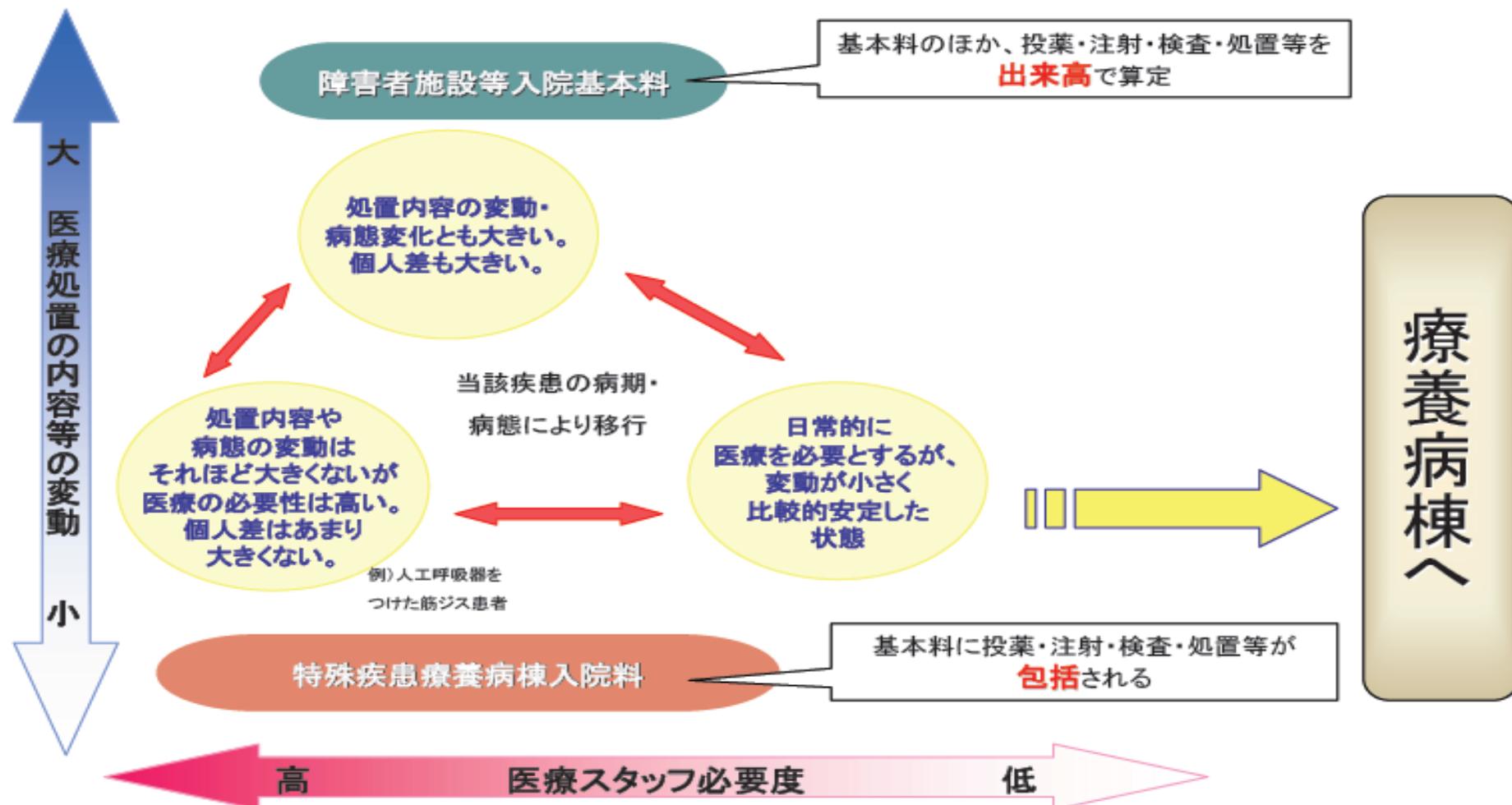
② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

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

2 (略)

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

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



H12

障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

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

【上記施設以外における要件】

- 重度の肢体不自由児(者)
 - 脊髄損傷等の重度障害者
 - 重度の意識障害者
 - 筋ジストロフィー患者
 - 難病患者等
- これらの患者が概ね7割以上

<障害者施設等入院基本料の特徴>

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

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

H19実態調査

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

H20

平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

H28

平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

R4

令和4年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

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

R6

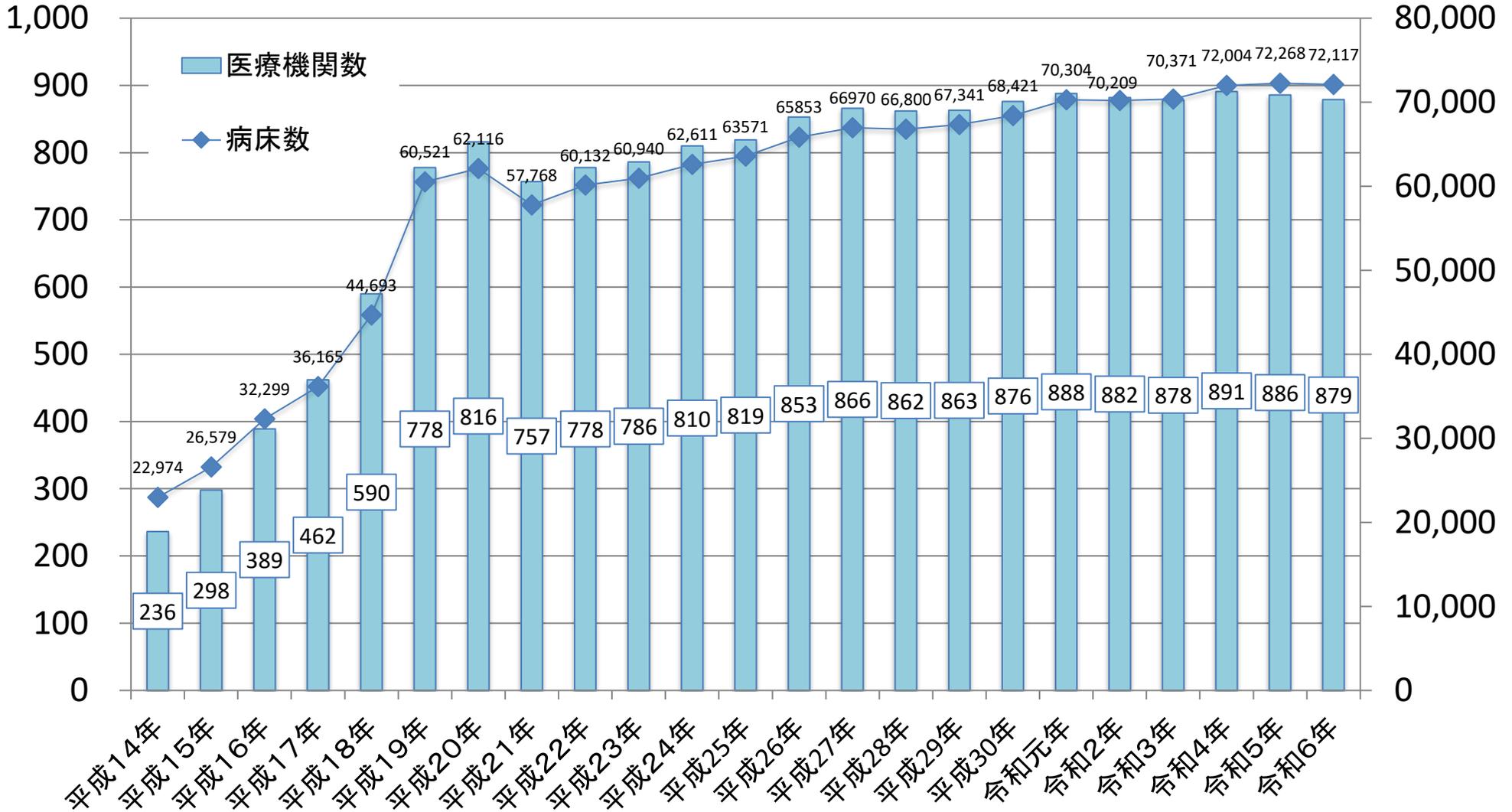
令和6年度診療報酬改定

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

障害者施設等入院基本料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

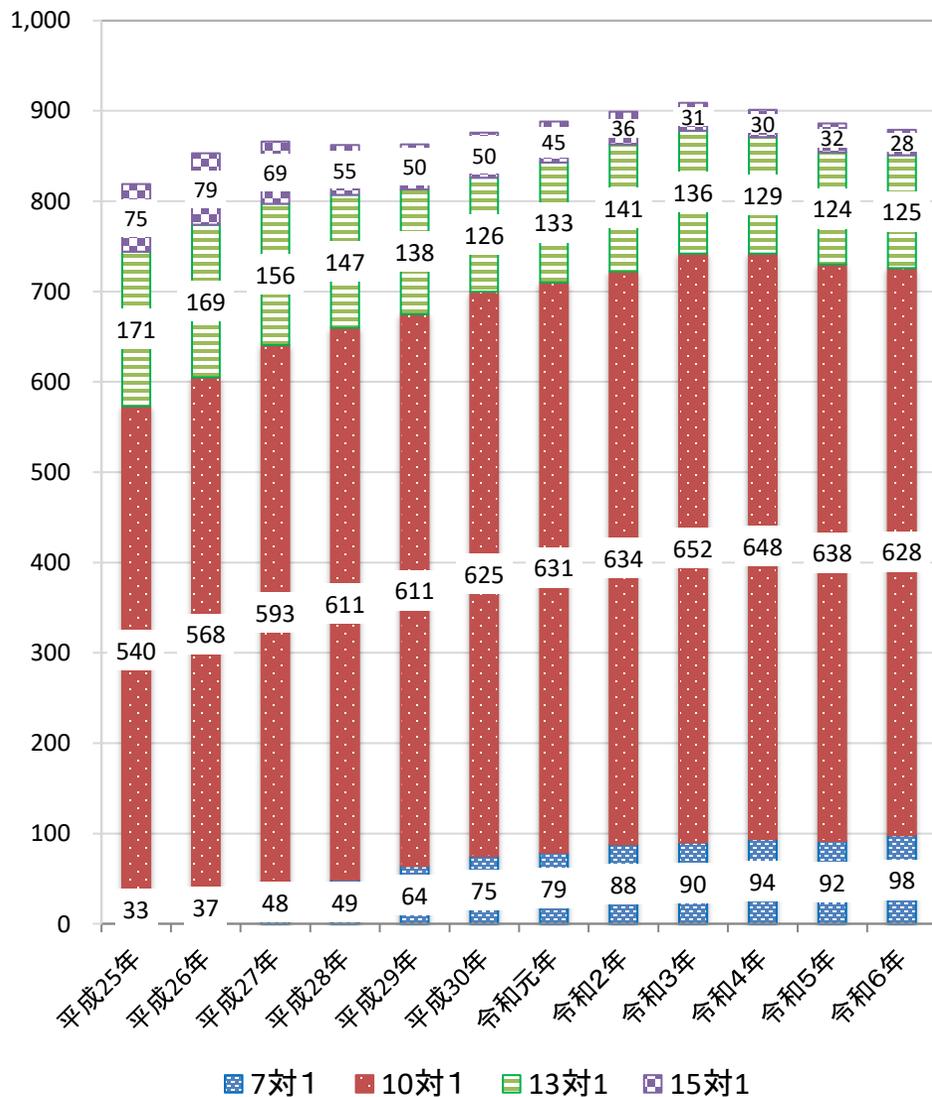
病床数



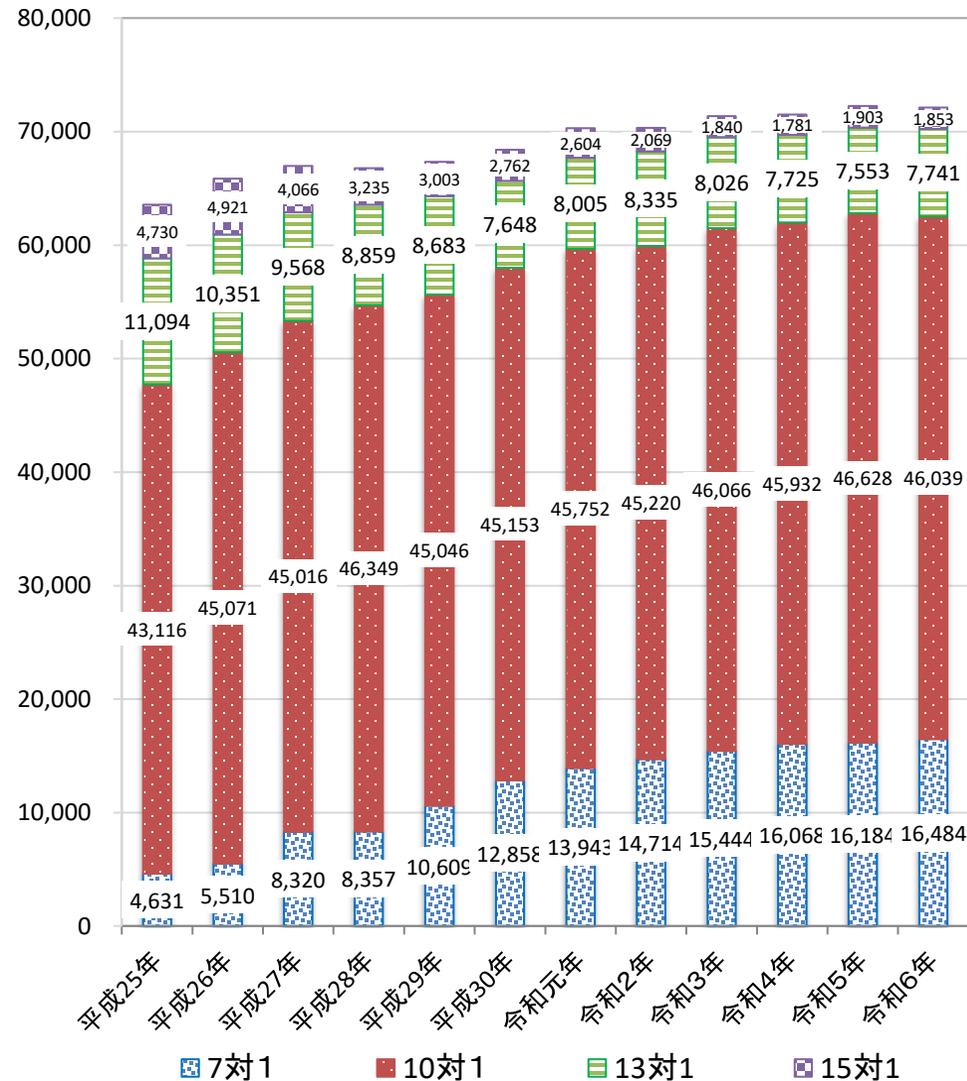
障害者施設等入院基本料 届出医療機関・病床数(入院料別)

中医協 総 - 3
7 . 7 . 2 3

医療機関数



病床数



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点、令和6年度は8月1日時点)

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの経緯

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設
(病室単位で算定可能に)

H16 実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

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

H19 実態調査

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

平成20年度診療報酬改定

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

平成28年度診療報酬改定

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

令和4年度診療報酬改定

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

令和6年度診療報酬改定

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

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
→投薬・注射・処置等が包括払い

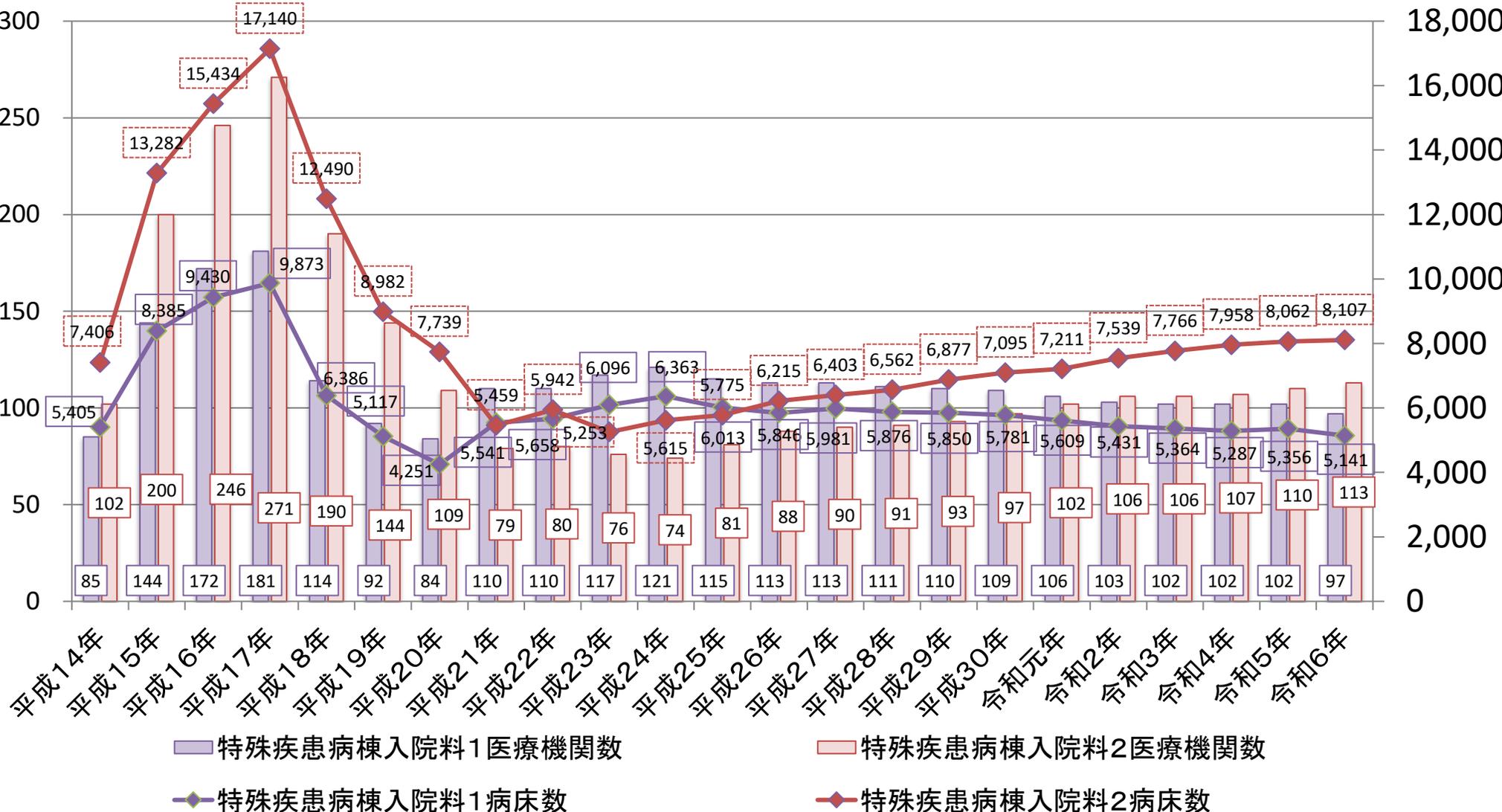
R4

R6

特殊疾患病棟入院料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



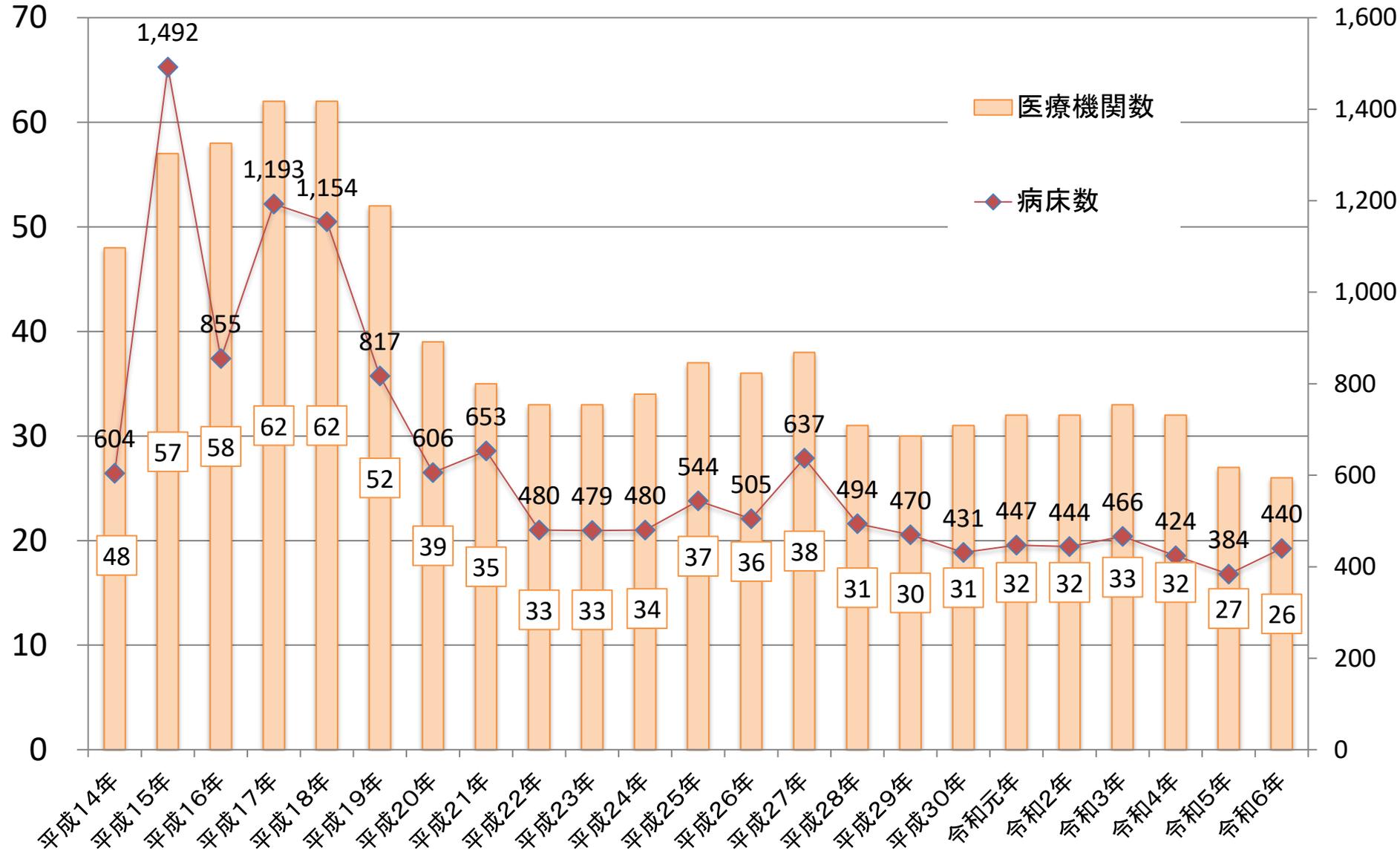
※平成20年3月31日以前は特殊疾患療養病棟入院料

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

特殊疾患入院医療管理料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



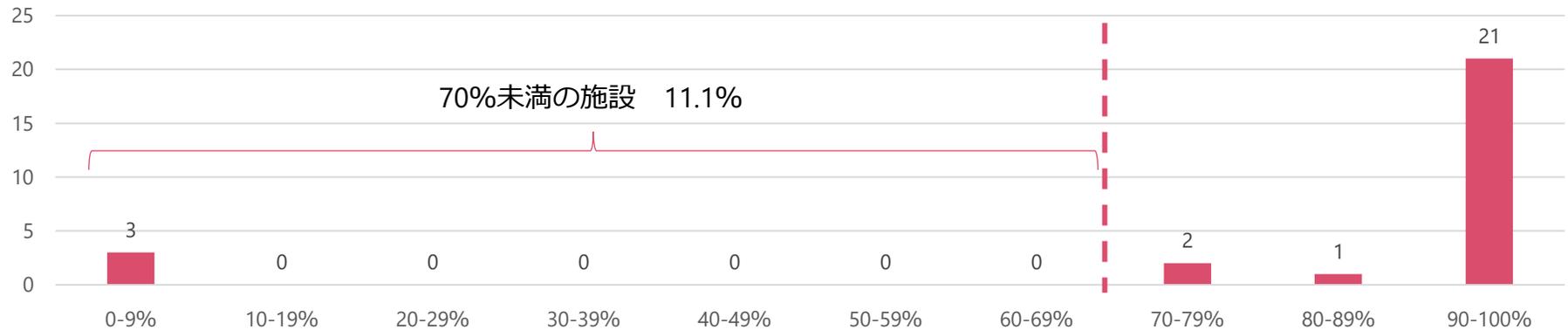
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

7対1障害者施設等入院基本料における患者構成

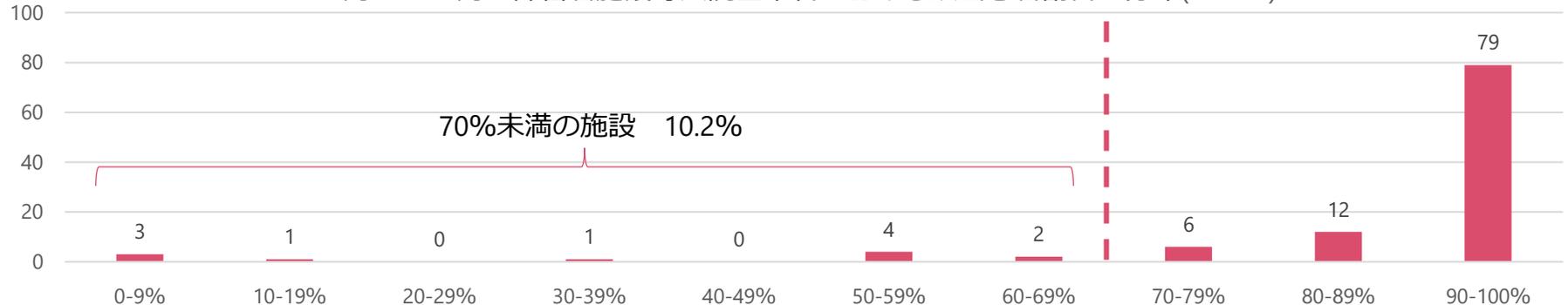
- 7対1障害者施設等入院基本料を算定する病棟の多くは入院患者数の該当割合の要件を満たしていた。7対1病棟は指定発達支援医療機関等の一般病棟も届け出られるため、一部これらに該当しない病棟があると考えられた。
- 10対1～15対1障害者施設等入院基本料を算定する病棟の約1割では該当する患者の割合が7割未満であった。

施設基準：重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が7割以上

7対1障害者施設等入院基本料における該当患者割合の分布(n=27)



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



特殊疾患病棟入院料の病棟における患者構成

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

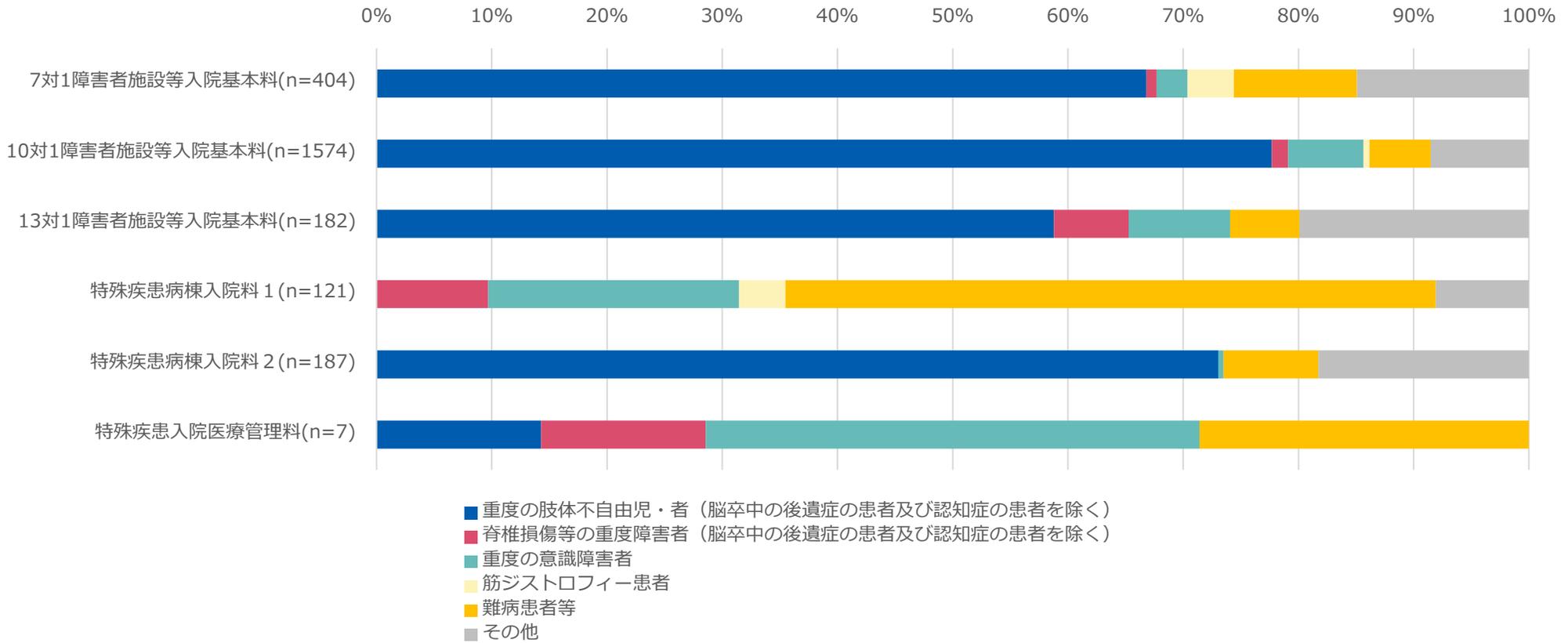


障害者施設・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等の該当状況

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

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

(令和 6 年 10 月の 1 か月間)



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

障害者施設等入院基本料の患者傷病名

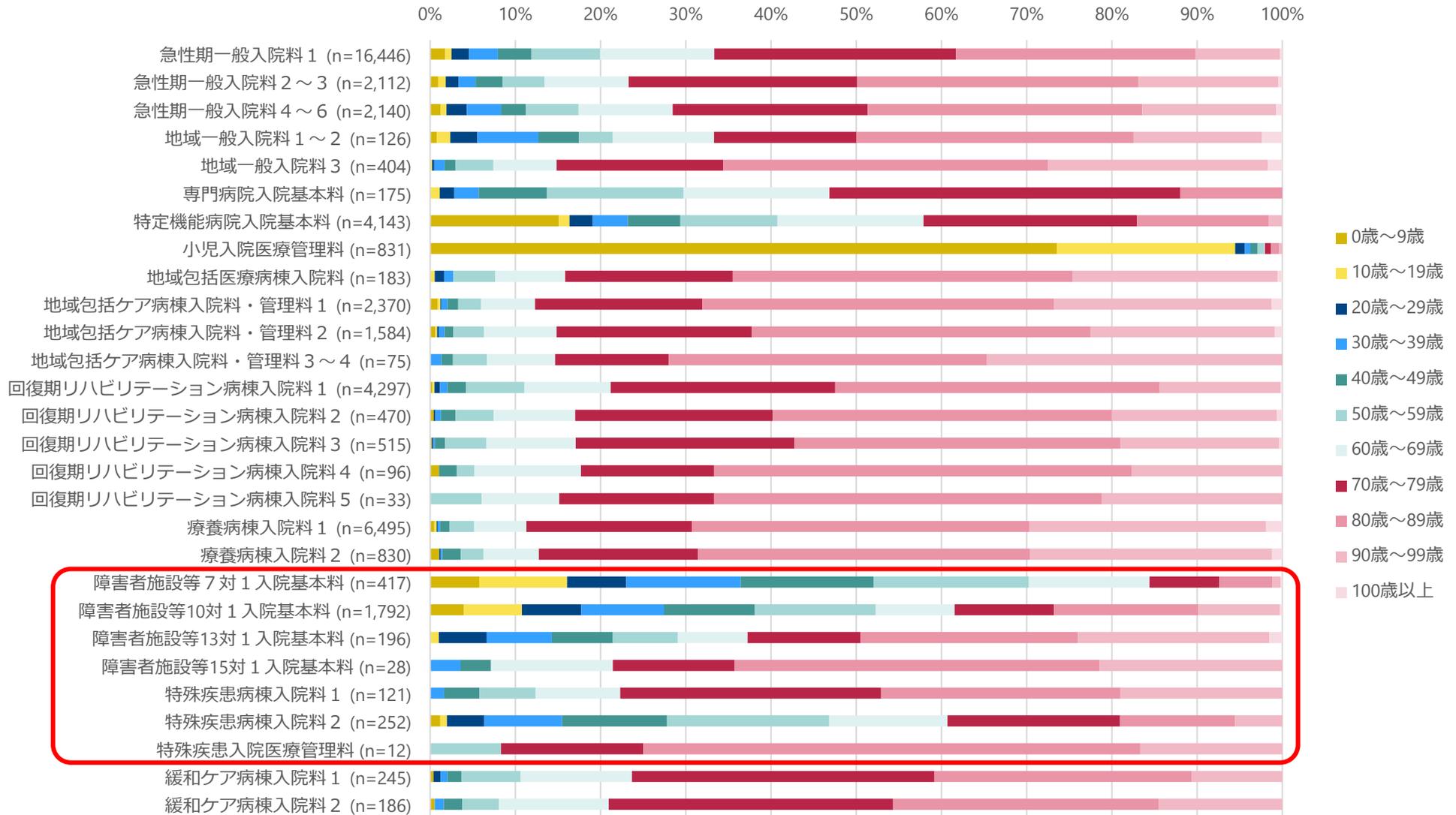
- 主傷病名として登録されたICD10は、患者数が多いものから以下のとおり。対象疾患ではなく、入院の主傷病名が登録されることから、診療報酬上の対象疾患を持つ患者の割合は把握しづらい。
- 主傷病名が廃用症候群である患者は5.4%であった。厚生局から単なる廃用症候群が肢体不自由として対象患者とされている可能性があることを指摘されている。

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

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

入院料ごとの年齢階級別分布

○ 13対1以下の障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料1においては、70歳以上の高齢者の割合が多かった。



慢性期入院医療に係る現状と課題

(療養病棟について)

- 令和6年度改定で医療区分の見直しと、入院料の細分化が行われ、医療区分2・3の患者の割合は若干増加した。疾患・状態、処置ともに医療区分3の割合が増え、医療区分2の割合が減った。いずれの入院料においても該当患者割合の基準は概ね満たされており、入院料2においては、該当患者が6割以上である施設が95%を超えていた。
- デバイスが挿入されている認知症の患者では身体的拘束が実施される割合が高い傾向があるものの、デバイス挿入や認知症がなくても高い割合で身体的拘束を実施している病棟があった。
- 療養病棟における処置の状況として、胃ろうは13.0%、経鼻胃管は26.3%、中心静脈栄養は16.3%程度で実施されており、その割合は令和4年度調査時点とあまり変わらなかった。
- 摂食嚥下機能の回復や経腸栄養の実施等の栄養管理の取組に関する診療報酬上の評価として、摂食嚥下機能回復体制加算や経腸栄養管理加算が設けられており、届出している施設は重複していた。これらの加算については、届出をしているものの算定回数が0回の施設が多くみられており、対象となる中心静脈栄養を実施される患者がいないという意見があった。
- 在宅への退院割合や死亡退院の割合は施設毎にばらつきがあった。在宅復帰機能強化加算を届け出ている施設では在宅への退院割合が高かったが、死亡退院の割合が高い施設もあった。また、在宅への退院割合が高い施設でも加算を届け出していない施設があった。

(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟について)

- 障害者施設等入院基本料を届け出る施設数、病床数は令和5年以降横ばい、特殊疾患病棟入院料1の施設数・病床数は減少傾向、入院料2の施設数・病床数は増加傾向であった。
- 障害者施設等入院基本料の病棟における該当患者7割の基準は、7対1病棟では概ね満たされていたものの、10対1以下の病棟では7割に満たない施設が17.3%あった。
- 障害者施設等入院基本料の病棟においては主傷病が廃用症候群である患者の割合が多かった。



【課題】

- 療養病棟における入院料の細分化後の、医療区分2・3や各疾患・状態、処置に該当する患者の状況について、現状をどのように評価するか。
- 療養病棟における摂食嚥下機能の回復や在宅退院の取組について、現状をどのように評価するか。
- 障害者施設等に入棟する患者像について、患者の高齢化等の状況を踏まえ、現状をどのように評価するか。

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

15 - 5. 食事療養について

(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の意見があった。

【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。
- 嚥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。

- 入院時食事療養（Ⅰ）と（Ⅱ）があり、（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。
- 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。

【一般的事項】 食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

届出必要

届出病院数
(令和5年)
7,952施設

入院時食事療養(Ⅰ)【1食につき】

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 **690円**
- (2) 流動食のみを提供する場合 **625円**

<主な要件>

- ・ 常勤の管理栄養士又は栄養士が食事療養の責任者となっていること
- ・ 医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎食行われていること
- ・ 食事療養関係の各種帳簿が整備されていること
- ・ 病状により特別食を必要とする患者には特別食が提供されていること
- ・ 適時の食事が提供され、夕食に関しては午後6時以降に提供されていること
- ・ 保温食器等を用いた適温の食事が提供されていること

又は

届出不要

入院時食事療養(Ⅱ)【1食につき】

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 **556円**
- (2) 流動食のみを提供する場合 **510円**

特別食加算【1食につき】 76円*

患者の病状等に対応して、医師の発行する食事せんに基づき、特別食が提供された場合に算定 ※(2)の患者は算定不可

<厚生労働大臣が定める特別食>

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステイン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

食堂加算【1日につき】 50円

一定基準を満たしている食堂を備えた病棟又は診療所の入院患者(療養病棟に入院している患者を除く)に食事が提供された場合に算定

特別料金の支払いを受けることによる食事の提供

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事を別に用意し、提供した場合は、一定の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。(1食あたり17円を標準)

入院時の食費の基準額について（令和6年度診療報酬改定等）

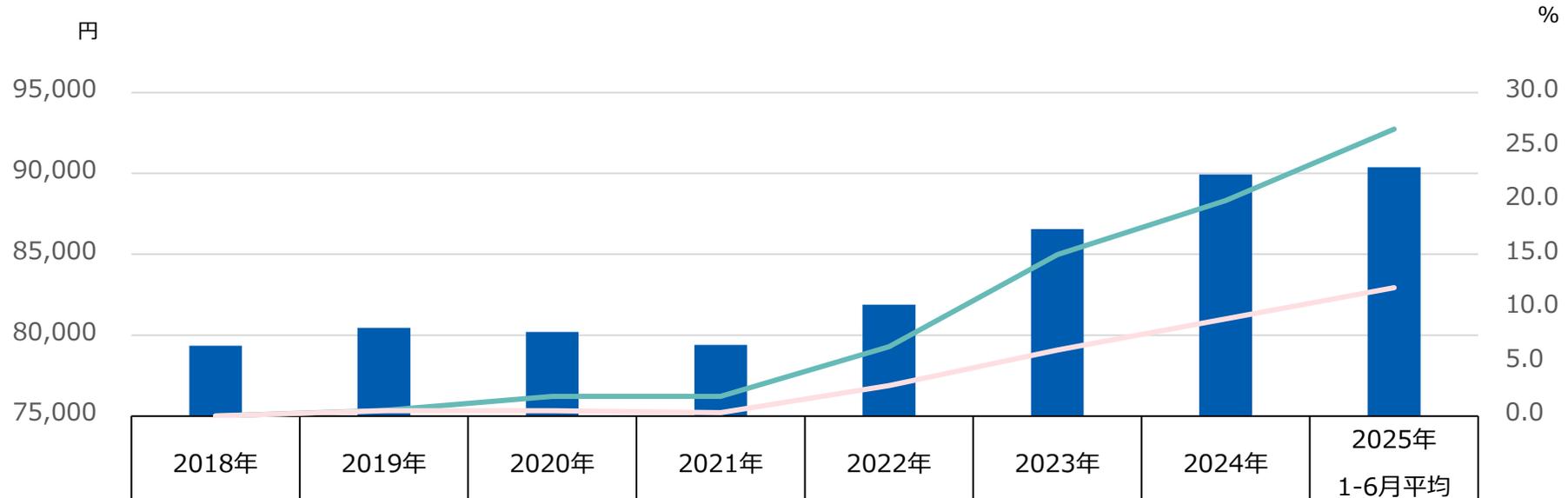
診調組 入-1
7. 6. 26

- 食材費が高騰していること等を踏まえ、令和6年6月より、入院時の食費の基準額について1食当たり30円の引上げを実施。また、その後の更なる食材費の高騰等を踏まえ、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、令和7年4月より、1食あたり20円の引上げを実施。
- 患者負担については、所得区分等に応じて低所得者に配慮した対応としている。

	~令和6年5月	令和6年6月~	令和7年4月~
総額	640円	+30円 670円	+20円 690円
自己負担			
一般所得者の場合	460円	+30円 490円	+20円 510円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円 230円	+10円 240円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円 110円	据え置き 110円

食料支出・消費者物価指数（CPI）の動向

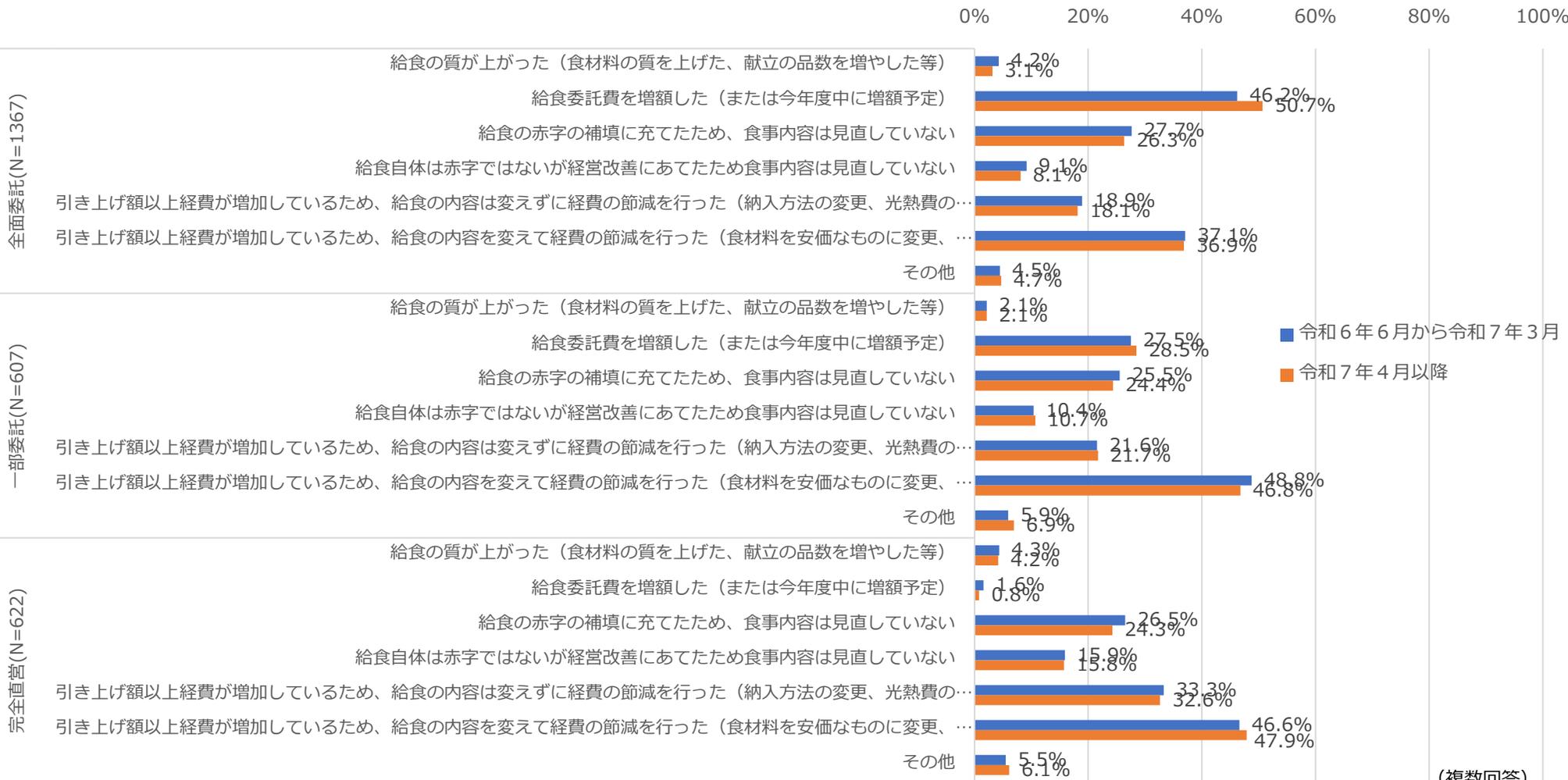
- 入院時の食費の基準額については、令和6年6月に1食当たり30円の引上げ、令和7年4月に1食当たり20円の引上げを実施しているが、足元の食料支出は引き続き伸びている状況。



※CPI（食料）の伸び、CPI（総合）については2018年比の数値

入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したこと

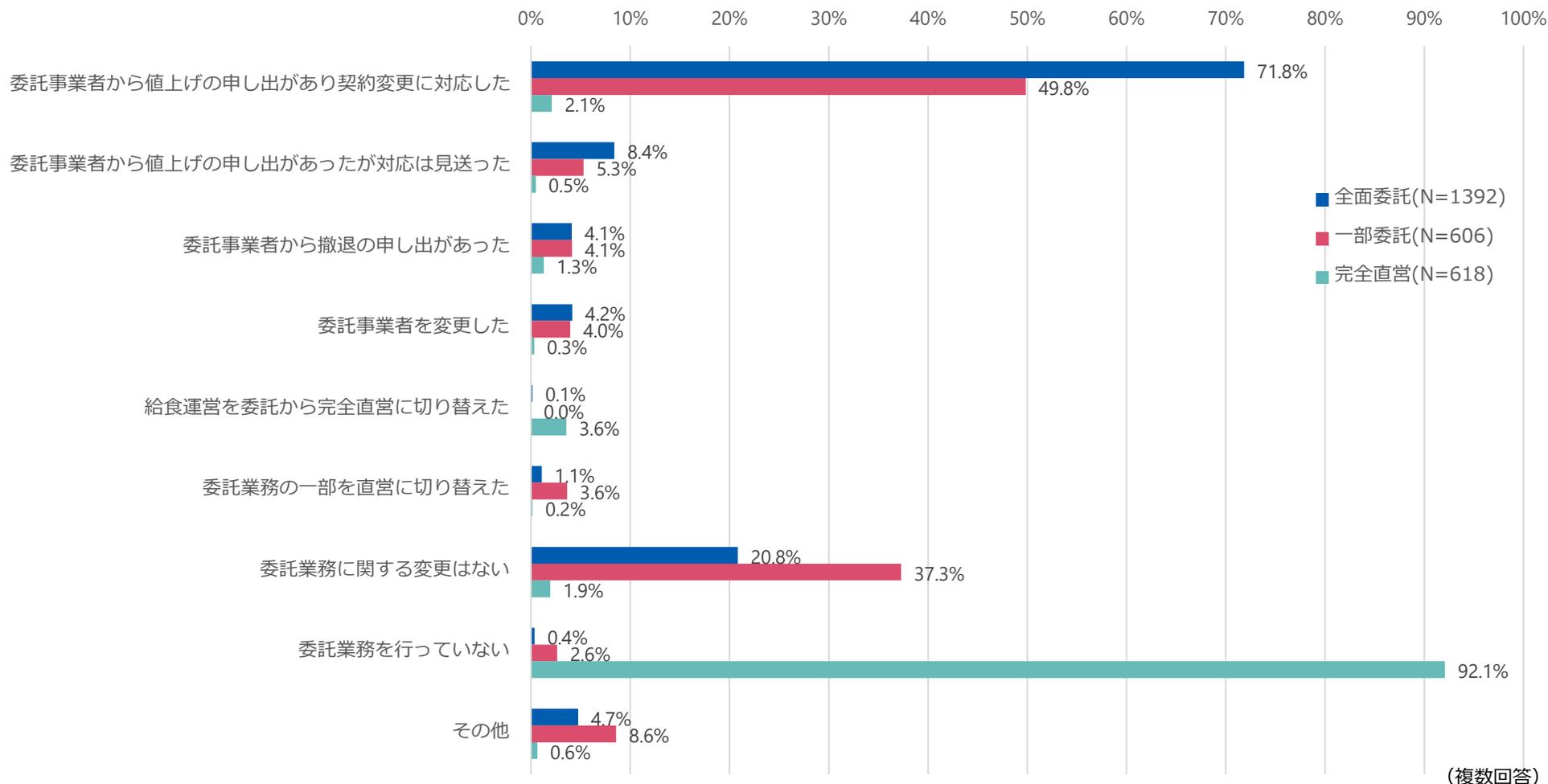
- 令和6年6月から令和7年3月と令和7年4月以降の状況は、大きく変わらなかった。
- 全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約5割で最も多かった。



(複数回答)

令和6年6月以降の給食事業者への委託業務に関する状況

- 全面委託の約7割、一部委託の約5割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。
- 完全直営の医療機関の3.6%（22施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。



特別食加算について

<食事療養及び生活療養の費用額算定表（抜粋）>

1 入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき）

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 690円
- (2) 流動食のみを提供する場合 625円

注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、**1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算**する。ただし、(2)を算定する患者については、算定しない。

2. 入院時生活療養（Ⅰ）

- (1) 食事の提供たる療養（1食につき）
 - イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 604円
 - ロ 流動食のみを提供する場合 550円

注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、**(1)に掲げる療養について、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算**する。ただし、(1)のロを算定する患者については、算定しない。

<入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食>

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

	項目	単位	算定件数	回数	算定率
入院時 食事療養 (Ⅰ)	流動食のみ以外の食事療養を行う場合 ①	1食	1,792,300	62,043,207	-
	流動食のみを提供する場合	1食	100,135	5,254,707	-
	特別食加算	1日	583,079	18,487,997	32.5%^{※1}
入院時 生活療養 (Ⅰ) 食事療養	流動食のみ以外の食事療養を行う場合 ②	1食	147,002	9,757,347	-
	流動食のみを提供する場合	1食	64,486	5,034,439	-
	特別食加算	1日	57,215	3,850,396	38.9%^{※2}

※1 ①の算定件数に対する割合 ※2 ②の算定件数に対する割合

入院料ごとの栄養摂取の状況

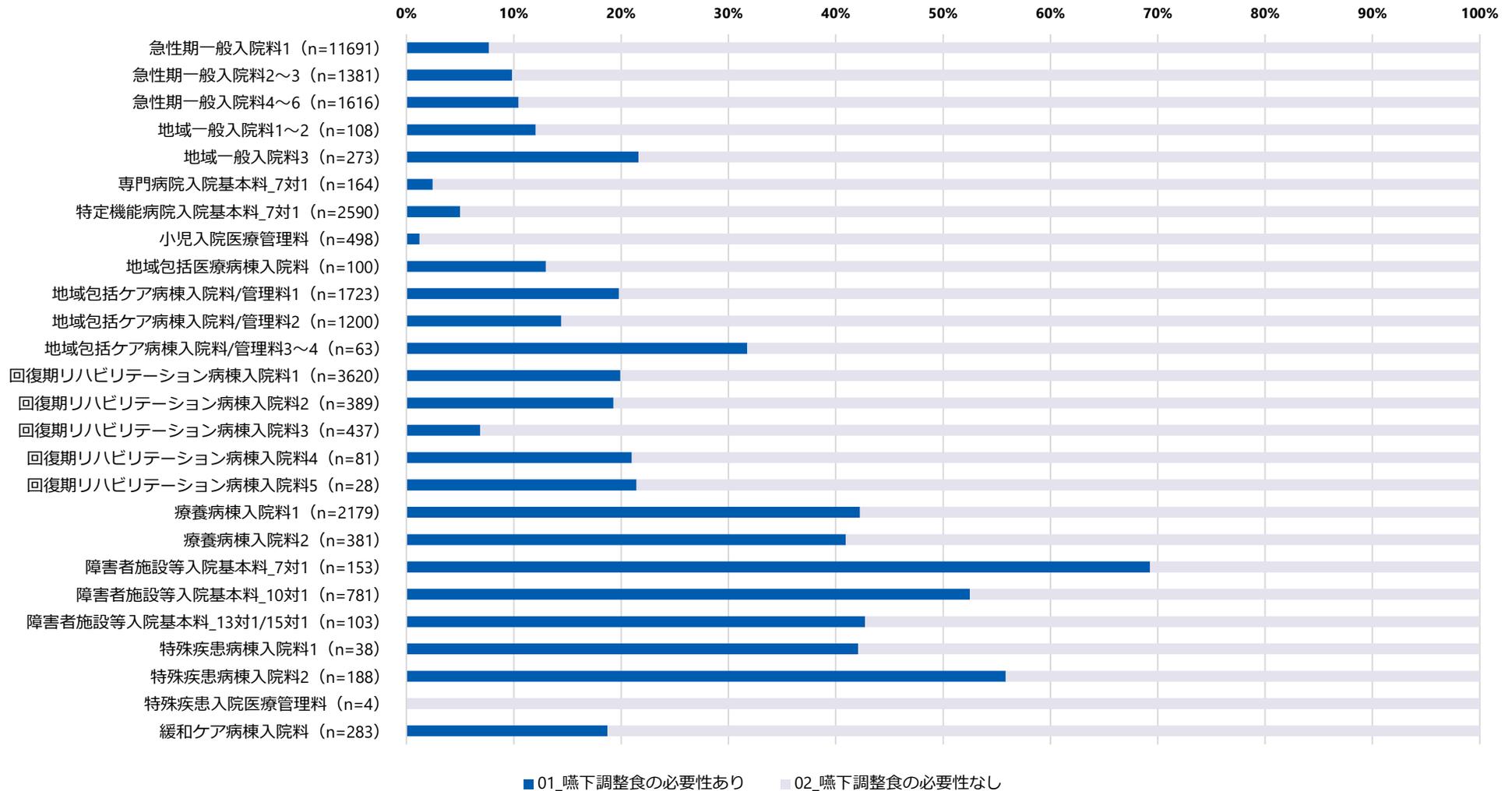
○ 栄養摂取の方法として、急性期や包括期病棟は約8割の患者が経口摂取のみであり、慢性期病棟でも約5割の患者が経口摂取をしている。



入院料ごとの嚥下調整食の状況

診調組 入-1参考
7.5.22改

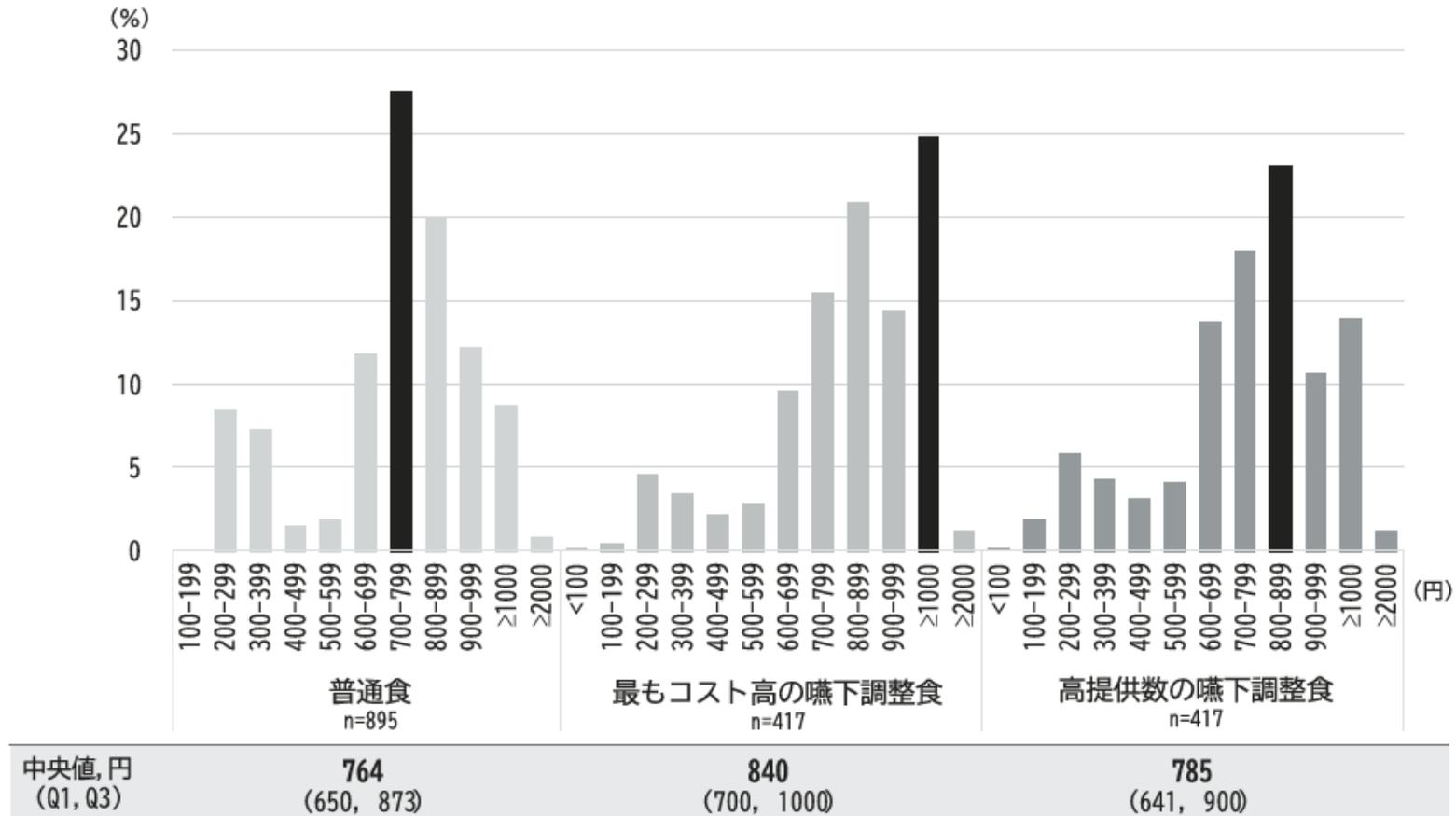
○ 栄養摂取が経口摂取のみの患者のうち、急性期病棟の患者の約1割、包括期病棟の患者の約2割、慢性期病棟の患者の約4割は、嚥下調整食の必要性がある。



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

普通食と嚥下調整食の1日当たりの食材費

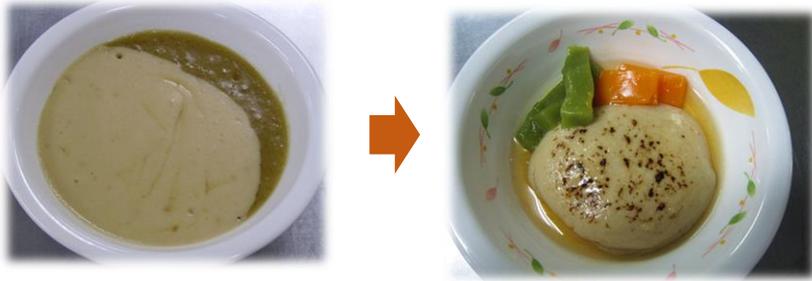
○ 嚥下調整食は普通食よりも食材費が高く、最もコスト高の嚥下調整食と普通食の1日当たりの食材費の差は76円だったとの報告がある。



左から普通食、最もコストのかかる嚥下調整食の価格、施設内で提供数の多い嚥下調整食の価格について提示した。黒色棒グラフは各食事の中で最も多かった価格幅を示している。各食事の中央値は棒グラフ下に示した。

見た目や栄養量等に配慮した嚥下調整食の提供による効果

- 見た目を改善し、適切な栄養量を確保した嚥下調整食の提供により、エネルギー摂取量の増加やADLの改善が認められたとの報告がある。



※イメージ

見た目改善と栄養強化で摂取栄養量が増加

1日増加分：エネルギー273.8 kcal
たんぱく質12.4 g

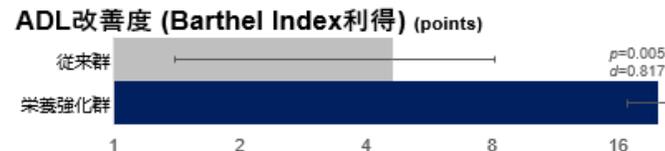
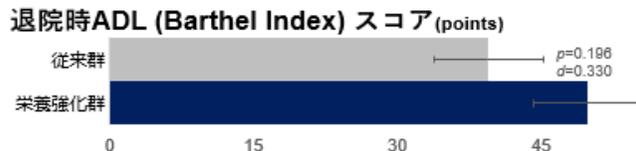
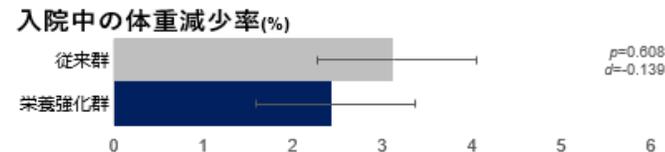
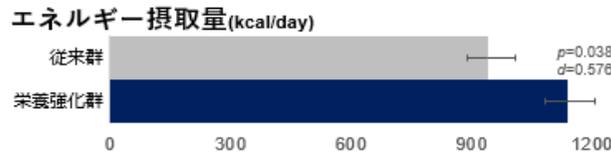
Wu XS, et al. *Healthcare (Basel)*. 2020; 21;8(4):579.
Pu D, et al. *Geriatrics (Basel)*. 2021;6(4):108.

＜嚥下障害患者への栄養介入研究＞

従来の嚥下調整食 VS 見た目や栄養量等に配慮した嚥下調整食（栄養強化群）



栄養強化群でエネルギー摂取量の増加、ADLの改善を認めた



食堂加算について

<食事療養及び生活療養の費用額算定表（抜粋）>

1 入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき）

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 690円
 (2) 流動食のみを提供する場合 625円

注4 当該患者（療養病棟に入院する患者を除く。）について、**食堂における食事療養を行ったときは、1日につき50円を加算**する。

2. 入院時生活療養（Ⅰ）

- (1) 食事の提供たる療養（1食につき）
 イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 604円
 □ 流動食のみを提供する場合 550円

注4 当該患者（療養病棟に入院する患者を除く。）について、**食堂における(1)に掲げる療養を行ったときは、1日につき50円を加算**する。

【算定要件】

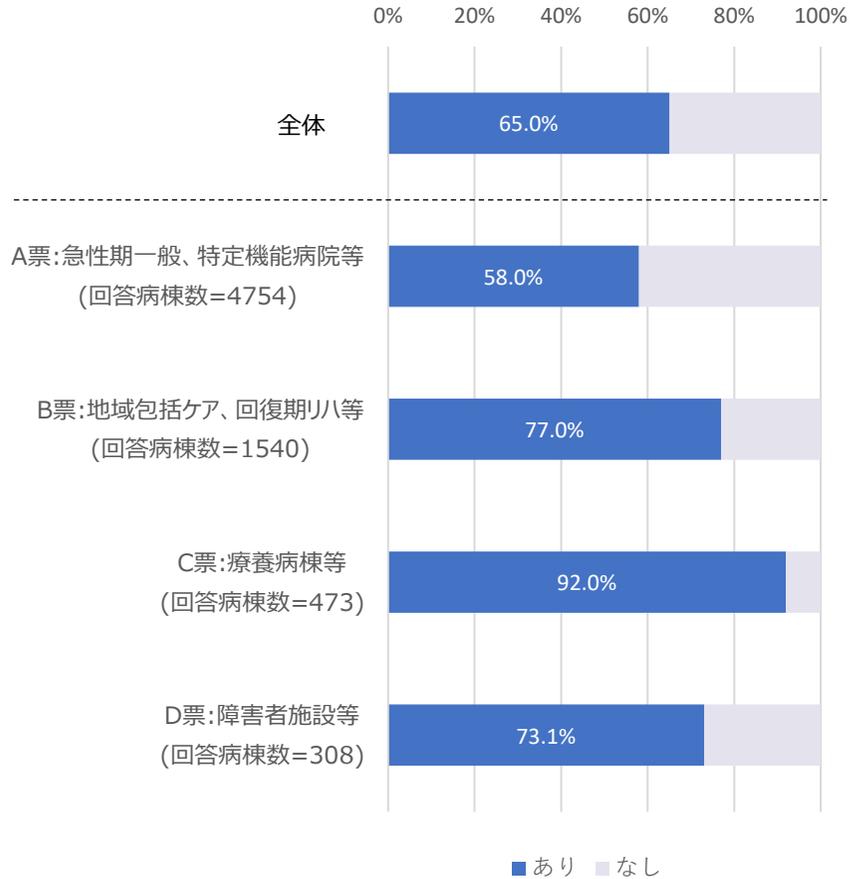
- (1) 食堂加算は、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であって、(2)の要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所に入院している患者（療養病棟に入院している患者を除く。）について、**食事の提供が行われた時に1日につき、病棟又は診療所単位で算定**する。
- (2) 他の病棟に入院する患者との共用、談話室等との兼用は差し支えない。ただし、当該加算の算定に該当する食堂の床面積は、内法で当該食堂を利用する病棟又は診療所に係る病床1床当たり0.5平方メートル以上とする。
- (3) 診療所療養病床療養環境加算1、精神療養病棟入院料等の**食堂の設置が要件の一つとなっている点数を算定している場合は、食堂加算をあわせて算定することはできない。**
- (4) 食堂加算を算定する病棟を有する保険医療機関は、**当該病棟に入院している患者のうち、食堂における食事が可能な患者については、食堂において食事を提供するように努めること。**

	項目	単位	算定件数	回数	算定率
入院時 食事療養 (Ⅰ)	流動食のみ以外の食事療養を行う場合 ①	1食	1,792,300	62,043,207	-
	流動食のみを提供する場合 ②	1食	100,135	5,254,707	-
	食堂加算	1日	1,324,371	16,260,604	70.0%*1
入院時 生活療養 (Ⅰ)	流動食のみ以外の食事療養を行う場合 ③	1食	147,002	9,757,347	-
	流動食のみを提供する場合 ④	1食	64,486	5,034,439	-
	食堂加算	1日	31,948	677,102	15.1%*2

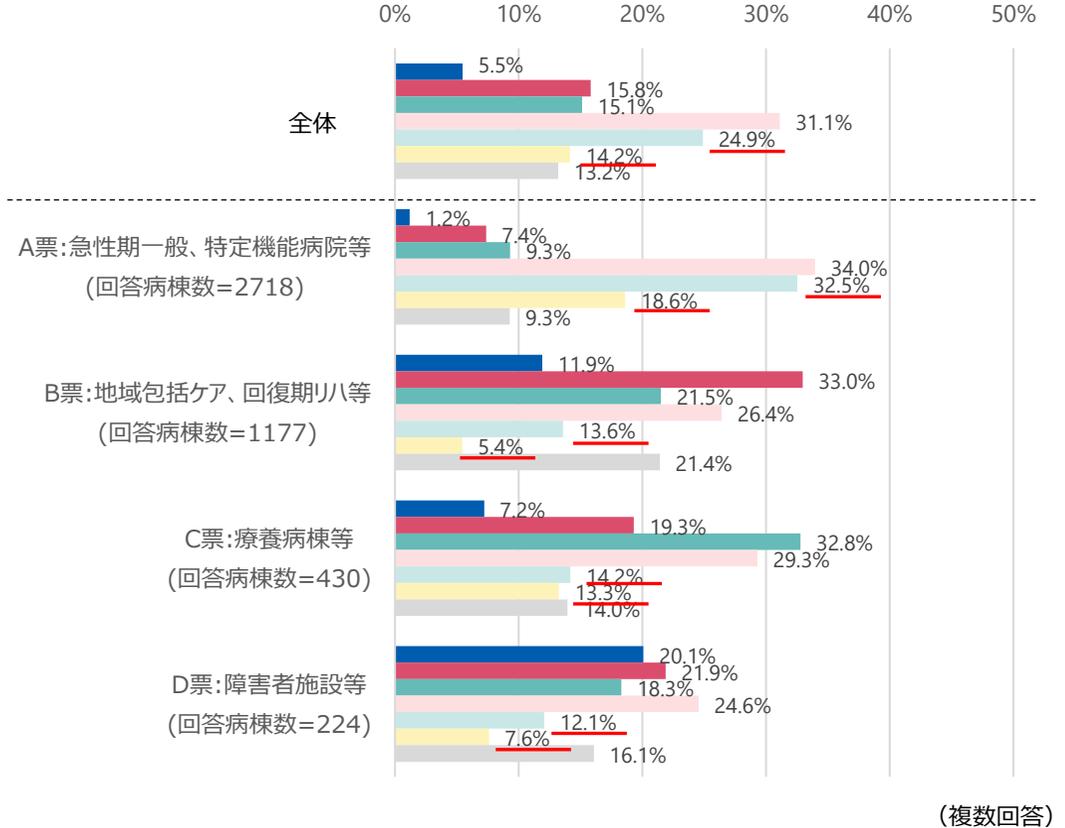
病棟における食堂での食事の状況

- 食堂での食事の状況は、病棟機能によって異なる。
- 全体では「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。

■ 食堂（他病棟との共用、談話室等との兼用含む）の有無



■ 食堂での食事の状況 ※食堂有と回答した場合のみ



- 病棟のほぼ全ての患者が食堂で食事をしている
- 病室で食事を希望する患者以外は食堂で食事をしている
- 自分で移動が可能な患者は食堂で食事をしている
- 希望する患者のみ食堂で食事をしている
- 新型コロナウイルス感染症の流行以前は食堂を使用していたが、現在はしていない
- 新型コロナウイルス感染症の流行以前から食堂はあるが、使用していない
- その他

特別料金の支払を受けることによる食事の提供

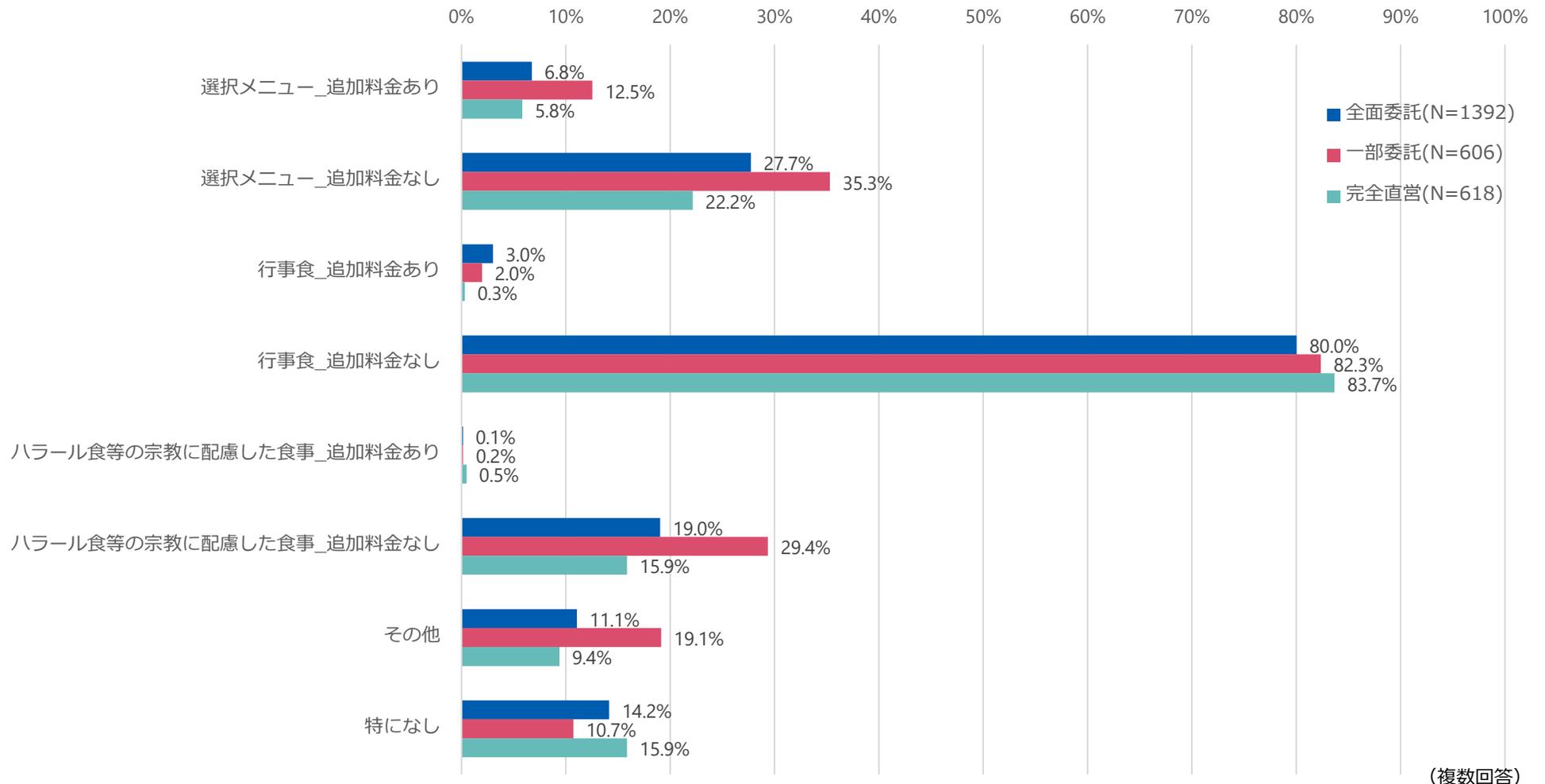
入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事（以下「特別メニューの食事」という。）を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

主な要件

- (1) 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、**患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があります、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならない**ものであり、患者の同意がない場合は食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の支払を受けることによる食事（以下「標準食」という。）を提供しなければならない。また、あらかじめ提示した金額以上に患者から徴収してはならない。なお、同意書による同意の確認を行う場合の様式は、各医療機関で定めたもので差し支えない。
- (2) 患者の選択に資するために、各病棟内等の見やすい場所に特別メニューの食事のメニュー及び料金を掲示するとともに、文書を交付し、わかりやすく説明するなど、患者が自己の選択に基づき特定の日あらかじめ特別メニューの食事を選択できるようにする。
- (3) 特別メニューの食事は、通常の入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、当該患者の診療を担う保険医の確認を得る必要がある。なお、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる**追加的な費用として、1食あたり17円を標準として社会的に妥当な額の支払を受けることができる**こと。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。
- (4) 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。
- (5) 栄養補給量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。また、食堂の設置、食器への配慮等食事の提供を行う環境の整備についてもあわせて配慮がなされていることが望ましい。

入院患者の食事に関する多様なニーズを踏まえた対応

- 約8割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なしで行っていた。
- 約2割～3割の医療機関は、選択メニューやハラール食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。



食事療養に係る現状と課題

（食事療養）

- 入院時の食費の基準額については、令和6年6月に1食当たり30円の引上げ、令和7年4月に1食当たり20円の引上げを実施しているが、足元の食料支出は引き続き伸びている状況
- 食費基準の引き上げにより給食提供に関して見直したことは、令和6年6月から令和7年3月と令和7年4月以降とで、大きく変わらなかった。全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約5割で最も多かった。
- 令和6年6月以降、全面委託の約7割、一部委託の約5割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。完全直営の医療機関の3.6%（22施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。
- 嚥下調整食は特別食加算の対象ではないが、必要とする患者は一定数おり、普通食より食材費が高いとの報告がある。また、見た目を改善し、適切な栄養量を確保した嚥下調整食の提供により、エネルギー摂取量の増加やADLの改善が認められたとの報告もある。
- 食堂加算の算定率は約7割であるが、食堂での食事の状況として、「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。
- 入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事を別に用意し、提供した場合は、追加料金の支払いを受けることができる。
- 約8割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なしで行っていた。約2割～3割の医療機関は、選択メニューやハラール食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。



【課題】

- 食費の基準額を引き上げたが、医療の一環として提供されるべき食事の質の確保の観点から、現状をどのように評価するか。
- 嚥下調整食や食堂の活用について、特別食加算や食堂加算の趣旨を踏まえ、現状をどのように評価するか。
- 多様なニーズに対応して特別料金の支払いを受ける食事提供について、現状をどのように評価するか。

1. 賃上げ・処遇改善（その1）
2. リハビリテーション（その2）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その2）
4. 慢性期について（その2）
5. 食事療養（その2）
6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

6-1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

6-2. 医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等の緩和

6-3. 巡回診療、医師派遣等の支援

6 – 1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

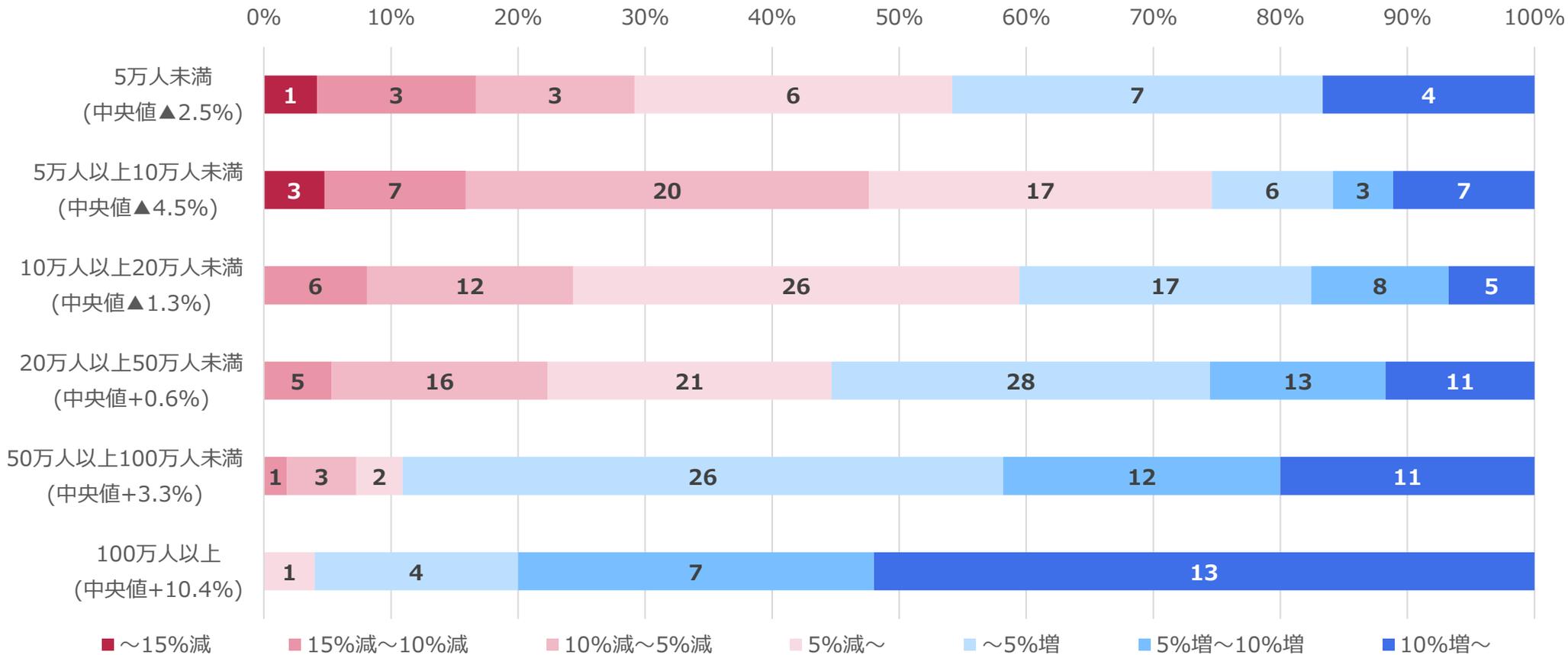
- ① 人口・医療資源の少ない地域等の現状について
- ② 医療資源の少ない地域のヒアリング結果

令和6年8月26日

人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



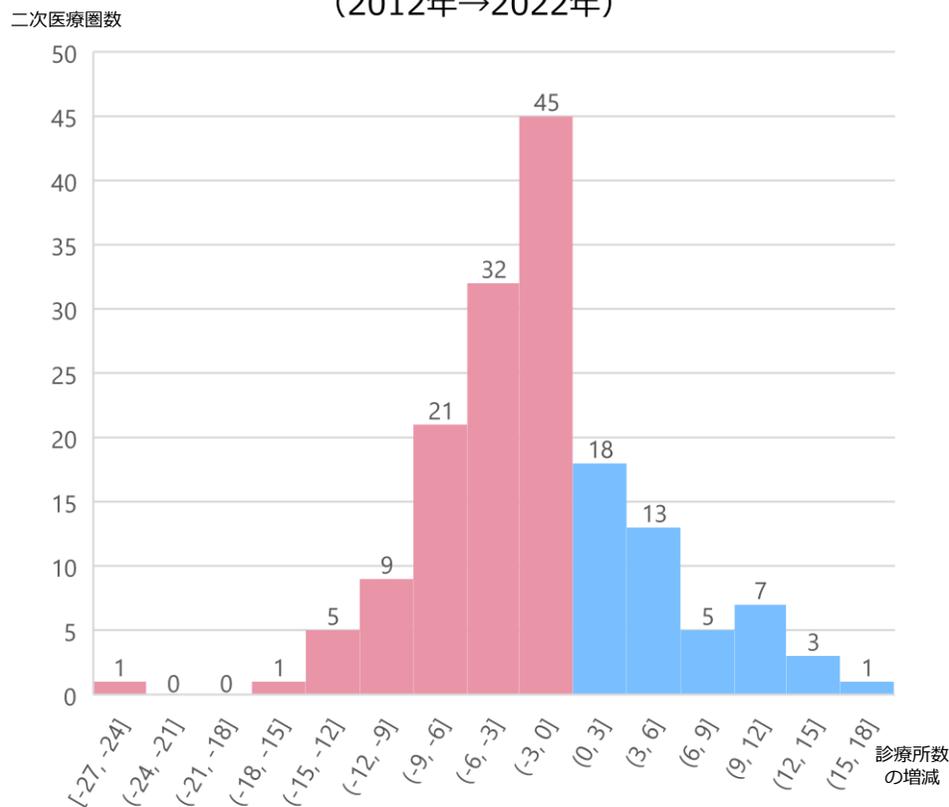
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

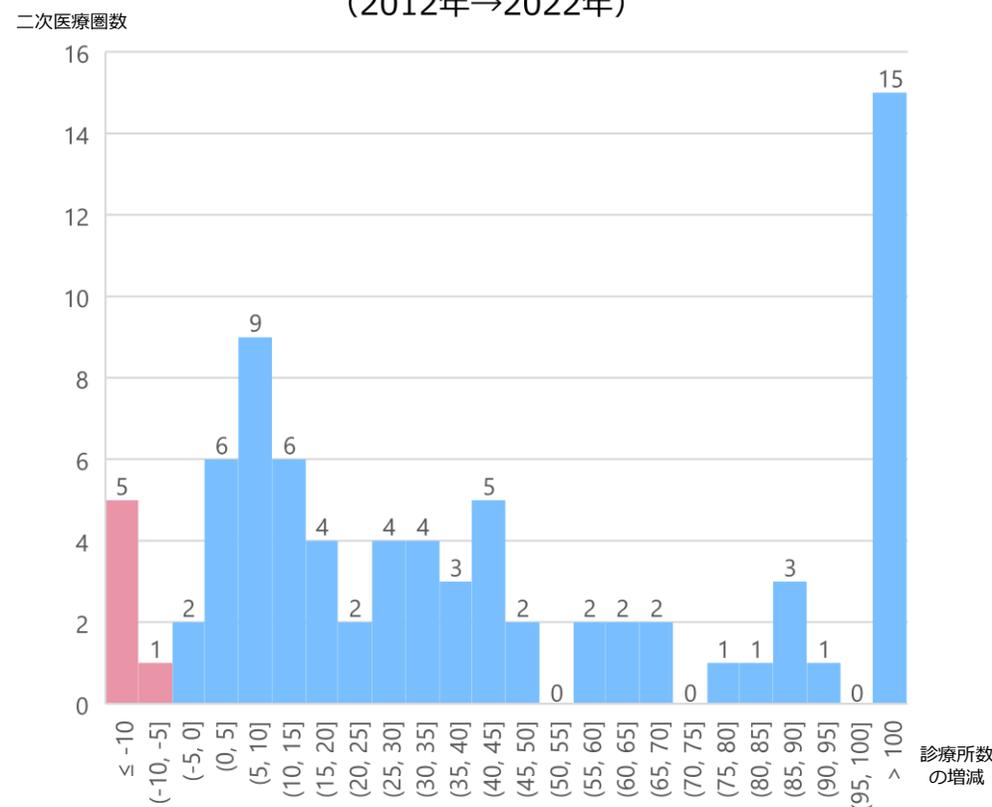
人口規模別の二次医療圏における診療所数の変化（2012年→2022年）

人口20万人未満の二次医療圏の診療所数は減少傾向、人口50万人以上の二次医療圏の診療所数は増加傾向にある。

人口20万人未満の二次医療圏での診療所数の増減 (2012年→2022年)



人口50万人以上の二次医療圏での診療所数の増減 (2012年→2022年)



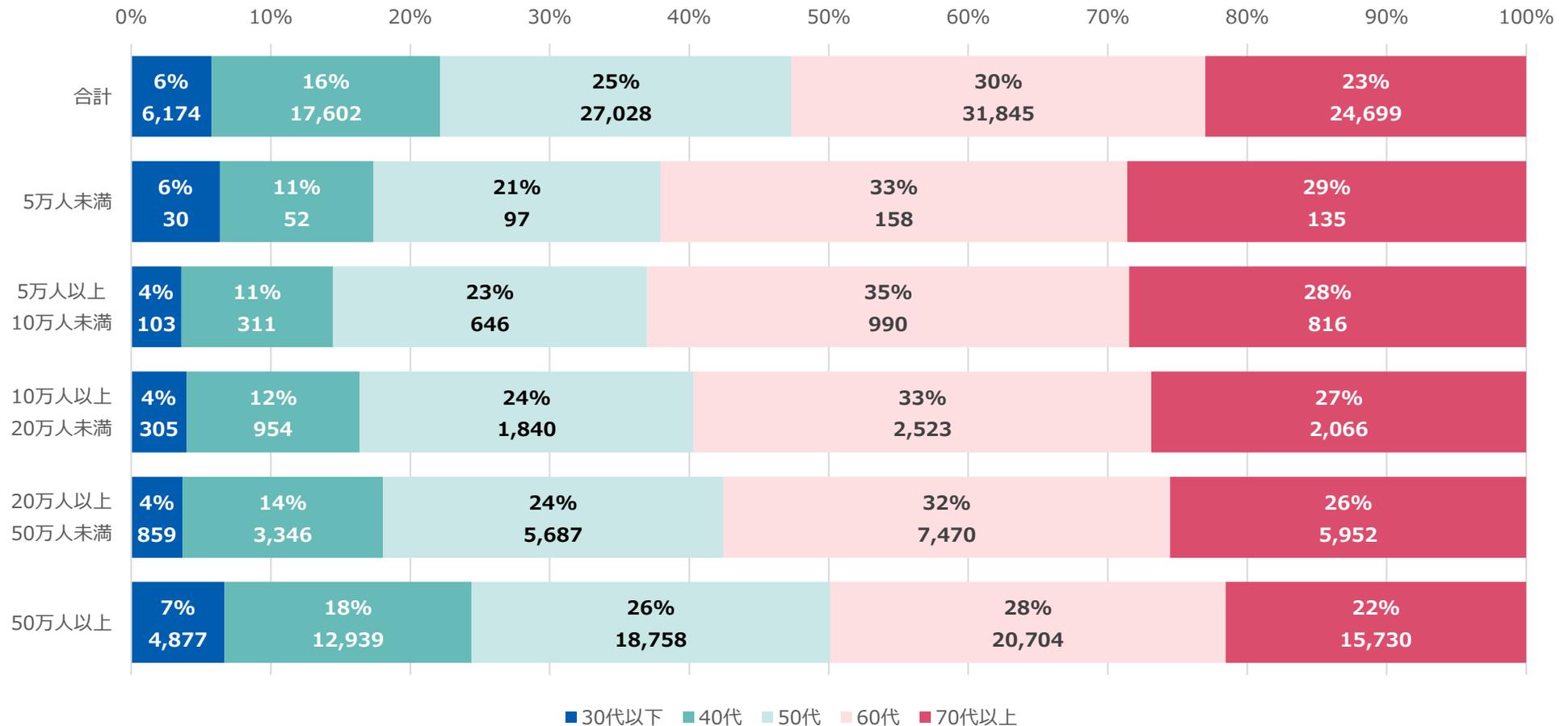
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

人口規模別にみた診療所医師の年齢階級別の分布

診療所の医師は過半数が60代以上であり、人口20万人未満の二次医療圏では、60代以上の医師が60%以上を占める。

人口規模ごとの二次医療圏別にみた年齢階級別の診療所医師数



■ 30代以下 ■ 40代 ■ 50代 ■ 60代 ■ 70代以上

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）の届出票情報を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において特別集計したものの。

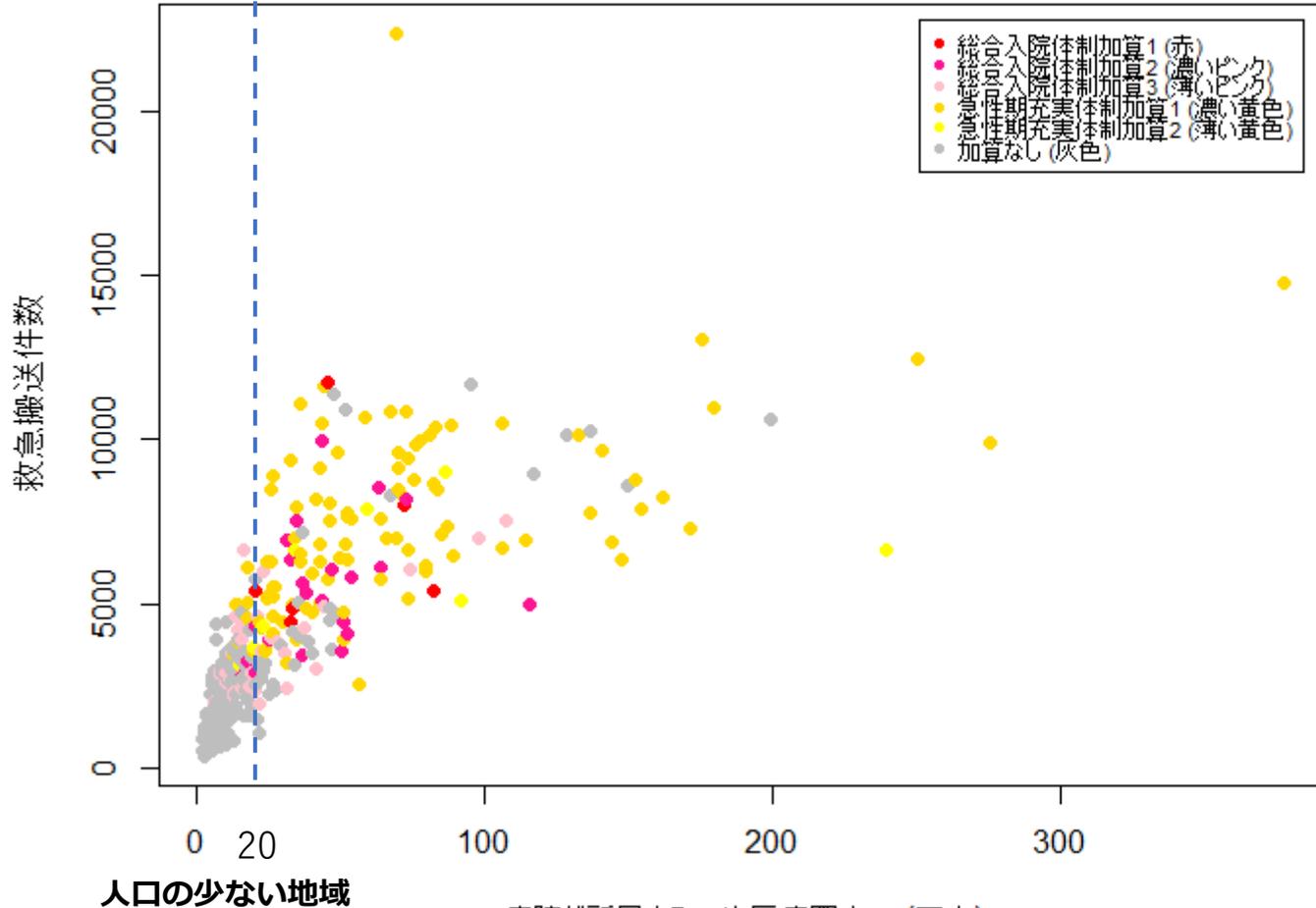
※届出票情報を利用し独自集計したため、医師・歯科医師・薬剤師統計の公表値とは一致しない場合がある。

二次医療圏における救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22改

- 人口規模の大きな二次医療圏ほど、当該医療圏で最大の救急搬送を受けている病院における救急搬送件数も多くなる傾向がある。
- 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る。

各二次医療圏における最大救急搬送件数 (n=335)

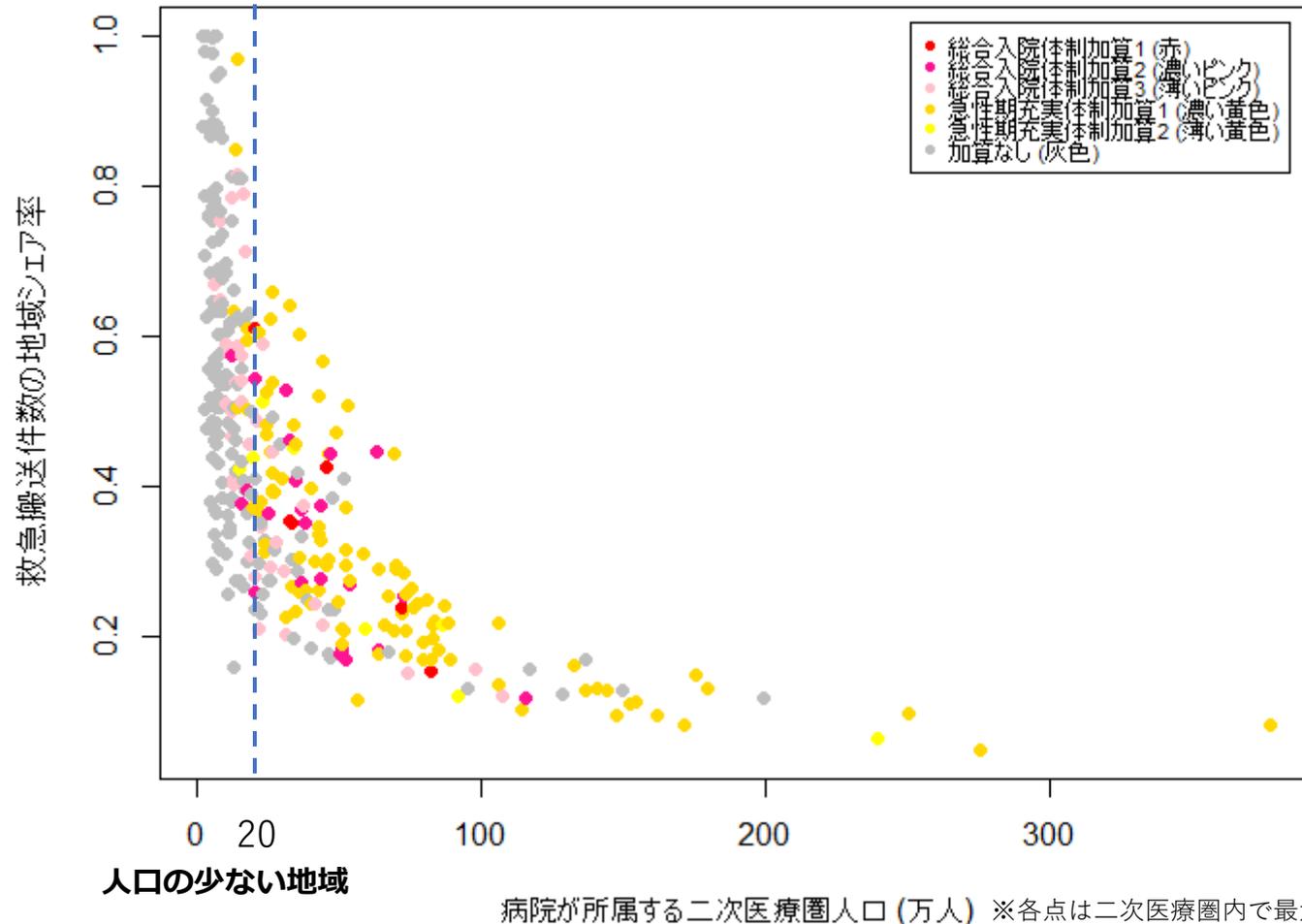


二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

診調組 入-2
7. 5. 22改

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制や総合入院体制加算は算定されていない。

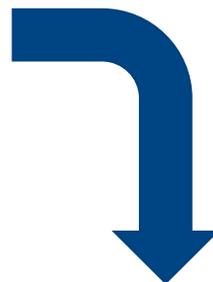
各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)



平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

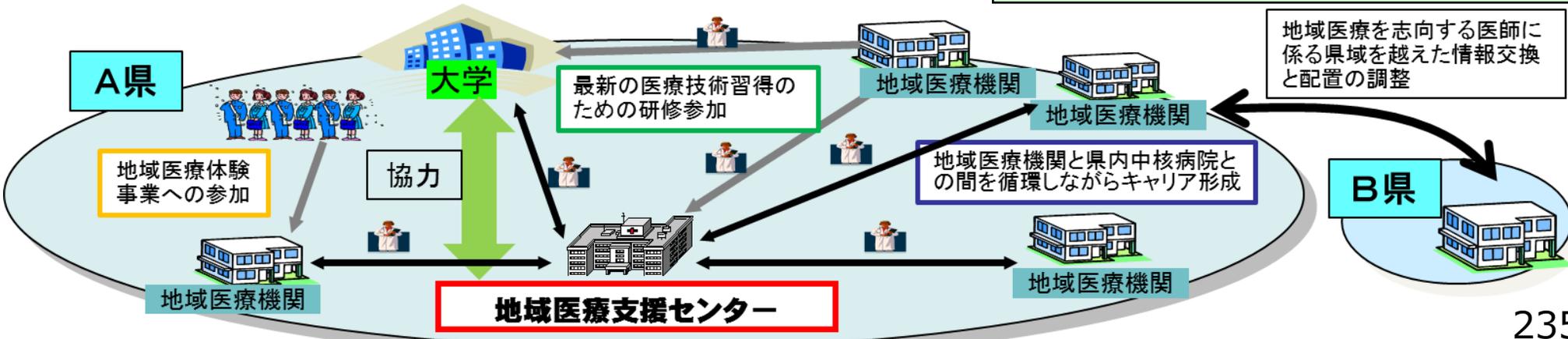
中医協 総-4
7.6.25

地域医療対策協議会 (医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)	
構成員	都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等 ※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等
役割	協議事項を法定 <ul style="list-style-type: none"> キャリア形成プログラムの内容 医師の派遣調整 派遣医師のキャリア支援策 派遣医師の負担軽減策 大学の地域枠・地元枠設定 臨床研修病院の指定 臨床研修医の定員設定 専門研修の研修施設・定員 等
協議の方法	<ul style="list-style-type: none"> 医師偏在指標に基づき協議 大学・医師会等の構成員の合意が必要 協議結果を公表
国のチェック	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ



都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

地域医療支援センター (医師確保対策の事務の実施拠点)	
法定事務	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県内の医師確保状況の調査分析 医療機関や医師に対する相談援助 医師派遣事務 キャリア形成プログラムの策定 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等 <p>※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る</p>



へき地医療拠点病院の概要

へき地医療拠点病院の目的、指定要件等については「へき地保健医療対策等実施要綱」(令和4年7月29日医政発0729第13号医政局長通知)に定められている。

1 目的

へき地診療所への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保する。

2 指定要件

都道府県知事は、次に掲げる事業(ア、イ又はカのいずれかの事業は必須)を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。
- イ へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関する事。
- ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関する事。
- エ 派遣医師等の確保に関する事。
- オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関する事。
- カ 遠隔医療等の各種診療支援に関する事。
- キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関する事。
- ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関する事。

3 へき地医療拠点病院における医療活動の実施状況

(期間:令和5年4月1日～令和6年3月31日) ※対象病院358施設

4事業(必須事業)						へき地診療所等への遠隔医療による支援	主要3事業を合計で年12回以上実施している病院数(割合)	4事業(必須事業)のいずれの事業の実施もなかった病院数(割合)
無医地区等への巡回診療		へき地診療所等への医師派遣		へき地診療所等への代診医等派遣				
延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数	実施病院数(割合)		
4,507回	13回	16,810回	47回	3,280回	9回	122病院(34.1%)	254病院(70.9%)	39病院(10.9%)

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- ・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

- ・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- ・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい用途に当たるとはならないかとの意見あり
- ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域

- 今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進める。
- 重点医師偏在対策支援区域の設定に当たっては、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとする。当該区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情にに応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられる。また、対策の実施に当たっては、地域の関係者の理解が重要であることから、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で当該区域を選定する。
- 厚生労働省が提示する候補区域については、
 - ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
 - ② 医師少数県の医師少数区域
 - ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示する。

② 医師偏在是正プラン

- 都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することとする。
- 医師偏在是正プランにおいては、重点医師偏在対策支援区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議する。また、医師偏在是正プランは、国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、令和8年度に全体を策定する。

※ 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討する。

地域偏在対策における経済的インセンティブ等①

① 経済的インセンティブ

- 不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。
- 重点医師偏在対策支援区域における医師確保を推進するため、都道府県の医師偏在是正プランに基づき、経済的インセンティブを講じることとし、医師偏在是正プラン全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とする。
- 具体的には、令和8年度予算編成過程において、重点医師偏在対策支援区域における以下のような支援について検討する。
 - ・ 当該区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援（緊急的に先行して実施）
 - ・ 当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援
 - ・ 当該区域内の一定の医療機関に対する土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うこととする。
- 重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。
- 診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う。

地域偏在対策における経済的インセンティブ等②

② 全国的なマッチング機能の支援

- 中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行う。

③ リカレント教育の支援

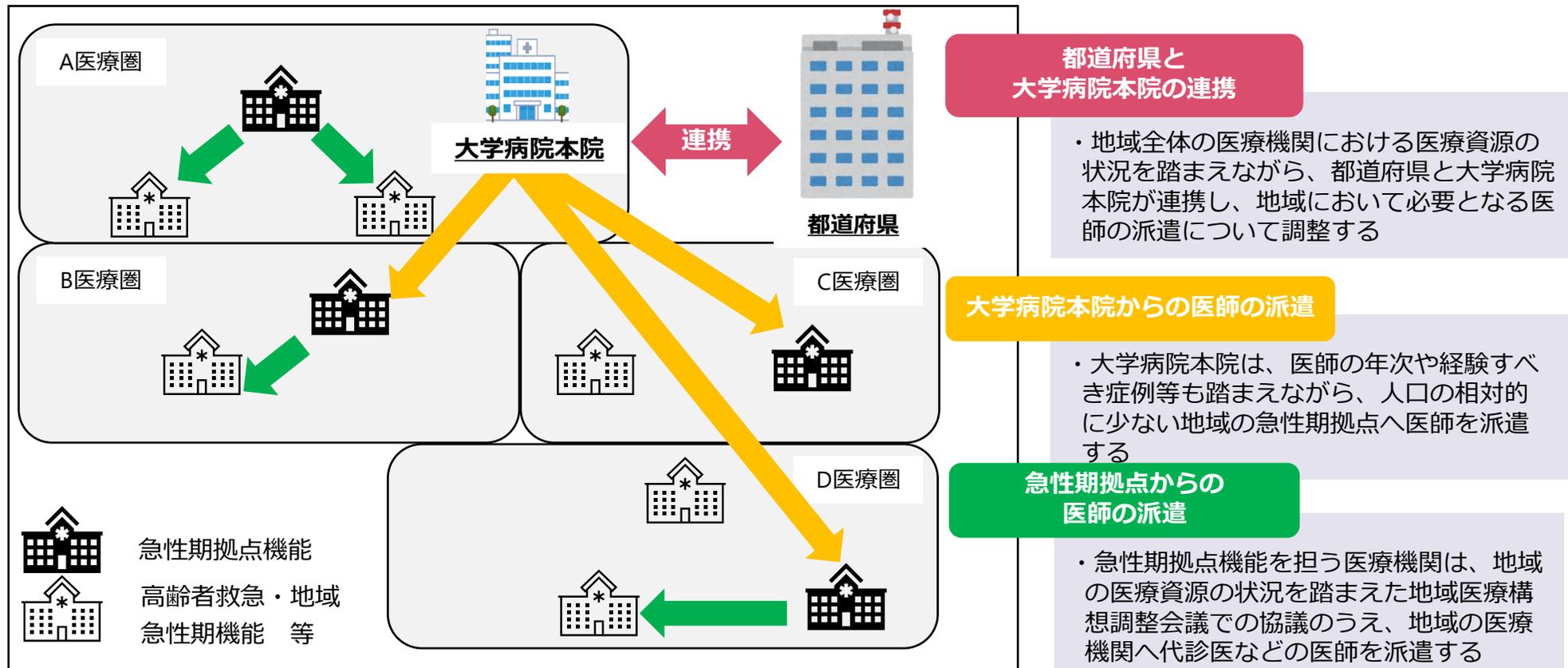
- 若い世代を中心とした専門医制度における総合診療専門医の養成に加えて、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進する。具体的には、学会や病院団体等が協力して、総合診療の魅力発信、医療と介護の連携を含めた地域における実践的な診療の場の提供、知識・スキルの研修を全国推進事業として一体的に実施するようなリカレント教育事業を支援するとともに、継続的に事業の評価を実施する。

④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進する。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するため、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化する。

2040年に向けた取組の広域な圏域のイメージ

- 都道府県内には、県庁所在地等の医療資源が相対的に豊富な地域と、相対的に資源の少ない地域が存在する。都道府県が大学病院本院等と連携し、急性期の拠点機能を有する病院等に対して、医師の派遣や教育体制の確保等の取組を行う等、県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築することが必要。



6 – 1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

- ① 人口・医療資源の少ない地域等の現状について
- ② 医療資源の少ない地域のヒアリング結果

医療資源の少ない地域でのヒアリング調査について

令和7年度 入院・外来医療等における実態調査 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について（ヒアリング調査）

【附帯意見（抜粋）】

2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【調査の概要】

1. 調査対象

医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関 15施設

2. 調査日

6月27日（金）～7月23日（水）の期間に適宜ヒアリングを実施

3. 調査内容

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬項目の算定状況、職員体制、患者特性、地域の医療機関との連携状況等

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果①

	医療機関の主な意見等
外来医療について	<ul style="list-style-type: none"> • 地域人口が減少しており、外来患者は減少している。 • 各地域の診療所が医師不足により閉鎖することが多く、へき地医療拠点病院でありながら、かかりつけ医の役割も担っている。 • 隣接自治体の診療所で診療できる医師がいなくなり、当診療所にも医師派遣をしている近隣病院（注：へき地医療拠点病院ではない病院）が新たに医師派遣を担うことになった。ただ、派遣元となる近隣病院にとっては、さらに派遣先が増えることになり、当診療所への派遺回数を今年から減らしたいとの要望があった。現状、なんとか維持してほしいと交渉して続けていただけている状況であるが、こうした病院からの派遣医師がなくなると、地域の診療体制が軒並み潰れるか縮小せざるを得ない。 • 外来・在宅医療の維持には、地域自治体による支援（補助金、デマンドタクシー等の移動手段の整備等）が必要不可欠である。
在宅医療について	<ul style="list-style-type: none"> • 患者の高齢化に伴い、来院する手段が限られているため、訪問診療の実施が必要と考えている。 • 訪問診療を実施する上で、以下のような課題を感じている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 訪問診療実施中における通常診療の維持（時間や人員の制約） ② 交通費や燃料費の負担 • 24時間対応は困難であるため、患者の理解を得ながら、時間外の急変には連携する基幹病院の救急が対応している。医師は連携する基幹病院から派遣されているため、平時から診療情報の共有はこまめに行うことができている。 • 訪問診療の必要性を感じているが、医師や看護師が不足しているため実施を制限し、患者側の自助努力により来院をしていただく形を基本とせざるを得ない。 • 管理栄養士による訪問栄養指導ができる体制は整えているものの、実際に訪問したケースはまだない。訪問の必要な方がいれば依頼しようと思うが、管理栄養士も人員不足で病院から在宅に出すことは厳しい状況にある。

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果②

	医療機関の主な意見等
情報通信機器を用いた診療について	<ul style="list-style-type: none">• 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）を行うことで、訪問診療等と比べて必要な時間が短縮できること等のメリットがある。• オンライン診療の診療報酬は対面診療よりも低い一方で、へき地で高齢者を対象にオンライン診療を実施する場合は、機器の操作などを手助けするためのコストや時間がかかる。その負担に見合うように、オンライン診療に関する診療報酬の引上げが必要であると感じている。• 以下のような課題を感じている。<ul style="list-style-type: none">①へき地であるという地域特性上、通信環境等のインフラが普及しておらず、その整備に費用がかかる。②高齢者の多くはデバイスの使用に慣れていない。③D to P with Nの活用も検討したが、機器に習熟した看護師や事務職員を確保することが困難である。• D to P with Nを実施する上で、以下のような課題を感じている。<ul style="list-style-type: none">①訪問した看護師が実施してよい処置の範囲や、診療報酬が請求可能な範囲が明確ではない。②院外処方の場合、近隣に薬局がなく、調剤や服薬指導をうけることが困難である。

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果③

	医療機関の主な意見等
入院について	<ul style="list-style-type: none">• 入院患者数は減少している。• 入院患者の高齢化が進んでいる。• 一般病棟を地域包括ケア病棟に転換したり、地域包括ケア病棟を増床するなどの対応を行っている。• 退院先や退院後の社会調整（介護施設、訪問看護ステーション等の調整）に苦慮している。• 自院の一般病棟に入院した患者を自院の地域包括ケア病棟に転床させ、一定程度のリハビリ等を実施することが多い。• 回復期リハビリテーション入院医療管理料については、算定を検討したが、リハビリ職員等の人員確保が困難なため、断念した。• 病床再編の際に地域包括医療病棟への転換も検討したが、特に「転棟割合」と「ADL割合」の施設基準が厳しいため断念している。

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果④

	医療機関の主な意見等
救急医療体制 について	<ul style="list-style-type: none">離島地域においては、定期船による搬送が主となるが、本数が少ない。離島地域では、ドクターヘリが生命線となっている。現状、転院搬送の受入れを近隣病院から拒否されることは比較的少ないが、今後、受入側医療機関の人員不足による病床削減により、転院搬送の受入れについて影響を受ける可能性があると感じている。遠隔診療のシステムが構築されている医療機関では、初療について高次救急医療機関の判断を仰ぎ対応する事例もある。
その他	<ul style="list-style-type: none">地域内における産婦人科が医師不足により継続不可となり、別の地域の医療機関で出産をしてもらうことが多くなっている。地域における若年層が定着しない要因となっており、医療従事者不足にも影響を与えている。へき地診療所においては、へき地医療拠点病院やへき地医療拠点病院以外からの医師派遣が生命線となっている。全ての課題は「人材不足」に関連して生じている。人材不足を補うための対策（例：オンライン診療等）についても、これらを導入・実施する人材自体がないため、積極的に取り組めない。

6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

6-1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

6-2. 医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等の緩和

6-3. 巡回診療、医師派遣等の支援

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A205-2 超急性期脳卒中加算	情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行う場合にも届出可能	施設基準の緩和
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の緩和
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、病室単位で届出が可能	施設基準の緩和
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3） 「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和（地域包括ケア病棟入院料2及び4）	人員配置 病床数
A317 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A248 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満） 24時間の往診体制について、D to P with Nを実施できる体制でも可能とする（在支診も同様）	病床数 施設基準の緩和
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

改定年度

改定内容

平成24年

- 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした
- ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く
- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設
- チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設

平成26年

- 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入
- 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた
- チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和

平成28年

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し
 <対象地域に関する要件>
 - 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※
 - 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加
- 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた
 (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)

※要件①かつ②
 ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2
 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%

平成30年

- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く）
- 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和
 <対象>
 - 地域包括ケア入院医療管理料1～4
 - 地域包括ケア病棟入院料1・3
 - 精神疾患診療体制加算
 - 精神科急性期医師配置加算
 - 在宅療養支援診療所
 - 在宅療養支援病院
 - 在宅療養後方支援病院

令和2年

- 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和（※）するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した
- ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」
- へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした

令和4年

- 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。
- 超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。

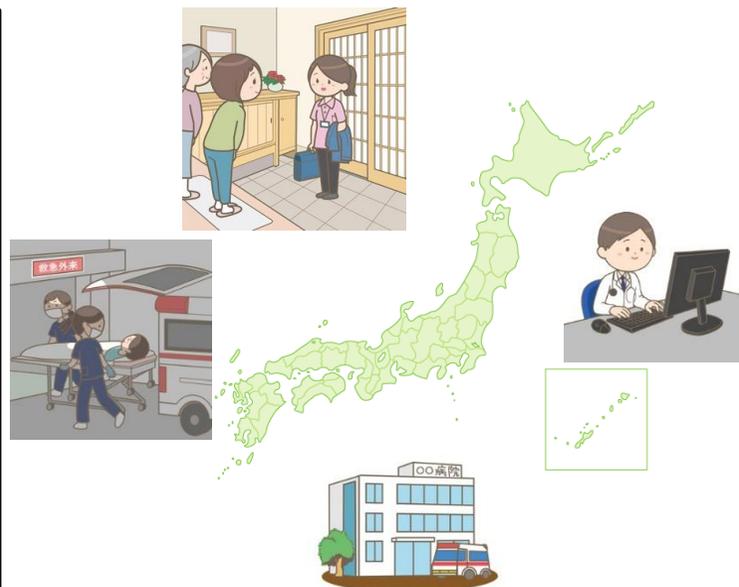
令和6年

- 回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、届出を病室単位で可能な区分を新設
- 地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和
- 在宅療養支援病院・診療所に係る24時間の往診体制の要件について、D to P with Nの実施体制を整備することで要件を満たすこととする緩和

医師少数区域及び医療資源の少ない地域等に配慮した評価の見直し

医師少数区域等に配慮した評価の見直し

- 医師少数区域等に配慮した評価を適切に推進する観点から、医師派遣機能や遠隔連携等に関する評価を見直す。
 - DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価
 - ・体制評価指数において、「**医師少数地域への医師派遣機能**」（大学病院本院群に限る。）について新たに評価を行う。
 - 急性期脳卒中治療における遠隔連携の評価
 - ・基幹施設との連携により届出を行う場合の超急性期脳卒中加算について、**対象地域を医師少数区域まで拡大**する等の見直しを行う。
 - ・医師少数区域等に所在する医療機関が基幹施設との連携により脳血栓回収術の適応について判断し、基幹施設において脳血栓回収術を実施した場合の評価を新設する。
 - へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進
 - ・へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、**D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価**を新設する。



医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、リハビリテーション等に関する評価を見直す。
 - 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設
 - ・医療資源の少ない地域において、回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、**回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設**する。
 - 地域包括ケア病棟の要件の見直し
 - ・医療資源の少ない地域において、地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における、「**自院の一般病棟からの転棟患者の割合**」に関する要件を緩和する。
 - 在支診・在支病の要件の見直し
 - ・医療資源の少ない地域の在支診・在支病に係る24時間の往診体制の要件について、**D to P with Nを実施できる体制を整備することで要件を満たすこととする。**

- 現時点での二次医療圏の見直しの情報を基に、令和2年度医療施設静態調査等の直近の統計を用いて医療資源の少ない地域について、見直しのシミュレーションを行った。
- 医療資源の少ない地域に該当していた40医療圏のうち5つの医療圏が同地域に該当しなくなる。

(令和2年度
改定)
40医療圏



引き続き要件に該当する二次医療圏数	37 医療圏
新たに要件に該当する二次医療圏数	1 医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	3 医療圏



(令和6年度
改定)
37医療圏※

※ 二次医療圏の再編に伴い、医療資源の少ない地域の対象地域である2つの医療圏が1つに合併

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

① 医療従事者の確保が困難な地域

「人口当たり医師数が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数が下位1/2」

② 医療機関が少ない地域

「病院密度が下位15%」または「病床密度が下位15%」

※上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

医療資源の少ない地域（令和6年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、 横手市 、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

6. 人口・医療資源の少ない地域における対応

6-1. 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況

6-2. 医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等の緩和

6-3. 巡回診療、医師派遣等の支援

6 - 3. 巡回診療、医師派遣等の支援

① 支援を要する地域

② 巡回診療、医師派遣、遠隔医療等の実施状況

機能評価係数Ⅱの評価内容③（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） 「地域周産期母子医療センターの指定」（0.5P） 	
へき地	<ul style="list-style-type: none"> 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） 「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P） 		
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ※ 上記のいずれも満たした場合（0.75P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P） <u>（令和6年度で終了）</u> ・ <u>第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和7年度以降の評価）</u> ・ <u>流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結(入院に係るものに限る)（0.5P）（令和7年度以降の評価）</u> 		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
<u>治験等の実施</u>	右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）	<p>治験等の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) <p>（※）協力施設としての治験の実施を含む。</p>	
<u>臓器提供の実施</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P） 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P） 	
<u>医療の質向上に向けた取組</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の質指標に係るDPCデータの提出(0.5P)（令和7年度以降の評価） ・病院情報の自院のホームページでの公表(0.25P)(※) ・医療の質指標の自院のホームページでの公表(0.25P)（令和7年度以降の評価） <p>（※）令和6年度は1Pとして評価</p>		
<u>医師少数地域への医師派遣機能</u>	(評価は行わない)	<ul style="list-style-type: none"> ・「<u>医師少数地域</u>」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P） 	(評価は行わない)

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果①（再掲）

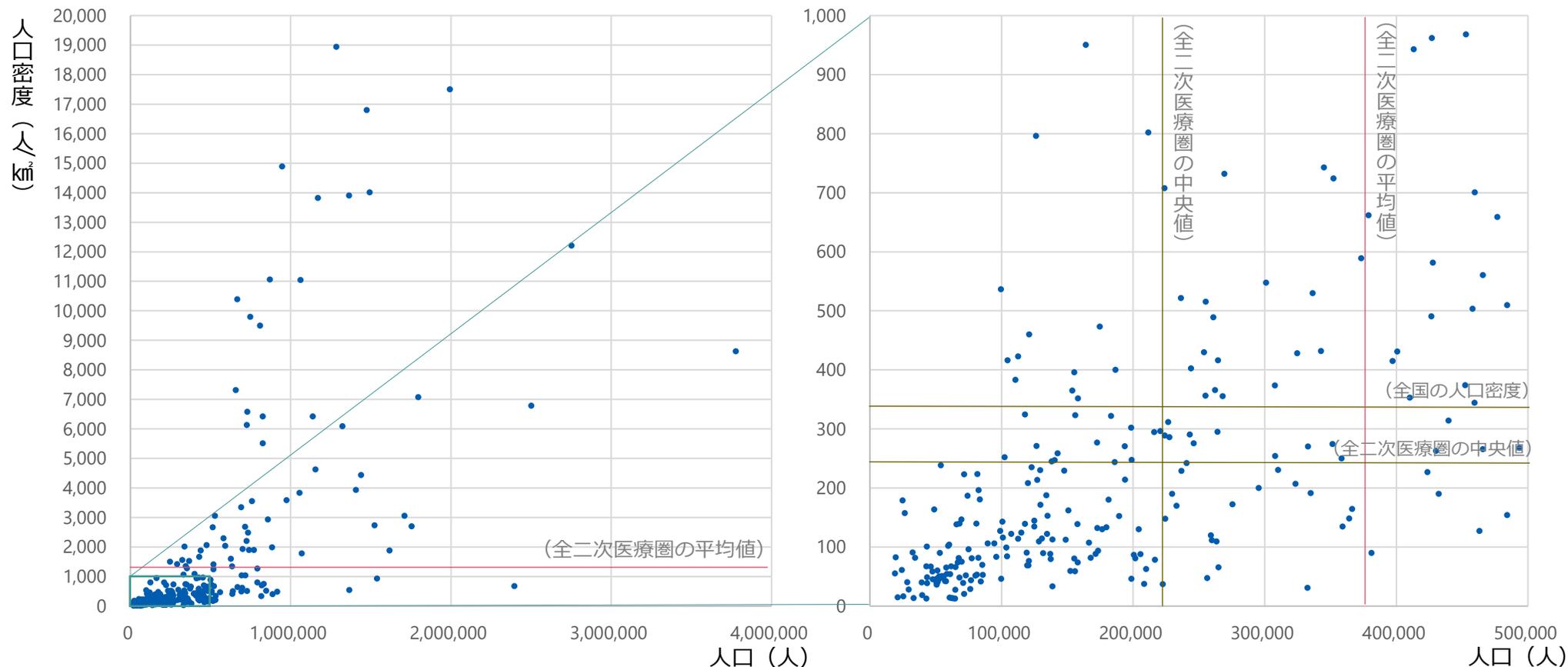
	医療機関の主な意見等
外来医療について	<ul style="list-style-type: none"> • 地域人口が減少しており、外来患者は減少している。 • 各地域の診療所が医師不足により閉鎖することが多く、へき地医療拠点病院でありながら、かかりつけ医の役割も担っている。 • 隣接自治体の診療所で診療できる医師がいなくなり、当診療所にも医師派遣をしている近隣病院（注：へき地医療拠点病院ではない病院）が新たに医師派遣を担うことになった。ただ、派遣元となる近隣病院にとっては、さらに派遣先が増えることになり、当診療所への派遺回数を今年から減らしたいとの要望があった。現状、なんとか維持してほしいと交渉して続けていただいている状況であるが、こうした病院からの派遣医師がなくなると、地域の診療体制が軒並み潰れるか縮小せざるを得ない。 • 外来・在宅医療の維持には、地域自治体による支援（補助金、デマンドタクシー等の移動手手段の整備等）が必要不可欠である。
在宅医療について	<ul style="list-style-type: none"> • 患者の高齢化に伴い、来院する手段が限られているため、訪問診療の実施が必要と考えている。 • 訪問診療を実施する上で、以下のような課題を感じている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 訪問診療実施中における通常診療の維持（時間や人員の制約） ② 交通費や燃料費の負担 • 24時間対応は困難であるため、患者の理解を得ながら、時間外の急変には連携する基幹病院の救急が対応している。医師は連携する基幹病院から派遣されているため、平時から診療情報の共有はこまめに行うことができている。 • 訪問診療の必要性を感じているが、医師や看護師が不足しているため実施を制限し、患者側の自助努力により来院をしていただく形を基本とせざるを得ない。 • 管理栄養士による訪問栄養指導ができる体制は整えているものの、実際に訪問したケースはまだない。訪問の必要な方がいれば依頼しようと思うが、管理栄養士も人員不足で病院から在宅に出すことは厳しい状況にある。

医療資源の少ない地域でのヒアリング結果④ (再掲)

	医療機関の主な意見等
救急医療体制 について	<ul style="list-style-type: none">離島地域においては、定期船による搬送が主となるが、本数が少ない。離島地域では、ドクターヘリが生命線となっている。現状、転院搬送の受入れを近隣病院から拒否されることは比較的少ないが、今後、受入側医療機関の人員不足による病床削減により、転院搬送の受入れについて影響を受ける可能性があると感じている。遠隔診療のシステムが構築されている医療機関では、初療について高次救急医療機関の判断を仰ぎ対応する事例もある。
その他	<ul style="list-style-type: none">地域内における産婦人科が医師不足により継続不可となり、別の地域の医療機関で出産をしてもらうことが多くなっている。地域における若年層が定着しない要因となっており、医療従事者不足にも影響を与えている。へき地診療所においては、へき地医療拠点病院やへき地医療拠点病院以外からの医師派遣が生命線となっている。全ての課題は「人材不足」に関連して生じている。人材不足を補うための対策（例：オンライン診療等）についても、これらを導入・実施する人材自体がないため、積極的に取り組めない。

二次医療圏の人口・人口密度の分布

- 二次医療圏ごとの人口・人口密度の分布を示したものは以下のとおり。
- 全二次医療圏の人口平均値は約38.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。



	最大値	第三四分位数	平均値	中央値	第一四分位数	最小値	(参考) 全国
人口密度 (人/km ²)	18,938.8	693.5	1,212.1	244.5	88.7	12.5	338.2
人口 (人)	3,777,491	482,440	382,261	223,258	100,834	19,122	126,146,099

※人口・面積は、令和2年国勢調査結果。二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）。

小規模な二次医療圏における支援のイメージ

小規模な二次医療圏

① へき地診療所等



- 過疎地域等に所在し、巡回診療、医師・代診医派遣等による支援を受ける医療機関
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用し、住民に対する基礎的な医療を提供

② へき地診療所等への支援を実施する病院



- 地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院
- オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等を実施
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

③ 拠点的功能を有する病院



- 急性期の拠点的功能を担う病院
- オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等を実施
- D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

6 - 3. 巡回診療、医師派遣等の支援

- ① 支援を要する地域
- ② 巡回診療、医師派遣、遠隔医療等の実施状況

へき地医療拠点病院の概要

へき地医療拠点病院の目的、指定要件等については「へき地保健医療対策等実施要綱」(令和4年7月29日医政発0729第13号医政局長通知)に定められている。

1 目的

へき地診療所への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保する。

2 指定要件

都道府県知事は、次に掲げる事業(ア、イ又はカのいずれかの事業は必須)を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。
- イ へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関する事。
- ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関する事。
- エ 派遣医師等の確保に関する事。
- オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関する事。
- カ 遠隔医療等の各種診療支援に関する事。
- キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関する事。
- ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関する事。

3 へき地医療拠点病院における医療活動の実施状況

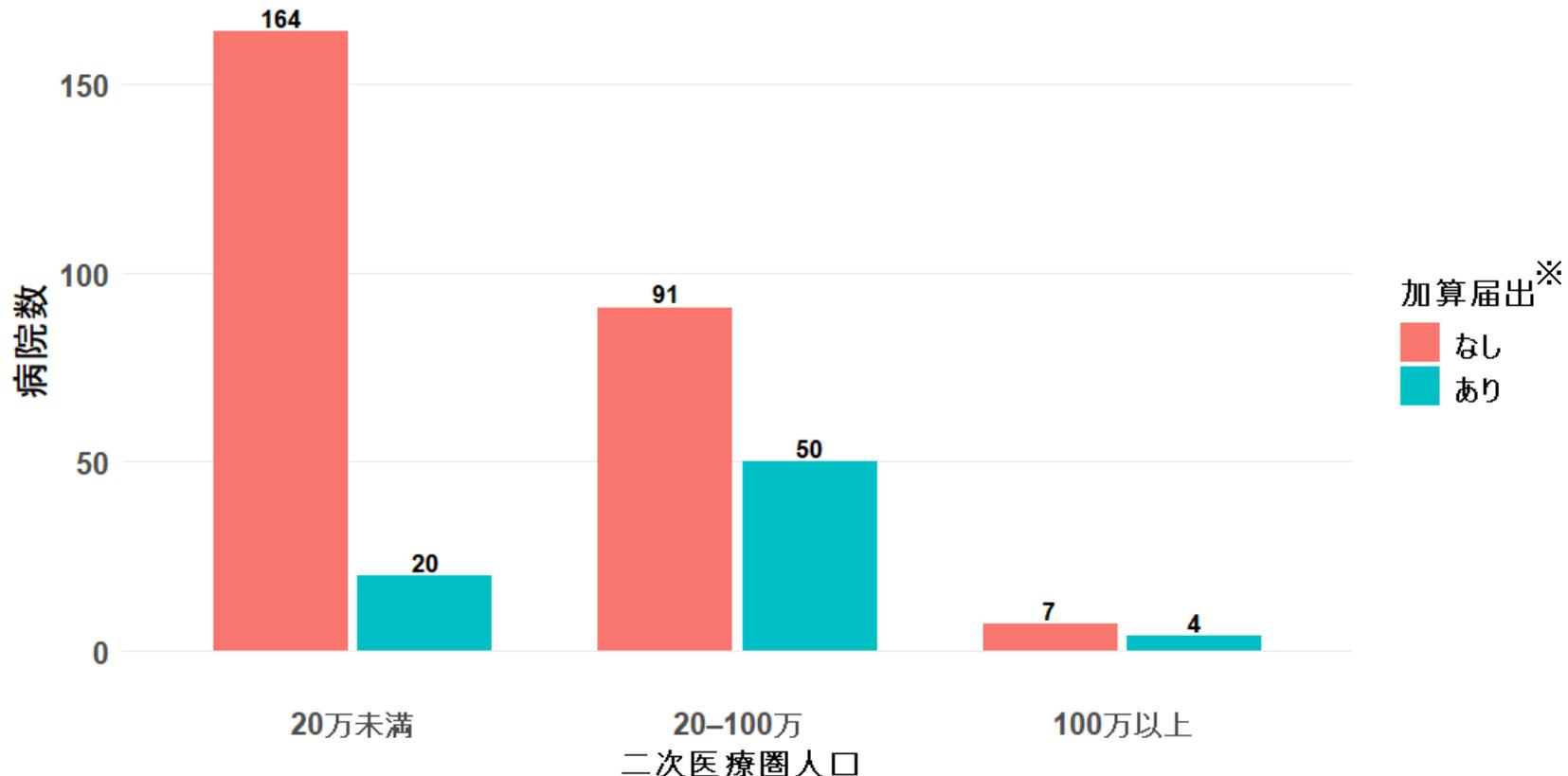
(期間:令和5年4月1日～令和6年3月31日) ※対象病院358施設

4事業(必須事業)						へき地診療所等への遠隔医療による支援	主要3事業を合計で年12回以上実施している病院数(割合)	4事業(必須事業)のいずれの事業の実施もなかった病院数(割合)
主要3事業								
無医地区等への巡回診療		へき地診療所等への医師派遣		へき地診療所等への代診医等派遣		実施病院数(割合)		
延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数			
4,507回	13回	16,810回	47回	3,280回	9回	122病院(34.1%)	254病院(70.9%)	39病院(10.9%)

二次医療圏別へき地医療拠点病院の加算届出状況

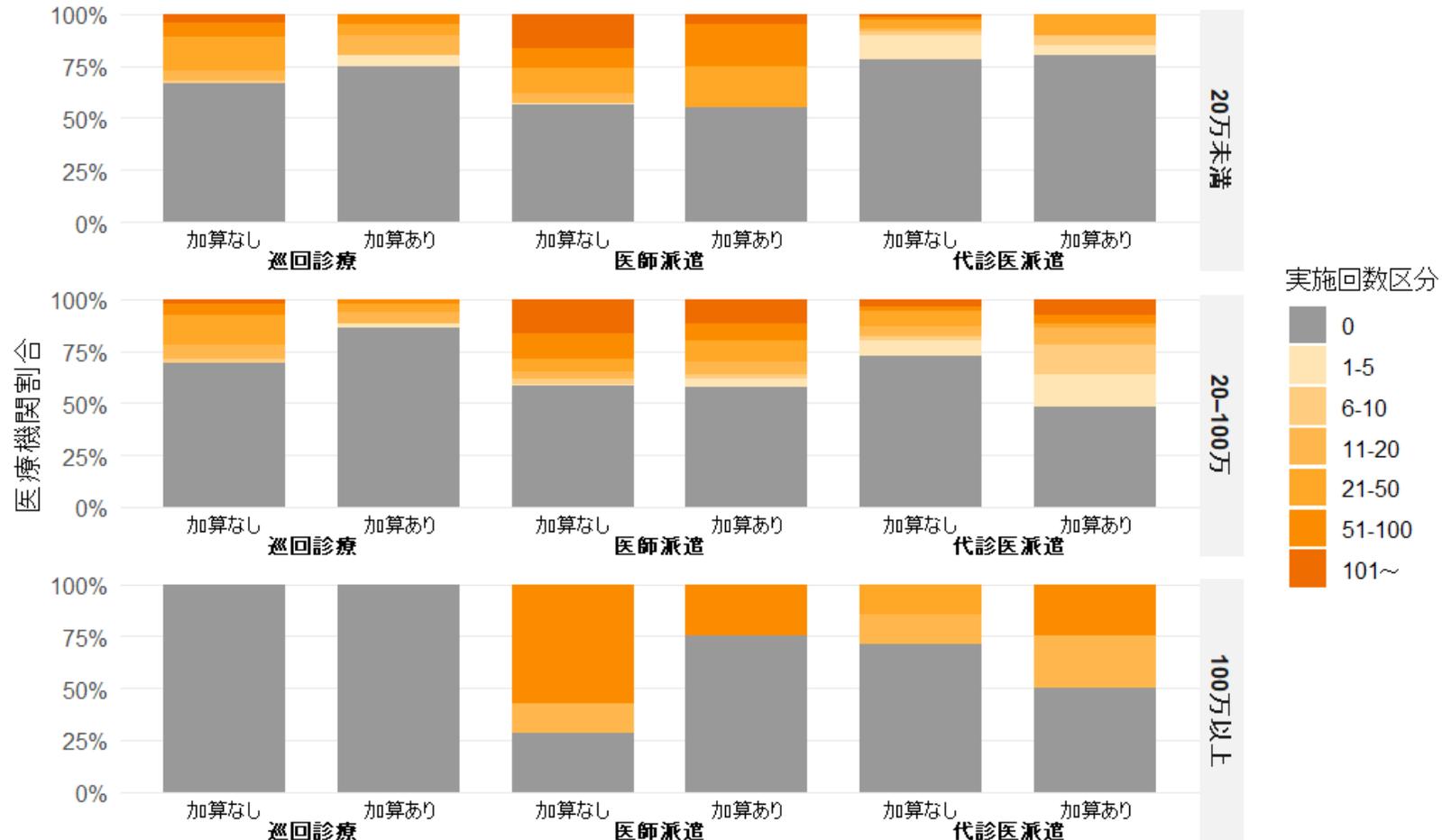
- へき地医療拠点病院の約半数は、20万人未満二次医療圏に所在している。
- 人口20万人未満の小さな二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、20万人以上二次医療圏のへき地医療拠点病院と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の割合が低かった。

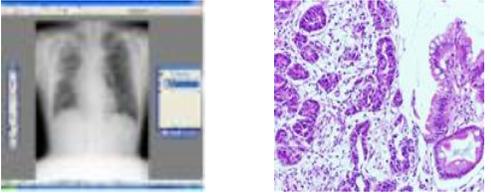
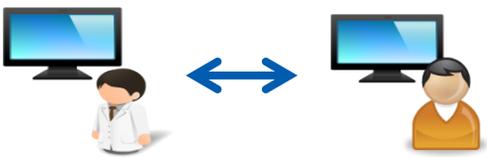
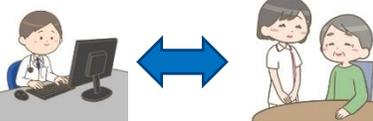
二次医療圏人口別へき地拠点病院の加算届出状況



二次医療圏別へき地医療拠点病院における主要3事業の実施状況について

- 20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、主要3事業を一定程度実施しており、総合入院体制加算や急性期充実体制加の届出の有無と実施状況に大きな違いは見られなかった。
- 20万-100万人医療圏では、加算を届け出ている病院では届出のない病院と比較して、巡回診療を実施している割合が少ない一方で、へき地等に代診医派遣を実施している割合が高かった。
- 100万人以上医療圏では、巡回診療を実施していない一方で、加算を届け出ている病院で、へき地等に医師派遣を実施している割合が高かった。



診療形態		診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持つ医師に送信しその読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・遠隔ICU（特定集中治療室遠隔支援加算） ・その他（超急性期脳卒中加算、脳血栓回収療法連携加算、遠隔脳波診断、遠隔放射線治療計画加算）
	医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診療
医師対患者 (D to P)	[D to P with D] 患者が医師といる場合のオンライン診療 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔連携診療料 ・遠隔連携遺伝カウンセリング 
	[D to P with N] 患者が看護師等といる場合のオンライン診療 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師等遠隔診療補助加算（再診料等）
	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔モニタリング加算（心臓ペースメーカー指導管理料、在宅患者酸素療法指導料、在宅患者持続陽圧呼吸療法、在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料） 対象患者に対して、情報通信機能を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

へき地医療におけるオンライン診療の活用状況

診調組 入-1
7. 6. 19

- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は83施設、へき地診療所は134施設。
- へき地拠点病院において、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関は7施設であり、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- へき地診療所におけるオンライン診療について、受診者が患家にいる場合よりも診療所にいる場合の方が多い。

	施設数（※1）	情報通信機器を用いた診療の届出数（※2）
へき地医療拠点病院	358施設	83施設
へき地診療所	1,120施設（※3）	134施設

※1 令和6年4月1日時点
 ※2 令和7年4月1日時点、
 ※3 全体の施設数には歯科診療所を含む

○ へき地拠点病院

巡回診療を実施した医療機関のうち、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関数	7 / 98 (7.1%)
代診医派遣を実施した医療機関のうち、オンライン診療による代診医派遣を実施した医療機関数	0 / 100 (0%)
ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	31 / 358 (8.7%)

	延べ実施回数	延べ受診患者数
北部上北広域事務組合公立野辺地病院（青森県）	8 / 22 (36.4%)	37 / 91 (40.7%)
村上総合病院（新潟県）	153 / 155 (98.7%)	513 / 1,382 (37.1%)
長野県立木曽病院（長野県）	4 / 12 (33.3%)	4 / 12 (33.3%)
独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター（山口県）	12 / 24 (50.0%)	31 / 175 (17.7%)
山口県立総合医療センター（山口県）	4 / 98 (4.1%)	19 / 472 (4.0%)
小国公立病院（熊本県）	23 / 23 (100%)	12 / 12 (100%)
県立大島病院（鹿児島県）	10 / 51 (19.6%)	201 / 1,110 (18.1%)

○ へき地診療所

ICTによるへき地医療の診療支援の実施状況として、へき地の住民に対するオンライン診療（D to P※）で活用と回答した医療機関数 ※D to P with N、D to P with Dを含む	75 / 1,120 (6.7%)
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が患家にいるケースの件数	462件
上記医療機関におけるオンライン診療のうち受診者が診療所にいるケースの件数	3,604件

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受けられることができる環境を整備することが重要となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべきである。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせを行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべきである。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当である。
7. また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が87点から1,681点までであるところ、オンライン診療の場合では一律100点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律147点となっている。オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当である。
8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

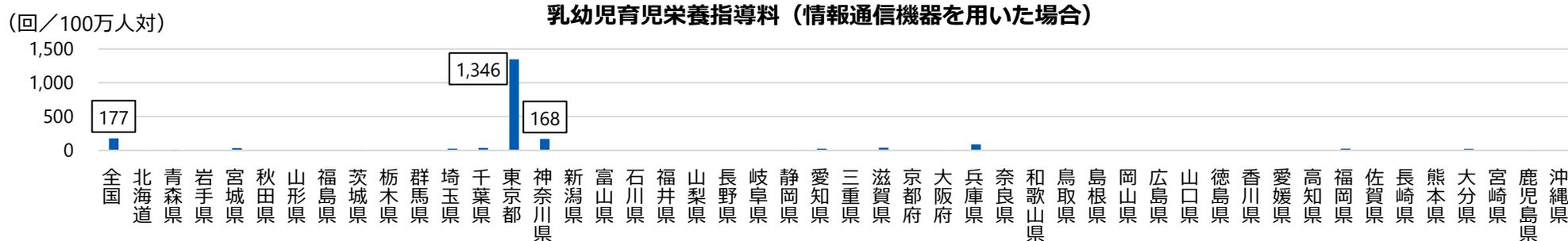
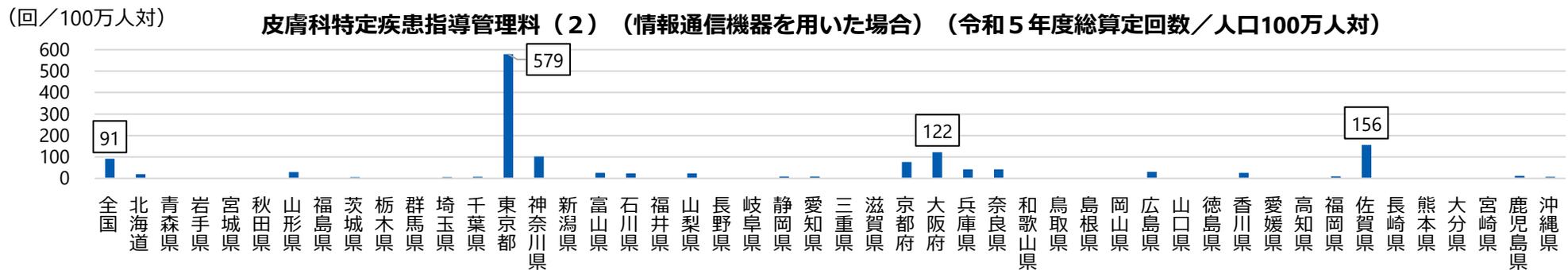
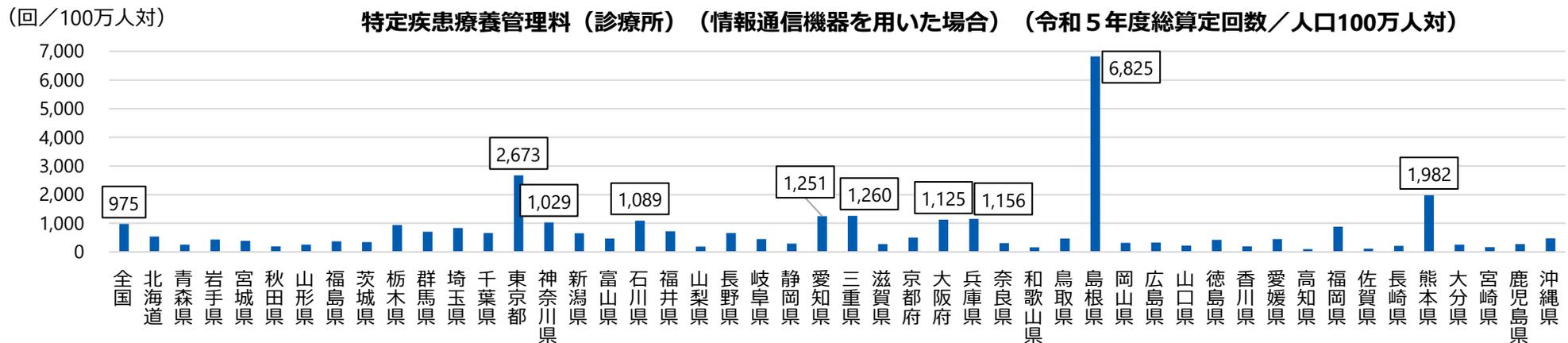
情報通信機器を用いた診療による医学管理料の算定状況

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
- 令和6年度改定前から算定可能な医学管理料の多くで増加傾向であり、令和4年度改定により算定可能な医学管理料では乳幼児育児栄養指導料が3,535回、令和6年度改定により算定可能な医学管理料では、生活習慣病管理料2が4,612回で最多であった。

	R2	R3	R4	R5	R6 (7月診療分)	
令和4年度改定前から算定可能な医学管理料	特定疾患療養管理料	1,138	384	4,603	6,821	7,822
	小児科療養指導料	6	3	26	75	28
	てんかん指導料	54	33	173	186	351
	難病外来指導管理料	119	49	378	465	396
	糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1	1	0
令和4年度改定から算定可能な医学管理料	ウイルス疾患指導料			5	9	9
	皮膚科特定疾患指導管理料			277	750	1,901
	小児悪性腫瘍患者指導管理料			0	0	4
	がん性疼痛緩和指導管理料			2	6	22
	がん患者指導管理料			6	1	2
	外来緩和ケア管理料			0	0	1
	移植後患者指導管理料			1	11	10
	腎代替療法指導管理料			0	0	0
	乳幼児育児栄養指導料			72	1,660	3,535
	療養・就労両立支援指導料			0	1	0
	がん治療連携計画策定料2			0	0	0
	外来がん患者在宅連携指導料			1	0	1
	肝炎インターフェロン治療計画料			0	0	0
	薬剤総合評価調整管理料			0	0	1
令和6年度改定から算定可能な医学管理料	慢性腎臓病透析予防指導管理料					0
	生活習慣病管理料2					4,612
	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料					1,975
	医療的ケア児(者)入院前支援加算					0

都道府県別の情報通信機器を用いた診療による医学管理料の算定回数（医療機関住所地）

○ 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた医学管理料の人口100万人当たりの算定回数について、管理料ごとにそれぞれ地域差が見られる。



医療資源の少ない地域でのヒアリング結果②（再掲）

	医療機関の主な意見等
情報通信機器を用いた診療について	<ul style="list-style-type: none">情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）を行うことで、訪問診療等と比べて必要な時間が短縮できること等のメリットがある。オンライン診療の診療報酬は対面診療よりも低い一方で、へき地で高齢者を対象にオンライン診療を実施する場合は、機器の操作などを手助けするためのコストや時間がかかる。その負担に見合うように、オンライン診療に関する診療報酬の引上げが必要であると感じている。以下のような課題を感じている。<ul style="list-style-type: none">①へき地であるという地域特性上、通信環境等のインフラが普及しておらず、その整備に費用がかかる。②高齢者の多くはデバイスの使用に慣れていない。③D to P with Nの活用も検討したが、機器に習熟した看護師や事務職員を確保することが困難である。D to P with Nを実施する上で、以下のような課題を感じている。<ul style="list-style-type: none">①訪問した看護師が実施してよい処置の範囲や、診療報酬が請求可能な範囲が明確ではない。②院外処方の場合、近隣に薬局がなく、調剤や服薬指導をうけることが困難である。

1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- 注1
- ・ 指定難病の疑いがある患者
 - ・ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者
- 注2
- ・ 指定難病の患者
 - ・ てんかんの患者（知的障害を有する者に限る。）

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。
- ・ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意

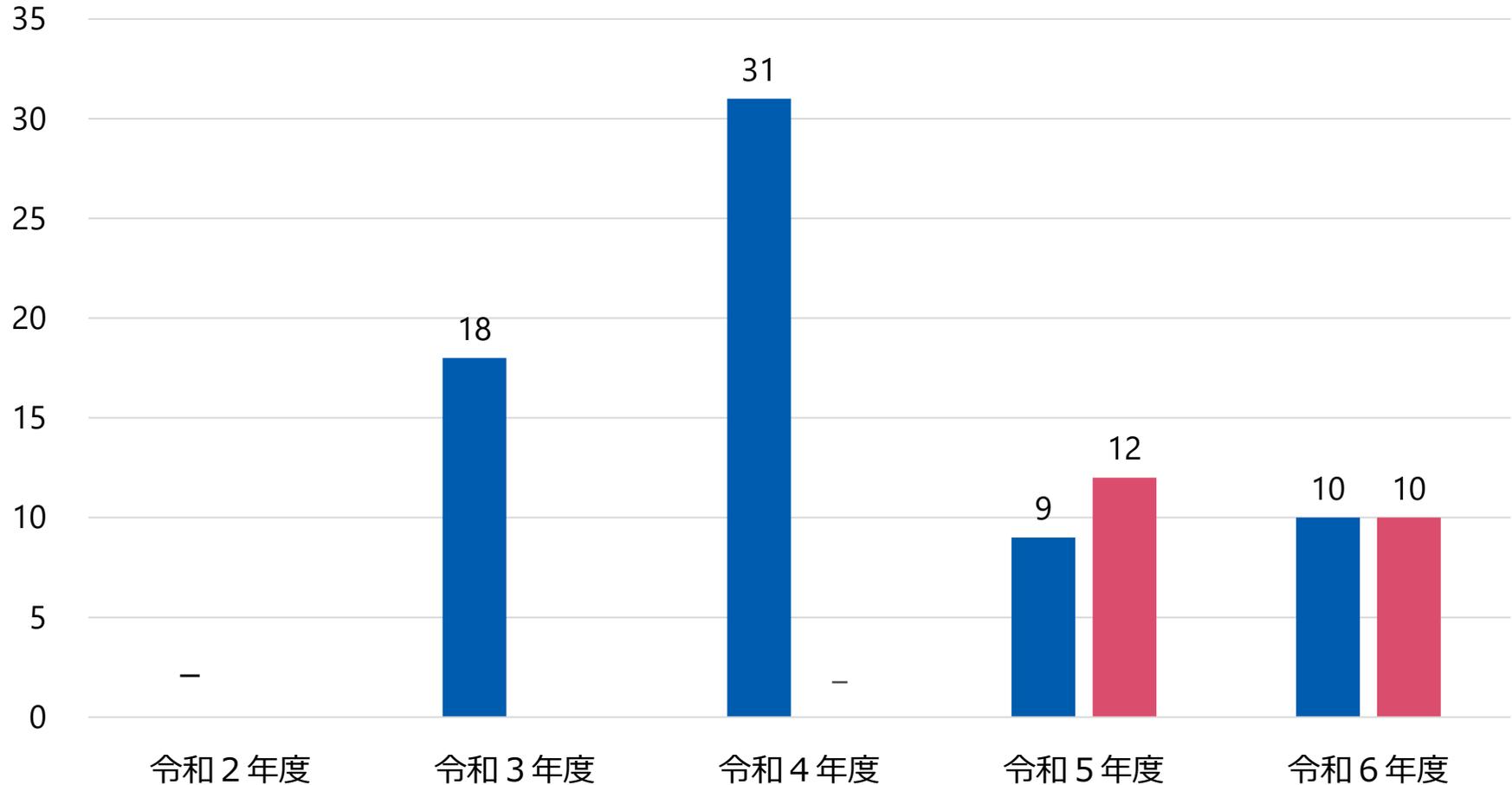
主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う（初診も可）



遠隔連携診療料の算定回数

診調組 入-1
7. 6. 19

○ 遠隔連携診療料の算定回数は以下のとおり。



■ 遠隔連携診療料（診断を目的）

■ 遠隔連携診療料（その他）

(※) 令和6年度は4月～11月まで

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新） 看護師等遠隔診療補助加算 50点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

〔施設基準〕

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



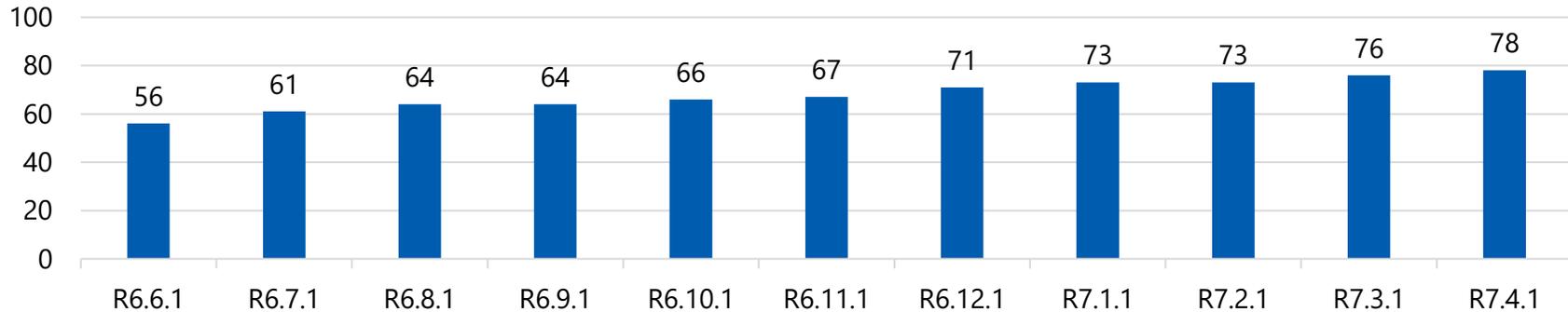
患者が看護師等という場合

看護師等遠隔診療補助加算

- 看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数、算定回数、研修受講者数は以下のとおり。
- 届出医療機関数は増加傾向、要件となっている研修も約4,000名が受講している。

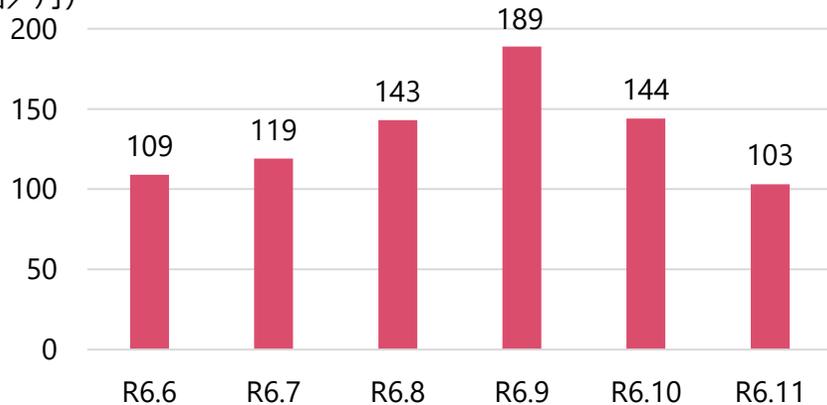
(届出医療機関数)

看護師等遠隔診療補助加算の届出医療機関数

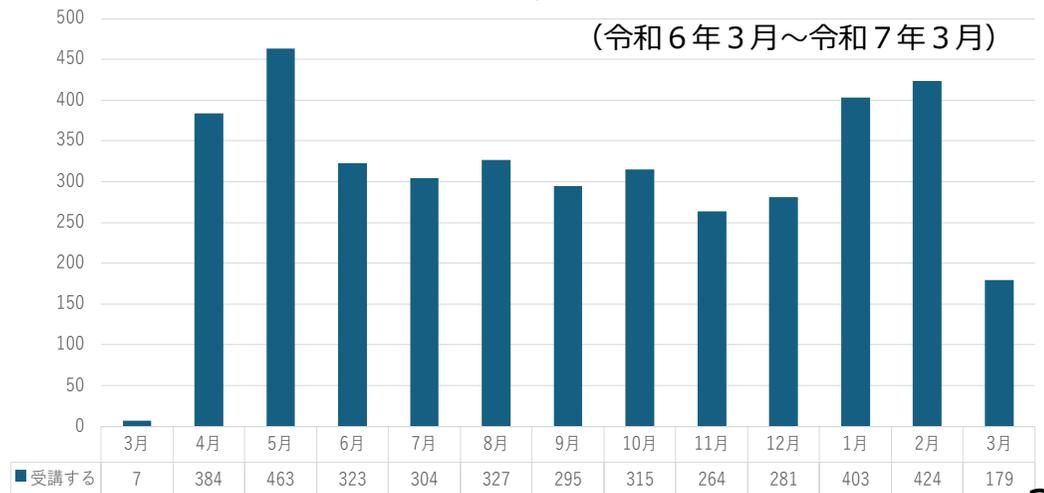


看護師等遠隔診療補助加算の月別算定回数

(回/月)



へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修月別受講者数 3,969名 (2025年3月17日時点)



Case9 鳥羽市立神島診療所

—基礎情報—

- 所在地 : 三重県鳥羽市神島 (人口 17,525 人) (参考 神島 309 人)
- 設立主体 : 公立 (鳥羽市)
- 病床数 : -
- 医療機関種別 : 診療所
- 主な診療科 : 内科
- 勤務医師数
 - 常勤医 : 1 名
 - 非常勤医 : 0 名
- 利用システム : 専用システム



主な特徴

導入費用	運営費用	予約	ビデオ通話	決済
有	有	無	有	無

—導入経緯—

- 近隣地域のへき地診療所当たりの患者数が年々減少しているため、各へき地診療所に医師が常駐するよりも少ない医師で対応できるグループ診療の仕組みを 2020 年に取り入れた。
- グループ診療の仕組みにおいて、医師が島外の診療所に勤務している場合でも、島内の患者を診察できるよう、オンライン診療を導入することとした。また、島外でも患者の医療情報を参照するために、クラウド型の電子カルテシステムを併せて導入した。

—実施しているオンライン診療の特徴—

(利用方法)

- 週 4 回は島を訪れての対面診療を実施しており、オンライン診療は、それ以外の曜日や夜間・休日、船の欠航等により島を訪問できない日の代替手段として実施している。
- 島内に居住する看護師が常駐し、患者の来院に対応している。患者が診療所に来院し、診療所内に設置したデバイスを用いてオンライン診療を実施する。患者のほとんどが高齢者のため、オンライン診療を実施する際は看護師の補助が必須である。機会は少ないが、夜間・休日等に看護師が患者宅を訪問した上でオンライン診療を実施することもある。
- 初診からのオンライン診療は行っていない。

(利用する患者像)

- 患者は島内の居住者に限られており高齢者が多い。担当の医師はほとんどの島民と面識がある。
- どのような疾患であっても、希望があれば一度はオンライン診療に応じ、対面診療への切替への

必要性については適宜医師が判断することとしている。

(職員や患者への理解促進)

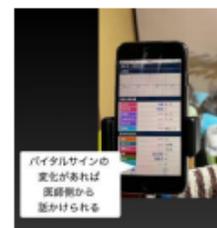
- 離島という性質上、職員全員がオンライン診療の必要性、意義を理解している。通信機器の使用方法については、導入時にベンダーによる説明会を開催して理解を促進した。
- 日々の対面診療で患者との信頼関係を構築できている、高齢の患者もオンライン診療を受け入れている。通信機器の使用は看護師や事務職員が行うため、患者は不安なく利用できている。(処方箋・薬剤の受渡し方法)
- 島内に薬局がないため、患者に本土の薬局まで行ってもらうこともある。2022 年 12 月から一部薬剤について、本土の薬局からのオンライン服薬指導+患者宅への配送の運用を開始している。

(受診料の回収方法)

- 受診料については、患者が診療所に来院してオンライン診療を受けるため、その場で看護師又は事務職員へ支払う。夜間・休日等に看護師が患者宅へ訪問した上でオンライン診療を行う場合は、翌営業日に患者が診療所にて支払う仕組みとしている。

(その他の工夫)

- 在宅患者のベッド付近にバイタルアラートとスマートフォンを付けて、バイタル危険値が出た場合には、医師が所持する iPad に連絡が届く仕組みを利用している。



バイタルサインを測定する
スマートフォンのイメージ

—課題と解決策—

課題

- 市立の診療所であるため、導入するシステム等については、市役所担当職員との調整が必要となる。2017 年ごろから電子カルテやオンライン診療の導入を市役所と調整しているが、医療機関側の意向と合致せずに導入が困難であった。

解決

- 市役所担当職員と地域医療体制を検討する上で、継続的な議論を続け、電子カルテやオンライン診療の導入が実現。
- さらに、国土交通省「スマートアイランド推進実証調査」を活用して導入費用を確保し、導入に至ることができた。

—導入の効果—

(医療機関)

- クラウド型電子カルテと併用することで、医師が島外に居ながらにして、患者情報を閲覧できるとともに、即時に処方箋を交付できることで、オンライン診療時にも対面診療とほとんど変わらない対応が可能になった。

(患者)

- 情報基盤が拡充されたことにより、情報の面でも不安なく、画面越しに医師の顔を見ながら診療を受けられるようになり、継続的に適切に診察を受けることができるようになった。

- 地域医療支援病院については、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行うこととされていたが、令和5年医療法改正において、地域におけるかかりつけ医機能の確保のための研修も含めて研修を行うこととされた。

新	旧
<p>第十六条の二 地域医療支援病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならない。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 <u>地域におけるかかりつけ医機能の確保のための研修その他の地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせること。</u></p> <p>四～七 (略)</p>	<p>第十六条の二 地域医療支援病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならない。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 <u>地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせること。</u></p> <p>四～七 (略)</p>



全日本病院協会 総合医育成事業

—地域包括ケアの中核を担う人材の養成—

第18回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年2月28日)資料3より抜粋

概要

- 一定のキャリアを持つ
全科の医師を対象
- 自院で働きながら2年間
程度の研修を行う
- 2018年7月開始(受講料
40万円)、年に1回募集
- 18-24年度研修者315名
(共催の日本プライマリ・ケア
連合学会より137名)
- 受講者プロフィール
所属科:内科、外科を中心
に脳神経外科、整形外科、
救急科等
- 修了者:93名
(2023年1月現在)

目標とする医師像

- 臓器別にとらわれない幅広い治療ができる
- 病院内外でチーム医療のマネジメントができる
- 患者の生活全体を視野に入れた機能を構築する
- 病院組織の運営へ積極的に関与できる

プログラム内容

- 自院での総合診療の実践
- スクーリング(1回6時間を1単位:修了には6割以上の受講)
 - ・医療運営コース (2単位)
医療制度、医療を巡る問題を俯瞰する
 - ・診療実践コース (22単位) 臨床推論、循環器、小児科など
初診外来・一般病棟・全科当直・在宅ケアなどの
プライマリ・ケアの現場で一步踏み出せる能力を修得
 - ・システマティックスキルコース (10単位) リーダーシップ、問題解決など
チームの構築・マネジメントができる能力を修得

参考:全日本病院協会 総合医育成プログラムホームページ (<https://www.ajha.or.jp/hms/sougouji/>)





一般社団法人 日本病院会
Japan Hospital Association

日本病院会 認定「病院総合医」

－育てよう病院総合医－

2018年1月育成プログラム認定

2018年4月研修開始

【病院総合医とは】

高い倫理観、人間性、社会性をもって総合的な医療を展開する医師を指します。日本病院会では当会の掲げる理念に基づき、必要なスキルを習得し、到達目標を十分達成することによって「病院総合医」として認定します。

【理念】

- ①病院において多様な病態を呈する患者に、包括的かつ柔軟に対応できる総合的診療能力を有する医師を育成する。
- ②必要に応じた複数の診療科、また介護、福祉、生活等の分野と連携・調整し、全人的に対応できる医師を育成する。
- ③地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携の中心的役割を担うことができる医師を育成する。
- ④多職種をまとめチーム医療を推進できる医師を育成する。
- ⑤総合的な病院経営・管理の能力があり、病院だけでなく地域の医療にも貢献できる医師を育成する。

【施設参加要件・対象医師】

日本病院会の会員病院で、当事業の理念に賛同し、「病院総合医」を育成することを目指す病院。
卒後6年目以降の医師が対象。

【育成プロセス】

参加施設が育成プログラムを作成し、日本病院会が審査・認定する。

病院総合医となるために病院総合専修医として、育成プログラム認定施設で研修を行い、必要要件を満たしたと病院総合指導医及び病院管理者が認めた場合に、病院総合医になるための申請を行い、日本病院会が審査・認定する。

【育成プログラム認定施設】

187施設(2024年1月現在・認定は年1回)

【病院総合専修医(研修を行っている者)】

261名(認定者を除く登録総数)(2024年5月現在)

【認定者】262名(2024年5月現在・認定は年1回)

【更新者】41名(2024年5月現在・更新は5年に1回)

【参考】 日本病院会 認定 病院総合医 育成事業 ホームページ <https://www.hospital.or.jp/sogoi/>

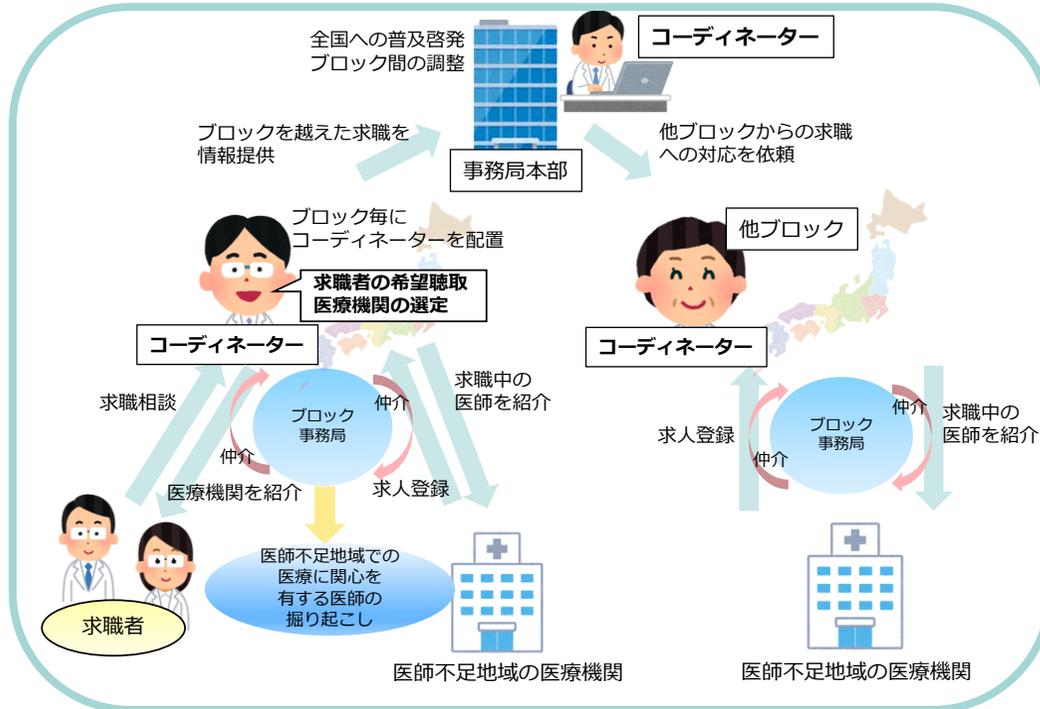
全国的なマッチング機能の支援等、都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定（案）

中医協 総 - 4
7. 6. 25

【全国的なマッチング機能の支援等】

- 中堅・シニア世代等の医師を希望に応じて医師不足地域における医療ニーズにつなげるため、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行うこととしてはどうか。

<事業イメージ（案）>



<リカレント教育の支援>

- 中堅・シニア世代等の医師に対する総合的な診療能力等に係るリカレント教育の推進を支援



【都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定】

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣、医学部地域枠等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとしてはどうか。

現状と課題

(人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況)

- 人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にあり、従事する医師の高齢化も進んでいる。
- へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行うこととされている。へき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼び、情報通信技術を活用した遠隔医療と合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（令和6年12月25日）では、医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進めることとされている。また、地域偏在対策における経済的インセンティブ等の一つとして、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進すること等が挙げられている。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域の医療資源の状況を踏まえた地域医療構想調整会議での協議のうえ、地域の医療機関へ代診医などの医師を派遣することが想定されている。
- 医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査では、地域の外来診療を近隣病院からの医師派遣に頼っている現状や、へき地で高齢者を対象にオンライン診療を実施する場合に、機器の操作などを手助けするためのコストや時間がかかる現状などに関する意見があった。

(医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等の緩和)

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和6年度診療報酬改定においては、回復期リハビリ病棟に相当する機能を有する病室について、届出を病室単位で可能な区分の新設、地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和、在宅療養支援病院・診療所に係る24時間の往診体制の要件について、D to P with Nの実施体制を整備することで要件を満たすこととする緩和等を行った。

現状と課題

(巡回診療、医師派遣等の支援)

- DPCの「体制評価指数」において、「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」等を評価している。
- 医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査では、地域の外来診療を、へき地医療拠点病院ではない近隣病院からの医師派遣に頼っている現状に関する意見があった。
- 全二次医療圏の人口平均値は約38.2万人であり、中央値は約22.3万人であった。二次医療圏の人口密度にはばらつきがあり、全二次医療圏の平均値以下である二次医療圏は268医療圏であり、全国の人口密度以下である二次医療圏は194医療圏であった。
- へき地医療拠点病院における主要3事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実施状況について、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている拠点的な病院においても、巡回診療やへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣を実施しており、代診医派遣については、届出のない医療機関と比較して、届出のある医療機関の方が多く実施している。このような拠点的な病院では、自院における救急搬送受入や手術等の診療に加えて、当該事業等を通じて、地域医療提供体制の確保において重要な役割を担っている病院もあると考えられる。
- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っているへき地医療拠点病院は83施設、へき地診療所は134施設。へき地拠点病院において、オンライン診療による巡回診療を実施した医療機関は7施設であり、実施した巡回診療のうちほとんどをオンライン診療で実施している医療機関もみられた。
- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は、令和6年度改定前から算定可能な医学管理料の多くで増加傾向である。
- 地域医療支援病院については、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行うこととされていたが、令和5年医療法改正において、地域におけるかかりつけ医機能の確保のための研修も含めて研修を行うこととされた。

【課題】



- 医療資源の少ない地域における医療の提供の評価や、医療資源の少ない地域に関するヒアリング調査結果についてどのように評価するか。
- 人口・医療資源の少ない地域等を取りまく状況や巡回診療、医師派遣等の支援の現状についてどのように評価するか。