

# 入院(その1)

# 1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

# 2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

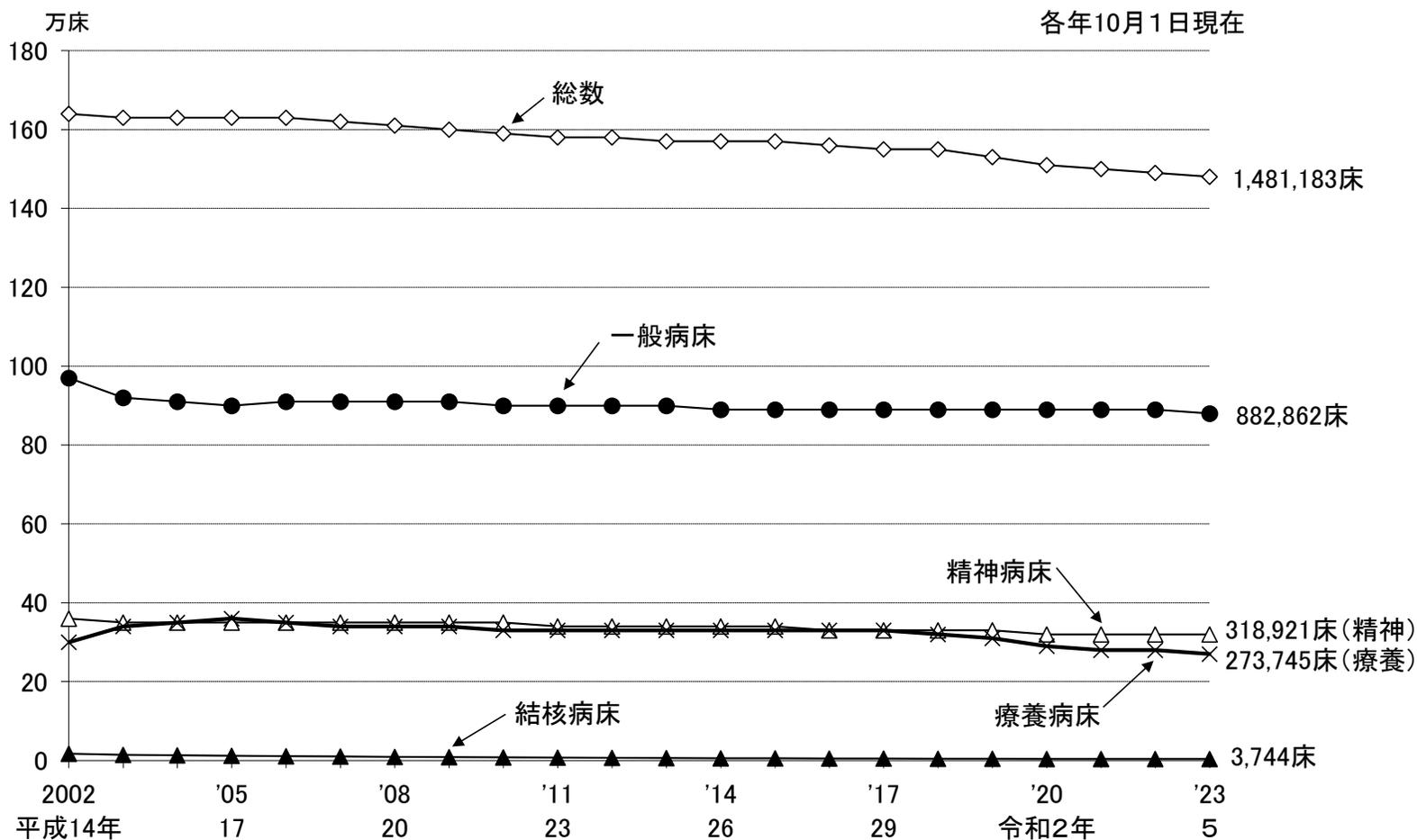
(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

# 病床数の変化（2002年→2023年）

病床の総数は減少傾向にある。

図4 病床の種類別にみた病院病床数の年次推移



## 統計表 2 病床の種類別にみた病床利用率・平均在院日数の年次推移

病床利用率は、すべての病床類型で概ね減少傾向である。平均在院日数も、すべての病床類型で概ね減少傾向である。

	各年間									
	平成26年 (2014)	27年 ( '15)	28年 ( '16)	29年 ( '17)	30年 ( '18)	令和元年 ( '19)	2年 ( '20)	3年 ( '21)	4年 ( '22)	5年 ( '23)
<b>病 床 利 用 率 (%)</b>	80.3	80.1	80.1	80.4	80.5	80.5	77.0	76.1	75.3	75.6
精 神 病 床	87.3	86.5	86.2	86.1	86.1	85.9	84.8	83.6	82.3	81.6
感 染 症 病 床	3.2	3.1	3.2	3.3	3.6	3.8	114.7	343.8	571.2	160.8
結 核 病 床	34.7	35.4	34.5	33.6	33.3	33.2	31.5	28.9	27.4	26.8
療 養 病 床	89.4	88.8	88.2	88.0	87.7	87.3	85.7	85.8	84.7	84.1
一 般 病 床	74.8	75.0	75.2	75.9	76.2	76.5	71.3	69.8	69.0	70.8
介 護 療 養 病 床	92.9	92.1	91.4	90.9	91.3	90.7	88.1	85.9	80.4	75.8
<b>平 均 在 院 日 数 (日)</b>	29.9	29.1	28.5	28.2	27.8	27.3	28.3	27.5	27.3	26.3
精 神 病 床	281.2	274.7	269.9	267.7	265.8	265.8	277.0	275.1	276.7	263.2
感 染 症 病 床	8.9	8.2	7.8	8.0	8.3	8.5	9.8	10.1	10.5	13.3
結 核 病 床	66.7	67.3	66.3	66.5	65.6	64.6	57.2	51.3	44.5	42.1
療 養 病 床	164.6	158.2	152.2	146.3	141.5	135.9	135.5	131.1	126.5	119.6
一 般 病 床	16.8	16.5	16.2	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1	16.2	15.7
介 護 療 養 病 床	315.5	315.8	314.9	308.9	311.9	301.4	287.7	327.8	307.8	295.7
介護療養病床を除く総数	28.6	27.9	27.5	27.2	27.0	26.7	27.9	27.3	27.2	26.2

注：1) 月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。 (病院報告)

2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

3) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

4) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

5) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

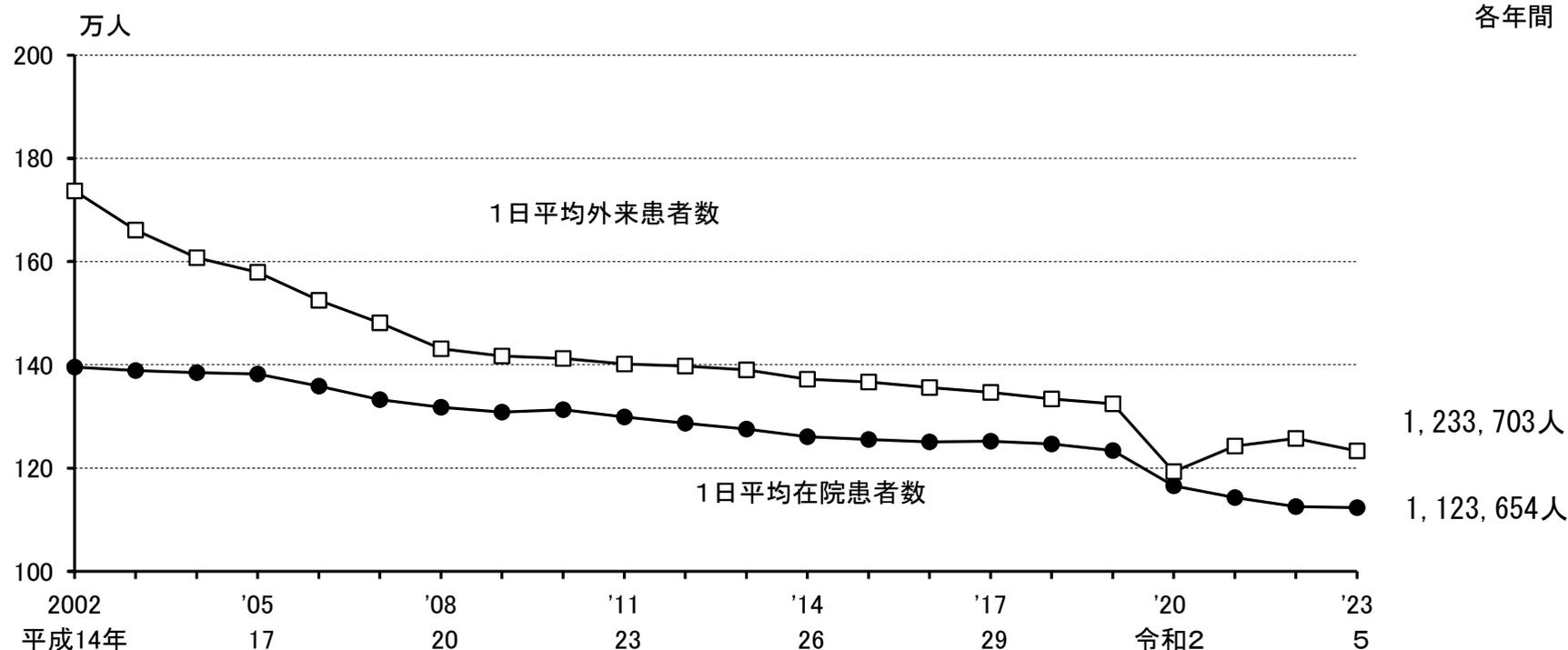
6) 在院患者数は許可（指定）病床数にかかわらず、毎日24時現在に在院している患者数をいう。

このため、感染症病床の在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから病床利用率は100%を上回ることがある。

# 病院の1日平均患者数の年次推移（2002年→2023年）

病院の1日平均外来患者数及び在院患者数は減少傾向にある。

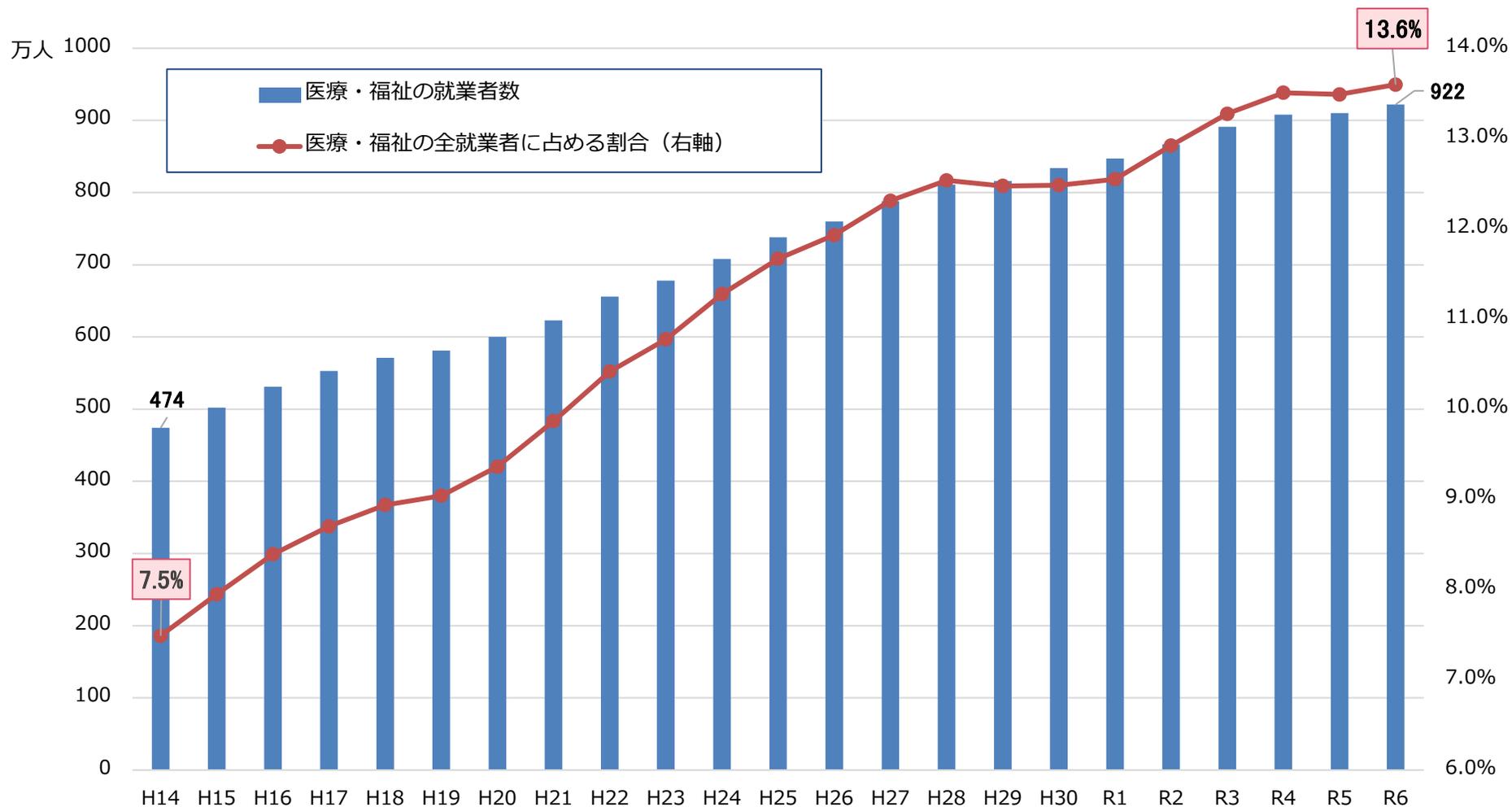
## 図 病院の1日平均患者数の年次推移



- 注：1) 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
- 2) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 3) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 4) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

## 医療・福祉の就業者数と割合の推移

医療・福祉分野の就業者数は22年間で448万人増加し、令和6年は就業者の13.6%（7.4人に1人）が医療・福祉分野で就業している。

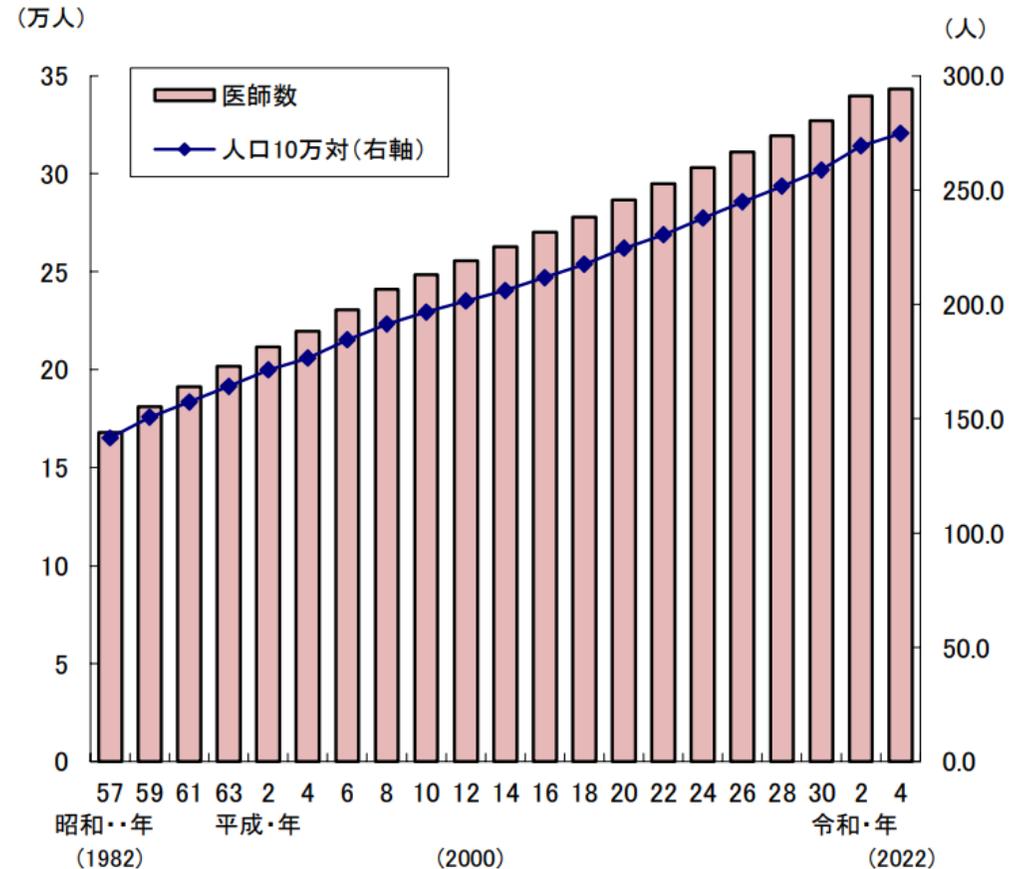


# 医師数の年次推移

## 医師数の年次推移

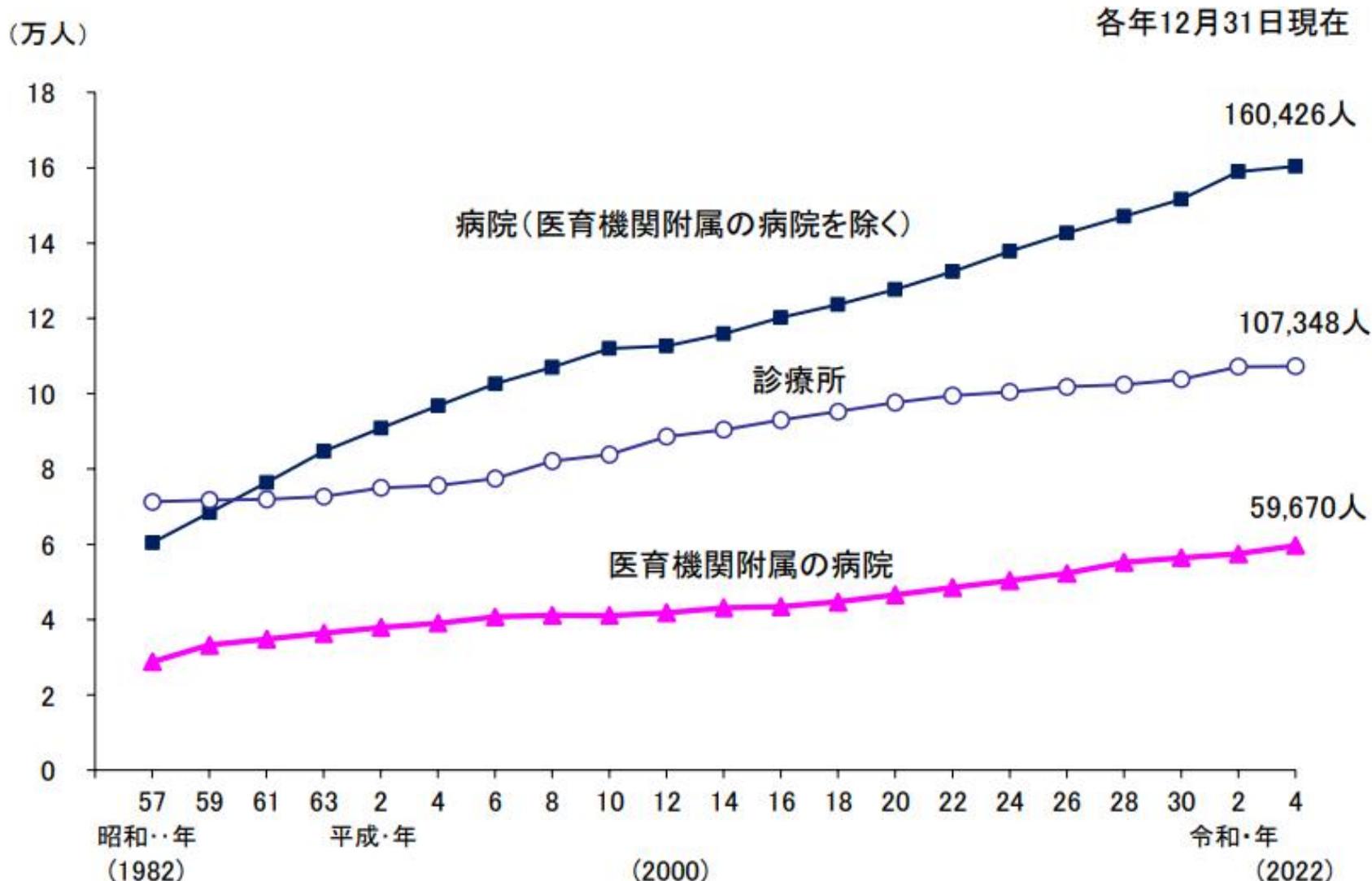
各年12月31日現在

	医師数		人口10万対 (人)
	(人)	増減率 (%)	
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



# 施設の種別に応じた医師数の年次推移

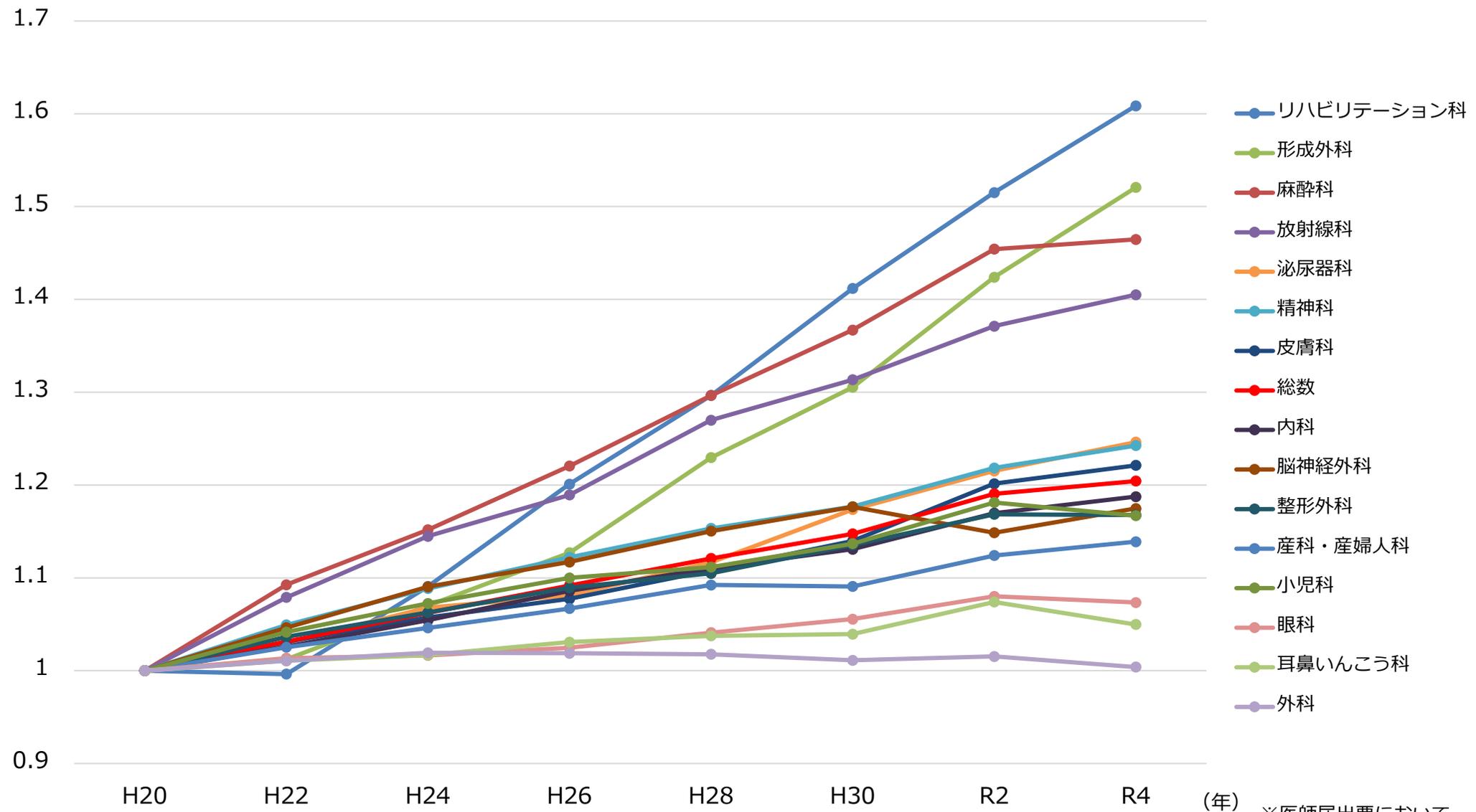
- 主に従事している施設の種別に医師数をみると、「病院（医育機関附属の病院を除く）」160,426人が最も多く、「診療所」107,348人、「医育機関附属の病院」59,670人となっている。
- 年次推移でも、昭和61年以降「病院（医育機関附属の病院を除く）」を主たる従事先とする医師が最も多い。



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04\\_kekka-1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf)

# 診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



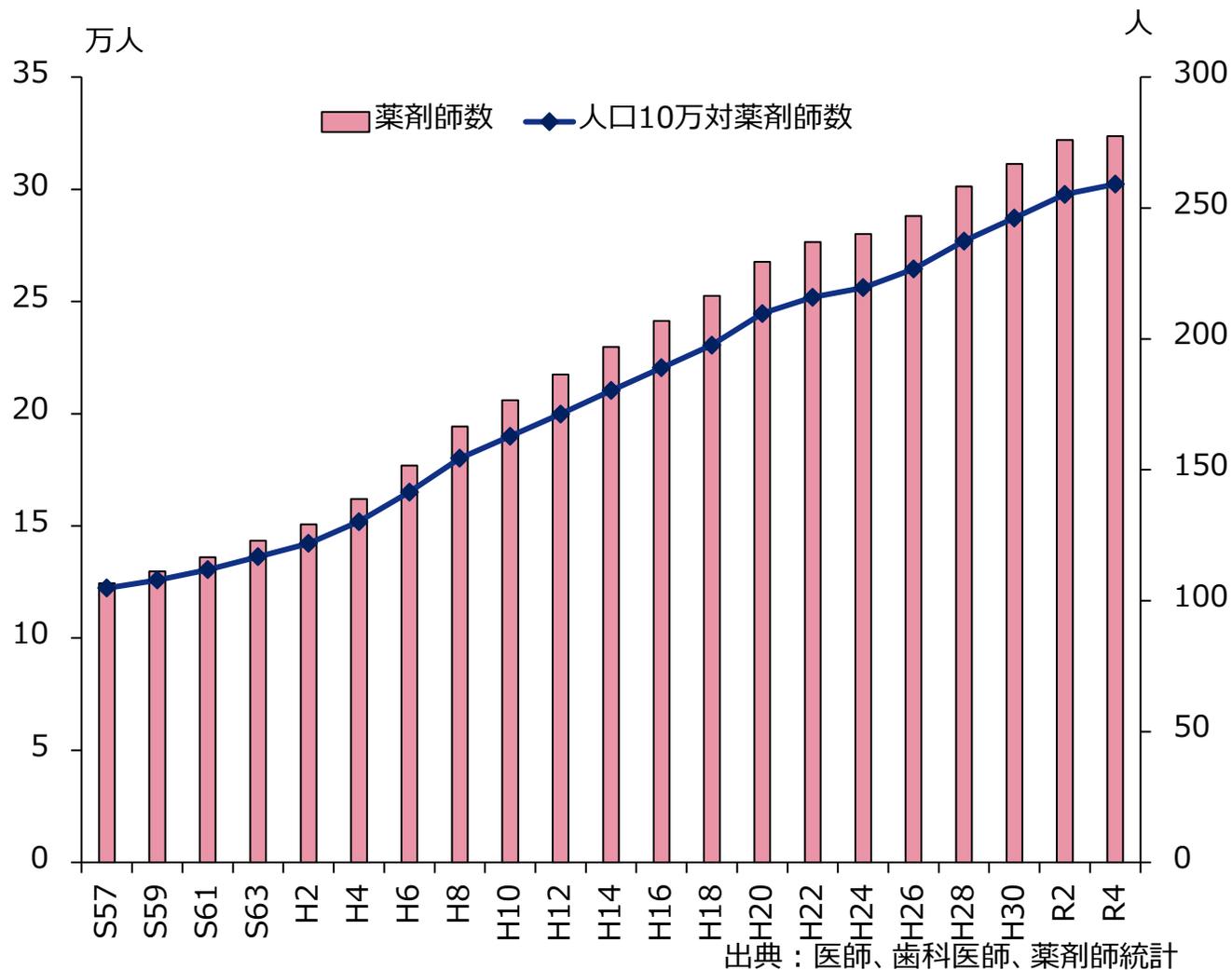
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科  
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

# 薬剤師数の年次推移

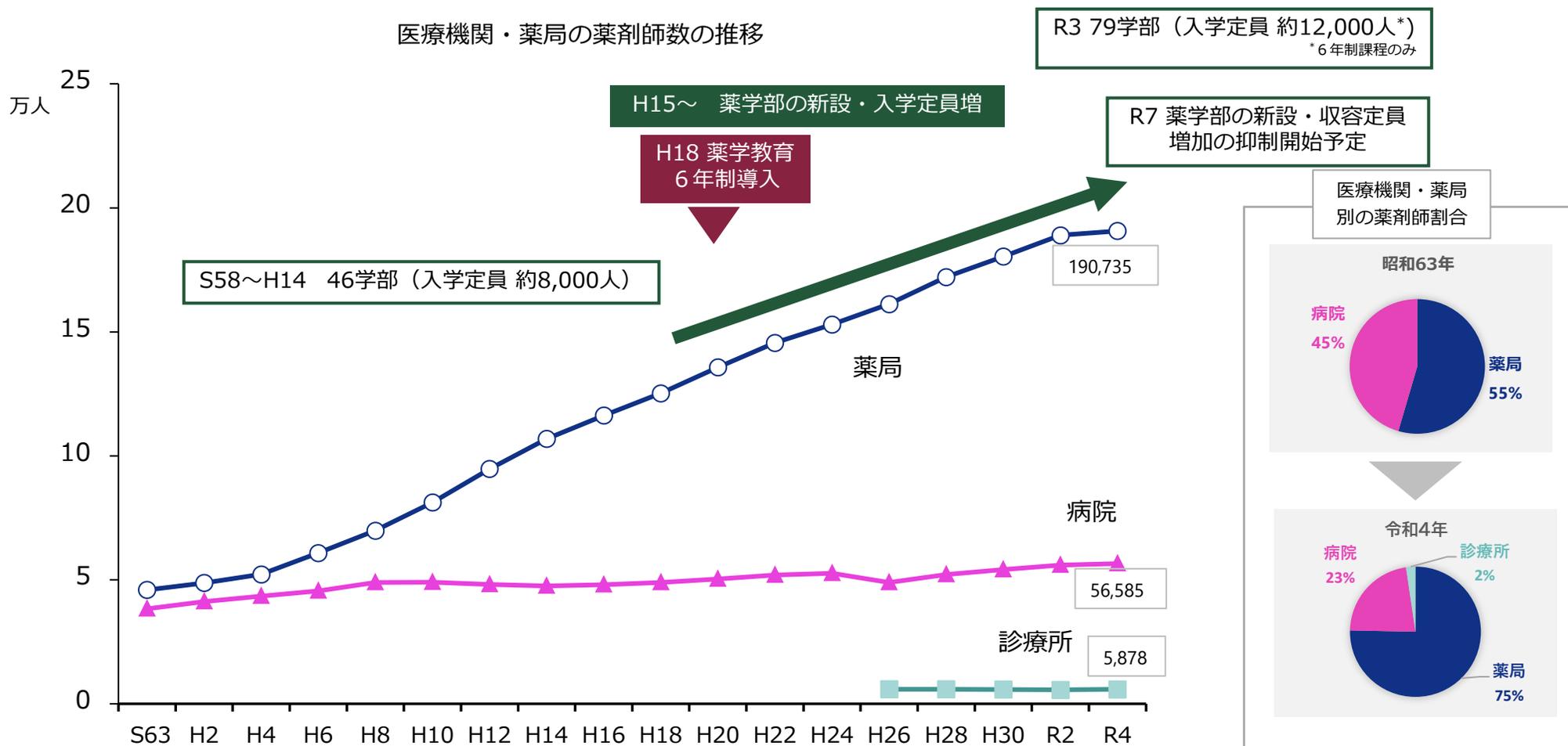
○ 薬剤師の総数、人口10万人あたりの薬剤師数は増加している。

年度	薬剤師数(人)	人口10万対薬剤師数(人)
S57	124,390	104.8
S59	129,700	107.9
S61	135,990	111.8
S63	143,429	116.8
H2	150,627	121.9
H4	162,021	130.2
H6	176,871	141.5
H8	194,300	154.4
H10	205,953	162.8
H12	217,477	171.3
H14	229,744	180.3
H16	241,369	189.0
H18	252,533	197.6
H20	267,751	209.7
H22	276,517	215.9
H24	280,052	219.6
H26	288,151	226.7
H28	301,323	237.4
H30	311,289	246.2
R2	321,982	255.2
R4	323,690	259.1



# 医療機関・薬局に就くする薬剂师数の推移

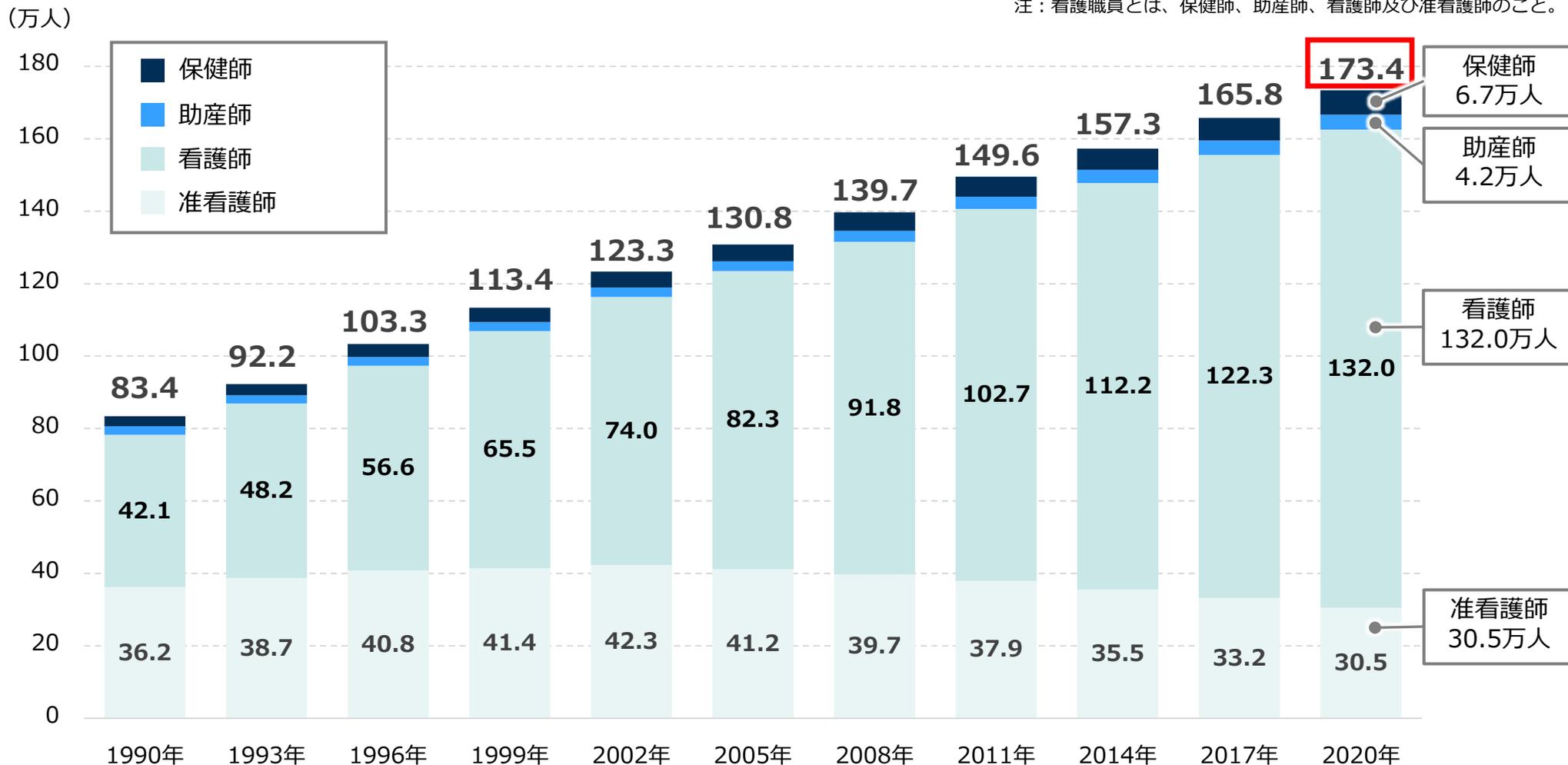
- 医療機関・薬局に就くする薬剂师の総数は増加している。特に、薬局薬剂师は年々増加しており、令和4年には、医療機関・薬局に就くする薬剂师の75%を占めている。



# 看護職員就業者数の推移

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け、2020年（令和2年）には173.4万人となった。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

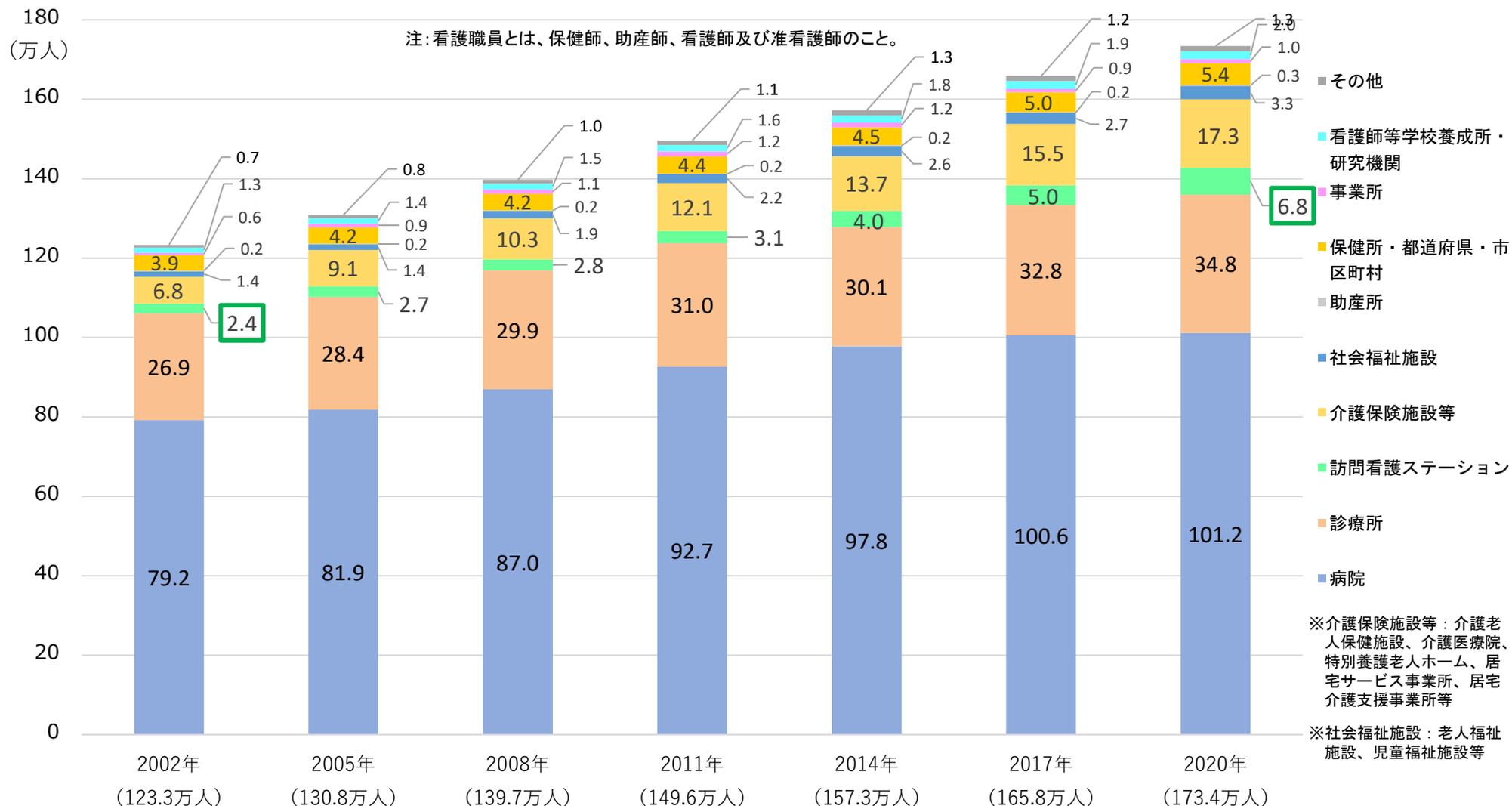


資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

- ・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。
- ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
- ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

# 就業場所別看護職員数の推移

看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、推移を見ると、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2020年：6.8万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2020年：17.3万人）での増加割合が高くなっている。



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。 ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。  
・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

# 特定行為研修修了者の就業状況

特定行為研修終了者は、約9割が病院に就業している。

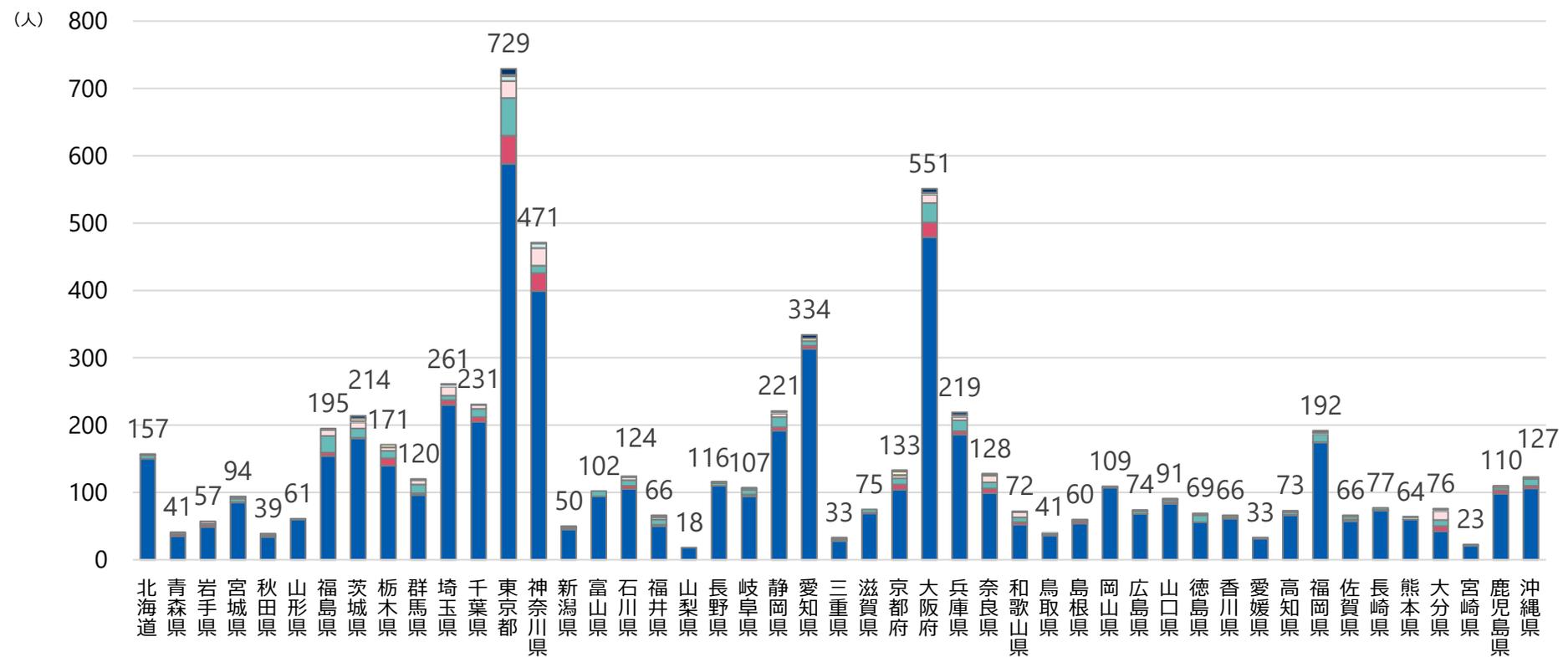
## ■ 就業場所別

令和3年6・7月現在

	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所又は 研究機関	その他	合計
就業者数 (人)	5,636	214	375	194	33	40	49	6,541
割合	86.2%	3.3%	5.7%	3.0%	0.5%	0.6%	0.7%	100.0%

## ■ 都道府県別

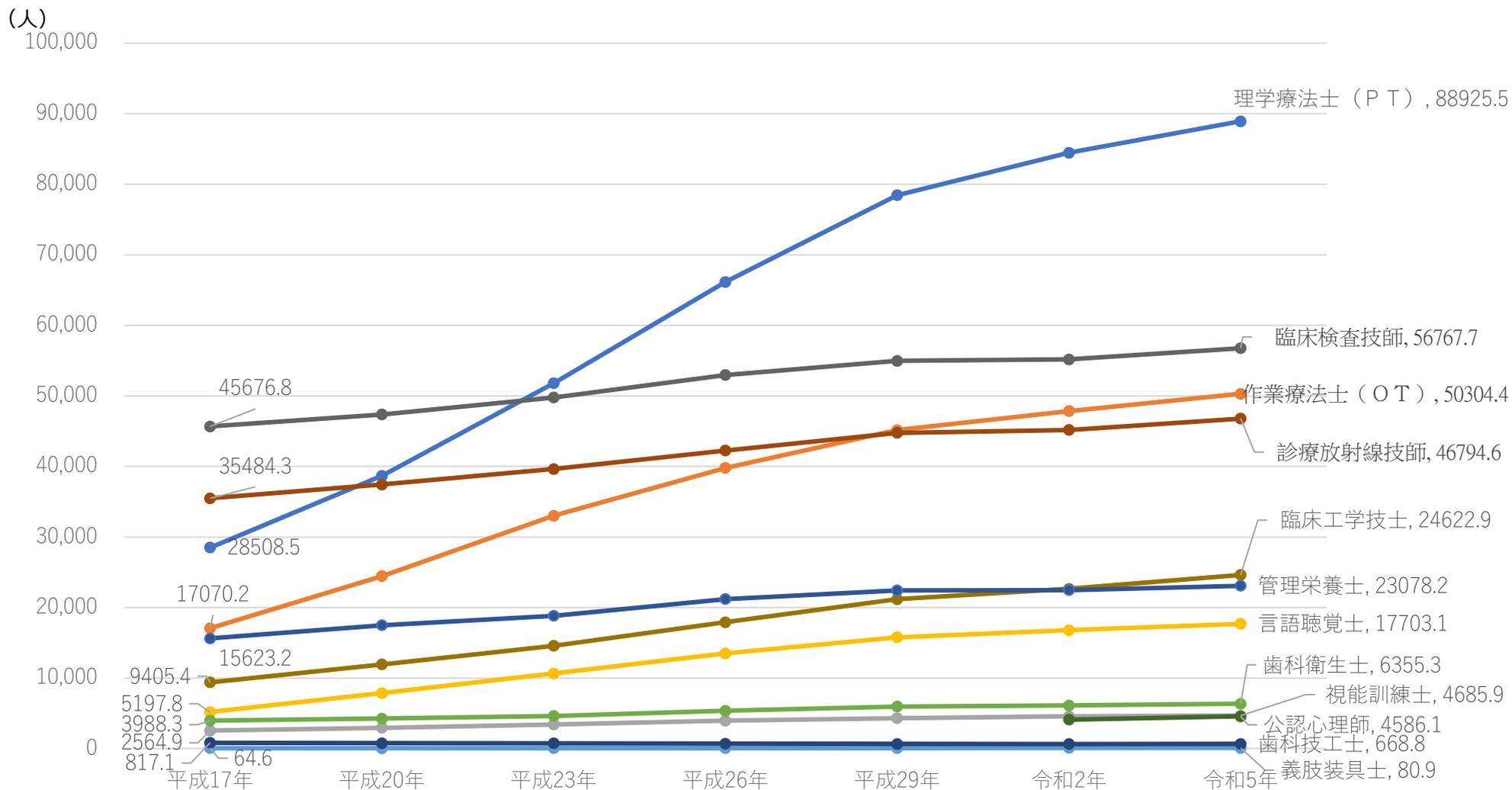
■ 病院 
 ■ 診療所 
 ■ 訪問看護ステーション 
 ■ 介護保険施設 
 ■ 社会福祉施設 
 ■ 看護師等学校養成所又は研究機関 
 ■ その他



令和4年度衛生行政報告例より看護課作成

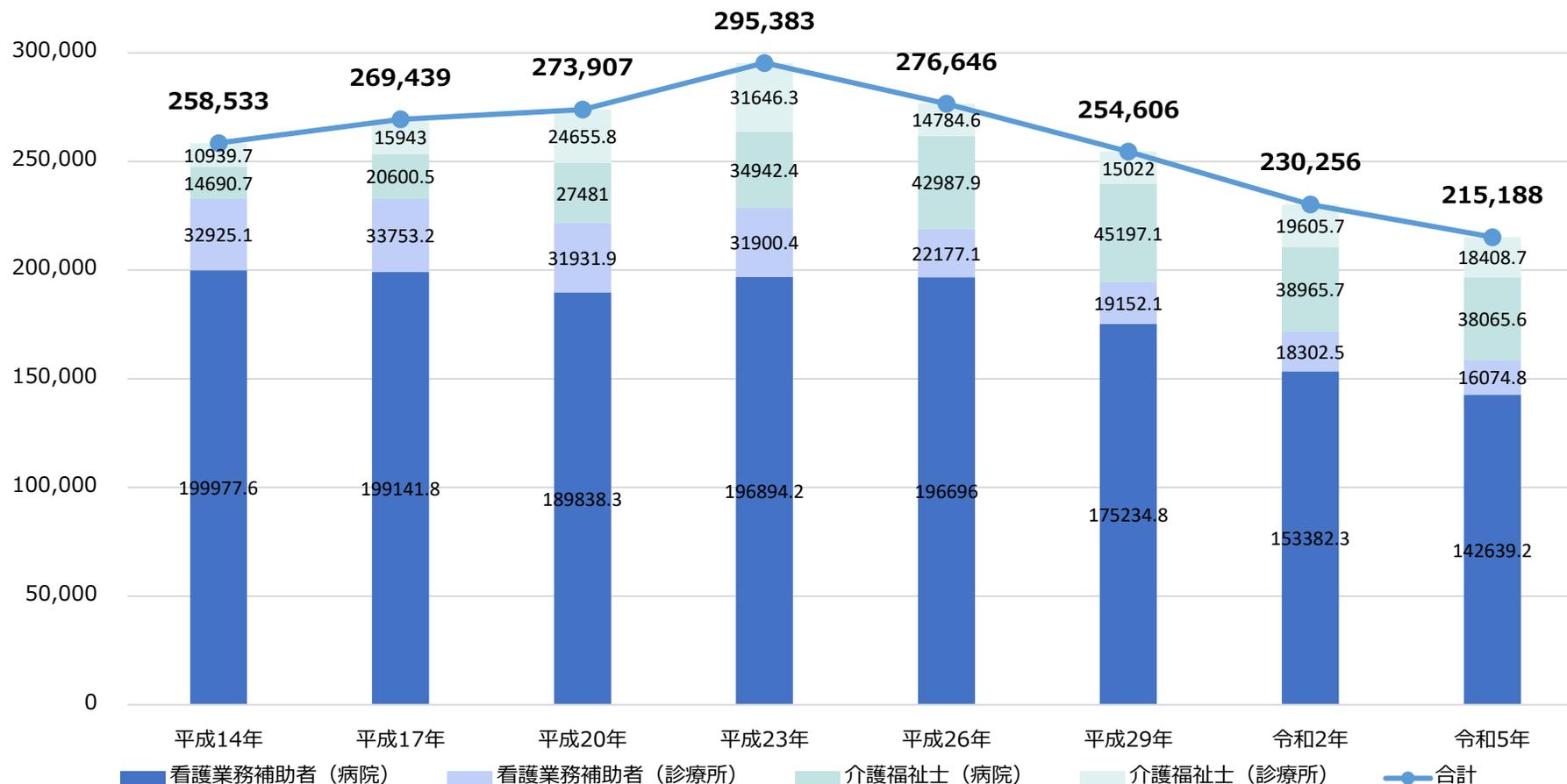
# 病院における各職種の従事者数（常勤換算）の推移

病院における各職種の従事者数は、平成17年と比べると増加していた。特に、理学療法士と作業療法士は約3倍に増加。



# 看護業務補助者等の従事者数の推移

医療機関に勤務する看護業務補助者等の従事者数は平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様である。



看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

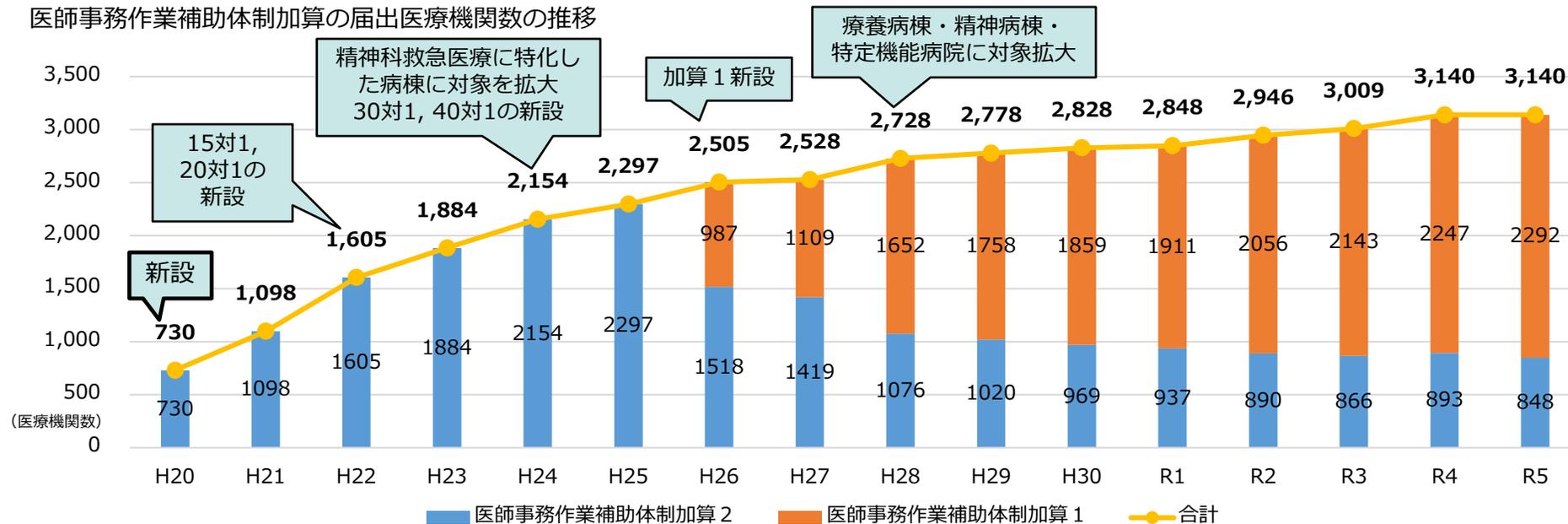
出典：各年医療施設（静態・動態）調査・病院報告 従事者の状況 病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

# 医師事務作業補助者

医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。

## ■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

### 医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
- ② 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

配置	加算1	加算2
15対1	1,070点	995点
20対1	855点	790点
25対1	725点	665点
30対1	630点	580点
40対1	530点	495点
50対1	450点	415点
75対1	370点	335点
100対1	320点	280点

# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

#### ① 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

#### ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

#### ③ 構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

## ＜医療機関機能の名称と定義＞

### ・ 高齢者救急・地域急性期機能

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

### ・ 在宅医療等連携機能

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

### ・ 急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

### ・ 専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

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

### ・ 医育及び広域診療機能

大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

# 救急出動件数と搬送人員の推移

- 「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」によれば、令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。
- 過去20年における年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「高齢者」の搬送人員、構成比が増加している。

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

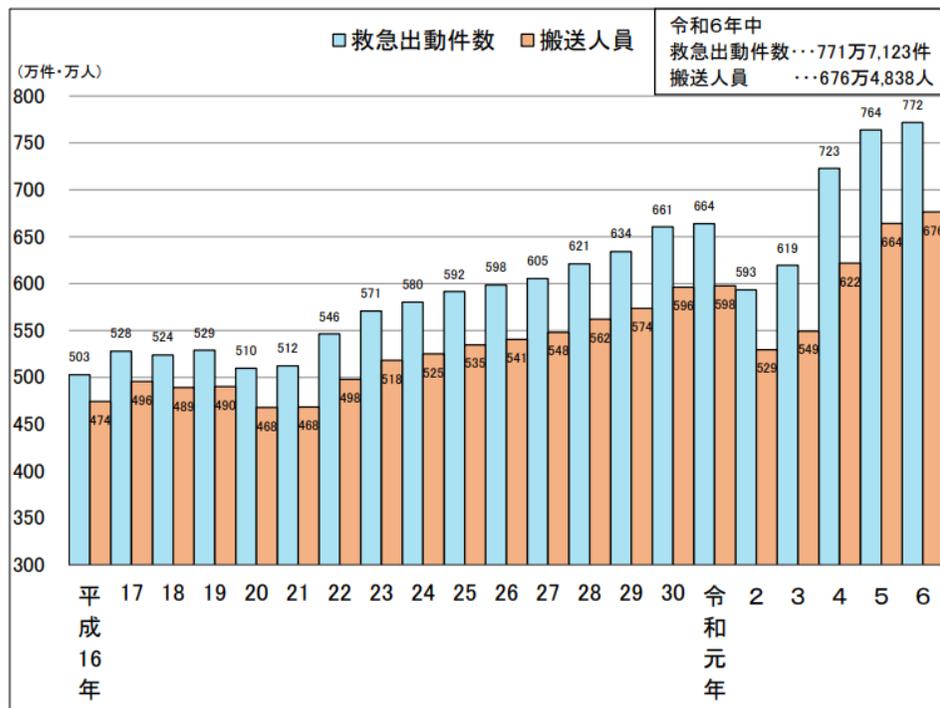
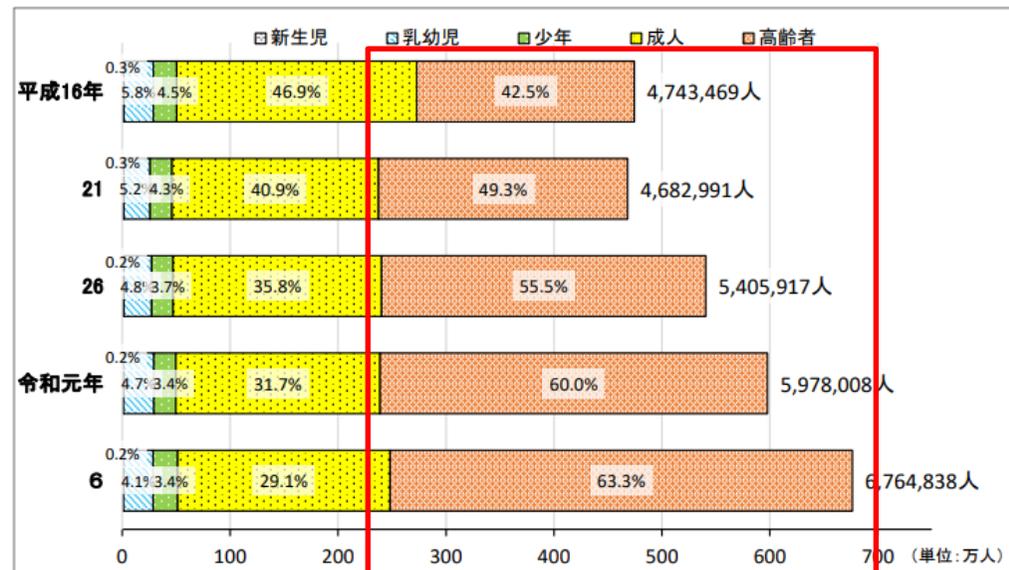


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 年齢区分の定義

新生児：生後28日未満の者

乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者

少年：満7歳以上満18歳未満の者

成人：満18歳以上満65歳未満の者

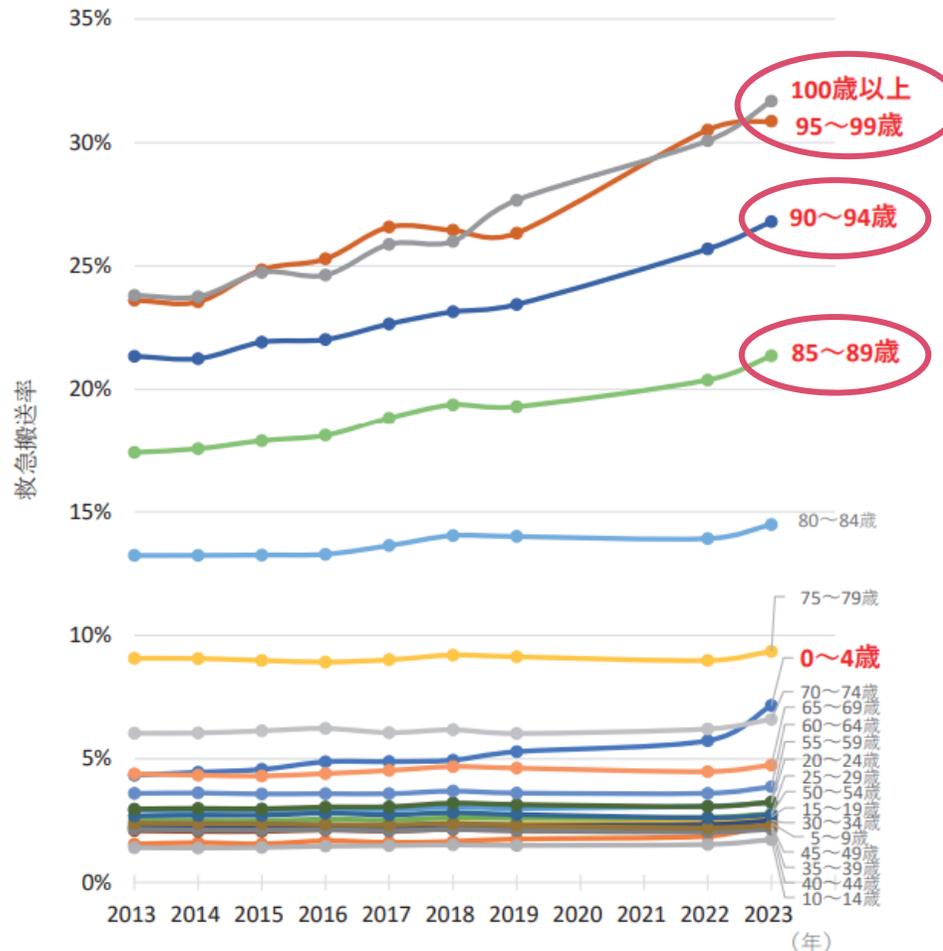
高齢者：満65歳以上の者

○ 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

## 年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

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



# 1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

# 2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

# 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- 後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
- 患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

## 急性期入院料の見直し

- ・ 入院基本料等の引き上げ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の見直し（急1におけるB項目の廃止等）
- ・ 急1における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- ・ リハ栄養口腔連携体制加算の新設

## 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

## 特定集中治療室等の見直し

- ・ SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- ・ 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- ・ 遠隔ICUの評価
- ・ ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

## 働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

## 地域包括医療病棟

### 地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

### 救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

### 看護補助者の体制整備

- ・ 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- ・ 看護補助加算の新設（小児入管）

### 地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

## 地域包括ケア病棟

### 有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

### 療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

### 回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し

## 回復期リハ

## 療養病棟 23

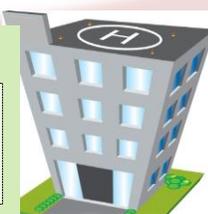


急性期



自宅

診療所等



# 診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

位置付け  
医療法の

## 一般病床

(R5.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 885,706床  
病床利用率 70.8%  
平均在院日数 15.7日

## 療養病床

(R5.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 275,432床  
病床利用率 84.1%  
平均在院日数 119.6日

### DPC/PDPS

1,786施設 483,721床\*2  
(+296床\*3)  
※2 R6.6.1時点  
※3 R4.4.1時点との比較

### 特定機能病院 入院基本料

88施設  
58,887床 (▲545床)  
※1 一般病棟に限る

### 専門病院入院基本料

18施設 5,590床 (▲376床)

### 救命救急入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
181施設	17施設	81施設	70施設
3,523床 (▲117床)	128床 (▲39床)	1,626床 (+53床)	819床 (▲87床)

### 特定集中治療室管理料

ICU1	ICU2	ICU3	ICU4	ICU5	ICU6
148施設	83施設	122施設	24施設	227施設	41施設
1,671床 (▲118床)	968床 (▲5床)	963床 (▲1,337床)	284床 (▲172床)	1,514床	333床

### ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 710施設 6,974床 (+346床)  
HCU2: 32施設 332床 (▲17床)

### 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

211施設 1,799床 (+65床)

### 小児特定集中治療室管理料

13施設 144床 (▲17床)

### 新生児特定集中治療室管理料

NICU1 50施設 515床 (▲225床)  
NICU2 185施設 1,259床 (▲360床)

### 総合周産期特定集中治療室管理料

126施設 母児・胎児 794床 (▲57床)  
新生児 1,593床 (▲187床)

### 新生児治療回復室入院医療管理料

210施設 3,085床 (▲1床)

### 一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (±0床)

### 小児入院

管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
82施設	176施設	133施設	333施設	156施設
5,021床 (▲313床)	6,031床 (▲149床)	2,997床 (+1268床)	6,737床 (▲1355床)	-

有床診療所 (一般) 3,951施設 53,199床 (▲3,492床)

### 一般病棟入院基本料

558,992床 (▲11,205床)

### 地域包括医療病棟入院料

49施設 2,045床 (R6新設)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5
1,009施設	179施設	323施設	73施設	41施設
67,353床 (+2,557床)	9,914床 (+25床)	13,702床 (▲818床)	3,053床 (+350床)	1,688床 (▲999床)

### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
1,510施設	1,109施設	28施設	41施設
59,456床 (+4,354床)	41,171床 (▲1,573床)	742床 (▲148床)	966床 (▲215床)

### 障害者施設等入院基本料

879施設  
72,117床 (▲151床)

### 特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床 (±0)  
入院料2 2施設 92床 (+13床)

### 特殊疾患病棟入院料等

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
97施設	113施設	26施設
5,141床 (▲215床)	8,107床 (+45床)	440床 (+56床)

### 緩和ケア病棟入院料

入院料1 260施設 5,308床 (+189床)  
入院料2 212施設 3,925床 (▲69床)

### 療養病棟入院基本料

200,159床 (▲2,835床)

### 介護療養 病床

0床  
(▲4,931床※)  
※R5.6末病院報告

(R6年3月末に  
廃止)

施設基準届出  
令和6年8月1日現在  
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (療養) 305施設 2,890床 (▲589床)

### 精神科救急急性期医療入院料

179施設 11,504床 (+391床)

### 精神科救急・合併症入院料

13施設 528床 (+138床)

### 精神病棟入院基本料 1,121施設 131,788床 (▲4,198床)

### 地域移行機能強化病棟入院料

16施設 567床 (▲176床)

### 精神療養病棟入院料

800施設 85,180床 (▲2,163床)

### 認知症治療病棟入院料

入院料1	入院料2
562施設	3施設
39,755床 (+623床)	200床 (▲70床)

### 精神科地域包括ケア病棟入院料

24施設 1,072床 (R6新設)

### 精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 370施設 16,557床 (+40床)  
入院料2 8施設 346床 (+48床)

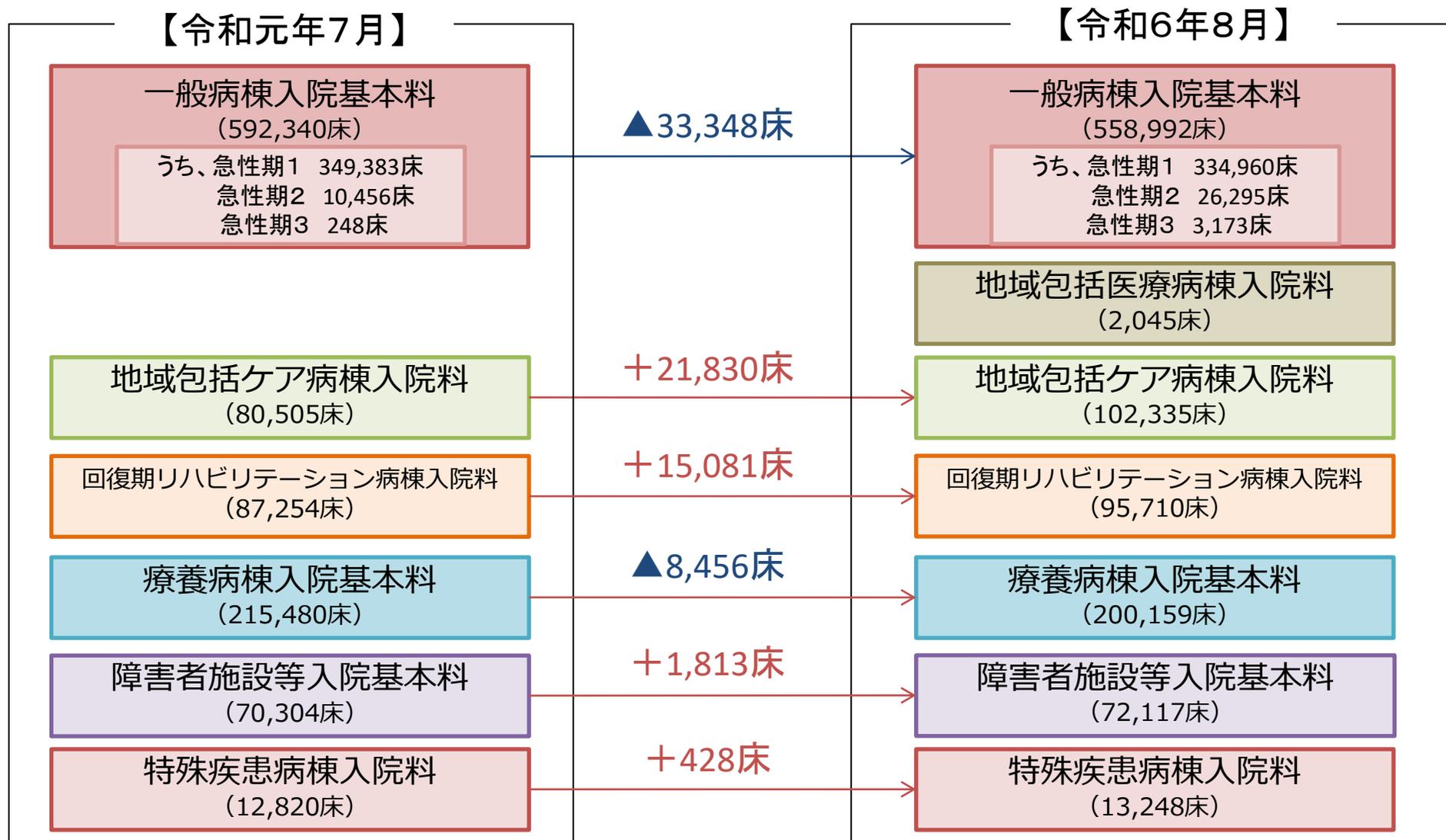
### 児童・思春期精神科入院

53施設 1,777床 (+1床)

結核病棟入院基本料 164施設 3,167床 (▲397床)

# 届出病床数の推移について（概要）

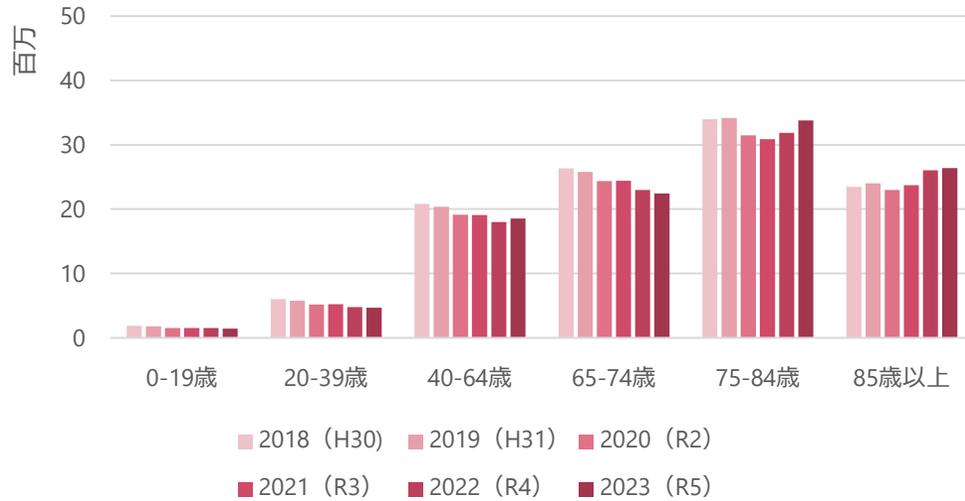
○ 令和元年7月時点の各入院料の届出病床数と令和6年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



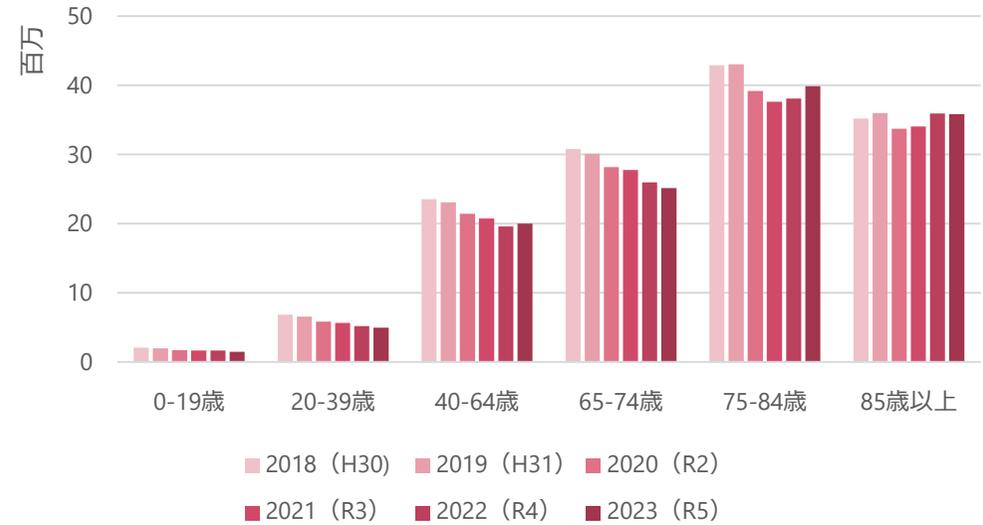
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日、令和6年度は8月1日時点）  
 ※各年7月1日時点の医療保険届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

# 年齢階級ごとの各入院料の算定回数

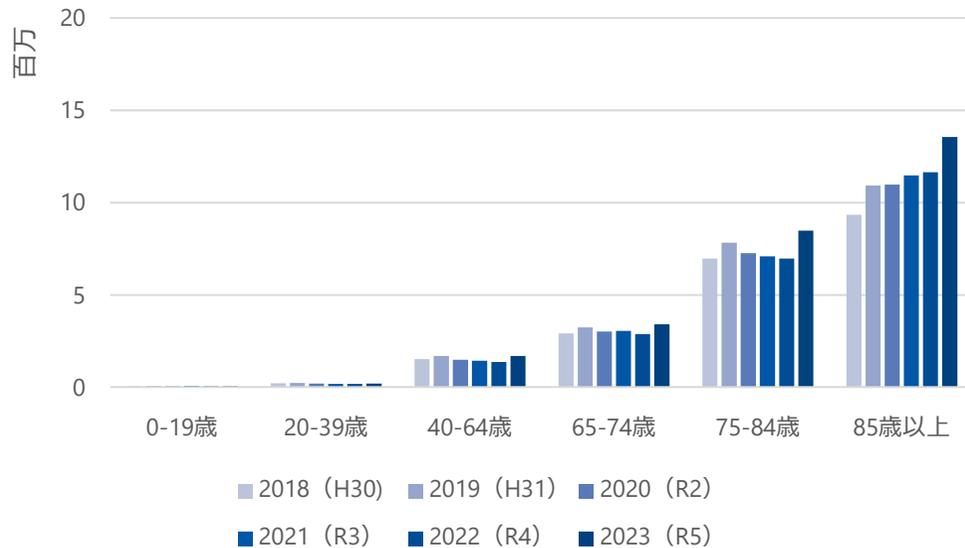
急性期一般入院料 1 の年齢階級別算定回数



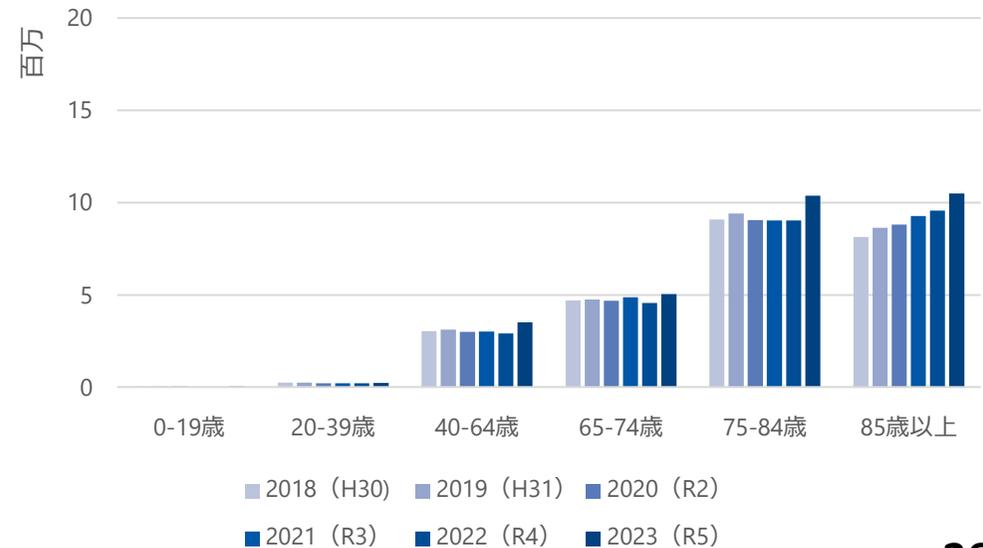
急性期一般入院料 2 - 6 の年齢階級別算定回数



地域包括ケア病棟入院料の年齢階級別算定回数



回復期リハビリテーション病棟入院料の年齢階級別算定回数

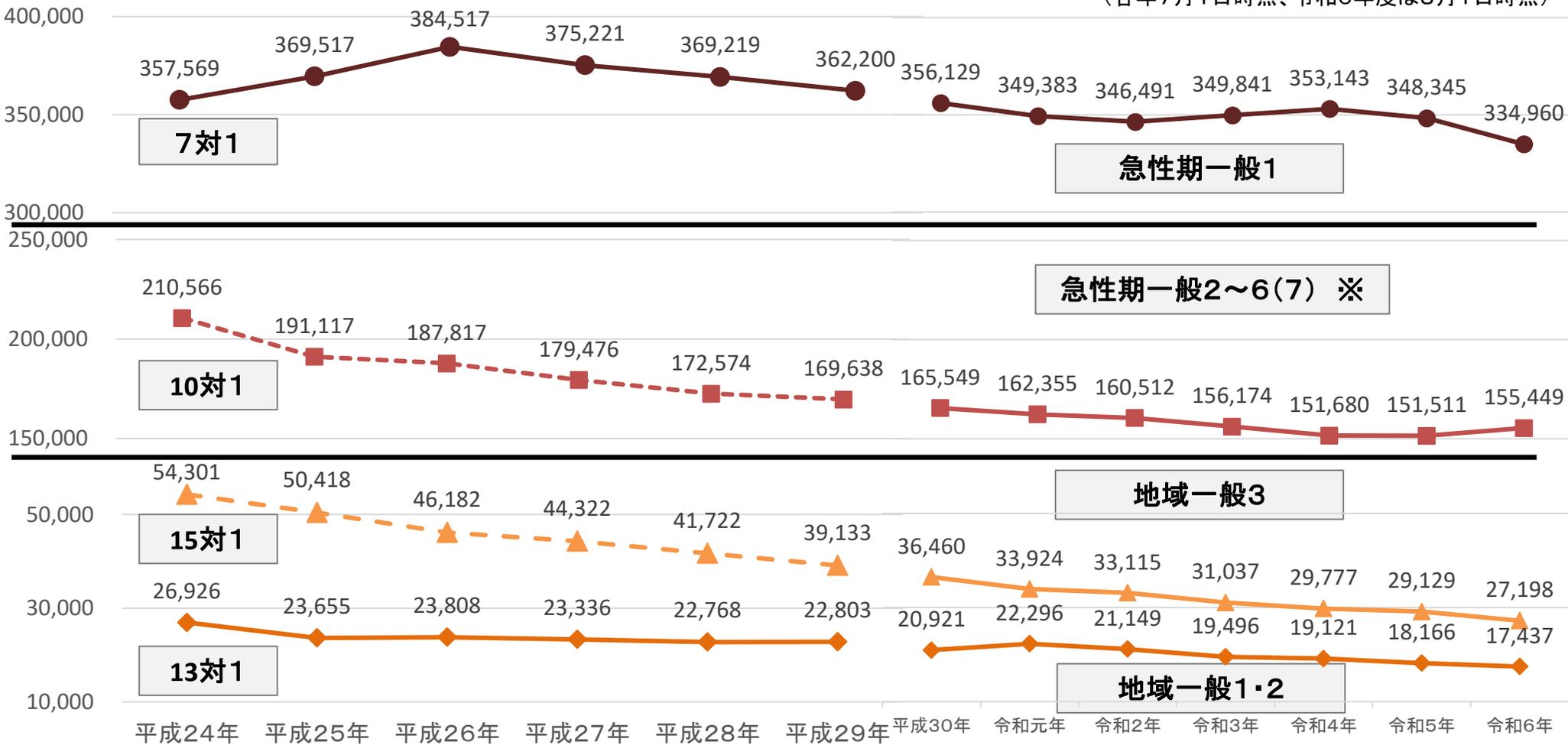


# 入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、令和元年以降は横ばいであったが、令和6年に再び減少。
- 急性期一般入院料2～6は減少傾向であったが、令和6年に増加。地域一般1～3は減少傾向。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）



※

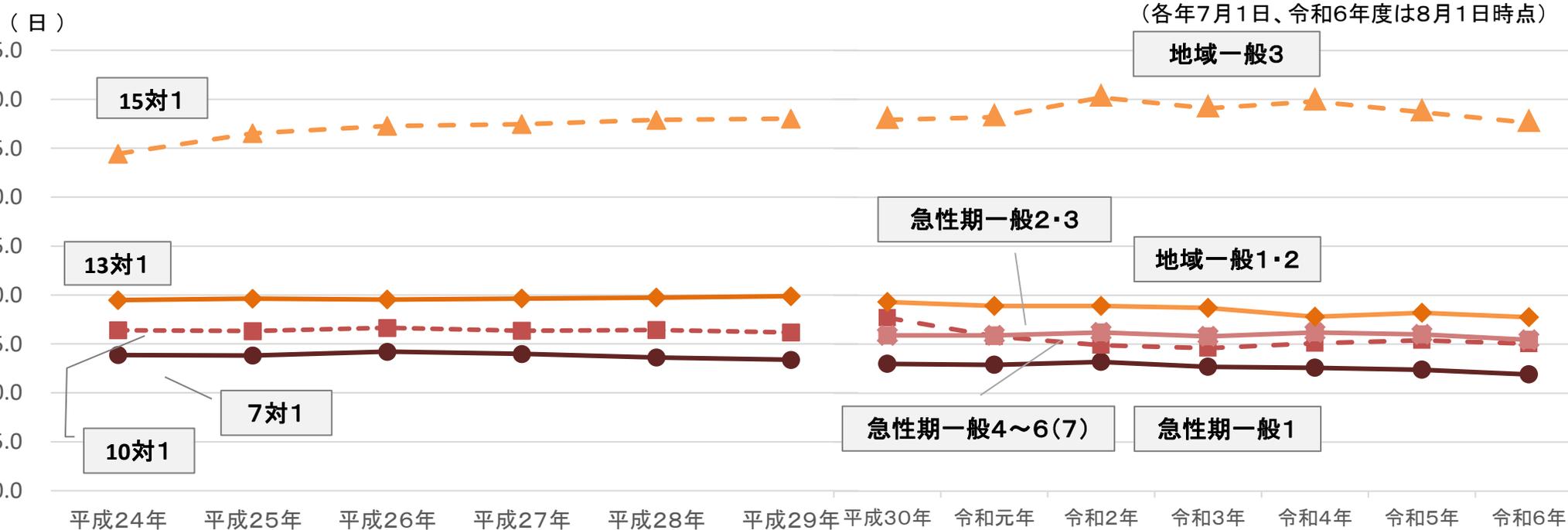
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
急性期一般2・3	5,399	10704	14896	15751	15941	19909	29468
急性期4～6	160,150	151651	145616	140423	126877	131602	125981

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

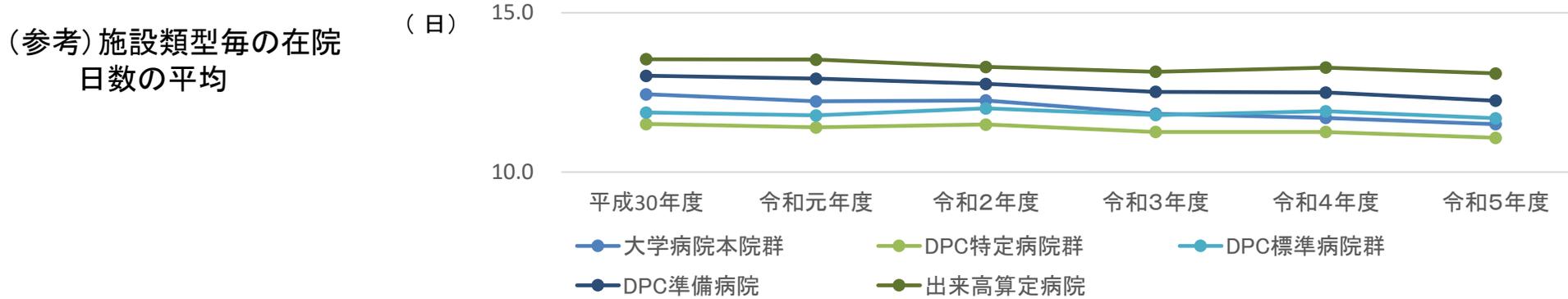
出典：保険局医療課調べ。

# 入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、短縮傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。



出典：保険局医療課調べ

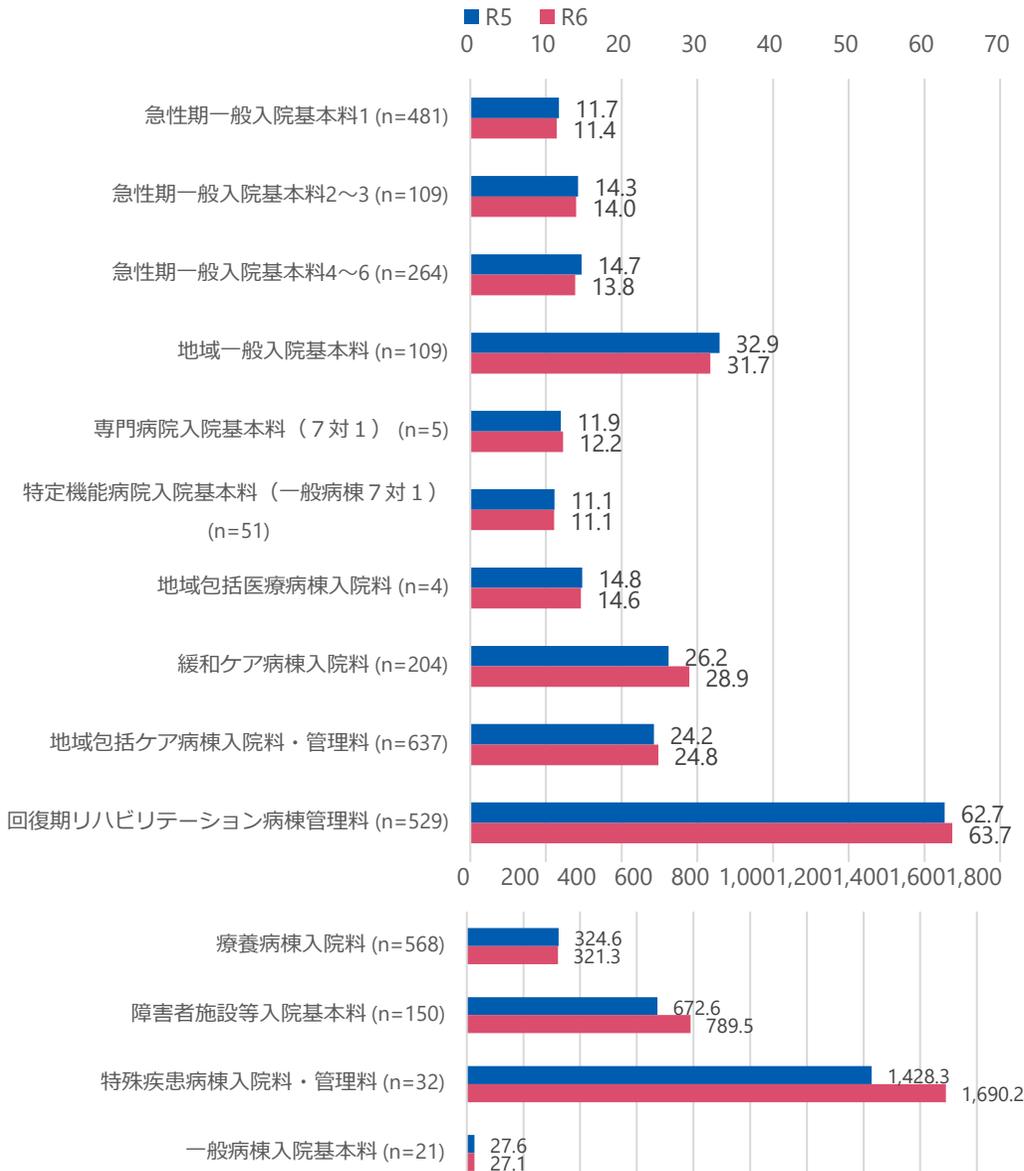
※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

# 入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

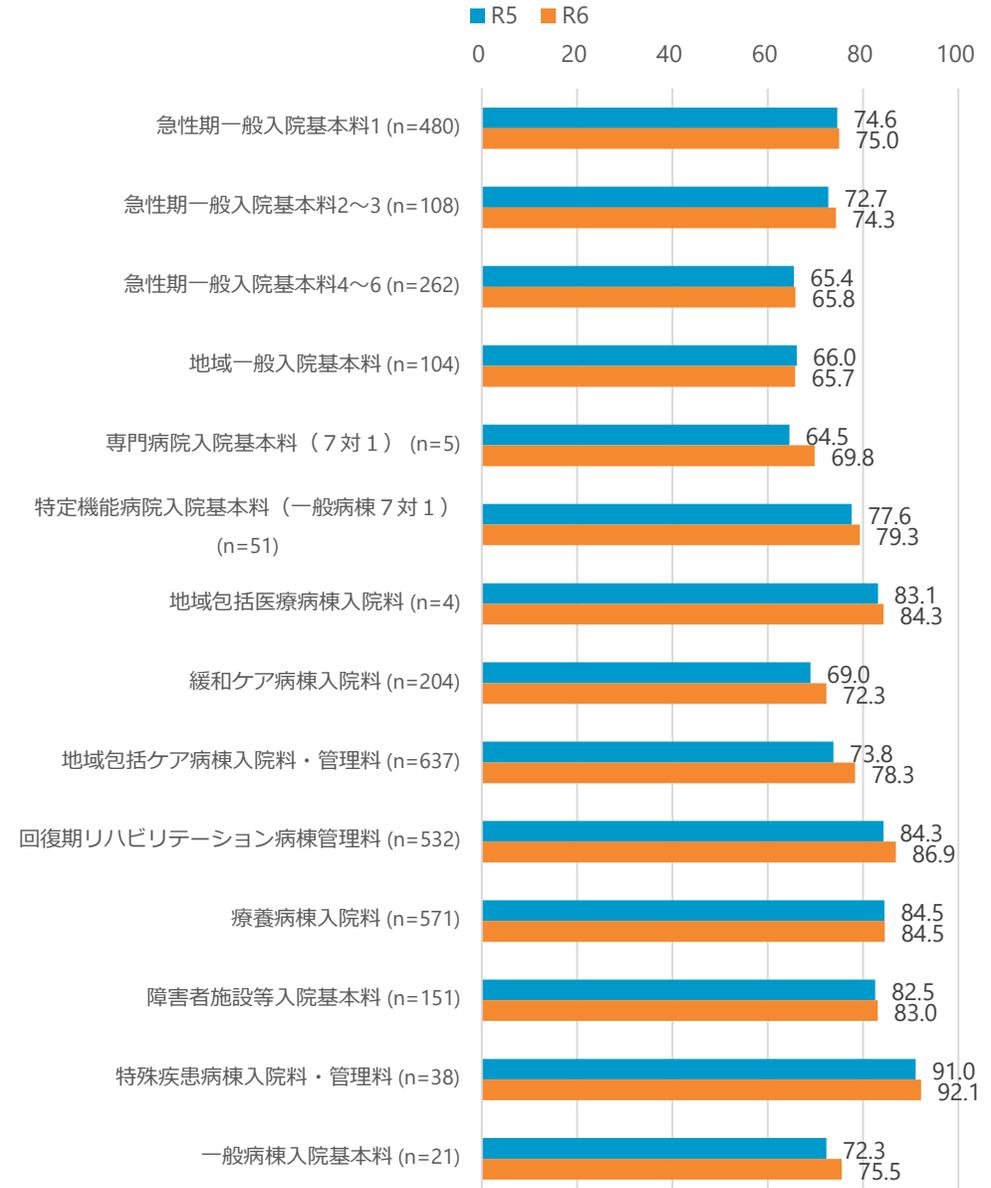
中医協 総-3  
7 . 6 . 1 8

診調組 入-1  
7 . 5 . 2 2

平均在院日数（日）

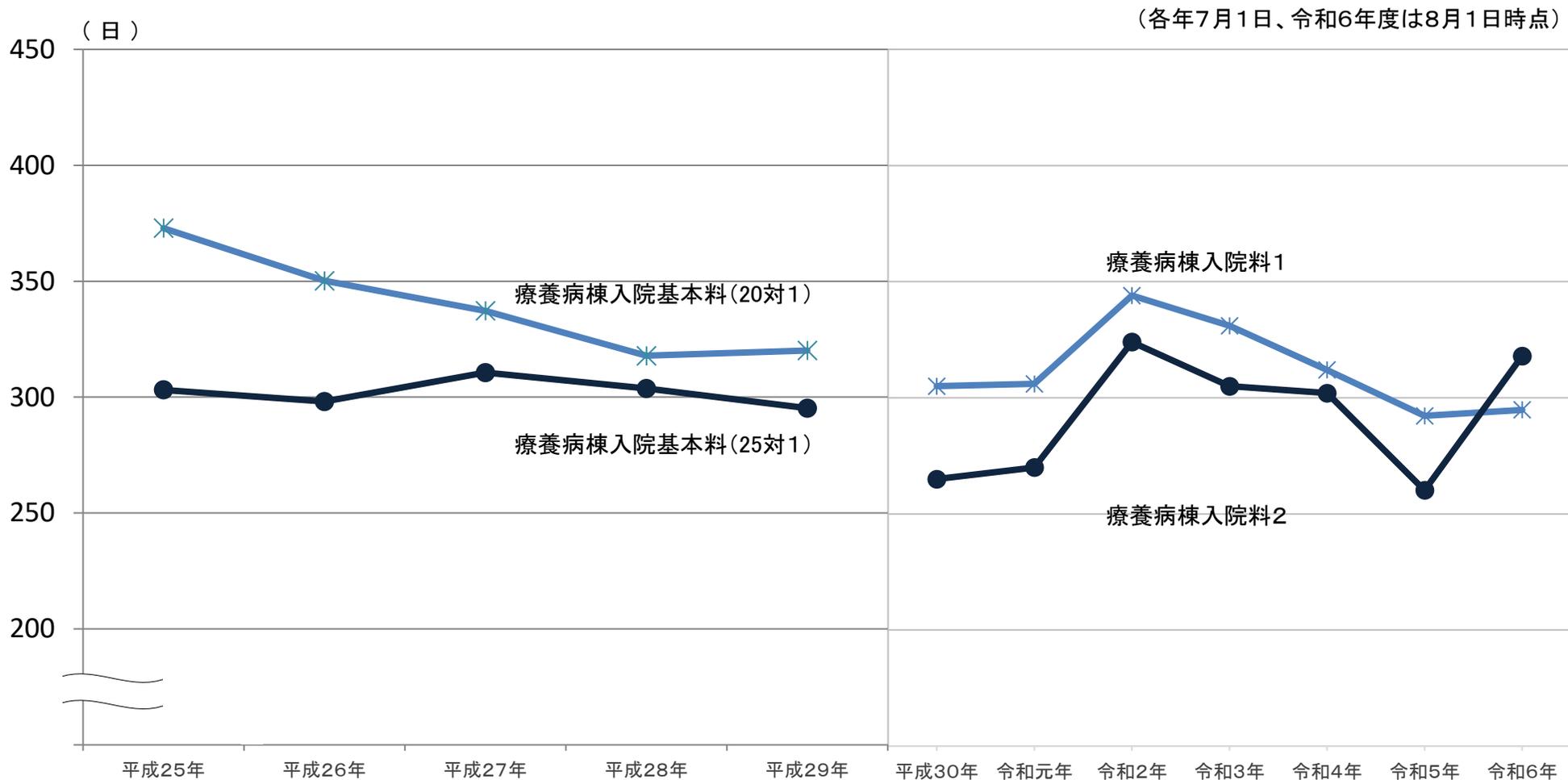


病床利用率 (%)



# 入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料）

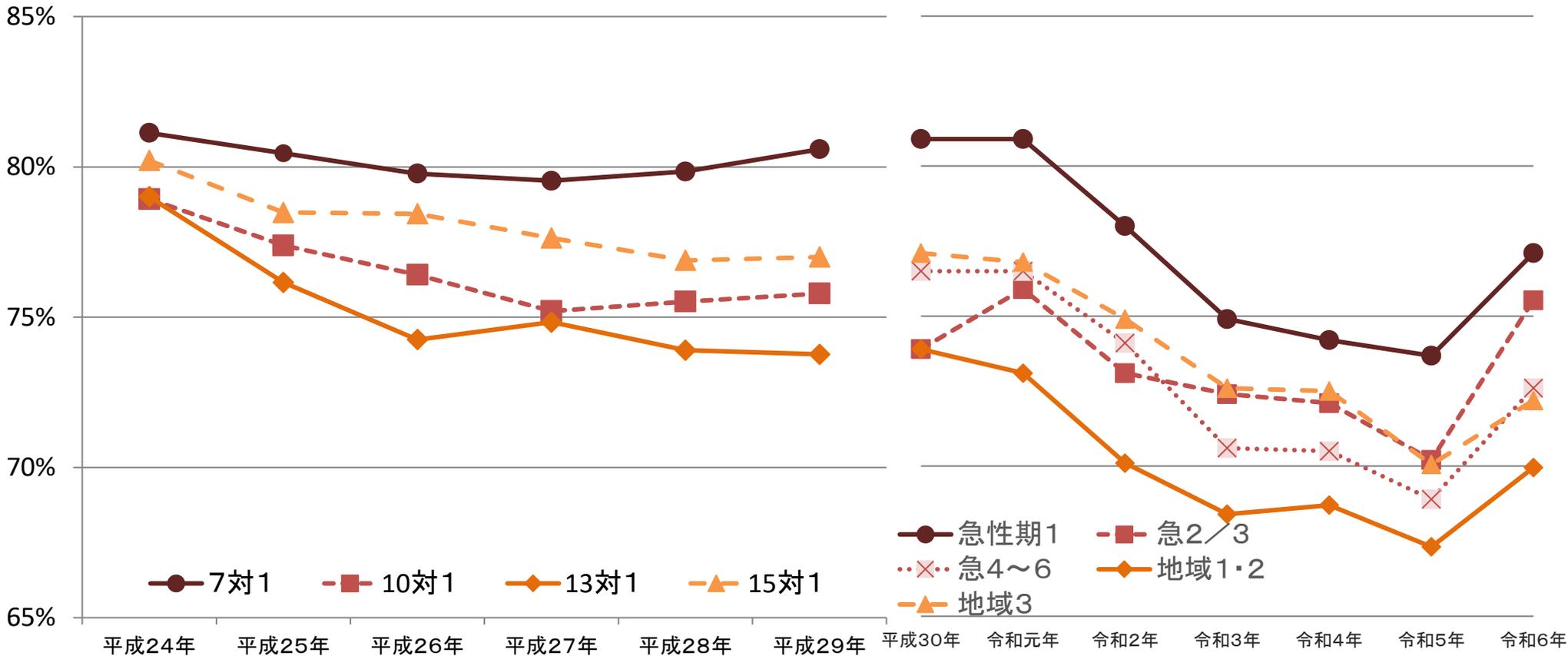
○ 平均在院日数の推移は以下のとおりであった。平均在院日数を入院料1と2で比較すると、令和6年を除き、入院料1のほうが入院料2よりも長い傾向であった。



※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（一般病棟入院基本料）

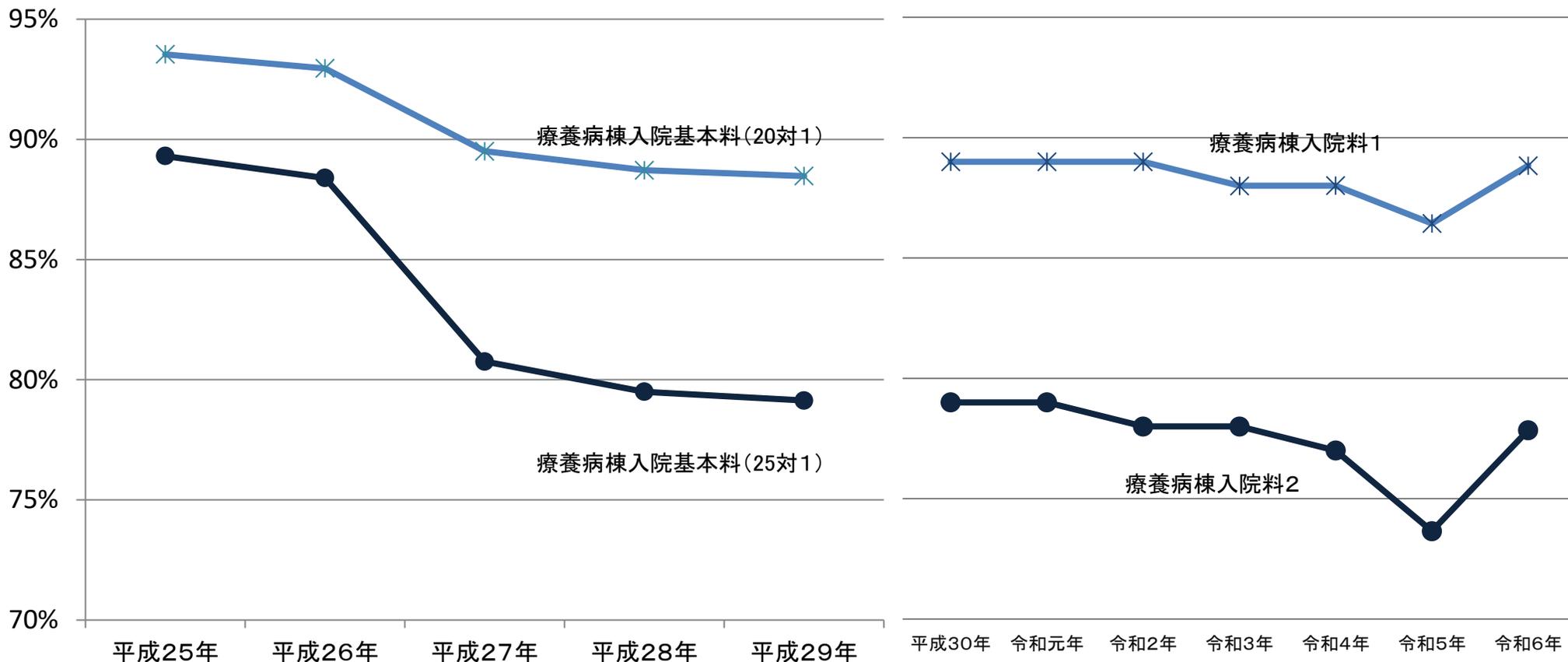
○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。令和2年から令和5年にかけて、病床稼働率は全体的に減少した後、令和6年に上昇している。



※ 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の  
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

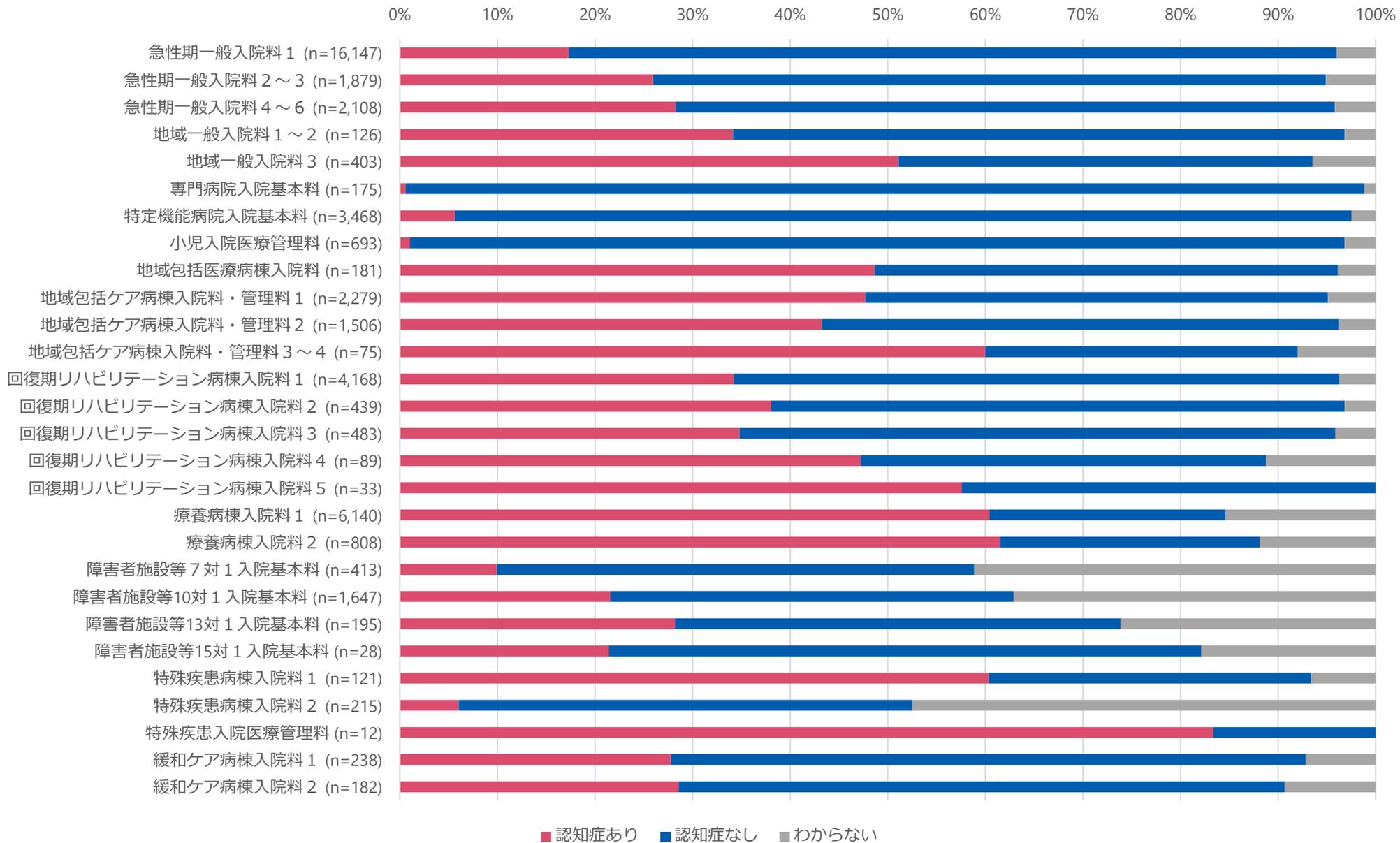
# 入院料別の病床稼働率の推移（療養病棟入院基本料）

○ 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）

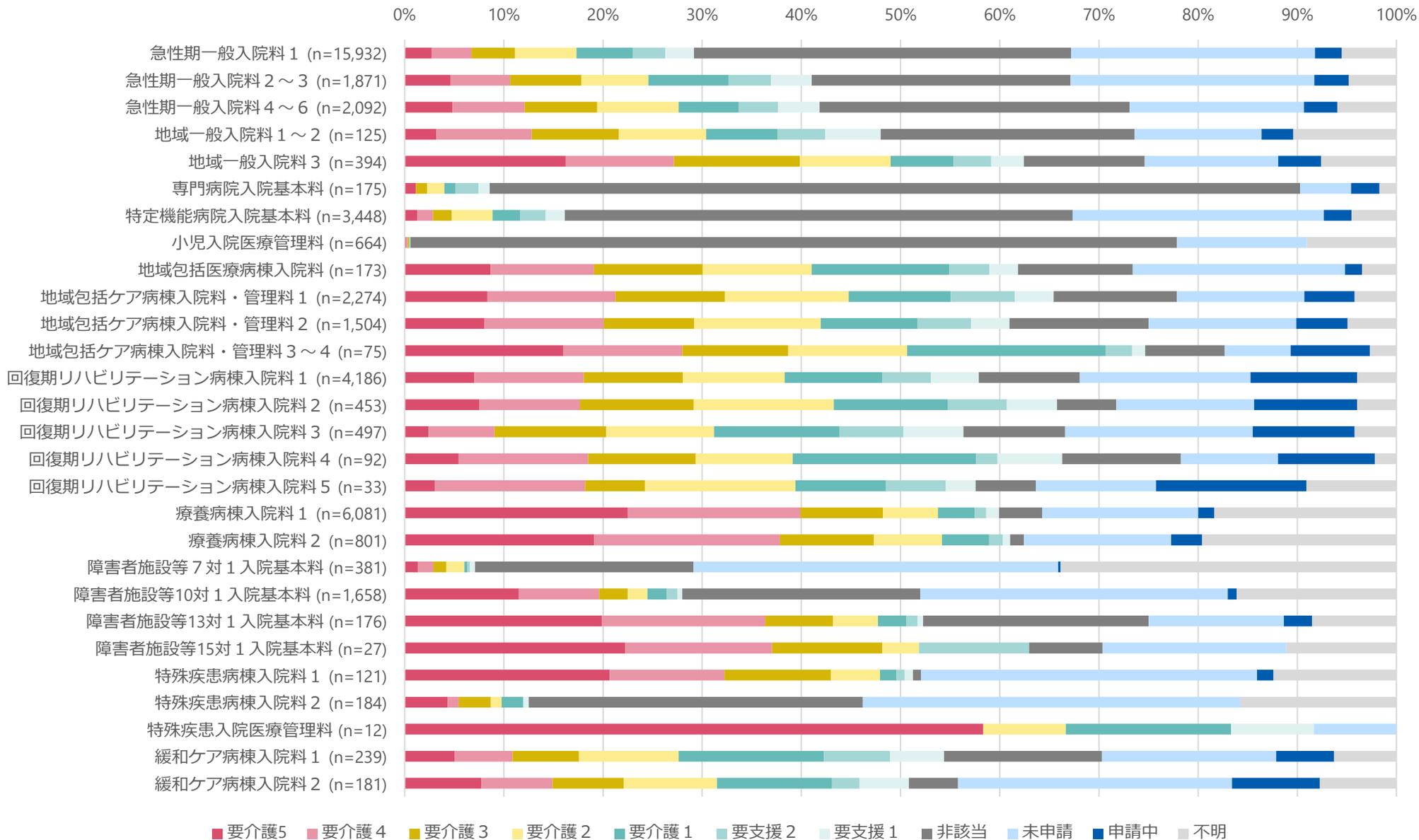
# 入院料ごとの認知症の有無



■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

# 入院料ごとの要介護度別の患者割合

中医協 総-3 7.6.18 診調組 入-1 7.5.22



# 入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

診調組 入-1  
7 . 6 . 2 6

- 40床あたりの管理栄養士及びリハビリ職員数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 40床あたりの職員数の合計は、回復期リハビリテーション病棟入院料が最も多い。

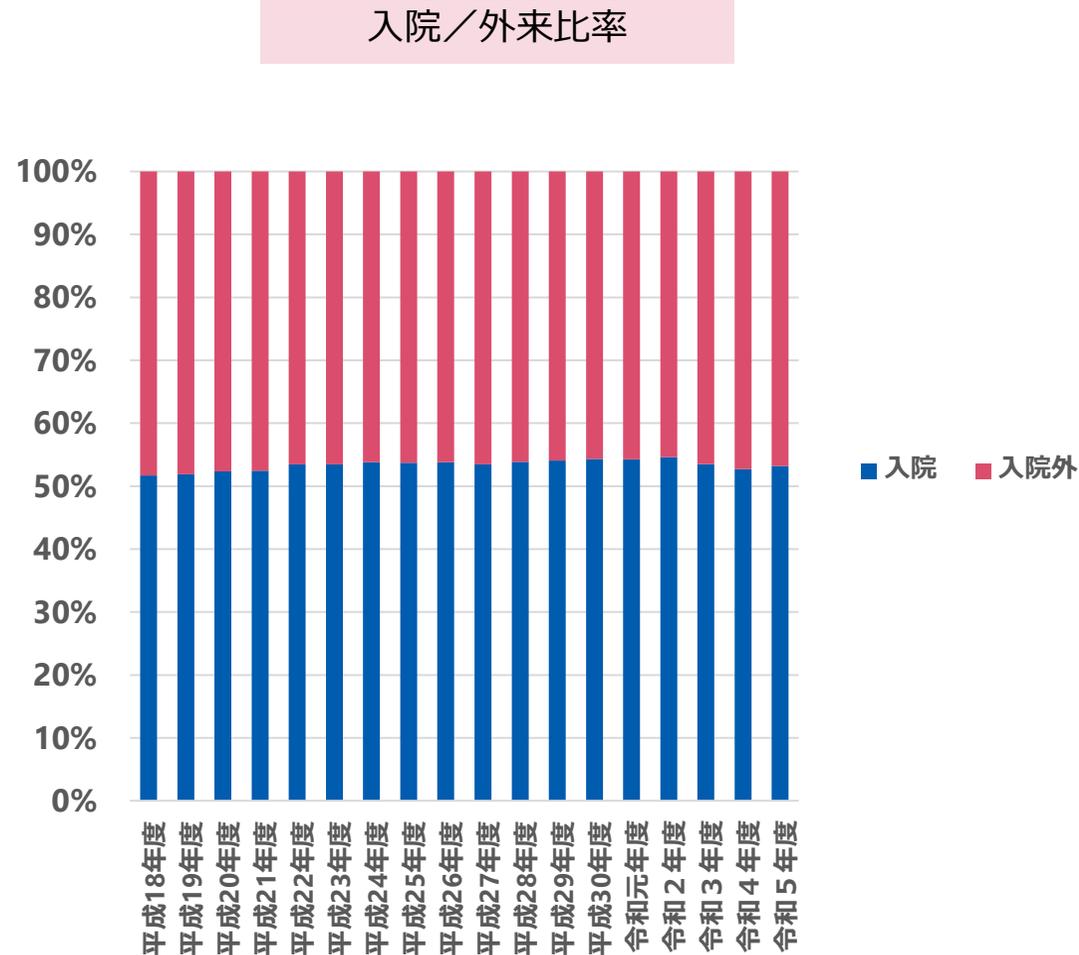
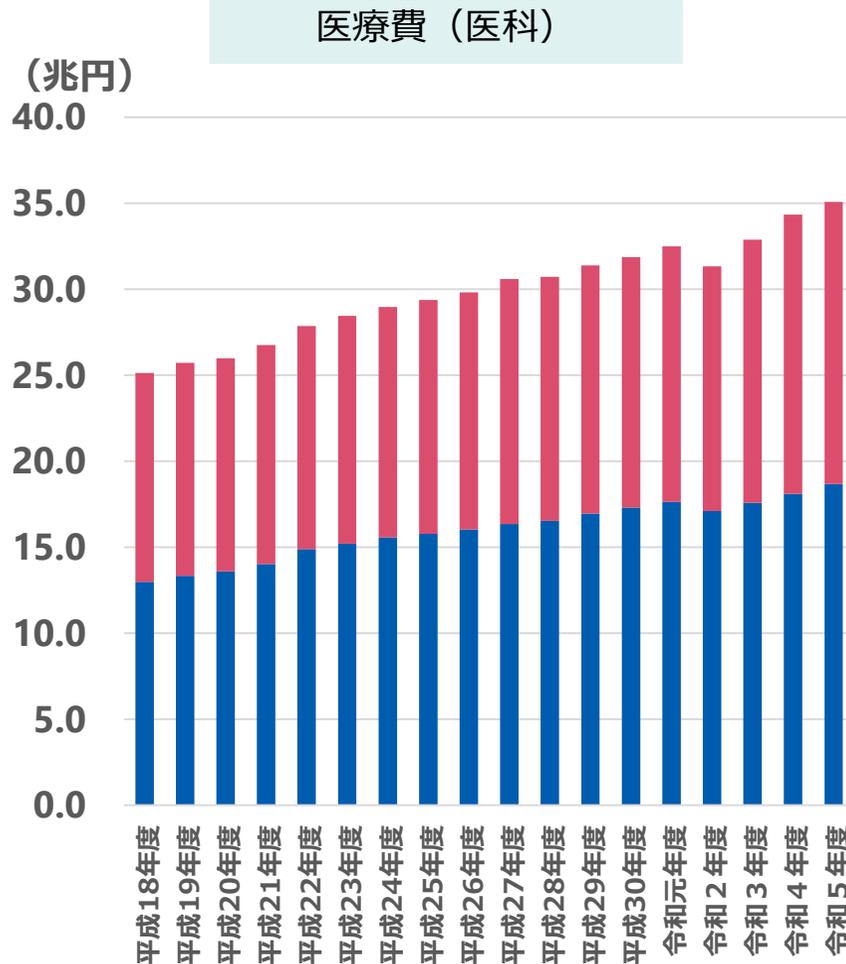
入院料	回答病棟数 ※ 1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）						
		全職員数	看護職員	看護補助者		管理栄養士	リハビリ職 ※ 2	相談員
					うち介護福祉士			
急性期一般入院料1(N=340)	2044	33.91	26.62	3.80	0.48	0.22	1.22	0.31
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57	0.23	1.59	0.32
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68	0.34	1.22	0.22
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60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

※ 1 20床以下の病棟は除いて集計

※ 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

# 入院／入院外医療費の推移

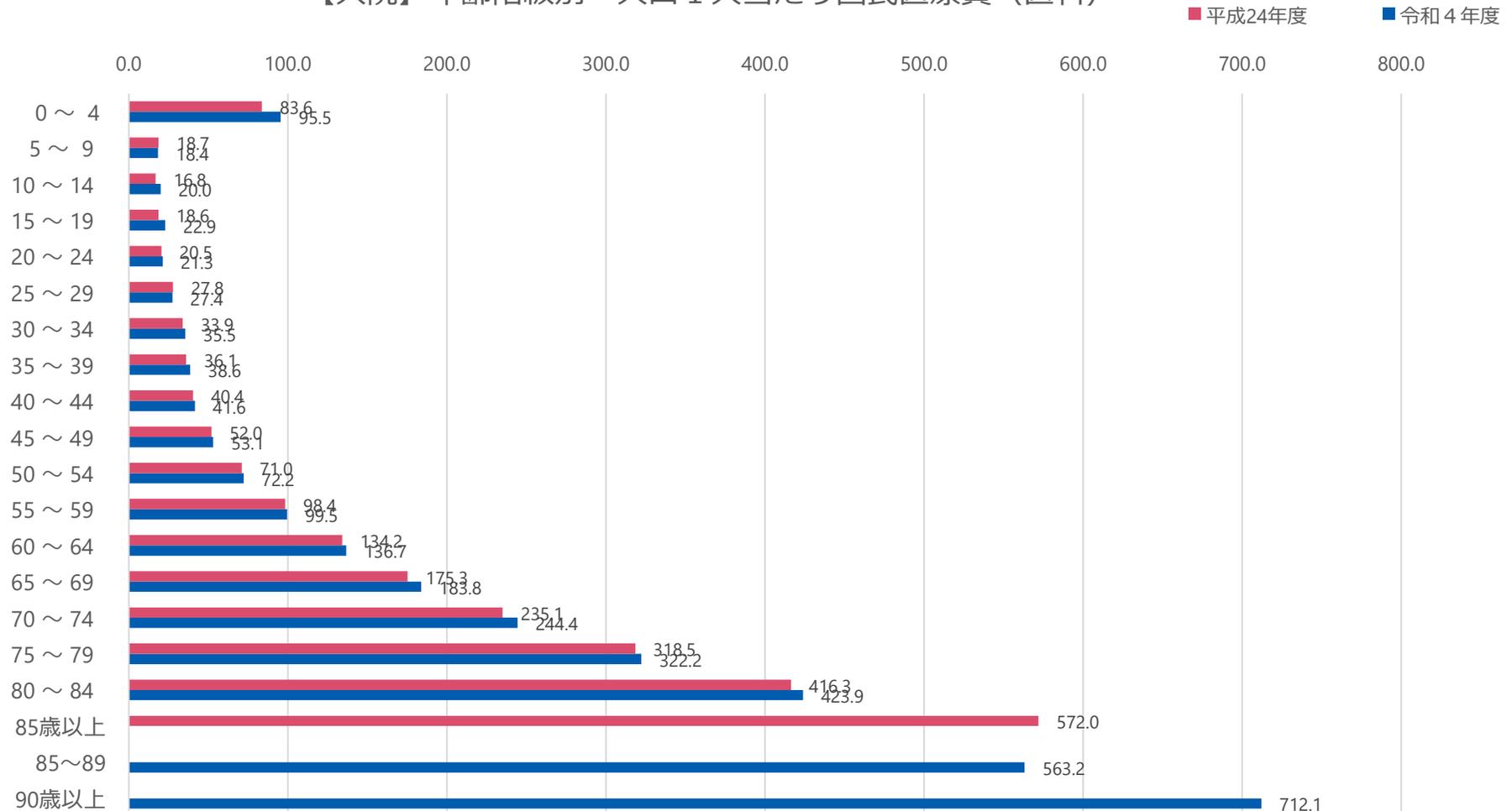
- 入院及び入院外の医療費は、令和2年度に一時的に減少したが、増加傾向である。入院と入院外の比率で見ると、入院の比率が高く、また直近の数年では、入院外の医療費が微増している。



# 【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費

- 年齢階級別に1人当たりの入院医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、1人当たりの入院医療費は多くの年齢層でやや増加している。

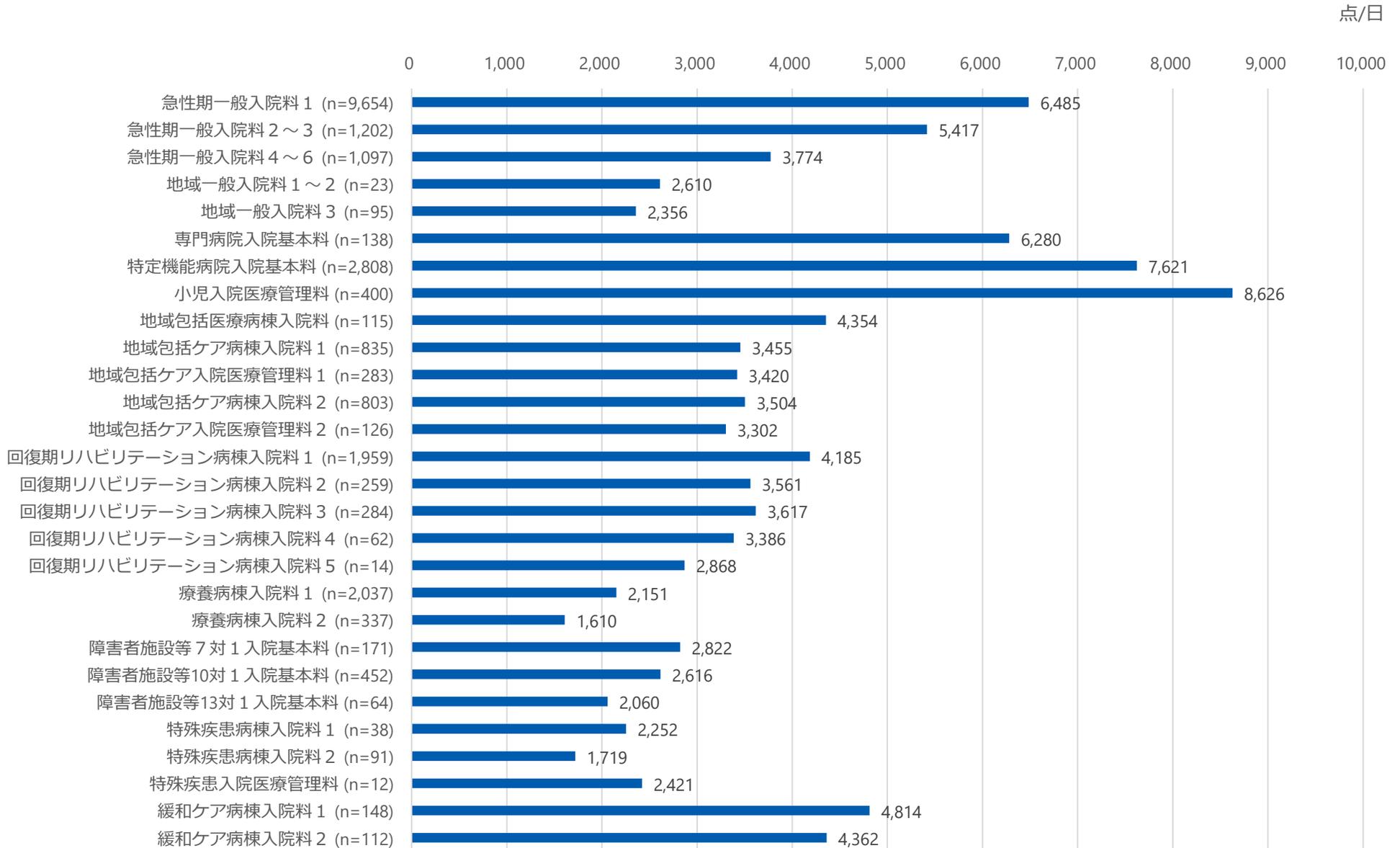
【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費（医科）



# 入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数

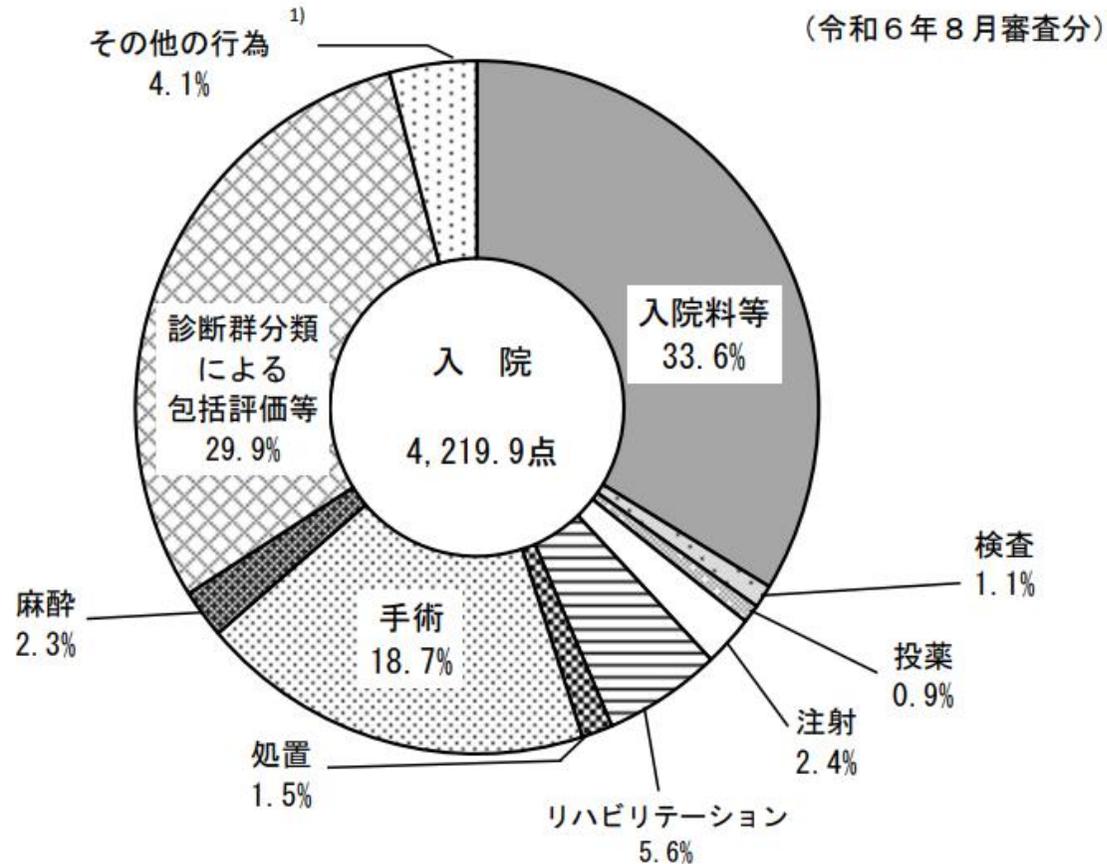
中医協 総-3  
7.6.18

診調組 入-1  
7.5.22



# 診療行為別にみた入院1日当たりの点数の構成割合

- 入院1日当たり点数のうち、入院料等が約34%、診断群分類による包括評価等が約30%、手術が約19%を占めていた。



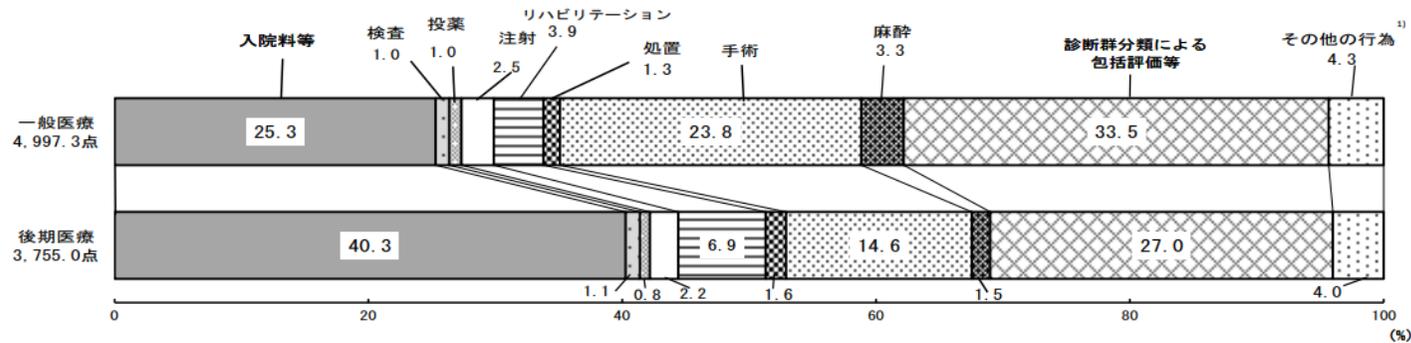
注：1) 「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「画像診断」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

# 入院の診療行為別 1日当たりの点数の構成割合

- 後期医療では、一般医療と比較し、診断群分類による包括評価等や手術の割合が少なく、その他の入院料、リハビリテーションの割合が多かった。
- 療養病床を有する病院では、一般病院と比較し、入院料等の占める割合が多かった。

図3 一般医療 - 後期医療別にみた入院の診療行為別 1日当たり点数の構成割合

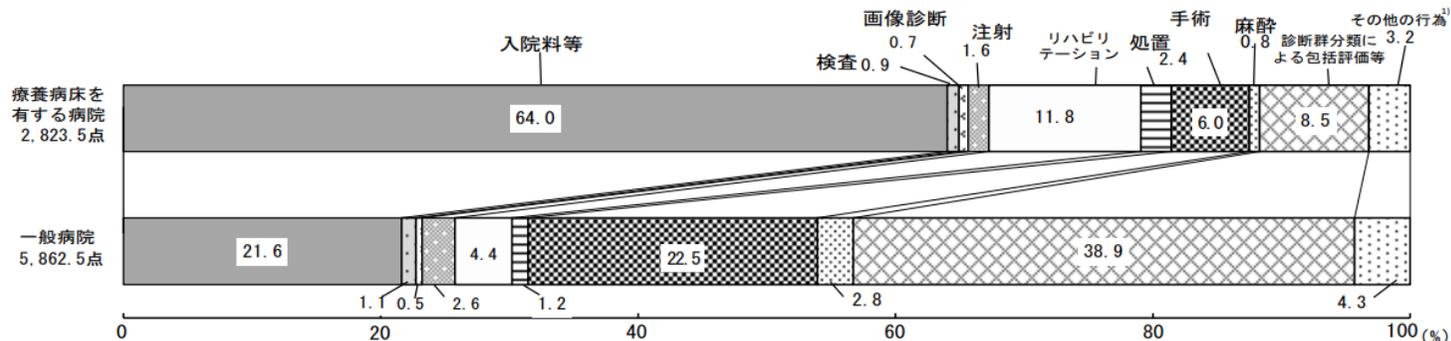
(令和6年8月審査分)



注：1) 「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「画像診断」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

図5 療養病床を有する病院 - 一般病院別にみた入院の診療行為別 1日当たり点数の構成割合

(令和6年8月審査分)



注：1) 「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「投薬」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

# 1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

# 2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

# 令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

## (入院医療)

- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10対1の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。
- 6 急性期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、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFAスコア等、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。
- 7 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、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。
- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。
- 10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

# 1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

# 2. 入院医療等について

**(1) 急性期入院医療**

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

# 急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の評価

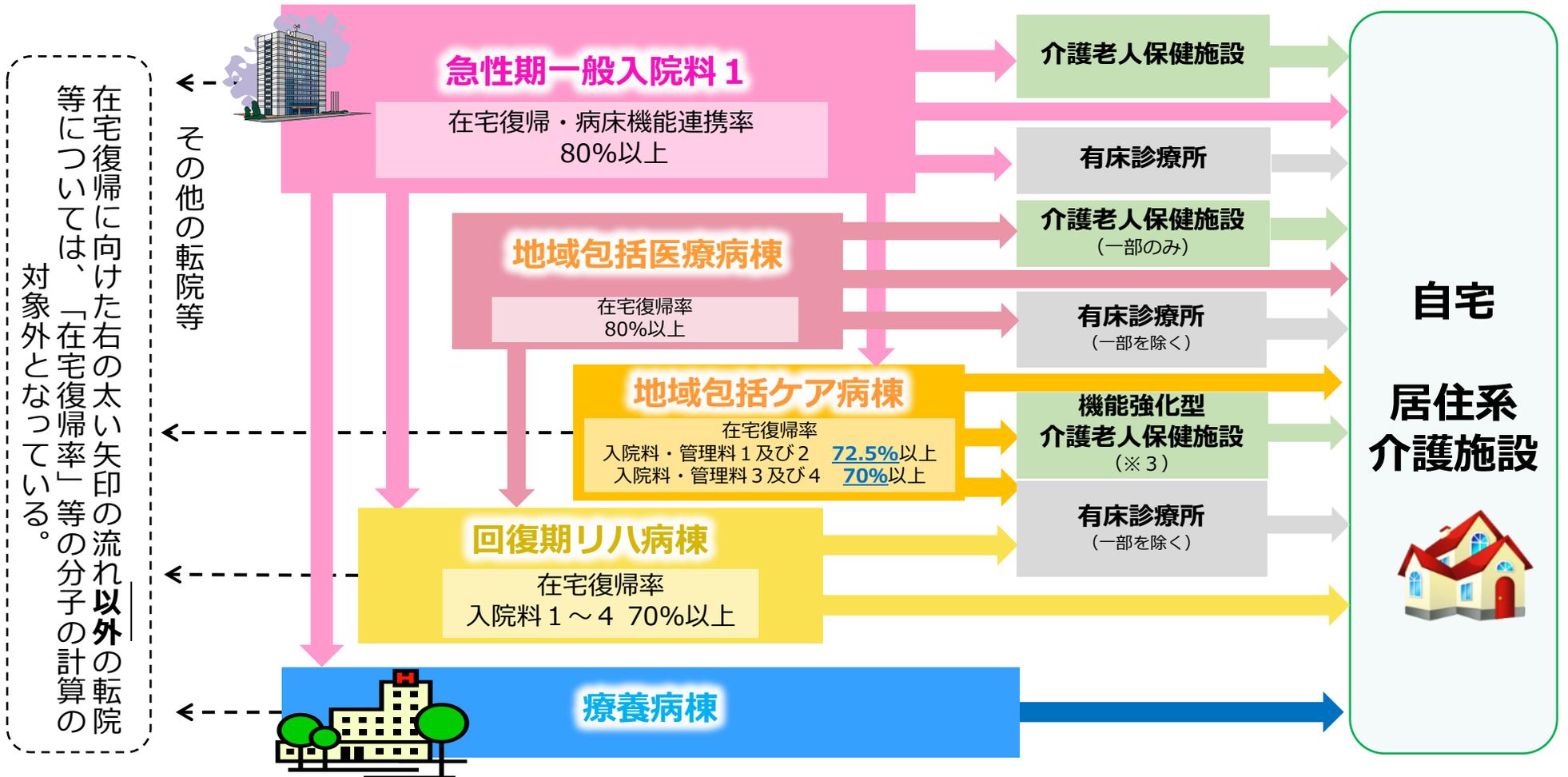
○医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直した。

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準※	必要度I	割合①:21% 割合②:28%	22%	19%	16%	12%	測定している こと
	必要度II	割合①:20% 割合②:27%	21%	18%	15%	11%	
平均在院日数		16日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	-				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院医療等に関する調査への適切な参加</li> <li>届出にあたり入院料1の届出実績が必要</li> </ul>		-		
データ提出加算		○ (要件)					
点数		1,688点	1,644点	1,569点	1,462点	1,451点	1,404点

※該当患者割合の基準  
 入院料1 : 割合①A得点3点以上、又はC得点1点以上  
           割合②A得点2点以上、又はC得点1点以上  
 入院料2～5 : A得点2点以上かつB得点3点以上、又はA得点3点以上、又はC得点1点以上

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（）で示す。

※1, ※2



- ※1 転棟患者（自院内の転棟）は除く。
- ※2 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。
- ※3 機能強化型介護老人保健施設への退院患者数のうち、5割を在宅復帰率に反映。

# 7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成17年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療制度改革大綱 <ul style="list-style-type: none"> <li>・「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」</li> </ul> </li> </ul>
平成18年	<b>7対1入院基本料創設</b>
平成19年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 <ul style="list-style-type: none"> <li>・「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」</li> </ul> </li> </ul>
平成20年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」</li> </ul> </li> </ul>
平成24年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」</li> </ul> </li> <li>○ <b>平均在院日数要件の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「平均在院日数が19日→18日以下」</li> </ul> </li> </ul>
平成26年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」</li> </ul> </li> <li>○ <b>データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入</b></li> </ul>
平成28年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A項目の一部追加、B項目の評価項目の見直し、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」</li> <li>・「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上」</li> <li>・「該当患者割合を15%以上→25%以上」</li> </ul> </li> <li>○ <b>在宅復帰率の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「75%以上→80%以上」</li> </ul> </li> </ul>

# 7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

平成30年	<p><b>7対1入院基本料の基準の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟入院基本料の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合</li> </ul> </li> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・C項目の評価項目の見直し</li> <li>・該当患者の判定基準に「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を追加（総合入院体制加算も同様に基準を追加）</li> <li>・A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設</li> <li>・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合（30%/25%）を設定</li> </ul> </li> <li>○ <b>在宅復帰率の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更</li> <li>・指標の定義等の見直し</li> </ul> </li> </ul>
令和2年	<p><b>急性期一般入院料1の基準の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・該当患者の判定基準から「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を削除</li> <li>・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価</li> <li>・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→（31%/29%）以上へ見直し</li> <li>・A・C項目の評価項目の見直し</li> </ul> </li> </ul>
令和4年	<p><b>急性期一般入院料1の基準の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「心電図モニターの管理」の項目を廃止</li> <li>・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更</li> <li>・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価を2点に変更</li> <li>・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価</li> <li>・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→200床以上：（31%/28%）、200床未満：（28%/25%）に変更</li> </ul> </li> </ul>
令和6年	<p><b>急性期一般入院料1の基準の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>平均在院日数要件の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「平均在院日数が18日→16日以下」</li> </ul> </li> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度Ⅱを用いる対象医療機関：許可病床数200床以上 →すべての保険医療機関（許可病床数200床未満で、必要度Ⅱによる評価が困難であるものを除く）</li> <li>・判定基準として「A得点2点以上かつB得点3点以上」、「A得点3点以上」、又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上 →「A得点3点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上、かつ、 「A得点2点以上」又は「C得点1点以上」の該当患者割合が基準以上</li> <li>・A項目の評価項目の見直し</li> <li>・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し</li> <li>・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加</li> </ul> </li> </ul>

# 急性期一般入院料 1 等の施設基準の見直し

## 平均在院日数の基準の見直し

- 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料 1 の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

### 現行

【急性期一般入院基本料】  
[施設基準]  
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては18日）以内であること。



### 改定後

【急性期一般入院基本料】  
[施設基準]  
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては**16日**）以内であること。

## 重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

- 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
  - ① 「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
  - ② 「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること

### 現行

【急性期一般入院料 1】  
[施設基準]  
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表 1

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者



### 改定後

【急性期一般入院料 1】  
[施設基準]  
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表 2 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。

別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)

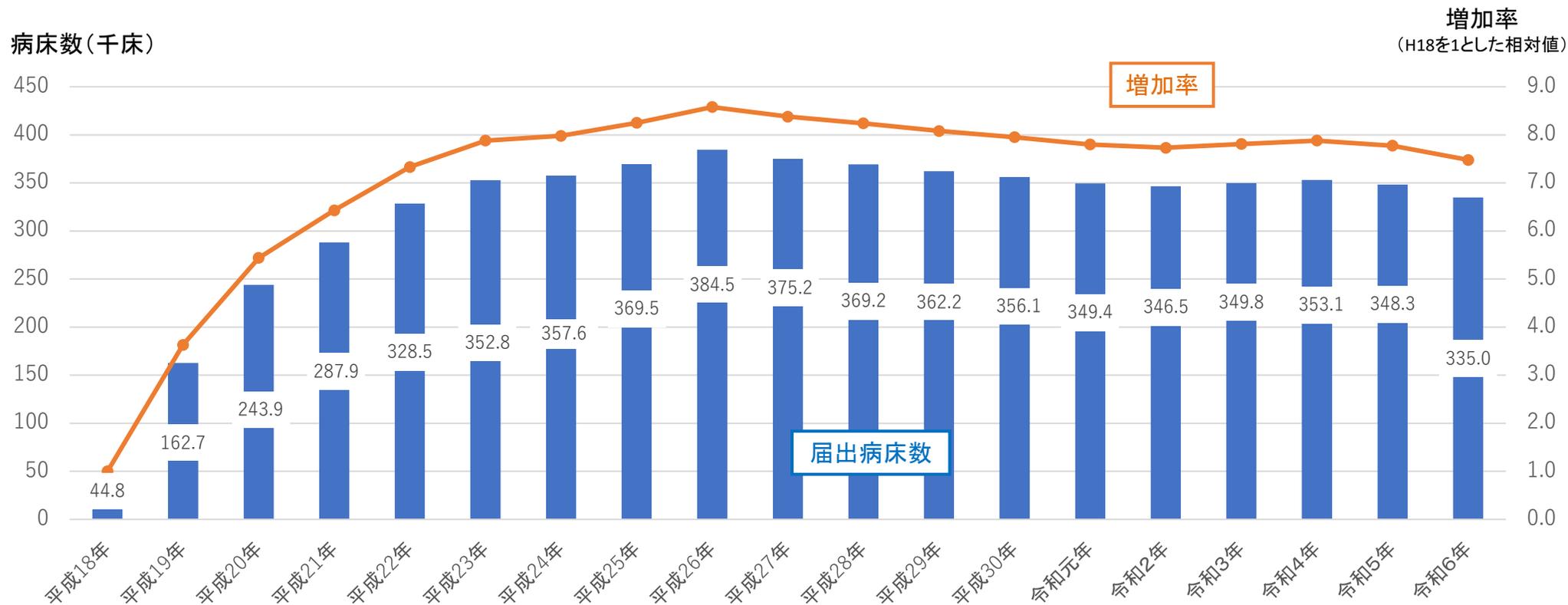
別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

# 急性期一般入院料 1 の届出病床数の動向

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成26年以降減少傾向となり、その後横ばいであったが、令和5年から再び減少傾向となり、令和6年に大きく減少した。



**[H18. 4]**  
7対1入院基本料創設

**[H20. 4]**  
重症度・看護必要度の導入

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

**[H26. 4]**  
重症度、医療・看護必要度  
A項目の見直し  
在宅復帰率要件の導入

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

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

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

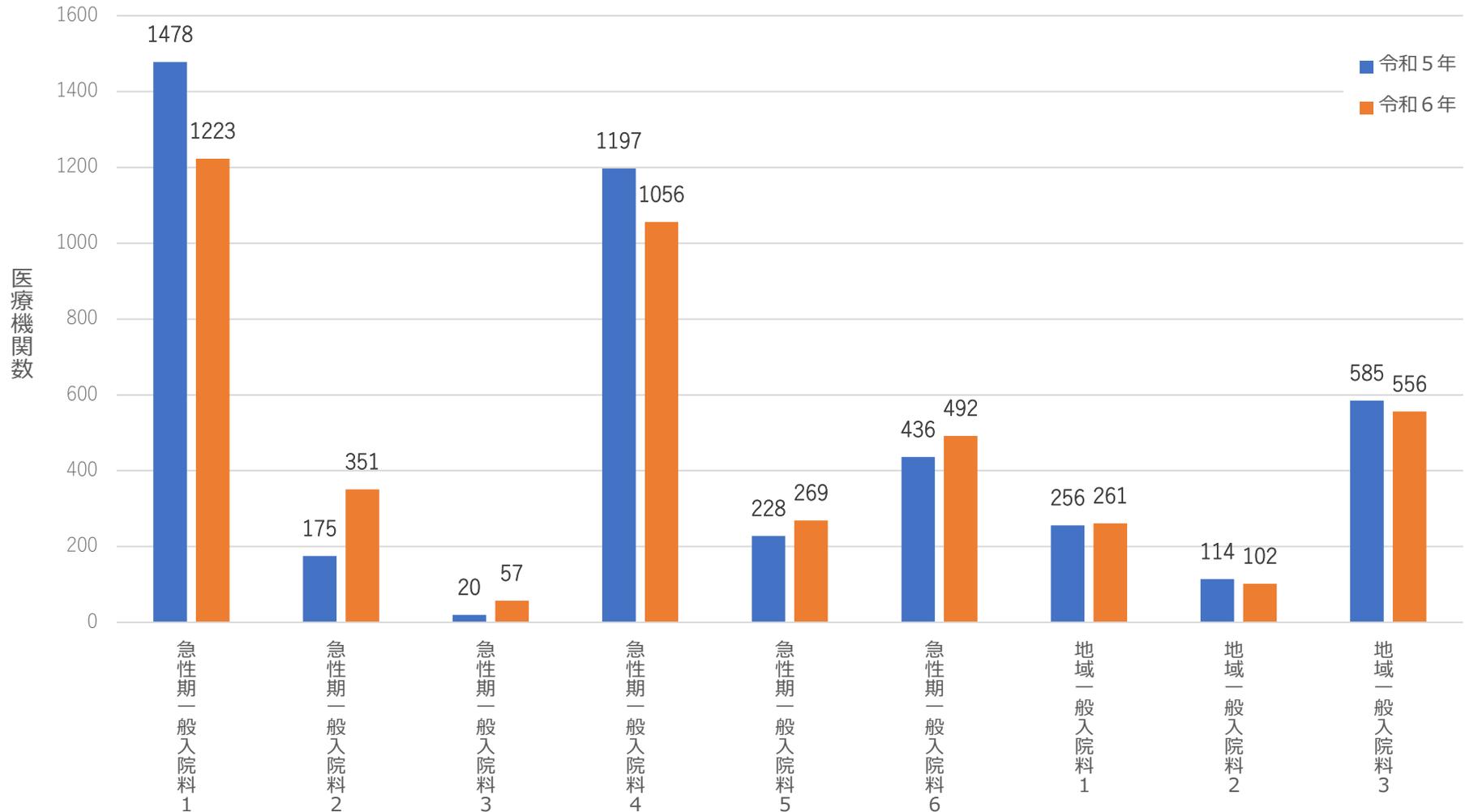
**[R4. 4]**  
A項目の見直し  
重症度、医療・看護必要度Ⅱ対象病院の拡大  
該当患者割合基準の見直し  
200床以上：(31%/29%→31%/28%)  
200床未満：(28%/25%)

出典：各年7月1日(令和6年度は8月1日)の届出状況。保険局医療課調べ。

※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

# 一般病棟入院基本料の届出医療機関数

○ 一般病棟入院基本料に係る届出医療機関数は、令和6年度に、急性期一般入院料1と4が減少し、その他の急性期一般入院基本料が増加した。

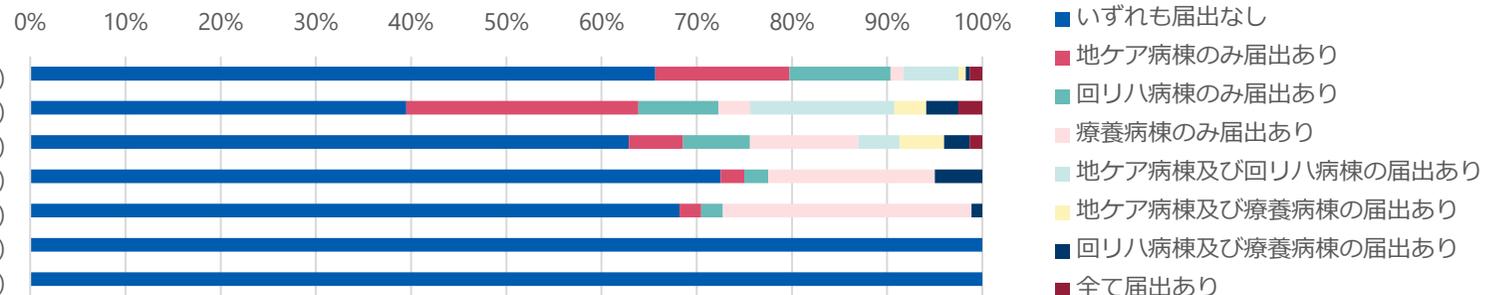


# 一般病棟入院基本料等の届出施設における他の入院料の届出状況

診調組 入-1  
7.5.22

入院料	急性期一般入院料	急性期一般入院料	急性期一般入院料	地域一般入院料 1	地域一般入院料 3	専門病院入院基本	特定機能病院入院	
	1	2～3	4～6	～2		料 7 対 1	基本料 7 対 1	
届出率	施設数	518	119	299	40	88	5	53
療養病棟入院基本料	3.9%	12.6%	20.1%	22.5%	27.3%	0.0%	0.0%	
結核病棟入院基本料	5.6%	5.9%	3.3%	2.5%	1.1%	0.0%	0.0%	
精神病等入院基本料	9.1%	4.2%	3.0%	2.5%	3.4%	0.0%	5.7%	
小児入院医療管理料	49.6%	17.6%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	90.6%	
回復期リハビリテーション病棟入院	18.1%	29.4%	15.4%	7.5%	3.4%	0.0%	0.0%	
地域包括医療病棟入院料	2.3%	5.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
地域包括ケア病棟入院料	22.0%	45.4%	16.1%	2.5%	2.3%	0.0%	0.0%	
障害者施設等入院基本料	3.9%	8.4%	6.4%	7.5%	9.1%	0.0%	1.9%	
特殊疾患病棟入院料	0.2%	0.0%	0.7%	2.5%	1.1%	0.0%	0.0%	
緩和ケア病棟入院料	18.7%	7.6%	1.0%	0.0%	0.0%	80.0%	11.3%	
救命救急入院料	22.0%	1.7%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	58.5%	
特定集中治療室管理料	45.6%	10.9%	2.0%	0.0%	1.1%	0.0%	96.2%	
ハイケアユニット入院医療管理料	54.4%	36.1%	7.0%	0.0%	0.0%	60.0%	52.8%	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	16.4%	9.2%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	34.0%	
小児特定集中治療室管理料	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
新生児特定集中治療室管理料	20.8%	2.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	43.4%	
母体・胎児集中治療室管理料	7.5%	0.8%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	60.4%	

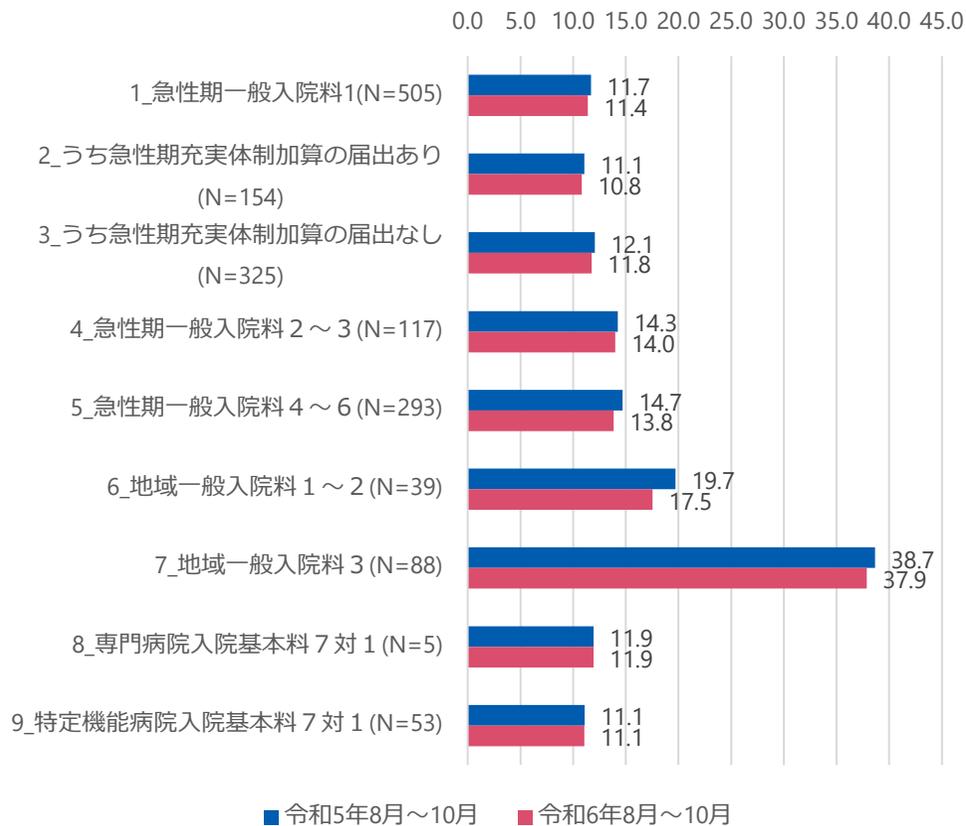
## 入院料ごとの地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟届出の組み合わせ



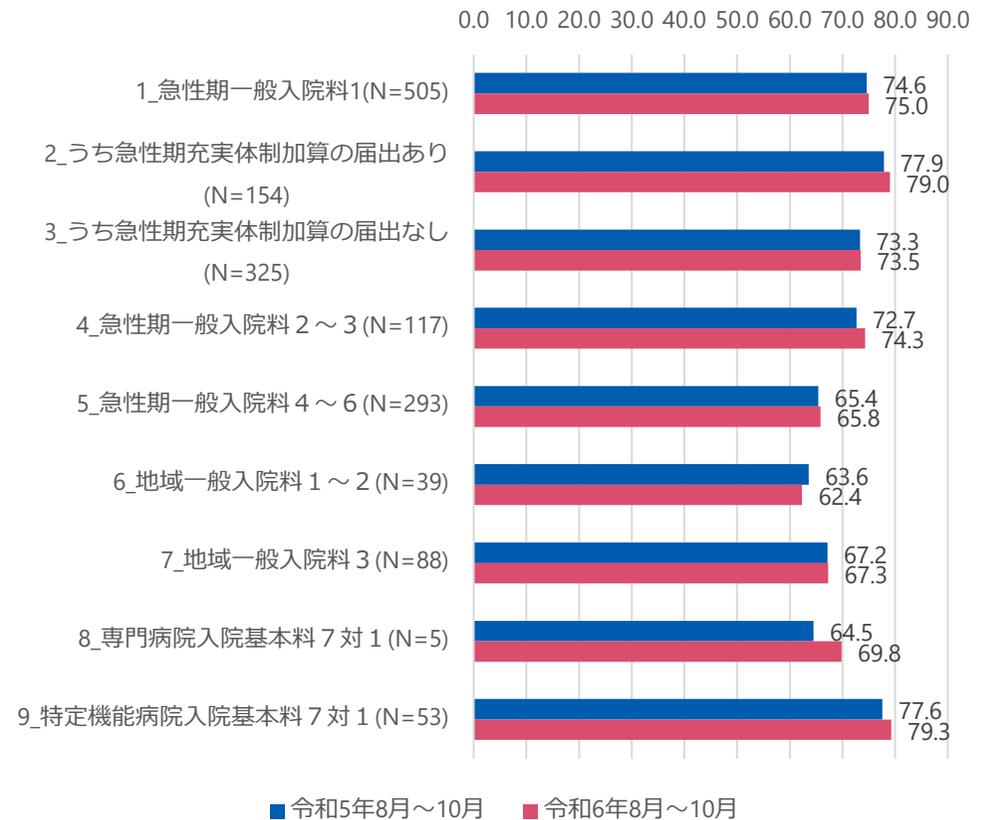
# 一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟等における平均在院日数

- 急性期充実体制加算の届出のある施設のほうが、届出のない施設よりも平均在院日数が短い傾向にあった。
- 一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料 7 対 1 において、令和 5 年と比較して令和 6 年の平均在院日数が減少していた。
- 急性期一般入院料、専門病院入院基本料 7 対 1 及び特定機能病院入院基本料 7 対 1 において、令和 5 年と比較して、令和 6 年の病床利用率が増加していた。

入院料ごとの各施設の平均在院日数（日）



入院料ごとの各施設の病床利用率（%）



# 一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟における各施設の在宅復帰率

診調組 入-1参考  
7 . 5 . 2 2

- 急性期一般入院料1の中では、急性期充実体制加算の届出がない施設の方が在宅復帰率が95%以上の割合及び90%以上の割合が高かった。
- 令和5年と令和6年では大きな傾向の違いはみられなかった。

令和5年8～10月における各施設の在宅復帰率

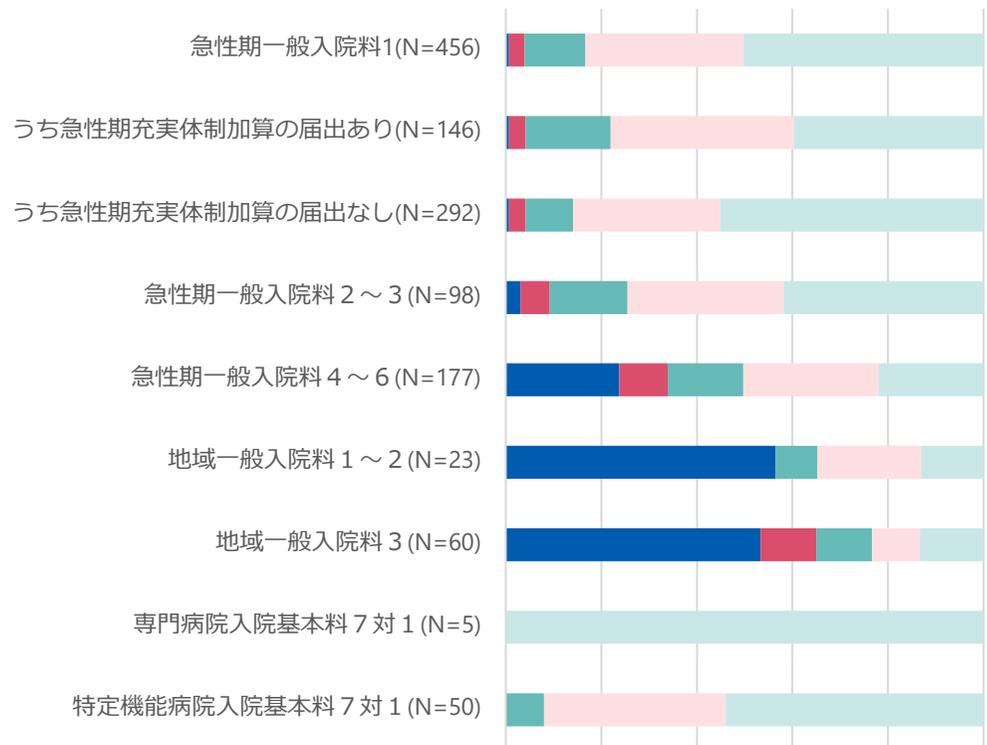
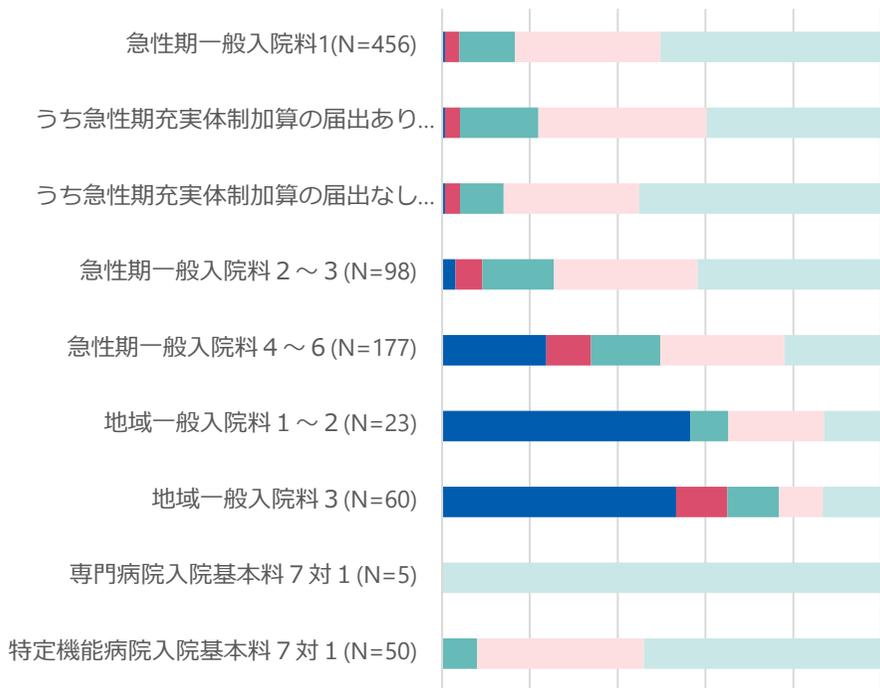
令和6年8～10月における各施設の在宅復帰率の分

の分布

布

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

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



■ 80%未満 ■ 80%以上85%未満 ■ 85%以上90%未満 ■ 90%以上95%未満 ■ 95%以上

■ 80%未満 ■ 80%以上85%未満 ■ 85%以上90%未満 ■ 90%以上95%未満 ■ 95%以上

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

## 評価項目の見直し

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置（※2）	-	-		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、		あり		
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、		あり		
	⑤ 放射線治療、		あり		
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、		あり		
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、		あり		
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	-	あり	-
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	-	あり	-

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

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

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

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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



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

## 【該当患者の基準】

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

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

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

## 【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置(褥瘡の処置を除く)(※1)	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)(※1)	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置(※2)	-	-		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I: 救急搬送後の入院(2日間)	なし	-	あり	-
	II: 緊急に入院を必要とする状態(2日間)	なし	-	あり	-

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

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

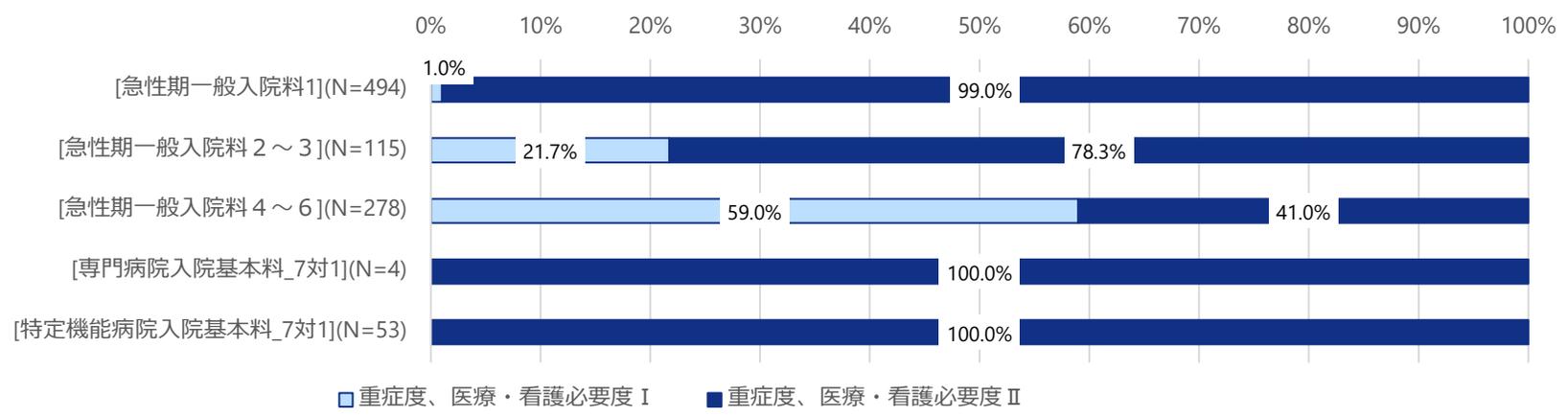
(※2) A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、③麻薬の使用(注射剤のみ)、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

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

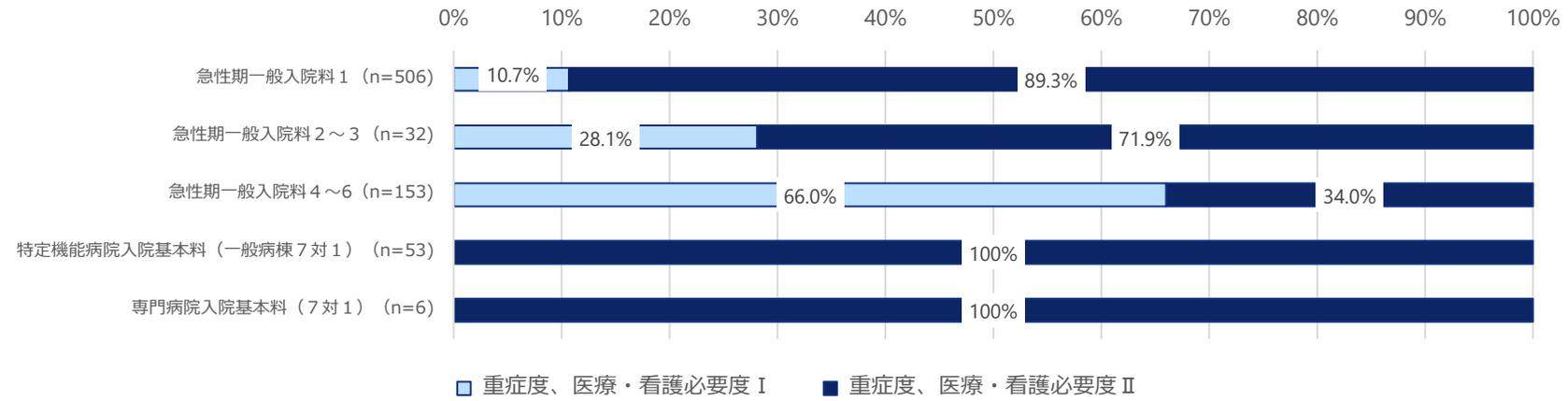
# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

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

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



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



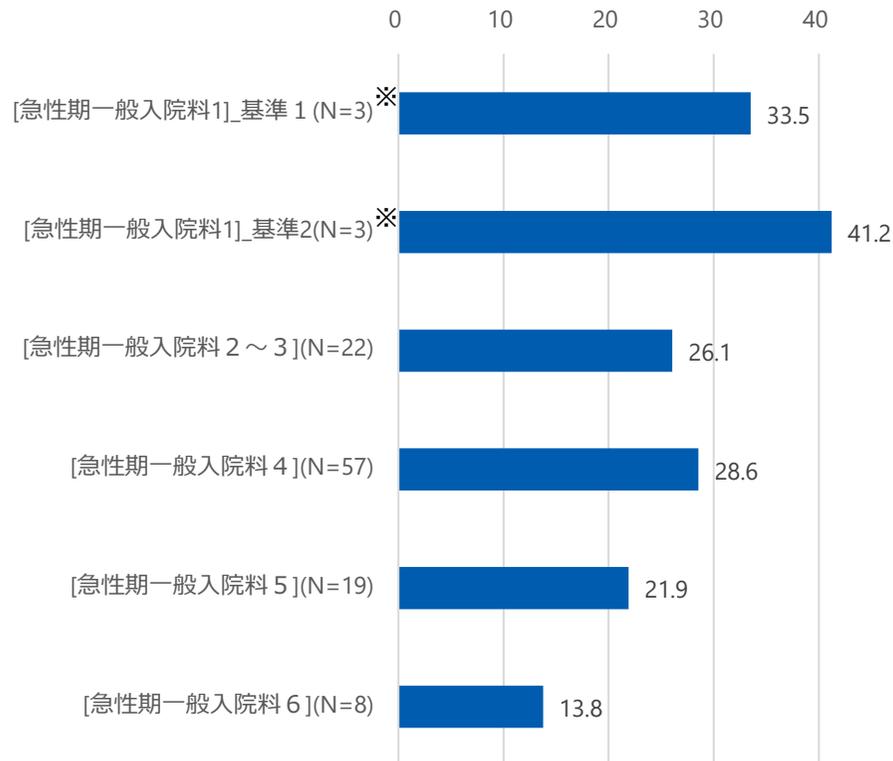
# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入-1参考  
7 . 5 . 2 2

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

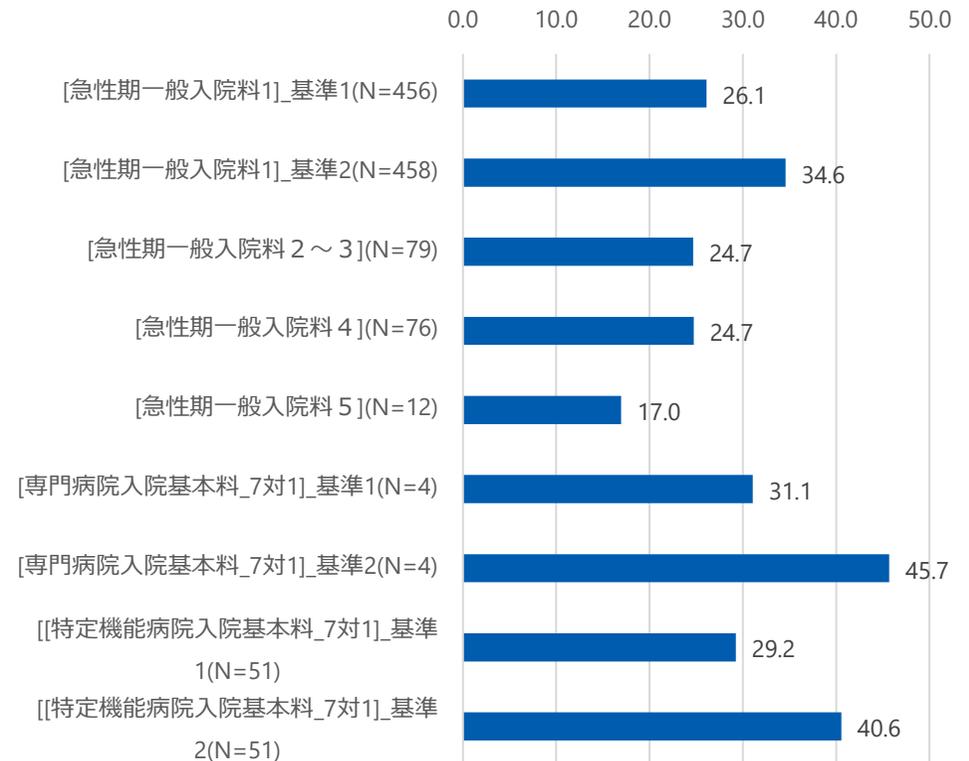
R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



R6重症度、医療看護必要度の該当患者割合

(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



# 総合入院体制加算

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 260点	総合入院体制加算2 200点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。</li> <li>内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても良い。）</li> <li>外来を縮小する体制を有すること。（右記）</li> <li>次のいずれにも該当する。               <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。</li> <li>イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</li> </ul> </li> <li>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。</li> <li><b>特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。</b></li> <li><b>救急時医療情報閲覧機能を有していること。</b></li> </ul>		
実績要件	<p>全身麻酔手術件数<b>年2000</b>件以上      全身麻酔手術件数が<b>年1200</b>件以上      全身麻酔手術件数が年800件以上</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上            イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上    ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上            エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上    オ 化学療法：1,000件/年以上    カ 分娩件数：100件/年以上</p>		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす -	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
精神科要件	<p>(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること</p> <p>精神患者の入院受入体制がある</p> <p>以下のいずれも満たす            イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出            ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p> <p>以下のいずれかを満たす            イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出            ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	-
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A 2点以上又はC 1点以上)	必要度Ⅰ： <b>3割3分以上</b> 必要度Ⅱ： <b>3割2分以上</b>	必要度Ⅰ： <b>3割1分以上</b> 必要度Ⅱ： <b>3割以上</b>	必要度Ⅰ： <b>2割8分以上</b> 必要度Ⅱ： <b>2割7分以上</b>

# 急性期充実体制加算

(1-7日/8-11日/12-14日)	急性期充実体制加算 1 (440点/200点/120点)	急性期充実体制加算 2 (360点/150点/90点)
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料1を届け出ている(急性期一般入院料1の病棟では、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている)</li> <li>敷地内禁煙に係る取組を行っている・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>	
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆救急搬送件数 2,000件/年以上</li> <li>自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備</li> <li>精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上</li> <li><b>救急時医療情報閲覧機能を有していること</b></li> </ul>	
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身麻酔による手術 2,000件/年以上(緊急手術 350件/年以上)</li> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 ◆<b>心臓胸部大血管手術 100件/年以上</b></li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、<b>化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上であること。</b>)</li> </ul> <p>上記のうち5つ以上を満たす</p> <p>上記のうち2つ以上を満たし、以下のいずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆異常分娩 50件/年以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上</li> </ul>	
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている</li> </ul>	
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算1を届け出ている</li> </ul>	
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている</li> </ul>	
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている</li> </ul>	
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者(退院患者を含む)に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満</li> </ul>	
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆紹介受診重点医療機関</li> </ul>	
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい</li> </ul>	
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算1又は2の届出を行っている</li> <li>療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の届出を行っていない</li> </ul>	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上</li> <li>同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない</li> </ul>	

# 急性期充実体制加算等の見直し

## 急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）

高度・専門的な急性期医療の実績

急性期充実体制加算1により評価

急性期医療に関する高い実績  
(急性期充実体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち5項目以上を満たす場合)

小児・周産期・精神科充実体制加算(+90点)により評価※

小児科、産科及び精神科の実績

急性期充実体制加算2により評価

一部の急性期医療に関する高い実績  
(急性期充実体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち2項目以上を満たす場合)

小児・周産期・精神科充実体制加算(+60点)により評価※

小児科又は産科の実績

小児科、産科及び精神科の実績

総合入院体制加算1により評価(+240点⇒+260点)

急性期医療に関する実績(手術件数の基準引き上げ)  
(総合入院体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち全てを満たす場合)

小児科、産科及び精神科の入院医療提供

総合入院体制加算2又は3により評価(加算2は、+180点⇒+200点)

一部の急性期医療に関する実績(加算2における手術件数の基準引き上げ)  
(総合入院体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち4項目又は2項目を満たす場合)

小児科及び産科の入院医療提供

単科の医療機関

入院医療の提供における総合性

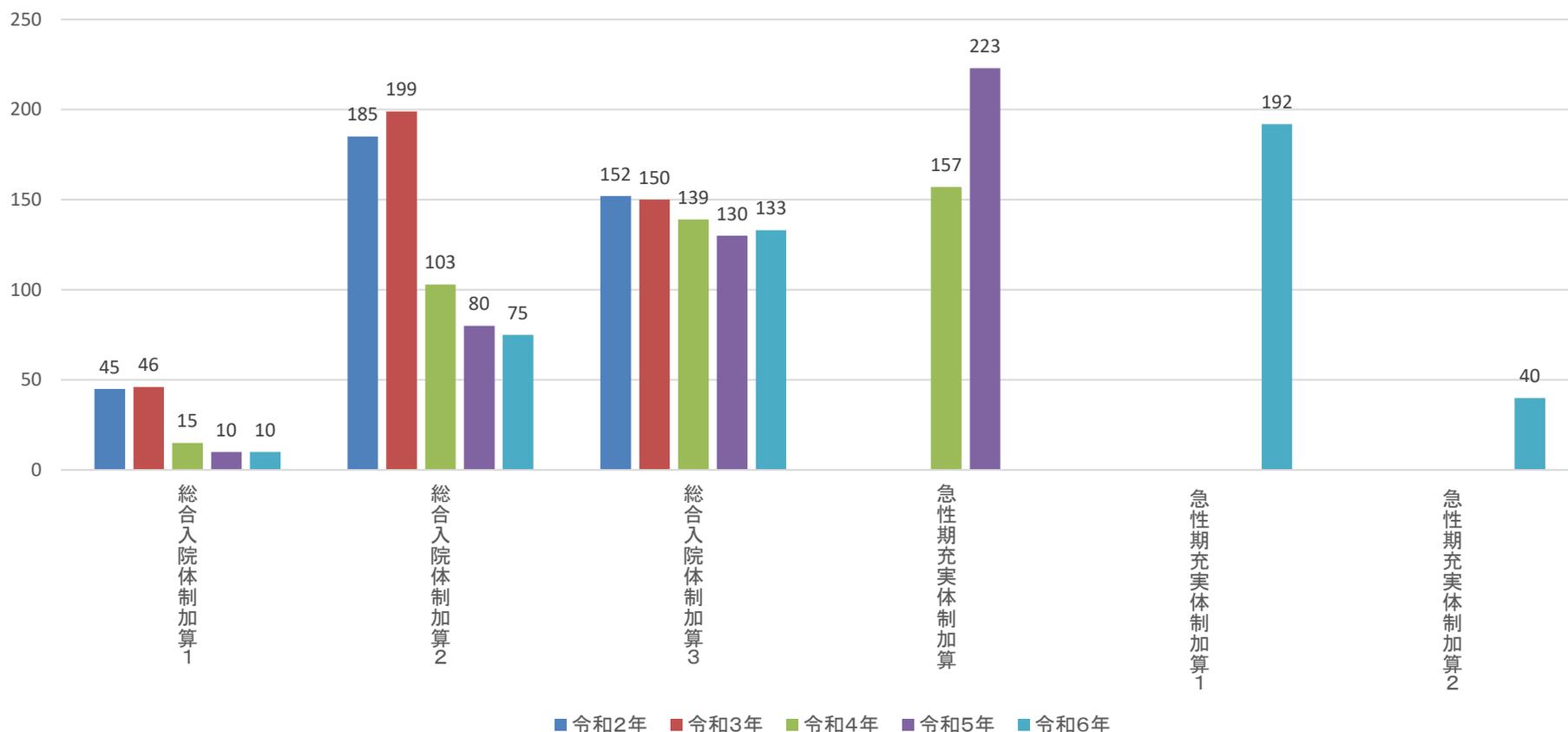
多くの診療科に対応可能な医療機関

※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

# 総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出病院数

- 総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和4年以降減少傾向にある。
- 急性期充実体制加算の届出病院数は、令和5年に223施設まで増加し、令和6年には急性期充実体制加算1が192施設、急性期充実体制加算2が40施設となった。

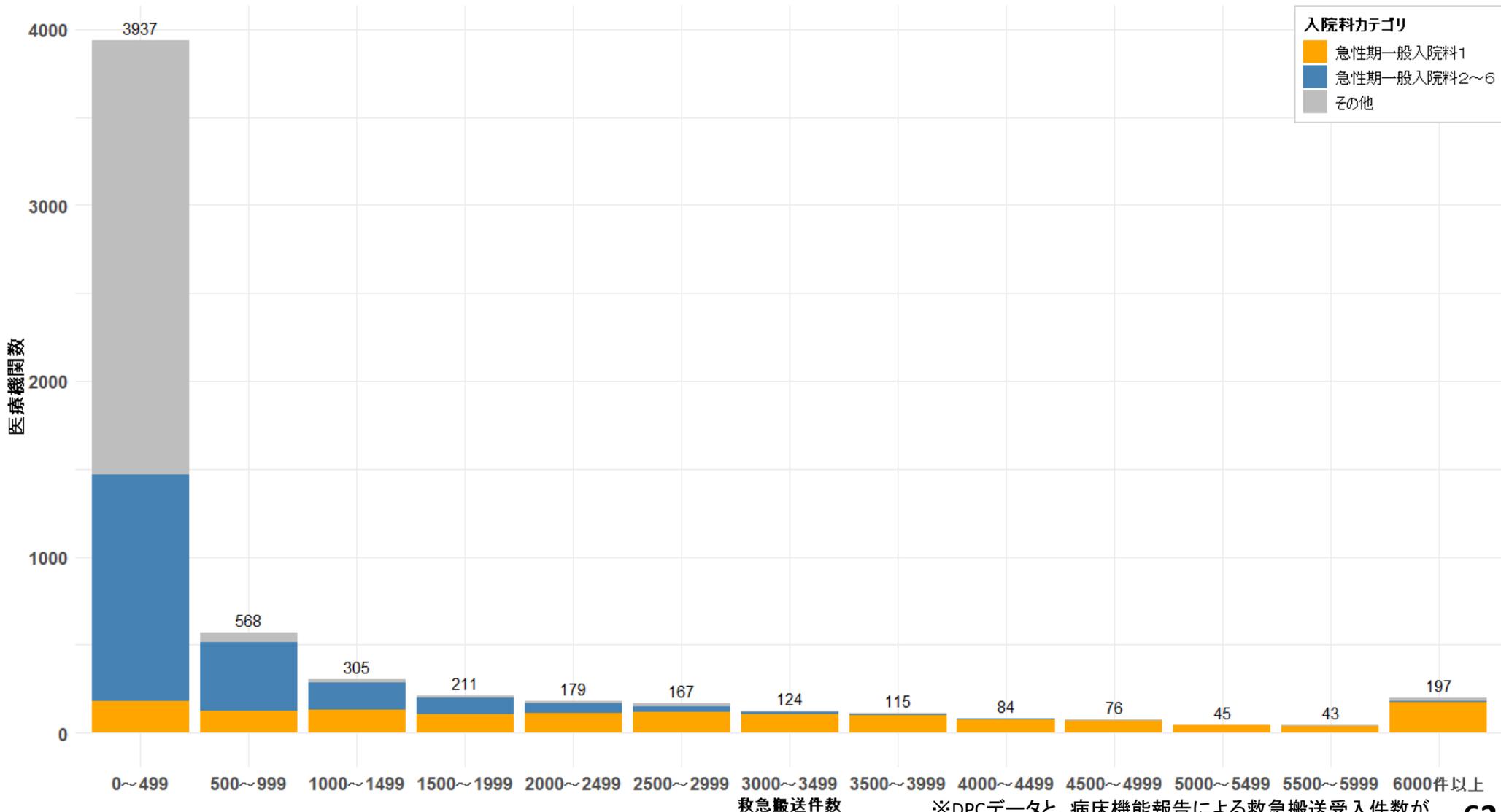
加算届出病院数の推移



# 救急搬送件数別の病院数

○ 全国の病院（6051）※のうち、年間救急搬送受入件数2000件以上の病院は約17%（1030）であり、その2倍の年間4000件を受け入れている病院は約7%（445）であった。

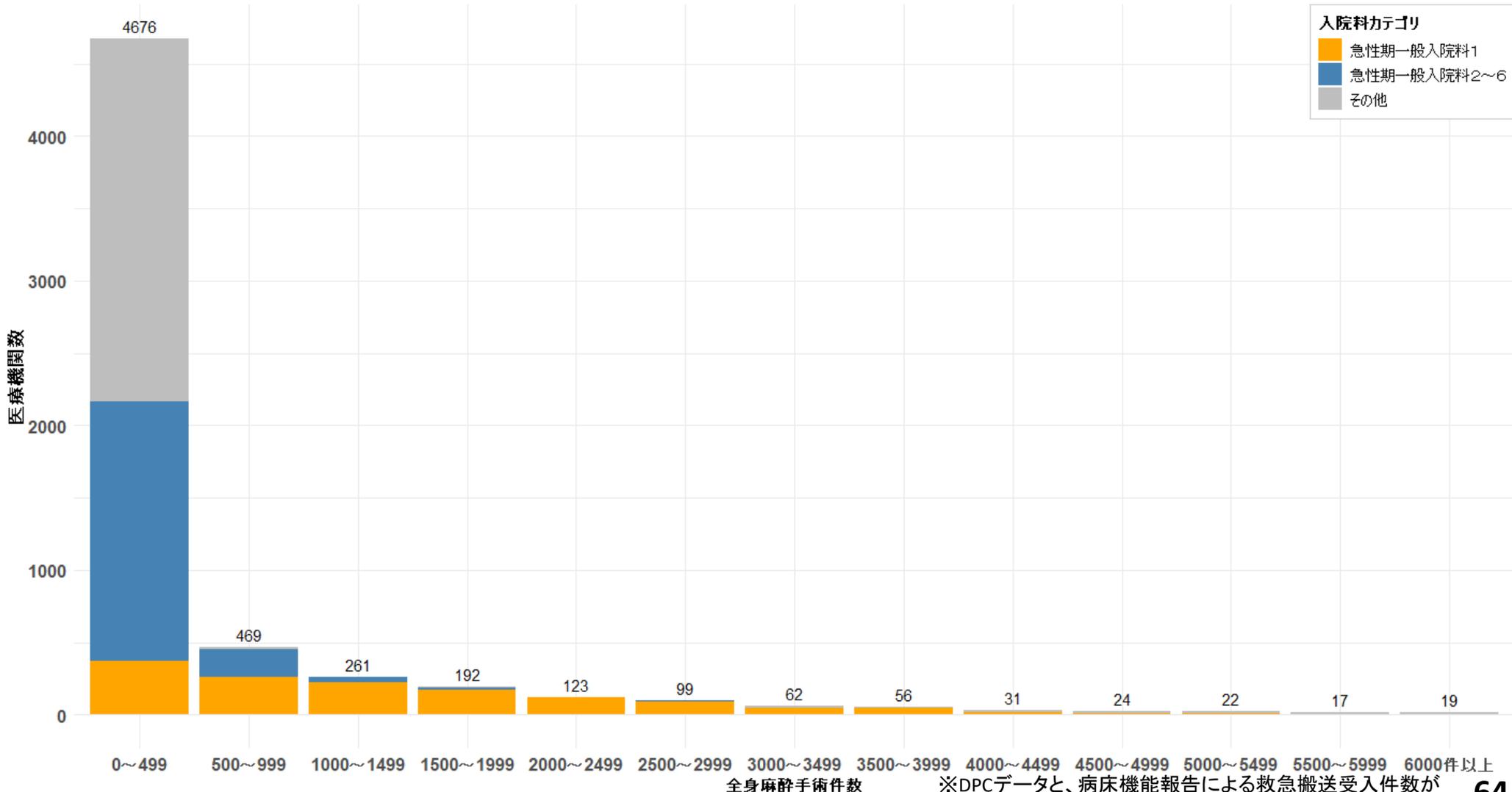
救急搬送件数区分別の医療機関数



# 全身麻酔手術件数別の病院数

○ 全国の病院（6051）で見ると、全身麻酔手術件数500件以上の病院は約22.7%（1375）であった。

全身麻酔手術件数区分別の医療機関数



## DPC/PDPSの基本事項

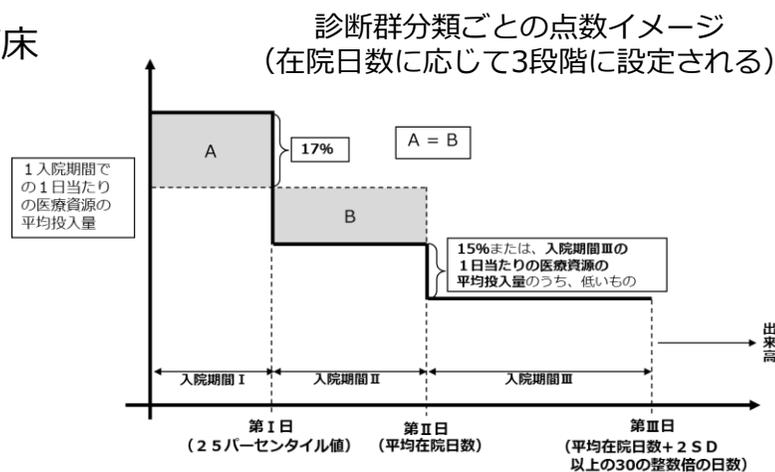
- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

- ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
- ※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和6年6月1日時点見込みで1,786病院・約48万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約85%を占める。

※ 令和4年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。



# 医療機関別係数

## 1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの  
[基礎係数] = [各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]  
÷ [各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]

## 2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

## 3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

## 4. 救急補正係数

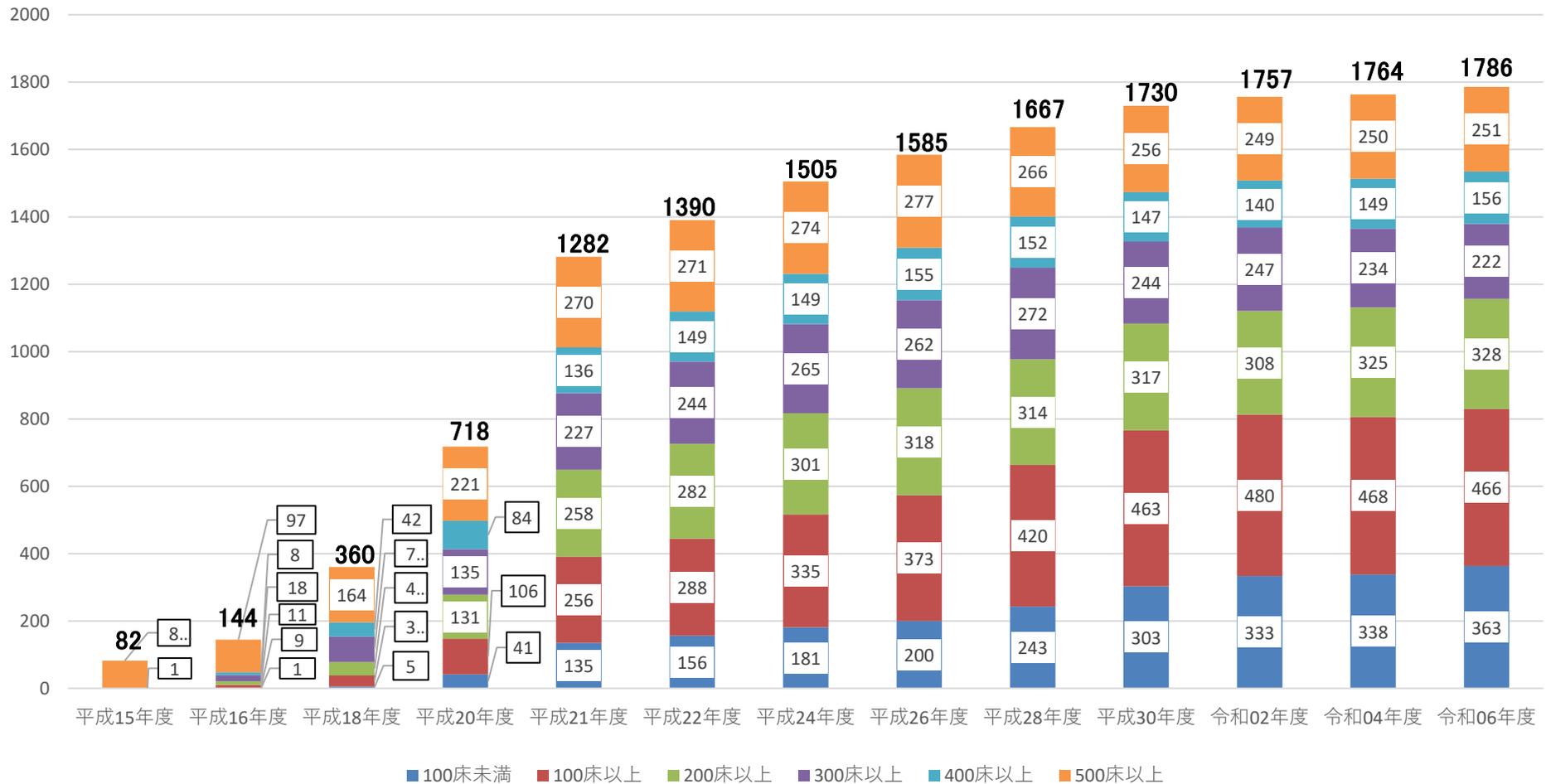
- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

## 5. 激変緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

# DPC対象病院数の推移

○ DPC対象病院数は制度開始以降経時的に増加し、現在は高い水準で推移している。



※各年度調査開始時点の見込み値  
※病床数区分は、DPC算定病床数による

## 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

### 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

**(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）**

**120点**



#### **より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組**

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

#### **多職種による評価と計画**

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

# リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と多職種の関与

診調組 入-1  
7 . 6 . 2 6

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟においては、配置基準が定められている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士をはじめとする様々な職種が関係する業務に関わっていた。

## 業務に関わる職種として、各職種を回答した病棟の割合

(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟 n=73)

	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	38.8%	4.5%	85.1%	13.4%	26.9%	22.4%	22.4%	94.0%	10.4%	1.5%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	31.9%	0.0%	81.9%	0.0%	93.1%	72.2%	48.6%	18.1%	0.0%	1.4%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	50.0%	0.0%	87.1%	15.7%	50.0%	61.4%	48.6%	7.1%	0.0%	4.3%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	30.0%	27.1%	94.3%	0.0%	20.0%	14.3%	62.9%	28.6%	52.9%	0.0%
摂食・嚥下機能のスクリーニング・定期的な評価	37.1%	10.0%	95.7%	1.4%	14.3%	12.9%	85.7%	42.9%	10.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	40.0%	4.3%	61.4%	10.0%	7.1%	2.9%	4.3%	97.1%	5.7%	0.0%
ミーラウンド(食事の観察)	18.5%	7.7%	70.8%	3.1%	15.4%	10.8%	61.5%	81.5%	21.5%	0.0%
経腸栄養剤の種類を選択や変更	78.1%	0.0%	81.3%	18.8%	3.1%	3.1%	18.8%	89.1%	0.0%	3.1%
退院前の居宅への訪問指導	7.7%	0.0%	55.8%	0.0%	84.6%	65.4%	11.5%	3.8%	0.0%	30.8%

# 急性期入院医療における課題と論点

## （医療提供体制について）

- 経年的に見ると、一般病床数は、緩やかな減少傾向にあり、一般病床等の平均在院日数も、短縮傾向にある。なお、これに加え、令和2～4年度にかけ、1日平均在院患者数、病床利用率のいずれも大きく低下したが、令和5年度には下げ止まっている。
- 「新たな地域医療構想におけるとりまとめ」において、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要であり、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）及び広域な観点の医療機関機能（生育及び広域診療等の総合的な機能）の確保に向けた取組を推進するべきとされた。
- 2040年に向けて、生産年齢人口の減少に伴い、地域によっては患者や医療従事者が減少する中、地域の実情に応じた医療提供体制を確保し、急性期の入院医療を提供することが重要である。

## （急性期入院医療の評価について）

- 令和6年度診療報酬改定においては、急性期一般入院料1の平均在院日数や、重症度、医療・看護必要度の基準・項目内容の見直し等が行われた。その後、急性期一般入院料1及び4を算定する病院数が減少し、その他の急性期一般入院料を算定する病院数が増加した。
- 急性期の入院医療を評価する指標として、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等とともに、総合入院体制加算や急性期充実体制加算において、救急搬送件数や全身麻酔手術件数、総合性等が用いられている。適切な医療機関の評価を通じて、急性期の入院医療がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的・持続的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

## 【論点】



- 急性期医療機能を効率的・持続的に、適切に確保するための評価のあり方について、人口減少や担い手の減少、「新たな地域医療構想のとりまとめ」等を考慮に入れたうえで、どう考えるか。
- 入院患者が高齢化し、急性期においても要介護者への対応、リハビリテーション等、生活を支える機能が求められている中での、急性期入院医療における病棟の機能とその評価についてどう考えるか。

# 1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

# 2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

(3) 慢性期入院医療

## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。  
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

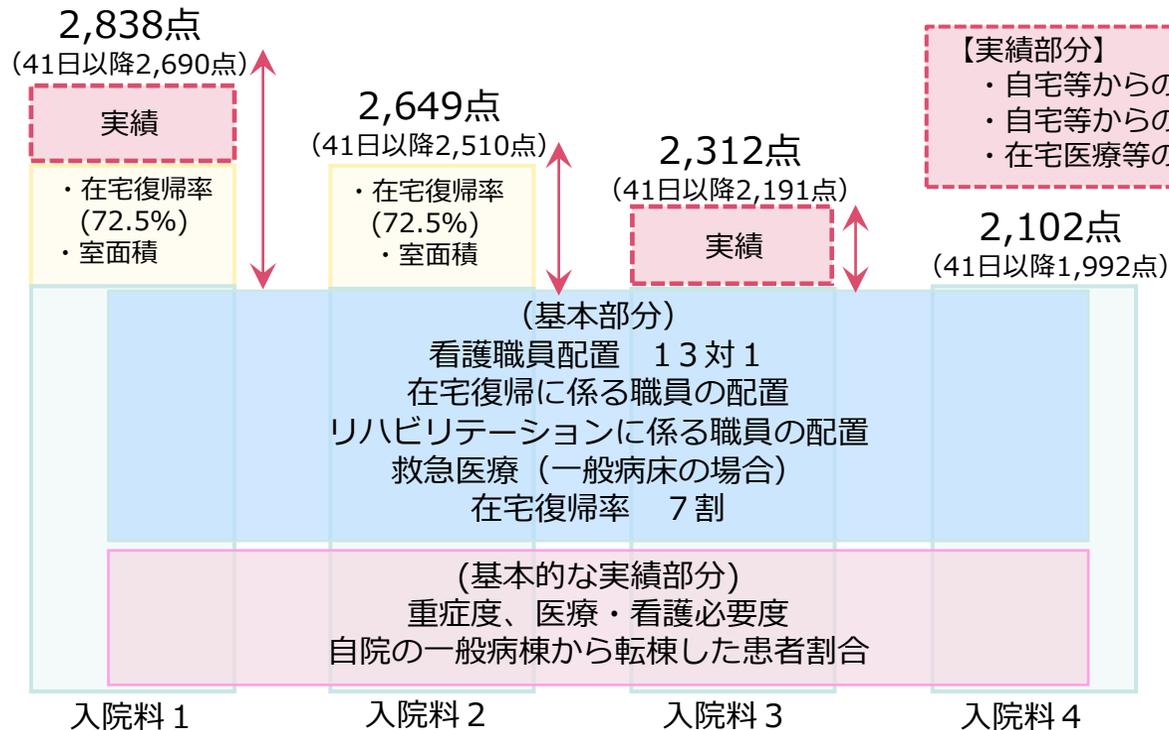
# 包括期を担う病棟の施設基準

診調組 入-1  
7.6.13改

	(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対1	10対1	13対1
	看護師割合	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤2名以上	常勤1名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤1名以上	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は6単位まで	包括、必要者に2単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要	
病棟プロセス・アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 1点以上又はC 1点以上
	看護必要度 I	16%以上	16%以上	10%以上
	看護必要度 II	15%以上	15%以上	8%以上
	入院日に特に介助を要する患者		5割以上	
	同一病院一般病棟からの転棟		5%未満	65%未満
	自宅等から入院			★2割以上
	自宅等からの緊急入院			★前3ヶ月で9人以上
	救急搬送		15%以上	
	平均在院日数	21日以内	21日以内	
	在宅復帰		8割以上	72.5%以上/70%以上
その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が5%未満		
病院ストラクチャー・プロセス	病床数等		200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関	
	在宅医療の提供			6項目のうち1つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算1の届出 (=連携機関数が25以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料1) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)
	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

# 地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



# 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

## 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受け入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

### 現行

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**



### 改定後

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合

- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **580点**
- ② **①の患者以外の患者の場合** **480点**

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合

- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **480点**
- ② **①の患者以外の患者の場合** **380点**



# 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

## 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

### 現行

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>



### 改定後

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,838点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,690点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,649点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,510点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,312点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,191点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,102点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>1,992点</u>

# 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <b>10%以上</b> 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%以上</b>							
<b>自院の一般病棟から転棟した患者割合※1</b>	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)		-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	
<b>自宅等から入棟した患者割合※1</b>	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○(2つ以上)				○(2つ以上)			
<b>在宅復帰率※1※2</b>	7割2分5厘以上				7割以上(満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型(超強化型を含む)の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

# 地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

## 【平成16年度診療報酬改定】

- ・ **亜急性期入院医療管理料の創設**

[主な要件] 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

## 【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

[管理料2の主な要件] 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

## 【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

- ・ 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定(最大60日まで)

- ・ 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定(最大60日まで)

# 地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度～30年度診療報酬改定)

## 【平成26年度診療報酬改定】

### ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
  - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
  - データ提出加算の届出を行っていること
  - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること
  - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
  - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

## 【平成28年度診療報酬改定】

- ・ 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- ・ 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- ・ 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

## 【平成30年度診療報酬改定】

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- ・ 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

# 地域包括ケア病棟の経緯③(令和2年度～6年度診療報酬改定)

## 【令和2年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、以下の見直しを実施。
  - 実績要件の見直し
  - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
  - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

## 【令和4年度診療報酬改定】

- 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進する観点から、
  - 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
  - 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
  - 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
  - 在宅復帰率の水準引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

## 【令和6年度診療報酬改定】

- 適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院とそれ以外の入院で2段階の評価体系に見直し。
- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、入院期間に応じた評価体系として、41日以降の入院料を低減。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を引き上げ。
- 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率等について、以下のとおり見直し。
  - 短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす患者を対象から除く。
  - 在宅復帰率の分子に、在宅強化型(超強化型を含む)の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。

# 病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

## 病床機能区分

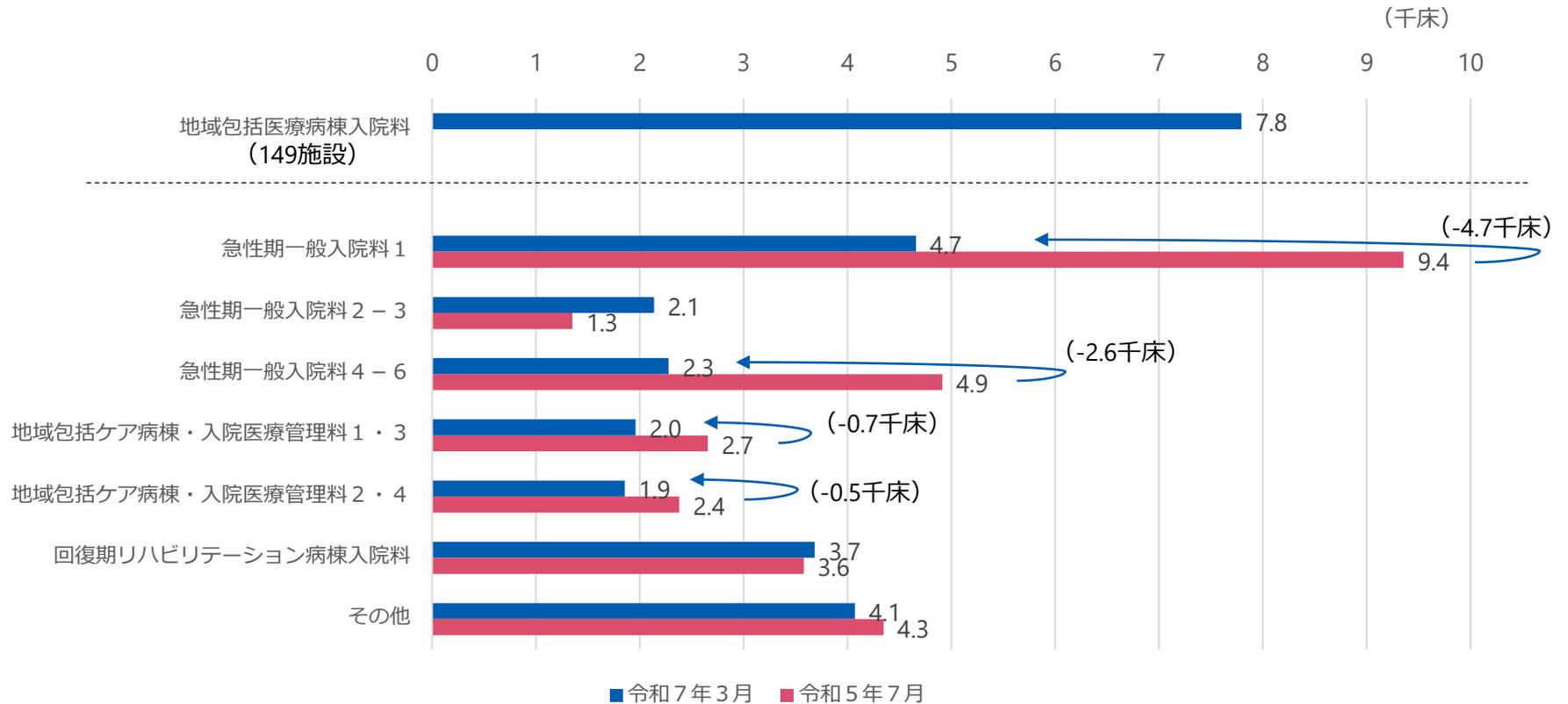
### 機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能</li> <li>• 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</li> <li>• 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>• 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>

# 地域包括医療病棟の届出状況

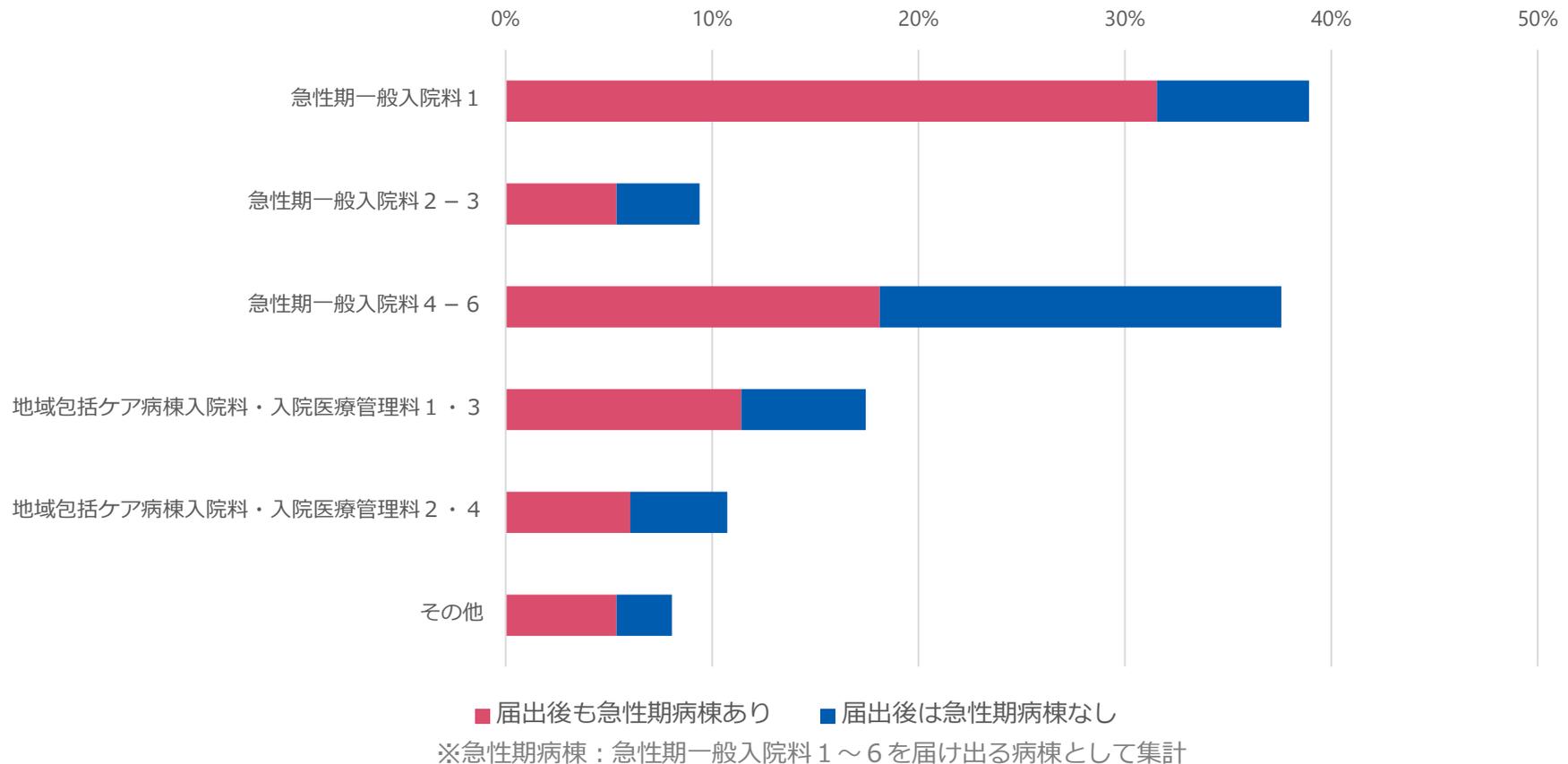
- 令和7年3月時点で地域包括医療病棟は7.8千床ほどであり、届出をした医療機関においては主に急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病床が減少していた。

地域包括医療病棟を届け出た医療機関のその他の届出病床の推移



- 急性期一般入院料 1 から地域包括医療病棟へ転換したと思われる医療機関が4割程度と最多であり、次に急性期一般入院料 4 - 6、地域包括ケア病棟から転換したと思われる施設が多かった。急性期一般入院料 2 - 6 から転換したと思われる医療機関の半数程度では、地域包括医療病棟の届出後に急性期一般入院料を算定する病床はなくなっていた。

地域包括医療病棟の届出後に減少した入院料ごとの医療機関数(n=149)



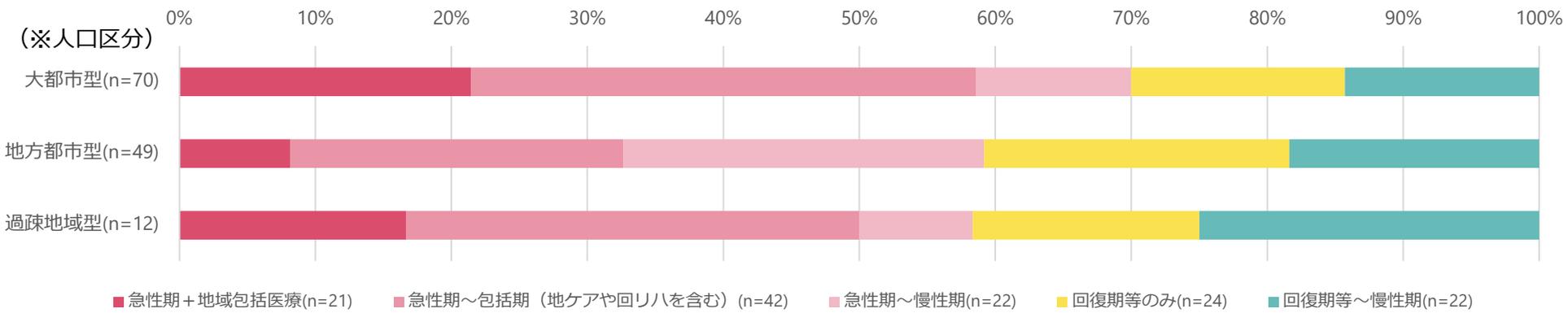
# 地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

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

【地域包括医療病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ (n=131)】



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



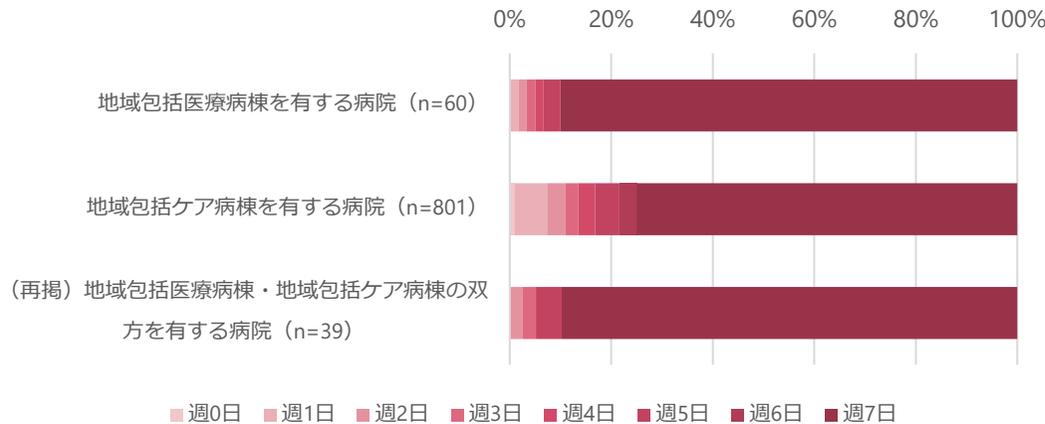
※大都市型：人口100万人以上又は人口密度2000人/km<sup>2</sup>以上、地方都市型：人口20万人以上又は人口10万人～20万人で人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上、過疎地域型：人口10万人未満又は人口10万人～20万人で人口密度200人/km<sup>2</sup>未満と区分

# 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

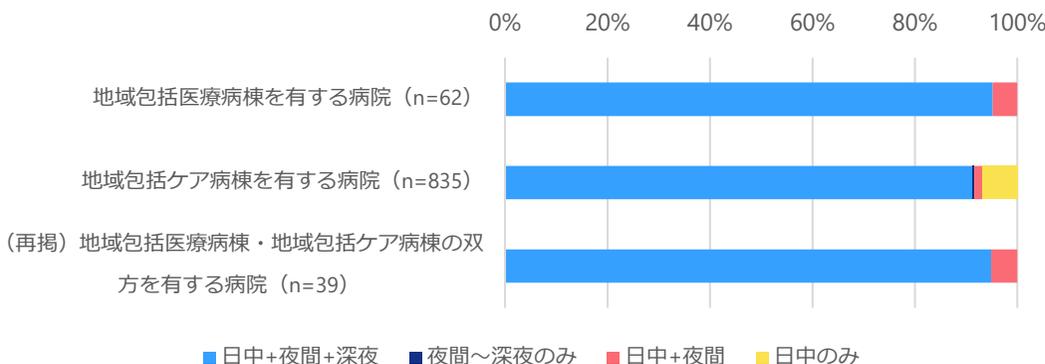
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 救急受入件数の中央値は784件であった。救急受入件数が2000件以上の医療機関は約22%あり、1-199件の医療機関数と同程度であった。

診調組入-1  
7.6.13

救急患者を受け入れている頻度

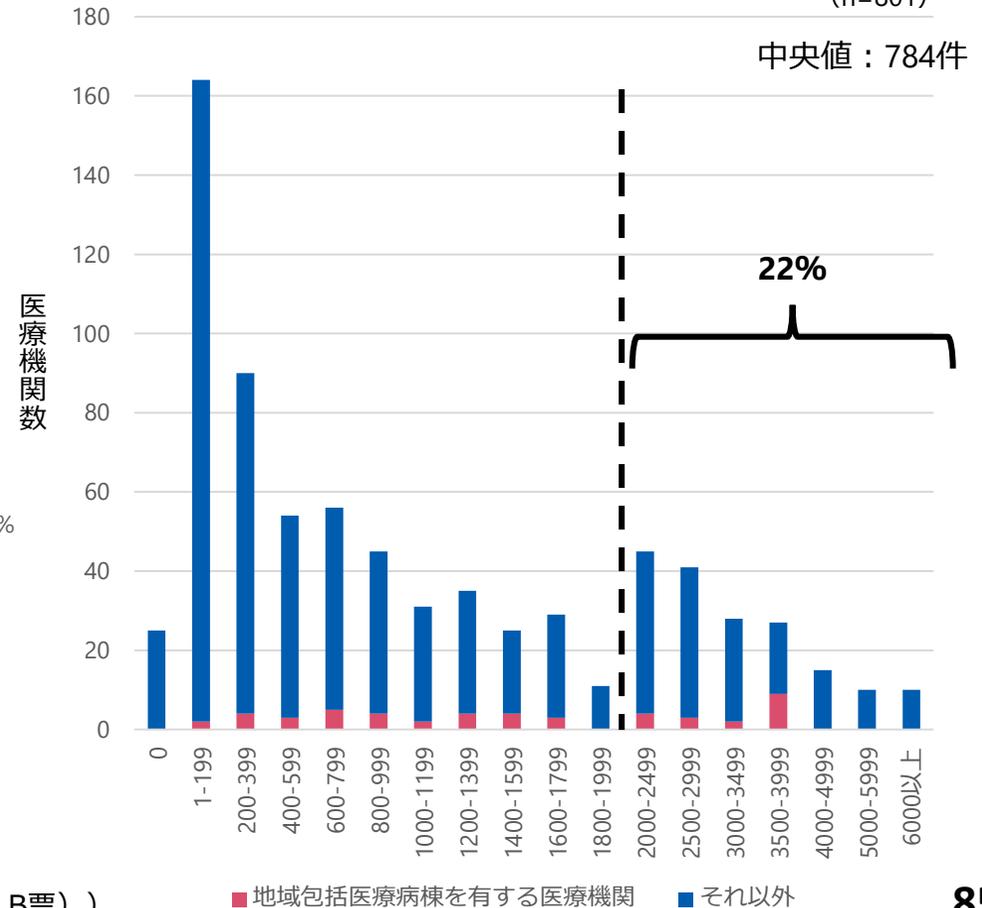


救急患者を受け入れている時間帯



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する

医療機関における救急搬送受入台数の分布 (n=801)



# 各病棟における入院患者数上位の疾患

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期病棟、地域包括ケア病棟と一定程度一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例も多かった。

## 【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例

1 誤嚥性肺炎	4.2%
2 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%
3 腎臓又は尿路の感染症	3.2%
4 股関節・大腿近位の骨折	2.6%
5 心不全	2.5%
6 胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%
7 体液量減少症	2.2%
8 小腸大腸の良性疾患	2.1%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
10 インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%

急性期一般入院料2-6（※） n= 293,020例

1 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	3.4%
2 誤嚥性肺炎	2.7%
3 腎臓又は尿路の感染症	2.7%
4 小腸大腸の良性疾患	2.7%
5 心不全	2.6%
6 股関節・大腿近位の骨折	2.0%
7 その他の感染症（真菌を除く。）	1.8%
8 胸椎・腰椎以下骨折損傷	1.7%
9 白内障・水晶体の疾患	1.6%
10 体液量減少症	1.5%

地域包括ケア病棟 n=100,967例

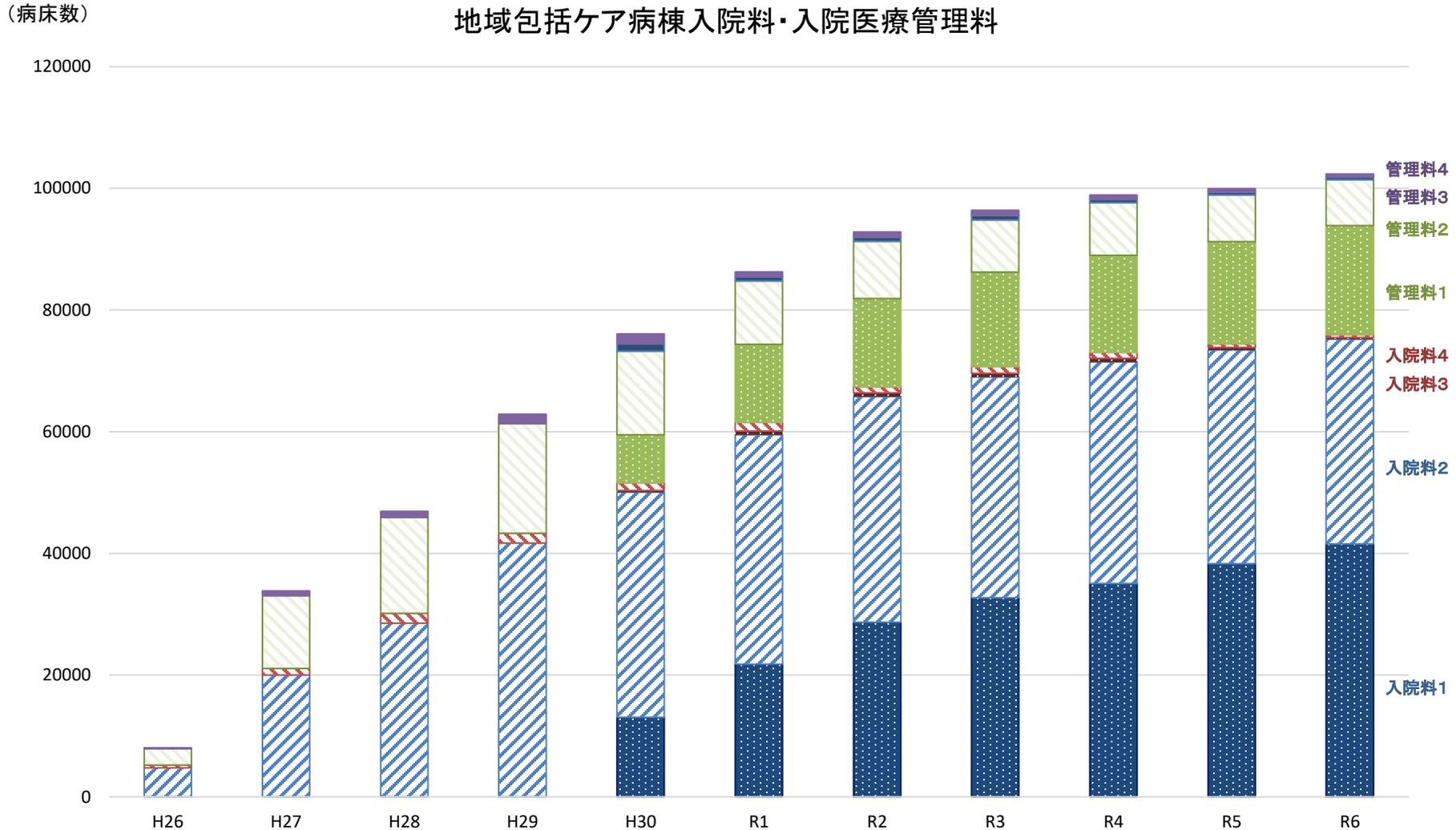
1 白内障・水晶体の疾患	9.8%
2 小腸大腸の良性疾患	6.6%
3 胸椎・腰椎以下骨折損傷	3.3%
4 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.7%
5 腎臓又は尿路の感染症	2.4%
6 心不全	2.3%
7 誤嚥性肺炎	2.2%
8 体液量減少症	2.0%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	1.9%
10 前庭機能障害	1.7%

※ 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関に限る。

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。

# 地域包括ケア病棟・入院管理料の届出病床数の推移

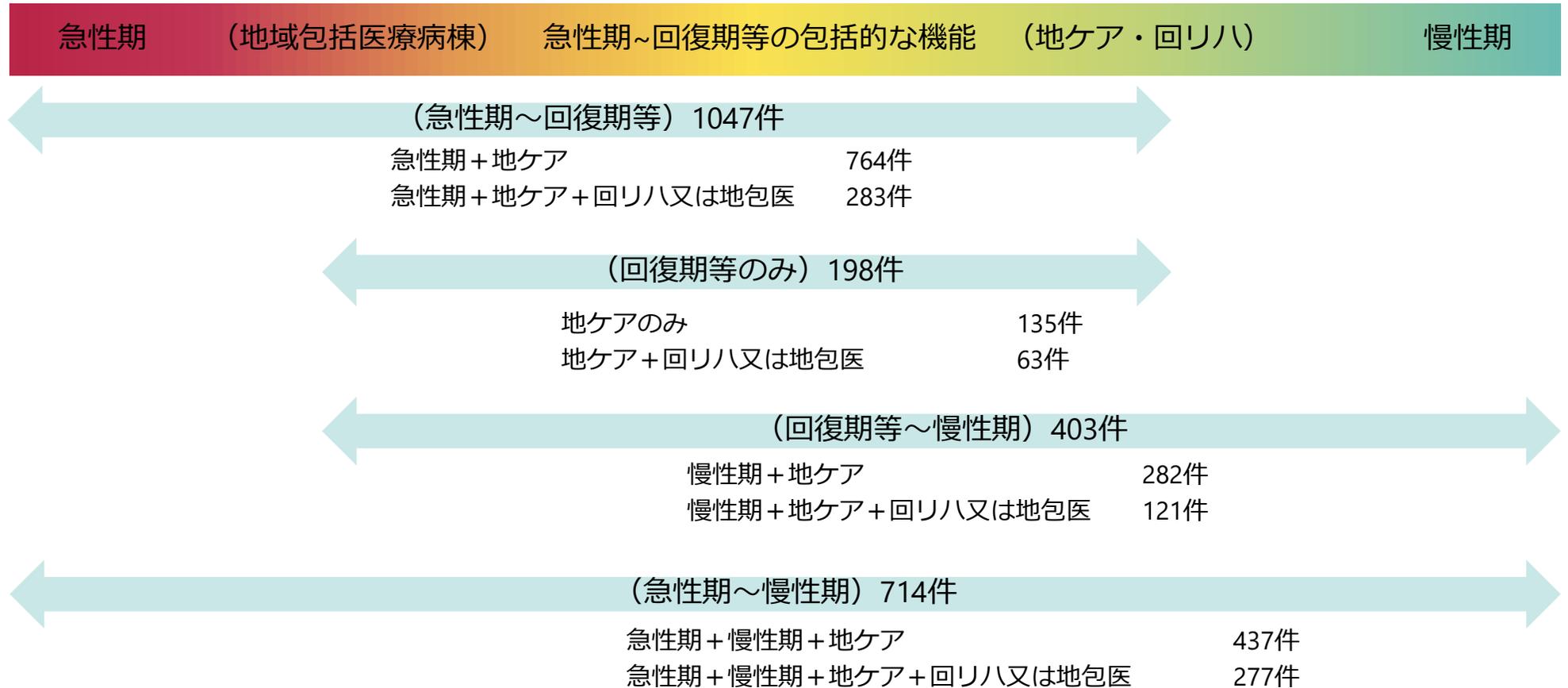
○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は全体として増加傾向であり、特に入院料1、管理料1の病床が増加していた。



# 地域包括ケア病棟と同一の医療機関で算定されている入院料

- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が併設している病棟の組み合わせは様々であった。

【地域包括ケア病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ（n=2362）】

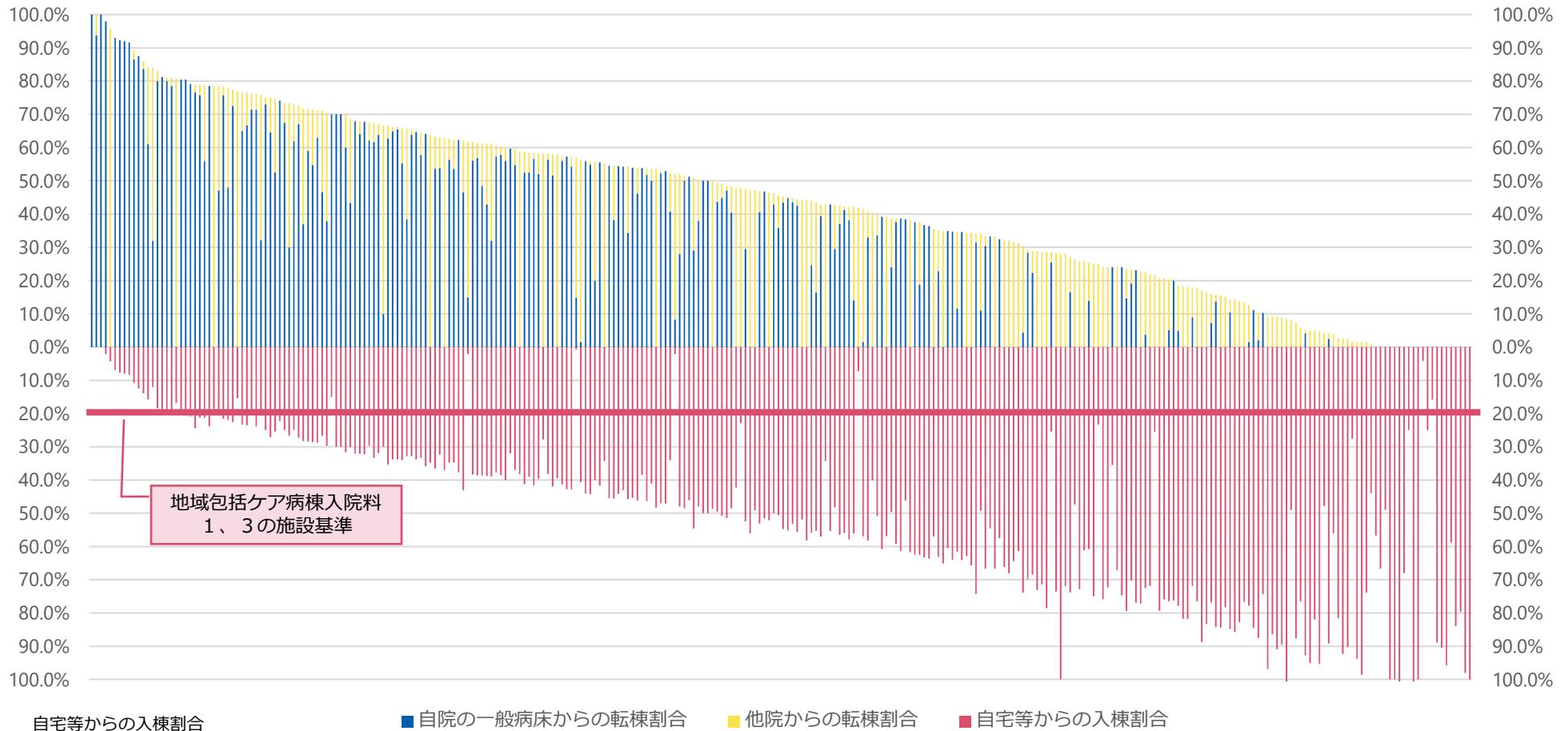


# 地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

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

## 地域包括ケア病棟における入棟元の割合 (N=294)

他病棟からの転棟割合

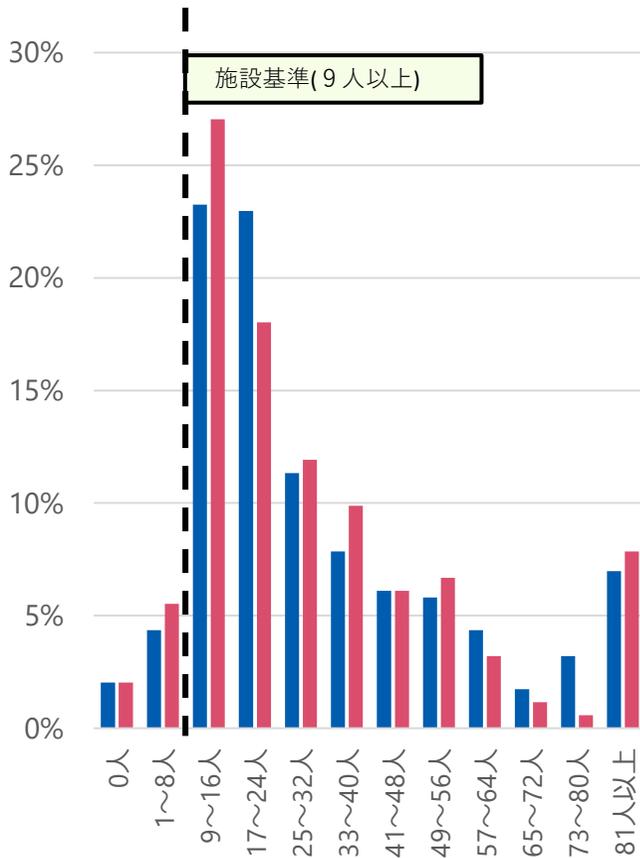


# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入数

○ 地域包括ケア病棟入院料1を算定する施設において、施設基準を下回る医療機関が7%程度存在するが、令和4年度（25%）と比較し減少している。

地域包括ケア病棟・病室1

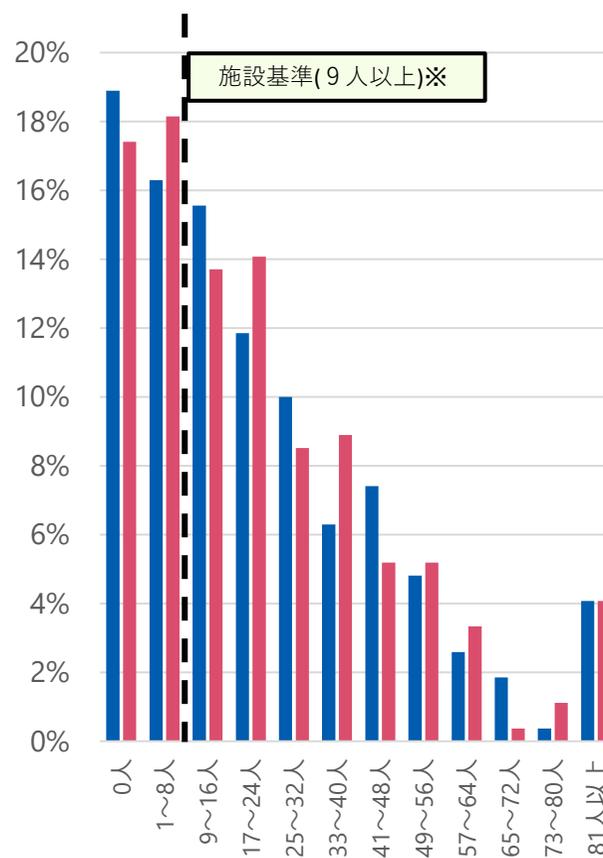
(n=344)



■ 令和6年5月～7月 ■ 令和6年8月～10月

地域包括ケア病棟・病室2

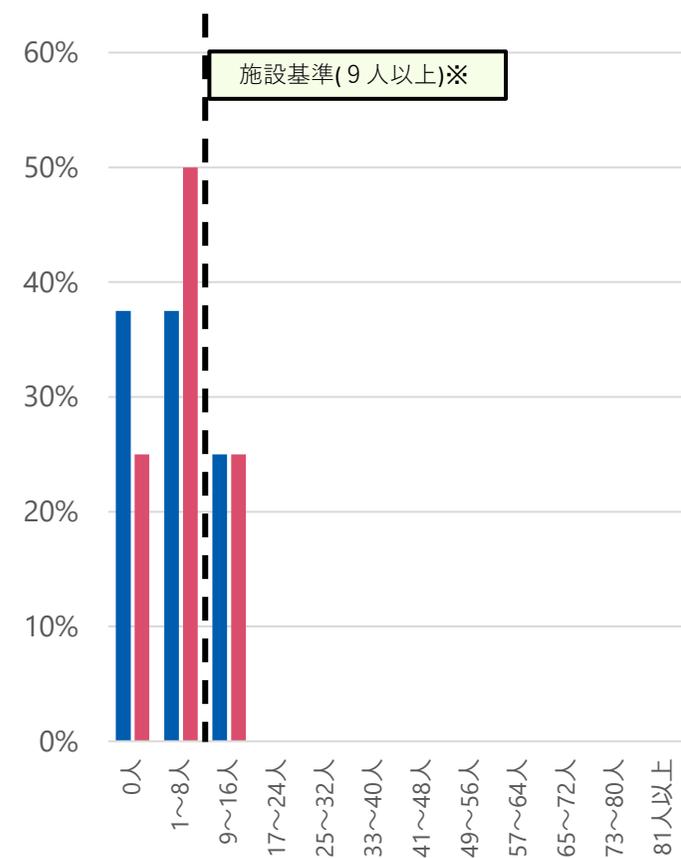
(n=270)



■ 令和6年5月～7月 ■ 令和6年8月～10月

地域包括ケア病棟・病室3～4

(n=8)



■ 令和6年5月～7月 ■ 令和6年8月～10月

\*地域包括ケア病棟入院料2, 4では、在宅医療の提供、自宅等からの入院2割以上、自宅等からの緊急入院が前3か月で9人以上のいずれかの要件を満たす必要がある。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料（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 ⇒ <b>専従常勤 1 名以上</b>	-			
	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	○		-		
	<b>FIMの測定に関する 院内研修会</b>	<b>年 1 回以上開催</b>	-	<b>年 1 回以上開催</b>	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目 記載/ <b>GLIM基準による評価</b>	○	<b>GLIM基準を用いることが望ましい</b>			
	<b>口腔管理</b>	○		-		
	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	-	-
	<b>地域貢献活動</b>	<b>参加することが望ましい</b>		-		
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	<b>2,229 点</b> <b>（2,215 点）</b>	<b>2,166 点</b> <b>（2,151 点）</b>	<b>1,917 点</b> <b>（1,902 点）</b>	<b>1,859 点</b> <b>（1,845 点）</b>	<b>1,696 点</b> <b>（1,682 点）</b>	

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

# 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る主な改定の経緯

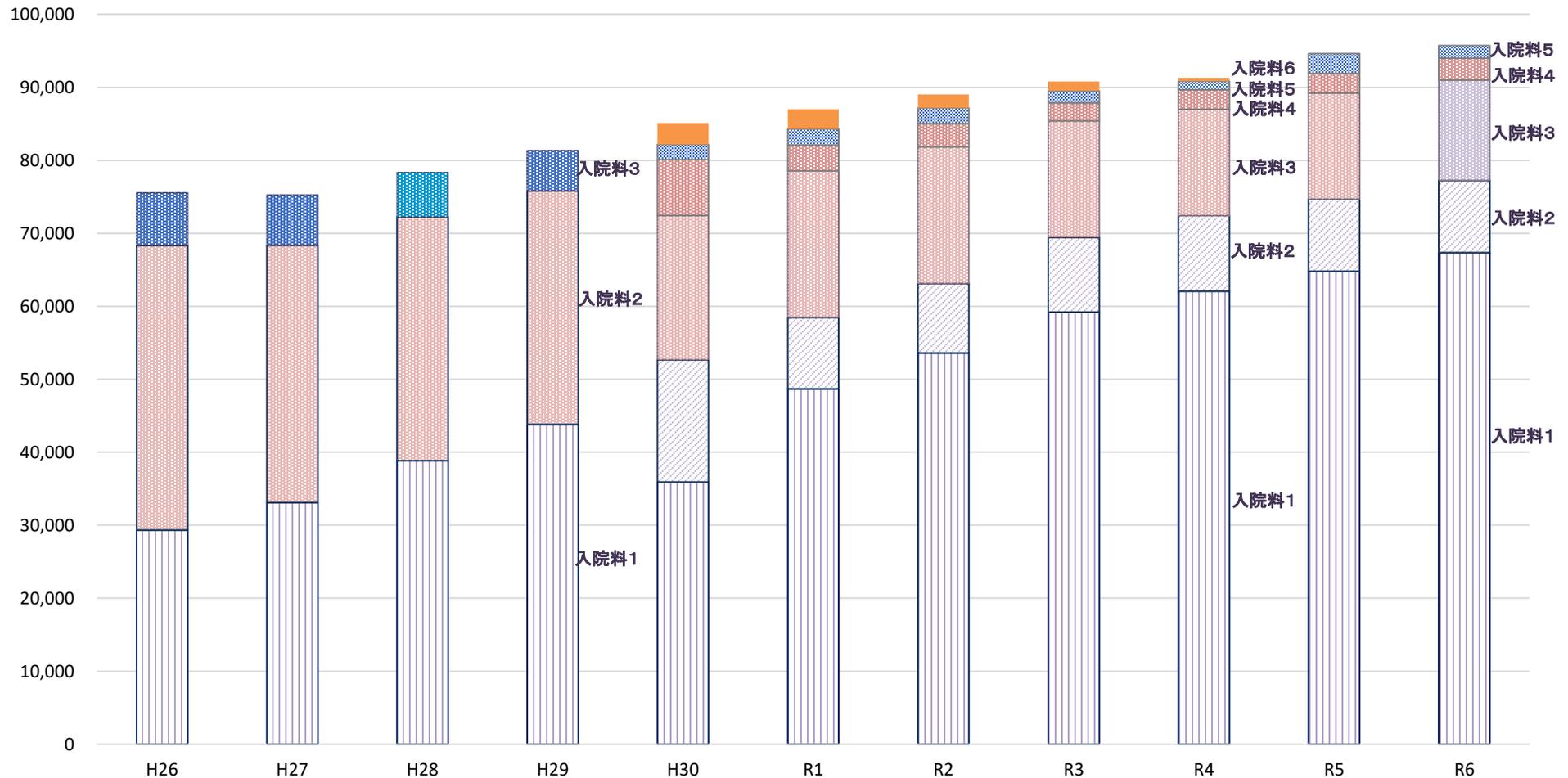
診調組 入-1  
7.6.13

平成12年	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期リハビリテーション病棟入院料を新設。</li> </ul>
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> <li>算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大。</li> <li>リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限日数を、60～180日に設定。</li> <li>患者1人あたりの提供単位数の上限を6単位から9単位に引き上げ。</li> </ul> <p>※疾患別リハビリテーション料の新設。</p>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料を2区分に見直し。入院料1にて重症患者回復病棟加算を新設。</li> <li>入院料1の施設基準に新規入棟患者のうち重症患者の受入割合と、居宅等への復帰率に関する要件を追加。</li> <li>医師の病棟専従配置を緩和。</li> </ul>
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> <li>休日リハビリテーション加算の新設。</li> <li>リハビリテーション充実加算の新設。</li> </ul>
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料を3区分に見直し。</li> <li>重症患者回復病棟加算を入院料へ包括化。</li> </ul>
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化。</li> <li>入院料1に体制強化加算を新設。</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADLの改善（FIM得点）に基づくアウトカム評価（リハビリテーション実績指数）を導入。</li> <li>リハビリテーション実績指数の算定対象から除外する患者等を設定。</li> <li>入院料1に体制強化加算2を新設。</li> </ul>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料を6区分に見直し。</li> <li>入院料1及び3及び5にリハビリテーション実績指数の実績要件を追加。</li> <li>入院料1の施設基準に「専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」を追加。</li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し。</li> <li>入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除。</li> <li>管理栄養士の配置に係る要件の見直し。</li> </ul>
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料5を廃止し、入院料6を新たな入院料5として設定。</li> <li>入院料1～4における重症の新規入院患者の割合の見直し。</li> <li>回復期リハビリテーションを要する状態の見直し。</li> <li>入院料1及び入院料3にて第三者評価を受けていることに係る評価の導入。</li> </ul>
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> <li>運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し。</li> <li>体制強化加算の廃止。</li> <li>GLIM基準による栄養評価の要件化。</li> </ul>

# 回復期リハビリテーション病棟の入院料別の届出病床数の推移

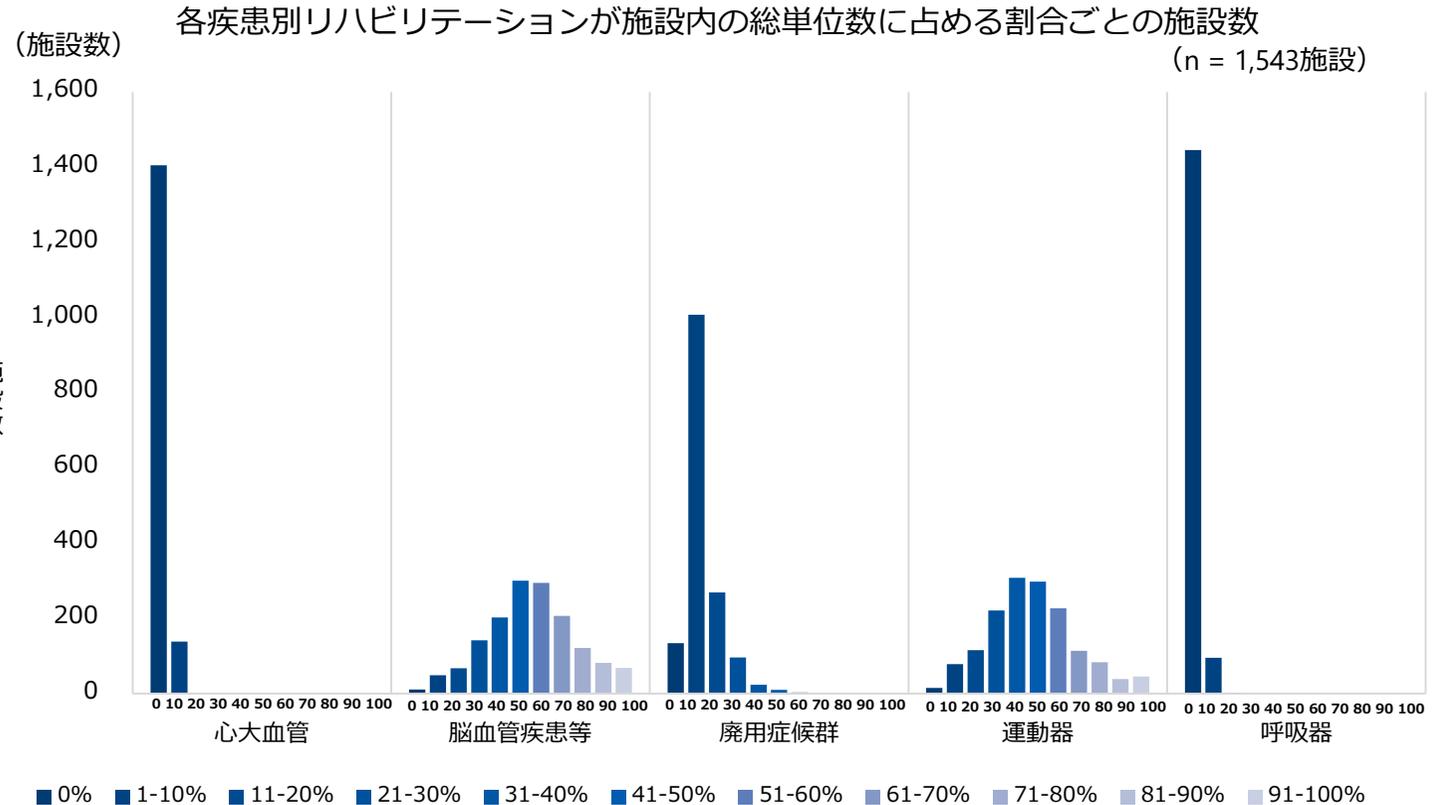
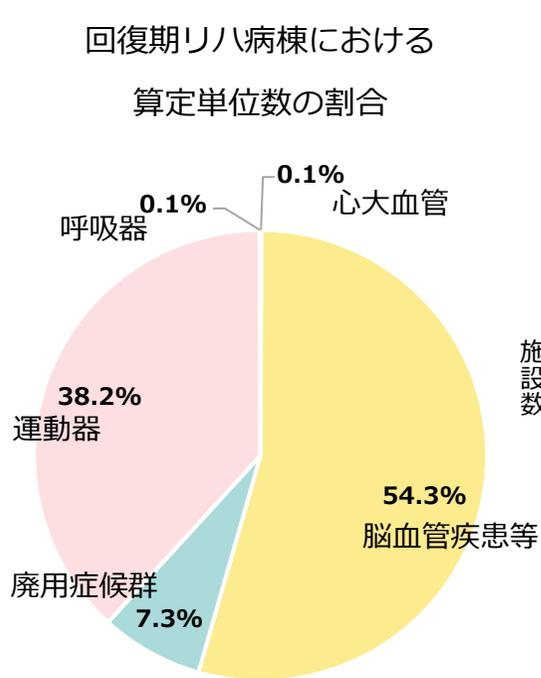
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は漸増傾向が続いており、特に入院料1の病床が増加している。

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数



# 回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの算定割合

- 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の算定単位数割合は、脳血管疾患等リハビリテーションが最多で半数以上であり、運動器リハビリテーションが続いた。
- 心大血管リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションは算定割合が少なく、ほとんど実施していない施設が多かった。



## 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

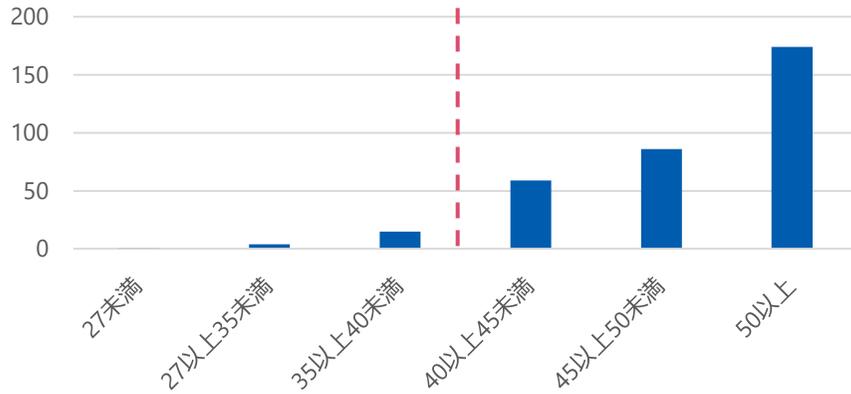
運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点								認知項目 計35～5点									
合計 126～18点																	

# 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。

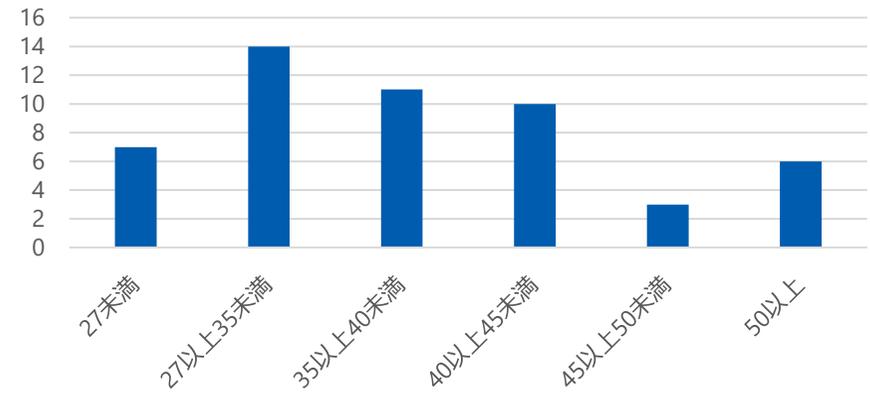
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 届出施設の実績指数

(n=339)



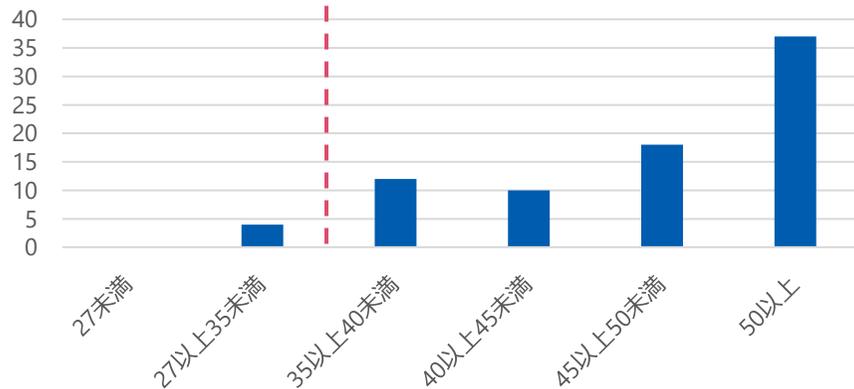
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 届出施設の実績指数

(n=51)



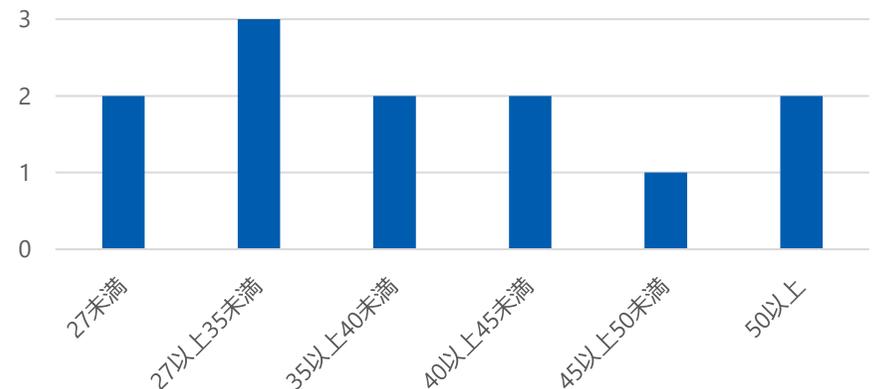
回復期リハビリテーション病棟入院料 3 届出施設の実績指数

(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)



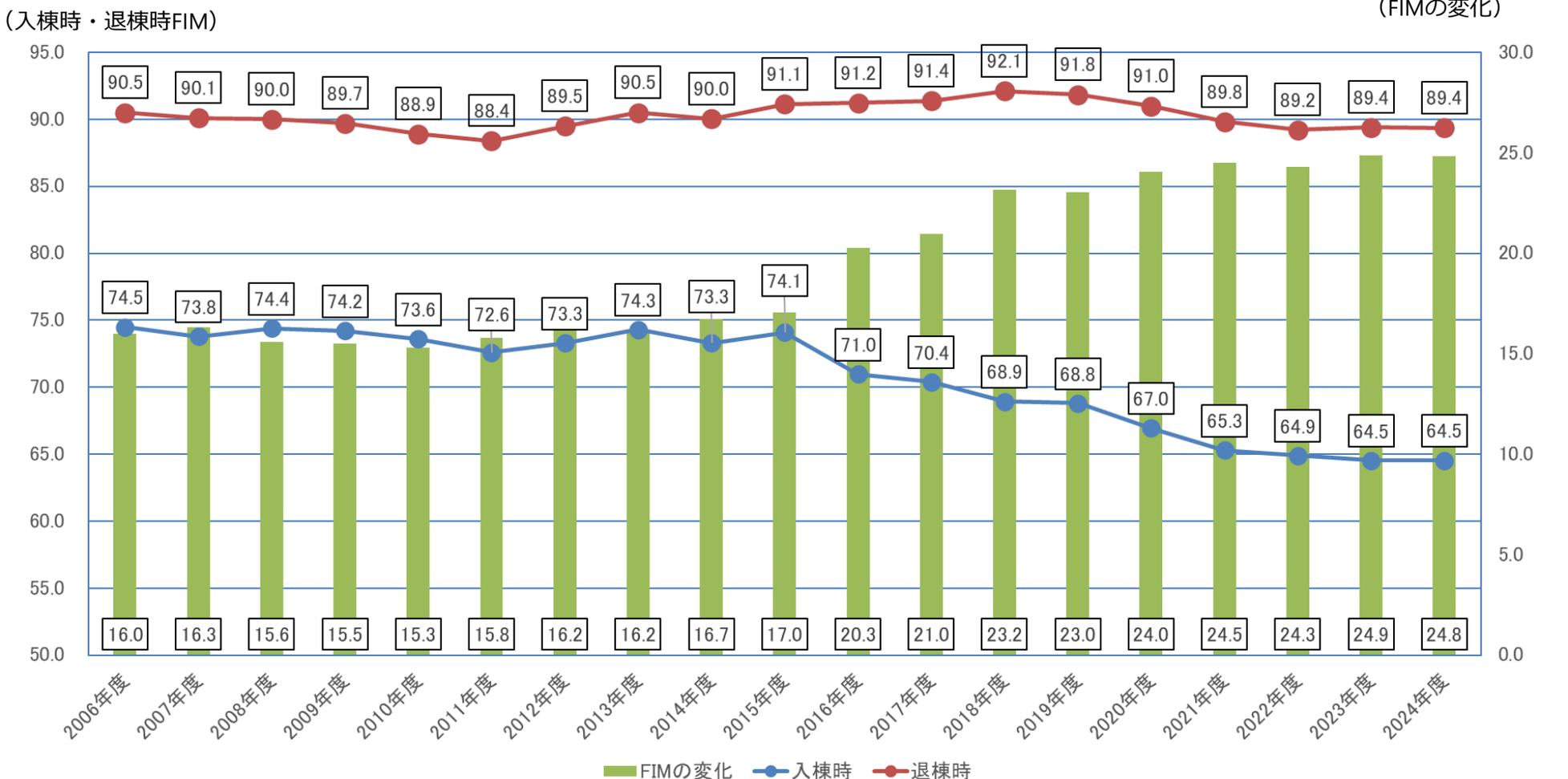
※回復期リハビリテーション病棟では、入院料 1 で40、入院料 3 で35の実績指数の基準を満たす必要がある。

※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。

# 回復期リハビリテーション病棟における入棟時・退棟時FIMの年次推移

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

入棟時・退棟時FIM及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の推移



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供（2024年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

# 包括期入院医療に係る課題と論点

- 「新たな地域医療構想のとりまとめ」において、高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能が「包括期機能」として位置づけられた。
- 入院患者における85歳以上の高齢者の割合が増加し、救急搬送率も同世代で特に増加している。高齢者の入院医療においては、多疾患併存、認知機能の低下、ポリファーマシー等に留意しつつ、早期のリハビリテーション介入や栄養・口腔等の一体的な管理、入院当初からの在宅復帰をめざした入退院支援等が重要である。
- こうした背景を踏まえ、令和6年度診療報酬改定では、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う病棟として、多職種の配置等を要件とする地域包括医療病棟が創設された。令和7年3月時点で、届出医療機関数は149施設であった。
- 「新たな地域医療構想のとりまとめ」においても、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要があるとされ、医療機関機能として「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」が位置づけられた。
- 同じ地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関であっても、救急体制や在宅等の後方支援機能等は多様である。
- 回復期リハビリテーション病棟については、病床数や届出医療機関数が経年的に増加しており、他の病棟に比べて療法士が集中している。提供される疾患別リハビリテーションは、いずれの施設においても脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションが大半である。一方で、各施設の実績指数の変化にはばらつきがある。

## 【論点】



- 医療・介護の複合ニーズを有する高齢者に対し、地域包括ケアシステムの中で治し支える医療を持続可能な形で提供することをめざして、これらを担う病院のあり方やその評価について、どのように考えるか。
- 高齢者の入院医療を担う医療機関における、救急受入や在宅医療の後方支援、高齢者の医学・生理学的特性を踏まえた包括的な治療、新設された地域包括医療病棟におけるアウトカム評価のあり方、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る一体的な取組や多職種の役割等について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における、質の高いリハビリテーションのあり方や、集中的なりハビリの効果が発揮される患者像、その評価方法や地域包括ケア病棟との役割分担についてどのように考えるか。

# 1. 入院医療を取り巻く現状について

(1) 医療提供体制

(2) 入院医療の概況

# 2. 入院医療等について

(1) 急性期入院医療

(2) 包括期入院医療

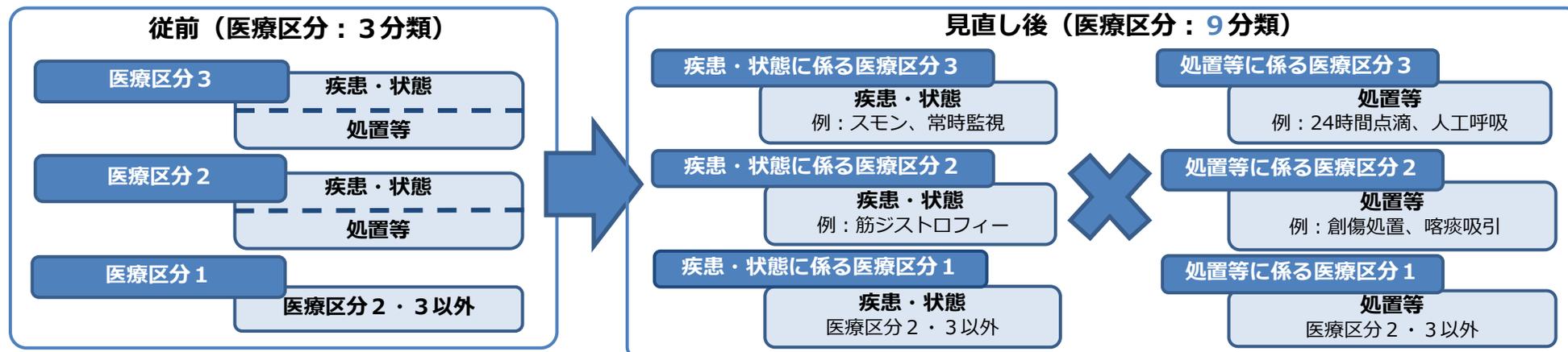
(3) 慢性期入院医療

# 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"> <li>・スモン</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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>）</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症、</li> <li>・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。））</li> <li>・その他の指定難病等（スモンを除く。）</li> <li>・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。）</li> <li>・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。）</li> <li>・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。）</li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<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></li> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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。）</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療を</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引</li> <li>・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）</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・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</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> </ul>
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

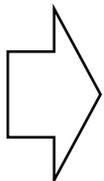
### 中心静脈栄養に係る評価の見直し

- 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。

# 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯①

平成12年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。</li> <li>療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点</li> <li>療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点</li> </ul>
平成14年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。</li> <li>療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点</li> <li>療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点</li> <li>・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止。</li> </ul>
平成16年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大きな変更なし</li> </ul>
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。</li> <li>療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点</li> </ul>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療経済実態調査の結果等を踏まえ評価を引き下げ。</li> <li>療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点</li> <li>※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き</li> <li>・「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする等医療区分の評価項目を見直し。</li> </ul>
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。</li> <li>・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。</li> <li>療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点</li> <li>療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点</li> </ul>
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。</li> <li>療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点</li> <li>療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点</li> <li>・入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とした。</li> </ul>
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費税の増税に伴い評価を見直し。</li> <li>療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点</li> <li>療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点</li> </ul>

# 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料2について、医療区分に関する要件を追加。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A~I 1,810点~814点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A~I 1,745点~750点</li> <li>医療区分のうち、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直し。</li> </ul>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A~I 1,810点~800点 療養病棟入院基本料2(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A~I 1,745点~735点</li> <li>25:1、30:1看護職員配置を経過措置として再編。 (注11に規定する経過措置)看護職員配置25:1で20:1を満たさない 又は 医療区分2・3の患者割合5割以上を満たさない場合 療養病棟入院料2の90/100に相当する点数 (注12に規定する経過措置)看護職員配置30:1で25:1を満たさない場合 療養病棟入院料2の80/100に相当する点数</li> <li>療養病棟入院基本料(200床未満を除く。)について、データ提出を入院料の算定要件化。</li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>注11に規定する経過措置評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の85/100に相当する点数</li> <li>上記注12に規定する経過措置を令和2年3月31日限りで終了。</li> <li>「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、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化。</li> <li>データ提出加算が要件となる入院料を、療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大。</li> </ul>
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置について、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の75/100に相当する点数</li> <li>中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直し。</li> </ul>
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を、令和6年5月末で終了。</li> <li>療養病棟入院基本料1、2のそれぞれの入院料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分及び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分類の評価に見直し。</li> <li>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評価に見直し。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うえ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。</li> </ul>

## 4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）

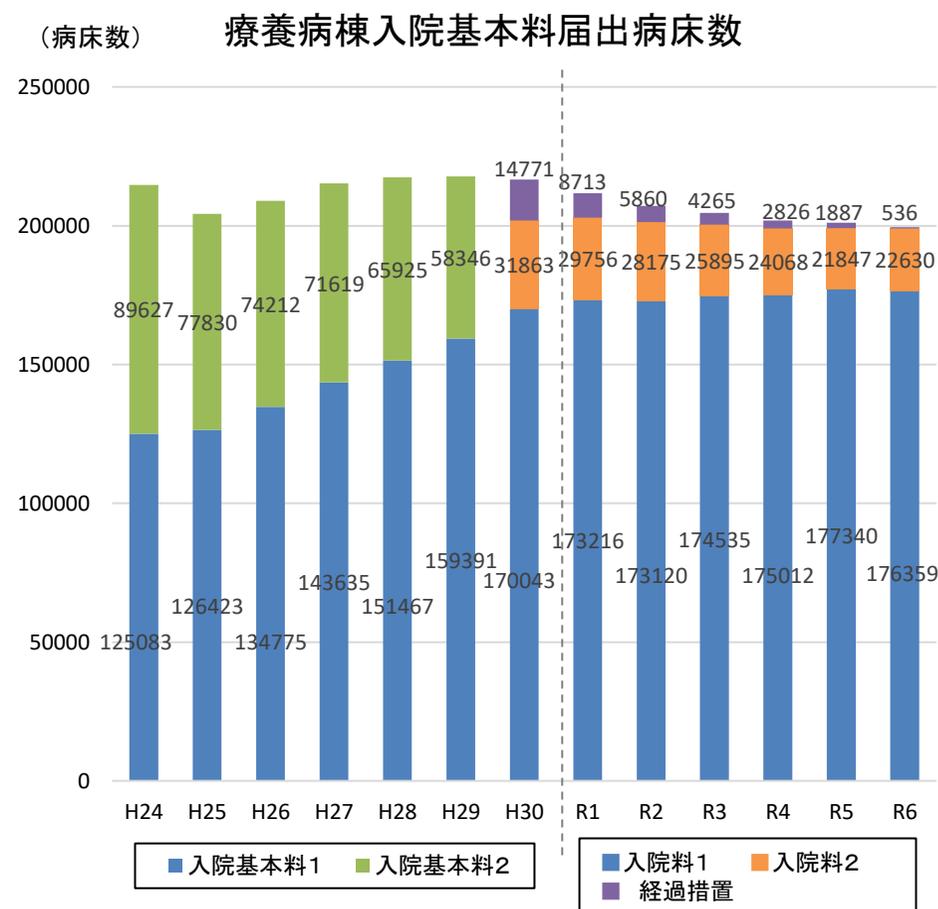
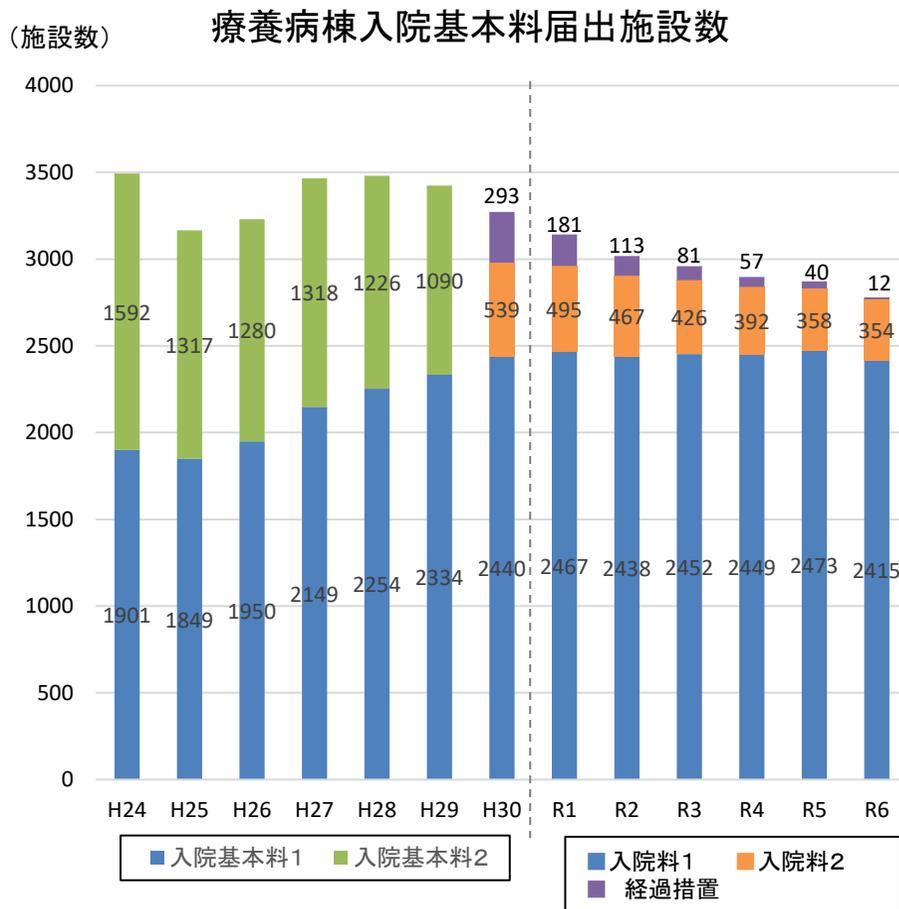
### （5）その他

#### ② 慢性期医療

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

# 療養病棟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。

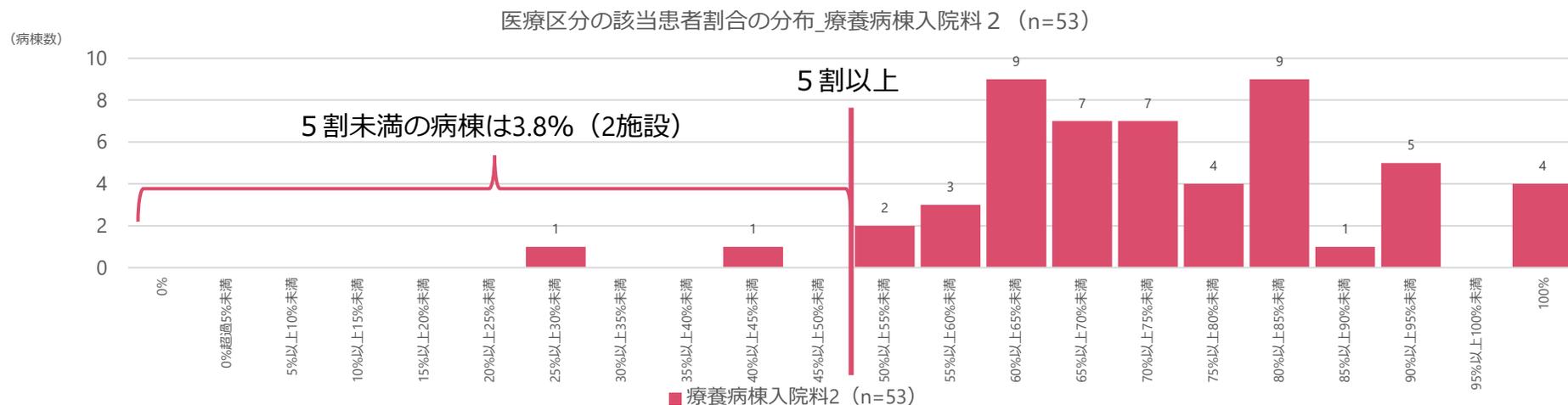
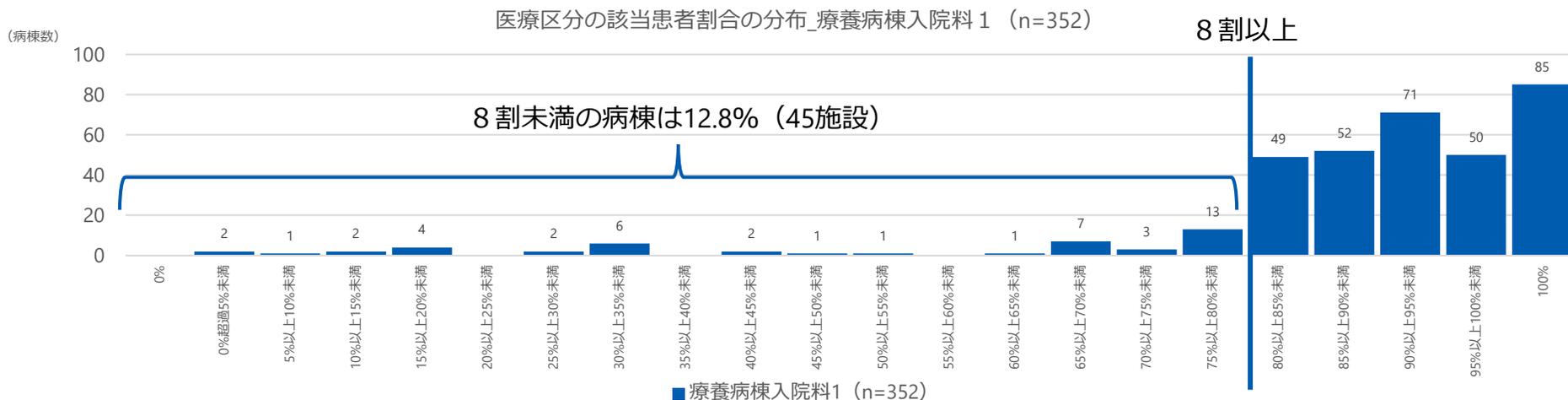


出典：保険局医療課調べ（7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

※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。

# 療養病棟における医療区分2・3の該当割合

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



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

療養病棟入院料1

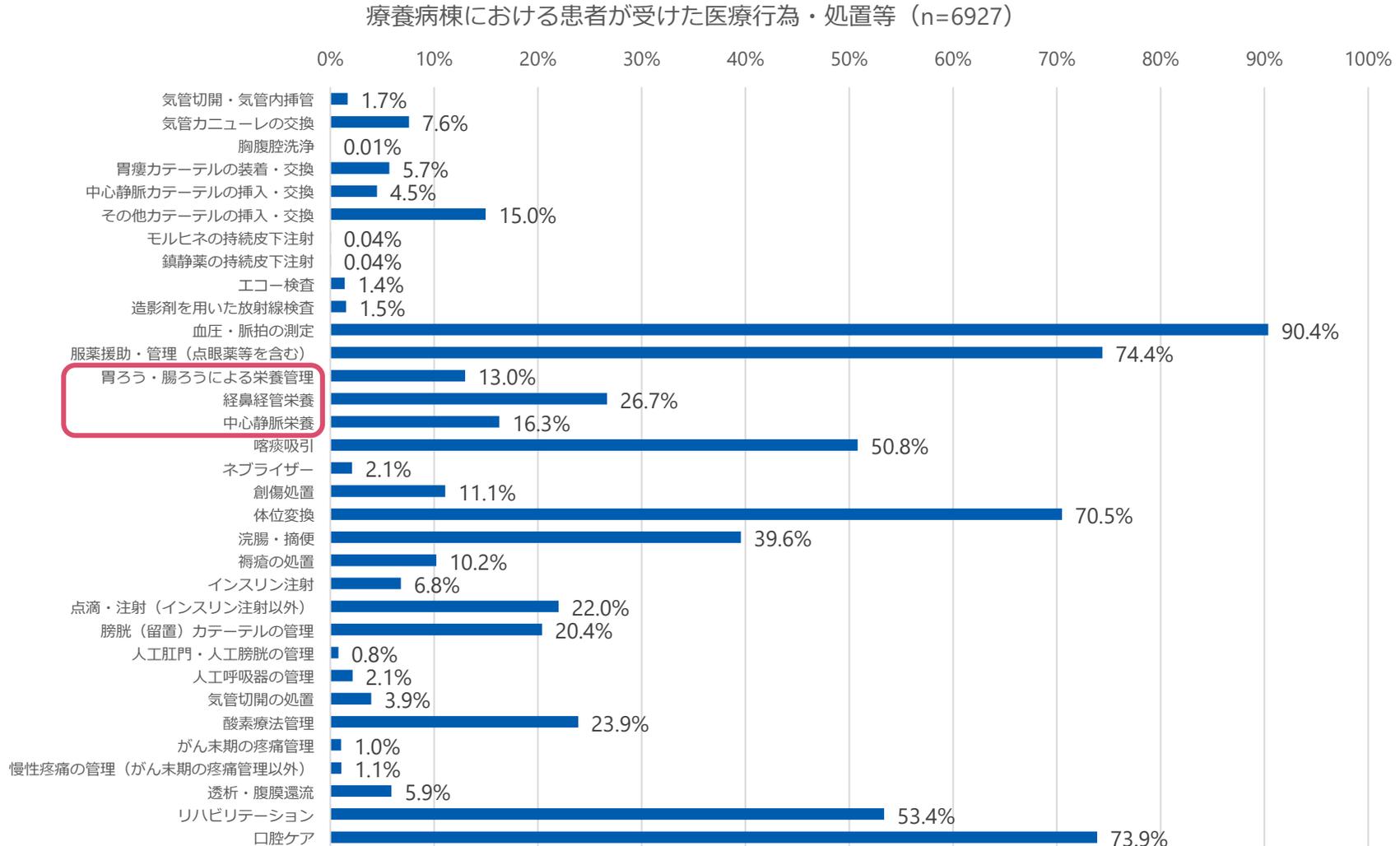
87.5% 84.3% 92.2% 98.2%

療養病棟入院料2

73.2% 63.9% 71.4% 83.0%

# 療養病棟における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%）



# 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。

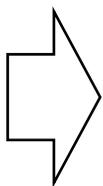
イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

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)

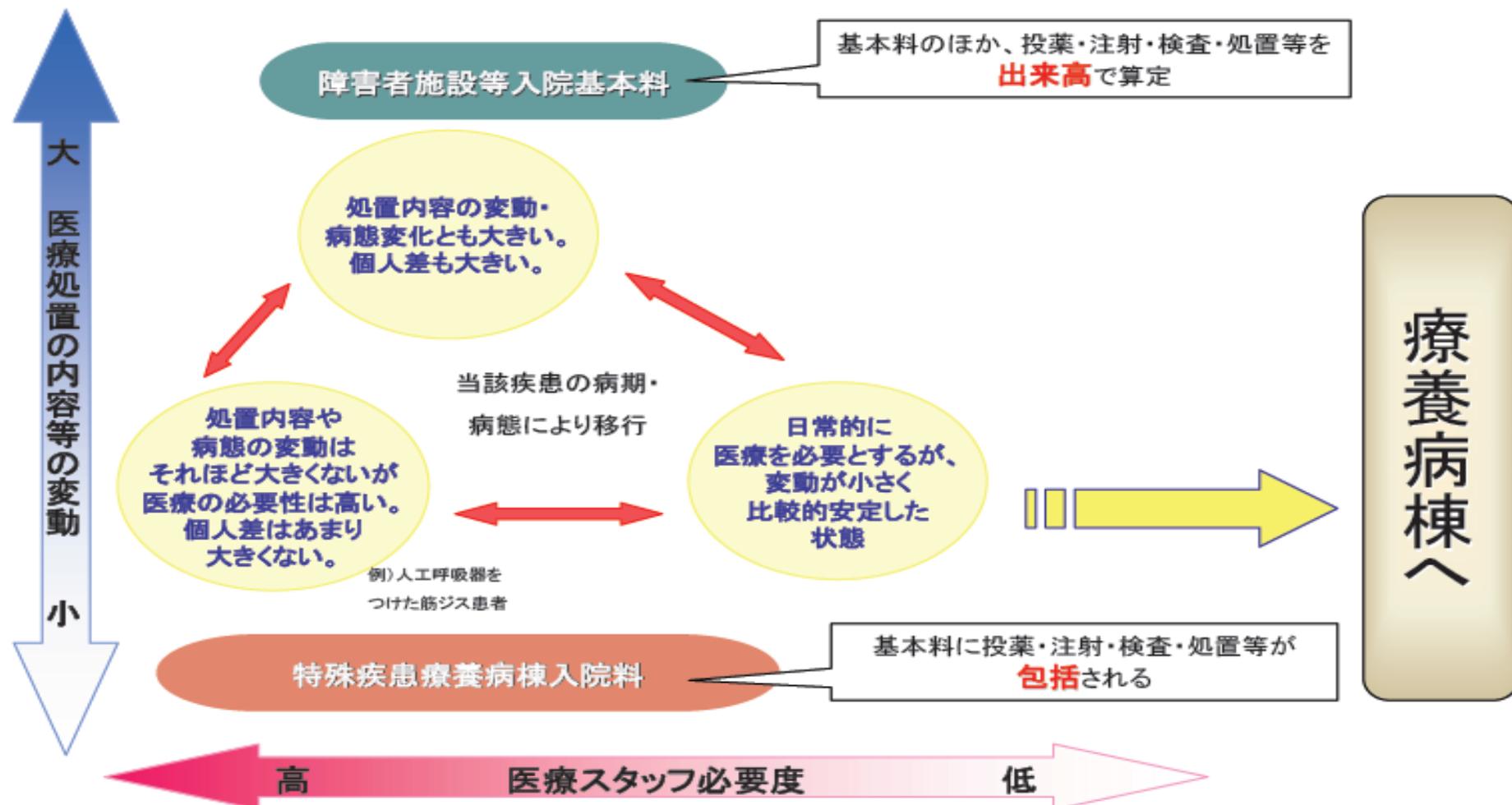
② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

- 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



# 障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

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

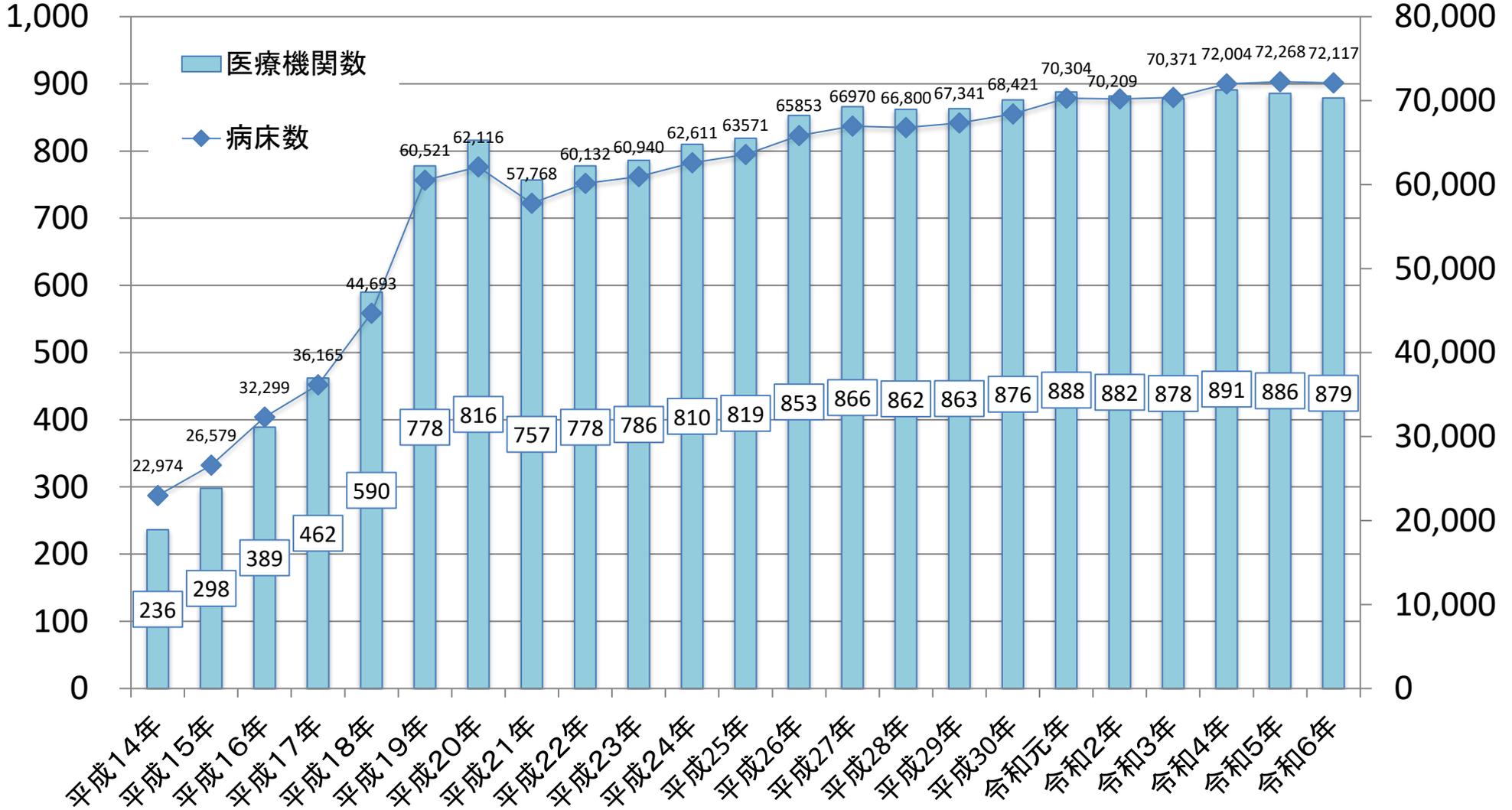
### 令和6年度診療報酬改定

- ・「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

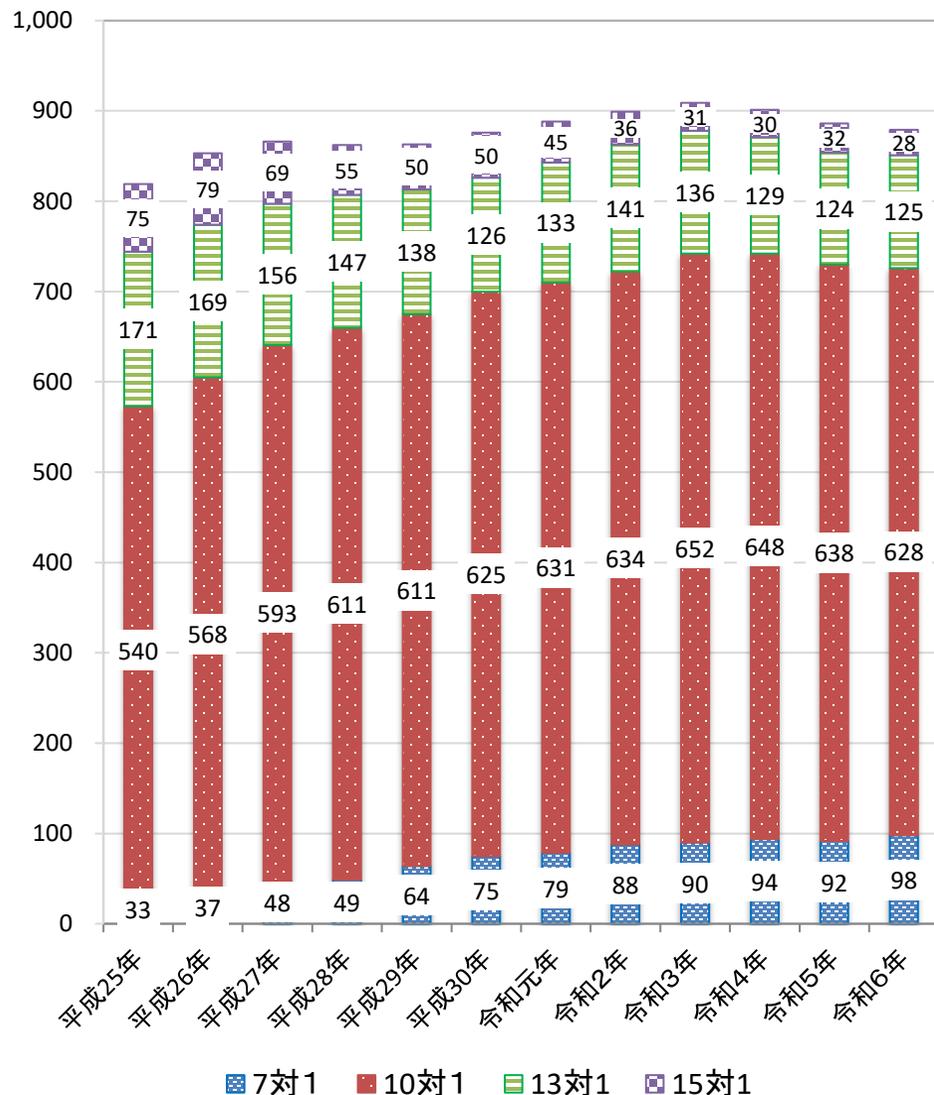
医療機関数

病床数

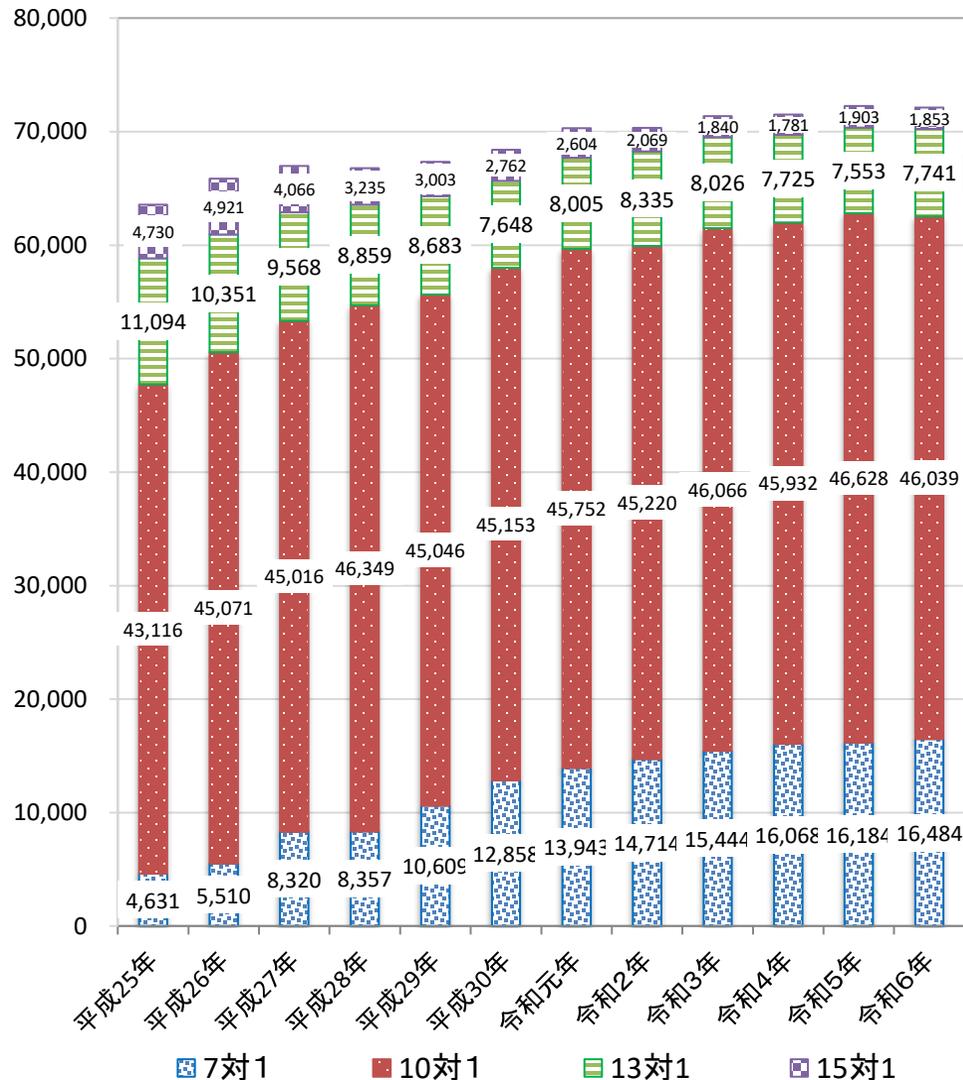


# 障害者施設等入院基本料 届出医療機関・病床数(入院料別)

## 医療機関数



## 病床数



# 特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの係る経緯

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 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

H20 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

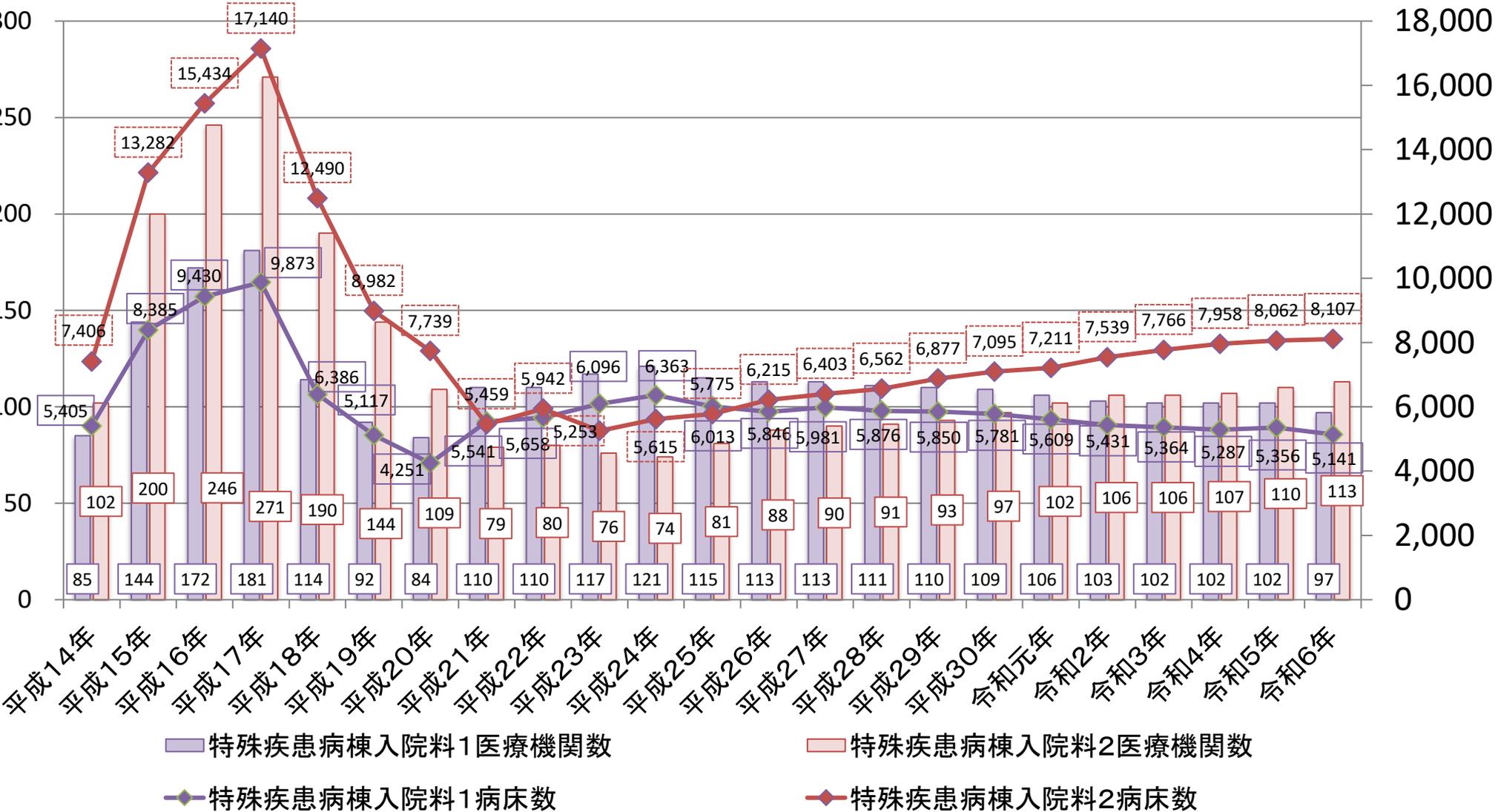
R4

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

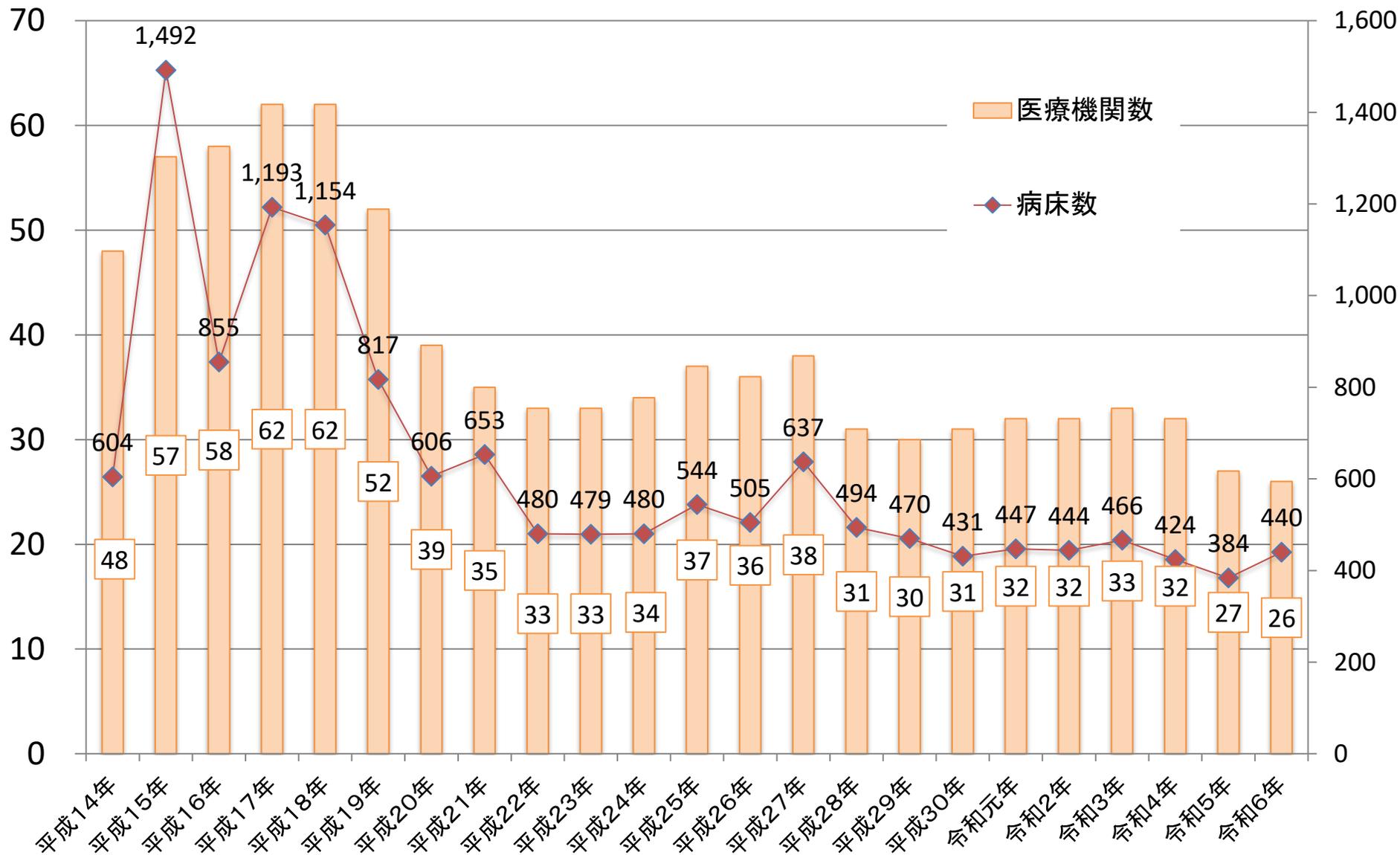


※平成20年3月31日以前は特殊疾患療養病棟入院料

# 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）

# 慢性期入院医療に係る課題と論点

- 「新たな地域医療構想のとりまとめ」において、慢性期医療の提供体制については、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要とされている。
- 令和6年度改定において、医療区分・ADL区分によって療養病棟入院料が細分化された。療養病棟入院料1においては医療区分2・3の患者が8割以上という要件を満たさない医療機関がみられている。一方、療養病棟入院料2においてはほとんどの医療機関が医療区分2・3の患者が5割以上の要件を満たしていた。全体として、療養病棟入院基本料の届出医療機関数・病床数はわずかに減少していた。
- 令和6年度診療報酬改定において中心静脈栄養の医療区分が実施理由と継続期間により細分化された他、ガイドライン等に基づいて栄養管理に係る説明を実施し、経腸栄養を開始した場合に算定できる経腸栄養管理加算が新設されたが、中心静脈栄養の実施率はあまり変化していない。
- 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料1・入院医療管理料を届け出る医療機関数・病床数は、令和4年以降、概ね横ばいから微減であった。特殊疾患病棟入院料2の医療機関数・病床数はわずかに増加していた。



## 【論点】

- 療養病棟における医療区分の見直しの影響や、療養病棟を含む慢性期の病棟で提供すべき医療について、どのように考えるか。