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

2024（令和６）年度事業報告書　資料集

資料１　2023 年度 QI プロジェクト結果報告 …… P. 1～227

資料２　要望・提言・調査 …… P. 228～569

資料３　国際モダンホスピタルショウ 2024 結果報告書 …… P. 570～608

資料1

2023 年度
QI プロジェクト
結果報告

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

序 文

日本病院会における QI プロジェクトは、2010 年度に開始され、2023年度で 14 年になります。

QI（Quality Indicator）とは「質を表す指標」であり、医療分野においては、患者さんの健康の度合いを直接あるいは間接的に示す数値を意味します。患者さんの健康は、身体的側面（病気に罹るかどうか、痛みなどの自覚症状や麻痺などの他覚的徴候を有するかどうか等）、精神心理的側面（不安感やうつ症状の有無、満足度等）、そして社会的側面（医療費、日常生活への悪影響等）から捉えられます。直接的に表す指標とは、例えば病院内で膀胱留置カテーテル関連感染症がどのくらいの頻度で起こったかという数値で、それに関連する間接的な指標とは、例えば院内での感染症の発生を防ぐために職員がどのくらい頻回に手指消毒を行ったかを示す数値ということになります。

日本病院会の QI プロジェクトでは、最初の 2010 年は 30 病院が参加して 11 項目の QI を測定・公表しました。その後大幅に参加病院が増え、2023 年度は、371 病院が参加して、一般病床 34 項目、精神病床 13 項目、療養病床 16 項目の QI を測定してまいりました。一般病床向けには参加施設からの提案指標や国際比較が可能になる OECD 提案指標を新たに追加し、全病院の記述統計を背景に、各病院の数値がどこに位置するかを示した図表をフィードバックしてまいりました。数値が他の病院と著しく異なる場合、測定方法に違いがあるのか、対象患者の属性が異なるのか、あるいは医療内容が異なるのかなど、様々な要因について考察する必要が出てきます。そのような横の比較も、医療の質向上への動機づけになりうることから、是非行っていただきたいのですが、より重要なことは、各病院で同じ測定方法を用いた年度ごとの数値の比較であり、時系列での QI の改善であることに変わりはありません。

改善なくして、QI 測定・公表の意義はありません。できるだけ多くの病院が本プロジェクトに参加され、医療の質の改善を日常的に行っていることに矜持を持って、その結果を示されますよう、願ってやみません。

海外では、英国やフランスなどのように、義務的に全病院で QI の測定・公表を行っている国もあれば、義務的ではないものの、米国やオーストラリアのように、70%以上の病院が QI の測定・公表を行っている国もあります。わが国でも数年前から全国展開する方向への動きがあり、さらには OECD 等による国際的な枠組みでの展開も視野に入ってきております。

自院が提供している医療の質を改善するという最終目的のためできるだけ多くの病院が QI プロジェクトに参加されることを祈念いたします。

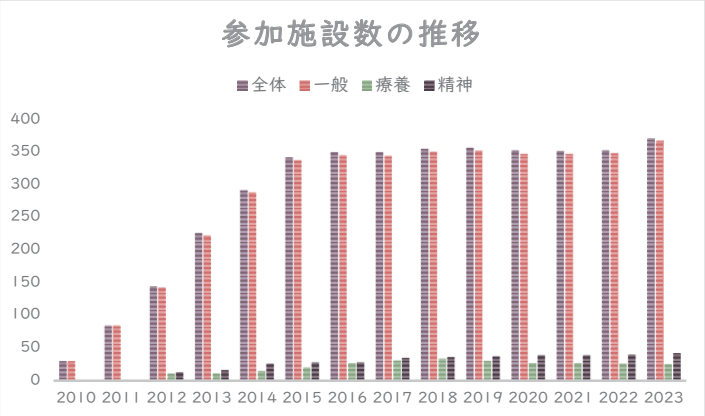
QI 委員会 委員長　福井次矢

都道県別参加施設数

県番号	都道府県	参加施設数	前年比
01	北海道	17	-1
02	青森県	4	0
03	岩手県	3	0
04	宮城県	6	0
05	秋田県	0	0
06	山形県	7	0
07	福島県	8	1
08	茨城県	6	0
09	栃木県	3	0
10	群馬県	6	0
11	埼玉県	16	1
12	千葉県	14	-1
13	東京都	35	5
14	神奈川県	16	0
15	新潟県	4	1
16	富山県	3	0
17	石川県	2	0
18	福井県	3	0
19	山梨県	1	0
20	長野県	21	0
21	岐阜県	7	1
22	静岡県	13	1
23	愛知県	25	1
24	三重県	3	0
25	滋賀県	7	-1
26	京都府	16	0
27	大阪府	38	1
28	兵庫県	13	1
29	奈良県	5	0
30	和歌山県	0	0
31	鳥取県	0	0
32	島根県	2	0
33	岡山県	6	2
34	広島県	8	1
35	山口県	1	1
36	徳島県	1	0
37	香川県	5	0
38	愛媛県	3	0
39	高知県	4	0
40	福岡県	22	3
41	佐賀県	1	0
42	長崎県	2	0
43	熊本県	3	2
44	大分県	5	0
45	宮崎県	0	0
46	鹿児島県	2	0
47	沖縄県	4	-1
総計		**371**	18

参加施設数の推移

年度	全体	一般	療養	精神
2010	30	30		
2011	85	85		
2012	145	143	11	13
2013	226	222	11	16
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	350	344	31	35
2018	355	350	33	36
2019	357	352	30	37
2020	353	347	27	39
2021	352	347	27	39
2022	353	348	26	40
2023	**371**	**367**	**25**	**42**



No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
1	北海道	手稲渓仁会病院	○	○	670		0		0
2	北海道	函館中央病院	○	○	527		0		0
3	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480		0		0
4	北海道	市立函館病院	○	○	582		0		0
5	北海道	日鋼記念病院	○	○	387		0		0
6	北海道	KKR斗南病院	○	○	283		0		0
7	北海道	札幌厚生病院	○	○	519		0		0
8	北海道	市立札幌病院	○	○	672		0	○	38
9	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325		0		0
10	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410		0		0
11	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480		0		0
12	北海道	市立旭川病院	○	○	372		0	○	100
13	北海道	帯広厚生病院	○	○	606		0		0
14	北海道	北斗病院	○	○	217		0		0
15	北海道	帯広第一病院	○	○	230		0		0
16	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301		0		0
17	北海道	砂川市立病院	○	○	408		0	○	80
18	青森県	八戸市立市民病院	○	○	572		0	○	50
19	青森県	十和田市立中央病院	○	○	315		0	○	50
20	青森県	青森県立中央病院	○	○	684		0		0
21	青森県	青森市民病院	○	○	459		0		0
22	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685		0		0
23	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370		0	○	105
24	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414		0		0
25	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	328	○	40		0
26	宮城県	坂総合病院	○	○	357		0		0
27	宮城県	永仁会病院	×	○	80		0		0
28	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389		0		0
29	宮城県	仙台市立病院	○	○	467		0	○	50
30	宮城県	仙台オープン病院	○	○	330		0		0
31	山形県	済生会山形済生病院	○	○	473		0		0
32	山形県	公立置賜総合病院	○	○	450		0		0
33	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528		0		0
34	山形県	山形県立中央病院	○	○	594		0		0
35	山形県	日本海総合病院	○	○	630		0		0
36	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	521		0		0
37	山形県	山形県立河北病院	○	○	136		0		0
38	福島県	大原綜合病院	○	○	353		0		0
39	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471		0		0
40	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036		0		0
41	福島県	寿泉堂綜合病院	○	○	305		0		0
42	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299		0		0
43	福島県	星総合病院	○	○	415		0		0
44	福島県	総合南東北病院	○	○	461		0		0
45	福島県	竹田綜合病院	○	○	693	○	0		0
46	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800		0		0
47	茨城県	JAとりで総合医療センター	○	○	414		0		0
48	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	453		0		0
49	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302		0		0
50	茨城県	つくばセントラル病院	○	○	313		0		0
51	茨城県	東京医科大学茨城医療センター	○	○	501		0		0
52	栃木県	新小山市民病院	○	○	300		0		0
53	栃木県	足利赤十字病院	○	○	431		0	○	40
54	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644		0		0
55	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	555		0		0
56	群馬県	済生会前橋病院	○	○	317		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
57	群馬県	伊勢崎市民病院	○	○	494		0		0
58	群馬県	美原記念病院	○	○	45	○	144		0
59	群馬県	太田記念病院	○	○	386		0		0
60	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399		0		0
61	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340		0		0
62	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	399		0		0
63	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	492		0		0
64	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337		0		0
65	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	632		0		0
66	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198		0		0
67	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	390		0		0
68	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	659		0		0
69	埼玉県	伊奈病院	○	○	102		0		0
70	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	143	○	58		0
71	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1063		0		0
72	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	778		0		0
73	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241		0		0
74	埼玉県	埼玉医科大学病院	○	○	887		0	○	78
75	埼玉県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	○	○	292		0		0
76	埼玉県	草加市立病院	○	○	380		0		0
77	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272		0		0
78	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449		0		0
79	千葉県	板倉病院	×	○	91		0		0
80	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	276		0		0
81	千葉県	小張総合病院	○	○	350		0		0
82	千葉県	成田赤十字病院	○	○	710		0		0
83	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763		0	○	220
84	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	660		0		0
85	千葉県	亀田総合病院	○	○	865		0		0
86	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	198	○	108		0
87	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	500		0		0
88	千葉県	セコメディック病院	○	○	292		0		0
89	千葉県	国立がん研究センター東病院	○	○	425		0		0
90	千葉県	千葉労災病院	○	○	400		0		0
91	東京都	聖路加国際病院	○	○	520		0		0
92	東京都	東大和病院	○	○	284		0		0
93	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418		0		0
94	東京都	三井記念病院	○	○	482		0		0
95	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○	○	640		0		0
96	東京都	佼成病院	○	○	340		0		0
97	東京都	河北総合病院	○	○	331		0		0
98	東京都	牧田総合病院	○	○	290		0		0
99	東京都	市立青梅総合医療センター	○	○	475		0	○	50
100	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1036		0		0
101	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686		0		0
102	東京都	豊島病院	○	○	386		0	○	32
103	東京都	KKR虎の門病院	○	○	819		0		0
104	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350		0		0
105	東京都	東京逓信病院	○	○	461		0		0
106	東京都	昭和大学病院	○	○	815		0		0
107	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	611		0		0
108	東京都	榊原記念病院	○	○	212		0		0
109	東京都	NTT東日本関東病院	○	○	544		0	○	50
110	東京都	KKR立川病院	○	○	412		0	○	38
111	東京都	東京都立松沢病院	×		0		0	○	898
112	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
113	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	○	156		0
114	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	490		0		0
115	東京都	みなみ野病院	×		0	○	180		0
116	東京都	東京新宿メディカルセンター	○	○	520		0		0
117	東京都	国立国際医療研究センター病院	○	○	749		0		0
118	東京都	東京医科大学病院	○	○	885		0		0
119	東京都	東京都立多摩総合医療センター	○	○	805		0		0
120	東京都	東邦大学医療センター大橋病院	○	○	320		0		0
121	東京都	日本大学医学部附属板橋病院	○	○	947		0	○	43
122	東京都	大久保病院	○	○	304		0		0
123	東京都	佐々総合病院	○	○	183		0		0
124	東京都	練馬光が丘病院	○	○	405	○	52		0
125	東京都	多摩北部医療センター	○	○	337		0		0
126	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326		0		0
127	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300		0		0
128	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218		0		0
129	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565		0		0
130	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	730		0	○	10
131	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	367		0		0
132	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415		0		0
133	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287		0		0
134	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188		0		0
135	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	659		0	○	10
136	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	○	○	430		0		0
137	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419		0		0
138	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441		0		0
139	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	468		0		0
140	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○	367	○	50		0
141	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518		0		0
142	新潟県	立川綜合病院	○	○	481		0		0
143	新潟県	新潟市民病院	○	○	660		0		0
144	新潟県	新潟脳外科病院	×	○	120	○	58		0
145	新潟県	長岡中央綜合病院	○	○	500		0		0
146	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	495		0		0
147	富山県	真生会富山病院	○	○	99		0		0
148	富山県	厚生連高岡病院	○	○	484		0		0
149	石川県	KKR北陸病院	○	○	125		0		0
150	石川県	恵寿総合病院	○	○	426		0		0
151	福井県	市立敦賀病院	○	○	330		0		0
152	福井県	福井赤十字病院	○	○	534		0		0
153	福井県	林病院	○	○	199		0		0
154	山梨県	山梨県立中央病院	○	○	622		0		0
155	長野県	長野赤十字病院	○	○	635		0		0
156	長野県	長野市民病院	○	○	400		0		0
157	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	292		0		0
158	長野県	北信総合病院	○	○	337		0		0
159	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	246		0		0
160	長野県	佐久総合病院	○	○	170		0		0
161	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	433		0		0
162	長野県	相澤病院	○	○	456		0		0
163	長野県	丸の内病院	○	○	199		0		0
164	長野県	諏訪中央病院	○	○	360		0		0
165	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425		0	○	30
166	長野県	飯田病院	○	○	212		0	○	235
167	長野県	伊那中央病院	○	○	394		0		0
168	長野県	富士見高原病院	○	○	151		0		0

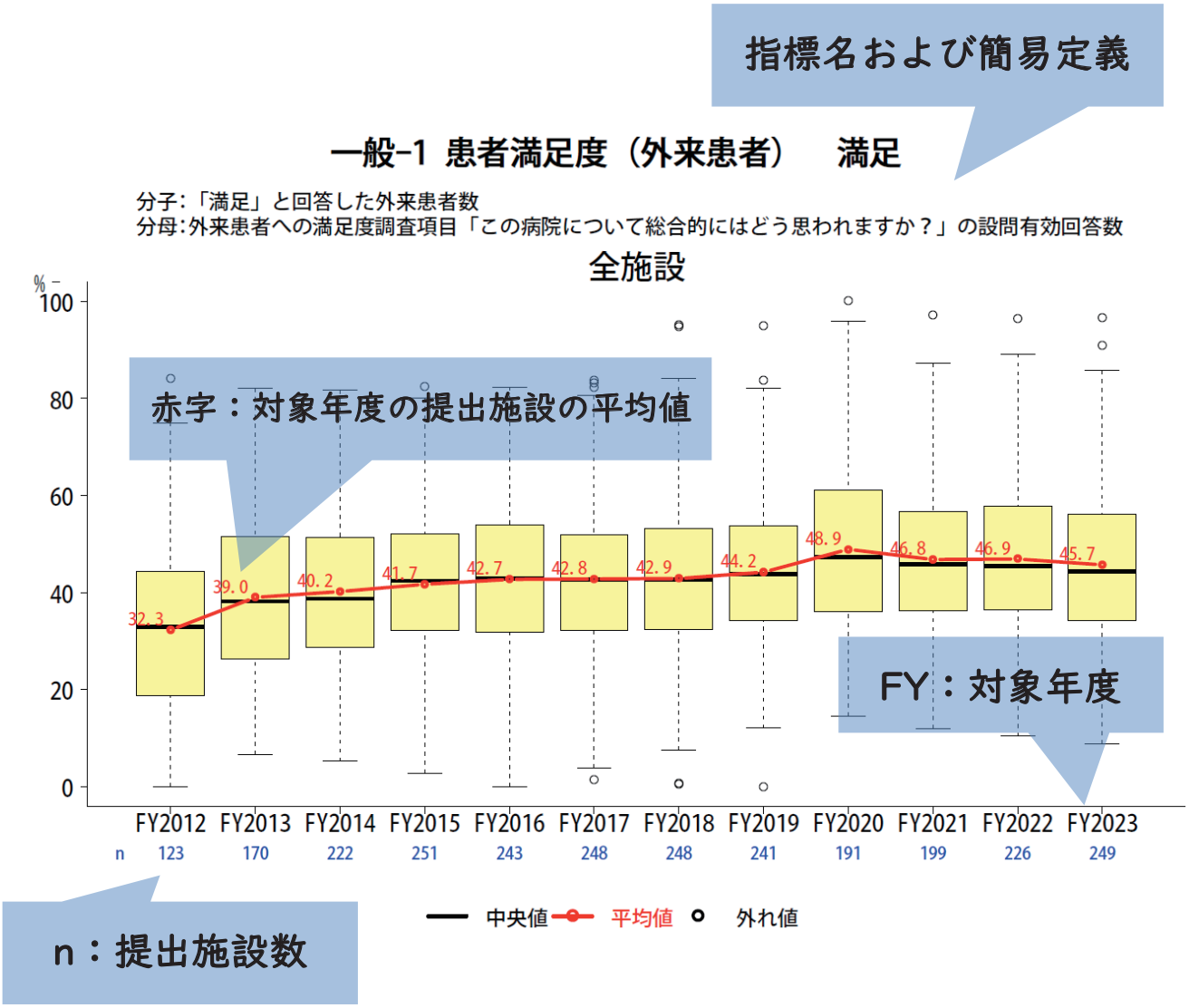
No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
169	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	195		0		0
170	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	204		0	○	120
171	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○	○	434		0		0
172	長野県	丸子中央病院	○	○	149	○	50		0
173	長野県	昭和伊南総合病院	○	○	300		0		0
174	長野県	飯田市立病院	○	○	403		0		0
175	長野県	相澤東病院	×	○	54		0		0
176	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	620		0		0
177	岐阜県	松波総合病院	○	○	501		0		0
178	岐阜県	羽島市民病院	○	○	271		0		0
179	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	394		0		0
180	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	528		0	○	42
181	岐阜県	東海中央病院	○	○	332		0		0
182	岐阜県	中部国際医療センター	○	○	502		0		0
183	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465		0		0
184	静岡県	静岡県立総合病院	○	○	662		0	○	6
185	静岡県	藤枝市立総合病院	○	○	564		0		0
186	静岡県	島田市立総合医療センター	○	○	445		0		0
187	静岡県	遠州病院	○	○	340		0		0
188	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○	○	750		0		0
189	静岡県	浜松医療センター	○	○	606		0		0
190	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○	○	816		0	○	104
191	静岡県	中東遠総合医療センター	○	○	500		0		0
192	静岡県	磐田市立総合病院	○	○	500		0		0
193	静岡県	NTT東日本伊豆病院	×	○	150		0	○	46
194	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	○	○	615		0		0
195	静岡県	静岡済生会総合病院	○	○	561		0		0
196	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780		0		0
197	愛知県	安城更生病院	○	○	749		0		0
198	愛知県	刈谷豊田総合病院	○	○	704		0		0
199	愛知県	KKR名城病院	○	○	326		0		0
200	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236		0		0
201	愛知県	KKR東海病院	×	○	166		0		0
202	愛知県	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	○	○	806		0		0
203	愛知県	豊田厚生病院	○	○	606		0		0
204	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1325		0	○	51
205	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499		0		0
206	愛知県	小牧市民病院	○	○	520		0		0
207	愛知県	春日井市民病院	○	○	558		0		0
208	愛知県	総合大雄会病院	○	○	329		0		0
209	愛知県	一宮市立市民病院	○	○	570		0		0
210	愛知県	稲沢市民病院	○	○	278		0		0
211	愛知県	岡崎市民病院	○	○	660		0		0
212	愛知県	八千代病院	○	○	308	○	52		0
213	愛知県	海南病院	○	○	540		0		0
214	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772		0		0
215	愛知県	名鉄病院	○	○	373		0		0
216	愛知県	総合病院南生協病院	○	○	313		0		0
217	愛知県	江南厚生病院	○	○	684		0		0
218	愛知県	済衆館病院	○	○	194	○	143		0
219	愛知県	名古屋市立大学医学部附属東部医療センター	○	○	520		0		0
220	愛知県	豊川市民病院	○	○	436		0	○	65
221	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○	○	220		0		0
222	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460		0		0
223	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440		0		0
224	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	393		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
225	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	403		0		0
226	滋賀県	淡海医療センター	○	○	362		0		0
227	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424		0		0
228	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535		0		0
229	滋賀県	甲南病院	×	○	100	○	99		0
230	滋賀県	長浜赤十字病院	○	○	422		0	○	70
231	京都府	武田病院	○	○	384		0		0
232	京都府	武田総合病院	○	○	500		0		0
233	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359		0		0
234	京都府	京都市立病院	○	○	548		0		0
235	京都府	洛和会音羽病院	○	○	415		0		0
236	京都府	宇治武田病院	○	○	177		0		0
237	京都府	男山病院	○	○	199		0		0
238	京都府	三菱京都病院	○	○	188		0		0
239	京都府	京都桂病院	○	○	545		0		0
240	京都府	千春会病院	×	○	60		0		0
241	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300		0		0
242	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	394		0		0
243	京都府	市立福知山市民病院	○	○	344		0		0
244	京都府	宇治徳洲会病院	○	○	473		0		0
245	京都府	洛和会丸太町病院	○	○	150		0		0
246	京都府	京都田辺中央病院	○	○	199		0		0
247	大阪府	中津病院	○	○	570		0		0
248	大阪府	大阪市立総合医療センター	○	○	975		0	○	55
249	大阪府	野江病院	○	○	400		0		0
250	大阪府	森之宮病院	○	○	355		0		0
251	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401		0		0
252	大阪府	大阪警察病院	○	○	580		0		0
253	大阪府	多根総合病院	○	○	304		0		0
254	大阪府	千船病院	○	○	308		0		0
255	大阪府	西淀病院	×	○	218		0		0
256	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	831		0	○	34
257	大阪府	南大阪病院	○	○	400		0		0
258	大阪府	市立豊中病院	○	○	613		0		0
259	大阪府	箕面市立病院	○	○	317		0		0
260	大阪府	高槻病院	○	○	477		0		0
261	大阪府	北摂総合病院	○	○	217		0		0
262	大阪府	松下記念病院	○	○	323		0		0
263	大阪府	小松病院	○	○	190		0		0
264	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313		0		0
265	大阪府	佐藤病院	○	○	177		0		0
266	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751		0		0
267	大阪府	わかくさ竜間リハビリテーション病院	×	○	78	○	422		0
268	大阪府	若草第一病院	○	○	230		0		0
269	大阪府	八尾市立病院	○	○	380		0		0
270	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88		0		0
271	大阪府	ＰＬ病院	○	○	323	○	47		0
272	大阪府	清恵会病院	○	○	241		0		0
273	大阪府	馬場記念病院	○	○	300		0		0
274	大阪府	府中病院	○	○	299		0		0
275	大阪府	阪南市民病院	○	○	185		0		0
276	大阪府	ベルランド総合病院	○	○	477		0		0
277	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	581		0		0
278	大阪府	耳原総合病院	○	○	386		0		0
279	大阪府	日本生命病院	○	○	350		0		0
280	大阪府	大阪市立十三市民病院	○	○	224		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
281	大阪府	大阪医科薬科大学病院	○	○	792		0	○	40
282	大阪府	東大阪病院	○	○	112	○	143		0
283	大阪府	城山病院	○	○	299		0		0
284	大阪府	国立循環器病研究センター病院	○	○	550		0		0
285	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	760		0	○	8
286	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333		0		0
287	兵庫県	川崎病院	○	○	228		0		0
288	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	164		0		0
289	兵庫県	甲南医療センター	○	○	461		0		0
290	兵庫県	明和病院	○	○	319		0		0
291	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	167		0		0
292	兵庫県	井野病院	○	○	100		0		0
293	兵庫県	明石医療センター	○	○	382		0		0
294	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600		0		0
295	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院	×		0	○	120		0
296	兵庫県	兵庫医科大学病院	○	○	919		0		0
297	兵庫県	神戸百年記念病院	○	○	199		0		0
298	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	540		0		0
299	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	715		0		0
300	奈良県	平成記念病院	○	○	180	○	120		0
301	奈良県	国保中央病院	○	○	220		0		0
302	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166		0		0
303	島根県	松江赤十字病院	○	○	554		0	○	45
304	島根県	島根県立中央病院	○	○	522		0	○	40
305	岡山県	岡山県精神科医療センター	×		0		0	○	255
306	岡山県	光生病院	○	○	198		0		0
307	岡山県	岡山旭東病院	○	○	214		0		0
308	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1172		0		0
309	岡山県	倉敷中央病院リバーサイド	×	○	130		0		0
310	岡山県	重井医学研究所附属病院	○	○	198		0		0
311	広島県	土谷総合病院	○	○	351		0		0
312	広島県	KKR呉共済病院忠海分院	×	○	44		0		0
313	広島県	KKR広島記念病院	○	○	149		0		0
314	広島県	KKR吉島病院	×	○	111	○	47		0
315	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110		0		0
316	広島県	マツダ病院	○	○	270		0		0
317	広島県	KKR呉共済病院	○	○	373		0		0
318	広島県	JR広島病院	○	○	275		0		0
319	山口県	周東総合病院	○	○	360		0		0
320	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	390		0	○	60
321	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	305		0		0
322	香川県	香川県立中央病院	○	○	526		0		0
323	香川県	回生病院	○	○	397		0		0
324	香川県	坂出市立病院	○	○	194		0		0
325	香川県	さぬき市民病院	○	○	175		0		0
326	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199		0		0
327	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435		0		0
328	愛媛県	済生会今治病院	○	○	191		0		0
329	高知県	近森病院	○	○	452		0		0
330	高知県	いずみの病院	○	○	189	○	48		0
331	高知県	高知高須病院	○	○	63		0		0
332	高知県	高知医療センター	○	○	548		0	○	44
333	福岡県	三萩野病院	×	○	181		0		0
334	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259		0		0
335	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	453		0		0
336	福岡県	九州病院	○	○	575		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
337	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	380		0		0
338	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468		0		0
339	福岡県	福岡市民病院	○	○	204		0		0
340	福岡県	KKR千早病院	○	○	175		0		0
341	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602		0		0
342	福岡県	西福岡病院	○	○	145	○	45		0
343	福岡県	聖マリア病院	○	○	931		0	○	60
344	福岡県	新古賀病院	○	○	256		0		0
345	福岡県	嶋田病院	○	○	100		0		0
346	福岡県	古賀病院２１	○	○	144		0		0
347	福岡県	社会保険田川病院	○	○	335		0		0
348	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	○	72	○	93
349	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	636		0		0
350	福岡県	戸畑共立病院	○	○	218		0		0
351	福岡県	九州がんセンター	○	○	411		0		0
352	福岡県	久留米大学病院	○	○	965		0	○	53
353	福岡県	貝塚病院	○	○	83	○	116		0
354	福岡県	宗像水光会総合病院	○	○	300		0		0
355	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450		0		0
356	長崎県	佐世保中央病院	○	○	312		0		0
357	長崎県	KKR佐世保共済病院	○	○	373		0		0
358	熊本県	KKR熊本中央病院	○	○	361		0		0
359	熊本県	球磨郡公立多良木病院	○	○	183		0		0
360	熊本県	熊本地域医療センター	○	○	227		0		0
361	大分県	大分岡病院	○	○	203		0		0
362	大分県	大分県立病院	○	○	509		0	○	36
363	大分県	KKR新別府病院	○	○	269		0		0
364	大分県	大分記念病院	○	○	84	○	34		0
365	大分県	大分県厚生連鶴見病院	○	○	216		0		0
366	鹿児島県	いづろ今村病院	○	○	115		0		0
367	鹿児島県	今村総合病院	○	○	330		0	○	48
368	沖縄県	友愛医療センター	○	○	388		0		0
369	沖縄県	ハートライフ病院	○	○	308		0		0
370	沖縄県	中頭病院	○	○	355		0		0
371	沖縄県	大浜第一病院	○	○	217		0		0

グラフの見方



変更点:

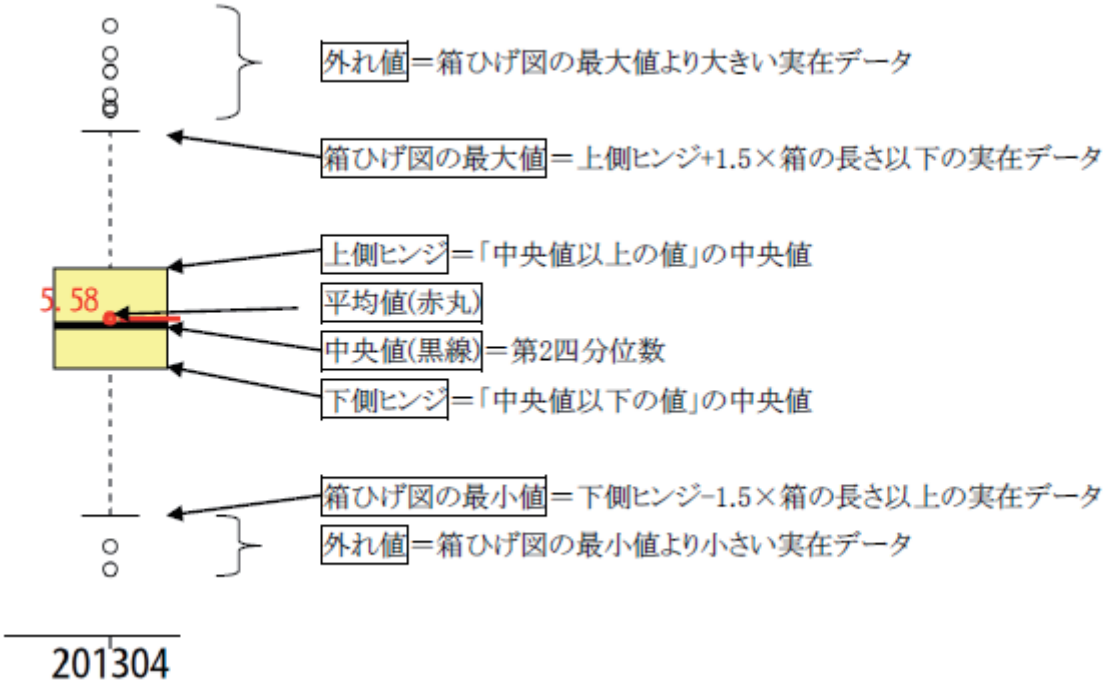
- 2022 年度までは、最新の年度（上記グラフの場合は 2023 年度）に参加した施設に限定して経年変化のグラフを作成していましたが、毎年過去の値が変化してしまうため、2023 年度より、本プロジェクトが開始された 2010 年度以降、一度でも参加したことがある施設を対象に経変変化のグラフを作成するよう変更しております。
- 箱ひげ図のグラフ表示上、12 年分としており、2023 年度の場合、最大で 2012 年度～2023 年度の表示となります。

箱ひげ図の作成方式

箱ひげ図の作成方法にはいくつかの方法があります。本プロジェクトで採用している方式を解説します。

箱ひげ図（はこひげず、箱髭図、box plot）とは、ばらつきのあるデータをわかりやすく表現するための統計学的グラフである。様々な分野で利用されるが、特に品質管理で盛んに用いられる。細長い箱と、その両側に出たひげで表現されることからこの名がある。（Wikipedia より）

本プロジェクトで採用しているグラフは縦型であるため、縦に細長い箱と、その上下に伸びたひげで表現されています。



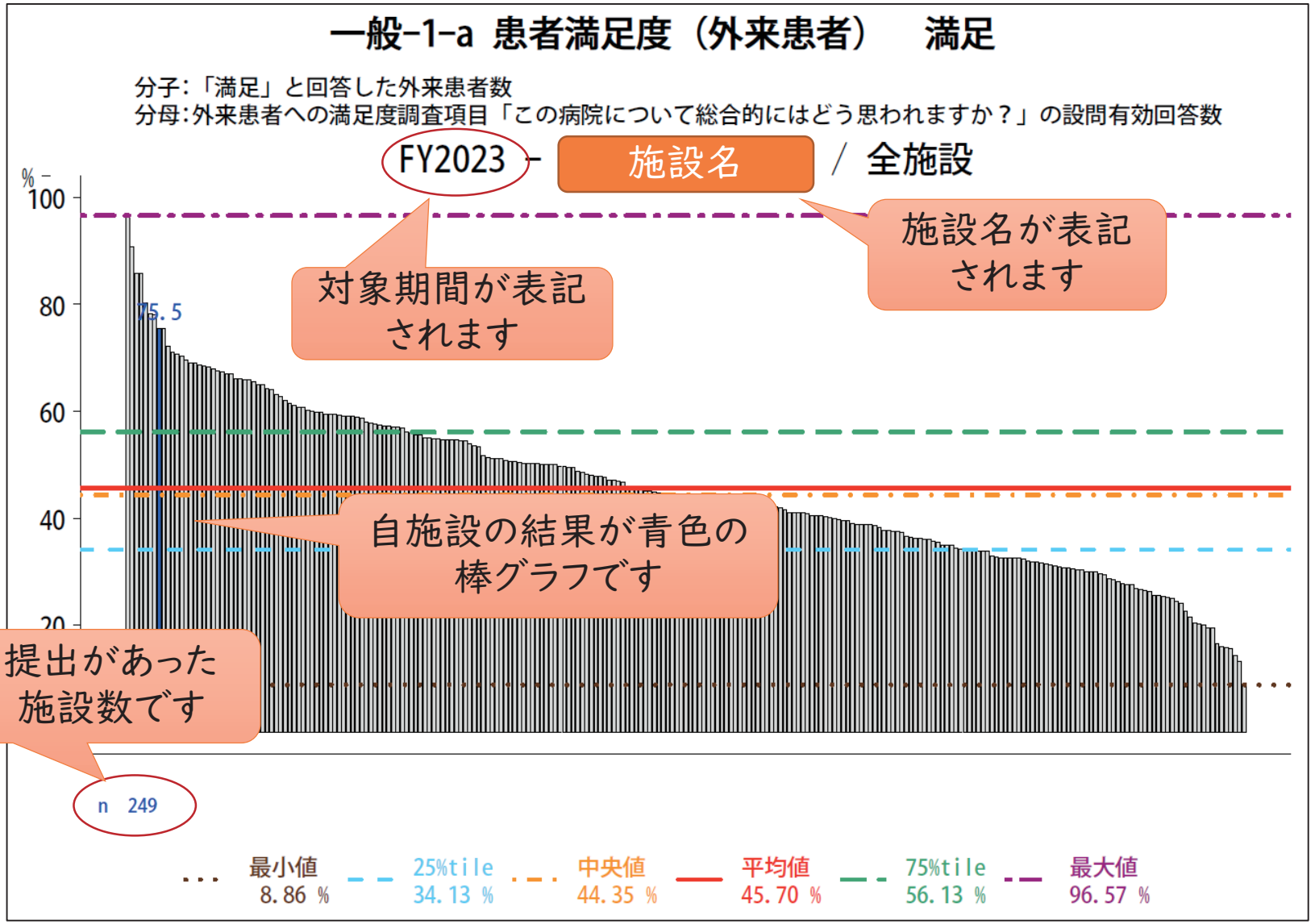
箱ひげ図とその名称

「箱ひげ図の最小値」、「下側ヒンジ」、「上側ヒンジ」、「箱ひげ図の最大値」と
「フィードバックデータ詳細」の最小値、25%tile(第 1 四分位数)、75%tile(第 3 四分位数)、最大値の値とは、数値のばらつき具合によっては必ずしも一致しません。

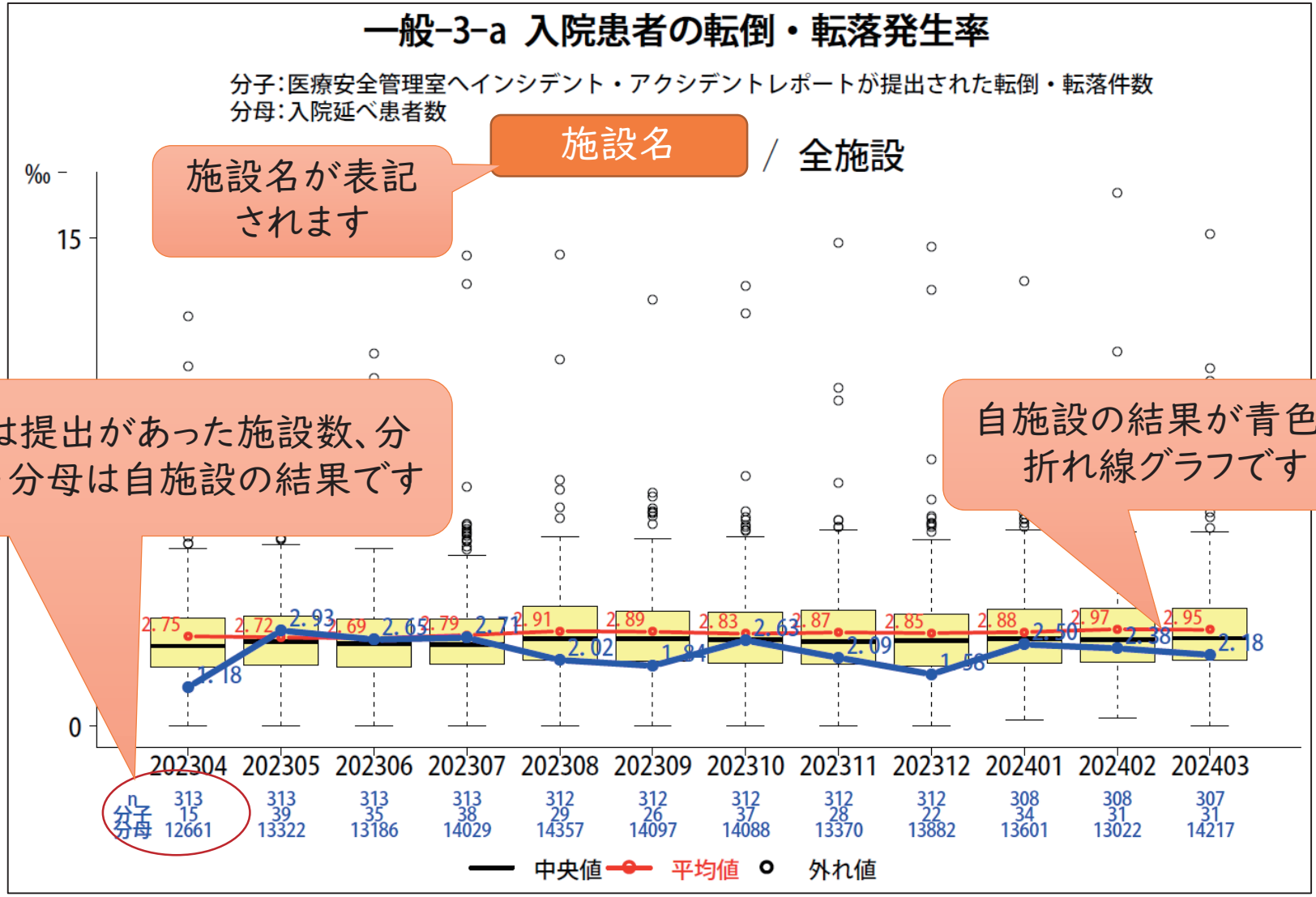
本プロジェクトで採用している計算ルール、**偶数への丸め（round to even）**は、端数が 0.5 より小さいなら切り捨て、端数が 0.5 より大きいならは切り上げ、端数がちょうど 0.5 なら切り捨てと切り上げのうち結果が偶数となる方へ丸めるとしており、これは JIS Z 8401 で規則 A として定められていて、規則 B（四捨五入）より「望ましい」とされています。

フィードバックグラフについて

フィードバックグラフ[棒グラフ]



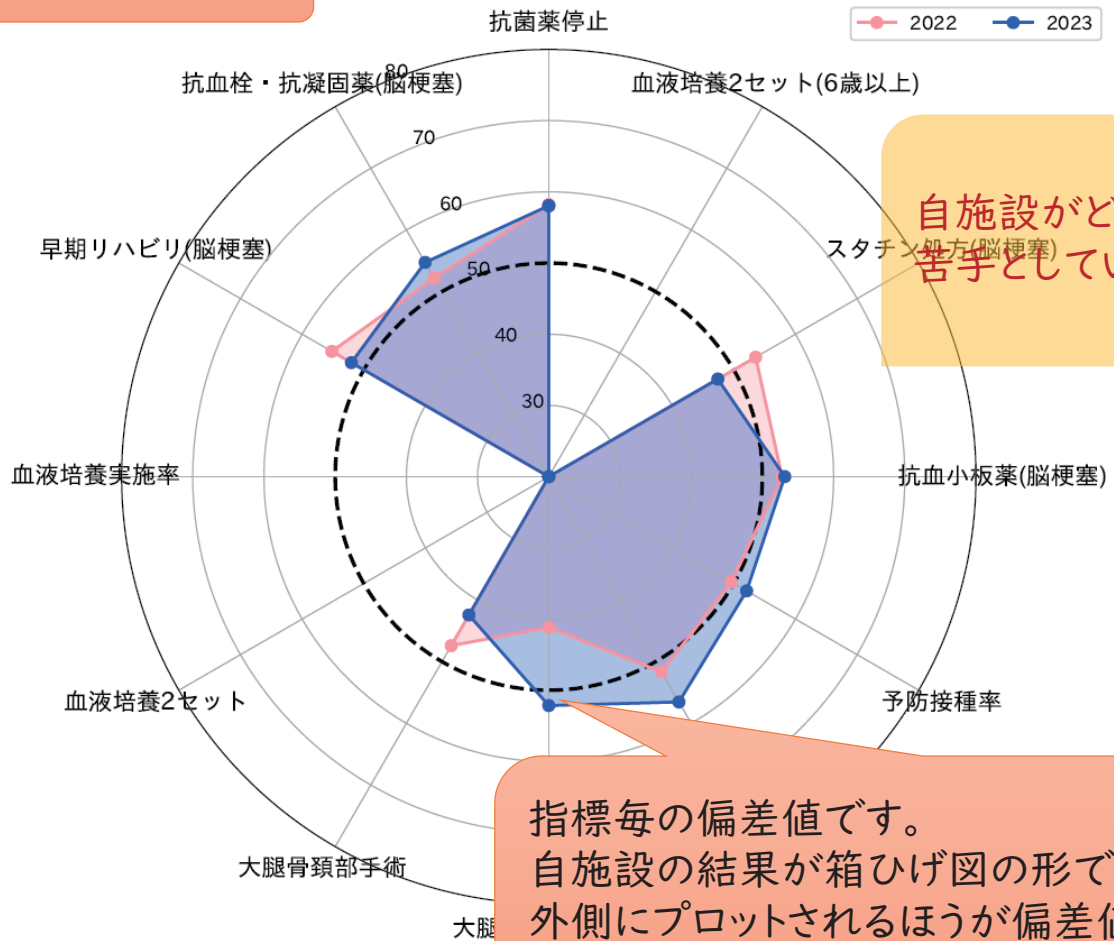
フィードバックグラフ[箱ひげ図]



フィードバックグラフ
[レーダーチャート]

施設名が表記されます

施設名



自施設がどの領域に強いか、
苦手としているかがわかります。

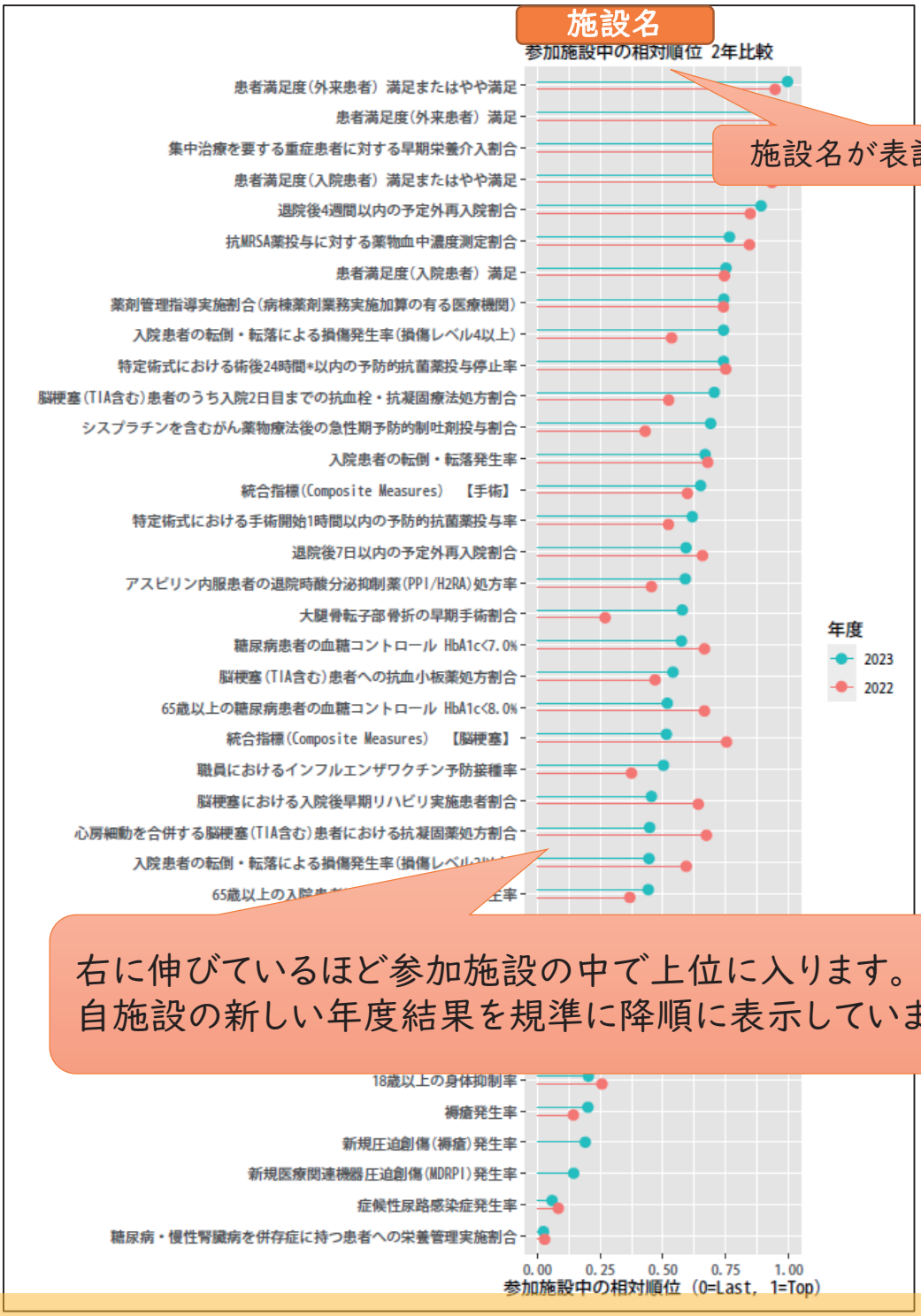
指標毎の偏差値です。
自施設の結果が箱ひげ図の形でプロットされます。
外側にプロットされるほうが偏差値が高く、参加施設の中で上位に位置付けられています。

レーダーチャートに表示する項目

表示項目は、バラつきの多い指標を選定しています。
以下は、2023年度の結果より、選定した指標です。

番号	表示名	正式名
1	抗菌薬停止	特定術式における術後24時間（心臓手術は48時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率
2	血液培養2セット（6歳以上）	血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合（6歳以上）
3	スタチン処方（脳梗塞）	脳梗塞患者におけるスタチン処方割合
4	抗血小板薬（脳梗塞）	脳梗塞(TIA含む)の診断で入院し、抗血小板薬を処方された症例の割合
5	予防接種率	職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率
6	予防的制吐剤投与	シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤の投与割合
7	大腿骨転子部手術	大腿骨転子部骨折の早期手術割合
8	大腿骨頚部手術	大腿骨頚部骨折の早期手術割合
9	血液培養2セット	血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合
10	血液培養実施率	カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率
11	早期リハビリ（脳梗塞）	脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合
12	抗血栓・抗凝固薬（脳梗塞）	脳梗塞(TIA含む)の診断で入院し、入院2日目までに抗血小板療法あるいは一部の抗凝固療法を受けた症例の割合

フィードバックグラフ
[ロリポップチャート]



ロリポップチャートは相対順位であり、単独の1位の場合にTop=1、単独の最下位の場合にLast=0となります。
同率の1位が複数施設存在する場合には、Top=1になりません。

フィードバックグラフの使い方

- 頻度
  - レーダーチャート、ロリポップチャートは年度値を用いて集計していますので、最終結果として年1回のフィードバックです。

- 使い方
  - 最初にレーダーチャート、ロリポップチャートで自施設の立ち位置や弱みを確認し、次に棒グラフ、箱ひげ図の結果を確認することで、経時的な変化を見つつ、改善すべき項目が何かを見つけることに役立ちます。

一般病床向けの指標

No.1 患者満足度（外来患者） a)満足 b)満足またはやや満足

No.2 患者満足度（入院患者） a)満足 b)満足またはやや満足

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。

2012 年度までは、「この病院での診療に満足していますか？」の設問で「大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足」の５段階評価でしたが、2013年度以降は、「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の５段階評価に変更しています。

<No.1 患者満足度（外来患者）>

分　　子：	a）「この病院について総合的に満足している」と回答した外来患者数 b）「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した外来患者数
分　　母：	患者満足度調査に回答した外来患者数（未記入患者を除く）
収集期間：	２日以上（3 月までに１回の報告とする）（連日でなくともよい）
備　　考：	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

<No.2 患者満足度（入院患者）>

分　　子：	a）「この病院について総合的に満足している」と回答した入院患者数 b）「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した入院患者数
分　　母：	患者満足度調査に回答した入院患者数（未記入患者を除く）
収集期間：	１週間以上（3 月までに１回の報告とする）（連日でなくともよい）
備　　考：	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

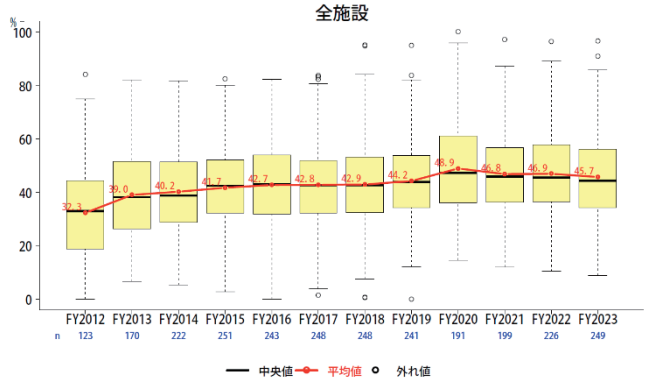
指標の種類・値の解釈

アウトカム

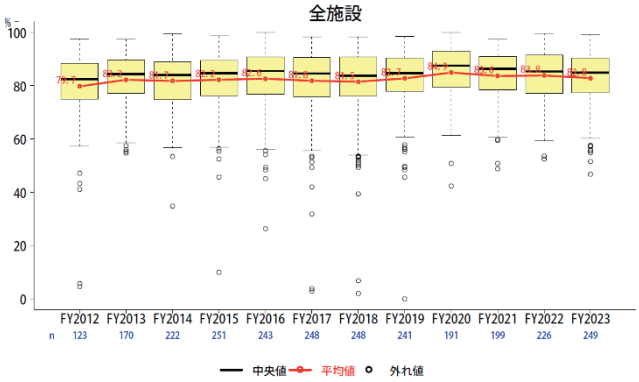
より高い値が望ましい

結果

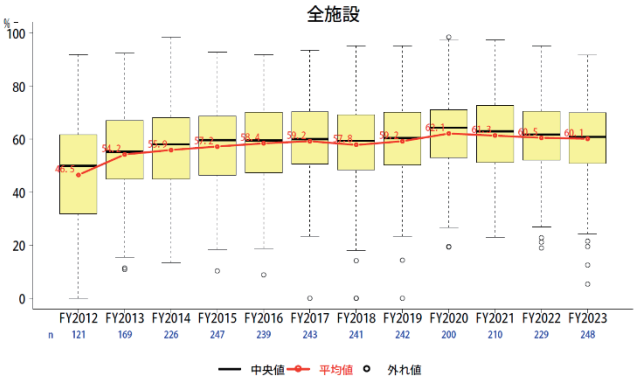
患者満足度（外来患者） 満足



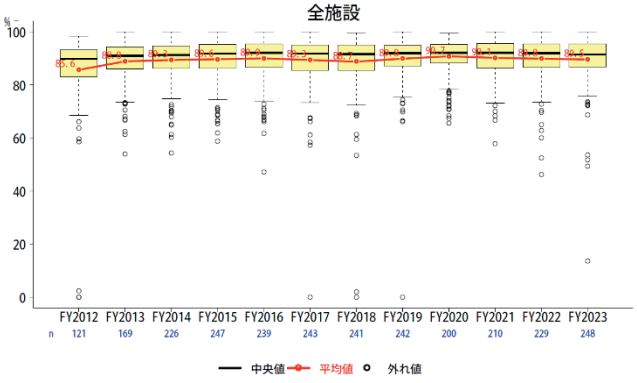
患者満足度（外来患者） 満足またはやや満足



患者満足度（入院患者） 満足



患者満足度（入院患者） 満足またはやや満足



考察

<No.01 患者満足度（外来患者）>

今回、提出がなかったのは 118 施設で、提出割合は 67.7%（249/367, 前年比+2.9）でした。満足のみでは、平均値 45.7%（前年比-1.2）、中央値 44.4%（前年比-1.1）、最大値 96.6%（前年比+0.2）、最小値 8.9%（前年比-1.5）、満足またはやや満足では、平均値 82.8%（前年比-1.0）、中央値 84.8%（前年比-0.5）、最大値 99.3%（前年比-0.4）、最小値 46.7%（前年比-5.8）という結果でした。提出割合は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴い低下した 2020 年度と比べると徐々に改善してきています。また、満足またはやや満足は、低い値の外れ値も減り、ばらつきが無くなってきていることがわかります。

<No.02 患者満足度（入院患者）>

今回、提出がなかったのは 119 施設で、提出割合は 67.6%（248/367, 前年比+1.8）でした。満足のみでは、平均値 60.1%（前年比-0.4）、中央値 60.8%（前年比-0.9）、最大値 91.7%（前年比-3.5）、最小値 5.2%（前年比-13.6）、満足またはやや満足では、平均値 89.5%（前年比-0.3）、中央値 91.4%（前年比-0.5）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 13.6%（前年比-32.5）という結果でした。最小値であった施設

は、2023 年度新規参加施設であり、次年度の変化を確認する必要がありますが、本プロジェクト参加施設における全体結果としては、同水準を維持しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.3-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.3-d 65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2013 年度からは、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加していた 2010 年度に計測していた損傷レベル 2 以上を、再度項目に加えることにしました。また、転倒は入院中の高齢者に影響を与え最も一般的な有害事象であることより、2019 年度から 65 歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分　　子:	No.3-a） 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.3-b） 入院中の患者に発生した**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数 No.3-c） 入院中の患者に発生した**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数 No.3-d） 65 歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分　　母:	入院患者延べ数（人日） ※No.03-d は 65 歳以上の入院患者延べ数（人日）
分子包含:	介助時および複数回の転倒・転落
分子除外:	学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間:	1 ヶ月毎
調整方法:	‰（パーミル： 1000 分の 1 を 1 とする単位）

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が

		必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。

② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。

③ X線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。

④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

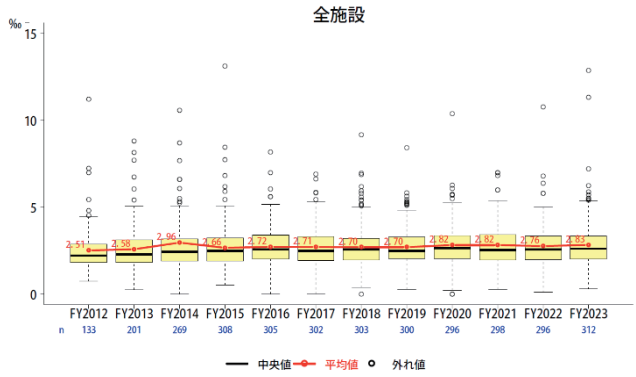
指標の種類・値の解釈

アウトカム

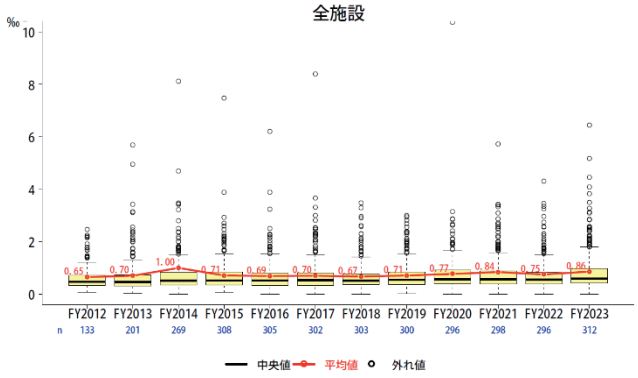
より低い値が望ましい

結果

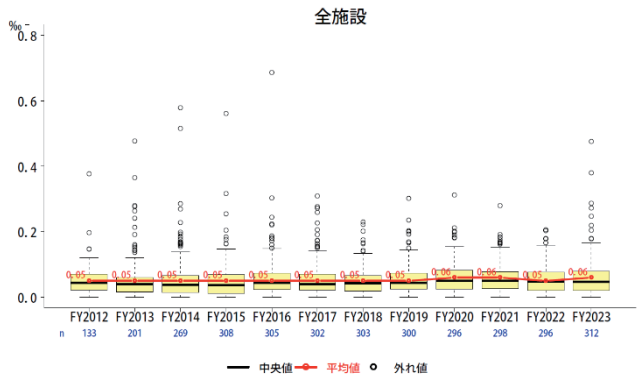
入院患者の転倒・転落発生率



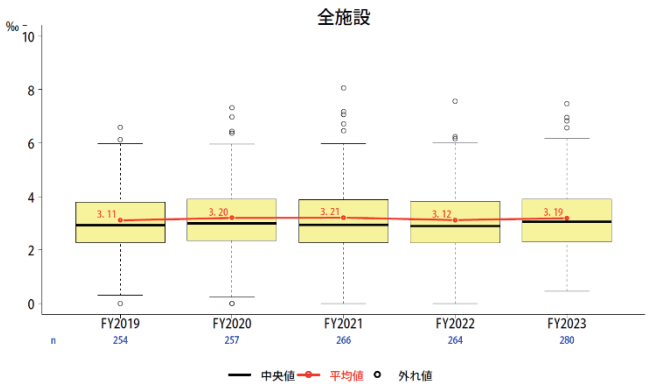
入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 2 以上）



入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）



65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では55施設で、提出割合は85.0%（312/367, 前年比-0.1）、65歳以上では87施設で、提出割合は76.3%（280/367, 前年比+0.4）でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.83‰（前年比+0.07）、中央値2.61‰（前年比+0.04）、最大値12.86‰（前年比+2.11）、最小値0.29‰（前年比+0.19）、損傷発生率（損傷レベル2以上）の1年間の結果は、平均値0.86‰（前年比+0.12）、中央値0.58‰（前年比+0.02）、最大値6.43‰（前年比+2.12）、最小値0.00‰（前年比±0）、損傷発生率（損傷レベル4以上）の1年間の結果は、平均値0.06‰（前年比+0.01）、中央値0.05‰（前年比±0）、最大値0.48‰（前年比+0.27）、最小値0.00‰（前年比±0）でした。65歳以上の転倒転落発生率は、平均値3.19‰（前年比+0.07）、中央値3.05‰（前年比+0.15）、最大値7.47‰（前年比-0.09）、最小値0.46‰（前年比+0.46）でした。

どの施設も、入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されますが、1年毎に見ると微増で抑えられていることがわかります。アンケート結果からも、転倒転落発生率における改善活動の実施は常に上位に入っていることから、各施設が様々な取り組みを行っていることが、この結果に繋がっていると考えています。

さらに、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「転倒・転落回数」、様式3に「転倒・転落発生件数」が加えられました。今後は、各施設算出からDPCデータによる算出への変更も検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業（医療安全・医療技術評価総合研究事業）平成16－18年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』（主任研究者：上原鳴夫）
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.
6. The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS). AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 20th Edition 2011-2018. （https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed__1_.pdf 2022/10/18 available）
7. 2024年度DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料 2024年5月31日（https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240531.pdf 2024/11/29 available）

No.4 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の 1 つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

分　　子:	d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数
分　　母:	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数（人日）
分母除外:	同日入退院の患者 入院時刻から 24 時間以内に DESIGN-R® 2020 Depth（深さ）の d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの記録がある患者 同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者
収集期間:	1 ヶ月毎

<Depth（深さ）>

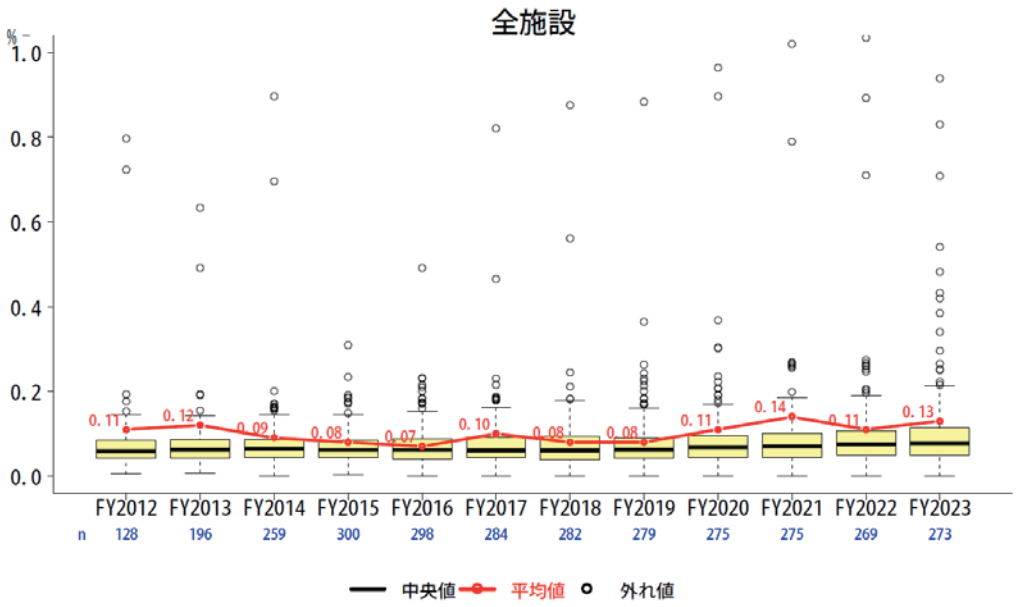
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡（DTI）疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 94 施設で、提出割合は 74.4%（273/367, 前年比-2.9）でした。

1 年間の結果は、平均値 0.13%（前年比-0.02）、中央値 0.08%（前年比±0）、最大値 4.54%（前年比+0.22）、最小値 0.0%（前年比±0）で、参加施設全体のばらつきは小さいものの、外れ値が多い指標です。

2021 年度に実施したアンケートで算出が難しい指標に挙げられていたため、定義を変更することが可能か、いくつかの施設に協力いただき、パイロットスタディおよび検討を進めてきました。2023 年度から新しい指標を追加することが決定したため、本指標の算出は、2023 年度で終了となります。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」: 1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2017/06/24 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf 2017/06/24 available)

6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2017/06/24 available)
7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.5-a 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率
No.5-b 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率
No.5-c 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の 1 つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数（人日）」、分子の定義「d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023 年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.5-a>

分　子：	調査期間中に d2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分　母：	調査期間初日（0 時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.5-b>

分　子：	調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI）発生患者数
分　母：	調査期間初日（0 時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.5-c>

分　子：	入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分　母：	調査期間に新たに入院した患者数

<Depth（深さ）>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡（DTI）疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

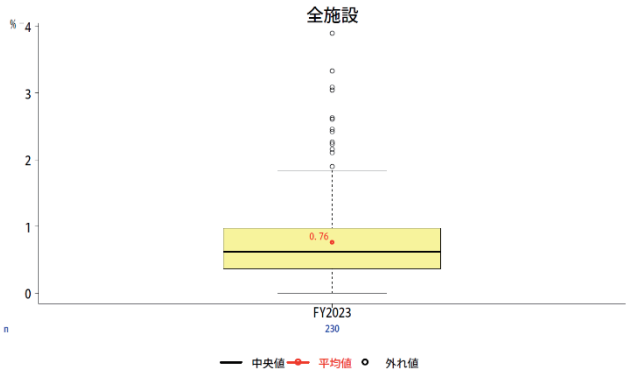
指標の種類・値の解釈

アウトカム

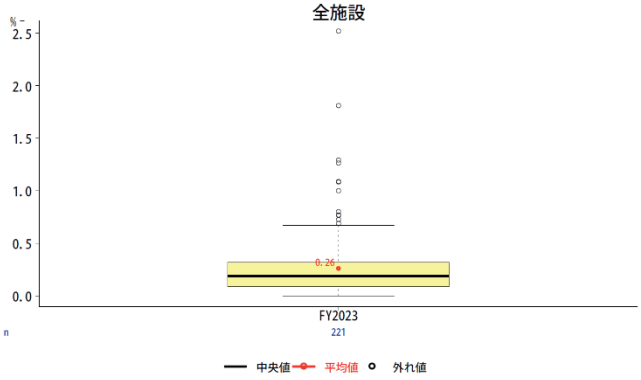
より低い値が望ましい

結果

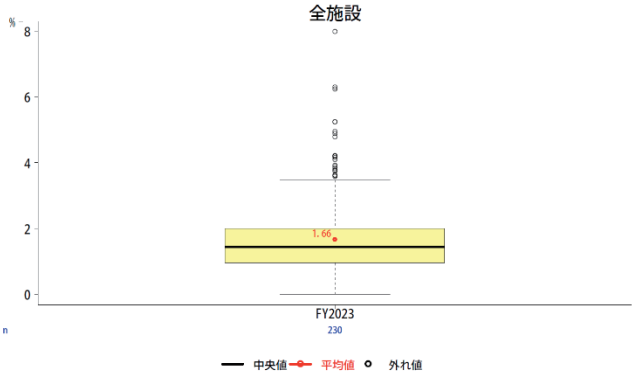
新規圧迫創傷（褥瘡）発生率



新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率



持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率



考察

<No.5-a 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率>

今回、提出がなかったのは 137 施設で、提出割合は 62.7%（230/367）でした。

1 年間の結果は、平均値 0.76%、中央値 0.62%、最大値 3.89%、最小値 0.00%でした。

<No.5-b 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率>

今回、提出がなかったのは 146 施設で、提出割合は 60.2%（221/367）でした。

1 年間の結果は、平均値 0.26%、中央値 0.16%、最大値 2.52%、最小値 0.00%でした。

<No.5-c 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率>

今回、提出がなかったのは 137 施設で、提出割合は 62.7%（230/367）でした。

1 年間の結果は、平均値 1.66%、中央値 1.43、最大値 7.97%、最小値 0.00%でした。

2023 年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみていく予定です。

また、令和 6 年度診療報酬改定において、DPC データ様式 1 に「入院時の褥瘡の有無」、「入院中の褥瘡の最大深度等」、「入院中の褥瘡の最大深度等の日付が加えられました。今回策定した指標に加えて、DPC データによる算出を追加するかも検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業（医療安全・医療技術評価総合研究事業）平成 16－18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』（主任研究者：上原鳴夫）
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.
6. The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS). AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 20th Edition 2011-2018. （https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed__1_.pdf 2022/10/18 available）
7. 2024 年度 DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料 2024 年 5 月 31 日（https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240531.pdf 2024/11/29 available）

No.6 紹　介割合
No.7 逆紹介割合

指標の説明・定義

2021 年度までは、紹介率・逆紹介率として計測してきましたが、令和 4 年度診療報酬改定に伴い、外来機能の明確化および医療機関間の連携を推進する観点より、名称変更、定義変更し、新たに紹介割合・逆紹介割合として計測することにしました。

紹介割合とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者と救急患者における割合です。一方、逆紹介割合とは、初診患者と再診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介割合・逆紹介割合の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

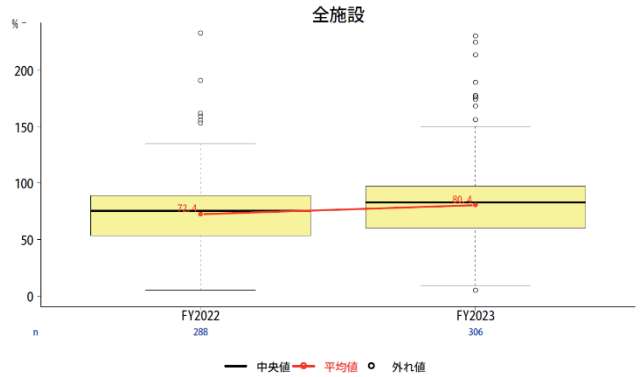
分　　子：	No.6）紹介患者数+救急患者数 No.7）逆紹介患者数
分　　母：	No.6）初診**患者数** No.7）初診+再診患者数
収集期間：	1ヶ月毎
調整方法：	‰（パーミル：1000 分の 1 を 1 とする単位）※逆紹介割合のみ適用

指標の種類・値の解釈

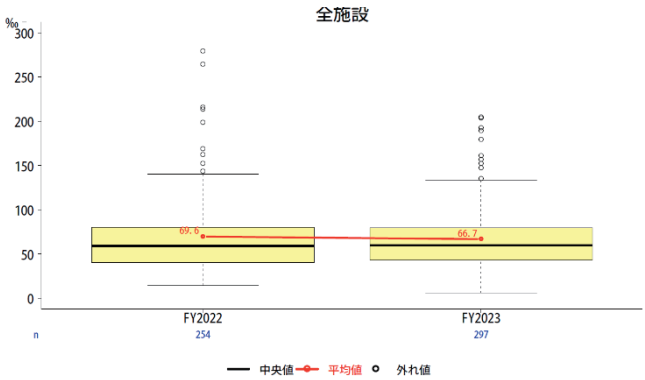
プロセス

結果

紹介割合



逆紹介割合



考察

今回、提出がなかったのは紹介割合が 61 施設、逆紹介割合が 70 施設で、提出割合は 83.4%（306/367, 前年比+0.62）、80.9%（297/367, 前年比+7.94）でした。紹介割合の 1 年間の結果は、平均値 80.4%（前年比+8.0）、中央値 82.8%（前年比+7.5）、最大値 230.2%（前年比-2.3）、最小値 5.0%（前年比-0.1）、逆紹介割合の 1 年間の結果は、平均値 66.7‰（前年比-2.9）、中央値 59.9‰（前年比+0.9）、最大値 508.6‰（前年比-126.5）、最小値 5.8‰（前年比-8.7）でした。

逆紹介割合は、2021 年度までの逆紹介率と大きく定義が異なることから、2022 年度では算出間違いの可能性がある施設が数十施設ありましたが、四半期毎の施設へのフィードバックで個別に確認を依頼することで、2023 年度ではほぼ算出間違いの施設は無くなりました。

本指標は、病院経営指標に含まれることも多く、医療の質指標として本プロジェクトで測定を継続していくかは検討が必要と考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.8 症候性尿路感染症発生率

指標の説明・定義

尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約 40%を占め、その 80%が尿道留置カテーテルによるもの、すなわち CAUTI（catheter-associated urinary tract infection）です。医療機関で起こる血流感染の 15%は CAUTI の合併症であると推計されており、その寄与死亡率は 15%を超えます。CAUTI のリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTI の 65%-70%は予防可能と推計されています。

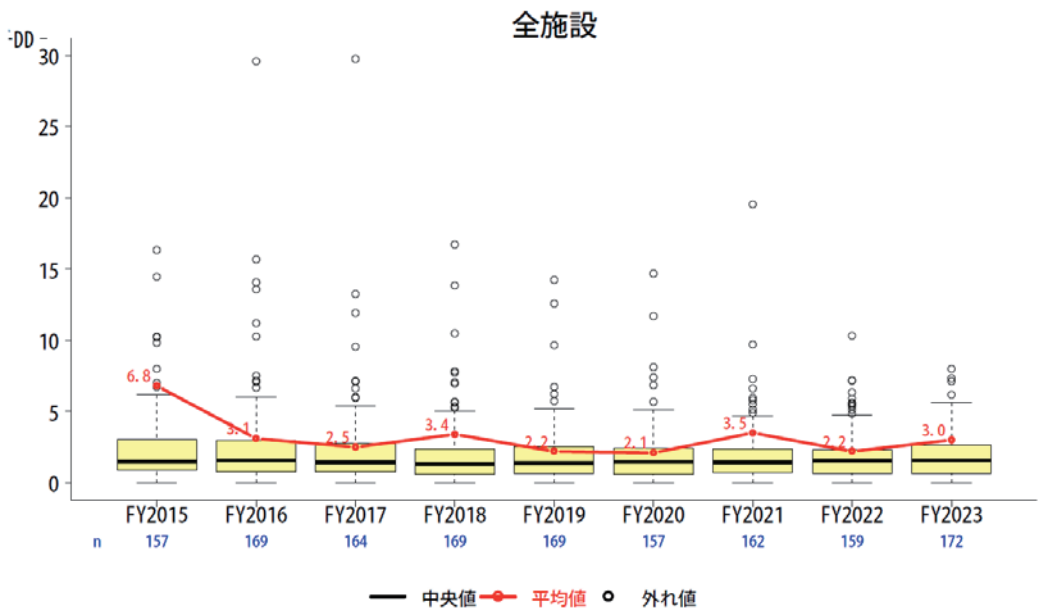
分　　子:	分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分　　母:	入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数
収集期間:	1 ヶ月毎
調整方法:	DD（Device-day の略：対 1000 カテーテル使用日数）

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 195 施設で、提出割合は 46.9%（172/367, 前年比-1.2）でした。1 年間の結果は、平均値 3.0 対 1000 カテーテル使用日数（前年比+0.8）、中央値 1.6 対 1000 カテーテル使用日数（前年比+0.1）、最大値 84.4 対 1000 カテーテル使用日数（前年比+23.4）、最小値 0.0 対 1000 カテーテル使用日数（前年比±0）で、2016 年度以降大きな変化はありませんでした。2021 年度の最大値に該当する施設は 2021 年度に初めて本指標の算出を行っており、算出の間違いの可能性もありましたが、2022 年度では正しい計測方法で提出されています。

2021 年度実施したアンケートでは本指標は算出も難しく、提出割合も半数以下であるため、継続可否については検討していきたいと思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am 1997;11:609-622.
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011;32:101-14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm 2016/10/15 available)

No.9 救急車・ホットライン応需率

指標の説明・定義

救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できません。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかわります。

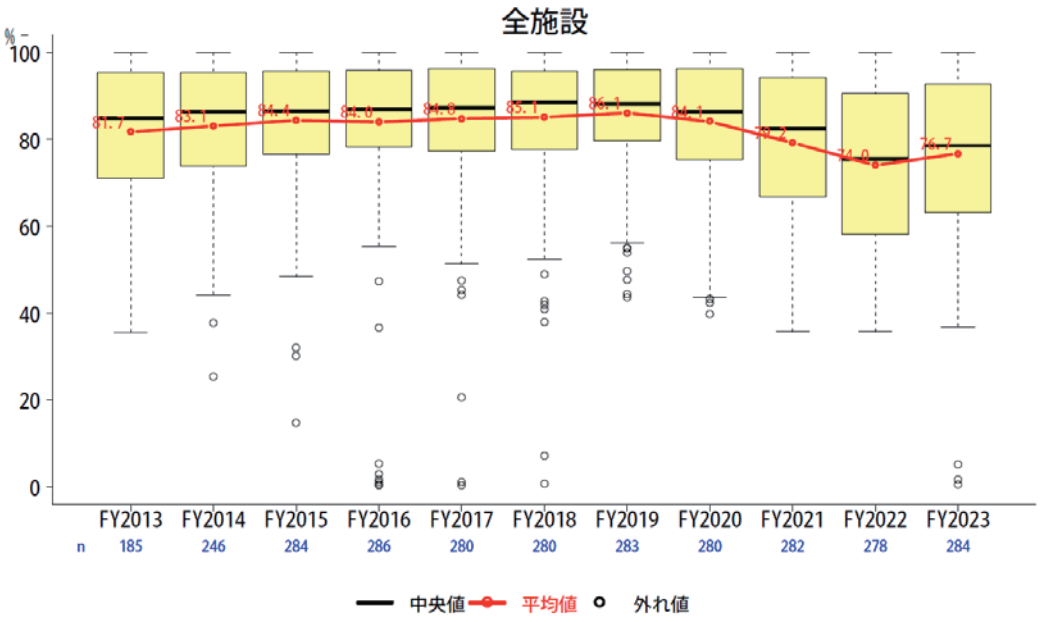
分　　子:	救急車で来院した患者数
分　　母:	救急車受け入れ要請件数
分子包含:	ホットライン件数
分母除外:	他院からの搬送（転送）件数
収集期間:	１ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 83 施設で、提出割合は 77.4%（284/367, 前年比-2.5）でした。1 年間の結果は、平均値 76.8%（前年比+2.8）、中央値 78.5%（前年比+3.0）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.5%（前年比-35.2）でした。

最小値の施設は、参加期間である 2014 年度～2017 年度、2022 年度の値は 95～99%を推移しており、入力間違いであったかは確認が必要です。

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、2020 年以降、徐々に値が下がっていましたが、2023 年度はやや改善しました。しかし、全体のばらつきはまだ大きく、地域や病院の機能によっては、流行前と同じ体制には戻っていない施設もあるようです。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 厚生労働省：データからわかる-新規コロナウイルス感染症情報-人口 10 万人当たり新規陽性者数 (Internet: https://covid19.mhlw.go.jp/ 2023/10/27 available)

No.10 特定術式における手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

手術後に、手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSI を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後 2～3 時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSI を予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の 1 時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSI を予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

2013 年度から The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-1 に準拠した定義に変更しました。

手術前に感染症のあることがわかっている患者は除外し、術式も冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つの術式における手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬の投与率を示しています。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

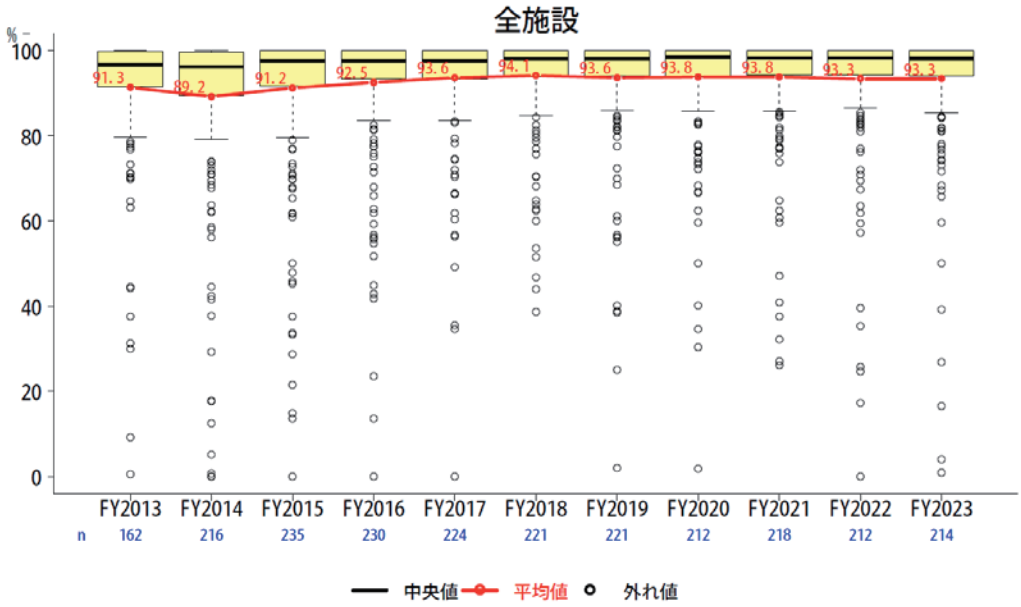
分　　子：	手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分　　母：	特定術式の手術件数（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術）
分母除外：	入院時年齢が 18 歳未満の患者 在院日数が 120 日以上の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする） 手術開始日時の 24 時間前に抗菌薬を投与されている患者（大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし） 外来手術施行患者
収集期間：	1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 153 施設で、提出割合は 58.3%（214/367, 前年比-2.6）でした。1 年間の結果は、平均値 93.3%（前年比±0）、中央値 98.1%（前年比-0.1）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.9%（前年比+0.9）でした。

経時的に見ても、大きな変化はありませんが、指標値 80%未満が 18 施設ありました。2024 年度以降、外れ値の施設へは、問い合わせを行い、改善活動実施の有無や値が低い理由などを調査する予定です。

さらに、令和 6 年度診療報酬改定において、DPC データ様式 1 に「予防的抗菌薬投与」が加えられました。各施設算出と DPC データを用いた算出による検証を行い、算出元の変更が可能か、検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

No.11 特定術式における術後24時間（心臓手術は48時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率

指標の説明・定義

手術後に、手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSIを予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後2～3時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の1時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSIを予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

本指標はThe Joint CommissionのNQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CAREのSurgical Care Improvement Project(SCIP)のSCIP-Inf-3に準拠した定義です。術式は国内、国外のガイドラインの推奨グレードが異なることより、2019年度から、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術を除いた、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術の4つを対象に変更しました。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

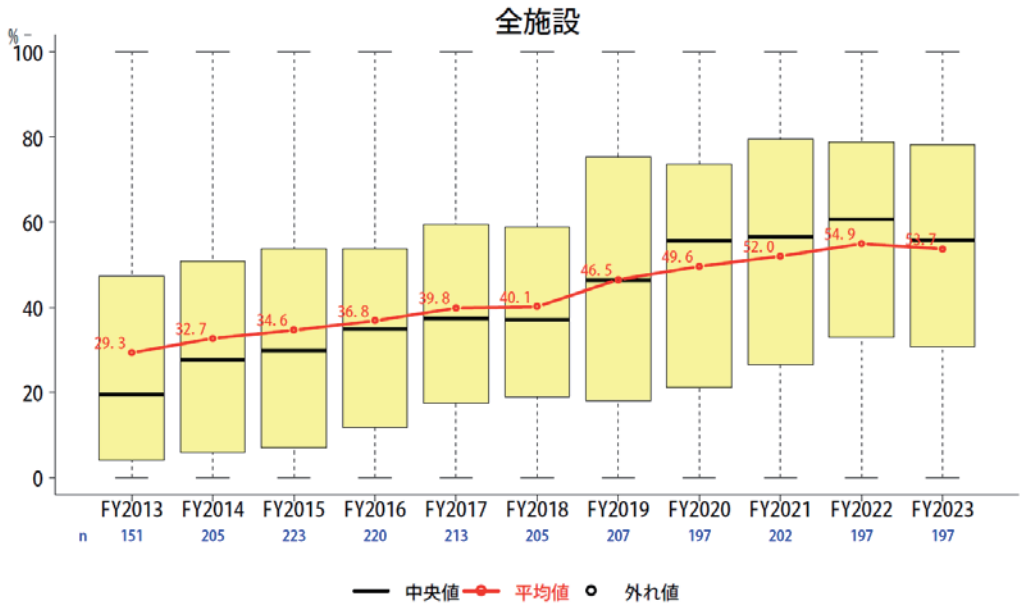
分　　子：	術後24時間以内（冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合48時間以内）に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数
分　　母：	特定術式の手術件数（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術）
分母除外：	入院時年齢が18歳未満の患者 在院日数が120日以上の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする） 術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている 手術室内または回復室内での死亡患者
収集期間：	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 170 施設で、提出割合は 53.7%（197/367, 前年比-2.9）でした。1 年間の結果は、平均値 53.7%（前年比-1.2）、中央値 55.8%（前年比-4.9）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）で、経時的に見ても、測定を開始した 2013 年度以降毎年改善し、2013 年度と比べると 24.4 ポイント上昇しました。これは各施設が、改善活動を続けている結果と考えます。改善活動としては、 アンケート結果を見ると、クリニカルパスの内容を改訂することが多くを占めています。

平成 29 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」では DPC データを用いて算出を行いましたが、DPC データでの算出と各施設算出の結果を比較検証したところ、DPC データでの算出は値が低くなる結果となりました。理由としては、各施設で算出する場合は、24 時間、48 時間を正確に算出できますが、DPC データでは+1 日、+2 日で算出となるためと考えます。そのため、現状をきちんと反映できていないことになり、DPC データを用いた算出には置き換えられないことで決定しました。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued WIthin 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip

2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

No.12 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

指標の説明・定義

手術後に、手術部位感染（Surgical Site Infection：SSI）が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSI を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後 2～3 時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSI を予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の 1 時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSI を予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。本指標は The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-2 に準拠した定義です。

術式は「特定術式における手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」と同様に、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つ、注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

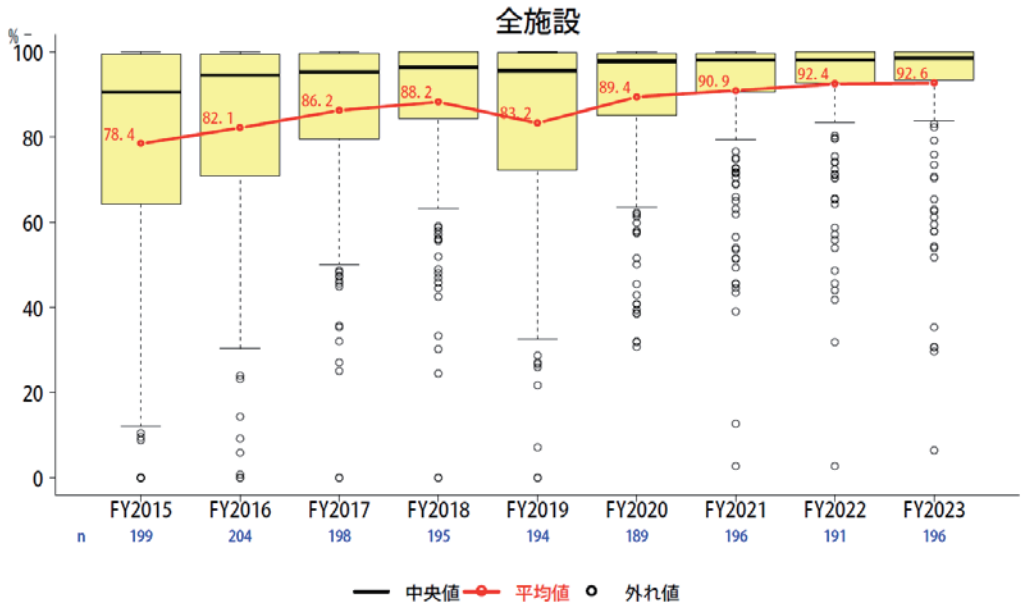
分　　子：	術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分　　母：	特定術式の手術件数（冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術）
分母除外：	入院時年齢が 18 歳未満の患者 在院日数が 120 日以上の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日（主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日）に行われた患者（日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする） 手術室内または回復室内での死亡患者
収集期間：	1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 171 施設で、提出割合は 53.4%（196/367, 前年比-1.5）でした。1 年間の結果は、平均値 92.6%（前年比+0.2）、中央値 98.5%（前年比+0.5）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 6.3%（前年比+3.6）でした。経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から 2018 年度までは年々改善していましたが、2019 年度に下がり、2020 年度以降、また改善してきています。2015 年度と比べると、全体のばらつきも少なくなってきています。

最小値の施設は 2015～2020 年度まではほぼ 100%の選択率であったにも関わらず、2021～2023 年度は 2～6%の選択率となっています。算出の間違いであるのか、何か体制が変更となったのかは確認が必要です。

2024 年度以降、こういった外れ値の施設に対して、アプローチを行う予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

No.13-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

No.13-b 65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることとしました。HbA1c は、過去 2~3 か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度は HbA1c に比例しており、合併症を予防するためには、HbA1c を 7.0%未満に維持することが推奨されています。したがって、HbA1c が 7.0%未満にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の 1 つであるとされていました。ただし、インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知症があり食事したことを記憶できない患者、低血糖を感知できない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であると考えます。したがって、すべての患者において、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。

実際、約 10 年前から国内外の診療ガイドラインでは血糖コントロール値の個別化を推奨しており、低血糖を起こしやすい高齢者や腎機能低下者、インスリン使用者では HbA1c を 7.5%未満に下げないことも推奨されています。

分　　子:	No.13-a HbA1c(NGSP)の最終値が 7.0%未満の外来患者数 No.13-b HbA1c(NGSP)の最終値が 8.0%未満の 65 歳以上の外来患者数
分　　母:	No.13-a 糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数 （過去 1 年間に該当治療薬が外来で合計 90 日以上処方されている患者） No.13-b 糖尿病の薬物治療を施行されている 65 歳以上の外来患者数 （過去 1 年間に該当治療薬が外来で合計 90 日以上処方されている 65 歳以上の患者）
分母除外:	運動療法または食事療法のみの糖尿病患者
収集期間:	3 ヶ月毎

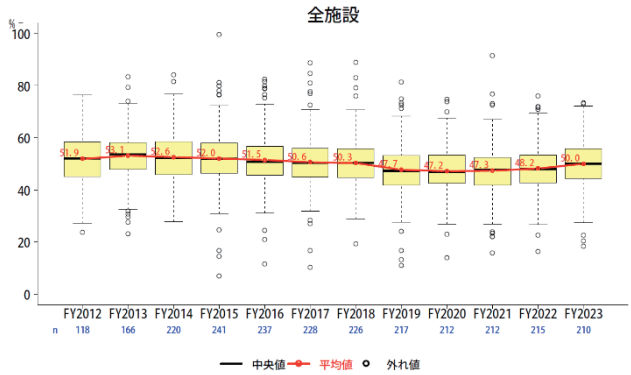
指標の種類・値の解釈

アウトカム

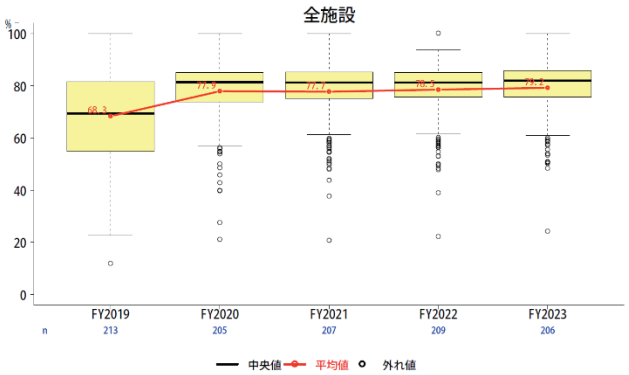
より高い値が望ましい

結果

糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%



65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%



考察

<No.13-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%>

今回、提出がなかったのは 157 施設で、提出割合は 57.2%（210/367, 前年比-4.6）でした。1 年間の結果は、平均値 50.0%（前年比+1.8）、中央値 50.1%（前年比+2.0）、最大値 73.5%（前年比-2.4）、最小値 18.3%（前年比+1.9）で、経時的に見ると、2019～2022 年度は 47～48%台でしたが、2023 年度は 50%でやや改善しました。

<No.13-b 65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%>

今回、提出がなかったのは 161 施設で、提出割合は 56.1%（206/367, 前年比-3.9）でした。1 年間の結果は、平均値 79.2%（前年比+0.7）、中央値 81.9%（前年比+0.6）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 24.2%（前年比+2.0）でした。2019 年度は一部定義が適切ではない部分があり、提出データにばらつきが生じました。そのため、2020 年度以降が、真の指標値と言えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. Perioperative Care Work Group 2; American College of Surgeons/Physician Consortium for Performance Improvement/National Committee for Quality Assurance. Perioperative Care Physician Performance Measurement Set. (Internet http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi?submit=PCPI 2016/10/15 available)
3. National Quality Measures Clearinghouse; Comprehensive diabetes care: percentage of members 18 through 64 years of age with diabetes mellitus (type 1 and type 2) whose most recent hemoglobin A1c (HbA1c) level is less than 7.0% (controlled). (Internet:

http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=48628 2016/10/15 available)
4. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National Healthcare Quality & Disparities Report (Internet: http://nhqrnet.ahrq.gov/nhqrdr/jsp/nhqrdr.jsp#snhere#snhere 2016/10/15 available)
5. 日本糖尿病学会編著：糖尿病診療ガイドライン 2016．南江堂, 2016.
6. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会．糖尿病標準診療マニュアル(第 16 版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
7. 日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会．高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.

No.14 退院後 4 週間以内の予定外再入院割合

指標の説明・定義

2021 年度までは「30 日以内の予定外再入院率」として計測していましたが、2022 年度から、定義および名称を変更した項目です。

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標ではそれらを中期まで総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 7 日以内の予定外再入院割合」

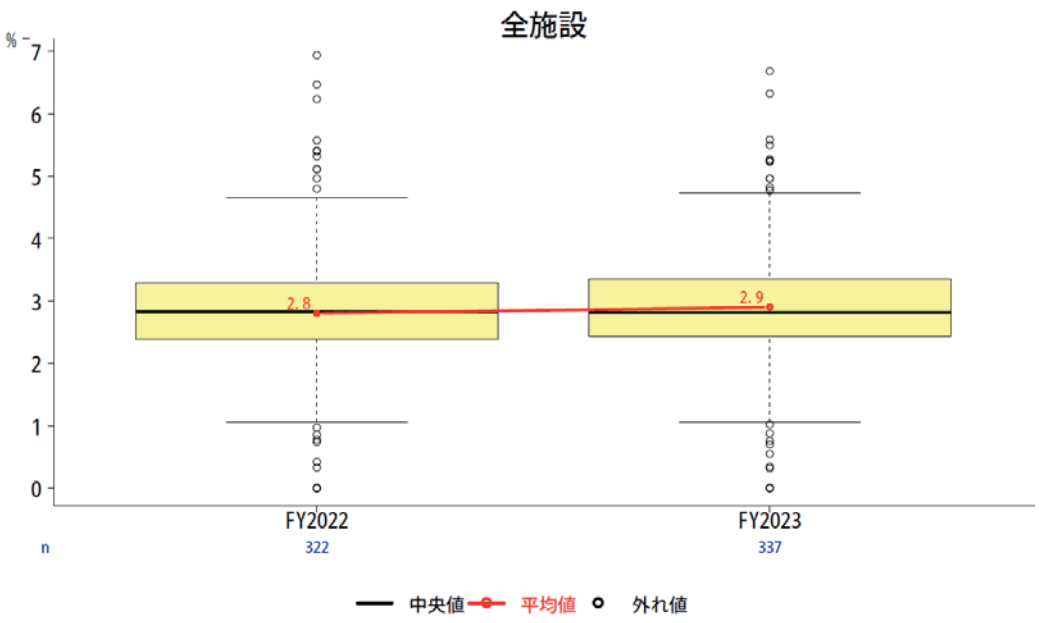
分　　子:	分母のうち、前回退院から 4 週間以内に計画外で再入院した患者数
分　　母:	退院患者数（様式 1 の「退院年月日」が調査期間に該当する一般入院症例数）
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 2.9%（前年比+0.1）、中央値 2.8%（前年比±0）、最大値 6.7%（前年比-0.2）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。

しかし、病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 2.5%（N=50）、200 床以上 400 床未満は平均値 2.8%（N=123）、400 床以上 500 床未満は平均値 3.0%（N=61）、500 床以上は平均値 3.0%（N=103）と、病床数が増えるにつれ、やや再入院割合が高くなっています。病床規模によって再入院の状況が異なることが予想されるため、どのような患者が再入院しているかは、各施設が確認し、改善に努めていけるとよいと考えます。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.15 退院後 7 日以内の予定外再入院割合

指標の説明・定義

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標では早期のそれらを総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」

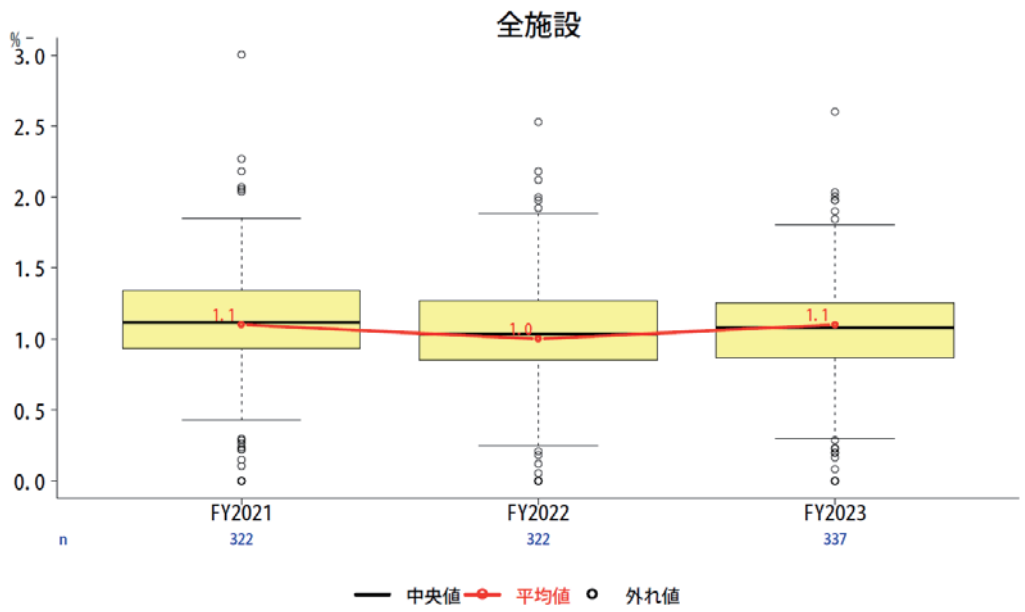
分　　子:	分母のうち、前回退院から 7 日以内に計画外で再入院した患者数
分　　母:	退院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 1.1%（前年比+0.1）、中央値 1.1%（前年比+0.1）、最大値 2.6%（前年比+0.1）、最小値 0.0%（±0）でした。病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 0.9%（N=50）、200 床以上 400 床未満の平均値は 1.1%（N=123）、400 床以上 500 床未満の平均値は 1.1%（N=61）、500 床以上の平均値は 1.1%（N=103）であり、「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」同様、やや小規模施設が低い結果ですが、そこまで差はありませんでした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.16 脳梗塞(TIA 含む) の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法あるいは一部の抗凝固療法を受けた症例の割合

指標の説明・定義

脳梗塞急性期における抗血栓療法として、発症 48 時間以内のアスピリン投与が確立された治療法となっています。また、米国心臓協会（AHA）/米国脳卒中協会（ASA）急性期脳梗塞治療ガイドライン 2013 では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から 24～48 時間以内に投与することを推奨しています（クラス I, エビデンスレベル A）。
したがって、適応のある患者には入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法の投与が開始されていることが望まれます。

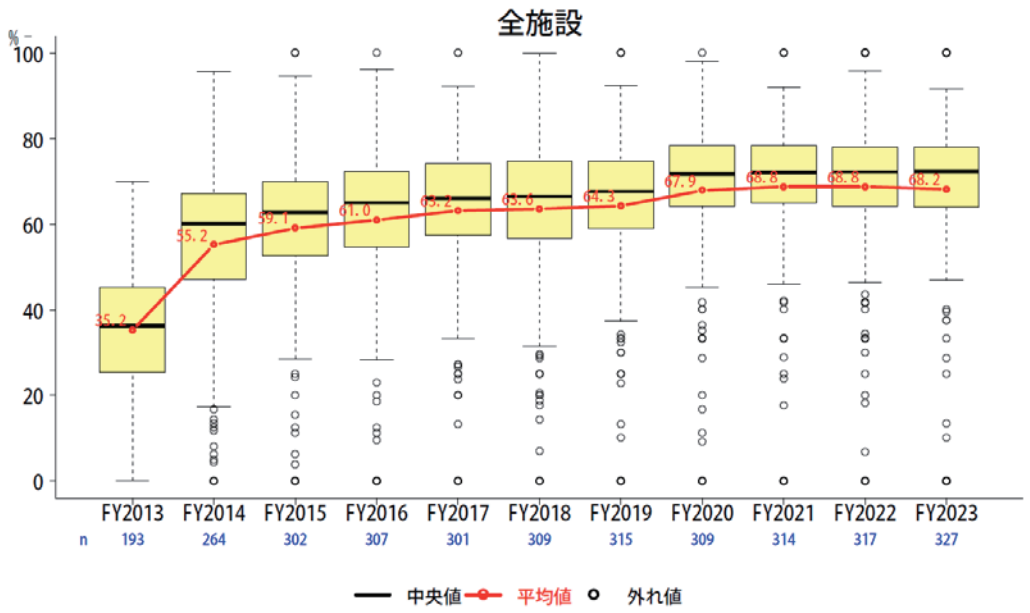
算出条件としては、アルテプラーゼ投与後 24 時間以内に、抗凝固薬・抗血小板薬もしくは血栓溶解薬を投与した場合の安全性と有効性は確立していないため、分母からは除外しています。また、ガイドラインでは、抗凝固薬としてのヘパリンの使用はグレード C1 で考慮してもよいという推奨にとどまっており、分子から除外しています。さらに、抗凝固薬としてのワルファリンは、心原性脳梗塞に適応であり、また効果の発現まで時間を要するため、分子から除外しています。

分　　子:	分母のうち、入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法（オザグレルナトリウム）を施行された患者数
分　　母:	脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス
より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 68.2%（前年比-0.6）、中央値 72.3%（前年比+0.1）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 33 ポイントと大きな改善が見られました。特定の疾患に対する薬物治療の指標はプロセスに該当するため、改善がしやすい指標の一つです。

本指標は、心原性脳塞栓症症例が多くなると指標値が低くなる定義となっていました。そのため、2024 年度からは「非心原性脳梗塞（TIA 含む）の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合」とし、定義を改訂する予定です。

参考文献

1. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
3. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.

4. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標
http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.17 脳梗塞(TIA 含む) の診断で入院し、抗血小板薬を処方された症例の割合

指標の説明・定義

非心原性脳梗塞（アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞など）や非心原性 TIA では、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法（本邦で使用可能なもの）はシロスタゾール 200 mg/日、クロピドグレル 75 mg/日、アスピリン 75-150mg/日（以上、グレード A）、チクロピジン 200 mg/日（グレード B）である」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗血小板薬の投与が開始されていることが望まれます。

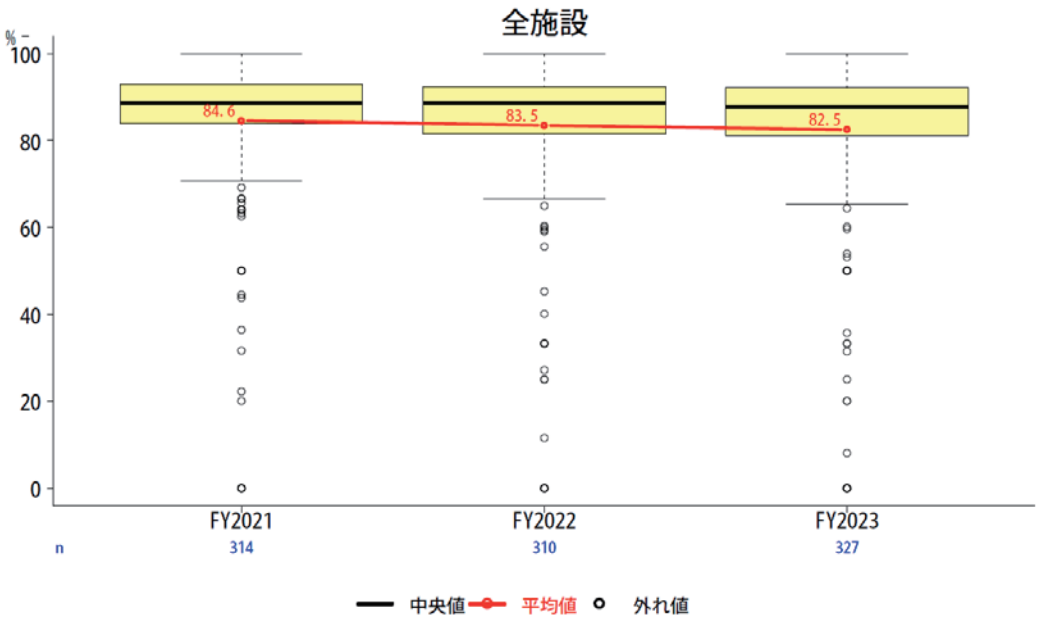
分　　子:	分母のうち、抗血小板薬を処方された患者数
分　　母:	脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 82.5%（前年比-1.0）、中央値 87.8%（前年比-0.9）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。2020 年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、2021 年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

2024 年度からは、「脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法あるいは一部の抗凝固療法を受けた症例の割合」の定義を変更するのに合わせて、本指標は削除し、新たに「非心原性脳梗塞（TIA 含む）の診断で入院し、入院中に抗血小板療法を受けた症例の割合」を追加する予定です。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.18 脳梗塞患者のスタチン処方割合

指標の説明・定義

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「高容量のスタチン系薬剤は脳梗塞の再発予防に勧められる（グレード B）、低用量のスタチン系薬剤で脂質異常症を治療中の患者において、エイコサペンタエン酸（EPA）製剤の併用が脳卒中再発予防に勧められる（グレード B）」と書かれています。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

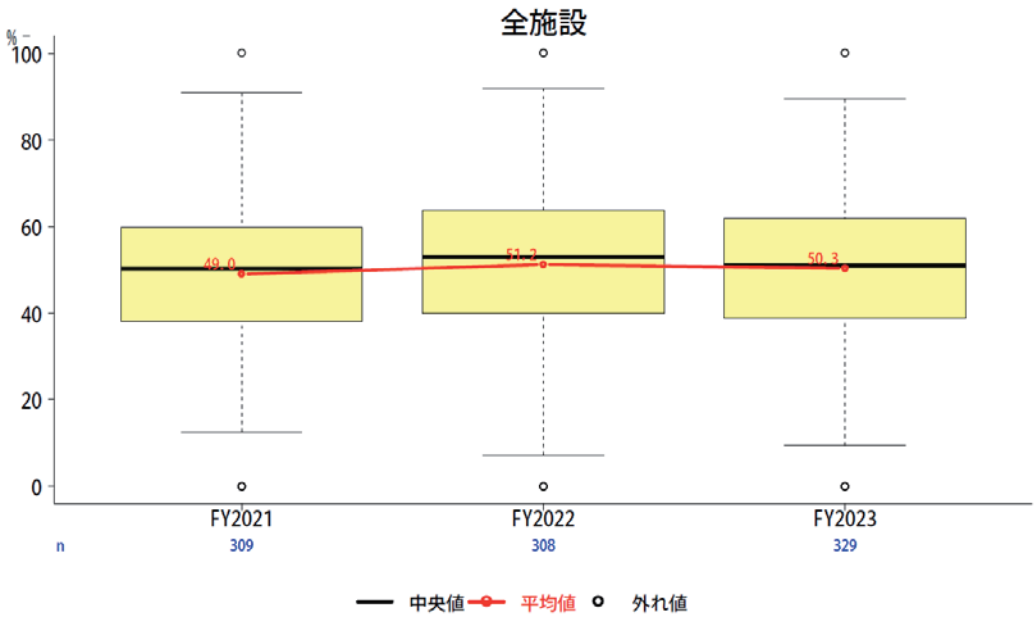
分　　子：	分母のうち、スタチンが処方された患者数
分　　母：	脳梗塞で入院した患者数
収集期間：	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 50.3%（前年比-0.9）、中央値 51.0%（前年比-1.9）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。2020 年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、2021 年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

3 年間の結果を見ても、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.19 心房細動を合併する脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、抗凝固薬を処方された症例の割合

指標の説明・定義

心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン（2009、2015、2021）では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である（グレード A）」とされ、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望まれます。「出血性合併症は INR 2.6 を超えると急増する（グレード B）」ことも知られており、ワルファリン投与時のモニタリングは重要であり、本指標にはワルファリン以外にも推奨される抗凝固薬も分母に含めています。

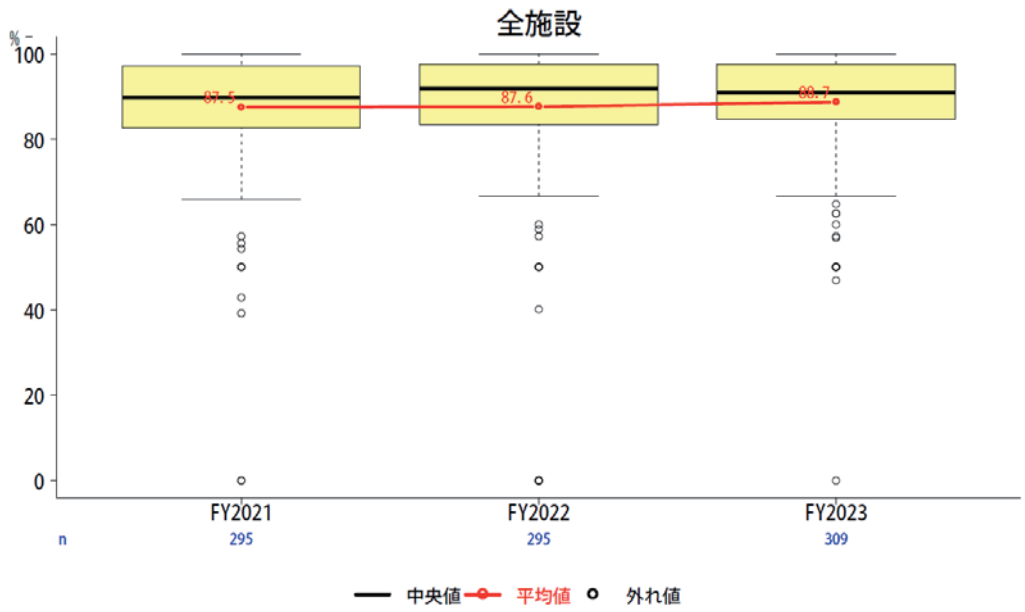
分　　子:	分母のうち、抗凝固薬を処方された患者数
分　　母:	脳梗塞か TIA と診断され、かつ心房細動と診断された 18 歳以上の入院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 88.7%（前年比+1.1）、中央値 90.9%（前年比-0.9）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。2020 年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、2021 年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

3 年間の結果を見ても、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン」日本脳卒中学会（2009、2015、2021）
2. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA); 2010 Sep. 26 p.
4. American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of of Cardiology. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2001 Oct;38:1266i-lxx.
5. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
6. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.20 脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合

指標の説明・定義

脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくし、再発リスクの増加もみられず、ADL の退院時到達レベルを犠牲にせずに入院期間が短縮されることが分かっています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「不動・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作（ADL）向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められている（グレード A）」と書かれています。したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。

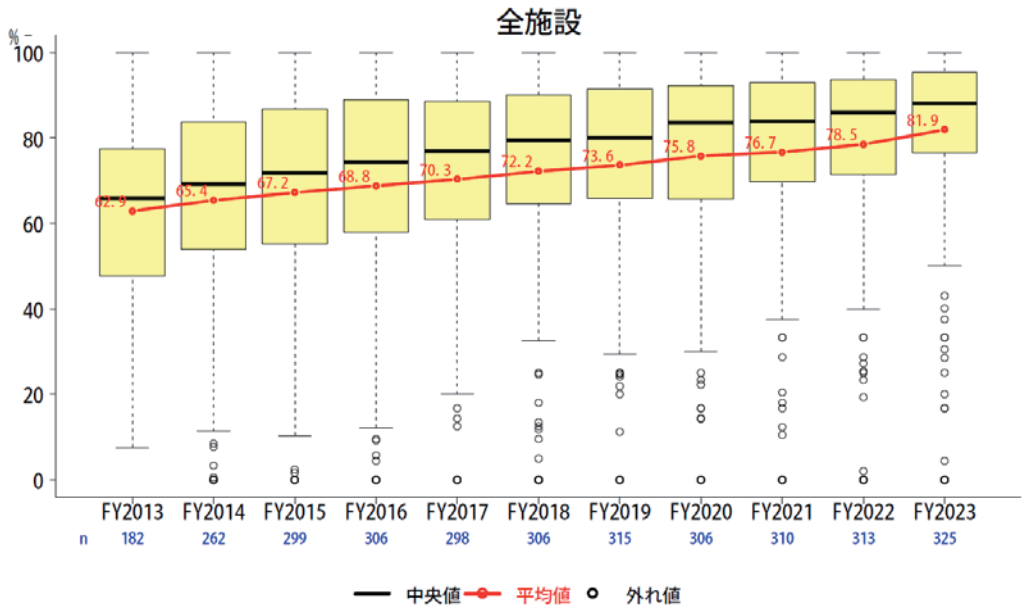
分　　子：	分母のうち、入院後早期（3 日以内）に脳血管リハビリテーションが行われた症例数
分　　母：	18 歳以上の脳梗塞で入院した症例数
収集期間：	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 81.9%（前年比+3.4）、中央値 88.1%（前年比+2.1）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。2013 年度の測定開始以降、毎年改善している指標です。さらに、箱ひげ図も小さくなってきており、ばらつきもなくなってきています。

改善活動を行った施設からは、

- ✓ 医師の早期リハビリテーションに関する意識向上
- ✓ 脳血管チーム設立
- ✓ 土曜日のリハビリテーション対応

といった内容が改善に寄与したと報告されています。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
4. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.21 統合指標（Composite Measures）
【手術】

指標の説明・定義

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて（ケアバンドルとして）実施しているかどうかが評価できます。

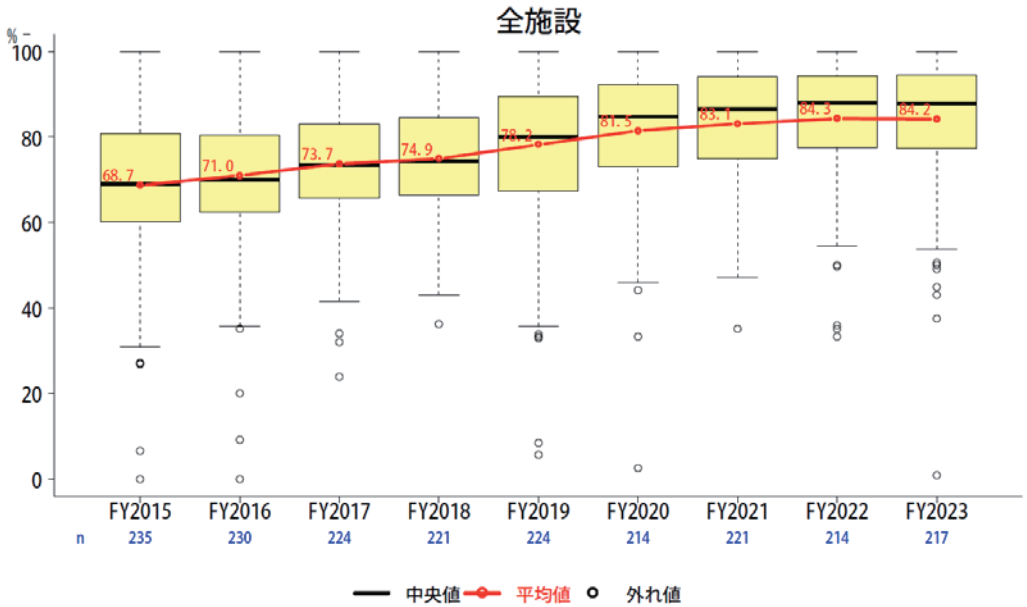
分　　子：	指標 No.10, 11,12 の分子の合計
分　　母：	指標 No.10, 11,12 の分母の合計
収集期間：	1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 84.2%（前年比-0.1）、中央値 87.8%（前年比-0.2）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.9%（前年比-32.4）で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 15.5 ポイントと大きな改善が見られました。

統合指標のため、「特定術式における手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」「特定術式における術後 24 時間以内（心臓手術は 48 時間）の予防的抗菌薬投与停止率」「特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率」が改善すると比例して改善する指標です。

最小値の施設は、2019 年度から参加している施設ですが、2019～2022 年度の値は 87～100%を推移しているため、算出間違いかどうか、確認する予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.22 統合指標（Composite Measures）
【脳梗塞】

指標の説明・定義

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて（ケアバンドルとして）実施しているかどうかが評価できます。

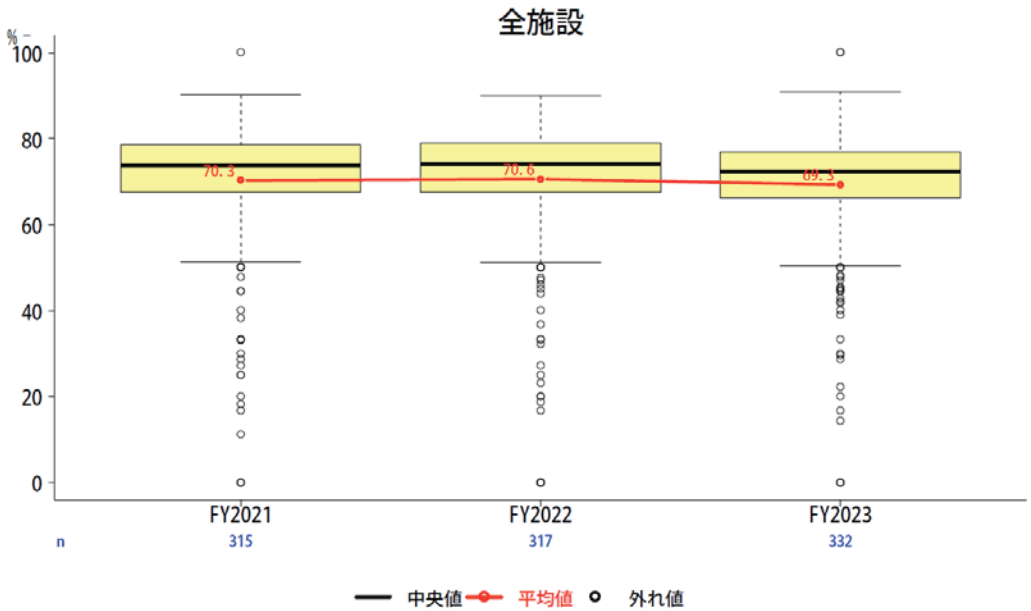
分　　子：	指標 No.16,17,18,19,20 の分子の合計
分　　母：	指標 No.16,17,18,19,20 の分母の合計
収集期間：	１ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 69.3%（前年比−1.3）、中央値 72.4%（前年比−1.8）、最大値 100.0%（前年比＋10.0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。

統合指標のため、「脳梗塞（TIA 含む）患者のうち第 2 病日までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合」「脳梗塞（TIA 含む）患者における抗血小板薬処方割合」「脳梗塞患者におけるスタチン処方割合」「心房細動を伴う脳梗塞（TIA 含む）患者への抗凝固薬処方割合」「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」が改善すると比例して改善する指標です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.23-a １か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数
No.23-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

2021 年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022 年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性があります。

<No.23-a>

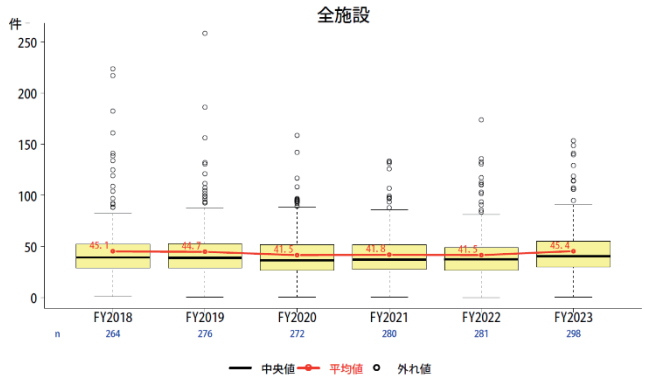
分　　子:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分　　母:	許可病床数
備　　考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	１ヶ月毎

<No.23-b>

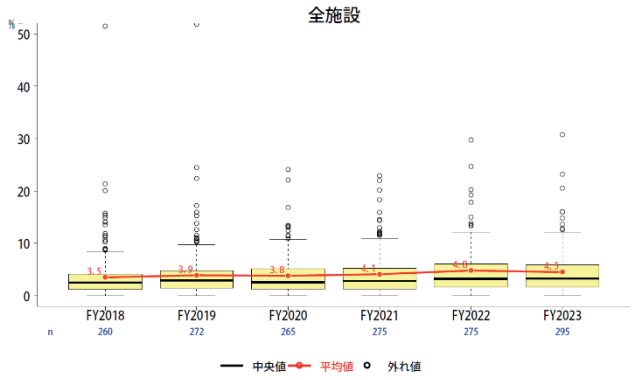
分　　子:	分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分　　母:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数
備　　考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	１ヶ月毎

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.23-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは 69 施設で、提出割合は 81.2%（298/367, 前年比+0.5）でした。1 年間の結果は、平均値 45.4 件（前年比+3.9）、中央値 40.2 件（前年比+2.8）、最大値 153.1 件（前年比-20.5）、最小値 0.4 件（前年比+0.4）で、測定を開始した 2018 年度以降、大きな変化はありませんでした。

<No.23-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 72 施設で、提出割合は 80.4%（295/367, 前年比+1.4）でした。1 年間の結果は、平均値 4.5%（前年比-0.3）、中央値 3.3%（前年比+0.1）、最大値 56.7%（前年比-43.3）、最小値 0.0%（前年比±0）で、測定を開始した 2018 年度からは 1 ポイント上昇していますが、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（改訂版）平成 24 年 6 月.

No.24 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

指標の説明・定義

医療機関を受診する患者は、免疫力が低下していることが多く、病院職員からの感染を防止する必要があります。接種率が高い場合には、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。

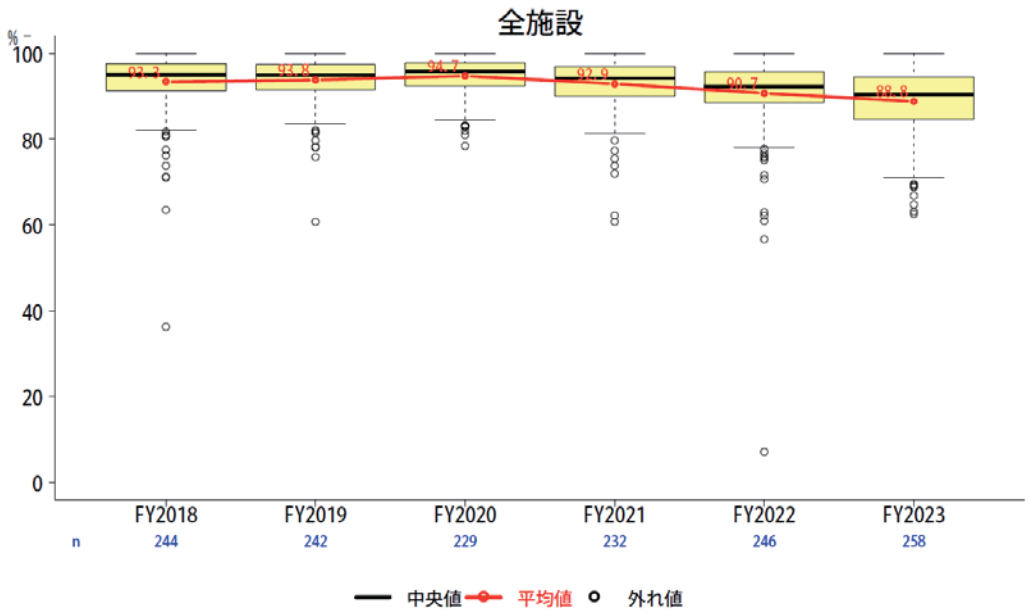
分　　子:	インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分　　母:	職員数
備　　考:	職員:各施設の就業規則で規定される範囲とする。
収集期間:	年 1 回

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 109 施設で、提出割合は 70.3%（258/367, 前年比-0.4）でした。1 年間の結果は、平均値 88.8%（前年比-1.9）、中央値 90.4%（前年比-1.7）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 62.6%（前年比+55.4）で、2020 年度をピークに徐々に低下し、2023 年度は 90%を切っています。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のワクチン接種を実施していたことと影響があるのかは確認が必要です。

参考文献

1. Libby TE, Lindley MC, Lorick SA, MacCannell T, Lee SJ, Smith C, Geevarughese A, Makvandi M, Nace DA, Ahmed F. Reliability and validity of a standardized measure of influenza vaccination coverage among healthcare personnel. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 Apr;34(4):335-45.
2. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Measure summary: Influenza vaccination: percentage of healthcare personnel (HCP) who receive the influenza vaccination. In: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013 Jan 01. Available: https://qualitymeasures.ahrq.gov

No.25 糖尿病・慢性腎臓病を依存症に持つ患者への栄養管理実施割合

指標の説明・定義

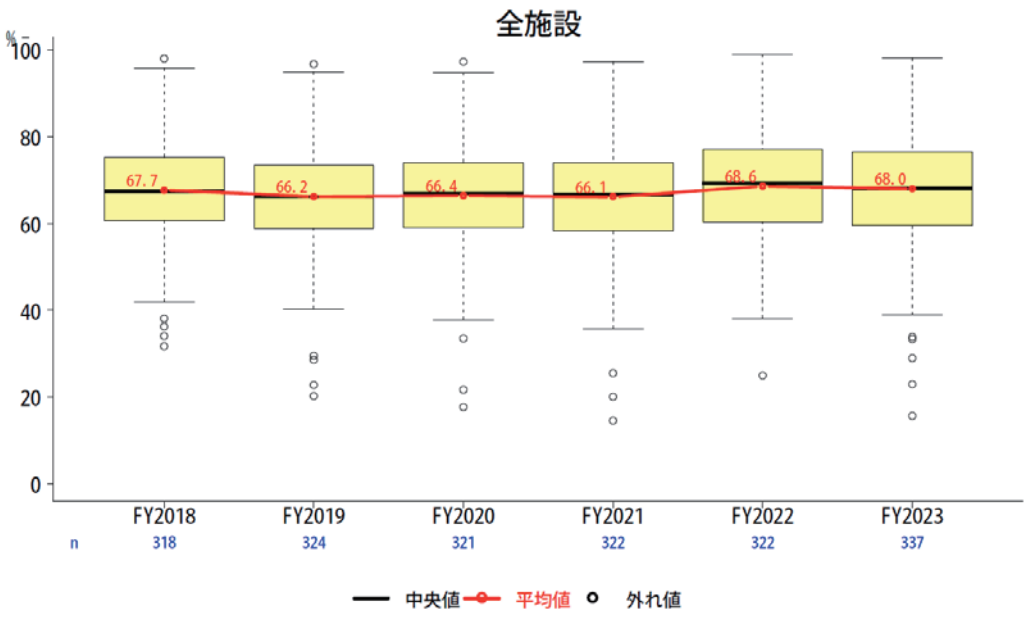
糖尿病や慢性腎臓病の患者は、食事も重要な治療の一つです。入院時に提供される食事には、通常食と治療のために減塩や低脂肪などに配慮した特別食があります。
積極的に栄養管理の介入を行うことも、医療の質の向上につながります。

分　　子:	分母のうち特別食加算の算定回数
分　　母:	18 歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス
より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 68.0%（前年比-0.6）、中央値 68.1%（前年比-1.2）、最大値 98.2%（前年比-0.8）、最小値 15.6%（前年比-9.3）でした。測定を開始した 2018 年度以降、大きな変化はありませんが、まだばらつきの大きい指標の一つです。

最小値の施設のように 15%程度の施設もあるため、2024 年度以降、外れ値の施設に対して、アプローチを行う予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標
http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.26-a カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率

No.26-b カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率

指標の説明・定義

広域抗菌薬は、使用前までの細菌培養検査、投与開始時の血液培養検査は、望ましいプラクティスとなります。

特定機能病院では、微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれるため、算出対象外としています。

<No.26-a>

分　　子:	分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数
分　　母:	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	EF ファイル

<No.26-b>

分　　子:	分母のうち投与開始初日までに培養検査を実施した数
分　　母:	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	F ファイル、EF ファイル

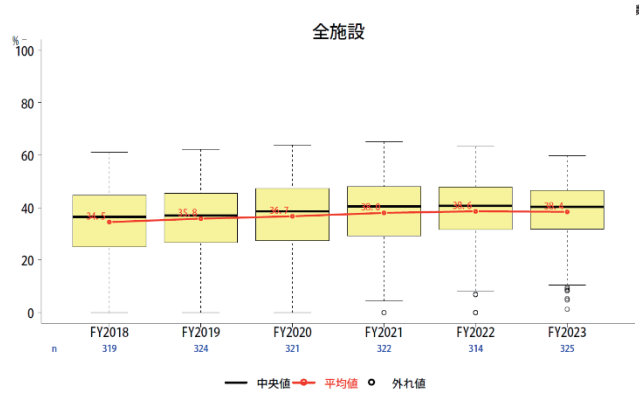
指標の種類・値の解釈

プロセス

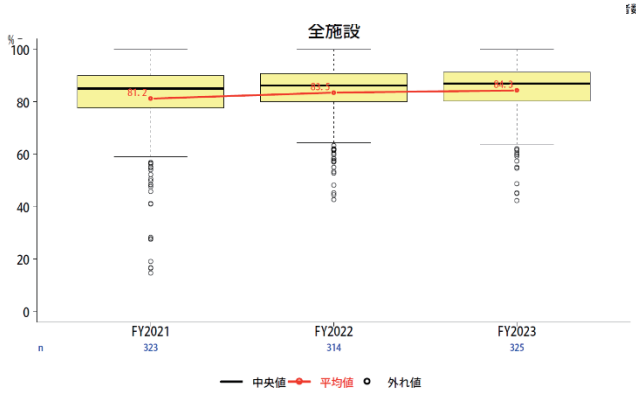
より高い値が望ましい

結果

a) 血液培養実施率



b) 培養検査実施率



考察

<No.26-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率>

1 年間の結果は、平均値 38.4%（前年比-0.2）、中央値 40.2%（前年比-0.4）、最大値 59.9%（前年比-3.4）、最小値 1.3%（前年比+1.3）で、測定を開始した 2018 年度以降、微増ですが改善してきています。

<No.26-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率>

1 年間の結果は、平均値 84.3%（前年比+0.7）、中央値 87.0%（前年比+0.7）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 42.3%（前年比-0.4）で測定を開始した 2021 年度以降、微増ですが改善し、ばらつきも少なくなってきています。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.26-c 血液培養検査において、同日に 2 セット以上の実施割合

指標の説明・定義

血液培養は 1 セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2 セット以上行うことが推奨されています。

特定機能病院では、微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれるため、算出対象外としています。

<No.26-c>

分　　子:	血液培養オーダが 1 日に 2 件以上ある日数（人日）
分　　母:	血液培養オーダ日数（人日）
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	F ファイル、EF ファイル

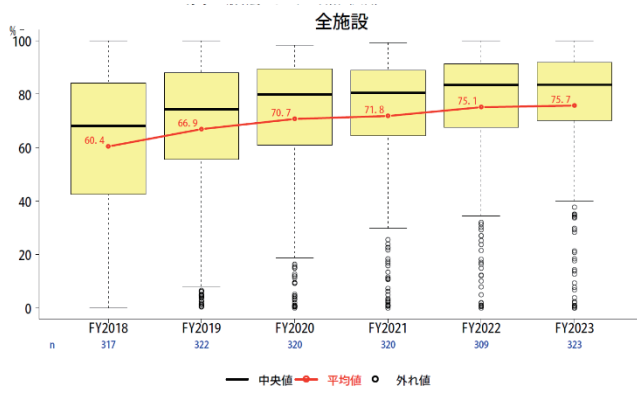
指標の種類・値の解釈

プロセス

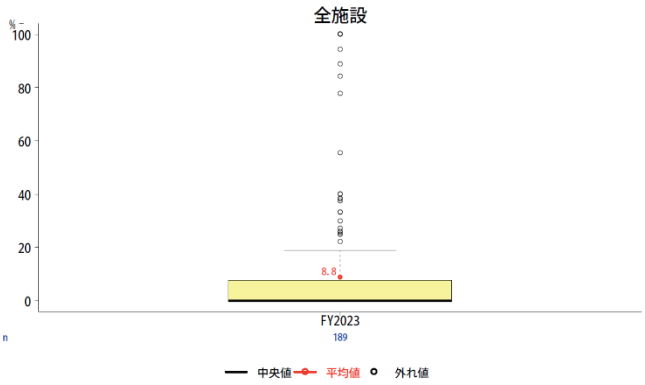
より高い値が望ましい

結果

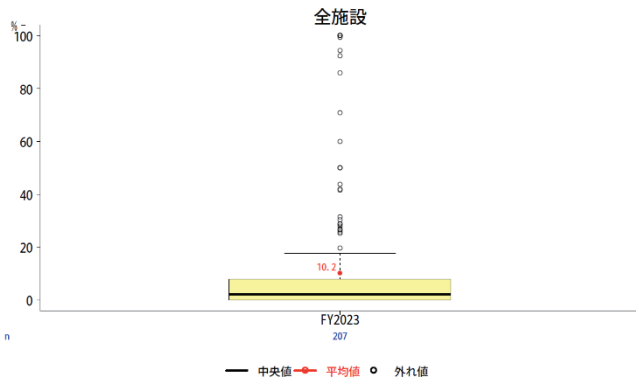
c）2 セット実施率



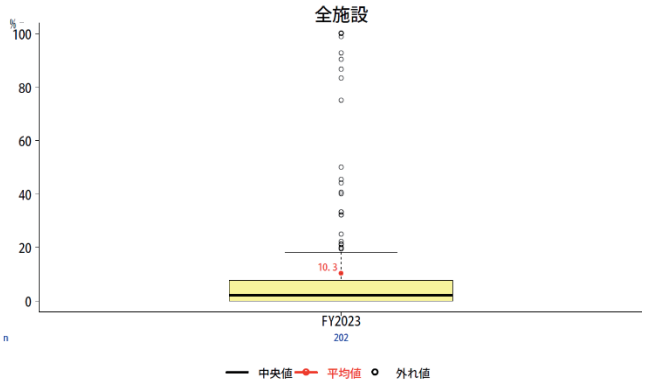
d) 生後 28 日未満



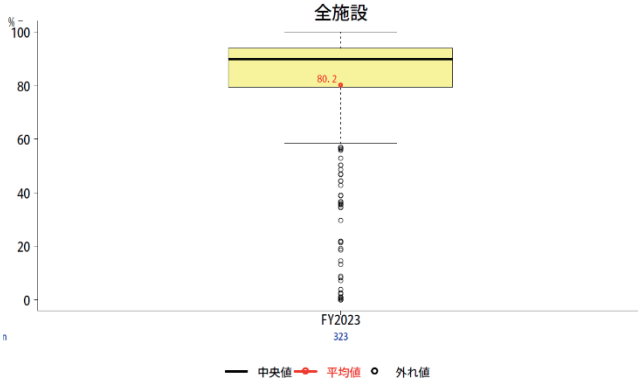
e) 生後 28 日以降 2 歳未満



f) 2 歳以上 6 歳未満



g) 6 歳以上



考察

全体の 1 年間の結果は、平均値 75.7%（前年比+0.6）、中央値 83.5%（前年比+0.1）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）、生後 28 日未満の結果は、平均値 8.8%、中央値 0.0%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、生後 28 日以降 2 歳未満の結果は、平均値 10.2%、中央値 2.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、2 歳以上 6 歳未満の結果は、平均値 10.3%、中央値 2.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、6 歳以上の結果は、平均値 80.3%、中央値 89.8%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

2023 年度より、年齢によるサブ指標を作成しましたので、どのように変化するか、継続して見ていく予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.27-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

No.27-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

指標の説明・定義

脳卒中や大腿骨頸部骨折の治療は、急性期の治療後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。これらの患者に対する地域連携パスの使用等、地域連携に関連した実施率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

<No.27-a>

分　　子:	分母のうち地域連携に関する算定のある患者数
分　　母:	脳卒中で入院した患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

<No.27-b>

分　　子:	分母のうち地域連携に関する算定のある患者数
分　　母:	大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

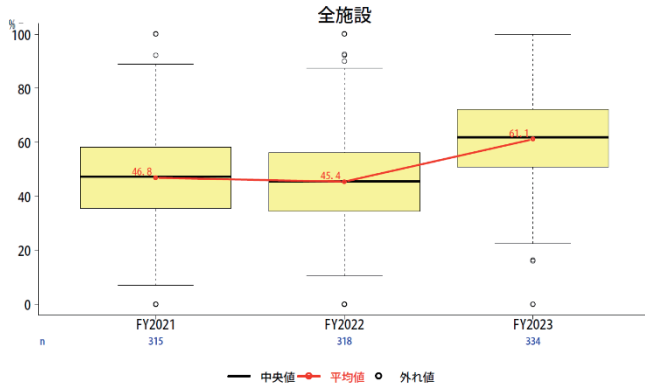
指標の種類・値の解釈

プロセス

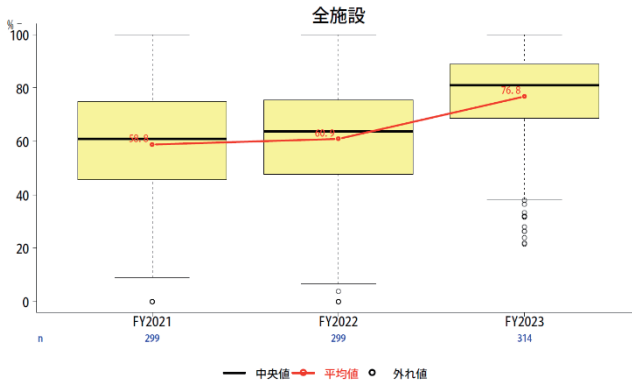
より高い値が望ましい

結果

a) 脳卒中患者



b) 大腿骨頸部骨折患者



考察

<No.27-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合>

1 年間の結果は、平均値 61.1%（前年比+15.7）、中央値 61.8%（前年比+16.3）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。

<No.27-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合>

1 年間の結果は、平均値 76.8%（前年比+15.9）、中央値 80.9%（前年比+17.3）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 21.4%（前年比+21.4）でした。

2022 年度までは分母から転院患者を除外していましたが、施設からの問い合わせがあり、検討の上、定義を改訂しました。そのため、2023 年度値が上昇しているように見えています。次年度の結果報告では、2022 年度までの指標と、2023 年度以降の指標とでわけるべきか、検討し、作成する予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/
2. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20170425/i_19.pdf
3. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20171018/i_20.pdf

No.28　18 歳以上の身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

分　　子：	分母のうち（物理的）身体抑制を実施した患者延べ数（device days）
分　　母：	18 歳以上の入院患者延べ数（patient days）
収集期間：	1 ヶ月毎

下記項目のうち 1～9 の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

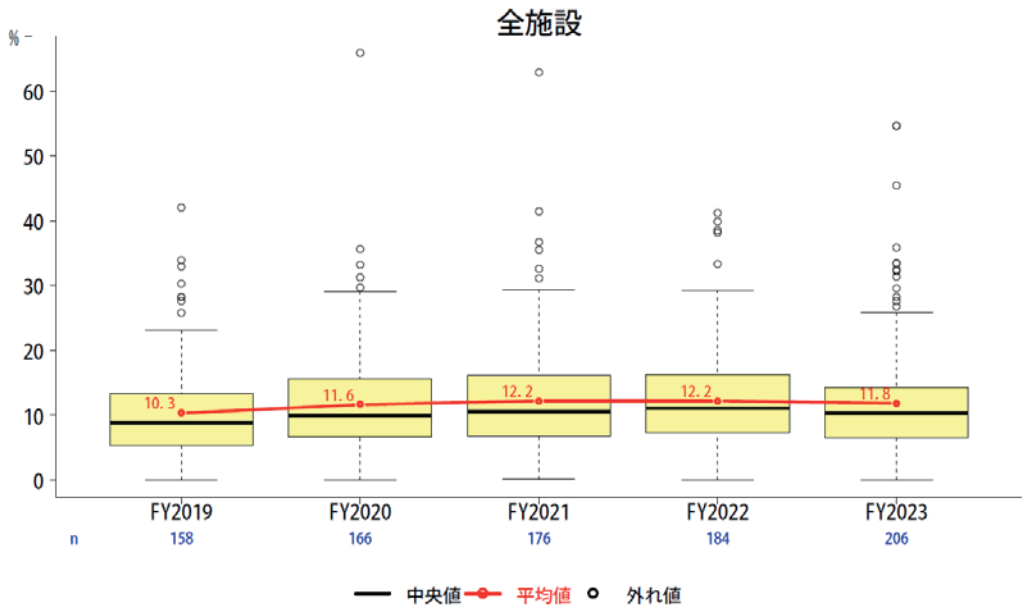
1）徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
2）転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
3）自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
4）点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
5）点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
6）車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
7）立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
8）脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
9）他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
10）　行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
11）　自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 161 施設で、提出割合は 56.1%（206/367, 前年比+3.3）でした。1 年間の結果は、平均値 11.8%（前年比-0.4）、中央値 10.3%（前年比-0.8）、最大値 54.6%（前年比+13.5）、最小値 0.0%（前年比-0.1）でした。

本指標は、厚生労働省補助事業である医療の質向上のための体制整備事業の中で行われている医療の質可視化プロジェクトでも選択され、今後、多くの病院への展開が期待される指標でもあることから、提出施設数が増加するよう促すことが課題です。

さらに、令和 6 年度診療報酬改定において、DPC データ様式 1 に「身体的拘束日数」が加えられました。今後は、各施設算出から DPC データによる算出への変更も検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
3. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」
4. 厚生労働省補助事業 医療の質向上のための体制整備事業
（Internet: https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/ 2023/10/27 available）

No.29-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合
No.29-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

指標の説明・定義

大腿骨頸部骨折や大腿骨転子部骨折は、ガイドラインではできる限り早期の手術を推奨されています（Grade B 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版）。

「早期」の厳密な定義は示されていませんが、本指標では、各手術について、入院 2 日以内に手術を受けた症例数として計測を行いました。整形手術に関する医療提供体制を評価する指標になると考えています。

<No.29-a>

分　　子:	分母のうち、入院 2 日以内に手術を受けた患者数
分　　母:	大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1

<No.29-b>

分　　子:	分母のうち、入院 2 日以内に手術を受けた患者数
分　　母:	大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1

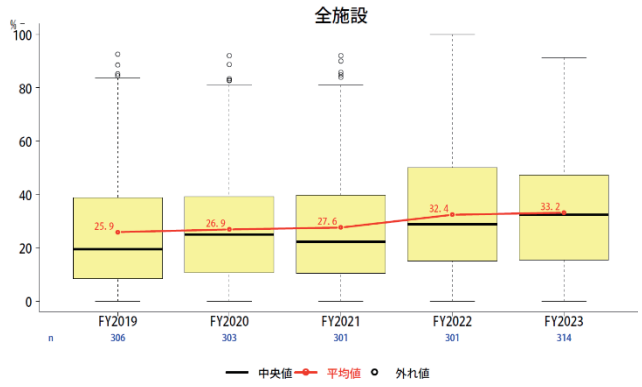
指標の種類・値の解釈

プロセス

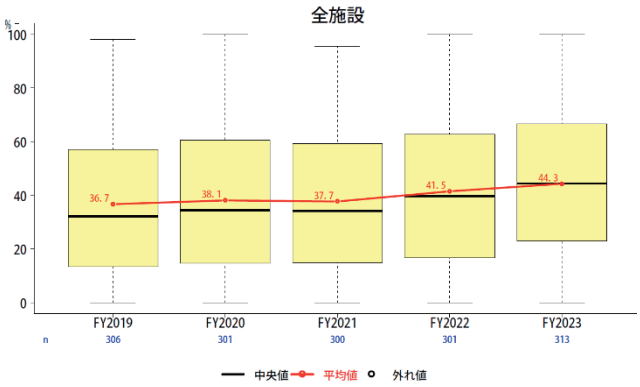
より高い値が望ましい

結果

a) 大腿骨頸部骨折



b) 大腿骨転子部骨折



考察

<No.29-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合>

1 年間の結果は、平均値 33.2%（前年比+0.8）、中央値 32.5%（前年比+3.6）、最大値 91.3%（前年比-8.7）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。まだばらつきはありますが、2019 年度と比べると 7.3 ポイント改善しています。

<No.29-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合>

1 年間の結果は、平均値 44.3%（前年比+2.8）、中央値 44.4%（前年比+4.7）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。「大腿骨頸部骨折の早期手術割合」同様、2019 年度と比べると 7.6 ポイント改善しています。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/
2. 「大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版」 日本整形外科学会・日本骨折治療学会

No.30 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤の投与割合

指標の説明・定義

良好な治療アドヒアランスを得て化学療法を円滑に進めるために、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。高度の抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対しては、NK1 受容体拮抗薬と 5HT3 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンを併用することが推奨されています（グレード A 一般社団法人 日本癌治療学会編 制吐薬適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第 2 版】）。

シスプラチンは「高度催吐性リスク」に分類されており、本指標にでは、この 3 剤の制吐剤が利用されているかどうかを測定しています。

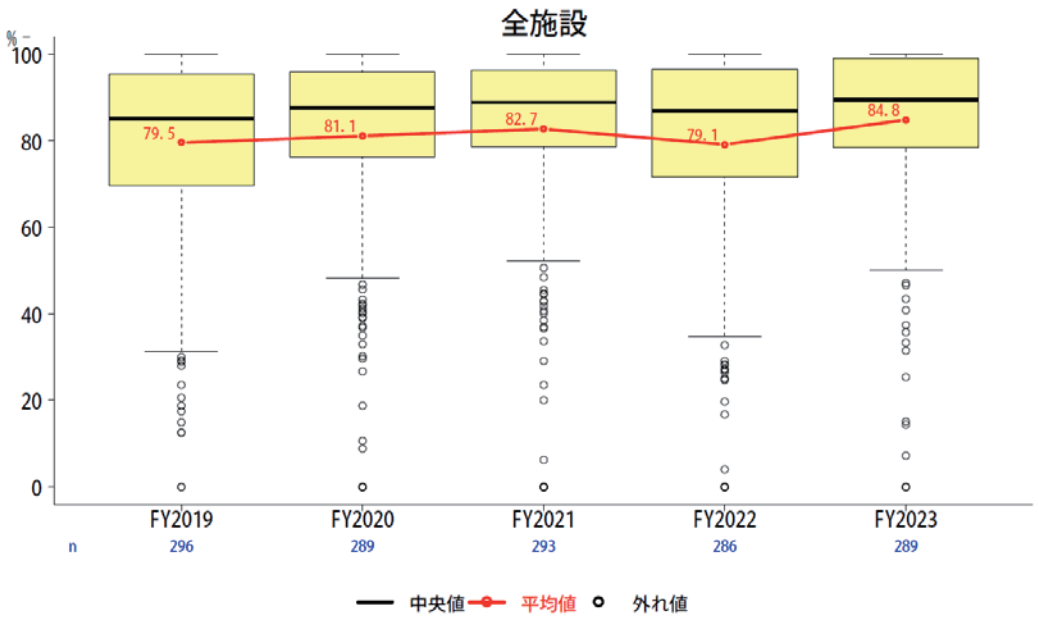
分　　子:	分母の実施日の前日または当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤すべてを併用した数
分　　母:	入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた 18 歳以上の患者の実施日数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 84.8%（前年比+5.7）、中央値 89.4%（前年比-2.6）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。2019 年度から新しく採用した項目で、2021 年度までは徐々にばらつきが減ってきていましたが、2022 年度はやや値が下がっています。

2023 年 10 月時点では、新薬のホスネツピタントは、制吐剤適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第 2 版】には記載されていませんでしたが、添付文書および臨床試験（国内 10057030 試験）を参照し、NK1 受容体拮抗薬の一つとして分子測定に含めることにしたため、2023 年度の値が上昇していると考えます。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/
2. 「制吐薬適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第 2 版】」 日本癌治療学会

No.31 抗 MRSA 薬投与に対して、薬物血中濃度を測定された症例の割合

指標の説明・定義

有効血中濃度の維持および副作用の抑制に、治療薬物モニタリング（TDM）が重要となる抗 MRSA 薬の使用に際した、TDM の実施を測定する指標です。

バンコマイシンのほか、テイコプラニン、アルベカシンについて 4 日以上投与のある症例を TDM の実施が必要あるいは望ましい症例として設定しました。

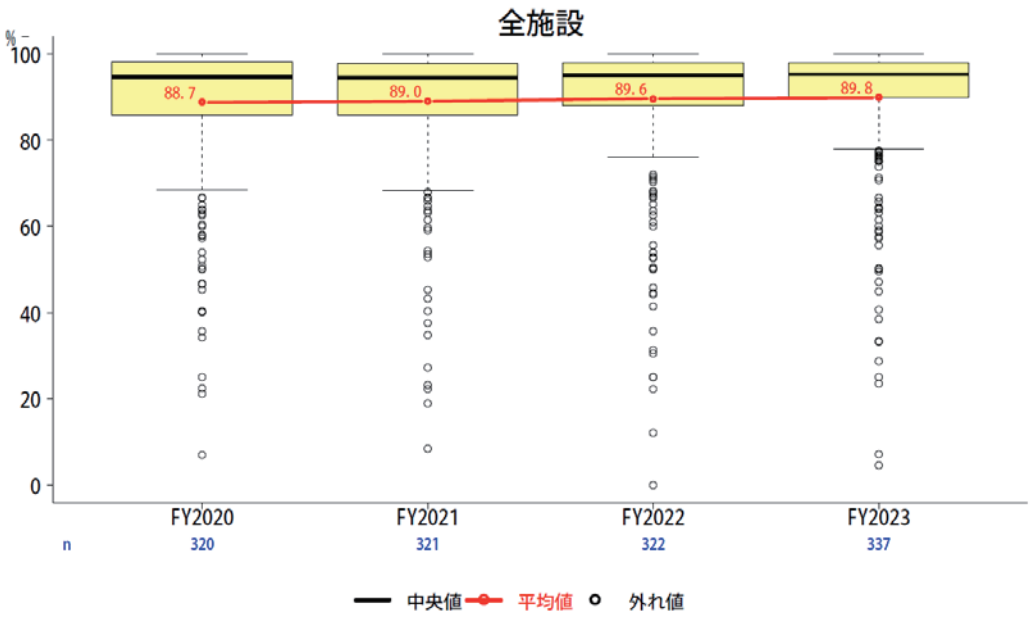
分　　子：	分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例数
分　　母：	TDM を行うべき抗 MRSA 薬を投与された症例数
収集期間：	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 89.8%（前年比+0.2）、中央値 95.3%（前年比+0.3）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 4.6%（前年比+4.6）でした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.32-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

No.32-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

指標の説明・定義

厚生労働省の医療の質の評価・公表等推進事業における共通指標にも採用され、2019 年度まで測定していた指標の改訂版です。本プロジェクト参加施設からの希望により、薬剤師の病棟薬剤業務の有無により病院を分けた指標として再定義しました。

薬剤師の薬学的管理指導は、医療改善につながります。また、服薬指導により薬物療法に対する安全性や有用性を患者が認識すれば、アドヒアランスの向上（患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定にそって治療を受けること）に繋がると期待されています。

分　　子:	分母のうち、薬剤管理指導を受けた患者数
分　　母:	入院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

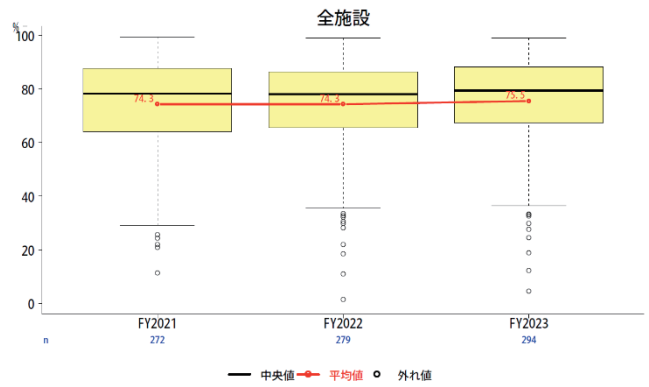
指標の種類・値の解釈

プロセス

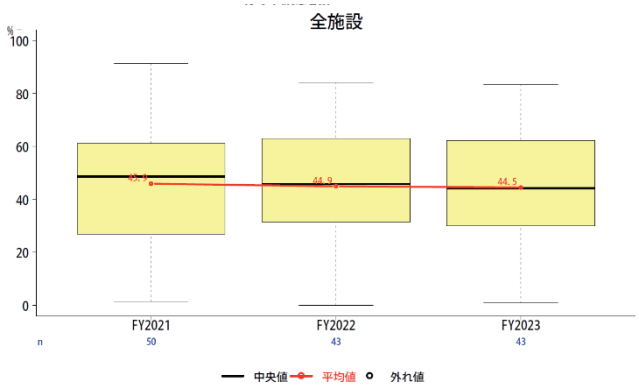
より高い値が望ましい

結果

a）病棟薬剤業務実施加算の有る



b）病棟薬剤業務実施加算の無い



考察

<No.32-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)>

1 年間の結果は、平均値 75.5%（前年比+1.3）、中央値 79.5%（前年比+1.4）、最大値 99.0%（前年比±0）、最小値 4.4%（前年比+3.0）でした。

<No.32-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)>

1 年間の結果は、平均値 44.5%（前年比-0.4）、中央値 44.2%（前年比-1.5）、最大値 83.4%（前年比-0.7）、最小値 0.8%（前年比+0.8）でした。

2021 年度から新しく採用した項目ですが、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.33 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

指標の説明・定義

重症患者に対する早期栄養開始により、感染症の合併減少や死亡率低下が指摘されています。

本指標では、2020 年度に新設された早期栄養介入管理加算（特定集中治療室管理料）を利用し、早期栄養介入の状況をモニタリングします。指標算出では集中治療室入室理由は限定しておらず、術後管理目的など本指標の主旨とは異なる症例も一部含まれる場合も考えられますが、術後症例についても多くが早期の栄養介入が望ましいとされており、全身麻酔下での手術症例のみ当てはまる加算（2022 年度新設、周術期栄養管理加算）を分子に加えることで、適切な栄養介入がされているものは分子として検知できるようにしています。

一方で、特定の術後管理症例（縫合不全が疑われる消化管手術等）や非推奨症例（コントロール不良のショック状態、低酸素状態、極度のアシドーシス、腸管虚血、腹部コンパートメント症候群、活動性の上部消化管出血など）も含まれるため、その場合、値が低く算出される可能性があります。

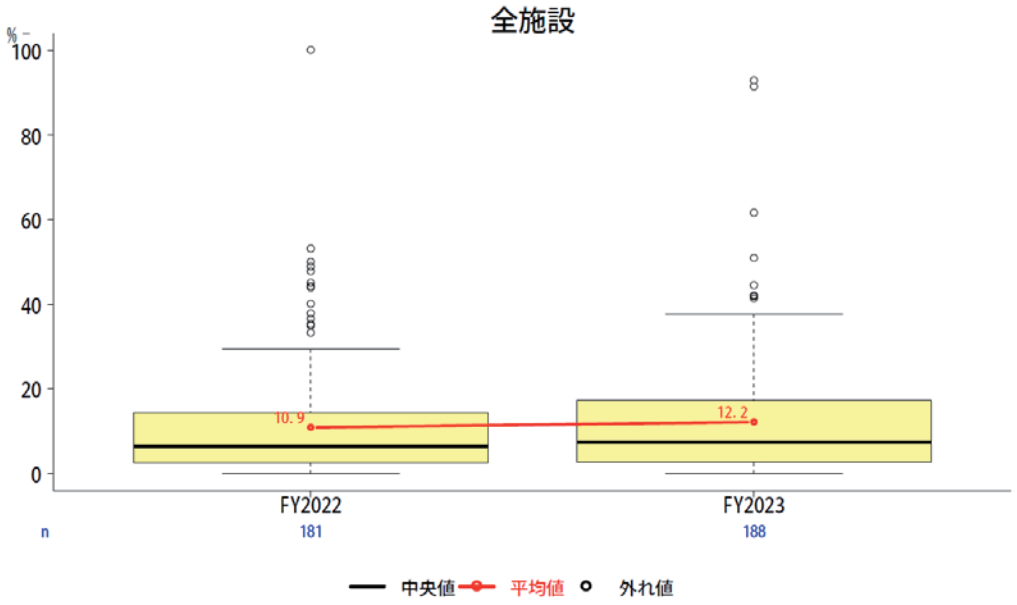
分　　子:	分母のうち、集中治療室入室後 3 日以内に栄養介入を受けた症例数
分　　母:	集中治療室に 3 日間以上連続して入室していた 18 歳以上の症例数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 12.2%（前年比+1.3）、中央値 7.5%（前年比+1.0）、最大値 93.0%（前年比-7.0）、最小値 0.0%（±0）でした。

2022 年度から新しく採用した項目のため大きな変化はありませんでしたが、2022 年度からは 1.3 ポイント上昇しています。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

No.34 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

指標の説明・定義

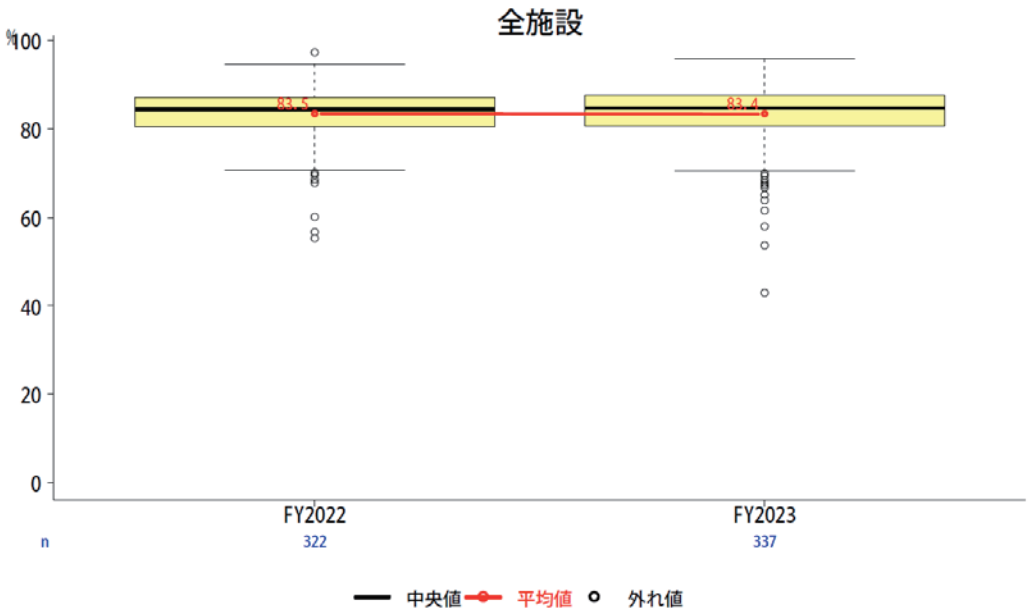
消化性潰瘍診療ガイドライン 2015 第 2 版では、「低用量アスピリン（LDA）による消化性潰瘍の発生頻度、有病率の抑制には酸分泌抑制薬が有効である（エビデンスレベル A）ので行うように推奨する（推奨の強さ 1）」とあり、この推奨をもとにより望ましいプラクティスとして指標を策定しました。
ただし、消化性潰瘍診療ガイドライン 2020 で示されるように、一次予防での PPI/H2RA 投薬は保険適用外となるため、指標の活用時にはこの矛盾にも留意する必要があります。

分　　子:	分母のうち、退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された症例数
分　　母:	退院時にアスピリン内服薬が処方されている 18 歳以上の患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス
より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 83.4%（前年比-0.1）、中央値 84.7%（前年比+0.3）、最大値 95.7%（前年比-1.3）、最小値 42.9%（前年比-12.3）でした。

2022 年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみていく予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/

精神病床向けの指標

No.1 紹 介 率
No.2 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

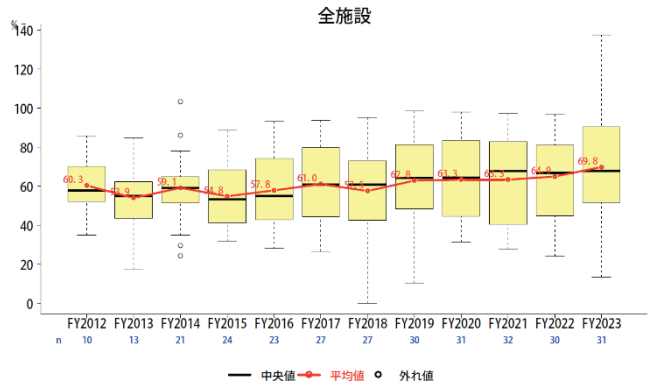
分　　子:	No.01）紹介患者数 No.02）逆紹介患者数
分　　母:	初診患者数
収集期間:	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

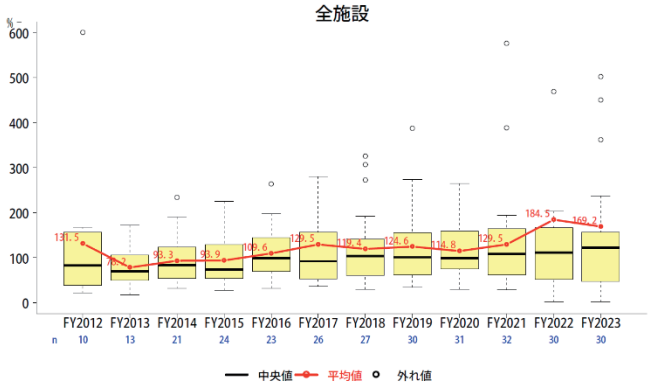
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.1 紹介率>

今回、提出がなかったのは 11 施設で、提出割合は 73.8%（31/42, 前年比-1.2）でした。1 年間の結果は、平均値 69.8%（前年比+4.9）、中央値 67.9%（前年比+1.1）、最大値 137.5%（前年比+40.7）、最小値 13.3%（前年比-10.7）でした。測定を開始した 2012 年度以降徐々に値が上がってきていますが、ばらつきも大きくなっています。値が上がってきている傾向から地域の医療機関との連携は高まっていると考えられます。

<No.2 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは 12 施設で、提出割合は 71.4%（30/42, 前年比-3.6）でした。1 年間の結果は、平均値 169.2%（前年比-15.3）、中央値 122.1%（前年比+10.4）、最大値 1142.0%（前年比-966.0）、最小値 1.6%（前年比-0.1）でした。

外れ値の施設においては、算出の間違いであるか、今一度確認が必要と考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.3-a 入院患者の転倒・転落発生率
No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率
No.3-d 65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2019 年度から 65 歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分　　子:	No.3-a） 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.3-b） 入院中の患者に発生した**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数 No.3-c） 入院中の患者に発生した**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数 No.3-d） 65 歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分　　母:	入院患者延べ数（人日） ※No.3-d は 65 歳以上の入院患者延べ数（人日）
分子包含:	介助時および複数回の転倒・転落
分子除外:	学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間:	1 ヶ月毎
調整方法:	‰（パーミル： 1000 分の 1 を 1 とする単位）

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。

② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。

③ X線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。

④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

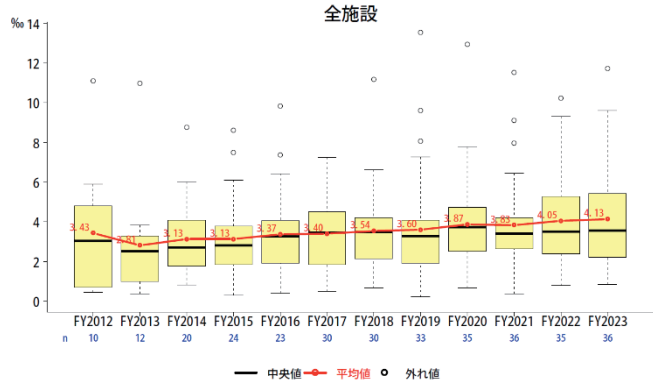
指標の種類・値の解釈

アウトカム

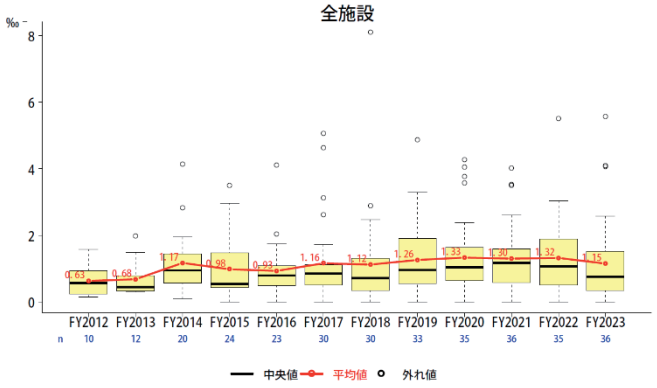
より低い値が望ましい

結果

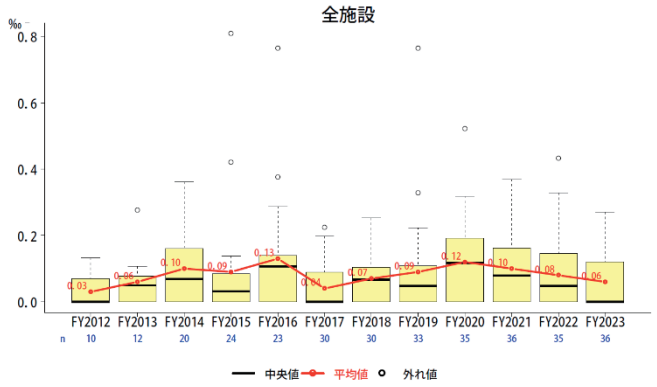
入院患者の転倒・転落発生率



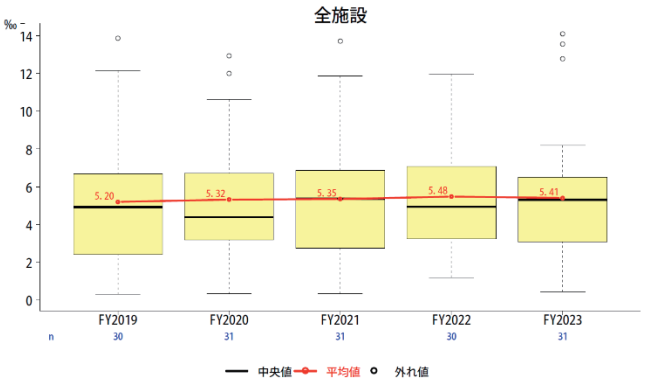
入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 2 以上）



入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）



65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では 6 施設で、提出割合は 85.7%（36/42, 前年比-1.8）、65 歳以上では 11 施設で、提出割合は 73.8%（31/42, 前年比-1.2）でした。転倒転落発生率の 1 年間の結果は、

平均値4.13‰（前年比+0.08）、中央値3.55‰（前年比+0.04）、最大値11.71‰（前年比+1.48）、最小値0.85‰（前年比+0.06）、損傷発生率（損傷レベル２ 以上）の１ 年間の結果は、平均値 1.15‰（前年比-0.17）、中央値 0.76‰（前年比-0.31）、最大値 5.57‰（前年比+0.06）、最小値 0.00‰（前年比±0）、損傷発生率（損傷レベル４ 以上）の１ 年間の結果は、平均値 0.06‰（前年比-0.02）、中央値 0.00‰（前年比-0.05）、最大値 0.27‰（前年比-0.16）、最小値 0.00‰（前年比±0）でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 5.41‰（前年比-0.07）、中央値 5.31‰（前年比+0.37）、最大値14.08‰（前年比+2.10）、最小値 0.45‰（前年比-0.74）でした。

精神科では薬の影響もあり、一般病床と比べて転倒転落発生率は高い傾向にあります。一般病床と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られます。転倒転落発生率の平均値は上がっていますが、中央値はほぼ横ばいです。また、65歳以上の転倒転落発生率は転倒転落発生率全体より高いですが、平均値と中央値の大きな経年変化はありません。各病院の転倒転落リスク低減の取り組みにより、転倒転落発生率に大きな変化がないと考えられます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業（医療安全・医療技術評価総合研究事業）平成 16－18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』（主任研究者：上原鳴夫）
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.4 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

分　　子:	分母のうち（物理的）身体抑制を実施したのべ患者日数（device days）
分　　母:	病床入院のべ患者日数（patient days）
収集期間:	１ヶ月毎

下記項目のうち１～９の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

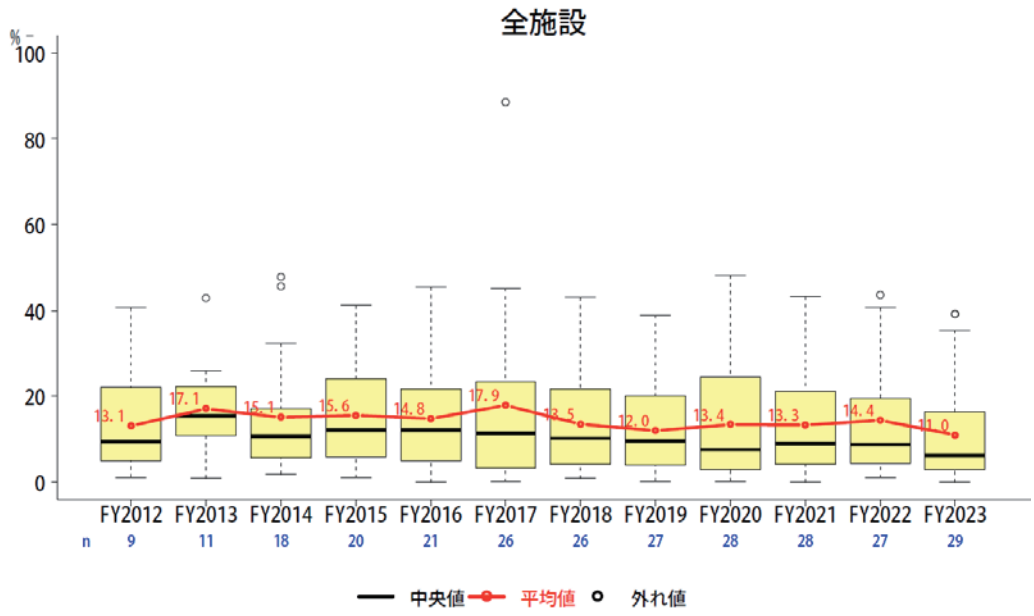
１）徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
２）転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
３）自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
４）点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
５）点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
６）車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
７）立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
８）脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
９）他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
１０）　行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
１１）　自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 13 施設で、提出割合は 69.0%（29/42, 前年比+1.5）でした。1 年間の結果は、平均値 11.0%（前年比-3.3）、中央値 6.2%（前年比-2.5）、最大値 39.2%（前年比-4.3）、最小値 0.0%（前年比-1.0）で、測定を開始した 2012 年度以降、平均値は 11～18%で推移しています。

中央値はやや下がっており、値のばらつきも小さくなっているため各病院における行動制限最小化の取り組みの成果が表れていると考えられます。

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」

No.5 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

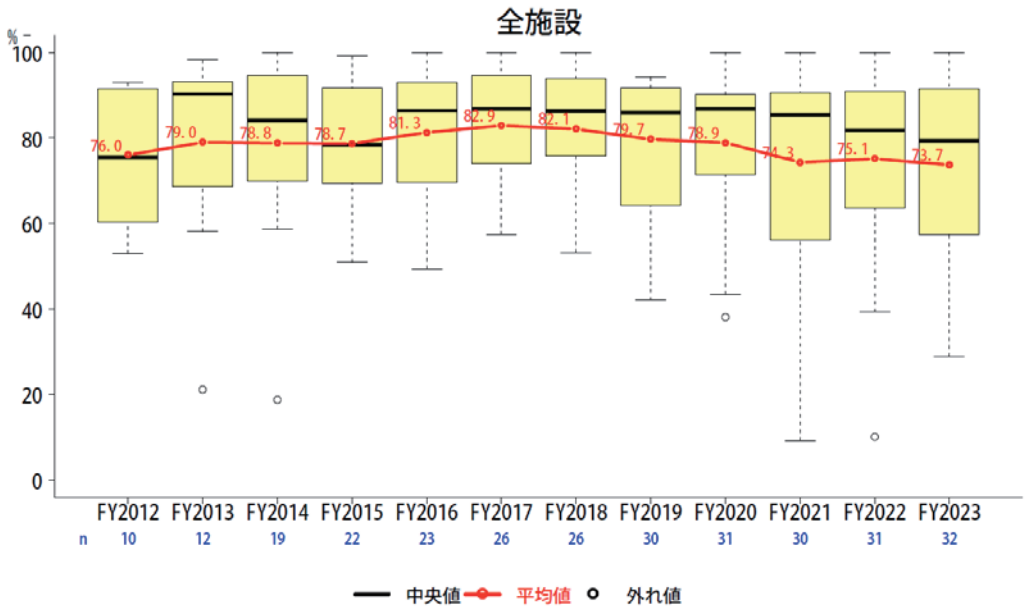
本指標は、精神病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

分　　子:	在宅退院患者数
分　　母:	全退院患者数
分子包含:	在宅医療機関へ転院等した患者数
分母除外:	死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数
収集期間:	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 77.5%（31/40, 前年比+0.6）でした。
1 年間の結果は、平均値73.7%（前年比-1.5）、中央値79.3%（前年比-2.5）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 29.0%（前年比+18.9）であり、2021 年度から平均値、中央値ともに減少傾向となっています。
2021年度～2022年度は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴い、施設等の入居が難しいケースや一般病床への転院が増加したと考えられます。2023年度も新型コロナウイルス感染症の影響があったと考えられますが、どのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

No.6 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の 1 つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録（d1,d2,D3,D4,D5,DU）を（d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U）に変更しました。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

分　　子：	d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数
分　　母：	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数（人日）
分母除外：	同日入退院の患者 入院時刻から 24 時間以内に DESIGN-R® 2020 Depth（深さ）の d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの記録がある患者 同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者
収集期間：	1 ヶ月毎

<Depth（深さ）>

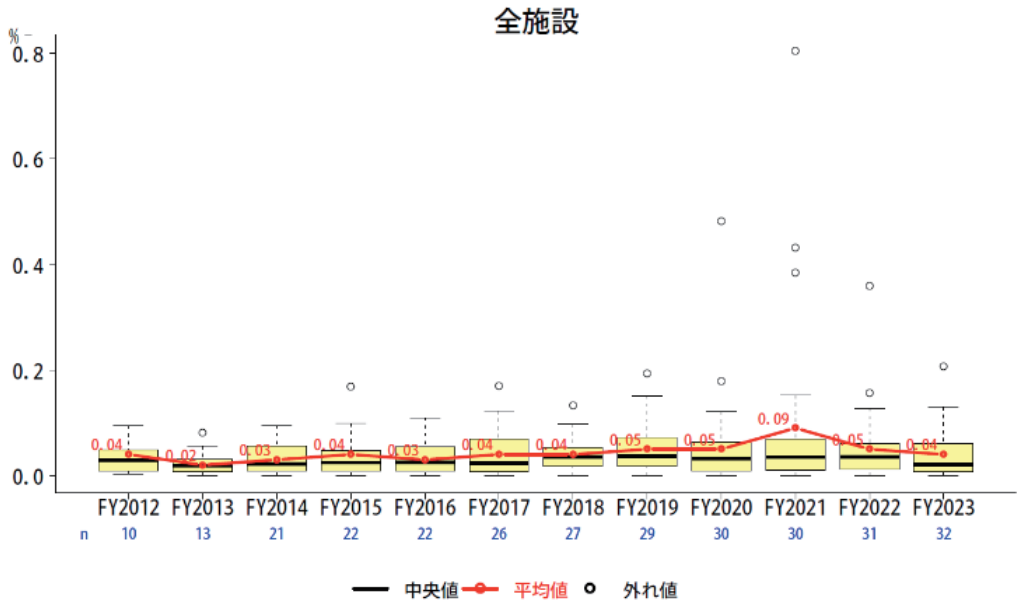
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡（DTI）疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 76.2%（32/42, 前年比-1.3）でした。1 年間の結果は、平均値 0.04%（前年比-0.01）、中央値 0.02%（前年比-0.02）、最大値 0.21%（前年比-0.15）、最小値 0.00%（前年比±0）でした。

外れ値が大きく、平均値が悪化している年もありますが、中央値に大きな変化はありません。看護ケアの取り組みにより褥瘡予防対策が継続されている成果と考えられます。

2021 年度に実施したアンケートで算出が難しい指標に挙げられていたため、定義を変更することが可能か、いくつかの施設に協力いただき、パイロットスタディおよび検討を進めてきました。2023 年度から新しい指標を追加することが決定したため、本指標の算出は、2023 年度で終了となります。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」: 1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel;

Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/ 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)
7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.7-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

No.7-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の 1 つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)」、分子の定義「d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023 年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.7-a>

分　子:	調査期間中に d2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分　母:	調査期間初日(0 時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-b>

分　子:	調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI)発生患者数
分　母:	調査期間初日(0 時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-c>

分　子:	入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分　母:	調査期間に新たに入院した患者数

<Depth（深さ）>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡（DTI）疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

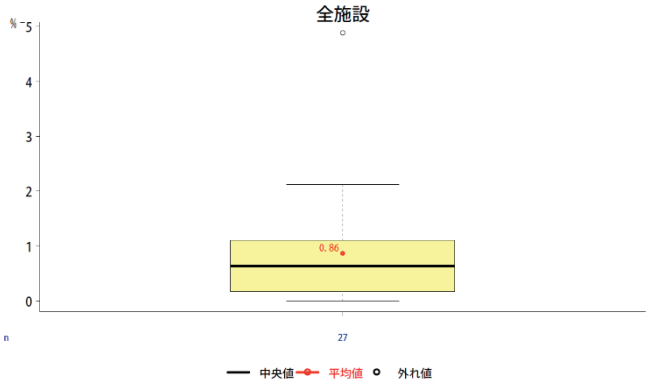
指標の種類・値の解釈

アウトカム

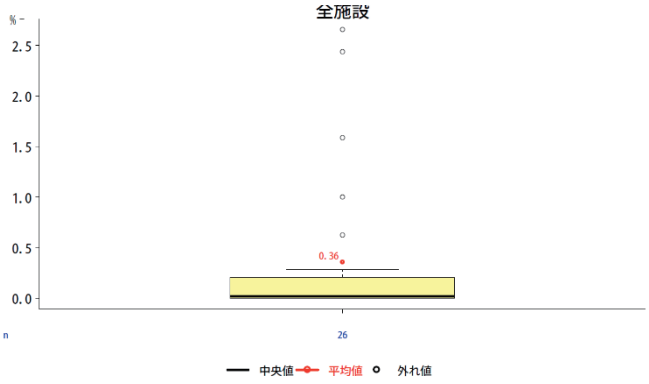
より低い値が望ましい

結果

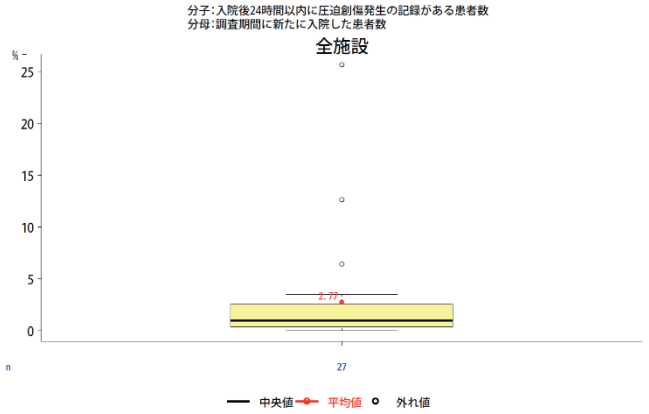
新規圧迫創傷（褥瘡）発生率



新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率



持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率



考察

<No.7-a 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率>

今回、提出がなかったのは 15 施設で、提出割合は 64.3%（27/42）でした。

1 年間の結果は、平均値 0.86%、中央値 0.63%、最大値 4.88%、最小値 0.00%でした。

<No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率>

今回、提出がなかったのは 16 施設で、提出割合は 61.9%（26/42）でした。

1 年間の結果は、平均値 0.36%、中央値 00.2%、最大値 2.66%、最小値 0.00%でした。

<No.7-c 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率>

今回、提出がなかったのは 15 施設で、提出割合は 64.3%（27/42）でした。

1 年間の結果は、平均値 2.77%、中央値 0.96%、最大値 25.64%、最小値 0.00%でした。

2023 年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみていく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」：1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/ 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)
7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.8 90 日以内の退院患者率

指標の説明・定義

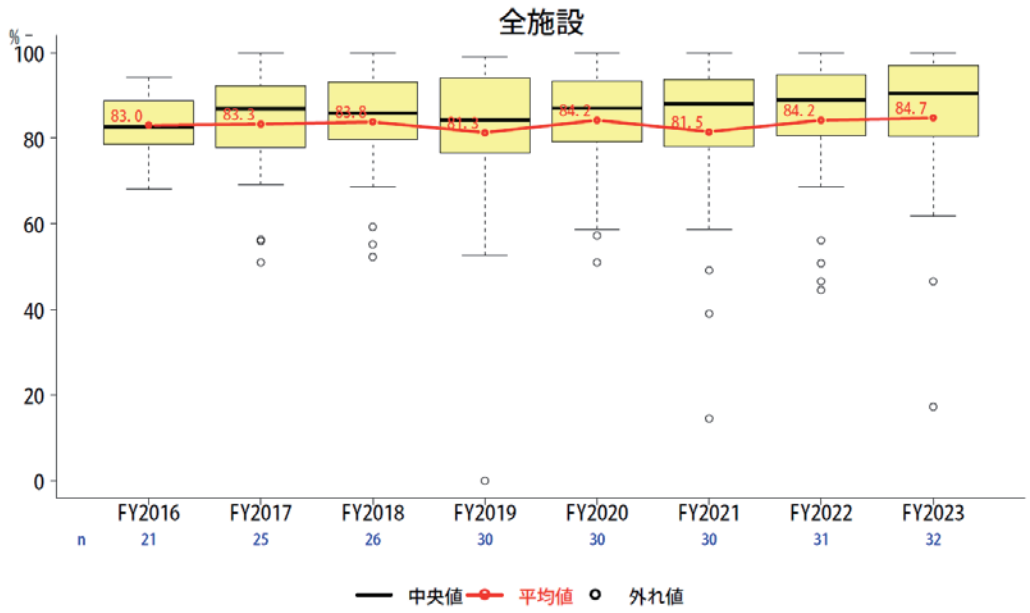
精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなることがあります。
測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

分　　子:	退院日が調査期間に含まれる患者で、退院日−入院日≦90 の精神科退院患者数
分　　母:	調査期間の精神科退院患者数
分子補足:	総合病院有床精神科において精神科とそれ以外で転科をした場合も対象とし、その場合には精神科のみの在院日数で判断する
分母補足:	複数回入院した場合はその都度カウントする 精神科から他診療科への転科もカウントする
収集期間:	１ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム
より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 76.2%（32/42, 前年比-1.3）でした。1 年間の結果は、平均値 84.8%（前年比+0.6）、中央値 90.5%（前年比+1.5）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 17.2%（前年比-27.2）で、測定を開始した 2016 年度以降、平均値は 81～85%で推移しています。

参考文献

1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet: https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83 2017/12/05 available)

No.9 再入院率

指標の説明・定義

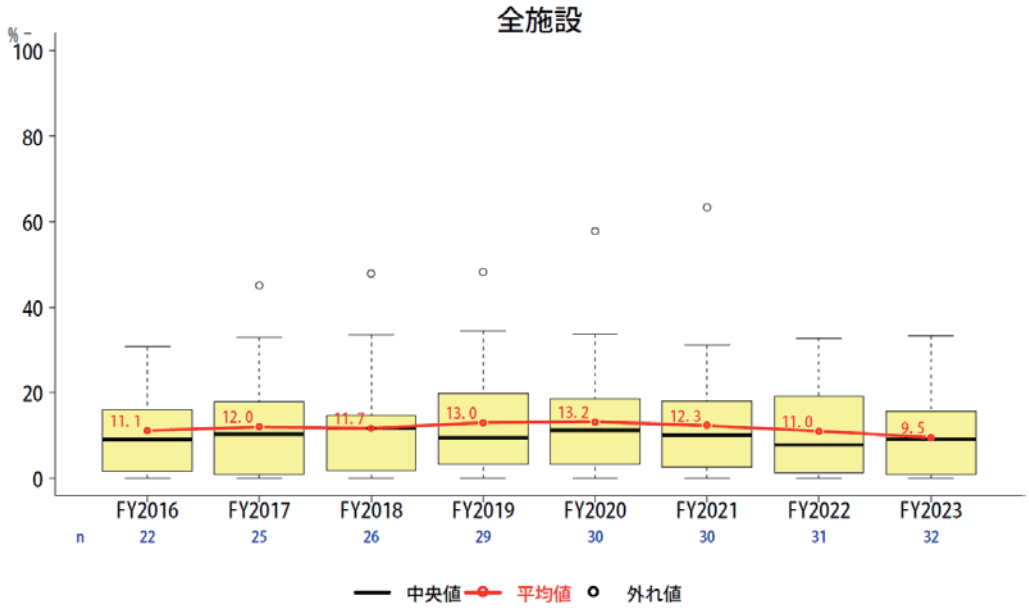
精神疾患の中には、複数回の入院治療を必要とするものもあります。病状の安定化を図り、再入院を避けることを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなることがあります。
測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、地域定着の向上が期待できます。

分　　子:	調査期間に精神科に新規入院した患者のうち、今回の入院日から 90 日以内に自院精神科の入院歴のある患者数 ➢ 今回入院日－前回退院日≦90 日
分　　母:	調査期間の病院全体の新入院患者数
分母補足:	他診療科から精神科への転科もカウントする
収集期間:	１ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム
より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 76.2%（32/42, 前年比-1.3）でした。1 年間の結果は、平均値 9.5%（前年比-1.5）、中央値 9.1%（前年比+1.3）、最大値 33.3%（前年比+0.5）、最小値 0.0%（前年比±0）で、測定を開始した 2016 年度以降、平均値は 9.5～13%で推移しています。

参考文献

1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet: https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83 2017/12/05 available)

No.10 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）

指標の説明・定義

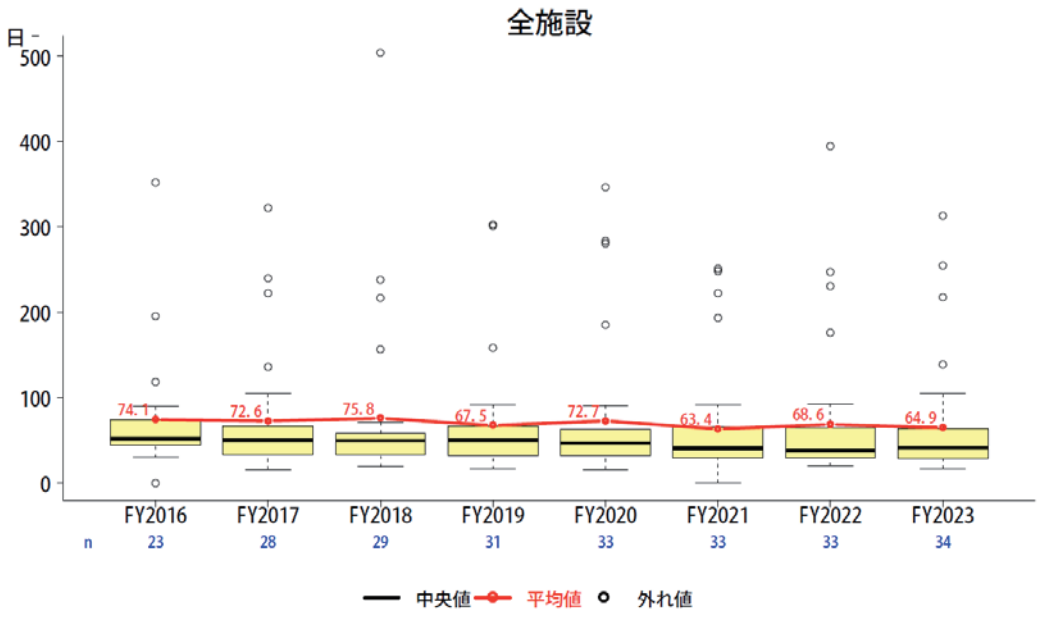
精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では日数が長くなることがあります。
測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

分　　子：	1か月間の在院患者延べ日数
分　　母：	(1か月間の新入棟患者数+1か月間の新退棟患者数)/2
収集期間：	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム
より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 8 施設で、提出割合は 81.0%（34/42, 前年比-1.5）でした。1 年間の結果は、平均値 64.9 日（前年比-3.7）、中央値 41.1 日（前年比+3.2）、最大値 313.2 日（前年比-81.5）、最小値 17.0 日（前年比-2.9）で、測定を開始した 2016 年度以降、平均値は 63~79 日で推移しています。

参考文献

No.11-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)
No.11-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)
No.11-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?
No.11-d 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019 年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の 5 段階評価としています。同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の 5 段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の 5 段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<この病院について総合的にはどう思われますか?>

分　子:	No.11-a) 分母のうち「満足」と回答した外来患者数 No.11-b) 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分　母:	外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.11-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

分　子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数
分　母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.11-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分　子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数
分　母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

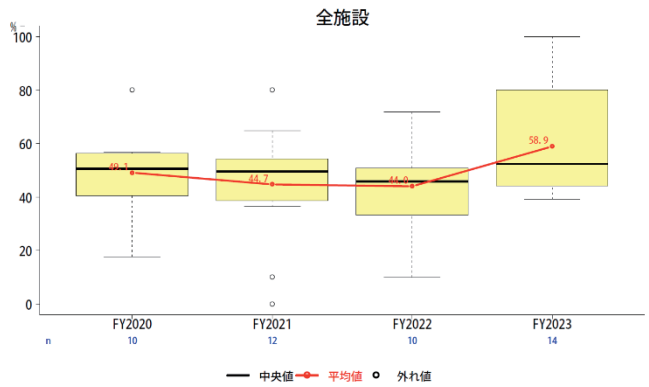
指標の種類・値の解釈

アウトカム

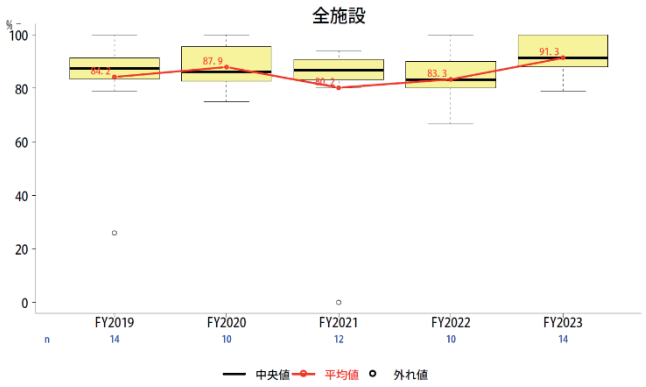
より高い値が望ましい

結果

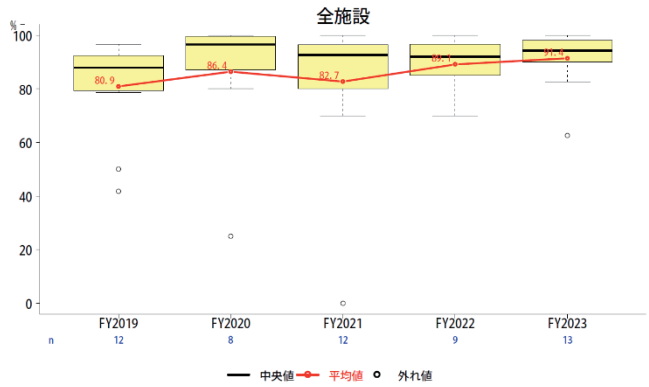
a) 総合評価（満足）



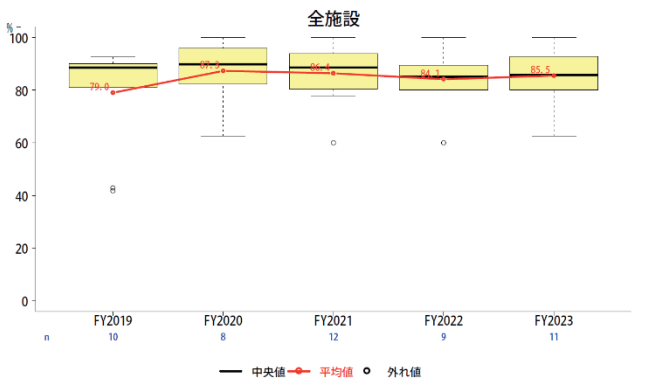
b) 総合評価（満足・やや満足）



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは 28 施設で、提出割合は 33.3%（14/42, 前年比+8.3）でした。

満足のみの 1 年間の結果は、平均値 58.9%（前年比+14.9）、中央値 52.3%（前年比+6.5）、最大値 100.0%（前年比+28.3）、最小値 39.1%（前年比+29.1）、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 91.3%（前年比+8.0）、中央値 91.3%（前年比+8.1）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 79.0%（前年比+12.3）でした。

<No.11-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは 29 施設で、提出割合は 31.0%（13/42, 前年比+8.5）でした。

1 年間の結果は、平均値 91.4%（前年比+2.3）、中央値 94.2%（前年比+2.2）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 62.5%（前年比-7.5）でした。

<No.11-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは 31 施設で、提出割合は 26.2%（11/42, 前年比+3.7）でした。
1 年間の結果は、平均値 85.5%（前年比+1.4）、中央値 85.7%（前年比+0.7）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 62.5%（前年比+2.5）でした。

外来満足度については半数以上の施設が提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.12-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)
No.12-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)
No.12-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?
No.12-d 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019 年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の 5 段階評価としています。同様に、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の 5 段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の 5 段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<この病院について総合的にはどう思われますか?>

分　子:	No.12-a) 分母のうち「満足」と回答した入院患者数 No.12-b) 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
分　母:	入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.12-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

分　子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数
分　母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.12-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分　子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数
分　母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

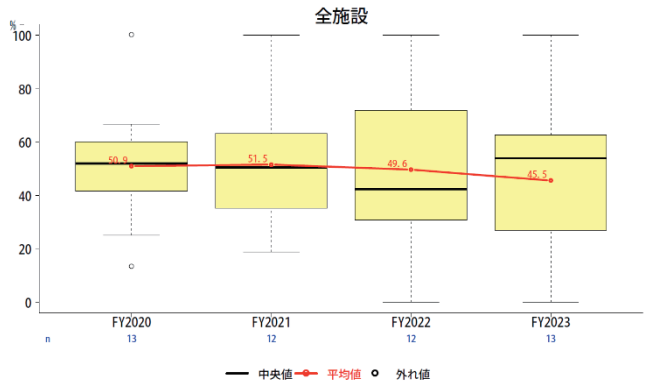
指標の種類・値の解釈

アウトカム

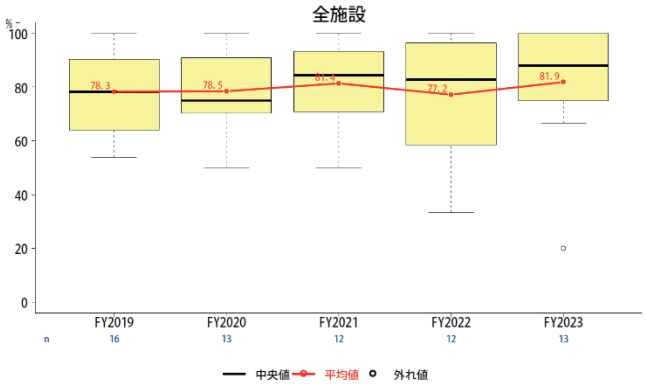
より高い値が望ましい

結果

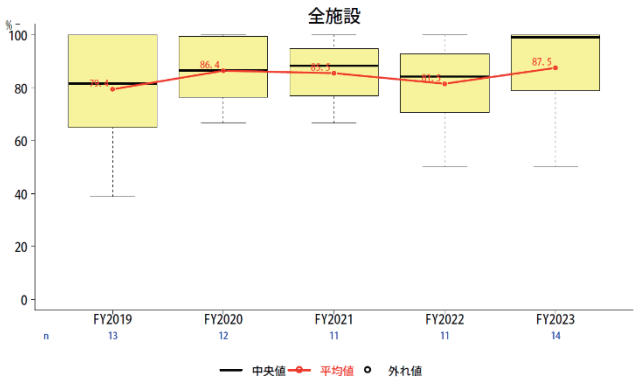
a) 総合評価（満足）



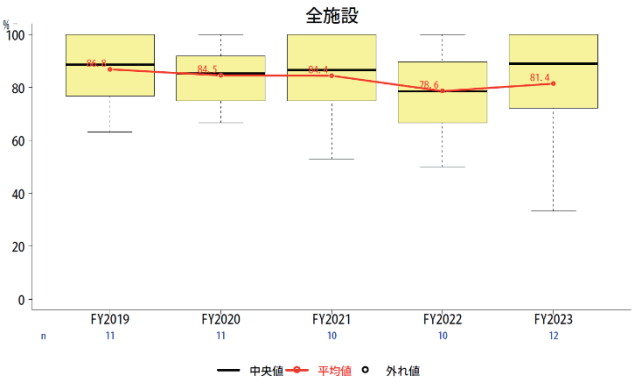
b) 総合評価（満足・やや満足）



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.12-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは 29 施設で、提出割合は 31.0%（13/42, 前年比+1.0）でした。

満足のみの 1 年間の結果は、平均値 45.5%（前年比-4.2）、中央値 53.9%（前年比+11.5）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0%（前年比±0）、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 81.9%（前年比+4.7）、中央値 88.0%（前年比+5.2）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 20.0%（前年比-13.3）でした。

<No.12-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは 28 施設で、提出割合は 33.3%（14/42, 前年比+5.8）でした。

1 年間の結果は、平均値 87.5%（前年比+6.0）、中央値 99.1%（前年比+14.8）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 50.0%（前年比±0）でした。

<No.12-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは 30 施設で、提出割合は 28.6%（12/42, 前年比+3.6）でした。
1 年間の結果は、平均値 81.4%（前年比+2.8）、中央値 88.9%（前年比+10.4）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 33.3%（前年比-16.7）でした。

精神科では強制入院があるため、入院患者満足度は一般病床と比べると低いと考えられます。
入院満足度については半数以上の施設が提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.13-a 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数
No.13-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した項目です。

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

2021年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性があります。

<No.13-a>

分　子:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分　母:	許可病床数
備　考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	1ヶ月毎

<No.13-b>

分　子:	分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分　母:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数
備　考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	1ヶ月毎

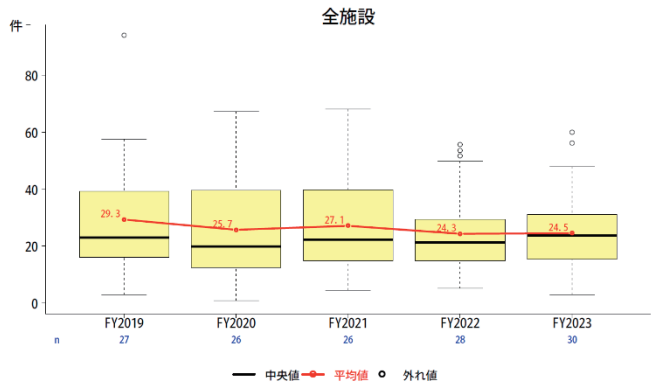
指標の種類・値の解釈

アウトカム

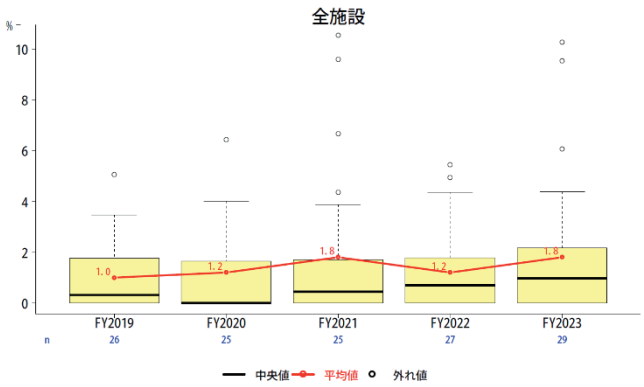
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.13-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは 12 施設で、提出割合は 71.4%（30/42, 前年比+1.4）でした。

1 年間の結果は、平均値 24.5 件（前年比+0.2）、中央値 23.7 件（前年比+2.5）、最大値 59.9 件（前年比+4.3）、最小値 3.0 件（前年比-2.1）でした。

<No.13-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 13 施設で、提出割合は 69.0%（29/42, 前年比+1.5）でした。

1 年間の結果は、平均値 1.8%（前年比+0.5）、中央値 1.0%（前年比+0.3）、最大値 10.3%（前年比+4.8）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。

医師による報告の占める割合は中央値、平均値共に増加しており、医師の安全意識が向上していると考えられます。

一般病床の結果と比較すると、報告件数は少なくまだまだ改善の余地がありますが、2019 年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（改訂版）平成 24 年 6 月.

療養病床向けの指標

No.1 紹 介 率
No.2 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

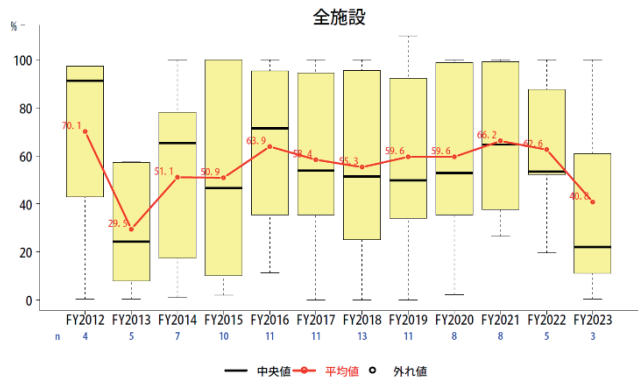
分　　子:	No.1）紹介患者数 No.2）逆紹介患者数
分　　母:	初診患者数
収集期間:	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

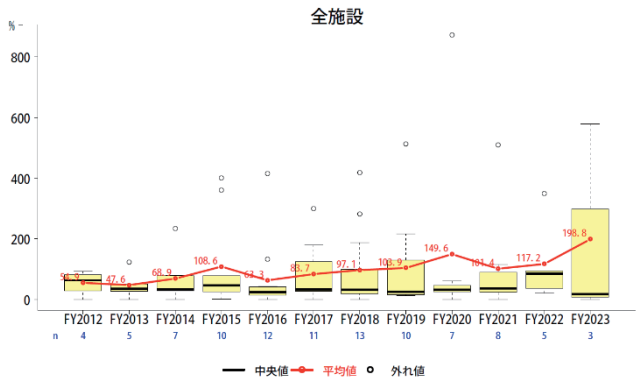
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.1 紹介率>

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 12.0%（3/25, 前年比-7.2）でした。

1 年間の結果は、平均値 40.8%（前年比-21.8）、中央値 22.0%（前年比-31.4）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.4%（前年比-19.2）でした。

<No.2 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 12.0%（3/25, 前年比-7.2）でした。

1 年間の結果は、平均値 198.8%（前年比+81.6）、中央値 17.1（前年比-68.1）、最大値 579.2%（前年比+229.2）、最小値 0.1%（前年比-20.7）でした。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.3-a 入院患者の転倒・転落発生率
No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率
No.3-d 65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2019 年度から 65 歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分　子:	No.3-a） 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.3-b） 入院中の患者に発生した**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数 No.3-c） 入院中の患者に発生した**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数 No.3-d） 65 歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分　母:	入院患者延べ数（人日） ※No.3-d は 65 歳以上の入院患者延べ数（人日）
分子包含:	介助時および複数回の転倒・転落
分子除外:	学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間:	1 ヶ月毎
調整方法:	‰（パーミル： 1000 分の 1 を 1 とする単位）

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。

② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。

③ X線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。

④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

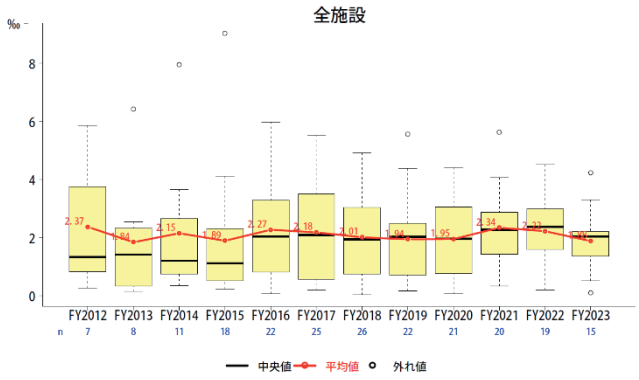
指標の種類・値の解釈

アウトカム

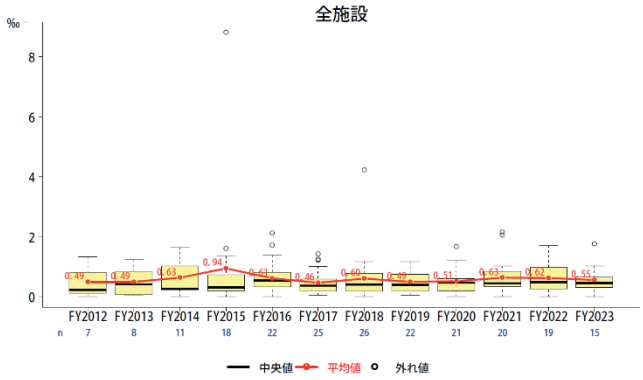
より低い値が望ましい

結果

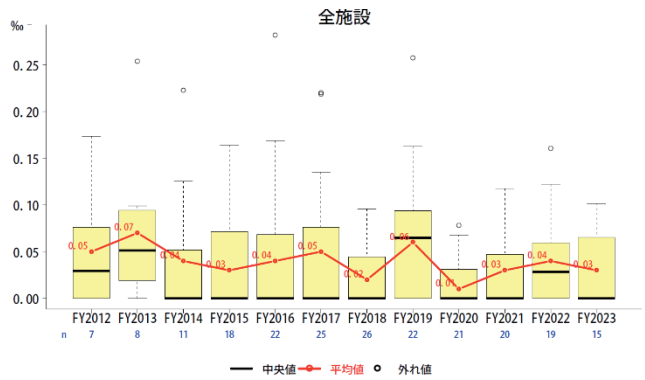
入院患者の転倒・転落発生率



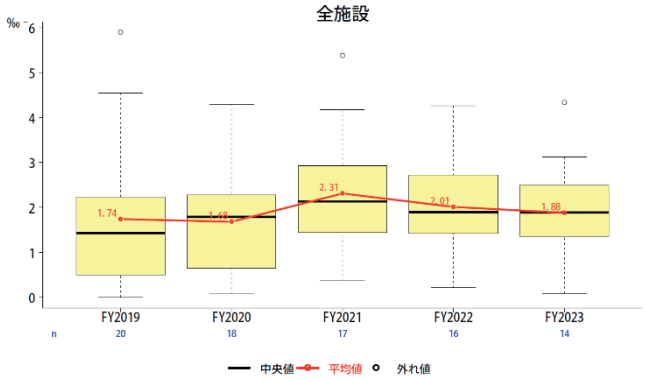
入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 2 以上）



入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）



65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では 10 施設で、提出割合は 60.0%（15/25, 前年比-13.1）、65 歳以上では 11 施設で、提出割合は 56.0%（14/25, 前年比-5.5）でした。

転倒転落発生率の１ 年間の結果は、平均値 1.88‰（前年比-0.34）、中央値 2.05‰（前年比-0.33）、最大値 4.24‰（前年比-0.28）、最小値 0.09‰（前年比-0.12）、損傷発生率（損傷レベル２ 以上）の１ 年間の結果は、平均値 0.55‰（前年比-0.08）、中央値 0.45‰（前年比-0.03）、最大値 1.76‰（前年比+0.06）、最小値 0.00‰（前年比±0）、損傷発生率（損傷レベル４ 以上）の１ 年間の結果は、平均値 0.03‰（前年比-0.01）、中央値 0.00‰（前年比-0.03）、最大値 0.10‰（前年比-0.06）、最小値 0.00‰（前年比±0）でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 1.88‰（前年比-0.13）、中央値 1.88‰（前年比-0.02）、最大値 4.33‰（前年比+0.07）、最小値 0.09‰（前年比-0.12）でした。

一般と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られますが、転倒転落発生率は 1.8～2.4‰を推移し、損傷レベル２以上は 0.4～0.9‰を推移しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業（医療安全・医療技術評価総合研究事業）平成 16－18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』（主任研究者：上原鳴夫）
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.4 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

分　　子:	分母のうち（物理的）身体抑制を実施したのべ患者日数（device days）
分　　母:	病床入院のべ患者日数（patient days）
収集期間:	１ヶ月毎

下記項目のうち１～９の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

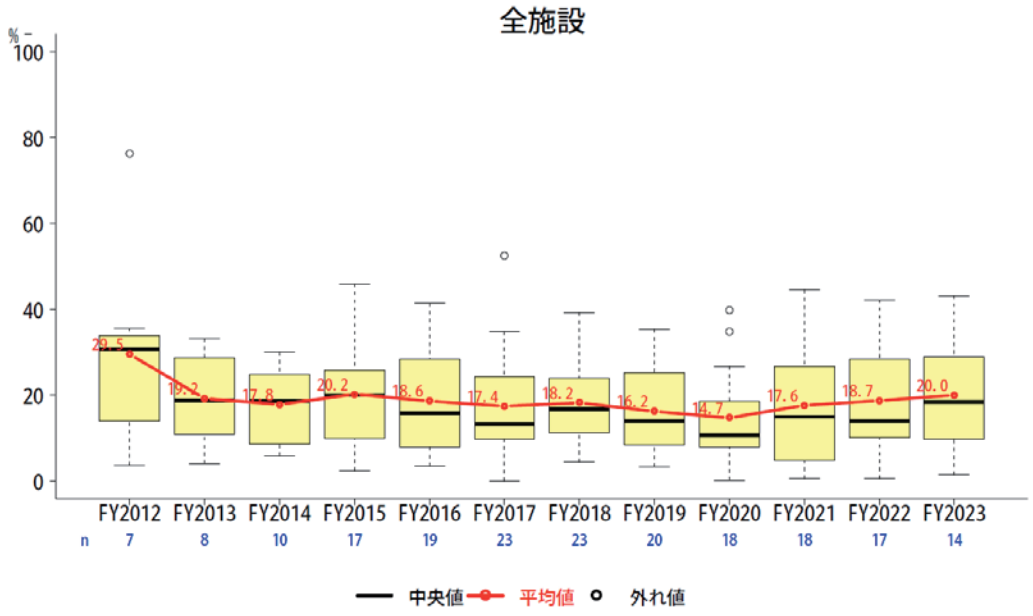
１）徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
２）転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
３）自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
４）点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
５）点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
６）車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
７）立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
８）脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
９）他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
１０）　行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
１１）　自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 11 施設で、提出割合は 56.0%（14/25, 前年比-9.4）でした。

1 年間の結果は、平均値 20.0%（前年比+1.3）、中央値 18.4%（前年比+4.3）、最大値 43.1%（前年比+0.9）、最小値 1.4%（前年比+0.9）でした。

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」

No.5 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

本指標は、療養病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

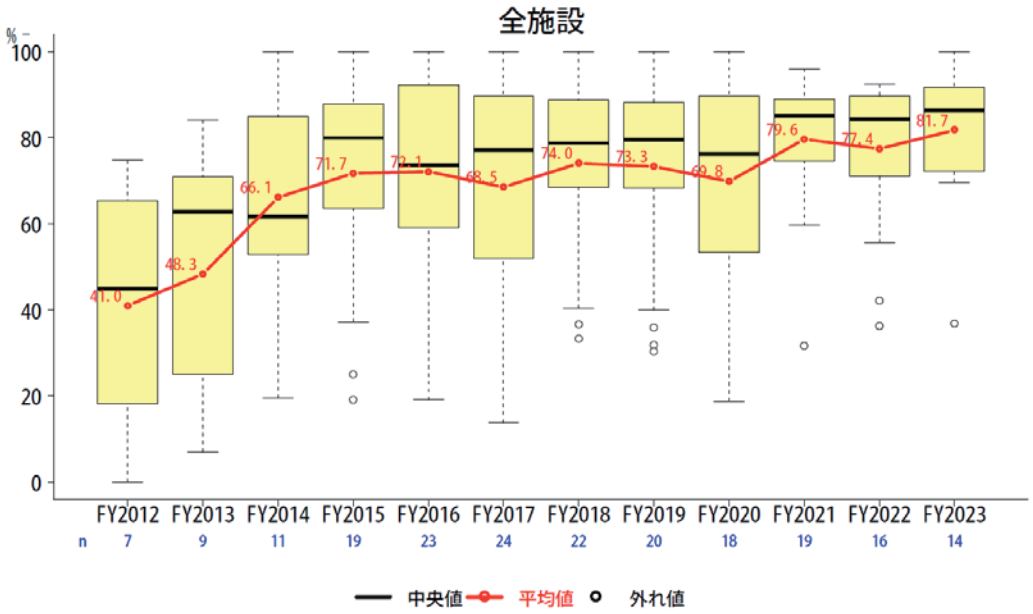
急性期医療を終了し、在宅復帰を目指す回復期リハビリ病棟の役割を示す指標であるとともに、回復期リハビリ病棟の診療報酬制度上の施設基準として一定の割合を保つことが規定されています。

分　　子:	在宅退院患者数
分　　母:	全退院患者数
分子包含:	在宅医療機関へ転院等した患者数
分母除外:	死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数
収集期間:	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは 11 施設で、提出割合は 56.0%（14/25, 前年比-5.5）でした。1 年間の結果は、平均値 81.7%（前年比+4.3）、中央値 86.4%（前年比+2.1）、最大値 100.0%（前年比+7.6）、最小値 36.8%（前年比+0.6）でした。

提出施設が多くないためばらつきもありますが、経時的に見ると、改善傾向です。

参考文献

No.6 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の 1 つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

分　　子:	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数
分　　母:	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)
分母除外:	同日入退院の患者 入院時刻から24時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの記録がある患者 同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者
収集期間:	1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

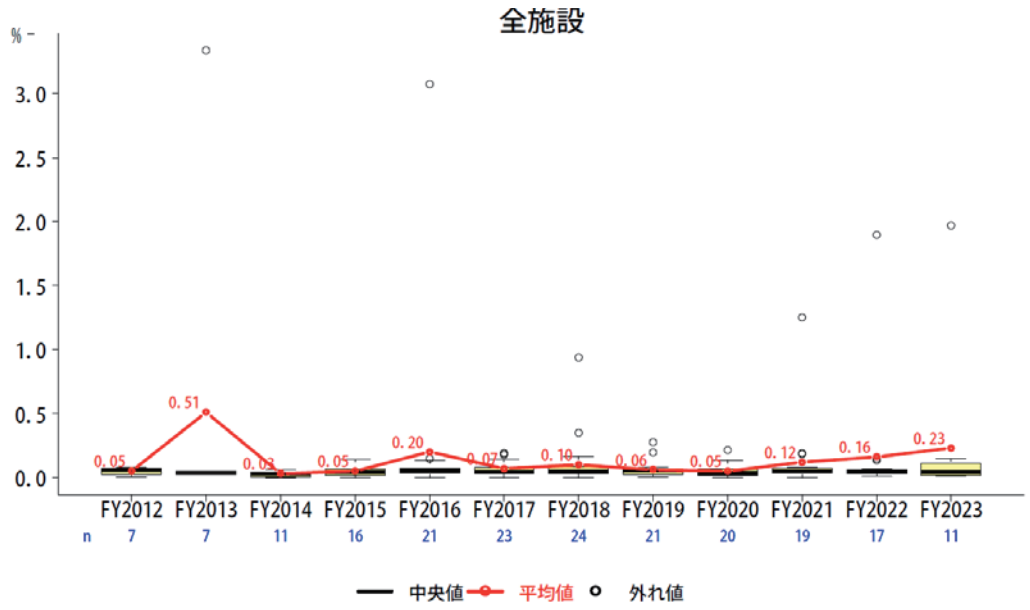
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 14 施設で、提出割合は 44.0%（11/25, 前年比-21.4）でした。

1 年間の結果は、平均値 0.23%（前年比+0.07）、中央値 0.04%（前年比-0.01）、最大値 1.97%（前年比+0.07）、最小値 0.01%（前年比±0）で、平均値を見るとやや悪化しているように見えますが、高い外れ値があるため、外れ値の施設には、算出の間違いではないか、確認の必要があると考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」: 1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/ 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.7-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

No.7-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の 1 つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)」、分子の定義「d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023 年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.7-a>

分　子:	調査期間中に d2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分　母:	調査期間初日(0 時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-b>

分　子:	調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI)発生患者数
分　母:	調査期間初日(0 時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.7-c>

分　子:	入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分　母:	調査期間に新たに入院した患者数

<Depth（深さ）>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡（DTI）疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

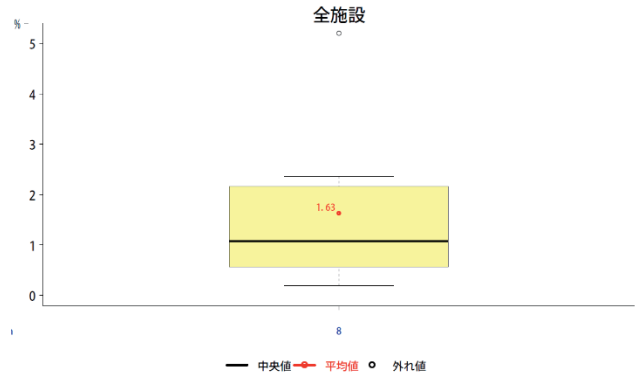
指標の種類・値の解釈

アウトカム

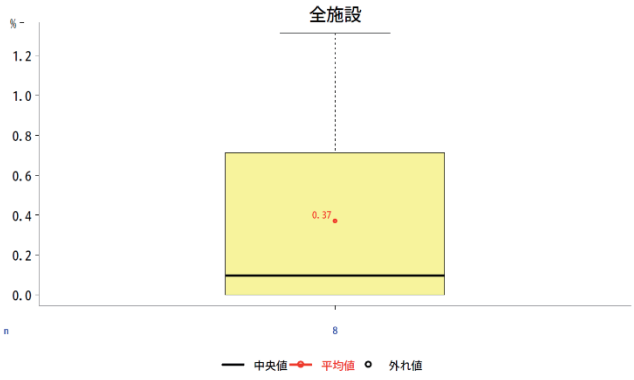
より低い値が望ましい

結果

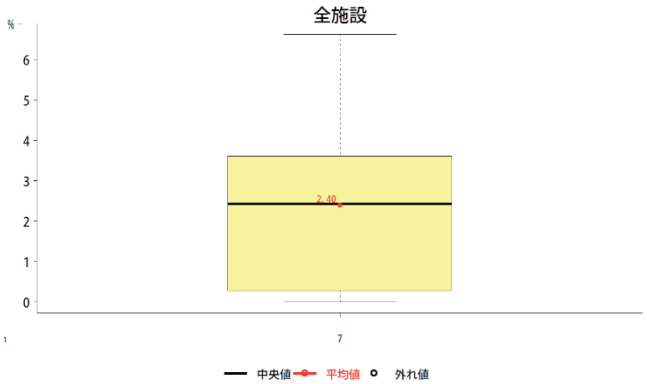
新規圧迫創傷（褥瘡）発生率



新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率



持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率



考察

<No.7-a 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率>

今回、提出がなかったのは 17 施設で、提出割合は 32.0%（8/25）でした。

1 年間の結果は、平均値 1.63%、中央値 1.08%、最大値 5.20%、最小値 0.19%でした。

<No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率>

今回、提出がなかったのは 17 施設で、提出割合は 32.0%（8/25）でした。

1 年間の結果は、平均値 0.37%、中央値 0.10%、最大値 1.31%、最小値 0.00%でした。

<No.7-c 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率>

今回、提出がなかったのは 18 施設で、提出割合は 28.0%（7/25）でした。

1 年間の結果は、平均値 2.40%、中央値 2.42%、最大値 6.63%、最小値 0.00%でした。

2023 年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみていく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」：1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/ 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)
7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.8 療養病床における
糖尿病患者の血糖コントロール

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることとしました。血糖コントロールの治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定します。

一般病床向けでは HbA1c が 7.0%未満としていますが、療養病床向けでは HbA1c が 8.0%未満としました。低血糖を起こしやすい高齢者では HbA1c を 7.0%未満に下げないことが推奨されています。

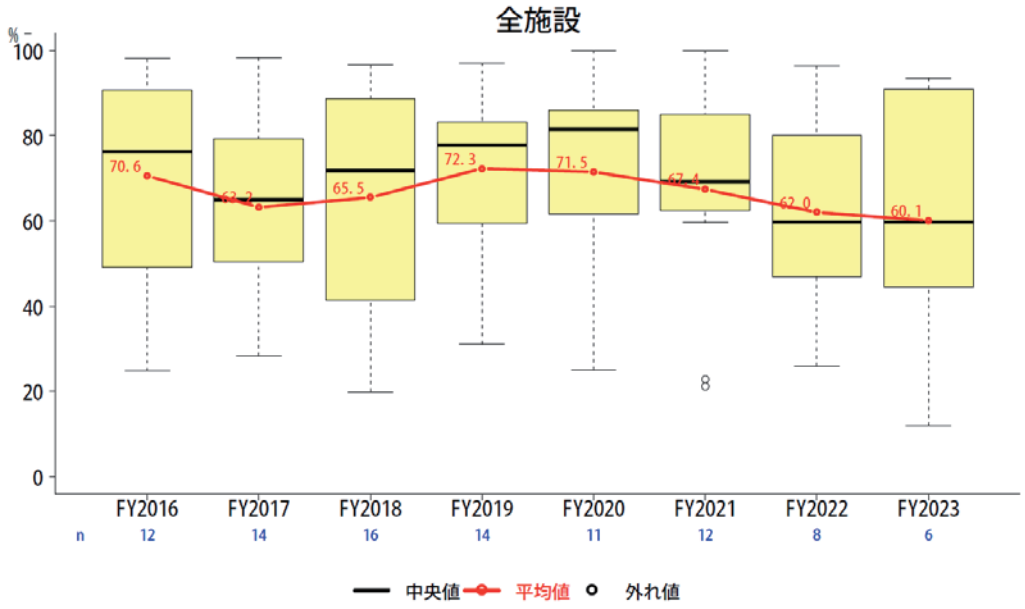
分　　子:	HbA1c(NGSP)の最終値が 8.0%未満の入院患者数
分　　母:	糖尿病の薬物治療を入院で 30 日以上投与されている入院患者数
分母除外:	運動療法または食事療法のみの糖尿病患者
収集期間:	３ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 19 施設で、提出割合は 24.0%（6/25, 前年比-6.8）でした。

1 年間の結果は、平均値 60.1%（前年比-1.9）、中央値 59.7%（前年比±0）、最大値 93.5%（前年比-2.8）、最小値 11.9%（前年比-14.0）でした。

参考文献

1. 日本糖尿病学会編著：糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
2. 日本糖尿病学会. 日本老年医学会の合同委員会 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.
3. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第 16 版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.9 療養病床における
降圧薬服用患者の血圧コントロール

指標の説明・定義

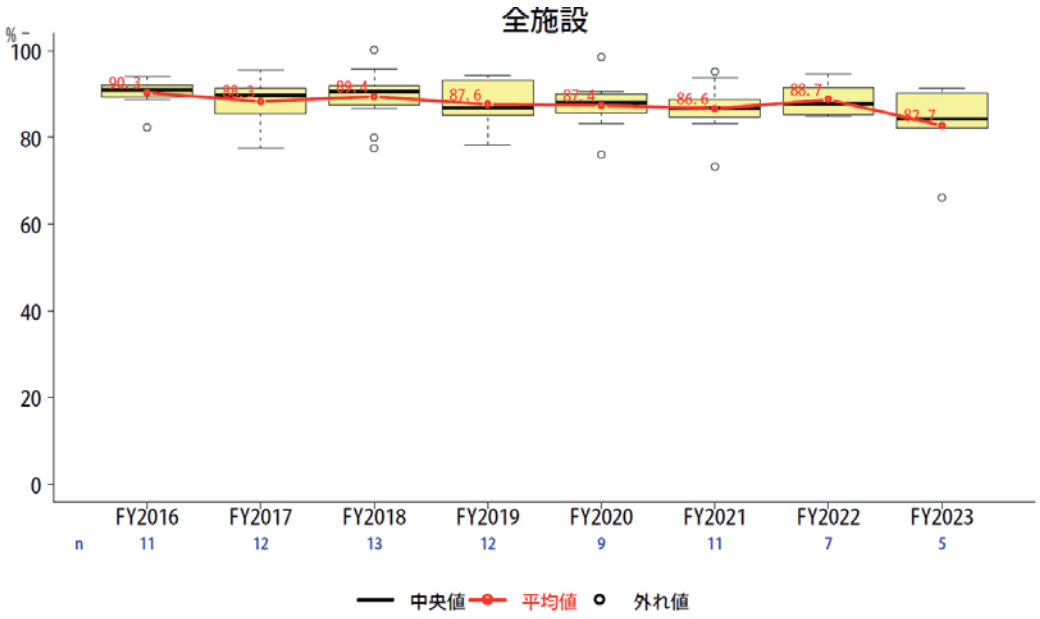
高血圧が心血管病に与える悪影響は、古くから周知の事実です。近年、血圧値だけでなく、臓器障害への影響を考慮した高血圧治療が行われています。血圧コントロールの不良が予後に影響を及ぼすことは、過去のエビデンスから明らかであり、血圧値を下降させることにより、心血管病の発症を予防できるとされています。
欧米においても、血圧コントロール率は医療の質の項目にも挙げられており、日本のようにかかりつけ医が必須でない環境においては、少なくとも病院に受診され、高血圧に対しての加療（降圧薬処方）をしている患者の血圧コントロールが、重要な医療の質を表す指標となると考えています。

分　　子：	血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数
分　　母：	入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数
分母除外：	透析患者
収集期間：	3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム
より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 20 施設で、提出割合は 20.0%（5/25, 前年比-6.9）でした。

1 年間の結果は、平均値 82.7%（前年比-5.9）、中央値 84.2%（前年比-3.6）、最大値 91.3%（前年比-3.3）、最小値 66.0%（前年比-18.8）でした。

提出施設数が徐々に減少しているため、提出できない理由を調査する予定です。

参考文献

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, et al.; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2006 Feb 14;113(6):e85-151. Epub 2006 Jan 11. Erratum in: Circulation. 2006 Dec 5;114(23):e630. Circulation. 2006 Apr 11;113(14):e696. PubMed PMID: 16407573.
2. Psaty, B. M., Manolio, T. a, Smith, N. L., Heckbert, S. R., Gottdiener, J. S., Burke, G. L., et al. (2002). Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults: the Cardiovascular Health Study. Archives of internal medicine, 162(20), 2325-32. PubMed PMID: 12418946.
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編：高血圧治療ガイドライン 2014. 日本高血圧学会, 2014.

No.10 急変時や終末期における インフォームドコンセント実施率

指標の説明・定義

急変時や終末期における患者の希望を予め取得し、その情報が共有されているかをみるための指標です。将来の意思決定能力低下に備えて、治療方針・療養についての気がかりや、自分が大切にしてきた価値観を、患者・家族と医療者が共有し、ケアを計画する包括的なプロセスとしての「Advance Care Plan」が実施されているかをみています。

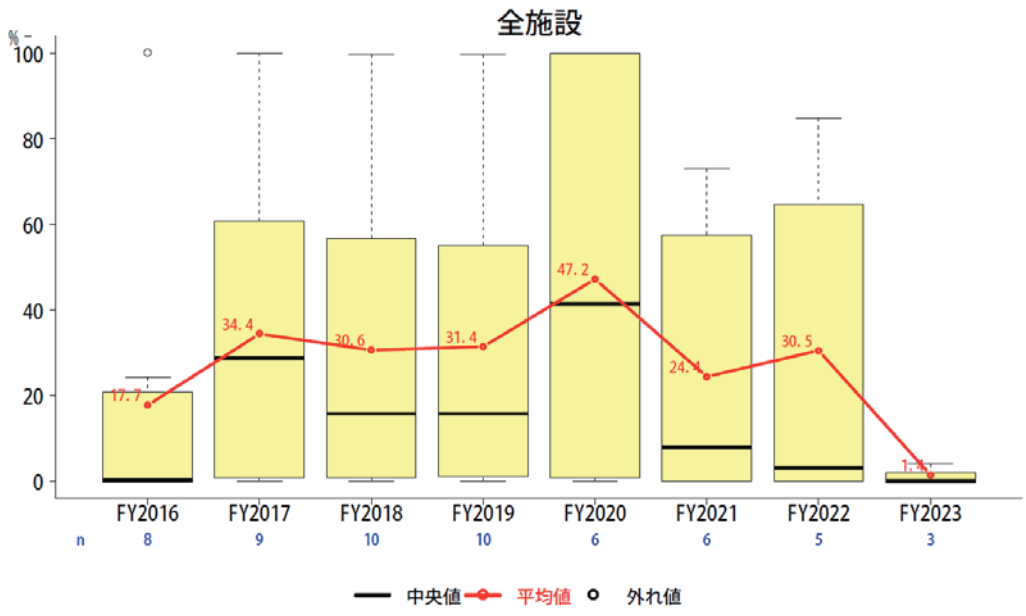
分　　子:	急変時や終末期におけるインフォームドコンセントを実施した記録がされている患者数
分　　母:	全入院患者数
分子包含:	主要な確認項目（輸液、中心静脈栄養、経管栄養（胃瘻含む）、昇圧剤の投与、人工呼吸器、蘇生術） これらより詳細な内容を取り決めている場合は対象とする。
収集期間:	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 12.0%（3/25, 前年比-7.2）でした。

1 年間の結果は、平均値 1.4%（前年比-29.1）、中央値 0.0%（前年比-3.1）、最大値 4.1%（前年比-80.8）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。

提出施設数が徐々に減少しているため、提出できない理由を調査する予定です。

参考文献

1. National Committee for Quality Assurance；Advance Care Plan
   （https://www.qualityforum.org/QPS/0326　2017/12/06 available）
2. アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル（総論）；日本老年医学会雑誌 52 巻 3 号（2015:7）
   207-210
   （https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_207.pdf　2017/12/06 available）

No.11-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)
No.11-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)
No.11-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?
No.11-d 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019 年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の 5 段階評価としています。同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の 5 段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の 5 段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.11 この病院について総合的にはどう思われますか?>

分　子:	No.11-a) 分母のうち「満足」と回答した外来患者数 No.11-b) 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分　母:	外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.11-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

分　子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数
分　母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.11-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分　子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数
分　母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

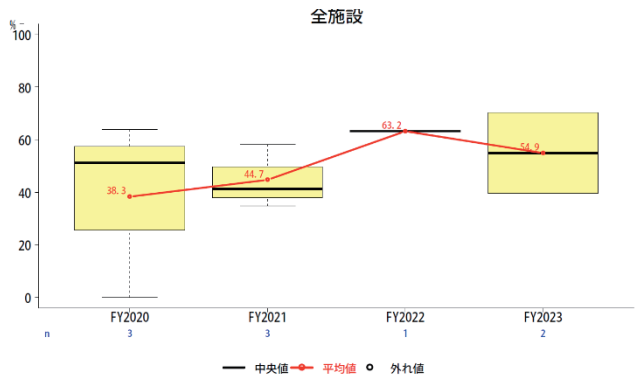
指標の種類・値の解釈

アウトカム

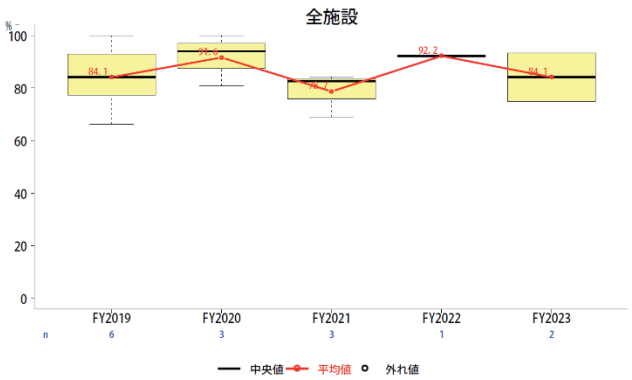
より高い値が望ましい

結果

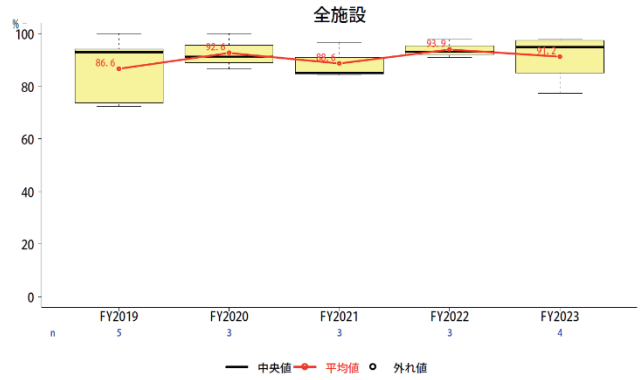
a) 総合評価（満足）



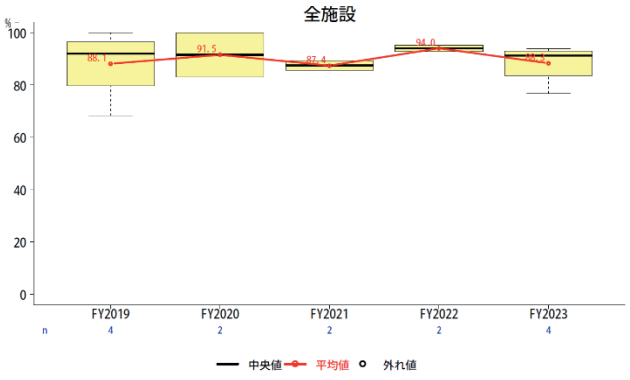
b) 総合評価（満足・やや満足）



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11- a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは 23 施設で、提出割合は 8.0%（2/25, 前年比+4.2）でした。

満足のみの 1 年間の結果は、平均値 54.9%（前年比-8.3）、中央値 54.9%（前年比-8.3）、最大値 70.2%（前年比+7.0）、最小値 39.6%（前年比-23.6）、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 84.1%（前年比-8.1）、中央値 84.1%（前年比-8.1）、最大値 93.3%（前年比+1.1）、最小値 75.0%（前年比-17.2）でした。

<No.11-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは 21 施設で、提出割合は 16.0%（4/25, 前年比+4.5）でした。

1 年間の結果は、平均値 94.0%（前年比+6.6）、中央値 94.0%（前年比+6.6）、最大値 95.2%（前年比+6.0）、最小値 92.8%（前年比+7.2）でした。

<No.11-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは 21 施設で、提出割合は 16.0%（4/25, 前年比+8.3）でした。
1 年間の結果は、平均値 88.3%（前年比-5.7）、中央値 91.2%（前年比-2.8）、最大値 93.9%（前年比-1.3）、最小値 76.8%（前年比-15.9）でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ数施設しか提出できていません。提出が難しい理由を調査する必要があると考えていますが、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.12-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)
No.12-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)
No.12-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?
No.12-d 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019 年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の 5 段階評価としています。同様に、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の 5 段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の 5 段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.12 この病院について総合的にはどう思われますか?>

分　子:	No.12-a) 分母のうち「満足」と回答した入院患者数 No.12-b) 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
分　母:	入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.12-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

分　子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数
分　母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

<No.12-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分　子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数
分　母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数
収集期間:	年 1 回

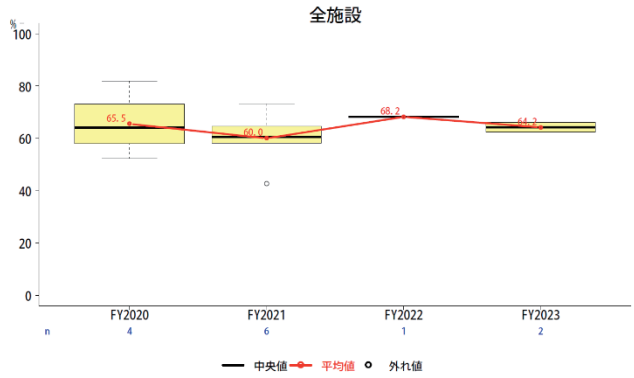
指標の種類・値の解釈

アウトカム

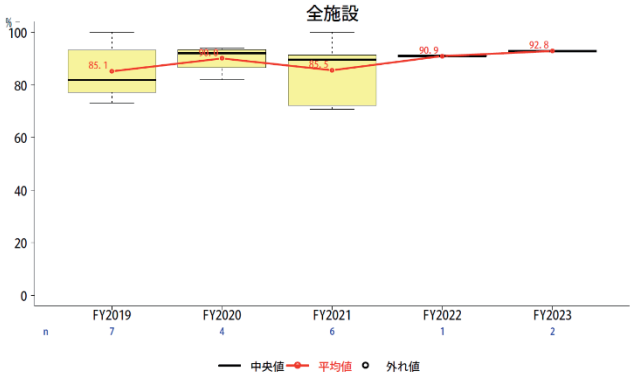
より高い値が望ましい

結果

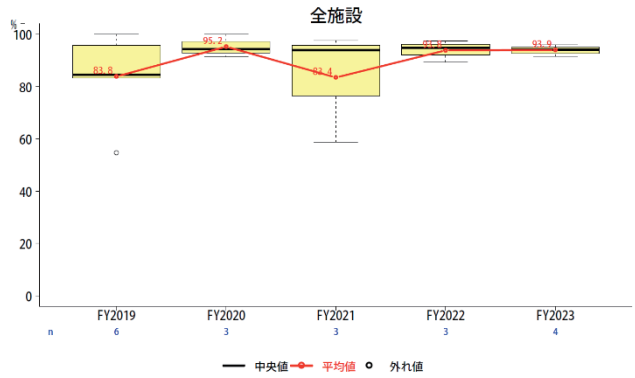
a) 総合評価（満足）



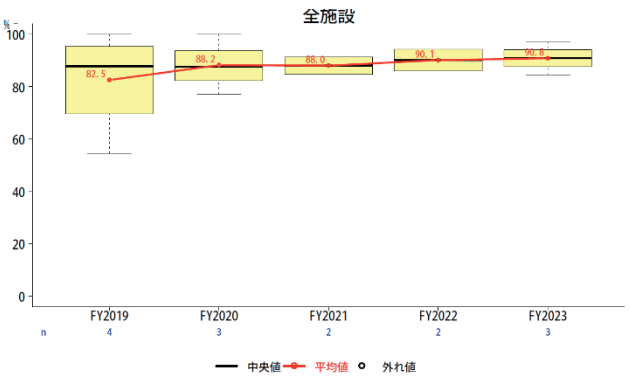
b) 総合評価（満足・やや満足）



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.12- a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは 23 施設で、提出割合は 8.0%（2/25, 前年比+4.2）でした。

満足のみの 1 年間の結果は、平均値 64.2%（前年比-4.0）、中央値 64.2%（前年比-4.0）、最大値 66.1%（前年比-2.1）、最小値 62.5%（前年比-5.9）、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 92.8%（前年比+1.9）、中央値 92.8%（前年比+1.9）、最大値 92.9%（前年比+2.0）、最小値 92.8%（前年比+1.8）でした。

<No.12-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは 21 施設で、提出割合は 16.0%(4/25, 前年比+4.5)でした。
1 年間の結果は、平均値 93.9%(前年比+0.1)、中央値 94.1%(前年比-0.8)、最大値 95.9%(前年比-1.4)、最小値 91.5%(前年比+2.2)でした。

<No.12-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 12.0%(3/25, 前年比+4.3)でした。
1 年間の結果は、平均値 90.8%(前年比+0.7)、中央値 90.8%(前年比+0.7)、最大値 97.1%(前年比+2.9)、最小値 84.6%(前年比-1.5)でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ数施設しか提出できていません。提出が難しい理由を調査する必要があると考えていますが、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.13-a 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数
No.13-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した新しい項目です。

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

2021年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性があります。

<No.13-a>

分　子:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分　母:	許可病床数
備　考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	1ヶ月毎

<No.13-b>

分　子:	分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分　母:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数
備　考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	1ヶ月毎

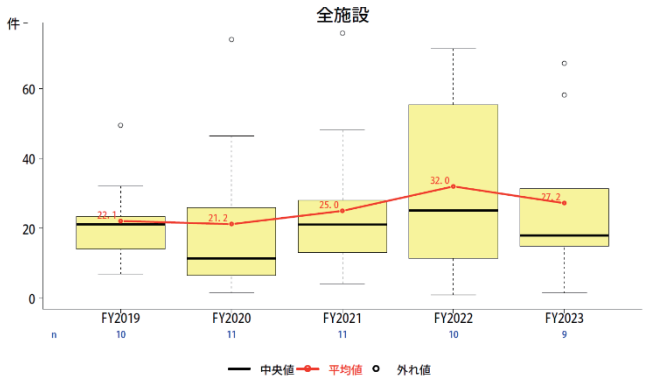
指標の種類・値の解釈

アウトカム

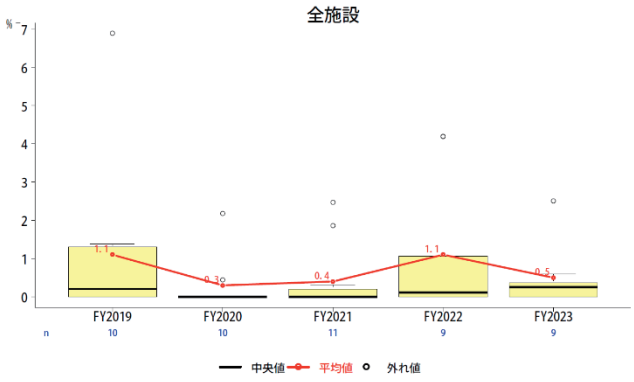
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.13-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは 16 施設で、提出割合は 36.0%（9/25, 前年比-2.5）でした。1 年間の結果は、平均値 27.2 件（前年比-4.8）、中央値 18.0 件（前年比-7.2）、最大値 67.1 件（前年比-4.2）、最小値 1.5 件（前年比+0.5）でした。

<No.13-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 16 施設で、提出割合は 36.0%（9/25, 前年比+1.4）でした。1 年間の結果は、平均値 0.5%（前年比-0.6）、中央値 0.3%（前年比+0.1）、最大値 2.5%（前年比-1.7）、最小値 0.0%（±0）でした。

一般病床の結果と比較すると、まだまだ改善の余地がありますが、2019 年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（改訂版）平成 24 年 6 月.

No.14 麻薬処方患者における痛みの程度の記載率

指標の説明・定義

2017 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019 年度から採用した項目です。がん患者へ麻薬を処方する際に、疼痛のアセスメントが適切にされているかをみる指標です。

痛みの記載は、「NRS（Numerical Rating Scale）の記載がある」「言葉による痛みの程度に関する記載がある」「その他、疼痛の評価尺度の形態は問わず、診療録上で疼痛の有無・程度の変化の確認などの記載がある」ものを対象としています。

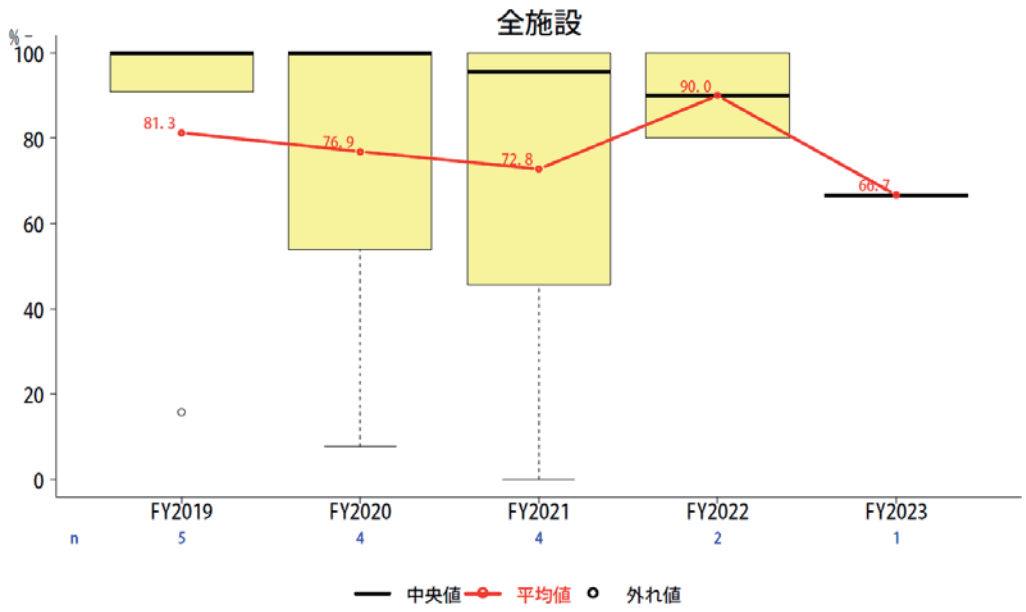
分　　子:	分母のうち当該施設において初めて麻薬が処方された日もしくは次回の診察時の診療録に痛みの程度の記載がある患者数
分　　母:	当該施設において麻薬が処方された患者数
収集期間:	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 24 施設で、提出割合は 4.0%（1/25, 前年比-3.7）でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ 1～5 施設しか提出できていません。提出施設数が伸び悩んでいるため、今後は指標の継続可否も含めて検討していく予定です。

参考文献

No.15 療養病棟入院中の抗不安薬・睡眠薬処方割合（高齢者）

指標の説明・定義

向精神薬の使用はリスクが伴います。特に高齢者については転倒、それによる骨折などのリスクが考えられ（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015）、抗不安薬・睡眠薬の利用が少ないほうが、より安全と考えて策定した指標です。本指標では非ベンゾジアゼピン系薬剤でも転倒・骨折のリスクが報告されているため、対象薬剤含めています。

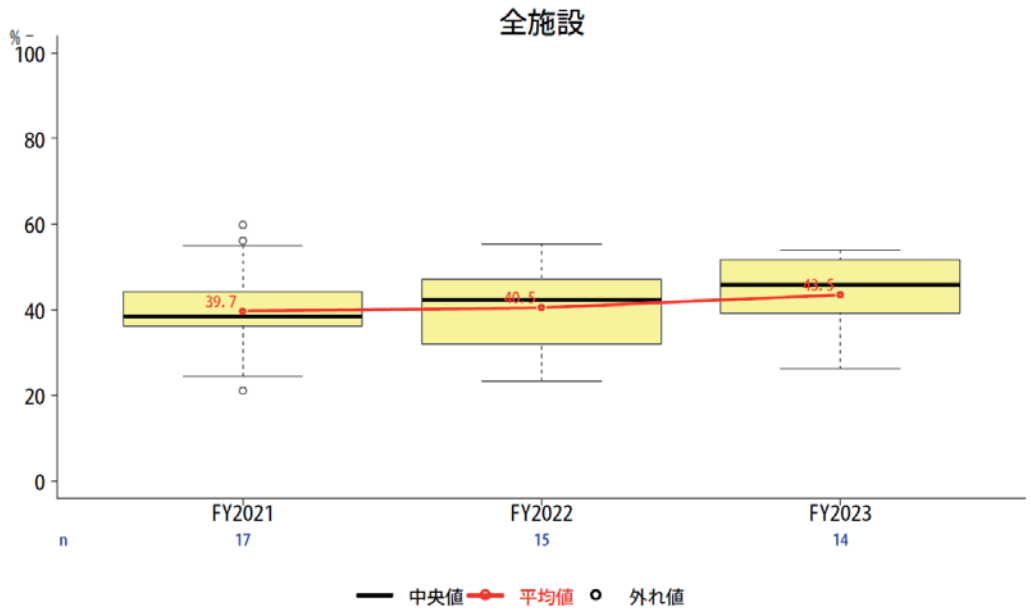
分　　子：	分母のうち、療養病棟入院中、抗不安薬・睡眠薬の処方のあった患者数
分　　母：	60 歳以上の療病病棟へ入院した患者数
収集期間：	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

低い方が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 43.5%（前年比+3.0）、中央値 45.8%（前年比+3.5）、最大値 54.0%（前年比-1.5）、最小値 26.2%（前年比+2.9）でした。

本指標は、一般と療養に参加していて、かつ DPC データを提出している施設が対象となります。2021 年度から採用した項目で、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/
2. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015

No.16 療養病棟入院中のベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬処方割合（高齢者）

指標の説明・定義

向精神薬の使用はリスクが伴います。特に高齢者については転倒、それによる骨折などのリスクが考えられ（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015）、特にベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の利用が少ないほうが、より安全と考えて策定した指標です。

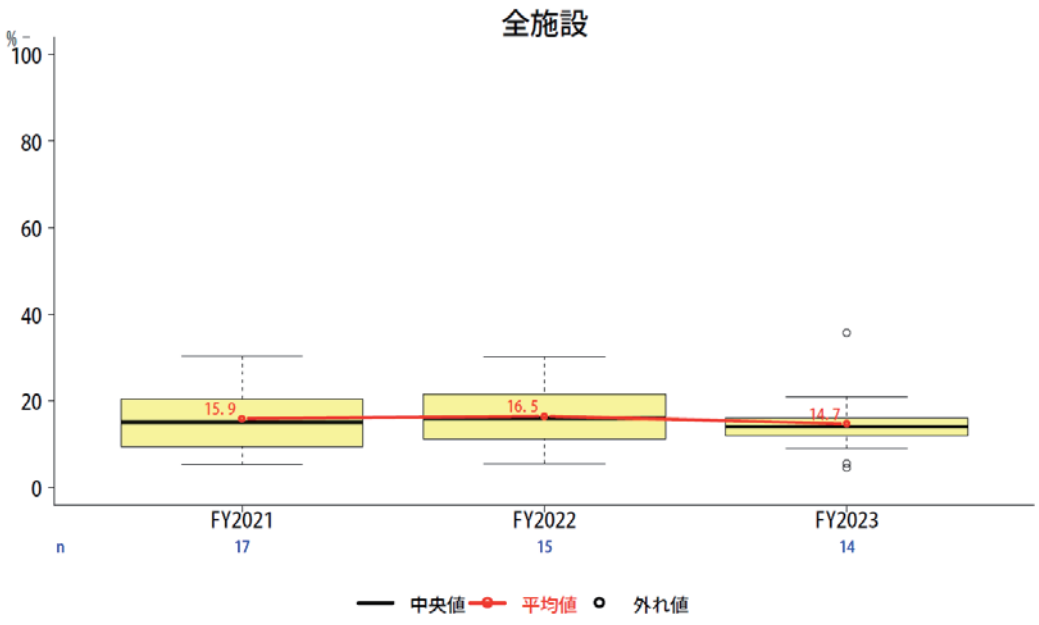
分　　子：	分母のうち、療養病棟入院中、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の処方のあった患者数
分　　母：	60 歳以上の療病病棟へ入院した患者数
収集期間：	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

低い方が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 14.7%（前年比-1.8）、中央値 14.1%（前年比-1.9）、最大値 35.7%（前年比+5.4）、最小値 4.6%（前年比-0.9）でした。

本指標は、一般と療養に参加していて、かつ DPC データを提出している施設が対象となります。2021 年度から採用した項目で、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

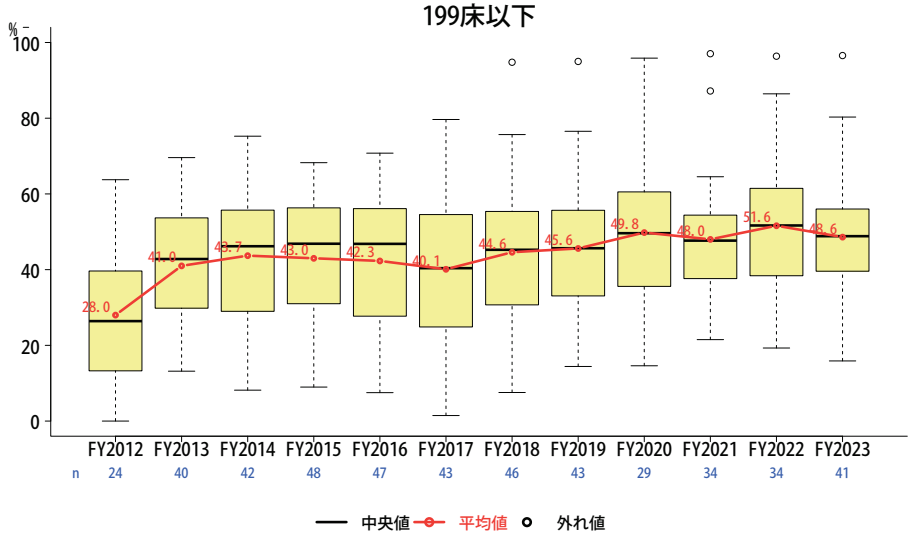
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/
2. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015

病床区分別結果

一般-1 患者満足度（外来患者）　満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

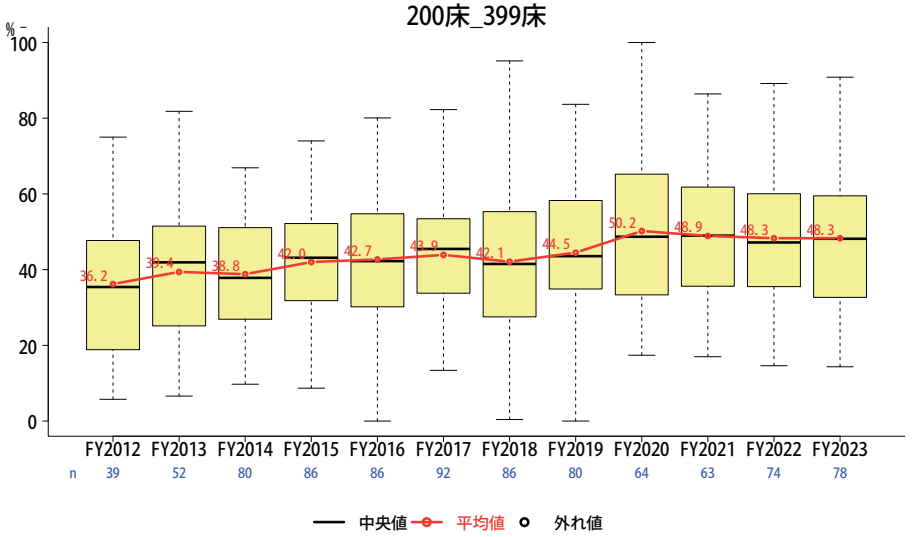
199床以下



一般-1 患者満足度（外来患者）　満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

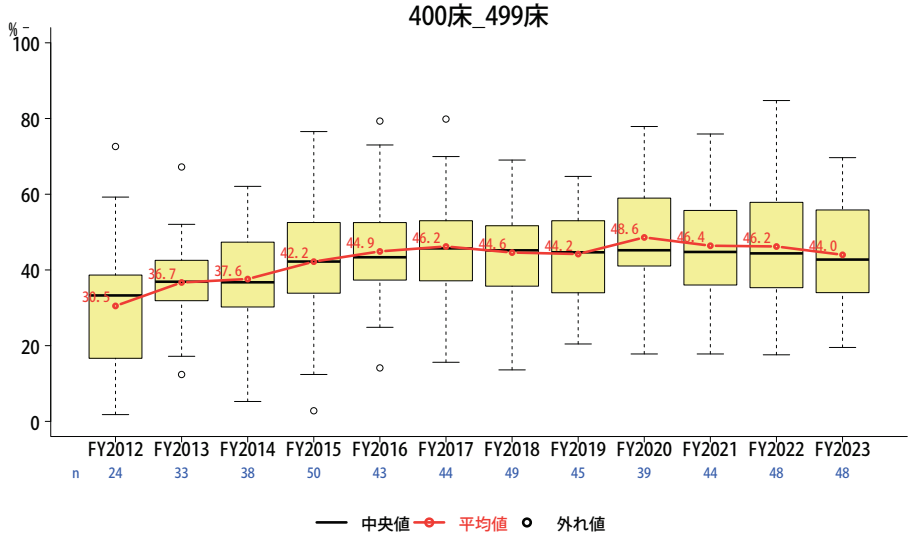
200床_399床



一般-1 患者満足度（外来患者）　満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

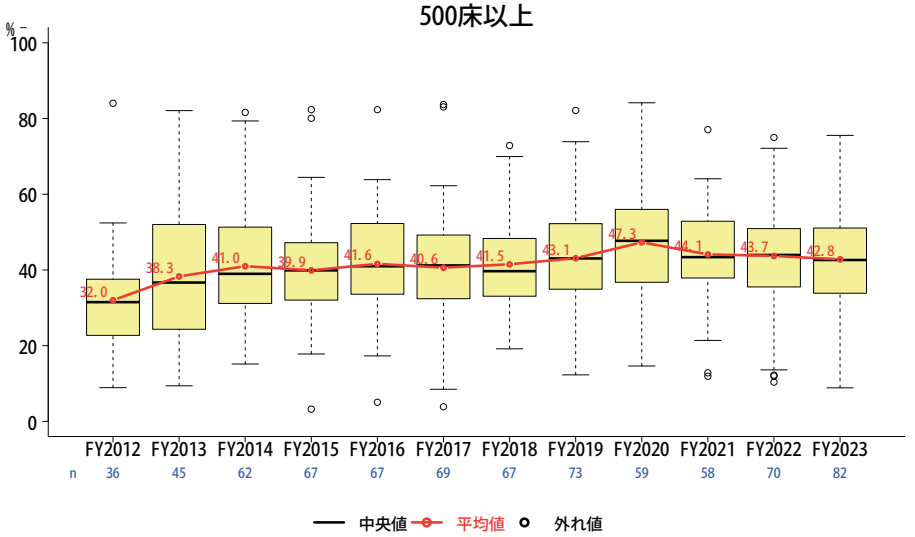
400床_499床



一般-1 患者満足度（外来患者）　満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

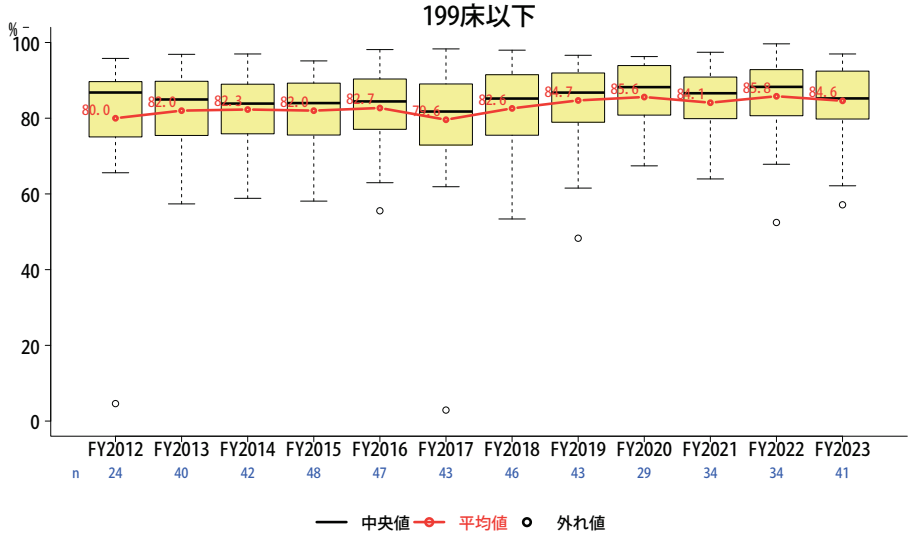
500床以上



一般-2 患者満足度（外来患者）　満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

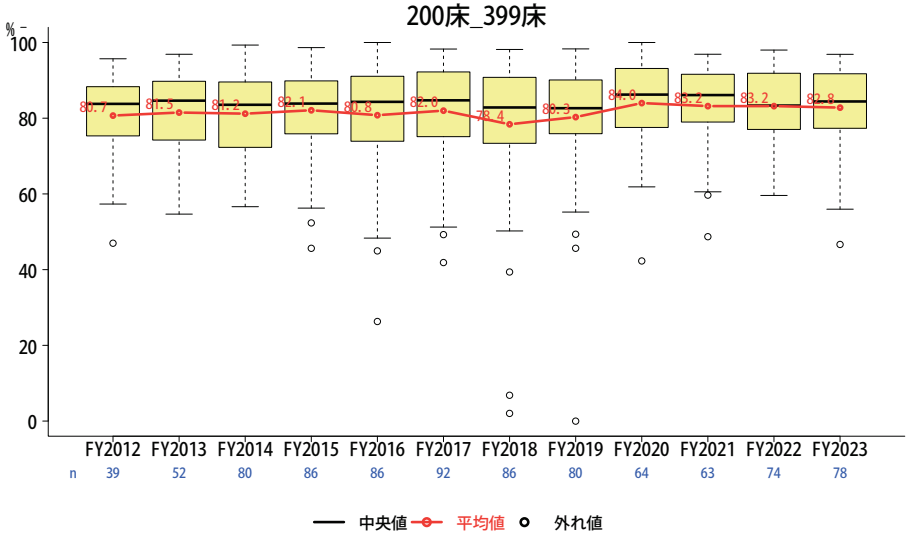
199床以下



一般-2 患者満足度（外来患者）　満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

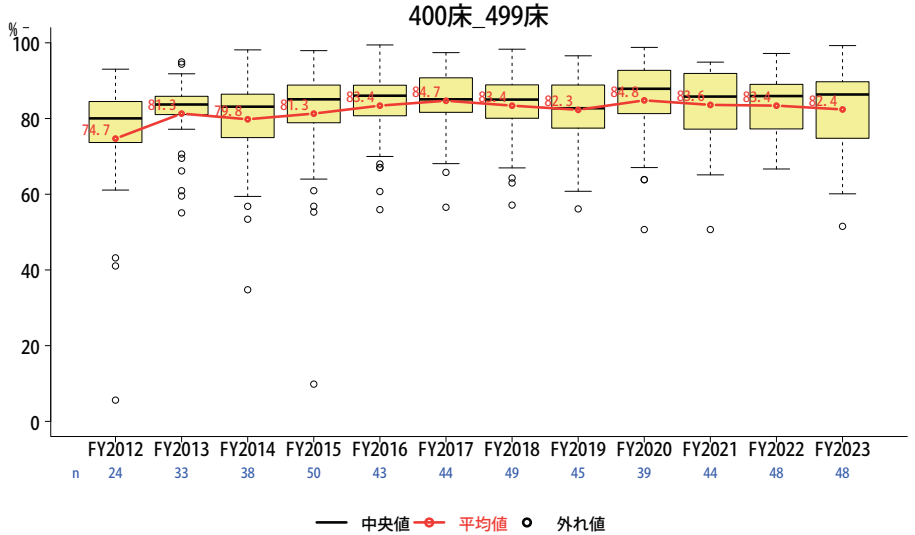
200床_399床



一般-2 患者満足度（外来患者）　満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

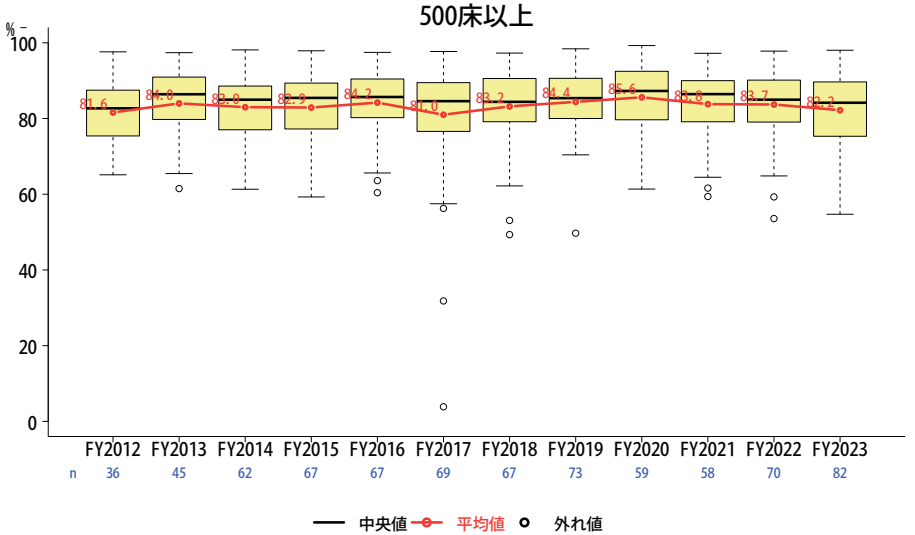
400床_499床



一般-2 患者満足度（外来患者）　満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

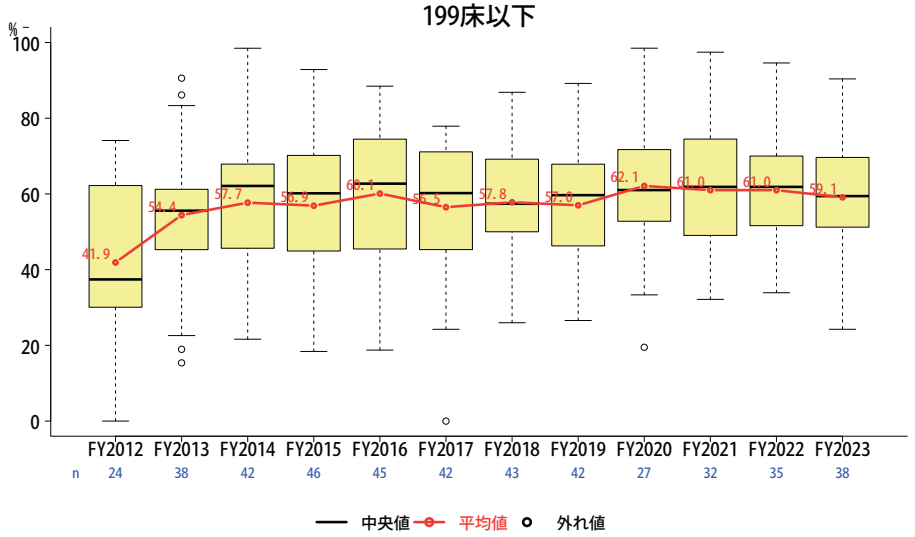
500床以上



一般-3 患者満足度（入院患者）　満足

分子：「満足」と回答した入院患者数
分母：入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

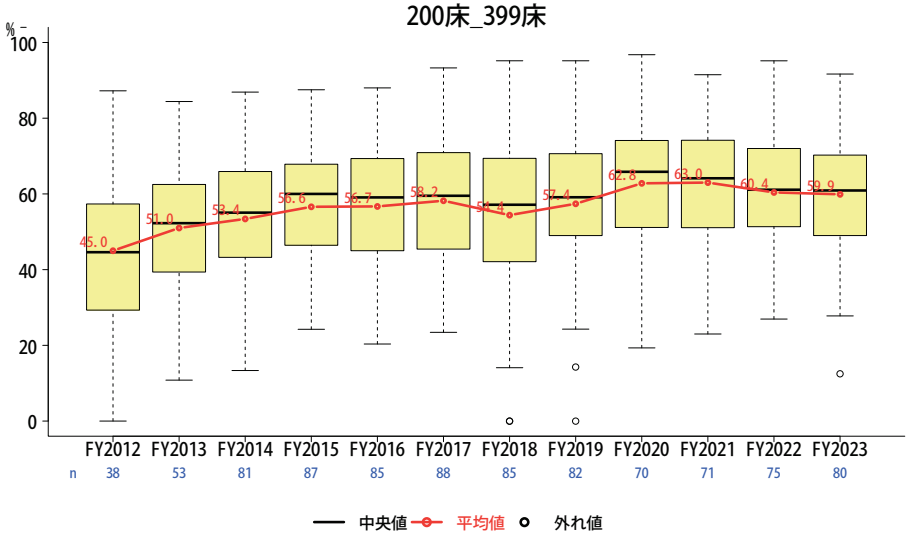
199床以下



一般-3 患者満足度（入院患者）　満足

分子：「満足」と回答した入院患者数
分母：入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

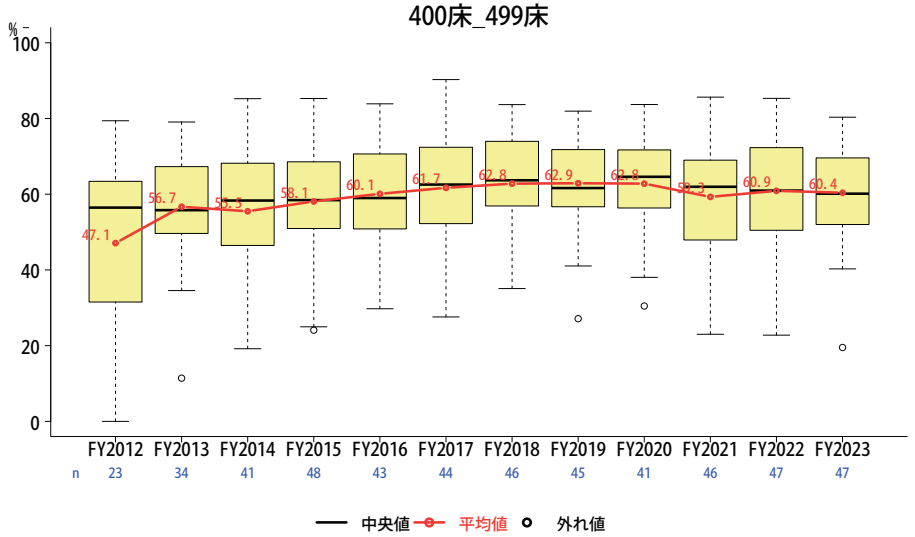
200床_399床



一般-3 患者満足度（入院患者）　満足

分子：「満足」と回答した入院患者数
分母：入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

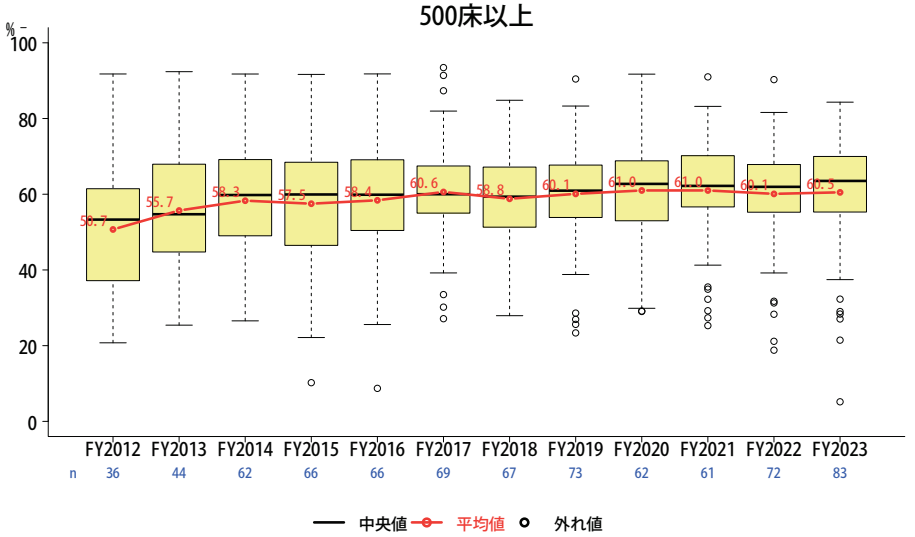
400床_499床



一般-3 患者満足度（入院患者）　満足

分子：「満足」と回答した入院患者数
分母：入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

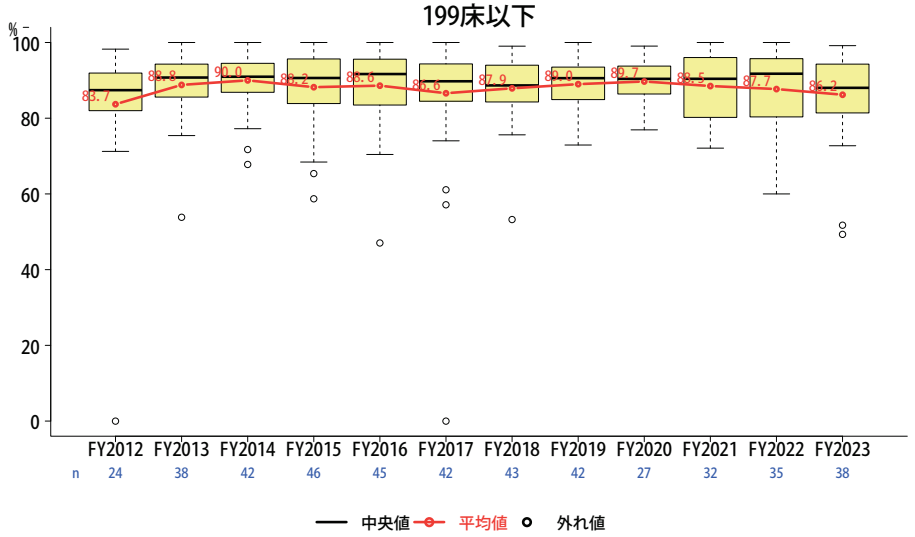
500床以上



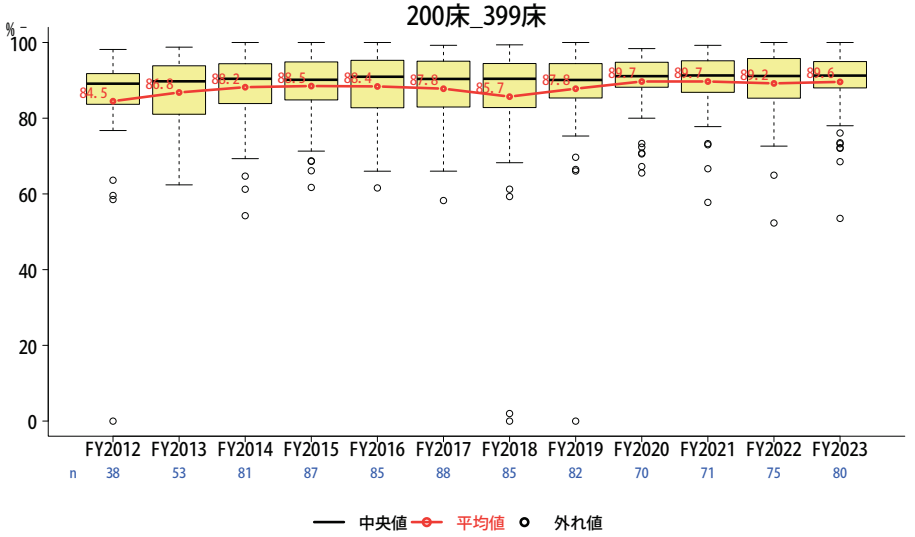
一般-4 患者満足度（入院患者）　満足またはやや満足

分子：「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
分母：入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

199床以下



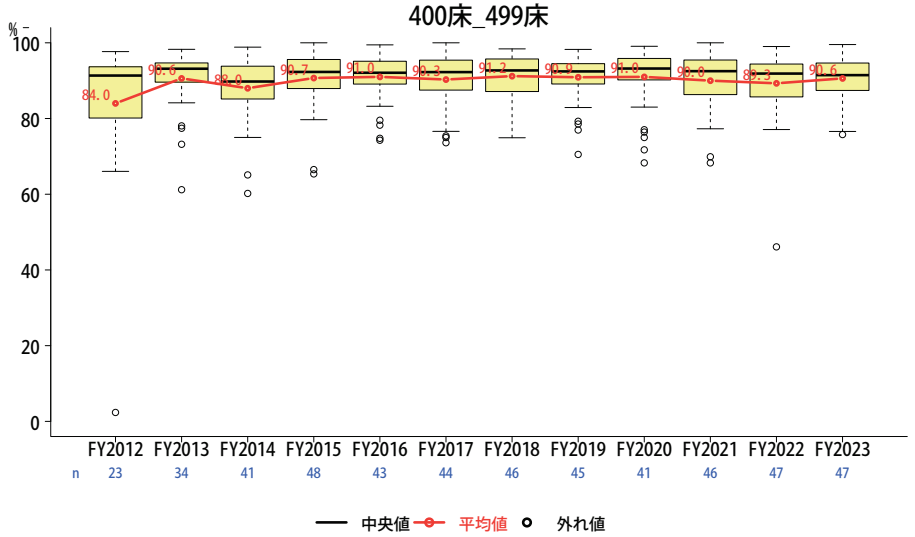
200床_399床



一般-4 患者満足度（入院患者）　満足またはやや満足

分子：「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
分母：入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

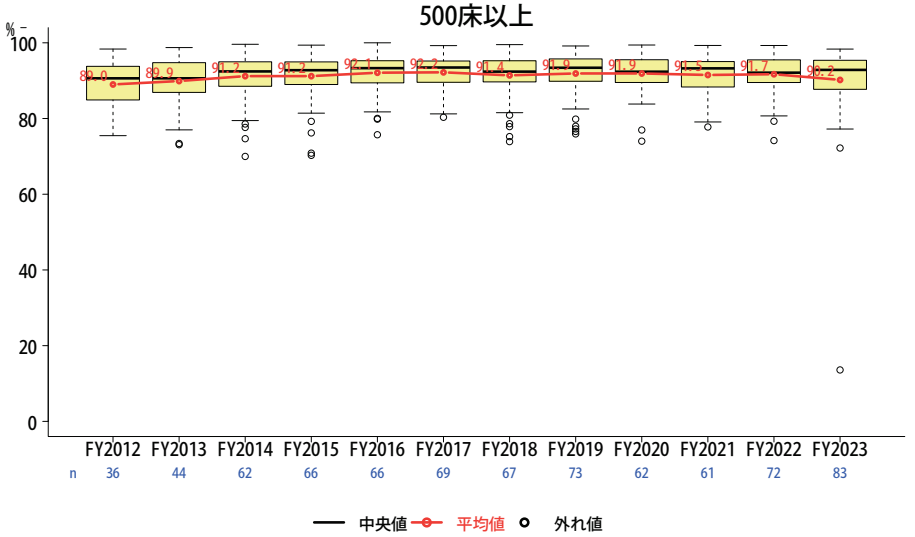
400床_499床



一般-4 患者満足度（入院患者）　満足またはやや満足

分子：「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
分母：入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

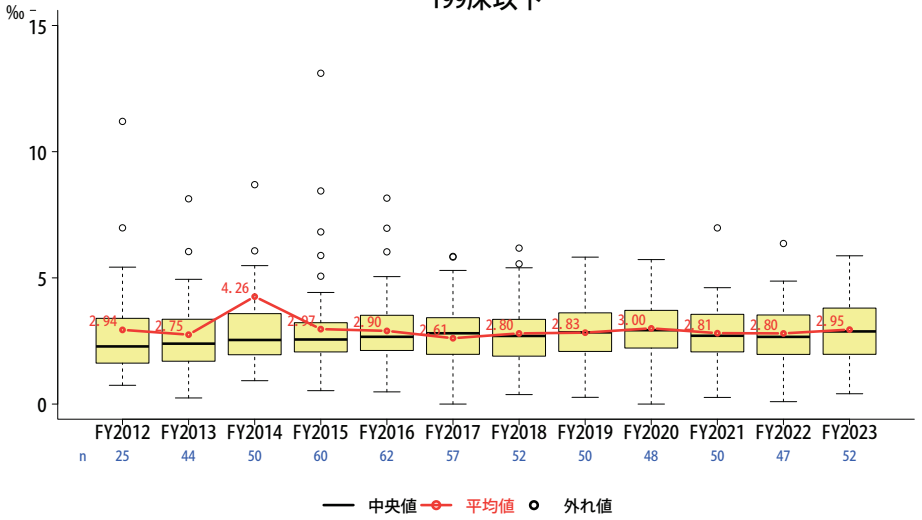
500床以上



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母：入院延べ患者数

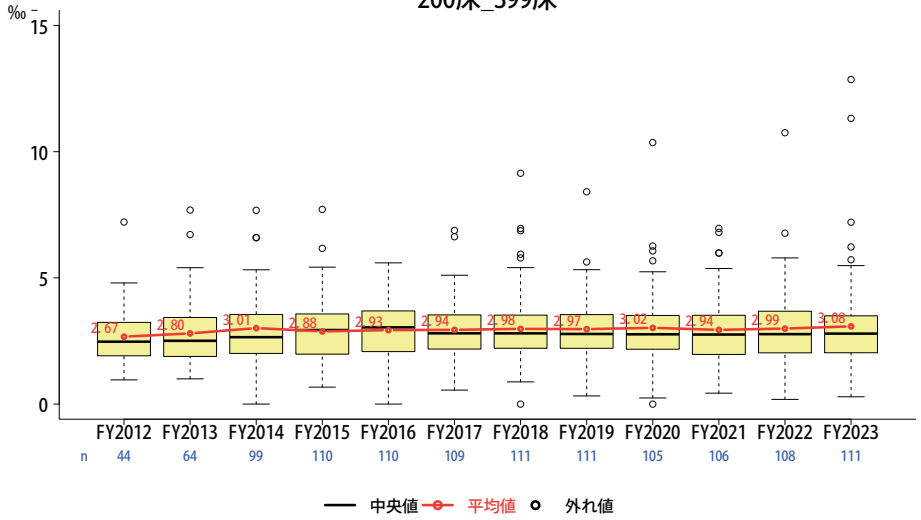
199床以下



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母：入院延べ患者数

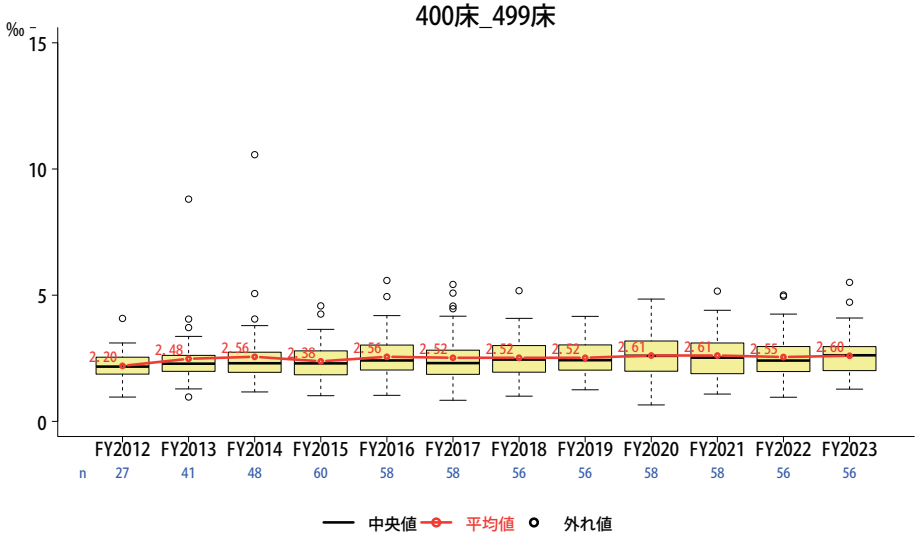
200床_399床



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母：入院延べ患者数

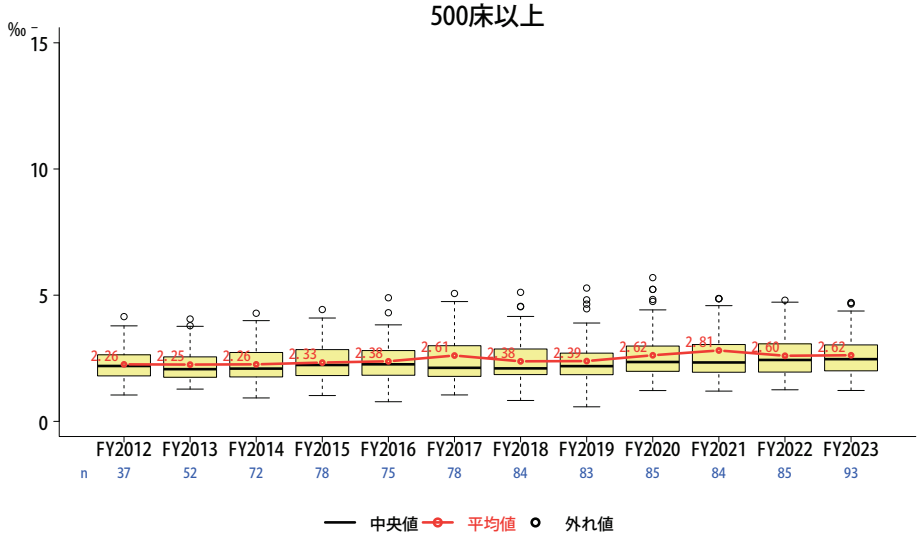
400床_499床



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母：入院延べ患者数

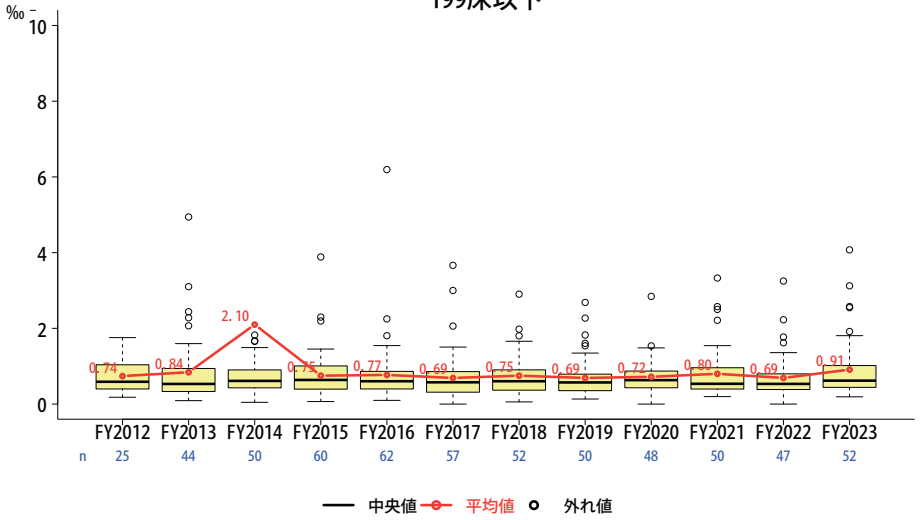
500床以上



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母：入院延べ患者数

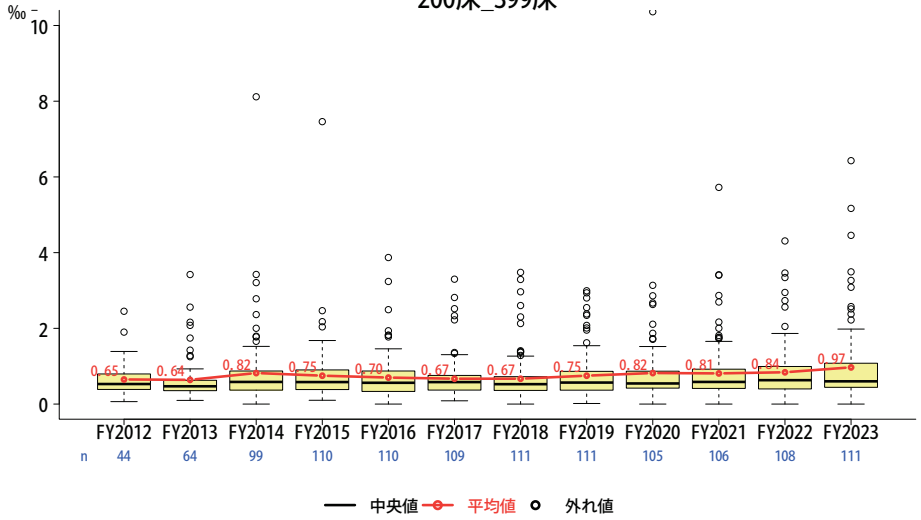
199床以下



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母：入院延べ患者数

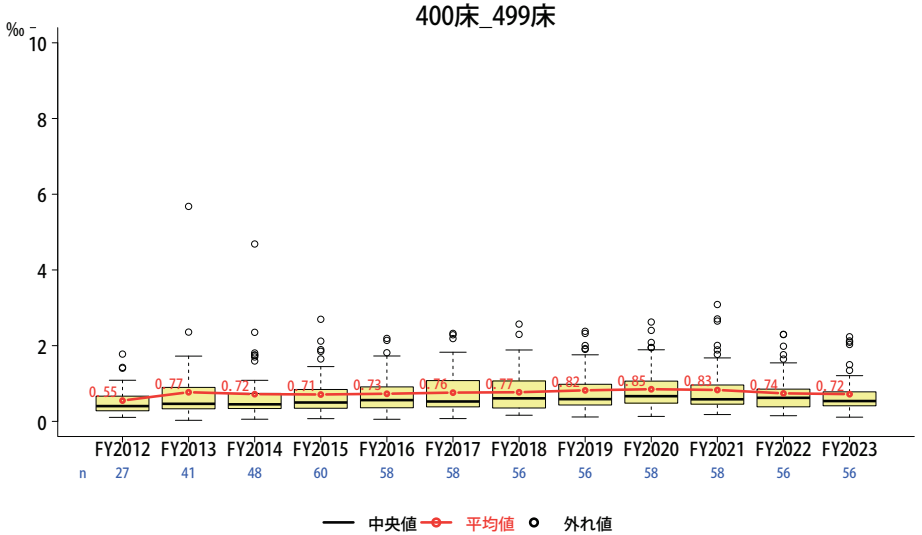
200床_399床



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母：入院延べ患者数

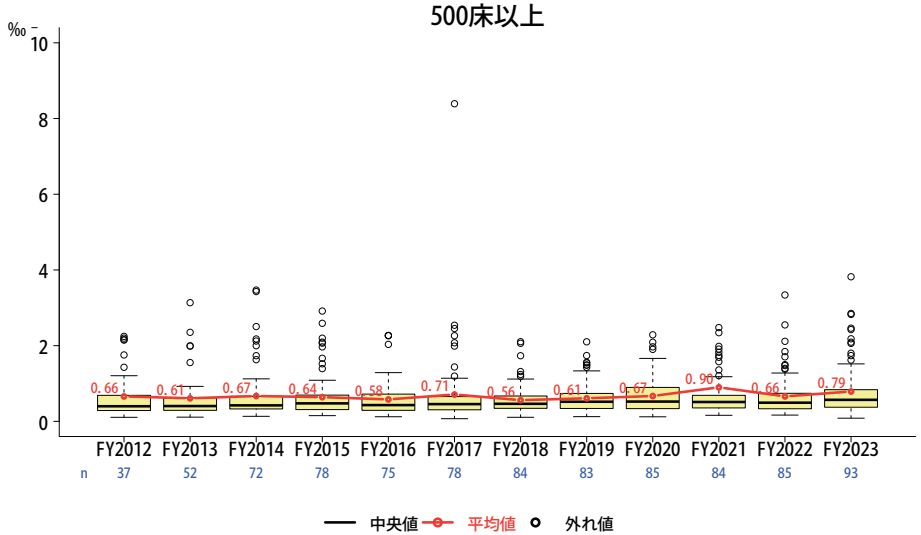
400床_499床



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母：入院延べ患者数

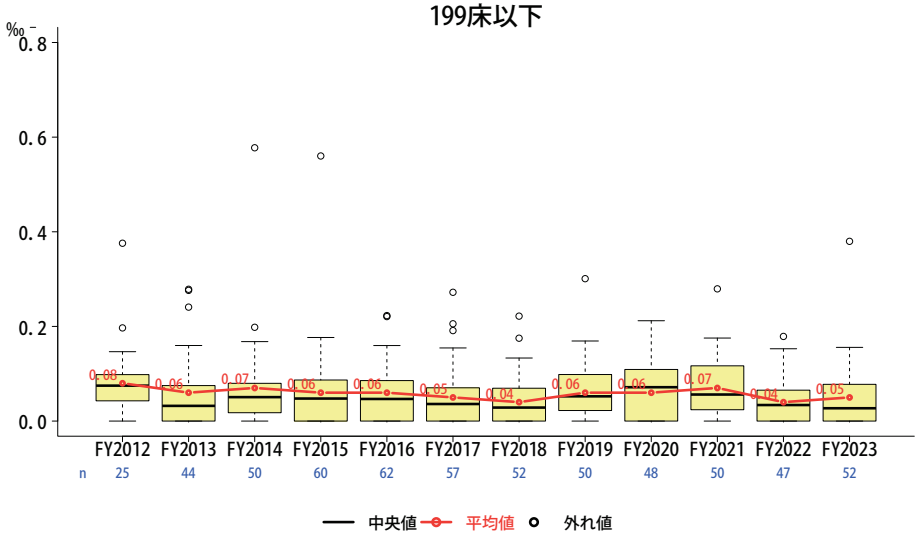
500床以上



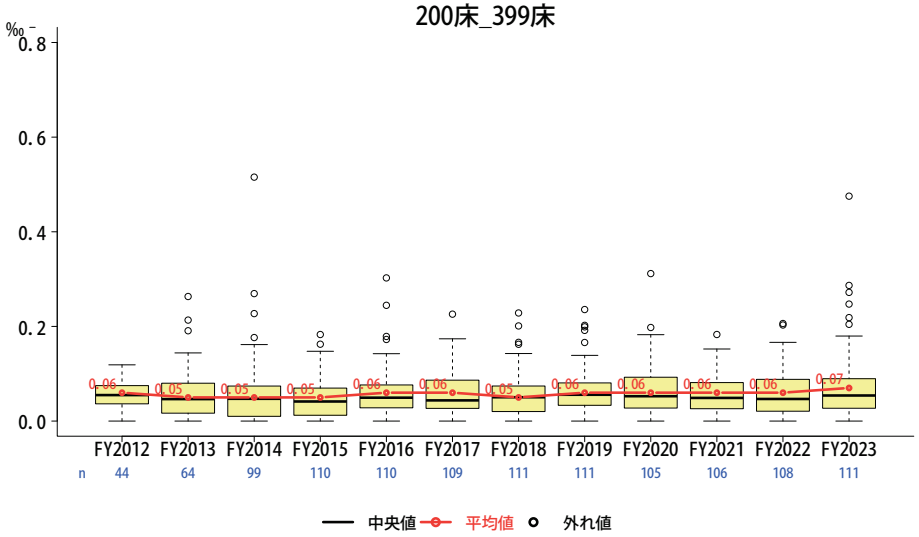
一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル4以上）

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母：入院延べ患者数

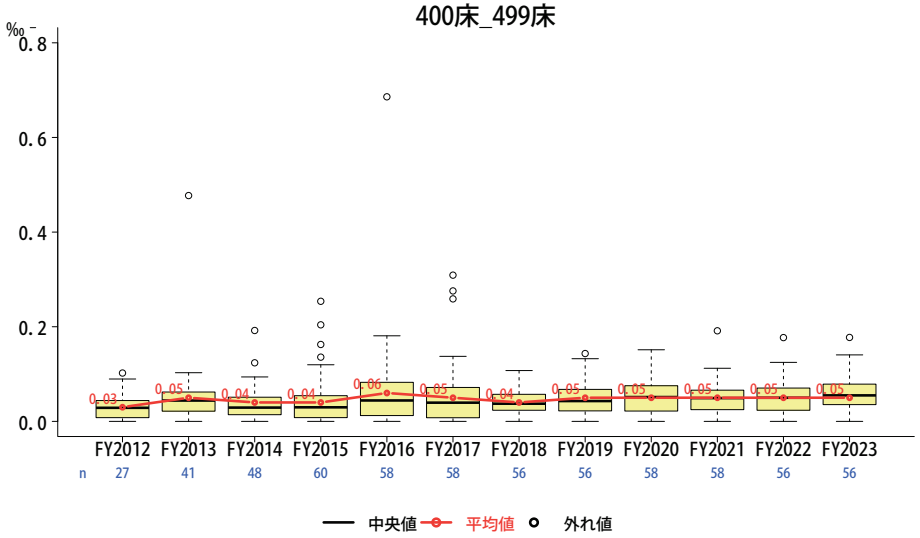
199床以下



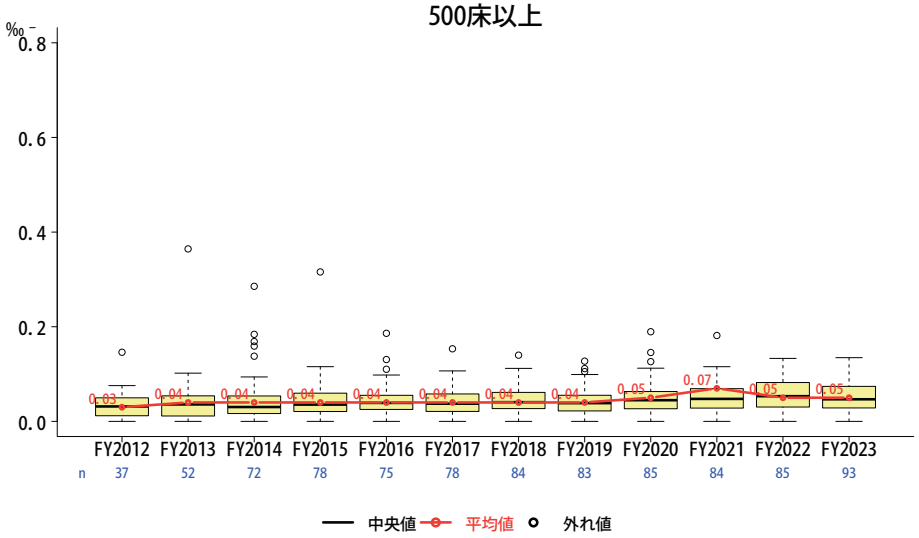
200床_399床



400床_499床



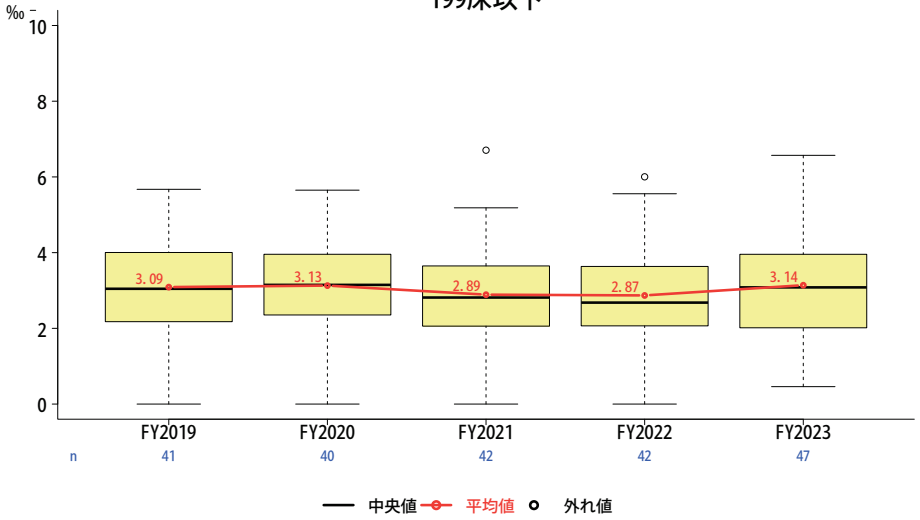
500床以上



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

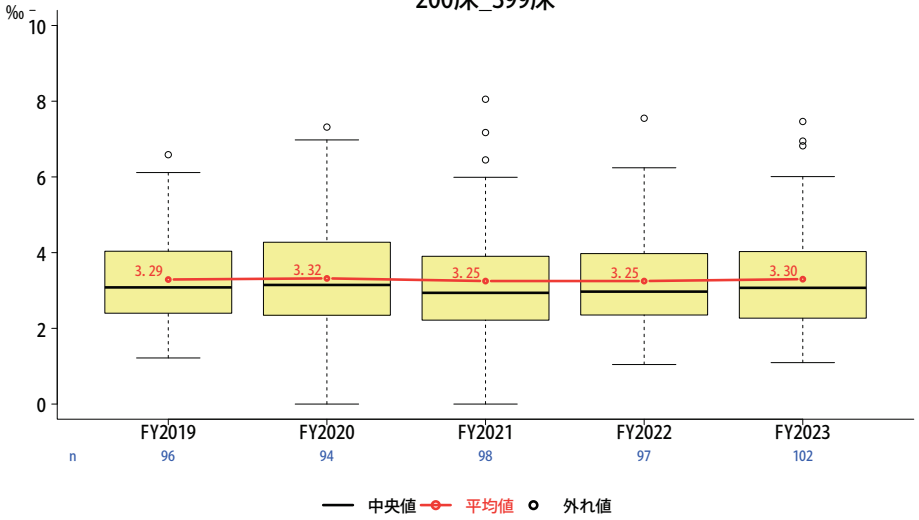
199床以下



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

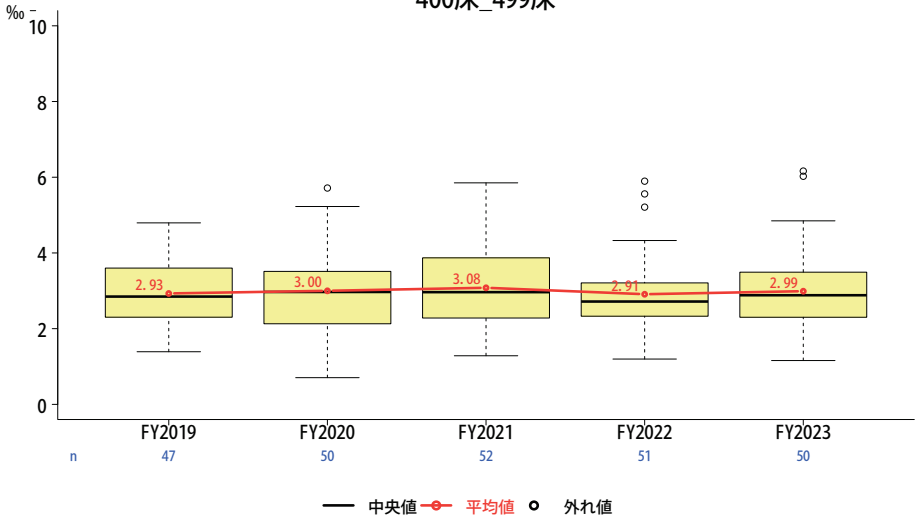
200床_399床



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

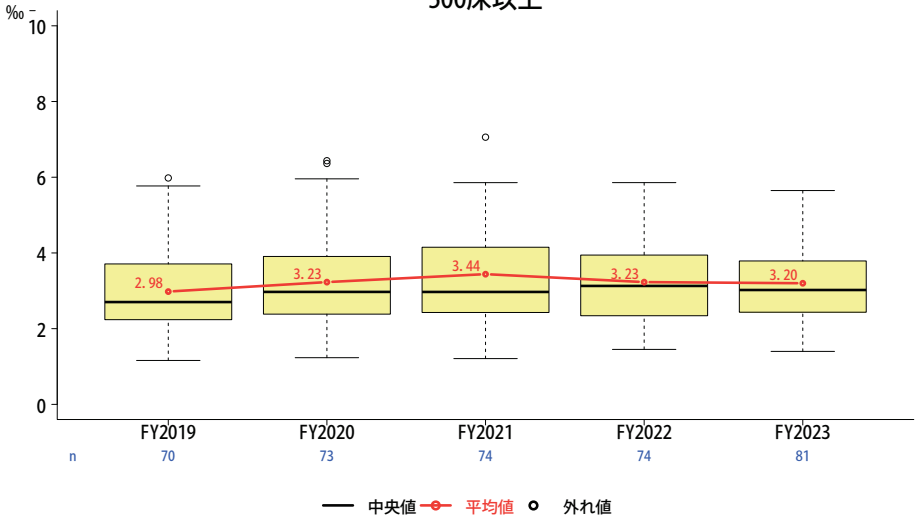
400床_499床



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

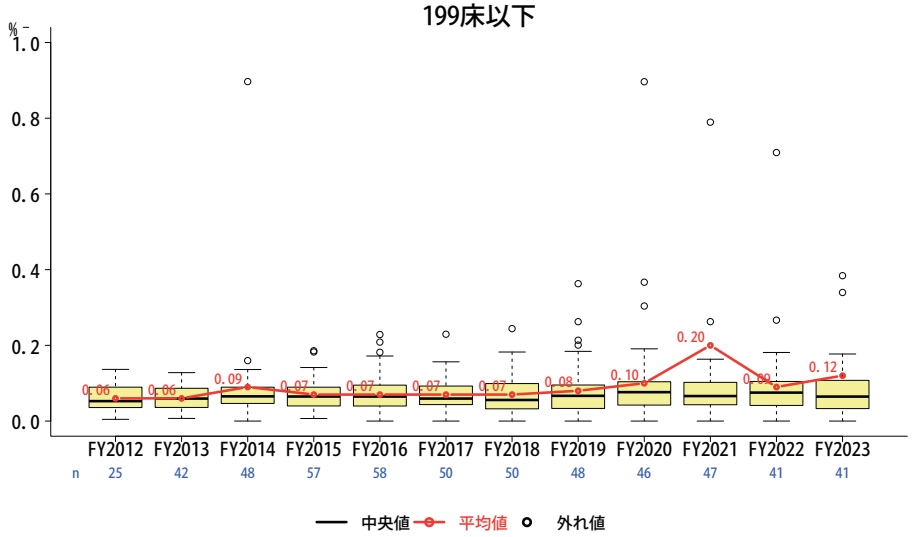
500床以上



一般-9 褥瘡発生率

分子：調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母：入院延べ患者数

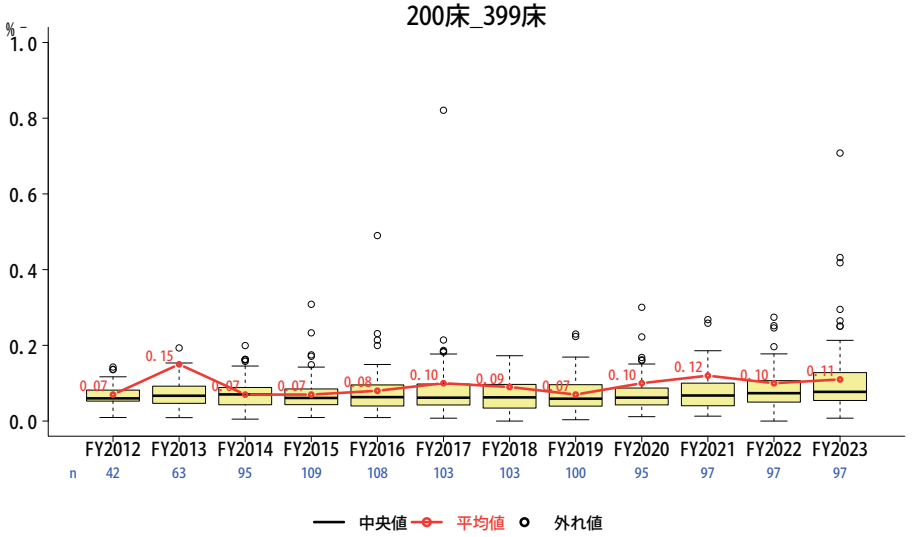
199床以下



一般-9 褥瘡発生率

分子：調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母：入院延べ患者数

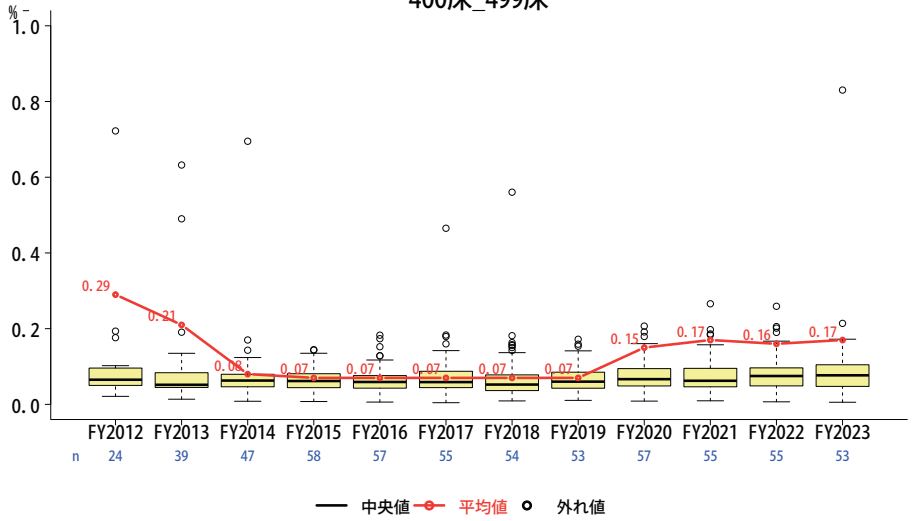
200床_399床



一般-9 褥瘡発生率

分子：調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母：入院延べ患者数

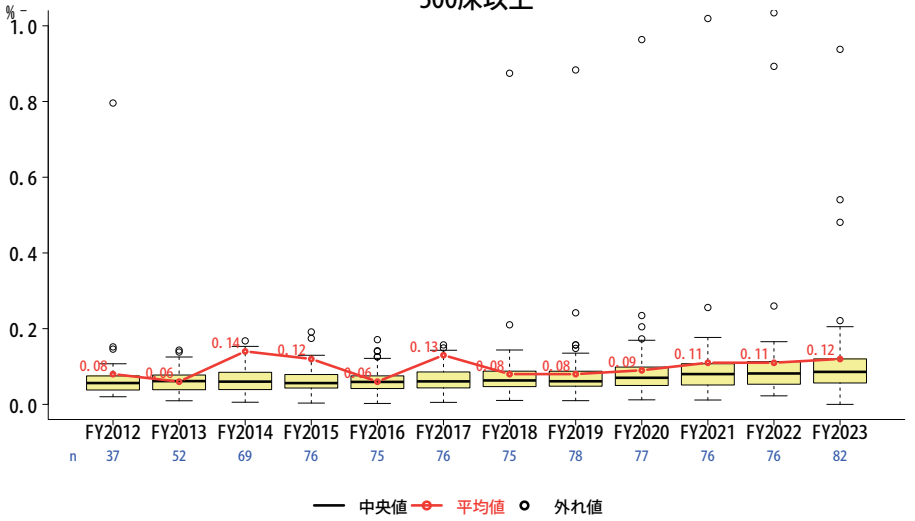
400床_499床



一般-9 褥瘡発生率

分子：調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母：入院延べ患者数

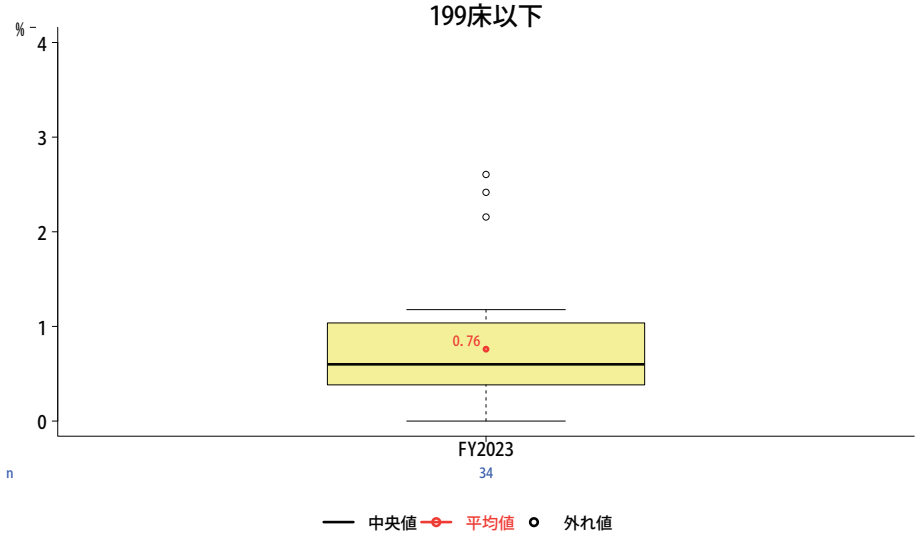
500床以上



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

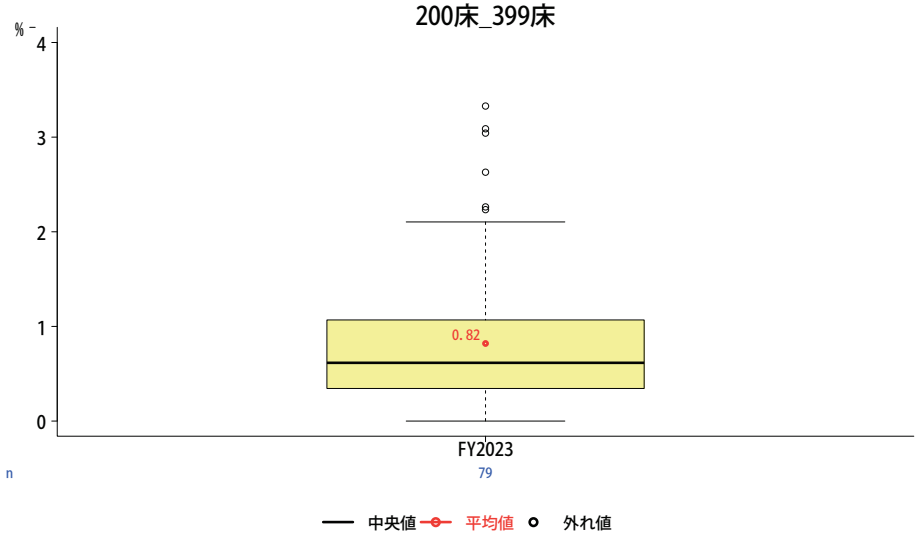
199床以下



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

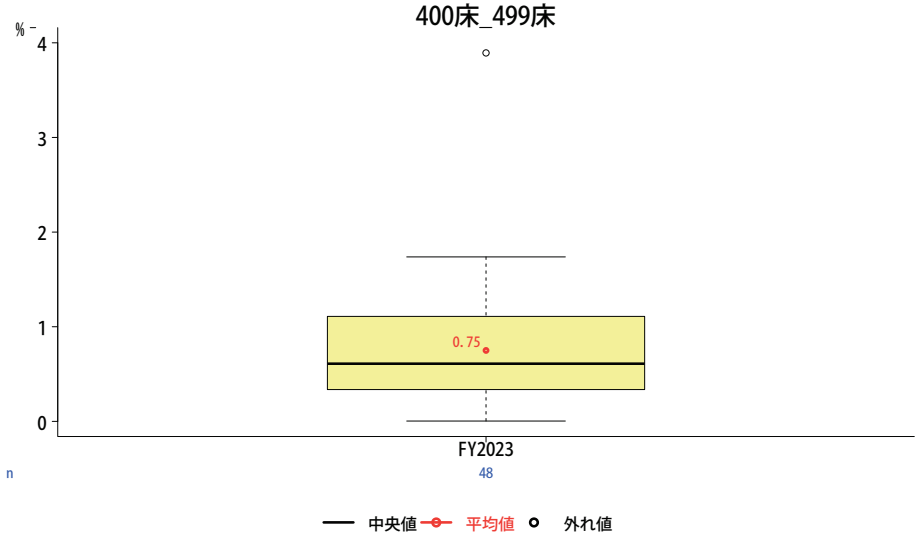
200床_399床



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

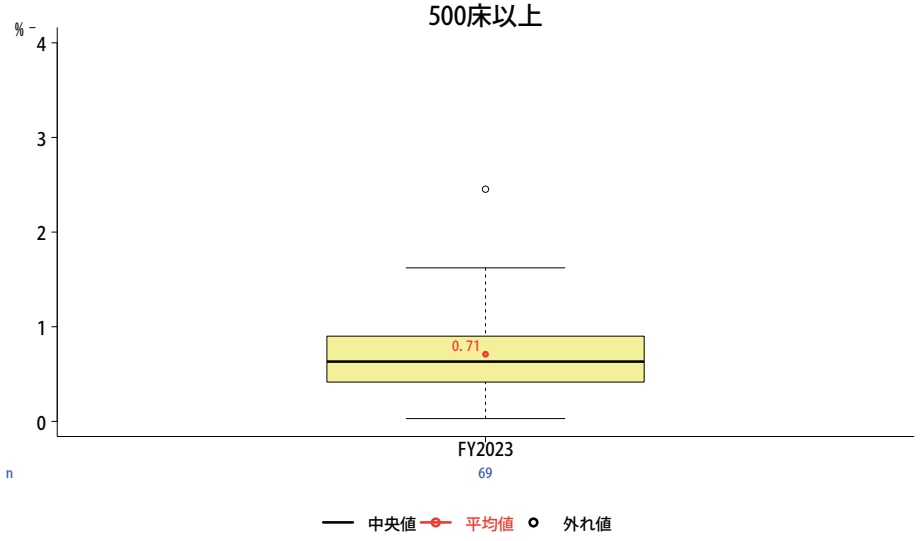
400床_499床



一般-10 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

分子：調査期間中にd2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
分母：調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

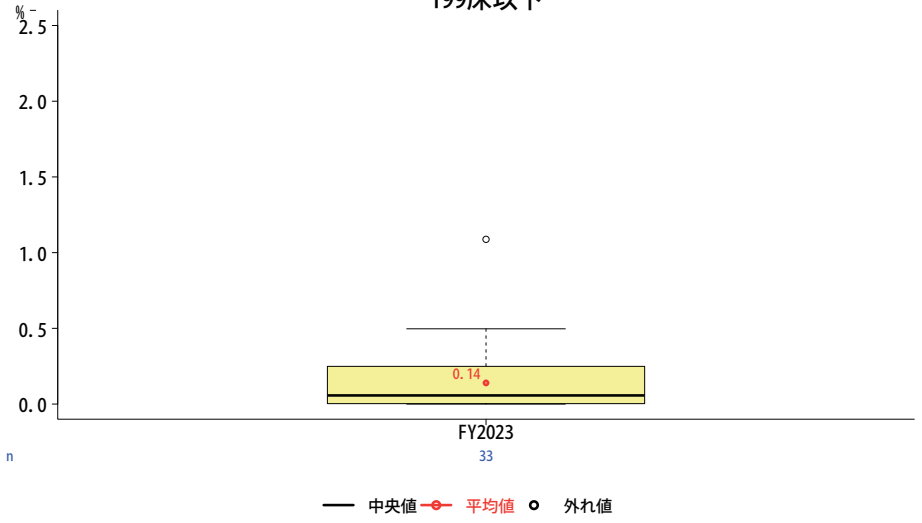
500床以上



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子:調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
分母:調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

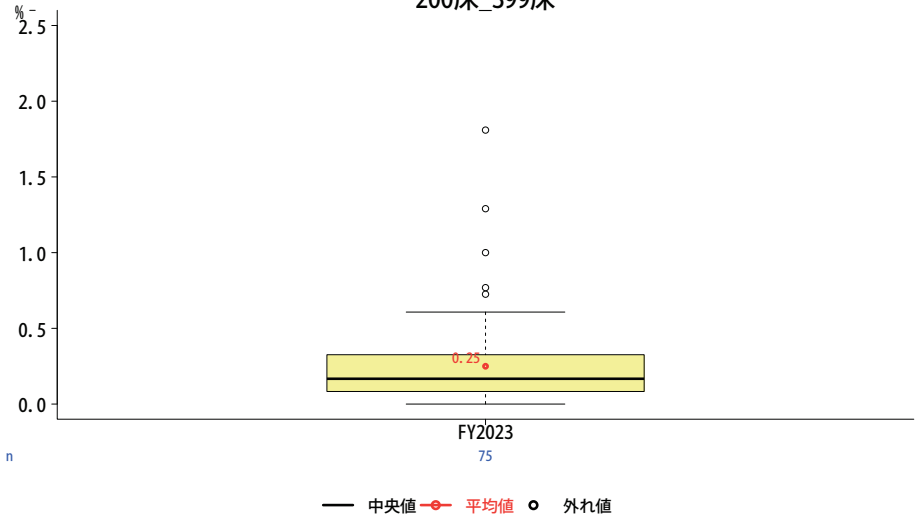
199床以下



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子:調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
分母:調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

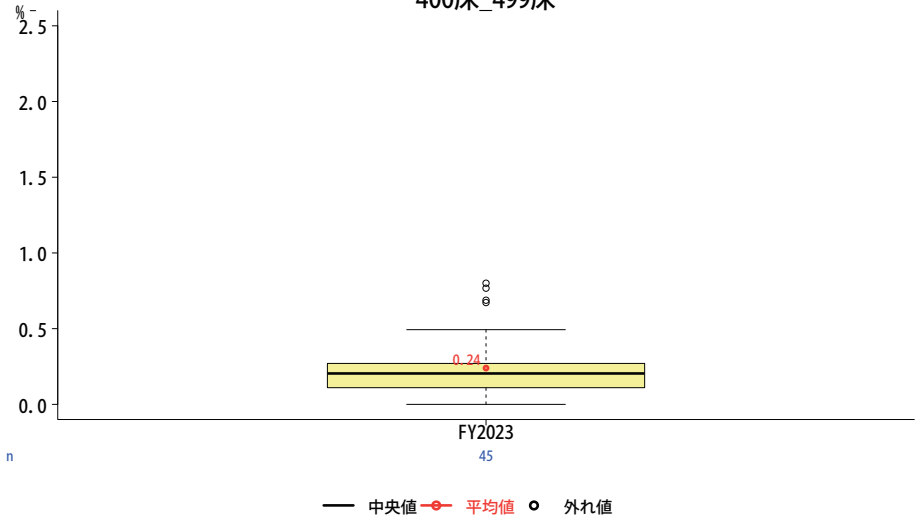
200床_399床



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子:調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
分母:調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

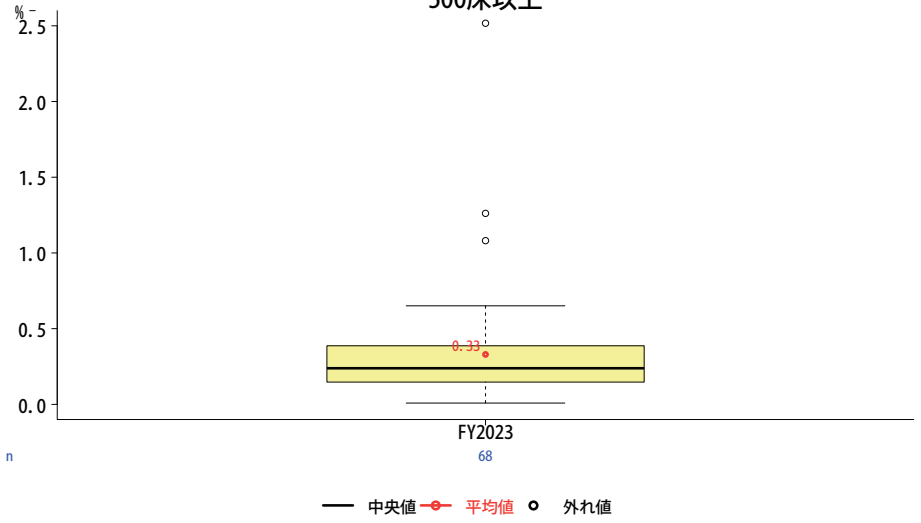
400床_499床



一般-11 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

分子:調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生患者数
分母:調査期間初日（0時時点）の入院患者数＋調査期間に新たに入院した患者数

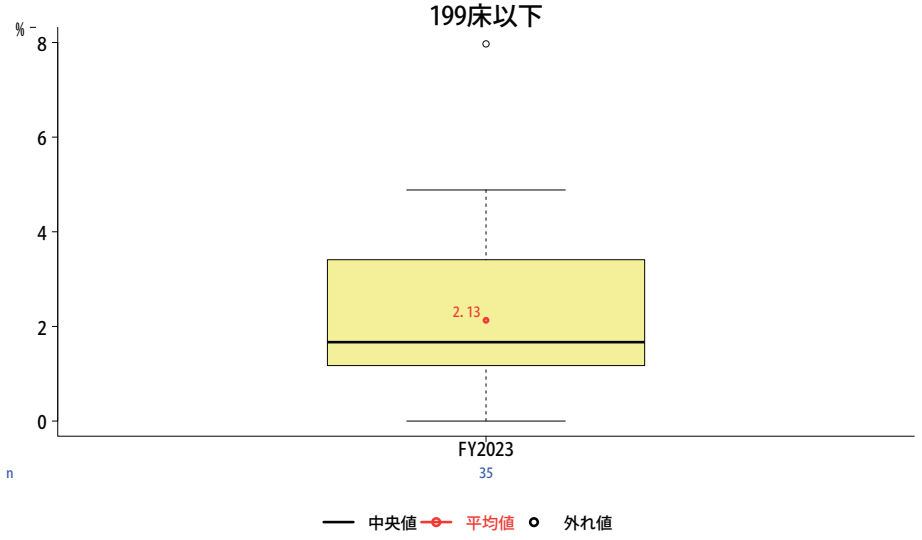
500床以上



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子：入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母：調査期間に新たに入院した患者数

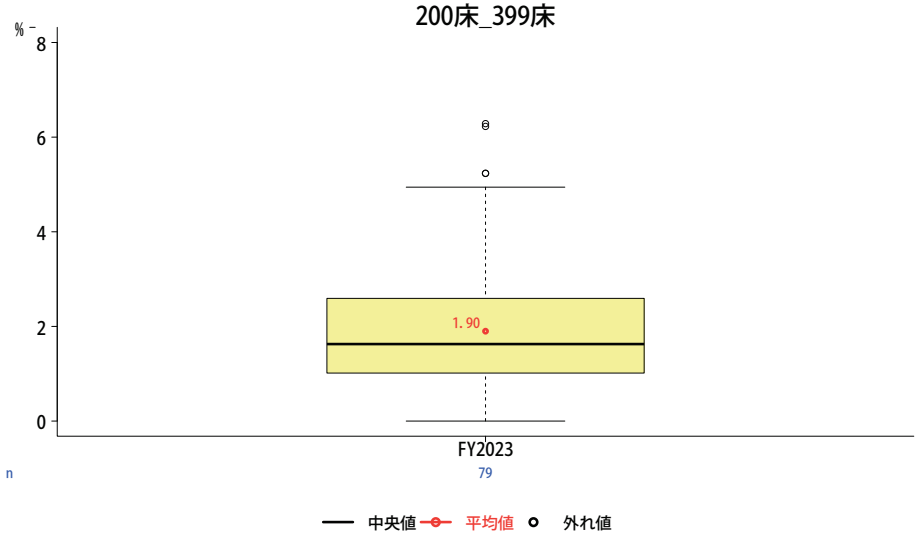
199床以下



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子：入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母：調査期間に新たに入院した患者数

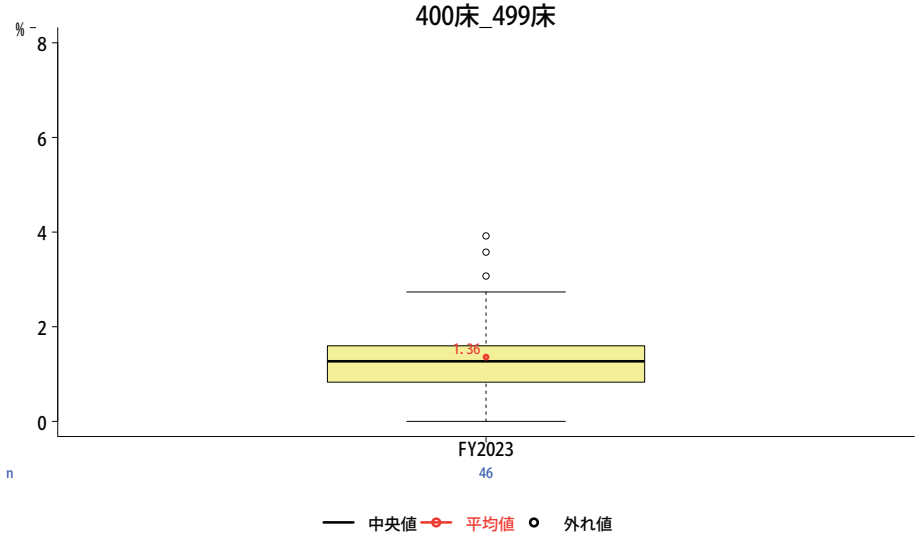
200床_399床



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子：入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母：調査期間に新たに入院した患者数

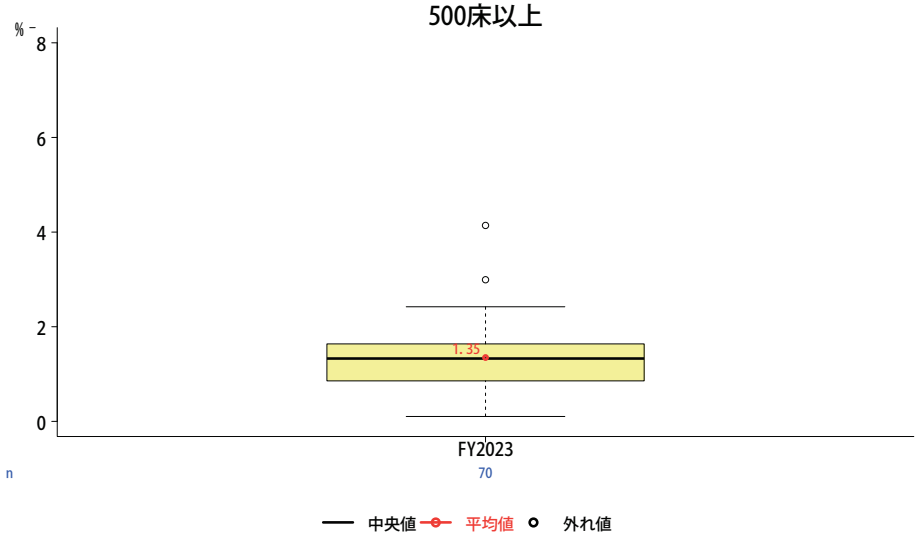
400床_499床



一般-12 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

分子：入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母：調査期間に新たに入院した患者数

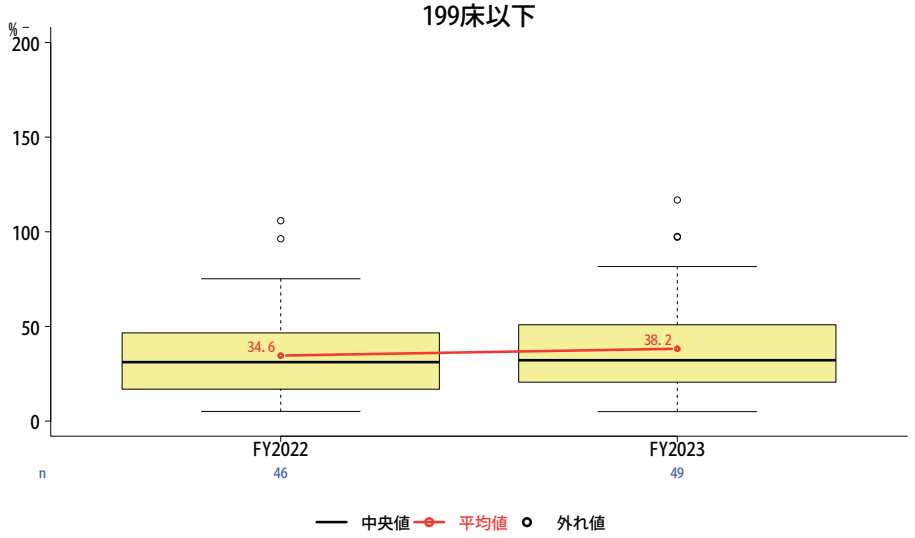
500床以上



一般-13 紹介割合

分子：（紹介患者数＋救急患者数）
分母：初診患者数

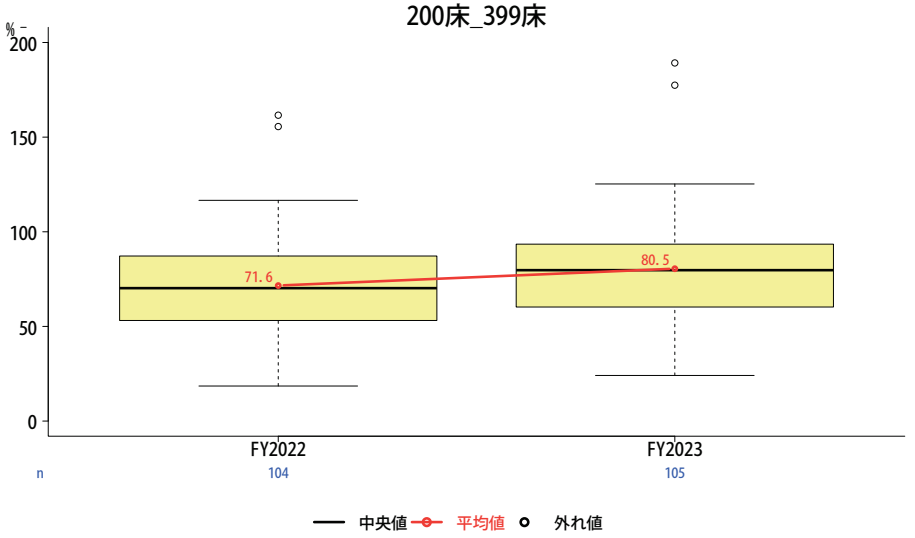
199床以下



一般-13 紹介割合

分子：（紹介患者数＋救急患者数）
分母：初診患者数

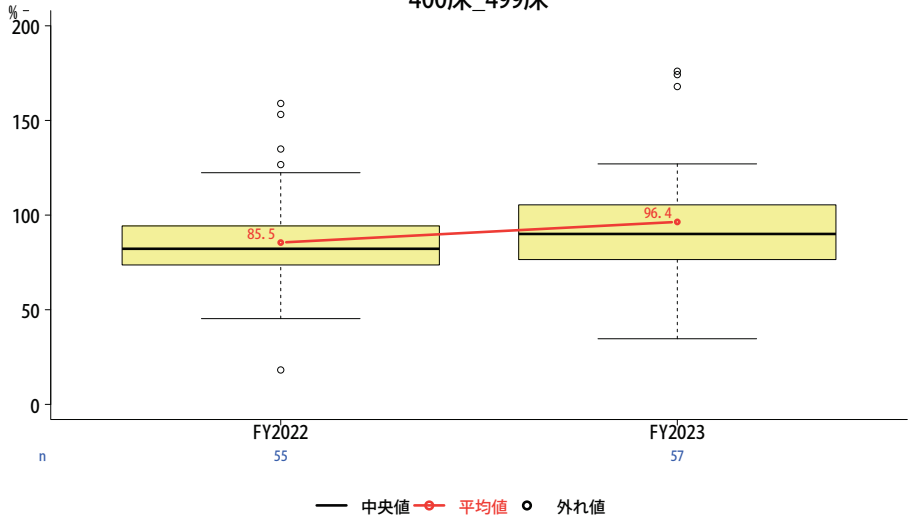
200床_399床



一般-13 紹介割合

分子：（紹介患者数＋救急患者数）
分母：初診患者数

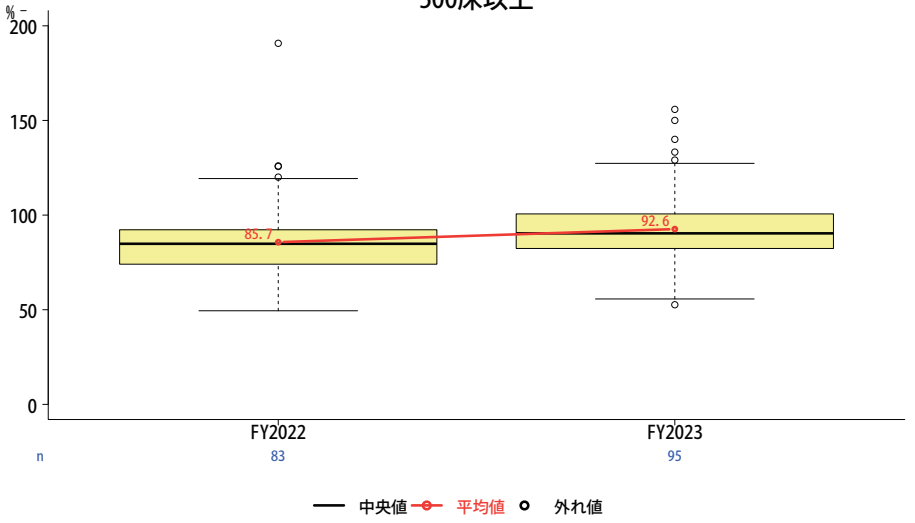
400床_499床

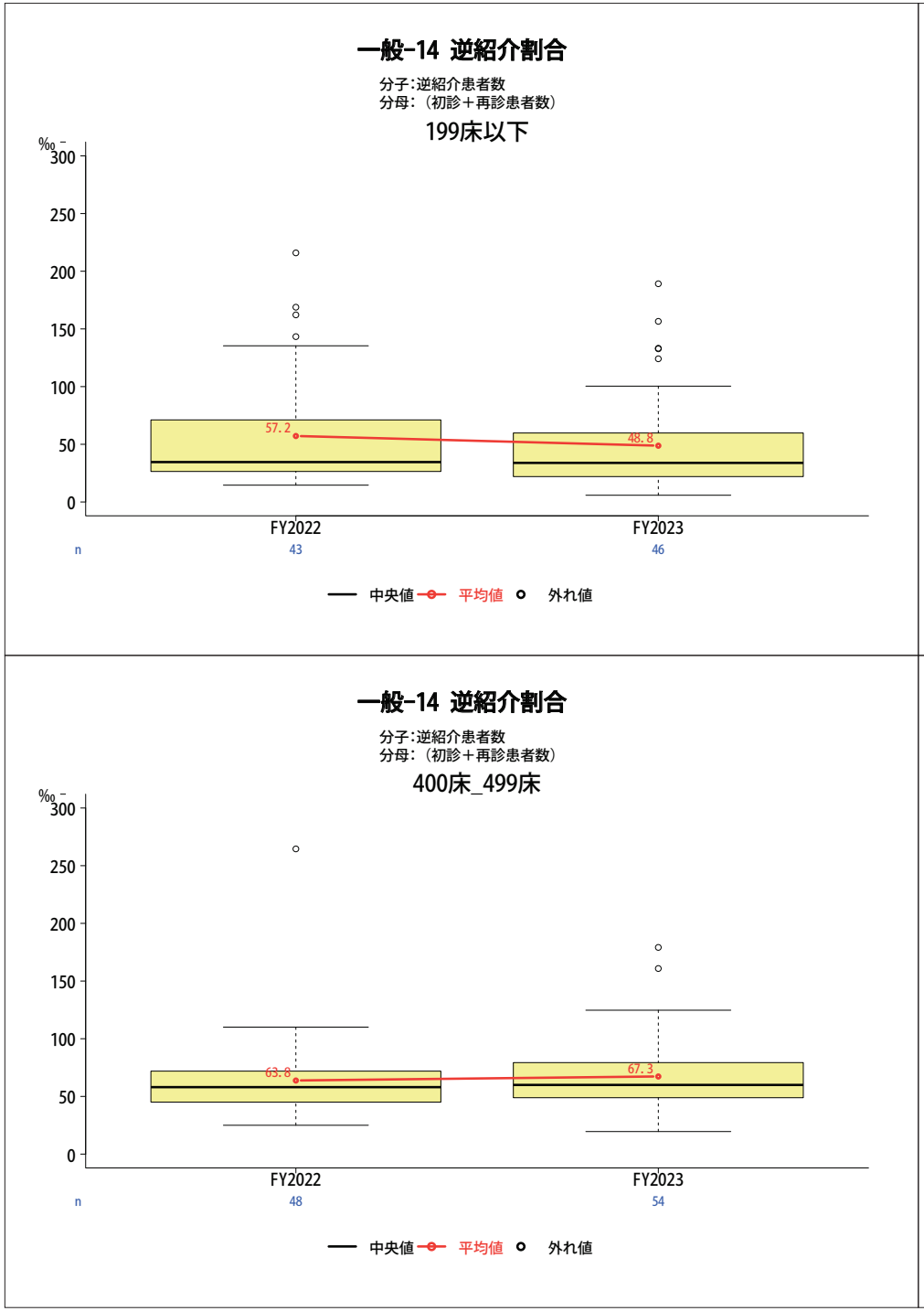


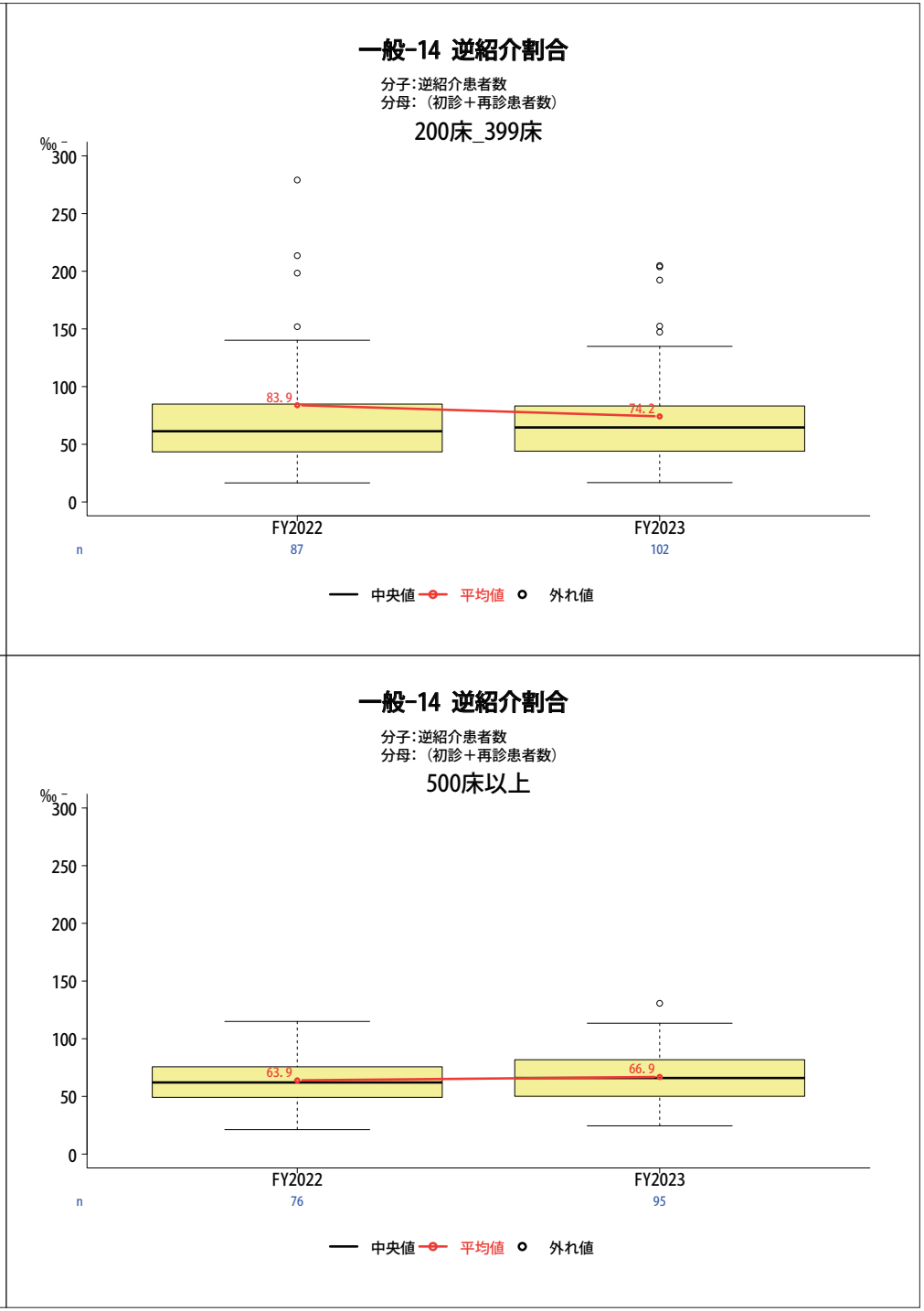
一般-13 紹介割合

分子：（紹介患者数＋救急患者数）
分母：初診患者数

500床以上




一般-14 逆紹介割合
分子:逆紹介患者数
分母:（初診＋再診患者数）
199床以下
‰
300
250
200
150
100
50
0
57.2
48.8
FY2022
FY2023
n
43
46
中央値
平均値
外れ値


一般-14 逆紹介割合
分子:逆紹介患者数
分母:（初診＋再診患者数）
200床_399床
‰
300
250
200
150
100
50
0
83.9
74.2
FY2022
FY2023
n
87
102
中央値
平均値
外れ値

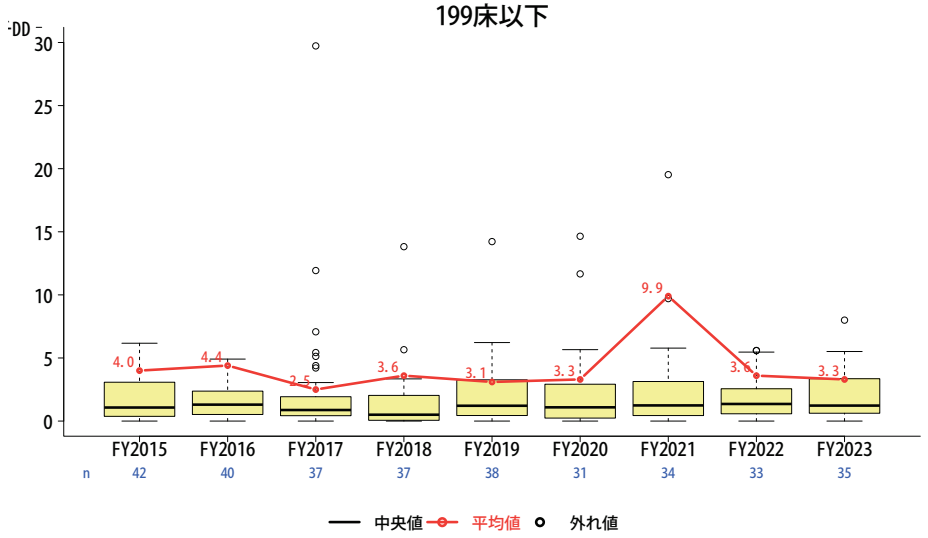
一般-14 逆紹介割合
分子:逆紹介患者数
分母:（初診＋再診患者数）
400床_499床
‰
300
250
200
150
100
50
0
63.8
67.3
FY2022
FY2023
n
48
54
中央値
平均値
外れ値

一般-14 逆紹介割合
分子:逆紹介患者数
分母:（初診＋再診患者数）
500床以上
‰
300
250
200
150
100
50
0
63.9
66.9
FY2022
FY2023
n
76
95
中央値
平均値
外れ値

一般-15 症候性尿路感染症発生率

分子：分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母：入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

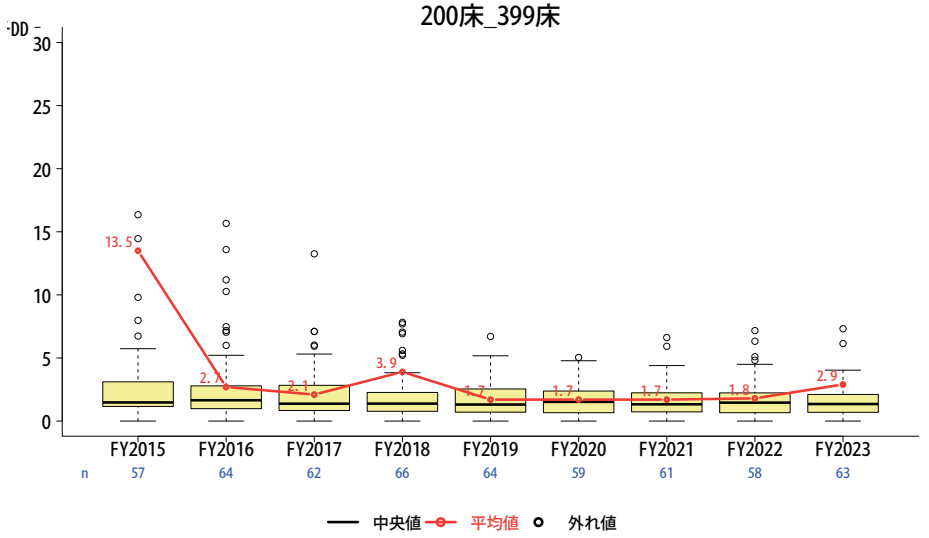
199床以下



一般-15 症候性尿路感染症発生率

分子：分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母：入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

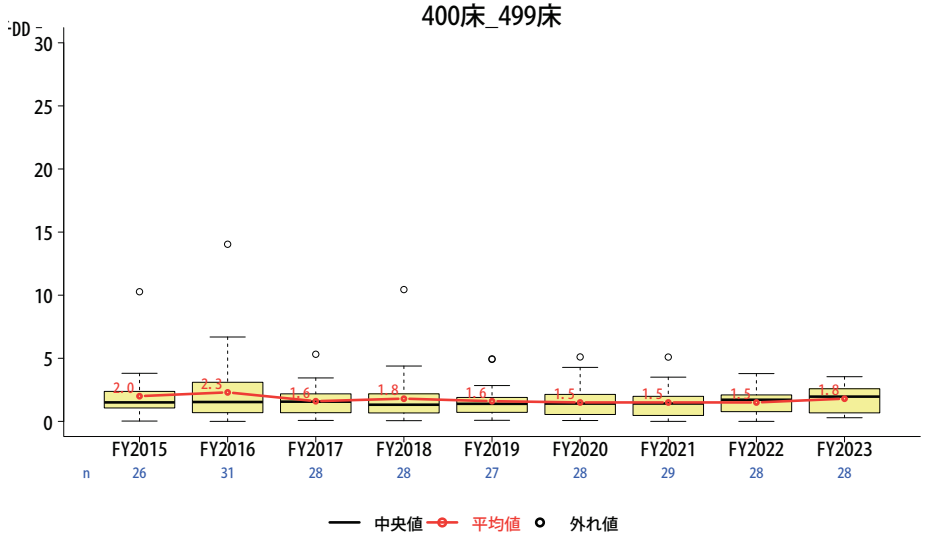
200床_399床



一般-15 症候性尿路感染症発生率

分子：分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母：入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

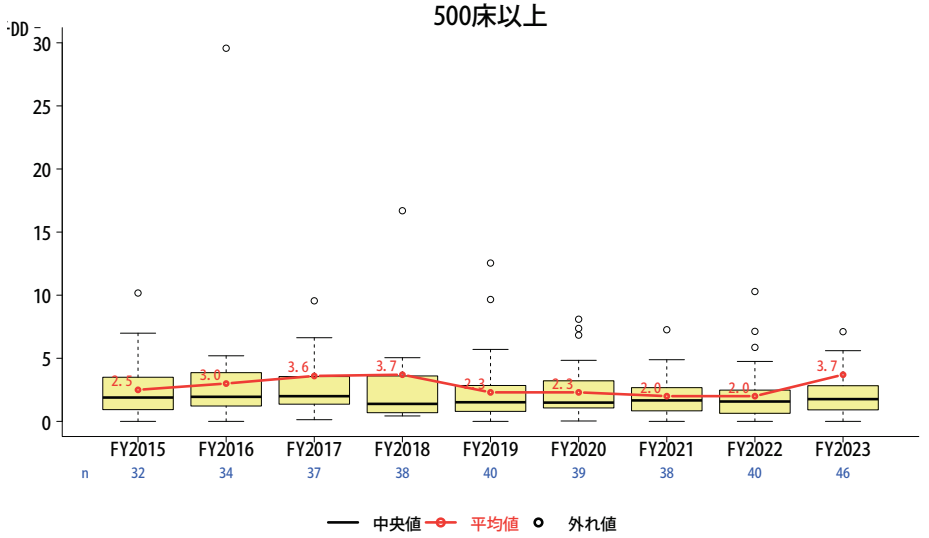
400床_499床



一般-15 症候性尿路感染症発生率

分子：分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母：入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

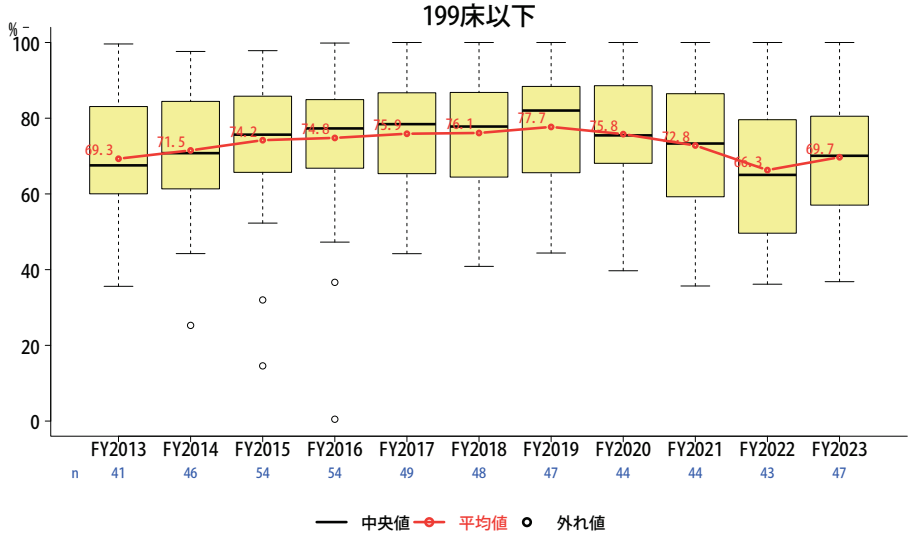
500床以上



一般-16 救急車・ホットラインの応需率

分子：救急車で来院した患者数
分母：救急車受け入れ要請件数

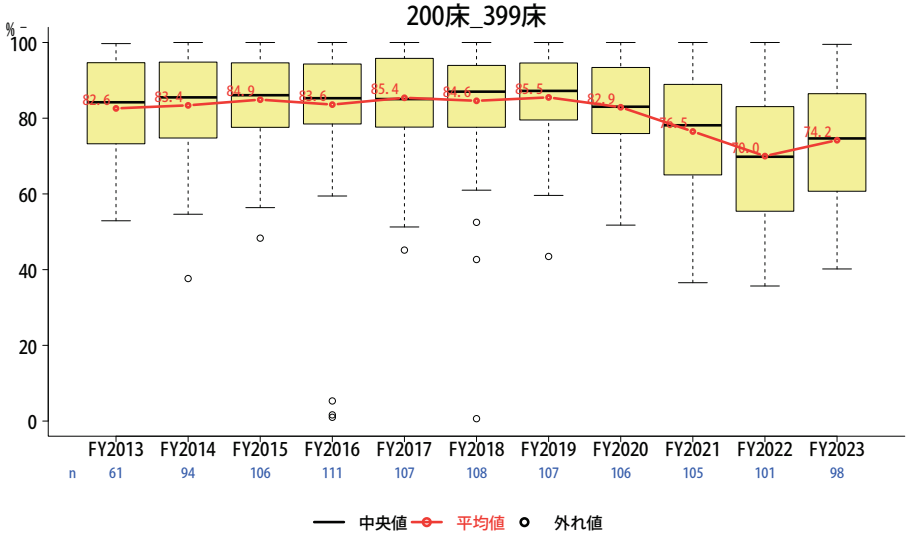
199床以下



一般-16 救急車・ホットラインの応需率

分子：救急車で来院した患者数
分母：救急車受け入れ要請件数

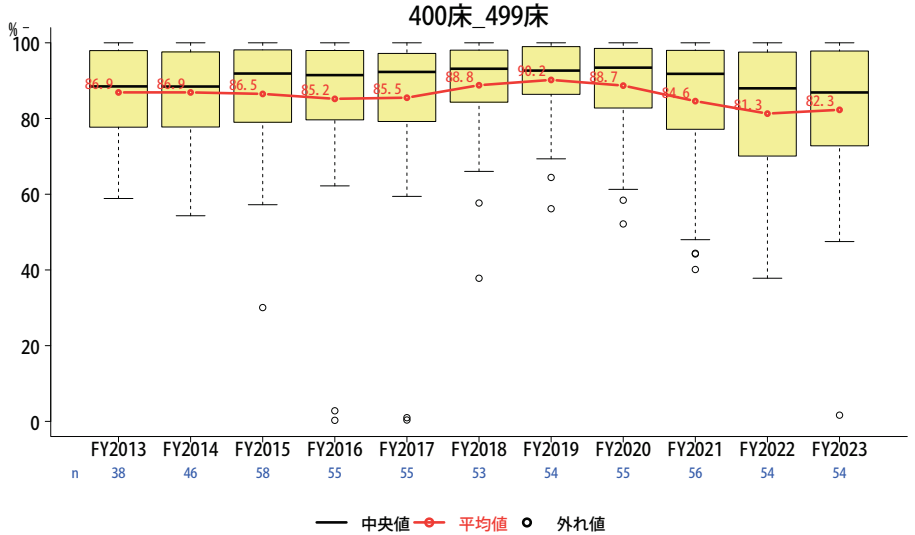
200床_399床



一般-16 救急車・ホットラインの応需率

分子：救急車で来院した患者数
分母：救急車受け入れ要請件数

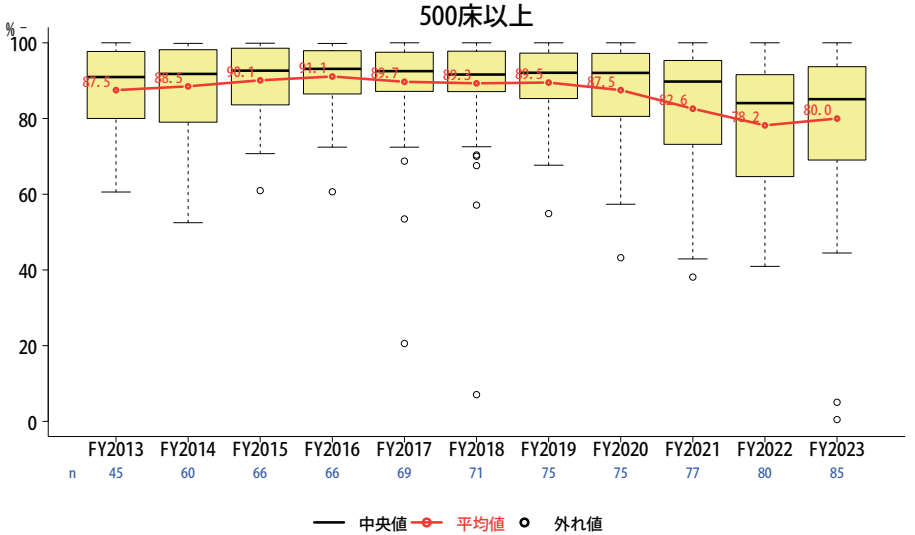
400床_499床



一般-16 救急車・ホットラインの応需率

分子：救急車で来院した患者数
分母：救急車受け入れ要請件数

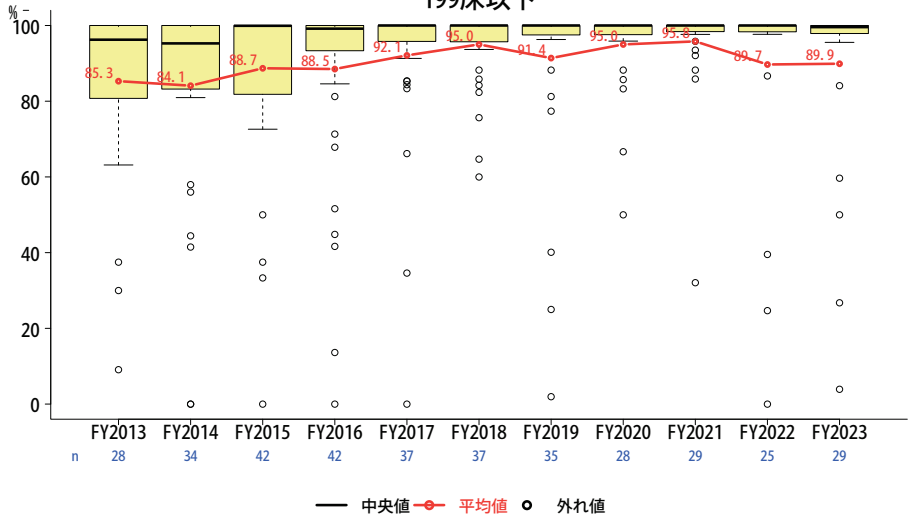
500床以上



一般-17 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母：特定術式の手術件数

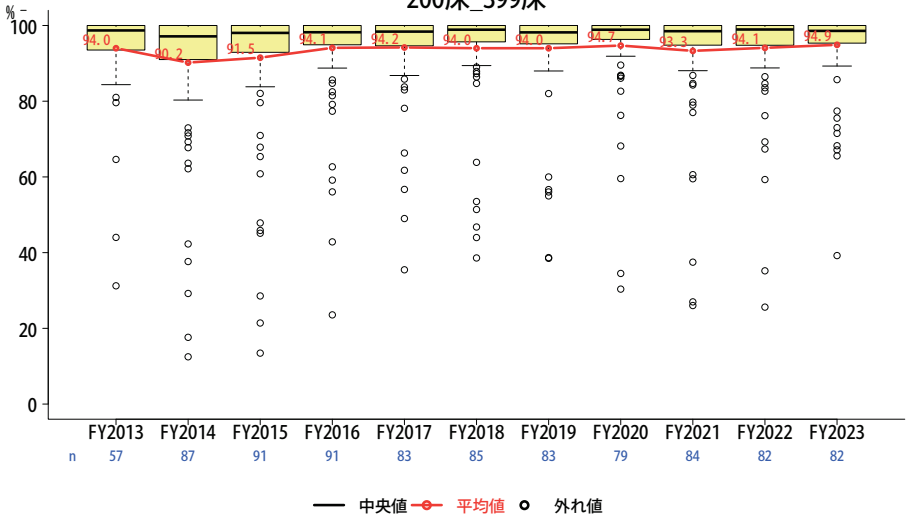
199床以下



一般-17 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母：特定術式の手術件数

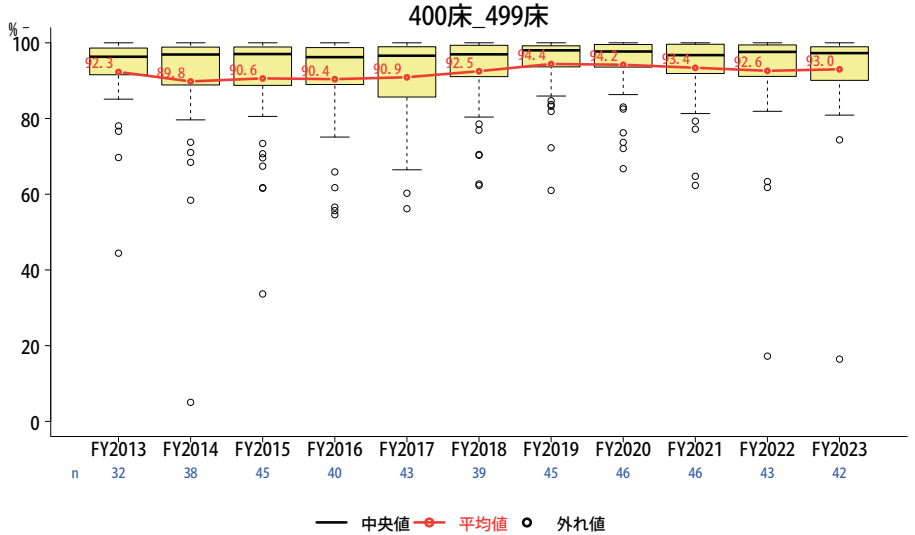
200床_399床



一般-17 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母：特定術式の手術件数

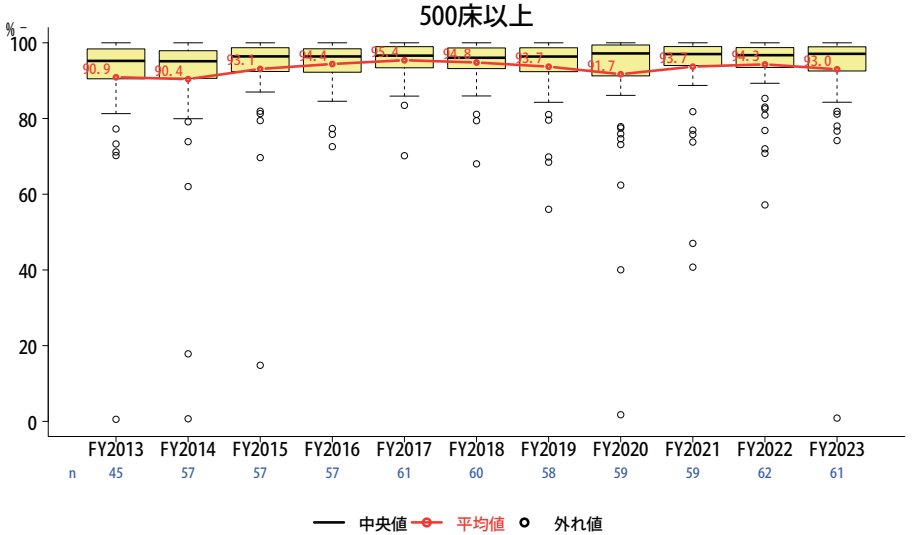
400床_499床



一般-17 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母：特定術式の手術件数

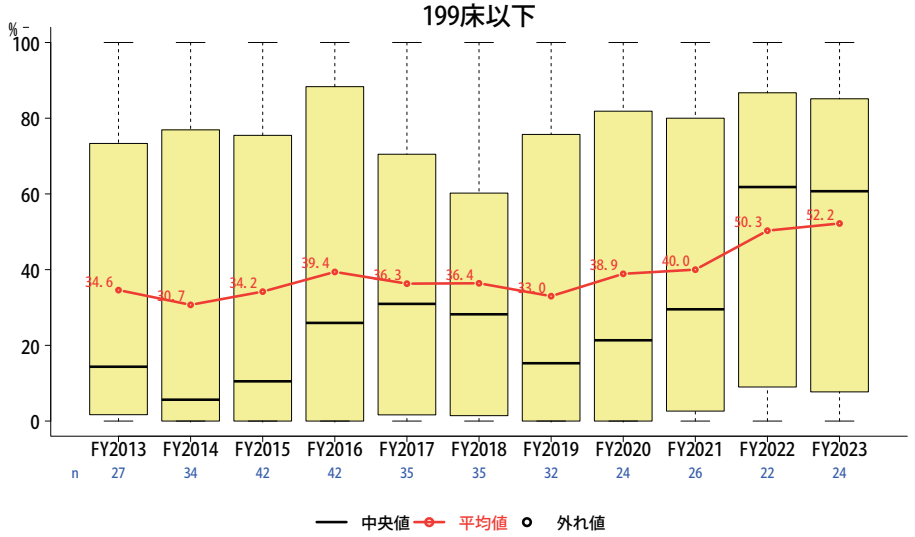
500床以上



一般-18 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子：術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数（*心臓手術は48時間以内）
分母：特定術式の手術件数

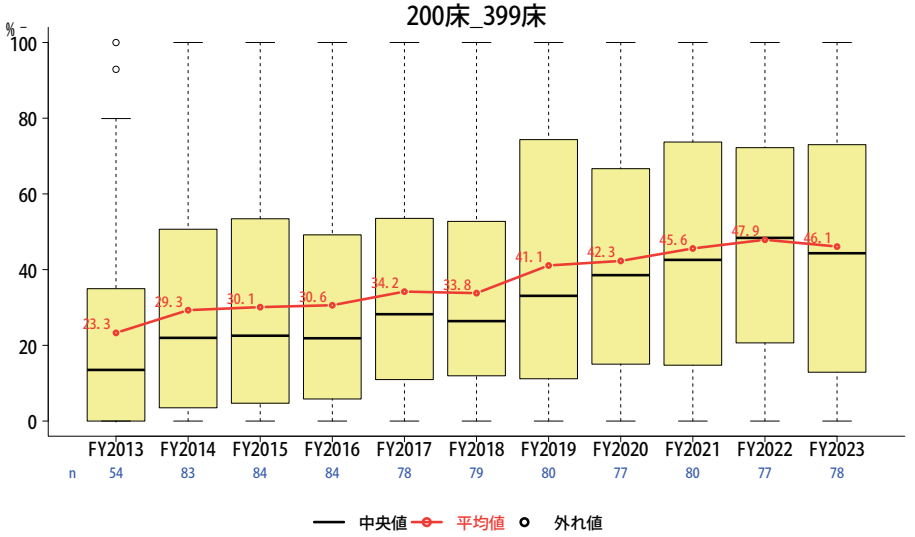
199床以下



一般-18 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子：術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数（*心臓手術は48時間以内）
分母：特定術式の手術件数

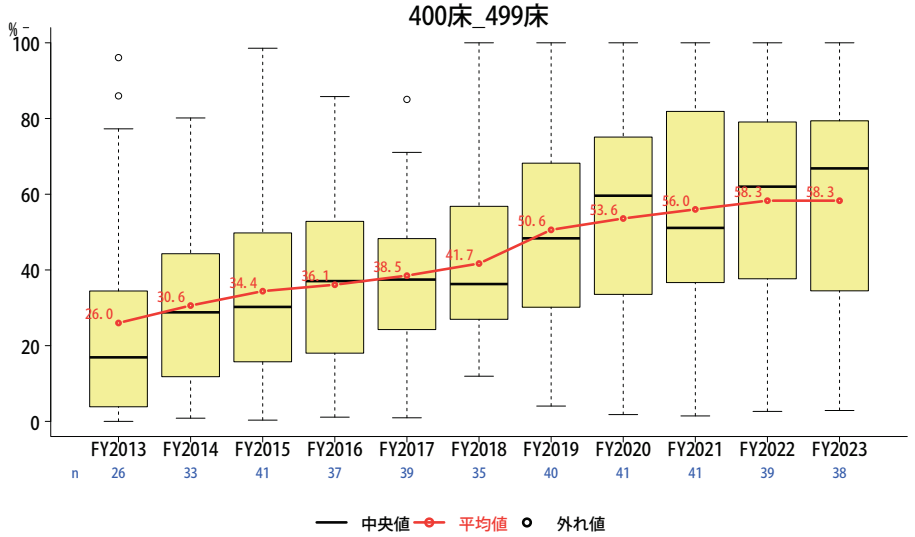
200床_399床



一般-18 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子：術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数（*心臓手術は48時間以内）
分母：特定術式の手術件数

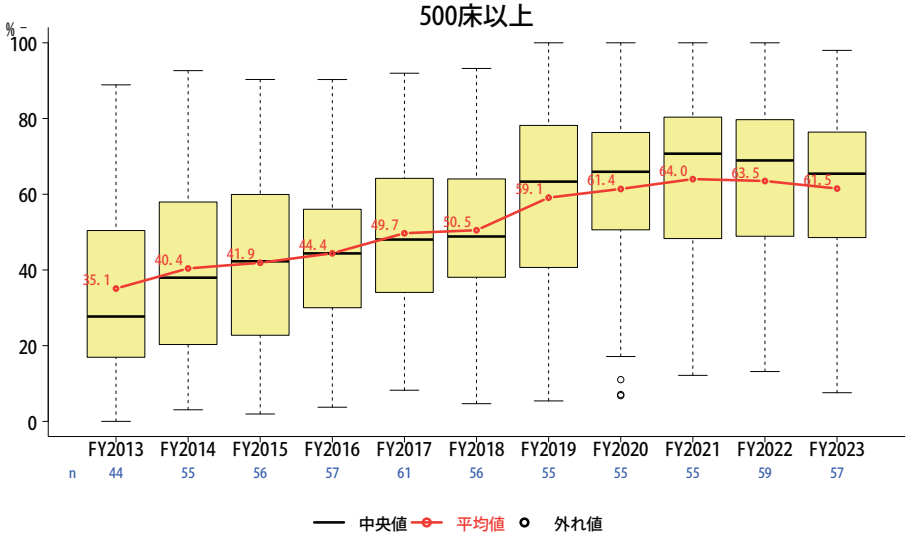
400床_499床



一般-18 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子：術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数（*心臓手術は48時間以内）
分母：特定術式の手術件数

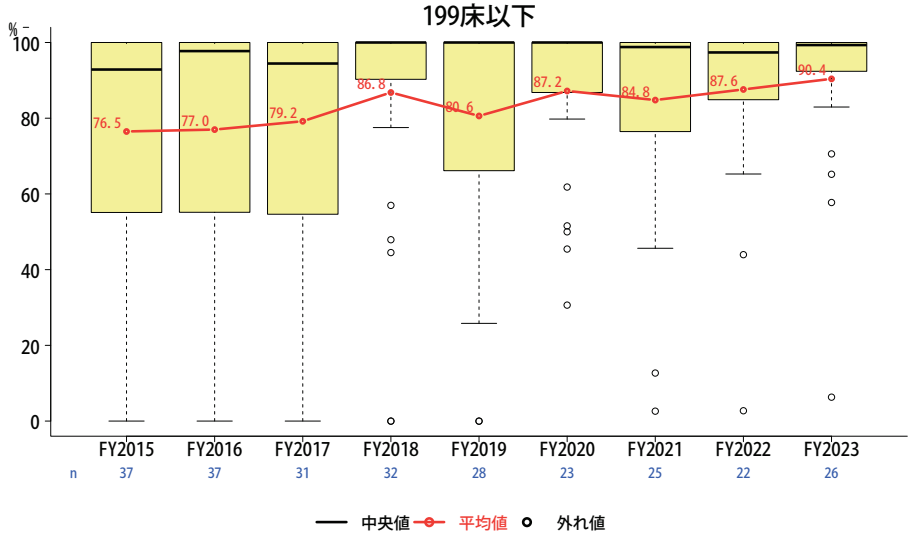
500床以上



一般-19 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子：術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母：特定術式の手術件数

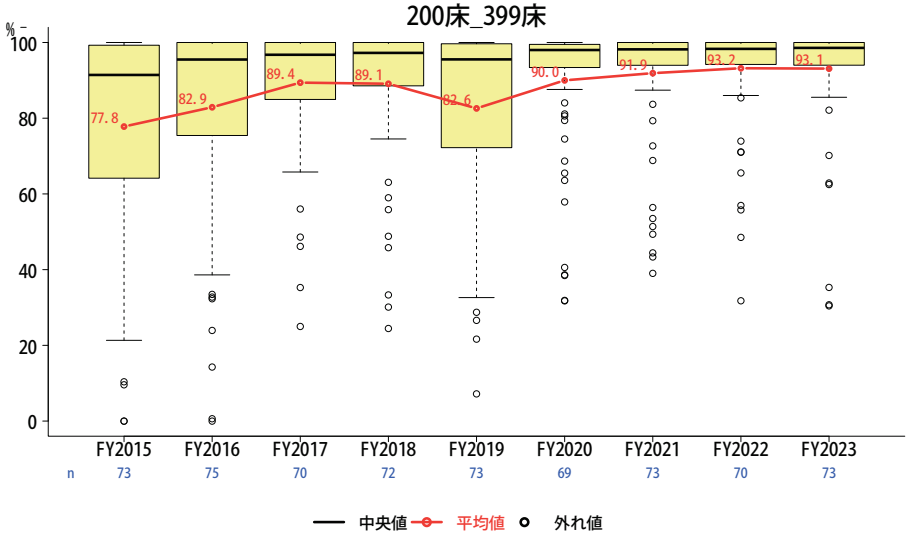
199床以下



一般-19 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子：術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母：特定術式の手術件数

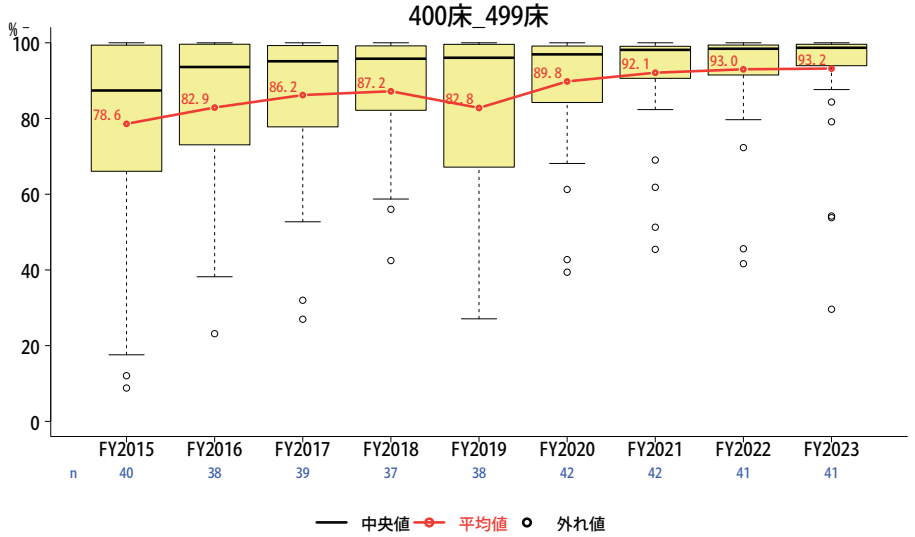
200床_399床



一般-19 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子：術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母：特定術式の手術件数

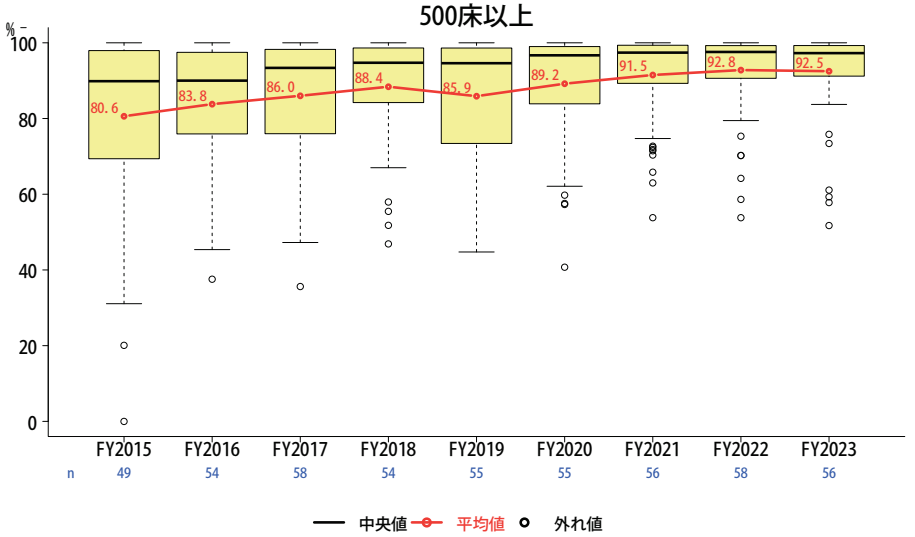
400床_499床

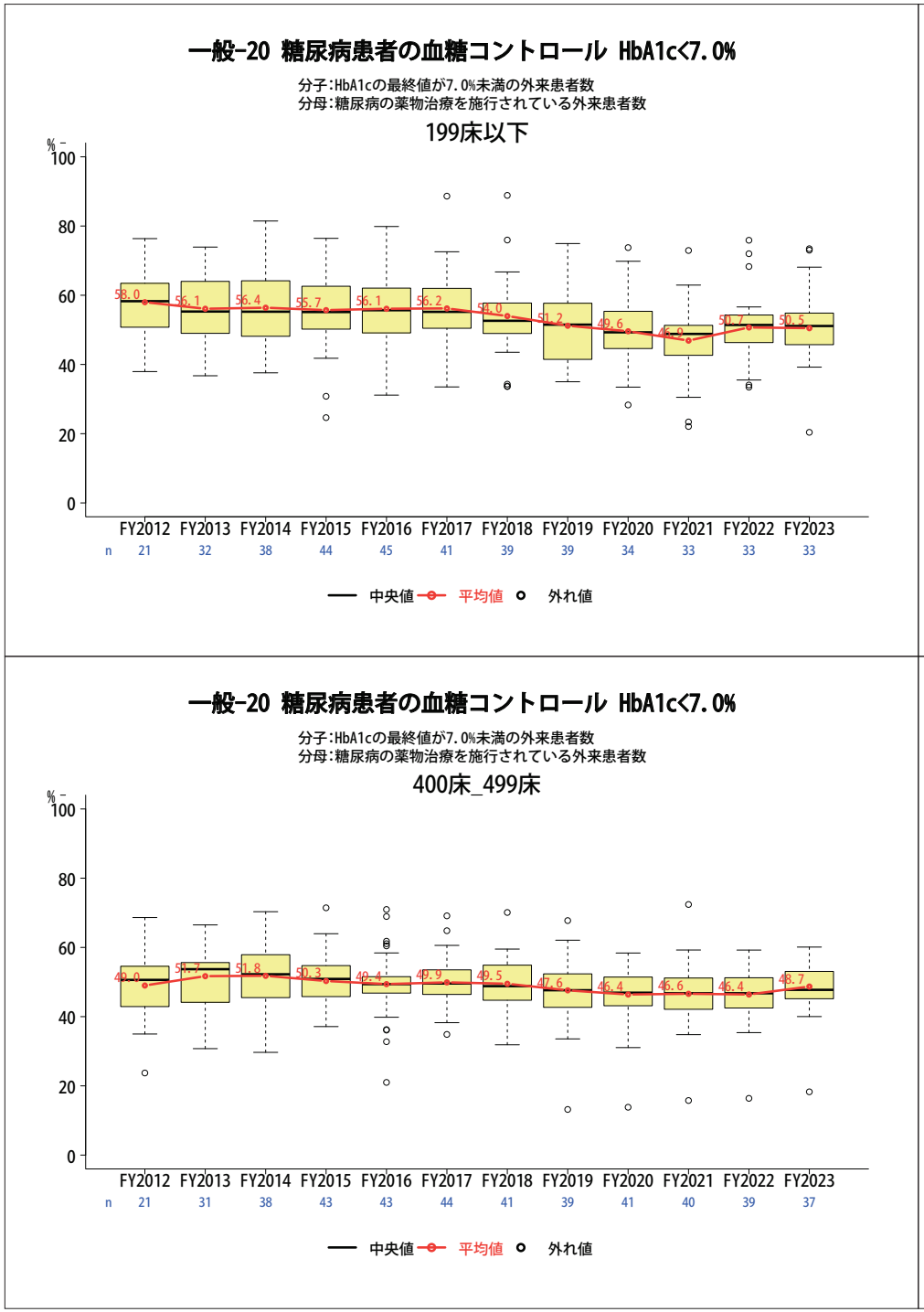


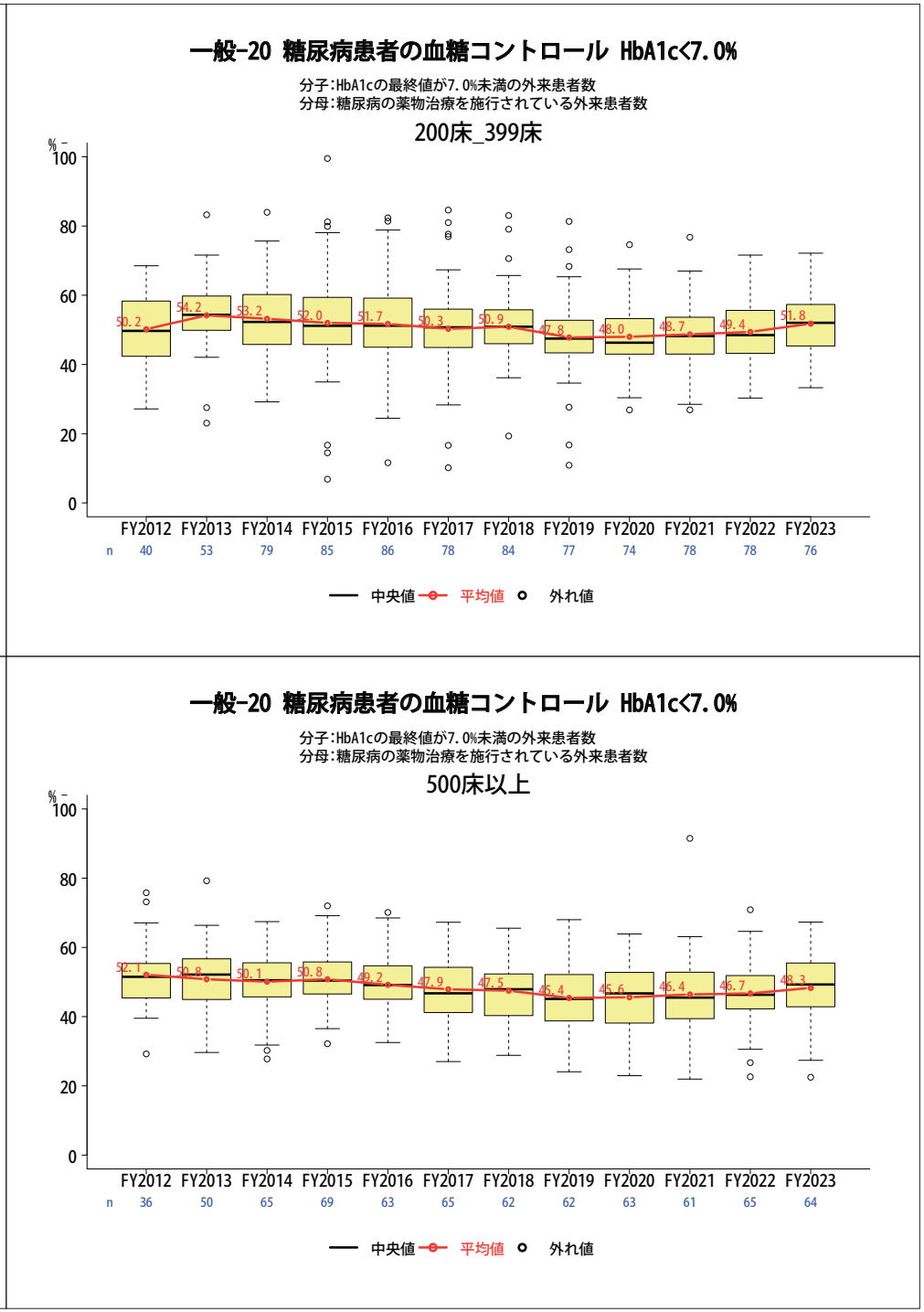
一般-19 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子：術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母：特定術式の手術件数

500床以上

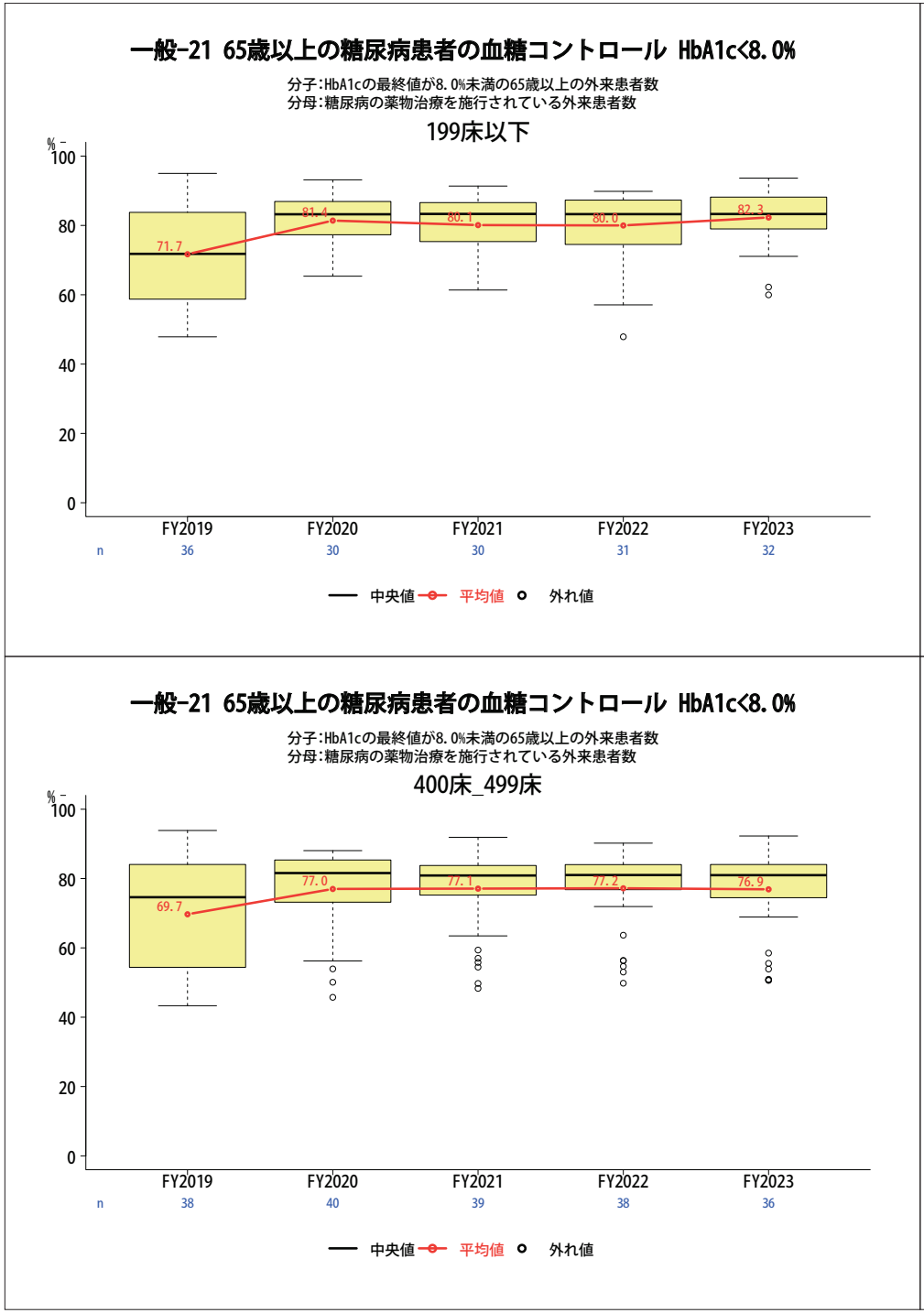


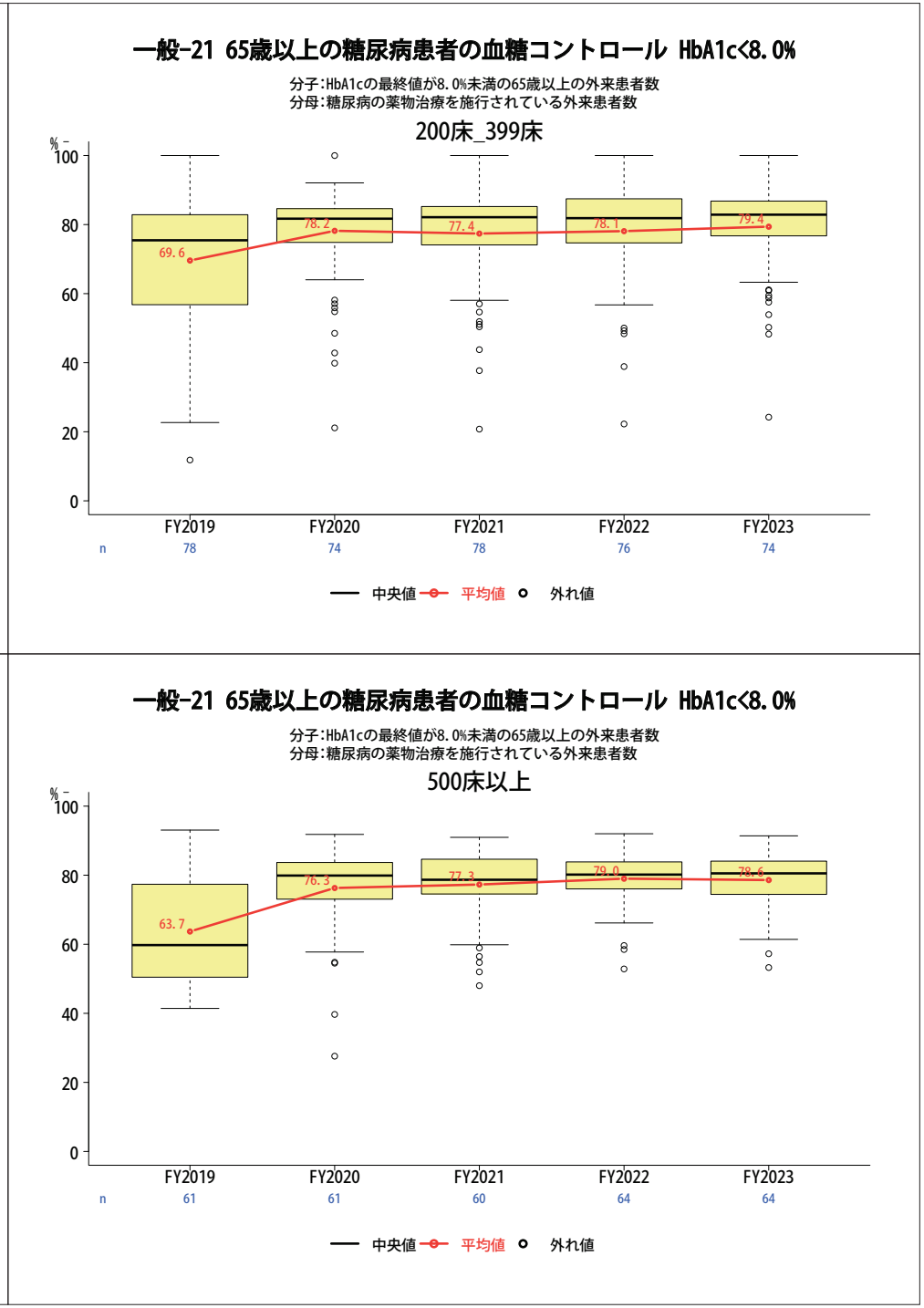

一般-20 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%
分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
199床以下
%
100
80
60
40
20
0
58.0
56.1
56.4
55.7
56.1
56.2
54.0
51.2
49.6
48.0
50.7
50.5
FY2012 FY2013 FY2014 FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 21 32 38 44 45 41 39 39 34 33 33 33
中央値
平均値
外れ値


一般-20 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%
分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
200床_399床
%
100
80
60
40
20
0
50.2
54.2
53.2
52.0
51.7
50.3
50.9
47.8
48.0
48.7
49.4
51.8
FY2012 FY2013 FY2014 FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 40 53 79 85 86 78 84 77 74 78 78 76
中央値
平均値
外れ値

一般-20 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%
分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
400床_499床
%
100
80
60
40
20
0
49.0
50.7
51.8
50.3
49.4
49.9
49.5
47.6
46.4
46.6
46.4
48.7
FY2012 FY2013 FY2014 FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 21 31 38 43 43 44 41 39 41 40 39 37
中央値
平均値
外れ値

一般-20 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%
分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
500床以上
%
100
80
60
40
20
0
52.1
50.8
50.1
50.8
49.2
47.9
47.5
45.4
45.6
46.4
46.7
48.3
FY2012 FY2013 FY2014 FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 36 50 65 69 63 65 62 62 63 61 65 64
中央値
平均値
外れ値


一般-21 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%
分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
199床以下
%
100
80
60
40
20
0
71.7
81.4
80.1
80.0
82.3
FY2019
FY2020
FY2021
FY2022
FY2023
n
36
30
30
31
32
中央値
平均値
外れ値


一般-21 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%
分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
200床_399床
%
100
80
60
40
20
0
69.6
78.2
77.4
78.1
79.4
FY2019
FY2020
FY2021
FY2022
FY2023
n
78
74
78
76
74
中央値
平均値
外れ値

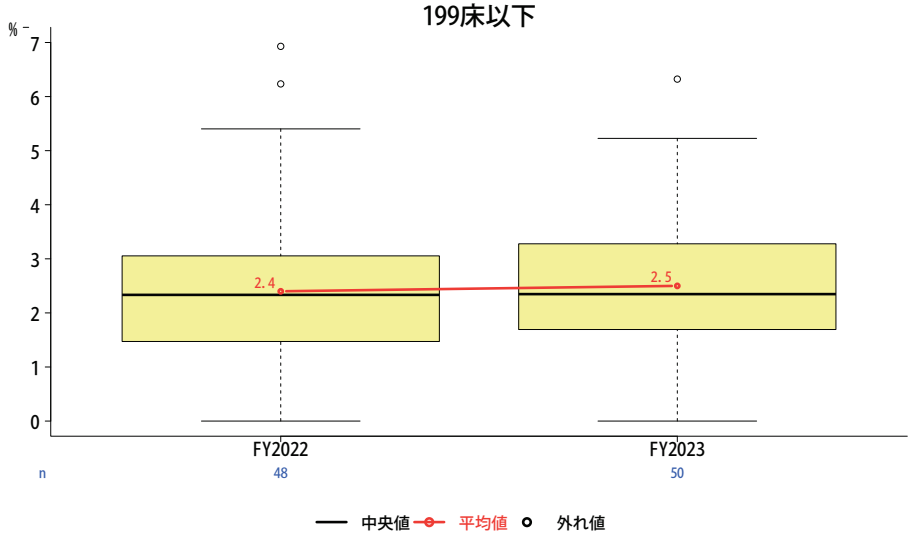
一般-21 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%
分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
400床_499床
%
100
80
60
40
20
0
69.7
77.0
77.1
77.2
76.9
FY2019
FY2020
FY2021
FY2022
FY2023
n
38
40
39
38
36
中央値
平均値
外れ値

一般-21 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%
分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数
500床以上
%
100
80
60
40
20
0
63.7
76.3
77.3
79.0
78.6
FY2019
FY2020
FY2021
FY2022
FY2023
n
61
61
60
64
64
中央値
平均値
外れ値

一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

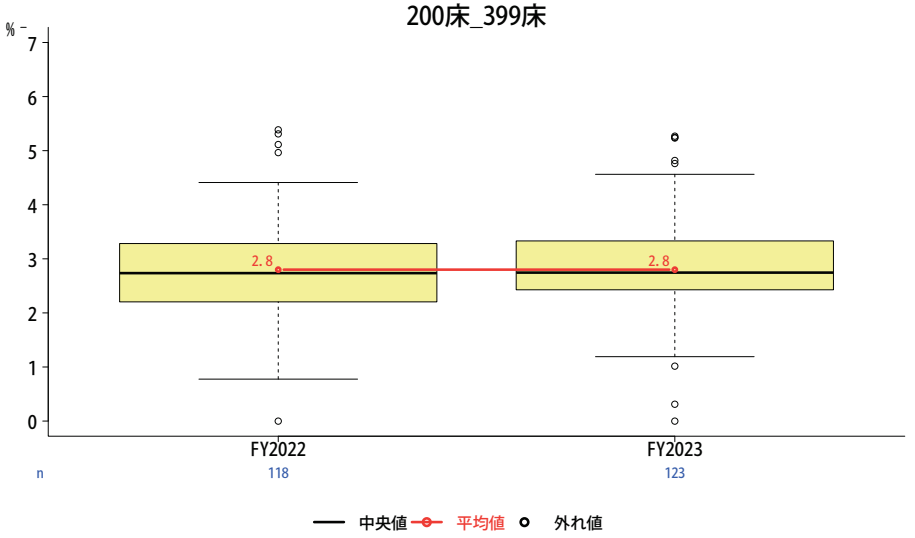
199床以下



一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

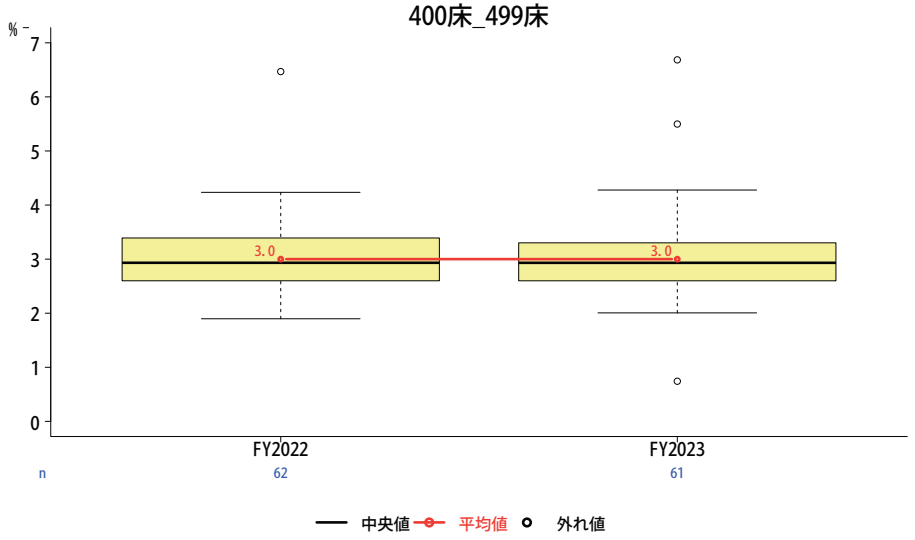
200床_399床



一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

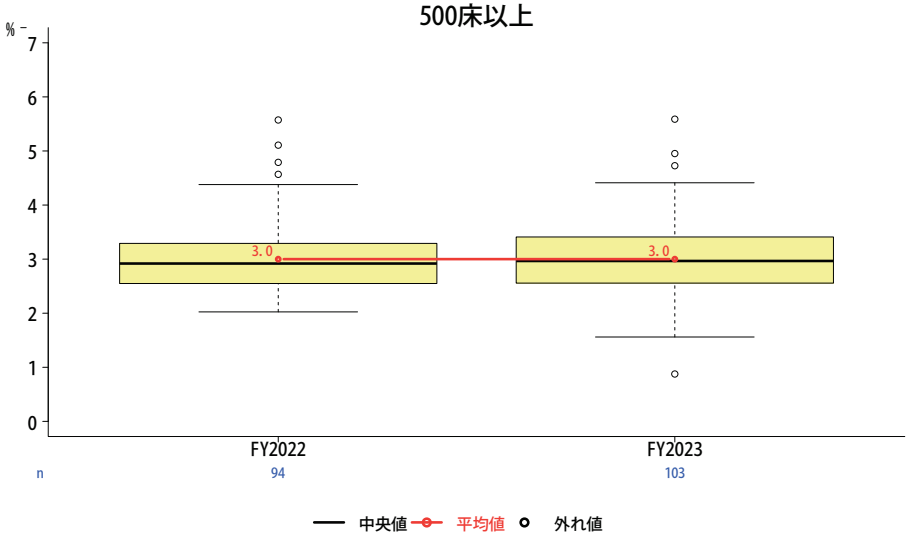
400床_499床



一般-22 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

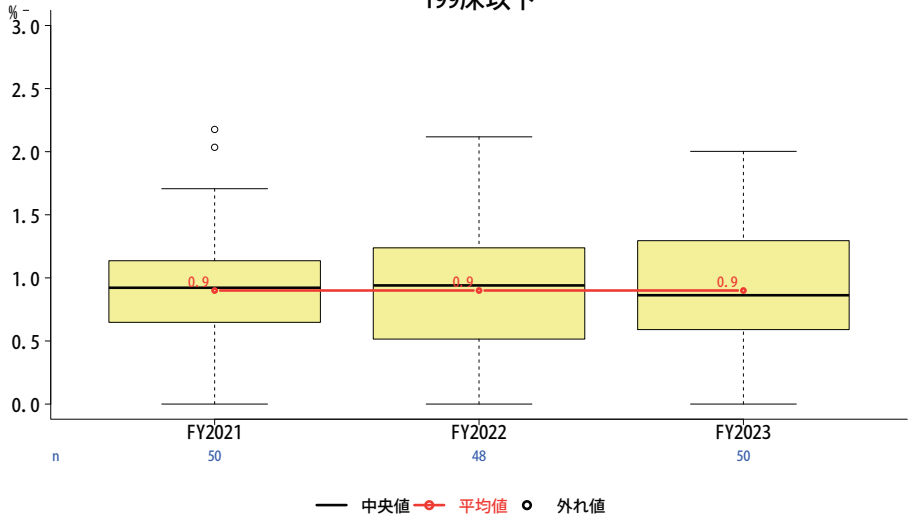
500床以上



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

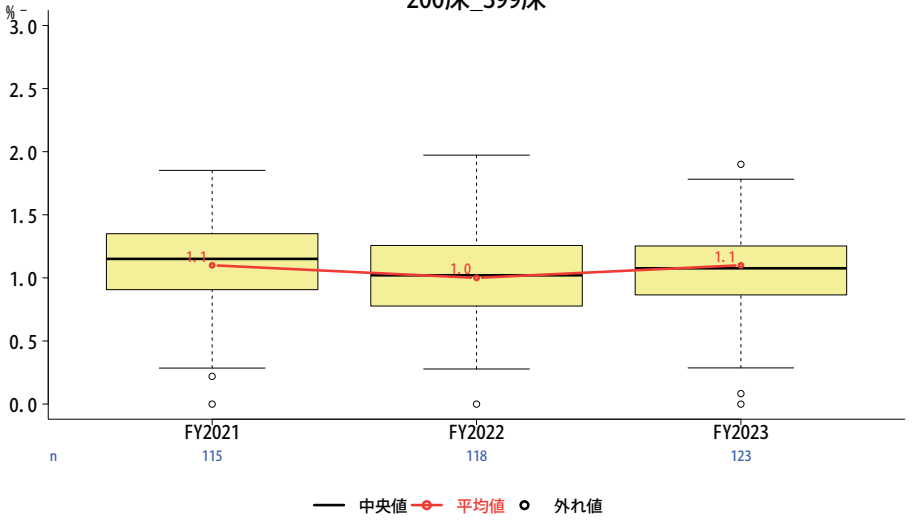
199床以下



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

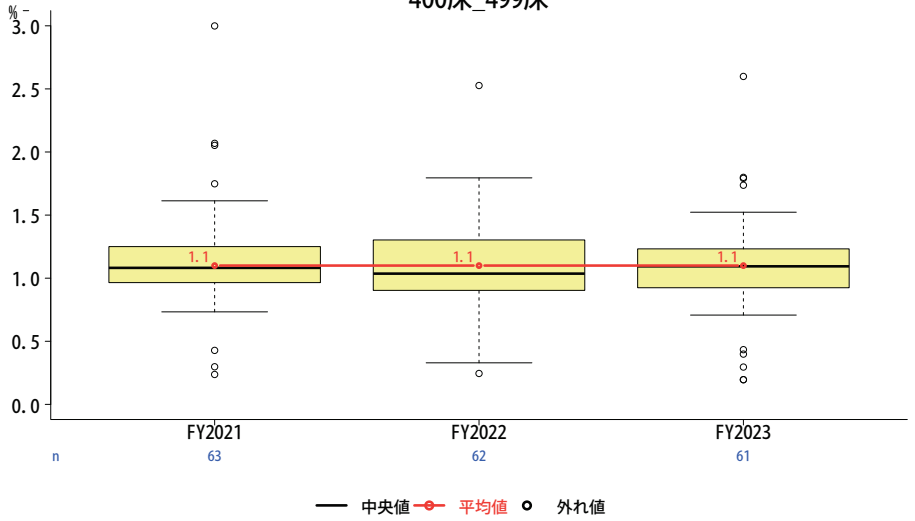
200床_399床



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

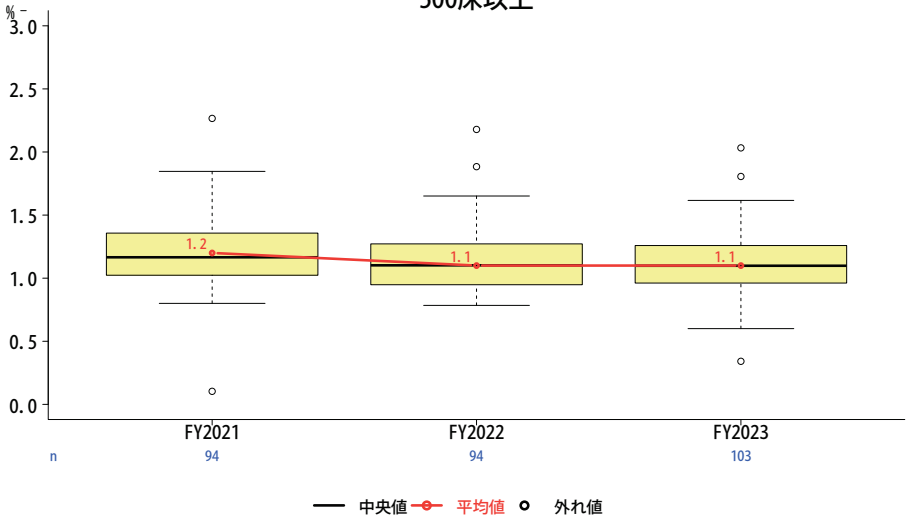
400床_499床



一般-23 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子：前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母：退院患者数

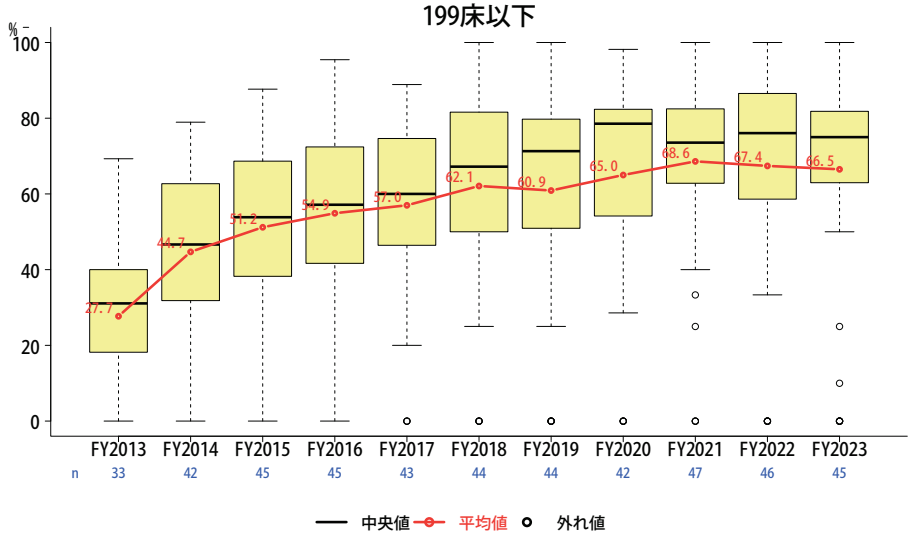
500床以上



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法（オザグレルナトリウム）を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

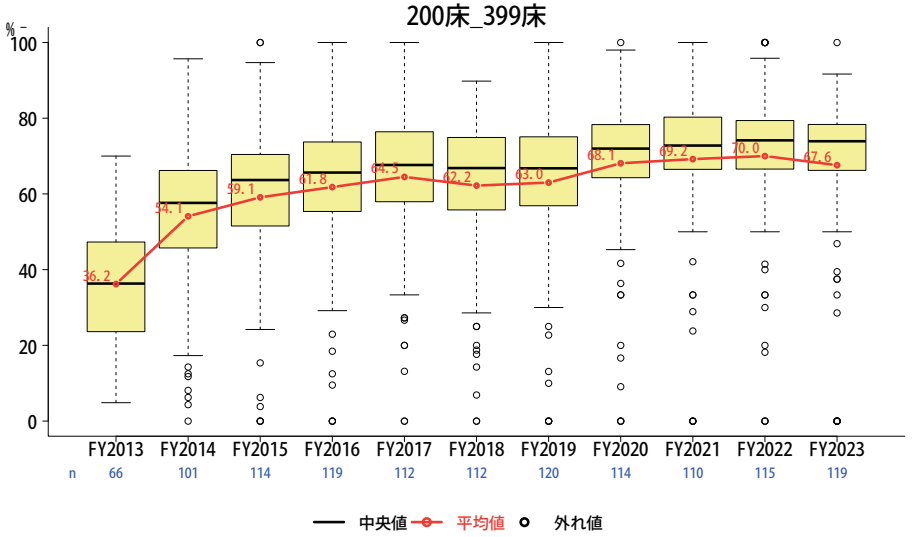
199床以下



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法（オザグレルナトリウム）を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

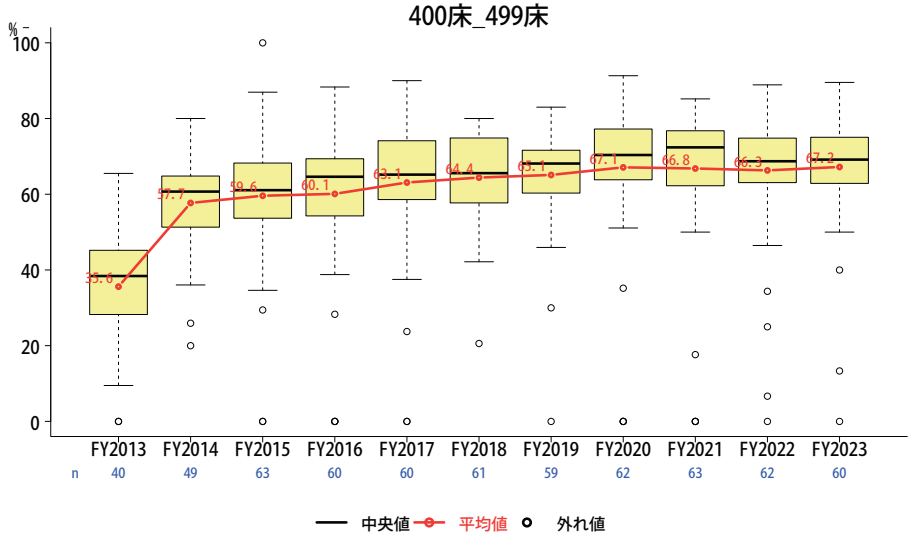
200床_399床



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法（オザグレルナトリウム）を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

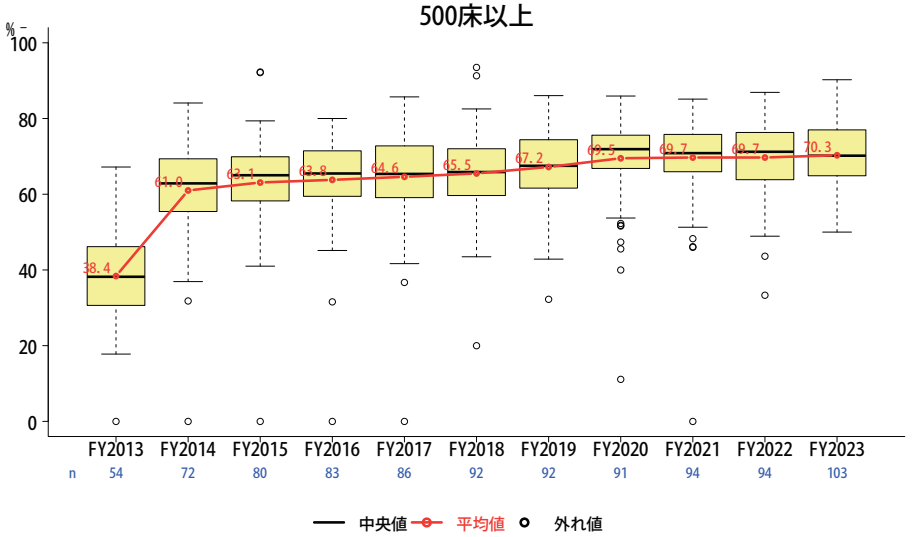
400床_499床



一般-24 脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法（オザグレルナトリウム）を受けた患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

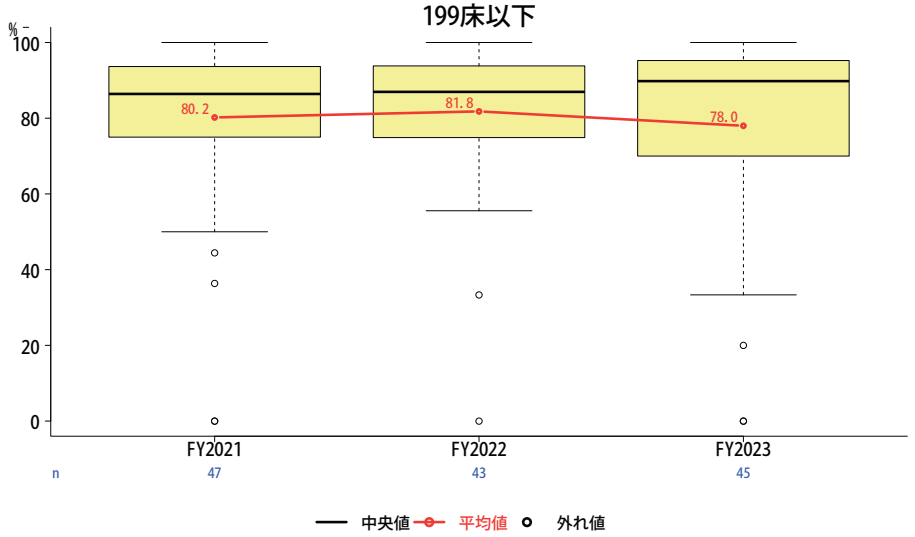
500床以上



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

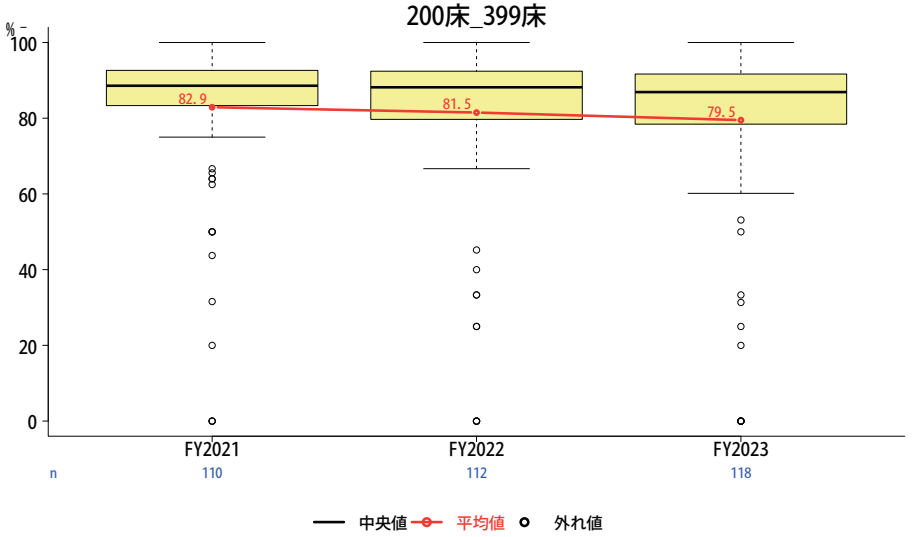
199床以下



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

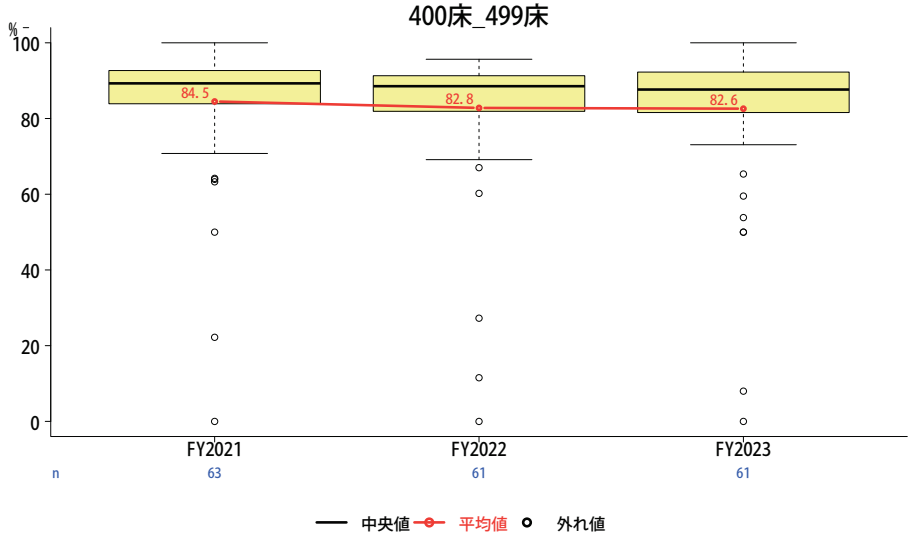
200床_399床



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

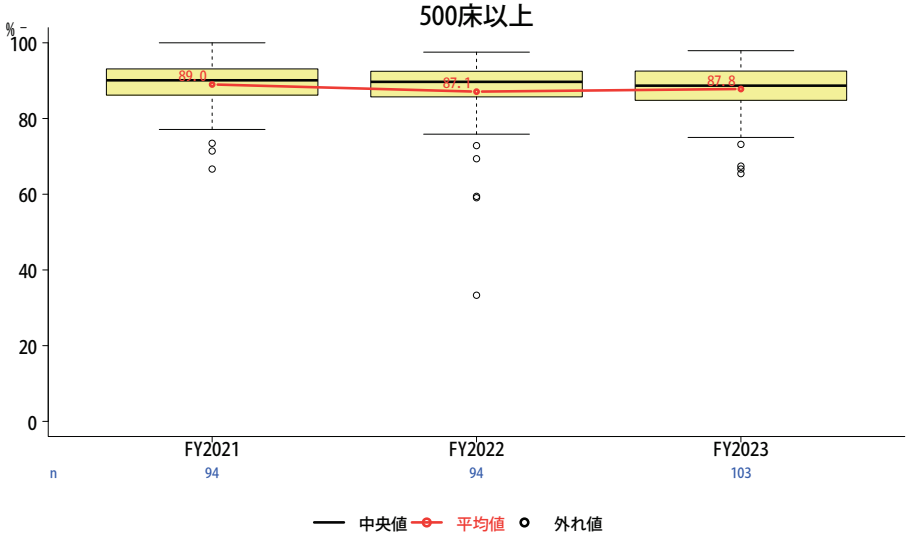
400床_499床



一般-25 脳梗塞(TIA含む)の診断で入院した患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

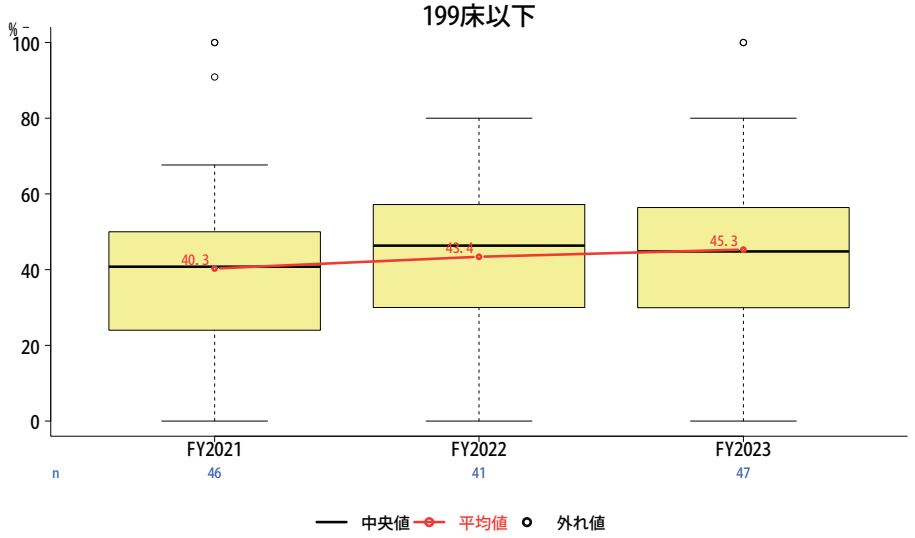
500床以上



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子：スタチンが投与された患者数
分母：脳梗塞で入院した患者数

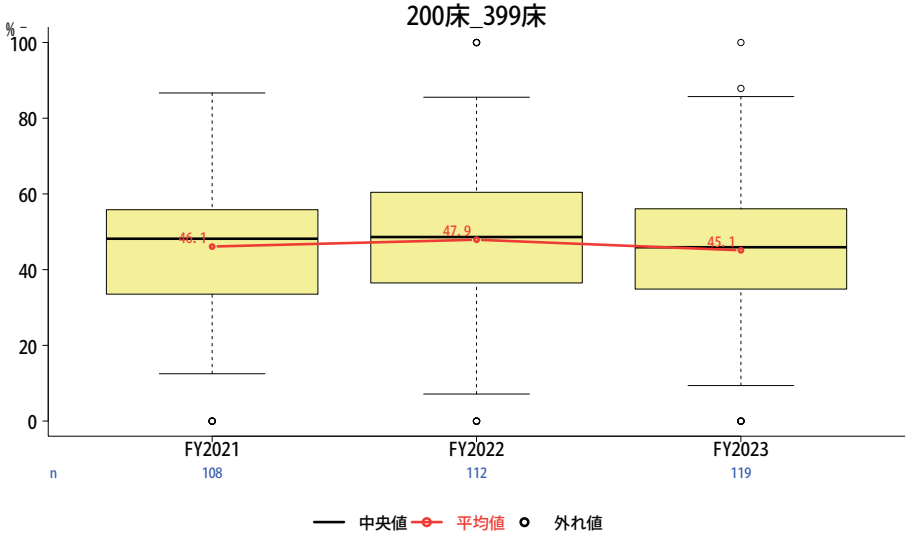
199床以下



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子：スタチンが投与された患者数
分母：脳梗塞で入院した患者数

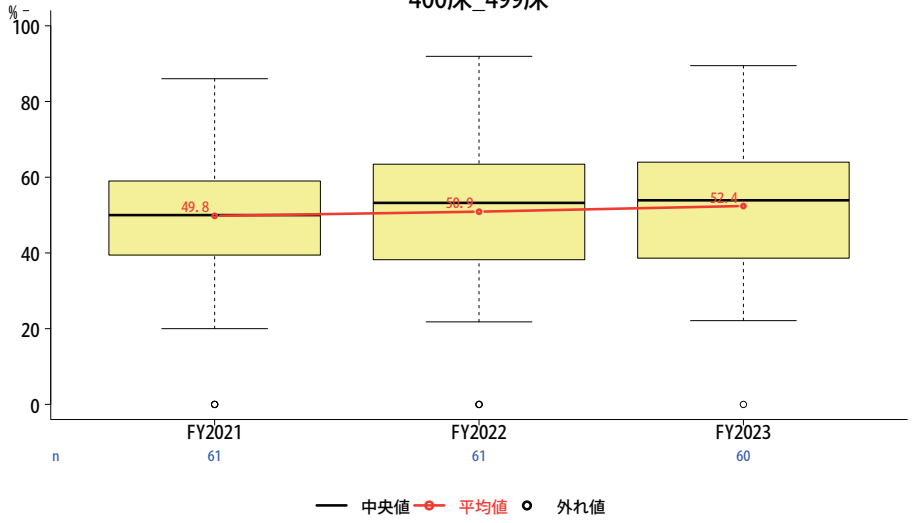
200床_399床



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子：スタチンが投与された患者数
分母：脳梗塞で入院した患者数

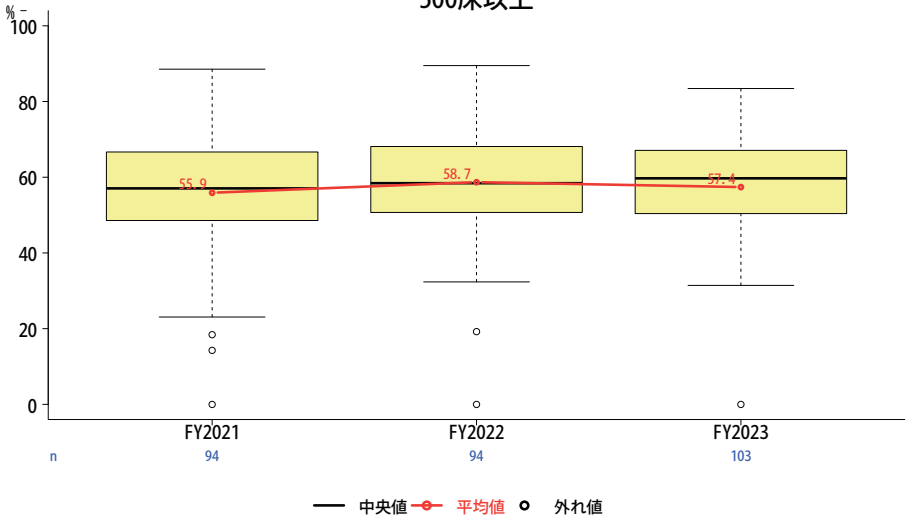
400床_499床



一般-26 脳梗塞患者へのスタチン処方割合

分子：スタチンが投与された患者数
分母：脳梗塞で入院した患者数

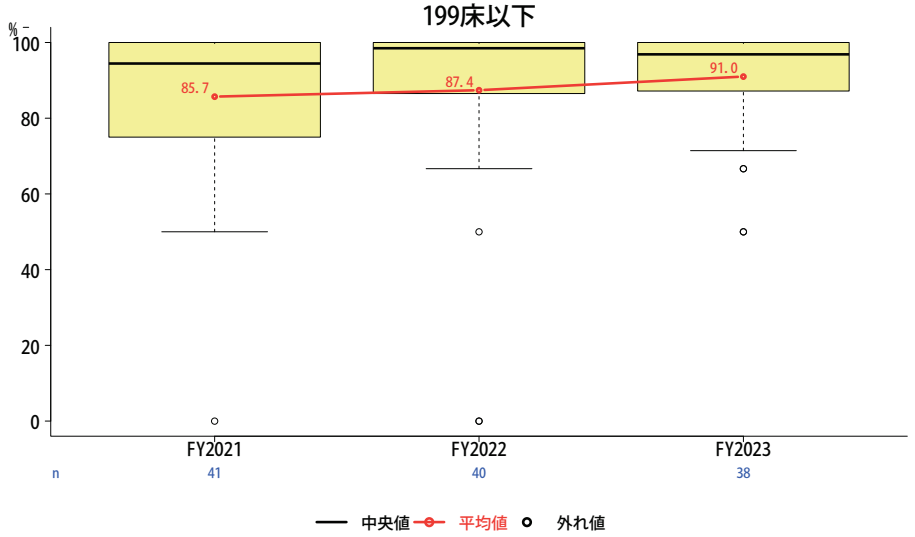
500床以上



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAの診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

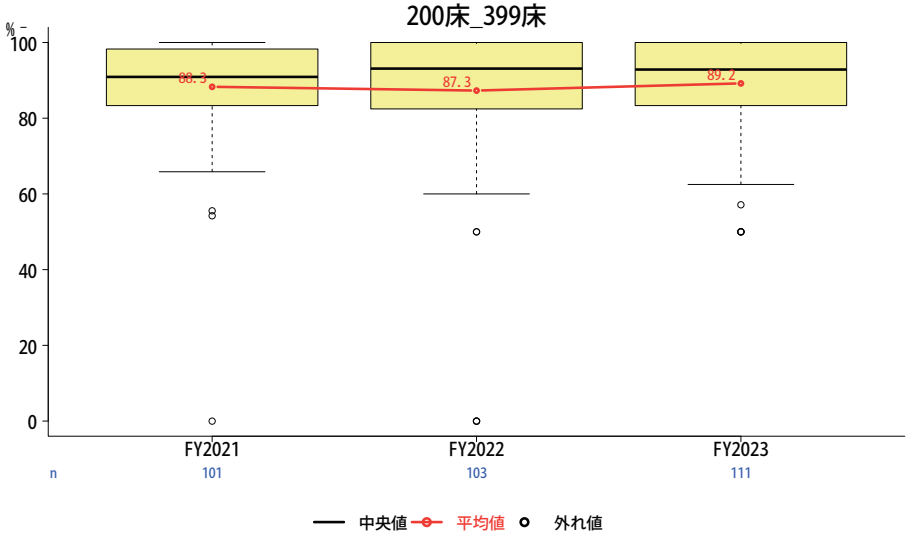
199床以下



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAの診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

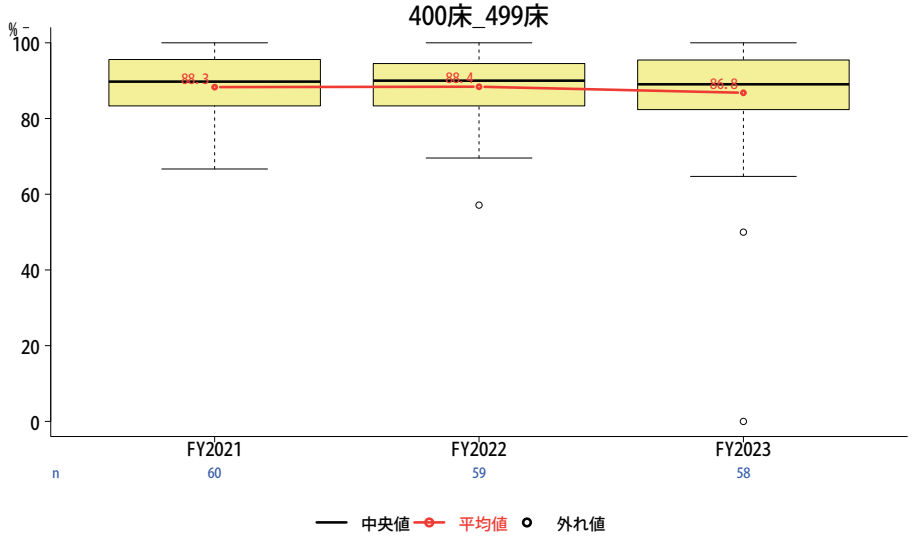
200床_399床



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAの診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

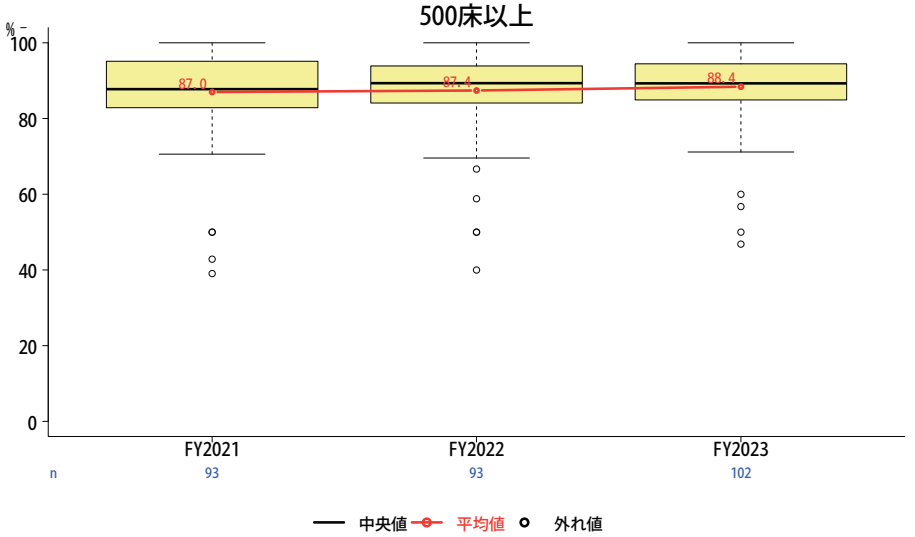
400床_499床



一般-27 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAの診断で入院し、かつ心房細動と診断された入院患者数

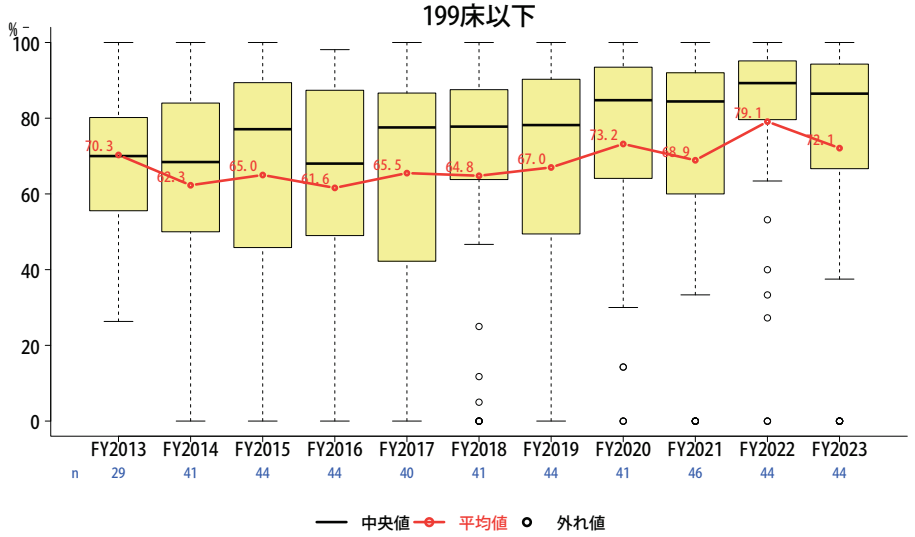
500床以上



一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子：入院後早期（3日以内）にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母：18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

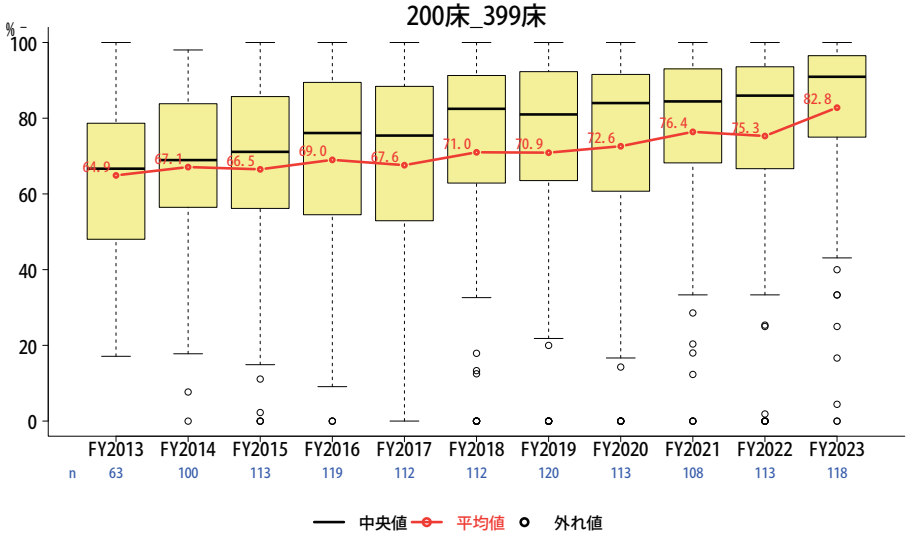
199床以下



一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子：入院後早期（3日以内）にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母：18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

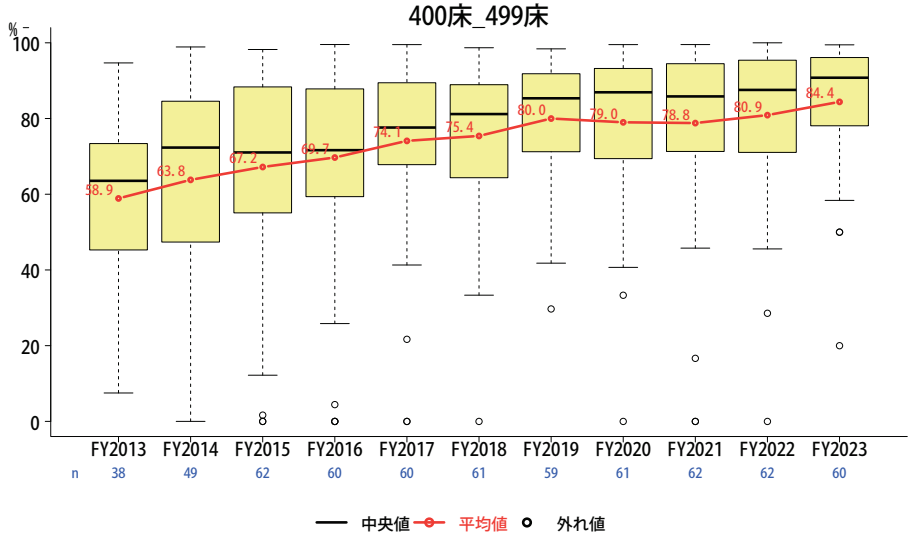
200床_399床



一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子：入院後早期（3日以内）にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母：18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

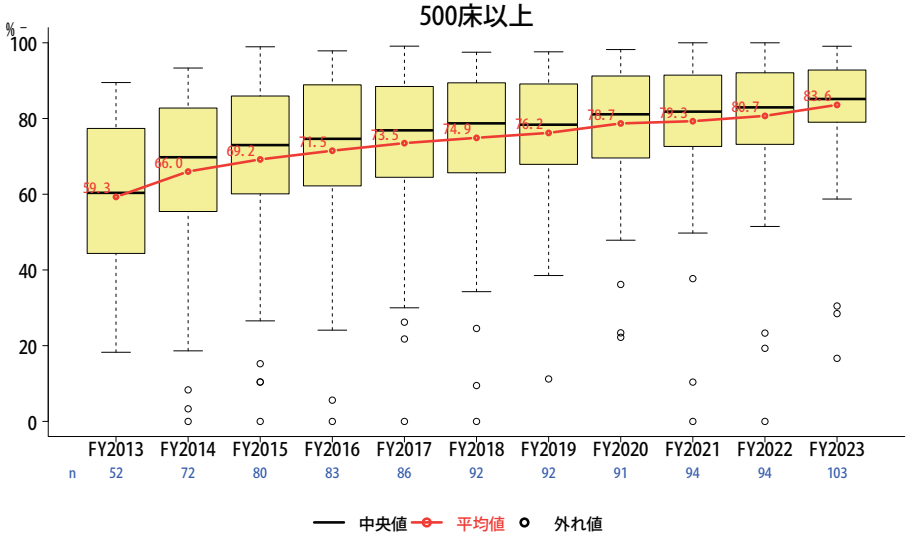
400床_499床

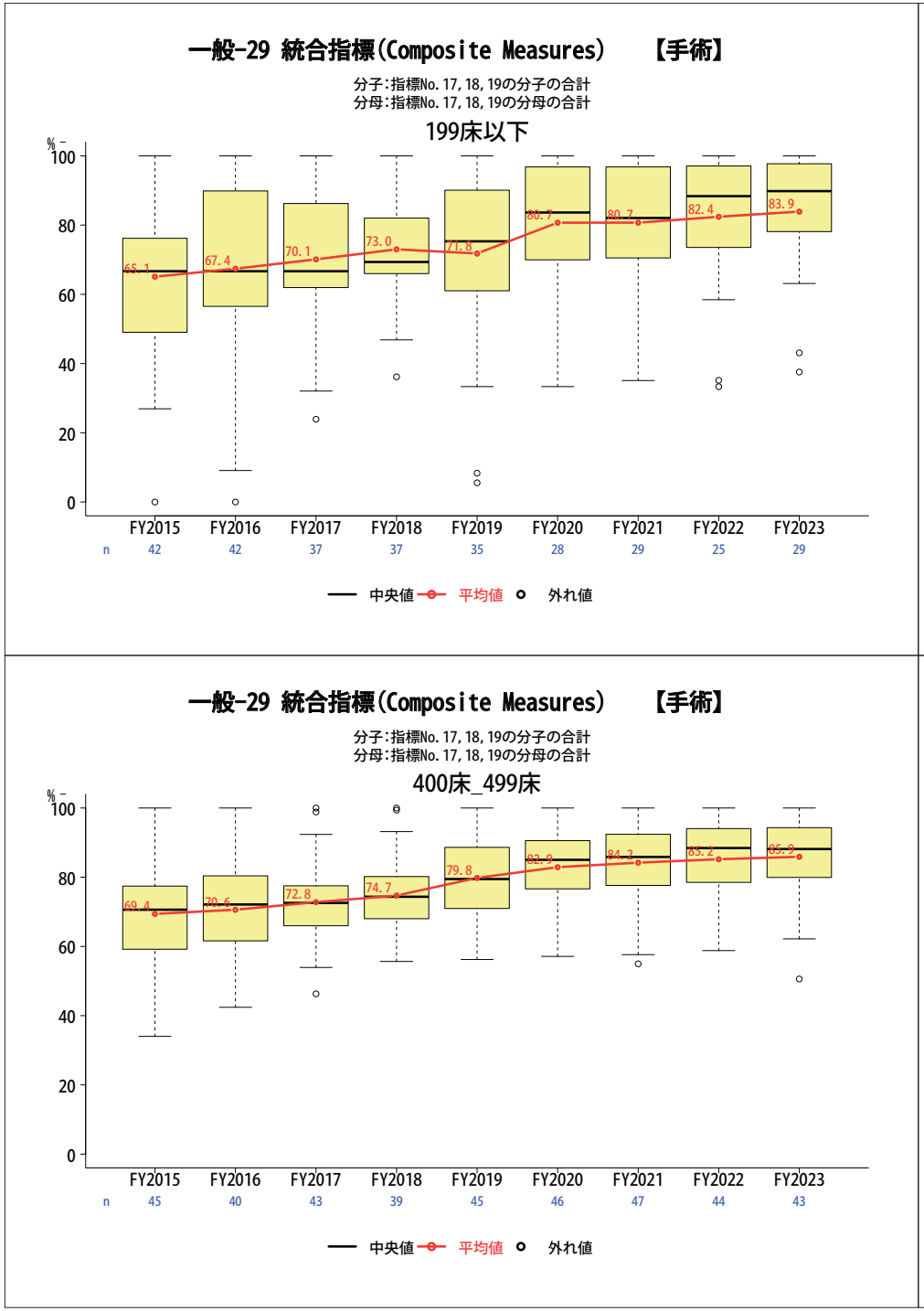


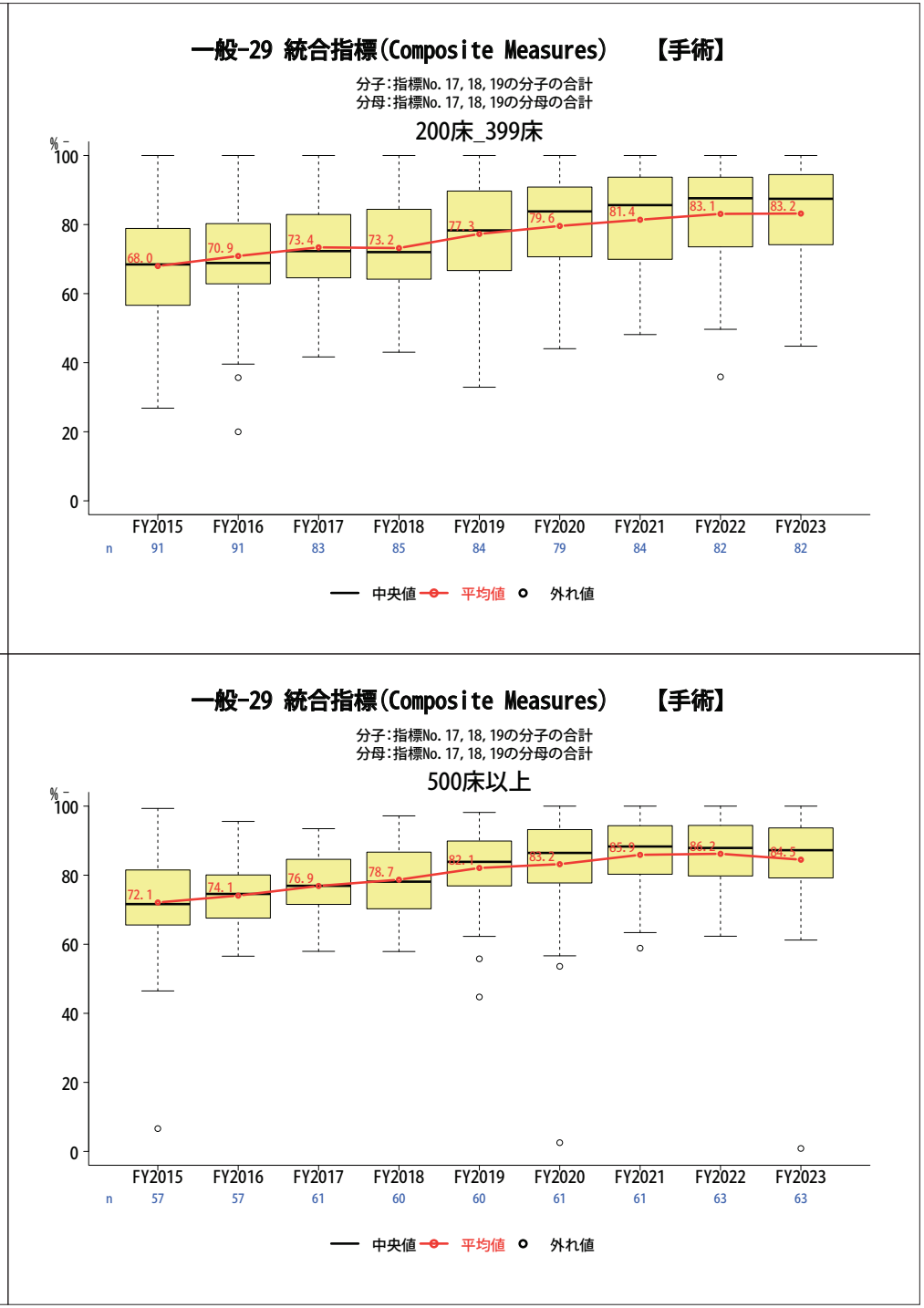
一般-28 脳梗塞の診断で入院した患者への入院後早期リハビリ治療実施割合

分子：入院後早期（3日以内）にリハビリテーション治療を受けた患者数
分母：18歳以上の脳梗塞と診断された入院患者数

500床以上

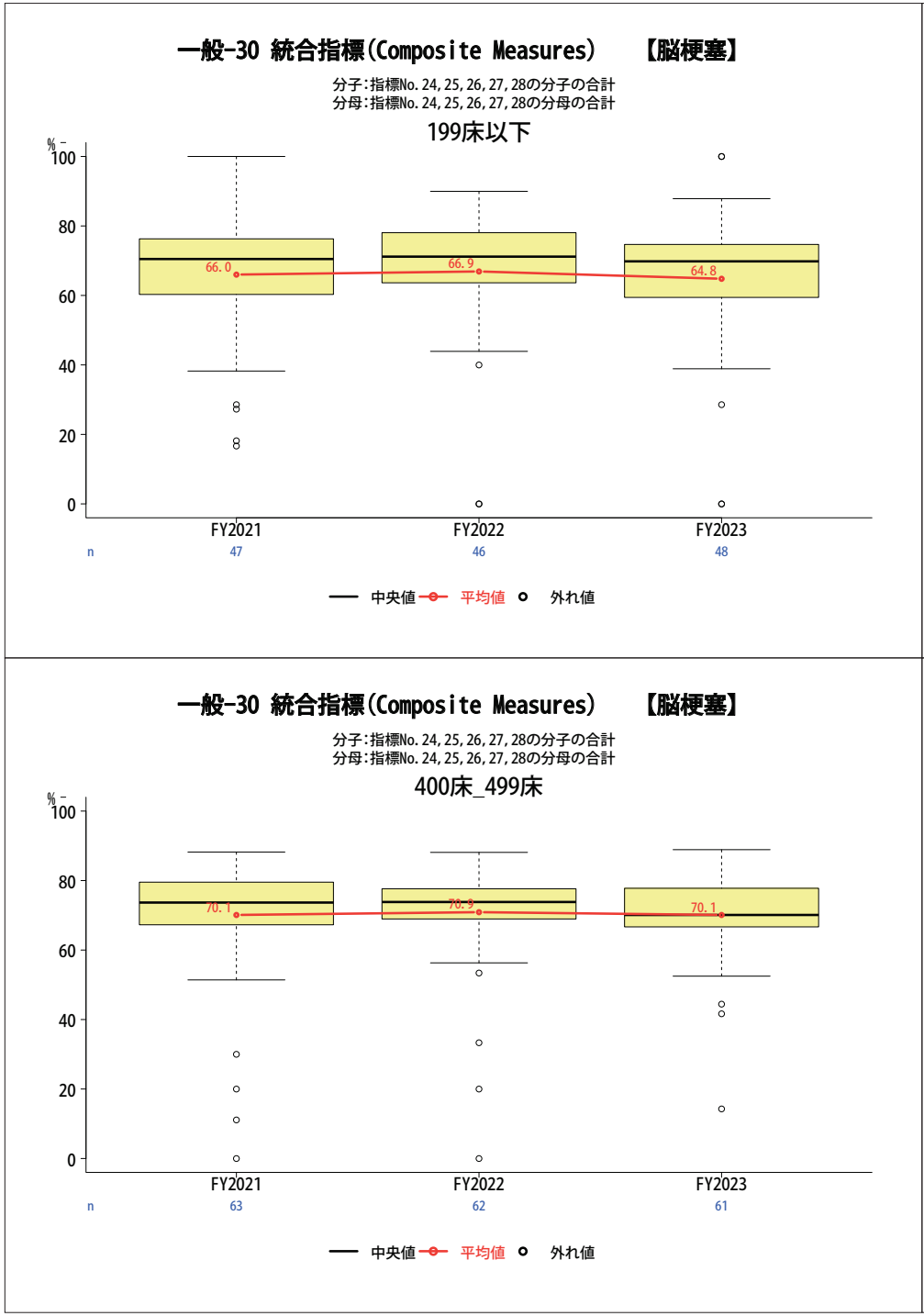


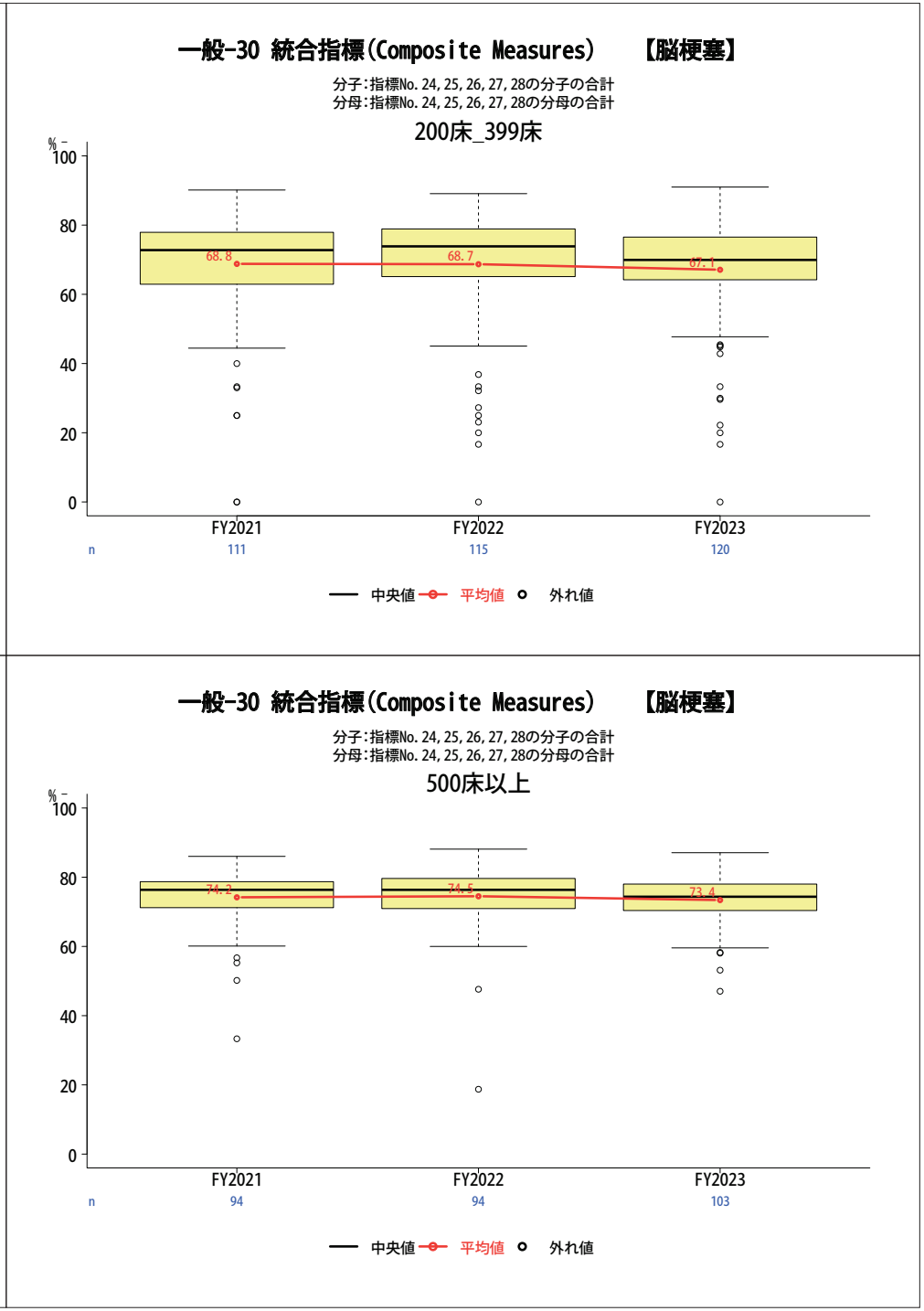

一般-29 統合指標(Composite Measures)　【手術】
分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計
199床以下
%
100
80
60
40
20
0
65.1
67.4
70.1
73.0
71.8
80.7
80.7
82.4
83.9
FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 42 42 37 37 35 28 29 25 29
中央値 平均値 外れ値


一般-29 統合指標(Composite Measures)　【手術】
分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計
200床_399床
%
100
80
60
40
20
0
68.0
70.9
73.4
73.2
77.3
79.6
81.4
83.1
83.2
FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 91 91 83 85 84 79 84 82 82
中央値 平均値 外れ値

一般-29 統合指標(Composite Measures)　【手術】
分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計
400床_499床
%
100
80
60
40
20
0
69.4
70.6
72.8
74.7
79.8
82.9
84.2
85.2
85.9
FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 45 40 43 39 45 46 47 44 43
中央値 平均値 外れ値

一般-29 統合指標(Composite Measures)　【手術】
分子:指標No. 17, 18, 19の分子の合計
分母:指標No. 17, 18, 19の分母の合計
500床以上
%
100
80
60
40
20
0
72.1
74.1
76.9
78.7
82.1
83.2
85.9
86.2
84.5
FY2015 FY2016 FY2017 FY2018 FY2019 FY2020 FY2021 FY2022 FY2023
n 57 57 61 60 60 61 61 63 63
中央値 平均値 外れ値


一般-30 統合指標(Composite Measures)　【脳梗塞】
分子:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計
199床以下
%
100
80
60
40
20
0
66.0
66.9
64.8
FY2021
FY2022
FY2023
n
47
46
48
中央値
平均値
外れ値


一般-30 統合指標(Composite Measures)　【脳梗塞】
分子:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計
200床_399床
%
100
80
60
40
20
0
68.8
68.7
67.1
FY2021
FY2022
FY2023
n
111
115
120
中央値
平均値
外れ値

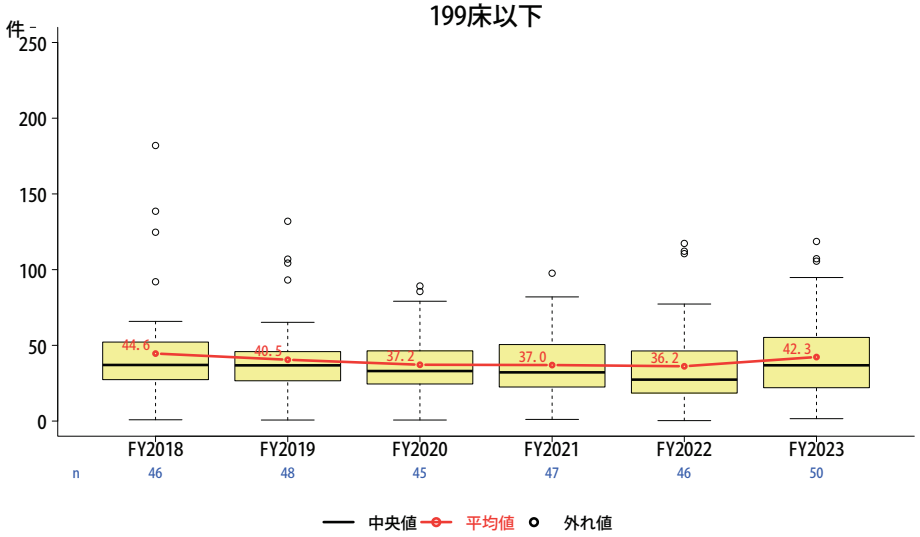
一般-30 統合指標(Composite Measures)　【脳梗塞】
分子:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計
400床_499床
%
100
80
60
40
20
0
70.1
70.8
70.1
FY2021
FY2022
FY2023
n
63
62
61
中央値
平均値
外れ値

一般-30 統合指標(Composite Measures)　【脳梗塞】
分子:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分子の合計
分母:指標No. 24, 25, 26, 27, 28の分母の合計
500床以上
%
100
80
60
40
20
0
74.2
74.5
73.4
FY2021
FY2022
FY2023
n
94
94
103
中央値
平均値
外れ値

一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

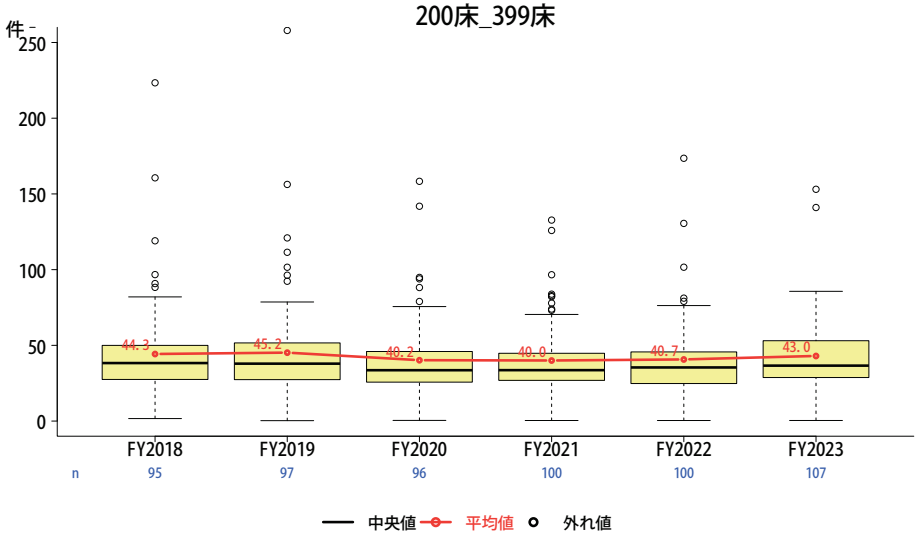
199床以下



一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

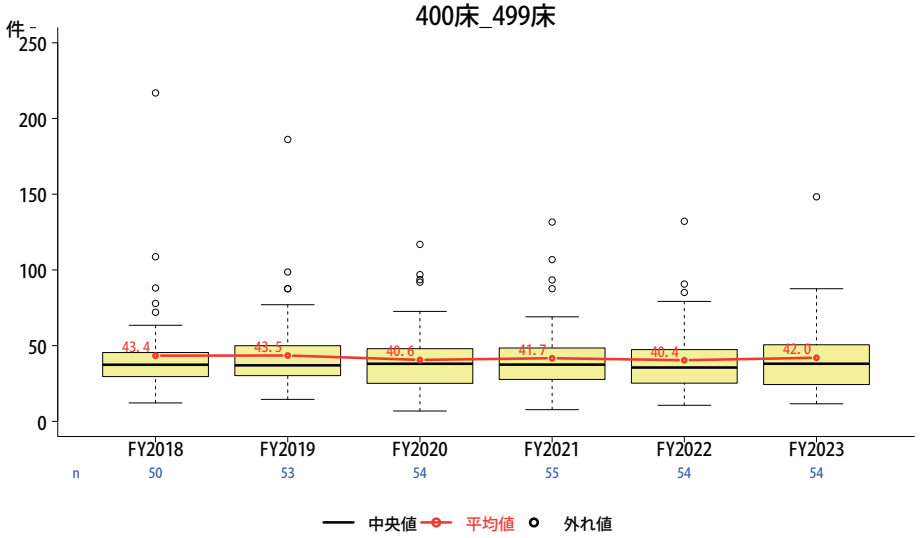
200床_399床



一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

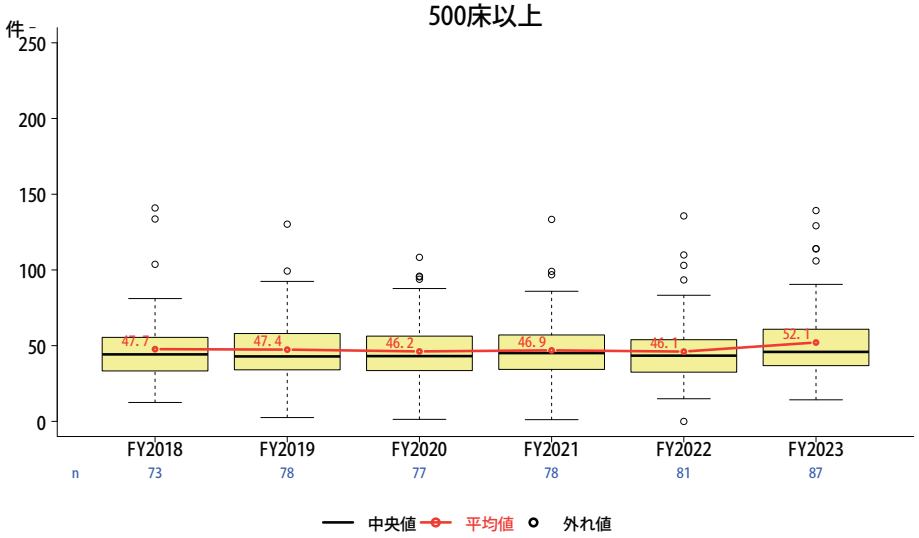
400床_499床



一般-31 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

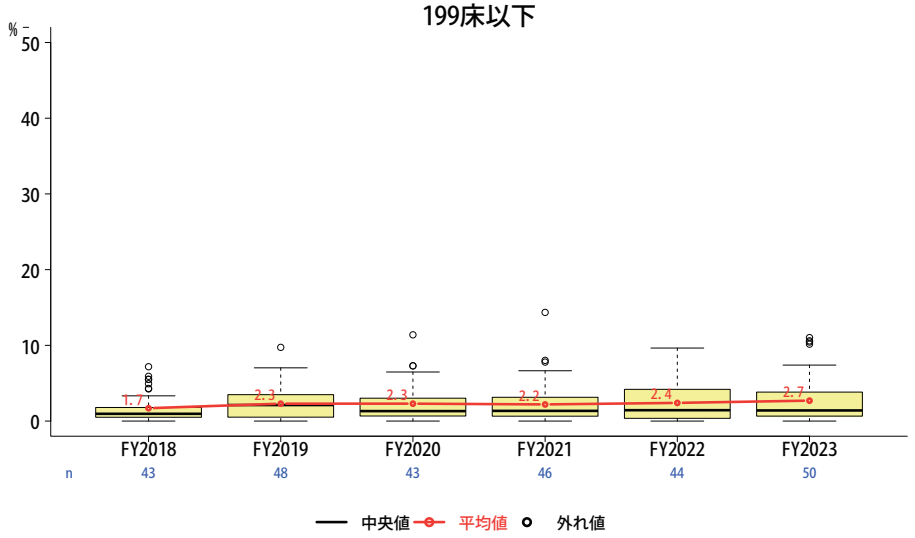
500床以上



一般-32 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

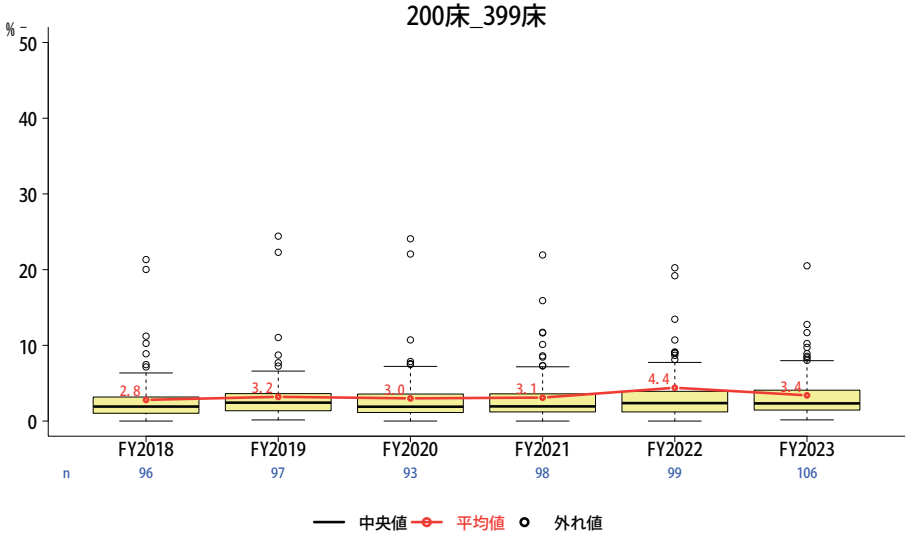
199床以下



一般-32 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

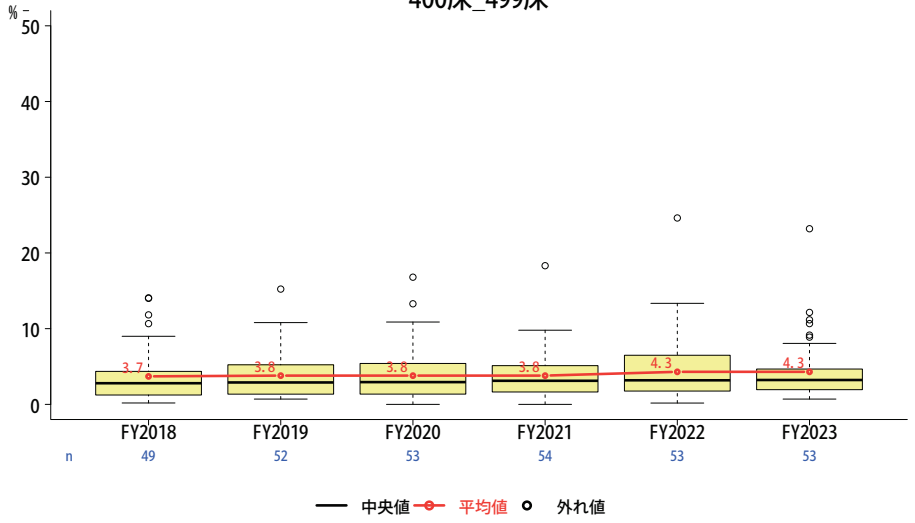
200床_399床



一般-32 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

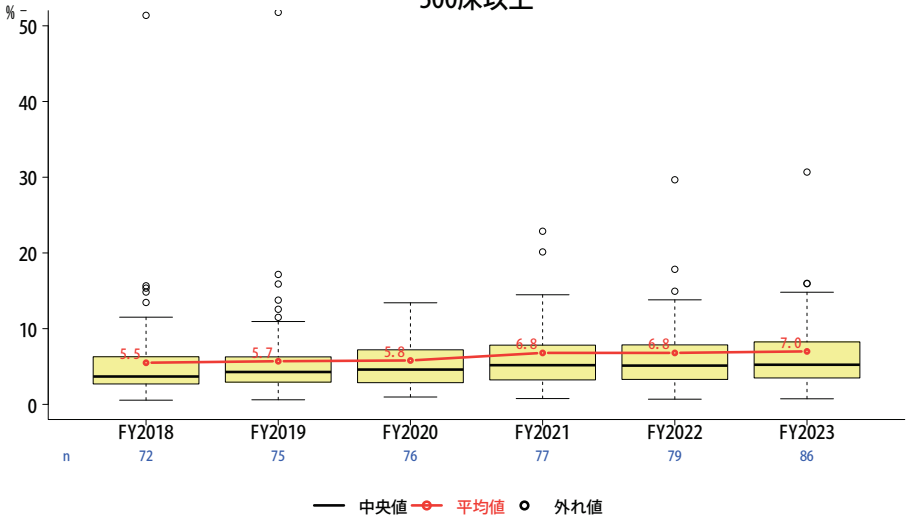
400床_499床



一般-32 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

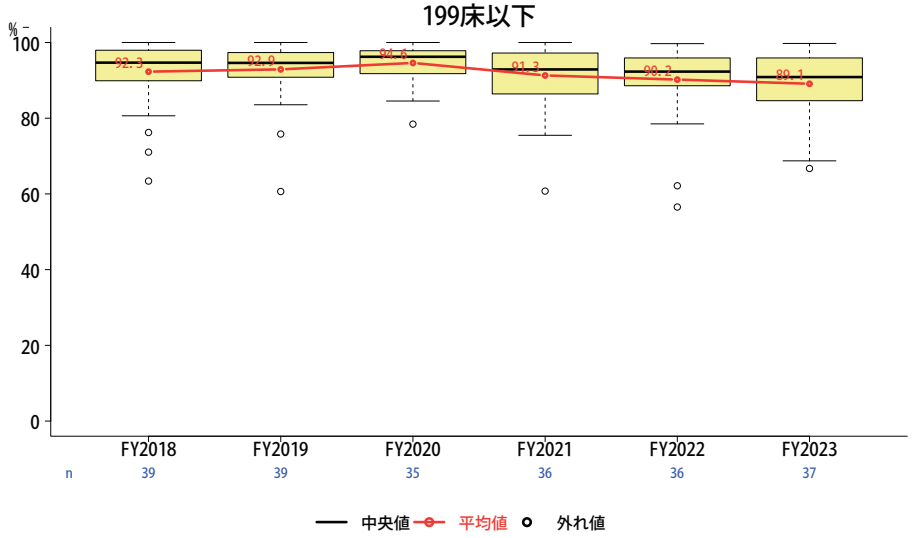
500床以上



一般-33 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子：インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母：職員数

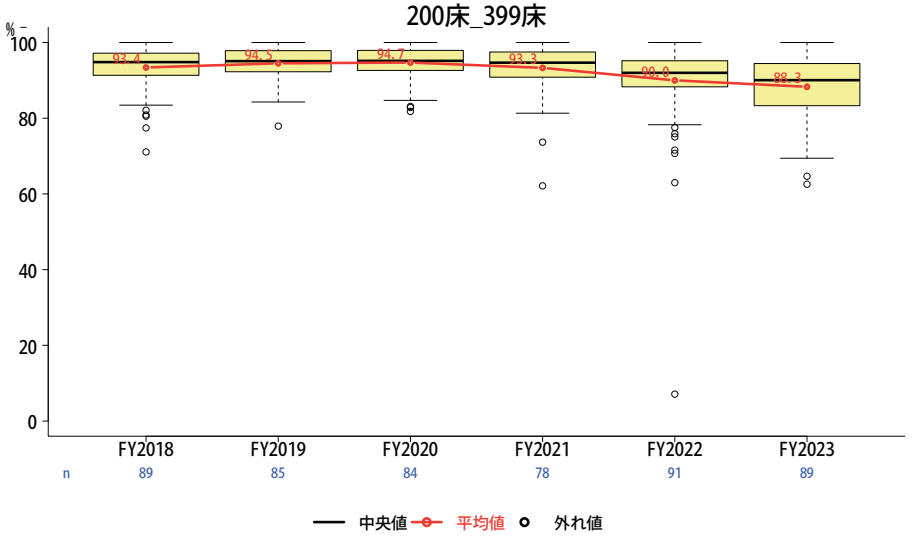
199床以下



一般-33 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子：インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母：職員数

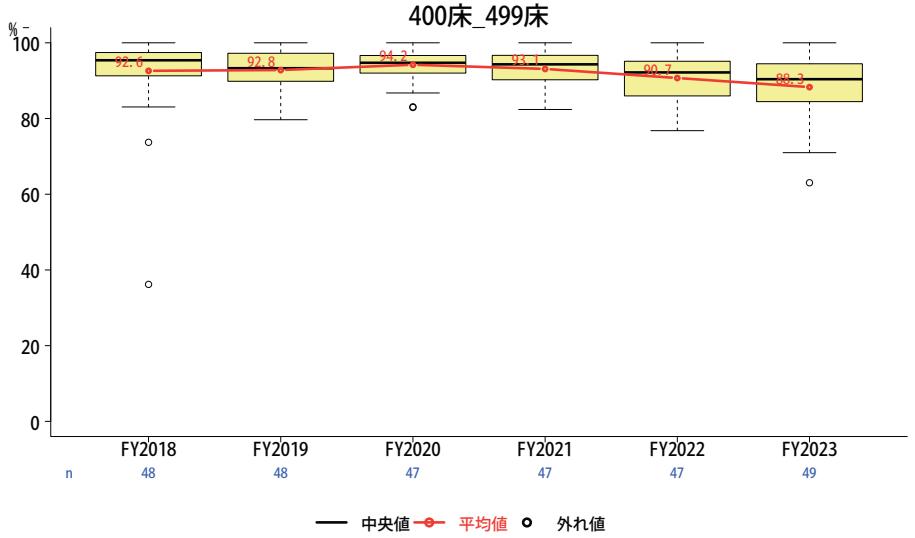
200床_399床



一般-33 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子：インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母：職員数

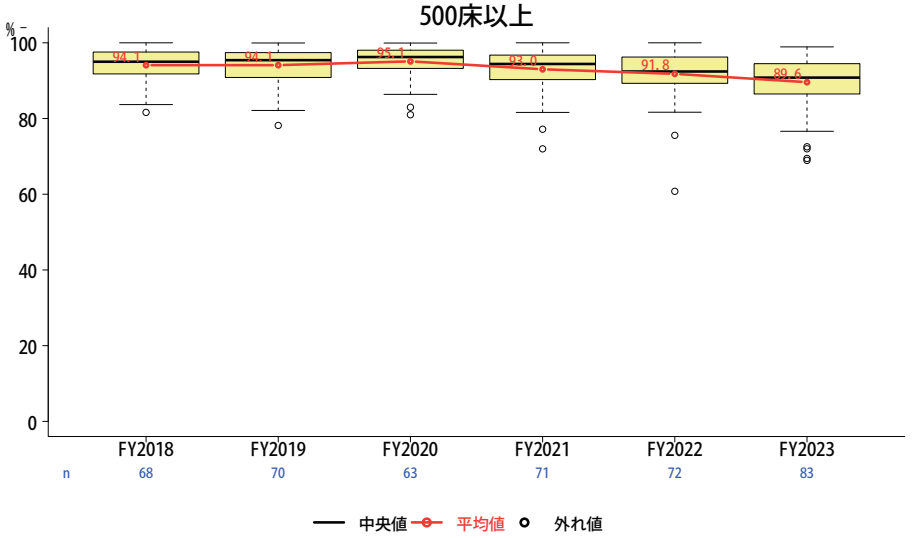
400床_499床



一般-33 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子：インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母：職員数

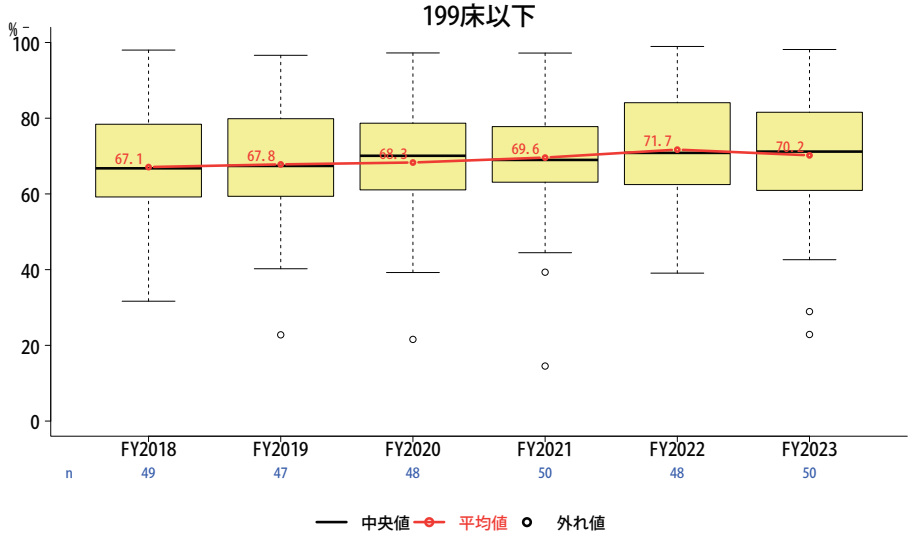
500床以上



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

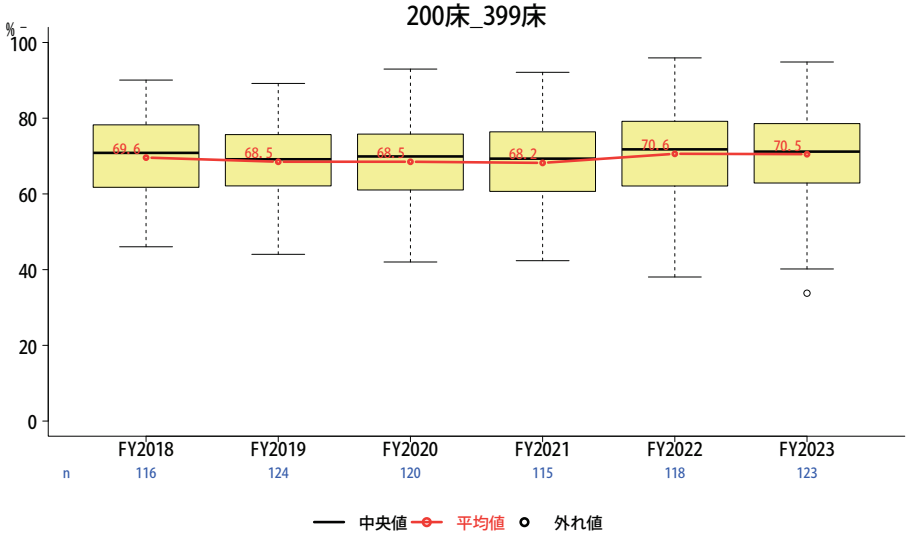
199床以下



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

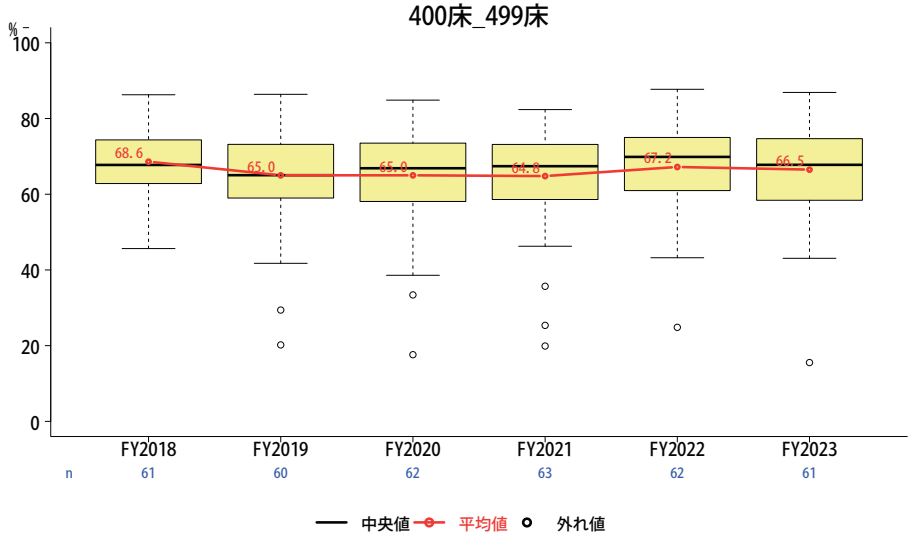
200床_399床



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

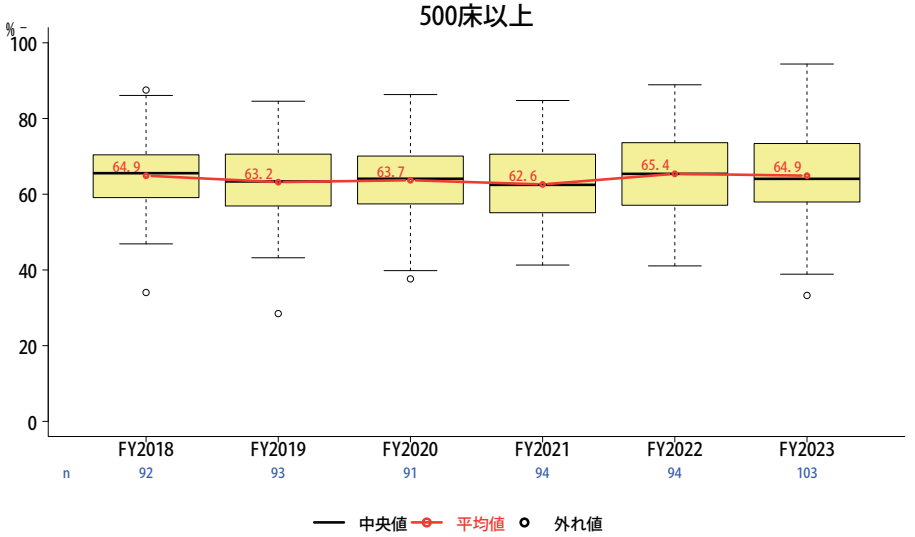
400床_499床



一般-34 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

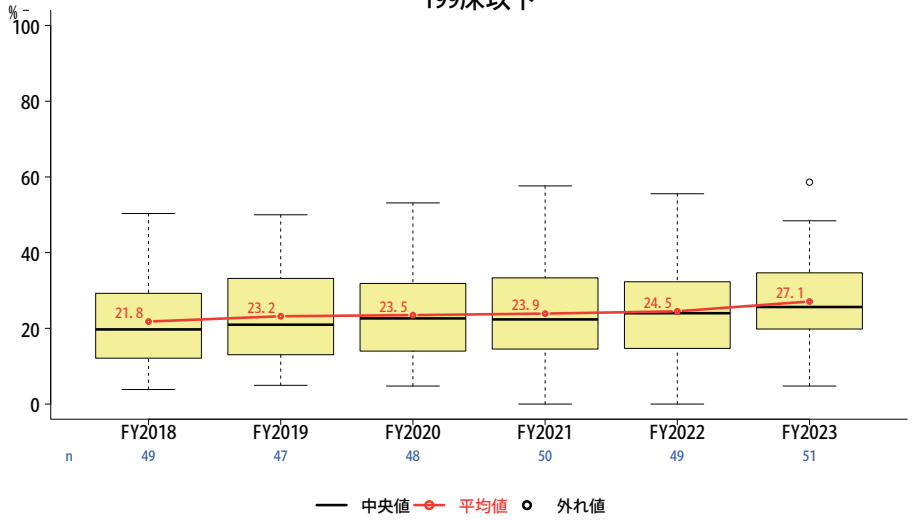
500床以上



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

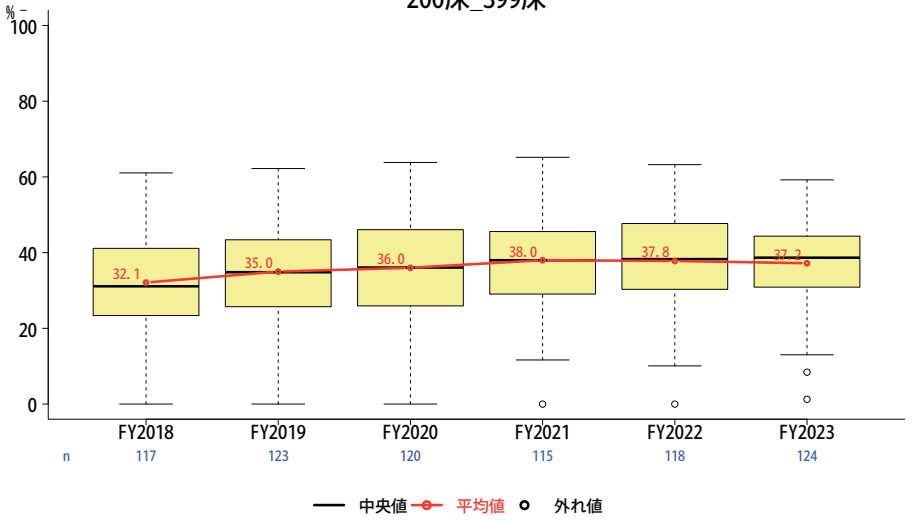
199床以下



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

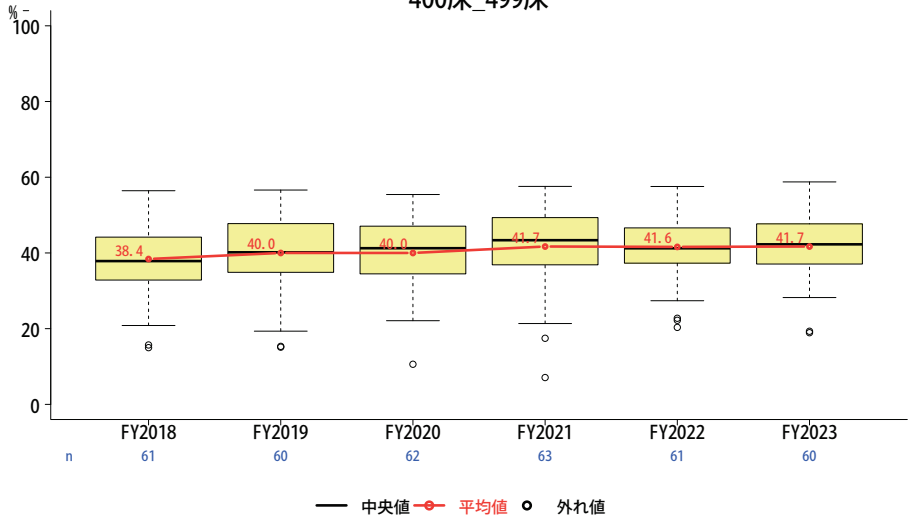
200床_399床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

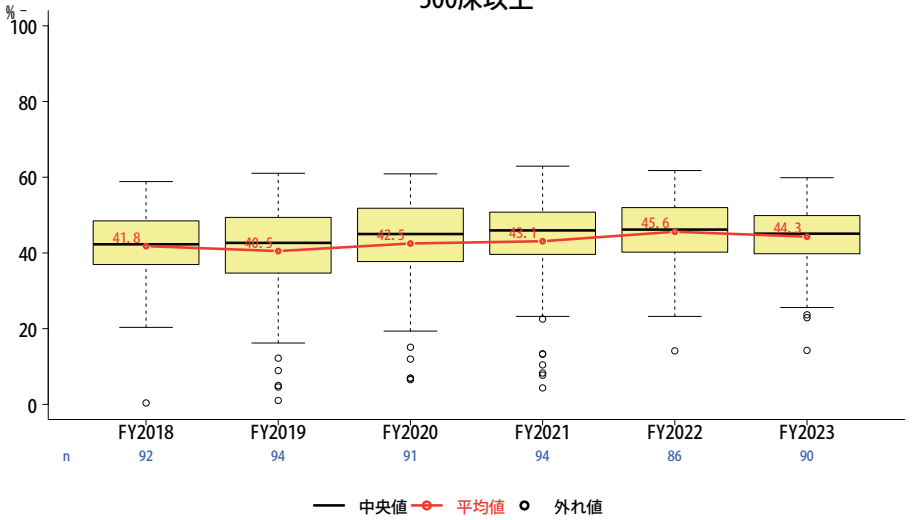
400床_499床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

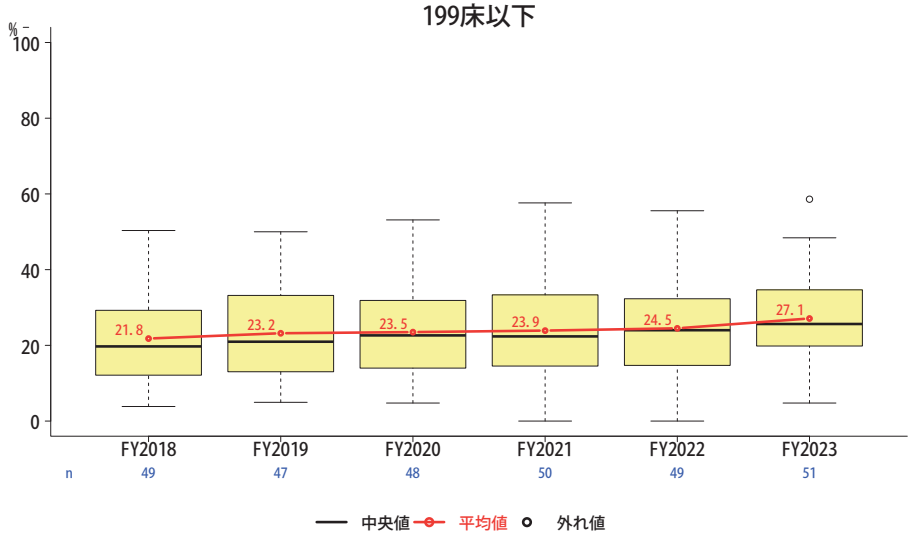
500床以上



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

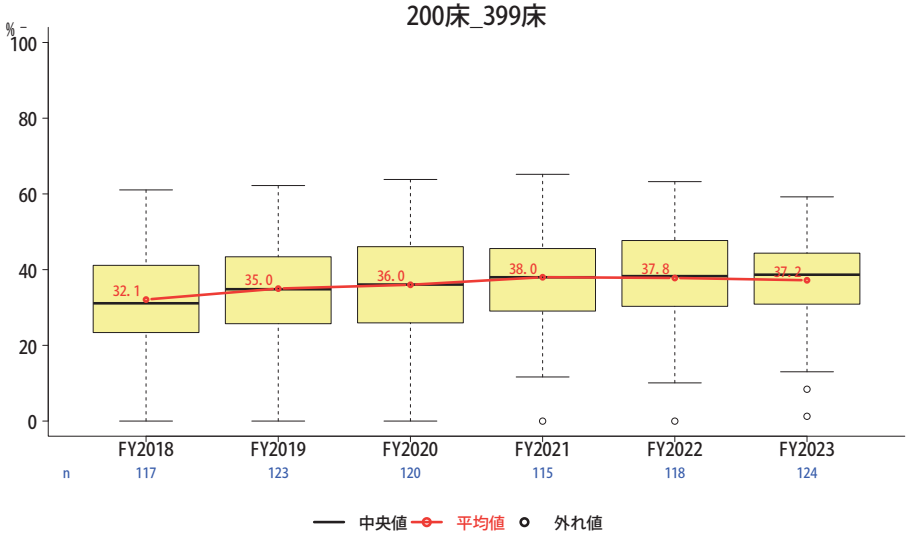
199床以下



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

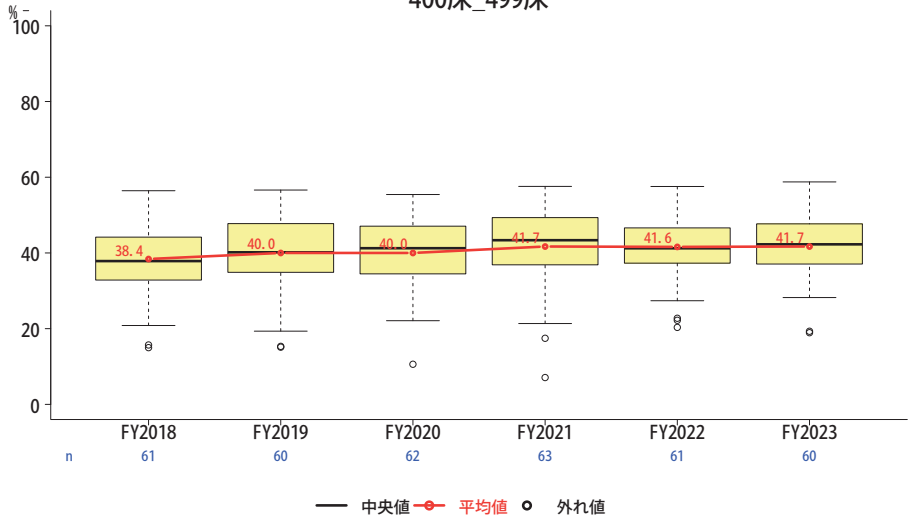
200床_399床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

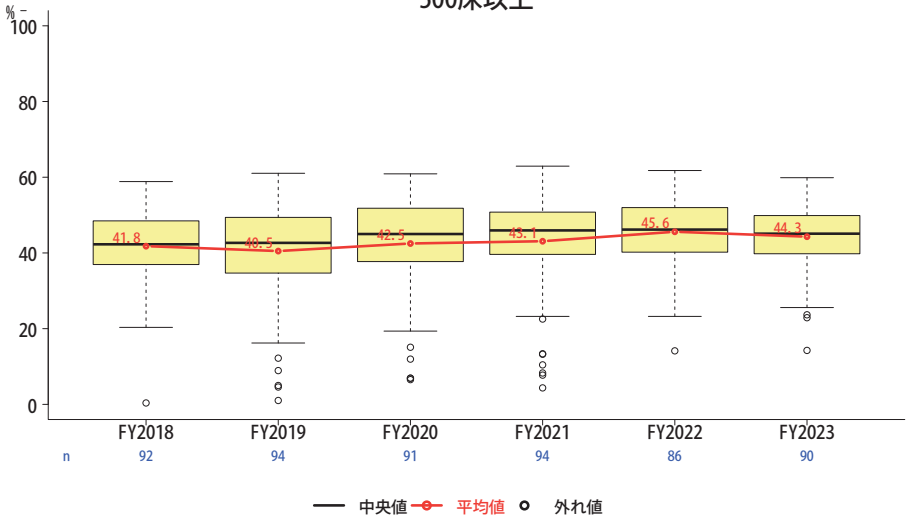
400床_499床



一般-35 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

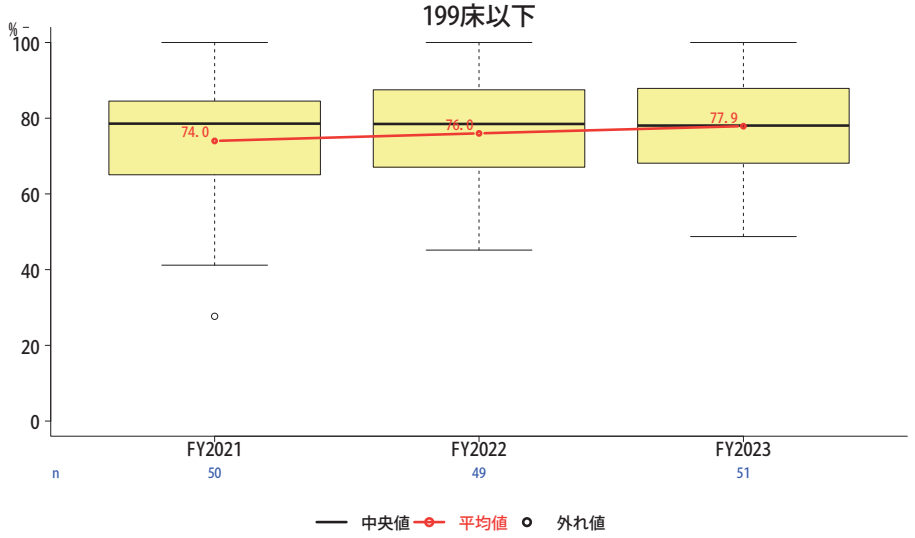
500床以上



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

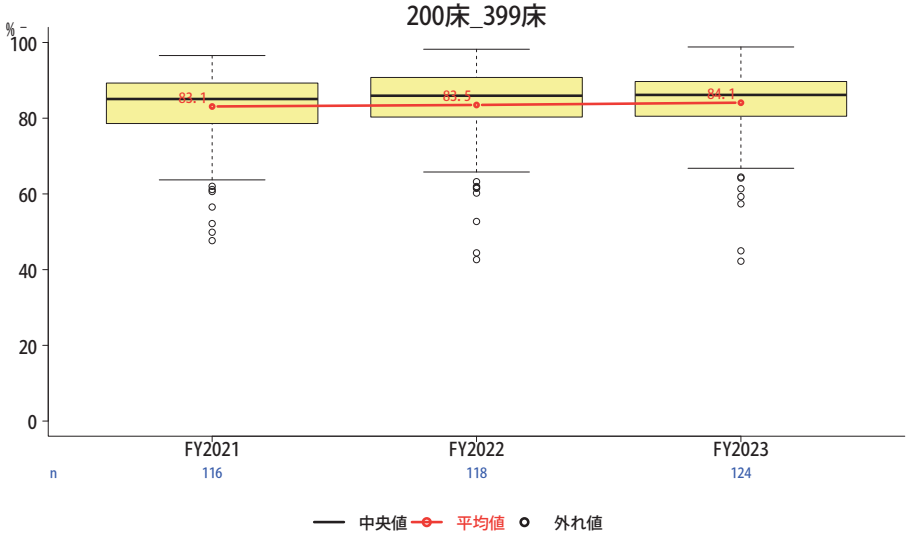
199床以下



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

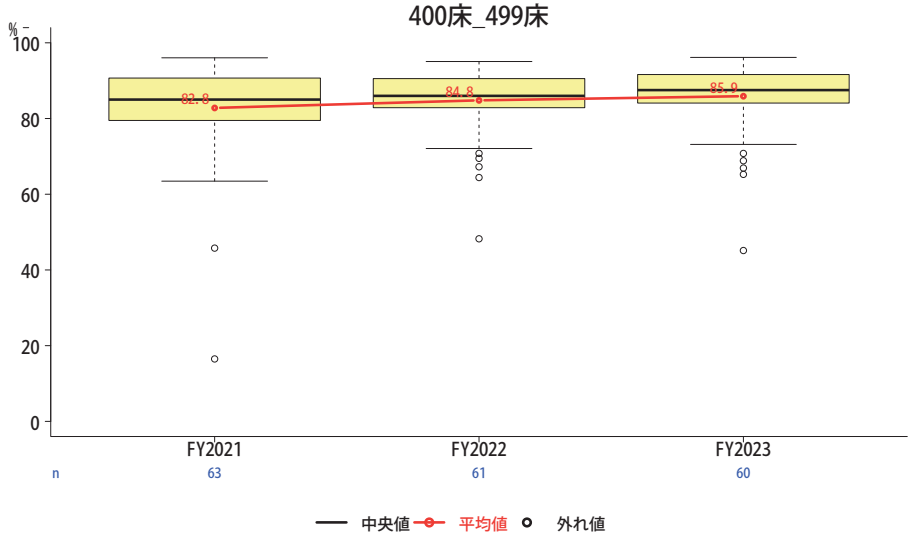
200床_399床



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

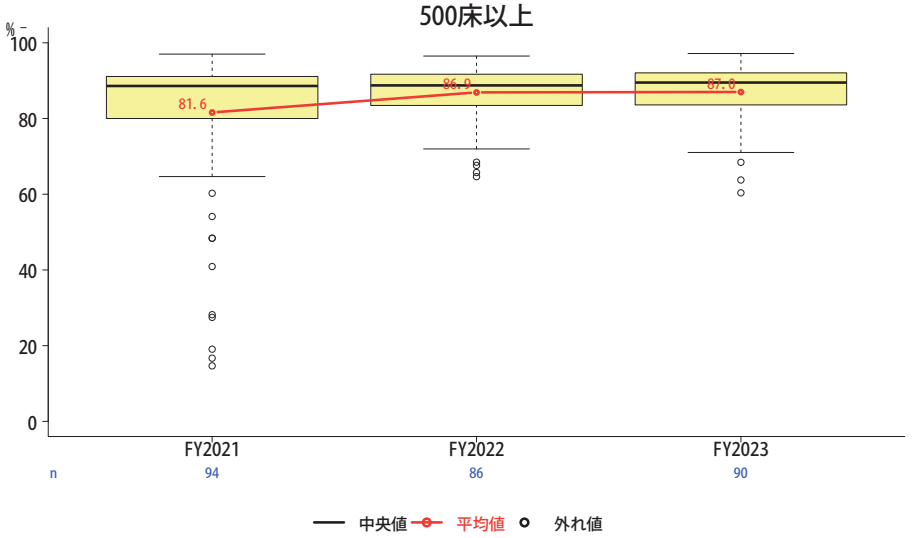
400床_499床



一般-36 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した患者数
分母:カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗MRSA薬（バンコマイシン内服は除く）投与を開始した入院患者数

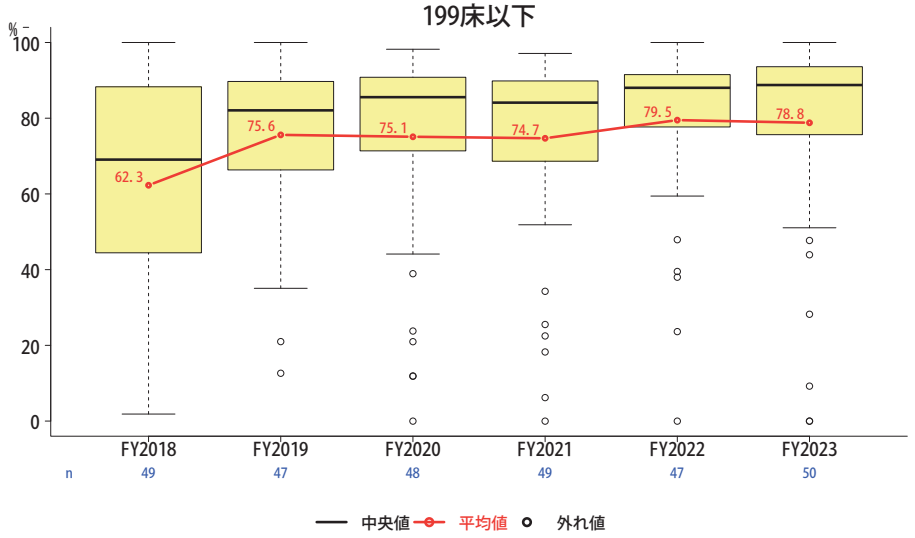
500床以上



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）

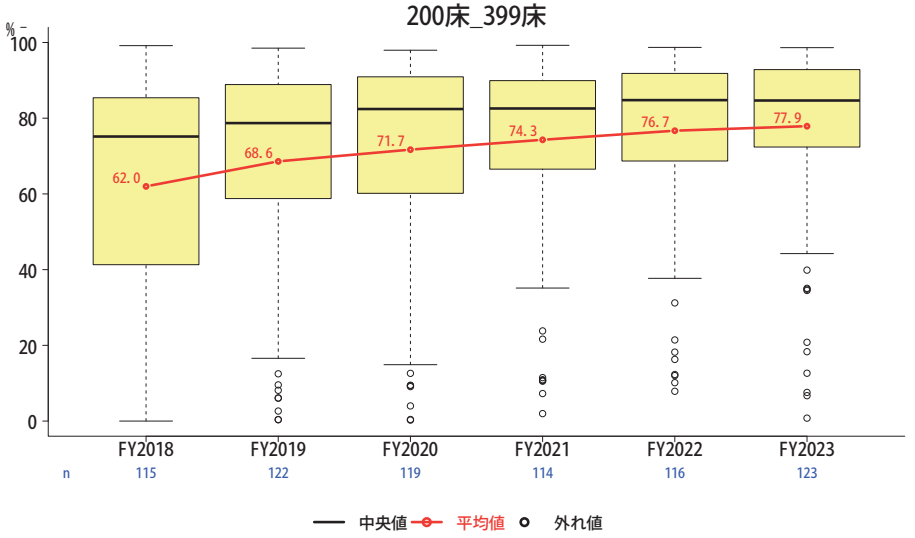
199床以下



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）

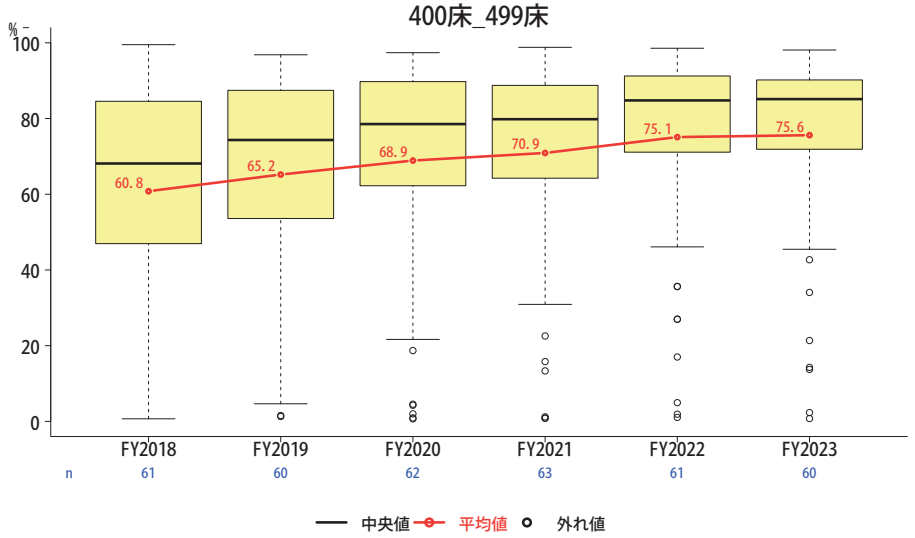
200床_399床



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）

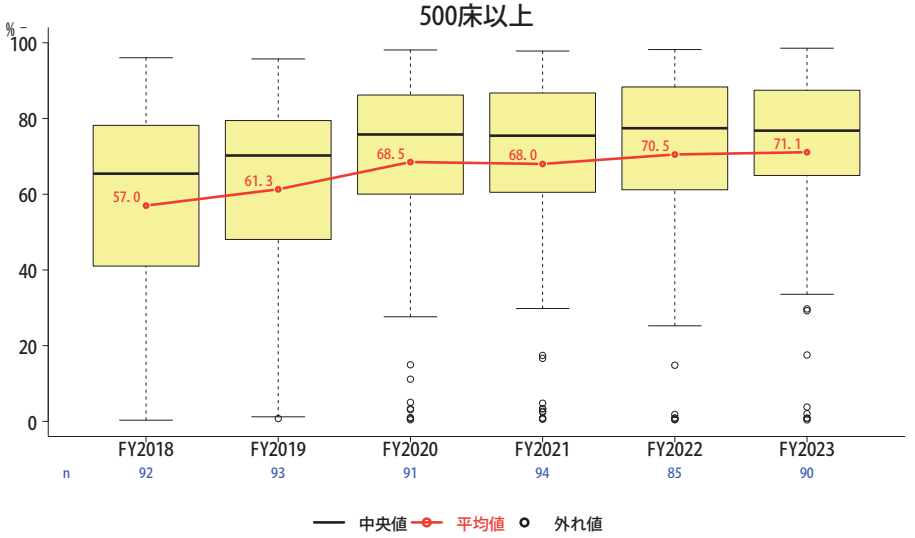
400床_499床



一般-37 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）

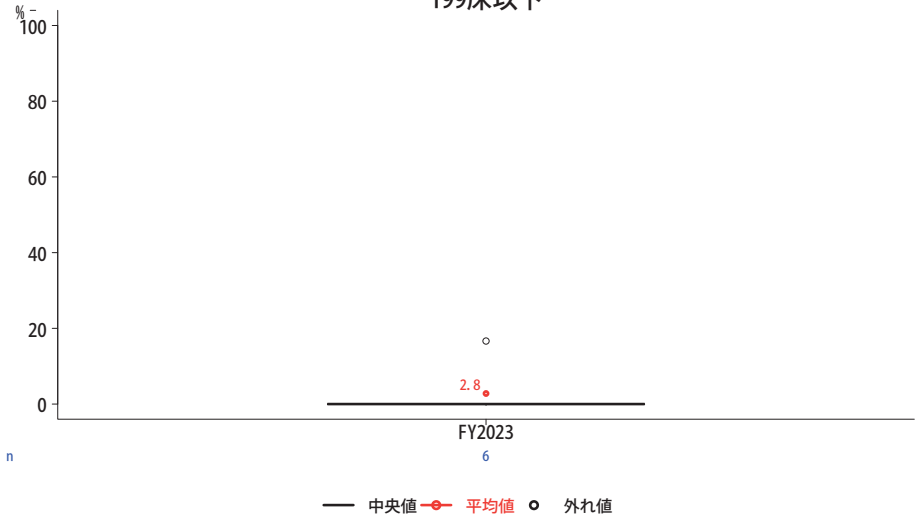
500床以上



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

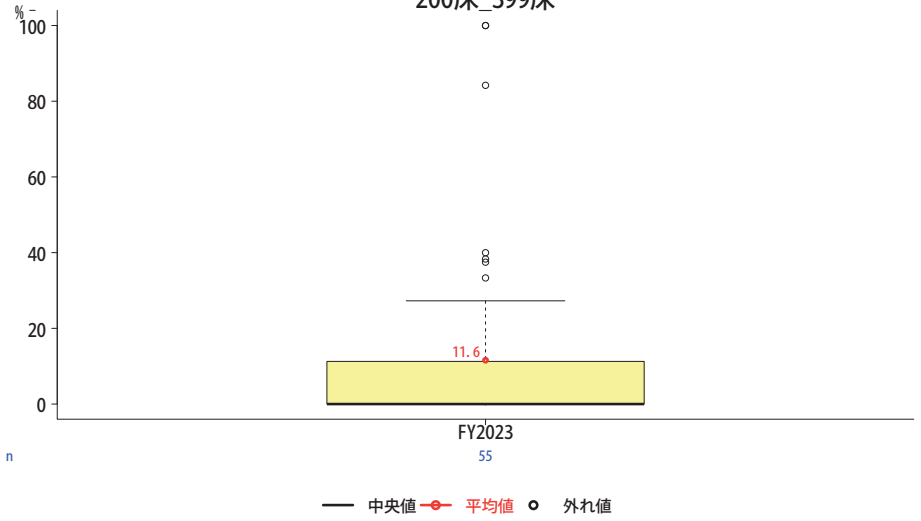
199床以下



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

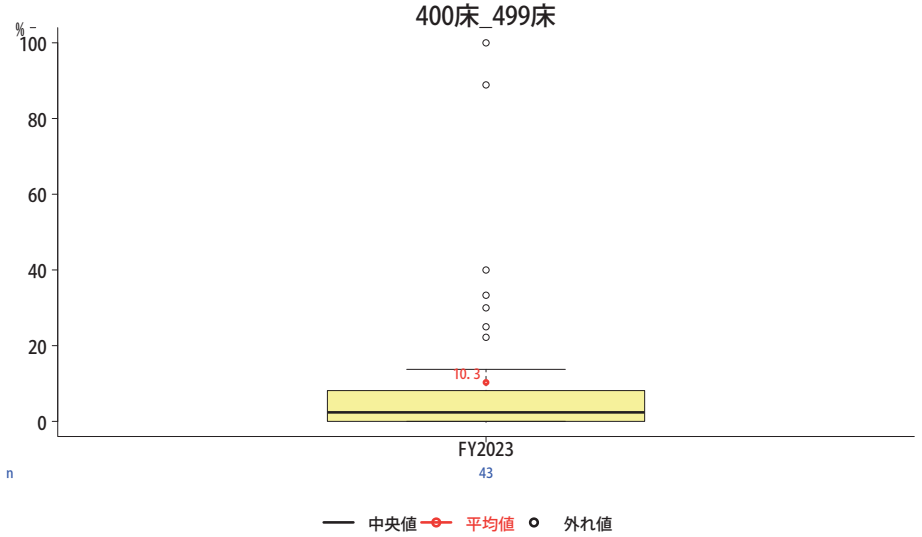
200床_399床



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

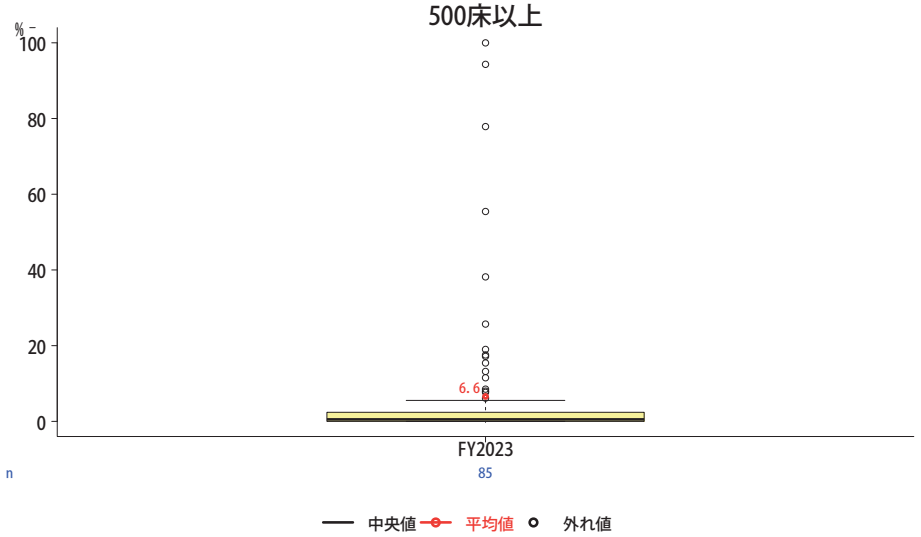
400床_499床



一般-38 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日未満）

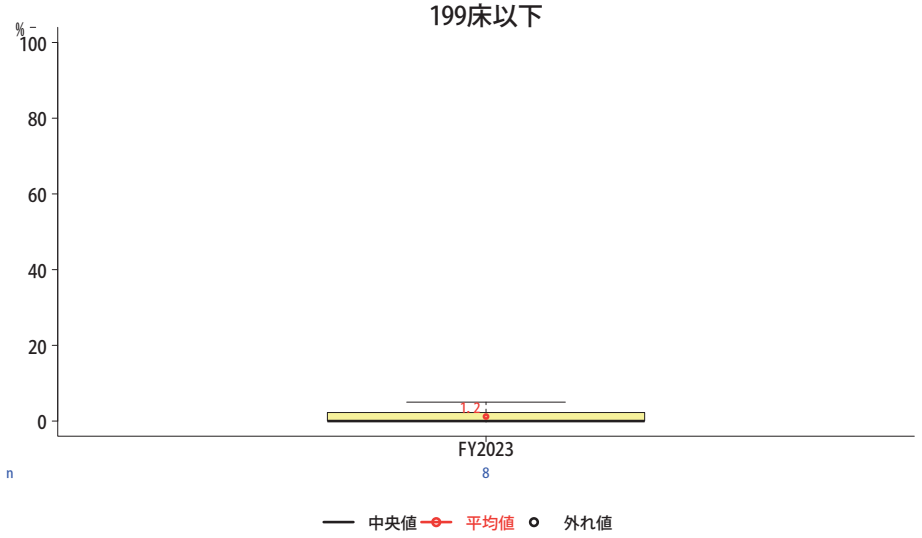
500床以上



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

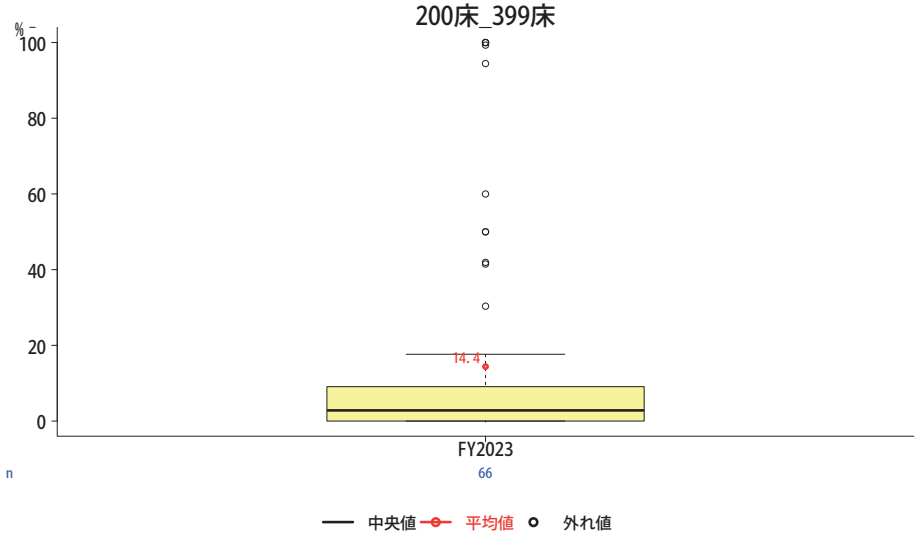
199床以下



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

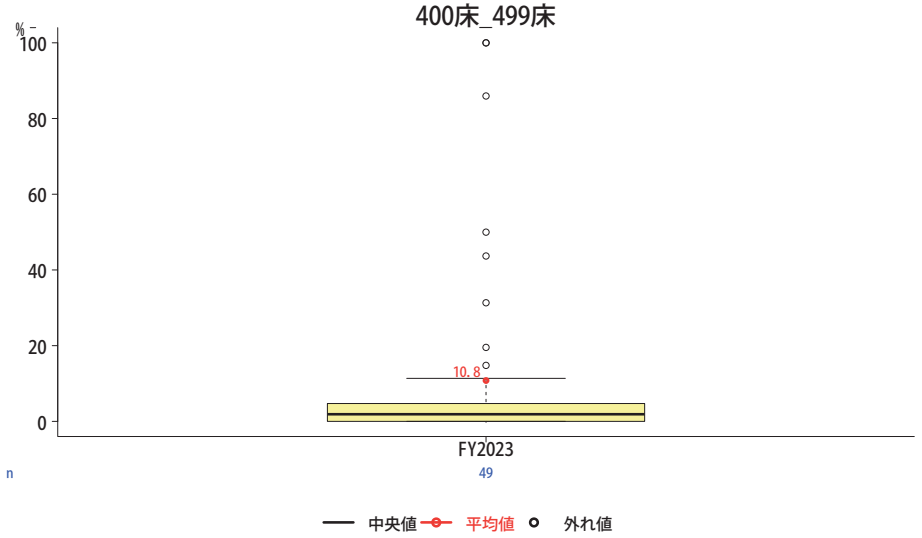
200床_399床



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

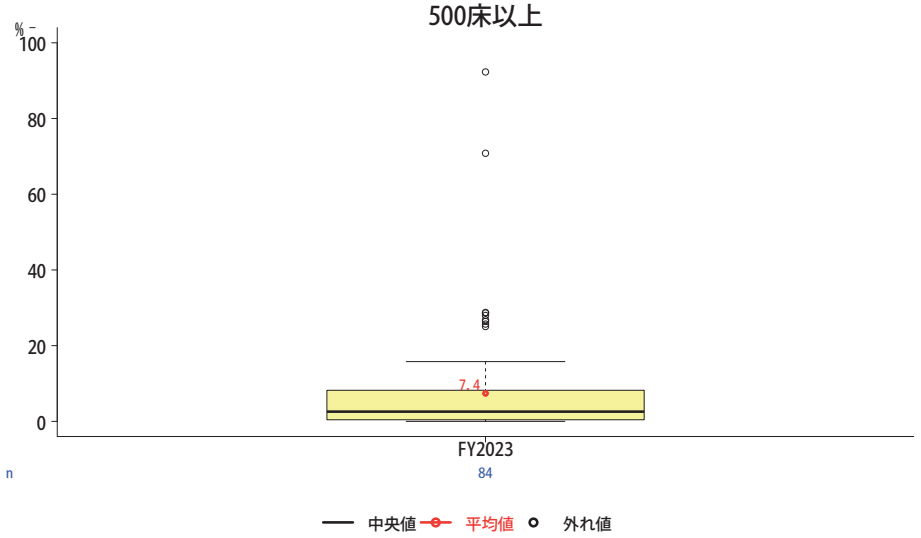
400床_499床



一般-39 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（生後28日～2歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が生後28日以上2歳未満）

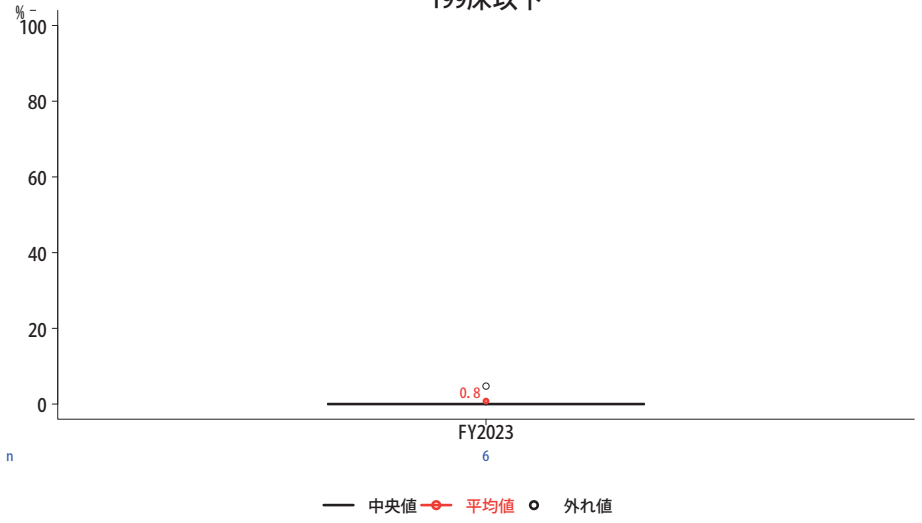
500床以上



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

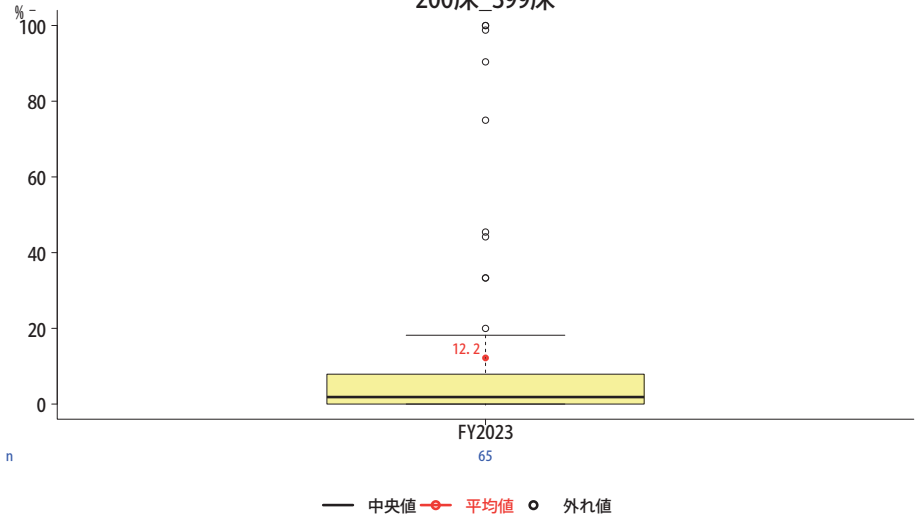
199床以下



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

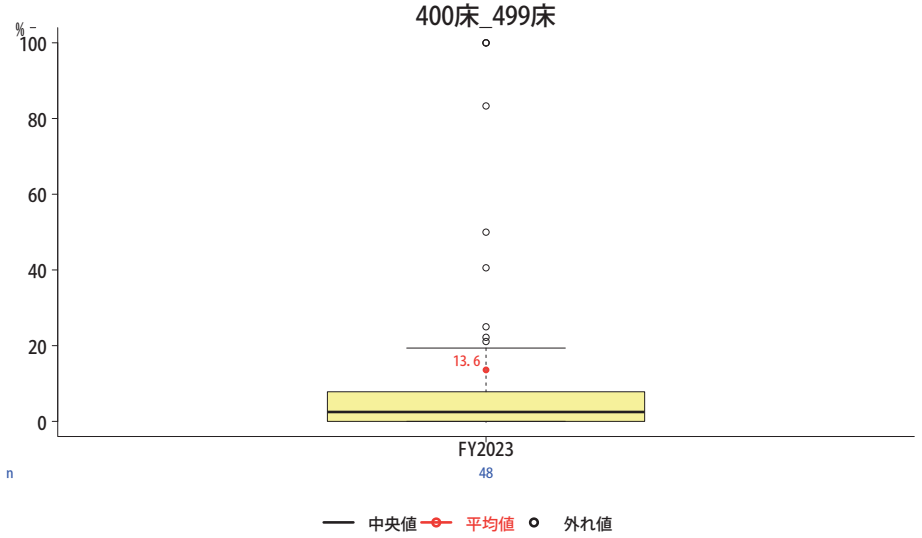
200床_399床



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

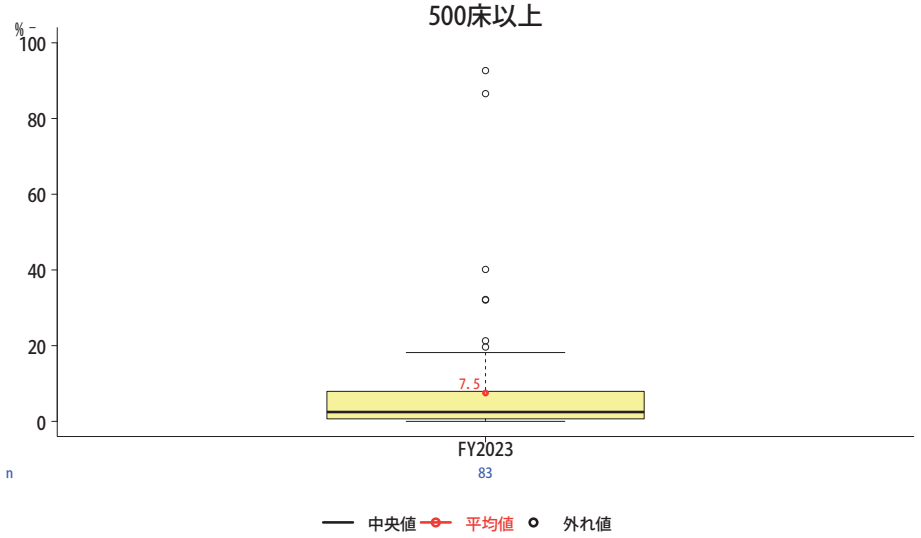
400床_499床



一般-40 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（2歳～6歳未満）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が2歳以上6歳未満）

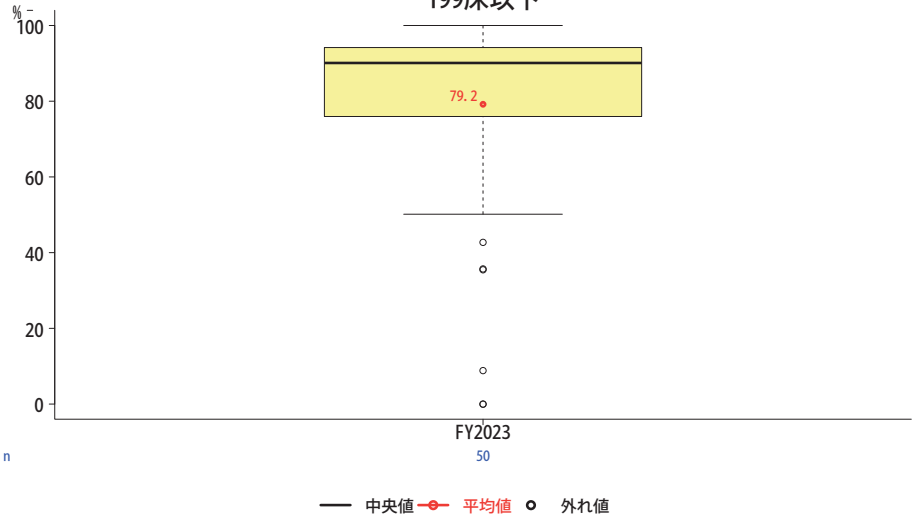
500床以上



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

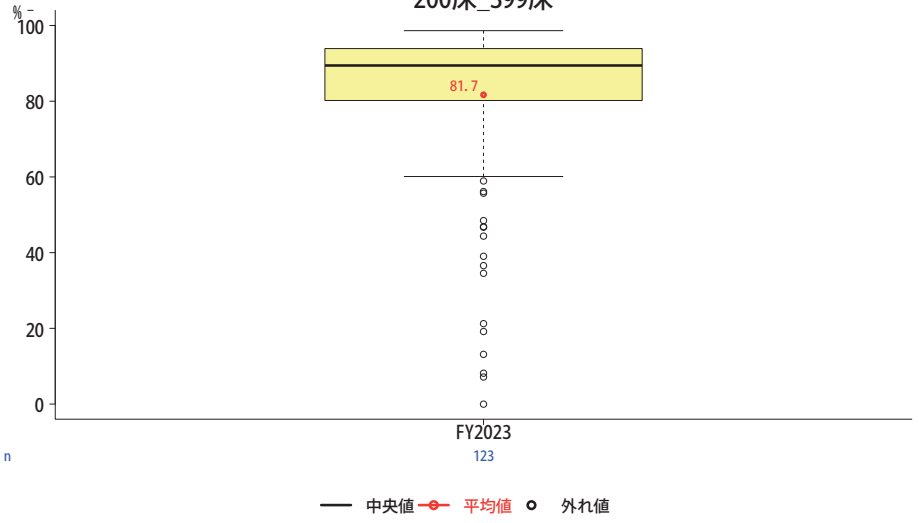
199床以下



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

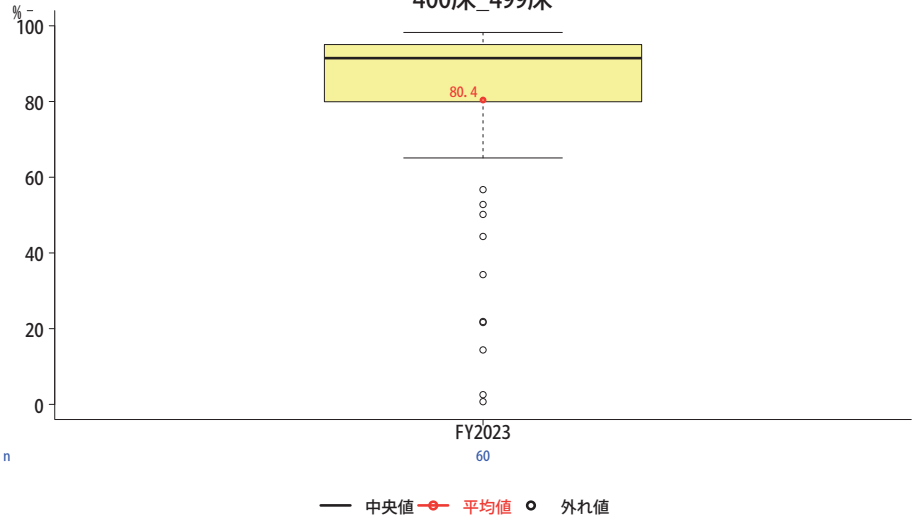
200床_399床



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

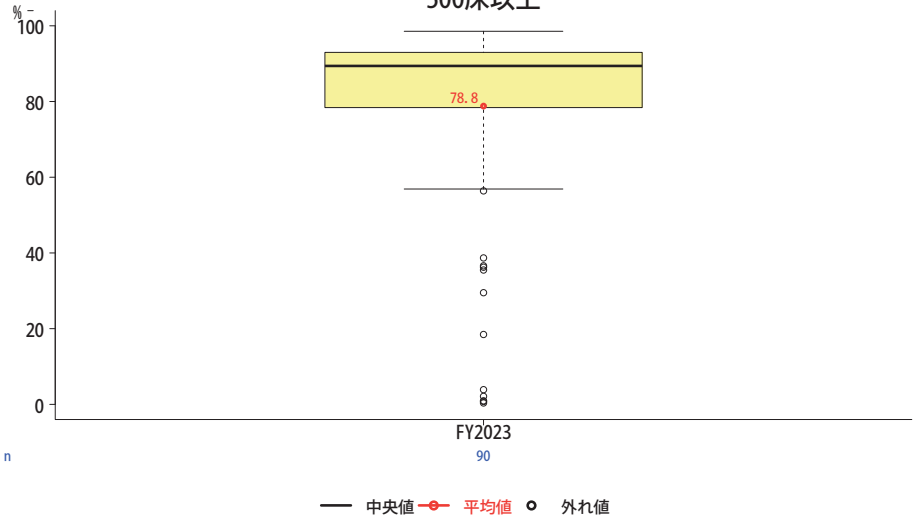
400床_499床



一般-41 血液培養検査における同日2セット以上の実施割合（6歳以上）

分子：血液培養のオーダーが1日に2件以上ある日数（人日）
分母：血液培養のオーダー日数（人日）（実施日が6歳以上）

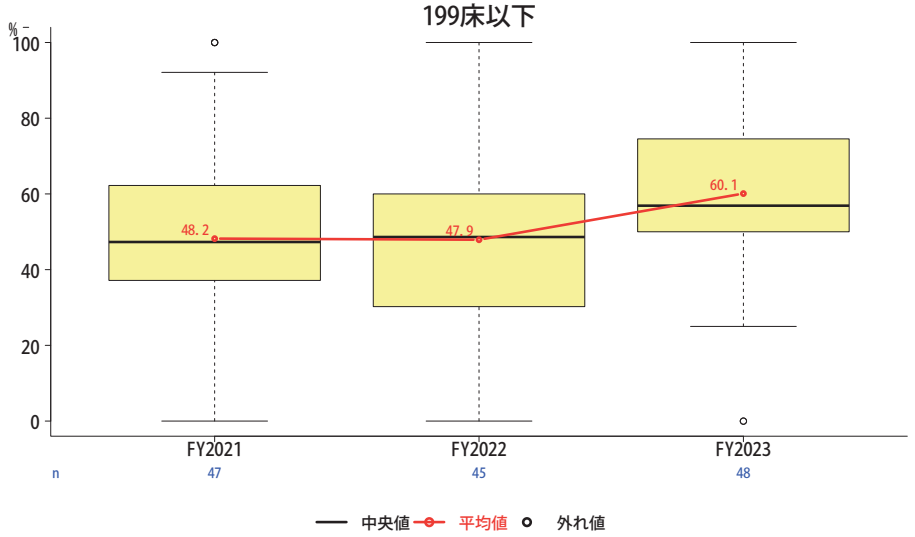
500床以上



一般-42 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中で入院した患者数

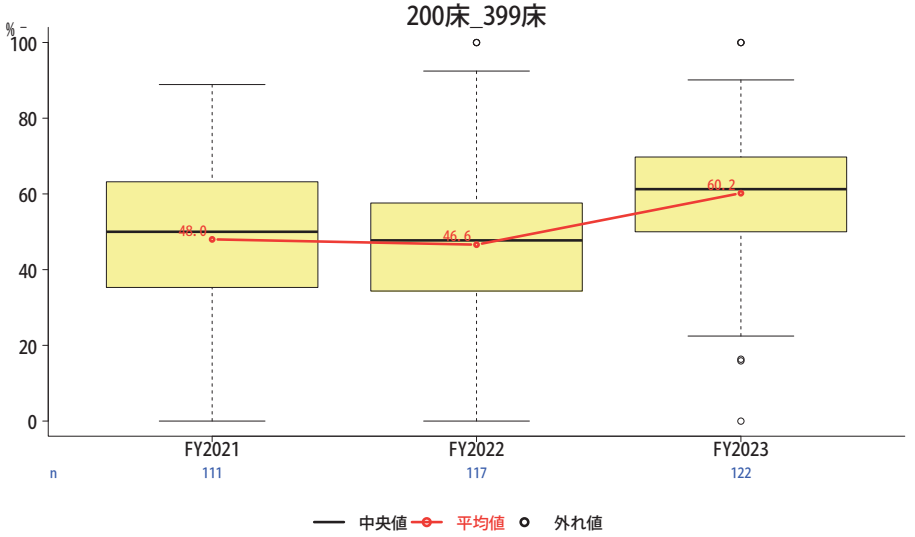
199床以下



一般-42 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中で入院した患者数

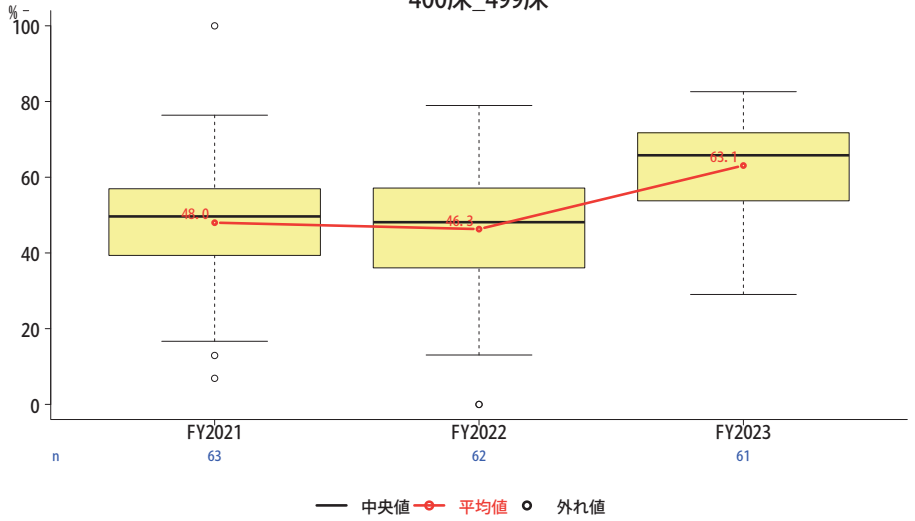
200床_399床



一般-42 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中で入院した患者数

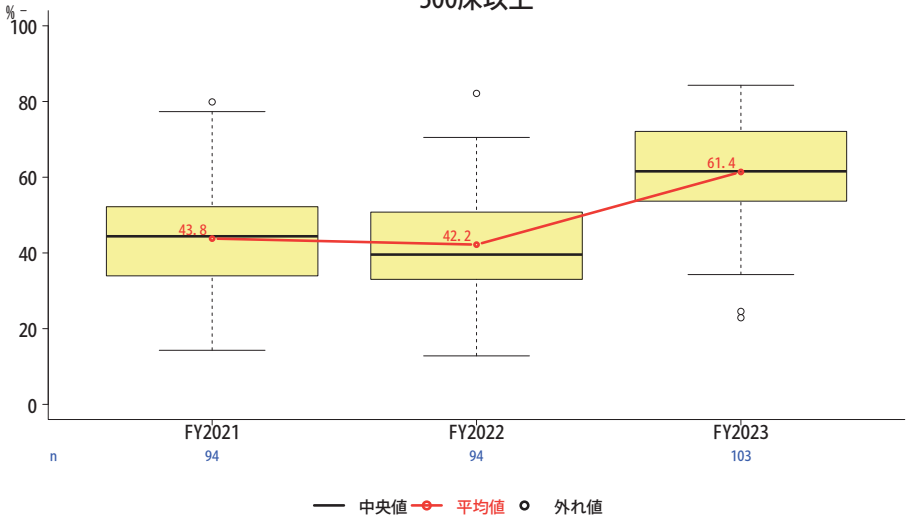
400床_499床



一般-42 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中で入院した患者数

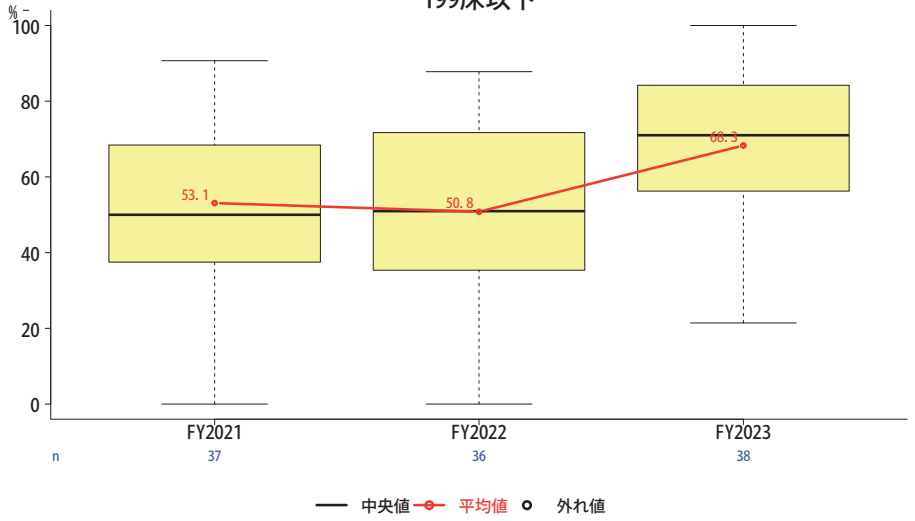
500床以上



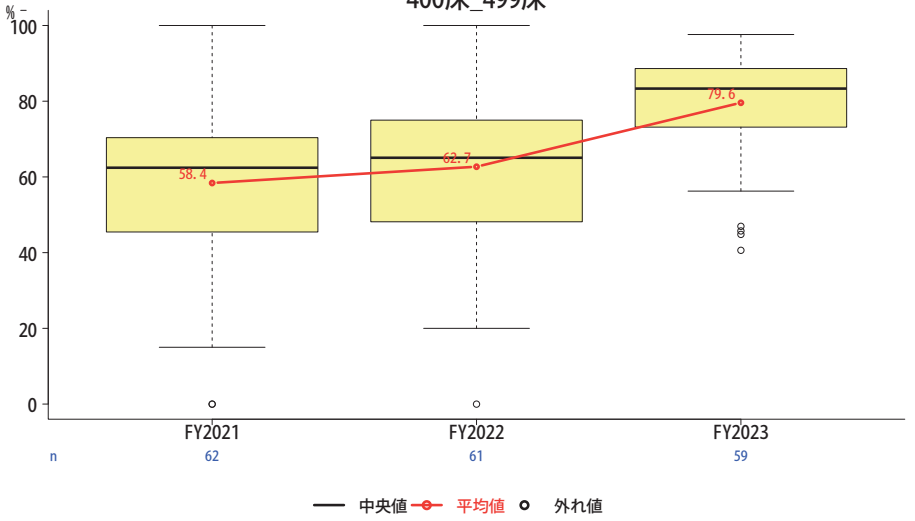
一般-43 大腿骨頚部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨頚部の手術を受けた患者数

199床以下



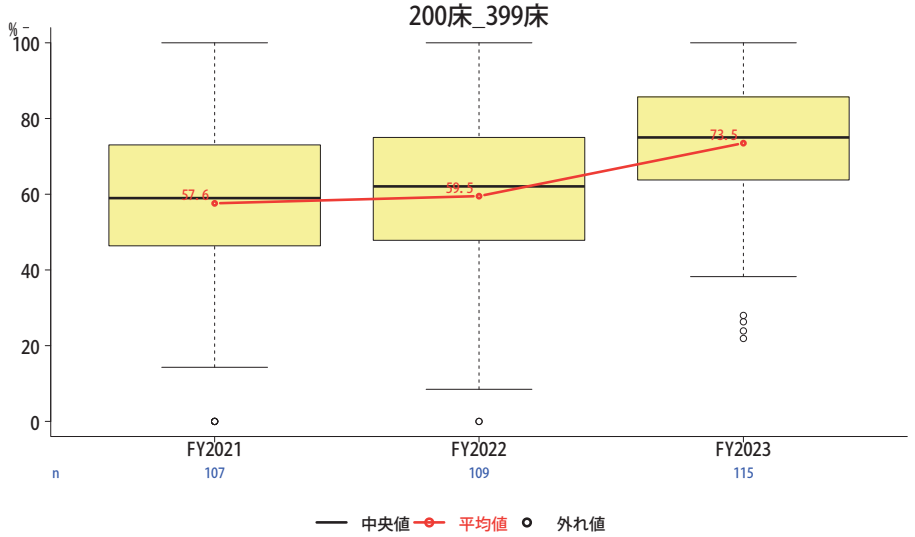
400床_499床



一般-43 大腿骨頚部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨頚部の手術を受けた患者数

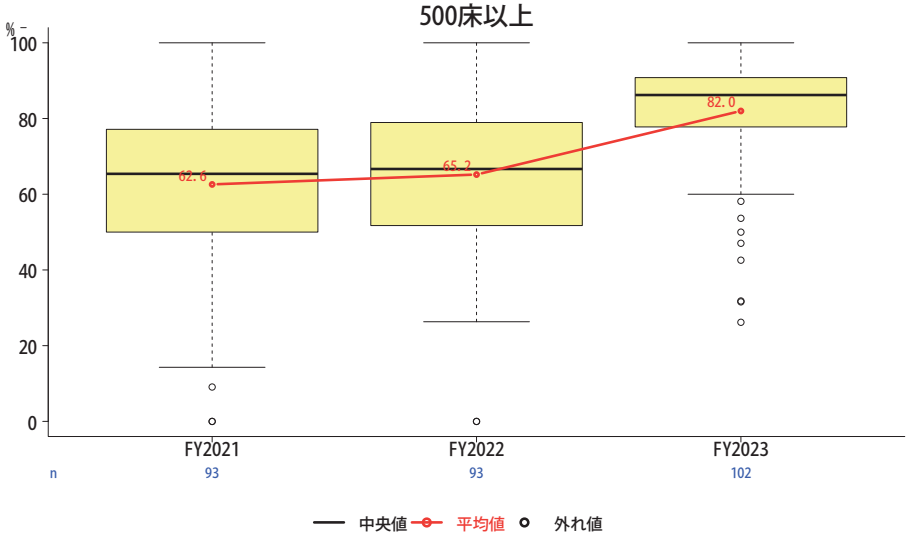
200床_399床



一般-43 大腿骨頚部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨頚部の手術を受けた患者数

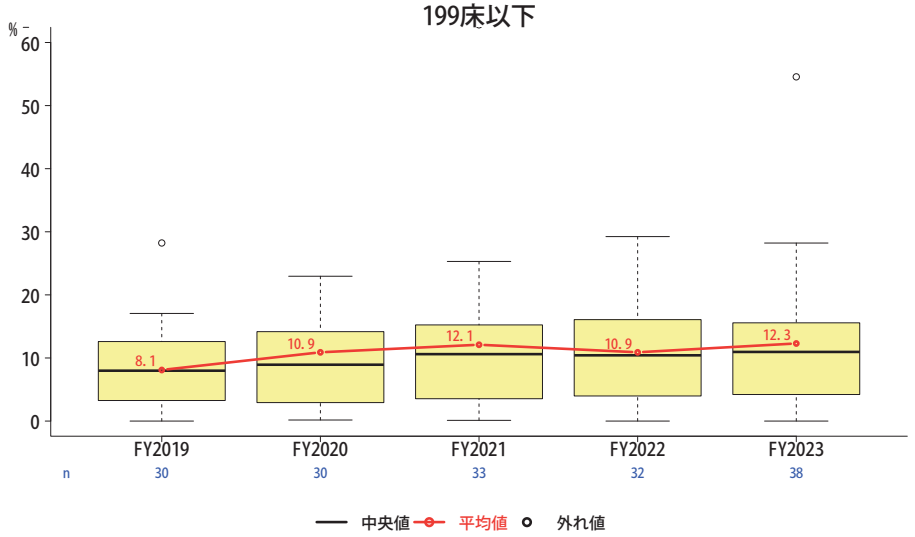
500床以上



一般-44 18歳以上の身体抑制率

分子：（物理的）身体抑制を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

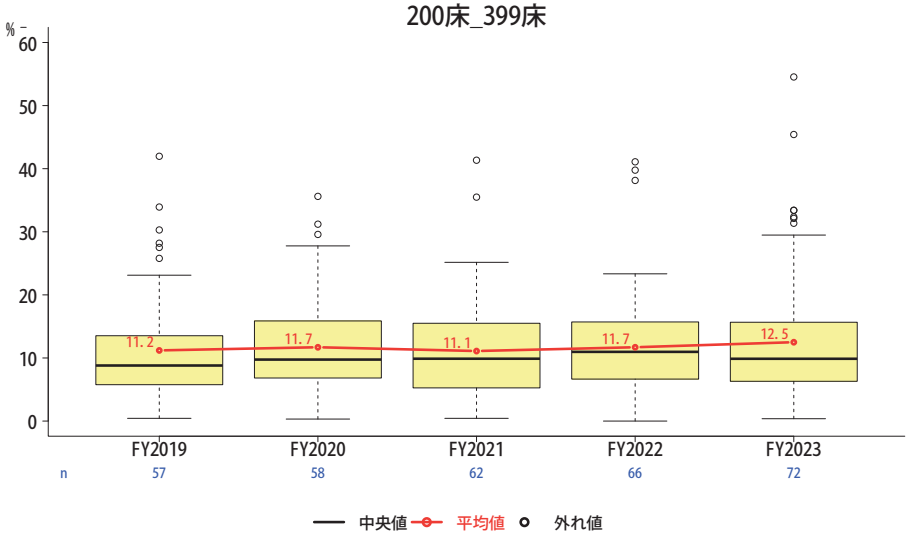
199床以下



一般-44 18歳以上の身体抑制率

分子：（物理的）身体抑制を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

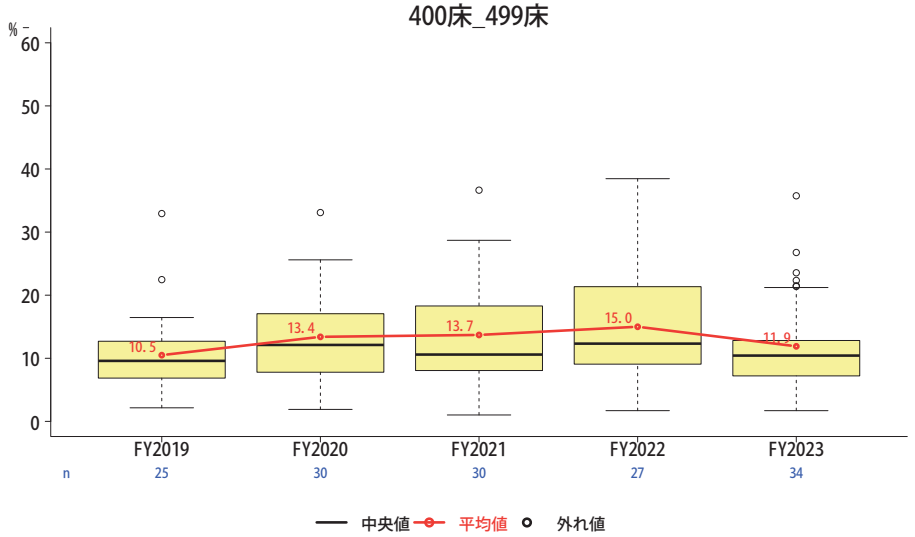
200床_399床



一般-44 18歳以上の身体抑制率

分子：（物理的）身体抑制を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

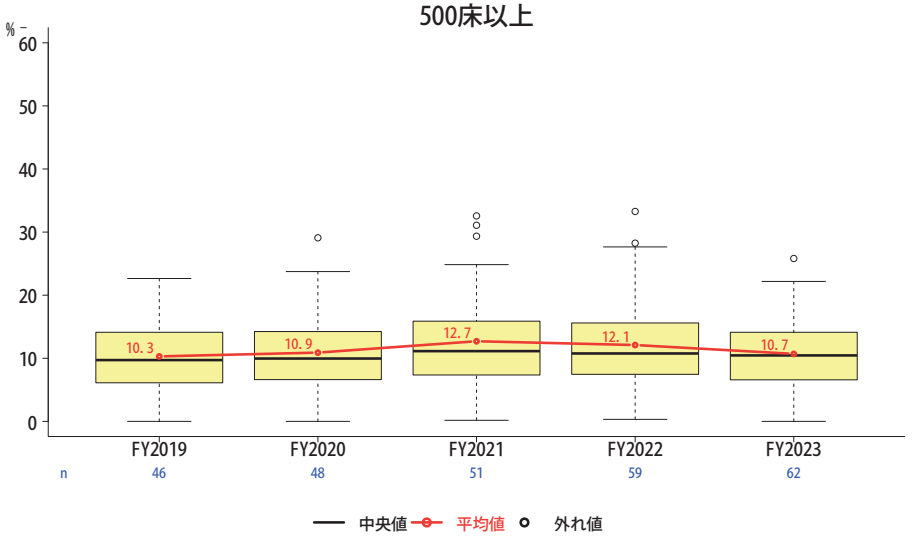
400床_499床



一般-44 18歳以上の身体抑制率

分子：（物理的）身体抑制を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

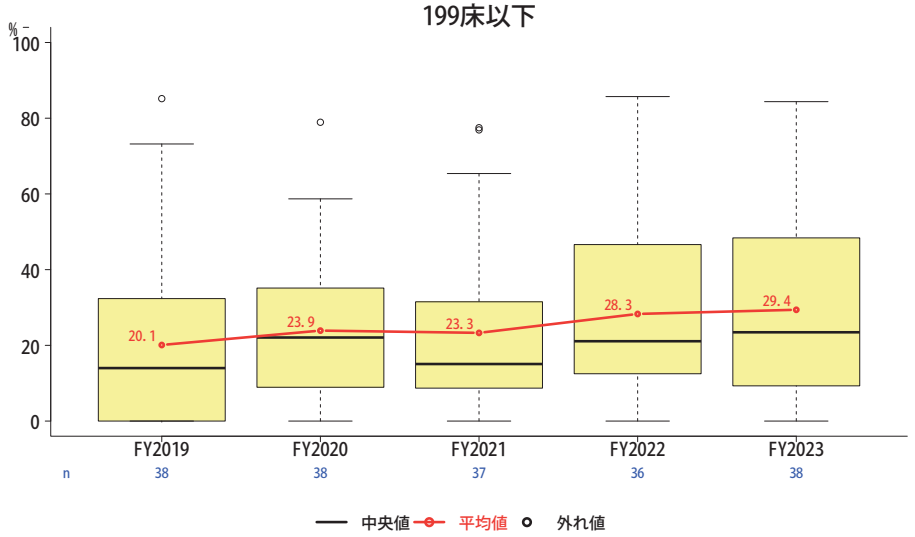
500床以上



一般-45 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

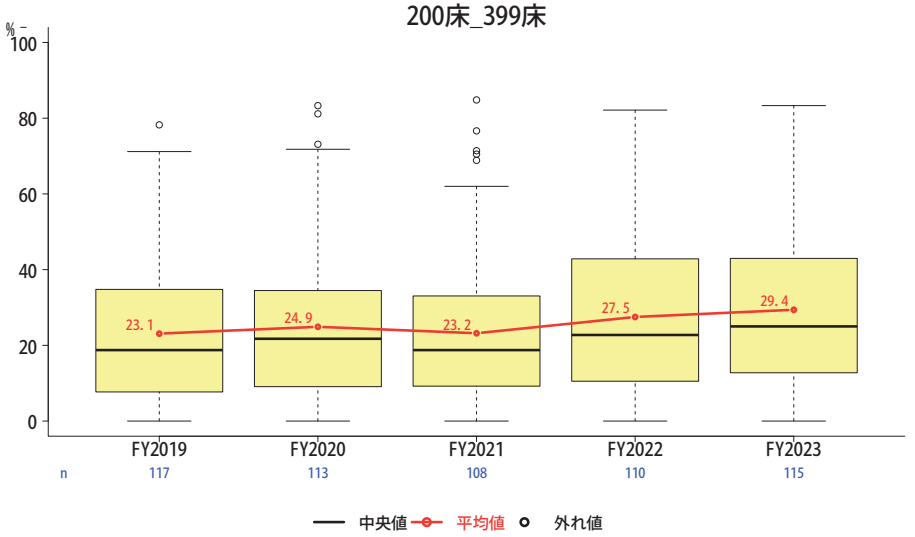
199床以下



一般-45 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

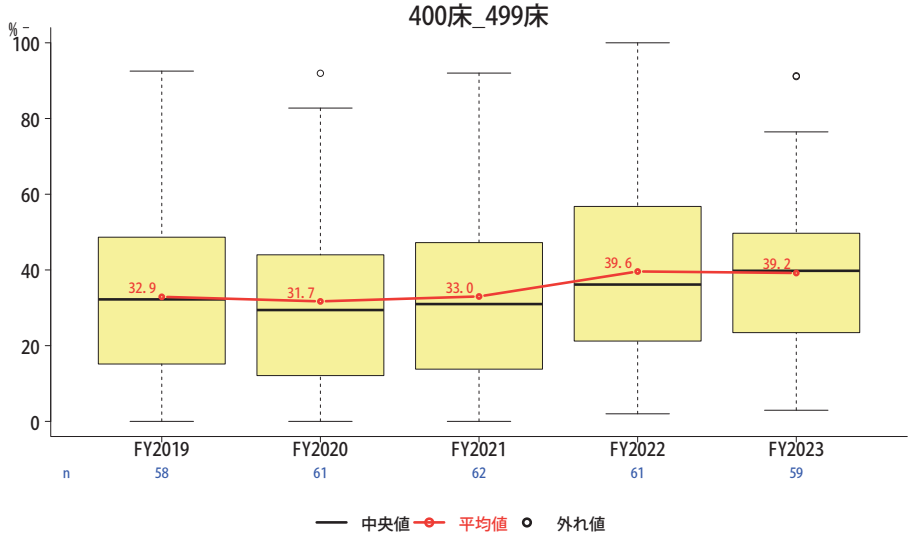
200床_399床



一般-45 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

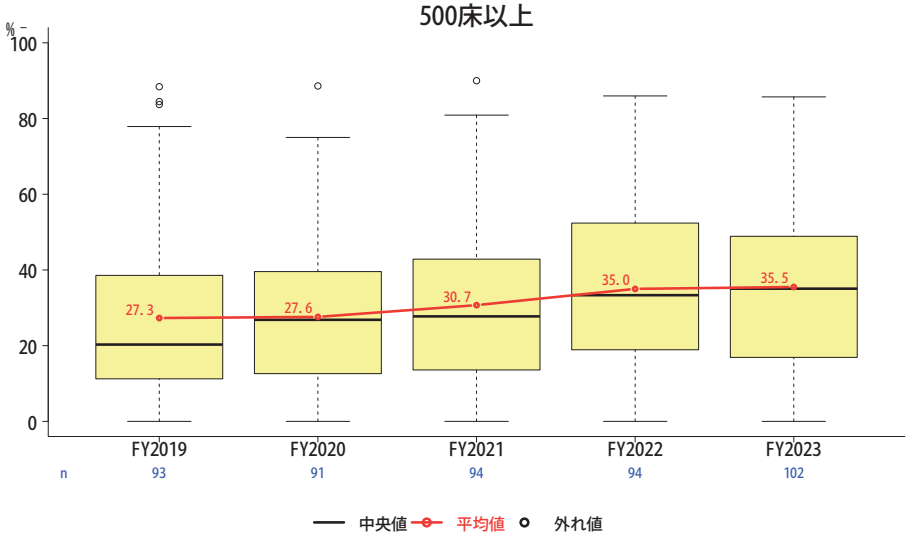
400床_499床



一般-45 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

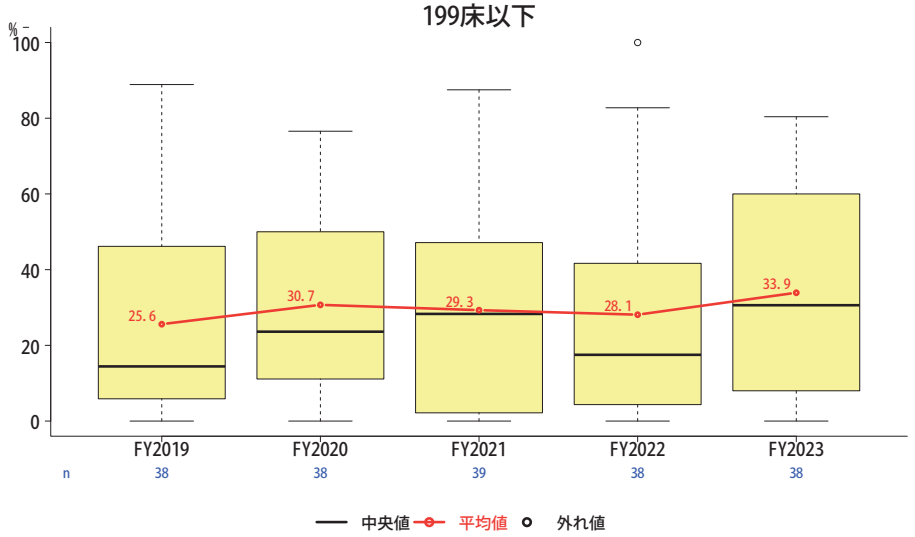
500床以上



一般-46 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

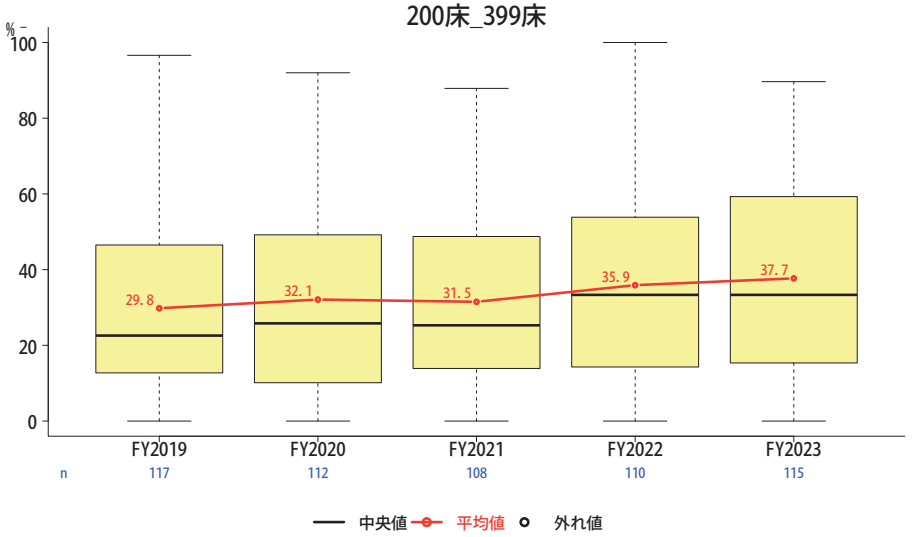
199床以下



一般-46 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

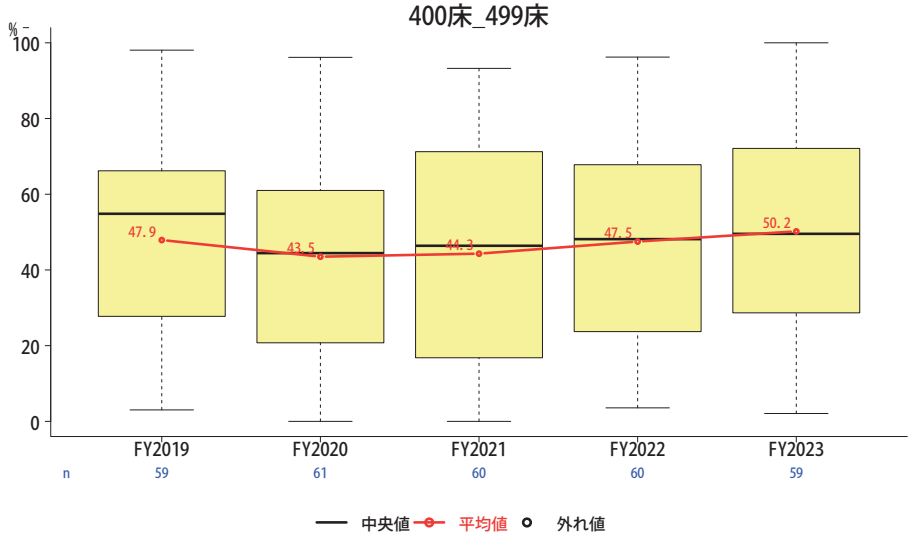
200床_399床



一般-46 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

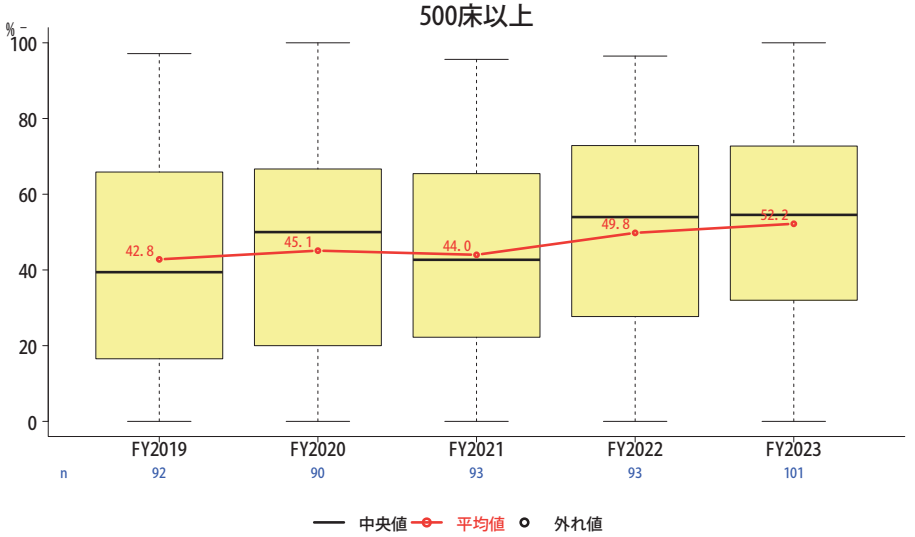
400床_499床



一般-46 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子：入院2日以内に手術を受けた患者数
分母：大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

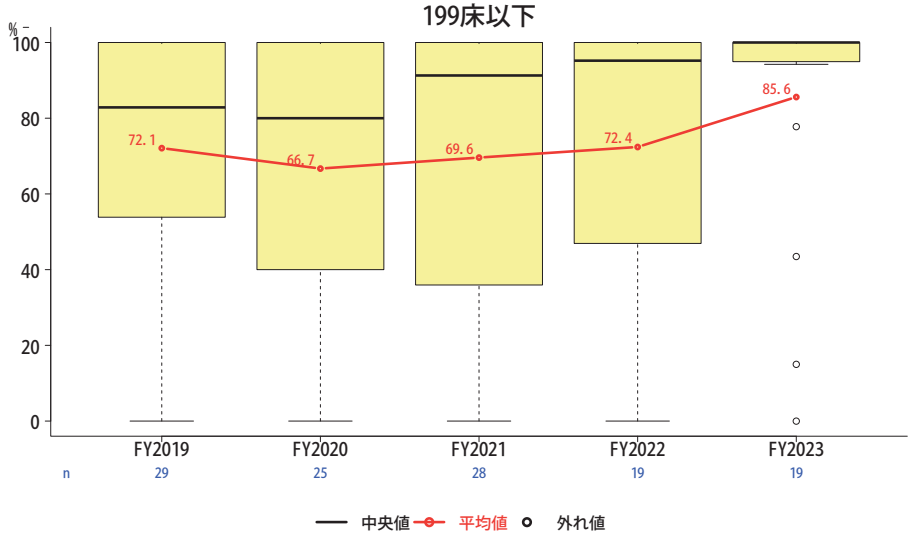
500床以上



一般-47 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

分子：実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母：18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

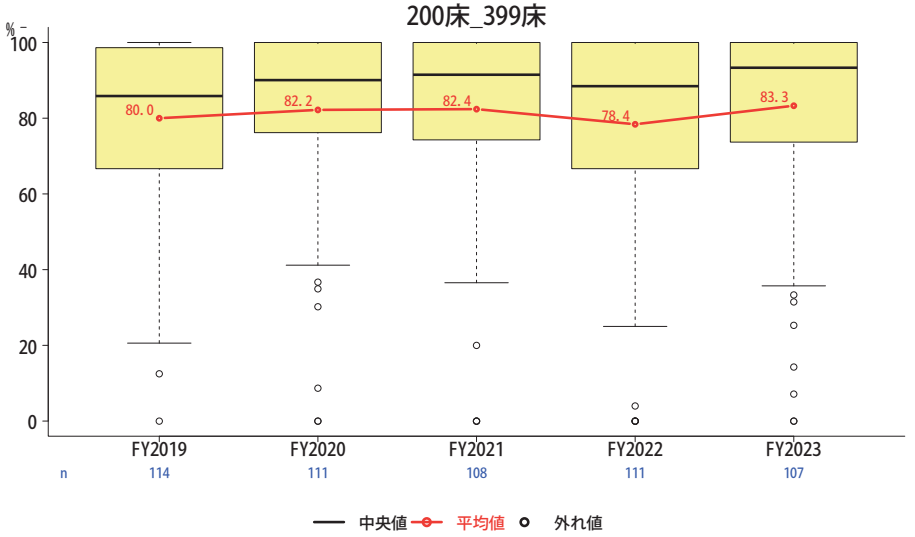
199床以下



一般-47 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

分子：実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母：18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

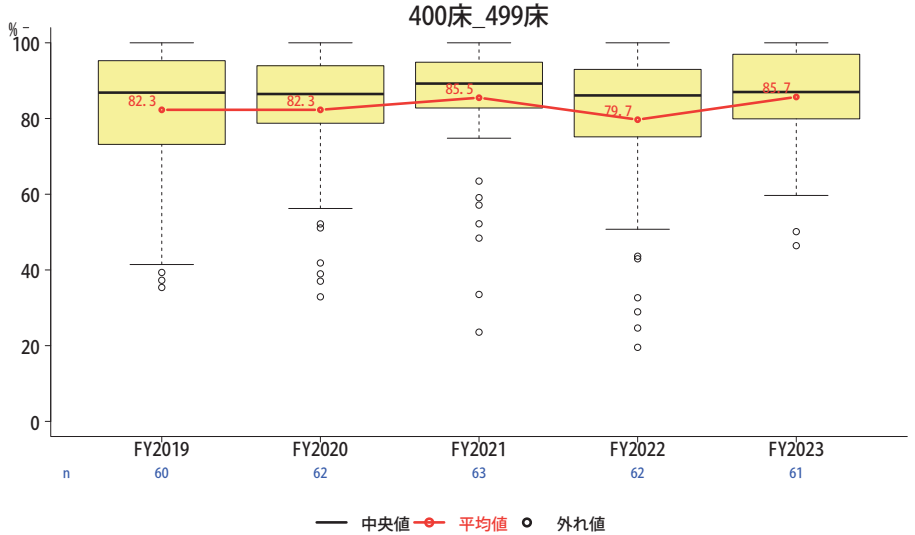
200床_399床



一般-47 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

分子：実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母：18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

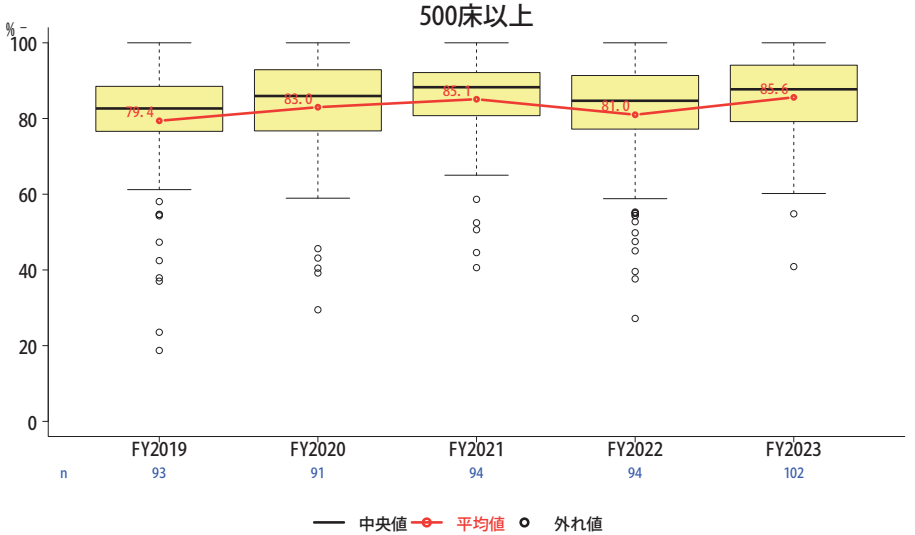
400床_499床



一般-47 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

分子：実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母：18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

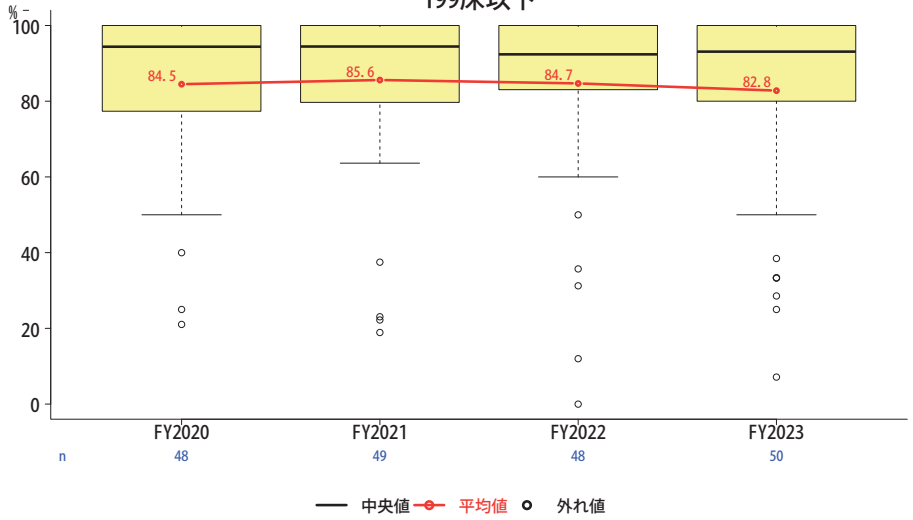
500床以上



一般-48 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

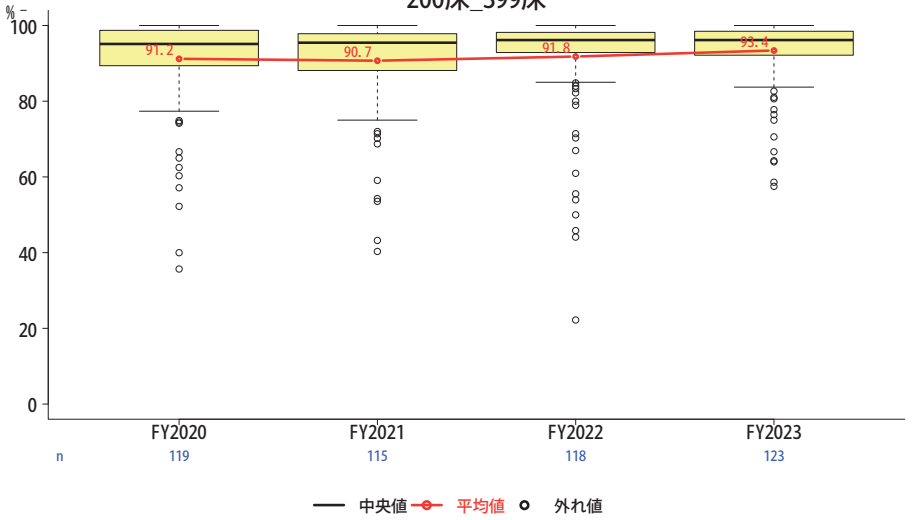
199床以下



一般-48 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

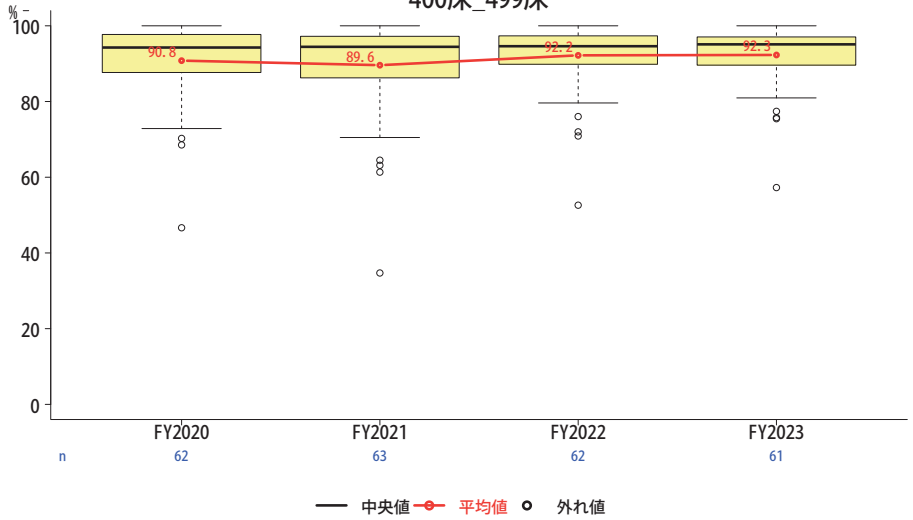
200床_399床



一般-48 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

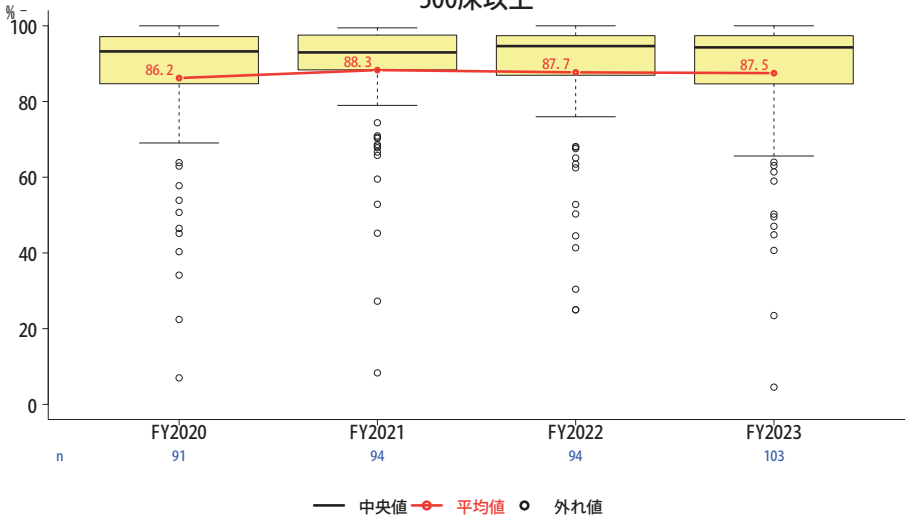
400床_499床



一般-48 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

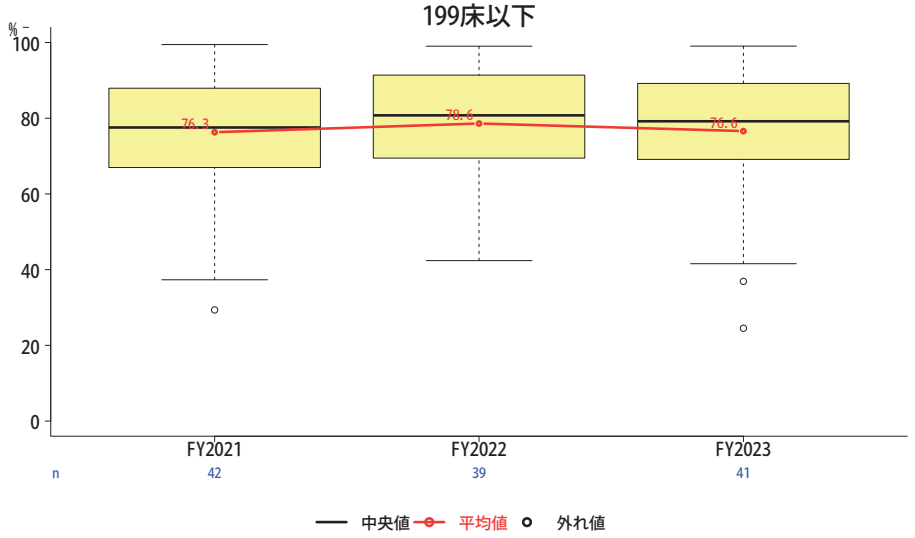
500床以上



一般-49 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

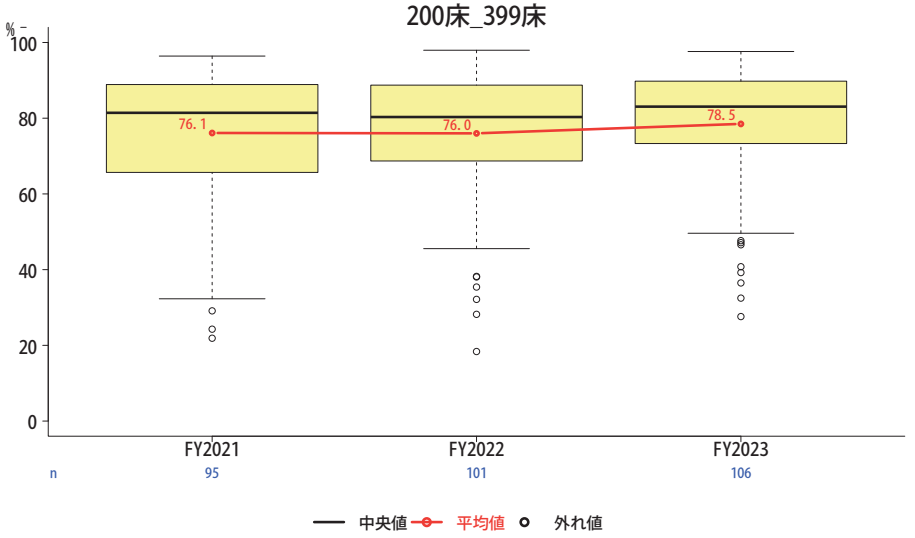
199床以下



一般-49 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

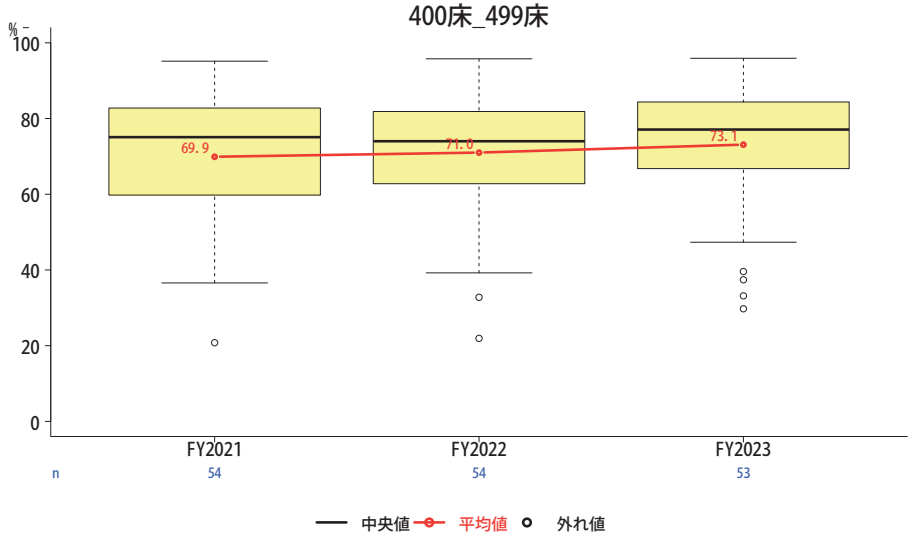
200床_399床



一般-49 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

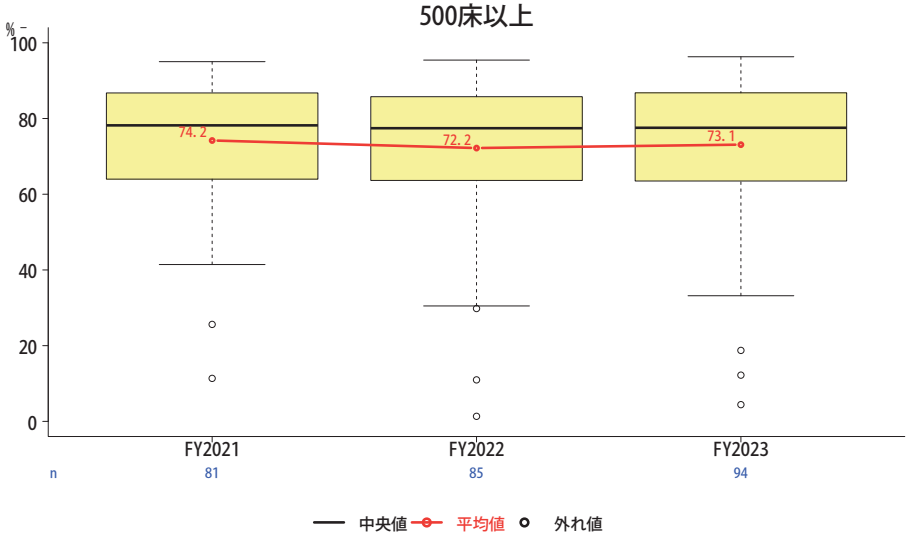
400床_499床



一般-49 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

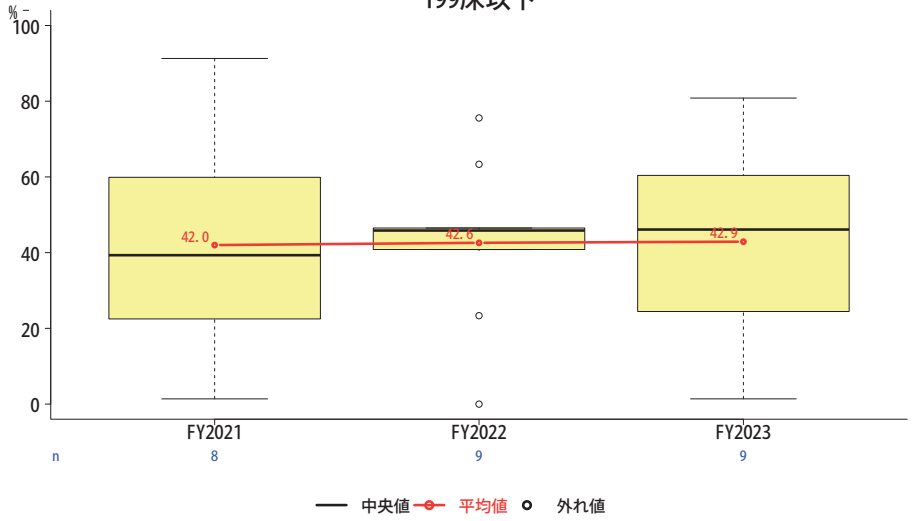
500床以上



一般-50 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

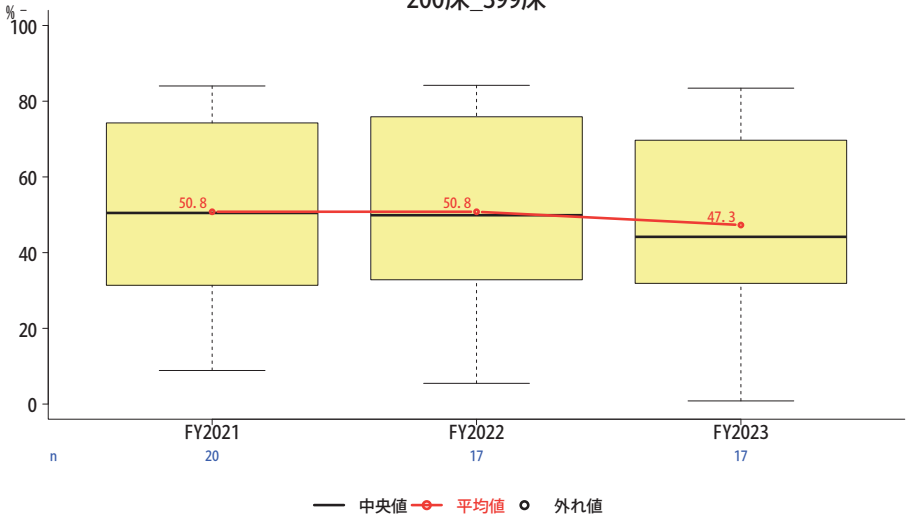
199床以下



一般-50 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

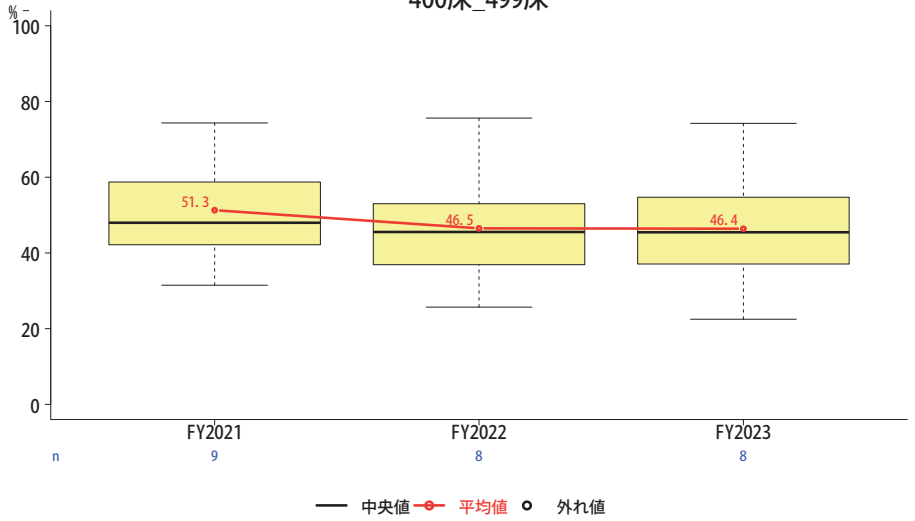
200床_399床



一般-50 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

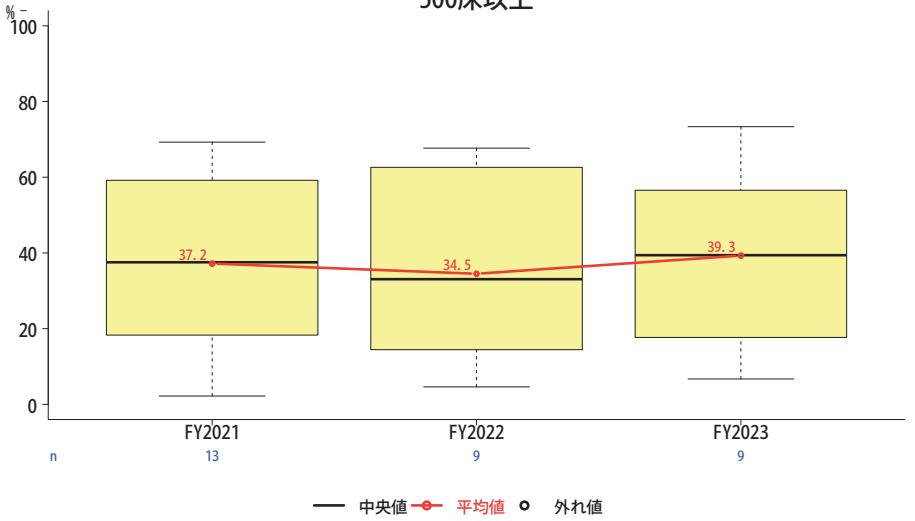
400床_499床



一般-50 薬剤管理指導実施割合（病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関）

分子：薬剤管理指導を受けた患者数
分母：入院患者数

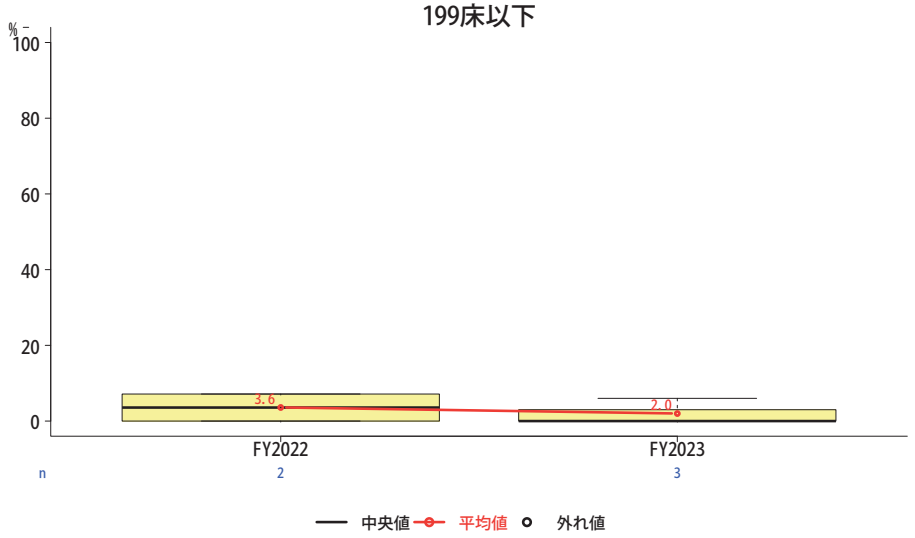
500床以上



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子：集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母：集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

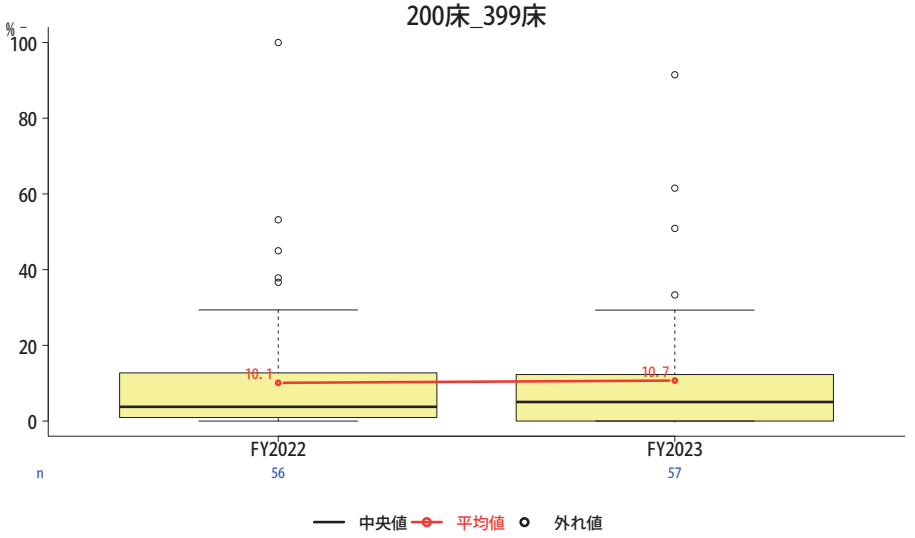
199床以下



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子：集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母：集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

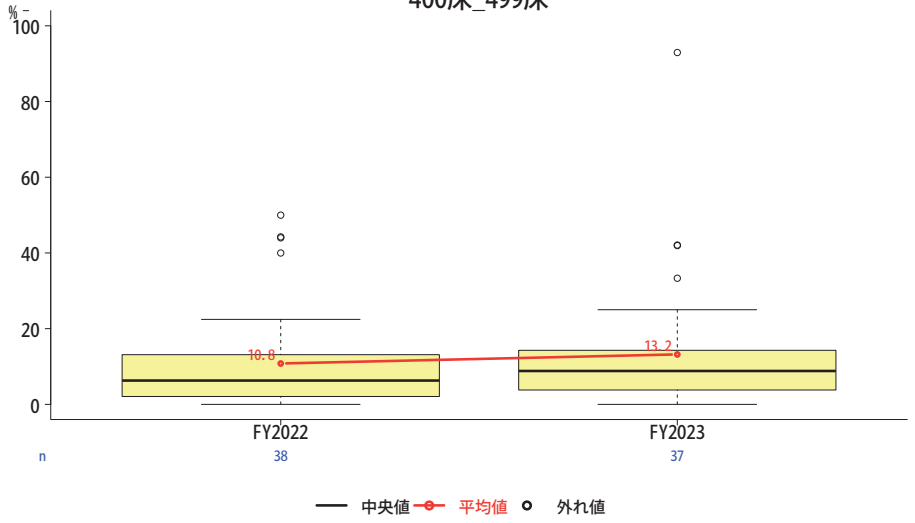
200床_399床



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子：集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母：集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

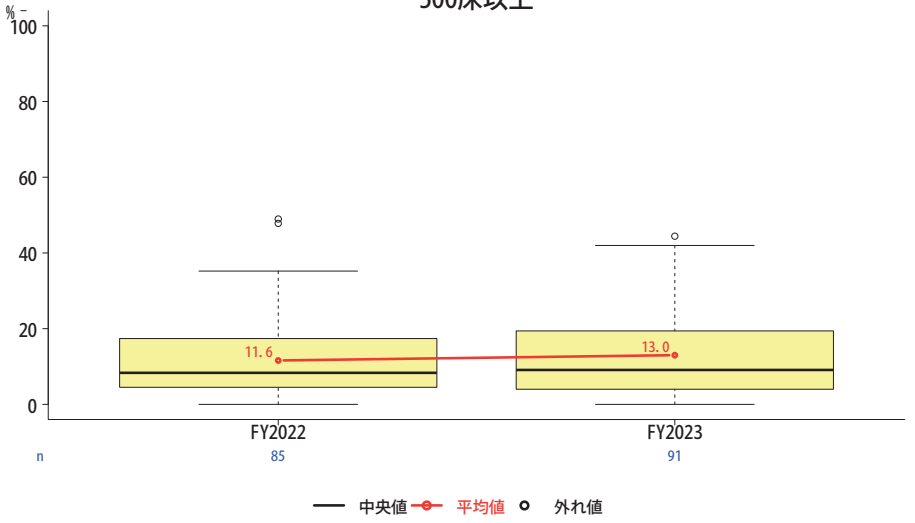
400床_499床



一般-51 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子：集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数
分母：集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

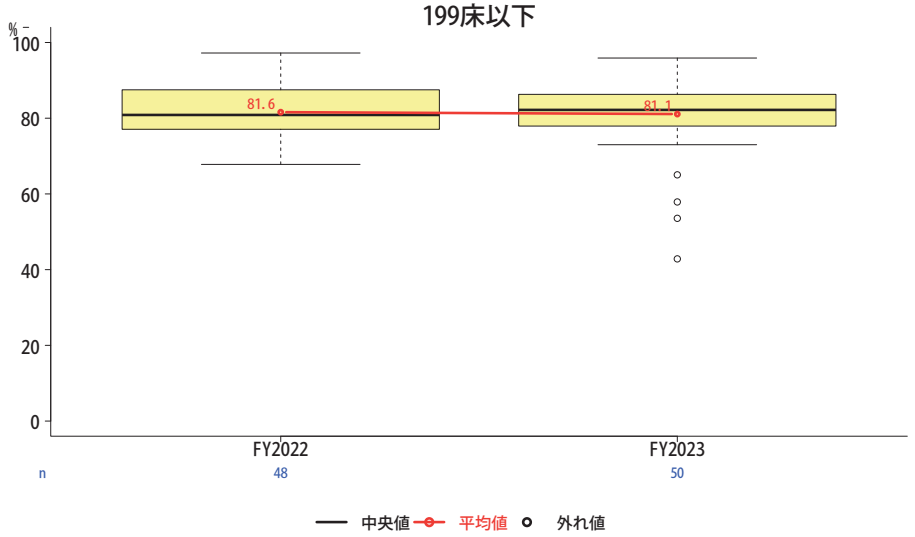
500床以上



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子：退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母：退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

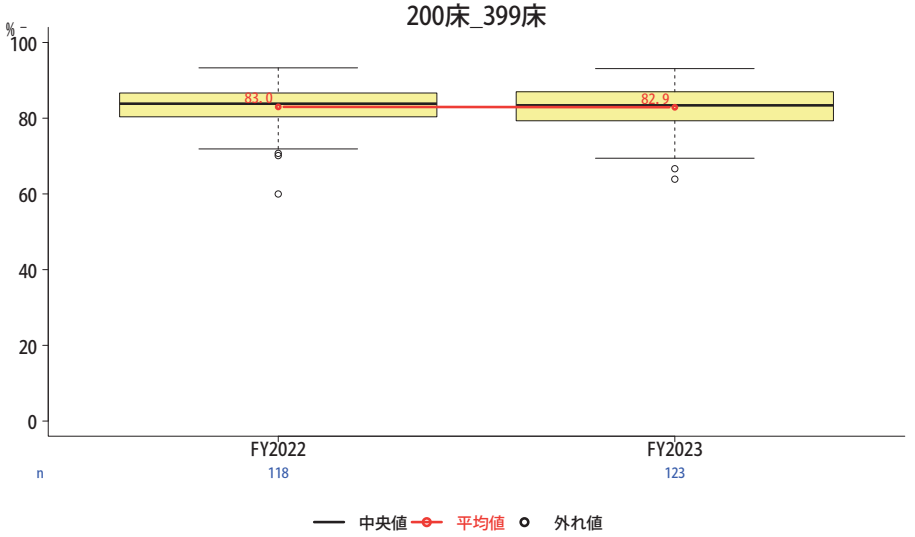
199床以下



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子：退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母：退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

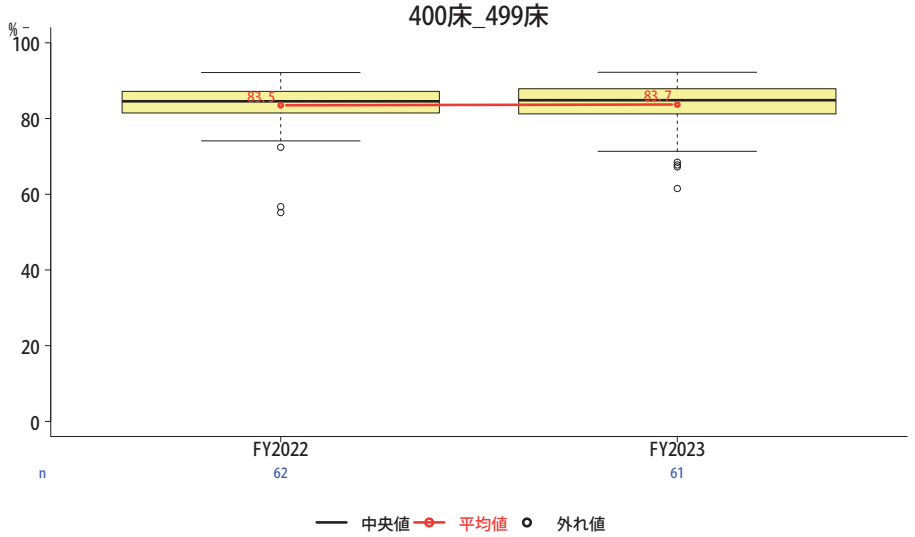
200床_399床



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子：退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母：退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

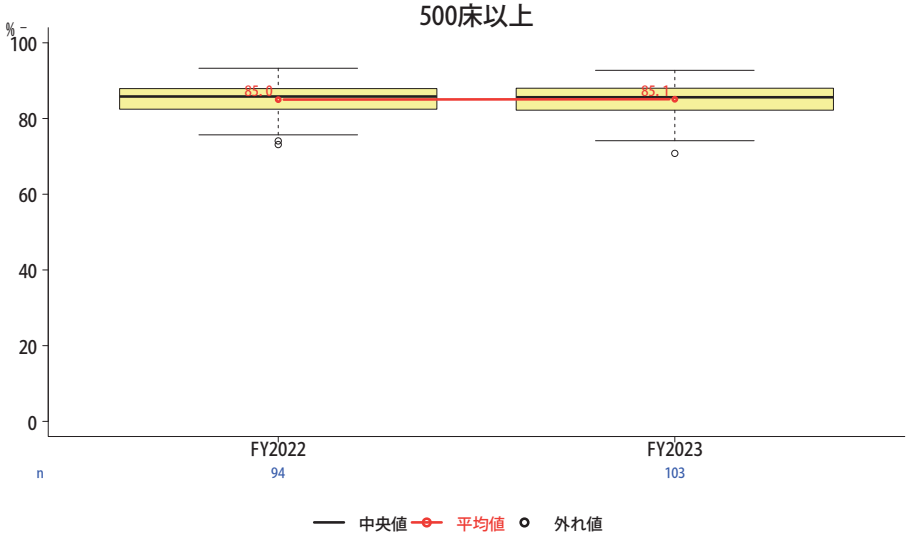
400床_499床



一般-52 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）処方率

分子：退院時に酸分泌抑制薬（PPI/H2RA）が退院時に処方された患者数
分母：退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

500床以上



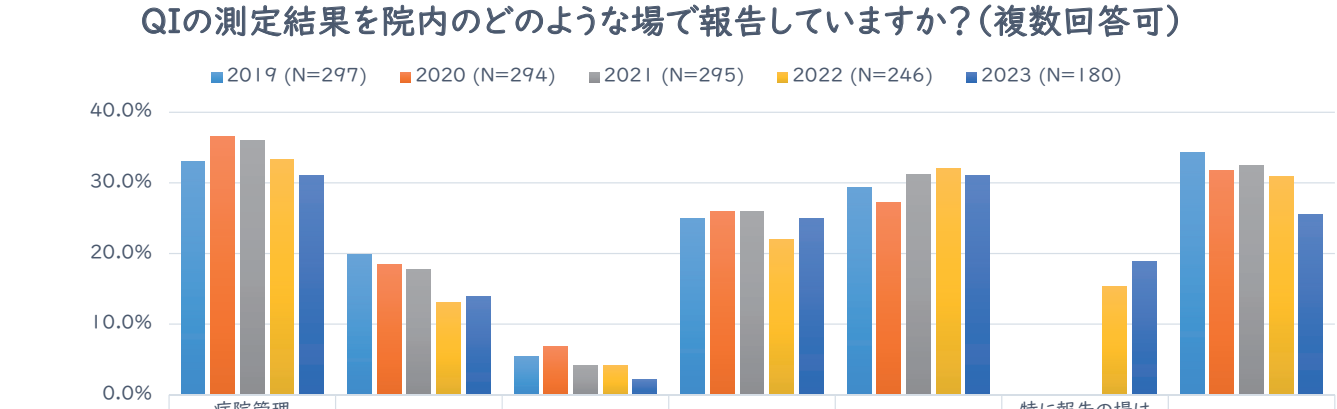
QIプロジェクト2023
アンケート集計

2024.02.16時点

回答率=49.0%（180/367施設）

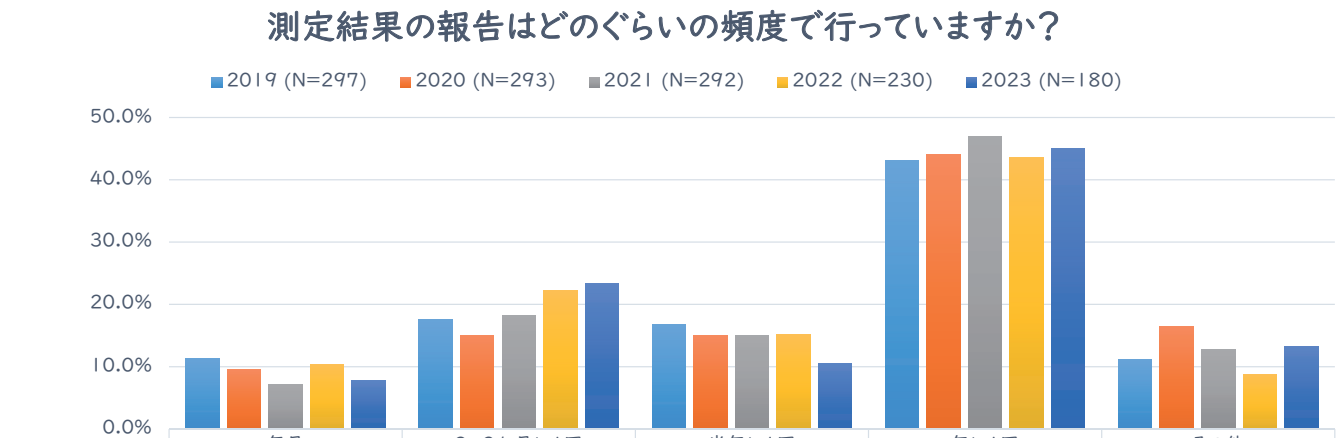
参考：2022年度 回答率=69.7%（246/353施設）

QIプロジェクトにおける全体像



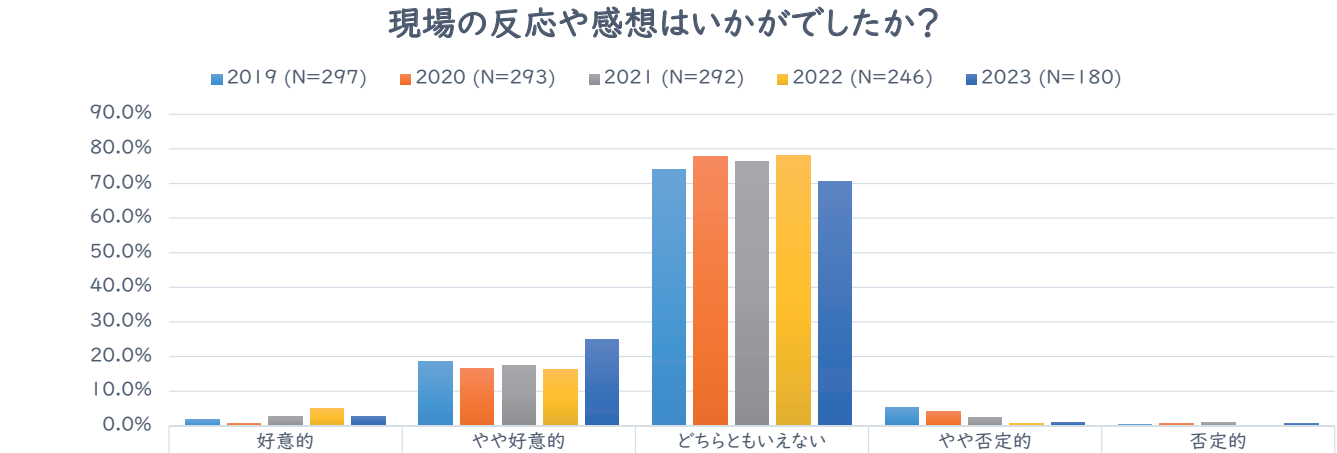
	病院管理・運営部	職責者会議	医局	各部署	病院全体	特に報告の場は設けていない	その他
2019 (N=297)	33.0%	19.9%	5.4%	24.9%	29.3%		34.3%
2020 (N=294)	36.5%	18.4%	6.8%	25.9%	27.3%		31.7%
2021 (N=295)	36.0%	17.8%	4.1%	26.0%	31.2%		32.5%
2022 (N=246)	33.3%	13.0%	4.1%	22.0%	32.1%	15.4%	30.9%
2023 (N=180)	31.1%	13.9%	2.2%	25.0%	31.1%	18.9%	25.6%

QIプロジェクトにおける全体像



	毎月	2~3か月に1回	半年に1回	年に1回	その他
2019 (N=297)	11.4%	17.5%	16.8%	43.1%	11.1%
2020 (N=293)	9.6%	15.0%	15.0%	44.0%	16.4%
2021 (N=292)	7.2%	18.2%	15.1%	46.9%	12.7%
2022 (N=230)	10.4%	22.2%	15.2%	43.5%	8.7%
2023 (N=180)	7.8%	23.3%	10.6%	45.0%	13.3%

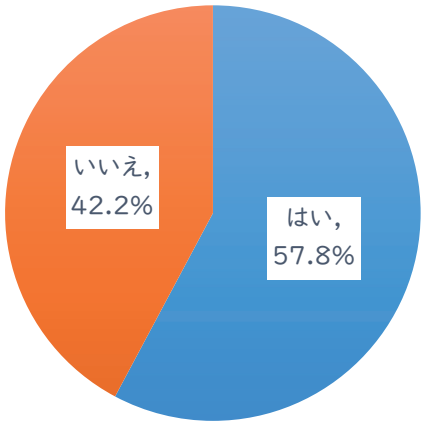
QIプロジェクトにおける全体像



	好意的	やや好意的	どちらともいえない	やや否定的	否定的
2019 (N=297)	1.7%	18.5%	74.1%	5.4%	0.3%
2020 (N=293)	0.7%	16.7%	77.8%	4.1%	0.7%
2021 (N=292)	2.7%	17.5%	76.4%	2.4%	1.0%
2022 (N=246)	4.9%	16.3%	78.0%	0.8%	0.0%
2023 (N=180)	2.8%	25.0%	70.6%	1.1%	0.6%

QIプロジェクトにおける全体像

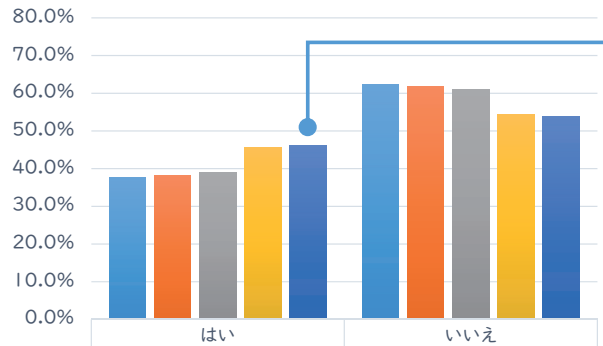
当プロジェクトに参加していることを外部に公表していますか？



N=180

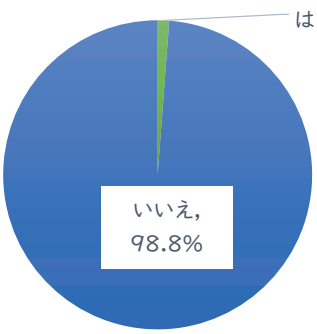
QIプロジェクトにおける全体像

QIの測定結果あるいはフィードバック結果を外部に公表していますか？



	はい	いいえ
2019 (N=297)	37.7%	62.3%
2020 (N=293)	38.2%	61.8%
2021 (N=292)	39.0%	61.0%
2022 (N=246)	45.5%	54.5%
2023 (N=180)	46.1%	53.9%

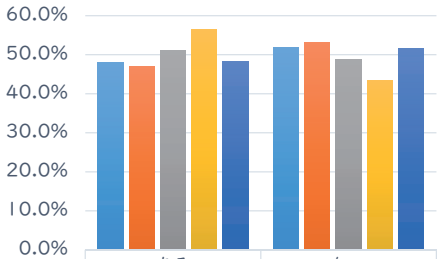
外部（患者等）から問い合わせ等の反応はありましたか？



N=83

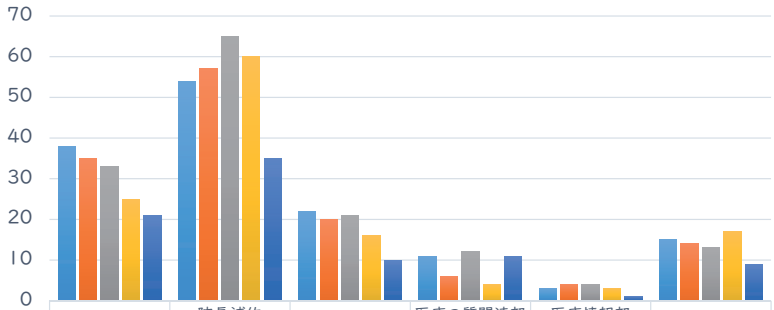
QIプロジェクトにおける組織体制

貴院内に、指標の改善活動に係る委員会はありますか？



	ある	ない
2019 (N=297)	48.1%	51.9%
2020 (N=290)	46.9%	53.1%
2021 (N=289)	51.2%	48.8%
2022 (N=246)	56.5%	43.5%
2023 (N=180)	48.3%	51.7%

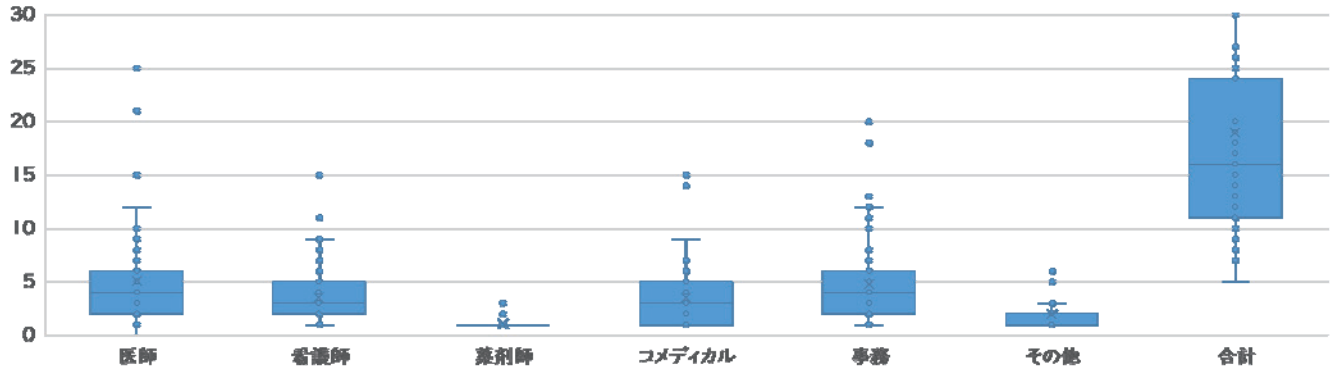
委員会の委員長はどなたですか？



	理事長・院長	院長補佐・副院長	診療科の役職者	医療の質関連部署の役職者	医療情報部の役職者	その他
2019 (N=143)	38	54	22	11	3	15
2020 (N=136)	35	57	20	6	4	14
2021 (N=148)	33	65	21	12	4	13
2022 (N=125)	25	60	16	4	3	17
2023 (N=87)	21	35	10	11	1	9

QIプロジェクトにおける組織体制

委員の職種別人数をお答えください。

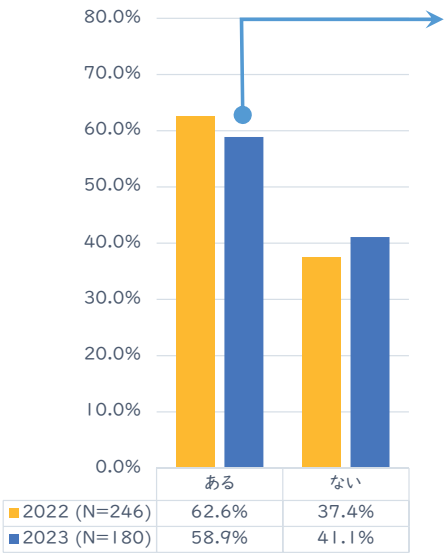


	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務	その他	合計
平均値	5.0人	3.5人	1.1人	3.5人	4.7人	1.9人	18.9人
最小値	0人	1人	1人	1人	1人	1人	5人
中央値	4人	3人	1人	3人	4人	1人	16人
最頻値	2人	2人	1人	1人	3人	1人	13人
最大値	41人	15人	3人	15人	20人	6人	72人

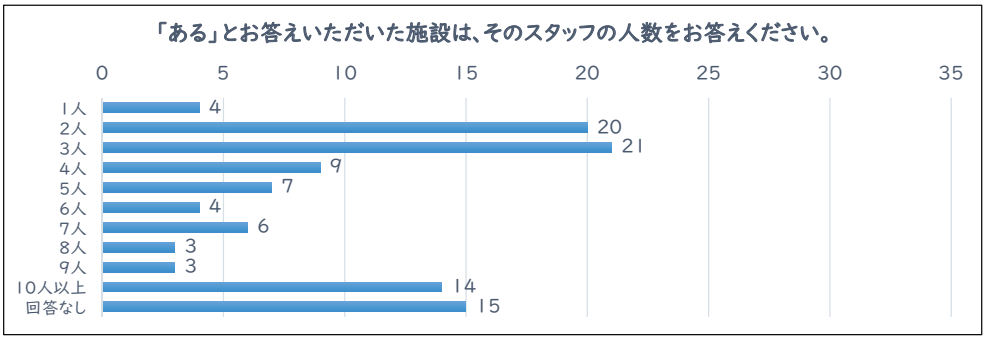
※中央値は2022年度と大きな変化はない

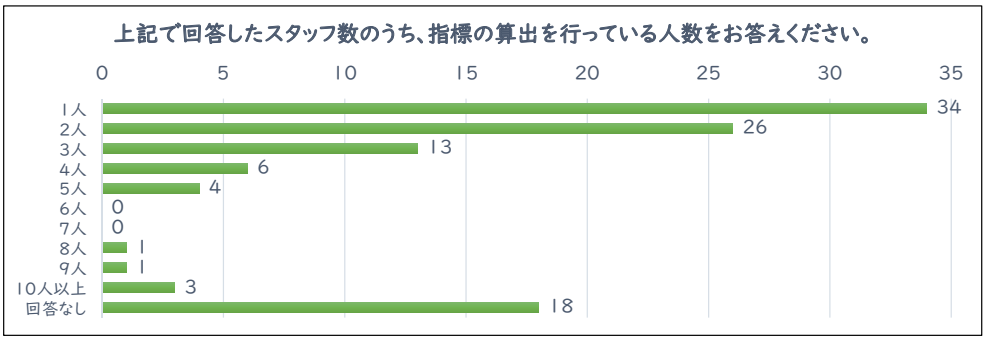
QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報のデータ抽出や分析を行う
専門の部署・部門はありますか？



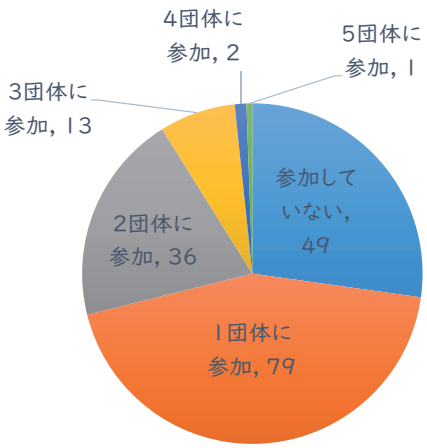
	ある	ない
2022 (N=246)	62.6%	37.4%
2023 (N=180)	58.9%	41.1%





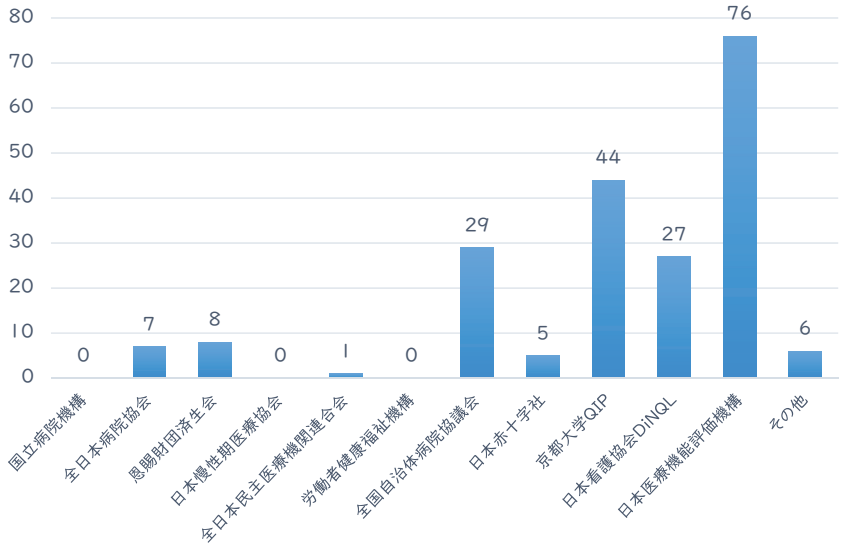
QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクトの**他に**、他団体が実施している測定・公表プログラムに参加されていますか？

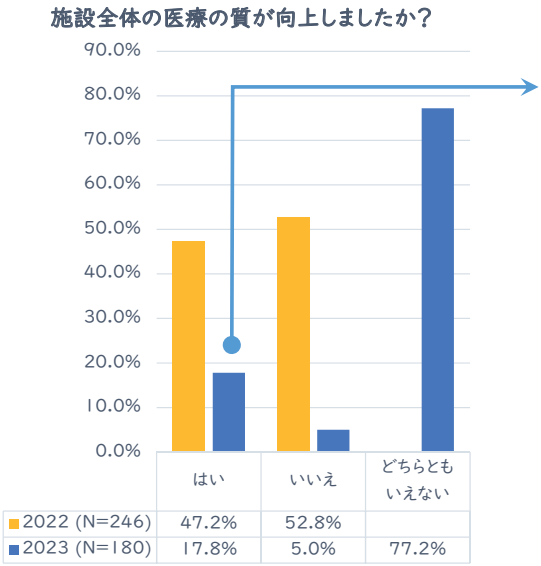


N=180

参加している団体(複数回答可)



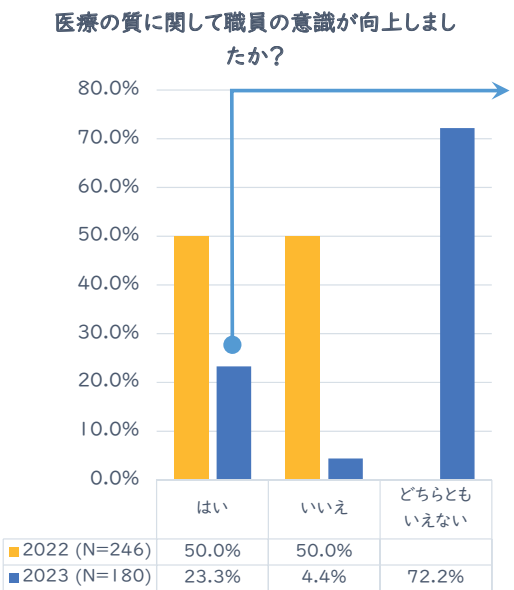
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動



「はい」の理由 ※指標名だけの記載は除外

- 参加するだけで質向上はないが、QI指標より取り組むべき課題は明確になった。これを通して改善への行動により変化しつつある。
- 医療の質向上委員会が発足してQI報告の場が出来た。
- 各種委員会でQI指標を参考に改善の取組みを行うようになった。
- 具体的に比較ができる。
- 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合が2022年度と比較し介入割合が上昇していた。
- 転倒･転落による損傷（レベル4以上）発生数が他院に比べ多かったが改善した。
- 身体拘束の意識づけになっている
- 毎朝リハビリカンファレンスで脳卒中患者のチェックを行い、リハビリ開始が遅い場合は医師等と連携している。
- 日本病院会QIプロジェクトへの参加により、自院の現状と課題を把握できるようになった。日常の診療プロセスを見直す機会を得ることができ、結果的にPDCAサイクルを効果的に回すことができるようになった。
- 各部署において、強み弱みを分析。対策を講じ、精度向上に繋げている。
- 同規模病院との比較、経年変化の把握ができ、考察の重要な材料となっている
- 身体抑制の減少に向けて取り組むきっかけとなった。
- 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合が右肩上がりに上昇している
- 転倒転落発生率を他院とベンチマークすることで、実質的な目標値を設定出来る様になった。
- 18歳以上の身体抑制率について、抑制最小化チームを中心に「ころやわマット」の体験を取り入れたり、抑制の3要件について再認識を行うなど抑制率減少に向けて取り組んでいる。
- 転倒･転落やインシデント等の安全管理に関する分析と対策が日々行われている。
- 他院と比較し低かった逆紹介率が向上した

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動



「はい」の理由

- 幹部に結果の共有を行なった。
- 部署に結果の共有を行い、データの精査を行なっている。
- 毎月、委員会にて数値を発表しており、少し数字が下がると、内容を確認され、改善にむけた手立てを検討してもらえる。
- 実践が指標に反映され、さらに経営貢献につながっている
- 救急医療の地域における当院の役割の理解
- 日本病院会QIプロジェクトのデータを院内の会議で共有することで、職員が自院の客観的な立ち位置を把握することができるようになった。また、自院の指標の経年的な変化も把握できるようになった。そして、自院の弱みである指標は、改善する機会と捉えて、各部署が前向きに見直し、取り組みを行った。
- 委員会活動において、研修を実施するなど、積極的に改善に取り組んでいる。
- 改善意欲が向上し、常に問題意識を持って取り組むようになってきたように感じます
- 現状の把握、今後の対策、改善案につながっている
- 医療安全研修にQIデータを使用し、職員に周知した。
- 一部の職員が質改善に興味を持ってくれた（特に幹部）
- フィードバックデータや指標の算出作業の結果を院内の関係委員会で情報共有するなど、他院との比較による当院の立ち位置を認識する職員が増えている。
- 病院全体で指標から導き出される問題に対処する風土となった。

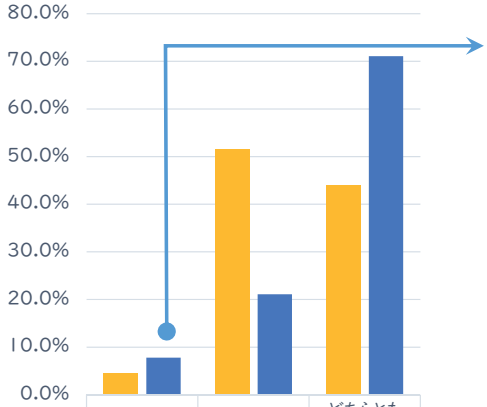
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

「はい」の理由（続き）

- ベンチマークを気にするようになった
- 救急応需率、身体拘束率に関しては当院の課題となっています。身体拘束率は当院の取り扱う疾患の特性上高いのですがそれでも高すぎるため対策が必要という認識を看護部長等からいただいています。
- 担当部門による検証作業が行われたり、該当する委員会にて議論されたり等の反応が見られた。
- 指標の改善に意識を向けるようになった
- 臨床指標を基にした質改善活動の重要性を理解していただいた
- 特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率に関して、手術室から麻酔科医が1時間以内の投与を意識しているようだといった麻酔科医への意識づけにつながっているという声もあがっている。
- 身体抑制率が平均値を超えていることからどのように低下させていくのかを検討するきかっけとなった。
- 当院褥瘡対策チームは、年度初めにQI事業参加病院平均値を下回ることを目標値として周知している。毎月QI数値結果及び新規褥瘡者数と部位、MDRPU発生数と部位、医療器具の内容についても報告することでケア・取り組みに対する意識向上に影響していると思われる。
- インディケーターに直接関与するスタッフの日常的な目標として根付いている。
- 他病院と比較する事で当院に改善の余地がある事を知り、改善活動を行い、今後は中央値を上回っていきたいという目標が出来た。

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

その他（当初予定していなかった副次的な効果等）の反応がありましたか？



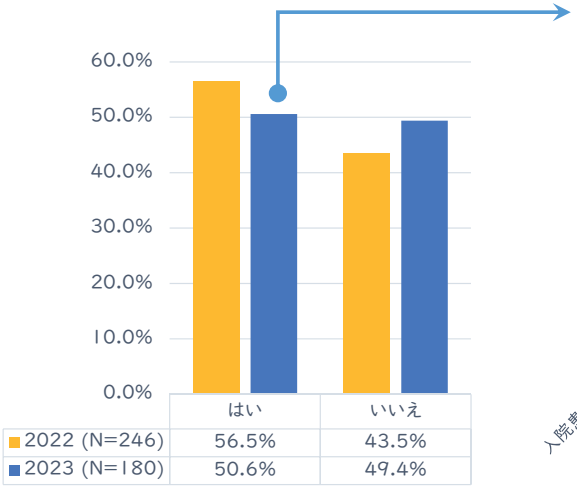
	はい	いいえ	どちらともいえない
2022 (N=246)	4.5%	51.6%	43.9%
2023 (N=180)	7.8%	21.1%	71.1%

「はい」の理由

- 自院の患者層を見直し、当院に必要な業務について検討することができた。
- データを見て評価分析することの有用性について理解が広まった。
- ホームページに公開しているので、委員以外の職員でも、客観的にみることができ、意識は高まっている。
- 血液培養採取時の汚染率を新たに改善指標として取り組みを行った結果、経年的に有意な改善が得られた
- 制吐剤の適正使用について見直しが出来た
- ISQ・JCIの第3者評価の受診による質向上について、QIデータで数値的な経緯を見ることが出来ている
- 明確な効果を示せないが、必要に応じて現場などに報告・相談・質問をすることで、その指標に対する取組や姿勢が変化することもある。しかし、明確な変化は診療報酬改定などによる変化により影を潜めてしまう。計測している指標について、明らかに対策を行う必要性が無いほど、日常業務で予防策・改善対策を心がけている。
- 血液培養2セット実施率のフィードバックが低く、調査すると、長期間に渡り算定漏れが発覚した。
- 看護部でも検証するようになった
- 組織として意識していなかった臨床指標について、不足している部分は改善しなければいけないという意識が芽生えて実際に会議で改善を実施している
- QIといった言葉になじみがないスタッフにも、院内でQIについて発信することで興味関心をもってもらえるようになった（主に委員会メンバーや使用の問い合わせ先スタッフなど）

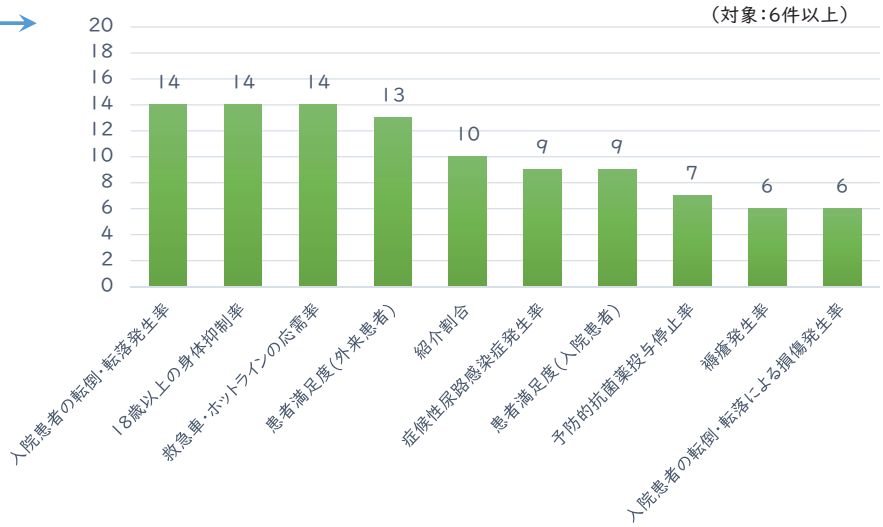
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、日本病院会QIプロジェクトの指標の中で、改善活動を行いましたか？



	はい	いいえ
2022 (N=246)	56.5%	43.5%
2023 (N=180)	50.6%	49.4%

改善活動を行った上位10項目



改善活動

入院患者の転倒・転落発生率
入院患者の転倒・転落による損傷発生率

【指標化、詳細分析、検証】

- 転倒転落予防について病棟によりQI指標にしたことで改善があった
- 毎月の医療安全管理情報として院内の転倒・転落と比較する評価指標とした。
- 抑制率減少の活動に合わせて注力している。
- 発生した事例に対して多職種で分析し、対策を検討した。
- 職員からインシデント・アクシデントレポートの報告を受けて、月毎で集計し、その分析から転倒転落の要因を確認し、具体的対策について医療安全チームにて、年3回協議している。

【評価およびラウンド】

- 転倒・転落予防のための取組として、環境ラウンドや転倒転落アセスメントの実施を行った。
- 転倒・転落予防策シートを入院患者に使用

【ベンチマーク】

- 他施設と比較し当院の数値の改善に努めた。
- フィードバックデータ平均より少ない（良い）が、医療安全推進室にてデータを把握し、改善活動を更に継続する。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み

【フィードバック、情報共有、その他】

- ワーキンググループ内での症例検討、事例共有
- 各部署へのフィードバックと説明
- 医療安全管理室で継続的に経過観察し、委員会で報告している。
- 入院患者の転倒転落には患者のQOL低下や有害事象に繋がる可能性がある。転倒による損傷リスクやネバーイベントに繋がるためモニタリングを行う必要があり、以下を実施した。
  ① 転倒件数、発生率のモニタリング
  ② 毎週の業務量報告にて各部署の転倒件数、発生状況を情報共有
  ③ 転倒後24時間後のアセスメント入力確認、未記入の記入依頼
- 低床ベッドや衝撃吸収マットの利用を促進することで、転倒はするけれども大けがにつながらない対策を模索している。
- エスカレーター速度減速、高齢者の車いす使用・エレベーター使用の誘導

改善活動

18歳以上の身体抑制率

【詳細分析、運用見直し】

- 医師及び看護師、コメディカル、事務からなる身体拘束検討委員会（毎月）を発足させ、QIデータを基にデータ分析を行い、改善ポイントをリストアップして様々な取組みを行った。結果、目標数値を達成することが出来た。
- 毎月自院の病棟別数値を算出し、平均と比較しながら看護部、認知症ケアチームを中心に改善に取り組んでいる。
- 抑制最小化チームを中心に「ころやわマット」の体験を取り入れたり、抑制の3要件について再確認を行うなど抑制率減少に向けて取り組んでいる。
- 身体抑制を行わないことを基本とし、危険と思われる症状、行動があった場合のケアを見直し手順書を作成した。
- 不眠せん妄フォーミュラリーの改定

【評価およびラウンド】

- 環境調整のためのスキル向上や現場ラウンド。
- 認知症ケアに係る医師、看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、作業療法士等で認知症ケアチームを組織して、せん妄、認知機能低下のある患者を対象に週1回病棟ラウンドし、抑制患者の実態を把握するとともに、認知症症状の悪化やせん妄発症予防の対策を行っている。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 身体抑制廃止委員会での活動
- フィードバックデータをもとに当院の現状把握
- 病棟ごとの身体抑制率を毎月フィードバック着実に身体抑制率は低減しており、職員の意識や行動の変容に繋がっている。
- センサーの購入や認知症マフ使用など身体拘束をしないための道具増加。
- 病棟内にリンクナースを配置し、早期に認知症ケアチーム介入が出来るように連携した。その病棟看護師が身体抑制施行患者に対して、連日抑制解除に向けたカンファレンスを行い、身体抑制最小化に向けた対策が取れるようにリンクナースが働きかけている。抑制解除に向けた取り組みの院内研修、事例検討会等を行いながらQI実務担当者と認知症看護認定看護師との間で、身体抑制の種類や期間、身体抑制実施の背景などの情報を共有し、身体抑制率の増減の把握や対策に活用している。
- 身体抑止を一時的に実施したとしても解除に向けたカンファレンスを行うこととした。
- 抑制率減少に向けて病院全体で対応する方針となった

改善活動

救急車・ホットラインの応需率

- 救急センターにおける患者受け入れ時の状況分析、救急車受け入れ時の体制を見直し構築
- 断った事例については、断り理由のデータを蓄積している。これをもとにワーキングを開催し、応需率があがるよう取り組みを行う。
- 救急患者適正化
- 極端に断る医師がおり、なぜ断るのか断り理由の集計を行っている。ただ結果に結びついていない。総合病院でないことを理由に少しでも循環器疾患の可能性があれば断る医師がおり、救急員会などでデータ開示、院長からの注意など行ったが改善していない。
- 運動器救急受け入れ（病院救急車による診療所・高齢者施設等からの救急受け入れの推進）
- 救急車の積極的な受け入れに関しての呼びかけ
- 救命救急センター運営会議等において、現状分析を実施
- 各消防署への訪問
- 消防との連携強化、ニーズの確認、消防と医師による症例検討会の実施など
- 発熱患者対応のフロー作成
- ベンチマークとしての活用
- 定義の統一

改善活動

患者満足度（外来患者・入院患者）

【施設・設備・機器、運用の見直し】

- QRコードから回答できる入力フォームを作成のうえ患者様に用紙の配布、外来等への掲示を行った。
- 電子カルテ更新時に待ち時間対策としてスマートフォンを利用した会計後払いシステムを導入した。また、同対策として、予約時間に合わせた来院を促すため、予約時間2時間前以降の受付制限を実施予定である。
- 通常の調査以外に、退院患者へのHCAPSの導入

【接遇、研修】

- 接遇向上委員会での活動
- 病院全体での接遇チェック
- 患者サービスの向上

【待ち時間】

- 待ち時間対策。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 患者満足度が低い原因を分析し、個別的な対策を行った。
  - 接遇、トイレ、待ち時間のフリーコメントが多い。中でも待ち時間に対する満足度が極めて低い。待ち時間調査を実施して診療科及び医師ごとに分析を行い、予約枠の適正化に向けた取り組みを行う。
- ご意見に対する対応策の検討、回答、改善
- 薬剤の副作用についてクリニカルパス表にも記載した
- 病棟毎に目標を立て取り組みを行った

改善活動

紹介割合

- 紹介元についてのABC分析
- 紹介率向上のため、各病院や開業医等への訪問
- 紹介状の返書を直接クリニックへ持参し、かかりつけ医との連携を図る
- 地域病院への営業活動および情報共有
- 紹介患者増加の取り組み
- 医療機関ごとの承継件数、紹介診療科、疾患名などの分析
- 紹介元である開業医への訪問・情報提供
- 低値である紹介割合・逆紹介割合の詳細データ分析を行うためのデータ収集ツールを検討でいた。今後はデータに蓄積と分析に繋げることが課題。
- 紹介率、逆紹介率がフィードバックデータより低く出ているが、指標基準が変更されたため、と説明があった。

改善活動

症候性尿路感染症発生率

- 膀胱留置カテーテルの管理を改善し、カテーテルに関連して起きた尿路感染症を減らすために以下の2つを実施した
  ① サーベイランスシステムを利用し、患者の情報・分析し、判定
  ② 留置カテーテル挿入後48時間以降に発生したカテーテル由来の感染を調査
- 感染関連ソフトの導入にて数値化されてことにより見える化され改善に常がった
- 毎月自院の病棟別数値を算出し、平均と比較しながら排尿ケアチームを中心に改善に取り組んでいる
- 排尿ケアチームでは、早期に患者の排尿機能を把握し、早期の尿道カテーテル抜去を試みることを目標とする。また尿道カテーテル抜去不能症例においては尿の性状を見ながら早期の尿道カテーテル交換の検討。
- 他施設と比較し当院の数値の改善に努めた。
- 毎月データを集計し、フィードバックすること
- 尿道留置カテーテル早期抜去のアセスメント
- カテーテル関連尿路感染防止のための管理方法を再周知する
- 尿道カテーテル関連尿路感染サーベイランスの継続およびタイムリーかつ効果的なフィードバック、カンファレンスの強化、職員教育の継続。リマインドの検討

改善活動

予防的抗菌薬投与停止率

- クリニカルパスの見直しと術後病棟での抗菌薬注射の追加について医師と協議した。
- 関係部署へのフィードバック
- 適正な期間での投与を心がける。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み
- 感染管理室、ASTが中心となり、2022年8月～結腸切除パスの抗菌薬投与期間を「術後3日間」→「術後1日間」へ変更した。
- 周術期抗菌薬として第3世代セフェム系抗菌薬（経口）の投与を削除することで、周術期抗菌薬の漫然とした投与が改善された。また、改善に伴い第3世代セフェム系抗菌薬使用量の削減にも繋がった。

改善活動

褥瘡発生率

- 委員会内での現状把握
- 他施設と比較し当院の数値の改善に努めた。
- 褥瘡・創傷治療に関する医師、看護師、薬剤師、栄養士等で褥瘡対策チームを組織して褥瘡予防と治療を行っており、チームで連携して院内の褥瘡発生予防・発症後早期からの適切な処置を含めた対策を毎月1回対策委員会のなかで行っている。
- 褥瘡ラウンド・予防ケア・寝具やクッション整備・在宅支援・教育（院内研修・スキルアップ研修等）・週1回の褥瘡カンファレンスの業務をこなしながら、QI実務担当者と皮膚排泄ケア認定看護師との間で毎月、褥瘡の持ち込みや院内発生、部位の深さの情報を共有し、月ごとの発生率を確認し、増減の把握や対策に活用している。
- フィードバックデータ平均より少ない（良い）が、褥瘡チーム活動により、エママット等の機器更新を行っており、改善されている。
- 褥瘡対策委員会主催の褥瘡予防のポジショニング研修を実施。また、褥瘡ハイリスク対象者は毎週1回ラウンドカンファを実施し褥瘡予防ケアの充実を図っている。

一般社団法人 日本病院会 2023 年度 QI 委員会

（50 音順）

（2024年度 11 月時点）

委 員 長　福井次矢（社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院 常務理事）
委　　員　今中雄一（京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授）
委　　員　岩渕勝好（山形市立病院済生館 呼吸器内科長）
委　　員　神野正博（社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 理事長）
委　　員　國澤 進（京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 准教授）
委　　員　嶋田 元（聖路加国際病院 ヘルニアセンター センター長）
委　　員　深田順一（医療法人博愛会 横浜病院 理事長）
委　　員　堀川知香（聖路加国際病院 病院事務部 医療情報課）
委　　員　松本隆利（社会医療法人財団新和会 八千代病院 名誉院長）
委　　員　森川公彦（岡山県精神科医療センター 診療情報管理室 室長）
委　　員　山本貴道（聖隷三方原病院 病院長）

副 会 長　仙賀 裕（茅ヶ崎市立病院 名誉院長）

事 務 局　西川幸一（一般社団法人 日本病院会 事業部 学術研修課 課長）
事 務 局　佐藤美幸（一般社団法人 日本病院会 事業部 学術研修課）
事 務 局　堀江美史（一般社団法人 日本病院会 事業部 学術研修課）

＜開催報告＞

【委員会】

第 1 回 QI 委員会 2023 年 8 月 3 日（出席委員 9 名）
第 2 回 QI 委員会 2023 年 11 月 30 日（出席委員 8 名）
第 3 回 QI 委員会 2024 年 2 月 22 日（出席委員 9 名）

【実務担当者説明会・QI2022 フィードバック説明会 合同説明会】

開 催 日：2023 年 5 月 18 日（木）13:00～15:40
開催方法：会場集合（日本病院会会議室）＋オンライン（Zoom ウェビナー）のハイブリッド開催および
　　オンデマンド配信
参 加 数：約 170 施設

【QI2023 フィードバック説明会】

開 催 日：2024年3月5日（火）13:00～14:30
開催方法：オンライン（Zoom ウェビナー）開催およびオンデマンド配信
参 加 数：約 100 施設

初版　　2024 年 12 月 2 日

資料2

令和6年度 診療報酬改定ポイント_Ver2.0

日本病院会　診療報酬検討委員会
診療報酬作業小委員会

一般社団法人 日本病院会

目次

○令和6年度診療報酬改定の基本方針（概要） 4
Ⅰ 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進 5
Ⅰ-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 5
①賃上げに向けた評価の新設 5
②入院基本料等の見直し（Ⅱ－2－⑪、Ⅱ－3－⑥、Ⅲ－2－⑥、Ⅲ－4－4-①） 8
③初再診料等の評価の見直し 13
Ⅰ-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進 14
①医師事務作業補助体制加算の見直し 14
③入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 15
④薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 16
⑤外来腫瘍化学療法診療料の見直し（Ⅲ－2－②） 18
Ⅰ-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保 23
①地域医療体制確保加算の見直し 23
②勤務医の働き方改革の取組の推進 25
Ⅰ-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充 26
②看護補助体制充実加算に係る評価の見直し（Ⅲ－2－⑦） 26
③感染対策向上加算等における専従要件の明確化 27
④ICT 、 AI 、 IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進 28
⑤訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進 30
Ⅰ-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応 34
①時間外対応加算の見直し 34
③超急性期脳卒中加算の見直し 37
④脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価 39
⑥医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅱ－4－⑳） 40
⑦医療資源の少ない地域の対象地域の見直し（Ⅱ－4－㉑） 44
Ⅱ ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進 45
Ⅱ-1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 45
①医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し 45
②医療 DX 推進体制整備加算の新設 47
⑤救急時医療情報閲覧機能の導入の推進 49
⑮診療録管理体制加算の見直し 51
⑰診療報酬における書面要件の見直し 53
⑱書面掲示事項 のウェブサイトへの掲載 54
Ⅱ-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組 55
①地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価（Ⅱ－4－⑩） 55
②介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進 59
③医療機関と介護保険施設の連携の推進 64
④介護保険施設 及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し 65
⑤リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進 68
⑥退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進 73
⑦就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進 74
⑧入退院支援加算１・２の見直しについて 75
⑨在宅療養指導料の見直し 77
⑩認知症ケア加算の見直し 78
⑫地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し 81
⑬地域包括ケア病棟の施設基準の見直し 83
⑮リハビリテーションに係る 医療・介護・障害福祉サービス連携の推進 85
Ⅱ-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 86
①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 86
②病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進 91

③疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設 92
④呼吸器リハビリテーション料の見直し 94
⑤療養病棟入院基本料の見直し（Ⅱ－4－⑭） 95
⑦医療と介護における栄養情報連携の推進 103
⑧回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進 104
Ⅱ-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 106
①急性期充実体制加算の見直し 106
②総合入院体制加算の見直し 111
③急性期一般入院料１における平均在院日数の 基準の見直し 113
④一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し 114
⑤特定集中治療室管理料等の見直し（Ⅰ－５－①、Ⅱ－６－②） 120
⑥ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し 128
⑦重症度、医療・看護必要度 の要件化 131
⑧重症患者対応 体制強化加算の要件の見直し 134
⑨短期滞在手術等基本料の評価の見直し 136
⑪主としてケアを担う看護補助者の評価の新設 142
⑫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 146
⑬回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し（Ⅲ－３－②） 148
⑯児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設 151
㉒DPC PDPS の見直し 152
Ⅱ-6 新興感染症等に対 応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組 169
①感染対策向上加算の見直し 169
②外来感染対策向上加算の見直し 173
③感染症の入院患者 に対する感染対策及び個室管理の評価 175
④サーベイランス強化加算等の見直し 178
Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進 179
Ⅲ-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応 179
①入院時の食費の基準の見直し 179
Ⅲ-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価 180
①一般不妊治療管理 料及び胚凍結保存管理料の見直し 180
③遺伝学的検査の見直し 182
④抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し 183
⑤人工腎臓に係る導入期加算の見直し 184
⑧医療安全対策の推進 185
⑨手術等の医療技術の適切な評価 186
⑩質の高い臨床検査の適切な評価 188
⑪医療機関・訪問看護ステーションにおける 明細書発行の推進 189
Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進 190
①データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し 190
③回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し 191
Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 195
①初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価 195
②救急医療管理加算の見直し 199
Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 207
①精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設 207
②地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し 216
③精神科入退院支援加算の新設 218
④療養生活環境整備指導加算及び 療養生活継続支援加算の見直し 224
⑤通院・在宅精神療法の見直し 及び早期診療体制充実加算の新設 226
⑥児童思春期支援指導加算の新設 232
⑦心理支援加算の新設 234
⑧精神科在宅患者支援管理料の見直し 236
○令和６年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見 237
○令和６年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト 242
○委員名簿 250

令和6年度診療報酬改定の基本方針（概要）

（1）現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

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

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

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

（3）安心・安全で質の高い医療の推進

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

（4）効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

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

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【賃上げに向けた評価の新設】

○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の新設

外来医療また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。

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

○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

※（Ⅰ）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

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。

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

計算式の対象職員には
●医師及び歯科医師を除く
●専ら事務作業を行う事務職員も含まれない

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

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【賃上げに向けた評価の新設】

○入院ベースアップ評価料の新設

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。

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点

計算式の対象職員には
●医師及び歯科医師を除く
●専ら事務作業を行う事務職員も含まれない

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

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

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
【賃上げに向けた評価の新設】

【施設基準抜粋】

●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除く。）を実施しなければならない。
ただし、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においてはこの限りではない。
(令和８年 12 月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)

※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。

● 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して
令和6年度に2分5厘以上引き上げ、
令和7年度に4分5厘以上引き上げた場合は、
40歳未満の勤務医（歯科医師を含む。以下同じ。）及び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。

●**令和６年度及び令和７年度における**当該保険医療機関に勤務する職員の**賃金の改善に係る計画を作成**していること。（賃金改善計画書）

●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。

○ 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。

対象職員

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・診療エックス線技師・臨床検査技師・衛生検査技師・臨床工学技師・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、きゅう師・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
・その他の医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く）

- 厚生労働省HP（mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html）では、**オンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料 及び ベースアップ評価料計算支援ツール**について説明しています。
- **ベースアップ評価料計算支援ツール**を用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましょう。

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
【入院基本料等の見直し】

- 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	改定後
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料1	1，650点	**1，688点**
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料1　入院料G	968点	**983点**
【精神病棟入院基本料】 15対1入院基本料	830点	**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）	1，718点	**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	1，841点	**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）	2，809点	**2，838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。

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組【入院基本料等の見直し】

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

➢ 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。

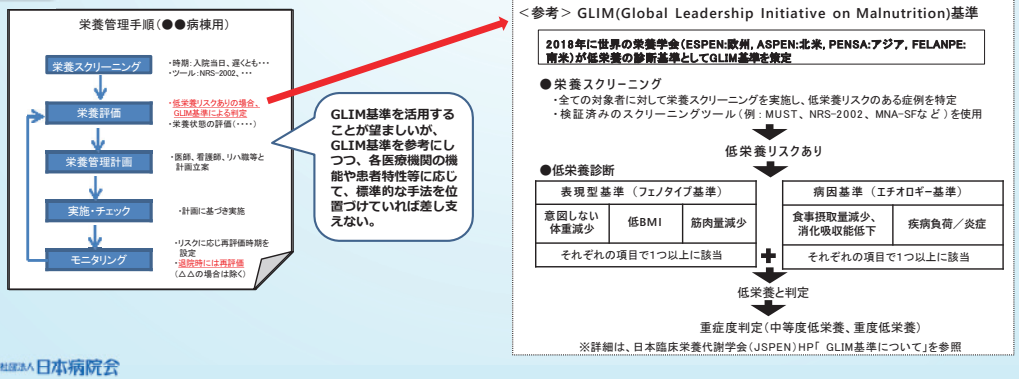
【施設基準等】

・常勤管理栄養士が1名以上配置

・医師、看護師、管理栄養士等が共同で栄養管理体制を整備、栄養管理手順」（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成

・入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載

イメージ　各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組【入院基本料等の見直し】

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

➢ 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」（以下、「ガイドライン」とする。）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入院料等の対象を見直す。

・ガイドラインの内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大する。

・ガイドラインの内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。

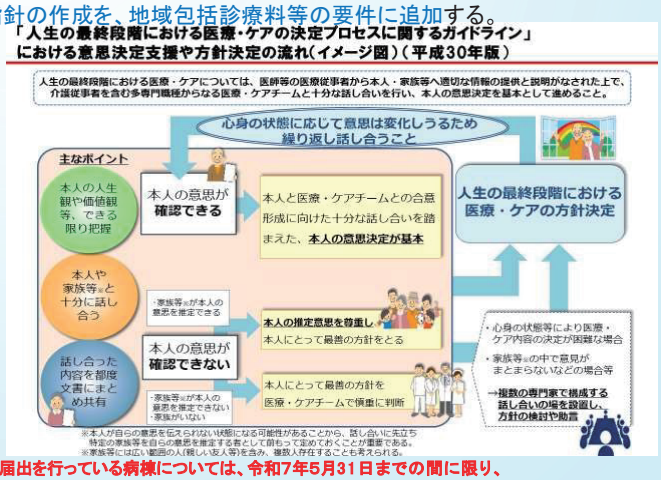
【指針の作成が要件となる対象】

➢ 入院料を算定する医療機関※

※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。

➢ 以下の届出を行う医療機関

・がん患者指導管理料
・地域包括診療料
・地域包括診療加算
・認知症地域包括診療料
・認知症地域包括診療加算
・在宅療養支援診療所・病院



［経過措置］令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組【入院基本料等の見直し】

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

➢ 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、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、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を整備することを規定する。

・精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。

・身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、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。）の所定点数から１日につき40点を減算する。

【身体的拘束最小化の基準】

［施設基準］

（1）当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

（2）（１）の 身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

（3）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こと。

（4）当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。

（5）身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。

ア身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。

イ身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目とした薬物の適正使用や（３）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。

（6）（１）から（５）までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

［経過措置］令和６年３月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組【入院基本料等の見直し】

入院料通則の改定

【疑義解釈】

Q1：栄養管理体制の基準について、「あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の具体的な内容とは。

A1：GLIM基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。

Q2：栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。

A2：必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はない。どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

Q3：入院基本料を算定する病棟において１日に看護を行う看護要因の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるか。

A3：入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 【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。

●A000 初診料

	現行	改定後	情報通信機器を用いた場合 現行	情報通信機器を用いた場合 改定後
初診料	288点	291点	251点	253点
注3（紹介のない場合）	214点	216点	186点	188点
注4（妥結率が低い場合）	214点	216点	186点	188点
注5（同一日2科目）	144点	146点	125点	127点
（同一日2科目・紹介のない場合）	107点	108点	93点	94点
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	107点	108点	93点	94点

●A001 再診料

	現行	改定後
再診料	73点	75点
（情報機器を用いた場合）	73点	75点
（妥結率が低い場合）	54点	55点
（同一日2科目）	37点	38点
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	27点	28点

●A002 外来診療料

	現行	改定後
外来診療料	74点	76点
（情報機器を用いた場合）	73点	75点
（紹介のない場合）	55点	56点
（妥結率が低い場合）	55点	56点
（同一日2科目）	37点	38点
（同一日2科目・紹介のない場合）	27点	28点
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	27点	28点

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進 【医師事務作業補助体制加算の見直し】

➢ 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

【医師事務作業補助体制加算1】
［施設基準］
- 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

●A207-2 医師事務作業補助体制加算

	医師事務作業補助体制加算1 現行	医師事務作業補助体制加算1 改定後	医師事務作業補助体制加算2 現行	医師事務作業補助体制加算2 改定後
イ 15対1	1，050点	1，070点	975点	995点
ロ 20対1	835点	855点	770点	790点
ハ 25対1	705点	725点	645点	665点
ニ 30対1	610点	630点	560点	580点
ホ 40対1	510点	530点	475点	495点
ヘ 50対1	430点	450点	395点	415点
ト 75対1	350点	370点	315点	335点
チ 100対1	300点	320点	260点	280点

【疑義解釈】

Q1:「医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい」とあるが、どのような取組を行えばよいか。

A1：医師事務作業補助者の勤務状況や、医師の業務を補助する能力の評価を定期的に行うことが想定される。

〈行える業務〉
医師（歯科医師を含む）の指示の下に、
●診断書等の文書作成補助
●診療記録への代行入力
●医療の質の向上に資する事務作業
（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育の研修・カンファレンスのための準備作業等）
●入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するもの

〈行えない業務〉
●医師以外の職種の指示の下に行う業務
●報酬の請求業務
（DPCのコーディングに係る業務を含む。）
●窓口・受付業務
●医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
【入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 】

[薬剤総合評価調整加算の見直し]

- 薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。
- 必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシーに係る評価方法について、あらかじめ手順書を作成等することとする。

現行

【 薬剤総合評価調整加算】　　100点（退院時）
（1）（中 略）
イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。
ウ 当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ　処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。

改定後

【 薬剤総合評価調整加算 】　　100点（退院時）
（1）（中 略）
イ　患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。
ウ 処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。
オ イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。
カ （7）に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

※取組の際の参考資料
「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）
「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）
日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）
「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）
「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）

一般社団法人日本病院会

15

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
【薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上】

[薬剤業務向上加算の新設]

- 病棟薬剤業務実施加算１（120点／週１回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

（新）　薬剤業務向上加算　　１００点（週１回）

	病棟薬剤業務実施加算1	病棟薬剤業務実施加算2
点数	120点/週1回	100点（1日につき）
対象病棟	・一般病棟入院基本料　・療養病棟入院基本料 ・結核病棟入院基本料　・精神病棟入院基本料 ・特定機能病院入院基本料 ・専門病院入院基本料　・小児入院医療管理料	・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
注2加算（新設）	薬剤業務向上加算：100点/週1回	
常勤薬剤師配置	当該保険医療機関に2名以上配置（週3日以上週22時間以上の表常勤2名以上の常勤換算可能）	病棟薬剤業務実施加算1の届出があること
専任薬剤師配置	各病棟に配置（一部除外あり）	当該加算を行う各治療室に配置
業務時間	各病棟の直近1ヶ月の業務時間が1週間に20時間以上	上記治療室の直近1ヶ月の業務時間が1週間に20時間以上

一般社団法人日本病院会

16

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進【薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上】

［施設基準］（概要）

（１）免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていることとして以下の要件を満たすこと。

ア　研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている

イ　十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている

ウ　研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている

エ　調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している

オ　研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している

（２）都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制として、以下の要件を満たすこと。

ア　出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である

イ　出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である

ウ　出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている

（3）特定機能病院若しくは急性期充実体制加算１、２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

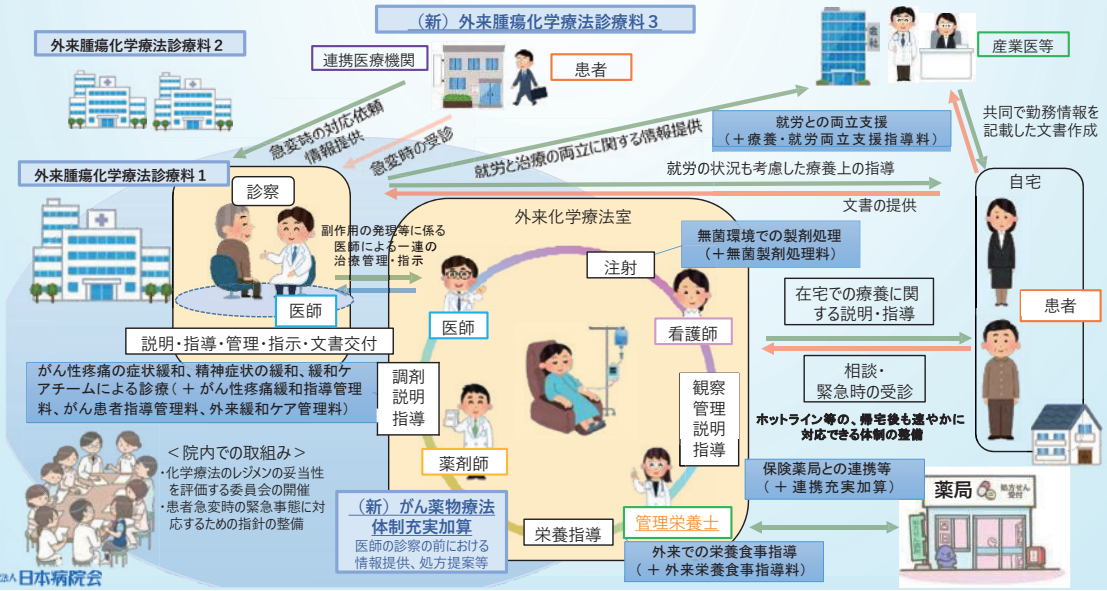
【疑義解釈】

Q1：「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」について、協力する都道府県は、当該保険医療機関が所在する都道府県に限るか。

A1：当該保険医療機関が所在する都道府県と協力することが望ましい。

外来腫瘍化学療法の普及・推進（イメージ）

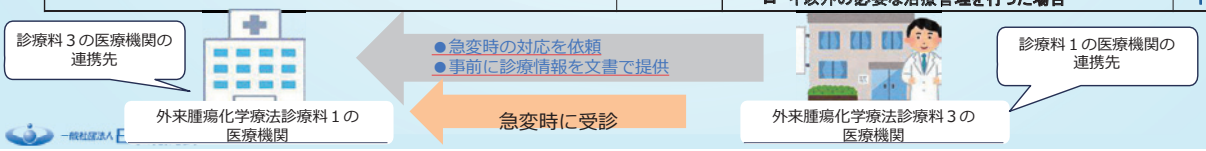
➢ 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。



■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進【外来腫瘍化学療法診療料の見直し】

➢ 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直す。

現行		改定後	
1. 外来腫瘍化学療法診療料1		1. 外来腫瘍化学療法診療料1	
		イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	700点	(1)初回から3回目まで	800点
		(2)4回目以降	450点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点	ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	350点
2. 外来腫瘍化学療法診療料2		2. 外来腫瘍化学療法診療料2	
		イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点	(1)初回から3回目まで	600点
		(2)4回目以降	320点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点	ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	220点
		3. 外来腫瘍化学療法診療料3	
		イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
		(1)初回から3回目まで	540点
		(2)4回目以降	280点
		ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	180点



一般社団法人日本病院会

19

施設基準　※変更箇所のみ抜粋	外来腫瘍化学療法診療料		
	1	2	3
専用のベッドを有する治療室を保有(外来化学療法実施中は、その他の目的で使用することは認められない)	○	○	○
専任の医師、看護師または薬剤師が院内に常時1名以上配置、患者からの電話等の緊急相談に24時間対応できる体制整備(※2)	○	○	
急変時等の緊急時の入院体制(他の医療機関との連携も可)(※2)	○	○	○
レジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会を開催(※2)	○		
専任の看護師:化学療法を実施している時間帯に常時当該治療室に勤務	化学療法経験5年以上	○	
専任の常勤薬剤師:化学療法の専任薬剤師が勤務	化学療法の調剤経験5年以上	○	
保険医療機関内に専任の常勤医師勤務(化学療法の経験5年以上)	○	－	－
常勤医師:研修を修了していること ア:緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ:緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等	○	－	－
がん性疼痛緩和指導管理料の届出があること	○	－	－
がん患者指導管理料の届出があることが**望ましい**	○	－	－
以下をウェブサイトに掲載していることが**望ましい** 患者と患者を雇用する事業者が共同で作成した勤務情報を記載した文書の提出を受けた場合、以下を行う ○就労と療養の両立に必要な情報を提供すること ○診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うこと	○	○	○
患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針整備が**望ましい**	○	○	○
連携する医療機関の名称等を厚生局に届け出していること: 外来腫瘍化学療法診療料3の届出医療機関(※1)で外来化学療法を実施する患者が緊急時に当院で受診できる体制確保	○	－	－
上記連携先医療機関名を院内の見やすい場所に掲示	○	－	－
標榜時間外　当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制の整備	－	－	○
当該保険医療機関の見やすい場所に掲示(※2)	○	－	－
※1の届出医療機関名をウェブサイトに掲載していること(原則)	○	－	－

経過措置:令和6年9月30日

経過措置:令和6年9月30日

経過措置:令和7年5月31日
※外来腫瘍化学療法診療料3については、令和7年5月31日まで満たしているものとする

一般社団法人日本病院会

20

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
【外来腫瘍化学療法診療料の見直し】

［外来腫瘍化学療法診療料］

【疑義解釈】

Q1：外来腫瘍化学療法診療料の「初回から3回目まで」について、レジメンの開始日からの回数ではなく、各月の初回の抗悪性腫 瘍剤投与日から3回目の投与日までに算定するということか。
A1：そのとおり。

Q2：外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施し ている悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定する保険医療機関 を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」 又は「3」の「ロ」は算定可能か。
A2：外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以 外の傷病について受診した場合は算定不可。

Q3：外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において 外来化学療法を実施している患者であって、当該医療機関において「3」 の「イ」の(1)又は(2)を算定している場合に、当該保険医療機関と連携 する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている医療機関において、同 日に緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、「1」の「ロ」を算定可能か。
A3：可能。

Q4：外来腫瘍化学療法診療料1及び外来腫瘍化学療法診療料3の届出施設 において、ウェブサイトに掲載することを求めている事項のうち、連携す る保険医療機関に係る事項については、具体的にはどのような内容を掲載 するのか。
A4：少なくとも連携保険医療機関の名称、所在地及び電話番号を記載するこ と。

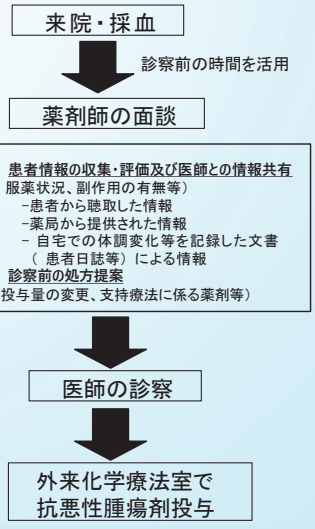
■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
【外来腫瘍化学療法診療料の見直し】
［がん薬物療法体制充実加算の新設］

➢ 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者 に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

（新）　がん薬物療法体制充実加算　　100点（月１回に限り）

【算定要件】
外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

【施設基準】
(1)化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
(2)患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
(3)薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。



■地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

【地域医療体制確保加算の見直し】

［基本的な考え方］
地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

［施設基準］
•医師の労働時間について、原則として、**タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録**を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及び**ホームページ等に掲示する等の方法で公開**した場合は、その限りでないこと。

ア　令和6年度においては、1,785時間以下

イ　令和7年度においては、1,710時間以下

A252 地域医療体制確保加算（入院初日）620点　（点数変更なし）

■地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

【地域医療体制確保加算の見直し】

【疑義解釈】

Q1：「医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師の労働時間について、客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録することが求められるのか。
A1：そのとおり

Q2：「当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下この項において、「対象医師」という。）の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。」とあるが、対象医師の時間外・休日労働時間が、原則として示された上限以下であることが求められるのか。
A2：そのとおり

Q3：当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の令和6年度、令和7年度における1年間の時間外・休日労働時間の上限について、「ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。」とあるが、ホームページ等に掲示する等の方法での公開は、令和6年度、令和7年度の**実績を把握した後、翌年度に行うことでよいか。**
A3：よい

■地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

【勤務医の働き方改革の取組の推進】

[処置及び手術の休日加算１等の要件の見直し]

勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算１・時間外加算１・深夜加算１】
[施設基準]
7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
(1)交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ（略）
(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ（略）
(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のアヌはイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
（中略）
ア・イ（略）

改定後

【休日加算１・時間外加算１・深夜加算１】
[施設基準]
7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
(1)交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ（略）
(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ（略）
(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のアヌはイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
（中略）
ア・イ（略）
※令和6年3月31日時点で休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出を行っている保険医療機関については、**7** に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【看護補助体制充実加算に係る評価の見直し】

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、**看護補助体制充実加算**について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を**新設する**。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行

【急性期看護補助体制加算】
注4 看護補助体制充実加算 ５点

【看護補助加算】
注4 看護補助体制充実加算 ５点

改定後

【急性期看護補助体制加算】
注4 イ 看護補助体制充実加算 20点
ロ 看護補助体制充実加算 5点

【看護補助加算】
注4 イ 看護補助体制充実加算 20点
ロ 看護補助体制充実加算 5点

[算定要件]（概要）
当該基準に係る区分に従い、それぞれ１日につき所定点数に加算する。
身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。
※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月１日以降より適用する。

[施設基準]
(1)看護補助体制充実加算１の施設基準
ア 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置配置されていること。
イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年１回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年１回以上受講していること。
エ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。
(2)看護補助体制充実加算2の施設基準
(1)のイ及びウを満たすものであること。

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充
【感染対策向上加算等における専従要件の明確化】

感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～エ（略）
アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。
（中略）

改定後

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～エ（略）
アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

介護保険施設等は次に掲げるものをいう。
イ 指定介護老人福祉施設　ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設　ハ 介護老人保健施設　ニ 介護医療院　ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所　ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所　ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所　リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所　ヌ 指定障害者支援施設
ル 指定共同生活援助事業所　ヲ 指定福祉型障害児入所施設

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充
【ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進】

ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする。

※１ ３交代制勤務又は変則３交代勤務の病棟のみが対象 ※２ 夜間30・50・100対１急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算 12対１加算１ 16対１加算１	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（アまたはウを含むこと）	**４項目以上**	**３項目以上**	**４項目以上**	**４項目以上**	**３項目以上**
ア　11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ　正循環の交代周期の確保（※１）	○	○	○	○	○
ウ　夜勤の連続回数が２連続（２回）まで	○	○	○	○	○
エ　夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ　夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ　夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ　看護補助業務のうち５割以上が療養生活上の世話			○	○	
ク　看護補助者の夜間配置（※２）	○				
ケ　みなし看護補助者を除いた看護補助者比率５割以上	○	○	○	○	
コ　夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ　ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 （取り組むことが望ましい）	○	○	○	○	○

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充
【ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進】

【看護師等遠隔診療補助加算】
1. 看護師等遠隔診療補助加算に関する施設基準

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を修了した医師を配置していること。
(3) 別添1の第1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
2. 届出に関する事項
看護師等遠隔診療補助加算に関する届出は別添7の様式1の7を用いること。

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充
【訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進】

訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。

24時間対応体制加算の見直し①

現行	改定後
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月１回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [施設基準] 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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月１回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 (新) イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円 (新) ロ イ以外の場合 6,520円

(24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組)
訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。
ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続(2回)まで
ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
エ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充
【訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進】
24時間対応体制加算の見直し②

24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組（参考）

訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。

ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
ウ　夜間対応後の暦日の休日確保
エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
オ　ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
カ　電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充
【訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進】
24時間対応体制加算の見直し③

24時間対応体制加算について、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

[届出基準通知]
機能強化型訪問看護管理療養費3の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。ただし、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下この項において「看護師等以外の職員」とする。）でも差し支えない。

ア　看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。
イ　緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。
ウ　当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。
エ　看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。
オ　アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。
カ　指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式2を用いて地方厚生（支）局長に届け出ること。

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充
【訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進】

【疑義解釈】

【24 時間対応体制加算】

Q1:24 時間対応体制加算の24 時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合における、電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルについて、①相談内容に応じた電話対応の方法及び流れ、②利用者の体調や看護・ケアの方法など看護に関する意見を求められた場合の看護師等への連絡方法、③連絡相談に関する記録方法 、看護師等以外の職員への情報共有方法等を記載することとされているが、この3点のみ記載すればよいのか。

A1:「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和6年3月5日保発0305 第12 号)で示した①から③までは、マニュアルに最低限記載すべき事項であり、訪問看護ステーションにおいて必要な事項を適宜記載すること。

Q2:24 時間対応体制加算の24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組の「夜間対応」について、利用者又はその家族等からの訪問日時の変更に係る連絡や利用者負担額の支払いに関する問合せ等の事務的な内容の電話連絡は含まれるか。

A2:含まれない。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応
【時間外対応加算の見直し】 ポイント 紫色の部分:条件が明確・詳細になった

【時間外対応加算】

1 通則

(1) 診療所であること。

(2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2【時間外対応加算1に関する施設基準】

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

3【時間外対応加算2に関する施設基準】

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。この場合において、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【時間外対応加算の見直し】 ポイント 紫色の部分：条件が明確・詳細になった

4【時間外対応加算3に関する施設基準】
(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。
また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
(2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

5【時間外対応加算4に関する施設基準】
(3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
イ 時間外対応加算1　5点
ロ 時間外対応加算2　4点
ハ 時間外対応加算3　3点
ニ 時間外対応加算4　1点　ポイント　ニ　時間外対応加算4が新設

■医療人材及び医療資源の偏在への対応
【時間外対応加算の見直し】

【疑義解釈】

【時間外対応加算】

Q1：時間外対応加算1、2及び3において、「医師、看護職員又は事務職員等」が対応できる体制が求められているが、どのような職員が該当するのか。

A1：医師、看護職員（看護師及び准看護師）等の医療従事者又は事務職員であって、当該診療所に勤務している者が該当する。

Q2：時間外対応加算1において、「当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

A2：常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

Q3：時間外対応加算3において、「標榜時間外の夜間の数時間は、原則として 当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態とし て勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

A3：標榜時間外の夜間の数時間は、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

Q4：「A001」再診料の注 10 に規定する時間外対応加算において、患者からの電話等による問い合わせに対応する体制が求められているが、ビデオ通話による問い合わせに対してビデオ通話で対応する体制でよいか。

A4：よい。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応 【超急性期脳卒中加算の見直し】

医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

現行

〔施設基準〕
(1)次のいずれかを満たしていること。

ア当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t－PA適正使用に係る講習会を受講していること。
イ次のいずれも満たしていること。
(イ)「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。
(ロ)日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
(ハ)日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t－PA適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。
(2)脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
(3)脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。

改定後

〔施設基準〕
(1)次のいずれかを満たしていること。

ア当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t－PA適正使用に係る講習会を受講していること。
イ次のいずれも満たしていること。
(イ)「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域**又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域**に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。
(ロ)日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
(ハ)日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t－PA適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。
(2)脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。ただし、**(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。**
(3) **(1)のアに該当する保険医療機関においては、**脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応 【超急性期脳卒中加算の見直し】

【疑義解釈】

[超急性期脳卒中加算]

Q1:「A205」超急性期脳卒中加算の施設基準において、「「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域（以下「医療資源の少ない地域等」という。）に所在する保険医療機関が他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。」とあるが、当該施設基準により届出を行った場合であって、届出後に保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属さなくなった場合（保険医療機関の移転により所在地が変更になった場合を除く。）の取扱いについてどのように考えればよいか。

A1:届出を行った時点で、保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属する場合には、当面の間は届出を取り下げる必要はなく、引き続き算定できる。

Q2:「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域（以下、「医療資源の少ない地域等」という。）に所在し、他の保険医療機関との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する地域又は区域に所在する必要はないと考えてよいか。

A2:急性期脳卒中の診療に必要となる迅速な転院搬送に支障を来さない限り、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する医療資源の少ない地域等に所在する必要はない。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応
【脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価】
［急性期脳卒中治療における遠隔連携の評価］

医師少数区域等に所在する一次搬送施設が基幹施設との連携により脳梗塞患者について血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて転院搬送し、基幹施設で血栓回収療法が実施された場合の評価を新設する。

（新）脳血栓回収療法連携加算　5,000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、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号A205－2に掲げる超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合に、経皮的脳血栓回収術の所定点数に5,000点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A205－2に掲げる超急性期脳卒中加算とは併せて算定できない。

基幹施設との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、基幹施設に助言を求めた上で血栓回収療法の適応の判断を行うことを要件に追加する。

改定後　**［施設基準］**

次のいずれかを満たしていること。

ア　（略）

イ　次のいずれも満たしていること。

(イ)「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。

(ロ)、(ハ)　（略）

(ニ)　関係学会の定める指針に基づき、連携する超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関から助言を受けていること。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応
【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。

●医療資源の少ない地域において、在宅療養支援診療所・病院に係る24時間の往診体制の要件について、入院中の患者以外の患者が看護師等という場合に情報通信機器を用いた診療が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。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し】
［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配慮した評価を適切に推進する観点から、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入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設する。

（新）　回復期リハビリテーション入院医療管理料　　1,859点（生活療養を受ける場合は1,845点）

[主な施設基準の概要]
(1)回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させていること。
(2)回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
(3)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均2単位以上であること。
(4)当該病室を有する病棟に専任の常勤の医師が1名以上配置されていること。
(5)看護職員が15:1以上配置されていること。また、看護補助者が30:1以上配置されていること。
(6)当該病室を有する病棟に専従の常勤の理学療法士1名以上及び専任の常勤の作業療法士1名以上配置されていること。また常勤の理学療法士又は作業療法士の配置に代えて、理学療法士又は作業療法士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たす。
（当該理学療法士について、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務可能）
(7)当該病室において、新規入院患者のうち3割以上が重症の患者であること。また、重症の患者の3割以上が退院時に入院時と比較して日常生活機能で3点以又はFIM総得点で12点以上改善していること。
(8)退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
(9)医療資源の少ない地域に所属する医療機関であって、当該病院を中心とした半径12キロメートル以内の当該病院を含む病院が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5を届出していないこと。
(10)当該病室において、新規入棟患者のうち4割以上が別表第九の五に掲げる状態の患者であること。

※Ⅰ－6　⑥医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し】
［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。　**6割5分未満**

	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	○		－	○	○		－	○
専用面積	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　10%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	－		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）	－
自宅等から入棟した患者割合※1	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）			
在宅復帰率※1※2	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）							

■医療人材及び医療資源の偏在への対応
【医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し】
［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。

【疑義解釈】

【看護師等遠隔診療補助加算】

Q1：看護師等遠隔診療補助加算の施設基準において、「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を修了した医師を配置していること。」とされているが、「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」には、具体的にどのようなものがあるか。

A1：現時点では、以下の研修が該当する。

・厚生労働省「オンライン診療研修・調査事業」として実施する「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」

■医療人材及び医療資源の偏在への対応
【医療資源の少ない地域の対象地域の見直し】
［対象地域の見直し］

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、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直す。

現行	改定後
【対象地域】 •北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域 •秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域 •秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域 •秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域 •（新設） •島根県大田市及び邑智郡の地域	【対象地域】 •（削除） •（削除） •秋田県大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域 •石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域 •（削除）

［経過措置］

令和6年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和8年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し】

医療情報取得加算　（旧：医療情報・システム基盤整備体制充実加算）

［基本的な考え方］

オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価に変更され、初診時・再診時に、患者の十分な情報を取得していることが算定要件となった。

［具体的な内容］

初診時　（1か月に1回に限る）※改定
- 医療情報取得加算 1　　3点　マイナ保険証を利用しない場合
- 医療情報取得加算 2　　1点　マイナ保険証利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合

再診時　（3ヶ月に1回に限る）※新設
- 医療情報取得加算 3　　2点　マイナ保険証を利用しない場合
- 医療情報取得加算 4　　1点　マイナ保険証利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合

［施設基準］

（1）レセプトのオンライン請求を行っていること。
（2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。医療機関向けポータルサイトに、オンライン資格確認の運用開始日を登録すること。
（3）次に掲げる事項を見やすい場所に掲示していること。
　ア　オンライン資格確認を行う体制を有していること。
　イ　当該医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用し診療を行うこと。
（4）（3）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し】

【疑義解釈（抄）】

◆オンライン資格確認により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等がない場合は、医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定する。

◆患者が一部の情報取得に同意しない、マイナ保険証が利用できない、個人番号カードの電子証明書が失効しているなどの場合は、医療情報取得加算1又は3を適用する。

◆情報通信機器を用いた診療でも、居宅同意取得型のオンライン資格確認システムを活用すれば算定できる。

◆医療情報取得加算1又は2について、別紙様式 54 を参考とした初診時問診票は、A000初診料の算定に使える。小児科外来、リハビリ、放射線照射、小児かかりつけ、外来腫瘍化学療法の診療料でも、医療情報取得加算1又は2を算定する際には同様に問診票を使用する。

◆医療情報取得加算1又は2では、初診時問診票は様式 54 を参考にするが、同一の表現でなくても良い。必要な情報が含まれていれば問題なし。また、オンライン資格確認で情報を取得した場合は、初診時問診票に記載する必要はない。

◆医療情報取得加算1又は2では、医療機関における既存の初診時問診票に別紙様式 54 の項目が不足している場合は、不足分を別途作成して併用すること。

◆医療情報取得加算3及び4の算定では、他院の処方や必要な健診情報を問診で確認するとされているが、オンライン資格確認で得られた情報は省略しても差し支えない。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療DX推進体制整備加算の新設】

［基本的な考え方］

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

［具体的な内容］

医療DX推進体制整備加算 （初診時に月１回に限り） ８点

［施設基準］

（1）レセプトのオンライン請求を行っていること。
（2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
（3）医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（4）電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和７年３月31日まで）
（5）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和７年９月30日まで）
（6）マイナ保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月１日から適用）
（7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療DX推進体制整備加算の新設】

【疑義解釈（抄）】

◆オンライン資格確認システムを通じて得られた診療情報は、電子カルテなどにより医師が閲覧・活用できる必要がある。単に情報を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。電子処方箋の機能が拡張された場合については、現時点では、令和5年１月26日に稼働した基本機能（電子処方箋の発行・応需（処方・調剤情報の登録を含む。）、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック）に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

◆医療DX推進のための情報や質の高い診療に関する事項は、まとめて掲示しても差し支えない。掲示内容に関しては、指定されたURLの様式を参考にする。

掲示に関する施設基準を満たすポスターの例

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

◆マイナ保険証を促進し、質の高い医療提供に取り組んでいる保険医療機関であることを見やすい場所に掲示することとしているが、従来の保険証提示だけでなく、マイナ保険証の提示を促す案内や掲示が必要。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【救急時医療情報閲覧機能の導入の推進】

［基本的な考え方］

救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

［施設基準］

「救急時医療情報閲覧機能を有していること」が要件化（経過措置：令和7年4月1日以降に適用）

総合入院体制加算に関する施設基準

1 総合入院体制加算1の(5)　追加

2 総合入院体制加算2の(4)　追加

急性期充実体制加算に関する施設基準

1 急性期充実体制加算の(5)　追加

救命救急入院料に関する施設基準

1 救命救急入院料1の(8)　追加

2 救命救急入院料2　追加

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【救急時医療情報閲覧機能の導入の推進】

疑義解釈（抄）

◆「救急時医療情報閲覧機能」とは、厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み」を指す。機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

◆急性期充実体制加算について、令和6年度改定において、急性期体制充実加算1と急性期体制充実加算2に評価が細分化されたが、令和6年度改定前に急性期体制充実加算の届出を行っていた保険医療機関は、令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1または急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと。また、令和6年3月31日に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関は、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象となる。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【診療録管理体制加算の見直し】

［基本的な考え方］

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備に係る要件及び評価を見直す。

［具体的な内容・施設基準］

（1）診療録管理体制加算1　140点

- 許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。
- 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管していること。
- 非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（BCP）を策定し、少なくとも年1回程度、定期的に訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

（2）診療録管理体制加算2　100点　（区分の見直し：診療録管理体制加算1→2）

- 許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。

（3）診療録管理体制加算3　30点　（区分の見直し：診療録管理体制加算2→3　新設）

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【診療録管理体制加算の見直し】

【疑義解釈（抄）】

◆「非常時に備えた医療情報システム」とは、電子カルテシステム、オーダーリングシステム、レセプト電算処理システムなど、診療が継続できる最低限必要なシステムを指す。

◆「バックアップを複数の方式で確保」は、例えばHDDとRDX、クラウドサービスとNASなど複数の媒体でバックアップを保存することを指す。

◆ クラウドサービスを利用したバックアップの考え方については、以下の考え方に基づき、対応すること。

◆ クラウドサービスからデータを専用アプリを用いて抽出し、別の媒体で保管する場合、世代管理も十分に行う必要がある。

① クラウドサービスから外部の記録媒体に自動でデータが転送され、常時ネットワークから切り離された状態でバックアップが行われている場合、要件を満たしている。

② クラウドサービスから論理的に切り離された領域にオフサイトバックアップが取られ、災害時に速やかなデータ復旧が可能な場合、要件を満たしている。ネットワークから切り離したオフライン保管に関しては、契約書等で確認する。

◆ 単にバックアップを取るだけではなく、媒体がネットワークから常時切り離されたオフラインでのバックアップがされていない場合（データ転送の際を除く。）や、ネットワークと完全に切り離されている状態であることが確認することができない状態である場合は要件を満たさない。

◆ 日次、週次、月次のバックアップについては、病院の規模やバックアップの方式に応じて適切な対策を講じることが求められます。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【診療報酬における書面要件の見直し】

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

［基本的な考え方］

医療 DX を推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

［具体的な内容］

1. 文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関す る情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は 患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガ イドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。

別添1　医科診療報酬点数表に関する事項＜通則＞の9 （新設）

第1 基本診療料の施設基準等の7 診療等に要する書面等　追加

2. 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

別添1の2 ＜通則＞　追加

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【書面掲示事項のウェブサイトへの掲載】

［基本的な考え方］

デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけするよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

［具体的な内容］

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

※ 自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外。

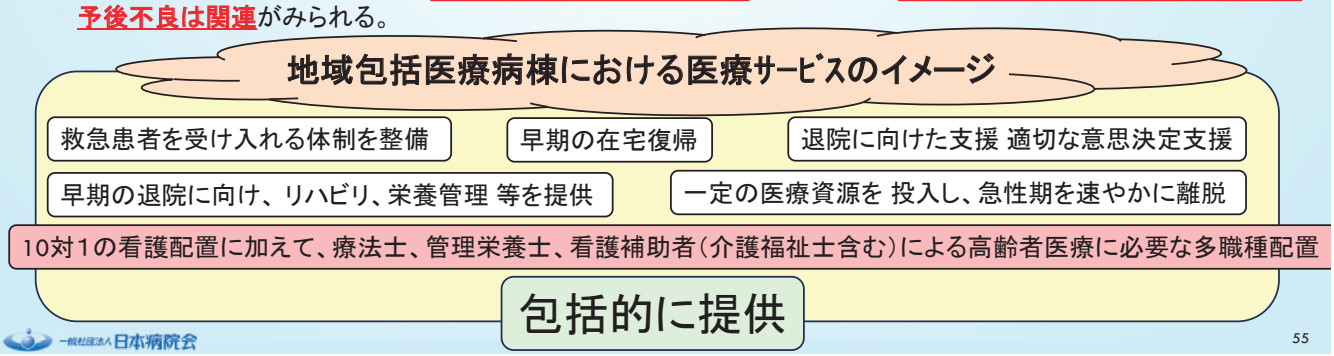
※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括医療病棟入院料の新設】

［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。



※Ⅱ－2 ①地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
【地域包括医療病棟入院料の新設】

［具体的な内容］

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、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担う病棟の評価を新設する。

（新）地域包括医療病棟入院料（１日につき）3,050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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

［施設基準］（抜粋）

（1）病院の一般病棟を単位として行うものであること。
（2）当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに1以上であること。
ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。
（3）当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師で あること。
（4）当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名 以上配置されていること。
（5）当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
（6）入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有し ていること。
（7）当該病棟に入院中の患者に対して、ADL 等の維持、向上及び栄養管 理等に資する必要な体制が整備されていること。

一般社団法人日本病院会

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括医療病棟入院料の新設】

別表１

基準①：当該病棟に入院している患者について、右記のいずれかに該当すること。	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
基準②：新たに入棟した患者について、右記に該当すること。	入棟初日のＢ得点が３点以上

別表２

	イの場合	ロの場合
基準①の割合	１割６分以上	１割５以上
基準②の割合	５割以上	

［施設基準］

（8）次のいずれかに該当すること。

イ 当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ に係る評価票を用いて測定し、その結果、別表１の基準を満たす　患者の割合が別表２のとおりであること。

ロ 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備され た保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症 度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて測定し、その結果、 別表１の基準を満たす患者の割合が別表２のとおりであること。

（9）当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日以内であること。

（10）当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。

（11）当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満であること。

（12）当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送 された患者の割合が１割5分以上であること。

（13）地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。

（14）データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（15）特定機能病院以外の病院であること。

（16）急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

（17）専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。

（18）脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（19）入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（20）夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機 関 許可病床数が 100 床未満のものであること。

（21）夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日 次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診 した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか１病棟において 夜勤を行う看護職員の数が、一時的に2未満となった日 イ 看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、患 者の看護に支障がないと認められること。ロ 看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、看 護職員及び看護補助者の数が、看護職員１を含む2以上である こと。ただし、入院患者数が 30 人以下の場合にあっては、看護職員の数が１以上であること。

※Ⅱ－2 ①地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括医療病棟入院料の新設】

【疑義解釈】

Q1 「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等 の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的に開催されており、医師、 看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下 この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理 栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟にお けるカンファレンスの内容を記録していること。」とあるが、地域包括医療 病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録 にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。

A1 当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定 期的に開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンス を実施し、診療録に記録されている必要はない。

Q2 地域包括医療病棟入院料の施設基準おいて、「入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。」とあるが、当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。

A2 不要。

Q3 地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。

A3 救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。

Q4 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「直近１年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

A4 BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

Q5 「A304」地域包括医療病棟の施設基準において、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること」とあるが、MRI撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにMRI撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。

A5 差し支えない。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

［基本的な考え方］

介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下、「介護保険施設等」という。）の入 所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護 保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険 医療機関であって、**当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が 診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合**の評価を新設する。

（新）協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

１ 往診が行われた場合　600点

２ １以外の場合　200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、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関の医師が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

［施設基準］

（1）次のいずれにも該当するものであること。

イ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関として定められている保険医療機関であること。

ロ 当該保険医療機関において、緊急時に当該介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保していること。

ハ 次のいずれかに該当すること。

① 在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること。

② 在宅療養後方支援病院であること。

③ 地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること。

（2）当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること

（3）（2）に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（4）（3）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［施設基準］ 令和7年5月 31 日までの間に限り、（4）に該当するものとみなす。

［医療機関と介護保険施設等の連携の推進］

医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支 援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求め に応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

［医療と介護の連携の推進（イメージ）］

これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

●：診療報酬　■介護報酬

介護保険施設等と連携する医療機関

介護保険施設等との連携の推進

・介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
・感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
・介護保険施設等連携往診加算の新設
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
・介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
・協力対象施設入所者入院加算の新設
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察た上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

・地域包括診療料等の算定要件の見直し
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

(1)平時からの連携
（カンファレンス等による入所者の情報の共有等）
●協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
●感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
■協力医療機関連携加算の新設
■高齢者施設等感染対策向上加算の新設
(2)急変時の電話相談・診療の求め
(3)相談対応・医療提供
●介護保険施設等連携往診加算の新設
●医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
(4)入院調整
●協力対象施設入所者入院加算の新設
■退所時情報提供加算の見直し
(5)早期退院
■退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化
医師等と介護支援専門員との連携

介護報酬上の対応

協力医療機関等との連携の強化

・診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
・協力医療機関連携加算の新設
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
・高齢者施設等感染対策向上加算の新設
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
・退所時情報提供加算の新設
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
・早期退院の受入れの努力義務化
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

・入院時情報連携加算の見直し
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
・退院時情報連携加算の見直し
算定対象に歯科医師を追加

一般社団法人 日本病院会

※Ⅱ－2　②介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

【疑義解釈】

Q1：「A253」協力対象施設入所者入院加算及び「C000」往診料の「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。

A1：含まれる。

Q2：協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。

A2：医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。

Q3：Q2のカンファレンスについて、協力医療機関として定められている全ての介護保険施設等とカンファレンスを実施していない場合においても算定可能か。

A3：算定可能。ただし、Q2に掲げる点数は、定期的なカンファレンスを実施している介護保険施設等に入所している患者に対してのみ算定できる。

Q4：Q2のカンファレンスについて、協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の両方の届出を行う場合、同一の介護保険施設等において、施設基準ごとにそれぞれカンファレンス1回以上を行う必要があるか。

A4：協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算のカンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

Q5：協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「ICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。

A5：例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時 対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等に所属する医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設から協力医療機関に、少なくとも月１回の頻度で提供すること。

一般社団法人 日本病院会

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

【疑義解釈】

Q6：協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。

A6：具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいること。
- 病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」いう。）
- 新規入所者の診療情報等
- 前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等
- 介護保険施設等が協力医療機関に求める事項

Q7：Q2のカンファレンスについて、協力医療機関に勤務している医師であって、特別養護老人ホームの配置医師が当該カンファレンスに参加する場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。

A7：当該配置医師について、協力医療機関の職員とカンファレンスを行った場合は、特別養護老人ホームの職員として扱い、特別養護老人ホームの職員とカンファレンスを行った場合は、協力医療機関の職員として扱ってもよい。なお、協力医療機関の職員として扱った場合においては、当該カンファレンスで共有された診療情報等については、当該配置医師以外の協力医療機関に所属する職員に十分に共有を行うこと。

Q8：往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供していること。」及び「当該介護保険施設等の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当該介護保険施設等に提供していること。」とされているが、連絡を受ける担当者及び往診担当医について、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。

A8：可能。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【医療機関と介護保険施設の連携の推進】

[基本的な考え方]

医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。**

[施設基準]※抜粋

【在宅療養支援病院】

(1)次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ～ワ（略）

カ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」とい う。）との協力が可能な体制をとっていること。

1 在宅療養支援病院の施設基準次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

（中略）

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア～タ（略）

チ 地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい。

※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、機能強化型以外の在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟についても同様。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【介護保険施設及び障害者支援施設における医療 保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し】

［基本的な考え方］

医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。**

【新たに医療保険で算定可能となる医療サービス】

・障害者支援施設に入所している**末期の悪性腫瘍の患者に対する「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」**。

現行
【障害者支援施設における訪問診療等にかかる費用】 障害福祉サービス等報酬で評価

改正後
【障害者支援施設における訪問診療にかかる費用】 障害福祉サービス等報酬で評価※ **※ 生活介護を行う施設に限り、当該患者が末期の悪性腫瘍の場合、「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」を算定することができる。**

※Ⅱ－2 ④介護保険施設 及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し】

【疑義解釈】

【在宅患者訪問診療料】

Q1：「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 12 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。

A1：それぞれ以下のとおり。

○ 末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの

① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。

② 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

③ 左室駆出率が 20%以下であること。

④ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

○ 呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの

① 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。

② 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲陽圧換気）を継続的に実施していること。

③ 過去半年以内に 10%以上の体重減少を認めること。

Q2：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 12 において、直近3月の訪問診療を行っている患者（一部の患者を除く。）1人あたりの平均の訪問診療回数（以下「平均訪問診療回数」という。）が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。

A2：訪問診療の実績については、各月の 1 日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。

また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の4回目までの訪問診療については 100 分の 100 の点数を算定するが、5回目以降の訪問診療については、当該月の間は 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

Q3：在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、「各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える病院にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。」とあるが、ここでいう「訪問診療を実施した回数」とは以下の場合の算定回数の合計を指すのか。①「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降の患者について「A000」初診料又は「A001」再診料を算定している場合を含む。）②「C001－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）③「C003」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。）

A3：そのとおり。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【介護保険施設及び障害者支援施設における医療 保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し】

【疑義解釈】

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

Q1：「C002」在宅時医学総合管理料の注5に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、アの「初回の場合」とイの「2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか。

A1：イの「2回目以降の場合」を算定すること。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。

Q2：在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。以下同じ。）の施設基準において、「直近3月間の当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月 31 日以前に開設されたものを除く。）の訪問診療回数の合算が 2,100 回未満であること。」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。

A2：訪問診療回数については、各月の 1 日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から「C002」在宅時医学総合管理料注 14 に掲げる点数を算定すること。

Q3：「在宅時医学総合管理料の「注 14」（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準施設における「要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等」の「等」にはどのような患者が含まれるか。

A3：認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態の患者及び障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態の患者が該当する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

○リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し

[基本的な考え方]

医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、**介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする。**

[具体的な内容]

1. 保険医療機関において、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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

2. リハビリテーション計画提供料を廃止する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

改正後

【心大血管疾患リハビリテーション料】［算定要件］（概要）

・心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であ るものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設 定等支援・管理シートも併せて提供すること。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】［算定要件］（概要）

・要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患 者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実 施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患 者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併 せて提供すること。

・脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であ るものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を 文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設 定等支援・管理シートも併せて提供すること。

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

※Ⅱ－2 ⑤リハビリテーションに係る 医療・介護情報連携の推進

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

○退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- **・リハビリテーションに係る情報連携の推進**
- **・退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進**

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、**自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。**

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

診療報酬上の対応

○保険医療機関において、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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、**介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。**

○退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、**退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。**

介護報酬上の対応

○訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、**入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。**

○退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、**医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。**

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

【疑義解釈】

【疾患別リハビリテーション料】

Q1：「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又は「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下「疾患別リハビリテーション料」という。）において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。」とされているが、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書以外にどのような文書が該当するのか。

A1：別紙様式 21 の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。

- ・本人家族等の希望
- ・健康状態、経過
- ・心身機能・構造
- ・活動
- ・リハビリテーションの短期目標
- ・リハビリテーションの長期目標
- ・リハビリテーションの方針
- ・本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）
- ・リハビリテーション実施上の留意点
- ・リハビリテーションの見直し・継続理由
- ・リハビリテーションの終了目安

Q2：Q1 における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。」とされているが、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等の提供は不要か。

A2：そのとおり。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進】

[基本的な考え方]

○退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、**退院時共同指導料2について要件を見直す。**

[具体的な内容]

退院時共同指導料2に規定する共同指導について、退院後在宅での療養を行う患者が退院後に介護保険のリハビリテーションを利用予定の場合、当該患者が入院している保険医療機関の医師等が、介護保険法に基づく訪問・通所リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましい旨を要件として追加する。

改正後

【退院時共同指導料2】

[算定要件]

(7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上 必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関 の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作 業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療 機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬 剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受 けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に 算定する。**なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビ リテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防 通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅で の療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院してい る医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーション を提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴 覚士の参加を求めることが望ましい。**

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進】

[基本的な考え方]

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

[具体的な内容]

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、**診療情報提供料（Ⅰ）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所**を追加する。

（※）「就労選択支援」について規定する、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等の一部を改正する法律は、令和7 年 10 月1日施行予定。

改正後

【診療情報提供料（1）】※抜粋

[算定要件]

(14)「注4」については、精神障害者である患者であって、・・・診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア～ウ （略）

エ 障害者総合支援法第5条第13項 に規定する就労選択支援を行う 事業所 ⇦追加された項目内容

オ （略）

カ （略）

キ （略）

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【入退院支援加算1・2の見直しについて】

[基本的な考え方]

入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の 強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算1及び2 について要件を見直す。

[具体的な内容]

1. 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算 1の評価を見直す。
2. 退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式を 見直す。
3. 退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理 等を含む退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込むこと を明記する。
4. 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状 態の者を追加する。
5. 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態 の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事 業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

現行	改正後
【入退院支援加算】 注7　入院時支援加算1　230点 入院時支援加算2　200点	【入退院支援加算】 注7　入院時支援加算1　**240点** 入院時支援加算2　200点

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【入退院支援加算1・2の見直しについて】

[入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について]

入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行	改正後
【入退院支援加算1】 **[施設基準]** (4)転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上　であること。	**【入退院支援加算1】** **[施設基準]** (4)転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、**急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)又は専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関**であること。また、**地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指　定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者**であること。

[生活に配慮した支援の強化]

退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【在宅療養指導料の見直し】

[基本的な考え方]

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療 養指導料について対象患者を見直す。

[具体的な内容]

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療 養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに 基づく支援を評価する。

改正後

【在宅療養指導料】※抜粋

[算定要件]

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあっては、月2回)に限り算定する。

(1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

ア 在宅療養指導管理料を算定している患者

イ 入院中の患者以外の患者であって、器具(人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等)を装着しており、その管理に配慮を要する患者

ウ 退院後1月以内の患者であって、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者(治療抵抗性心不全の患者を除く。)

(2)～(4) (略)

(5)当該療養上の指導を行う保健 師、助産師又は看護師は、在宅療 養支援向上のための適切な研修を 修了していることが望ましいこ と。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【認知症ケア加算の見直し 】

[基本的な考え方]

認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するア セスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケ ア加算の要件及び評価並びにせん妄ハイリスク患者ケア加算の要件を見 直す。

[具体的な内容]

認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施 した日の点数をそれぞれ見直す。

現行

【認知症ケア加算】

1 認知症ケア加算1
　イ 14日以内の期間 160点 ／ ロ 15日以上の期間 30点
2 認知症ケア加算2
　イ 14日以内の期間 100点 ／ ロ 15日以上の期間 25点
3 認知症ケア加算3
　イ 14日以内の期間 40点 ／ ロ 15日以上の期間 10点

[算定要件]

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数にり算定する。

改正後

【認知症ケア加算】

1 認知症ケア加算1
　イ 14日以内の期間 **180点** ／ ロ 15日以上の期間 **34点**
2 認知症ケア加算2
　イ 14日以内の期間 **112点** ／ ロ 15日以上の期間 **28点**
3 認知症ケア加算3
　イ 14日以内の期間 **44点** ／ ロ 15日以上の期間 10点

[算定要件]

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の**40**に相当する点数により算定する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【認知症ケア加算の見直し 】

[具体的な内容]

認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

改正後
【認知症ケア加算1】※認知症ケア加算2・3も同様 **[算定要件]** 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。**また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。** **[施設基準]** 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 **せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること**。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【認知症ケア加算の見直し 】

【経過措置】

令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。

【疑義解釈】

【認知症ケア加算】

Q1:「A247」認知症ケア加算1の施設基準において、「認知症ケアチームは、第1の7の(4)に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない」とされているが、認知症ケアチームの専任の常勤看護師が身体的拘束最小化チームチームに係る業務を兼務した時間は、認知症ケアチームの業務として施設基準で求める「原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること」に含めてよいか。

A1:含めてよい。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し 】

［基本的な考え方］

適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の 評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括 ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価す る観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

［具体的な内容］

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	改正後
【地域包括ケア病棟入院料】	**【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　2,809点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2　2,620点	40日以内 2,838点 ／ 41日以降 2,690点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3　2,285点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料4　2,076点	40日以内 2,649点 ／ 41日以降 2,510点
	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3
	40日以内 2,312点 ／ 41日以降 2,191点
	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料4
	40日以内 2,102点 ／ 41日以降 1,992点

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し 】

【疑義解釈】

【地域包括ケア病棟入院料】

Q1:「A308－3」地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価 が細分化されたが、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管 理料を算定しない病棟又は病室に入院後、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に転棟した場合、起算 日についてどのように考えればよいか。

A1:地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病 棟又は病室に最初に入院した日を起算日とする。

Q2:地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化された が、令和6年5月 31 日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア 入院医療管理料を算定している患者であって、令和6年6月1日以降も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者に 係る起算日については、どのように考えればよいか。

A2:令和6年5月 31 日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入 院医療管理料を算定している患者についても、地域包括ケア病棟入院料又 は地域包括ケア入院医療管理料の算定を開始した日を起算日とする。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括ケア病棟の施設基準の見直し 】

[基本的な考え方]

地域包括ケアの深化・推進に向け、地域包括ケア病棟の効果的な入院 医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

[具体的な内容]

地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問 看護に係る実績の基準を見直す。

改正後

【地域包括ケア病棟入院料1】[施設基準]

①・④・⑥（略）

② 退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神 科訪問看護・指導（Ⅲ）、指定居宅サービス介護給付費単位数 表の訪問看護費のロ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のロを前三月間において百五十回以 上算定している保険医療機関であること。

③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に 規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定 介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイを前三月間において八百回以上算定している訪問看護ステー ションが当該保険医療機関に併設されていること。

⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に 規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の第四項に規 定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有してい る施設が当該保険医療機関に併設されていること。

【経過措置】

令和6年3月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和7年5月 31 日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【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 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	―		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）	―
自宅等から入棟した患者割合※1	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）			
在宅復帰率 ※1※2	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。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
【リハビリテーションに係る 医療・介護・障害福祉サービス連携の推進 】

［基本的な考え方］

医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険のリハビリテ ーションを提供する病院・診療所が基準該当サービスの提供施設として 指定が可能となったことを踏まえ、病院・診療所が自立訓練（機能訓練） を提供する際の疾患別リハビリテーション料等に係る要件を見直す。

［具体的な内容］

医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合について、施設基準を緩和する。

一般社団法人 日本病院会

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・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】

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（1日につき）　120点

［算定要件］（概要）

- **患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 入棟患者全員に、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成し**、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- **カンファレンスの定期的開催**。
- 適切な口腔ケア提供とともに、**口腔状態に係る課題を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできない**。
- **専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、食事調整の提案等の取組を行うこと。

一般社団法人 日本病院会

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・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】

〔施設基準〕（概要）

・急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。

・病棟配置：**専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上（うち1名は専任従事者でも可）。**

専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置。保険医療機関に**一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務。**

・以下のア～エの基準を全て満たすこと。

ア **入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上。**

イ **土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上。**

ウ **退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満。**

エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類D2以上）を保有している入院患者の割合が2.5%未満。

・脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。

・入退院支援加算1の届出を行っていること。

・BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

※Ⅱ－3 ①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

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・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】

【疑義解釈】

Q1：「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は退棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は退棟時におけるADLの合計点数が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

A1：BIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

Q2：同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。

A2：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した機関と通算して14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合も同様である。

Q3：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが、1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか。

A3：不可。

Q4：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料において、入棟後、原則48時間以内に評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することになっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成をおこなってもよいか。

A4：当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行うこと。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・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】

【疑義解釈】

Q5：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後48時間以内の患者との対面による確認や週5回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。

A5：専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。

Q6：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと」とあるが、1回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけないのか。また、1日2回行ってもよいか。

A6：1回の食事の観察ですべての患者の状況を観察する必要はなく、週5回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じ1日2回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても1回として数えること。

Q7：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が1名以上勤務していることが求められているが、この「適切なリハビリテーション・栄養・口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

A7：現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。

Q8：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の算定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後3日目のいずれかのうち早い日より14日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。

A8：不可。

※Ⅱ－3 ①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

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・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】

【疑義解釈】

Q9：「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び「2」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法は如何。

A9：「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価を行うこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学会による「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する、口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方（令和6年3月）」を参考とすること。

Q10：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、病棟の専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定をできないこととされているが、当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士にかかる疾患別リハビリテーション料の取扱いは如何。

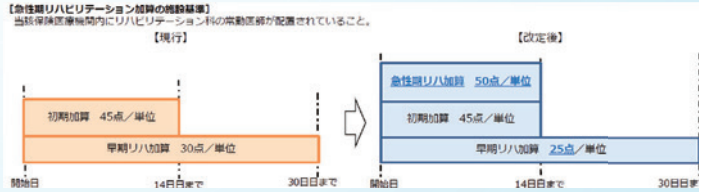
A10：当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、他の病棟での疾患別リハビリテーション料を含めて、1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料の算定はできない。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進】

重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す

（新）急性期リハビリテーション加算　　50点（14日目まで）

（改）早期リハビリテーション加算　30点 → 25点（30日目まで）



［急性期リハビリテーション加算の対象患者］

ア　ADLの評価であるBIが10点以下のもの。

イ　認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ　以下に示す処置等が実施されているもの。

①動脈圧測定（動脈ライン）　②シリンジポンプの管理　③中心静脈圧測定（中心静脈ライン）　④人工呼吸器の管理

⑤輸血や血液製剤の管理　⑥特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

エ　「A220－2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。（疑似症患者については初日に限り算定）

※入院中の患者に限る。

※心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患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、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設】

NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

［心大血管疾患リハビリテーション料］

1　心大血管疾患リハビリテーション料（1）（1単位）205点　⇒

イ　理学療法士による場合　205点

ロ　作業療法士による場合　205点

ハ　医師による場合　205点

ニ　看護師による場合　205点

ホ　集団療法による場合　205点

［脳血管疾患等リハビリテーション料］

1　脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（1単位）245点　⇒

イ　理学療法士による場合　245点

ロ　作業療法士による場合　245点

ハ　言語聴覚士による場合　245点

ニ　医師による場合　245点

※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設】

【疑義解釈】

Q1:「H003－2」リハビリテーション総合計画評価料は、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、実施方法について共同して評価を行った場合に算定することとされており、また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にリハビリテーション総合計画評価料を算定するとされているが、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

A1:リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画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多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション料及び認知症患者リハビリテーション料を算定するにあたっては、評価実施前でも、多職種が共同して総合実施計画書を作成した時点でリハビリテーション総合計画評価料を算定できる。なお、この場合において、リハビリテーション総合計画評価料の算定後7日以内にリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行うこと。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月30日事務連絡）別添1の問173は廃止する。

Q2:「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患リハビリテーション料、「H001－2」廃用性症候群リハビリテーション料、「H002」運動器疾患リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下「疾患別リハビリテーション料」という。）において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。」とされているが、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以外にどのような文書が該当するのか。

A2:別紙様式21の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。・本人家族等の希望、・健康状態、経過、・心身機能・構造、・活動、・リハビリテーションの短期目標、・リハビリテーションの長期目標、・リハビリテーションの方針、・本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）、・リハビリテーション実施上の留意点、・リハビリテーションの見直し・継続理由、・リハビリテーションの終了目安

Q3:上記における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所をいう。」とされているが、当該患者、患者の家族又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、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提供は不要か。

A3:そのとおり。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【呼吸器リハビリテーション料の見直し】

術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

［呼吸器リハビリテーション料］

［施設基準］

別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者

（略）

四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

↓

四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【療養病棟入院基本料の見直し】

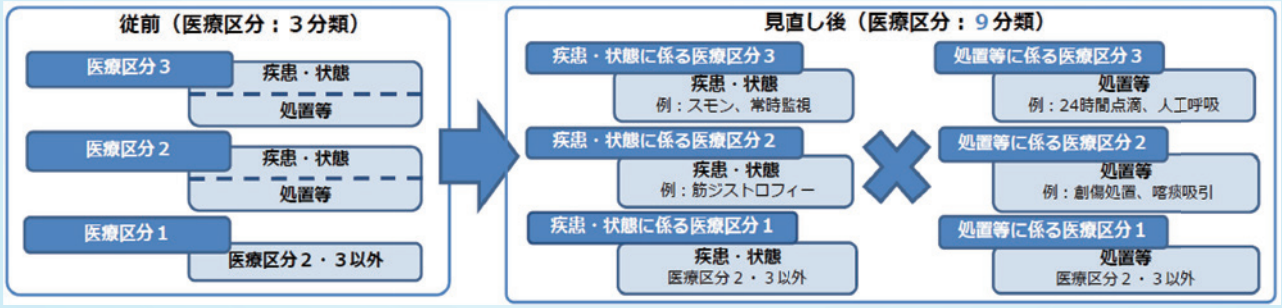
療養病棟入院基本料について、以下①～⑤の見直しをおこなう。

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分類の評価に見直された。



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された。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【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

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された。

現行	改定後
【療養病棟入院料】 ［施設基準］（概要） 医療区分3 中心静脈注射を実施している状態 医療区分2 （新設）	【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。）

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。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【療養病棟入院基本料の見直し】

【疑義解釈】

Q1：医療区分における中心静脈栄養の評価について、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以外を対象とする場合、中心医－9静脈栄養を開始した日から30 日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を開始した場合の取扱い如何。

A1：令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30 日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31 日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。

Q2：上記の問26 のただし書について、令和6年4月1日以降に、中心静脈栄養を中止した後に再開した患者であっても経過措置の対象となるのか。

A2：経過措置の対象とならない。

Q3：医療区分における中心静脈栄養の評価について、中心静脈栄養の終了後も7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3又は2として評価を行うこととされたが、当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合はどのように評価するのか。

A3：当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合であっても 中心静脈栄養を最初に終了した日から7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3又は2として評価を行う。

Q4：医療区分における中心静脈栄養の評価について、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する場合、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、中心静脈栄養を開始した日から 30 日が経過した後に、転棟又は退院後に、再度療養病棟に入棟又は入院して、中心静脈栄養を実施した場合であって入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

A4：処置等に係る医療区分2として評価を行う。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【療養病棟入院基本料の見直し】

③療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

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。

〔療養病棟入院料〕

【施設基準】

（4）療養病棟入院基本料に含まれる リハビリテーションの費用

入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって1日につき2単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院基本料の注11の規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、1月に1回以上、機能的自立度評価法（FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE）の測定を行っていないときに限る。）は当該入院基本料に含まれるものとする。

↓

［施設基準］

（4）療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用

入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって1日につき2単位を超えるもの（略）の費用

（療養病棟入院基本料1の入院料27および療養病棟入院料2の入院料27を算定する日に限る。）は当該入院基本料に含まれるものとする。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【療養病棟入院基本料の見直し】

④注11に規定する経過措置の廃止

医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が五割以上の低減点数の要件については、令和6年9月30日までの経過措置を設ける。

〔療養病棟入院料〕

（算定要件）

注11　注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（略）の100分の75に相当する点数を算定する。

↓

（算定要件）

削除

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【療養病棟入院基本料の見直し】

⑤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］

(1)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。

(2)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。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進【療養病棟入院基本料の見直し】

【疑義解釈】

Q1：「A101」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について、「「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえて経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等について説明を行うこと。」（以下「「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明」という。）とされているが、経腸栄養の開始後に本人又はその家族等に説明を行った場合であっても算定できるか。

A1：説明を行った日から算定できる。ただし、この場合であっても、算定期間は、経腸栄養を開始した日から7日を限度とする。

Q2：「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明について、具体的な内容如何。

A2：以下の内容について説明すること。

・消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされていること

・中心静脈栄養によりカテーテル関連血流感染症が合併すること等の経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等

Q3：経腸栄養管理加算について、「入棟前の1ヶ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。」とされているが、他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合について、どのように考えればよいか。

A3：他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合であっても算定できない。

Q4：経腸栄養管理加算について、「経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。」とされているが、経腸栄養を開始した後に中止し、その後再開した場合について、どのように考えればよいか。

A4：経腸栄養を開始して7日以内に中止・再開した場合であっても、経腸栄養を開始した日から7日間に限り算定できる。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進【療養病棟入院基本料の見直し】

【疑義解釈】

Q5：経腸栄養管理加算について、白湯や薬剤のみを経鼻胃管や胃瘻等から投与している場合は算定可能か。

A5：不可。

Q6：経腸栄養管理加算について、「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。」こととされているが、経腸栄養を開始した日から7日が経過した後に転棟あるいは退院し、再度入院した場合、入院期間が通算される場合であっても再度算定できるのか。

A6：入院期間が通算される場合は算定できない。

Q7：経腸栄養管理加算について、「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。」こととされているが、当該加算を算定した後に退院し、経腸栄養を実施せずに1か月以上経過した後に入院となり、入院期間が前回入院から通算されない場合について、当該加算は再度算定可能か。

A7：可能。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【医療と介護における栄養情報連携の推進】

栄養情報連携料の新設

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする。

(新)栄養情報連携料70点

［対象患者］

ア入院栄養食事指導料を算定した患者

イ退院先が他の保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

［算定要件］

（1）区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

（2）（1）に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。

（3）区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

（4）区分番号A308に掲げる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入院料1に限る。）においては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進】

歯科医療について　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理・口腔衛生管理についての評価を新設する。

(新)回復期等口腔機能管理計画策定料300点

［算定要件］

注1 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理計画策定料、開放型病院共同指導料（Ⅱ）、がん治療連携計画策定料、診療情報提供料（Ⅰ）の注5に規定する加算及び退院時共同指導料2は、別に算定できない。

(新)回復期等口腔機能管理料200点(1回/月)

［算定要件］

注1 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

2 回復期等口腔機能管理料を算定した月において、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療時医療管理料、がん治療連携指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料及び歯科矯正管理料は算定できない。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
【回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進】

(新)回復期等専門的口腔衛生処置(1口腔につき)100点(2回/月)

［算定要件］

注1 回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

2 回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置及び口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

➢ 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を選択可能な要件として加える。

現行	改定後
【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 （1）～（6）　（略） （7）　次のイ又はロのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） （新設） （8）　（略）	【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 （1）～（6）　（略） （7）　次のイ、ロ又はハのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） ハ　次のいずれにも該当すること。 ①　常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。 ②　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の月平均患者数が10人以上であること （8）　（略）

■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
【急性期充実体制加算の見直し】

［基本的な考え方］

急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。

［具体的な内容］

1. 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う。
2. 小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。
3. 許可病床数300 床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。
4. 化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する。
5. 悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する。

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

現行	改定後
【急性期充実体制加算】 （新設） 1　7日以内の期間　460点 2　8日以上11日以内の期間　250点 3　12日以上14日以内の期間　180点 （新設） （新設） 注２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。	【急性期充実体制加算】 1　急性期充実体制加算１ イ　7日以内の期間　440点 ロ　8日以上11日以内の期間　200点 ハ　12日以上14日以内の期間　120点 2　急性期充実体制加算２ イ　7日以内の期間　360点 ロ　8日以上11日以内の期間　150点 ハ　12日以上14日以内の期間　90点 注２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ　急性期充実体制加算１の場合　90点 ロ　急性期充実体制加算２の場合　60点 注３　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

［実績要件］

<手術等に係る実績の要件>
(イ) 全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術350 件／年以上）
(ロ) 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上
(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上
(ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上
(ホ) 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
(ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
(ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
(チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
(リ) 6 歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

（ヘ）を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合
1. 外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。
2. 当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること。

急性期充実体制加算1
手術等に係る実績の要件について、イ及び、ロからトまでのうち5つ以上を満たしていること。

急性期充実体制加算2
以下のいずれかを満たし、かつ、
(チ) 異常分娩の件数が、50 件／年以上
(リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上
手術等に係る実績の要件について、イ及び、ロからトまでのうち2つ以上を満たしていること。

廃止
許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり●●件/年以上

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

【解説】

◆ 急性期充実体制加算2が新たに新設。

◆ 急性期充実体制加算2においてのみ、次の手術等に係る実績要件となった。

- 手術等に係る実績要件において、「異常分娩（50 件以上）、6歳未満の乳幼児の手術（40 件以上）のいずれかを満たし、要件の（イ）および（ロ）から（ト）のうち2つ以上を満たしていること。」
- 令和4年度の改定において上記要件にて急性期充実体制加算1を取得の医療機関においては減額となる。

◆ 300 床未満の医療機関において、手術等に係る実績要件に対し施設基準の対応（病床当たりの実績値）が、廃止となった。

- 病床規模（300 床未満）による対応がなくなったことで、中小病院においての取得（継続）が難しくなった。

◆「（へ）化学療法の実施」を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合の要件の変更

- 登録されているレジメン数（外来で実施可能）の割合（4割以上）から、外来で化学療法を実施した患者の割合（6割）に変更されたことで、外来での化学療法が促進される。

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

【疑義解釈】

Q1：「救急時医療情報閲覧機能」とは具体的に何を指すのか。
A1：厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み（Action1）」を指す。なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

Q2：令和6年度改定において、急性期体制充実加算1と急性期体制充実加算2に評価が細分化されたが、令和6年度改定前に急性期体制充実加算の届出を行っていた保険医療機関における、令和6年6月以降の届出についてどのように考えればよいか。
A2：令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1又は急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと。この場合であって、令和6年3月31日において急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象となる。

Q3：「当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること。」とされているが、化学療法を実施した患者の数について、延べ患者数と実患者数のいずれにより割合を算出すればよいか。
A3：実患者数により算出する。

Q4：「外来で化学療法を実施した患者」とは、具体的にどのような患者を指すのか。
A4：1サイクル（クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間をいう。）以上、外来で化学療法を実施した患者を指す。

Q5：「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。
A5：そのとおり。

■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

【総合入院体制加算の見直し】

［基本的な考え方］

急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

［具体的な内容］

1. 総合入院体制加算１及び2について、全身麻酔による手術の件数に係る要件及び評価を見直す。
2. 急性期充実体制加算と同様に「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。」を要件に加える。

現行	改定後
【総合入院体制加算１】　240点 ［施設基準］ ・全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアから力までを全て満たしていること。 ア～力（略） 【総合入院体制加算２】　180点 ［施設基準］ ・全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。 ア～力（略） 【総合入院体制加算３】　120点 ［施設基準］ ・全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも２つ以上を満たしていること。 ア～力（略） （新設）	【総合入院体制加算１】　260点 ［施設基準］ ・全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であること。また、以下のアから力までを全て満たしていること。 ア～力（略） 【総合入院体制加算２】　200点 ［施設基準］ ・全身麻酔による手術件数が年1,200件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。 ア～力（略） 【総合入院体制加算３】　120点 ［施設基準］ ・全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも２つ以上を満たしていること。 ア～力（略） ［施設基準（総合入院体制加算１、２及び３）］ ・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。ただし、令和６年３月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。

【共通実績要件】

全身麻酔による手術件数：○○件/年以上

【実績要件】

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（対外照射法）：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

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
該当患者の基準：以下のいずれか ・A得点が2点以上　・C得点が1点以上		

※Ⅱ－4　②総合入院体制加算の見直し

■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

【総合入院体制加算の見直し】

【解説】

◆「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。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。」

- 新たな要件として追加されたことにより、新規取得時の要件が厳格化された。

◆ 実績要件として全身麻酔の件数、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合により、加算区分をより厳格化された。

- 総合入院体制加算１　➡ 2,000件/年　必要度Ⅰ：　➡ 33%　必要度Ⅱ：　➡ 32%
- 総合入院体制加算２　800件/年 ➡ 1,200件/年　必要度Ⅰ：33% ➡ 31%　必要度Ⅱ：30% ➡ 30%
- 総合入院体制加算３　➡ 800件/年　必要度Ⅰ：30% ➡ 28%　必要度Ⅱ：27% ➡ 27%

【疑義解釈】

Q1：令和6年3月31 日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にあり、契約期間の満了により賃貸借契約を更新した場合は、当該特別の関係があるものとみなされるのか。

A1：賃貸借契約等を更新した場合については、令和6年3月31日以前から特別の関係にあった特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借関係を継続する場合に限り、特別の関係がないものとみなす。

Q2：「救急時医療情報閲覧機能」とは具体的に何を指すのか。

A2：厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み（Action1）」を指す。なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

Q3：「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。

A3：そのとおり。

■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

【急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直し】

［基本的な考え方］

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。

［具体的な内容］

急性期一般入院料1の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18 日から16 日に見直す。

現行	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18日）以内であること。	【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。

公益裁定により決定

【疑義解釈】

Q:「A100」一般病棟入院基本料の「1」の「イ」急性期一般入院料1の施設基準における平均在院日数について、令和6年6月1日から算定を行うための届出を行う場合は、どの時点の実績に基づき届出を行うのか。

A:令和6年6月1日からの算定については、同年5月2日以降に届け出書の提出を行うことができ、また、知くとも6月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和6年5月2日から同31日に届出を行う場合は同年2月から4月、同年6月3日に届出を行う場合は、同年3月から5月の実績を用いること。なお、例えば令和6年2月から4月までの実績に基づき5月中に届出を行い、その後同年3月から5月までの実績では基準を満たさないことが判明した場合には、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該当する場合を除き、変更の届出を6月に行う必要があること。

■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

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し】

［基本的な考え方］

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

［具体的な内容］

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。
   - ○ 「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。
   - ○ 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。
   - ○ 「注射薬剤3種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。
   - ○ 「専門的な治療・処置」の項目のうち「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する。
   - ○ 「専門的な治療・処置」の項目のうち「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する。
   - ○ 「専門的な治療・処置」の項目のうち「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点に変更する。

（次ページに続く）

■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

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し】

［具体的な内容］

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。
   - ○ 「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、評価日数を現在の５日間から２日間に変更する。
   - ○ C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。
   - ○ 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加える。

2. 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、
   ①「A３点以上」又は「C１点以上」に該当する割合が一定以上であること
   ②「A２点以上」又は「C１点以上」に該当する割合が一定以上であること
   の両者を満たすことを施設基準とする。

3. 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、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

■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

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し】

［基本的な考え方］

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

（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） 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。

■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
【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し】

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「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
②「A2点以上」又は「C1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)

A得点が３点以上の患者
C得点が１点以上の患者

別表２(基準：27%　※必要度Ⅱの場合)

A得点が２点以上の患者
C得点が１点以上の患者

■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
【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し】

現行

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

改定後

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

【該当患者の基準】

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

※1：B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
※2：7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

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

■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

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し】

【解説】

◆ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価については公益裁定により基準等が決定

- ➢ 評価項目の見直し
  - ✓ 「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し、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤が除外
  - ✓ 抗悪性腫瘍剤、麻薬、昇圧剤、抗不整脈薬の薬剤の使用（注射剤のみ）ならびに抗血栓塞栓薬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5日間から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
- ➢ 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において「B項目」による評価指標から当該項目を廃止

【疑義解釈】

Q：例えば令和6年4月に急性期一般入院料1から急性期一般入院料4に変更の届出を行った保険医療機関又は急性期一般入院料4から急性期一般入院料1に変更の届出を行った保険医療機関における新施設基準の重症度、医療・看護必要度の基準の経過措置及び届出についてどのように考えればよいか。

A：いずれの保険医療機関についても、令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要があり、経過措置については適用されない。

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

［基本的な考え方］

特定集中治療室管理料等について、以下の見直しを行う。

① 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。

② 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFA スコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。

［具体的な内容］

1. SOFAスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。
2. 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化
3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。
   - ○「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。
   - ○ 重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、A得点が3点以上であることからA得点が2点以上であることに変更する。
4. 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行ってない医師であること及び保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化する。
5. 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔ICUモニタリングにより特定集中治療室管理料1及び2の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

■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
【特定集中治療室管理料等の見直し】

改定後

【特定集中治療室管理料１・２】
［施設基準］
- 直近１年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者が１割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が８割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料３・４】
［施設基準］
- 直近１年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア３以上の患者が１割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が７割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料５・６】（新設）
［施設基準］
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が７割以上いること。
- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。

現行		改定後	
（７日以内の期間）		（７日以内の期間）	
特定集中治療室管理料１・２	14,211点	特定集中治療室管理料１・２	14,406点
特定集中治療室管理料３・４	9,697点	特定集中治療室管理料３・４	9,890点
（新設）		特定集中治療室管理料５・６	8,890点

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

（新）　特定集中治療室遠隔支援加算 980点

【算定要件】
特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

【施設基準】
(被支援側医療機関)
支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

(支援側医療機関)
- 特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。

※Ⅱ－4　⑤特定集中治療室管理料等の見直し

■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
【特定集中治療室管理料等の見直し】

(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO_2/FiO_2	>400	≦400	≦300	≦200 呼吸補助下	≦100 呼吸補助下
凝固機能 血小板数[×10³/mm³]	>150	≦150	≦100	≦50	≦20
肝機能 ビリルビン値[mg/dl]	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧 <70mmHg	ドパミン≦5γ orドブタミン投与	ドパミン＞5γ or エピネフリン≦0.1γ or ノルエピネフリン≦0.1γ	ドパミン＞15γ or エピネフリン＞0.1γ or ノルエピネフリン＞0.1γ
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能 クリアチニン値[mg/dl]	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or 尿量＜500ml/day	＞5.0 or 尿量＜200ml/day

（参考）特定集中治療室管理料の施設基準概要

	ＩＣＵ１	ＩＣＵ２	ＩＣＵ３	ＩＣＵ４	ＩＣＵ５	ＩＣＵ６
	7日以内 14,406点 8日以上 12,826点	7日以内 14,406点 8日以上 12,826点	7日以内 9,990点 8日以上 8,307点	7日以内 9,990点 8日以上 8,307点	7日以内 8,890点 8日以内 7,307点	7日以内 8,890点 8日以内 7,307点
医師の配置	・専任の医師が常時治療室内に勤務（特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含む） ・当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない		・専任の医師が常時治療室内に勤務 ・当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない		・専任の医師（宿日直許可を受けた上で宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時保険医療機関内に勤務	
	－	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	－	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	－	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務
看護師の配置	常時２：１ ・集中治療を必要とする患者の看護の経験５年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置		－		・集中治療を必要とする患者の看護の経験５年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置	
臨床工学技士の配置	専任の臨床工学技士が常時院内勤務		－		－	
治療室の面積	１床あたり20㎡	１床あたり20㎡	１床あたり15㎡	１床あたり15㎡	１床あたり15㎡	１床あたり15㎡
必要な装置・器具等	・救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルＸ線撮影装置、呼吸循環監視装置 （新生児用の治療室の場合：経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光療治療器） ・自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査・血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること ・手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい					
重症度、医療・看護必要度	ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：８割以上		ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：７割以上		ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：７割以上	
重症患者の受入	入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者：１割以上		入室日のＳＯＦＡスコア３以上の患者：１割以上		－	

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

【解説】

◆ 特定集中治療室管理料5、6の新設

- ➢ 専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分
  - ✓ 従前の管理料1～4では特定集中治療室内に勤務、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと
  - ✓ 新設の管理料5・6では保険医療機関内に勤務

◆ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱのみにて評価となる

- ➢ 「輸液ポンプの管理」の項目を削除し、該当基準をA得点2点以上に変更

◆ 入室日のSOFAスコアにより重症患者の受入を評価

- ➢ 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち
  - ✓ 治療室1・2では入室日のSOFAスコア5以上の患者が1割以上
  - ✓ 治療室3・4では入室日のSOFAスコア3以上の患者が1割以上

◆ 特定集中治療室遠隔支援加算の新設

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

【疑義解釈】

◆ 特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」とされているが、

Q1：当該保険医療機関が宿日直許可を取得していないことが求められるのか。

A1：当該要件は、保険医療機関が宿日直許可を取得していないことを求めるものではなく、当該治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことが求めるものである。

Q2：当該治療室に勤務する医師が、宿日直を行う医師ではない医師であって、宿日直許可を取得している業務に従事する場合について、どのように考えればよいか。

A2：宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず、専任の医師が当該治療室に勤務している間、宿日直を行っていないことが求められる。

◆ 特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、

Q1：入室日におけるSOFAスコアの評価方法如何。

A1：日本集中治療医学会ICU機能評価委員会による「JIPAD 日本ICU患者データベース データ辞書」等を参考に、原則として入室後、速やかに評価し、入室日に2回以上評価した場合、最も高いスコアをその患者のスコアとする。

Q2：入室日のSOFAスコアの基準が定められているが、入室日というのは当該治療室に入った初日を指すのか。

A2：そのとおり。

Q3：1回の入院において複数回入室した場合についてどのように考えればよいか。

A3：入院期間が通算される1回の入院において、特定集中治療室に複数回入室した場合、初回の入室日のSOFAスコアを評価する。

Q4：令和6年5月31日以前に測定した、入室日のSOFAスコアについてどのように考えればよいか。

A4：令和6年5月31 日以前に測定したSOFAスコアについては、2023年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に基づいて測定しているSOFAスコアであれば、施設基準の計算に用いてよい。

Q5：患者の入室日のSOFAスコアの基準が示され、15 歳以上の患者が対象とされているが、15 歳未満の患者を主として受け入れる治療室はどのように評価するのか。

A5：15 歳以上の患者の入室日のSOFAスコアにより評価する。ただし、15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアで基準を満たさない場合であって、15 歳未満の患者を pSOFAスコアで評価し、15 歳未満の患者も含めて評価して基準を満たす場合には、SOFAスコアの基準を満たすものとして差し支えない。

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

［特定集中治療室遠隔支援加算］の新設

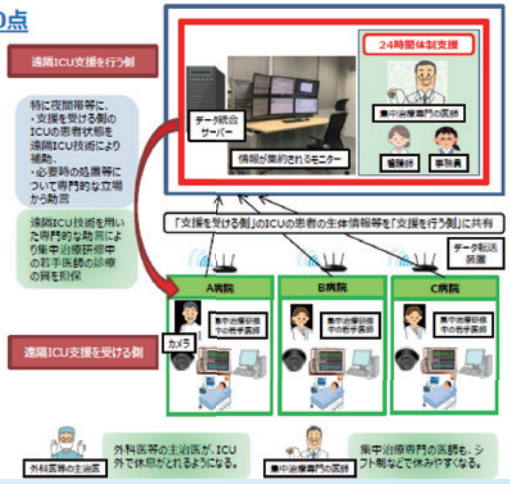
治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより特定集中治療室管理料1及び2の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

（新）　特定集中治療室遠隔支援加算　　980点

【算定要件】
特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

【施設基準】
（被支援側医療機関）
支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

（支援側医療機関）
- 特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。



■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

［特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準］

□被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関における施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。

(1) 被支援側医療機関における施設基準

ア 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っていること。
イ 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。
ウ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。

(2) 支援側医療機関における施設基準

ア 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2の届出を行っていること。
イ 当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。なお、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たすものであること。
ウ 特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。
エ 特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。
オ ウの職員数は、被支援側医療機関の治療室における入院患者数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
カ 被支援側医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと。
キ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること。

■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
【特定集中治療室管理料等の見直し】

【疑義解釈】

Q1:「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室に入院する患者に係る業務を行ってもよいか。

A1:特定集中治療室内に専任の医師が2名以上勤務しており、そのうち遠隔支援を担当する医師が特定集中治療の経験を5年以上有する医師である場合であって、当該医師が遠隔支援に係る助言を求められた際に対応可能である場合に限り、施設基準を満たすものとみなす。

Q2:「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はあるか。
また、当該医師は宿日直を行う医師であってもよいか。

A2:当該医師は支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はなく、宿日直を行う医師であっても差し支えない。ただし、当該医師が被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを行っている看護師から助言を求められた場合に直ちに対応できる必要がある。

Q3:「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。」とあるが、患者のモニタリングを行う場所は、支援側の医療機関における特定集中治療室内である必要があるのか。

A3:モニタリングを行う場所は、支援側の保険医療機関内であれば、特定集中治療室内である必要はないが、患者のモニタリングを行う職員が集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師である場合には、特定集中治療の経験を5年以上有し、遠隔支援を担当する医師と速やかに連絡を取れる体制を有する必要がある。

■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
【ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し】

［基本的な考え方］

高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

［具体的な内容］

1.ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者の要件について、以下の見直しを行う。

(1)「創傷処置」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為（重度褥瘡処置を除く。）が実施された場合を評価対象とする。

(2)「呼吸ケア」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合を評価対象とする。

(3)「点滴ライン同時3本以上の管理」について、「注射薬剤3種類以上の管理」に変更する。

(4)A項目から「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除した上で、該該当患者割合の基準について、「A得点3点以上かつB得点4点以上」に該当する患者の割合が一定以上であることから、以下の①及び②のいずれも満たすことに変更する。

① A項目のうち、「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」又は「特殊な治療法等」のいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

② A項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

2.レセプト電算処理システム用コードを用いた評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）を導入する。

■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

【ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し】

［基本的な考え方］

高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

現行

A　モニタリング及び処置等	0点	1点
1　創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり
2　蘇生術の施行	なし	あり
3　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4　点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5　心電図モニターの装着	なし	あり
6　輸液ポンプの管理	なし	あり
7　動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
8　シリンジポンプの管理	なし	あり
9　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
10　人工呼吸器の装着	なし	あり
11　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
13　特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	あり

改定後

・「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除
・「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外
・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

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

該当患者割合の基準について見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

基準	A得点3点以上かつB4得点以上

	基準に該当する患者割合の基準
ハイケアユニット入院医療管理料1	8割
ハイケアユニット入院医療管理料2	6割

基準①	2、7、8、9、10又は11のうち1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当

	基準に該当する患者割合の基準（※）
ハイケアユニット入院医療管理料1	1割5分以上が基準①に該当かつ8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料2	1割5分以上が基準①に該当かつ6割5分以上が基準②に該当

一般社団法人日本病院会　129

※Ⅱ－4　⑥ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

■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

【ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し】

【解説】

◆ レセプト電算処理システム用コードを用いたハイケア用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを導入

◆ 評価項目の見直し

- ➢ 削除
  - ✓ 「心電図モニターの管理」
  - ✓ 「輸液ポンプの管理」
  - ✓ 「創傷処置」から褥瘡の処置
- ➢ 変更
  - ✓ 「創傷処置」、「呼吸ケア」は必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価
  - ✓ 「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」（最大7日間）

◆ 該当患者割合の基準について見直し

（※旧基準：A得点3点以上かつB4得点以上）

- ➢ 新基準
  - ✓ ①：蘇生術の施行、中心静脈圧測定、人工呼吸器の装着、輸血や血液製剤の管理、肺動脈圧測定、特殊な治療法等のうち1項目以上
  - ✓ ②：すべて評価項目のうち1項目以上
- ➢ ハイケアユニット入院医療管理料1
  - ✓ 1割5分以上が①に該当、かつ8割以上が②に該当
- ➢ ハイケアユニット入院医療管理料2
  - ✓ 1割5分以上が①に該当、かつ6割5分以上が②に該当

一般社団法人日本病院会　130

■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

【重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化】

［基本的な考え方］

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。

［具体的な内容］

以下の病棟又は治療室については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化する。

1. 許可病床数200 床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料1を算定する病棟（電子カルテシステムを導入していない場合を除く。）
2. 許可病床数200 床以上400 未満の保険医療機関において、急性期一般入院料2又は3を算定する病棟
3. 救命救急入院料2又は4を算定する治療室
4. 特定集中治療室管理料を算定する治療室

■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

【重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化】

現行	改定後
【急性期一般入院料】 ［施設基準］ 許可病床数が 200 床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料２から５までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。	【急性期一般入院料】 ［施設基準］ 急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）、許可病床数が200 床以上であって急性期一般入院料２又は３に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料４又は５に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

※救命救急入院料2及び4並びに特定集中治療室管理料についても、同様の見直しを行う。

［経過措置］

令和6年3月31 日において現に届出を行っている病棟については、令和7年9月30日までの間に限り、必要度Ⅱを用いた評価に係る要件を満たすものとみなす。

■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

【重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化】

【解説】

➢ 各入院料において

- ✓ 急性期一般入院料1　許可病床数が200床以上の病院 ➡ 紙カルテの病院を除く全ての病院
- ✓ 急性期一般入院料2・3　許可病床数が400床以上の病院 ➡ 許可病床数が200床以上の病院
- ✓ 急性期一般入院料4・5　許可病床数が400床以上の病院
- ✓ 救命救急入院料2・4
- ✓ 特定集中治療管理料1～6

■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

【重症患者対応体制強化加算の要件の見直し】

［基本的な考え方］

特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から、重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。

［具体的な内容］

重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。

現行	改定後
【重症患者対応体制強化加算】 （救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1～5） ［施設基準］ 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。なお、該当患者の割合については、直近6か月間で1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。	【重症患者対応体制強化加算】 （救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1～5） ［施設基準］ 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であること。

［施設基準］

専従の常勤看護師1名以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士1名以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	＊実施業務＊ ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際	
看護師2名以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		＊実施業務＊ ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。
必要な届出	・区分番号「A200－2」急性期充実体制加算　・区分番号「A234－2」感染対策向上加算1		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月で1割5分以上		

■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

【重症患者対応体制強化加算の要件の見直し】

【解説】

➢「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること

➡ 「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であること

✓「特殊な治療法等」

- ◆ CHDF
- ◆ IABP
- ◆ PCPS
- ◆ 補助人工心臓
- ◆ ICP測定
- ◆ ECMO
- ◆ IMPELLA

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

［基本的な考え方］

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

［具体的な内容］

1. 短期滞在手術等基本料1について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。
2. 短期滞在手術等基本料3について、実態を踏まえ、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

短期滞在手術等基本料１の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料１について、対象手等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行		改定後	
【短期滞在手術等基本料１】		【短期滞在手術等基本料１】	
短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）		短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）	
イ 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点	（改）イ 主として入院で実施されている手術を行った場合	
ロ イ以外の場合	2,718点	(1) 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
		(2) (1)以外の場合	2,718点
		（改）ロ イ以外の場合	
		(1) 麻酔を伴う手術を行った場合	1,588点
		(2) (1)以外の場合	1,359点

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

［基本的な考え方］

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

短期滞在手術等基本料１の対象手術等

（「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等）

D287　内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（GH）（一連として）
D291－2　小児食物アレルギー負荷検査
K006　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　4　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　2　手、足（手に限る。）
K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
K068　半月板切除術
K068－2　関節鏡下半月板切除術
K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　イ　縫着レンズを挿入するもの
K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合
K282　水晶体再建術　3　計画的後嚢切開を伴う場合
K474　乳腺腫瘍摘出術　1　長径５センチメートル未満
K474　乳腺腫瘍摘出術　2　長径５センチメートル以上
K508　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
K510　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
K617　下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術
K653　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　1　早期悪性腫瘍粘膜切除術
K834－3　顕微鏡下精索静脈瘤手術
K841－2　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　1　ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
K841－2　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　2　ツリウムレーザーを用いるもの
K841－2　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　3　その他のもの

（「ロ」イ以外の場合の対象手術等）

K005　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　3　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
K006　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　3　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
K008　膿瘍症手術
K070　ガングリオン摘出術　1　手、足、指（手、足）（手に限る。）
K093　手根管開放手術
K093－2　関節鏡下手根管開放手術
K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの
K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法
K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法
K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの
K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　１の実施後３月以内に実施する場合
K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法（一連として）
K617　下肢静脈瘤手術　3　高位結紮術
K617－4　下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617－6　下肢静脈瘤血管内塞栓術
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径二センチメートル未満
K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法（四段階注射法によるもの）
K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K823－6　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

※Ⅱ－4 ⑨短期滞在手術等基本料の評価の見直し
■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
【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】
［基本的な考え方］
実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

短期滞在手術等基本料３の見直し

- 短期滞在手術等基本料３について、実態を踏まえ、賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

（片側・両側で評価の区別を行う手術等）

K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの
K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法
K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法
K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの
K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K242　斜視手術　2　後転法
K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施
K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

［基本的な考え方］

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

短期滞在手術等基本料３の対象手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手用状骨（手用状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　皮管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼筋内反症手術の　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼筋下垂症手術　１　眼筋単筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する患者
Ｋ６１７　下腿静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下腿静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下腿静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下腿静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下腿静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法(四段階注射法によるもの)
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　腟壁縫下静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部(腟部)切除術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　３　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術
Ｍ００１－２　カンマナイフによる定位放射線治療

一般社団法人日本病院会

※Ⅱ－4 ⑨短期滞在手術等基本料の評価の見直し

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

［基本的な考え方］

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外　→　対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	×（DPC/PDPSで算定）※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外　→　対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×（DPC/PDPSで算定）	対象	対象

➢ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外　→　対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	○（原則、短期滞在３を算定する）	対象外	対象外　→　対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×	対象	対象

（※）特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。

一般社団法人日本病院会

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

【解説】

- 短期滞在手術基本料1：
  - ✓ 対象手術等について入院・入院外にて実施されているかどうかで区分が分けられた
- 短期滞在手術基本料3：
  - ✓ 賃上げに資する措置も考慮した評価（点数）の見直しが行われた
  - ✓ 片側・両側で評価の区分を行う手術等が追加された。
- 関連する指標について短期滞在手術基本料の取り扱いについて
  - ✓ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について　　対象外 ➡ 対象

【疑義解釈】

Q：DPC対象病院において短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

A：DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる算定を行う病床に限らず、全ての病床において短期滞在手術等基本料3は算定できない。

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

［基本的な考え方］

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。

［具体的な内容］

1.地域包括医療病棟において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

2.療養病棟入院基本料等において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和7年6月1日以降より適用する。

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

［基本的な考え方］

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。

現行	改定後
【療養病棟入院料】 注12　イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点	【療養病棟入院基本料】 注12　夜間看護加算　50点 注13　イ　看護補助体制充実加算１　80点 ロ　看護補助体制充実加算２　65点 ハ　看護補助体制充実加算３　55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

［算定要件］（概要）

当該基準に係る区分に従い、それぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和７年６月１日以降より適用する。

［施設基準］

（１）**看護補助体制充実加算１**の施設基準

ア　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、５割以上配置されていること。

イ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時100対１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。

ウ　看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年１回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

エ　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年１回以上受講していること。

オ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

（２）**看護補助体制充実加算２**の施設基準

（１）のイからオを満たすものであること。

（３）**看護補助体制充実加算３**の施設基準

（１）のウ及びエを満たすものであること。

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

【解説】

- 注13 当該基準に係る区分に従い、１日につき所定点数に加算する。

  ただし、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。

  - ✓ 注12 夜間看護加算との併算定はできない
- 身体拘束の実施に着目した評価
  - ✓ 身体拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用
- 看護補助体制充実加算１
  - ✓ 当該保険医療に関において3年以上の勤務経験を有する看護補助者の割合　➡　5割以上
  - ✓ 主として直接患者に対して療養生活上の世話を行う看護補助者の数　➡　常時100対１以上

  ◆ここでいう看護補助者については介護福祉士の有資格者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

【疑義解釈】

Q1：看護補助体制充実加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること」とされているが、① 当該看護補助者の割合を算出するにあたり用いる看護補助者の数は、どのように計上するのか。② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

A1：それぞれ以下のとおり。① 当該保険医療機関において勤務する看護補助者の常勤換算後の人数を用いて算出すること。この場合、常勤以外の看護補助者の場合は、実労働時間数を常勤換算し計上すること。② 当該看護補助者の割合は、みなし看護補助者は含めずに算出すること。

Q2：看護補助体制充実加算1の施設基準において、「当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること」とされているが、「3年以上」は連続ではなく、通算でもよいか。

A2：よい。

Q3：「A101」療養病棟入院基本料、「A106」障害者施設等入院基本料、「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A308－3」地域包括ケア病棟入院料の注に規定する看護補助体制充実加算1及び2の施設基準において、「主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに1以上であること」とされているが、① 当該看護補助者の数は、どのように計上するのか。② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

A3：それぞれ以下のとおり。① 月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数（※1）が、主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数（※2）以上であること。（※1）月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数＝（主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の月延べ勤務時間数）／（日数×8）（※2）主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者配置数＝（1日平均入院患者数）／100×3② 当該看護補助者にみなし看護補助者は含まない。

■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

【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】

［基本的な考え方］

地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。

［具体的な内容］

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	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　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	【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

■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

【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】

【解説】

- いわゆる下り搬送としての評価
- 介護老人保健施設、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を対象
- 救急搬送された患者又は【新設】C004-2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地域包括ケア病棟へ入院初日から入院した患者について受入を行った場合の評価

✓ C004-2救急患者連携搬送料
※ 医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合
1. 入院中の患者以外の患者の場合 1,800 点
2. 入院1日目の患者の場合 1,200 点
3. 入院2日目の患者の場合 800 点
4. 入院3日目の患者の場合 600 点

【疑義解釈】

Q:「C004－2」救急患者連携搬送料の施設基準において、「受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリストを作成していること。」とあるが、保険医療機関間の協議には、地域のメディカルコントロール協議会が必ず参加する必要があるのか。

A:受入先の候補となる保険医療機関のリストの作成のために必要な保険医療機関間の協議に、地域のメディカルコントロール協議会が参加することは必須ではない。ただし、メディカルコントロール協議会は、地域の救急患者搬送体制等について連携・協議を行う役割を担っていることから、これらの協議にも参加することや、参加しない場合であっても、保険医療機関間で協議した救急患者の搬送に係る連携体制に関する取り決め等について、メディカルコントロール協議会に報告がなされることが望ましい。

■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

【回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し】

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

改定後	
回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,229点
生活療養費を受ける場合	2,215点
回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,166点
生活療養費を受ける場合	2,151点
回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,917点
生活療養費を受ける場合	1,902点
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,859点
生活療養費を受ける場合	1,845点
回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,696点
生活療養費を受ける場合	1,682点

■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
【回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し】

【ポイント】

- **専従の社会福祉士の配置が要件化（回リハ1・2 ）**
- **FIMの測定に関する研修会を年1回以上開催が要件化（回リハ1・3）**
- **2週間に1回以上FIM測定と診療録等に結果記載が要件化**
- **適切な口腔ケアと必要に応じた歯科医療機関への受診が要件化（回リハ1・2 ）**
- **地域リハビリテーション活動支援事業等の参加が望ましい（回リハ1・2 ）**
- **入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることが要件化（回リハ1） 望ましい（回リハ2～5）**
- **体制強化加算1及び2が廃止**

令和6年度診療報酬改定　Ⅱ－4　患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価－③

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	13対1以上（7割以上が看護師）		15対1以上（4割以上が看護師）		
	看護補助者	30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。

※Ⅱ－4　⑬回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

■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
【回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し】

GLIM基準による栄養評価の要件化

GLIM基準による栄養評価の要件化

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料１について、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料２から５までにおいては、GLIM基準を用いることが望ましいこととする。

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報　□ 身長（＊1）：（　　）cm □ 体重：（　　）kg　□ BMI（＊1）：（　　）kg/㎡　＊1：身長測定が困難な場合は省略可

栄養補給方法（複数選択可）□ 経口（□ 食事　□ 補助食品）、□ 経管（□ 経鼻胃管　□ 胃瘻　□ その他）、□ 静脈（□ 末梢　□ 中心）

嚥下調整食の必要性：（□ 無　□ 有：（学会分類コード　　））

栄養状態の評価：① GLIM基準による評価（成人のみ）：判定　□ 低栄養非該当　□ 低栄養（□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養）

該当項目　表現型（□ 体重減少、□ 低BMI、□ 筋肉量減少）病因（□ 食事摂取量減少／消化吸収能低下、□ 疾病負荷／炎症）

② GLIM基準以外の評価：□ 問題なし　□ 過栄養　□ その他（　　）

【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】

必要栄養量　　熱量：（　　）kcal　たんぱく質量（　　）g

総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　たんぱく質量（　　）g　＊2：入院直後等で不明な場合は総投与栄養量でも可

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

- 2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
- 表現型（体重減少、低BMI、筋肉量減少）と病因（食事摂取量減少／消化吸収能低下、疾病負荷／炎症）により判定

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

↓ 低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
自己にない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷／炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			＋ それぞれの項目で1つ以上に該当	

↓ 低栄養と判定

重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

【ポイント】

- **GLIM基準は入院基本料等の施設基準等における栄養管理体制の基準で、栄養管理手順としても推奨されている。**
- **GLIM基準は回リハ1は要件で回リハ2～5では望ましい要件**

■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

【児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設】

［基本的な考え方］

不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

［具体的な内容］

児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

（新）　精神科養育支援体制加算　300点（入院初日）

［対象患者］
・児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

［算定要件］
・当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

［施設基準］　（概要）
（1）以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者への支援を行う「精神科養育支援チーム」が設置されていること
　ア　小児医療及び児童・思春期の精神医療に関する十分な経験を有する専任の常勤精神保健指定医
　イ　20歳未満の精神疾患を有する患者の看護に従事する専任の常勤看護師
　ウ　20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤精神保健福祉士
　エ　20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤公認心理師
（2）養育支援チームの業務
　ア　養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
　イ　虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。
　ウ　主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
　エ　虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。
　オ　精神科養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は精神科養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年２回程度実施されていること。
（3）（1）のウ及びエを構成する精神保健福祉士及び公認心理師については、児童・思春期精神科入院医療管理料における専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師との兼任は可能である。
（4）（2）のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。

■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

【DPC／PDPSの見直し】

［基本的な考え方］

DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、DPC対象病院の基準を見直す。また、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。

［具体的な内容］

1. 診療報酬改定に関連した見直し
   急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。
2. DPC対象病院の基準の見直し
   ① データ数について
   ② 適切なDPCデータの作成について
3. 医療機関別係数の見直し
   ① 基礎係数（医療機関群の設定等）
   ② 機能評価係数Ⅰ
   ③ 機能評価係数Ⅱ
   ④ 救急補正係数
4. 診断群分類の見直し
   ① 診断群分類点数表の見直し
   ② 点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し
   ③ 点数設定方式Eの新設
5. 退院患者調査の見直し

■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
【DPC／PDPSの見直し】

➢ DPC対象病院の基準の見直し

1．DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、**データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として位置づける。**

※ 当該基準については、令和８年度診療報酬改定時より制度参加・退出に係る判定に用いる

➢ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数**：現行の３つの医療機関群の設定方法を維持した上で、データ数に係る基準を満たさない医療機関について、評価を区別する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：既存の４つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ整理し、各係数の評価手法等について以下のとおり見直す。

現行	改定後
【保険診療係数】 ・適切なDPCデータの作成や病院情報の公表を評価 【効率性係数】 ・各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 【救急医療係数】 ・救急医療入院における入院後2日までの医療資源投入量の差額を評価 【地域医療係数】 ・体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは１：１） ［体制評価指数］ ・がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価 <感染症>新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、G-MIS）等 <実績評価>実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価	【保険診療係数】 ・**評価を廃止**（一部を体制評価指数による評価に移行） 【効率性係数】 ・**評価手法の変更** 【救急医療係数】 ・**「救急補正係数」として整理**（機能評価係数Ⅱの項目としては廃止） 【地域医療係数】 ・体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは**７：５**） ［体制評価指数］ ・従前の10項目に、**臓器提供の実施**、**医療の質向上に向けた取組**及び**医師少数地域への医師派遣機能**（大学病院本院群のみ）を追加 <感染症> **新興感染症に係る協定締結**（令和７年度～） <実績評価>**50%tile値**を上限値として評価（DPC標準病院群を除く）

4. **救急補正係数**：従前の救急医療指数による評価手法を維持した上で、独立した医療機関別係数の項目として評価を行う。
5. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度のみ）。

※Ⅱ－4 ㉒DPC PDPS の見直し

■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
【DPC／PDPSの見直し】

現行	改定後
【ＤＰＣ対象病院の基準】 ・急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出 ・診療録管理体制加算に係る届出 ・以下の調査に適切に参加 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」 ・調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上 （新設） ・適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催	【ＤＰＣ対象病院の基準】 ・急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出 ・診療録管理体制加算に係る届出 ・以下の調査に適切に参加 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」 ・調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上 ・**調査期間1月あたりのデータ数が90以上** ・**適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす** - **「退院患者調査」の様式１（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満** - **「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが１%未満** - **「退院患者調査」の様式１における未コード化傷病名の使用割合が２%未満** ・適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

■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【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

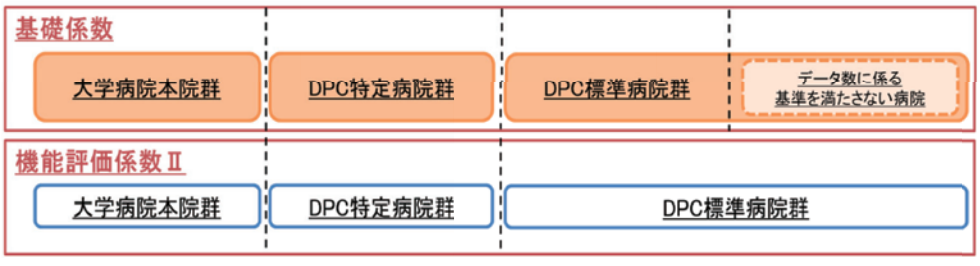
- データ数に係る基準及び適切なDPCデータの作成に係る基準（機能評価係数Ⅱの（旧）保険診療係数に定義されていた項目）をDPC対象病院の基準として新たに位置づける
  - ✓ 1月あたりデータ数が90以上
  - ✓ 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす
    - ◆ 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
    - ◆ 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
    - ◆ 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満

■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【DPC／PDPSの見直し】

基礎係数の見直し

- 従前の考え方を維持し、３つの医療機関群を設定した上で、令和６年度診療報酬改定においては、データ数に係る基準（１月あたり90以上）を満たさない医療機関について、診療密度（相対値）が相対的に低いことを踏まえ、基礎係数の評価を区別する。

【令和6年度改定における基礎係数の評価（イメージ）】



■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【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

➢ **DPC対象病院の基準の見直し**

現行の医療機関群の設定方法を維持しデータ数に係る基準（データ数が90以上/月）を満たさない医療機関ついて評価（基礎係数）を区別

- ✓ 大学病院本院群　1.1182
- ✓ DPC特定病院群　1.0718
- ✓ DPC標準病院群
  - ◆ データ数が90/月以上　1.0451
  - ◆ データ数が90/月未満　1.0063

■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【DPC／PDPSの見直し】

機能評価係数Ⅱの見直し

- ➢ 保険診療係数について、評価を廃止し、適切なDPCデータの作成に係る基準については、DPC対象病院の基準として位置付けるとともに、病院情報の公表については体制評価指数における評価へ移行する。
- ➢ 効率性係数について、医療機関群ごとの評価とするとともに、評価手法について必要な見直しを行う。
- ➢ 機能評価係数Ⅱにおける評価項目であった救急医療係数について、評価の趣旨を踏まえ、医療機関別係数における評価項目としての位置づけを見直すとともに、名称を「救急補正係数」へ見直す。

現行	改定後
【保険診療係数】 提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価 ［評価内容（概要）］ ・適切なDPCデータの作成 ・病院情報の公表	【保険診療係数】 （評価を廃止） （DPC対象病院の基準として、位置づけを変更） （体制評価指数において評価）
【効率性係数】 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 ［評価内容（概要）］ ・全国の平均在院日数/全国の症例構成で補正した当該医療機関の平均在院日数 ※　全群共通で評価	【効率性係数】 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 ［評価内容（概要）］ ・当該医療機関の症例構成で補正した全国の平均在院日数/当該医療機関の平均在院日数 ※　医療機関群ごとに評価
【救急医療係数】 救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	【救急医療係数】 （「救急補正係数」としての評価へ位置づけを変更）

■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【DPC／PDPSの見直し】

地域医療係数の見直し①

- 評価項目の再編等を踏まえ、地域医療係数における体制評価指数と定量評価指数の評価シェアについて、体制評価指数を重点評価するよう見直す。
- 体制評価指数における「感染症」について、医療計画における取組等を踏まえ、新興感染症に係る協定締結を評価するよう見直す。
- 体制評価指数について、医療機関群ごとの現状の実績分布等を踏まえ、大学病院本院群及びDPC特定病院群における評価上限値を見直す。

現行	改定後
【地域医療係数】 [評価シェア] 体制評価指数：定量評価指数＝１：１ [体制評価指数] がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価 <感染症> ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当 ・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 ・GMISへの参加 <実績評価> ・実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価	【地域医療係数】 [評価シェア] 体制評価指数：定量評価指数＝７：５ [体制評価指数] 従前の10項目に、臓器提供の実施、医療の質向上に向けた取組及び医師少数地域への医師派遣機能（大学病院本院群のみ）を追加 <感染症> ・第一種協定指定医療機関に該当（令和７年度～） ・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)（令和７年度～） <実績評価> ・大学病院本院群及びDPC特定病院群において、実績を有するデータの50%tile値を上限値として評価

■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【DPC／PDPSの見直し】

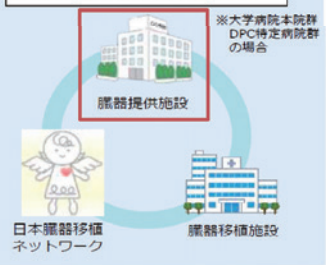
地域医療係数の見直し②

- 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「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。

＜臓器提供の実施＞

[概要]
法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

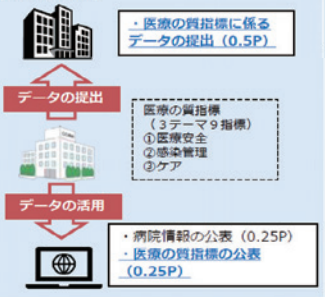
[評価の内容]
・過去３年の法的脳死判定後の臓器提供 1件以上（0.5P）、2件以上（1P）



＜医療の質向上に向けた取組＞

[概要]
医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価

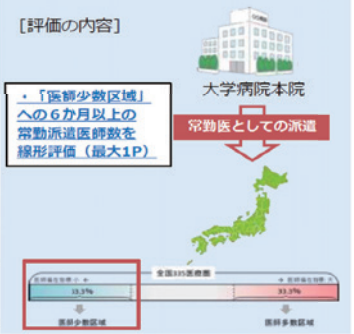
[評価の内容]



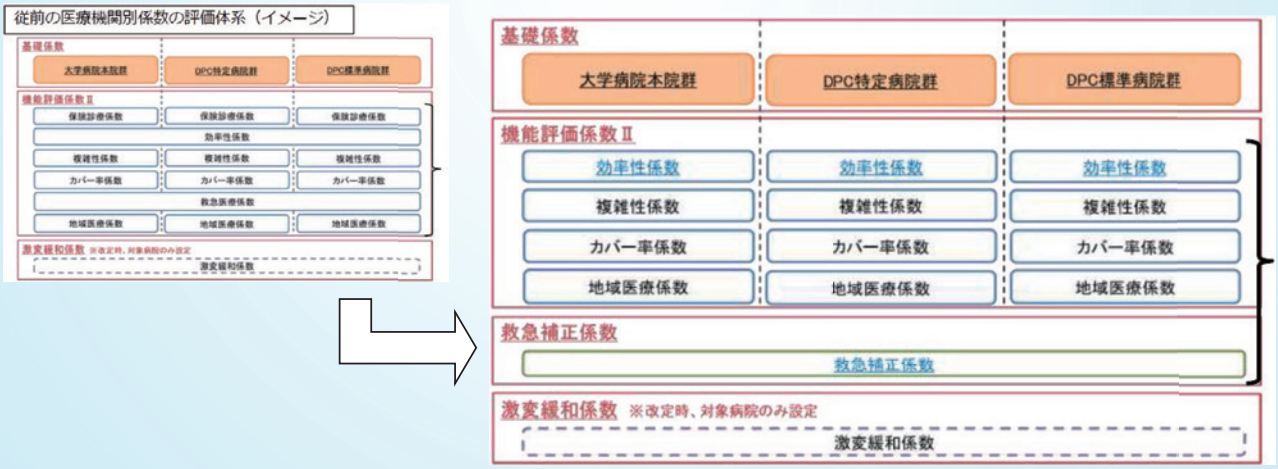
＜医師少数地域への医師派遣機能＞

[概要]
医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

[評価の内容]



■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
【DPC／PDPSの見直し】



■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
【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

- 機能評価係数Ⅱの見直し
  - ✓ 保険診療係数については、評価を廃止し、適切なDPCデータの作成に係る基準については、DPC対象病院の基準として位置付けるとともに、病院情報の公表については体制評価指数における評価へ移行
  - ✓ 効率性係数については、計算方法の見直しならびに医療機関群ごとに評価を行う
    - ◆ 当該医療機関の症例構成で補正した全国の平均在院日数/当該医療機関の平均在院日数
  - ✓ 救急医療係数については、「救急補正係数」として医療機関別係数として別評価へ
  - ✓ 地域医療係数については、評価シェアの割合の変更
    - ◆ 体制評価指数：定量評価指数＝1：1 ➡ 7：5
  - ✓ 地域医療係数の体制評価指数については新たに3項目を追加
    - ◆ 臓器提供の実施
    - ◆ 医療の質向上に向けた取組
      - ● 医療の質指標に係るデータの提出
      - ● 病院情報の公表
      - ● 医療の質指標（3テーマ9指標）の公表
    - ◆ 医師少数地域への医師派遣機能（大学病院本院群のみ）

3テーマ9指標

テーマ	指標
医療安全	転倒・転落発生率
	転倒転落によるインシデント影響度分類レベル３ｂ以上の発生率
	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
感染管理	血液培養２セット実施率
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率
	手術開始前１時間以内の予防的抗菌薬投与率
ケア	Ｄ２（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合
	身体的拘束の実施率

■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

【DPC／PDPSの見直し】

［基本的な考え方］

DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、DPC対象病院の基準を見直す。また、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。

診断群分類点数表の見直し①

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和6年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

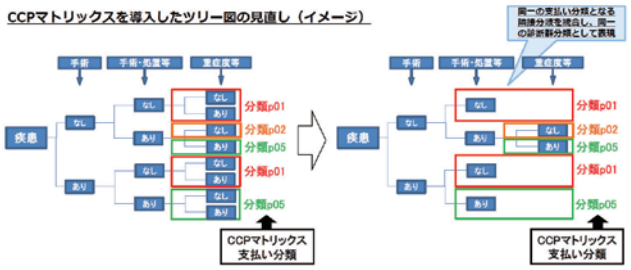
	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和4年4月	18	502	4,726	4,064	2,334
令和6年4月	18	506	3,248※4	2,477※4	2,348

【新設】
010095　視神経脊髄炎スペクトラム障害
070320　筋拘縮・萎縮（その他）
070620　骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（骨盤部・大腿）
130135　抗凝固薬による出血性障害

診断群分類の見直しの例③：CCPマトリックスを導入した分類の見直し

➢ CCPマトリックスを導入した診断群分類（脳梗塞、肺炎）について、実態を踏まえ、定義テーブル及び支払い分類を見直すとともに、診断群分類定義樹形図（ツリー図）での表現を簡素化する。

CCPマトリックスを導入したツリー図の見直し（イメージ）



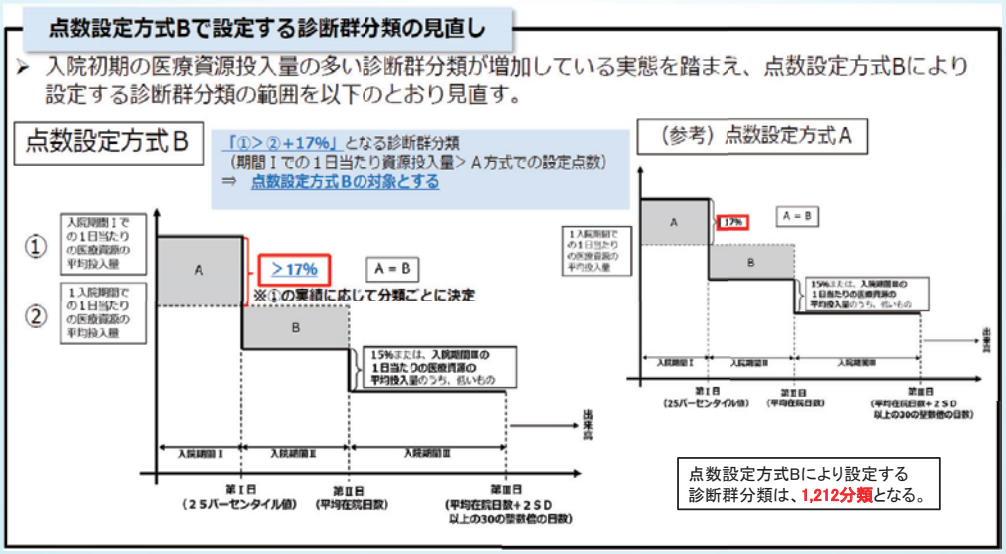
傷病名	診断群分類数			支払い分類数		
010060　脳梗塞	1584分類	⇒	101分類	7分類	⇒	12分類
040080　肺炎	168分類	⇒	52分類	15分類	⇒	12分類

■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

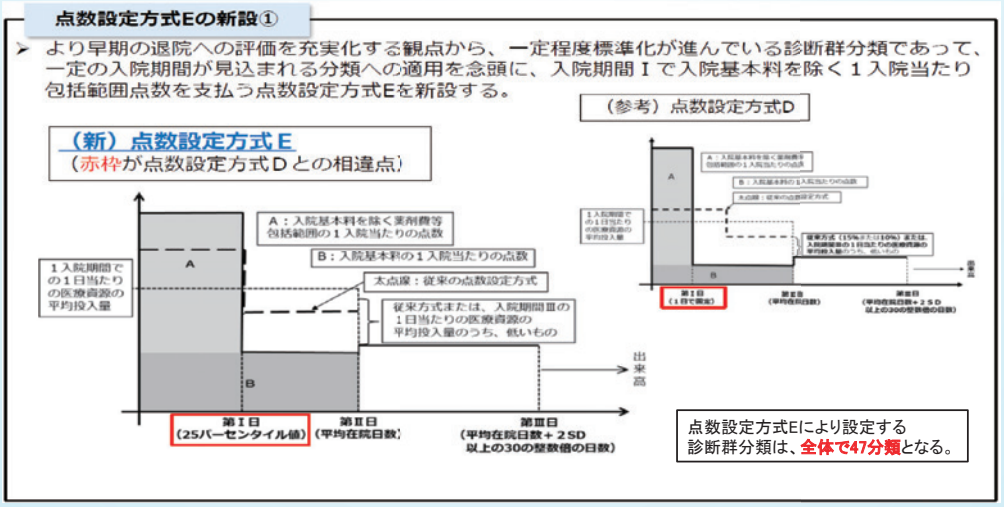
【DPC／PDPSの見直し】

点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

➢ 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する診断群分類の範囲を以下のとおり見直す。



■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
【DPC／PDPSの見直し】



■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
【DPC／PDPSの見直し】
【解説】

➢ 診断群分類の見直し
- ✓ 診断群分類表については、傷病名数が+4傷病名、診断群分類数はCCPマトリックスの見直しにより−1,478分類となった。
  - ◆ CCPマトリックスの見直し ➡ 同一の支払い分類となる隣接分岐を統合し、同一の診断群分類とする
- ✓ 点数設定方式Bにより設定している診断群分類の見直しにより+955分類
  - ◆ 点数設定方式Aの診断群分類のなかで、「① ＞ ② + 17%」となる診断群分類を点数設定B方式に見直し
    ①「入院期間Ⅰ」での１日当りの医療資源の平均投入量
    ②「１入院期間」での１日当りの医療資源の平均投入量
- ✓ 点数設定方式Eの新設され47分類が対象となる
  - ◆ 点数設定方式Dとの相違点
    入院期間Ⅰの設定日数が　D方式：１日（固定） ➡ E方式：平均在院日数の25%tile値の日数

■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
【DPC／PDPSの見直し】

様式１の見直し①

【様式１の主な見直し内容（全ての病棟を対象とする項目）】

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
【新】心不全患者情報/左室駆出率			
【新】心不全患者情報/バイオマーカー	―	必須	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名である場合、BNP値又はNT-proBNP値を入力する。
【新】解離性大動脈瘤情報/発症時期	―	必須	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、発症の時期を入力する。
【新】川崎病患者情報/ガンマグロブリン	―	必須	医療資源病名が150070（川崎病）に定義される傷病名である場合、ガンマグロブリンの投与の有無を入力する。
身長・体重	―	必須	体重について、入院時に加え退院時の体重の入力を必須とする。
低栄養の有無	―	任意	血中アルブミン値等に基づく入力（必須）を廃止し、GLIM基準に基づく入力（任意）とする。
P/F比	―	必須	救急医療入院（呼吸不全又は心不全で重篤な状態等）の場合に入力を必須とする。酸素投与の有無及びFiO2の入力を必須とする。
NYHA	―	必須	救急医療入院（心不全で重篤な状態等）の場合に入力を必須とする。
血行動態的特徴	―	必須	対象疾患を見直すとともに、救急医療入院（心不全で重篤な状態等）の場合に入力を必須とする。循環作動薬の使用の入力を必須とする。

様式１の見直し②

【様式１の主な見直し内容（一部の病棟を対象とする項目）】

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
FIM	回リハ病棟等	必須	入退棟時に加え、入棟中に測定したFIM得点の入力を必須とする。
【新】退院に向けた会議の開催状況	精神	必須	当該患者の入院中に行われた当該患者の退院支援に関する会議について、初めて行われた実施日、開催回数、職種ごとの参加回数を入力する。
【新】個別支援の実施状況	精神	必須	服薬指導、個別作業療法、相談支援、心理支援の実施回数を入力する。
【新】外出又は外泊の実施状況	精神	必須	入院中に患者が患家等を訪問した回数及び職種ごとの患者の患家等への訪問に同行した回数を入力する。
【新】障害福祉サービス等の連携に関する情報	精神	必須	入院中に各障害福祉サービス等事業所と面談を行った回数及び退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等を入力する。

EFファイルの見直し

ファイル	見直しの内容	経過措置
入院EFファイル	基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料について、実施された診療行為等をＥＦファイルに出力する。	令和６年９月末まで

医療の質指標に係る項目の新設

【体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）において、データ提出の評価対象となる項目】

項目名	ファイル	見直しの内容
【新】転倒・転落件数（※）	様式１	入棟中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式３	入院中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数（※）	様式１	入棟中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式３	入院中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】d2以上の褥瘡（※）	様式１	入棟時及び退棟時の評価に加え、入棟中の褥瘡の最大深度を入力する。
	様式３	入院中に新規にd2（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者数を入力する。
【新】予防的抗菌薬投与	様式１	全身麻酔を伴う手術の場合に、予防的抗菌薬投与の有無及び時間を入力する。
【新】入院早期の栄養アセスメント	様式１	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施の有無を入力する。
【新】身体的拘束	様式１	身体的拘束の実施日数を入力する。

■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
【DPC／PDPSの見直し】
【解説】

- 退院調査の見直し
  - ○ 様式1について
    - ✓ 全ての病棟を対象とする項目として
      - ◆「心不全患者情報 / 左室駆出率」の削除
      - ◆「心不全患者情報 / バイオマーカー」、「解離性大動脈瘤情報 / 発症時期」、「川崎病患者情報 / ガンマグロブリン」の新規
      - ◆「身長・体重」、「低栄養の有無」、「P／F比」、「NYHA」、「血行動態的特徴」について調査内容の変更
    - ✓ 一部の病棟を対象とする項目として
      - ◆ 回リハ病棟等：「FIM」について調査内容の変更
      - ◆ 精神：「退院に向けた会議の開催状況」、「個別支援の実施状況」、「外出又は外泊の実施状況」、「障害福祉サービス等の連携に関する情報」の新規
  - ○ 様式1又は様式3について
    - ✓ 体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）においての新規追加項目
      - ◆ 様式1又は様式3のいずれかの入力で評価：「転倒・転落件数」、「インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数 」、「d2以上の褥瘡 」
      - ◆ 様式1で評価：「予防的抗菌薬投与」、「入院早期の栄養アセスメント」、「身体的拘束」
  - ○ EFファイルの見直し
    - ✓ 入院EFファイルにおいて（※特定機能病院のみ）
      - ◆「基本的検体検査実施料」、「基本的エックス線診断料」について診療行為をEFファイルに出力 ➡ 経過措置：令和6年9月末まで

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【感染対策向上加算の見直し】

［基本的な考え方］

新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。

［具体的な内容］

1. 感染対策向上加算1～3の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせた見直しを行う。
2. 感染対策向上加算1における感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、連携する介護保険施設等に対する感　染対策に関する助言の必要性を踏まえた見直しを行う。また、介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加する。

A234－2 感染対策向上加算（入院初日）

1 感染対策向上加算1 710点
2 感染対策向上加算2 175点
3 感染対策向上加算3 75点

加算：　指導強化加算　30点
　　抗菌薬適正使用体制加算　5点

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【感染対策向上加算の見直し】

［施設基準］

・感染対策向上加算の施設基準の見直し（感染対策向上加算1・2について病床確保の協定締結を要件に追加し、感染対策向上加算3について病床確保又は発熱外来の協定締結を要件に追加）

感染対策向上加算1・2は、**感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。**

・感染対策向上加算3は、**感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。**

・感染対策向上加算1における感染制御チームの職員について、介護保険施設等に対する助言に係る業務を含め専従とみなす旨を明確化

※ 参考資料

第１種・第２種協定指定医療機関について

○改正感染症法により、「感染症指定医療機関」に、第１種協定指定医療機関と第２種協定指定医療機関が追加される。（**病床、発熱外来、自宅療養者等に関する医療措置協定を締結した医療機関等を対象に、県が指定する。**）

○協定指定医療機関において行われる、入院医療、発熱外来、自宅療養者等への医療について、**公費支援の対象となる。**

【参考】感染症の類型ごとの医療体制　　追加

感染症類型	特定感染症指定医療機関	第一種感染症指定医療機関	第二種感染症指定医療機関	結核指定医療機関	第一種協定指定医療機関（入院）	第二種協定指定医療機関（発熱外来又は自宅療養者等への医療提供）	一般の医療機関
一類感染症	○	○					
二類感染症	○		○	○※1			
三類感染症							○
四類感染症							○
五類感染症							○
新型インフルエンザ等感染症	○	○	○		○	○	
指定感染症※2					○	○	
新感染症	○				○	○	

※1　結核指定医療機関は２類感染症のうち、結核のみ対応。
※2　指定感染症については、一～三類感染症又は新型インフルエンザ等感染症に準じた措置を行う。

6

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【感染対策向上加算の見直し】

・感染対策向上加算1、2、3の施設基準
介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と協力が可能な体制をとっていること。

感染対策向上加算2及び3の加算
連携強化加算　30点
サーベイランス強化加算　3点
抗菌薬適正使用体制加算　5点

現行	改定後
【感染対策向上加算】 【施設基準】 感染対策向上加算１ 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ （略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。	【感染対策向上加算】 【施設基準】 感染対策向上加算１ 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ （略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月１０時間以下であること。

※感染対策向上加算
算定する保険医療機関が、抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位 30%以内である場合に算定する。

介護保険施設等
イ 指定介護老人福祉施設
ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設
ハ 介護老人保健施設ニ 介護医療院
ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所
リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
ヌ 指定障害者支援施設
ル 指定共同生活援助事業所
ヲ 指定福祉型障害児入所施設

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【感染対策向上加算の見直し】

【疑義解釈】

【抗菌薬適正使用体制加算】

Q1：「A000」初診料の注14、「A001」再診料の注18及び「A234－2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設 基準における「抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランス に参加していること。」は具体的には何を指すのか。

A1：初診料の注14及び再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の 施設基準においては、診療所版感染対策連携共通プラットフォーム（以下「診療所版J－SIPHE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関する データを提出すること、感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、感染対策連携共通プラットフォーム（以 下「J－SIPHE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータ を提出することを指す。

Q2：「A000」初診料の注14及び「A001」再診料の注18に規定する 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における使用す る抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又 は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内であるこ と。」、「A234－2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用 体制加算の施設基準における「直近6か月における入院中の患者以外の患 者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。」について、どのように確認すればよいか。

A2：J－SIPHE及び診療所版J－SIPHEにおいて、四半期ごとに抗 菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間におい て使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけ るパーセンタイル順位が返却されるため、その結果（初診料等における抗 菌薬適正使用体制加算については診療所版J－SIPHEにおける結果、感染対策向上加算における抗菌薬適正使用体制加算についてはJ－SIP HEにおける結果をそれぞれ指す。）が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行うこと。なお、使用した抗菌薬のうち Access抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる。

Q3：「A000」初診料の注 14 及び「A001」再診料の注 18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内であること。」とされ、「A234－2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近6か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位 30%以内であること。」とされているが、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率は、具体的にはどのように計算されるのか。

A3：各抗菌薬の Access 抗菌薬への該当性（AWaRe 分類における位置づけ）並びに Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率に係るJ－SIPHE及び診療所版J－SIPHEにおける計算方法については、J－SIPHE及び診療所版J－SIPHEのホームページを確認すること。J－SIPHE：https://j-siphe.ncgm.go.jp診療所版J—SIPHE：https://oascis.ncgm.go.jp/manual/glossary

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【外来感染対策向上加算の見直し】

［基本的な考え方］

第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

［具体的な内容］

1. 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。
2. 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

・保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り 20点を更に所定点数に加算する。
・保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。
※発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。

［施設基準］

・当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱そ の他感染症を疑わせるような症状 を呈する患者の受入れを行う旨を 公表し、受入れを行うために必要 な感染防止対策として発熱患者の 動線を分ける等の対応を行う体制 を有していること。
・第二種協定指定医療機関（第 36 条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【外来感染対策向上加算の見直し】

［施設基準］

・当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱そ の他感染症を疑わせるような症状 を呈する患者の受入れを行う旨を 公表し、受入れを行うために必要 な感染防止対策として発熱患者の 動線を分ける等の対応を行う体制 を有していること。
・第二種協定指定医療機関（第 36 条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。

【疑義解釈】

【発熱患者等対応加算】

Q:「A000」初診料の注11ただし書及び「A001」再診料の注15た だし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関におい て既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対 応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるよう な症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。

A:外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対 応加算は算定できる。

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価】

［基本的な考え方］

院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患 者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。

［具体的な内容］

1. 感染症法上の三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症 に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に 必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設す る。

（新） A209 特定感染症入院医療管理加算（1日につき）

1 治療室の場合 200 点

2 それ以外の場合 100 点

［対象患者］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの

［算定要件］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。
ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

※Ⅱ－6 ③感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価】

※ 感染対策が特に必要な患者については、次の感染症に感染した患者を想定。
（三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症のうち、感染対策が特に重要である感染症）

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19 によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法上の指定感染症

2 特定感染症入院医療管理加算の新設に伴い、二類感染症患者入院診療加算が算定可能な入院料の範囲を見直す

・特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算）特定集中治療室管理料に含まれる入院基本料等加算から除く。
（救命救急入院料、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についても同様。）

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価】

3. 感染症法上の二類、三類、四類、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合の評価の必要性を踏まえ、二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び算定可能な入院料の範囲を見直す。

【特定感染症患者療養環境特別加算】

【算定要件】

・次に掲げる感染症の 患者及びその疑似症患者のうち個 室又は陰圧室に入院させる必要性 が特に高い患者。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

・感染症法に規定する 二類感染症 三類感染症 四類感染症 五類感染症 新型インフルエンザ等感染症 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症

※特定感染症患者療養環境特別加算は地域包括ケア病棟入院料に含まれる。

（個室加算の対象となる感染症）

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19 によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症

（陰圧室加算の対象となる感染症）

鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症

■新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

【サーベイランス強化加算等の見直し】

［基本的な考え方］

我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。

［具体的な内容］

サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価に区分するよう見直しを行う。

［算定要件］

【感染対策向上加算】【抗菌薬適正使用体制加算の施設基準】【外来感染対策向上加算】

感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況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については、抗菌薬適正使用体制加算として、5点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］

・抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。

(1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。

(2) 直近6か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。

■食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

【入院時の食費の基準の見直し】

［基本的な考え方］
食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。

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。

［具体的な内容］

総額640円→670円（+30円）
1一般所得者の 場合　460円→490円+30円
2住民税非課税 世帯の場合　210円→230円+20円
3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→110円+10円

【療養担当規則　第5条の三】
・保険医療機関は原則として、第四項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【一般不妊治療管理 料及び胚凍結保存管理料の見直し】

［一般不妊治療管理料の施設基準の見直し］
［基本的な考え方］
一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

［具体的な内容］
当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。また、そのうち1名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。

・国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力 すること。
~~・当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20例 以上実施していること。~~　＝削除

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【一般不妊治療管理 料及び胚凍結保存管理料の見直し】

［胚凍結保存管理料の算定要件の見直し ］

［基本的な考え方］

胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

［具体的な内容］

胚凍結保存管理料

［算定要件］

注 1（導入時）については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2（凍結保存開始から1年を経過）については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、~~当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、~~1年に1回に限り算定する。

→ 3年上限要件の削除

【疑義解釈】

Q1：「2 胚凍結保存維持管理料」について、患者及びそのパートナーが不妊治療を引き続き実施する意向を確認しており、かつ胚の凍結を継続する場合において、「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日から1年を経過した場合に算定が可能となるが、例えば令和6年6月で「1 胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日から1年を経過する患者について、令和6年8月に治療のために来院した場合に、令和6年6月から令和6年7月までの期間について、胚の凍結に係る費用を自費で徴収可能か。

A1：不可。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【遺伝学的検査の見直し】

［遺伝学的検査の対象疾患・評価の見直し］

［基本的な考え方］

①新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指 定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加

②難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合の評価を新設

［具体的な内容］

①対象疾患の追加

神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症、TRPV4異常症　神経フェリチン症、遺伝性ジストニア　線毛機能不全 症候群（カルタゲナー症候群を含む。）

②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、患者から1回に採取した検体 を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数 を合算した点数により算定する。

［算定要件］（概要・抜粋）

・遺伝学的検査は、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。

【疑義解釈】

Q1：「D006－4」遺伝学的検査の注2における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

A1：現時点では、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会及び日本遺伝子診療学会の「指定難病の遺伝学的検査に関するガイドライン」を指す。

Q2：「D006－4」遺伝学的検査の注2の施設基準における医師の「難病のゲノム医療に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A2：現時点では、厚生労働省委託事業「難病ゲノム医療専門職養成研修」が該当する。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【抗HLA抗体検査の算定要件の見直し】

［基本的な考え方］

「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗HLA抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗HLA抗体の測定に係る対象患者及び要件の見直しを行う。

対象要件の追加として

・抗HLA抗体（スクリーニング検査）

肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者若しくは日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるものに対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。

［抗HLA抗体検査（抗体特異性同定検査）］

抗HLA抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。

ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合又は日本臓器移植ネットワークに 移植希望者として登録された患者であって、「49」の抗HLA 抗体検査（抗体特異性同定検査）の結果が陽性であったものに対して脱感作療法を行った場合には、1年に2回に限り更に算定できる。

【疑義解釈】

Q:「D014」自己抗体検査の「49」抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）について、留意事項通知において示されている「脱感作療法」とは具体的に何を指すのか。

A:現時点では、日本移植学会の「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン2023」に示されているもののうち、抗CD20 モノクローナル抗体投与によるもの、又は人免疫グロブリン製剤投与によるものを指す。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【人工腎臓に係る導入期加算の見直し】

［人工腎臓 導入期加算の見直し］

［基本的な考え方］

慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

［具体的な内容］

(2) 導入期加算2の施設基準　(3) 導入期加算3の施設基準

腎代替療法を導入するに当たって、(1)のア（腎代替療法について充分な資料説明）に加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

【人工腎臓】

導入期加算1 200点
導入期加算2 400点→410点
導入期加算3 800点→810点

【疑義解釈】

DPC

Q:包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等の処置料に係る加算点数を算定することができるか。

A:算定することができる。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【医療安全対策の推進】

［医療安全対策加算1の要件化］

［基本的な考え方］

医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等につい て、医療安全対策加算1の届出を要件とする。

［具体的な内容］

・特定集中治療室管理料の施設基準

追加→　医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

・胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除に限る。）、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）について
医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【手術等の医療技術の適切な評価】

［基本的な考え方］

・既存技術の見直し

・医療技術評価分科会における検討結果や外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2024」にお ける費用の調査結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直し

・外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2024」における、手術・処置の技術度や所用時間等 を参考に、技術料の見直し

・ 中医協における議論を踏まえ、算定回数が極めて少ない項目のうち、特に他の技術によって置き換 えられていると考えられるものついて、評価を廃止

・新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）

（新）乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

【ポジドロン断層撮影】【ポジドロン断層・コンピューター断層複合撮影】【ポジドロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

（新）アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

（新）アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

（新）アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

（新）自家皮膚非培養細胞移植術　（新）遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査

【経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）】（新）３ アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
【手術等の医療技術の適切な評価】

【疑義解釈】

Q1：DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRI等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしてよいか。
A1：よい。

Q2：「E101－2」ポジトロン断層撮影、「E101－3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E101－4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「PET撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、PET装置の更新等により再度認証を受ける必要がある場合、再度認証を受けるまでの期間の取扱いについてどのように考えればよいか。
A2：PET装置の更新等の以前に受けていたPET撮像施設認証に係るアミロイドPET検査（当該認証を受けていた撮影区分であって、当該認証を受けていた装置と同種の装置を用いる検査に限る。）について、再度認証が必要となった時点から起算して3月以内に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

Q3：「E101－2」ポジトロン断層撮影、「E101－3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E101－4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における（中略）「PET撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、現時点で関係学会による認証基準が定められていないPET／MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合についてはどのように考えればよいか。
A3：PET／MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合については、令和6年 12 月 31 日までの間に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
【質の高い臨床検査の適切な評価】

［基本的な考え方］
質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、E3区分で保険適用された新規体外診断 用医薬品等について、検査料を新設

［具体的な内容］
（新）アミロイドβ42/40比（髄液）1,282点［算定要件］（概要）
厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的にアミロイドβ病理を 示唆する所見を確認するため、CLEIA法により、脳脊髄液中のβ－アミロイド1－42及びβ－アミロイド1－40を同時に測定した場合、患者1人につき1回に限り算定する。

（新）A群β溶血連鎖球菌核酸検出 204点
A群β溶血連鎖球菌核酸検出は、A群β溶血連鎖球菌感染が疑われる15歳未満の患者を対象として、等温核酸増幅法により測定し、当日中に結果を説明した場合に算定できる。

（新）アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム 335点
アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォームは、膵癌の診断の補助を目的として、血液を検体としてELISA法により測定した場 合に、膵癌の診断の確定までの間に原則として1回を限度として算定できる。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進】

［基本的な考え方］

現行、明細書の無料発行については、電子レセプト請求（オンライン請求・光ディスク等による請求）が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、診療所であって、明細書交付が困難であることについて正当な理由が ある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるとされる免除規定があり、また、訪問看護ステーションにおいては、明細書の発行は努力義務とされている。

［具体的な内容］

現行の取扱いについて、患者から見て分かりやすい医療を実現する観点及び医療DXを推進する観点から以下のとおり見直す。

① 診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、診療報酬改定DXにおいて 検討されている標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能に なった時期を目途として廃止する。
② 訪問看護ステーションにおける明細書の発行について、令和6年6月（7月請求分）からオンラ イン請求が開始されることを踏まえ、現在努力規定となっている明細書の発行について義務化する。なお、訪問看護療養費については、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎 の金額等の記載が求められていることに鑑み、現在の領収証を領収証兼明細書として位置づける。また、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和7年5月31日までの 経過措置期間を置く。

【疑義解釈】

訪看　Q：明細書の交付について、一部負担金等の支払いがない利用者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものに限る。）には明細書を交付しなくてもよいと解してよいか。
A：明細書発行の義務はないが、明細書発行の趣旨を踏まえ、可能な限り発行されるのが望ましい。

■アウトカムにも着目した評価の推進

【データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し】

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 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1～4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）
C	精神病棟入院基本料（10対1、13対1） 精神科急性期治療病棟入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料	規定なし → データの提出が必須（経過措置①、②イ）

[経過措置]（概要）

①令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
②令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
ア「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの
イ「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの
地域一般入院料3及び療養病棟入院料2のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。

■アウトカムにも着目した評価の推進
【回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し】

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	改定後
算定条件緩和対象患者 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60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）、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	算定条件緩和対象患者 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60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）、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

【ポイント】

・運動器リハは6単位まで

【疑義解釈】

Q1：「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料１及び2の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を１名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「社会福祉士等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。

A1：在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。

Q2：「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の１及び2並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」（以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という。）又は「A308－3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士」（以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という。）は、入退院支援加算の施設基準において求める「入退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士」（以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。また、「A247」認知症ケア加算１の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士（以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。

A2：回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その１）」（平成28年３月31 日事務連絡）別添１の問80 は廃止する。

Q3：「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料１及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。

A3：該当する。

【疑義解釈】

Q4：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。

A4：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。

Q5：上記問において、特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する「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」について、どのような患者が該当するか。

A5：急性期一般病棟等において行われる発症後早期のリハビリテーションが提供された患者が該当する。

（参考）疑義解釈資料の送付について（その3）（平成18 年3月31 日医療課事務連絡）

（問）１日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。

（答）特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。具体的には、心大血管疾患リハビリ　テーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

Q6：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ついて、「リハビリテーションの効果に係る相当程度の実績が認められる」場合に限り、１日９単位を算定できることとされているが、当該実績が認められていれば、患者に対し運動器リハビリテーション料を１日９単位算定できるか。

A6：算定不可。当該実績が認められることのみをもって、運動器リハビリテーション料を1 日９単位算定できることにはならない。

【疑義解釈】

Q7：回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径12 キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行った場合についてどのように考えればよいか。

A7：届出を行った時点で要件を満たしていればよく、半径12 キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行ったことをもって、変更の届出を行う必要はない。

Q8：回復期リハビリテーション病棟入院料１について、「栄養状態の評価には、GLIM 基準を用いること。」とされているが、GLIM 基準による栄養状態の評価は、どのくらいの頻度で行えばよいか。

A8：栄養状態の再評価を行う際に、毎回GLIM 基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な期間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時（死亡退院等のやむを得ない場合は除く）にはGLIM 基準による栄養状態の評価を行うこと。

Q9：GLIM 基準による栄養状態の評価について、具体的な評価方法をどのように考えればよいか。

A9：具体的な評価方法については、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）ホームページの「GLIM 基準について」を参考にすること。

＜参考＞GLIM 基準に関する研修会は、現時点で、下記の関係団体で開催予定。・回復期リハビリテーション病棟協会（令和6年5月）　・日本栄養士会（令和6年5月以降順次開催）

Q10：栄養スクリーニングで低栄養リスクがなく、GLIM 基準による判定を行わなかった場合、栄養管理計画書、リハビリテーション実施計画書等、栄養情報連携料の様式における「GLIM 基準による評価」の判定はどのように記載すればよいか。

A10：「GLIM 基準による評価」とは、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価に係る栄養スクリーニングも含めたプロセスを指す。そのため、栄養スクリーニングで低栄養リスクがなかった場合、「GLIM 基準による評価」は「低栄養非該当」を選択すること。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

［救急患者連携搬送料の新設］

［基本的な考え方］

三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

［具体的な内容］

1. 救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、 医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

（新）救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点

2. 急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

(1) 急性期一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。(2)において同じ。）に転院した患者以外の患者をいう。

(2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

※Ⅲ－4－1　①初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

［救急患者連携搬送料の新設］

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「C004－2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「C004－2 」救急患者連携搬送料」を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）

［算定要件］

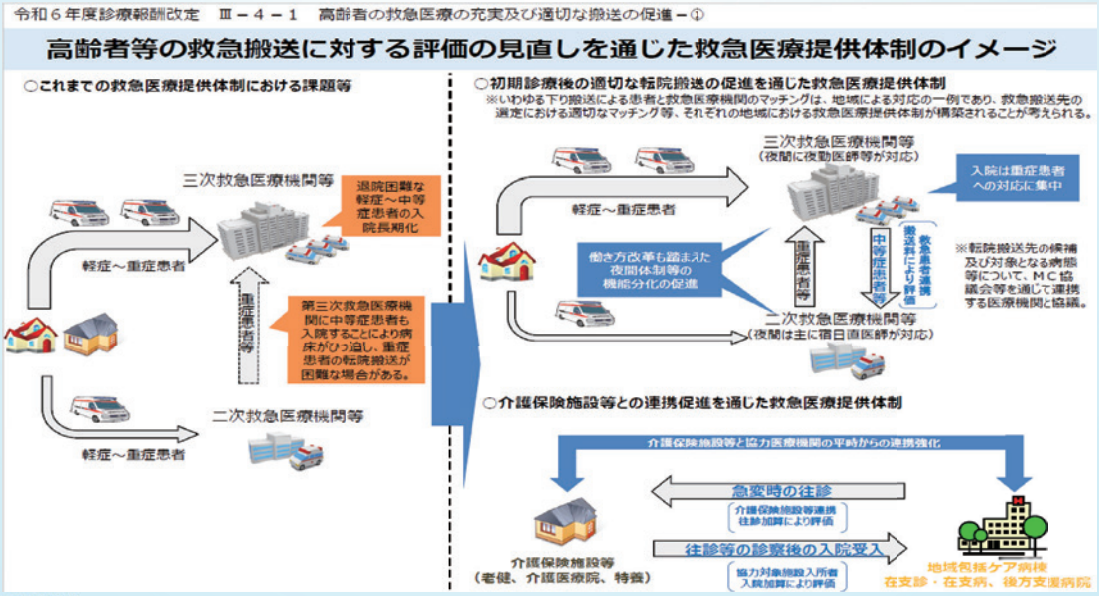
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

［施設基準］

（1）救急搬送について、相当の実績を有していること。
（2）救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
（3）連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
（4）連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

［救急患者連携搬送料の新設］



※Ⅲ－4－1　①初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

［救急患者連携搬送料の新設］

【疑義解釈】

Q1：救急患者連携搬送料について、搬送先の保険医療機関に属する緊急自動車が患者の初期診療を行った保険医療機関まで赴き、初期診療を行った保険医療機関の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上で当該患者を搬送した場合は算定可能か。

A1：要件を満たせば算定可能。

Q2：救急患者連携搬送料について、市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車により搬送が行われた場合でも、算定できるのか。

A2：算定できない。

Q3：「C004－2」救急患者連携搬送料に関 する施設基準における「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関 が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。

A3：そのとおり。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

［基本的な考え方］

救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

［具体的な内容］

1. 救急医療管理加算について、「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化する。
2. 救急医療管理加算2を算定する場合のうち、「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。
3. 救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直すとともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する。

救急医療管理加算　※点数の変更はなし

救急医療管理加算1　1,050点　　救急医療管理加算2　420点

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

［算定要件］

注1　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、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、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210 点を所定点数に加算する。

（2）　救急医療管理加算1の対象となる患者は、「基本診療料の施設基準等別表七の三」（以下この項で「別表」という。）に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

［算定要件］

（3） 救急医療管理加算2の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

（4）救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 別表の一から十二までのうち該当する状態

イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。）

ウ（略）

エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS（Japan Coma Scale）0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA Ⅰ 度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

［算定要件］

（5）救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの

イ 別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。）

ウ（略）

エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってJCS（Japan ComaScale）0の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F 比400 以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHA Ⅰ 度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって BurnIndex0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

［施設基準］

六の二 救急医療管理加算の施設基準

（1） 救急医療管理加算の注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。

（2） 救急医療管理加算の注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準救急医療管理加算2を算定した患者のうち、別表第七の三の十三の状態の患者の割合が一定割合以上であること。

別表第七の三 救急医療管理加算に係る状態

一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態　二 意識障害又は昏睡　三 呼吸不全で重篤な状態

四 心不全で重篤な状態　五 急性薬物中毒　六 ショック

七 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷　九 外傷、破傷風等で重篤な状態

十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態

十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態　十二 蘇生術を必要とする重篤な状態

十三 その他の重症な状態

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

［施設基準］

第2の2 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算の注1本文に関する施設基準

（1）～（3）（略）

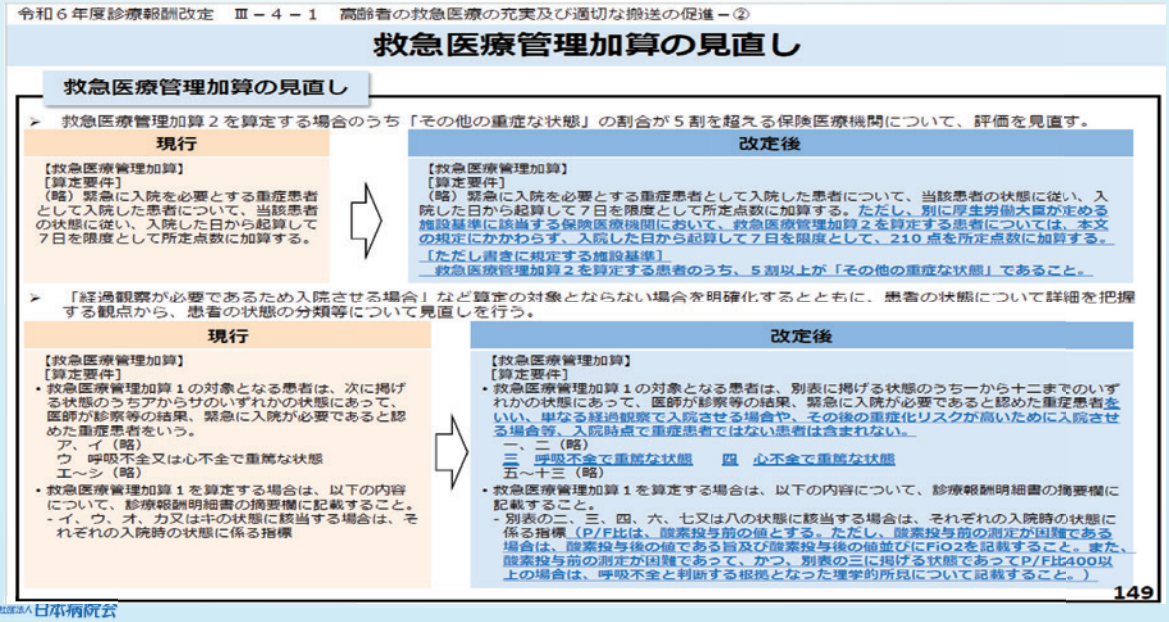
2 救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。

3（略）

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

［救急医療管理加算の見直し（現行と改定内容）］



※Ⅲ－4－1　②救急医療管理加算の見直し

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進
【救急医療管理加算の見直し】

【疑義解釈】

Q1:「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、割合の計算は、診療報酬明細書の摘要欄に記載する患者の状態に基づき行うのか

A1:そのとおり。

Q2:Q1について、月毎にその時点の直近6か月間（令和6年6月以降に限る。）における割合を確認し、当該割合が5割以上である場合に該当すると考えてよいか。また、該当した場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

A2:そのとおり。また、当該施設基準に該当した場合、該当することを確認した月の翌月（例えば6月から11 月の実績で該当することを12 月に確認した場合は翌年1月）より注1ただし書の点数を算定する。

Q3:Q2について、一度当該施設基準に該当した場合であって、その後、月毎にその時点の直近6か月間における割合を確認し、当該割合が5割未満となった場合は、その時点で当該施設基準に該当しないものと考えてよいか。また、その場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

A3:そのとおり。また、当該施設基準に該当しなくなった場合については、該当しないことを確認した月の翌月より注1本文の点数を算定する。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

［A315　精神科地域包括ケア病棟入院料（新）］

※Ⅲ－4－5　①精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設
■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】
［A315　精神科地域包括ケア病棟入院料（新）］

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）

（入院前～）　入院初期　入院中～退院　地域生活

（新）精神科入退院支援加算

精神科病院・診療所　行政　行政　障害福祉サービス等事業所　訪問看護ステーション　精神科病院・診療所

○ 入退院支援部門の設置
○ 入院早期からの退院支援（計画、会議）
◆ 退院後の生活を見据えた支援
◆ 関係機関との日常的な連携を推進

外来医療等
◆地域に貢献する精神科医・医療機関における力かつ精神科医機能を評価
◆手厚い体制に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した質の高い診療・支援を評価
◆包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた地域生活支援を充実

（見直し）地域移行機能強化病棟入院料
● 届出期限の延長
● 要件見直し

機能集約

（新）精神科地域包括ケア病棟入院料（通算180日）
（新）自宅等移行初期加算（通算90日）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進

精神科回復期医療
➢ 多職種含め13対１の人員配置
➢ 地域定着も含めた退院支援

精神科在宅医療の提供　（※1）
➢ 在宅医療、訪問看護等の提供実績

かかりつけ精神科医機能　（※1）
➢ 地域の精神科医療提供体制への貢献
➢ 時間外診療、精神科救急医療の提供

自宅等への移行
➢ 自宅等移行率（※2）
（新規患者）6月以内に７割
➢ 直近１年間の入院期間を通算

（その他）データ提出加算の届出（※2）

【経過措置】
（※1）令和７年５月31日まで
（※2）令和７年９月30日まで

地域生活に向けた支援が必要な回復期患者の受入れ
○ 自宅等から入院
○ 他の精神病床から転院・転棟

（見直し）精神科在宅医療の推進に向けた評価の充実
● 精神科在宅患者支援管理料の対象患者を拡大（精神科地域包括ケア病棟からの退院患者等を追加）
● 在宅精神療法にも療養生活継続支援加算を設ける　等

【退院・在宅精神療法】（見直し）
60分以上の充実
30分未満の適正化
療養生活継続支援加算の充実（新）
早期診療体制充実加算
児童思春期支援指導加算
心理支援加算
情報通信機器を用いた場合

◆病状等に応じて再入院を含め柔軟に入退院を運用
◆退院後は、在宅医療、情報通信機器を用いた精神療法、時間外診療等を活用し、地域生活を支え、不安定な症状等にも適切な期間入院外で対応
⇒ 地域平均生活日数の向上

7

⇒　(A)精神科地域包括ケア病棟入院料
（1日につき）　1,535点

⇒　(B)自宅等移行初期加算
（転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間）
（1日につき）　100点

⇒　(C)非定型抗精神病薬加算
（1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合1日につき）
15点

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

＜算定要件(概要)＞

① A311:精神科救急急性期医療入院料、A311-2:精神科急性期治療病棟入院料、A311-3:精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として(A)の所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、A103:精神病棟入院基本料の特別入院料基本料(566点)を算定する。

② (B)の自宅等移行初期加算は、当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り加算する。

③ 過去1年以内に、当該入院料又は(B)の加算を算定した患者(当該保険医療機関以外の保険医療機関で算定した患者を含む)については、過去1年以内に当該入院料及び(B)の加算を算定した期間を、当該入院料及び(B)の加算の算定期間に算入する。

④ A103:精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料、A312:精神療養病棟入院料、A314:認知症治療病棟入院料、A318:地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。

⑤ (C)の非定型抗精神病薬加算は、当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り所定点数に加算する。

⑥ 主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。

⑦ 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上提供していることが望ましい。

⑧ 当該入院料を算定した患者が退院した場合、退院した先について診療録に記載すること。

※ 症状性を含む器質性精神障害の患者にあっては、精神症状を有する状態に限り、当該入院料を算定できるものとし、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

※Ⅲ－4－5 ①精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

[施設基準(概要)]

① 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。

② 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下。

③ 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下。

④ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が1名以上配置されていること。

⑤ 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内。

⑥ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟に入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。(看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上で看護職員の最小必要数の4割以上が看護師)

⑦ ⑥の規定にかかわらず、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、1以上であること。

⑧ 夜勤については、⑥の規定にかかわらず、看護職員の数が2以上であること。

⑨ 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下。

⑩ 当該病棟に専任の常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士及び常勤公認心理師が配置されていること。

⑪ 当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。

⑫ 当該保険医療機関がクロザピンを処方する体制を有している。具体的には、当該保険医療機関がクロザリル患者モニタリングサービスの登録医療機関であること。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【経過措置のある施設基準】

令和7年5月31日までの経過措置

⑬ 当該病棟を有する保険医療機関は次のいずれかの要件を満たす。

ア:精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。

イ:精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、以下の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。

(イ)時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上である。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下イにおいて同じ。)市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼である。

(ロ)時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上である。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

⑭ 次に掲げる項目のうちア又はイ及びウからオまでのいずれかを満たしている。

ア:当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)の算定回数が直近3か月間で60回以上である。

イ:当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上である。

ウ:当該保険医療機関において精神科退院時共同指導料の算定回数が直近3か月間で3回以上である。

エ:当該保険医療機関において通院・在宅精神療法の「2」の算定回数が直近3か月で20回以上である。

オ:当該保険医療機関において精神科在宅患者支援管理料の算定回数が直近3か月間で10回以上である。

⑮ A246-2:精神科入退院支援加算に係る届出を行っている保険医療機関である。

※Ⅲ－4－5 ①精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【経過措置のある施設基準(続き)】

令和7年5月31日までの経過措置

⑯ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行う。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、アからオまでのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行う。

ア 措置入院及び緊急措置入院時の診察

イ 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

ウ 精神医療審査会における業務

エ 精神科病院への立入検査での診察

オ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

令和7年9月30日までの経過措置

⑰ 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者又は医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行する。 ただし、⑭(前頁)のオを満たしている保険医療機関にあっては、7割以上ではなく、6割以上が当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行する。

※ 「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【経過措置のある施設基準(続き)】

令和7年9月30日までの経過措置

⑱ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有している。 連携先については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、共同生活援助若しくは就労継続支援等の障害福祉サービス等事業者、児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者、精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署等のうち、患者の状態に応じて必要な機関を選択する。また、連携に当たっては、当該保険医療機関の担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を保健所等に文書で情報提供するとともに、障害福祉サービス等事業者等の担当者の氏名及び連絡先の提供を受けている。

⑲ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関である。
また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

【疑義解釈】

Q1:施設基準について、「当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。」とされているが、休日を含め全ての日において常時1人以上配置している必要があるか。

A1:そのとおり。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【疑義解釈(続き)】

Q2:精神科地域包括ケア病棟入院料及び注2に規定する自宅等移行初期加算について、それぞれ180日及び90日の算定期間の上限があり、また、注3において過去1年間以内に同入院料及び加算を算定した場合の通算の規定があるが、以下の場合についてどのように考えればよいか。

① 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年6月1日に再入院した場合。

A:精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年6月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。

② 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日退院、同年2月1日に再入院した場合。

A:精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年2月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。

③ 精神科救急急性期医療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料(以下、「精神科救急急性期医療入院料等」とする。)を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日にに退院、同年8月1日に再入院した場合。

A:精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年8月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。

④ 精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年5月1日に再入院した場合。

A:精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、再入院してから退院するまでの間に、80日間に限り算定できる。なお、再度退院後入院する場合(入院期間が通算される場合を除く。)について、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年5月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【疑義解釈(続き)】

Q3:施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、Q2の①～④の場合について、どのように考えればよいか。

A3:①は、当該患者については分母・分子ともに計上する。
②は、当該患者について分母に計上し、分子には計上しない。
③は、当該患者については分母・分子ともに計上する。
④は、当該患者について分母に計上し、分子には計上しない。

Q4:精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院した日を1日目として、180日目に退院し、退院してから300日後(481日目)に当該病棟に再入院した場合について以下の考え方でよいか。
① 精神科地域包括ケア病棟入院料は、再入院した日から起算して過去1年間(116日目から480日目までの間)に65日算定していることから、当該入院料について、再入院した日から115日間は算定可能ということで良いか。
② 再入院した日から115日が経過した場合(596日目)について、精神科地域包括ケア病棟入院料については、596日目から845日目(481日目から365日目後)までの間に65日間算定できるということで良いか。

A4:①、②いずれもその通り。

Q5:施設基準について、「当該病棟において、1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。」とされているが、当該病棟に配置されている作業療法士が、当該入院料を算定する病棟に入院中の患者に対し、精神科作業療法を実施した場合に、「I007」精神科作業療法を算定できるか。

A5:算定可能

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し】

[A318 地域移行機能強化病棟入院料]

当該入院料に係る実績等を踏まえ、長期入院患者の退院実績、精神病床削減の基準や病棟配置等についての要件を見直し、更に届出期間が延長された。

⇒ **地域移行機能強化病棟入院料(点数の変更)** (1日につき) 1,539点 ⇒ **1,557点**

⇒ **長期入院患者の退院実績については、以下の式で算出される数値** 2.4%以上 ⇒ **3.3%以上**

(届出時点)
・当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

(算定開始以降)
・当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均(地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

※ 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。

⇒ 算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数ー(当該病棟の届出病床数の40%×当該病棟の算定年数)
30% ⇒ 40%に変更

⇒ 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数ー(当該病棟の届出病床数の40%×当該病棟の算定月数÷12)
30% ⇒ 40%に変更

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し】

［A318　地域移行機能強化病棟入院料］

（主な変更点）

⇒　病棟配置について
　退院調整を担当する者が1名以上
　（入院患者数が40を超える場合は2名以上）配置

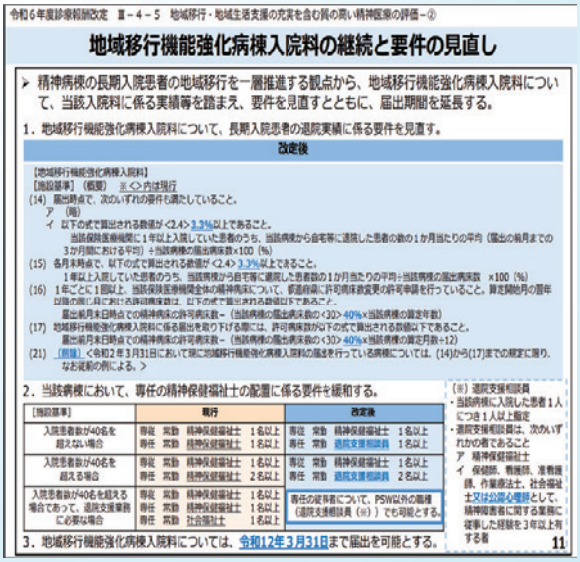
⇒　退院支援相談員について
　うち1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）は、
　当該病棟に専任の常勤の者である

⇒　退院支援相談員は、次のいずれかの者
　ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）
　イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士
　　又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事
　　した経験を3年以上を有する者

【疑義解釈】

Q:「注3」に規定する重症者加算1の施設基準について、令和6年度診療報酬改定前の施設基準における、「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」区分の指定を受けていた保険医療機関の取扱いは如何に。

A:令和6年3月31日時点で、「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」の指定を受けていた保険医療機関に限り従前の例によることができる。


令和6年度診療報酬改定　Ⅲ－4－5　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価－②

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

▶ 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

1．地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改定後

［地域移行機能強化病棟入院料］
［施設基準］（概要）　※<>内は現行
(14)　届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。
　ア　（略）
　イ　以下の式で算出される数値が<2.4>3.3%以上であること。
　　当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）
(15)　各月末時点で、以下の式で算出される数値が<2.4>3.3%以上であること。
　　1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数　×100（%）
(16)　1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月において許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。
　　届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の<30>40%×当該病棟の算定年数）
(17)　地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。
　　届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の<30>40%×当該病棟の算定月数÷12）
(21)　（照射）<令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に係り、なお従前の例による。>

2．当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

［施設基準］	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従　常勤　精神保健福祉士　1名以上 専任　常勤　精神保健福祉士　1名以上	専従　常勤　精神保健福祉士　1名以上 専任　常勤　退院支援相談員　1名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従　常勤　精神保健福祉士　1名以上 専任　常勤　精神保健福祉士　2名以上	専従　常勤　精神保健福祉士　1名以上 専任　常勤　退院支援相談員　2名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従　常勤　精神保健福祉士　1名以上 専任　常勤　精神保健福祉士　1名以上 専任　常勤　社会福祉士　1名以上	専任の従事者について、PSW以外の職種（退院支援相談員（※））でも可能とする。

3．地域移行機能強化病棟入院料については、令和12年3月31日まで届出を可能とする。

（※）退院支援相談員
・当該病棟に入院した患者1人につき1人以上配置
・退院支援相談員は、次のいずれかの者であること
　ア　精神保健福祉士
　イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

11

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

［A246-2　精神科入退院支援加算（新）］

精神病棟に入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価が新設された。

⇒　精神科入退院支援加算　（退院時1回）　　1,000点

⇒　精神科措置入院退院支援加算　（退院時1回）　300点

＜算定要件（概要）＞

① A103:精神病棟入院基本料の注7若しくはA312:精神療養病棟入院料の注5に規定する精神保健福祉士配置加算、A230-2精神科地域移行実施加算又は、I011:精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

イ　退院困難な要因を有する入院中の患者（※）であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して入院退院支援を行った場合。

ロ　連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（ 第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合。

② 精神科措置入院退院支援加算につては、精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者に対して、入院中から都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を実施した場合に所定点数に加算する。

③ 死亡による退院については算定できない。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2　精神科入退院支援加算(新)]

④　原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。

＜※**退院困難な要因を有する患者**＞

ア 精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の2に規定する入院措置に係る患者であること。
イ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 42 条第1項第1号又は第 61 条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第 42 条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者であること。
ウ 医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第6項第2号に規定する委員会の開催があった者であること。
エ 当該入院の期間が1年以上の患者であること。
オ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること。
カ 生活困窮者であること。
キ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと。
ク 身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと。
ケ 入退院を繰り返していること。
コ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること。
サ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること。
シ その他平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式 51 に掲げる「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者であること（この場合、「包括的支援マネジメント導入基準」のうち該当するものを診療録等に添付又は記載すること。）

※Ⅲ－4－5　③精神科入退院支援加算の新設

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2　精神科入退院支援加算(新)]

⑤　退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。
なお、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら作成することが望ましい。

⑥　退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。
また、当該患者に対し、精神保健福祉法第29条の6に規定する退院後生活環境相談員が別に選任されている場合は、退院後生活環境相談員もカンファレンスに参加すること。

⑦　当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行うこと。また、必要に応じてより頻回の開催や、臨時のカンファレンスを開催する。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。この際、「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（令和5年11月27日障発1127第7号）に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録に添付すること。

⑧　退院先については、診療録に記載し、又は退院先を記載した文書を診療録等に添付すること。

★　注2における退院とは、自宅等へ移行することをいう。　ここでいう、「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームへ移行することである。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関において転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

[施設基準(概要)]

① 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門(以下この項において「入退院支援部門」という。)が設置されている。

② 次のア又はイを満たすこと。
ア 当該入院退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の精神保健福祉士が配置されていること。
イ 当該入院退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。

③ 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師等が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。
※当該専任の看護師又は精神保健福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師等が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることができないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。

④ 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

※Ⅲ－4－5 ③精神科入退院支援加算の新設

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

⑤ 次のア又はイを満たすこと。

ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関(以下「連携機関」という。)の数の合計が10以上であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
また、②又は③の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。

(イ) 他の保険医療機関

(ロ) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、共同生活援助又は就労継続支援等の障害福祉サービス等事業者

(ハ) 児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所等

(ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者

(ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署

イ 直近1年間に、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5条第20項に規定する地域移行支援を利用し退院した患者又は退院後の同条第16項に規定する自立生活援助若しくは同条第21項に規定する地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2　精神科入退院支援加算(新)]

【疑義解釈】

Q1:「入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。」とあるが、退院支援計画の交付日についてどのように考えればよいか。

A1:精神科入退院支援加算に係る退院支援計画を作成後、速やかに患者に交付すること。

Q2:「退院困難な要因」として「身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと」とあるが、身体合併症とは具体的にどのような症状のことをいうのか。

A2:「A230-3」精神科身体合併症管理加算の算定患者と同様の取扱いとする。

Q3:施設基準において求められる入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、「A312」精神療養病棟入院料又は「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいか。

A3 4差し支えない。

Q4:「退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。」とされているが、新たに当該加算を届出た場合に、届出時点での入院患者についての取扱いは如何に。

A4:当該加算の届出を行った時点で入院中の患者について、届出後に退院支援計画を作成し、その他の要件を満たした場合は、当該加算を算定可能。ただし、届出後3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。また、医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があったもの又は当該入院の期間が1年以上のものについては、退院支援計画の作成時期によらず、それぞれ当該委員会の開催及び退院支援計画の作成又は退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保健医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象となる。これらの患者についても、3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

Q5:区分番号「A246」入退院支援加算及び区分番号「A246－2」精神科入退院支援加算を届け出ている保険医療機関において、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。また、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」を兼ねることは可能か。

A5:可能。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【療養生活環境整備指導加算及び 療養生活継続支援加算の見直し】

質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法についての評価が見直され、加算も新設された。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し】

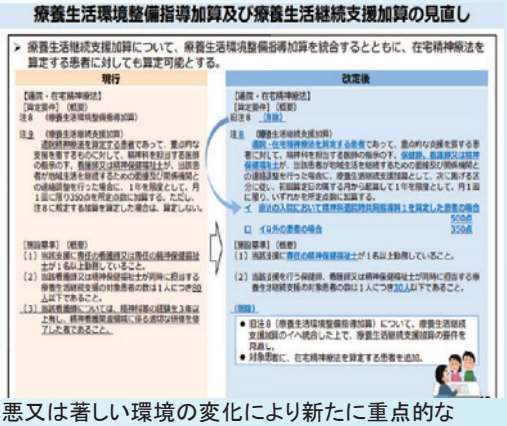
［I002 療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法の加算）］

⇒ イ 直近の入院において、区分番号B015：精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合　500点

⇒ ロ イ以外の患者の場合　350点

※ 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、精神病棟における直近の入院において、B015：精神科退院時共同指導料1を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したもの又は平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式51に掲げる「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者である。

※ 「ロ」については、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、350点を所定点数に加算する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載すること。



【疑義解釈】

Q：「注8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になったときは、350点を算定するということでよいか。

A：そのとおり。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

［I002 早期診療体制充実加算（通院・在宅精神療法の加算）（新）］

⇒ 病院の場合

（1）当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合　20点

（2）（1）以外の場合　15点

⇒ 診療所の場合

（1）当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合　50点

（2）（1）以外の場合　15点

［算定要件（概要）］

① 当該患者を診療する担当医を決めること。

② 担当医は、当該患者に体制、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ア 原則として、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。

イ 診療に当たっては、患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。

ウ 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認等システムを活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。

エ 標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先ついて情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

オ 当該患者に対し、必要に応じて障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成する。

カ 当該患者に対し、必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002　早期診療体制充実加算（通院・在宅精神療法の加算）（新）]

キ　患者又は家族等の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式51の4を参考に、当該患者等の署名付の同意書を作作成し、診療録に添付する。

ク　当該保険医療機関において、院内掲示やホームページ等により以下（（イ）から（リ））の対応（※）が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応する。

（イ）　患者ごとの相談内容に応じたケースマネジメントを行っていること。
（ロ）　障害福祉サービス等の利用に係る相談を行っていること。
（ハ）　介護保険に係る相談を行っていること。
（ニ）　相談支援専門員及び介護支援専門員からの相談に適切に対応すること。
（ホ）　市町村、保健所等の行政機関、地域生活支援拠点等との連携を行っていること。
（ヘ）　精神科病院に入院していた患者の退院後支援を行っていること。
（ト）　身体疾患に関する診療又は他の診療科との連携を行っていること。
（チ）　健康相談、予防接種に係る相談を行っていること。
（リ）　可能な限り向精神薬の多剤投与、大量投与、長期処方を控えていること。

（※）院内、HP等において対応を行っている旨を掲示する。

ケ　精神疾患の早期発見、早期介入を実施するに当たっては、「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

※Ⅲ－4－5　⑤通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002　早期診療体制充実加算（通院・在宅精神療法の加算）（新）]

［施設基準（概要）］

① 常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

② 初診、30分以上の診療等の診療実績が必要（下記計算式による。）
過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数/通院・在宅精神療法の算定回数≧5%
（診療所）過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数（合計）/勤務する医師数≧60

③ 地域の精神科医療提供体制の確保に協力している保険医療機関であること。具体的には、アからウまでのいずれかを満たしていること。
ア　精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定又は、身体合併症救急医療確保事業において指定
イ　精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は、外来対応件数が年10件以上
ウ　精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定又は、時間外対応加算1の届出、かつ、精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

④ 常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。
※　常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも2名が当該要件を満たすこと。

⑤ 次のいずれかを満たしていること。
通院・在宅精神療法の、「児童思春期精神科専門管理加算」、「療養生活継続支援加算」、「児童思春期支援指導加算」「A230-4：精神科リエゾンチーム加算」、「A231-3：依存症入院医療管理加算」、「A231-4：摂食障害入院医療管理加算」、「A246-2：精神科入退院支援加算」、「A311-4：児童・思春期精神科入院医療管理料」、「I003-2：認知療法・認知行動療法」、「I006-2：依存症集団療法1、2又は3」、「I016：精神科在宅患者支援管理料」

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 早期診療体制充実加算（通院・在宅精神療法の加算）（新）]

【疑義解釈】

Q1：施設基準について、「当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」のロ若しくはハの（1）又は（2）のロ若しくはハの（1）若しくは（2）の算定回数の合計の割合が5%以上であること。」とされているが、「1」のハの（1）には、情報通信機器を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか。

A1：含まれる。

Q2：施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか。

A2：含まれる。

Q3：施設基準について、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。

A3：含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。また、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関において保管すること。

Q4：施設基準について、「診療所にあっては、当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロの算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法は如何に。

A4：常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する。

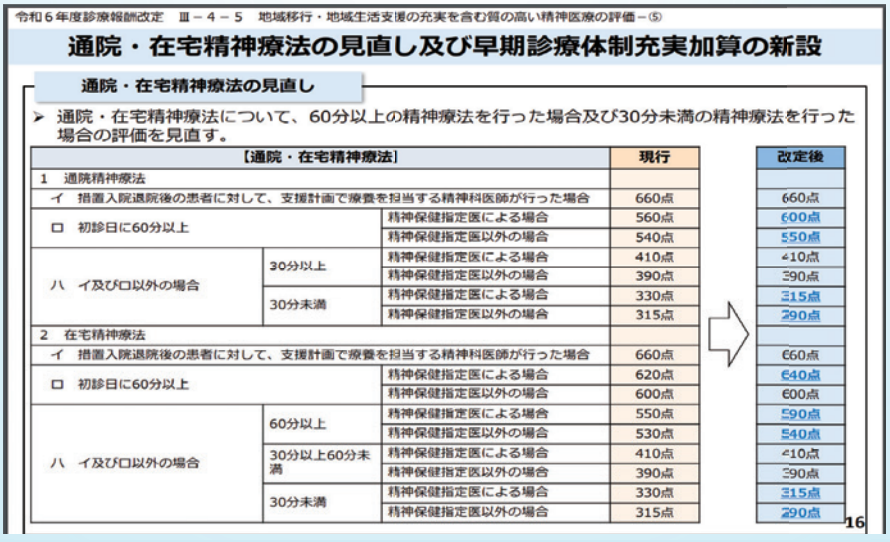
※Ⅲ－4－5 ⑤通院・在宅精神療法の見直し 及び早期診療体制充実加算の新設

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 通院・在宅精神療法の見直し]

通院・在宅精神療法について、
60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の点数が変更となった。



令和６年度診療報酬改定 Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価－⑤

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

通院・在宅精神療法の見直し

➢ 通院・在宅精神療法について、60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

【通院・在宅精神療法】			現行	改定後
1 通院精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	560点	600点
		精神保健指定医以外の場合	540点	550点
ハ イ及びロ以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点
2 在宅精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	620点	640点
		精神保健指定医以外の場合	600点	600点
ハ イ及びロ以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合	550点	590点
		精神保健指定医以外の場合	530点	540点
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点

16

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 通院・在宅精神療法の見直し]

【疑義解釈】

Q1:「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を、10分単位で記載すること。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

A1:当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。

- ・5分以上10分未満
- ・10分以上20分未満
- ・20分以上30分未満
- ・30分以上40分未満
- ・40分以上50分未満
- ・50分以上60分未満
- ・60分超

ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。

Q2:通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるか。

A2:含まれる。

Q3:通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健指定医として業務を等を年1回以上行っていること。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務を含まれるのか。

A3:含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。なお、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【児童思春期支援指導加算の新設】

[I002 児童思春期支援指導加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

⇒ 児童思春期支援指導加算

イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合 **1,000点(1回に限り)**
(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る)

ロ イ以外の場合
(1)当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 **450点**
(2)(1)以外の場合 **250点**

[算定要件(概要)]

★ 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師(以下「看護師等」)が共同して、対面による必要な支援を行った場合に算定する。

※ なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合も算定できる。

★ 専任の看護師等が当該指導管理を30分以上実施していること。
★ 多職種が共同して支援計画を作成すること。
★ 指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書等による情報提供や面接相談を適宜行うこと。
★ 患者の支援方針等について、概ね3月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行う。
★ 1週間当たりの算定患者数は30人以内。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【児童思春期支援指導加算の新設】

[I002 児童思春期支援指導加算（通院・在宅精神療法の加算）（新）]

＜併算定不可＞

※ 20未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

[施設基準（概要）]

★ 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上配置されていること。

★ 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置されており、そのうち1名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。

★ 当該保険医療機関が過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均8人以上である。

※ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20再未満加算についての点数が変更となった。

（改定前）通院・在宅精神療法 20歳未満加算 350点 ⇒ （改定後）通院・在宅精神療法 20歳未満加算 320点

【疑義解釈】

Q1：施設基準において求める医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A1：現時点では、以下の研修が該当する。

・ 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する「児童・思春期精神保健研修（児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修及び児童・思春期精神保健対策専門研修（応用コース）の両方を受講した場合に限る。）」

・日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会 スタンダードコース」

Q2：施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健指定医は、注8に規定する療養生活継続支援加算の施設基準における当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か。

A2：可能。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【心理支援加算の新設】

[I002 心理支援加算（通院・在宅精神療法の加算）（新）]

⇒ 心理支援加算 250点

（初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り所定点数に加算する。）

＜対象患者＞

外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者。

※ 外傷体験

身体的暴行、性的暴行、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等をいう。

※心的外傷に起因する症状

侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状をいう。

[算定要件（概要）]

精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合に算定する。

※ 医師は当該患者等に外傷体験の有無及び内容を確認した上で、当該外傷体験及び受診時の心的外傷に起因する症状の詳細並びに心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載する。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【心理支援加算の新設】

[I002 心理支援加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

【疑義解釈】

Q1:精神科を担当する医師の診察において、患者本人の説明から、明らかな外傷体験が確認できない場合について、どのように考えれば良いか。

A1:明らかな外傷体験が確認できない場合、当該加算は算定不可。ただし、例えば、家族等から得られた情報に基づき、患者が外傷体験を有する可能性が高いと判断されるが、外傷体験の直後であるために患者が詳細を説明することが難しい等、特段の事情がある場合は、この限りではない。なお、その場合は、外傷体験を有する可能性が高いと判断した理由を診療録に記載する。また、後日、外傷体験を有することを確認した場合も、その旨を診療録に記載する。

Q2:心理支援を修了した患者において、同一の心的外傷に起因する症状が再発し、新たに心理に関する支援を要する状態になった場合の取扱いは如何か。

A2:症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定可。なお、この場合においては、再発した症状の詳細や、再び心理に関する支援を要する状態になったと判断した理由等について、診療録に記載すること。

Q3:通院・在宅精神療法を実施する医師が公認心理師の資格を有している場合に、通院・在宅精神療法を実施する医師と心理支援を実施する公認心理師が同一の者であっても、心理支援加算を算定することは可能か。

A3:不可。
通院・在宅精神療法を実施する精神科を担当する医師と、医師の指示を受けて必要な支援を実施する公認心理師は、別の者である必要がある。

■地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科在宅患者支援管理料の見直し】

[I016 精神科在宅患者支援管理料]

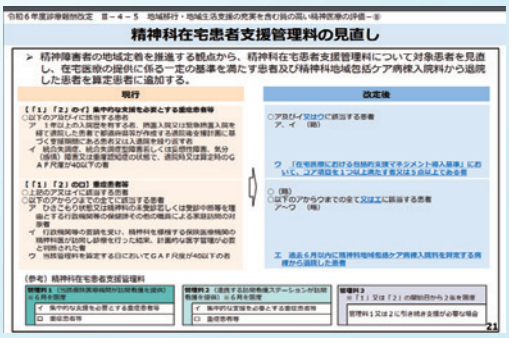
⇒ 精神科在宅患者支援管理料1 (別に厚生労働大臣が定める患者のうち集中的な支援を必要とする者の場合)
(1)単一建物診療患者1人 3,000点
(2)単一建物診療患者2人以上 2,250点

⇒ 精神科在宅患者支援管理料1 (別に厚生労働大臣が定める患者の場合)
(1)単一建物診療患者1人 2,500点
(2)単一建物診療患者2人以上 1,875点
※ 当該保険医療機関が訪問看護を提供(6月を限度)

⇒ 精神科在宅患者支援管理料2 (別に厚生労働大臣が定める患者のうち集中的な支援を必要とする者の場合)
(1)単一建物診療患者1人 2,467点
(2)単一建物診療患者2人以上 1,850点

⇒ 精神科在宅患者支援管理料2 (別に厚生労働大臣が定める患者の場合)
(1)単一建物診療患者1人 2,056点
(2)単一建物診療患者2人以上 1,542点
※ 連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供(6月を限度)

⇒ 精神科在宅患者支援管理料3
(1)単一建物診療患者1人 2,030点
(2)単一建物診療患者2人以上 1,248点
※ 「1」又は「2」の開始日から2年を限度
※ 管理料「1」、「2」、「3」共に月1回算定



■令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

（全般的事項）

1 近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（賃上げ全般）

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。

（医療DX）

3 令和6 年12 月2 日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和６年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療DX 推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。加えて、医療DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

（働き方改革・人材確保）

4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

（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。

■令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

（外来医療）

11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。

12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。

13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。

14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

（在宅医療等）

16 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（精神医療）

17 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

（リハビリテーションへの対応等）

18 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

（医療技術の評価）

19 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。

また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

20 かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

■令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

（調剤報酬）

21 調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（敷地内薬局）

22 いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方）

23長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

24 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

（長期収載品）

25 選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

（薬価制度）

26 今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うとともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

（保険医療材料制度）

27 今回の保険医療材料制度改革に基づくプログラム医療機器への対応や革新的な医療機器等に対する評価の導入の影響等について検証すること。また、医療上必要な医療機器等の安定供給の確保等の観点から、いわゆる物流2024年問題による影響を注視するとともに、我が国における医療機器等の製造や流通、研究開発に係る費用構造等について関係業界の協力を得つつ分析し、こうした課題に対する関係業界としての対応を踏まえながら、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（施策の検証）

28 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

■公益裁定　「急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について（令和6年1月31日）①

急性期一般入院料１における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について、公益委員の考えは以下のとおりである。

１．今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、急性期一般入院料１における平均在院日数、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。具体的な見直しについては、評価項目の見直しについて４つの案が示され、両側委員において、当該評価項目の見直し及び該当患者割合基準の見直しについてシミュレーションを行うことに合意し、シミュレーションの結果が示された。

２．これらの議論の中では、

○ １号側からは、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、下記の意見があった。

- 患者の状態や医療資源投入量に関するエビデンスに基づき、病床機能の分化や強化を着実に推進する必要があり、特に急性期一般入院料１の病床数は近年増加しており、限られた医療資源を集中的に投入するためにも、病床の集約化を図るべきである。
- 平均在院日数の基準については、急性期一般入院料１における医療提供の実態を踏まえ、基準を14日以内とすべきである。
- 重症度、医療・看護必要度については、令和６年１月12日中医協総－３のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、見直し案１を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきである。

○ ２号側からは、医療提供体制への影響の観点から、下記の意見があった。

- 今回の重症度、医療・看護必要度の見直し案は、適切な医療提供に必要となる医療機関の裁量の幅を狭めるものであり、コロナ特例が終了した10 月以降急性期病院の経営は厳しくなっていることを考えると、項目の見直しは、見直し案１から４までの中で最も影響の小さい案４よりも、さらに影響の小さい見直しを検討すべきである。また、平均在院日数の基準については、現行の18日以内から変更すべきではない。
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準についても、医療現場への影響を考えれば、慎重に検討すべきである。については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

（※１）各見直し案による評価項目に係る変更内容

変更する項目	変更の内容	見直し案１	見直し案２	見直し案３	見直し案４
救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を１日とする。	○		○	
	評価日数を２日とする。		○		○
抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	得点を３点とする。			○	○
その他の項目の見直し		○	○	○	○

■公益裁定　「急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について（令和6年1月31日）②

3．シミュレーションにおける評価項目の見直しによる影響について、該当患者割合の基準を満たす医療機関割合の変化が、急性期一般入院料１のうち重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる医療機関において大きく、中でも案１及び案３による見直しの場合に特に大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定される。

4．一方で、患者の状態に応じた適切な入院料が選択され、医療資源が適切に配分されるよう、地域医療に配慮しつつも、急性期一般入院料１から他の入院料への転換を含めた、適切な機能分化が促される取組を進めることは重要である。今回の診療報酬改定において後期高齢者の中等症の急性疾患ニーズに応える地域包括医療病棟が新設されること、入院基本料の見直しが見込まれていること及び前回改定における重症度、医療・看護必要度の見直しにおいて、一定程度の医療機関が基準を満たさなくなることが想定されていたにもかかわらず、実際には急性期一般入院料１の病床数は増加したことを考慮すると、今回の改定においては該当患者割合の基準を一定程度高く設定することが、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めるに当たり重要と考えられる。

5．以上から、平均在院日数の基準は16 日以内とした上で、見直し案４を採用し、シミュレーションで示された実態を踏まえつつ、重症度、医療・看護必要度について、該当患者割合の基準を２つに分けた上で、機能分化の推進という観点から、専門的な急性期治療を要する患者の集約化のため、該当基準割合①は18%よりも高く20%とする。その上で、地域の実情に鑑み、該当基準割合②については、27%とする。

（※2）該当患者割合①：「Ａ３点以上」又は「Ｃ１点以上」に該当する患者の割合該当患者割合②：「Ａ２点以上」又は「Ｃ１点以上」に該当する患者の割合

6．急性期一般入院料２から５までにおける重症度、医療・看護必要度については、上記の急性期一般入院料１での対応を踏まえ、見直し案４による項目の見直しを行った上で、該当患者割合（※3）の基準について、重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの間に一定の差を設け、以下のとおりとする。

	該当患者の割合の基準	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料２	22%	21%
急性期一般入院料３	19%	18%
急性期一般入院料４	16%	15%
急性期一般入院料５	12%	11%

（※3）「Ａ２点以上かつＢ３点以上」、「Ａ３点以上」又は「Ｃ１点以上」に該当する患者の割合

7．なお、特定機能病院入院基本料（７対１）等の入院料や、その他の加算等の施設基準における該当患者割合の基準については、同様の考え方に基づき、適切に定めることとする。

8．今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、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。

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト①（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）
【届出期間：令和6年5月2日～6月3日　令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
1	令和6年6月3日	基本診療料	新設	医療ＤＸ推進体制整備加算	
2	令和6年6月3日	基本診療料	新設	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	
3	令和6年6月3日	基本診療料	新設	療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
4	令和6年6月3日	基本診療料	新設	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
5	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算１	
6	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算２	
7	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算１の注２に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算	
8	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算２の注２に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算	
9	令和6年6月3日	基本診療料	新設	診療録管理体制加算１	
10	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期看護補助体制加算の注４に規定する看護補助体制充実加算１	
11	令和6年6月3日	基本診療料	新設	看護補助加算の注４に規定する看護補助体制充実加算１	
12	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児緩和ケア診療加算	
13	令和6年6月3日	基本診療料	新設	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	
14	令和6年6月3日	基本診療料	新設	感染対策向上加算１の注５に規定する抗菌薬適正使用体制加算	
15	令和6年6月3日	基本診療料	新設	感染対策向上加算２の注５に規定する抗菌薬適正使用体制加算	
16	令和6年6月3日	基本診療料	新設	感染対策向上加算３の注５に規定する抗菌薬適正使用体制加算	
17	令和6年6月3日	基本診療料	新設	バイオ後続品使用体制加算	
18	令和6年6月3日	基本診療料	新設	病棟薬剤業務実施加算の注２に規定する薬剤業務向上加算	
19	令和6年6月3日	基本診療料	新設	精神科入退院支援加算	
20	令和6年6月3日	基本診療料	新設	医療的ケア児（者）入院前支援加算	
21	令和6年6月3日	基本診療料	新設	協力対象施設入所者入院加算	
22	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料１の注７に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
23	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料２の注７に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
24	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料５	

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト②（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日　令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
25	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料６	
26	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料５の注７に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
27	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料６の注７に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
28	令和6年6月3日	基本診療料	新設	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	
29	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料１の注２に規定する加算（保育士２名以上の場合）	
30	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料２の注２に規定する加算（保育士２名以上の場合）	
31	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料３の注２に規定する加算（保育士２名以上の場合）	
32	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料４の注２に規定する加算（保育士２名以上の場合）	
33	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料５の注２に規定する加算（保育士２名以上の場合）	
34	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料３の注４に規定する重症児受入体制加算２	
35	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料４の注４に規定する重症児受入体制加算２	
36	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料５の注４に規定する重症児受入体制加算２	
37	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料１の注９に規定する看護補助加算	
38	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料２の注９に規定する看護補助加算	
39	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料３の注９に規定する看護補助加算	
40	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料１の注10に規定する看護補助体制充実加算	
41	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料２の注10に規定する看護補助体制充実加算	
42	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料３の注10に規定する看護補助体制充実加算	
43	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括医療病棟入院料	
44	令和6年6月3日	基本診療料	新設	回復期リハビリテーション入院医療管理料	
45	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料１の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
46	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料１の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
47	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料２の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
48	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料２の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト③（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日　令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
49	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料３の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
50	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料３の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
51	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料４の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
52	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料４の注５に規定する看護補助体制充実加算１及び２	
53	令和6年6月3日	基本診療料	新設	児童・思春期精神科入院医療管理料の注３に規定する精神科養育支援体制加算	
54	令和6年6月3日	基本診療料	新設	精神科地域包括ケア病棟入院料	
55	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	がん性疼痛緩和指導管理料の注２に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算	
56	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	慢性腎臓病透析予防指導管理料	
57	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	外来腫瘍化学療法診療料３	
58	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	外来腫瘍化学療法診療料の注９に規定するがん薬物療法体制充実加算	
59	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	プログラム医療機器等指導管理料	
60	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	往診料の注９に規定する介護保険施設等連携往診加算	
61	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合含む。）に規定する基準	
62	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	在宅時医学総合管理料の注15（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）及び在宅がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算	
63	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	救急患者連携搬送料	
64	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	在宅患者訪問看護・指導料の注17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）及び精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算	
65	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	在宅患者訪問看護・指導料の注18（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算	
66	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	遺伝学的検査の注２に規定する施設基準	
67	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	
68	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	経頸静脈的肝生検	
69	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	画像診断管理加算３	
70	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ポジトロン断層撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。	

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト④（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日　令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
71	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。）	
72	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。）	
73	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	児童思春期支援指導加算	
74	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	早期診療体制充実加算	
75	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた精神療法の施設基準	
76	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ストーマ合併症加算	
77	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
78	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	
79	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	緊急穿頭血腫除去術	
80	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	脳血栓回収療法連携加算	
81	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	
82	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	
83	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	気管支バルブ留置術	
84	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
85	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
86	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
87	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
88	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	
89	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
90	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腹腔鏡下膵中央切除術	
91	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	
92	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	
93	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	尿道狭窄グラフト再建術	
94	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	精巣温存手術	

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト⑤（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日　令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
95	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	女子外性器悪性腫瘍手術	94
96	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腹腔鏡下膣断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	95
97	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	再製造単回使用医療機器使用加算	96
98	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	看護職員処遇改善評価料	97
99	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	98
100	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	入院ベースアップ評価料	99

【届出期限：令和6年11月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
101	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	一般病棟入院基本料	（急性期一般入院料６、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）
102	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	結核病棟入院基本料	（７対１入院基本料に限る。）
103	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定機能病院入院基本料	（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料に限る。）
104	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定機能病院入院基本料の注５に掲げる看護必要度加算	
105	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	専門病院入院基本料	（７対１入院基本料に限る。）
106	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算	
107	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	総合入院体制加算１	
108	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	総合入院体制加算２	
109	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	総合入院体制加算３	
110	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	急性期看護補助体制加算	（急性期一般入院料６又は10対１入院基本料に限る。）
111	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	看護職員夜間配置加算	（急性期一般入院料６又は10対１入院基本料に限る。）
112	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	看護補助加算１	（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は13対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）
113	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	入退院支援加算１	

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト⑥　（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期限：令和6年11月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
114	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料２	
115	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料４	
116	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料１	
117	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料２	
118	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料３	
119	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料４	
120	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	ハイケアユニット入院医療管理料１	
121	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	ハイケアユニット入院医療管理料２	
122	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	回復期リハビリテーション病棟入院料１	
123	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	回復期リハビリテーション病棟入院料３	
124	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定一般病棟入院料１	（地域包括ケア１、地域包括ケア２及び地域包括ケア３）
125	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定一般病棟入院料２	（地域包括ケア１、地域包括ケア２及び地域包括ケア３）
126	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料１	
127	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料２	
128	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料３	
129	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料４	
130	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料１	
131	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料２	
132	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料３	
133	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料４	
134	令和6年10月1日	特掲診療料	要件変更	地域包括診療料	
135	令和6年10月1日	特掲診療料	要件変更	外来腫瘍化学療法診療料１	

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト⑦　（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期限：令和7年1月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
136	令和7年1月1日	基本診療料	要件変更	感染対策向上加算１	
137	令和7年1月1日	基本診療料	要件変更	感染対策向上加算２	
138	令和7年1月1日	基本診療料	要件変更	感染対策向上加算３	

【届出期限：令和7年6月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
139	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算１	
140	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算２	
141	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	超急性期脳卒中加算	
142	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料１	
143	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料３	
144	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	
145	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	小児特定集中治療室管理料	
146	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	新生児特定集中治療室管理料１	
147	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	新生児特定集中治療室管理料２	
148	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	総合周産期特定集中治療室管理料	
149	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	回復期リハビリテーション病棟入院料２	

■令和6年度診療報酬改定　施設基準届出チェックリスト⑧（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期限：令和8年6月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
150	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	精神病棟入院基本料	（10対１入院基本料及び13対１入院基本料に限る。） データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
151	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算１	（許可病床数が300床未満の保険医療機関に限る。）
152	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算２	（許可病床数が300床未満の保険医療機関に限る。）
153	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算１	
154	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	精神科急性期治療病棟入院料１	データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
155	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	精神科急性期治療病棟入院料２	データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
156	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	児童・思春期精神科入院医療管理料	データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
157	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	処置の休日加算1（医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算１）	
158	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	処置の時間外加算1（医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算1）	
159	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	処置の深夜加算1（医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算1）	

■委員名簿

＜日本病院会　診療報酬検討委員会＞

委員長	島　弘志	新古賀病院	総病院長
副委員長	岡　俊明	聖隷浜松病院	病院長
委　員	梶川　昌二	諏訪赤十字病院	病院長
	北村　立	石川県立こころの病院	病院長
	冨滿　弘之	JAとりで総合医療センター	病院長
	牧野　憲一	旭川赤十字病院	病院長
	松本　隆利	八千代病院	名誉院長
	永易　卓	若弘会本部	理事・総務部長
	須貝　和則	国立国際医療研究センター	医事管理部　部長

＜日本病院会　診療報酬作業小委員会＞

委員長	永易　卓	若弘会本部	理事・総務部長
副委員長	佐合　茂樹	中部国際医療センター	病院長補佐・事務長
委　員	朝見　浩一	国際医療福祉大学三田病院	運営部長
	荒井　康夫	北里大学	未来工学部 データサイエンス学科　講師
	池田　隆一	相澤東病院	事務長・医療連携センター　センター長
	平井　幸彦	新古賀病院	診療情報管理室　統括課長
	北澤　将	東北公済病院	事務部長
	中山　和則	筑波メディカルセンター病院	副院長・事務部長
	原口　博	公立昭和病院	事務局長
特別委員	田畑　久美	沼津中央病院	事務部長

日病会発第４５号
令和６年８月９日

厚生労働大臣
武　見　敬　三　　殿

一般社団法人　日本病院会
会　長　　相　澤　孝　夫

令和７年度税制改正に関する要望

標記に関して別添の通り要望いたしますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

税制改正要望

要　望　事　項

国　税	７項目
地方税	２項目
地域医療の拠点としての役割と税制に関する要望	１項目

以　上

要望の優先順位上位４項目

（国税）

１. 控除対象外消費税等を病院が負担しないように税制上の措置を含めた抜本的な対応を行うこと。

２. 持分のある医療法人に対する事業承継税制を整備すること。

（地方税）

１. 社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置を存続すること。

２. 病院不動産について、固定資産税及び都市計画税ならびに不動産取得税、登録免許税の非課税措置を整備すること。

令和７年度税制改正に関する要望事項

【国税】

１．控除対象外消費税等について、社会保険診療報酬等を課税売上とする取扱いに改める等の抜本的措置を講じること。

《理由》

現行制度上、社会保険診療報酬等が非課税売上とされているため、材料仕入、委託費、設備投資等に係る仕入消費税の相当部分（控除対象外消費税等）について医療機関が最終負担者となる状態が生じている。医療機関における控除対象外消費税等の負担は看過できない水準であり、このような状態を放置すると、全国各地の地域医療提供体制に重大な悪影響を与える事になりかねない。

控除対象外消費税等の問題については、平成31年度の与党税制改正大綱において、控除対象外消費税等を診療報酬で補てんする仕組みを精緻化することで対応することとされ、それが現在も継続されている。

高度急性期、急性期、回復期等の病床機能区分といったグループ単位で控除対象外消費税等を補てん調整することはある程度可能であるものの、個別病院レベルで不公平が生じないといえる水準で精緻な補填の仕組みを構築することは容易ではない。

したがって、診療報酬で控除対象外消費税等がどれだけ精緻に補填されているかを継続して確認検証し、診療報酬制度における補填の仕組みでは病院ごとの不公平が解消できないと認められる場合には、社会保険診療報酬等の課税化転換を含めた税制の抜本的な改正による問題の解決を検討する必要がある。

なお、個々の病院ごとに発生する控除対象外消費税等を診療報酬に完全に上乗せする仕組みが講じられればこの問題は解消されるが、その方法は、診療費自己負担額や健康保険料の支払いを通じて患者が控除対象外消費税を負担することと同義である。すなわち、診療報酬制度によって控除対象外消費税の解消を図る手法（解消方法①）は医療サービスの最終受益者である国民が消費税を負担することを意味し、社会保険診療報酬を課税化転換すること（解消方法②）と国民負担の観点からは実質的な差異はない。

よって、解消方法①と解消方法②のいずれを採用するかは、公平性・中立性・簡便性という基本的観点から検討されるべきである。

2．中小企業の事業承継税制を持分のある医療法人に対しても適用すること。

《理由》

中小企業に対しては「非上場株式等に係る納税猶予・免除」の制度が設けられ、継続して事業を行う企業の株式継続保有（現経営者から後継者への事業承継）に対する税負担が軽減されている。

このような制度が設けられているのは、中小企業を取り巻く多くの利害関係者（従業員、株主、債権者、取引先、消費者等）にとって、地域中小企業の円滑な事業承継は雇用確保や地域経済の活性化の観点から極めて重要であるためである。

全国各地域で欠くことのできない役割を果たしている医療法人のうち、持分のある医療法人の事業承継でも出資持分に対する税負担は大きな問題である。医療法人総数５８，００５のうち３６，８８４が持分のある医療法人である（令和５年３月３１日現在、厚生労働省・種類別医療法人数の年次推移より）。全国各地域の医療提供体制を支え、職員や取引先等の直接的な利害関係者に限らず、地域住民や地域行政にとって欠くことのできない重要な存在である持分のある医療法人についても、相続税・贈与税の納税猶予・免除を認める事業承継税制を適用すべきである。

3．認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置について、認定医療法人が期限内に移行手続が完了できなかった場合に再認定が受けられるようにすること。

《理由》

認定医療法人において、出資者が何らかの理由で持分放棄の意思決定ができない不測の事態が生じ、期限内に移行が完了できないこともあり得る。

このように認定医療法人となった後、何からの理由で移行期限内に持分放棄を完了して持分のない医療法人に移行できなかった場合、現在は再認定を受けることができない。このようなリスクは、認定医療法人の申請をためらわせる理由の一つと考えられる。

持分のない医療法人への移行を望む法人が積極的に認定医療法人の申請を行うことができるよう、期限内に移行手続を完了できなかった法人についても要件を充足していれば認定医療法人の申請を再度行うことができるようにしていただきたい。

4．医療法人の出資評価で類似業種比準方式を採用する場合の参照株価は「医療福祉」と「その他の産業」のいずれか低い方とすること。

《理由》

持分のある医療法人への出資を類似業種比準方式により評価する場合の業種目は「その他の産業」である。その理由は「医療法人は、医療法上剰余金の配当が禁止されているなど、会社法上の会社とは異なる特色を有している」ためとされている。

持分のある医療法人は、剰余金配当が禁止されているという点で会社と異なるものの、その事業内容からは「医療福祉」に分類することも可能である。すなわち、持分のある医療法人は「医

療福祉」と「その他の産業」の両方の要素を併せ持つ法人であるといえる。

このような特性を考慮すると「その他の産業」で画一的に株価を評価する現状の取扱いは合理的では無く、「医療福祉」と「その他の産業」の両方の性格を併せ持つ法人として、「医療福祉」と「その他の産業」のいずれか低い株価を基礎として持分のある医療法人の類似業種比準方式の株価を計算するように改めるべきである。

5．医療機関の設備投資に係る税制を整備拡充すること。

《理由》

全国の病院は、地域医療構想等の政策に沿った機能分化や災害対策、高度な医療技術への対応、感染症対策などのため多額の設備投資を行う必要性に迫られている。

技術革新による陳腐化が生じる医療関係設備（建物、建物附属設備、医療機器、電子カルテ等の情報システム、ロボットフレンドリーな環境整備等）については早期の投資回収/再投資が必要である。

病院における投資回収を促進し、次代の設備投資財源を確保するために次のような税制上の手当を行うべきである。

- 病院用建物、医療機器、医療情報システム等に関する法定耐用年数の短縮
- 設備投資に係る控除対象外消費税等の即時損金算入（現在は 60 月の分割損金計上）
- 病床転換改修費用の即時損金算入
- 耐震基準を充足するための改修費用の即時損金算入

6．公的運営が担保された医療法人に対する寄附税制を整備すること。

《理由》

社会医療法人や特定医療法人は、持分の定めをなくして残余財産については国等への寄附が義務付けられ、同族役員の構成比率の制限も受けた、公的な運営体制が確保された医療法人（公的医療法人）である。公的医療法人が運営する病院の多くは地域医療を支える重要な存在であり、その存続・発展を図ることは公益の増進に資するものである。

診療報酬制度の改定や控除対象外消費税など病院を巡る経営環境は厳しさを増しつつある。寄附金も含めた法人運営の財源多様化等を図ることは重要であり、公的運営が担保された医療法人に対する寄附税制を整備する必要がある。

現状、医療法人に寄附した個人に対して所得税法上の優遇措置は設けられていない。法人に対する法人税法上の取扱いも同様である。公的医療法人を特定公益増進法人に含め、公的医療法人に対する寄附を所得税法上の寄附金控除の対象および法人税法上の損金とすべきである。

また、持分のない医療法人に対して不動産を贈与した場合、贈与者（個人）の側では時価で不動産を譲渡したものとみなして譲渡所得税の課税（みなし譲渡所得課税）が原則として発生する。このため、病院運営の安定化や永続性担保を願って不動産を医療法人に贈与したいという場合に、贈与者の税負担が障害となり、贈与が実現しないことがある。

租税特別措置法第 40 条に基づく譲渡所得税非課税申請が認められればみなし譲渡所得課税を回避できるが、当該申請手続は極めて煩雑であり、またその審査には長期間を要する。

公的医療法人に対する不動産の贈与については、租税特別措置法第 40 条の適用を当然に受けられるようにし、公的医療法人の運営基盤強化を支援する仕組みが必要である。

7．医療費控除の制度を拡充すること。

《理由》

年間 10 万円を超える医療費（保険金などで補てんされる金額を除く。）は所得税法上の医療費控除の対象となっている。

平成 29 年にはセルフメディケーション税制（医療費控除と選択適用）も整備されている。

一方、健康診査については、結果として重大な疾病が発見されてその疾病の治療を行った場合以外は、医療費控除の対象に含めることができないとされている。

超高齢化社会において国民皆保険制度を持続可能にするためには、全国民が健康維持に自ら取り組む運動をより一層促進する制度を充実させる必要がある。また、感染症拡大が国民生活に甚大な影響を与える事実を目の当たりにした今日、多くの国民に対して予防接種推奨を図ることも重要である。

そのため、現在の医療費控除の制度を次の点で拡充すべきである。

- 医療費控除金額の 10 万円下限規制を撤廃し、セルフメディケーション税制を通常の医療費控除の仕組みに統合すること。
- 健診結果にかかわらず、一定金額の上限を設けて健康診査費用を医療費控除の対象とすること。
- すべての予防接種費用を医療費控除の対象とすること。

【地方税】

１．医療機関における社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置を存続すること。

《理由》

医療機関、特に病院は、地域医療計画に定められた地域医療提供体制の重要な一員である。我が国の民間病院は地域医療の重要な担い手であるという意味において、国公立病院や公的病院と何ら変わりない。

1952年の議員立法によって社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置が設けられたのは、医師に応召義務が課された我が国の医療機関が、国民皆保険制度のもとで国民の健康と命を守り、学校健診・救急医療などの地域公共サービス提供主体を担っていること等が考慮されたからである。

超高齢化社会を迎えて地域における民間医療機関の役割はますます重要性を増しており、議員立法当時の地方税法関連規定創設趣旨を踏まえて、社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置を今後とも存続していく必要がある。

また、地方税法第72条の23第1項では、事業税非課税措置の適用を受けることが出来る法人が限定されているが、上述のような趣旨からは、開設者を問わず全ての民間医療機関が事業税非課税措置の適用を受けることが出来るようにされたい。

２．病院運営に直接的又は間接的に必要な固定資産について、固定資産税及び都市計画税並びに不動産取得税、登録免許税を非課税あるいは減税とすること。

《理由》

国公立・公的病院や社会医療法人は、病院運営に直接的に関係する不動産について固定資産税及び都市計画税（以下「固定資産税等」という。）が非課税となっている（社会医療法人の場合は救急医療等確保事業の用に供する病院及び診療所に限る。）。一方、これらの病院と実質的に変わらぬ機能を持ち、地域医療を支えている医療法人や個人等が開設する病院には固定資産税等の非課税措置は適用されない。

養護老人ホームや特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなどの老人福祉施設等は開設者に関係無く固定資産税等が非課税とされており、病院についても同様の取扱い（施設属性に対して一律の固定資産税等の非課税扱い）とすべきである。

また、医師や看護師等の医療従事者確保に苦慮している医療機関は多く、人材確保を目的として医療従事者向けの宿舎（職員寮）の整備を行う病院は少なくない。このような宿舎に係る不動産については、医業関連不動産でも教育用不動産でもないものとして、民間病院だけでなく公的病院においても固定資産税等が課税される。有料で提供している病院付属の駐車場についても同様である。

公的病院や、社会医療法人が直接「救急医療等確保事業に係る業務」の用に供する不動産で政令で定めるものについて不動産取得税の非課税措置はあるが、それ以外の病院不動産の取得については不動産取得税も課税されている。

国公立・公的病院は当然に営利を目的としないが、医療法人も営利を目的としない存在である。社会福祉法人や学校法人、公益財団法人・公益社団法人も同様である。このように病院は基本的には非営利の開設主体によって運営されている。

非営利の開設主体が運営する病院に対する課税の公平性を確保するため、その付属設備（宿舎、駐車場等）を含めて、病院関連不動産の固定資産税等、不動産取得税及び登録免許税（所有権移転登記又は所有権保存登記時に発生するもの）に係る非課税措置あるいは軽減措置を整備する必要がある。

【地域医療の拠点としての役割と税制に関する要望】

１．新興感染症の流行や災害の発生時に、病院が地域医療の重要な拠点としての役割を十分に果たせるよう、新興感染症や災害への対応に係る税制上の各種手当を整備しておくこと。

《理由》

国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、多くの医療機関が都道府県知事と協定を締結し、全国各地域における感染症医療の提供体制を構築している。

また、災害拠点病院として指定されている病院はもとより、全国の多くの病院が災害に対する備えを行い、自院の近隣地区で被災が生じた場合には傷病者への対応で重要な役割を果たしている。

このように、新興感染症の流行や自然災害発生といった緊急時に備えて、地域住民の生命を守る病院の機能を維持するために有用な税制を平時から整備しておくことは極めて重要であり、新興感染症の対応に関する都道府県知事との協定を締結している病院や、激甚災害に指定された地区に存する病院に対する税制上の手当として次のような制度を早急に整備していただきたい。

- 病院を開設する法人に対する寄附について税制上の控除を認めること（所得税、法人税）。
- 病院を開設する法人が受け入れる寄附金について益金不算入とすること（法人税）。
- 欠損金の繰越控除期間の制限を撤廃し、欠損金の使用可能期間を無制限とすること（法人税、地方税）。
- 欠損金の繰戻還付制度の適用要件を緩和して病院を開設する全ての法人が適用できるようにするとともに、遡って法人税の還付請求できる期間を拡大すること（法人税）。
- 感染症対応の補助金や助成金などの公的支援金を益金不算入とすること（法人税）。
- 災害復旧のための補助金や助成金などの公的支援金を益金不算入とすること（法人税）。
- 激甚指定された災害を原因とする受取保険金を益金不算入とすること（法人税）。

2024 年 10 月 8 日

厚生労働大臣
福　岡　資　麿　様

一般社団法人　日本病院会
会　長　相　澤　孝　夫

「新たな地域医療構想」に向けた意見書

「新たな地域医療構想」については、厚生労働省において 2024 年 3 月 29 日に検討会が設置され、同年 8 月 26 日には「目指すべき医療提供体制の基本的な考え方（案）」、「新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）」が示されました。日本病院会では、これまで 4 回にわたり、今までの地域医療構想の問題点から、新たな地域医療構想のあるべき姿について検討を行い、今般、総論として以下のとおり意見をとりまとめましたので提出いたします。

記

【はじめに】

これまでの地域医療構想は、医療機能の分化を目的として、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分に病床を区分したが、結果的に、単にそれぞれの病床数の数合わせとなり、効率的な医療提供体制の確保とはならなかったのではないか。

また、二次医療圏（昭和 60 年に策定）の策定は、地理的条件や日常生活や交通事情を考慮することとされているが、人口密度や年齢、地域の道路事情や通信インフラ等が現時点において、すでに実態に即しておらず、そのような中での地域医療構想であったと言えるのではないか。

このため、日本病院会では、これらの問題を解消すべく、高齢化や人口減少がさらに進む 2040 年とそれ以降においても、全ての患者が適切な医療・介護を受けることができ、同時に医療従事者も持続可能な働き方が確保された医療提供体制の実現に向け議論を行った。

1．現状把握に基づく将来への視点
○2040 年もしくはそれ以降の地域における医療提供体制を位置づける際には、『医療・介護』のみならず、『福祉ひいては生活』をどう守ってゆくかの視点も必要である。

○現存する医療機関とそこに勤務する職員等の状況、更には地域の交通事情や通信事情等のアクセス状況を考慮して医療提供体制を検討すべきである。

2．医療圏について
○はじめにでも述べたように、これまでの二次医療圏、構想区域は、地域毎の人口構成や疾病構造、更には医療機関の状況とかなり大きなズレが生じており、実態に即した地域に基づく単位（医療圏）への見直しが必要ではないか。

○その際考慮すべき点として、（すでに論点として指摘されてはいるが）、特に増加が確実な 85 歳以上高齢者にみられる誤嚥性肺炎等の必ずしも手術等多くの医療資源を必要としない医療と、65 歳以下で発生頻度の高い手術等多くの医療資源を要する医療に分けて各々の医療圏を考える必要がある。

3．病院の医療機能
○病院の機能には、病床（入院）機能だけでなく外来機能、救急機能や在宅機能もあるので、これらを勘案して病院機能を明確にするのが良いと考える。

○これまで精神科医療は一般医療と切り離されて議論されてきたきらいがある。しかし、いじめや不登校、発達障害、働き盛りのうつ病や自殺、高齢者の孤独や孤立、認知症、うつ病など、メンタルヘルスが国民的な課題となっている現状、および精神疾患を抱えながら一般医療機関を受療している患者が少なくない現状を考えれば、今後は一般医療と精神科医療を切り分けて扱うべきではない。すなわち、新たな地域医療構想においては、精神疾患を包含した入院及び外来医療提供体制のあり方について、統合的に議論して整備すべきではないか。

○身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置（かかりつけ医機能）を行うことのできる病院を含めた医療機関の確保と明示が必要ではないか。

○増加する 85 歳以上高齢者の救急医療や在宅医療、かかりつけ医機能については、現存するいわゆる中小病院を活用する仕組みの構築が必要であり、

地域で求められる医療を提供する医療機関に対しては、一定の財政的支援が必要ではないか。

4. 財政的基盤の整備と援助等
○地域医療介護総合確保基金を、病院経営が継続できるように、診療報酬ではまかなえないところに柔軟に活用できるようにすべきではないか。

5. 法体系の整備
以上の意見が的確に具現化されるためにも、諸処の核となるべく、法体系の整備が必要と考える。
○法律の建付けは現在、医療法第 30 条の 4 に医療計画の項があり、その中に地域医療構想が記載されている。しかし、本来的に、構想があっての計画であるべきであり、順序が逆ではないか。

6. 最後に
「新たな地域医療構想」は介護との連携等も含める流れとなっていることから、名称の見直しが必要ではないか。例えば「地域における医療及び介護との連携に関する構想」など、より内容を体現する名称を考えるべきではないか。

以上

2024 年 11 月 19 日

厚生労働大臣
福　岡　資　麿　様

一般社団法人　日本病院会
会　長　相　澤　孝　夫

「医師偏在対策」等についての提言

「医師偏在対策」については、「経済財政運営と改革の基本方針 2024」（令和 6 年 6 月 21 日閣議決定）において、「是正に向けた総合的なパッケージを 2024 年末までに策定する」とされ、医師養成課程を通じた対策の検討を「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」で行い、医師養成課程を通じた対策以外の検討を「新たな地域医療構想等に関する検討会」で行うこととされました。

これらの情勢と、特に地方の中小病院の医師確保が非常に困難な現況等を踏まえ、病院団体としての意見を以下のとおり取りまとめたので提言いたします。

記

1. 「医師少数地域で働くための要件とインセンティブ」について

1）医師全ての年代を対象

○医師全ての年代を通して、医師少数地域で働くことについて、「医師としても人としても楽しいこと、良いことがある」と感じられる方策を考えることが大切ではないか。

○これまでの制度の中で改善策を考えるのは難しいため、発想を変えて、医師少数地域で働く医師に対しては税制優遇を行う等の対策が必要ではないか。

2）高年層を対象

○いわゆるメスを置いた医師等のベテラン医師が、キャリアチェンジに伴い、ふるさと U ターンのような形で円滑に医師少数地域において働けるような仕組みがあると良いのではないか。その場合、働き方も多様に設定し、一週間働くこともできれば長期に働くこともできる、また、勤

務時間もフルタイムもあればパート的な働き方もあるといった選択ができる仕組みを構築するとともに、複数の医師で対応できるように工夫し、マッチングする協議体等の存在が重要ではないか。

3）若年、中年層を対象

○医師少数地域で働くことが地域医療支援病院の管理者要件になっており、その対象病院の範囲拡大の案が謳われているが、管理者要件よりも専門医資格の更新におけるインセンティブにした方が効果はあるのではないか。

○特に若者はワークライフバランスを重要視するため、そこにインセンティブを付与する対策が必要ではないか。

日本臨床外科学会による 2020 年度実施の若手外科医へのアンケート調査結果によれば、多くは家族のための時間を確保したいと考えており、具体的には、一週間程度の連続休暇、子供の入学式・卒業式、出産の立ち合い等、こうした具体的なことに、職場の雰囲気から申請できないといったことのないように、普通に対応できるようにすべきではないか。

その際は、不在となった医師の業務を相互補完できる対策も同時に行う必要がある。

2. 「開業等の規制、営利・非営利の問題」について

○多くの若手医師が美容外科に流れ、病院の医師不足の要因になっていることが大きな問題で、営利主体の自由診療を規制すべきではないか。

○美容外科については、2 年間の臨床研修修了後にそのまま自由診療の美容医療の分野に進む、いわゆる「直美」が増えている。医師養成には国費が投資されており、国民の医療を守ることが前提となっていることを踏まえれば、一定期間、保険診療に従事させる等、何らかの規制、対策が必要ではないか。

○医療法第 7 条第 7 項では、病院、診療所および助産所について、提供する医療の非営利性を求めているが、営利を求めていると思われる美容外科は医療法に抵触しないのか。

○医療・介護における営利、非営利の問題について、抜本的な法改正を含めた見直しが必要ではないか。

3. 「教育」について

1）高年層を対象

○いわゆるメスを置いた医師等のベテラン医師が、キャリアチェンジに伴

い、医師少数地域で最も求められる総合診療能力・技術を得られるリカレント教育の体制整備が必要で、そうした医師が「かかりつけ医機能」の一翼を担えるようにすることが重要ではないか。総合診療に関する「専門医」を育成することは現状、必ずしも順調に進んでいるとは言えないことを踏まえ、専門医育成とは異なる方法にも目を向けるべきであり、その観点から、医師の「キャリアアップ」の一環として育成していくことが肝要ではないか。

2）中年後期の層を対象

○リカレント教育について「中堅以降医師への推進」が示されているが、中堅医師は最も忙しいため、中堅を含まない、もう少しベテランになった医師を対象とする方が良いのではないか。

3）若年層を対象

○医師少数地域で働くことの意識を涵養するには、養成課程に入る前の教育も必要ではないか。

4. 「データ」について

○対策を検討するためには、地域別、診療科別の必要医師数を示す必要があるのではないか。

○現在の「医師偏在指標」は対象地域に勤務する医師の肌感覚と乖離がある。よって、「多い・少ないについての考え方」、「多数区域と少数区域を把握する範囲」および「算定方法」の見直しが必要ではないか。

5. 「インフラとしての医師」について

○風潮として、国は医師を重要なインフラとして考えていないのではないか。前提として、医師を国の資産、人財として捉えたうえで検討を開始しないと本質的な改善に繋がらないのではないか。

6. 「診療報酬」について

○医師少数地域で最も求められる総合医による診療を主軸に病院の運営を行っても、診療報酬で適切な収入が得られない仕組みになっている。「診療報酬」と「望まれる体制」が結びついていないため、その是正が必要ではないか。

7. 「関係機関の連携について」について

○厚生労働省の資料によれば、医師少数地域等で勤務する理由の上位に「大学医局の人事異動」と、都道府県が主体に行う奨学金貸与について「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」

とされている。このことから、大学と都道府県が連携できれば、医師少数地域で働く医師が増えるのではないか。

8. 全体を通じて

○医師を強制的に医師少数地域で働かせる方策を講じるよりも、複数の対策を組み合せて対応しなければ効果があがらないのではないか。

○地域医療を守る病院の体制を築くためには、医師に限らず、看護師、薬剤師等の流出等も併せて対策を講ずる必要があるのではないか。

以上

日病会発７５号
令和6年11月21日

自由民主党
政務調査会長　小野寺　五典　殿
参議院幹事長　松　山　政司　殿
組織運動本部長　小　渕　優子　殿

一般社団法人　日本病院会
会　長　　相　澤　孝　夫

令和７年度税制改正に関する要望

標記に関して別添の通り要望いたしますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

税制改正要望

要　望　事　項

国　税	７項目
地方税	２項目
地域医療の拠点としての役割と税制に関する要望	１項目

以　上

要望の優先順位上位４項目

（国税）

１. 控除対象外消費税等を病院が負担しないように税制上の措置を含めた抜本的な対応を行うこと。

２. 持分のある医療法人に対する事業承継税制を整備すること。

（地方税）

１. 社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置を存続すること。

２. 病院不動産について、固定資産税及び都市計画税ならびに不動産取得税、登録免許税の非課税措置を整備すること。

令和７年度税制改正に関する要望事項

【国税】

１．控除対象外消費税等について、社会保険診療報酬等を課税売上とする取扱いに改める等の抜本的措置を講じること。

《理由》

現行制度上、社会保険診療報酬等が非課税売上とされているため、材料仕入、委託費、設備投資等に係る仕入消費税の相当部分（控除対象外消費税等）について医療機関が最終負担者となる状態が生じている。医療機関における控除対象外消費税等の負担は看過できない水準であり、このような状態を放置すると、全国各地の地域医療提供体制に重大な悪影響を与える事になりかねない。

控除対象外消費税等の問題については、平成31年度の与党税制改正大綱において、控除対象外消費税等を診療報酬で補てんする仕組みを精緻化することで対応することとされ、それが現在も継続されている。

高度急性期、急性期、回復期等の病床機能区分といったグループ単位で控除対象外消費税等を補てん調整することはある程度可能であるものの、個別病院レベルで不公平が生じないといえる水準で精緻な補填の仕組みを構築することは容易ではない。

したがって、診療報酬で控除対象外消費税等がどれだけ精緻に補填されているかを継続して確認検証し、診療報酬制度における補填の仕組みでは病院ごとの不公平が解消できないと認められる場合には、社会保険診療報酬等の課税化転換を含めた税制の抜本的な改正による問題の解決を検討する必要がある。

なお、個々の病院ごとに発生する控除対象外消費税等を診療報酬に完全に上乗せする仕組みが講じられればこの問題は解消されるが、その方法は、診療費自己負担額や健康保険料の支払いを通じて患者が控除対象外消費税を負担することと同義である。すなわち、診療報酬制度によって控除対象外消費税の解消を図る手法（解消方法①）は医療サービスの最終受益者である国民が消費税を負担することを意味し、社会保険診療報酬を課税化転換すること（解消方法②）と国民負担の観点からは実質的な差異はない。

よって、解消方法①と解消方法②のいずれを採用するかは、公平性・中立性・簡便性という基本的観点から検討されるべきである。

2. 中小企業の事業承継税制を持分のある医療法人に対しても適用すること。

《理由》

中小企業に対しては「非上場株式等に係る納税猶予・免除」の制度が設けられ、継続して事業を行う企業の株式継続保有（現経営者から後継者への事業承継）に対する税負担が軽減されている。

このような制度が設けられているのは、中小企業を取り巻く多くの利害関係者（従業員、株主、債権者、取引先、消費者等）にとって、地域中小企業の円滑な事業承継は雇用確保や地域経済の活性化の観点から極めて重要であるためである。

全国各地域で欠くことのできない役割を果たしている医療法人のうち、持分のある医療法人の事業承継でも出資持分に対する税負担は大きな問題である。医療法人総数５８，００５のうち３６，８８４が持分のある医療法人である（令和５年３月３１日現在、厚生労働省・種類別医療法人数の年次推移より）。全国各地域の医療提供体制を支え、職員や取引先等の直接的な利害関係者に限らず、地域住民や地域行政にとって欠くことのできない重要な存在である持分のある医療法人についても、相続税・贈与税の納税猶予・免除を認める事業承継税制を適用すべきである。

3. 認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置について、認定医療法人が期限内に移行手続が完了できなかった場合に再認定が受けられるようにすること。

《理由》

認定医療法人において、出資者が何らかの理由で持分放棄の意思決定ができない不測の事態が生じ、期限内に移行が完了できないこともあり得る。

このように認定医療法人となった後、何からの理由で移行期限内に持分放棄を完了して持分のない医療法人に移行できなかった場合、現在は再認定を受けることができない。このようなリスクは、認定医療法人の申請をためらわせる理由の一つと考えられる。

持分のない医療法人への移行を望む法人が積極的に認定医療法人の申請を行うことができるよう、期限内に移行手続を完了できなかった法人についても要件を充足していれば認定医療法人の申請を再度行うことができるようにしていただきたい。

4. 医療法人の出資評価で類似業種比準方式を採用する場合の参照株価は「医療福祉」と「その他の産業」のいずれか低い方とすること。

《理由》

持分のある医療法人への出資を類似業種比準方式により評価する場合の業種目は「その他の産業」である。その理由は「医療法人は、医療法上剰余金の配当が禁止されているなど、会社法上の会社とは異なる特色を有している」ためとされている。

持分のある医療法人は、剰余金配当が禁止されているという点で会社と異なるものの、その事業内容からは「医療福祉」に分類することも可能である。すなわち、持分のある医療法人は「医

療福祉」と「その他の産業」の両方の要素を併せ持つ法人であるといえる。

このような特性を考慮すると「その他の産業」で画一的に株価を評価する現状の取扱いは合理的では無く、「医療福祉」と「その他の産業」の両方の性格を併せ持つ法人として、「医療福祉」と「その他の産業」のいずれか低い株価を基礎として持分のある医療法人の類似業種比準方式の株価を計算するように改めるべきである。

5．医療機関の設備投資に係る税制を整備拡充すること。

《理由》

全国の病院は、地域医療構想等の政策に沿った機能分化や災害対策、高度な医療技術への対応、感染症対策などのため多額の設備投資を行う必要性に迫られている。

技術革新による陳腐化が生じる医療関係設備（建物、建物附属設備、医療機器、電子カルテ等の情報システム、ロボットフレンドリーな環境整備等）については早期の投資回収/再投資が必要である。

病院における投資回収を促進し、次代の設備投資財源を確保するために次のような税制上の手当を行うべきである。

- 病院用建物、医療機器、医療情報システム等に関する法定耐用年数の短縮
- 設備投資に係る控除対象外消費税等の即時損金算入（現在は 60 月の分割損金計上）
- 病床転換改修費用の即時損金算入
- 耐震基準を充足するための改修費用の即時損金算入

6．公的運営が担保された医療法人に対する寄附税制を整備すること。

《理由》

社会医療法人や特定医療法人は、持分の定めをなくして残余財産については国等への寄附が義務付けられ、同族役員の構成比率の制限も受けた、公的な運営体制が確保された医療法人（公的医療法人）である。公的医療法人が運営する病院の多くは地域医療を支える重要な存在であり、その存続・発展を図ることは公益の増進に資するものである。

診療報酬制度の改定や控除対象外消費税など病院を巡る経営環境は厳しさを増しつつある。寄附金も含めた法人運営の財源多様化等を図ることは重要であり、公的運営が担保された医療法人に対する寄附税制を整備する必要がある。

現状、医療法人に寄附した個人に対して所得税法上の優遇措置は設けられていない。法人に対する法人税法上の取扱いも同様である。公的医療法人を特定公益増進法人に含め、公的医療法人に対する寄附を所得税法上の寄附金控除の対象および法人税法上の損金とすべきである。

また、持分のない医療法人に対して不動産を贈与した場合、贈与者（個人）の側では時価で不動産を譲渡したものとみなして譲渡所得税の課税（みなし譲渡所得課税）が原則として発生する。このため、病院運営の安定化や永続性担保を願って不動産を医療法人に贈与したいという場合に、贈与者の税負担が障害となり、贈与が実現しないことがある。

租税特別措置法第 40 条に基づく譲渡所得税非課税申請が認められればみなし譲渡所得課税を回避できるが、当該申請手続は極めて煩雑であり、またその審査には長期間を要する。

公的医療法人に対する不動産の贈与については、租税特別措置法第 40 条の適用を当然に受けられるようにし、公的医療法人の運営基盤強化を支援する仕組みが必要である。

7．医療費控除の制度を拡充すること。

《理由》

年間 10 万円を超える医療費（保険金などで補てんされる金額を除く。）は所得税法上の医療費控除の対象となっている。

平成 29 年にはセルフメディケーション税制（医療費控除と選択適用）も整備されている。

一方、健康診査については、結果として重大な疾病が発見されてその疾病の治療を行った場合以外は、医療費控除の対象に含めることができないとされている。

超高齢化社会において国民皆保険制度を持続可能にするためには、全国民が健康維持に自ら取り組む運動をより一層促進する制度を充実させる必要がある。また、感染症拡大が国民生活に甚大な影響を与える事実を目の当たりにした今日、多くの国民に対して予防接種推奨を図ることも重要である。

そのため、現在の医療費控除の制度を次の点で拡充すべきである。

- 医療費控除金額の 10 万円下限規制を撤廃し、セルフメディケーション税制を通常の医療費控除の仕組みに統合すること。
- 健診結果にかかわらず、一定金額の上限を設けて健康診査費用を医療費控除の対象とすること。
- すべての予防接種費用を医療費控除の対象とすること。

【地方税】

１．医療機関における社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置を存続すること。

《理由》

医療機関、特に病院は、地域医療計画に定められた地域医療提供体制の重要な一員である。我が国の民間病院は地域医療の重要な担い手であるという意味において、国公立病院や公的病院と何ら変わりない。

1952年の議員立法によって社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置が設けられたのは、医師に応召義務が課された我が国の医療機関が、国民皆保険制度のもとで国民の健康と命を守り、学校健診・救急医療などの地域公共サービス提供主体を担っていること等が考慮されたからである。

超高齢化社会を迎えて地域における民間医療機関の役割はますます重要性を増しており、議員立法当時の地方税法関連規定創設趣旨を踏まえて、社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置を今後とも存続していく必要がある。

また、地方税法第72条の23第1項では、事業税非課税措置の適用を受けることが出来る法人が限定されているが、上述のような趣旨からは、開設者を問わず全ての民間医療機関が事業税非課税措置の適用を受けることが出来るようにされたい。

２．病院運営に直接的又は間接的に必要な固定資産について、固定資産税及び都市計画税並びに不動産取得税、登録免許税を非課税あるいは減税とすること。

《理由》

国公立・公的病院や社会医療法人は、病院運営に直接的に関係する不動産について固定資産税及び都市計画税（以下「固定資産税等」という。）が非課税となっている（社会医療法人の場合は救急医療等確保事業の用に供する病院及び診療所に限る。）。一方、これらの病院と実質的に変わらぬ機能を持ち、地域医療を支えている医療法人や個人等が開設する病院には固定資産税等の非課税措置は適用されない。

養護老人ホームや特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなどの老人福祉施設等は開設者に関係無く固定資産税等が非課税とされており、病院についても同様の取扱い（施設属性に対して一律の固定資産税等の非課税扱い）とすべきである。

また、医師や看護師等の医療従事者確保に苦慮している医療機関は多く、人材確保を目的として医療従事者向けの宿舎（職員寮）の整備を行う病院は少なくない。このような宿舎に係る不動産については、医業関連不動産でも教育用不動産でもないものとして、民間病院だけでなく公的病院においても固定資産税等が課税される。有料で提供している病院付属の駐車場についても同様である。

公的病院や、社会医療法人が直接「救急医療等確保事業に係る業務」の用に供する不動産で政令で定めるものについて不動産取得税の非課税措置はあるが、それ以外の病院不動産の取得については不動産取得税も課税されている。

国公立・公的病院は当然に営利を目的としないが、医療法人も営利を目的としない存在である。社会福祉法人や学校法人、公益財団法人・公益社団法人も同様である。このように病院は基本的には非営利の開設主体によって運営されている。

非営利の開設主体が運営する病院に対する課税の公平性を確保するため、その付属設備（宿舎、駐車場等）を含めて、病院関連不動産の固定資産税等、不動産取得税及び登録免許税（所有権移転登記又は所有権保存登記時に発生するもの）に係る非課税措置あるいは軽減措置を整備する必要がある。

【地域医療の拠点としての役割と税制に関する要望】

１．新興感染症の流行や災害の発生時に、病院が地域医療の重要な拠点としての役割を十分に果たせるよう、新興感染症や災害への対応に係る税制上の各種手当を整備しておくこと。

《理由》

国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、多くの医療機関が都道府県知事と協定を締結し、全国各地域における感染症医療の提供体制を構築している。

また、災害拠点病院として指定されている病院はもとより、全国の多くの病院が災害に対する備えを行い、自院の近隣地区で被災が生じた場合には傷病者への対応で重要な役割を果たしている。

このように、新興感染症の流行や自然災害発生といった緊急時に備えて、地域住民の生命を守る病院の機能を維持するために有用な税制を平時から整備しておくことは極めて重要であり、新興感染症の対応に関する都道府県知事との協定を締結している病院や、激甚災害に指定された地区に存する病院に対する税制上の手当として次のような制度を早急に整備していただきたい。

- 病院を開設する法人に対する寄附について税制上の控除を認めること（所得税、法人税）。
- 病院を開設する法人が受け入れる寄附金について益金不算入とすること（法人税）。
- 欠損金の繰越控除期間の制限を撤廃し、欠損金の使用可能期間を無制限とすること（法人税、地方税）。
- 欠損金の繰戻還付制度の適用要件を緩和して病院を開設する全ての法人が適用できるようにするとともに、遡って法人税の還付請求できる期間を拡大すること（法人税）。
- 感染症対応の補助金や助成金などの公的支援金を益金不算入とすること（法人税）。
- 災害復旧のための補助金や助成金などの公的支援金を益金不算入とすること（法人税）。
- 激甚指定された災害を原因とする受取保険金を益金不算入とすること（法人税）。

2024 年 12 月 16 日

○○県知事
○○　○○　様

一般社団法人　日本病院会
会　長　相澤　孝夫

病院への「重点支援地方交付金」による支援のお願いについて

病院経営は、物価高騰や賃金の急上昇により、非常に厳しい局面を迎えています。2024 年の診療報酬改定では、本体改定率がプラス 0.88%であったものの、入院に対するコストや人件費、物価上昇の対応は不十分であるだけでなく、病院の経営状況は赤字が拡大しております。

病院の収入は公定価格である診療報酬により定められており、個々の病院では、物価上昇分等を価格に反映できない仕組みであることはご承知のとおりであります。

具体的に 2024 年病院経営定期調査によれば、特に 2022 年度と 2023 年度の比較においては、経常利益率は６．２ポイント悪化しており、さらに、2024 年 6 月の状況を見ると、前年同月と比較して、医業利益率がマイナス２．３ポイント、経常利益率マイナス３．２ポイントと、ともに大きく悪化しております。

これ以上現在の状況が続けば、地域の救急医療や入院医療を提供する病院が経営破綻に陥り、地域の医療提供体制に深刻な影響を及ぼす可能性が非常に高くなると言わざるを得ません。

貴殿におかれましては、病院経営が窮地にあることをご理解いただき、地域医療を支える病院の存続のため、2024 年度補正予算における「重点支援地方交付金」において、病院への支援を速やかに実施されることを懇願申し上げます。

＜出典：病院経営定期調査＞

年度	医業利益率	経常利益率
2022 年度	△7.6%	4.9%
2023 年度	△7.2%	△1.3%
2023 年 6 月	△7.5%	△2.3%
2024 年 6 月	△9.8%	△5.5%

【緊急調査】特定集中治療室管理料の見直しに関する調査

（調査期間：令和6年6月3日～14日）

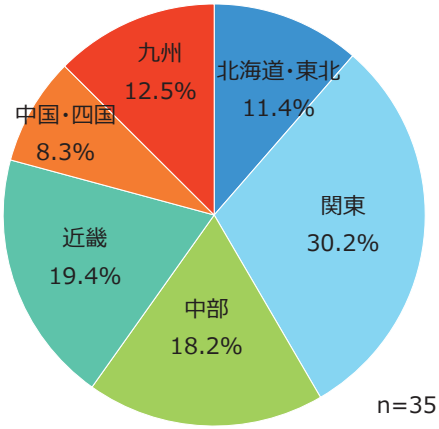
一般社団法人 日本病院会

○調査概要

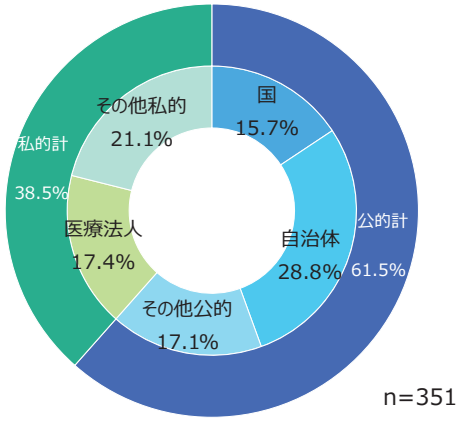
調査目的	令和6年度診療報酬改定における特定集中治療室管理料の見直しに関する影響を把握することを目的とする。
調査方法	調査対象病院にEメール及びFAXによって調査票を送付し、回答、回収を行った。
調査期間	令和6年6月3日（月）～6月14日（金）
調査対象	令和5年6月現在に特定集中治療室管理料を届け出ている全国の病院（583病院、うち会員病院：477病院、非会員病院：106病院）
回答数	351病院（回答率60.2%）うち　会員病院：293病院（61.4%） 非会員病院：58病院（54.7%）

○回答病院_基本情報

地域別割合

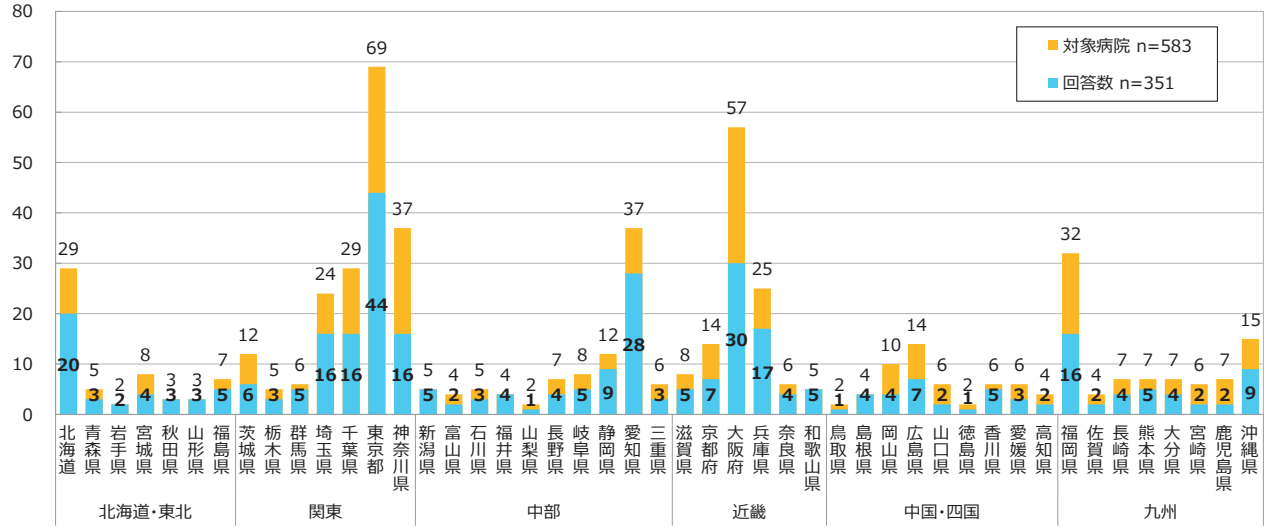


開設者主体別割合

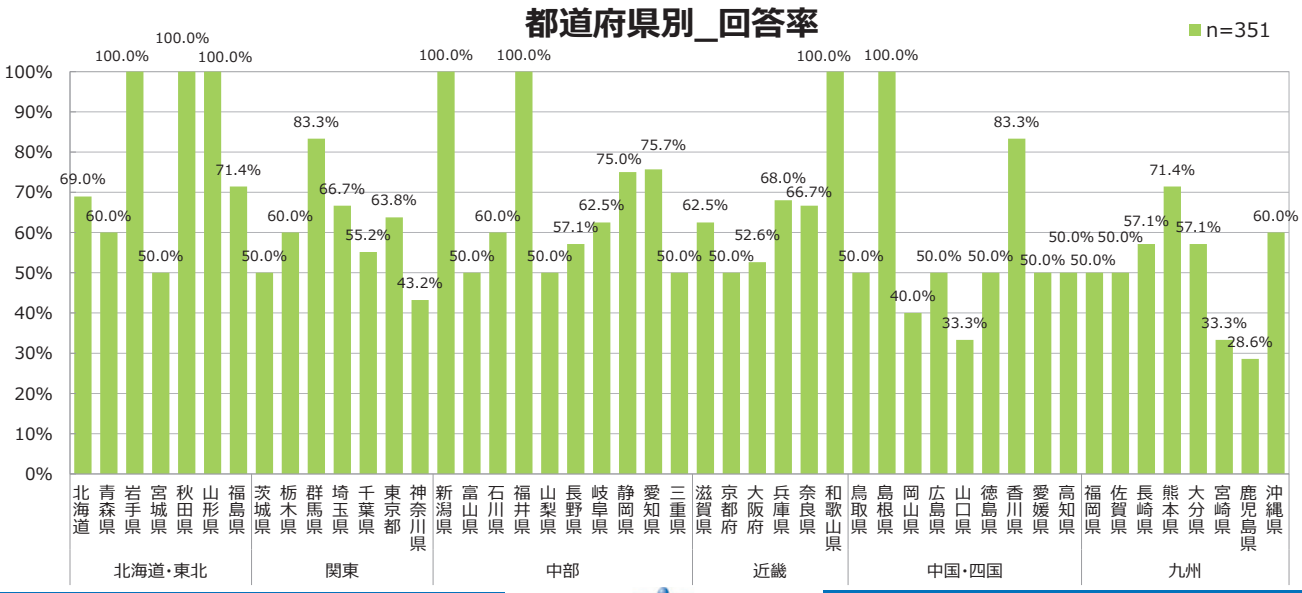


○回答病院_基本情報2

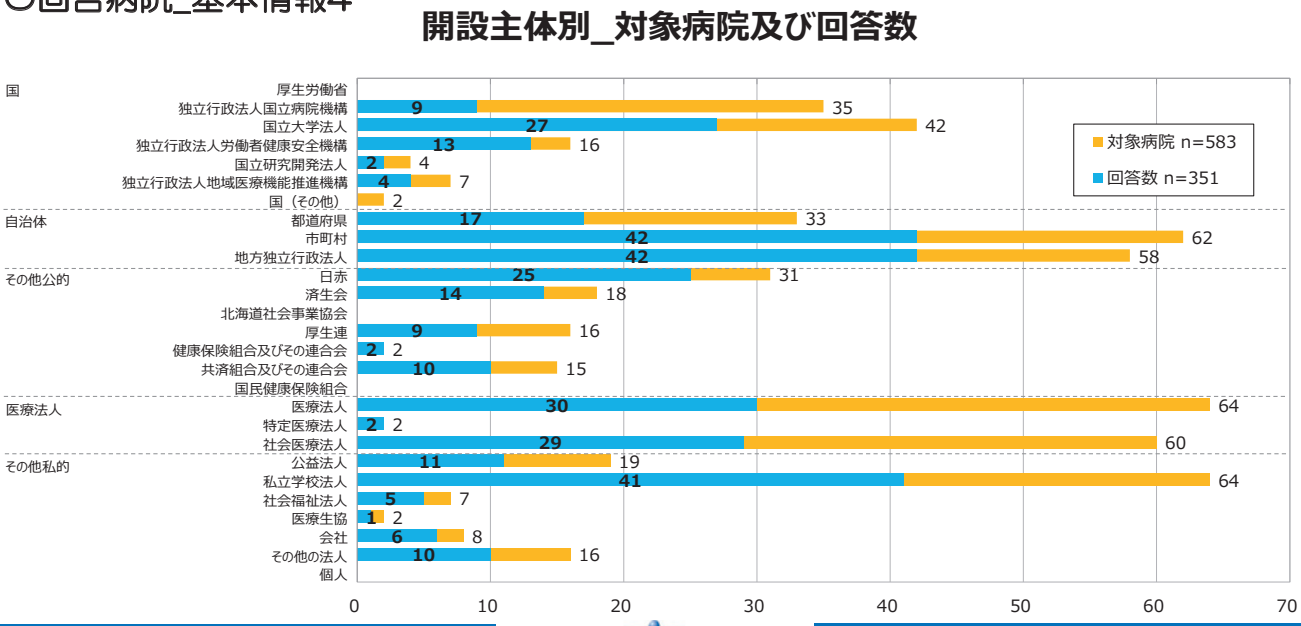
都道府県別_対象病院および回答数



○回答病院_基本情報3

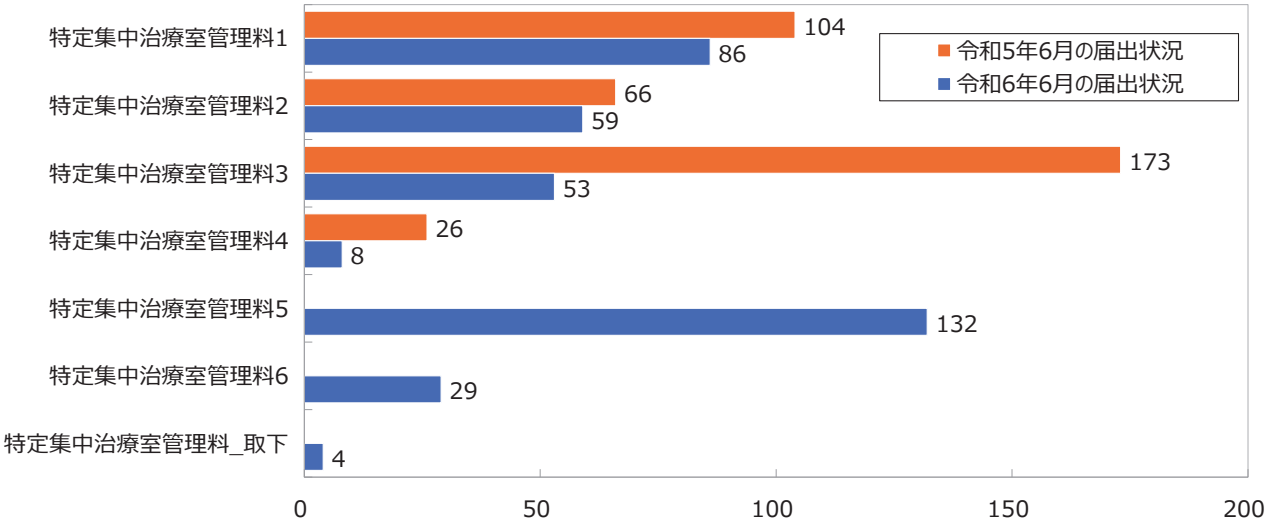


○回答病院_基本情報4



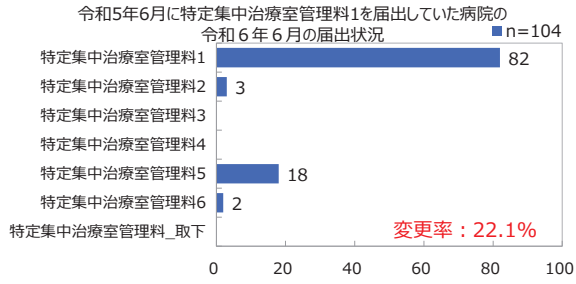
○ Q1 特定集中治療室管理料の届出状況について

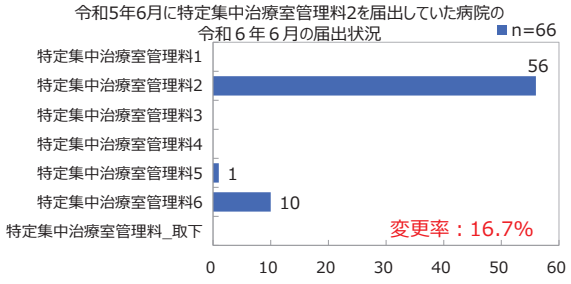
特定集中治療室管理料の届出状況（n=351）※複数回答あり

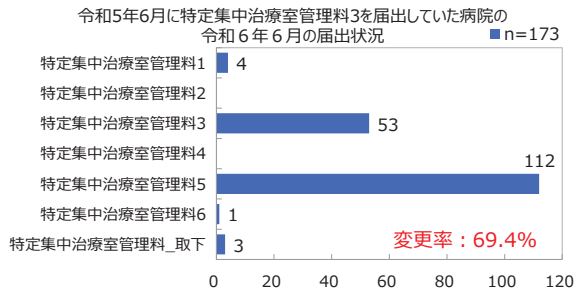


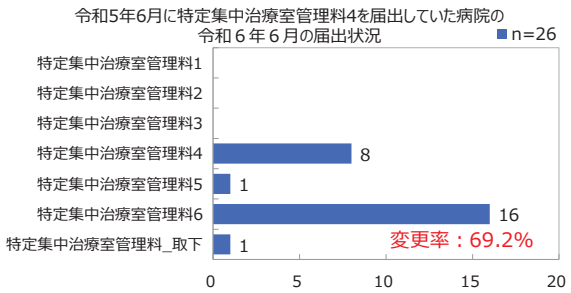
○ Q1 特定集中治療室管理料の届出状況について_管理料別

全体の変更率：49.0%



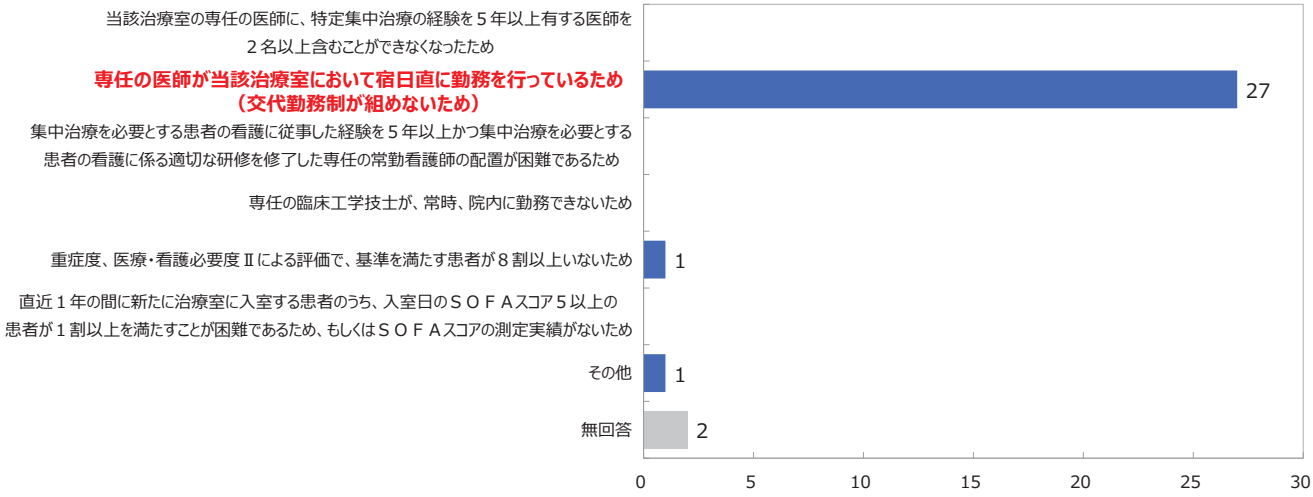






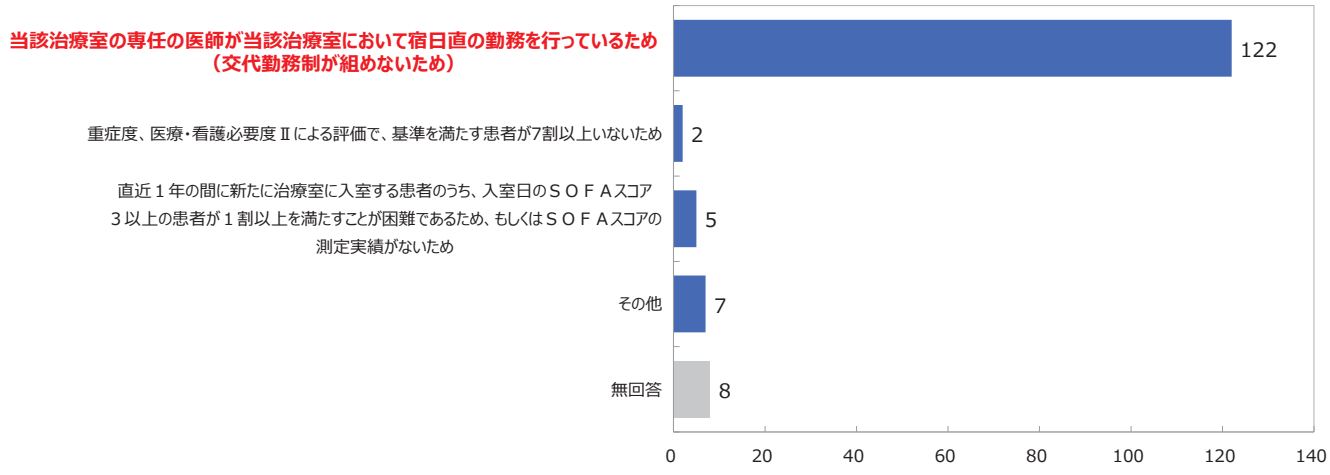
○ Q2-1 特定集中治療室管理料1・2からの変更、もしくは取下げ理由（n＝30）（複数回答あり）

令和5年6月1日付で特定集中治療室管理料1・2を届出していた病院



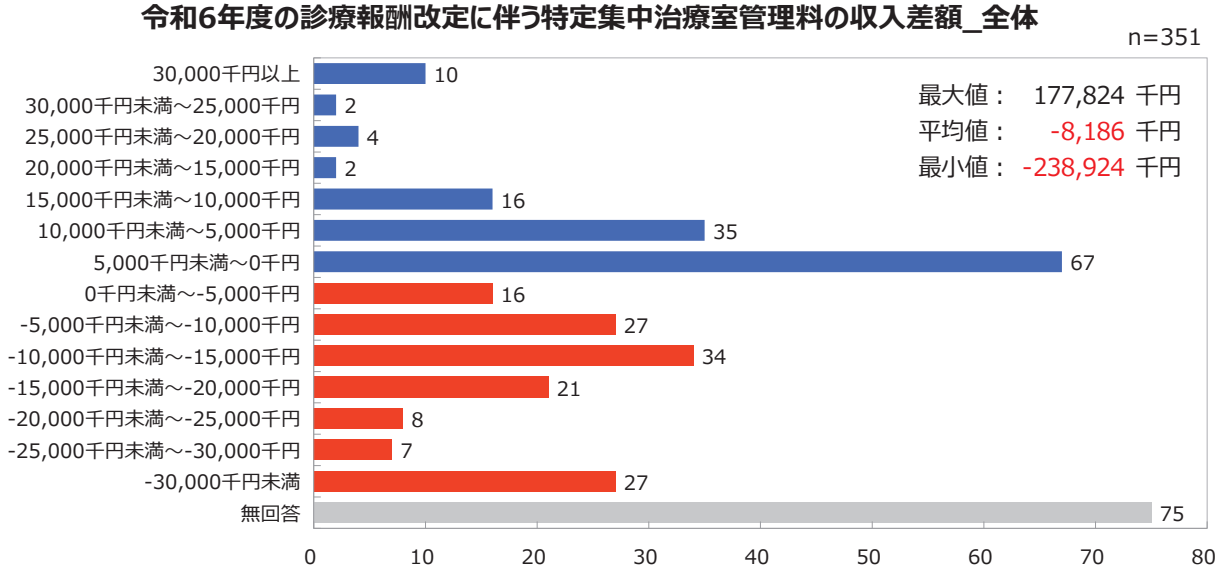
○ Q2-2 特定集中治療室管理料3・4からの変更、もしくは取下げ理由（n＝134）（複数回答あり）

令和5年6月1日付で特定集中治療室管理料３・４を届出していた病院



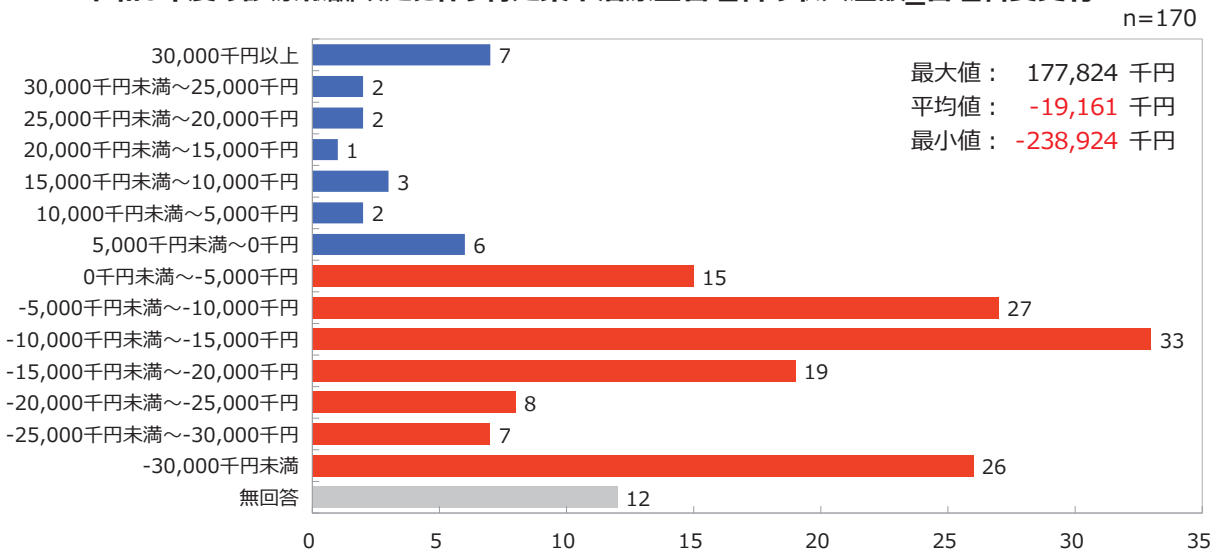
○ Q3-1 令和６年度の診療報酬改定に伴う特定集中治療室管理料の収入差額（予想される収入増減額）

令和6年度の診療報酬改定に伴う特定集中治療室管理料の収入差額_全体



○ Q3-2 令和６年度の診療報酬改定に伴う特定集中治療室管理料の収入差額（予想される収入増減額）

令和6年度の診療報酬改定に伴う特定集中治療室管理料の収入差額_管理料変更有



○ Q4 その他ご意見

医師の宿日直勤務から交代勤務への移行の困難さと医師不足問題に関する意見	21件
医師の宿日直勤務から交代勤務への変更による経営への影響に関する意見	12件
特定集中治療室管理料における基準の見直し及び経過措置の要望に関する意見	12件
財政措置の要望に関する意見	6件
特定集中治療室管理料だけでなく、救命救急入院料等の調査要望に関する意見	5件
宿日直勤務と交代勤務におけるアウトカムに関する懸念	3件

令和６年５月29日

厚生労働大臣
武　見　敬　三　　殿

令和７年度予算概算要求に関する要望

四病院団体協議会
一般社団法人　日本病院会
会　長　相　澤　孝　夫
公益社団法人　全日本病院協会
会　長　猪　口　雄　二
一般社団法人　日本医療法人協会
会　長　加　納　繁　照
公益社団法人　日本精神科病院協会
会　長　山　崎　　學

序文

これまでの本要望では、各団体からの個別の案件を吟味し取り上げてきましたが、今回からは要望の重要性と規模に則り【最重点要望事項】、【重点要望事項】の２つを取り上げ、それ以外の要望は重要度に応じて項目ごとに表記致します。

【最重点要望事項】

最重点項目の一番目は、

『物価等の社会情勢に応じた診療報酬体系での柔軟な対応の確立』です。

高騰を続ける電気・ガス・水道代金、それに給食材料費・人件費支出増大といった多くの事項が病院経営を逼迫させる状況にあります。一般企業や小売業では競うように価格を調整することで経営の均衡を維持しているものの、公定価格で運営している医療機関は、価格転嫁できず病院経営は非常に厳しい状況に

あります。そしてその状況は、今後さらに悪化していくことが予想されます。一時的な補助金や支援金でその場は凌げても抜本的な解決策とは言えず、また、診療報酬改定は 2 年に一度であり、物価変動に素早く対応することはできません。そこで、2 年ごとの改定を待たずに社会情勢の変化を診療報酬に反映させられる全く新しい制度の樹立を提言したいと思います。

実際に病院を運営するに当たって関わりのある業種は農業・畜産業・漁業・製造業など非常に多岐にわたり、地産地消を地域全体で意識した病院とそれを取り巻く全ての地域産業が、ともに経営の安定が計れれば、その地域にとって最善と考えます。

国民が安心して暮らすためには安定した医療提供は必須であり、この医療安定供給には地域産業の安定と繁栄も必要不可欠と考えます。各種産業界の価格改定に合わせて診療報酬も追随できるような、社会情勢を加味した新たな診療報酬制度の確立で、堅強な医療提供体制を再構築することを望みます。

二番目の最重点要望は、

『病院の災害面・感染対策面を含めた強靭化対策』です。

不測の事態にも、安定した経営のもと急変に対応できる病院の体質作りの支援が必要であると要望します。

近年だけでも東日本大震災・熊本地震、能登半島地震と大きな地震に悩まされる我が国は、頻発する水害にもいまだに翻弄されています。これらを教訓とした予防的対応や、新興感染症等に柔軟かつ速やかに対応できる医療機関づくりも、これからは必須と考えます。災害時に地域の医療機関が機能し続けることは、被災地域における住民の安心・安全にも繋がるため、これをニ番目の最重点要望として、**医療機関の強靭化対策**を挙げたいと思います。

そのような状況の中、地域医療を守り、国民が安心して安全な医療を受け続けられるようにしていくために、最重点項目から切り出した病院団体としての要望を重点項目として以下に示します。

【重点要望事項】

１．職員の待遇改善により人材確保に資する予算措置

＜要望内容＞

令和 6 年度診療報酬改定において医療従事者の賃上げに対応した財源が確保された。しかし、人材不足を解消するためにも今以上の賃上げが必要である。病院経営が逼迫している中、その原資を確保することは困難であり、賃上げ・人材確保・育成に関する診療報酬とは別（調整基金創設等）の財源を要望する。

２．物価高騰に対する予算措置

＜要望内容＞

公定価格で運営している医療機関は、物価高騰や人件費増などを価格に転嫁することができない。物価や原材料、資源価格の高騰による影響は医療機関も例外ではない。令和 6 年度診療報酬改定において、入院時の食事療養費の自己負担が 30 円増額されたが、その他の物価高騰等に対する評価はない。特に建築コストの高騰は病院の増改築に大きな影響を与えている。世界情勢や国内情勢等に左右される物価に対応するための予算措置や、例えば「歯科用貴金属価格の随時改定」のような仕組みを活用しての素早く、柔軟で恒久的な新たな仕組みづくりを要望する。

３．災害や新興感染症に対する強靭化に対する予算措置

＜要望内容＞

震災等からの復旧に対する支援として「医療施設等災害復旧費補助金」があるが、建物の原状復帰が原則である。医療機関等は社会的インフラであり、東日本大震災、熊本地震、能登半島地震や、頻発する水害等の災害の教訓を生かし、建物の原状復帰だけでなく、被災しないための建物の改修、新型コロナウイルス感染症を教訓とした新興感染症等に対応できる医療機関とするための改修に対する予算措置、ハザードマップ等で危険地域に所在する医療機関に対して建物の改修・設備等の更新や移転に対する予算措置、設備等の更新等の予防措置も行え

る補助金とすることを要望する。これらハード面を強靭化することによって、地域住民の安定と定着が得られると思われる。

４．医療 DX 推進に対する予算措置

＜要望内容＞

医療 DX は、これからの医療に欠かせないインフラであり、一刻も早い実装が求められています。しかし、医療 DX を推進するためには電子カルテや医事システム等の改修や入れ替え、サイバーセキュリティ対策等が必要となり、それには費用が発生します。国民の保健医療の向上を図るとともに、最適な医療を実現するための基盤整備を推進するための予算措置を要望する。

なお、要望の詳細は「別紙」を参照願います。

以　上

（別　　紙）

目　次

Ⅰ　新興感染症対策関係

１　新たな新興感染症に対する予算措置・・・・・・・・・・・・・・・・・7

Ⅱ　働き方改革関係

１　医師の働き方改革に伴う医療人材確保と養成に係る予算措置・・・・7

２　病院における看護補助者（介護職）の処遇改善への予算確保・・・・8

３　外国人技能実習生受入れ事業への補助・・・・・・・・・・・・・・・8

４　ケアマネージャー（介護支援専門員）の処遇改善・・・・・・・・・9

Ⅲ　医療従事者の能力向上関係

１　病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業・・・・・・・・・・9

Ⅳ　地域医療介護総合確保基金関係

１　地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たりない配分
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

２　地域医療構想推進のための病床ダウンサイジング支援の充実・・・・10

Ⅴ　病院における食事療養関係

１　病院給食に関する構造の転換に係る補助、及び抜本的な構造の転換に係る研究のための財政的支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

Ⅵ　医療機関の DX 関係

１　医療情報化支援基金による、電子カルテの標準化等にかかる初期導入経費への補助・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

２　病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給・・・・・・12

３　医療人的資源を補完する ICT・AI 等の導入への財政的補助・・・・・12

４　電子処方箋導入に伴う補助金拡充・・・・・・・・・・・・・・・・・12

５　地域医療充実のためのオンライン（遠隔）診療補助・・・・・・・・13

６　電子カルテの導入・維持にかかる費用に関する調査研究のための財政的補助・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13

Ⅶ　障害保健福祉関係

１　精神保健指定医の業務を評価し、精神保健福祉法に基づく業務に対する報酬に充てるための予算措置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13

２　「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に関連する予算の充実、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を促進するための予算要望・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

３　公衆電話の代替電話機設置に関する補助・・・・・・・・・・・・・・15

Ⅷ　災害対策関係
１　災害派遣精神医療チーム（DPAT）関連予算の一層の拡充・・・・・・・15
２　災害拠点精神科病院整備費の一層の拡充・・・・・・・・・・・・・・16
３　震災及び火災時等に備えた医療機関の非常用設備の保守･整備に係る経費に対する財政的支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
４　病院の耐震化対応のための補強工事や建替えに対する財政的支援・・16
５　震災・火災・水害等の災害からの復旧・復興への継続的な支援及び適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する予算の確保・・・・・17
Ⅸ　環境への配慮
１　医療機関における省エネルギー設備投資に係る財政的補助・・・・・18
その他（次年度以降も継続して検討していく項目）・・・・・・・・・・・・ 18
１　消費税関係
２　事務手続きの多様化への対応関係

（別　　紙）

Ⅰ　新興感染症対策関連

１　新たな新興感染症に対する予算措置

昨年 5 月に感染症法上の分類が 5 類に移行したことを踏まえ、医療機関は通常医療との両立をさらに強化するとともに、感染拡大に備えた重点的・集中的な対策を行いながら、通常の医療提供体制への移行を段階的に進めることになる。

その移行に際して、医療機関への配慮が不十分な場合、地域の医療提供体制に大きな問題が生じる可能性がある。移行に際しては、病院が患者に適切に対応していくことができるようにするための財政的補助の継続、医療現場において新興感染症患者に対応している医療従事者に対し、感染防止の取組への診療報酬上の評価や感染した場合の補償など十分な財政的補助を要望する。

緊急時の感染症対策基金等の創設や仕組みの構築として、新型コロナウイルス感染症のような新たな感染症によるパンデミックが今後も起こりうることを想定し、緊急事態に対応できるよう、必要な時に柔軟性のある財政的支援（事後的な経費を支弁できる）が可能な基金等の創設を求める。

また、新興感染症へ対応するための建物等の建て替えや修繕、機器整備等を行う際の費用に対して、建築費用等が急激に高騰していることを踏まえ、適切な予算措置を要望する。

Ⅱ　働き方改革関係

１　医師の働き方改革に伴う医療人材確保と養成に係る予算措置

今般の医師の働き方改革に伴い、医療機関は医師の健康を保つために改革を進めながら、地域医療を維持するため、さらなる医師の増員をしなければなら

なくなるのは明らかである。

ついては、地域医療の維持に伴う医師確保において、診療報酬以外に医師の人件費に相当する部分への予算措置を要望する。

また、医療機関においては早くから、特定の手技を看護師に、服薬指導を薬剤師に、診断書の素案作成を事務職に委ねるなどのタスク・シフティング（業務の移管）が進められている。また、チーム医療によるタスク・シェアリング（業務の共同化）の試みも実施されてはいるものの、充分とは言いがたい。

今後の働き方改革において、医師の労働時間の短縮のために医療機関内のマネジメント改革として、このような取組を一層推進させるためにも、医療機関でのタスク・シフティング、タスク・シェアリングを効果的に実施するための研究および医療人材確保と養成に係る財政的補助を要望する。

2　病院における看護補助者（介護職）の処遇改善への予算確保

現在、医療ニーズの多様化、医師等の偏在などを背景として医療機関における医療従事者の確保が困難な中で、質の高い医療提供体制が求められている。病院は入院期間の長短に関わらず、患者にとって診療を受けるだけでなく、日常生活へ復帰するための準備の場でもあり、看護に加えて介護や介助はその機能発揮になくてはならない存在である。病院においては、これら食事、清拭、排せつ、入浴、移動等の療養生活上の世話などの多くを、看護職からの指示の下、看護補助者（介護職）が担っている。これらは、介護保険施設における介護職員と同等の業務でありながら、介護報酬による介護職への処遇改善が行われている一方、病院で働く看護補助者（介護職）に対する処遇改善に係る仕組みはなく、必要不可欠な職種である看護補助者（介護職）の確保に多くの病院が大変苦慮しているのが現状である。

かかる状況において、医療人材の確保が困難な将来にも亘って病院が地域医療を提供していくために、病院介護職員の処遇改善における予算措置を要望する。

3　外国人技能実習生受入れ事業への補助

技能実習制度と特定技能制度が始まってから数年経過した中、国は技能実習制度を廃止し、人材育成等を目的とする新たな在留資格「育成就労」を検討中である。

この新たな制度等を活用し、人材育成という観点から介護福祉士を目指すためには、この国家試験の受験要件に、介護福祉士実務者研修の修了が必須となっており、現在も技能実習修了者が特定技能１号に移行し、同研修を修了してから介護福祉士国家試験を受験している。

同研修が介護福祉士国家試験の受験要件であること自体、腑に落ちないところであるが、同研修費用を受入れ病院等が負担している。

更に同研修を理解できる日本語能力にするための日本語学習費も受入れ病院等が負担している。

よって、介護福祉士の資格に関する実務者研修及び日本語学習に対する費用の大幅な財政支援を要望する。

４　ケアマネージャー（介護支援専門員）の処遇改善

高齢者の増加に伴い、居宅や高齢者支援センターは従事するケアマネージャーの不足により運営が逼迫している。介護従事者がスキルアップし、ケアマネージャーとして従事する道筋が大事である。介護士支援金により、介護士のまま勤務する方の収入が多く、ケアマネージャーの業務に携わる道筋が閉ざされている。ケアマネージャーにも介護士同等の支援金が必要であり予算措置を要望する。

Ⅲ　医療従事者の能力向上関係

１　病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業

高齢患者が著増する中で、医療機関には従来とは異なる役割が求められており、臓器別にとらわれない幅広い診療、多職種からなるチーム医療のマネジメントが実践できる組織が求められており、病院における医師の総合的診療技能

の向上は急務である。ついては、総合的診療能力の獲得を促すキャリア支援事業に参加する医師や、医師が所属する医療機関等への経費補助を実施するための予算措置を要望する。

Ⅳ　地域医療介護総合確保基金関係

１　地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たりない配分

医療介護総合確保推進法に基づき各都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金に、消費税率 10%への引上げによる増収額を基に十分な財源を確保するとともに、公私の隔たりなく適切な配分を行うことを要望する。

２　地域医療構想推進のための病床ダウンサイジング支援の充実

令和 3 年 5 月 28 日に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律が公布・一部施行され、創設された「病床機能再編支援事業」における、全額国庫負担による支援を今後も継続するとともに、地域医療構想に即した病床機能再編を実施する場合には、適切に請求できるように要望する。

併せて、休床や許可病床からの削減についても、地域医療構想の推進の観点から、何らかの国庫補助が行われることを要望する。

Ⅴ　病院における食事療養関係

１　病院給食に関する構造の転換に係る補助、及び抜本的な構造の転換に係る研究のための財政的支援

今日の病院給食は、平成 18 年度に入院時食事療養費が 1 日単位から 1 食単位に変更になったころから収支の悪化が加速しており、さらに昨今は病院における調理師確保の慢性的困難による人員不足と、近年の水光熱費・材料費の増加が拍車をかけている。また、働き方改革の推進に伴い病院給食業務の見直

し等の対応等、喫緊の課題である。

病院給食業務に係る作業内容の見直し、院内で取り扱う食種の集約等の対策だけでは限界があり、セントラルキッチン方式や急速冷却調理・加工機を使用する新調理システムの導入ですべてが解決するわけではないが、それらの導入が求められる。しかし、その実行には初期投資が必要となり、新型コロナウイルス感染症による受療動向の変化などによる収支悪化も重なり、実行することができない状況にある。

治療や健康管理の一環として重要な役割を担っている病院給食を破綻させないために、今できる構造の転換に係る財政的補助を要望する。

また、長期的な視野に立って病院給食の持続可能性を考慮した際、セントラルキッチン方式や急速冷却調理・加工機を使用する新調理システムの導入だけでは、必ずしも十分とは言えない。当該業務に係る状況は首都圏や首都圏周辺、地方都市、中山間地域や離島など全国各地で異なると予測されることから、実態調査を行い、各病院で取り組んでいる画期的な改善策の収集・共有を進め、それぞれの地域事情等を考慮した対策の検討や、入院時食事療養費を 1 日単位に戻すことの有用性等の検討が必要である。

ついては、病院団体や病院給食を提供している企業や団体等と協同で病院給食に関する抜本的な構造の転換に係る研究を実施するための補助を要望する。

Ⅵ　医療機関の DX 関係

1　医療情報化支援基金による、電子カルテの標準化等にかかる初期導入経費への補助

医療分野においても ICT を積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築として、平成 31 年度予算において、医療情報化支援基金が創設された。その対象事業として、電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等を導入の支援などが記されている。健康・医療・介護情報利活用検討会はじめ関連検討会での審議結果待ちとは認識するものの、その措置の確

実な実施に加えて医療機関における初期導入経費への補助金を要望する。

2　病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給

昨今、複数の病院で電子カルテ等のシステムがランサムウェアに感染し、診療が大幅に制限される事態が発生している。一方、このような事態に対して内閣サイバーセキュリティセンター（NISC）は医療機関に一定水準以上のセキュリティ対策を求めているが、そもそも医療機関が持つ患者情報などは国民全体の財産であり、それにかかる費用をただでさえ厳しい経営状況の医療機関側が負担することは極めて困難である。

医療分野における ICT の利活用は国が推進してきた政策であり、また、サイバーセキュリティに対する国の強い姿勢を示すためにも、医療機関のサイバーセキュリティ対策に関しては国が措置を講ずるべきであり、公的な補助金などの支給を要望する。

また、被害を受けた医療機関が元の診療体制に戻るには、膨大な時間と費用を要することから、被害を受けた医療機関に対する財政的補助も要望する。

3　医療人的資源を補完する ICT・AI 等の導入への財政的補助

少子高齢化社会に向けて、医療現場においても働き手の減少が現実に起りつつある。人的資源を援助し、個々の生産性を向上させるには、ICT や AI の活用は必須である。すでに導入例がみられるものの、まだ少数である。医療全般に亘って、これらの技術を利活用するための予算措置を要望する。

4　電子処方箋導入に伴う補助金拡充

令和 4 年度から電子処方箋の運用が開始され、電子処方箋導入費用の補助として、令和 5、6 年度導入完了した大規模病院には事業額上限 486.6 万円の 1/4 である 121.7 万円を上限に、大規模病院以外の病院においては事業額上限 325.9 万円の 1/4 である 81.5 万円を上限に補助がなされることになっている。

病院で電子処方箋を導入するための電子カルテシステム等の改修を行う場合、その費用は 486.6 万円または 325.9 万円の事業額上限金額に収まらない。

医療機関への導入を促進するため、導入に際し想定される費用について項目の細分化を行い、各項目について実勢に基づく標準費用を設定し事業額上限を引き上げるとともに、令和 3 年 3 月以前に顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関に対して事業額上限の全額が実費補助された際と同様、電子処方箋導入費用の補助についても、本来であれば全額の実費補助を、もしくは医療機関の自己負担ができる限り少なくなるよう、補助率の引き上げを要望する。

また、令和 5 年 4 月 1 日以降の導入の場合の補助率低減の廃止、もしくは期限の大幅な延長を要望する。

５　地域医療充実のためのオンライン（遠隔）診療補助

新型コロナウイルス感染症による感染防止対策としても有効であり、また専門医が不足している地域ではとくに重要である遠隔医療は、医療の安全や永続性が担保された安定したシステムとして地域医療充実にきわめて有用であり、オンライン（遠隔）診療等、環境整備を充実させるための財政的補助を要望する。

６　電子カルテの導入・維持にかかる費用に関する調査研究のための財政的補助

電子カルテの導入・維持にかかる費用の価格は常に提供側にあり、その適格性の判断が困難である。医療施設が過度の負担を強いられることへの対策が肝要であり、調査研究の体制作りに係る予算を要望する。

Ⅶ　障害保健福祉関係

１　精神保健指定医の業務を評価し、精神保健福祉法に基づく以下の業務に対する報酬に充てるための予算措置を要望する。

精神保健指定医の業務については、主に病院における診療に関わるものの他、公務員として行政の適正な執行を図るものも含まれる。その業務内容に鑑

み、非常勤の国家公務員ないしは地方公務員として任用される。精神保健指定医の不足の問題が生じたため、都道府県知事から求めのあった場合には、相当の理由がある場合を除き、これに応じ職務を行うべきとの義務規定が設けられている。またその報酬の支払いは国家公務員法ないしは地方公務員法に基づいて行われるが、その業務の重大さに照らして低額なものにとどまっていると言わざるを得ない。十分な待遇を可能とする予算措置を要望する。

2　「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に関連する予算の充実を要望する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を促進するために、以下の予算を要望する。

（1）普及啓発に関して

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいては、一般住民の果たすインフォーマル・ケアはその重要な構成要素であり、また精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの目指すところが地域共生社会の実現であることに鑑み、「心のサポーター養成事業」をはじめとする普及啓発事業の充実に向けた予算措置の拡充を要望する。

（2）精神科救急医療体制整備に関して

精神科救急医療体制の充実は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のためには欠かせない。従来の予算事業の枠を遥かに超える充実した体制を構築するために、大幅な予算の増額を要望する。また、精神科救急医療体制について、身体疾患のある精神科患者の受け入れが円滑に行われるための研究に対する予算措置を要望する。

（3）精神障害者の居住支援ならびに地域生活の安定維持について

病院からの退院やグループホーム（共同生活援助）からの退居を円滑に行い、また地域生活を継続するための諸事業や地域生活拠点の機能を充実させるための予算措置の新設を要望する。

（4）精神障害者や精神疾患について専門知識を持つ人材として精神科病院の多職種チームを活用することについて

精神保健福祉法改正にともなって、精神保健相談業務を市町村も担うことが規定された。一方、精神科医療機関においては、多職種チームによるケースマネージメントを行っている。こうした、いわゆる「かかりつけ精神科医機能」を活用して、市町村の精神保健相談業務を円滑に行うために、市町村の委託業務とすることが可能となるよう予算措置の新設を要望する。

3　公衆電話の代替電話機設置に関する補助

精神保健福祉法においては、その第三十六条第二項の規定に基づき、患者に対してどのような場合でも行うことのできない行動制限のひとつとして、「都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限」を挙げている。そのため、病棟内に利用可能な公衆電話の設置が求められる。しかし、最近では NTT によりその使用頻度が少ない（使用額が少ない）公衆電話の撤去が進められている。このため、上記規定を遵守するためには、公衆電話を代替できる電話機等の設置が必要となっている。これを可能とできる予算措置の新設を要望する。

Ⅷ　災害対策関係

1　災害派遣精神医療チーム（DPAT）関連予算の一層の拡充

災害派遣精神医療チーム（DPAT）については、内閣府の防災基本計画において、その整備が求められている。

DPAT 事務局に関しては、都道府県 DPAT チームに対する研修の実施、災害時の昼夜兼行の情報収集、更には令和 6 年度からの第 8 次医療計画では新興感染症の対応に DPAT を活用してのクラスター発生病院への援助等、多岐に亘る業務継続が求められており、事務局機能の拡充が喫緊の課題であるため、DPAT 事務局事業費の更なる拡充を要望する。

また、多くの民間精神科病院が求めに応じて DPAT チームを編成して、被災地への派遣要請に応えている。その際、DPAT に関する資機材の整備は、民間

精神科病院が自身の支出によって賄っているのが現状である。ついては、DPAT資機材整備に関する補助事業の新設を要望する。

2　災害拠点精神科病院整備費の一層の拡充

災害拠点精神科病院は、都道府県における災害時の精神科医療を確保するうえで中心的な役割を担う拠点として位置づけられている。このため万一の発災に備えて、より一層の整備拡充が求められている。災害拠点精神科病院が被災した際に代替や補完を行うためには、同一都道府県内に災害拠点精神科病院を複数指定する必要がある。そのため、民間精神科病院にも門戸を広げることを要望する。

3　震災及び火災時等に備えた医療機関の非常用設備の保守・整備に係る経費に対する財政的支援

建築基準法の定期報告制度の改正による防火設備の点検の追加、消防法改正による自家発電設備の点検方法が追加され、非常用設備の保守費が年々増加しており医療機関の経営を圧迫している。定期的に発生するこれらの多大な費用によって医療機関の負担は増える一方である。全ての医療機関は災害時等において必要不可欠である社会インフラであり、その診療機能を継続させていくためにも、防災設備や自家発電設備等の非常用設備の保守費に関して継続的な財政的支援を要望する。

4　病院の耐震化対応のための補強工事や建替えに対する財政的支援

すべての病院は災害発生時に被災した方々を救うための社会インフラであるため、災害発生時に診療機能を十分に発揮できるよう、耐震対策を進める必要がある。

しかし、耐震改修には多額の資金が必要であり、それを調達できない病院が多いことから、病院全体の耐震化率は79．5%に止まっている（令和４年９月現在)。震度６強程度の地震により倒壊、崩壊する危険性が高いIs値0．３未満の病院も相当数存在する。

今後予想される南海トラフ地震等の大震災に一刻も早く備えるためには、耐震化率の引上げが急務である。

そこで耐震対策緊急促進事業（国土交通省補助事業）の枠をさらに拡大し、耐震改修促進法による「要緊急安全確認大規模建築物」に該当する病院については、工事等に必要な資金の 1／2 以上を金額限度なしに補助する予算措置を要望する。

厚労省の補助金・交付金による医療施設耐震化促進事業や医療施設等耐震整備事業の拡大、災害拠点病院や救命救急センター、病院群輪番制病院等に限らず広く病院一般の耐震診断、耐震改修への支援措置を求める。

また、スプリンクラー、火災通報装置、防火扉等の設置、非常用発電の地上化への助成を要望する。

5　震災・火災・水害等の災害からの復旧・復興への継続的な支援及び適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する予算の確保

昨今、大規模な自然災害が頻発しており、各地で大きな被害が発生している。

まず、現状回復にかかる費用については、医療施設等災害復旧費補助金があるが、この補助金はあくまで復旧に要する費用に対してのものであり、恒久対策には他の補助金を含めて一切の補助制度がない。災害を経て必要と思われる止水設備設置、非常用電源用給油タンクの強靭化や液体酸素設備の防水対策などの防災施設の設置に伴う増改築工事についても補助の対象とするよう制度の新設或いは現行補助金の補助対象の拡大を要望する。

また、災害が発生したとしても、急激に増加する可能性がある各種医療が円滑に提供できるよう、災害拠点医療機関以外の医療機関においても、あらかじめ病院の立地についてアセスメントを行う経費、その結果に基づく防災対策に必要な費用、更には場合によってはより安全な地点への移転あるいは、建て替えの際の嵩上げ等に必要な費用等に関する新た補助制度を創設するよう要望する。

さらに、災害に際して公私の隔たりのない支援を行う仕組みづくりのための財源確保を、併せて要望する。

Ⅸ　環境への配慮

１　医療機関における省エネルギー設備投資に係る財政的補助

政府が掲げる 2050 年カーボンニュートラルの実現に向けて、医療機関の省エネルギー対策を強化・推進することが急務となっている。国や地方自治体が実施する補助・助成事業は様々なものがあるが、内容は複雑で、地方自治体毎に具体的内容が異なり、原則として年度またぎ事業が認められないなど、制度の使い勝手には改善余地が多い。医療機関の省エネルギー対策を促進するため、医療機関における高効率空調、高効率コージェネレーション、冷凍冷蔵設備、調光制御設備等の省エネルギー投資を対象とした国単位で統一された継続性を持った補助事業の創設の充実を要望する。

その他

以下の事項については、要望項目とはしていないが、次年度以降も継続して検討していく項目である。医療を取りまく状況の変化によって病院経営を圧迫する事象は数多くあり、それらも看過できない。今回の要望では最重点と位置付けていないが、継続的に支援を要望する。

１　消費税関係

控除対象外消費税問題については抜本的な見直しが必要であり、持続的な調査研究費用に対する予算を要望する。

２　事務手続きの多様化への対応関係

キャッシュレス決済等の多様な決済手段や外国人対応の整備における費用は価格転嫁できず、整備に対する支援措置を要望する。

地域包括医療病棟入院料への移行調査
≪集計速報値≫報告書

一般社団法人　日本病院会
公益社団法人　全日本病院協会
一般社団法人　日本医療法人協会

２０２４年６月１０日

目次

Ⅰ、はじめに 3
Ⅱ、調査概要 4
Ⅲ、調査結果① 5
Ⅲ、調査結果② 6
Ⅲ、調査結果③ 7
Ⅲ、調査結果④ 8
Ⅲ、調査結果⑤ 9
Ⅲ、調査結果⑥－1.....10
Ⅲ、調査結果⑥－2.....11
Ⅲ、調査結果⑦ 12
Ⅳ、調査結果のまとめ..... 13
Ⅴ、調査結果の総評 14
Ⅵ、調査票【参考資料】..... 15

Ⅰ、はじめに

令和6年度診療報酬改定において、「地域包括医療病棟」が新設された。これからの要介護等の高齢者急性期医療を中心的に担う病棟として、また急性期一般と地域包括ケア病棟の中間的位置づけとして期待されている。

また今回、重症度、医療・看護必要度の見直し・厳格化により、急性期一般入院料から、この「地域包括医療病棟」への移行を検討している医療機関も一定数存在しているが、『施設基準が厳しすぎて、簡単に移行・届出ができない』等々、算定要件が厳しく移行が難しいとのご意見が多数寄せられている。

今後、厚労省とも協議・提言を行うにあたり、一般社団法人 日本病院会、公益社団法人 全日本病院協会、一般社団法人 日本医療法人協会の3病院団体は、各団体会員に対して、この「地域包括医療病棟」の緊急意向アンケートを行い、その問題点を明らかとすべく本調査を実施した。

Ⅱ、調査概要

■調 査 目 的 ：地域包括医療病棟への移行に関するハードル等を把握し、必要に応じて、厚生労働省に提言する際のデータとすること。

■調 査 方 法 ：日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する全病院に、Eメール又はFAX等による調査URLを送付し、グーグルフォームでの回答、回収を行った。

■調 査 期 間 ：２０２４年５月１５日～５月２９日

■回 答 数 ：１，００２病院（６月３日１７時点）

Ⅲ、調査結果①

■回答病院属性（病床規模）

99床以下	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床以上
219病院	361病院	160病院	120病院	63病院	79病院

■回答病院属性（DPC対象・非対象、救急搬送受入、全麻手術）

DPC対象	DPC非対象
489病院	513病院

救急搬送受入件数

0件	1～499件	500～999件	1000件以上
125病院	313病院	101病院	463病院

全身麻酔手術件数

0件	1～499件	500～999件	1000件以上
298病院	324病院	119病院	261病院

5

Ⅲ、調査結果②

■地域包括医療病棟入院料の届出予定（全体）

転換予定	検討中	転換しない
39病院	141病院	822病院

■転換予定、及び検討中の病棟

n＝180病院

急性期病棟すべて	57病院
地域包括ケア病棟すべて	14病院
急性期病棟の一部	91病院
地域包括ケア病棟の一部	7病院
回復期リハビリテーション病棟の一部	1病院
障害者病棟	2病院
療養病棟	1病院
未検討	7病院

6

Ⅲ、調査結果③

■地域包括医療病棟入院料の届出予定（病床規模別）

	99床以下	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床以上
転換予定	5病院	14病院	11病院	6病院	3病院	0病院
検討中	20病院	66病院	35病院	15病院	3病院	2病院
転換しない	194病院	281病院	114病院	99病院	57病院	77病院

■地域包括医療病棟入院料の届出予定（DPC対象・非対象）

	DPC対象病院	DPC非対象病院
転換予定	25病院	14病院
検討中	89病院	52病院
転換しない	375病院	447病院

7

Ⅲ、調査結果④

■転換予定・検討中の理由

n＝180病院

急性期一般入院料1を維持できないため	53病院
急性期一般入院料2を維持できないため	6病院
増収・入院患者の確保が見込めるため	27病院
地域や患者のニーズに合わせるため	21病院
DPCを維持できない	9病院
その他	33病院
未回答	31病院

8

Ⅲ、調査結果⑤

■転換しない理由

n＝822病院

現在の病棟機能を維持できるため		442病院
示された施設基準を満たせないため	※詳細はP6・P7	324病院
転換できる病棟を有していないため		21病院
地域包括医療病棟以外の病棟に転換予定		3病院
その他		12病院
未回答		20病院

Ⅲ、調査結果⑥-1

■満たせない施設基準①＜内訳＞

n＝324病院　※複数回答

看護職員が10:1以上配置されていること	77病院
当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が２名以上、専任の常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。	112病院
入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。	23病院
直近１年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。	110病院
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。	174病院
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。	132病院
当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。	119病院

Ⅲ、調査結果⑥-2

■満たせない施設基準②＜内訳＞

n＝324病院　※複数回答

当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。	112病院
当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者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の割合が15%以上であること。	173病院
地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。（2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること等）	81病院
データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。	42病院
特定機能病院以外の病院であること。	19病院
急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。	37病院
脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	13病院

11

Ⅲ、調査結果⑦

■地域包括医療病棟入院料に対する意見

※複数回答

地域包括医療病棟入院料の点数設定が低い	90病院
施設基準が厳しすぎる	99病院
地域包括ケア病棟への転棟が在宅復帰率の対象とならず使い勝手が悪い。	196病院
人員が確保できない	8病院
高齢者救急や地域のニーズに合致しない	11病院
名称や周知に関する疑問	3病院

12

Ⅳ、調査結果のまとめ

- 地域包括医療病棟に転換予定とした医療機関は3.9%だった。また転換検討中の医療機関は14.0%であった。一方で転換しないとする医療機関は82.0%であった。
- 転換予定又は検討中の医療機関の理由として、『急性期一般入院料を維持出来ないため』が最も多く、逆に『増収・入院患者の確保が見込めるため』も多かった。
- 転換しない理由としては、『現在の病棟機能を維持できるため』が最も多く、続いて『示された施設基準を満たせないため』が多かった。
- 満たせない施設基準として、「重症度、医療・看護必要度の該当する割合が（必要度Ⅰの場合）16%、（必要度Ⅱの場合）15%、であると共に入棟患者のうち入院初日に『B3以上』に該当する割合が50%以上であること」が多く、続いて「救急搬送の割合が15%以上」、「平均在院日数21日以内」、「在宅復帰率8割以上」、「一般病棟から転棟したものの割合が5%未満」、「ADLが入院時と比較して低下した患者割合５%未満」、「常勤のPT、OT又はSTが2名以上、専任の常勤の管理栄養士1名以上」、「包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること」、「看護職員10対1」が多かった。
- その他意見としては、「地ケア病棟への転棟が在宅復帰の対象とならない」、「施設基準が厳しすぎる」、「地域包括医療病棟の点数設定が低い」が多かった。

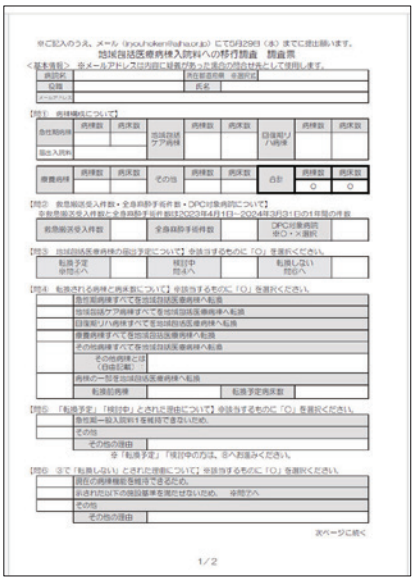
13

Ⅴ、調査結果の総評

- 今回、急性期一般入院料１の、重症度、医療・看護必要度の見直し・厳格化により、**急性期一般入院料（7対1）を満たせなくなった医療機関が見られる一方で、新設された「地域包括医療病棟」の施設基準が厳しすぎるため、簡単には移行する事が出来ない実態が明らかとなった。**
- 今回の調査結果からは、地域の医療提供体制に於いて、特に要介護等の高齢者救急医療の受け入れ先として**新設された「地域包括医療病棟入院料」が、その施設基準が厳しすぎるがゆえに、簡単に届け出ることが難しく、現状では、「地域包括医療病棟」を地域の高齢者急性期患者の受け入れ先として、適切な量的確保が出来ない可能性が懸念された**。
- 今回、令和6年5月31日に発出された事務連絡、疑義解釈（その７）において、新設した「地域包括医療病棟入院料」について、「施設基準を届け出たものの、一時的に特定の要件を満たすことが難しくなった場合、3か月を上限として、実績の対象期間から除外することを認める」とされた。**この疑義解釈通知は、本調査で明らかになった地域包括医療病棟入院料への移行困難な現状に対して、一定程度の救済措置になると期待される。**
- 我々3病院団体は、今後とも急性期一般病棟を中心とした「地域包括医療病棟」への届出移行の実態も継続して調査しながら、地域の医療提供体制における、高齢者急性期入院患者の受け入れ動向にも注目して、本調査研究を継続する必要があると考えている。

14

Ⅵ、調査票【参考資料】



※ご記入のうえ、メール（iryouhoken@aha.or.jp）にて5月29日（水）までご提出願います。

地域包括医療病棟入院料への移行調査　調査票

<基本情報> ※メールアドレスは内容に疑義があった場合の問合せ先として使用します。

病院名		所在都道府県	※選択式
役職		氏名	
メールアドレス			

【問1】 病棟概況について

	病棟数	病床数		病棟数	病床数		病棟数	病床数
急性期病棟			地域包括ケア病棟			回復期リハ病棟		
届出入院料								

療養病棟	病棟数	病床数	その他	病棟数	病床数	合計	病棟数	病床数
							○	○

【問2】 救急搬送受入件数・全身麻酔手術件数・DPC対象病院について

※救急搬送受入件数と全身麻酔手術件数は2023年4月1日～2024年3月31日の1年間の件数

救急搬送受入件数		全身麻酔手術件数		DPC対象病院 ※○・×選択	

【問3】 当該回復病棟病棟の届出予定について】※該当するものに「○」を選択ください。

転換予定 ※問4へ		検討中 問4へ		転換しない 問5へ	

【問4】 転換される病棟ご病床数について】※該当するものに「○」を選択ください。

	急性期病棟すべてを地域包括医療病棟へ転換
	地域包括ケア病棟すべてを地域包括医療病棟へ転換
	回復期リハ病棟すべてを地域包括医療病棟へ転換
	療養病棟すべてを地域包括医療病棟へ転換
	その他病棟すべてを地域包括医療病棟へ転換
	その他病棟とは （自由記載）
	病棟の一部を地域包括医療病棟へ転換
	転換前病棟　　転換予定病床数

【問5】 「転換予定」「検討中」とされた理由について】※該当するものに「○」を選択ください。

	急性期一般入院料1を維持できないため。
	その他
	その他の理由

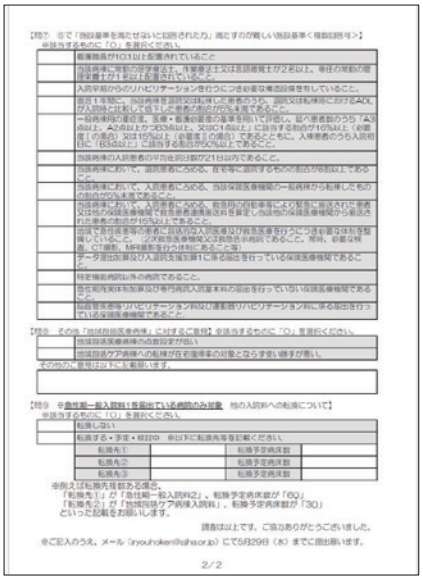
※「転換予定」「検討中の方は、※へお進みください。

【問6】 ※で「転しない」とされた理由について】※該当するものに「○」を選択ください。

	現在の病棟機能を維持できるため。
	求められる以下の施設基準を満たせないため。　※問7へ
	その他
	その他の理由

次ページに続く

1/2



【問7】 ※で「施設基準を満たせないと回答された方」満たすのが難しい施設基準＜複数回答可＞】

※該当するものに「○」を選択ください。

	看護職員が10:1以上配置されていること
	当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
	入院早期からのリハビリテーション実行うにつき必要な構造設備を有していること。
	直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち、退院又は転棟時にADLが入院時より比較して低くなった患者の割合が5%未満であること。 ※転棟時期の選定は、医療・看護の必要の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
	当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
	当該病棟において、退院患者にもの必、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
	当該病棟において、入院患者にもの必、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
	当該病棟において、入院患者にもの必、救急時の往診等により緊急に他医されり患者又は他の保険医療機関で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の割合が15%以上であること。
	当該で急性疾患等の発症に対応の入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。（24時間365日、救急車の受け入れ体制にあること。常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること。）
	データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
	特定機能病院以外の病院であること。
	当該病院全体の初再診料及び外来診療料の届出を行っていない保険医療機関であること。
	転棟後患者等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【問8】 その他「地域包括医療病棟」に対するご意見】※該当するものに「○」を選択ください。

	地域包括医療病棟への設定が低い
	地域包括ケア病棟への転棟が在宅復帰率の対象とならず厳しい病床が増い

その他のご意見は下に記載願います。

【問9】 ※急性期一般入院料1を届出ている病院のみ対象　他の入院料への転換について】

※該当するものに「○」を選択ください。

	転しない		
	転換する・予定・検討中　※以下に転換先等を記載ください。		
	転換先①	転換予定病床数	
	転換先②	転換予定病床数	
	転換先③	転換予定病床数	

※例えば転換先候補ある場合、
「転換先1」が「急性期一般入院料2」、転換予定病床数が「60」
「転換先2」が「地域包括ケア病棟入院料」、転換予定病床数が「30」
といった記載をお願いします。

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

※ご記入のうえ、メール（iryouhoken@aha.or.jp）にて5月29日（水）までご提出願います。

2/2

15

令和６年８月２３日

厚生労働大臣
武見　敬三　殿

四病院団体協議会
一般社団法人　日本病院会
会　長　相　澤　孝　夫
公益社団法人　全日本病院協会
会　長　猪　口　雄　二
一般社団法人　日本医療法人協会
会　長　加　納　繁　照
公益社団法人　日本精神科病院協会
会　長　山　崎　　學

令和７年度税制改正要望の重点事項について

超高齢化社会に突入したわが国では、地域差はあるものの、各年代に応じた医療ニーズが今後一層高まっていくと考えられます。また近年の気候変動により、いつ発生するかわからない自然災害に備えるためには、平時から医療体制を充実すべきであります。

さらに、ウィズコロナ時代以降も、将来の新興感染症にも対応できる医療提供体制の整備が求められますし、質の高い医療・介護の効率的な提供や業務の効率化、医療情報の活用のための医療 DX の実現に向けて環境整備などの設備投資、近年の人件費や光熱費の高騰による大幅なコスト増が、利益率の低い医療機関経営に重くのしかかっています。

こうした状況のなかで、医療体制の維持のためには医師、看護師等の医療人を養成、確保するとともに、医療機関に対する税制を含めた各種の支援措置が不可欠ですが、残念ながら医業税制は必ずしも医療の実情を踏まえたものになっていません。

特に医療に係る消費税制は、物価高騰の影響を受けて、建物、設備や医療機器、各種の運営コストに含まれる消費税等を医療機関に負担するよう強いておりま

す。

消費税率 10%超へのさらなる引上げも想定される中で、医療機関の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためにも、この問題を抜本的に解決する税制上の措置を講ずるべきであります。

この消費税問題をはじめに、四病院団体協議会は令和 7 年度税制改正に関して、別紙のとおり重点的な要望事項を掲げましたので、その実現に向け格段のご配慮をお願いいたします。

（別　紙）

Ⅰ　社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題の抜本的な解決

控除対象外消費税問題の解消のため、医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、診療所においては非課税制度のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改められたい。

（消費税法（昭和 63・12・30 法律 108）第 6 条、第 30 条、別表第一関係）

［理　由］

医療機関は消費税の上乗せされた医療機器や医薬品、医療材料、消耗品等を購入しているが、医療が非課税であるため仕入税額控除を通じて仕入税額の還付を受けることはできない。他の非課税事業者ならば、この仕入税額分を商品価格に転嫁して回収できるのに対し、医療の対価は法令上、社会保険診療報酬として決定されているという特殊性があり、転嫁することもできない。

これをカバーするため、社会保険診療報酬には仕入消費税相当額を補填することとされているが、補填の十分性や、医療機関種別ごとの補填のばらつきの大きさが課題となっている。特に病院は高額な設備投資を行うことが多いため、補填不足が生じやすい。中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、平成 30 年 7 月に公表された「消費税率 8％への引上げに伴う補てん状況把握結果」によれば、病院の補填率は 85％であり、15％もの補填不足が生じている。

こうした状況に対し、与党の平成 31 年度税制改正大綱において「所轄省庁を中心に、実際の補填状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必要に応じて診療報酬の配点方法の見直しなど対応をしていくことが望まれる」との記載がなされた。これらの措置により、全体としての補填不足や補填のばらつきについて、是正が進むことが期待される。

しかしながら、そのような画一的補填方式には個々の医療機関の仕入税額が考慮されていないことから、どれほど補填方法を精緻化しようとも、税負担の

不公平性は解消し得ない。そもそも、消費税非課税制度と診療報酬等の公定価格制度は、その目的を異にする以上、消費税問題を診療報酬によって補填する方法にはおのずと限界がある。

令和元年 10 月の消費税率引上げ、新興感染症に対応するための設備投資、医療 DX の推進のために必要な環境整備に係る負担増、医療資機材等の大幅な価格上昇によって支出が増加していることも相俟って、病院における補填不足はより深刻な状況となっている。消費税率 10%超へのさらなる引上げも想定される中で、病院の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためには、病院にかかる社会保険診療報酬等に対する消費税は、軽減税率による課税取引に改めるよう要望する。

Ⅱ　医療機関に対する
事業税の特例措置の存続

事業税における次の特例措置を恒久的に存続されたい。

①社会保険診療報酬に対する非課税（個人、医療法人共通）

②自由診療収入等に対する軽減税率（医療法人のみ）

（地方税法（昭和 25・7・31 法律 226）第 72 条の 23、第 72 条の 24 の 7、第 72 条の 49 の 12 関係）

［理　由］

1）与党の令和 2 年度税制改正大綱は、医療機関に対する事業税の特例措置について、「事業税における社会保険診療報酬に係る実質的非課税措置及び医療法人に対する軽減税率については、税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」と、見直しがあり得ることを示唆している。

この見直し論の論拠は「適正公平課税に反する」ということである。

事業税の趣旨は、事業に対する行政サービスの享受に応じた負担ということであるが、そもそも医療は公共的なものであり、そのため医療法でも非営利性が義務付けられ、医療機関は住民健診、予防接種、学校医等の地域医療活動に積極的に取り組んでいる。

すなわち、医療機関は行政サービスを享受するというより、行政が行うべき公共的サービスを自ら担っている側である以上、税法の趣旨からみても、医療機関への特例措置が適正公平課税に反するというのは誤りである。

2）事業税の非課税としては、非課税事業（林業、農業、鉱業）や非課税所得（公益法人等の収益事業以外の所得）等の包括的な規定により非課税とされているものが広範に存在する。

これに対し社会保険診療報酬に対する現行の措置内容は、課税標準の算定上の「課税除外措置」という限定的なものにすぎない。事業税の非課税制度全般の見直しもせず、ひとり医療のみを犠牲にすることは、あまりに社会保障を軽視するものである。

Ⅲ　賃上げ促進税制における税額控除上限の緩和要望

賃上げ促進税制における税額控除額は、法人税額又は所得税額の 20%が上限とされているところ、人件費率が高くかつ利益率の低い産業においては控除税額が上限に達しやすく税制を十分に活用できないおそれがある。そういった産業においても構造的な賃上げを実現するために、税額控除額の上限を緩和されたい。

［理　由］

1）令和 5 年 6 月 16 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2023 加速する新しい資本主義～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～」（いわゆる骨太の方針）において、構造的賃上げの実現を通じた賃金と物価の好循環へとつなげることが目指されている。

2）骨太の方針を受けて、「令和 6 年度診療報酬改定の基本方針」において賃金上昇や人材確保の必要性等が重点課題とされ、令和 6 年度診療報酬改定では＋2.3%分の賃上げを行うためのベースアップ評価料が新設された。

3）厚生労働省は、賃上げ目標のある対象職種において、必達とはしていないものの、令和 6 年度に＋2.5%、令和 7 年度に（令和 5 年度対比で）＋4.5%の賃上げ目標を掲げている（2 年間の平均は＋3.5%）。一方、この目標（年＋3.5%）は、診療報酬における＋2.3%の措置だけではまかなえない。厚生労働省は、＋0.6%を医療機関の自主財源によるもの、残りの＋0.6%分は賃上げ促進税制を活用するものとしている。

4）ところで、賃上げ促進税制における税額控除額は、法人税額又は所得税額の 20%が上限とされているが、人件費率が高い産業では賃上げ額が高くなるため、高い利益率を確保していないと控除しきれない税額が生まれやすくなる。医療界に限らず人件費率が高く、利益率が低い業界・企業においては制度のメリットを十分に活用しきれないおそれがある。

5）そこで、骨太の方針が示す構造的な賃上げを実現するために、人件費率が高く、利益率が低い業界・企業においても十分に活用できるよう、税額控除額の上限を緩和されたい。

Ⅳ　社会医療法人・特定医療法人・認定医療法人の収入要件における補助金等の収入の取扱いの見直し

社会医療法人、特定医療法人及び認定医療法人の収入要件（社会保険診療等の収入が全収入の 80%を超えること）について、補助金等の収入の一時的な増加により要件を満たさないこととならないよう、恒久的な措置を講じていただきたい。

［理　由］

社会医療法人、特定医療法人及び認定医療法人は、「社会保険診療等の収入が全収入の 80%を超えること」という収入要件が課されていることから、補助金等の収入の一時的な増加により社会保険診療等の収入割合が相対的に減少し認定等が受けられなくなることが懸念される。

しかし、補助金等の収入が増加したことをもって、当該医療機関の公益性ないし運営の適正性には何ら変化が生じるものではない。

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金その他の新型コロナ対応のために国又は地方公共団体が交付する補助金（固定資産の取得に係るものを除く。）については、令和 3 年 3 月 31 日付厚生労働省医政局長通知により、要件設定の趣旨に照らして、当面の間、社会保険診療等に係る収入金額（分子）及び全収入金額（分母）に算入することとされたが、今後も生じ得るパンデミックや大災害等に備え、恒久措置として手当てすることが必要である。

そこで、上記の収入要件について、補助金等の収入は分母にも分子にも加算して算定する等、補助金等の収入の一時的な増加により収入要件を満たさないこととならないよう、恒久的な措置を講じていただきたい。

Ⅴ　認定医療法人制度の存続と認定期限の緩和等

平成 26 年度税制改正により創設された認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置について、令和 9 年 1 月 1 日以後も延長していただきたい。あわせて、相続発生後に移行申請を行う際の、申請期限につき緩和を図られたい。

また、認定医療法人が移行期限内に持分なし医療法人に移行できずに、認定取消となった場合は、再度認定を受けることができるようにしていただきたい。

（租税特別措置法第 70 条の 7 の 5～第 70 条の 7 の 14）

［理　由］

1）認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置とは、持分のある医療法人の出資者に相続が発生した場合でも、持分のない医療法人への移行計画が認定されるならば、移行計画の期間満了まで相続税の納税を猶予し、その間に持分を放棄すると猶予税額を免除する制度である。

この認定制度は令和 8 年 12 月末を期限とする時限措置であるが、中小企業の事業承継税制のような優遇措置のない医療法人にとって、相続問題に直面した際の支援措置となっているため、期限を当分の間、延長していただきたい。

2）持分のある医療法人の出資者に相続が発生した後に移行計画の申請手続を開始した場合、相続税の申告期限までに移行計画の認定を受け、移行計画の認定を受けた認定医療法人である旨を記載した定款変更の認可を受けた上で、納税猶予の手続きを行わなければ、当該税制措置の対象とはならない。

相続税の申告期限は相続発生後 10 カ月であり、この期限内に認定要件を満たし、移行手続を行うこととなる。

しかし、認定要件には、これを満たすために時間がかかる項目もあるため、期限内にすべての要件を満たし、移行手続を行うことは困難である。このことは、認定医療法人制度を利用する上で大きな障害となっている。

制度の実効性を確保し、持分のある医療法人から持分のない医療法人への移

行を促進するためにも、相続が発生した後の移行申請につき、認定要件の達成時期の延期などの緩和を図られたい。

３）現在、認定医療法人として認められた後、何らかの理由で持分を放棄できなかった場合は、再認定を受けることができない。このことは、持分のない医療法人へ申請すること自体を慎重にならざるを得ないこと、また認定医療法人数が増えない理由のひとつと考えられる。

ついては、持分放棄を出来ずに期限切れとなってしまった法人が一定期間経過したのち、再度認定医療法人成りできることを認められたい。

Ⅵ　持分のある医療法人に係る
相続税・贈与税の納税猶予・免除制度の創設

持分のある医療法人に対して、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予・免除制度と同様の制度を創設されたい。

（租税特別措置法（昭和 32・3・31 法律 26）第 70 条の 7～第 70 条の 7 の 8、中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律（平成 20・5・16 法律 33）関係）

［理　由］

1）中小企業の事業承継に関しては、「非上場株式等に係る納税猶予・免除制度」が設けられている。

これは、経営者が自分の保有株式等を後継者に贈与したり、相続等によって取得させた場合、その後継者が会社を経営していくならば、贈与税は株式等に対応する税額の全額、相続税は株式等に対応する税額の 80％の納税が猶予され、後継者が死亡時まで株式等を保有し続ければ最終的に納税が免除されるというものである。

さらに本制度は平成 30 年度税制改正で抜本的な拡充が行われ、10 年間に限って次の特例措置が追加されることになった。

① 従来は総株式数の 3 分の 2 までに制限されていた対象株数の上限を撤廃するとともに、相続税の猶予割合も 100％に拡大することで、事業承継時の贈与税・相続税の現金負担をゼロにする。

② 1 人の後継者のみでなく最大 3 人までの後継者への承継も対象とする。

③ 事業承継後 5 年平均で雇用の 8 割維持要件を弾力化し、満たせなかった場合も納税猶予を継続可能とする。

2）企業には消費者、従業員、株主、債権者、仕入先、得意先、地域社会、行政機関等のさまざまなステークホルダーが取り巻いている以上、中小企業の事業承継の円滑化は、地域経済の活力維持や雇用確保の観点から極めて重要で

あるというのが承継税制の趣旨と考えられる。

民間医療の中心をなす医療法人についてみた場合、平成 18 年医療法改正により医療法人は持分のないことを原則とすることとされたものの、現時点で 7 割以上が持分のある医療法人で占められている。

これらの医療法人も相続税の課税対象となるが、こちらには中小企業の事業承継税制のような税制上の措置が設けられていない。

持分のある医療法人は平成 18 年改正法の経過措置に「当分の間…効力を有する」と位置付けられているものではあるが、決して暫定的な存在ではないし、事業承継せずに消滅していいものでもない。

むしろ、医療の公共性という面から言えば、患者を含めた地域社会全体が医療機関のステークホルダーであり、失われた場合の社会的損失は営利企業よりも大きいと思われる。

3）事業承継における営利企業優遇、医療機関冷遇は明らかに政策上のバランスを失しており、その不均衡は平成 30 年度税制改正により拡大の一途をたどっている。持分のある医療法人についても、中小営利企業と同様に相続税・贈与税の納税猶予・免除制度を創設すべきである。

なお、これについては厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会でも、「地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討してはどうか」と指摘している。

Ⅶ　社団医療法人の出資評価の見直し

財産評価基本通達における社団医療法人の出資の評価方法を見直し、営利企業の株式等の評価に比して著しく不利とならないよう改めていただきたい。（国税庁通達「財産評価に関する基本通達」（昭和 39・4・25 直 56／直審（資 17、194-2 関係）

［理　由］

1）持分のある医療法人においてとくに問題となるのは、事業承継の際の課税問題である。

出資持分が存する以上、これが相続税の課税対象となるのは当然であるが、その際の課税評価が一般の営利企業より高額になる現行の評価方法を見直し、せめて営利企業並みに改めていただきたいというのが本要望の主旨である。

現行の国税庁財産評価基本通達は、出資評価について規定した 194-2 において、評価方法として類似業種比準方式を掲げている。この方式は、市場性のない株式や出資持分について上場株式に準拠して評価するもので、営利企業に関しては配当、利益、純資産の 3 要素から評価額を算出する計算式が設定されている。

しかし、医療法人は配当が禁止されているため、営利企業の評価ではカウントされる配当要素が除外されるのである。

理論上これは一見正当ではあるが、いざ実際に適用すると、医療法人の出資評価額は無配当の営利企業よりも高額になってしまう（後出「取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）」参照）。

こうした現状は医療資源保護という政策的な観点から見て不適切であるばかりでなく、財産評価理論としても、出資の財産価値という点でマイナスに作用する配当禁止が反映されていないという問題がある。

そこで現行の評価方法を見直し、持分ある医療法人の出資評価は、取引相場のない株式で無配当のものと同様の方法を適用することとしていただきたい。

具体的には、現行の計算式の分母を「2」から「3」とし、分子に置くべき配当要素は「0」とするよう要望する。

2）平成 29 年度与党税制改正大綱に基づき、国税庁は取引相場のない株式の評価の見直しを行い、類似業種比準価額の計算式については、配当、利益、純資産の比重を１：１：１へと変更した。

医療法人の出資評価の計算式も変更されたが、利益、純資産の比重を １：１としたのみで、配当要素を取り入れていないため、医療法人の出資評価に対する不利益な取扱いは変わっていない。

平成 18 年医療法改正において「経過措置医療法人」とされた持分のある医療法人は、あたかも「当分の間」存続するにすぎないかのように、事業承継税制等で冷遇されている。

財産評価について見直しを行うのであれば、持分のある医療法人の事業承継税制における位置づけとも照らし合わせて、今後は矛盾のない評価体系としていくべきである。

3）持ち分のある医療法人においては、過去からの経営努力や配当禁止規定等により、構造的に純資産が多額になりがちであるが、病院機能を確保するための設備投資は行わざるを得ないため、純資産額と同等ないしははるかに超える借入金が同時に存在している事も多い。この状況下で、新型コロナウイルス感染症の影響により赤字に転落した場合、赤字経営や資金繰りの悪化による追加借入が発生するものの、形式的な内部留保額（純資産額）は大幅に減少することがないまま、出資持分の多くを所有している高齢の理事長に相続が発生するケースが考えられる。そして、大会社として評価される医療法人の場合、赤字により利益要素が０となることにより比準要素数 １ の会社と判定され、業績が悪化したにもかかわらず評価が高くなるという矛盾も生じている。

こうした状況においても、現在適用されている相続税基本通達によって持ち分の評価を行い、相続税を計算することが妥当であるか、地域医療の保持、医療提供体制の確保の観点から再考する必要がある。少なくとも、取引相場のない株式で無配当の営利企業よりも高額になってしまう現状の計算方法については、早急に改める必要がある。

〔参 考〕

取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）

1　取引相場のない株式評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達 180）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{Ⓑ}{B} + \frac{Ⓒ}{C} + \frac{Ⓓ}{D}}{3} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

Ａ＝類似業種の株価

Ⓑ＝評価会社の１株当たりの配当金額

Ⓒ＝　〃　〃　１年間の利益金額

Ⓓ＝　〃　〃　直前期末の純資産価額（帳簿価額）

Ｂ＝類似業種の１株当たりの配当金額

Ｃ＝　〃　〃　年利益金額

Ｄ＝　〃　〃　純資産価額（帳簿価額）

2　医療法人の出資評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達 194－2）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{Ⓒ}{C} + \frac{Ⓓ}{D}}{2} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

類似業種目は「その他の産業」とする。

Ⅷ　社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等

社会医療法人に対して、次の措置を講じられたい。

1)　社会医療法人を税法上の特定公益増進法人とし、これらに対して寄付が行われた場合、寄付をした側については支出額の一定部分を所得税法上の寄付金控除の対象および法人税法上の損金としていただきたい。

2)　社会医療法人が行う医療保健業は法人税法上の「収益事業」から除外され非課税であるが、このうち附帯業務として行うものは例外的に課税されている。社会医療法人の行う医療保健業をすべて「収益事業」から除外し、非課税としていただきたい。

3)　社会医療法人が「救急医療等確保事業の用に供する固定資産」に対しては、固定資産税が非課税とされている。この非課税範囲の取扱いが全国の市町村で必ずしも統一されていないため、通知等により範囲を明示されたい。併せて、今後は非課税の範囲を「医療の用に供する固定資産」全般に拡大していただきたい。

（医療法（昭和 23・7・30 法律 205）第 42 条の 2、所得税法（昭和 40・3・31 法律 33）第 78 条、所得税法施行令（昭和 40・3・31 政令 96）第 217 条、法人税法（昭和 40・3・31 法律 34）第 7 条、第 37 条、別表第二、法人税法施行令（昭和 40・3・31 政令 97）第 5 条第 1 項第 29 号、第 77 条、地方税法第 348 条第 2 項第 11 号の 5、地方税法施行令（昭和 25・7・31 政令 245）第 50 条の 3 の 2、地方税法施行規則（昭和 29・5・13 総令 23）第 10 条の 7 の 7 関係）

［理　由］

1）①社会医療法人は救急、へき地、小児、周産期医療のような、採算性の乏しい医療に自治体病院に代わって取り組んでいる、公共性・公益性のきわめて高い医療法人であり、その存続・発展を図ることは公益の増進に資する。

②教育の分野では学校法人が、福祉の分野では社会福祉法人が特定公益増進

法人とされているが、社会医療法人がこれらに比して公益性において劣るとは考えられない。

③社会医療法人を特定公益増進法人とすることにより、一般医療法人がこれらに移行することを促し、医療の非営利性を徹底することは、今後の超高齢社会を支えるためにぜひとも必要である。

2）医療法人の業務には病院、診療所の運営という本来業務に加え、医療関係者の養成や薬局の開設等の附帯業務があるほか、社会医療法人には広範な収益業務が認められている。

法人税法上の「収益事業」から除外されているのは、このうち社会医療法人の本来業務たる医療保健業だけであるが、附帯業務には巡回診療所やへき地診療所の開設等も含まれるなど、公共性・公益性の面において必ずしも本来業務に劣るとは言えない。

したがって、附帯業務の医療保健業も「収益事業」から除外すべきである。

3）①平成 21 年度税制改正により「社会医療法人が直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供する固定資産」は、固定資産税が非課税とされたところである。しかしながら、この非課税の範囲については、必ずしも全国の市町村で統一的な運用がなされておらず、本来非課税とされるべきものが課税されるなどの混乱が生じている。これを解消するため、通知等により非課税の範囲を明示し、全国の自治体の運用を統一していただきたい。

②社会医療法人は法人単位で認定を受けるものであるため、認定対象となった施設以外の医療施設にも高い公益性が認められる。今後、非課税の範囲をこうした医療施設全般に拡大していただきたい。

Ⅸ　高額医療用機器の
特別償却制度の適用期限延長等

高額医療用機器の特別償却制度の適用期限を令和7年4月1日以降も引き続き延長し、対象機器を大幅に拡充されたい。

（租税特別措置法第 12 条の 2、第 45 条の 2、租税特別措置法施行令（昭和 32・3・31 政令 43）第 6 条の 4、第 28 条の 10 関係）

［理　由］

日進月歩の医療用機器を整備充実し、医療提供の質の向上と医療安全の確保を図るためには、早期の投下資本回収が求められる。この意味で医療用機器の特別償却制度は、今後も存続させるべきである。

また、医療機器の技術革新に制度が取り残されないためには、対象機器の大幅な拡大が必要となる。

〔参考〕高額医療用機器の特別償却制度の概要

種　　別	特別償却割合
1台または1基の価額500万円以上で、次のいずれかに該当する機器 ① 高度な医療の提供に資するもの ② 医薬品医療機器等法の指定を受けてから2年以内のもの	12%

Ⅹ　中小企業関係設備投資減税の医療界への適用拡大

中小医療機関の設備投資を支援するため、次の措置を講じていただきたい。

1）中小企業経営強化税制の医療保健業についての対象設備に医療用機器及び建物附属設備を追加するとともに、適用期限を令和７年４月１日以後も延長すること。

2）中小医療機関の医療機器購入については中小企業経営強化税制と商業・サービス業・農林水産業活性化税制、高額医療用機器の特別償却制度の選択適用を認めること。

3）中小企業投資促進税制の適用期限を令和７年４月１日以後も延長すること。

（中小企業等経営強化法（平成 11・3・31 法律 18）第 19 条、第 20 条、租税特別措置法第 10 条の 3、第 10 条の 5 の 2、第 10 条の 5 の 3、第 42 条の 6、第 42 条の 12 の 3、第 42 条の 12 の 4 関係）

［理　由］

1）中小企業者等が、中小企業等経営強化法の認定を受けた経営力向上計画に基づき、一定の設備を新規取得した場合、中小企業経営強化税制により、即時償却か 10％税額控除（出資金が 3,000 万円超の法人は 7％）の選択適用が認められている。

しかし、医療保健業を行う事業者が取得する医療機器や建物附属設備は、対象から除外されているため、医療機関が検査機器や手術機器を購入した場合でも適用できない。

中小企業経営強化税制においても、医療保健業を行う事業者が取得する医療機器を適用対象としたうえで、その適用期限を延長していただきたい。

2）上記の 1）を実施した上で、中小医療機関の医療機器取得には中小企業経営強化税制、高額医療用機器の特別償却制度の選択適用を認めるべきである。

3）中小企業投資促進税制は、電子カルテシステムや医事会計システム等のソフトウエア、機械装置の取得に30％特別償却や7％税額控除（出資金等3,000万円超の法人には税額控除不適用）が適用される。本税制の適用期限を令和7年4月1日以後も延長していただきたい。

Ⅺ　医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における登録免許税及び固定資産税の軽減措置

地域医療構想を実現するための地域の医療機関同士の再編について、必要な不動産の取得につき、登録免許税の軽減措置を継続するほか、固定資産税の軽減措置を講じること。

［理　由］

地域医療構想の実現においては、民間医療機関についても、地域医療の重要な担い手であるという点において、公立医療機関や公的医療機関とは何ら変わらないものである。また、公立・公的医療機関は当然に営利を目的としないが、医療法人等の民間医療機関も営利を目的としない存在であり、医療機関は基本的には非営利の開設主体によって運営がなされている。

しかしながら、資産の取得を行った場合において、基本的に非課税の公立・公的医療機関と課税される民間医療機関の間には、地域に必要な医療を補完し合っているにも関わらず、税の負担においては公平性が担保されていない状況である。

医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における軽減措置については、登録免許税（令和３年度税制改正）、不動産取得税（令和４年度税制改正）の軽減措置が創設された。これにより、民間医療機関が再編により資産を取得した場合において、税負担が緩和されたところである。

民間医療機関を含めて地域医療構想の実現を進めていくのであれば、公立・公的医療機関と民間医療機関の間において、税負担の公平性を担保することは当然のことであり、医療機関同士で再編統合を行う際に必要な不動産の取得につき、登録免許税の軽減措置を継続するとともに、固定資産税についても、不動産取得税と同様に軽減措置を講ずるべきである。

Ⅻ　病院用建物等の耐用年数の短縮

病院･診療所用の建物の耐用年数を短縮されたい。

（減価償却資産の耐用年数等に関する省令（昭和 40・3・31 蔵令 15）別表第一関係）

［理　由］

病院･診療所用の建物および附属設備については、医学・医療の進歩に対応した構造や機能が要求され、陳腐化が激しいのが実情である。

また、令和 4 年 12 月に公布された、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」では、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新たな感染症の発生及びまん延に備え、都道府県と医療機関は協定を結び、新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に入院、外来の体制整備を行うこととなった。

平成 10 年度税制改正において、建物の減価償却方法が定額法に限定された際に耐用年数も短縮されたが、ウィズコロナの時代における民間医療機関は、医療の質の向上を図りつつ、新たな新興感染症に対しても備えるべく、医療体制を整えることが求められることから、いまだ十分とは言えないため、これら減価償却資産の耐用年数をさらに短縮されたい。

要望年数は下表の通りであるが、これは四病院団体協議会と日本医師会の実施した実態調査によっても裏付けられたところである。

減価償却資産の種類等	現行耐用年数	要望耐用年数
病院・診療所用建物		
鉄骨鉄筋コンクリート造又は鉄筋コンクリート造のもの	39 年	31 年

ⅩⅢ　医療機関における医療 DX への対応及び省エネルギー対策への設備投資等に対する税制措置

医療機関における医療 DX への対応及び省エネルギー対策のための設備投資等（建物附属設備、構築物、器具備品、ソフトウェア）について、即時償却又は税額控除を選択適用できる措置、一定期間の固定資産税（償却資産税）の非課税措置の創設を要望する。

［理　由］

政府は、医療 DX の実現に向けて、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテの標準化等、診療報酬改定 DX その他関連する施策を推進している。医療機関においては、これらの施策へ対応するために、導入時には必ず負担が生じることになる。国によるデータヘルス改革の一環として医療情報を連携する仕組みを構築するのであれば、その費用は、全額国費とすべきである。現在、医療情報化支援基金などによる補助金が交付されているが、その補完する施策として医療設備のデジタル化等に資する設備投資ならびにシステム投資を支援する税制措置を要望する。

また、近年の電気、ガス等のエネルギー価格の高騰によって必要コストが上昇し、国が定める公定価格により経営する医療機関は、経営状況が大変厳しい現状にある。2027 年末には、一般照明用蛍光灯の製造が終了されることに伴い、照明器具の LED 化が必要となる。このような状況において、医療機関が省エネルギー効果の高い設備等の取得を支援する税制措置を要望する。

ⅩⅣ　医療法人の法人税率軽減と特定医療法人の法人税非課税

医療法人の法人税率を、公益法人等の収益事業並みに引き下げられたい。また、特定医療法人に対する法人税は、原則非課税とされたい。

（法人税法第 66 条、租税特別措置法第 42 条の 3 の 2、第 67 条の 2 関係）

［理　由］

1）医療法人は医療法に基づき設立された法人で、医療の公益性を反映して多くの規制を受けている。特に同法で剰余金の配当が禁止され、営利追求を目的としていないにもかかわらず、営利法人並みの税率を課されているのはきわめて不公平である。公益法人等や協同組合等の営む医療保健業に対する課税との公平を図る観点からも、医療法人の法人税率は現行の 23.2％から 19％へ引き下げるべきである。

2）特定医療法人は、その組織、運営、最終財産の帰属等において、高い公益性の課された医療法人であり、その要件は、原則として法人税が非課税の社会福祉法人や農業協同組合連合会と同様であるにもかかわらず、特定医療法人のみが原則課税（税率 19％）とされていることは、きわめて不公平である。したがって特定医療法人についても、原則として法人税は非課税とすべきである。

XV　医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置

次の土地、建物について、固定資産税および都市計画税ならびに不動産取得税、登録免許税の減免措置を講じていただきたい。

①医療従事者確保対策の用に供される土地、建物

②公益社団法人および公益財団法人ならびに一般社団法人、一般財団法人で医療保健業を営むもののうち、当該医療保健業が法人税法上の収益事業から除外されているものについて、当該業務の用に供する土地、建物

（法人税法第2条第6号、第13号、法人税法施行令第5条第1項第29号、法人税法施行規則（昭和40・3・31蔵令12）第6条、登録免許税法（昭和42・6・12法律35）第4条第2項、別表第三、地方税法第6条、第73条の4第1項第3号の2、第8号の2、第348条第2項第9号の2、第11号の5、第702条の2第2項関係）

［理　由］

1)　医療機能の高度化、医療ニーズの拡大に伴い、医師、看護師等の不足を訴える医療機関が増加している。絶対数の不足に加え、地域偏在が重なり、地方の医療機関ほど医療従事者確保に困難を感じており、その打開のためには住環境の整備や子育て支援の実施など、各種の対策が必要とされる。

医療機関が医療従事者を確保するため、職員寮等を取得した場合、税制上の負担軽減措置を講じていただきたい。

2)　法人税法上、医療保健業は原則として収益事業とされているものの、一定の公益法人等が行う当該業務に関しては収益事業から除外されている。

これは税法上も十分な公益性を有すると認めていることを意味するから、同じく公益性による非課税制度の定められている固定資産税等に関しても、減免措置を講じるべきである。

ⅩⅥ　介護医療院への転換時の改修等に関する税制上の支援措置の創設

平成 30 年 4 月から新たな介護保険施設として創設された「介護医療院」に、既存の病院や診療所が転換した場合、新施設の施設基準を満たすために要した建物の改修等について、取得価額の 30%の特別償却または 7%税額控除を認めるほか、固定資産税・不動産取得税の減免等の支援措置を講じていただきたい。

（介護保険法（平成 9・12・17 法律 123）第 107 条～第 115 条関係）

［理　由］

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、平成 30 年 4 月から「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた「介護医療院」が創設された。

新施設には、従来の介護療養病床や医療療養病床を有する病院、診療所からの転換が期待されるが、新たな施設類型の施設基準に合致させるためには、改修等に少なからぬ投資が必要となる。

そこで、予算面で地域医療介護総合確保基金等による補助を行うほか、税制面でも改修後の施設について特別償却や税額控除、固定資産税・不動産取得税の減免等による支援措置を講じていただきたい。

【その他　今後も継続して検討していく項目】

以下の項目は、要望項目とはしていないが、次年度以降も継続して検討していく項目である。

（新興感染症関係）

・新興感染症の影響による税金等の納付猶予期間の延長
・欠損金の取扱いの拡充
・感染対策のための設備投資、消耗品等の支出への税制上の支援措置

（特定医療法人関係）

・特定医療法人の存続と要件の緩和

（訪日外国人向け医療提供体制関係）

・社会医療法人、特定医療法人、認定医療法人における診療単価の制限緩和

2024 年度

病院経営定期調査

―中間報告（集計結果）―

2024 年 9 月 17 日

一般社団法人　日本病院会

公益社団法人　全日本病院協会

一般社団法人　日本医療法人協会

目次

Ⅰ．はじめに 3
Ⅱ．調査概要 4
Ⅲ．回答病院の属性 5
（１）有効回答数の経年比較 5
Ⅳ．集計結果とまとめ 6
Ⅴ．医業損益の 2 年連続比較 7
１．年度比較（2022 年度／2023 年度） 7
（１）医業損益への影響（全病院） 7
（２）病床区分別の医業損益 9
（３）開設主体別　医業損益 9
２．医業損益の前年同月比較（2023 年 6 月/2024 年 6 月） 10
（１）医業損益への影響（全病院） 10
（２）病床区分別の医業損益 11
（３）開設主体別　医業損益 11
Ⅵ．6 年連続比較《参考》 12
１．延患者数、診療単価、診療収益（新型コロナウイルス感染拡大による影響） 12
（１）延患者数の対前年比　同月比較 12
（２）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比　同月比較 12
（３）一病院あたりの診療収益の対前年比 12
（４）6 年連続同月比較 医業利益、経常利益（新型コロナウイルス感染拡大による影響） 13
２．医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の年度比較 13
（１）6 年連続年度比較　医業利益、経常利益　年度比較 13
（２）一病院あたりの損益 14
Ⅶ．診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較（2023 年 6 月/2024 年 6 月） 14
（１）一病院あたりの診療収益の前年比 14
（２）一人一日あたりの診療単価の前年比 15
（３）延患者数の前年比 15
Ⅸ．名簿 16

Ⅰ．はじめに

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会の 3 団体は、診療報酬改定が与える影響を調査・検証し、会員病院の運営に資するとともに次回改定に向けて医療政策が改善する資料として発信していくことを目的として合同で実施しています。

上記 3 団体では、病院における「診療の質」と「経営の質」を大きな柱として、様々な事業に取り組んでいます。なかでも、経営の質については経営指標となるデータの収集と分析、病院機能別の経営状況の把握、さらには病院経営に対する幅広い課題への対応に努めています。

働き方改革やコロナ禍の話題が下火になり、平常時の医療経営の話題が多く聞かれるようになりました。特に目立った話題として、人材確保、医療 DX、諸物価の高騰などが挙げられ、なかでも労働生産人口の減少と転職しやすい社会環境の影響を受け、看護師等の人材不足が深刻な状況にあります。また、コロナ禍後の患者の受療行動に変化がみられ、地域によっては病院経営に大きな影響が生じている様子も見られます。

そのような環境下に置いて、地域医療構想の進展、労働時間の制約、人材不足、医療材料等の値上げといった病院経営の荒波を乗り越えていかなければなりません。不安定な経営環境下で方向性を誤ると経営が悪化する恐れも出てくることとなり、まさに気を緩めることができない状況にあります。

さて、病院団体合同調査ワーキンググループでは、会員病院にアンケートをお願いし寄せられたデータを分析検討しました。基本的には、昨年（2023 年）と本年（2024 年）の比較になります。ただし、2024 年度診療報酬改定の時期が 6 月に後ろ倒しとされたことやコロナ禍の影響が残っていることから真の病院経営の実態が分かり難い結果となっていることは否めません。病院現場の実態を明らかにできるものとして、ここに調査の中間報告について結果を公表します。

ご多忙のところアンケートにご協力いただきました病院様、ご担当者の皆様にお礼申し上げます。

病院団体合同調査ワーキンググループ　委員長　島　弘志

Ⅱ．調査概要

■調 査 目 的 ：診療報酬改定が病院運営に与える影響を検証し、会員病院の運営に資することを目的とし、さらには安定的な病院運営が維持できる報酬設定を求めるため、中央社会保険医療協議会や社会保障審議会等の協議の場に、その根拠となるデータを提示する。

■調 査 方 法 ：日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する全病院に、診療収入等についてＥメール又はFAX等による調査票配布により実施、回収を行った。

■調 査 期 間 ：2024年7月22日～8月30日※本中間報告書は、8月29日提出分までを集計。現在、9月27日まで回答期限延長中。

■主な調査項目：2023年・2024年の各6月の診療収益、一人一日あたりの診療収入、延患者数、診療行為別点数、医業損益等の前年同月比較。2022年度～2023年度の医業損益等の通年比較等。

■回 答 数 ：541病院（回答率：12.2%） 有効回答数：480病院
（会員数：4,443病院：2024年7月1日現在）

- 図表中の数値は、小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位までを表示している。このため、百分率の合計が100.0%にならないことがある。
- 有効回答として、診療収入、診療単価、延患者数の計算に必要な【 1.基本情報 】【 2.施設基準、病院機能等 】【 3.患者統計、診療単価 】がすべて入力されているものについて集計を実施した。
  なお、許可病床数の2023年6月1日／2024年6月1日比が20%以上の変動増減がある病院については、収益に直接的に影響の無いと考えられる設問のみ集計を実施した。また、医業損益に関する2023年、2024年の各6月期の月次比較および2022年度、2023年度の年度比較、あわせて新型コロナ感染拡大後の影響をみるために6年連続で2018年度～2023年度の年度損益比較、2019年～2024年の各6月の診療収益、診療収益（単価）、延患者数、月次損益比較について集計を実施した。
  1.基本情報 2.施設基準、病院機能等 3.患者統計、診療単価 4.診療報酬点数行為別内訳
  5.損益等 6.ＤＰＣ／ＰＤＰＳにおける医療機関別係数 7.令和6年度診療報酬改定項目について
  8.令和6年度診療報酬改定に関するご意見、要望事項 等々
- 開設主体
  国 ：厚生労働省 独立行政法人国立病院機構 国立大学法人 国立研究開発法人
  独立行政法人労働者健康安全機構 独立行政法人地域医療機能推進機構
  自治体 ：都道府県 市町村 地方独立行政法人
  その他公的：日赤 済生会 北海道社会事業協会 厚生連 健康保険組合及びその連合会
  国民健康保険組合 共済組合及びその連合会
  医療法人 ：医療法人 特定医療法人 社会医療法人
  その他私的：公益法人 私立学校法人 社会福祉法人 医療生協 会社 その他の法人 個人
- 病床区分
  一般 ：一般病床80%以上
  療養・ケアミックス ：療養病床80%以上、または一般病床＋療養病床が80%以上
  精神 ：精神病床80%以上
  その他 ：上記以外

Ⅲ．回答病院の属性

（１）有効回答数の経年比較

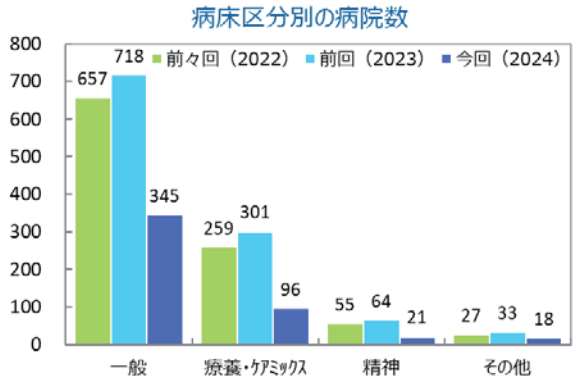
2024 年度調査の全回答病院数は 541 病院、うち有効回答数（2024 年 8 月 29 日現在）は 480 病院であった。実働病床数による病床規模別に有効回答数を 2023 年度及び 2024 年度調査と比較した病床規模別の回答数増減ではすべて減少し、全体では 636 病院の減少となった。 病床規模別有効回答数の比較では、100～199 床が 30.4%と最も多くを占めた。（表 1）。

（表１）有効回答の病床規模別件数

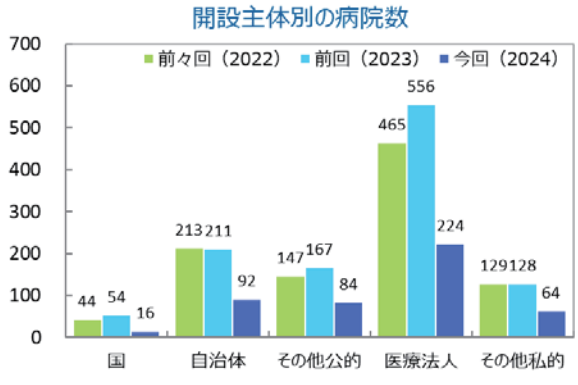
	2022年度		2023年度		2024年度		前年度との比較	
	有効回答数	割合	有効回答数	割合	有効回答数	割合	回答数増減	増減比率
20～99床	146	14.6%	176	15.8%	68	14.2%	-108	-61.4%
100～199床	305	30.6%	354	31.7%	146	30.4%	-208	-58.8%
200～299床	150	15.0%	150	13.4%	77	16.0%	-73	-48.7%
300～399床	140	14.0%	165	14.8%	65	13.5%	-100	-60.6%
400～499床	100	10.0%	111	9.9%	46	9.6%	-65	-58.6%
500床～	157	15.7%	160	14.3%	78	16.3%	-82	-51.3%
合計	998	100.0%	1,116	100.0%	480	100.0%	-636	-57.0%

病床区分別の割合では、一般が 71.9%を占めており、続いて療養・ケアミックスが 20.0%であった。（図 1）。

開設主体別の割合では、医療法人が 46.7%を占め、次に自治体、その他公的と続いた。それら 3 つの合計は全体の 83.3%を占めていた（図 2）。



（図１）病床区分別の病院数



（図２）開設主体別の病院数

Ⅳ. 集計結果とまとめ

新型コロナウイルス感染症が拡大した 2019 年度から 2022 年度、5 類移行が行われた 2023 年度以降の病院経営の実態を把握するため、医業損益の調査項目として、2022 年、2023 年に引き続き「コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額／補助金」ならびに「コロナ関連の補助金を除く経常利益」を加え、2023 年と同様に水道光熱費の内訳として電気・ガス料金等を再掲科目とした。また、今回は医療人材確保のための「紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料」を新たに別掲に加えて集計を実施した。

2022 年度、23 年度の医業損益比較では、全病院の医業損益の年度比較では、医業収益の伸びは＋3.0%、医業費用＋2.5%により、2023 年度の医業利益は赤字額がわずかに減じたが、経常利益は医業外収益の大幅な減収により、2022 年度の黒字から赤字に転じていた。

2023 年 6 月/24 年 6 月の前年同月比較をみると、医業収益－0.1%、医業費用＋0.9%となり、医業利益、経常利益ともに 2 期赤字・減益となった。医業収益の内訳では、外来診療収入が－3.9%の減収であった。

近年の経営調査では増収減益傾向が続いていたが、2024 年度は減収減益傾向に転じることも想定され、2024 年度診療報酬改定の影響、働き方改革による人件費の負担増、さらには材料費（医薬品、診療材料、給食材料等）の高騰等々とあわせて病院経営はさらに厳しさを増し、病院運営の大きな転換点を迎えたといえる。

また参考として、2018 年度～23 年度の 6 年連続年度比較について追跡調査をみると、医業利益の赤字病院割合は 20 年度の 86.4%、21 年度は 68.2%に減少したが、23 年度には再び 86.4%に拡大し、経常利益の黒字病院割合では、21 年度 90.9%、22 年度は 86.4%まで増加したが、23 年度は 43.2%に減少していた。コロナ関連の補助金を除く黒字病院割合との比較では、それぞれ 21 年度 50.0%、22 年度 22.7%と大きく減少し、23 年度は補助金の減少により 9.1 ポイント減の 34.1%となっていた。

≪医業損益に関する調査結果≫

＊年度比較（2022 年度／2023 年度）稼働 100 床当たり

- ▼ 医業利益　－20,978 万円 から －20,029 万円に若干縮小した。
- ▼ 経常利益　13,435 万円から―3,412 万円 に黒字から赤字に転じ、コロナ関連の補助金を除くと－8,718 万円から－8,391 万円に赤字が縮小した。
- ◆ 医業利益　赤字病院の割合　76.0%から 74.7%に 1.3 ポイント減少した。
- ◆ 経常利益　赤字病院の割合　22.7%から 51.0%に 28.3 ポイント増加した。コロナ関連の補助金を除くと 63.1%から 64.9%に 1.8 ポイント増加した。

＊前年同月比較（2023 年 6 月／2024 年 6 月）稼働 100 床当たり

▼ 医業利益　－1,939 万円 から －2,180 万円 に赤字が拡大した。

▼ 経常利益　－1,379 万円から －1,732 万円に赤字が拡大した。コロナ関連の補助金を除くと－1,491 万円から－1,735 万円に赤字が拡大した。

◆ 医業利益　赤字病院の割合　68.6%から 69.6%に 1.0 ポイント増加した。

◆ 経常利益　赤字病院の割合　61.5%から 65.0%に 3.5 ポイント増加した。コロナ関連の補助金を除くと 64.0%から 65.0%に 1.0 ポイント増加した。

Ⅴ．医業損益の 2 年連続比較

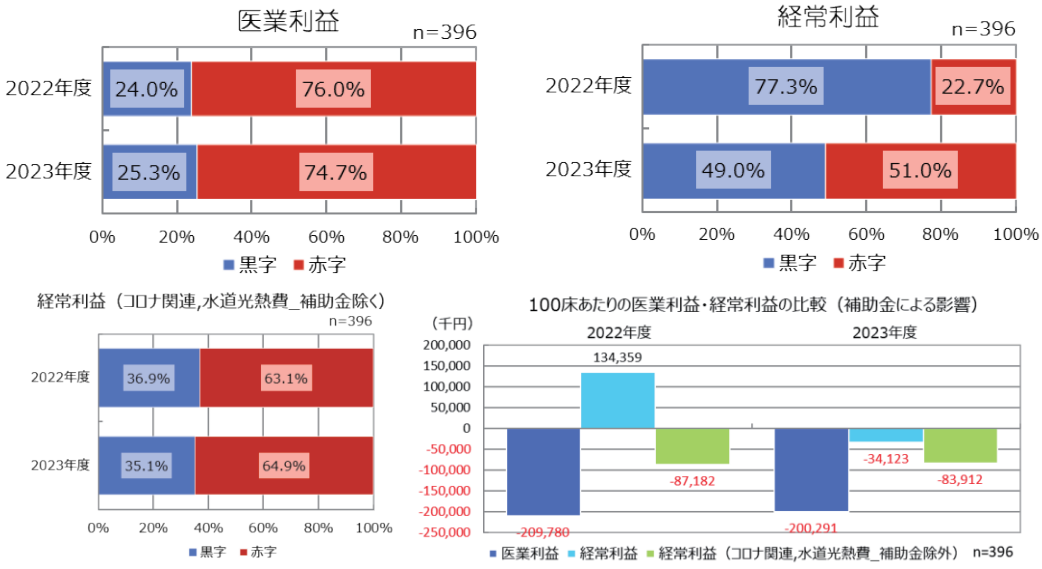
１．年度比較（2022 年度／2023 年度）

（１）医業損益への影響（全病院）

医業利益における赤字病院割合は、2022 年度の 76.0%から 2023 年度は 74.7%に 1.3 ポイント減少していた。経常利益は 2022 年度の黒字病院割合が 77.3%に対して、赤字病院割合が 2022 年度 22.7%から 2023 年度 51.0%に 28.3 ポイント増加していた。コロナ関連の補助金を除く経常利益の赤字病院割合では、それぞれ 63.1%、64.9%へ増加していた。

2022 年度の 100 床あたり医業利益が－20,978 万円の赤字に対して、経常利益は＋13,435 万円の黒字に転じ、コロナ関連の補助金を除く経常利益では－8,718 万円の赤字であった。

2023 年度は医業利益－20,029 万円、経常利益－3,412 万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益－8,391 万円となり、2022 年度は黒字であった経常利益は赤字に転じた（**図 3**）。



（図３）医業損益の年度比較（2022 年度/2023 年度）

全病院の医業損益の年度比較では、医業収益の伸びは＋3.0%、医業費用＋2.5%により、2023 年度の医業利益は前年よりわずかに赤字が縮小し、経常利益は医業外収益の大幅な減収により、2022 年度の黒字から赤字に転じた。

2023年度の全病院の稼動100床当たりの医業利益が－20,029万円、経常利益は－3,412万円、補助金を除く損益差額は－16,105 万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益は－8,391 万円であった。なお、コロナ関連緊急包括支援事業補助金額は2022年21,922万円より2023年4,677万円へと大きく減少していた。また、人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料は、全病院の100床あたりの平均で2023年503万円、2024年441万円であった。（**表2**）。

科目（単位：千円）	全病院（n=396）平均病床数：303				2023年度 黒字病院（n=194）平均病床数：290				2023年度 赤字病院（n=202）平均病床数：317			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,735,569	2,817,369	81,800	3.0%	2,717,903	2,814,316	96,413	3.5%	2,751,086	2,820,051	68,965	2.5%
②医業費用	2,945,349	3,017,661	72,312	2.5%	2,791,808	2,859,654	67,846	2.4%	3,080,209	3,156,443	76,234	2.5%
③医業利益（①-②）	-209,780	-200,291	9,488		-73,905	-45,338	28,567		-329,123	-336,392	-7,270	
④医業外収益	394,963	217,538	-177,424	-44.9%	305,230	174,305	-130,925	-42.9%	473,778	255,511	-218,266	-46.1%
⑤医業外費用	50,824	51,370	546	1.1%	34,363	34,709	347	1.0%	65,282	66,003	721	1.1%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	134,359	-34,123	-168,482		196,962	94,258	-102,704		79,373	-146,883	-226,257	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-87,182	-83,912	3,271		19,784	39,931	20,147		-181,135	-192,687	-11,553	
医業利益率（③÷①）	-7.7%	-7.1%			-2.7%	-1.6%			-12.0%	-11.9%		
経常利益率（⑥÷①）	4.9%	-1.2%			7.2%	3.3%			2.9%	-5.2%		
※1_補助金（運営・施設・その他）	282,201	126,936	-155,265	-55.0%	229,882	109,179	-120,703	-52.5%	328,155	142,532	-185,623	-56.6%
※2_補助金を除く医業外収益 （④－※1）	112,761	90,603	-22,159	-19.7%	75,348	65,126	-10,222	-13.6%	145,623	112,980	-32,643	-22.4%
※3_損益差額 （③＋※2－⑤）	-147,842	-161,058	-13,217		-32,920	-14,922	17,998		-248,782	-289,415	-40,634	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	219,227	46,772			174,906	51,634			258,156	42,502		
⑧水道光熱費 補助金	2,314	3,017			2,272	2,692			2,352	3,302		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	5,039	4,414			6,516	3,832			3,741	4,926		

（表２） 全病院の医業損益・100床あたりの平均

また、医業収益の内訳では、入院診療収入＋3.5%、外来診療収入＋2.3%であった。その他医業収入が全病院、黒字・赤字病院群の全区分で共通して減収となった。また、全病院の医業外収益は－44.9%の減収、そのうち運営費補助金が－52.9%で減収額が最も大きく、黒字・赤字病院群もほぼ同様の結果であった。全病院の医業費用＋2.5%の内訳では、材料費、給与費、委託費、設備関係費の順に増加し、経費は水道光熱費の減少により減少した。材料費＋6.1%の内訳では医薬品費＋7.0%の伸びが大きかった（**表3**）。

科目（単位：千円）	全病院（n=396）平均病床数：303				2023年度 黒字病院（n=194）平均病床数：290				2023年度 赤字病院（n=202）平均病床数：317			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,735,569	2,817,369	81,800	3.0%	2,717,903	2,814,316	96,413	3.5%	2,751,086	2,820,051	68,965	2.5%
入院診療収入	1,774,907	1,836,775	61,868	3.5%	1,769,958	1,840,666	70,707	4.0%	1,779,254	1,833,358	54,105	3.0%
室料差額収益	36,739	39,213	2,474	6.7%	39,940	42,283	2,343	5.9%	33,927	36,516	2,589	7.6%
外来診療収入	844,045	863,286	19,241	2.3%	826,776	852,349	25,573	3.1%	859,213	872,892	13,680	1.6%
その他医業収入	79,879	78,095	-1,784	-2.2%	81,229	79,019	-2,210	-2.7%	78,693	77,284	-1,409	-1.8%
②医業費用	2,945,349	3,017,661	72,312	2.5%	2,791,808	2,859,654	67,846	2.4%	3,080,209	3,156,443	76,234	2.5%
材料費	815,429	865,495	50,066	6.1%	808,730	866,731	58,001	7.2%	821,312	864,409	43,096	5.2%
医薬品費（再掲）	495,102	529,663	34,561	7.0%	494,778	535,917	41,139	8.3%	495,387	524,169	28,782	5.8%
診療材料費（再掲）	295,491	309,515	14,024	4.7%	283,172	297,001	13,828	4.9%	306,311	320,508	14,197	4.6%
給与費	1,436,429	1,453,910	17,481	1.2%	1,339,299	1,351,231	11,932	0.9%	1,521,742	1,544,098	22,355	1.5%
委託費	205,610	211,519	5,909	2.9%	181,208	184,706	3,499	1.9%	227,044	235,070	8,026	3.5%
設備関係費	256,263	260,729	4,466	1.7%	244,605	246,827	2,222	0.9%	266,502	272,940	6,438	2.4%
減価償却費（再掲）	171,675	172,941	1,265	0.7%	157,197	156,115	-1,082	-0.7%	184,393	187,719	3,327	1.8%
研究研修費	6,705	7,982	1,277	19.0%	6,208	7,400	1,192	19.2%	7,142	8,494	1,352	18.9%
経費	167,388	162,749	-4,639	-2.8%	156,381	151,275	-5,106	-3.3%	177,056	172,827	-4,229	-2.4%
水道光熱費（再掲）	62,493	55,216	-7,277	-11.6%	57,488	50,638	-6,851	-11.9%	66,889	59,237	-7,652	-11.4%
電気料金	37,932	33,653	-4,279	-11.3%	33,722	30,107	-3,615	-10.7%	41,629	36,767	-4,863	-11.7%
ガス料金	14,076	11,072	-3,004	-21.3%	13,907	10,821	-3,086	-22.2%	14,224	11,292	-2,932	-20.6%
その他の水道光熱費	10,485	10,492	6	0.1%	9,859	9,710	-149	-1.5%	11,036	11,179	143	1.3%
控除対象外消費税等負担額	44,748	44,455	-293	-0.7%	39,891	40,729	838	2.1%	49,014	47,728	-1,286	-2.6%
本部費配賦額	12,777	10,821	-1,956	-15.3%	15,487	10,755	-4,731	-30.6%	10,397	10,879	482	4.6%
④医業外収益	394,963	217,538	-177,424	-44.9%	305,230	174,305	-130,925	-42.9%	473,778	255,511	-218,266	-46.1%
運営費補助金（再掲）	196,418	92,458	-103,959	-52.9%	148,933	79,714	-69,219	-46.5%	238,125	103,653	-134,472	-56.5%
施設設備補助金（再掲）	13,569	11,441	-2,128	-15.7%	11,009	8,547	-2,462	-22.4%	15,817	13,983	-1,834	-11.6%
その他補助金（再掲）	72,215	23,036	-49,179	-68.1%	69,940	20,919	-49,022	-70.1%	74,212	24,895	-49,317	-66.5%

（表３） 全病院の医業損益の内訳・100床あたりの平均

（２）病床区分別の医業損益

病床区分別の年度比較では、医業利益では精神を除く病床区分で 2 期赤字・増益であった。経常利益では一般は黒字から赤字に転じ、療養・ケアミックスが 2 期黒字・減益であった。

2023 年度の一般における稼働 100 床あたり医業利益が－23,769 万円の赤字に対して、経常利益は―4,462 万円、損益差額は－19,549 万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益は－10,178 万円であった。なお、コロナ関連緊急包括支援事業補助金額は 5,401 万円、前年比で 20.9%に減少していた。（**表 4**）。

科目 （単位：千円）	一般（n=289） 平均病床数：337				療養・ケアミックス（n=73） 平均病床数：174				精神（n=19） 平均病床数：274				その他（n=15） 平均病床数：331			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	3,102,434	3,202,670	100,236	3.2%	1,349,346	1,352,759	3,413	0.3%	664,059	662,194	-1,865	-0.3%	1,271,752	1,280,902	9,150	0.7%
②医業費用	3,351,459	3,440,362	88,903	2.7%	1,383,302	1,382,987	-315	-0.0%	653,991	657,214	3,223	0.5%	1,393,539	1,399,291	5,752	0.4%
③医業利益（①-②）	-249,024	-237,692	11,332		-33,956	-30,227	3,728		10,068	4,980	-5,088		-121,788	-118,389	3,399	
④医業外収益	462,902	252,944	-209,958	-45.4%	116,609	65,662	-50,947	-43.7%	28,759	37,586	8,828	30.7%	160,981	101,626	-59,355	-36.9%
⑤医業外費用	59,064	59,873	809	1.4%	17,344	15,117	-2,227	-12.8%	10,605	15,319	4,714	44.4%	17,317	15,443	-1,874	-10.8%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	154,813	-44,621	-199,434		65,309	20,317	-44,992		28,221	27,247	-974		21,877	-32,206	-54,083	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-105,589	-101,787	3,802		-4,438	-1,158	3,280		21,006	21,646	640		-51,948	-56,347	-4,398	
医業利益率（③÷①）	-8.0%	-7.4%			-2.5%	-2.2%			1.5%	0.8%			-9.6%	-9.2%		
経常利益率（⑥÷①）	5.0%	-1.4%			4.8%	1.5%			4.2%	4.1%			1.7%	-2.5%		
※1_補助金（運営・施設・その他）	335,655	150,869	-184,786	-55.1%	74,363	30,005	-44,357	-59.7%	9,778	13,721	3,944	40.3%	53,107	25,089	-28,018	-52.8%
※2_補助金を除く医業外収益 （④－※1）	127,248	102,075	-25,172	-19.8%	42,246	35,657	-6,590	-15.6%	18,981	23,865	4,884	25.7%	107,875	76,537	-31,338	-29.1%
※3_損益差額 （③+※2－⑤）	-180,841	-195,490	-14,649		-9,053	-9,688	-634		18,444	13,526	-4,918		-31,230	-57,295	-26,065	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	257,974	54,011			67,864	18,991			4,943	2,799			72,587	22,240		
⑧水道光熱費 補助金	2,428	3,155			1,883	2,484			2,272	2,802			1,238	1,900		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	4,678	4,439			11,113	6,545			268	1,289			1,560	1,754		

（表４）病床区分別の医業損益・100 床あたりの平均

（３）開設主体別　医業損益

開設主体別の医業損益比較では、医業収益の増収割合は自治体の＋4.1%が最も高く、次いでその他私的の＋3.7%であった。

科目 （単位：千円）	国（n=13） 平均病床数：416				自治体（n=82） 平均病床数：390				その他公的（n=71） 平均病床数：407			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	3,065,204	3,135,292	70,088	2.3%	2,919,474	3,038,948	119,474	4.1%	3,263,046	3,338,058	75,011	2.3%
②医業費用	3,338,742	3,392,195	53,452	1.6%	3,397,406	3,501,981	104,575	3.1%	3,382,260	3,464,947	82,687	2.4%
③医業利益（①-②）	-273,538	-256,902	16,636		-477,932	-463,033	14,899		-119,213	-126,889	-7,676	
④医業外収益	569,828	373,643	-196,186	-34.4%	660,634	418,946	-241,688	-36.6%	386,221	168,381	-217,840	-56.4%
⑤医業外費用	168,805	147,321	-21,483	-12.7%	80,363	81,032	669	0.8%	47,364	44,070	-3,293	-7.0%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	127,486	-30,581	-158,066		102,339	-125,119	-227,458		219,644	-2,578	-222,222	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-130,909	-83,906	47,003		-187,290	-175,369	11,921		-57,173	-63,826	-6,653	
医業利益率（③÷①）	-8.9%	-8.2%			-16.4%	-15.2%			-3.7%	-3.8%		
経常利益率（⑥÷①）	4.2%	-1.0%			3.5%	-4.1%			6.7%	-0.1%		
※1_補助金（運営・施設・その他）	370,236	162,179	-208,057	-56.2%	426,557	234,312	-192,245	-45.1%	336,294	125,767	-210,527	-62.6%
※2_補助金を除く医業外収益 （④－※1）	199,592	211,464	11,872	5.9%	234,077	184,634	-49,443	-21.1%	49,927	42,614	-7,313	-14.6%
※3_損益差額 （③+※2－⑤）	-242,750	-192,759	49,991		-324,217	-359,431	-35,213		-116,650	-128,345	-11,695	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	255,621	50,615			287,146	47,412			274,243	57,560		
⑧水道光熱費 補助金	2,774	2,710			2,483	2,838			2,575	3,687		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	408	1,348			9,757	3,203			503	755		

科目 （単位：千円）	医療法人（n=181） 平均病床数：203				その他私的（n=49） 平均病床数：349			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	1,872,539	1,911,424	38,885	2.1%	3,249,297	3,367,965	118,668	3.7%
②医業費用	1,912,885	1,945,918	33,033	1.7%	3,454,227	3,538,977	84,749	2.5%
③医業利益（①-②）	-40,346	-34,494	5,852		-204,930	-171,011	33,919	
④医業外収益	156,576	68,163	-88,413	-56.5%	369,407	195,264	-174,143	-47.1%
⑤医業外費用	18,527	20,695	2,168	11.7%	33,442	43,732	10,291	30.8%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	97,703	12,973	-84,729		131,035	-19,479	-150,515	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-16,490	-15,801	689		-88,617	-93,052	-4,435	
医業利益率（③÷①）	-2.2%	-1.8%			-6.3%	-5.1%		
経常利益率（⑥÷①）	5.2%	0.7%			4.0%	-0.6%		
※1_補助金（運営・施設・その他）	115,018	36,546	-78,472	-68.2%	251,954	111,028	-140,926	-55.9%
※2_補助金を除く医業外収益 （④－※1）	41,558	31,617	-9,941	-23.9%	117,454	84,236	-33,217	-28.3%
※3_損益差額 （③+※2－⑤）	-17,315	-23,572	-6,257		-120,918	-130,507	-9,589	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	112,310	26,359			217,311	69,964		
⑧水道光熱費 補助金	1,883	2,415			2,341	3,608		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	5,374	5,075			4,622	12,416		

（表５）開設主体別の医業損益・100 床あたりの平均

医業利益の比較では、すべての開設主体で 2 期赤字であった。医業外収益がすべての開設主体で大きく減収し、経常利益では、すべての開設主体で減益となり、医療法人が 2 期黒字・減益、そ

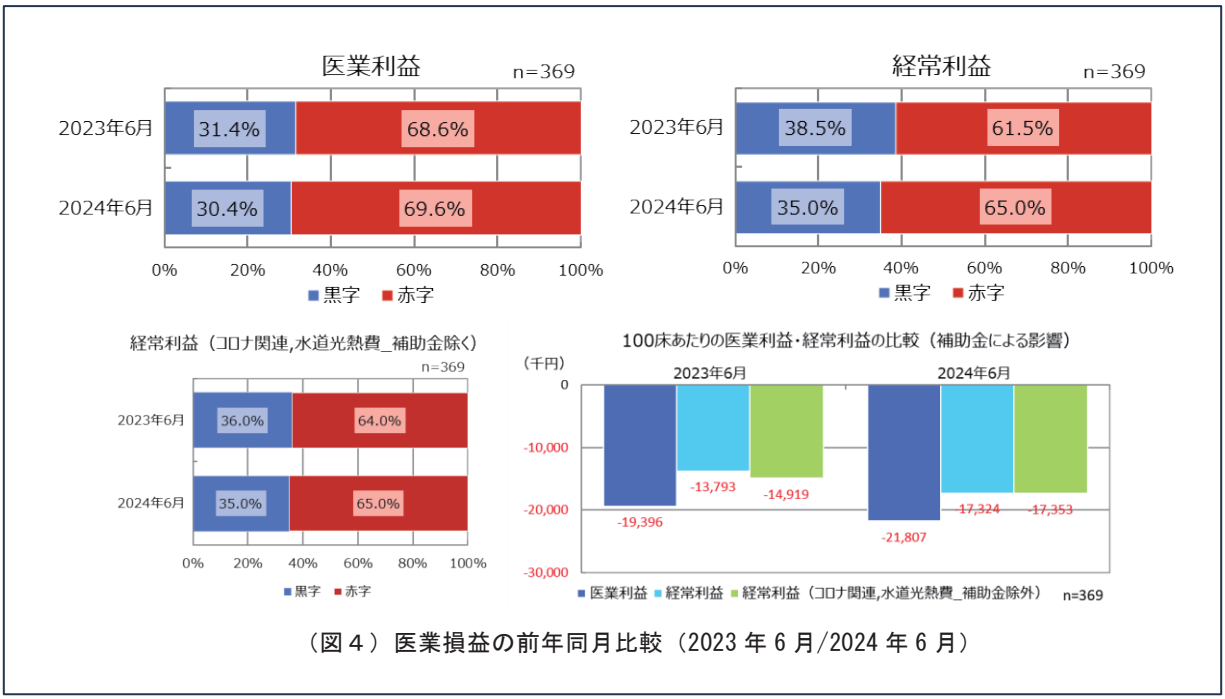
の他の開設主体が黒字から赤字に転じた。

損益差額では、国を除き 2 期赤字・減益、コロナ関連の補助金を除く経常利益では、その他公的、その他私的が 2 期赤字・減益であった。（**表 5**）。

２．医業損益の前年同月比較（2023 年 6 月/2024 年 6 月）

（１）医業損益への影響（全病院）

医業利益の前年同月比較では、赤字病院割合は 2023 年 6 月期の 68.6%から 2024 年 6 月期には 69.6%へと増加し、経常利益では、赤字病院割合が 61.5%から 65.0%へと 3.5 ポイント増加していた。100 床あたりの医業損益では、2024 年 6 月期で医業利益－2,180 万円、経常利益－1,732 万円であり、コロナ補助金を除く経常利益は－1,735 万円であった（**図４**）。



（図４）医業損益の前年同月比較（2023 年 6 月/2024 年 6 月）

全病院の医業収益は前年比－0.1%、医業費用は＋0.9%となり、稼働 100 床あたりの医業利益の赤字額は 241 万円の増加、医業外収益は 158 万円の減収、経常利益は－1,379 万円から－1,732 万円になり赤字額は 353 万円増加していた（**表 6**）。

科目 （単位：千円）	全病院（n=369） 平均病床数：280				2024年6月 黒字病院（n=129） 平均病床数：210				2024年6月 赤字病院（n=240） 平均病床数：318			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	218,533	218,352	-181	-0.1%	184,968	190,490	5,521	3.0%	230,471	228,262	-2,209	-1.0%
②医業費用	237,930	240,159	2,230	0.9%	185,002	186,391	1,389	0.8%	256,754	259,282	2,529	1.0%
③医業利益（①-②）	-19,396	-21,807	-2,411		-34	4,098	4,132		-26,283	-31,021	-4,738	
④医業外収益	7,834	6,250	-1,584	-20.2%	6,686	4,843	-1,843	-27.6%	8,242	6,751	-1,491	-18.1%
⑤医業外費用	2,230	1,767	-463	-20.8%	2,773	1,033	-1,740	-62.7%	2,037	2,028	-9	-0.4%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-13,793	-17,324	-3,532		3,880	7,908	4,029		-20,078	-26,298	-6,221	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-14,919	-17,353	-2,434		2,212	7,847	5,635		-21,012	-26,315	-5,303	
医業利益率（③÷①）	-8.9%	-10.0%			-0.0%	2.2%			-11.4%	-13.6%		
経常利益率（⑥÷①）	-6.3%	-7.9%			2.1%	4.2%			-8.7%	-11.5%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,067	3			1,623	6			870	2		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	59	25			45	55			64	15		

（表６）全病院の医業損益・100 床あたりの平均

（２）病床区分別の医業損益

病床区分別の医業損益の前年同月比較では、一般病院の医業収益は前年比－0.2%、医業費用＋1.0%の増加となり、医業利益、経常利益の赤字幅は増加した。2024 年 6 月期の医業利益は－2,715 万円、経常利益は－2,168 万円であった。

療養＋ケアミックスでは医業利益、経常利益の赤字幅は減少し、精神では医業利益、経常利益の黒字幅が減少、その他は医業利益、経常利益の赤字幅が増加した（**表 7**）。

科目 （単位：千円）	一般（n=258） 平均病床数：310				療養・ケアミックス（n=79） 平均病床数：174				精神（n=16） 平均病床数：273				その他（n=16） 平均病床数：322			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	253,594	253,070	-525	-0.2%	109,277	112,025	2,748	2.5%	54,712	53,972	-740	-1.4%	103,772	101,594	-2,178	-2.1%
②医業費用	277,515	280,223	2,708	1.0%	114,392	115,337	945	0.8%	52,631	52,350	-282	-0.5%	109,130	109,478	348	0.3%
③医業利益（①-②）	-23,920	-27,153	-3,233		-5,115	-3,312	1,804		2,081	1,622	-459		-5,358	-7,884	-2,526	
④医業外収益	9,304	7,453	-1,851	-19.9%	2,490	1,967	-523	-21.0%	1,675	1,804	129	7.7%	4,462	2,748	-1,714	-38.4%
⑤医業外費用	2,630	1,983	-647	-24.6%	844	909	66	7.8%	252	1,003	751	298.6%	1,397	1,347	-50	-3.5%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-17,247	-21,684	-4,437		-3,469	-2,254	1,214		3,504	2,423	-1,080		-2,293	-6,483	-4,191	
コロナ関連､水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-18,508	-21,694	-3,186		-4,135	-2,393	1,742		3,021	2,380	-640		-3,099	-6,483	-3,385	
医業利益率（③÷①）	-9.4%	-10.7%			-4.7%	-3.0%			3.8%	3.0%			-5.2%	-7.8%		
経常利益率（⑥÷①）	-6.8%	-8.6%			-3.2%	-2.0%			6.4%	4.5%			-2.2%	-6.4%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,244	1			473	9			9	32			806	0		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	18	10			193	130			475	11			0	0		

（表７）病床区分別の医業損益・100 床あたりの平均

（３）開設主体別　医業損益

開設主体別の医業損益の前年同月比較では､すべての開設主体で医業利益が 2 期赤字となっていた。経常利益についてもすべての開設主体で 2 期赤字となっていた。

2024 年 6 月の医業利益の赤字額では自治体の－5,434 万円が最大で、経常利益は自治体の－4,040 万円が赤字額の最大であった。

医業収益は私的開設主体（医療法人、その他私的）が増収、公的開設主体（国、自治体、その他公的）が減収であった。医業費用は自治体の前年比＋2.7%が最も増加し、医業外収益はすべての開設主体で減収していた。（**表 8**）。

科目 （単位：千円）	国（n=14） 平均病床数：365				自治体（n=61） 平均病床数：357				その他公的（n=60） 平均病床数：390				医療法人（n=186） 平均病床数：199				その他私的（n=48） 平均病床数：335			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	240,408	233,235	-7,173	-3.0%	249,747	247,799	-1,948	-0.8%	265,471	264,749	-722	-0.3%	151,877	153,938	2,061	1.4%	253,975	254,051	76	0.0%
②医業費用	259,566	257,587	-1,979	-0.8%	294,288	302,143	7,855	2.7%	285,954	284,039	-1,915	-0.7%	156,569	158,188	1,619	1.0%	271,534	274,912	3,378	1.2%
③医業利益（①-②）	-19,158	-24,352	-5,194		-44,542	-54,344	-9,803		-20,483	-19,290	1,193		-4,692	-4,250	441		-17,559	-20,860	-3,301	
④医業外収益	4,152	3,596	-556	-13.4%	18,504	15,833	-2,671	-14.4%	5,918	5,162	-756	-12.8%	3,266	2,378	-888	-27.2%	7,816	4,576	-3,240	-41.5%
⑤医業外費用	2,367	2,115	-252	-10.6%	2,153	1,890	-264	-12.3%	2,592	2,756	165	6.3%	1,245	1,383	138	11.1%	4,028	933	-3,095	-76.8%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-17,373	-22,871	-5,498		-28,191	-40,401	-12,210		-17,157	-16,885	272		-2,671	-3,255	-584		-13,771	-17,218	-3,446	
コロナ関連､水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-17,385	-22,871	-5,486		-28,856	-40,401	-11,545		-17,936	-16,902	1,033		-3,680	-3,323	357		-16,654	-17,219	-565	
医業利益率（③÷①）	-8.0%	-10.4%			-17.8%	-21.9%			-7.7%	-7.3%			-3.1%	-2.8%			-6.9%	-8.2%		
経常利益率（⑥÷①）	-7.2%	-9.8%			-11.3%	-16.3%			-6.5%	-6.4%			-1.8%	-2.1%			-5.4%	-6.8%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	11	0			664	0			679	0			918	8			2,858	1		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	0	0			1	0			100	17			92	60			24	0		

（表８）開設主体別の医業損益・100 床あたりの平均

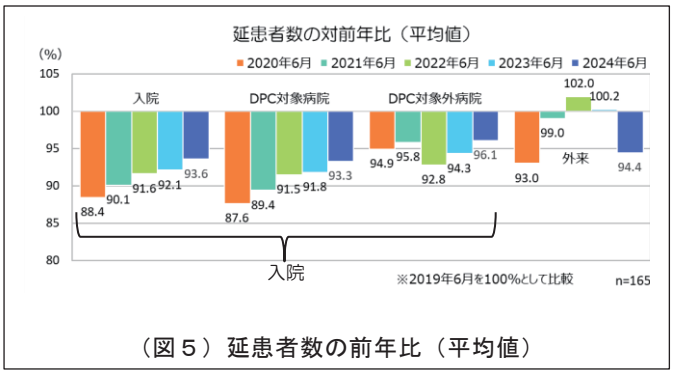
Ⅵ. 6 年連続比較《参考》

1. 延患者数、診療単価、診療収益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）

（2019 年 6 月/2020 年 6 月/2021 年 6 月/2022 年 6 月/2023 年 6 月/2024 年 6 月）

（1）延患者数の対前年比　同月比較

延患者数についてコロナ前の 2019 年 6 月を 100％とした 6 年連続の同月比較では、全体の入院患者数は 2020 年 6 月は対前年比 88.4％に落ち込んだが、2024 年に 93.6％へと年々わずかに増加していた。DPC 対象別では、DPC 対象病院は全入院とほぼ同様の傾向であった。DPC 対象外は、95％前後で推移していたが、2022 年のみ 92.8％であった。



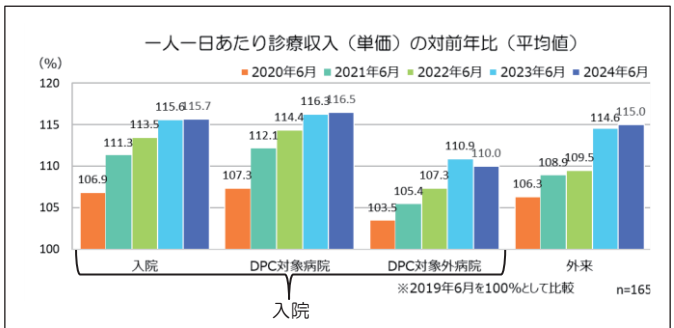
（図５）延患者数の前年比（平均値）

外来患者数は 2020 年 6 月の 93.0％から 2022 年 102.0％へと増加したが、2024 年には 94.4％に減少していた。（図 5）。

（2）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比　同月比較

診療単価について 2019 年 6 月期を 100％とした 6 年連続の同月比較では、入院単価は概ね年々増加していた。入院全体では 2023 年 115.6％、2024 年 115.7％であった。DPC 対象病院も同様にそれぞれ 116.3％、116.5％であった。

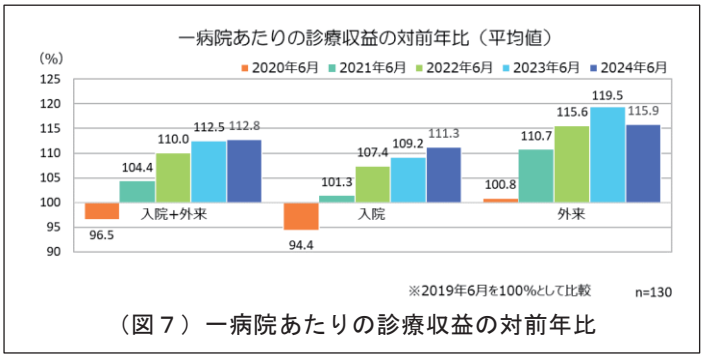
外来単価は、2020 年の 106.3％から 2023 年 114.6％、2024 年には 115.0％へと増加していた。（図 6）。



（図６）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比（平均値）

（3）一病院あたりの診療収益の対前年比

診療収益について 2019 年 6 月期を 100％とした 6 年連続の同月比較では、入院＋外来収益では 2020 年に減収となったが、2021 年以降は増収に転じ、2023 年は 112.5％、2024 年 112.8％であった。



（図７）一病院あたりの診療収益の対前年比

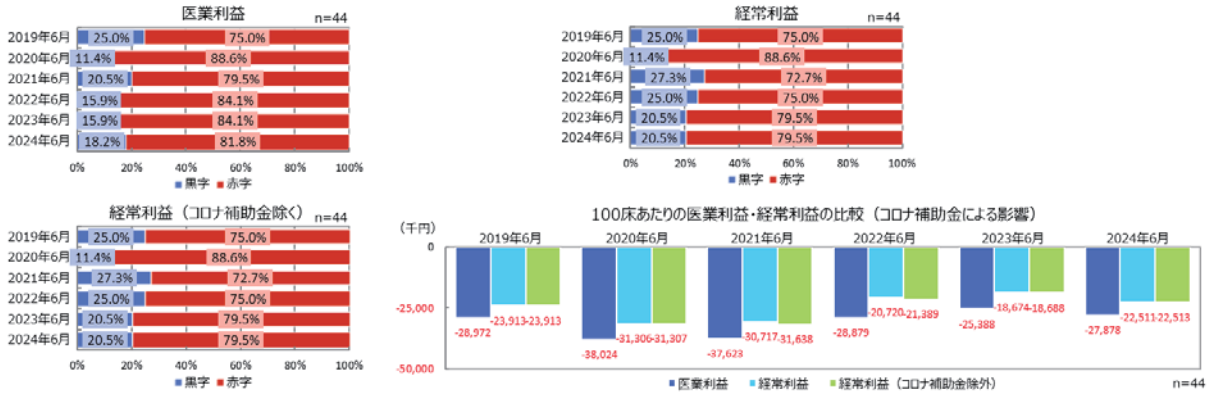
入院収益は、2020 年に 94.4％であったが、2022 年 109.2％、2024 年には 111.3％へと増加していた。

外来収益は、2020 年 100.8％から 2021 年 110.7％に、2023 年は 119.5％、2024 年 115.9％であった。（図 7）。

（４）6 年連続同月比較 医業利益、経常利益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）

2019 年から 2024 年の各 6 月期における 6 年連続の同月比較では、医業利益の赤字病院割合は、2019 年 75.0%より 2020 年は 88.6%に増加し、2021 年 79.5%、2022 年・2023 年 84.1%とほぼ横ばいで推移し、2024 年は 81.8%であった。経常利益の赤字病院割合では、2019 年は 75.0%より 2020 年は 88.6%に急増し、2021 年 72.7%、2022 年 75.0%と減少がみられたが、2023 年、2024 年には 79.5%へと増加していた。また、経常利益とコロナ関連の補助金を除く経常利益との比較では、赤字病院割合は 6 年すべて同率で推移し、各年 6 月期には補助金の影響はみられなかった。

2024 年 6 月医業利益は－2,787 万円に対して経常利益、コロナ関連の補助金を除く経常利益は－2,251 万円であった（**図 8**）。



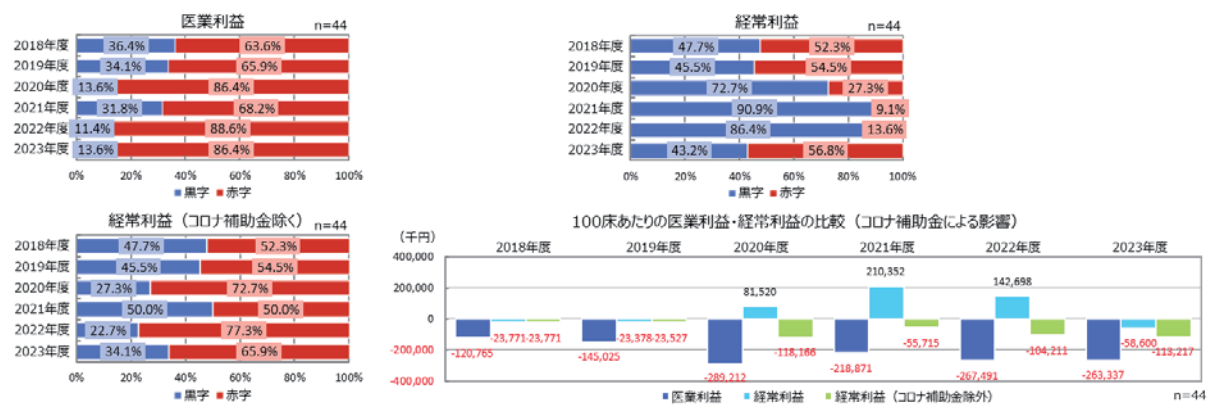
（図８）6 年連続同月比較　医業利益、経常利益　同月比較

２．医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の年度比較

（2018 年度/2019 年度/2020 年度/2021 年度/2022 年度/2023 年度）

（１）6 年連続年度比較　医業利益、経常利益　年度比較

2018 年度から 2023 年度の 6 年連続通年比較で医業利益をみると、赤字病院割合が 2018 年度 63.6%、2019 年度の 65.9%から 2020 年度に 86.4%に急増し、2021 年に 68.2%に減少したが、2022 年度 88.6%、2023 年度 86.4%へと再び増加した。経常利益は黒字病院割合が 2018 年度 47.7%、2019 年度は 45.5%であったが、2020 年度には 72.7%へと大幅に増加し、2021 年度 90.9%、2022



（図９）6 年連続年度比較　医業利益、経常利益　年度比較

年度は 86.4%と続いたが、2023 年度は 43.2%に低下した。

一方で、経常利益と緊急包括支援事業等コロナ関連の補助金を除く経常利益の黒字病院割合を比較すると、2020 年度が 72.7%と 27.3%、2021 年度は 90.9%と 50.0%、2022 年度は 86.4%と 22.7%となり 3 年続けて 40 ポイントを超える大きな乖離がみられたが、2023 年度は 43.2%と 34.1%、の 9.1 ポイント差に縮まった。また、100 床あたりの医業利益・経常利益の比較では、2023 年度はコロナ関連の補助金を除く経常利益を含めてすべて赤字であった。(**図 9**)。

（２）一病院あたりの損益

6 年連続通年比較では、2023 年度の一病院あたりの医業損益を対 2018 年比でみると、医業収益の＋10.3%に対して医業費用は＋14.7%となり、医業利益の赤字額は拡大し、医業利益率は 2018 年度の－4.2%から 2023 年度が－8.3%であった。経常利益は、2019 年度以前が赤字、医業外収益の大幅な増収により 2020 年度～2022 年度は黒字に転じたが、2023 年度は赤字であった。

一病院あたりの医業利益の赤字額は、2018 年度の－48,929 万円から 2020 年度には－117,177 万円まで拡大し、2023 年度は－105,801 万円へと増加した。経常利益では 2018 年度が－9,631 万円、2019 年度－9,472 万円の赤字から、2020 年度には 33,028 万円の黒字に転じ、2021 年度は 84,748 万円で黒字額の最大であったが、2023 年度は―23,543 万円の赤字となった、

100 床あたりの平均で 2023 年度の医業利益は－26,333 万円、経常利益が―5,860 万円に対して、コロナ関連の補助金等を除く経常利益は－11,321 万円、すべての補助金を除く損益差額についても－22,225 万円の赤字であった。なお、コロナ関連緊急包括支援事業補助金額は、100 床あたり 5,461 万円であった。(**表 9**)。

n=44

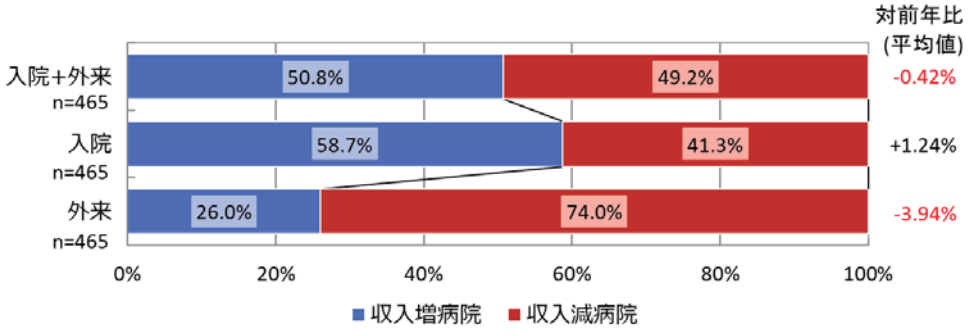
科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益						100床あたりの平均						対2018年比	対2019年比	対2020年比	対2021年比	対2022年比
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度					
①医業収益	11,696,468	12,061,386	11,471,383	12,185,753	12,467,997	12,798,000	2,886,883	2,976,951	2,831,328	3,024,613	3,103,246	3,185,383	10.3%	7.0%	12.5%	5.3%	2.6%
②医業費用	12,185,758	12,648,969	12,643,153	13,067,555	13,542,701	13,856,015	3,007,648	3,121,976	3,120,540	3,243,484	3,370,737	3,448,720	14.7%	10.5%	10.5%	6.3%	2.3%
③医業利益（①-②）	-489,290	-587,583	-1,171,770	-881,802	-1,074,704	-1,058,014	-120,765	-145,025	-289,212	-218,871	-267,491	-263,337					
④医業外収益	597,296	678,313	1,688,300	1,936,618	1,843,932	998,917	147,422	167,419	416,701	480,686	458,949	248,627	68.6%	48.5%	-40.3%	-48.3%	-45.8%
⑤医業外費用	204,317	185,451	186,243	207,335	195,905	176,342	50,429	45,772	45,968	51,462	48,760	43,891	-13.0%	-4.1%	-4.5%	-14.7%	-10.0%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-96,312	-94,720	330,288	847,481	573,322	-235,439	-23,771	-23,378	81,520	210,352	142,698	-58,600					
コロナ関連の補助金を除く経常利益（⑥－⑦）	-96,312	-95,322	-478,760	-224,468	-418,691	-454,874	-23,771	-23,527	-118,166	-55,715	-104,211	-113,217					
医業利益率（③÷①）	-4.2%	-4.9%	-10.2%	-7.2%	-8.6%	-8.3%	-4.2%	-4.9%	-10.2%	-7.2%	-8.6%	-8.3%					
経常利益率（⑥÷①）	-0.8%	-0.8%	2.9%	7.0%	4.6%	-1.8%	-0.8%	-0.8%	2.9%	7.0%	4.6%	-1.8%					
※1_補助金（運営・施設・その他）	321,201	375,896	1,383,978	1,603,526	1,458,588	657,501	79,278	92,777	341,589	398,009	363,038	163,650	106.4%	76.4%	-52.1%	-58.9%	-54.9%
※2_補助金を除く医業外収益（④－※1）	276,095	302,417	304,322	333,092	385,343	341,417	68,145	74,642	75,112	82,676	95,911	84,978	24.7%	13.8%	13.1%	2.8%	-11.4%
※3_損益差額（③＋※2－⑤）	-417,513	-470,616	-1,053,690	-756,044	-885,266	-892,939	-103,049	-116,156	-260,068	-187,657	-220,340	-222,250					
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金		602	809,048	1,071,949	992,013	219,436		148	199,686	266,067	246,909	54,617					
⑧水道光熱費 補助金				0	7,106	13,110				0	1,769	3,263					
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料					3,304	8,773					822	2,184					

（表９）一病院あたりの損益・100 床あたりの平均

Ⅶ. 診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較（2023 年 6 月/2024 年 6 月）

（１）一病院あたりの診療収益の前年比

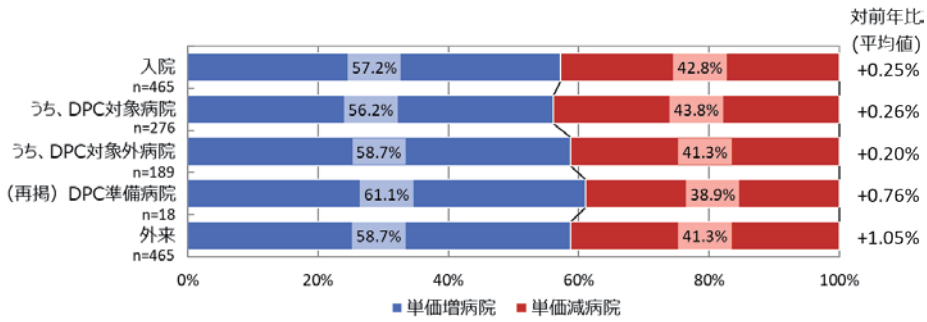
2023 年 6 月期及び 2024 年 6 月期の前年同月比較において入院＋外来の診療収益は、収入増病院の割合が 50.8%に対して、対前年比は－0.42%の減収であった。入院、外来診療収益の増収病院割合は、入院が 58.7%、外来が 26.0%となっていた。対前年比は、入院＋1.24%、外来－3.94%であった（**図 10**)。



（図１０）一病院あたりの診療収益の前年比

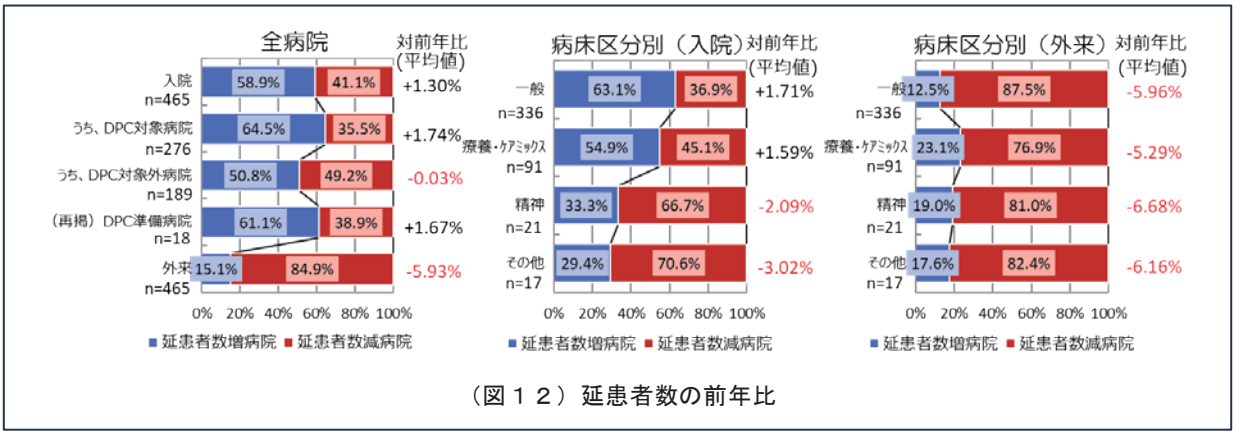
（２）一人一日あたりの診療単価の前年比

診療単価増病院の割合は、入院 57.2%（うち DPC 対象病院 56.2%、DPC 対象外病院 58.7%）、外来 58.7%であった。対前年比では、入院全体で＋0.25%（DPC 対象病院＋0.26%、DPC 対象外病院＋0.20%）、外来は＋1.05%の単価増となっていた（図 11）。



（図１１）一人一日当たりの診療単価の前年比

（３）延患者数の前年比



（図１２）延患者数の前年比

延患者数増病院の割合は、入院 58.9%（DPC 対象病院 64.5%、DPC 対象外病院 50.8%）、外来 15.1%であった。対前年比は、入院＋1.30%（DPC 対象病院＋1.74%、DPC 対象外病院－0.03%）、外来－5.93%であった。（図 12）。

Ⅸ. 名簿

一般社団法人	日本病院会	会長	相澤　孝夫
公益社団法人	全日本病院協会	会長	猪口　雄二
一般社団法人	日本医療法人協会	会長	加納　繁照

＜病院団体合同調査ワーキンググループ＞

日本病院会	副会長		島　弘志
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員長	永易　卓
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員	中山　和則(代理)
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員	原口　博(代理)
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	委員長	津留　英智
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	副委員長	太田　圭洋
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	委員	西本　育夫
日本医療法人協会	副会長		太田　圭洋

＜日本病院会　診療報酬検討委員会＞

委員長	島　弘志	新古賀病院	総病院長
副委員長	岡　俊明	聖隷浜松病院	病院長
委　員	梶川　昌二	諏訪赤十字病院	病院長
	北村　立	石川県立こころの病院	病院長
	冨滿　弘之	JA とりで総合医療センター	院長
	牧野　憲一	旭川赤十字病院	病院長
	松本　隆利	八千代病院	名誉院長
	永易　卓	若弘会本部	理事・総務部長
	須貝　和則	国立国際医療研究センター	医事管理部　部長

＜全日本病院協会　医療保険・診療報酬委員会＞

委員長	津留　英智	宗像水光会総合病院	理事長
副委員長	太田　圭洋	名古屋記念病院	理事長
委　員	田蒔　正治	たまき青空病院	理事長
	濱砂　カヨ	宮崎善仁会病院	理事長
	丸山　泰幸	岩槻南病院	理事長・院長
	西本　育夫	横浜メディカルグループ	業務部長
	増田　好美	新生会第一病院	医事課長

＜日本医療法人協会　医療・介護保険・地域包括ケア部会＞

部会長	関　　健	城西病院	理事長・総長
部会員	太田　圭洋	名古屋記念病院	理事長
	西村　直久	西部総合病院	理事長
	金澤　知徳	青磁野リハビリテーション病院	理事長
	佐能　量雄	光生病院	理事長
	高橋　幹治	片倉病院	理事長
	谷本　康信	本郷中央病院	病院長
	鬼塚　一郎	田主丸中央病院	理事長
	田辺　裕久	朝倉病院	理事長
	武田　隆久	武田総合病院	理事長
	武田　敏也	京都武田病院	理事長

＜日本病院会　診療報酬作業小委員会＞

委員長	永易　卓	若弘会本部	理事・総務部長
副委員長	佐合　茂樹	中部国際医療センター	病院長補佐・事務長
委　員	朝見　浩一	国際医療福祉大学三田病院	事務局　運営部長
	荒井　康夫	北里大学未来工学部データサイエンス学科	講師
	池田　隆一	相澤東病院	事務長・医療連携センター　センター長
	北澤　将	国家公務員共済組合連合会 東北公済病院	事務部長
	中山　和則	筑波メディカルセンター病院	副院長・事務部長
	原口　博	公立昭和病院	事務局長
	平井　幸彦	新古賀病院	診療情報管理室　統括課長
特別委員	田畑　久美	沼津中央病院	事務部長

2024 年9月 18 日

3 病院団体　緊急要望

2024 年度 病院経営定期調査

-中　間　報　告-

緊　急　速　報

一般社団法人 日本病院会

公益社団法人 全日本病院協会

一般社団法人 日本医療法人協会

2024年　9月 18 日

2024 年9月 18 日

一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫
公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口 雄二
一般社団法人 日本医療法人協会 会長 加納 繁照

病院経営の危機的状況に対する救済措置・財政支援の要望

記

- 日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の 3 病院団体は、診療報酬改定や、我が国の経済状況が医療機関に与える影響を調査・検証し、会員病院の運営に資すると共に、次回改定に向けて医療政策が改善する資料として発信していくことを目的として合同で調査を行っている。 ここに中間結果（速報値）を取りまとめたので報告する。
- 3 病院団体による 2024 年度病院経営定期調査の中間報告（速報値）により、病院の経営状況が急速に悪化していることが明らかとなった。
- 医業損益の前年同月比較（2023 年 6 月/2024 年 6 月）では減収・減益となっており、極めて厳しい経営状況が明らかとなった。
- 病院は深刻な経営不振の状況に陥っており、このままでは地域医療に少なからず影響が出る恐れが高い。国民の生命を守るためにも、特例的な救済措置・財政支援を求める。

2024 年度 病院経営定期調査

2024 年9月 18 日

■調 査 目 的 ：診療報酬改定が病院運営に与える影響を検証し、会員病院の運営に資することを目的とし、さらには安定的な病院運営が維持できる報酬設定を求めるため、中央社会保険医療協議会や社会保障審議会等の協議の場に、その根拠となるデータを提示する。

■調 査 方 法 ：日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する全病院に、診療収入等についてＥメール又はFAX等による調査票配布により実施、回収を行った。

■調 査 期 間 ：2024 年 7 月 22 日～8 月 30 日※本中間報告書は、8 月 29 日提出分までを集計。現在、9 月 27 日まで回答期限延長中。

■主な調査項目：2023年・2024年の各6月の診療収益、一人一日あたりの診療収入、延患者数、診療行為別点数、医業損益等の前年同月比較。2022年度～2023年度の医業損益等の通年比較等。

■回 答 数 ：541病院（回答率：12.2%） 有効回答数：480病院
（会員数：4,443病院：2024年7月1日現在）

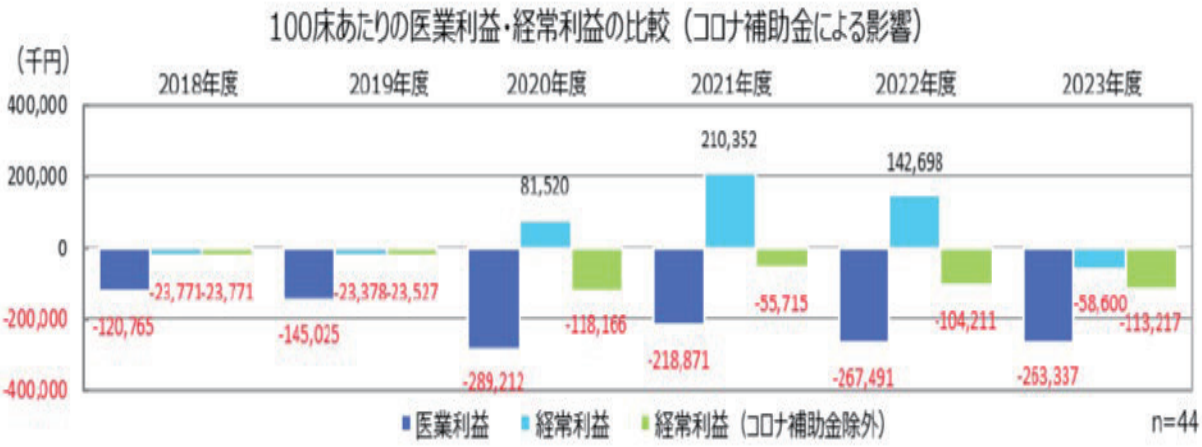
Ⅰ．医業損益の２年度連続比較(2022 年度／2023 年度) 全病院の医業損益･100 床あたりの平均

科目（単位：千円）	全病院（n=396） 平均病床数：303			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,735,569	2,817,369	81,800	3.0%
②医業費用	2,945,349	3,017,661	72,312	2.5%
③医業利益（①-②）	-209,780	-200,291	9,488	
④医業外収益	394,963	217,538	-177,424	-44.9%
⑤医業外費用	50,824	51,370	546	1.1%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	134,359	-34,123	-168,482	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-87,182	-83,912	3,271	
医業利益率（③÷①）	-7.7%	-7.1%		
経常利益率（⑥÷①）	4.9%	-1.2%		
※1_補助金（運営･施設･その他）	282,201	126,936	-155,265	-55.0%
※2_補助金を除く医業外収益（④－※1）	112,761	90,603	-22,159	-19.7%
※3_損益差額（③＋※2－⑤）	-147,842	-161,058	-13,217	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	219,227	46,772		
⑧水道光熱費 補助金	2,314	3,017		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料･委託料	5,039	4,414		

Ⅱ．医業損益の前年同月比較(2023 年６月/2024 年６月) 全病院の医業損益･100 床あたりの平均

科目（単位：千円）	全病院（n=369） 平均病床数：280			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	218,533	218,352	-181	-0.1%
②医業費用	237,930	240,159	2,230	0.9%
③医業利益（①-②）	-19,396	-21,807	-2,411	
④医業外収益	7,834	6,250	-1,584	-20.2%
⑤医業外費用	2,230	1,767	-463	-20.8%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-13,793	-17,324	-3,532	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-14,919	-17,353	-2,434	
医業利益率（③÷①）	-8.9%	-10.0%		
経常利益率（⑥÷①）	-6.3%	-7.9%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,067	3		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	59	25		

2024 年9月 18 日



<まとめ>

I. 医業損益の２ 年連続年度比較(2022 年度／2023 年度) 2023 年度全病院の医業損益(稼働 100 床あたりの平均)で見ると、医業利益はマイナス 20,029 万円、経常利益はマイナス 3,412 万円、補助金を除く損益差額はマイナス16,105万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益はマイナス 8,391 万円であり、全病院の平均経常利益は、2022 年度プラス 4.9%の黒字より 2023 年度マイナス1.2%の赤字となった。

II. 医業損益の前年同月比較(2023 年 6 月/2024 年 6 月) 全病院の医業損益(稼働 100 床あたりの平均)で見ると、医業収益は前年比マイナス0.1%、医業費用は前年比プラス 0.9%増となり、稼働 100 床当たり医療利益の赤字幅は 241 万円の拡大、医業外収益はマイナス 158 万円の減収、経常利益はマイナス 1,379 万円からマイナス 1,732 万円となり、赤字幅は 353 万円拡大していた。

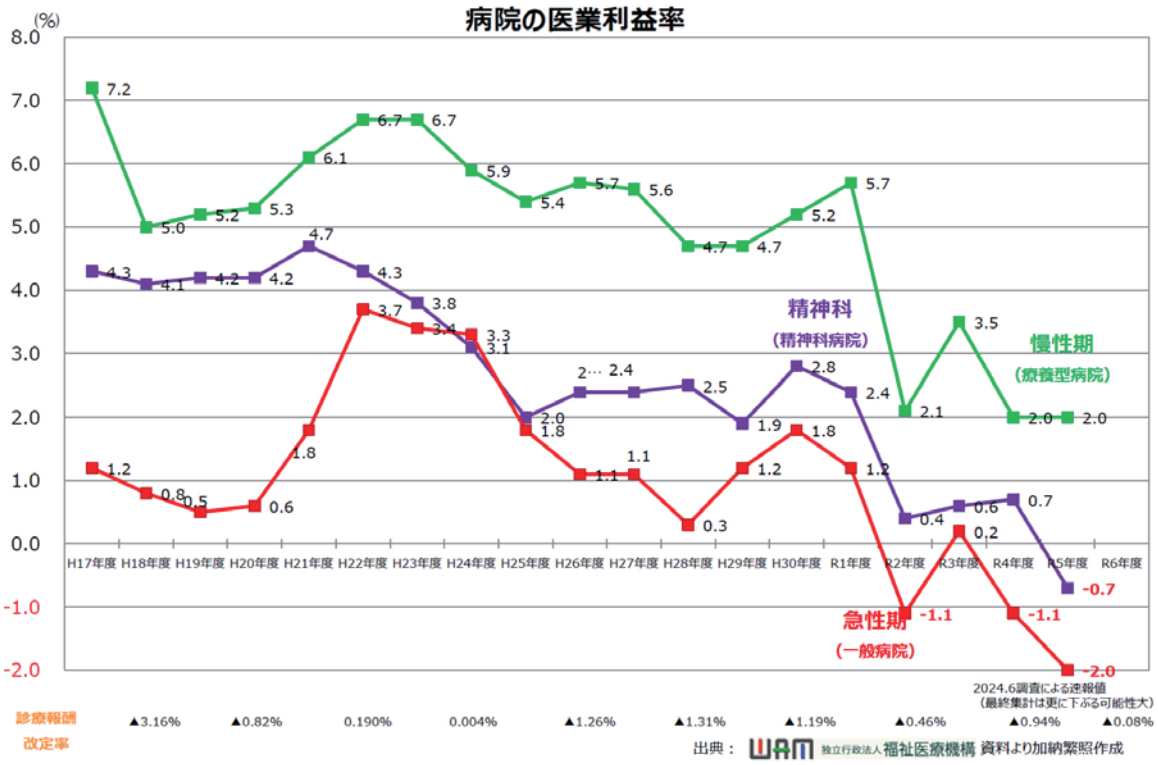
III. 2024 年度は、診療報酬改定の影響もあり医業収益は前年比マイナス 0.1%、コロナ関連緊急包括支援事業補助金、水道光熱費補助金は、減額ないしほぼゼロとなり、一方で給与費の負担増、物価高騰の影響で医業費用は、前年同月比較では、稼働 100 床あたりプラス 0.9%増加していた。

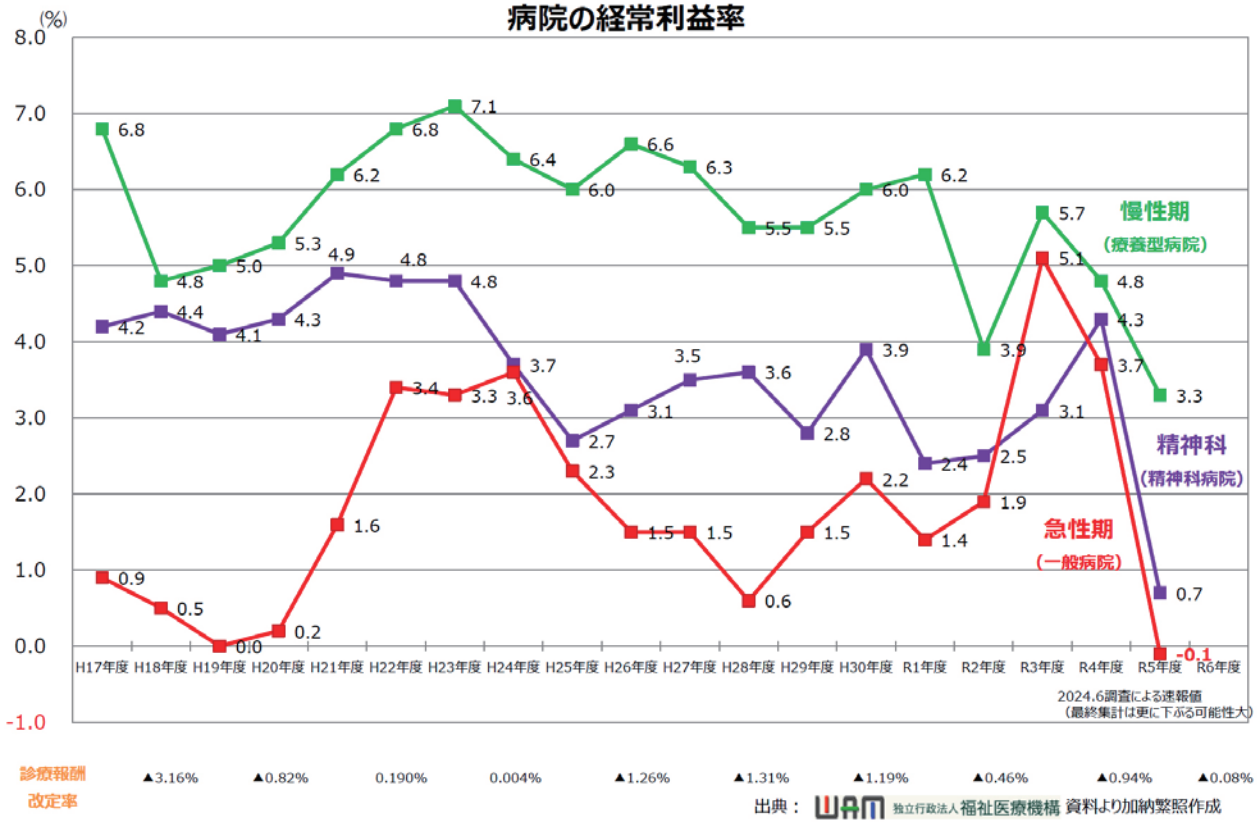
IV. 6 年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較では、100 床あたりの医業利益・経常利益の比較では、2023 年度はコロナ関連の補助金を除く経常利益を含めてすべて赤字であった。

V. (※別添資料)WAM(福祉医療機構)「2024年 6 月調査病院の経営状況(速報値)について、WAM(福祉医療機構)調査では、2023 年度の一般病院(急性期)医業利益率はマイナス2. 0%、 同じく一般病院(急性期)経常利益率はマイナス 0.1%と悪化していた。

（※別添資料）

病院経営動向調査（2024年6月調査）





Copyright © 2024 Welfare And Medical Service Agency (WAM). All rights reserved.

２０２４年１０月９日

厚生労働大臣　福岡　資麿　殿

四病院団体協議会
一般社団法人日本病院会
会　長　相澤　孝夫
公益社団法人全日本病院協会
会　長　猪口　雄二
一般社団法人日本医療法人協会
会　長　加納　繁照
公益社団法人日本精神科病院協会
会　長　山崎　　學

地域医療介護総合確保基金の拡充について（要望）

これまで、あらゆる地域医療は病院が中心となって支えてきているが、近年、少子高齢化の影響により人口減少に歯止めがかからず、その結果、地域によっては閉院・病床削減、有床・無床診療所への転換を余儀なくされている病院が増加しており、地域医療の壊滅が危惧されている。

また、他国での木材、鋼材の需要増大に伴い、我が国においては建築資材が年々高騰している状況にあり、病院における老朽建替え、耐震化工事などに大きな影響を及ぼしている。

今般の２０２４年度診療報酬改定において、近年では最大幅のプラス改定となったが、一方で、その多くの改定分は医療スタッフ等の賃上げに充てられるものであり、現状の診療報酬体系では、地域の医療需要に見合った対応（例えば、①老朽化等による必要な建替整備、②実情に応じた閉院や病床削減の実施等）ができない病院が急速に増加している。

国においては２０１４年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、(1)地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、(2)地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業等を対象として、建替え整備や病床再編（減床補填）への財政支援を実施している。

そこで、こうした状況を踏まえ、下記について、地域医療介護総合確保基金の予算の拡充を強く要望するものである。

記

１．地域医療介護総合確保基金の増額について

２０４０年に向けて、新たな地域医療構想が検討されているが、人口の減少により変化する医療需要においても救急・急性期に関する機能の確保、広域医療対応できる病院の確保、高齢者救急等に対応する地域に密着した病院の確保が必要であり、今後、更なる病院間連携・再編・病院の集約化が求められ、閉院、病床削減せざるを得ない病院が増えることが予想されるが、持続可能な医療提供体制の構築に対応できるよう、地域医療介護総合確保基金の大幅な増額、または新たな基金の創設をお願いしたい。

２．病床機能再編等に伴う支援単価の増額について

地域医療介護総合確保基金の「病床機能再編支援事業」において、病床機能再編や病床減少を伴う病院の統合に対し概ね１床あたり約 200 万円の財政措置が行われているところであるが、当該単価について実情に見合った単価に増額をお願いしたい。

３．病院建て替えに伴う支援の拡充（補助単価の引き上げ）

地域医療確保のため、老朽化した病院の建替え等も今後必要となるが、近年の物価高騰により建築単価は年々上昇しており、現行の補助単価は現実から乖離している。都道府県において実情に見合った単価設定がなされるよう、改めて都道府県に周知をお願いしたい。

2024 年 10 月9日

厚生労働大臣
福 岡 資 麿 殿

四 病 院 団 体 協 議 会
一般社団法人日本病院会
会 長 相澤 孝夫
公益社団法人全日本病院協会
会 長 猪口 雄二
一般社団法人日本医療法人協会
会 長 加納 繁照
公益社団法人日本精神科病院協会
会 長 山崎 學

病院への緊急財政支援についての要望

COVID-19 の影響から始まり、経済環境や賃金の急激な変化により、病院の経営は非常に厳しい状況にあります。

COVID-19 の流行以降、患者数が依然として回復しておらず、加えて様々な補助金が廃止されたこと、急激な人件費の増加や委託費、保守点検費用、診療材料費等の高騰への診療報酬での評価が適切にされていないために、経営が悪化し病院の存続が危ぶまれている状況です。

病院経営定期調査によれば、特に 2022 年度と 2023 年度の比較においては、経常利益率は 6 ポイント以上悪化しております。さらに、2024 年 6 月の状況を見ると、前年同月と比較して、医業利益率と経常利益率ともに大きく悪化しております。

年度	医業利益率	経常利益率
2022 年度	-7.7%	4.9%
2023 年度	-7.1%	-1.2%
2023 年 6 月	-8.9%	-6.3%
2024 年 6 月	-10.0%	-7.9%

地域医療の確保、さらに病院医療を守るためには、急激な少子高齢化等の進展による変化に直面している産科・小児科などの診療科だけでなく、在宅医療を提供する病院も含め、緊急的な財政支援が必要であり、下記について要望いたします。

記

1. 経営改善に対する支援について

経営が悪化している地域医療を支える病院において、経営改善を図ることができるよう、支援を要望します。

2. 賃金上昇に対する支援について

令和 6 年の春闘では、全産業で賃上げが 5.10%に達しました。しかし、令和 6 年度の診療報酬改定で設けられたベースアップ評価料（2.5%）では、この賃上げには追いついておりません。賃上げ差が 2.6%も生じており、このままでは人手不足が加速し、適切な医療を提供できなくなる恐れがあります。すべての病院がさらなる賃上げを実現できるよう、補助金等による支援を要望します。

3. 物価高騰に対する支援について

令和 6 年の診療報酬改定で入院時の食費の基準額が約 30 年ぶりに引き上げられましたが、本年 6 月以降の消費者物価指数（CPI）は、僅か 2 か月で 1.1%上昇しております（R6 年 6 月：116.3 から R6 年 8 月：117.6）。このため、今回の基準額引き上げでも十分とは言えず、今後も食費の上昇が続く見込みです。引き続き、病院の食費を含めた物価高騰に対する支援を要望します。

4. 建築資材の高騰により、病院の増改築が困難となっている状況に鑑みて、これに対する支援を要望します。

5. コロナ禍における借入金の返済がはじまることにより、キャッシュフローが回らなくなり今後存続が危うくなる病院が増えることが予想されます。これに対する支援を要望します。

以上、地域医療の確保と患者への適切な医療提供を継続するために、地域医療介護総合確保基金の活用や補助金など様々な手段による支援をご検討いただけますようお願い申し上げます。

２０２４年１０月１１日

財務大臣　加藤　勝信　殿

四病院団体協議会
一般社団法人日本病院会
会　長　相澤　孝夫
公益社団法人全日本病院協会
会　長　猪口　雄二
一般社団法人日本医療法人協会
会　長　加納　繁照
公益社団法人日本精神科病院協会
会　長　山崎　　學

地域医療介護総合確保基金の拡充について（要望）

これまで、あらゆる地域医療は病院が中心となって支えてきているが、近年、少子高齢化の影響により人口減少に歯止めがかからず、その結果、地域によっては閉院・病床削減、有床・無床診療所への転換を余儀なくされている病院が増加しており、地域医療の壊滅が危惧されている。

また、他国での木材、鋼材の需要増大に伴い、我が国においては建築資材が年々高騰している状況にあり、病院における老朽建替え、耐震化工事などに大きな影響を及ぼしている。

今般の２０２４年度診療報酬改定において、近年では最大幅のプラス改定となったが、一方で、その多くの改定分は医療スタッフ等の賃上げに充てられるものであり、現状の診療報酬体系では、地域の医療需要に見合った対応（例えば、①老朽化等による必要な建替整備、②実情に応じた閉院や病床削減の実施等）ができない病院が急速に増加している。

国においては２０１４年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、(1)地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、(2)地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業等を対象として、建替え整備や病床再編（減床補填）への財政支援を実施している。

そこで、こうした状況を踏まえ、下記について、地域医療介護総合確保基金の予算の拡充を強く要望するものである。

記

１．地域医療介護総合確保基金の増額について

２０４０年に向けて、新たな地域医療構想が検討されているが、人口の減少により変化する医療需要においても救急・急性期に関する機能の確保、広域医療対応できる病院の確保、高齢者救急等に対応する地域に密着した病院の確保が必要であり、今後、更なる病院間連携・再編・病院の集約化が求められ、閉院、病床削減せざるを得ない病院が増えることが予想されるが、持続可能な医療提供体制の構築に対応できるよう、地域医療介護総合確保基金の大幅な増額、または新たな基金の創設をお願いしたい。

２．病床機能再編等に伴う支援単価の増額について

地域医療介護総合確保基金の「病床機能再編支援事業」において、病床機能再編や病床減少を伴う病院の統合に対し概ね１床あたり約 200 万円の財政措置が行われているところであるが、当該単価について実情に見合った単価に増額をお願いしたい。

３．病院建て替えに伴う支援の拡充（補助単価の引き上げ）

地域医療確保のため、老朽化した病院の建替え等も今後必要となるが、近年の物価高騰により建築単価は年々上昇しており、現行の補助単価は現実から乖離している。都道府県において実情に見合った単価設定がなされるよう、改めて都道府県に周知をお願いしたい。

2024 年 10 月11日

財務大臣
加藤　勝信　　殿

四 病 院 団 体 協 議 会
一般社団法人日本病院会
会 長 相澤 孝夫
公益社団法人全日本病院協会
会 長 猪口 雄二
一般社団法人日本医療法人協会
会 長 加納 繁照
公益社団法人日本精神科病院協会
会 長 山崎　學

病院への緊急財政支援についての要望

COVID-19 の影響から始まり、経済環境や賃金の急激な変化により、病院の経営は非常に厳しい状況にあります。

COVID-19 の流行以降、患者数が依然として回復しておらず、加えて様々な補助金が廃止されたこと、急激な人件費の増加や委託費、保守点検費用、診療材料費等の高騰への診療報酬での評価が適切にされていないために、経営が悪化し病院の存続が危ぶまれている状況です。

病院経営定期調査によれば、特に 2022 年度と 2023 年度の比較においては、経常利益率は 6 ポイント以上悪化しております。さらに、2024 年 6 月の状況を見ると、前年同月と比較して、医業利益率と経常利益率ともに大きく悪化しております。

年度	医業利益率	経常利益率
2022 年度	-7.7%	4.9%
2023 年度	-7.1%	-1.2%
2023 年 6 月	-8.9%	-6.3%
2024 年 6 月	-10.0%	-7.9%

地域医療の確保、さらに病院医療を守るためには、急激な少子高齢化等の進展による変化に直面している産科・小児科などの診療科だけでなく、在宅医療を提供する病院も含め、緊急的な財政支援が必要であり、下記について要望いたします。

記

1. 経営改善に対する支援について

経営が悪化している地域医療を支える病院において、経営改善を図ることができるよう、支援を要望します。

2. 賃金上昇に対する支援について

令和 6 年の春闘では、全産業で賃上げが 5.10%に達しました。しかし、令和 6 年度の診療報酬改定で設けられたベースアップ評価料（2.5%）では、この賃上げには追いついておりません。賃上げ差が 2.6%も生じており、このままでは人手不足が加速し、適切な医療を提供できなくなる恐れがあります。すべての病院がさらなる賃上げを実現できるよう、補助金等による支援を要望します。

3. 物価高騰に対する支援について

令和 6 年の診療報酬改定で入院時の食費の基準額が約 30 年ぶりに引き上げられましたが、本年 6 月以降の消費者物価指数（CPI）は、僅か 2 か月で 1.1%上昇しております（R6 年 6 月：116.3 から R6 年 8 月：117.6）。このため、今回の基準額引き上げでも十分とは言えず、今後も食費の上昇が続く見込みです。引き続き、病院の食費を含めた物価高騰に対する支援を要望します。

4. 建築資材の高騰により、病院の増改築が困難となっている状況に鑑みて、これに対する支援を要望します。

5. コロナ禍における借入金の返済がはじまることにより、キャッシュフローが回らなくなり今後存続が危うくなる病院が増えることが予想されます。これに対する支援を要望します。

以上、地域医療の確保と患者への適切な医療提供を継続するために、地域医療介護総合確保基金の活用や補助金など様々な手段による支援をご検討いただけますようお願い申し上げます。

各位

一般社団法人　日本病院会
会　長　相　澤　孝　夫
診療報酬検討委員会
委員長　島　　弘　志

『病院経営定期調査』結果報告について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申しあげます。
日頃は本会諸事業につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申しあげます。
日本病院会では、診療報酬改定年度に影響度調査を行っておりましたが、診療報酬が病院の収入に与える影響をさらに把握するために、平成25年度より毎年『診療報酬等に関する定期調査』を実施いたしました。
2018年度からは一般社団法人 日本病院会、公益社団法人 全日本病院協会、一般社団法人 日本医療法人協会の3団体合同で、『病院経営定期調査』を実施しております。
このたび調査結果がまとまりましたのでご高覧いただき、今後の病院経営のご参考としていただければ幸いに存じます。
なお、調査結果は、①全編、②概要の２種類となっております。①全編は、調査にご協力いただきました会員病院のみ閲覧が可能です。当会事務局よりお知らせいたしましたパスワードを入力してください。②概要はどなたでも閲覧できます。
今後とも本会諸事業にご協力賜りますようお願い申しあげます。

敬　具

●**概要**（どなたでも閲覧できます）

2024年度　病院経営定期調査 結果報告（概要）

2023年度　病院経営定期調査 結果報告（概要）

※調査にご回答いただきました会員病院には、調査結果とは別に詳細データをお送りしております。

2022年度　病院経営定期調査 結果報告（概要）

2019年度　病院経営定期調査 結果報告（概要）

平成30年度　病院経営定期調査 結果報告（概要）

平成29年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（概要）

平成28年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（概要）

平成27年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（概要）

平成26年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（概要）

平成25年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（概要）

●**全編**（調査にご協力いただいた病院のみ閲覧できます。閲覧にはパスワードが必要です）

- 2024年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）
- 2023年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）
- 2022年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）
- 平成29年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）
- 平成28年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）
- 平成27年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）
- 平成26年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）
- 平成25年度　診療報酬等に関する定期調査 結果報告（全編・回答病院のみ）

【参考】（どなたでも閲覧できます）

- 平成24年度　診療報酬改定影響度調査

令和６年11月21日

自由民主党　御中

令和７年度予算概算要求に関する要望

四病院団体協議会
一般社団法人　日本病院会
会　長　相　澤　孝　夫
公益社団法人　全日本病院協会
会　長　猪　口　雄　二
一般社団法人　日本医療法人協会
会　長　加　納　繁　照
公益社団法人　日本精神科病院協会
会　長　山　崎　　學

序文

これまでの本要望では、各団体からの個別の案件を吟味し取り上げてきましたが、今回からは要望の重要性と規模に則り【最重点要望事項】、【重点要望事項】の２つを取り上げ、それ以外の要望は重要度に応じて項目ごとに表記致します。

【最重点要望事項】

最重点項目の一番目は、

『物価等の社会情勢に応じた診療報酬体系での柔軟な対応の確立』です。

高騰を続ける電気・ガス・水道代金、それに給食材料費・人件費支出増大といった多くの事項が病院経営を逼迫させる状況にあります。一般企業や小売業では競うように価格を調整することで経営の均衡を維持しているものの、公定価格で運営している医療機関は、価格転嫁できず病院経営は非常に厳しい状況に

あります。そしてその状況は、今後さらに悪化していくことが予想されます。一時的な補助金や支援金でその場は凌げても抜本的な解決策とは言えず、また、診療報酬改定は 2 年に一度であり、物価変動に素早く対応することはできません。そこで、2 年ごとの改定を待たずに社会情勢の変化を診療報酬に反映させられる全く新しい制度の樹立を提言したいと思います。

実際に病院を運営するに当たって関わりのある業種は農業・畜産業・漁業・製造業など非常に多岐にわたり、地産地消を地域全体で意識した病院とそれを取り巻く全ての地域産業が、ともに経営の安定が計れれば、その地域にとって最善と考えます。

国民が安心して暮らすためには安定した医療提供は必須であり、この医療安定供給には地域産業の安定と繁栄も必要不可欠と考えます。各種産業界の価格改定に合わせて診療報酬も追随できるような、社会情勢を加味した新たな診療報酬制度の確立で、堅強な医療提供体制を再構築することを望みます。

二番目の最重点要望は、

『病院の災害面・感染対策面を含めた強靭化対策』です。

不測の事態にも、安定した経営のもと急変に対応できる病院の体質作りの支援が必要であると要望します。

近年だけでも東日本大震災・熊本地震、能登半島地震と大きな地震に悩まされる我が国は、頻発する水害にもいまだに翻弄されています。これらを教訓とした予防的対応や、新興感染症等に柔軟かつ速やかに対応できる医療機関づくりも、これからは必須と考えます。災害時に地域の医療機関が機能し続けることは、被災地域における住民の安心・安全にも繋がるため、これを二番目の最重点要望として、**医療機関の強靭化対策**を挙げたいと思います。

そのような状況の中、地域医療を守り、国民が安心して安全な医療を受け続けられるようにしていくために、最重点項目から切り出した病院団体としての要望を重点項目として以下に示します。

【重点要望事項】

１．職員の待遇改善により人材確保に資する予算措置

＜要望内容＞

令和 6 年度診療報酬改定において医療従事者の賃上げに対応した財源が確保された。しかし、人材不足を解消するためにも今以上の賃上げが必要である。病院経営が逼迫している中、その原資を確保することは困難であり、賃上げ・人材確保・育成に関する診療報酬とは別（調整基金創設等）の財源を要望する。

２．物価高騰に対する予算措置

＜要望内容＞

公定価格で運営している医療機関は、物価高騰や人件費増などを価格に転嫁することができない。物価や原材料、資源価格の高騰による影響は医療機関も例外ではない。令和 6 年度診療報酬改定において、入院時の食事療養費の自己負担が 30 円増額されたが、その他の物価高騰等に対する評価はない。特に建築コストの高騰は病院の増改築に大きな影響を与えている。世界情勢や国内情勢等に左右される物価に対応するための予算措置や、例えば「歯科用貴金属価格の随時改定」のような仕組みを活用しての素早く、柔軟で恒久的な新たな仕組みづくりを要望する。

３．災害や新興感染症に対する強靭化に対する予算措置

＜要望内容＞

震災等からの復旧に対する支援として「医療施設等災害復旧費補助金」があるが、建物の原状復帰が原則である。医療機関等は社会的インフラであり、東日本大震災、熊本地震、能登半島地震や、頻発する水害等の災害の教訓を生かし、建物の原状復帰だけでなく、被災しないための建物の改修、新型コロナウイルス感染症を教訓とした新興感染症等に対応できる医療機関とするための改修に対する予算措置、ハザードマップ等で危険地域に所在する医療機関に対して建物の改修・設備等の更新や移転に対する予算措置、設備等の更新等の予防措置も行え

る補助金とすることを要望する。これらハード面を強靭化することによって、地域住民の安定と定着が得られると思われる。

４．医療 DX 推進に対する予算措置

＜要望内容＞

医療 DX は、これからの医療に欠かせないインフラであり、一刻も早い実装が求められています。しかし、医療 DX を推進するためには電子カルテや医事システム等の改修や入れ替え、サイバーセキュリティ対策等が必要となり、それには費用が発生します。国民の保健医療の向上を図るとともに、最適な医療を実現するための基盤整備を推進するための予算措置を要望する。

なお、要望の詳細は「別紙」を参照願います。

以　上

（別　　紙）

目　次

Ⅰ　新興感染症対策関係
1　新たな新興感染症に対する予算措置・・・・・・・・・・・・・・・・・7
Ⅱ　働き方改革関係
1　医師の働き方改革に伴う医療人材確保と養成に係る予算措置・・・・7
2　病院における看護補助者（介護職）の処遇改善への予算確保・・・・8
3　外国人技能実習生受入れ事業への補助・・・・・・・・・・・・・・・8
4　ケアマネージャー（介護支援専門員）の処遇改善・・・・・・・・・9
Ⅲ　医療従事者の能力向上関係
1　病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業・・・・・・・・・・9
Ⅳ　地域医療介護総合確保基金関係
1　地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たりない配分
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
2　地域医療構想推進のための病床ダウンサイジング支援の充実・・・・10
Ⅴ　病院における食事療養関係
1　病院給食に関する構造の転換に係る補助、及び抜本的な構造の転換に係る研究のための財政的支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
Ⅵ　医療機関のDX関係
1　医療情報化支援基金による、電子カルテの標準化等にかかる初期導入経費への補助・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
2　病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給・・・・・・12
3　医療人的資源を補完するICT・AI等の導入への財政的補助・・・・・12
4　電子処方箋導入に伴う補助金拡充・・・・・・・・・・・・・・・・・12
5　地域医療充実のためのオンライン（遠隔）診療補助・・・・・・・・13
6　電子カルテの導入・維持にかかる費用に関する調査研究のための財政的補助・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
Ⅶ　障害保健福祉関係
1　精神保健指定医の業務を評価し、精神保健福祉法に基づく業務に対する報酬に充てるための予算措置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
2　「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に関連する予算の充実、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を促進するための予算要望・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
3　公衆電話の代替電話機設置に関する補助・・・・・・・・・・・・・・15

Ⅷ　災害対策関係
1　災害派遣精神医療チーム（DPAT）関連予算の一層の拡充・・・・・・・15
2　災害拠点精神科病院整備費の一層の拡充・・・・・・・・・・・・・・16
3　震災及び火災時等に備えた医療機関の非常用設備の保守･整備に係る経費に対する財政的支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
4　病院の耐震化対応のための補強工事や建替えに対する財政的支援・・16
5　震災・火災・水害等の災害からの復旧・復興への継続的な支援及び適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する予算の確保・・・・・17
Ⅸ　環境への配慮
1　医療機関における省エネルギー設備投資に係る財政的補助・・・・・18
その他（次年度以降も継続して検討していく項目）・・・・・・・・・・・・ 18
1　消費税関係
2　事務手続きの多様化への対応関係

（別　　紙）

Ⅰ　新興感染症対策関連

1　新たな新興感染症に対する予算措置

昨年５月に感染症法上の分類が５類に移行したことを踏まえ、医療機関は通常医療との両立をさらに強化するとともに、感染拡大に備えた重点的・集中的な対策を行いながら、通常の医療提供体制への移行を段階的に進めることになる。

その移行に際して、医療機関への配慮が不十分な場合、地域の医療提供体制に大きな問題が生じる可能性がある。移行に際しては、病院が患者に適切に対応していくことができるようにするための財政的補助の継続、医療現場において新興感染症患者に対応している医療従事者に対し、感染防止の取組への診療報酬上の評価や感染した場合の補償など十分な財政的補助を要望する。

緊急時の感染症対策基金等の創設や仕組みの構築として、新型コロナウイルス感染症のような新たな感染症によるパンデミックが今後も起こりうることを想定し、緊急事態に対応できるよう、必要な時に柔軟性のある財政的支援（事後的な経費を支弁できる）が可能な基金等の創設を求める。

また、新興感染症へ対応するための建物等の建て替えや修繕、機器整備等を行う際の費用に対して、建築費用等が急激に高騰していることを踏まえ、適切な予算措置を要望する。

Ⅱ　働き方改革関係

1　医師の働き方改革に伴う医療人材確保と養成に係る予算措置

今般の医師の働き方改革に伴い、医療機関は医師の健康を保つために改革を進めながら、地域医療を維持するため、さらなる医師の増員をしなければならなくなるのは明らかである。

ついては、地域医療の維持に伴う医師確保において、診療報酬以外に医師の

人件費に相当する部分への予算措置を要望する。

また、医療機関においては早くから、特定の手技を看護師に、服薬指導を薬剤師に、診断書の素案作成を事務職に委ねるなどのタスク・シフティング（業務の移管）が進められている。また、チーム医療によるタスク・シェアリング（業務の共同化）の試みも実施されてはいるものの、充分とは言いがたい。

今後の働き方改革において、医師の労働時間の短縮のために医療機関内のマネジメント改革として、このような取組を一層推進させるためにも、医療機関でのタスク・シフティング、タスク・シェアリングを効果的に実施するための研究および医療人材確保と養成に係る財政的補助を要望する。

2　病院における看護補助者（介護職）の処遇改善への予算確保

現在、医療ニーズの多様化、医師等の偏在などを背景として医療機関における医療従事者の確保が困難な中で、質の高い医療提供体制が求められている。病院は入院期間の長短に関わらず、患者にとって診療を受けるだけでなく、日常生活へ復帰するための準備の場でもあり、看護に加えて介護や介助はその機能発揮になくてはならない存在である。病院においては、これら食事、清拭、排せつ、入浴、移動等の療養生活上の世話などの多くを、看護職からの指示の下、看護補助者（介護職）が担っている。これらは、介護保険施設における介護職員と同等の業務でありながら、介護報酬による介護職への処遇改善が行われている一方、病院で働く看護補助者（介護職）に対する処遇改善に係る仕組みはなく、必要不可欠な職種である看護補助者（介護職）の確保に多くの病院が大変苦慮しているのが現状である。

かかる状況において、医療人材の確保が困難な将来にも亘って病院が地域医療を提供していくために、病院介護職員の処遇改善における予算措置を要望する。

3　外国人技能実習生受入れ事業への補助

技能実習制度と特定技能制度が始まってから数年経過した中、国は技能実習制度を廃止し、人材育成等を目的とする新たな在留資格「育成就労」を検討

中である。

この新たな制度等を活用し、人材育成という観点から介護福祉士を目指すためには、この国家試験の受験要件に、介護福祉士実務者研修の修了が必須となっており、現在も技能実習修了者が特定技能１号に移行し、同研修を修了してから介護福祉士国家試験を受験している。

同研修が介護福祉士国家試験の受験要件であること自体、腑に落ちないところであるが、同研修費用を受入れ病院等が負担している。

更に同研修を理解できる日本語能力にするための日本語学習費も受入れ病院等が負担している。

よって、介護福祉士の資格に関する実務者研修及び日本語学習に対する費用の大幅な財政支援を要望する。

4　ケアマネージャー（介護支援専門員）の処遇改善

高齢者の増加に伴い、居宅や高齢者支援センターは従事するケアマネージャーの不足により運営が逼迫している。介護従事者がスキルアップし、ケアマネージャーとして従事する道筋が大事である。介護士支援金により、介護士のまま勤務する方の収入が多く、ケアマネージャーの業務に携わる道筋が閉ざされている。ケアマネージャーにも介護士同等の支援金が必要であり予算措置を要望する。

Ⅲ　医療従事者の能力向上関係

1　病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業

高齢患者が著増する中で、医療機関には従来とは異なる役割が求められており、臓器別にとらわれない幅広い診療、多職種からなるチーム医療のマネジメントが実践できる組織が求められており、病院における医師の総合的診療技能の向上は急務である。ついては、総合的診療能力の獲得を促すキャリア支援事業に参加する医師や、医師が所属する医療機関等への経費補助を実施するため

の予算措置を要望する。

Ⅳ　地域医療介護総合確保基金関係

1　地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たりない配分

医療介護総合確保推進法に基づき各都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金に、消費税率 10%への引上げによる増収額を基に十分な財源を確保するとともに、公私の隔たりなく適切な配分を行うことを要望する。

2　地域医療構想推進のための病床ダウンサイジング支援の充実

令和 3 年 5 月 28 日に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律が公布・一部施行され、創設された「病床機能再編支援事業」における、全額国庫負担による支援を今後も継続するとともに、地域医療構想に即した病床機能再編を実施する場合には、適切に請求できるように要望する。

併せて、休床や許可病床からの削減についても、地域医療構想の推進の観点から、何らかの国庫補助が行われることを要望する。

Ⅴ　病院における食事療養関係

1　病院給食に関する構造の転換に係る補助、及び抜本的な構造の転換に係る研究のための財政的支援

今日の病院給食は、平成 18 年度に入院時食事療養費が 1 日単位から 1 食単位に変更になったころから収支の悪化が加速しており、さらに昨今は病院における調理師確保の慢性的困難による人員不足と、近年の水光熱費・材料費の増加が拍車をかけている。また、働き方改革の推進に伴い病院給食業務の見直し等の対応等、喫緊の課題である。

病院給食業務に係る作業内容の見直し、院内で取り扱う食種の集約等の対策

だけでは限界があり、セントラルキッチン方式や急速冷却調理・加工機を使用する新調理システムの導入ですべてが解決するわけではないが、それらの導入が求められる。しかし、その実行には初期投資が必要となり、新型コロナウイルス感染症による受療動向の変化などによる収支悪化も重なり、実行することができない状況にある。

治療や健康管理の一環として重要な役割を担っている病院給食を破綻させないために、今できる構造の転換に係る財政的補助を要望する。

また、長期的な視野に立って病院給食の持続可能性を考慮した際、セントラルキッチン方式や急速冷却調理・加工機を使用する新調理システムの導入だけでは、必ずしも十分とは言えない。当該業務に係る状況は首都圏や首都圏周辺、地方都市、中山間地域や離島など全国各地で異なると予測されることから、実態調査を行い、各病院で取り組んでいる画期的な改善策の収集・共有を進め、それぞれの地域事情等を考慮した対策の検討や、入院時食事療養費を 1 日単位に戻すことの有用性等の検討が必要である。

ついては、病院団体や病院給食を提供している企業や団体等と協同で病院給食に関する抜本的な構造の転換に係る研究を実施するための補助を要望する。

VI　医療機関の DX 関係

1　医療情報化支援基金による、電子カルテの標準化等にかかる初期導入経費への補助

医療分野においても ICT を積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築として、平成 31 年度予算において、医療情報化支援基金が創設された。その対象事業として、電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等を導入の支援などが記されている。健康・医療・介護情報利活用検討会はじめ関連検討会での審議結果待ちとは認識するものの、その措置の確実な実施に加えて医療機関における初期導入経費への補助金を要望する。

2　病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給

昨今、複数の病院で電子カルテ等のシステムがランサムウェアに感染し、診療が大幅に制限される事態が発生している。一方、このような事態に対して内閣サイバーセキュリティセンター（NISC）は医療機関に一定水準以上のセキュリティ対策を求めているが、そもそも医療機関が持つ患者情報などは国民全体の財産であり、それにかかる費用をただでさえ厳しい経営状況の医療機関側が負担することは極めて困難である。

医療分野における ICT の利活用は国が推進してきた政策であり、また、サイバーセキュリティに対する国の強い姿勢を示すためにも、医療機関のサイバーセキュリティ対策に関しては国が措置を講ずるべきであり、公的な補助金などの支給を要望する。

また、被害を受けた医療機関が元の診療体制に戻るには、膨大な時間と費用を要することから、被害を受けた医療機関に対する財政的補助も要望する。

3　医療人的資源を補完する ICT・AI 等の導入への財政的補助

少子高齢化社会に向けて、医療現場においても働き手の減少が現実に起りつつある。人的資源を援助し、個々の生産性を向上させるには、ICT や AI の活用は必須である。すでに導入例がみられるものの、まだ少数である。医療全般に亘って、これらの技術を利活用するための予算措置を要望する。

4　電子処方箋導入に伴う補助金拡充

令和 4 年度から電子処方箋の運用が開始され、電子処方箋導入費用の補助として、令和 5、6 年度導入完了した大規模病院には事業額上限 486.6 万円の 1/4 である 121.7 万円を上限に、大規模病院以外の病院においては事業額上限 325.9 万円の 1/4 である 81.5 万円を上限に補助がなされることになっている。

病院で電子処方箋を導入するための電子カルテシステム等の改修を行う場合、その費用は 486.6 万円または 325.9 万円の事業額上限金額に収まらない。医療機関への導入を促進するため、導入に際し想定される費用について項目の細分化を行い、各項目について実勢に基づく標準費用を設定し事業額上限を引

き上げるとともに、令和３年３月以前に顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関に対して事業額上限の全額が実費補助された際と同様、電子処方箋導入費用の補助についても、本来であれば全額の実費補助を、もしくは医療機関の自己負担ができる限り少なくなるよう、補助率の引き上げを要望する。

また、令和５年４月１日以降の導入の場合の補助率低減の廃止、もしくは期限の大幅な延長を要望する。

５　地域医療充実のためのオンライン（遠隔）診療補助

新型コロナウイルス感染症による感染防止対策としても有効であり、また専門医が不足している地域ではとくに重要である遠隔医療は、医療の安全や永続性が担保された安定したシステムとして地域医療充実にきわめて有用であり、オンライン（遠隔）診療等、環境整備を充実させるための財政的補助を要望する。

６　電子カルテの導入・維持にかかる費用に関する調査研究のための財政的補助

電子カルテの導入・維持にかかる費用の価格は常に提供側にあり、その適格性の判断が困難である。医療施設が過度の負担を強いられることへの対策が肝要であり、調査研究の体制作りに係る予算を要望する。

Ⅶ　障害保健福祉関係

１　精神保健指定医の業務を評価し、精神保健福祉法に基づく以下の業務に対する報酬に充てるための予算措置を要望する。

精神保健指定医の業務については、主に病院における診療に関わるものの他、公務員として行政の適正な執行を図るものも含まれる。その業務内容に鑑み、非常勤の国家公務員ないしは地方公務員として任用される。精神保健指定医の不足の問題が生じたため、都道府県知事から求めのあった場合には、相当

の理由がある場合を除き、これに応じ職務を行うべきとの義務規定が設けられている。またその報酬の支払いは国家公務員法ないしは地方公務員法に基づいて行われるが、その業務の重大さに照らして低額なものにとどまっていると言わざるを得ない。十分な待遇を可能とする予算措置を要望する。

2　「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に関連する予算の充実を要望する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を促進するために、以下の予算を要望する。

（1）普及啓発に関して

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいては、一般住民の果たすインフォーマル・ケアはその重要な構成要素であり、また精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの目指すところが地域共生社会の実現であることに鑑み、「心のサポーター養成事業」をはじめとする普及啓発事業の充実に向けた予算措置の拡充を要望する。

（2）精神科救急医療体制整備に関して

精神科救急医療体制の充実は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のためには欠かせない。従来の予算事業の枠を遥かに超える充実した体制を構築するために、大幅な予算の増額を要望する。また、精神科救急医療体制について、身体疾患のある精神科患者の受け入れが円滑に行われるための研究に対する予算措置を要望する。

（3）精神障害者の居住支援ならびに地域生活の安定維持について

病院からの退院やグループホーム（共同生活援助）からの退居を円滑に行い、また地域生活を継続するための諸事業や地域生活拠点の機能を充実させるための予算措置の新設を要望する。

（4）精神障害者や精神疾患について専門知識を持つ人材として精神科病院の多職種チームを活用することについて

精神保健福祉法改正にともなって、精神保健相談業務を市町村も担うことが規定された。一方、精神科医療機関においては、多職種チームによるケー

スマネージメントを行っている。こうした、いわゆる「かかりつけ精神科医機能」を活用して、市町村の精神保健相談業務を円滑に行うために、市町村の委託業務とすることが可能となるよう予算措置の新設を要望する。

3　公衆電話の代替電話機設置に関する補助

精神保健福祉法においては、その第三十六条第二項の規定に基づき、患者に対してどのような場合でも行うことのできない行動制限のひとつとして、「都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限」を挙げている。そのため、病棟内に利用可能な公衆電話の設置が求められる。しかし、最近では NTT によりその使用頻度が少ない（使用額が少ない）公衆電話の撤去が進められている。このため、上記規定を遵守するためには、公衆電話を代替できる電話機等の設置が必要となっている。これを可能とできる予算措置の新設を要望する。

Ⅷ　災害対策関係

1　災害派遣精神医療チーム（DPAT）関連予算の一層の拡充

災害派遣精神医療チーム（DPAT）については、内閣府の防災基本計画において、その整備が求められている。

DPAT 事務局に関しては、都道府県 DPAT チームに対する研修の実施、災害時の昼夜兼行の情報収集、更には令和 6 年度からの第 8 次医療計画では新興感染症の対応に DPAT を活用してのクラスター発生病院への援助等、多岐に亘る業務継続が求められており、事務局機能の拡充が喫緊の課題であるため、DPAT 事務局事業費の更なる拡充を要望する。

また、多くの民間精神科病院が求めに応じて DPAT チームを編成して、被災地への派遣要請に応えている。その際、DPAT に関する資機材の整備は、民間精神科病院が自身の支出によって賄っているのが現状である。ついては、DPAT 資機材整備に関する補助事業の新設を要望する。

2　災害拠点精神科病院整備費の一層の拡充

災害拠点精神科病院は、都道府県における災害時の精神科医療を確保するうえで中心的な役割を担う拠点として位置づけられている。このため万一の発災に備えて、より一層の整備拡充が求められている。災害拠点精神科病院が被災した際に代替や補完を行うためには、同一都道府県内に災害拠点精神科病院を複数指定する必要がある。そのため、民間精神科病院にも門戸を広げることを要望する。

3　震災及び火災時等に備えた医療機関の非常用設備の保守・整備に係る経費に対する財政的支援

建築基準法の定期報告制度の改正による防火設備の点検の追加、消防法改正による自家発電設備の点検方法が追加され、非常用設備の保守費が年々増加しており医療機関の経営を圧迫している。定期的に発生するこれらの多大な費用によって医療機関の負担は増える一方である。全ての医療機関は災害時等において必要不可欠である社会インフラであり、その診療機能を継続させていくためにも、防災設備や自家発電設備等の非常用設備の保守費に関して継続的な財政的支援を要望する。

4　病院の耐震化対応のための補強工事や建替えに対する財政的支援

すべての病院は災害発生時に被災した方々を救うための社会インフラであるため、災害発生時に診療機能を十分に発揮できるよう、耐震対策を進める必要がある。

しかし、耐震改修には多額の資金が必要であり、それを調達できない病院が多いことから、病院全体の耐震化率は79．5%に止まっている（令和４年９月現在）。震度６強程度の地震により倒壊、崩壊する危険性が高いIs値0．３未満の病院も相当数存在する。

今後予想される南海トラフ地震等の大震災に一刻も早く備えるためには、耐震化率の引上げが急務である。

そこで耐震対策緊急促進事業（国土交通省補助事業）の枠をさらに拡大し、耐震改修促進法による「要緊急安全確認大規模建築物」に該当する病院については、工事等に必要な資金の1／2以上を金額限度なしに補助する予算措置を要望する。

厚労省の補助金・交付金による医療施設耐震化促進事業や医療施設等耐震整備事業の拡大、災害拠点病院や救命救急センター、病院群輪番制病院等に限らず広く病院一般の耐震診断、耐震改修への支援措置を求める。

また、スプリンクラー、火災通報装置、防火扉等の設置、非常用発電の地上化への助成を要望する。

5　震災・火災・水害等の災害からの復旧・復興への継続的な支援及び適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する予算の確保

昨今、大規模な自然災害が頻発しており、各地で大きな被害が発生している。

まず、現状回復にかかる費用については、医療施設等災害復旧費補助金があるが、この補助金はあくまで復旧に要する費用に対してのものであり、恒久対策には他の補助金を含めて一切の補助制度がない。災害を経て必要と思われる止水設備設置、非常用電源用給油タンクの強靭化や液体酸素設備の防水対策などの防災施設の設置に伴う増改築工事についても補助の対象とするよう制度の新設或いは現行補助金の補助対象の拡大を要望する。

また、災害が発生したとしても、急激に増加する可能性がある各種医療が円滑に提供できるよう、災害拠点医療機関以外の医療機関においても、あらかじめ病院の立地についてアセスメントを行う経費、その結果に基づく防災対策に必要な費用、更には場合によってはより安全な地点への移転あるいは、建て替えの際の嵩上げ等に必要な費用等に関する新た補助制度を創設するよう要望する。

さらに、災害に際して公私の隔たりのない支援を行う仕組みづくりのための財源確保を、併せて要望する。

IX　環境への配慮

1　医療機関における省エネルギー設備投資に係る財政的補助

政府が掲げる 2050 年カーボンニュートラルの実現に向けて、医療機関の省エネルギー対策を強化・推進することが急務となっている。国や地方自治体が実施する補助・助成事業は様々なものがあるが、内容は複雑で、地方自治体毎に具体的内容が異なり、原則として年度またぎ事業が認められないなど、制度の使い勝手には改善余地が多い。医療機関の省エネルギー対策を促進するため、医療機関における高効率空調、高効率コージェネレーション、冷凍冷蔵設備、調光制御設備等の省エネルギー投資を対象とした国単位で統一された継続性を持った補助事業の創設の充実を要望する。

その他

以下の事項については、要望項目とはしていないが、次年度以降も継続して検討していく項目である。医療を取りまく状況の変化によって病院経営を圧迫する事象は数多くあり、それらも看過できない。今回の要望では最重点と位置付けていないが、継続的に支援を要望する。

1　消費税関係

控除対象外消費税問題については抜本的な見直しが必要であり、持続的な調査研究費用に対する予算を要望する。

2　事務手続きの多様化への対応関係

キャッシュレス決済等の多様な決済手段や外国人対応の整備における費用は価格転嫁できず、整備に対する支援措置を要望する。

令和６年11月21日

自由民主党　御中

四病院団体協議会
一般社団法人 日本病院会
会 長 相 澤 孝 夫
公益社団法人 全日本病院協会
会 長 猪 口 雄 二
一般社団法人 日本医療法人協会
会 長 加 納 繁 照
公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學

令和７年度税制改正要望の重点事項について

超高齢化社会に突入したわが国では、地域差はあるものの、各年代に応じた医療ニーズが今後一層高まっていくと考えられます。また近年の気候変動により、いつ発生するかわからない自然災害に備えるためには、平時から医療体制を充実すべきであります。

さらに、ウィズコロナ時代以降も、将来の新興感染症にも対応できる医療提供体制の整備が求められますし、質の高い医療・介護の効率的な提供や業務の効率化、医療情報の活用のための医療 DX の実現に向けて環境整備などの設備投資、近年の人件費や光熱費の高騰による大幅なコスト増が、利益率の低い医療機関経営に重くのしかかっています。

こうした状況のなかで、医療体制の維持のためには医師、看護師等の医療人を養成、確保するとともに、医療機関に対する税制を含めた各種の支援措置が不可欠ですが、残念ながら医業税制は必ずしも医療の実情を踏まえたものになっていません。

特に医療に係る消費税制は、物価高騰の影響を受けて、建物、設備や医療機器、

各種の運営コストに含まれる消費税等を医療機関に負担するよう強いております。

消費税率 10%超へのさらなる引上げも想定される中で、医療機関の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためにも、この問題を抜本的に解決する税制上の措置を講ずるべきであります。

この消費税問題をはじめに、四病院団体協議会は令和 7 年度税制改正に関して、別紙のとおり重点的な要望事項を掲げましたので、その実現に向け格段のご配慮をお願いいたします。

（別　紙）

Ⅰ　社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題の抜本的な解決

控除対象外消費税問題の解消のため、医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、診療所においては非課税制度のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改められたい。

（消費税法（昭和63・12・30法律108）第6条、第30条、別表第一関係）

［理　由］

医療機関は消費税の上乗せされた医療機器や医薬品、医療材料、消耗品等を購入しているが、医療が非課税であるため仕入税額控除を通じて仕入税額の還付を受けることはできない。他の非課税事業者ならば、この仕入税額分を商品価格に転嫁して回収できるのに対し、医療の対価は法令上、社会保険診療報酬として決定されているという特殊性があり、転嫁することもできない。

これをカバーするため、社会保険診療報酬には仕入消費税相当額を補填することとされているが、補填の十分性や、医療機関種別ごとの補填のばらつきの大きさが課題となっている。特に病院は高額な設備投資を行うことが多いため、補填不足が生じやすい。中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、平成30年7月に公表された「消費税率8%への引上げに伴う補てん状況把握結果」によれば、病院の補填率は85%であり、15%もの補填不足が生じている。

こうした状況に対し、与党の平成31年度税制改正大綱において「所轄省庁を中心に、実際の補填状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必要に応じて診療報酬の配点方法の見直しなど対応をしていくことが望まれる」との記載がなされた。これらの措置により、全体としての補填不足や補填のばらつきについて、是正が進むことが期待される。

しかしながら、そのような画一的補填方式には個々の医療機関の仕入税額が考慮されていないことから、どれほど補填方法を精緻化しようとも、税負担の

不公平性は解消し得ない。そもそも、消費税非課税制度と診療報酬等の公定価格制度は、その目的を異にする以上、消費税問題を診療報酬によって補填する方法にはおのずと限界がある。

令和元年 10 月の消費税率引上げ、新興感染症に対応するための設備投資、医療 DX の推進のために必要な環境整備に係る負担増、医療資機材等の大幅な価格上昇によって支出が増加していることも相俟って、病院における補填不足はより深刻な状況となっている。消費税率 10%超へのさらなる引上げも想定される中で、病院の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためには、病院にかかる社会保険診療報酬等に対する消費税は、軽減税率による課税取引に改めるよう要望する。

Ⅱ　医療機関に対する事業税の特例措置の存続

事業税における次の特例措置を恒久的に存続されたい。

①社会保険診療報酬に対する非課税（個人、医療法人共通）

②自由診療収入等に対する軽減税率（医療法人のみ）

（地方税法（昭和25・7・31法律226）第72条の23、第72条の24の7、第72条の49の12関係）

［理　由］

1）与党の令和2年度税制改正大綱は、医療機関に対する事業税の特例措置について、「事業税における社会保険診療報酬に係る実質的非課税措置及び医療法人に対する軽減税率については、税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」と、見直しがあり得ることを示唆している。

この見直し論の論拠は「適正公平課税に反する」ということである。

事業税の趣旨は、事業に対する行政サービスの享受に応じた負担ということであるが、そもそも医療は公共的なものであり、そのため医療法でも非営利性が義務付けられ、医療機関は住民健診、予防接種、学校医等の地域医療活動に積極的に取り組んでいる。

すなわち、医療機関は行政サービスを享受するというより、行政が行うべき公共的サービスを自ら担っている側である以上、税法の趣旨からみても、医療機関への特例措置が適正公平課税に反するというのは誤りである。

2）事業税の非課税としては、非課税事業（林業、農業、鉱業）や非課税所得（公益法人等の収益事業以外の所得）等の包括的な規定により非課税とされているものが広範に存在する。

これに対し社会保険診療報酬に対する現行の措置内容は、課税標準の算定上の「課税除外措置」という限定的なものにすぎない。事業税の非課税制度全般の見直しもせず、ひとり医療のみを犠牲にすることは、あまりに社会保障を軽視するものである。

Ⅲ　賃上げ促進税制における税額控除上限の緩和要望

賃上げ促進税制における税額控除額は、法人税額又は所得税額の 20%が上限とされているところ、人件費率が高くかつ利益率の低い産業においては控除税額が上限に達しやすく税制を十分に活用できないおそれがある。そういった産業においても構造的な賃上げを実現するために、税額控除額の上限を緩和されたい。

［理　由］

1）令和 5 年 6 月 16 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2023 加速する新しい資本主義～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～」（いわゆる骨太の方針）において、構造的賃上げの実現を通じた賃金と物価の好循環へとつなげることが目指されている。

2）骨太の方針を受けて、「令和 6 年度診療報酬改定の基本方針」において賃金上昇や人材確保の必要性等が重点課題とされ、令和 6 年度診療報酬改定では＋2.3%分の賃上げを行うためのベースアップ評価料が新設された。

3）厚生労働省は、賃上げ目標のある対象職種において、必達とはしていないものの、令和 6 年度に＋2.5%、令和 7 年度に（令和 5 年度対比で）＋4.5%の賃上げ目標を掲げている（2 年間の平均は＋3.5%）。一方、この目標（年＋3.5%）は、診療報酬における＋2.3%の措置だけではまかなえない。厚生労働省は、＋0.6%を医療機関の自主財源によるもの、残りの＋0.6%分は賃上げ促進税制を活用するものとしている。

4）ところで、賃上げ促進税制における税額控除額は、法人税額又は所得税額の 20%が上限とされているが、人件費率が高い産業では賃上げ額が高くなるため、高い利益率を確保していないと控除しきれない税額が生まれやすくなる。医療界に限らず人件費率が高く、利益率が低い業界・企業においては制度のメリットを十分に活用しきれないおそれがある。

5) そこで、骨太の方針が示す構造的な賃上げを実現するために、人件費率が高く、利益率が低い業界・企業においても十分に活用できるよう、税額控除額の上限を緩和されたい。

Ⅳ　社会医療法人・特定医療法人・認定医療法人の収入要件における補助金等の収入の取扱いの見直し

社会医療法人、特定医療法人及び認定医療法人の収入要件（社会保険診療等の収入が全収入の 80%を超えること）について、補助金等の収入の一時的な増加により要件を満たさないこととならないよう、恒久的な措置を講じていただきたい。

［理　由］

社会医療法人、特定医療法人及び認定医療法人は、「社会保険診療等の収入が全収入の 80%を超えること」という収入要件が課されていることから、補助金等の収入の一時的な増加により社会保険診療等の収入割合が相対的に減少し認定等が受けられなくなることが懸念される。

しかし、補助金等の収入が増加したことをもって、当該医療機関の公益性ないし運営の適正性には何ら変化が生じるものではない。

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金その他の新型コロナ対応のために国又は地方公共団体が交付する補助金（固定資産の取得に係るものを除く。）については、令和３年３月 31 日付厚生労働省医政局長通知により、要件設定の趣旨に照らして、当面の間、社会保険診療等に係る収入金額（分子）及び全収入金額（分母）に算入することとされたが、今後も生じ得るパンデミックや大災害等に備え、恒久措置として手当てすることが必要である。

そこで、上記の収入要件について、補助金等の収入は分母にも分子にも加算して算定する等、補助金等の収入の一時的な増加により収入要件を満たさないこととならないよう、恒久的な措置を講じていただきたい。

V　認定医療法人制度の存続と認定期限の緩和等

平成 26 年度税制改正により創設された認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置について、令和 9 年 1 月 1 日以後も延長していただきたい。あわせて、相続発生後に移行申請を行う際の、申請期限につき緩和を図られたい。

また、認定医療法人が移行期限内に持分なし医療法人に移行できずに、認定取消となった場合は、再度認定を受けることができるようにしていただきたい。

（租税特別措置法第 70 条の 7 の 5～第 70 条の 7 の 14）

［理　由］

1）認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置とは、持分のある医療法人の出資者に相続が発生した場合でも、持分のない医療法人への移行計画が認定されるならば、移行計画の期間満了まで相続税の納税を猶予し、その間に持分を放棄すると猶予税額を免除する制度である。

この認定制度は令和 8 年 12 月末を期限とする時限措置であるが、中小企業の事業承継税制のような優遇措置のない医療法人にとって、相続問題に直面した際の支援措置となっているため、期限を当分の間、延長していただきたい。

2）持分のある医療法人の出資者に相続が発生した後に移行計画の申請手続を開始した場合、相続税の申告期限までに移行計画の認定を受け、移行計画の認定を受けた認定医療法人である旨を記載した定款変更の認可を受けた上で、納税猶予の手続きを行わなければ、当該税制措置の対象とはならない。

相続税の申告期限は相続発生後 10 カ月であり、この期限内に認定要件を満たし、移行手続を行うこととなる。

しかし、認定要件には、これを満たすために時間がかかる項目もあるため、期限内にすべての要件を満たし、移行手続を行うことは困難である。このことは、認定医療法人制度を利用する上で大きな障害となっている。

制度の実効性を確保し、持分のある医療法人から持分のない医療法人への移

行を促進するためにも、相続が発生した後の移行申請につき、認定要件の達成時期の延期などの緩和を図られたい。

3）現在、認定医療法人として認められた後、何らかの理由で持分を放棄できなかった場合は、再認定を受けることができない。このことは、持分のない医療法人へ申請すること自体を慎重にならざるを得ないこと、また認定医療法人数が増えない理由のひとつと考えられる。

ついては、持分放棄を出来ずに期限切れとなってしまった法人が一定期間経過したのち、再度認定医療法人成りできることを認められたい。

Ⅵ　持分のある医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予・免除制度の創設

持分のある医療法人に対して、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予・免除制度と同様の制度を創設されたい。

（租税特別措置法（昭和 32・3・31 法律 26）第 70 条の 7～第 70 条の 7 の 8、中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律（平成 20・5・16 法律 33）関係）

［理　由］

1）中小企業の事業承継に関しては、「非上場株式等に係る納税猶予・免除制度」が設けられている。

これは、経営者が自分の保有株式等を後継者に贈与したり、相続等によって取得させた場合、その後継者が会社を経営していくならば、贈与税は株式等に対応する税額の全額、相続税は株式等に対応する税額の 80％の納税が猶予され、後継者が死亡時まで株式等を保有し続ければ最終的に納税が免除されるというものである。

さらに本制度は平成 30 年度税制改正で抜本的な拡充が行われ、10 年間に限って次の特例措置が追加されることになった。

① 従来は総株式数の 3 分の 2 までに制限されていた対象株数の上限を撤廃するとともに、相続税の猶予割合も 100％に拡大することで、事業承継時の贈与税・相続税の現金負担をゼロにする。

② 1 人の後継者のみでなく最大 3 人までの後継者への承継も対象とする。

③ 事業承継後 5 年平均で雇用の 8 割維持要件を弾力化し、満たせなかった場合も納税猶予を継続可能とする。

2）企業には消費者、従業員、株主、債権者、仕入先、得意先、地域社会、行政機関等のさまざまなステークホルダーが取り巻いている以上、中小企業の事業承継の円滑化は、地域経済の活力維持や雇用確保の観点から極めて重要で

あるというのが承継税制の趣旨と考えられる。

民間医療の中心をなす医療法人についてみた場合、平成 18 年医療法改正により医療法人は持分のないことを原則とすることとされたものの、現時点で 7 割以上が持分のある医療法人で占められている。

これらの医療法人も相続税の課税対象となるが、こちらには中小企業の事業承継税制のような税制上の措置が設けられていない。

持分のある医療法人は平成 18 年改正法の経過措置に「当分の間…効力を有する」と位置付けられているものではあるが、決して暫定的な存在ではないし、事業承継せずに消滅していいものでもない。

むしろ、医療の公共性という面から言えば、患者を含めた地域社会全体が医療機関のステークホルダーであり、失われた場合の社会的損失は営利企業よりも大きいと思われる。

3) 事業承継における営利企業優遇、医療機関冷遇は明らかに政策上のバランスを失しており、その不均衡は平成 30 年度税制改正により拡大の一途をたどっている。持分のある医療法人についても、中小営利企業と同様に相続税・贈与税の納税猶予・免除制度を創設すべきである。

なお、これについては厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会でも、「地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討してはどうか」と指摘している。

Ⅶ　社団医療法人の出資評価の見直し

財産評価基本通達における社団医療法人の出資の評価方法を見直し、営利企業の株式等の評価に比して著しく不利とならないよう改めていただきたい。（国税庁通達「財産評価に関する基本通達」（昭和 39・4・25 直 56／直審（資 17、194-2 関係）

［理　由］

1）持分のある医療法人においてとくに問題となるのは、事業承継の際の課税問題である。

出資持分が存する以上、これが相続税の課税対象となるのは当然であるが、その際の課税評価が一般の営利企業より高額になる現行の評価方法を見直し、せめて営利企業並みに改めていただきたいというのが本要望の主旨である。

現行の国税庁財産評価基本通達は、出資評価について規定した 194-2 において、評価方法として類似業種比準方式を掲げている。この方式は、市場性のない株式や出資持分について上場株式に準拠して評価するもので、営利企業に関しては配当、利益、純資産の 3 要素から評価額を算出する計算式が設定されている。

しかし、医療法人は配当が禁止されているため、営利企業の評価ではカウントされる配当要素が除外されるのである。

理論上これは一見正当ではあるが、いざ実際に適用すると、医療法人の出資評価額は無配当の営利企業よりも高額になってしまう（後出「取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）」参照）。

こうした現状は医療資源保護という政策的な観点から見て不適切であるばかりでなく、財産評価理論としても、出資の財産価値という点でマイナスに作用する配当禁止が反映されていないという問題がある。

そこで現行の評価方法を見直し、持分ある医療法人の出資評価は、取引相場のない株式で無配当のものと同様の方法を適用することとしていただきたい。

具体的には、現行の計算式の分母を「2」から「3」とし、分子に置くべき配当要素は「0」とするよう要望する。

2) 平成29年度与党税制改正大綱に基づき、国税庁は取引相場のない株式の評価の見直しを行い、類似業種比準価額の計算式については、配当、利益、純資産の比重を1：1：1へと変更した。

医療法人の出資評価の計算式も変更されたが、利益、純資産の比重を 1：1としたのみで、配当要素を取り入れていないため、医療法人の出資評価に対する不利益な取扱いは変わっていない。

平成18年医療法改正において「経過措置医療法人」とされた持分のある医療法人は、あたかも「当分の間」存続するにすぎないかのように、事業承継税制等で冷遇されている。

財産評価について見直しを行うのであれば、持分のある医療法人の事業承継税制における位置づけとも照らし合わせて、今後は矛盾のない評価体系としていくべきである。

3) 持ち分のある医療法人においては、過去からの経営努力や配当禁止規定等により、構造的に純資産が多額になりがちであるが、病院機能を確保するための設備投資は行わざるを得ないため、純資産額と同等ないしははるかに超える借入金が同時に存在している事も多い。この状況下で、新型コロナウイルス感染症の影響により赤字に転落した場合、赤字経営や資金繰りの悪化による追加借入が発生するものの、形式的な内部留保額（純資産額）は大幅に減少することがないまま、出資持分の多くを所有している高齢の理事長に相続が発生するケースが考えられる。そして、大会社として評価される医療法人の場合、赤字により利益要素が0となることにより比準要素数 1 の会社と判定され、業績が悪化したにもかかわらず評価が高くなるという矛盾も生じている。

こうした状況においても、現在適用されている相続税基本通達によって持ち分の評価を行い、相続税を計算することが妥当であるか、地域医療の保持、医療提供体制の確保の観点から再考する必要がある。少なくとも、取引相場のない株式で無配当の営利企業よりも高額になってしまう現状の計算方法については、早急に改める必要がある。

〔参 考〕

取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）

1　取引相場のない株式評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達 180）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{Ⓑ}{B} + \frac{Ⓒ}{C} + \frac{Ⓓ}{D}}{3} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

A＝類似業種の株価

Ⓑ＝評価会社の１株当たりの配当金額

Ⓒ＝　〃　〃　１年間の利益金額

Ⓓ＝　〃　〃　直前期末の純資産価額（帳簿価額）

B＝類似業種の１株当たりの配当金額

C＝　〃　〃　年利益金額

D＝　〃　〃　純資産価額（帳簿価額）

2　医療法人の出資評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達 194－2）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{Ⓒ}{C} + \frac{Ⓓ}{D}}{2} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

類似業種目は「その他の産業」とする。

Ⅷ　社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等

社会医療法人に対して、次の措置を講じられたい。

1)　社会医療法人を税法上の特定公益増進法人とし、これらに対して寄付が行われた場合、寄付をした側については支出額の一定部分を所得税法上の寄付金控除の対象および法人税法上の損金としていただきたい。

2)　社会医療法人が行う医療保健業は法人税法上の「収益事業」から除外され非課税であるが、このうち附帯業務として行うものは例外的に課税されている。社会医療法人の行う医療保健業をすべて「収益事業」から除外し、非課税としていただきたい。

3)　社会医療法人が「救急医療等確保事業の用に供する固定資産」に対しては、固定資産税が非課税とされている。この非課税範囲の取扱いが全国の市町村で必ずしも統一されていないため、通知等により範囲を明示されたい。併せて、今後は非課税の範囲を「医療の用に供する固定資産」全般に拡大していただきたい。

（医療法（昭和 23・7・30 法律 205）第 42 条の 2、所得税法（昭和 40・3・31 法律 33）第 78 条、所得税法施行令（昭和 40・3・31 政令 96）第 217 条、法人税法（昭和 40・3・31 法律 34）第 7 条、第 37 条、別表第二、法人税法施行令（昭和 40・3・31 政令 97）第 5 条第 1 項第 29 号、第 77 条、地方税法第 348 条第 2 項第 11 号の 5、地方税法施行令（昭和 25・7・31 政令 245）第 50 条の 3 の 2、地方税法施行規則（昭和 29・5・13 総令 23）第 10 条の 7 の 7 関係）

［理　由］

1）①社会医療法人は救急、へき地、小児、周産期医療のような、採算性の乏しい医療に自治体病院に代わって取り組んでいる、公共性・公益性のきわめて高い医療法人であり、その存続・発展を図ることは公益の増進に資する。

②教育の分野では学校法人が、福祉の分野では社会福祉法人が特定公益増進

法人とされているが、社会医療法人がこれらに比して公益性において劣るとは考えられない。

③社会医療法人を特定公益増進法人とすることにより、一般医療法人がこれらに移行することを促し、医療の非営利性を徹底することは、今後の超高齢社会を支えるためにぜひとも必要である。

2）医療法人の業務には病院、診療所の運営という本来業務に加え、医療関係者の養成や薬局の開設等の附帯業務があるほか、社会医療法人には広範な収益業務が認められている。

法人税法上の「収益事業」から除外されているのは、このうち社会医療法人の本来業務たる医療保健業だけであるが、附帯業務には巡回診療所やへき地診療所の開設等も含まれるなど、公共性・公益性の面において必ずしも本来業務に劣るとは言えない。

したがって、附帯業務の医療保健業も「収益事業」から除外すべきである。

3）①平成21年度税制改正により「社会医療法人が直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供する固定資産」は、固定資産税が非課税とされたところである。しかしながら、この非課税の範囲については、必ずしも全国の市町村で統一的な運用がなされておらず、本来非課税とされるべきものが課税されるなどの混乱が生じている。これを解消するため、通知等により非課税の範囲を明示し、全国の自治体の運用を統一していただきたい。

②社会医療法人は法人単位で認定を受けるものであるため、認定対象となった施設以外の医療施設にも高い公益性が認められる。今後、非課税の範囲をこうした医療施設全般に拡大していただきたい。

Ⅸ　高額医療用機器の特別償却制度の適用期限延長等

高額医療用機器の特別償却制度の適用期限を令和７年４月１日以降も引き続き延長し、対象機器を大幅に拡充されたい。
（租税特別措置法第 12 条の 2、第 45 条の 2、租税特別措置法施行令（昭和 32・3・31 政令 43）第 6 条の 4、第 28 条の 10 関係）

［理　由］

日進月歩の医療用機器を整備充実し、医療提供の質の向上と医療安全の確保を図るためには、早期の投下資本回収が求められる。この意味で医療用機器の特別償却制度は、今後も存続させるべきである。

また、医療機器の技術革新に制度が取り残されないためには、対象機器の大幅な拡大が必要となる。

〔参考〕高額医療用機器の特別償却制度の概要

種　　別	特別償却割合
１台または１基の価額 500 万円以上で、次のいずれかに該当する機器 ① 高度な医療の提供に資するもの ② 医薬品医療機器等法の指定を受けてから２年以内のもの	12%

X　中小企業関係設備投資減税の医療界への適用拡大

中小医療機関の設備投資を支援するため、次の措置を講じていただきたい。

1）中小企業経営強化税制の医療保健業についての対象設備に医療用機器及び建物附属設備を追加するとともに、適用期限を令和7年4月1日以後も延長すること。

2）中小医療機関の医療機器購入については中小企業経営強化税制と商業・サービス業・農林水産業活性化税制、高額医療用機器の特別償却制度の選択適用を認めること。

3）中小企業投資促進税制の適用期限を令和7年4月1日以後も延長すること。

（中小企業等経営強化法（平成11・3・31法律18）第19条、第20条、租税特別措置法第10条の3、第10条の5の2、第10条の5の3、第42条の6、第42条の12の3、第42条の12の4関係）

［理　由］

1）中小企業者等が、中小企業等経営強化法の認定を受けた経営力向上計画に基づき、一定の設備を新規取得した場合、中小企業経営強化税制により、即時償却か10%税額控除（出資金が3,000万円超の法人は7%）の選択適用が認められている。

しかし、医療保健業を行う事業者が取得する医療機器や建物附属設備は、対象から除外されているため、医療機関が検査機器や手術機器を購入した場合でも適用できない。

中小企業経営強化税制においても、医療保健業を行う事業者が取得する医療機器を適用対象としたうえで、その適用期限を延長していただきたい。

2）上記の1）を実施した上で、中小医療機関の医療機器取得には中小企業経営強化税制、高額医療用機器の特別償却制度の選択適用を認めるべきである。

3）中小企業投資促進税制は、電子カルテシステムや医事会計システム等のソフトウエア、機械装置の取得に30％特別償却や7％税額控除（出資金等3,000万円超の法人には税額控除不適用）が適用される。本税制の適用期限を令和7年4月1日以後も延長していただきたい。

XI　医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における登録免許税及び固定資産税の軽減措置

地域医療構想を実現するための地域の医療機関同士の再編について、必要な不動産の取得につき、登録免許税の軽減措置を継続するほか、固定資産税の軽減措置を講じること。

［理　由］

地域医療構想の実現においては、民間医療機関についても、地域医療の重要な担い手であるという点において、公立医療機関や公的医療機関とは何ら変わらないものである。また、公立・公的医療機関は当然に営利を目的としないが、医療法人等の民間医療機関も営利を目的としない存在であり、医療機関は基本的には非営利の開設主体によって運営がなされている。

しかしながら、資産の取得を行った場合において、基本的に非課税の公立・公的医療機関と課税される民間医療機関の間には、地域に必要な医療を補完し合っているにも関わらず、税の負担においては公平性が担保されていない状況である。

医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における軽減措置については、登録免許税（令和３年度税制改正）、不動産取得税（令和４年度税制改正）の軽減措置が創設された。これにより、民間医療機関が再編により資産を取得した場合において、税負担が緩和されたところである。

民間医療機関を含めて地域医療構想の実現を進めていくのであれば、公立・公的医療機関と民間医療機関の間において、税負担の公平性を担保することは当然のことであり、医療機関同士で再編統合を行う際に必要な不動産の取得につき、登録免許税の軽減措置を継続するとともに、固定資産税についても、不動産取得税と同様に軽減措置を講ずるべきである。

XII　病院用建物等の耐用年数の短縮

病院･診療所用の建物の耐用年数を短縮されたい。
（減価償却資産の耐用年数等に関する省令（昭和 40・3・31 蔵令 15）別表第一関係）

［理　由］

病院･診療所用の建物および附属設備については、医学・医療の進歩に対応した構造や機能が要求され、陳腐化が激しいのが実情である。

また、令和 4 年 12 月に公布された、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」では、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新たな感染症の発生及びまん延に備え、都道府県と医療機関は協定を結び、新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に入院、外来の体制整備を行うこととなった。

平成 10 年度税制改正において、建物の減価償却方法が定額法に限定された際に耐用年数も短縮されたが、ウィズコロナの時代における民間医療機関は、医療の質の向上を図りつつ、新たな新興感染症に対しても備えるべく、医療体制を整えることが求められることから、いまだ十分とは言えないため、これら減価償却資産の耐用年数をさらに短縮されたい。

要望年数は下表の通りであるが、これは四病院団体協議会と日本医師会の実施した実態調査によっても裏付けられたところである。

減価償却資産の種類等	現行耐用年数	要望耐用年数
病院・診療所用建物		
鉄骨鉄筋コンクリート造又は鉄筋コンクリート造のもの	39 年	31 年

XIII　医療機関における医療 DX への対応及び省エネルギー対策への設備投資等に対する税制措置

医療機関における医療 DX への対応及び省エネルギー対策のための設備投資等（建物附属設備、構築物、器具備品、ソフトウェア）について、即時償却又は税額控除を選択適用できる措置、一定期間の固定資産税（償却資産税）の非課税措置の創設を要望する。

［理　由］

政府は、医療 DX の実現に向けて、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテの標準化等、診療報酬改定 DX その他関連する施策を推進している。医療機関においては、これらの施策へ対応するために、導入時には必ず負担が生じることになる。国によるデータヘルス改革の一環として医療情報を連携する仕組みを構築するのであれば、その費用は、全額国費とすべきである。現在、医療情報化支援基金などによる補助金が交付されているが、その補完する施策として医療設備のデジタル化等に資する設備投資ならびにシステム投資を支援する税制措置を要望する。

また、近年の電気、ガス等のエネルギー価格の高騰によって必要コストが上昇し、国が定める公定価格により経営する医療機関は、経営状況が大変厳しい現状にある。2027 年末には、一般照明用蛍光灯の製造が終了されることに伴い、照明器具の LED 化が必要となる。このような状況において、医療機関が省エネルギー効果の高い設備等の取得を支援する税制措置を要望する。

ⅩⅣ　医療法人の法人税率軽減と特定医療法人の法人税非課税

医療法人の法人税率を、公益法人等の収益事業並みに引き下げられたい。また、特定医療法人に対する法人税は、原則非課税とされたい。

（法人税法第66条、租税特別措置法第42条の3の2、第67条の2関係）

［理　由］

1）医療法人は医療法に基づき設立された法人で、医療の公益性を反映して多くの規制を受けている。特に同法で剰余金の配当が禁止され、営利追求を目的としていないにもかかわらず、営利法人並みの税率を課されているのはきわめて不公平である。公益法人等や協同組合等の営む医療保健業に対する課税との公平を図る観点からも、医療法人の法人税率は現行の23.2%から19%へ引き下げるべきである。

2）特定医療法人は、その組織、運営、最終財産の帰属等において、高い公益性の課された医療法人であり、その要件は、原則として法人税が非課税の社会福祉法人や農業協同組合連合会と同様であるにもかかわらず、特定医療法人のみが原則課税（税率19%）とされていることは、きわめて不公平である。したがって特定医療法人についても、原則として法人税は非課税とすべきである。

XV　医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置

次の土地、建物について、固定資産税および都市計画税ならびに不動産取得税、登録免許税の減免措置を講じていただきたい。

①医療従事者確保対策の用に供される土地、建物

②公益社団法人および公益財団法人ならびに一般社団法人、一般財団法人で医療保健業を営むもののうち、当該医療保健業が法人税法上の収益事業から除外されているものについて、当該業務の用に供する土地、建物

（法人税法第2条第6号、第13号、法人税法施行令第5条第1項第29号、法人税法施行規則（昭和40・3・31蔵令12）第6条、登録免許税法（昭和42・6・12法律35）第4条第2項、別表第三、地方税法第6条、第73条の4第1項第3号の2、第8号の2、第348条第2項第9号の2、第11号の5、第702条の2第2項関係）

［理　由］

1)　医療機能の高度化、医療ニーズの拡大に伴い、医師、看護師等の不足を訴える医療機関が増加している。絶対数の不足に加え、地域偏在が重なり、地方の医療機関ほど医療従事者確保に困難を感じており、その打開のためには住環境の整備や子育て支援の実施など、各種の対策が必要とされる。

医療機関が医療従事者を確保するため、職員寮等を取得した場合、税制上の負担軽減措置を講じていただきたい。

2)　法人税法上、医療保健業は原則として収益事業とされているものの、一定の公益法人等が行う当該業務に関しては収益事業から除外されている。

これは税法上も十分な公益性を有すると認めていることを意味するから、同じく公益性による非課税制度の定められている固定資産税等に関しても、減免措置を講じるべきである。

ＸＶＩ　介護医療院への転換時の改修等に関する税制上の支援措置の創設

平成 30 年 4 月から新たな介護保険施設として創設された「介護医療院」に、既存の病院や診療所が転換した場合、新施設の施設基準を満たすために要した建物の改修等について、取得価額の 30%の特別償却または 7%税額控除を認めるほか、固定資産税・不動産取得税の減免等の支援措置を講じていただきたい。

（介護保険法（平成 9・12・17 法律 123）第 107 条～第 115 条関係）

［理　由］

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、平成 30 年 4 月から「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた「介護医療院」が創設された。

新施設には、従来の介護療養病床や医療療養病床を有する病院、診療所からの転換が期待されるが、新たな施設類型の施設基準に合致させるためには、改修等に少なからぬ投資が必要となる。

そこで、予算面で地域医療介護総合確保基金等による補助を行うほか、税制面でも改修後の施設について特別償却や税額控除、固定資産税・不動産取得税の減免等による支援措置を講じていただきたい。

【その他　今後も継続して検討していく項目】

以下の項目は、要望項目とはしていないが、次年度以降も継続して検討していく項目である。

（新興感染症関係）

・新興感染症の影響による税金等の納付猶予期間の延長
・欠損金の取扱いの拡充
・感染対策のための設備投資、消耗品等の支出への税制上の支援措置

（特定医療法人関係）

・特定医療法人の存続と要件の緩和

（訪日外国人向け医療提供体制関係）

・社会医療法人、特定医療法人、認定医療法人における診療単価の制限緩和

2040年に求められる医療機関機能について

四病院団体協議会　2024年11月27日

一般社団法人 日本病院会

公益社団法人 全日本病院協会

一般社団法人 日本医療法人協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

2040年に求められる医療機関機能(イメージ)に対する、四病院団体協議会からの意見

はじめに

- 四病協では、新たな地域医療構想に関する検討会において示された≪2040年に求められる医療機関機能(イメージ)≫について、議論を行った結果、様々な意見を得た。
- これらの意見を取り纏め検討し、四病協としての≪医療機関機能(案)≫を作成した。また、≪2040年に求められる基礎となる構想区域(イメージ)≫についても、四病協としての≪イメージ図(案)≫を作成した。
- 2040年の新たな地域医療構想においては、各地域が持つ特性と実情を十分に踏まえた上での検討が必要であり、限りある医療資源を有効に活用し、柔軟かつ持続可能な医療提供体制の構築が求められている。

2040年に求められる医療機関機能(イメージ)に対する、四病院団体協議会からの意見

【主な意見・課題】

- 2040年に向けて、過疎化が進む構想区域と都市部の構想区域では、提供できる医療機関機能がある程度格差が生じることについて、地域の実情をどの様にして一つのイメージに落し込むのか？
- 2040年に向けて、2次医療圏の見直しは行うのか？構想区域をどのように見直すのか？
- 現状の2次救急医療機関は、高齢者救急の受入はもちろんだが、一般の急性期患者の受け入れも行っている。
- 『高齢者救急の受け皿』と言う表現は高齢者に偏りすぎであり、構想区域の医療機関機能として問題がある。
- 『高度な医療や広く救急への対応を行う機能』を、全ての構想区域に求めることは現状不可能と考えられ、ある程度広域な構想区域として考えるべきである。
- 『救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能』が、現状の3次救急・基幹病院をイメージするのであれば、ある程度その構想区域の中で機能の集約化が求められる。(都市部に基幹病院の病床が過剰になっている。)
- 構想区域における、医療機関機能にはいくつかの機能が想定されているが、現状の医療機関でも既に複数の機能を併せ持ち対応していることから、複数の機能選択を可能とするべき。
- 『在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能』以外に、従来の慢性期入院医療を提供する機能の役割は大きく、医療機関機能としては慢性期入院は必要と考える。
- 従来の在宅療養支援病院等で既にかかりつけ医機能を有する場合は、その機能はどう選択するのか？
- 『地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能』とあるが、慢性期機能の場合、看護配置が20対1では無理があり、夜間の緊急時受入となると、地域包括ケア病棟(13対1)でも無理があることは、これまでの入院・外来医療等の調査・評価分科会や中医協等でも既に議論が行われた内容である。
- 『在宅医療を提供する機能』は、『高度な急性期の医療を広く提供する医療機関が行う機能』としては相応しくないことについては機能選択不可とすることも検討すべき。

【論　点】

- 地域で限られた医療資源を有効に活用する観点から、2040年に求められる医療機関機能については、各々の医療機関が自由に複数選択出来る様にすべき。
- どの医療機関機能を選択しようとも、それが地域に必要な医療機関機能であるならば、適切な医療提供体制の持続可能性の観点から、2040年に向けて診療報酬制度や補助金等の財政支援により、健全な医療経営が担保されるべき。

2040年に求められる医療機関機能(案)　　四病院団体協議会(案)

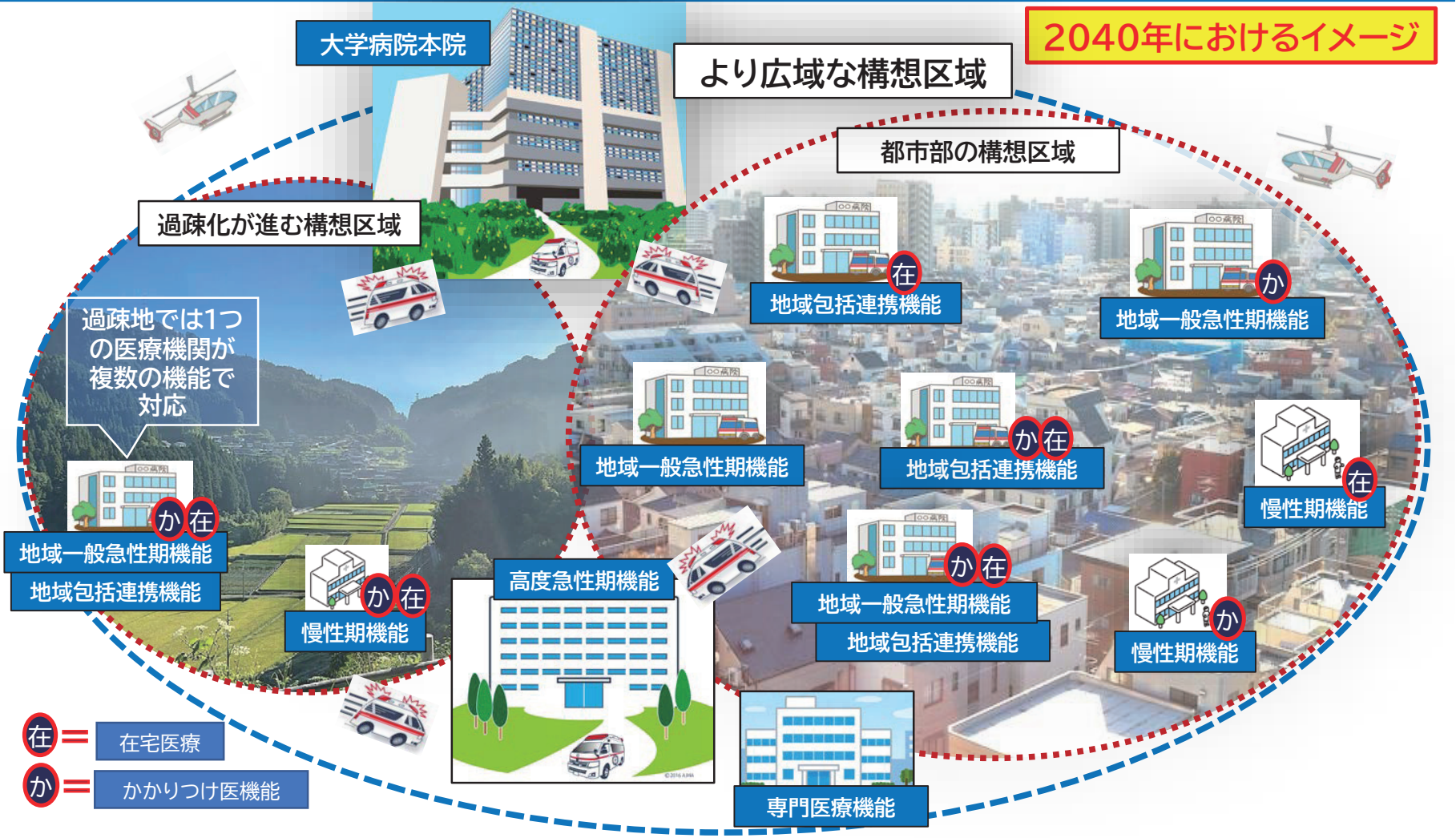
医療機関機能の考え方

- 各構想区域の中で、限られた医療資源を有効に活用し、医療機関の機能分化と連携・再編・集約化により、2040年に向けて地域で必要とされる医療提供体制の構築が進む様に、地域で求められる『医療機関機能』を報告する。但しその機能は、国民・患者が共有する為にも分かり易い機能とすべき。
- これまでの二次医療圏等を基本構想区域としつつ、過疎化し医療資源が乏しい基本構想区域の場合には、必要に応じて構想区域を束ねて拡大する。
- 例えば過疎化が進む構想区域においては、一つの医療機関が複数の『医療機関機能』を有する事も想定され、『医療機関機能』を自由に選択できるようにする。
- 【大学病院本院機能】は、地域で必要とされる医療提供体制を踏まえ、都道府県と適切に連携をとりながら医師派遣を行う。
- 【高度急性期拠点機能】は、全ての基本構想区域に設置することは現実的に無理があり、より広域な区域での『医療機関機能』とする。
- 【地域一般急性期機能】は、一般急性期のみならず高齢者救急にも対応し、高度急性期からの適切な下り搬送にも対応する。
- 【地域包括連携機能】は、地域でかかりつけ医や介護施設、訪問看護等と連携し、24時間の対応や、入院対応を行う。
- 【慢性期機能】は、不安定であり入院医療の必要性の高い慢性期疾患に対応し、介護施設、在宅医療等とも連携する。
- 【専門医療機能】は、必ずしも全ての基本構想区域に設置が求められるものではなく、より広域な区域での『医療機関機能』とする。

医療機関機能	提供する医療機能のイメージ
より広域な区域における医療機関機能	
大学病院本院機能	広域な区域において高度かつ総合的な診療機能を担い、医師等の教育および医師派遣する機能
高度急性期拠点機能	がん、小児周産期など高度な急性期医療や高次救命医療を担う機能
基本構想区域における医療機関機能	
地域一般急性期機能 (高齢者救急対応)	高齢者を含めた救急等の急性期医療に対応し、入院早期からリハビリ・退院調整を行い在宅復帰を目指す機能
地域包括連携機能 (在宅医療及び在宅療養支援)	地域で在宅医療を実施し、かかりつけ医や介護施設、訪問看護等と連携し、24時間の対応や入院およびリハビリ対応を行う機能
慢性期機能	入院医療の必要性が高い慢性期疾患に対応し、介護施設、在宅医療等と連携する機能
専門医療機能	精神科、脳神経外科、循環器科、整形外科、リハビリ科、小児科、その他専門診療科としての機能

2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）　四病院団体協議会（案）

- 2040年を見据えると、人口規模が約20万未満の構想区域等、医療需要の変化や、医療従事者の確保、医療機関の維持等の、限られた医療資源の問題から、医療提供体制上課題が生じる場合には、必要に応じて構想区域をより拡げて対応する必要がある。
- 【高度急性期機能】は、より広域な区域で高度ながん治療、小児周産期など高度救急医療、高次救命医療をカバーする。
- 高齢者を含む救急等の急性期医療を担う【地域一般急性期機能】、かかりつけ医と連携し地域の高齢者の在宅復帰を目指す機能、かかりつけ医機能有し、在宅医療も行う【地域包括連携機能】、医療の必要性が高い慢性疾患に対応し、介護施設、在宅医療等と連携する【慢性期機能】を、地域の実情に応じて体制整備する。
- 専門医療に特化した【専門医療機能】は、構想区域の枠にとらわれずに機能する。



3病院団体 要望

病院経営の危機的状況に対する
救済措置・財政支援

2024年度 病院経営定期調査
-結　果　報　告-

一般社団法人　日本病院会　　相澤　孝夫

公益社団法人　全日本病院協会　　猪口　雄二

一般社団法人　日本医療法人協会　　加納　繁照

病院経営の危機的状況に対する救済措置・財政支援の要望

- 2024年11月18日発表の3病院団体による「2024年度病院経営定期調査」で、病院経営の危機的状況が浮き彫りとなりました。

- 2022年度と2023年度を比較すると、外来患者と入院患者の減少により病院の収入が減少し、水道光熱費の効率化に努めたものの、医薬品や診療材料の費用が増加したことで、赤字に転落する病院が増加しています。また、新型コロナウイルス感染症対策のための緊急包括支援交付金などが減少したことにより、赤字病院の割合が大幅に増加、病院の経営状況が急速に悪化していることが明らかになりました。このままでは、地域医療の崩壊は免れません。

- 医業損益の前年同月比較（2023年6月/2024年6月）でも減収・減益となっており、2024年度はコロナ支援金がほぼ支給されなくなったため、経常収支は2023年度に比べて一段と悪化、さらに深刻な経営状況に陥ることが避けられないと危惧されます。

- このように病院は深刻な経営不振の状況に陥っており、この状況が続けば経営破綻に追い込まれ、地域社会に大きな影響が出る可能性が極めて高いと言わざるを得ません。地域住民の生命を守り、良質の医療を提供し続けるためにも、緊急の財政支援が必要です。一刻も早く、特例的な救済措置を講じていただきたく、強く要望いたします。

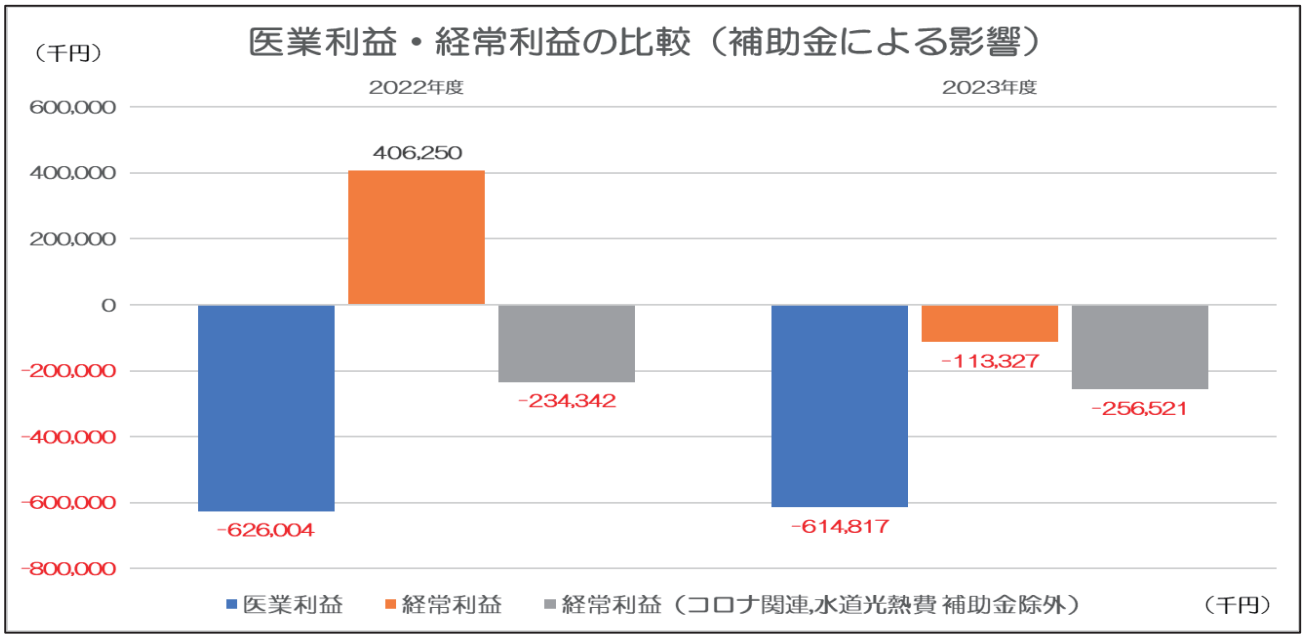
医業損益への影響　年度比較（2022年度/2023年度）

Ⅰ　全施設

科目 （単位：千円）	全病院（ｎ＝967） 施設平均			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
① 医業収益	8,260,924	8,491,464	230,540	2.8%
② 医業費用	8,886,928	9,106,281	219,353	2.5%
③ 医業利益（①-②）	-626,004	-614,817	11,187	
④ 医業外収益	1,200,309	660,607	-539,702	-45.0%
⑤ 医業外費用	168,055	159,117	-8,938	-5.3%
⑥ 経常利益（（①+④）-（②+⑤））	406,250	-113,327	-519,577	
コロナ関連,水道光熱費の補助を除く 経常利益（⑥-（⑦+⑧））	-234,342	-256,521	-22,179	
医業利益率（③÷①）	-7.6%	-7.2%		
経常利益率（⑥÷①）	4.9%	-1.3%		
※１ 補助金（運営・施設・その他）	870,750	393,676	-477,074	-54.8%
※２ 補助金を除く医業外収益（④-※１）	329,559	266,931	-62,628	-19.0%
※３ 損益差額（③+※２-⑤）	-464,500	-507,003	-42,503	
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	634,575	135,406		
⑧ 水道光熱費 補助金	6,017	7,788		
⑨ 人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	7,057	11,360		

- 全病院の医業損益の年度比較では、医業収益の伸びは＋2.8%、医業費用＋2.5%により、2023年度の医業利益は前年よりわずかに赤字が縮小し、経常利益は医業外収益の大幅な減収により、2022年度の黒字から赤字に転じた。
- 2023年度の全病院平均の医業利益が−61,481万円、経常利益は−11,332万円、補助金を除く損益差額は−50,700万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益は−25,652万円であった。また、人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料は、2022年度705万円、2023年度1,136万円であった。

Ⅱ　医業利益・経常利益（コロナ関連、水道光熱費の補助金による影響）



- 2022年度の医業利益が−62,600万円の赤字に対して、経常利益は＋40,625万円の黒字ではあるが、コロナ関連の補助金を除く経常利益では−23,434万円の赤字であった。
- 2023年度は医業利益−60,481万円の赤字に対して、経常利益−11,332万円の赤字、コロナ関連の補助金を除く経常利益も−25,652万円の赤字となり、2022年度は黒字であった経常利益は赤字に転じた。

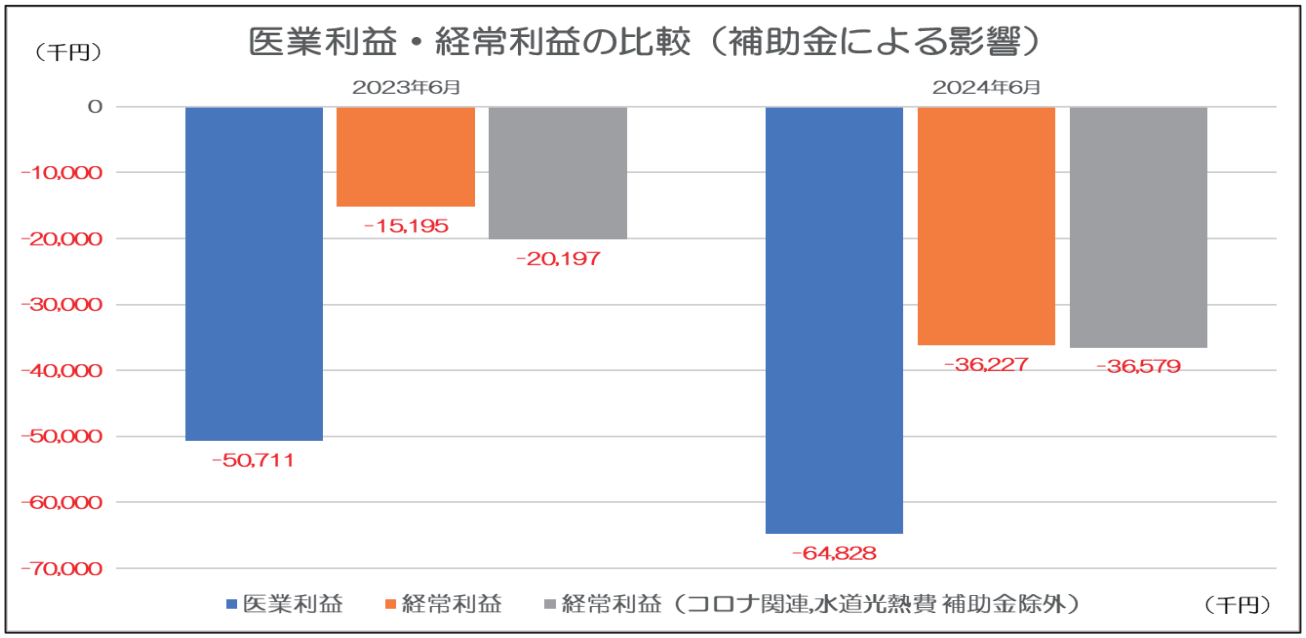
医業損益への影響　前年同月比較（2023年6月/2024年6月）

Ⅰ　全施設

科目 （単位：千円）	全病院（n＝1043） 施設平均			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
① 医業収益	672,000	662,109	-9,891	-1.5%
② 医業費用	722,711	726,937	4,226	0.6%
③ 医業利益（①-②）	-50,711	-64,828	-14,117	
④ 医業外収益	44,101	36,750	-7,351	-16.7%
⑤ 医業外費用	8,585	8,149	-436	-5.1%
⑥ 経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-15,195	-36,227	-21,032	
コロナ関連,水道光熱費の補助を除く 経常利益（⑥-（⑦+⑧））	-20,197	-36,579	-16,382	
医業利益率（③÷①）	-7.5%	-9.8%		
経常利益率（⑥÷①）	-2.3%	-5.5%		
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	4,863	285		
⑧ 水道光熱費関連補助金 入金額	140	67		

- 医業損益の前年同月比較、施設平均では、全病院の医業収益は前年比－1.5%の減収、医業費用は＋0.6%の増加となり、医業利益の赤字額は1,411万円増加し、医業外収益は前年比－16.7%の減収、経常利益は－1,519万円から－3,622万円になり赤字額は2,103万円増加していた。
- コロナ関連緊急包括支援事業補助金の入金額は486万円から28万円に減少していた。

Ⅱ　医業利益・経常利益（コロナ関連、水道光熱費の補助金による影響）



- 2023年6月期の医業利益が－5,071万円の赤字に対して、経常利益は－1,519万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益についても－2,019万円の赤字であった。
- また、2024年6月期は医業利益が－6,482万円の赤字に対して、経常利益は－3,622万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益も－3,657万円の赤字であった

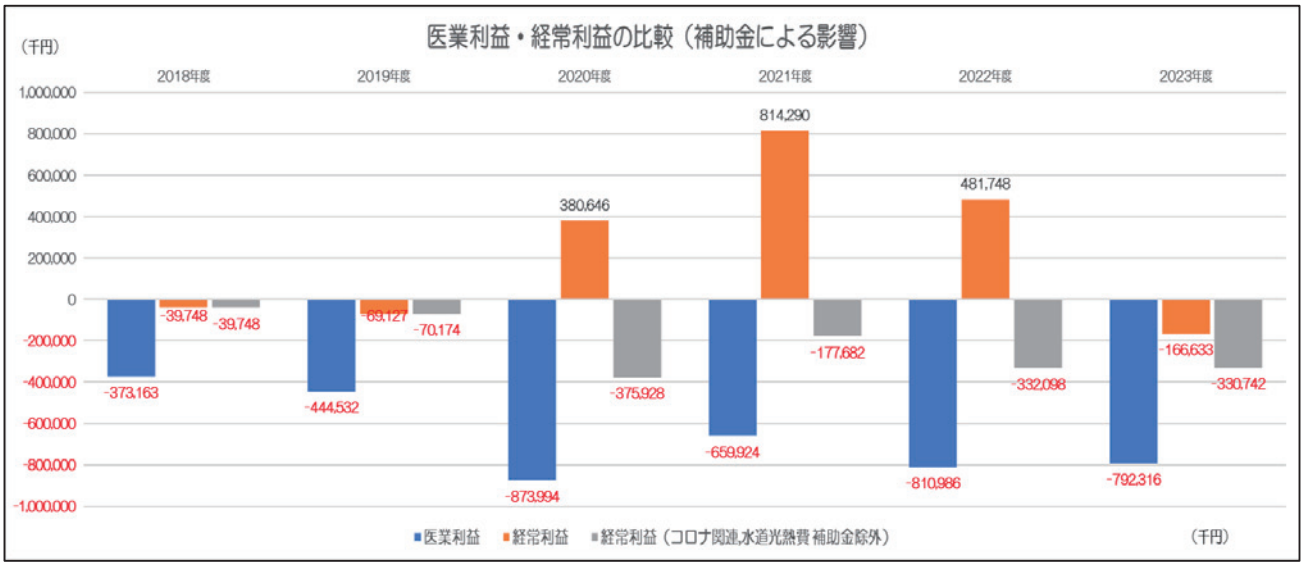
参考

6年連続年度比較　医業利益、経常利益

Ⅰ　全体推移（2018年度/2019年度/2020年度/2021年度/2022年度/2023年度）

科目 （単位：千円）	全病院（n＝102） 施設平均					
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
① 医業収益	10,052,292	10,290,209	9,859,193	10,410,272	10,669,612	10,960,583
② 医業費用	10,425,456	10,734,741	10,733,187	11,070,195	11,480,599	11,752,899
③ 医業利益（①-②）	-373,163	-444,532	-873,994	-659,924	-810,986	-792,316
④ 医業外収益	540,953	563,595	1,434,368	1,661,146	1,480,877	792,168
⑤ 医業外費用	207,538	188,190	179,728	186,932	188,143	166,486
⑥ 経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-39,748	-69,127	380,646	814,290	481,748	-166,633
コロナ関連,水道光熱費の補助を除く経常利益（⑥-（⑦+⑧））	-39,748	-70,174	-375,928	-177,682	-332,098	-330,742
医業利益率（③÷①）	-3.7%	-4.3%	-8.9%	-6.3%	-7.6%	-7.2%
経常利益率（⑥÷①）	-0.4%	-0.7%	3.9%	7.8%	4.5%	-1.5%
※1 補助金（運営･施設･その他）	274,342	294,357	1,166,366	1,359,388	1,151,566	483,923
※2 補助金を除く医業外収益（④-※1）	266,611	269,238	268,002	301,758	329,311	308,245
※3 損益差額（③+※2-⑤）	-314,090	-363,485	-785,720	-545,098	-669,818	-650,556
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金		1,047	756,574	991,972	807,881	154,997
⑧ 水道光熱費 補助金				0	5,965	9,112
⑨ 人材紹介会社へ支払う紹介手数料･委託料					2,156	6,057

Ⅱ　医業利益・経常利益（コロナ関連、水道光熱費の補助金による影響）



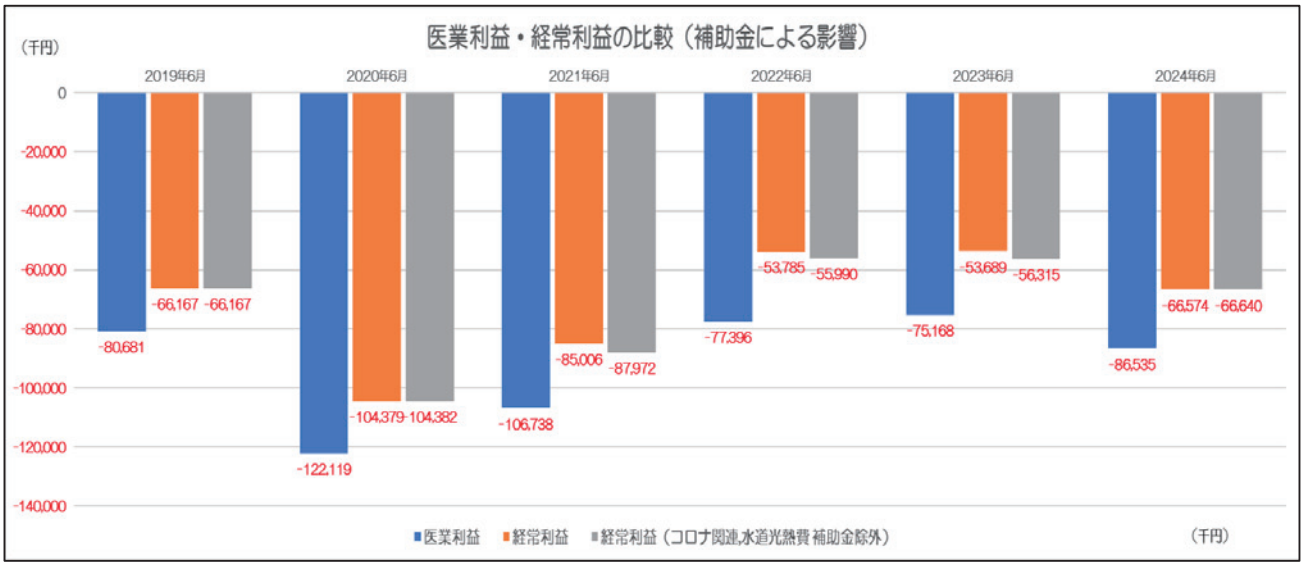
参考

6年連続同月比較　医業利益、経常利益

Ⅰ　全体推移（2019年6月/2020年6月/2021年6月/2022年6月/2023年6月/2024年6月）

科目 （単位：千円）	全病院（n＝102） 施設平均					
	2019年6月	2020年6月	2021年6月	2022年6月	2023年6月	2024年6月
① 医業収益	837,639	798,081	864,183	900,431	920,221	910,761
② 医業費用	918,321	920,200	970,921	977,826	995,390	997,296
③ 医業利益（①-②）	-80,681	-122,119	-106,738	-77,396	-75,168	-86,535
④ 医業外収益	24,597	27,096	31,348	33,044	32,140	28,747
⑤ 医業外費用	10,083	9,356	9,616	9,434	10,660	8,786
⑥ 経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-66,167	-104,379	-85,006	-53,785	-53,689	-66,574
コロナ関連,水道光熱費の補助を除く経常利益（⑥-（⑦+⑧））	-66,167	-104,382	-87,972	-55,990	-56,315	-66,640
医業利益率（③÷①）	-9.6%	-15.3%	-12.4%	-8.6%	-8.2%	-9.5%
経常利益率（⑥÷①）	-7.9%	-13.1%	-9.8%	-6.0%	-5.8%	-7.3%
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金		3	2,965	2,205	2,377	26
⑧ 水道光熱費 補助金				0	249	40

Ⅱ　医業利益・経常利益（コロナ関連、水道光熱費の補助金による影響）



病院経営の危機的状況に対する救済措置・財政支援の要望

➢2024年11月18日発表の3病院団体による「2024年度病院経営定期調査」で、病院経営の危機的状況が浮き彫りとなりました。

➢2022年度と2023年度を比較すると、外来患者と入院患者の減少により病院の収入が減少し、水道光熱費の効率化に努めたものの、医薬品や診療材料の費用が増加したことで、赤字に転落する病院が増加しています。また、新型コロナウイルス感染症対策のための緊急包括支援交付金などが減少したことにより、赤字病院の割合が大幅に増加、病院の経営状況が急速に悪化していることが明らかになりました。このままでは、地域医療の崩壊は免れません。

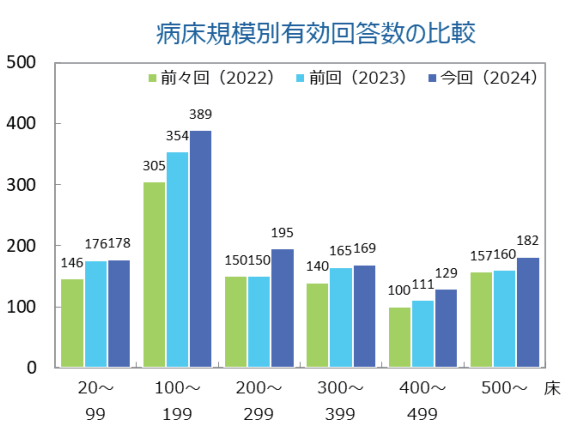
➢医業損益の前年同月比較（2023年6月/2024年6月）でも減収・減益となっており、2024年度はコロナ支援金がほぼ支給されなくなったため、経常収支は2023年度に比べて一段と悪化、さらに深刻な経営状況に陥ることが避けられないと危惧されます。

➢このように病院は深刻な経営不振の状況に陥っており、この状況が続けば経営破綻に追い込まれ、地域社会に大きな影響が出る可能性が極めて高いと言わざるを得ません。地域住民の生命を守り、良質の医療を提供し続けるためにも、緊急の財政支援が必要です。一刻も早く、特例的な救済措置を講じていただきたく、強く要望いたします。

有効回答の経年比較（2022年度／2023年度／2024年度）

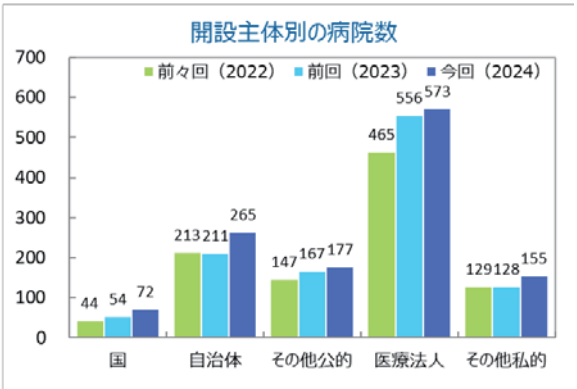
Ⅰ　全施設

	2022年度		2023年度		2024年度		前年度との比較	
	有効回答数	割合	有効回答数	割合	有効回答数	割合	回答数増減	増減比率
20～99床	146	14.6%	176	15.8%	178	14.3%	+2	+1.1%
100～199床	305	30.6%	354	31.7%	389	31.3%	+35	+9.9%
200～299床	150	15.0%	150	13.4%	195	15.7%	+45	+30.0%
300～399床	140	14.0%	165	14.8%	169	13.6%	+4	+2.4%
400～499床	100	10.0%	111	9.9%	129	10.4%	+18	+16.2%
500床～	157	15.7%	160	14.3%	182	14.7%	+22	+13.8%
合計	998	100.0%	1,116	100.0%	1,242	100.0%	+126	+11.3%



Ⅱ　開設主体別

	2022年度		2023年度		2024年度		前年度との比較	
	有効回答数	割合	有効回答数	割合	有効回答数	割合	回答数増減	増減比率
国	44	4.4%	54	4.8%	72	5.8%	+18	+33.3%
自治体	213	21.3%	211	18.9%	265	21.3%	+54	+25.6%
その他公的	147	14.7%	167	15.0%	177	14.3%	+10	+6.0%
医療法人	465	46.6%	556	49.8%	573	46.1%	+17	+3.1%
その他公的	129	12.9%	128	11.5%	155	12.5%	+27	+21.1%
合計	998	100.0%	1,116	100.0%	1,242	100.0%	+126	+11.3%



- ３病院団体による病院経営定期調査において、2024年度調査の有効回答数は1,242病院であった。
- 許可病床数による病床規模別に有効回答数を2023年度及び2024年度調査と比較した病床規模別の回答数増減ではすべて増加し、全体では126病院の増加となった。
- 病床規模別有効回答数の比較では、100～199床が31.3%と最も多くを占めた。
- 開設主体別有効回答数の比較では、医療法人が46.1%と最も多くを占めた。

医業損益への影響　年度比較（2022年度/2023年度）
100床あたりの平均

Ⅰ　全施設

科目（単位：千円）	全病院（n=967）平均病床数：304			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,713,551	2,789,279	75,728	2.8%
②医業費用	2,919,181	2,991,234	72,053	2.5%
③医業利益（①-②）	-205,630	-201,955	3,675	
④医業外収益	394,278	216,996	-177,281	-45.0%
⑤医業外費用	55,203	52,267	-2,936	-5.3%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	133,445	-37,226	-170,671	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-77,006	-84,262	-7,256	
医業利益率（③÷①）	-7.6%	-7.2%		
経常利益率（⑥÷①）	4.9%	-1.3%		
※1_補助金（運営・施設・その他）	286,024	129,315	-156,709	-54.8%
※2_補助金を除く医業外収益（④－※1）	108,254	87,682	-20,572	-19.0%
※3_損益差額（③+※2－⑤）	-152,579	-166,541	-13,962	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	208,445	44,478		
⑧水道光熱費 補助金	2,006	2,558		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	2,318	3,732		

- 全病院の医業損益の年度比較では、医業収益の伸びは+2.8%、医業費用+2.5%により、2023年度の医業利益は前年よりわずかに赤字が縮小し、経常利益は医業外収益の大幅な減収により、2022年度の黒字から赤字に転じた。
- 2023年度の全病院の100床あたりの医業利益が−20,195万円、経常利益は−3,722万円、補助金を除く損益差額は−16,654万円、コロナ関連の補助金を除く経常利益は−8,426万円であった。また、人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料は、2022年度231万円、2023年度373万円であった。

Ⅱ　開設主体別

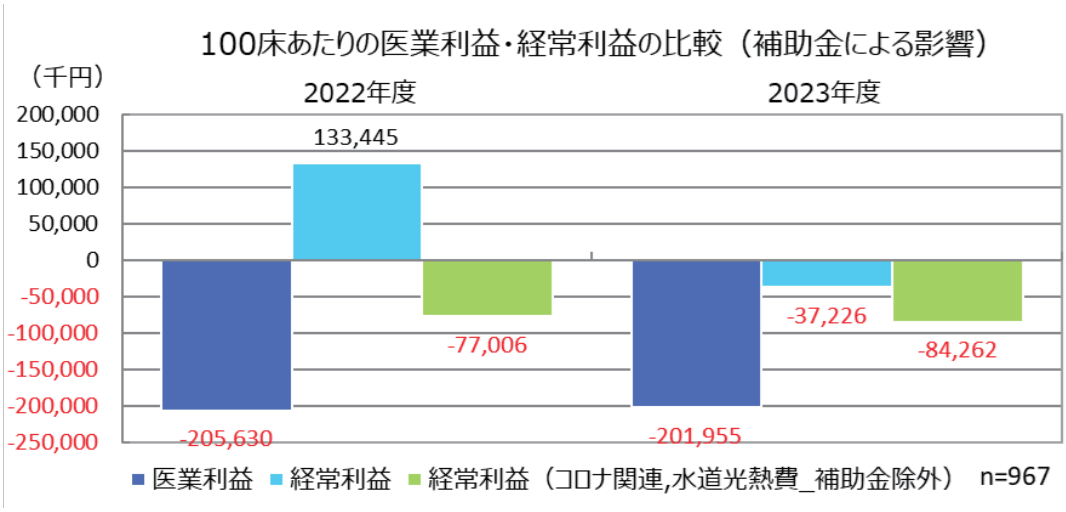
科目（単位：千円）	国（n=64）平均病床数：410				自治体（n=228）平均病床数：382				その他公的（n=136）平均病床数：383			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,662,329	2,741,735	79,406	3.0%	2,844,975	2,945,089	100,114	3.5%	3,147,170	3,218,605	71,435	2.3%
②医業費用	2,844,107	2,900,834	56,727	2.0%	3,298,315	3,397,799	99,484	3.0%	3,276,972	3,367,638	90,666	2.8%
③医業利益（①-②）	-181,778	-159,099	22,679		-453,340	-452,710	630		-129,802	-149,034	-19,231	
④医業外収益	403,977	204,541	-199,436	-49.4%	647,211	418,951	-228,260	-35.3%	376,826	159,778	-217,048	-57.6%
⑤医業外費用	109,640	85,582	-24,058	-21.9%	91,363	93,452	2,089	2.3%	44,035	39,511	-4,524	-10.3%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	112,559	-40,141	-152,700		102,508	-127,211	-229,720		202,989	-28,767	-231,755	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-110,128	-82,313	27,815		-164,296	-179,070	-14,774		-61,014	-84,546	-23,531	
医業利益率（③÷①）	-6.8%	-5.8%			-15.9%	-15.4%			-4.1%	-4.6%		
経常利益率（⑥÷①）	4.2%	-1.5%			3.6%	-4.3%			6.4%	-0.9%		
※1_補助金（運営・施設・その他）	253,652	80,480	-173,172	-68.3%	457,469	251,454	-206,015	-45.0%	317,116	119,219	-197,897	-62.4%
※2_補助金を除く医業外収益（④－※1）	150,325	124,060	-26,265	-17.5%	189,742	167,497	-22,245	-11.7%	59,710	40,559	-19,151	-32.1%
※3_損益差額（③+※2－⑤）	-141,093	-120,621	20,472		-354,961	-378,665	-23,704		-114,127	-147,986	-33,858	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	221,005	40,322			264,693	49,466			261,523	52,348		
⑧水道光熱費 補助金	1,682	1,850			2,111	2,393			2,479	3,430		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	479	1,057			2,659	3,278			644	921		

科目（単位：千円）	医療法人（n=414）平均病床数：197				その他私的（n=125）平均病床数：380			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医業収益	1,923,969	1,956,139	32,170	1.7%	3,378,389	3,486,704	108,315	3.2%
②医業費用	1,955,699	1,986,282	30,582	1.6%	3,523,959	3,604,813	80,854	2.3%
③医業利益（①-②）	-31,730	-30,143	1,588		-145,571	-118,109	27,461	
④医業外収益	166,487	74,622	-91,865	-55.2%	334,487	160,153	-174,334	-52.1%
⑤医業外費用	23,162	20,115	-3,047	-13.2%	26,003	27,432	1,429	5.5%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	111,595	24,364	-87,231		162,914	14,612	-148,301	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-122	-6,369	-6,246		-47,914	-44,615	3,299	
医業利益率（③÷①）	-1.6%	-1.5%			-4.3%	-3.4%		
経常利益率（⑥÷①）	5.8%	1.2%			4.8%	0.4%		
※1_補助金（運営・施設・その他）	120,264	42,351	-77,913	-64.8%	239,390	92,320	-147,070	-61.4%
※2_補助金を除く医業外収益（④－※1）	46,224	32,271	-13,953	-30.2%	95,097	67,833	-27,264	-28.7%
※3_損益差額（③+※2－⑤）	-8,668	-17,987	-9,318		-76,476	-77,708	-1,232	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	110,072	28,481			208,736	56,406		
⑧水道光熱費 補助金	1,645	2,252			2,092	2,822		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	3,354	5,389			2,769	6,280		

- 開設主体別の医業損益比較では、医業収益の前年比は自治体の+3.5%が最も高く、次いでその他私的の+3.2%であった。医業利益の比較では、すべての開設主体で2期赤字で、2023年度の赤字額は、自治体の−45,271万円が最も多かった。また、経常利益では医療法人、その他私的が2期黒字・減益、国、自治体、その他の公的が黒字から赤字に転じ、赤字額では自治体の−12,721万円が最大であった。
- 補助金等を除く損益差額、コロナ関連の補助金を除く経常利益では、すべての開設主体で2期赤字であった。

医業損益への影響　年度比較（2022年度/2023年度）
100床あたりの平均

Ⅲ　医業利益・経常利益（コロナ関連、水道光熱費の補助金による影響）



- 2022年度の100床あたり医業利益が－20,563万円の赤字に対して、経常利益は＋13,344万円の黒字ではあるが、コロナ関連の補助金を除く経常利益では－7,700万円の赤字であった。
- 2023年度は医業利益－20,195万円の赤字に対して、経常利益－3,722万円の赤字、コロナ関連の補助金を除く経常利益も－8,426万円の赤字となり、2022年度は黒字であった経常利益は赤字に転じた。

医業損益への影響　前年同月比較（2023年6月/2024年6月）
100床あたりの平均

Ⅰ　全施設

科目（単位：千円）	全病院（n=1,043）平均病床数：292			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	230,036	226,650	-3,386	-1.5%
②医業費用	247,395	248,841	1,447	0.6%
③医業利益（①-②）	-17,359	-22,192	-4,833	
④医業外収益	15,097	12,580	-2,516	-16.7%
⑤医業外費用	2,939	2,790	-149	-5.1%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-5,201	-12,401	-7,200	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-6,914	-12,521	-5,608	
医業利益率（③÷①）	-7.5%	-9.8%		
経常利益率（⑥÷①）	-2.3%	-5.5%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,665	97		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	48	23		

- 医業損益の前年同月比較、100床あたりの平均では、全病院の医業収益は前年比－1.5%の減収、医業費用は＋0.6%の増加となり、医業利益の赤字額は483万円増加し、医業外収益は前年比－16.7%の減収、経常利益は－520万円から－1,240万円になり赤字額は720万円増加していた。コロナ関連緊急包括支援事業補助金の入金額は166万円から9万円に減少していた。

Ⅱ　開設主体別

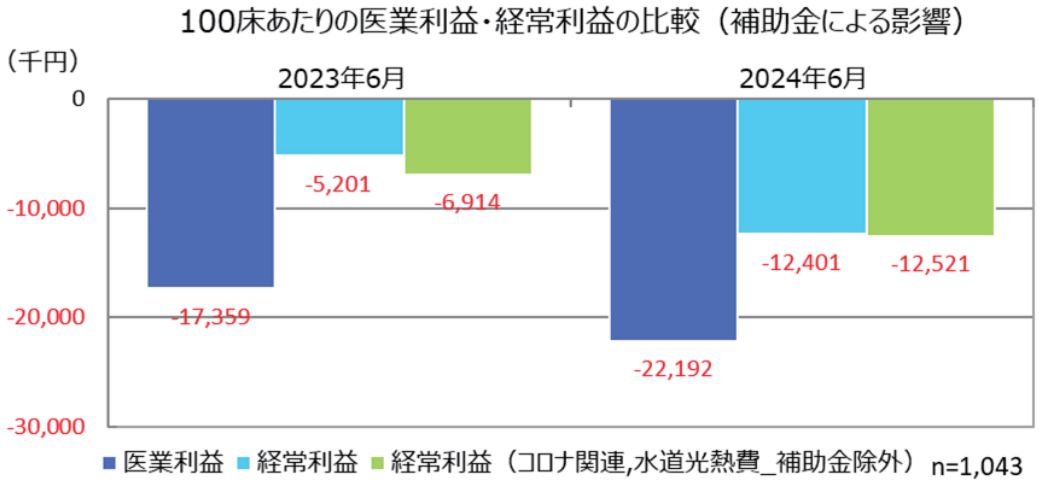
科目（単位：千円）	国（n=61）平均病床数：379				自治体（n=236）平均病床数：376				その他公的（n=153）平均病床数：367			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	215,894	209,540	-6,354	-2.9%	249,910	243,306	-6,603	-2.6%	263,773	259,043	-4,730	-1.8%
②医業費用	226,070	228,059	1,989	0.9%	283,865	289,103	5,237	1.8%	277,004	274,305	-2,699	-1.0%
③医業利益（①-②）	-10,176	-18,519	-8,343		-33,956	-45,796	-11,841		-13,232	-15,262	-2,031	
④医業外収益	6,155	5,621	-535	-8.7%	30,825	28,114	-2,710	-8.8%	8,491	4,949	-3,543	-41.7%
⑤医業外費用	5,089	4,388	-701	-13.8%	4,469	4,789	320	7.2%	2,324	2,522	197	8.5%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-9,110	-17,287	-8,177		-7,600	-22,471	-14,871		-7,064	-12,835	-5,771	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-9,341	-17,382	-8,041		-9,564	-22,720	-13,156		-10,505	-12,902	-2,396	
医業利益率（③÷①）	-4.7%	-8.8%			-13.6%	-18.8%			-5.0%	-5.9%		
経常利益率（⑥÷①）	-4.2%	-8.2%			-3.0%	-9.2%			-2.7%	-5.0%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	189	0			1,961	249			3,305	52		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	42	96			3	0			136	15		

科目（単位：千円）	医療法人（n=464）平均病床数：192				その他私的（n=129）平均病床数：367			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	161,684	163,185	1,501	0.9%	288,352	284,841	-3,510	-1.2%
②医業費用	164,277	165,496	1,220	0.7%	310,794	310,213	-580	-0.2%
③医業利益（①-②）	-2,593	-2,312	281		-22,442	-25,372	-2,930	
④医業外収益	4,354	2,734	-1,620	-37.2%	18,029	14,439	-3,590	-19.9%
⑤医業外費用	1,314	1,346	32	2.4%	2,808	1,296	-1,512	-53.9%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	447	-923	-1,370		-7,220	-12,228	-5,008	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-554	-1,015	-460		-8,472	-12,239	-3,766	
医業利益率（③÷①）	-1.6%	-1.4%			-7.8%	-8.9%		
経常利益率（⑥÷①）	0.3%	-0.6%			-2.5%	-4.3%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	945	49			1,238	6		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	56	42			14	4		

- 開設主体別の医業損益の前年同月比較では、すべての開設主体で医業利益が2期赤字となり、最大の赤字の増加幅は自治体の－1,184万円であった。経常利益では医療法人以外の開設主体で2期赤字、医療法人は＋44万円から－92万円に黒字から赤字に転化した。
- 2024年６月期の医業利益では、自治体の－4,579万円が最大の赤字額で、最小の赤字額は医療法人の－231万円であった。経常利益は、自治体の－2,247万円の赤字額が最大であった。

医業損益への影響　前年同月比較（2023年6月/2024年6月）
100床あたりの平均

Ⅲ　医業利益・経常利益（コロナ関連、水道光熱費の補助金による影響）



- 2023年6月期の100床あたり医業利益が－1,735万円の赤字に対して、経常利益は－520万円の赤字で、コロナ関連の補助金を除く経常利益では－691万円の赤字であった。
- 2024年6月期の100床あたりの医業利益は－2,219万円の赤字に対して、経常利益は－1,240万円の赤字で、コロナ補助金を除く経常利益では－1,252万円の赤字であった。
- 医業利益、経常利益、コロナ補助金を除く経常利益について赤字幅が拡大した。

参考

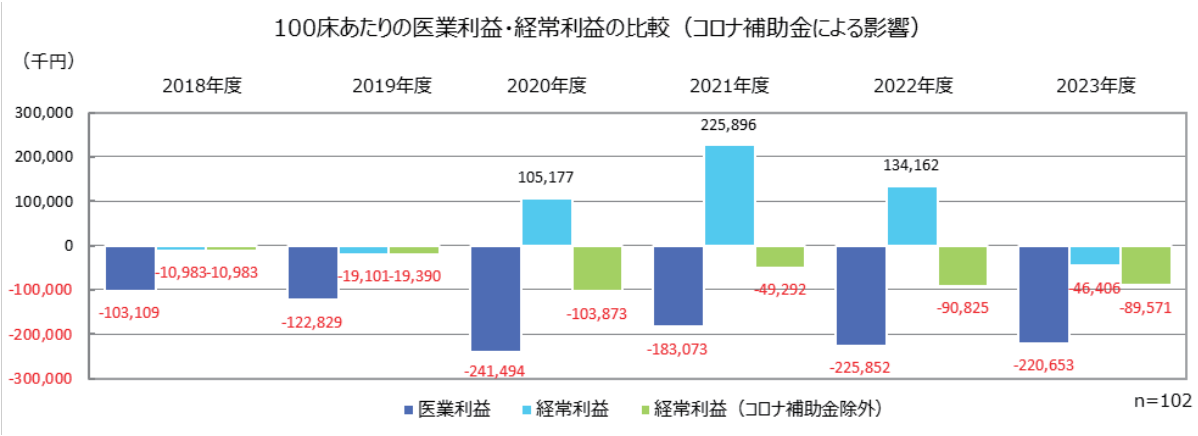
6年連続年度比較　医業利益、経常利益
100床あたりの平均

Ⅰ　全体推移（2018年度/2019年度/2020年度/2021年度/2022年度/2023年度）

n=102

科目 （単位：千円）	100床あたりの平均						対2018年比	対2019年比	対2020年比	対2021年比	対2022年比
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度					
①医業収益	2,777,553	2,843,292	2,724,198	2,887,967	2,971,388	3,052,420	9.9%	7.4%	12.0%	5.7%	2.7%
②医業費用	2,880,662	2,966,121	2,965,692	3,071,040	3,197,240	3,273,073	13.6%	10.3%	10.4%	6.6%	2.4%
③医業利益（①-②）	-103,109	-122,829	-241,494	-183,073	-225,852	-220,653					
④医業外収益	149,471	155,727	396,331	460,827	412,410	220,611	47.6%	41.7%	-44.3%	-52.1%	-46.5%
⑤医業外費用	57,345	51,999	49,661	51,858	52,396	46,365	-19.1%	-10.8%	-6.6%	-10.6%	-11.5%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-10,983	-19,101	105,177	225,896	134,162	-46,406					
コロナ関連の補助金を除く経常利益（⑥－⑦）	-10,983	-19,390	-103,873	-49,292	-90,825	-89,571					
医業利益率（③÷①）	-3.7%	-4.3%	-8.9%	-6.3%	-7.6%	-7.2%					
経常利益率（⑥÷①）	-0.4%	-0.7%	3.9%	7.8%	4.5%	-1.5%					
※1_補助金（運営・施設・その他）	75,804	81,334	322,279	377,115	320,700	134,768	77.8%	65.7%	-58.2%	-64.3%	-58.0%
※2_補助金を除く医業外収益（④－※1）	73,667	74,393	74,052	83,712	91,710	85,843	16.5%	15.4%	15.9%	2.5%	-6.4%
※3_損益差額（③+※2－⑤）	-86,786	-100,435	-217,103	-151,218	-186,538	-181,174					
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金		289	209,049	275,188	224,987	43,165					
⑧水道光熱費 補助金				0	1,661	2,538					
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料					600	1,687					

Ⅱ　医業利益・経常利益の推移



参考

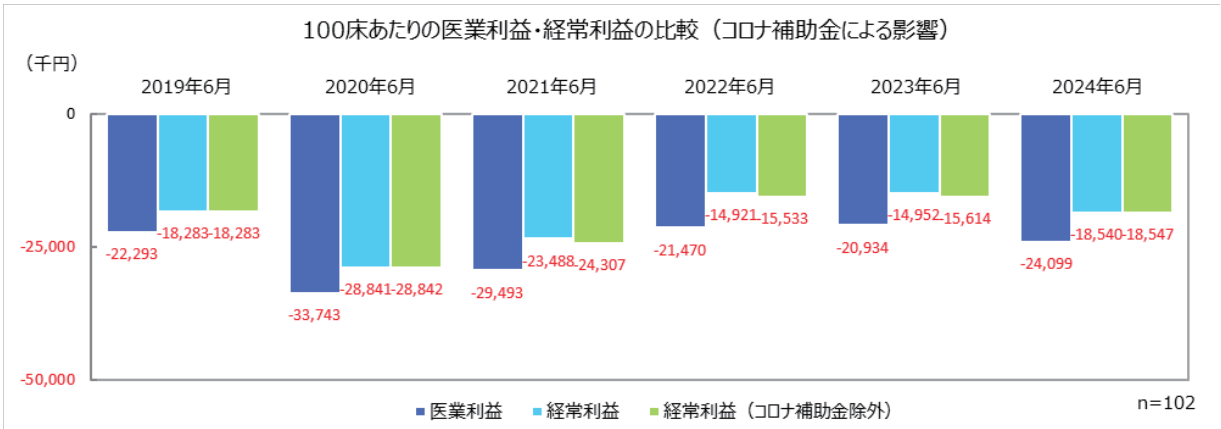
6年連続同月比較　医業利益、経常利益
100床あたりの平均

Ⅰ　全体推移（2019年6月/2020年6月/2021年6月/2022年6月/2023年6月/2024年6月）

n=102

科目（単位：千円）	100床あたりの平均						対2019年比	対2020年比	対2021年比	対2022年比	対2023年比
	2019年6月	2020年6月	2021年6月	2022年6月	2023年6月	2024年6月					
①医業収益	231,448	220,518	238,783	249,793	256,273	253,638	9.6%	15.0%	6.2%	1.5%	-1.0%
②医業費用	253,742	254,261	268,276	271,264	277,207	277,738	9.5%	9.2%	3.5%	2.4%	0.2%
③医業利益（①-②）	-22,293	-33,743	-29,493	-21,470	-20,934	-24,099					
④医業外収益	6,796	7,487	8,662	9,167	8,951	8,006	17.8%	6.9%	-7.6%	-12.7%	-10.6%
⑤医業外費用	2,786	2,585	2,657	2,617	2,969	2,447	-12.2%	-5.4%	-7.9%	-6.5%	-17.6%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-18,283	-28,841	-23,488	-14,921	-14,952	-18,540					
コロナ関連の補助金を除く経常利益（⑥－⑦）	-18,283	-28,842	-24,307	-15,533	-15,614	-18,547					
医業利益率（③÷①）	-9.6%	-15.3%	-12.4%	-8.6%	-8.2%	-9.5%					
経常利益率（⑥÷①）	-7.9%	-13.1%	-9.8%	-6.0%	-5.8%	-7.3%					
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額		1	819	612	662	7					
⑧水道光熱費関連補助金 入金額				0	69	11					

Ⅱ　医業利益・経常利益の推移



日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会

病院経営は破綻寸前
地域医療崩壊の危機

病院医療は、地域社会の最も重要なインフラのひとつです。
しかし昨今の物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、
多くの病院がいま深刻な経営危機に陥っています。

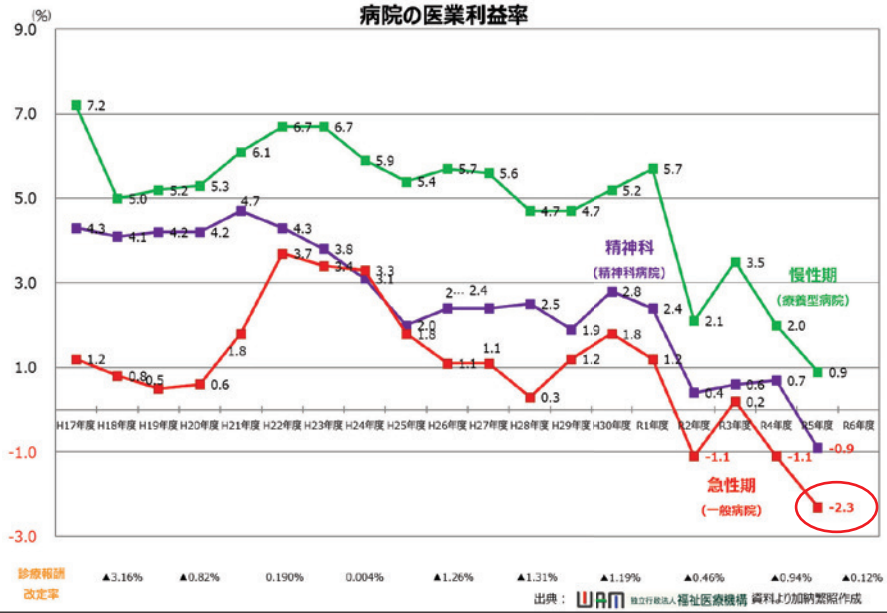
緊急要望

- 直近の病院の経営状況を考慮し、地域医療を守るため、緊急的な財政支援措置を講ずること。
- 病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを導入すること。
- 社会保障予算に関して、財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めること。

- 現在、**物価の高騰や賃金の急激な上昇**局面の中、病院の経営は非常に厳しい状況に置かれています。2024年に診療報酬改定が行われましたが、**物価が３％弱上昇**し、職員の処遇改善が求められた環境にもかかわらず、本体**改定率は0.88％**と非常に低く設定されました。
- **医療は診療報酬という公定価格で価格**が決められており、各病院は**物価上昇分を価格転嫁できない**環境にあります。
- 2024年度診療報酬改定において、過去のデフレ時代から継続されている**「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という財政制約**が、物価や人件費が上昇する環境下にもかかわらず踏襲されました。その結果、**病院の経営状況はさらに悪化し経営破綻の危機に直面**しています。

病院の医業利益率の年次推移

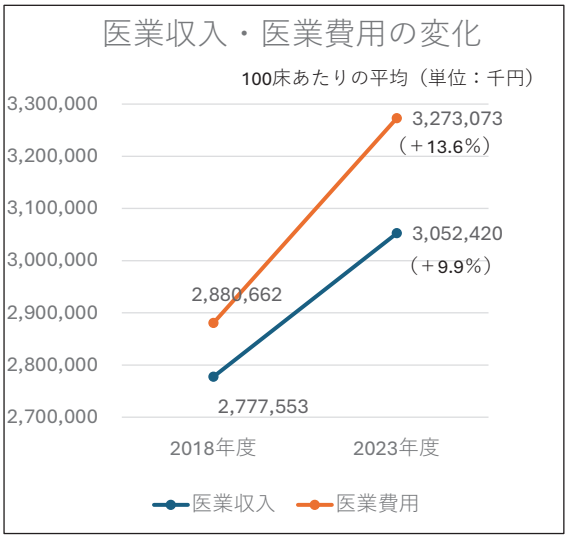
独立行政法人福祉医療機構（WAM）調査より

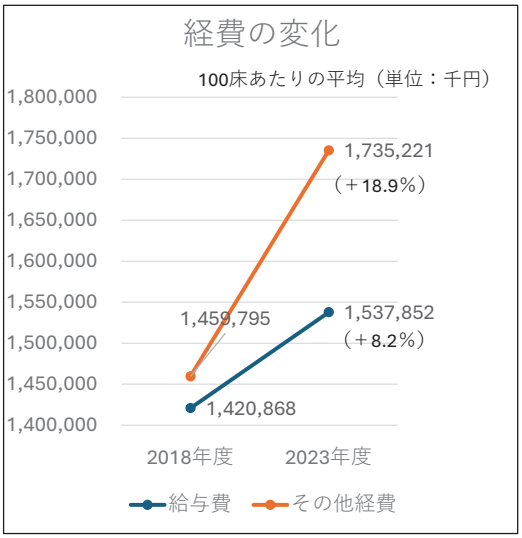


福祉医療機構（WAM）の調査では、病院の経営状況（医業利益率）は経年的に悪化しており、特に急性期（一般病院）の2023年度（令和5年度）では過去最大のマイナス（▲2.3%）となっている。

コロナ前（2018年）とコロナ後（2023年）一般病院の医業収入・医業費用と経費の変化

２０２４年度病院経営定期調査【３病院団体合同調査】より

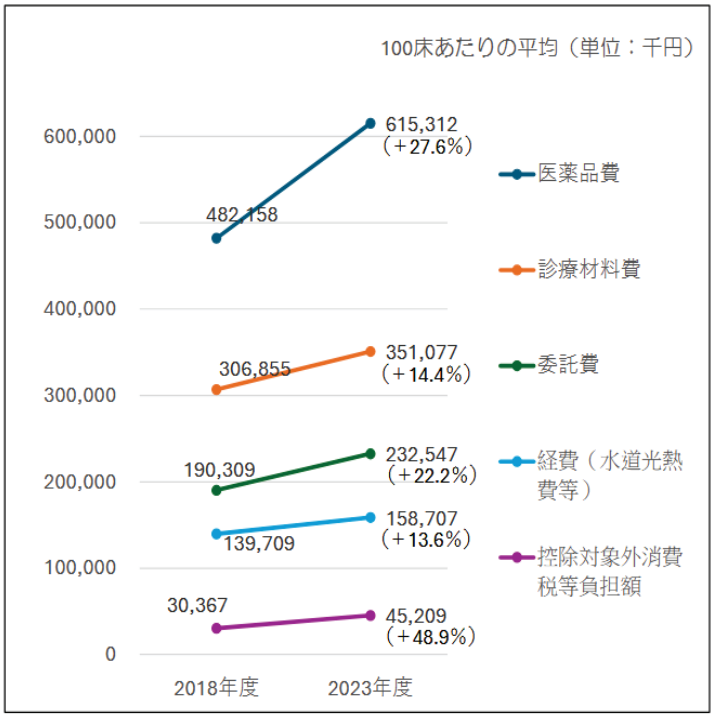




コロナ前後で、100床あたりの医業収入は約2.7億円（＋9.9%）の増加に対し、医業費用は約3.9億円（＋13.6%）増加している。この結果、医業収支は▲1億円から▲2.2億円まで悪化した。医業費用の約５割を占める給与費は1.2億円（＋8.2%）の増加に対し、その他経費は2.8億（＋18.9%）増加しており、給与費の増加を大きく上回っている。

コロナ前（2018年）とコロナ後（2023年）一般病院のその他経費の内訳と変化

２０２４年度病院経営定期調査【３病院団体合同調査】より



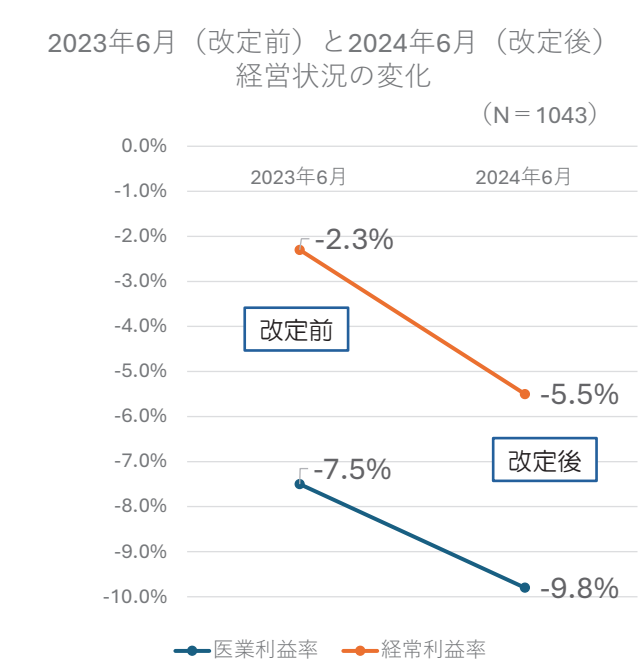
100床あたりの医薬品費は1億3300万円増と大きく増加している。また、診療材料費も4400万増と増加している（但しこれら費用は医療保険にて償還されているものを含む）。

一方、委託費は4200万円、経費（水道光熱費等）は1900万円増加している。また、控除対象外消費税負担額は５年間で1500万円と1.5倍ほど増えている。

これらの、医療保険で償還されない経費の増加が、医業収支悪化の原因となっている。

2024年診療報酬改定前後の病院の経営状況の変化

２０２４年度病院経営定期調査【３病院団体合同調査】より



2023年６月（改定前）と2024年6月（改定後）の比較では、医業利益率、経常利益率ともに2024年において悪化している。

2024年診療報酬改定において　+0.88%の本体改定率により、医療従事者の処遇改善などが図られたが、経費増加などにより病院の経営状況は前年よりさらに悪化しており、危機的な状況となっている。

2024年度の経営状況については近日中に調査、検討を行い、公表する予定である。

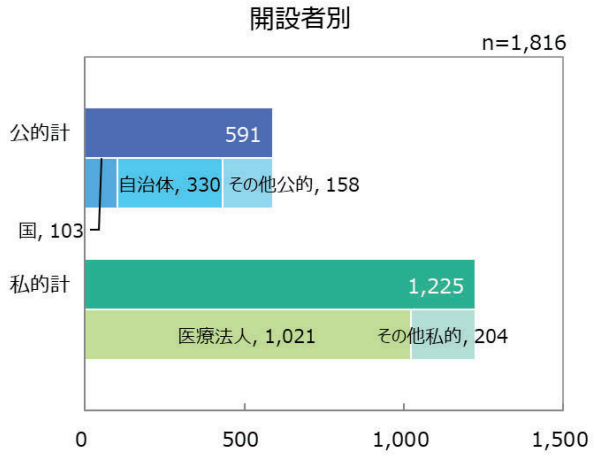
2024年度診療報酬改定後の病院経営状況

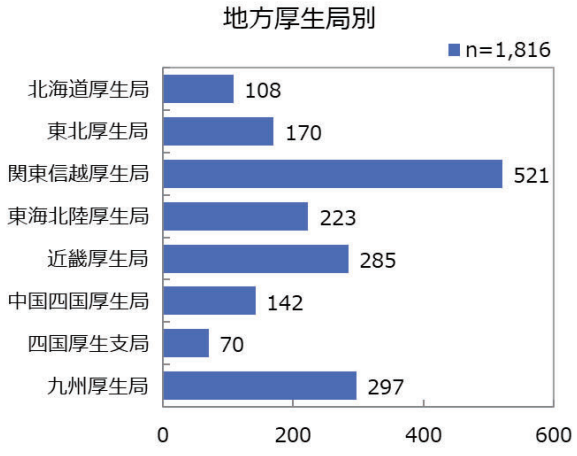
- 調査対象施設　5,901 施設（6団体会員施設）
- 回答施設　1,816 施設
- 回答率　30.8 %
- 有効回答　1,731 施設
- 調査期間　令和7年1月23日 ～ 2月12日

一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 日本精神科病院協会
公益社団法人 全日本病院協会
一般社団法人 日本慢性期医療協会
一般社団法人 日本医療法人協会
公益社団法人 全国自治体病院協議会

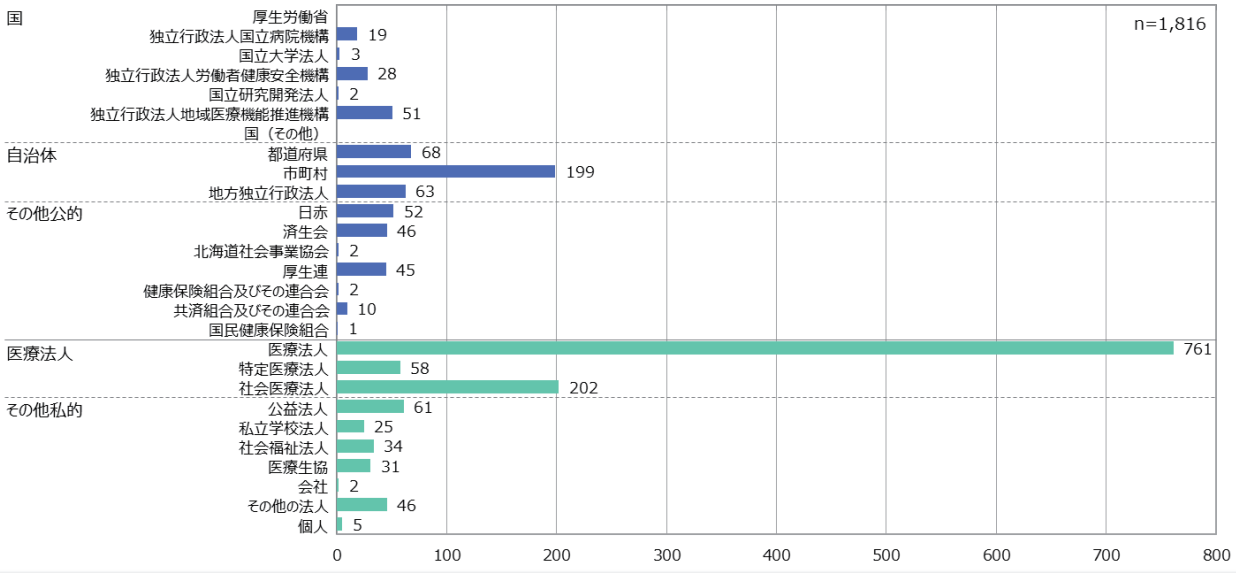
2024年度診療報酬改定後の病院経営状況 2025.3.10

■基本情報_開設者別・地域別

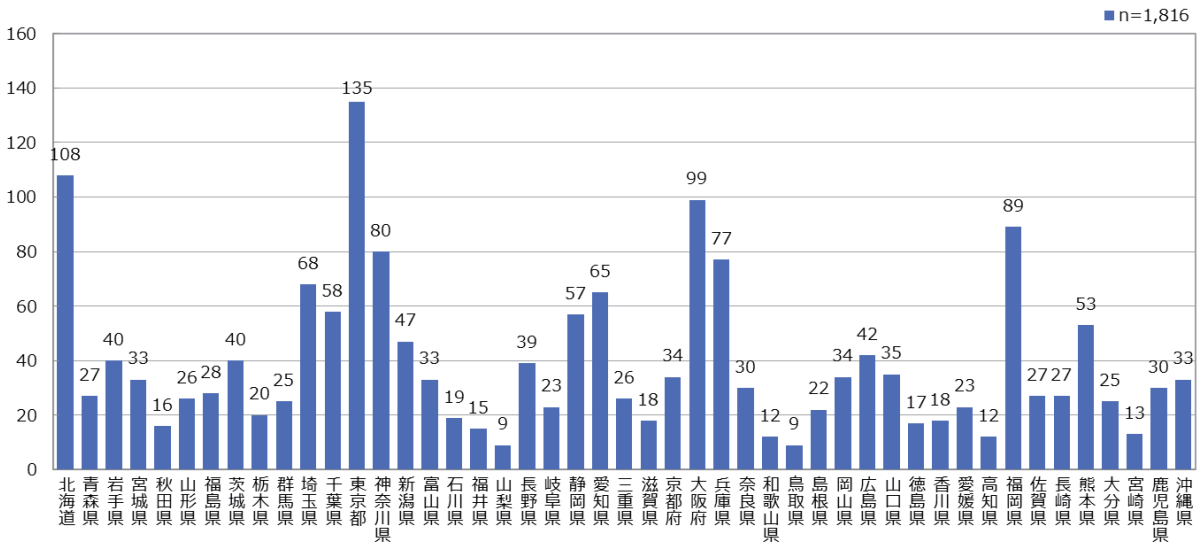




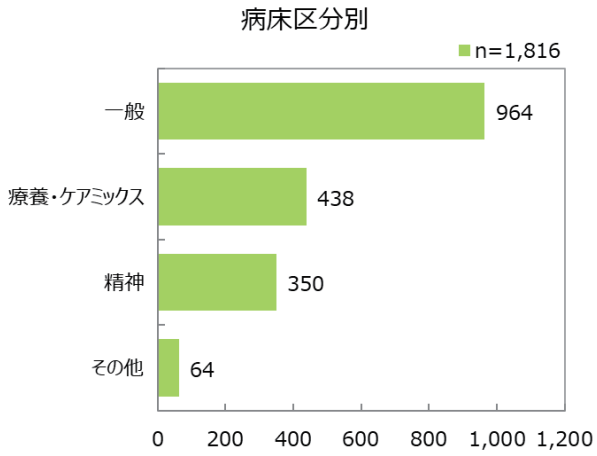
■基本情報_開設主体別

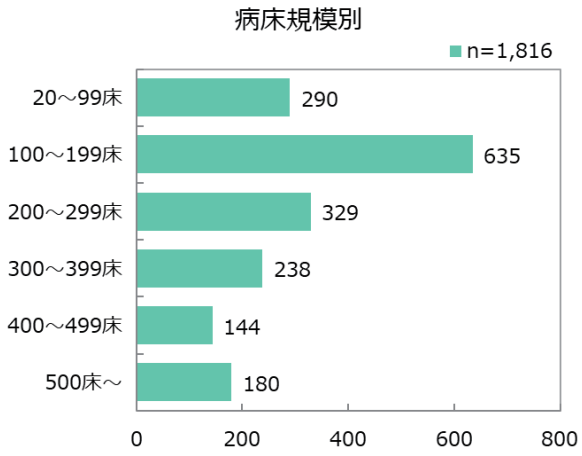


■基本情報_都道府県別



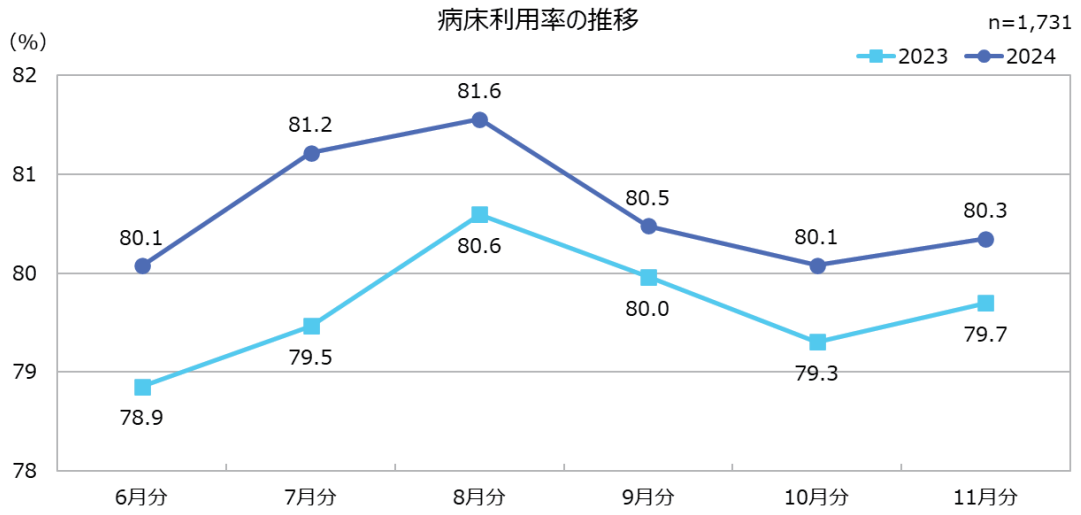
■基本情報_病床区分別・病床規模別



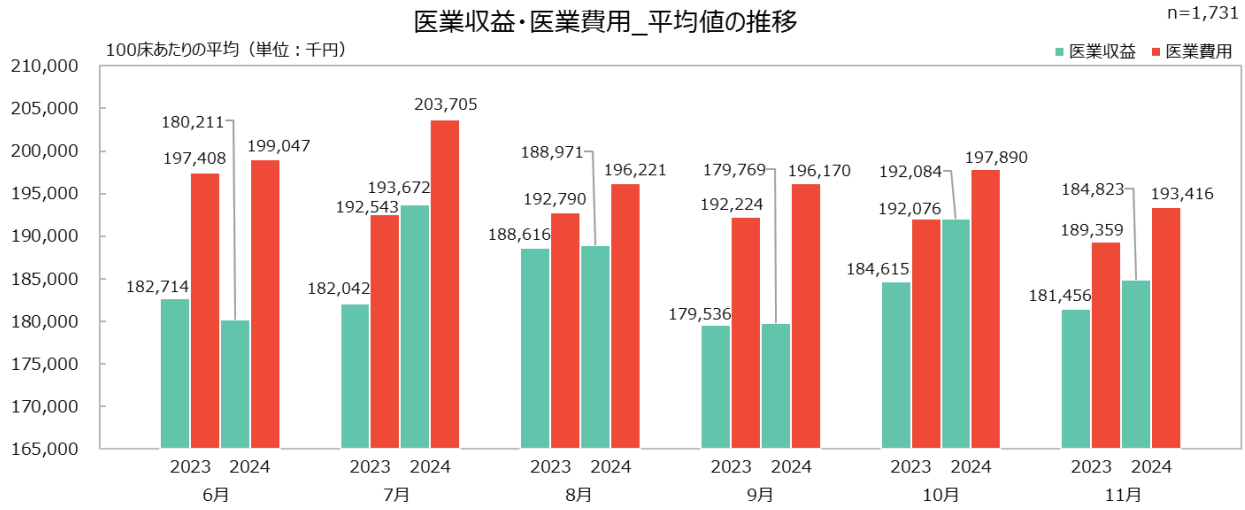


一般　：一般病床が全体の80%以上を占める病院
療養・ケアミックス　：療養病床 or 一般病床+療養病床が全体の80%以上を占める病院
精神　：精神病床が全体の80%以上を占める病院
その他　：上記以外の病院

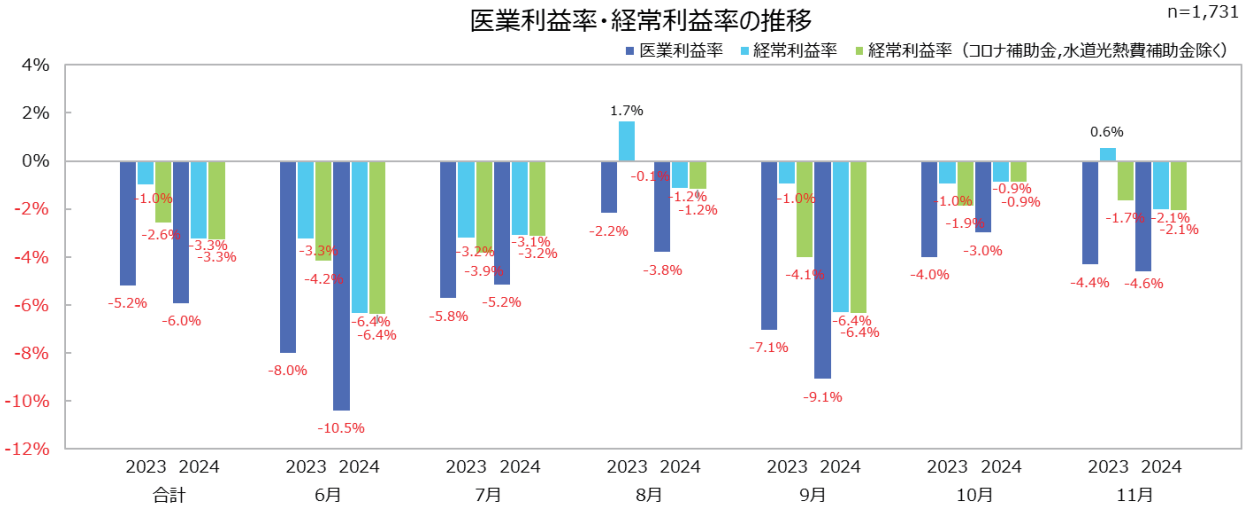
■医業損益への影響（2023年/2024年）6月～11月_病床利用率



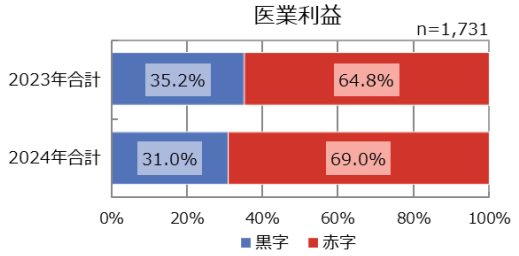
■医業損益への影響（2023年/2024年）6月～11月_医業収益・医業費用

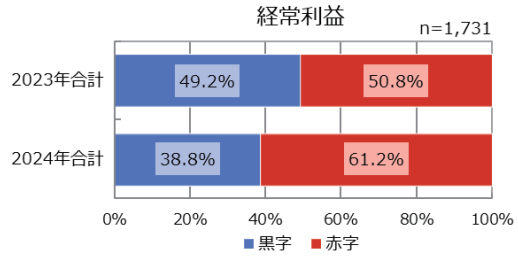


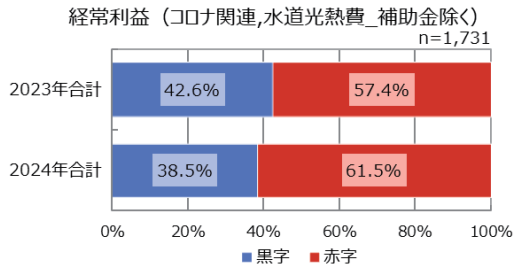
■医業損益への影響（2023年/2024年）6月～11月_医業利益率・経常利益率

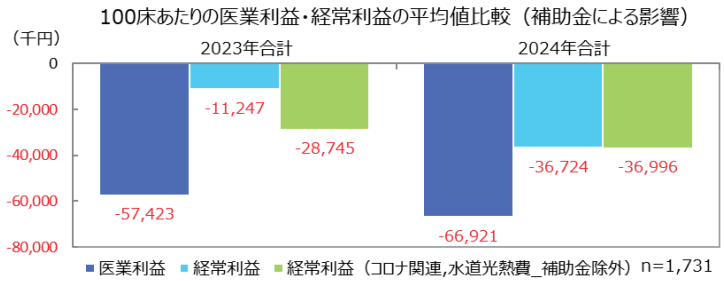


■医業損益への影響（2023年/2024年）6月～11月合計_医業利益・経常利益









■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）_100床あたりの平均値と病床利用率　全病院

科目（単位：千円）	全病院（n=1,731）平均病床数：254				2024年合計 黒字病院（n=671）平均病床数：240				2024年合計 赤字病院（n=1,060）平均病床数：263			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,098,978	1,119,530	20,552	1.9%	1,035,124	1,058,506	23,382	2.3%	1,135,858	1,154,775	18,917	1.7%
②医業費用	1,156,402	1,186,451	30,049	2.6%	1,017,800	1,043,998	26,199	2.6%	1,236,452	1,268,725	32,273	2.6%
③医業利益（①-②）	-57,423	-66,921	-9,497		17,325	14,508	-2,817		-100,595	-113,950	-13,356	
④医業外収益	58,649	42,713	-15,935	-27.2%	52,674	42,012	-10,662	-20.2%	62,099	43,119	-18,981	-30.6%
⑤医業外費用	12,472	12,516	44	0.4%	9,114	9,268	154	1.7%	14,412	14,392	-19	-0.1%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-11,247	-36,724	-25,477		60,885	47,252	-13,633		-52,907	-85,224	-32,317	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-28,745	-36,996	-8,251		49,108	46,975	-2,133		-73,710	-85,494	-11,785	
医業利益率（③÷①）	-5.2%	-6.0%			1.7%	1.4%			-8.9%	-9.9%		
経常利益率（⑥÷①）	-1.0%	-3.3%			5.9%	4.5%			-4.7%	-7.4%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	16,579	74	-16,505	-99.6%	10,859	49	-10,810	-99.6%	19,882	88	-19,794	-99.6%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	919	199	-720	-78.3%	917	228	-689	-75.1%	920	182	-738	-80.2%
病床利用率	79.6	80.6	1.0	1.2%	84.4	85.5	1.1	1.3%	76.6	77.5	0.9	1.2%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　全病院

科目（単位：千円）	全病院（n=1,731）平均病床数：254				2024年合計 黒字病院（n=671）平均病床数：240				2024年合計 赤字病院（n=1,060）平均病床数：263			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,098,978	1,119,530	20,552	1.9%	1,035,124	1,058,506	23,382	2.3%	1,135,858	1,154,775	18,917	1.7%
入院診療収入	735,717	757,533	21,816	3.0%	701,007	722,994	21,987	3.1%	755,765	777,481	21,717	2.9%
室料差額収益	13,352	14,269	917	6.9%	12,980	13,661	680	5.2%	13,566	14,620	1,054	7.8%
外来診療収入	312,913	311,344	-1,569	-0.5%	282,969	283,645	676	0.2%	330,208	327,342	-2,866	-0.9%
その他医業収入	36,996	36,383	-612	-1.7%	38,168	38,206	38	0.1%	36,319	35,331	-988	-2.7%
②医業費用	1,156,402	1,186,451	30,049	2.6%	1,017,800	1,043,998	26,199	2.6%	1,236,452	1,268,725	32,273	2.6%
材料費	302,580	308,563	5,983	2.0%	278,442	285,176	6,734	2.4%	316,521	322,071	5,550	1.8%
医薬品費（再掲）	180,274	181,303	1,029	0.6%	168,038	171,008	2,970	1.8%	187,341	187,248	-92	-0.0%
診療材料費（再掲）	109,003	113,523	4,520	4.1%	96,853	100,478	3,625	3.7%	116,021	121,057	5,036	4.3%
給与費	576,288	592,231	15,943	2.8%	511,109	524,478	13,368	2.6%	613,933	631,362	17,430	2.8%
委託費	80,100	83,444	3,344	4.2%	69,421	72,408	2,987	4.3%	86,267	89,817	3,550	4.1%
設備関係費	97,764	99,538	1,773	1.8%	79,622	80,734	1,112	1.4%	108,242	110,398	2,156	2.0%
減価償却費（再掲）	64,318	65,244	927	1.4%	51,706	52,346	640	1.2%	71,602	72,694	1,092	1.5%
研究研修費	2,729	2,802	73	2.7%	2,615	2,706	91	3.5%	2,795	2,857	62	2.2%
経費	76,121	78,489	2,369	3.1%	62,055	63,819	1,764	2.8%	84,245	86,962	2,718	3.2%
水道光熱費（再掲）	22,556	24,407	1,852	8.2%	19,803	21,541	1,737	8.8%	24,145	26,063	1,918	7.9%
電気料金	14,395	15,518	1,123	7.8%	12,761	13,684	922	7.2%	15,339	16,578	1,239	8.1%
ガス料金	3,902	4,567	665	17.0%	3,494	4,230	736	21.1%	4,137	4,761	624	15.1%
その他の水道光熱費	4,258	4,322	64	1.5%	3,548	3,627	79	2.2%	4,668	4,724	55	1.2%
控除対象外消費税等負担額	14,010	14,346	337	2.4%	8,836	9,040	204	2.3%	16,998	17,411	413	2.4%
本部費配賦額	6,829	7,038	209	3.1%	5,699	5,637	-62	-1.1%	7,481	7,847	366	4.9%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値と病床利用率　黒字病院

科目（単位：千円）	2期黒字･増益病院（n=226）平均病床数：213				2期黒字･減益病院（n=352）平均病床数：269				黒字回復病院（n=93）平均病床数：195			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	821,955	859,245	37,290	4.5%	1,195,414	1,208,351	12,937	1.1%	765,946	806,821	40,875	5.3%
②医業費用	812,157	828,869	16,712	2.1%	1,163,193	1,198,968	35,775	3.1%	806,180	807,688	1,508	0.2%
③医業利益（①-②）	9,798	30,376	20,578		32,221	9,382	-22,839		-40,234	-867	39,367	
④医業外収益	31,870	29,890	-1,980	-6.2%	68,450	51,294	-17,156	-25.1%	25,716	25,832	116	0.4%
⑤医業外費用	7,322	7,084	-239	-3.3%	10,662	10,985	323	3.0%	5,809	6,122	313	5.4%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	34,345	53,183	18,837		90,009	49,692	-40,317		-20,327	18,843	39,170	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	27,767	52,840	25,073		74,939	49,444	-25,494		-28,737	18,588	47,325	
医業利益率（③÷①）	1.2%	3.5%			2.7%	0.8%			-5.3%	-0.1%		
経常利益率（⑥÷①）	4.2%	6.2%			7.5%	4.1%			-2.7%	2.3%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	5,823	23	-5,799	-99.6%	14,110	60	-14,050	-99.6%	7,286	54	-7,232	-99.3%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	756	319	-437	-57.8%	960	187	-773	-80.5%	1,124	202	-922	-82.1%
病床利用率	85.3	87.1	1.8	2.1%	84.7	84.6	-0.1	-0.1%	80.6	84.7	4.1	5.0%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　黒字病院

科目（単位：千円）	2期黒字・増益病院（n=226）平均病床数：213				2期黒字・減益病院（n=352）平均病床数：269				黒字回復病院（n=93）平均病床数：195			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	821,955	859,245	37,290	4.5%	1,195,414	1,208,351	12,937	1.1%	765,946	806,821	40,875	5.3%
入院診療収入	582,062	615,142	33,080	5.7%	792,324	805,614	13,290	1.7%	541,040	578,885	37,845	7.0%
室料差額収益	9,203	9,965	762	8.3%	16,005	16,614	609	3.8%	7,250	8,084	834	11.5%
外来診療収入	197,010	199,681	2,671	1.4%	344,781	344,761	-20	-0.0%	189,114	188,129	-985	-0.5%
その他医業収入	33,680	34,457	777	2.3%	42,303	41,361	-942	-2.2%	28,542	31,722	3,180	11.1%
②医業費用	812,157	828,869	16,712	2.1%	1,163,193	1,198,968	35,775	3.1%	806,180	807,688	1,508	0.2%
材料費	184,808	191,128	6,320	3.4%	348,495	356,274	7,779	2.2%	162,045	164,438	2,394	1.5%
医薬品費（再掲）	107,032	109,630	2,598	2.4%	213,722	217,749	4,027	1.9%	91,983	90,443	-1,540	-1.7%
診療材料費（再掲）	65,870	69,319	3,449	5.2%	119,699	123,383	3,683	3.1%	60,075	63,865	3,790	6.3%
給与費	433,152	441,971	8,819	2.0%	562,585	580,479	17,894	3.2%	449,829	451,706	1,876	0.4%
委託費	53,723	55,322	1,599	3.0%	80,553	84,591	4,038	5.0%	53,095	54,287	1,191	2.2%
設備関係費	68,071	67,859	-212	-0.3%	87,823	90,277	2,454	2.8%	67,558	65,195	-2,363	-3.5%
減価償却費（再掲）	43,410	43,703	293	0.7%	58,083	59,344	1,261	2.2%	40,507	38,835	-1,671	-4.1%
研究研修費	1,729	1,821	92	5.3%	3,238	3,364	125	3.9%	1,719	1,633	-87	-5.0%
経費	55,768	55,632	-136	-0.2%	66,526	69,765	3,239	4.9%	55,446	54,575	-872	-1.6%
水道光熱費（再掲）	16,829	17,881	1,053	6.3%	21,975	24,192	2,218	10.1%	16,389	17,443	1,054	6.4%
電気料金	10,945	11,730	785	7.2%	14,086	15,114	1,028	7.3%	10,682	11,420	737	6.9%
ガス料金	2,715	3,029	314	11.6%	4,110	5,149	1,039	25.3%	2,354	2,633	279	11.9%
その他の水道光熱費	3,169	3,123	-47	-1.5%	3,779	3,930	151	4.0%	3,353	3,390	38	1.1%
控除対象外消費税等負担額	9,543	9,739	196	2.0%	8,212	8,475	262	3.2%	10,207	10,133	-74	-0.7%
本部費配賦額	5,363	5,397	34	0.6%	5,759	5,743	-16	-0.3%	6,280	5,723	-557	-8.9%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値と病床利用率　赤字病院

科目（単位：千円）	2期赤字・増益病院（n=289）平均病床数：257				2期赤字・減益病院（n=497）平均病床数：273				赤字転落病院（n=274）平均病床数：250			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,073,015	1,125,213	52,198	4.9%	1,145,707	1,154,587	8,880	0.8%	1,184,609	1,187,288	2,679	0.2%
②医業費用	1,198,524	1,216,529	18,006	1.5%	1,271,090	1,302,853	31,763	2.5%	1,208,850	1,257,649	48,799	4.0%
③医業利益（①-②）	-125,509	-91,316	34,193		-125,383	-148,265	-22,883		-24,241	-70,361	-46,120	
④医業外収益	39,594	35,780	-3,814	-9.6%	66,823	45,094	-21,729	-32.5%	77,181	47,173	-30,008	-38.9%
⑤医業外費用	13,951	13,190	-762	-5.5%	15,738	15,764	26	0.2%	12,277	12,974	697	5.7%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-99,866	-68,726	31,140		-74,297	-118,935	-44,638		40,663	-36,162	-76,826	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-114,874	-69,044	45,830		-95,466	-119,159	-23,693		14,287	-36,474	-50,761	
医業利益率（③÷①）	-11.7%	-8.1%			-10.9%	-12.8%			-2.0%	-5.9%		
経常利益率（⑥÷①）	-9.3%	-6.1%			-6.5%	-10.3%			3.4%	-3.0%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	13,945	47	-13,898	-99.7%	20,285	70	-20,215	-99.7%	25,538	168	-25,370	-99.3%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	1,063	271	-792	-74.5%	884	154	-730	-82.6%	838	143	-695	-82.9%
病床利用率	76.2	79.5	3.3	4.3%	75.3	75.7	0.4	0.6%	79.6	78.9	-0.8	-1.0%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　赤字病院

科目（単位：千円）	2期赤字・増益病院（n=289）平均病床数：257				2期赤字・減益病院（n=497）平均病床数：273				赤字転落病院（n=274）平均病床数：250			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,073,015	1,125,213	52,198	4.9%	1,145,707	1,154,587	8,880	0.8%	1,184,609	1,187,288	2,679	0.2%
入院診療収入	725,567	775,307	49,740	6.9%	758,429	772,572	14,143	1.9%	783,303	789,604	6,301	0.8%
室料差額収益	13,778	15,129	1,351	9.8%	12,582	13,511	929	7.4%	15,291	16,272	981	6.4%
外来診療収入	292,561	294,289	1,728	0.6%	342,878	337,862	-5,016	-1.5%	345,960	342,371	-3,588	-1.0%
その他医業収入	41,109	40,488	-621	-1.5%	31,818	30,643	-1,176	-3.7%	40,056	39,041	-1,015	-2.5%
②医業費用	1,198,524	1,216,529	18,006	1.5%	1,271,090	1,302,853	31,763	2.5%	1,208,850	1,257,649	48,799	4.0%
材料費	292,102	301,438	9,337	3.2%	328,132	330,720	2,588	0.8%	319,994	327,314	7,320	2.3%
医薬品費（再掲）	169,117	172,497	3,380	2.0%	198,542	196,283	-2,259	-1.1%	184,893	185,331	438	0.2%
診療材料費（再掲）	109,538	115,125	5,588	5.1%	117,478	121,649	4,171	3.6%	120,173	126,329	6,156	5.1%
給与費	593,432	604,527	11,095	1.9%	629,441	647,828	18,387	2.9%	605,401	627,817	22,416	3.7%
委託費	84,576	86,701	2,124	2.5%	89,323	93,565	4,242	4.7%	82,032	85,757	3,725	4.5%
設備関係費	113,850	110,658	-3,192	-2.8%	107,399	109,516	2,117	2.0%	103,820	111,868	8,047	7.8%
減価償却費（再掲）	70,863	68,228	-2,635	-3.7%	74,370	75,246	876	1.2%	66,903	72,478	5,576	8.3%
研究研修費	2,377	2,287	-89	-3.8%	2,910	3,071	161	5.5%	3,020	3,050	31	1.0%
経費	92,042	90,532	-1,509	-1.6%	87,600	91,066	3,466	4.0%	69,099	74,925	5,826	8.4%
水道光熱費（再掲）	23,482	24,930	1,449	6.2%	25,175	26,967	1,792	7.1%	22,818	25,497	2,679	11.7%
電気料金	15,353	16,282	929	6.1%	15,951	17,054	1,103	6.9%	14,108	15,954	1,845	13.1%
ガス料金	3,589	4,017	427	11.9%	4,344	4,989	646	14.9%	4,323	5,117	794	18.4%
その他の水道光熱費	4,540	4,632	92	2.0%	4,880	4,923	43	0.9%	4,387	4,426	39	0.9%
控除対象外消費税等負担額	12,289	12,743	455	3.7%	18,307	18,565	258	1.4%	19,516	20,192	676	3.5%
本部費配賦額	7,857	7,643	-214	-2.7%	7,975	8,522	547	6.9%	6,090	6,726	636	10.4%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値と病床利用率　病床区分別

科目（単位：千円）	一般（n=923）平均病床数：293				療養・ケアミックス（n=413）平均病床数：153				精神（n=332）平均病床数：253				その他（n=63）平均病床数：356			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,478,944	1,509,817	30,873	2.1%	676,605	682,683	6,078	0.9%	323,606	325,920	2,314	0.7%	615,338	620,588	5,251	0.9%
②医業費用	1,563,390	1,606,543	43,153	2.8%	681,501	695,264	13,762	2.0%	332,529	338,442	5,913	1.8%	676,680	685,118	8,439	1.2%
③医業利益（①-②）	-84,446	-96,726	-12,280		-4,896	-12,581	-7,685		-8,924	-12,522	-3,599		-61,342	-64,530	-3,188	
④医業外収益	79,847	57,425	-22,421	-28.1%	28,925	20,996	-7,929	-27.4%	14,775	12,349	-2,426	-16.4%	51,298	40,352	-10,946	-21.3%
⑤医業外費用	16,812	16,984	172	1.0%	6,874	7,108	234	3.4%	3,668	3,225	-443	-12.1%	8,932	8,721	-211	-2.4%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-21,412	-56,285	-34,873		17,154	1,307	-15,847		2,184	-3,398	-5,582		-18,976	-32,899	-13,923	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-46,028	-56,548	-10,520		8,226	949	-7,277		-1,001	-3,624	-2,622		-28,465	-33,221	-4,756	
医業利益率（③÷①）	-5.7%	-6.4%			-0.7%	-1.8%			-2.8%	-3.8%			-10.0%	-10.4%		
経常利益率（⑥÷①）	-1.4%	-3.7%			2.5%	0.2%			0.7%	-1.0%			-3.1%	-5.3%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	23,697	85	-23,612	-99.6%	7,804	130	-7,673	-98.3%	2,365	14	-2,352	-99.4%	8,773	6	-8,767	-99.9%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	919	179	-740	-80.5%	1,124	227	-897	-79.8%	820	212	-608	-74.2%	716	316	-400	-55.8%
病床利用率	75.4	77.0	1.7	2.2%	84.6	85.1	0.5	0.6%	85.5	85.4	-0.2	-0.2%	79.0	79.5	0.5	0.6%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）_100床あたりの平均値　病床区分別

科目（単位：千円）	一般（n=923）平均病床数：293				療養・ケアミックス（n=413）平均病床数：153				精神（n=332）平均病床数：253				その他（n=63）平均病床数：356			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,478,944	1,509,817	30,873	2.1%	676,605	682,683	6,078	0.9%	323,606	325,920	2,314	0.7%	615,338	620,588	5,251	0.9%
入院診療収入	960,782	992,943	32,161	3.3%	501,629	509,588	7,960	1.6%	267,169	269,967	2,798	1.0%	438,768	446,192	7,424	1.7%
室料差額収益	19,247	20,610	1,363	7.1%	6,392	6,868	477	7.5%	2,008	2,060	53	2.6%	4,417	4,443	27	0.6%
外来診療収入	454,269	452,461	-1,808	-0.4%	127,001	124,616	-2,386	-1.9%	41,307	41,034	-274	-0.7%	150,728	149,470	-1,258	-0.8%
その他医業収入	44,647	43,804	-843	-1.9%	41,584	41,610	27	0.1%	13,122	12,859	-262	-2.0%	21,426	20,483	-943	-4.4%
②医業費用	1,563,390	1,606,543	43,153	2.8%	681,501	695,264	13,762	2.0%	332,529	338,442	5,913	1.8%	676,680	685,118	8,439	1.2%
材料費	451,449	460,745	9,296	2.1%	91,062	92,132	1,070	1.2%	30,582	30,462	-120	-0.4%	123,308	126,073	2,766	2.2%
医薬品費（再掲）	271,382	272,817	1,435	0.5%	44,617	45,390	773	1.7%	18,418	18,111	-306	-1.7%	70,739	72,606	1,867	2.6%
診療材料費（再掲）	164,732	172,056	7,324	4.4%	33,669	33,687	18	0.1%	3,730	3,672	-57	-1.5%	44,023	44,563	540	1.2%
給与費	741,865	764,478	22,614	3.0%	420,362	428,789	8,427	2.0%	214,154	217,902	3,748	1.8%	377,383	379,803	2,420	0.6%
委託費	109,159	113,839	4,680	4.3%	43,345	44,809	1,463	3.4%	22,505	23,187	682	3.0%	49,233	51,752	2,519	5.1%
設備関係費	133,669	136,323	2,654	2.0%	56,246	56,904	658	1.2%	24,612	24,776	165	0.7%	56,146	56,472	326	0.6%
減価償却費（再掲）	89,028	90,396	1,368	1.5%	32,237	32,465	228	0.7%	16,296	16,317	21	0.1%	36,825	37,793	968	2.6%
研究研修費	3,822	3,909	87	2.3%	1,433	1,440	7	0.5%	533	624	92	17.2%	1,439	1,447	8	0.6%
経費	95,376	98,512	3,135	3.3%	56,850	58,430	1,580	2.8%	36,057	37,170	1,113	3.1%	48,498	48,552	54	0.1%
水道光熱費（再掲）	28,934	31,410	2,476	8.6%	14,783	15,910	1,127	7.6%	9,729	10,413	684	7.0%	15,638	16,389	751	4.8%
電気料金	18,568	19,983	1,415	7.6%	9,562	10,374	811	8.5%	5,633	6,178	545	9.7%	10,562	11,213	650	6.2%
ガス料金	5,293	6,221	928	17.5%	1,833	2,147	314	17.1%	1,493	1,695	202	13.5%	1,985	2,205	220	11.1%
その他の水道光熱費	5,073	5,206	133	2.6%	3,388	3,390	2	0.1%	2,604	2,541	-63	-2.4%	3,091	2,972	-120	-3.9%
控除対象外消費税等負担額	19,569	20,009	440	2.2%	6,210	6,466	256	4.1%	2,193	2,265	72	3.3%	13,259	13,571	312	2.4%
本部費配賦額	8,481	8,728	247	2.9%	6,120	6,293	174	2.8%	1,894	2,056	161	8.5%	7,415	7,449	33	0.4%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）_100床あたりの平均値と病床利用率　病床規模別

科目（単位：千円）	20～99床（n=274）平均病床数：68				100～199床（n=606）平均病床数：155				200～299床（n=311）平均病床数：245			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	841,716	849,189	7,473	0.9%	736,753	743,967	7,214	1.0%	733,057	747,151	14,094	1.9%
②医業費用	904,498	916,314	11,816	1.3%	761,232	774,544	13,312	1.7%	789,678	805,500	15,822	2.0%
③医業利益（①-②）	-62,782	-67,125	-4,343		-24,479	-30,577	-6,098		-56,622	-58,349	-1,728	
④医業外収益	59,764	42,579	-17,186	-28.8%	33,907	25,711	-8,196	-24.2%	45,285	31,444	-13,841	-30.6%
⑤医業外費用	11,999	11,279	-721	-6.0%	7,353	7,753	400	5.4%	8,257	8,415	158	1.9%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-15,017	-35,825	-20,808		2,076	-12,618	-14,694		-19,594	-35,320	-15,726	
コロナ関連，水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-26,910	-36,156	-9,247		-8,318	-13,023	-4,705		-33,731	-35,506	-1,776	
医業利益率（③÷①）	-7.5%	-7.9%			-3.3%	-4.1%			-7.7%	-7.8%		
経常利益率（⑥÷①）	-1.8%	-4.2%			0.3%	-1.7%			-2.7%	-4.7%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	10,903	64	-10,839	-99.4%	9,435	188	-9,246	-98.0%	13,099	23	-13,076	-99.8%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	990	268	-722	-73.0%	959	217	-742	-77.4%	1,038	164	-874	-84.2%
病床利用率	77.1	78.4	1.3	1.7%	81.9	82.8	0.9	1.1%	79.7	80.5	0.9	1.1%

科目（単位：千円）	300～399床（n=232）平均病床数：338				400～499床（n=143）平均病床数：439				500床～（n=165）平均病床数：664			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	960,156	977,562	17,406	1.8%	1,287,908	1,315,871	27,963	2.2%	1,698,877	1,735,577	36,699	2.2%
②医業費用	1,034,764	1,059,124	24,360	2.4%	1,340,961	1,384,080	43,120	3.2%	1,774,426	1,828,394	53,968	3.0%
③医業利益（①-②）	-74,608	-81,562	-6,954		-53,053	-68,209	-15,157		-75,549	-92,818	-17,268	
④医業外収益	60,137	40,723	-19,413	-32.3%	60,658	43,866	-16,791	-27.7%	86,769	65,927	-20,842	-24.0%
⑤医業外費用	9,201	8,560	-642	-7.0%	15,248	14,872	-376	-2.5%	20,625	21,145	520	2.5%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-23,673	-49,399	-25,725		-7,643	-39,215	-31,572		-9,406	-48,036	-38,630	
コロナ関連，水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-45,491	-49,707	-4,216		-26,591	-39,471	-12,879		-32,365	-48,230	-15,865	
医業利益率（③÷①）	-7.8%	-8.3%			-4.1%	-5.2%			-4.4%	-5.3%		
経常利益率（⑥÷①）	-2.5%	-5.1%			-0.6%	-3.0%			-0.6%	-2.8%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	21,007	40	-20,967	-99.8%	18,244	81	-18,162	-99.6%	21,968	32	-21,936	-99.9%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	811	268	-543	-67.0%	705	175	-530	-75.2%	991	162	-829	-83.7%
病床利用率	77.8	79.1	1.3	1.6%	79.3	79.7	0.4	0.5%	78.5	79.7	1.1	1.5%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）_100床あたりの平均値　病床規模別_20床～299床以下

科目（単位：千円）	20～99床（n=274）平均病床数：68				100～199床（n=606）平均病床数：155				200～299床（n=311）平均病床数：245			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	841,716	849,189	7,473	0.9%	736,753	743,967	7,214	1.0%	733,057	747,151	14,094	1.9%
入院診療収入	509,149	517,869	8,720	1.7%	504,744	515,348	10,604	2.1%	525,805	543,637	17,832	3.4%
室料差額収益	7,709	7,948	239	3.1%	8,313	8,754	441	5.3%	6,961	7,587	626	9.0%
外来診療収入	258,930	255,083	-3,848	-1.5%	175,955	172,543	-3,412	-1.9%	169,642	166,647	-2,995	-1.8%
その他医業収入	65,927	68,289	2,362	3.6%	47,742	47,323	-419	-0.9%	30,649	29,280	-1,369	-4.5%
②医業費用	904,498	916,314	11,816	1.3%	761,232	774,544	13,312	1.7%	789,678	805,500	15,822	2.0%
材料費	127,268	128,539	1,272	1.0%	117,526	118,004	477	0.4%	145,712	146,889	1,177	0.8%
医薬品費（再掲）	61,680	62,918	1,238	2.0%	58,127	57,987	-139	-0.2%	80,781	78,790	-1,991	-2.5%
診療材料費（再掲）	51,773	51,746	-27	-0.1%	46,961	47,648	688	1.5%	53,254	55,272	2,019	3.8%
給与費	532,325	539,605	7,281	1.4%	450,278	458,390	8,112	1.8%	448,677	458,446	9,770	2.2%
委託費	63,944	66,166	2,223	3.5%	50,272	51,825	1,553	3.1%	55,508	57,272	1,764	3.2%
設備関係費	73,231	74,150	920	1.3%	63,628	64,087	458	0.7%	67,120	68,052	932	1.4%
減価償却費（再掲）	44,214	45,018	804	1.8%	37,564	37,778	214	0.6%	42,883	43,569	686	1.6%
研究研修費	1,601	1,612	11	0.7%	1,476	1,460	-16	-1.1%	1,638	1,730	91	5.6%
経費	89,778	90,129	351	0.4%	63,255	65,569	2,314	3.7%	58,956	60,677	1,721	2.9%
水道光熱費（再掲）	19,130	19,991	861	4.5%	16,785	18,014	1,230	7.3%	17,140	18,560	1,420	8.3%
電気料金	13,009	13,791	782	6.0%	11,021	11,940	919	8.3%	11,325	12,429	1,104	9.8%
ガス料金	2,161	2,291	130	6.0%	2,103	2,440	337	16.1%	2,285	2,613	328	14.4%
その他の水道光熱費	3,960	3,909	-51	-1.3%	3,661	3,635	-27	-0.7%	3,530	3,517	-13	-0.4%
控除対象外消費税等負担額	8,900	8,910	10	0.1%	7,576	7,603	27	0.4%	7,788	8,145	357	4.6%
本部費配賦額	7,436	7,201	-234	-3.2%	7,309	7,607	298	4.1%	4,280	4,291	11	0.3%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）_100床あたりの平均値　病床規模別_300床～500床以上

科目（単位：千円）	300～399床（n=232）平均病床数：338				400～499床（n=143）平均病床数：439				500床～（n=165）平均病床数：664			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	960,156	977,562	17,406	1.8%	1,287,908	1,315,871	27,963	2.2%	1,698,877	1,735,577	36,699	2.2%
入院診療収入	659,314	680,242	20,928	3.2%	881,569	908,040	26,470	3.0%	1,089,301	1,123,689	34,388	3.2%
室料差額収益	10,458	11,333	874	8.4%	12,492	13,066	574	4.6%	25,639	27,510	1,871	7.3%
外来診療収入	255,540	251,829	-3,710	-1.5%	356,010	357,906	1,896	0.5%	555,578	556,511	934	0.2%
その他医業収入	34,844	34,158	-686	-2.0%	37,836	36,860	-976	-2.6%	28,360	27,866	-493	-1.7%
②医業費用	1,034,764	1,059,124	24,360	2.4%	1,340,961	1,384,080	43,120	3.2%	1,774,426	1,828,394	53,968	3.0%
材料費	233,023	237,459	4,436	1.9%	376,397	386,238	9,841	2.6%	607,586	621,330	13,744	2.3%
医薬品費（再掲）	133,918	132,710	-1,208	-0.9%	218,784	222,043	3,259	1.5%	385,438	389,857	4,419	1.1%
診療材料費（再掲）	86,996	91,683	4,686	5.4%	140,589	146,344	5,755	4.1%	208,338	217,827	9,488	4.6%
給与費	541,716	555,126	13,410	2.5%	654,540	676,341	21,802	3.3%	760,501	787,376	26,875	3.5%
委託費	73,270	76,019	2,749	3.8%	86,485	89,911	3,426	4.0%	126,760	133,307	6,548	5.2%
設備関係費	89,568	91,467	1,900	2.1%	114,588	117,335	2,746	2.4%	148,742	151,725	2,983	2.0%
減価償却費（再掲）	59,115	59,889	774	1.3%	78,794	80,592	1,799	2.3%	101,008	102,344	1,336	1.3%
研究研修費	2,283	2,335	52	2.3%	3,330	3,405	75	2.2%	4,727	4,888	160	3.4%
経費	71,449	73,386	1,938	2.7%	79,251	82,693	3,443	4.3%	98,341	101,242	2,901	2.9%
水道光熱費（再掲）	20,982	22,630	1,647	7.9%	24,331	26,666	2,335	9.6%	31,962	34,684	2,723	8.5%
電気料金	13,415	14,413	998	7.4%	15,848	17,284	1,437	9.1%	19,530	20,809	1,278	6.5%
ガス料金	3,489	4,075	586	16.8%	4,120	4,931	811	19.7%	7,035	8,279	1,244	17.7%
その他の水道光熱費	4,078	4,141	64	1.6%	4,363	4,451	88	2.0%	5,397	5,597	200	3.7%
控除対象外消費税等負担額	14,918	15,000	82	0.6%	17,593	19,041	1,448	8.2%	22,019	22,207	188	0.9%
本部費配賦額	8,538	8,330	-207	-2.4%	8,778	9,116	338	3.9%	5,749	6,318	570	9.9%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）_100床あたりの平均値と病床利用率　開設主体別

科目（単位：千円）	国（n=101）平均病床数：359				自治体（n=315）平均病床数：314				その他公的（n=150）平均病床数：360			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,419,555	1,453,698	34,143	2.4%	1,342,155	1,362,237	20,082	1.5%	1,558,613	1,581,099	22,487	1.4%
②医業費用	1,500,135	1,536,269	36,134	2.4%	1,508,777	1,557,791	49,015	3.2%	1,607,615	1,639,319	31,703	2.0%
③医業利益（①-②）	-80,580	-82,571	-1,991		-166,622	-195,554	-28,932		-49,003	-58,219	-9,216	
④医業外収益	48,645	31,918	-16,727	-34.4%	148,319	123,906	-24,413	-16.5%	58,492	28,037	-30,455	-52.1%
⑤医業外費用	25,043	25,362	319	1.3%	21,338	21,737	399	1.9%	14,685	14,911	226	1.5%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-56,977	-76,015	-19,038		-39,640	-93,385	-53,745		-5,196	-45,093	-39,897	
コロナ関連、水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-79,477	-76,190	3,288		-64,069	-93,608	-29,540		-34,830	-45,315	-10,485	
医業利益率（③÷①）	-5.7%	-5.7%			-12.4%	-14.4%			-3.1%	-3.7%		
経常利益率（⑥÷①）	-4.0%	-5.2%			-3.0%	-6.9%			-0.3%	-2.9%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	21,602	48	-21,554	-99.8%	23,761	89	-23,672	-99.6%	28,482	106	-28,376	-99.6%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	898	126	-771	-85.9%	668	134	-533	-79.9%	1,152	116	-1,037	-90.0%
病床利用率	75.0	77.0	2.1	2.7%	68.7	69.8	1.2	1.7%	75.0	77.4	2.4	3.1%

科目（単位：千円）	医療法人（n=970）平均病床数：195				その他私的（n=195）平均病床数：313			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	716,657	731,545	14,888	2.1%	1,296,413	1,325,546	29,133	2.2%
②医業費用	723,802	739,772	15,971	2.2%	1,326,858	1,364,850	37,992	2.9%
③医業利益（①-②）	-7,144	-8,227	-1,083		-30,445	-39,304	-8,859	
④医業外収益	19,132	11,889	-7,244	-37.9%	42,237	26,333	-15,904	-37.7%
⑤医業外費用	6,332	6,261	-70	-1.1%	7,774	7,273	-501	-6.4%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	5,657	-2,600	-8,257		4,018	-20,243	-24,261	
コロナ関連、水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-3,613	-2,908	705		-14,124	-20,590	-6,466	
医業利益率（③÷①）	-1.0%	-1.1%			-2.3%	-3.0%		
経常利益率（⑥÷①）	0.8%	-0.4%			0.3%	-1.5%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	8,284	45	-8,239	-99.5%	17,214	122	-17,092	-99.3%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	985	263	-723	-73.4%	928	224	-704	-75.8%
病床利用率	84.0	84.5	0.5	0.6%	82.0	83.4	1.3	1.6%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）_100床あたりの平均値　開設主体別_国・自治体・その他公的

科目（単位：千円）	国（n=101）平均病床数：359				自治体（n=315）平均病床数：314				その他公的（n=150）平均病床数：360			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,419,555	1,453,698	34,143	2.4%	1,342,155	1,362,237	20,082	1.5%	1,558,613	1,581,099	22,487	1.4%
入院診療収入	933,274	967,375	34,101	3.7%	870,551	889,665	19,115	2.2%	994,192	1,023,016	28,824	2.9%
室料差額収益	23,826	25,470	1,644	6.9%	11,879	12,536	657	5.5%	19,956	21,440	1,484	7.4%
外来診療収入	419,656	418,556	-1,100	-0.3%	422,255	423,377	1,122	0.3%	492,069	488,275	-3,794	-0.8%
その他医業収入	42,799	42,298	-501	-1.2%	37,471	36,659	-812	-2.2%	52,396	48,368	-4,027	-7.7%
②医業費用	1,500,135	1,536,269	36,134	2.4%	1,508,777	1,557,791	49,015	3.2%	1,607,615	1,639,319	31,703	2.0%
材料費	459,104	465,359	6,255	1.4%	412,063	420,647	8,583	2.1%	486,989	492,942	5,953	1.2%
医薬品費（再掲）	284,640	285,289	649	0.2%	252,780	255,336	2,556	1.0%	312,572	313,895	1,323	0.4%
診療材料費（再掲）	145,118	151,348	6,230	4.3%	151,394	157,000	5,607	3.7%	160,379	164,636	4,257	2.7%
給与費	622,112	641,865	19,752	3.2%	725,405	754,207	28,802	4.0%	784,057	798,685	14,627	1.9%
委託費	110,454	115,625	5,171	4.7%	123,905	129,285	5,380	4.3%	97,895	102,098	4,203	4.3%
設備関係費	158,803	161,941	3,138	2.0%	120,410	121,972	1,562	1.3%	137,556	140,090	2,534	1.8%
減価償却費（再掲）	87,811	91,195	3,384	3.9%	96,904	97,884	979	1.0%	89,068	89,175	107	0.1%
研究研修費	1,275	1,281	6	0.5%	4,872	4,817	-55	-1.1%	3,787	4,091	304	8.0%
経費	137,146	139,969	2,823	2.1%	91,614	95,131	3,517	3.8%	79,350	82,822	3,472	4.4%
水道光熱費（再掲）	31,489	33,568	2,079	6.6%	29,550	32,178	2,628	8.9%	28,745	30,939	2,194	7.6%
電気料金	20,346	21,765	1,418	7.0%	19,617	21,052	1,435	7.3%	17,838	19,155	1,317	7.4%
ガス料金	5,497	6,144	647	11.8%	5,313	6,426	1,113	20.9%	5,759	6,448	689	12.0%
その他の水道光熱費	5,647	5,660	13	0.2%	4,620	4,700	81	1.7%	5,148	5,336	187	3.6%
控除対象外消費税等負担額	1,904	1,820	-84	-4.4%	25,018	25,686	668	2.7%	10,339	10,746	407	3.9%
本部費配賦額	9,336	8,410	-926	-9.9%	5,489	6,046	557	10.1%	7,643	7,846	203	2.7%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　開設主体別_医療法人・その他私的

科目（単位：千円）	医療法人（n=970）平均病床数：195				その他私的（n=195）平均病床数：313			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	716,657	731,545	14,888	2.1%	1,296,413	1,325,546	29,133	2.2%
入院診療収入	522,202	537,930	15,728	3.0%	834,992	866,614	31,622	3.8%
室料差額収益	6,780	7,253	472	7.0%	24,100	25,890	1,789	7.4%
外来診療収入	155,135	153,909	-1,226	-0.8%	404,305	398,997	-5,307	-1.3%
その他医業収入	32,540	32,453	-87	-0.3%	33,016	34,046	1,029	3.1%
②医業費用	723,802	739,772	15,971	2.2%	1,326,858	1,364,850	37,992	2.9%
材料費	127,573	130,812	3,239	2.5%	413,083	423,246	10,163	2.5%
医薬品費（再掲）	62,000	62,281	281	0.5%	251,422	252,267	845	0.3%
診療材料費（再掲）	52,478	54,859	2,381	4.5%	149,113	157,733	8,620	5.8%
給与費	418,068	427,243	9,174	2.2%	615,481	630,525	15,044	2.4%
委託費	43,388	44,371	983	2.3%	89,459	94,995	5,536	6.2%
設備関係費	60,979	61,801	822	1.3%	103,977	107,568	3,591	3.5%
減価償却費（再掲）	33,248	33,487	239	0.7%	72,242	74,487	2,245	3.1%
研究研修費	1,349	1,460	111	8.2%	3,472	3,468	-4	-0.1%
経費	56,363	57,522	1,159	2.1%	73,343	76,365	3,022	4.1%
水道光熱費（再掲）	14,383	15,597	1,215	8.4%	25,845	27,981	2,137	8.3%
電気料金	9,156	10,031	875	9.6%	15,643	16,682	1,039	6.6%
ガス料金	2,080	2,423	343	16.5%	4,689	5,619	930	19.8%
その他の水道光熱費	3,148	3,144	-4	-0.1%	5,513	5,681	168	3.0%
控除対象外消費税等負担額	10,599	10,952	352	3.3%	17,199	17,138	-61	-0.4%
本部費配賦額	5,526	5,612	87	1.6%	10,840	11,545	705	6.5%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値と病床利用率　病床区分：一般、開設主体別

科目（単位：千円）	国（n=98）平均病床数：362				自治体（n=243）平均病床数：340				その他公的（n=140）平均病床数：367			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,432,584	1,467,579	34,995	2.4%	1,465,879	1,489,613	23,734	1.6%	1,598,214	1,622,215	24,001	1.5%
②医業費用	1,514,188	1,551,008	36,821	2.4%	1,633,222	1,687,969	54,746	3.4%	1,646,727	1,679,604	32,878	2.0%
③医業利益（①-②）	-81,604	-83,429	-1,825		-167,343	-198,356	-31,013		-48,513	-57,389	-8,876	
④医業外収益	49,305	32,412	-16,893	-34.3%	151,784	126,825	-24,959	-16.4%	58,721	27,759	-30,962	-52.7%
⑤医業外費用	25,482	25,871	389	1.5%	22,628	23,262	634	2.8%	14,395	14,664	269	1.9%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-57,781	-76,888	-19,107		-38,187	-94,793	-56,606		-4,187	-44,294	-40,107	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-80,296	-77,055	3,241		-64,624	-95,033	-30,408		-33,959	-44,526	-10,567	
医業利益率（③÷①）	-5.7%	-5.7%			-11.4%	-13.3%			-3.0%	-3.5%		
経常利益率（⑥÷①）	-4.0%	-5.2%			-2.6%	-6.4%			-0.3%	-2.7%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	21,619	49	-21,570	-99.8%	25,718	105	-25,613	-99.6%	28,664	111	-28,553	-99.6%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	896	118	-778	-86.8%	719	135	-584	-81.3%	1,108	121	-987	-89.1%
病床利用率	74.8	76.9	2.1	2.9%	69.1	70.7	1.5	2.2%	74.7	77.2	2.5	3.3%

科目（単位：千円）	医療法人（n=330）平均病床数：181				その他私的（n=112）平均病床数：364			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,261,660	1,297,639	35,979	2.9%	1,714,018	1,756,978	42,960	2.5%
②医業費用	1,291,848	1,324,060	32,211	2.5%	1,757,691	1,811,859	54,168	3.1%
③医業利益（①-②）	-30,188	-26,420	3,768		-43,674	-54,881	-11,208	
④医業外収益	35,109	17,947	-17,161	-48.9%	52,767	33,750	-19,017	-36.0%
⑤医業外費用	10,823	10,913	90	0.8%	9,298	8,343	-956	-10.3%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-5,903	-19,386	-13,483		-205	-29,474	-29,269	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-25,879	-19,786	6,093		-23,253	-29,710	-6,458	
医業利益率（③÷①）	-2.4%	-2.0%			-2.5%	-3.1%		
経常利益率（⑥÷①）	-0.5%	-1.5%			-0.0%	-1.7%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	18,933	98	-18,835	-99.5%	22,121	21	-22,100	-99.9%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	1,042	302	-741	-71.0%	926	215	-711	-76.8%
病床利用率	79.3	80.2	1.0	1.2%	79.1	81.5	2.4	3.1%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：一般、開設主体別_国・自治体・その他公的

科目（単位：千円）	国（n=98）平均病床数：362				自治体（n=243）平均病床数：340				その他公的（n=140）平均病床数：367			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,432,584	1,467,579	34,995	2.4%	1,465,879	1,489,613	23,734	1.6%	1,598,214	1,622,215	24,001	1.5%
入院診療収入	939,790	974,622	34,832	3.7%	951,860	973,516	21,656	2.3%	1,019,052	1,049,125	30,073	3.0%
室料差額収益	24,123	25,785	1,662	6.9%	13,255	14,016	761	5.7%	20,541	22,037	1,496	7.3%
外来診療収入	425,602	424,581	-1,021	-0.2%	462,352	464,193	1,841	0.4%	505,340	501,692	-3,649	-0.7%
その他医業収入	43,069	42,592	-478	-1.1%	38,412	37,888	-524	-1.4%	53,280	49,361	-3,919	-7.4%
②医業費用	1,514,188	1,551,008	36,821	2.4%	1,633,222	1,687,969	54,746	3.4%	1,646,727	1,679,604	32,878	2.0%
材料費	465,879	472,474	6,595	1.4%	462,441	471,931	9,490	2.1%	504,372	510,716	6,344	1.3%
医薬品費（再掲）	289,311	290,056	745	0.3%	284,610	286,990	2,380	0.8%	323,611	325,006	1,395	0.4%
診療材料費（再掲）	146,879	153,368	6,489	4.4%	169,664	176,478	6,814	4.0%	166,417	170,992	4,575	2.7%
給与費	624,932	644,941	20,009	3.2%	775,289	807,792	32,502	4.2%	797,747	812,837	15,090	1.9%
委託費	111,503	116,754	5,251	4.7%	133,288	138,853	5,565	4.2%	100,586	104,960	4,374	4.3%
設備関係費	160,308	163,420	3,112	1.9%	129,513	131,370	1,857	1.4%	141,009	143,533	2,524	1.8%
減価償却費（再掲）	88,680	91,718	3,037	3.4%	104,178	105,287	1,109	1.1%	91,251	91,341	91	0.1%
研究研修費	1,290	1,297	7	0.6%	5,242	5,258	16	0.3%	3,905	4,217	312	8.0%
経費	138,873	141,750	2,877	2.1%	95,728	99,770	4,042	4.2%	81,144	84,705	3,561	4.4%
水道光熱費（再掲）	31,695	33,765	2,070	6.5%	31,341	34,398	3,057	9.8%	29,225	31,487	2,262	7.7%
電気料金	20,532	21,947	1,415	6.9%	20,488	22,104	1,616	7.9%	18,110	19,459	1,349	7.4%
ガス料金	5,602	6,263	661	11.8%	6,091	7,404	1,313	21.5%	5,897	6,610	713	12.1%
その他の水道光熱費	5,561	5,555	-5	-0.1%	4,761	4,890	129	2.7%	5,217	5,417	200	3.8%
控除対象外消費税等負担額	1,944	1,858	-86	-4.4%	26,782	27,494	712	2.7%	10,279	10,725	445	4.3%
本部費配賦額	9,460	8,514	-945	-10.0%	4,940	5,501	562	11.4%	7,685	7,911	226	2.9%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：一般、開設主体別_医療法人・その他私的

科目（単位：千円）	医療法人（n=330）平均病床数：181				その他私的（n=112）平均病床数：364			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	1,261,660	1,297,639	35,979	2.9%	1,714,018	1,756,978	42,960	2.5%
入院診療収入	862,578	900,269	37,691	4.4%	1,067,670	1,113,347	45,678	4.3%
室料差額収益	13,250	14,385	1,135	8.6%	34,324	36,818	2,494	7.3%
外来診療収入	336,210	334,138	-2,071	-0.6%	571,553	564,366	-7,188	-1.3%
その他医業収入	49,622	48,847	-775	-1.6%	40,470	42,447	1,976	4.9%
②医業費用	1,291,848	1,324,060	32,211	2.5%	1,757,691	1,811,859	54,168	3.1%
材料費	285,870	294,609	8,739	3.1%	592,693	608,492	15,799	2.7%
医薬品費（再掲）	135,702	136,106	404	0.3%	362,043	363,724	1,681	0.5%
診療材料費（再掲）	131,660	138,599	6,939	5.3%	216,665	229,789	13,123	6.1%
給与費	694,353	712,265	17,912	2.6%	774,988	796,199	21,212	2.7%
委託費	75,382	76,722	1,340	1.8%	118,537	126,207	7,670	6.5%
設備関係費	113,342	114,852	1,511	1.3%	139,463	145,179	5,716	4.1%
減価償却費（再掲）	61,667	61,910	243	0.4%	95,921	99,625	3,704	3.9%
研究研修費	2,629	2,757	128	4.9%	4,789	4,748	-41	-0.9%
経費	84,833	86,564	1,732	2.0%	90,234	93,276	3,042	3.4%
水道光熱費（再掲）	21,501	23,453	1,952	9.1%	32,186	34,872	2,686	8.3%
電気料金	14,389	15,746	1,357	9.4%	19,670	20,844	1,173	6.0%
ガス料金	3,053	3,594	541	17.7%	5,928	7,148	1,220	20.6%
その他の水道光熱費	4,059	4,113	54	1.3%	6,588	6,881	293	4.4%
控除対象外消費税等負担額	25,065	25,831	766	3.1%	23,945	23,804	-141	-0.6%
本部費配賦額	10,375	10,459	84	0.8%	13,043	13,954	911	7.0%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値と病床利用率　病床区分：療養・ケアミックス、開設主体別

科目（単位：千円）	国（n=3）平均病床数：246				自治体（n=38）平均病床数：136				その他公的（n=5）平均病床数：185			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	793,325	786,531	-6,793	-0.9%	695,860	686,158	-9,702	-1.4%	645,052	660,957	15,905	2.5%
②医業費用	824,693	827,852	3,160	0.4%	809,470	825,323	15,853	2.0%	711,712	726,790	15,078	2.1%
③医業利益（①-②）	-31,368	-41,321	-9,953		-113,610	-139,165	-25,555		-66,660	-65,833	827	
④医業外収益	16,952	8,172	-8,780	-51.8%	142,617	115,617	-27,000	-18.9%	100,985	54,197	-46,788	-46.3%
⑤医業外費用	3,943	906	-3,038	-77.0%	14,531	13,645	-886	-6.1%	44,111	43,541	-570	-1.3%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-18,359	-34,054	-15,695		14,476	-37,193	-51,669		-9,787	-55,178	-45,391	
コロナ関連、水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-40,127	-34,586	5,541		-1,156	-37,400	-36,244		-57,241	-55,178	2,063	
医業利益率（③÷①）	-4.0%	-5.3%			-16.3%	-20.3%			-10.3%	-10.0%		
経常利益率（⑥÷①）	-2.3%	-4.3%			2.1%	-5.4%			-1.5%	-8.3%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	20,794	0	-20,794	-100.0%	15,237	6	-15,231	-100.0%	45,886	0	-45,886	-100.0%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	974	532	-442	-45.3%	395	201	-194	-49.1%	1,568	0	-1,568	-100.0%
病床利用率	82.6	85.1	2.5	3.0%	71.92	71.86	-0.1	-0.1%	74.5	77.2	2.7	3.6%

科目（単位：千円）	医療法人（n=323）平均病床数：153				その他私的（n=44）平均病床数：158			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	673,447	682,136	8,689	1.3%	676,528	675,835	-692	-0.1%
②医業費用	666,176	681,354	15,178	2.3%	676,013	679,119	3,106	0.5%
③医業利益（①-②）	7,271	782	-6,489		515	-3,284	-3,798	
④医業外収益	15,726	11,806	-3,919	-24.9%	29,862	12,904	-16,958	-56.8%
⑤医業外費用	5,516	6,013	498	9.0%	6,173	5,818	-355	-5.7%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	17,481	6,575	-10,906		24,204	3,802	-20,402	
コロナ関連、水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	10,680	6,313	-4,368		11,660	2,626	-9,034	
医業利益率（③÷①）	1.1%	0.1%			0.1%	-0.5%		
経常利益率（⑥÷①）	2.6%	1.0%			3.6%	0.6%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	5,646	34	-5,612	-99.4%	11,137	937	-10,200	-91.6%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	1,155	228	-926	-80.2%	1,406	238	-1,168	-83.1%
病床利用率	85.9	86.5	0.6	0.7%	87.0	87.0	0.0	0.0%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：療養・ケアミックス、開設主体別_国・自治体・その他公的

科目（単位：千円）	国（n=3）平均病床数：246				自治体（n=38）平均病床数：136				その他公的（n=5）平均病床数：185			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	793,325	786,531	-6,793	-0.9%	695,860	686,158	-9,702	-1.4%	645,052	660,957	15,905	2.5%
入院診療収入	620,105	619,070	-1,035	-0.2%	432,230	434,572	2,342	0.5%	462,142	486,731	24,589	5.3%
室料差額収益	9,530	10,325	795	8.3%	4,676	5,184	508	10.9%	8,848	9,534	685	7.7%
外来診療収入	133,888	128,975	-4,913	-3.7%	207,588	199,759	-7,829	-3.8%	141,905	138,119	-3,786	-2.7%
その他医業収入	29,802	28,162	-1,640	-5.5%	51,366	46,643	-4,723	-9.2%	32,157	26,574	-5,583	-17.4%
②医業費用	824,693	827,852	3,160	0.4%	809,470	825,323	15,853	2.0%	711,712	726,790	15,078	2.1%
材料費	133,493	123,414	-10,079	-7.6%	112,979	112,224	-755	-0.7%	101,349	105,654	4,305	4.2%
医薬品費（再掲）	60,135	56,189	-3,946	-6.6%	62,812	62,993	181	0.3%	54,106	57,638	3,532	6.5%
診療材料費（再掲）	60,468	54,243	-6,225	-10.3%	42,862	39,954	-2,908	-6.8%	42,880	43,090	210	0.5%
給与費	486,591	493,992	7,401	1.5%	478,114	489,322	11,208	2.3%	446,562	453,399	6,837	1.5%
委託費	60,070	61,383	1,314	2.2%	81,490	84,888	3,398	4.2%	49,864	52,572	2,708	5.4%
設備関係費	86,447	90,819	4,373	5.1%	62,095	63,612	1,517	2.4%	58,473	60,042	1,569	2.7%
減価償却費（再掲）	46,038	66,090	20,052	43.6%	47,842	49,312	1,470	3.1%	41,481	40,632	-849	-2.0%
研究研修費	571	505	-66	-11.5%	3,780	2,316	-1,463	-38.7%	1,245	1,410	165	13.3%
経費	54,131	54,358	227	0.4%	63,081	63,759	677	1.1%	46,798	47,010	212	0.5%
水道光熱費（再掲）	21,624	24,112	2,488	11.5%	22,705	23,067	361	1.6%	17,870	18,664	794	4.4%
電気料金	11,428	13,021	1,592	13.9%	16,326	17,000	673	4.1%	12,586	13,007	421	3.3%
ガス料金	421	413	-8	-1.9%	1,517	1,619	102	6.7%	3,262	3,629	367	11.2%
その他の水道光熱費	9,774	10,678	904	9.2%	4,862	4,448	-414	-8.5%	2,022	2,028	6	0.3%
控除対象外消費税等負担額	0	0	0	-	5,191	5,334	142	2.7%	4,587	4,219	-368	-8.0%
本部費配賦額	3,390	3,380	-10	-0.3%	2,740	3,869	1,129	41.2%	2,835	2,485	-350	-12.3%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：療養・ケアミックス、開設主体別_医療法人・その他私的

科目（単位：千円）	医療法人（n=323）平均病床数：153				その他私的（n=44）平均病床数：158			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	673,447	682,136	8,689	1.3%	676,528	675,835	-692	-0.1%
入院診療収入	505,899	514,993	9,094	1.8%	515,531	518,339	2,808	0.5%
室料差額収益	6,580	7,025	445	6.8%	5,666	6,281	615	10.9%
外来診療収入	119,790	117,990	-1,800	-1.5%	115,626	113,583	-2,042	-1.8%
その他医業収入	41,179	42,128	950	2.3%	39,705	37,632	-2,074	-5.2%
②医業費用	666,176	681,354	15,178	2.3%	676,013	679,119	3,106	0.5%
材料費	87,993	89,760	1,766	2.0%	90,690	88,923	-1,767	-1.9%
医薬品費（再掲）	41,439	42,479	1,041	2.5%	50,761	50,200	-561	-1.1%
診療材料費（再掲）	32,816	33,418	602	1.8%	28,813	27,496	-1,318	-4.6%
給与費	412,104	421,018	8,914	2.2%	425,573	428,793	3,220	0.8%
委託費	39,537	40,827	1,290	3.3%	39,408	40,515	1,107	2.8%
設備関係費	56,254	57,030	776	1.4%	48,333	46,997	-1,336	-2.8%
減価償却費（再掲）	29,474	29,605	131	0.4%	37,568	35,595	-1,973	-5.3%
研究研修費	1,207	1,360	153	12.7%	1,412	1,461	48	3.4%
経費	57,095	58,818	1,724	3.0%	52,116	53,675	1,559	3.0%
水道光熱費（再掲）	13,680	14,897	1,217	8.9%	15,594	16,554	960	6.2%
電気料金	8,696	9,554	857	9.9%	10,086	10,643	557	5.5%
ガス料金	1,796	2,127	331	18.5%	2,291	2,666	374	16.3%
その他の水道光熱費	3,188	3,216	28	0.9%	3,216	3,245	29	0.9%
控除対象外消費税等負担額	6,301	6,588	286	4.5%	7,196	7,430	235	3.3%
本部費配賦額	5,855	5,954	99	1.7%	11,242	11,325	84	0.7%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値と病床利用率　病床区分：精神、開設主体別

科目（単位：千円）	国（n=0）平均病床数：-				自治体（n=16）平均病床数：291				その他公的（n=2）平均病床数：350			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	-	-	-	-	318,938	316,813	-2,126	-0.7%	383,963	373,227	-10,736	-2.8%
②医業費用	-	-	-	-	493,586	513,651	20,065	4.1%	377,477	389,851	12,373	3.3%
③医業利益（①-②）	-	-	-		-174,647	-196,838	-22,191		6,486	-16,623	-23,109	
④医業外収益	-	-	-	-	92,018	83,075	-8,942	-9.7%	3,487	3,619	132	3.8%
⑤医業外費用	-	-	-	-	5,675	5,159	-516	-9.1%	2,113	2,452	339	16.0%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-	-	-		-88,305	-118,922	-30,617		7,861	-15,456	-23,316	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-	-	-		-95,775	-118,963	-23,188		-8,799	-15,456	-6,657	
医業利益率（③÷①）	-	-			-54.8%	-62.1%			1.7%	-4.5%		
経常利益率（⑥÷①）	-	-			-27.7%	-37.5%			2.0%	-4.1%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	-	-	-	-	7,130	25	-7,105	-99.6%	12,846	0	-12,846	-100.0%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	-	-	-	-	340	16	-324	-95.3%	3,813	0	-3,813	-100.0%
病床利用率	-	-	-	-	57.9	57.1	-0.8	-1.4%	90.5	90.9	0.3	0.4%

科目（単位：千円）	医療法人（n=280）平均病床数：241				その他私的（n=34）平均病床数：328			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	321,646	324,311	2,664	0.8%	333,623	336,490	2,867	0.9%
②医業費用	320,584	324,981	4,398	1.4%	334,855	343,632	8,777	2.6%
③医業利益（①-②）	1,063	-671	-1,734		-1,232	-7,142	-5,910	
④医業外収益	9,237	7,644	-1,593	-17.2%	16,790	11,879	-4,910	-29.2%
⑤医業外費用	3,446	2,750	-696	-20.2%	4,271	5,341	1,070	25.1%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	6,855	4,224	-2,631		11,287	-604	-11,890	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	4,413	3,993	-421		6,231	-884	-7,115	
医業利益率（③÷①）	0.3%	-0.2%			-0.4%	-2.1%		
経常利益率（⑥÷①）	2.1%	1.3%			3.4%	-0.2%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,617	14	-1,603	-99.1%	4,247	7	-4,240	-99.8%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	824	217	-607	-73.7%	808	273	-535	-66.2%
病床利用率	87.1	86.9	-0.2	-0.2%	85.9	86.1	0.2	0.3%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：精神、開設主体別_国・自治体・その他公的

科目（単位：千円）	国（n=0）平均病床数：-				自治体（n=16）平均病床数：291				その他公的（n=2）平均病床数：350			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	-	-	-	-	318,938	316,813	-2,126	-0.7%	383,963	373,227	-10,736	-2.8%
入院診療収入	-	-	-	-	236,544	234,676	-1,868	-0.8%	315,735	319,142	3,407	1.1%
室料差額収益	-	-	-	-	223	241	19	8.4%	6,050	7,894	1,843	30.5%
外来診療収入	-	-	-	-	63,759	63,872	113	0.2%	35,982	34,541	-1,440	-4.0%
その他医業収入	-	-	-	-	18,413	18,024	-389	-2.1%	26,196	11,650	-14,546	-55.5%
②医業費用	-	-	-	-	493,586	513,651	20,065	4.1%	377,477	389,851	12,373	3.3%
材料費	-	-	-	-	26,360	26,525	164	0.6%	28,509	28,647	138	0.5%
医薬品費（再掲）	-	-	-	-	20,176	20,125	-51	-0.3%	18,671	18,815	143	0.8%
診療材料費（再掲）	-	-	-	-	2,708	2,702	-5	-0.2%	1,302	1,150	-152	-11.7%
給与費	-	-	-	-	304,166	321,792	17,626	5.8%	263,836	266,720	2,884	1.1%
委託費	-	-	-	-	39,398	42,426	3,028	7.7%	30,356	31,391	1,035	3.4%
設備関係費	-	-	-	-	46,092	43,236	-2,856	-6.2%	22,678	27,970	5,292	23.3%
減価償却費（再掲）	-	-	-	-	44,535	41,729	-2,806	-6.3%	19,647	23,870	4,222	21.5%
研究研修費	-	-	-	-	1,452	1,761	309	21.3%	578	715	137	23.7%
経費	-	-	-	-	65,934	67,672	1,738	2.6%	22,660	25,165	2,505	11.1%
水道光熱費（再掲）	-	-	-	-	10,194	10,356	162	1.6%	11,260	12,128	868	7.7%
電気料金	-	-	-	-	7,276	7,394	118	1.6%	5,887	6,844	958	16.3%
ガス料金	-	-	-	-	935	1,005	70	7.5%	607	712	105	17.3%
その他の水道光熱費	-	-	-	-	1,983	1,957	-25	-1.3%	4,766	4,572	-195	-4.1%
控除対象外消費税等負担額	-	-	-	-	7,122	7,103	-19	-0.3%	3,761	4,206	445	11.8%
本部費配賦額	-	-	-	-	3,060	3,136	76	2.5%	5,100	5,037	-63	-1.2%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：精神、開設主体別_医療法人・その他私的

科目（単位：千円）	医療法人（n=280）平均病床数：241				その他私的（n=34）平均病床数：328			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	321,646	324,311	2,664	0.8%	333,623	336,490	2,867	0.9%
入院診療収入	265,955	268,862	2,907	1.1%	284,232	288,277	4,045	1.4%
室料差額収益	2,022	2,030	8	0.4%	2,411	2,635	224	9.3%
外来診療収入	39,885	39,759	-126	-0.3%	40,888	39,633	-1,255	-3.1%
その他医業収入	13,784	13,659	-125	-0.9%	6,092	5,945	-147	-2.4%
②医業費用	320,584	324,981	4,398	1.4%	334,855	343,632	8,777	2.6%
材料費	30,962	30,987	25	0.1%	30,172	29,041	-1,131	-3.7%
医薬品費（再掲）	18,426	18,257	-170	-0.9%	17,615	16,347	-1,268	-7.2%
診療材料費（再掲）	3,798	3,721	-76	-2.0%	3,895	3,939	44	1.1%
給与費	206,920	209,674	2,754	1.3%	217,290	221,324	4,034	1.9%
委託費	20,888	21,262	374	1.8%	24,755	26,302	1,547	6.2%
設備関係費	23,173	23,584	411	1.8%	24,484	24,098	-386	-1.6%
減価償却費（再掲）	14,159	14,346	187	1.3%	17,246	17,177	-68	-0.4%
研究研修費	468	547	79	17.0%	541	614	73	13.4%
経費	34,771	35,332	561	1.6%	32,223	36,329	4,106	12.7%
水道光熱費（再掲）	9,422	10,087	665	7.1%	11,300	12,302	1,002	8.9%
電気料金	5,418	5,926	508	9.4%	6,231	7,154	923	14.8%
ガス料金	1,489	1,698	208	14.0%	1,804	2,025	222	12.3%
その他の水道光熱費	2,515	2,464	-51	-2.0%	3,265	3,122	-143	-4.4%
控除対象外消費税等負担額	2,069	2,157	88	4.2%	790	780	-10	-1.2%
本部費配賦額	1,333	1,439	106	8.0%	4,600	5,145	545	11.9%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値と病床利用率　病床区分：その他、開設主体別

科目（単位：千円）	国（n=0）平均病床数：-				自治体（n=18）平均病床数：354				その他公的（n=3）平均病床数：286			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	-	-	-	-	1,006,316	1,019,313	12,997	1.3%	1,128,163	1,094,008	-34,155	-3.0%
②医業費用	-	-	-	-	1,200,618	1,223,190	22,572	1.9%	1,232,666	1,227,655	-5,011	-0.4%
③医業利益（①-②）	-	-	-		-194,302	-203,878	-9,576		-104,503	-133,647	-29,144	
④医業外収益	-	-	-	-	149,094	122,557	-26,536	-17.8%	43,690	36,351	-7,340	-16.8%
⑤医業外費用	-	-	-	-	21,539	20,594	-945	-4.4%	10,554	8,967	-1,587	-15.0%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-	-	-		-66,747	-101,914	-35,167		-71,367	-106,264	-34,897	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	-	-	-		-84,609	-102,077	-17,468		-84,026	-106,264	-22,238	
医業利益率（③÷①）	-	-			-19.3%	-20.0%			-9.3%	-12.2%		
経常利益率（⑥÷①）	-	-			-6.6%	-10.0%			-6.3%	-9.7%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	-	-	-	-	17,400	0	-17,400	-100.0%	11,463	0	-11,463	-100.0%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	-	-	-	-	462	163	-299	-64.7%	1,196	0	-1,196	-100.0%
病床利用率	-	-	-	-	64.5	65.1	0.6	0.9%	81.2	79.5	-1.7	-2.1%

科目（単位：千円）	医療法人（n=37）平均病床数：351				その他私的（n=5）平均病床数：437			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	426,719	431,627	4,908	1.2%	397,696	397,901	205	0.1%
②医業費用	425,179	429,610	4,431	1.0%	429,014	425,420	-3,594	-0.8%
③医業利益（①-②）	1,540	2,017	476		-31,317	-27,519	3,799	
④医業外収益	9,994	6,399	-3,595	-36.0%	15,235	4,543	-10,692	-70.2%
⑤医業外費用	3,763	4,055	292	7.8%	2,337	1,813	-524	-22.4%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	7,771	4,361	-3,410		-18,420	-24,789	-6,369	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥-(⑦+⑧)）	2,898	3,903	1,005		-29,742	-24,894	4,848	
医業利益率（③÷①）	0.4%	0.5%			-7.9%	-6.9%		
経常利益率（⑥÷①）	1.8%	1.0%			-4.6%	-6.2%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	3,953	9	-3,944	-99.8%	11,264	0	-11,264	-100.0%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	920	448	-472	-51.3%	58	105	47	81.5%
病床利用率	86.1	87.1	1.0	1.1%	75.7	74.0	-1.7	-2.3%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：その他、開設主体別_国・自治体・その他公的

科目（単位：千円）	国（n=0）平均病床数：-				自治体（n=18）平均病床数：354				その他公的（n=3）平均病床数：286			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	-	-	-	-	1,006,316	1,019,313	12,997	1.3%	1,128,163	1,094,008	-34,155	-3.0%
入院診療収入	-	-	-	-	632,751	647,772	15,021	2.4%	631,181	610,380	-20,801	-3.3%
室料差額収益	-	-	-	-	8,355	8,256	-99	-1.2%	8,183	9,530	1,347	16.5%
外来診療収入	-	-	-	-	337,289	337,055	-234	-0.1%	446,234	431,807	-14,427	-3.2%
その他医業収入	-	-	-	-	27,921	26,230	-1,691	-6.1%	42,565	42,290	-274	-0.6%
②医業費用	-	-	-	-	1,200,618	1,223,190	22,572	1.9%	1,232,666	1,227,655	-5,011	-0.4%
材料費	-	-	-	-	281,801	292,321	10,519	3.7%	234,884	223,926	-10,958	-4.7%
医薬品費（再掲）	-	-	-	-	163,170	171,843	8,673	5.3%	169,371	164,952	-4,419	-2.6%
診療材料費（再掲）	-	-	-	-	110,643	111,557	915	0.8%	54,877	48,035	-6,842	-12.5%
給与費	-	-	-	-	585,584	588,735	3,151	0.5%	751,694	756,540	4,846	0.6%
委託費	-	-	-	-	98,143	104,446	6,303	6.4%	43,441	41,598	-1,843	-4.2%
設備関係費	-	-	-	-	103,712	104,703	992	1.0%	109,538	111,466	1,927	1.8%
減価償却費（再掲）	-	-	-	-	80,434	82,095	1,661	2.1%	66,174	64,931	-1,244	-1.9%
研究研修費	-	-	-	-	3,451	3,354	-97	-2.8%	2,100	2,165	66	3.1%
経費	-	-	-	-	80,054	80,345	292	0.4%	53,171	55,574	2,403	4.5%
水道光熱費（再掲）	-	-	-	-	25,978	26,675	697	2.7%	25,977	26,666	689	2.7%
電気料金	-	-	-	-	19,986	20,650	664	3.3%	16,929	17,588	659	3.9%
ガス料金	-	-	-	-	1,479	1,580	101	6.8%	4,350	4,448	98	2.3%
その他の水道光熱費	-	-	-	-	4,513	4,445	-68	-1.5%	4,698	4,630	-68	-1.5%
控除対象外消費税等負担額	-	-	-	-	31,242	32,271	1,029	3.3%	25,491	24,384	-1,107	-4.3%
本部費配賦額	-	-	-	-	16,632	17,015	383	2.3%	12,347	12,002	-344	-2.8%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年_6月～11月合計）
_100床あたりの平均値　病床区分：その他、開設主体別_医療法人・その他私的

科目（単位：千円）	医療法人（n=37）平均病床数：351				その他私的（n=5）平均病床数：437			
	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比	2023年合計	2024年合計	差引増減	前年比
①医業収益	426,719	431,627	4,908	1.2%	397,696	397,901	205	0.1%
入院診療収入	350,225	356,718	6,493	1.9%	325,154	327,081	1,926	0.6%
室料差額収益	2,508	2,452	-57	-2.3%	2,820	3,191	370	13.1%
外来診療収入	55,281	54,403	-879	-1.6%	59,313	57,989	-1,324	-2.2%
その他医業収入	18,704	18,055	-649	-3.5%	10,408	9,640	-768	-7.4%
②医業費用	425,179	429,610	4,431	1.0%	429,014	425,420	-3,594	-0.8%
材料費	51,659	51,892	233	0.5%	44,248	44,891	643	1.5%
医薬品費（再掲）	27,422	26,600	-822	-3.0%	20,582	21,091	510	2.5%
診療材料費（再掲）	15,831	16,762	931	5.9%	13,495	13,517	22	0.2%
給与費	267,307	270,651	3,344	1.3%	279,059	272,902	-6,158	-2.2%
委託費	27,767	29,113	1,346	4.8%	36,783	36,977	194	0.5%
設備関係費	34,545	34,507	-38	-0.1%	25,191	25,118	-74	-0.3%
減価償却費（再掲）	16,062	16,960	898	5.6%	21,840	22,077	237	1.1%
研究研修費	579	613	34	5.9%	435	572	137	31.5%
経費	34,861	34,355	-506	-1.5%	35,904	37,680	1,776	4.9%
水道光熱費（再掲）	10,093	10,761	668	6.6%	14,461	15,890	1,429	9.9%
電気料金	6,250	6,891	641	10.3%	6,276	6,939	663	10.6%
ガス料金	1,749	1,921	172	9.9%	3,937	4,836	900	22.9%
その他の水道光熱費	2,094	1,948	-146	-7.0%	4,249	4,115	-134	-3.1%
控除対象外消費税等負担額	4,697	4,767	70	1.5%	7,028	7,253	225	3.2%
本部費配賦額	3,764	3,713	-50	-1.3%	366	27	-338	-92.5%

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年）
_100床あたりの平均値と病床利用率（6月～8月）

科目（単位：千円）	6月分（n=1,750）平均病床数：254				7月分（n=1,749）平均病床数：254				8月分（n=1,750）平均病床数：254			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年7月	2024年7月	差引増減	前年比	2023年8月	2024年8月	差引増減	前年比
①医業収益	182,838	180,393	-2,445	-1.3%	182,193	193,928	11,735	6.4%	188,845	189,300	455	0.2%
②医業費用	197,717	199,351	1,634	0.8%	192,642	203,850	11,207	5.8%	192,997	196,443	3,446	1.8%
③医業利益（①-②）	-14,879	-18,958	-4,079		-10,449	-9,922	527		-4,152	-7,143	-2,991	
④医業外収益	10,581	9,150	-1,431	-13.5%	6,290	5,765	-525	-8.3%	9,293	6,975	-2,318	-24.9%
⑤医業外費用	1,926	1,849	-77	-4.0%	1,725	1,814	88	5.1%	1,982	1,968	-14	-0.7%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-6,223	-11,656	-5,433		-5,885	-5,971	-86		3,159	-2,137	-5,295	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-7,932	-11,727	-3,795		-7,032	-6,038	993		-187	-2,179	-1,992	
医業利益率（③÷①）	-8.1%	-10.5%			-5.7%	-5.1%			-2.2%	-3.8%		
経常利益率（⑥÷①）	-3.4%	-6.5%			-3.2%	-3.1%			1.7%	-1.1%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,656	28	-1,629	-98.3%	1,083	19	-1,063	-98.2%	3,183	8	-3,175	-99.7%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	52	43	-9	-17.0%	64	48	-16	-24.3%	163	35	-128	-78.7%
病床利用率	78.9	80.1	1.2	1.5%	79.5	81.3	1.8	2.2%	80.6	81.6	1.0	1.2%

※各月単月での有効回答にて集計

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年）
_100床あたりの平均値と病床利用率（9月～11月）

科目（単位：千円）	9月分（n=1,751）平均病床数：253				10月分（n=1,745）平均病床数：253				11月分（n=1,741）平均病床数：253			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年7月	2024年7月	差引増減	前年比	2023年8月	2024年8月	差引増減	前年比
①医業収益	179,717	180,077	359	0.2%	184,740	192,273	7,533	4.1%	181,322	184,708	3,386	1.9%
②医業費用	192,550	196,552	4,002	2.1%	192,203	198,026	5,824	3.0%	189,243	193,300	4,057	2.1%
③医業利益（①-②）	-12,832	-16,475	-3,643		-7,462	-5,753	1,710		-7,921	-8,593	-671	
④医業外収益	14,233	8,210	-6,024	-42.3%	7,541	5,980	-1,561	-20.7%	10,643	6,564	-4,078	-38.3%
⑤医業外費用	3,311	3,128	-183	-5.5%	1,798	1,945	147	8.2%	1,712	1,785	72	4.2%
⑥経常利益（（①+④）-（②+⑤））	-1,909	-11,393	-9,484		-1,719	-1,718	1		1,009	-3,813	-4,822	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く経常利益（⑥－(⑦+⑧)）	-7,351	-11,433	-4,082		-3,416	-1,731	1,685		-3,049	-3,851	-801	
医業利益率（③÷①）	-7.1%	-9.1%			-4.0%	-3.0%			-4.4%	-4.7%		
経常利益率（⑥÷①）	-1.1%	-6.3%			-0.9%	-0.9%			0.6%	-2.1%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	5,253	10	-5,243	-99.8%	1,533	-2	-1,535	-100.1%	3,769	10	-3,759	-99.7%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	189	30	-159	-84.2%	164	15	-149	-90.8%	290	28	-262	-90.3%
病床利用率	79.9	80.5	0.5	0.7%	79.3	80.1	0.8	1.0%	79.6	80.3	0.7	0.9%

※各月単月での有効回答にて集計

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年）
_100床あたりの平均値（6月～8月）

科目（単位：千円）	6月分（n=1,750）平均病床数：254				7月分（n=1,749）平均病床数：254				8月分（n=1,750）平均病床数：254			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年7月	2024年7月	差引増減	前年比	2023年8月	2024年8月	差引増減	前年比
①医業収益	182,838	180,393	-2,445	-1.3%	182,193	193,928	11,735	6.4%	188,845	189,300	455	0.2%
入院診療収入	121,636	122,103	467	0.4%	122,959	130,903	7,944	6.5%	126,624	129,300	2,676	2.1%
室料差額収益	2,221	2,321	101	4.5%	2,227	2,441	214	9.6%	2,334	2,463	129	5.5%
外来診療収入	52,689	50,048	-2,642	-5.0%	51,163	54,592	3,429	6.7%	54,030	51,721	-2,309	-4.3%
その他医業収入	6,292	5,921	-371	-5.9%	5,845	5,993	147	2.5%	5,857	5,816	-41	-0.7%
②医業費用	197,717	199,351	1,634	0.8%	192,642	203,850	11,207	5.8%	192,997	196,443	3,446	1.8%
材料費	51,005	49,148	-1,858	-3.6%	49,375	55,517	6,141	12.4%	53,138	52,806	-331	-0.6%
医薬品費（再掲）	29,994	28,733	-1,261	-4.2%	29,659	33,171	3,512	11.8%	32,218	31,499	-719	-2.2%
診療材料費（再掲）	18,814	18,195	-620	-3.3%	17,570	20,026	2,455	14.0%	18,610	19,023	413	2.2%
給与費	100,912	103,704	2,792	2.8%	97,126	99,968	2,842	2.9%	94,216	96,720	2,504	2.7%
委託費	13,333	13,709	376	2.8%	13,140	14,012	873	6.6%	13,022	13,557	535	4.1%
設備関係費	16,150	16,432	282	1.7%	16,131	16,571	440	2.7%	15,802	16,078	276	1.7%
減価償却費（再掲）	10,691	10,808	117	1.1%	10,654	10,831	176	1.7%	10,665	10,839	174	1.6%
研究研修費	489	498	9	1.8%	449	486	37	8.2%	396	382	-14	-3.6%
経費	12,444	12,447	3	0.0%	12,982	13,633	651	5.0%	12,989	13,389	401	3.1%
水道光熱費（再掲）	3,506	3,468	-38	-1.1%	3,933	4,301	368	9.4%	4,273	4,752	479	11.2%
電気料金	2,302	2,243	-59	-2.5%	2,528	2,707	179	7.1%	2,727	2,987	261	9.6%
ガス料金	570	598	27	4.7%	686	848	162	23.7%	792	1,000	208	26.3%
その他の水道光熱費	633	627	-6	-1.0%	719	746	27	3.8%	755	765	10	1.4%
控除対象外消費税等負担額	2,269	2,249	-21	-0.9%	2,283	2,464	181	7.9%	2,357	2,385	28	1.2%
本部費配賦額	1,133	1,166	33	2.9%	1,156	1,199	43	3.7%	1,077	1,125	47	4.4%

※各月単月での有効回答にて集計

■医業損益への影響　前年同月比較（2023年/2024年）

_100床あたりの平均値（9月～11月）

科目（単位：千円）	9月分（n=1,751）平均病床数：253				10月分（n=1,745）平均病床数：253				11月分（n=1,741）平均病床数：253			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年7月	2024年7月	差引増減	前年比	2023年8月	2024年8月	差引増減	前年比
①医業収益	179,717	180,077	359	0.2%	184,740	192,273	7,533	4.1%	181,322	184,708	3,386	1.9%
入院診療収入	120,052	121,854	1,802	1.5%	123,349	128,661	5,313	4.3%	121,170	125,193	4,023	3.3%
室料差額収益	2,173	2,332	159	7.3%	2,259	2,448	189	8.3%	2,256	2,407	151	6.7%
外来診療収入	51,338	50,253	-1,085	-2.1%	52,868	54,813	1,944	3.7%	51,493	50,613	-880	-1.7%
その他医業収入	6,154	5,638	-516	-8.4%	6,264	6,352	88	1.4%	6,402	6,494	92	1.4%
②医業費用	192,550	196,552	4,002	2.1%	192,203	198,026	5,824	3.0%	189,243	193,300	4,057	2.1%
材料費	48,544	48,601	57	0.1%	51,336	53,239	1,903	3.7%	50,324	50,504	181	0.4%
医薬品費（再掲）	29,158	28,272	-886	-3.0%	30,598	31,547	949	3.1%	29,540	29,020	-520	-1.8%
診療材料費（再掲）	17,220	18,133	912	5.3%	18,563	19,424	861	4.6%	18,496	19,058	563	3.0%
給与費	95,596	98,261	2,665	2.8%	94,613	97,074	2,461	2.6%	93,760	96,435	2,675	2.9%
委託費	13,989	14,414	426	3.0%	13,505	14,102	597	4.4%	13,167	13,713	546	4.1%
設備関係費	17,321	17,603	281	1.6%	16,327	16,553	227	1.4%	16,118	16,399	281	1.7%
減価償却費（再掲）	10,917	11,043	126	1.2%	10,753	10,890	137	1.3%	10,720	10,924	204	1.9%
研究研修費	416	401	-15	-3.7%	463	494	31	6.8%	500	526	25	5.0%
経費	13,194	13,704	510	3.9%	12,463	12,975	512	4.1%	11,942	12,233	290	2.4%
水道光熱費（再掲）	4,095	4,563	468	11.4%	3,540	3,868	327	9.2%	3,245	3,490	244	7.5%
電気料金	2,585	2,880	295	11.4%	2,239	2,483	243	10.9%	2,029	2,226	197	9.7%
ガス料金	742	890	148	19.9%	603	679	77	12.7%	529	577	48	9.0%
その他の水道光熱費	768	793	26	3.3%	698	705	7	1.0%	687	687	-0	-0.0%
控除対象外消費税等負担額	2,365	2,407	42	1.8%	2,302	2,377	75	3.3%	2,335	2,362	27	1.2%
本部費配賦額	1,125	1,161	36	3.2%	1,195	1,212	17	1.4%	1,097	1,128	31	2.9%

※各月単月での有効回答にて集計

ご存じですか？
あなたの街の病院がいま危機的状況なのを！！

地域医療はもう崩壊寸前です

1. 診療報酬は公定価格です。しかし物価・賃金の上昇に対応して診療報酬が上がっていません。
2. 結果、多くの病院は深刻な経営難に陥っています。
3. また、医療・介護に従事する数多くのスタッフの賃金を、他産業と同じように上げることが難しくなっています。
4. 物価・賃金の上昇に適切に対応した診療報酬の仕組みが必要なのです。

このままでは
ある日突然、病院がなくなります

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会・全国自治体病院協議会

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況

- 病院の経営状況は経年的に悪化し、2023年度には半数を超える病院が赤字に陥っていた。
- 2024年度診療報酬改定の影響を調べるため、6病院団体の会員を対象に2024年度改定後の病院の経営状況に関しての緊急調査を実施した。1，816病院から回答を得た。

【結果概要】

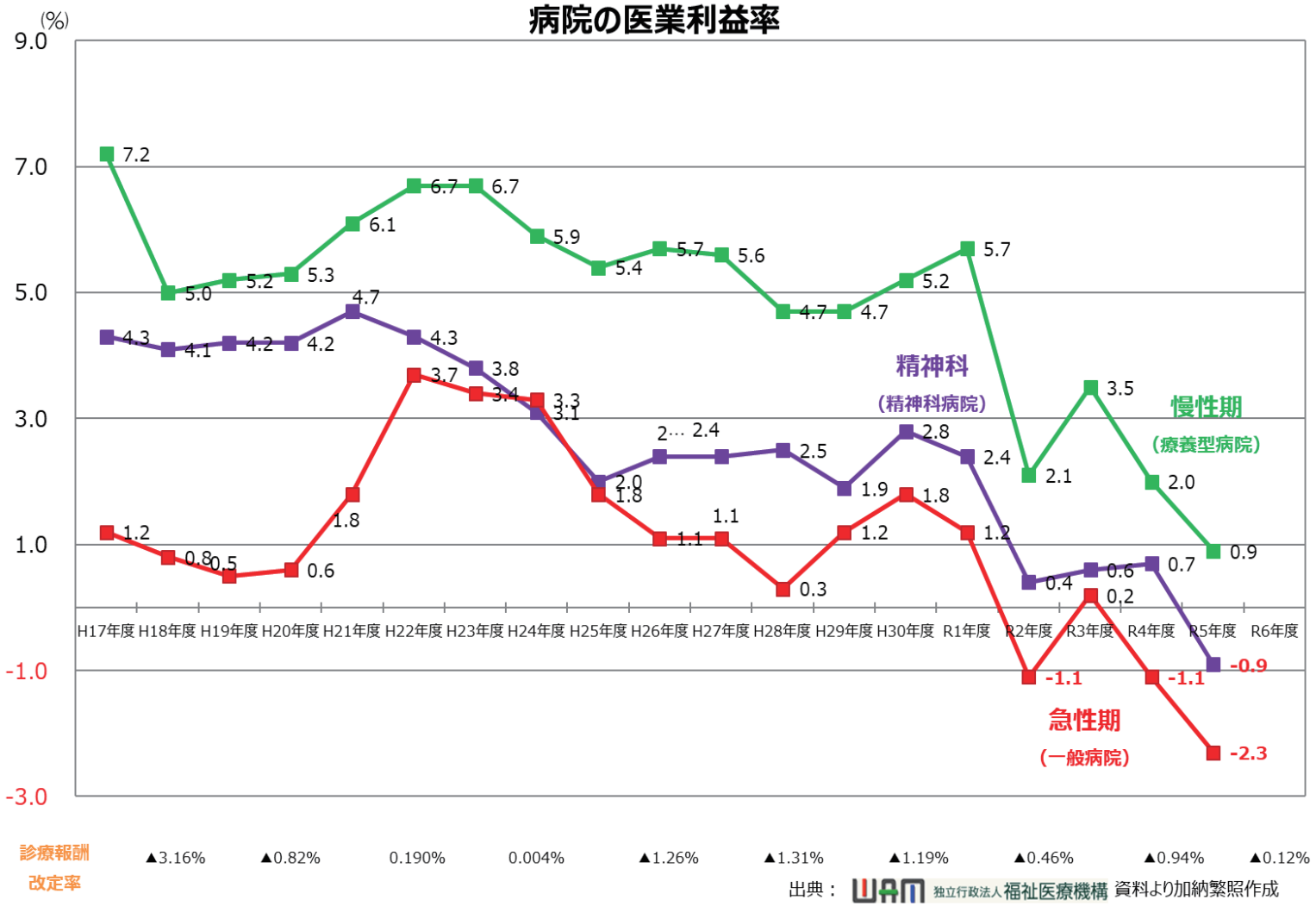
- 2024年診療報酬改定後、病床利用率は上昇傾向にあるものの、医業利益率、経常利益率は悪化傾向が認められた。
- 医業利益の赤字病院割合は69%まで増加、経常利益の赤字病院割合は61%まで増加した。
- 2023年度WAM（福祉医療機構）データの債務償還年数の分析では半数の病院が破綻懸念先と判断される30年を超えていた。

【要望】

- 病院経営は危機的状況であり、病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みが必要。
- そのために、社会保障予算に関しての財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めることが必要。

病院の医業利益率の年次推移　独立行政法人　WAM(福祉医療機構)調査より

- WAM(福祉医療機構)の調査では、病院の経営状況(医業利益率)は経年的に悪化しており、特に**急性期(一般病院)**の2023年度(令和5年度)では過去最大の**マイナス(▲2.3%)**となっている。

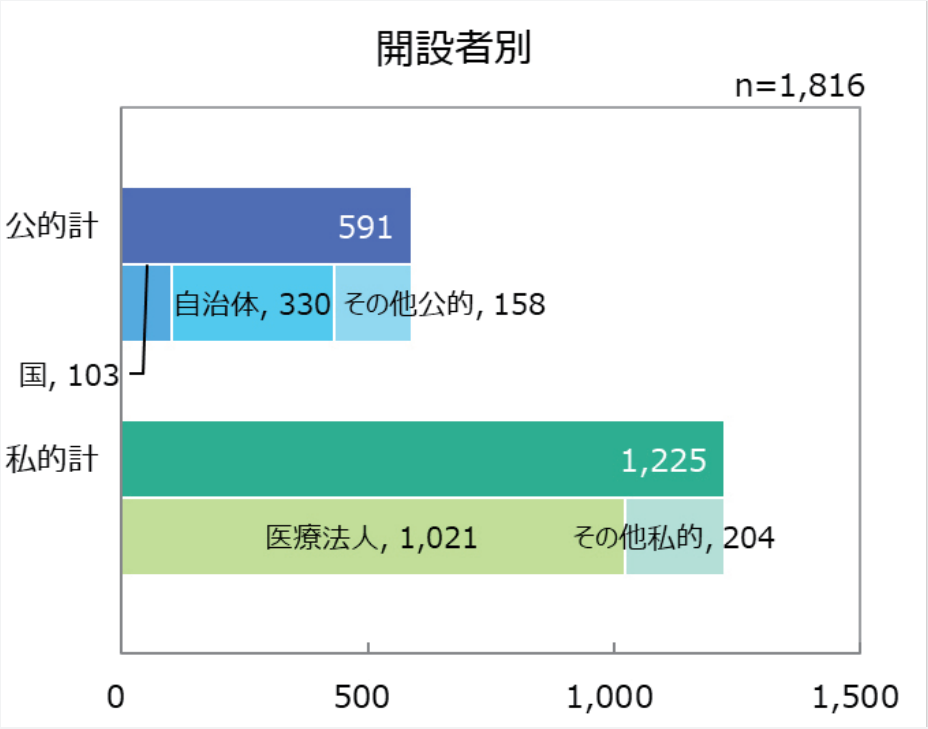


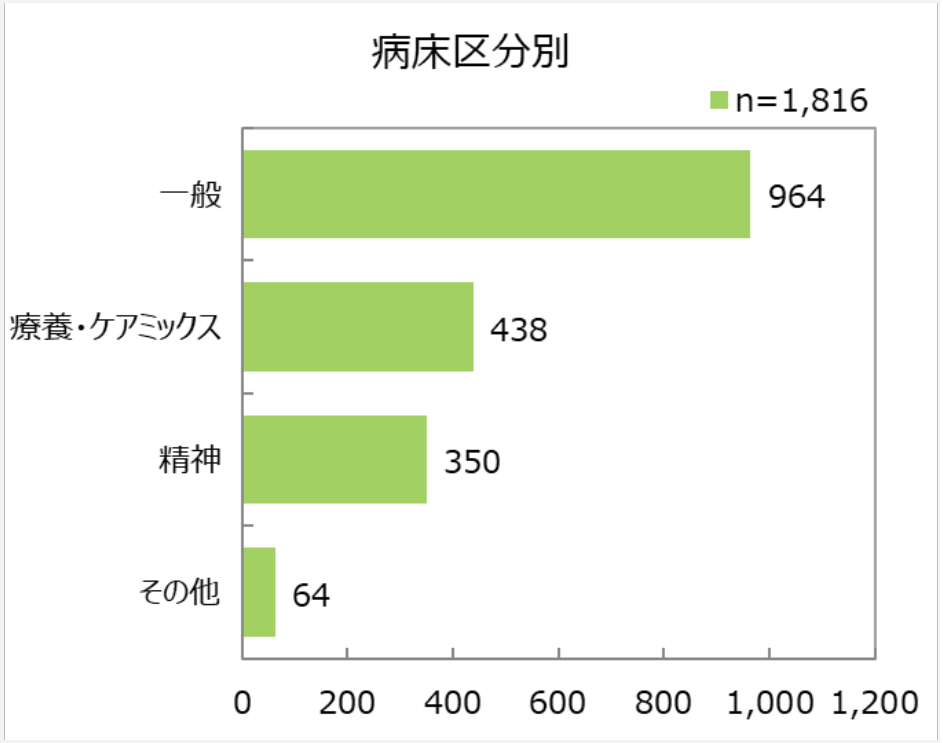
出典：WAM 独立行政法人福祉医療機構 資料より加納繁照作成

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況 ＜調査概要＞

【概要】　調査対象施設数：**5,901病院**　　回答数：**1,816病院**（有効回答**1,731病院**）　　回答率：**30.8%**

【基本情報】

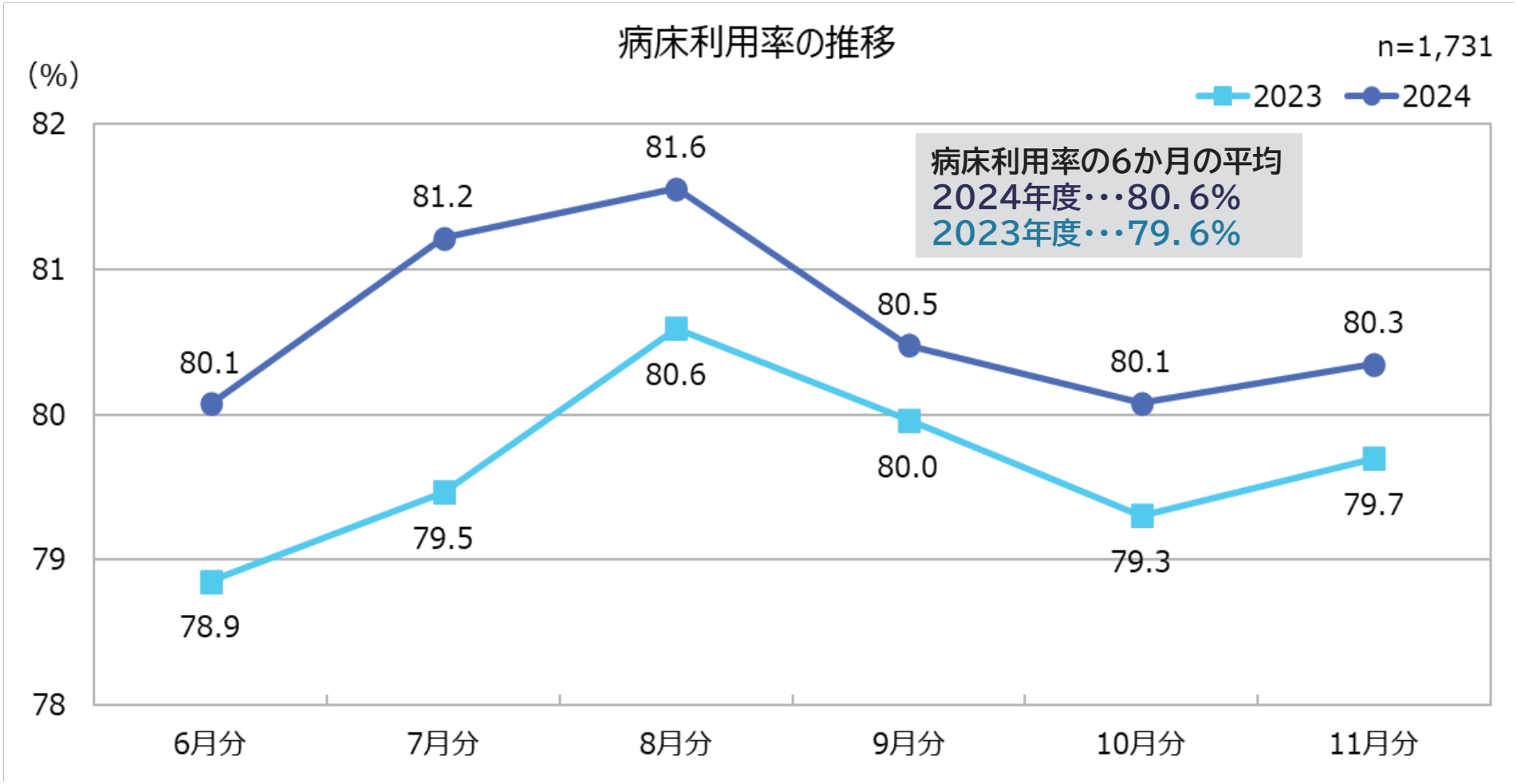




【病床区分の分け方】
一般：一般病床が全体の80%以上を占める病院
療養・ケアミックス：療養病床 or 一般病床+療養病床が全体の80%以上を占める病院
精神：精神病床が全体の80%以上を占める病院
その他：上記以外の病院

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況
＜病床利用率の推移＞

● 病床利用率は6か月平均で、2023年度より2024年度の方が1ポイント増加

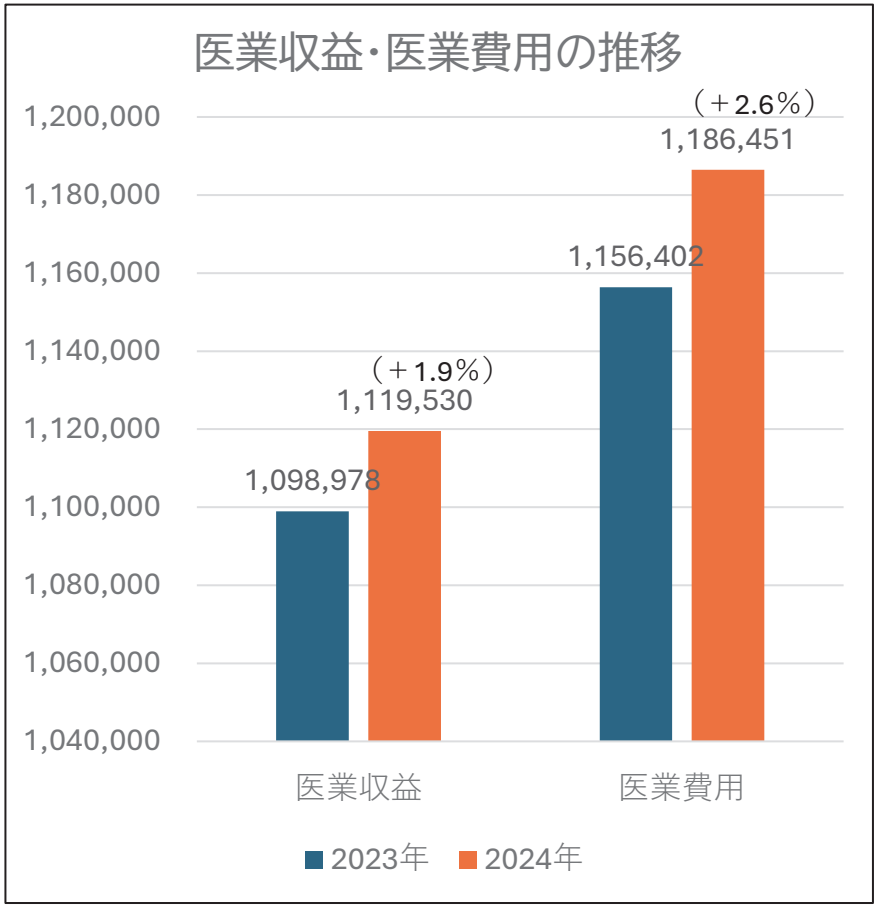


日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会・全国自治体病院協議会

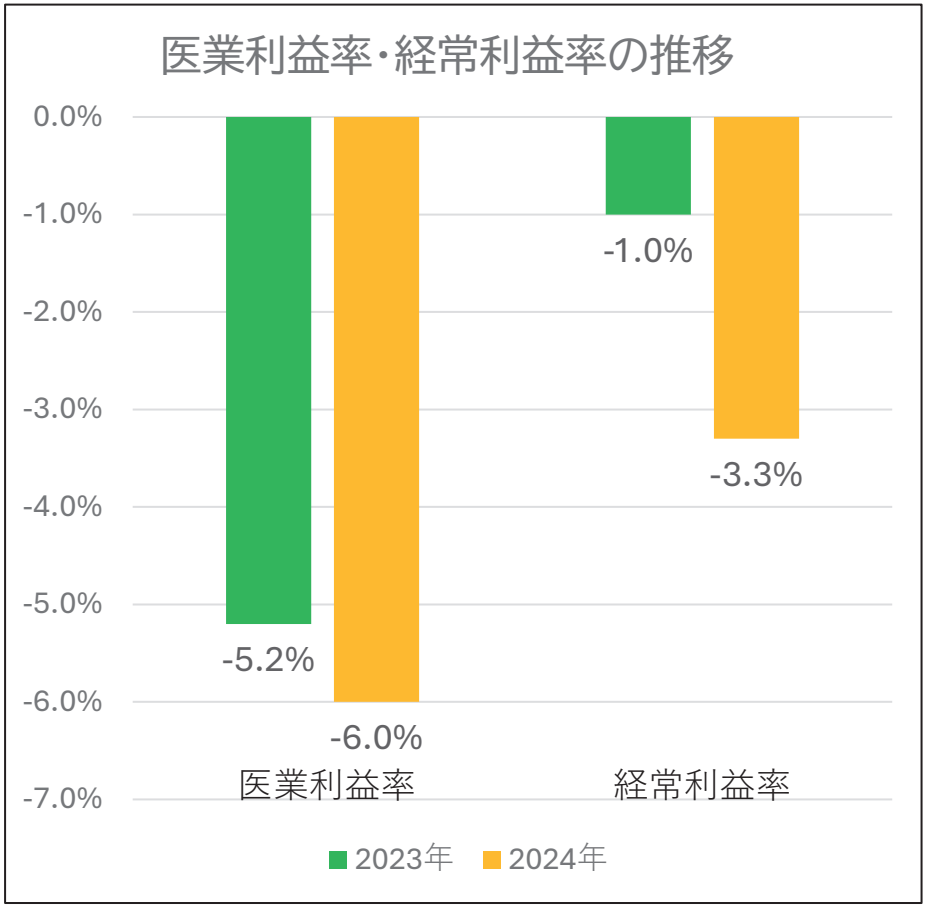
【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況
2023年／2024年　6月～11月合計
＜医業収益･医業費用、医業利益率･経常利益率の推移＞

- 2023年度、2024年度ともに**医業費用**が医業収益を**上回っている**。
- 2024年度は2023年度と比較し**医業費用の増加**が医業収益の増加より**大きい**。
- **医業利益率･経常利益率**ともに**マイナス**であり、2023年度より**2024年度の方が悪化**している

100床あたりの平均(単位:千円)

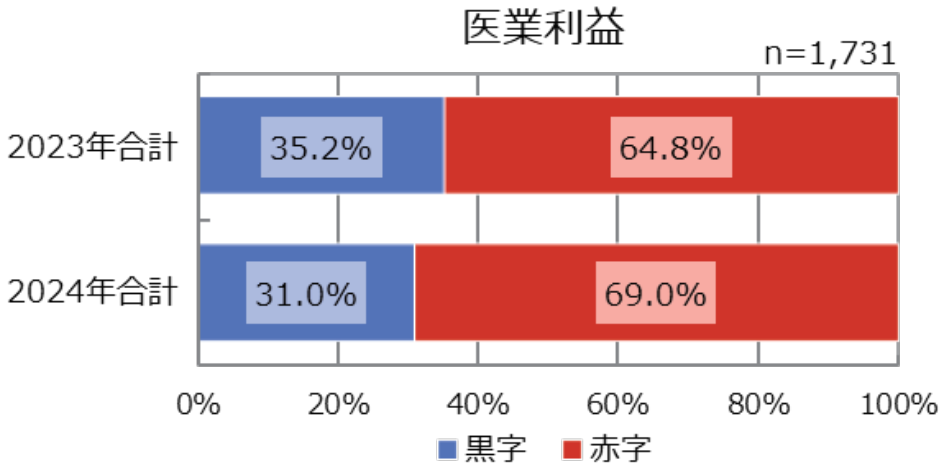


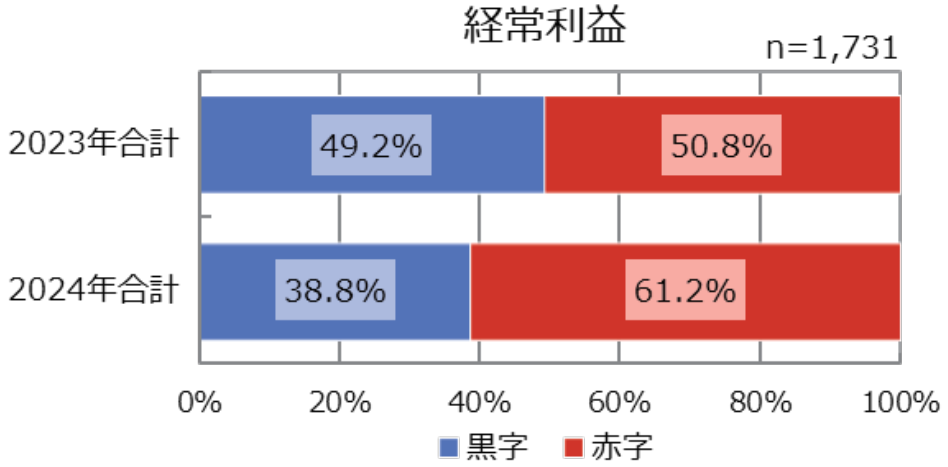
100床あたりの平均



【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況
＜医業利益･経常利益　黒字･赤字割合＞

- 医業利益･経常利益ともに2024年度は**赤字病院割合が増加**している



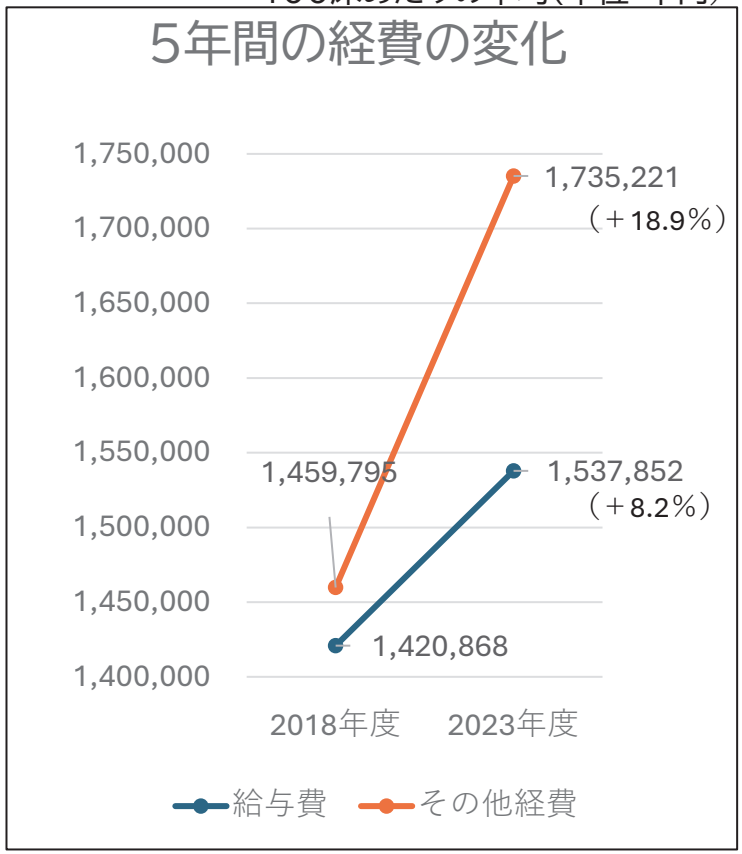


2018年度／2023年度合計　経費の変化・その他経費の内訳

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より再掲

- 2018年と2023年の経費の変化は、給与費よりも**その他経費の増加**が大きい。
- その他経費の内訳では、診療報酬では償還されない**委託費、水道光熱費などの経費が増えて**おり、**控除対象外消費税は約50%増加**している。

100床あたりの平均（単位：千円）



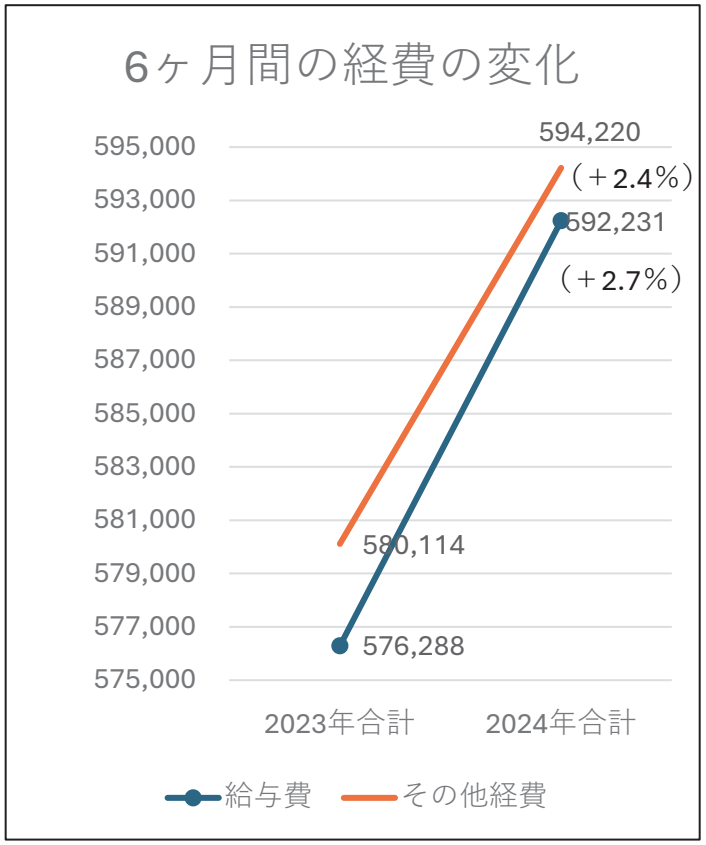
100床あたりの平均（単位：千円）

その他　経費　内訳			
	2018年度	2023年度	増加率
医薬品費	482,158	615,312	27.6%増
診療材料費	306,855	351,077	14.4%増
委託費	190,309	232,547	22.2%増
経費（水道光熱費等）	139,709	158,707	13.6%増
控除対象外消費税等負担額	30,367	45,209	48.9%増

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況
＜2023年／2024年6月～11月合計　経費の変化・その他経費の内訳＞

- 2023年、2024年の比較でも、**給与費、その他の経費が増加**しており、その内訳では**すべての費目で増加**している。
- 改定後の医業収益の増加率1．9%に対し、（医薬品費以外）**全ての経費の増加率が上回っていた。**

100床あたりの平均（単位：千円）

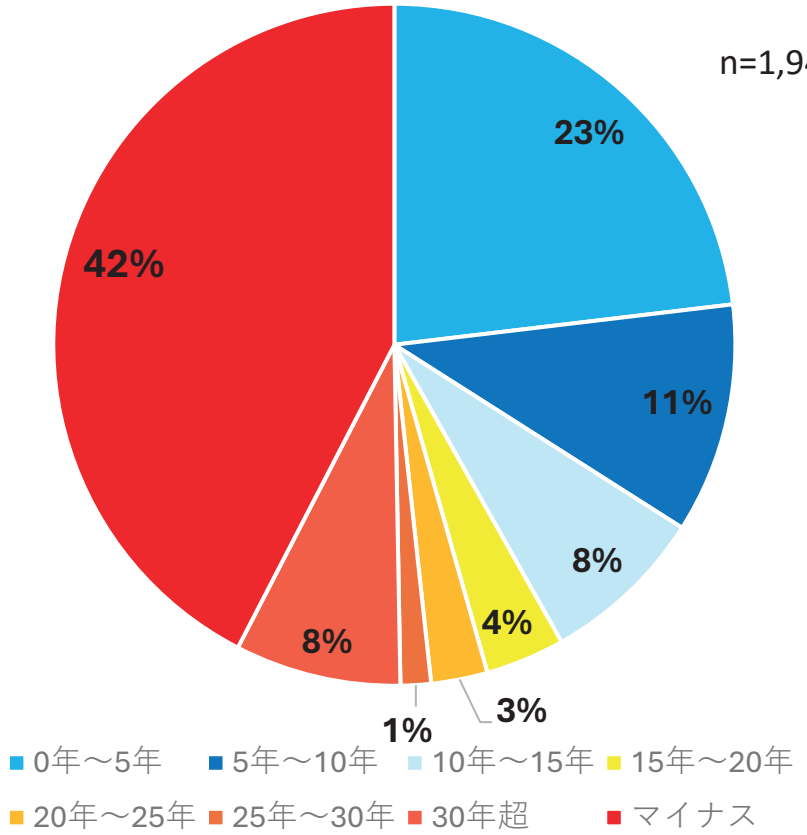


100床あたりの平均（単位：千円）

その他　経費　内訳			
	2023年度	2024年度	増加率
医薬品費	180,274	181,303	0.6%増
診療材料費	109,003	113,523	4.1%増
委託費	80,100	83,444	4.2%増
経費（水道光熱費等）	76,121	78,489	3.1%増
控除対象外消費税等負担額	14,010	14,346	2.4%増

債務償還年数(借入を返済するまでに必要な年数)

独立行政法人　WAM(福祉医療機構)より提供



＜病院の状況＞

2023年度において、債務償還年数30年超及びマイナスの病院が50%となっており、一般的に**破綻懸念先とされる30年超の病院が半数**を占めていることになる。

※一般的には5年から10年程度といわれる。

※債務償還年数＝[(短期借入金＋1年以内返済予定長期借入金＋1年以内返済予定リース債務＋長期借入金＋リース債務)－{(事業未収金＋たな卸資産)－(買掛金＋支払手形)}]÷(経常利益(コロナ関連補助金は除く)－収益関係税金＋減価償却)

※マイナスとは、債務償還原資(経常利益－収益関係税金＋減価償却)が赤字の場合

日本医師会・６病院団体合同声明

令和７年３月１２日

公益社団法人　日本医師会

一般社団法人　日本病院会

公益社団法人　全日本病院協会

一般社団法人　日本医療法人協会

公益社団法人　日本精神科病院協会

一般社団法人　日本慢性期医療協会

公益社団法人　全国自治体病院協議会

病院をはじめとする医療機関の経営状況は、現在著しく逼迫しており、賃金上昇と物価高騰、さらには日進月歩する医療の技術革新への対応ができない。このままでは人手不足に拍車がかかり、患者さんに適切な医療を提供できなくなるだけではなく、ある日突然、病院をはじめとした医療機関が地域からなくなってしまう。

まずは補助金による機動的な対応が必要だが、直近の賃金上昇と物価高騰を踏まえると、令和８年度診療報酬改定の前に期中改定での対応も必要であると考える。

さらに令和８年度診療報酬改定に向けて、以下の２点を求める。

１．『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応の廃止

賃金上昇と物価高騰等を踏まえ、財政フレームを見直して目安対応を廃止し、別次元の対応を求める。

２．診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入

医療業界でも他産業並みの賃上げができるよう、賃金・物価の上昇を反映できる仕組みの導入を求める。

資料３

第51回
国際モダンホスピタルショウ2024
INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW2024

結果報告書

健康・医療・福祉の新たなステージ
～DX推進による、確かな進化へ～

2024年 7月10日(水)・11日(木)・12日(金)　10:00▼17:00　東京ビッグサイト 東展示棟

主　催　一般社団法人 日本病院会／一般社団法人 日本経営協会　特別協力　公益社団法人 日本看護協会

国際モダンホスピタルショウ2024
INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW2024

結果報告書

CONTENTS

国際モダンホスピタルショウ2024　実施概要、開催要綱 ……1
来場者数、開会式 ……2
広報・PR活動 ……3
主催者企画 ……4
セミナープログラム（主催者セミナー／ショートプレゼンステージ／出展者プレゼンテーションセミナー） ……5
日本病院会主催　セミナー ……8
後援・協賛団体／学会 インフォメーションコーナー出展団体一覧 ……9
来場者アンケート集計結果 …… 10
出展者アンケート集計結果 …… 20
ホスピタルショウオンライン2024活用レポート …… 24
会場MAP …… 26
出展者一覧 …… 27
国際モダンホスピタルショウ委員会組織 …… 28
国際モダンホスピタルショウのあゆみ …… 30

国際モダンホスピタルショウ 2024 実施概要

国際モダンホスピタルショウ2024は、『健康・医療・福祉の新たなステージ～DX推進による、確かな進化へ～』をメインテーマに7月10日(水)・11日(木)・12日(金)の3日間、東京ビッグサイト 東4・5・6ホール(会場面積26,000㎡・展示面積 6,500㎡)を使用して開催した。会期中3日間の来場者数は35,408名、出展者数258社を数えた。

また、会期中は主催者セミナー、公開シンポジウム、出展者プレゼンテーションセミナー、ショートプレゼンステージ、企業・団体など63セッションのセミナーを実施、延べ5,831名を超す聴講者を集めた。

国際モダンホスピタルショウ 2024 開催要綱

1名　　称　国際モダンホスピタルショウ2024
2主　　催　一般社団法人 日本病院会／一般社団法人 日本経営協会　**3特別協力**　公益社団法人 日本看護協会
4テ ー マ　「健康・医療・福祉の新たなステージ～DX推進による、確かな進化へ～」
5会　　期　2024年7月10日(水)・11日(木)・12日(金)　3日間　**6開場時間**　午前10時～午後5時
7面　　積　会場面積:26,000㎡　展示面積:6,500㎡　**8出展者数**　258社・団体(2023年開催時254社・団体)
9来場者数　35,408人(3日間延べ)［2023年開催時32,919人(3日間延べ)］
10会　　場　東京ビッグサイト　東4・5・6ホール　〒135-0063　東京都江東区有明3-10-1
11後　　援　総務省、消防庁、外務省、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、環境省、東京都、(独)日本貿易振興機構、(公社)日本医師会、(公社)日本歯科医師会、(公社)日本薬剤師会、(公社)日本人間ドック・予防医療学会、(一財)医療情報システム開発センター、(一財)日本医薬情報センター、(公財)医療機器センター、(一財)医療関連サービス振興会、(公社)全国自治体病院協議会、(公社)全日本病院協会、(公社)日本精神科病院協会、(一社)日本医療法人協会、(一社)全国公私病院連盟、(一社)日本病院薬剤師会、(公社)日本栄養士会、(公社)日本診療放射線技師会、(一社)日本臨床衛生検査技師会、(一社)日本作業療法士協会、(公社)日本理学療法士協会、(公財)日本訪問看護財団、(一社)全国訪問看護事業協会、(公財)日本医療機能評価機構、(公社)日本医療ソーシャルワーカー協会、(一社)日本慢性期医療協会　(順不同)
12協　　賛　(社福) 全国社会福祉協議会、(一社)日本医療機器産業連合会、(一社)日本画像医療システム工業会、(一社)電子情報技術産業協会、日本薬科機器協会、(一社)日本医療機器工業会、(一社)日本医療機器テクノロジー協会、日本理学療法機器工業会、日本医用光学機器工業会、(一社)日本分析機器工業会、(一社)日本衛生検査所協会、(一社)日本衛生材料工業連合会、(一社)日本ホームヘルス機器協会、(一社)日本医療福祉建築協会、(一社)保健医療福祉情報システム工業会、(一社)東京都医療ソーシャルワーカー協会、(公社)日本臨床工学技士会、東京商工会議所、(公財)テクノエイド協会、(公社)全国老人保健施設協会、(一財)日本救急医療財団、(一社)日本医療情報学会、(公社)全国老人福祉施設協議会、(公社)全国有料老人ホーム協会、(商組)日本医療機器協会、(一社)日本ロボット工業会、(一社)日本産業・医療ガス協会、(一社)全国デイ・ケア協会、(一社)日本医療機器学会、(一社)Medical Excellence JAPAN、日本介護用入浴機器工業会、(特非)日本人間ドック健診協会、(特非)日本医師事務作業補助者協会、(一社)日本医療福祉設備協会　(順不同)
13展示内容　①医療環境設備・機器　②医療機器・材料　③医療情報システム　④看護支援
⑤介護・リハビリ支援　⑥健診・ヘルスケア　⑦病院・介護・医療施設運営サポート・サービス
⑧医療・福祉関連団体事業
14展示構成　●医療情報システム
●施設環境・運営サポート
●介護・福祉・リハビリ
●健診・健康増進
●看護
●医療機器
15同時開催　ナースまつり2024

来場者数

1 来場者数

会期３日間の来場者数と前回開催(2023年)の来場者数は以下のとおりである。

2024 年　東展示棟　東 4･5･6 ホール（第 51 回）

会場面積	26,000㎡	展示面積	6,500㎡
1 日目	7 月 10 日 (水)	(曇のち雨)	11,046 人
2 日目	7 月 11 日 (木)	(雨のち曇)	12,353 人
3 日目	7 月 12 日 (金)	(雨)	12,009 人
		合計	35,408 人

2023 年　東展示棟　東 1･2･3 ホール（第 50 回）

会場面積	26,000㎡	展示面積	6,500㎡
1 日目	7 月 12 日 (水)	(晴)	9,402 人
2 日目	7 月 13 日 (木)	(曇)	11,585 人
3 日目	7 月 14 日 (金)	(曇)	11,932 人
		合計	32,919 人

開会式

開幕初日(7月10日)午前9時30分から、開会式が東京ビッグサイト･東展示棟 ガレリアにて挙行され、関係者多数が出席した。

(以下、順不同)

※所属･役職は2024年7月10日現在

●開会式のプログラム

主催者挨拶

一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫
一般社団法人 日本経営協会 理事長 引野 隆志

来賓挨拶

厚生労働省 医政局参事官(特定医薬品開発支援･医療情報担当) 田中 彰子 様
公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎 様
公益社団法人 日本看護協会 常任理事 吉川 久美子 様

出展者代表挨拶

富士フイルムメディカル株式会社 代表取締役社長 川原 芳博 様

ホスピタルショウ委員長挨拶

ホスピタルショウ委員会 委員長 大道 久

テープカット

厚生労働省 医政局参事官(特定医薬品開発支援･医療情報担当) 田中 彰子 様
公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎 様
公益社団法人 日本看護協会 常任理事 吉川 久美子 様
富士フイルムメディカル株式会社 代表取締役社長 川原 芳博 様
一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫
一般社団法人 日本経営協会 理事長 引野 隆志
ホスピタルショウ委員会 委員長 大道 久

広報・PR 活動

主催者ならびに出展者から、病院関係者、ユーザーに対し約25万部の案内状が発送されたほか、ニュースリリース、各種印刷物を作成し、積極的なパブリシティ活動を展開するとともに業界専門紙・誌の広告を通じて来場者動員に努めた。

1 ご案内状（制作部数：255,000部）

一般社団法人日本病院会会員病院、後援・協賛団体、ホスピタルショウ委員会委員、出展者および行政機関、公的機関、保健福祉関係施設、医療関係学会等に配布。

2 専門紙・誌広告・web広告掲載

「病院新聞」	2月号／6月号／7月号
「日本病院会雑誌」	6月号
「最新医療経営PHASE3」	7月号
「シルバー新報」	7月号

3 インターネットホームページ

ホスピタルショウホームページにより年間を通して最新の展示会情報を提供した。ホスピタルショウオンラインの登録への誘導ページとして設定。

（URL：https://www.noma-hs.com）

4 国際モダンホスピタルショウ会場MAP

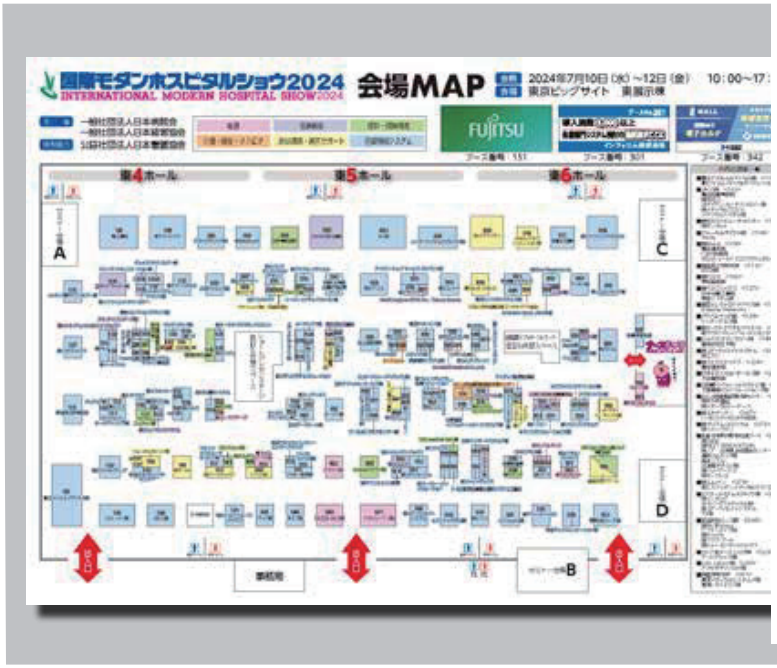
会期中、会場にて無料配布。

①会場案内図

②セミナープログラム

5 報道資料の配信

PR TIMESを活用し、プレスリリースを配信した。



主催者企画

【NPO法人 日本人間ドック健診協会 タイアップ企画】

■パビリオンブース

下記4法人のパビリオンブースでNPO法人日本人間ドック健診協会に関するサービスのPRをいたしました。

・NPO法人日本人間ドック健診協会
・ALTURA X ㈱
・㈱Welby ヘルスケアソリューションズ
・MTI ㈱

■タイアップ企画セミナー

LGBTQ+に関する課題と現状
～医療・健診施設に求められる対応とは～

岡山大学学術研究院保健学域・教授／
日本GI(性別不合)学会・理事長
中塚　幹也 氏

【病院広報アワード タイアップ企画】

■パビリオンブース

下記5法人のパビリオンブースで病院広報アワードと関連するサービスのPRをいたしました。

・㈱CB news
・㈱ヤプリ
・READYROR㈱
・LINE WORKS㈱
・㈱ベネフィット・ワン

■タイアップ企画セミナー

病院広報アワード2024ファイナル　表彰イベント

受賞病院・団体による最終プレゼンテーションを行い、審査員・来場者投票によって病院広報アワード2024の大賞が以下の団体に決定いたしました。

経営者部門：医療法人社団洛和会　洛和会音羽病院
広報担当部門：医療法人神甲会　隈病院

セミナープログラム

（団体・所属名は2024年7月12日現在のもの）

主催者セミナー　場所：東６ホール内特設会場　無料

総参加人数：3,437 名

セミナーC会場

7／10(水)

C-1　日本病院会主催

11:00~12:00
【オープニングセッション】
変革の時代を向かえて
病院マネジメントと病院DX

(一社)日本病院会　会長　相澤　孝夫 氏

C-2　日本病院会主催　公開シンポジウム

13:00~15:30
スマートホスピタルの挑戦

■開会挨拶
日本病院会ホスピタルショウ委員会委員長
／日本大学　名誉教授　大道　久 氏

■シンポジスト
順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター消化器内科　科長　浅岡　大介 氏
工学院大学建築学部建築デザイン学科教授　筧　淳夫 氏
東京都済生会向島病院看護部長　佐久間 あゆみ 氏
藤田医科大学 研究推進本部 産官学連携推進センター 教授／産学連携コーディネーター 未来共創イノベーション室 室長　瀬戸　孝一 氏

■座長
日本病院会ホスピタルショウ委員会副委員長
／(独)労働者健康安全機構 顧問　有賀　徹 氏
日本病院会ホスピタルショウ委員会委員
／(特非)パブリックプレス 代表理事　熊田　梨恵 氏

C-3　(一社) 日本医療機器学会タイアップ

16:00~16:50
医療現場の「見える化」は何をもたらすか?
ーモノの可視化が目指してきたこと、人の可視化が目指すことー
香川大学　医学部　地域医療再生医学講座・客員教授　臼杵　尚志 氏

7／11(木)

C-4

10:30~12:00
「医療DX」を理解し、最大限に活用しよう
厚生労働省 医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室 室長補佐　遠藤　明史 氏
国立大学法人 京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 予防医療学分野・教授　石見　拓 氏
帝京大学 医療情報システム研究センター 教授　澤　智博 氏

C-5

12:30~14:00
どうなる医療DX、どうすれば上手くいく?病院DX
横須賀共済病院　病院長　長堀　薫 氏
社会医療法人石川記念会　HITO病院 CXO(Chief Transformation Officer)脳神経外科部長　篠原　直樹 氏
合同会社 メディカルソリューションパートナー 代表　兵藤　敏美 氏

C-6　ハピネスライフ財団 特別セミナー

14:30~16:30
どうする病院建築! 建設工事コストの高騰にいかに対応するか。

【座長】
(一財)ハピネスライフ財団　理事長／東京大学 名誉教授／工学院大学　名誉教授　長澤　泰 氏
【副座長(主題解説)】
(一財)ハピネスライフ財団　執行役員／日揮㈱ ヘルスケアソリューション部　マネージャー　越知　伸成 氏
【登壇者】
横須賀共済病院　病院長　長堀　薫 氏
㈱佐藤総合計画　取締役(医療福祉教育担当)　室殿　一哉 氏
清水建設㈱　営業総本部 医療福祉ソリューション営業部　部長　中田　康将 氏
㈱セントラルユニ　代表取締役社長　河村　将之 氏
パラマウントベッド㈱ 営業統括部　コントラクトチーム　伊能　英明 氏

7／12(金)

C-7

10:30~12:00
セキュリティ対策のベストバイを見つけよう!
日本マイクロソフト株式会社 チーフセキュリティオフィサー　河野　省二 氏
一般社団法人ソフトウェア協会　副会長　萩原　健太 氏
帝京大学 医療情報システム研究センター 教授　澤　智博 氏

C-8

12:30~13:30
生成AIなどの最新テクノロジーで
医療をNext Stageへ!
日本マイクロソフト㈱
パブリックセクター事業本部　ヘルスケア統括本部 社会保障事業推進室 室長　石川　智之 氏
パブリックセクター事業本部　ヘルスケア統括本部 医療・製薬営業本部　アカウントテクノロジーストラテジスト　村澤　直毅 氏
TXP Medical㈱ 代表取締役　医師　園生　智弘 氏

C-9　日本病院会監修セミナー

14:00~15:30
地域社会におけるレジリエンス・BCP
～災害とサイバー攻撃に備える～

【座長】
聖路加国際大学　法人事務局長／日本病院会ホスピタルショウ委員　渡辺　明良 氏
【登壇者】
神戸学院大学　現代社会学部 社会防災学科　教授(学長補佐・危機管理担当)　中田　敬司 氏
社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 情報システム部　部長　米山　弘 氏
㈱Blue Planet-works 上席セキュリティアドバイザー　鵜原　祐輔 氏

セミナーD会場

7／10(水)

D-1　CB news タイアップ

12:30~14:30
病院広報アワード2024　表彰イベント

【審査員】
NPO法人メディカルコンソーシアム ネットワークグループ　理事長　山田　隆司 氏
㈱メディチュア 代表取締役　渡辺　優 氏
積水ハウス㈱　業務役員 コミュニケーションデザイン部 CXデザイン室長　北田　佳余 氏
㈱クラウドワークス IR・PR室 室長　飯田　真吾 氏
日本医学ジャーナリスト協会 幹事／厚生労働省「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」構成員　三浦　直美 氏

D-2

15:00~16:30
地域共生社会に向けた様々な取り組み

■人生100年時代の幸福寿命延伸を目指した大学発まちづくりプロジェクト
東京大学大学院医学系研究科 高齢者在宅長期ケア看護分野／教授　山本　則子 氏

■「地域"共生"社会」に向けたこうのす共生病院の挑戦
医療法人社団鴻愛会 こうのす共生病院 理事長　神成　文裕 氏

■コミュニティナース社会実装への挑戦
㈱CNC　執行役員　北垣　佑一 氏

7／11(木)

D-3　日本看護協会セミナー

10:30~11:30
令和６年度診療報酬改定の影響と対策
～どうする?看護関連の施設基準管理～
【座長】
国際医療福祉大学大学院　教授／副大学院長　福井　トシ子 氏
【登壇者】
(一社)日本施設基準管理士協会　理事／㈱ウォームハーツ代表取締役　長面川　さより 氏
飯田市立病院　医事課医事企画係(看護師／施設基準管理士)　川手　敬子 氏

D-4　日本看護協会セミナー

12:00~13:00
看護補助者の確保定着と課題
【座長】
(公社)日本看護協会　常任理事　井本　寛子 氏
【登壇者】
西条中央病院　看護部長　田坂　嘉子 氏

D-5　日本看護協会セミナー

13:30~14:30
看護DXへの挑戦
～飯塚病院の取り組みと思考プロセス
【座長】
(公社)日本看護協会　常任理事　吉川　久美子 氏
【登壇者】
飯塚病院　看護部 看護師長・DX推進担当　上川　重昭 氏

D-6　日本看護協会セミナー

15:00~16:00
都道府県ナースセンターによる新たなサービスの開始について
～看護職向けキャリア支援サイト「NuPS(ナップス)」のご紹介～
【座長】
(公社)日本看護協会　常任理事　橋本　美穂 氏
【登壇者】
(公社)日本看護協会　労働政策部 中央ナースセンター課長　長谷川　陽一 氏

7／12(金)

D-7

11:00~12:00
デジタル時代の医療をリードする
ー革新のためのリスキリング
社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院　事務長　田﨑　年晃 氏

D-8　日本医療企画タイアップ

13:00~14:30
病院給食経営改革　～どうする!?未来～
㈱システム環境研究所 取締役相談役　山本　行俊 氏
㈱ミールシステム 取締役会長　窪田　伸 氏
社会医療法人若竹会 理事長　金子　洋子 氏

D-9　日本医療福祉設備協会 特別セミナー

15:00~16:45
病院の経営に役立つ
ホスピタルエンジニアリング(CHE)の力
杏林大学保健学部臨床工学科　中島　章夫 氏
エア・ウォーター防災㈱　医療事業本部 営業総括部　設備技術グループ　棟形　廉 氏
東京大学医学部附属病院　企画情報運営部　新　秀直 氏
福井県済生会病院　事務部施設課　大関　匠 氏
亀田総合病院　医療技術管理部　高倉　照彦 氏

（団体・所属名は2024年7月12日現在のもの）

ショートプレゼンステージ

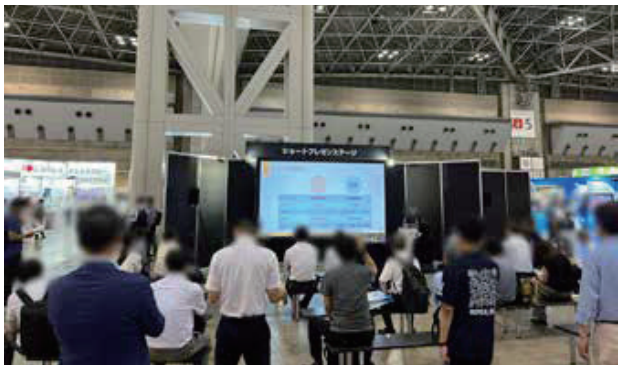
場所：東４ホール内特設会場　無料

総参加人数：610 名

ショートプレゼンステージ

場所：展示会場内特設会場　無料

	7 ／ 10(水)（20名）	7 ／ 11(木)（20名）	7 ／ 12(金)（20名）
11：00 ～ 11：20	SP-1 インフォコム㈱ 医療機関の集患戦略 1.43億円の増収を実現した集患活動事例	SP-8 NPO法人日本人間ドック健診協会 出展ブース企業からのご紹介 ㈱エムティーアイ／ ALTURA X ㈱／ ㈱Welbyヘルスケアソリューションズ	ショートプレゼンステージは、事前登録が不要です。 ご聴講希望の方は、直接会場にお越しください。
11：50 ～ 12：10	SP-2 ㈱エクセル・クリエイツ 統合型データ管理システム 『FORZ』について	SP-9 ㈱パシフィックメディカル 医療情報の標準化と地域医療のこれから ～電子カルテと医療介護連携システムのご提案	SP-16 ㈱プレシジョン AI問診票で働き方改革を実現 ～導入病院の事例をご紹介～
12：40 ～ 13：00	SP-3 I・T・O㈱ ライフライン防災 ー電気・ガス・水のバックアップー	SP-10 日本精工㈱ 搬送アシストロボで 搬送の身体負荷軽減!	SP-17 パナソニック㈱空質空調社 “次亜塩素酸で空気を洗うZiaino”
13：30 ～ 13：50	SP-4 ㈱Blue Planet-works 医療現場における サイバーセキュリティ対策『AppGurad』	SP-11 ㈱インフィニットテクノロジー ランサムウェア・BCP対策について - INFINITTが提案するSmart Archive	SP-18 ㈱フィリップス・ジャパン Philipsが提供するデータ利活用 ソリューション群のご案内
14：20 ～ 14：40	SP-5 ㈱金星 入浴介助負担30%削減! こすり洗い不要の新しい入浴介助!	SP-12 キッセイコムテック㈱ 【健診現場の働き方改革】 Web問診と読影	SP-19 フジキンソフト㈱ 気づきから確信へ、 ベッドサイドから変わるRRS
15：10 ～ 15：30	SP-6 サイオステクノロジー㈱ 医療情報システムにおける 認証セキュリティ対策（3省２ガイドライン）	SP-13 ㈱エム・イー 診療から経営、地域医療連携まで 支援出来るHAMIS・CAMISとは?	SP-20 オープン㈱ 医療機関におけるRPA活用の最新動向
16：00 ～ 16：20	本タイムスケジュール以外のお時間帯は、 休憩スペースとしてご活用いただけます。	SP-14 池上通信機㈱ はたラク! ～院内映像ソリューションであなたの仕事を応援します!～	SP-21 ㈱東計電算 医療業界向けシフト勤怠管理システム Olude



セミナープログラム

（団体・所属名は2024年7月12日現在のもの）

出展者プレゼンテーションセミナー A

場所：東４ホール内特設会場　**無料**

総参加人数：1006 名

	7／10(水)（120名）	7／11(木)（120名）	7／12(金)（120名）
11：30 ～ 12：15	**A-1** NPO法人日本人間ドック健診協会 LGBTQ+に関する課題と現状 ～医療・健診施設に求められる対応とは～ 岡山大学学術研究院保健学域・教授／日本GI(性別不合)学会・理事長 中塚 幹也 氏	**A-5** ワールドビジネスセンター㈱ 災害、サイバー攻撃など非常時の安心安全遠隔バックアップ！ まずはここから！ ワールドビジネスセンター㈱ ICTソリューション部 主幹 西口 智 氏 ㈱STNet ビジネス営業本部 ソリューション営業部 部長 高橋 秀行 氏	**A-9** ㈱コア・クリエイトシステム 医療従事者限定 自治体が主導する医療DXの実現 ～スマートインクルーシブシティ構想とそれを支える電子カルテシステム：カルテ Man・Go! ～ 能美市医師会 能美市医師会長 佐久間 寛 氏 宮崎大学医学部 名誉教授 医学博士 荒木 賢二 氏
12：45 ～ 13：30	**A-2** 富士通㈱ BEYOND 2030 - 持続可能な医療の未来のために今日からできる事 八戸市立市民病院 院長 水野 豊 氏 東北大学病院 メディカル IT センター/放射線診断科 教授 大田 英揮 氏 富士通Japan㈱ ヘルスケア事業本部 竹村 さやか 氏	**A-6** ㈱Blue Planet-works ランサムウェアは予防して守る！ 医療の継続と患者情報を守る 必要最小限のセキュリティ対策のご紹介 ㈱Blue Planet-works セキュリティエバンジェリスト 奥村 健太 氏	**A-10** ㈱アイ・オー・データ機器 医療DX実践における サイバーセキュリティの必須条件 福井大学 医学部附属病院 医療情報部 副部長／准教授 山下 芳範 氏 ㈱日本経営 Wevery!創設者 河村 伸哉 氏 ㈱アイ・オー・データ機器 コーポレート営業部 専任部長 内藤 基夫 氏
14：00 ～ 14：45	**A-3** インフォコム㈱ 集患活動事例! 「1.43億円の増収」を実現／「医師の働き方改革」立入検査への対応 インフォコム㈱ ヘルスケアイノベーション事業本部 事業企画グループ 新井田 徹 氏 ヘルスケアソリューション事業本部 病院情報システム営業部 井上 和人 氏	**A-7** ㈱セールスフォース・ジャパン 【座長】㈱セールスフォース・ジャパン インダストリーアドバイザー ヘルスケア担当 シニアマネージャー 上中 進太郎 氏 Slackで実現する電話に頼らない非同期コミュニケーション ㈱セールスフォース・ジャパン Slack 事業統括 エンタープライズ本部 第一営業部 シニアアカウントエグゼクティブ 川村 雄 氏 診療所におけるチャットツール導入・活用を考える 医療法人ほーむけあ ほーむけあクリニック 副院長 塚本 高裕 氏	**A-11** 帝人フロンティア㈱ 手術室DX －IC タグで医療現場はどう変わる？－ 東京医科歯科大学病院 准教授 材料部 部長 久保田 英雄 氏 社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院 医療情報部 副部長 兼 資材課 課長 杉浦 暢彦 氏
15：15 ～ 16：00	**A-4** アマゾンウェブサービスジャパン(同) AWS クラウド の活用事例 ～生成AI活用とセキュリティ対策～ アマゾン ウェブ サービス ジャパン合同会社 パブリックセクター ヘルスケア事業本部 本部長 大場 弘之 氏	**A-8** 帝人フロンティア㈱ IC タグで実現する購買・物流管理DX：クリニックから大病院まで 学校法人聖路加国際大学 病院事務部 副部長(経営企画担当) 谷部 聡 氏 アズワン㈱ BPO推進部 メディカルビジネス担当 スーパーバイザー 押谷 喜代彦 氏	**A-12** トレンドマイクロ㈱ 医療現場の事例から学ぶ セキュリティ運用 トレンドマイクロ㈱ 公共営業部 社会公共営業グループ グループ長 シニアマネージャー 馬場 祐介 氏

出展者プレゼンテーションセミナー B

場所：東６　主催者事務室　**無料**

総参加人数：778 名　ライブ配信視聴人数：3,882 名

	7／10(水)（80名）	7／11(木)（80名）	7／12(金)（80名）
10：30 ～ 11：15		**B-5** ㈱想実 Googleビジネスプロフィール活用術を大公開! Googleの口コミに関しての『あれこれ』 ㈱想実 西 祐香 氏	**B-10** ㈱インフィニットテクノロジー 最新医療DXの活用事例 ①BCP対策におけるデータ外部保管の活用例 (公社)東京都教職員互助会三楽病院 総務部 業務改善課 課長 横川 弘一 氏 ②画像診断分野でのAI活用術 ㈱インフィニットテクノロジー 伊藤 孝 氏
11：45 ～ 12：30	**B-1** ニッセイ情報テクノロジー㈱ 急性期病院 令和６年度診療報酬改定にどう挑むか 千葉大学医学部附属病院 副病院長 井上 貴裕 氏	**B-6** ㈱ディー・オー・エス 【担当必見!】医療情報ガイドラインに準拠した、IT資産管理の最適解とは? ㈱ディー・オー・エス 営業企画部 古賀 みのり 氏	**B-11** ㈱ソリトンシステムズ ガイドライン v6.0 が求める セキュリティ対策｜検討のポイントと具体例を解説 ㈱ソリトンシステムズ ITセキュリティ事業部 プロダクト&サービス統括本部 プロダクトマーケティング部 小川 あさぎ 氏
13：00 ～ 13：45	**B-2** (公社)日本医業経営コンサルタント協会 激動と変革の医療界を如何に生き残るか 2024年度診療報酬改定のポイントと病院の経営対応 ㈱ASK梓診療報酬研究所 所長 中林 梓 氏	**B-7** インフォコム㈱ 集患活動事例!「1.43億円の増収」を実現／「医師の働き方改革」立入検査への対応 インフォコム㈱ ヘルスケアイノベーション事業本部 事業企画グループ 新井田 徹 氏 ヘルスケアソリューション事業本部 病院情報システム営業部 井上 和人 氏	**B-12** インフォコム㈱ 集患活動事例!「1.43億円の増収」を実現／「医師の働き方改革」立入検査への対応 インフォコム㈱ ヘルスケアイノベーション事業本部 事業企画グループ 新井田 徹 氏 ヘルスケアソリューション事業本部 病院情報システム営業部 井上 和人 氏
14：15 ～ 15：00	**B-3** ㈱レコモット iPhoneとクラウド電話帳で実現する院内コミュニケーション改革 ㈱レコモット 代表取締役CEO 東郷 剛 氏	**B-8** アライドテレシス㈱ 医療DXを加速させるNetwork-AI ～データ連携から音声まで! セキュアで効率的な院内ネットワークとは～ アライドテレシス㈱ マーケティング本部 ソリューションマーケティング部 部長 松口 幸弘 氏	**B-13** PSP㈱ 医療従事者限定 PHRサービスの活用と導入のコツ 白山石川医療企業団 公立松任石川中央病院 医療情報部 医療情報課 主査 吉田 吏志 氏
15：30 ～ 16：15	**B-4** ㈱パシフィックメディカル 医療介護連携の具体的な成功事例のご紹介 ㈱メドレー オープンイノベーションパートナー／医師 豊田 剛一郎 氏	**B-9** インターシステムズジャパン㈱ 複数病院のデータを集約した情報統合基盤の構築 (独)神戸市民病院機構 法人本部DX推進室 医療専門官／神戸市立医療センター中央市民病院 耳鼻咽喉科 参事 藤原 敬三 氏 (独)神戸市民病院機構 法人本部DX推進室 担当係長 大塚 博幸 氏	**B-14** サイオステクノロジー㈱ 医療情報システムにおける セキュリティ対策（3省2ガイドライン）の対応ステップ サイオステクノロジー㈱ Cloud Identity Management SL 鈴木 祥一 氏

日本病院会主催 セミナー

（団体・所属名は2024年7月12日現在のもの）

オープニングセッション

7月10日(水)　11：00～12：00

変革の時代を向かえて病院マネジメントと病院DX

(一社)日本病院会　会長　**相澤 孝夫** 氏

公開シンポジウム

7月10日(水)　13：00～15：30

テーマ：**スマートホスピタルの挑戦**

【開会挨拶】 **大道　久** 氏　日本病院会ホスピタルショウ委員会委員長／日本大学名誉教授

【シンポジスト】

デジタル技術を活用した高齢者に優しい病院づくり
順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター消化器内科　科長　**浅岡 大介** 氏

建築計画から考えるスマートホスピタル
工学院大学建築学部建築デザイン学科教授
筧　淳夫 氏

臨床の看護を支えるベッドサイドシステムの課題と展望
東京都済生会向島病院看護部看護部長
佐久間 あゆみ 氏

院内業務効率化に向けた、院内配送サービスロボットFORROの開発から導入まで
藤田医科大学 研究推進本部 産官学連携推進センター 教授
産学連携コーディネーター 未来共創イノベーション室 室長
瀬戸 孝一 氏

【座長】 日本病院会ホスピタルショウ委員会副委員長／(独)労働者健康安全機構 顧問　**有賀　徹** 氏
日本病院会ホスピタルショウ委員会委員／(特非)パブリックプレス 代表理事　**熊田 梨恵** 氏

日本病院会監修セミナー

7月12日(金)　14：00～15：30

地域社会におけるレジリエンス・BCP ～災害とサイバー攻撃に備える～

【座長】
聖路加国際大学　法人事務局長／
日本病院会　ホスピタルショウ委員
渡辺 明良 氏

【登壇者】
神戸学院大学　現代社会学部　社会防災学科
教授(学長補佐・危機管理担当)　**中田 敬司** 氏

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院
情報システム部
部長　**米山　弘** 氏

㈱Blue Planet-works
上席セキュリティアドバイザー　**鴫原 祐輔** 氏

後援・協賛団体／学会インフォメーションコーナー出展団体一覧

【特別協力】

公益社団法人 日本看護協会

【後援】

公益社団法人 日本医師会

公益社団法人 日本人間ドック・予防医療学会

一般財団法人 医療情報システム開発センター

一般財団法人 日本医薬情報センター

一般財団法人 医療関連サービス振興会

一般社団法人 日本医療法人協会

一般社団法人 日本作業療法士協会

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

公益財団法人 日本医療機能評価機構

一般社団法人 日本慢性期医療協会

【協賛】

日本薬科機器協会

一般社団法人 日本衛生検査所協会

一般社団法人 日本衛生材料工業連合会

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会

一般社団法人 東京都医療ソーシャルワーカー協会

公益社団法人 日本臨床工学技士会

東京商工会議所

一般社団法人 日本ロボット工業会

商工組合 日本医療機器協会

一般社団法人 Medical Excellence JAPAN

特定非営利活動法人 日本人間ドック健診協会

日本介護用入浴機器工業会

一般社団法人 日本医療福祉設備協会

【コーナー協力】

未病産業研究会／神奈川県

【医療福祉建築賞の展示】

医療福祉建築賞は JIHa が主催し、1991 年に創設後、今年で 33 回目を迎え、2023 年に表彰された団体を展示した。

来場者アンケート集計結果

調査の概要

来場者のニーズや傾向を把握するために実施し、サンプル数として5,285の回答を得た。

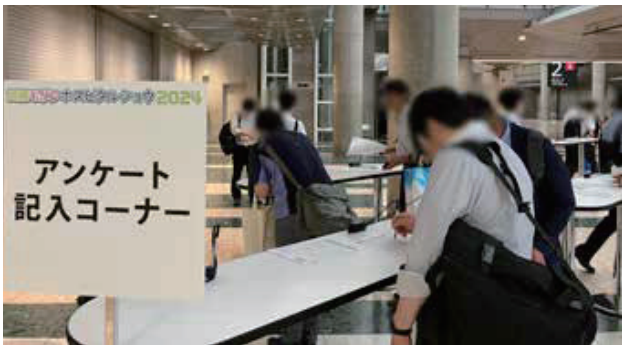
1 調査期間
2024年7月10日㈬・11日㈭・12日㈮の3日間

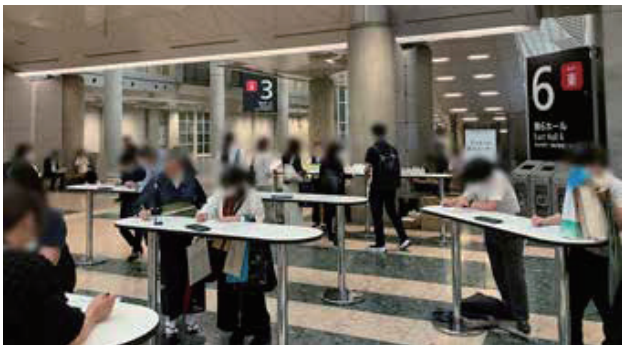
2 調査方法
東4・5・6ホール出口にてアンケート調査

3 調査対象
国際モダンホスピタルショウ2024来場者

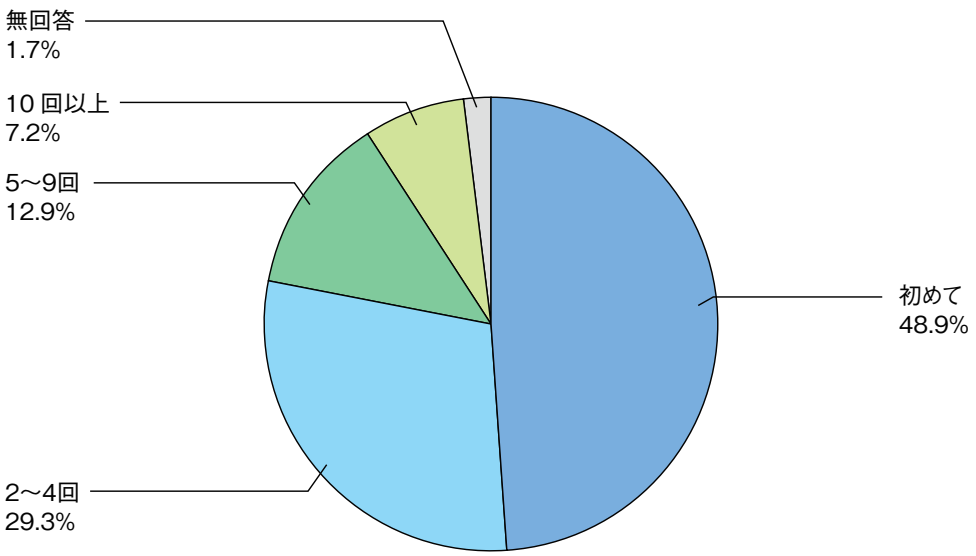
4 有効回答数
5,285人

※図表中に示した比率は、小数点以下第2位を四捨五入して求めたものです。したがって、単一回答質問の場合、合計してもちょうど100.0%にならないことがあります。



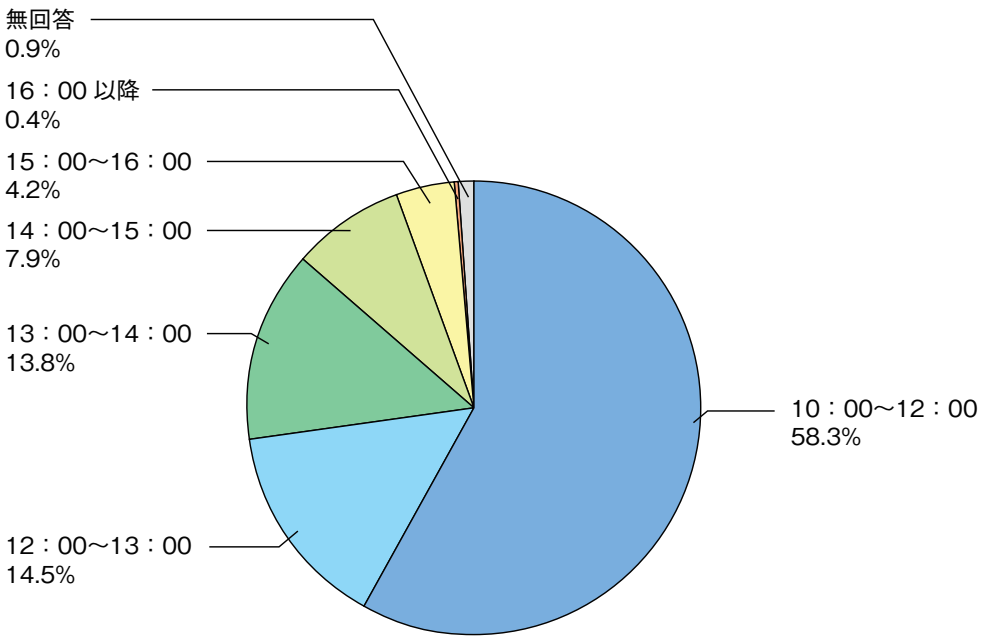


1. 国際モダンホスピタルショウのご来場は?



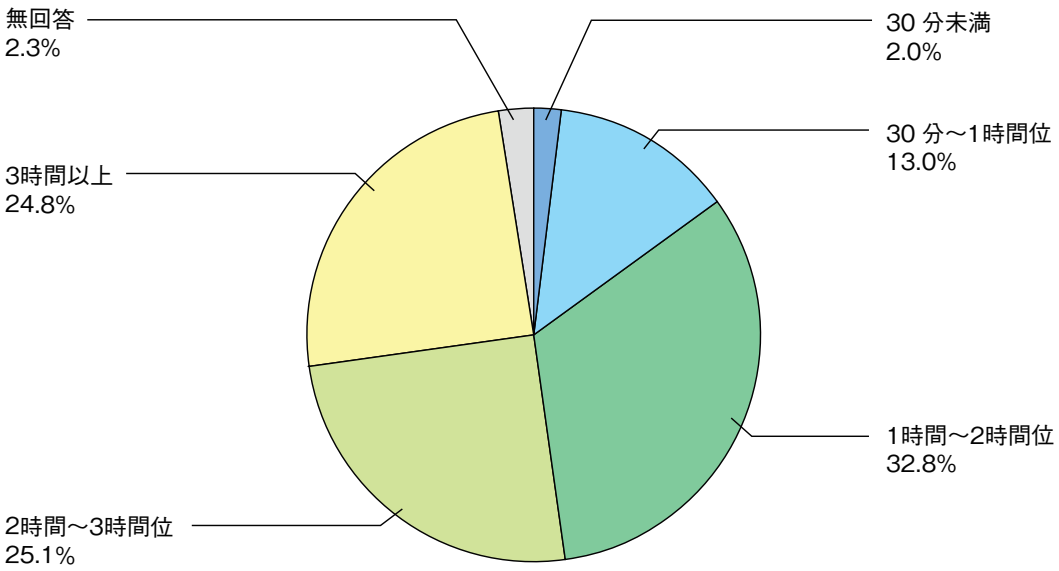
n=5,285

2. 会場にご到着された時間帯は?



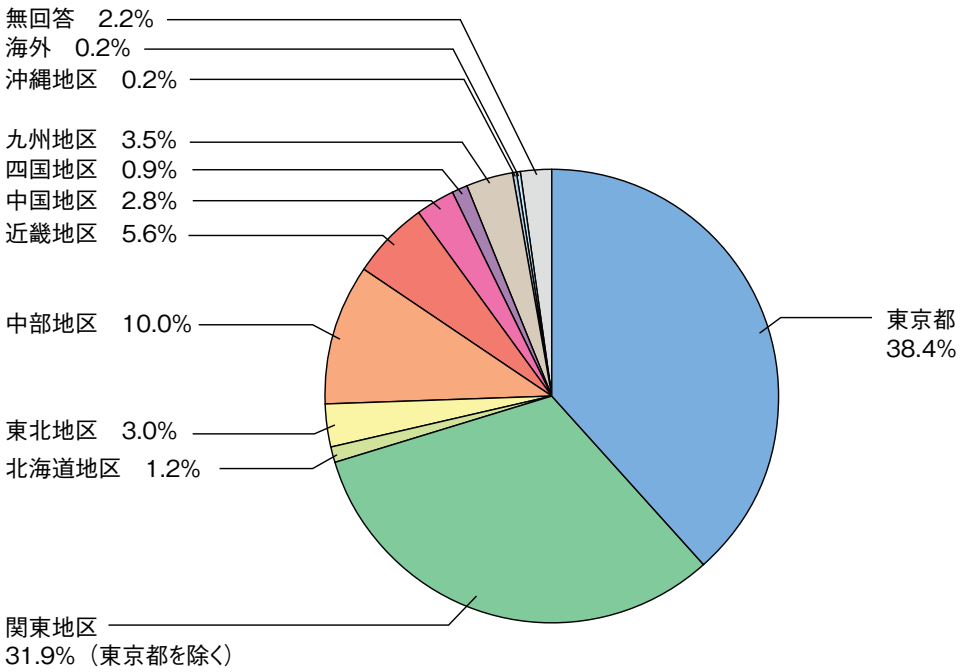
n=5,285

3. ご見学された時間は?



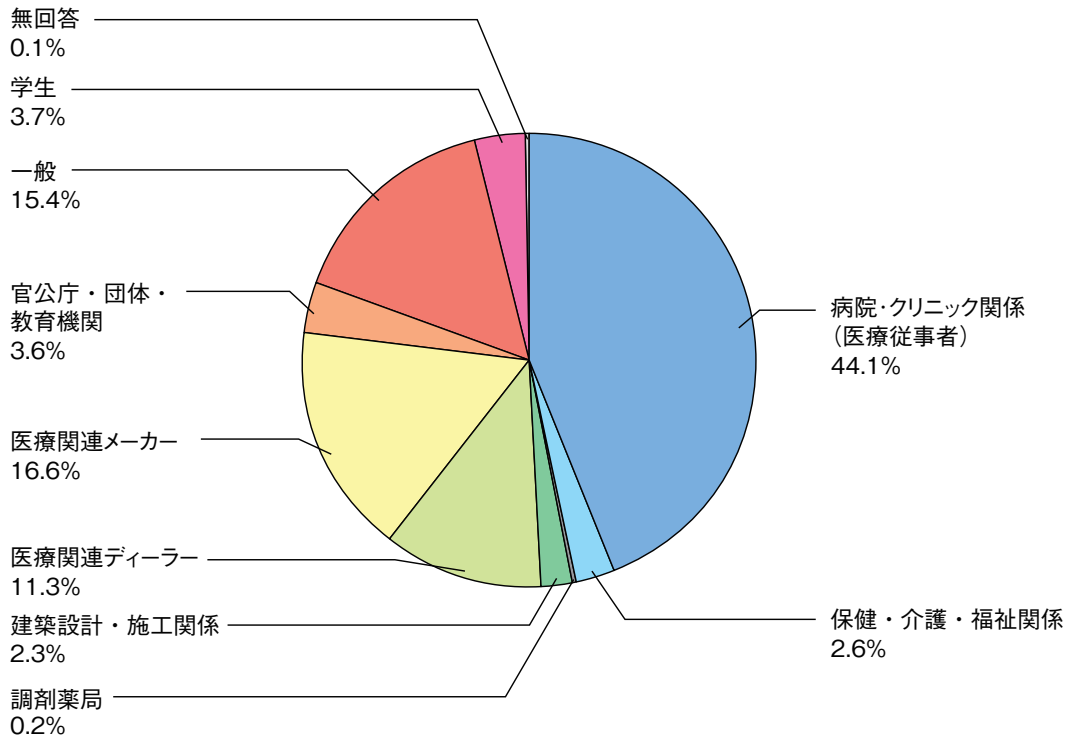
n=5,285

4. あなたの勤務地（又はお住まい）は?



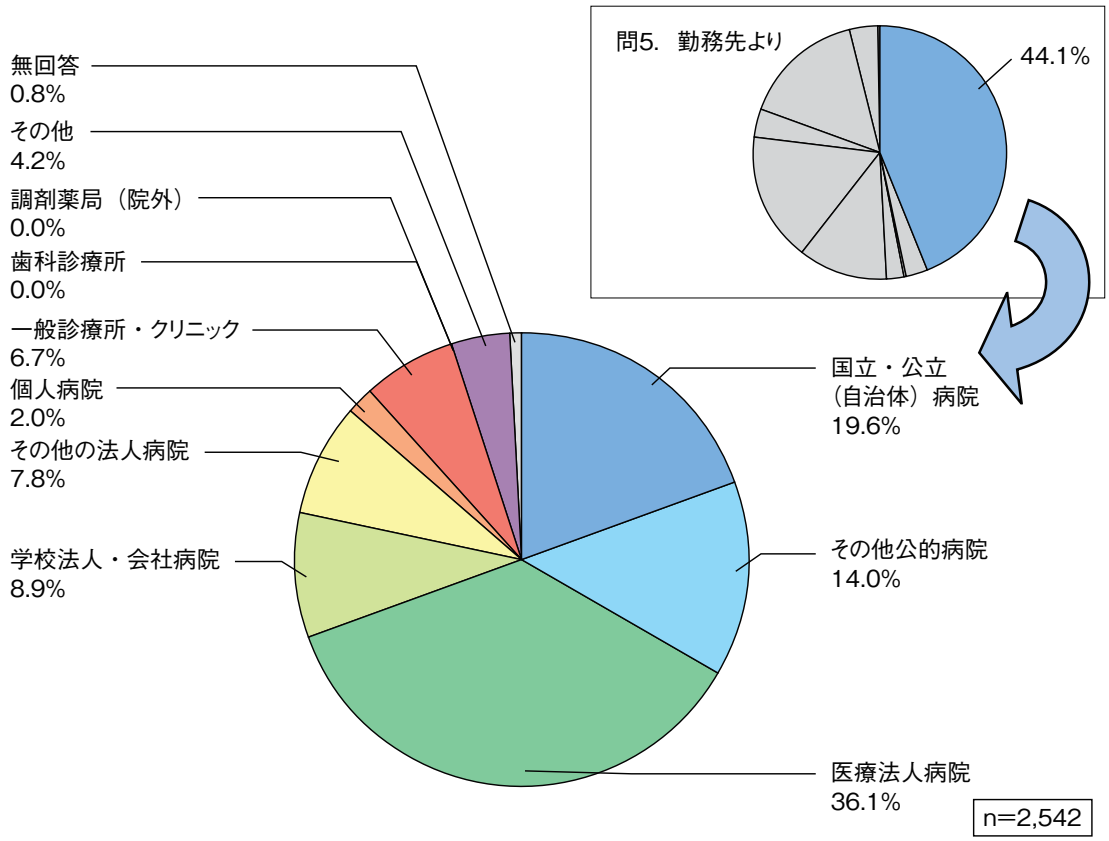
n=5,285

5. あなたの勤務先は?



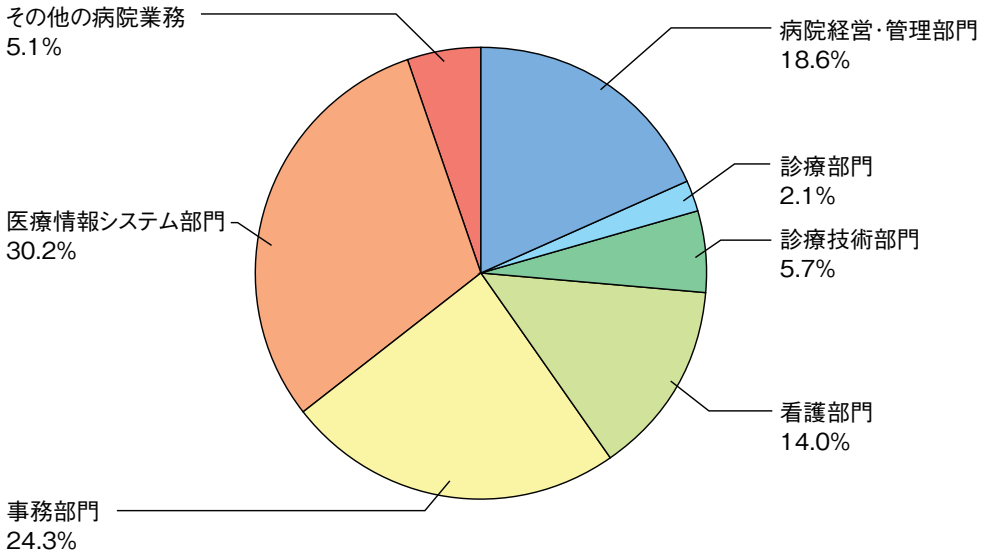
n=5,285

6. あなたの就業先は?（医療従事者のみ）



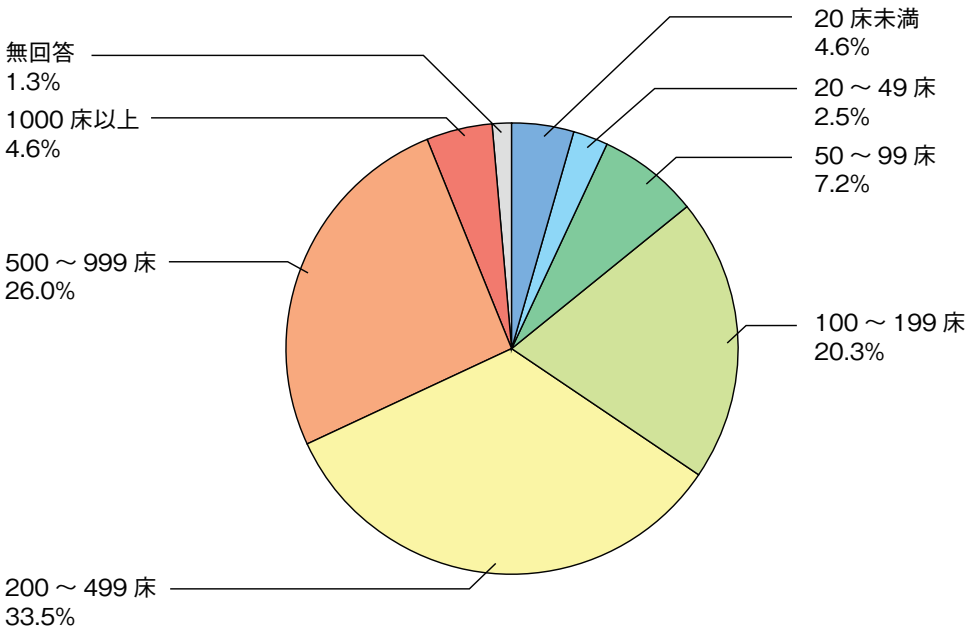
n=2,542

7. あなたの所属部門は?（医療従事者のうち調剤薬局とその他を除く）



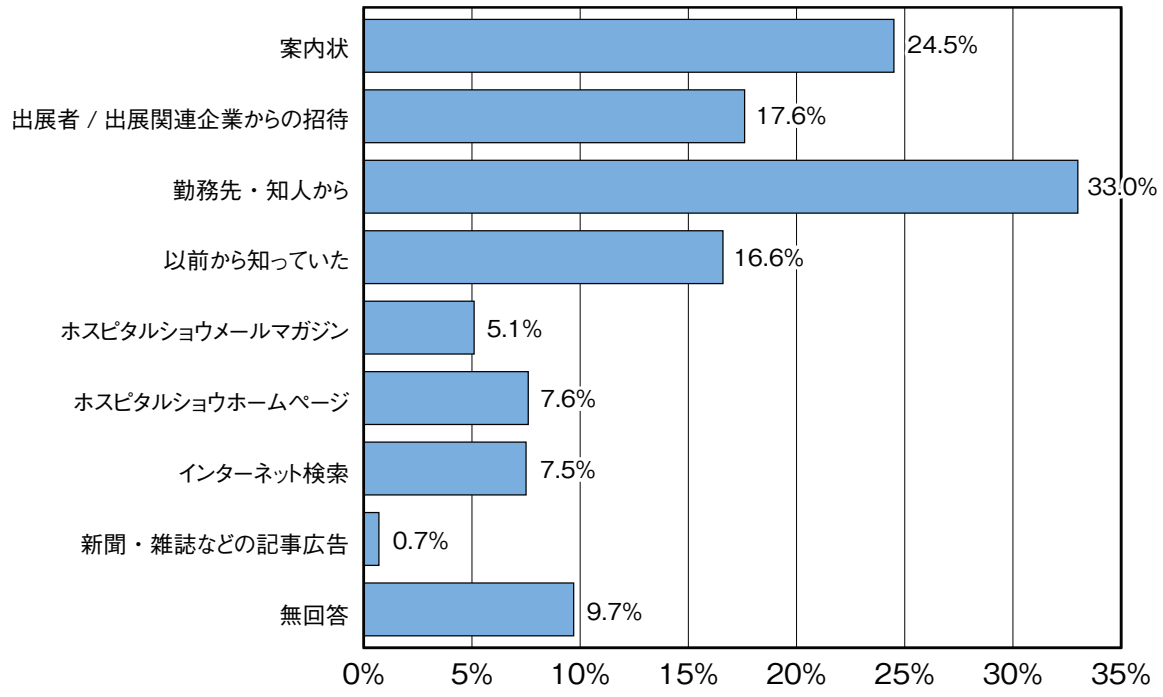
n=2,415

8. あなたの就業先の病床数は?（医療従事者のうち歯科診療所、調剤薬局その他を除く）

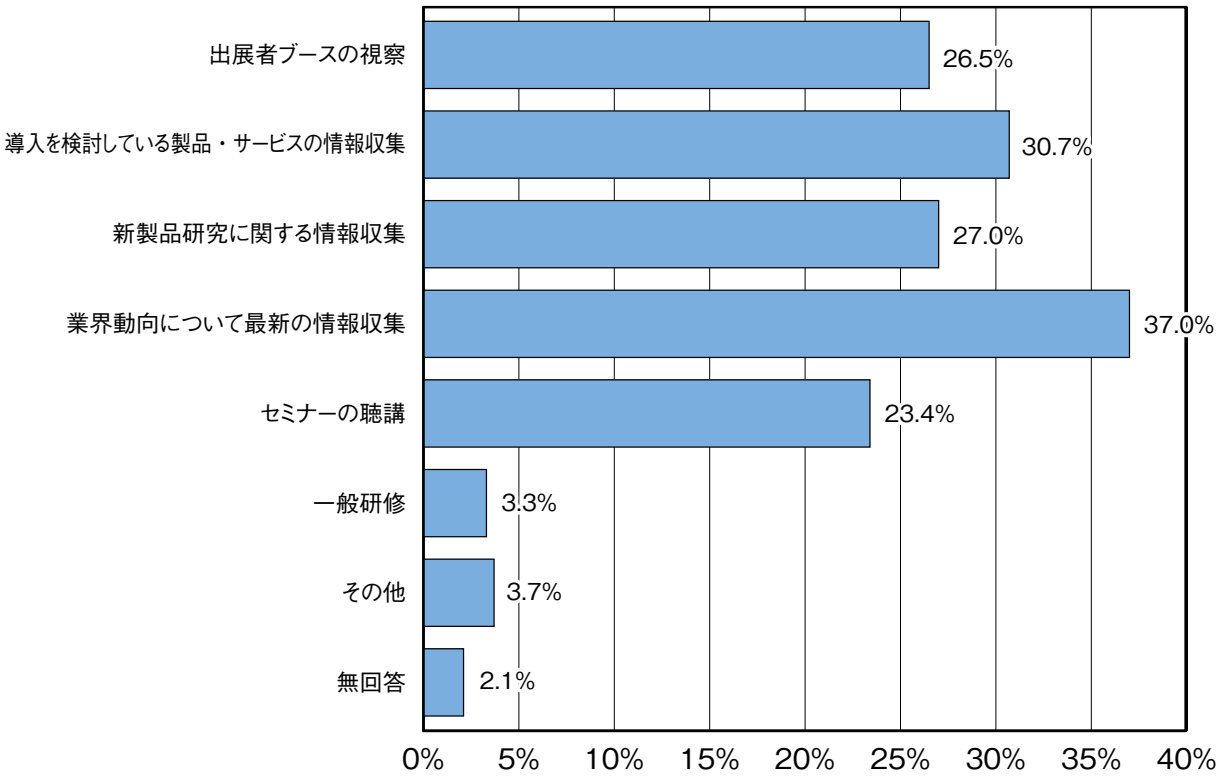


n=2,244

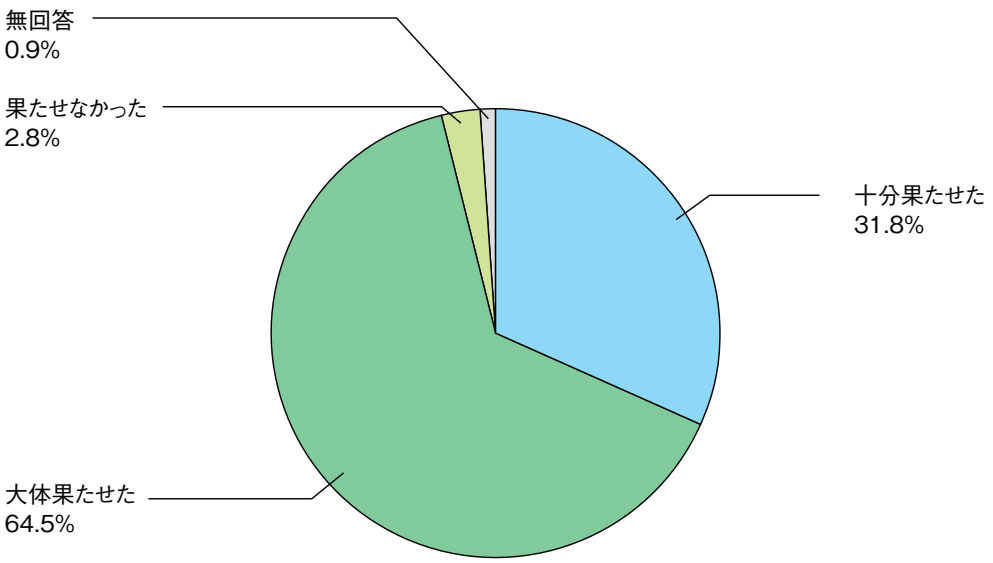
9. 国際モダンホスピタルショウについての情報は?（複数回答可）



10. ご来場の目的は?（複数回答可）

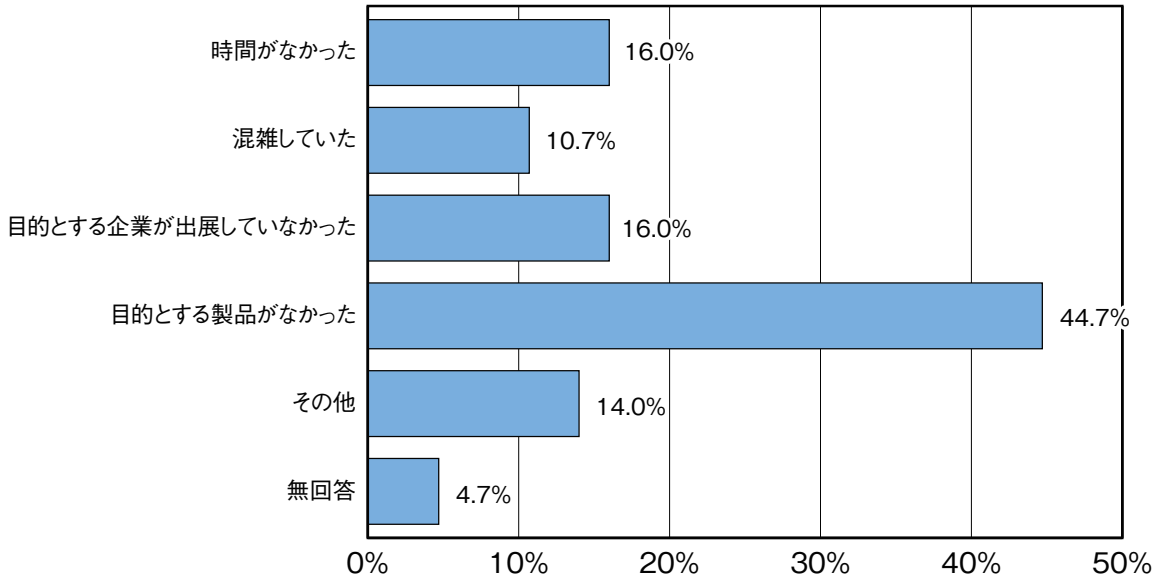


11. ご来場の目的は果たせましたか?

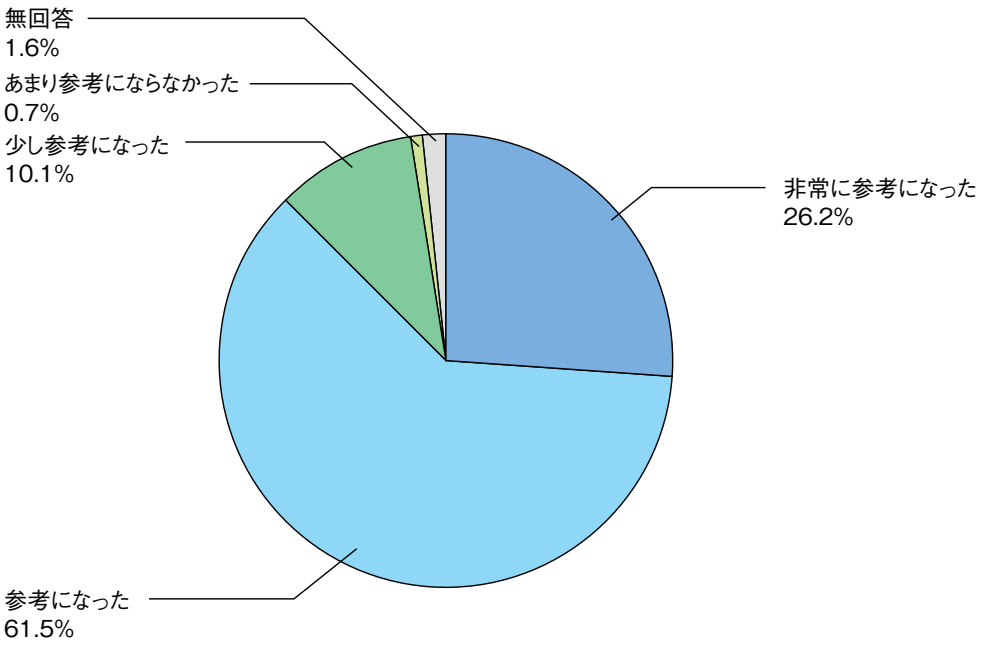


n=5,285

12. 目的を果たせたなかった理由は?（複数回答可）

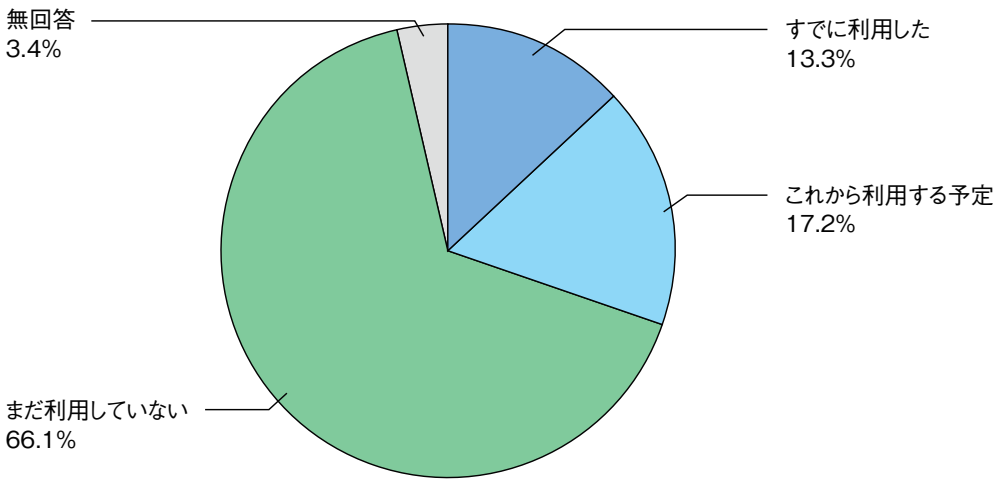


13. 展示物は全体的にいかがでしたか?



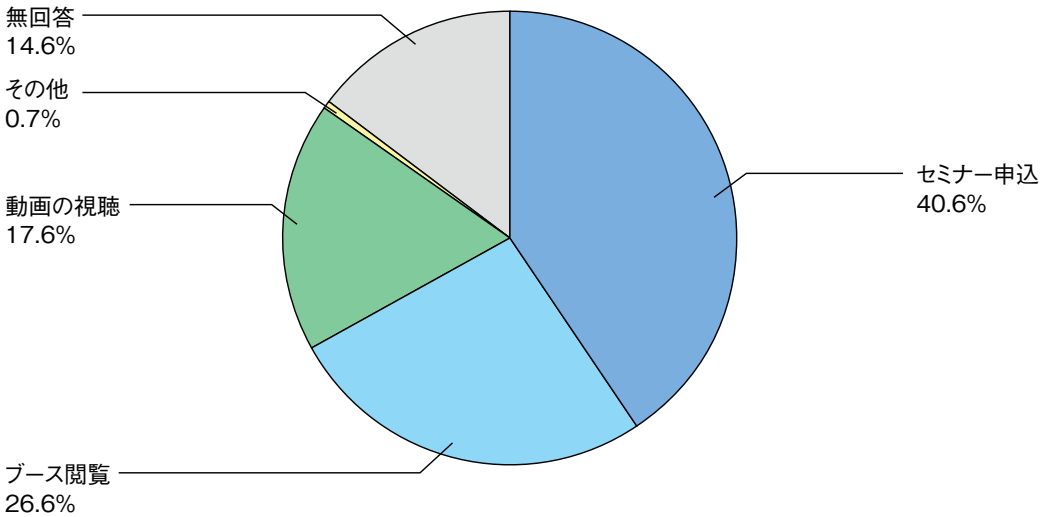
n=5,285

14. ホスピタルショウオンラインについてお聞かせください



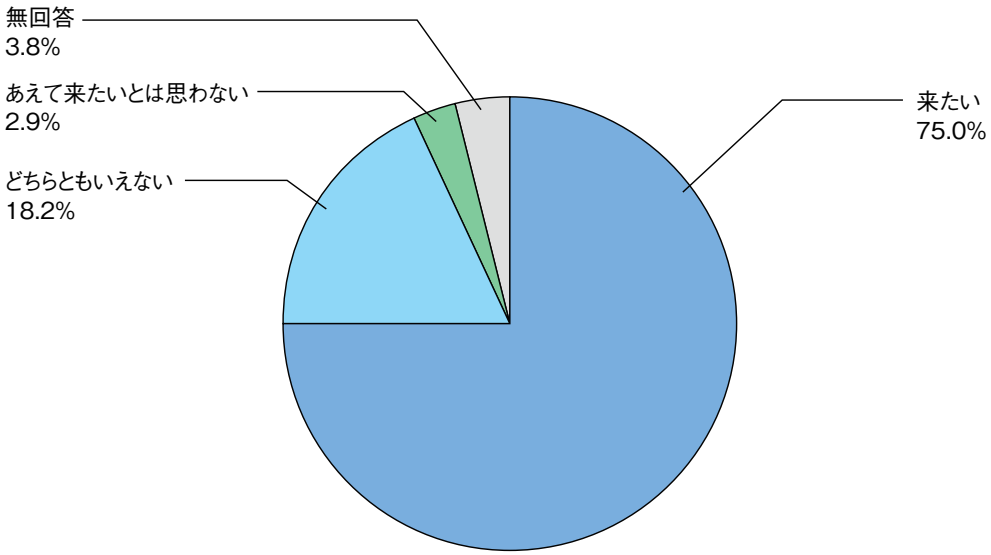
n=5,285

15. すでに利用した、これから利用する予定と回答された方におたずねします。どのような用途でご活用されましたか



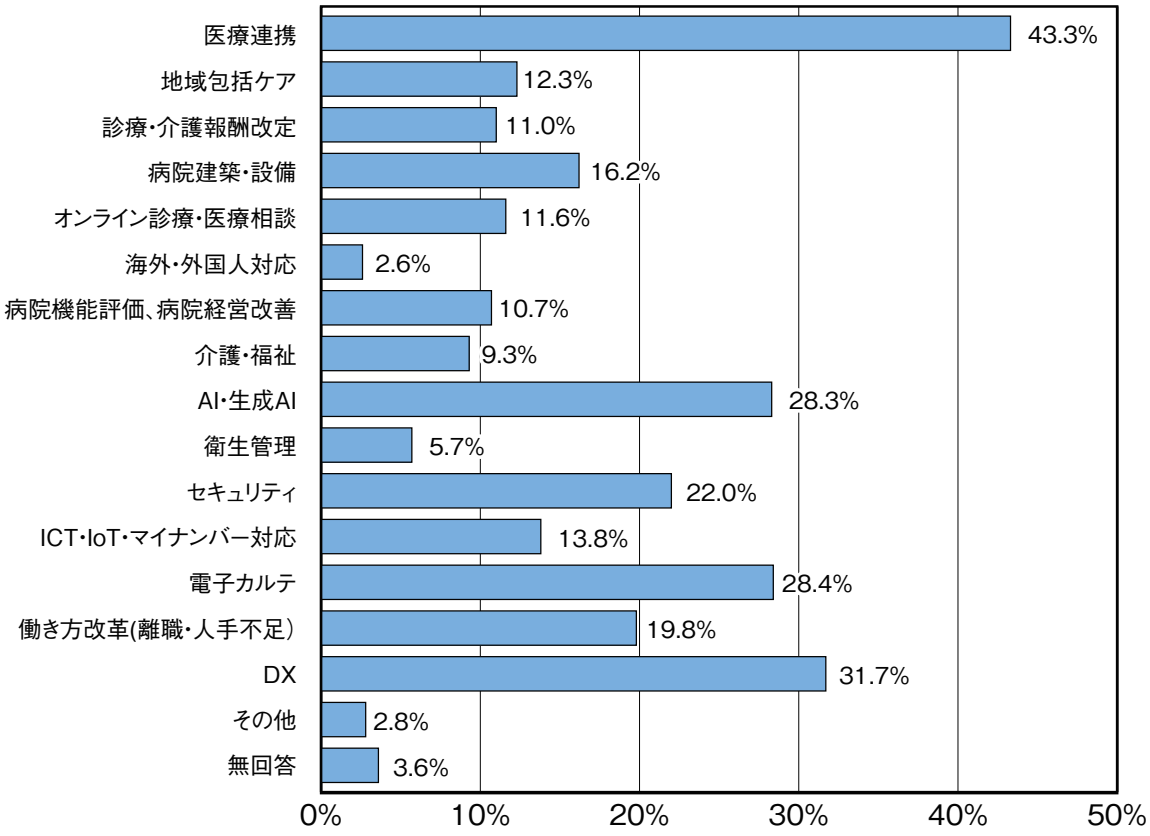
n=1,612

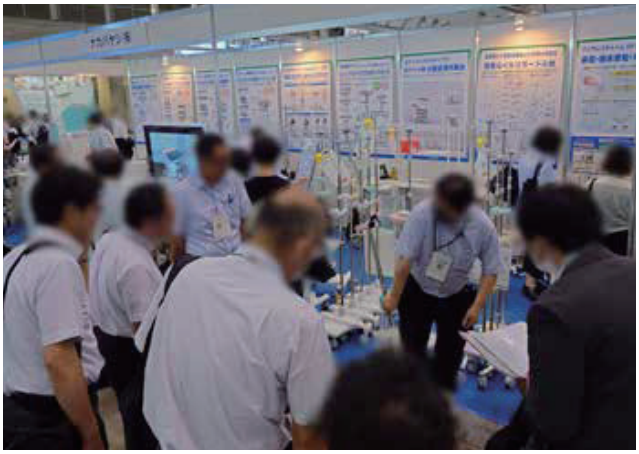
16. 来年も国際モダンホスピタルショウをご覧になりたいですか?



n=5,285

17. 関心のあるテーマは以下のどちらですか?（複数回答可）





採血、もう
怖くない。

DX化を実現

出展者アンケート集計結果

調査の概要

1 調査方法・期間
会期終了後、出展者にアンケート調査を実施

2 調査対象
国際モダンホスピタルショウ2024出展者
（共同出展者は除く）

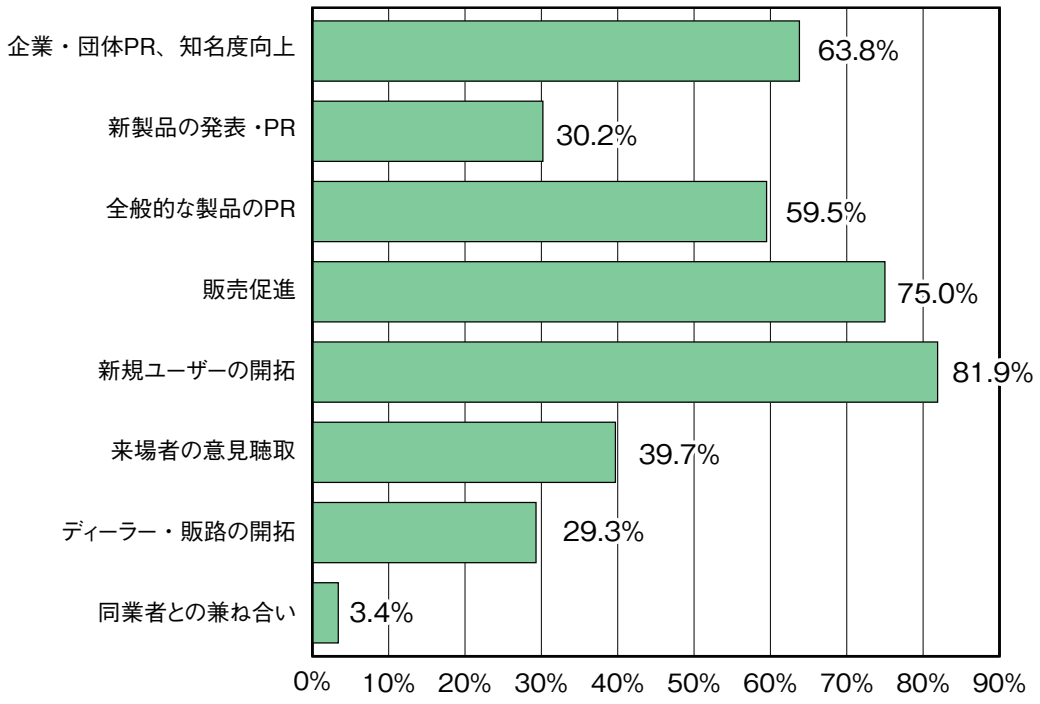
3 アンケート数
179通

4 回答数
116通

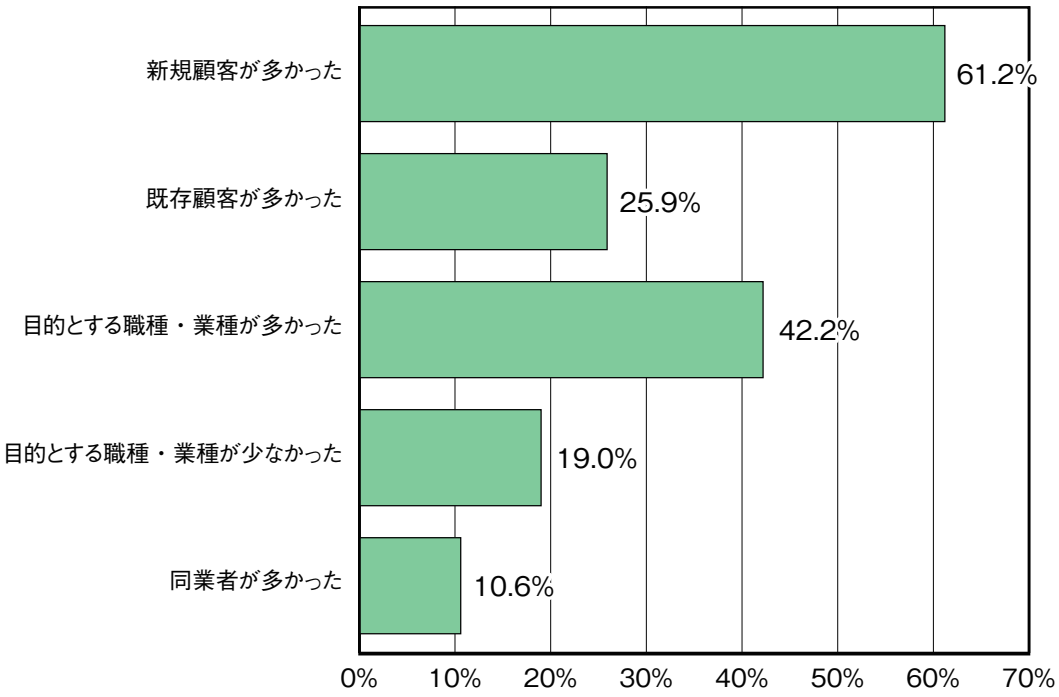
5 回収率
64.8%

※図表中に示した比率は、小数点以下第2位を四捨五入して求めたものです。したがって、単一回答質問の場合、合計してもちょうど100.0%にならないことがあります。

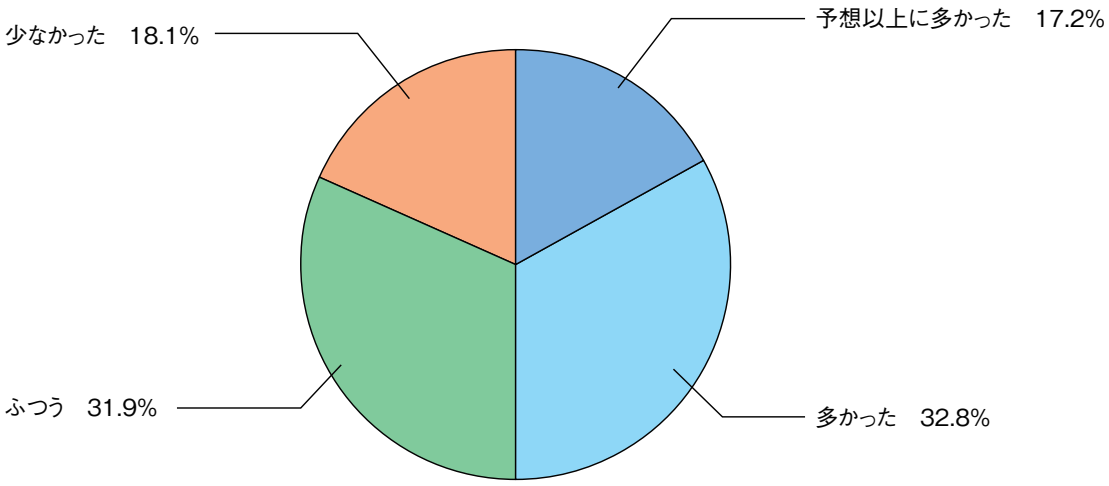
1. 今回の出展の目的は、どのようなものでしたか？（複数回答）



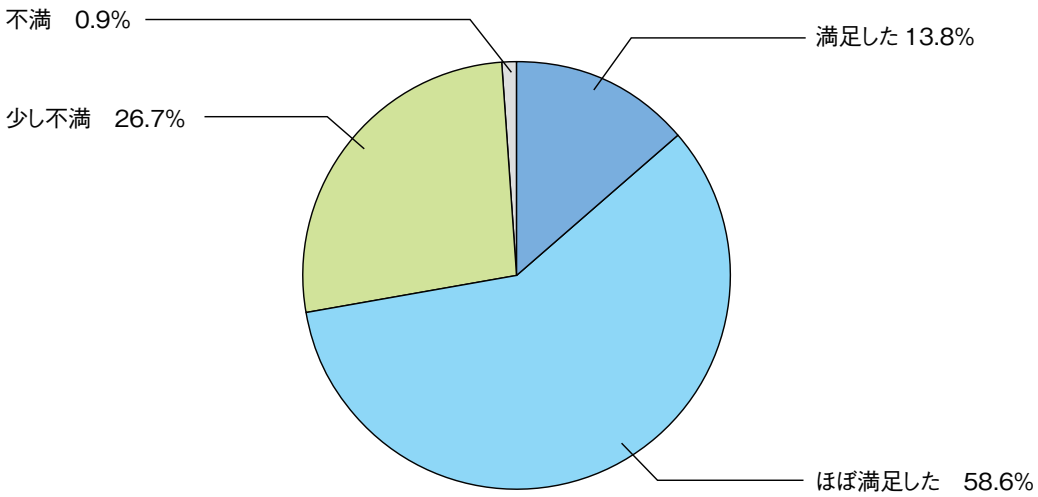
2. 来場者層について（複数回答）



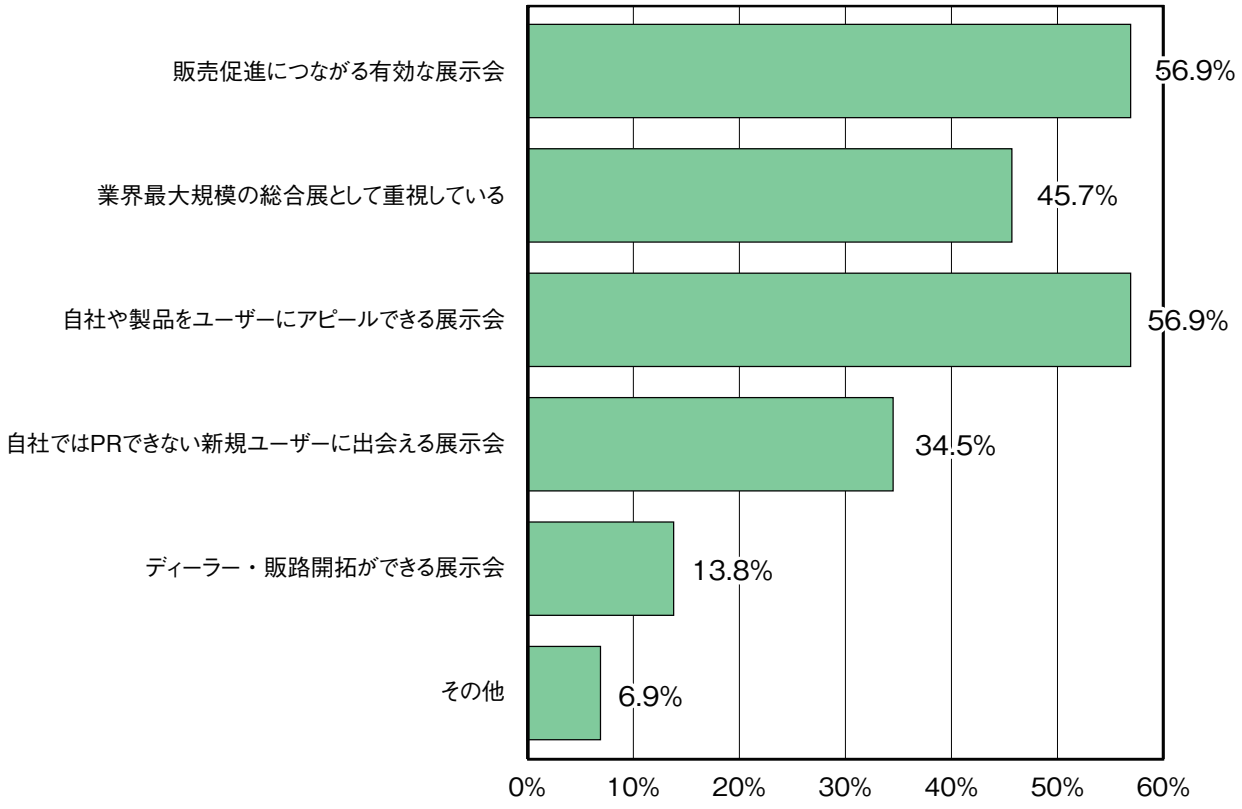
3. 貴社出展ブースの来場者数は?



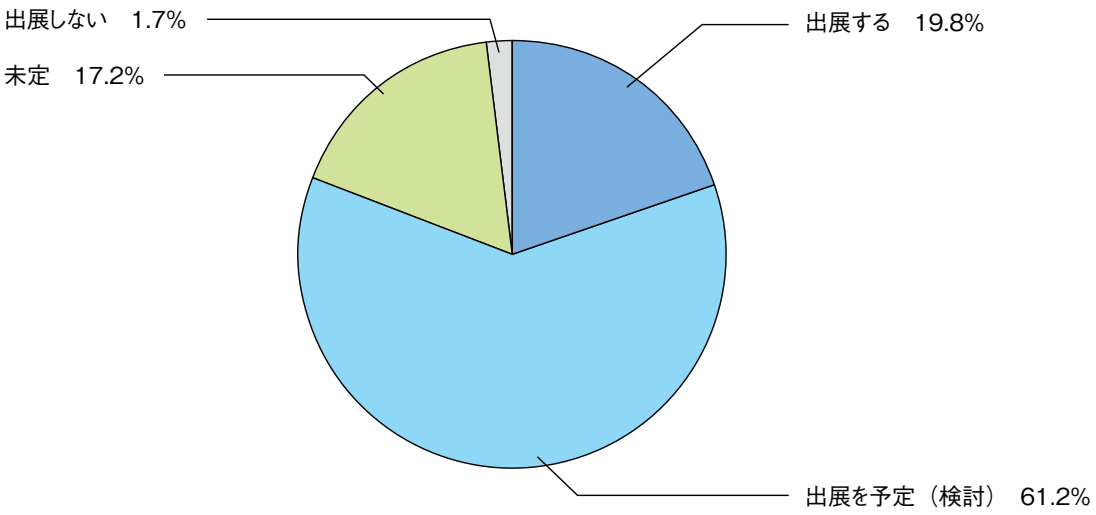
4. 今回出展して満足されましたか?



5. 貴社にとって、ホスピタルショウの位置づけは?（複数回答）



6. 次回のホスピタルショウ出展について



ホスピタルショウオンライン 2024 活用レポート

「国際モダンホスピタルショウ 2024」では、公式 HP 内にオンライン展示会（ホスピタルショウオンライン）を設置し、2024 年 6 月 3 日～ 7 月 31 日までの期間で開催した。
実施概要と結果、および効果的な活用についてレポートする。

＜ホスピタルショウオンライン概要＞

期間：6 月 3 日（月）～ 7 月 31 日（水）
出展者数：179 ブース
総来場登録者数：48,724 名

① TOP ページ上位

※ TOP ページ上位の表示画面では、スポンサーブースと、主催者・協力団体・出展者の企画動画を公開した。
ホスピタルショウオンラインに訪れた誰もが目にする画面での PR ができ、多くのリード獲得につながっていた。

②出展者・団体ブース一覧

※ TOP ページ下段では、出展者・団体ブースを設置し、検索機能も活用した。
各出展者にサムネイル画面の設定や、タイトルなど作成をしていただき、ブースへ誘導した。

③各ブース画面ページ

※各ブース画面では、企業・団体ごとにイメージ画像もしくは動画で製品・サービスを紹介し、さらに資料ダウンロード機能も使用できる仕様にした。**ブースを訪問した時点でリードの獲得が可能**な仕組みにした。

ホスピタルショウオンライン 2024 活用レポート

① ページビュー総数：　912,129 回

ホスピタルショウオンラインに訪れ各ページが表示された総回数。

② ブース訪問総数：　80,303 回

ホスピタルショウオンライン上で来場者が実際に各ブースを訪れた回数。
「スポンサーブース」「動画配信」「出展者プレゼンテーションセミナー B（Live 配信）」を活用し、自社ブースに誘導していたブースが訪問回数の上位を占めていた。

③ 資料ダウンロード総数：　8,013 回

自社ブースに設置した製品・サービス紹介資料を、来場者がダウンロードした回数。
「動画配信」や「出展者プレゼンテーションセミナー B（Live 配信）」の参考資料として紹介するなど、工夫をしているブースが資料ダウンロード回数の上位を占めていた。

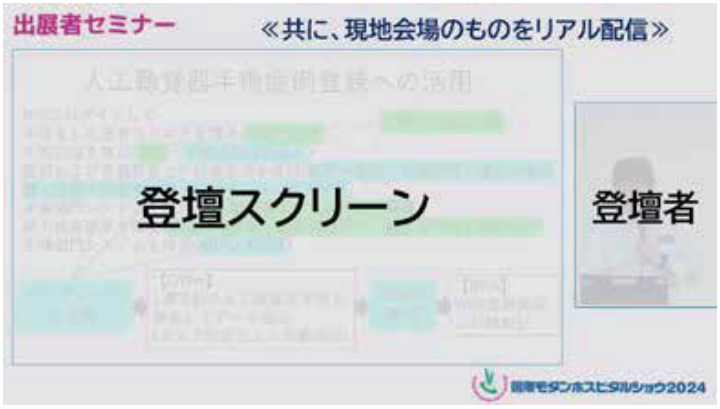
④ 出展者プレゼンテーションセミナー B（Live 配信）の活用：　1 枠平均 277.3 回

リアル会場での出展者プレゼンテーションセミナーと連動し、ホスピタルショウオンライン上で Live 配信を行った際に視聴された回数。最新動向を知る機会として、リアル会場と Live 配信を併用し非常に多くの方に視聴された。

ライブ配信実施数：14 コンテンツ　／　総視聴回数：3，882 回

＜リアル会場の様子＞

＜ Live 配信イメージ＞



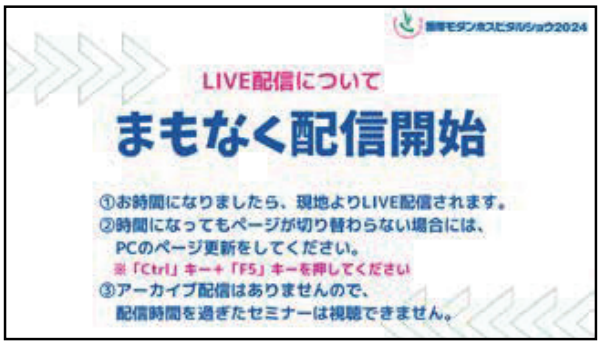
⑤ ホスピタルショウオンライン TOP ページ動画配信の活用：　1 動画平均 164.5 回

出展者が期間限定で動画配信をできる有料オプションサービス。各社希望する日程で、ホスピタルショウオンラインの TOP ページ上位画面にて、予め作成した動画コンテンツ（セミナーやサービス紹介 PV 等）を配信し多くのリード獲得につなげた。

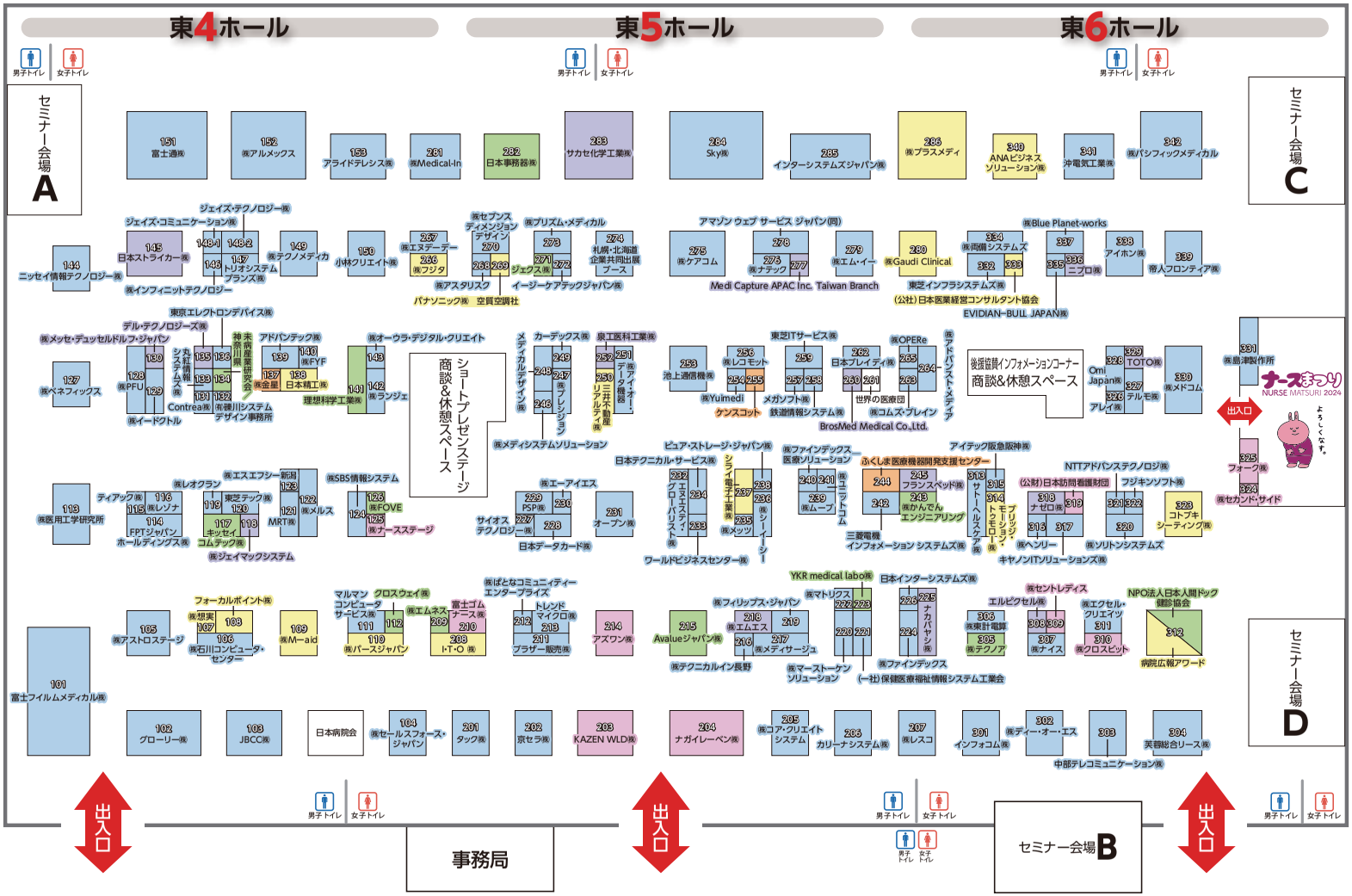
実施コンテンツ動画数：8 コンテンツ　／　総視聴回数：1，316 回

＜ TOP ページ動画の活用イメージ＞

A:動画配信パターン（製品･サービス PR の動画など）／ B:Live 配信パターン（出展者プレゼンテーションセミナー）



会場 MAP



共同出展者一覧

■富士フイルムメディカル㈱ <101>
富士フイルムメディカルITソリューションズ㈱

■JBCC㈱ <103>
亀田医療情報㈱
㈱NHCS
JBアドバンスト・テクノロジー㈱
㈱メディカルフロント
メディカルシステム㈱

■㈱石川コンピュータ・センター <106>
㈱サンネット

■フォーカルポイント㈱ <108>
Shokz

■㈱M-aid <109>
豊田通商㈱
トヨタ紡織㈱
デロイトトーマツ リスクアドバイザリー(同)

■㈱医用工学研究所 <113>
KDDI㈱

■㈱FOVE <126>
東和薬品㈱

■㈱ベネフィックス <127>
日本光電工業㈱
東亜システム㈱

■㈱東京エレクトロンデバイス㈱ <136>
Extreme Networks

■㈱アドバンテック㈱ <139>
シーアンドエス㈱

■㈱オーウラ・デジタル・クリエイト <143>
㈱アドヴァンスト・インフォーメイション・デザイン

■ジェイズ・テクノロジー㈱ <148-2>
華為技術日本㈱

■㈱コア・クリエイトシステム <205>
㈱エラン

■㈱ファインデックス <224>
豊田通商㈱

■㈱日本テクニカル・サービス㈱ <234>
大井電気㈱

■三菱電機インフォメーションシステムズ㈱ <242>
三菱電機ビルソリューションズ㈱

■ふくしま医療機器開発支援センター <244>
㈱あかね福祉
㈱メディカルリーダース

■㈱エヌデーデー <267>
(一社)メディカルRPA協会

■㈱プリズム・メディカル <273>
㈱イメージワン

■札幌・北海道企業共同出展ブース <274>
㈱Zene
㈱NEXT INNOVATION
㈱ノア　北海道技術開発センター
電制コムテック㈱
㈱キシプル
北海道ボラコン㈱
㈱リッジワークス
㈱サンクレエ

■㈱エム・イー <279>
㈱エスバイオン・メディカルテクノロジー

■インターシステムズジャパン㈱ <285>
㈱インテック
キヤノンITSメディカル㈱
㈱コア・クリエイトシステム
TIS㈱

■芙蓉総合リース㈱ <304>
㈱WorkVision
アクリーディア㈱
㈱FUJITA
㈱アクア・アート
㈱ヒューマンセントリックス

■コトブキシーティング㈱ <323>
アートプレイス㈱

■Omi Japan㈱ <328>
アクセラテクノロジ㈱

■㈱島津製作所 <331>
島津メディカルシステムズ㈱
島津トラステック㈱

出展者一覧 （50 音順）

ア
アートプレイス㈱
㈱アイ・オー・データ機器
Ｉ・Ｔ・Ｏ ㈱
アイテック阪急阪神㈱
アイホン㈱
㈱あかね福祉
㈱アクア・アート
アクセラテクノロジ㈱
アクリーティブ㈱
㈱アスタリスク
㈱アストロステージ
アズワン㈱
㈱アドヴァンスト・インフォーメイション・デザイン
㈱アドバンスト・メディア
アドバンテック㈱
アマゾン ウェブ サービス ジャパン （同）
アライドテレシス㈱
ALTURA X ㈱
㈱アルメックス
アレイ㈱
イージーケアテックジャパン㈱
㈱イードクトル
池上通信機㈱
㈱石川コンピュータ・センター
㈱イメージワン
㈱医用工学研究所
インターシステムズジャパン㈱
㈱インテック
㈱インフィニットテクノロジー
インフォコム㈱
㈱ Welby ヘルスケアソリューションズ
EVIDIAN-BULL JAPAN ㈱
㈱エーアイエス
ANA ビジネスソリューション㈱
Avalue ジャパン㈱
Extreme Networks
㈱エクセル・クリエイツ
㈱エスエフシー新潟
㈱エスパイオン・メディカルテクノロジー
㈱ SBS 情報システム
㈱ NHCS
エヌエスティ・グローバリスト㈱
NTT アドバンステクノロジ㈱
㈱エヌデーデー
FPT ジャパンホールディングス㈱
㈱ FYF
MRT ㈱
㈱エム・イー
㈱ M-aid
㈱エムエス
㈱エムティーアイ
㈱エムネス
㈱エラン
エルピクセル㈱
大井電気㈱
㈱オーウラ・デジタル・クリエイト
オープン㈱
沖電気工業㈱
㈱ OPERe
Omi Japan ㈱

カ
カーデックス㈱
㈱ Gaudi Clinical
KAZEN WLD ㈱
亀田医療情報㈱
カリーナシステム㈱
㈱かんでんエンジニアリング
㈱キシブル
キッセイコムテック㈱
キヤノン ITS メディカル㈱
キヤノン IT ソリューションズ㈱
京セラ㈱
㈱金星
グローリー㈱
クロスウェイ㈱
㈱クロスビット
㈱ケアコム
KDDI ㈱
ケンスコット
㈱コア・クリエイトシステム
㈲礫川システムデザイン事務所
コトブキシーティング㈱
小林クリエイト㈱
㈱コムズ・ブレイン
Contrea ㈱

サ
サイオステクノロジー㈱
サカセ化学工業㈱
サトーヘルスケア㈱
㈱サンクレエ
㈱サンネット
シーアンドエス㈱
㈱シーイーシー
CB news
㈱ Zene
ジェイズ・コミュニケーション㈱
ジェイズ・テクノロジー㈱
JB アドバンスト・テクノロジー㈱
JBCC ㈱
㈱ジェイマックシステム
ジェクス㈱
㈱島津製作所
島津トラステック㈱
島津メディカルシステムズ㈱
Shokz
シライ電子工業㈱
Sky ㈱
㈱セールスフォース・ジャパン
世界の医療団（認定 NPO 法人）
㈱セカンド・サイド
㈱セブンスディメンジョンデザイン
泉工医科工業㈱
㈱セントレディス
㈱想実
㈱ソリトンシステムズ

タ
タック㈱
中部テレコミュニケーション㈱
TIS ㈱
ティアック㈱
㈱ディー・オー・エス
帝人フロンティア㈱
㈱テクニカルイン長野
㈱テクノア
㈱テクノメディカ
鉄道情報システム㈱
デル・テクノロジーズ㈱
テルモ㈱
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー （同）
電制コムテック㈱
東亜システム㈱
東京エレクトロンデバイス㈱
㈱東計電算
東芝 IT サービス㈱
東芝インフラシステムズ㈱
東芝テック㈱
東和薬品㈱
TOTO ㈱
豊田通商㈱
トヨタ紡織㈱
トリオシステムプランズ㈱
トレンドマイクロ㈱

ナ
㈱ナースステージ
㈱ナイス
ナガイレーベン㈱
ナカバヤシ㈱
ナゼロ㈱
㈱ナテック
ニッセイ情報テクノロジー㈱
日本ストライカー㈱
日本ブレイディ㈱
ニプロ㈱
日本データカード㈱
（公社）日本医業経営コンサルタント協会
（一社）日本医療福祉建築協会
日本インターシステムズ㈱
日本光電工業㈱
日本事務器㈱
日本精工㈱
日本テクニカル・サービス㈱
NPO 法人 日本人間ドック健診協会
（公財）日本訪問看護財団
㈱ NEXT INNOVATION
㈱ノア　北海道技術開発センター

ハ
㈱パースジャパン
㈱パシフィックメディカル
㈱ぱとなコミュニィティーエンタープライズ
パナソニック㈱　空質空調社
PSP ㈱
㈱ PFU
ピュア・ストレージ・ジャパン㈱
㈱ヒューマンセントリックス
華為技術日本㈱
㈱ファインデックス
㈱ファインデックス_医療ソリューション
㈱フィリップス・ジャパン
フォーカルポイント㈱
フォーク㈱
㈱ FOVE
ふくしま医療機器開発支援センター
フジキンソフト㈱
富士ゴムナース㈱
㈱フジタ
㈱ FUJITA
富士通㈱
富士フイルムメディカル㈱
富士フイルムメディカル IT ソリューションズ㈱
芙蓉総合リース㈱
ブラザー販売㈱
㈱プラスメディ
フランスベッド㈱
㈱プリズム・メディカル
ブリッジ・モーション・トゥモロー㈱
㈱ Blue Planet-works
㈱プレシジョン
BrosMed Medical Co.,Ltd.
㈱ベネフィックス
㈱ベネフィット・ワン
㈱ヘンリー
（一社）保健医療福祉情報システム工業会
札幌・北海道企業共同出展ブース
北海道ポラコン㈱

マ
㈱マーストーケンソリューション
㈱マトリクス
丸紅情報システムズ㈱
マルマンコンピュータサービス㈱
三井不動産リアルティ㈱
三菱電機インフォメーション システムズ㈱
三菱電機ビルソリューションズ㈱
未病産業研究会／神奈川県
㈱ムーブ
メガソフト㈱
㈱メッセ・デュッセルドルフ・ジャパン
㈱メッツ
（一社）メディカル RPA 協会
㈱ Medical-In
メディカルシステム㈱
メディカルデザイン㈱
㈱メディカルフロント
㈱メディカルリーダース
Medi Capture APAC Inc. Taiwan Branch
㈱メディサージュ
㈱メディシステムソリューション
㈱メドコム
㈱メルス

ヤ
㈱ヤプリ
㈱ Yuimedi
㈱ユニットコム

ラ
LINE WORKS ㈱
㈱ランジェ
理想科学工業㈱
㈱リッジワークス
㈱両備システムズ
㈱レオクラン
㈱レコモット
㈱レゾナ
㈱レスコ
READYFOR ㈱

ワ
㈱ WorkVision
ワールドビジネスセンター㈱
YKR medical labo ㈱

国際モダンホスピタルショウ委員会組織

ホスピタルショウは、その開催基本方針から実施について、下記の委員会のもと検討、審議し運営にあたっています。

ホスピタルショウ委員会

委員長
大道　久

副委員長
中村　清吾

カンファレンス企画部会

部会長
寺崎　仁

事務局会議

一般社団法人日本病院会　事務局
一般社団法人日本経営協会　事務局

国際モダンホスピタルショウ 2024 委員

2023年11月10日時点（順不同、敬称略）

●国際モダンホスピタルショウ2024委員会　委員名簿

大道　久	日本大学 医学部 名誉教授／横浜中央病院 名誉病院長
中村　清吾	昭和大学臨床ゲノム研究所　所長／医学部外科学講座 乳腺外科学部門特任教授
寺崎　仁	メディカル コンサルティング オフィス･JIN　代表
泉　並木	武蔵野赤十字病院　院長／一般社団法人 日本病院会　副会長
三嶋大二郎	一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会 事業推進部 部長
池田　俊也	国際医療福祉大学 医学部 公衆衛生学教授、IRセンター 部長
長澤　泰	東京大学 名誉教授／工学院大学 名誉教授／一般財団法人 ハピネスライフ財団 理事長
篠原　高雄	一般社団法人 東京都病院薬剤師会　専務理事
桧山　義雄	一般社団法人 日本医療機器産業連合会　総務部長
山田　恒夫	一般財団法人 健康医療産業推進機構　専務理事
木澤　晃代	公益社団法人 日本看護協会　常任理事
齋藤　清	一般社団法人 日本病院会　事務局長
辻川　義宏	一般社団法人 日本経営協会　理事

国際モダンホスピタルショウ 2024 委員

2023年11月10日時点（五十音順、敬称略）

●国際モダンホスピタルショウ2024　カンファレンス企画部会　委員名簿

部会長	寺崎　　仁	メディカル コンサルティング オフィス･JIN　代表
	天海　宏昭	キヤノンメディカルシステムズ株式会社　ヘルスケアIT連携事業推進部　部長
	池川　充洋	株式会社ケアコム　代表取締役社長
	岩津　聖二	富士通Japan株式会社　ヘルスケアソリューションビジネス部　シニアマネージャー
	遠藤　　裕	富士フイルムメディカル株式会社　営業本部マーケティング部　販売促進･広報グループマネージャー
	大石佳能子	株式会社メディヴァ　代表取締役社長
	加部　一彦	埼玉医科大学総合医療センター　新生児科　教授
	川邊　　忠	稲城市立病院　事務長
	澤　　智博	帝京大学　医療情報システム研究センター　教授
	四方　大督	東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社　都市エネルギー営業本部　公益営業部　法人第二統括部長
	下山　赤城	日本アイ･ビー･エム株式会社　ヘルスケアイノベーション　部長
	中川　　徹	日本電気株式会社　ヘルスケア･ライフサイエンス事業部門　医療ソリューション統括部　ソリューション推進グループ　グループ長
	中島　朋子	東久留米白十字訪問看護ステーション　所長
	兵藤　敏美	合同会社メディカルソリューションパートナー　代表社員
	正木　義博	社会福祉法人恩賜財団　済生会神奈川県支部　顧問
	水島　　洋	アマゾンウェブサービスジャパン合同会社　パブリックセクター　シニア事業開発マネージャー
	森村　尚登	帝京大学医学部　救急医学講座　主任教授
	山下　晋矢	医療法人社団明生会　セントラル病院　統括院長
	山田　恒夫	一般財団法人 健康医療産業推進機構　専務理事

「国際モダンホスピタルショウ」のあゆみ

1　前　史 [1971～1973]

「ホスピタルショウ」の名称は、1971年、名古屋で開催した「第21回日本病院学会併設ホスピタルショウ」が初めてである。出品社109社が『近代病院のシステム化とマネジメントの効率化』をテーマに、医療機器、病院設備等幅広い分野にわたって展示を行った。「第2回ホスピタルショウ」は、1972年、北九州市において、「第3回ホスピタルショウ」は、1973年、東京・晴海においてそれぞれ日本病院学会の併設展として開催された。

2　独立展示会として自立 [1974～1976]

「第23回日本病院学会併設第3回ホスピタルショウ」は各界に大きな反響を呼び、今後は学会と切り離して、毎年東京において開催すべきであるとの要請が強く、このため1974年から「モダンホスピタルショウ」として毎年5月に開催されることとなった。主催は、㈳日本病院協会、㈳全日本病院協会、および㈳日本経営協会の3者で行われた。

現在の名称である「国際モダンホスピタルショウ」は、1975年に初めて用いられた。これは1977年の〈国際病院学会〉を目指して、国際的視野に立った展示会とするため変更されたものである。

3　国際病院学会との同時期開催 [1977～1979]

1977年、アジア地区において初めての〈第20回国際病院学会〉と〈第16回国際看護婦協会大会〉が開催されたが、両大会と期を同じくして「'77国際モダンホスピタルショウ」も開催された。また1977年～1978年は、主催者に㈳日本看護協会が加わり、強力なる病院関係者の体制のもとで実施された。この協力体制については、1979年以降、㈳日本医師会および㈳日本看護協会が本ショウを後援する形での開催として現在まで続いている。

4　システム展示への模索 [1980～1982]

本ショウでは、1980年以来毎回、会場内に各種の付帯事業コーナーを設けているが、1982年には本ショウのコア展示ともいうべき「システム展示コーナー」が設けられた。これは、従来の出品展示がその展示内容において出展社の自由裁量であったのに対し、病院の設備機器を本来のあるべき位置に、あるべき姿で展示しようとするもので、まさにモデル病院のひとつをショウ会場内に構築しようというものである。

5　池袋・サンシャインシティへの進出 [1983～1985]

従来、東京・晴海で開催してきたホスピタルショウは、より多くの病院関係者に本ショウへ来場してもらうため、1983年、池袋・サンシャインシティに会場を移して開催し、会期も従来の5月から、比較的学会等の少ない6月に変更された。1984年には、機器の展示だけでなく、病院人自らが積極的に参加して意見を交換する場として、看護、検査、情報の3特別研究会が開かれた。また、1985年からは㈳日本病院会の各研究会がこぞって本ショウと同時期・同会場で実施され、さらに特別企画のセミナー・シンポジウムも開かれるようになり、今日まで続いている。

6　3部門の企画展示でさらに充実 [1986～1990]

1986年より、ホスピタルショウ企画委員会の下部組織として医療機器、ホームケア、医療情報の3つの専門部会を設けた。部会では、それぞれの部門において、その時々にふさわしいテーマで企画展示を実施し、問題提起や啓発を行うとともに本ショウの一層の充実を図っており、来場者からも高い評価を受けている。

なお、ホームケアコーナーは1985年から設けられた。

7　国際ショウとして前進 [1991～1993]

1991年より、欧米福祉先進国からホームヘルスケア用品・リハビリ機器のメーカー、コンサルタント会社が直接出品。機器展示にあわせ、高齢者や障害者の対策について欧米の理念やシステムを学ぶため、1991年にはデンマーク、1992年にはオランダから医療・福祉の専門家を招聘し、国際シンポジウムを開催。

さらに1993年には、国際モダンホスピタルショウも数えて20回目を迎え、記念として永年出展社表彰を行った。また、イギリスの保健省ならびに地域保健・介護の専門家を招き、21世紀に向けての保健・医療・福祉の連携を考察すべく、イギリスの現状報告をもとに日本側とこれからのあるべき方向を探った。

8　21世紀に向けての新たなる船出 [1994～1995]

1994年開催の国際モダンホスピタルショウは、前年に引き続き企画展示として保健・医療・福祉の展開へと一歩踏み込んだ形での展示となった。在宅医療、在宅ケアの問題は、これから21世紀に向けて避けて通れないテーマである。企画展示では、医療機関と生活基盤としての地域における医療、さらに保健・福祉との結びつきを考える糸口を模索した。また、病院経営、医療廃棄物などの問題も、今後さらに重要となることが確実視されている折りでもあり、在宅ケアの問題とあわせて、ホスピタルショウ開催期間中に関連するセミナーを実施、参加者の多大なる関心を集めた。

1995年開催の国際モダンホスピタルショウは、展示フロア別に付帯展示の形式で実施した。院内感染防止、移動に役立つリハビリ機器、情報システムを看護に役立てようというそれぞれの観点から製品・システムの紹介ならびにパネル説明で展開した。あわせて、付帯セミナーのテーマも幅を拡げ、カンファレンス型の展示会への幕開けを示唆することになった。

「国際モダンホスピタルショウ」のあゆみ

9　きたるべき21世紀への保健、医療、福祉の連携を求めて　[1996~1997]

1996年開催の国際モダンホスピタルショウは、「在宅」をキーワードとした企画事業の展開を試みた。具体的な表現方法としては、展示あるいはセミナーにより現況を語る手段とした。初の企画として、EU（欧州連合）との事業連携を含めたテクニカルセミナーの実施、さらに高齢者や障害者が不便に感じる障壁を取り除くバリアフリーについて、医療の立場に立って展示するバリアフリーコーナーの設置等から、今後のホスピタルショウの方向性を探った。

1997年の第24回目から「国際モダンホスピタルショウ'97」と表示を変更し、従来の企画事業に加えて、書籍の販売コーナーや老健施設等の見学会、特別コーナー等を設け展示会の充実を図った。なお、この回をもって、サンシャインシティでの開催に幕を閉じ、次回からは東京ビッグサイトで開催することとなった。

10　東京ビッグサイトでの新たなる展開　[1998~2000]

1998年開催の国際モダンホスピタルショウから東京ビッグサイトでの開催となった。奇しくも25回の節目を迎えるなかでの開催は、EU（欧州連合）の協力もあり国際色豊かなショウとなった。

東京ビッグサイトでの2回目（1999年）の開催となった国際モダンホスピタルショウは、公的介護保険制度実施を翌年に控えた年でもあり、導入をにらんだ企画が全般的に多く見受けられた。

「国際モダンホスピタルショウ2000」は、特別企画展示「蘭学事はじめコーナー」や「ベンチャー企業支援コーナー」、併設展「EMPREP（エムプレップ）2000」など内容の充実に加え、展示面積、出展社ともに過去最大規模での開催となった。20世紀最後のショウは、盛況裡に終了した。

11　新世紀を迎えてさらに質の高い展示会へ　[2001~2003]

21世紀最初の「国際モダンホスピタルショウ2001」は、今日的なテーマを取りあげた2つの企画展示「開かれた医療と電子カルテ」「安全に医療を提供できる環境をめざして」ともに好評を得た。

医療制度の抜本改革が始まった2002年の国際モダンホスピタルショウは、直面する課題解決の糸口を求めた医療関係者が多数来場し、延べ6万人の来場者を集めた。

「国際モダンホスピタルショウ2003」は、開催30回を記念し、秋篠宮同妃両殿下のお成りを賜った。出展社は、過去最大316社を数え、節目の年にふさわしいショウとなった。

12　より確かな健康・医療・福祉をめざして　[2004~2006]

新しい世代へと踏み出した2004年の国際モダンホスピタルショウは、より具体的なテーマ「21世紀の健康・医療・福祉-安心できる医療、信頼される病院」を掲げ、展示面積、出展社・来場者数すべてにおいて規模を拡大しての開催となった。

「国際モダンホスピタルショウ2005」は、西展示棟での最後の開催となったが、展示面積、出展社・来場者数とも前回の記録をすべて塗り替え、文字どおり過去最高の結果で幕を閉じた。

国際モダンホスピタルショウ2006は、テーマ『確かな健康・医療・福祉－クオリティの高いサービスをめざして』を掲げ、東京ビッグサイト東展示棟に移動して初めての開催となった。医療制度改革がすすむ中、医療機関の経営に大きな影響を及ぼす診療ならびに介護報酬の改定も行なわれ、それらを念頭においた展示やセミナーが会期中に繰り広げられた。出展社数、来場者数ともに前回を上回り過去最大の規模となった。

13　健康づくり推進に向けて　[2007~2009]

国際モダンホスピタルショウ2007は、「健康増進で築く豊かな医療と福祉―新しい地域ケアの姿をめざして」をメインテーマとした。企画展示「予防医療時代の健診イノベーション」を展開し、セミナーや展示ブースでも予防医療・健診への提案が繰り広げられた。

国際モダンホスピタルショウ2008は、企画展示として「ユビキタス医療ＩＴ―人と地域と医療をつなぐ」を実施した。ユビキタス活用による安全技術等、様々な情報共有ソリューションが提案された。また、初の試みとして「こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞」を実施し大きな反響を呼んだ。

国際モダンホスピタルショウ2009は、企画展示として「いのちの輝き、地球の輝き、医療人の輝き　地球環境にやさしい病院づくり」を実施し、地球環境に配慮した病室等のモデル的な展示や病院等によるエコ活動について提案された。また、特別企画として「第２回看護のアイデアde賞」を実施した。ともに来場者から高評価を受けた。

14　地域医療のさらなる連携を目指して　[2010~2012]

国際モダンホスピタルショウ2010は、企画展示として「輝かそう!チーム医療・地域医療ネットワークの未来」を実施し、これからの大きな課題である「チーム医療」と「地域医療ネットワーク」のあり方を提案し、限られた医療資源を有効かつ効率に活用することを掲げ、大きな注目を集めた。

国際モダンホスピタルショウ2011では、企画展示として医療サービスの向上を考える「患者サービス提案コーナー」を、またスポット展示では、「さらなる連携を目指すICTソリューション」をテーマに、地域医療連携システムの事例紹介や、タブレット型端末を集めた医療支援ICTの利活用等を展示・実演した。

国際モダンホスピタルショウ2012は、企画展示として「ICTで拓く医療連携の未来」をテーマに、最先端技術を駆使した各種の実証実験事例や取り組みを紹介した。また、スポット展示では、「チーム医療と地域連携　- 食からの取り組み -」をテーマに、NST（栄養サポートチーム）の実践やフードサービス、さらに栄養管理・指導・支援などの取り組みを紹介した。

「国際モダンホスピタルショウ」のあゆみ

15　保健・医療・福祉の連携による安心社会の実現を目指して　[2013~2014]

国際モダンホスピタルショウ2013は、「健康・医療・福祉の明るい未来へ ～連携による安心社会の実現を目指して～」をテーマとし、出展面積、来場者数において過去最大の規模で実施した。

企画展示では、「超高齢社会のへの取組みと自立支援」、スポット展示では「ＩＣＴによる医介連携と国際展開の明るい未来」をテーマに掲げ、いずれもこれからの地域包括ケア構築の取組みとして紹介した。

国際モダンホスピタルショウ2014は、前回と同じテーマで実施した。出展者数は、397社（共同出展等を含む）と過去最高となった。企画展示では「明日の医療連携と国際対応を支援するICT活用」を、またスポット展示では、「地域包括ケアシステム構築に向けた仕組みづくり」をテーマとして実施した。

16　連携と地域包括ケアの充実を目指して　[2015~2017]

国際モダンホスピタルショウ2015は「健康・医療・福祉の新時代へ　～連携と地域包括ケアの充実を目指して～」をテーマとし、出展者数は356社、来場者数は過去最大の規模で実施した。企画展示では、「健康・医療・福祉に活躍する看護・介護ロボット」を、またスポット展示では、「医療・介護・ヘルスケア分野におけるＩＣＴの新潮流～急速な進化を遂げる『ウェアラブル』の活用～」をテーマとして実施した。

国際モダンホスピタルショウ2016は、テーマを継続し、出展者数は336社で、出展面積は過去最大での開催となった。

企画展示では、「求められる連携と地域包括ケアの充実に向けて」を、スポット展示では、「高齢社会を支える 看護・介護ロボット」をテーマに実施した。

国際モダンホスピタルショウ2017は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～連携と地域包括ケアの充実を目指して～」をテーマとし、出展者数は344社、過去最大のセミナー数での開催となった。企画展示では「ヘルスケアから最先端の健康医療立国へ！- ウエアラブルがつなぐスポーツ×IT×医療の新たな関係 -」と「VRとMRで広がる医療の未来」の２つのテーマで実施した。

17　世代と国境を越えた豊かな共生を目指して　[2018~2019]

国際モダンホスピタルショウ2018は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～」をテーマとし、出展者数は345社、SPECIAL LECTUREとしてレセプションAホールにて特別講演をおこなった。企画展示では「テクノロジーが映し出す変わりゆく医療の今と未来～メディカルＩＴ最新事情～」と「快適な職場環境づくりのために」の2つのテーマで実施した。

国際モダンホスピタルショウ2019は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～」をテーマとし、新設の南展示棟全ホールで開催した。出展者数は317社、マッチングステージとして特設セミナーステージと展示ブースによる新設コーナーを設置した。企画展示では「遠隔医療の今と未来～医療の国際化を踏まえて～」と「優秀な技術力を持った企業からの各種病院災害対策への提案」の2つのテーマで実施した。

18　世代や国境を越えて、いのちの躍動を　[2020~2021]

国際モダンホスピタルショウ2020は、2019年12月初旬からパンデミックと言われる世界的な流行となった新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大・感染防止の観点から開催を見送ることとなった。

国際モダンホスピタルショウ2021は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～世代や国境を越えて、いのちの躍動を～」をメインテーマとし、また、本年は東京2020オリンピック・パラリンピック開催に伴い、会場をパシフィコ横浜、開催時期を7月28日（水）・29日（木）の2日間にて開催した。企画展示では、「ニューノーマル時代における医療・介護デジタルトランスフォーメーション（DX）」と「地域医療体制のために～ICT受診支援ツールの活用とHealthcareBCPの構築～」の2つのテーマで実施。

国際モダンホスピタルショウ2021は、コロナ禍での開催となったが、感染症対策を講じ、実施することで、2日間合計10,055名に来場いただいた。また、初のWeb展示会「ホスピタルショウオンライン」を6月21日（月）～8月31日（火）の期間で開催した。

19　人と地域でつむぐ命の輝き　[2022]

国際モダンホスピタルショウ2022は、『健康・医療・福祉の未来をひらく～人と地域でつむぐ命の輝き～』をメインテーマに7月13日(水)・14日(木)・15日(金)の3日間、東京ビッグサイト　東２・３ホール（会場面積17,000㎡・展示面積 5,500㎡）を使用して開催した。会期中3日間の来場者数は25,088名、出展者数213社を数えた。

さらに主催者企画展示では医療情報部会企画「スマート院内マネジメント」、保健・医療・福祉部会企画「データヘルス改革で未来をひらく」、「HAPPINESS ROOM」「働く女性応援！PopUpイベント」の４つを実施した。

また、会期中はホスピタルショウセミナー、公開シンポジウム、出展者セミナー、企業・団体など54セッションのセミナーを実施、延べ2,799名を超す聴講者を集めた。

20　半世紀の歩みを、確かな進化へ　[2023~2024]

国際モダンホスピタルショウ2023は、「健康・医療・福祉の新たなステージ～半世紀の歩みを、確かな進化へ～」をテーマとし、開催50回の記念回として、連載50周年を迎え、医療従事者から愛されるマンガ『ブラック・ジャック』とコラボレーションした特別企画展や企画展示『ヘルステック展inホスピタルショウ』を実施した。会場は東1・2・3ホールを使用し、3日間合計32,929名に来場していただいた。

国際モダンホスピタルショウ2024は、「健康・医療・福祉の新たなステージ～DX推進による、確かな進化へ～」をメインテーマに7月10日（水）・11日（木）・12日（金）の3日間、東京ビッグサイト東4・5・6ホールで3日間合計35,408名、出展者258社・団体で実施。同時開催「ナースまつり2024」では、看護師を中心に2,700名が来場して様々な企画で盛り上がった。

国際モダンホスピタルショウのあゆみ

回数	名　称	会　期	会　場	テーマ	出展者数(社･団体)	入場者数(人)	展示面積(㎡)
1	'74モダンホスピタルショウ	昭和49年5月22日(水) ～27日(月) 6日間	東京国際貿易センター	健康をまもるみんなの病院	106	192,800	2,000
2	'75国際モダンホスピタルショウ	昭和50年5月16日(金) ～20日(火) 5日間	東京国際貿易センター	新しいシステムで、豊かな医療を!	113	156,800	2,000
3	'76国際モダンホスピタルショウ	昭和51年5月19日(水) ～23日(日) 5日間	東京国際貿易センター	優れた医療で明日の福祉を!	120	117,100	2,000
4	'77国際モダンホスピタルショウ	昭和52年5月26日(木) ～31日(火) 6日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 明るい未来	139	171,600	2,000
5	'78国際モダンホスピタルショウ	昭和53年5月18日(木) ～21日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会	113	80,200	2,000
6	'79国際モダンホスピタルショウ	昭和54年5月10日(木) ～13日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会 ～福祉との調和～	102	80,100	2,000
7	'80国際モダンホスピタルショウ	昭和55年5月15日(木) ～18日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会 ～80年代とヘルスケア～	104	81,300	2,000
8	'81国際モダンホスピタルショウ	昭和56年5月14日(木) ～17日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会 ～ガンとのたたかい～	102	39,210	1,400
9	'82国際モダンホスピタルショウ	昭和57年5月13日(木) ～16日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会	135	11,500	1,600
10	'83国際モダンホスピタルショウ	昭和58年6月17日(金) ～19日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	明るい病院のびゆく医療 ―医療の進歩と病院のシステム化を考える―	90	16,770	1,300
11	'84国際モダンホスピタルショウ	昭和59年6月15日(金) ～17日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	よりよい医療を求めて ～医療における質の改善と実践～	154	26,560	2,000
12	'85国際モダンホスピタルショウ	昭和60年6月14日(金) ～16日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	よりよい医療を求めて ～医療における質の改善と実践～	159	34,450	2,500
13	'86国際モダンホスピタルショウ	昭和61年6月13日(金) ～15日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	よりよい医療を求めて ～医療における質の改善と実践～	181	37,070	2,500
14	'87国際モダンホスピタルショウ	昭和62年6月25日(木) ～27日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	明日の医療を拓く	171	43,140	2,500
15	'88国際モダンホスピタルショウ	昭和63年6月23日(木) ～25日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	明日の医療を拓く	161	44,920	2,700
16	'89国際モダンホスピタルショウ	平成元年6月29日(木) ～7月1日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	今求められるものは…… 愛される病院をめざして	152	45,110	3,000
17	'90国際モダンホスピタルショウ	平成２年6月28日(木) ～30日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	愛される病院をめざして	155	47,110	3,300
18	'91国際モダンホスピタルショウ	平成３年7月11日(木) ～13日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	価値ある健康、愛される病院	176	50,140	3,450
19	'92国際モダンホスピタルショウ	平成４年7月９日(木) ～11日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	価値ある健康、愛される病院	157	48,860	3,200
20	'93国際モダンホスピタルショウ	平成５年7月８日(木) ～10日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	価値ある健康、愛される病院	149	49,150	2,700
21	'94国際モダンホスピタルショウ	平成６年7月７日(木) ～９日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる ―21世紀への保健、医療、福祉の展開	157	51,740	2,600
22	'95国際モダンホスピタルショウ	平成７年7月６日(木) ～８日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる ―21世紀への保健、医療、福祉の展開	159	52,090	2,600
23	'96国際モダンホスピタルショウ	平成８年7月４日(木) ～６日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる ―21世紀への保健、医療、福祉の展開	168	52,510	2,900
24	国際モダンホスピタルショウ'97	平成９年7月９日(水) ～11日(金) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる ―21世紀への保健、医療、福祉の展開	190	53,100	3,000
25	国際モダンホスピタルショウ'98	平成10年7月８日(水) ～10日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	医療と生活をつなげる ―21世紀への保健・医療・福祉の展開	216	54,100	4,500
26	国際モダンホスピタルショウ'99	平成11年7月７日(水) ～９日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	医療と生活をつなげる ―21世紀への保健・医療・福祉の展開	190	52,300	3,900
27	国際モダンホスピタルショウ2000	平成12年7月12日(水) ～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	さらなる飛躍をめざして ―21世紀への保健・医療・福祉の展開	307	58,900	6,000
28	国際モダンホスピタルショウ2001	平成13年7月11日(水) ～13日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	新世紀の健康・医療・福祉	290	55,300	4,400
29	国際モダンホスピタルショウ2002	平成14年7月17日(水) ～19日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	新世紀の健康・医療・福祉 ―安心と信頼を求めて	301	60,900	5,500
30	国際モダンホスピタルショウ2003	平成15年7月16日(水) ～18日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	21世紀の健康・医療・福祉 ―安心と信頼を求めて	316	59,700	5,800

国際モダンホスピタルショウのあゆみ

回数	名　称	会　期	会　場	テーマ	出展者数(社･団体)	入場者数(人)	展示面積(㎡)
31	国際モダンホスピタルショウ2004	平成16年7月14日(水)～16日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	21世紀の健康・医療・福祉 ―安心できる医療、信頼される病院	359	68,900	6,900
32	国際モダンホスピタルショウ2005	平成17年7月13日(水)～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	確かな健康・医療・福祉 ―クオリティの高いサービスをめざして	365	75,700	7,400
33	国際モダンホスピタルショウ2006	平成18年7月12日(水)～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	確かな健康・医療・福祉 ―クオリティの高いサービスをめざして	392	76,700	7,900
34	国際モダンホスピタルショウ2007	平成19年7月11日(水)～13日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康増進で築く豊かな医療と福祉 ―新しい地域ケアの姿をめざして	368	77,600	8,000
35	国際モダンホスピタルショウ2008	平成20年7月16日(水)～18日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康増進で築く豊かな医療と福祉 ―新しい地域ケアの姿をめざして	375	77,800	8,000
36	国際モダンホスピタルショウ2009	平成21年7月15日(水)～17日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 明日に架ける健康･医療･福祉	347	76,500	7,200
37	国際モダンホスピタルショウ2010	平成22年7月14日(水)～16日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 明日に架ける健康･医療･福祉	341	79,150	7,600
38	国際モダンホスピタルショウ2011	平成23年7月13日(水)～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 未来を創る健康･医療･福祉 ～さらなる連携を目指して～	303	77,130	6,800
39	国際モダンホスピタルショウ2012	平成24年7月18日(水)～20日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 未来を創る健康･医療･福祉 ～さらなる連携を目指して～	317	81,550	7,000
40	国際モダンホスピタルショウ2013	平成25年7月17日(水)～19日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の明るい未来へ ～連携による安心社会の実現を目指して～	380	81,788	8,500
41	国際モダンホスピタルショウ2014	平成26年7月16日(水)～18日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の明るい未来へ ～連携による安心社会の実現を目指して～	397	80,260	8,500
42	国際モダンホスピタルショウ2015	平成27年7月15日(水)～17日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の新時代へ ～連携と地域包括ケアの充実を目指して～	356	82,149	8,500
43	国際モダンホスピタルショウ2016	平成28年7月13日(水)～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の新時代へ ～連携と地域包括ケアの充実を目指して～	336	80,942	8,500
44	国際モダンホスピタルショウ2017	平成29年7月12日(水)～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の未来をひらく ～連携と地域包括ケアの充実を目指して～	344	80,295	8,300
45	国際モダンホスピタルショウ2018	平成30年7月11日(水)～13日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の未来をひらく ～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～	345	80,121	7,700
46	国際モダンホスピタルショウ2019	令和元年7月17日(水)～19日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の未来をひらく ～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～	317	68,927	7,000
47	国際モダンホスピタルショウ2020	令和2年7月 1 日(水)～ 3 日(金) 3日間	東京ビッグサイト(青海)	新型コロナ感染症拡大防止に伴い開催見送り			
48	国際モダンホスピタルショウ2021	令和３年7月28日(水)～29日(木) 2日間	パシフィコ横浜	健康･医療･福祉の未来をひらく ～世代や国境を越えて、いのちの躍動を～	150	10,055	3,500
49	国際モダンホスピタルショウ2022	令和４年7月13日(水)～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の未来をひらく ～人と地域でつむぐ命の輝き～	213	25,088	5,500
50	国際モダンホスピタルショウ2023	令和５年7月12日(水)～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の新たなステージ ～半世紀の歩みを、確かな進化へ～	254	32,919	6,500
51	国際モダンホスピタルショウ2024	令和６年7月10日(水)～12日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康･医療･福祉の新たなステージ ～DX推進による、確かな進化へ～	258	35,408	6,500

国際モダンホスピタルショウ2024結果報告書

●2024年8月発行
●発行／一般社団法人 日本経営協会　ホスピタルショウ事務局

〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷5-31-11　住友不動産新宿南口ビル
TEL. 03-6632-7133　MAIL　hsg@noma.or.jp
URL　https://www.noma-hs.com

※許可なく転載・複製を禁じます。

国際モダンホスピタルショウ2025
INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW2025

開催のご案内

会 期 2025年7月16日(水)・17日(木)・18日(金)

会 場 東京ビッグサイト(東京国際展示場) 西展示棟

主 催 一般社団法人 日本病院会／一般社団法人 日本経営協会

特別協力 公益社団法人 日本看護協会

保健・医療・福祉に関する国内最大規模の総合展示会

医療環境設備・機器、医療機器・材料、看護・介護・保健関連機器、医療情報システム等
幅広い分野から最新のハード・ソフトを一堂に展示・実演。

国際モダンホスピタルショウ 2025 に関するお問い合わせ先

一般社団法人 日本経営協会 ホスピタルショウ事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷五丁目31番11号 住友不動産新宿南口ビル 13階
TEL.(03)6632-7133

https://www.noma-hs.com

●資料請求欄

MAIL: hsg@noma.or.jp

社名・団体名			
所属・役職		氏 名	
所 在 地	〒	TEL	
E-mail			
取り扱い製品			

※ご記入いただいた情報は、展示会の出展ご案内・招待状の送付に使用させていただきます。

国際モダンホスピタルショウ2024

結果報告書