

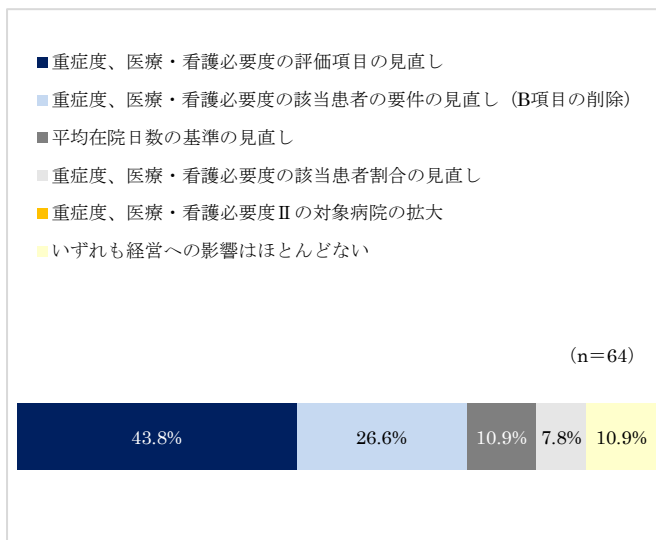
2024年度 診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果について - 急性期・回復期関連 -

令和6年11月27日
 経営サポートセンター リサーチグループ
 調査員 上野 晃汰

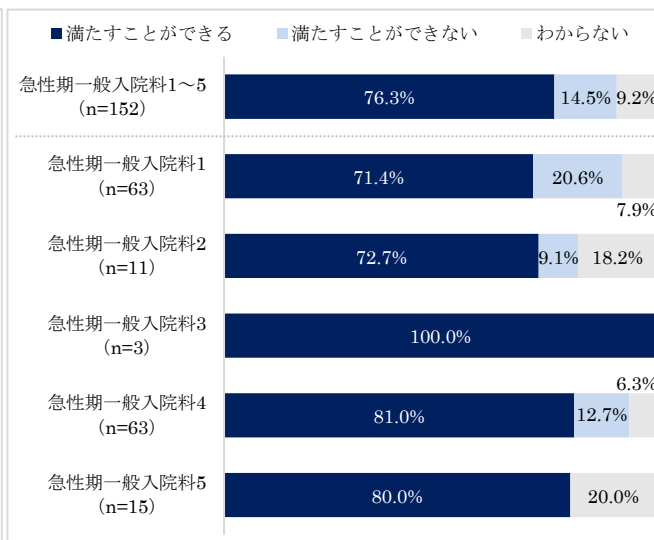
9割が急性期一般入院料1の施設基準の見直しによる影響あり

- ▶ 急性期一般入院基本料
 - ✓ 急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、4割以上がもっとも影響のあった項目として、「重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し」と回答
 - ✓ 経過措置終了後に該当患者割合を「満たすことができない」が1割以上を占める
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料
 - ✓ もっとも影響のあった見直し項目として、「逡減制の導入」および「重症度、医療・看護必要度の見直し」がともに3割を占める
 - ✓ 2割以上が「逡減制の導入により減収した」と回答
- ▶ 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ✓ 施設基準等の見直しの影響として、「運動器リハビリテーションの算定上限緩和対象患者からの除外」が47.7%と約半数を占める
 - ✓ 今次改定前に約7割が体制強化加算1・2を届出。同加算の届出をしている病院の半数以上が入院単価が「減少」と回答

▼急性期一般入院料1の施設基準の見直しの影響



▼経過措置終了後に該当患者割合を満たせる見込み



【本リサーチ結果に係る留意点】

- ・資料出所は、特に記載がない場合は、すべて福祉医療機構である
- ・数値は四捨五入のため、内訳の合計が一致しない場合がある
- ・本アンケート調査は、福祉医療機構の貸付先のうち高度急性期の病棟・病床、急性期一般入院基本料、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア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（回復期リハビリテーション入院医療管理料を含む）、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、精神療養病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っている病院を運営する 1,466 法人を対象に、Web上で実施した。なお、貸付先に公立病院は含まれない
- ・調査期間は2024年9月9日から同年10月11日まで、回答数は298法人（322病院）、回答率は20.3%であった

2024年度診療報酬改定（以下「今次改定」という。）は、「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」、「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」、「安心・安全で質の高い医療の推進」、「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」の4本柱のもと、実施された。とくに、人材確保・働き方改革等の推進は重点課題として挙げられており、その注目度は高いといえよう。

このたび、福祉医療機構（以下「機構」という。）では、今次改定が及ぼす影響および実態を明らかにすることを目的として、アンケート調査（以下「本アンケート」という。）を実施し、322 病院¹から回答を得た。

前編である本稿では、急性期・回復期関連の改定項目について概観する。なお、後編では、新設された地域包括医療病棟入院料をはじめ、賃上げ・医療 DX・医師の働き方改革・介護保険施設等との連携を取り上げる予定である。それぞれの調査結果の詳細は、後編と併せて公表するアンケート結果を参照されたい。

1 急性期一般入院基本料

1.1 医業収益の状況

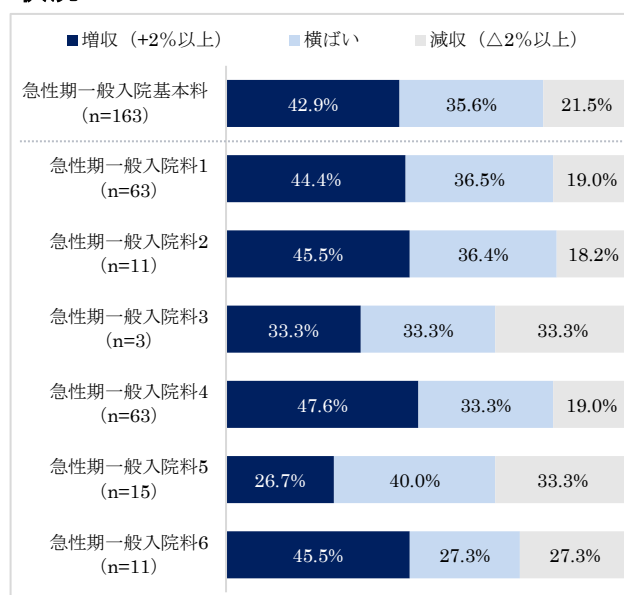
前年同時期と比較して 42.9%が増収と回答。「入院利用率の変化」が増収・減収に大きく影響

本アンケートでは、加算の届出状況や施設基準の見直しの影響のほか、今次改定前にあたる前年同時期と比較して、医業収益および医業利益にどのような変化があったのかを聞いている。本節では、2024年6月1日時点で急性期一般入院基本料の届出を行っている病院について、医

業収益の状況をみていきたい。

同入院料の届出病院では、「増収」が 42.9%であった一方、「減収」は 21.5%となった（図表 1）。入院基本料別にみても、サンプル数が少ない点に留意する必要があるものの、同入院料 3・5 を除くと、同様の傾向であった。くわえて、「横ばい」はおおむね 3 割程度にとどまっていることから、少なからず医業収益に変化があったことがわかる。そこで、医業収益が増減した要因について、増収した病院・減収した病院に分けて、深掘りしていきたい。

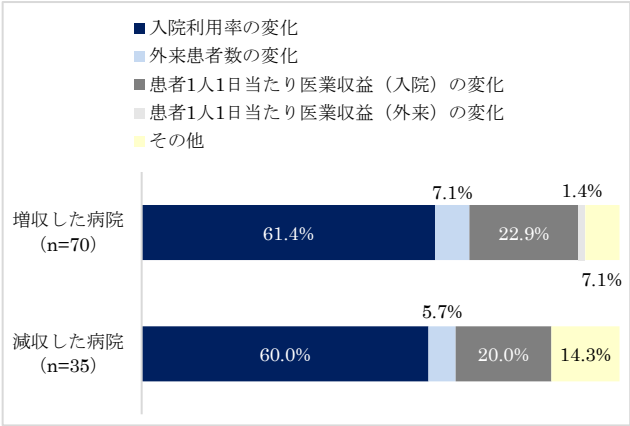
（図表 1）前年同時期と比較した医業収益の状況



増収・減収した病院いずれも、「入院利用率の変化」が 6 割以上を占めている（図表 2）。また、図表にはないが、医業収益の増減に影響が大きかった具体的な要因としては、「今次改定の影響以外」がともに過半を占めた。重症度、医療・看護必要度の基準など、経過措置期間が設けられていることも一因と考えられるが、入院利用率が収益に影響を及ぼす重要な要素であるといえるだろう。

¹ 病床規模別にみると、100 床未満が 37.9%、100 床以上 200 床未満が 42.2%、200 床以上 300 床未満が 8.7%、300 床以上 400 床未満が 5.9%、400 床以上が 5.3%であった。また、経営主体別にみると、医療法人が 85.4%、社会福祉法人が 1.9%、社団・財団法人が 6.5%、その他が 6.2%であった

(図表 2) 急性期一般入院基本料届出病院が「増収」または「減収」した要因



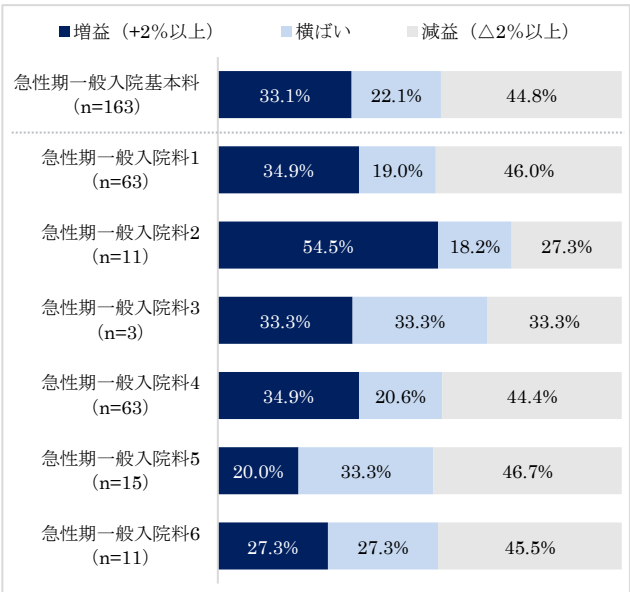
1.2 医業利益の状況

前年同時期と比較して 44.8%が減益と回答。物価高騰等による費用増の影響が

前節では前年同時期と比較した医業収益の状況をみてきたが、同様に医業利益の状況についてもみていきたい。

先のとおり、医業収益は 4 割以上が「増収」であったが、医業利益の状況を見ると、「減益」が 44.8%と「増益」を上回った (図表 3)。収益が増えて、利益が減少したということは当然、費用の増加が要因であろう。この費用増加の一

(図表 3) 前年同時期と比較した医業利益の状況



因としては、昨今の物価高騰等の影響が考えられる。医業収益が「増加」または「横ばい」と回答した病院の中にも、増収分以上に費用が増加した病院が一定程度あることがうかがえる。

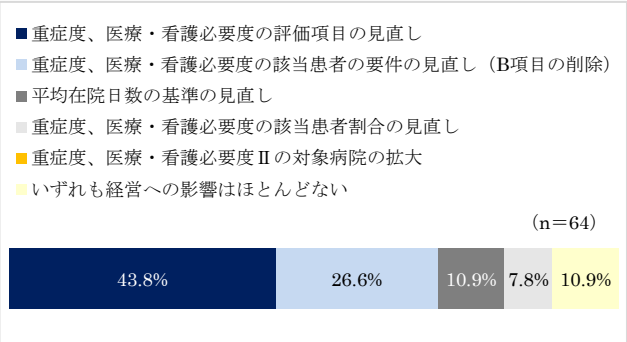
1.3 急性期一般入院料1の施設基準の見直しによる影響

4 割以上がもっとも影響のあった項目として、「重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し」と回答

今次改定における急性期医療のトピックの一つが、急性期一般入院料 1 の施設基準の見直しであろう。さらなる急性期の機能分化を推進するため、平均在院日数の短縮や重症度、医療・看護必要度の見直しなど要件が厳格化されたことにより、経営面にも大きな影響を与えることが予測される。

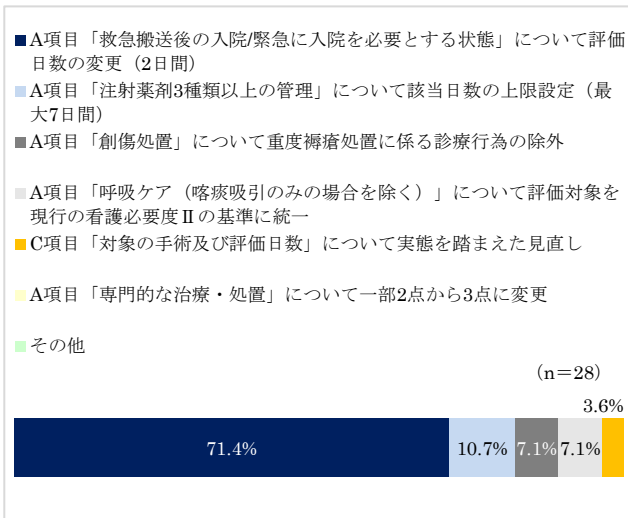
同入院料 1 の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目として、「重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し」が 43.8%と最も多かった (図表 4)。「いずれも経営への影響はほとんどない」は 1 割程度あったものの、大半の病院は今回の見直しによって少なからず影響があったことがわかる。なお、図表にはないが、同入院料 2~5 の届出を行っている病院の回答をみても、「重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し」が 6 割以上を占める結果となった。

(図表 4) 急性期一般入院料1の施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目



また、評価項目の見直しのうち、もっとも影響のあった項目については、『A項目「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」について評価日数の変更(2日間)』が71.4%ともっとも多かった(図表5)。次に多いのが、『A項目「注射薬剤3種類以上の管理」について該当日数の上限設定(最大7日間)』の10.7%であり、これらを合計すると8割以上を占める。

(図表5) 評価項目の見直しのうち、もっとも影響のあった項目



今次改定におけるB項目の廃止に伴い、A項目の比重は必然的に高まると考えられる。これらの厳格化された要件を満たすためには、患者の状態を素早く安定させ、早期退院させるなど、回転率を高める取組みが重要となるだろう。

1.4 経過措置終了後に該当患者割合を満たせる見込み

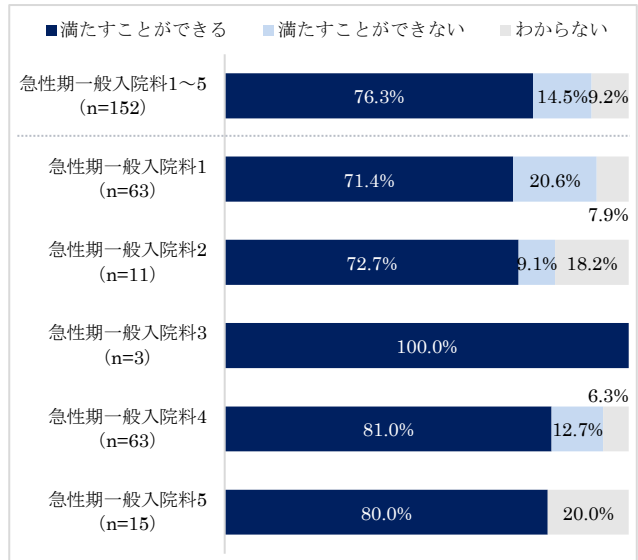
経過措置終了後に該当患者割合を「満たすことができない」が1割以上を占める

今次改定では、重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準も見直されたが、令和6年9月30日までの経過措置が設けられている。

経過措置終了後に該当患者割合を満たすことができるか確認したところ、7割以上が「満たす

ことができる」と回答した(図表6)。一方で、「満たすことができない」は14.5%であり、そのうち、9割以上が「他の急性期一般入院基本料の届出を行う予定」と回答した。入院基本料別にみると、同入院料1で「満たすことができない」が2割を占め、その大半が同入院料2へのダウングレードを予定していた。

(図表6) 経過措置終了後に該当患者割合を満たせる見込み



該当患者割合は、評価項目が厳格化されたため、基準は全体的に引き下げられているが、1割以上が「満たすことができない」と回答するなど、その影響は小さくないといえるだろう。

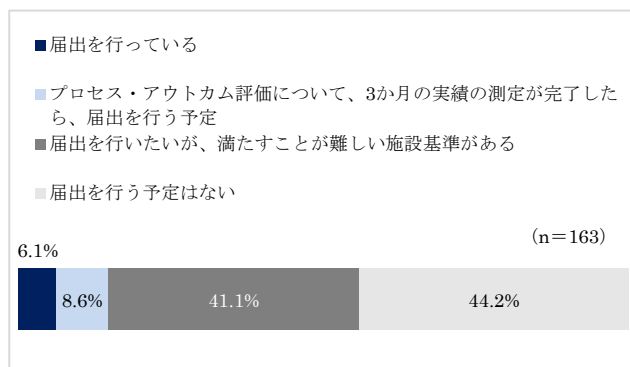
1.5 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況

「届出を行っている」は6.1%にとどまる。算定にあたっては人員確保がネックか

今次改定では、急性期一般入院料1の施設基準の見直しなど、要件の厳格化が目立つ一方で、急性期病棟におけるADLを低下させないための取組みとして、リハビリテーション、栄養管理および口腔管理の連携を評価するリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が新設された。

同加算の届出状況をみると、「届出を行う予定はない」が44.2%であった一方、「届出を行っている」は6.1%にとどまった（図表7）。

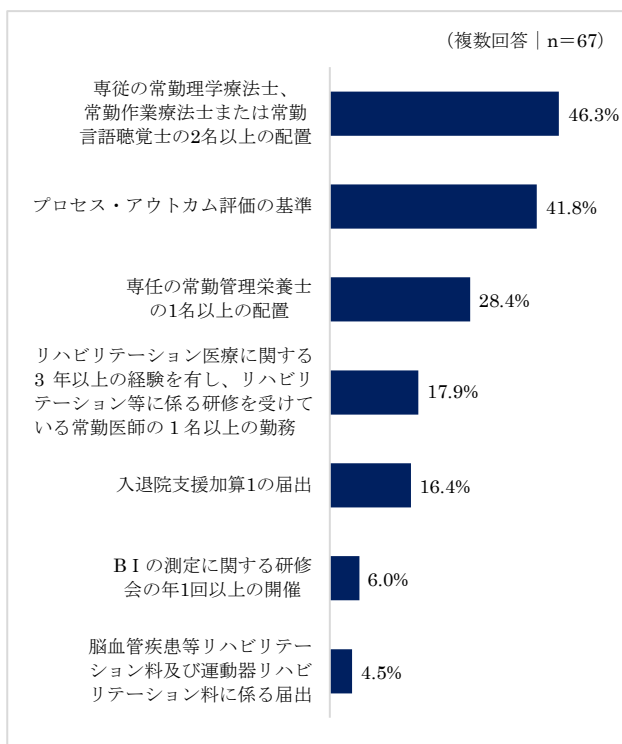
（図表7）リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況



また、「届出を行いたい、満たすことが難しい施設基準がある」が4割を占めており、そのうち、約半数が満たすことが難しい施設基準として、「専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士または常勤言語聴覚士の2名以上の配置」と回答した（図表8）。他にも、「専任の常勤管理栄養士の1名以上の配置」や「リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、リハビリテーション等に係る研修を受けている常勤医師の1名以上の勤務」を挙げている病院も2割前後あることから、算定にあたっては、人員の確保がネックになっていることがうかがえる。

同加算は、入院料の要件が厳格化されるなかで、収益の上積みを期待できる数少ない材料といっても過言ではない。該当病棟の入院患者全員が対象になり、1日120点を14日を限度に算定できるため、大幅な増収につながる。一方で、高い点数が設定されている分、人員配置や実績要件の基準など、高いハードルを越える必要がある。早期リハビリテーションの実施は、自宅退院割合の向上や在院日数の短縮などにつながるから、算定に向けた取組みが進むことを期待したい。

（図表8）リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出にあたって、満たすことが難しい施設基準



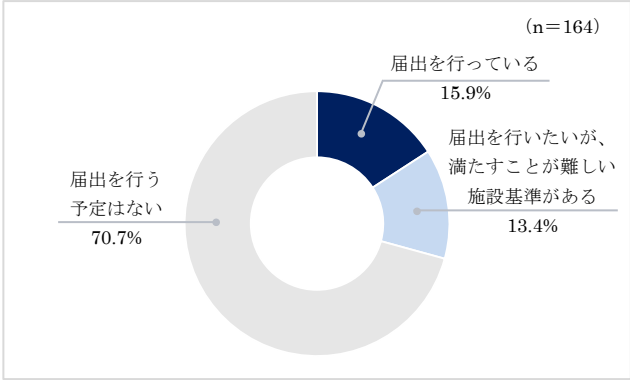
2 救急患者連携搬送料

「届出を行っている」は15.9%にとどまり、求められる実績なども踏まえると、算定できる病院は限定的か

昨今の救急医療の現状として、救急搬送が年々増加傾向にあるなかで、救急患者が病床を利用することで新たな受入れが困難になる、「出口の問題」が指摘されている。このような問題を背景として、今次改定では、三次救急医療機関等から連携する他の医療機関への転院搬送、いわゆる下り搬送を評価する救急患者連携搬送料が新設された。

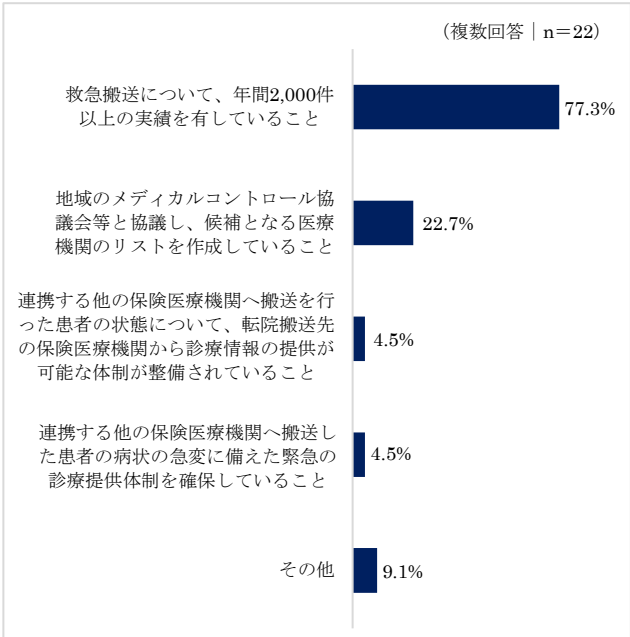
急性期一般入院基本料または地域包括医療病棟入院料の届出を行っている病院の救急患者連携搬送料の届出状況は、「届出を行う予定はない」が70.7%であった一方、「届出を行っている」は15.9%にとどまった（図表9）。

(図表 9) 救急患者連携搬送料の届出状況



また、「届出を行いたいが、満たすことが難しい施設基準がある」は13.4%であったが、そのうち、7割以上が満たすことが難しい施設基準として、「救急搬送について、年間2,000件以上の実績を有していること」と回答した(図表10)。

(図表 10) 救急患者連携搬送料の届出にあたって、満たすことが難しい施設基準



なお、急性期一般入院料1と同入院料2~6の届出を行っている病院で分けると、同入院料1では救急患者連携搬送料の届出を行っている病院は30.2%であったが、同入院料2~6では6.9%と違いがみられた。実績なども踏まえると、求められる救急搬送のハードルは高いことがうかがえる。

3 地域包括ケア病棟入院料

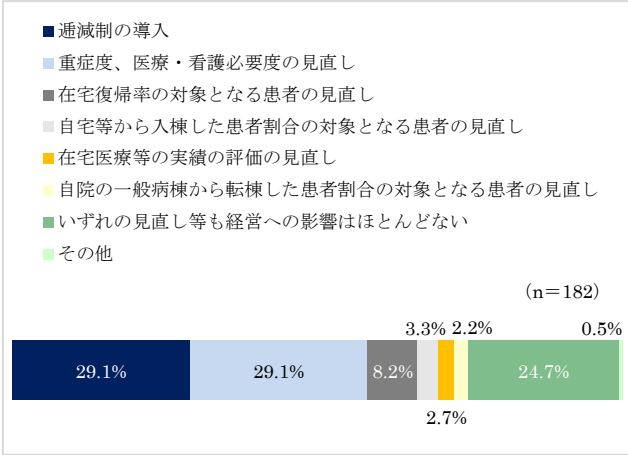
3.1 今次改定の影響

もっとも影響のあった見直し項目として、「**逡減制の導入**」および「**重症度、医療・看護必要度の見直し**」がともに3割を占める

地域包括ケア病棟入院料(管理料を含む)(以下「地ケア」という。)は、今次改定において、より早期の在宅復帰の強化のほか、今後増加する高齢者救急の受入れを促進する方向性が示された。ここでは、地ケアに係る全般的な改定内容について、影響が見込まれる見直し項目を確認したい。

今次改定でもっとも影響のあった見直し項目としては、「逡減制の導入」および「重症度、医療・看護必要度の見直し」がともに29.1%であった(図表11)。そこで、影響の大きかった逡減制の導入、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率の見直しについて中心にみていきたい。

(図表 11) 地ケアの施設基準の見直しのうち、もっとも影響のあった項目



3.2 逡減制の導入の影響

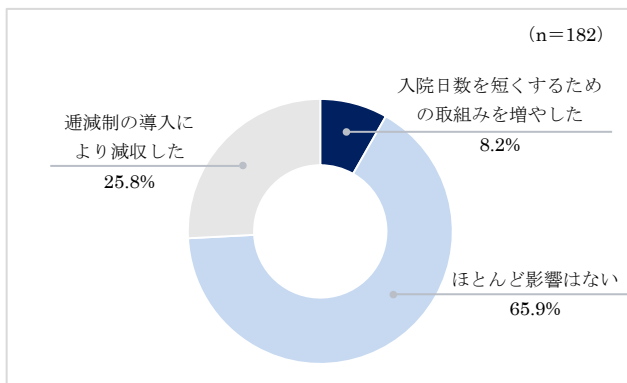
「ほとんど影響はない」が65.9%と過半を占めたものの2割以上が「逡減制の導入により減収した」と回答

前述のとおり、地ケアは早期の在宅復帰を促す方向性が示されたが、その象徴的な見直しが逡減制の導入である。今次改定では、入院期間

に応じて医療資源投入量が減ることを踏まえて、「入院 40 日以内」と「入院 41 日以上」で評価が分けられた。

逡減制の導入による影響について確認すると、「ほとんど影響はない」が 65.9%と過半を占めたものの「逡減制の導入により減収した」も 25.8%あった(図表 12)。また、図表にはないが、回答日時点で平均在院日数が 41 日以上となる患者割合の見込みを聞いたところ、中央値は 16.1%であった。入院期間 40 日以内の場合、入院料が引上げとなることから、増収につながった病院もあるのかもしれない。一方で、当該患者割合の見込みが 50.0%を超える病院も一定程度みられた。

(図表 12) 逡減制の導入による影響



なお、「入院日数を短くするための取組みを増やした」は 1 割未満にとどまったが、その具体的な取組み内容の一部を以下参考までにご紹介したい。

入院日数を短くするための具体的な取組み内容 ※一部抜粋

- ・リハビリ強化(休日施行)による早期在宅復帰の取組み
- ・専従のベッドコントローラーの設置
- ・退院支援担当者の強化
- ・早期からの入院支援部門の介入
- ・早期の退院支援をチームで実施している
- ・入院期間は 40 日を目標と院内周知
- ・入院から約 2 週間程度で IC・カンファレンスを実施し、退院に向けたイメージを早期に持っていただく

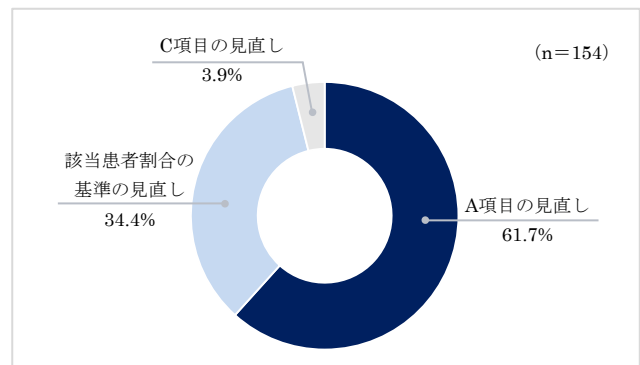
3.3 重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

経過措置終了後にもっとも影響があると考えられるものとして、「A 項目の見直し」が 61.7%と過半を占める

前節でも触れたように、今次改定では重症度、医療・看護必要度の評価項目が見直されたが、急性期一般入院基本料と同様に、地ケアにおいても経過措置が設定されている。

経過措置終了後にもっとも影響があると考えられるものを確認したところ、「A 項目の見直し」が 61.7%と過半を占めた(図表 13)。次いで、「該当患者割合の基準の見直し」が約 3 割を占めている。重症度、医療・看護必要度 I で「12%以上」から「10%以上」に緩和されたものの、評価項目の見直しを踏まえると、マイナスの影響と捉える病院が一定程度あるようだ。

(図表 13) 重症度、医療・看護必要度の見直しのうち、経過措置終了後にもっとも影響があると考えられるもの



※有効回答ではない病院を除く

3.4 在宅復帰率の算出方法の変更による影響

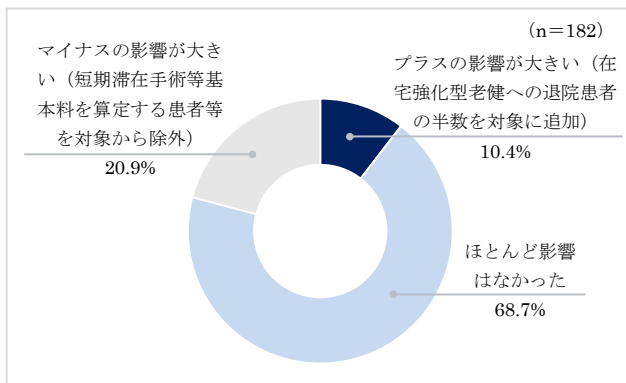
「マイナスの影響が大きい」が 2 割を占め「プラスの影響が大きい」を上回る

今次改定では、在宅復帰率の計算から、短期滞在手術等基本料の患者を除外した一方で、介

介護老人保健施設（在宅強化型と超強化型に限る）への退院患者数の半数が追加された。

在宅復帰率の算出方法の変更による影響を確認すると、「ほとんど影響はなかった」が 68.7%と多くの病院には影響がなかったことがわかる（図表 14）。一方で、「マイナスの影響が大きい」が 20.9%と「プラスの影響が大きい」の 10.4%を上回った。

（図表 14）在宅復帰率の算出方法の変更による影響



短期滞在手術等の患者の受入れが多く、在宅復帰率が高い病院にとっては影響が大きく、入退院ルートの見直しなどが必要となるだろう。

3.5 在宅患者支援病床初期加算の見直しによる影響

「ほとんど影響はない」が過半を占めたものの 24.7%が「医業収益の減少が見込まれる」と回答

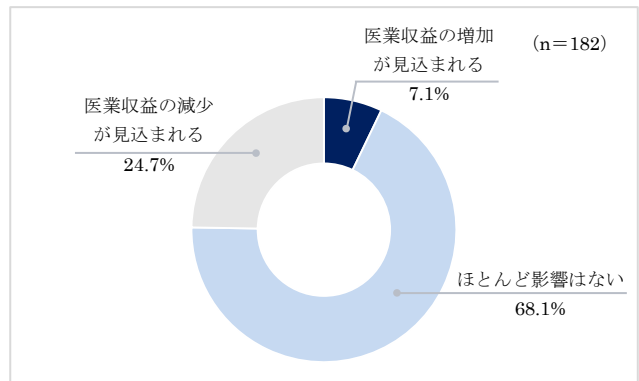
地ケアの見直し項目として、最後に在宅患者支援病床初期加算の見直しによる影響についてみていきたい。

前述のとおり、今次改定では、下り搬送を評価する救急患者連携搬送料が新設されたことで、受入れ側を評価する在宅患者支援病床初期加算が細分化された。具体的には、介護保険施設等から救急搬送された患者に係る点数が 80 点引き上げられた。一方で、それ以外の患者については、20 点引き下げられ、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された。

同加算の見直しによる経営への影響を確認すると、「ほとんど影響はない」が 68.1%とものもも多く、次いで「医業収益の減少が見込まれる」が 24.7%で続いた（図表 15）。

（図表 15）在宅患者支援病床初期加算の見直しによる経営への影響



なお、本アンケートでは、介護老人保健施設や介護医療院、特別養護老人ホームの協力医療機関になっているかどうかを聞いている。そこで、協力医療機関の回答別に分けてみたところ、協力医療機関に「なっている」または「今後なる予定」と回答した病院では、「医業収益の増加が見込まれる」が 7.6%であった。一方で、「今後なる予定はない」と回答した病院は 4.2%と違いがみられた。そこまでの大きな差ではないものの、今次改定での増点を踏まえて、介護施設等との連携に対する意識の有無が医業収益の増加に一定程度の影響を及ぼしているのかもしれない。

4 回復期リハビリテーション病棟入院料

4.1 施設基準等の見直しの影響

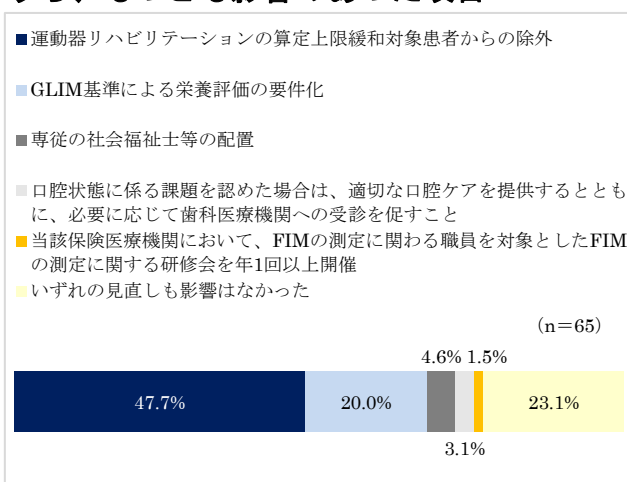
「運動器リハビリテーションの算定上限緩和対象患者からの除外」が 47.7%と約半数を占める

回復期リハビリテーション病棟入院料（管理料を含む）（以下「回リハ」という。）は、他の入

院料と同様に点数が引き上げられた。一方で、体制強化加算の廃止やそれに伴う施設基準の見直し、運動器リハビリテーションの提供単位数の上限の引下げなど、厳しい改定であったといえるだろう。本節では、施設基準等の見直しの影響についてみていきたい。

施設基準等の見直しのうち、もっとも影響のあった項目として、「運動器リハビリテーションの算定上限緩和対象患者からの除外」が47.7%と約半数を占めた(図表16)。運動器リハビリテーションを1日6単位を超えて行ってもADLの改善がみられないというエビデンスが示され、今次改定では1日の算定上限が9単位から6単位に引き下げられた。整形外科領域の病院にとっては、厳しい改定となったのではないだろうか。

(図表 16) 回りハの施設基準等の見直しのうち、もっとも影響のあった項目



4.2 体制強化加算の廃止

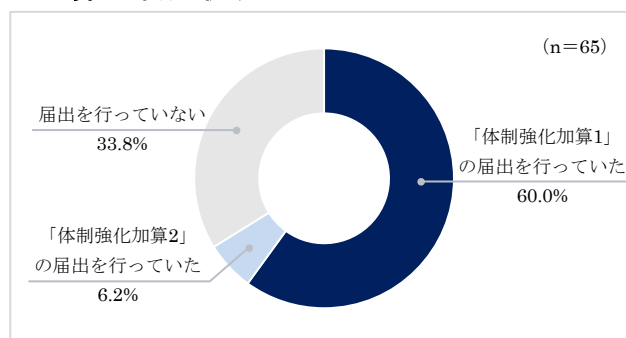
今次改定前に約7割が体制強化加算1・2の届出。同加算の届出をしている病院の半数以上が入院単価が「減少」と回答

運動器リハビリテーションの提供単位数の上限の引下げと並んで影響が大きいと考えられるのが、体制強化加算の廃止であろう。

2024年5月31日時点では、約7割が同加算1または2の届出を行っていた(図表17)。回り

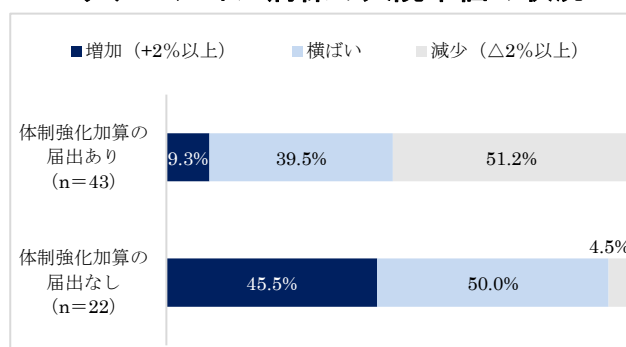
ハ1・2は100点引き上げられたものの、同加算1の200点を差し引くと、算定していた病院では100点の減収となり、経営に及ぼす影響は大きいと史料する。

(図表 17) 2024年5月31日時点での体制強化加算の届出状況



前年同時期と比較した6月以降の入院単価を同加算の届出有無別にみても、届出ありでは「減少」が51.2%と過半を占めた(図表18)。今回の同加算の廃止によって、多くの病院ではリハビリ関連の加算の取得など、何らかの対応が必要となるだろう。

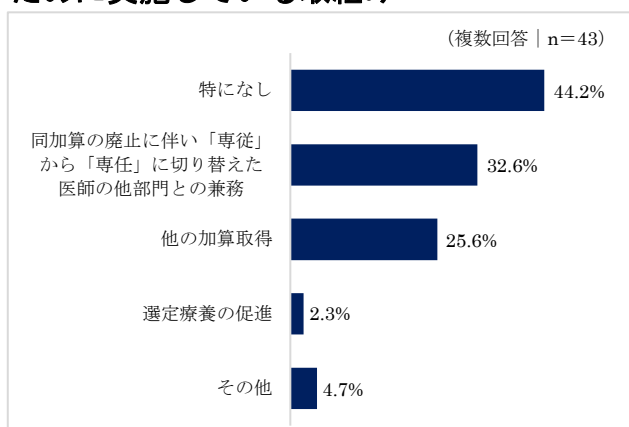
(図表 18) 前年同時期と比較した回復期リハビリテーション病棟の入院単価の状況



そこで、同加算の廃止に対応するために実施している取組みを確認すると、「特になし」が44.2%ともっとも多く、次いで『同加算の廃止に伴い「専従」から「専任」に切り替えた医師の他部門との兼務』が32.6%で続いた(図表19)。その他の回答のなかには、「対応できる策がない」という意見もあった。現実的には基準に合わせて人員を有効活用するなど、取り得る対応は限

られることから状況は厳しいといえる。また、図表にはないが、専任に切り替えた医師が主に勤務している部門としては、外来が7割以上を占めており、少しでも減収の補填に努める様子が見える。

【図表 19】体制強化加算の廃止に対応するために実施している取組み



おわりに

本稿では、2024年度診療報酬改定に関するアンケート調査の前編として、急性期・回復期関連の入院医療について、改定項目を中心に回答結果をみてきた。

急性期入院では、急性期一般入院料1の施設基準が厳格化されたなかでも、とくに重症度、医療・看護必要度の見直しは影響が大きいと思われる。本アンケート調査でも令和6年9月30日までの経過措置終了後に該当患者割合を満たすことができない見込みの病院が1割以上あった。急性期一般入院料1を算定する病院にとっては、厳しい改定となったといえるだろう。

地ケアは、前回改定が大幅な改定であったことから、今回は小幅な見直しにとどまった。一方で、回リハは、体制強化加算の廃止や運動器リハビリテーションの見直しなど、今後は人員だけでなく、ADLの改善といったエビデンスがより一層求められる。

今次改定は、介護報酬・障害福祉サービス等報酬と重なるトリプル改定となったことで、介護との連携強化が盛り込まれるなど、今後は病院外にも目を向ける必要があるだろう。

最後になるが、多忙なか、本調査にご協力いただいたことで、今回の分析を行うことができた。担当者および関係者にこの場を借りて謝意を表す。

【免責事項】

- ※ 本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません
- ※ 本資料は信頼できるとされる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません
- ※ 本資料における見解に関する部分については、著者の個人的所見であり、独立行政法人福祉医療機構の見解ではありません

《本件に関するお問合せ》

独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター リサーチグループ TEL : 03-3438-9932