

HOSPITAL Review

発行：MMPG医療・福祉・介護経営研究所 病院経営研究室

発行者：株式会社ユアーズブレン 広島市国泰寺町 1-3-29MR R デルタビル 3F TEL:082-243-7331

《2024年度新設の「地域包括医療病棟入院料」の 背景と点数を読み解く》

■ 2024年度診療報酬改定が告示

2024年3月5日、2024年度診療報酬改定の告知・通知が厚生労働省ホームページに掲載されました。今改定は、賃上げを意識したベースアップ評価料や情報共有に向けた医療DX関連点数の新設のほか、30年ぶりの食事療養費の見直し、18年ぶりの初診料の見直し（注1）、14年ぶりの再診料見直し（注1）が行われました。DX以外はいずれも物価高騰・賃金上昇を受けたものとなっていますが、決して楽観的な内容の改定とはなっていません。（注1：消費税引き上げに伴う改定を除く）

ほかにも、

- ・ポストコロナウイルスの感染症対策
- ・医療機関と介護保険施設等との連携の強化（協力医療機関の明確化）
- ・外来医療の機能分化・強化等という名の下の特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の見直し
- ・処方箋料の大幅引き下げと後発医薬品使用の推進
- ・ICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携
- ・救急患者のいわゆる下り搬送に対する評価
- ・小児入院医療管理料の見直し
- ・精神科の地域包括ケア推進に向けた精神科地域包括ケア病棟の新設
- ・入院における更なる機能分化（急性期一般入院料1の絞り込みと地域包括医療病棟の新設）
- ・DPC/PDPS制度の見直し
- ・効率的すぎる在宅医療の適正化
- ・長期収載医薬品に対する選定療養費制度の導入

——等々、外来も入院も在宅も多面的な見直しが実施されました。

中でも、2030年代前半から急増が見込まれる85歳以上高齢者等の救急搬送受け入れを行いつつ、早期退院に向けたリハビリテーション及び低栄養対策の栄養管理等により、要介護度悪化・低栄養・フレイルといった課題にも対応すべく「地域包括医療病棟入院料」が新設されました。

■ 複合ニーズを有する高齢者の増加

特に高齢者救急の多くを占める誤嚥性肺炎や尿路感染症、脱水等をこの病棟で一定程度受け入れることで、特定機能病院や急性期一般入院料1（7対1配置）の負担増防止に寄与できます。結果として、特定機能病院や急性期一般入院料1の医療機関の医師等医療従事者の負担軽減につながる狙いの一つです。もう一つの狙いとしては、「ひと」や「もの」を重装備する病床以外の病床で中度から軽度の高齢者救急をみられるよう役割分担ができれば、医療費の財源負担の軽減につながります。

ただ、現状ではこのような患者は、急性期一般入院料1や同入院料2～6にも多数入院しています。（図表1参照）

〈図表1〉 75歳以上の患者が一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先の内訳
(カッコ内は、そのうち救急搬送による入院の割合)

出典:DPCデータ(令和4年1月~12月)	急性期一般入院料1 (353,143床)	急性期一般入院料2~3 (15,941床)	急性期一般入院料4~6 (135,739床)	地域一般入院料1~2 (19,121床)	地域一般入院料3 (29,777床)	その他のDPC算定病床 ^{※2} (113,549床)	地域包括ケア病棟 (98,546床)	地域包括ケア病棟のうち転院入院以外
全疾患	55.9% (26.8%)	2.3% (27.6%)	17.0% (24.2%)	1.6% (19.6%)	0.9% (11.1%)	15.6% (35.2%)	6.7% (10.3%)	5.4% (12.5%)
コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
食物及び吐物による肺炎	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
うっ血性心不全	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
老人性初発白内障	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
大腸<結腸>のポリープ	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
転子骨通骨折 閉鎖性	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
尿路感染症、部位不明	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
老人性核白内障	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
肺炎、詳細不明	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
腰椎骨折 閉鎖性	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
前立腺の悪性新生物<腫瘍>	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
その他の型の狭心症	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
脳動脈の血栓症による脳梗塞	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
体液量減少(症)	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
慢性腎臓病、ステージ5	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
脊柱管狭窄(症) 腰部	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
急性尿細管間質性腎炎	64.2% (50.1%)	12.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	5.6% (18.5%)	5.1% (19.8%)
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
脳動脈の血栓症による脳梗塞	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
その他の原発性膝関節症	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% b (6.5%)
細菌性肺炎、詳細不明	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)

2023年8月10日 中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」資料をもとに作成

※1 入院初日にDPC算定病床^{※2}又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名

※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床

※3 病床数は令和4年7月1日時点

■ 将来を見据えた課題

また、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者数は年間66万例にも及んでおり、75%が急性期一般入院基本料を算定する病棟に入院、44%は急性期一般入院料1の看護配置7対1病床に入院しており、介護ニーズをも有する患者がこれらの病床に多いことがわかります。

〈図表2〉 介護施設・福祉施設からの入院患者

入院料の種類別	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料(入院料問わず)	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1~7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院料1(再掲)	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院料2~7(再掲)	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	7,332	1%	78.9	0.4%	0.4%	0.1%	0.0%	15.4
地域一般入院料1~3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1~4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料(一般病棟)は7:1および10:1それぞれを含む。地域包括ケア病棟入院料は同入院料1~4及び医療管理料1~4を含む。療養病棟入院基本料は同入院料1~2及び特別入院基本料を含む。

出典:DPCデータ

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会の資料をもとに作成

今後、急速に高齢者の割合が増えていく中で、その多くが罹患しやすい誤嚥性肺炎等で急性期一般入院料1~6の病床が溢れかえる可能性があります。特に介護施設・福祉施設からの入院によって医療だけでなく介護と福祉の複合ニーズを有する患者の急増が見込まれます。

これら人口構成と疾病構造の変化を背景に2024年度改定では、「急性期一般入院料で診るべき疾患・状態とはどのようなものか、特に看護配置「7対1」の急性期一般入院料1と、それ以外の急性期一般入院料2~6や地域包括ケア病棟等の在り方」が中医協において議論されました。

高齢者の誤嚥性肺炎や尿路感染症等は、「10対1」や「13対1」の病床において対応しているケースも少なくありません。貴重な医療資源を有効に活用するという観点から見れば「10対1」や「13対1」の病床で診るべきというのが、保険財源を預かる立場の支払側から出るのは当然です。

しかしながら、“「13対1」では救急患者への対応が容易でない”という診療側、特に看護側の立場が示された結果、「10対1」で受け止めるべきとなりました。

一方、「7対1」の急性期一般入院料1では、「重症度、医療・看護必要度」の患者の状況や介助の実施を評価する「B項目」が評価の対象から外れ、臨時的なデータに基づく指標であるA項目とC項目の厳格化が図られました。

このような流れもあって、結果的には急性期における役割分担が一層進められました。

■ 地域包括医療病棟入院料の要件

前述のように地域包括医療病棟入院料は、複合ニーズを有する高齢者の増加に対応すべく誕生した入院料です。施設基準等の主な要件は、次のとおりです。

- 算定上限は90日（90日を超えた場合は地域一般入院料3（1,003点）に準拠）
- 全員に入棟後原則48時間以内にADL・栄養状態・口腔状態の評価を実施し、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
- 退棟時にも評価を行うこと及びリスクに応じた期間での再評価の実施が望ましい
- 医療法上の一般病床
- 看護職員配置10対1以上（看護師7割）
- 平均在院日数21日以内（算定期間は90日以内）
- 在宅復帰率8割以上
- 自院一般病棟からの転棟（転入）患者割合5%未満
- 救急搬送患者の割合15%以上
- 救急搬送患者の24時間の受入体制
- 病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置
- 病棟専任の常勤の管理栄養士を1名以上配置
- ADL等維持向上及び栄養管理等に必要な体制
- リハビリテーションの実施に必要な体制（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の届出、病室面積6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい等）
- 入退院支援加算1の届出
- データ提出加算の届出
- 特定機能病院・専門病院入院基本料・急性期充実体制加算の届出施設は届出不可などと共に、重症度、医療・看護必要度の要件として、次の割合が求められています。

			重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
基準①	当該病棟入院患者が右記のいずれかに該当	A項目の得点が2点以上かつB項目の得点が3点以上	16%以上	15%以上
		A項目の得点が3点以上		
		C項目の得点が1点以上		
基準②	新入棟患者が右記に該当	入棟初日にB項目の得点が3点以上	50%以上	50%以上

上記のうち、注目されがちなのが前述の看護職員の配置割合や平均在院日数の要件、自院一般病棟からの転棟（転入）や救急搬送患者の割合ですが、「看護職の夜勤時間 72 時間ルール」の対象外となっていることも見逃せません。

なお、「重症度、医療・看護必要度」については、寝返りや食事の摂取などの患者の状況等を測る「B項目」が、「3点以上 50%以上」となっており、これが意味するところは要介護認定を受けている高齢者が入所する介護施設等からの入院受け入れを強く意識しての設定だと推察できます。

■ 地域包括医療病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料等との比較

地域包括医療病棟入院料は、療養病床よりも医師配置数が多く求められる一般病床しか届出ができません。地域包括ケア病棟入院料の場合は、一般病床及び療養病床のどちらからでも届出を行うことが可能です。この他にも要件が下記のように異なっていますが、端的に言えば地域包括医療病棟入院料は救急搬送患者の受入機能が強く求められているように、急性期機能の面が強く求められ、地域包括ケア病棟入院料は、在宅医療や介護事業との連携が強く求められています。

地域包括医療病棟入院料は、急性期と回復期の両方の機能を有する“二刀流型”ですが、平均在院日数要件「21日以内」や24時間の救急搬送受入体制などの施設基準を見る限り、地域包括ケア病棟入院料よりも急性期寄りにあると言えます。

<図表3> 急性期一般病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の概要

要件項目	急性期一般入院料1	急性期一般入院料4	地域包括医療病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	急性期医療を行う	救急患者等の受入体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う	急性期治療を経過した患者の受け入れ、在宅療養患者等の受け入れ、在宅復帰支援の3つの機能を担う
病床種別等	一般病床	一般病床	一般病床 ※病床数の制限なし	一般病床及び療養病床 ※入院料1・3は許可病床数が200床未満の病院のみ
看護夜勤72時間ルール	適用対象	適用対象	適用対象外	適用対象外
DPC/PDPS	対象	対象	対象外	対象外
看護配置体制	7対1以上	10対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準（必要度Ⅱの場合）	割合①②の両方を満たす 割合①A3点以上又はC1点以上が20%以上 割合②A2点以上またはC1点以上が27%以上	①A2点以上かつB3点以上 ②A3点以上 ③C1点以上 のいずれか15%以上	①A2点以上かつB3点以上 ②A3点以上 ③C1点以上 のいずれか15%以上かつ入棟初日のB3点以上50%以上	A1点以上又はC1点以上8%
平均在院日数要件	16日以内	21日以内	21日以内(最長90日入院)	-(最長60日入院) ※41日超入院時は点数減
救急医療体制	- 救急医療管理加算等で評価		24時間の救急搬送受け入れ体制 24時間の画像、血液検査等体制 救急医療管理加算等で評価	二次救急医療機関又は救急告示病院(※一般病床の場合) ※200床未満病院、救急医療の体制
救急実績	- (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)		救急車等の緊急搬送患者又は他院で救急患者連携搬送料を算定し搬送されてきた患者割合15%以上 地域医療体制確保加算等で評価	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリセラピストの配置	-	-	PT、OT又はSTが2名以上配置 ADLの実績要件	PT、OT又はSTが1名以上配置
管理栄養士の配置	100床以上病院は1名以上の栄養士又は管理栄養士配置		専任の常勤者が1名以上配置	
在宅復帰率	在宅復帰・病床機能連携率 80%以上 (分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む)	-	80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない)
在宅医療	-	-	-	実績要件

■ 地域包括医療病棟入院料の点数

診療報酬点数表の特定入院料の項にある地域包括医療病棟入院料の役割は、「高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担うもの」として留意事項通知に位置づけられています。

地域包括医療病棟入院料には簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料等の費用は、地域包括医療病棟入院料3,050点（1日につき）に包括されているため、別に算定できません。

そのほか入院料の包括範囲はDPC/PDPSと同じで、以下の通りです。

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点（90日まで）	
包 括 範 囲	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院基本料 ○ 入院基本料等加算 臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算(1に限る)、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価評価加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。 ○ 医学管理 手術前医学管理料、手術後医学管理料 ○ 検査 心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採血以外の診断穿刺・検体採取料並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。 ○ 画像診断 画像診断管理加算1~4、造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影顕像した場合)並びに造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影顕像した場合)に伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。 ○ 投薬、注射 抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を除く。 ○ リハビリテーション及び精神療去で使用される薬剤(※リハビリテーション及び精神療去については包括の対象外で出来高算定が可能) ○ 処置 人工腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。 ○ 病理標本作製料 術中迅速病理組織標本作成を除く <p>※人工透析(人工腎臓)・手術・麻酔・放射線治療などについては包括の対象外で出来高算定が可能</p>

別途、算定可能な注の加算は次のとおりです。

注 の 加 算	<ul style="list-style-type: none"> ◎初期加算 150点/日(14日限度) ◎看護補助体制加算(14日限度) 25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)240点/日 25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)220点/日 50対1看護補助体制加算 200点/日 75対1看護補助体制加算 160点/日 ◎夜間看護補助体制加算 ※看護補助体制加算の加算 夜間 30対1看護補助体制加算 125点/日 夜間 50対1看護補助体制加算 120点/日 夜間 100対1看護補助体制加算 105点/日 ◎夜間看護体制加算 71点/日 ※看護補助体制加算の加算 ◎看護補助体制充実加算 ※看護補助体制加算の加算 看護補助体制充実加算1 25点/日 看護補助体制充実加算2 15点/日 看護補助体制充実加算3 5点/日 ◎看護職員夜間12対1配置加算(14日限度) 看護職員夜間12対1配置加算1 110点/日 看護職員夜間12対1配置加算2 90点/日 ◎看護職員夜間16対1配置加算(14日限度) 看護職員夜間16対1配置加算1 70点/日 看護職員夜間16対1配置加算2 45点/日 ◎リハビリテーション・栄養・口腔ケア加算 80点/日(14日)
------------------	--

注の加算点数とリハビリテーションなど出来高点数を積み上げていくと、入院初期の点数は1日あたり4,000点超に達することになります。従って、急性期一般入院基本料を算定する病棟が同等の点数であれば病棟再編の可能性があります。現実的には、重症度、医療・看護必要度の測定で不利な内科系病棟であって、高齢者の救急搬送入院が多いことが要件になります。もちろん、その場合であっても、前述の平均在院日数要件、在宅復帰率、自院一般病棟からの転入割合、入退院支援加算1の届出などをクリアする必要があるため、決してハードルが低いものとは言えません。

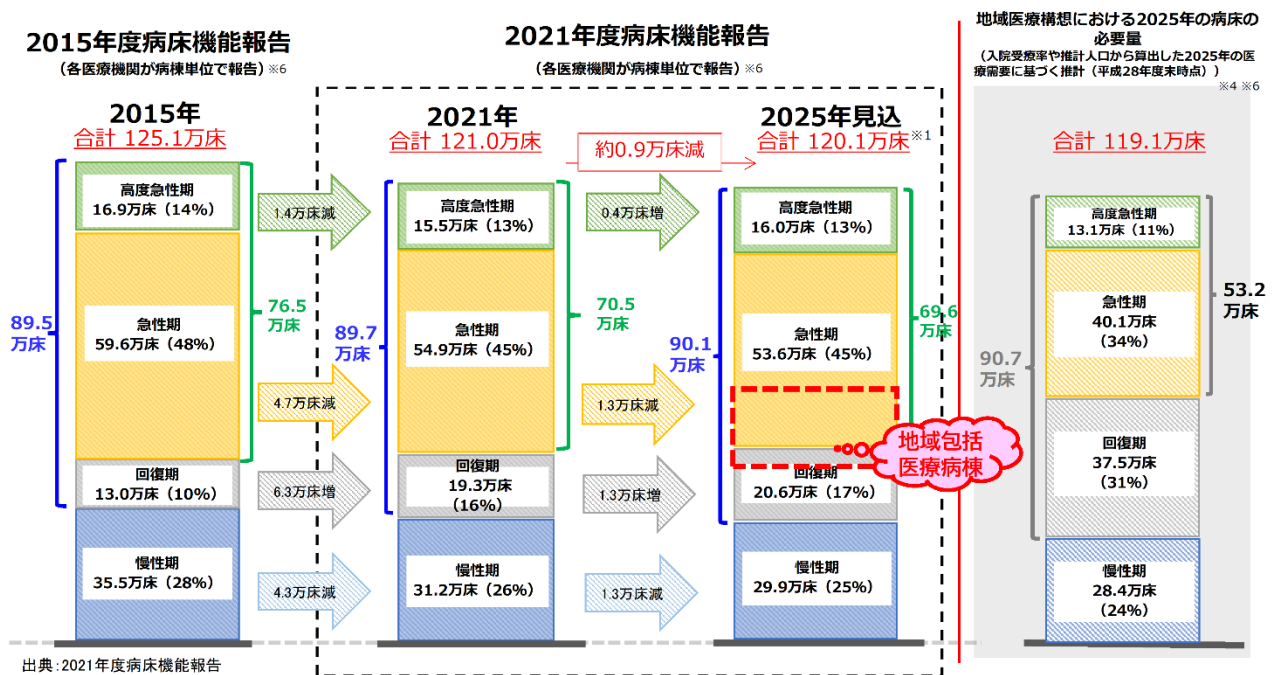
急性期一般入院料の病床数が相当数ある場合に一部の病棟を移行、もしくは1日あたり点数が同等で要件が合う場合であれば、全床を転換すると選択もあり得ると思いますが、現時点では多くはなさそうです。

■ 地域医療構想における地域包括医療病棟位置づけを予測

地域包括医療病棟の位置づけは、地域医療構想の病床機能報告においてどのようになるのか気になります。急性期医療と回復期医療の両方の機能の一部を担うということを前提に、筆者が独自判断で「2021年度病床機能報告」にあてはめてみたところ、次図の赤色の点線囲みの位置づけになりました。

今後、「ポスト地域医療構想 2025」の検討が行われる際は、地域包括医療病棟の位置づけが病床機能報告のポイントとなると感じています。

<図表4> 地域医療構想における地域包括医療病棟の位置づけ



※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要 (報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%), 2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%)
 ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
 ※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)」等を用いて推計
 ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)
 *救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
 ※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。