

# Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座 2024年診療報酬～入院医療～



社会福祉法人

日本医療伝道会  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
理事 武藤正樹  
よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション  
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

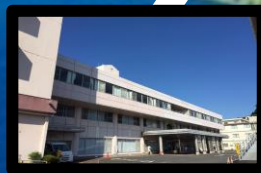
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦



# 目次



- パート 1
  - 入院外来分科会
- パート 2
  - 急性期一般病棟入院基本料
- パート 3
  - 急性期充実体制加算、総合入院体制加算
- パート 4
  - ICU入院料見直し
- パート 5
  - 地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟

# パート1 入院外来分科会



# 中央社会保険医療協議会の関連組織

## 中央社会保険医療協議会

## 総会 (S25設置)

意見

聴取

報告

報告

### 専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、  
中医協の議決により設置

### 小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき  
中医協の議決により設置

### 専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要  
があるとき、有識者に意見を聴くこ  
とができる

#### 診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与え  
た影響等について審議  
設置: H17  
会長: 松原由美(早稲田大学人間  
科学学術院准教授)  
委員: 公益委員のみ  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度2回  
平成26年度6回  
平成27年度4回  
平成28年度3回

#### 薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルール  
を審議  
設置: H2  
会長: 中村洋(慶應義塾大学大学院総  
務管理研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益  
=4:4:4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度14回  
平成24年度8回  
平成25年度13回  
平成26年度3回  
平成27年度13回  
平成28年度13回

#### 診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあら  
かじめ意見調整を行う  
設置: H3  
会長: 田辺国昭(東京大学大学院法学  
政治学研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益=5:5:6  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度開催なし  
平成24年度5回  
平成25年度2回  
平成26年度7回  
平成27年度9回  
平成28年度3回

#### 調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査  
についてあらかじめ  
意見調整を行う  
設置: S42  
会長: 野口晴子(早稲田大学政治  
経済学術院教授)  
委員: 支払: 診療: 公益  
=5:5:4  
開催: 調査設計で開催  
平成23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度1回  
平成26年度3回  
平成27年度1回  
平成28年度3回

#### 薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等に  
ついての調査審議  
設置: H12  
委員長: 秋下雅弘(東京大学医学  
部老年病学教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の薬価  
収載、緊急収載等に  
応じて、月1回程度

#### 保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外  
診断用医薬品の保険適用に  
ついての調査審議  
設置: H12  
委員長: 小澤壯治(東海大学医学  
部医学科領域主任教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の保険  
収載等に応じて、月1  
回程度

#### 費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における  
費用対効果評価導入の  
在り方について審議  
設置: H24  
会長: 荒井耕(一橋大学大学院  
商学研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人  
=6:6:4:2  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成24年度8回  
平成25年度7回  
平成26年度8回  
平成27年度10回  
平成28年度4回

#### 保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算  
定ルールを審議  
設置: H11  
会長: 関ふ佐子(横浜国立大学大  
学院国際社会科学研究院教授)  
委員: 支払: 診療: 公益=4:4:4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度8回  
平成24年度1回  
平成25年度10回  
平成26年度4回  
平成27年度9回  
平成28年度1回

聴取

意見

### 診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討  
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

#### ■DPC評価分科会

会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)

#### ■医療技術評価分科会 時期: 年1回程度

会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)

#### ■医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

#### ■医療機関等における消費税負担に関する分科会

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

#### ■入院医療等の調査・評価分科会

会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

#### 費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の  
費用対効果評価について  
調査審議  
設置: H28  
委員長: 田倉智之  
(大阪大学大学院医学研  
究科医療経済産業政策学  
教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 1年に数回程度

# 中医協の検討の場

検討項目	検討の場
答申附帯意見に関する事項	改定結果検証部会等
入院および外来医療等の評価	入院・外来医療等の調査・評価分科会
医療経済実態調査	調査実施小委員会
薬価制度	薬価専門部会
医療技術の評価	医療技術評価分科会
医療材料制度	保険医療材料専門部会
第8次医療計画 医師の働き方改革 医療DX	総会等にて検討
介護報酬制度および障害福祉サービス等報酬制度との同時改定	令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（仮）
プログラム医療機器（SaMD）の取り扱い	SaMD ワーキンググループ（仮）（保険医療材料等専門組織の下に設置）

診療報酬調査専門組織 入院・外来医療等の調査・評価分科会

委員名簿

氏名	所属
あきやま ともや 秋山 智弥	名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター 教授
いじま かつや 飯島 勝矢	東京大学 未来ビジョン研究センター／高齢社会総合研究機構 教授
いかわ せいいちろう 井川 誠一郎	日本慢性期医療協会 常任理事
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いのくち ゆうじ 猪口 雄二	日本医師会 副会長
いはら ひろのぶ 井原 裕宣	社会保険診療報酬支払基金 医科専門役
おがた ひろや 尾形 裕也	九州大学 名誉教授
こいけ そういち 小池 創一	自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つる えいち 津留 英智	全日本病院協会 常任理事
なかの めぐみ 中野 めぐみ	健康保険組合連合会 参与
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
まきの けんいち 牧野 憲一	旭川赤十字病院 院長
まの なりやす 真野 成康	東北大学病院 教授・薬剤部長
やまもと しゅういち 山本 修一	独立行政法人 地域医療機能推進機構 理事長



◎ : 分科会長



○ 分科会長代理



# 入院・外来医療等の調査評価分科会の ワーキンググループ

平成30年7月18日中医協総会承認

## ● 診療情報・指標等作業グループ

### 1) 診療実績データの分析に関する事項

- ・ 診療実績データ(DPCデータ)等を活用し、医療内容の評価指標や指標測定のための手法等に関する調査研究・分析

### 2) データの利活用の在り方に関する事項

- ・ 診療実績データを提出する病棟の種類が拡大したことを踏まえたDPC退院患者調査における報告内容について

### 3) その他、データ提出に係る診療情報や指標に関する事項

## ● DPC/PDPS等作業グループ

### 1) DPC/PDPSの運用に関する事項

- ・ 医療機関別係数のフォローアップについて
- ・ DPC/PDPSの対象病院の要件について

### 2) DPC退院患者調査に関する事項

- ・ DPC退院患者調査における報告内容について
- ・ 病院情報の公表の取組について

### 3) その他DPC/PDPSに関する事項

# 入院外来分科会の調査項目

## 【基本的な考え方】

- 以下に掲げる11項目について、令和4年度及び令和5年度の2か年で調査を実施する。
- 経過措置の設定の状況も踏まえながら、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるもの等については令和5年度調査として実施する。
- 令和4年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものは経過措置終了後に調査期間を設定する等の工夫を行う。

## 【令和4年度(案)】 2022年

- (1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について(その1)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について
- (4) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について
- (5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(その1)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その1)

## 【令和5年度(案)】

- (1) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について(その2)
- (2) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について(その2)
- (3) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について
- (4) 外来医療に係る評価等について(その2)

# 調査スケジュール(案)

## <令和4年度調査>

令和4年 2022年		
7月	調査項目・内容の決定	<入院・外来医療等の調査・評価分科会> ① 令和4年度及び令和5年度に実施する入院・外来医療等に関する調査項目・内容(案)を決定 <中医協 基本問題小委員会・総会> ② 調査項目・内容(案)を報告
8月 ↓ 10月	調査票の決定	<入院・外来医療等の調査・評価分科会> ③ 調査項目・内容をもとに、入院・外来医療等の調査・評価分科会委員より意見を求め、必要な修正を行い、調査票原案を作成 <中医協 基本問題小委員会・総会> ④ 調査票原案を報告
10月 ↓ 12月	調査の実施	⑤ 調査票に基づき、調査実施
令和5年		
1月 ↓ 2月	集計	⑥ 集計及び結果の分析
3月 ↓	調査結果報告	<入院・外来医療等の調査・評価分科会> ⑦ 調査結果の報告 <中医協 基本問題小委員会・総会> ⑧ 入院・外来医療等の調査・評価分科会から調査結果の報告(速報)

2022年改定  
の影響調査

※スケジュールの変更が必要な場合には、分科会及び中医協において適宜検討を行う。  
※分科会検討内容を中医協基本問題小委員会・総会へ報告し、中医協の意見を踏まえ、必要があれば修正を加える。



入院外来調査評価分科会 2023年6月8日  
2022年改定影響調査結果速報

# 入院外来医療分科会による 2022年改定の影響調査

- 2022年度改定後の2022年10月～12月調査
  - 重症度、医療・看護必要度の見直し影響（その1）
    - A項目からの心電図モニター削除
    - 急性期充実体制加算の届け出状況
  - ICU入院料見直しの影響
    - A項目から心電図モニターの削除、B項目の削除
    - スーパーICU（重症患者対応体制強化加算）、重症患者初期支援充実加算（メデイエーター）評価など
  - 地域包括ケア病棟、回復期リハ入院料の見直し影響
    - ペナルティ規定
  - 療養病棟入院基本料等の評価の見直し影響
    - 中心静脈栄養からの早期離脱
  - 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築評価
    - 感染対策向上加算、外来感染対策向上加算など
  - 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改推進評価
  - 外来医療に係る評価（その1）
    - 外来診療データの収集
- 2023年6月～7月調査
  - 重症度、医療・看護必要度の見直し調査（その2）
  - 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築評価
  - 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態
  - 外来医療に係る調査（その2）

# パート 2

## 急性期一般病棟入院基本料



# 令和4年度調査の回収状況

## ○令和4年度入院・外来医療等における実態調査の回収状況

	調査の対象施設群 (届出入院料等)	調査対象施設数	回収施設数 (回収率)	病棟票	治療室票	患者票	退棟患者票	治療室患者票	医師票	病棟看護管理者	薬剤部責任者
入院	急性期一般入院基本料等	2,000	875 (43.8%)	2,863	824	25,076	13,568	1,026	2,330	2,013	670
	地域一般入院基本料、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等	1,600	745 (46.6%)	859	-	7,138	1,855	-	-	-	-
	療養病棟入院基本料	1,600	597 (37.3%)	520	-	5,005	703	-	-	-	-
	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等	800	249 (31.1%)	259	-	2,445	440	-	387	433	191
	(入院総計)	6,000	2,466 (41.1%)	4,501	824	39,664	16,566	1,026	2,717	2,446	861
外来	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている病院及び診療所	2,200	823 (37.4%)	-	-	1,416	-	-	-	-	-

一般	調査の対象	調査対象人数	回収人数 (回収率)
	オンライン調査	2,000	2,000 (100.0%)

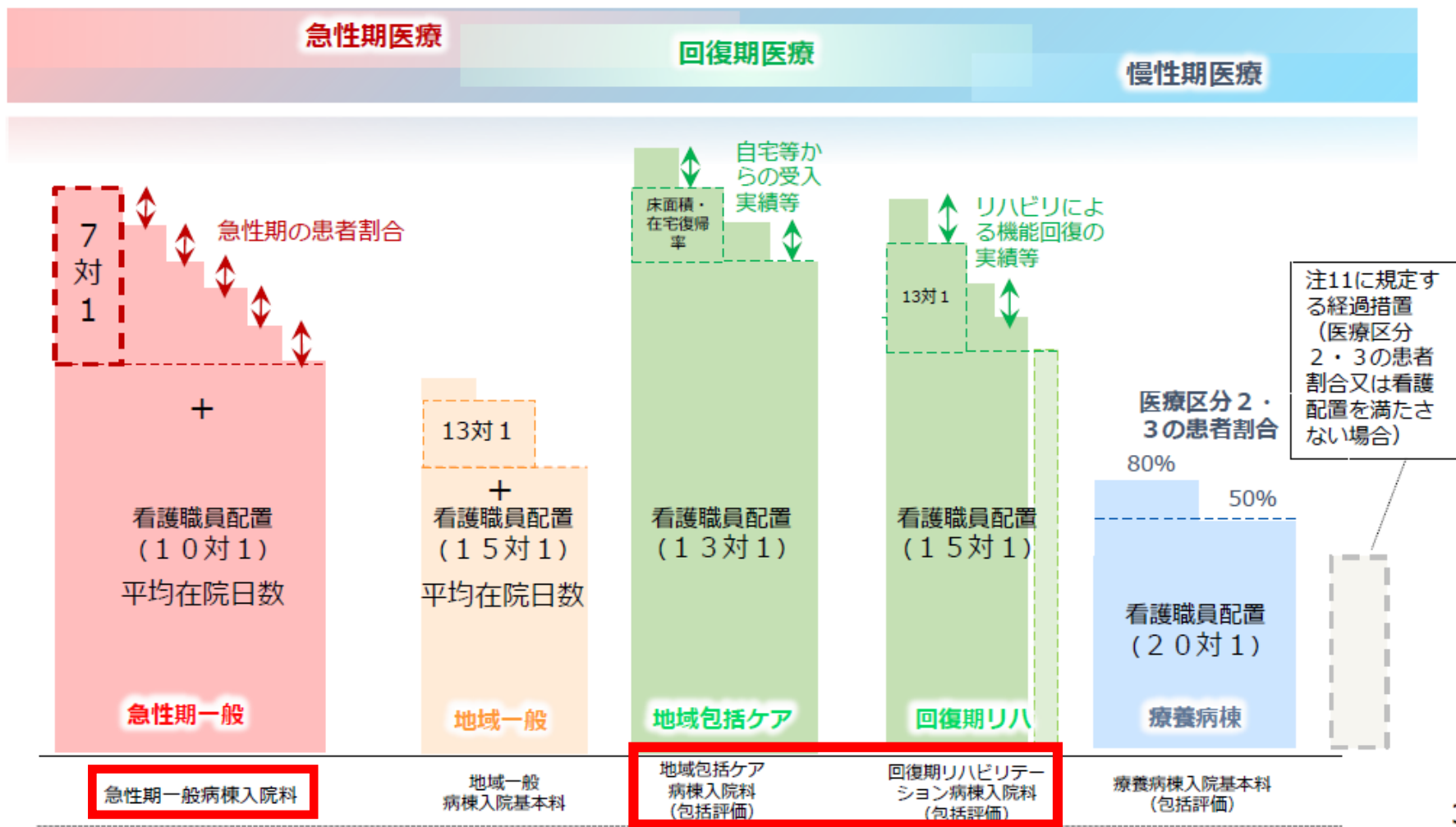
## (参考) 令和2年度入院医療等における実態調査の回収状況

	調査の対象施設群 (届出入院料等)	調査対象施設数	回収施設数 (回収率)	病棟票	患者票	退棟患者票
入院	急性期一般入院基本料等	1,900	942 (49.6%)	2,428	23,285	10,782
	地域一般入院基本料、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等	1,900	824 (43.4%)	691	6,872	1,223
	療養病棟入院基本料	1,600	573 (35.8%)	367	4,202	509
	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等	800	343 (42.9%)	254	2,989	257
	(総計)	6,200	2,682 (43.3%)	3,740	37,348	12,771

## 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



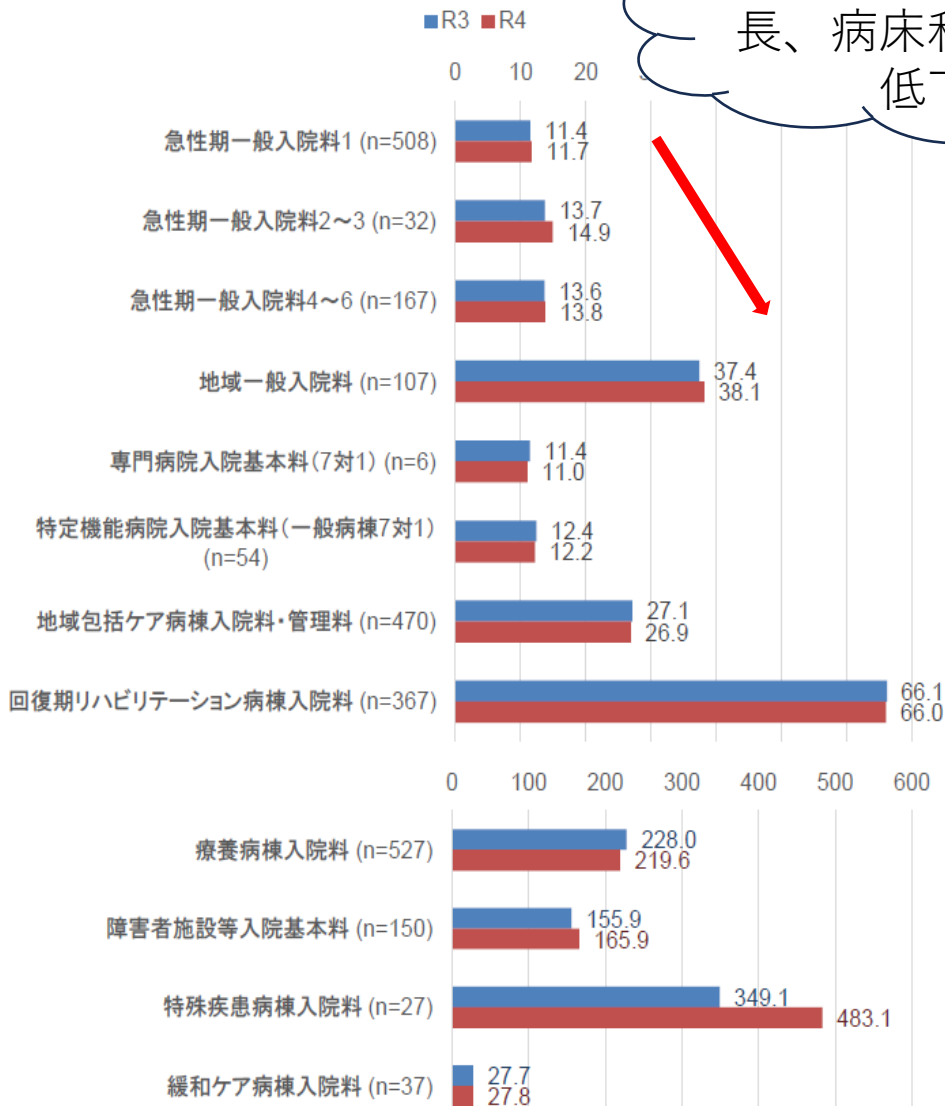


①急性期一般病床の平均在  
院日数、病床利用率の変化

コロナの影響？

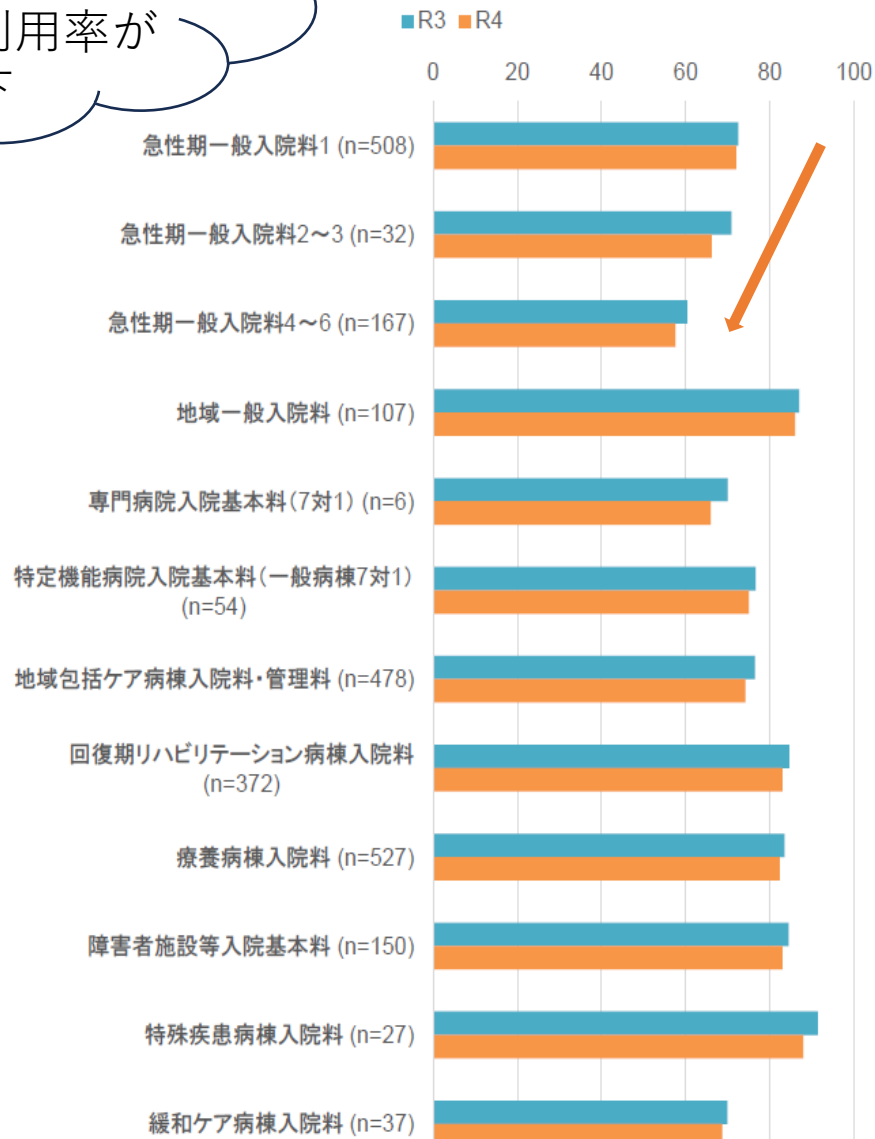
# 入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

平均在院日数(日)



2021年と2022年で  
平均在院日数が延  
長、病床利用率が  
低下

病床利用率(%)



# 病床利用率の低下、平均在院日数の延長

- 2021年8月～10月と2022年8月～10月の調査期間にかけて、病床利用率の低下、平均在院日数の延長が起きた。
- 原因はコロナパンデミックの関係で、入院患者が減少し、病床利用率が下がったため、病院は空床を埋めるために、在院日数をコントロールして、平均在院日数が延長したのでは？

## ②一般病棟入院基本料等における 重症度、医療・看護必要度

2022年改定では、A項目から心電図モニター、  
点滴3本が削除された

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
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	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(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、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

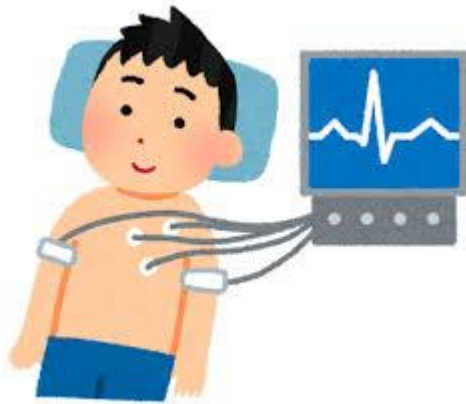
C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

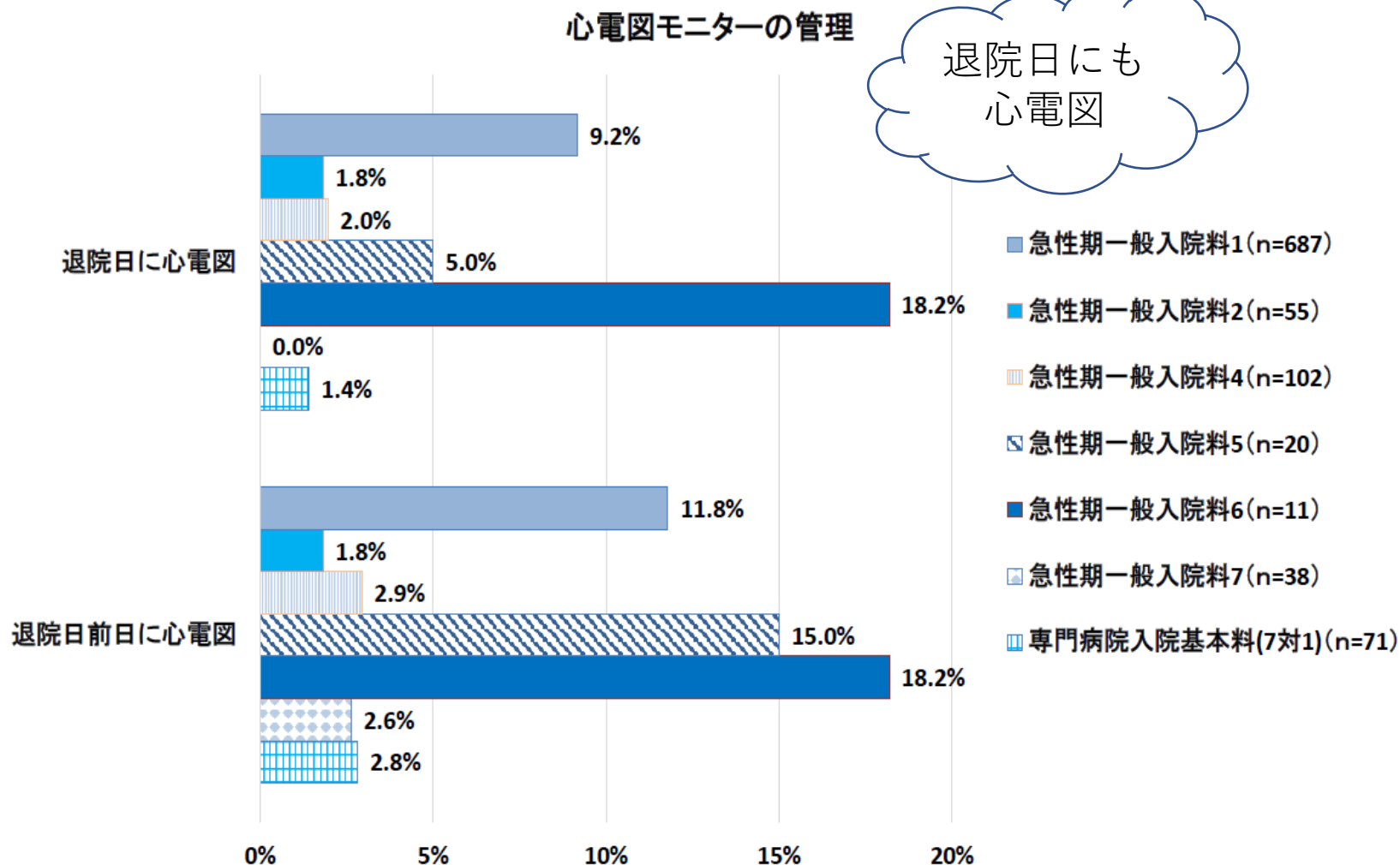
B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

A項目の心電図、  
点滴3本は適切か？



# 退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅰ）

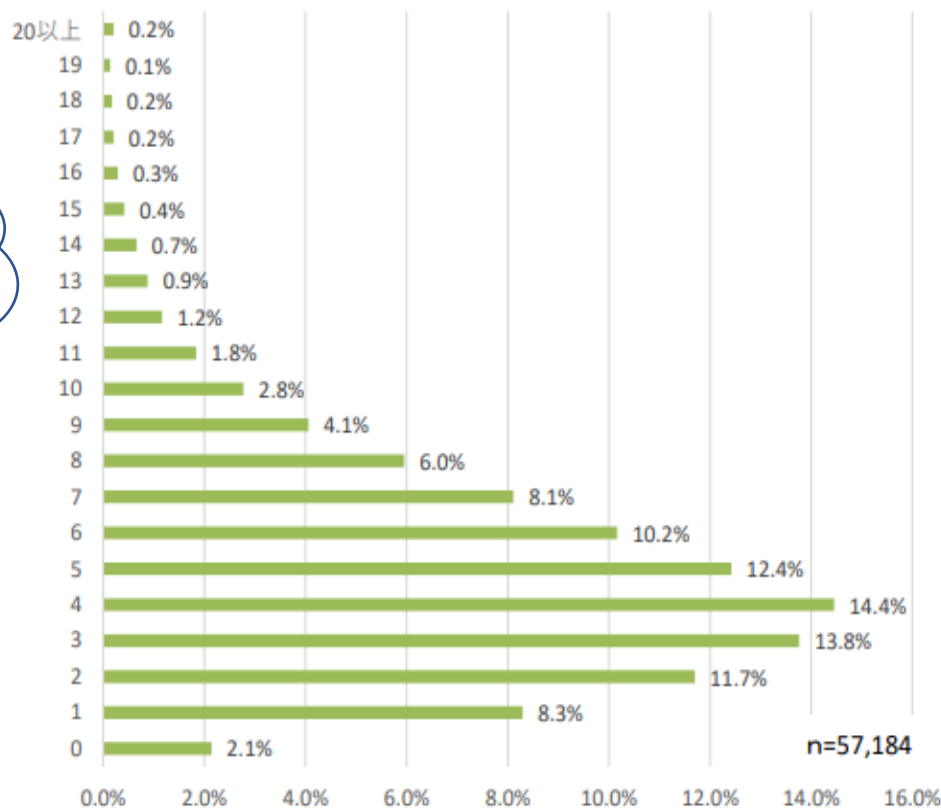
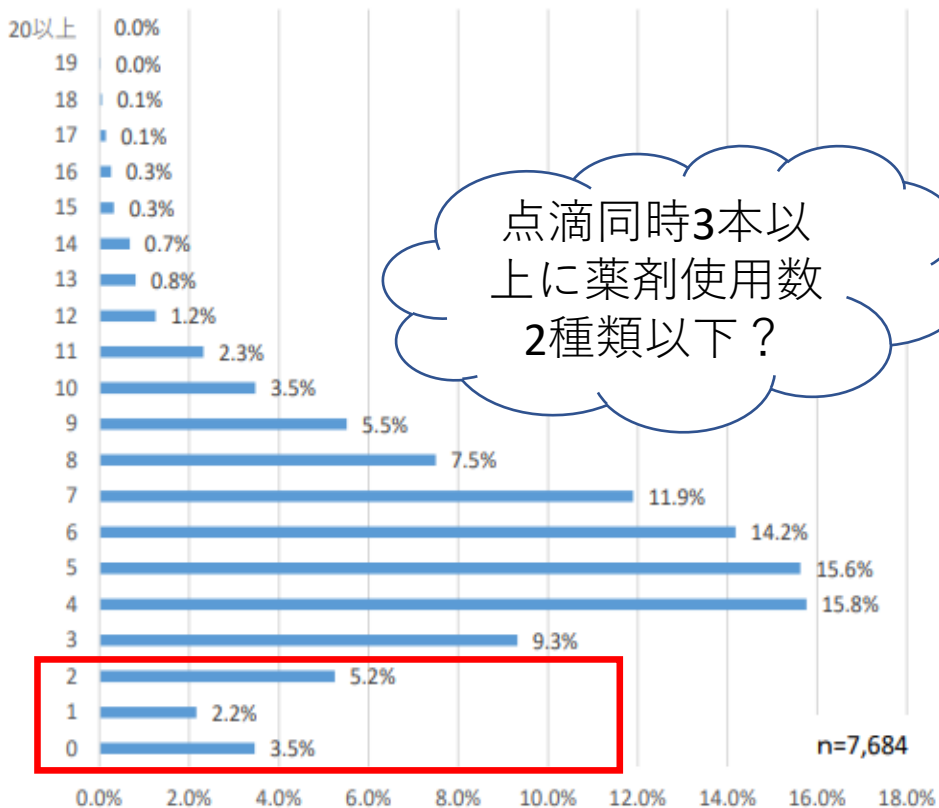
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



○ 「点滴同時3本以上」に該当する患者のうち、薬剤の使用数（成分名の種類数）毎に割合の分布を見たところ、4種類が最も高く、2種類以下も存在した。

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



点滴同時3本以上に薬剤使用数2種類以下？

<集計方法>

- 1.EFファイルからデータ区分「33」のうち薬剤に該当するレセ電コード6桁の薬剤を抽出
- 2.抽出した薬剤のレセ電コードと薬価基準収載医薬品コードを紐付け
- 3.「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」のマスタから紐付けした薬価基準収載医薬品コードの「成分名」をまとめたものを種類数としてカウント。

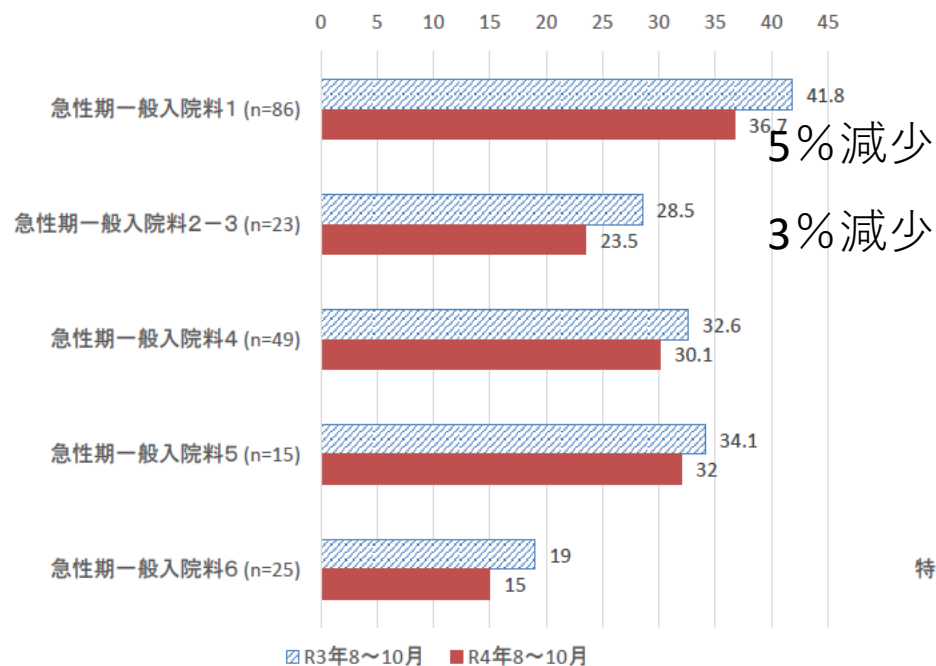


# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較 (R3/R4)

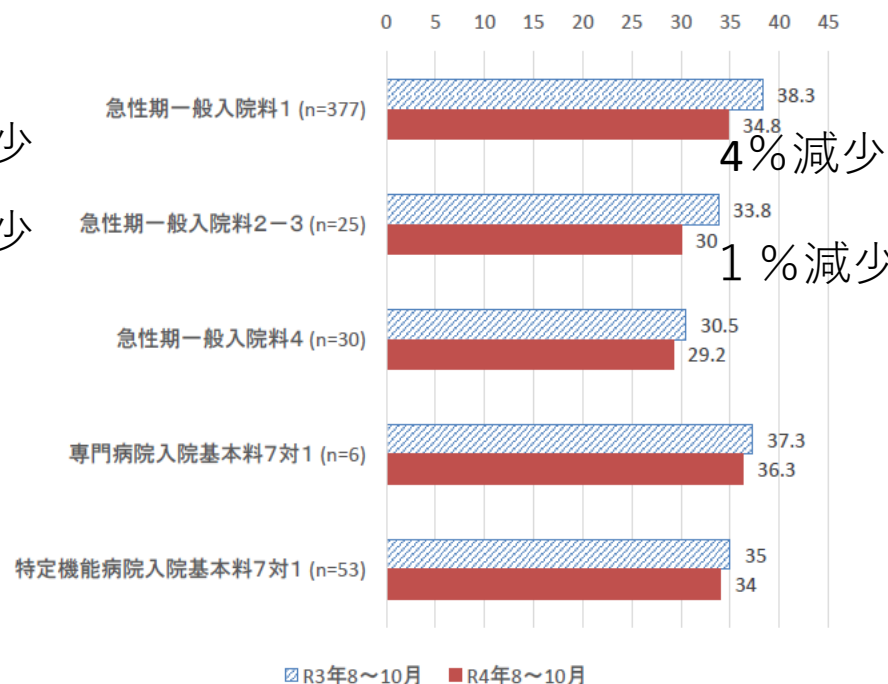
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

## R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (平均)

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



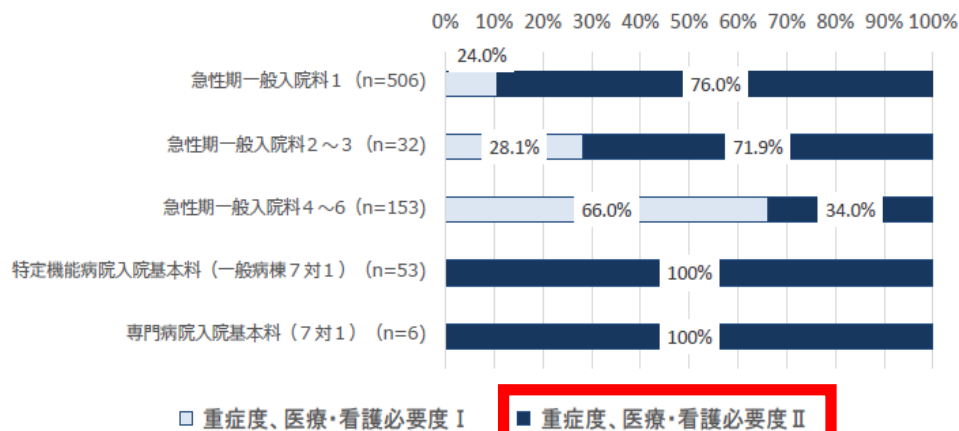
# 重症度、医療・看護必要度が減少した

- 急性期一般入院料 1
  - 看護必要度Ⅰは5%減少、看護必要度Ⅱでは4%減少
- 急性期一般入院 2、3
  - 看護必要度Ⅰは3%減少、看護必要度Ⅱでは1%減少
- 原因はA項目の心電モニターと点滴3本の要件廃止のためか？

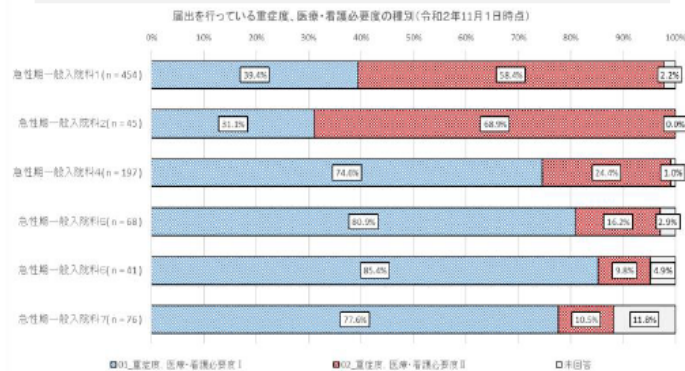
# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

- 重症度、医療・看護必要度 II を届出ている施設は、急性期一般入院料 1 は 76.0%、急性期一般入院料 2～3 は 71.9%、急性期一般入院料 4～6 では 34.0% であった。
- 重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由は、「必要度 II より評価票の記入のほうが容易であり、必要度 II に変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

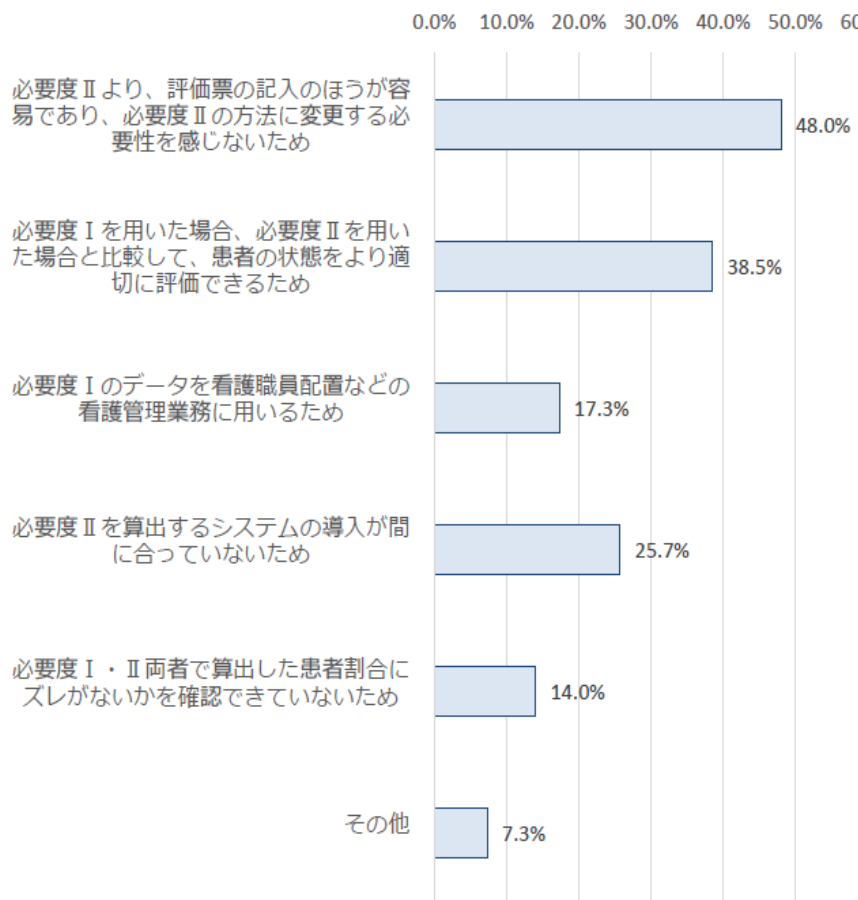
## ■ 重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況 (令和 4 年 11 月 1 日時点)



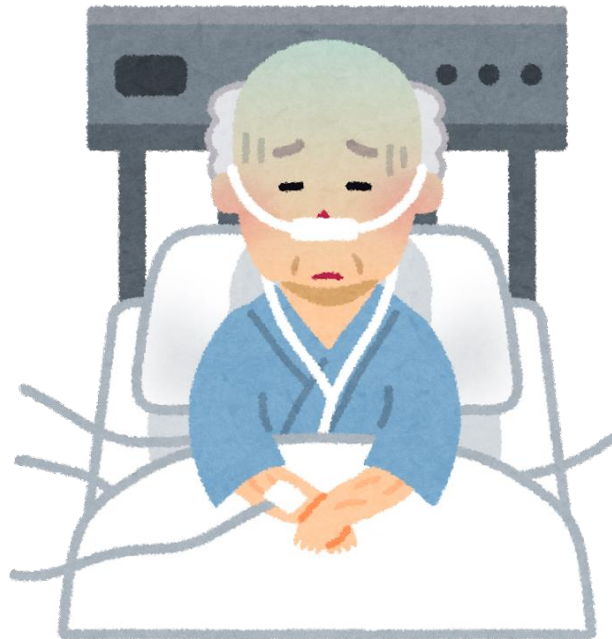
(参考) R2.111 時点 (令和 2 年度入院医療等の調査(施設票))



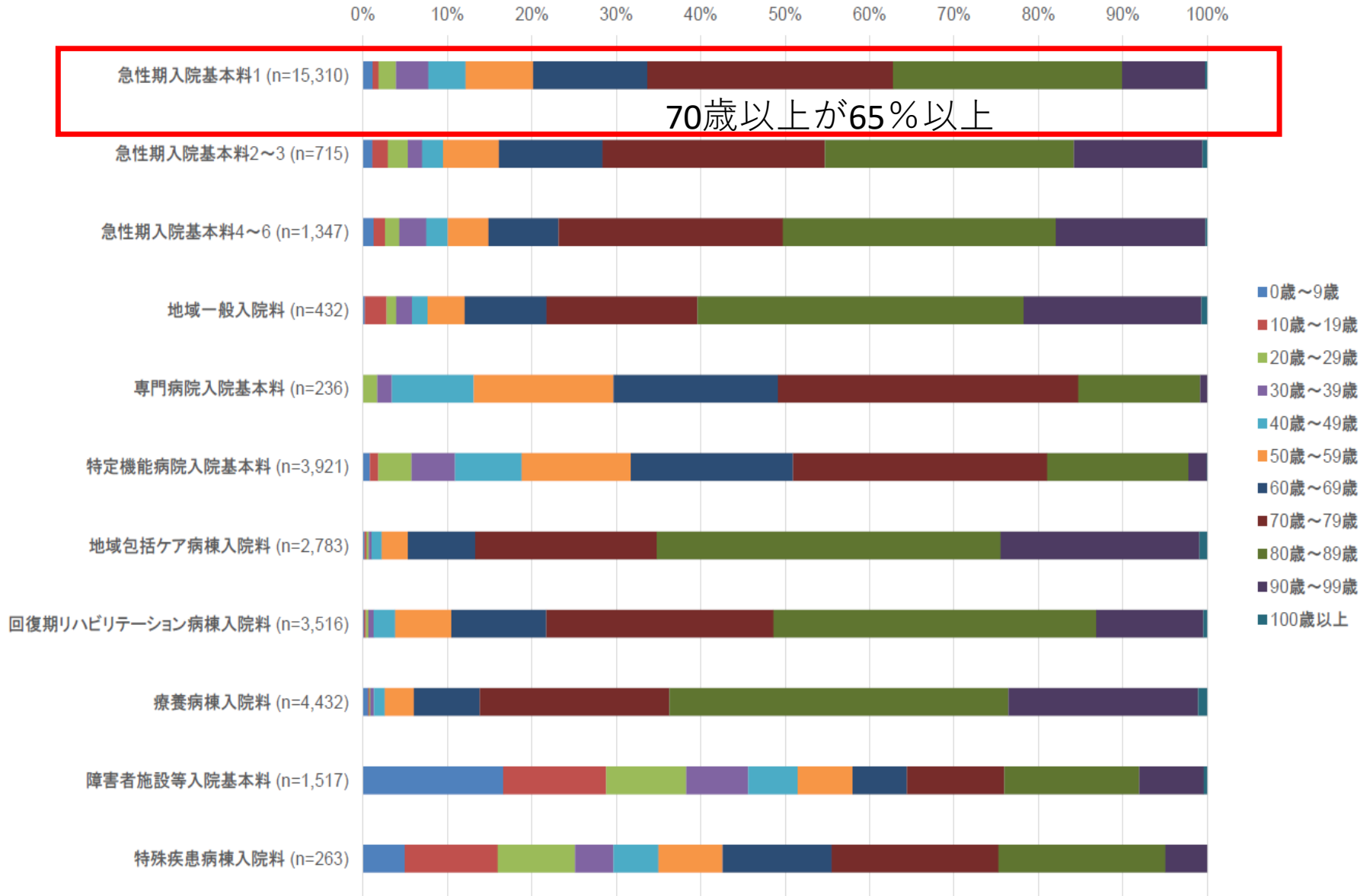
## ■ 重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由 (複数回答)



# ③入院料ごとの 患者属性

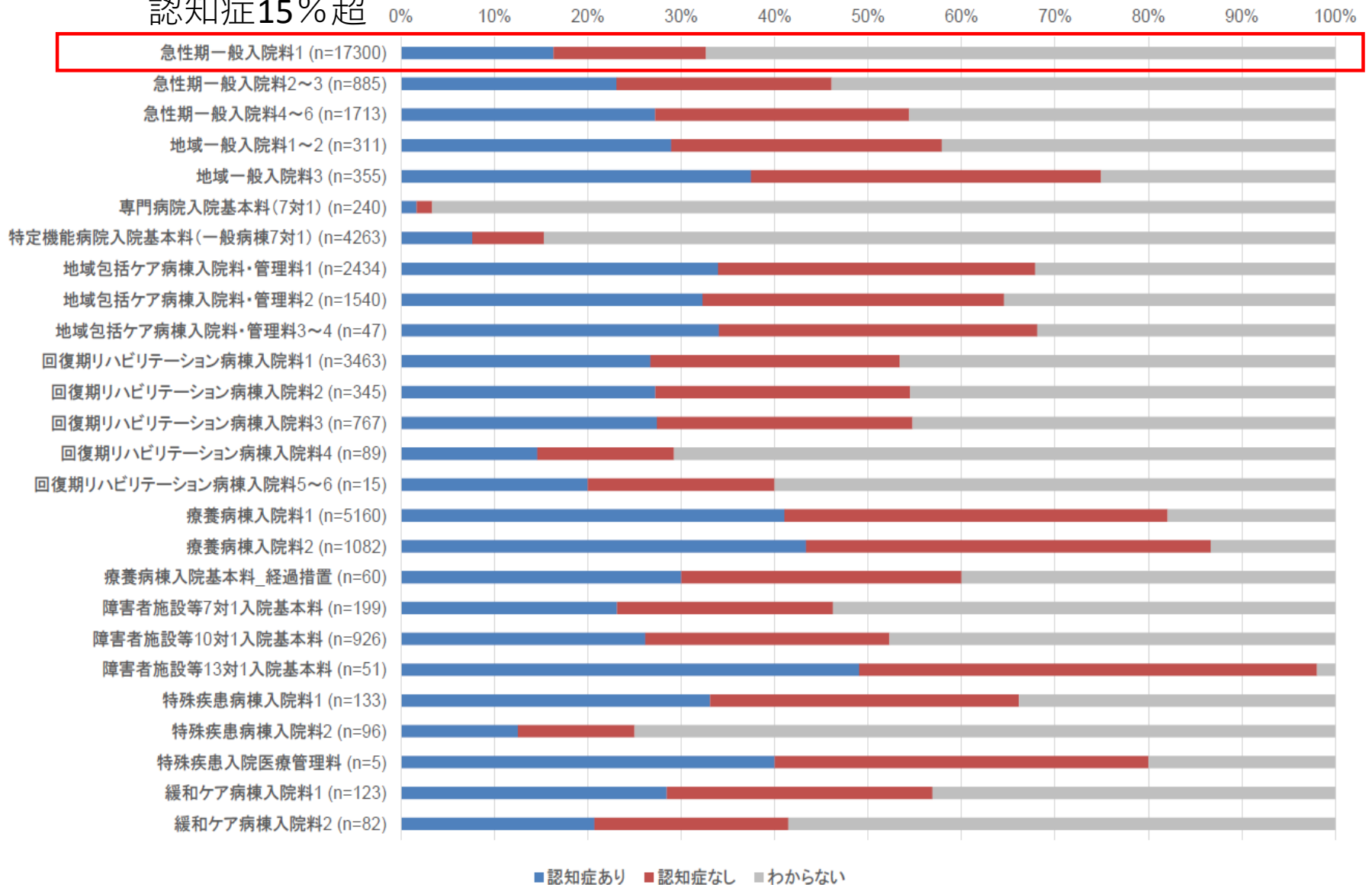


# 入院料ごとの年齢階級別分布



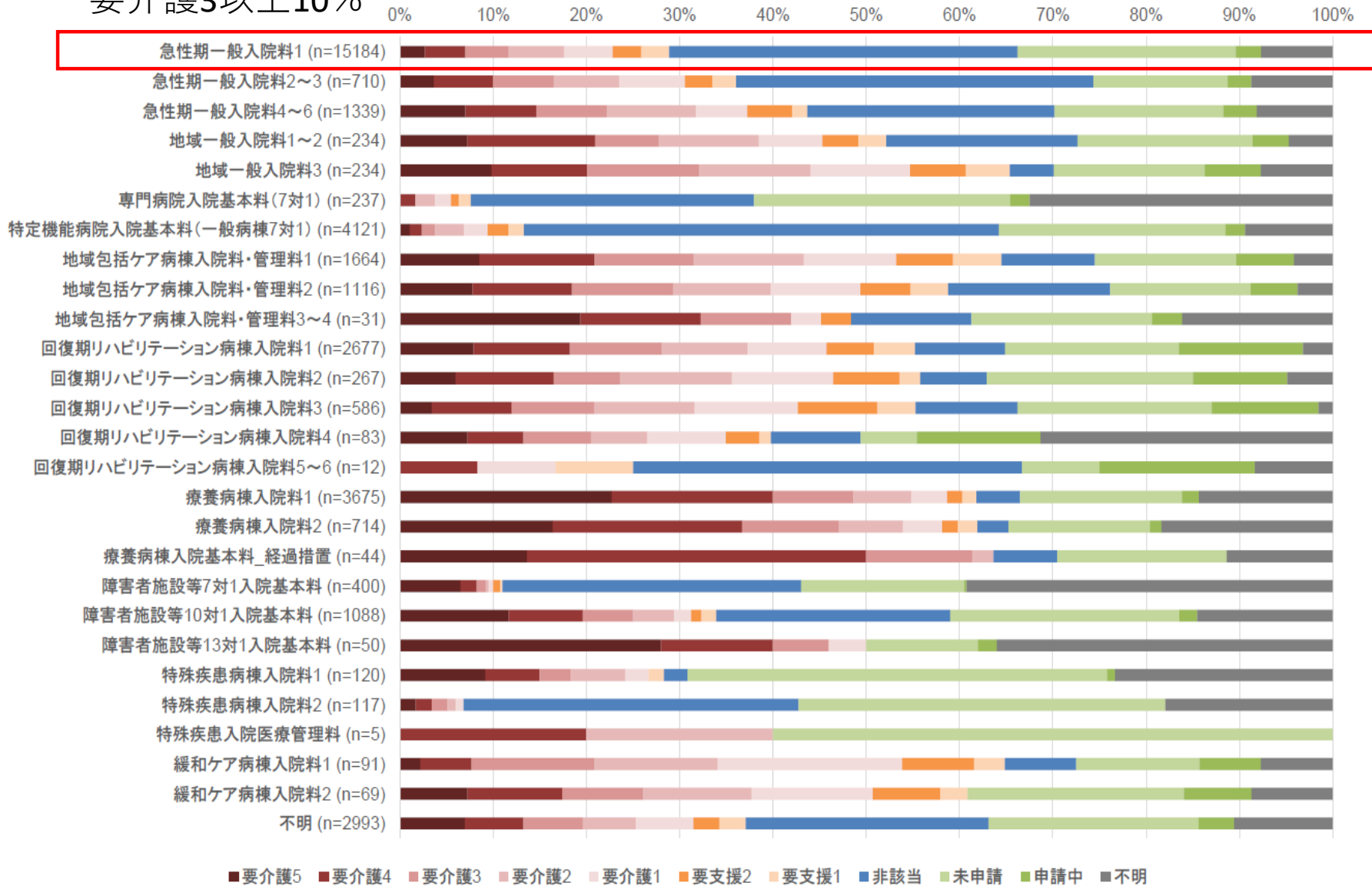
# 入院料ごとの認知症の有無

認知症15%超



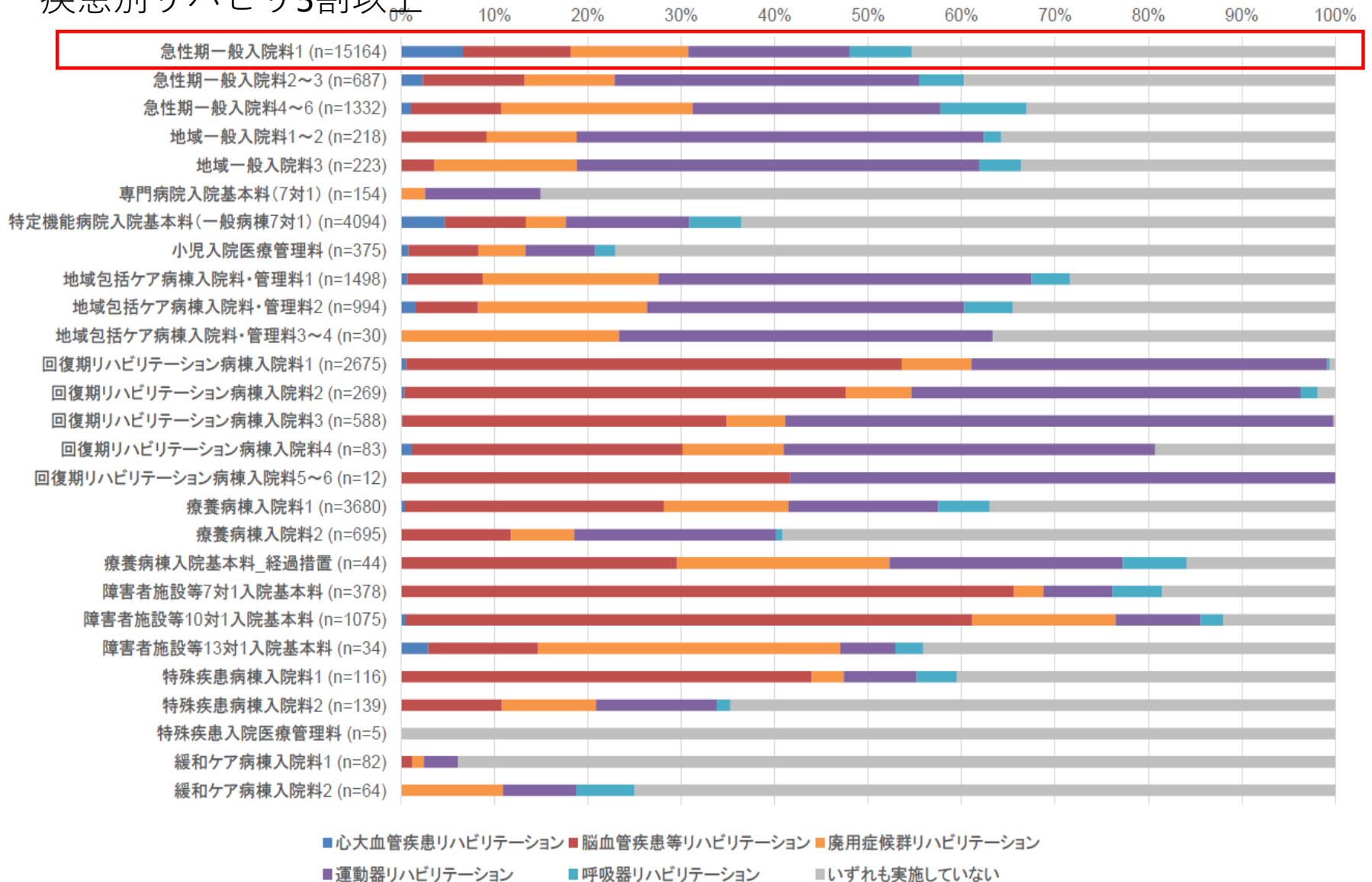
# 入院料ごとの要介護度別の患者割合

要介護3以上10%



# 入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況

## 疾患別リハビリ5割以上





# 入院・外来分科会委員意見

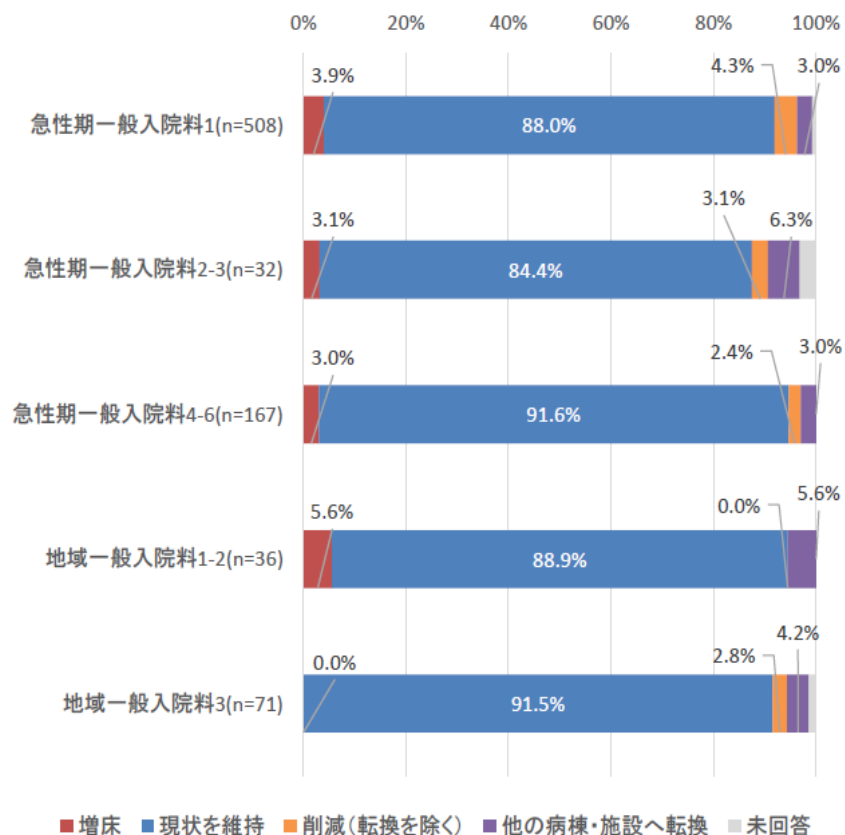
- 山本修一分科会長代理（地域医療機能推進機構理事長）
  - 急性期病棟において介護系人材の投入が必要
- 牧野憲一委員（旭川赤十字病院院長）
  - 経年変化をみることができないか。看護配置などが変わらない中、溶解度の高い高齢患者、認知症の高齢患者が増加していれば、評価の在り方も見直しが必要だ
- 中野恵委員（健康保険組合連合会参与）
  - 高齢者の急性期患者を度の病棟で受け入れるべきかは、患者の病態も見ながら慎重に議論する必要あり

# ④一般病床の病床数等への 病院意向

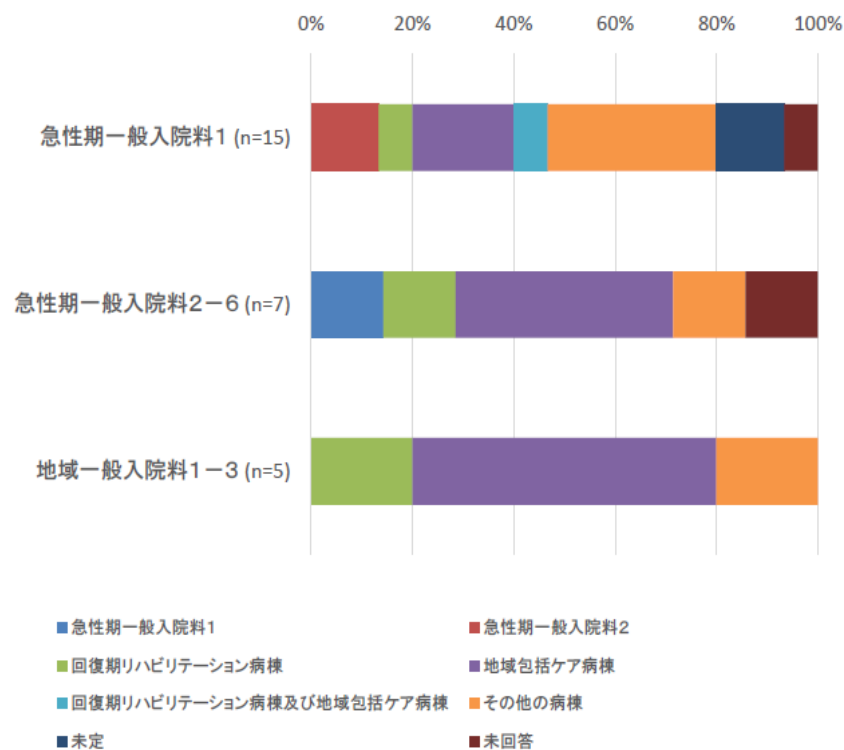
# 一般病棟の病床数等に関する意向

- 病床数等に関する今後の意向については、約9割の医療機関が「現状を維持」であった。
- 「他の病棟・施設へ転換」と回答した医療機関においては、地域包括ケア病棟へ転換する意向の施設が多かった。

入院料ごとの病床数等に関する今後の意向



「他の病棟・施設へ転換」と回答した医療機関における転換先

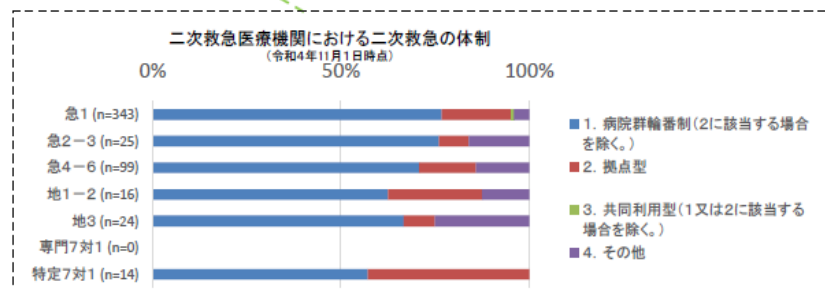
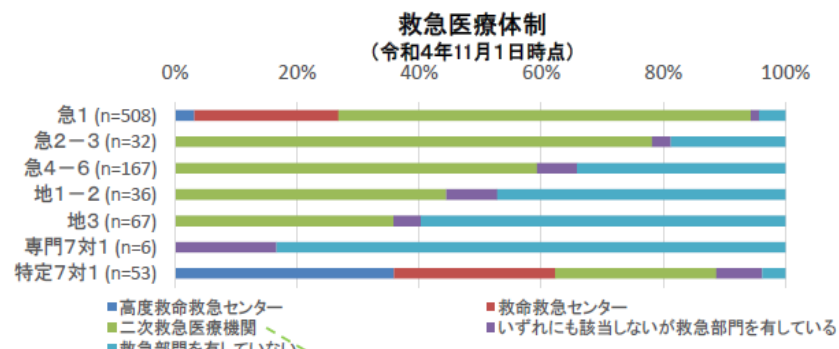
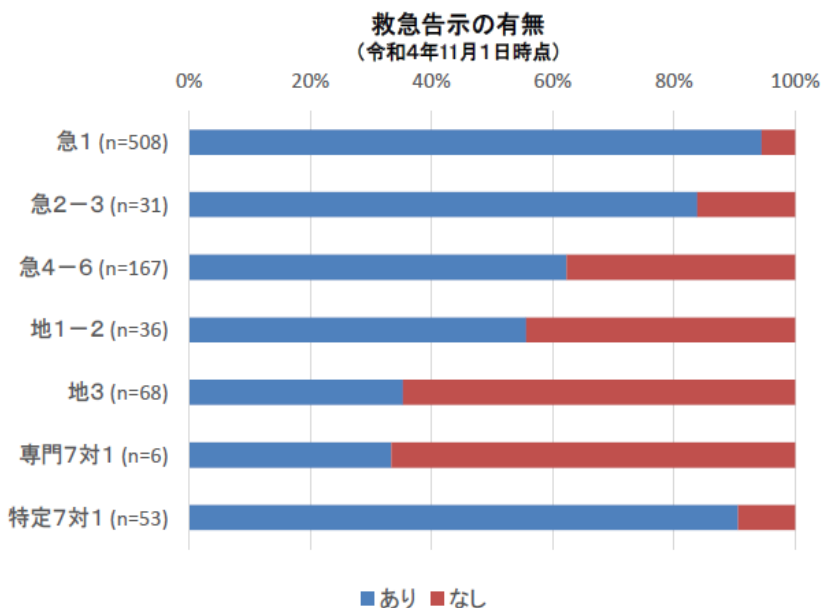


# ⑤ 救急医療体制

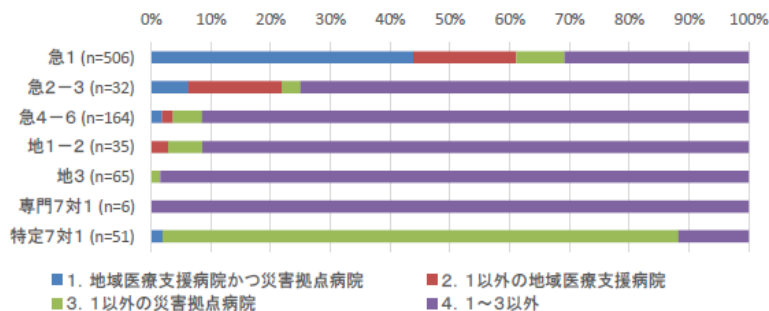


# 一般病棟入院基本料等を届け出ている施設における救急医療体制等

○ 各入院料毎の救急医療体制等については、以下のとおり。

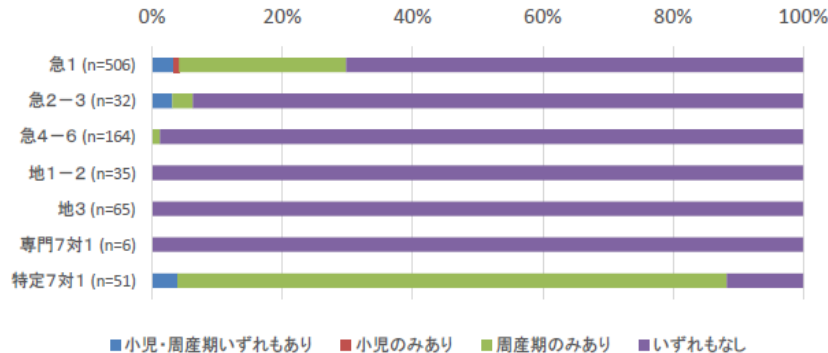


**地域医療支援病院及び災害拠点病院の指定状況**  
(令和4年11月1日時点)



**小児救命センター等<sup>※1</sup>及び総合周産期母子医療センター等<sup>※2</sup>の指定状況**  
(令和4年11月1日時点)

※1 小児救命救急センター又は小児救急医療拠点病院  
 ※2 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター



# パート 3

## 急性期充実体制加算 総合入院体制加算



急性期充実体制加算は  
スーパー急性期加算

## 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)	7日以内の期間	460点
	8日以上11日以内の期間	250点
	12日以上14日以内の期間	180点

### [算定要件]

- ・ 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

### [主な施設基準]

- ・ 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・ 総合入院体制加算の届出を行っていないこと。
- ・ 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術  
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- ・ 24時間の救急医療提供として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- ・ 精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること等。
- ・ 高度急性期医療の提供として、救命救急入院料等の治療室を届け出ていること。・ 感染対策向上加算1の届出を行っていること。
- ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- ・ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出を行っていること。
- ・ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「院内迅速対応チーム」の整備等を行っていること。
- ・ 外来を縮小する体制を確保していること。・ 手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出を行っていることが望ましい。
- ・ 療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。・ 一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割であること。
- ・ 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。・ 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。
- ・ 入退院支援加算1又は2を届け出ていること。・ 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

### (新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- ・ 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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届け出た保険医療機関に入院している患者について、更に所定点数に加算する。
- ・ 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
- ・ 精神科を標榜する保険医療機関であること。・ 精神病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

# 総合入院体制加算の概要

- 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。</li> <li>内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している。(※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行ってなくても良い。)</li> <li>外来を縮小する体制を有すること。(右記)</li> <li>次のいずれにも該当すること。               <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。</li> <li>イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</li> </ul> </li> <li>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。</li> </ul>		
実績要件	(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上		
	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法)：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A2点以上又はC1点以上)		必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

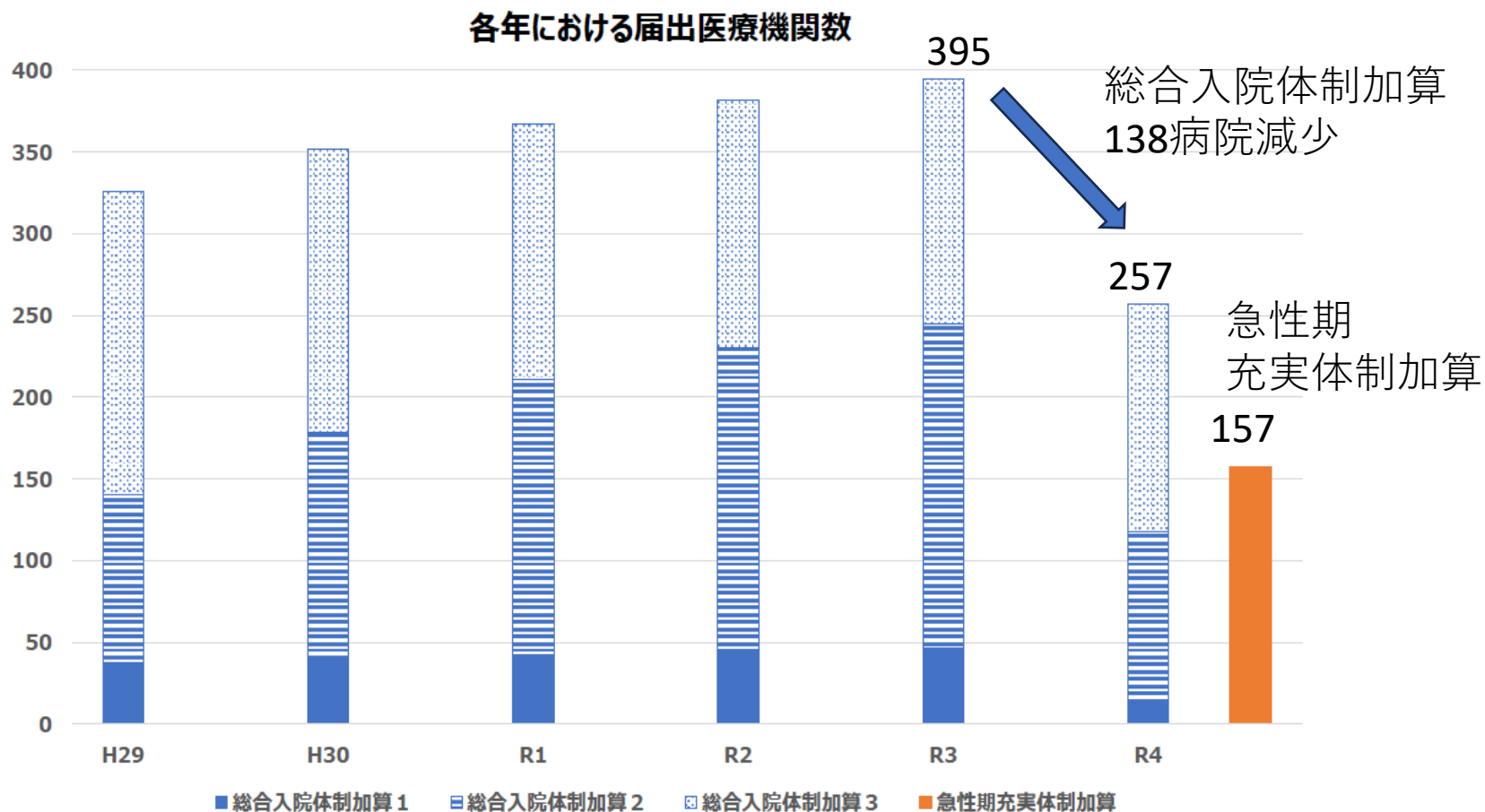
ア 次のいずれにも該当すること。  
 ・ 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している  
 ・ 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。  
 イ 紹介受診重点医療機関である。



点数と要件	急性期充実体制加算	総合入院体制加算 1
点数（14日まで）	47,600円	33,600円
全身麻酔手術件数	2000件（緊急手術350件）	800件
救命救急センター等の24時間の救急対応	○	規定なし
救急車搬送件数	2000件	2000件
ICU 迅速対応チーム（RRS）	○	規定なし
病床規定	急性期一般入院料 1 の加算 病床の9割が一般病床である	規定なし
地ケア病棟・療養病棟併設 同一建物内介護施設 敷地内薬局	認められない	規定なし
精神科に対して24時間対応	精神科リエゾンチーム	加算 1 では精神科病床が要件 その他、精神科リエゾン チーム
産科又は産婦人科標ぼう	規定なし	○
第三者評価	○	○

# 総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



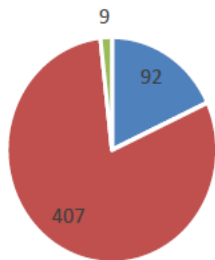
# 総合入院体制加算から 急性期充実体制加算への移行の課題

- 総合入院体制加算では、小児、産科、産婦人科の標ぼうや分娩件数年間**100**件以上、精神科医療の提供が要件となっている。
- 妊産婦のメンタルヘルスケアが重要
- 総合入院体制加算の減少で、産科や精神科からの撤退が危惧される
- すでに「精神科を廃止した、産科を廃止した」と言う病院もある。

# 急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

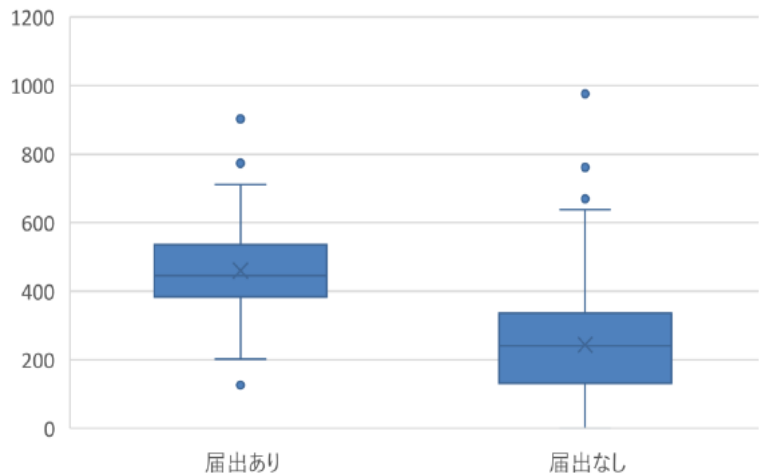
回答施設のうち急性期一般入院料1における急性期充実体制加算の届出状況 (n=508)



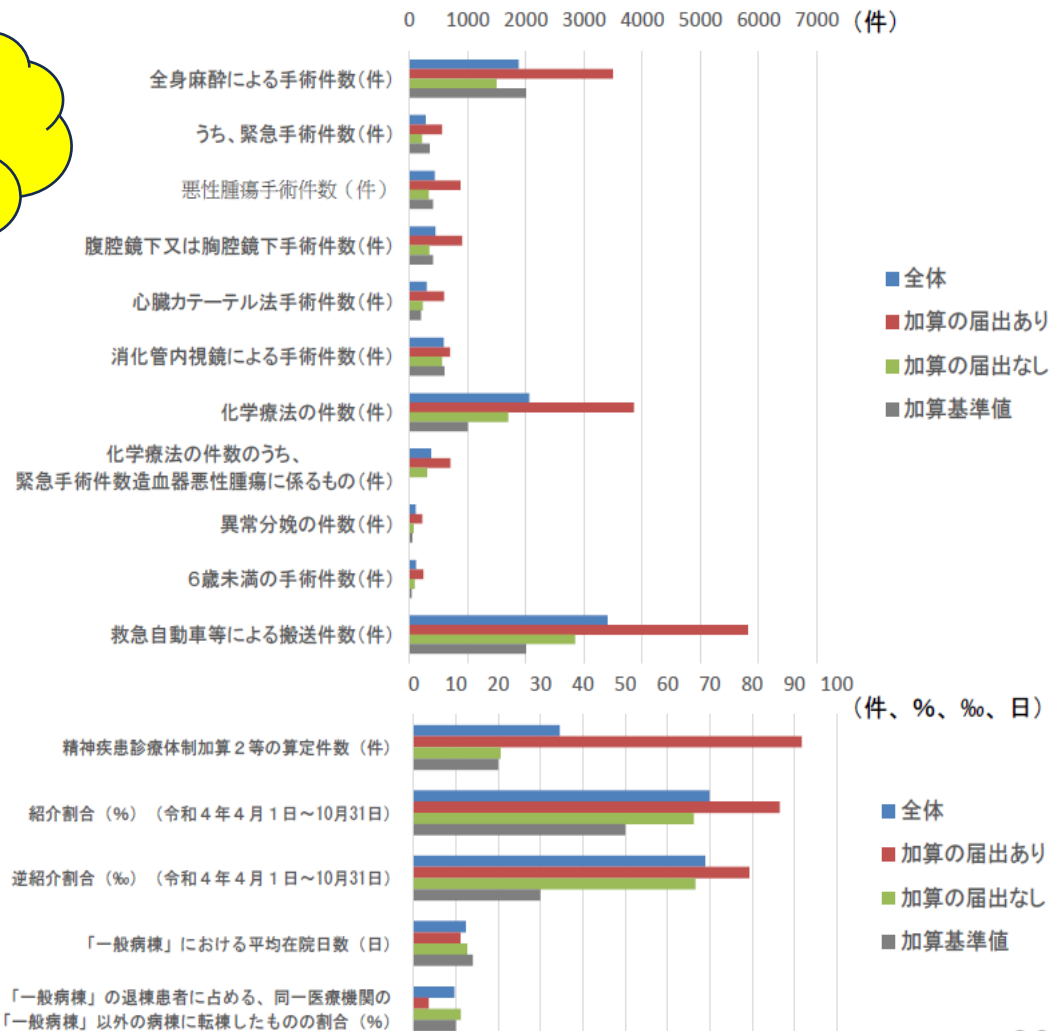
18%が急性期充実体制加算届け出

■ 加算の届出あり ■ 加算の届出なし ■ 未回答

急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料1の届出病床数



急性期一般入院料1における施設基準に関する実績の状況 (n=508)



# 急性期充実体制加算の届出状況②

○ 急性期充実体制加算を届け出していない理由としては、400床以上の急性期病床を有する医療機関においては、「手術等に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備」、「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の賃貸借取引がないこと」等が多かった。

敷地内薬局  
がネック

急性期一般入院料1のうち急性期充実体制加算を届け出していない医療機関における届出していない理由  
(複数選択、回答があった施設における選択割合)

(急性期一般入院料1の届出病床数)	手術等に係る実績	化学療法の実施を推進する体制	24時間の救急医療提供	自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備	高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件	感染対策向上加算1の届出	画像診断及び検査を、24時間実施できる体制の確保	薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保	急性期一般入院料1にかかる届出を行っている病棟について、重症度、医療・看護必要度を評価していること	精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出	入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備	外来を縮小する体制の確保	療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと	一般病棟の病床数の合計が9割以上であること	同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設がないこと	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の賃貸借取引がないこと	平均在院日数14日以内	一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割以上	敷地内における禁煙の取り扱い	第三者評価を受けていること	総合入院体制加算を届出していないこと
200床未満 (n=128)	71.1%	48.4%	28.1%	75.0%	45.9%	56.3%	21.1%	55.5%	11.7%	60.2%	25.8%	39.1%	46.1%	23.4%	18.8%	8.6%	18.0%	10.9%	2.3%	34.4%	34.4%
200-399床 (n=132)	66.7%	14.4%	5.3%	49.2%	9.8%	6.8%	2.3%	6.1%	0.0%	23.5%	28.8%	12.1%	36.4%	25.0%	8.3%	15.2%	9.8%	4.5%	1.5%	11.4%	25.8%
400床以上 (n=32)	45.9%	3.1%	0.0%	6.3%	6.3%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	9.4%	21.9%	6.3%	6.3%	3.1%	3.1%	21.9%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	31.3%

# 急性期充実体制加算要件で 敷地内薬局締め出し

急性期充実  
加算病院

ダメ!



# 急性期充実体制加算 と総合入院体制加算

「急性期充実体制加算と総合入院体制加算との役割分担が必要」

猪口雄二委員（日本医師会副会長）

# パート4 ICU入院料見直し





# 救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配 置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日 10,223点	187 3,578床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急 センターを 有している こと  ※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
		～7日 9,250点 ～14日 7,897点					
	入院料2	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	28 234床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	
		入院料3	イ・ロ:～3日 10,223点 イ・ロ:～7日 9,250点 イ:～14日 7,897点 ロ:～60日 8,318点	77 1,663床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	
入院料4	イ・ロ:～3日 11,802点 イ・ロ:～7日 10,686点 イ・ロ:～14日 9,371点 ロ:～60日 8,318点		82 1,081床	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
	特定集中治療室 管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	133 1,482床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割
管理料2			イ・ロ:～7日 14,211点 イ:～14日 12,633点 ロ:～60日 12,833点				
		管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	361 2,839床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること	ICU用 7割	
管理料4			イ・ロ:～7日 9,697点 イ:～14日 8,118点 ロ:～60日 8,318点	72 762床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師		
ハイケアユニット 入院医療管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	574 5,388床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	/
	管理料2	4,224点	34 339床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	185 1,719床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	3対1	一般病棟 用(I) 測定評価	脳梗塞、 脳出血、く も膜下出 血が8割以 上

※医療機関数及び病床数は令和2年9月16日中医協総会のデータを精査し集計し直したものの。

①重症度、医療・看護必要度の見直し

# 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

## 評価項目及び判定基準の見直し

- 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判定基準を見直す。

心電図モニター削除

### 現行

【特定集中治療室用】			
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテール）	なし		あり
9 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）	なし		あり

B 患者の状況等	基準
10 寝返り	A得点4点以上かつ B得点3点以上
11 移乗	
12 口腔清潔	
13 食事摂取	
14 衣服の着脱	
15 診療・療養上の指示が通じる	
16 危険行動	

### 改定後

・「心電図モニターの管理」「B 患者の状況等」の項目を廃止

【特定集中治療室用】			
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
<u>1</u> 輸液ポンプの管理	なし	あり	
<u>2</u> 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
<u>3</u> シリンジポンプの管理	なし	あり	
<u>4</u> 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
<u>5</u> 人工呼吸器の管理	なし		あり
<u>6</u> 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
<u>7</u> 肺動脈圧測定（スワンガンツカテール）	なし		あり
<u>8</u> 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、 <b>IMPELLA</b> ）	なし		あり

基準	A得点3点以上
----	---------

## 評価方法の見直し

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、**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。

重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）	
救命救急入院料1	—
救命救急入院料2	<u>7割</u> 又は <u>6割</u>
救命救急入院料3	—
救命救急入院料4	<u>7割</u> 又は <u>6割</u>
特定集中治療室管理料1	<u>7割</u>
特定集中治療室管理料2	
特定集中治療室管理料3	<u>6割</u>
特定集中治療室管理料4	

【経過措置】  
令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

# ②重症度、医療・看護必要度の評価票

ICU用とハイケアユニット用

# 特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

## 【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
10 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
11 移乗	介助なし	一部介助	全介助
12 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
15 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
16 危険行動	ない	—	ある

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

## 【ハイケアユニット用】

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 人工呼吸器の管理	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)	なし	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
14 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
15 移乗	介助なし	一部介助	全介助
16 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
17 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
18 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
19 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
20 危険行動	ない	—	ある

基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

## 救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

### 重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

- ▶ 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料1及び3における、重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

#### 現行

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I
救命救急入院料1	特定集中治療室用	-
救命救急入院料2	特定集中治療室用	8割又は7割
救命救急入院料3	特定集中治療室用	-
救命救急入院料4	特定集中治療室用	8割又は7割



#### 改定後

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I	必要度 II
救命救急入院料1	<u>ハイケアユニット用</u>	-	-
救命救急入院料2	特定集中治療室用	8割又は7割	<u>7割又は6割</u>
救命救急入院料3	<u>ハイケアユニット用</u>	-	-
救命救急入院料4	特定集中治療室用	8割又は7割	<u>7割又は6割</u>

#### 【経過措置】

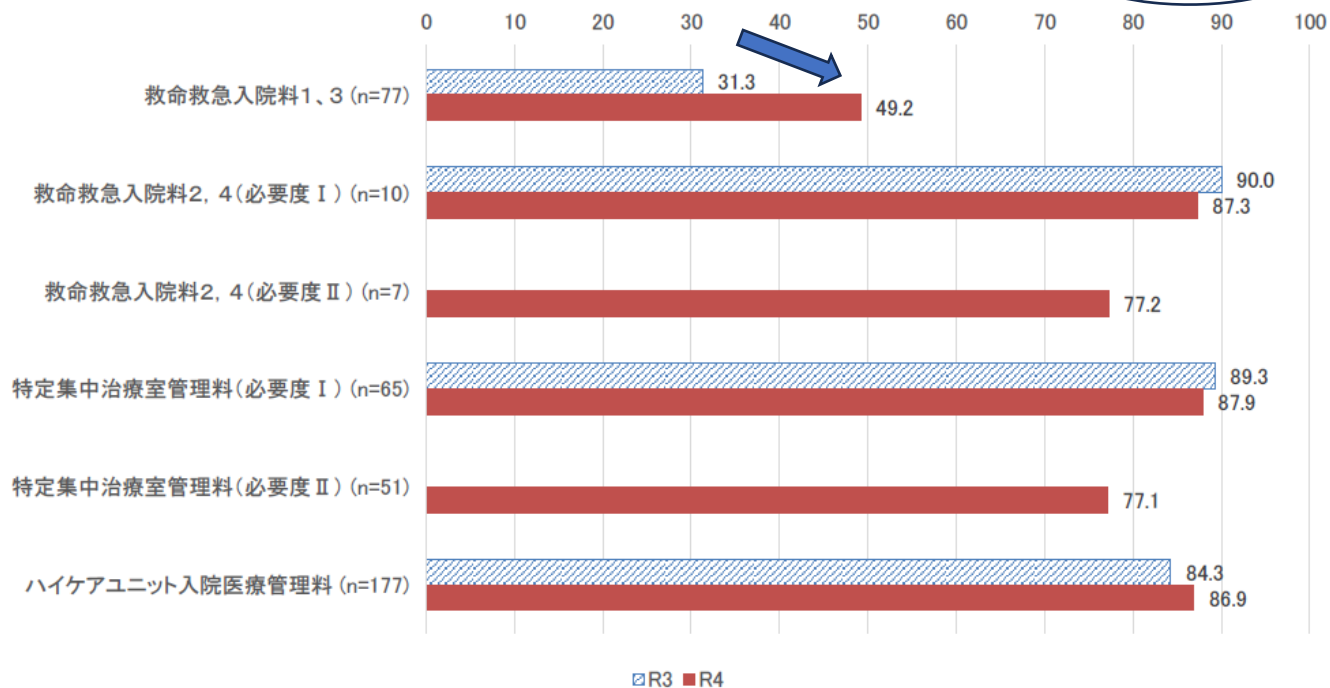
令和4年3月31日時点で救命救急入院料1及び3の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

救命救急入院料1・3はハイケアユニット用評価票  
救命救急入院料2・4はICU用評価票

# 救命救急入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ 令和3年8～10月及び令和4年8～10月における救命救急入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。

救命救急入院料1・3ハイケアユニット必要度適応で必要度アップ



※救命救急入院料1, 3については、令和3年は特定集中治療室管理料用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにより、令和4年はハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度により評価。

③SOFAスコア



# SOFAスコア

(Sequential Organ Failure Assessment score)

項目	点数				
	0点	1点	2点	3点	4点
<b>呼吸器</b> PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	≥400	<400	<300	<200 +呼吸補助	<100 +呼吸補助
<b>凝固能</b> 血小板数 (×10 <sup>3</sup> /μL)	≥150	<150	<100	<50	<20
<b>肝機能</b> ビリルビン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
<b>循環機能</b> 平均動脈圧 (MAP) (mmHg)	MAP≥70	MAP<70	DOA<5γ あるいは DOB使用	DOA5.1~15 あるいは Ad≤0.1γ あるいは NOA≤0.1γ	DOA>15γ あるいは Ad>0.1γ あるいは NOA>0.1γ
<b>中枢神経系</b> GCS	15	13~14	10~12	6~9	<6
<b>腎機能</b> クレアチニン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9	>5.0
尿量 (mL/日)				<500	<200

DOA : ドパミン、DOB : ドブタミン、Ad : アドレナリン、NOA : ノルアドレナリン

SOFAスコアのベースラインから2点以上の増加で、感染症が疑われるものは敗血症と診断される

# SOFAスコア

- SOFAスコアの6機能
  - 呼吸機能
  - 凝固機能
  - 肝機能
  - 循環機能
  - 中枢神経機能
  - 腎機能
- 6機能についてゼロ点から4点の5段階で「重症度」を評価するもので、合計点数（total maximum SOFA score：TMS）が高いほど「重症である」と判断される
- 最低ゼロ点から最高24点

# 特定集中治療室管理料におけるS O F Aスコア等による患者の状態

○ 特定集中治療室管理料1・2の患者のほうが、管理料3・4の患者よりも入室時のSOFAスコアが高い傾向にあった。

## <特定集中治療室管理料1> n=37

同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)

入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1~2点	3~5点	6~10点	11~15点	16~20点	21~24点	死亡
0点	11%	⇒ 71%	21%	3%	6%	0%	0%	0%
1~2点	20%	⇒ 18%	67%	13%	1%	0%	0%	1%
3~5点	21%	⇒ 14%	23%	53%	9%	0%	0%	1%
6~10点	28%	⇒ 4%	13%	38%	31%	4%	2%	1%
11~15点	15%	⇒ 2%	12%	22%	25%	6%	8%	4%
16~20点	5%	⇒ 0%	0%	8%	38%	15%	0%	15%
21~24点	0%	⇒ 0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%

## <特定集中治療室管理料2> n=29

同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)

入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1~2点	3~5点	6~10点	11~15点	16~20点	21~24点	死亡
0点	6%	⇒ 67%	7%	27%	0%	0%	0%	0%
1~2点	14%	⇒ 9%	67%	21%	2%	0%	0%	0%
3~5点	25%	⇒ 11%	17%	58%	10%	1%	0%	3%
6~10点	33%	⇒ 3%	12%	34%	33%	5%	2%	0%
11~15点	15%	⇒ 2%	12%	24%	32%	15%	5%	0%
16~20点	6%	⇒ 0%	7%	0%	27%	20%	20%	0%
21~24点	0%	⇒ -	-	-	-	-	-	-

## <特定集中治療室管理料3> n=63

同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)


入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1~2点	3~5点	6~10点	11~15点	16~20点	21~24点	死亡
0点	24%	⇒ 63%	24%	8%	3%	0%	0%	1%
1~2点	25%	⇒ 27%	60%	11%	2%	0%	0%	0%
3~5点	23%	⇒ 14%	26%	49%	6%	1%	0%	3%
6~10点	19%	⇒ 16%	19%	25%	30%	3%	0%	6%
11~15点	7%	⇒ 8%	13%	38%	17%	25%	0%	0%
16~20点	2%	⇒ 25%	0%	13%	13%	0%	25%	25%
21~24点	0%	⇒ -	-	-	-	-	-	-

## <特定集中治療室管理料4> n=13

同一患者の退室時の状況(SOFAスコア等)

入室時のSOFAスコアごとの患者数	0点	1~2点	3~5点	6~10点	11~15点	16~20点	21~24点	死亡
0点	10%	⇒ 64%	18%	18%	0%	0%	0%	0%
1~2点	24%	⇒ 23%	58%	19%	0%	0%	0%	0%
3~5点	24%	⇒ 10%	39%	45%	3%	0%	3%	0%
6~10点	26%	⇒ 0%	34%	16%	38%	6%	0%	6%
11~15点	14%	⇒ 0%	0%	33%	13%	13%	7%	0%
16~20点	1%	⇒ 0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
21~24点	0%	⇒ -	-	-	-	-	-	-

④ 重症患者対応  
体制強化加算



スーパー  
ICU加算

## 特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

### (新) 重症患者対応体制強化加算

イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

[算定要件]

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

#### [施設基準の概要]

専従の常勤看護師 <b>1名</b> 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 <b>1名</b> 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	<p><b>*実施業務*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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<b>院内研修を、年1回以上実施</b>。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</li> </ul> <p>① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護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</p>	
看護師 <b>2名</b> 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。		<p><b>*実施業務*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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、<b>他の医療機関等の支援を行う</b>。(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)</li> <li><b>地域の医療機関等が主催する</b>集中治療を必要とする患者の看護に関する<b>研修に講師として参加する</b>など、地域における集中治療の質の向上を目的として、<b>地域の医療機関等と協働する</b>ことが望ましい。</li> </ul>
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 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。		
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 <b>1割5分以上</b>		

パンデミックの時に他の医療機関の支援を行う

# 治療室における適切な研修を修了した看護師に係る施設基準

中医協 総-1-2

3. 10. 27

## 特定集中治療室管理料1・2の施設基準

- ・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
  - ・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常勤看護師
  - ・当該治療室内に週20時間以上配置
- ※専任の常勤看護師2名組み合わせることにより、週20時間以上配置しても差し支えない(重複する時間帯については1名についてのみ計上)

「適切な研修」とは、  
国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること

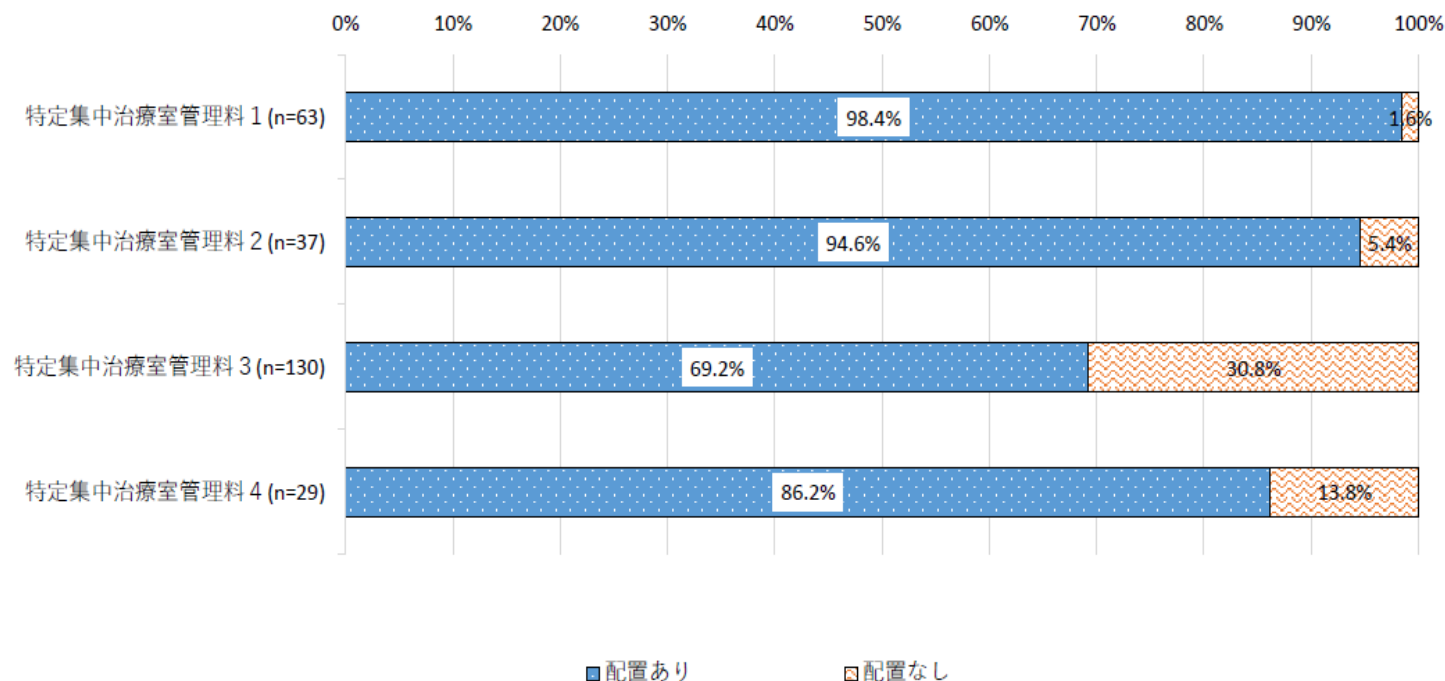
### 「適切な研修」の内容

		認定・専門・特定行為 における分野	2021年度～ 新たな認定看護分野
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A301 特定集中治療室管理料1</li> <li>■ A301 特定集中治療室管理料2</li> </ul>	14,211点 (7日以内) 12,633点 (8日以上 14日以内)	<b>認定看護師の分野</b> ・救急看護 } ・集中ケア } ・新生児集中ケア ・小児救急看護	<b>認定看護師の分野</b> ・クリティカルケア ・新生児集中ケア ・小児プライマリケア
		<b>専門看護師の分野</b> ・急性・重症患者看護	
		<b>特定行為研修において該当する区分</b> 以下の8区分全てを研修が修了した場合 ・呼吸器(気道確保に係るもの)関連 ・呼吸器(人口呼吸療法に係るもの)関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛関連 ・循環器関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	

# 適切な研修を修了した看護師の配置状況

○ 適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置有無



- 臨床工学技士の配置について、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設及び調査施設全体とで「医療施設全体での在籍数」及び「100床あたりの在籍数」をみると、いずれも最大値・最小値には大きな開きがみられた。
- また、日勤・夜勤におけるICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合を、特定集中治療室1, 2を算定する医療施設と調査施設全体とで比較すると、日勤・夜勤ともに、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設のほうがICU専従臨床工学技士を配置している施設割合が高かった。

## 臨床工学技士の在籍状況

### 《医療施設全体での在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	20.6名	70名	2名
管理料1, 2算定施設	21.7名	58名	8名

### 《ICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合》

	配置なし	1名	2名	3名以上
日勤（調査施設全体）	39.4%	40.9%	12.9%	6.8%
日勤（管理料1, 2）	23.9%	50.7%	16.9%	8.5%

### 《100床あたりの在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	3.1名	8.5名	0.6名
管理料1, 2算定施設	3.1名	6.9名	1.5名

	配置なし	1名	2名	3名以上
夜勤（全体）	60.6%	35.6%	3.0%	0%
夜勤（管理料1, 2）	47.9%	47.9%	4.2%	0%

※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

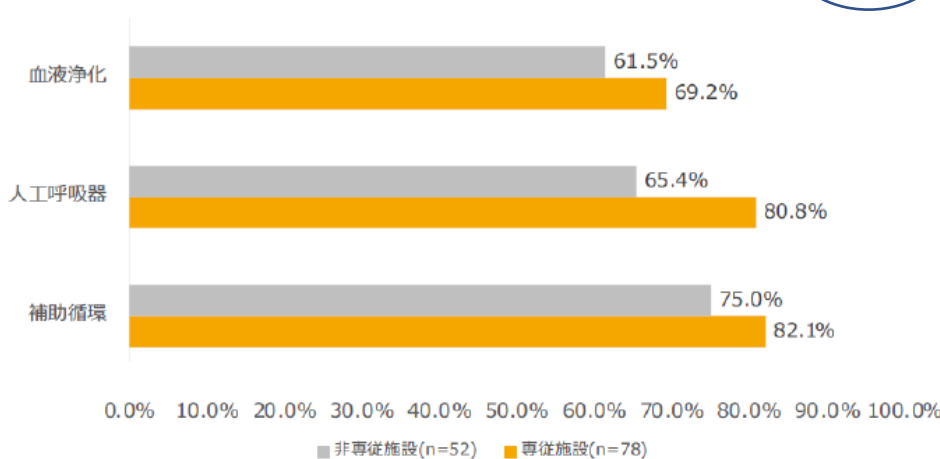


# 臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

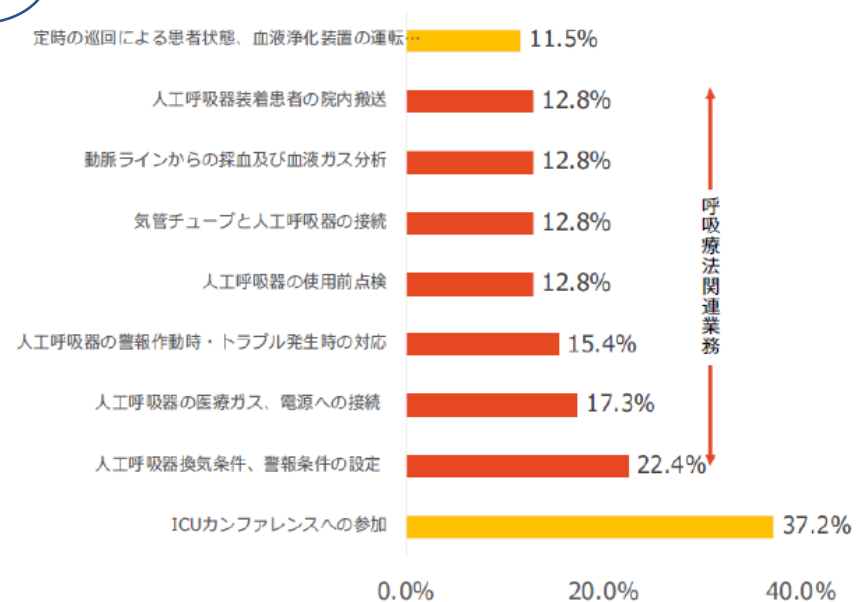
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

専従の臨床工学技士がいた方が初期対応早い

警報作動時の初期対応率



専従施設と非専従施設の実施率の差異



対象：日本集中治療専門医研修施設343施設の代表者  
 調査実施期間：2019年11月26日～12月25日  
 回答数：132件（医療機関数130施設）

# 重症患者対応体制強化加算

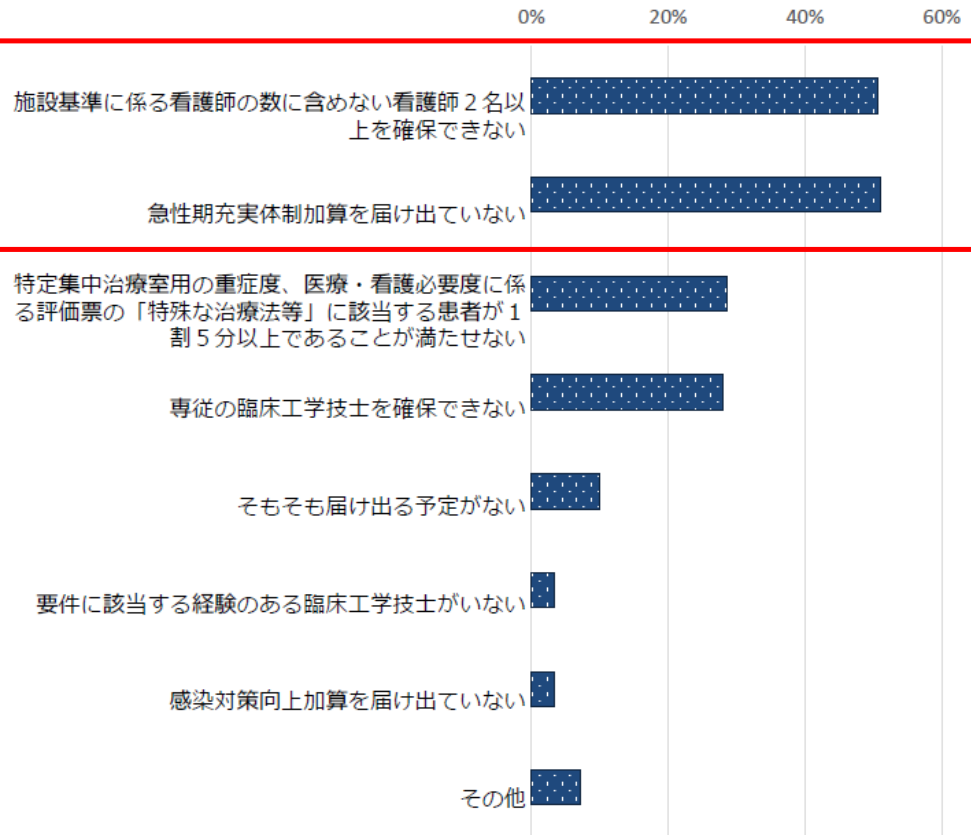
- 重症患者対応体制強化加算を届け出していた治療室は4%であった。
- 届出困難な理由は、「看護師の確保ができない」、「急性期充実体制加算を届け出していない」、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない」等が挙げられた。

## ■ 重症患者対応体制強化加算の届出有無 (n=202)

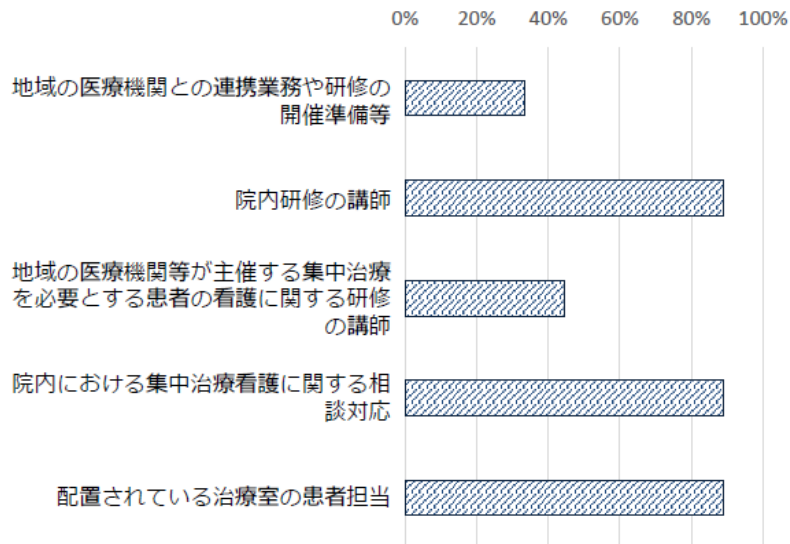
	治療室数	(割合)
届出:無	193	96%
届出:有	9	4%

届出:無

## ■ 届出が困難な理由 (複数回答) (n=182)



## ■ 集中治療を必要とする患者の看護に係る研修 修了者の具体的な実施業務 (n=9)



⑤ 重症患者  
初期支援充実加算

## 重症患者等に対する支援に係る評価の新設

- 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

### **(新) 重症患者初期支援充実加算 300点 (1日につき)**

#### [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入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実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、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
  - ア **当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
  - イ 支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
  - ウ 当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
  - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

#### [施設基準]

- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。
- (2) **特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。**
- (3) **当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。
- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。
  - ア **医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
  - イ **医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**
- (5) **支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) **支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。**
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

# 救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

- 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。

## 入院時重症患者対応メディエーター

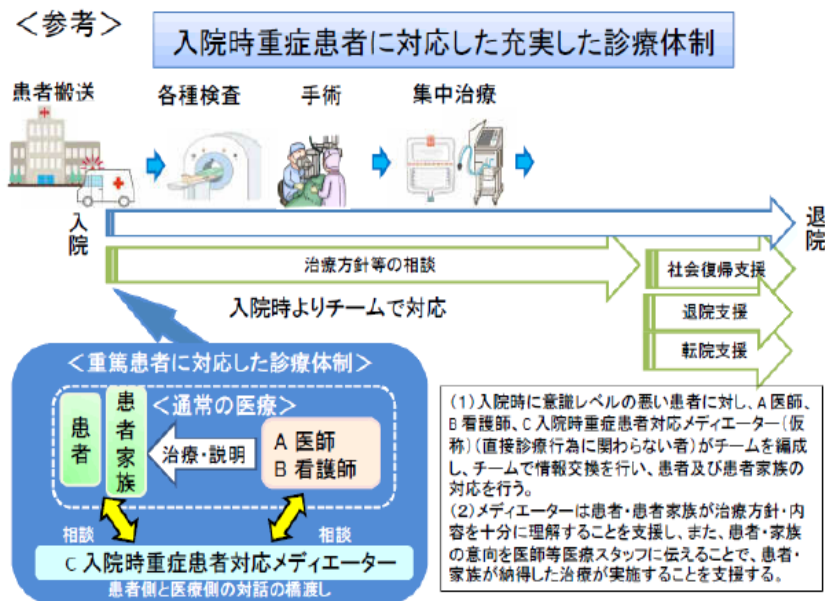
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

- 医師、看護師に加えて、重症患者とその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる。
- 患者・家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

## 入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

出典：第50回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会  
(令和元年6月21日) 資料2

## 治療に直接関与しない職員の必要性

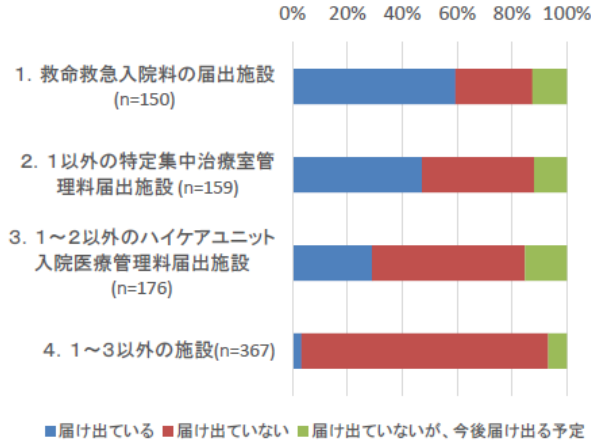
- 急性期疾患で死亡退院した患者家族22例において、担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの“第3の職員”が患者家族の相談に介入したグループと介入していないグループで、医療の満足度に関するアンケートを行ったところ、介入したグループの方が有意に満足度が高かった。

(出典：名取良弘「選択肢提示の一般市民への啓発活動に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金移植医療基盤整備研究事業. 令和2年度「脳死下、心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究」. 横田裕行.)

# 重症患者初期支援加算の届出状況等

○ 重症患者初期支援加算の届出状況等は、以下のとおり。

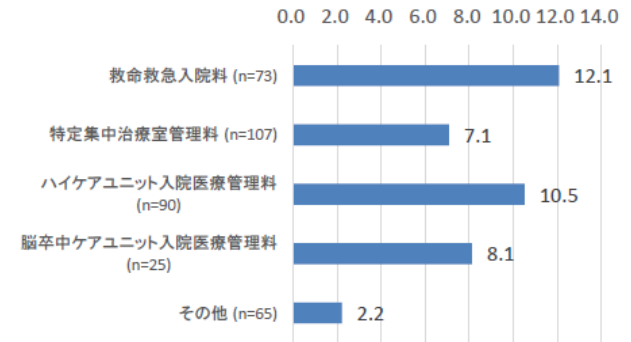
重症患者初期支援加算の届出状況  
(令和4年11月1日時点)



届出を行っている施設における  
入院時重症患者対応メディエーターの配置状況  
(令和4年11月1日時点)

職種	平均人数(人)
医師	0.1
看護師	1.2
薬剤師	0.0
社会福祉士	0.8
公認心理師	0.3
その他医療有資格者	0.0
医療有資格者以外のもので、医療関係団体等が実施する研修を終了し、かつ、支援に係る経験を有する者	
	0.0

届出を行っている施設における各治療室の在室患者のうち  
入院時重症患者対応メディエーターが介入した患者数  
(令和4年10月1か月)



届出を行ってない施設における理由  
(令和4年11月1日時点)

	全体	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2-3	急性期一般入院料4-6	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	専門病院入院基本料7対1	特定機能病院入院基本料7対1
算定対象となる特定入院料を届け出していないため	52.6%	32.0%	50.0%	72.9%	88.2%	90.9%	100.0%	20.0%	0.0%
入院時重症患者対応メディエーターの介入が必要となるように特に重篤な状態の患者がないため	25.9%	13.6%	18.2%	42.1%	58.8%	18.2%	45.5%	20.0%	0.0%
特に重篤な状態の患者を行う医師・看護師等による十分に対応できており、入院時重症患者対応メディエーターの必要性がないため	12.9%	9.6%	18.2%	16.4%	17.6%	9.1%	16.4%	0.0%	15.0%
患者サポート体制充実加算を届け出していないため	30.5%	18.4%	45.5%	42.9%	47.1%	27.3%	52.7%	0.0%	10.0%
入院時重症患者対応メディエーターを担う職員がないため	63.5%	73.2%	63.6%	52.1%	52.9%	27.3%	54.5%	60.0%	80.0%
その他	2.7%	3.6%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	10.0%

# パート5

## 地域包括ケア病棟、 回復期リハ病棟



### (3) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

#### 【附帯意見(抜粋)】

- 3 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、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。

#### 【関係する改定内容】

- ①地域包括ケア病棟入院料における実績要件及び施設基準等の見直し
- ②地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し
- ③回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件等の見直し
- ④回復期リハビリテーション病棟入院料における回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

#### 【調査内容案】

調査対象：地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関

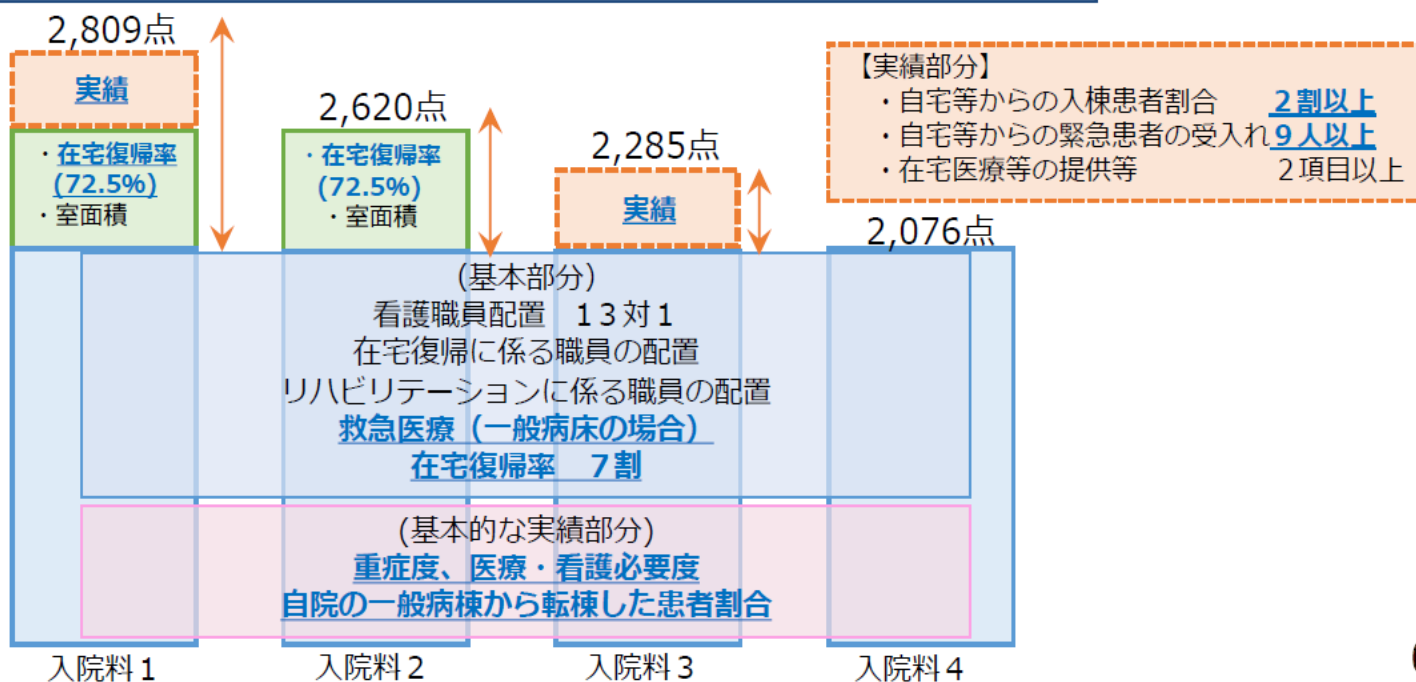
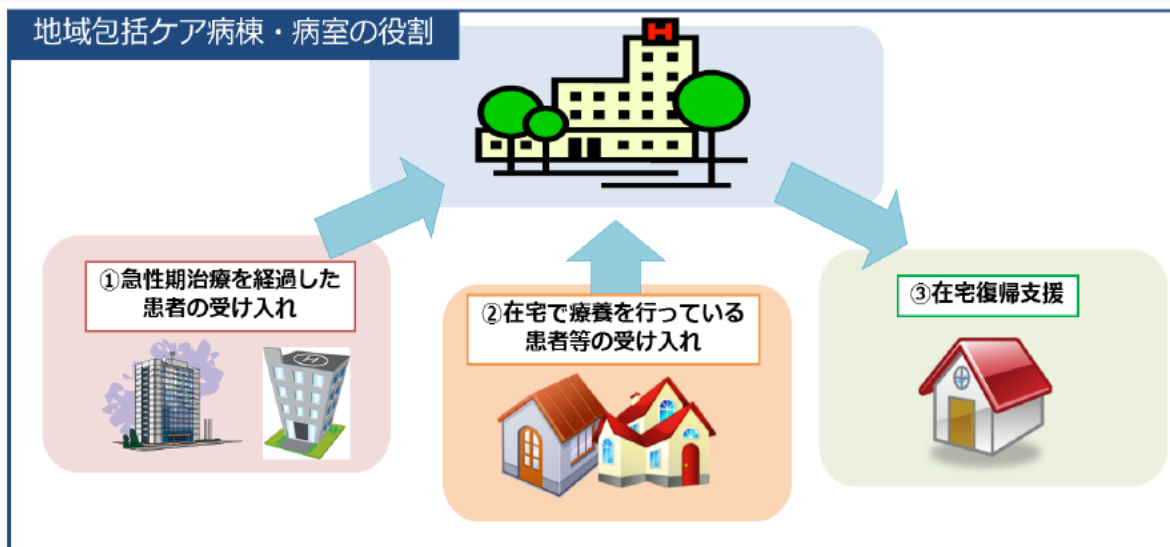
- 調査内容：(1)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている医療機関における在宅医療・救急医療等の提供状況
- (2)回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関におけるリハビリテーションの提供状況及びその実績等の状況
- (3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等



# ①地域包括ケア病棟



# 地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）



## 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	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							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>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。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%</b> 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (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	<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (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)		<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (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 <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> （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 <u>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）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

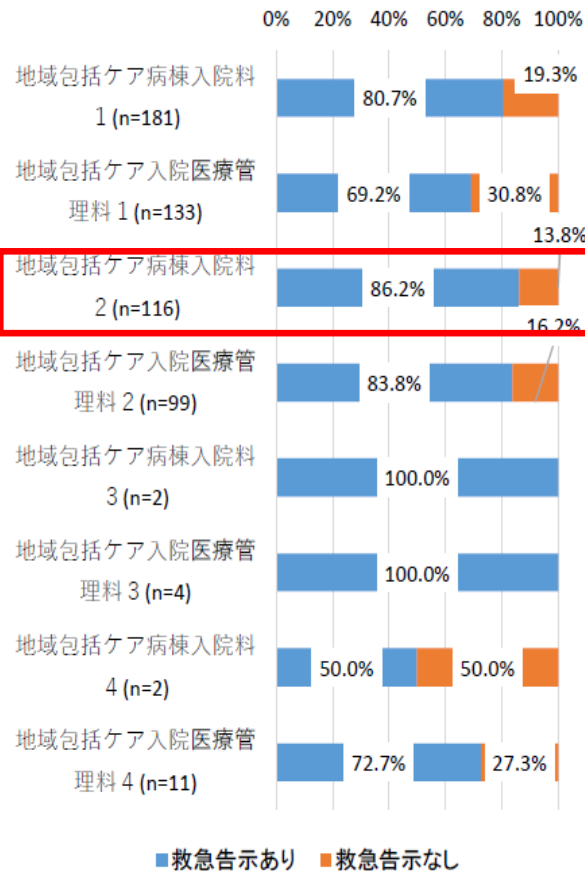
・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

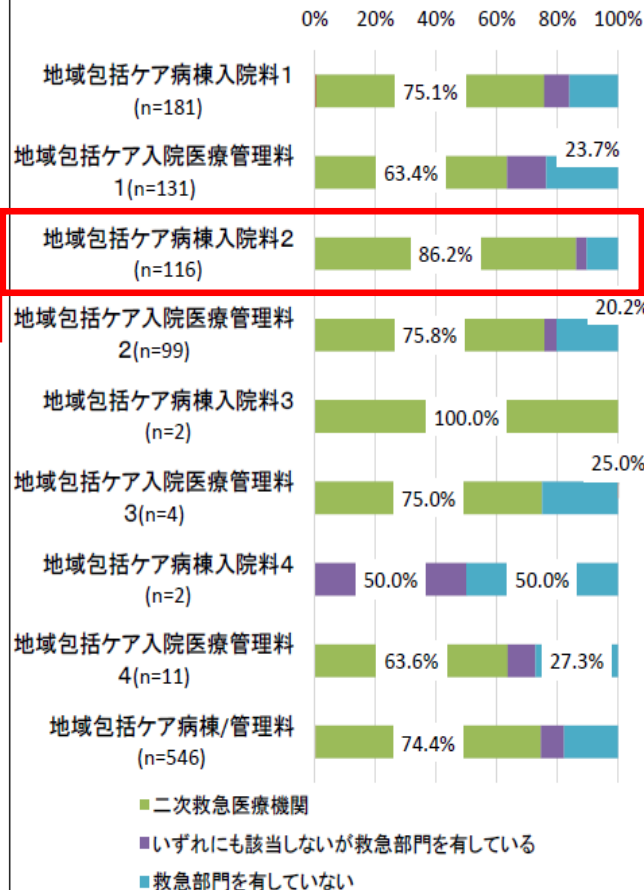
# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、病院が救急告示病院である割合は、地域包括ケア病棟入院料1で80.7%、地域包括ケア病棟入院料2で86.2%であった。
- 地域包括ケア病棟を有する病院について、病院が二次救急医療機関に該当する割合は、地域包括ケア病棟入院料1で75.1%、地域包括ケア病棟入院料2で86.2%であった。

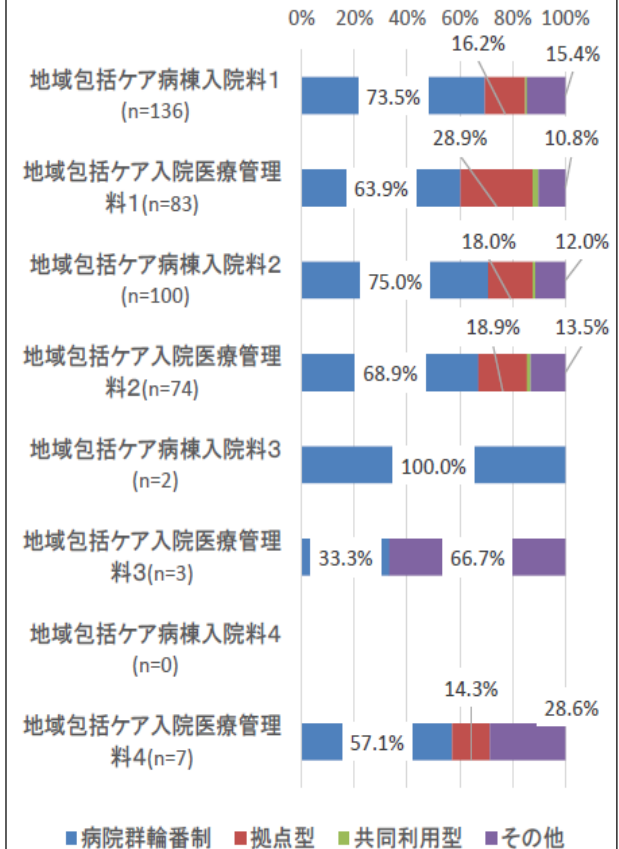
## 救急告示の有無



## 救急医療体制

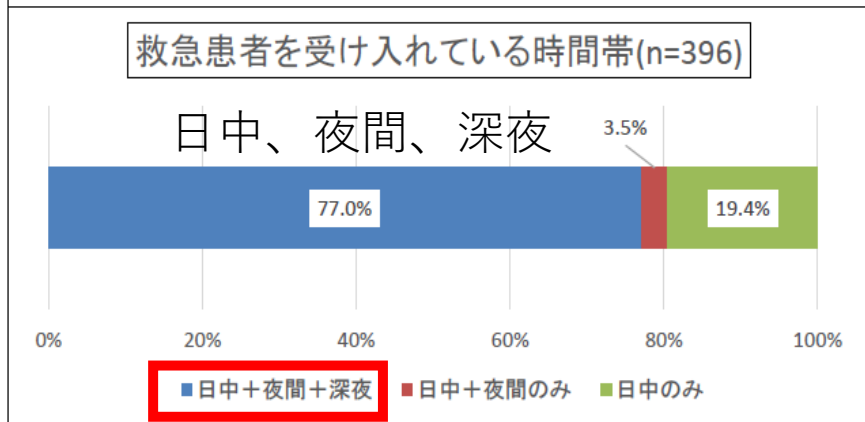
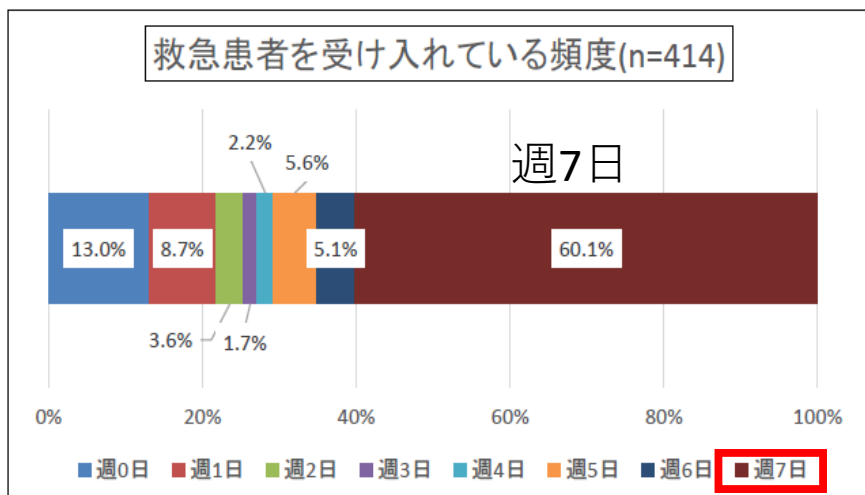


## (二次救急医療機関の場合) 二次救急医療体制

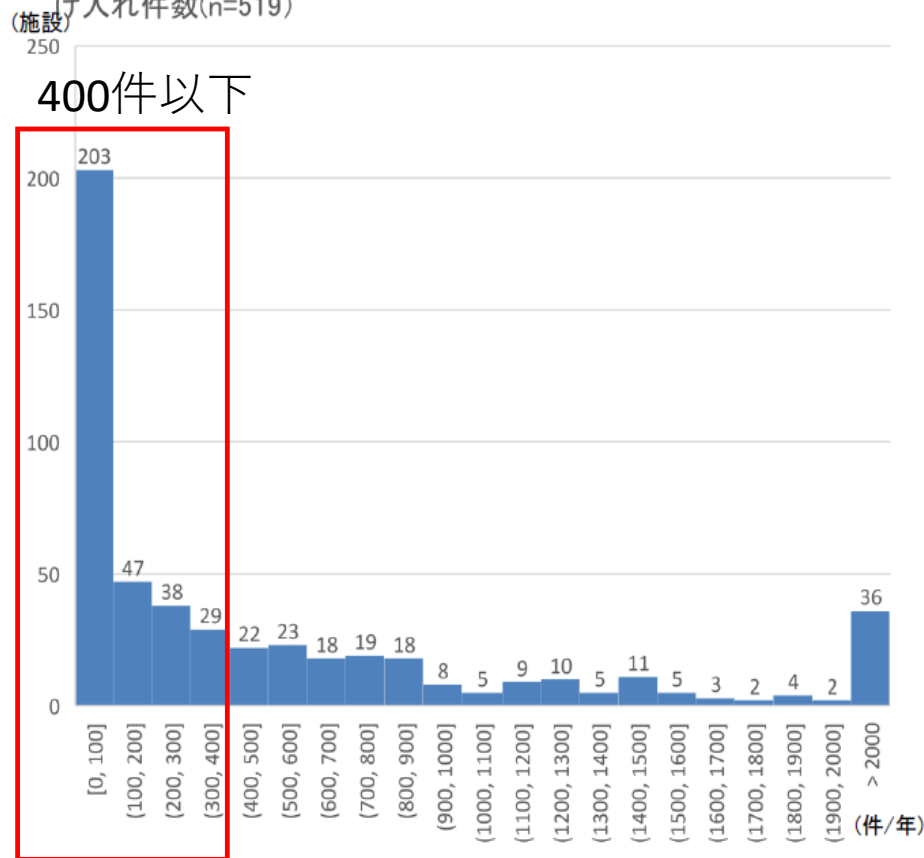


# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

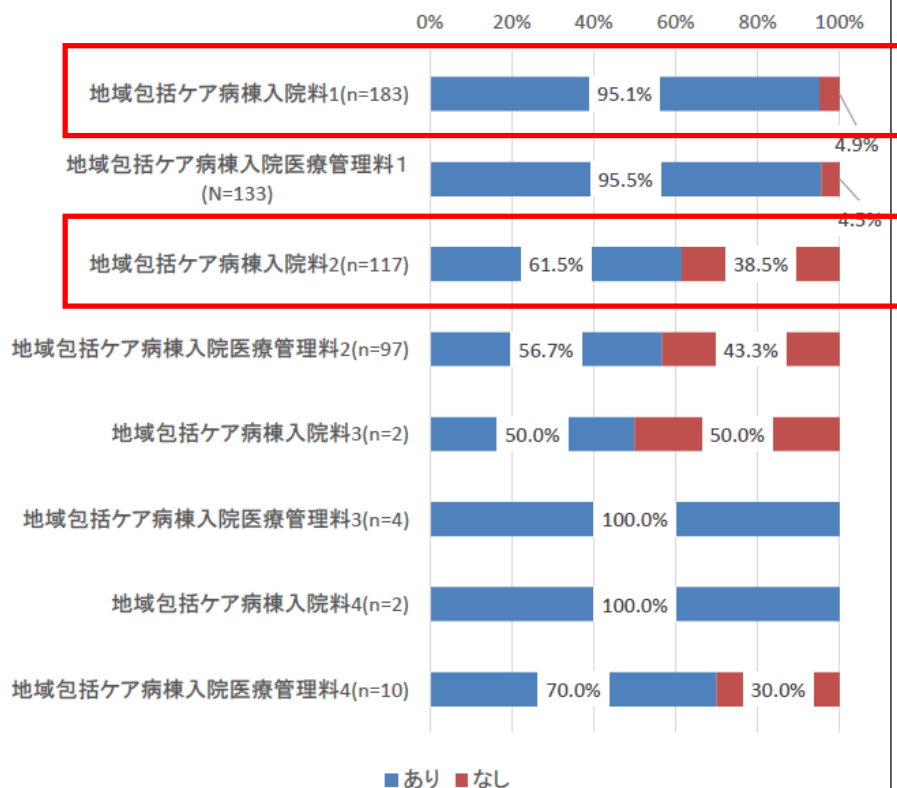
- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケ ア病棟入院 料 1 (n=179)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 1 (n=130)	地域包括ケ ア病棟入院 料 2 (n=61)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 2 (n=98)	地域包括ケ ア病棟入院 料 3 (n=2)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 3 (n=4)	地域包括ケ ア病棟入院 料 4 (n=1)	地域包括 ケア入院 医療管理 料 4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

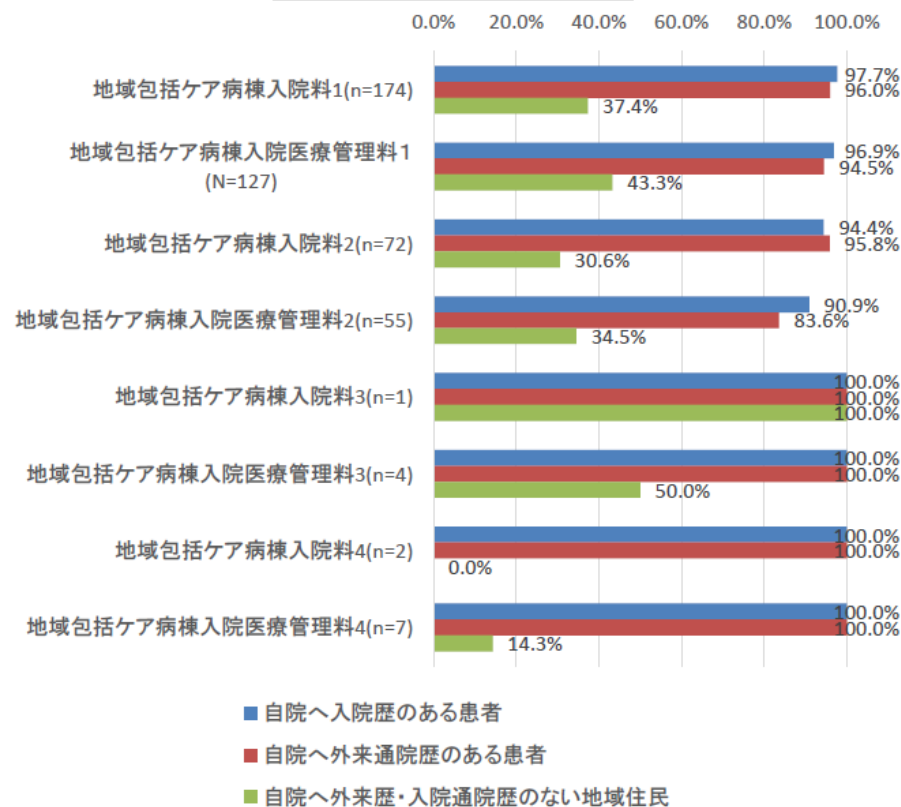
# 地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の状況

- 地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の提供状況について、地域包括ケア病棟1を有する病院の9割以上が在宅医療を提供していた一方、地域包括ケア病棟2を有する病院では約6割であった。

### 在宅医療の提供の有無



### 在宅医療の提供対象者

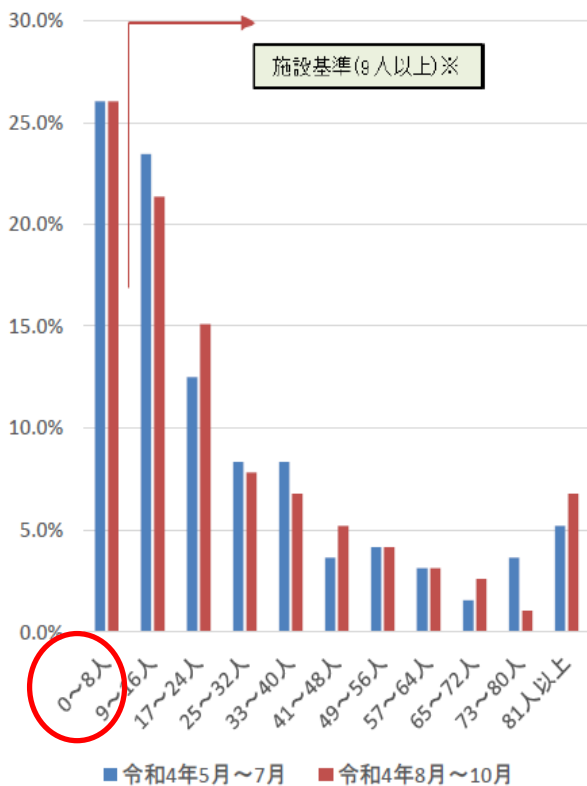




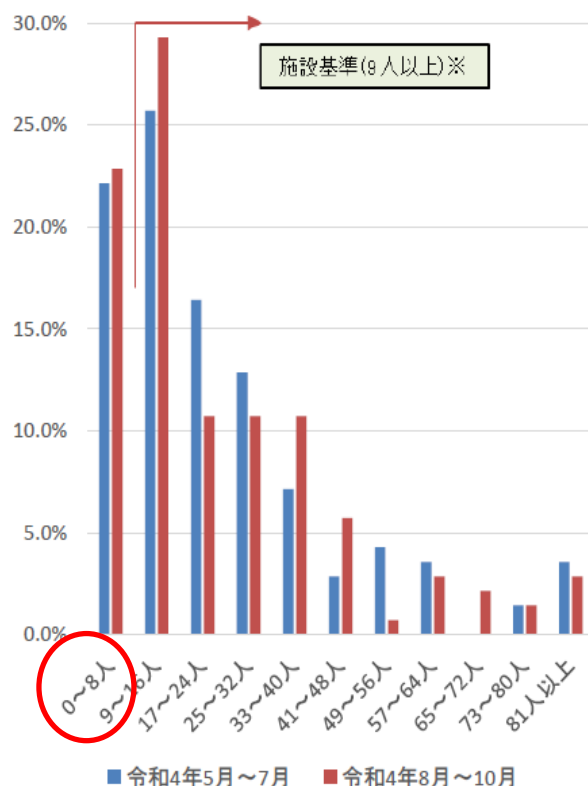
# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

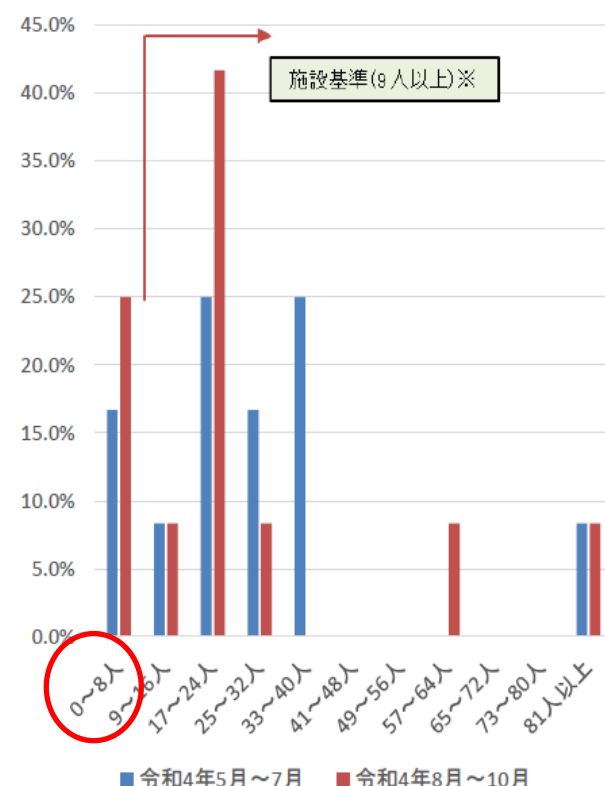
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2 (n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4 (n=12)

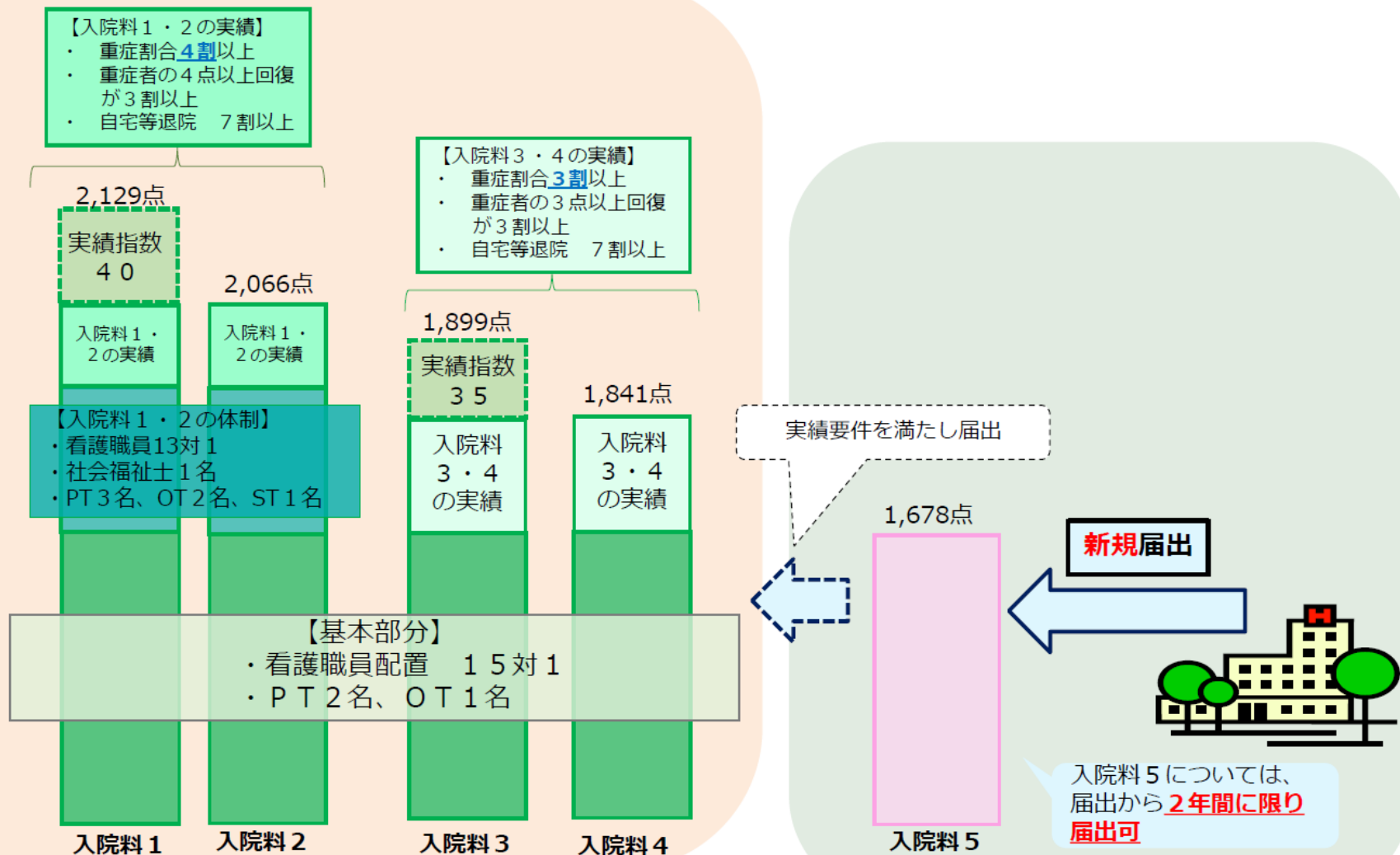


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

## ②回復期リハ棟



## 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準 (イメージ)



## 疾患別リハビリテーション点数表【令和2年度 診療報酬改定対応】

	脳血管疾患 (*2)	運動器 (*2)	廃用症候群 (*2)	心大血管	呼吸器
標準算定日数	180日	150日	120日	150日	90日
施設基準Ⅰ	245点	185点	180点	205点	175点
	147点 (*1)	111点 (*1)	108点 (*1)		
施設基準Ⅱ	200点	170点	146点	125点	85点
	120点 (*1)	102点 (*1)	88点 (*1)		
施設基準Ⅲ	100点	85点	77点	—	—
	60点 (*1)	51点 (*1)	46点 (*1)		

(\*1)月に13単位を限度に入院中の要介護被保険者等に対して標準算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合

(\*2)標準的算定日数の3分の1を経過した後に要介護被保険者等に対し過去3月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料（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)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上	-			
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			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○	-			
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>	2割以上→ <u>3割以上</u>			-
入院時に重症であった患者における 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			-
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	-	-
点数 ( )内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

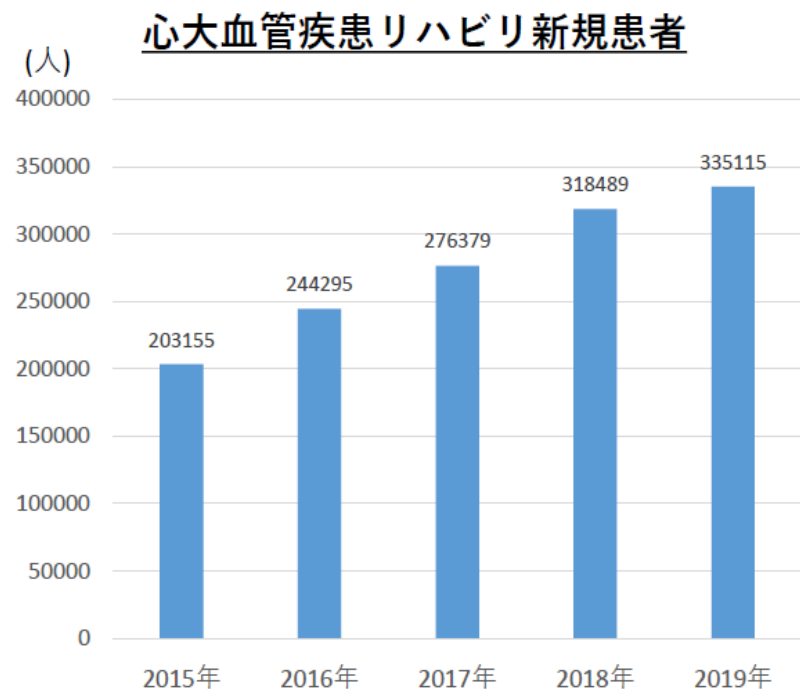
※1：入院料5については、届出から2年間に限り算定することができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

# 心臓リハビリテーションのニーズを示すデータ

中医協 総-1-2  
3.10.27

心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している



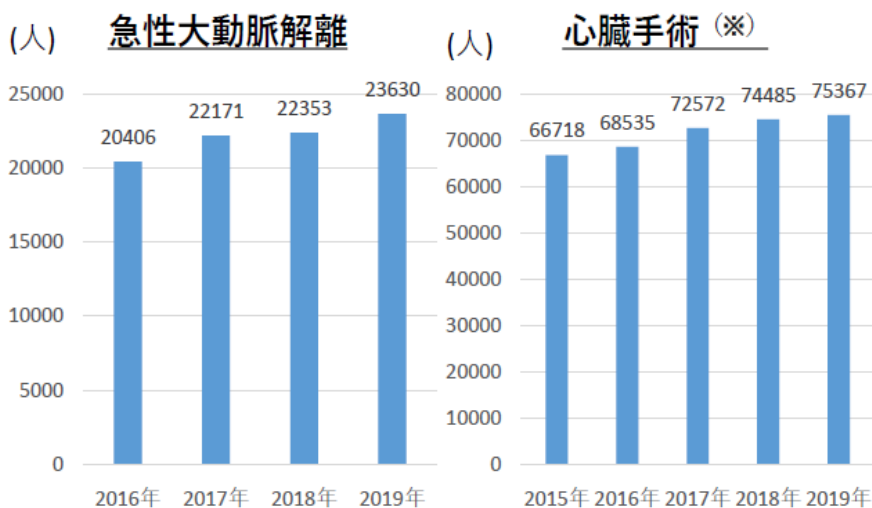
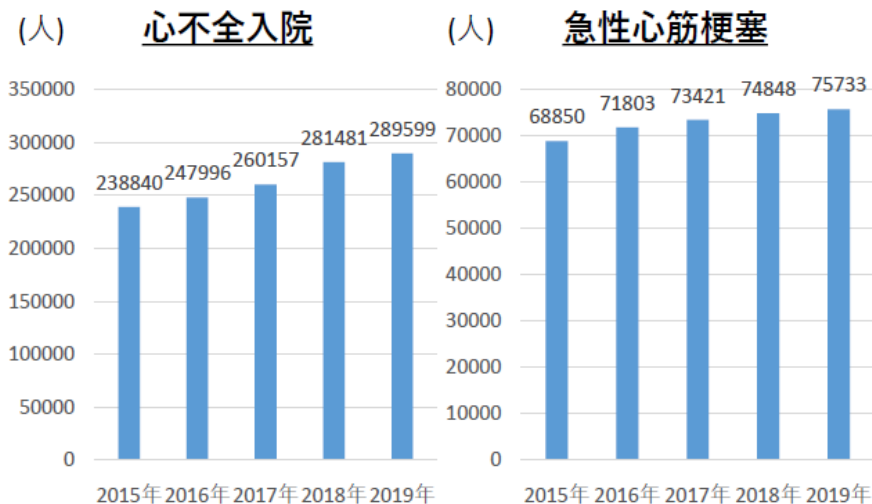
2015～2019年で、各疾患の患者数の増加している。  
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数は、各疾患の患者数の増加よりも顕著に増加している。

(参考) 心リハの実施すべき日数 (急性期クリニカルパス)

- ・急性心筋梗塞 10日～14日
- ・心臓手術後 7日～14日程度
- ・心不全 症例によって大きく違う

2021年版 心臓疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン 日本循環器学会発行

循環器疾患診療実態調査 (JROAD) 報告書 (1523施設) より引用 (2019年度実施・日本循環器学会公表)



※ 心臓手術には冠動脈バイパス術、弁膜症手術等が含まれる。  
心臓手術の件数は、入院時の疾患名と重複する点に留意が必要。

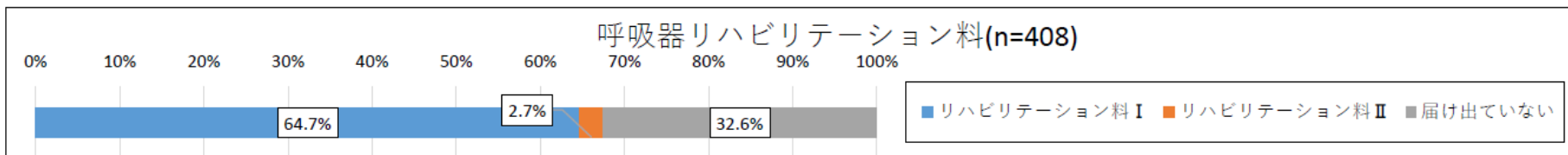
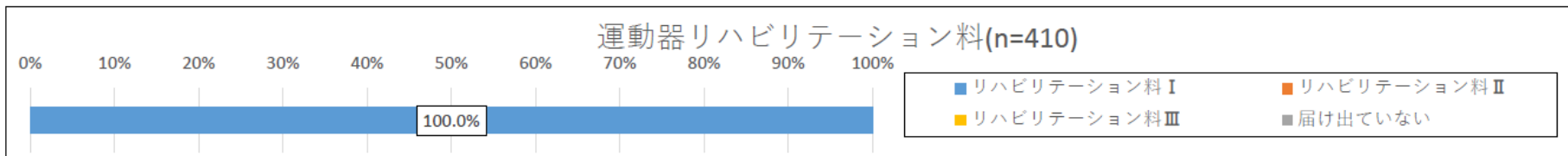
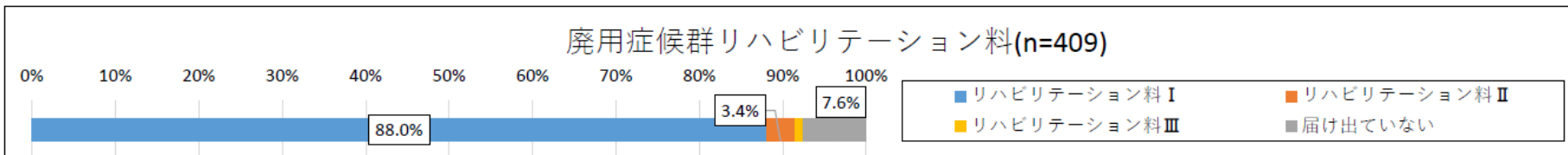
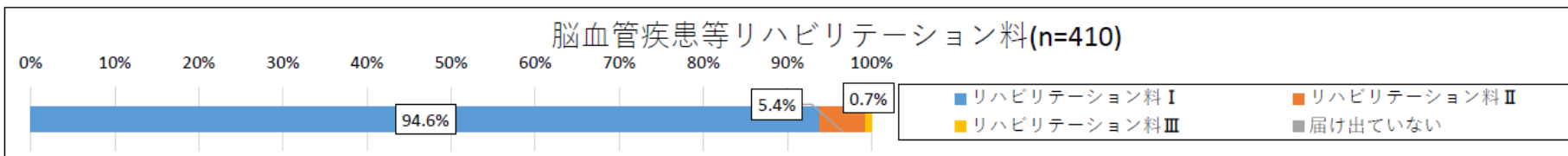
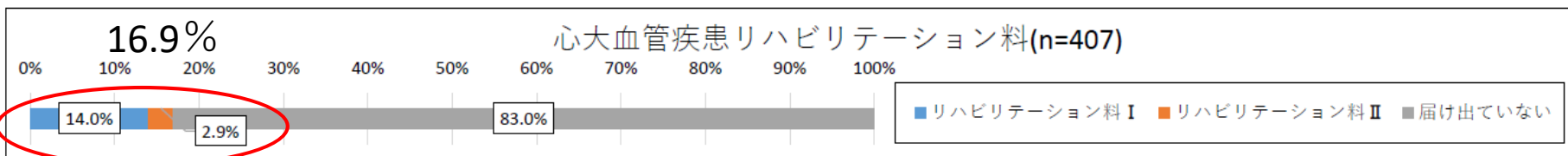
# 心大血管リハビリテーション料

		施設基準（Ⅰ）	施設基準（Ⅱ）
算定	算定点数	205点	125点
	標準的算定日数	治療開始日から150日以内	
	対象疾患	急性心筋梗塞、狭心症、大血管疾患、心不全など	急性心筋梗塞、狭心症、大血管疾患、心不全など（急性心筋梗塞と大血管疾患は発症後（術後）1ヶ月以降のみ）
	標準的な実施時間	1回1時間（3単位）程度 入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間（3単位）以上、1週3時間（9単位）を標準とする	

- 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 205点
- 2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 125点

# 回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの届出割合

- 回復期リハビリテーション病棟を届け出ている病院における、疾患別リハビリテーション料の届出割合は、以下のとおり。
- 心大血管疾患リハビリテーション料の届出を行っている医療機関は16.9%であった。

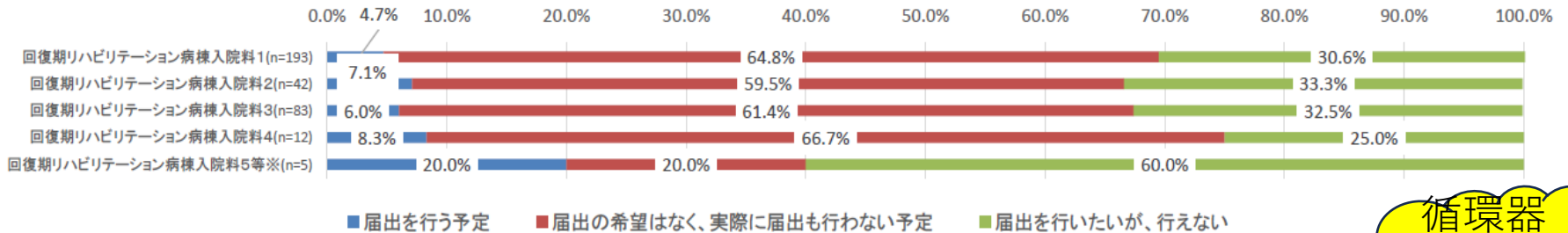




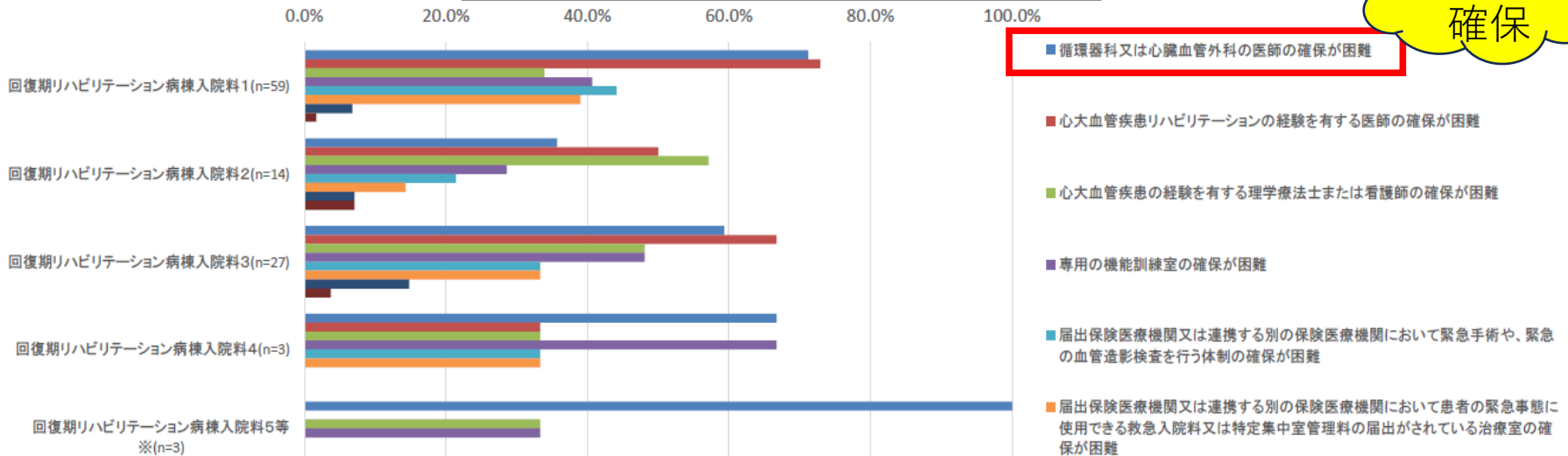
# 心大血管疾患リハビリテーション料について①

- 心大血管疾患リハビリテーション料の届出のない回復期リハビリテーション病棟を届け出ている病院における、届出の今後の意向は、「届出の希望はなく、届出も行わない予定」が多かった。
- 届出を行えない理由(届出を行いたいが、行えない場合)としては「循環器科または心臓血管外科の医師の確保が困難」や「心大血管リハビリテーションの経験を有する医師の確保が困難」が多かった。

届出の今後の意向



届出を行えない理由(届出を行いたいが、行えない場合に記入)



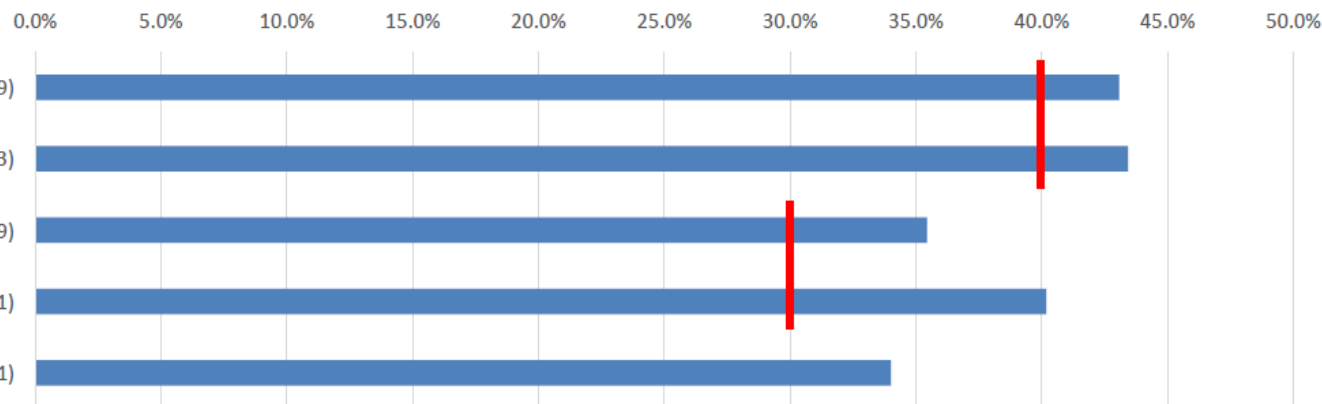
循環器の医師確保

※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

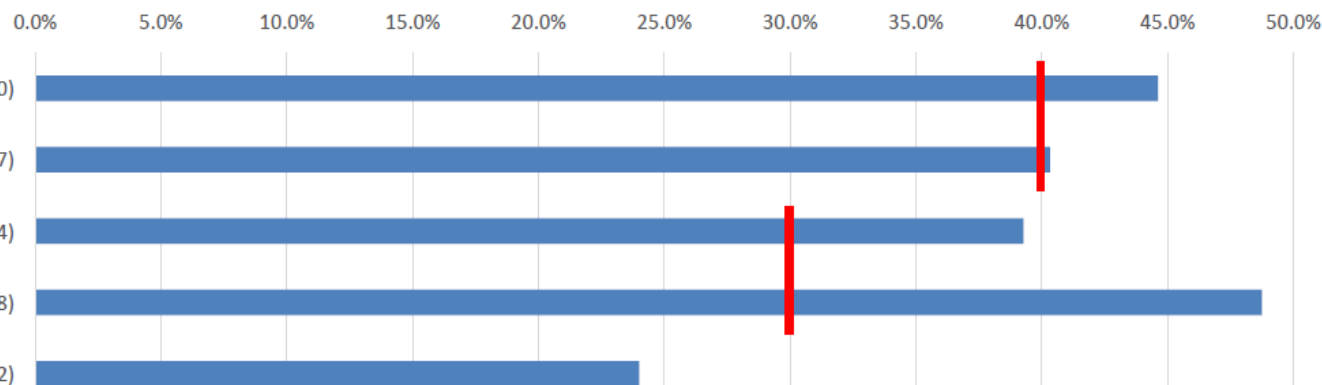
# 入院料毎の重症度割合について

- 回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の重症度割合の平均値は以下のとおり。(※1)
- 回復期リハビリテーション病棟1・2における重症度割合は、おおよそ40%～45%であった。

重症度割合(日常生活機能評価)



重症度割合(FIM)

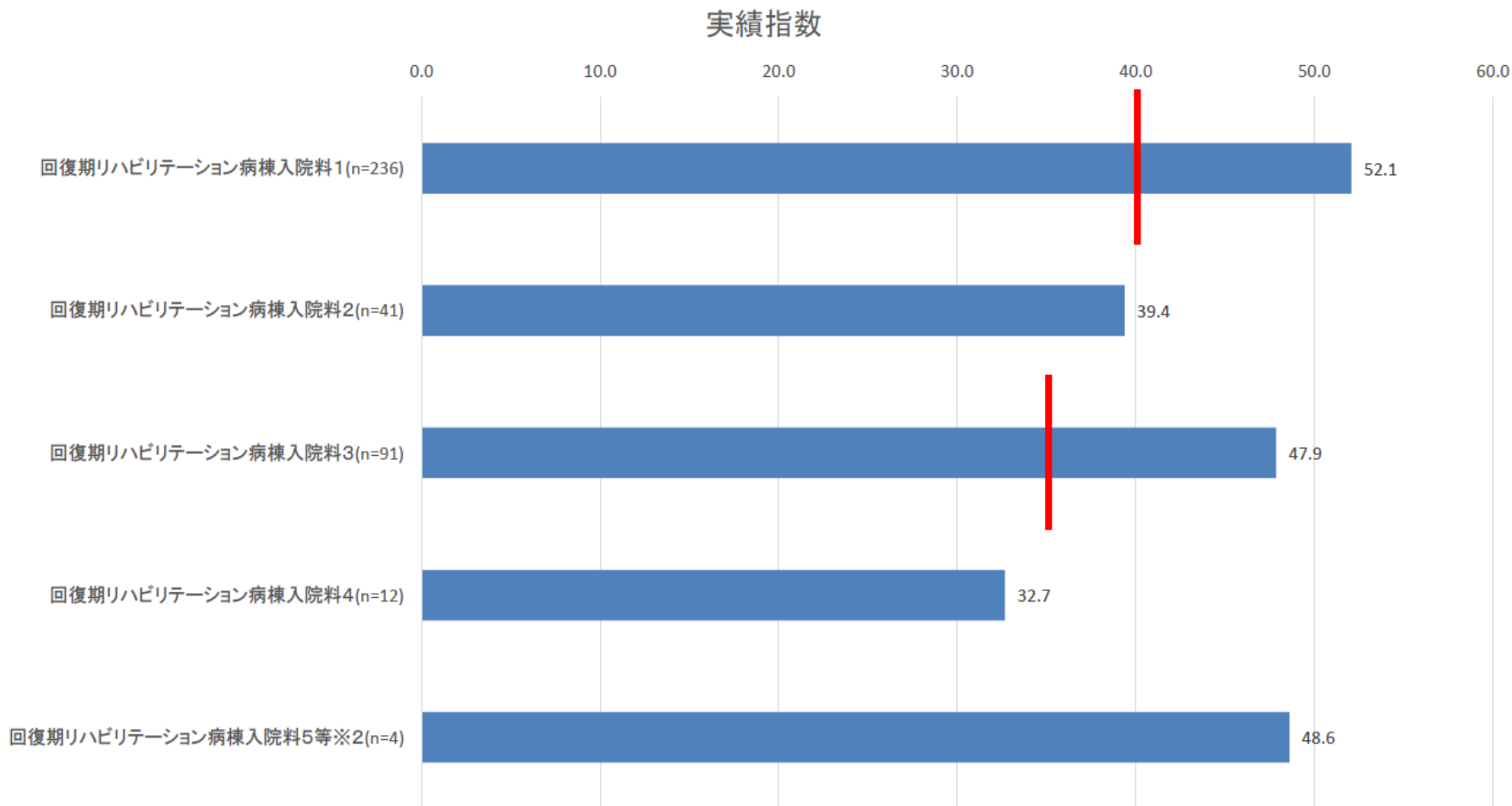


※1 回復期リハビリテーション病棟は新規入院患者のうち、入院料1・2では4割、3・4では3割の重症患者割合の要件を満たしている必要がある。

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

# 実績指数について

- 回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の実績指数の平均は以下のとおり。(※1)
- 実績指数を要件にしている回復期リハビリテーション病棟を有する病院においては、実績指数の平均値が要件で定めている実績指数より大きく上回っていた。

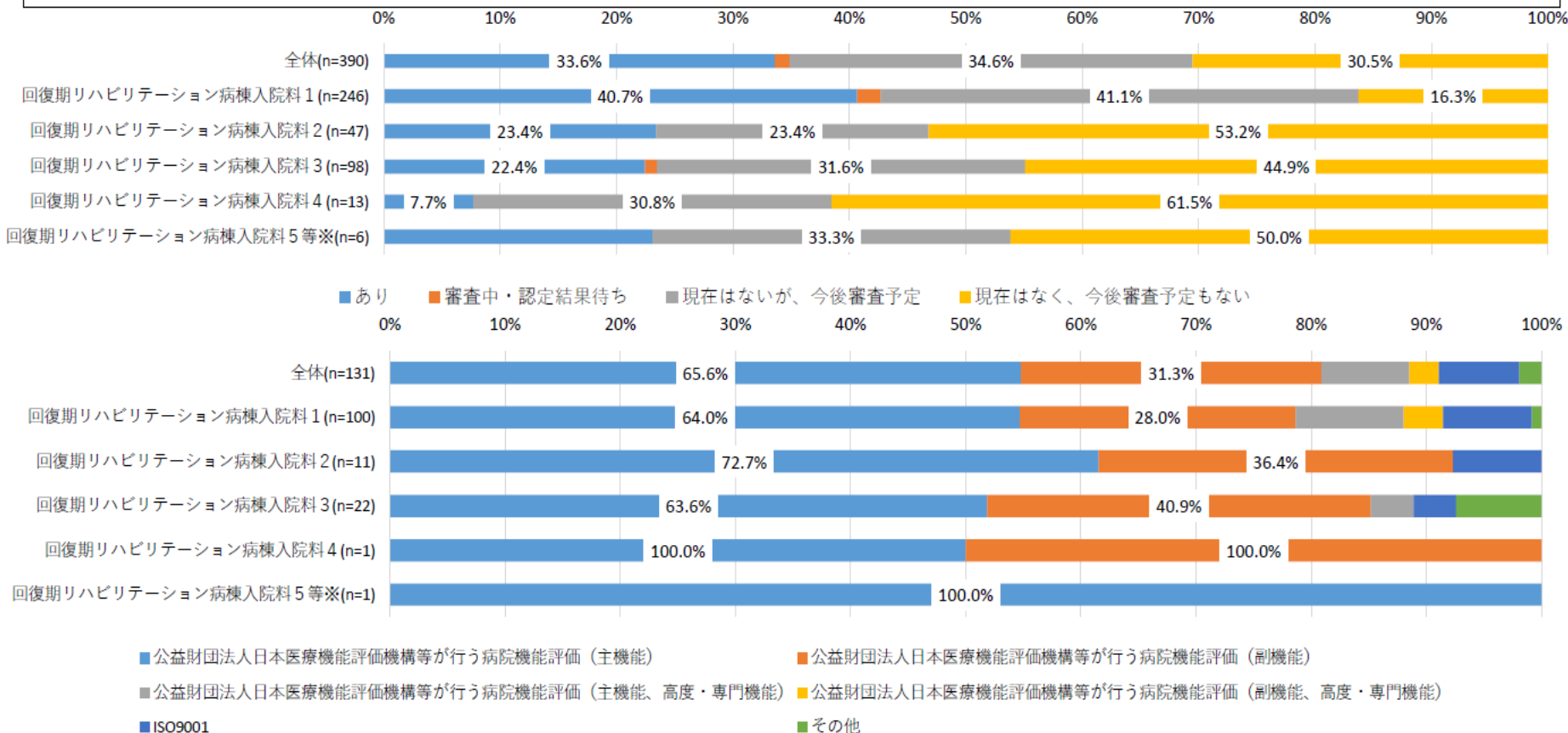


※1 回復期リハビリテーション病棟は実績指数として、入院料1で40以上、入院料3で35以上の実績であることが要件。

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

# 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院について、公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価又は同機構が定める機能評価（リハビリ病院）と同等の基準についての第三者評価の認定及び受診の有無は、以下のとおりであった。回復期リハビリテーション病棟全体の33.6%が認定ありと回答した。

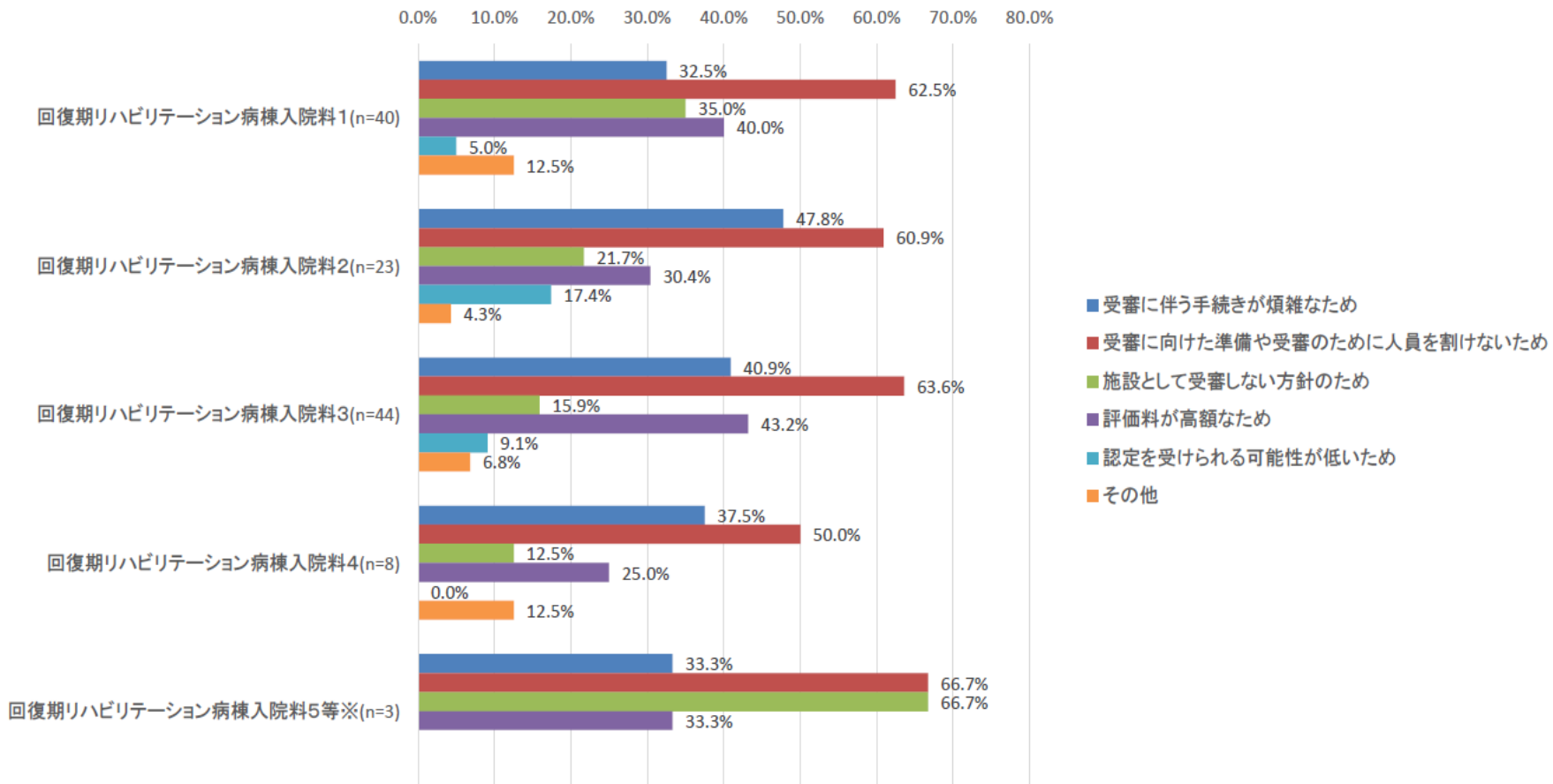


※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。  
 ※主機能は、最も病床が多い機能に基づくことを原則としており、主たる機能以外に副機能がある場合は、複数の機能種別を同時に受審することができる。

# 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価状況

- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価について、受審しない理由は以下のとおりであった。
- 「受審に向けた準備や受審のために人員を割けないため」が多かった。

第三者評価の認定を受診しない理由



※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

### ③地域包括ケア病棟と 回復期リハ病棟の比較

# 回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟の比較



		回復期リハビリ病棟1	地域包括ケア病棟1
人員配置	看護職員	13対1	13対1
	看護補助者	30対1	規定なし
	リハビリ	6人以上	1人以上
入院料		2,025点	2,558点
特有の加算		リハビリテーション充実加算(40点)	看護職員配置加算(150点)
		体制強化加算(200点)	看護補助者配置加算(150点)
異なる出来高算定		リハビリ	救急・在宅等支援病床初期加算(150点・14日)
			在宅患者緊急入院診療加算
対象疾患		脳血管疾患等	特になし
入院期間		60日~180日	60日
前提条件	1日平均入院患者数	50人	
	算定する特有の加算	リハビリテーション充実加算(40点:全員)	看護職員配置加算(150点:全員)
			看護補助者配置加算(150点:全員)
	出来高算定	リハビリ (平均単価180点:患者1人当たり1日6単位提供)	救急・在宅等支援病床初期加算 (150点:14日までなので半数が算定と仮定)
			在宅患者緊急入院診療加算 (2,500点:毎月1回算定)
			摂食機能療法 (185点:半数の患者に対して算定)
看護職員1人当たり人件費/年		390,000×12=4,680,000円	
看護補助者1人当たり人件費/年		260,000×12=3,120,000円	
リハビリ1人当たり人件費/年		325,000×12=3,900,000円	

# 回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟の比較

		回復期リハビリ病棟1	地域包括ケア病棟1
収入	入院料	$20,250 \times 50 \times 365 = 369,562,500$	$25,580 \times 50 \times 365 = 466,835,000$
	加算	$400 \times 50 \times 365 = 7,300,000$	$1,500 \times 50 \times 365 = 27,375,000$
			$1,500 \times 50 \times 365 = 27,375,000$
			$1,500 \times (50/2) \times 365 = 13,687,500$
	出来高算定	$1,800 \times 6 \times 50 \times 365 = 197,100,000$	$25,000 \times 12 = 300,000$
合計	573,962,500	552,453,750	
支出	看護職員	$(35,040 \div 1,960) \times 4,680,000 = 83,666,939$	$(35,040 \div 1,960) \times 4,680,000 = 83,666,939$
			$(8,760 \div 1,960) \times 4,680,000 = 20,916,735$
	看護補助者	$(14,600 \div 1,960) \times 3,120,000 = 23,240,816$	$(17,520 \div 1,960) \times 3,120,000 = 27,888,980$
	リハビリ	$50 \times (20/60) \times 6 \times 365 \div 1,960 = 18.6人$ $18.6 \times 3,900,000 = 72,540,000$	$3,900,000 \times 1 = 3,900,000$
合計	179,447,755	136,372,654	
差額		394,514,745	416,081,096



# 入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料

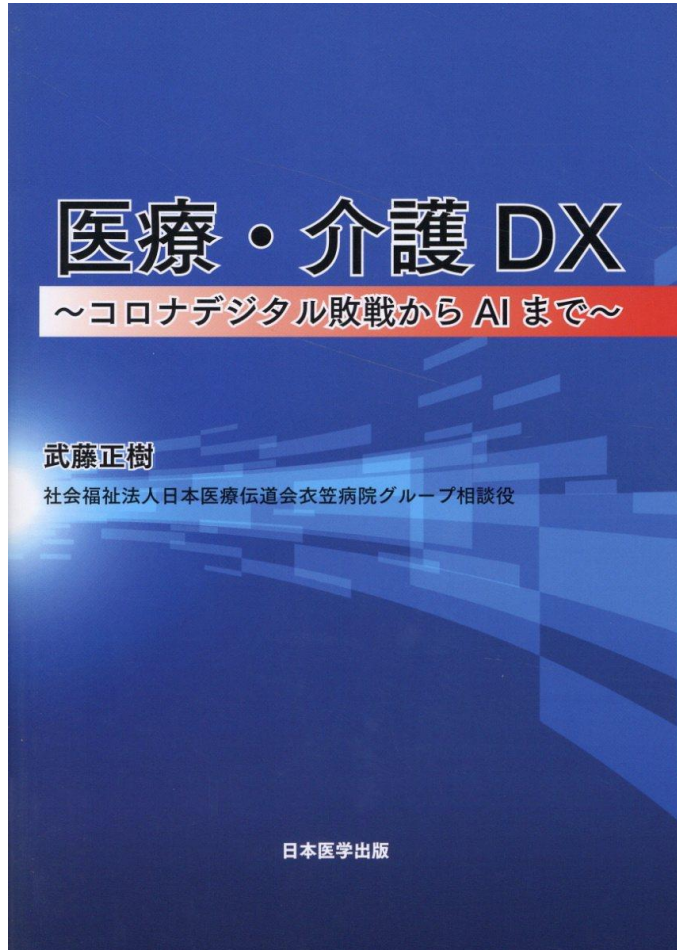


## まとめと提言

- 総合入院体制加算から急性期充実体制加算への移行と課題が明らかになった
- スーパーICUである重症患者対応強化加算の算定は4%に留まった。
- 地域包括ケア病棟の救急入院が進んだ
- 次回改定では急性期一般病床における要介護高齢者の受け入れが課題となる

# 医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。  
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)

