

Dr武藤の看護部長通信ミニ動画講座

# 2022年診療報酬改定の動向

## その3



社会福祉法人

日本医療伝道会  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
相談役 武藤正樹

# 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



横須賀

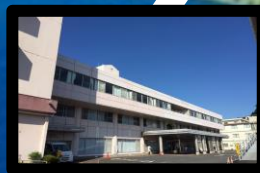
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦



# 目次



- パート 1
  - 2022年改定の基本方針
- パート 2
  - 急性期医療その 2
    - ①重症度、医療・看護必要度の課題
    - ②急性期医療の指標としてのICU
    - ③救急医療管理加算
    - ④特定集中治療室 (ICU)
    - ⑤救命救急入院料
    - ⑥短期滞在手術
    - ⑦DPC外れ値

# パート1 2022年改定の基本方針



社会保障審議会医療保険部会  
2021年10月22日

## 改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、これまでの改定の流れを継承しながら、
  - ・ 今般の新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携など、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を構築すること
  - ・ 医師等の働き方改革等を推進することが重要であることから、視点1及び視点2に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築  
【重点課題】

視点2 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進 【重点課題】

視点3 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

# 具体的方向性について

## 視点1 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、局所的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築等の地域医療の様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした中、各々の病院がその機能に応じた役割を果たしており、かかりつけ医を中心とした外来医療や在宅医療を含め、地域医療全体を視野に入れ、適切な役割分担の下、必要な医療を面として提供することの重要性も再認識された。
- 当面、まずは足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き対応していくことが重要である。平時からの取組・感染拡大時の取組等について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備がなされていくことも必要。
- 一方で、その間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなりつつあることや、各地域における医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、中長期的な状況や見通しは変わっていない。
- 今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、診療報酬改定においても、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を引き続き着実に進めることが必要である。

### 【考えられる具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
  - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態や地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化等
  - ・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。
- 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
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

## 視点2 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

- 地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革等を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革等に関しては、2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、先般の医療法改正も踏まえ、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 地域医療介護総合確保基金においては、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業に対して財政支援を実施している。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。また、令和2年度診療報酬改定では、新たに地域医療の確保を図る観点から、早急に対応が必要な救急医療体制等の評価も行ったところ。
- 時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月に向けての準備期間も考慮すると、実質的に最後の改定機会であることも踏まえ、引き続き、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、実効性ある取組について検討する必要がある。

### 【考えられる具体的方向性の例】

- 医療従事者が高い専門性を発揮できる勤務環境の改善に向けての取組の評価
  - ・ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進
  - ・ タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療を推進
  - ・ 届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
  - ・ ICTを活用した医療連携の取組を推進



### 視点3 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、デジタル化への対応、イノベーションの推進、不妊治療の保険適用などをはじめとした新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

#### 【考えられる具体的方向性の例】

- 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や革新的医薬品を含めた医薬品の安定供給の確保等
  - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
  - ・ 患者の安心・安全を確保するための医薬品の安定供給の確保を推進。
  - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
  - ・ 初診を含めたオンライン診療について、安全性と信頼性の確保を前提に適切に評価。
  - ・ オンライン服薬指導について、医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しを踏まえ、適切に評価。
- アウトカムにも着目した評価の推進
  - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
  - ・ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるよう適切な医療の評価
  - ・ 質の高いがん医療の評価
  - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
  - ・ 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
  - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
  - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 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、病棟薬剤師業務の評価

## 視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

### 【考えられる具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
  - ・ 安定供給の確保に留意しつつ、新目標を実現するための取組を推進。
  - ・ バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。
- 費用対効果評価制度の活用
  - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
  - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。
  - ・ エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
  - ・ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な重症化予防の取組を推進。
- 医薬品の適正使用の推進
  - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬や、適正使用のための長期処方への在り方への対応等、医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。
  - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

## 令和2年度診療報酬改定のスケジュール

令和元年

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

秋以降 令和2年度診療報酬改定の基本方針の議論  
12月10日 令和2年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月17日 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

令和2年

厚生労働大臣

1月15日  
中医協に対し、  
・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」  
・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」  
に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月5日 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中央社会保険医療協議会

1月以降 入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方  
について議論

平成30改定の検証結果も含め、  
個別項目について集中的に議論

11月13日 医療経済実態調査の結果報告

12月4日 薬価調査・材料価格調査の結果報告

1月以降 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療  
報酬点数の設定に係る調査・審議  
(公聴会、パブリックコメントの実施)

2月7日  
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

令和2年4月1日 施行

# パート 2

## 急性期医療

- ①重症度、医療・看護必要度の課題
- ②急性期医療の指標としてのICU
- ③救急医療管理加算
- ④特定集中治療室（ICU）
- ⑤救命救急入院料
- ⑥短期滞在手術
- ⑦DPC外れ値

# ①重症度、医療・ 看護必要度の課題

- (ア) 経過措置の再延長
- (イ) 前回改定とその影響
- (ウ) A項目の心電図と点滴同時3本は適切か？

(ア) 經過措置再延長

# コロナ重点施設では重症度、医療・看護必要度の経過措置は 2022年3月まで再延長

令和3年9月30日

令和3年度

## 1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

- ①急性期一般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の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等

現在の取扱い

すべての医療機関等で  
令和3年9月30日まで経過  
措置適用中

本来

全ての医療機関において  
令和3年10月1日より新基準適用

今後の取扱い

重点、協力、コ  
ロナ患者受入病  
床割り当てられ  
ている医療機関

基準を満たすものとする取扱いについて、  
**令和4年3月31日まで延長**

重点、協力、コ  
ロナ患者受入病  
床割り当てられ  
ている医療機関  
**以外の**医療機関

**令和3年10月1日**より  
新基準適用 ※コロナ補正あり

現在の取扱い

重点、協力、コ  
ロナ患者受入病  
床割り当てられ  
ている医療機関

令和4年3月31日まで令和元年（平成31年）の実績値で判定可

現在の取扱い

重点、協力、コ  
ロナ患者受入病  
床割り当てられ  
ている医療機関  
**以外の**医療機関

令和3年9月30日まで令  
和元年（平成31年）の  
実績値で判定可

本来

令和3年10月1日より特例廃止

今後の取扱い

**令和3年10月1日**より、特例は終了し、令和2  
年実績を使用して判定 ※コロナ補正あり

## 2. 施設基準等において年間実績を使用

例)

- ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
- ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
- ③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）

# (イ) 前回改定とその影響

重症度、医療・看護必要度は急性期病床を表す指標



# 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

## ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表

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	心電図モニターとの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	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	・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

B	患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
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			

## 重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

### A項目の見直し

- 「免疫抑制剤の管理」について注射剤のみを対象とする
- 救急患者の評価を充実する

A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理	2点
8	救急搬送後の入院(必要度Ⅰのみ/2日間)	



A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)	2点
8	必要度Ⅰ： 救急搬送後の入院(5日間) 必要度Ⅱ： <b>緊急に入院を必要とする状態(5日間)</b> (入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者)	

### C項目の見直し

- 手術の評価日数を実績を踏まえて延長する
- 入院で実施される割合が高い手術・検査を評価対象に追加する

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(7日間)	1点
17	開胸手術(7日間)	
18	開腹手術(4日間)	
19	骨の手術(5日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	
22	救命等に係る内科的治療(2日間)	



C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(13日間)	1点
17	開胸手術(12日間)	
18	開腹手術(7日間)	
19	骨の手術(11日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	
22	救命等に係る内科的治療(5日間)	
23	<b>別に定める検査(2日間)</b>	
24	<b>別に定める手術(6日間)</b>	



	対象となる検査・手術(例)
別に定める検査	経皮的針生検法、EUS-FNA、縦隔鏡、腹腔鏡、胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術	眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、観血的関節固定術 等

## 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

### B項目の評価方法の見直し

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を不要とする。

B	患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		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					点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	危険行動	ない		ある					点
									B得点 点

### A・C項目の評価方法の見直し

- A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Iにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

### 院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**院外研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

### 必要度IIの要件化

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料(**急性期一般入院料1~6**に限る)又は**特定機能病院入院基本料**(一般病棟7対1に限る)について**重症度、医療・看護必要度II**を用いることを要件とする。

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

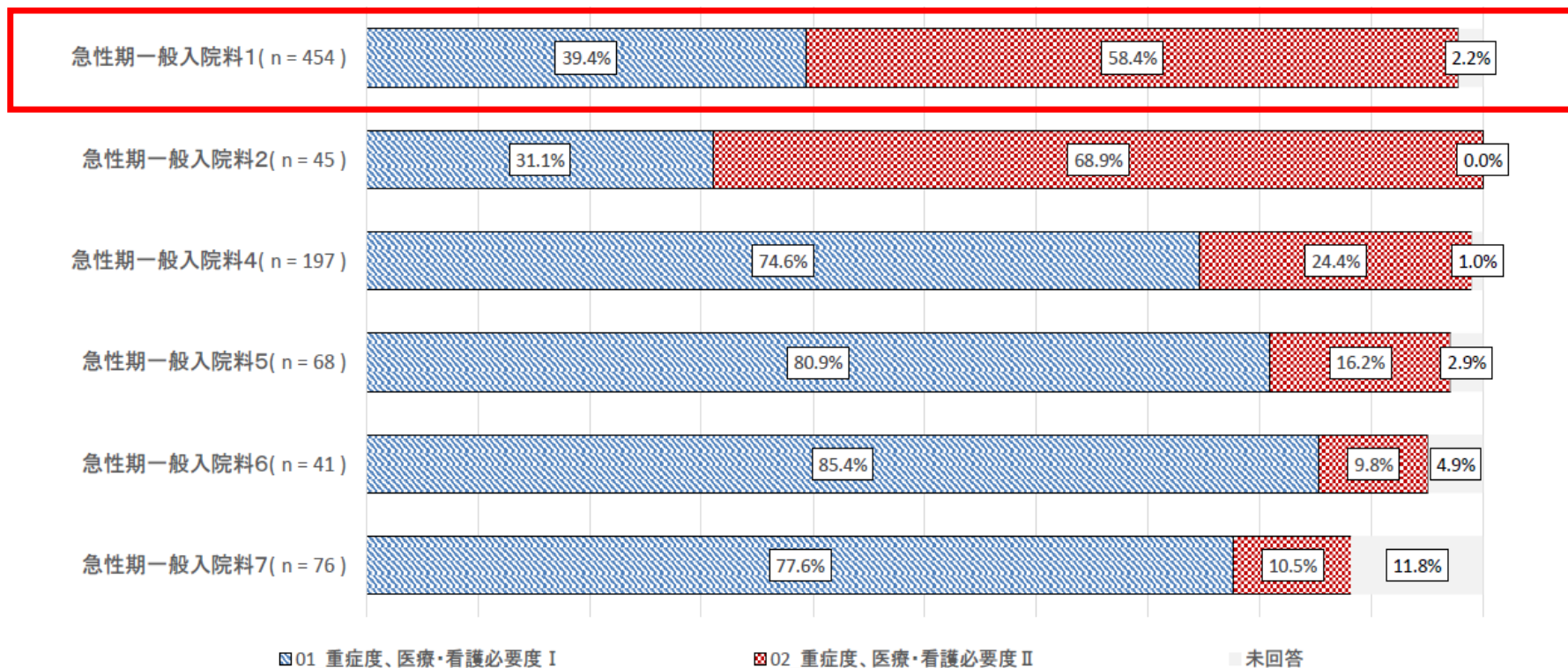
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では6割程度、急性期一般入院料4～7では1～2割であった。

2018年看護  
必要度Ⅱは  
19.3%

診調組 入 - 1  
3 . 6 . 1 6

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種

2020年



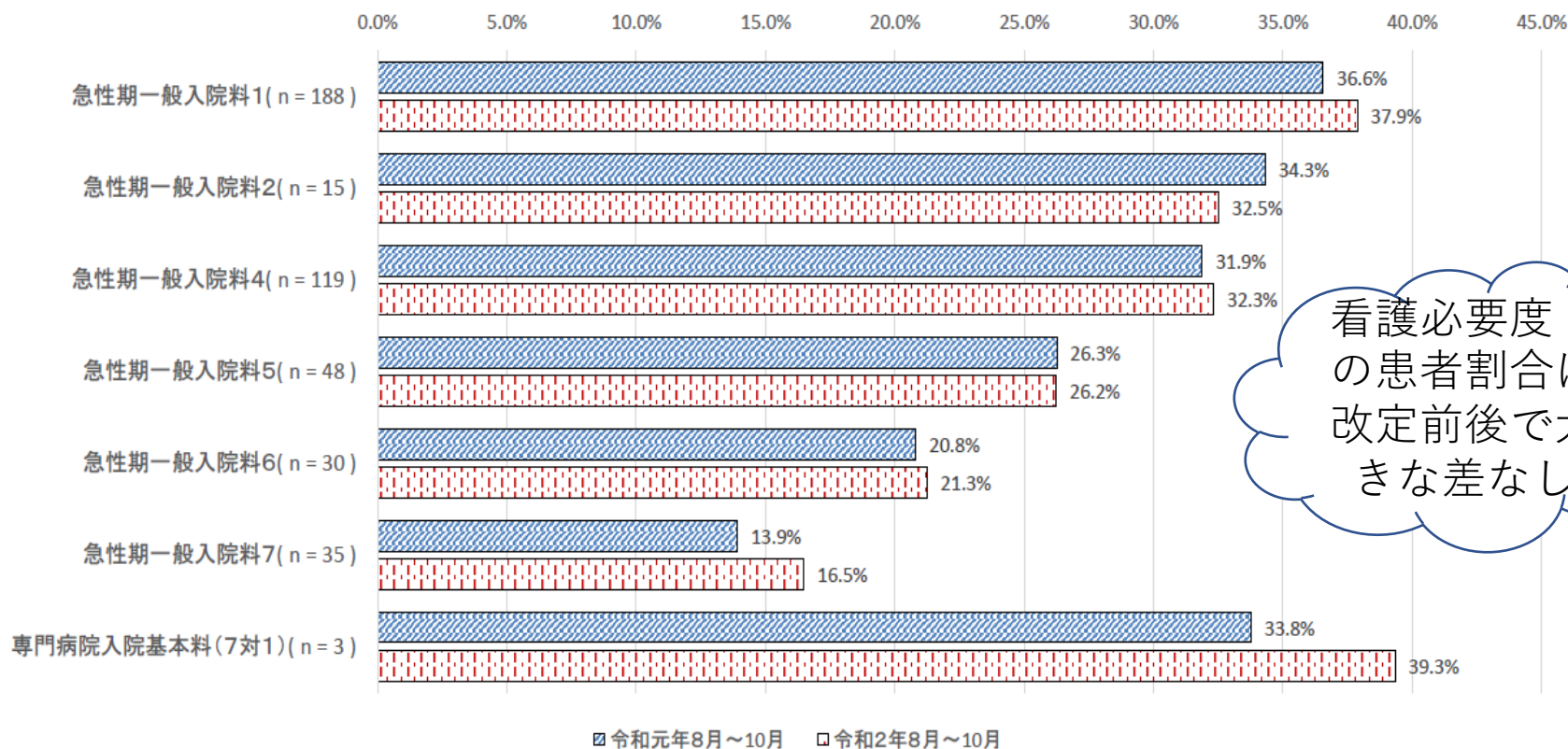
※ n = 2 以下の入院料を除く

# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合の比較 (R1/R2)

診調組 入 - 1  
3 . 6 . 1 6 改

○重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合は、令和元年と令和2年では大きな差はなかった。  
2019年 2020年

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度 I の判定基準を満たす患者割合  
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



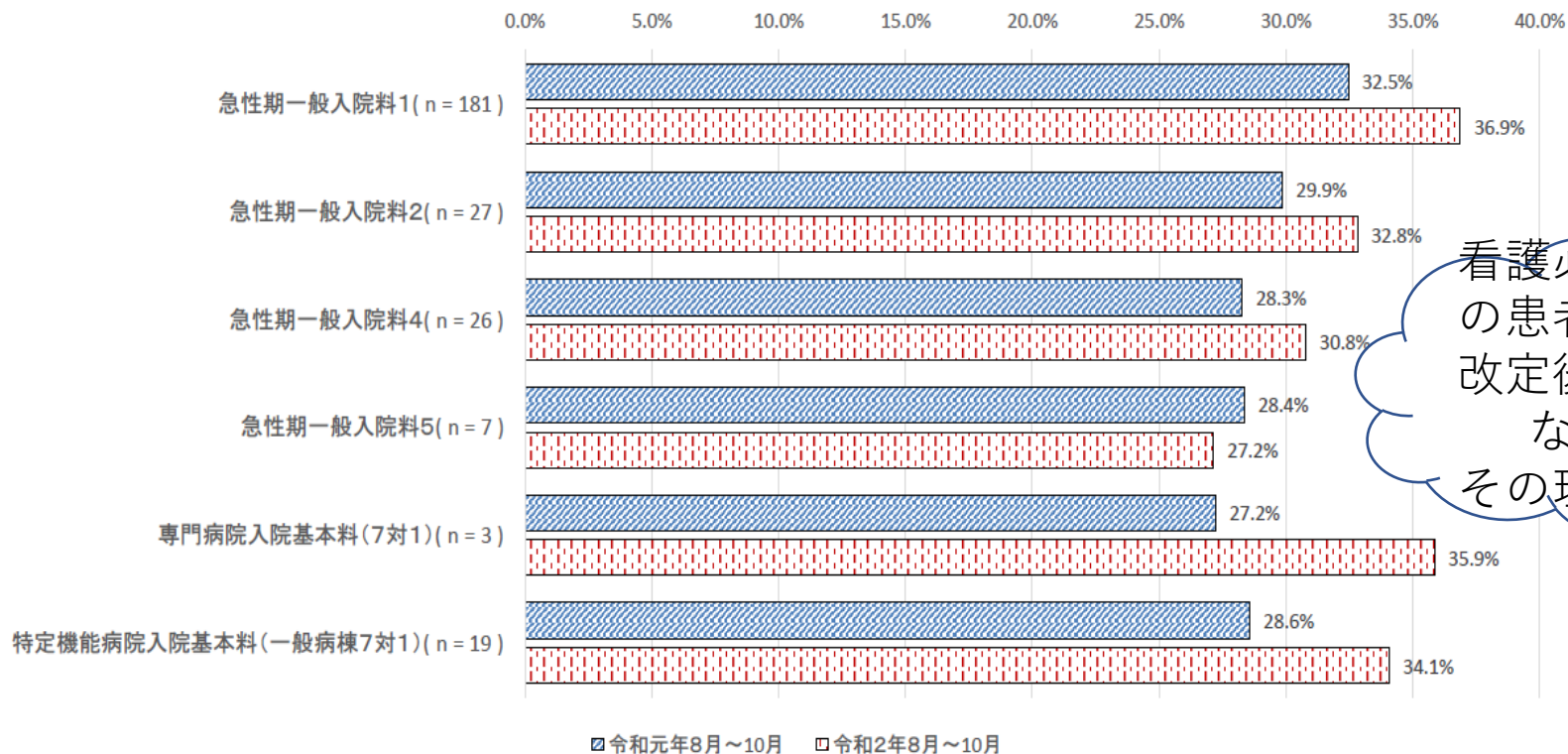
看護必要度 I の患者割合は改定前後で大きな差なし

# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の比較 (R1/R2)

中医協 診-1(改)  
3 . 6 . 2 3

○重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、急性期一般入院料5を除き、令和元年より令和2年の方が割合が高い傾向にあった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度Ⅱの判定基準を満たす患者割合  
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)

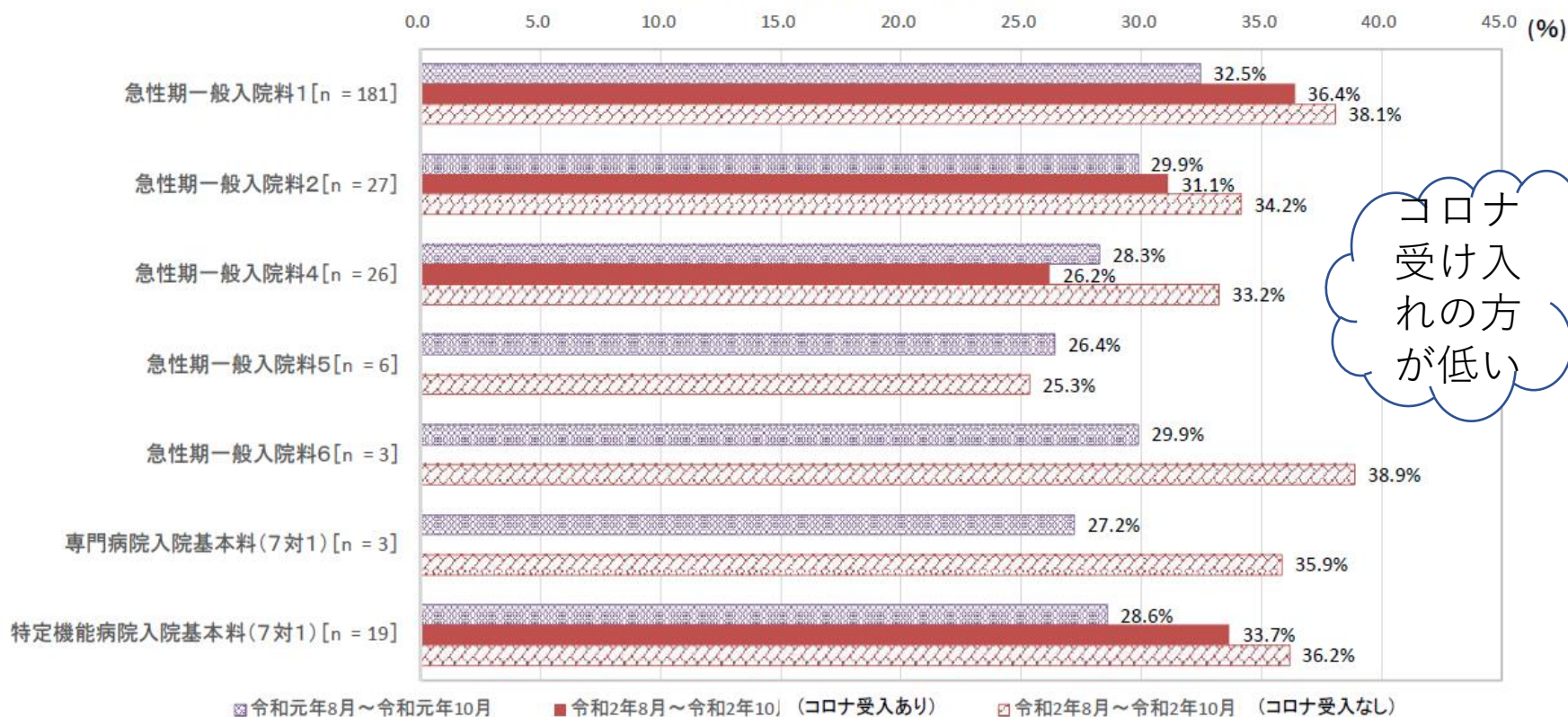


看護必要度Ⅱ  
の患者割合は  
改定後、高くな  
った  
その理由は？

2021年

○重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合は、全体的に令和2年に割合が高くなる傾向があるが、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合  
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



コロナ受け入れの方が低い

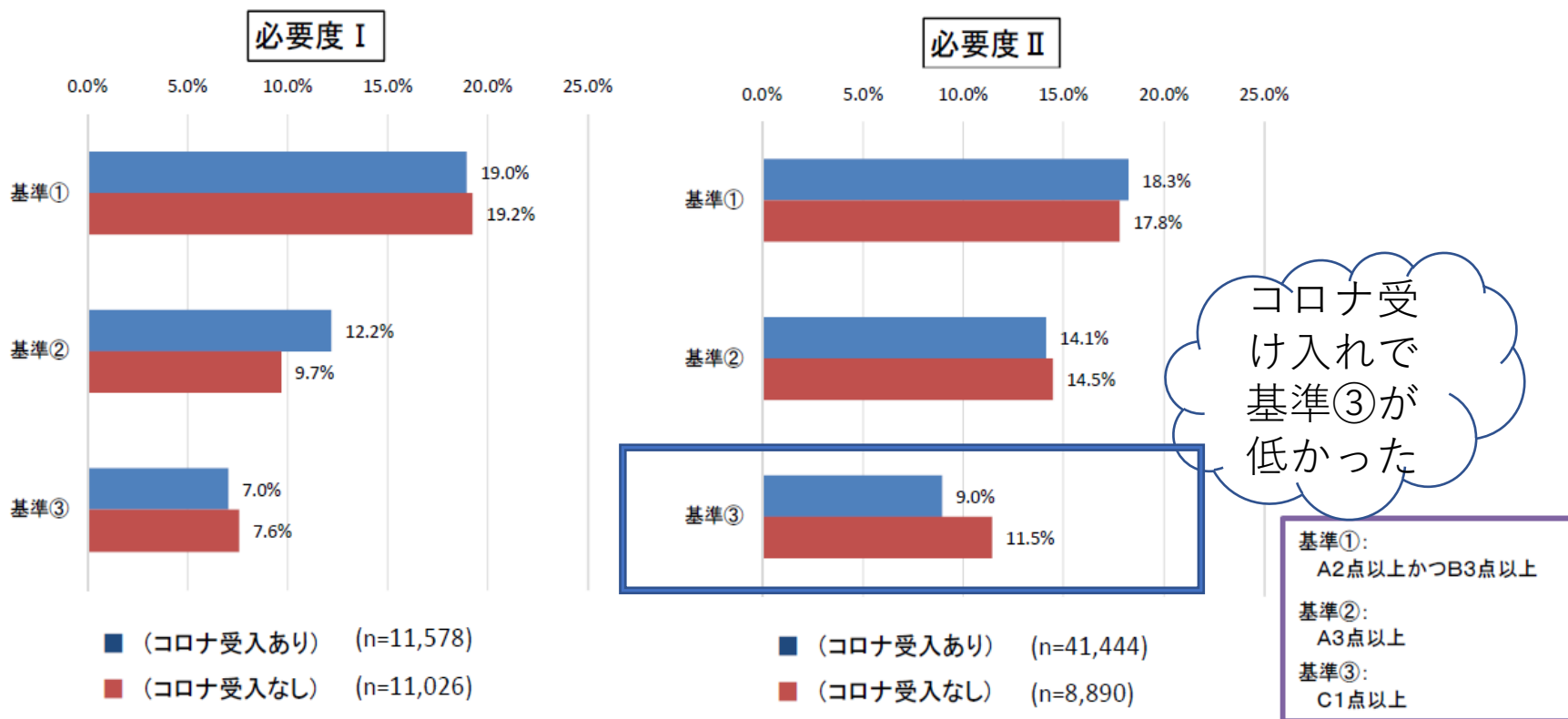
※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

# 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合

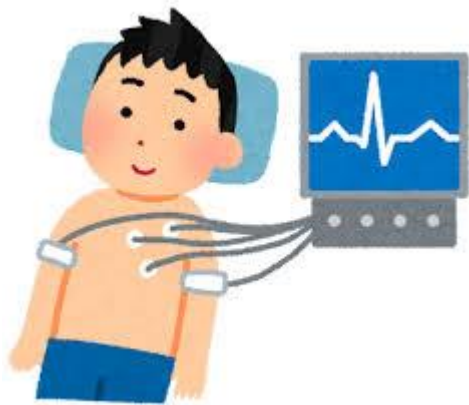
コロナ

- 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合をみると、基準③については、必要度Ⅰ・Ⅱともに「コロナ受入あり」の方が基準を満たす患者の割合が低かった。





(ウ) A項目の心電図、  
点滴3本は適切か？

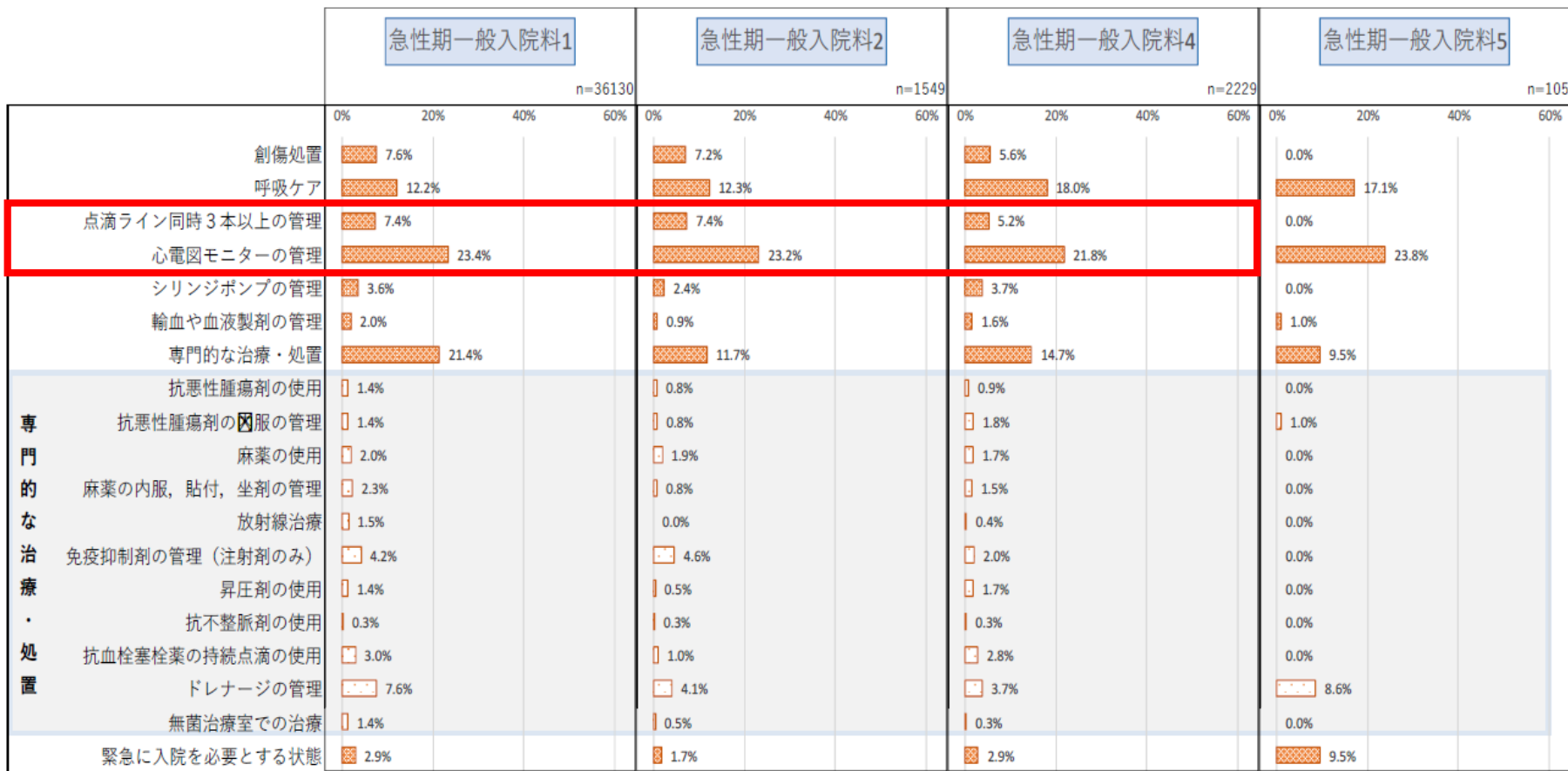


# 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（A項目）

診調組 入 - 1  
3 . 6 . 3 0

○ 急性期一般入院料1・2・4・5では、重症度、医療・看護必要度ⅡのA項目のうち、いずれも「心電図モニターの管理」が最も高く、次いで、急性期一般入院料1では「専門的な治療・処置」、急性期一般入院料2・4・5では「呼吸ケア」が高かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(A項目)



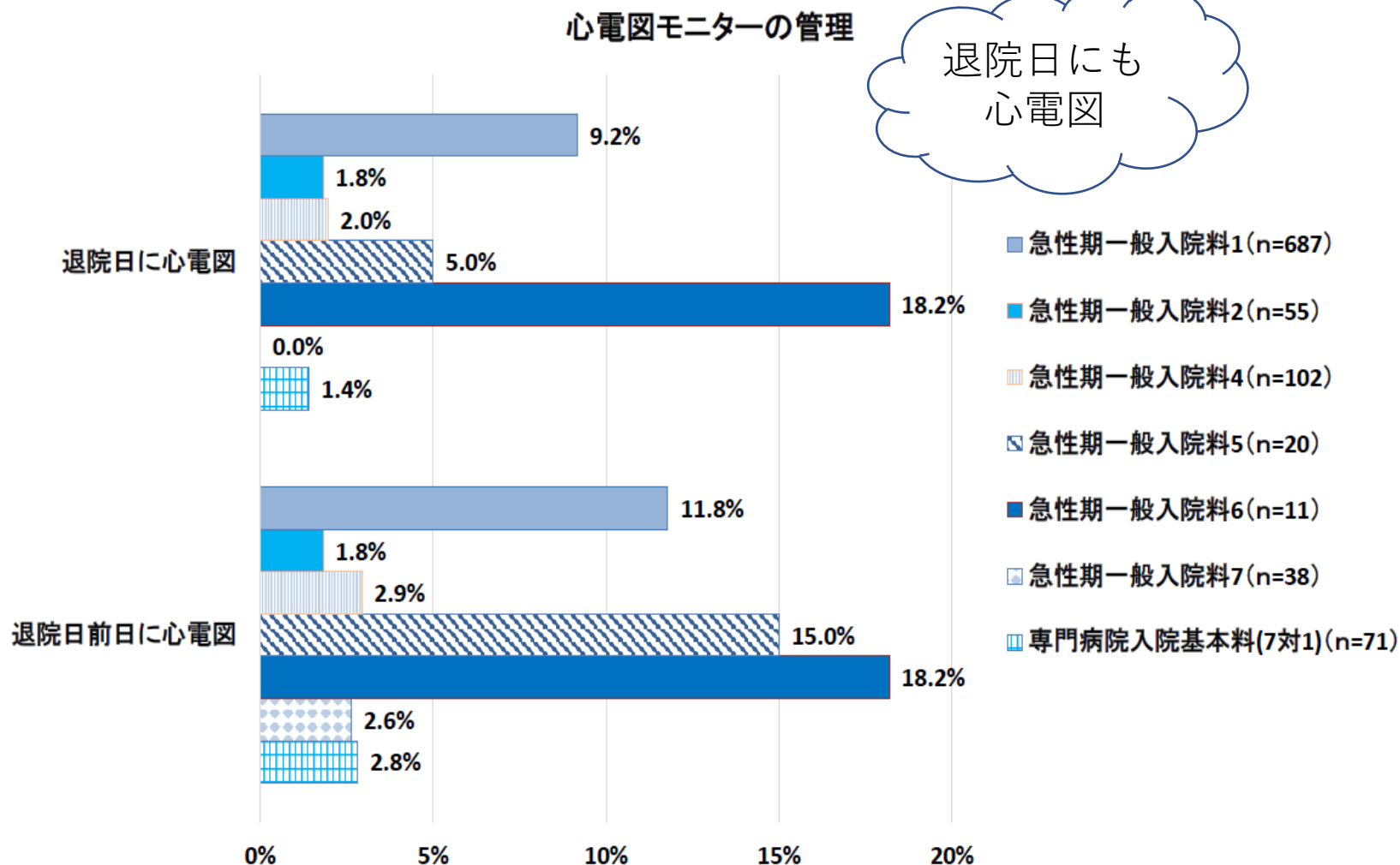
出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル及びEFファイルを用いて集計）

※届出区分無回答のものは除く

※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

# 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）

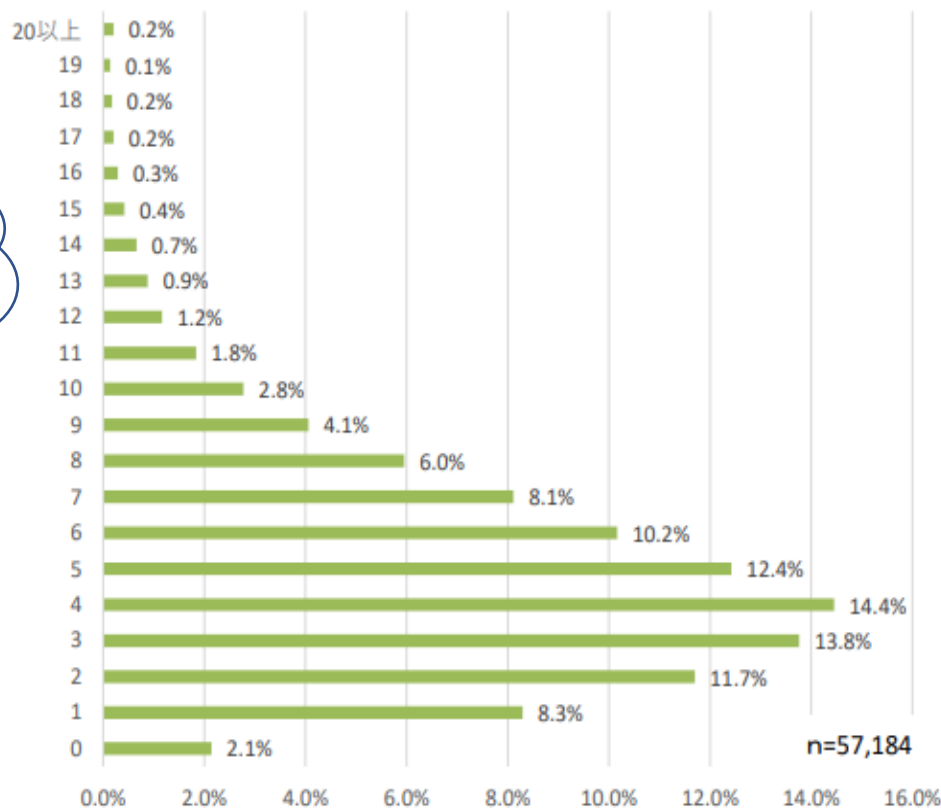
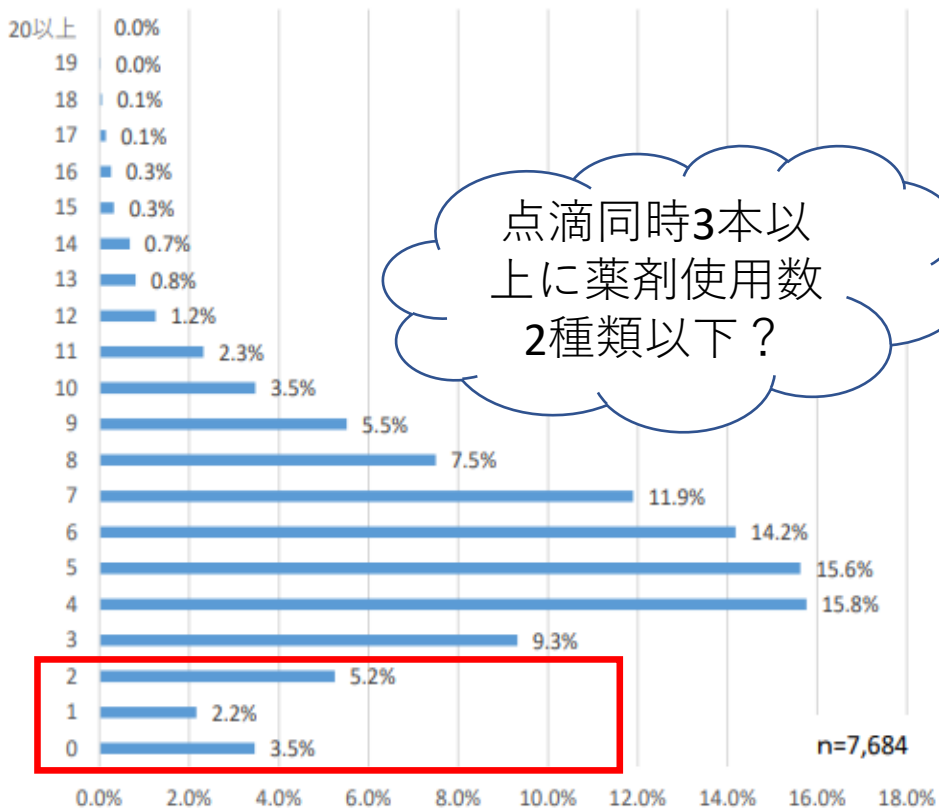
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



○ 「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。

A項目の心電図、  
点滴3本は項目から削除？

## ②急性期医療の 指標としてのICU



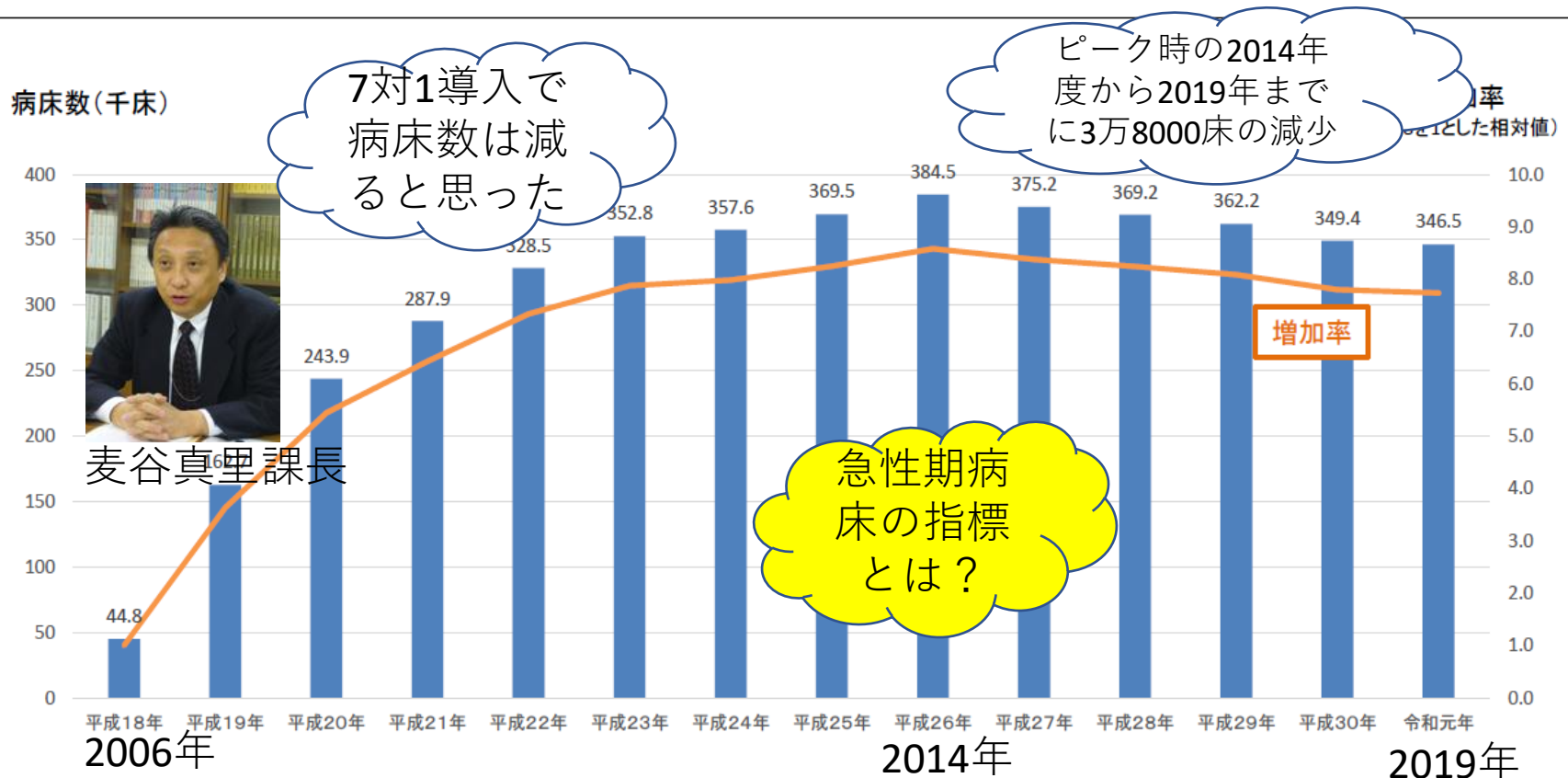
急性期病床の  
指標とは？

2021年10月1日入院医療分科会



# 看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向。



[H18.4]  
7対1入院  
基本料創設

[H20.4]  
重症度・看護  
必要度の導入

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

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

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

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



# 急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

中医協 総-3

25.11.13



急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

# ICUに着目した 急性期医療の評価



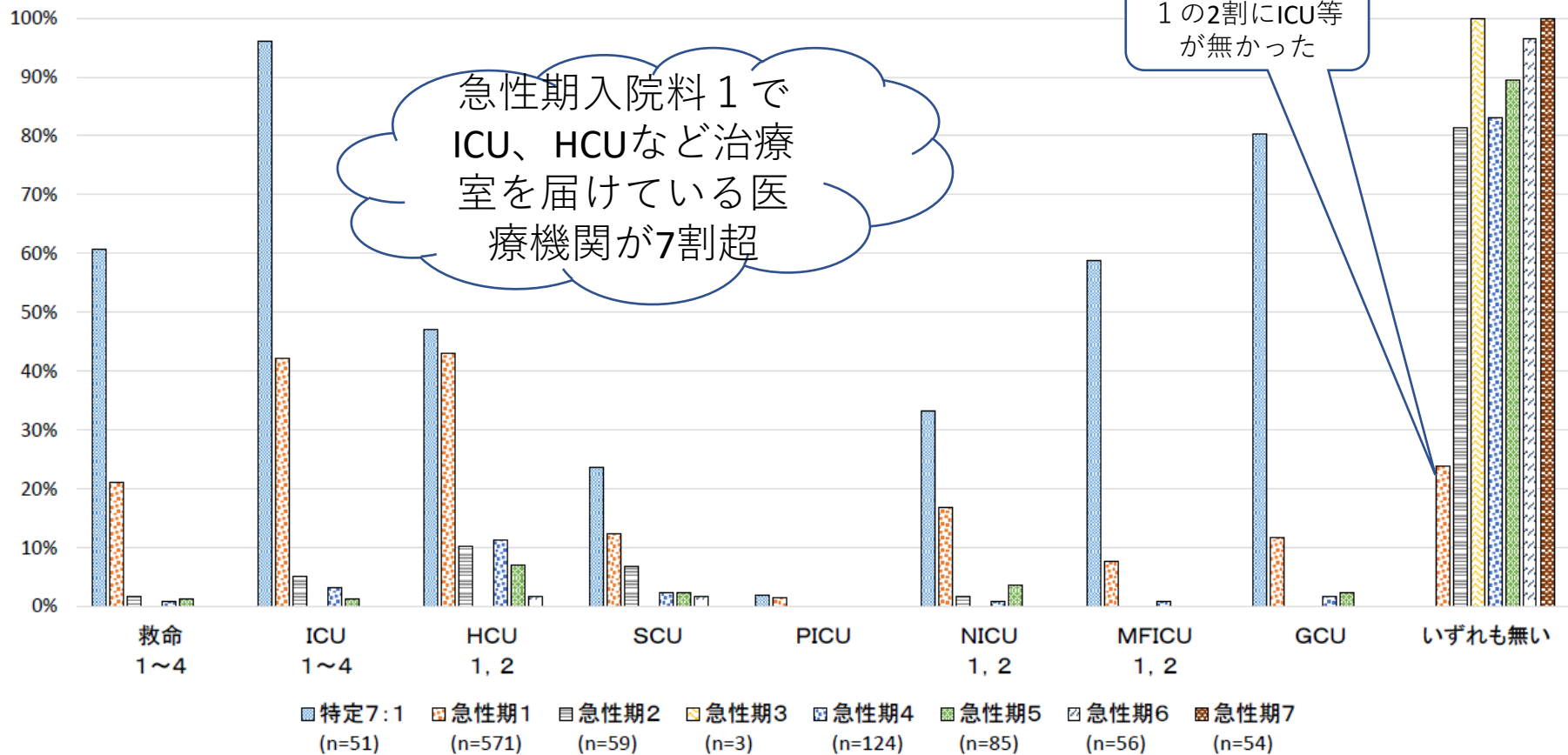
集中治療室 (ICU)

# 入院基本料別・届け出ている治療室の種類

- 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出ている医療機関は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
- 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の7割超でなんらかの治療室を届け出ていた。

## 入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類

(治療室を届け出ている医療機関の割合)



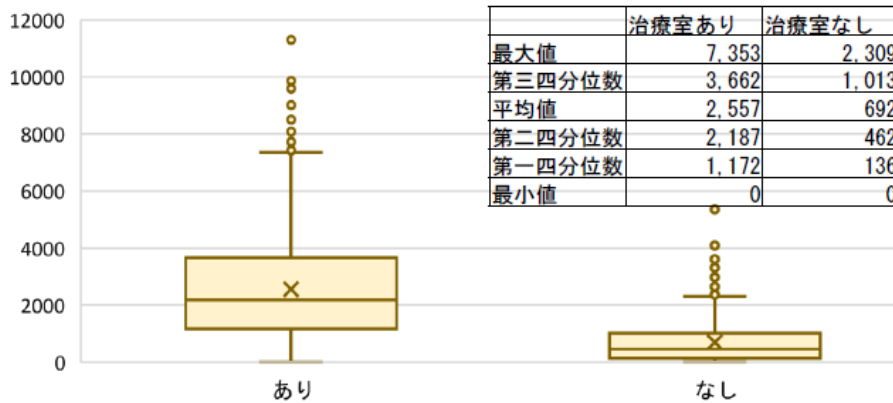
# 急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況①

○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

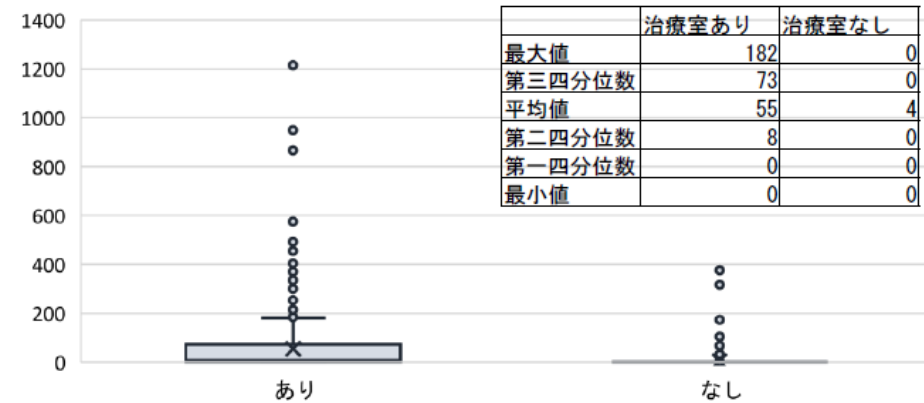
## 急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

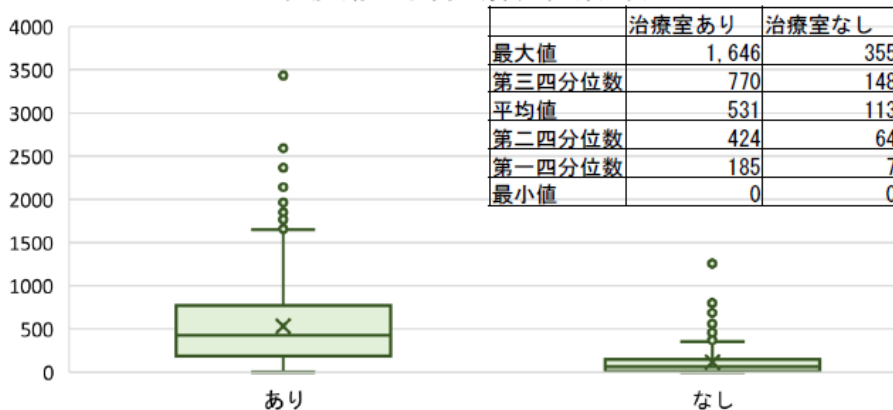
全身麻酔の手術 (算定回数/年)



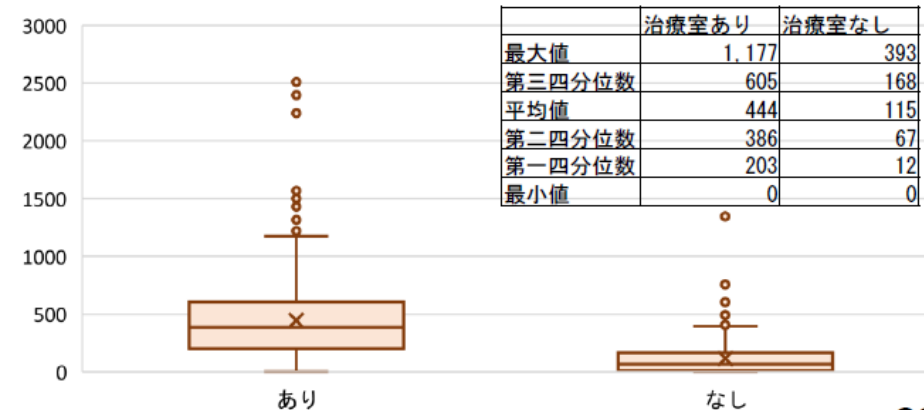
人工心肺を用いた手術 (算定回数/年)



悪性腫瘍の手術 (算定回数/年)



腹腔鏡下手術 (算定回数/年)



出典：DPCデータ (治療室の状況：令和元年3月時点 算定回数：令和元年度1年間の算定回数)

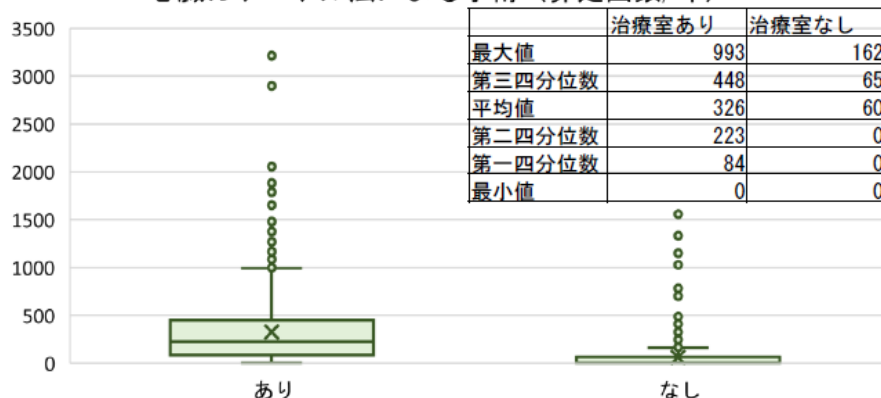
# 急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況②

○ 心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

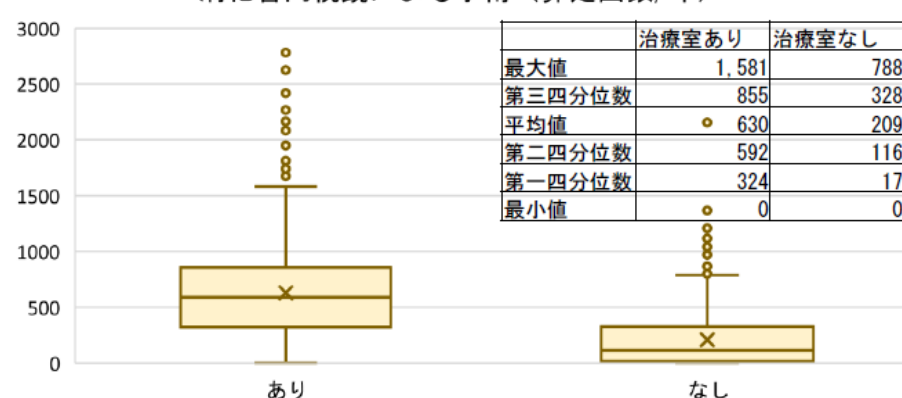
## 急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

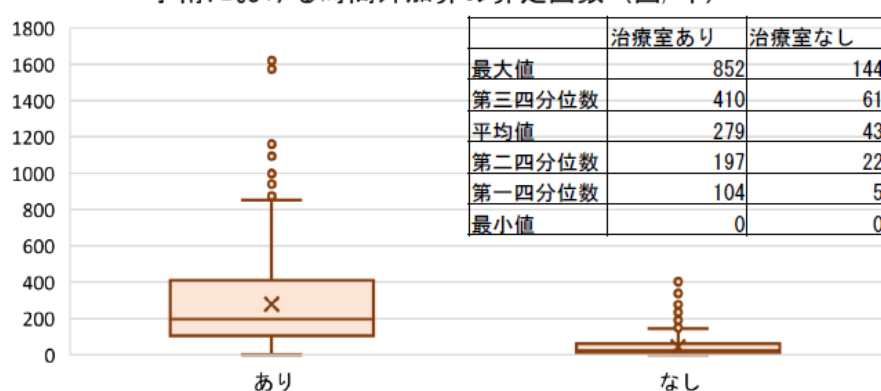
心臓カテーテル法による手術 (算定回数/年)



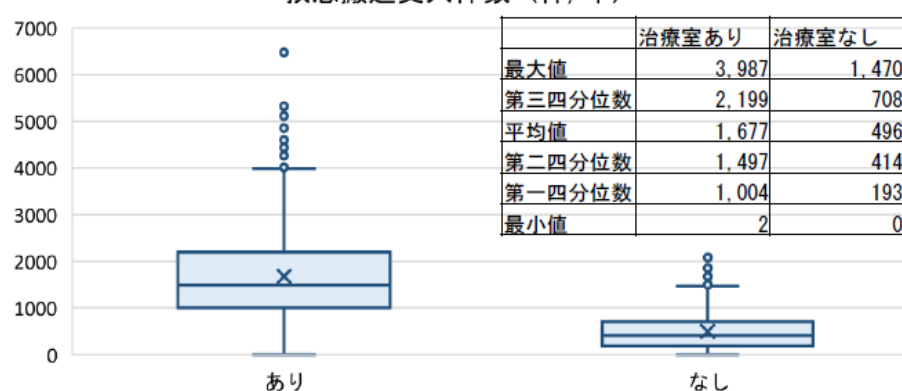
消化管内視鏡による手術 (算定回数/年)



手術における時間外加算の算定回数 (回/年)



救急搬送受入件数 (件/年)



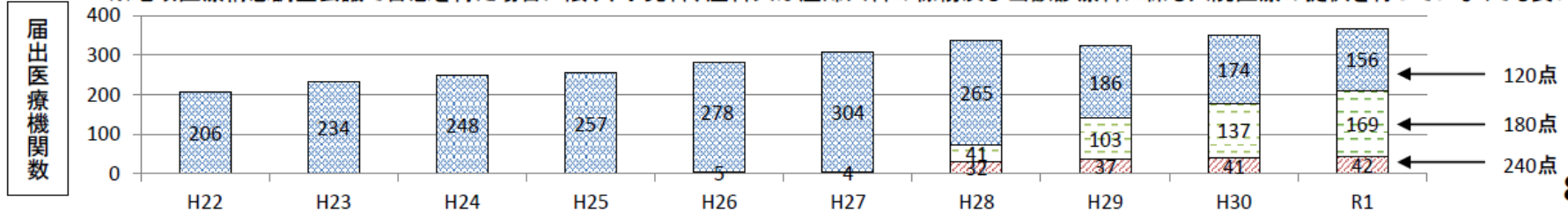
出典：DPCデータ (治療室の状況：令和元年3月時点 算定回数：令和元年度1年間の算定回数)

# 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>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</li> <li>全身麻酔による手術件数が年800件以上</li> </ul>		
実績要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上</li> <li>イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上</li> <li>ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上</li> <li>エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上</li> <li>オ 化学療法:1,000件/年以上</li> <li>カ 分娩件数:100件/年以上</li> </ul>		
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		
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 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

※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。



367

# ICU等設置に着目した急性期入院 医療の評価は・・・

- ①基本料の要件に組み込む
- ②新加算を創設する
- ③総合入院体制加算の要件の見直しの中に織り込む

# ③救急医療管理加算



入院医療分科会 2021年8月6日



## 患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

- 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

現行	
【救急医療管理加算】	
1 救急医療管理加算1	900点
2 救急医療管理加算2	300点
[算定要件]	
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、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う。	
(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、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う。	
[届出について]	
施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。	

改定後	
【救急医療管理加算】	
1 救急医療管理加算1	950点
2 救急医療管理加算2	350点
[算定要件]	
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケ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う。	
(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、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う。	
[届出について]	
施設基準の届出を行うこと。(※施設基準は従来と変更なし)	



### 算定対象となる状態

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 | カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)           |
| イ 意識障害又は昏睡               | キ 広範囲熱傷                             |
| ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態        | ク 外傷、破傷風等で重篤な状態                     |
| エ 急性薬物中毒                 | ケ 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 |
| オ ショック                   | コ <u>その他の重症な状態</u> (加算2のみ)          |

- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
- ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

# 救急医療管理加算にかかる課題の整理

中医協 総 - 3  
元 . 1 2 . 4

- 救急医療管理加算について、加算の趣旨に鑑み、以下の点について整理・検討が必要ではないか。

## 救急医療管理加算＝患者の重症度に着目した評価

### 【算定要件】

- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するもの  
※入院後に悪化する可能性があるが入院時は重篤な状態でない患者には算定できない

### 救急医療管理加算1

項目アからケの状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者

### 救急医療管理加算2

項目アからケまでに準ずる重篤な状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者

### 【現状・課題】

- 項目アからケの重症度の基準が明確でなく、算定されている患者ごとの状態のばらつきや、判断に係る施設間のばらつきが大きい

- 算定基準が明確でないこと等を踏まえ、平成26年度改定において、加算1と分けて低い点数が設定され、平成28年度改定においてさらに評価を見直された

- 「項目アからケまでに準ずる重篤な状態」の重要度の基準が明確でなく、また、アからケのどの項目に準じて算定されたか等について、実態が明らかではない

# 救急患者に関する指標の例

○ 救急患者に実際に使用されている評価指標の例として、以下のような指標が考えられる。

## 【救急医療管理加算の対象患者】

## 【関係する指標の例】

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態



緊急の止血処置の有無等

イ 意識障害又は昏睡



JCS、GCS等

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態



動脈血酸素分圧、NYHA分類等

オ ショック



収縮期血圧の低下、昇圧剤の使用等

キ 広範囲熱傷



Burn Index 等

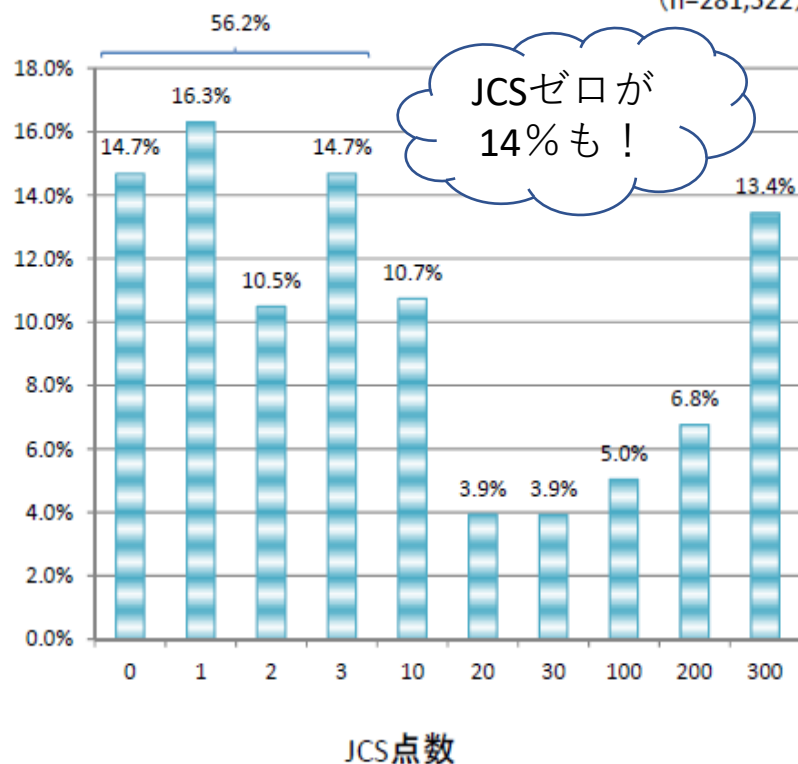
診療報酬明細書  
の適要欄に記載

# 救急医療管理加算1算定患者に関する分析①

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布をみると、JCS I 桁の患者が全体の半数以上を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち  
「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布

(n=281,522)



(参考) JCS: Japan Coma Scale

## I. 覚醒している

- 0 意識清明
- 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

## II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

- 10 普通の呼びかけで開眼する
- 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

## III. 刺激しても覚醒しない

- 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
- 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300 痛み刺激に対し全く反応しない

# 「意識障害又は昏睡」の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布を改定前後で比較すると、改定後のJCS0の患者の割合は低下し、JCS300の患者の割合は上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSの分布は、以下のとおりであった。

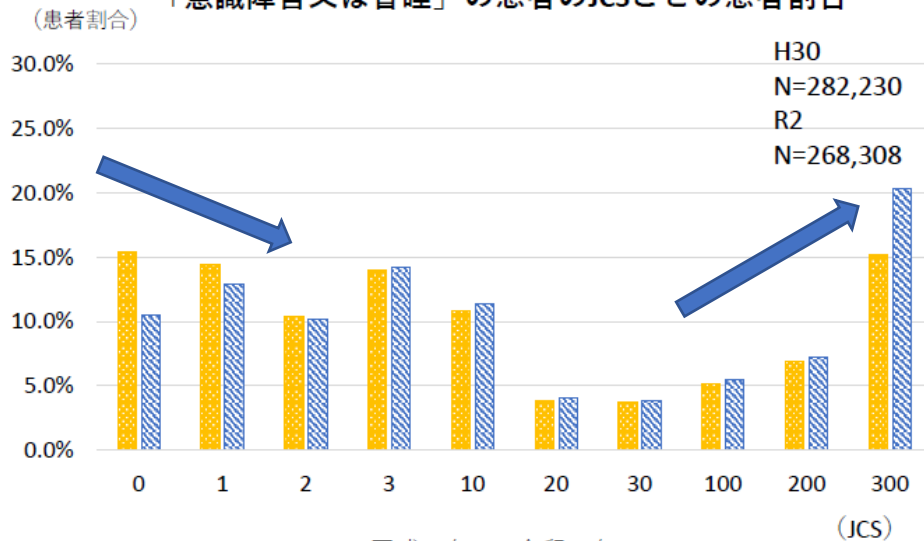
(参考) JCS:Japan Coma Scale

出典:脳卒中ガイドライン2009

I. 刺激しないでも覚醒している状態 (1桁の点数で表現)	II. 刺激をすると覚醒する状態 (2桁の点数で表現)	III. 刺激しても覚醒しない状態 (3桁の点数で表現)
0 意識清明	10 普通の呼びかけで容易に開眼する	100 痛みに対し、払いのけるような動作をする
1 意識清明とはいえない	20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する	200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
2 見当識障害がある	30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する	300 痛み刺激に全く反応しない
3 自分の名前・生年月日が言えない		

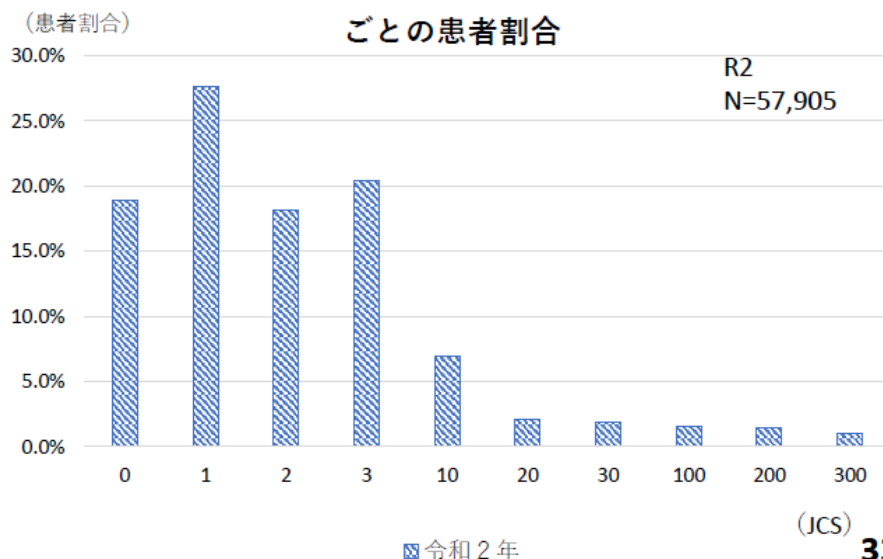
救急医療管理加算1 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合



救急医療管理加算2 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS



出典:各年度DPCデータ

■平成30年 ■令和2年

■令和2年

# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時NYHAの分布を改定前後で比較すると、改定後はNYHA I、IIの患者の割合が低下し、NYHA III、IVの患者の割合が上昇していた。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のNYHAの分布は以下のとおりであった。

## (参考) NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

I	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。	II	軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III	高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。	IV	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

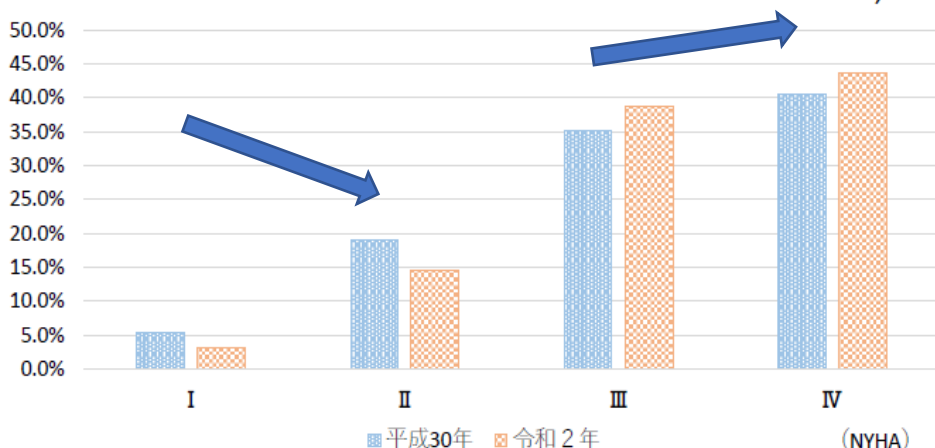
### 救急医療管理加算1算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で

傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

H30  
N=32,081  
R2  
N=33,966

(患者割合)



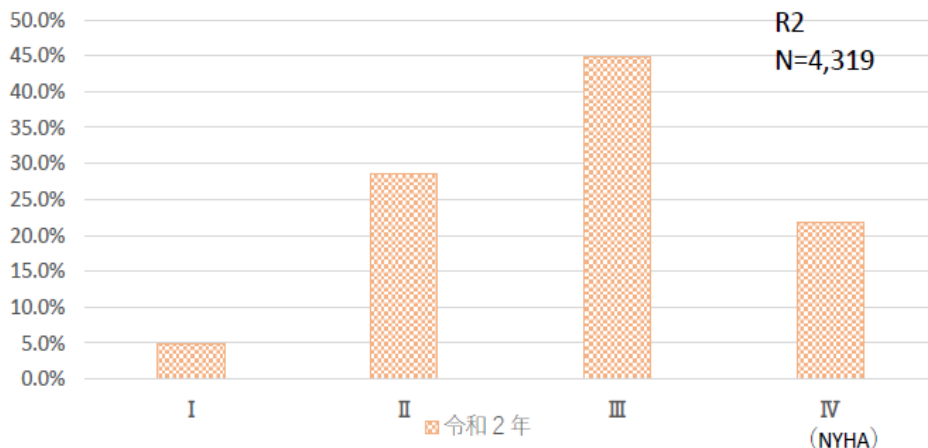
### 救急医療管理加算2算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる

患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

R2  
N=4,319

(患者割合)



# 「ショック」の患者について①

- 救急医療管理料1の算定患者のうち、「ショック」の患者の分布を改定前後で比較すると、ほとんど変化はみられなかった。
- 救急医療管理料2の算定患者のうち、「ショック」に準ずる状態の患者の分布を救急医療管理加算1の分布は以下のとおりであった。

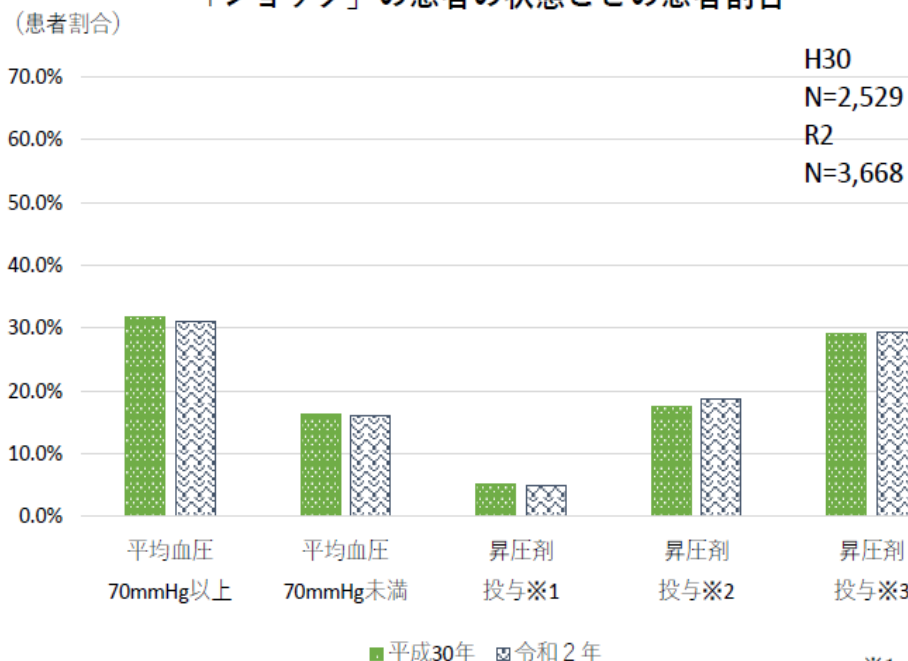
※ ショックとは「生体に対する侵襲あるいは侵襲に対する生体反応の結果、重要臓器の血流が維持できなくなり、細胞の代謝障害や臓器障害が起こり、生命の危機に至る急性の症候群」と定義される。(出典:日本救急医学会医学用語解説集)

※ 平均血圧(mmHg) = 拡張期血圧 + (収縮期血圧 - 拡張期血圧) × 1/3 (平均血圧の正常範囲70~100mmHg)

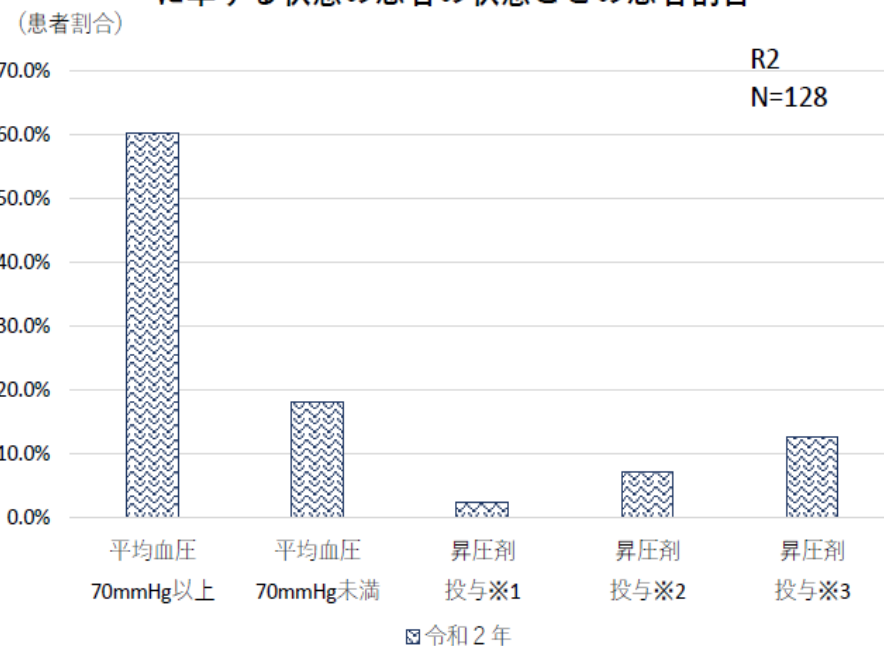
(中医協総-3 令和元年12月4日資料より抜粋。

令和2年度改定後、「ショック」又は「ショックに準ずる状態」の患者については平均血圧70mmHgをカットオフとして状態の記載を義務づけている。)

救急医療管理加算1の算定患者のうち  
「ショック」の患者の状態ごとの患者割合



救急医療管理加算2の算定患者のうち「ショック」  
に準ずる状態の患者の状態ごとの患者割合



※1 ドパミン ≤ 5μgあるいはドブタミン(投与量を問わない)

※2 ドパミン 5.1μg~15μgあるいはアドレナリン ≤ 0.1μgあるいはノルアドレナリン ≤ 0.1μg

※3 ドパミン > 15μgあるいはアドレナリン > 0.1μgあるいはノルアドレナリン > 0.1μg



# 熱傷の重症度をはかる指標

- Burn Index

= III度熱傷面積 +  $1/2 \times$  II度熱傷面積

- Prognostic Burn Index (PBI)

= 年齢 + Burn Index

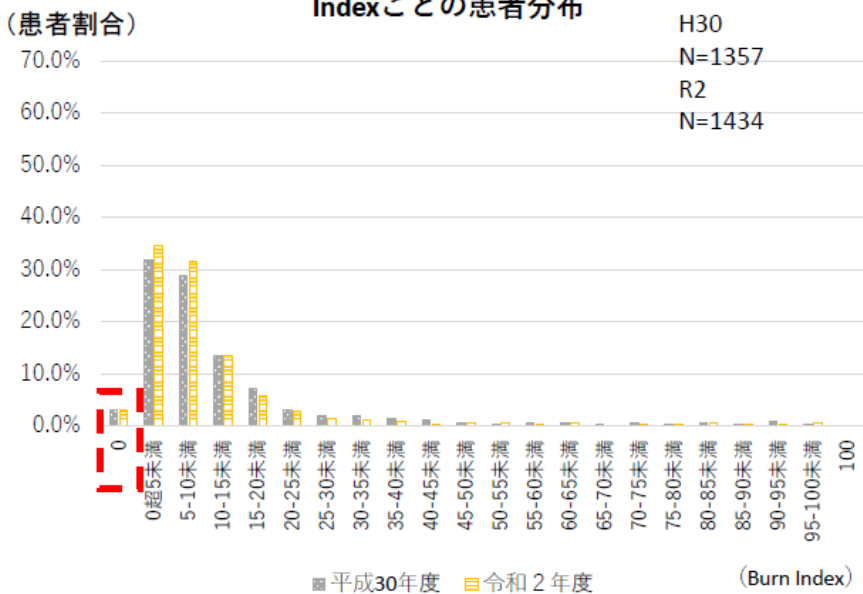
# 「広範囲熱傷」でBurn Index0の患者について①

- 救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者において、改定前後いずれでもBurn Index0の患者が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者において、Burn Index0の患者が一定割合存在した。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のBurn

Indexごとの患者分布

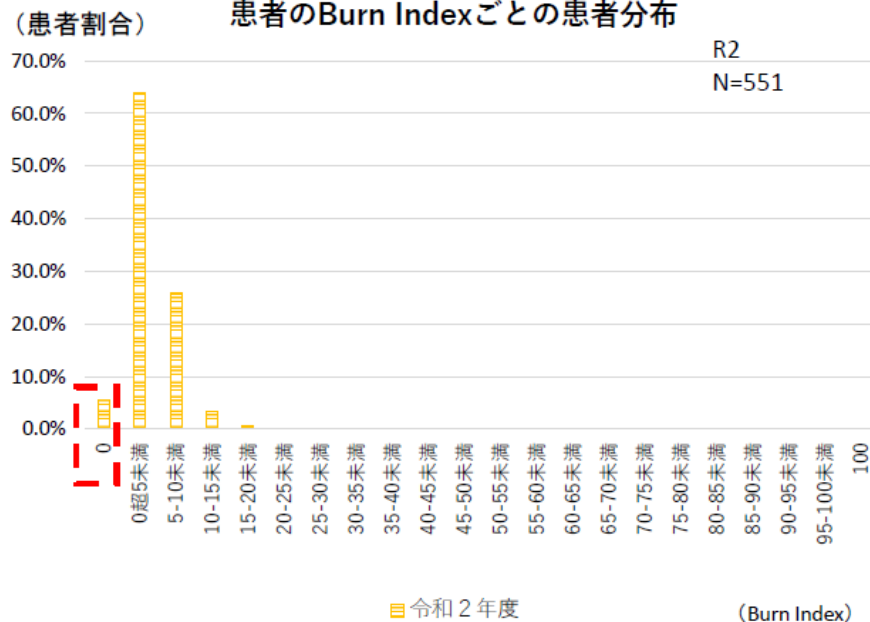
H30  
N=1357  
R2  
N=1434



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷に準ずる状態」の

患者のBurn Indexごとの患者分布

R2  
N=551



## 救急医療管理加算2 「その他重症な状態」の患者の内訳

- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「コ その他重症な状態」の患者について、最も多くみられた入院時の状態は「脳梗塞」であった。

令和2年

名称	件数(年)
脳梗塞	71,282
腎臓又は尿路の感染症	39,270
股関節・大腿近位の骨折	32,536
肺炎等	32,099
ヘルニアの記載のない腸閉塞	29,933
誤嚥性肺炎	23,676
穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患	21,145
胆管(肝内外)結石、胆管炎	21,019
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	15,187
胆嚢炎等	13,553

## 「その他重症な状態」の患者の介入状況

○ 「その他重症な状態」の患者に対して、入院後3日間以内に行われた処置・手術で多いものを列挙すると、以下のような実施状況であった。

脳梗塞		腎臓または尿路の感染		股関節・大腿近位の骨折		肺炎		ヘルニアの記載のない腸閉塞	
71282人		39270人		32536人		32099人		29933人	
酸素吸入	3700(5.2%)	留置カテーテル設置	4450(11.3%)	留置カテーテル設置	8976(27.6%)	酸素吸入	6994(21.8%)	ドレーン法 (その他のもの)	4941(16.5%)
留置カテーテル設置	2782(3.9%)	酸素吸入	3137(8.0%)	骨折観血的手術 (肩甲骨、上腕、大腿)	4855(14.9%)	喀痰吸引	2949(9.2%)	胃持続ドレナージ	4643(15.5%)
喀痰吸引	1195(1.7%)	導尿	1586(4.0%)	酸素吸入	2975(9.1%)	留置カテーテル設置	1881(5.9%)	イレウス用ロングチューブ挿入法	3635(12.1%)
高気圧酸素療法(その他のもの)	771(1.1%)	喀痰吸引	1507(3.8%)	輸血(保存血液輸血)	2908(8.9%)	導尿	878(2.7%)	ドレーン法 (持続吸引を行うもの)	1884(6.3%)
鼻腔栄養	591(0.8%)	排便	455(1.2%)	人工骨頭挿入術(肩、股)	2056(6.3%)	超音波ネブライザー	693(2.2%)	酸素吸入	1538(5.1%)

# ④特定集中治療室管理料





8月27日に開催された「令和3年度 第6回 診療報酬調査専門組織  
入院医療等の調査・評価分科会」

# 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

## 【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
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

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

## 特定集中治療室管理料の見直し

### 専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し

- ▶ 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

#### 現行

##### 【特定集中治療室管理料1及び2】

##### [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常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

#### 改定後

##### 【特定集中治療室管理料1及び2】

##### [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常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。

### 生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- ▶ 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。 ※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

#### 生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数(×10 <sup>3</sup> /mm <sup>2</sup> )	>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 あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値(mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満



# SOFAスコア (sequential organ failure assessment)

ICUにおける重症度評価法、評価項目として、呼吸、凝固能、肝臓、循環器、中枢神経、腎の6つの臓器システムが用いられ、臓器障害の程度に従い、スコア化されている。

表1 ● SOFAスコア

	0点	1点	2点	3点	4点
呼吸器 PaO <sub>2</sub> /F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> (mmHg)	≧ 400	< 400	< 300	< 200 + 呼吸補助	< 100 + 呼吸補助
凝固能 血小板数 (× 10 <sup>3</sup> /μL)	≧ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
肝臓 ビリルビン値 (mg/dL)	< 1.2	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 5.9	6.0 ~ 11.9	≧ 12
循環器	MAP ≧ 70 mmHg	MAP < 70 mmHg	DOA < 5 μg/kg/min or DOB	DOA 5.1 ~ 15 μg/kg/min or Ad ≧ 0.1 μg/kg/min or NOA ≧ 0.1 μg/kg/min	DOA > 15 μg/kg/min or Ad > 0.1 μg/kg/min or NOA > 0.1 μg/kg/min
中枢神経 Glasgow Coma Scale	15	13 ~ 14	10 ~ 12	6 ~ 9	< 6
腎機能 クレアチニン (mg/dL) 尿量 (mL/日)	< 1.2	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 3.4	3.5 ~ 4.9 < 500	≧ 5.0 < 200

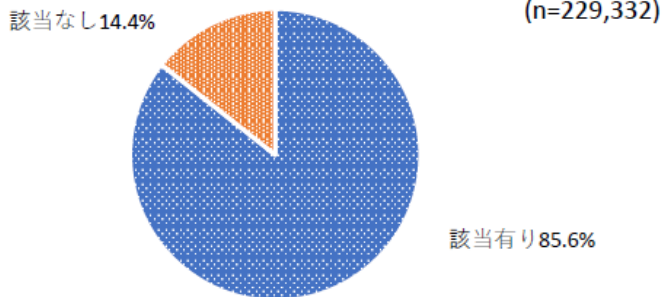
DOA：ドパミン、DOB：ドブタミン、Ad：アドレナリン、NOA：ノルアドレナリン

# 入室日の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア

- 重症度、医療・看護必要度(以下、必要度という。)の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めていた。
- 必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。
- SOFAスコアが高い患者の中にも、必要度の基準だと満たしていない患者が存在した。

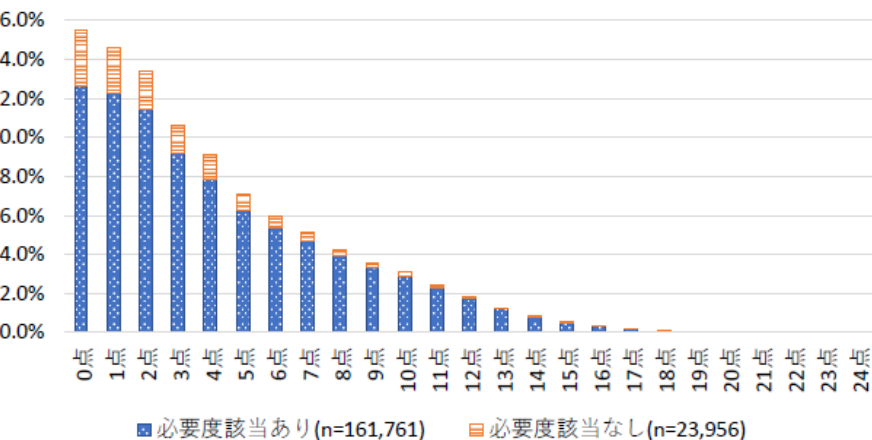
SOFA5点以上

必要度 (入室日・全患者)

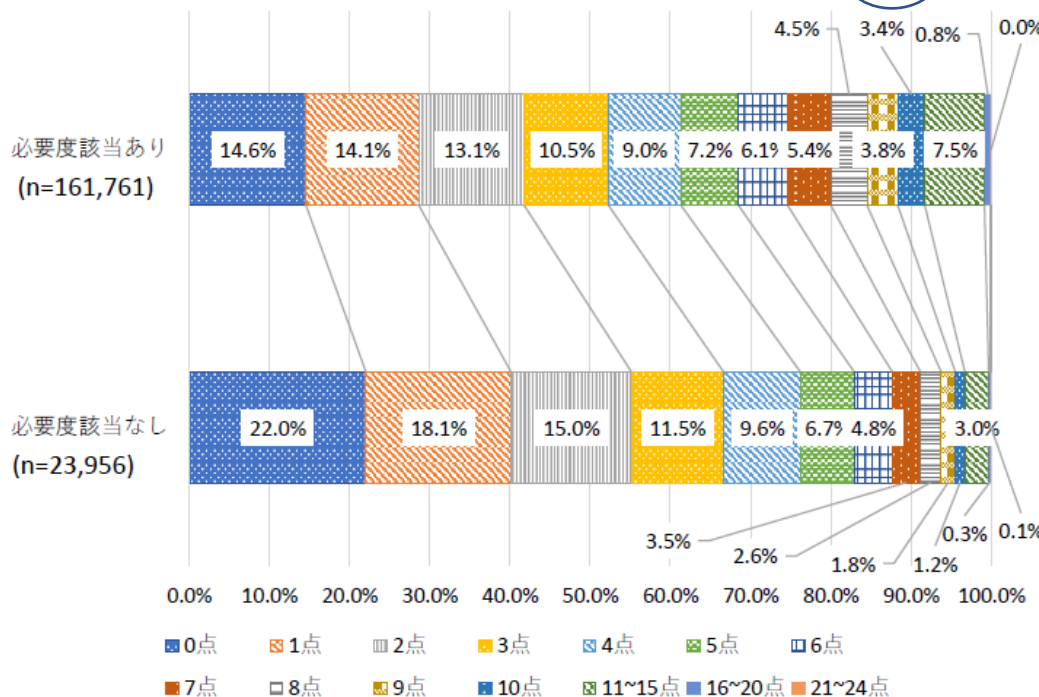


※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFA×必要度 (入室日)



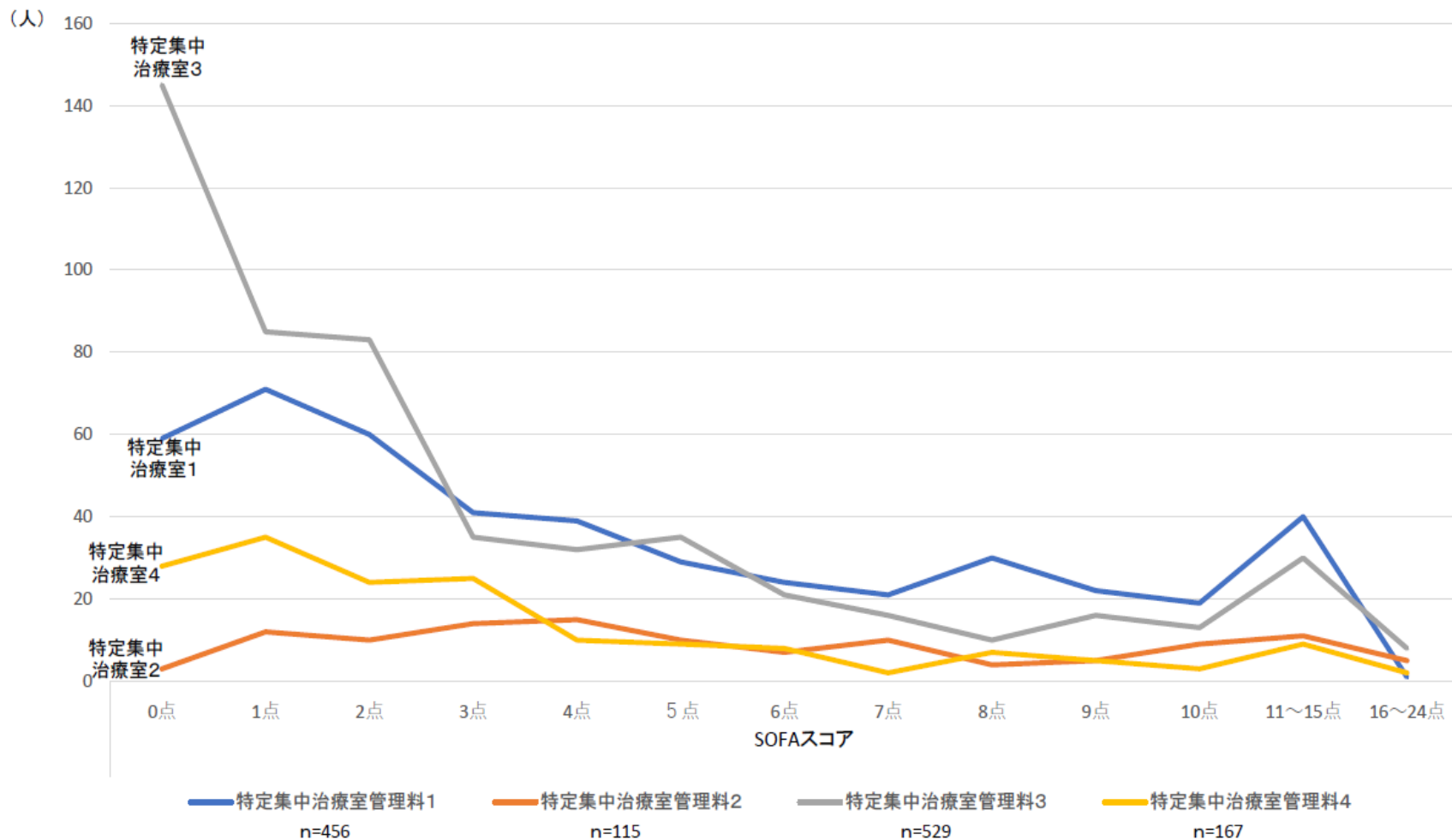
SOFAスコア (入室日)



# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア①

○ 各治療室における必要度のA項目4点以上の該当患者をSOFAスコア点数別に集計したところ、以下のとおりだった。

各治療室における必要度(A項目)4点以上の患者のSOFAスコア別該当者数の分布



重症度、医療・看護必要度と  
SOFAのアンマッチを  
どうするのか？

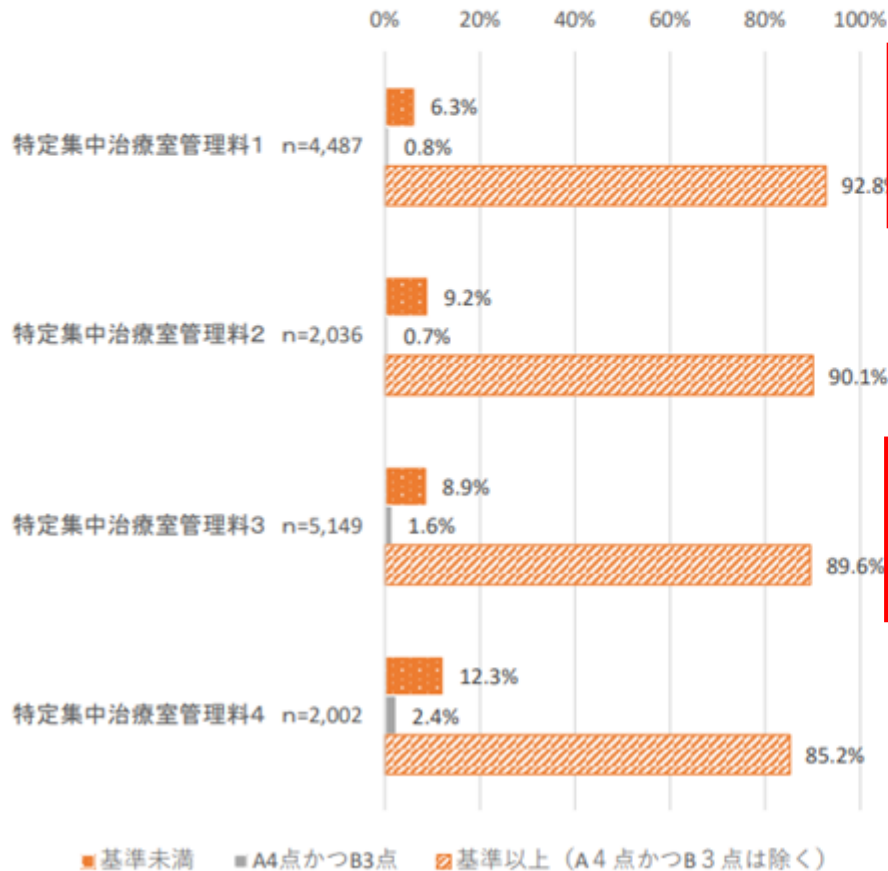
⑤救命救急入院料

# 特定集中治療室・救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度

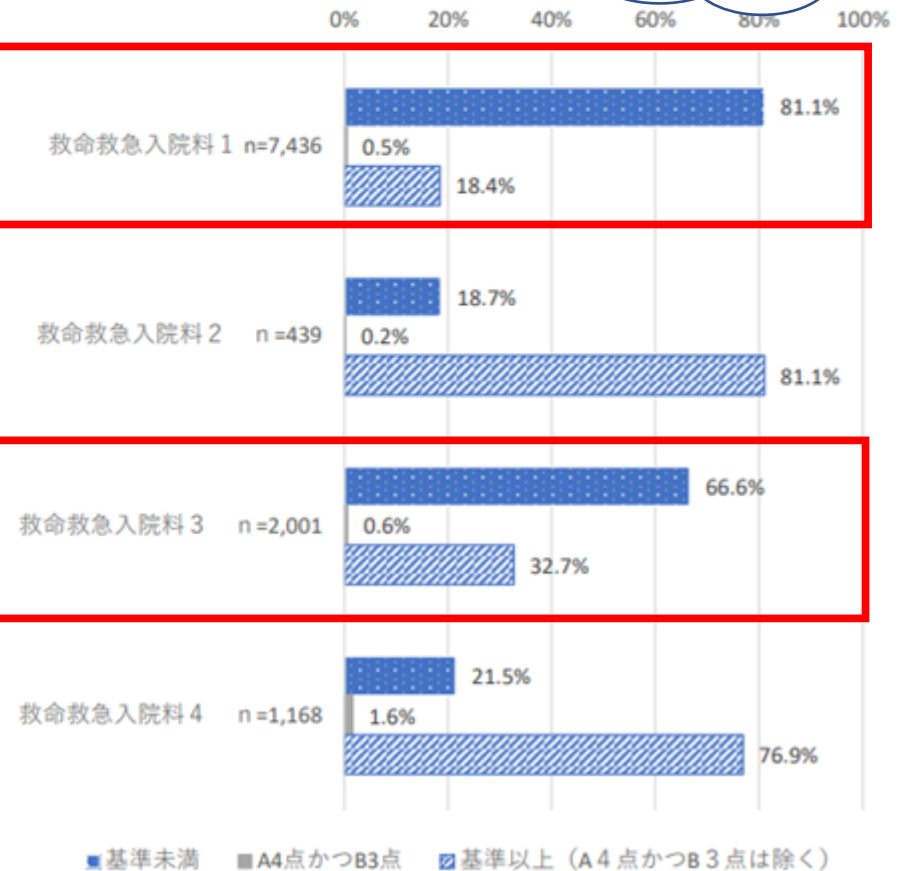
○ 特定集中治療室、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、A4点+B3点のみに該当する患者割合は、いずれの入院料においても非常に低かった。

救命救急入院料  
1, 3で基準を  
満たさない

点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



# 救命救急入院料 1, 3 と 2, 4 で患者の状態が異なる

- 1, 3 は一般病棟ではむりだが、2, 4 より軽症患者が収容されている。
- 2, 4 はICU並みの重症患者が収容されている

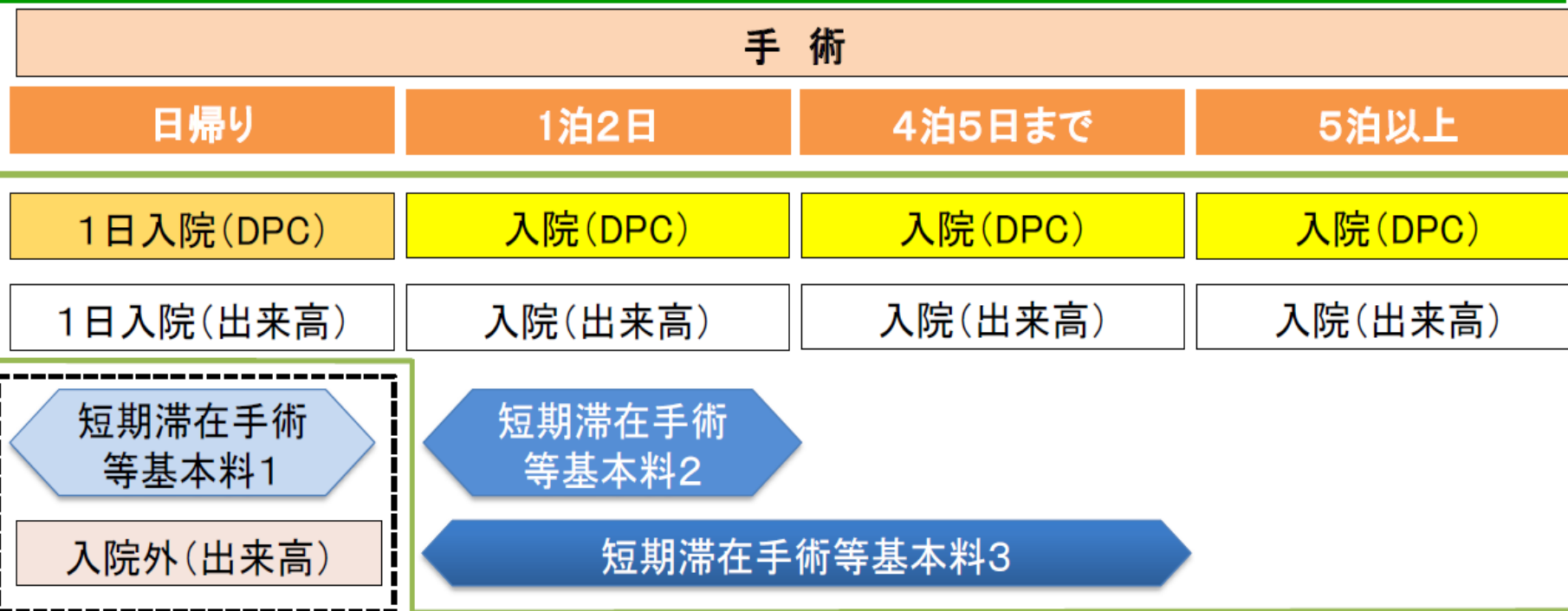
# ⑥短期滞在手術

入院医療分科会  
8月6日



# 手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料2及び3は算定不可となっている。



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料2	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×	×
DPC対象病院以外(病院)	○	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	○	×

○：算定可能、×：算定不可

## 短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等

### 短期滞在手術等基本料1

日帰りの場合:2, 947点

### 短期滞在手術等基本料2

1泊2日の場合:5, 075点  
(生活療養を受ける場合:5, 046点)

### 短期滞在手術等基本料3

4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)  
K006 3,4 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満、長径12cm以上(6歳未満に限る)  
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法、皮膚有毛部切除術、その他のもの  
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)  
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)  
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後囊切開を伴う場合  
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満、長径5cm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)  
K653 1 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術  
早期悪性腫瘍粘膜切除術  
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満  
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術・蒸散術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出手術(関節鏡下) 肩、股、膝、胸鎖、肘、手、足、肩鎖、指(手、足)  
K069 半月板縫合術  
K069-3 関節鏡下半月板縫合術  
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯、膝側副靭帯、指(手、足)その他の靭帯  
K453 顎下腺腫瘍摘出術  
K454 顎下腺摘出術  
K461 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉の場合、両葉の場合  
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術  
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの、虫垂周囲膿瘍を伴うもの  
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法、硬化療法(四段階注射法によるもの)  
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの、その他のもの  
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの、その他のもの  
K888 子宮付属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査  
D413 前立腺針生検法  
K093-2 関節鏡下手根管解放手術\*  
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)  
K282 1口水晶体再建術(片側)、(両側)\*  
K474 1 乳腺腫瘍摘出術\*  
K616-4 1,2経皮的シヤント拡張術・血栓除去術  
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術、硬化療法、高位結紮術  
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)  
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)、(3歳以上6歳未満)、(6歳以上15歳未満)、(15歳以上)  
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満\*、長径2cm以上  
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)  
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術  
K867 子宮頸部(腔部)切除術  
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

※ 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術に\*を付している。

# 短期滞在手術等基本料2の平成30年と令和2年の比較

診調組 入-1(改)  
3 . 8 . 6

- 短期滞在手術等基本料2とその対象手術の平成30年度、令和2年度の状況は以下のとおりであった。
- 短期滞在手術等基本料2の対象手術の平均在院日数は、2日を大きく上回るものも存在した。

短期滞在手術等基本料2 手術名称	平成30年度						令和2年度					
	短期滞在手術等 基本料2		対象手術 (DPC対象病院以外)		対象手術 (DPC対象病院)		短期滞在手術等 基本料2		対象手術 (DPC対象病院以外)		対象手術 (DPC対象病院)	
	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数	回数	平均在院 日数
関節鼠摘出手術 肩、股、膝	0	-	39	12.38	102	10.74	0	-	23	9.04	65	10.63
関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	0	-	62	8.35	206	6.15	0	-	97	6.71	149	5.67
関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	0	-	7	7.00	18	3.67	0	-	2	3.00	14	3.50
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩、股、膝	0	-	519	11.57	1,431	9.90	0	-	646	9.88	1,412	8.89
関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	0	-	363	6.84	1,340	5.86	0	-	421	7.10	1,199	5.89
関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	0	-	2	4.50	5	3.80	0	-	4	11.75	5	7.20
半月板縫合術	0	-	10	14.30	47	18.15	0	-	11	19.91	39	11.69
関節鏡下半月板縫合術	0	-	3,464	16.42	9,863	15.82	0	-	4,365	17.53	10,262	15.98
靭帯断裂縫合術 十字靭帯	0	-	5	23.60	7	14.29	0	-	2	14.00	9	12.33
靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	0	-	19	21.53	107	17.40	0	-	23	22.52	104	18.51
靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	0	-	498	8.40	1,917	7.41	0	-	598	8.72	1,631	7.74
関節鏡下靭帯断裂縫合術 十字靭帯	0	-	22	14.32	131	15.89	0	-	25	16.56	131	16.72
関節鏡下靭帯断裂縫合術 膝側副靭帯	0	-	6	17.83	40	14.48	0	-	3	10.00	24	16.63
関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	0	-	72	10.19	367	8.93	0	-	114	8.25	345	8.89
顎下腺腫瘍摘出術	0	-	9	6.78	691	7.18	0	-	13	7.92	556	6.79
顎下腺摘出術	0	-	19	9.11	1,656	7.39	0	-	29	7.59	1,532	7.32
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合	0	-	281	7.42	5,822	7.31	0	-	332	7.65	5,043	7.26
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合	0	-	62	8.94	513	7.90	0	-	119	11.08	485	7.58
腹腔鏡下胆嚢摘出術	3	2.00	5,884	7.41	71,883	6.77	0	-	6,032	7.47	67,835	6.83
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	0	-	1,711	5.96	28,147	5.29	0	-	2,075	5.71	29,864	5.27
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	0	-	893	9.35	11,175	8.91	0	-	1,120	9.36	12,260	8.79
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	8	2.00	4,560	8.33	6,656	6.58	22	2.00	6,261	8.99	5,874	6.50
痔核手術(脱肛を含む。)根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	1	2.00	2,489	7.93	2,920	6.27	7	2.00	3,048	7.44	2,776	5.67
経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	0	-	3,246	5.31	28,572	5.03	0	-	4,789	5.22	31,764	5.04
経尿道的尿路結石除去術 その他のもの	0	-	165	5.39	1,926	5.34	0	-	229	4.74	1,732	5.55
尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	0	-	20	8.15	114	5.23	0	-	13	4.31	79	5.44
尿失禁手術 その他のもの	0	-	139	6.10	1,441	5.04	0	-	106	6.08	870	4.98
子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	0	-	1,559	6.54	39,912	6.25	0	-	2,077	6.39	37,498	6.14

出典: DPCデータ(各年度1年分)

# ⑦DPC外れ値

# DPC外れ値問題とは？

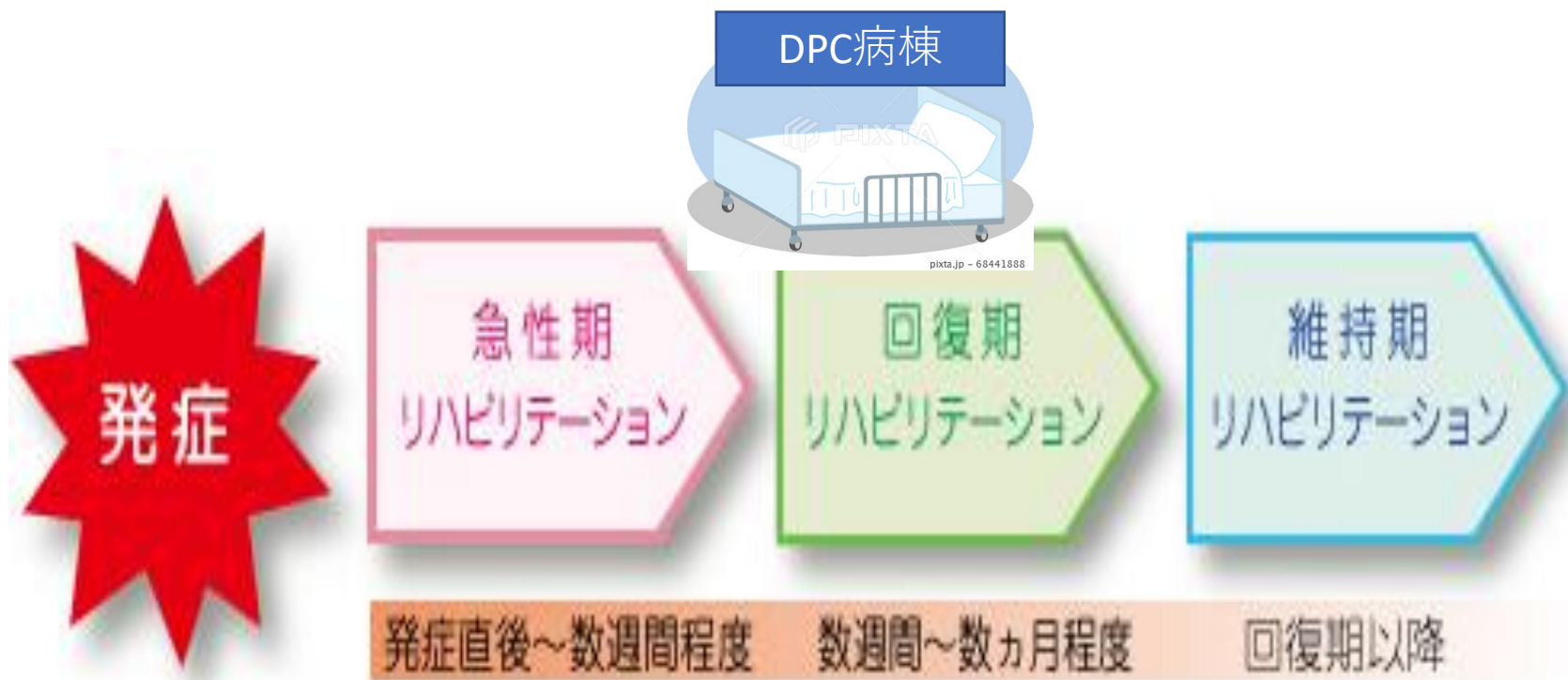
- DPC外れ値問題とは？

- 診断群分類別包括支払い制度（DPC/PDPS）では、以前から医療資源投入慮が極端に少ない、在院日数が極端に短いなど、いわゆる「DPC外れ値病院」が問題となっていた。

- DPC外れ値はDPC病院全体に影響する

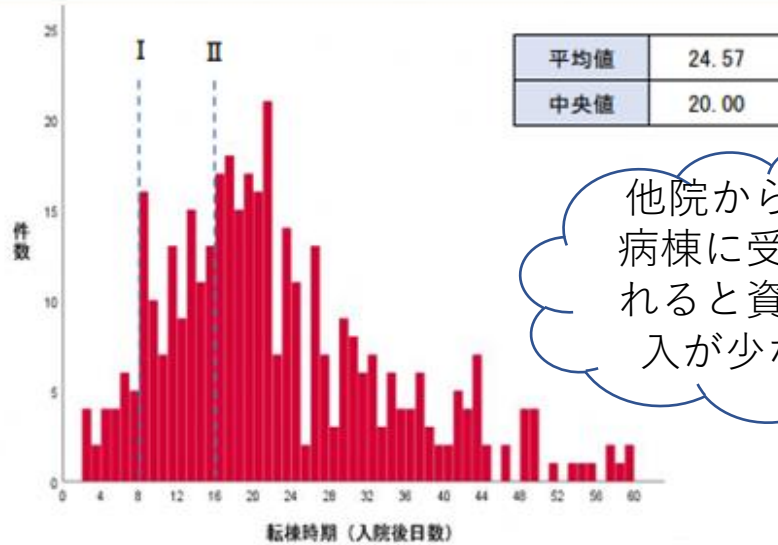
- 制度ではDPCに参加する全病院の診療実績データを基に点数や係数を設定している。このため不適切に医療資源投入量を著しく低く抑えている病院があれば、資源投入量の平均値が下がり、DPCの点数も低くなる
- これは不適切に資源投入量を抑えてDPC点数の差益を多く受け取っている病院には利益だが、他の重症患者を受け入れているため、多くの資源投入を行っている病院では収益が下がり投入コストを回収できないという不利益を被るということだ

# 脳梗塞患者を他の急性期病院から 自院のDPC病棟に受け入れる



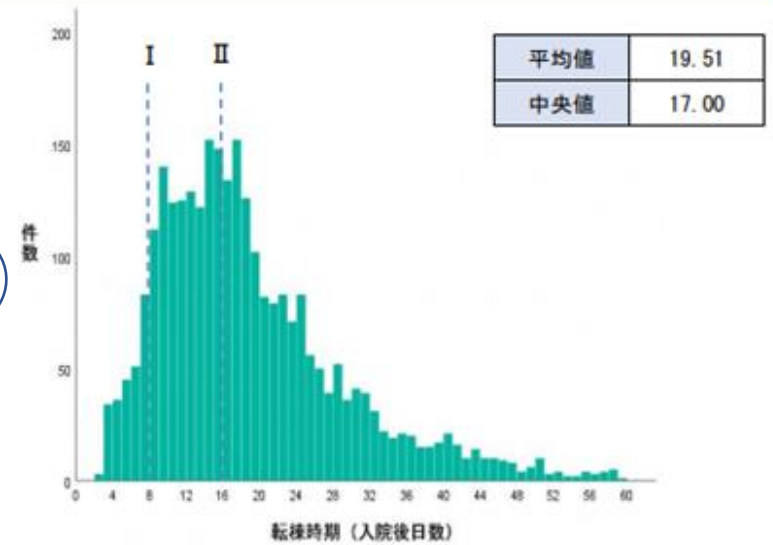
# 脳梗塞において症例数の多い診断群分類(010060xxCCPM02)の分析

## 他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



他院からDPC  
病棟に受け入れ  
られると資源投  
入が少ない

## 自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



出典：令和2年度DPCデータ

※ 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)

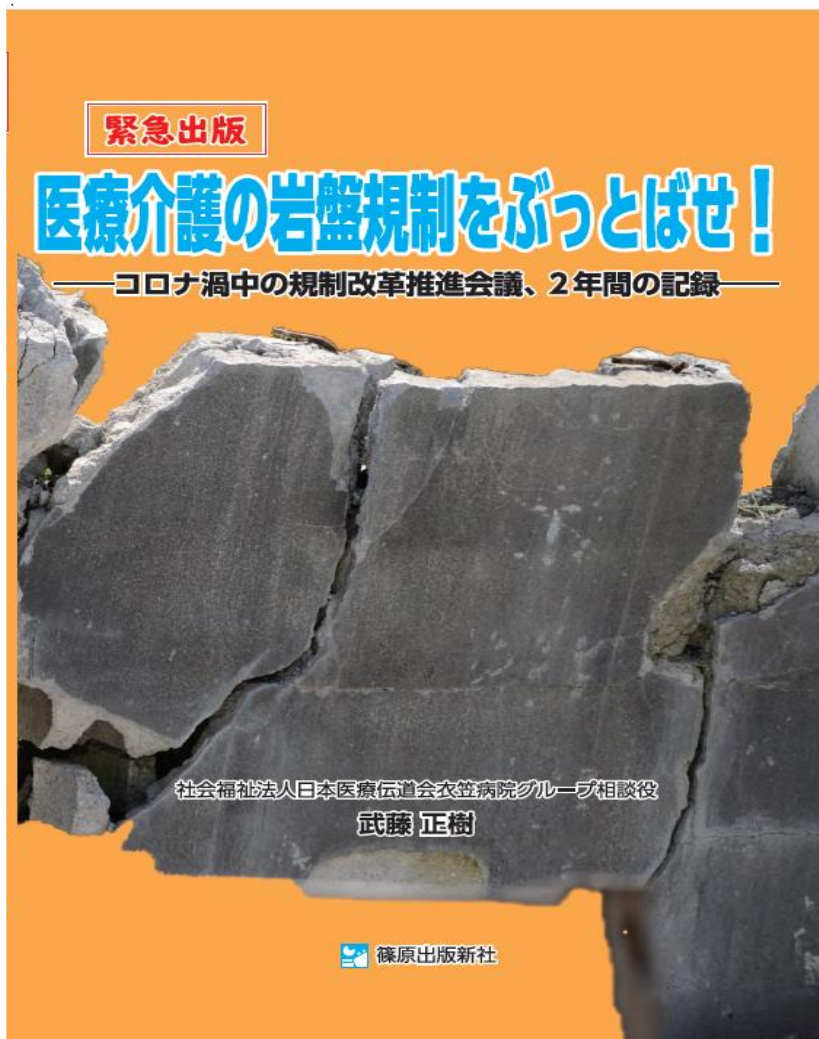
# まとめと課題

- 次回改定へ向けての課題は多い
- 看護必要度A項目の心電図、点滴3本
- 救急医療管理加算のJCSゼロ問題
- ICUでSOFAスコアと看護必要度のアンマッチなど
- 救命救急入院料1・3で看護必要度の低い患者がいること



# 医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

## 第1章

- ・ コロナと医療提供体制

## 第2章

- ・ 規制改革会議と医療DX

## 第3章

- ・ 規制改革会議と科学的介護

## 第4章

- ・ 規制改革会議と医薬品・医療機器

## 第5章

- ・ 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

# 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外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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)