

Dr武藤のミニ動画講座

Dr武藤のミニ

2024年診療報酬改定

～高齢者救急をどこで診る？～



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

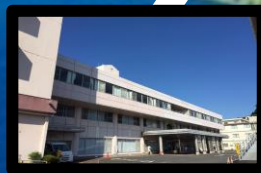
衣笠病院グループ



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
 - 高齢者入院パンデミック
- パート 3
 - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 4
 - 地域包括ケア病棟
- パート 5
 - 介護報酬改定
- パート 6
 - 老健の医療ケア強化
- パート 7
 - 在宅医療と急変時対応

パート1 入院外来分科会



2023年8月10日

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)

報告

報告

聴取

意見

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
経営管理研究科教授)
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)

■入院外来分科会

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	<p><入院・外来医療等の調査・評価分科会></p> <p>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</p> <p><中医協 基本問題小委員会・総会></p> <p>② 調査項目・内容(案)を報告</p>
8月 ∩ 10月	調査票の決定	<p><入院・外来医療等の調査・評価分科会></p> <p>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</p> <p><中医協 基本問題小委員会・総会></p> <p>④ 調査票原案を報告</p>
10月 ∩ 12月	調査の実施	<p>⑤ 調査票に基づき、調査実施</p>
令和5年		
1月 ∩ 2月	集計	<p>⑥ 集計及び結果の分析</p>
3月 ∩	調査結果報告	<p><入院・外来医療等の調査・評価分科会></p> <p>⑦ 調査結果の報告</p> <p><中医協 基本問題小委員会・総会></p> <p>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)</p>

2022年4月改定の影響調査

※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。



厚生労働省 保体局



医事分科委員



中野委員



津留委員



坂島委員



秋山委員



小池委員



岡田委員



武井委員

2023年8月10日

パート 2

高齢者入院パンデミック



2025年
団塊の世代
700万人が後
期高齢者へ

急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

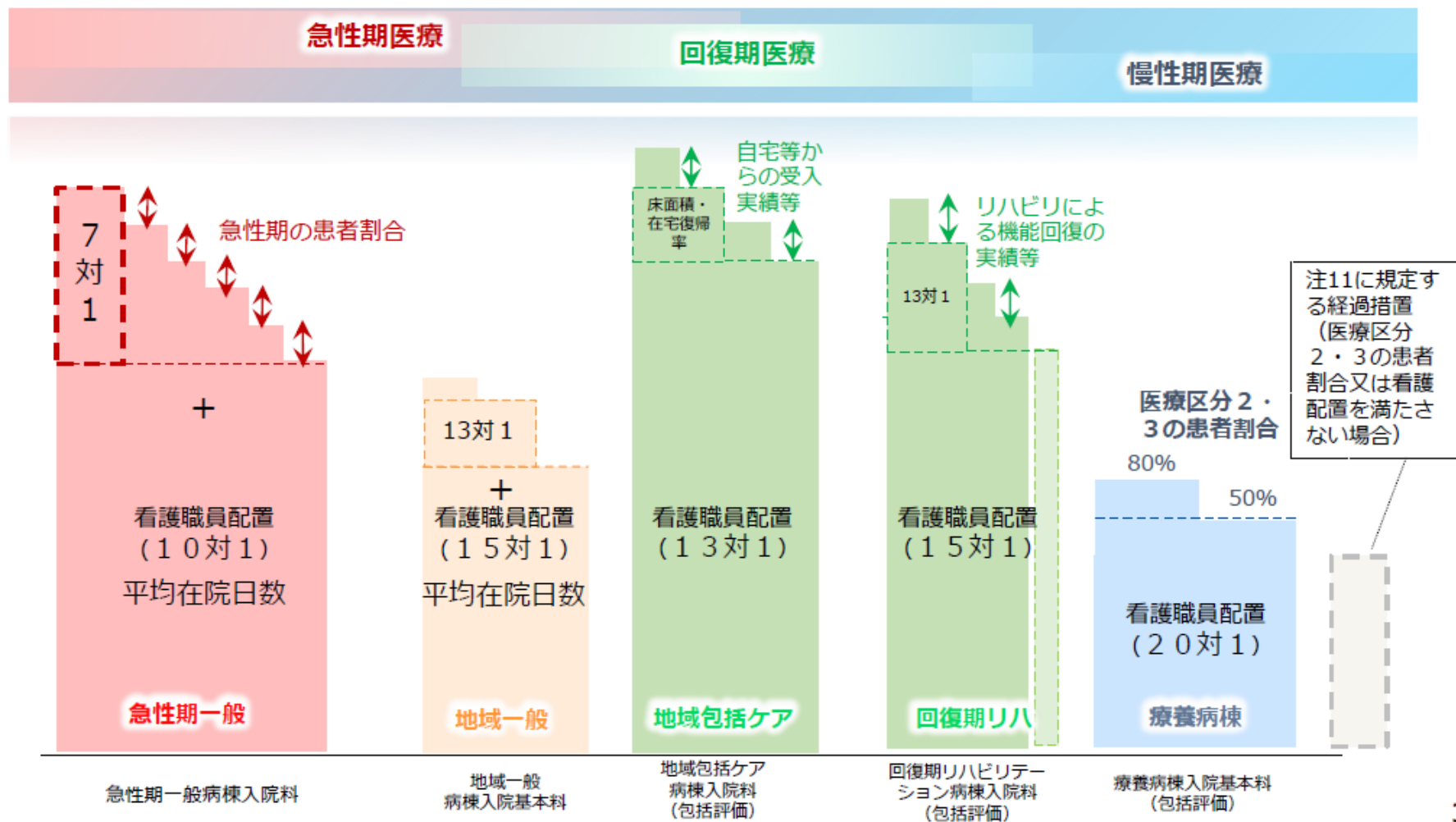


後期高齢者
入院パンデ
ミック

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。

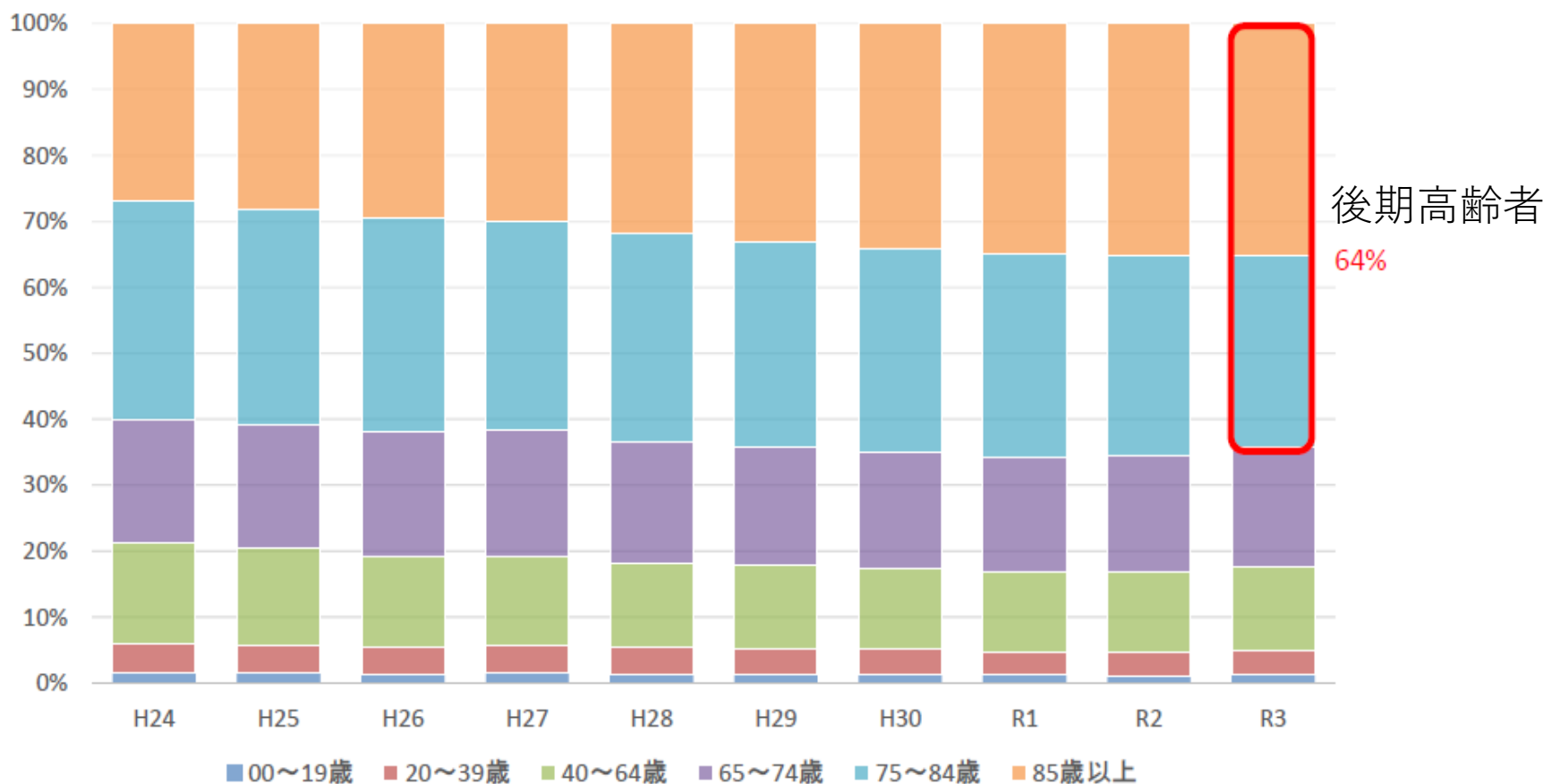
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

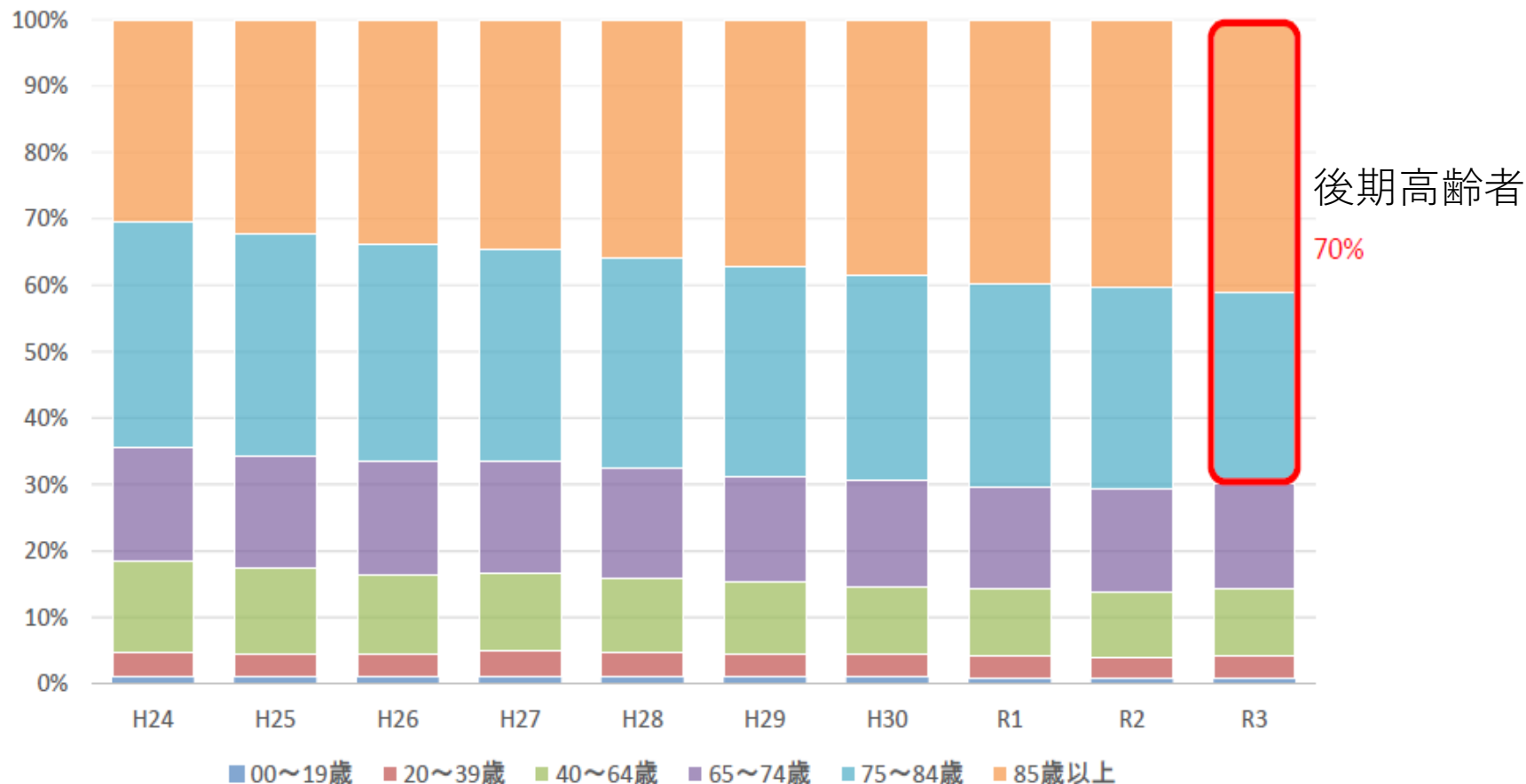
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

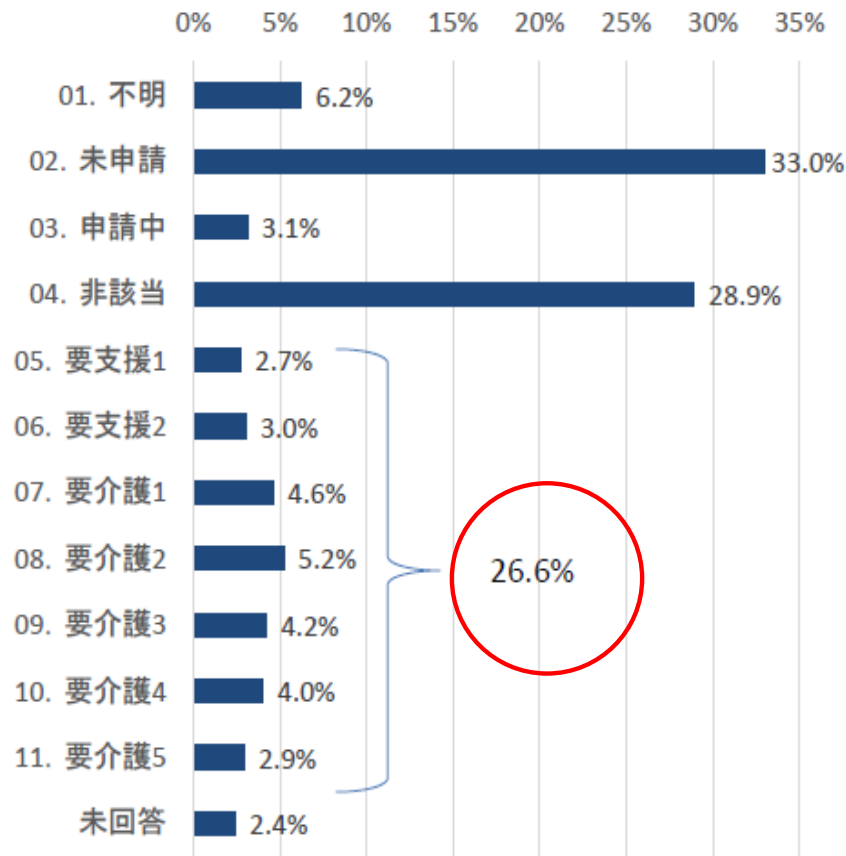
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



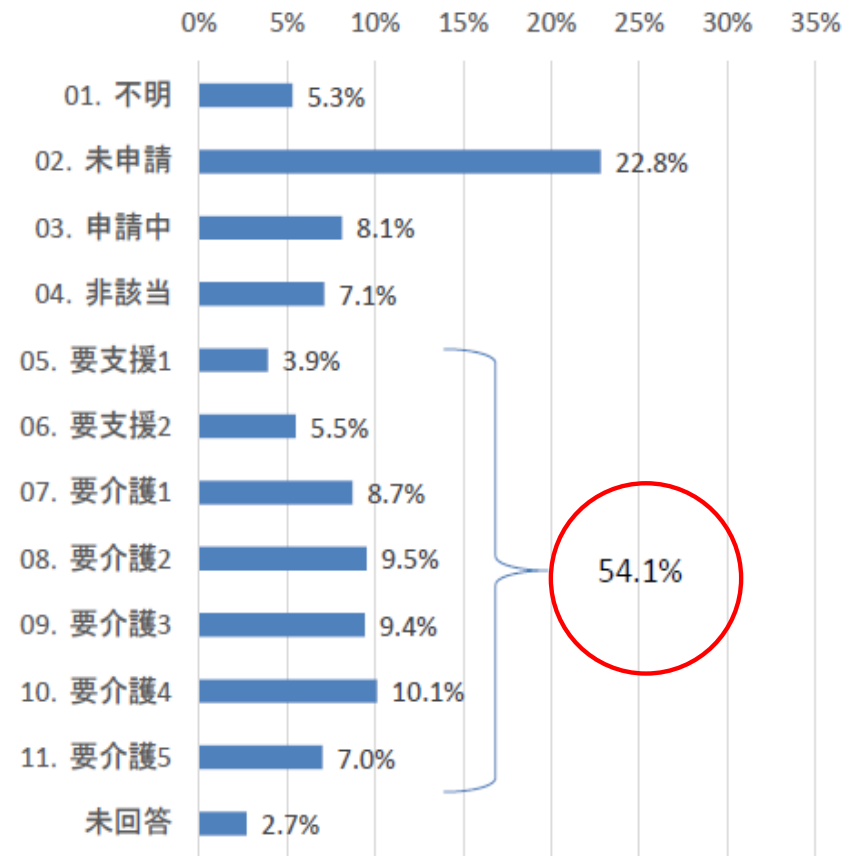
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■急性期一般入院料等



■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



急性期病棟で 悪化する高齢者のADL

急性期病棟における
リハビリの必要性

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和3年6月1日時点)

	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4～7	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
①医師	28.1	16.7	13.4	11.3
②歯科医師	0.5	0.4	0.2	0.1
③看護師	102.9	69.7	62.0	57.5
④准看護師	1.5	4.3	7.2	6.3
⑤看護補助者	9.4	9.0	13.8	16.3
（うち）介護福祉士	1.2	1.5	2.9	5.5
⑥薬剤師	6.0	4.3	3.7	3.3
⑦管理栄養士	1.9	1.9	2.0	2.0
⑧理学療法士	5.8	6.3	9.0	14.0
⑨作業療法士	2.5	3.2	3.6	7.1
⑩言語聴覚士	1.3	1.4	1.4	2.7
⑪公認心理師	0.3	0.2	0.2	0.1
⑫診療放射線技師	5.8	4.8	4.2	3.5
⑬臨床検査技師	7.6	5.4	4.7	3.9
⑭臨床工学技士	3.3	2.6	2.2	1.5
⑮歯科衛生士	0.6	0.6	0.4	0.4
⑯相談員	1.7	1.8	1.8	2.5
（うち）社会福祉士	1.4	1.5	1.4	2.1
（うち）精神保健福祉士	0.2	0.2	0.2	0.1
⑰医師事務作業補助者	5.4	3.4	3.1	2.2
⑱事務職員	19.7	16.8	19.5	16.8
⑲その他の職員	6.8	5.3	8.8	7.3

※ 各入院基本料等を届出している医療機関

ポスト2025年 団塊世代の後期高齢者で 急性期病床入院パンデミック

急性期病床の7~8割が後
期高齢者で埋め尽くされ
る時代がくる
パンデミックは20年続く



パート 3

高齢者救急をどこで診る？



高齢者の救急搬送は 誤嚥性肺炎と尿路感染

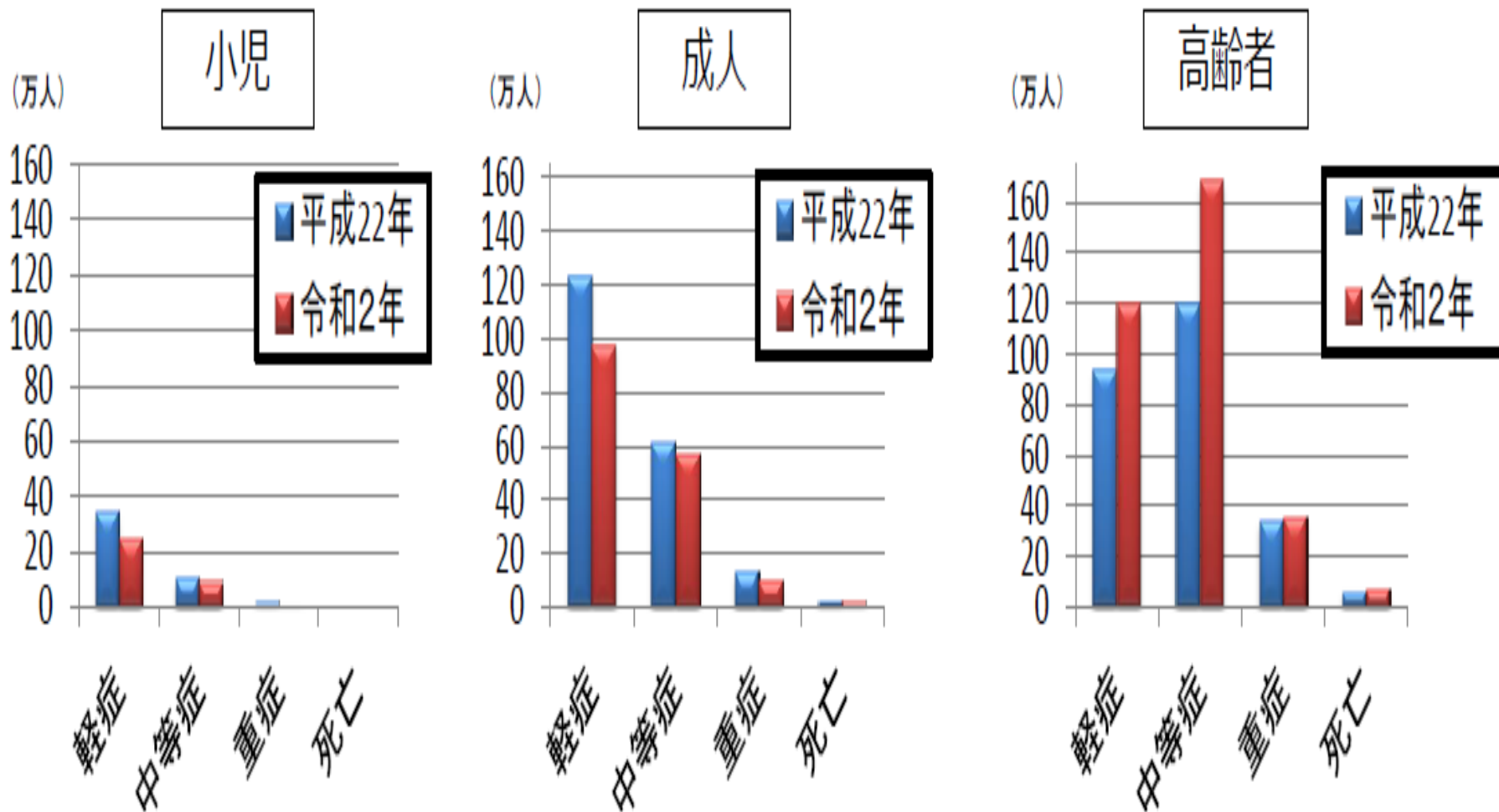


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	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
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料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。

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,754	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	5,754	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,254	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	4,754	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	4,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

高齢者救急が 急性期一般病院に 入院するワケ



重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直します。

	現行※	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	31%	29%
急性期一般入院料 2	28% (26%)	26% (24%)
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20% (18%)
急性期一般入院料 5	20%	18%
急性期一般入院料 6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	-	28%
7対1入院基本料(専門)	11%	9%
7対1入院基本料(結核)	30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	18%	15%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

		改定後	
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	許可病床200床以上	31%	<u>28%</u>
	許可病床200床未満	<u>28%</u>	<u>25%</u>
急性期一般入院料 2	許可病床200床以上	<u>27%</u>	<u>24%</u>
	許可病床200床未満	<u>25%</u>	<u>22%</u>
急性期一般入院料 3	許可病床200床以上	<u>24%</u>	<u>21%</u>
	許可病床200床未満	<u>22%</u>	<u>19%</u>
急性期一般入院料 4	許可病床200床以上	<u>20%</u>	<u>17%</u>
	許可病床200床未満	<u>18%</u>	<u>15%</u>
急性期一般入院料 5		<u>17%</u>	<u>14%</u>
7対1入院基本料(特定)		-	28%
7対1入院基本料(結核)		<u>10%</u>	<u>8%</u>
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		<u>33%</u>	<u>30%</u>
総合入院体制加算3		<u>30%</u>	<u>27%</u>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		<u>5%</u>	<u>4%</u>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		<u>12%</u>	<u>8%</u>

【経過措置】

令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和4年9月30日**
まで基準を満たしているものとする。

【参考】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	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	専門的な治療・処置 (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
7	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
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(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
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(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				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	-	-
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
14	危険行動	ない	-	ある	-	-	

「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

- ☑ A項目2点以上 & B項目3点以上
- ☑ A項目3点以上
- ☑ C項目1点以上



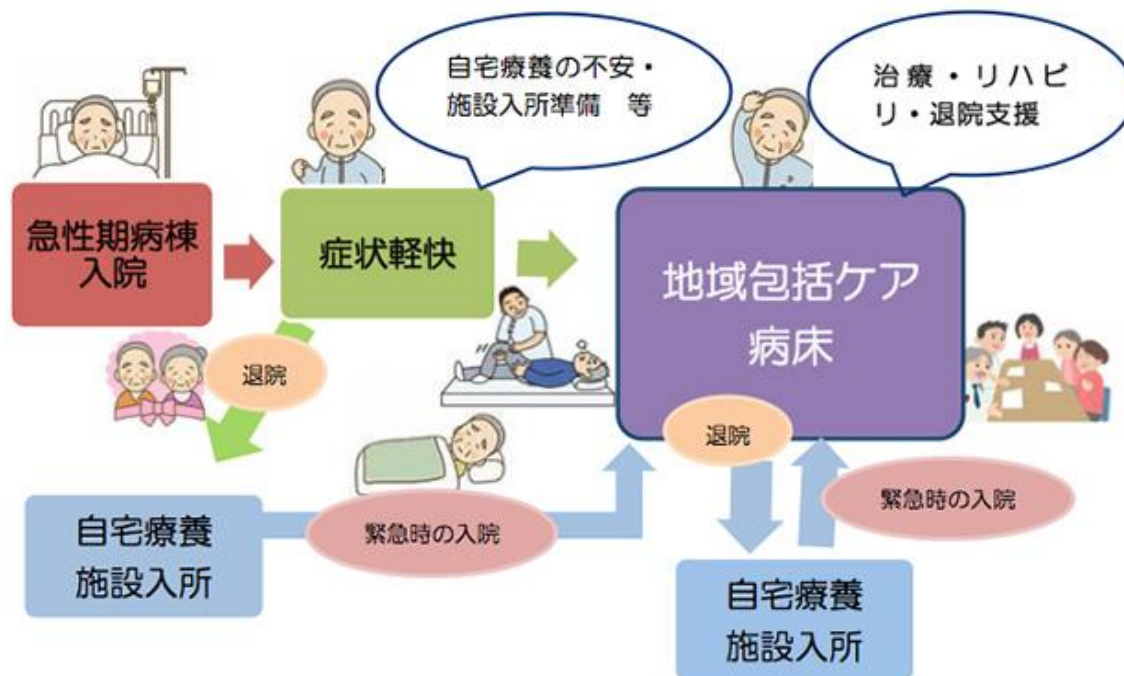
急性期一般1で誤嚥性肺炎・尿路感染の救急搬送を受け入れるワケは？

- 救急搬送患者では「5日間、A項目2点」を獲得できる
- 高齢者の多くはADLに問題があるので、B項目は満たしやすい
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症でも「救急搬送」すれば、急性期一般1の重症度、医療・看護必要度をアップすることができる（A2点以上・B3点以上に該当する）
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症は急性期一般1でも地域一般でも医療資源投入量に大差はない。
- しかし上記の理由から急性期一般1で受け入れることのインセンティブが働いてしまう。

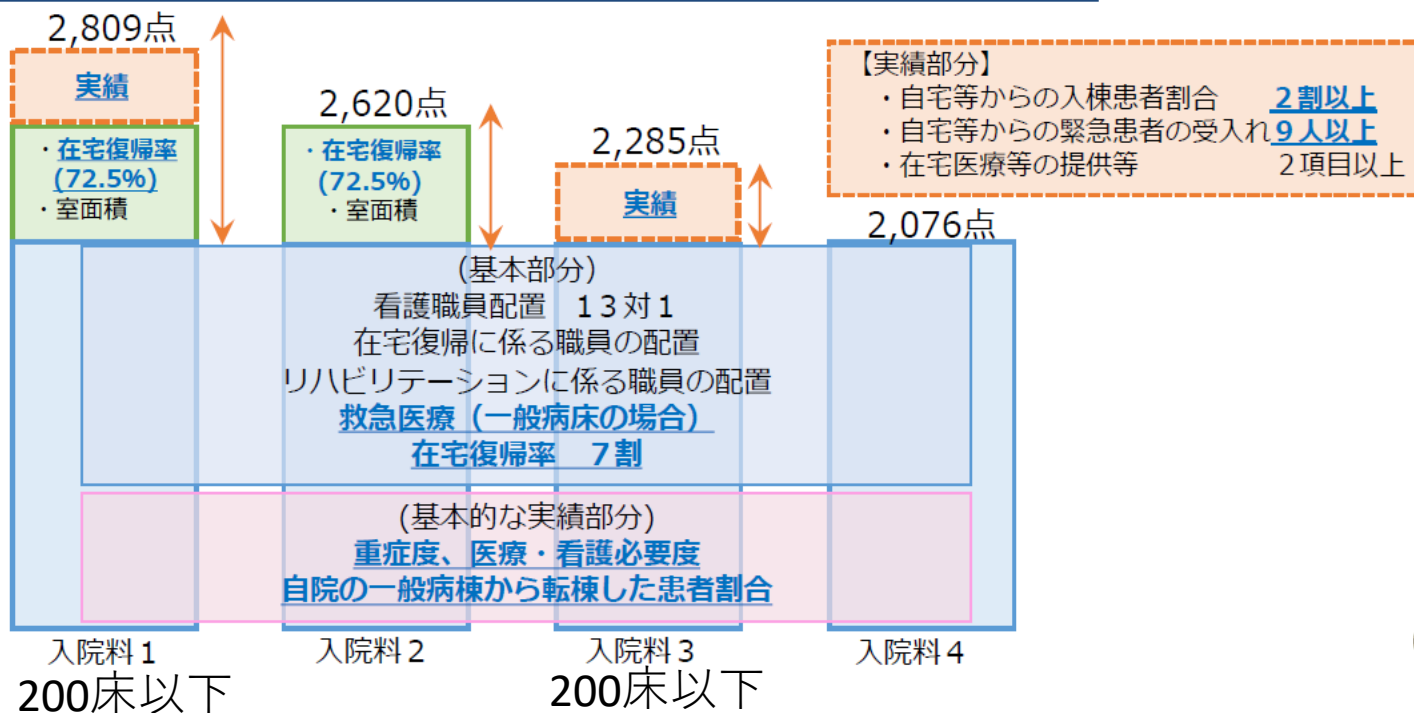
入院外来委員会の委員意見

- 救急搬送A2点・5日間を見直し、A1点とする、あるいは入院から2日までを2点、以降は1点とする（秋山委員）
- 救急搬送A2点・5日間を疾患別に見直す（小池委員）
- 地域包括ケア病棟などでこうした患者をより積極的に受け入れる報酬インセンティブを考える（牧野委員）
- 急性期治療を終えた患者が、1日でも早く後方病床に転院できる仕組みを考える（猪口委員）
- 高齢患者は看護の手間が多くなるので、地域包括ケア病棟で看護加配に対する加算をセットで行うべき（秋山委員）

パート4 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)



入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後)(n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

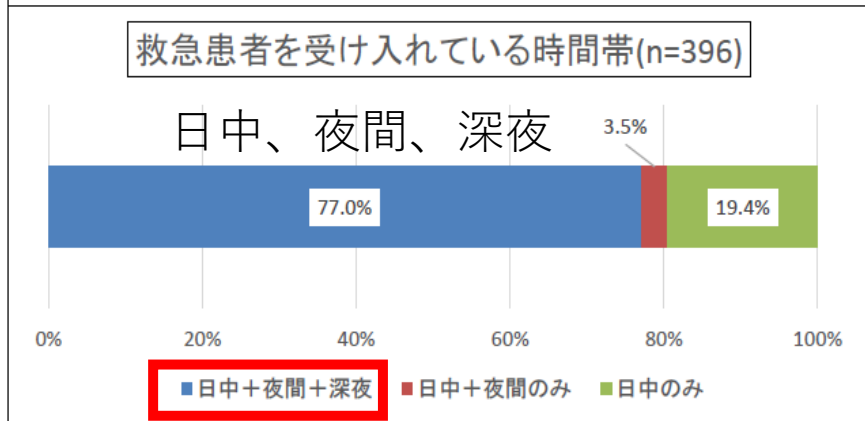
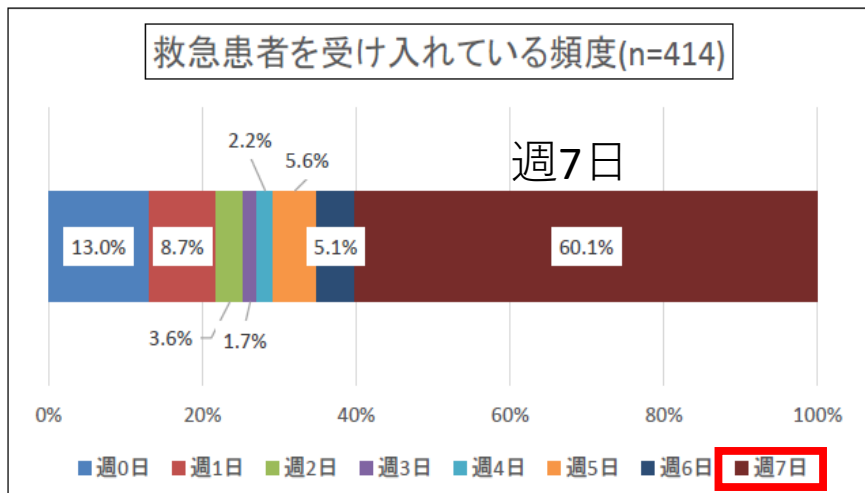
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

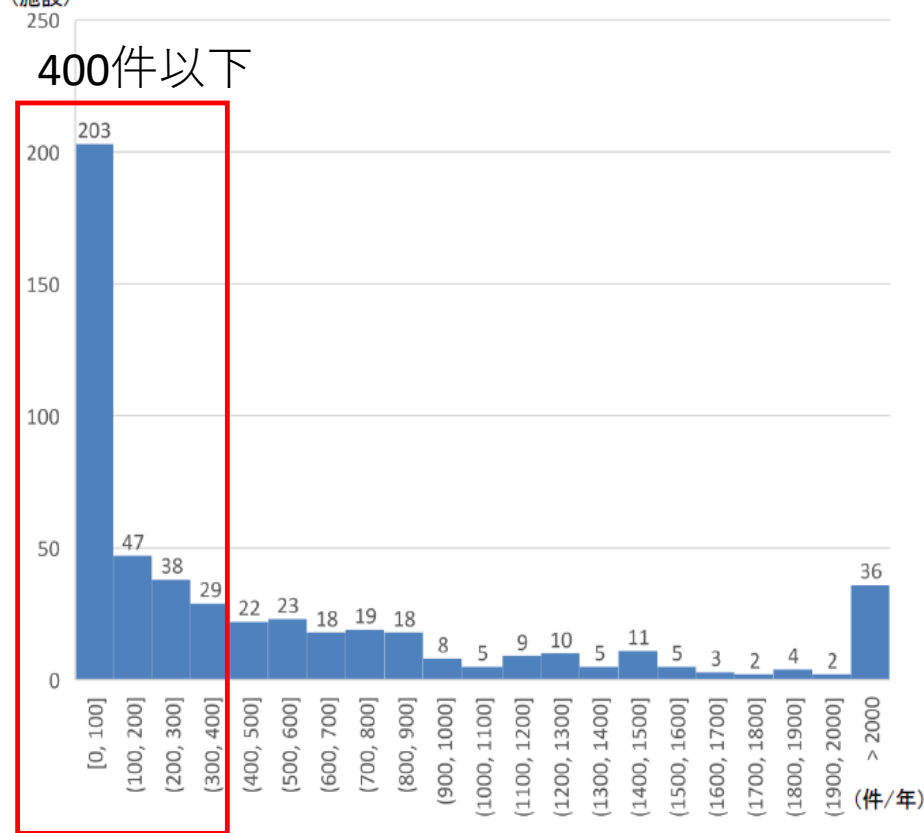
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

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。



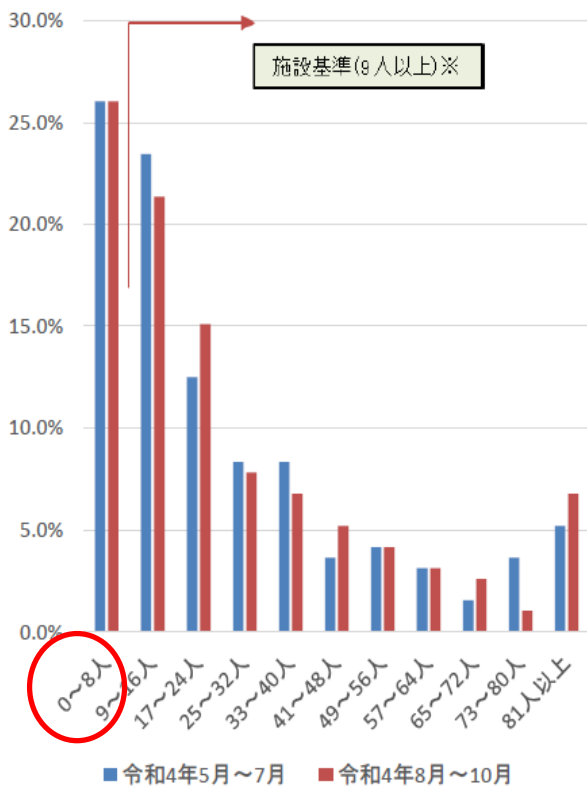
地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



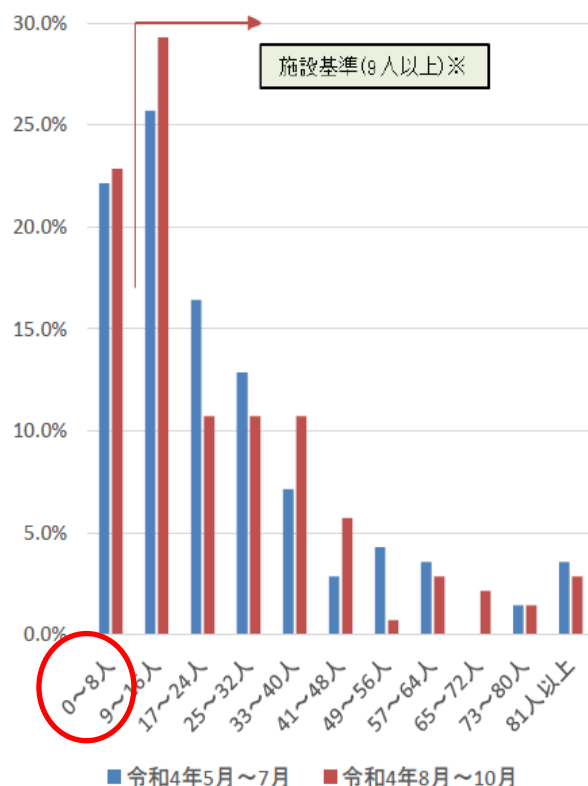
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 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。

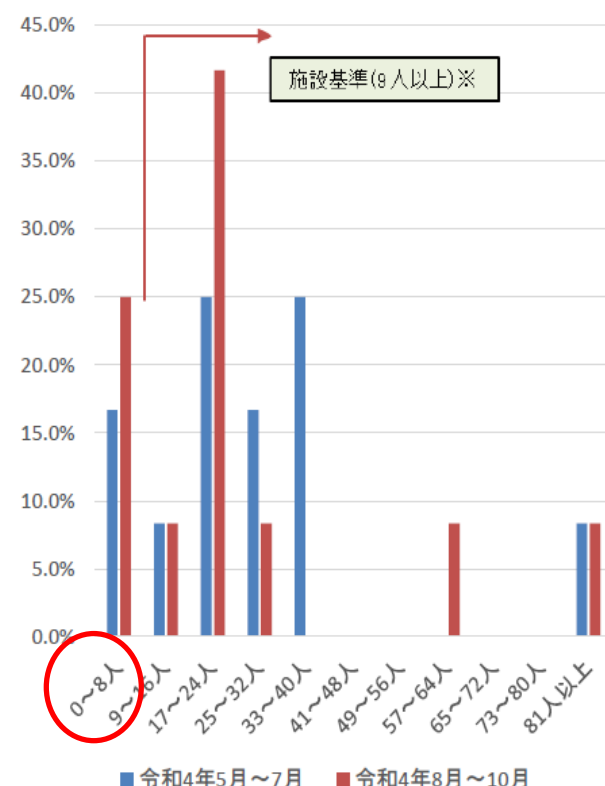
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



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)

地域包括ケア病棟で
短期滞在手術患者を受け
入れている

短期滞在手術等基本料の概要

○ 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。（共通の要件）

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出	届出が必要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要
<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと
<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等

- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等の、入院外での実施割合は以下のとおりであった。一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。

【短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合】

手術等名称	入院での算定回数	入院外での算定回数	入院外での実施割合
小児食物アレルギー負荷検査	12	1509	99.2%
前立腺針生検法	5319	792	13.0%
関節鏡下手根管開放手術*	159	320	66.8%
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	117	9	7.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの*	24349	52478	68.3%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満*	186	234	55.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3062	9363	75.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	522	1738	76.9%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	95	134	58.5%
下肢静脈瘤手術 硬化療法	25	1193	97.9%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	41	97	70.3%
鼠径ヘルニア手術	2649	343	11.5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	2218	182	7.6%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満*	14001	40440	74.3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm以上	1853	971	34.4%
痔核手術（脱肛を含む） 硬化療法（四段階注射法によるもの）	438	988	69.3%
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	879	938	51.6%
子宮頸部（腔部）切除術	1702	70	4.0%
ガンマナイフによる定位放射線治療	641	90	12.3%

※ 短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に*を付している。

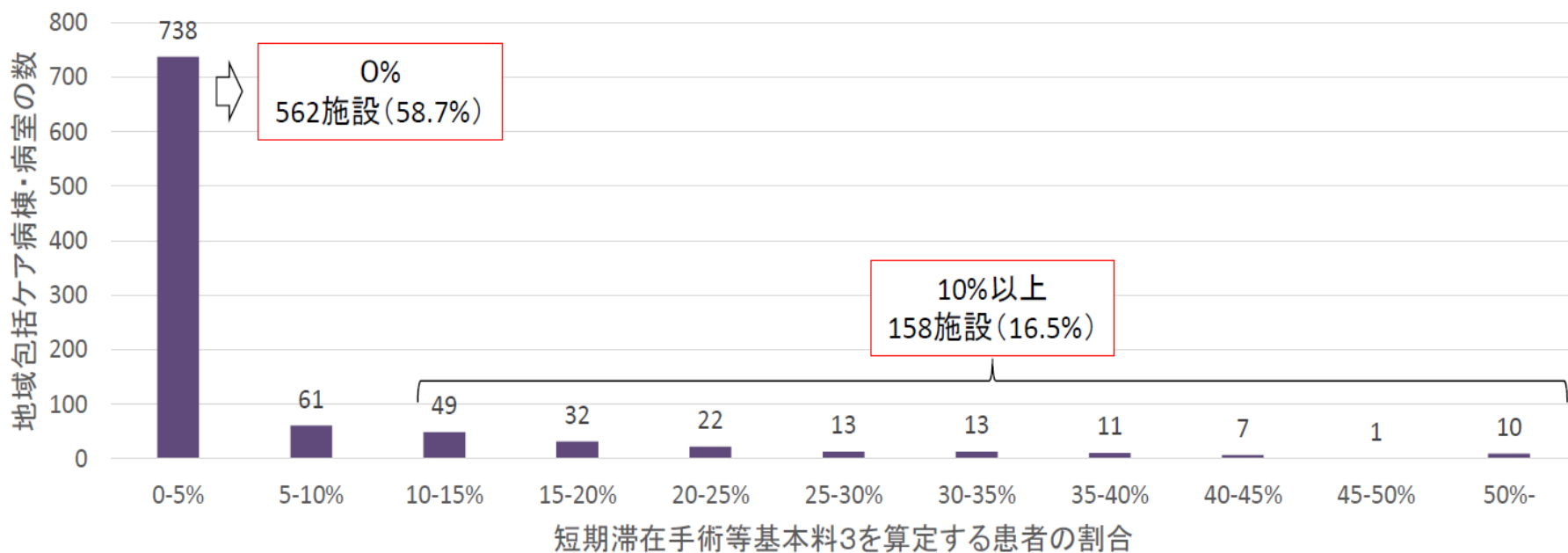
※ 入院外での実施割合が50%を超えるものを赤字にしている。

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数
N = 957



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

- 医療・看護の必要性が高く、医療資源投入量が多い点を踏まえ、報酬上のインセンティブを設けるべき（井川委員）
- 現行の在宅患者支援病床初期加算の要件を見直して、受け入れ体制の整備、受け入れの促進を図ってはどうか（武井委員）
- 比較的重症の患者に適切な対応をするには看護加配などが必要となる。また三次救急に高齢患者が搬送等されれば生活状況把握などが困難になることから、地域包括ケア病棟などへの下り搬送が重要。これを評価しては（津留委員）

地域包括ケア病棟の 救急の受け入れ



受け入れたくない

受け入れるべき

パート5 介護報酬改定



介護事業経営概況調査

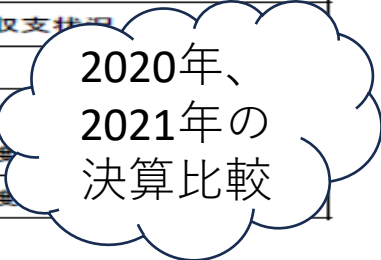
介護報酬改定**2021年**と
前年**2020年**の比較

令和4年度介護事業経営概況調査結果の概要 (案)

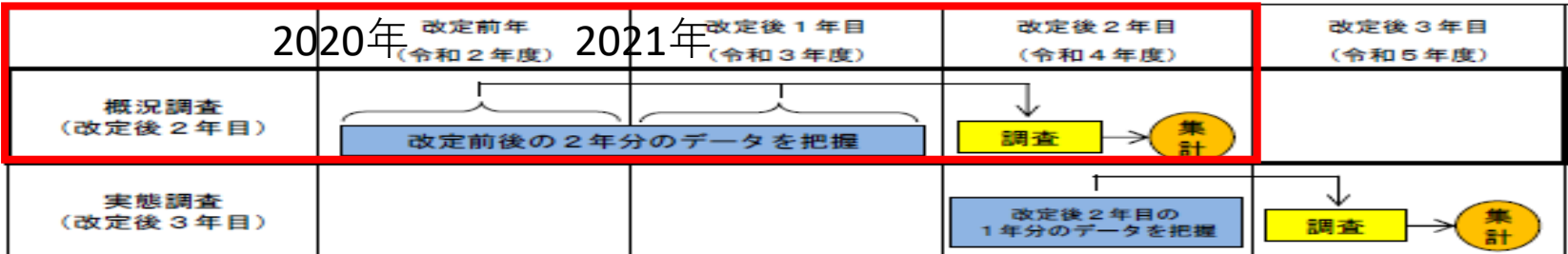
- 調査の目的
各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。
- 調査時期
令和4年5月 (令和2年度決算及び令和3年度決算を調査)
- 調査対象等
 - ・ 調査対象 全ての介護保険サービス
 - ・ 抽出方法 調査対象サービスごとに、層化無作為抽出法により 1 / 1 ~ 1 / 25で抽出
 - ・ 調査客体数 調査客体数：16,830施設・事業所
有効回答数：8,123施設・事業所 (有効回答率：48.3%)
 - ・ 調査項目 サービス提供の状況、居室・設備等の状況、職員配置・給与、収入の状況、支出の状況 等

介護事業経営概況調査と介護事業経営実態調査の比較

	介護事業経営概況調査	介護事業経営実態調査
調査の目的	各サービス施設・事業所の経営状態を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。	
調査対象	全ての介護保険サービス (介護保険施設、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所)	
調査の周期	3年周期	
調査時期	改定後2年目の5月 (今回調査：令和4年5月)	改定後3年目の5月 (前回調査：令和2年5月)
調査対象期間	改定前後の2年分の収支状況	改定後2年目の1年分の収支状況
調査の方法	郵送+電子調査	
調査客体数	16,830 (令和4年度調査)	31,773 (令和2年度)
有効回答数	8,123 (令和4年度調査)	14,376 (令和2年度)
有効回答率	48.3% (令和4年度調査)	45.2% (令和2年度)



調査対象期間等 (イメージ)



各介護サービスにおける収支差率

※括弧なしは、税引前収支差率(コロナ補助金を含む)
 < >内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)
 ()内は、税引後収支差率(コロナ補助金を含む)

コロナ下の2年間の
 決算比較でプラスに
 なったのは
 福祉用具貸与、居宅
 介護支援、夜間対応
 訪問介護のみ

サービスの種類	令和4年度概況調査			サービスの種類	令和4年度概況調査		
	令和2年度 決算	令和3年度 決算	対2年度 増減		令和2年度 決算	令和3年度 決算	対2年度 増減
2020年2021年 施設サービス				福祉用具貸与	1.5%	3.4%	+1.9%
	<1.4%	<3.4%	<+2.0%		(0.5%)	(2.6%)	(+2.1%)
介護老人福祉施設	1.6%	1.3%	△0.3%	居宅介護支援	2.5%	4.0%	+1.5%
	<1.2%	<1.2%	<0.0%		<1.9%	<3.7%	<+1.8%
	(1.6%)	(1.3%)	(△0.3%)		(1.8%)	(3.1%)	(+1.3%)
介護老人保健施設	2.8%	1.9%	△0.9%	地域密着型サービス			
	<2.1%	<1.5%	<△0.6%				
	(2.5%)	(1.3%)	(△1.2%)				
介護療養型医療施設※	9.7%	0.6%	△9.1%	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	8.4%	8.2%	△0.2%
	<9.0%	<△0.4%	<△9.4%		<8.1%	<8.1%	<0.0%
	(9.1%)	(△0.2%)	(△9.3%)		(7.7%)	(7.8%)	(+0.1%)
介護医療院	7.0%	5.8%	△1.2%	夜間対応型訪問介護※	△8.6%	3.8%	+12.4%
	<6.2%	<5.2%	<△1.0%		<△9.0%	<3.8%	<+12.8%
	(6.5%)	(5.3%)	(△1.2%)		(△8.9%)	(3.3%)	(+12.2%)
居宅サービス				地域密着型通所介護	4.0%	3.4%	△0.6%
	<3.5%	<3.1%	<△0.4%		(3.7%)	(3.1%)	(△0.6%)
訪問介護	6.9%	6.1%	△0.8%	認知症対応型通所介護	9.3%	4.4%	△4.9%
	<6.3%	<5.8%	<△0.5%		<8.8%	<4.3%	<△4.5%
	(6.4%)	(5.5%)	(△0.9%)		(9.1%)	(4.3%)	(△4.8%)

訪問入浴介護	6.4% <6.1%> (4.7%)	3.7% <3.6%> (2.5%)	△2.7% <△2.5%> (△2.2%)	小規模多機能型居宅介護	4.1% <3.8%> (4.1%)	4.7% <4.6%> (4.5%)	+0.6% <+0.8%> (+0.4%)
訪問看護	9.5% <9.0%> (9.1%)	7.6% <7.2%> (7.1%)	△1.9% <△1.8%> (△2.0%)	認知症対応型共同生活介護	5.8% <5.5%> (5.5%)	4.9% <4.8%> (4.6%)	△0.9% <△0.7%> (△0.9%)
訪問リハビリテーション	0.0% <△1.1%> (△0.4%)	0.6% <△0.4%> (0.2%)	+0.6% <+0.7%> (+0.6%)	地域密着型特定施設入居者生活介護	3.7% <3.3%> (3.2%)	3.0% <2.8%> (2.6%)	△0.7% <△0.5%> (△0.6%)
通所介護	3.8% <3.2%> (3.5%)	1.0% <0.7%> (0.7%)	△2.8% <△2.5%> (△2.8%)	地域密着型介護老人福祉施設	1.1% <0.7%> (1.1%)	1.2% <1.1%> (1.2%)	+0.1% <+0.4%> (+0.1%)
通所リハビリテーション	1.6% <0.9%> (1.3%)	0.5% <△0.3%> (0.2%)	△1.1% <△1.2%> (△1.1%)	看護小規模多機能型居宅介護	5.2% <4.9%> (4.9%)	4.6% <4.4%> (4.2%)	△0.6% <△0.5%> (△0.7%)
短期入所生活介護	5.4% <4.9%> (5.3%)	3.3% <3.2%> (3.3%)	△2.1% <△1.7%> (△2.0%)	全サービス平均	3.9% <3.4%> (3.5%)	3.0% <2.8%> (2.6%)	△0.9% <△0.6%> (△0.9%)
特定施設入居者生活介護	4.6% <4.4%> (3.6%)	4.0% <3.9%> (3.1%)	△0.6% <△0.5%> (△0.5%)				

収支差率 = (介護サービスの収益額 - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額

・ 介護サービスの収益額は、介護事業収益と借入金利息補助金収益の合計額

※ 介護事業収益は、介護報酬による収入（利用者負担分含む）、保険外利用料収入、補助金収入（の合計額

※ 「コロナ補助金を含まない」については、上記の介護事業収益の計算のうち、補助金収入から当該補助金を控除した額を算出している。

・ 介護サービスの費用額は、介護事業費用、借入金利息及び本部費繰入（本部経費）の合計額

注1：サービス名に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注2：全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

コロナ下の2年間の
決算比較でプラスに
なったのは
小多機、地域密着型
介護老人福祉施設
のみ

各介護サービスの収支差率及び給与費割合（過去の調査結果との比較）

※令和2年度決算・令和3年度決算の括弧なしは、税引前収支差率(コロナ補助金を含む)
 令和2年度決算・令和3年度決算の()内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)
 令和2年度決算・令和3年度決算の()内は、税引後収支差率(コロナ補助金を含む)

収入に対する給与費割合が軒並み上がっている

	令和2年度実績調査		令和4年度概況調査					
	令和元年度決算		令和2年度決算		令和3年度決算			
	収支差率 ()内は税引後	収入に対する 給与費の割合	収支差率	収入に対する 給与費の割合	収支差率	対2年度 増減	収入に対する 給与費の割合	対2年度 増減
施設サービス								
1	1.6%	63.6%	1.6%	63.9%	1.3%	△0.3%	64.2%	+0.3%
	(1.6%)		<1.2%>	<64.1%>	<1.2%>	<0.0%>	<64.3%>	<+0.2%>
2	2.4%	61.7%	2.6%	61.4%	1.9%	△0.9%	62.0%	+0.6%
	(2.2%)		<2.1%>	<61.8%>	<1.5%>	<△0.6%>	<62.2%>	<+0.4%>
3	2.8%	60.9%	※ 9.7%	55.6%	※ 0.6%	△9.1%	61.0%	+5.4%
	(2.3%)		※ <9.0%>	<56.0%>	※ <△0.4%>	<△9.4%>	<61.6%>	<+5.6%>
			※ (9.1%)		※ (△0.2%)	(△9.3%)		
4	※ 5.2%	59.4%	7.0%	58.4%	5.8%	△1.2%	59.4%	+1.0%
			<6.2%>	<58.9%>	<5.2%>	<△1.0%>	<59.8%>	<+0.9%>
	※ (4.7%)		(6.5%)		(5.3%)	(△1.2%)		
居宅サービス								
5	2.6%	77.6%	6.9%	72.4%	6.1%	△0.8%	73.1%	+0.7%
	(2.3%)		<6.3%>	<72.9%>	<5.8%>	<△0.5%>	<73.3%>	<+0.4%>
			(6.4%)		(5.5%)	(△0.9%)		
6	3.6%	66.0%	6.4%	62.9%	3.7%	△2.7%	64.7%	+1.8%
	(2.7%)		<6.1%>	<63.1%>	<3.6%>	<△2.5%>	<64.8%>	<+1.7%>
			(4.7%)		(2.5%)	(△2.2%)		
7	4.4%	78.0%	9.5%	71.9%	7.6%	△1.9%	73.6%	+1.7%
	(4.2%)		<9.0%>	<72.3%>	<7.2%>	<△1.0%>	<73.9%>	<+1.6%>
			(9.1%)		(7.1%)	(△2.0%)		
8	2.4%	72.3%	0.0%	71.5%	0.6%	+0.6%	71.4%	△0.1%
	(1.9%)		<△1.1%>	<72.2%>	<△0.4%>	<+0.7%>	<72.1%>	<△0.1%>
			(△0.4%)		(0.2%)	(+0.6%)		
9	3.2%	63.8%	3.8%	63.0%	1.0%	△2.8%	64.7%	+1.7%
	(2.9%)		<3.2%>	<63.4%>	<0.7%>	<△2.5%>	<64.8%>	<+1.4%>
			(3.5%)		(0.7%)	(△2.8%)		
10	1.8%	66.7%	1.6%	64.6%	0.5%	△1.1%	65.6%	+1.0%
	(1.4%)		<0.9%>	<65.1%>	<△0.3%>	<△1.2%>	<66.1%>	<+1.0%>
			(1.3%)		(0.2%)	(△1.1%)		

パート6 老健の医療ケアの強化



衣笠ろうけん

老健内での医療

所定疾患施設療養費

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的良好に発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

所定疾患施設療養費 305単位/日

(1月に1回、連続する7日に限る)

○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

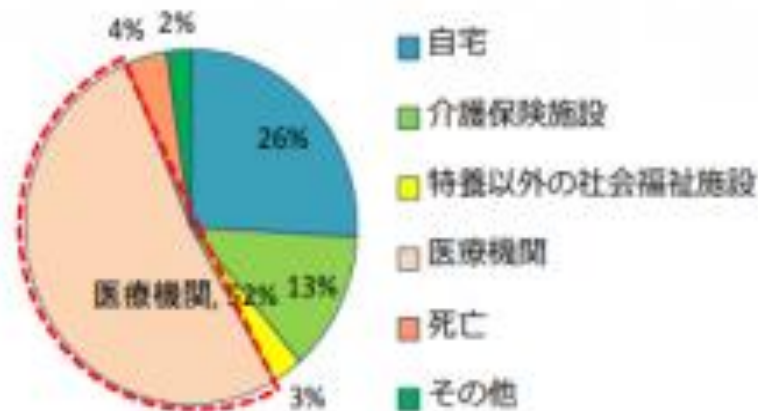


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



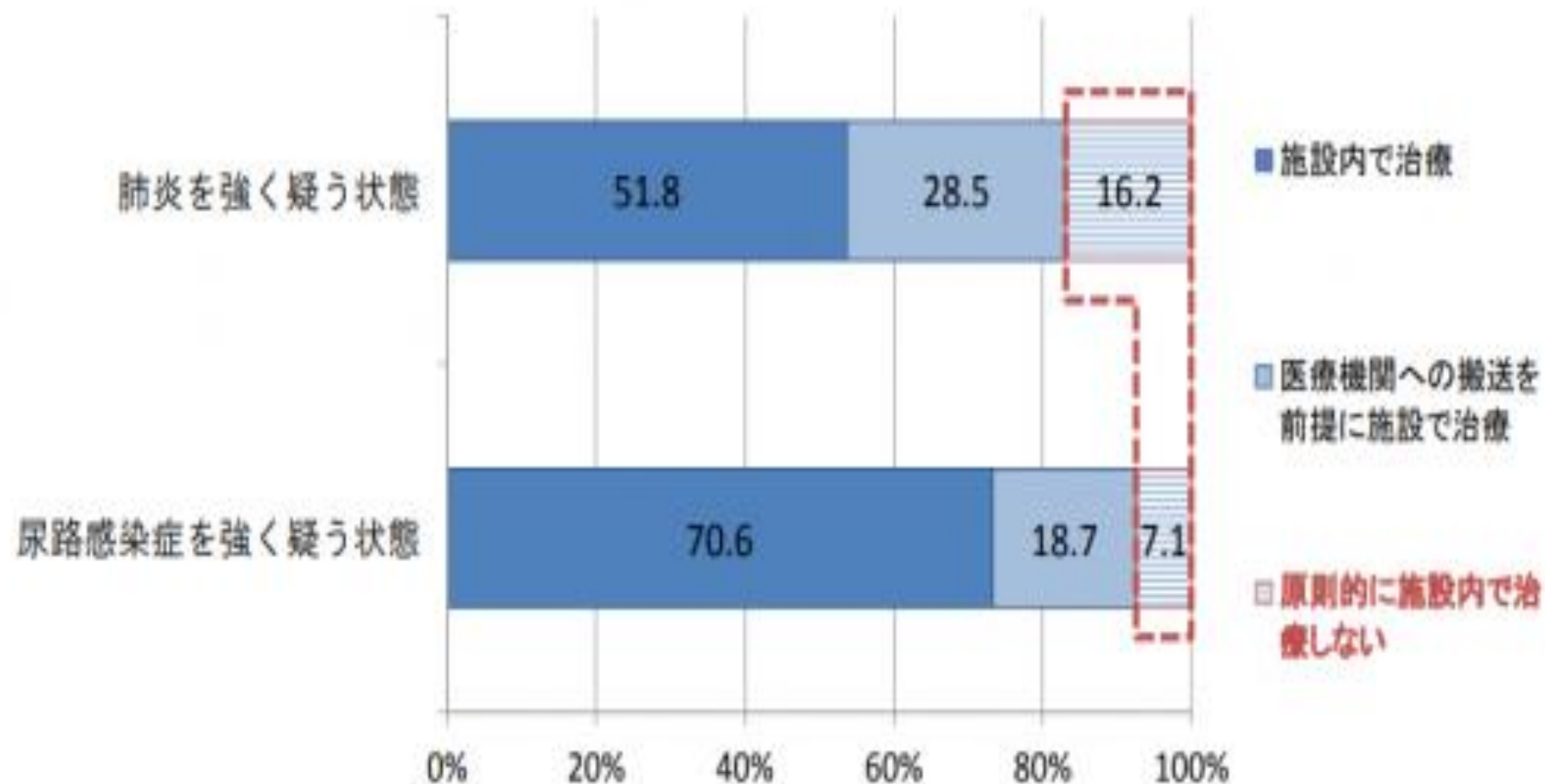
(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

老健全体 (n = 2,245)



21. 介護老人保健施設 ④入所者への医療の提供 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。
- 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

単位数

<現行>

所定疾患施設療養費 305単位/日

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I) 235単位/日

所定疾患施設療養費 (II) 475単位/日 (新設)

算定要件等

<現行>

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I)

同左

所定疾患施設療養費 (II)

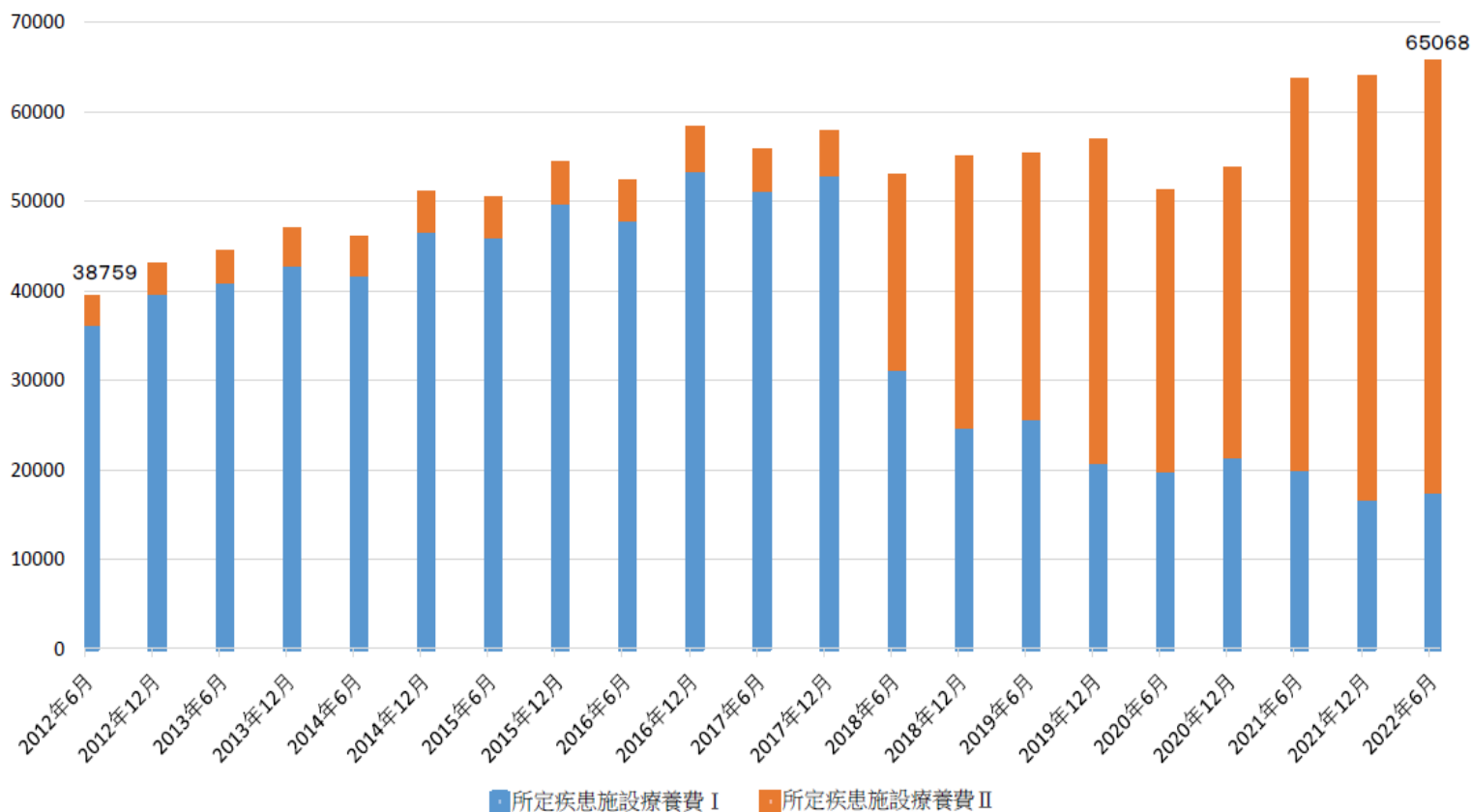
- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

所定疾患施設療養費の算定状況

○ 介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の算定回数は増加傾向

■ 所定疾患施設療養費の算定状況の推移



出典：介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。

医療
ショート

短期入所療養介護入所

介護老人保健施設

退所

在宅

在宅

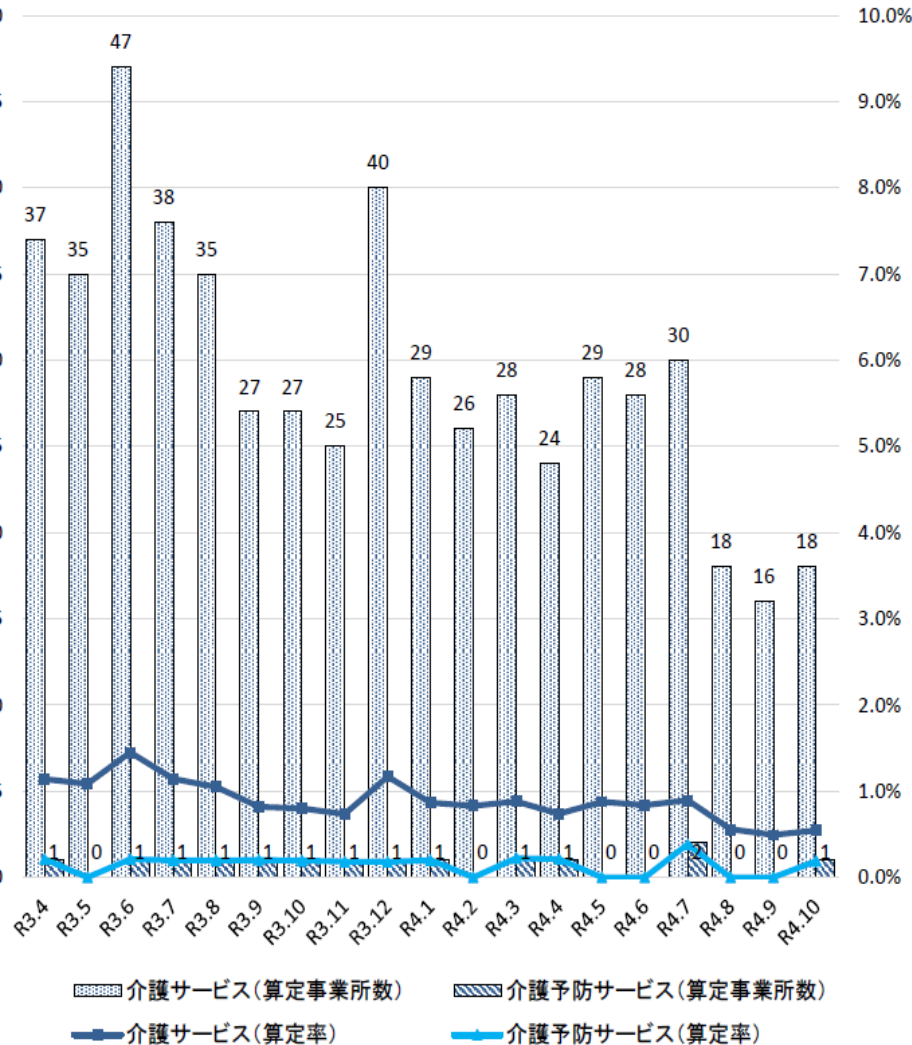
総合医学管理加算 (275単位/日)

- ・ 7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

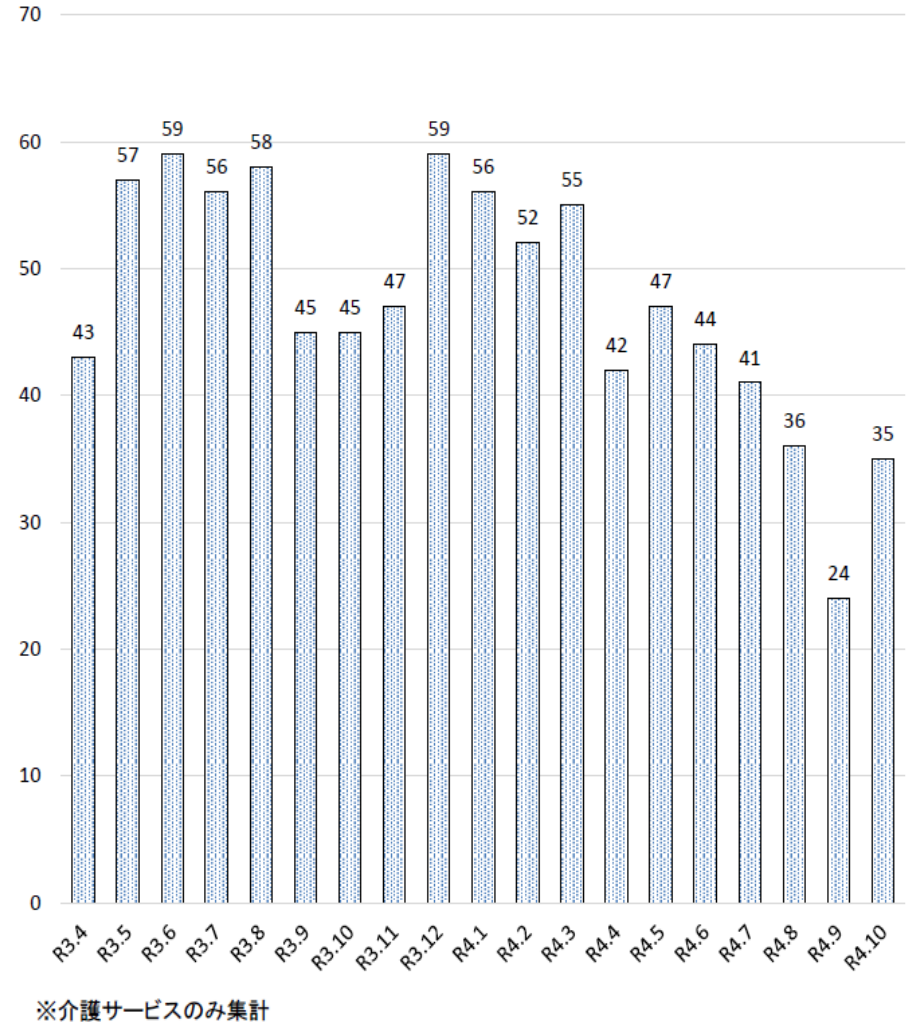
かかりつけ医

総合医学管理加算の算定状況

算定事業所数と事業所割合の推移



算定件数の推移



(注)介護DBから抽出したサービス提供分のデータを老健局において集計したもの。

総合医学管理加算の状況②

- 総合医学管理加算を算定している利用者について、診断名は「肺炎」「認知症」がいずれも12.5%で最も多かった。
- 治療管理や医療的ケアの内容としては「投薬」91.7%が最も多く、次いで「検査（検体検査、画像診断等）」45.8%などとなっていた。

○ 総合医学管理加算を算定した利用者の診断名(複数回答)(n=24)

	全体
肺炎	12.5%
認知症	12.5%
骨粗鬆症	8.3%
尿路感染症	8.3%
脱水症	4.2%
慢性腎不全急性増悪	4.2%
蜂窩織炎	4.2%
高血圧	4.2%
带状疱疹	4.2%
糖尿病	4.2%
腰痛悪化	4.2%
急性気管支炎	4.2%
右恥骨下肢骨折	4.2%
左下肢深部静脈血栓症	4.2%
肺気腫	4.2%
心不全悪化	4.2%
慢性心不全急性増悪	4.2%
前立腺肥大症(尿路カテーテル留置)	4.2%
圧迫骨折	4.2%
多発性脊髄骨折	4.2%
利用者数	24

○ 総合医学管理加算を算定した利用者に行った治療管理や医療的ケアの内容(複数回答)(n=24)

	全体
投薬	91.7%
検査（検体検査、画像診断等）	45.8%
点滴（脱水症状の管理等を含む）	20.8%
感染症の治療管理	16.7%
その他	41.7%
利用者数	24

2024年同時改定へ向けて



医療介護の意見交換会における委員意見

2024年同時改定へ向けて

• 介護施設における医療機能強化

• 介護施設内での医療機能強化

- 長島公之委員（日本医師会常任理事、中医協委員）や松本真人委員（健康保険組合連合会理事、中医協委員）らは「安易に外部医療機関に頼るよりも、まず施設での医療対応力を高めるべきである。」
- そのうえで、施設の対応範囲を超える場合には、地域の医療機関が連携して医療提供を行う仕組みを構築すべきである
- 「医療施設である介護医療院や老健施設であっても、個々の施設で医療的ケアの程度にはバラつきがあり、その結果「急変時には病院への救急搬送に頼ってしまう」

• 2024年改定

- 老健や介護医療院における高齢者の医療対応力強化が求められる。
- 今後、介護報酬改定を議論する介護給付費分科会で「施設内での医療対応力を強化していくためにどのような方策が考えられるか、それを介護報酬でどう支えていくか」を検討

2024年同時改定へ向けて

•看護配置の強化

- 「看護配置の充実・強化、とりわけ夜間の看護体制の強化を図ってはどうか」（田母神裕美委員：日本看護協会常任理事、介護給付費分科会委員）

•老健における医薬品問題

- 「老健施設では基本的な医薬品費用は基本報酬に包括されているため、高額な医薬品（心疾患治療薬など）を服用する高齢者については受け入れを躊躇してしまうこともあり、見直しを検討すべき」。

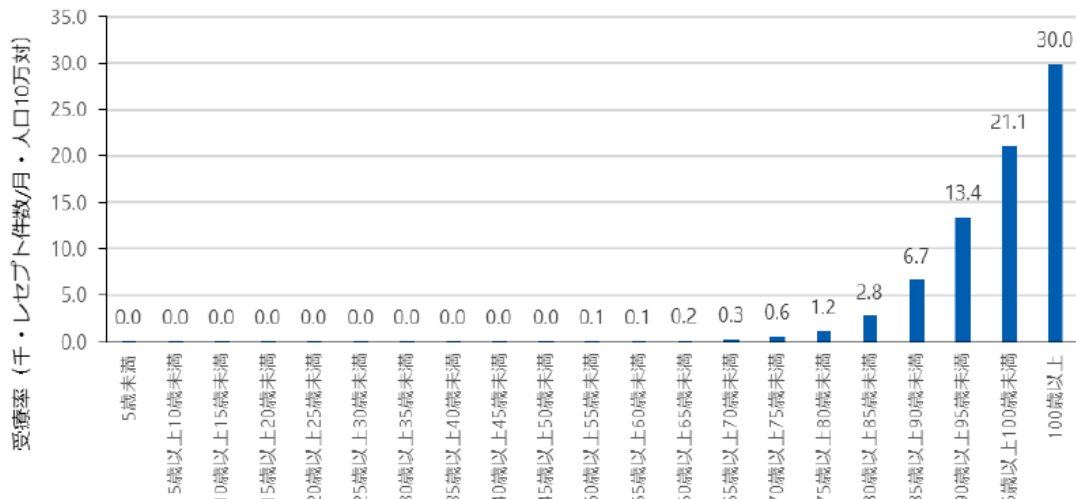
パート7 在宅医療と急変時対応



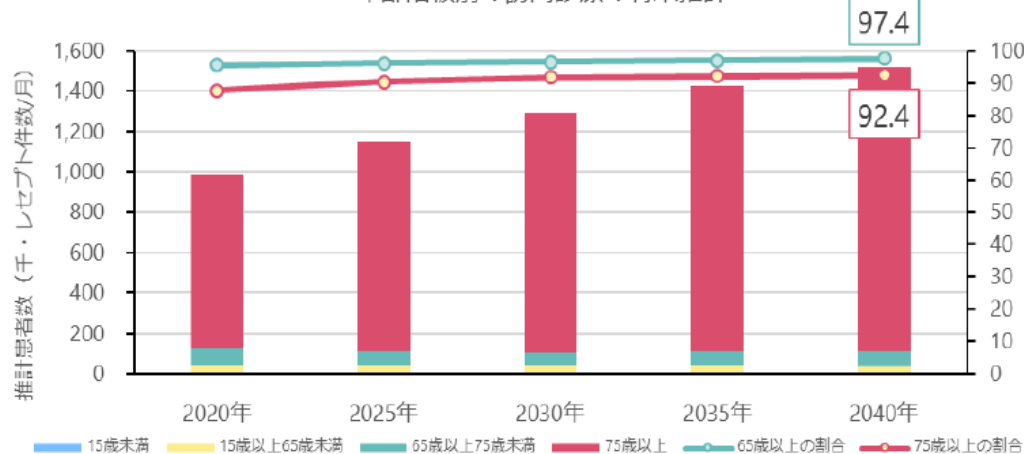
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

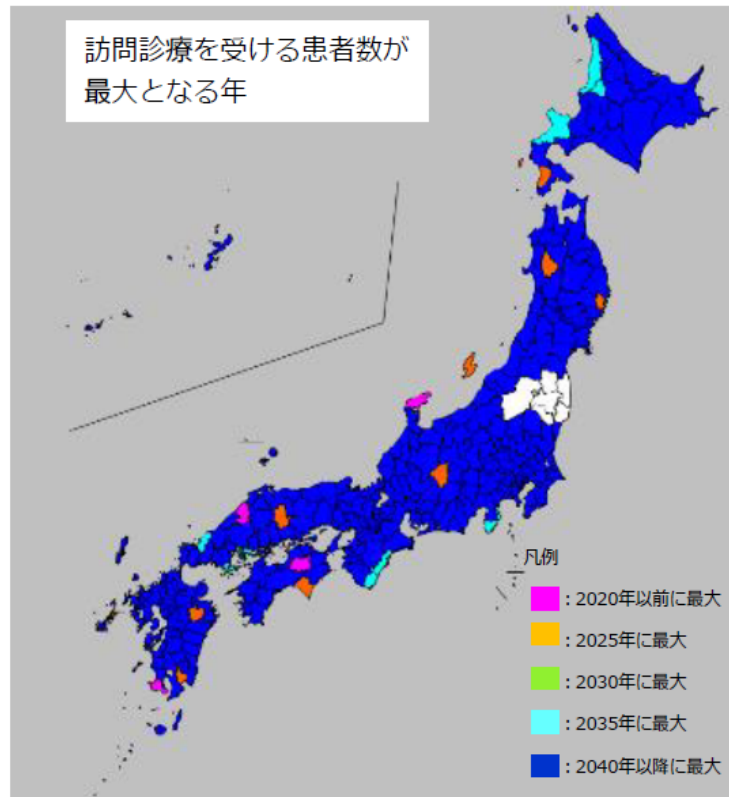
年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



【出典】

受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。

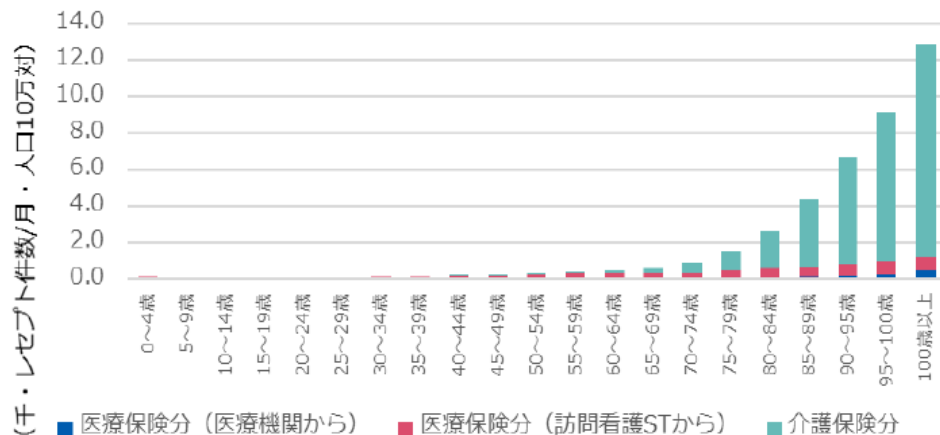
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※3 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30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

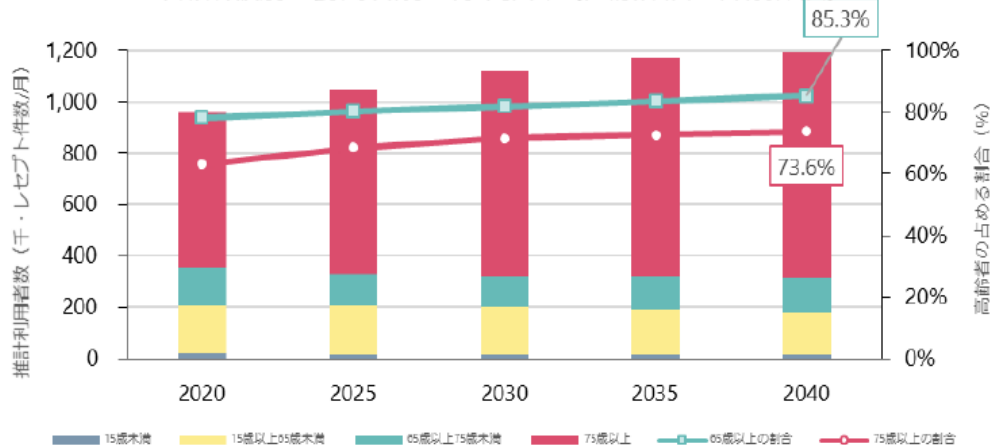
訪問看護の必要量について

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

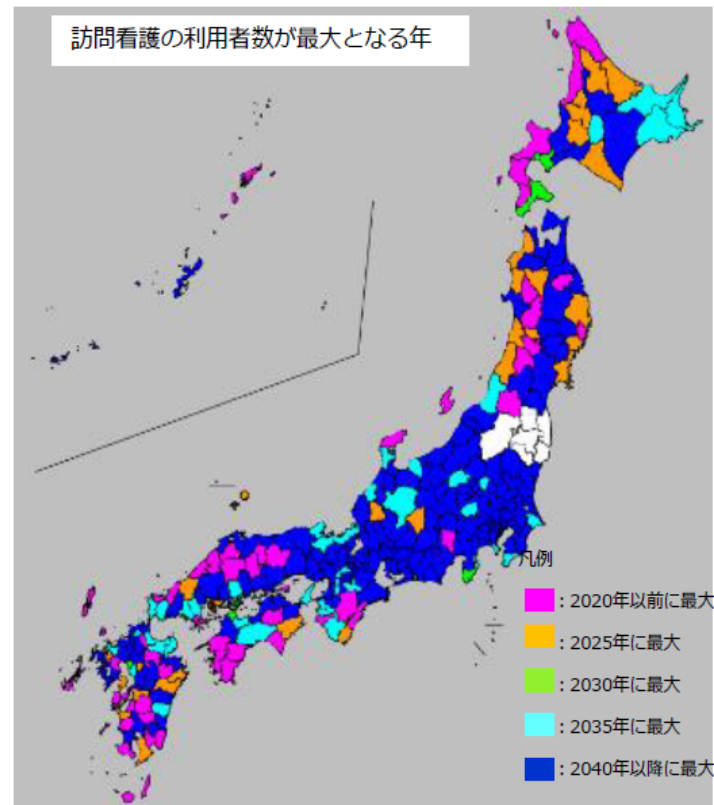
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
 ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
 ※3 2019年度における訪問看護または介護予防訪問看護のレセプトを集計。
 ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※5 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30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築等

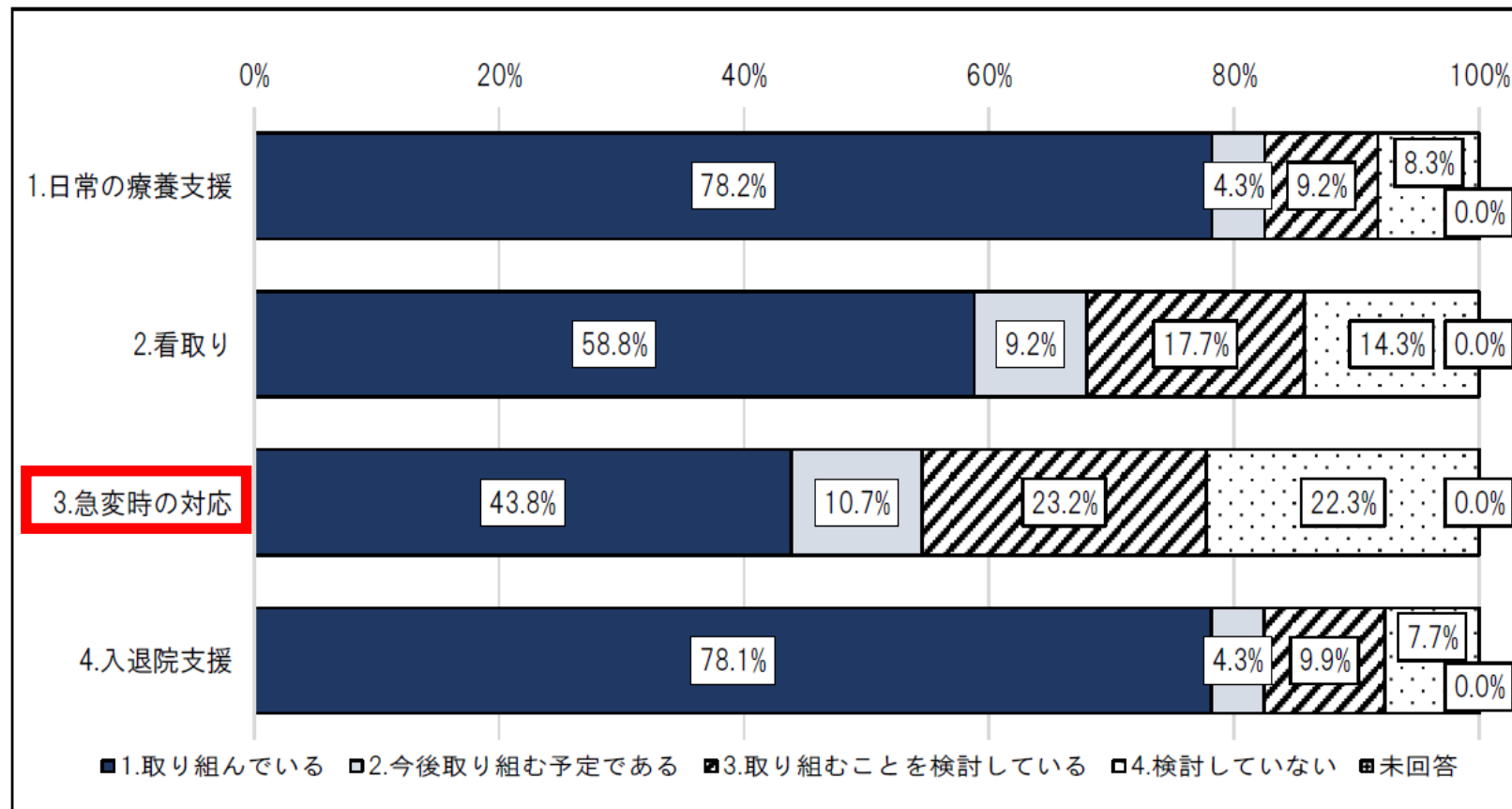
- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体等

PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n=1,741)

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

○ 4つの場面を意識した取組については、「急変時の対応」が43.8%と最も進んでいない状況にある。

○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



急変時の連絡とこまめな往診 で入院を防ぐ



緊急時の対応と連絡先をリストにして貼っておきましょう。
介護に携わる全員でリスト確認しあうようにしてください。

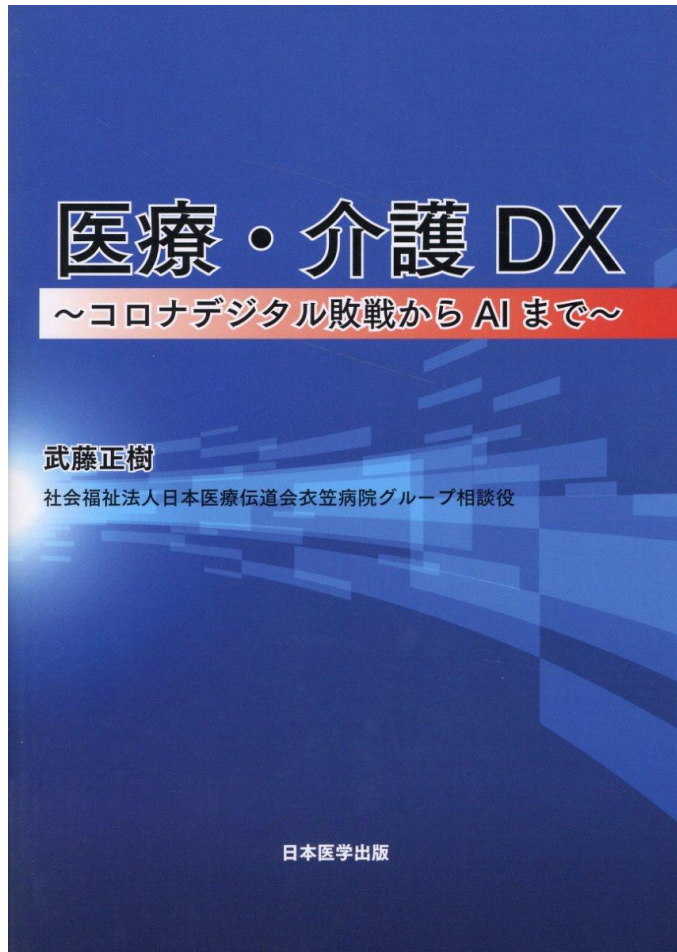
介護保険施設や在宅における
疾患の早期発見と
重症化予防が、高齢者の
救急搬送を防ぐポイント

まとめと提言

- 2025年から急性期病床への後期高齢者入院パンデミックがはじまる。
- 急性期病床で後期高齢者を診るのは限界がある
- 急性期病床から地域包括ケア病棟への下り搬送が必要
- 老健、在宅における医療ケア強化と入院予防策が必要
- 同時改定では後期高齢者の救急をどこで診るのが最大課題

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

