

2024年同時改定 ～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
通所事業所(長瀬ケアセンター) 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

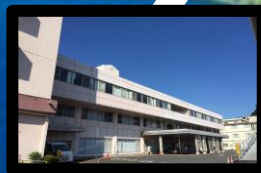
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次



- パート 1
 - 2024年診療報酬改定率と基本方針
- パート 2
 - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 3
 - 重症度、医療・看護必要度の見直し
- パート 4
 - 入退院支援加算・入院時支援加算
- パート 5
 - 後発医薬品安定供給へ向けて

パート1

2024年改定率と基本方針

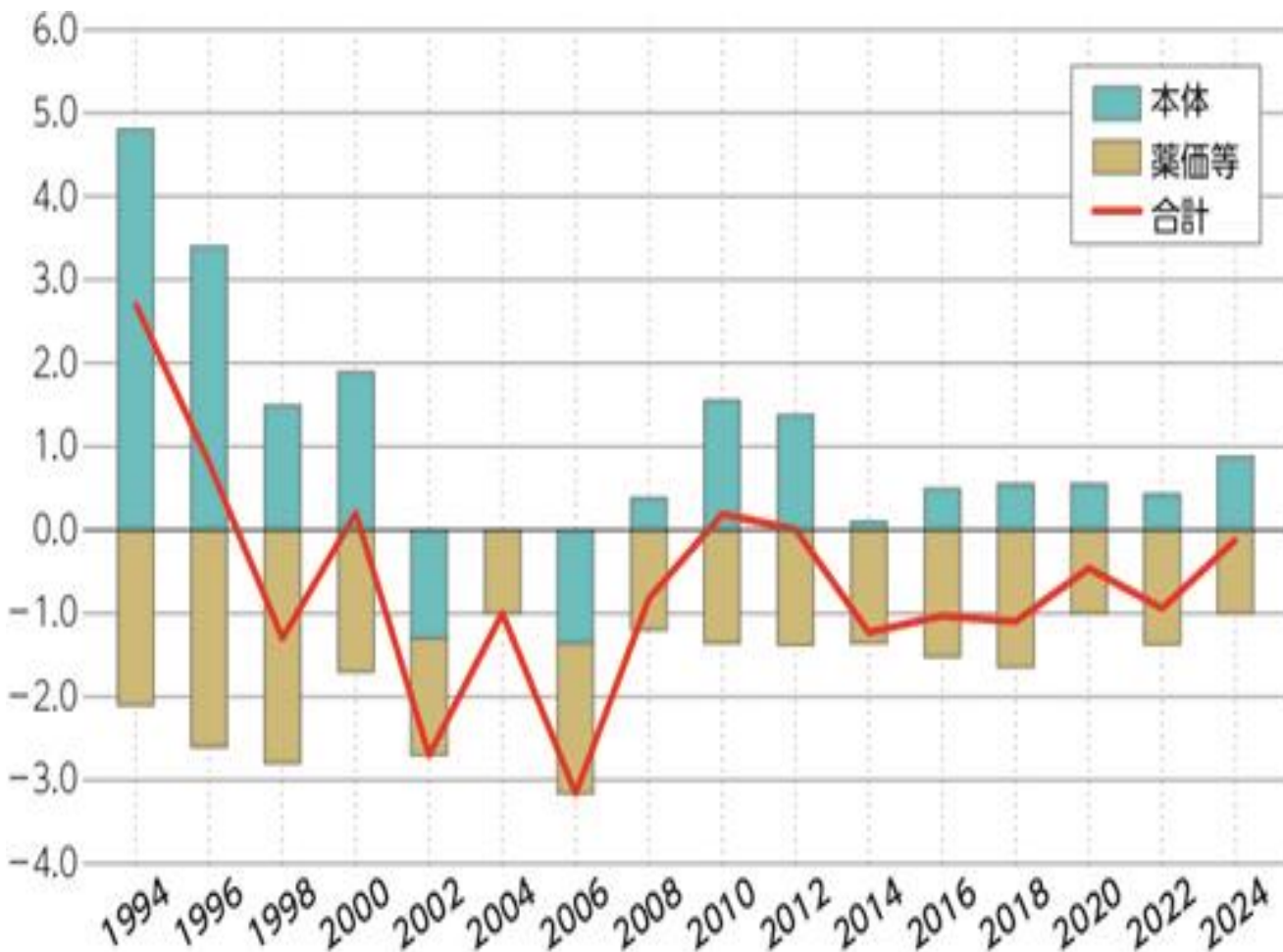


2023年12月15日

2024年診療報酬改定率 本体部分0.88%



武見厚労大臣



年度	本体	薬価等	合計
1994	4.8	-2.1	2.7
1996	3.4	-2.6	0.8
1998	1.5	-2.8	-1.3
2000	1.9	-1.7	0.2
2002	-1.3	-1.4	-2.7
2004	0	-1	-1
2006	-1.36	-1.80	-3.16
2008	0.38	-1.2	-0.82
2010	1.55	-1.36	0.19
2012	1.379	-1.375	0.004
2014	0.1	-1.36	-1.26
2016	0.49	-1.52	-1.03
2018	0.55	-1.65	-1.1
2020	0.55	-1.01	-0.46
2022	0.43	-1.37	-0.94
2024	0.88	-1	-0.12

図1 診療報酬改定率の推移

(1) 診療報酬：令和6年6月施行

+0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～※4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科 +0.52%
 歯科 +0.57%
 調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応
 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円)
 +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化
 △0.25%

(2) 薬価等：令和6年4月施行

(ただし材料価格は令和6年6月施行)

薬価 △0.97% (国費△1,200億円程度)
 材料価格 △0.02% (国費△20億円程度)
 合計 △1.00% (国費△1,200億円程度)

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。
 (対象：約2,000品目程度)

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

(3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。



2024年診療報酬改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会
2023年12月8日

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- 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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 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
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 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、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【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、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

パート2 高齢者救急をどこで診る？



2025年
団塊の世代
800万人が後
期高齢者へ

急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

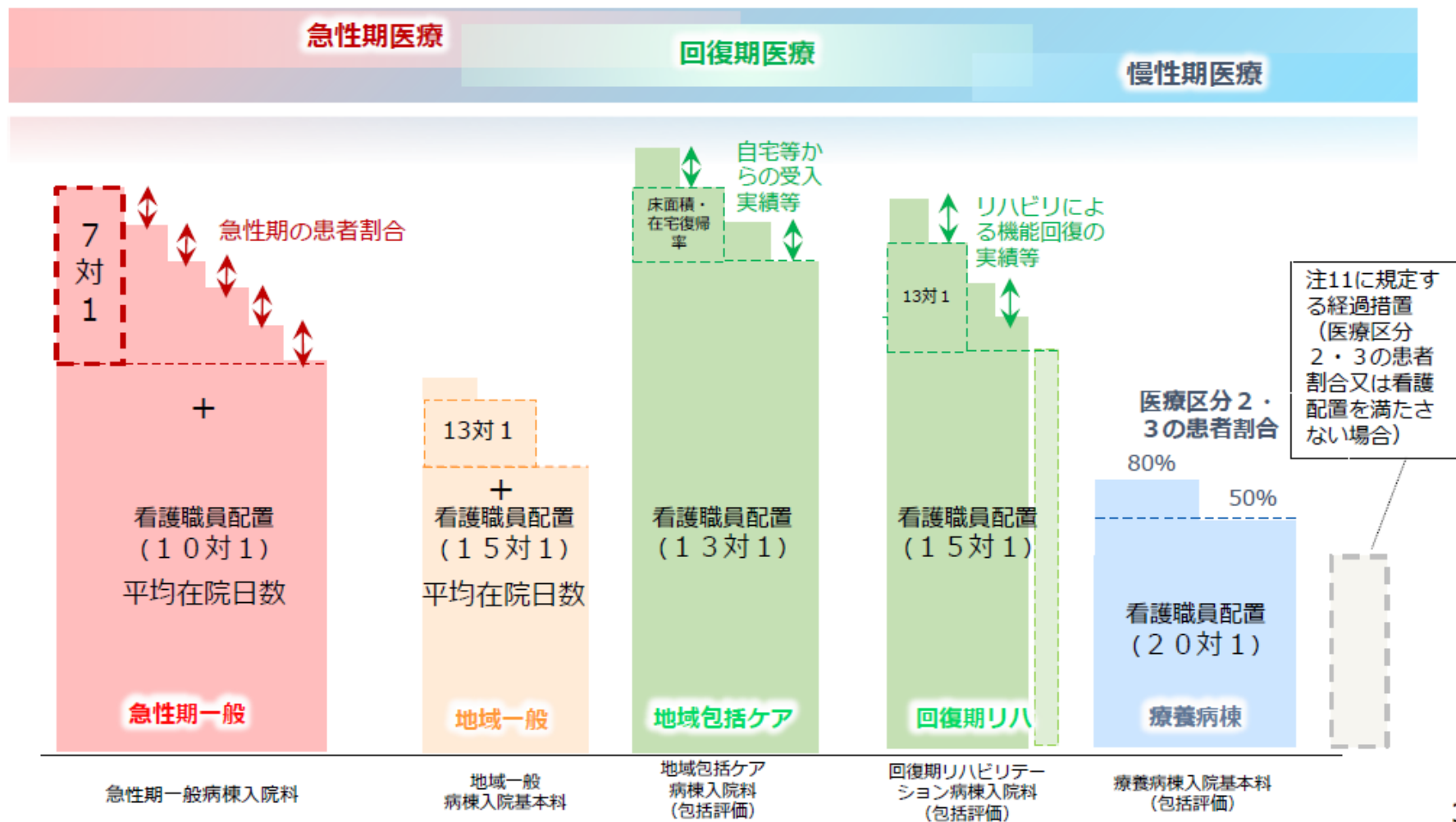


後期高齢者
入院パンデ
ミック

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。

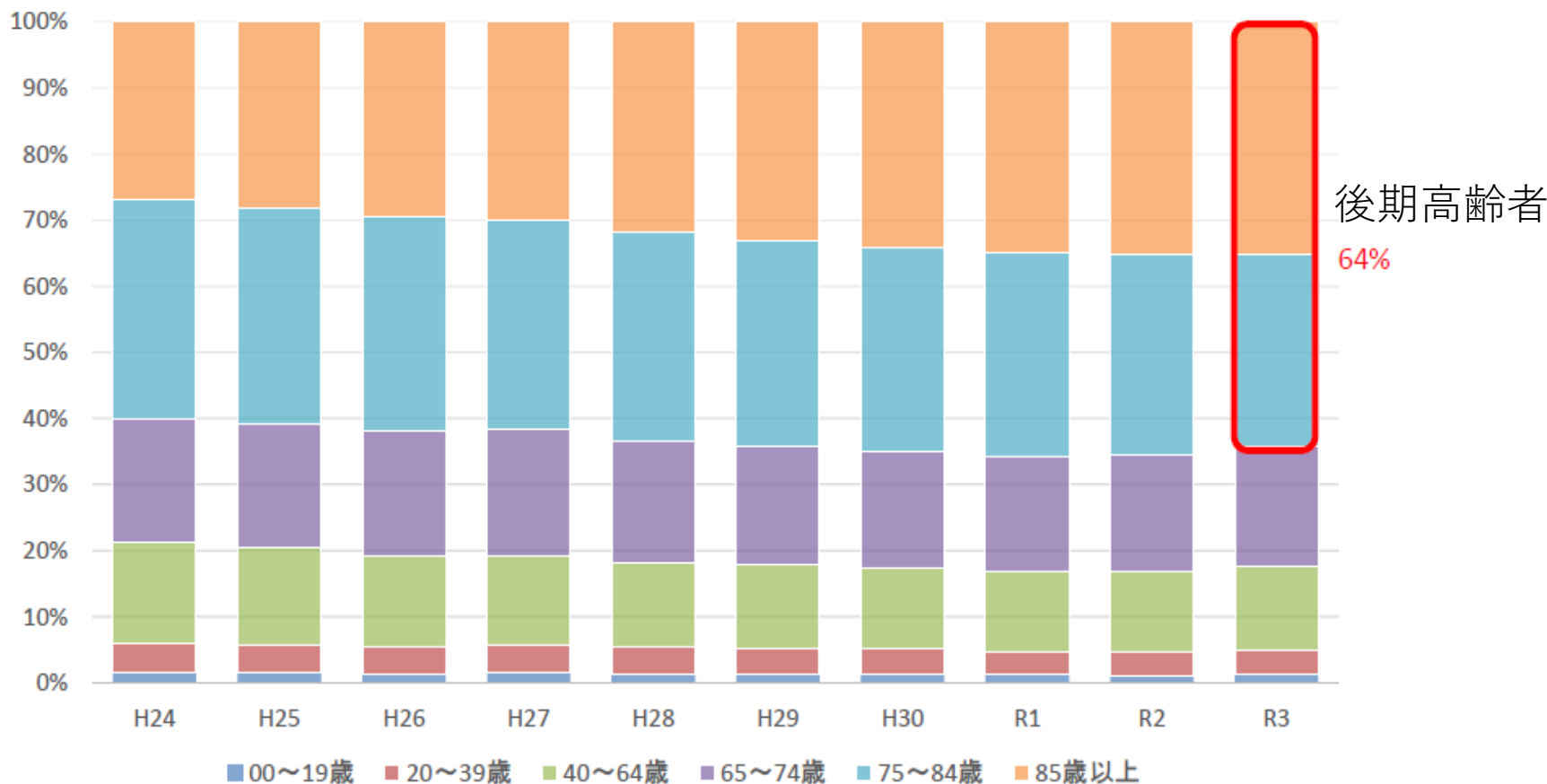
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



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。

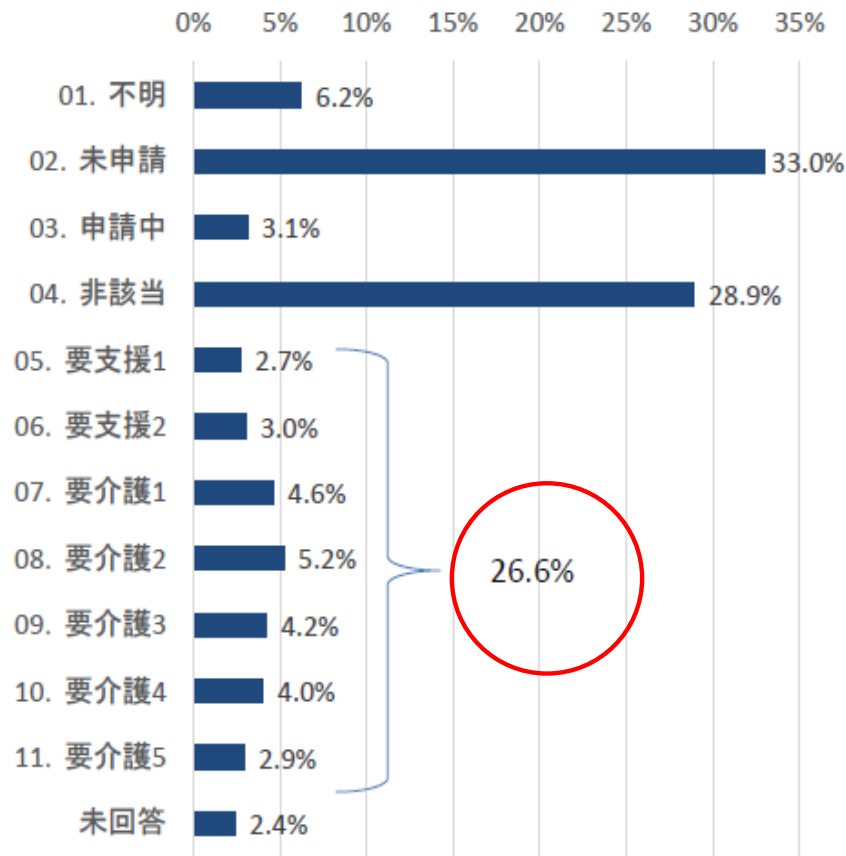
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



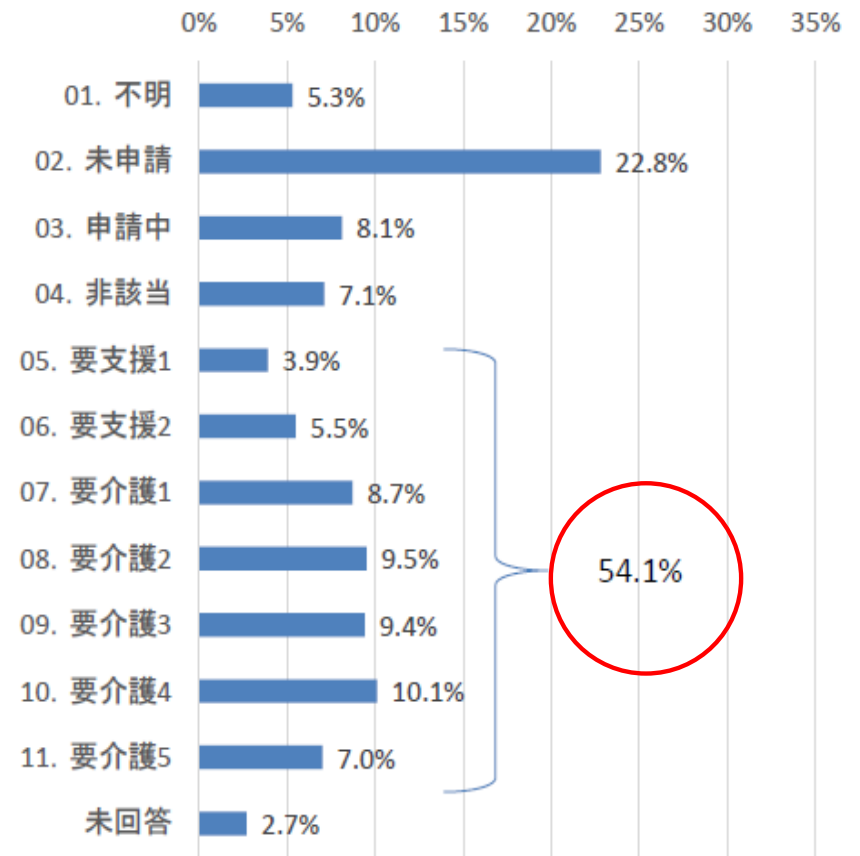
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 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



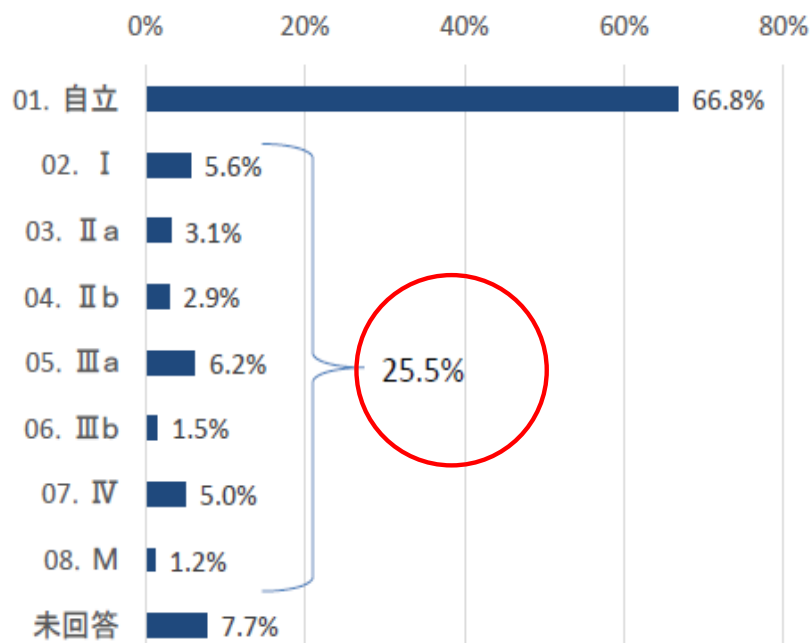
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



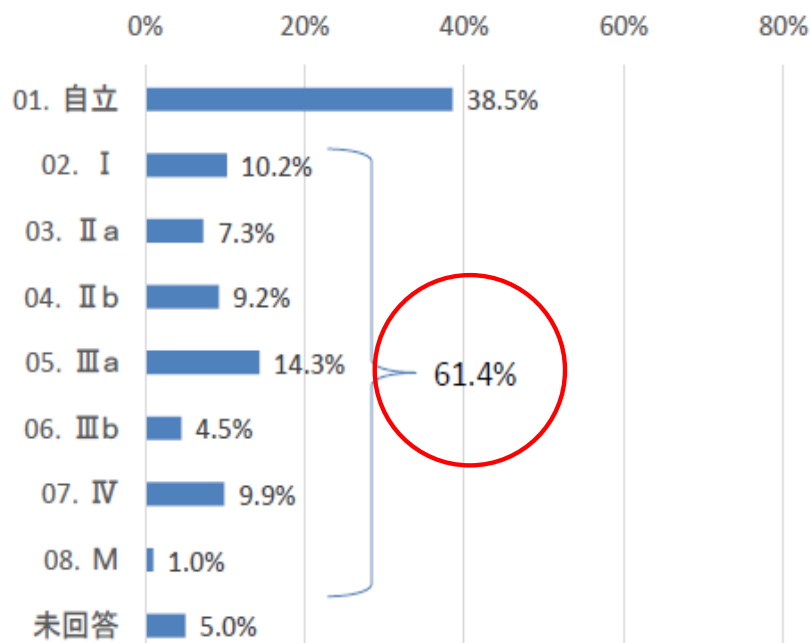
入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、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61.4%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



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱ a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱ b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲ a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲ b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

出典：令和2年度入院医療等の調査(患者票)

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



高齢者救急が急性期一般 病床に集まるワケ

重症度、医療・看護必要度

A項目の救急要件



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	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

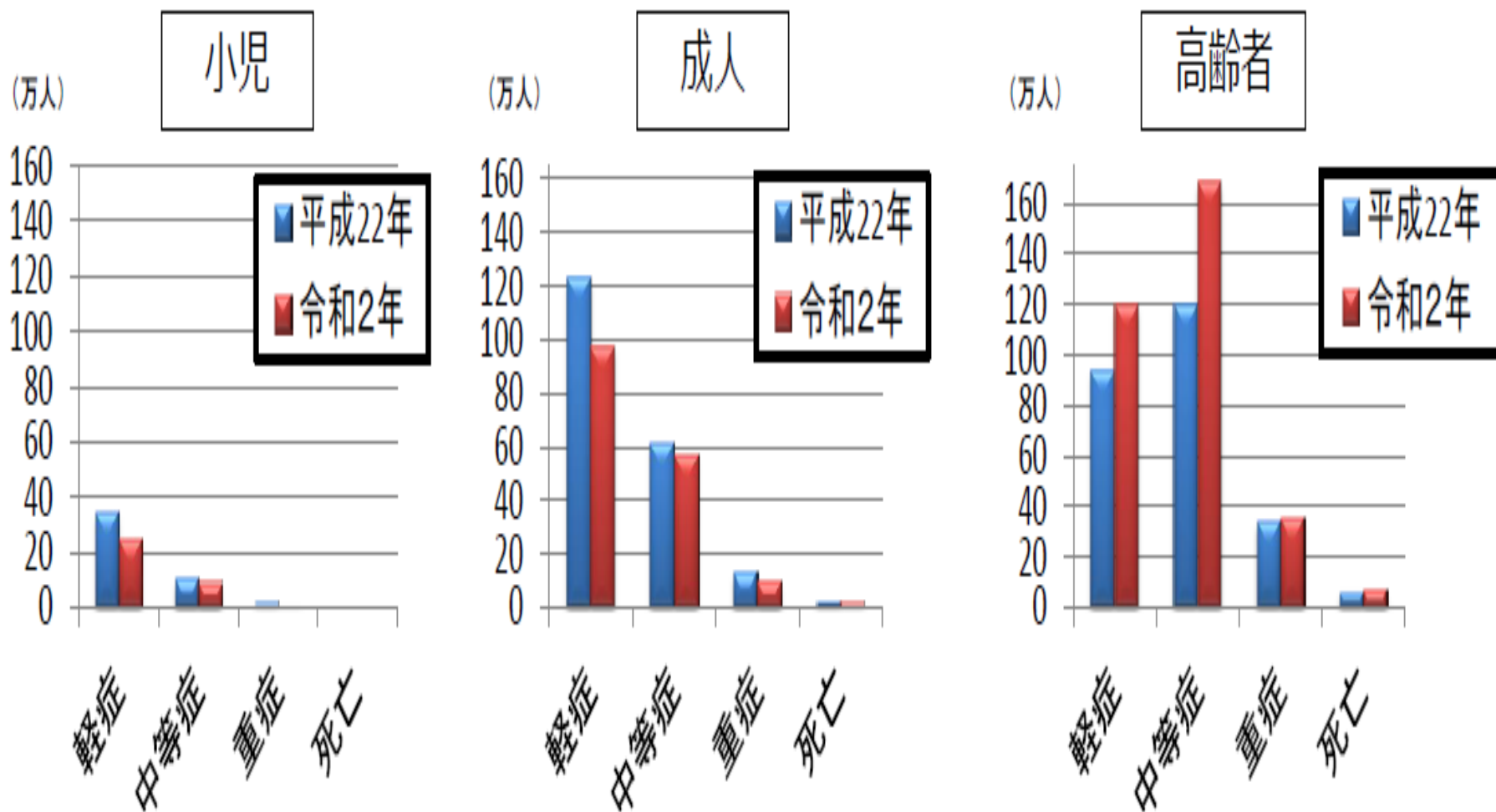
B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

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。

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

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

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	急性尿管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 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	3,602	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

「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

見直しターゲット

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

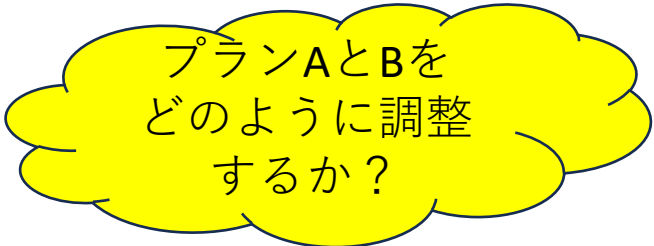


急性期一般1で誤嚥性肺炎・尿路感染の救急搬送を受け入れるワケは？

- 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。

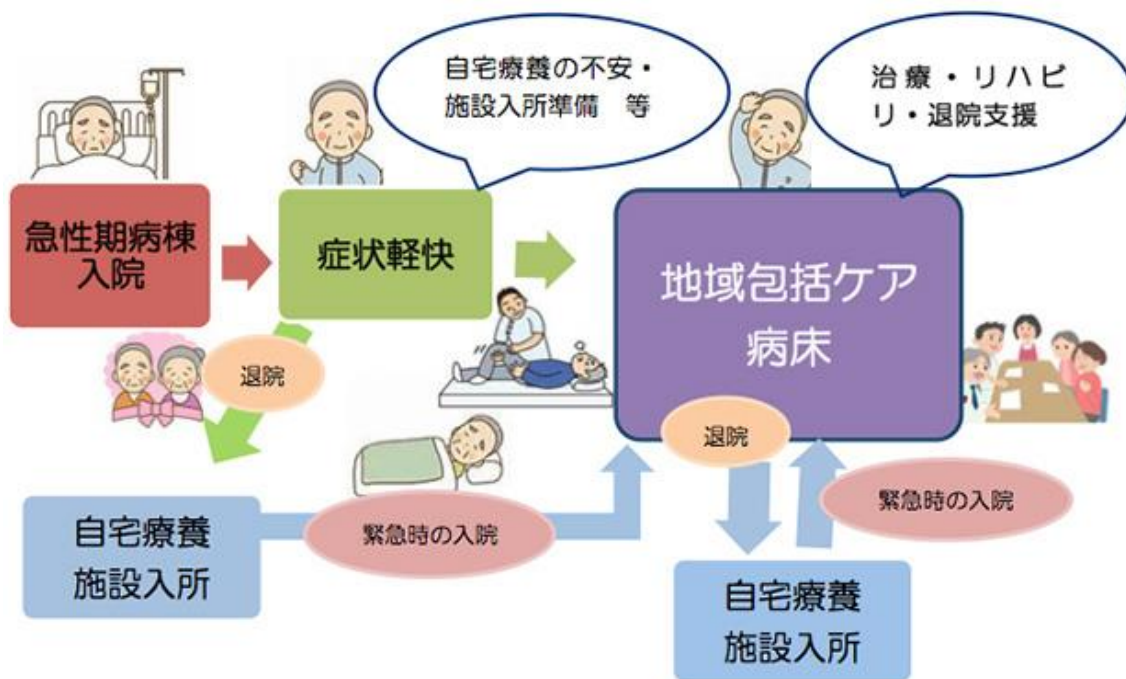
医療と介護の 意見交換会での委員の意見

- 現在の急性期病院は比較的若年層の重症患者仕様となっていて、高齢患者向けの介護・リハビリ体制になってはいない。
- 意見交換会では、こうした状況に対応するために、以下の2つのプランが出された。
- プランA
 - 急性期病棟においても十分な介護・リハビリを行う
- プランB
 - 高齢の急性期患者では、疾患の状態にもよるが介護・リハビリ体制が整った病棟、たとえば地域包括ケア病棟などへの転棟、入院を促す

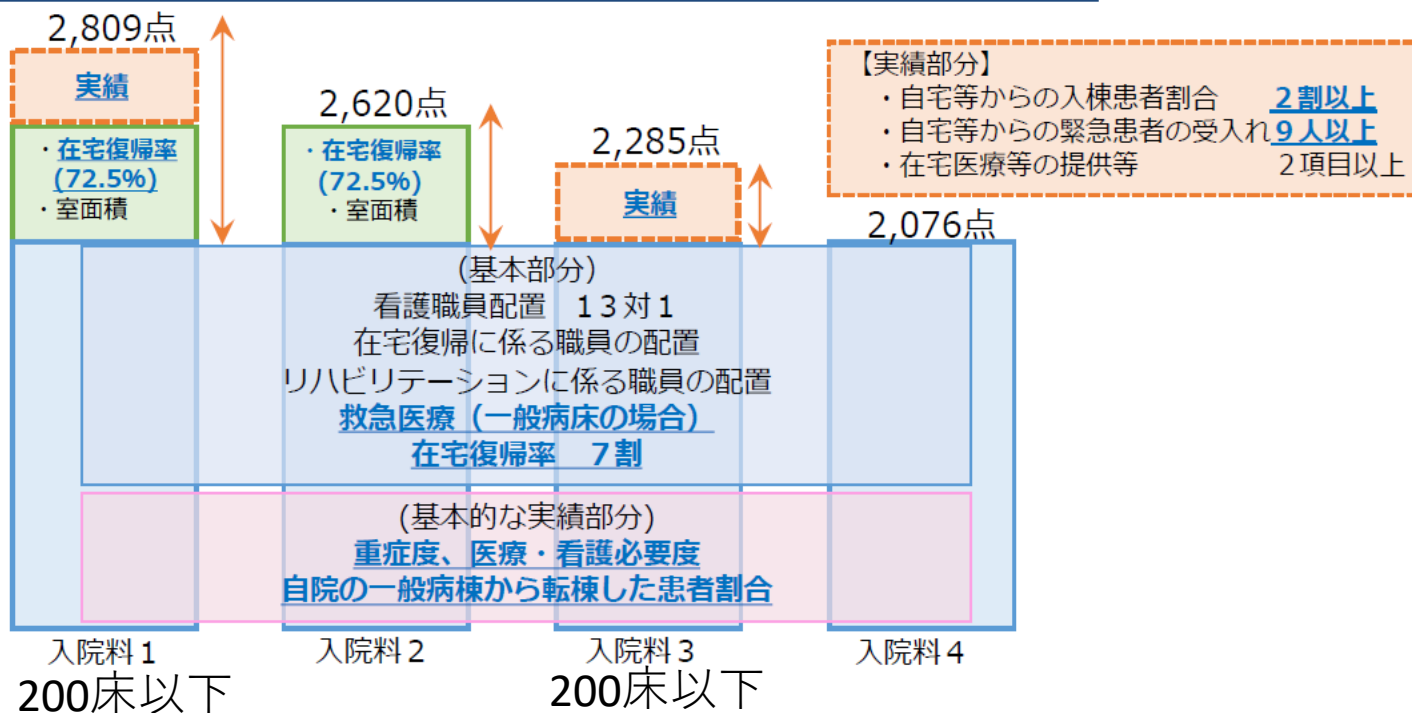


プランAとBを
どのように調整
するか？

地域包括ケア病棟での 高齢者救急の受け入れ



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)

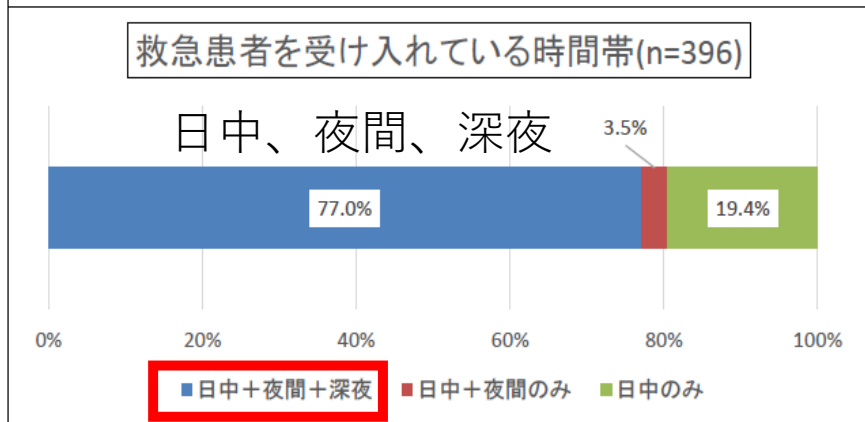
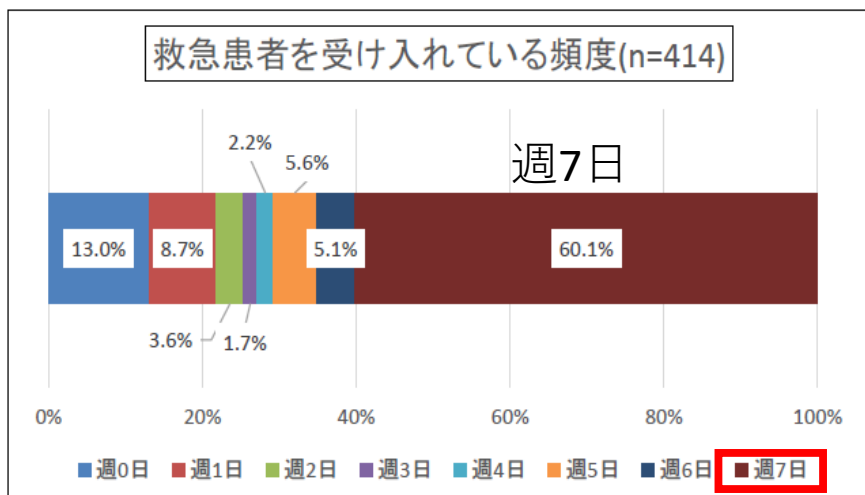
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

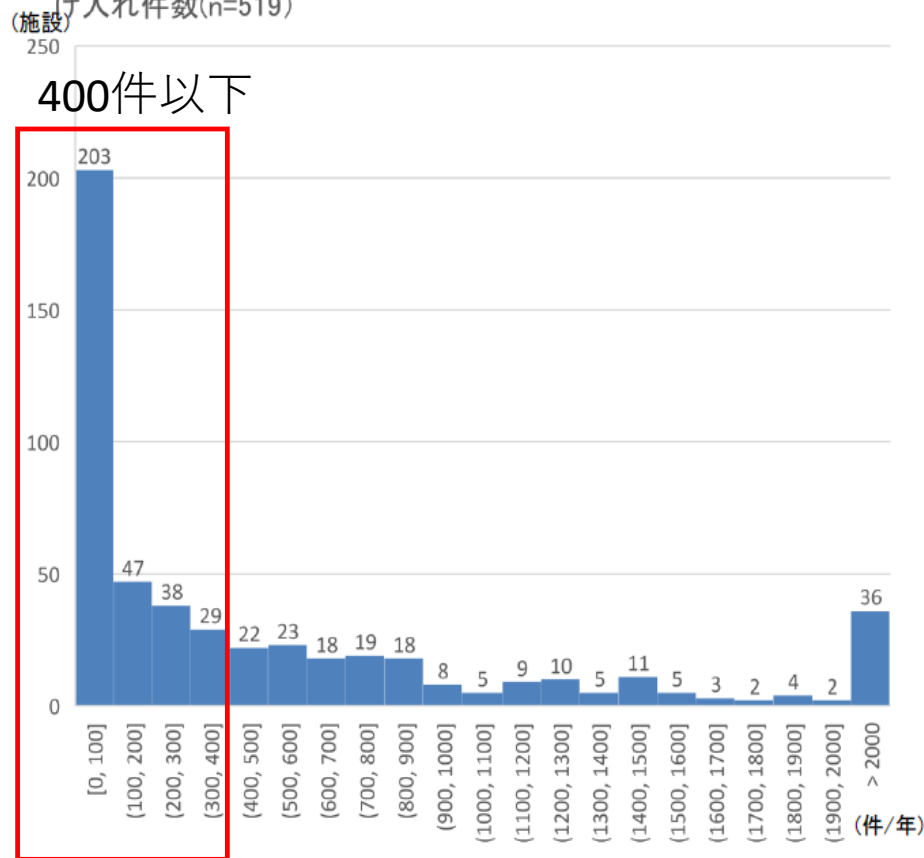
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

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)

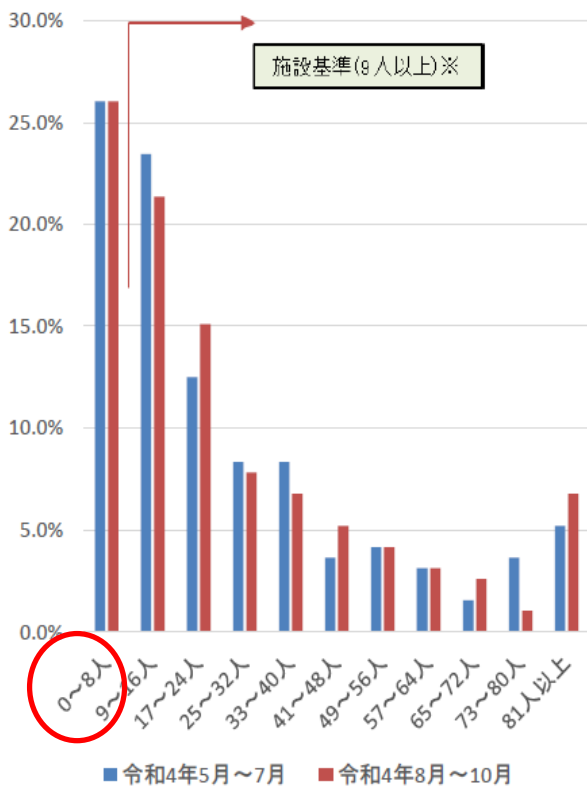


要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	でき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

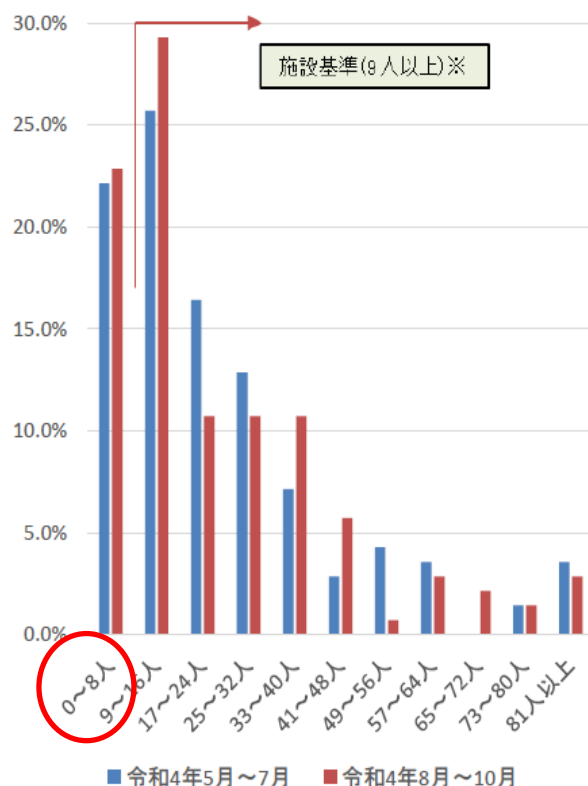
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 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。

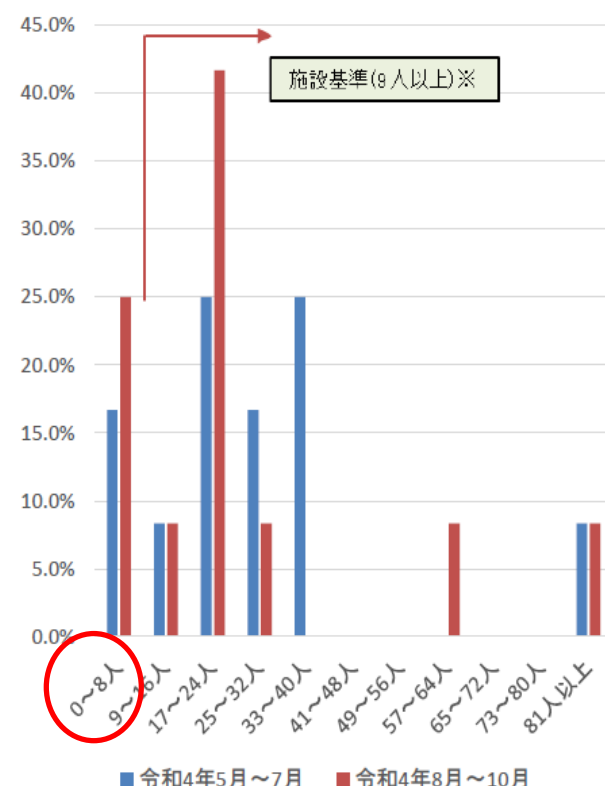
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



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)

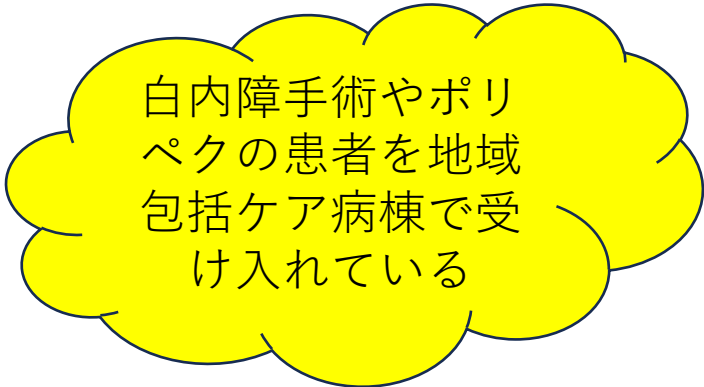


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

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）

地域包括ケア病棟で
短期滞在手術患者を受け
入れている



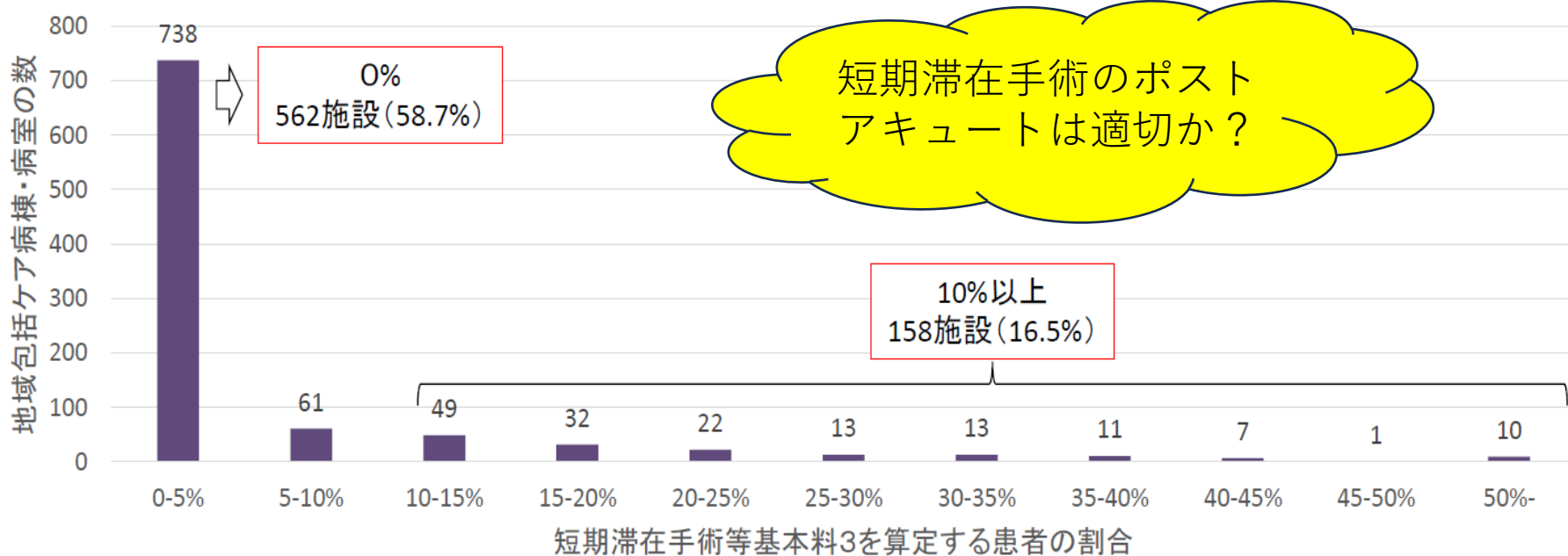
白内障手術やポリ
ペクの患者を地域
包括ケア病棟で受
け入れている

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

地域包括ケア病棟の 救急の受け入れ



受け入れたくない

受け入れるべき

2024年同時改定では ・ ・

- ・ 地域包括ケア病棟における高齢者救急のさらなる受け入れ
- ・ 高齢者救急を受け入れるための包括ケア病棟の新設

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

○ これまでの主な指摘

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○ 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。

○ 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供




退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

新病棟類型のイメージ



高齢者
急性期包括
ケア病棟

- (1) 救急患者の受け入れ
- (2) 一定の医療資源を投入して急性期からの速やかな離脱を図る
- (3) 早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供
- (4) 退院に向けた支援や人生の最終段階における医療・ケアに関する適切な意思決定支援
- (5) 早期の在宅復帰や在宅医療、介護との連携一を包括的に提供する入院料（病棟）
- ＊看護配置10対1の「急性期一般入院料2～6」をベースにした制度設計を想定？

パート 3

重症度、医療・看護必要度 の見直し

- ①重症度、医療・看護必要度 **Ⅱ**
- ②注射薬剤**3**種類
- ③**B**項目廃止
- ④平均在院日数

①重症度、医療・ 看護必要度Ⅱ

重症度、医療・看護必要度コラム

第4回

重症度、医療・看護必要度
ⅠとⅡの違いは？



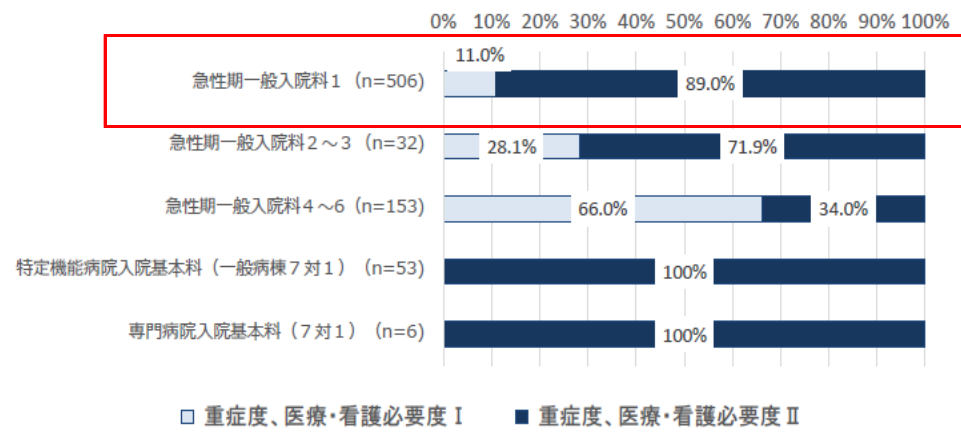
重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの比較

項目	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を必要とするもの）	DPCレセプト	DPCレセプト
A項目（上記以外）	看護師	DPCレセプト
B項目	看護師	看護師
C項目	DPCレセプト	DPCレセプト

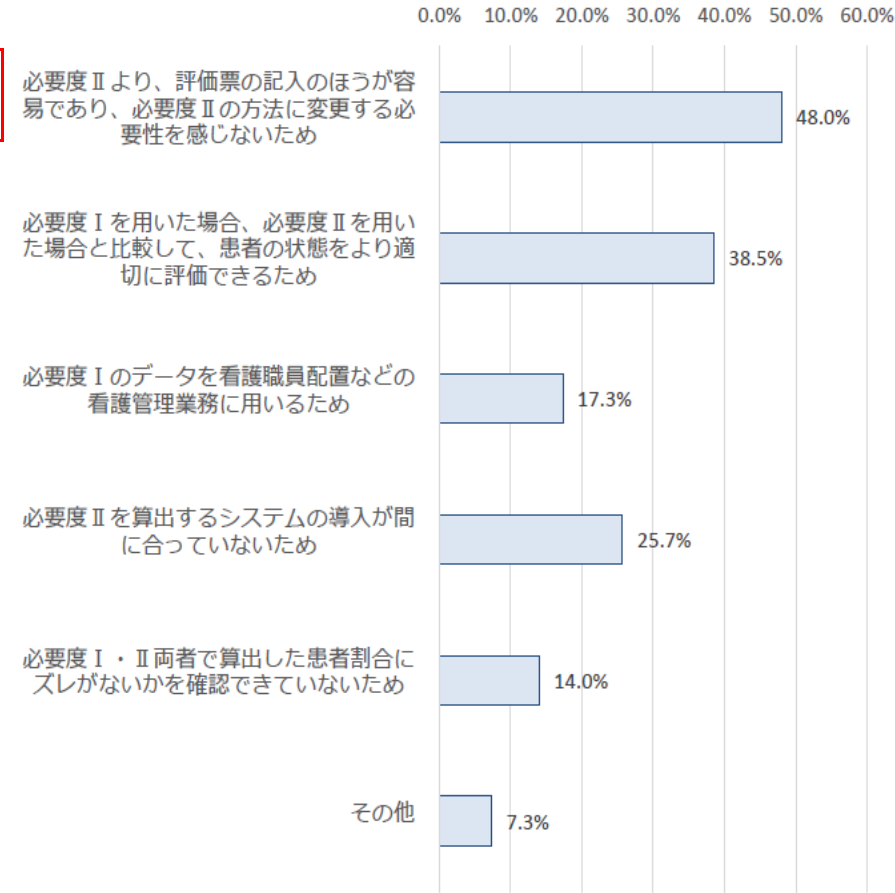
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

- 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 89.0%、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。

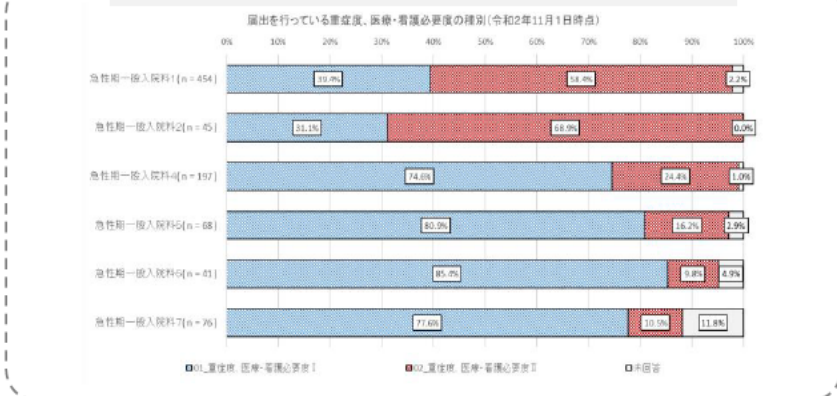
■重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況 (令和 4 年 11 月 1 日時点)



■重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由 (複数回答)



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



A 2 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の定義

必要度 I

必要度 II

項目の定義

酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。

なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140005610	酸素吸入
140005750	突発性難聴に対する酸素療法
140005810	酸素テント
140005910	間歇的陽圧吸入法
140037810	鼻マスク式補助換気法
140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
140057410	ハイフローセラピー(15歳以上)
140009310	人工呼吸
140063810	人工呼吸(5時間超15日目以降)
140023510	人工呼吸(5時間超14日目まで)
140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)
140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)
140009450	無水アルコール吸入療法
140023650	無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)
140063950	無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)
140009550	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)
140023750	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)
140064050	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)
140009650	酸素吸入(マイクロアダプター)
140023850	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)
140064150	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)
140009950	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)
140024150	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)
140064450	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)
140009750	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)
140023950	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)
140064350	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)
140039550	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)
140039650	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)
140064750	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)

「呼吸ケア」に該当する患者の状況(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

- 必要度Ⅰに基づく評価より「呼吸ケア」に該当する患者においては、入院料により15～40%程度で、必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合
(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

	(必要度Ⅰ届出施設の患者)					(必要度Ⅱ届出施設の患者)					
	急1	急2	急4	急5	地域一般1	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1
酸素吸入※ ¹	61.5%	56.1%	66.4%	71.7%	78.6%	92.2%	92.0%	92.8%	92.6%	89.8%	94.3%
人工呼吸※ ²	5.6%	3.7%	3.5%	3.5%	4.6%	4.5%	4.5%	3.9%	4.6%	7.5%	4.5%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※ ³	0.8%	1.0%	0.8%	0.9%	0.7%	1.3%	1.3%	1.7%	1.5%	1.6%	0.6%
ハイフローセラピー(15歳以上)	1.0%	1.4%	0.8%	0.5%	1.0%	2.3%	2.3%	1.7%	1.3%	1.2%	0.6%
その他※ ⁴	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%

※¹ 酸素吸入、酸素吸入(マイクロアダプター)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)

※² 人工呼吸(5時間超14日目まで)、人工呼吸(5時間超15日目以降)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)、体外式陰圧人工呼吸器治療

※³ 人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)、鼻マスク式補助換気法

※⁴ 間歇的陽圧吸入法、酸素デント、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)、突発性難聴に対する酸素療法、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)、無水アルコール吸入療法、無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)、無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)

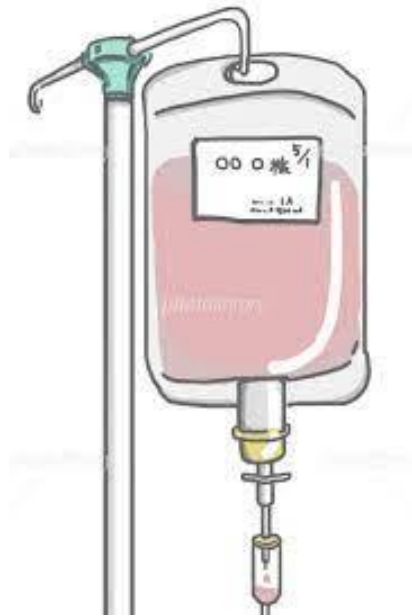
入院外来分科会委員意見

- 看護必要Ⅱへの一本化

- 「看護職員の負担軽減を考慮し、そろそろ看護必要度Ⅱへの一本化（看護必要度Ⅰの廃止）を検討すべき」（秋山委員）

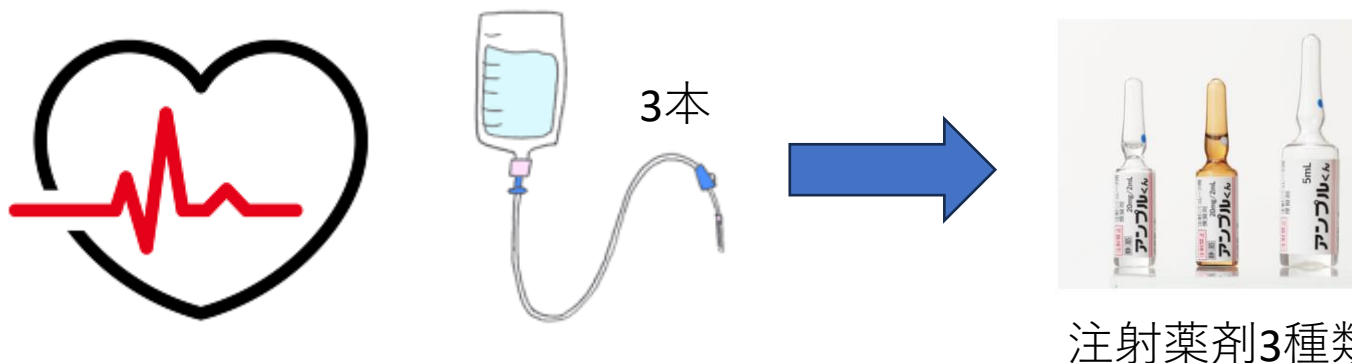
- 「抗がん剤関連項目について、外来移行との関係を整理していくべきである」（中野恵委員：健康保険組合連合会参与）

②注射薬剤3種類



2022年改定でA項目の見直し

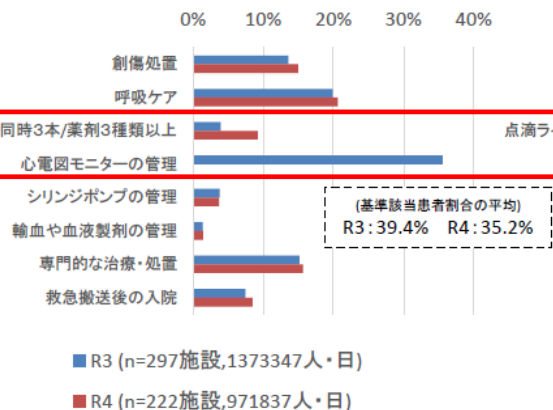
- ①A項目の「心電図モニター管理」を削除
- ②A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類」に変更
- ③A項目の「輸血や血液製剤の管理」について1点から2点への引き上げ



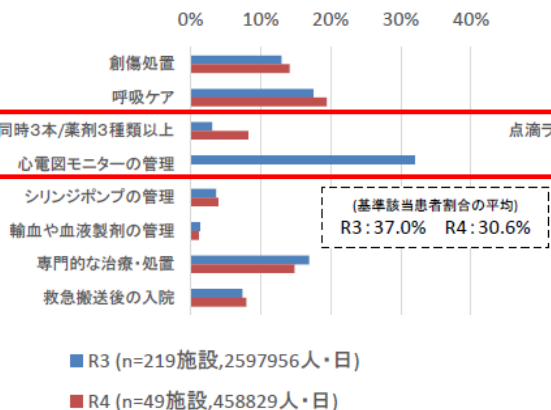
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合①

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

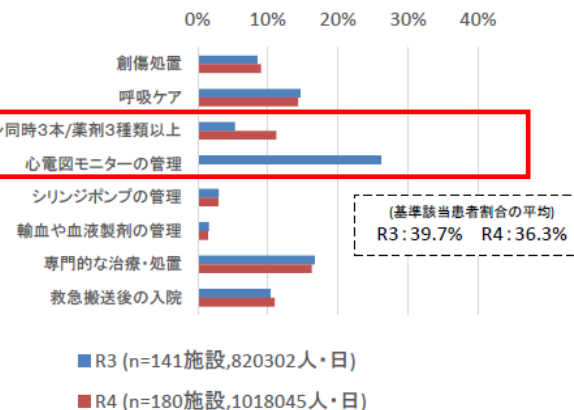
急1・必要度Ⅰ・200床未満



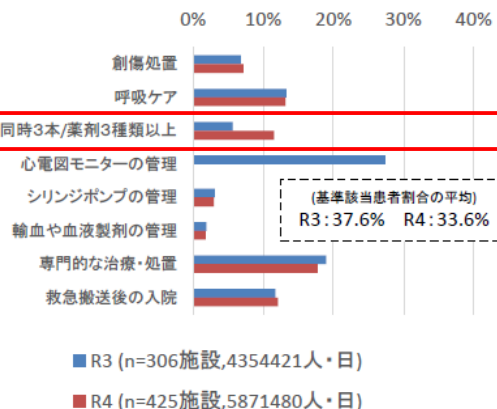
急1・必要度Ⅰ・200床-399床



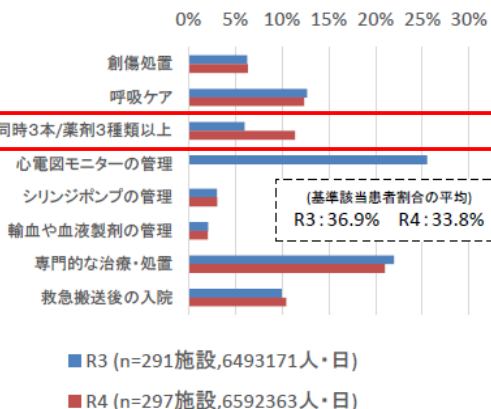
急1・必要度Ⅱ・200床未満



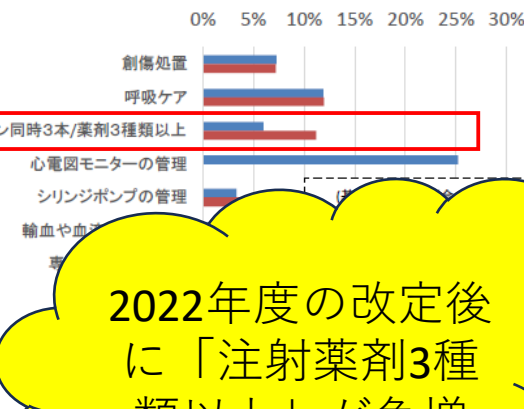
急1・必要度Ⅱ・200-399床



急1・必要度Ⅱ・400-599床



急1・必要度Ⅱ・600床以上



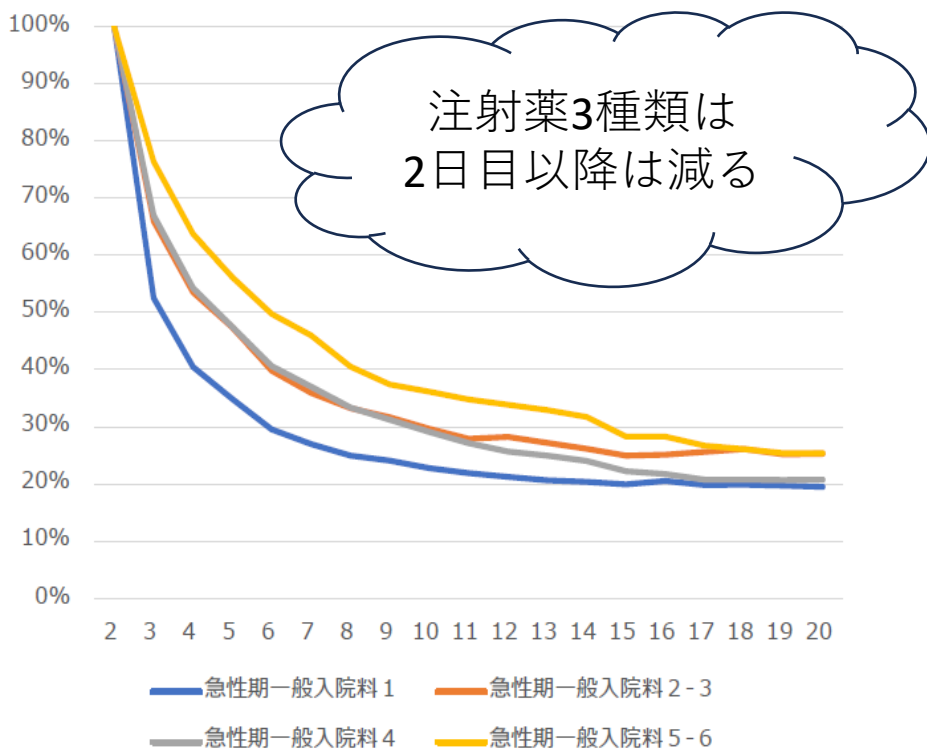
2022年度の改定後に「注射薬剤3種類以上」が急増

出典: DPCデータ(令和3年8月~10月及び令和4年8月~10月分) ※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

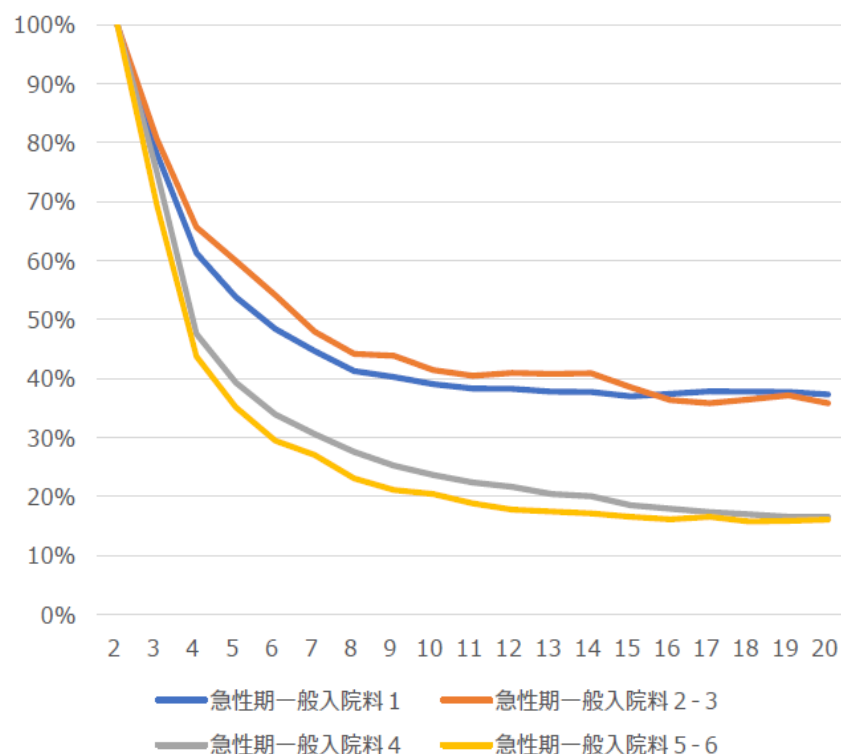
「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

- 急性期一般入院基本料において「注射薬剤3種類以上の管理」に一度該当した患者がその後の入院期間でも該当し続ける割合は、急性期一般入院料1で低い一方で急性期一般入院料5-6で高く、「点滴ライン3本以上の管理」と異なる傾向にあった。

入院2日目に初めて「注射薬剤3種類以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合
(令和4年8~10月)



入院2日目に初めて「点滴ライン3本以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合
(令和3年8~10月)

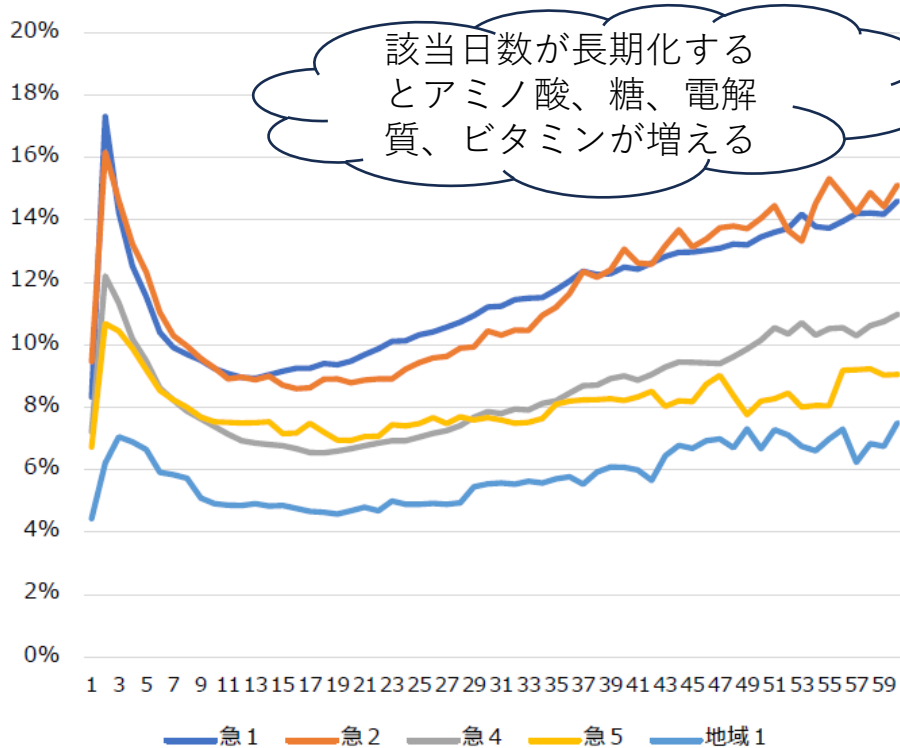


「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況①

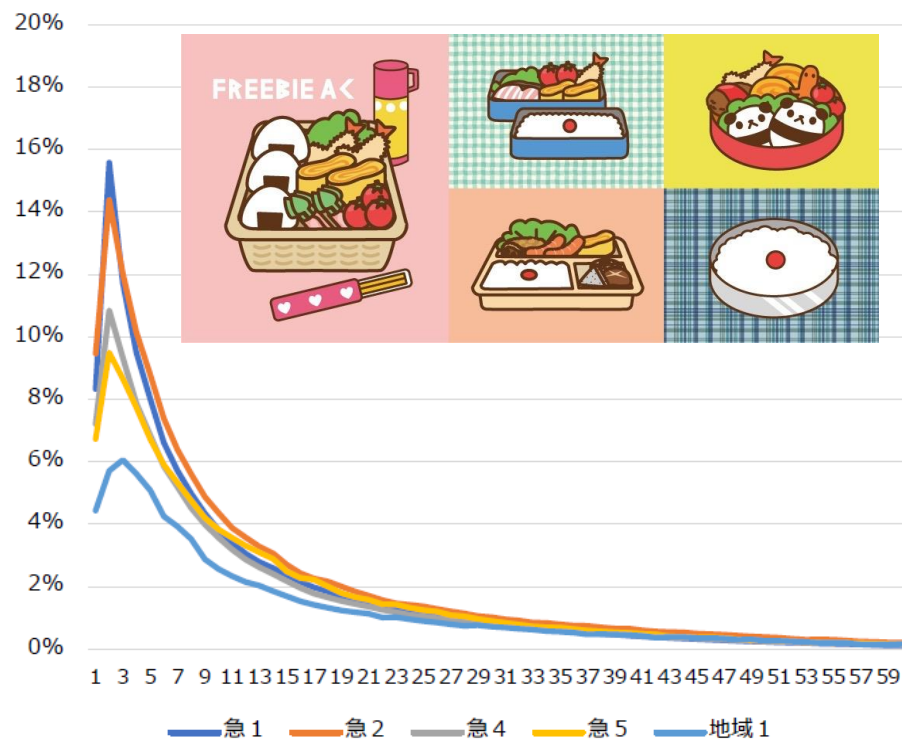
- 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合は、急性期一般入院基本料では入院2日目の患者においてピークを迎えその後低下し、入院10～20日目の患者から再び上昇する傾向にあった。

入院後日数ごとの「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合
(令和4年8～10月)

(各日の評価対象者における該当割合)



※参考：退院患者を分母に含めた場合の該当割合



「薬剤3種類以上」の急増

- 入院外来医療分科会委員意見
 - 多くの委員が「心電図モニタ管理が削除されA得点が下がる部分を、薬剤3種類以上で取り戻しているのではないか」と指摘。
 - 今後、適正な運用がなされているのかなどを確認したうえで、「薬剤3種類以上」の適正化論議が進むだろう。

③B項目廃止

生活の基本

- 食事
- 排泄
- 移動
- 整容
- 入浴



ADL 日常生活動作

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]

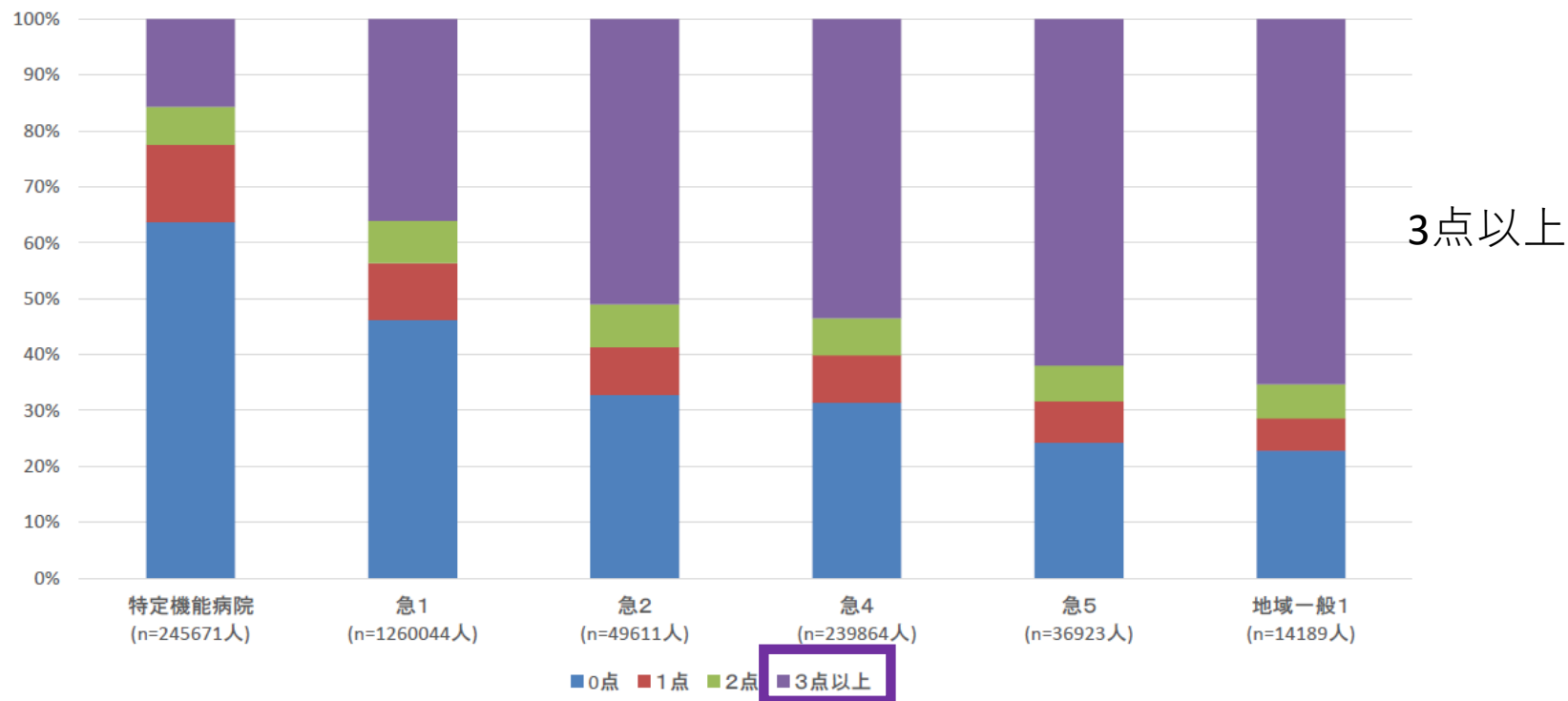
対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

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			

入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-5や地域一般入院料1で高い。

3日間以上入院している患者における
入院初日のB得点の割合



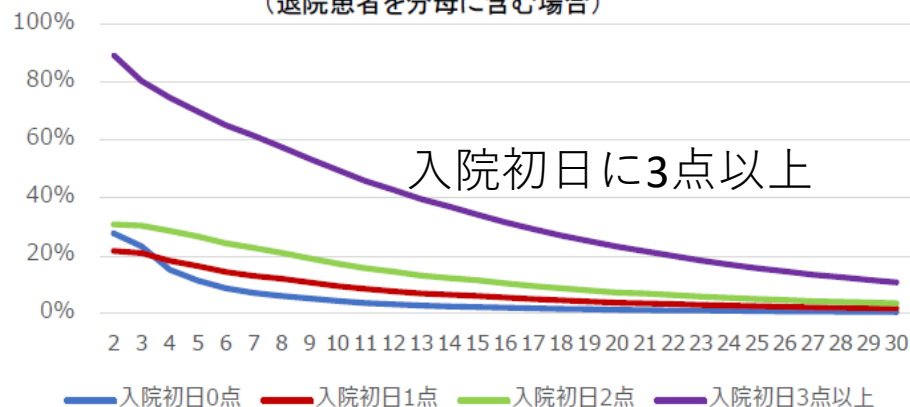
入院後の日数毎のB得点の推移①

○ 急性期一般入院料1、一般病棟入院基本料全体のいずれも、入院中にB得点が3点以上となる割合は、入院初日にB得点が3点以上である場合に高く、入院初日にB得点が2点以下である場合との差が大きかった。

急性期一般入院料1における入院初日のB得点ごとの、
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

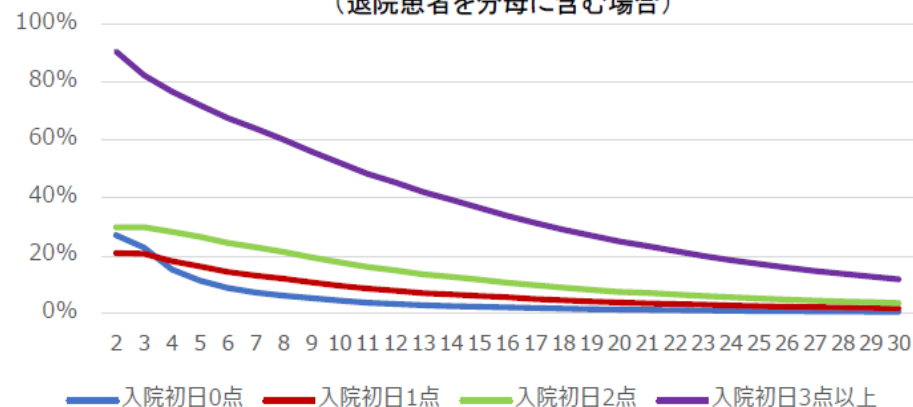
(退院患者を分母に含む場合)

入院初日に3点以上

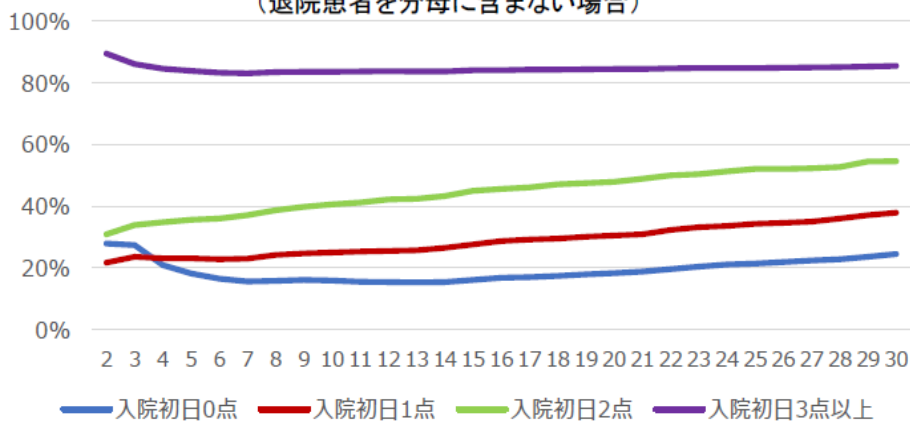


一般病棟入院基本料における入院初日のB得点ごとの、
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

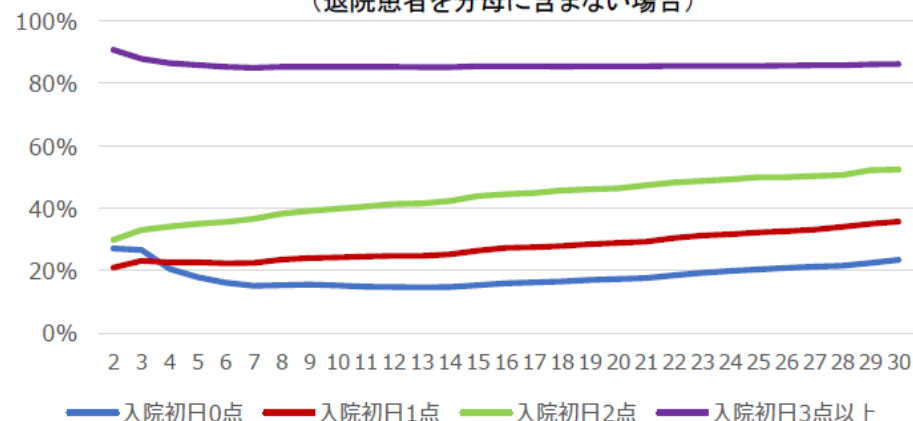
(退院患者を分母に含む場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



B項目は急性期医療ニーズを評価する項目として適しているか？

- 中野恵委員（健康保険組合連合会参与）

- 「B項目が『急性期入院医療の必要性を評価するもの』として妥当なのか疑問を感じる。今後、根本的な見直し検討が必要と考えるが、まず2024年度の次期診療報酬改定においては、診療情報・指標等作業グループの報告にもあるように、急性期一般1では『B項目の廃止』を提案したい」

- 小池創一委員（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）

- 「看護必要度の趣旨である『急性期入院医療の必要性を評価するもの』との趣旨に照らし、B項目が急性期の必要度に相応しくないとすれば、B項目廃止の方向が妥当である」

- 津留英智委員（全日本病院協会常任理事）

- 「B項目の調査データから、ただちに『急性期入院医療の必要性を評価するものとして相応しくない』との結論は導けないのではないか」

- 山本修一分科会長代理：地域医療機能推進機構理事長

- 「急性期病院にも様々な病態の患者がおり、医療の高度化で高齢患者にも安全・安心に侵襲的な手技が可能になってくる中で、さらに高齢患者が急性期病棟に入院が増える
- 入院患者にどれだけの手間をかければ退院につながるのか』という視点での評価は継続して必要であり、B項目が『急性期入院医療の必要性を評価するものとして相応しくない』となっても、依然として重要であり、廃止すべきではない

④平均在院日数

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{在棟患者延べ数}}{(\text{新規入棟患者数} + \text{退棟患者数}) \div 2}$$



一般病棟入院基本料の内容

		看護職員	重症度、医療・看護必要度の 該当基準患者の割合		平均在院日数	データ提出 加算	点数
			許可病床数 200以上	許可病床数 200未満			
急性期一 般入院基 本料	入院料1	7対1以上 (7割以上が看護師)	I : (31%) ^{※1} II : 28%	I : 28% II : 25%	18日以内	必須	1,650点
	入院料2	10対1以上 (7割以上が看護師)	I : 27% II : 24%	I : 25% II : 22%	21日以内		1,619点
	入院料3		I : 24% II : 21%	I : 22% II : 19%			1,545点
	入院料4		I : 20% II : 17%	I : 18% II : 15%			1,440点
	入院料5		I : 17% II : 14%				1,429点
	入院料6		測定していること				1,382点
地域一般 入院基本 料	入院料1	13対1以上 (7割以上が看護師)	測定していること		24日以内	必須 ^{※2}	1,159点
	入院料2		—				1,153点
	入院料3	15対1以上 (4割以上が看護師)			60日以内		988点

(※1) 令和5年1月1日以降は、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行う必要がある。

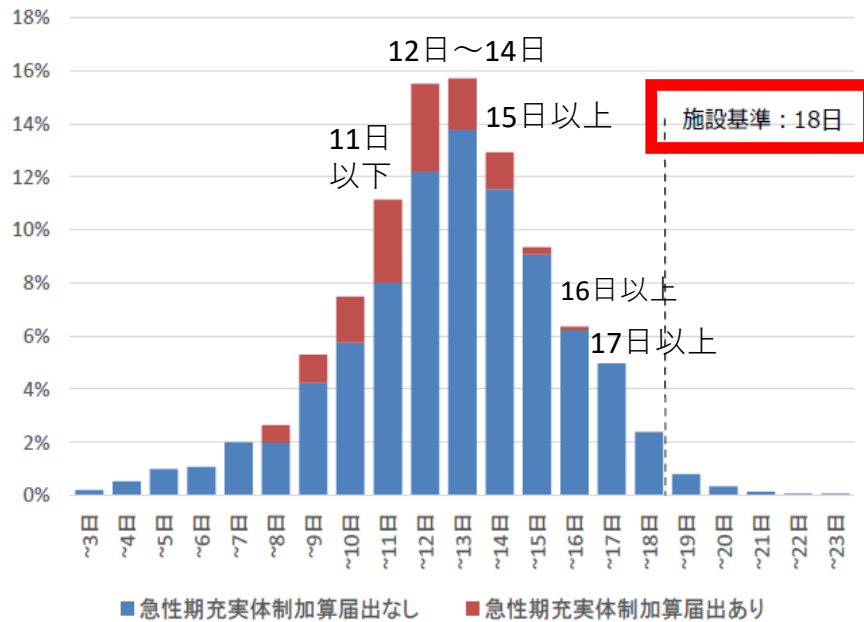
(※2) 許可病床数が200床以上の場合は令和5年3月31日まで、許可病床数が200床未満の場合は令和6年3月31日までの間、要件を満たすものとみなす。

急性期一般入院料1における平均在院日数①

○ 急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

急性期一般入院料1における各施設の平均在院日数の分布
(令和4年7月時点、n=1508)

(該当施設割合)

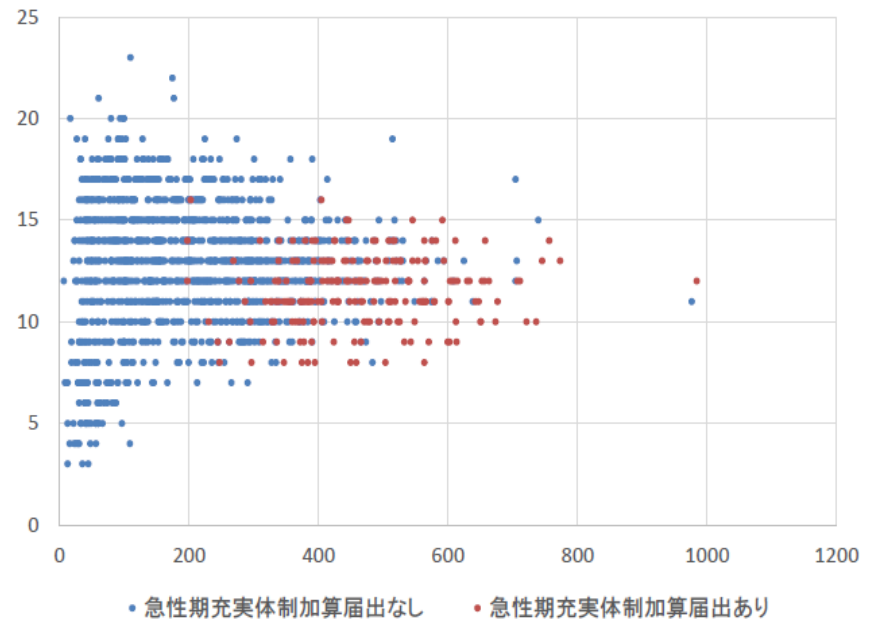


(平均在院日数、日)

平均	5%点	10%点	25%点	33%点	50%点	67%点	75%点	90%点	95%点
12.6	8	9	11	12	13	14	14	16	17

急性期一般入院料1における届出病床数と平均在院日数の分布
(令和4年7月時点、n=1505)

(平均在院日数、日)



(急性期一般入院料1の届出病床数)

本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分

区分1: 11日以下、区分2: 12日以上14日以下、区分3: 15日以上、区分4: 16日以上、区分5: 17日以上

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績①

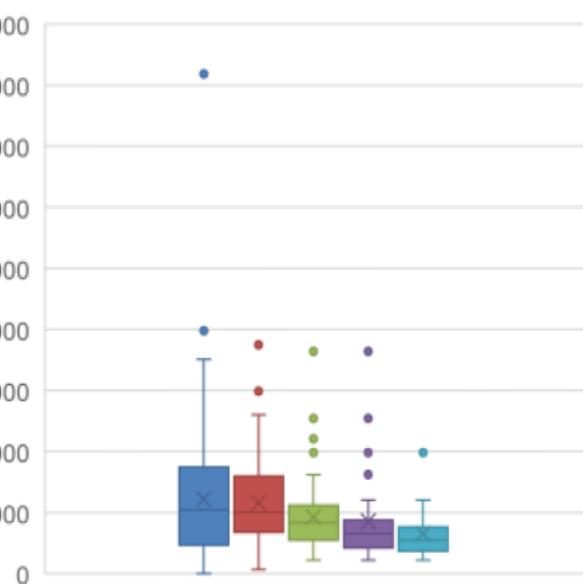
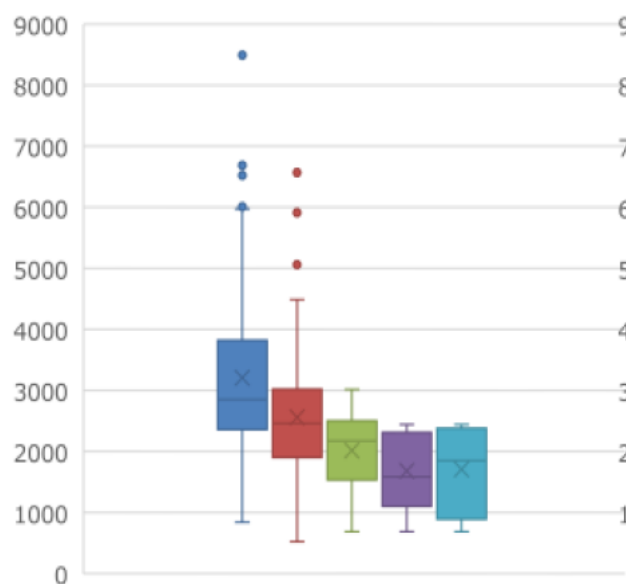
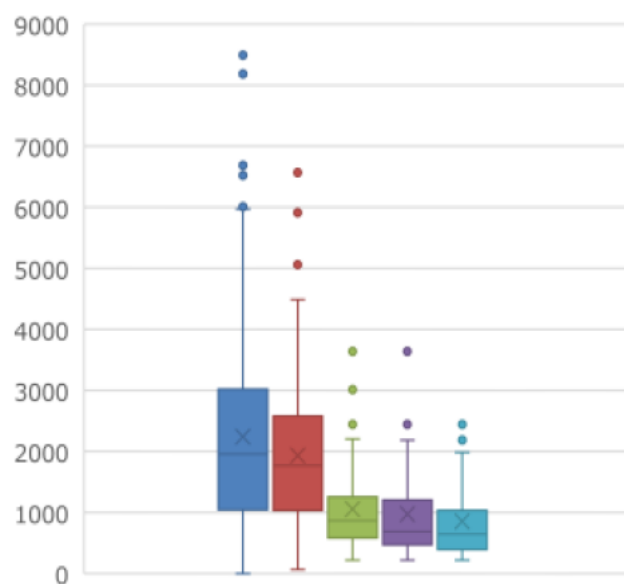
○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



急1・区分1 (n=185施設) 急1・区分2 (n=203施設)
急1・区分3 (n=67施設) 急1・区分4 (n=35施設)
急1・区分5 (n=21施設)

急1・区分1 (n=95施設) 急1・区分2 (n=112施設)
急1・区分3 (n=8施設) 急1・区分4 (n=5施設)
急1・区分5 (n=4施設)

急1・区分1 (n=90施設) 急1・区分2 (n=91施設)
急1・区分3 (n=59施設) 急1・区分4 (n=30施設)
急1・区分5 (n=17施設)

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

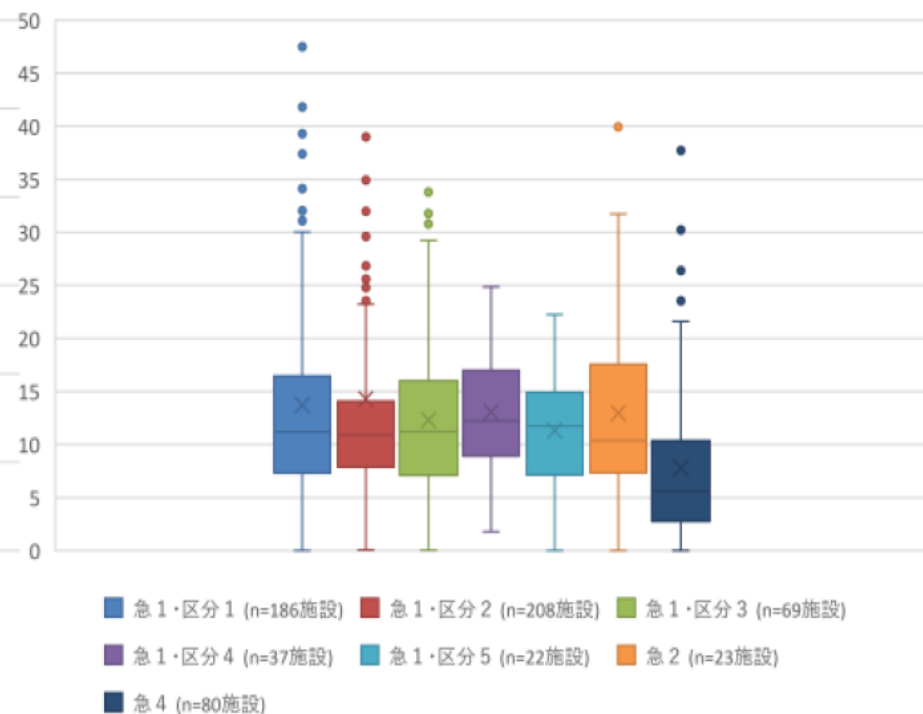
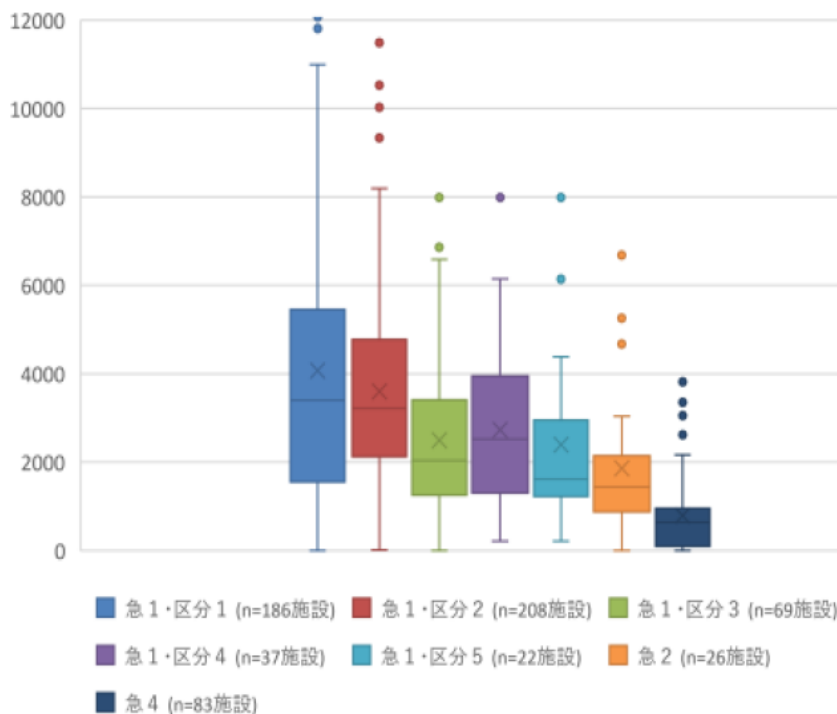
平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績③

- 救急搬送件数については、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
- 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における
救急搬送件数

(実件数)

(一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの件数)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

重症度、医療・看護必要度の 見直しのシミュレーション



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	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

項目の見直し

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、 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)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例)	なし	あり

該当患者の基準の見直し

[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	
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	x
10	移乗	自立	一部介助	全介助	
11	口腔清潔	自立	要介助		
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助	
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	
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	

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の変更による該当患者割合への影響について

○ これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。

変更する項目		変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院料 1～5)
1-1	A-7:救急搬送後の入院	評価日数を1日とする。	-4.5%
1-2	/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を2日とする。	-3.3%
2-1	A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3-1	A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	-0.8%
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-1.2%
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.1%
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。	+0.1%
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8-1	B項目及び該当基準	急性期一般入院料1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9-1		令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する*。	+0.1%
9-2	C項目	対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10-1	評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

※ C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上

② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

③ 点数が2万点以上

注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしていれば満たしているものとする。

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満

② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目		変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。		○		○	
1-2		評価日数を2日とする。			○		○
2-1	A-1:創傷処置	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	○				
3-1	A-2:呼吸ケア	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	○				
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	○				
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	○				
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。				○	○
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	○				
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	○				
8-1	B項目及び該当基準	7対1病棟において、該当基準のうち基準①（A 2点以上かつB 3点以上）を廃止する。	○				
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する。	○				
9-2		手術実施日からの退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	○				
10-1	評価対象患者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	○				

急性期一般入院料 1 の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

- 急性期一般入院料1におけるシミュレーションについては、平均在院日数の基準の見直しと組み合わせるとともに、「A得点2点以上かつB3点以上」の基準を用いないことが提案されている一方で「A得点2点以上」を評価する必要性が指摘されていることを踏まえ、見直し後の該当患者割合に加えてA得点2点以上を含めた割合についても、確認してはどうか。

（現行の急性期一般入院料 1 の基準）

該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準①：A得点2点以上かつB得点3点以上
- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上

※平均在院日数：18日以内

（シミュレーションにおける確認事項）

平均在院日数

- ・ ○日以内の医療機関

※14日、15日、16日又は17日

平均在院日数を
18日以下にする



該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上

基準①を削除



激変緩和

A得点2点を含めた割合

- 以下のいずれかを満たす割合
- ・基準②：A得点3点以上
 - ・基準③：C得点1点以上
 - ・A得点2点

A得点2点

現行

【A】必要度評価対象者全数

【B】必要度該当患者

以下のいずれかを満たす場合に該当

- ・A得点2点以上かつB3点以上
- ・A3点以上
- ・C1点以上

必要度該当患者割合 = $【B】 / 【A】$



見直し案

【A】必要度評価対象者全数

【C】必要度該当患者

A得点3点以上 又は C得点1点以上の者

【D】必要度該当又はA得点2点の患者*

A得点2点の者

※以下のいずれかを満たす患者

- ・A得点3点以上
- ・C得点1点以上
- ・A得点2点

割合①: 必要度該当患者割合
= $【C】 / 【A】$

割合②: 必要度該当又はA2点以上の患者割合
= $【D】 / 【A】$

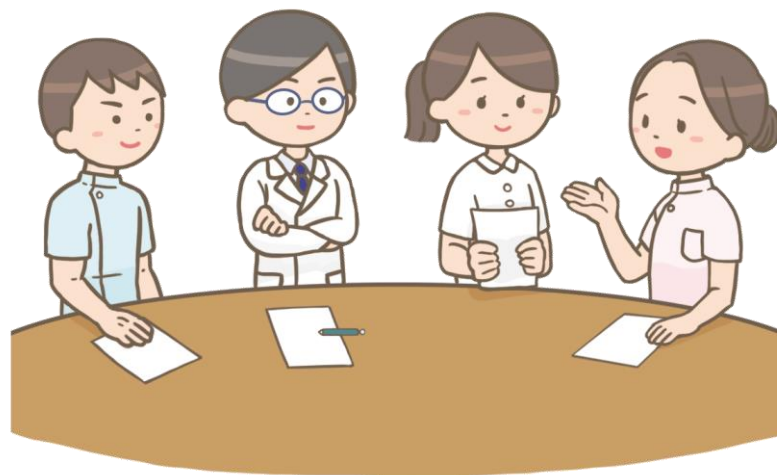
⇒ 割合①が一定以上であり、かつ割合②が一定以上であることを施設基準とする。

シミュレーション
結果に注目！



パート4

入退院支援加算・ 入院時支援加算



- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

・ 入退院支援加算
・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に) 利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



入退院支援加算 1・2 の概要

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- | | | | | |
|------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ 入退院支援加算1 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➤ 入退院支援加算2 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点 |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が 25以上 であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で 対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

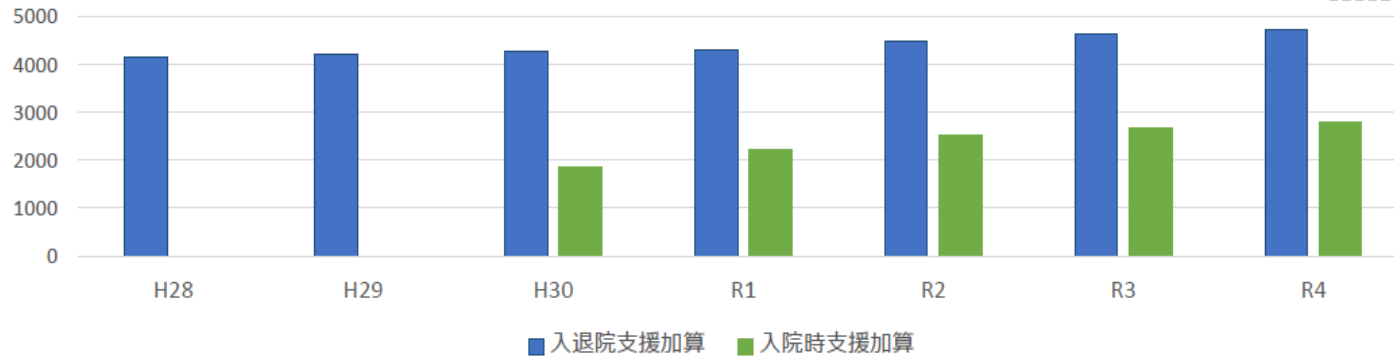
入退院支援加算の届出・算定状況

中医協 総-4
5. 7. 5改

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

入退院支援加算届出施設数

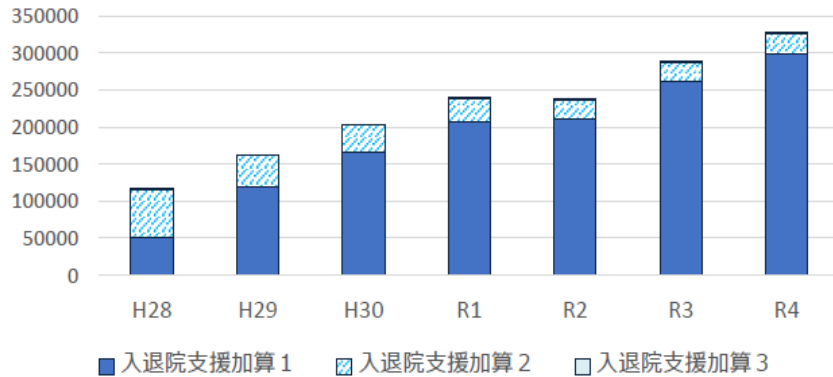


(※)
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

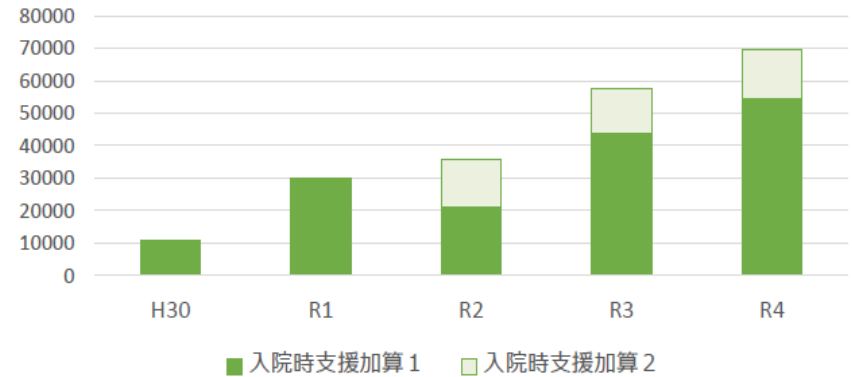
■入退院支援加算（※）の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



■入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算(算定回数)

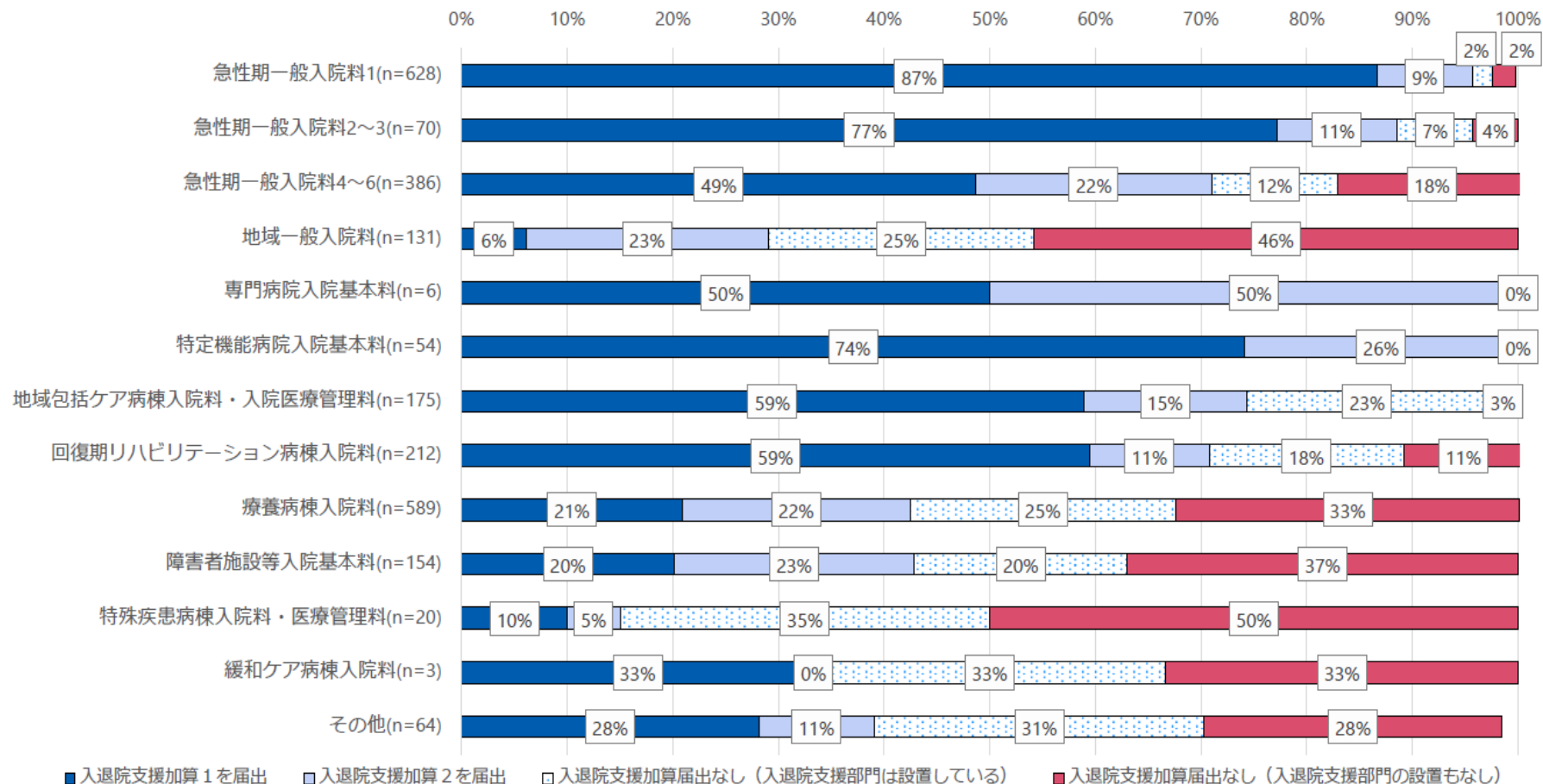


出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

入退院支援加算 1・2の届出状況

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2~ 3(n=46)	急性期一般入院料4~ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

① かかりつけ医 ケアマネジャーとの連携 特に退院時の情報連携



テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

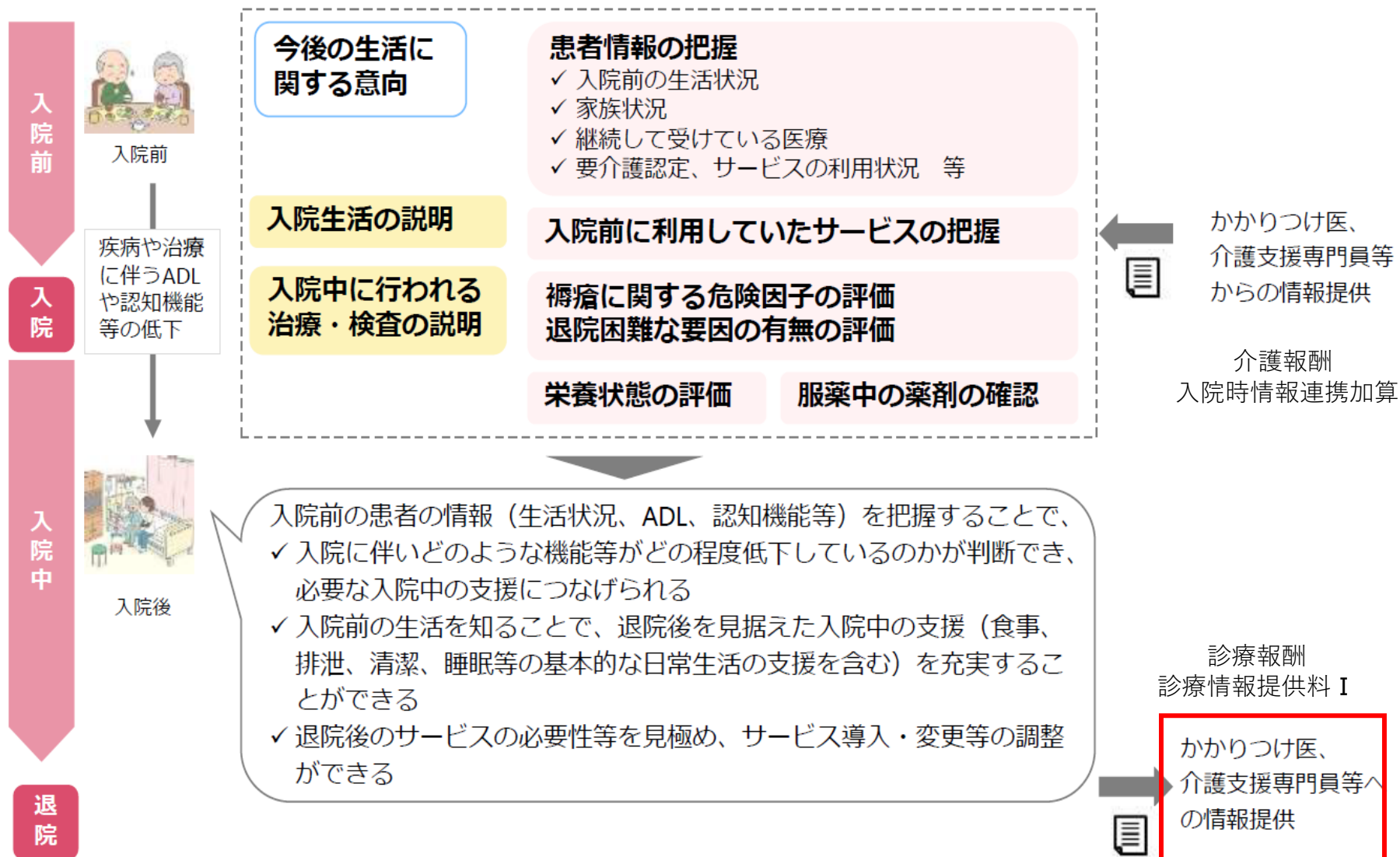
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の間をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないかと。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないかと。

生活に配慮した医療を提供するための入退院支援のイメージ

○ 「生活」に配慮した質の高い医療を提供する観点からは、入退院支援において入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較しどのような機能等がどの程度低下しているのか等を見極め、入院中の支援を充実し退院につなげることが重要。



入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式見直し

医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方にかかる調査研究事業

(令和5年度 老人保健健康増進等事業 (実施主体:NTT Data経営研究所))

1. 事業概要

今後、高齢化が一層進展し、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が増加する中で、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅・施設”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質が高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。

このような医療・ケアの実現に向け、医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進する必要がある、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」でも指摘がされたところ。

そのため、本事業では、将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等も見据え、医療機関・介護事業所間で情報提供を行う際に用いる様式について、それぞれの情報提供項目・様式について、関係団体や専門家等の意見を踏まえ、必要な項目等の検討を行う。

2. 事業の進め方

①委員会において、様式案を作成

②複数の医療機関・施設等で、様式案を用いたプレ調査を実施

調査対象:様式を活用して情報連携を行う当事者(特定機能病院1、地域医療支援病院1、在宅療養支援病院1、一般病院1、介護事業所5)、
医療介護連携に対して先進的な取組を行う自治体・医師会等(規模別に自治体5、医師会等4、在宅医療に携わる医師3)

③プレ調査の結果を踏まえて委員会で改めて必要な項目・様式について検討

■退院時における居宅介護支援事業所等向けの「診療情報提供書」に関する見直し(案)

現在の様式の項目

1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び服薬内容を含む治療内容
- (3)日常生活の自立度等について / (4)診療形態

2. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
- (2)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
- (3)サービスの必要性
- (4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

3. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

見直し案の項目

※調査研究事業の中で検討中であり、今後変更の可能性あり

1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の治療内容
- (3)病状等の説明内容と理解・希望
- (4)日常生活の自立度等について / (5)口腔・栄養に関する情報
- (6)服薬に関する情報 / (7)療養上の工夫点 / (8)入院期間

2. 退院後のサービスの必要性

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)ADLに関する入院中の変化 / (2)自助具の使用
- (3)現在あるかまたは今後発生の可能性が高い生活機能の低下とその対処方針
- (4)留意が必要な事項とその対処方針

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

情報提供の様式

- 見直し中医協委員意見

- 中医協では診療側・支払側ともに様式見直し方向に賛同している。

- 診療側の長島公之委員：日本医師会常任理事

- 「現場負担が増えないよう、他様式との重複を避けるなど項目設定の工夫を行ってほしい」

- 診療側の池端幸彦委員

- 「『標準様式以外は認めない』といった画一的な運用は避けるべき」
() といった注文への配慮も行われます。

②入退院支援における 連携機関



入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す



現行

【入退院支援加算1】

【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

【施設基準】

- ・「連携機関」の数が20以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

【入退院支援加算1】

【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**

【施設基準】

- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

➤ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

改定後

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ **入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること**
- シ **家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること**
- ス **児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること**
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
② うち、病院	8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
② うち、病院	4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

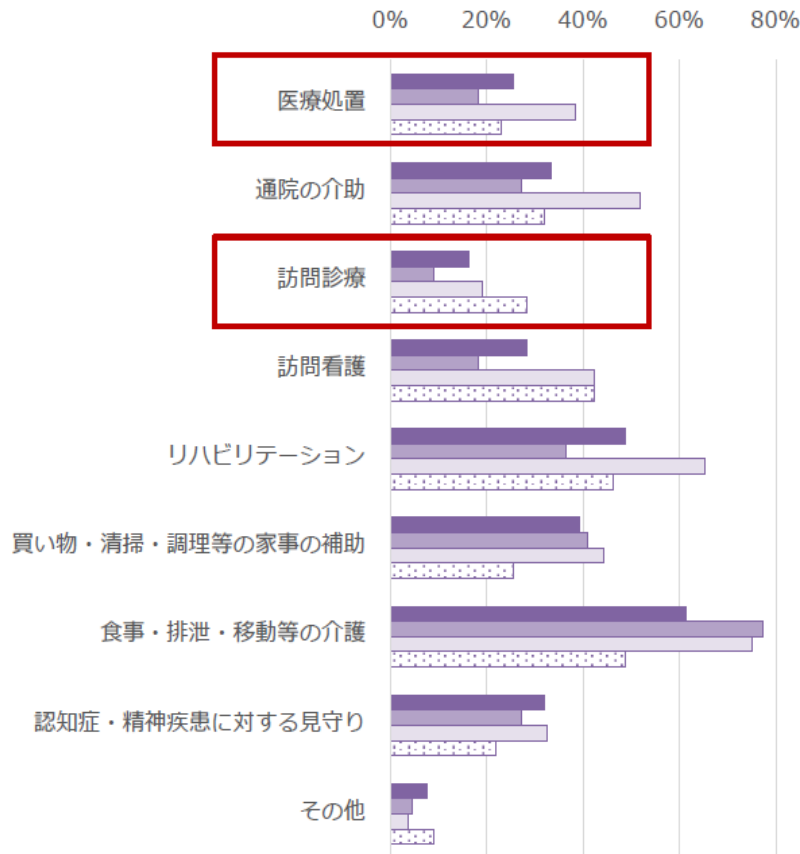
(※)連携機関

- ① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

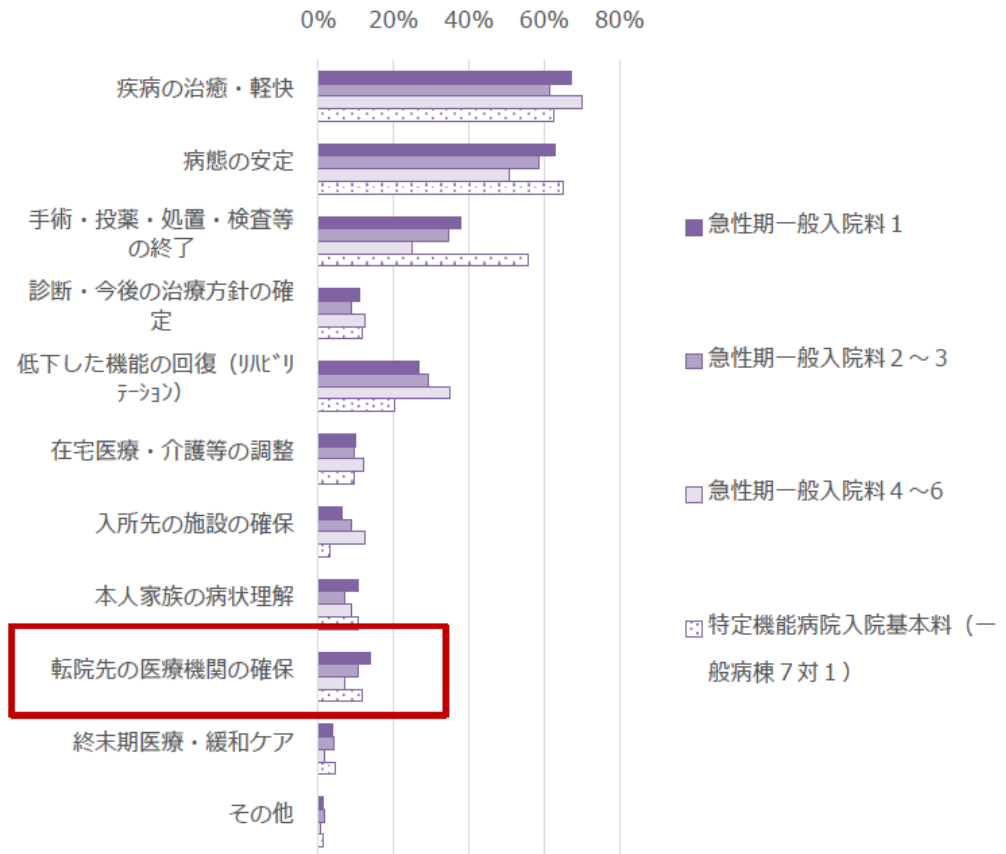
急性期病棟における退院後に必要な支援

- 急性期病棟において、医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援について、約2割の患者では「医療処置」や「訪問診療」が必要とされた。
- また、退院に向けた目標・課題等として、約1割の患者では「転院先の医療機関の確保」が挙げられた。

■ 医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援 (複数回答)



■ 退院へ向けた目標・課題等 (複数回答)

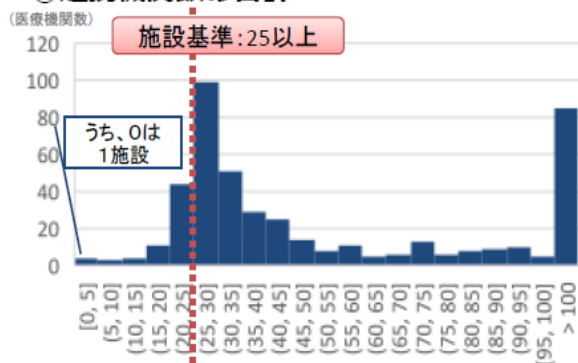


入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

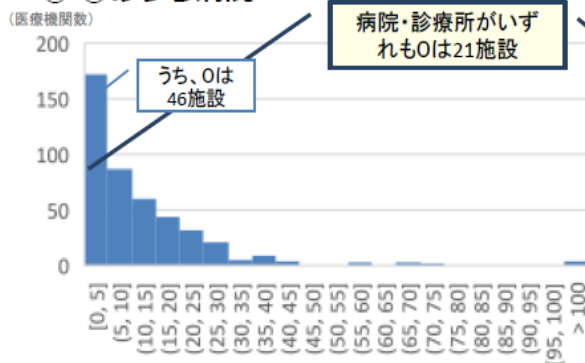
- 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

■急性期一般入院料の病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=450) (令和4年11月1日時点)

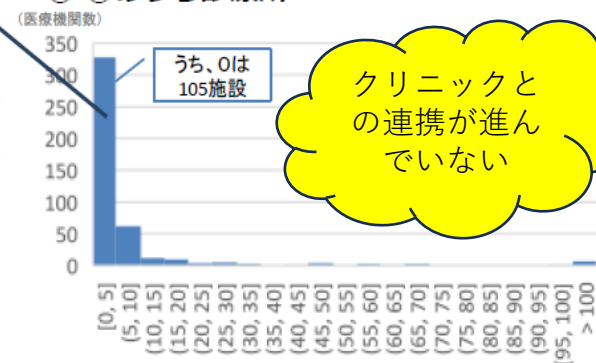
① 連携機関数の合計



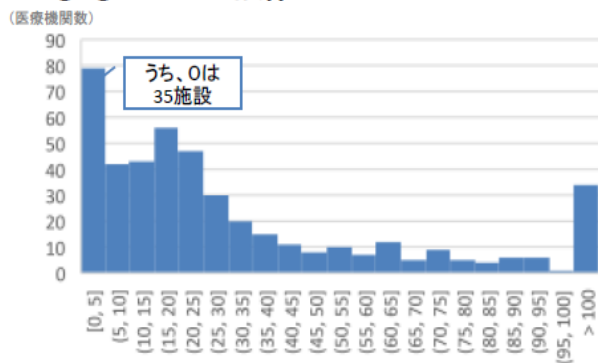
② ①のうち病院



③ ①のうち診療所



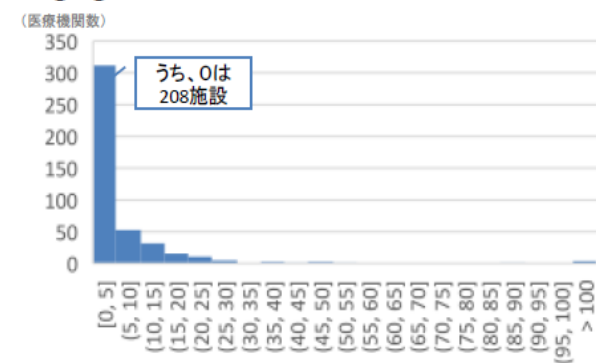
④ ①のうち介護保険サービス事業所



⑤ ①のうち障害福祉サービス事業所



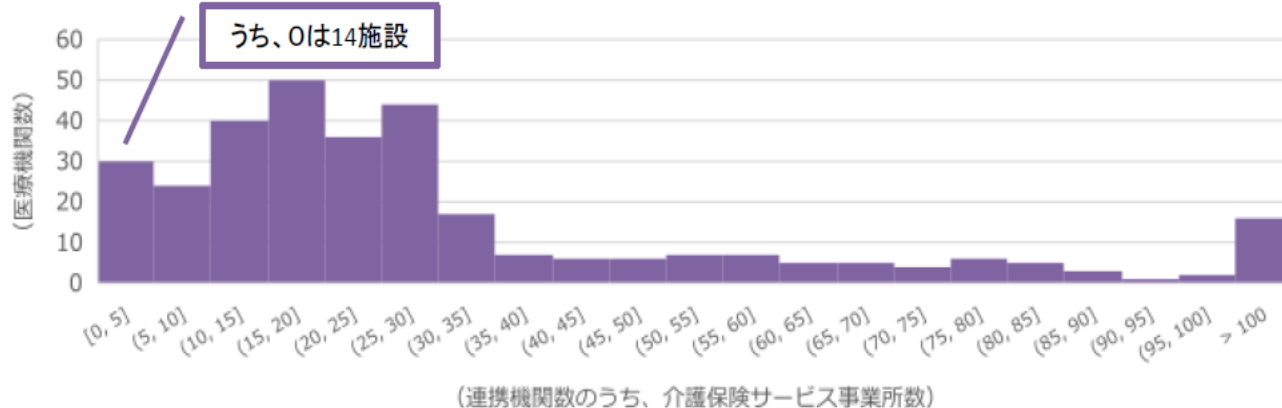
⑥ ①のうちその他の施設



- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある。

■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



中医協委員意見

- 厚労省側

- 入退院支援加算の要件「連携機関数25以上」をより詳細に、医療機関数〇施設、介護機関数〇施設というように規定してはどうか？
- 病院・診療所との連携を強化してはどうか？

- 診療側

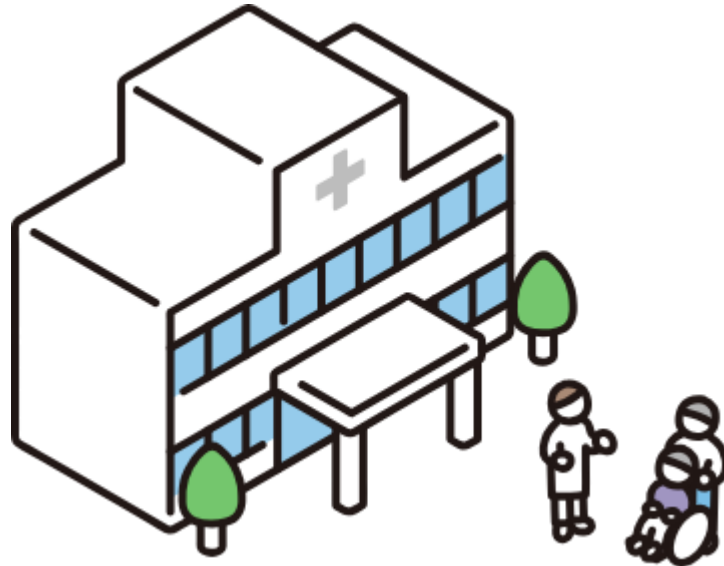
- 長島委員

- 「急性期病棟から他医療機関への転院調整が必要なケースは1割程度であり、一律に『〇か所医療の連携医療機関確保』を要件化・義務化すべきかは慎重に検討すべき」
- 「医療機関間連携の方向性は理解できるが、その際、『連携先施設を25以上確保する』基準に上乗せ（例えば『3か所以上の医療機関連携を求め、総数を28施設以上とする』など）すべきではない。

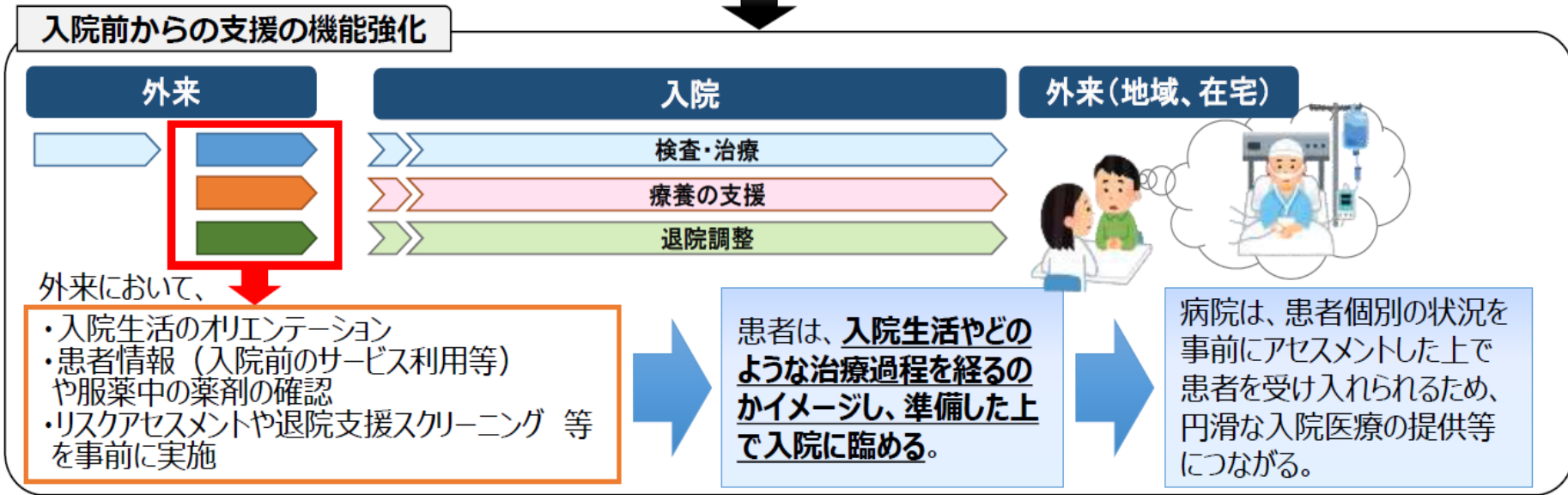
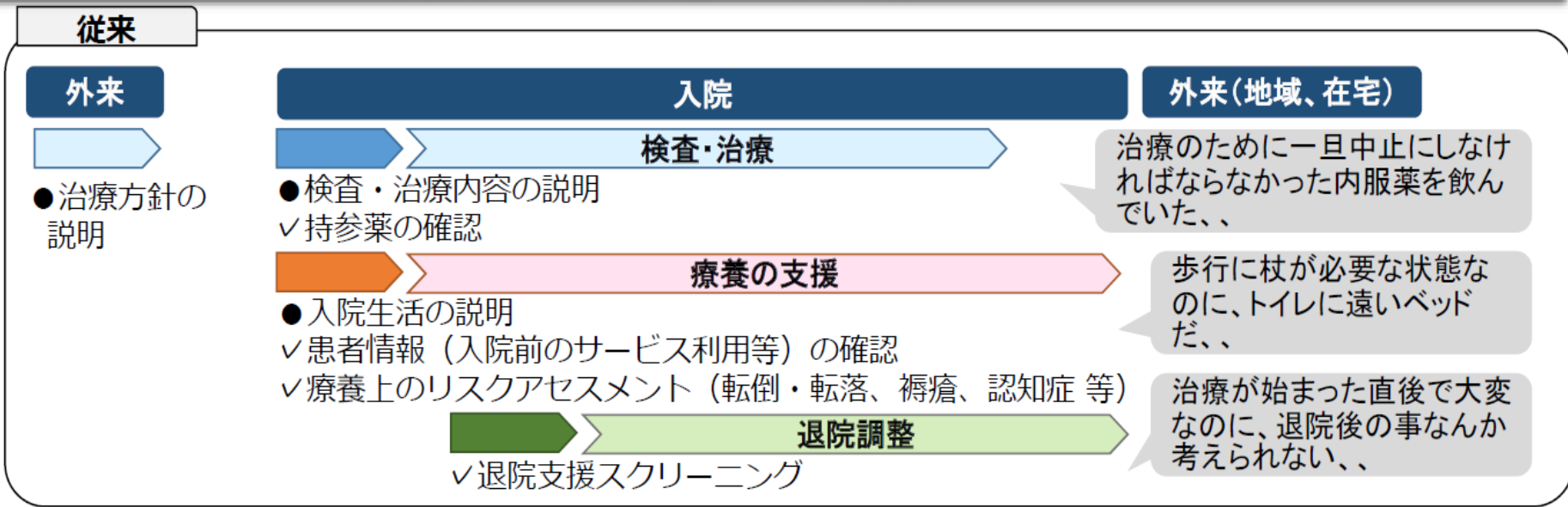
- 太田圭洋委員

- 地域によっては連携施設確保が非常に困難である

③入院前からの 支援の強化



入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入院前からの支援を行った場合の評価

▶ 入院時支援加算1 230点

【算定対象】

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

【施設基準】

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
《許可病床数200床以上》
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
《許可病床数200床未満》
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入院時支援加算2 200点（退院時1回）

【算定要件】

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下のア) からク) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認
- カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク) 入院生活の説明

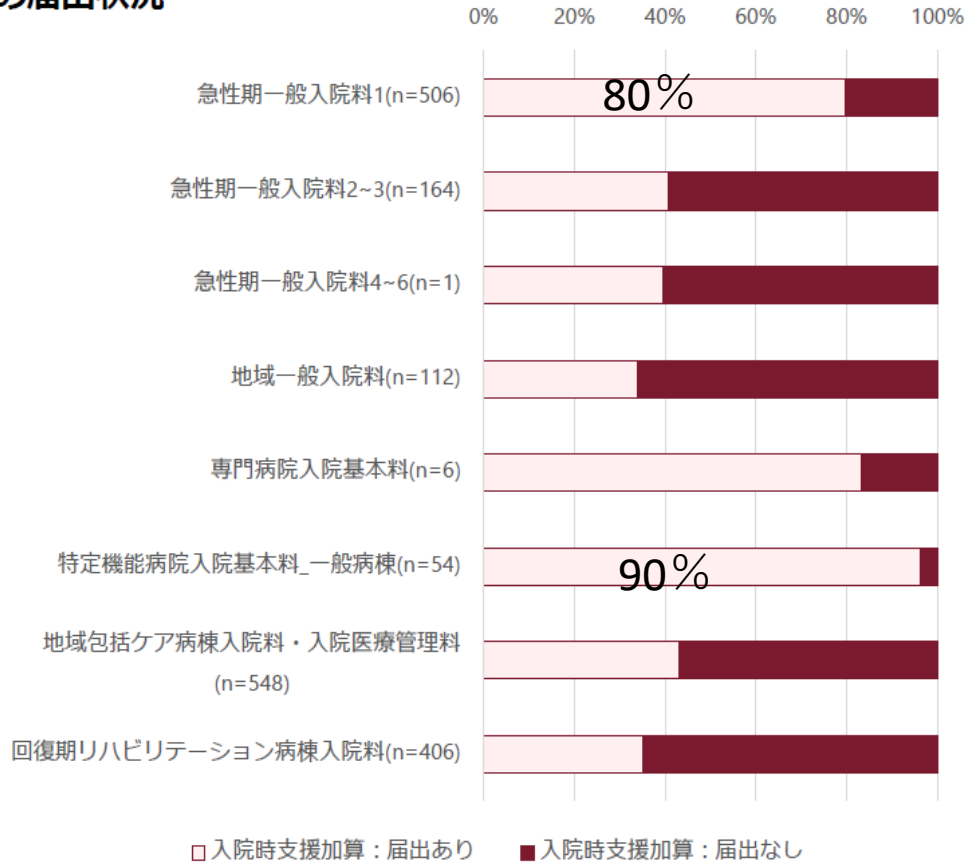
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

加算Ⅰではア)～ク)
すべてを実施
加算Ⅱでは一部を実施

入院時支援加算の届出状況

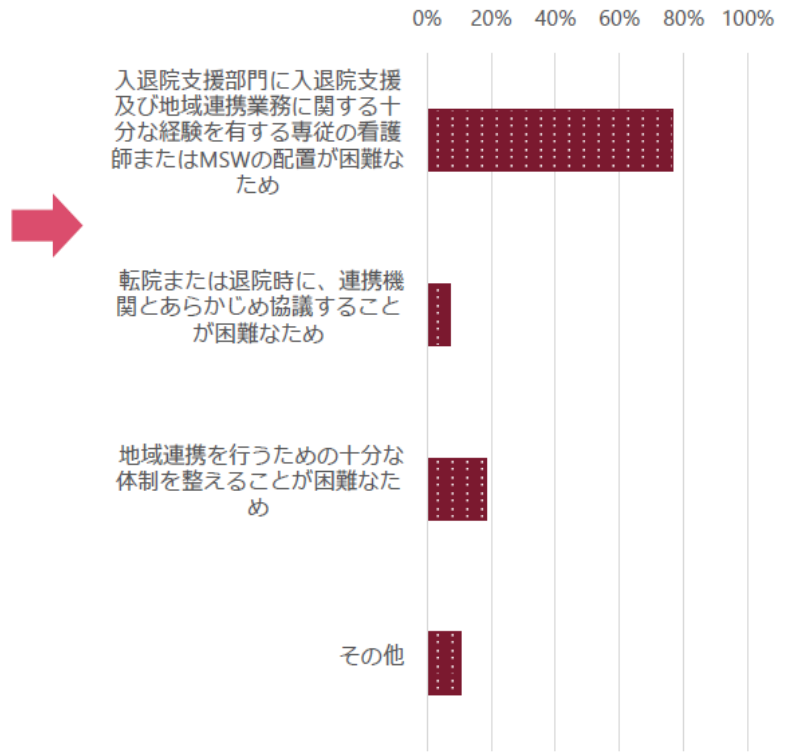
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■入退院支援加算1・2届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



■急性期医療機関(※)において入院時支援加算を届け出していない理由(複数回答) (n=112)

(※) 急性期一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院

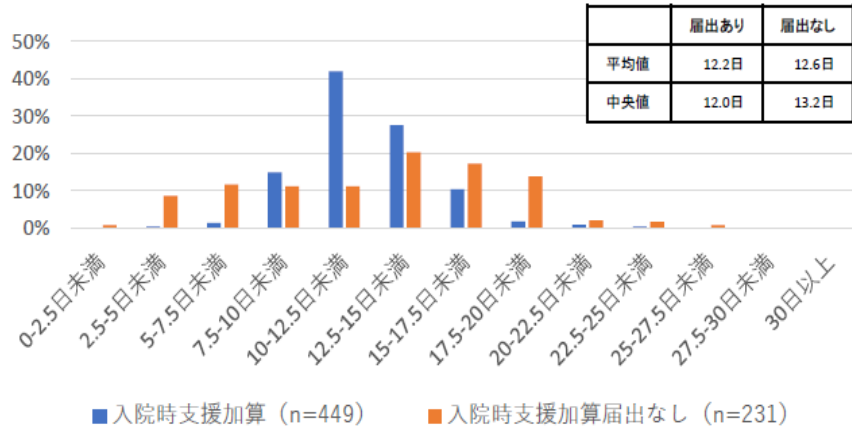


入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

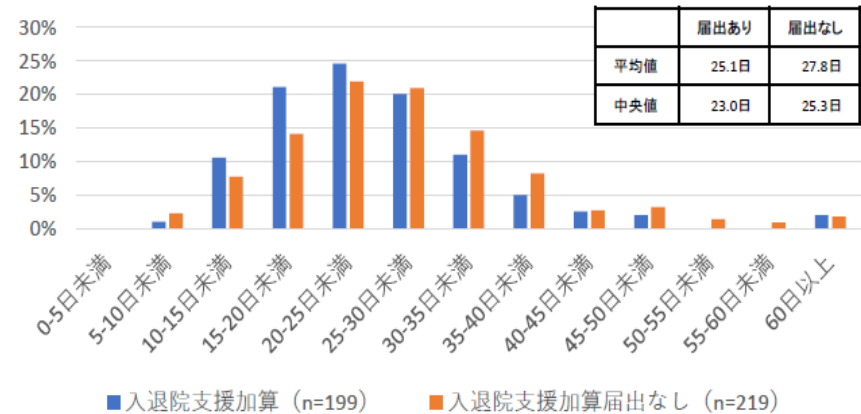
○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

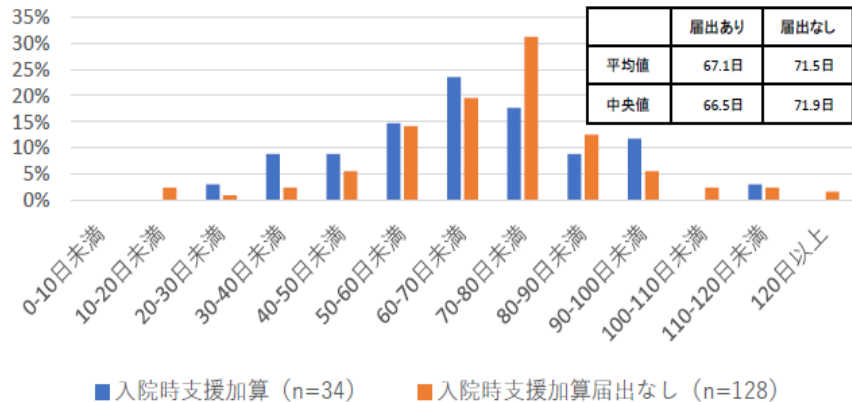
急性期一般入院基本料



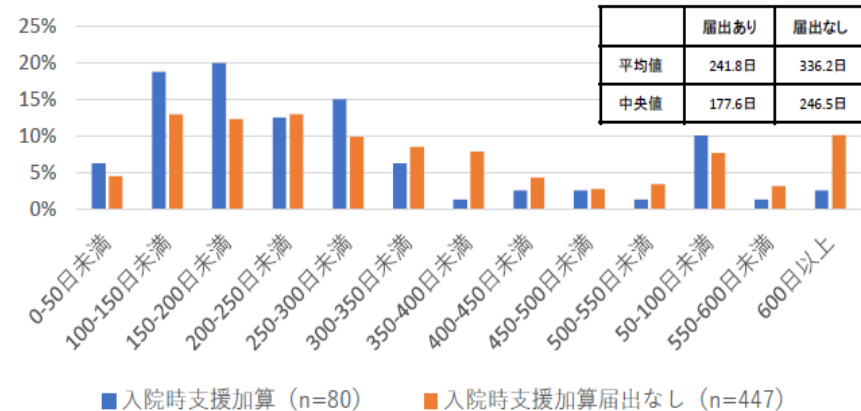
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



療養病棟入院基本料

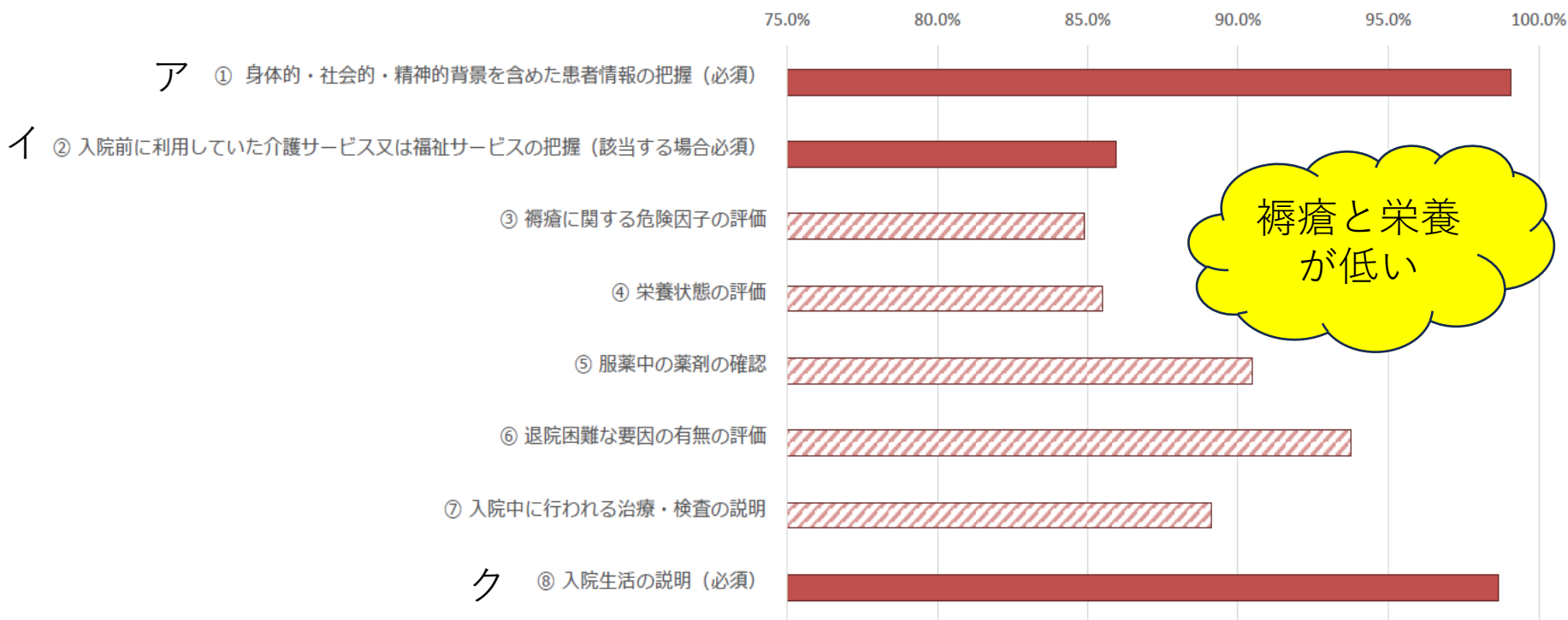


入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

中医協 総-1
5. 7. 20

- 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

■入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和4年8月～10月の3か月間）



褥瘡と栄養
が低い

※
入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援加算1
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援加算2

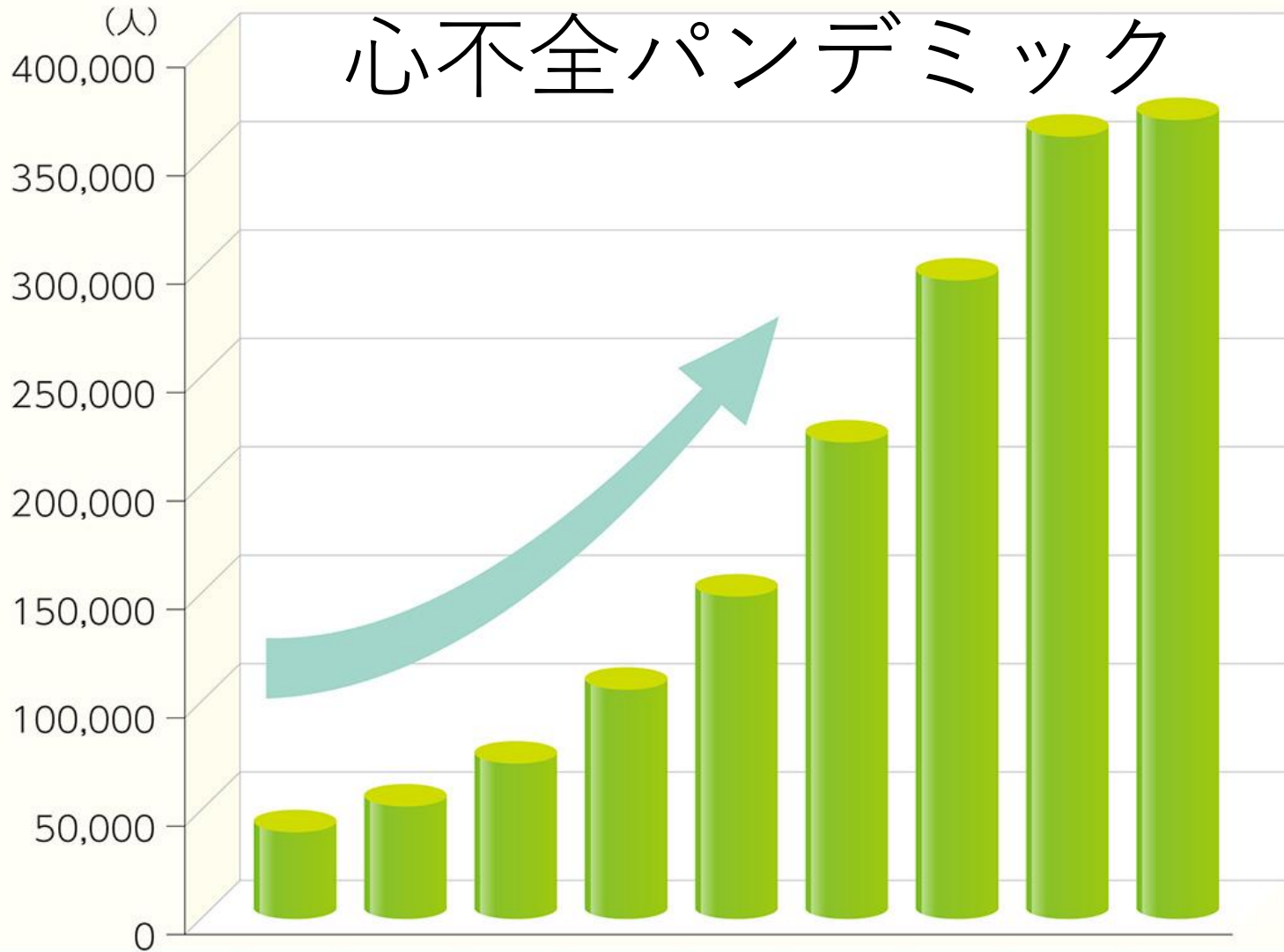
中医協委員意見

- 松本委員（支払い側）
 - 「褥瘡リスクの評価、栄養評価の重要性に鑑みれば、加算を一本化することを検討してはどうか」
 - 褥瘡リスクの評価や栄養評価は、加算2では必須となっていないために、実施状況が若干低めであり、この点を改善するために「すべての項目実施が要件となる加算1への一本化」を松本委員は提案しているのです。
 - 2020年度診療報酬改定では、より強力な支援を目指し「すべての項目実施を要件とする加算1を新設した経緯」を踏まえれば、「加算1への統合」案には一定の合理性があると言えそう
- 長島委員（診療側）
 - 「【入院時支援加算】を取得していない医療機関もある中では、底上げを重視すべきではないか。このためには加算の一本化はせず（加算1・2の維持）、そのうえで加算1へ誘導するために点数の引き上げ（230点からの引き上げ）を行うことも考えられる」
- 加算1の一本化は今後の議論

④退院後の継続支援



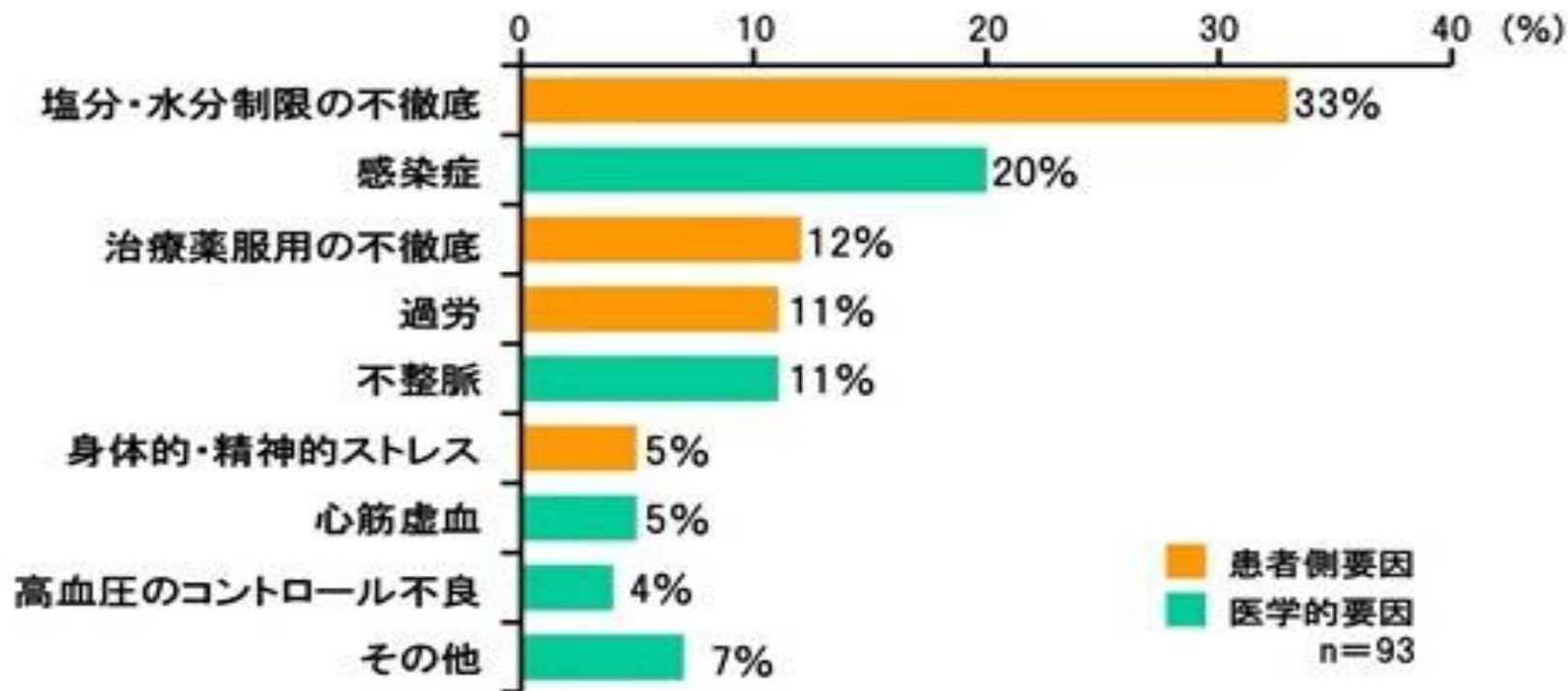
心不全パンデミック



年	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	(年)
高齢者の割合(65歳以上)	4.9	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	23.0	29.1	31.6	(%)
総人口	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6	(100万人)

心不全では再入院が多い

図2 心不全再入院の原因



(Tsuchihashi M, et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

慢性心不全患者に求められる疾病管理

- 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)

XII. 疾患管理

1. プログラム(教育など)とチーム医療

1. 2 疾病管理プログラムの具体的な内容

1. 2. 1 アドヒアランスとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる。医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者のセルフケアの向上に努める。患者教育では、疾患に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ、患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である。

2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」フォーカスアップデート版

第7章 疾病管理

2. 疾病管理プログラムの具体的な内容

2. 8 退院調整・退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は、心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である。入院中の退院調整では、退院支援の必要性の評価、具体的な支援内容の検討を行うとともに、セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する。退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、**退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効**である。

心不全に対する疾病管理のエビデンスレベル及び具体的な治療及び教育・支援内容

- 心不全に対する疾病管理として、「多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援」、「退院支援と継続的フォローアップ」が推奨されている。
- ガイドラインにおいて、心不全患者、家族及び介護者に対する教育・支援内容が具体的に示されている。

■心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル*

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援を行う：患者および家族、介護者に対して。	I	A	A	I
退院支援と継続的フォローアップを行う。	I	A	B	I
禁煙教育・支援を行う。	I	C	B	IVb
身体症状のモニタリングを行う。	I	C	C1	VI
精神症状のモニタリングと専門的治療を行う。	I	B	B	II
心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用を行う：独居者、高齢者、認知症合併者などに対して。	I	A	A	I
感染症予防のためのインフルエンザワクチン接種を行う。	I	A	B	IVa
1日6g未満の減塩食を考慮する。	IIa	C	C1	VI
節酒を考慮する。	IIa	C	C1	VI

■心不全患者、家族および介護者に対する治療および生活に関する教育・支援内容**

教育内容	具体的な教育・支援方法	教育内容	具体的な教育・支援方法
心不全に関する知識	定義、発症、症状、病の経過 重症化の予防（療養内容） 療養の原則 合併症 薬物治療、医療物治療	アドヒアランス	心不全の病状を含め個別性を考慮し、状況に応じた教育を行う。
セルフモニタリング	患者自身が症状モニタリングを実施することの必要性・重要性 セルフモニタリングのスキル 療養手帳の活用	禁煙	禁煙の必要性 「禁煙ガイドライン2019年版」を参照。
運動の励励	運動開始の時期 運動時の症状と評価 運動時の危険性への連絡方法	身体活動	定期的な適切な身体活動の必要性 定期的な生活活動の評価 定期的な適切な身体活動の必要性 定期的な生活活動の評価 定期的な適切な身体活動の必要性 定期的な生活活動の評価
家族に対するアドヒアランス	家族用、薬物、服薬方法、副作用 処方通りに服用することの重要性 アドヒアランスの目的、治療に関する生活上の注意事項	入浴	適切な入浴方法 重症度や生活環境に応じた方法を指導する。
感染予防とワクチン接種	心不全増悪因子としての感染症 インフルエンザ、肺炎に対するワクチン接種の必要性	旅行	旅行中の注意事項（薬物、飲水、食事内容、身体活動量） 旅行に伴う心不全増悪の危険性 旅行中の発生時態時の対応方法
塩分・水分制限	過度の飲水の危険性 重症心不全患者における飲水制限 適正な塩分摂取（0.5g未満/日） 適正体重の維持の重要性	性生活	性生活が心不全に及ぼす影響 心不全治療薬と性機能の関係 勃起障害治療薬の服用について
栄養管理	定期的な栄養状態を評価する。 嚥下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導を実施する。	心理的支援	継続的に精神状態を評価する。 日常生活におけるストレスマネジメントの必要性とその方法について説明する。 心不全と心理的変化 日常生活におけるストレスマネジメント
バランスのよい食事の必要性 合併症を考慮した食事内容	定期的に栄養状態を評価する。 嚥下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導を実施する。 食事量の減少や食欲低下は、心不全増悪の危険性があることを説明する。	定期的な評価	定期的に重症度の評価を行う。 重症度は、診断予定にかかわらず、すみやかに医療機関に連絡することを目指す。 医師へのアクセスを確保する。（電話相談、社会的資源の活用）

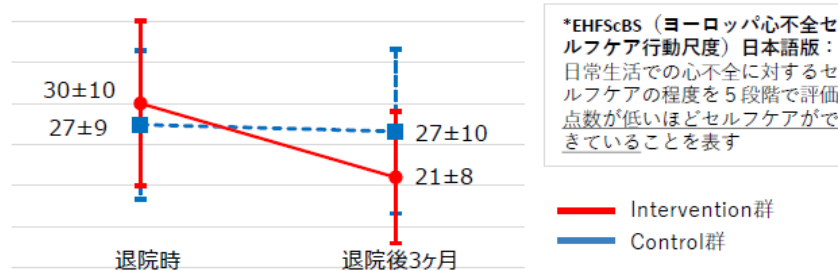
慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善することが示されている。
- 心不全患者において、セルフケア行動が維持されていると、再入院率が低くなることが示されている。

■慢性心不全患者の重症化予防に向けた、退院後の集中的な支援の効果

<退院後3か月におけるセルフケア行動の変化>

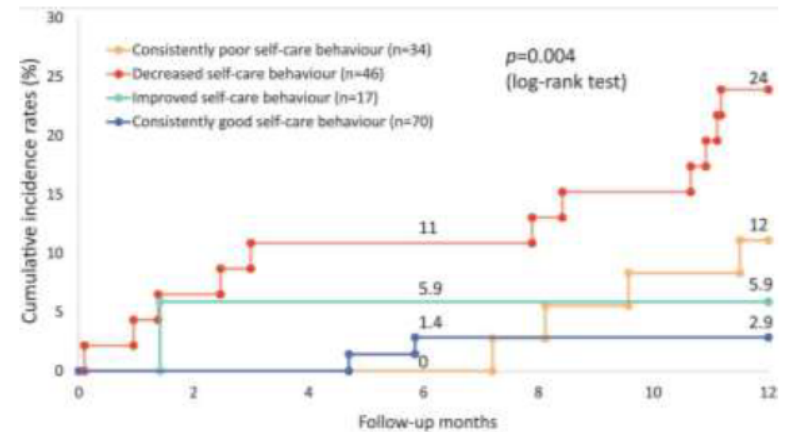
退院後3か月におけるEHFScBS*の総得点は、有意に介入群で低値であった ($p < 0.001$)



■セルフケア行動と入院率

<セルフケア行動別、心血管疾患による累積入院率>

セルフケア行動が維持されることにより、心血管疾患による累積入院率は有意に低い ($p = 0.004$)



出典: Lijeroos M, et al. (2020) 「Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors」
European Journal of Cardiovascular Nursing, Vol19,5,421-432

【研究方法】介入研究

Intervention群: 「2021年JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療」で示された、疾病管理プログラムに基づき提案する、療養支援フローに則り、対面及び電話による療養支援プログラムを実施

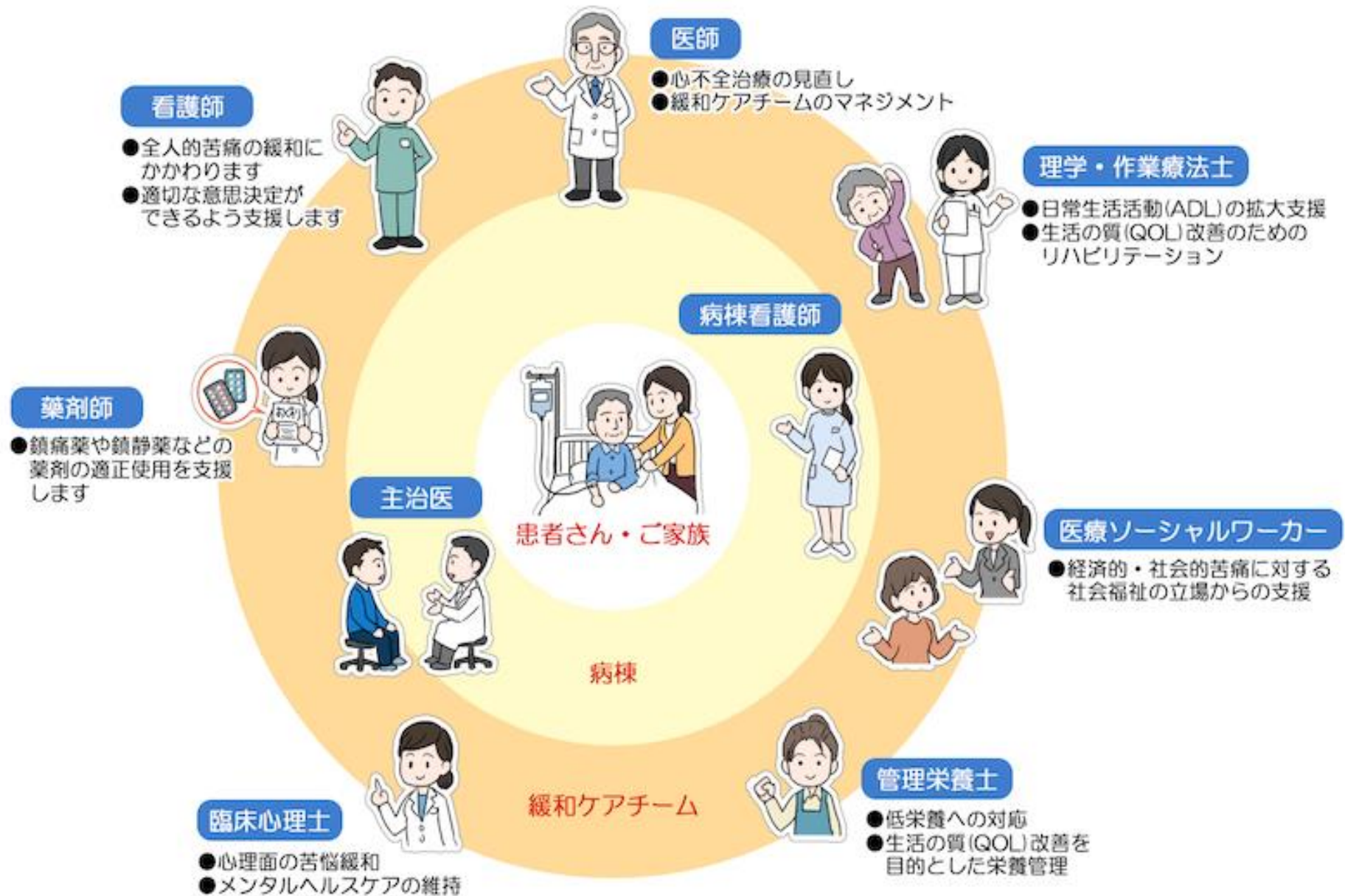


【対象患者】

慢性心不全と診断された成人患者 (18歳以上) で、ACC/AHAの心不全ステージ分類Stage Cにあり、包含基準に該当する者 (包含基準) 過去1年間に1回以上の入院を経験し、アドヒアランスに関わる問題を1つ以上有している

出典: 日本看護協会「慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究」(2022~2023年度)

心不全多職種チーム



パート5 後発医薬品の 安定供給へ向けて



薬機法違反の状況

- 令和3年より、複数の医薬品企業において、製造管理・品質管理上の不備による医薬品医療機器等法（薬機法）違反が発覚し、行政処分が実施されている。

行政処分手例一覧（令和3年～）

企業名	処分日
小林化工株式会社（福井県）	2021年2月9日（業務停止、業務改善）
日医工株式会社（富山県）	2021年3月5日（業務停止）
岡見化学工業株式会社（京都府）	2021年3月27日（業務停止、業務改善）
久光製薬株式会社（佐賀県）	2021年8月12日（業務停止）
北日本製薬株式会社（富山県）	2021年9月14日（業務停止、業務改善）
長生堂製薬株式会社（徳島県）	2021年10月11日（業務停止、業務改善）
松田薬品工業株式会社（愛媛県）	2021年11月12日（業務停止、業務改善）
日新製薬株式会社（滋賀県）	2021年12月24日（業務停止、業務改善）
富士製薬工業株式会社（富山県）	2022年1月19日（業務改善）
共和薬品工業株式会社（兵庫県、鳥取県、大阪府）	2022年3月28日（業務停止、業務改善）
中新薬業株式会社（富山県）	2022年3月30日（業務停止、業務改善）
辰巳化学株式会社（石川県）	2022年9月2日（業務改善）
株式会社廣貴堂（富山県）	2022年11月11日（業務停止、業務改善）

総合対策有識者検討会と 安定供給



2023年2月15日

顕在化している課題

- 後発品業界においては、品質管理不備といった課題が顕在化している。

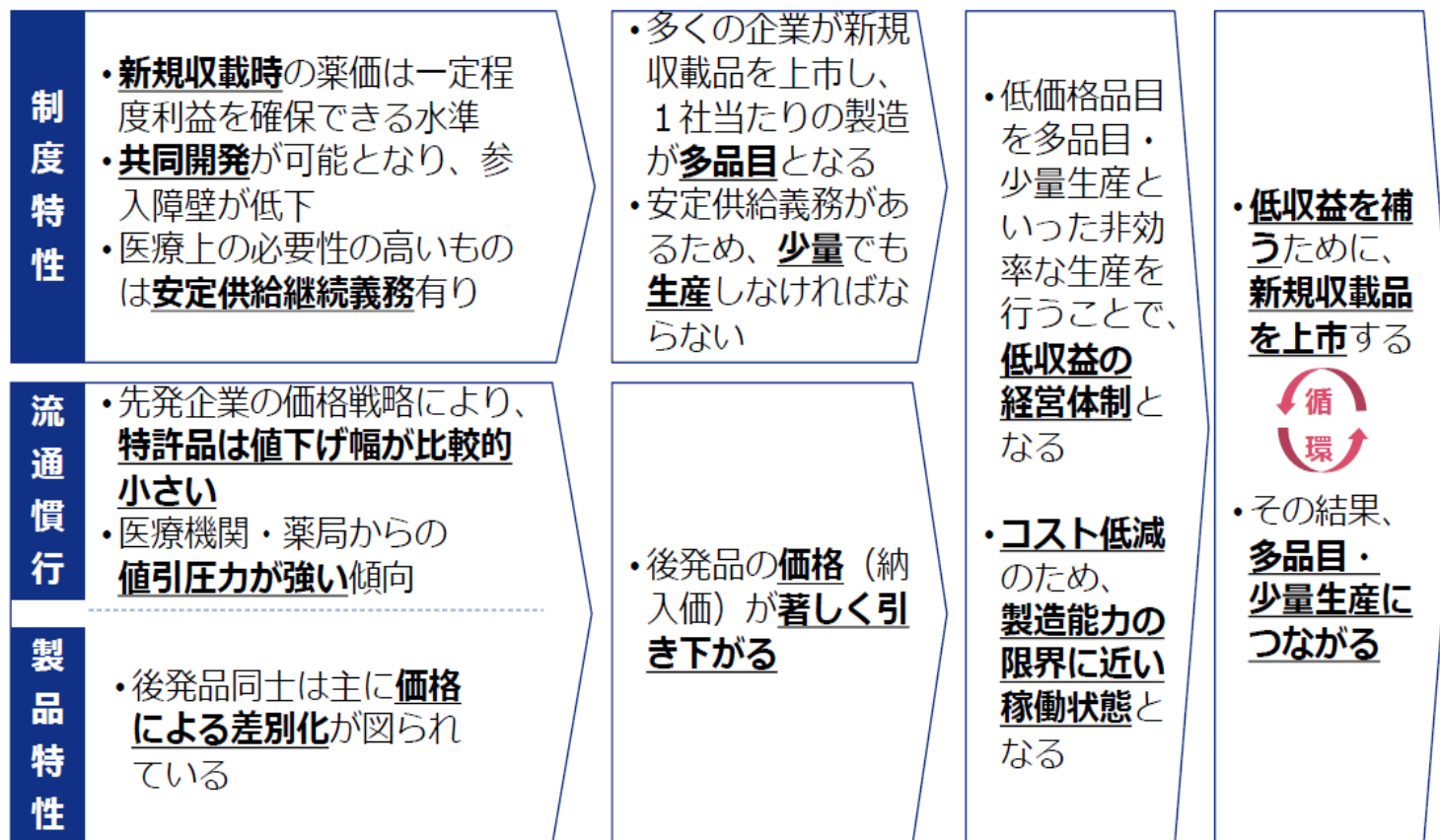
課題	概要
品質管理不備	<ul style="list-style-type: none">2021年以降、複数の後発品企業において、製造管理・品質管理の不備による法違反が発覚し、行政処分が実施されている。法違反の背景として、過度の出荷優先の姿勢が指摘されているものもある。
供給不安	<ul style="list-style-type: none">後発品の全品目のうち、約4割が出荷停止、限定出荷となっている（2022年8月末）。
低い採算性	<ul style="list-style-type: none">原価率が8割を超えている後発品が約3割存在する（2022年10月）。

後発品産業を巡る諸課題の全体構造

- 後発品を巡る諸課題については、制度特性や流通慣行等による要因が絡み合い品目の多さや低収益を導くという構造になっていると考えられる。
- また、低収益を補うため新規収載品を上市することで、さらなる品目数増加等を生むという負の循環（スパイラル）が発生していると見込まれる。

要因

発生していると見込まれる事象



※以上の図は後発品のビジネスモデルについて議論するために、後発品にまつわる主な事象と当該事象間の因果関係を簡単にまとめたものであり、記載した以外の事象を要因とするものもある点に留意

第2章 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた対策の方向性

- 第1章に記載した課題に対して、政府が取り組むべき対応策を以下にて提言する。
- 2. 1 医薬品の安定供給の確保に向けて
 - 2. 1. 1 後発品産業構造の見直し
- 資金や人材などが限られている中、製薬企業は事業を戦略的に集中させていく必要がある。その上で、国民に高水準の医療を持続的に提供できる世界を目指すためには、先発品企業は革新的な医薬品を創出し続け、後発品企業は、特許が切れた医薬品を安定的に供給し続けるという役割分担を形成することが必要である。
- この中において、後発品企業は、国民にとって必要不可欠となった後発品について、品質を確保しつつ将来にわたって安定的に供給し続けることが求められる。そのためにも、製造管理及び品質管理の徹底は当然として、製造ラインの品目切り替えを極力減らすこと等による生産の効率化を行うとともに、非常事態に対応できる余力を持った製造体制を確保することが求められる。
- しかしながら、現状では第1章に記載したように、複数の後発品企業において、製造管理及び品質管理の不備による薬機法違反が発覚し、これを端緒として多くの医薬品において出荷停止や限定出荷が発生するとともに、これが長期化し、国民に必要な医薬品が供給されない状況が続いている。
- こうした事態は、これまで政府において後発品の使用促進が進められ、市場が大きく拡大する中で、必ずしも十分な製造能力や体制を確保できない多くの企業が新規品目を上市することや、十分な製造管理も行われない中で少量多品目生産が行われるといった後発品産業特有の産業構造上の課題がその大きな背景の一つと考えられる。このため、今後、これまでのような大きな市場拡大が見込めない中であっても、後発品の安定供給を確保していくためには、このような産業構造の在り方そのものを見直していくことが必要である。
- その際には、医薬品の種類は非常に多く様々なカテゴリーがある中で、各企業がそれぞれの特性を活かしつつ分業を行うことで安定供給が実現できる産業を目指していく必要がある。
- 政府においては、今後の後発品産業の在るべき姿を策定するとともに、その実現を図るため、以下に掲げる方策について、これらを更に具体化するための会議体を新設し、速やかに検討に着手すべきである。

後発医薬品産業構造検討会



2023年7月31日

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた
産業構造のあり方に関する検討会
構成員名簿

	氏 名	現 職
○	川 上 純 一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
	櫻 井 信 豪	東京理科大学薬学部 教授
	田 極 春 美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 主任研究員
	堤 崇 士	グロービス経営大学院 教授
	鳥 巢 正 憲	長島・大野・常松法律事務所 弁護士
	野 澤 昌 史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部 ヘルスケア室長
	福 田 彰 子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社 LSHC M&Aトランザクションサービス シニアヴァイスプレジデント
	間 宮 弘 晃	国際医療福祉大学薬学部 准教授
◎	武 藤 正 樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
	安 本 篤 史	ネクスレッジ株式会社 代表取締役社長
	柳 本 岳 史	ポストン コンサルティング グループ マネジング・ディレクター&パートナー

(◎は座長、○は座長代理) (計11名、氏名五十音順)

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 中間取りまとめ概要

2023年10月11日 公表

中間とりまとめの位置づけ

- 厚生労働省の他の会議体において後発医薬品に関する課題を含めた施策の検討が進められており、これらの会議体における検討の参考となるよう、**先だって薬事・薬価に関係する事項について提言を行うもの。**
- 中間取りまとめ以降も検討会で議論**を続け、後発医薬品産業を巡る構造的課題の解決に向けて**取り得る一連の施策について提言を行う予定。**

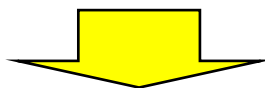
安定供給等の企業情報の可視化

- 品質が確保された後発品を安定供給できる企業が市場で評価**され、結果的に優位となることを目指し、例えば以下の項目を公開すべきである。
 - 安定供給体制に関する情報：安定供給体制の運用状況、共同開発の有無、製剤製造企業名（委託企業含む。）、供給不安発生時の事後対応 等
 - 供給状況に関する情報：自社品目の出荷状況、出荷停止事例 等 / ● 自社の情報提供状況に関する情報：医療関係者への情報提供の状況 等
 - 緊急時の対応手法に関する情報：余剰製造能力の確保又は在庫による対応 等 /
 - 業界全体の安定供給への貢献に関する情報：他社の出荷停止品目等に対する増産対応 等
- 公表事項について基準を設定した上で厚生労働省が評価するとともに、公表事項以外の企業情報（供給計画・実績 等）も評価に反映し、**評価結果を薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みに活用**することを検討すべきである。
 - ※ 企業に求められる最低限の基準を満たさない場合は低評価、基準を超えるような指標を満たす場合は高評価といったメリハリをつける。
 - ※ 導入時期について、企業側の負担を考慮し、一部の公表を求めることや、経過措置を設けるなど、優先順位を設けて柔軟に対応する。

少量多品目構造の解消

- 新規収載品目の絞り込み**：安定供給に貢献しない企業の参入を抑制するため、新規収載に当たって企業に対し安定供給に係る責任者の指定を求めるとともに、継続的に供給実績を報告させる仕組み等を検討すべきである。
- 既収載品目の統合**：企業間の品目統合を促進するため、統合後の品目の増産が行いやすくなるよう、製造方法の変更に係る薬事審査等の合理化に係る検討を行うべきである。
- 供給停止・薬価削除プロセスの簡略化等**：一定の条件に該当する品目（医療上の必要性や市場シェアが低い等）につき、医療現場への影響、採算性のみを理由とした供給停止等に配慮しつつ、供給停止プロセスの合理化・効率化の検討を行うべきである。
- 新規収載品の品目数の抑制や既収載品の品目数の削減等、**安定供給の確保に資するような薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みを検討**すべきである。 ※ 例えば、後発品の内用薬について、現行の薬価制度上、10品目を超える場合に薬価を下げる仕組みがある。

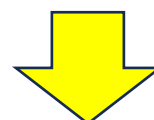
「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会
報告書（2023年2月）」



後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会
「中間とりまとめ」（2023年10月）」



中医協薬価専門部会
（2023年10月～）



創薬力の強化・安定供給の確保等のための薬事規制のあり方に関する検討会
（2023年10月～）

中医協薬価専門部会



企業評価のための指標とその準備状況

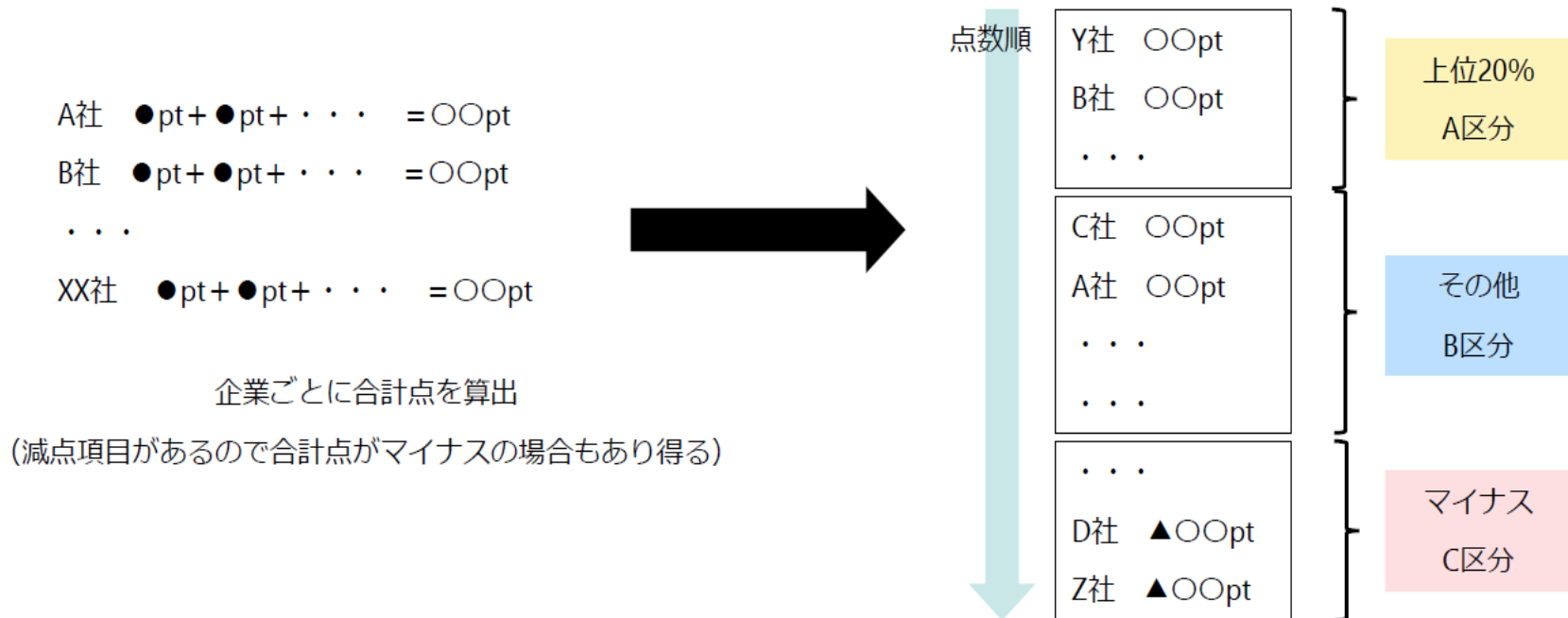
評価の指標	項目の必要性	
1. 後発品の安定供給に関連する情報の公表など		
①製造販売する品目の 製造業者名の公表	複数銘柄が同一製造所で製造されている場合の透明性の観点 医療機関の情報ニーズに対する情報公開努力を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する品目の 原薬の製造国の公表		
③共同開発され承認取得した品目の 共同開発先企業名の公表		
④「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ（厚労省ウェブサイト）」で 安定供給体制等に関する情報を掲載	安定供給確保のための企業体制を評価	
⑤ジェネリック医薬品供給ガイドラインに準拠した 安定供給マニュアルの作成と運用		
2. 後発品の安定供給のための予備対応力の確保		
①製造販売する品目の 原薬の購買先を複数設定	安定供給のための企業の供給能力を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する品目のうち「安定確保医薬品」について、 一定以上の余剰製造能力又は在庫量確保		今後の取組みであり準備期間が必要
3. 製造販売する後発品の供給実績		
①製造販売する品目についての 品目毎の月次出荷実績 （製造計画と実際の出荷量の比較）の公表	医薬品の供給にかかる企業実績を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する 安定確保医薬品の品目数	企業の安定供給実態を評価	実績であり把握可能
③製造販売する品目に係る 自社理由による出荷停止又は出荷量の制限の実施		
④出荷量が 増加した品目 、出荷量が 減少した品目の割合		
⑤ 他社が出荷停止又は出荷量の制限を行った医薬品に対する自社品目の追加供給の実施	供給不安解消のための企業努力を評価	
⑥他社の長期取載品のうちG1区分の品目の市場撤退に伴う 製造販売承認の承継、又は自社品目の追加供給の実施		
4. 薬価の乖離状況		
① 企業毎の後発品平均乖離率が一定値を超える	企業自らが赤字構造を生み出すような価格設定をしているかどうかを評価	薬価調査で把握可能
②製造販売承認を取得した新規後発品について、 薬価取載後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える		
③ 新規取載された後発品のうち、5年以内に撤退した品目数		
④ 不採算品再算定を受けた品目について、その後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える		

※「公表する範囲」については、後発検討会及び研究班で引き続き検討

評価指標 1～4 の個別項目を踏まえた企業評価方法（案）

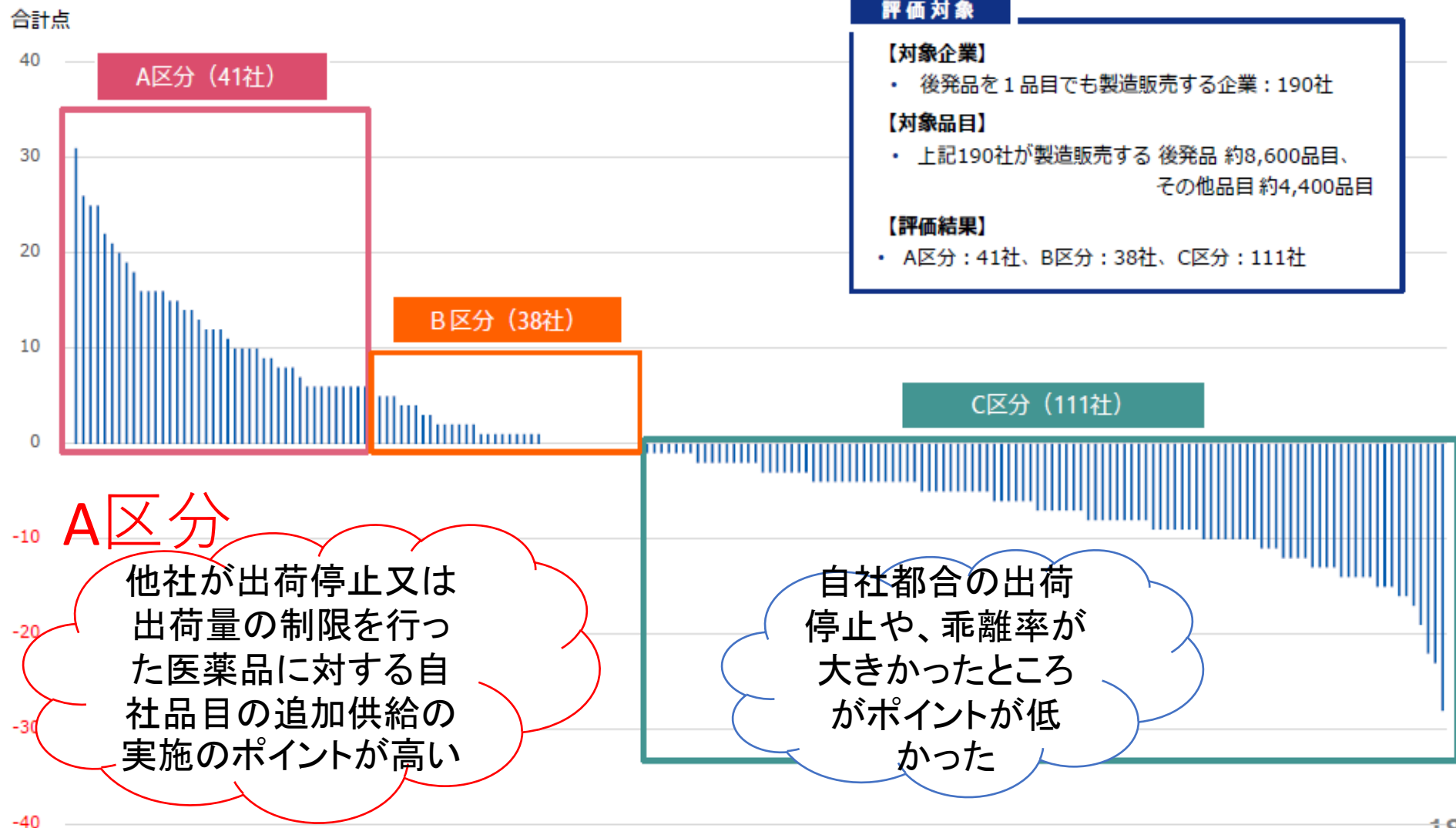
評価方法（案）

- 企業から提出された資料や統計情報、行政で把握している情報等をもとに、厚生労働省で評価。
- 評価指標で示した項目ごとに点数化し、合計点について相対的に評価。
- 評価区分を「一般的な取組状況にある企業の区分（B区分）」を基本として、「一定水準を超える取組を行っている」と評価できる企業の区分（A区分）、「一定水準を下回る取組を行っている」と評価される企業の区分（C区分）」の3区分とする場合、例えば、合計点の上位20%の企業はA区分、合計点がマイナスとなった企業はC区分とすることが考えられる。
- 評価時点から1年以内に製造販売する品目の医薬品医療機器等法違反に基づく行政処分の対象となった企業については、合計点数によらず「A区分」とはしない。



評価方法（案）に基づくシミュレーション結果

評価方法（案）に基づき、企業ごとに合計点を集計したところ以下の分布となり、上位20%を企業をA区分、マイナスとなった企業をC区分とした。

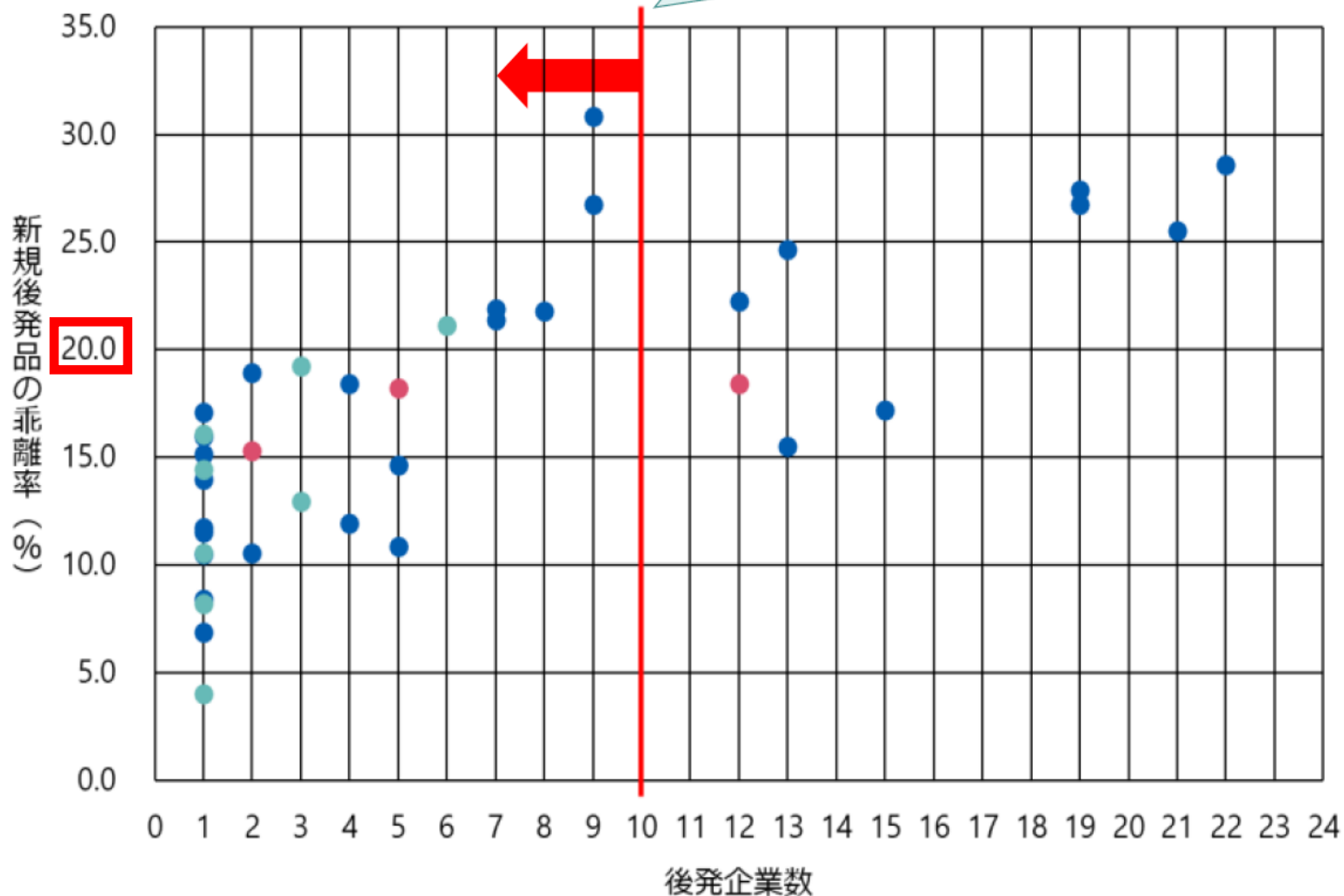


新規後発品の乖離率分布（R2.6月、R3.6月、R4.6月収載品目）

【課題】 品目数の規定を改正する場合、
どの程度にすることが適当か

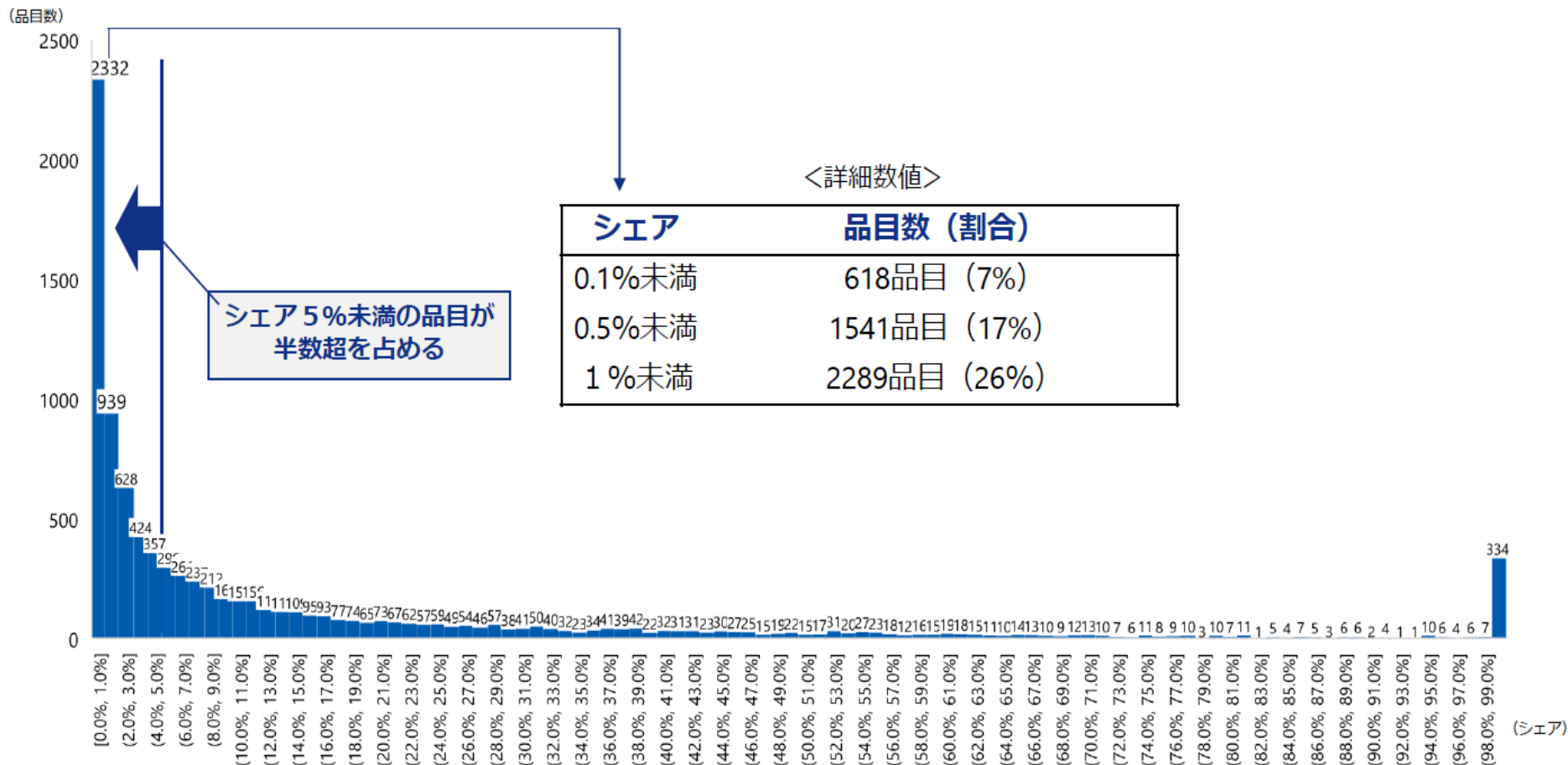
【現行ルール】
内用薬で10品目を超える場合は0.4掛け

●内用、●外用、●注射



後発品における同成分同規格内シェア別品目数（2023年度）

- 後発品はシェアの低い品目が多く、シェアが1%未満のものは全体の26%存在している。



※出典：令和5年度薬価調査結果

※留意点：後発医薬品を対象として、シェア0%（販売実績無し）の品目を除外

後発医薬品企業の再編



2023年12月4日

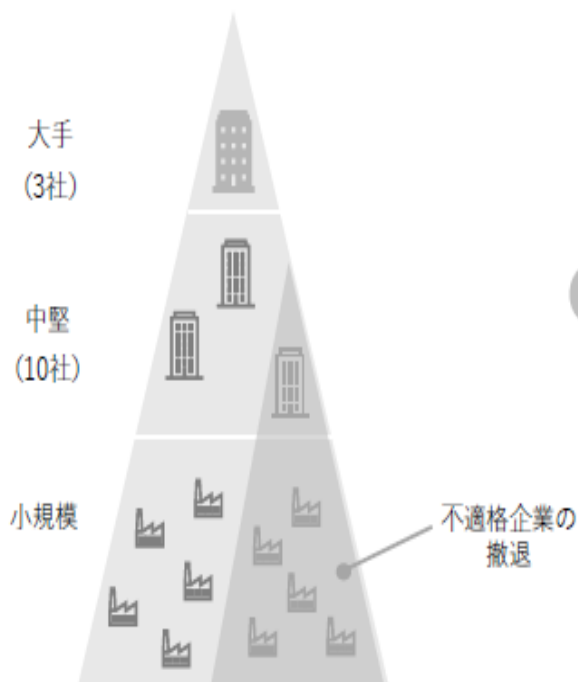
ジェネリック企業のあるべき姿



ネクスレッジ 安本篤史氏

- 現在約200社が存在するとされるGEメーカーは、大手は現在の形態(フルラインナップ)で存続させつつ、撤退企業が去ったのちに残る中堅・小規模企業がコンソーシアム(協業体制)を形成することで、最終的には業界全体を大手3社+10~15程度のコンソーシアムに集約・淘汰し、安定供給を図っていくことが望ましい。

現在の市場形態



- GEメーカーは現状約200企業ほど
- 大手3社と中堅企業10社程度、多くの小規模企業が乱立している

業界再編後の全体イメージ図



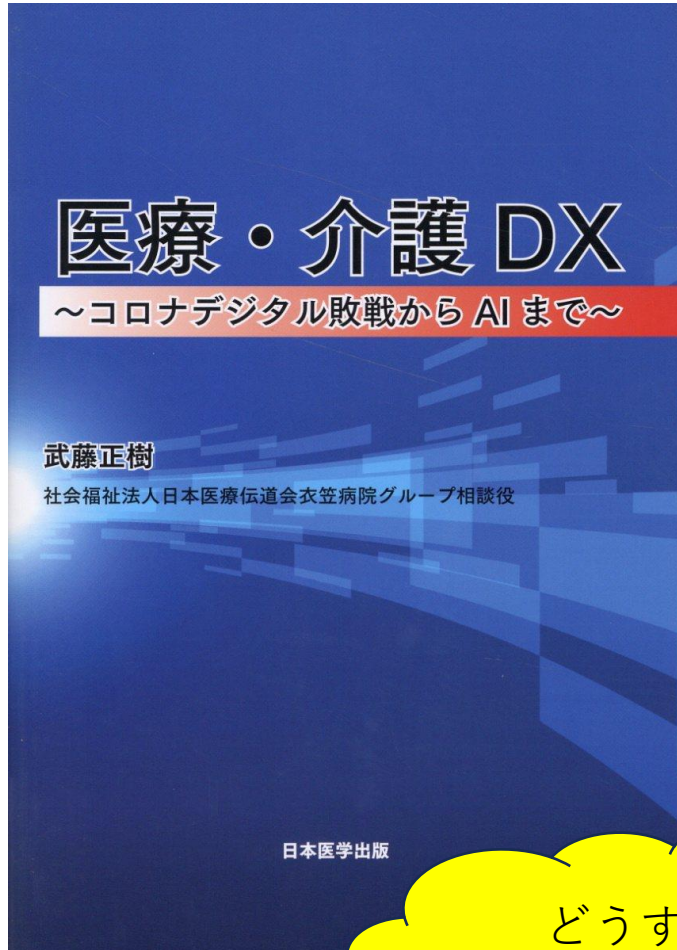
- 標準治療薬については、大手とコンソーシアムでシェア等分に近い形で集約し規模の経済を働かせ、コストを下げ安定供給を行う
- 規模の経済が働かない標準治療薬以外のコンソーシアムについては、剤型別の区切りが良いか、得意領域(治療用域)で区切ったコンソーシアムがふさわしいか、検討する必要がある。

まとめと提言

- 2024年診療報酬改定の最大課題は「高齢者救急をどこで診るか？」
- 高齢者救急を受け入れる包括ケア病棟の新設？
- 重症度、医療・看護必要度が平均在院日数も含め見直しされる
- 入退院支援加算・入院時支援加算も見直し
- 後発医薬品産業の企業再編は待ったなし

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

どうする
マイナトラブル

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