

特別講演Ⅲ

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

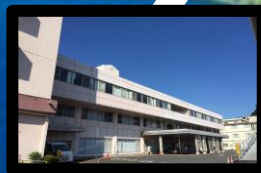
衣笠城址



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年診療報酬の基本的視点
- パート 2
 - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 3
 - 紹介受診重点病院とかかりつけ医機能
- パート 4
 - 入退院支援加算と入院時支援加算

パート1 2024年診療報酬の基本的 視点

社会保障審議会医療部会

2023年11月1日

社会保障審議会医療部会

2023年11月1日



令和6年度診療報酬改定に向けた 基本認識、基本的視点、具体的方向性について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、現下の雇用情勢に加え、長期的にも人口構造の変化により支え手が不足する状況の中、人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、視点1に重点を置くこととしてはどうか。

視点1

現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

視点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

視点3

安心・安全で質の高い医療の推進

視点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

具体的方向性について①

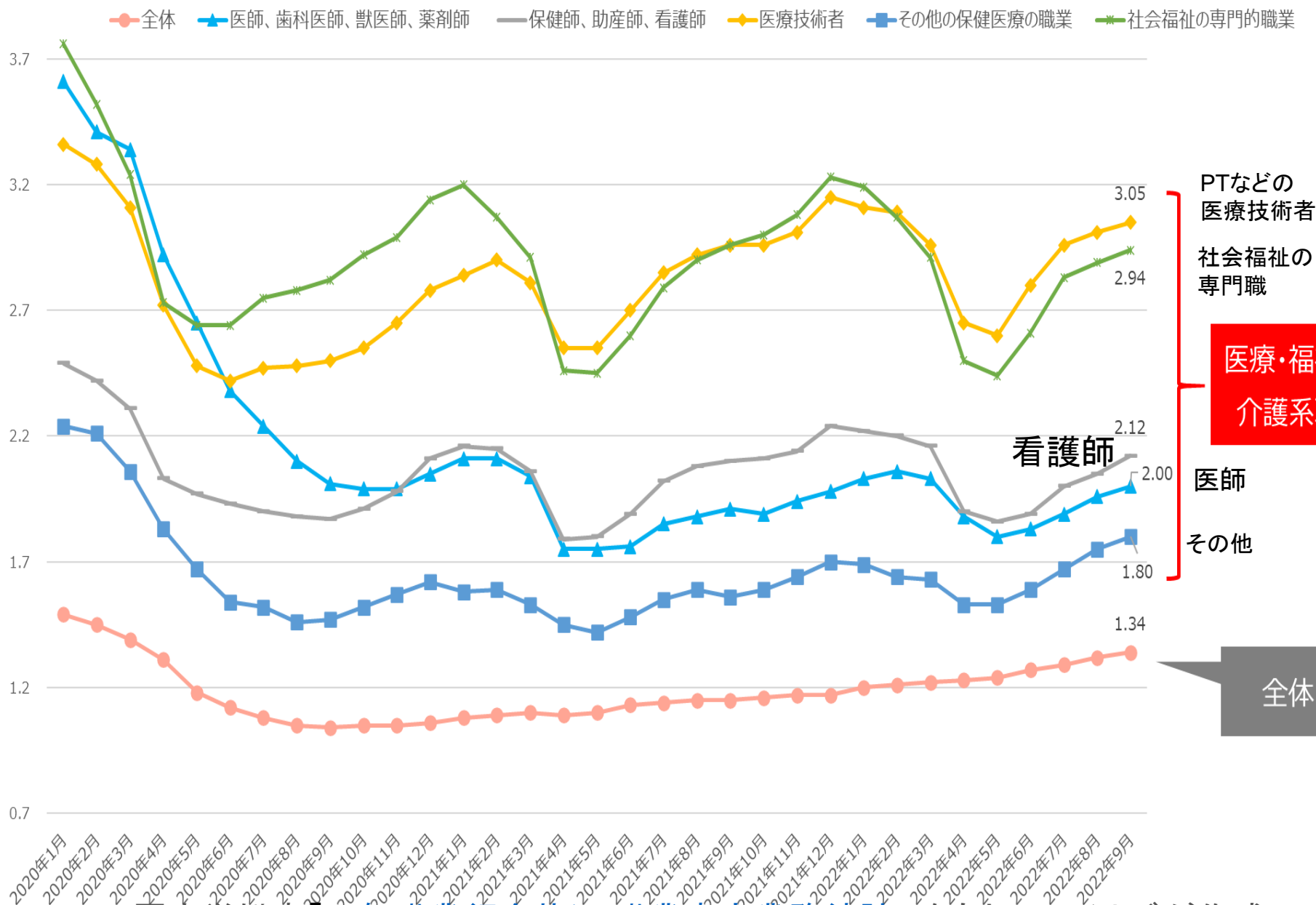
視点1 現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

- 2023年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。そうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、有効求人倍率が全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は0%に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。
- このような状況を踏まえ、必要な処遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者の人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。
- 加えて、医師等の働き方改革を進め、健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬がより実効性のある対応となるよう検討する必要がある。

【考えられる具体的方向性の例】

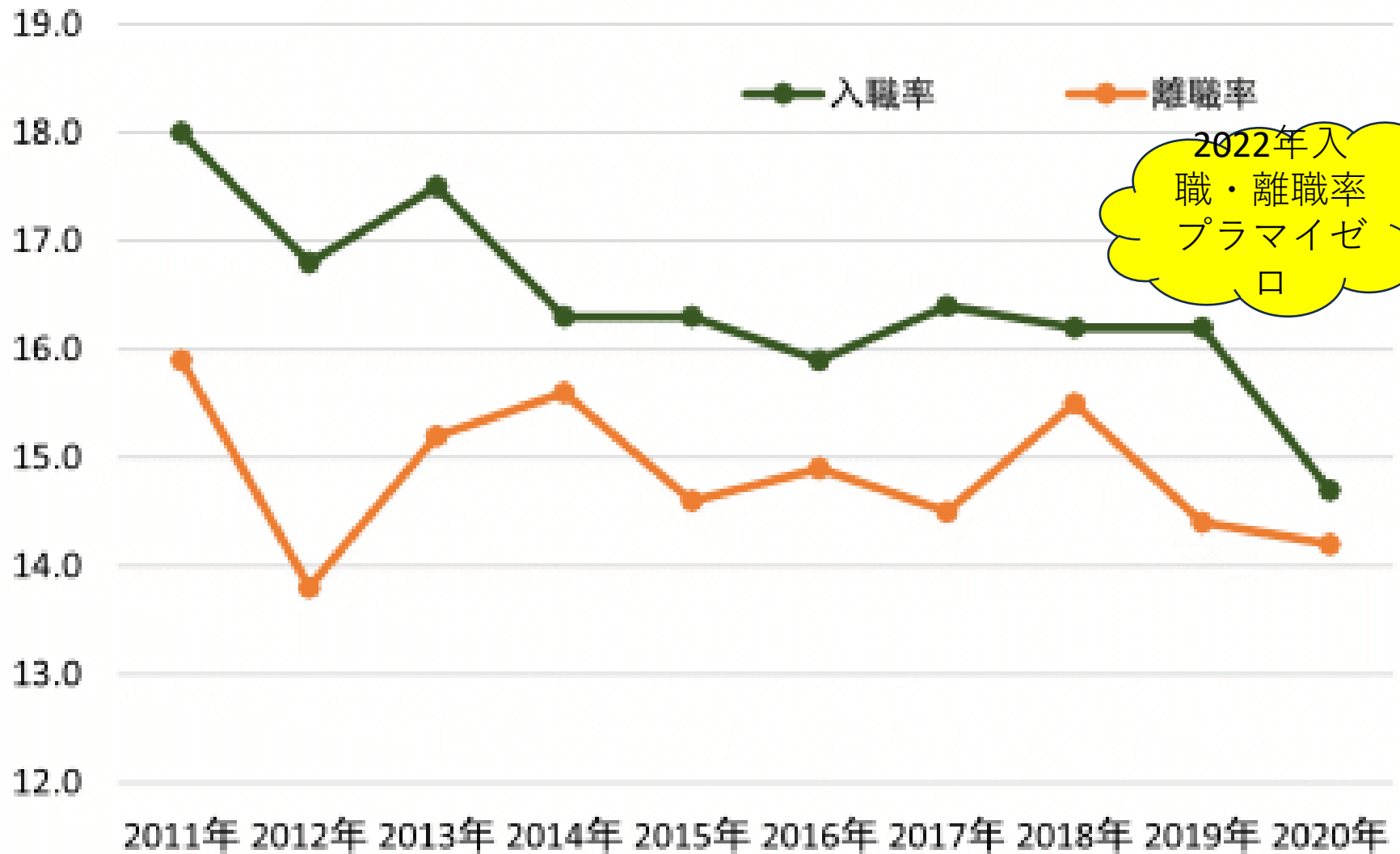
- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 働き方改革に向けての取組の推進
 - ・ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
 - ・ 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から必要な救急医療体制等の確保
 - ・ 医療人材および医療資源の偏在への対応

医療・福祉・介護系職の有効求人倍率



厚生労働省「一般職業紹介状況(職業安定業務統計)」をもとにマイナビが作成

医療、福祉の入・離職率の推移 (%)



2022年入職・離職率
プラマイゼロ

介護職と全産業平均の年収

(万円)

500

450

400

350

300

250

200

150

100

50

0

■ 全産業平均 ■ NCCU平均

434.5

438.5

439.1

434.9

443.6

454.0

454.2

455.7

459.8

143.2万円差

96.7万円差

291.3

299.8

303.3

304.7

310.3

308.6

335.1

350.1

363.1

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2020

日本介護クラフトユニオン《NCCU調べ》

パート2 高齢者救急をどこで診る？



具体的方向性について②

視点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

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 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
 - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進
- 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
 - ・ 医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進
- 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
 - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進
- 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
 - ・ 専門性の高い看護師の活用

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

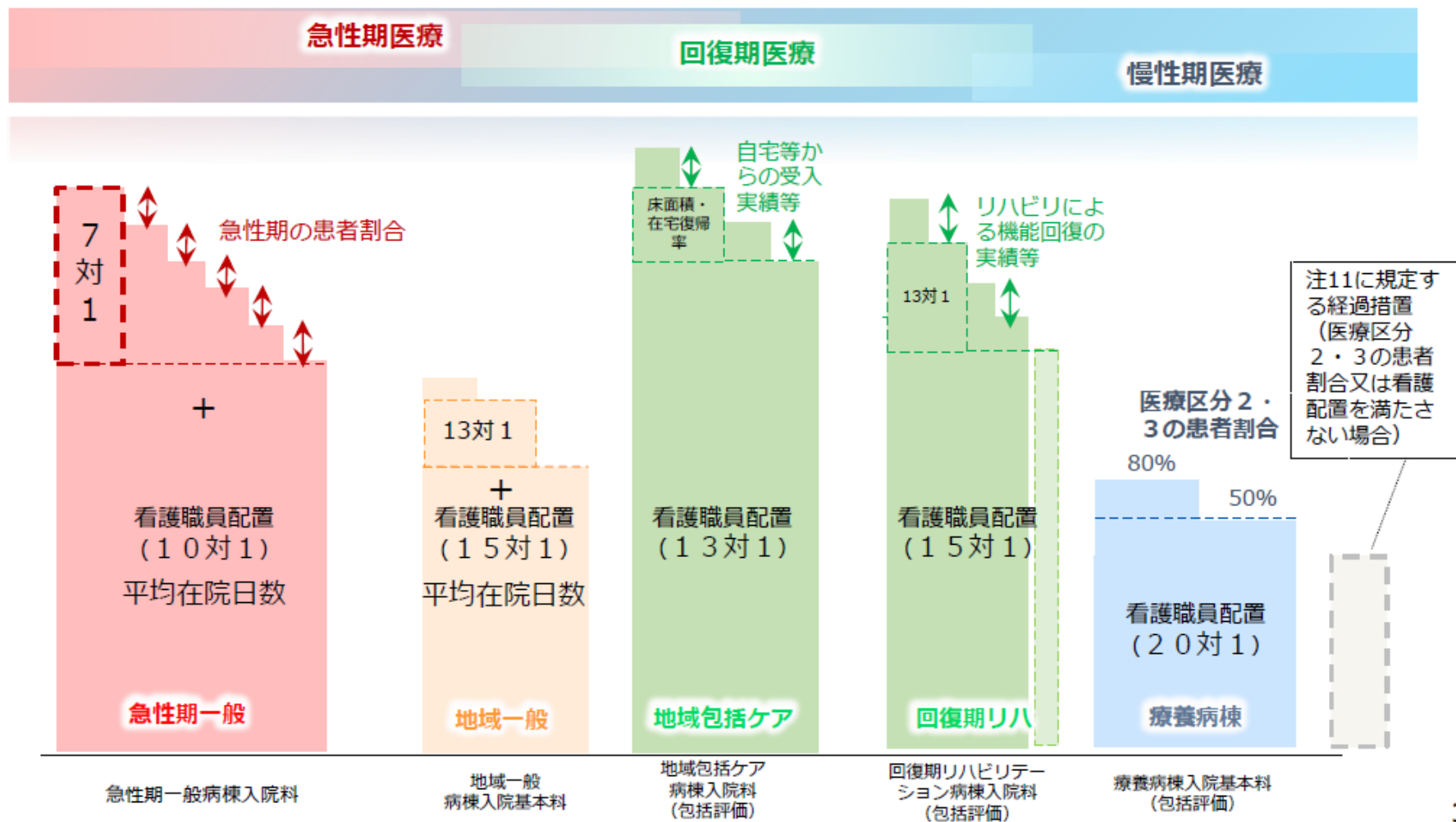


後期高齢者
入院パンデ
ミック

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。

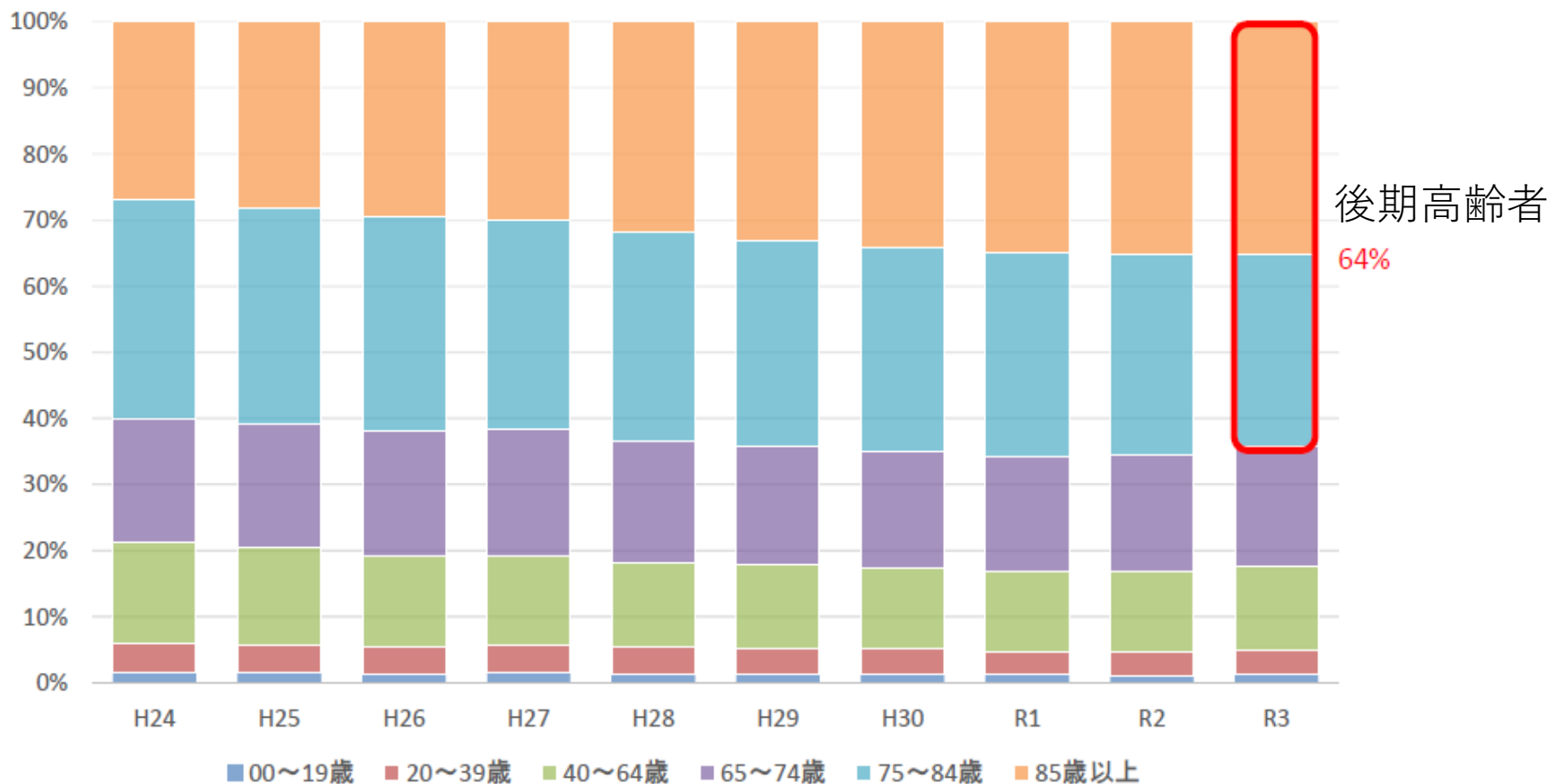
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



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。

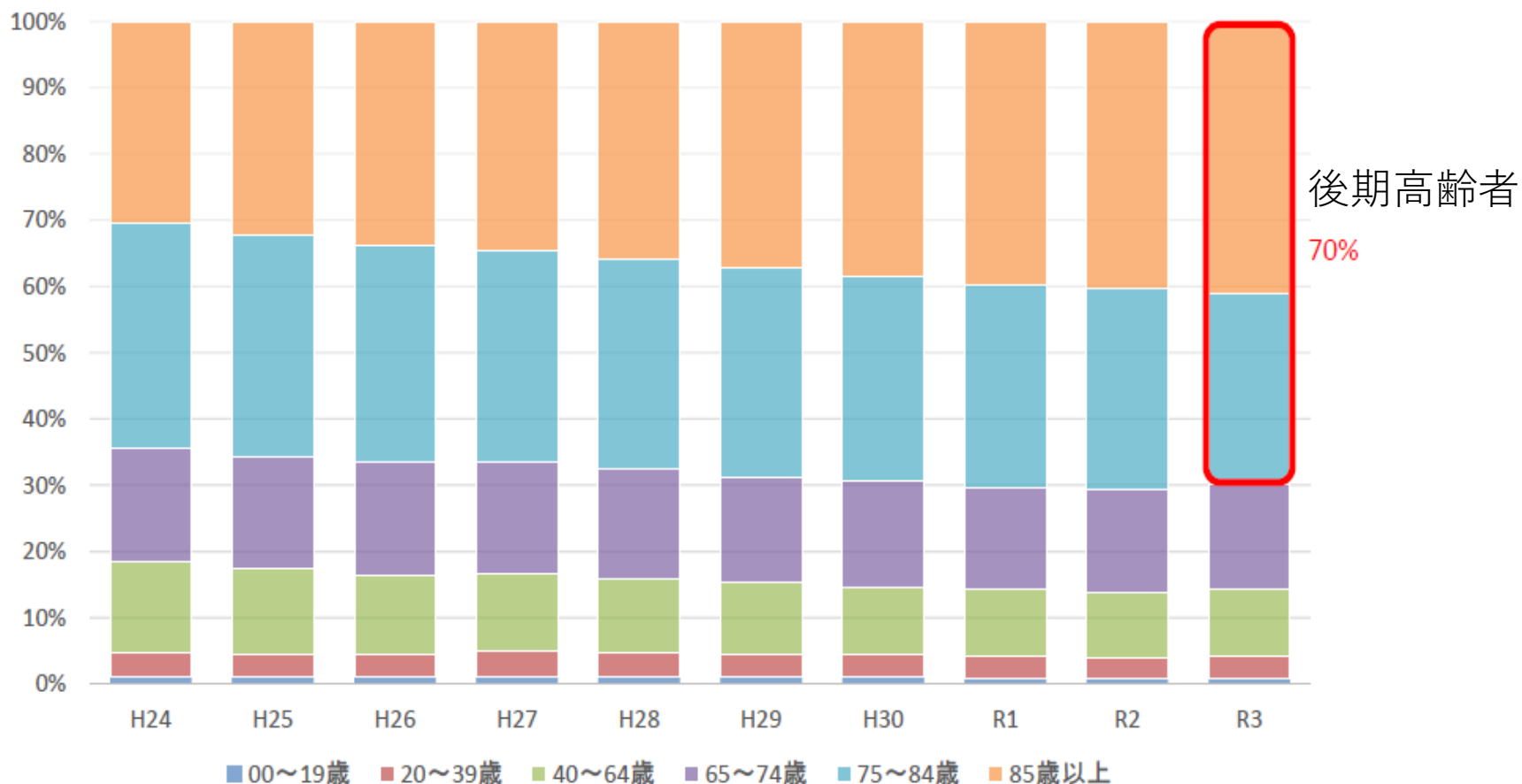
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24~H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



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。

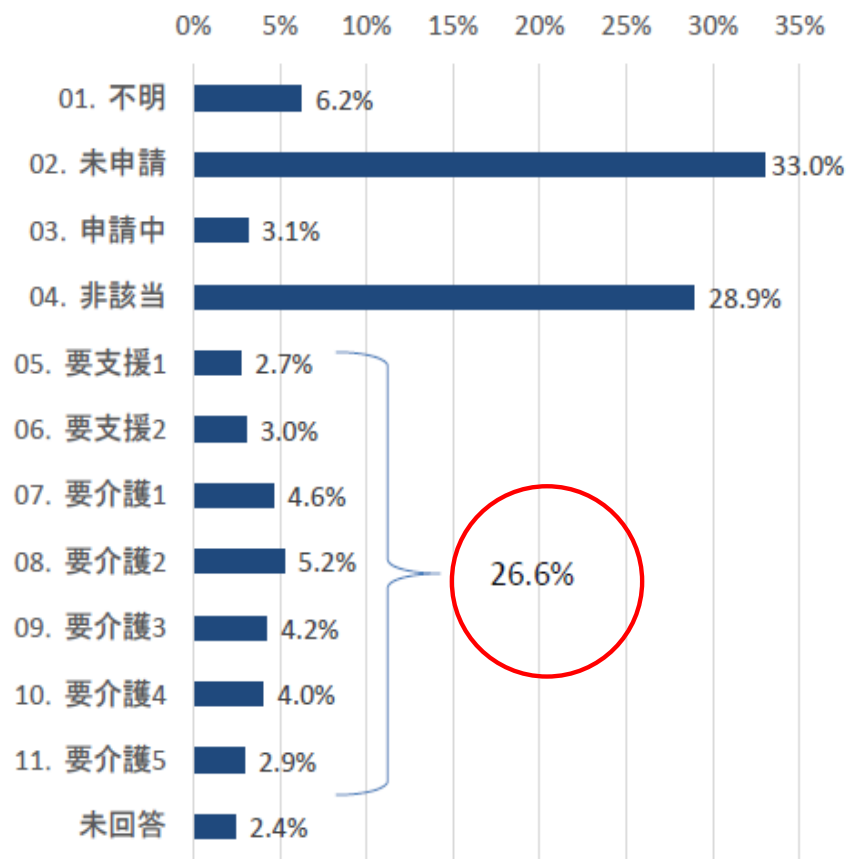
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



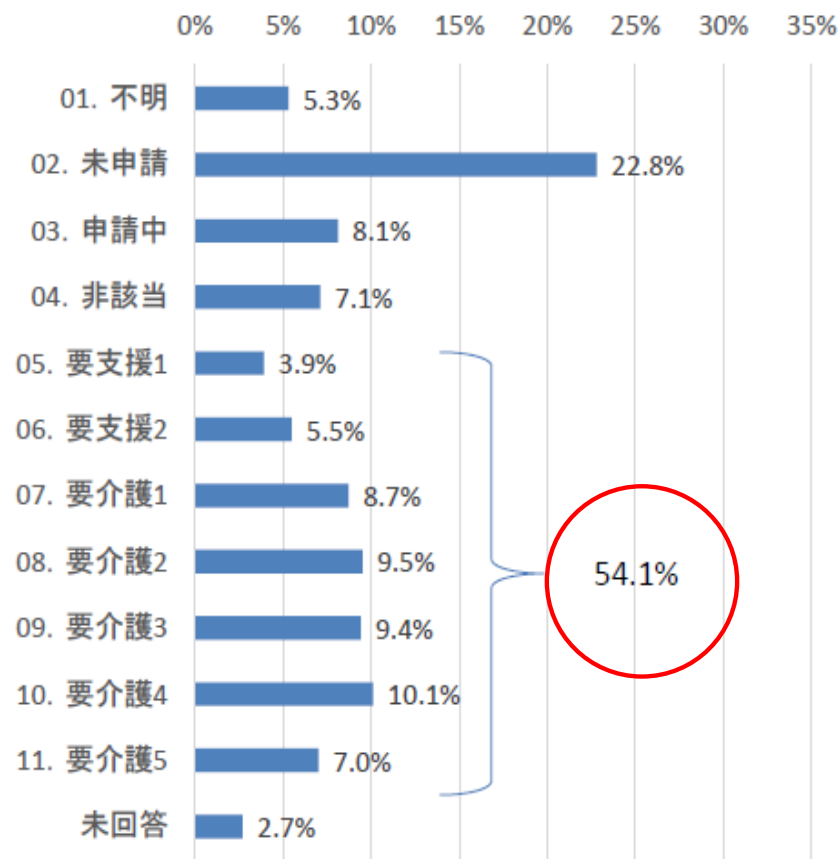
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 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



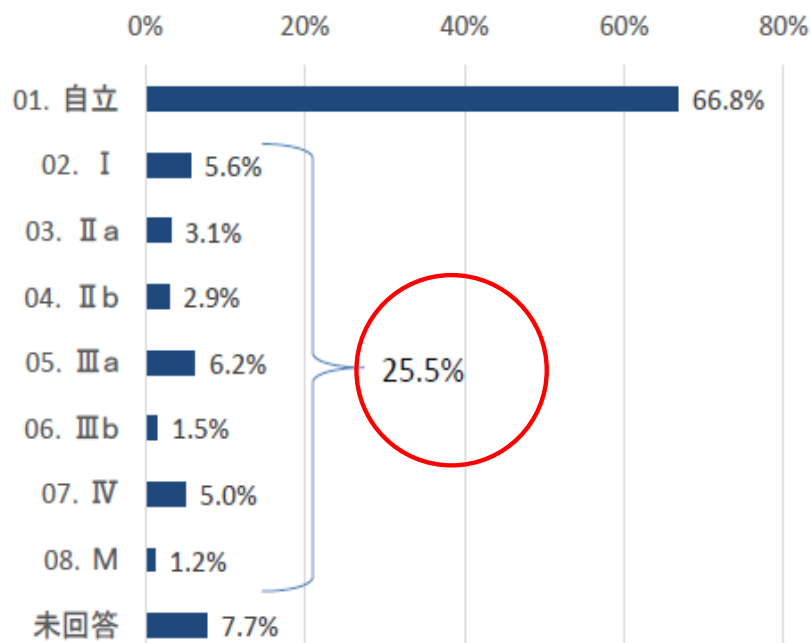
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



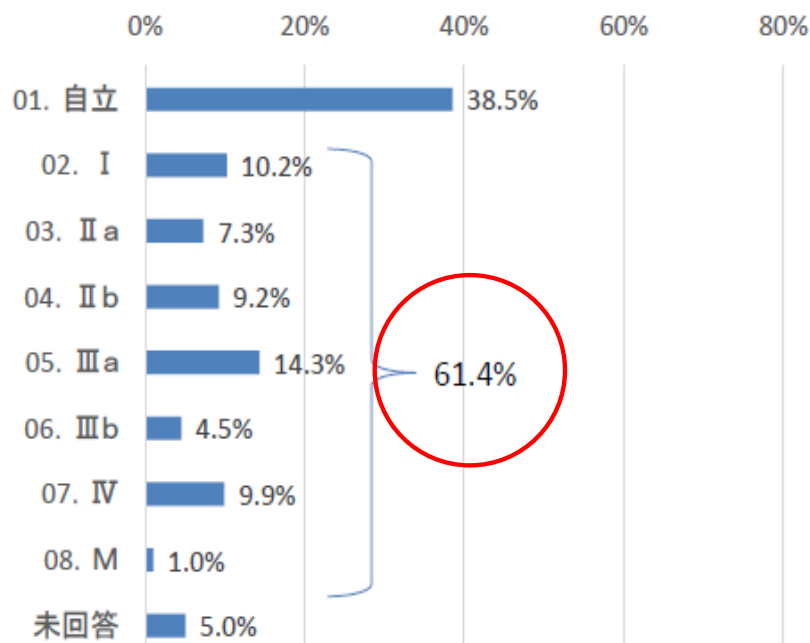
入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 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

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

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

【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経皮的心的筋焼灼術等の治療、 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		—	—

A項目の救急要件

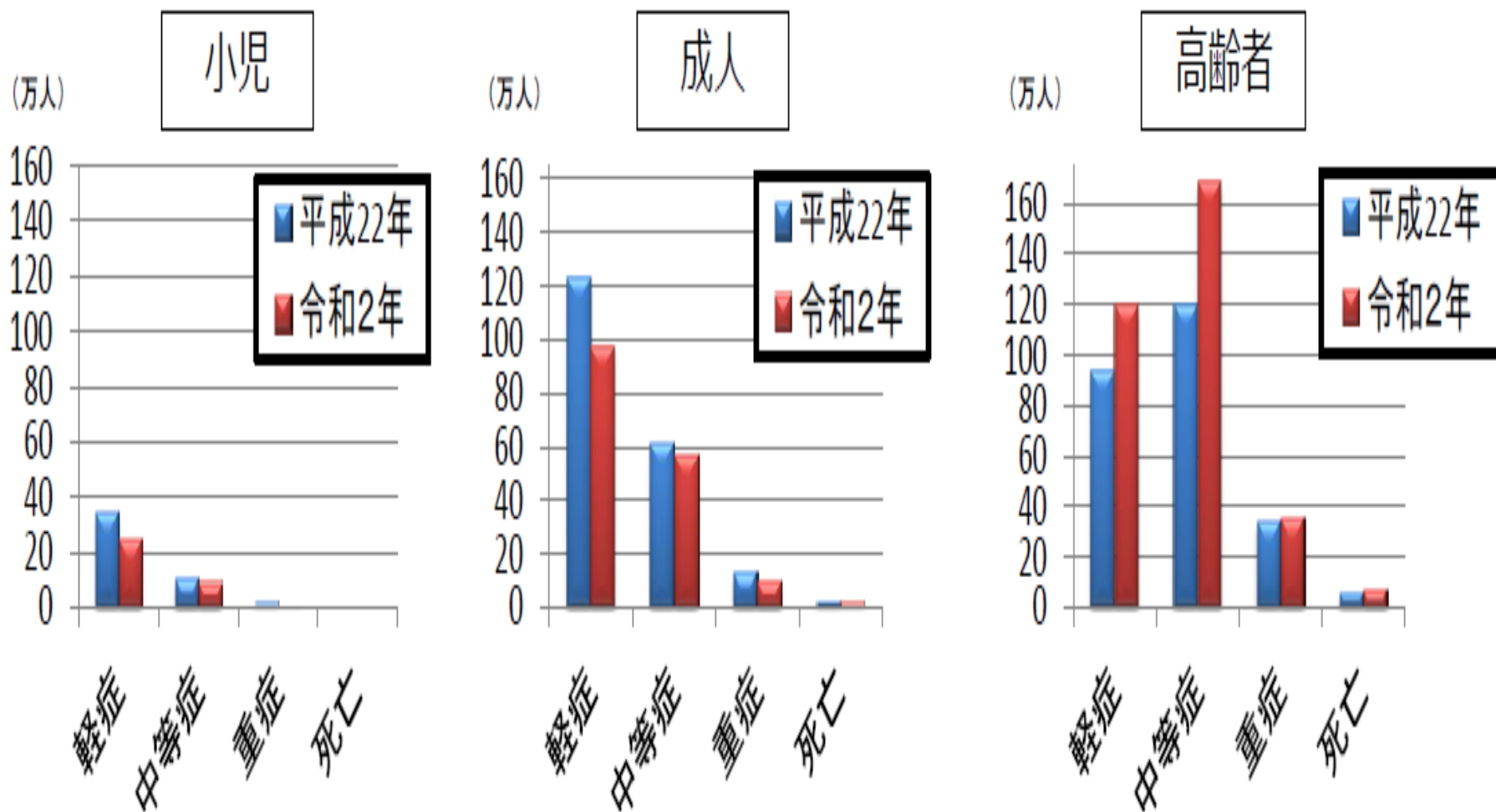


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

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。



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

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

[該当患者の基準]

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

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

「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）

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とプランB

• プランA

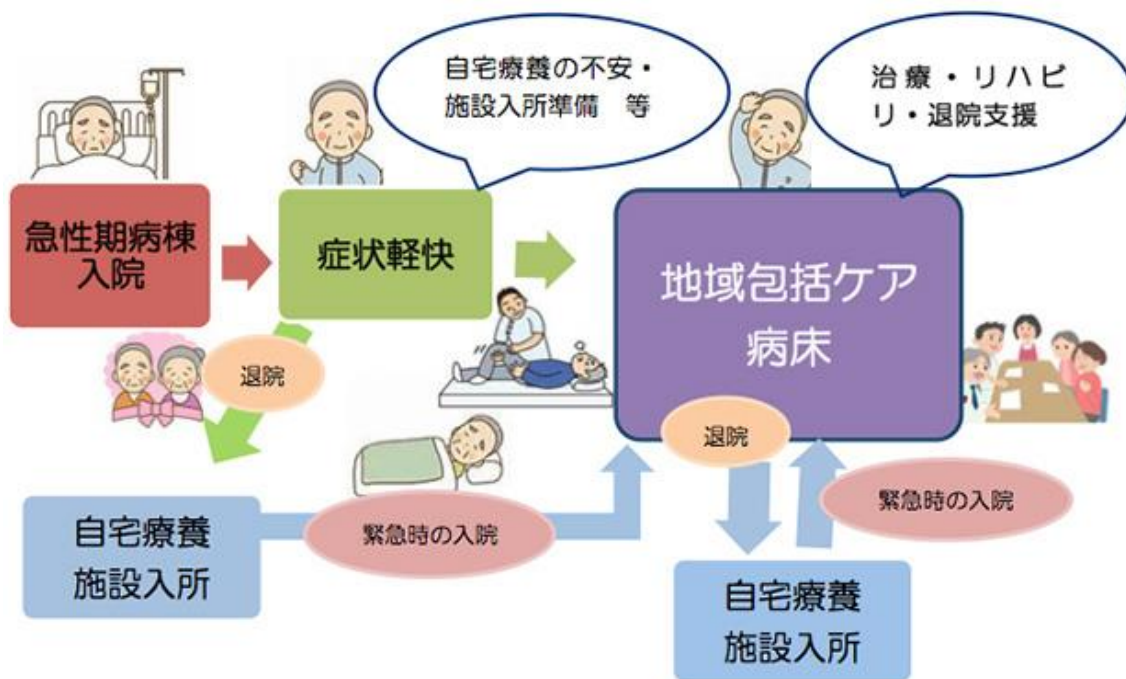
- 急性期病棟にリハビリ専門職や介護福祉士を多く配置する
- 急性期病床へのADL維持向上対策加算のようにリハビリスタッフを配置する。
- 日本慢性期医療協会では、かねてより「寝たきり防止のため、急性期病棟にもリハビリテーションの視点から介護を行える介護福祉士を配置すべき」と言っている
- 意見交換会では、「介護人材が不足する中では、急性期病棟への介護福祉士配置は現実的ではない」との声も出ている。

プランAとプランB

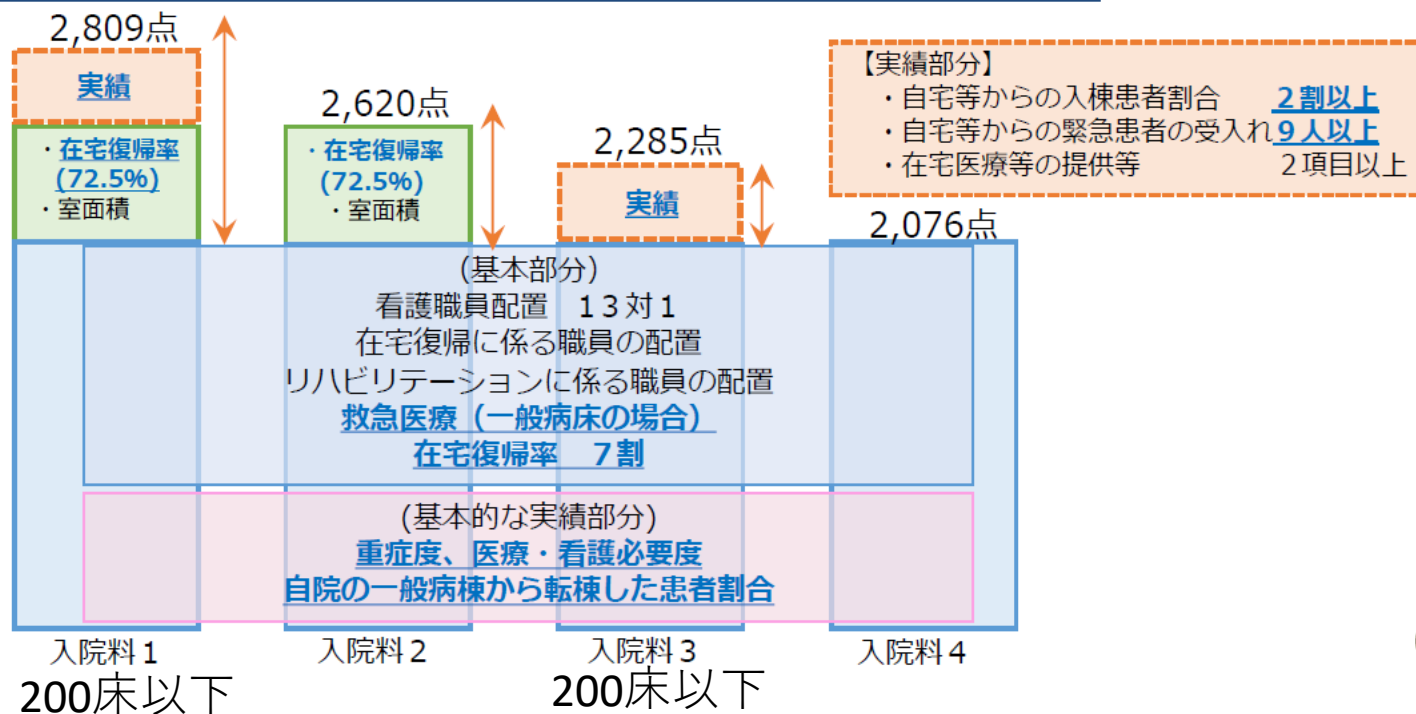
• プランB

- すでにリハビリ職が手厚く配置されている「地域包括ケア病棟を始めとして、介護職も豊富な医療療養病床、介護医療院、老健の医療ショートなどで高齢者の受け入れを強力に促していく」ことの方が現実的だ。
- このためには急性期一般病棟での治療期間をより短縮し、早期に地域包括ケア病棟等への転院・転床を促すこと、また地域の高齢者の軽症、中等症の救急患者を直接、地域包括ケア病棟等に入院させることを促すという方策が考えられる
- 実際に2022年診療報酬改定では、地域包括ケア病棟へ的高齢者救急の直接受け入れを促す方向で改定がなされた。
- この趣旨にそって地域包括ケア病棟と共に療養病床、介護医療院や老健の医療ショートでも、高齢者の軽症、中等症の患者の受け入れを強力に推し進めてはどうか？
- 次回同時改定では急性期病床における後期高齢者の入院パンデミックをいかに食い止めるかが大きな課題だ。

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)

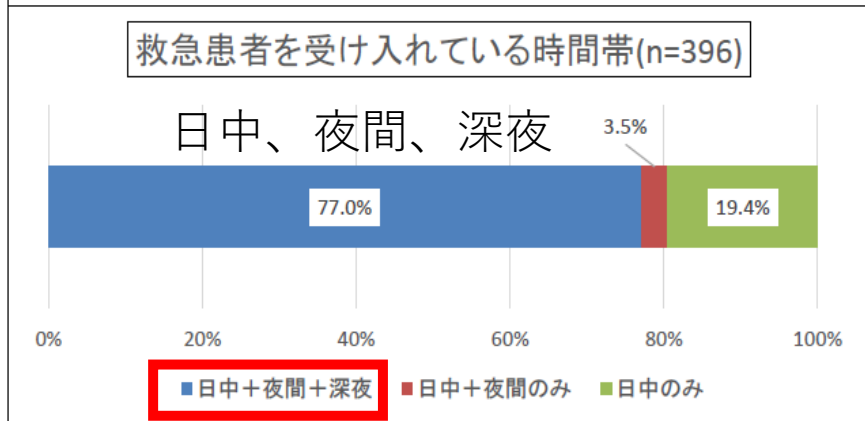
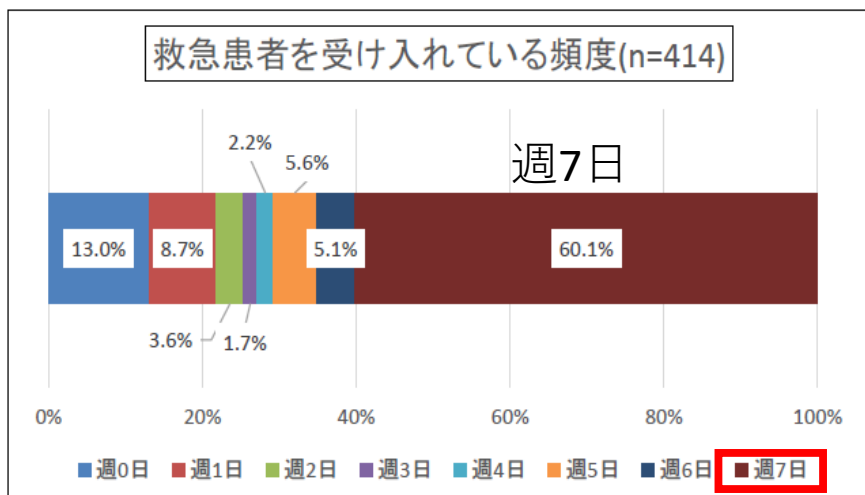
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

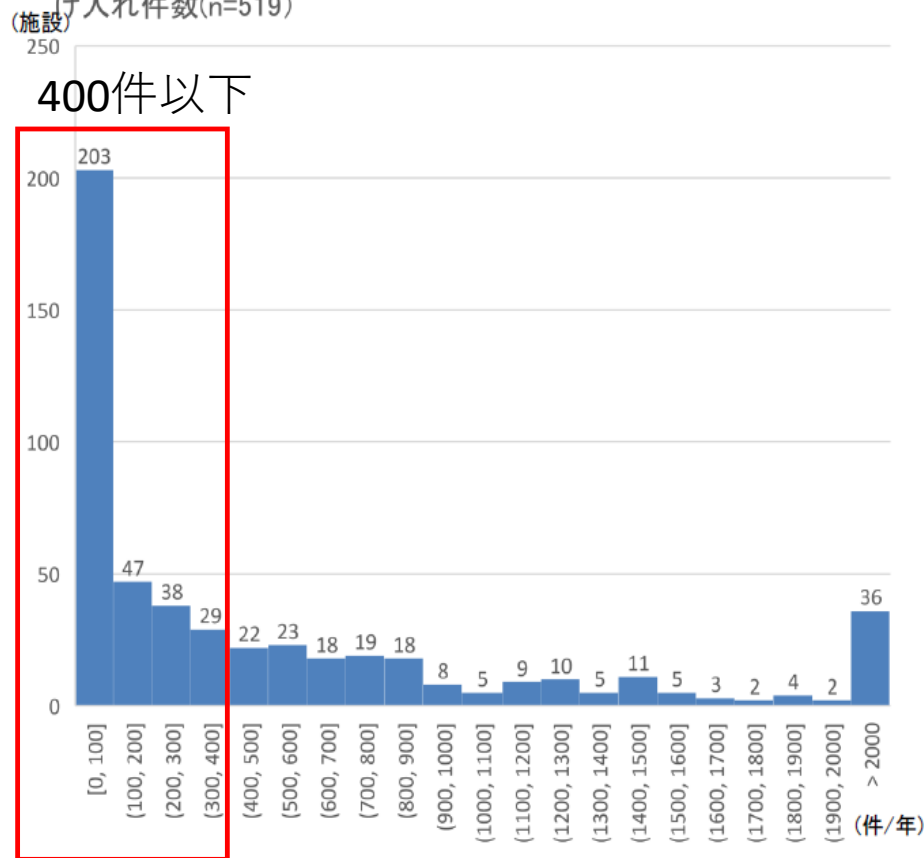
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

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)

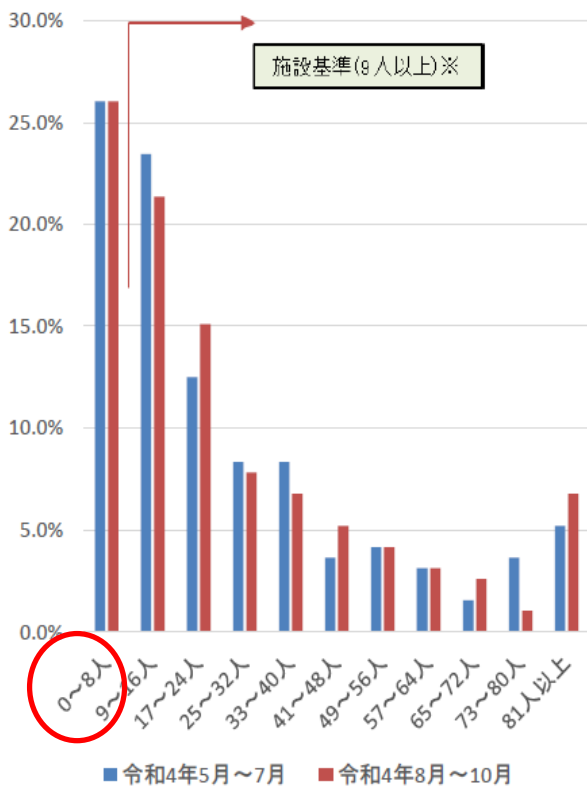


要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	でき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

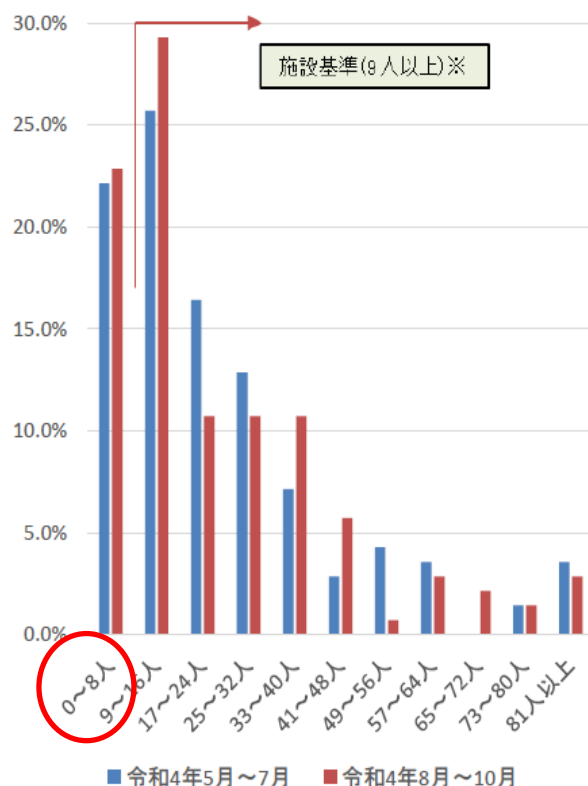
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 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。

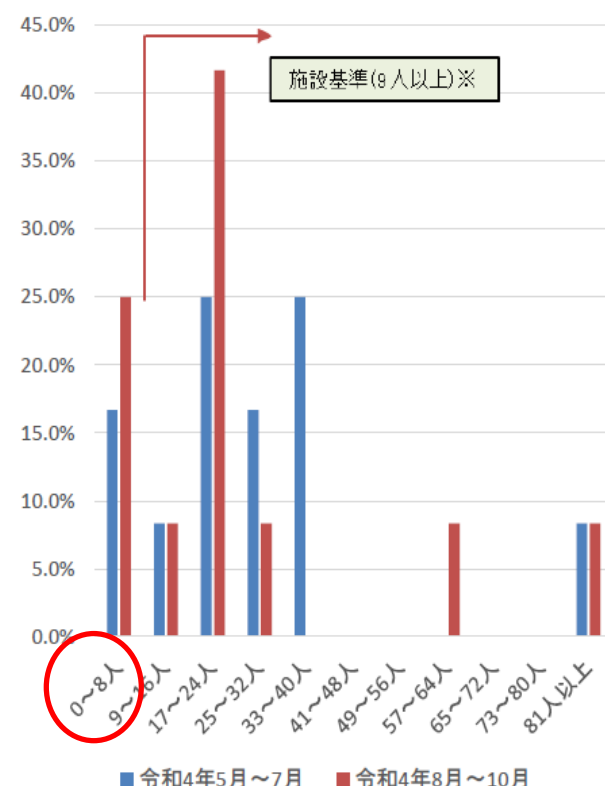
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



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

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。

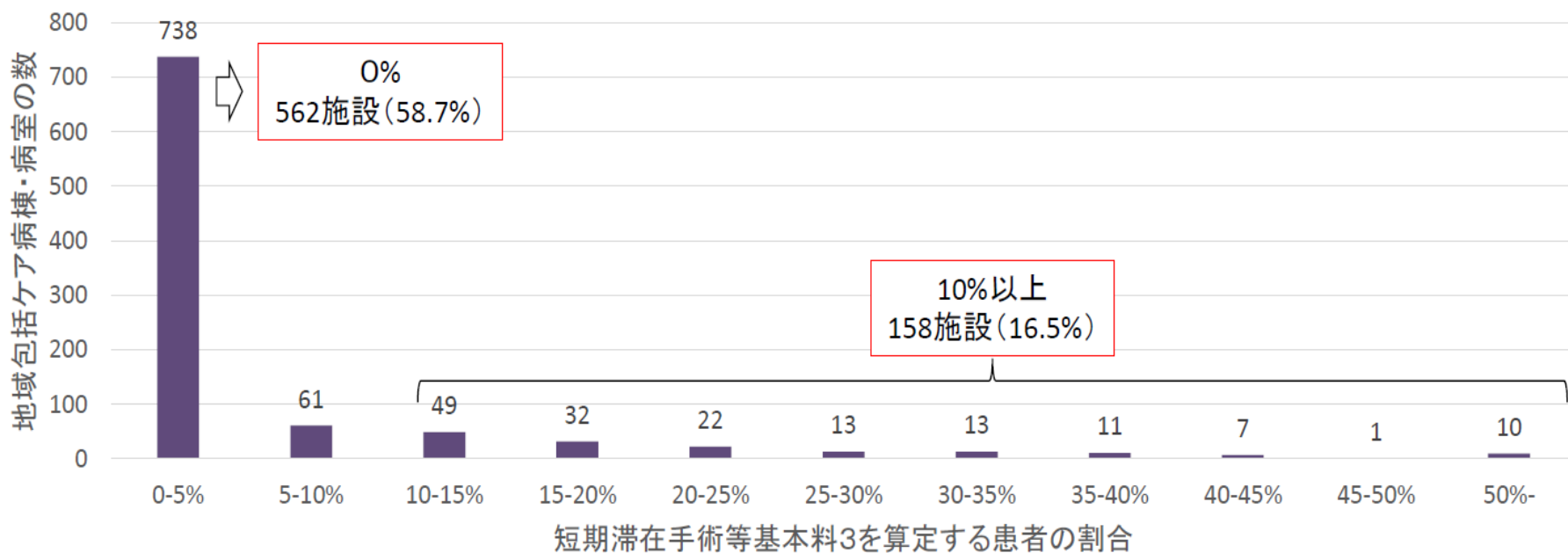
※ 入院外での実施割合が50%を超えるものを赤字にしている。

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

入院外来分科会委員意見

- 「地域包括ケア病棟の在宅復帰率等において短期滞在種々等基本料3（白内障手術含む）の患者の一定割合はカウントしないなどの対応を行ってはどうか？」
- 「短期滞在手術を受け入れる地域包括ケア病棟と、高齢者救急患者なども含めてバランスよく受け入れる地域包括ケア病棟では報酬上の評価の差を設けてはどうか？」

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

○ 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

高齢者急性期
包括ケア病棟
10対1

パート 3

紹介受診重点病院と かかりつけ医機能

紹介受診重点病院

具体的方向性について②

視点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

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 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
 - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進
- 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
 - ・ 医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進
- 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
 - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進
- 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
 - ・ 専門性の高い看護師の活用

10月1日から
始まりました

始まります。

紹介受診重点医療機関。

かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた病院

なにこれ？

なにこれ？

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源重点活用外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

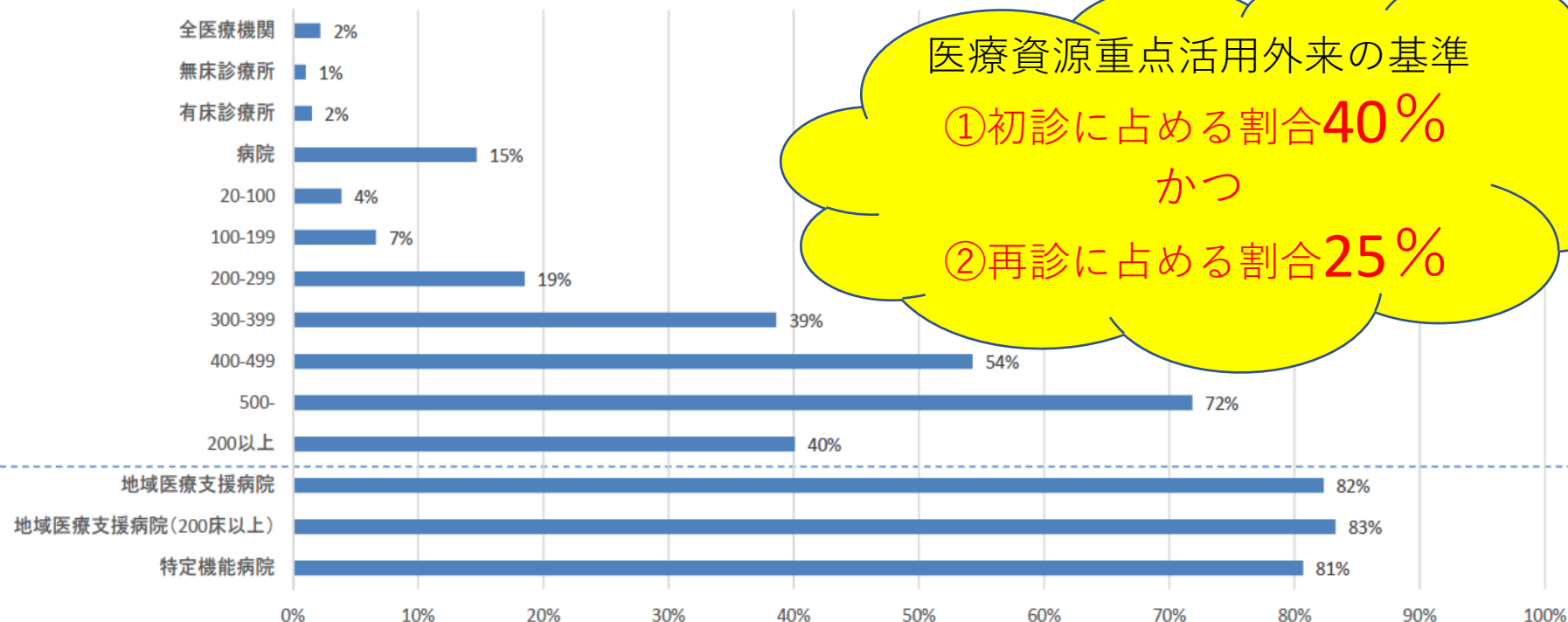
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



医療資源重点活用外来の基準

①初診に占める割合**40%**
かつ

②再診に占める割合**25%**

(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満				258 (3.1%)
全体				8,412 (100%)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

特定機能病院・地域支援病院で
666病院の
80%、532病院

860病院

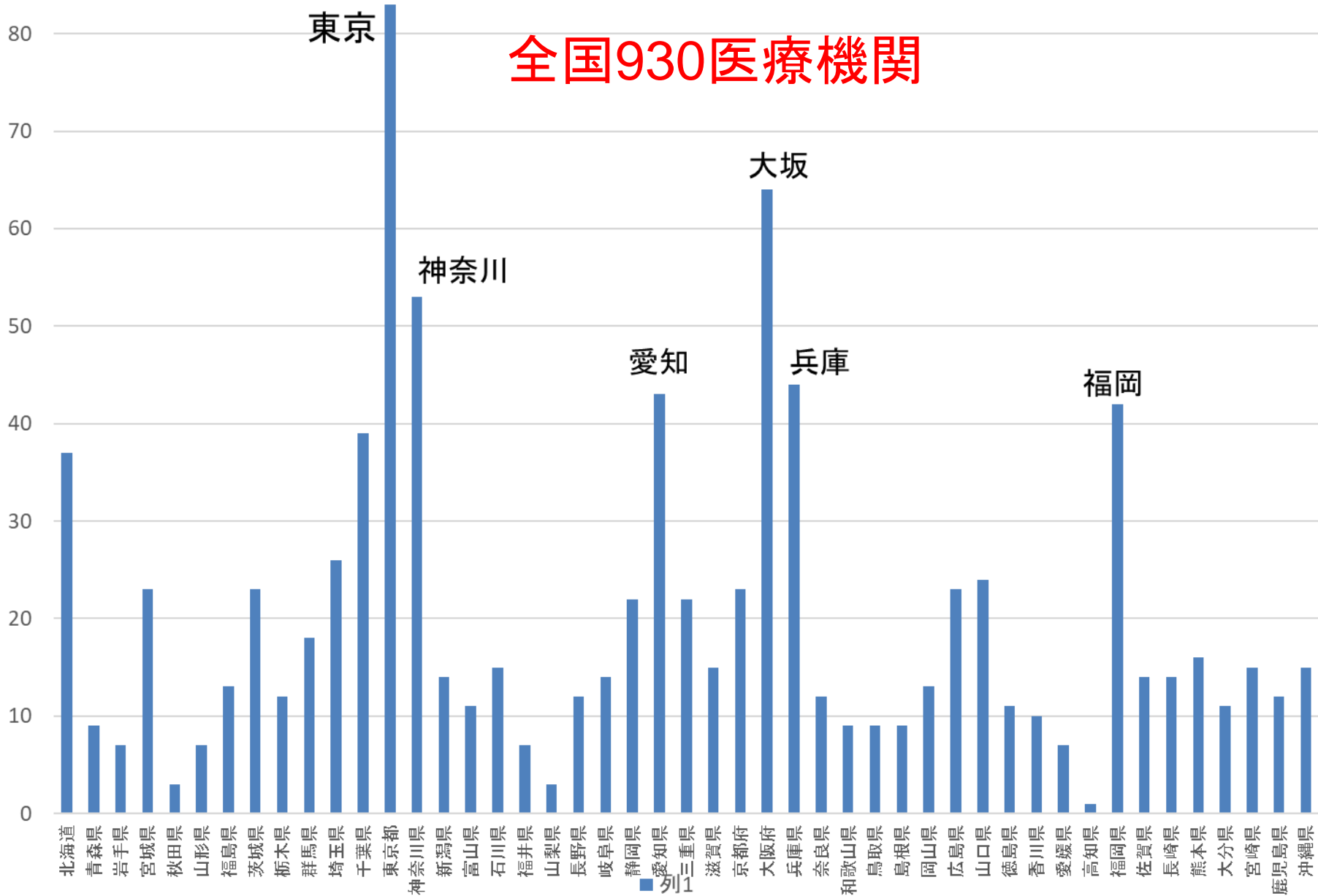
200床以上一般病院
688病院の40%、
275病院が該当

出典:特定機能病院
※ 病床数は一般

平成29年度医療施設調査より集計)

地域医療支援病院は平成30年12月時点。

都道府県別紹介受診重点医療機関数(2023年10月)



紹介受診重点医療機関の 3つのメリット

- ①紹介状なしで受診する場合の定額負担
- ②紹介受診重点医療機関入院診療加算の算定
- ③連携強化診療情報提供料の算定

① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

② 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等 (医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

地域医療支援病院に対する評価

- ▶ 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等の評価。
(平成10年度診療報酬改定において新設)

地域医療支援病院入院診療加算 1,000点(入院初日)



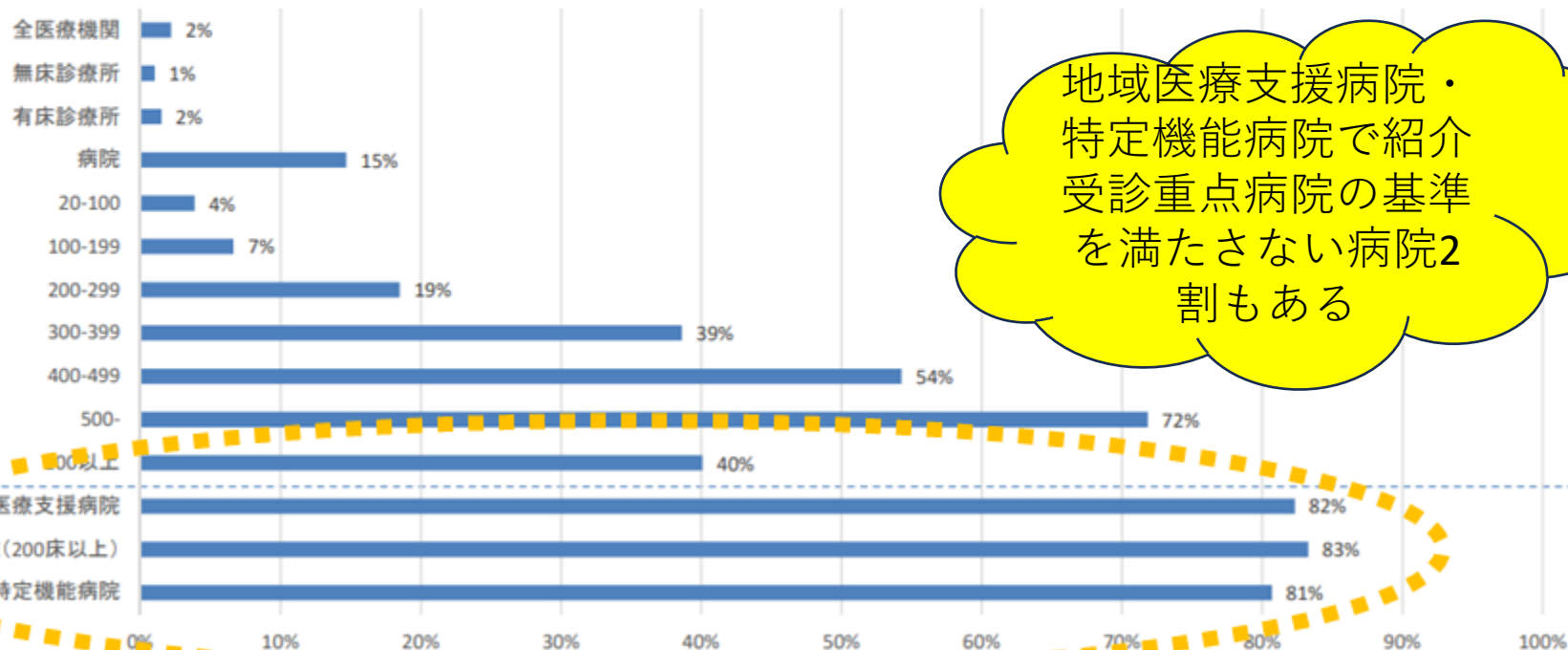
[算定要件]

- 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 入院基本料のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
- 入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定していた場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



地域医療支援病院・
 特定機能病院で紹介
 受診重点病院の基準
 を満たさない病院2
 割もある

(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より医政局において作成

紹介受診重点医療機関で 紹介・逆紹介割合の規定が 変わった

紹介・逆紹介率が紹介・逆紹介割合となり
定義が変わった！

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点(←288点) 外来診療料の注2、3 55点(←74点)
 (情報通信機器を用いた初診については186点) **減算**

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

【従来】

「注2」にあつては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）

「注3」にあつては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）

【新方式】

「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）

【逆紹介割合】

従来の計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

新しい式では分母に再診患者が入った！

逆紹介割合向上の 5つのポイント

- ポイント1 リフィル処方への活用
 - リフィル処方を利用して再受診率の低減
 - リフィル3回まで可
- ポイント2 地域連携パスへの活用
 - 節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡してかかりつけ医に逆紹介
 - 地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
 - 患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ
- ポイント3 逆紹介希望の患者アンケート調査
 - 逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的に実施
 - 逆紹介希望患者の掘り起こし

逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント4 逆紹介外来センターの開設
 - 逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
 - 総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。
- ポイント5 逆紹介データベースを作成
 - 逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
 - (例) インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
 - 逆紹介パターンのデータベース化
 - Uターン (紹介元に返す)
 - Iターン (紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
 - Jターン (紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
 - こうしたデータベースを逆紹介に活かす

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

③ 連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

【算定要件】

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

【対象患者】

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

【算定要件】

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回**に限り算定する。

【対象患者】

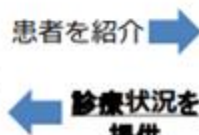
- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者**
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



（新）

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介
診療状況を
提供

連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

かかりつけ医機能

かかりつけ医



かかりつけ医機能について

2022年9月9日の「第8次医療計画等に関する検討会」

かかりつけ医機能の制度整備

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」（2021年12月23日）
 - 「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策」について検討を進める」
 - 検討期限は2023年度
- 「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」（2022年6月7日）
 - 「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」
- 「第8次医療計画等に関する検討会」
 - かかりつけ医機能について検討（2022年9月9日）
 - 2023年度からの都道府県での第8次医療計画策定に向け、2022年中には一定の結論を出すスケジュール
- 社会保障審議会医療部会（2022年9月29日）
- 全世代型社会保障構築会議（2022年11月11日）
 - 増田寛也主査「かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避」
 - かかりつけ医機能の情報開示



全世代型社会保障構築会議 2022年11月24日



かかりつけ医の定義と機能



2023年5月12日

かかりつけ医機能の制度整備などを盛り込んだ改正医療法が可決成立した

医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義
：「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供**する。

現在の情報提供項目

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

かかりつけ医機能を**医療法**の条文に
載せた

今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
- ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
- ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
- ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容

など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

改正医療法成立

- 5つのかかりつけ医機能
 - (1) 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - (2) 時間外診療を行う機能
 - (3) 病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能
 - (4) 居宅等において必要な医療を提供する機能
 - (5) 介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能



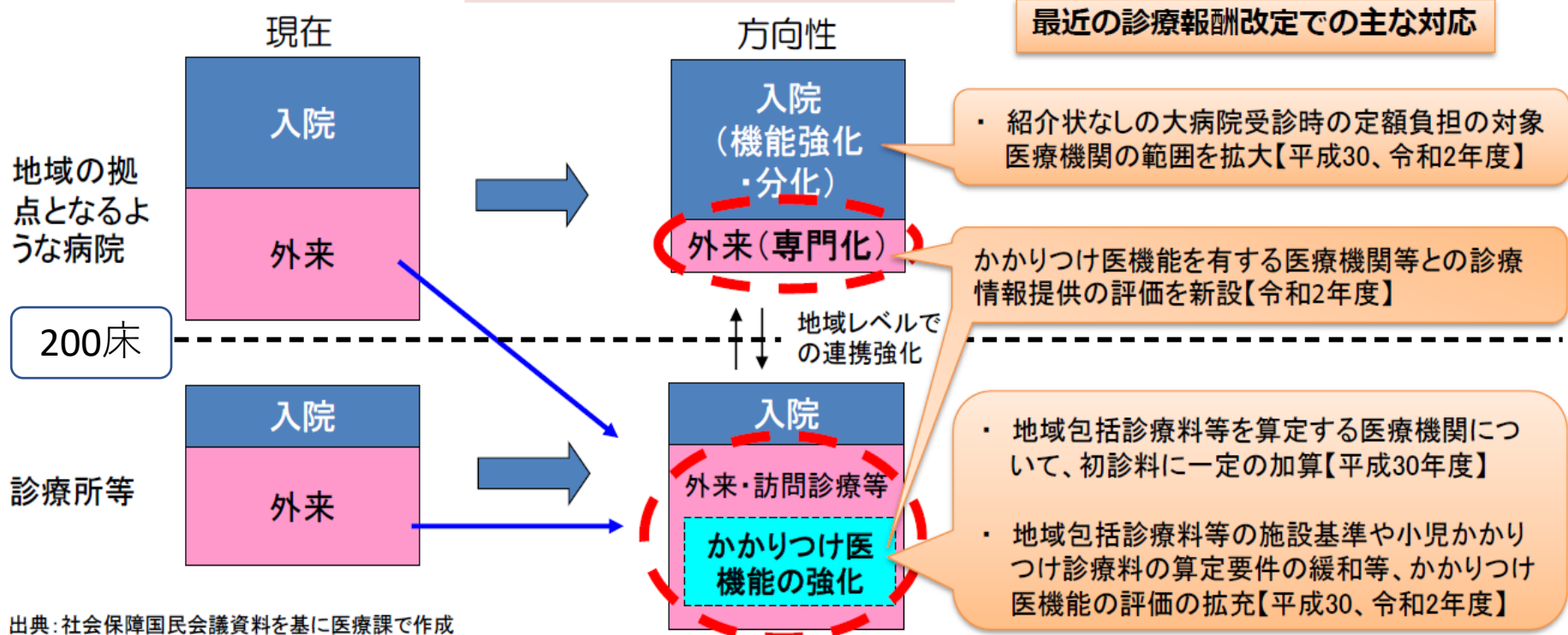
2023年5月12日

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

医療機能情報提供制度完成

医療機能情報提供制度 (H18) 2006年

入院 病床機能報告 (H26) 2012年

外来 有床診・病院 外来機能報告 (R3) 2021年
(紹介受診重点医療機関の確認)

無床診 かかりつけ医機能報告 (新設) 2024年

イメージ図

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方のとりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

医療機能情報提供制度の拡充

- ◆ ～令和5年夏目途
 - ・今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。
- ◆ 令和6年度以降
 - ・医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する）
- ・あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ◆ 令和5年度頃 2023年度
 - ・医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討
- ◆ 2024年～2025年度
- ◆ 令和6年度～令和7年度頃
 - ・個々の医療機関からの機能の報告
 - ・地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論
- ◆ 令和8年度以降 2026年度
 - ・医療計画に適宜反映

※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく

具体的方向性について②

視点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

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】


- 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
 - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進
- 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
 - ・ 医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進
- 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
 - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進
- 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
 - ・ 専門性の高い看護師の活用

診療報酬改定におけるかかりつけ医機能の評価はまだ不明

パート4

入退院支援加算と 入院時支援加算

- ①PFM(Patient Flow Management)
- ②クリティカルパスと退院調整



歴史に学ぶ

① PFMとは？

(Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授
田中豊氏（当時）が1999年より
PFMを始めた



PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
 - ①外来初診患者の受診科振り分け
 - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
 - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
 - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

 PFMセンターが横断管理！

PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)

3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

② クリティカルパスと退院調整

乳房の手術を受けられる方へ(リンパ郭清なし・術後5日目退院) 緑

	入院日・手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3-4日目	術後5日目(退院日)	
検査 知識	<ul style="list-style-type: none"> 手術する側の脇の毛を処理します 手術にマムントをつけます 	<ul style="list-style-type: none"> 手術前の準備 <ul style="list-style-type: none"> 手術室で衣類に着替えて頂くために、お着替えをお願いします 手術室での消毒薬はきをつけて下さい 3マムントを貼付し、お着替えをお願いします (※手術当日、お着替えはしないで下さい) 	<ul style="list-style-type: none"> 術に麻酔薬が1本入っています(3日自まで) 傷を保護し(圧迫等で治癒します) 心電図モニターをつけます 鼻から酸素吸入をします ※3時間毎に換えます ※尿の量が入っています 	<ul style="list-style-type: none"> ※麻酔薬が抜けます ※尿を量取して後投与します 	<ul style="list-style-type: none"> ※3日目に換えます ※圧迫帯を外して、専用下着を使用します 	<ul style="list-style-type: none"> ※着ける糸を使用していますので、傷の中心部はあきません 		
薬 注射	<ul style="list-style-type: none"> 鎮静薬を打っている薬があれば、お知らせ下さい ご希望があれば鎮静薬をお渡します 	<ul style="list-style-type: none"> 手術しない側の腕に、持続点滴を打つきます 手術室に行く直前に、麻酔薬のかけやすくなるための注射をします 	<ul style="list-style-type: none"> ※抗生剤の点滴があります 	<ul style="list-style-type: none"> ※1本で終了です 			<ul style="list-style-type: none"> ※入院費概算 <ul style="list-style-type: none"> 3割負担 約 20万円 本人保険1割負担 約 5万円 本人保険3割負担 約 8万~10万円 ※費用は患者様によって異なります ※保険の適用はあります 	
安静 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションのプログラムをお待ち下さい 		<ul style="list-style-type: none"> ※ベッドの上でなら、自由に動くことができます ※術後ではできませんが、積極的に体を動かしましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ※尿の量を量取して後は捨てます(最初は看護士が付き添います) ※年長から理学療法士によるリハビリが始まります 				
食事	<ul style="list-style-type: none"> 夕食まで普通食ができます ※お食事は3食を食べて下さい ただし、水、お茶のみ飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※食事まではできません ※水、お茶のみ ※術前手術の機会は朝6時まで ※術後手術の機会は朝9時まで ※飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後5時間後より水分が飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※朝は流動食 ※昼は半流食 ※夕は全食 	<ul style="list-style-type: none"> ※普通食です 			
清潔 ケア	<ul style="list-style-type: none"> 脇の処置後、入浴していただきます 			<ul style="list-style-type: none"> ※身体を試みます 			<ul style="list-style-type: none"> ※3日目の看護士の説明後シャワーができます 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> ※主治医より手術について説明があります ※手術の同意書をお添付して入院について説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ※手術後、主治医より説明があります ※ご家族の方は3輪の車椅子をご用意してお待ち下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ※痛み止めを処方しますので、我慢せずにお知らせ下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後1日目に「リンパ浮腫について」のパンフレットをお渡しします ※縫合下着についてお告知になります ※ご相談下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ※本院では、乳がんの手術を受けられた方に対する心のケア「マムン友の会」を開催しております ※入会をご希望の方はお申し込み下さい 	<ul style="list-style-type: none"> ※退院後の生活や治療について説明があります 		

私とクリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
 - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
 - クリティカルパスに出会う！！



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所

シカゴの病院で・・・パスに出会う (1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学（1995年3月）
 - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
 - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだらう？」
 - 看護師さんにインタビュー
 - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
 - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
 - 退院計画は入院第1日目から作成！
 - 業務改善委員会（P I委員会）で作成していた

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、薬剤、身体状況、行動制限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)

医療におけるクリティカルパスとは？

- クリティカルパスはプロジェクト・マネジメントの技法のひとつ
- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表（ケアマップ）
- アウトカム（達成目標）に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



ニューイングランド・メデイカルセンター（ボストン）
カレン・ザンダーさん

東京済生会中央病院 (脳梗塞のパス) 1996年

東京都済生会中央病院 平成8年11月11日
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

◆患者 _____ 歳
 ◆医師 _____
 ◆入院日：平成____年____月____日
 ◆既往歴： _____

確定診断名
 ① アテローム血栓性
 ② 心源性脳梗塞
 ③ ラクナ梗塞
 ④ その他

バス

 へ移行

主治医 _____

◆注意：パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

	入院前 生活アセスメント	入院当日		
		2日目	3日目	4日目
活動	ADLレベル 睡眠	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静
食事	内容・摂食行動・入歯	NPO	NPO	NPO
コンサルテーション	キー・パーソン	PT ST MSW		
検査		MR依頼 HCT CXR EKG 血液(一般、血型、生化学、 凝固系、感染症) 尿一般 ← ヘパリン使用時 APTT	頸部エコー (B)ホルター心電図 (B)心エコー → ヘパリン使用時 APTT	MR ヘパリン使用時 APTT
ナーシング		バイタルサイン 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)
薬物療法	常用薬	高浸透性利尿剤(クリセオール) DIV 抗凝固剤(ガスター) IV 補液 DIV 抗血栓薬(スロノンin・キサン ボン・ヘパリン) DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV
おもな 患者アウトカム	①ADLレベルの明確化 ②健康レベルの明確化 ③キー・パーソンの明確化	①ベッド上安静 ②ストレス・フリー ③頭蓋圧亢進症状が無い ④併存症マネジメント良好	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い
特記事項		無 有 ① ②	無 有 ① ②	無 有 ① ②
サイン	医師			
	看護師			
	PT			
	ST			
	MSW			

(注) 表中(B)は、EMBOLISM(脳塞性)の治療を指す。

済生会中央病院の脳梗塞クリティカルパス：脳梗塞の治療は、病型によって様々であるが、病型診断まではどれも大
 体一定している。このパスは、脳梗塞で入院した患者に対して一律に用いるものであり(パスの適用についての判断
 は医師が下す)、病型が確定した後は、各病型ごとのパスに移行する。入院当日にPT, OT, MSWへ連絡され、それ
 らの職能を含めた早期チームアプローチが行なわれる。

日本で最初の
クリティカルパス



山崎 絳氏

「基礎からわかるクリティカルパス 作成・活用ガイド」(1997年)

1万部の大
ヒット

目次

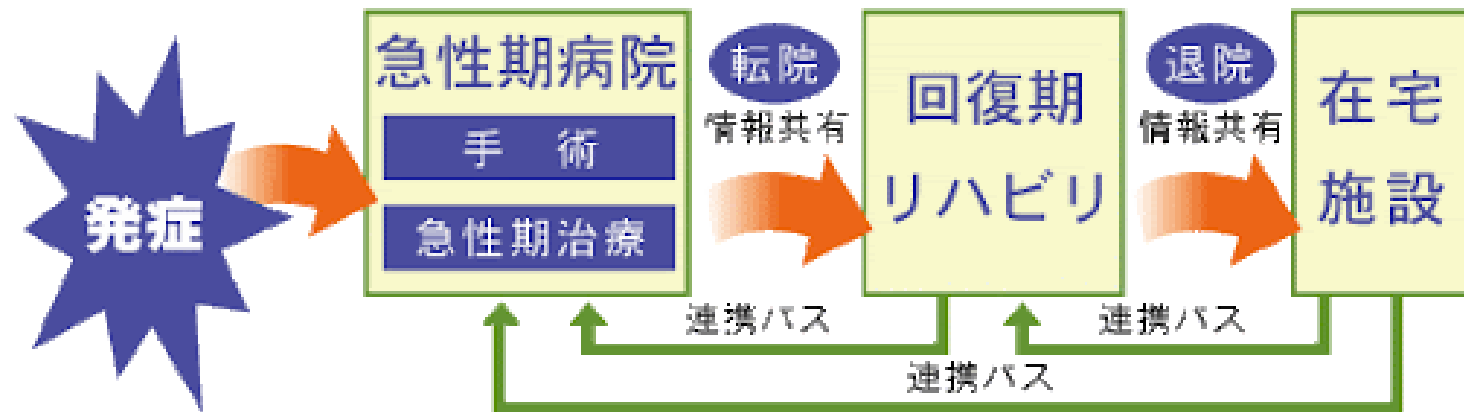
- 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- 第8章 本書を理解するための用語集



坂本すかがさん

1997年日総研出版

地域連携パスと 退院調整



大腿骨頸部骨折

シームレスケア研究会（2003年熊本）

- 研究会参加施設
 - K病院（急性期特定病院）、S病院（急性期特定病院）、C病院（急性期特定病院）
 - N病院（回復期リハ）、S病院（回復期リハ）、K病院（回復期リハ）、T医院（有床診療所）、K医院（無床診療所）
- 月1回会合（医師、看護師、理学療法士他）
 - 会場：持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



国立熊本医療センター整形
野村一俊先生

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用

診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後:自宅・施設()

受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標:移動能力		車椅子坐位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行	()						
訓練開始日		〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	自・監・介						
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後 1週以内	
排泄	尿道カテーテル 留置	尿道カテーテル 抜去	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	自・監・介	
清潔	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	自・監・介	
セルフ	【荷重制限】 有・無	禁忌肢位 他禁忌事項	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	自・監・介	
薬剤	持参薬 確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛 有・無	
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	有・無	
処置	鋼線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置	創処置(1回/2日)	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	有・無	
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	有・無	
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	試験外泊 退院時 訪問〇/〇	
退院時 情報	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 意欲:有・無・どちらとも言えない	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	要介護度:〇 サービス:有・無()

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

急性期病院

リハビリ病院

【コメント】

平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 術後1~2週間 平成 年 月 日 〇〇病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間

* 食院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報提供をお願いいたします。

地域連携クリティカルパスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
 - 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

宇都宮宏子氏と退院調整

- 2002年ごろからの京都大学附属病院地域ネットワーク医療部での看護師の宇都宮宏子氏が退院調整のステップを整理
- 退院調整の3ステップ
- ステップ1
 - 外来の時点から入院後3日以内に退院支援が必要になる患者の把握
- ステップ2
 - 入院3日目から退院までに受容支援・地域支援と暮らしの場に戻るためのチームアプローチ
- ステップ3
 - 在宅支援チームとの共同によるサービス調整であるという



宇都宮宏子氏

退院支援・退院調整の3段階プロセス



STEP1 第1段階 外来(入院決定)～入院後3日以内

退院支援が必要になる患者の把握 病気の理解・受けとめ、どうありたい？

- 入院(発症)前の生活状況を把握 **すでに在宅支援チームがいれば連携**
- 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像を予測 暮らしが変わる？
- 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有

STEP2 第2段階 入院3日目～退院まで **第2・3段階は重なる時期もある**

受容支援・自立支援 暮らしの場に帰るためのチームアプローチ

- 継続的にアセスメントし、チーム(在宅&病院)で支援
- 患者・家族の疾患理解・受容への支援 **医療選択の場面**
- 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築 **未来の姿**
 - ①病状・病態から考える医療・看護上の視点
 - ②ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点
- 経済的・社会的な課題がある場合、MSW・行政などによる支援を検討・実施
在宅支援チームとの相談・協働

STEP3 第3段階 必要になった時点～退院まで

サービス調整(退院調整) **在宅支援チームとの協働!**

- 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整 **インフォーマルな繋がりも大事に**
- 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施
- 看護の継続が必要⇒訪問看護導入or自院から訪問 **安定在宅着地!**



退院支援に係る診療報酬の変遷

2000年

【入院治療計画の策定】

平成8年:入院治療計画加算(入院時医学管理料)

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価(現在、入院基本料の算定要件)

平成12年:急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年:急性期入院加算、急性期特定入院加算(改)

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

クリティカルパス

2006年

【医療機関の連携の推進】

平成18年:地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患:大腿骨頸部骨折

平成20年:地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

地域連携

クリティカルパス

2008年

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年:退院調整加算、総合評価加算

平成22年:介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、
新生児退院調整加算

平成24年:退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援

入退院支援加算・ 入院時支援加算

PFMの考え方がベースにある

2024年診療報酬改定へ向けて



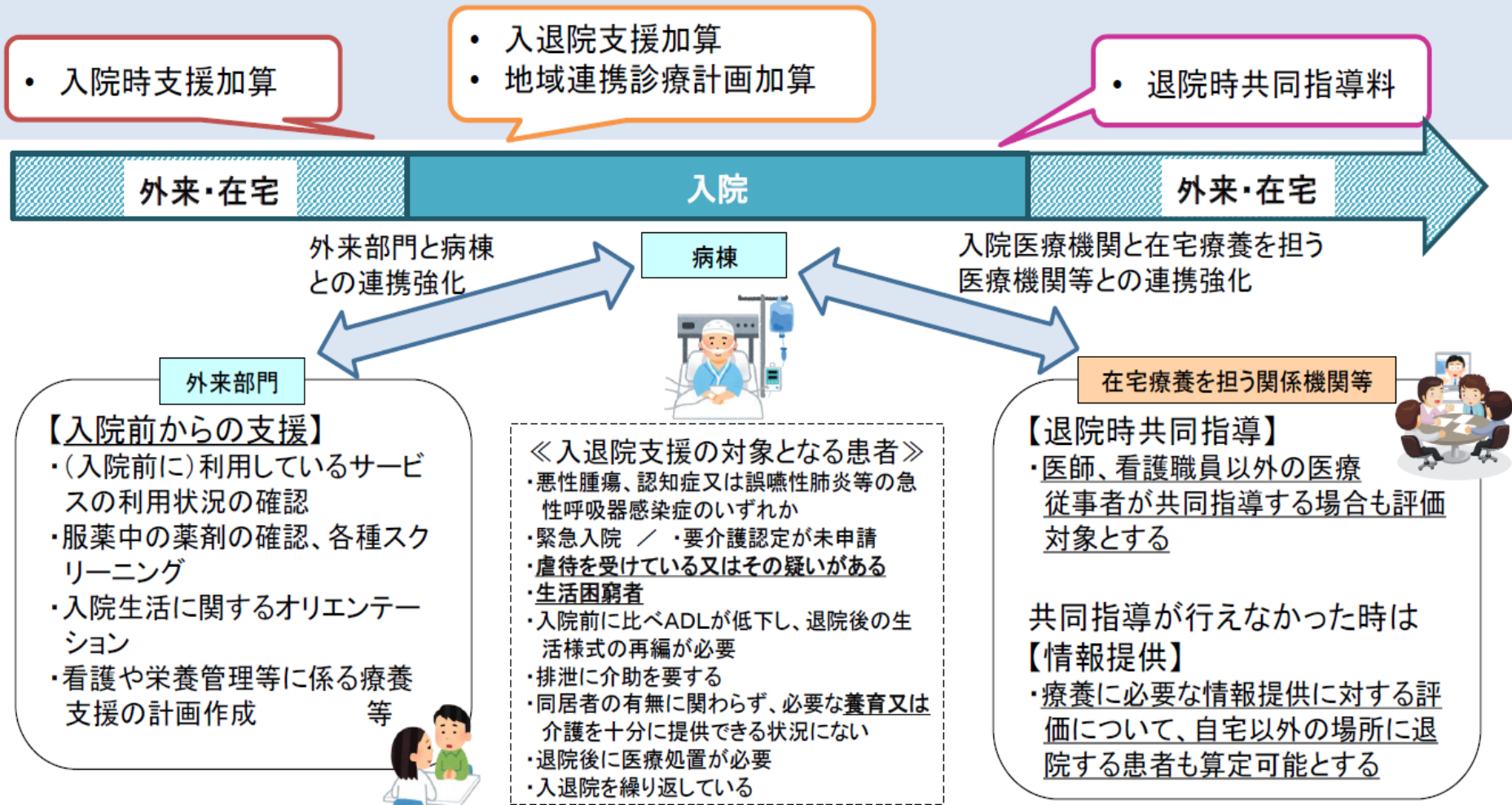
- ①入退院支援加算
- ②入院時支援加算

①入退院支援加算

2018年診療報酬改定で
入退院支援加算が導入

入退院支援の評価（イメージ）

- 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。



入退院支援加算の要件

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
点数	一般病棟：600点 療養病棟：1200点	一般病棟：190点 療養病棟：635点
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟： 7日以内に面談 療養病棟： 14日以内に面談	出来るだけ早期に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	出来るだけ早期にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う	
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）	—

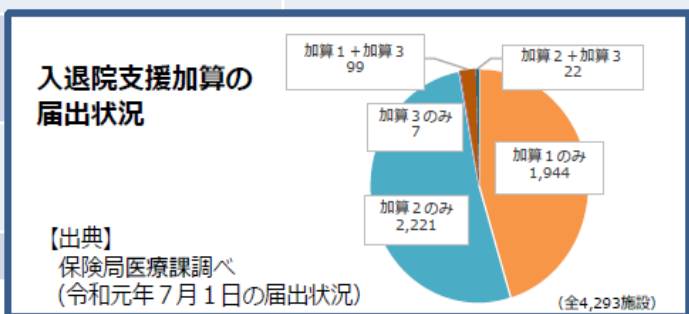
入退院支援加算の概要①

A 2 4 6 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 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200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
- 入退院支援加算 3 1,200点
- 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。
- 小児加算 200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	入退院支援加算 3
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 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 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 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上記要因に準ずると認められるもの	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 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 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 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上記要因に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
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	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
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		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
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（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
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		

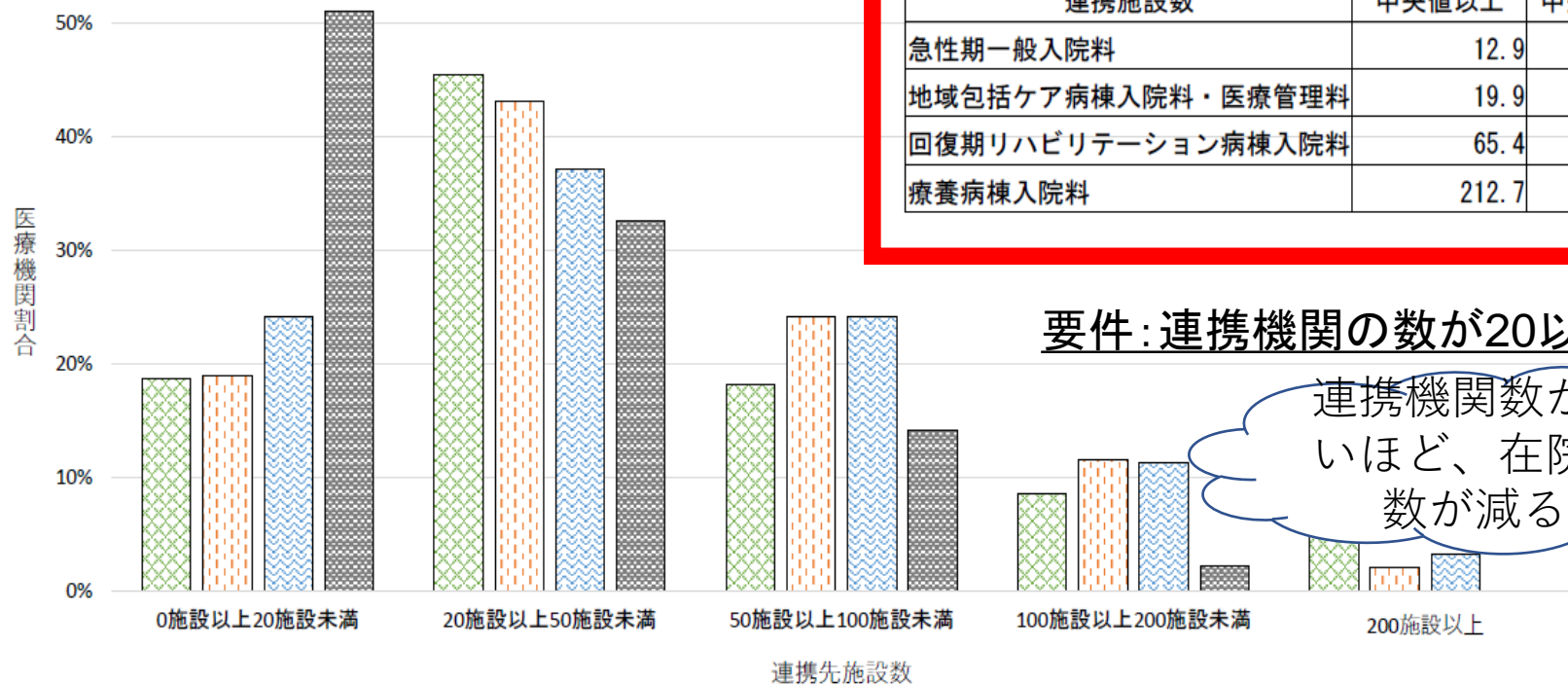


※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。

退院支援に向けた施設間の連携状況

- 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では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

入院料別・連携施設数の状況



連携施設数が中央値以上・未満別 平均在院日数

連携施設数	平均在院日数	
	中央値以上	中央値未満
急性期一般入院料	12.9	12.9
地域包括ケア病棟入院料・医療管理料	19.9	27.1
回復期リハビリテーション病棟入院料	65.4	68.0
療養病棟入院料	212.7	279.2

要件: 連携機関の数が20以上

連携機関数が多いほど、在院日数が減る

- 急性期一般入院料(n=385)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料(n=62)
- 地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(n=95)
- 療養病棟入院料(n=92)

2022年診療報酬改定 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

連携施設
20以上

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

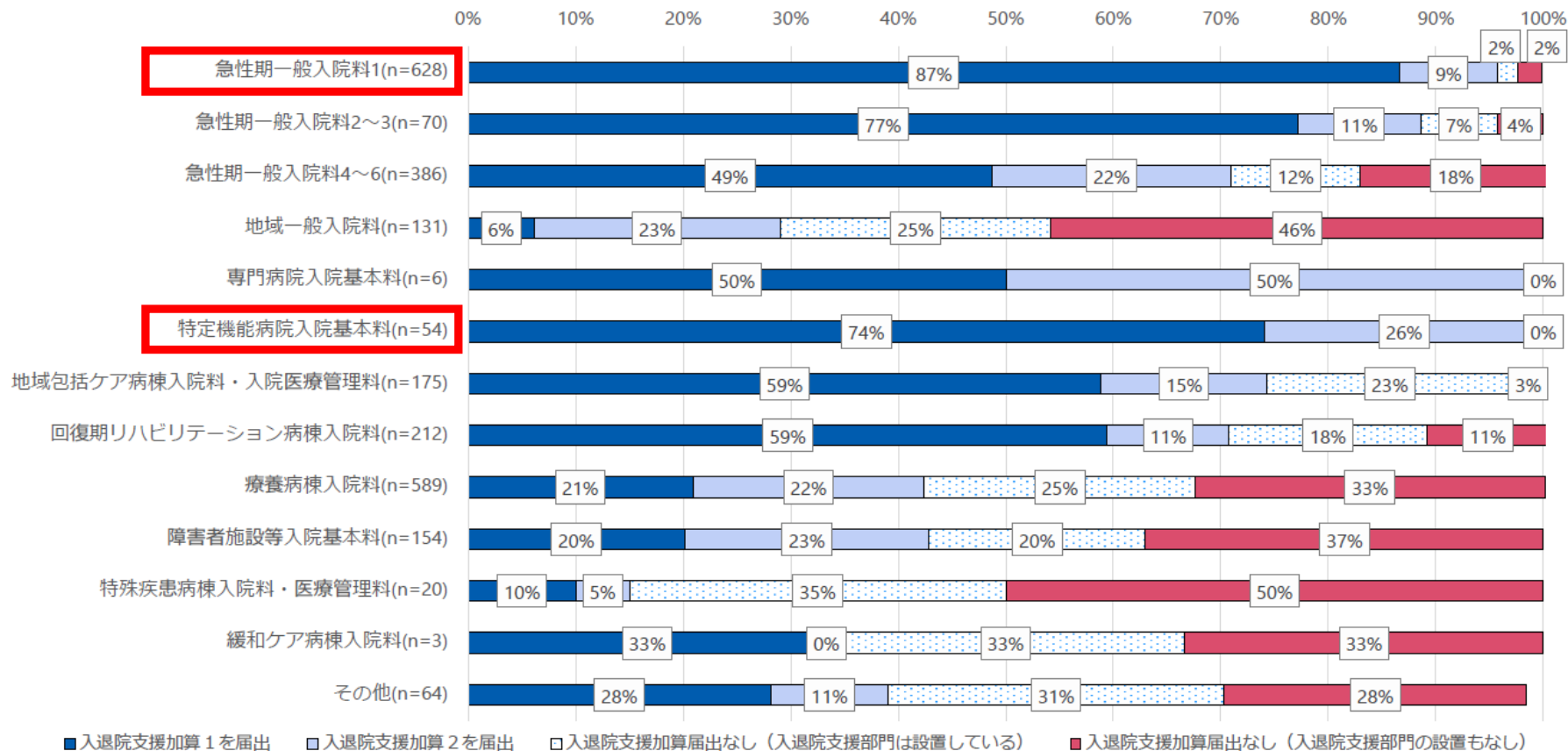
入退院支援加算の現状

2022年診療報酬改定影響調査より

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

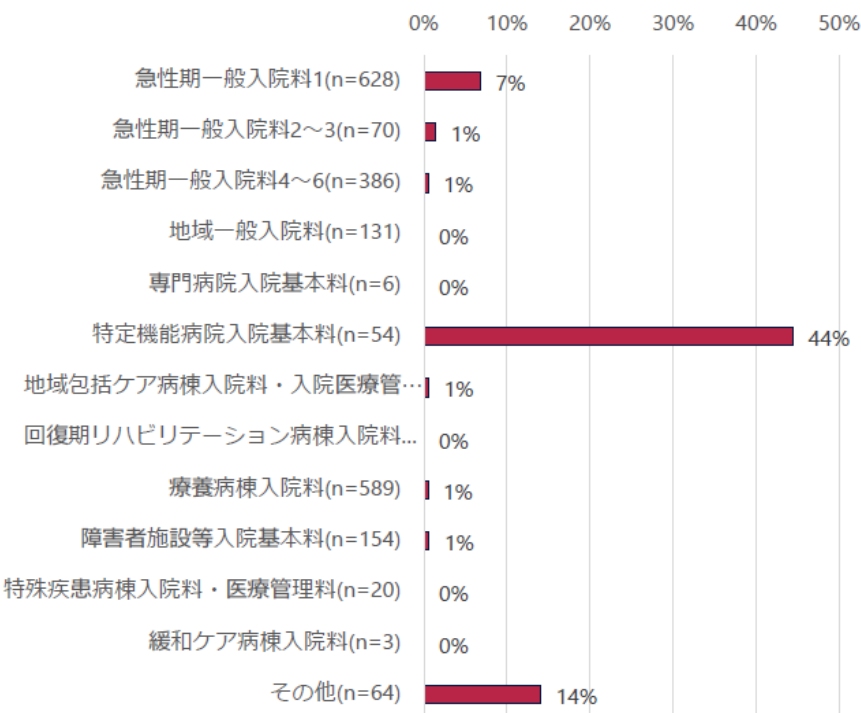


入退院支援加算 1・2 以外の届出状況

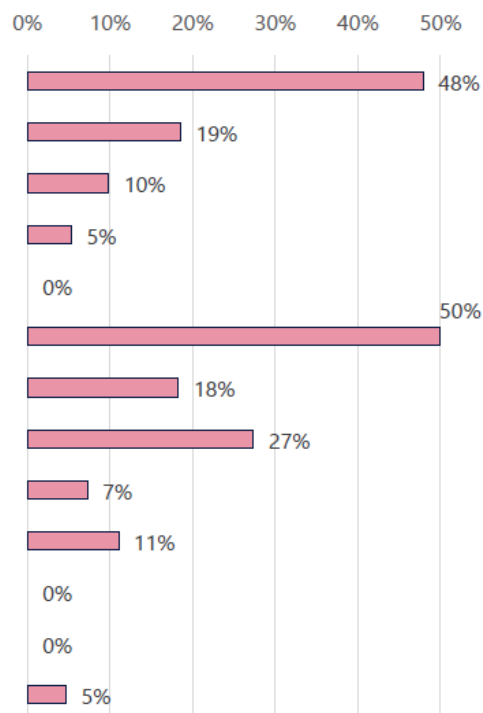
- 入退院支援加算3は、特定機能病院では44%届け出られているが、その他の入院料ではほとんど届出がなかった。
- 地域連携診療計画加算及び総合機能評価加算は、急性期一般入院料1及び特定機能病院で多く届け出られていた。

■ 入退院支援加算3、入退院支援加算の注加算の届出状況

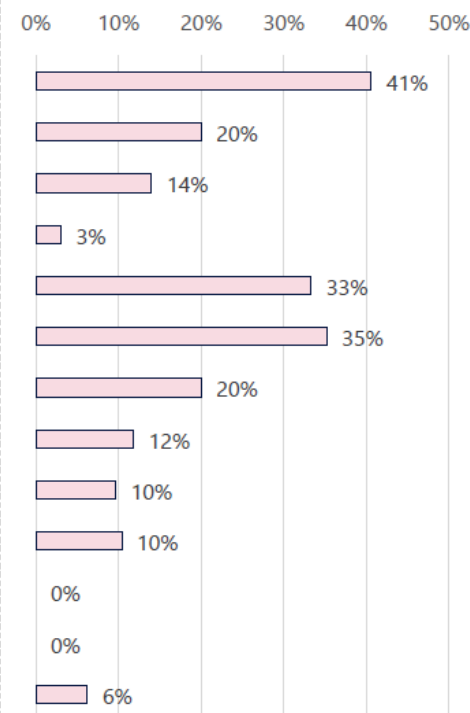
入退院支援加算3



地域連携診療計画加算



総合機能評価加算

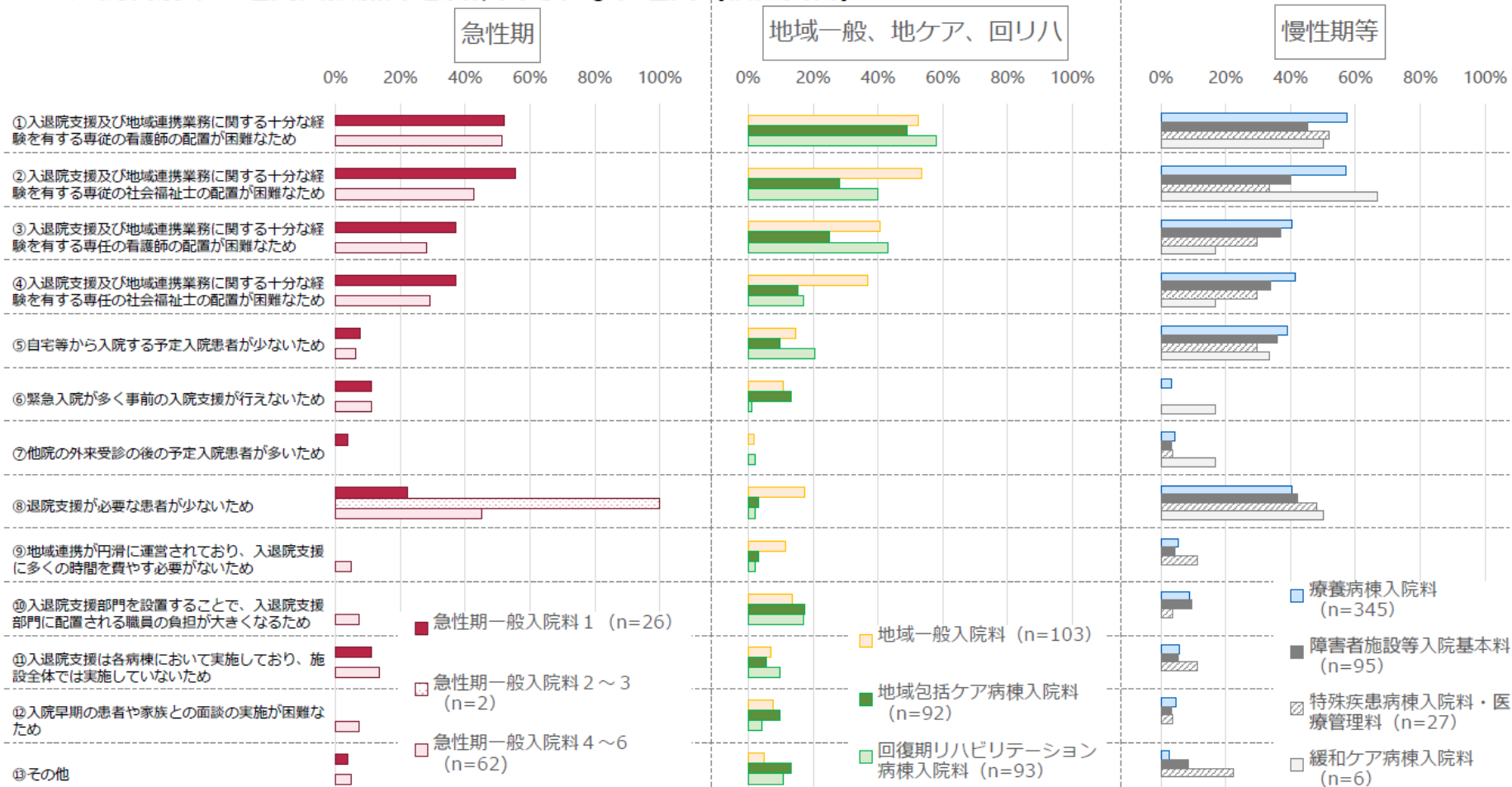


入退院支援加算を届け出していない理由

○ 入院料別の入退院支援加算を届け出していない理由としては、「専従の看護師や専従の社会福祉士の配置が困難なため」が多かった。

○ 他に比べて療養病棟入院料等においては、「退院支援が必要な患者が少ないため」が多かった。

■ 入院料別の入退院支援加算を届け出していない理由（複数回答）



入退院支援加算1の届出別の他院からの患者の受け入れについて（回りハ）

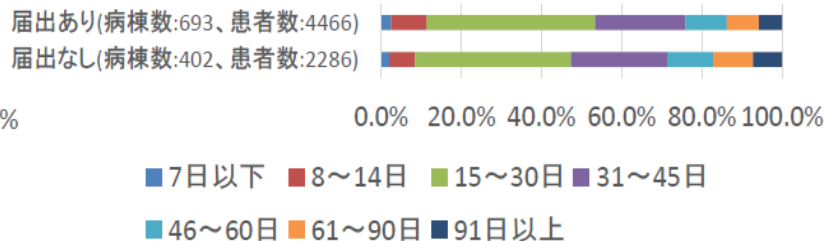
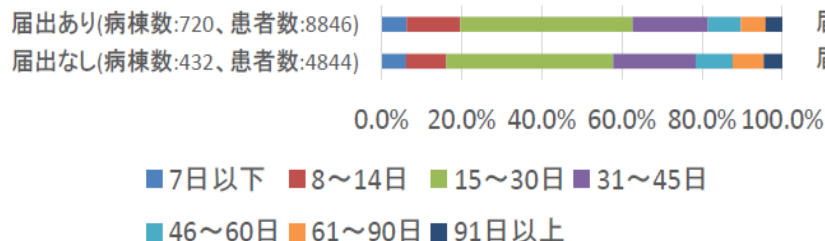
○ 入退院支援加算1の届出有無別に、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数を見ると、入退院支援加算1の届出を行っている医療機関において、入退院支援加算1の届出を行っていない医療機関と比較して早期から転院患者の受け入れを行っている。

■回復期リハビリテーション病棟における、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数

他院から転院した患者の発症から入棟までの平均日数	入退院支援加算1	
	届出あり	届出なし
脳血管	37.9	43.4
運動器	28.2	29.9
廃用	29.9	43.9
全体	33.3	37.9

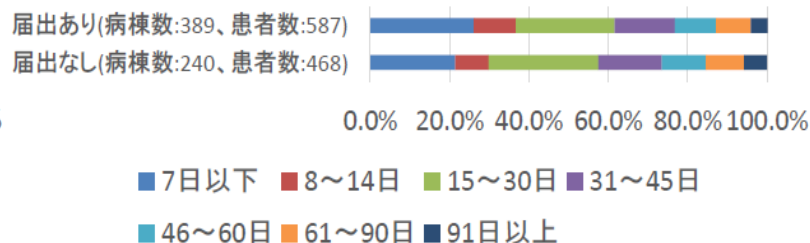
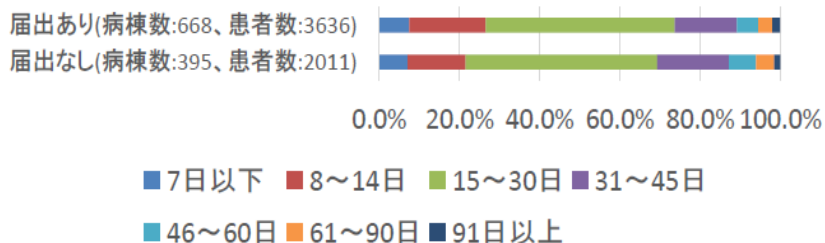
全体

脳血管疾患



運動器疾患

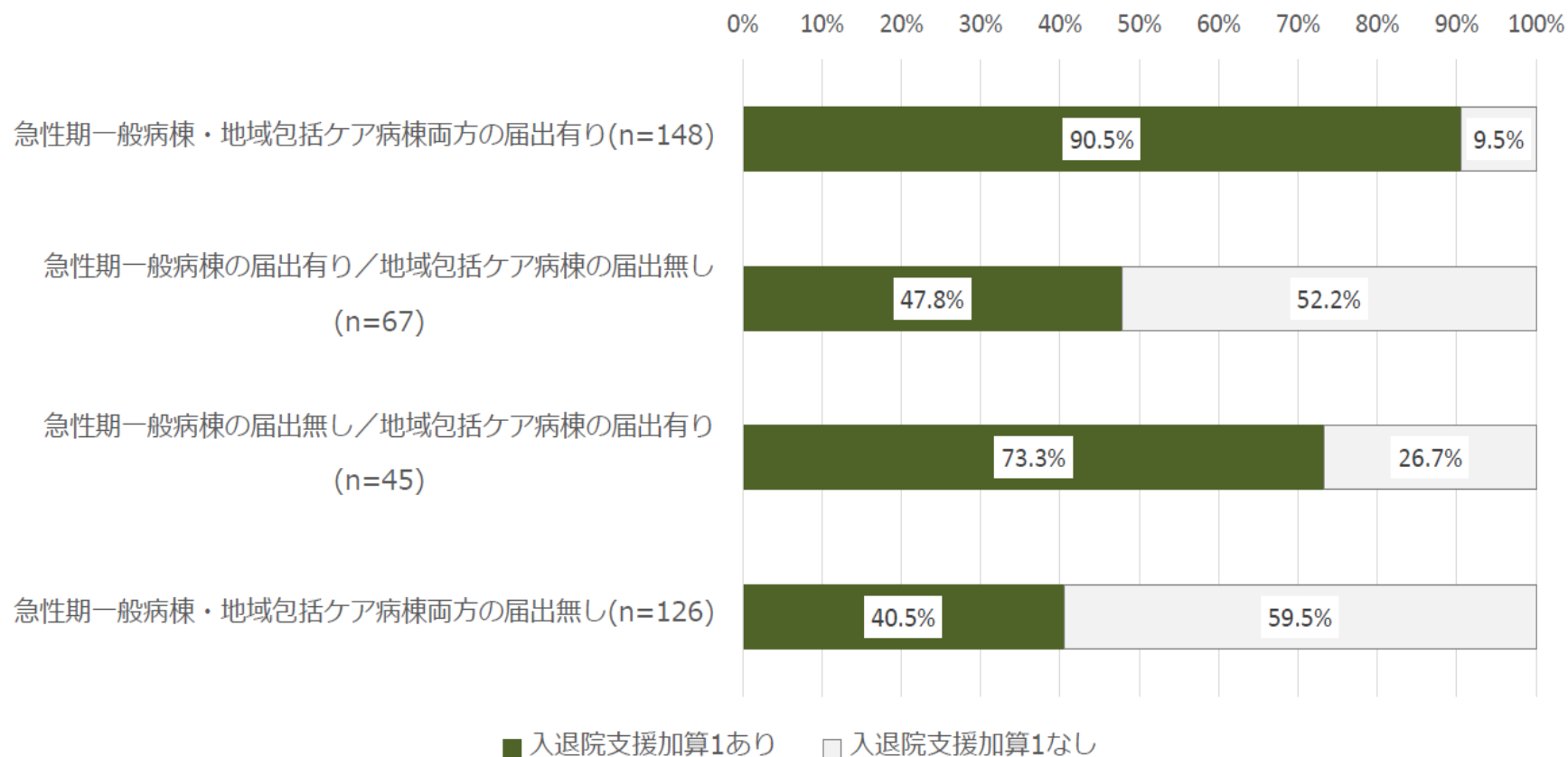
廃用症候群



回復期リハビリテーション病棟における入退院支援加算1の届出状況

- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関において、急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟の届出有無別に入退院支援加算1の届け出状況を見ると、急性期一般病棟・地域包括ケア病棟の届出がない医療機関において、入退院支援加算1の届出割合が低い。

■他の入院料の届出別、回復期リハビリテーション病棟における入退院支援加算1の届出状況



入院料別の入院患者の特徴

○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

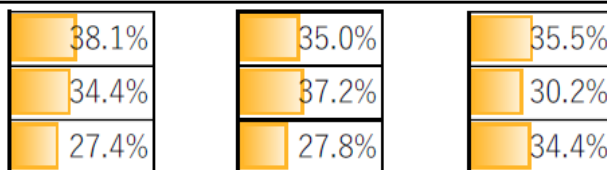
急性期一般入院料

急性期1 急性期2・3 急性期4～6

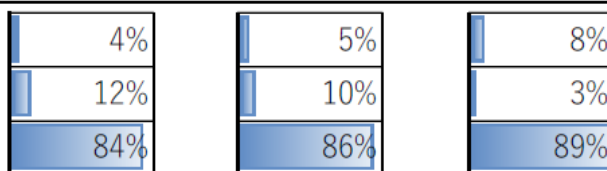
平均在院日数

11.7日 14.9日 13.8日

予定・緊急入院区分
 予定
 緊急（救急車等）
 緊急（外来初再診後）



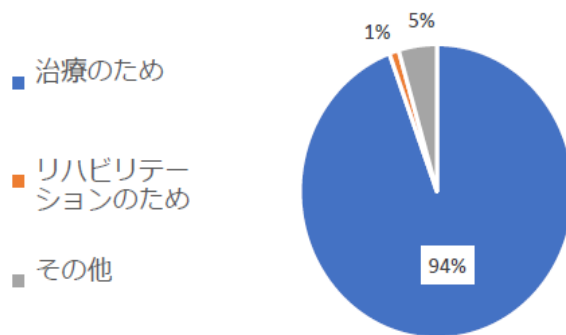
入棟前の場所
 他院（有床診含む）
 自院の他病棟
 その他



入院中の手術の実施

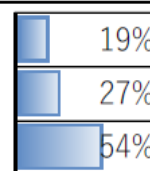
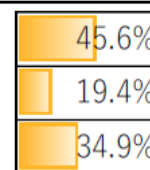
43.4% 42.8% 38.8%

入院の理由

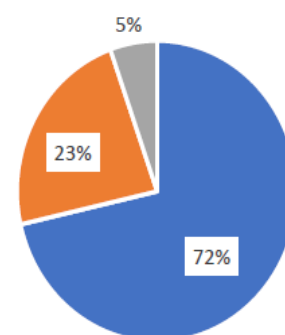


地域包括ケア病棟

26.9日

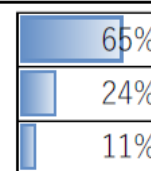
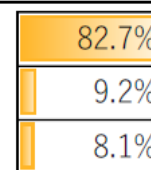


17.9%

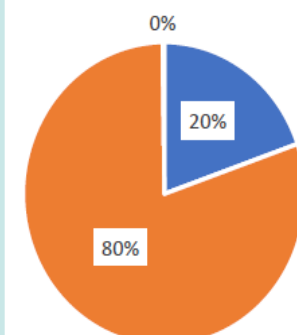


回復期リハビリテーション病棟

66.0日



10.5%



出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）
 その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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。

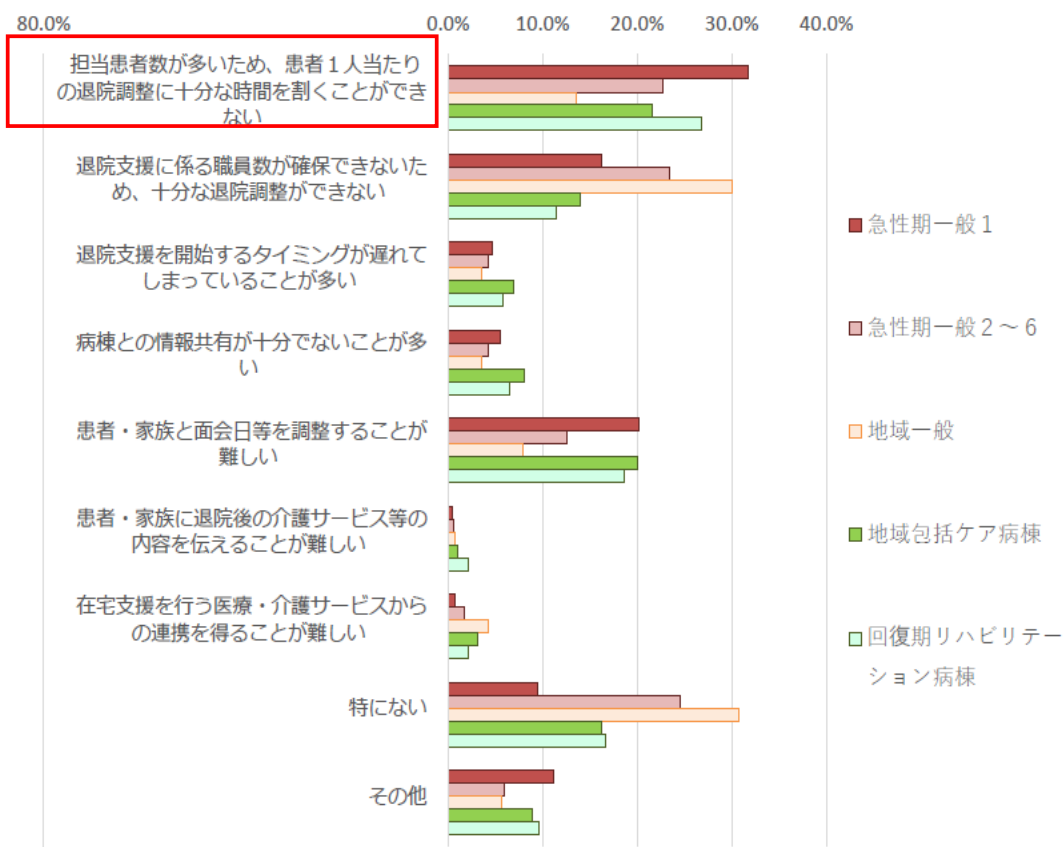
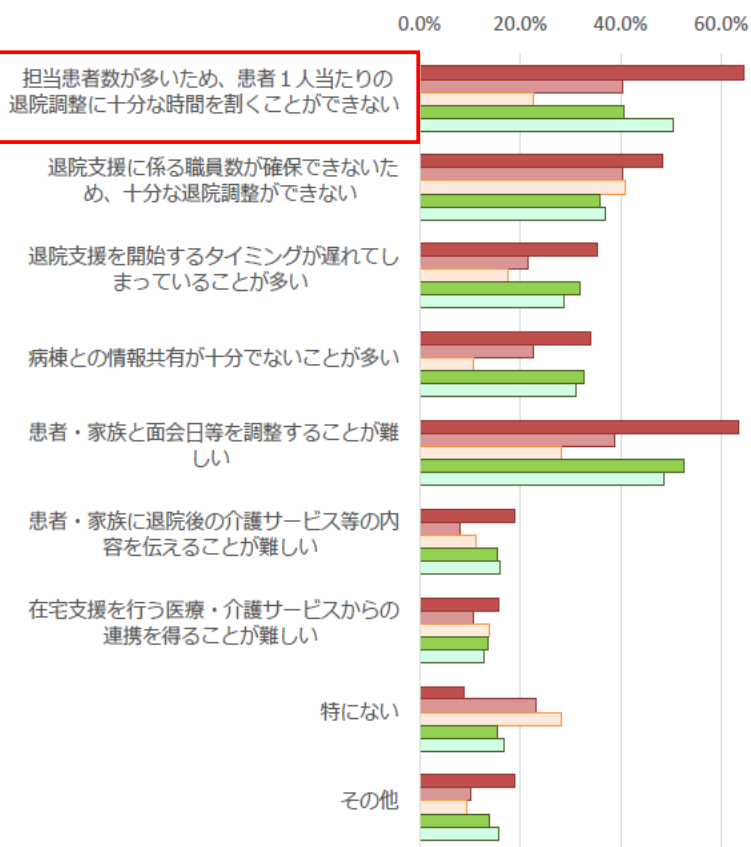
	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2～ 3(n=46)	急性期一般入院料4～ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	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%

入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）

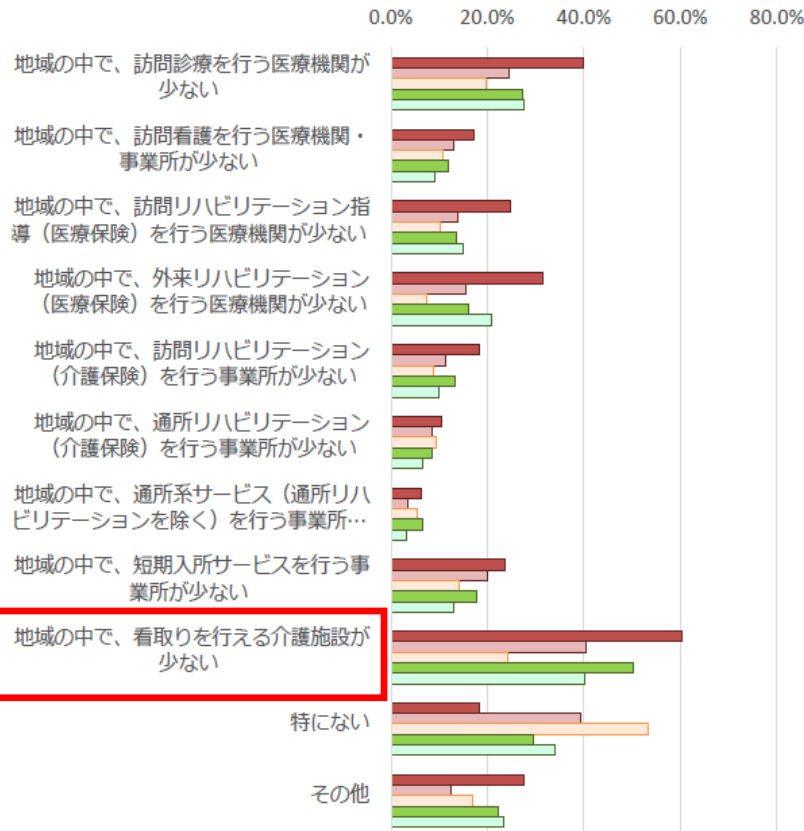
■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）



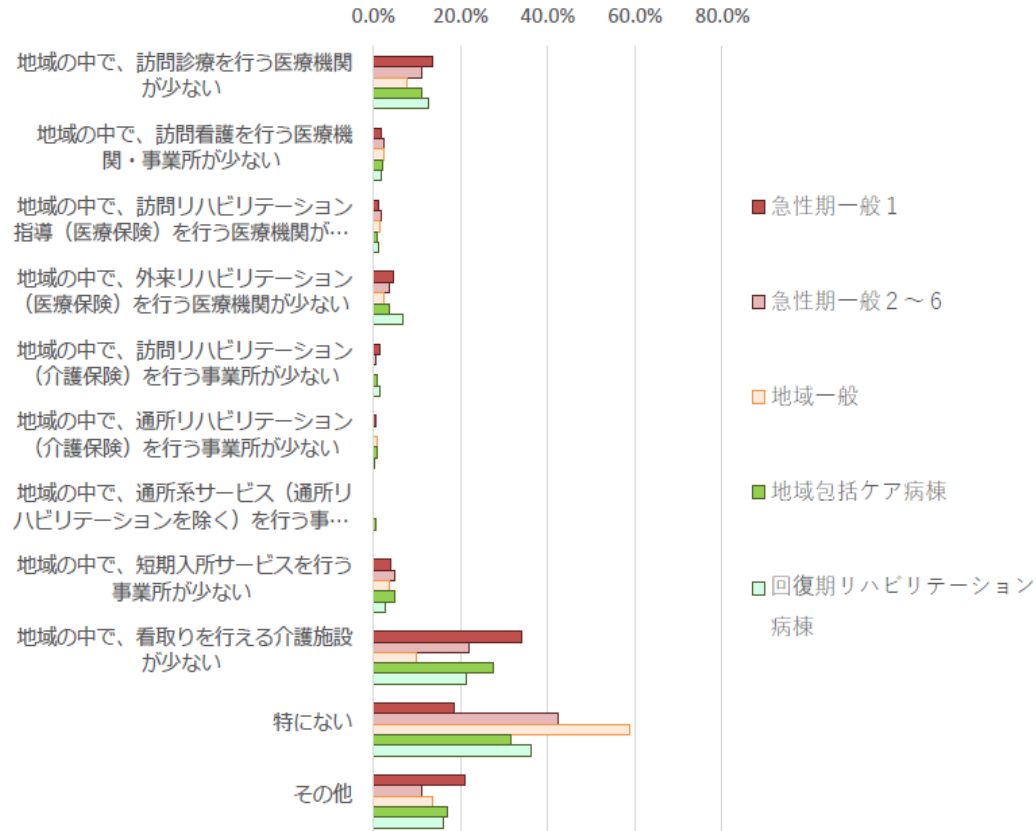
入院料別の退院を困難にしている事項

○ その他に退院を困難にしている事項は、「特にない」を除くと、いずれの入院料においても、「地域の中で見取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」の割合が高かった。

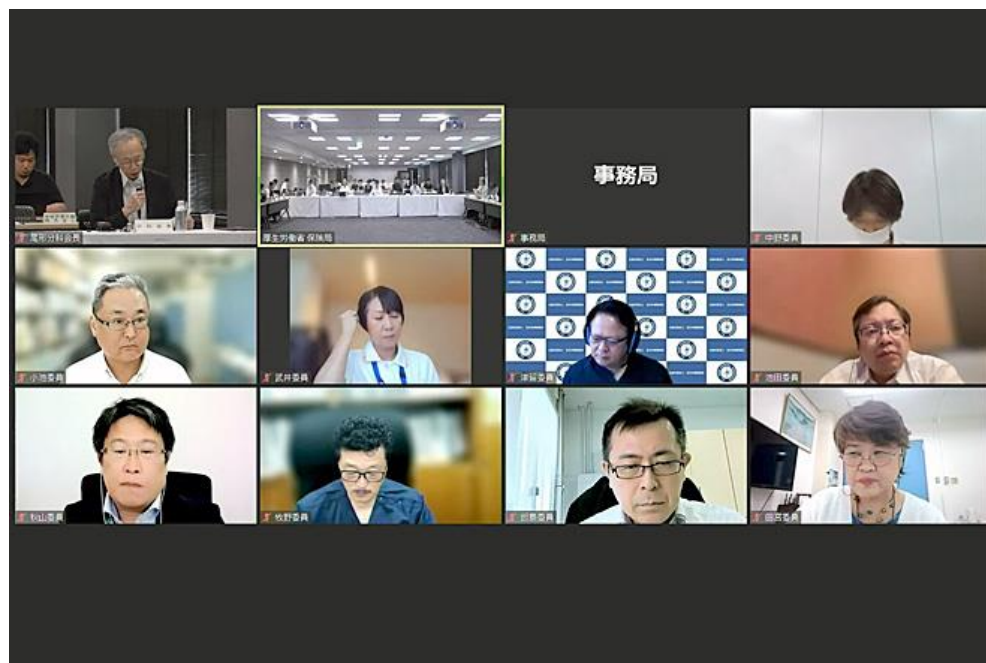
■ その他に退院を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■ その他に退院を困難にしている事項（最も該当するもの）



2024年診療報酬改定



入院外来分科会（2023年7月20日）

入院外来分科会

(2023年7月20日) 委員意見

- 入退院支援加算の取得は、急性期病棟では進んでいるが、回復期・慢性期病棟では遅れている。
- 高齢患者（退院困難となりやすい）がより多く入院し、在院日数も長くなる回復期・慢性期病棟でこそ入退院支援に向けた積極的な取り組みが重要であり、取得促進策を検討していく必要がある。
- 例えば、回復期リハビリ病棟でも、地域包括ケア病棟のように「入退院支援加算の取得義務化」を検討する余地があるが、入院患者像や病棟の機能等を踏まえた「入院料ごとの施設基準・算定要件」なども検討してはどうか。

入院外来分科会

(2023年7月20日) 委員意見

- 退院困難事例は「緊急入院」で多く、そこでは退院支援に向けて集中的なマンパワー導入が必要となる。緊急入院患者の退院支援を特別に評価することも検討してはどうか。
- 退院困難な背景の1つとして「介護施設側の受け入れ力が十分でない」ことが挙げられ、2024年度の診療報酬・介護報酬同時改定ならでの対応（医療・介護の両面からのアプローチ）が重要となる。

②入院時支援加算

入退院支援加算の概要②

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 1) から 8) 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 / 工) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認 / 力) 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

医療機関間の連携に関する評価

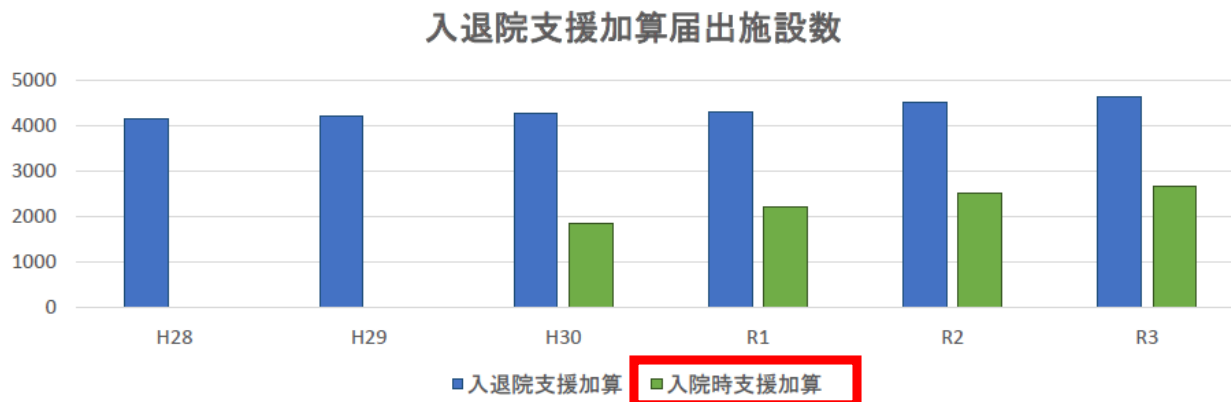
▶ 地域連携診療計画加算 300点（退院時 1 回）

[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

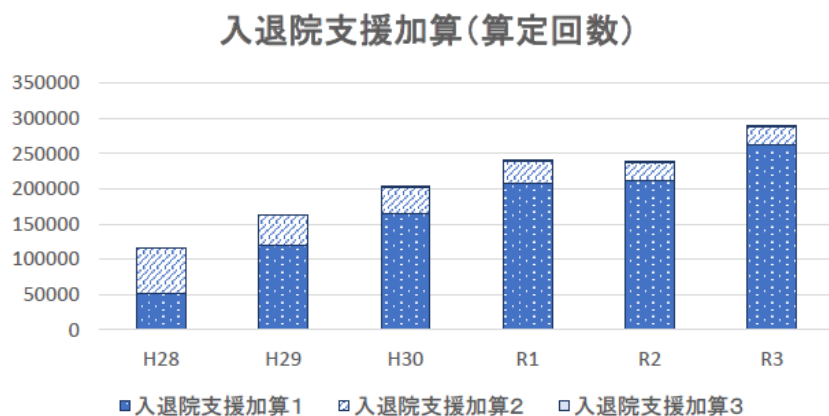
- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■ 入退院支援加算の届出状況の推移

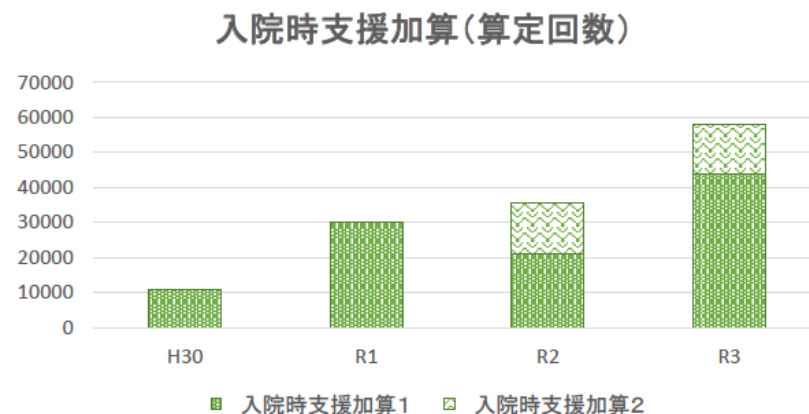


出典:各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

■ 入退院支援加算の算定状況の推移



■ 入院時支援加算の算定状況の推移

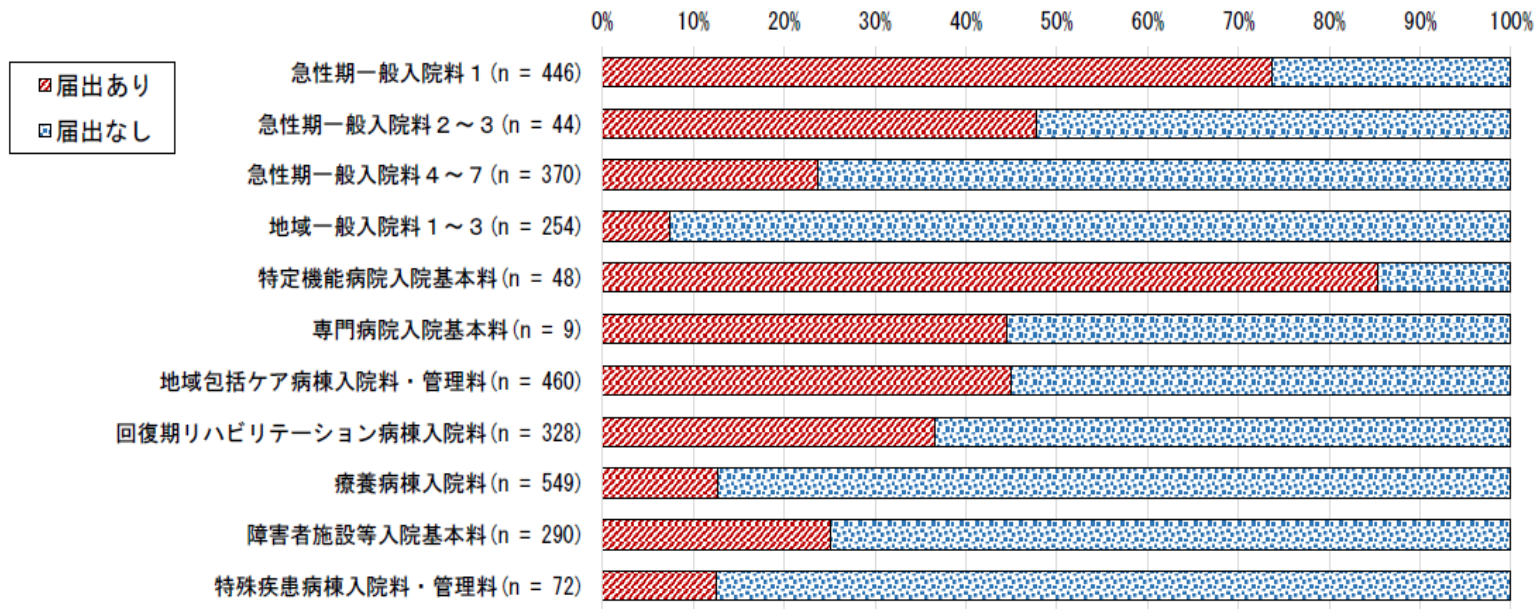


出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

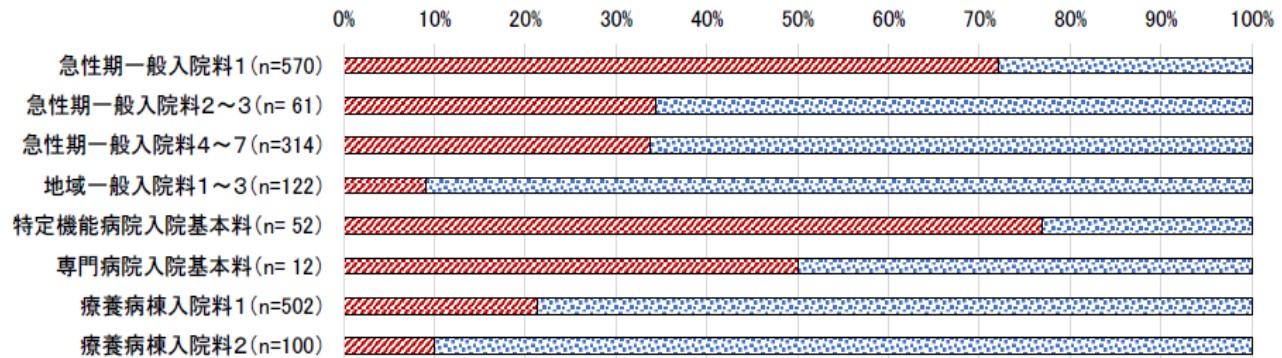
入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

入院時支援加算の届出状況



参考：令和元年度調査

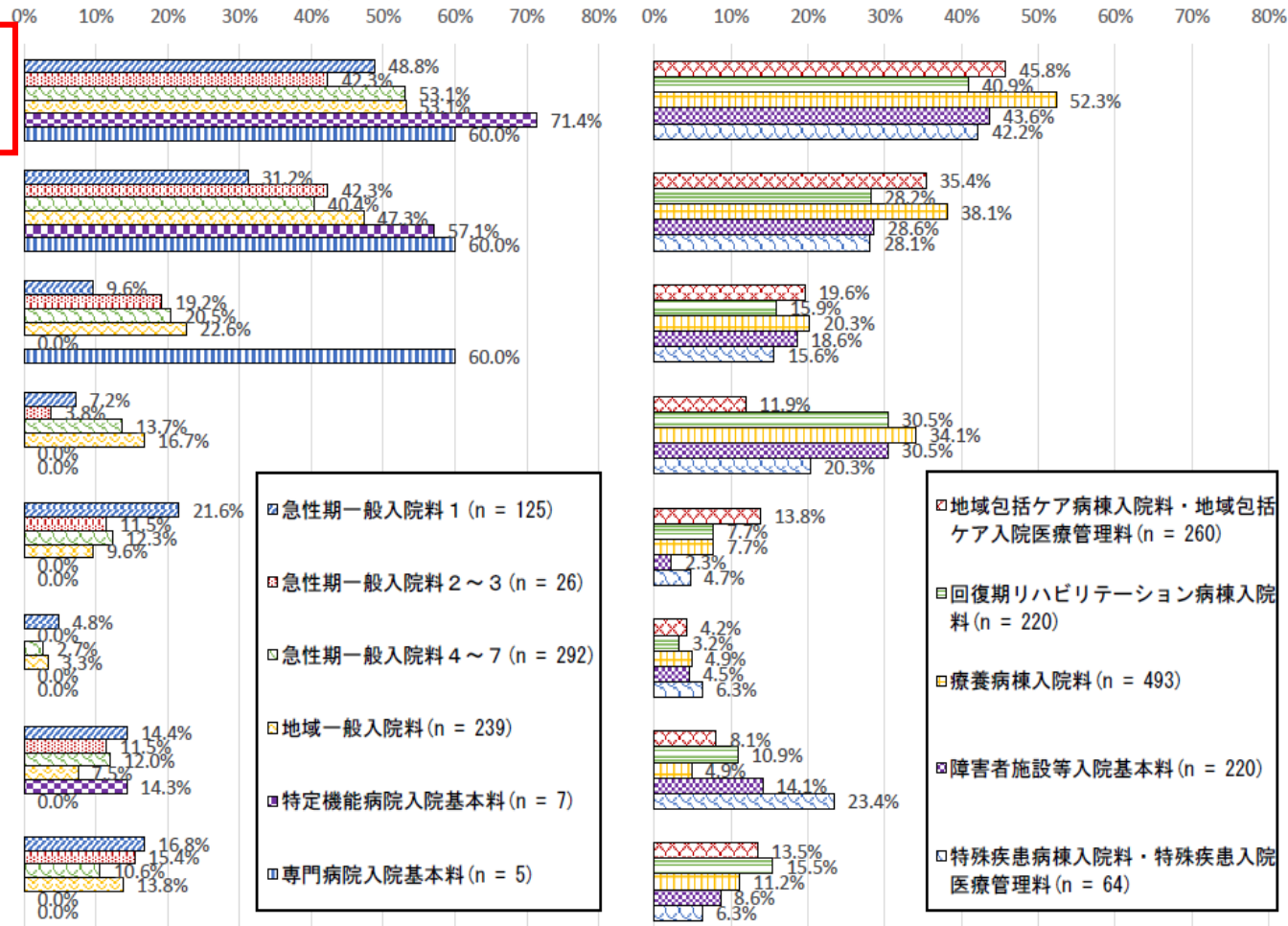


入院時支援加算を届出ることが困難な理由

- 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

入院時支援加算を届出ることが困難な理由

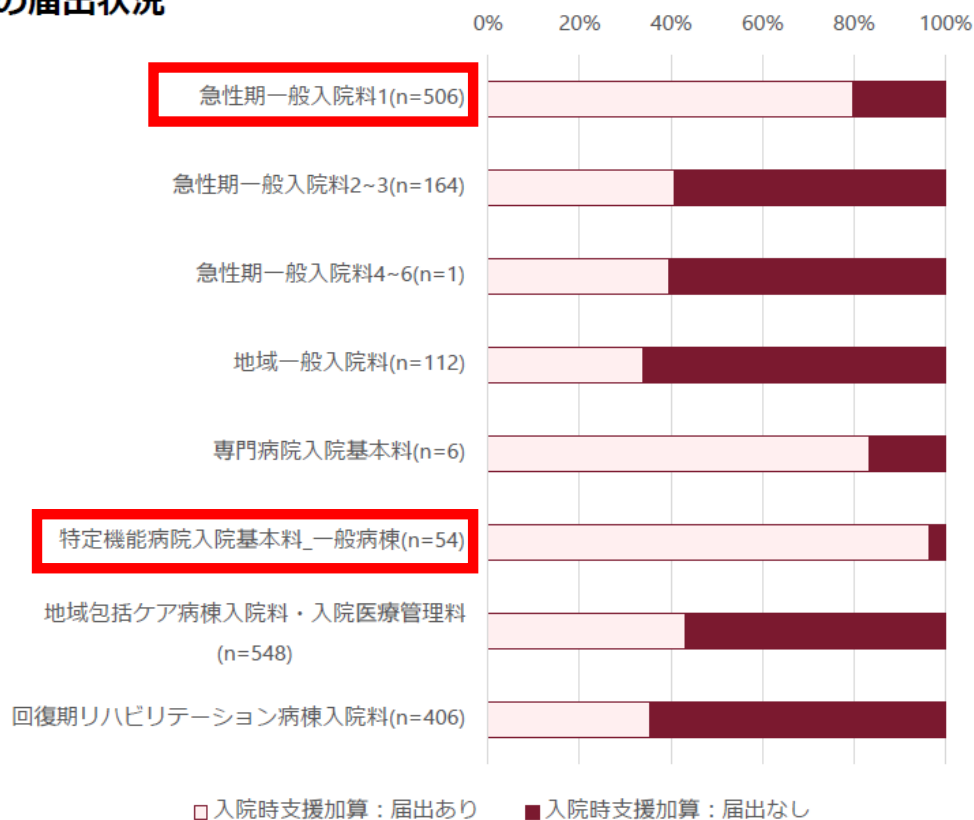
(複数回答)



入院時支援加算の届出状況

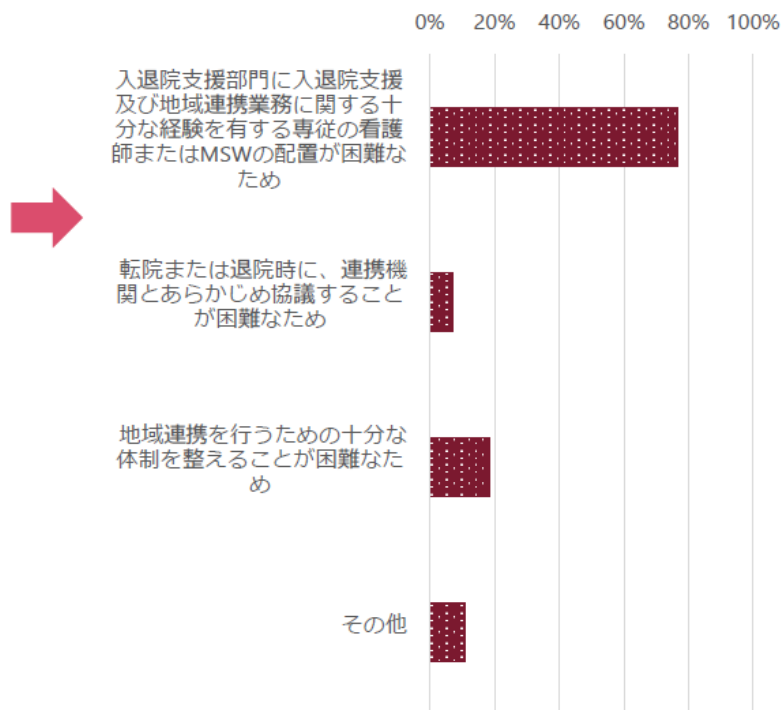
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■ 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)

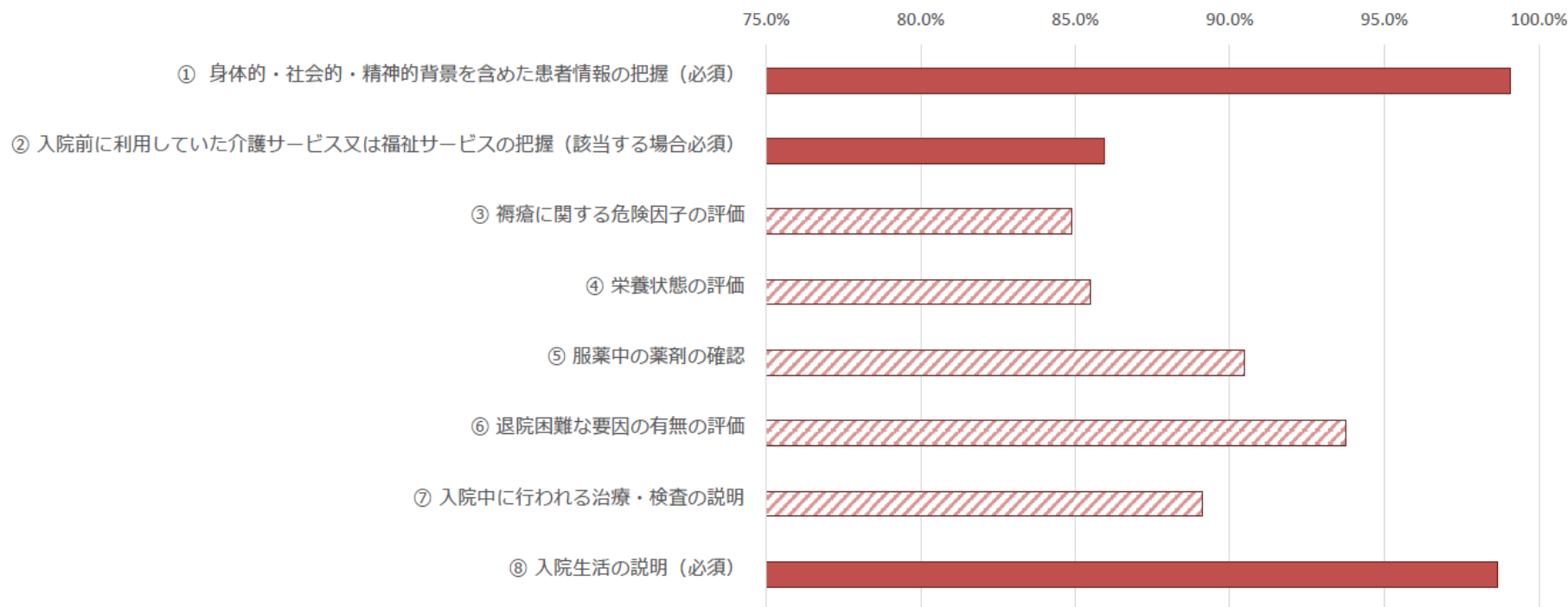
（※）急性期一般病棟、特定機能病院（一般）、専門病院



入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

- 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）



※
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

入院外来分科会 (2023年7月20日) 委員意見

- 入院時支援加算
 - 秋山智弥委員
 - 今後、高齢者入院患者のさらなる増加が見込まれるなか、8項目すべてを必須化してはどうか？
 - 猪口雄二委員
 - 入院時支援加算を所得出来る病院はそもそもクリニカルパスに乗りやすい予定入院患者が多く、在院日数短縮もしやすい。高齢者・独居・生活困窮などの退院困難患者をより多く抱える病院の努力こそ高く評価すべきである

2024年診療報酬改定 入退院支援の改定のポイント

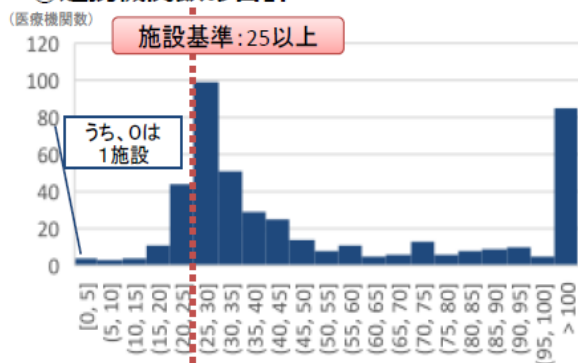
- ① かかりつけ医、ケアマネージャーとの連携
- ② 入退院支援における連携機関
- ③ 入院前からの支援の強化
- ④ 退院後の継続支援

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

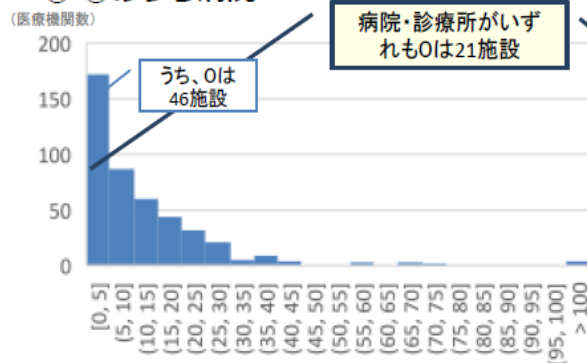
- 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

■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)

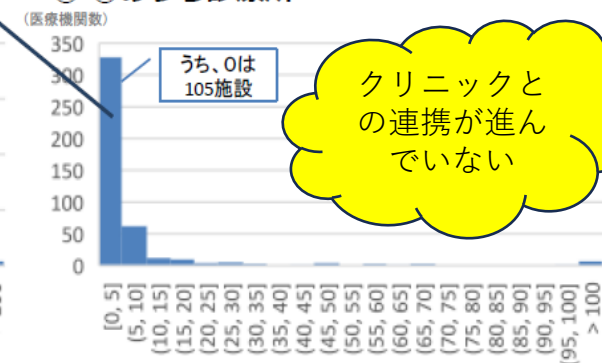
① 連携機関数の合計



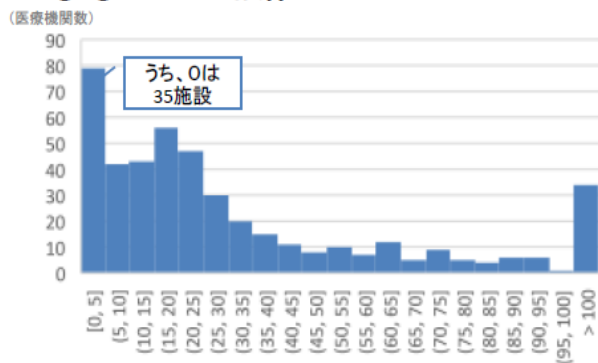
② ①のうち病院



③ ①のうち診療所



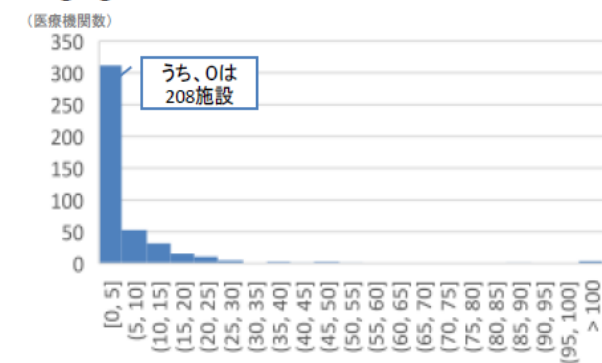
④ ①のうち介護保険サービス事業所



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



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？」
- 2023年10月1日から紹介受診重点病院が発足
- 2023年5月かかりつけ医機能が法制化
- 紹介受診重点病院とかかりつけ医機能の連携強化
- かかりつけ医機能は200床以下病院にも求められている。
- 入退院支援加算の地ケア病棟、回りハへの義務化が始まる？
- 緊急入院患者の入退院支援に評価を！

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか？
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



総合診療医の活躍
についても扱って
います

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