

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

2026年診療報酬改定 包括期機能と看護必要度



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

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

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

■病棟構成

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

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

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



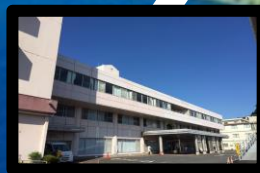
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次



- パート1
 - 包括期機能を担う入院医療
- パート2
 - 重症度、医療・看護必要度

パート1 包括期機能を担う入院医療



入院・外来医療等の調査・評価分科会

2025年9月11日



新たな地域医療構想

2040年を目指した新たな地域医療ビジョン

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映） 等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）

現行の地域医療構想

3/13 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

議題：地域医療構想の更なる推進について

→ 年度内に2025年に向けた取組の通知を発出

夏頃 推進区域・モデル推進区域（仮称）の設定

アウトリーチ
の伴走支援

地域医療構想の取組
状況について、随時、
調査を実施した上で、
WGにおいて、進捗
状況の評価等を行う。

報告

WGの議論
の内容を新
検討会に報
告し、現行
の地域医療
構想の評
価・課題を
踏まえ、新
たな地域医
療構想の検
討を進める。

新たな地域医療構想

2024年3月下旬

3月下旬 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）

※ 検討会を月1～2回程度開催
※ 医療部会に報告しながら検討を進める

1巡目の議論

・関係団体等からのヒアリング
・論点の提示、議論

夏～秋頃 中間まとめ（予定）

2巡目の議論

・制度改正の具体的な内容に関
する議論

年末 最終まとめ（予定）
2024年12月

令和7年度（2025年度）

・新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出

令和8年度（2026年度）

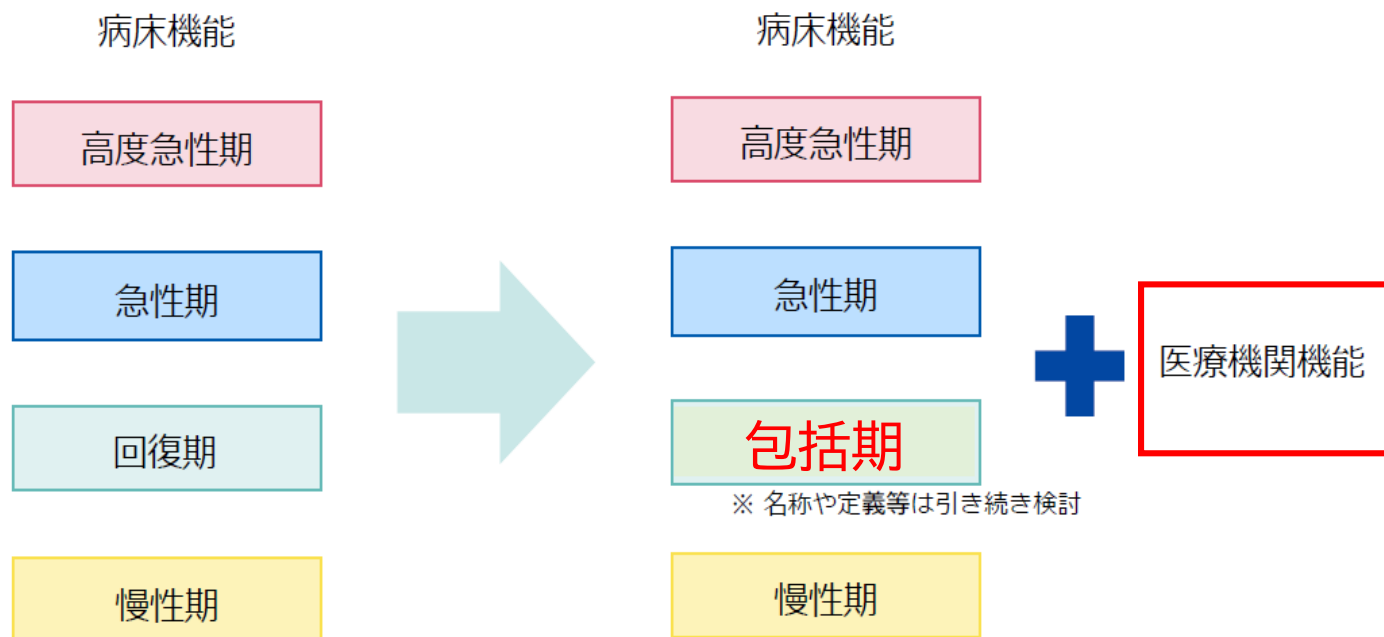
・新たな地域医療構想の検討・策定

令和9年度（2027年度）

・新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



病床機能等の分類の見直し

■ 病床機能等の分類

病床機能の名称は、関係者等に予断をいだかせないような名称にする必要がある

さらに、病院には様々な科があり得意分野は異なる。

「病床機能報告」を「病棟単位の医療機能」を示す「**病棟機能報告**」として位置付けると共に「回復期」を「**包括期**」と名称変更し、分かりやすく示すことも必要

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能 ↓ 包括期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

包括期機能の入院医療



5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

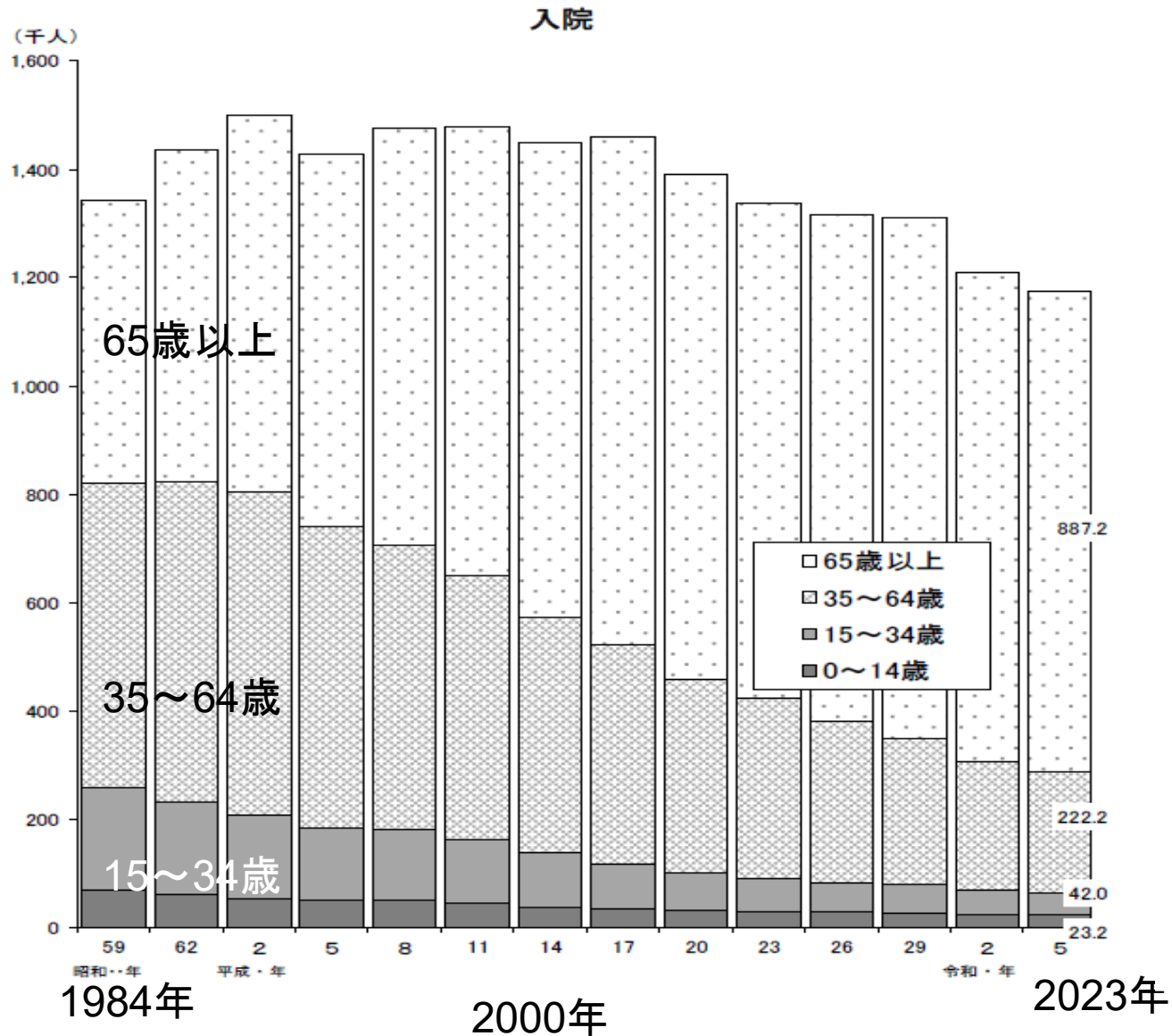
⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

患者調査でみる入院患者の年次推移

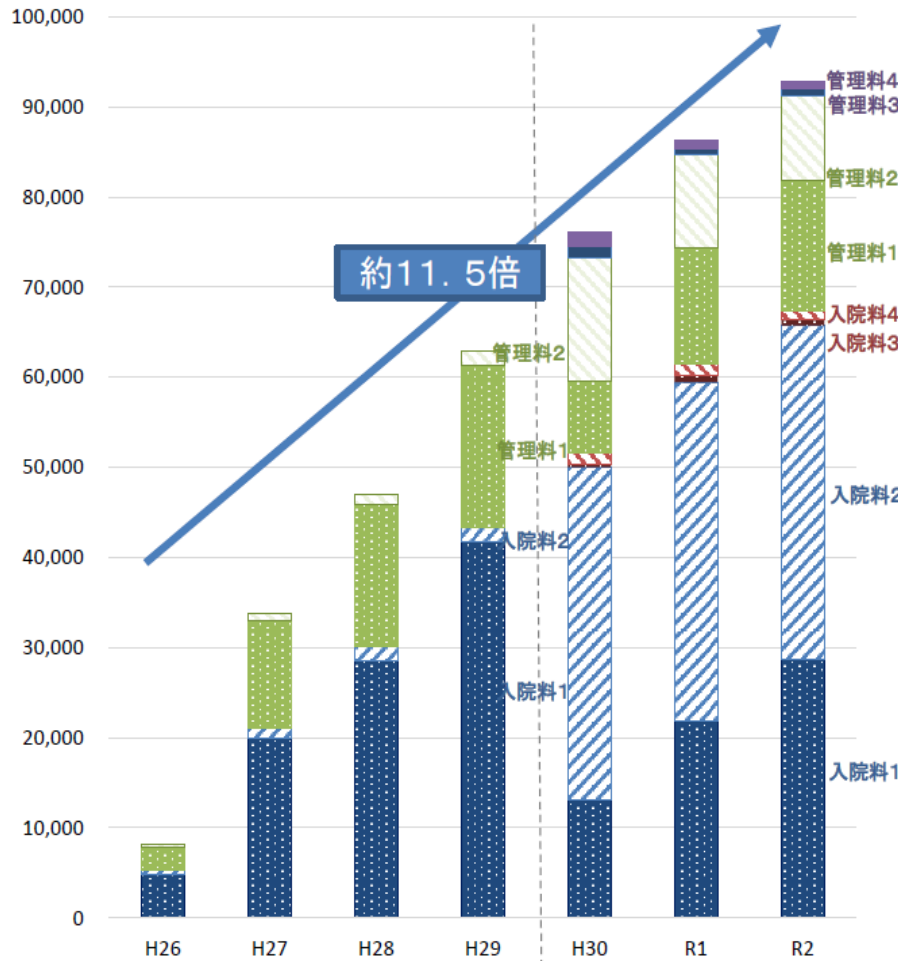


入院料別の届出病床数の推移

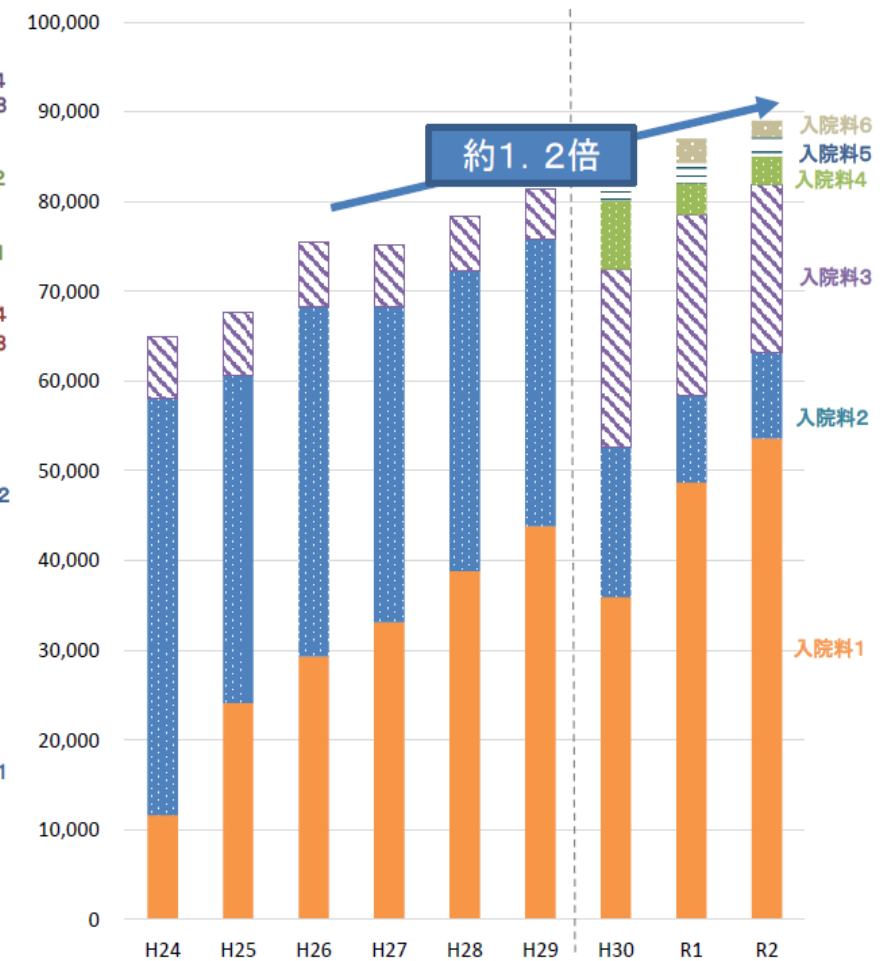
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2024年改定 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養である。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



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

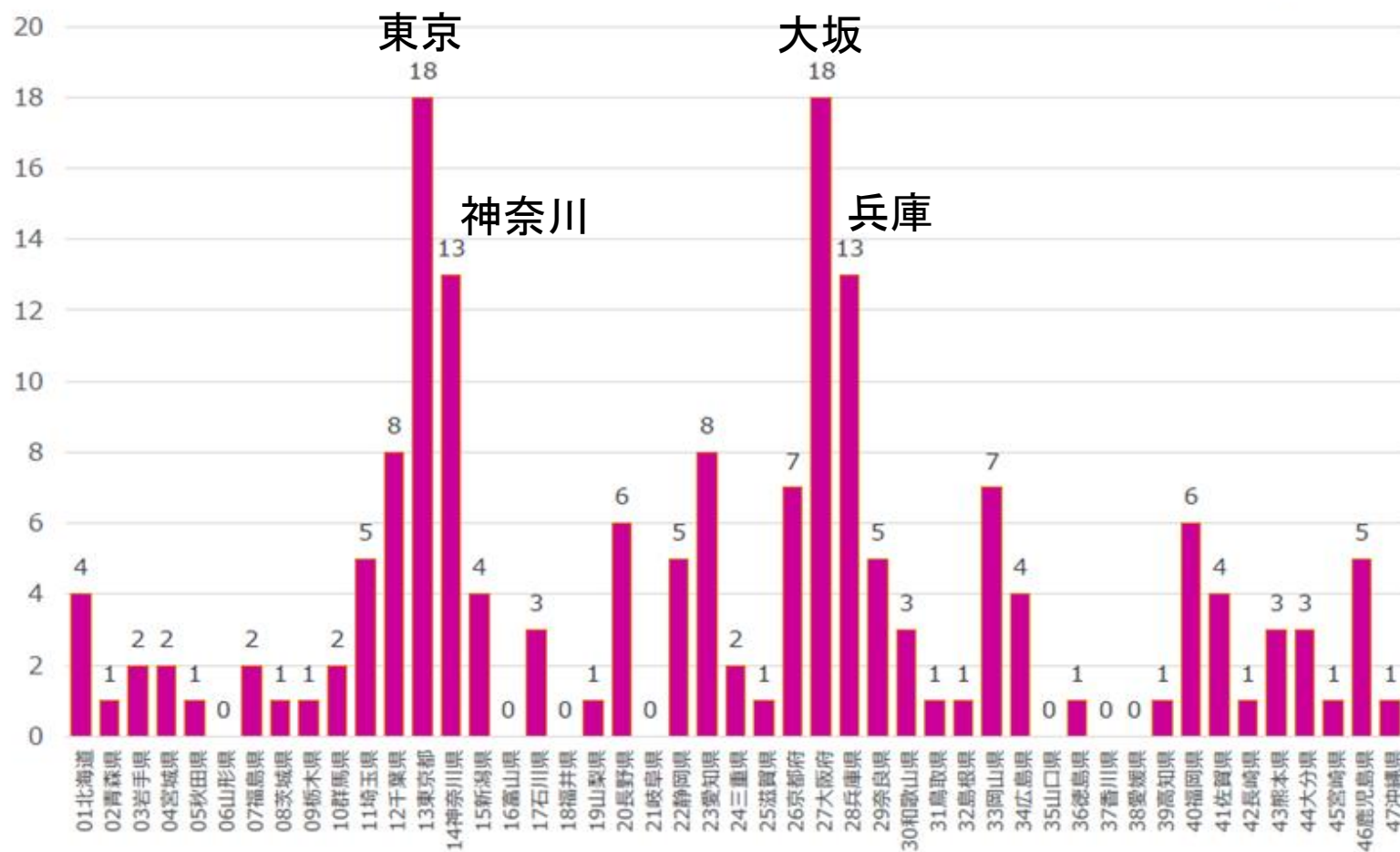


10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟

175病院（約9,200病床）



包括期の入院医療を担う病棟の施設基準

診調組 入-1
7.6.13改

		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟 ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対1	10対1	13対1	13対1
	看護師割合	7割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤2名以上	常勤1名以上	常勤1名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤1名以上	(-)	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は6単位まで	包括、必要者に2単位以上	包括、必要者に2単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟 アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 1点以上又はC 1点以上	A 1点以上又はC 1点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8%以上	8%以上
	入院日に特に介助を要する患者		5割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5%未満		65%未満
	自宅等から入院	関連する既存の施設基準		2割以上	★2割以上
	自宅等からの緊急入院			前3ヶ月で9人以上	★前3ヶ月で9人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8割以上	72.5%以上/70%以上	72.5%以上/70%以上
病院 ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が5%未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6項目のうち2つ以上を提供	6項目のうち1つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか 専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料1) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか 専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料2) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)
	入退院支援		入退院支援加算1の届出 (=連携機関数が25以上)		
病院 ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

包括期機能の 入院医療を表す指標



包括期の病院機能を表現できる指標の候補

指標等WG
7.7.29改

- 救急受入や在宅等の後方支援に関する機能の評価に関連すると考えられる項目を列挙した。
- その他の案を含め、救急受入と後方支援をバランス良く評価することができるか、また救急車利用や入院加療が促されることはないかという観点で指標を検討する必要がある。

評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病床機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能のため、別途報告を要する	自院で活発な救急受入を行っていても、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接緊急入院した件数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	病棟ごとのパフォーマンスを評価できるため、併設病棟の種類に影響を受けない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
後方支援に係る加算の算定件数	A206 在宅患者緊急入院診療加算、A253 協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの情報連携に基づく入院医療の提供について評価できる	同上。現状はA253は在支病、後方支援病院、地ケアを有する病院に限られており要調整	○ A206	○ A253
自宅等からの入院件数	(地ケアのみ) A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算の算定回数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの連携は評価されない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
協力対象施設である介護施設への往診	C000の注10 介護施設等連携往診加算の算定回数	レセプトから把握、又は別途報告を要する	入院に至らない診療も評価することができる	外来受診できる状態でも往診が選択されないか。A253と同様に算定可能な施設は要調整	—	○

包括期の病棟における緊急入院等の状況

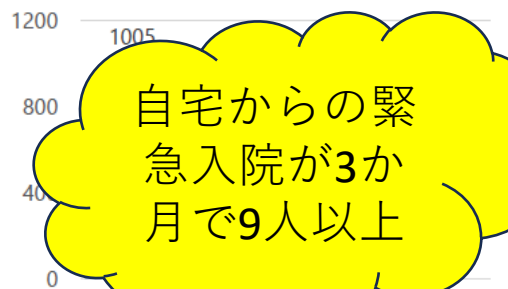
- 救急搬送からの入院や、自宅または施設からの緊急入院は、地域包括医療病棟では多く、地域包括ケア病棟では少ない医療機関が多かった。地域包括ケア病棟の中では、入院料・管理料1/3で2/4よりこれらの件数が多い傾向であり、施設基準（※）を大きく上回ると思われる施設も存在した。また、施設からの緊急入院が多い地域包括医療病棟もみられた。

各病棟における緊急入院等の件数（50床 1か月あたり）

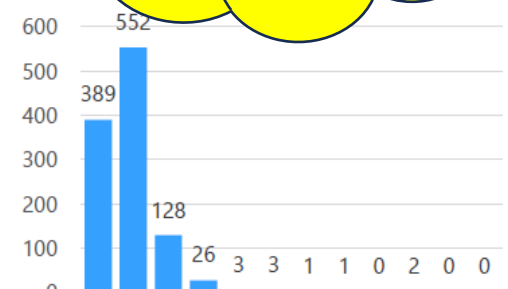
※地域包括ケア病棟入院料・管理料1/3では、自宅等からの緊急入院が前3か月で9人以上必要。
2/4では、在宅医療の提供等、他の要件のうちどれか1つを満たすことが必要。

救急搬送からの入院

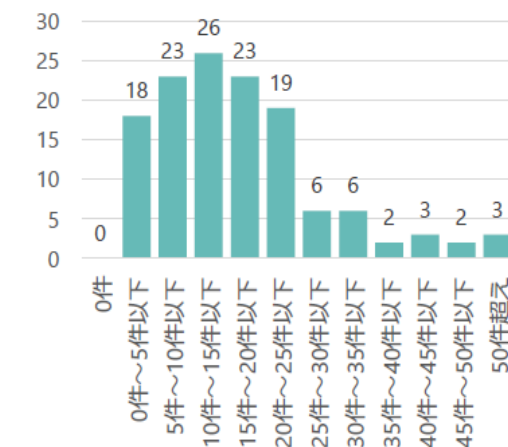
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
1/3 (n=1629)



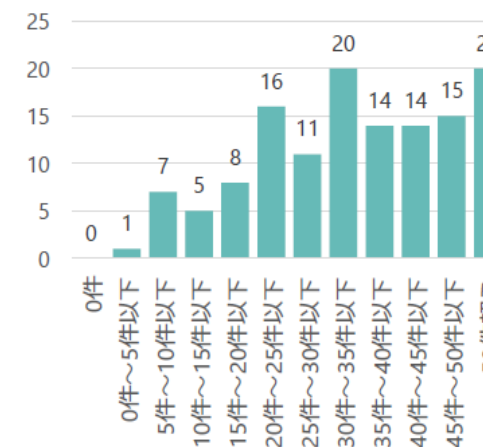
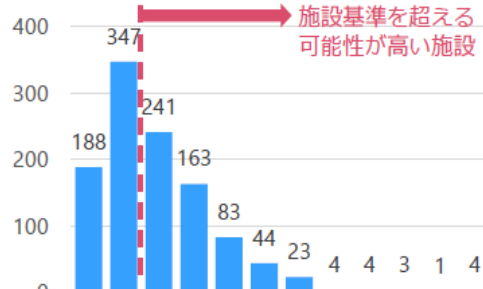
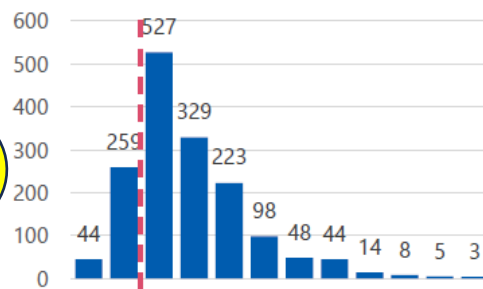
地域包括ケア病棟
入院料・管理料
2/4 (n=1124)



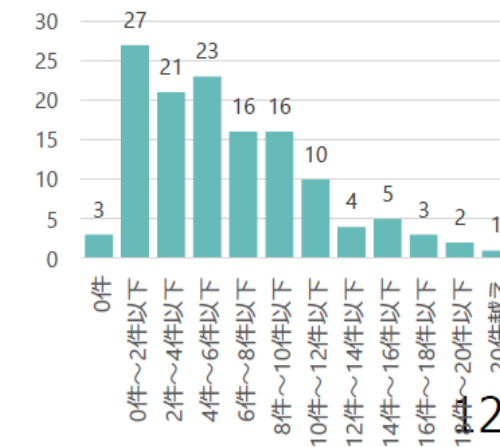
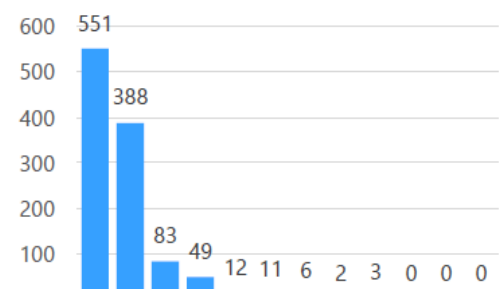
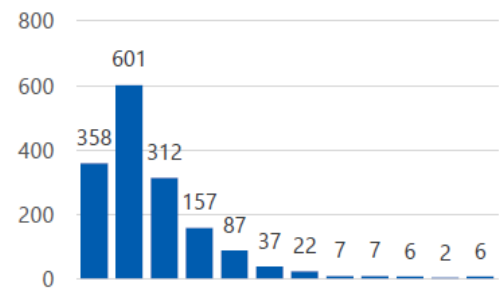
地域包括医療病棟
(n=131)



自宅又は施設からの緊急入院



施設からの緊急入院件数



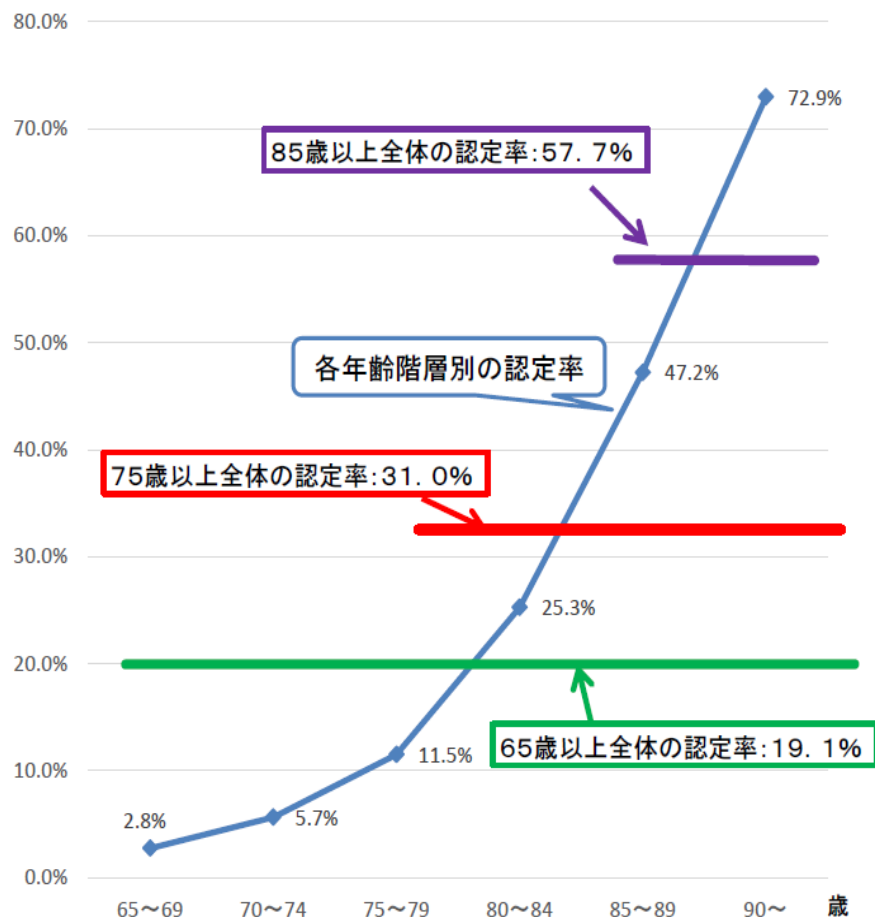
増える介護施設からの 入院ニーズ



医療と介護の複合ニーズが一層高まる

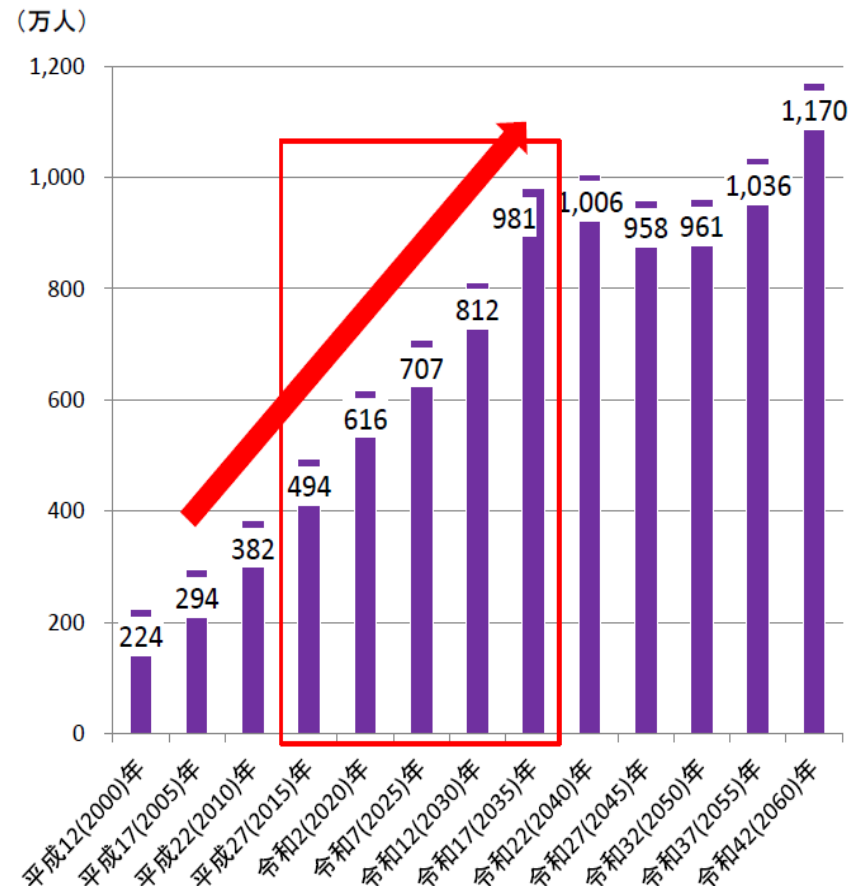
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2023年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
 注)要支援1・2を含む数値。

85歳以上人口の推移



出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

(退所者数: 8,018人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	32.0%
その他の社会福祉施設	4.9%
介護老人保健施設	5.6%
介護医療院	16.6%
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%



介護老人福祉施設



家庭	100.0%
介護老人福祉施設	2.2%
その他の社会福祉施設	1.9%
介護老人保健施設	0.4%
介護医療院	0.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	23.7%
死亡 ※	69.0%
その他	0.9%
不詳	1.4%

平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

(退所者: 23,106人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	33.6%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	0.9%
介護医療院	2.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%



介護老人保健施設



家庭	100.0%
介護老人福祉施設	36.3%
介護老人福祉施設	9.1%
その他の社会福祉施設	3.2%
介護老人保健施設	1.7%
介護医療院	0.1%
介護医療院	0.1%
医療機関	33.3%
死亡 ※	10.6%
その他	5.0%
不詳	0.8%

平均在所日数 309.7日(299.9日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

(退所者: 1,184人)

家庭	100.0%
介護老人福祉施設	8.2%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	0.4%
介護老人保健施設	6.5%
介護医療院	
医療機関	74.2%
その他	5.6%
不詳	4.7%



介護医療院

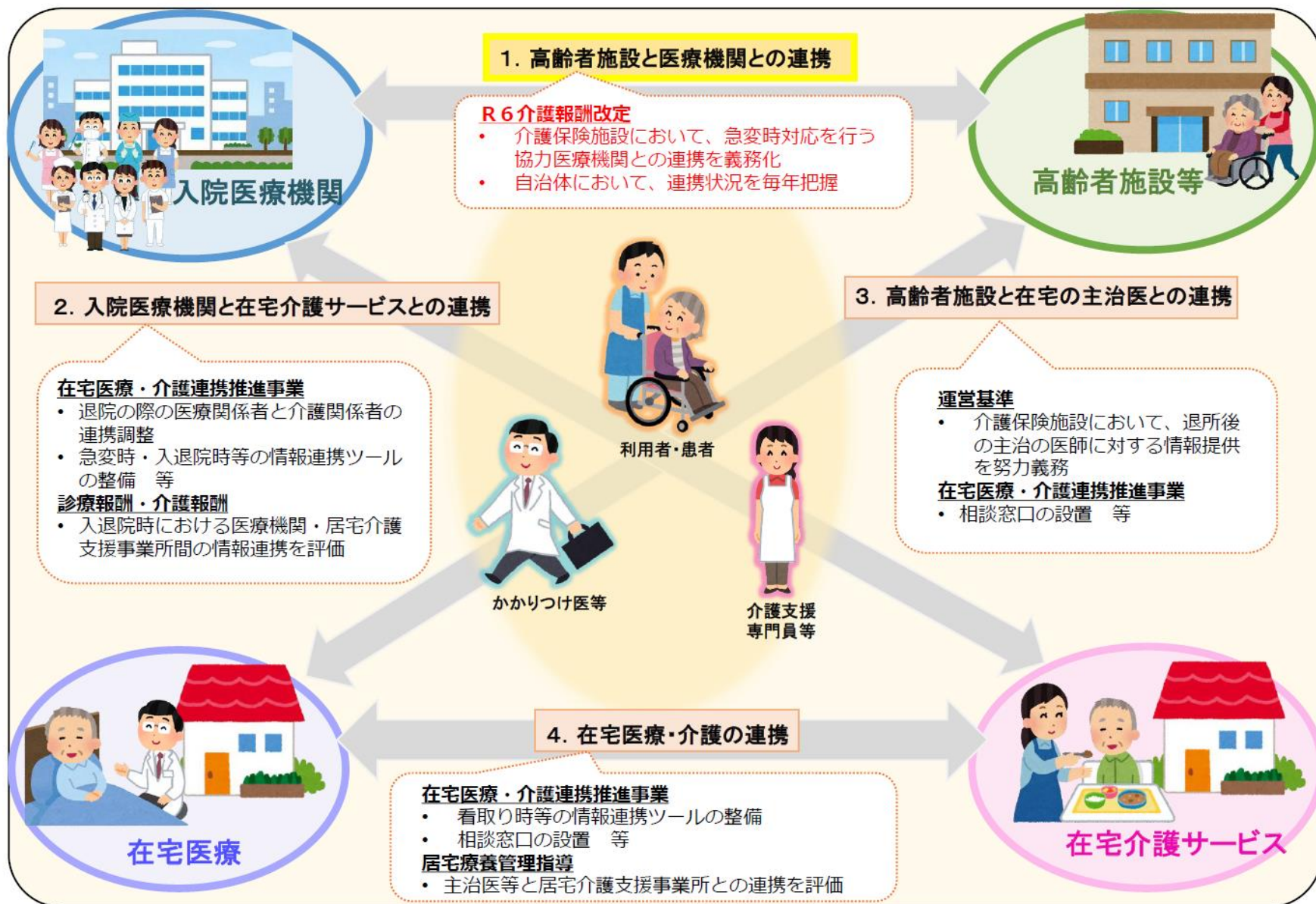


家庭	100.0%
介護老人福祉施設	7.8%
介護老人福祉施設	3.9%
その他の社会福祉施設	1.7%
介護老人保健施設	9.9%
介護老人保健施設	
介護医療院	
医療機関	19.8%
死亡 ※	52.2%
その他	4.3%
不詳	0.4%

平均在所日数 189.1日

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

出典: 令和元年介護サービス施設・事業所調査結果



救急受入や後方支援に関する現状の評価

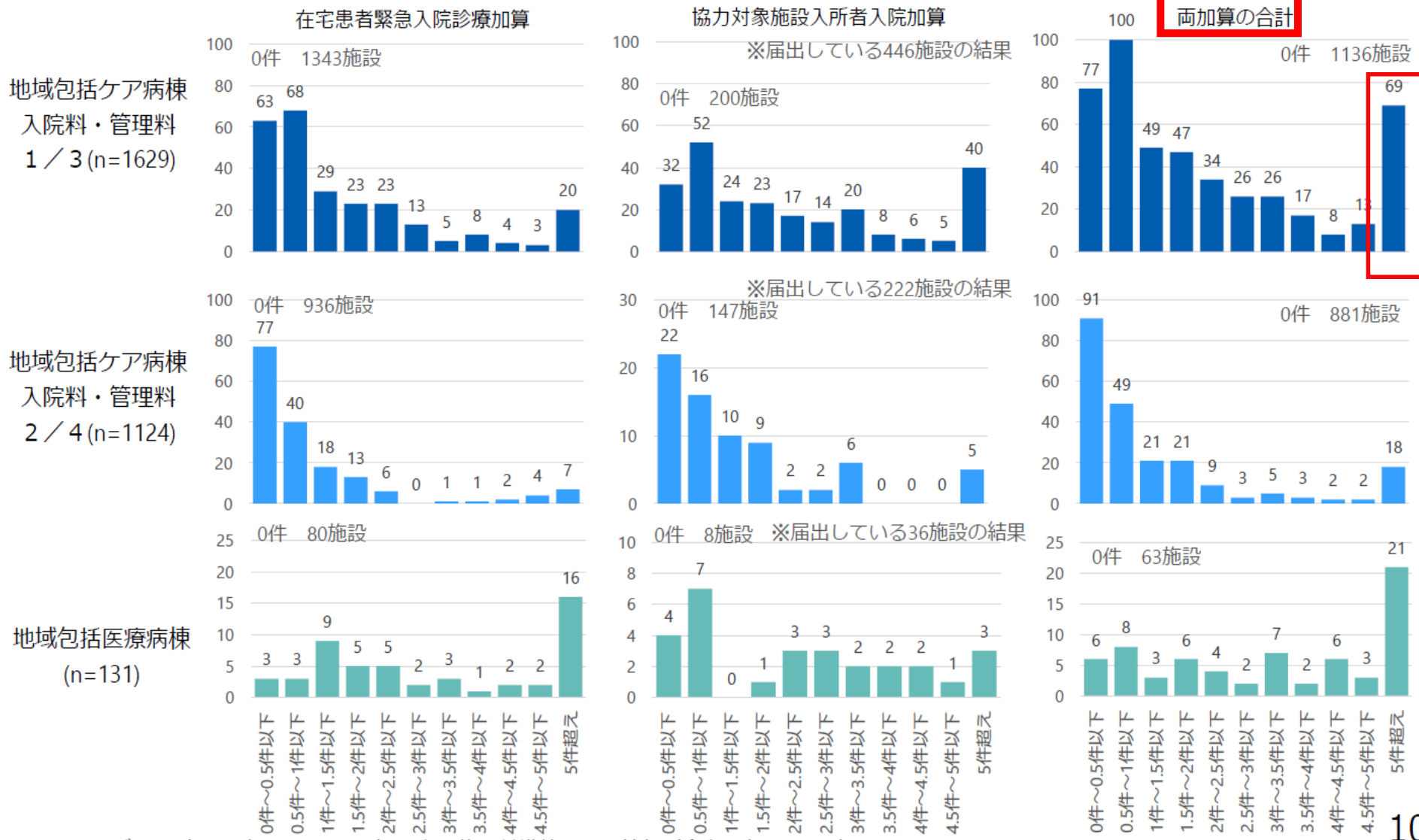
診調組 入-1
7. 7. 17

区分	概要	主な要件	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
① A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、連携医療機関の場合2、それ以外の場合3	○	○
② A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地域包括ケア病棟を有する医療機関	○	○
③ A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	×	○ (注加算)
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	—	—

包括期の病棟における後方支援に関する加算の算定状況

- 在宅患者緊急入院診療加算 1～3、協力対象施設入所者入院加算 1・2 の病床あたり算定回数は、いずれの加算についても 0 件の施設が最も多く、算定している施設における算定回数は二極化していた。
- 算定回数が比較的多い施設は、地域包括医療病棟でその割合が最も多く、地域包括ケア病棟においては入院料 1・3 で 2・4 より多かった。

各病棟における加算の算定回数（50床 1か月あたり）



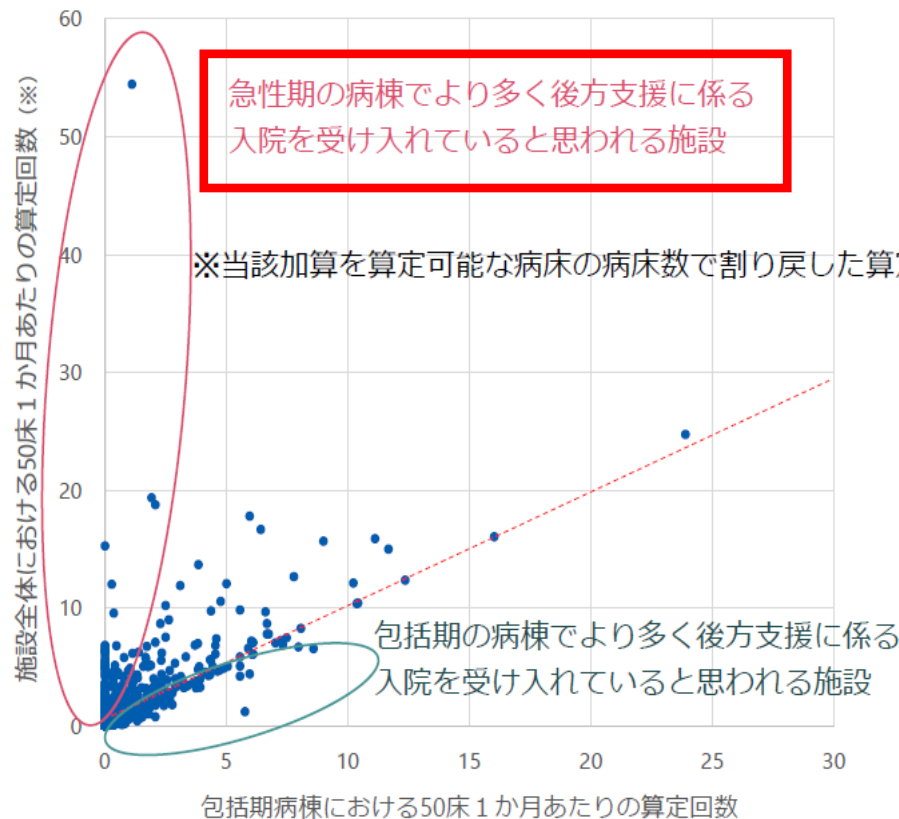
出典：DPCデータ（2024年10月～12月）、主な施設基準等の届出情報（令和6年8月1日）（参考）協力対象施設入所者入院加算の届出は、全体で838施設

病院全体の加算件数との関係

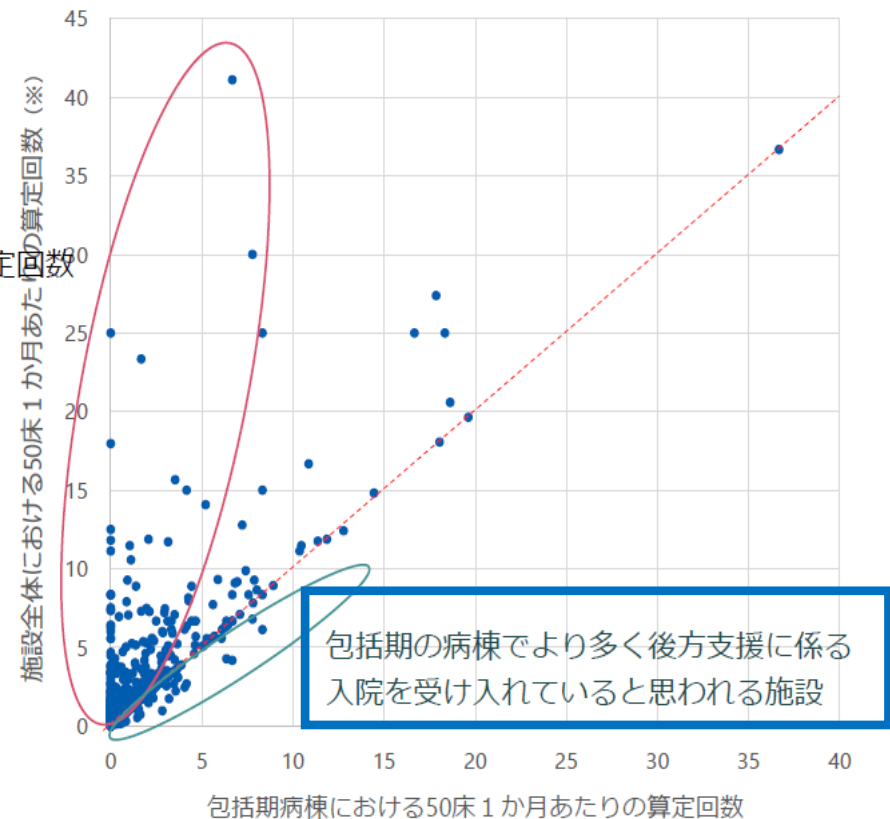
- 協力対象施設入所者入院加算等は一般病棟入院基本料を算定する病棟でも算定可能である。病院全体での50床1か月当たりの件数は、包括期病棟のみの件数を上回る施設が多く、こうした施設では、急性期の病棟等でより多く算定されていると推測される。一部には、包括期の病棟ではこれらの加算を算定していないが、病院としては算定の実績がある施設も存在する。
- 一方、これらの加算を包括期の病棟でより多く算定している施設もある。

地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関における病院全体での加算の算定状況

在宅患者緊急入院診療加算



協力対象施設入所者入院加算

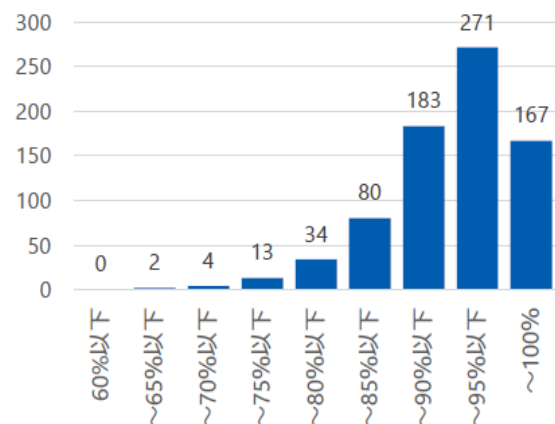


救急搬送の割合が多い地域包括ケア病棟におけるその他の指標

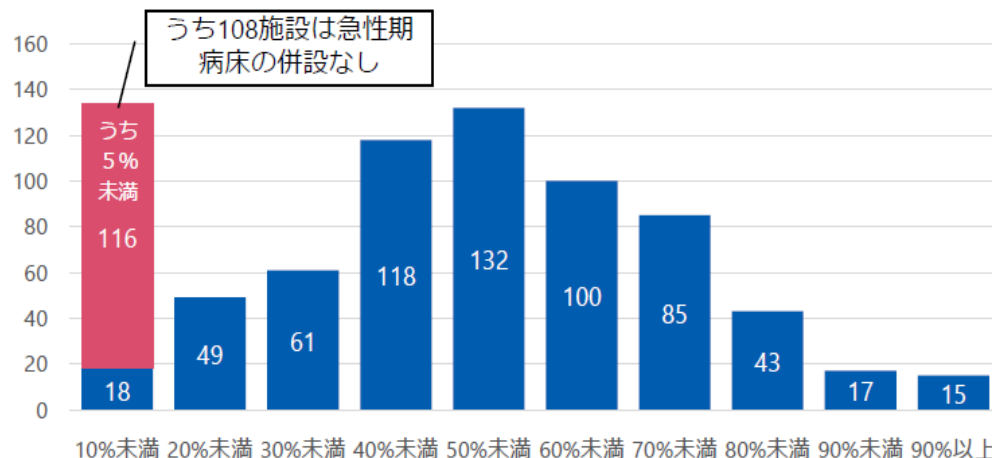
- 救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟では、在宅復帰率が80%を超える施設が多く、平均在院日数は16日以下の施設が最多であった。同一医療機関内から転棟した患者の割合は、10%未満と40%以上50%未満に施設数のピークがあり、10%未満の施設のほとんどが急性期病棟の併設のない医療機関であった。一方、重症度、医療・看護必要度の得点は全体的に低い傾向であった。

救急搬送から入院した患者の割合が15%を超える地域包括ケア病棟における各指標の分布 (n=754)

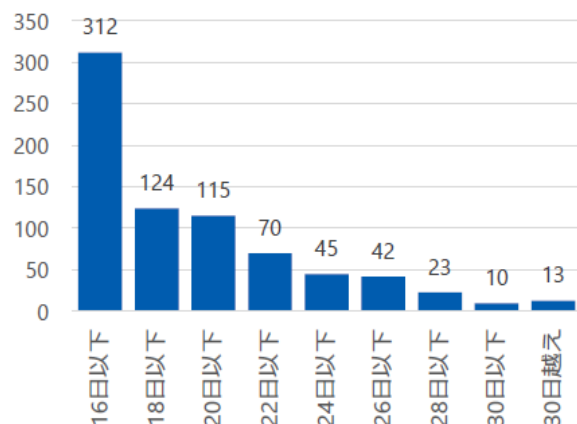
在宅復帰率の分布



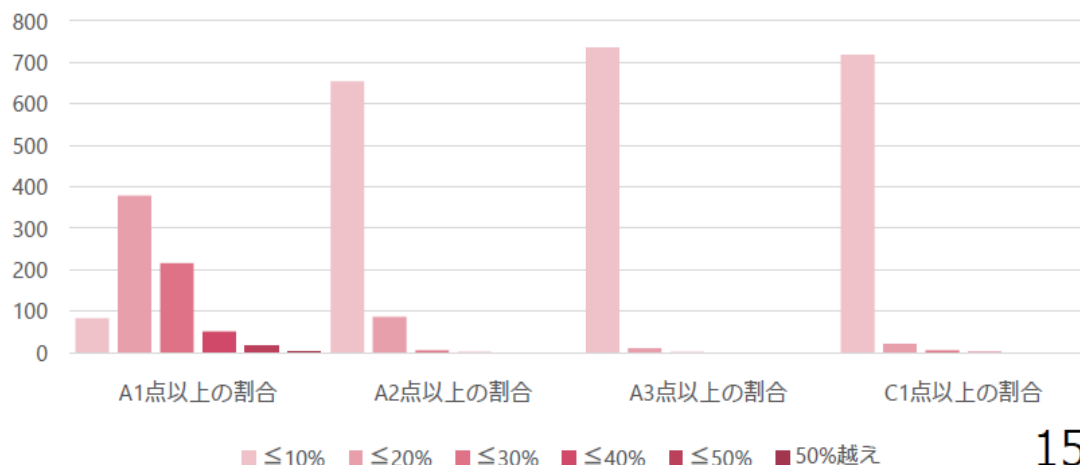
同一病院内から転棟した患者の割合の分布



平均在院日数の分布



重症度、医療・看護必要度を満たす割合ごとの施設数

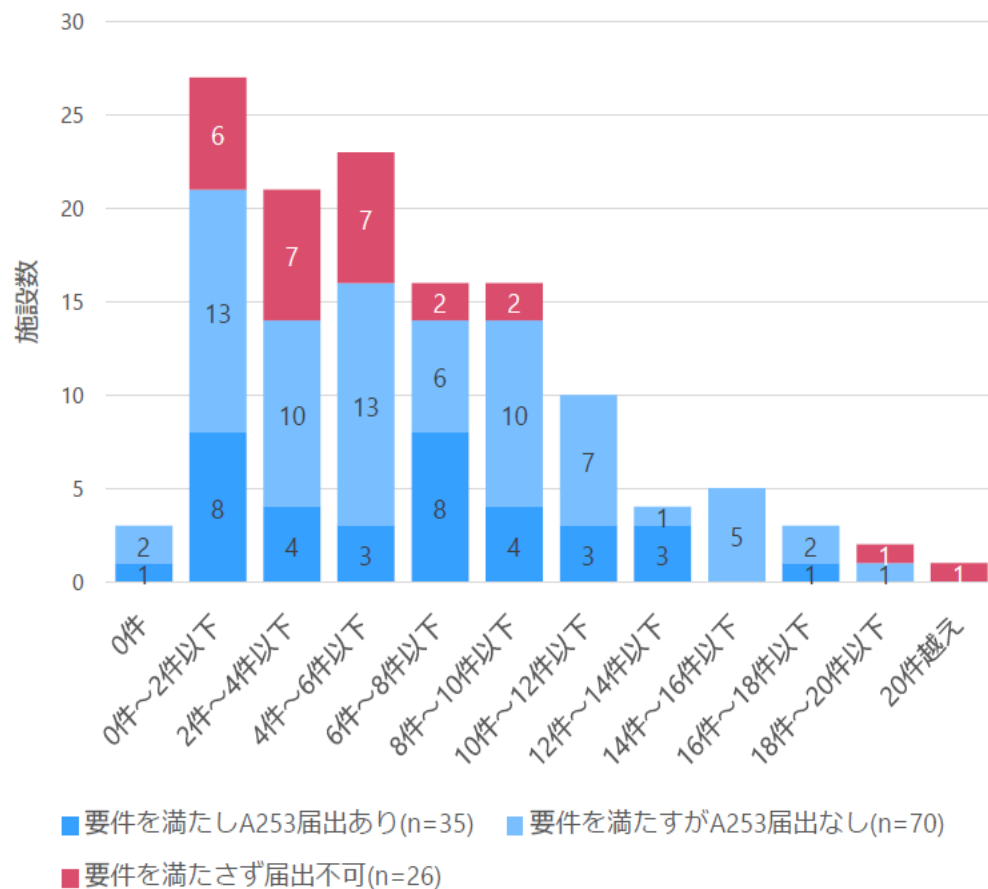


地域包括医療病棟における施設からの緊急入院の状況

- 地域包括医療病棟では、協力対象施設入所者入院加算の施設基準（※）を満たさなくても、施設からの緊急入院を多く受け入れている病棟があった。

施設からの緊急入院件数（50床1か月あたり）の分布

（地域包括医療病棟、n=131）



※A253協力対象施設入所者入院加算は、協力医療機関であるだけでなく、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院のいずれかであることが算定要件となっているため、いずれにも該当しない地域包括医療病棟は、加算の届出ができない。

（参考）届出医療機関数	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟	うち双方有する
医療機関数	131	2633	74
在宅療養支援病院	61	1379	34
在宅療法後方支援病院	20	365	15
うちいずれも届出	2	21	1
いずれの届出もなし	52	910	26

※在支病、後方支援病院、地ケア病棟を有する、のいずれかの条件を満たす場合に「要件を満たす」として集計した。

協力対象施設入所者 入院加算の欠点

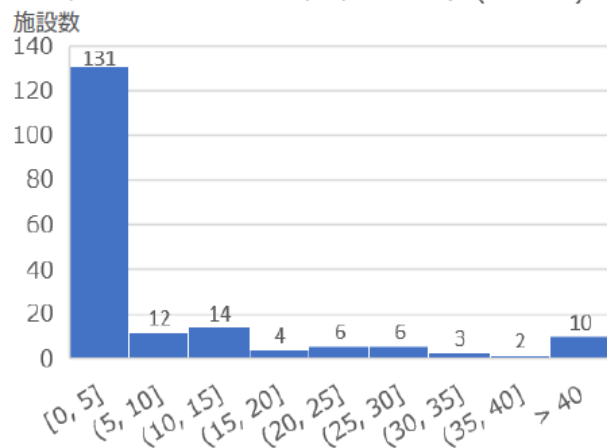
包括期機能を有していない病院も評価してしまう、実質的な包括機能を有している病院が評価から漏れてしまう

協力医療機関となっている施設数の分布

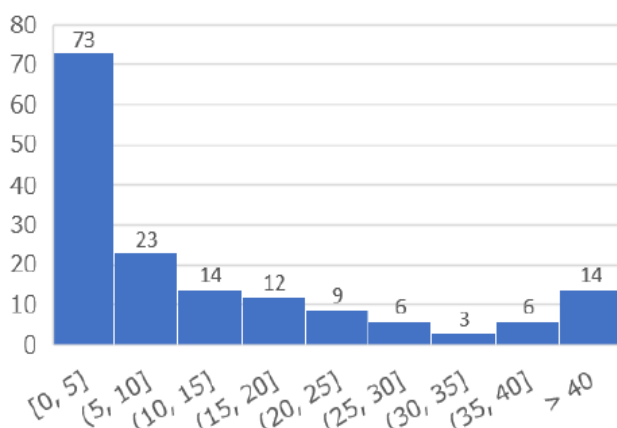
診調組 入-1
7. 8. 28 改

- 各入院料を算定する医療機関や病棟の組合せごとの協力医療機関となっている施設数の分布は以下のとおり。
- いずれの入院料においても0-5件が最多であるものの、急性期一般入院料2-6を算定するケアミックス型の医療機関、地域包括医療病棟を有する医療機関、地域包括ケア病棟を有する医療機関では、より多くの協力対象施設を有する医療機関の割合が高かった。
- 地域包括ケア病棟では入退院支援加算1で5件以上の介護保険施設等の協力医療機関になることが望ましいとされているものの、半数程度の施設では協力医療機関となっている施設数が5件以下であった。

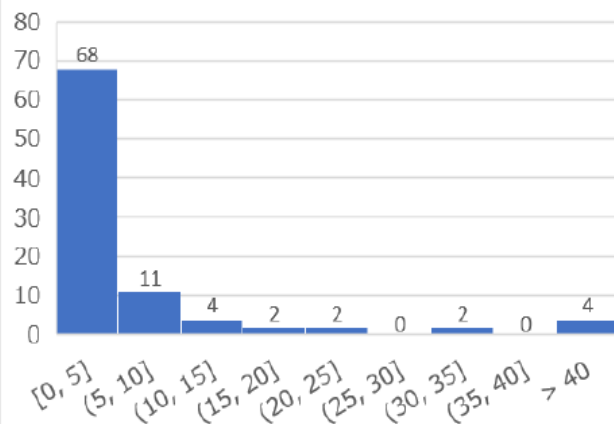
急性期一般入院料1（急性期のみ）（n=188）



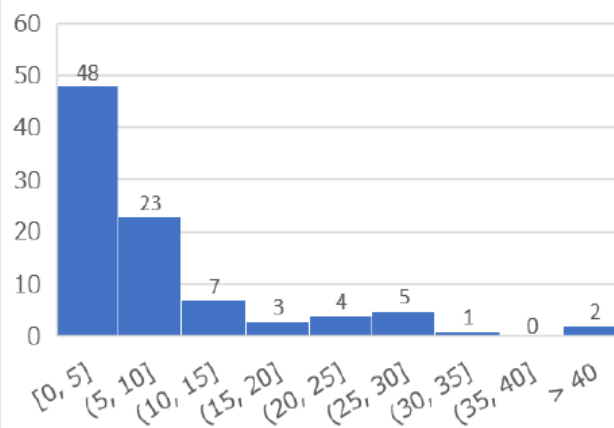
協力医療機関となっている施設数（他のグラフも同じ）
急性期一般入院料1（ケアミックス）（n=160）



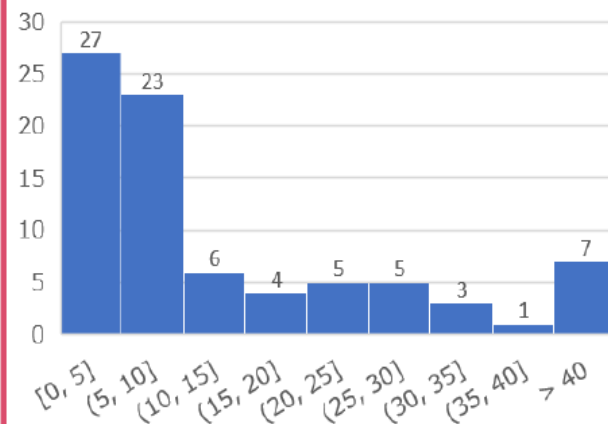
急性期一般入院料2-6（急性期のみ）（n=93）



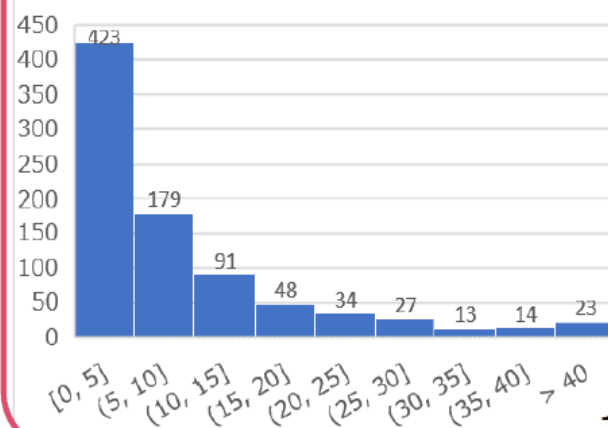
急性期一般入院料2-6（ケアミックス）（n=93）



地域包括医療病棟を有する医療機関(n=81)



地域包括ケア病棟を有する医療機関(n=852)



3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

○医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。

○救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	あり	なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=761)	33.0%	64.3%	2.8%
	満たしていない(n=429)	42.2%	53.6%	4.2%
介護老人保健施設	満たしている(n=504)	38.7%	58.7%	2.6%
	満たしていない(n=213)	39.9%	52.1%	8.0%
介護医療院	満たしている(n=191)	15.2%	80.1%	4.7%
	満たしていない(n=32)	28.1%	71.9%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=327)	30.6%	66.7%	2.8%
	満たしていない(n=341)	34.6%	60.1%	5.3%
軽費老人ホーム	満たしている(n=191)	33.0%	61.3%	5.8%
	満たしていない(n=165)	49.1%	48.5%	2.4%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=406)	49.5%	43.8%	6.7%
	満たしていない(n=183)	61.7%	34.4%	3.8%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=131)	47.3%	49.6%	3.1%
	満たしていない(n=93)	57.0%	40.9%	2.2%

図表37 救急車による搬送があったもののうち、入院先の医療機関と事前調整をした上で、救急車を呼んだか

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	調整あり	調整なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=251)	57.0%	41.0%	2.0%
	満たしていない(n=181)	46.4%	53.0%	0.6%
介護老人保健施設	満たしている(n=195)	75.4%	23.1%	1.5%
	満たしていない(n=85)	81.2%	15.3%	3.5%
介護医療院	満たしている(n=29)	89.7%	10.3%	0.0%
	満たしていない(n=9)	88.9%	11.1%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=100)	54.0%	42.0%	4.0%
	満たしていない(n=118)	33.9%	66.1%	0.0%
軽費老人ホーム	満たしている(n=63)	57.1%	33.3%	9.5%
	満たしていない(n=81)	43.2%	54.3%	2.5%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=201)	62.7%	34.8%	2.5%
	満たしていない(n=113)	57.5%	36.3%	6.2%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=62)	62.9%	37.1%	0.0%
	満たしていない(n=53)	45.3%	52.8%	1.9%

包括期入院における 医療資源投入量

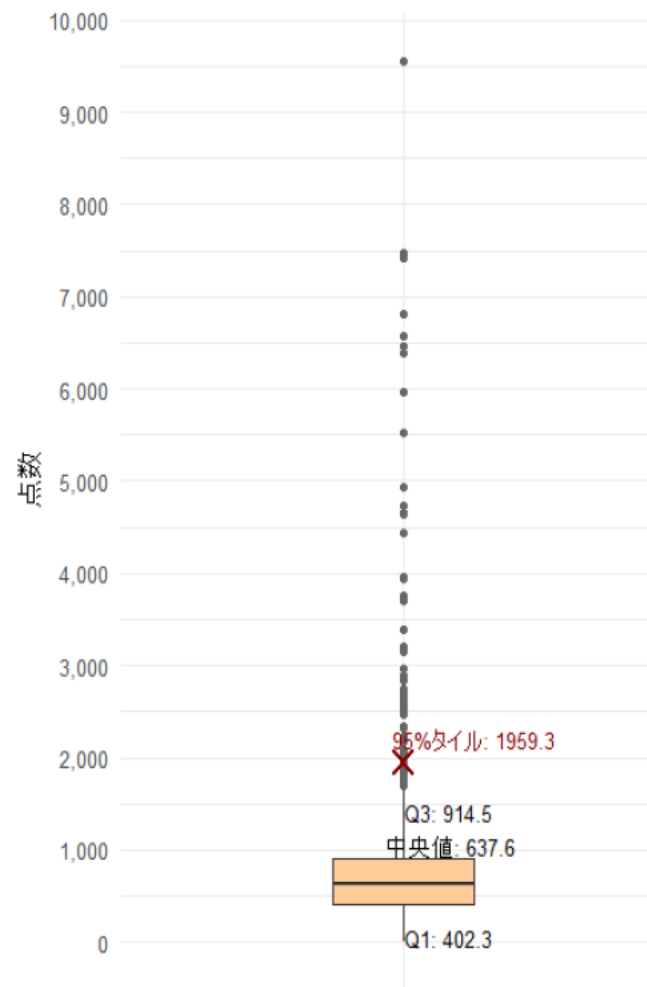


地域包括医療病棟における包括内の出来高実績点数

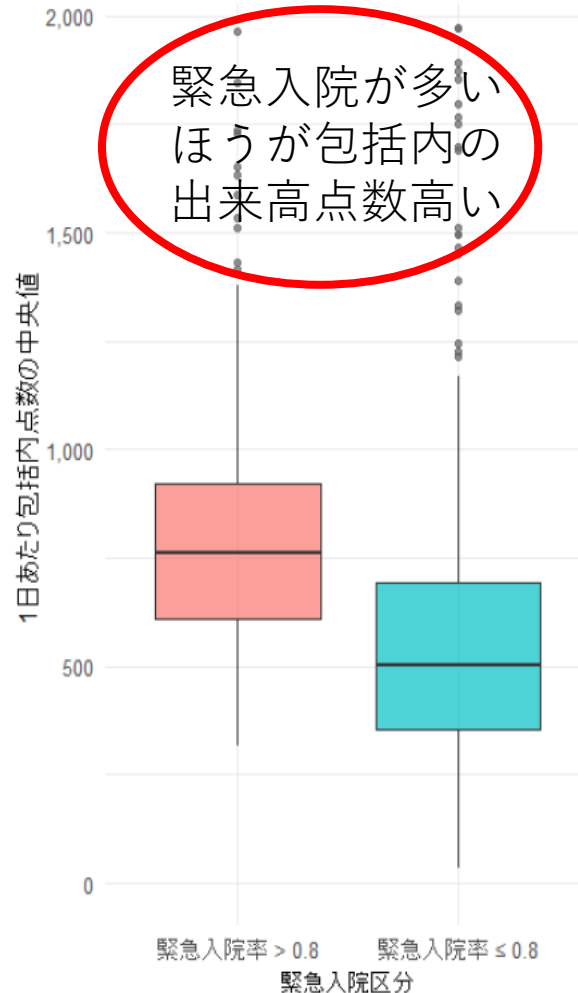
診調組 入-1
7. 7. 17

- 包括内の出来高実績点数にはばらつきがあり、緊急入院が多い診断群分類や、手術を行うことが少ない診断群分類において包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。

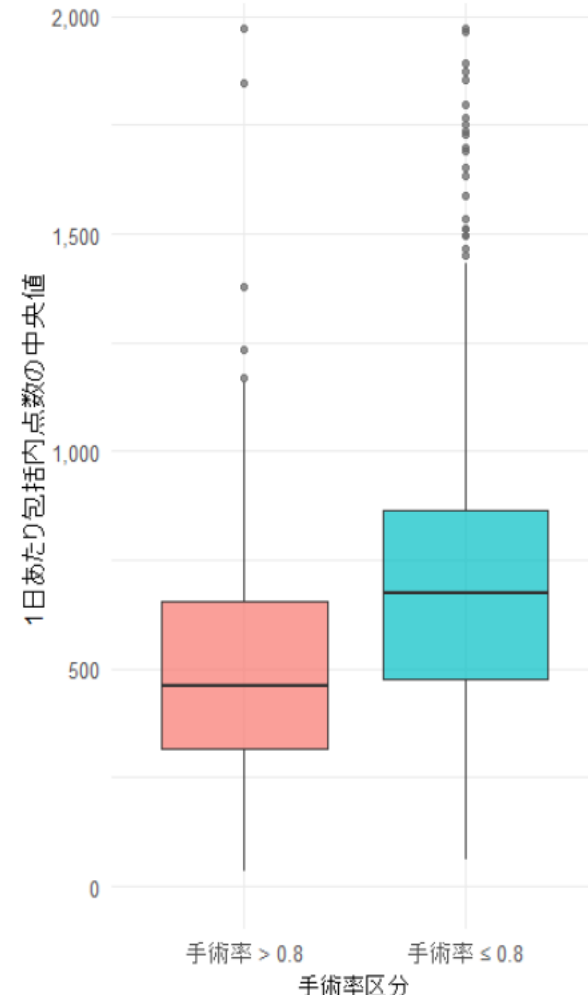
1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



緊急入院率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



手術率別にみた1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（診断群分類ごと）



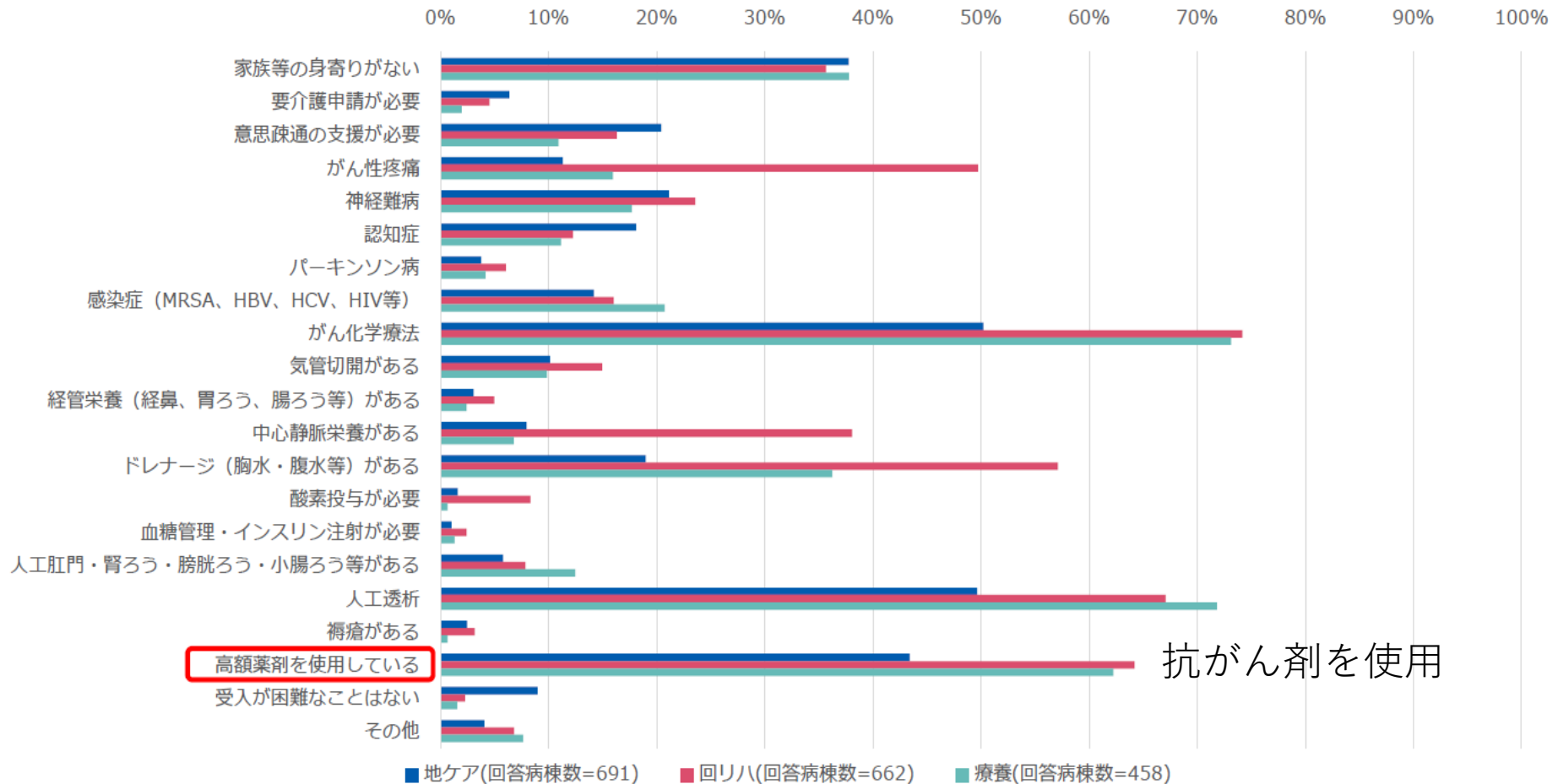
診断群分類ごとの緊急入院の割合、手術を行う割合に基づいて各群に分類し、1日あたりの包括内の出来高換算点数の分布を示した。

入院受入が困難となる理由

診調組 入-1
7. 8. 28改

- 入院受入が困難な理由として、いずれの病棟でも共通して高い割合で回答された項目は「家族等の身寄りがない」「がん化学療法」「人工透析」**「高額薬剤を使用している」**であり、「身寄りがない」以外の項目は、特に回復期リハビリテーション病棟と療養病棟で高かった。
- 回復期リハビリテーション病棟では、「がん性疼痛」「ドレナージがある」を回答した割合も高かった。

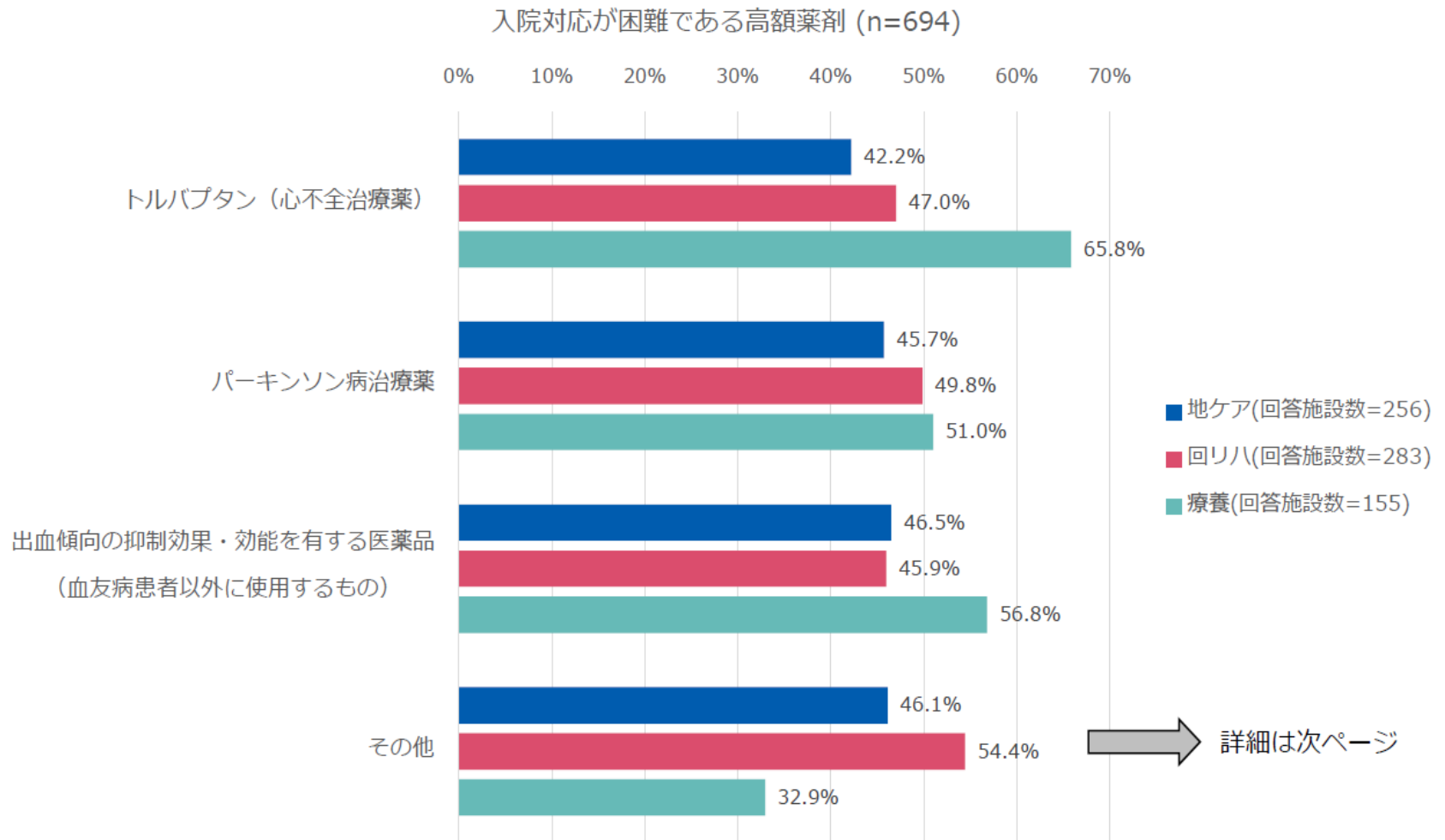
入院受入が困難となる理由 (n=1811)



抗がん剤を使用

受入困難事例になりうる高額薬剤の内容①

- 入院受入が困難な理由として「高額薬剤を使用している」と回答した施設に対し、特に困難である薬剤を調査したところ、4割を超える施設がトルバプタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品が該当すると回答した。



受入困難事例になりうる高額薬剤の内容②

- 自由記載においては、骨粗鬆症治療薬や、生物学的製剤を含む分子標的治療薬を挙げる施設が多かった。
- 4分の1を超える回復期リハビリテーション病棟を有する病院で抗がん剤が回答された。他に、医療用麻薬、間質性肺炎治療薬、腎性貧血の治療薬は回復期リハビリテーション病棟で特有に回答されていた。
- 療養病棟ではこれらの薬剤を回答した施設は少なかったが、「高額な薬剤」という形で薬価に言及した施設が多かった他、他の病棟と比較し、薬価が低い薬剤についても回答される傾向にあった。

カテゴリ	回リハ (n=256)	地ケア (n=283)	療養 (n=155)	具体的な回答内容や薬剤名の例
抗悪性腫瘍剤	27.3%	－	－	抗がん剤、抗悪性腫瘍剤、分子標的治療薬
骨粗鬆症治療薬（注射含む）	14.8%	9.2%	2.6%	骨粗鬆症薬（イベニティ、プラリア）など
リウマチ治療薬（生物学的製剤含む）	10.5%	6.4%	1.3%	抗リウマチ薬、DMARDs、JAK阻害薬、生物学的製剤（オレンシア、アクテムラ、レミケードなど）
免疫抑制剤	7.0%	3.5%	0%	免疫抑制剤、自己免疫疾患薬、免疫疾患治療薬など
生物学的製剤	5.1%	2.5%	0%	生物学的製剤、バイオ製剤など（リウマチ薬と重複あり）
ホルモン剤／前立腺がん治療薬	3.5%	2.1%	1.3%	ホルモン剤、リュープリン、ゾラデックス、アロマトーゼ阻害剤など
麻薬（点滴含む）	2.0%	－	－	医療用麻薬、麻薬点滴など
間質性肺炎治療薬	2.0%	0%	0%	抗線維化薬（オフエブなど）、エンドセリン受容体拮抗薬（オプスミットなど）
造血剤／腎性貧血治療薬	1.6%	－	－	赤血球造血刺激因子製剤（ミルセラ、ネスプなど）
てんかん治療薬	0%	0%	1.9%	ビムパット、レベチラセタム、点滴の抗てんかん薬など
認知症治療薬	0%	0%	1.3%	認知症治療薬（アリセプトなど）
高額薬剤／薬価に言及した記述	4.3%	2.5%	7.1%	・月3万以上、1日2千円以上、薬価が500円/1000円以上不可 ・薬価が高額なものの全般 ・極端に薬価が高い場合は受入不可 ・その都度、薬価や用法・用量、汎用性により判断している
その他（抗生剤、吸入薬、褥瘡治療薬など）	2.3%	2.1%	3.9%	抗菌薬、喘息吸入薬、フィブラストスプレー、抗凝固薬、アルブミン製剤、向精神薬など

各病棟における入院料に包括されない除外薬剤

- 回復期リハビリテーション病棟では、地域包括ケア病棟等と異なり、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、腎性貧血に使用する薬剤等は除外薬剤に指定されていない。
- 受入困難な事由になりうる高額薬剤として回答の多かった生物学的製剤を含む分子標的治療薬等は、いずれの入院料においても除外薬剤にはなっていない。

薬剤カテゴリ (別表)	地域包括医療病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 短期滞在手術等基本料 (別表第5の1の3)	回復期リハビリテーション病棟入院料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 (別表第5の1の2)	療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料の 注6、注13、注14 有床診療所療養病床入院基本料 (別表第5及び第5の1の2)
抗悪性腫瘍剤 (悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
疼痛コントロールのための医療用麻薬	○	(包括)	○
エリスロポエチン、ダルベポエチン、 エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害薬 (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)	○	(包括)	○
インターフェロン製剤 (B型肝炎またはC型肝炎に効能効果を有するもの)	○	○	○
抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するもの)	○	○	○
血友病の患者に使用する医薬品 (血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。)	○	○	○

○：除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5から第5の1の3に記載されているもの

パート2

重症度、医療・看護必要度



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「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」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	—	—
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	—	—
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	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（※2）	—	—		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	—	あり	—
	II：緊急に入院を必要とする状態（2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（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4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（4日間） ①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②麻薬の使用（注射剤のみ）、③昇圧剤の使用（注射剤のみ）、④抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑤抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑥無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

2020年 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

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

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

A・C項目の評価方法の見直し

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

院外研修の見直し

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

必要度Ⅱの要件化

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

〔経過措置〕

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

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

2024年一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

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

改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	27%	24%
急性期一般入院料3	24%	21%
急性期一般入院料4	20%	17%
急性期一般入院料5	17%	14%
7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料(結核)	8%	7%
7対1入院基本料(専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1(特定、専門)	18%	17%
看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%
看護必要度加算3(特定、専門)	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%



【該当患者の基準】

急性期1、 7対1入 院基本料 (特定、 専門)※1	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2 ～5等※2	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつ B得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院 体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括 ケア病棟 等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】
令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。**36**

B項目削除

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2-6や地域一般入院料1、地域包括医療病棟で高い。
- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、地域包括医療病棟では66%、脳卒中ケアユニット(SCU)では76%と高い割合を占めていた。

3日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



令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

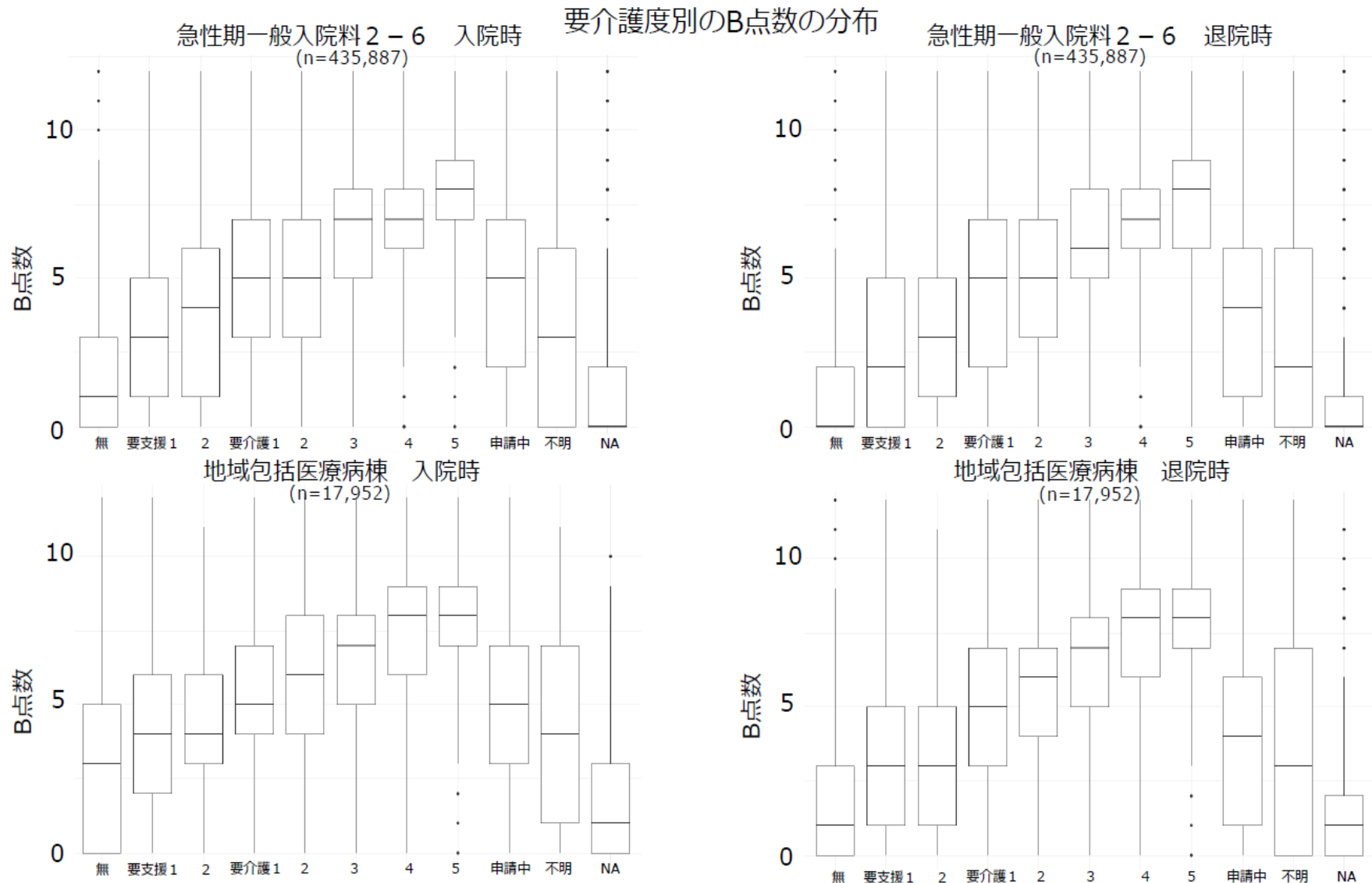
内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

要介護度別の入院時、退院時のB得点点数

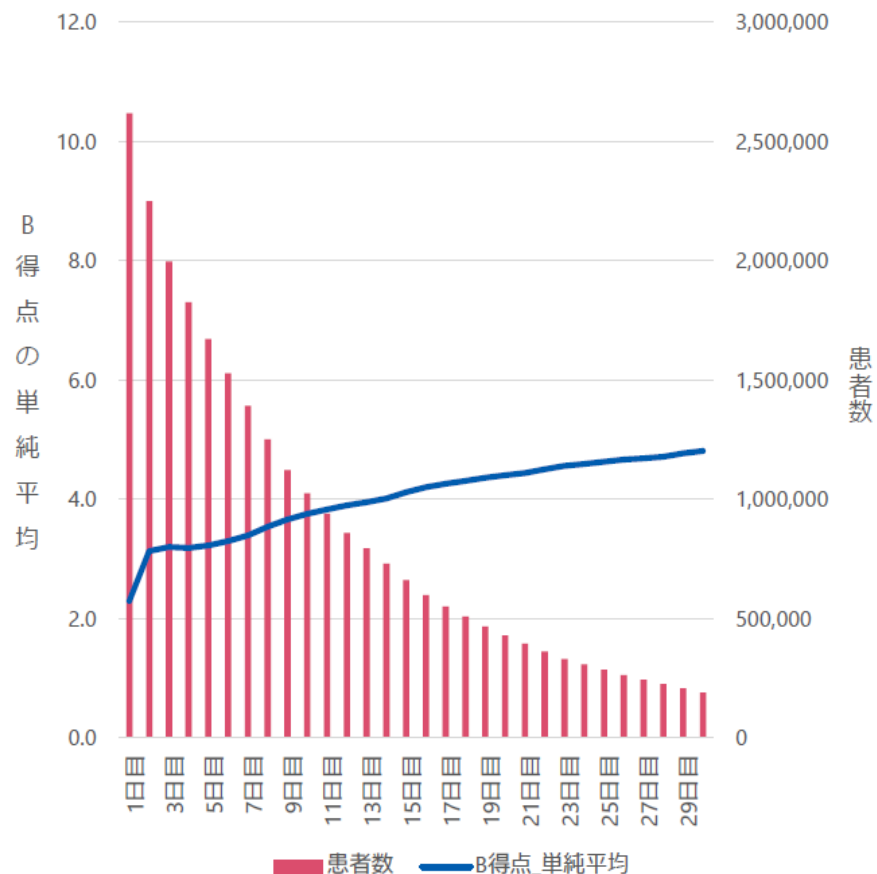
- B得点は要介護度が高いほど高くなり、要介護4-5では入院時と退院時で分布の変化がほとんどみられない。



B得点の推移の全体像

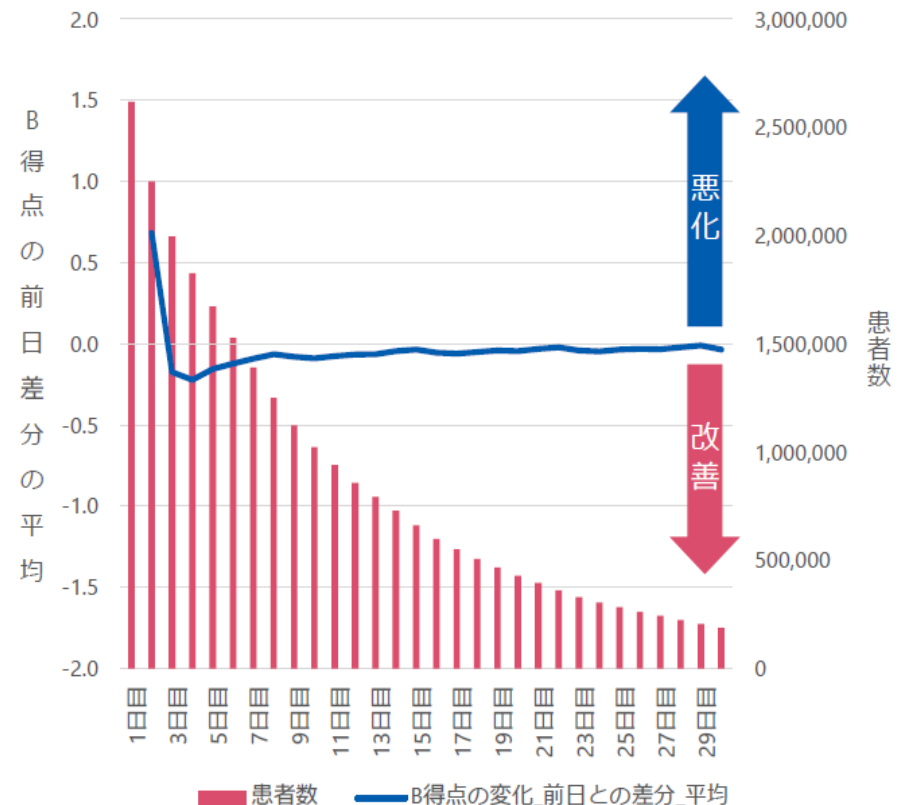
- 急性期一般入院料 1～5、特定機能病院一般 7：1、専門病院 7：1、地域包括医療病棟入院料に入院した全患者について、入院30日目までのB得点推移と前日との差分の平均推移は以下のとおり。
- B得点全体の平均は、入院後日数が経つにつれ、患者数の減少とともに緩やかに上昇しているが、各個人の前日との差分の平均については、入院3日目頃からわずかに改善し、7日目頃から前日との差分が0点近く安定した推移になっている。

入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



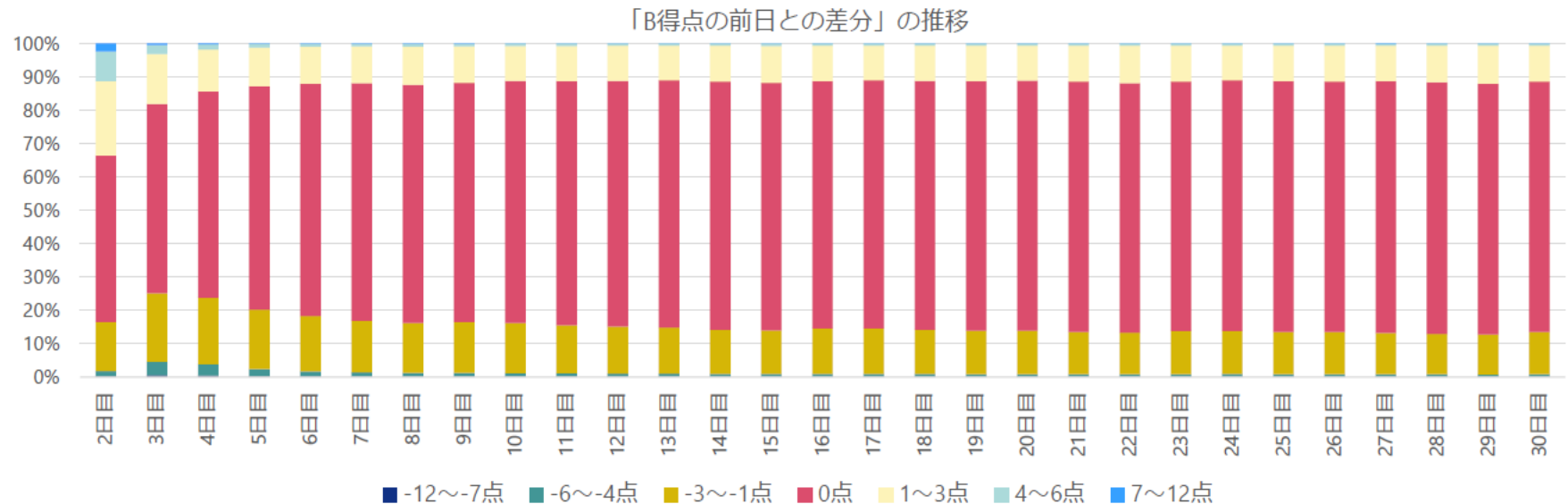
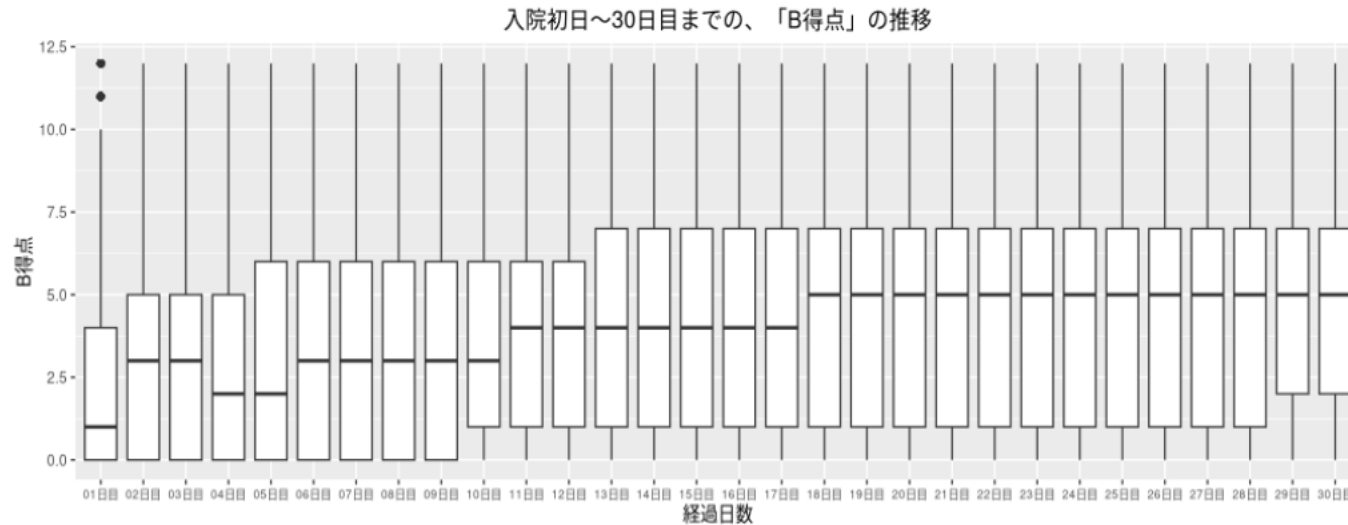
入院初日～30日目までの

「B得点の前日との差分の平均」の推移



B得点の推移の全体像

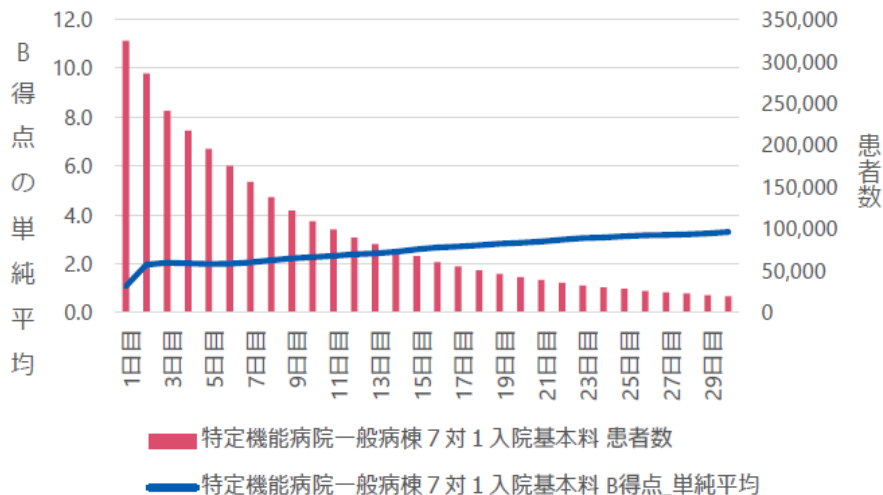
- B得点の推移を箱ひげ図で示した。B点数には幅があり、中央値はおおむね平均値と同様の推移であった。
- 前日との差分を各日100%積み上げ棒グラフで示すと以下のとおりであり、全経過にわたり、前日と同じB点数（差分0点）の患者が最も多く、入院5日目頃から前日との差分が0点の患者が7割程度で安定している。



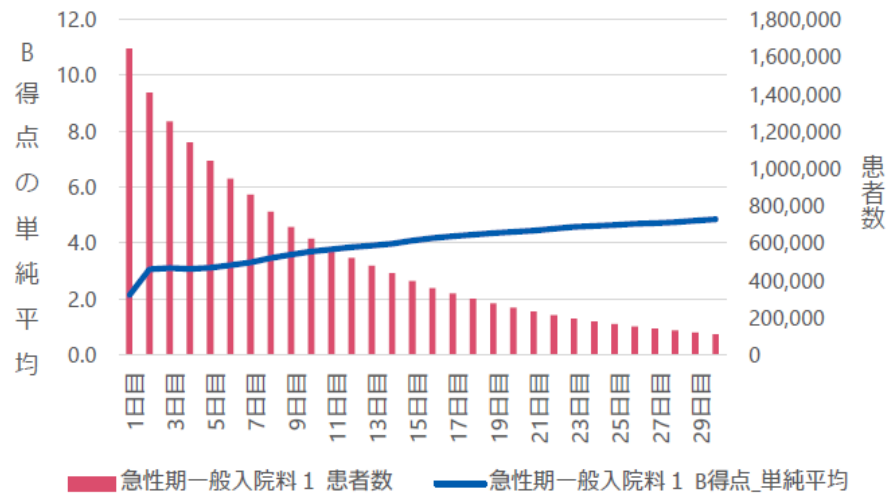
病棟ごとのB得点の推移

- 入院30日目までのB得点推移と前日との差分の平均推移を病棟ごとに示すと以下のとおり。
- 包括期の病棟になるにつれ、初日のB得点が高くなるが、推移はどの病棟も類似していた。

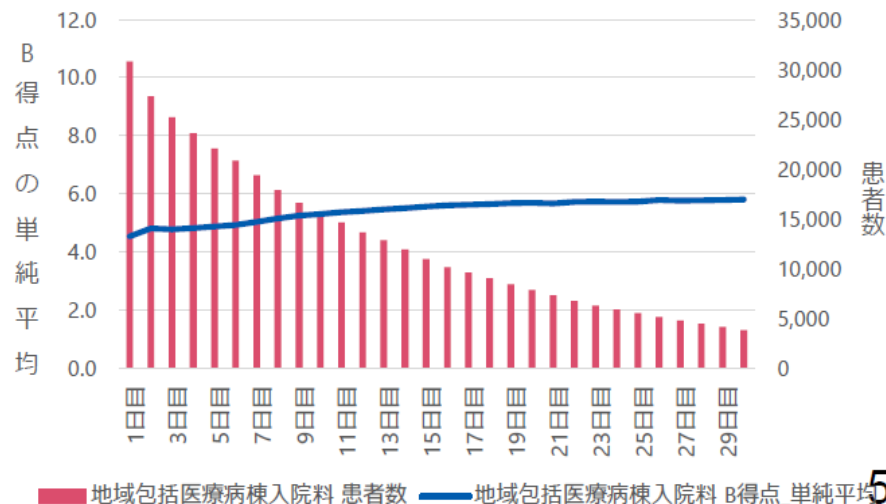
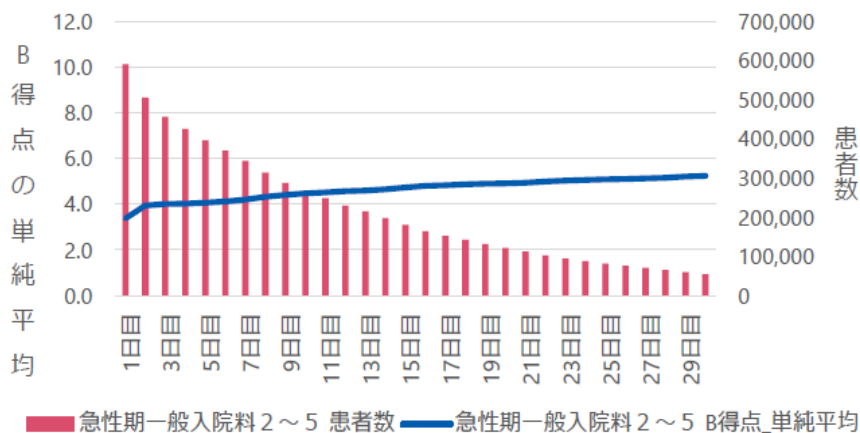
入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



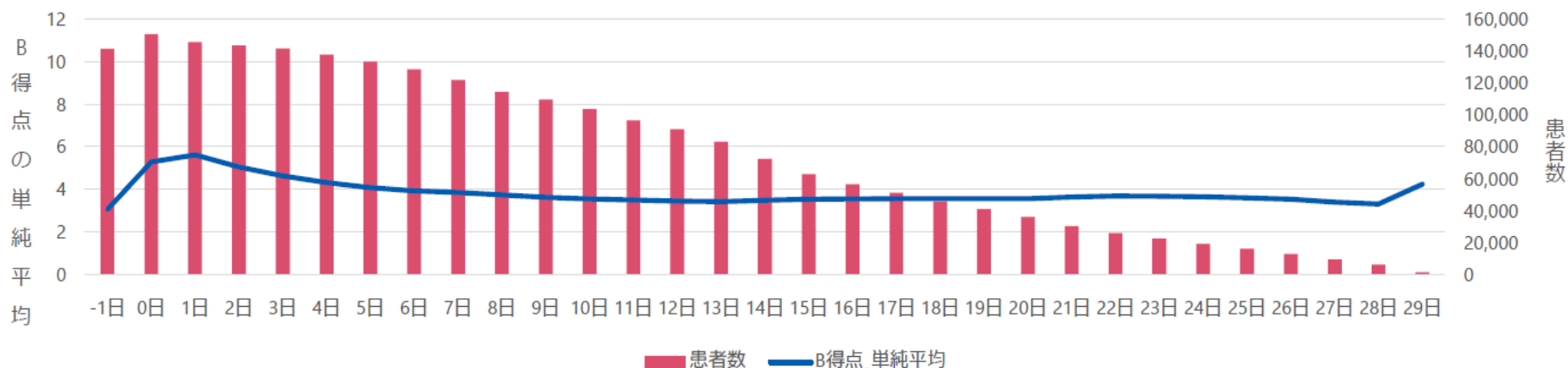
入院初日～30日目までの、「B得点の平均」の推移



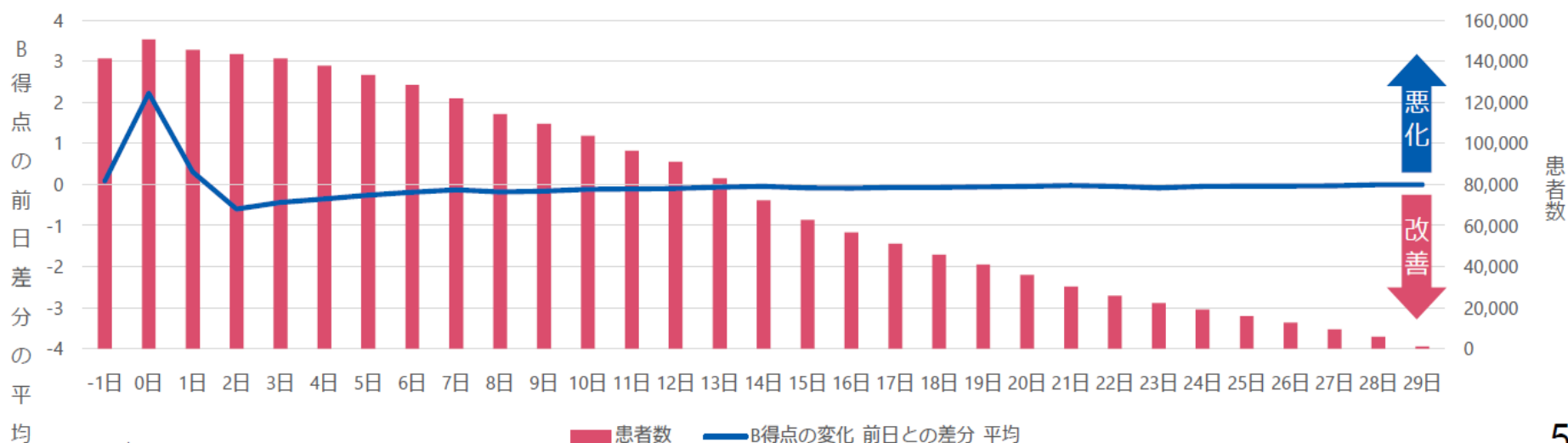
手術症例におけるB得点の推移

- C18_骨の手術の該当症例について、手術を起点にB得点を観察すると、手術日にB得点が大きく変化し、術後7日目以降、概ね安定した推移となる。他の手術についても同様の傾向であった。

骨の手術の初回・初日から経過日数ごとの、「B得点の平均」の推移



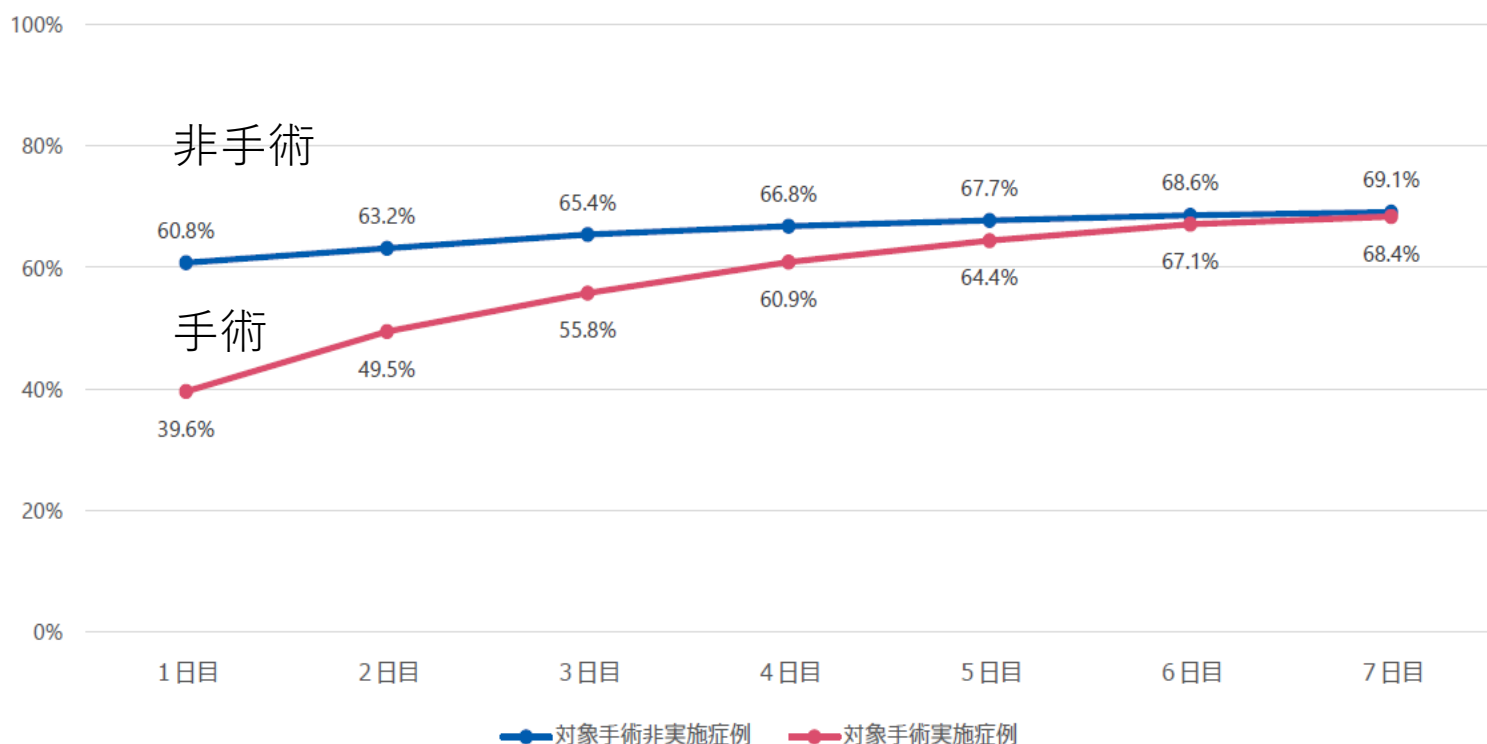
骨の手術の初回・初日から経過日数ごとの、「B得点の前日との差分の平均」の推移



7日後にB得点と同程度である患者の割合

- 重症度、医療・看護必要度が7日後に ± 1 点以内でほぼ変わらない患者の割合を、C項目手術非実施症例（内科系症例を多く含む）は入院からの日数、C項目手術実施症例は手術からの日数に応じて経時的に観察した。
- 対象手術の非実施症例は、入院1日目から7日後とB得点が変わらない患者の割合が約6割であり、入院7日目頃までにゆるやかに上昇し、7日目には約7割であった。
- 一方、対象手術の実施症例（外科系症例）では、術後4日目頃まで7日後とB点数が変わらない患者の割合は6割を切っており、術直後はB得点の変化が大きいと考えられた。その後7日後とB得点が変わらない患者の割合は増加し、7日目頃には対象手術非実施症例と同様約7割となった。

7日後にB得点が ± 1 点である患者の割合



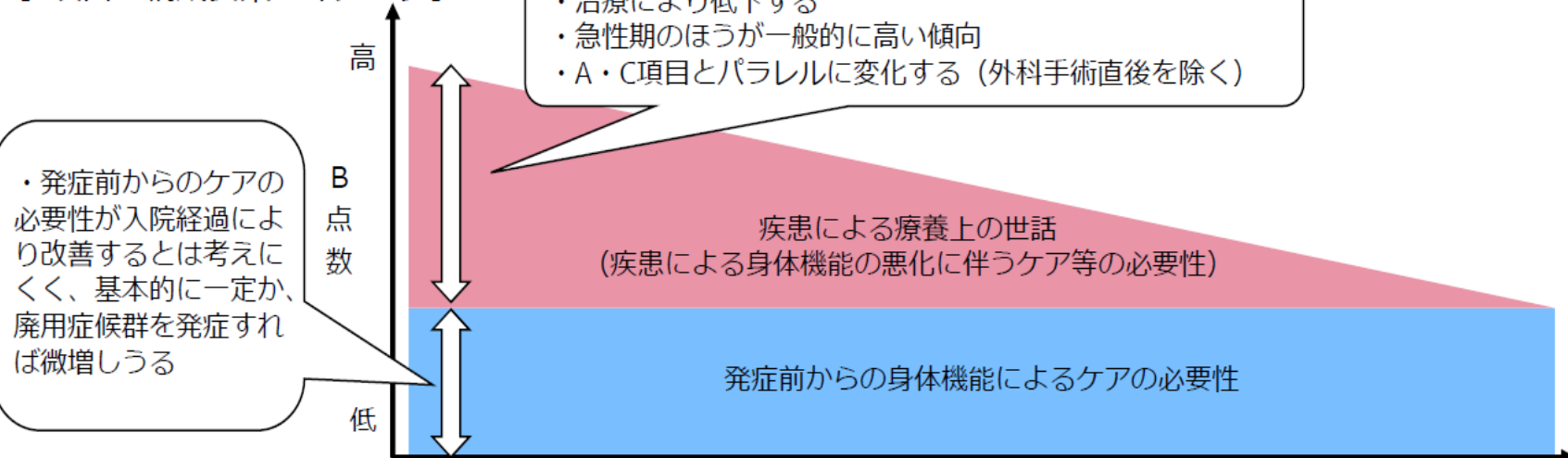
※C15～C19に該当する手術を対象手術として群分けした。

※7日後もB得点が記録されている患者のみを対象とした。（退院症例は分母に含まない）

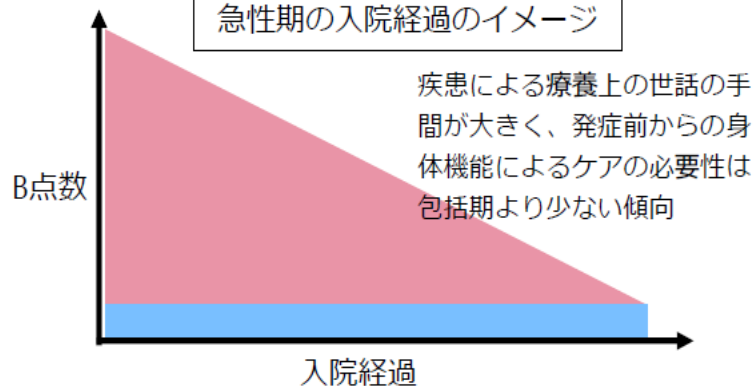
分析結果に基づく B 点数のイメージ

- これまでの解析で、B項目については、①入院4日目、術後7日目以降は変化が少ない患者の割合が約7割に収束する、②A項目が±2点以上変化した場合、B項目も同じ方向に変化する患者の割合が増えるが、手術後早期は必ずしもA項目の変化と動きが一致しない。また、入院4日目、術後7日目以降はA項目の変化によらず変化しない割合が多くなる、③介護度が高いとB点数が高い、④要介護度の高い患者では、退院時まで変化しないケースが多い、といった傾向がみられた。
- B項目は、疾患によって悪化した身体機能によるケアの必要性和、発症前からの身体機能によるケアの必要性の双方を反映した指標であると考えられる。

【B項目の構成要素のイメージ】

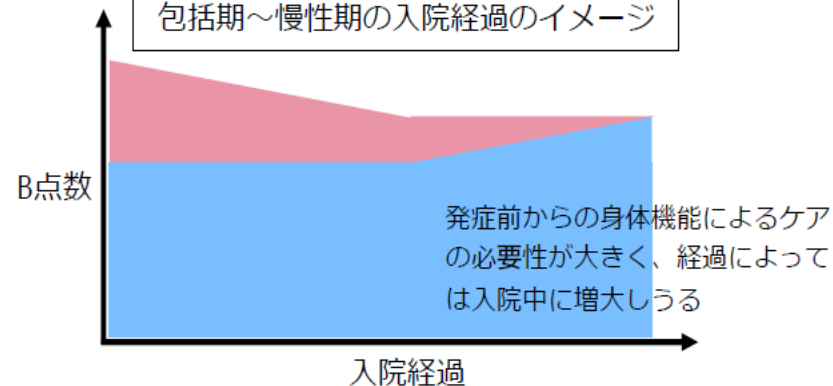


急性期の入院経過のイメージ



入院経過

包括期～慢性期の入院経過のイメージ

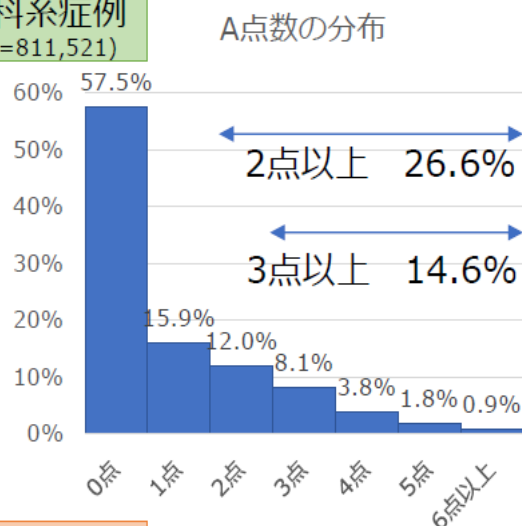


内科系症例と 外科系症例

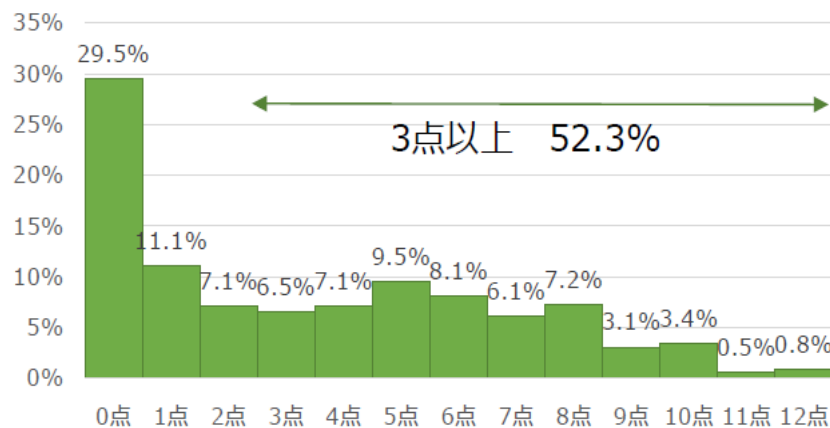
内科系症例と外科系症例における重症度、医療・看護必要度の得点分布

- 内科系症例は、外科系症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上のいずれの割合も低く、B点数3点以上の割合は高かった。

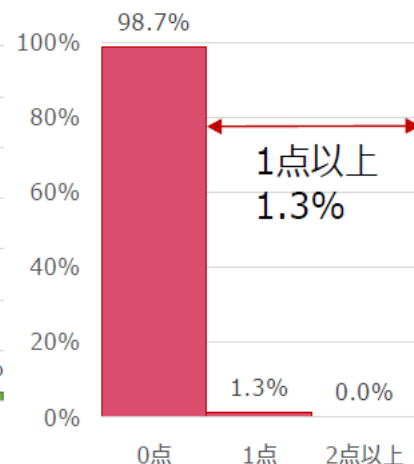
内科系症例
(n=811,521)



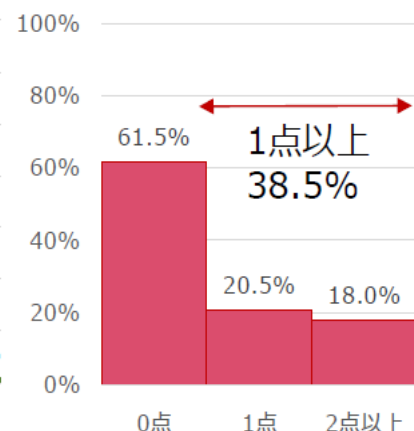
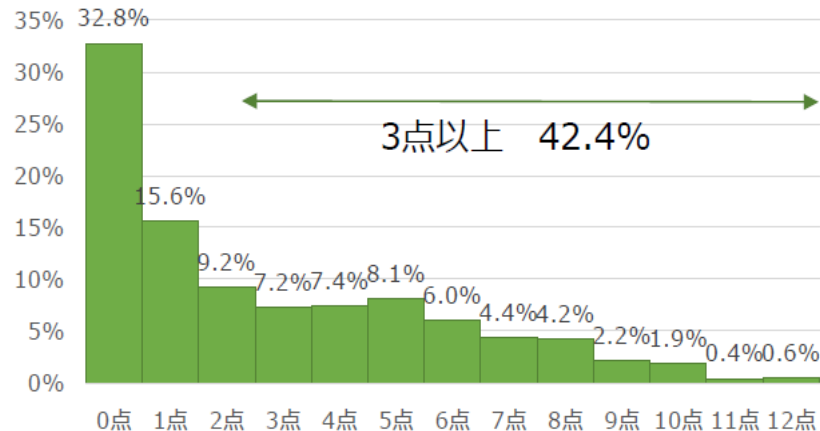
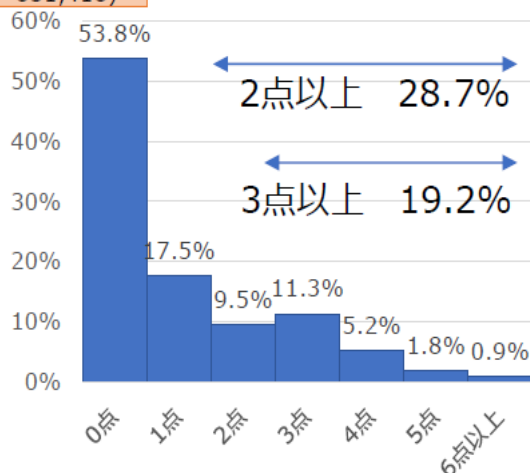
B点数の分布



C点数の分布



外科系症例
(n=831,418)



令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

内科系症例をより反映する指標についての検討

診調組 入-2参考
7 . 7 . 3 改

- 内科系症例が外科系症例と比べて重症度、医療・看護必要度のA・C項目を満たしにくいことについて、適切な受け入れが求められる内科系症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下に列挙した。

考えられる対応		具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA・C項目の修正		- 緊急入院の該当日数を伸ばす - A6の下位項目のうち免疫抑制剤を2点→3点に - 負荷の高い内科疾患に行われる処置等を追加	影響を試算しやすい	- 大きな変化は生まれにくい。 - 個々の症例の評価を精緻化することには限界があるのではないか。
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）を評価	検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点	データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間は少ない	不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。
	疾患名に応じて評価	内科系救急等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院〇日目まで加点	C項目では評価されづらい内科系症例のみにダイレクトに加点される	- 病名のアップコーディングが生じないか。 - 入院時には診断がつかないことも多い。
	救急応需や緊急入院など病院として負荷の高い項目を評価	病床数あたりの救急応需件数や緊急入院件数に応じた一定の割合を、基準該当割合に加算	病院の取組そのものを評価することにつながる	軽症の患者であっても、救急車利用が促されたり、緊急入院が装われたりすることはないか。

内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

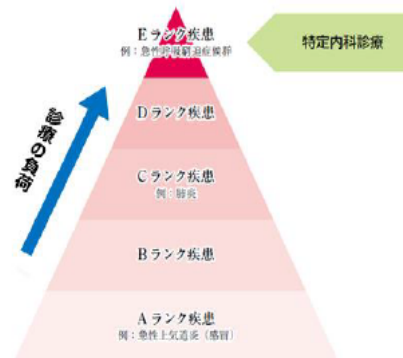
【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称(医薬品は成分名)
A6①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム(遺伝子組換え) 等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトボシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21:救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射(腰椎)、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22:別に定める検査	組織試験採取、切採法(心筋)、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23:別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)(自家移植)、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した:①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと(内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認)、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



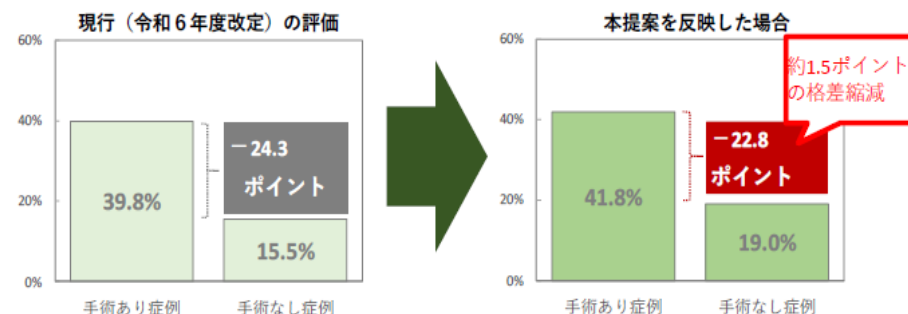
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。(図表2参照)

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1:内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※2:内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。(対象期間:平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む)。

内科学会が提案するA・C項目への追加候補リスト

診療行為

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	処置	腰椎穿刺
C21：救命等に係る内科的治療	処置	吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	処置	カウターショック（その他）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	留置カテーテル設置
C21：救命等に係る内科的治療	処置	皮膚科光線療法（長波・中波紫外線、290nm以上315nm以下）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	持続緩徐式血液濾過
C21：救命等に係る内科的治療	処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔孔瘻閉鎖術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝バルーン拡張術
C22：別に定める検査	検査	トレッドミルによる負荷心機能検査
C22：別に定める検査	検査	サイクルエルゴメーターによる心機能検査
C22：別に定める検査	検査	EF－気管支
C22：別に定める検査	検査	経気管支肺生検法
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	組織試験採取、切探法（心筋）
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（負荷心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	EBUS－TBNA
C22：別に定める検査	検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査
C22：別に定める検査	画像診断	シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影

診療行為

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C23：別に定める手術	手術	内シャント設置術
C23：別に定める手術	手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
C23：別に定める手術	手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
C23：別に定める手術	手術	経皮的胆管ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	脾臓腔外瘻造設術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
C23：別に定める手術	手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	経皮的肝腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
C23：別に定める手術	手術	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）
C23：別に定める手術	手術	下部消化管ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
C23：別に定める手術	手術	薬剤投与用胃瘻造設術

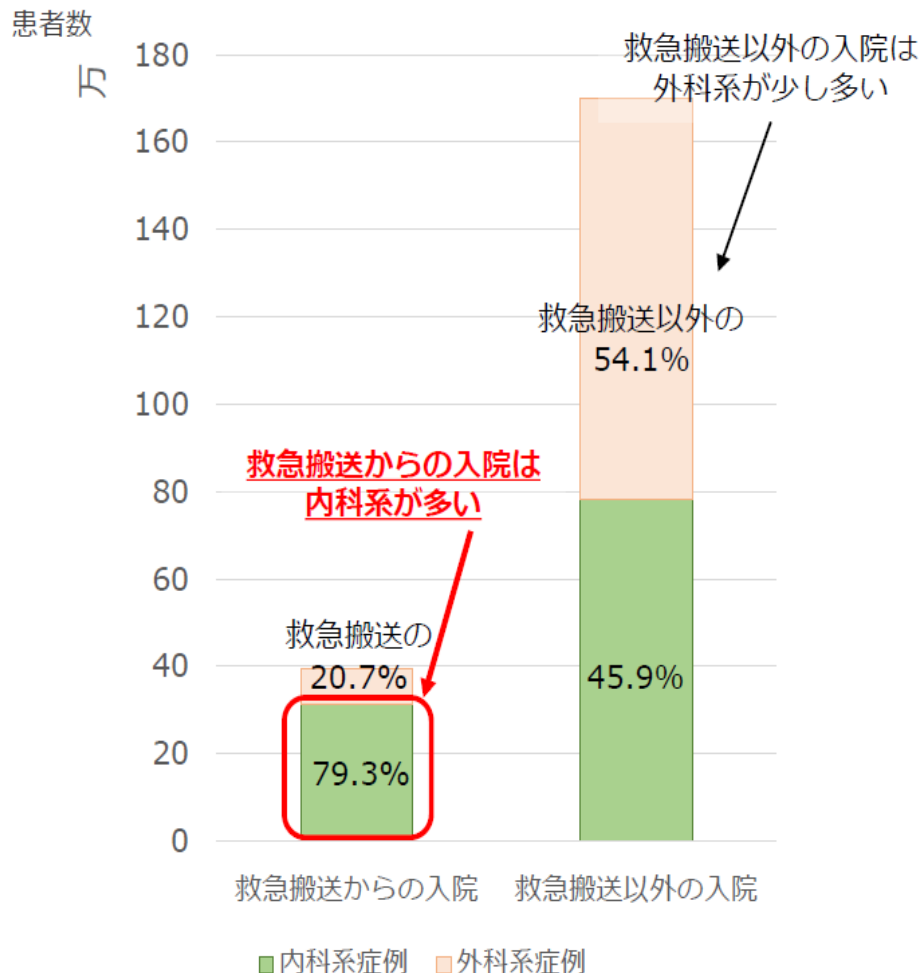
医薬品

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）	薬効分類4桁	剤形
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	アザシチジン	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	カルフィルゾミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	フィルグラスチム（遺伝子組換え）	3399	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム	3929	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホルテゾミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ラスプリカーゼ（遺伝子組換え）	3959	注射
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	エトボシド	4240	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	タクロリムス水和物	3999	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ベキサロテン	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボナチニブ塩酸塩	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボマリドミド	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	メルカプトプリン水和物	4221	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	レナリドミド水和物	4291	内服

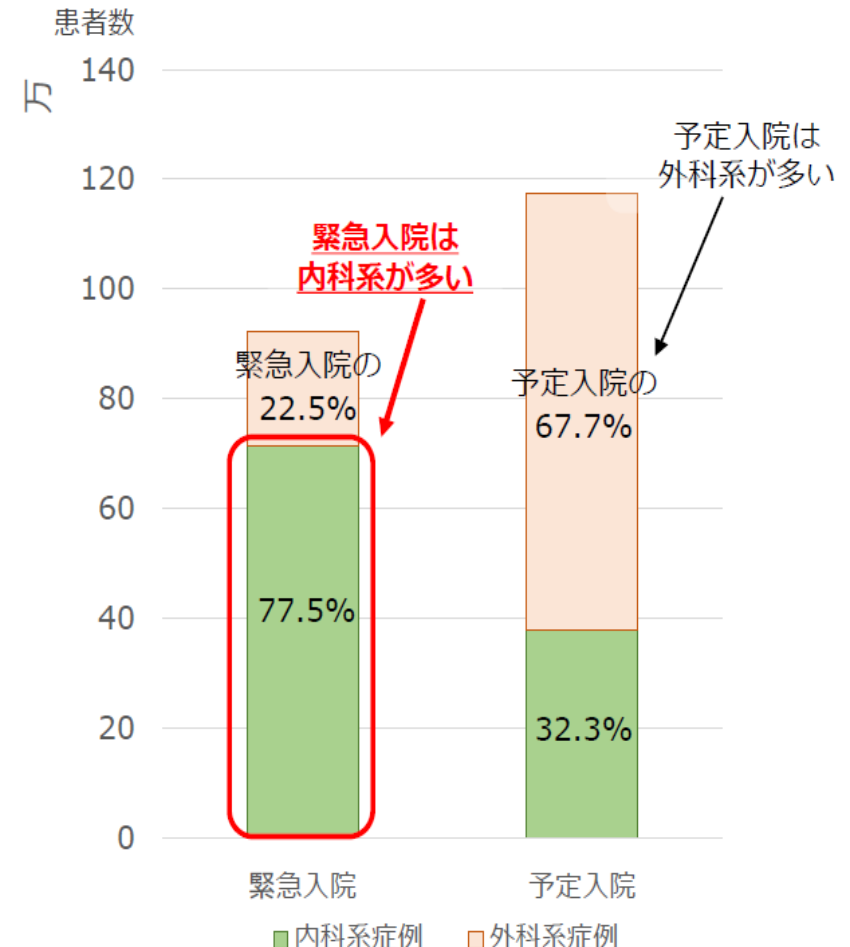
救急搬送からの入院や緊急入院に占める内科系症例の割合

- 救急搬送からの入院や緊急入院の約 8 割を内科系症例（手術のない症例）が占める。

救急搬送からの入院と内科系・外科系の内訳



緊急入院と内科系・外科系の内訳



救急受入や後方支援に関する現状の評価

診調組 入-1
7. 7. 17

区分	概要	主な要件	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
① A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、連携医療機関の場合2、それ以外の場合3	○	○
② A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地域包括ケア病棟を有する医療機関	○	○
③ A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	×	○ (注加算)
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	—	—

救急入院等の病院における負荷の高い項目を取り入れた重症度指標の例

- 個々の症例の評価指標を精緻化するのではなく、病院・病棟全体の負荷を必要度の基準該当割合に反映する方法として、救急搬送からの入院や緊急入院の件数に着目する方法も考え得る。
- 救急搬送・緊急入院の件数に着目して、病棟全体の重症度を適切に評価できる指標の考え方について、様々な案の懸念点と考えられる改善点について、以下のとおりまとめた。

（例１）A項目の「緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を改めて５日間とする。

懸念点：評価対象期限まで、入院期間の延長が誘導されるのではないか。

地域包括ケア病棟ではA項目１点で基準を満たすこととなるが、当該項目に該当する全ての患者が、疾病の改善経過や病態上必要な処置の内容によらず、入院後５日間にわたり重症度の基準に該当すると評価されることが適切か。

改善点：救急搬送や緊急入院の病院・病棟としての受入は、全体的な重症患者の入院受入として評価し得るため、医療機関や病棟における当該受入件数そのものを評価対象としてはどうか。

その際、救急搬送や緊急入院を必要以上に惹起しないよう、外来帰宅可となった件数を含めた救急応需全体の件数や、医療機関の判断のみで不必要な緊急入院を惹起する懸念が少ない、協力対象施設からの連携に基づく入院数を病床１床あたりで評価してはどうか。



（例２）「救急搬送応需件数を各病棟に按分した病床あたり件数」と「各病棟における協力対象施設入所者入院加算の病床あたり算定回数」を合算し、当該件数に一定の係数を乗算する等により算出した数値を、当該病棟における重症度の基準該当割合に加算することで、基準該当割合そのものを底上げする。

例2の具体的なイメージ

- 例えば、1床当たりの救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定数を算出し、その合計値に一定の係数をかけた数値を、A～C項目から算出した重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に加えることとすれば、救急搬送受入や協力対象施設からの入院受入が多い病棟では該当患者割合が高くなり、病棟全体の負荷を重症度、医療・看護必要度の一要素として評価することができるのではないか。

該当患者割合への加算 (%) = (救急搬送件数※ + 協力対象施設入所者入院加算の算定回数) ÷ 病床数 × 一定の係数

※救急搬送件数には入院しなかった場合を含む。複数の病棟がある場合は、外来を含む救急搬送件数を、病棟ごとの救急搬送の入院受入数で按分する。



計算例：

救急搬送件数900件、協力対象施設入所者入院加算の算定回数100件である50床（1病棟）の病院の場合、

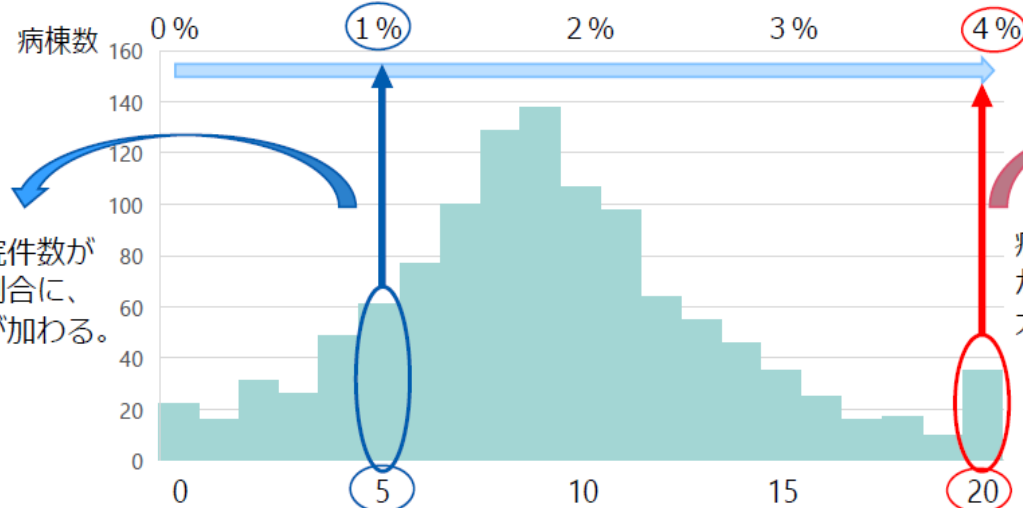
$$\Rightarrow (900 + 100) \div 50 = 1000 \div 50 = 20$$

仮に、「一定の係数」を0.002とする場合、

$$\text{該当患者割合への加算 (\%)} = 20 \times 0.002 = 4\%$$

A～C項目から算出された重症度、医療・看護必要度が仮に**12%**であった場合、計算後は基準該当割合は**16%**となる。

該当患者割合へ加算されるパーセンテージ



病床あたりの救急搬送等入院件数が少ない病棟では、該当患者割合に、小さい数（例えば1%分）が加わる。

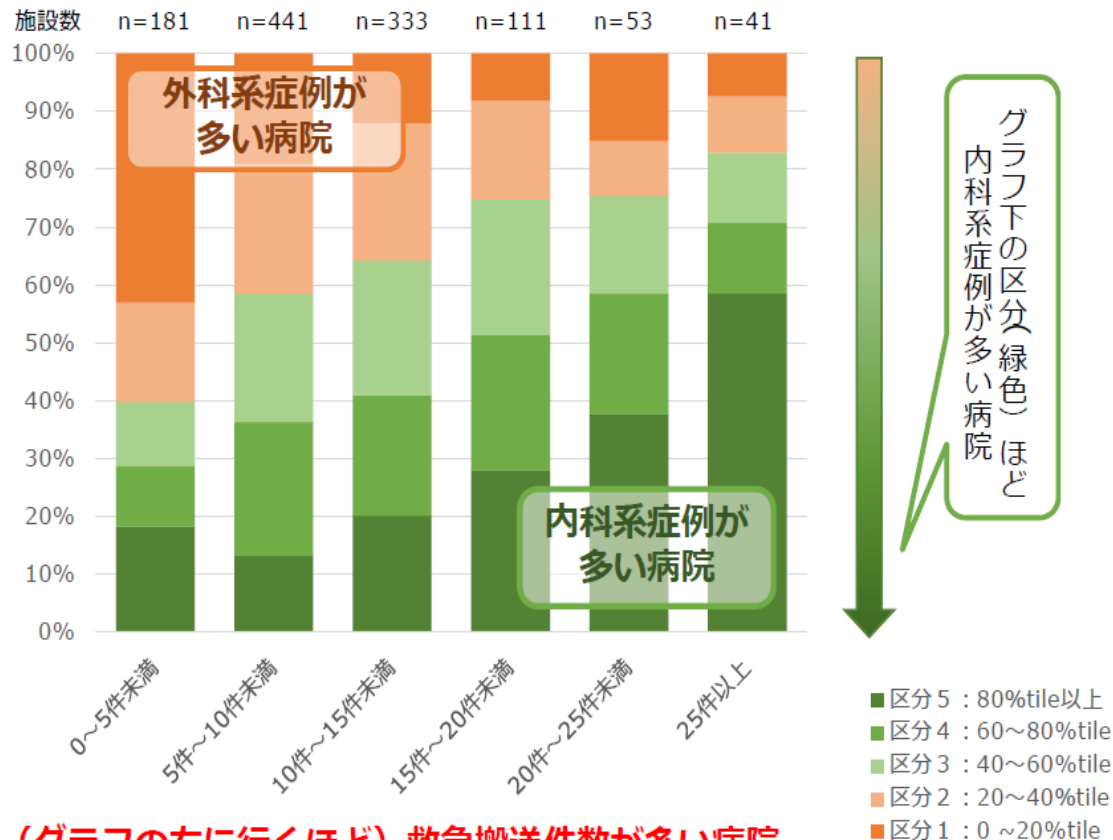
病床あたりの救急搬送件等入院件数が多い病棟では、該当患者割合に、大きい数（例えば4%分）が加わる。

病床あたりの救急搬送件数 + 協力対象施設入所者入院加算算定回数

1床当たり救急搬送件数の分布

- 急性期一般入院料1算定病床における1床当たりの救急搬送件数ごとに、各病院を全国における内科系症例割合の多寡で区分した場合の、各区分が占める割合は以下のとおり。
- 1床あたり救急搬送件数が多いほど、内科系症例の割合が多い（内科系症例を外科系症例に比して多く受けいれている）病院の割合が高い傾向であった。

1床あたり救急搬送件数ごとの内科割合区分の分布



(グラフの右に行くほど) 救急搬送件数が多い病院

1床当たり救急搬送件数：

病院全体の年間救急応需件数を、各入院料の救急搬送からの入院の実績件数に応じて按分した件数を、当該入院料の算定病床数で割ることで算出した1床1年当たりの救急搬送件数。

内科系症例と外科系症例：

入院期間中に手術に係るKコードを算定されている症例を外科系症例、それ以外を内科系症例とした。

内科系症例の割合区分：

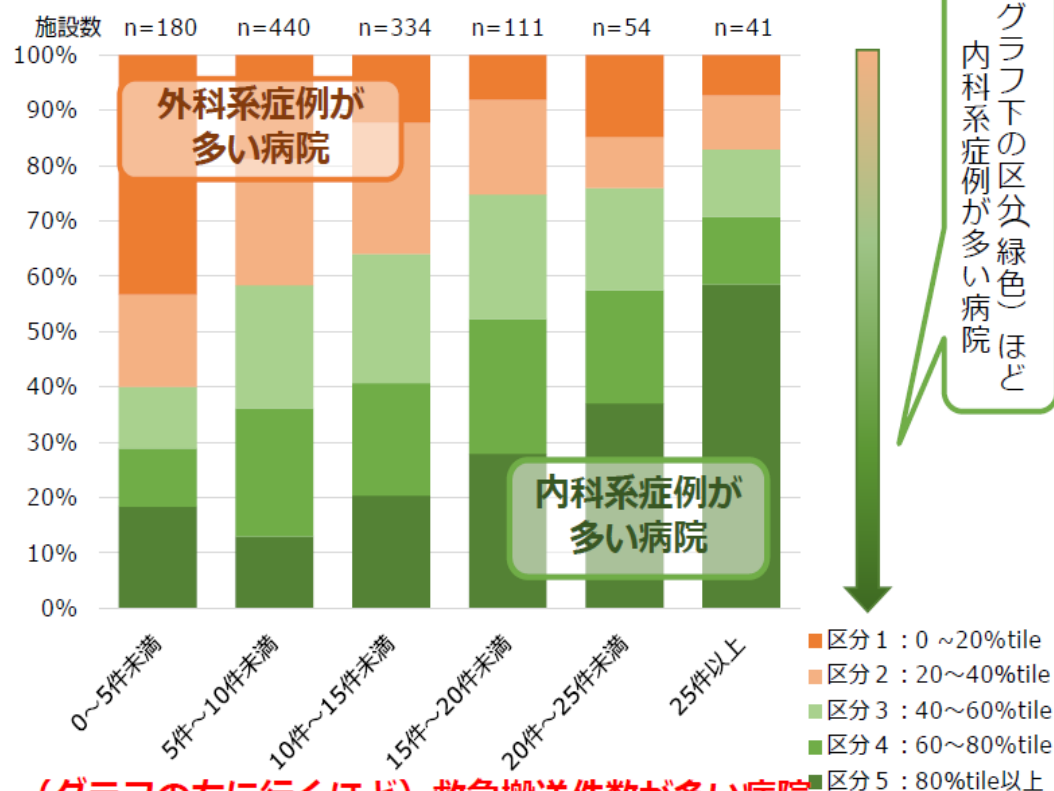
急性期一般入院料1算定病床における内科系症例割合を病院ごとに算出し、その割合が低い順にパーセンタイル値により5区分に分類した。（区分1は全国的にみて内科系症例の割合が少ない医療機関、区分5は内科系症例の割合が多い医療機関。）

1床当たり救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の分布

- 急性期一般入院料1算定病床における1床当たりの救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の合算件数ごとに、各病院を全国における内科系症例割合の多寡で区分した場合の、各区分が占める割合は以下のとおり。
- 1床当たり救急搬送件数と協力対象施設入所者入院加算算定回数の合算値が多いほど、内科系症例の割合が多い（内科系症例を外科系症例に比して多く受けいれている）病院の割合が高い傾向であった。

1床あたり救急搬送件数+協力対象施設入所者

入院加算算定回数ごとの内科割合区分の分布



(グラフの右に行くほど) 救急搬送件数が多い病院

1床当たり救急搬送件数+協力対象施設入所者入院加算算定回数:

病院全体の年間救急応需件数を、各入院料の救急搬送からの入院の実績件数に応じて按分した件数と、当該病棟における協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算件数を、当該入院料の算定病床数で割ることで算出した1床1年当たりの件数。

内科系症例と外科系症例:

入院期間中に手術に係るKコードを算定されている症例を外科系症例、それ以外を内科系症例とした。

内科系症例の割合区分:

急性期一般入院料1算定病棟における内科系症例割合を病院ごとに算出し、その割合が低い順にパーセンタイル値により5区分に分類した。(区分1は全国的にみて内科系症例の割合が少ない医療機関、区分5は内科系症例の割合が多い医療機関。)

まとめと提言

- 新たな地域医療構想で包括期入院医療の区分が設定された
- 包括期入院医療を表す指標が必要
- 指標は救急や後方支援の指標候補が検討
- 重症度、医療・看護必要度では、**B**項目問題、外科系症例と内科系症例の課題が取り上げられた。
- 救急搬送件数、協力対象施設入所者入院加算算定数で底上げする案などが検討されている。

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
7月発刊予定
- ・ 2色刷240頁、2600円



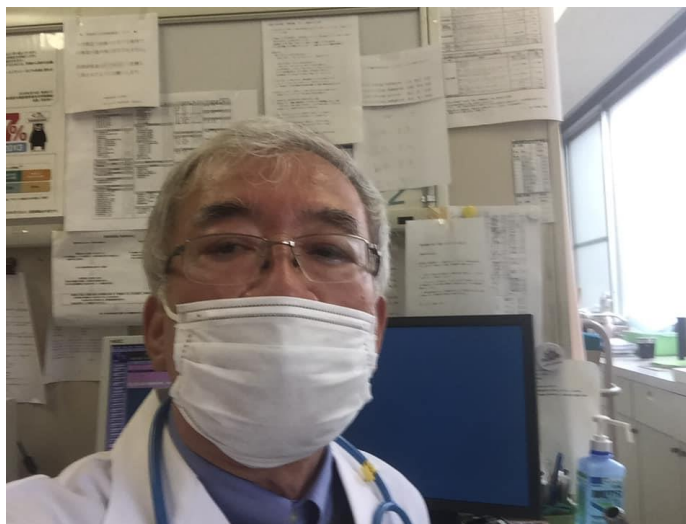
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



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

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

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