

エキスパートナース・セミナー 2024年診療報酬改定で何が変わる？



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



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

•Chapter 1

- 今回の改定－何を指して何が変わったの？：ナースの給与はどう変わる？

•Chapter 2

- 高齢者救急はどこがみるの？“地域包括医療病棟”って何？

•Chapter 3

- 毎日の記録に係る“重症度、医療・看護必要度”はどう変わった？

•Chapter 4

- 急性期病棟、ICUでは、どんな基準の見直しが起こった？

•Chapter 5

- 急性期のリハビリテーション、栄養管理、口腔管理にどう力を入れる？

•Chapter 6

- COVID-19は落ち着いたけど、感染対策はどうなるの？

•Chapter 7

- “精神科入退院支援加算”で、精神科看護はどう変わる？

•Chapter 8

- 身体的拘束の最小化で看護業務はどう変わる？

Chapter 1

今回の改定－何を指して 何が変わったの？

ナースの給料はどう変わる？

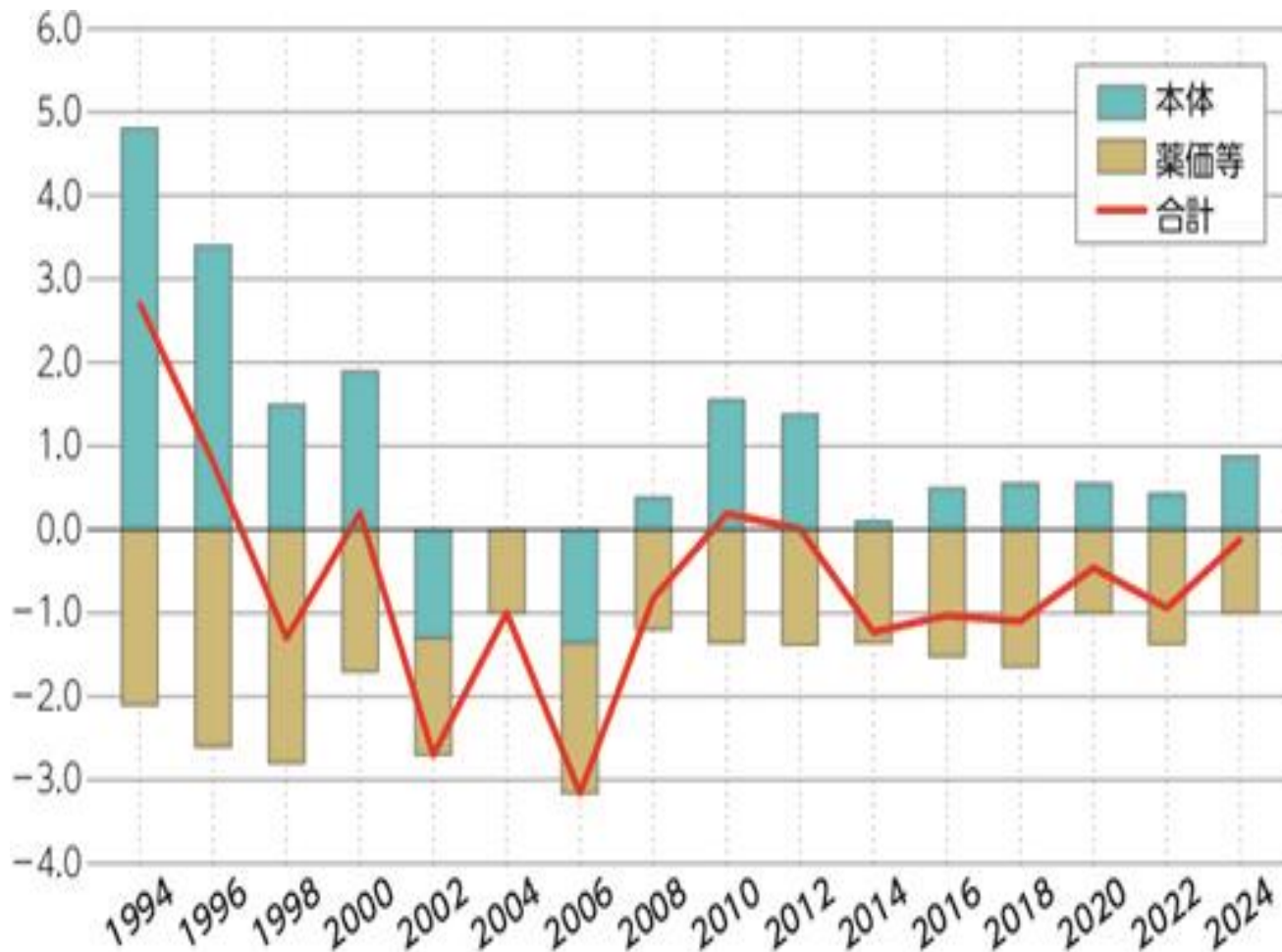


改定率と基本方針



2023年12月15日

2024年診療報酬改定率 本体部分0.88%



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

図1 診療報酬改定率の推移

(1) 診療報酬：令和6年6月施行

+0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～※4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科 +0.52%
 歯科 +0.57%
 調剤 +0.16%

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

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

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

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

(2) 薬価等：令和6年4月施行

(ただし材料価格は令和6年6月施行)

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

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

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

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

(3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

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

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- 調剤基本料等の適正化

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

看護職員等の賃上げ

- 看護職員、薬剤師、診療報酬改定を行う
（賃上げ）に
0.61%の診療報酬プラス改定を行う
- 2024年度にベースアップ分で2.5%の賃上げ
- 2025年度に同じく2.0%の賃上げ

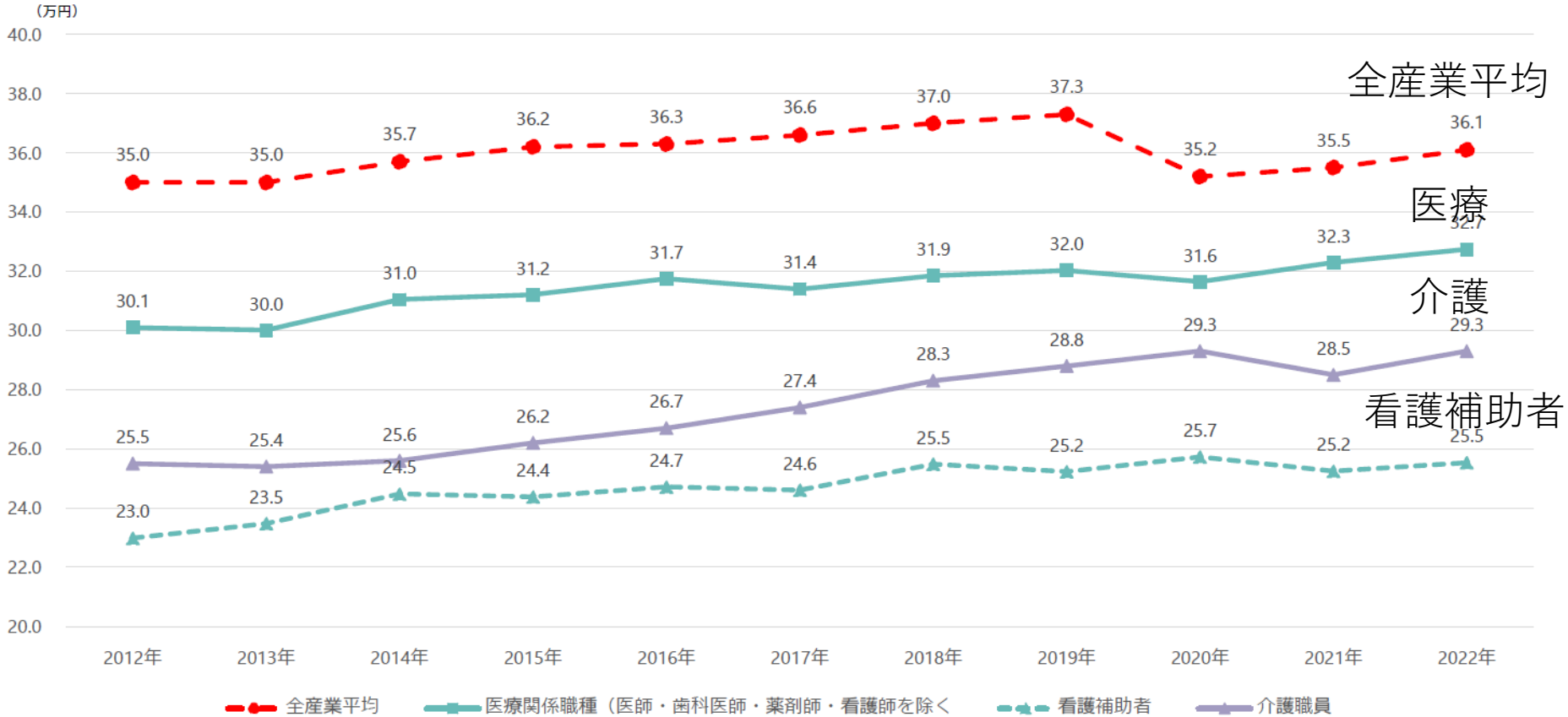


大臣折衝を行う武見厚労相
（左）と鈴木財務相

2023年12月20日

医療関係職種の賞与込み給与の推移について

○ コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス）」の1/12を加えて算出した額。

注2) 「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。

16カ月連続で目標の2%を上回る

消費者物価指数（生鮮食品除く） 前年同月比上昇率の推移



出所：総務省



物価は上がる



給料変わらず



看護師の処遇改善の方法



補助金と診療報酬を使う2つの方法がある

2022年の看護師
処遇改善を
見てみよう

2022年の看護師の処遇改善

- 2022年2月～9月までは**補助金**（看護職員等処遇改善事業）で、**1%程度**（月額約**4000円**）のアップ。
 - 補助金の場合は看護師数×引き上げ額で全体額が決まる。
- 2022年10月からは**診療報酬**で、**3%程度**（月額約**1万2000円**）のアップ。
 - 診療報酬では患者サービスの対価として報酬が支払われるので、看護師数に加えて患者数も関係する。
 - 看護師1人当たりの患者数に基づいて算出する必要がある。

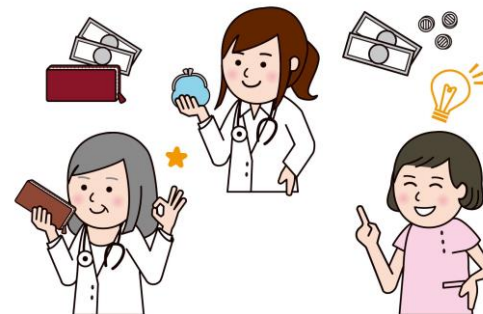
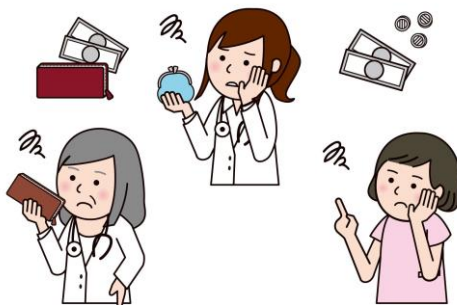
2022年の診療報酬による 看護師への評価方法は？

- 看護師1人あたりの患者数（入院料算定回数）
で評価する
 - 看護師1人・1か月当たりの患者数が50名であるとする。
 - 看護師1人に対して月額1万2000円が病院に払われるようにするには、患者1人あたり診療報酬に24点を上乗せすればよい。
 - $240円（24点） \times 患者50人 = 1万2000円$

診療報酬による看護師への 評価方法は？

- しかし実際は看護配置数、病床稼働率、患者数の
違いなどで看護師1人当たりの患者数はばらつきが
大きい。
- たとえば入院基本料ごと点数上乘せにするには、
看護師数も、患者数も異なる。
- ばらつきの多い中、看護師1人あたり1万2000円が
支払われるように診療報酬点数を設定するのは至
難のワザ。
- どうしても過不足が生じる。
- こうした過不足を少なくするために病院をグルー
プ分けをして係数をかけることで調整した。
- 一律給付が可能な補助金と仕組みがちがう。

診療報酬による処遇改善では、看護師1人当たりの患者数の違いのため、賃上げ額の一律配布では、過不足がでる



看護師ごとの患者数が違うので
配布をきめ細かくする必要がある

看護職員処遇改善評価料 (2022年)

165種類の点数を用意し、
過不足を最小限に抑える
対応を行った

看護師の給料アップ 新設された診療報酬



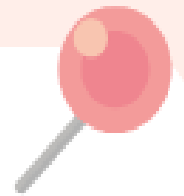
その病院の「看護職員数・延べ入院患者数」を基に計算(A)した「評価料の区分」に応じた「点数」が、入院基本料等を算定するすべての患者に毎日算定可能

$$A = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額} \quad (\text{その病院の看護職員等数} \times 12,000 \text{ 円} \times 1.165)}{\text{その病院の延べ入院患者数} \times 10 \text{ 円}}$$



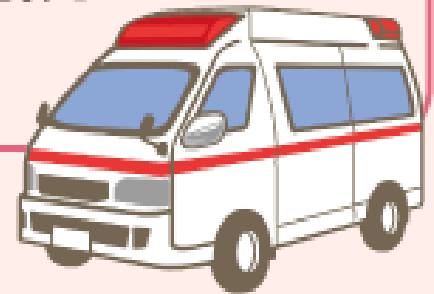
Aの値	評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点
<hr/>		
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
<hr/>		
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

看護師の給料アップ 対象病院は？



救急医療管理加算の届け出病院

(救急搬送件数※：年**200件**以上)



もしくは

救命救急センター、高度救命救急センター、
小児救命救急センターの設置病院

2022年改定の看護師賃上げと 2024年改定の違い

- 全ての職種（医師、看護師、薬剤師、リハ職など）が対象
- 2024年改定では、全ての医療機関（病院、診療所、訪問看護ステーションなど）が対象
- 医療機関ごとにそれぞれの職種が何名勤務しているのかは大きくばらついている。
- 医療機関内の部署、外来・入院によっても職員数がばらついている
- このためあっても診療報酬項目に〇点を設定するこのと算療
で対応しや算部署回数ごとにより、また月ごと同一異なる。
機関でも部署ごとにより、また月ごと同一異なる。
- このため2022年の看護職員処遇改善評価料のよう
にはいかない。このため何千種類の点数が必要に
なるかもしれない・・・

2024年の医療従事者の 賃上げのルール①

- 職種ของกลุ่มを2つに分けた
 - 40歳未満の勤務医・勤務歯科医、薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所に勤務する歯科技工士などの賃上げにすすめる措置分としてプラス0.28%
 - 看護職員、病院薬剤師、その他の医療関係職種の処遇改善に向けて0.61%の診療報酬プラス改定を行う。
- 2024年度、2025年度の2年間に分けて行う
 - 2024年度にベースアップ分で2.5%の賃上げ、2025年度に同じく2.0%の賃上げを行う

1 医療従事者の賃上げの概要について

(2) 対象職種

○ 今般の診療報酬改定における賃上げの対象となる職種については、それぞれ以下のとおりです。

1

病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げのための特例的な対応として、+ 0.61%の改定

【対象職種】

薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療工ックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医師事務作業補助者、その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

2

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置として、+ 0.28%の改定

【対象職種（想定）】

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者 等

40歳未満の若手医師は本務の他にバイトを行っていることが多い。また専門研修で勤務地が変わる。事務職員は民間企業からの派遣が多い。

2024年の医療従事者の 賃上げのルール②

- 医療機関を2つの類型に分けた
 - 無床クリニックや訪問看護ステーション
 - 初再診料など外来基本料と入院基本料に一律引上げ
 - 補填不足になる場合にはクリニックでは8種類、訪問看護ステーションでは18種類の救済加算で対応する
 - 病院や有床診療所
 - 初診料や再診料などに上乘せ加算を行う
 - 補填の過不足が生じないように、入院料に165種類の加算を設けて対応
 - 目指すべきベースアップ率の1.2%アップと2.3%の2段階とした
- 医療機関で行うこと
 - 医療機関は、必要な賃上げ額を該当する診療報酬の算定回数(患者数) × 10円で割った点数を選ぶ、過不足分を加算で調整する。
 - 医療機関において賃金引上げの計画を労使交渉で決め、実施報告を行う。

2024年の医療従事者の 賃上げのルール③



- 3段階の評価ルールとした
 - 第1段階
 - 初再診料、入院基本料の引き上げ
 - 第2段階
 - 外来・在宅ベースアップ料評価Ⅰ
 - 第3段階
 - 入院ベースアップ評価料（165段階）
 - 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ
 - 診療所（8段階）
 - 訪問看護ステーション（18段階）

1 医療従事者の賃上げの概要について

(3) 創設される診療報酬について

- 令和6年度の診療報酬改定では、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、（Ⅱ）」、「入院ベースアップ評価料」といった診療報酬を創設します。
- また、初再診料等や入院基本料等についても、職員の賃上げを実施すること等も踏まえた引上げを行います。
- さらに、今回創設される診療報酬（既存の看護職員処遇改善評価料含む）による賃上げについて、賃上げ促進税制における税額控除の対象となります。

病院と医科診療所の例

+0.28%程度分



病院・診療所（有床）

+0.61%分

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
・初再診料等と合わせて算定可能
初診時 6点
再診時 2点
訪問診療時 28点
（同一建物居住者は7点）



入院ベースアップ評価料
・入院基本料等と合わせて算定可能
1～165点



外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
・初再診料等と合わせて算定可能
初診又は訪問診療時 1～8点
再診時 8～64点
※ 評価料（Ⅰ）だけでは、賃上げが不十分となる診療所（無床）のみ算定可能

評価料による賃上げも
賃上げ促進税制の税額控除対象に！

初再診料等や入院基本料等の引上げ



診療所（無床）

1 医療従事者の賃上げの概要について

(4) 賃上げを考える前に -ベースアップとは-

- 賃上げに係る診療報酬においては、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた「給与総額」をもとにした点数設計としています。
 - 医療機関等においては、この報酬分を**ベースアップ^①（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）に充てていただく**こととなります。
 - また、ベースアップには、連動して引きあがる賞与分^{*}や事業主負担の増額分も含まれます。
- ^{*} 業績に連動して引き上がる賞与については対象外です。

ベースアップの考え方

「ベースアップ（ベア）」とは、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることをいいます。

号俵	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
2	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
3	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
4	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
5	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
6	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
7	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
8	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
9	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円
10	000,000円	000,000円	000,000円	000,000円

賃金表内での職員の給与の変動は、**定期昇給**に該当し、ベアには該当しません。

改定

号俵	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
2	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
3	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
4	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
5	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
6	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
7	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
8	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
9	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
10	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円

●%
アップ!

賃金表に記載の額そのものを引き上げることがベースアップです。

賃金表がない場合

賃金表がない医療機関の場合は、**給与規程や雇用契約に定める基本給等**について、引上げを行います。

なお、基本給等とは、**決まって毎月支払われる給与や手当**のことを指し、例えば、年俸制で1年に1回定められる額の1月当たり分もこれに該当します。

給与規程

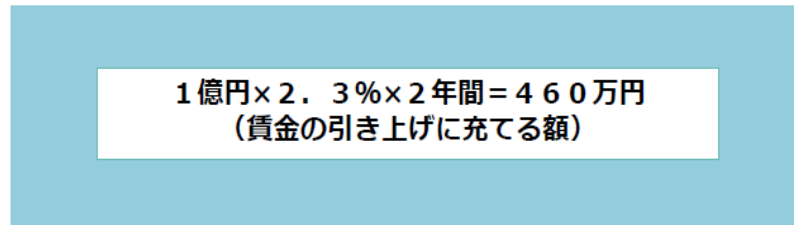
1 医療従事者の賃上げの概要について

(5) ベースアップ評価料の算定額の配分パターン

- 医療機関等においては、令和6年度と令和7年度の2年間の賃金引き上げについて計画します。
- そのなかでベースアップ評価料（改定率+0.61%分）については、対象職種の給与総額の2.3%相当となるように設定されており、令和6年度と7年度の2年とも同じ点数設計です。
- したがって、この点数を算定した場合の賃上げへの配分方法について、以下の2つのパターンが考えられますが、いずれの場合も算定額を全て賃金の引き上げに充てることが重要です。

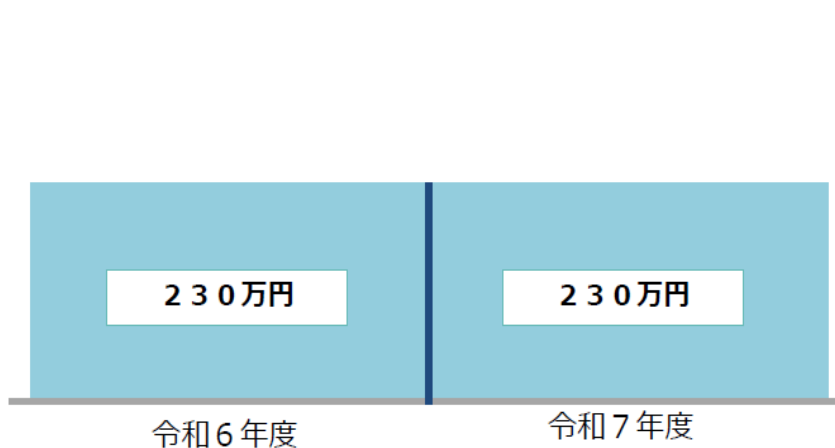
【例：令和5年度の給与総額が1億円であった場合】

（2年間のベースアップ評価料の算定額の見込み）



(パターン1)

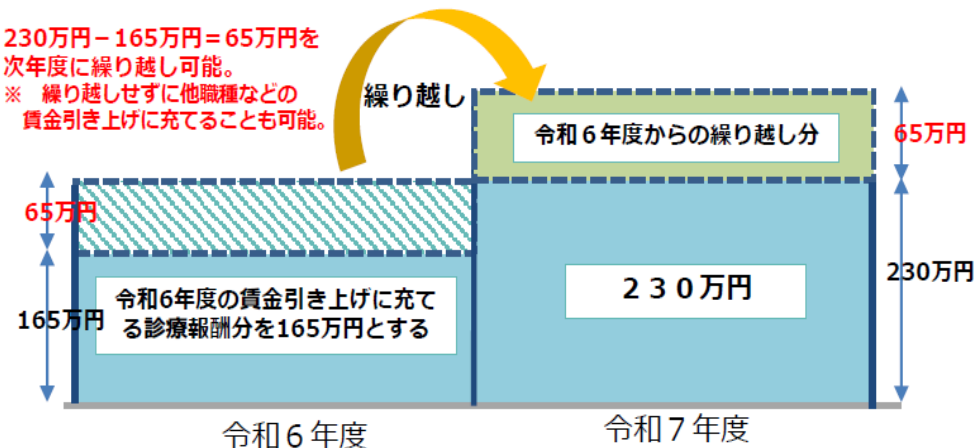
令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



(パターン2)

2年間で段階的に引き上げを行う配分方法

230万円-165万円=65万円を
次年度に繰り越し可能。
※ 繰り越しせず他職種などの
賃金引き上げに充てることも可能。



ベースアップ評価料の算定額の見込みについては、あくまで目安であり、保険医療機関ごとの状況や実際の算定回数に応じて、変動が生じ得ます。

1 医療従事者の賃上げの概要について

(6) 具体的なスケジュール

- 賃上げのスケジュールのイメージは以下のとおりです。
- 医療機関等においては、賃金引き上げの計画の作成→計画に基づく労使交渉等→計画に基づく給与規程の改正→施設基準の届出及び期中の区分変更の届出→賃上げ状況の報告（令和6年度・令和7年度）を実施していくこととなります。

	R5年度		R6年度					R7年度					R8年度		
	2月	3月	4月～	6月～	9月～	12月～	3月	4月～	6月	～8月	9月～	12月～	3月	～5月	～8月
賃上げセミナー	● 本日														
計画・交渉・改定	←→														
賃金改善実施期間															
施設基準上の届出・変更				●	●	●	●		●		●	●	●		
賃上げ状況の報告															

2段階の引き上げを行う場合

R6年度分

R7年度分

賃上げに係る診療報酬の算定開始月は6月だが、4月・5月の賃上げにも充当可

R6改定施行

1 医療従事者の賃上げの概要について

(7) 計画書・報告書の提出について

賃金引き上げに係る計画書・賃金引き上げの実施状況の報告書について

- P10のスケジュールにあるとおり、ベースアップ評価料を算定する医療機関等は、施設基準の届出書と合わせて、賃金引き上げに係る**計画書及び報告書**を地方厚生（支）局にご提出頂きます。
この中で、ベースアップ評価料が原則ベア等に充てられていることについても確認します。
- さらに、計画書及び報告書では、ベースアップ評価料による賃金引き上げの状況だけでなく、**自主財源等も含めた全体的な引き上げ状況及びベースアップ評価料の対象とならない40歳未満の勤務医師等（改定率+0.28%分）の職種の状況**についてもお聞きする予定です。
- また、別途、**抽出調査の実施等**も予定しています。



処遇改善改定の詳細



賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設①

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) (1日につき)	
1 初診時	6点
2 再診時	2点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外に訪問診療を行った場合	28点
ロ 同一建物居住者に訪問診療を行った場合	7点

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診、訪問診療を行った場合に所定点数を算定する。
- (2) 1については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- (3) 2については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料1、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- (4) 3のイについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定しているものについて、所定点数を算定する。
- (5) 3のロについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(II)を算定しているものについて、所定点数を算定する。

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設②

[施設基準]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合等においてはこの限りではない。
- (4) (3)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上でを行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医（歯科医師を含む。以下同じ。）及び事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	歯科衛生士	社会福祉士
保健師	歯科技工士	介護福祉士
助産師	歯科業務補助者	保育士
看護師	診療放射線技師	救急救命士
准看護師	診療エックス線技師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
看護補助者	臨床検査技師	柔道整復師
理学療法士	衛生検査技師	公認心理師
作業療法士	臨床工学技士	診療情報管理士
視能訓練士	管理栄養士	医師事務作業補助者
言語聴覚士	栄養士	その他医療に従事する職員
義肢装具士	精神保健福祉士	（医師及び歯科医師を除く。）

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設①

➤ 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) (1日につき)

外来・在宅ベースアップ評価料(II) 1	
<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療を行った場合	8点
<input type="checkbox"/> 再診時	1点
外来・在宅ベースアップ評価料(II) 2	
<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療を行った場合	16点
<input type="checkbox"/> 再診時	2点
↓	
外来・在宅ベースアップ評価料(II) 8	
<input type="checkbox"/> 初診、又は訪問診療を行った場合	64点
<input type="checkbox"/> 再診時	8点

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) 各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の1（初診時）又は3（訪問診療時）を算定している患者について、各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の2（再診時）を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設②

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届け出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満であること。
- (4) 下記の式【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（II）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）の施設基準の届け出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。
- (5) (4)について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（II）の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。
ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合等においてははこの限りではない。
- (7) (6)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (8) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (10) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} &= \left[\begin{aligned} &\text{対象職員の給与総額} \times 1\text{分}2\text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び} \\ &\text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円} \end{aligned} \right] \\
 &+ \left[\begin{aligned} &\text{外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ &+ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数の見込み} \\ &+ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ &+ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）ロの算定回数の見込み} \end{aligned} \right] \times 10\text{円}
 \end{aligned}$$

【別表2】 外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（II）の区分	点数（イ）	点数（ロ）
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（II）1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）2	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（II）8	64点	8点

賃上げに向けた評価の新設⑦

入院ベースアップ評価料の新設①

- 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 入院ベースアップ評価料 (1日につき)

1	入院ベースアップ評価料 1	1点
2	入院ベースアップ評価料 2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

[算定要件]

・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

【別表1】主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	歯科衛生士	社会福祉士
保健師	歯科技工士	介護福祉士
助産師	歯科業務補助者	保育士
看護師	診療放射線技師	救急救命士
准看護師	診療エックス線技師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
看護補助者	臨床検査技師	柔道整復師
理学療法士	衛生検査技師	公認心理師
作業療法士	臨床工学技士	診療情報管理士
視能訓練士	管理栄養士	医師事務作業補助者
言語聴覚士	栄養士	その他医療に従事する職員
義肢装具士	精神保健福祉士	(医師及び歯科医師を除く。)

賃上げに向けた評価の新設⑧

入院ベースアップ評価料の新設②

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届け出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2分3厘未満であること。
- (4) 下記の式により算出した数【B】に基づき、別表3に従い該当する区分を届け出ること。
- (5) (4)について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数は、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。
ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【B】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み及び延べ入院患者数のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合等においてはこの限りではない。
- (7) (6)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (8) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (10) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

$$【B】 = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

【別表3】入院ベースアップ評価料の区分

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0以上1.5未満	入院ベースアップ評価料1	1点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設①

訪問看護ベースアップ評価料（I）の新設

- 訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新） 訪問看護ベースアップ評価料（I） 780円（月1回）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（I）として、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (2) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (3) (2)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上でを行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (4) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。
- (5) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (6) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】主として医療に従事する職員

薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医師事務作業補助者、その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設②

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

➤ 訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

イ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	10円（月1回）
ロ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	20円（月1回）
↓		
ヌ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100円（月1回）
ル	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150円（月1回）
↓		
ソ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500円（月1回）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。

[施設基準]

- (1) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
- (2) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の1分2厘未満であること。

ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

$$\text{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近3か月の1月あたりの区分番号02の1の算定回数} \times \text{平均}}{\text{直近3か月の1月あたりの医療保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者} + \text{介護保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設③

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

- (3) 下記の式【C】に基づき、別表4に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$【C】 = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}}$$

- (4) (3) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合において、区分の変更を行わないものとすること。

- (5) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (6) (5) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (7) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (8) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (9) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあつては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

【別表4】訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	10円
15以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	20円
↓	↓	↓
95以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100円
125以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150円
↓		↓
475以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500円

看護部への ワンポイントアドバイス



- 診療報酬による賃上げには患者負担増が伴うことを忘れてはならない。
- このため賃上げに見合った医療サービスの質向上と生産性の効率化が伴わなければならない。
- このため一層のPFM（ペーシェント・フロー・マネジメント）への注力が必要だ。
- 患者の意に沿って、患者の流れを滞らせることのない入退院支援のワザを磨くことが必要だ。
- PFMで患者の入院期間が短縮すれば、患者負担は軽減する。

Chapter 2

“高齢者救急はどこがみるの？
地域包括医療病棟”って何？

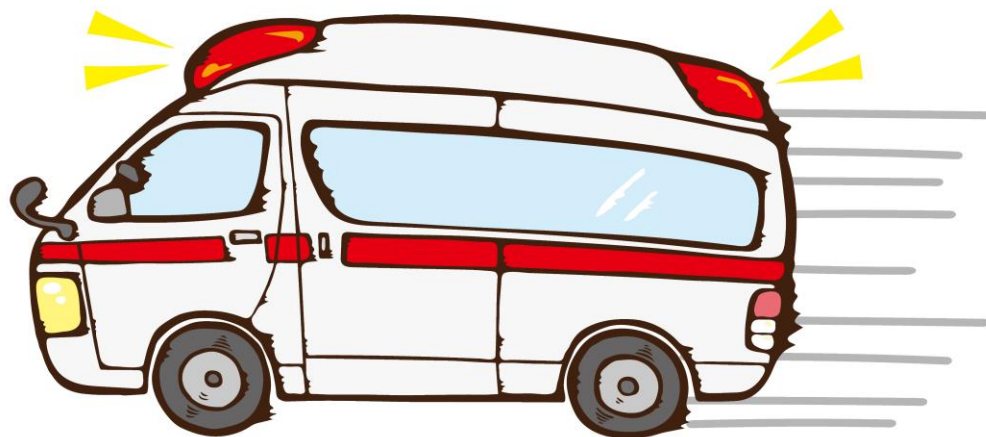


高齢者救急をどこがみるの？

- ①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ
- ②地域包括ケア病棟と高齢者救急
- ③地域包括医療病棟の新設



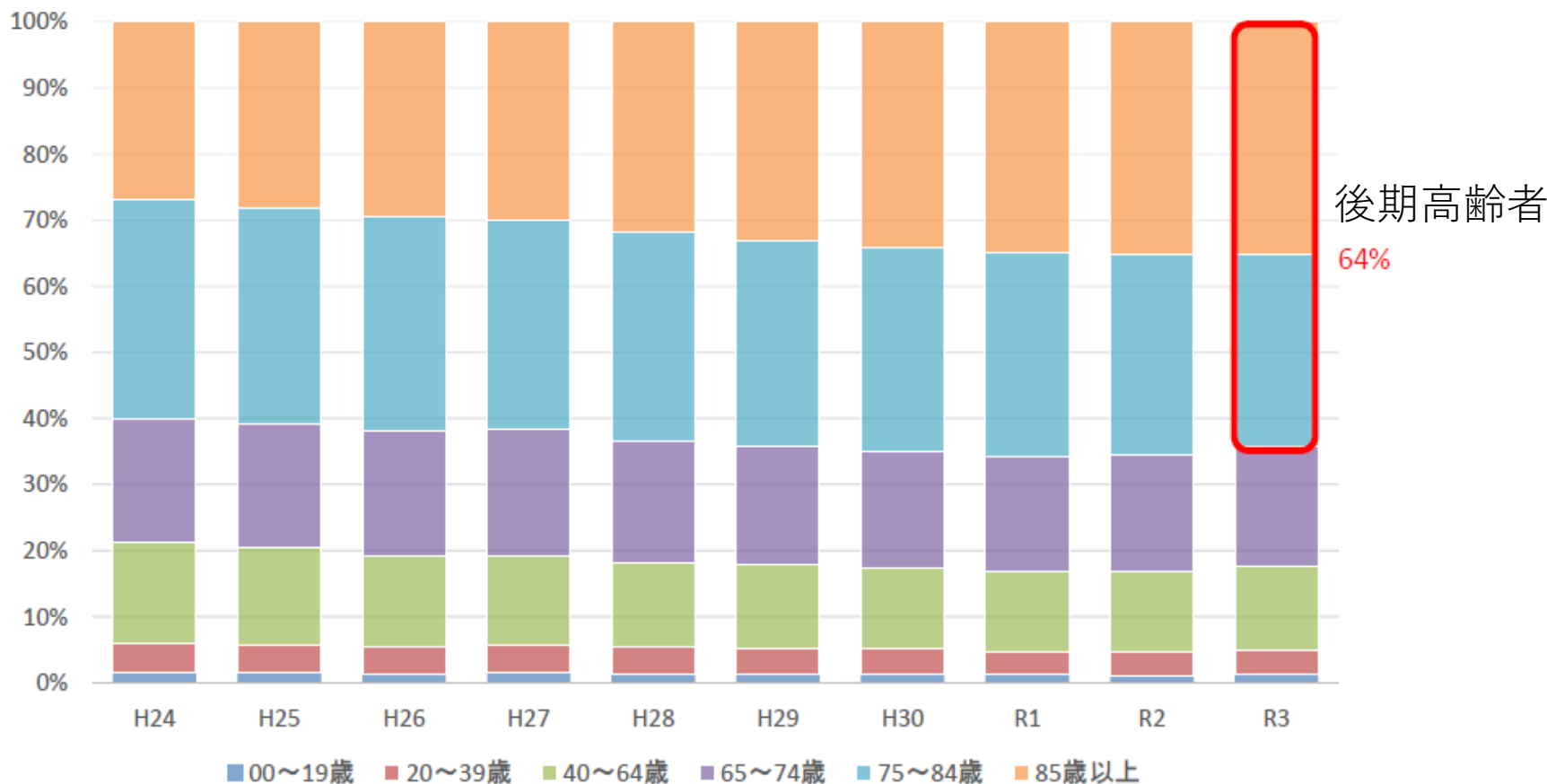
①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ



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

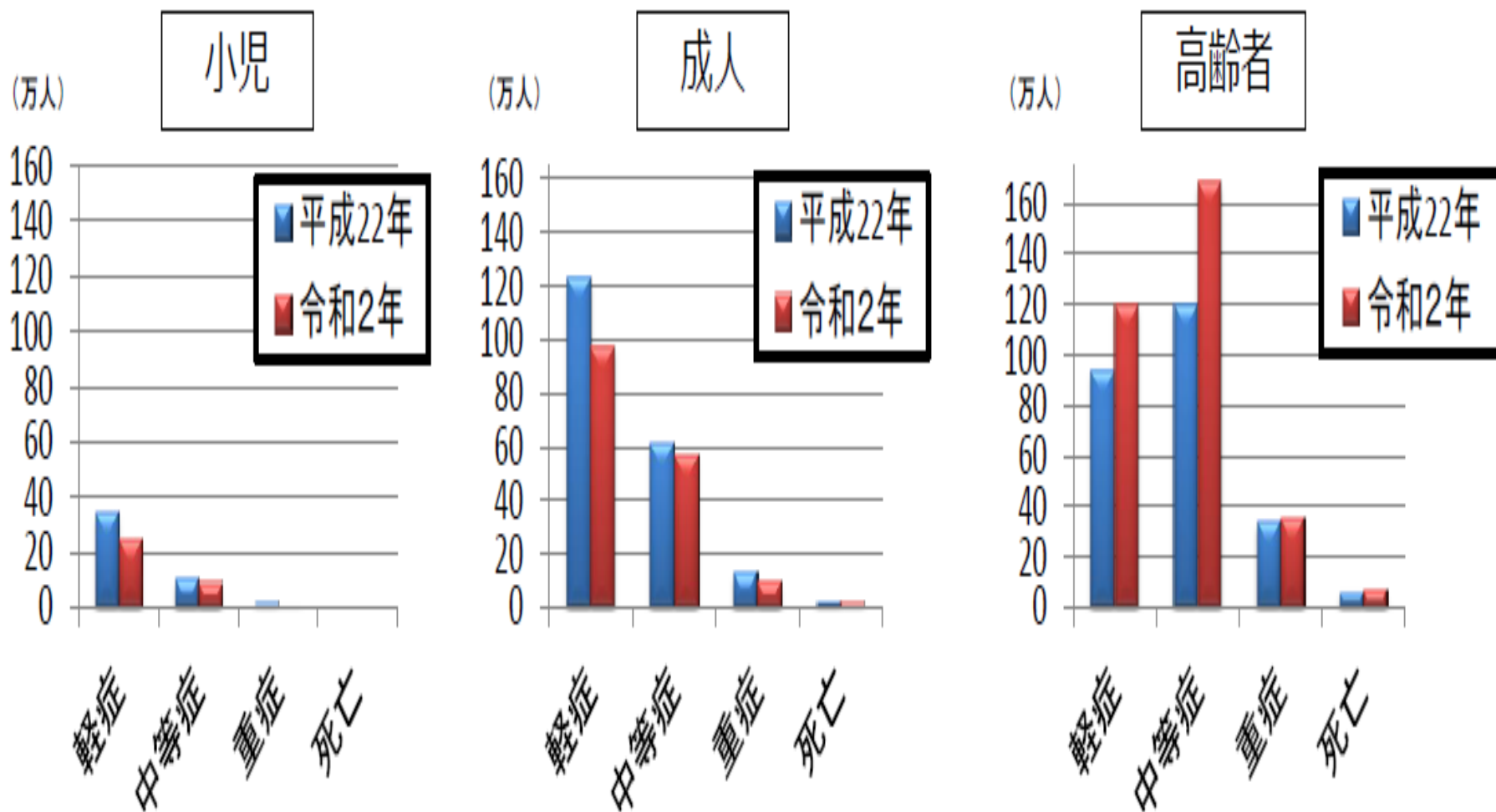


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

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



介護施設・福祉施設からの入院患者

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

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

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

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

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

高齢者救急が
急性期一般病床に
入院するワケは重症度、
医療・看護必要度にあり



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

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

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

[該当患者の基準]

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

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

「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 かつ 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）

「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

廃止



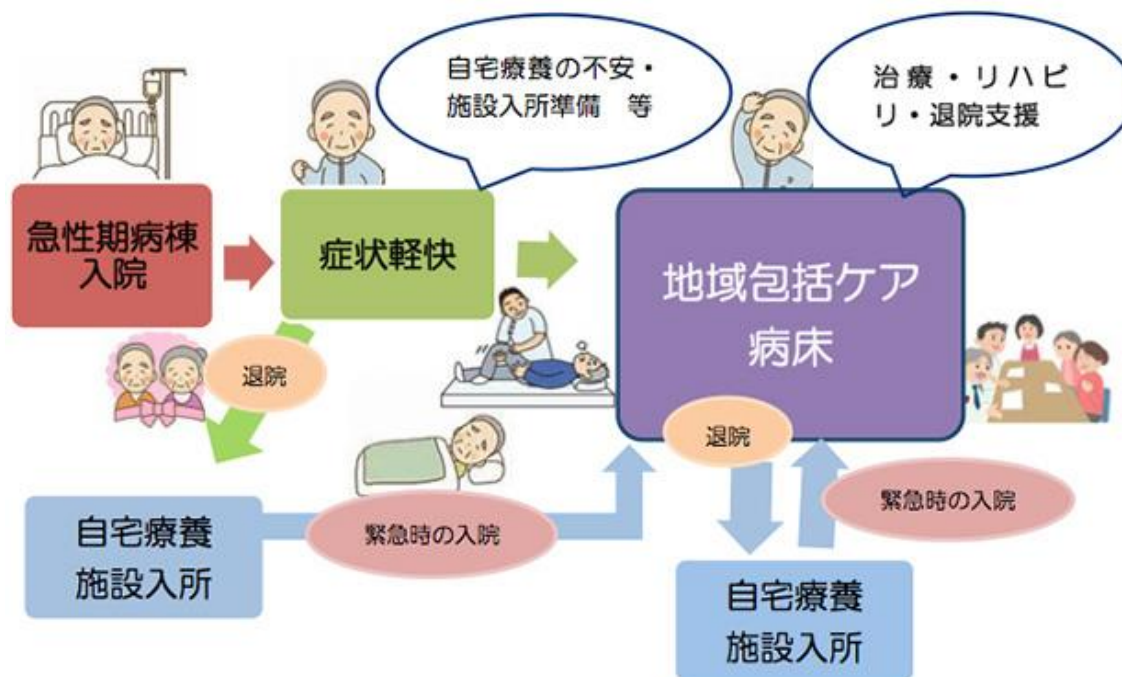
急性期一般
入院料 1

~~☑ A項目2点以上 かつ B項目3点以上~~

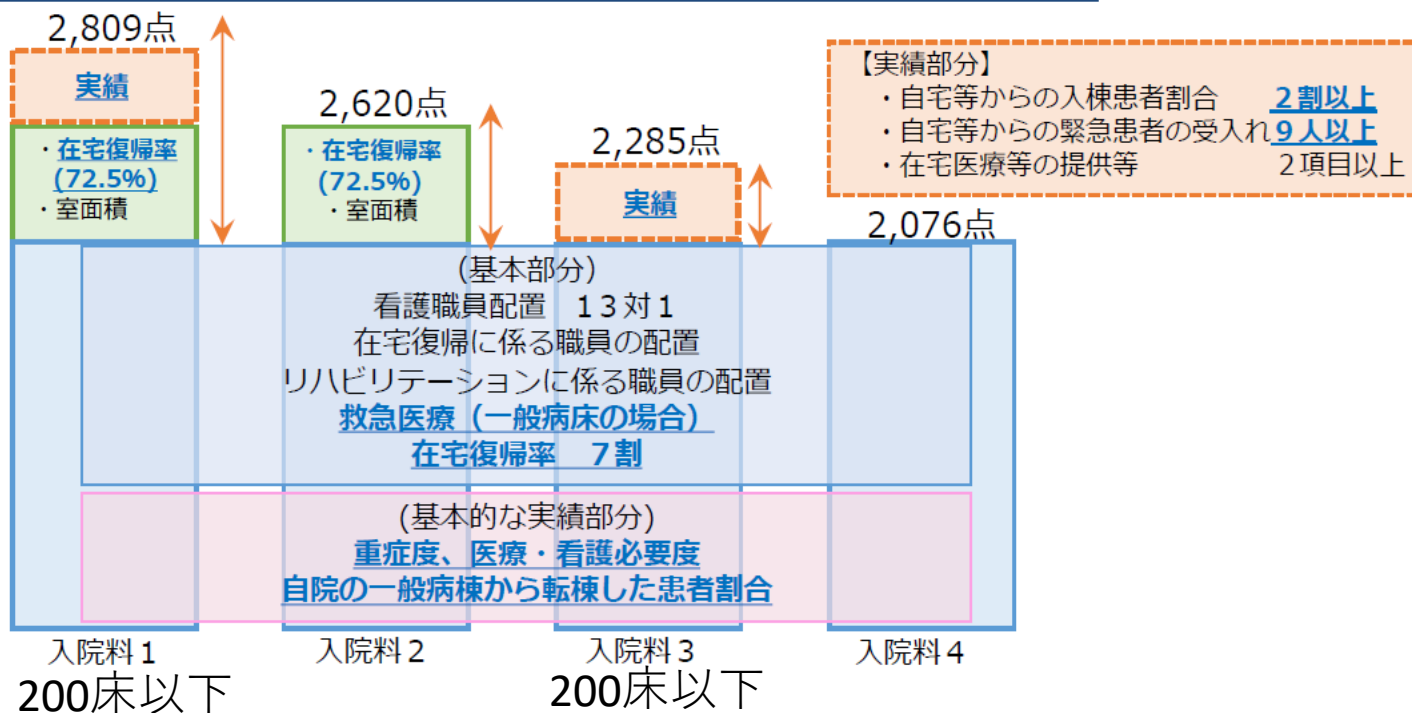
☑ A項目3点以上

☑ C項目 1 点以上

②地域包括ケア病床と 高齢者救急



地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

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

入棟患者全て(n=2,854)

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

緊急入院後
(外来の初再診後)(n=990)

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

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

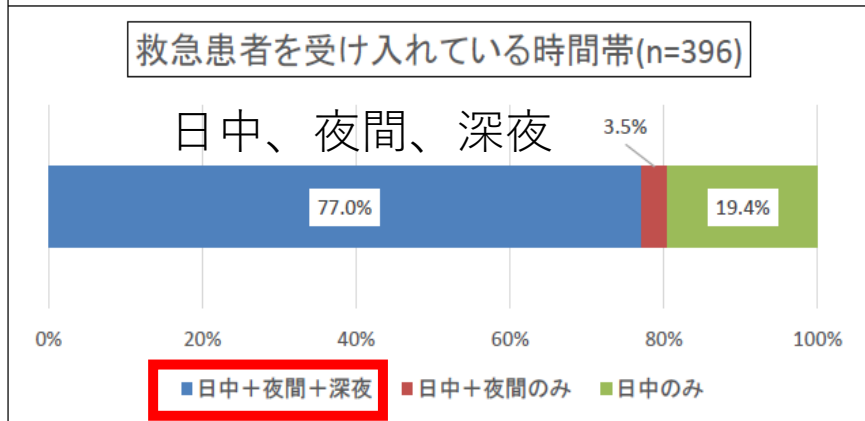
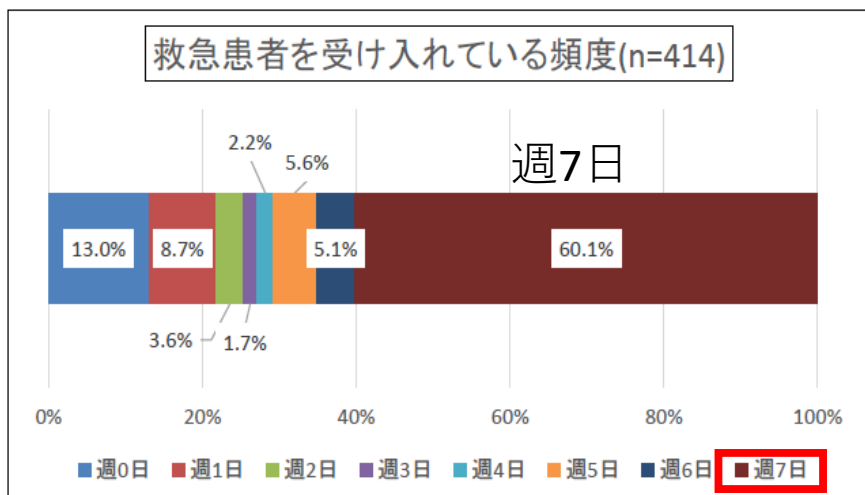
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

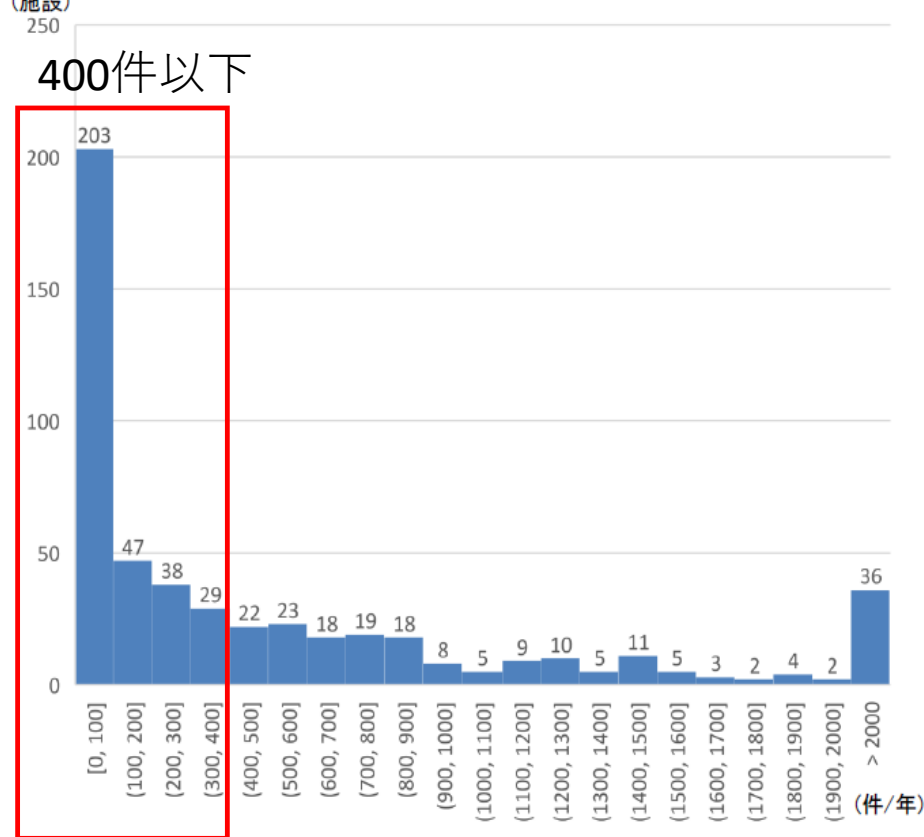
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



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

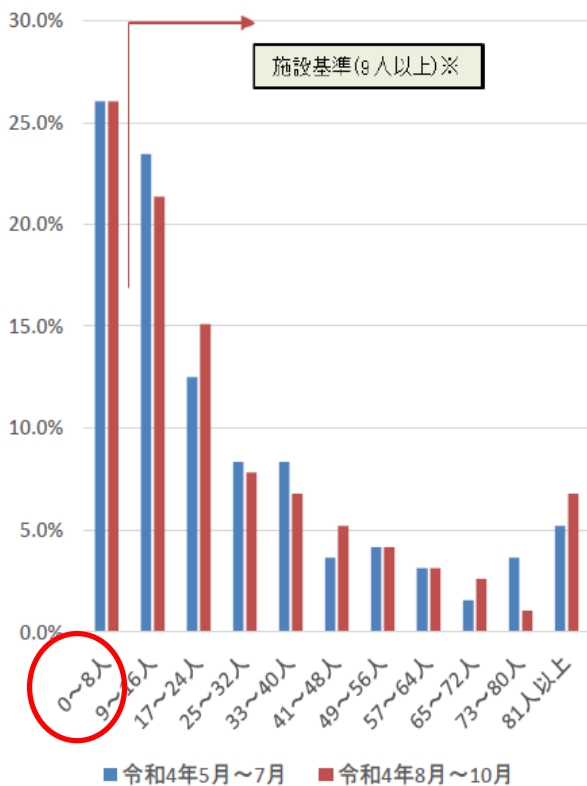


要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

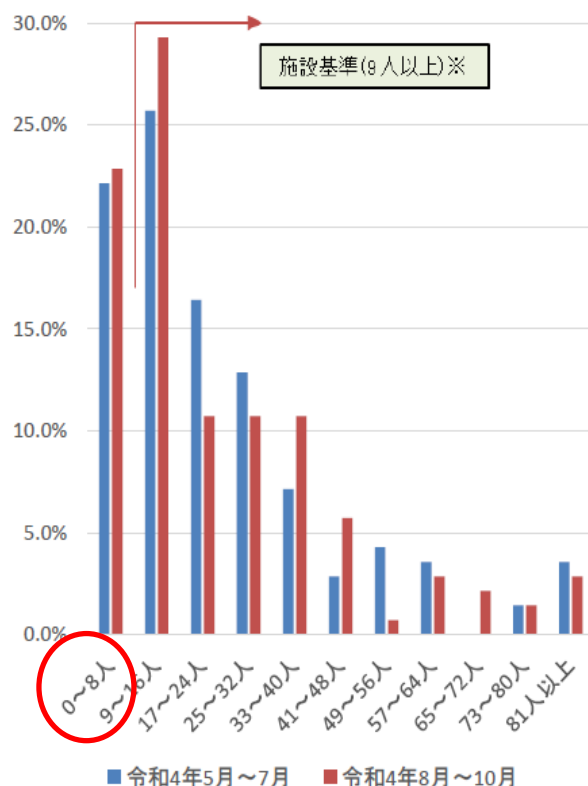
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

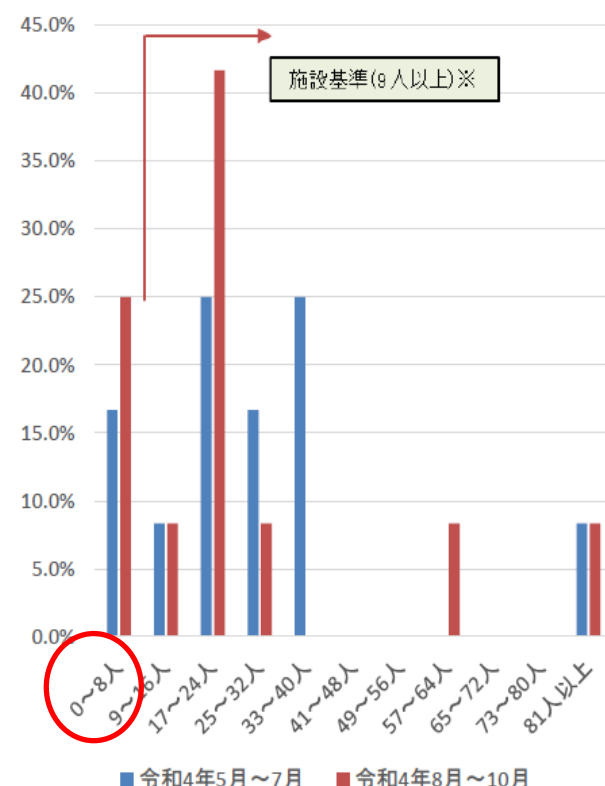
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2 (n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4 (n=12)

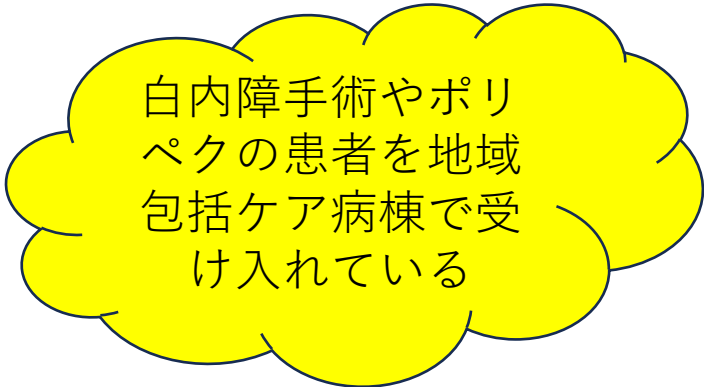


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

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

地域包括ケア病棟で
短期滞在手術患者を受け
入れている



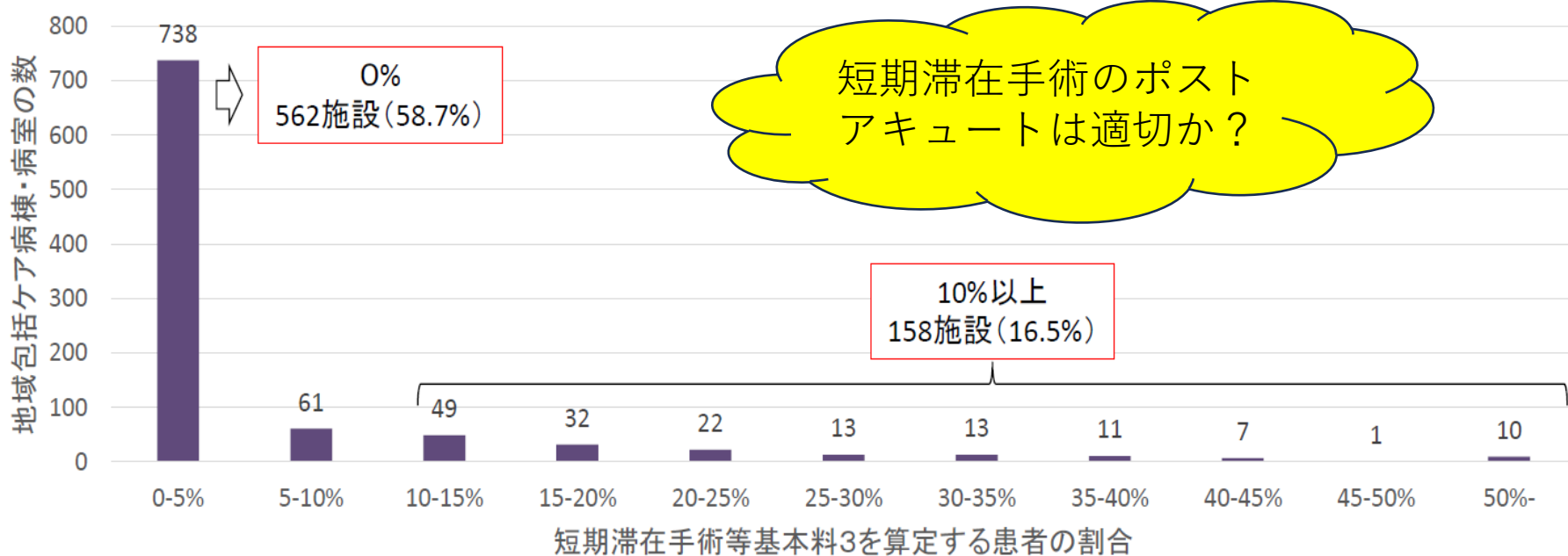
白内障手術やポリ
ペクの患者を地域
包括ケア病棟で受
け入れている

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

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

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



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

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

⑬ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケアの深化・推進に向け、地域包括ケア病棟の効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除くとともに、在宅復帰率の計算方法を改める。

改定案	現行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>二 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割五分未満</u>であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するも</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>二 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割未満</u>であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するも</p>

⑫ 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受け入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。

第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合</p>

⑫ 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

第1 基本的な考え方

適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価に見直す。
2. 入院基本料等の見直しに合わせて、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、地域包括ケア病棟入院料の評価を見直す。

改 定 案	現 行
【地域包括ケア病棟入院料】 1 地域包括ケア病棟入院料 1 イ 40日以内の期間 2,838点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,823点)	【地域包括ケア病棟入院料】 1 地域包括ケア病棟入院料 1 2,809点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,794点)
ロ 41日以上期間 2,690点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,675点)	

③地域包括医療病棟 の新設



高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

- これまでの主な指摘
 - ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
 - ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。
- 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
- 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

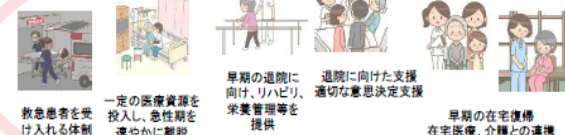
地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



包括的に提供

[施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- ▶ 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1 入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2 入院1日目の患者の場合	1,200点
3 入院2日目の患者の場合	800点
4 入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- ▶ 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

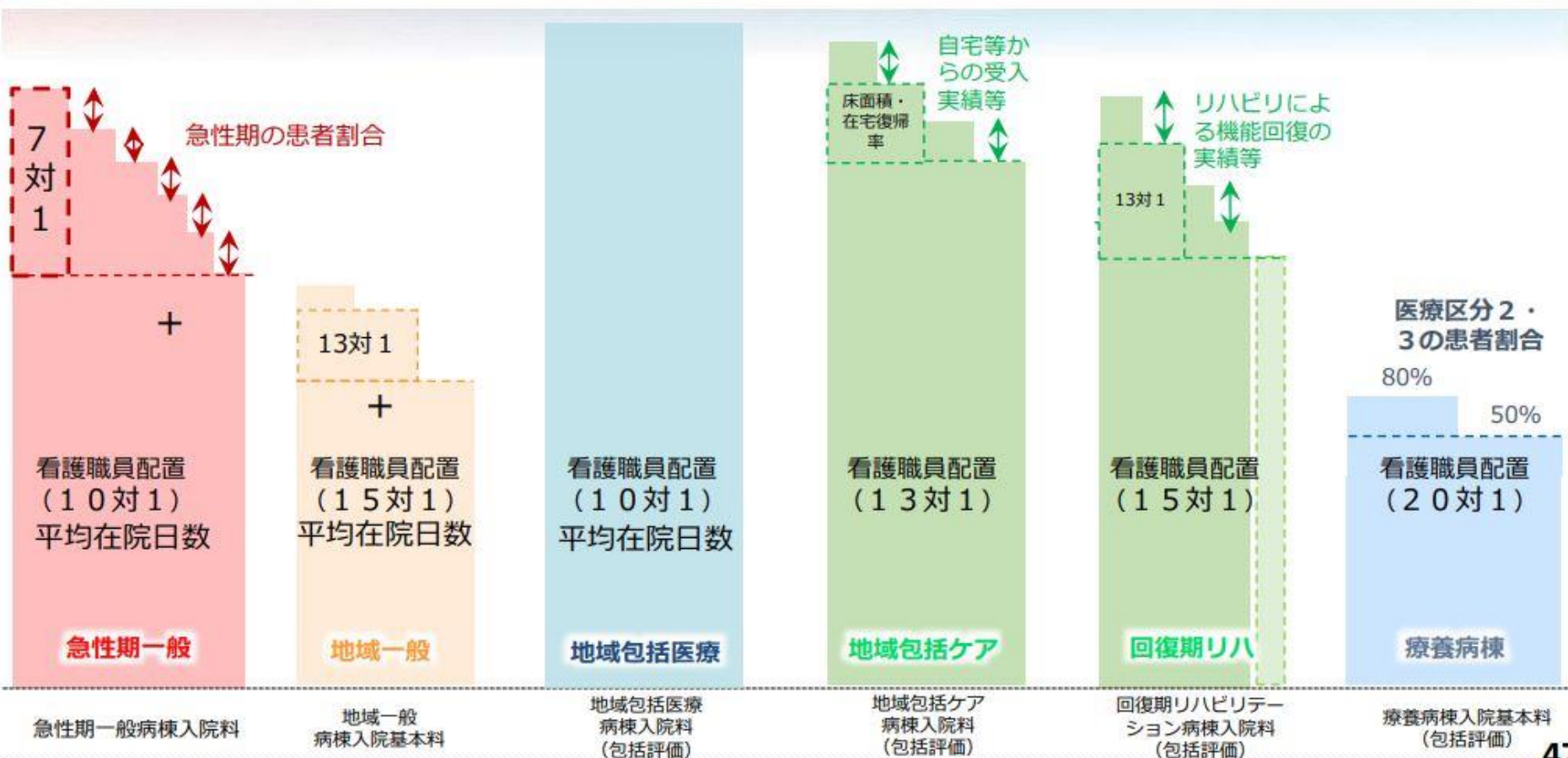
- 入院医療評価体系については、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。急性期医療と回復期医療を担う**地域包括医療病棟**を新設した。

※ 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。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



地域包括医療病棟は「地ケア並び」にあらず

- 地域包括医療病棟は、より高齢者救急に特化しては、より高ポストアキュートではなく、高ポストアキュートを診る。
- 平均在院日数も21日以内と定めている。
- 3次の医療機関で患者さんを迎え入れた「7対1病室」でなくとも診られると分かったら、地域包括医療病棟に送ることもありえる。
- 地域包括医療病棟の包括範囲はDPCに近く、より急性期の医療が可能だ。
- 「地ケア並び」と考えるのではなく、この点にご留意いただきたい。



眞鍋馨医療課長

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2 - 6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2 - 6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

地域包括医療病棟 地域医療構想では どの区分？



千葉県地域医療構想調整会議

病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

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	○ 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

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「**急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療**」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

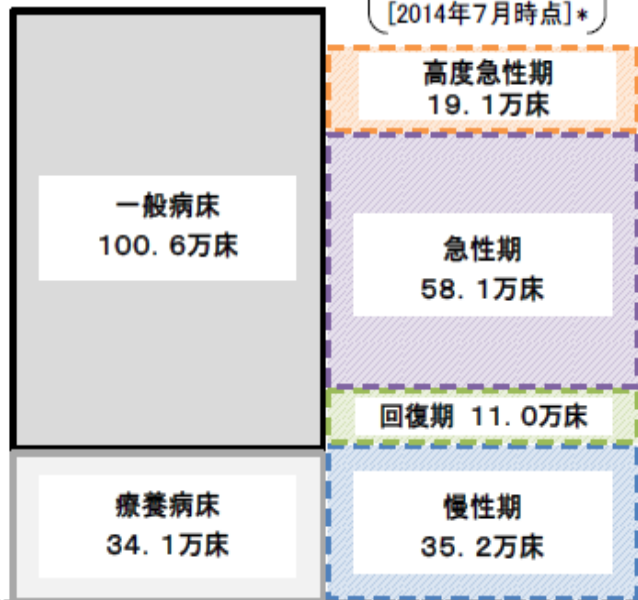
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

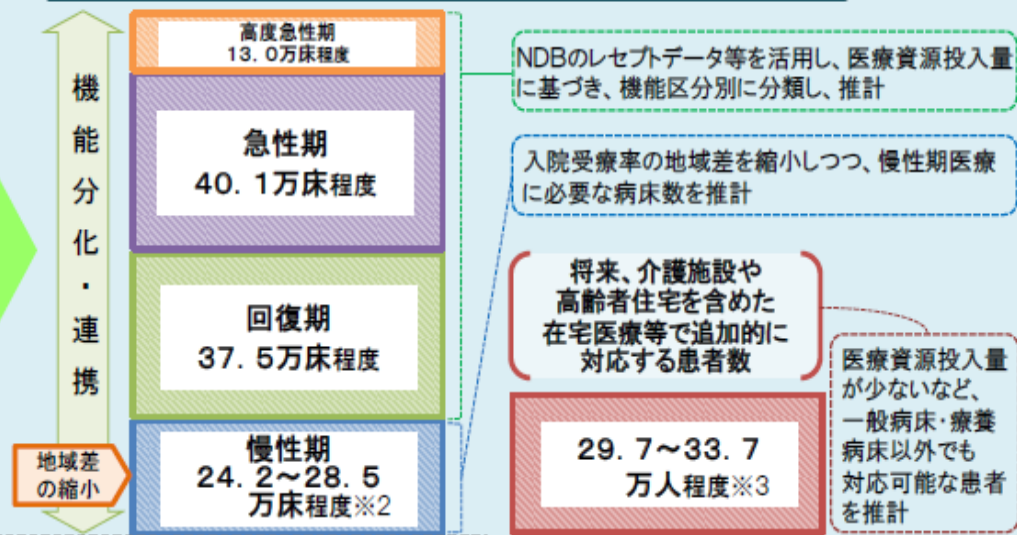
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2022年度病床機能報告について

速報値

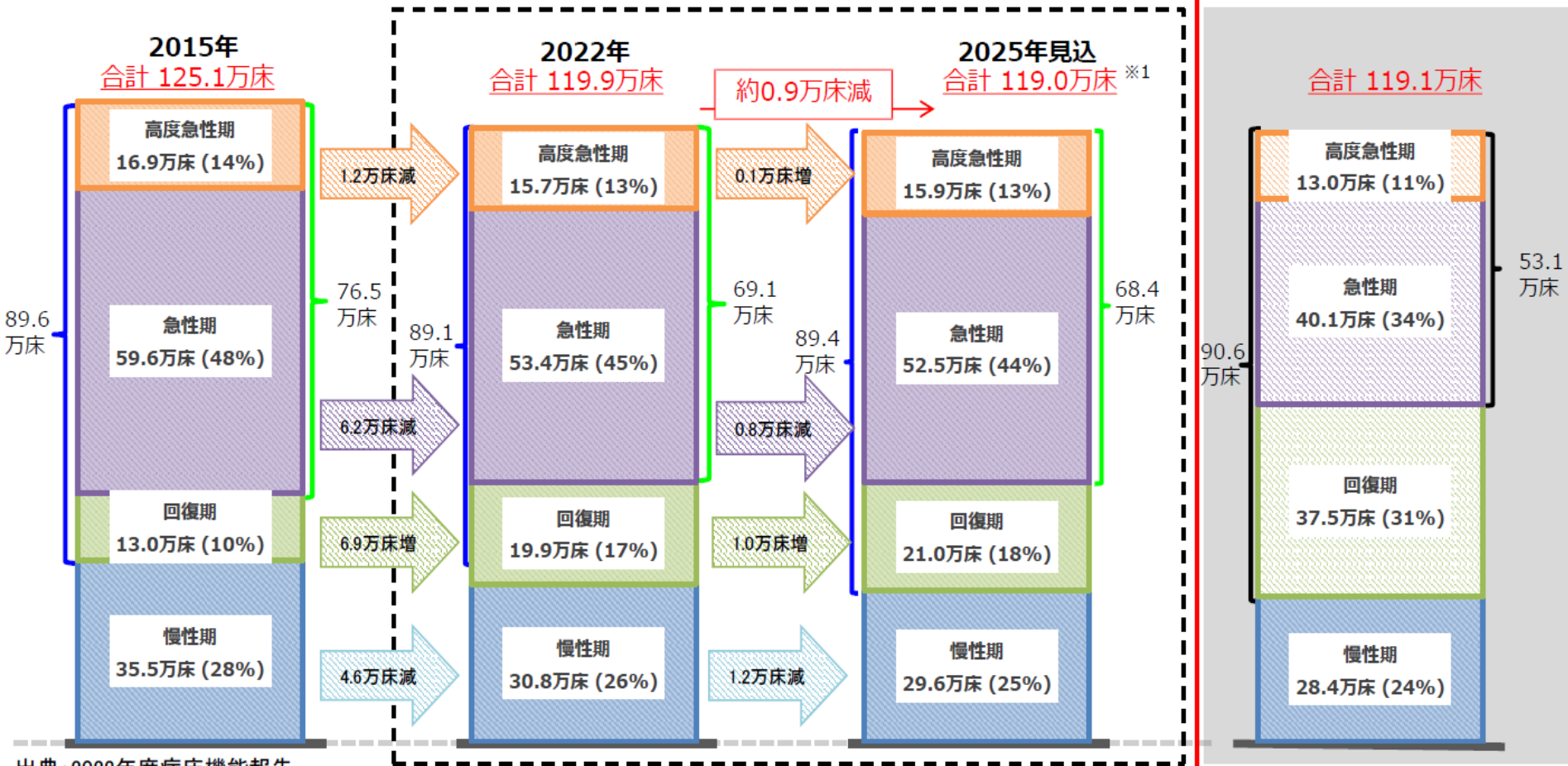
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※4 ※6



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合があります

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別人口推計』を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,065床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている医療機関を指す

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それだけではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

高齢者の受け皿
の回復期病床が
16万床足りない

(一部精査中)

地域包括医療病棟は
回復期病床数をアップする



看護部への ワンポイントアドバイス



- 「地域包括医療病棟」は今回の診療報酬改定の最大の目玉だ。
- 現状の病棟構成を地域の現状、患者ニーズからもう一度見直しで、地域包括医療病棟に転換した場合の、経営シミュレーションを速やかに行うべきだ。

Chapter 3

毎日の記録に関する“重症度、
医療・看護必要度”はどう変
わったの？



看護必要度の起源は 担送、護送、独歩の救護区分にあり

担送

独歩

護送

緊急時の患者救護区分
「担送」には2名の介助者
「護送」には1名の介助者
「独歩」には介助者なし

重症度、医療・看護必要度 の見直し

- ①重症度、医療・看護必要度 **Ⅱ**
- ②注射薬剤**3**種類
- ③**B**項目廃止

①重症度、医療・
看護必要度Ⅱ

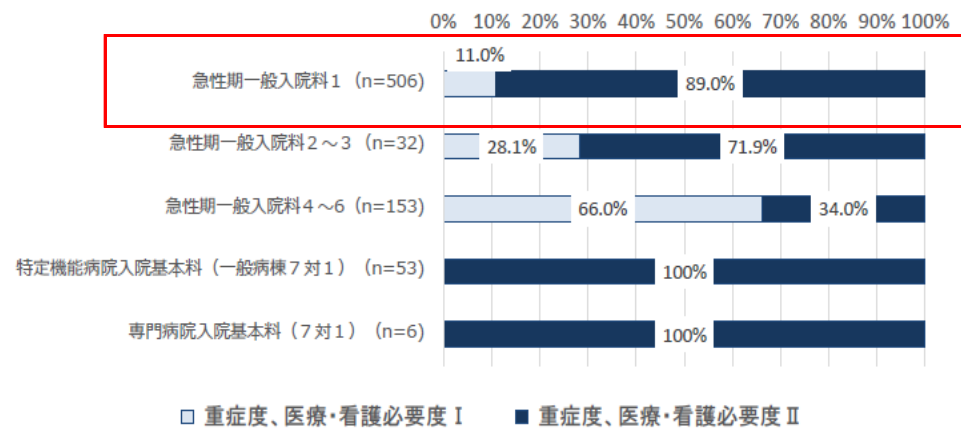
重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの比較

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

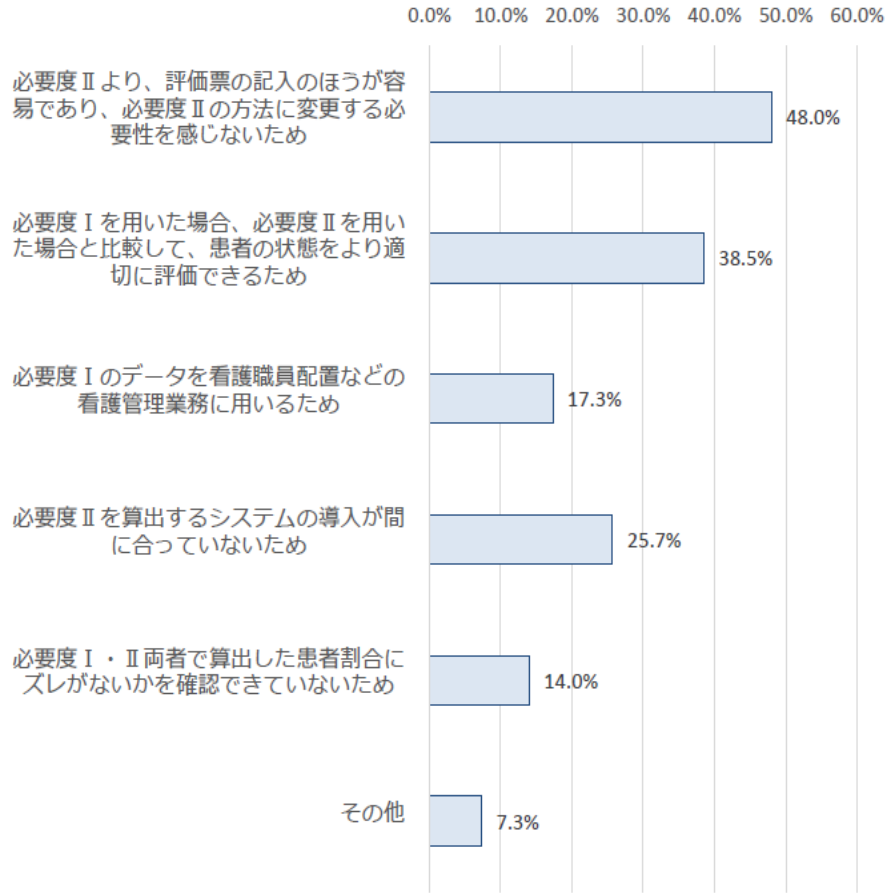
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

- 重症度、医療・看護必要度 II を届出ている施設は、急性期一般入院料 1 は 89.0%、急性期一般入院料 2～3 は 71.9%、急性期一般入院料 4～6 では 34.0% であった。
- 重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由は、「必要度 II より評価票の記入のほうが容易であり、必要度 II に変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

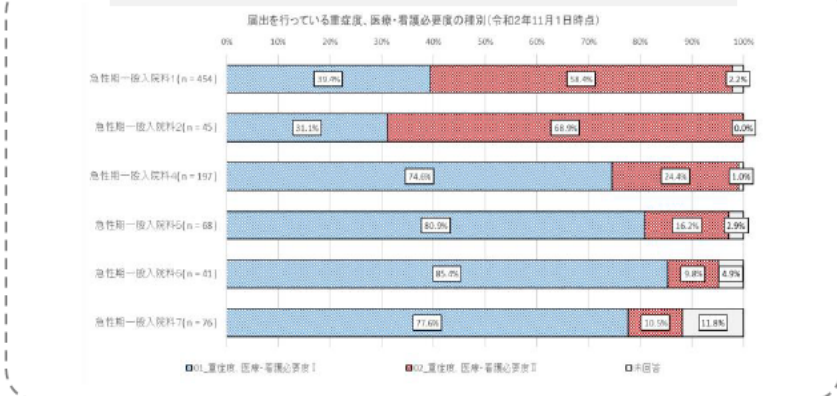
■重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況 (令和 4 年 11 月 1 日時点)



■重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由 (複数回答)



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



A 2 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の定義

必要度Ⅰ

項目の定義

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

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

必要度Ⅱ

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

「呼吸ケア」に該当する患者の状況(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

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

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合
(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

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

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

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

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

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

入院外来分科会委員意見

- 看護必要Ⅱへの一本化

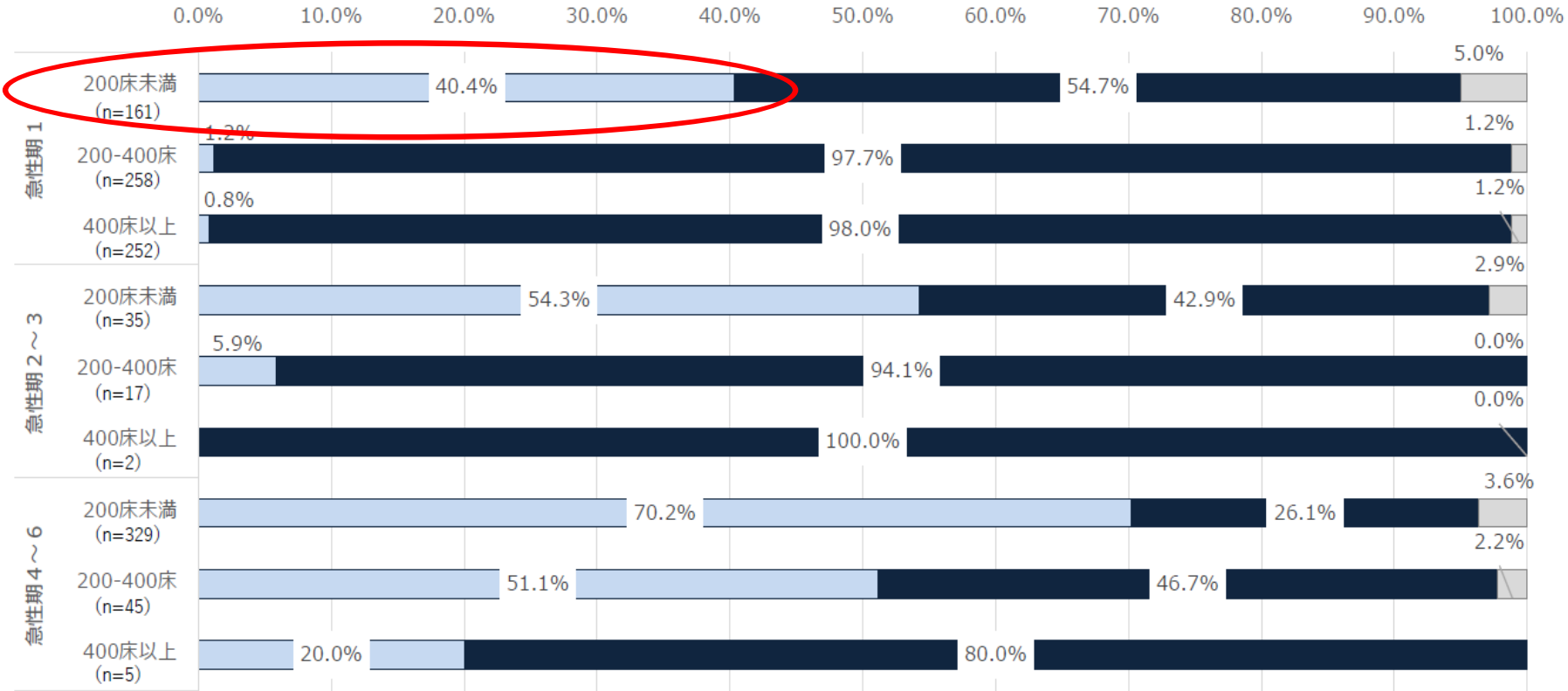
- 「看護職員の負担軽減を考慮し、そろそろ看護必要度Ⅱへの一本化（看護必要度Ⅰの廃止）を検討すべき」（秋山委員）

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

許可病床数別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の届出状況は、許可病床数200床以上の急性期一般入院料 1～3の施設ではほぼ100%だが、急性期一般入院料4～6の施設では許可病床数400床以上でも80% だった。

■ 許可病床別の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況 (令和5年6月1日時点)



200床以下の急性期一般入院料1にIIを必須化

□ 必要度 I ■ 必要度 II □ 不明

【必要度 II を要件とする対象病院】
許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟

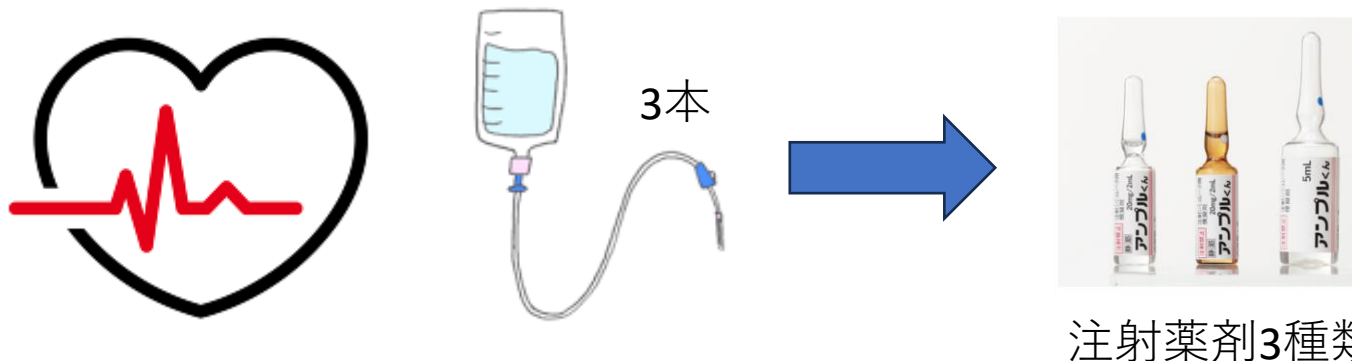
出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

②注射薬剤3種類



2022年改定でA項目の見直し

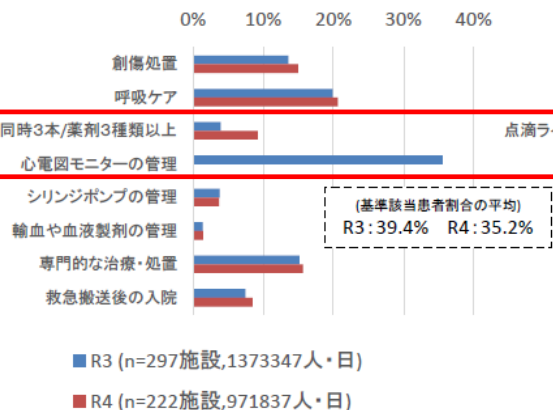
- ①A項目の「心電図モニター管理」を削除
- ②A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類」に変更
- ③A項目の「輸血や血液製剤の管理」について1点から2点への引き上げ



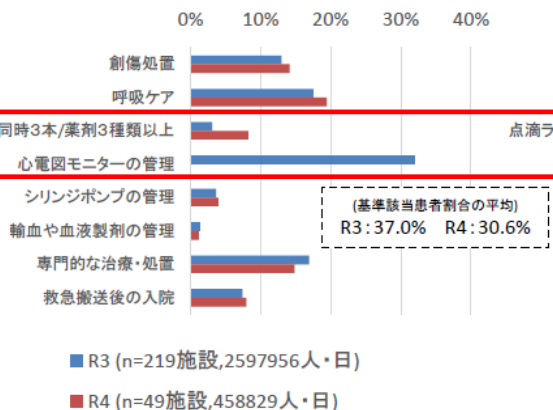
急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合①

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

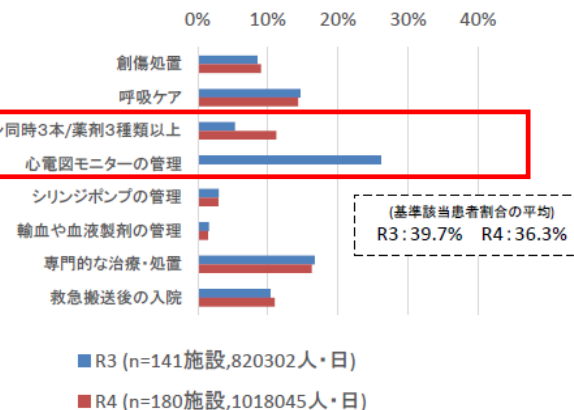
急1・必要度Ⅰ・200床未満



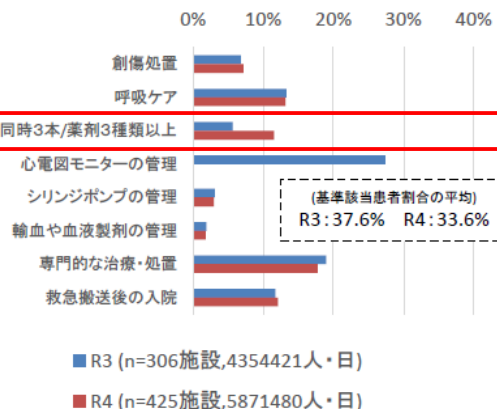
急1・必要度Ⅰ・200床-399床



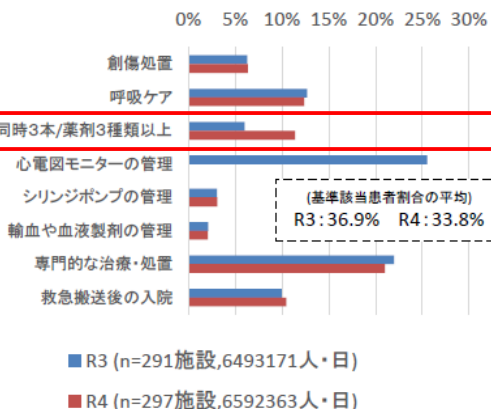
急1・必要度Ⅱ・200床未満



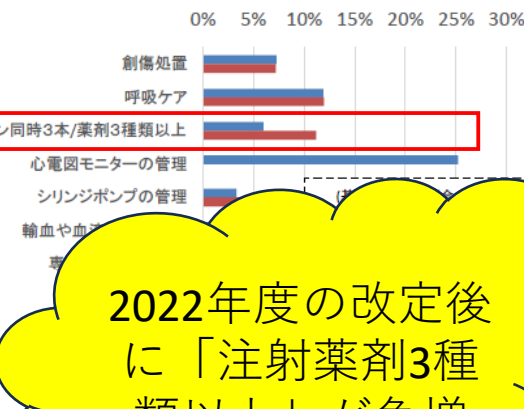
急1・必要度Ⅱ・200-399床



急1・必要度Ⅱ・400-599床



急1・必要度Ⅱ・600床以上



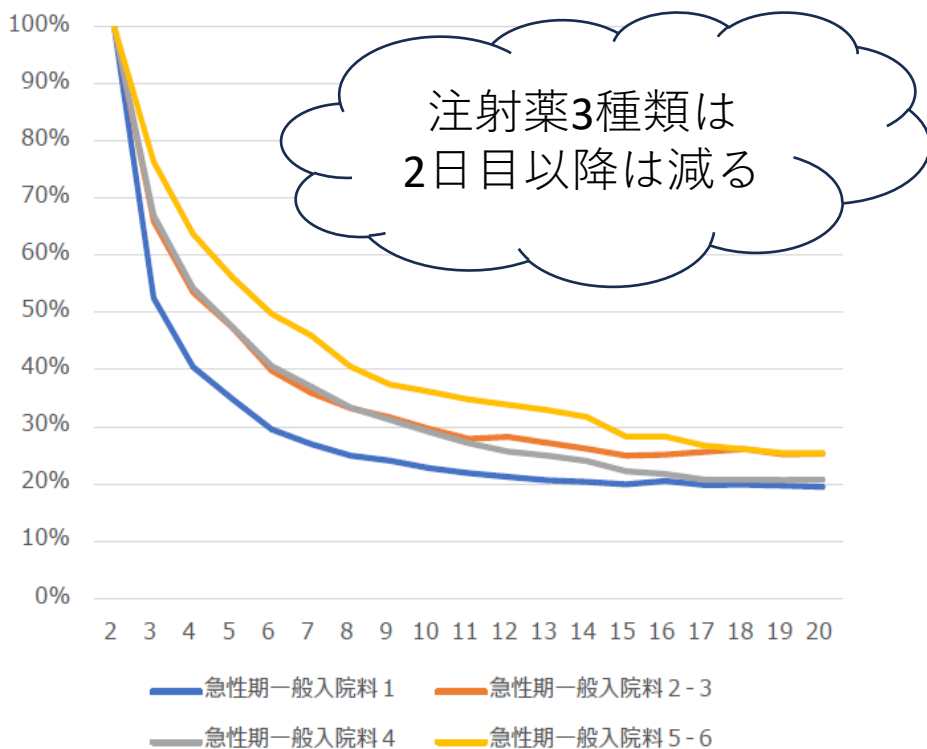
2022年度の改定後に「注射薬剤3種類以上」が急増

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

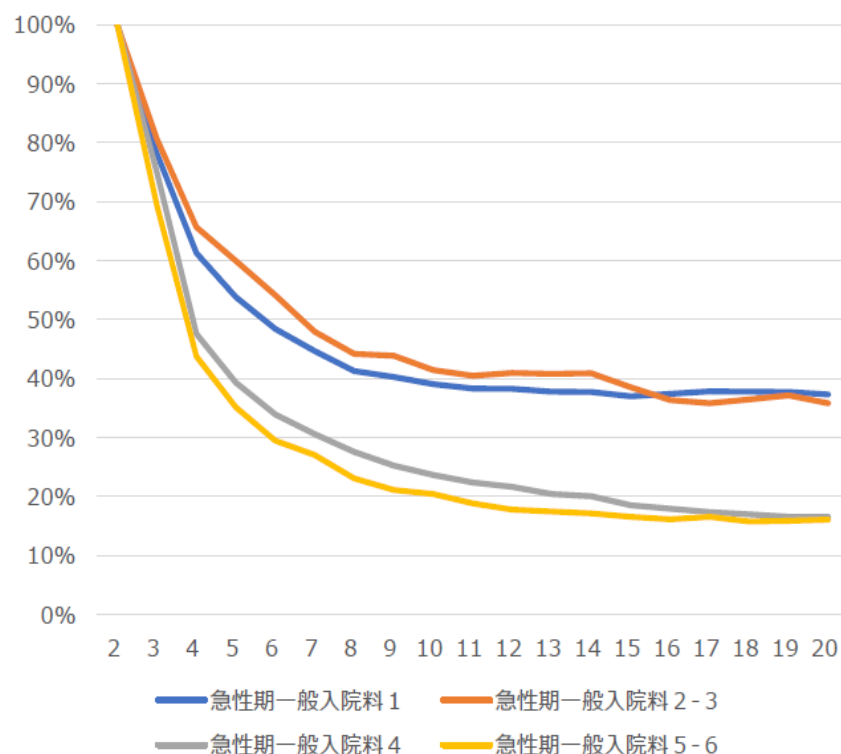
「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

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

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



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

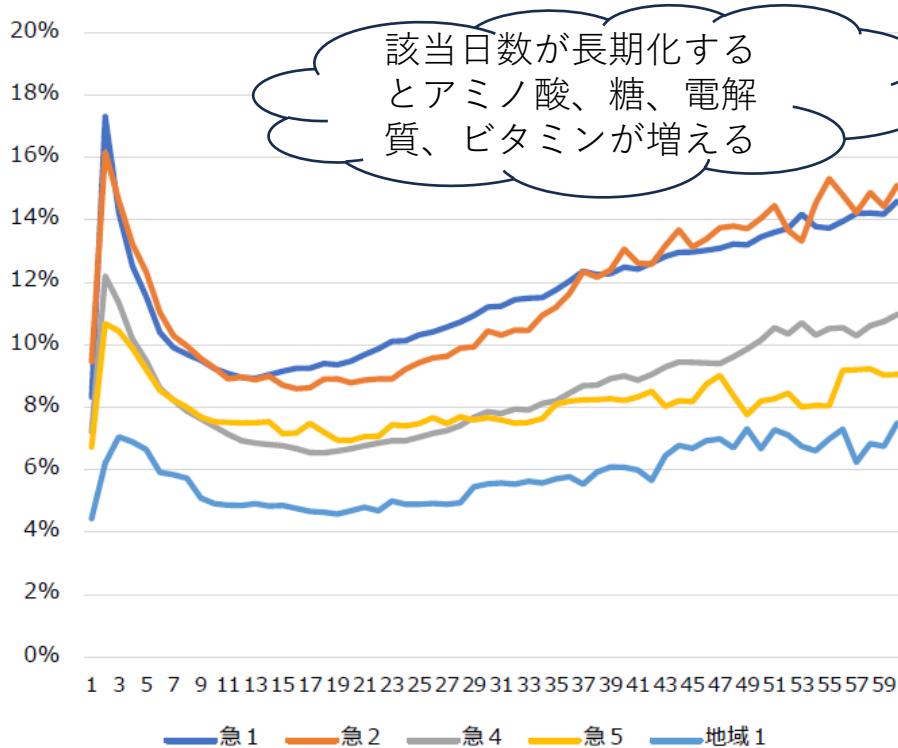


「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況①

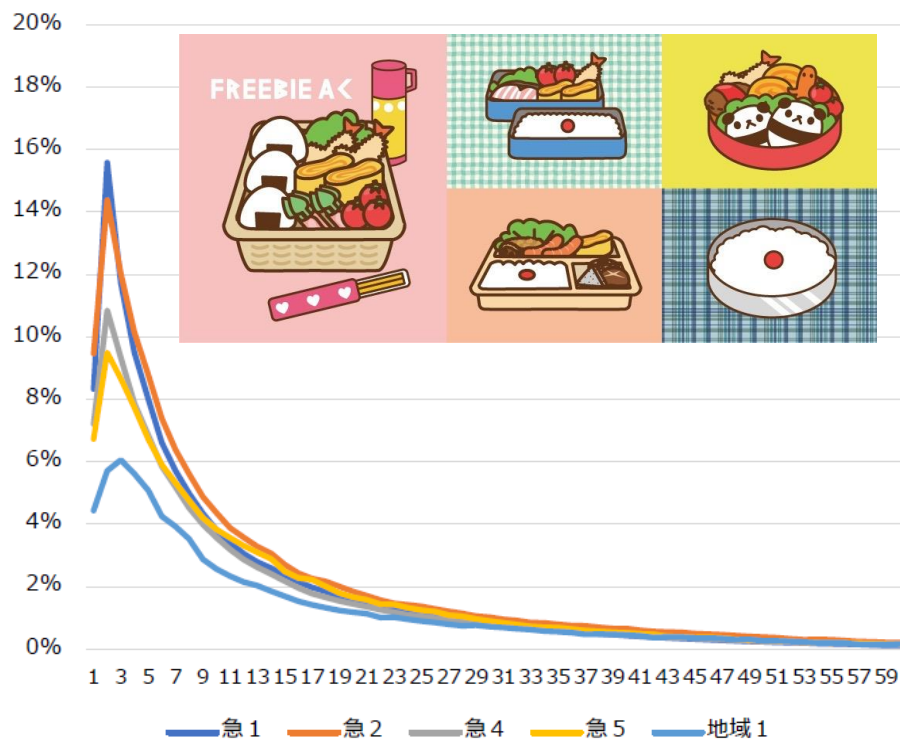
○ 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合は、急性期一般入院基本料では入院2日目の患者においてピークを迎えその後低下し、入院10～20日目の患者から再び上昇する傾向にあった。

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

(各日の評価対象者における該当割合)



※参考：退院患者を分母に含めた場合の該当割合



「薬剤3種類以上」の急増

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

④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

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及び該当患者割合の基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。
 - 「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。
 - 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。
 - 「注射薬剤3種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。
 - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「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

③B項目廃止

生活の基本

- 食事
- 排泄
- 移動
- 整容
- 入浴



ADL 日常生活動作

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

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

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

[該当患者の基準]

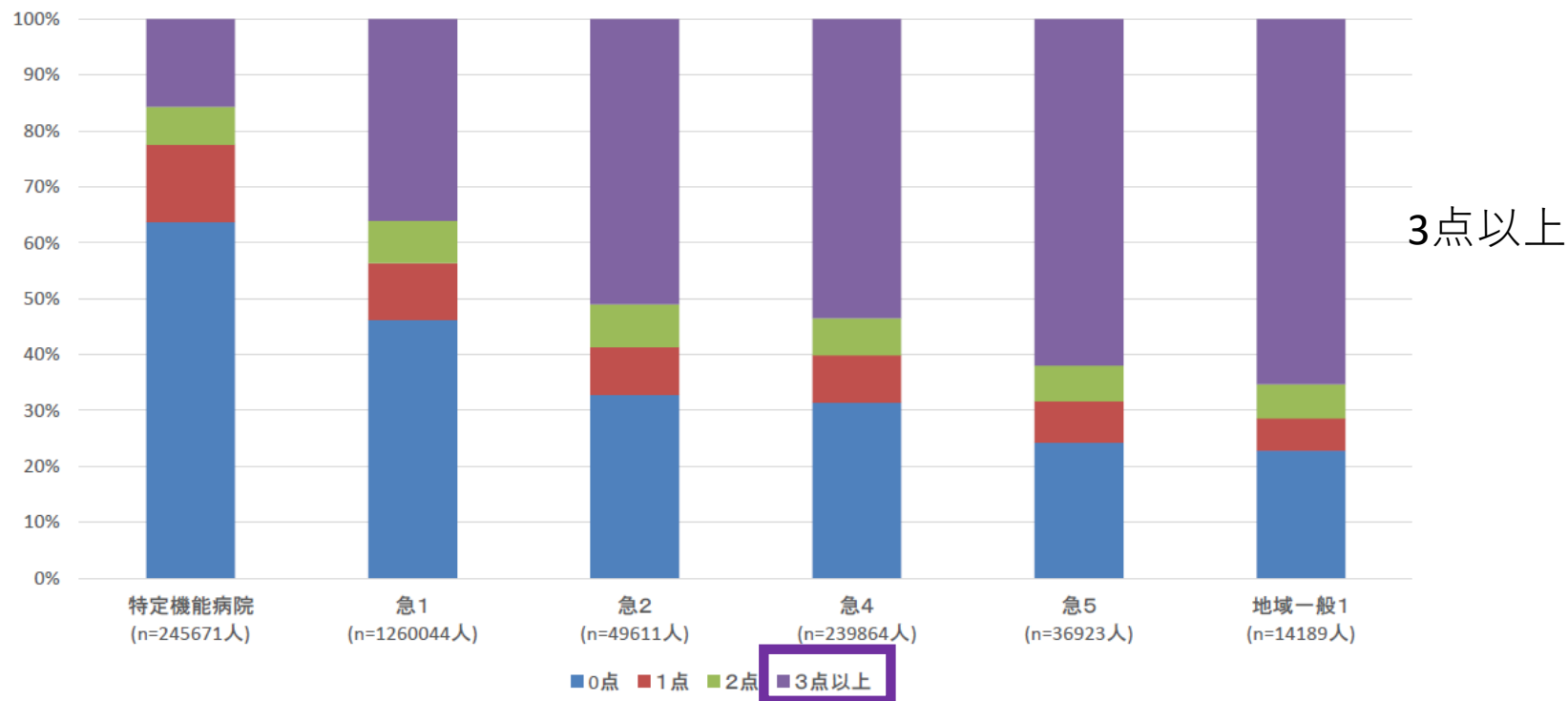
対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

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

入院初日のB得点の内訳

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

3日間以上入院している患者における
入院初日のB得点の割合



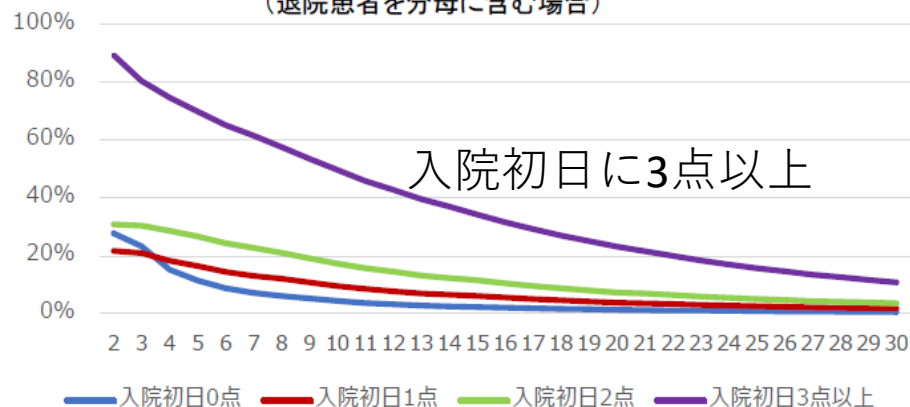
入院後の日数毎のB得点の推移①

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

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

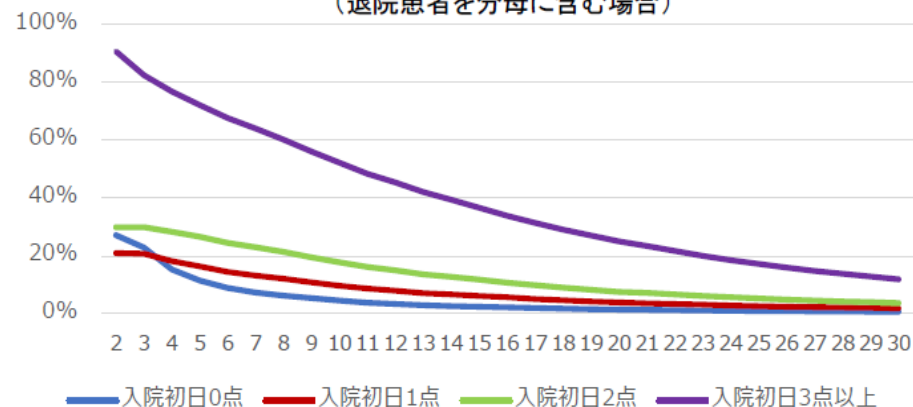
(退院患者を分母に含む場合)

入院初日に3点以上

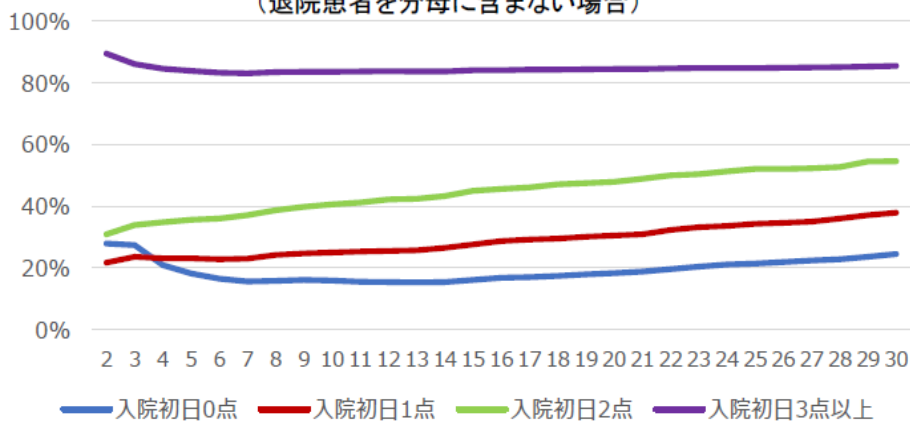


一般病棟入院基本料における入院初日のB得点ごとの、
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

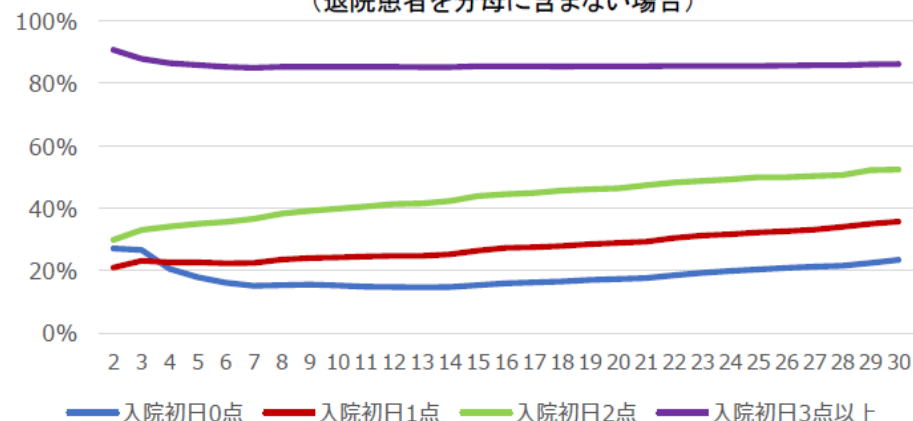
(退院患者を分母に含む場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



B項目は急性期医療ニーズを評価する項目として適しているか？

- 中野恵委員（健康保険組合連合会参与）

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

- 小池創一委員（自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門教授）

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

- 津留英智委員（全日本病院協会常任理事）

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

- 山本修一分科会長代理：地域医療機能推進機構理事長

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

今回は**B項目**の廃止は急性期一般入院料1で基準①の廃止として起きた



看護部への ワンポイントアドバイス



- 診療報酬上のB項目の評価が消えようとしている
- しかし臨床の現場ではB項目のモニターは以下の点で必要だ。
- まず患者の安全性の観点からB項目モニターは必要だ。
- また入院患者に「どれだけの手間をかければ退院につながるのか」という視点でのB項目モニターも必要だ。
- B項目が診療報酬上は「急性期入院医療の指標としてふさわしくない」となっても、現場でのB項目モニターは継続すべきだ。

Chapter 4

急性期病棟、ICUでは、
どんな基準の見直しが起こった？

- 1 重症度、医療・看護必要度の見直し
- 2 ICUとSOFAスコア

1 重症度、医療・看護必要度の項目と基準の見直し

Chapter 2 に引き続いて
平均在院日数の見直しから見ていこう

①平均在院日数

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



一般病棟入院基本料の内容

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

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

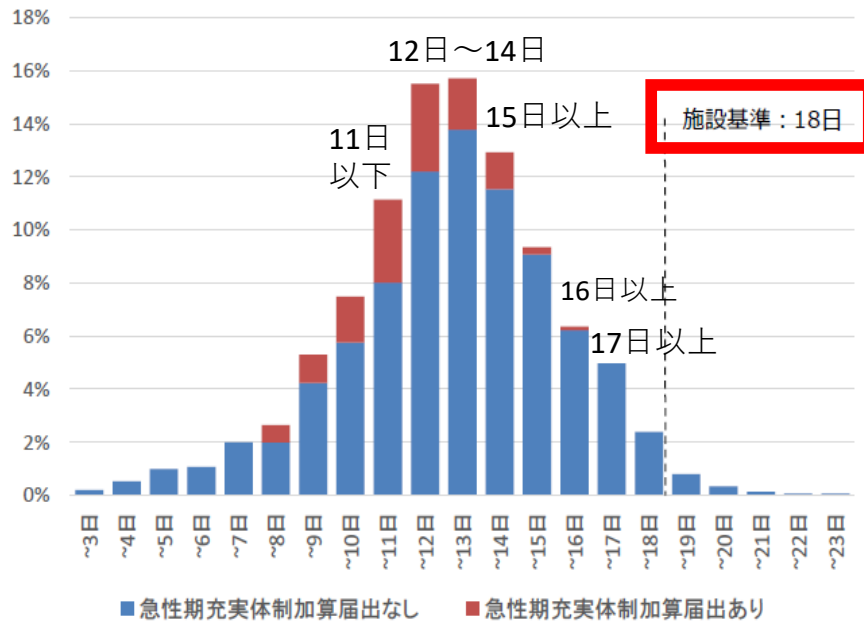
(※2) 許可病床数が200床以上の場合は令和5年3月31日まで、許可病床数が200床未満の場合は令和6年3月31日までの間、要件を満たすものとみなす。

急性期一般入院料1における平均在院日数①

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

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

(該当施設割合)

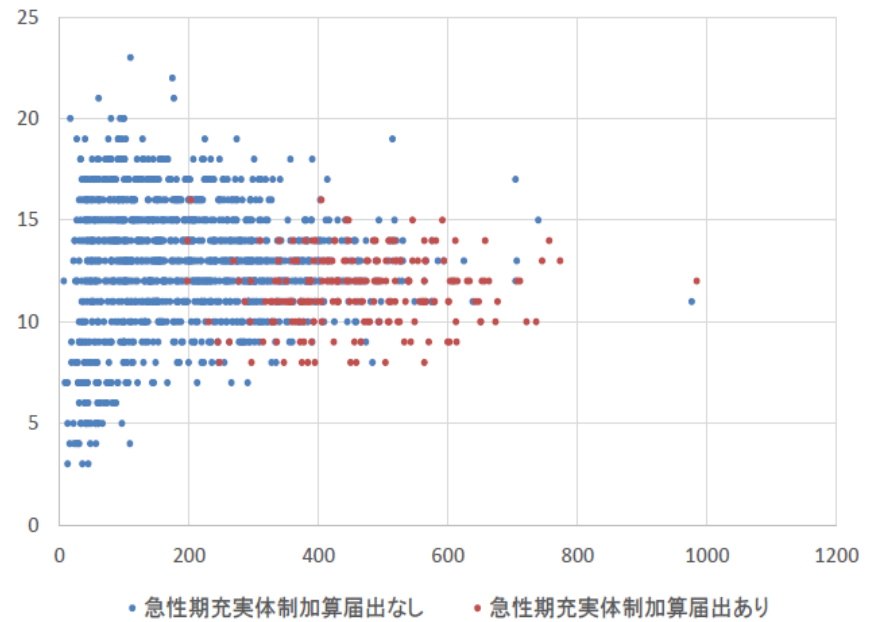


(平均在院日数、日)

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

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

(平均在院日数、日)



(急性期一般入院料1の届出病床数)

本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分

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

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績①

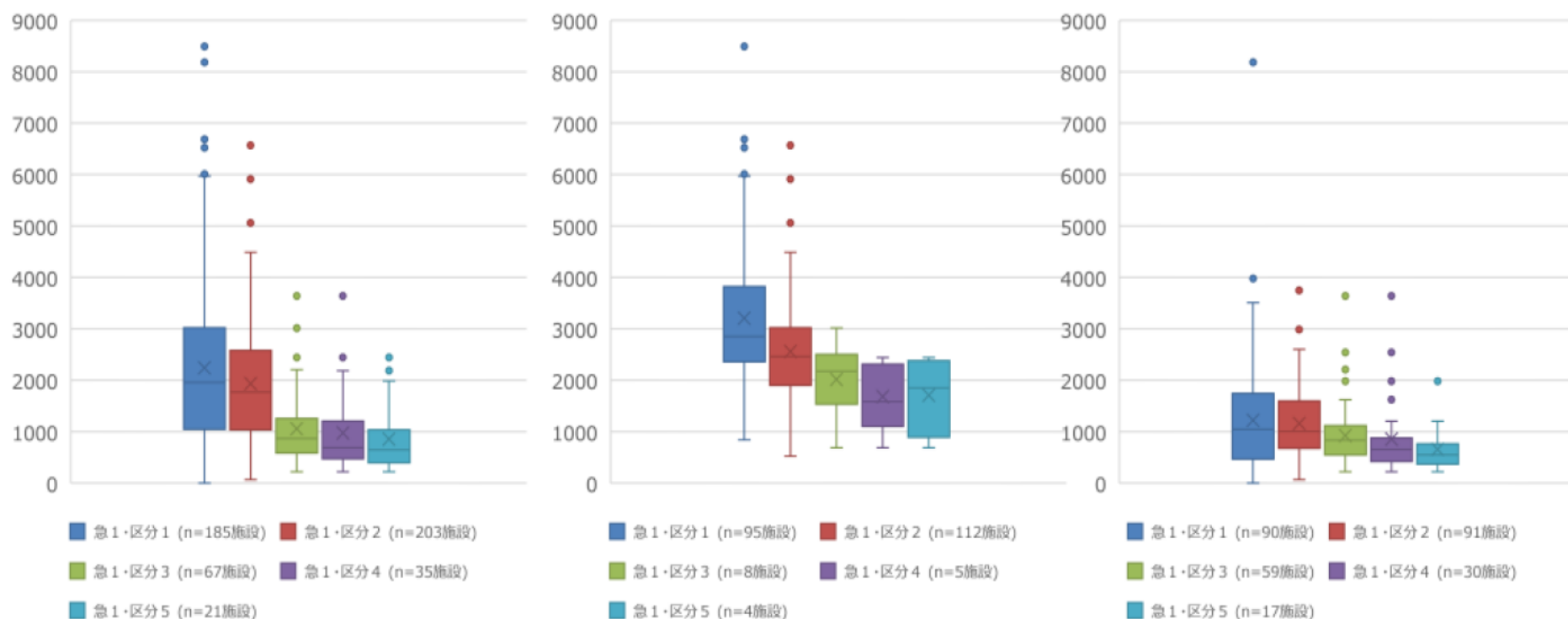
○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
全身麻酔手術の実施件数

(全体)

(一般病棟入院基本料の届出が300床以上)

(一般病棟入院基本料の届出が300床未満)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

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

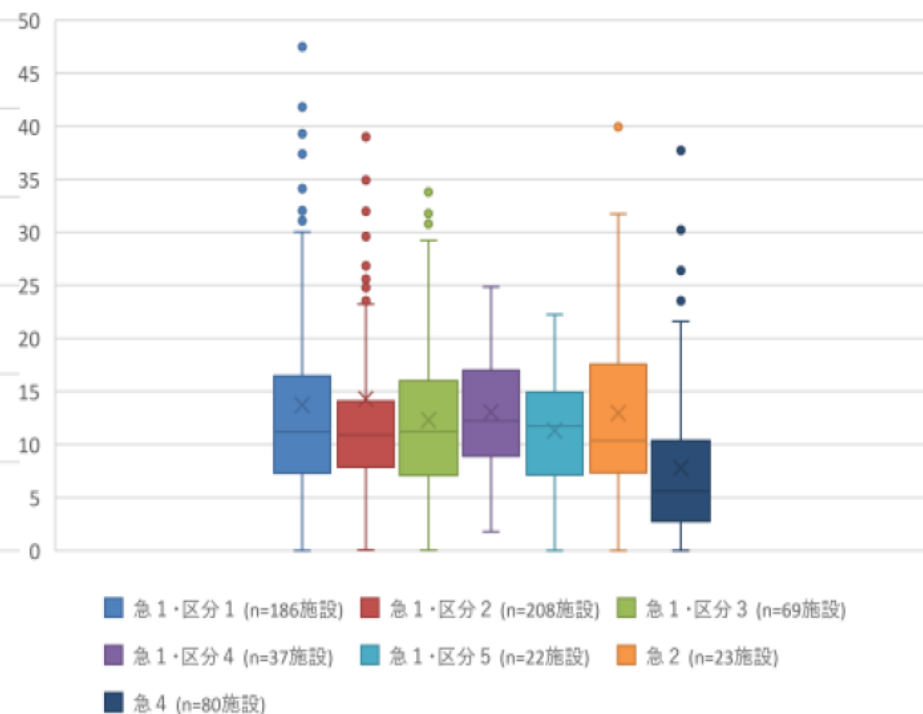
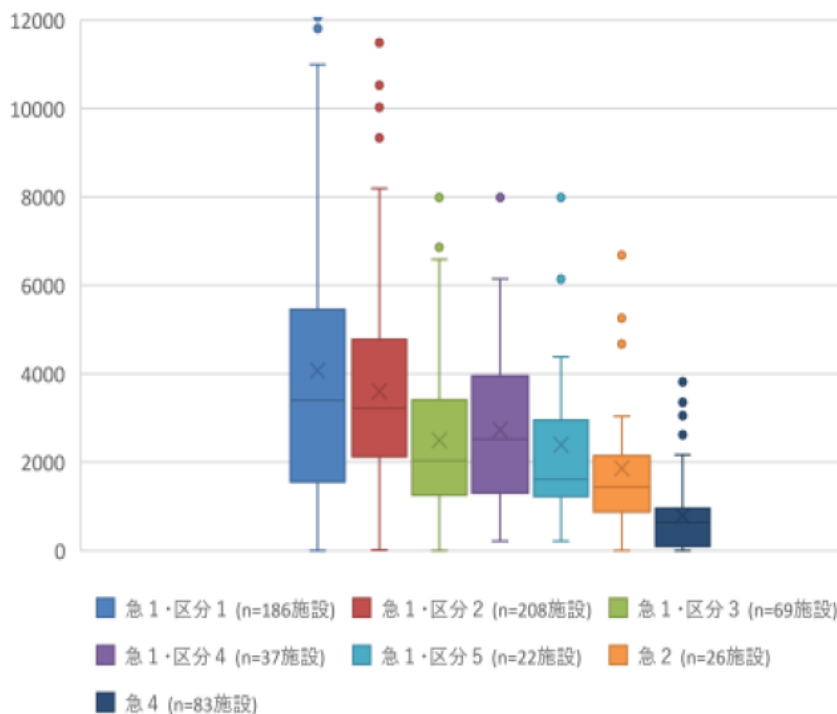
平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績③

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

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における
救急搬送件数

(実件数)

(一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの件数)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

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

②重症度、医療・看護必要度 の見直しのシミュレーション



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	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	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

項目の見直し

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

該当患者の基準の見直し

[該当患者の基準]

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

B	患者の状況等	患者の状態			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		実施なし	実施あり
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			

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

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

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

※ C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上

② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

③ 点数が2万点以上

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

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満

② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

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

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

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

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

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

（現行の急性期一般入院料 1 の基準）

該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

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

※平均在院日数：18日以内

（シミュレーションにおける確認事項）

平均在院日数

- ・ ○日以内の医療機関

※14日、15日、16日又は17日

平均在院日数を
18日以下にする



該当患者割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上

基準①を削除



A得点2点を含めた割合

以下のいずれかを満たす割合

- ・基準②：A得点3点以上
- ・基準③：C得点1点以上
- ・A得点2点

A得点2点

現行

【A】必要度評価対象者全数

【B】必要度該当患者

以下のいずれかを満たす場合に該当

- ・A得点2点以上かつB3点以上
- ・A3点以上
- ・C1点以上

必要度該当患者割合 = $【B】 / 【A】$



見直し案

【A】必要度評価対象者全数

【C】必要度該当患者

A得点3点以上 又は C得点1点以上の者

【D】必要度該当又はA得点2点の患者*

A得点2点の者

※以下のいずれかを満たす患者

- ・A得点3点以上
- ・C得点1点以上
- ・A得点2点

割合①: 必要度該当患者割合
= $【C】 / 【A】$

割合②: 必要度該当又はA2点以上の患者割合
= $【D】 / 【A】$

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

シミュレーション結果と 中医協委員意見



4つの案についてシミュレーションを行った

急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し (案)

(見直し案 1 の場合)

(現行)

重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)	
重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5% (200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)	

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)	
重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7% (200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)	

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)	
重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5% (200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=207): 87.1%)	

(見直し後)

重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計				
判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-4.6%	-19.4%	-6.5%	-19.7%
※カッコ内は病床数ベースの増減	(-1.8%)	(-12.1%)	(-3.1%)	(-12.3%)
200床以上(n=963)	-1.5%	-15.3%	-3.2%	-15.4%
200床未満(n=409)	-12.0%	-29.1%	-14.2%	-29.8%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-2.8%	-12.4%	-3.9%	-12.8%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-2.9%	-14.6%	-4.2%	-14.8%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-3.4%	-16.4%	-5.0%	-16.5%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-4.0%	-18.1%	-5.8%	-18.4%

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-3.1%	-17.2%	-4.9%	-17.4%
200床以上(n=942)	-1.6%	-15.0%	-3.4%	-15.1%
200床未満(n=207)	-10.1%	-27.5%	-11.6%	-28.0%
平均在院日数14日以内 (n=903)	-1.6%	-10.5%	-2.5%	-10.6%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-1.9%	-12.6%	-3.1%	-12.7%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-2.3%	-14.5%	-3.8%	-14.6%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-2.8%	-16.1%	-4.4%	-16.2%

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-10.8%	-27.8%	-15.2%	-29.6%
200床以上(n=21)	+4.8%	-28.6%	-4.8%	-28.6%
200床未満(n=202)	-12.4%	-27.7%	-16.3%	-29.7%
平均在院日数14日以内(n=139)	-7.9%	-20.1%	-12.9%	-22.3%
平均在院日数15日以内(n=166)	-6.0%	-22.3%	-10.8%	-24.1%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-6.8%	-23.2%	-11.6%	-24.7%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-9.7%	-26.1%	-14.5%	-28.0%

急性期一般入院料 1 における判定基準の見直し (案)

(見直し案 4 の場合)

(現行)

重症度、医療・看護必要度 I / II の届出医療機関 (n=1372)	
重症度、医療・看護必要度	28-31% (200床以上)
該当患者割合の基準	25-28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 95.5% (200床以上(n=963): 97.8%、200床未満(n=409): 90.0%)	

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)	
重症度、医療・看護必要度	28% (200床以上)
該当患者割合の基準	25% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 97.7% (200床以上(n=942): 98.3%、200床未満(n=207): 95.2%)	

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)	
重症度、医療・看護必要度	31% (200床以上)
該当患者割合の基準	28% (200床未満)
※現行の基準を満たす医療機関割合: 86.5% (200床以上(n=21): 81.0%、200床未満(n=202): 87.1%)	

(見直し後)

重症度、医療・看護必要度 I・II の届出医療機関 (n=1372) ※必要度 II を用いて集計				
判定基準(案)の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-1.5%	-10.8%	-3.7%	-11.2%
※カッコ内は病床数ベースの増減	(-0.2%)	(-5.8%)	(-1.4%)	(-6.1%)
200床以上(n=963)	+0.6%	-6.5%	-1.0%	-7.0%
200床未満(n=409)	-6.6%	-20.8%	-10.0%	-21.3%
平均在院日数14日以内 (n=1042)	-0.8%	-4.7%	-1.6%	-4.8%
平均在院日数15日以内 (n=1177)	-1.0%	-7.8%	-2.1%	-8.0%
平均在院日数16日以内 (n=1266)	-0.9%	-8.6%	-2.4%	-8.9%
平均在院日数17日以内 (n=1328)	-1.3%	-9.9%	-3.1%	-10.2%

重症度、医療・看護必要度 II の届出医療機関 (n=1149)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-0.9%	-8.6%	-2.3%	-9.1%
200床以上(n=942)	+0.2%	-6.3%	-1.3%	-6.7%
200床未満(n=207)	-5.8%	-19.3%	-7.2%	-19.8%
平均在院日数14日以内 (n=903)	-0.6%	-3.1%	-0.8%	-3.2%
平均在院日数15日以内 (n=1011)	-0.7%	-6.0%	-1.2%	-6.2%
平均在院日数16日以内 (n=1076)	-0.6%	-6.9%	-1.4%	-7.2%
平均在院日数17日以内 (n=1121)	-0.8%	-7.9%	-1.9%	-8.3%

重症度、医療・看護必要度 I の届出医療機関 (n=223)				
判定基準の組み合わせ(案)	A	B	C	D
該当患者割合①(A3点以上又はC1点以上)の基準	15%	15%	18%	18%
該当患者割合②(A2点以上又はC1点以上)の基準	24%	28%	24%	28%
基準を満たす医療機関割合の増減	-5.4%	-21.1%	-9.9%	-22.0%
200床以上(n=21)	+9.5%	-19.0%	+4.8%	-19.0%
200床未満(n=202)	-6.9%	-21.3%	-11.4%	-22.3%
平均在院日数14日以内(n=139)	-1.1%	-10.7%	-5.0%	-11.6%
平均在院日数15日以内(n=166)	-1.2%	-17.5%	-5.4%	-18.1%
平均在院日数16日以内 (n=190)	-2.1%	-17.4%	-6.8%	-17.9%
平均在院日数17日以内 (n=207)	-4.3%	-19.3%	-9.2%	-20.3%

中医協委員意見

- 支払い側

- 看護必要度や平均在院日数など、急性期一般病床の施設基準の厳格化を求める意見（案1）

- 診療側

- 施設基準の現状維持、あるいは最低限の緩やかな見直しを求める意見（案4）

公益裁定 2024年1月31日



公益裁定で 見直し案4に近い案で決着

- 2024年1月31日 公益裁定となった
 - 両者の意見の乖離が大きいため公益裁定となった
 - 急性期一般入院料1の平均在院日数
 - 現行の18日以内から16日以内に短縮
 - 項目については「見直し案4」を採用する
 - 該当患者割合については急性期一般入院料1については
A項目3点・C項目1点は20%以上
A項目2点・C項目1点は27%以上

一般病棟入院基本料

- 急性期一般1：（現行）1650点→（見直し後）1688点（38点増）
- 急性期一般2：（現行）1619点→（見直し後）1644点（25点増）
- 急性期一般3：（現行）1545点→（見直し後）1569点（24点増）
- 急性期一般4：（現行）1440点→（見直し後）1462点（22点増）
- 急性期一般5：（現行）1429点→（見直し後）1451点（22点増）
- 急性期一般6：（現行）1382点→（見直し後）1404点（22点増）

③ICU と SOFA スコア



SOFAスコア

- SOFAスコアの6機能
 - 呼吸機能
 - 凝固機能
 - 肝機能
 - 循環機能
 - 中枢神経機能
 - 腎機能
- 6機能についてゼロ点から4点の5段階で「重症度」を評価するもので、合計点数（total maximum SOFA score：TMS）が高いほど「重症である」と判断される
- 最低ゼロ点から最高24点

SOFAスコア

(Sequential Organ Failure Assessment score)

項目	点数				
	0点	1点	2点	3点	4点
呼吸器 PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	≥400	<400	<300	<200 +呼吸補助	<100 +呼吸補助
凝固能 血小板数 (×10 ³ /μL)	≥150	<150	<100	<50	<20
肝機能 ビリルビン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
循環機能 平均動脈圧 (MAP) (mmHg)	MAP ≥ 70	MAP < 70	DOA < 5 γ あるいは DOB使用	DOA 5.1~15 あるいは Ad ≤ 0.1 γ あるいは NOA ≤ 0.1 γ	DOA > 15 γ あるいは Ad > 0.1 γ あるいは NOA > 0.1 γ
中枢神経系 GCS	15	13~14	10~12	6~9	<6
腎機能 クレアチニン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9	>5.0
尿量 (mL/日)				<500	<200

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

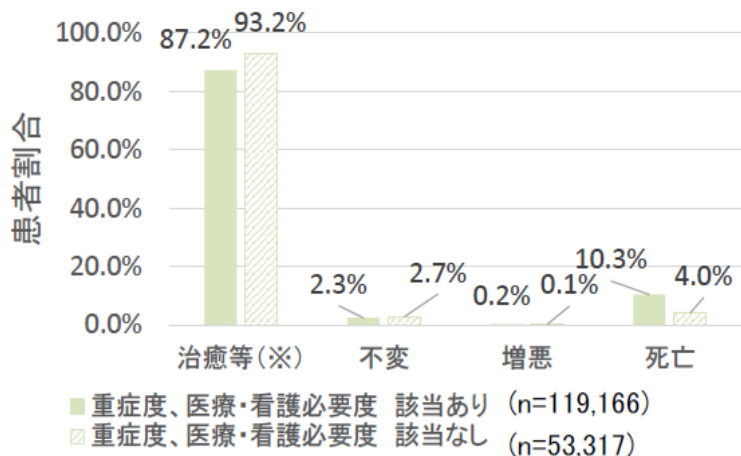
SOFAスコアのベースラインから2点以上の増加で、感染症が疑われるものは敗血症と診断される

入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアと退院時の転帰

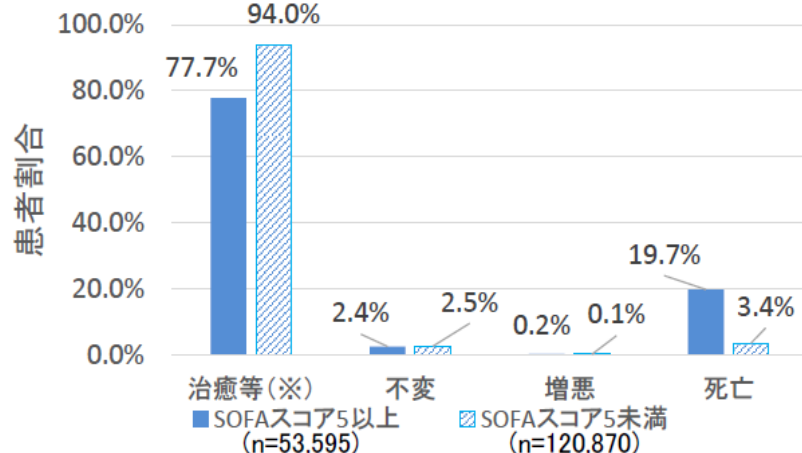
○ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。

診調組 入 - 1
5 . 9 . 6

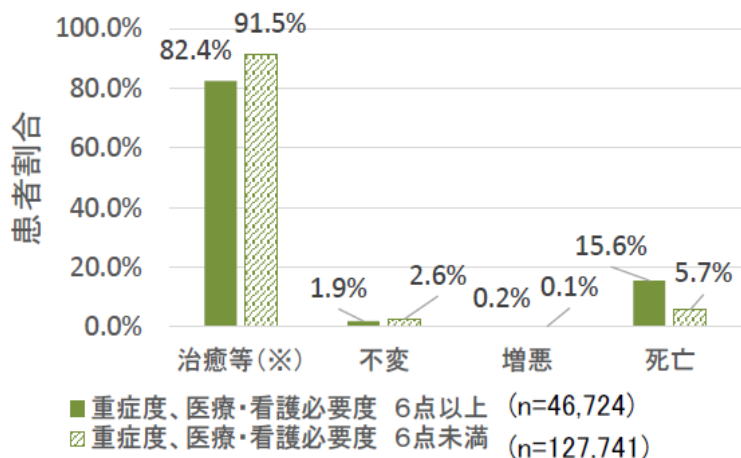
重症度、医療・看護必要度と退院時転帰



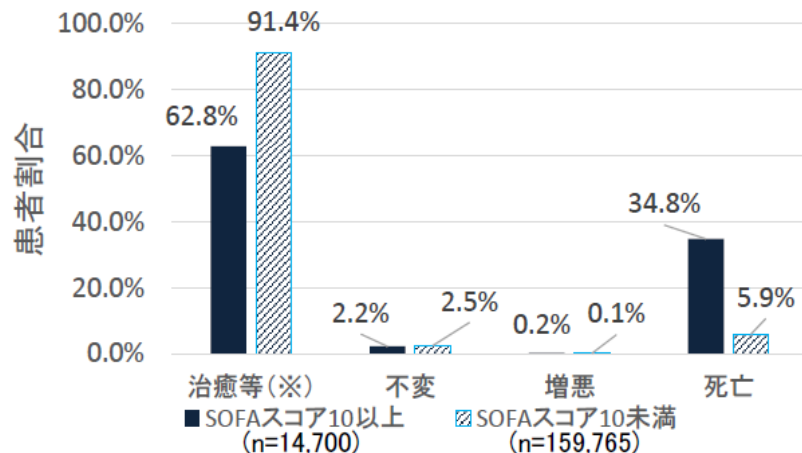
SOFAスコア(5点以上か否か)と退院時転帰



重症度、医療・看護必要度6点以上と退院時転帰



SOFAスコア(10点以上か否か)と退院時転帰

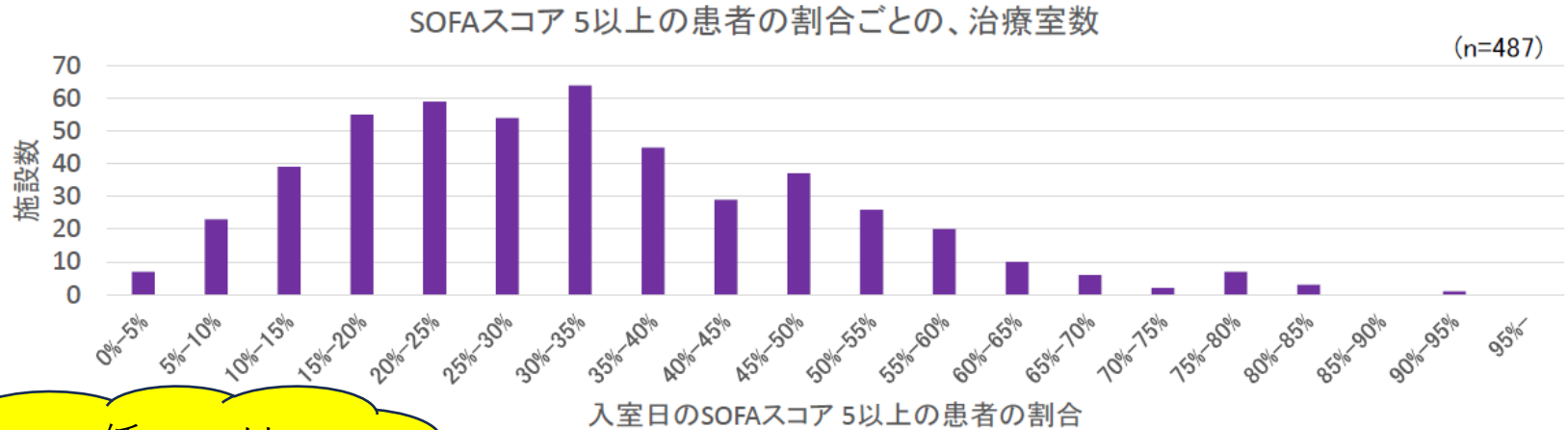


※ 治癒等は、治癒、軽快及び寛解

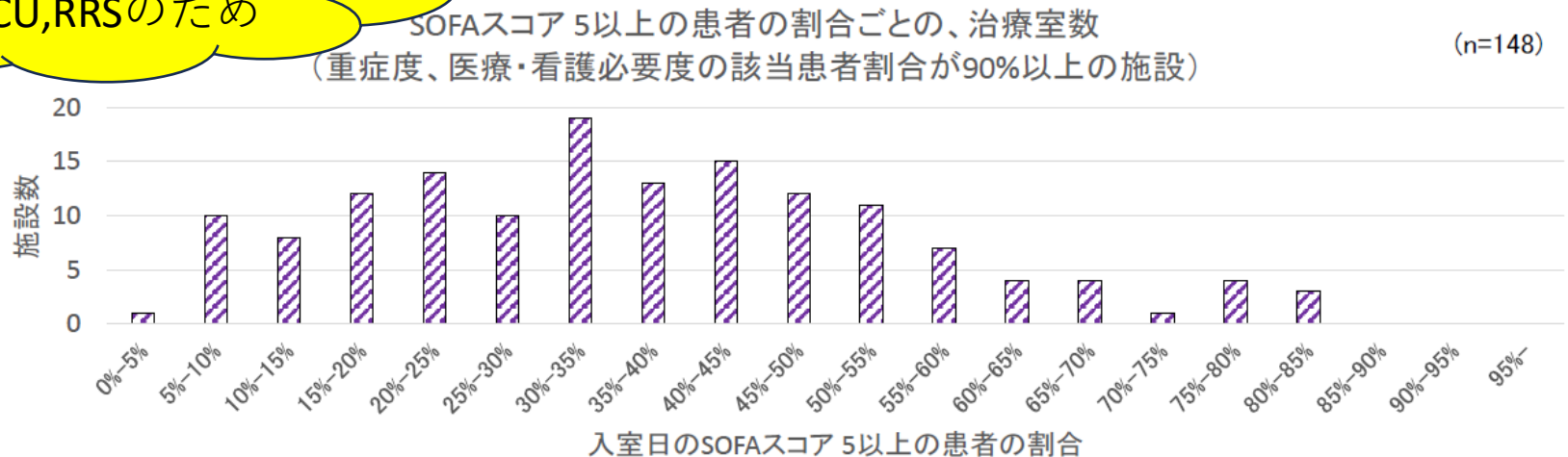
入室日のSOFAスコア、5以上の患者の割合の分布

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

- 入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。
- 重症度、医療看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合はばらついていた。



入室時SOFA低いのは
術後ICU,RRSのため



入院外来分科会委員意見

- S O F Aスコアと転帰は相関しており、患者の重症度を表していると考えられる、との指摘があった。
- S O F Aスコア単独で指標として使用することには慎重になるべきではないか、との指摘があった。
- R R S (Rapid Response System) を行っている病院では、S O F Aスコアが上がる手前の人をI C Uで管理することによって、あがらないようにしている。S O F Aスコアの導入に反対ではないが、こうした取り組みも考慮して慎重な検討が必要、との指摘があった。

（特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等について）

- S O F Aスコアが患者の転機と相関する一方で、必要度の該当患者割合が90%以上の施設の中でも S O F Aスコアにはばらつきがあることを踏まえ、必要度には反映されない重症患者への対応状況の評価の観点で S O F Aスコアを活用すべきではないか。
- 特定集中治療室に入室後に S O F Aスコアが上昇する患者がいることも踏まえ、入室時の S O F Aスコアについては、現在の必要度項目による評価とどのように組み合わせるのが重要ではないか。

（ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

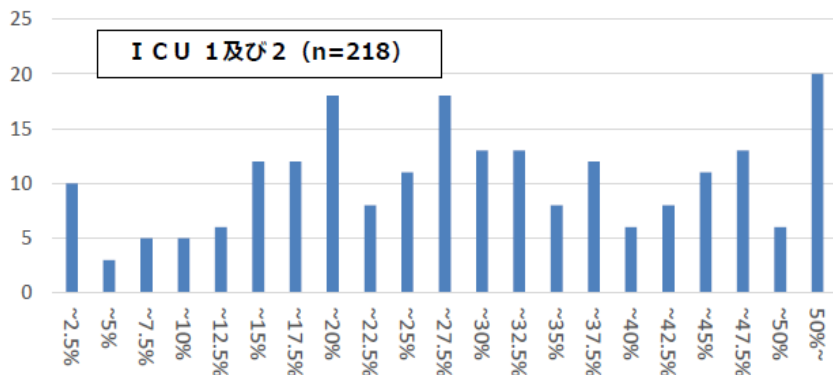
- 「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」の項目を削除するような場合は、現在の該当基準である A 得点の水準についても見直しを検討すべきではないか。
- 評価項目の位置づけについては、重症化率との相関を踏まえた対応をすべきではないか。
- B 項目による評価は、特定集中治療室用と同様に廃止すべきではないか。
- 項目や該当基準の見直しを行う際には、医療機関にどのような影響があるのか丁寧に確認すべきではないか。
- レセプト電算処理システムコードを用いた評価を導入するに当たっては、現在の評価との該当患者割合の差を確認すべきではないか。

入室日のS O F Aスコアが一定以上の患者の割合

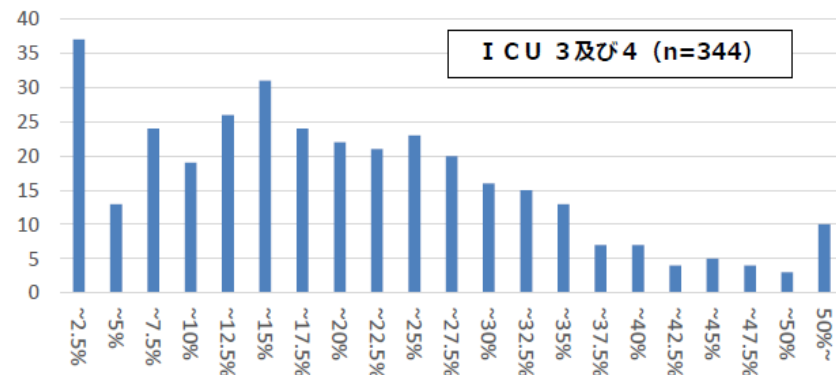
○ 特定集中治療室における入室日のSOFAスコアが5点以上又は3点以上である患者割合の分布は以下のとおり。

各特定集中治療室における入室日にSOFA 5点以上である患者割合の分布

(治療室数)

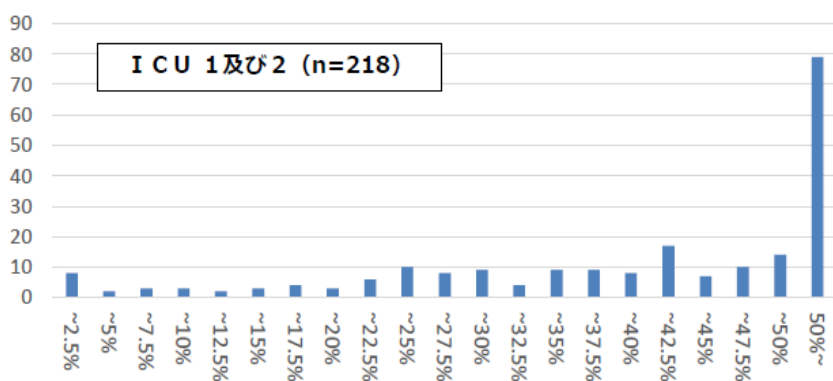


(治療室数)

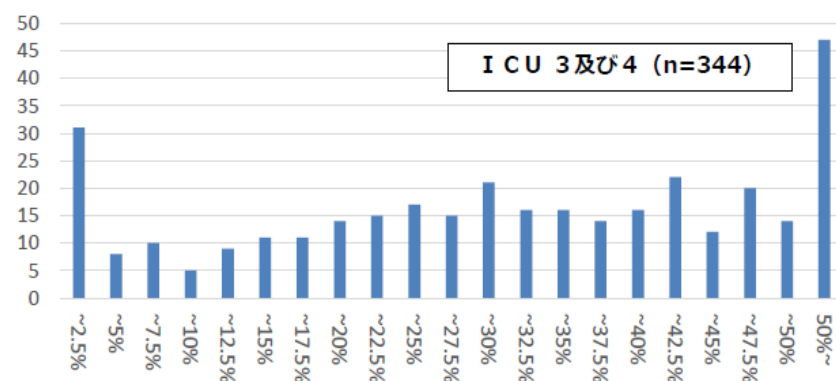


各治療室における入室日にSOFA 3点以上である患者割合の分布

(治療室数)



(治療室数)



特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等のシミュレーションについて（案）

○ SOFAスコアによる評価についての議論及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直しについての議論を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響のシミュレーションについては、以下の内容を組み合わせて実施することとしてはどうか。

1. 重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し

	変更項目	変更内容	該当患者割合への影響	見直し案 1	見直し案 2
(1)	A-1:輸液ポンプの管理	項目を削除する。	ICU1,2: -9.1% ICU3,4: -13.5%	○	○
(2)	A-2:動脈圧測定（動脈ライン）	得点を1点に変更する。	ICU1,2:-8.3% ICU3,4:-10.9%		○
(3)	基準値	2点以上の場合に該当とする。	ICU1,2:+8.1% ICU3,4:+11.7%	○	○



2. SOFAスコアによる評価対象施設の基準設定

	対象	変更内容	基準の候補
(1)	特定集中治療室管理料 1及び2	入室日のSOFAスコアが5点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上
(2)	特定集中治療室管理料 3及び4	入室日のSOFAスコアが3点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上

※ 救命救急入院料2・4についても、1. の項目及び該当基準の見直しを行った場合のシミュレーションを行う。

シミュレーションの結果、影響度の少ない見直し案1が採用

- ICU1,2

- 看護必要度80% + SOFA5点以上10%

- ICU3,4

- 看護必要度70% + SOFA3点以上10%

② 特定集中治療室管理料等の見直し

第1 基本的な考え方

特定集中治療室管理料等について、以下の見直しを行う。

- ① 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。
- ② 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. SOFAスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。
2. 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化については、Ⅱ-4-⑦を参照。
3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。
 - 「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。
 - 重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、A得点が3点以上であることからA得点が2点以上であることに変更する。

看護部への ワンポイントアドバイス



- 今回、重症度、医療・看護必要度が大きく見直された。
- これによって急性期一般入院料 I（旧7対1）から脱落する病棟も増えるだろう。
- 今回、こうした急性期からの脱落する病棟の受け皿として、Chapter 2 で述べた「地域包括医療病棟」が新設される。
- 新設される「地域包括医療病棟」は高齢者救急を受け入れ、リハビリや栄養介入で急性期から早期に離脱させ在宅復帰を目指す新病棟類型だ。
- 地域の現状や患者ニーズに合わせて急性期一般入院料 1 から地域包括医療病棟への転換も考えるときだ。

Chapter 5

急性期のリハビリテーション、栄養管理、口腔管理にどう力を入れる？



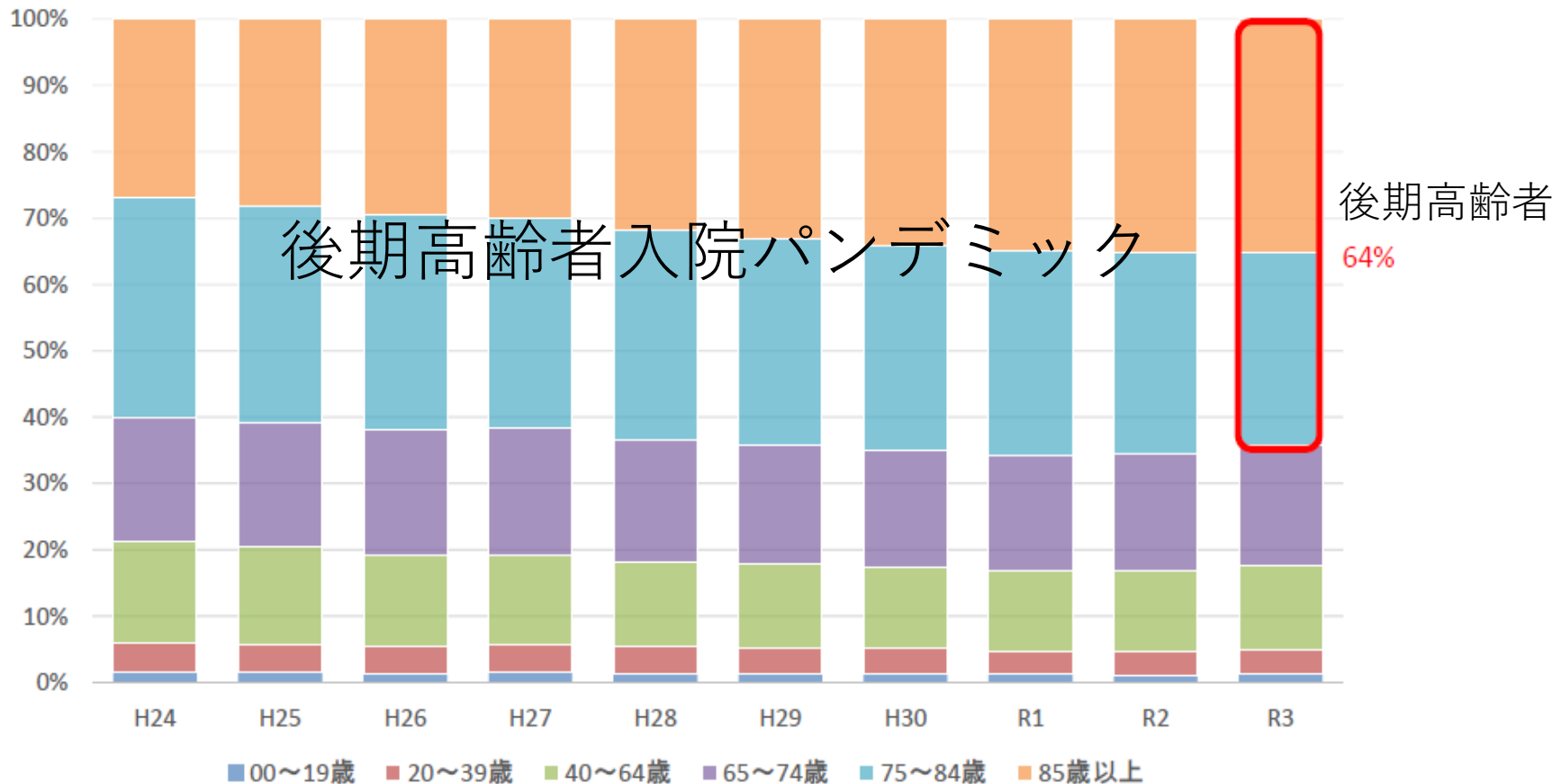
後期高齢者入院パンデミック



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。

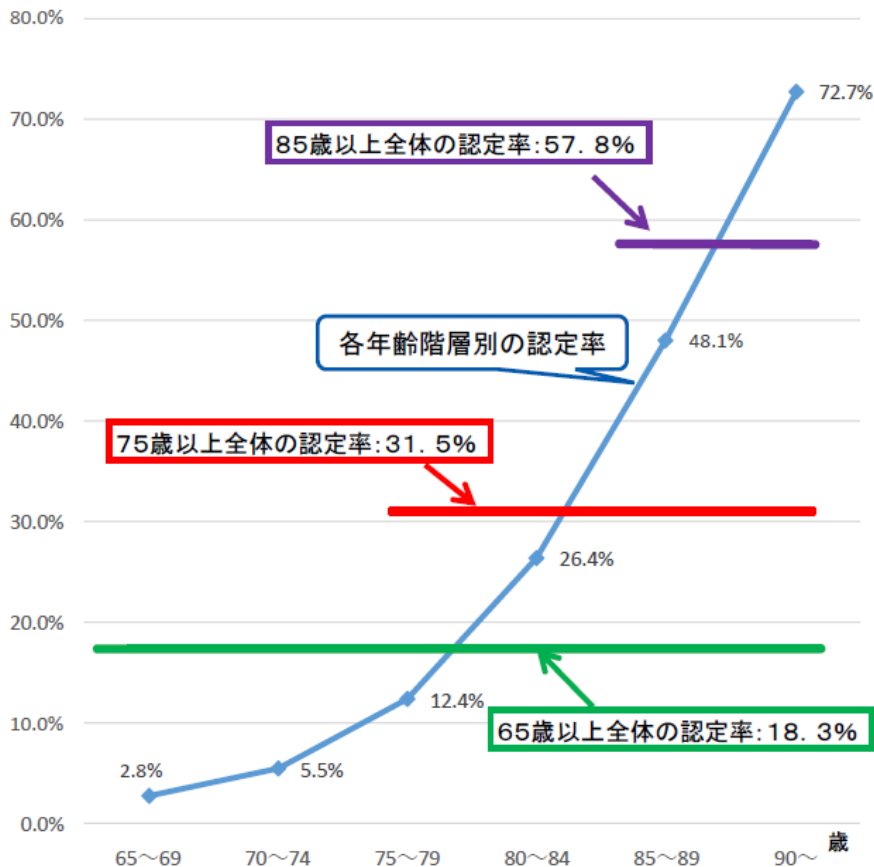
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

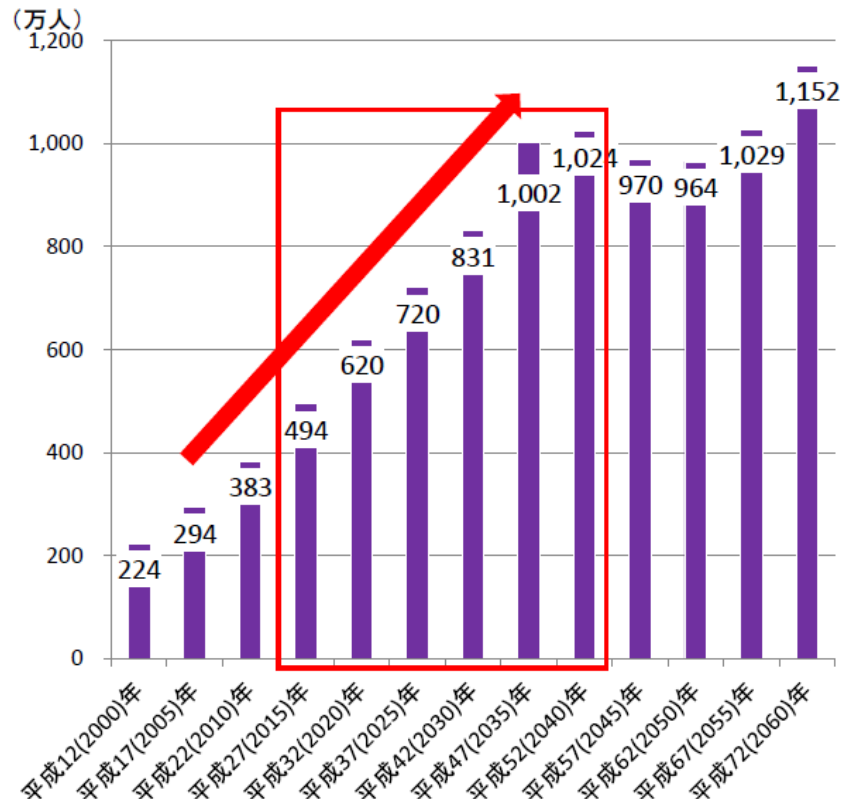
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



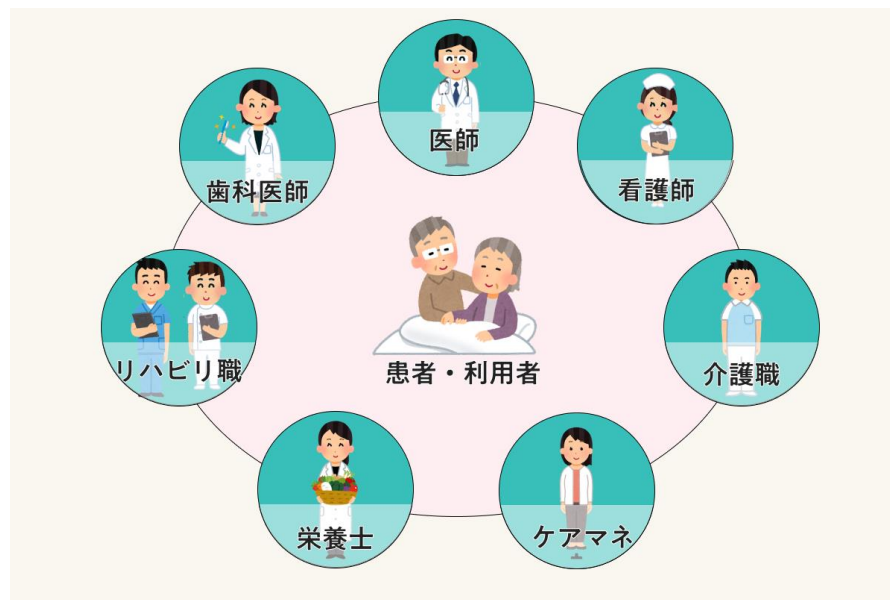
出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

多職種介入による 患者アウトカムの向上



急性期病床のリハ

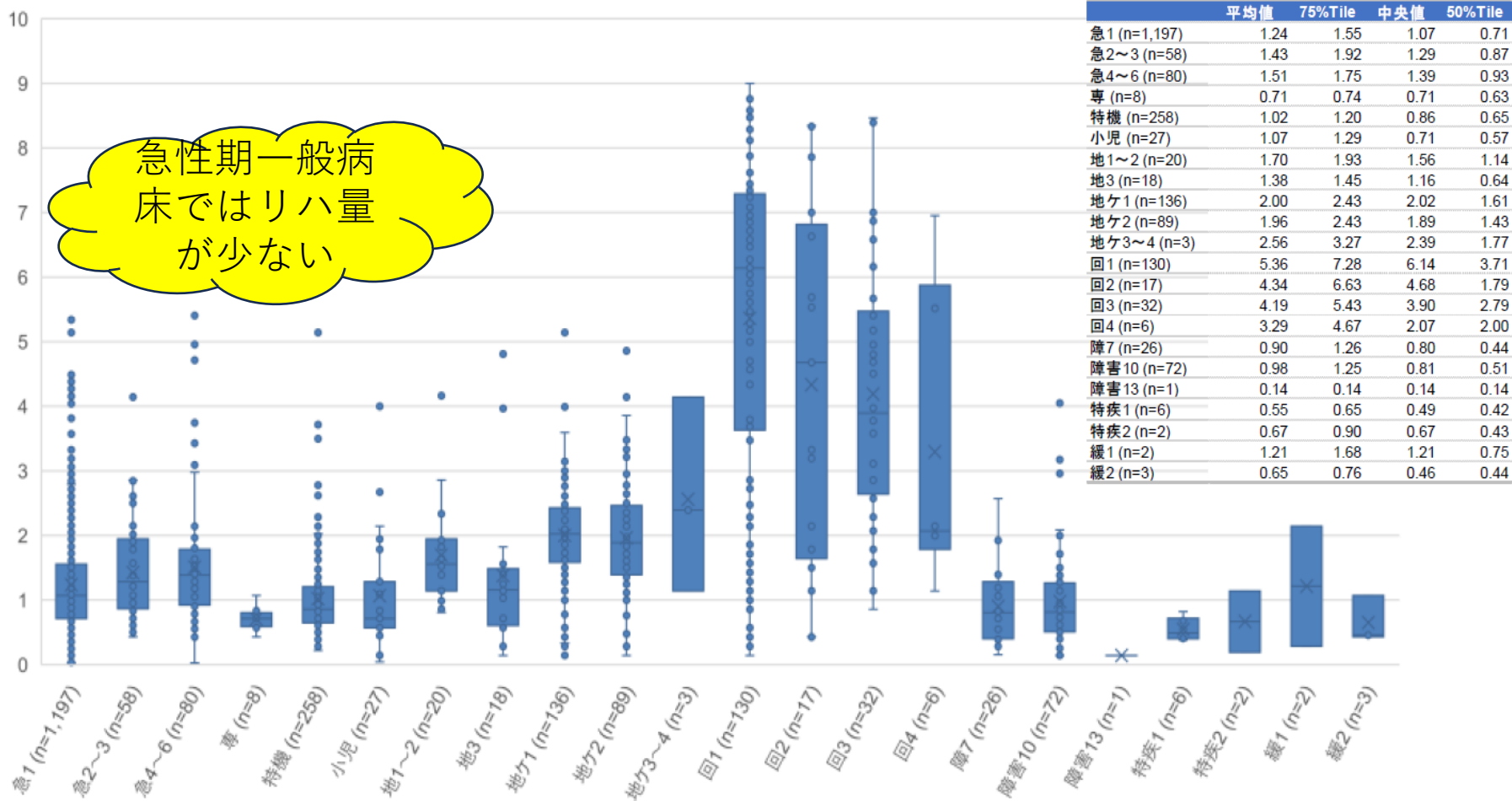


入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。

入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数

平均値・四分位数

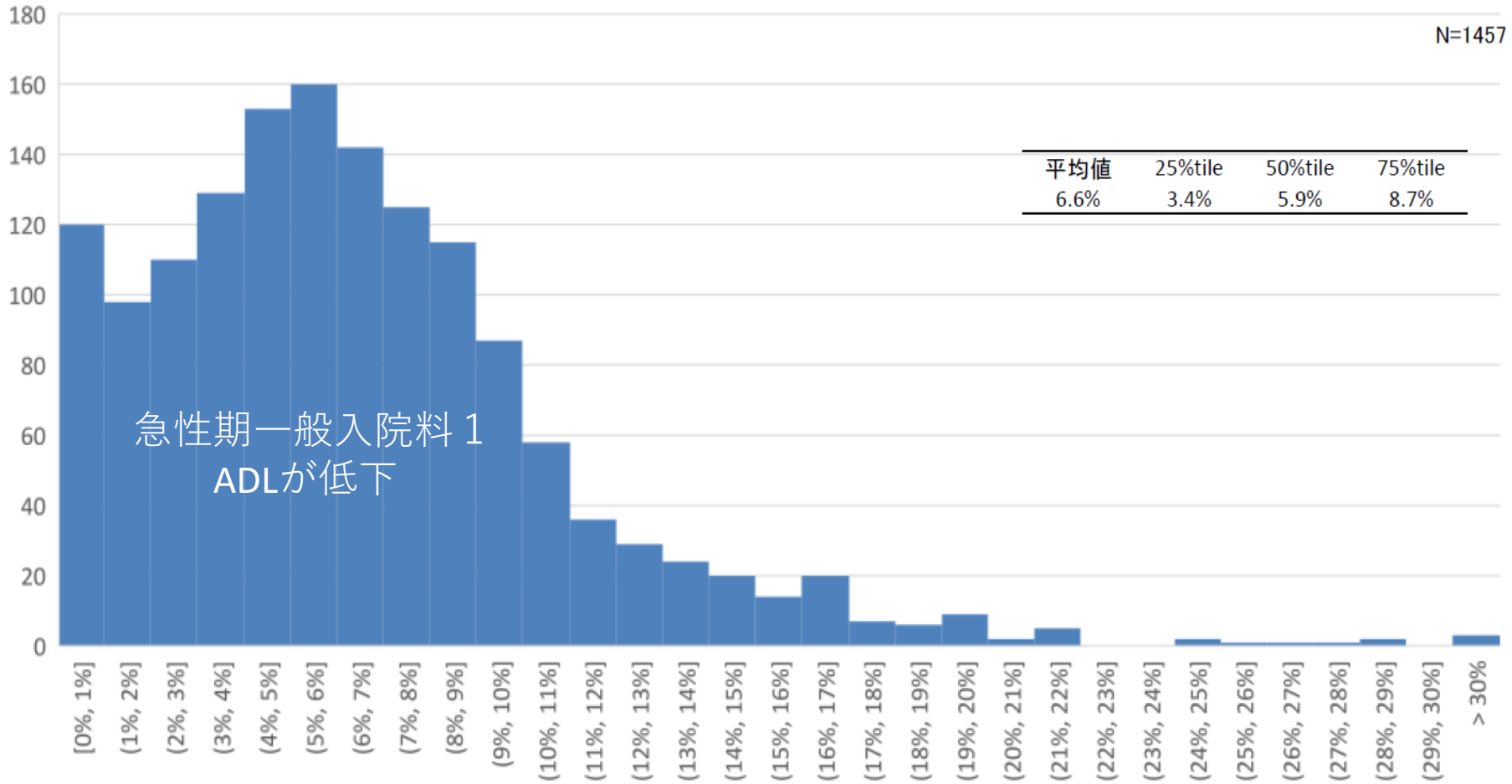


急性期一般病
床ではリハ量
が少ない

入院時に比べて退院時にADLが低下した患者（65歳以上）割合分布（急1）

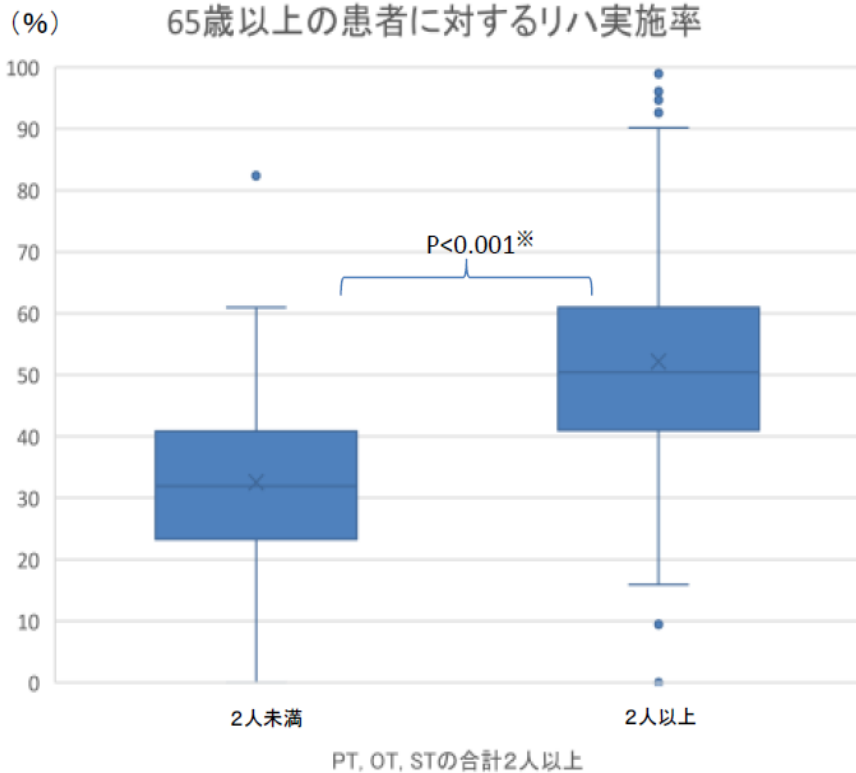
○ 急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが低下した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

65歳以上の高齢者

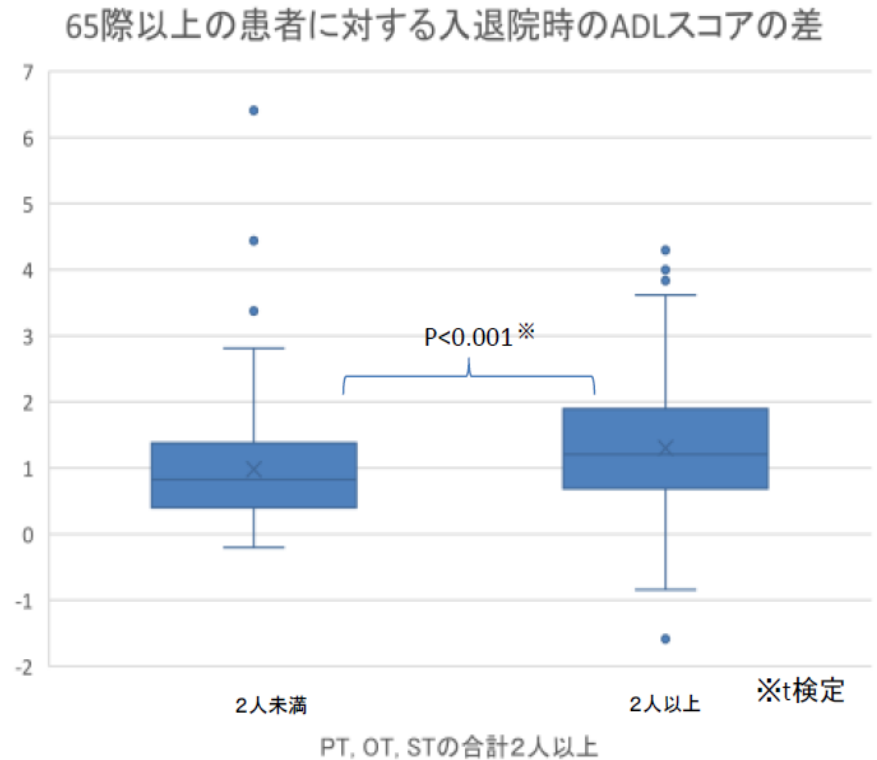


抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

○ 急性期一般入院料1における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。



	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%



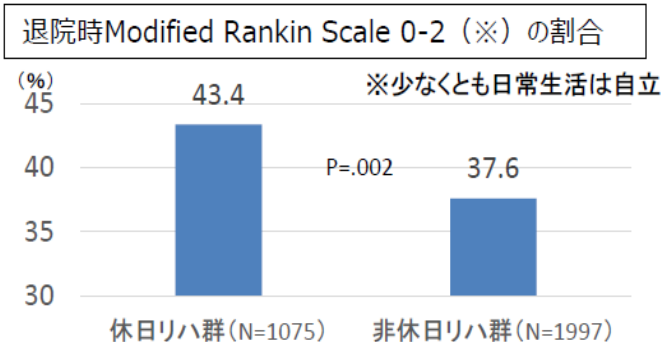
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

- 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
- 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

- 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

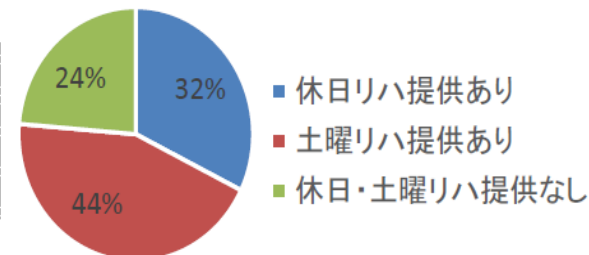
出典: Kinoshita S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



- 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜はリハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

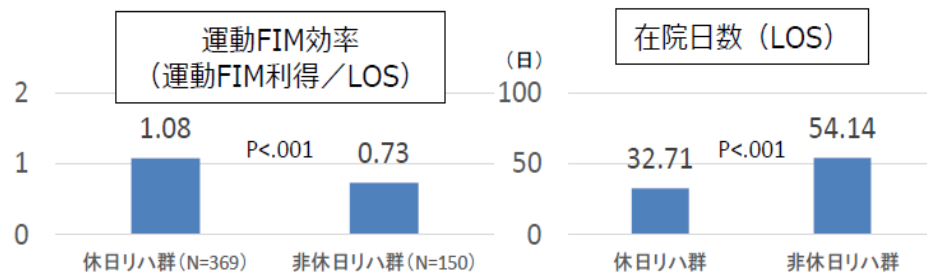
出典: 角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター
959施設に対するア
ンケート調査結果(有
効回答数595施設)。



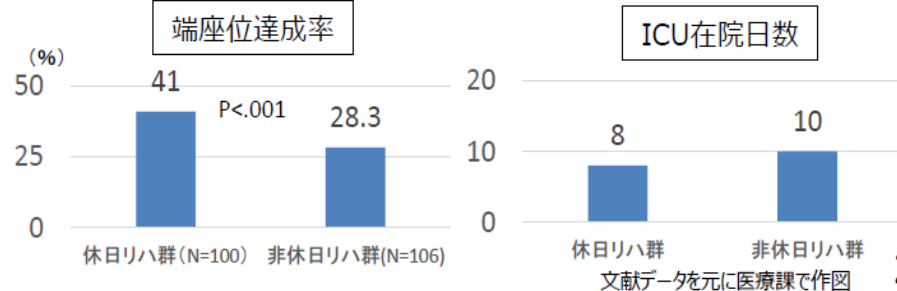
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典: Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



- ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典: 森田ら. 日集中医誌.2020;27:395-402.



誤嚥性肺炎に対する リハビリ



誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016[PMID:25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

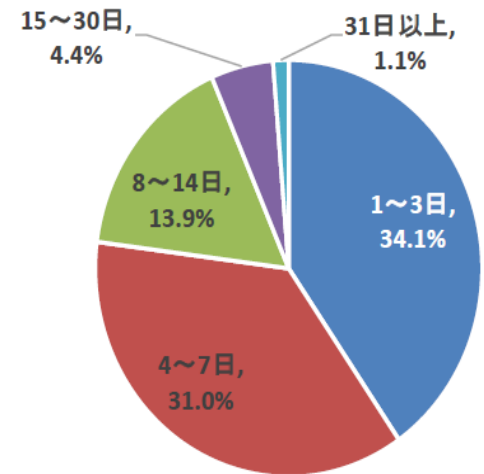


図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

- 急性期病棟に入院した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。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

低栄養



- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 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。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価

** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
(40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

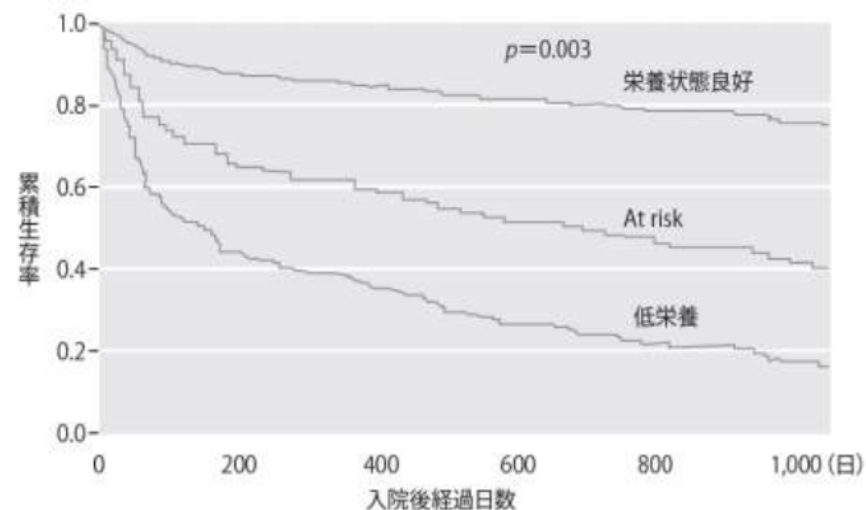


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021

(文献1)Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82: 784—791, 2005.

- 急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

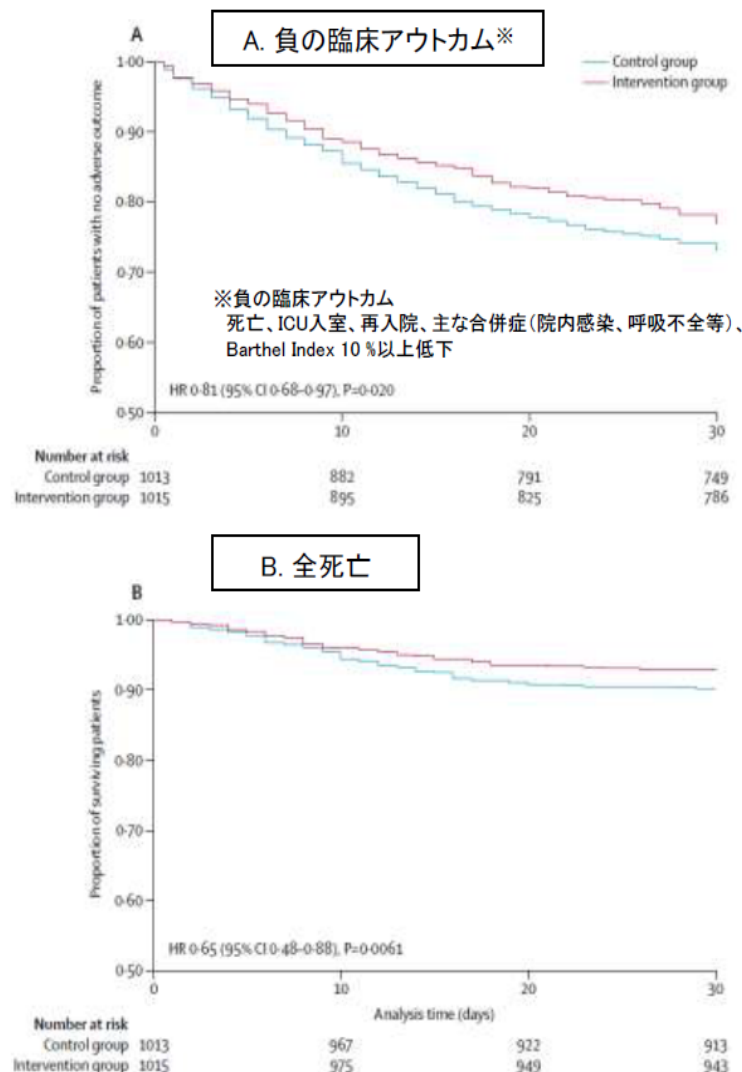
【対象・方法】

対象:入院時の栄養スクリーニング(NRS2002)で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法:8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

個別的な栄養管理

- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
 - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
 - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
 - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
 - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
 - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施



- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

- **表現型**
 - **体重減少**
6か月以内で5% 6か月以上で10%
 - **低BMI**

<20kg/m ² 70歳未満	アジア	<18.5kg/m ² 70歳未満
<22kg/m ² 70歳以上		<20kg/m ² 70歳以上
 - **筋肉量減少**
- **病因(※)**
 - **食事摂取量減少/吸収障害**
 - **疾病負荷/炎症**

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

<重症度判定>

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%:過去6か月以内 10~20%:過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%:過去6か月以内 >20%:過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

(※) 病因に基づく診断分類

- 慢性疾患で炎症を伴う低栄養
- 急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
- 炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
- 炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)
- 消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

- 管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

■ 病棟配置有無別の管理栄養士介入状況

		病棟配置あり群 (n = 40)	病棟配置なし群 (n = 111)	P value
管理栄養士訪問までの日数	(日)	1.0 (1.0 - 1.5)	5.0 (2.0 - 9.8)	<0.001
食事箋の変更回数	(回)	4.0 (1.0 - 7.8)	5.0 (2.0 - 8.0)	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	(回)	1.0 (1.0 - 2.0)	1.0 (1.0 - 1.5)	0.526

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■ 病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

		病棟配置あり群 (n = 40)	病棟配置なし群 (n = 111)	P value
体重減少量	(kg)	1.1 (0.5 - 2.8)	3.5 (1.0 - 4.8)	0.002
体重減少率	(%)	3.1 (1.1 - 4.0)	5.9 (2.2 - 7.6)	0.002

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出（体重記録なし、BMI25以上等を除外）
調査項目：診療録調査（入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等）、栄養科アンケート調査（常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等）

管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

○ 施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料1以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

		急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2~3 (n=72)	急性期一般入院料4~6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1~2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3~4 (n=9)
配置あり	専従	2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任	24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし		70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

*病床単位で届け出ている場合を除く

		回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5~6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院基本料_経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料2~4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従	18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任	67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし		12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答		1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

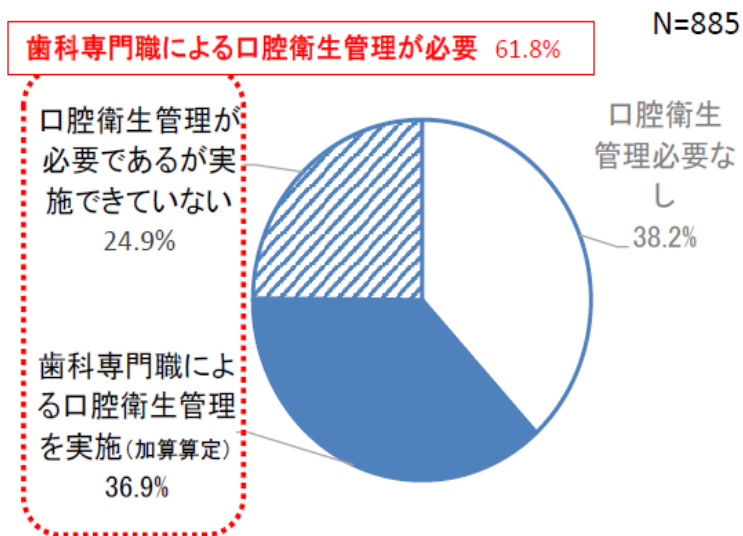
口腔ケア



介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果

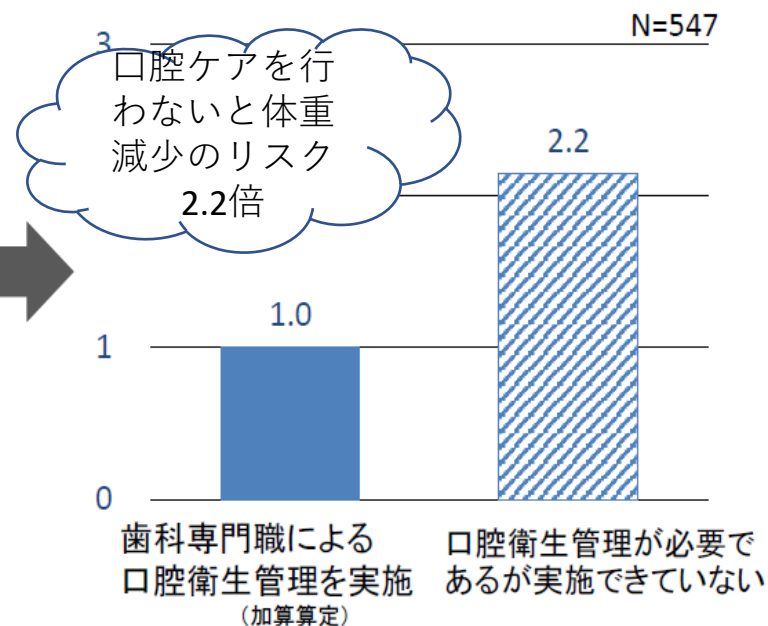
- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。
(調査対象:全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、
歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

入所者の口腔衛生管理の必要性和提供状況



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



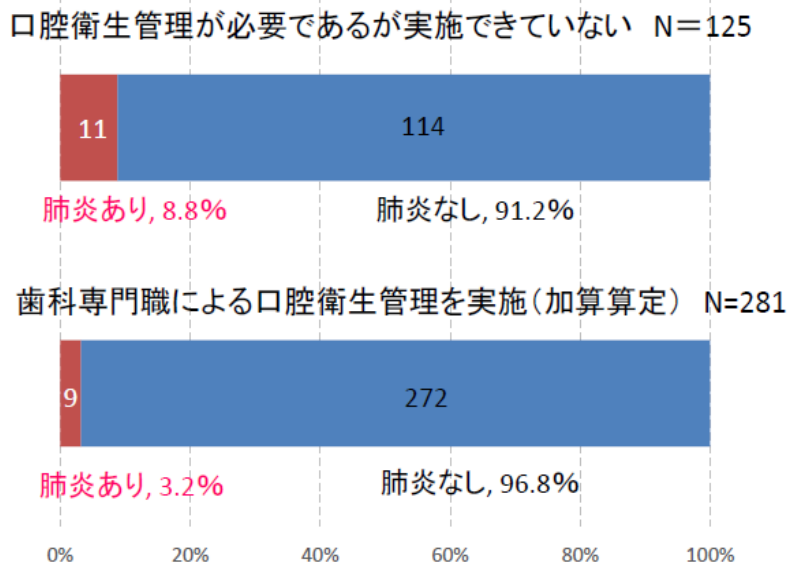
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果

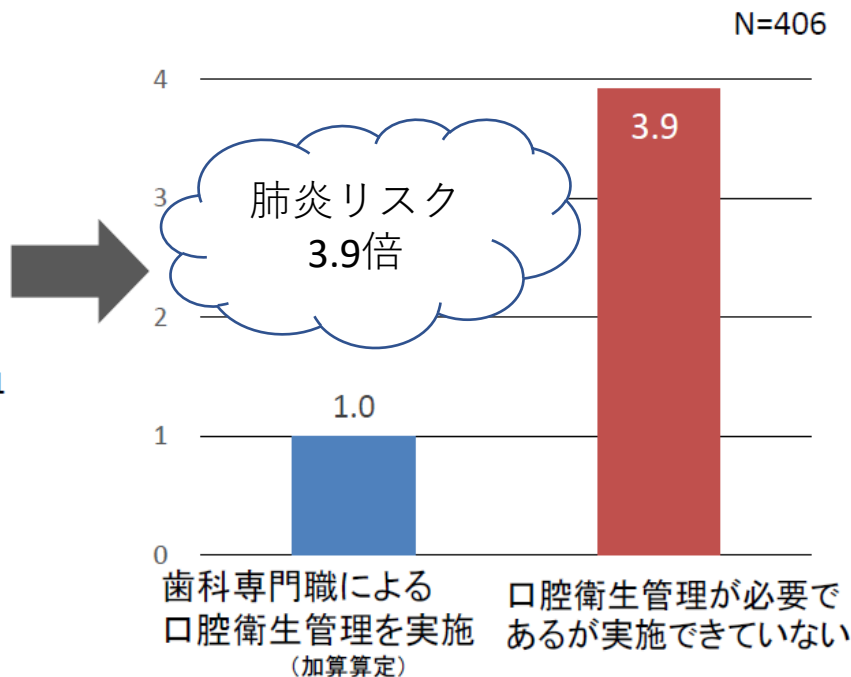
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

口腔衛生管理加算実施の有無と1年間の肺炎の有無



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

肺炎の発症リスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

2024年診療報酬改定

急性期におけるリハビリ、
栄養管理及び口腔管理の取り組みの推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進（再掲）

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

（新） リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・ 疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・ 土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・ 入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・ 病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

- ・ 原則48時間以内の評価と計画作成
- ・ 口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・ 定期的カンファレンスによる情報連携

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進（再掲）

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

（新） リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】（概要）

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にA D L、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のA D L等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的に開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、A D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。
- 専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

【施設基準】（概要）

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 当該保険医療機関において、一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上であること。
 - イ 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上であること。
 - ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるA D Lが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d 2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（再掲）

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

➤ 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

（新） 急性期リハビリテーション加算

50点（14日目まで）

（改） 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点（30日目まで）

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。

- ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。
- イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。
- ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

- ① 動脈圧測定（動脈ライン） ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④ 人工呼吸器の管理
- ⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

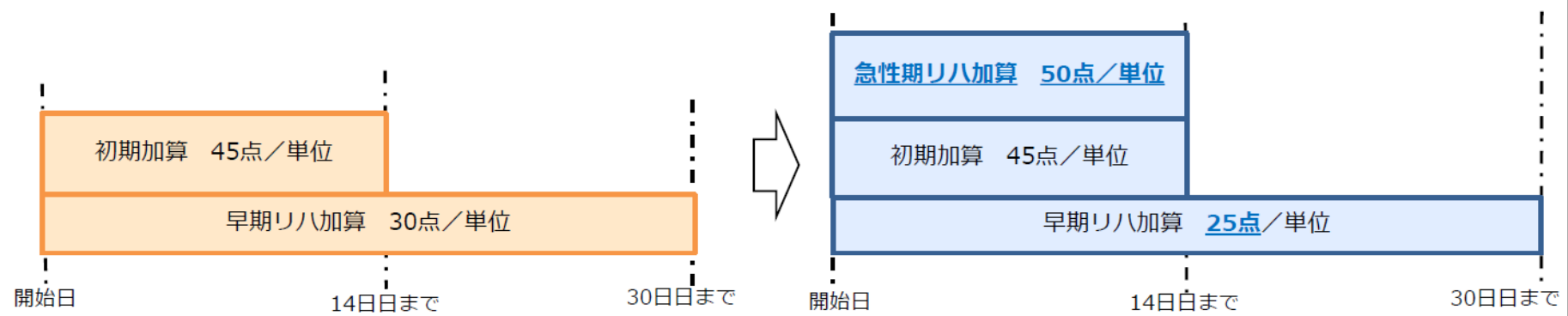
エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

【急性期リハビリテーション加算の施設基準】

当該保険医療機関内にリハビリテーション料の常勤医師が配置されていること。

【現行】

【改定後】



疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設等

疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

- NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

現行

【心大血管疾患リハビリテーション料】

- 1 心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位） 205点
 （新設）
 （新設）
 （新設）
 （新設）
 （新設）

【脳血管疾患リハビリテーション料】

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位） 245点
 （新設）
 （新設）
 （新設）
 （新設）



改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】

- 1 心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位）
- イ 理学療法士による場合 205点
 - ロ 作業療法士による場合 205点
 - ハ 医師による場合 205点
 - ニ 看護師による場合 205点
 - ホ 集団療法による場合 205点

【脳血管疾患リハビリテーション料】

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位）
- イ 理学療法士による場合 245点
 - ロ 作業療法士による場合 245点
 - ハ 言語聴覚士による場合 245点
 - ニ 医師による場合 245点

※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

呼吸器リハビリテーション料の見直し

- 術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

現行

【呼吸器リハビリテーション料】

〔施設基準〕

別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者
 （略）

四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者



改定後

【呼吸器リハビリテーション料】

〔施設基準〕

別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者
 （略）

四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、**大腸癌、卵巣癌、膵癌**等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）（再掲）

栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)~(9) (略)

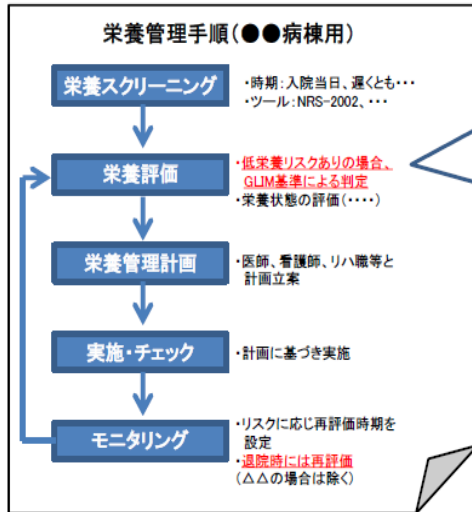
改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)~(9) (略)

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

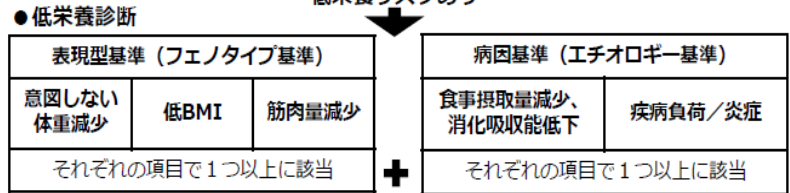
<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

低栄養リスクあり



低栄養と判定

重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

病棟における多職種連携の取組状況

- 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
- 栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■ 各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院料1 n=3,030）

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01 NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02 01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11 口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12 ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13 食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14 経腸栄養剤の種類の変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15 退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16 退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

看護部への ワンポイントアドバイス



- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算のプロセス評価には「院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類 d 2 以上）の保有率が2.5%未満という指標が入っている。このため褥瘡管理については看護師の介入が必要だ。
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に看護師も積極的に関与しよう。

Chapter 6

COVID-19は落ち着いたけど、 感染対策はどうなるの？



2022年診療報酬改定のおさらい



感染対策向上加算に組み替え

改定前	2022年改定
感染防止対策加算	感染対策向上加算
感染防止対策加算 1 390 ^療 点	感染対策向上加算 1 710点(重点医療機関)
感染防止対策加算 2 90点	感染対策向上加算 2 175点(協力医療機関)
加算1を充実して、加算2を2、3 に広げた 加算3は専任の常勤医師と看護師 から成る感染制御チームの設置で 要件を緩和した	感染対策向上加算 3 75点(診療検査医療機関)
	外来感染対策向上加算(診療所) 6点

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

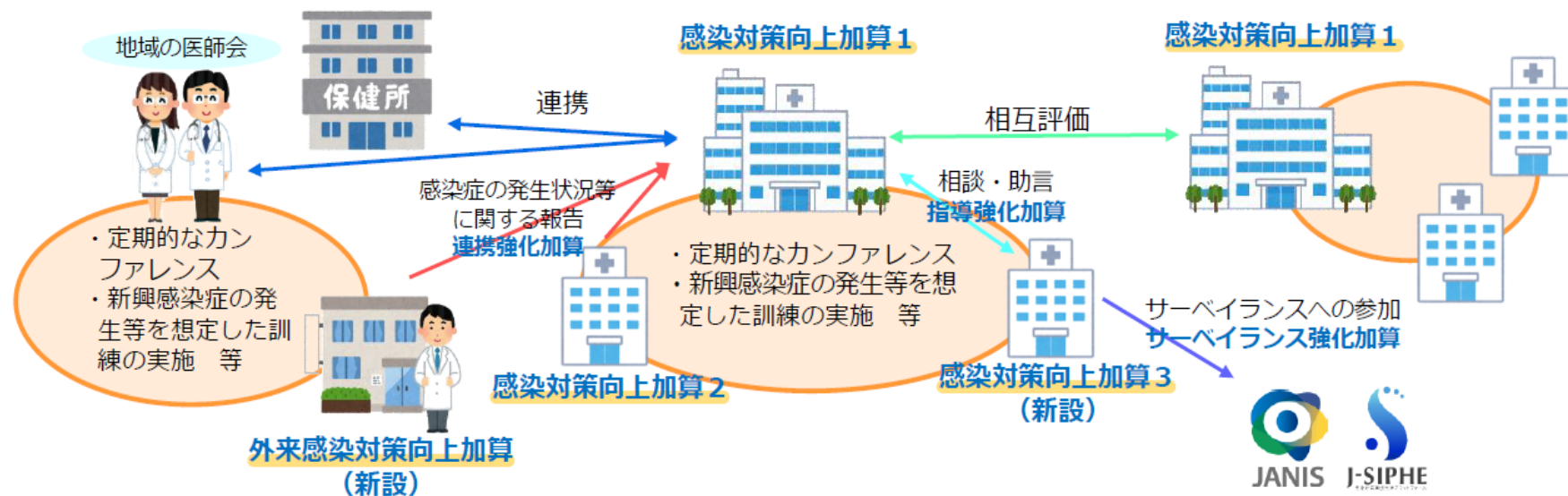
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】	(新) 【感染対策向上加算】
感染防止対策加算 1	感染対策向上加算 1
感染防止対策加算 2	感染対策向上加算 2
(新設)	感染対策向上加算 3
390点	710点 (入院初日)
90点	175点 (入院初日)
	75点 (入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



加算の加算でさらに評価

加算の加算	対象	内容
指導強化加算	加算1取得医療機関	加算2・3取得医療機関に対し「院内感染対策にかかる助言を行う」体制を敷いている（年4回以上の助言実績が必要）ことを評価する
連携強化加算	加算2・3取得医療機関	加算1取得医療機関との連携体制（年4回以上の感染症発生・抗菌剤使用状況を報告）を評価する
サーベイランス強化加算	加算2・3取得医療機関	地域における感染防止対策に資する情報提供体制（院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）など地域・全国のサーベイランスに参加）を評価する

院内感染対策サーベイランス（JANIS）について

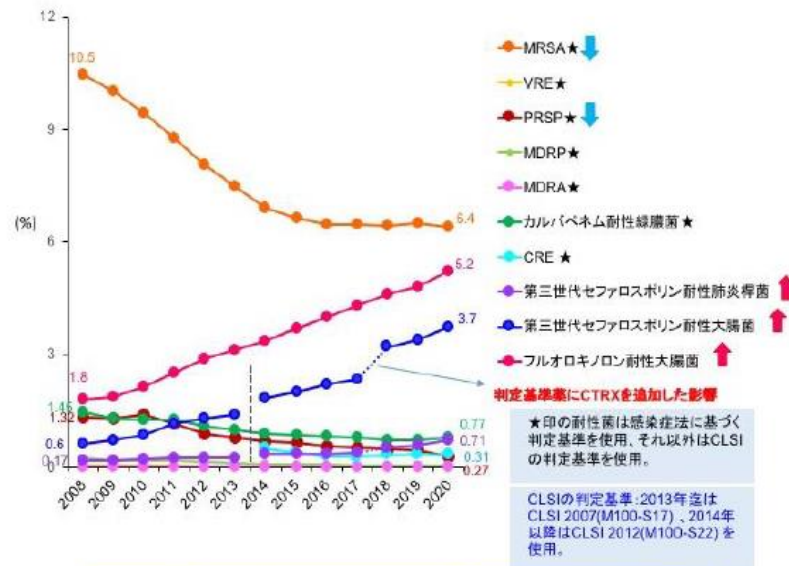
健康局結核感染症課提供資料

- 感染防止対策加算1は、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」を要件としている。
- 院内感染対策サーベランス（Japan Nosocomial Infections Surveillance）は、参加医療機関における院内感染の発生状況や、薬剤耐性菌の分離状況および薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、我が国の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行うことを目的としている。

【検査部門参加施設数の推移】



【特定の耐性菌分離率の推移】



分離率 = 特定の耐性菌分離患者数 ÷ 検体提出患者数 × 100

出典：国立感染研究所より

感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）について

健康局結核感染症課提供資料

- 2019年1月に、医療機関でのAMR対策に活用できるシステムであるJ-SIPHE（Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology：感染対策連携共通プラットフォーム）が開始し、2021年10月時点で、790医療機関が参加している。
- J-SIPHEでは、全国の医療機関における感染症診療状況、感染対策への取り組みや構造、医療関連感染の発生状況、主要な細菌や薬剤耐性菌の発生状況及びそれらによる血流感染の発生状況、抗菌薬の使用状況等に関する情報を集約している。

J-SIPHE 感染対策連携共通プラットフォーム



データの二次利用*で労力の軽減、各医療機関の感染症診療・対策に役立つ指標、様々なベンチマークと比較



- ・ 各医療機関がウェブブラウザ上で登録したデータを自動計算してグラフ化
- ・ グループ機能により、自施設だけでなく地域連携の複数病院のデータを共有

*データの二次利用例

- ・ 抗菌薬使用状況：医科レセプトファイル（入院EF統合ファイル）からアプリケーションを用いて自動集計
- ・ 微生物・耐性菌検出状況：JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）の検査部門還元ファイルと連携して自動集計
- ・ その他：各種テンプレートファイルを用いた入力の補助

(5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等 について(その1)

【附帯意見(抜粋)】

15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の新設
- ②感染症対応も踏まえた評価の新設等

【調査内容案】

調査対象: 感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等

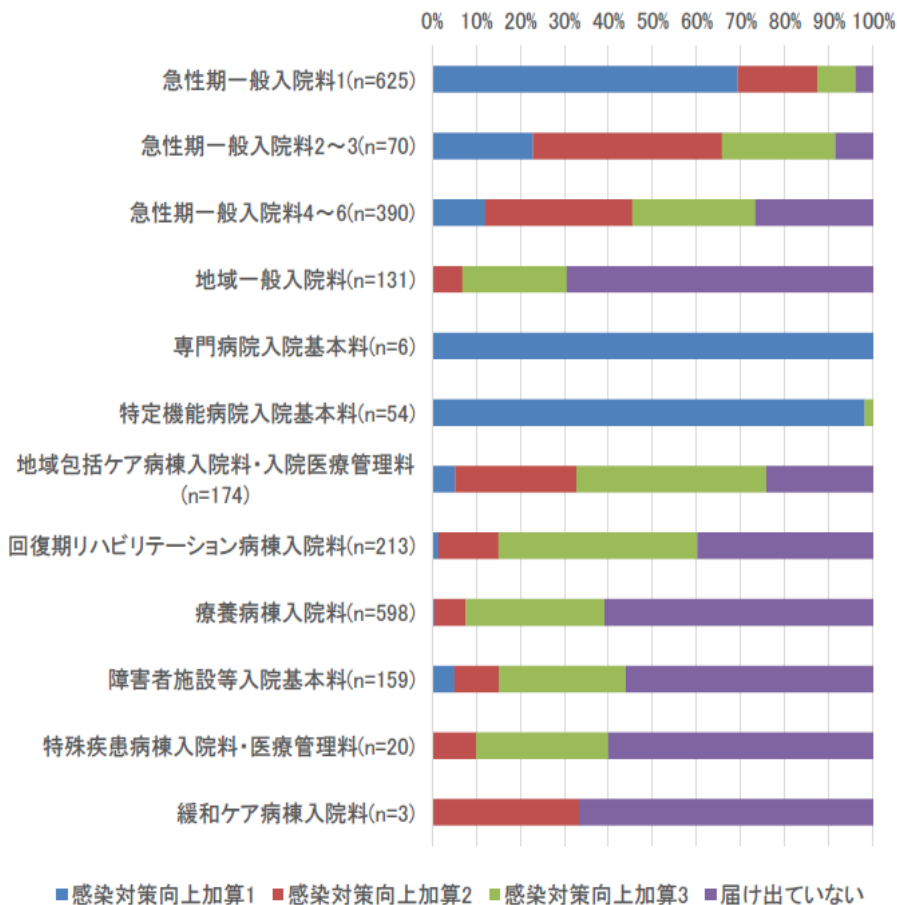
調査内容: (1) 感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の届出状況、他の保険医療機関等との連携状況
(2) 急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出状況

等

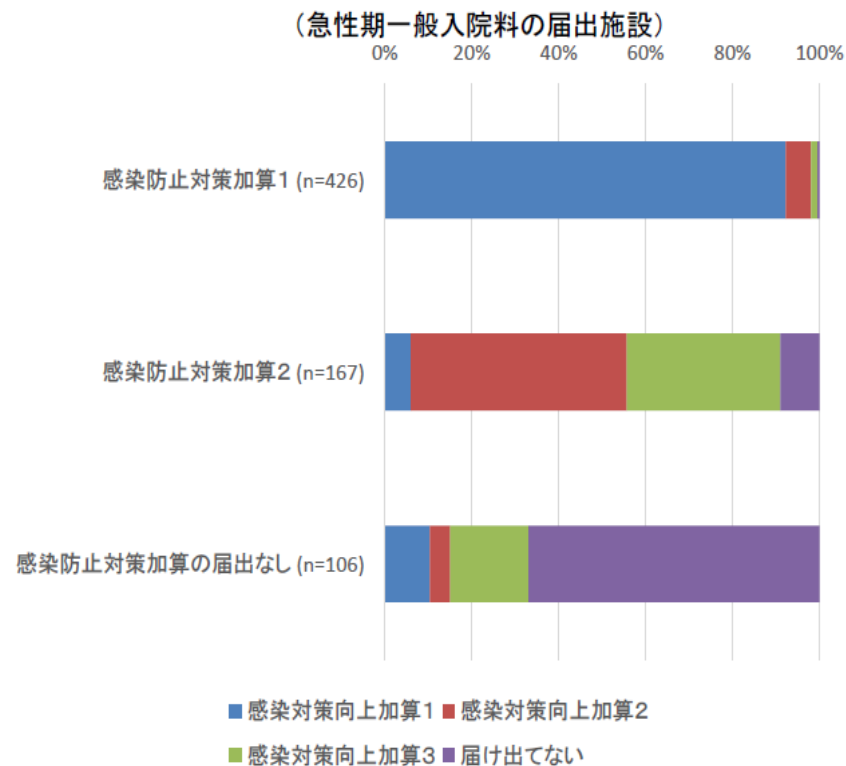
入院料ごとの感染対策向上加算の届出状況等

○ 感染対策向上加算等の届出の状況は以下のとおり。

感染対策向上加算の届出有無
(令和4年11月1日時点)



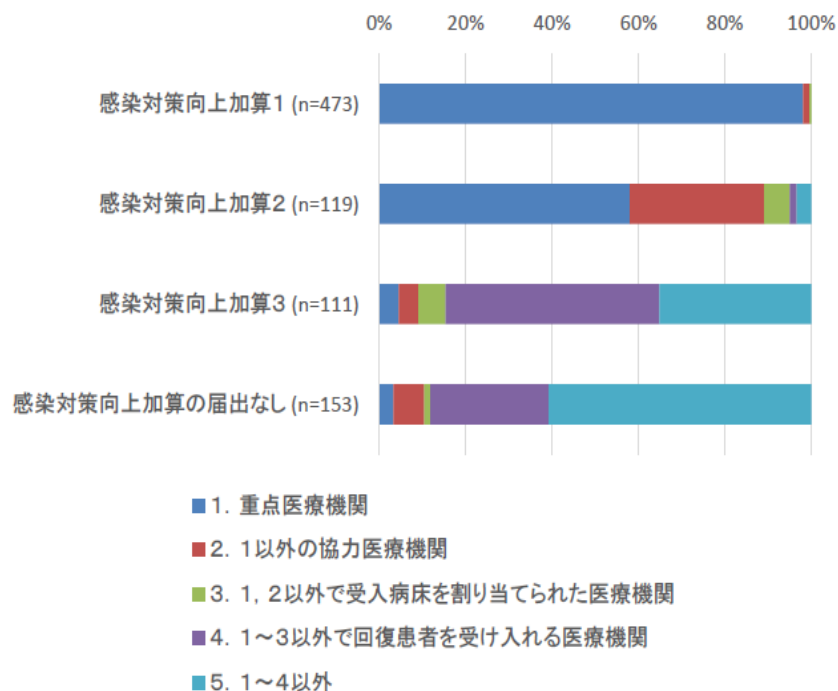
急性期病院における感染防止対策加算の届出状況(改定前※)ごとの感染対策向上加算の届出状況
※令和4年3月31日時点



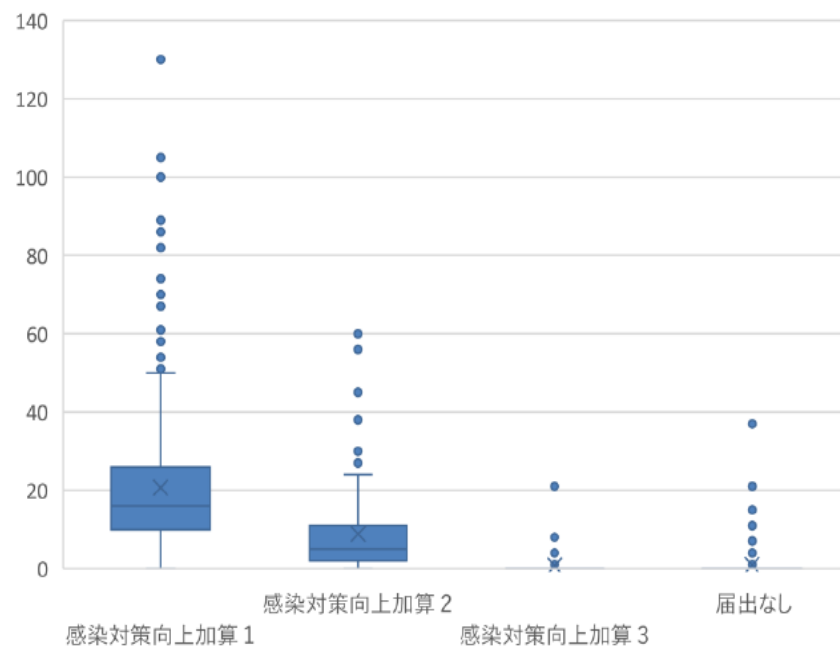
感染対策向上加算を届け出ている医療機関等における新型コロナ患者の受入状況

- 一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関では、感染対策向上加算2の施設においても、多くが重点医療機関として指定されていた。

一般病棟入院基本料の届出施設における感染対策向上加算の届出状況ごとの重点医療機関等の指定状況
(令和4年11月1日時点)



感染対策向上加算の届出状況ごとの新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数
(令和4年11月1日時点)

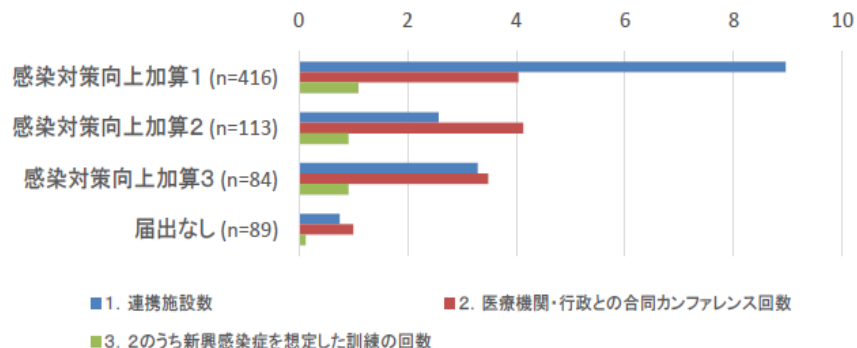


急性期病院における感染対策向上加算の届出及び連携等の状況

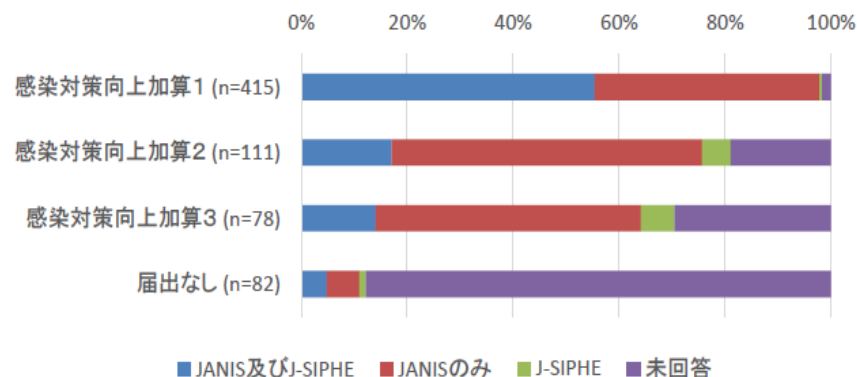
○ 急性期一般入院料及び感染対策向上加算を届け出ている施設においては、2～8程度の施設と連携を取っていた。また、これらの施設のうち多くが指導強化加算及び連携強化加算の届出を行っていた。

感染対策について連携している医療機関等の数

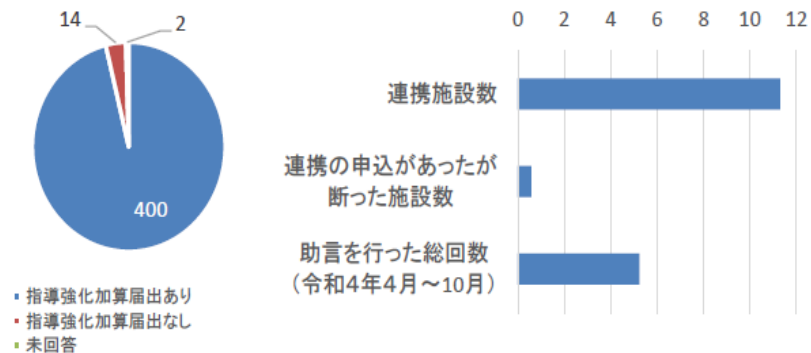
※カンファレンス回数は、加算1の場合開催、それ以外の場合参加回数



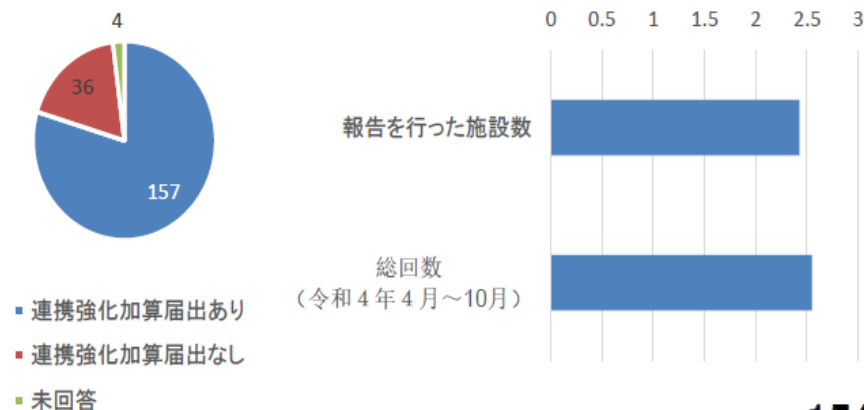
院内感染対策サーベイランス (JANIS) 及び
感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) への参加状況



加算1の施設のうち指導強化加算の届出有無及び
指導強化加算届出施設における連携施設数等



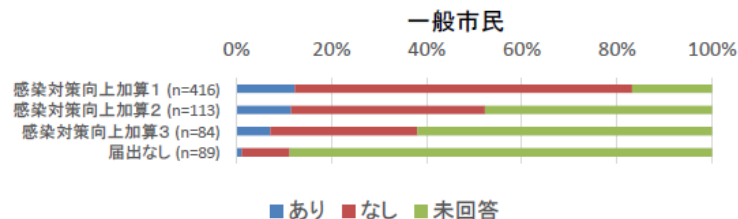
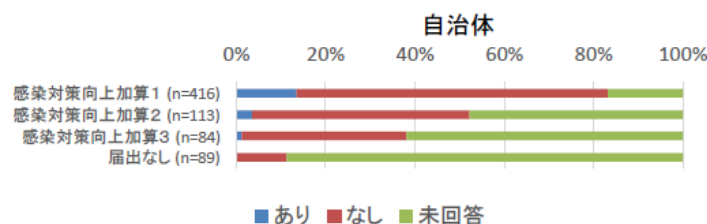
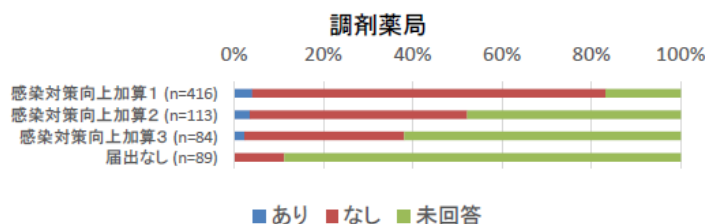
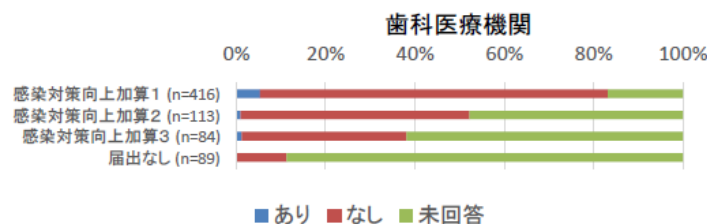
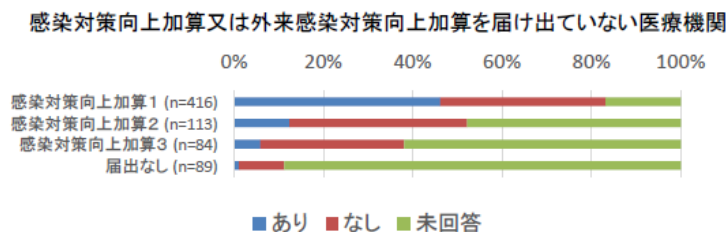
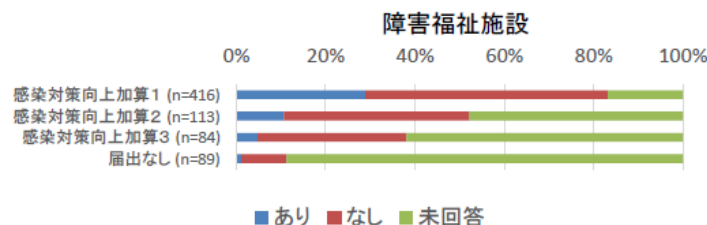
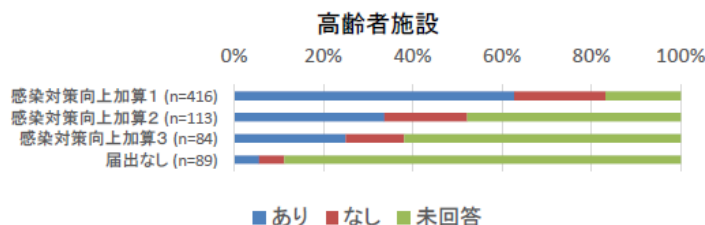
加算2又は3の施設のうち連携強化加算の届出有無及び
抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数等



急性期病院における院内感染等に関する助言先の状況

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策向上加算1又は2の届出医療機関では、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っていた。

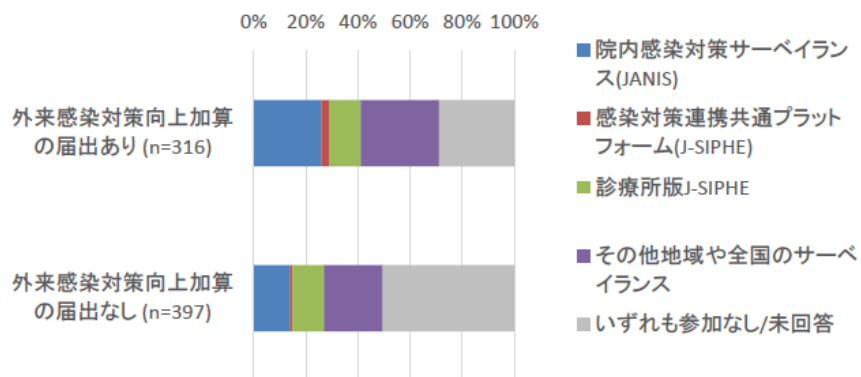
急性期一般入院料1-6を届け出ている医療機関における対象機関ごとの院内感染等に関する助言の有無



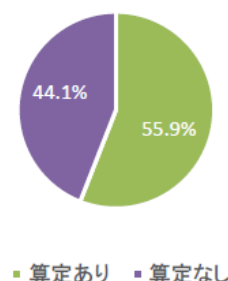
外来感染対策向上加算の届出状況等

- 外来感染対策向上加算及び連携強化加算を届け出ている医療機関においては、医療機関及び医師会のカンファレンスに年平均3回程度参加していた。
- 外来感染対策向上加算の届出が困難な理由としては、「院内感染管理者の配置が困難」、「新興感染症の発生時等に発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難」等が多かった。

診療所におけるサーベイランスの参加状況



外来感染対策向上加算を届け出ている医療機関における連携強化加算の算定状況



連携強化加算を算定している医療機関における令和4年度の平均カンファレンス参加回数(予定を含む。)

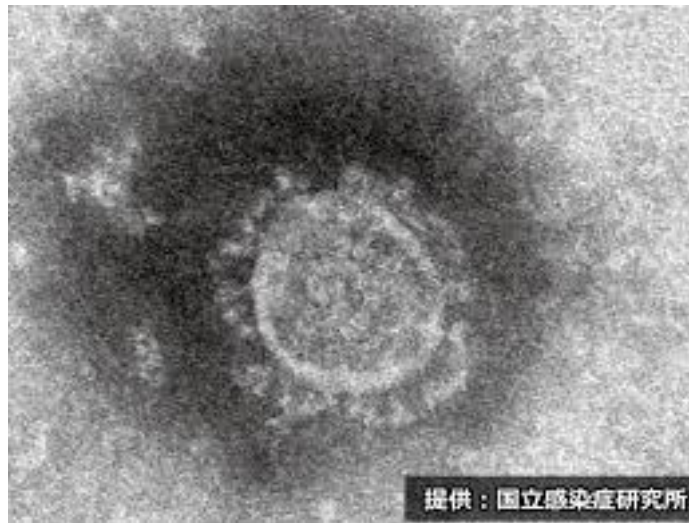
感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンス	1.7回
地域の医師会が主催するカンファレンス	1.1回
計	2.8回

外来感染対策向上加算を届け出していない診療所における届出が困難な理由

理由	全体 (n=397)	主たる標榜診療科	
		内科・呼吸器内科・小児科・耳鼻咽喉科 (n=216)	その他の診療科・無回答 (n=181)
専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため	53%	55%	52%
職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	30%	31%	29%
年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須)することが困難であるため	42%	44%	39%
抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため	16%	16%	15%
細菌学的検査を外委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応できないため	27%	26%	28%
新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため	50%	49%	51%
都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施する体制を有しているが、自治体ホームページで公開されないため	7%	6%	9%
新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療等を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため	45%	38%	54%
新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため	33%	34%	31%

	コロナ禍中	コロナ5類移行後
感染対策向上加算 1	コロナ重点医療機関	2023年1月以降に重点医療機関の指定を受けていた医療機関のうち、 <u>過去6か月以内にコロナ患者に対する入院医療提供体制の実績のある医療機関</u> （クラスター発生は除く）
感染対策向上加算 2	コロナ協力医療機関	<u>過去6か月以内にコロナ患者に対する入院医療提供の実績なる医療機関</u> （クラスター発生は除く）
感染対策向上加算 3	コロナ診療・検査医療機関（発熱外来）	発熱外来対応をしている医療機関で、 <u>受け入れ医患者を限定しない医療機関</u>
外来感染対策向上加算	コロナ診療・検査医療機関（発熱外来）	発熱外来対応をしている医療機関で、 <u>受け入れ医患者を限定しない医療機関</u>

第8次医療計画見直しと 感染症対応医療機関



【図-4】医療計画の策定に係る指針等の全体像について

医療計画とは
医療提供体制
の基本計画

医療計画の策定に係る指針等の全体像について

【医療法第30条の3】

厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】

医療提供体制確保の基本的考え方

【法第30条の8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成

- 留意事項
- 内容、手順 等

疾病又は事業ごとの医療体制について
【課長通知】

- 疾病・事業別の医療体制
- 求められる医療機能
 - 構築の手順 等

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の
実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・ がん
 - ・ 脳卒中
 - ・ 急性心筋梗塞
 - ・ 糖尿病
 - ・ 精神疾患
 - ・ 救急医療
 - ・ 災害時における医療
 - ・ へき地の医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療(小児救急含む)
- 居宅等における医療
- 地域医療構想
- 地域医療構想を実現する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 施設の整備目標
- 基準病床数 等

5疾患
5事業

医療計画見直し検討会 (2020年11月19日)

新興再興感染症を医療
計画の6事業目に追加

<改正の背景>

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の中で議論・準備を行う必要

<改正の概要>

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
※ 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
クラスター発生時の対応方針の共有 など

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担 など
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

1/2 感染症法改正により医療機関が求められること

公立・公的
医療機関

特定機能・地域
医療支援病院

民間
医療機関

都道府県の予防計画(病床数など数値目標)に
協力する努力義務

都道府県と協定(病床など提供)を結ぶための
協議に応じる義務

協定を結び医療提供する義務
(罰則あり)

協定を結ぶか
は任意

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律(令和4年法律第96号)の概要

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)を導入する(その費用については、公費とともに、保険としても負担)。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化(一部医療機関は義務化)し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる仕組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める(罰則付き)ことができることとする。等
このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

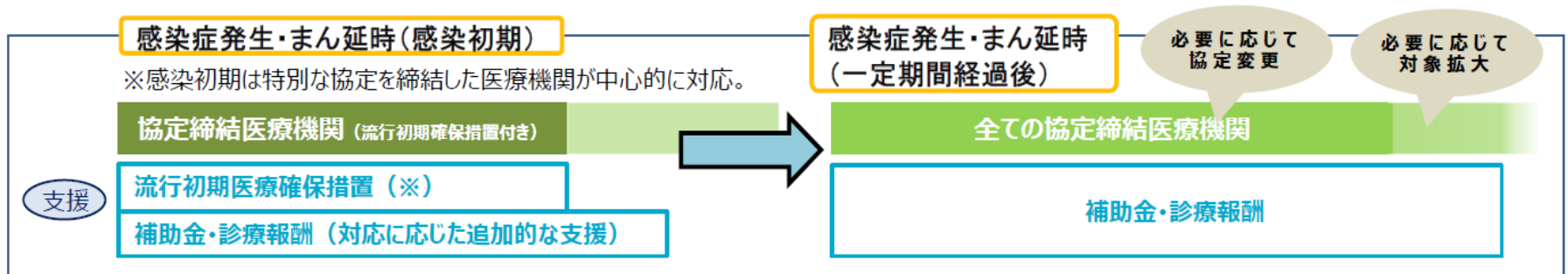
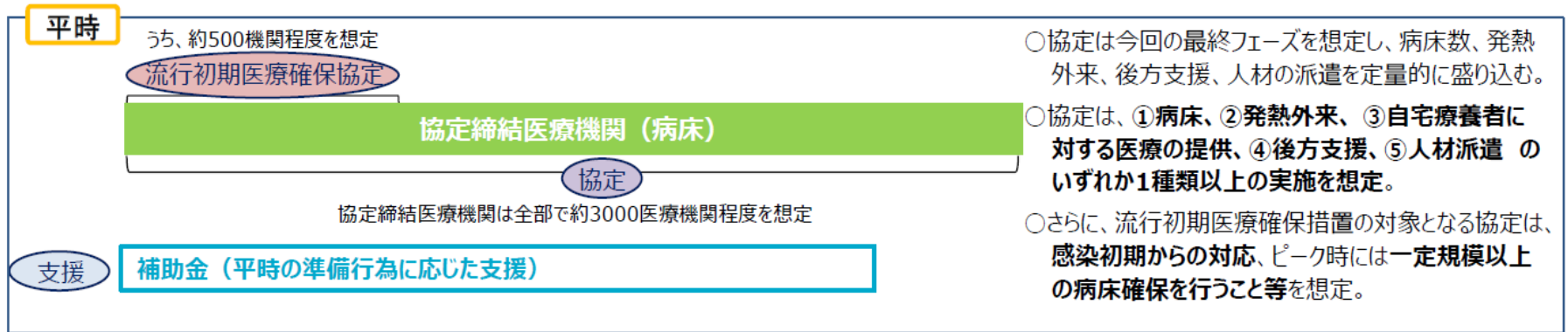
施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等)

都道府県と医療機関の協定の仕組み

令和4年
改正感染症法

- ✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。※併せてPPE備蓄も位置づける。
- ✓ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- ✓ 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課す。
- ✓ 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- ✓ 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。



(※) 初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

医療措置協定の内容

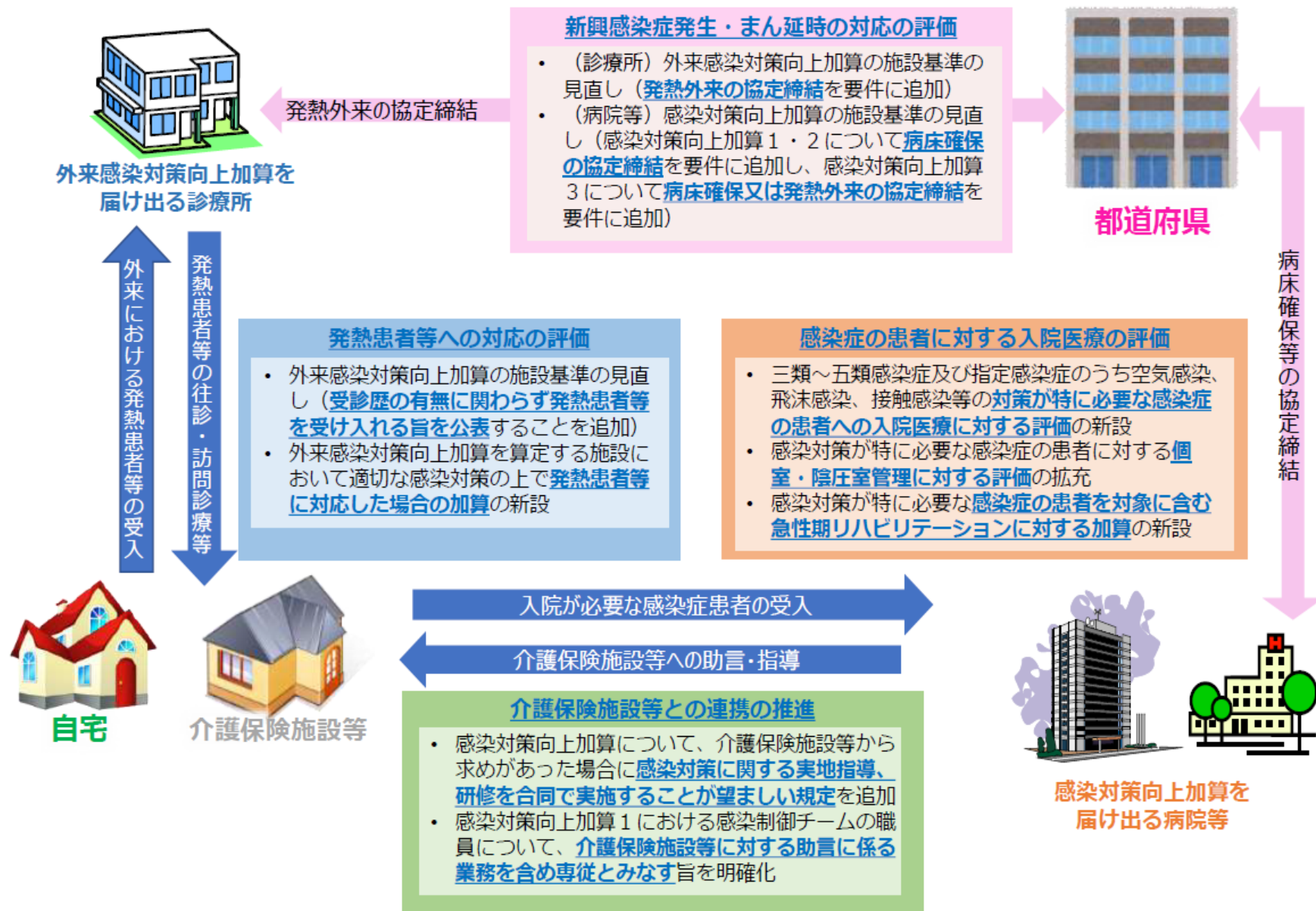
		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		<p>病床を確保し(※1)、入院医療を実施</p> <p>※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る</p>	<p>発熱症状のある者の外来を実施</p>	<p>自宅療養者等(※2)に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施</p> <p>※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む</p>	<p>(左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、) 医療機関において、</p> <p>①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施</p>	<p>(感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、) 医療機関において、</p> <p>①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣</p>
	実施主体と指定要件	<p>第1種協定指定医療機関</p> <p>①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関</p> <p>①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関</p> <p>①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備</p>		
新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す						
数値目標 <small>(全国での数値目標)</small> <予防計画>	①流行初期(3か月を基本)	約1.9万床	約1500機関	・病院・診療所(約2.7万機関) ・薬局(約2.7万機関) ・訪問看護事業所(約2800機関)	約3700機関	・医師(約2100人) ・看護師(約4000人)
	②流行初期以降(6ヶ月以内)	流行初期以降開始時点: ①+約1.6万床(公的医療機関等)	流行初期以降開始時点: ①+約3800機関(公的医療機関等)			
流行初期医療確保措置の要件 (参照して都道府県知事が定める基準)		①発生の公表後、都道府県知事の要請後1週間以内を目的に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後、都道府県知事の要請後1週間以内を目的に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診察	-	-	-

令和6年度診療報酬改定の概要 【ポストコロナにおける感染症対策の推進】

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

- ▶ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第8次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

改定後

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。

加算2：（加算1と同様）

加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



外来感染対策向上加算を
届け出る診療所

← 発熱外来の協定締結



都道府県

← 病床確保等の協定締結



感染対策向上加算を
届け出る病院等

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

- 感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の加算を新設する。

(新)	特定感染症入院医療管理加算	治療室の場合	200点
		それ以外の場合	100点

[算定要件]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

[対象となる感染症]

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第8項に規定する指定感染症

[対象の入院料]

一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟及び精神病棟）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び特定一般病棟入院料

ポストコロナにおける感染症対策の評価③

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

- 二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び入院料の範囲を見直す。

現行

【二類感染症患者療養環境特別加算】

【算定留意事項】

保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。



改定後

【特定感染症患者療養環境特別加算】

【施設基準（抜粋）】

保険医療機関に入院している患者であって、**二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者**について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

【個室加算の対象となる感染症】

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症

【陰圧室加算の対象となる感染症】

鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び**同法同条第8項に規定する指定感染症**

【対象の入院料】

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、**特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料**

ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

- 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行

【外来感染対策向上加算】
【施設基準（抜粋）】
（新設）



改定後

【感染対策向上加算】
【施設基準（抜粋）】

- 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。
- 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

- 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

（新） 発熱患者等対応加算

20点

[算定要件]

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

- 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

（新） 抗菌薬適正使用体制加算

5点

[施設基準]

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

感染対策向上加算の見直し

- 感染対策向上加算の施設基準に、連携する介護保険施設等から求めがあった場合に現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを追加する。

現行

【感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]
(新設)



改定後

【感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]
・ 介護保険施設等から求めがあった場合には、**当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施**することが望ましい。

- 感染対策の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算におけるチームの職員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

【感染対策向上加算】
[施設基準]
感染対策向上加算1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。



改定後

【感染対策向上加算】
[施設基準]
感染対策向上加算1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び**介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。**



看護部への ワンポイントアドバイス



- コロナ禍の中で、あらためて感染対策は地域ぐるみで行うことの大切さを思い知らされた。
- このため感染対策は平時からの地域の取り組みが重要だ。
- またいつ新興・再興感染症のパンデミックの波が押し寄せてくる知れない。平時からの医療・介護の連携を築きあげておくことが、有事の備えとなる
- これは感染対策ばかりでない。災害対策にも活かすことのできる教訓だ。

Chapter 7

“精神科入退院支援加算”で、
精神科看護はどう変わる？

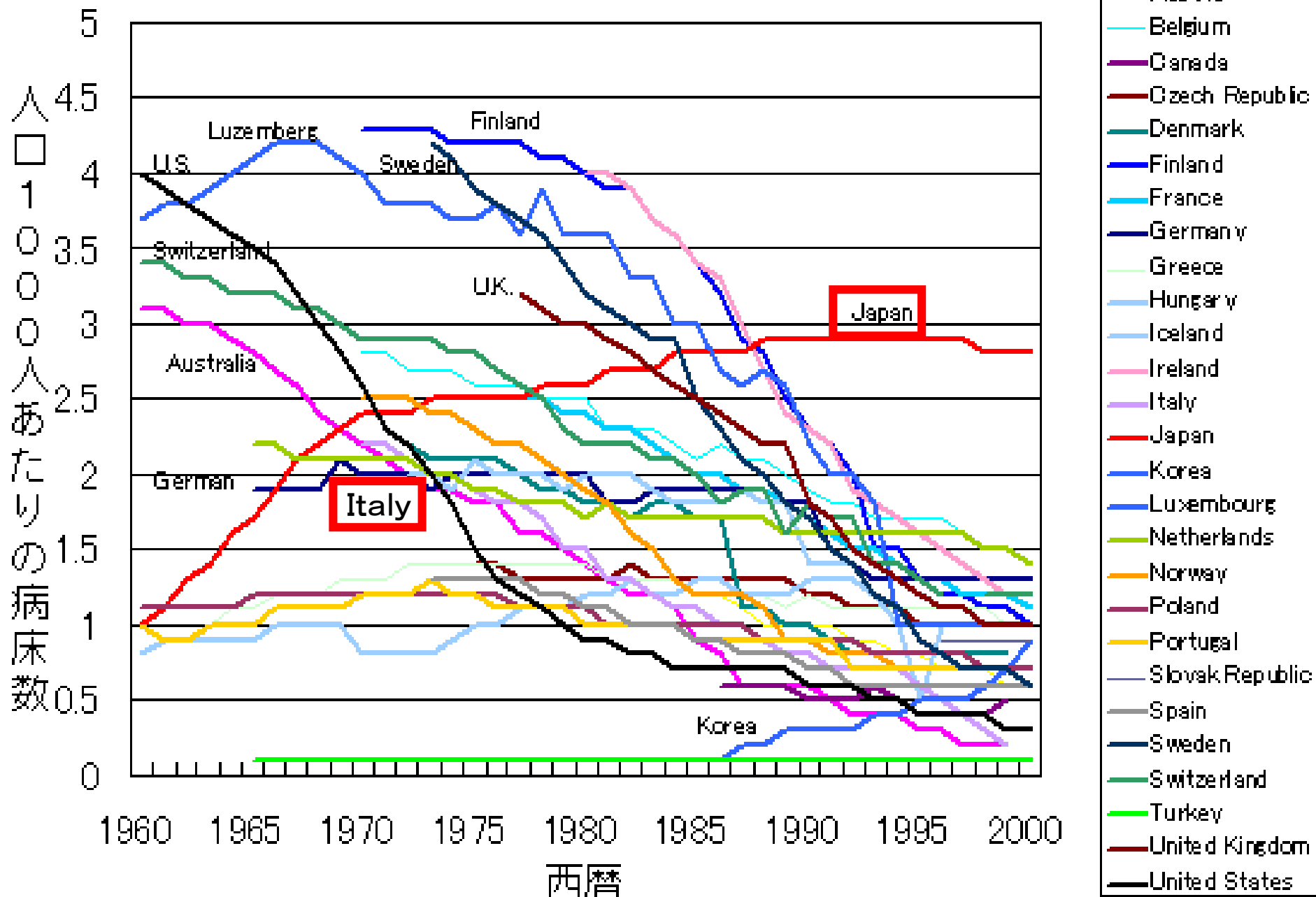


日本は世界一の 精神病床大国

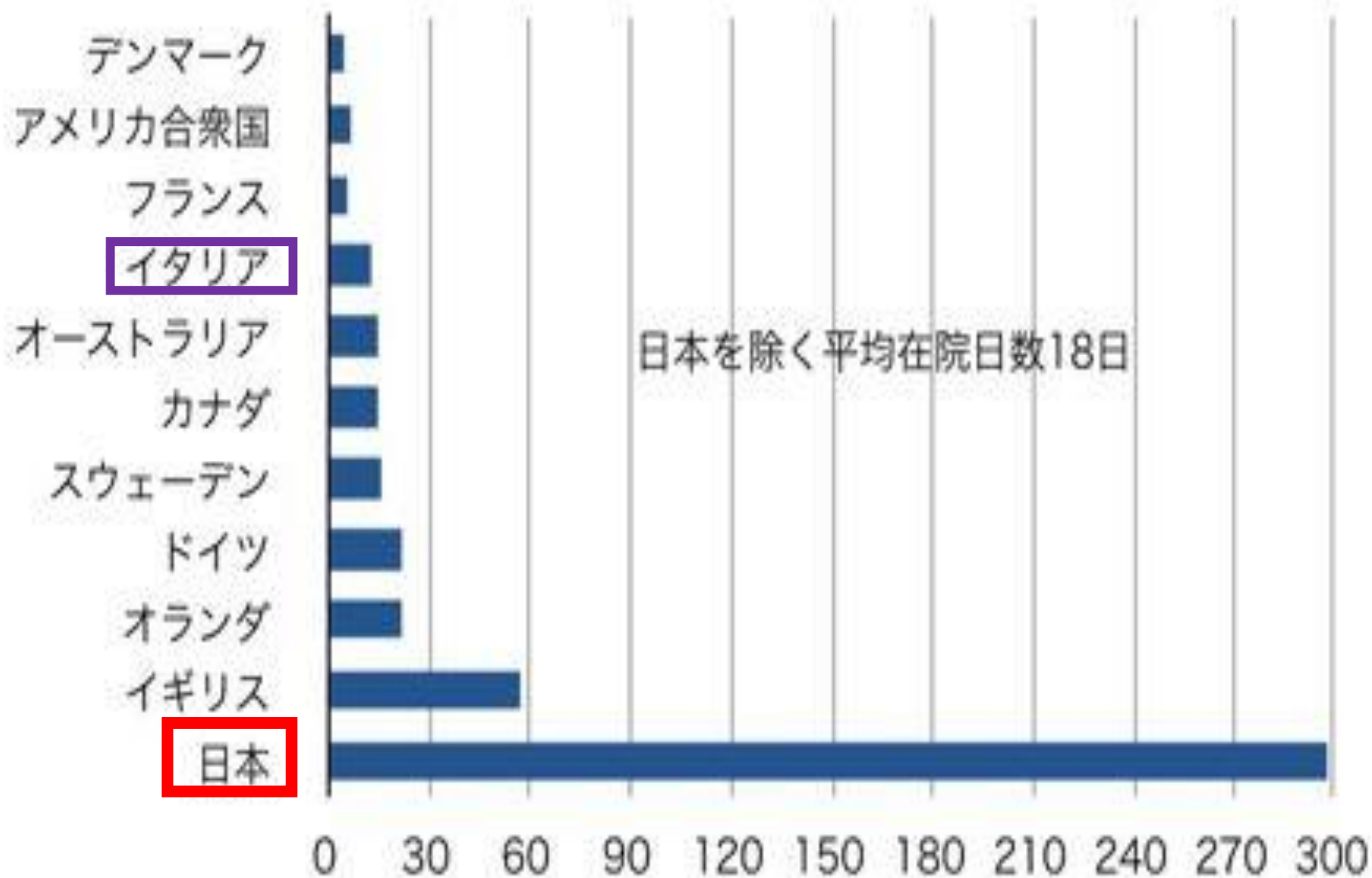


病床数、平均在院日数で金メダル

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



2005年退院者平均在院日数



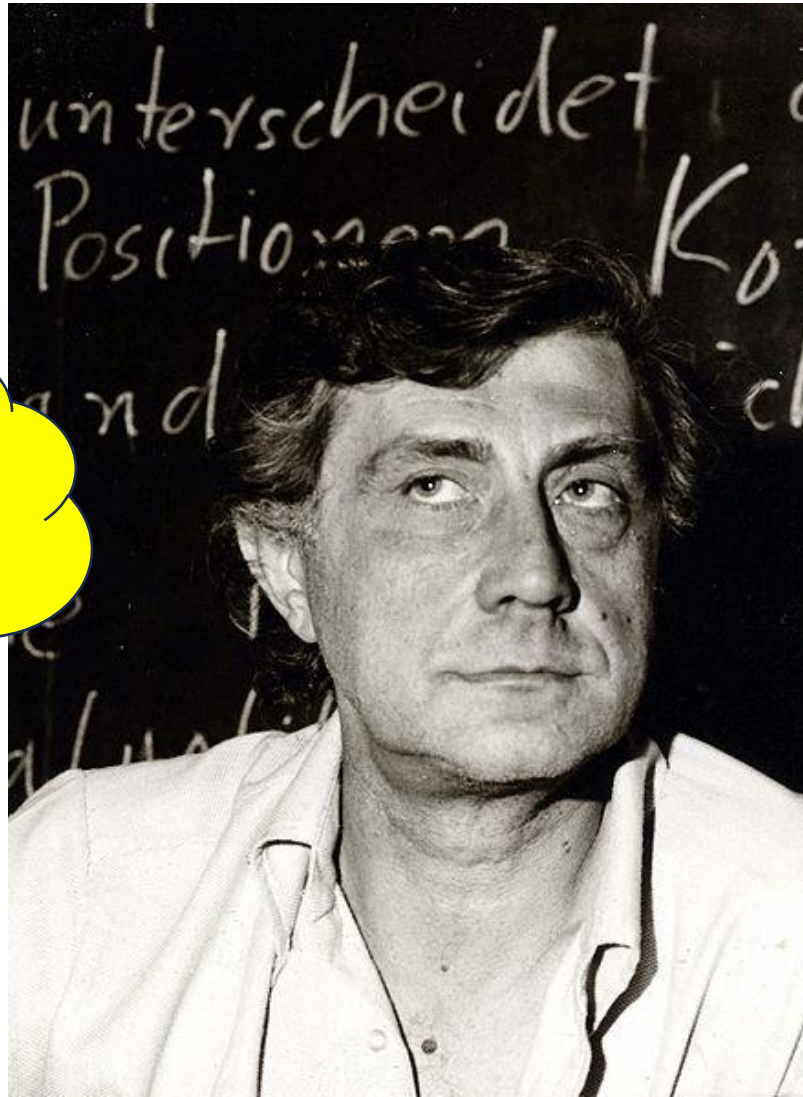
欧米では1970年代に
精神科病院改革が起きる

イタリアのバザーリア改革

フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年

La liberta' e'
terapeutica.
自由こそ治療だ！



北イタリアのゴリツィア県の精神科病院にバザーリアは赴任した





ゴリツィア県立精神病院の
現実...

バザーリア改革

• バザーリア法（180号法）

- **1978年5月に公布された**世界初の精神科病院廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への新規入院、**1980年末以降の再入院を禁止**
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センターで行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に**15床を限度に**設置するが、そのベッドも精神保健センターの管理下に置く。

こうした欧米の精神
病院改革の一方・・・

日本ではその流れに逆行した！

ライシャワー事件 (1964年 昭和39年)

- ライシャワー事件
 - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
 - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年（昭和40年）に「精神衛生法」が一部改正された。
 - 精神疾患患者の施設隔離が始まった

- ライシャワー駐日大使



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(2012年)



精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 構成員

天賀谷 隆 (日本精神科看護技術協会 副会長)

伊澤 雄一 (全国精神障害者地域生活支援協議会 代表)

小川 忍 (日本看護協会 常任理事)

門屋 充郎 (日本相談支援専門員協会 代表理事)

川崎 洋子 (全国精神保健福祉会連合会 理事長)

菅間 博 (日本医療法人協会 副会長)

佐々木 一 (医療法人爽風会佐々木病院 院長)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 院長)

中沢 明紀 (全国衛生部長会 会長(神奈川県保健福祉局保健医療部長))

中島 豊爾 (全国自治体病院協議会 副会長(岡山県精神科医療センター理事長))

長野 敏宏 (NPO法人ハートinハートなんぐん市場 理事)

野澤 和弘 (毎日新聞社 論説委員)

○ 樋口 輝彦 (国立精神・神経医療研究センター 総長)

平安 良雄 (横浜市立大学付属市民総合医療センター 院長)

広田 和子 (精神医療サバイバー)

福田 敬 (国立保健医療科学院研究情報支援研究センター 上席主任研究官)

堀江 紀一 (一般社団法人日本ケアラー連盟 共同代表)

三上 祐司 (日本医師会 常任理事)

◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

山崎 學 (日本精神科病院協会 会長)

山本 輝之 (成城大学法学部 教授)

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

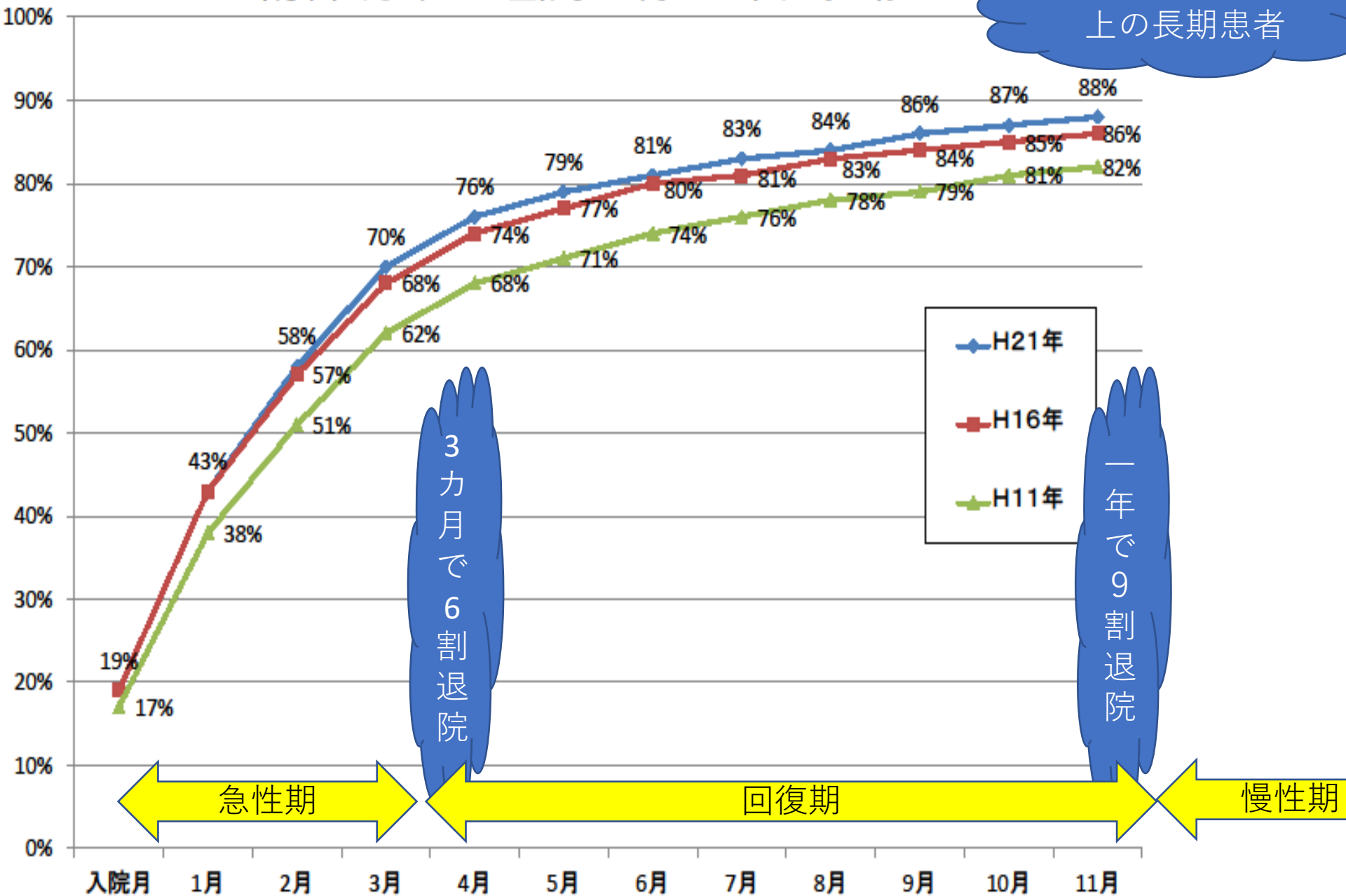
- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
 - 3ヶ月未満の急性期医療
 - 3か月～1年未満
 - 重度かつ慢性
 - 1年以上の長期高齢者入院



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)
2012年3月23日～6月28日まで
厚労省において7回の検討会を行った

精神病床の退院曲線の年次推移

10%が1年以上の長期患者



3カ月で6割退院

一年で9割退院

急性期

回復期

慢性期

(精神・障害保健課調べ)⁴

「重度かつ慢性」の基準案について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を越えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準に満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて①行動障害 ②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver.1)」に準拠する。

2. 行動障害

問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

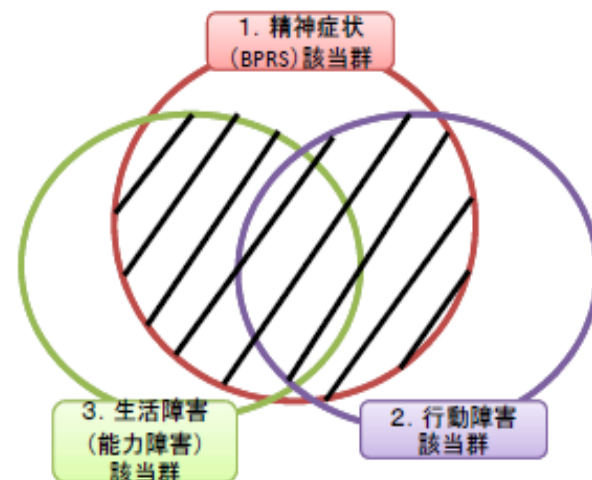
3. 生活障害

障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎
- ④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いてください:_____)



※表1～3については研究報告書参照のこと

出典:厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 x 在院期間のクロス表

40%は地域移行
できる！

			問13 調査日現在における在院日数						
			1年以上~1年6ヶ月未満	1年6ヶ月以上~3年未満	3年以上~5年未満	5年以上~10年未満	10年以上~20年未満	20年以上	合計
暫定基準案 (ただし身体基準は除く)	非該当	人数	146	320	261	381	346	385	1839
		列の%	41.1%	43.6%	37.3%	36.5%	34.4%	35.2%	37.3%
	該当	人数	209	414	439	664	659	710	3095
		列の%	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%
	合計	人数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
		列の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針(推計式の開発)

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

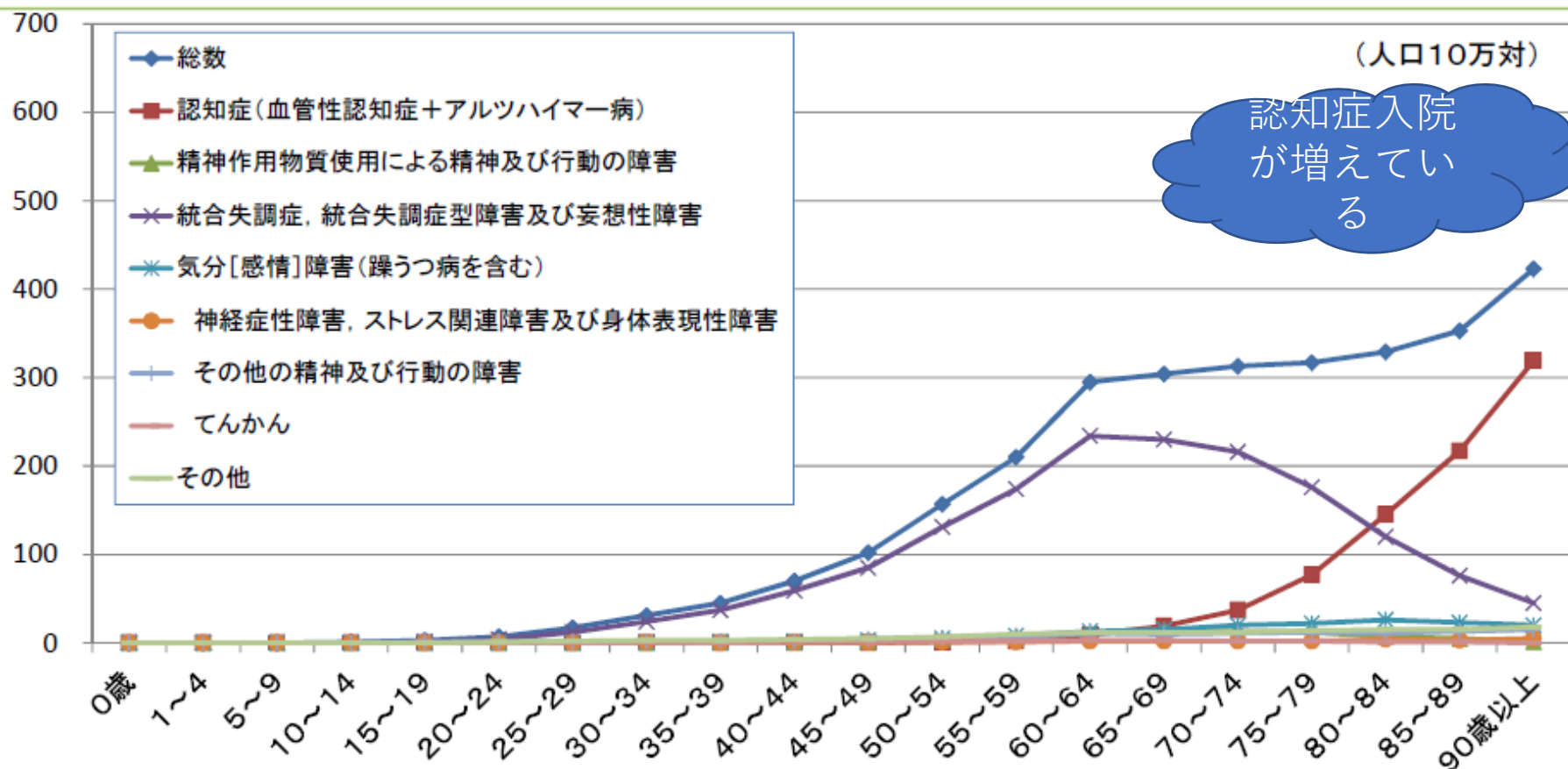
※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院(長期入院)需要	
平成26年				
平成32年度末				地域移行に伴う基盤整備量
平成37年(2025年)				地域移行に伴う基盤整備量

精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
- 統合失調症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。



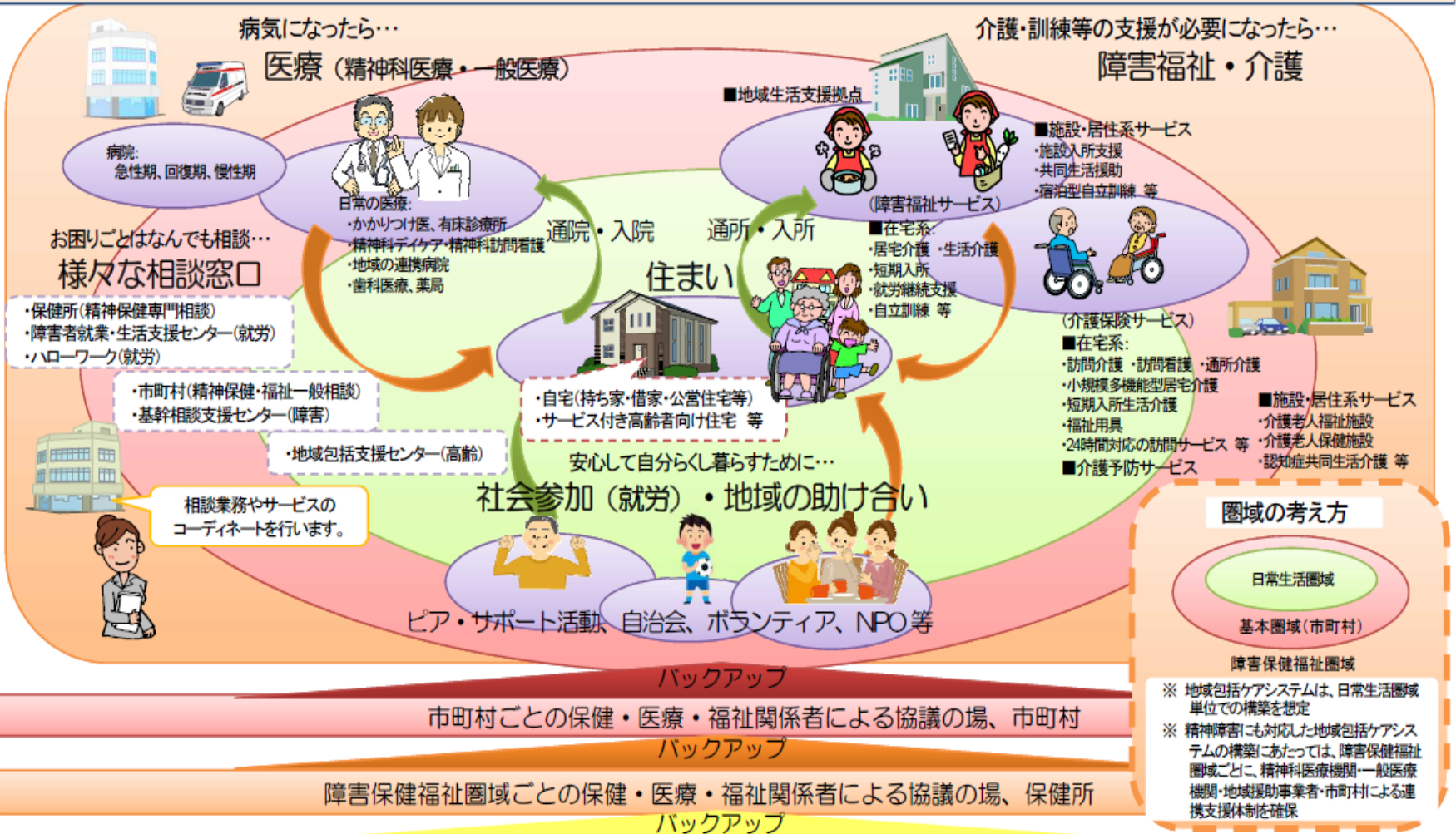
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神科患者の 地域移行のために . . .

- ①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ②多様な精神疾患患者等への対応

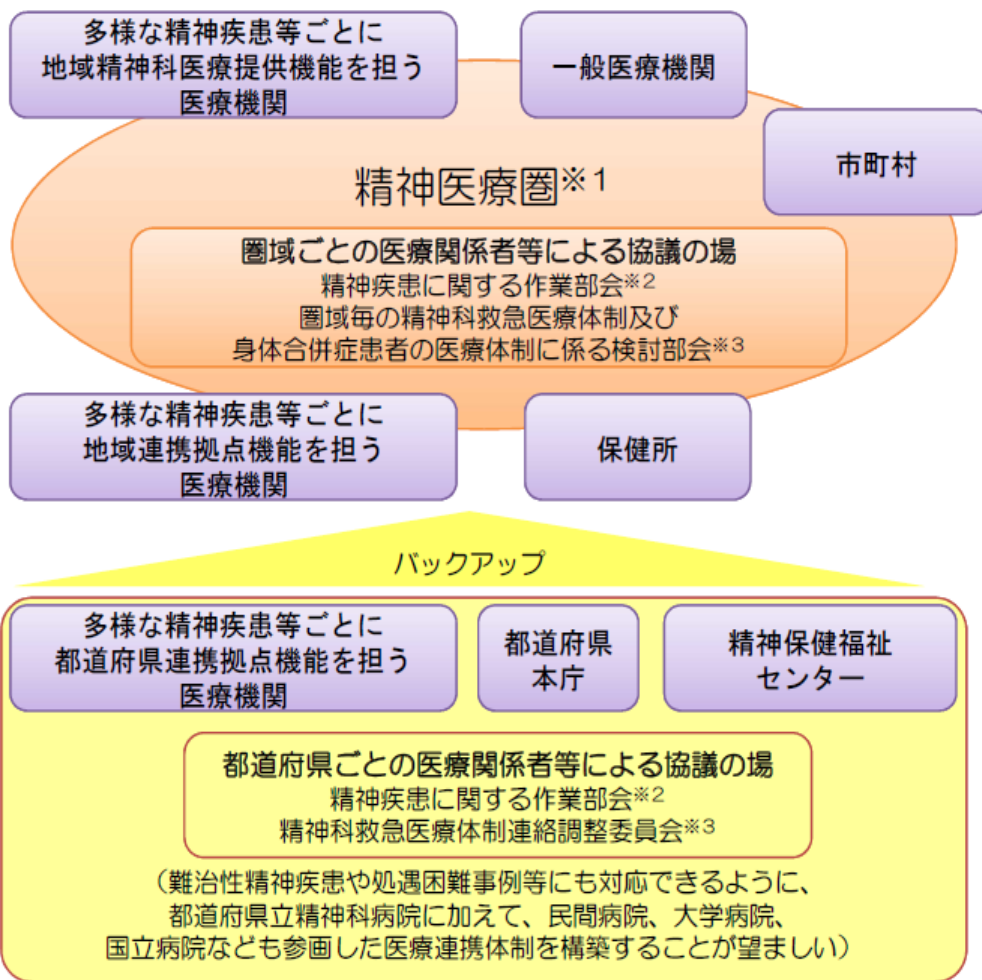
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る)

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

地域精神科医療の提供

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点

③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整

〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る)

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

①医療連携の都道府県拠点、

②情報収集発信の都道府県拠点、

③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援(個別相談、人材育成等)

〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

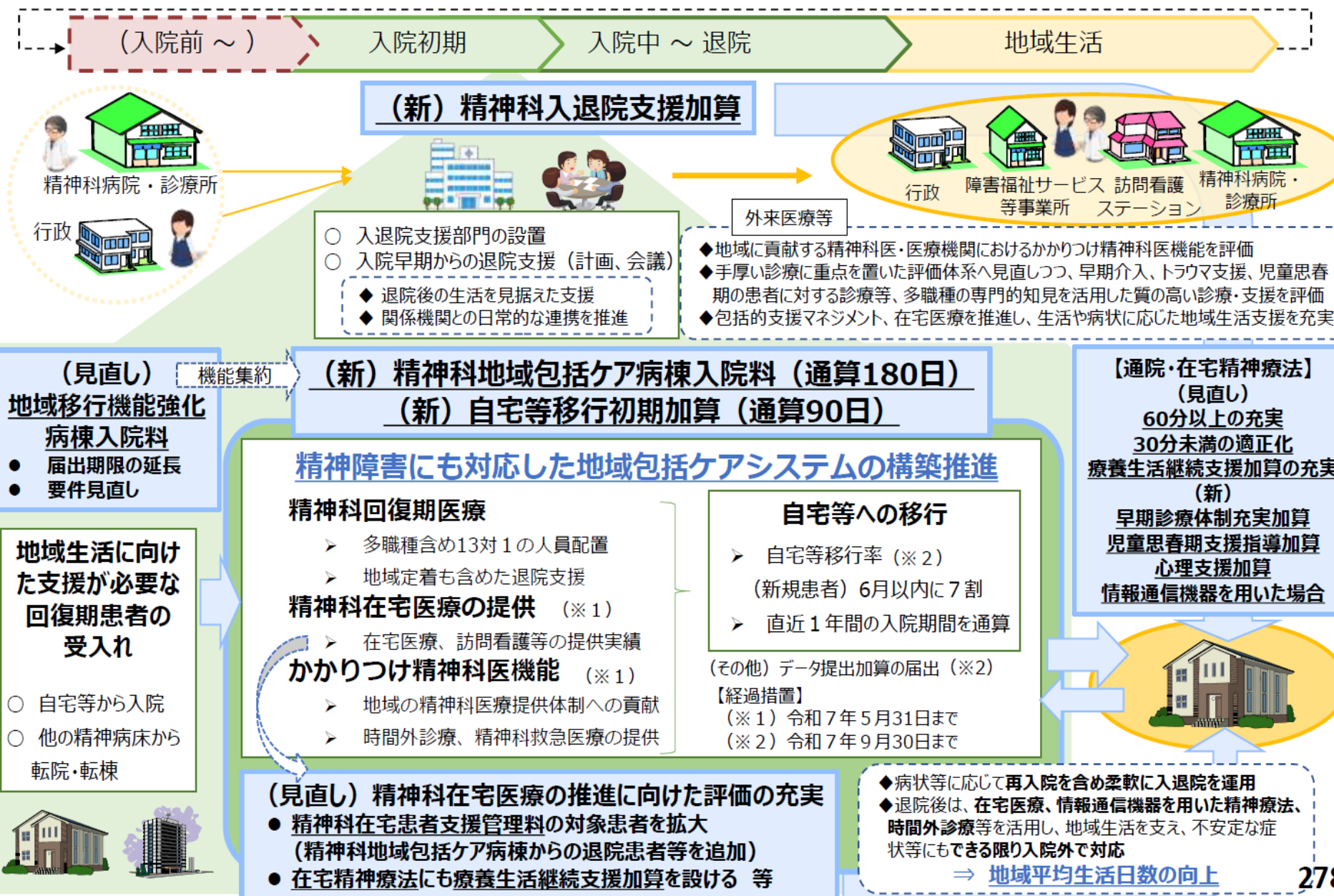
※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

2024年診療報酬改定

- ①精神科地域包括入院料
- ②精神科入退院支援加算

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

➤ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

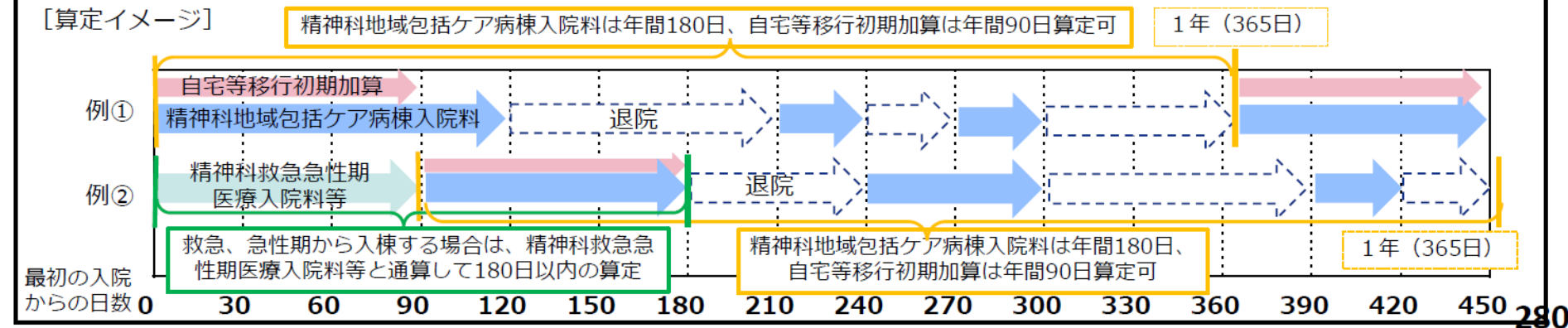
**(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料
自宅等移行初期加算**

**1,535点 (1日につき)
100点 (1日につき)**

[算定要件] (概要)

- (1) **精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料**及び**精神科救急・合併症入院料**を算定した期間と通算して**180日**を限度として、所定点数を算定する。
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して**90日間**に限り、**自宅等移行初期加算**として、100点を加算する。
- (3) 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、**直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算**する。
- (4) 精神病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、**患者1人につき1回**に限る。
- (5) 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、**医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同**して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- (6) 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、**療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上**提供していることが望ましい。
- (7) 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

[算定イメージ]



精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

[施設基準] (概要)

自宅等への移行実績 ● 当該病棟の入院患者のうち **7割以上**が入院日から起算して **6月以内に退院し、自宅等へ移行**すること。(②)
ただし、(★)を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。

かかりつけ精神科医機能

【精神科回復期医療の提供】

多職種の重点的な配置

- **看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1** (日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上)
- **看員職員で15:1以上** (必要最小数の4割以上が看護師)
- 夜勤の看護職員数2以上

地域定着も含めた退院支援

- **精神科入退院支援加算の届出** (①)
- 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等 (※2) との連携 (※2) 障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関 (都道府県、保健所、市町村) 等

【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績

- ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(①) ※いずれも直近3か月間の算定回数
- ア 精神科訪問看護・指導料 (I) 及び (III) **60回以上** イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 **300回以上**
- ウ 精神科退院時共同指導料 **3回以上** エ 在宅精神療法 **20回以上** オ 精神科在宅患者支援管理料 **10回以上** (★)

地域の精神科医療提供体制への貢献

- 当該保険医療機関の**常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務** (※) **等を年1回以上**行っていること。(①)
(※) 措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等

精神科救急医療、時間外診療の提供

- ア又はイを満たしていること (①)
- ア **常時対応型施設**又は**身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関**
- イ **病院群輪番型施設**であって、時間外、休日又は深夜において、**入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上**

その他

- **データ提出加算に係る届出** (②)
- **クロザピンを処方する体制**
- 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下
- 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下

[経過措置] (①) **令和7年5月31日**まで (②) **令和7年9月30日**まで

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

➤ 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

〔施設基準〕（概要） ※<>内は現行

(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア (略)

イ 以下の式で算出される数値が<2.4>**3.3%**以上であること。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

(15) 各月末時点で、以下の式で算出される数値が<2.4>**3.3%**以上であること。

1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数 ×100（%）

(16) 1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<30>**40%**×当該病棟の算定年数)

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<30>**40%**×当該病棟の算定月数÷12)

(21) **（削除）**<令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。>

2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

〔施設基準〕	現行				改定後			
入院患者数が40名を超えない場合	専従	常勤	精神保健福祉士	1名以上	専従	常勤	精神保健福祉士	1名以上
	専任	常勤	精神保健福祉士	1名以上	専任	常勤	退院支援相談員	1名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従	常勤	精神保健福祉士	1名以上	専従	常勤	精神保健福祉士	1名以上
	専任	常勤	精神保健福祉士	2名以上	専任	常勤	退院支援相談員	2名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従	常勤	精神保健福祉士	1名以上	専任の従事者について、PSW以外の職種（退院支援相談員（※））でも可能とする。			
	専任	常勤	精神保健福祉士	1名以上				
	専任	常勤	社会福祉士	1名以上				

（※）退院支援相談員
 ・当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定
 ・退院支援相談員は、次のいずれかの者であること
 ア 精神保健福祉士
 イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士**又は公認心理師**として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、**令和12年3月31日**まで届出を可能とする。

精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

(新) 精神科入退院支援加算

1,000点 (退院時 1回)

(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算

300点 (退院時 1回)



【算定要件】 (概要)

- (1) 原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- (4) 当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

【施設基準】 (概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関の数の合計が10以上であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
 - (イ) 他の保険医療機関
 - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
 - (ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ 直近1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

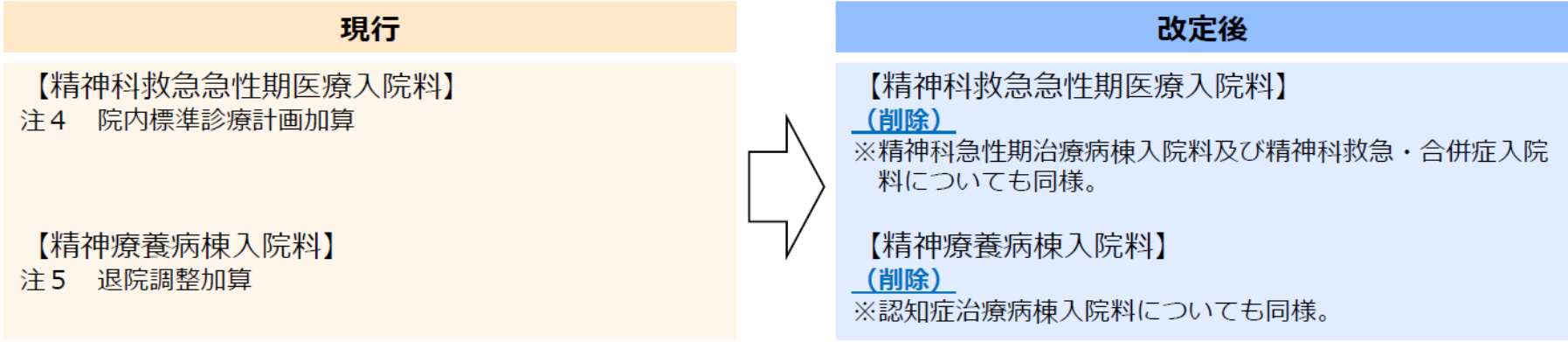
※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

精神科入退院支援加算の新設

➤ 精神科入退院支援加算の新設に伴い、現行の精神科措置入院退院支援加算を廃止する。



➤ 精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。



精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

◆ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供

- 地域に貢献する精神科医・医療機関における**かかりつけ精神科医機能**を評価
- **手厚い診療**に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した**質の高い診療・支援**を評価
- 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた**地域生活支援**を充実



外来通院
保険医療機関内

通院・在宅精神療法

在宅
保険医療機関外



（充実）60分以上・初診 （適正化）30分未満

（新）【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】

- 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
- 地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供） 等

（新）【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】

- 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月2回、2年を限度) 等

（新）【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

- 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- 2名以上の多職種を専任配置（うち1名以上は適切な研修の修了を要件） 等

通院精神療法

（新）【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進】

- 過去1年以内に対面診療を行った患者
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
 - 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- 安全性を確保した向精神薬の処方
 - 3剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可 等

（対象患者の拡大）

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

- 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
 - 看護師等又は精神保健福祉士による面接（月1回）、多職種カンファレンス（3月1回）、精神保健福祉士の専任配置 等

看護部への ワンポイントアドバイス



- 精神科改革は日本の医療の中で最大かつ最難関の改革だ。
- あるとき東京の郊外にある精神科病院を訪れた。そのとき院長の言葉を今でも覚えている。「見てください、この穏やかな院内風景を。患者さんは入院していることで穏やかに暮らし、家族も安心し、地域にとっても安全が保たれているのです」。思わず「そうですね」と答えてしまった。「患者よし、家族よし、地域よし」の「三方よし」が、日本の精神医療を支えているのだと思った。
- かくして日本版バザリア改革は道遠しだ。しかし今回の精神科入退院支援のように現場の改革で出来ることも多い。まずは看護部から声を上げてほしいものだ。

🏠 > こちら特報部

身体拘束「なぜ心が痛むの?」「地域で見守る?あなた、できるの?」精神科病院協会・山崎学会長に直撃したら…

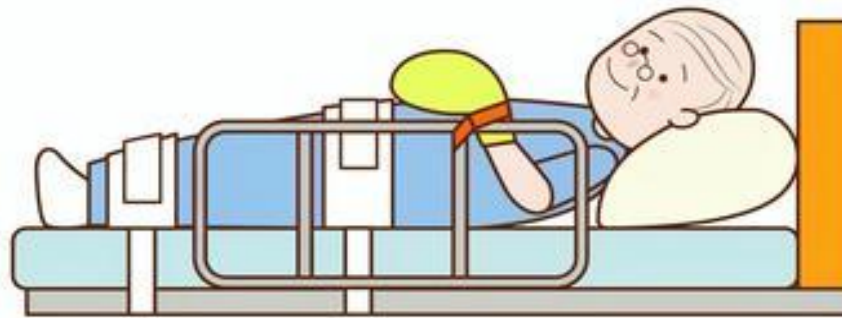
2023年7月7日 16時00分 東京新聞

地域で見守る?
あなた、できるの?



Chapter 8

身体拘束最小化で 病棟看護はどうかわる？



身体拘束とは？



身体拘束とは

• 身体拘束

- 「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制することをいう」（昭和63年4月8日厚生省告知第129号における身体拘束の定義）

• 身体拘束の適応

- 患者本人又は他の患者等の生命及び身体を保護するための緊急やむを得ない場合である。適応の3要件とは「切迫性」、「非代替性」、「一時性」
- 「切迫性」
 - 患者本人又は他の患者の生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。たとえば気管（切開）チューブ・中心静脈カテーテル・動脈カテーテル等の処置を行われている場合
- 「非代替性」
 - 身体抑制その他の行動制限を行う以外に代替する看護（介護）方法がないとき
- 「一時性」
 - 身体抑制その他の行動制限が一時的なものであることである。

身体拘束の3要件

- ① 切迫性
- ② 非代替性
- ③ 一時性

緊急やむを得ない場合

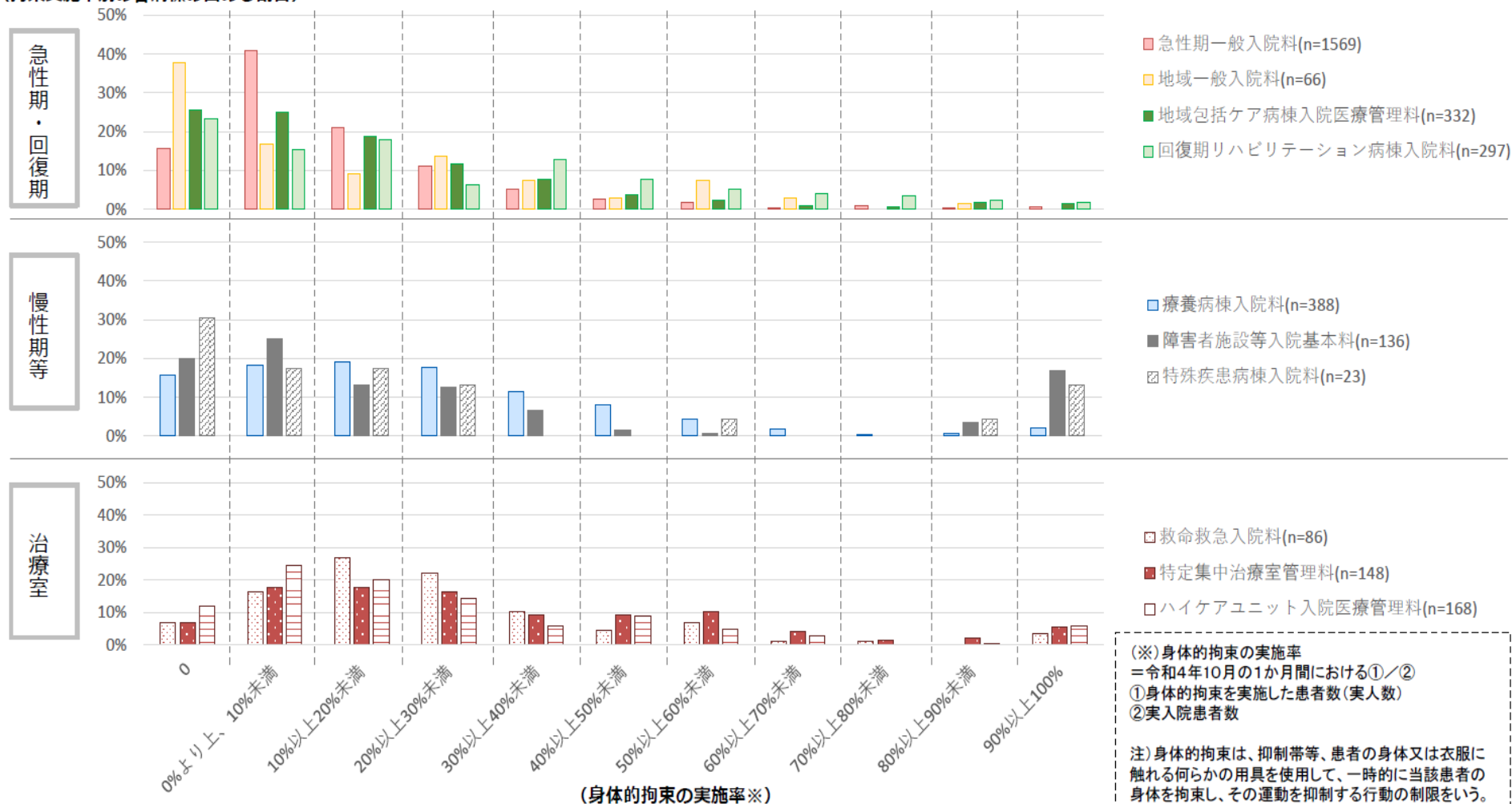
厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■ 入院料別の身体的拘束の実施率 (※)

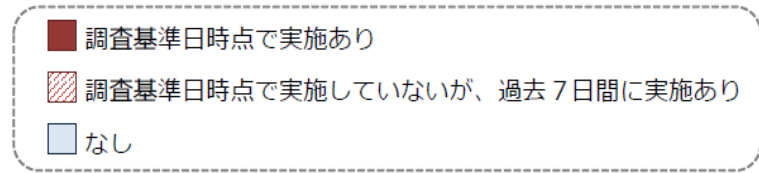
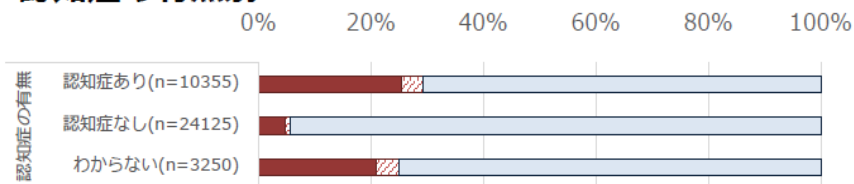
(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



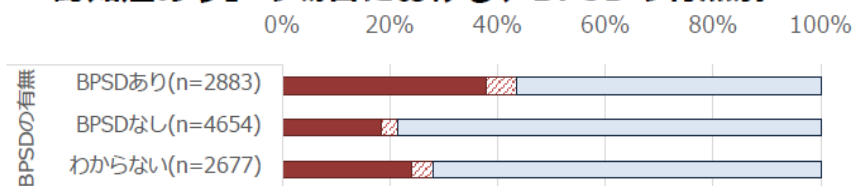
患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

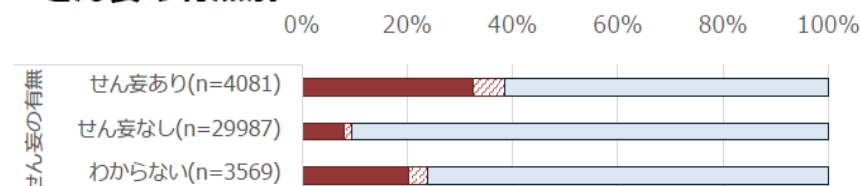
■ 認知症の有無別



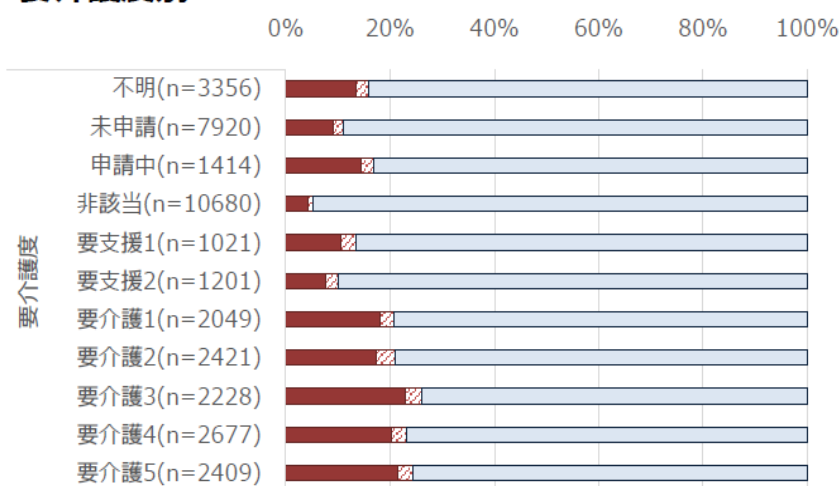
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



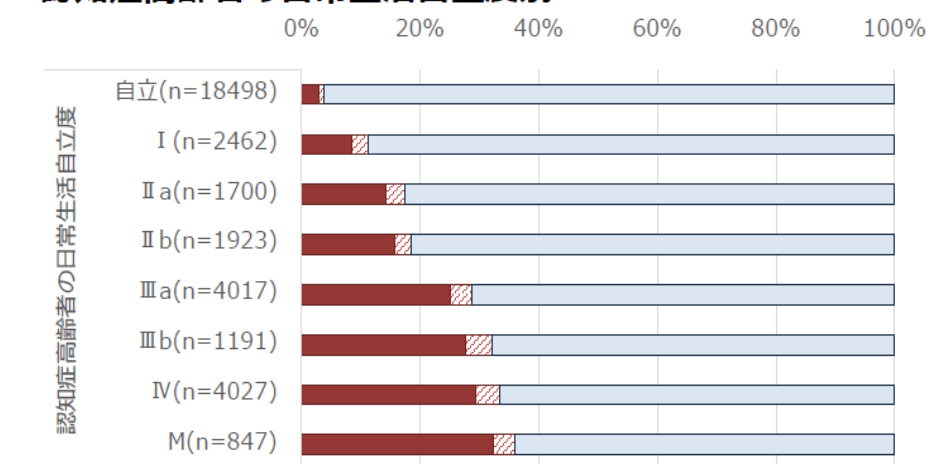
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



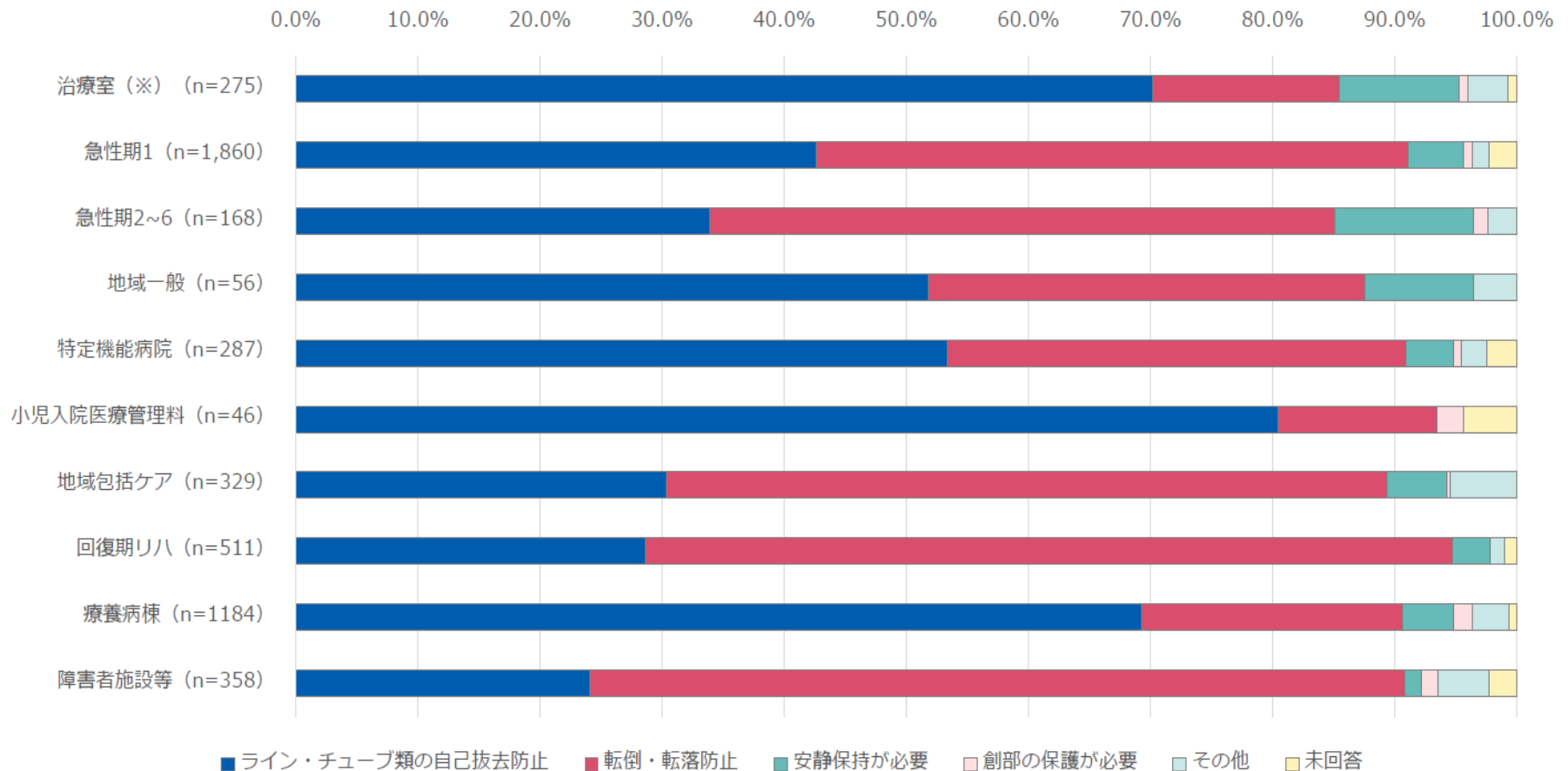
■ 認知症高齢者の日常生活自立度別



入院料別の身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



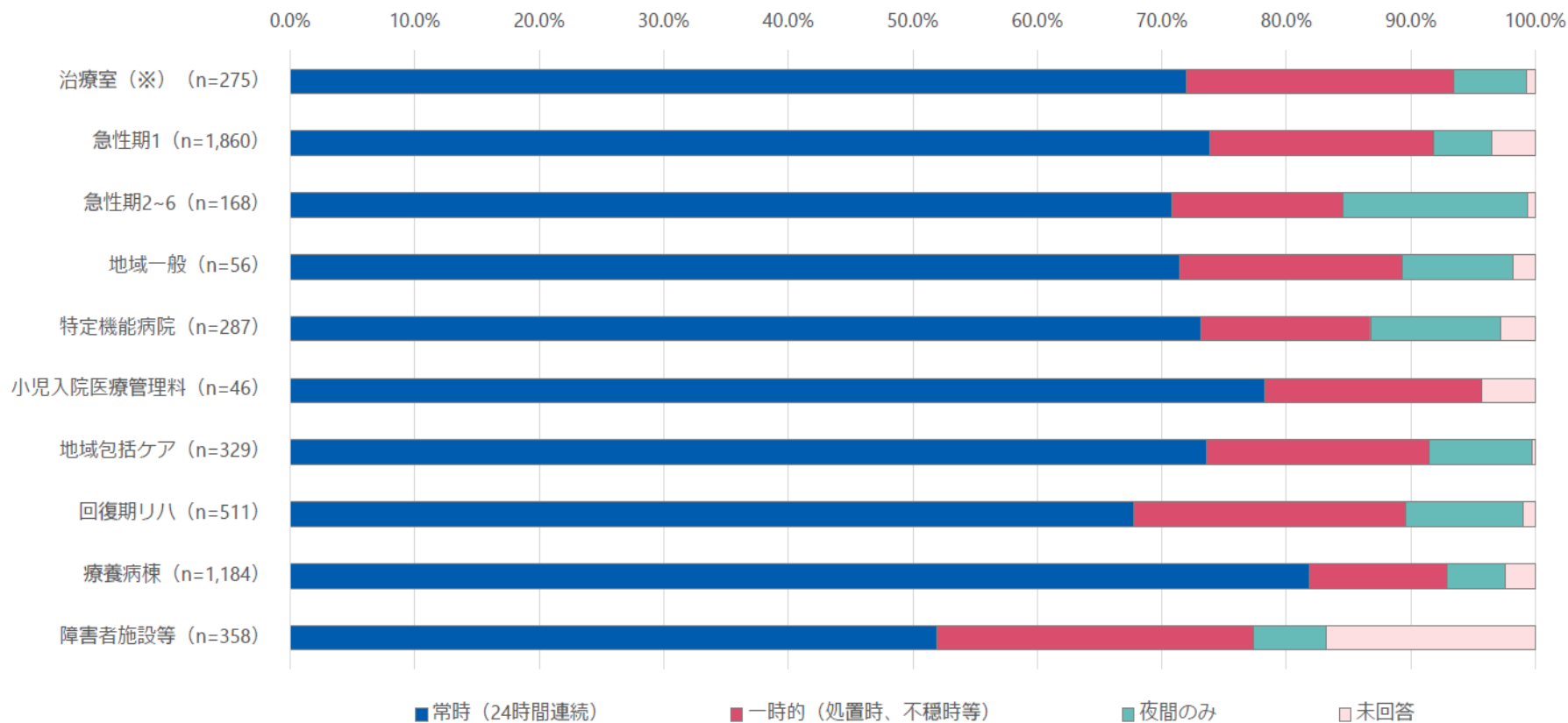
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

入院料別の拘束時間

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

■ 拘束時間（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答

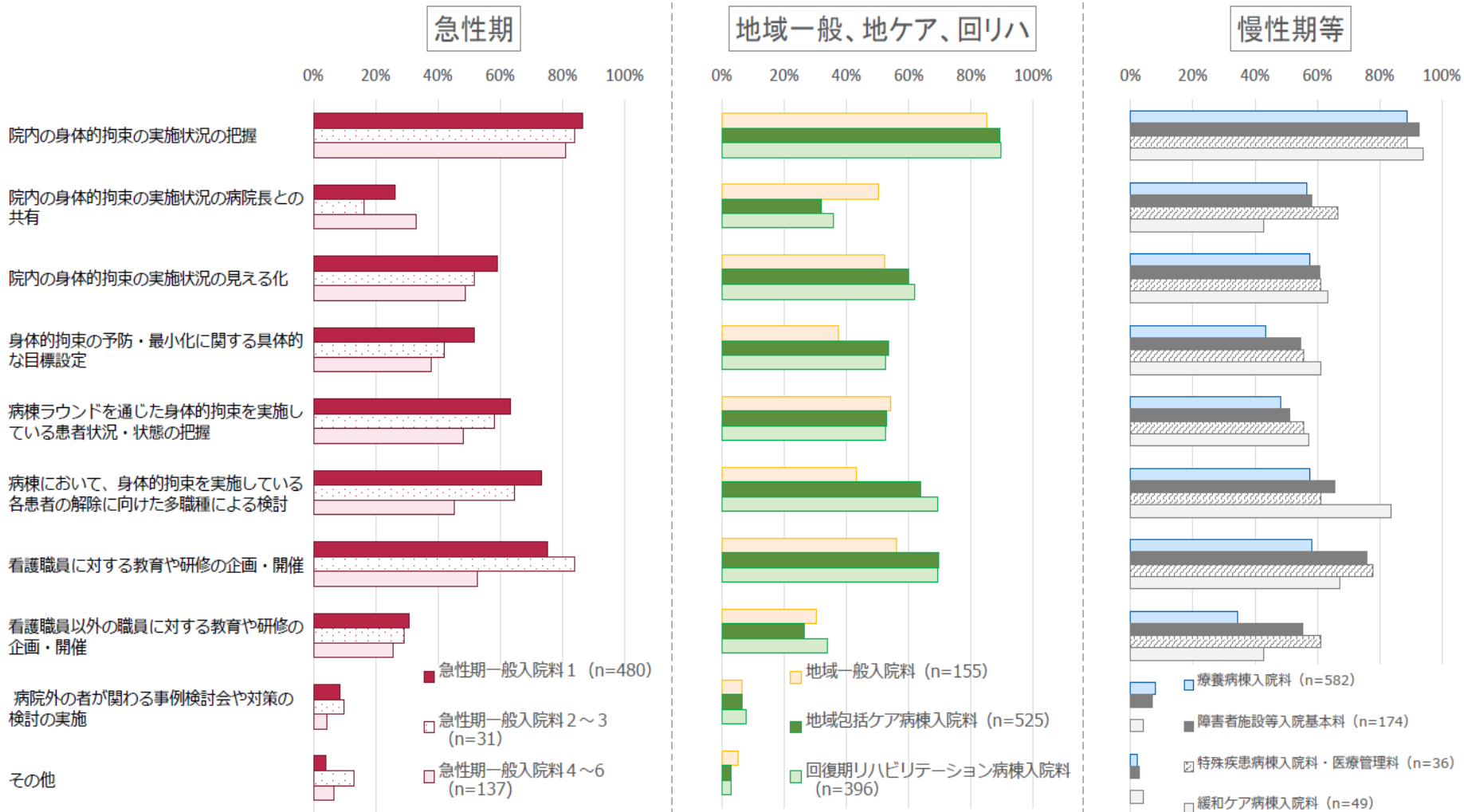


(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

- 入院料別の身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
- 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

■身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）



身体拘束の 最小化の取り組み



一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	<ul style="list-style-type: none"> 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 身体拘束解除カンファレンス 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス
3. 患者の安全を守る	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組


【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見てもらう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】

うでに点滴をしています。
ここからくすりや栄養が入っています。
大事にしましょう。



身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。
次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
 - ・ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
 - ・ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
 - ・ 不安や孤独を感じている場合
 - ・ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
 - ・ 身の危険を感じている場合
 - ・ 何らかの意思表示を使用としている場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

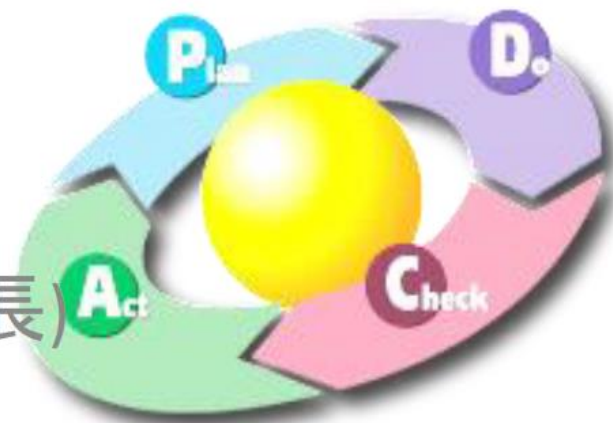
身体拘束をせずにケアを行うために — 3つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. 5つの基本的ケアを徹底する。
①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

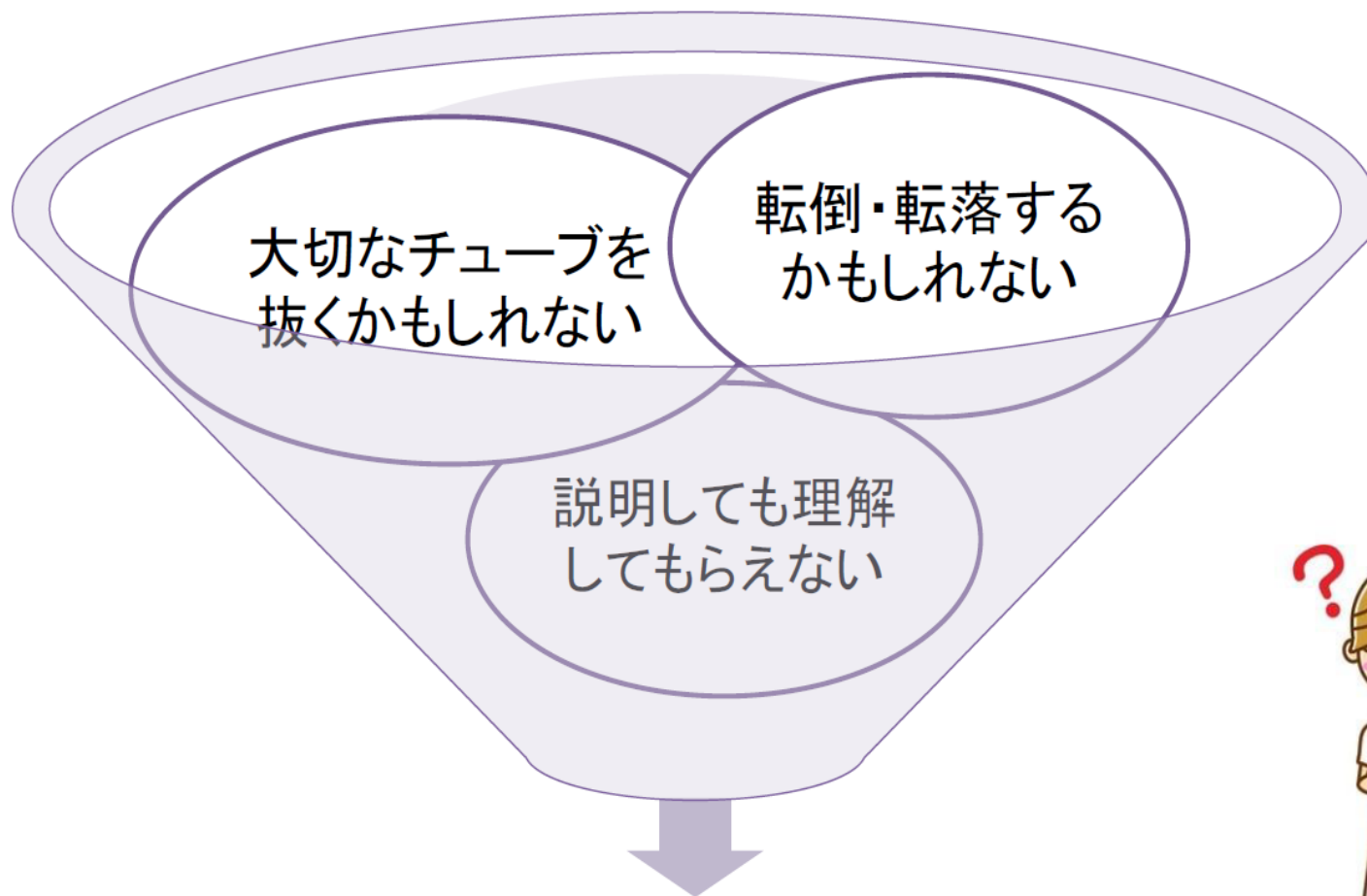
高度急性期医療の場での 抑制しない看護へのチャレンジ

金沢大学附属病院

小藤 幹恵 (前 副病院長 看護部長)



抑制は何のため？誰のため？



安全のため？安心のため？に抑制する



思いやりの心に深く根ざす看護を目指した部門目標
—身体抑制激減の筋道として—

平成26年度 看護部目標

2. 1患者ごとの個別的なクオリティの高い看護を実践する
- 3) 不快、痛みを軽減する技術を高め、実践する
- 4) 抑制・束縛・禁止を減少させ、選べること、したいことを増加・支える実践をす

平成27年度 看護部目標

1. せん妄予防ケアを増やす
2. 臨床倫理カンファレンスを実施し、抑制という手段を用いることを激減させる
身体抑制 ・ 監視カメラ ・ センサーマット
4. 痛みを緩和させるケアを増やす
がん性疼痛 ・ 術後疼痛 ・ 処置・検査に伴う痛み

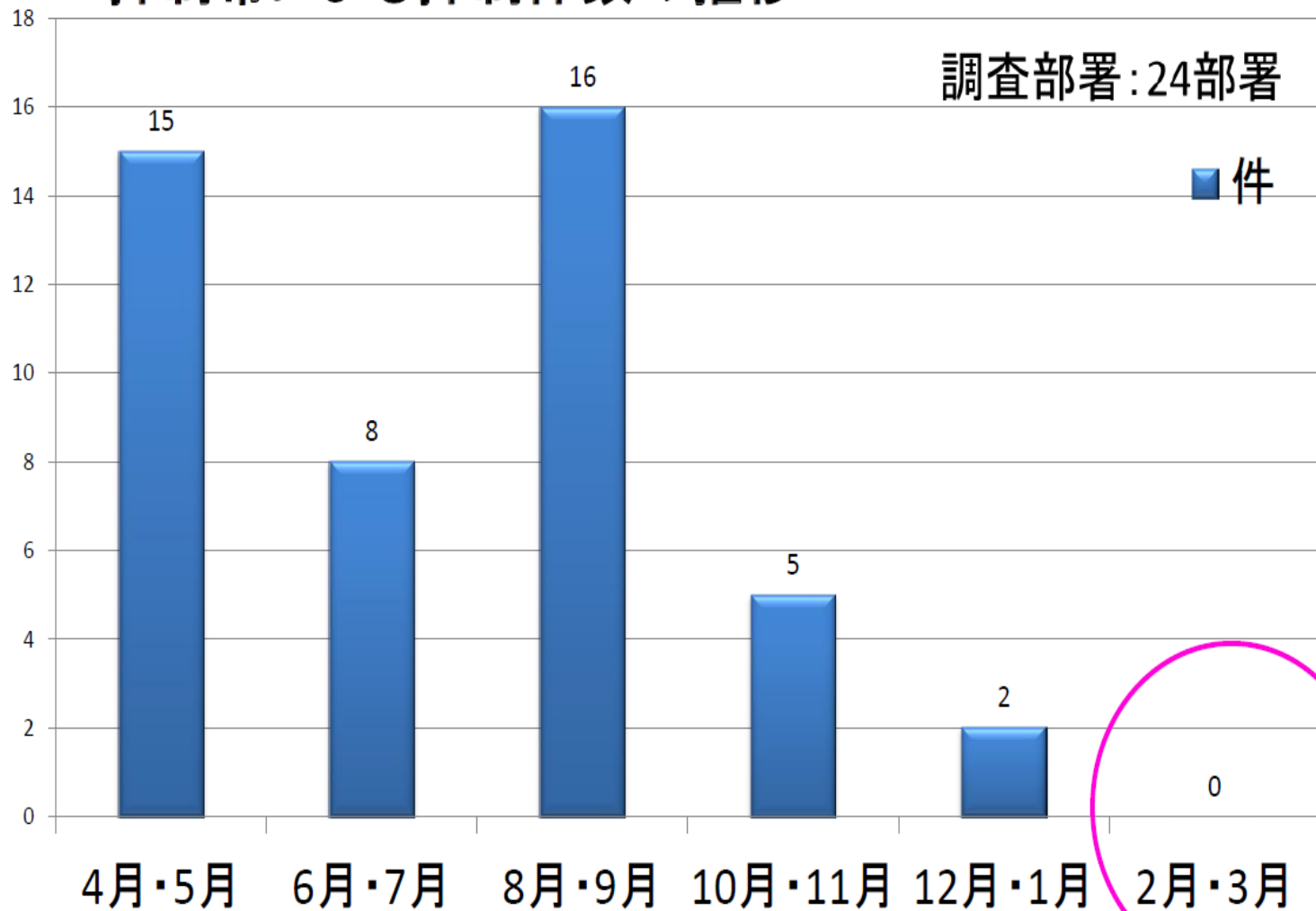
平成28年度 看護部目標

1. 尊厳ある方への看護であることを実践にあらわす
2. 患者の頭の中にある認識を大切に踏まえたケアを行う
3. 患者の歩みを知り、今からの歩みを一緒に描き、役割を発揮する

抑制帯 0 達成 平成27年度

一般病棟・精神病棟

抑制帯による抑制件数の推移



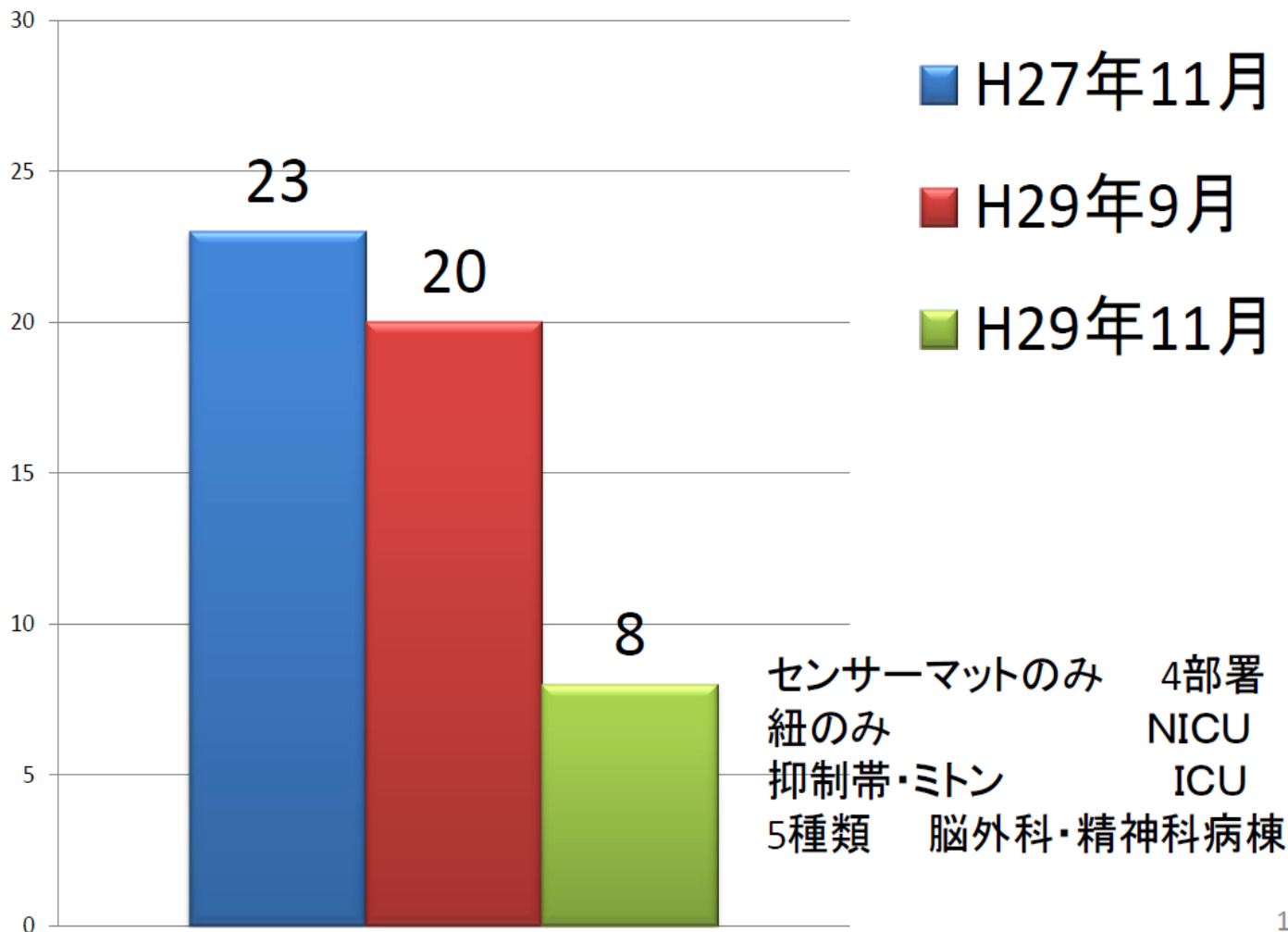
さらに取り組みを進めていく

実際の場の調整・改善

- せん妄ケアフロー スクリーニング抽出から全対象へ
- SPD物品 抑制帯・ミトンの配置供給徐々に中止
- 精神科病棟からの抑制帯貸し出し
 - 理由、状況の相談 使用の留意点
- センサーマットの貸し出し 問いかけ
- 患者情報の共有タイミング
 - 必要時院内関連部署関係者、多職種と、早期に
- あらかじめの抑制の同意書徐々に取りやめ
- 北陸認知症プログラム 全看護職員受講・修了
- ユマニチュード学習 全看護職員学習

院内の抑制用具保有部署数

2年間で1/3に減少全28部署



ICUの活動

1. よいケアを提供できた事例から
良いケアを振り返る

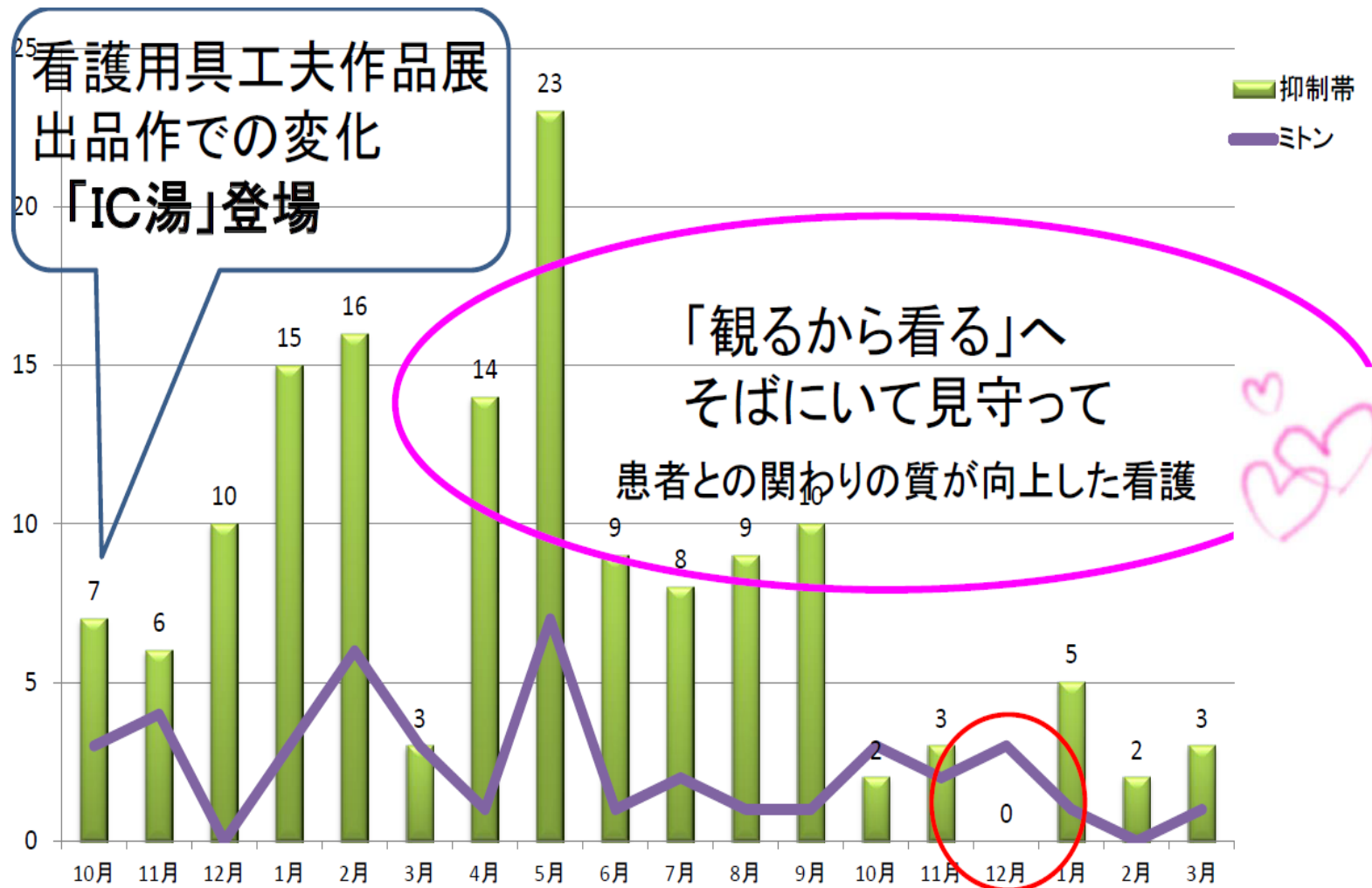
2. 実践したケア、継続されているケアが
記録から読み取れるように変化

3. 患者にとって最も良いことは何かを
多職種で検討できる体制整備

4. 環境調整・声かけ・タッチングの重要性
を再認識

ICUにおける抑制人数の月別推移

期間: 平成27年10月～平成29年3月



身体拘束ゼロを目指して

- 施設基準に「患者、他の患者などの生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない」こと、「身体的拘束の最小化の実施体制を整備する」ことを規定する
- 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。
- 身体拘束最小化に関しては1年間の経過措置が設けられている。
- すべての病院・有床診療所において「身体拘束ゼロ」に向けた取り組みを今から進めることが重要。

② 入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。

あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の評価を見直す。

	改定後 点数	現行 点数
【一般病棟入院基本料】		
1 急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料 1	1,688 点	1,650 点

身体拘束に関する項目

- 入院基本料
- 看護補助体制充実加算
- 認知症ケア加算
- 訪問看護

看護部への ワンポイントアドバイス



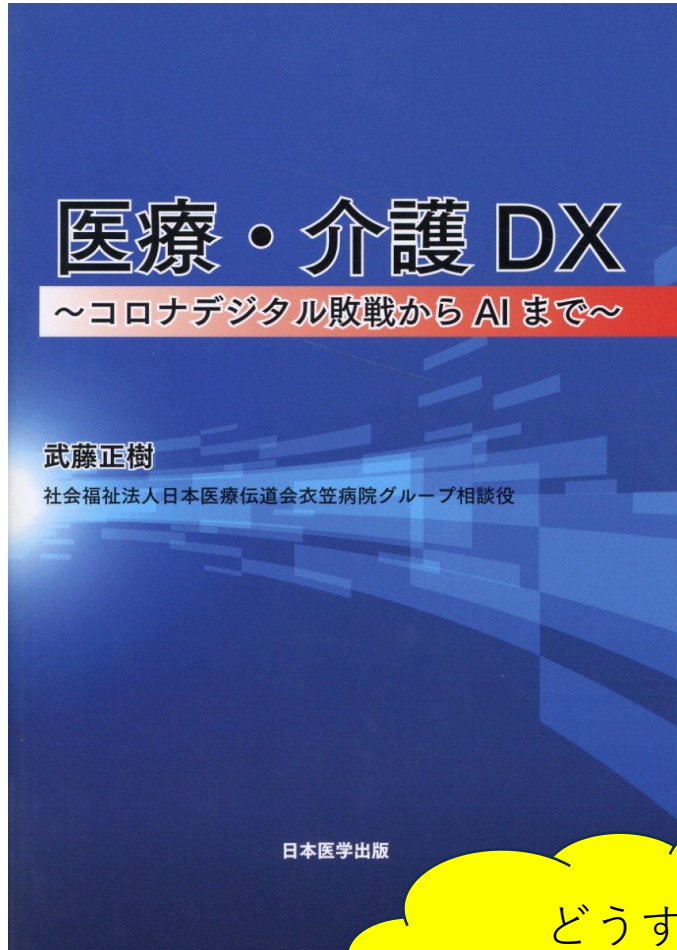
- 「身体拘束ゼロなんて現場の厳しさを分かっていない」
- 「病棟は医療処置の多い高齢者ばかりだ。認知症の高齢者も増えている。こんななか夜勤2人で身体拘束なしではやってられない」
- 「人出不足で悪いとは思っても身体拘束をせざるを得ない」
- こうした声の中、実際に急性期病院でも身体拘束ゼロを実現している病院がすでにある。今はまだその数は少ない。しかしそうした成功事例から学ぶことが必要だ。

診療報酬は時代を映すカガミだ
その変化を敏感に感じよう

- ・ 「最も強いものが生き残るのではない。
最も変化に敏感なものが生き残る」
(チャールズ・ダーウィン)

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

どうする
マイナトラブル

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp