

# 入院について(その1)

# 1. 入院医療をとりまく現状について

## (1) 入院患者及び医療提供体制

- 人口動態及び医療需要
- 各入院料の病床数等の状況
- 地域医療構想及び機能分化

## (2) 入院医療における医療費

# 2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

## (1) 急性期入院医療

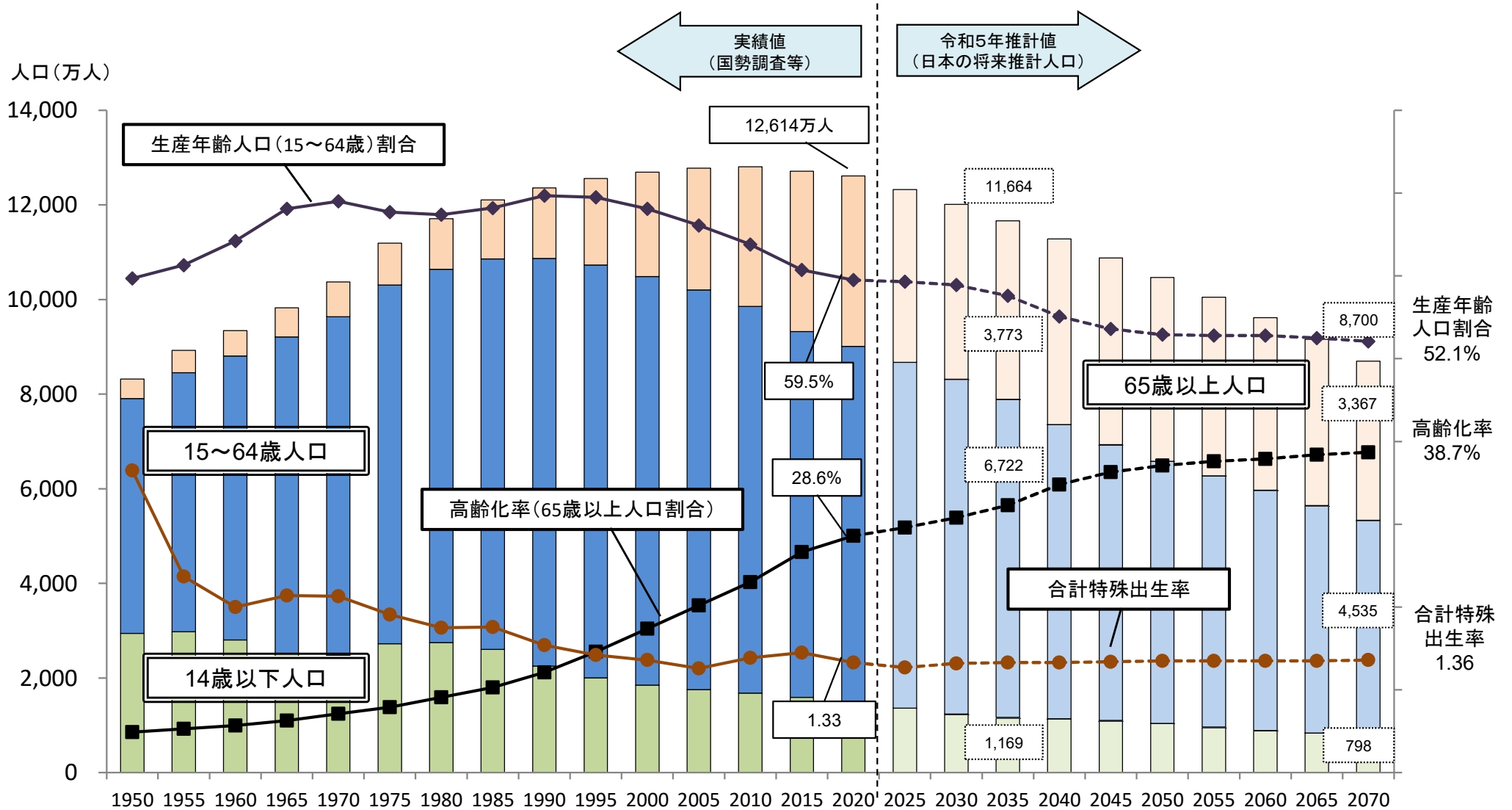
## (2) 回復期入院医療

## (3) 慢性期入院医療

## (4) 入院医療におけるその他の評価

# 日本の人口の推移

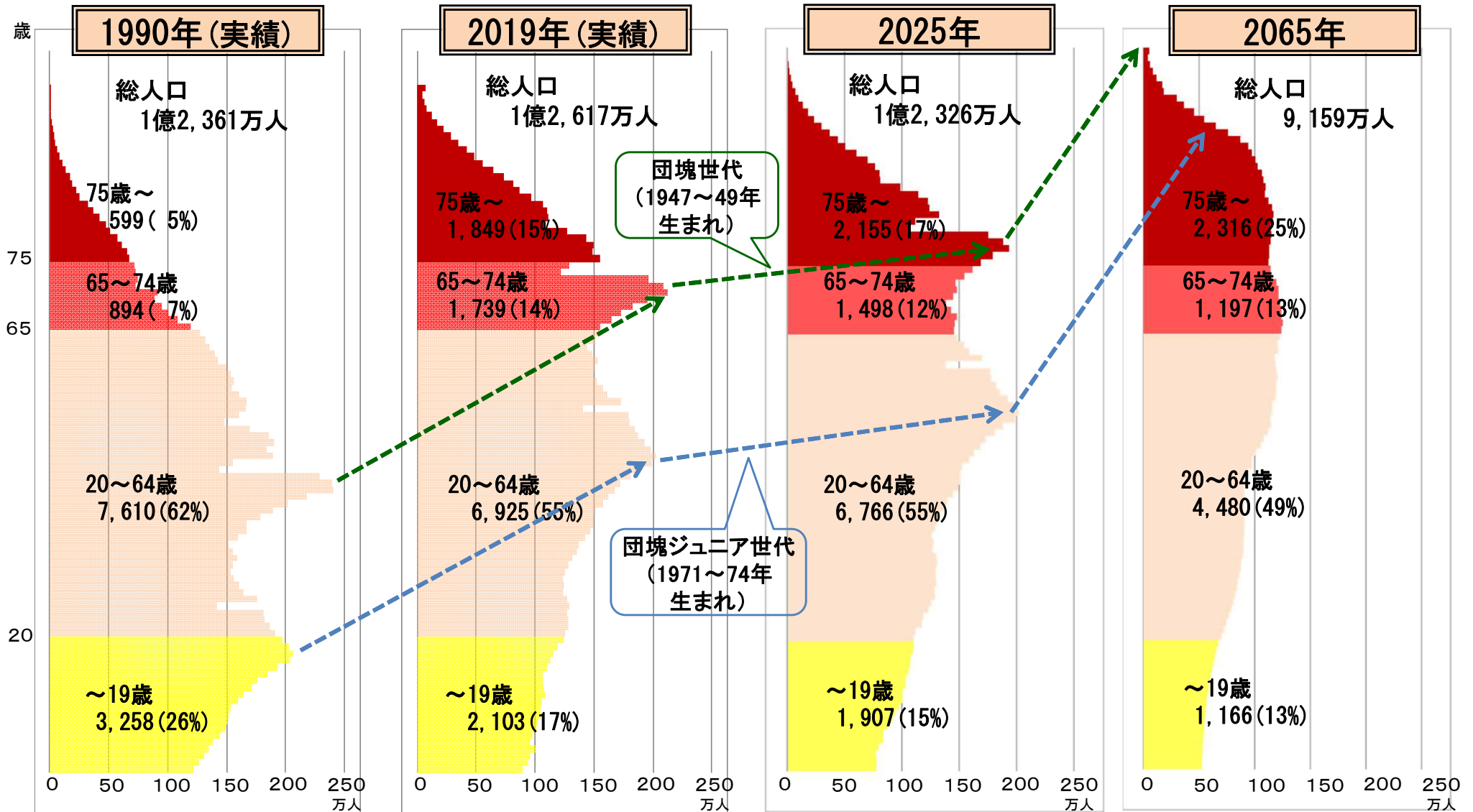
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



出典: 2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」  
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」  
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計):出生中位・死亡中位推計」

# 日本の人口ピラミッド変化

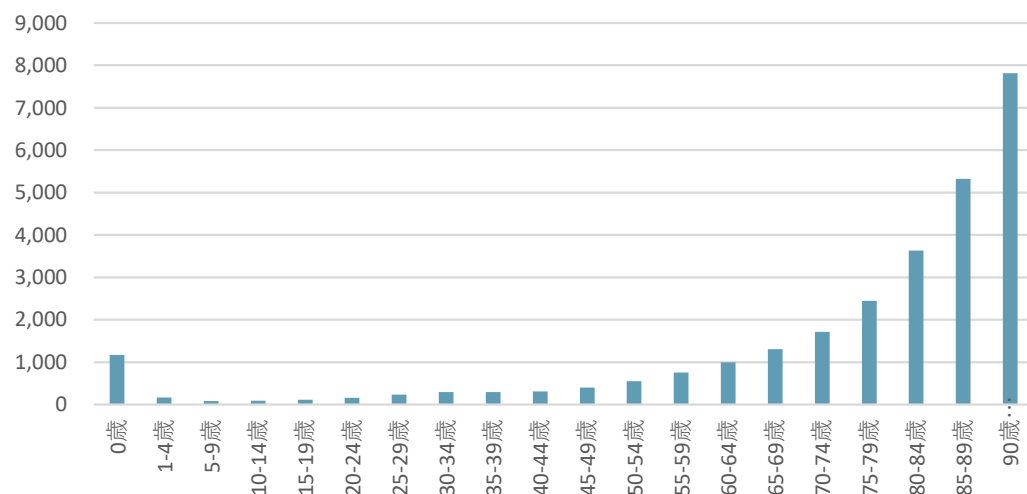
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
- 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



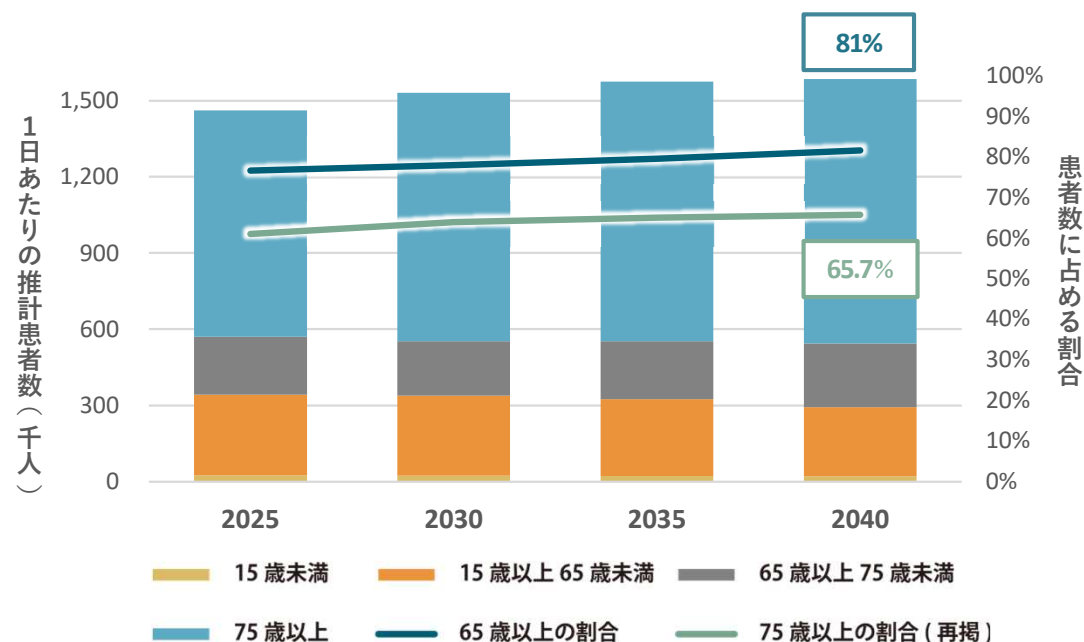
# 入院患者数の変化

○ 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となることが見込まれる。

入院受療率(人口10万対)



入院患者数推計



出典

厚生労働省患者調査(平成29年)「受療率(人口10万対)、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」より作成。

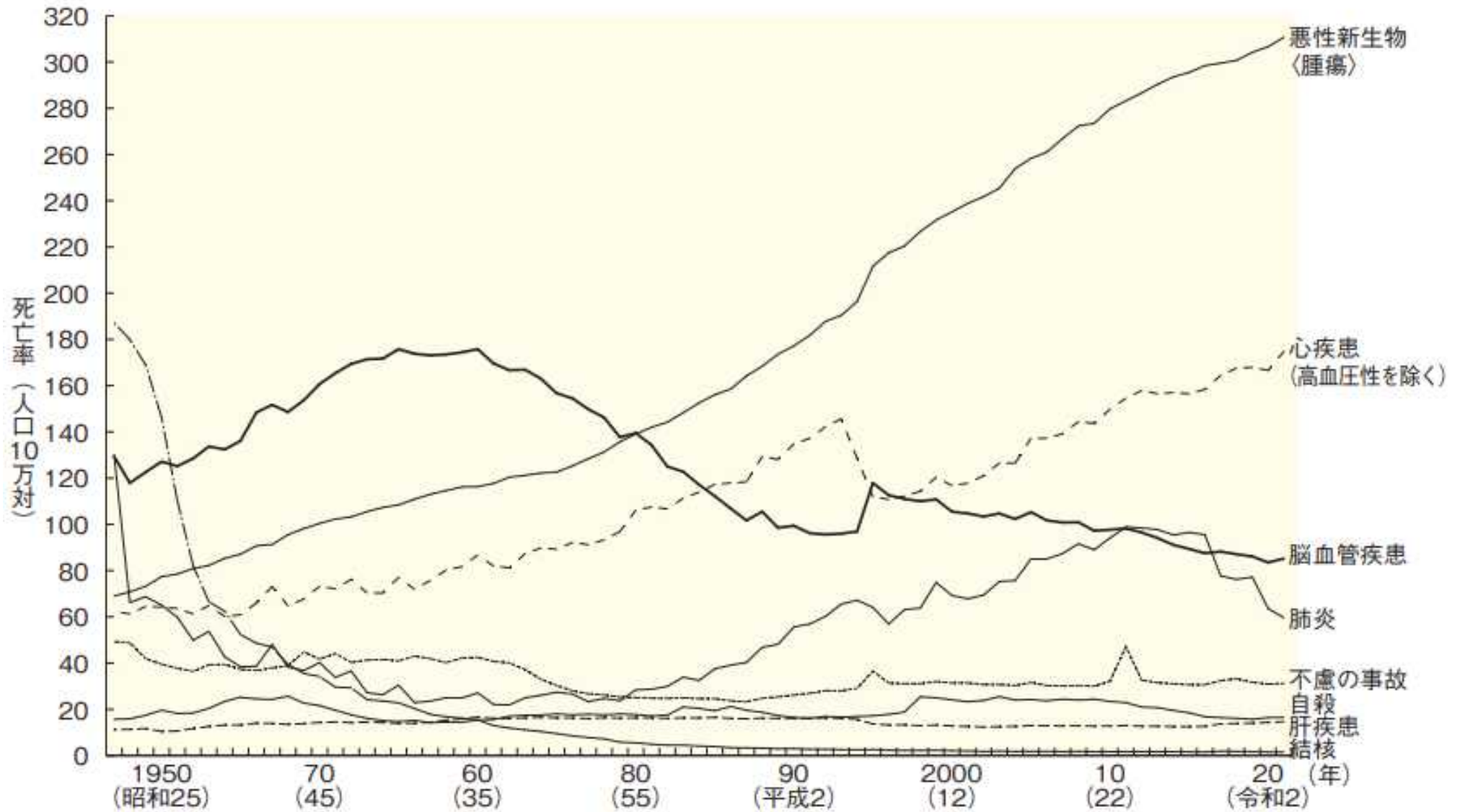
# 傷病分類別にみた入院受療率(人口10万対)

傷病分類	入院		
	総数	男	女
総数	960	910	1,007
I 感染症及び寄生虫症	13	13	13
結核 (再掲)	2	2	1
ウイルス性肝炎 (再掲)	0	0	0
II 新生物<腫瘍>	100	115	87
悪性新生物<腫瘍> (再掲)	89	106	74
胃の悪性新生物<腫瘍> (再掲)	8	11	5
結腸及び直腸の悪性新生物<腫瘍> (再掲)	14	16	12
肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍> (再掲)	4	5	2
気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍> (再掲)	13	17	8
乳房の悪性新生物<腫瘍> (再掲)	4	0	8
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4	4	5
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	24	21	26
糖尿病 (再掲)	12	12	12
脂質異常症 (再掲)	0	0	0
V 精神及び行動の障害	188	185	190
血管性及び詳細不明の認知症 (再掲)	20	17	23
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	113	112	114
気分[感情]障害 (躁うつ病を含む) (再掲)	22	16	28
VI 神経系の疾患	100	88	111
アルツハイマー病 (再掲)	40	28	51
VII 眼及び付属器の疾患	8	7	9
VIII 耳及び乳様突起の疾患	2	1	2

傷病分類	入院		
	総数	男	女
IX 循環器系の疾患	157	151	163
高血圧性疾患 (再掲)	4	2	5
心疾患 (高血圧性のものを除く) (再掲)	46	44	48
脳血管疾患 (再掲)	98	94	101
X 呼吸器系の疾患	59	69	50
肺炎 (再掲)	19	21	17
慢性閉塞性肺疾患 (再掲)	5	7	3
喘息 (再掲)	1	1	2
X I 消化器系の疾患	48	53	43
う蝕 (再掲)	0	0	0
歯肉炎及び歯周疾患 (再掲)	0	0	0
肝疾患 (再掲)	5	6	4
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	9	9	10
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	59	46	71
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	41	40	41
慢性腎臓病 (再掲)	18	21	16
X V 妊娠、分娩及び産じょく	11	・	22
X VI 周産期に発生した病態	5	6	4
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	4	5	4
^ VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	10	8	12
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	107	80	132
骨折 (再掲)	77	45	108
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	8	6	10
X X II 特殊目的用コード	2	3	2

# 主な死因別にみた死亡率の推移

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

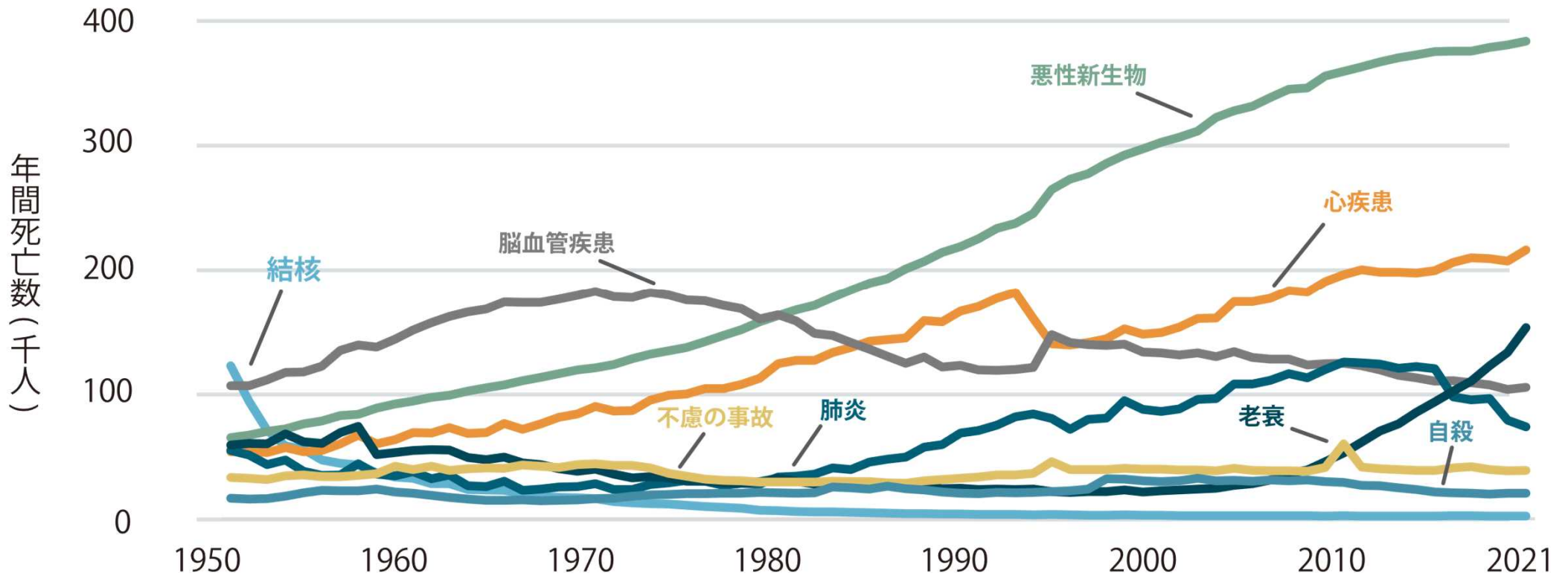
(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

2. 2021（令和3）年は概数である。

# 死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

## 死因の推移

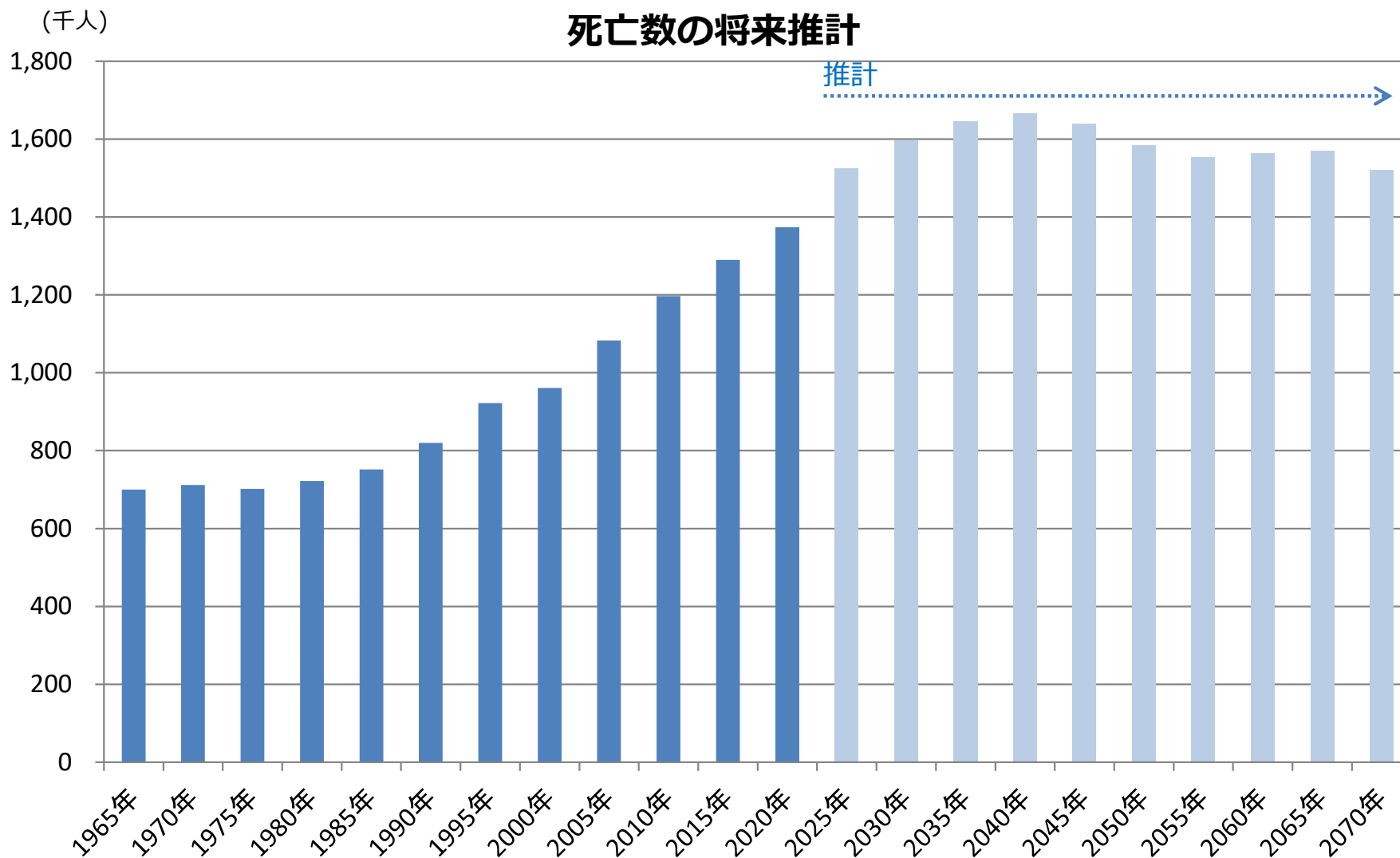


出典 厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」



# 看取りに関わる状況 死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約38万人/年の差が推計されている。



出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数(日本人)

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年4月推計)」の死亡中位仮定による推計結果

# 1. 入院医療をとりまく現状について

## (1) 入院患者及び医療提供体制

- ・ 人口動態及び医療需要
- ・ 各入院料の病床数等の状況
- ・ 地域医療構想及び機能分化

## (2) 入院医療における医療費

# 2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

## (1) 急性期入院医療

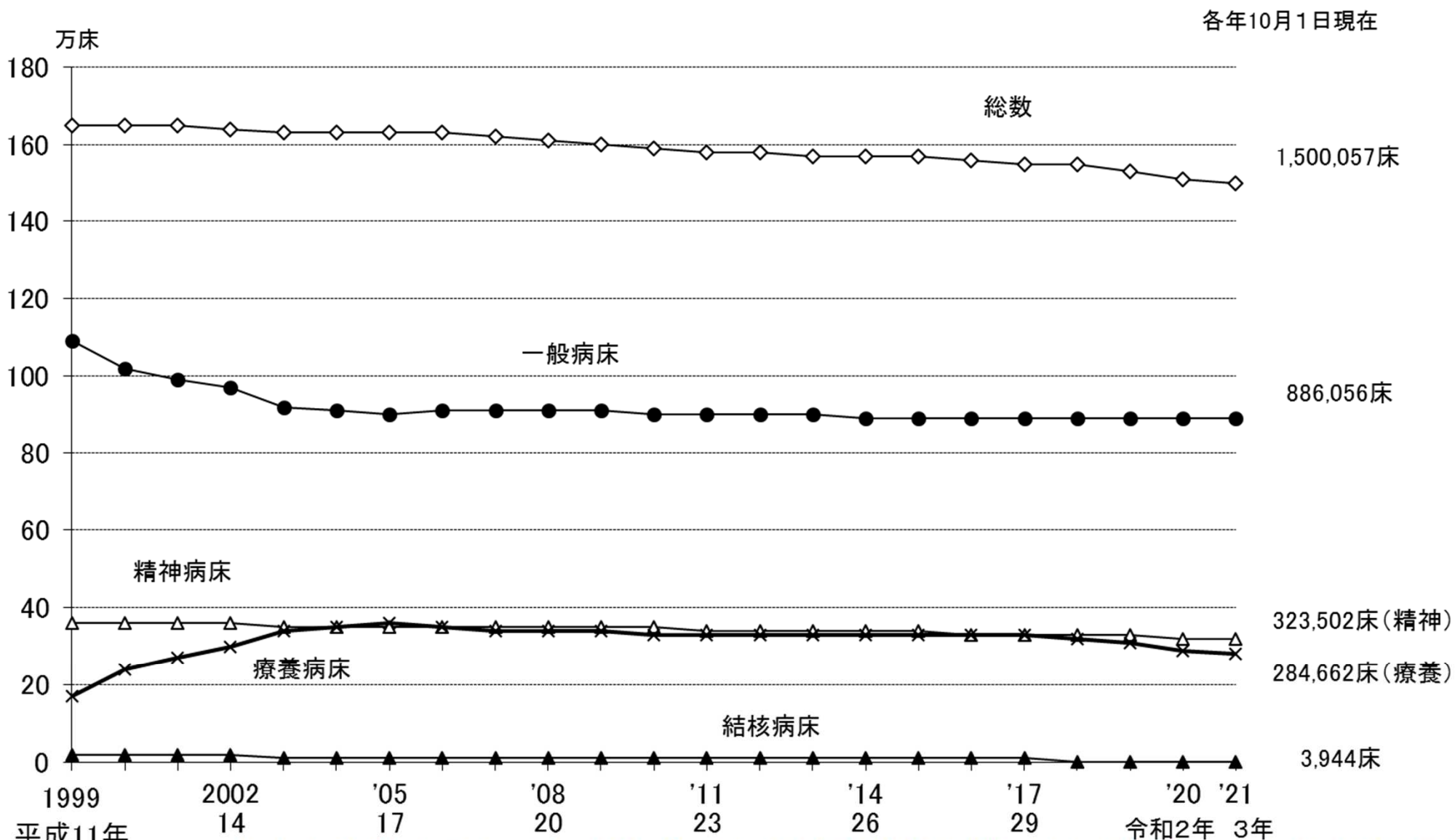
## (2) 回復期入院医療

## (3) 慢性期入院医療

## (4) 入院医療におけるその他の評価

# 病床の種類別に見た病床数の年次推移

○ 総病床数はゆるやかな減少傾向。一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向。



注:1) 「一般病床」は、平成12年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。

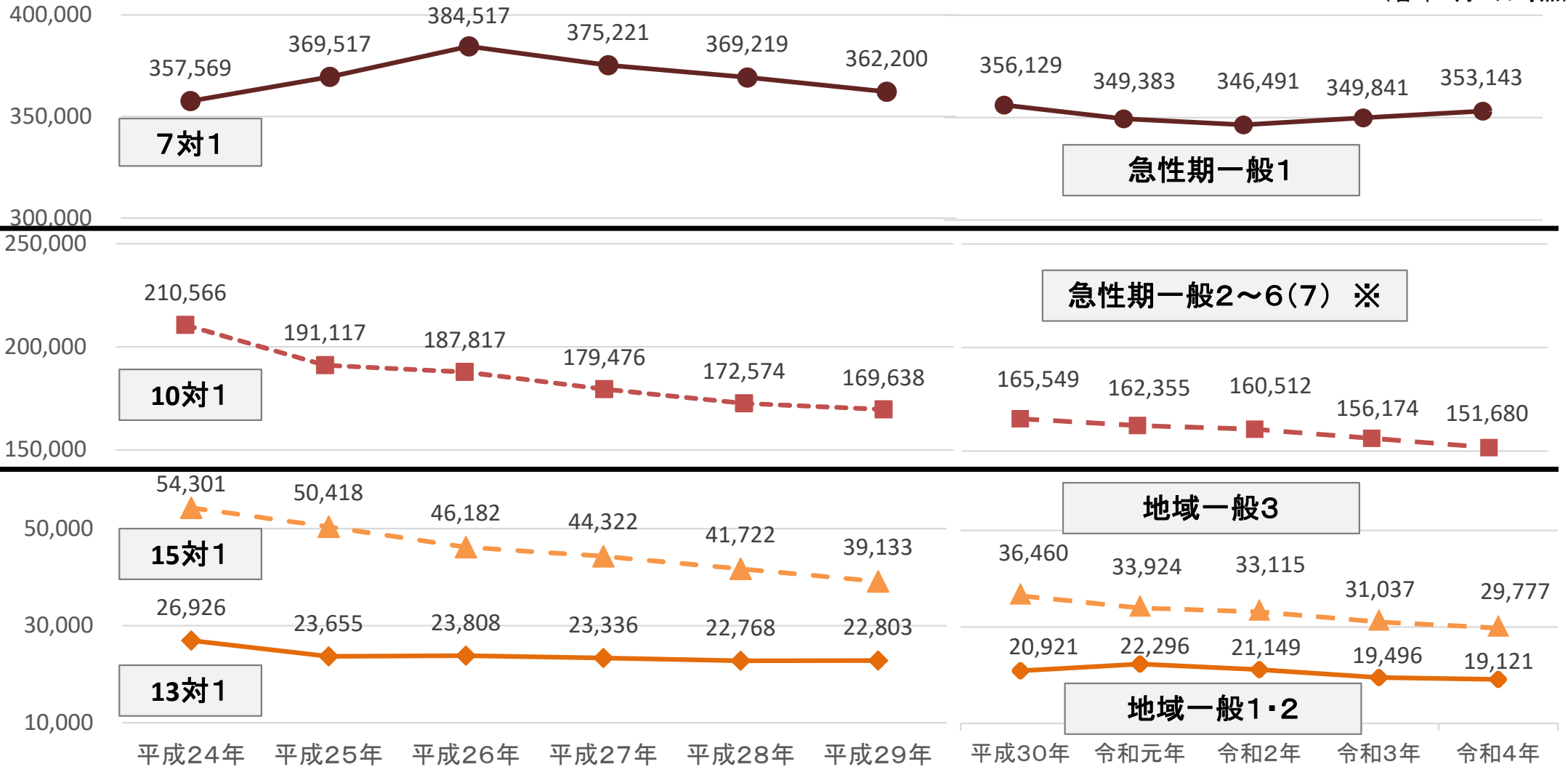
2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

# 入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



※

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

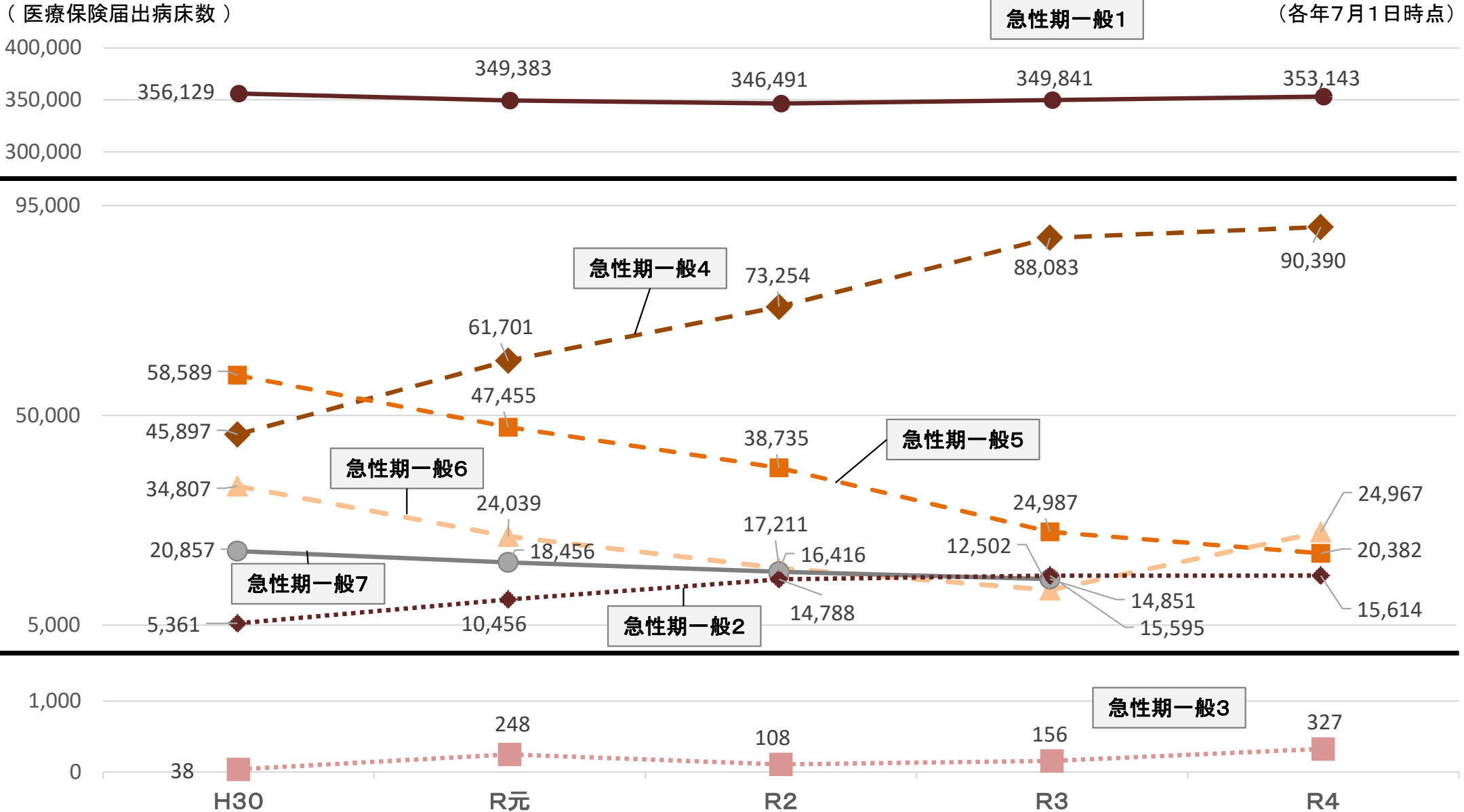
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4～6(7)	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

# 入院料別の病床数の推移（急性期一般入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料5が減少傾向にあるが、急性期一般入院料4は増加傾向である。

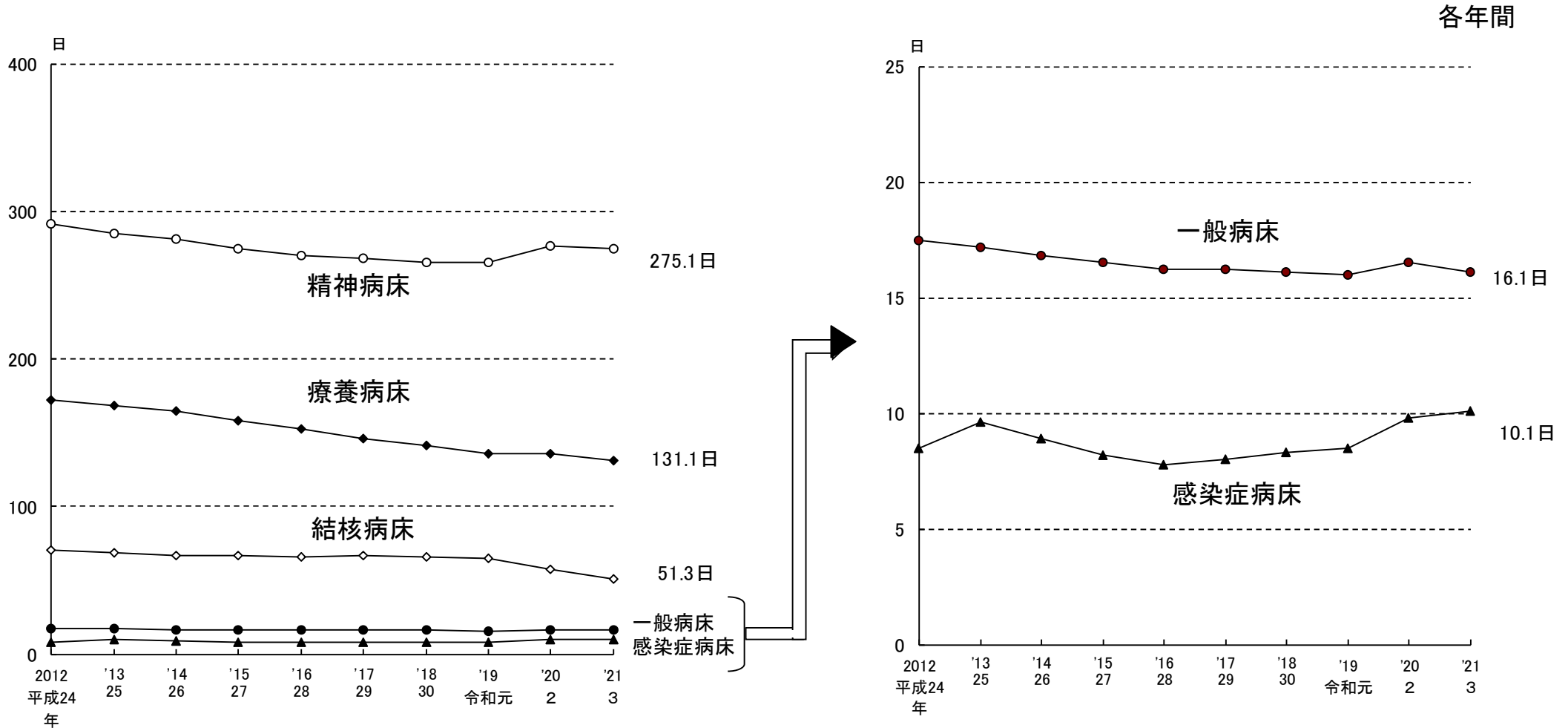
（医療保険届出病床数）



# 病床種類別の平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、令和2年に一時的に長くなったが、感染症病床以外の病床の種類において減少している。

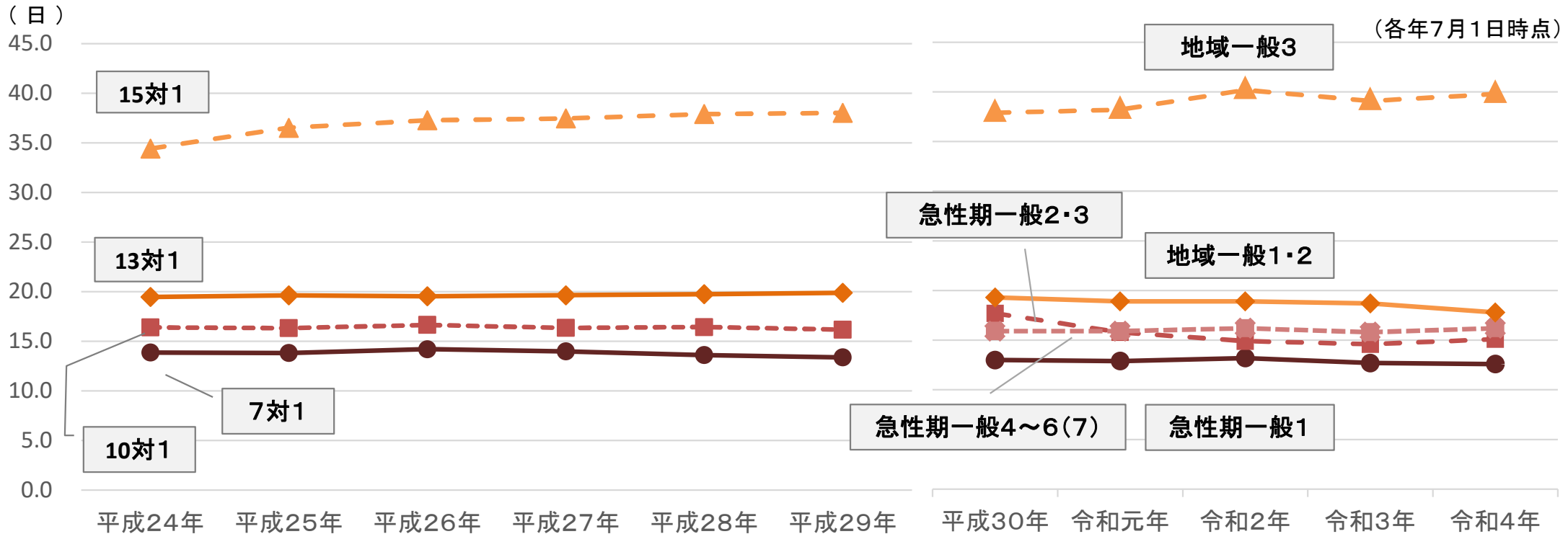
## 病院の病床の種類別に見た平均在院日数の年次推移



注：1) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。  
 2) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。  
 3) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

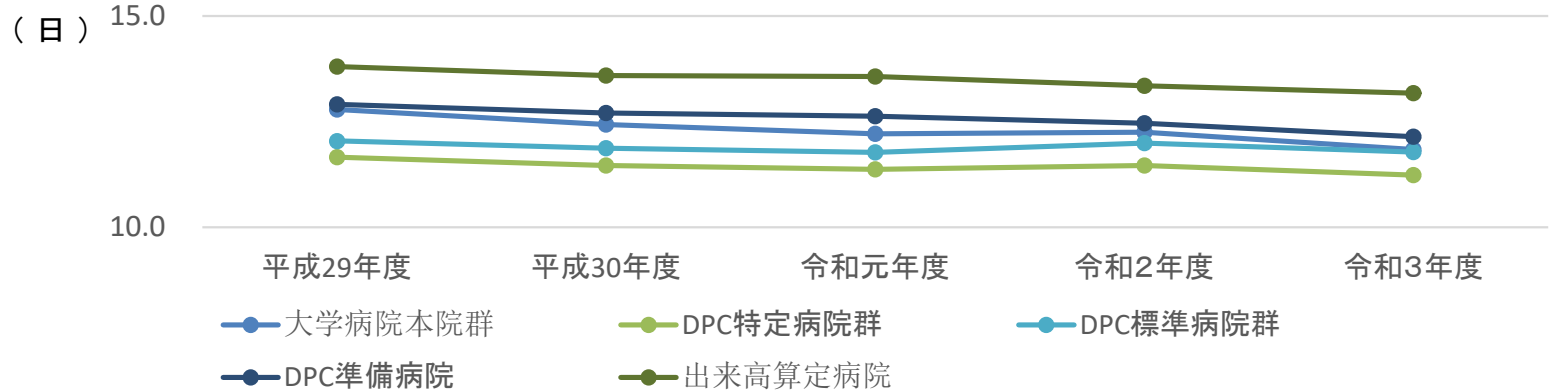
# 入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

(参考)施設類型毎の在院日数の平均

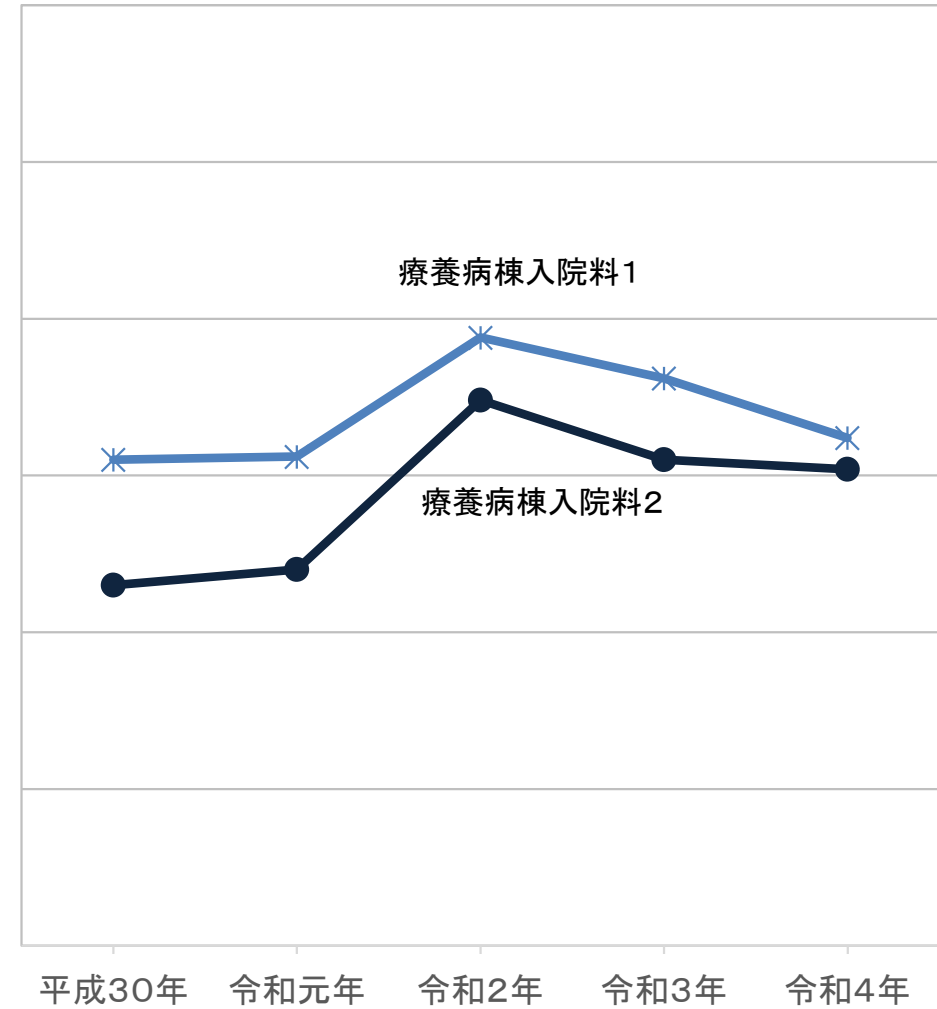
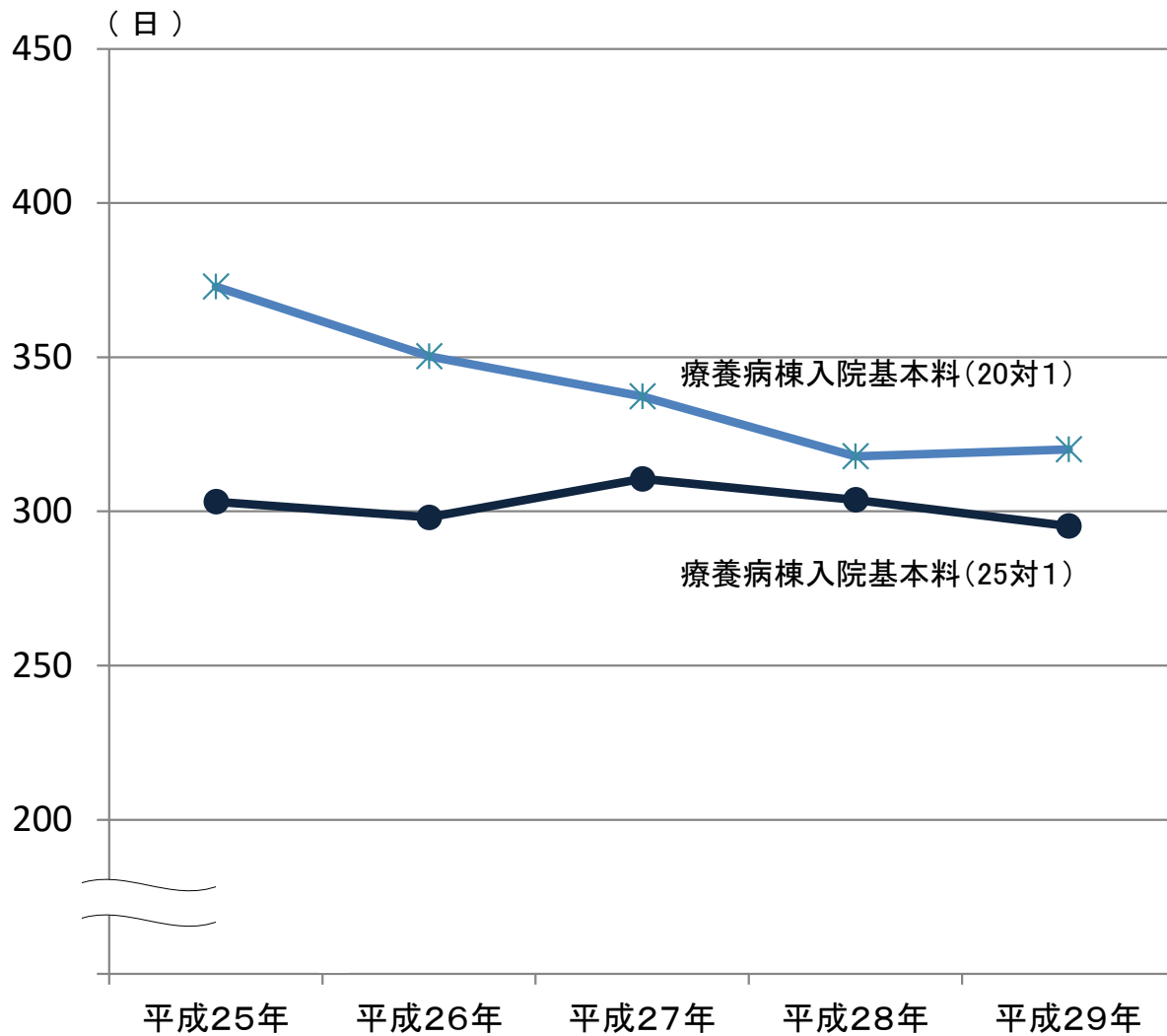


出典：保険局医療課調べ

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

# 入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料）

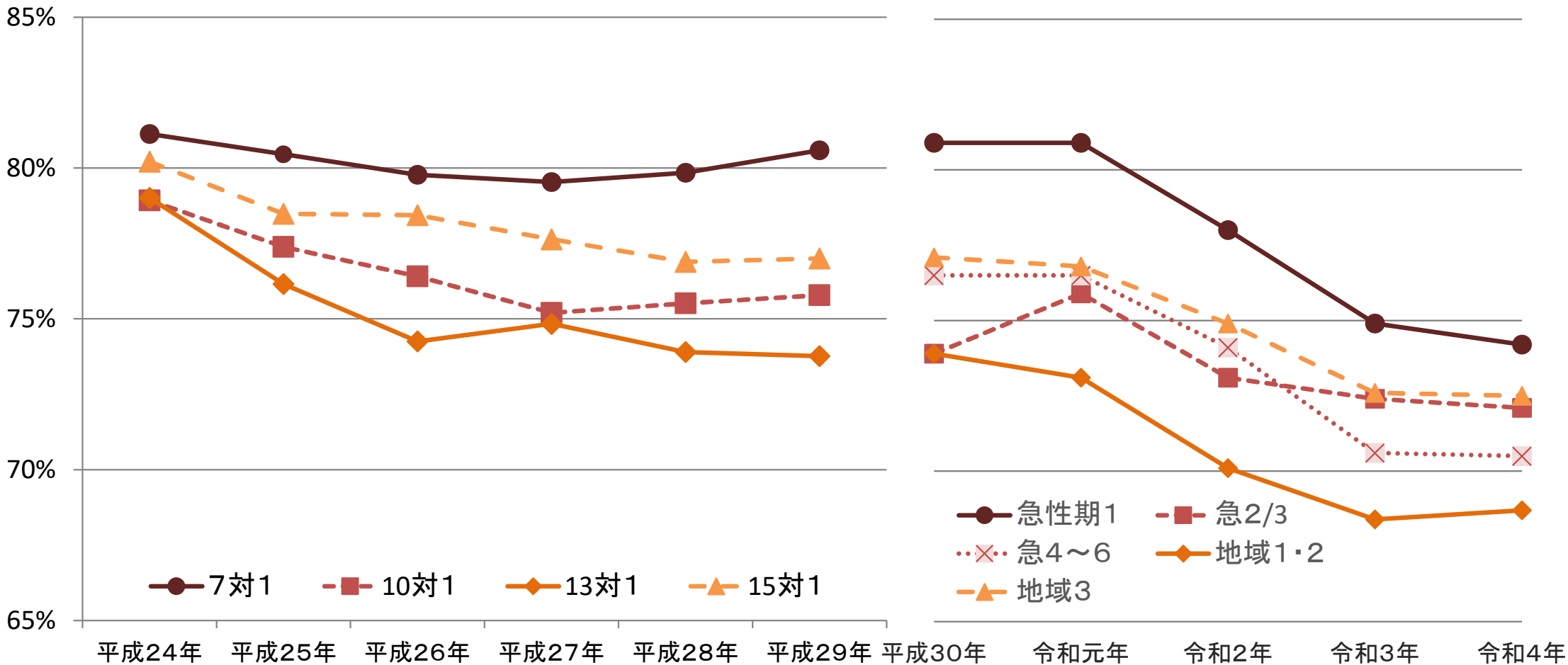
○ 平均在院日数の推移は以下のとおりであった。平均在院日数を入院料1と2と比較すると、入院料1のほうが入院料2よりも長い傾向であった。





# 入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

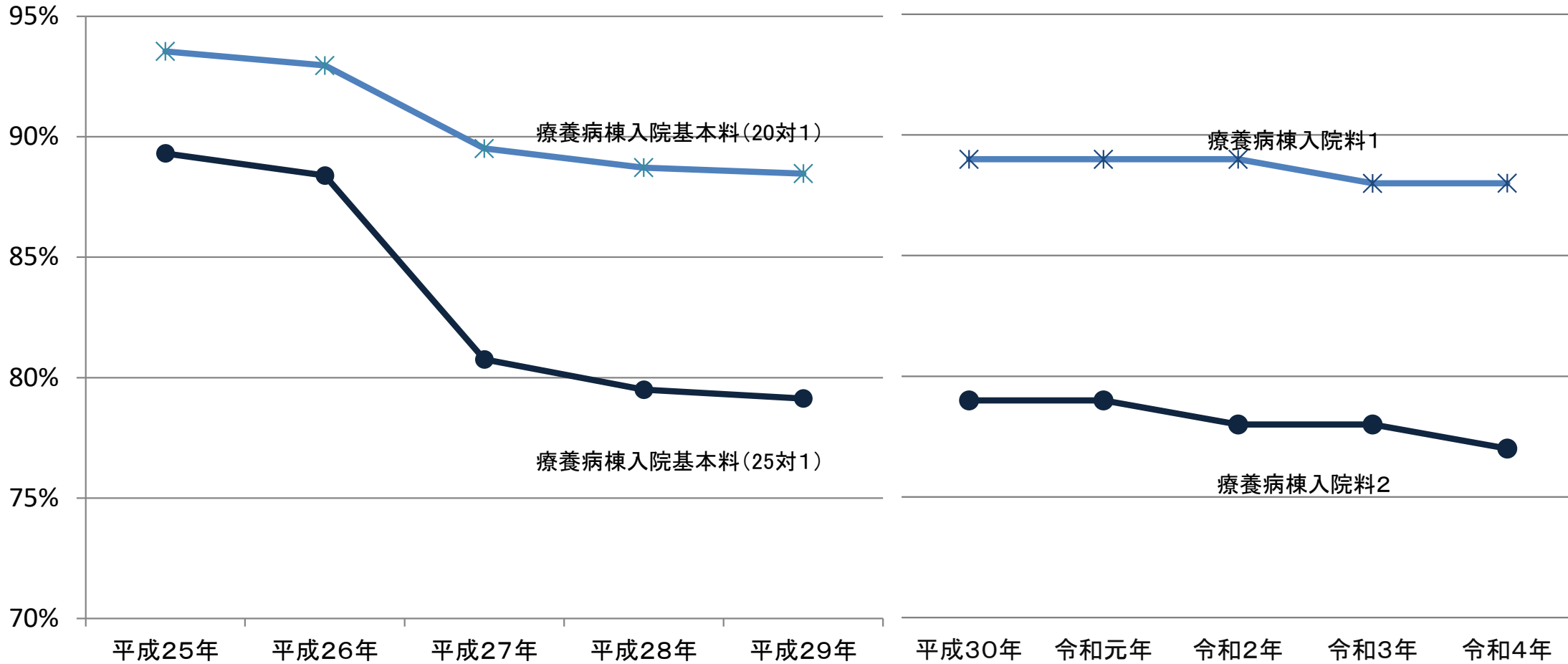
○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。令和2年から令和4年にかけて、病床稼働率は全体的に減少している。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したものの  
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

# 入院料別の病床稼働率の推移（療養病棟入院基本料）

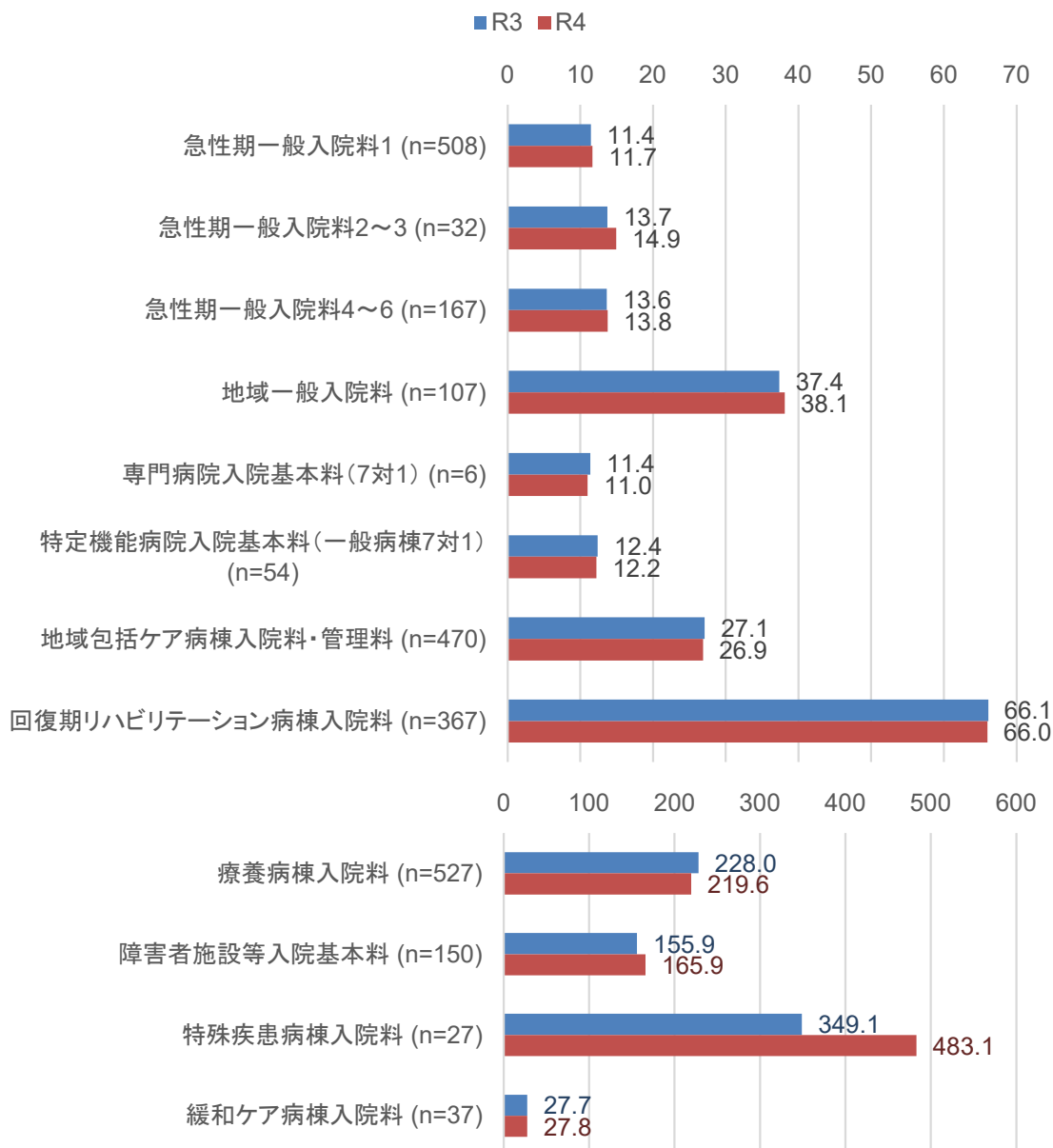
○ 病床稼働率の年次推移は以下のとおりであった。病床稼働率を入院料1と2と比較すると、入院料1は入院料2と比較して高い傾向であった。



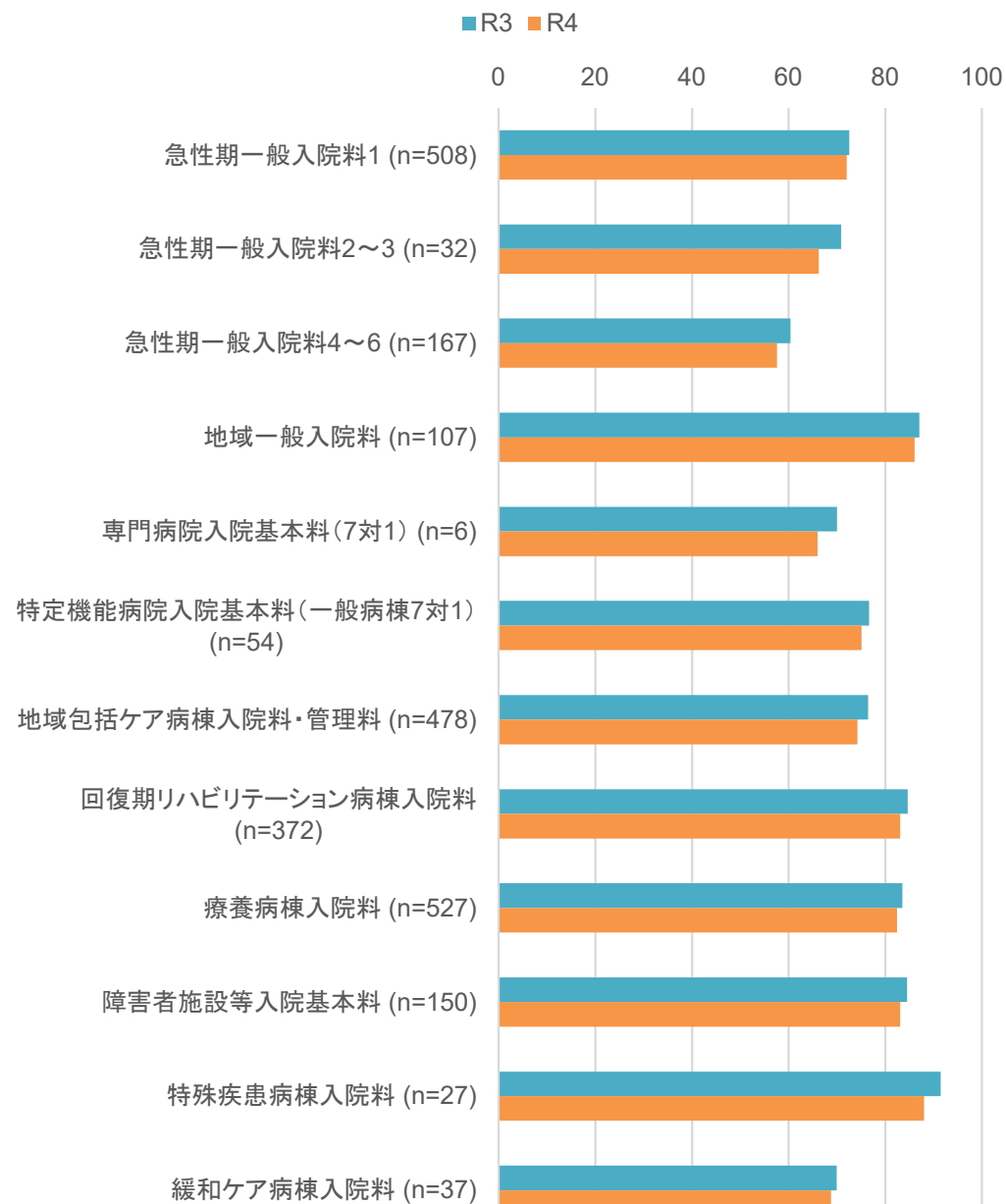
※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したものの

# 入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

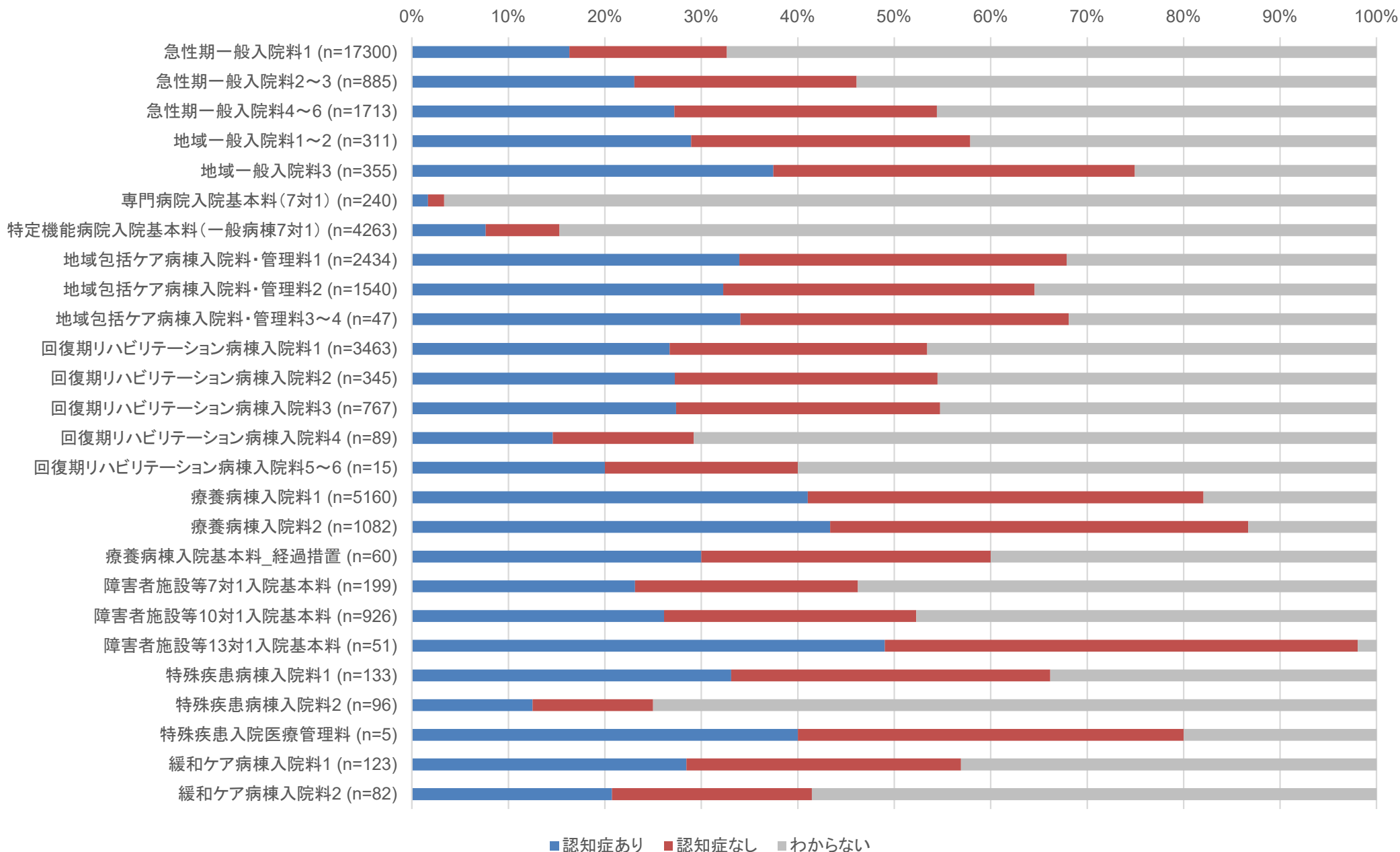
平均在院日数(日)



病床利用率(%)

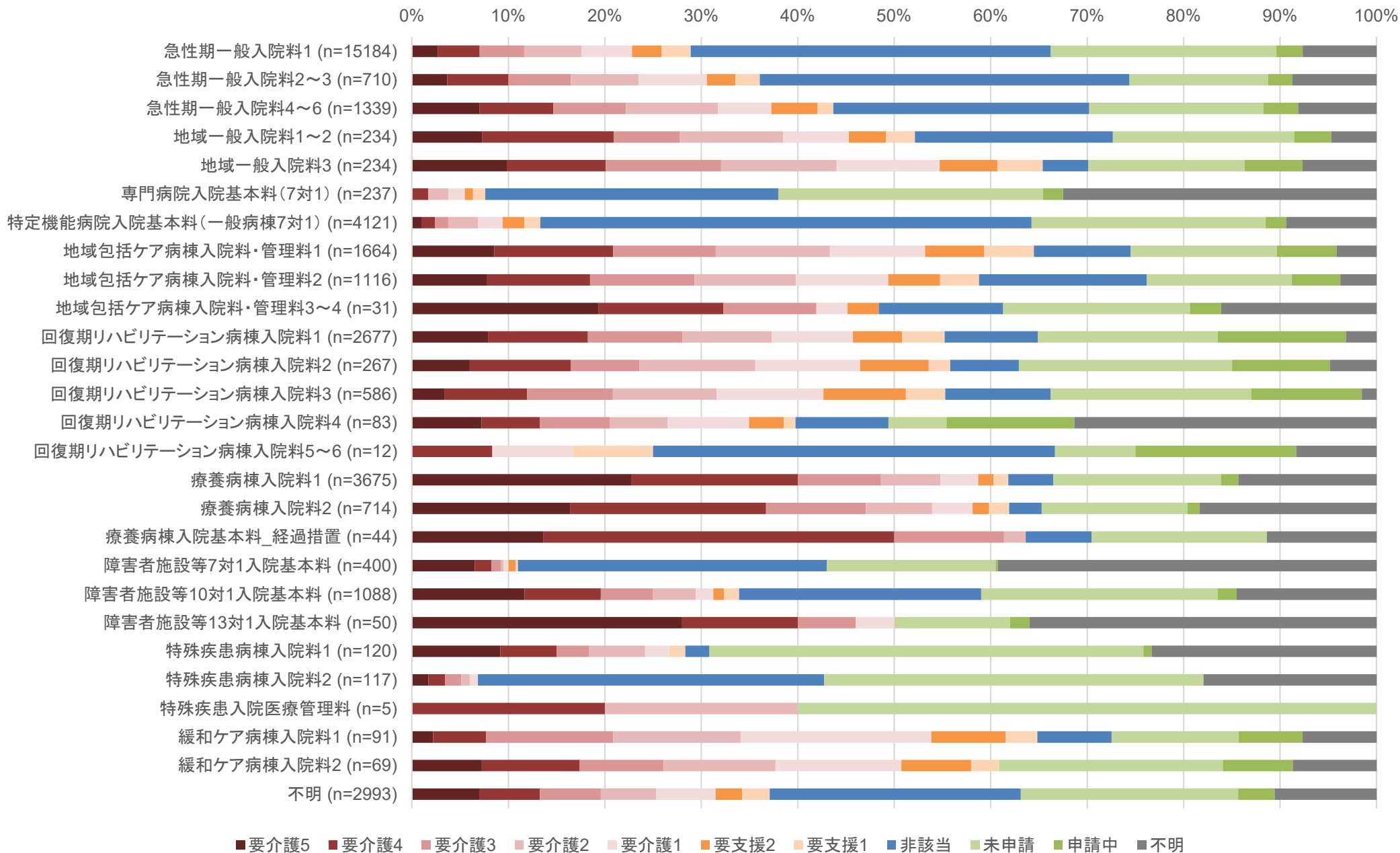


# 入院料ごとの認知症の有無



# 入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1  
5 . 6 . 8



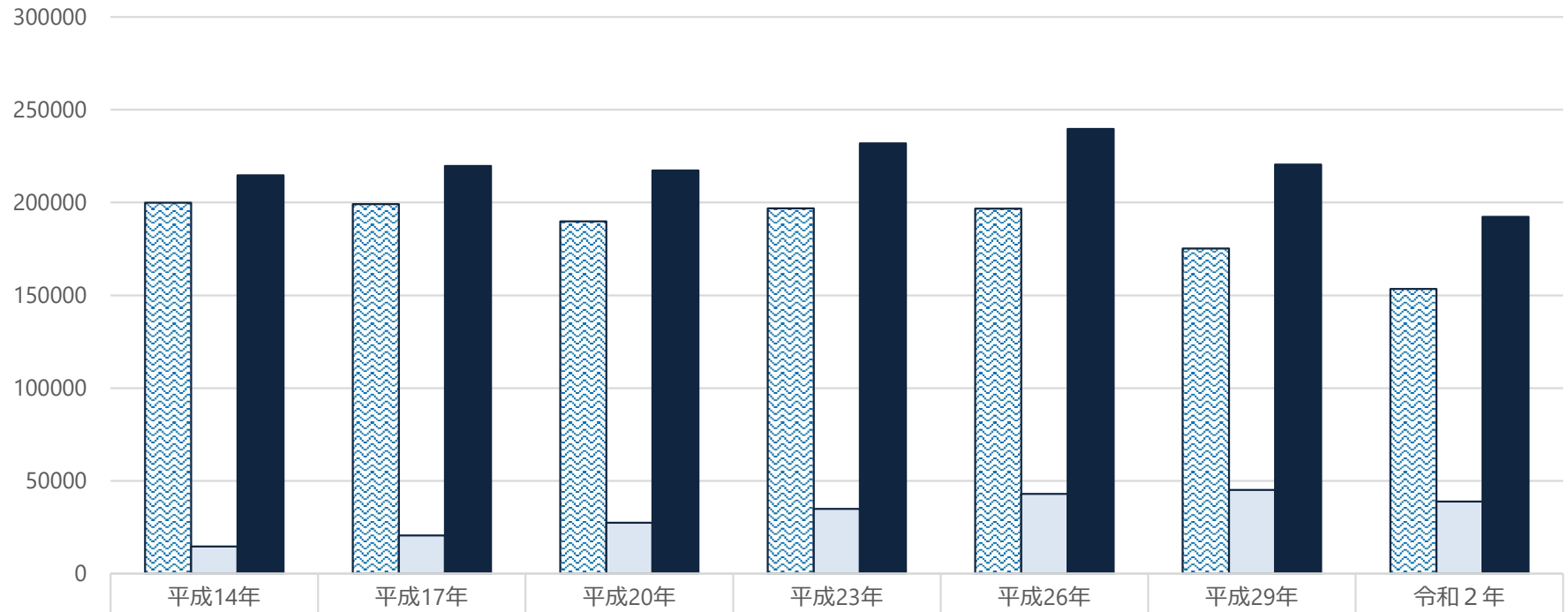
# 入院料ごとの入院患者の主傷病の内訳

急性期一般入院料1 (n=15,207)		急性期一般入院料2-3 (n=726)		急性期一般入院料4-6 (n=1,342)		地域一般入院料 (n=453)		地域包括ケア病棟 (n=2,815)		療養病棟入院料 (n=4,438)	
誤嚥性肺炎	2.8%	大腿骨転子部骨折	4.3%	誤嚥性肺炎	5.7%	誤嚥性肺炎	4.0%	誤嚥性肺炎	4.6%	脳梗塞後遺症	5.5%
うっ血性心不全	2.7%	大腿骨頸部骨折	4.0%	急性腎盂腎炎	3.0%	大腿骨転子部骨折	3.8%	腰椎圧迫骨折	3.3%	アルツハイマー型認知症	3.9%
COVID-19	2.5%	誤嚥性肺炎	3.0%	大腿骨頸部骨折	2.7%	腰椎圧迫骨折	3.5%	大腿骨転子部骨折	2.9%	脳梗塞	3.8%
大腿骨頸部骨折	1.8%	腰部脊柱管狭窄症	2.8%	大腿骨転子部骨折	2.5%	肺炎	3.5%	尿路感染症	2.9%	脳出血後遺症	3.6%
大腿骨転子部骨折	1.5%	うっ血性心不全	2.3%	末期腎不全	2.5%	大腿骨頸部骨折	3.5%	COVID-19	2.7%	廃用症候群	3.5%
腰部脊柱管狭窄症	1.1%	COVID-19	1.9%	COVID-19	2.3%	慢性腎不全	3.5%	大腿骨頸部骨折	2.6%	パーキンソン病	3.2%
心原性脳塞栓症	0.9%	変形性膝関節症	1.8%	変形性膝関節症	2.2%	腰部脊柱管狭窄症	2.0%	廃用症候群	2.4%	慢性心不全	3.1%
アテローム血栓性脳梗塞・急性期	0.9%	アテローム血栓性脳梗塞・急性期	1.7%	腰椎椎体骨折	1.9%	脳梗塞	1.8%	脱水症	2.0%	認知症	2.6%
直腸癌	0.9%	腰椎圧迫骨折	1.5%	細菌性肺炎	1.7%	アルツハイマー型認知症	1.8%	腰部脊柱管狭窄症	2.0%	誤嚥性肺炎	2.5%
細菌性肺炎	0.8%	心原性脳塞栓症	1.4%	うっ血性心不全	1.6%	脳梗塞後遺症	1.5%	慢性心不全	1.7%	慢性腎不全	2.5%
びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	0.8%	急性腎盂腎炎	1.2%	腰部脊柱管狭窄症	1.5%	脱水症	1.5%	うっ血性心不全	1.7%	くも膜下出血後遺症	1.5%
急性腎盂腎炎	0.8%	直腸癌	1.1%	脱水症	1.4%	変形性膝関節症	1.5%	肺炎	1.6%	低酸素性脳症	1.5%
急性骨髄性白血病	0.7%	末期腎不全	1.0%	心原性脳塞栓症	1.1%	尿路感染症	1.5%	胸椎圧迫骨折	1.5%	2型糖尿病	1.4%
末期腎不全	0.7%	神経性食欲不振症	1.0%	ラクナ梗塞	1.1%	慢性心不全	1.3%	変形性膝関節症	1.5%	多発性脳梗塞	1.4%
慢性うっ血性心不全	0.7%	胃分泌物嚥下性肺炎	0.8%	肺炎	1.0%	前十字靭帯損傷	1.3%	慢性腎不全	1.3%	脳出血	1.3%
S状結腸癌	0.7%	脳皮質下出血	0.8%	褥瘡・ステージIV	1.0%	廃用症候群	1.3%	急性肺炎	1.0%	心原性脳塞栓症	1.2%
腭頭部癌	0.6%	アテローム血栓性脳梗塞	0.8%	胆石性急性胆のう炎	1.0%	心不全	1.1%	腰椎椎体骨折	0.8%	末期腎不全	1.1%
肝細胞癌	0.6%	細菌性肺炎	0.7%	アルツハイマー型老年認知症	0.9%	胸腰椎圧迫骨折	1.1%	細菌性肺炎	0.8%	くも膜下出血	1.1%
胃体部癌	0.6%	尿路感染症	0.7%	尿路感染症	0.9%	橈骨遠位端骨折	1.1%	急性腎盂腎炎	0.7%	慢性閉塞性肺疾患	1.0%
尿路感染症	0.6%	骨髄異形成症候群	0.7%	慢性心不全	0.9%	胸椎圧迫骨折	1.1%	脳梗塞後遺症	0.7%	肺炎	1.0%

# 看護業務補助者等の従事者数

○ 医療機関に勤務する看護業務補助者の従事者数は、平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様の傾向である。

看護業務補助者等の常勤換算従事者数の推移



	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
■ 看護業務補助者	199977.6	199141.8	189838.3	196894.2	196696	175234.8	153382.3
□ 介護福祉士	14690.7	20600.5	27481	34942.4	42987.9	45197.1	38965.7
■ 看護業務補助者+介護福祉士	214668.3	219742.3	217319.3	231836.6	239683.9	220431.9	192348

○ 看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

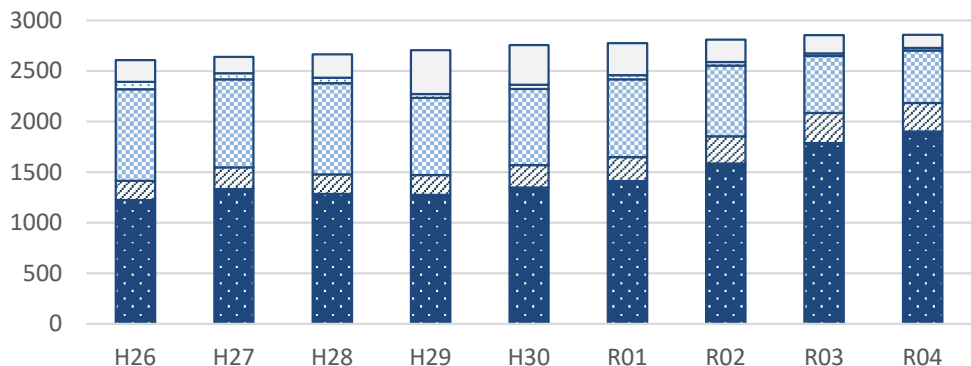
出典：令和2年 医療施設調査 全国編 第46表（報告書第9表） 病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

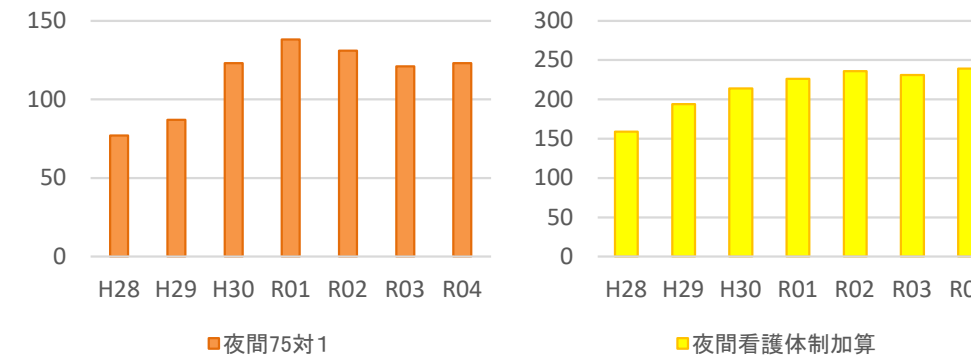
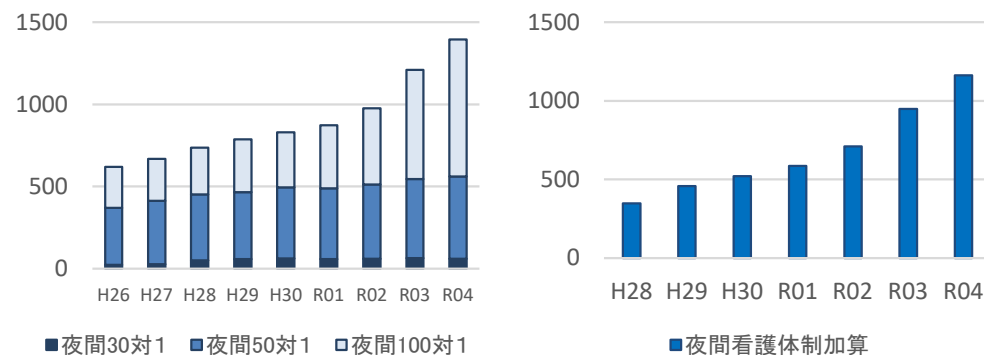
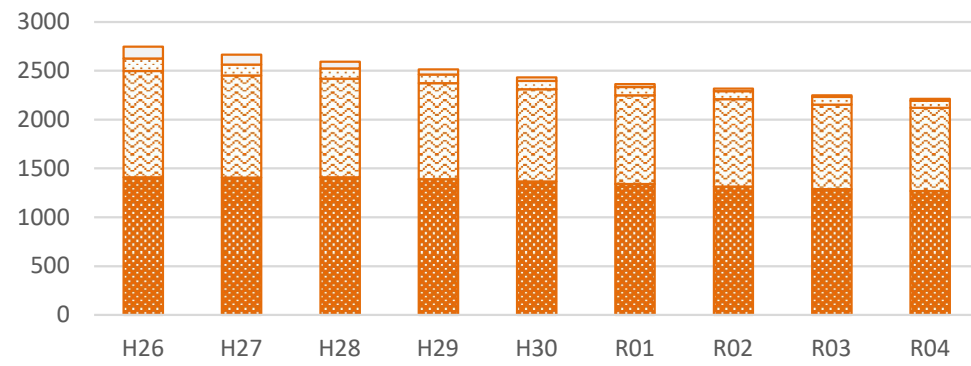
# 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

○ 届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算は微増傾向、看護補助加算は減少傾向である。

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数



■ 看護補助加算の届出医療機関数



## 参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

- 当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超過して配置している看護職員については、看護補助者とみなして（みなし看護補助者）計算することができる。
- ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算については、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。



# 1. 入院医療をとりまく現状について

## (1) 入院患者及び医療提供体制

- 人口動態及び医療需要
- 各入院料の病床数等の状況
- 地域医療構想及び機能分化

## (2) 入院医療における医療費

# 2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

## (1) 急性期入院医療

## (2) 回復期入院医療

## (3) 慢性期入院医療

## (4) 入院医療におけるその他の評価

# 診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

医療  
位置  
付け  
の

## 一般病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 886,272床  
病床利用率 69.8%  
平均在院日数 16.1日

## 療養病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 285,828床  
病床利用率 85.8%  
平均在院日数 131.1日

### DPC/PDPS

1,764施設 483,425床※2  
(+1,981床)  
※2 R4.4.1現在

### 特定機能病院 入院基本料

87施設  
58,726床 (+185床)  
※1 一般病棟に限る

### 専門病院入院基本料

19施設 6,249床 (+4床)

### 救命救急入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
188施設	22施設	79施設	82施設
3,640床 (+47)	167床 (▲33)	1,573床 (▲66)	906床 (+15)

### 特定集中治療室管理料

ICU1	ICU2	ICU3	ICU4
159施設	80施設	329施設	54施設
1,656床 (+169)	927床 (+60)	2,317床 (▲48)	497床 (▲68)

### ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)  
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

### 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

### 小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

### 新生児特定集中治療室管理料

NICU1 75施設 731床 (▲20床)  
NICU2 153施設 909床 (+24床)

### 総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)  
新生児 1,771床 (+16床)

### 新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

### 一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

小児入院 医療管理料	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
81施設	181施設	80施設	387施設	167施設	-
5,373床 (▲63床)	5,990床 (▲318床)	1,876床 (▲154床)	8,026床 (▲160床)	-	-

### 一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
938施設	193施設	332施設	64施設	33施設	11施設
62,056床 (+2,675)	10,371床 (+369)	14,570床 (▲973)	2,666床 (+150)	1,191床 (▲748)	440床 (▲1,019)

### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
1,392施設	1,250施設	40施設	70施設
46,819床 (+3,457)	40,182床 (▲1,344)	982床 (▲326)	1,313床 (▲511)

### 障害者施設等入院基本料

891施設  
72,004床 (+1,633床)

### 特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)  
入院料2 2施設 79床 (±0)

### 特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
102施設	107施設	32施設
5,287床 (▲77床)	7,958床 (+192床)	424床 (▲42床)

### 緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床 (+118)  
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

### 介護療養 病床

13,647床  
※R3.6末病院報告

施設基準届出  
令和4年7月1日現在  
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料  
173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料  
入院料1 367施設 16,560床 (▲67)  
入院料2 9施設 358床 (▲29)

精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床)  
精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34)  
児童・思春期精神科入院 50施設 1,690床 (+135)

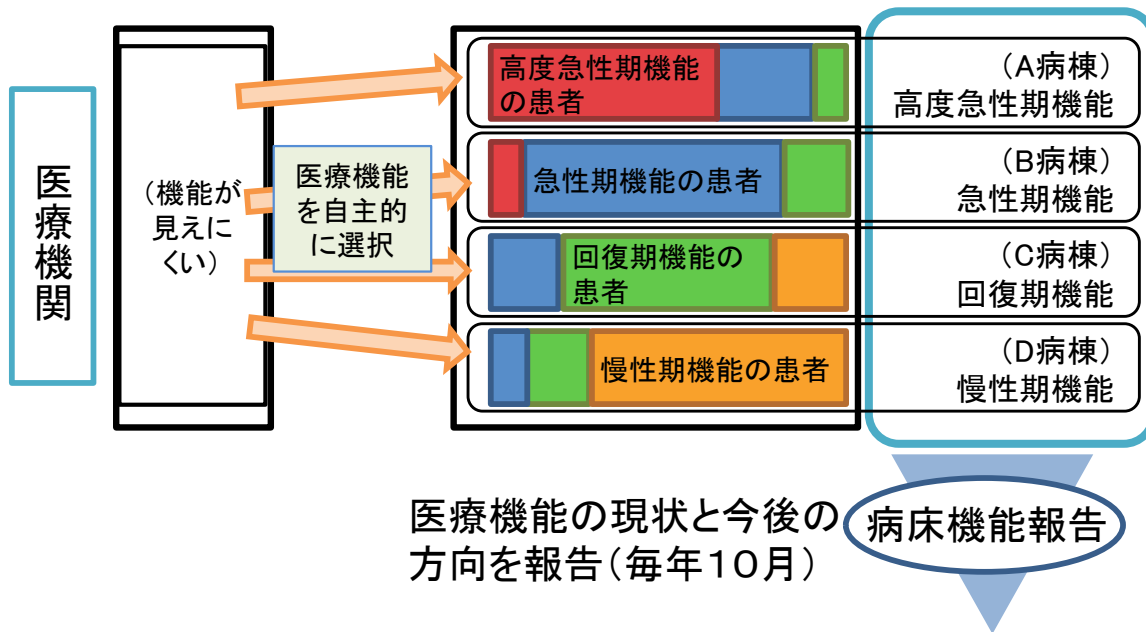
精神療養病棟入院料 808施設 88,399床 (▲1,312)  
地域移行機能強化病棟入院料 27施設 1,129床 (▲207床)

認知症治療病棟入院料  
入院料1 554施設 38,590床 (+436)  
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

# 地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。  
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



- (「地域医療構想」の内容)
1. 2025年の医療需要と病床の必要量
    - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
    - ・在宅医療等の医療需要を推計
    - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
  2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県 医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

# 病床機能報告制度

○ 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ことに留意ください。
- 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してください。
- 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してください。

# 2022年度病床機能報告について(速報値)

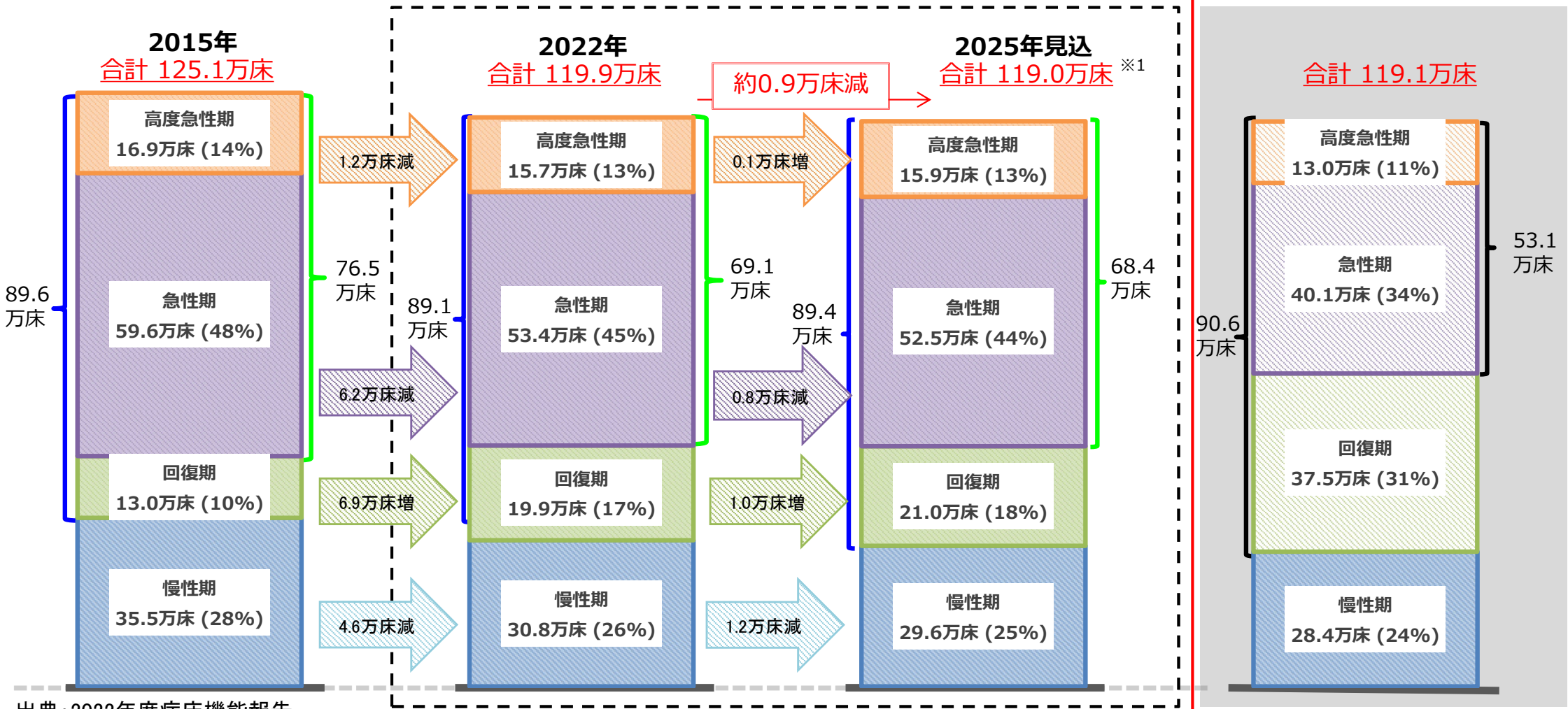
## 2015年度病床機能報告

(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: 12,188/12,602(96.7%))

※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る

※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『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※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届出病床数

※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、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、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。

# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和5年5月25日）資料2より抜粋

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

## 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

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイク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
- 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

## ● 地域包括ケア病棟入院料（※）

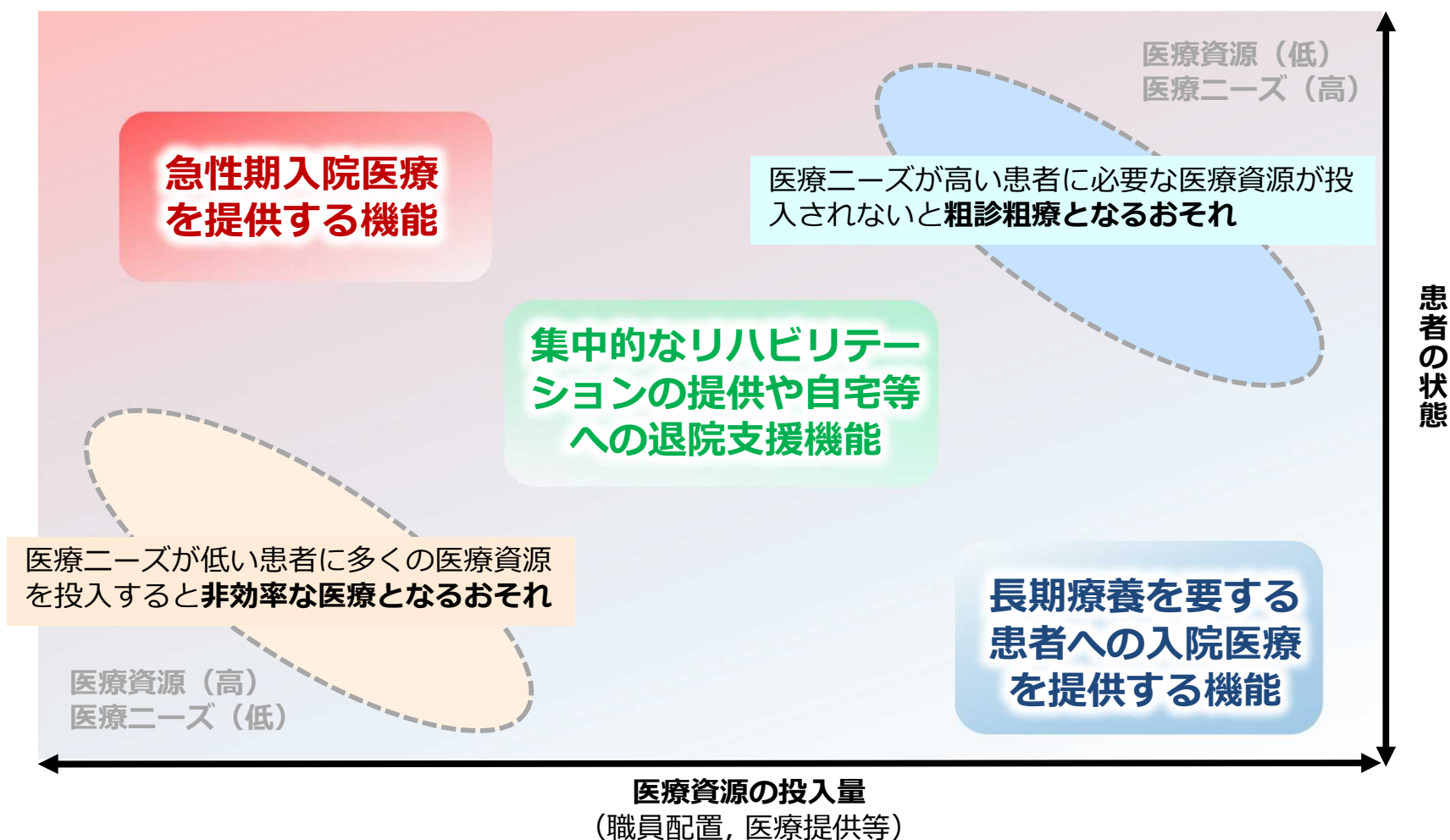
※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

## ● 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

## 入院医療の評価体系と期待される機能

- 入院医療の評価は、
- 個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいこと
  - 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがあること
- を踏まえ、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。



# 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

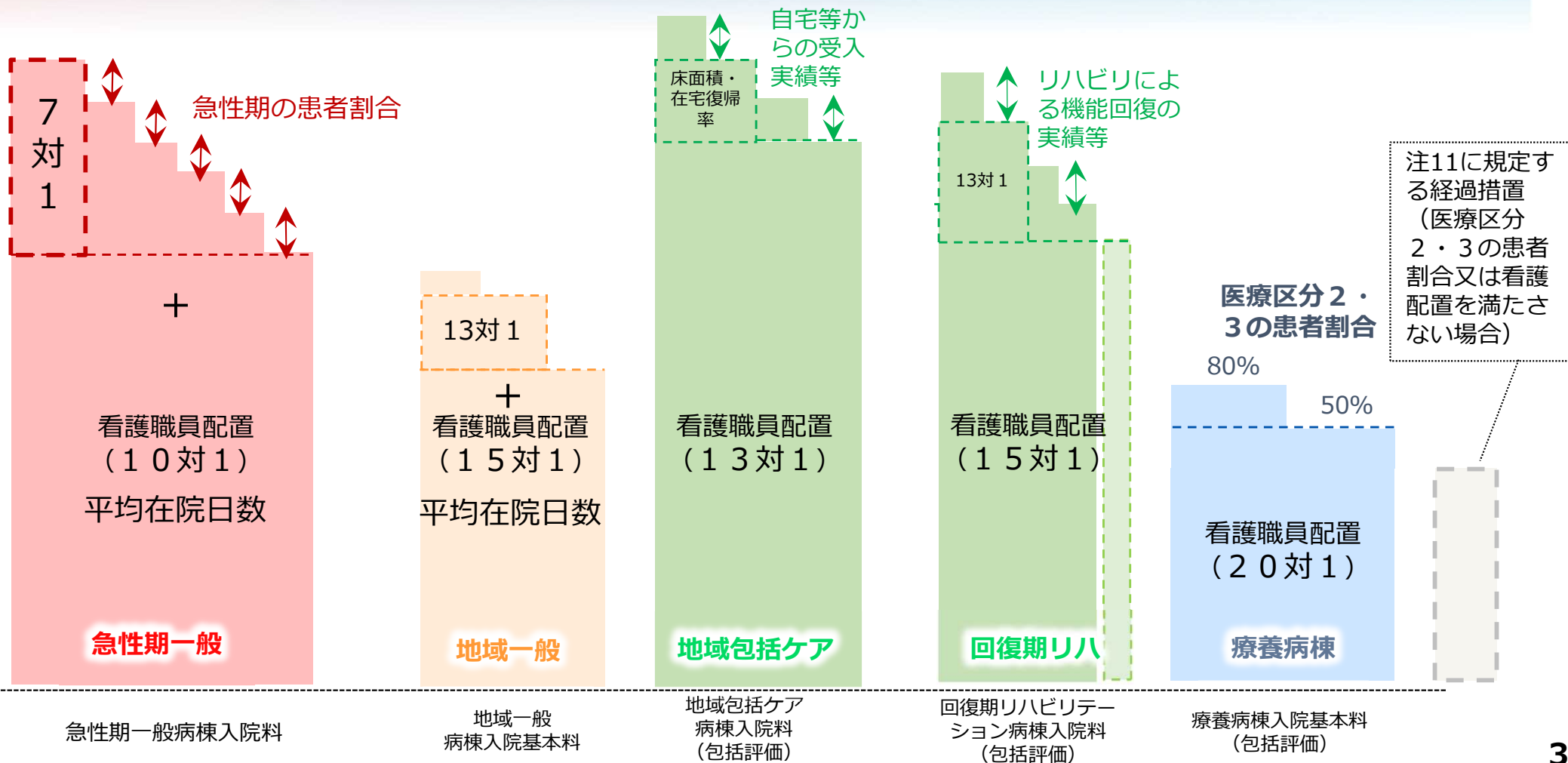
- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

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

急性期医療

回復期医療

慢性期医療





# 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

○ **新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。**



# 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

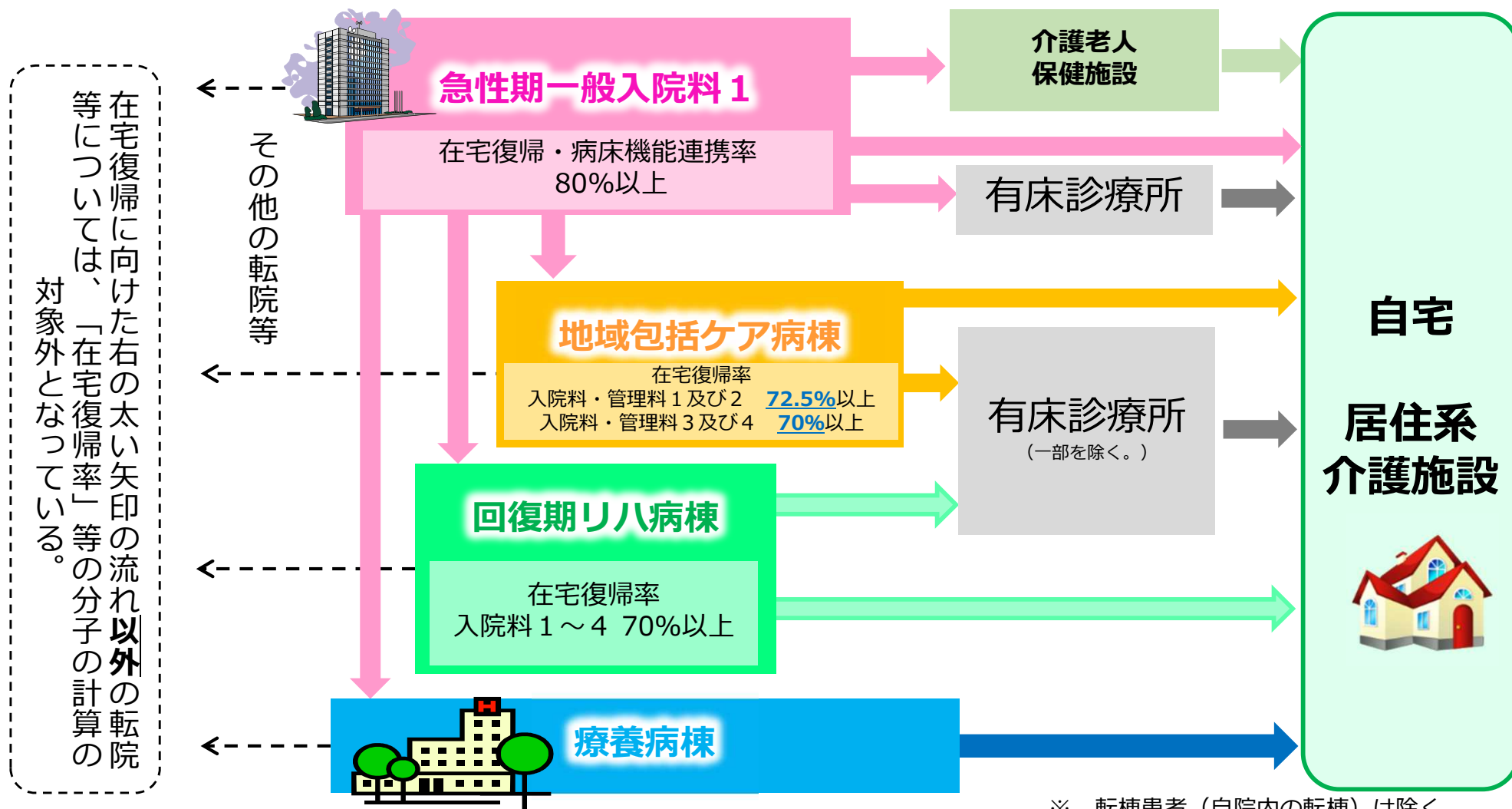
○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算において求めている医療機関間連携や回リ八病棟の対象病態の拡大、外来在宅共同指導料新設、機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み等**の新たな連携強化の取組も活用し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



# 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



※ 転棟患者（自院内の転棟）は除く。  
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

# 医療提供体制の評価に係る診療報酬改定

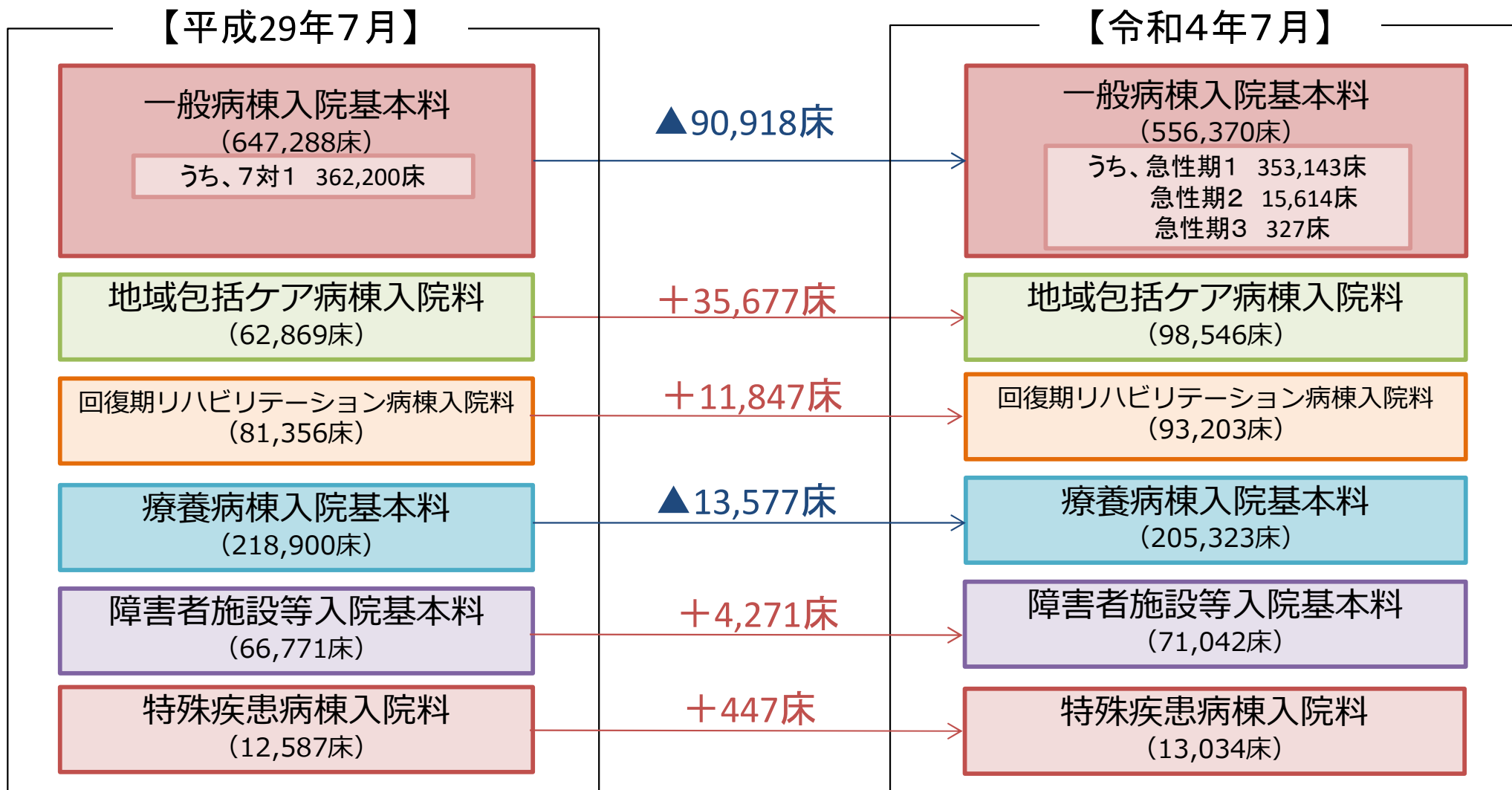
中医協 総-6  
5. 5. 17

- これまで診療報酬では、累次の改定に地域の実情に応じて必要な医療を提供できるよう、各入院基本料等の設定を行うことにより病床機能の分化と連携を推進してきた。さらに平成26年に医療介護総合確保推進法が制定されてからは、地域医療構想の主旨を踏まえつつ、報酬改定毎に施設基準の見直し等を行ってきた。

	一般病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
～ 平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○7対1入院基本料の創設(H18)</li> <li>○7対1入院基本料の算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入(H20) ※該当患者が10%以上</li> <li>○施設基準の見直し(H24)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度の該当割合基準の引き上げ(15%以上)</li> <li>・平均在院日数要件の見直し(7対1病棟について19日から18日に短縮、13対1及び15対1病棟における長期療養の適正化)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○亜急性入院医療管理料の創設(H16)</li> <li>○亜急性入院医療管理料を回復期リハビリテーションの実施状況に応じた体系に見直し(H24)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○回復期リハビリテーション病棟入院料の創設(H12)</li> <li>○算定要件の拡大(H18)、重症者受入、在宅復帰率の要件を追加(H20)</li> <li>○入院料1の新設(H24) ※専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上等</li> </ul>
○平成26年に医療介護総合確保推進法が成立			
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度基準の名称変更及び急性期患者をより評価する項目へ見直し</li> <li>・平均在院日数要件の見直し(短期滞在3の患者を計算対象から除外、17対1及び10対1病棟における長期療養の適正化)</li> <li>・在宅復帰率の導入(7対1病棟について75%以上)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院料1に体制強化加算を新設 ※専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度の見直し(侵襲性の高い治療を評価するC項目の新設等項目の見直し及び該当割合基準について25%以上に引き上げ)</li> <li>・在宅復帰率の見直し(7対1病棟について80%以上に引き上げ)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・500床以上の病院等において、届出病棟数を1病棟までとする</li> <li>・在宅復帰率の退院先に有床診療所を追加</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価の導入</li> </ul>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合</li> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度の判定基準及び一部項目の見直し、診療実績データ等を用いる「必要度Ⅱ」の新設、該当割合基準の見直し</li> <li>・在宅復帰率の名称変更及び定義の見直し</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○評価体系の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分との組み合わせによる体系に見直し</li> <li>・在宅医療や介護サービスの提供等を行う医療機関に対する評価の引き上げ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○評価体系の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院料を6区分に見直し</li> <li>・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を導入</li> </ul> </li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度の判定基準の見直し、入院の必要性に基づいた一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・実績要件の見直し</li> <li>・入退院支援部門の設置を必須とする</li> <li>・400床以上の場合新規届出を不可とする</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し</li> <li>・管理栄養士の配置要件の見直し</li> </ul> </li> </ul>
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○急性期充実体制加算の新設</li> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点に基づく必要度の一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急体制に係る要件の追加</li> <li>・重症患者割合の引き下げ</li> <li>・自院一般病棟からの転棟患者の割合に関する要件の拡大</li> <li>・自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の引き上げ</li> <li>・在宅復帰率の引き上げ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院料の再編                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院料5の廃止</li> <li>・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設</li> </ul> </li> <li>○施設基準の見直し                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症患者割合の引き上げ</li> </ul> </li> </ul>

# 届出病床数の推移について（概要）

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和4年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



# これまでの中医協総会等における急性期入院医療等に係る主な意見

## <令和5年5月17日 中医協総会（医療計画について）>

- 救急医療における機能分化のためには、三次医療機関が求められている役割をより果たすためにも、三次医療機関での対応が求められる患者への対応により重点化すべきではないか。
- 救急医療における機能分化のためには、各地域の二次医療機関、三次医療機関がそれぞれの役割を果たすことが重要ではないか。
- 救急搬送される高齢患者については、誤嚥性肺炎や尿路感染症が迅速に治療され結果的に早期に回復する場合でも、発症の段階では重篤な疾患との判別が困難な場合があるため、不必要に救急搬送されている場合が多いわけではないことに留意すべきではないか。
- 高齢者救急においては、重篤度の判断が困難な場合もあり、高齢者ということだけで地域包括ケア病棟で救急搬送を受け入れるものとすべきではないのではないか。
- 救急搬送で三次救急医療機関に搬送され、結果的に三次救急医療機関以外でも対応可能な病態の患者であった場合には、迅速に下り搬送を行うことが重要ではないか。
- 三次救急医療機関等に搬送された患者の下り搬送に当たっては、救急外来等において転院のための情報収集を行う体制が必要ではないか。
- 急性期充実体制加算の新設による総合入院体制加算の届出医療機関数の減少が地域の周産期医療体制にどのように影響していくのか注視すべきではないか。
- 人口構造の変化を踏まえれば、2025年に向けた地域医療構想の取組は引き続き推進すべきではないか。
- 医療計画に掲げられる目標の達成や地域医療構想の推進においては、補助金との役割分担に留意しつつ、不足している部分については引き続き診療報酬による対応を検討すべきではないか。

## <令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 急性期一般入院料を算定する病棟においても要介護度の高い患者や認知症を有する患者を多く受け入れている現状があるため、本来的に適切な介護人材の配置のあり方とともに、重症度、医療・看護必要度のあり方についても検討すべきではないか。
- 医師による診察の頻度や入院継続の理由に着目すると、急性期一般入院料2～6の入院患者と地域包括ケア病棟の入院患者は、全体像としては異なるのではないか。
- 高齢者の急性期疾患をどのような機能を持つ病棟で受け入れるべきかについての議論においては、高齢者の急性期の病態としてどのようなものが多いかについて、医療資源の投入の状況や入院料間での比較も含め分析してはどうか

## テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

### (1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

### (2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

### (3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

### (4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

## 1. 入院医療をとりまく現状について

(1) 入院患者及び医療提供体制

(2) 入院医療における医療費

## 2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

(1) 急性期入院医療

(2) 回復期入院医療

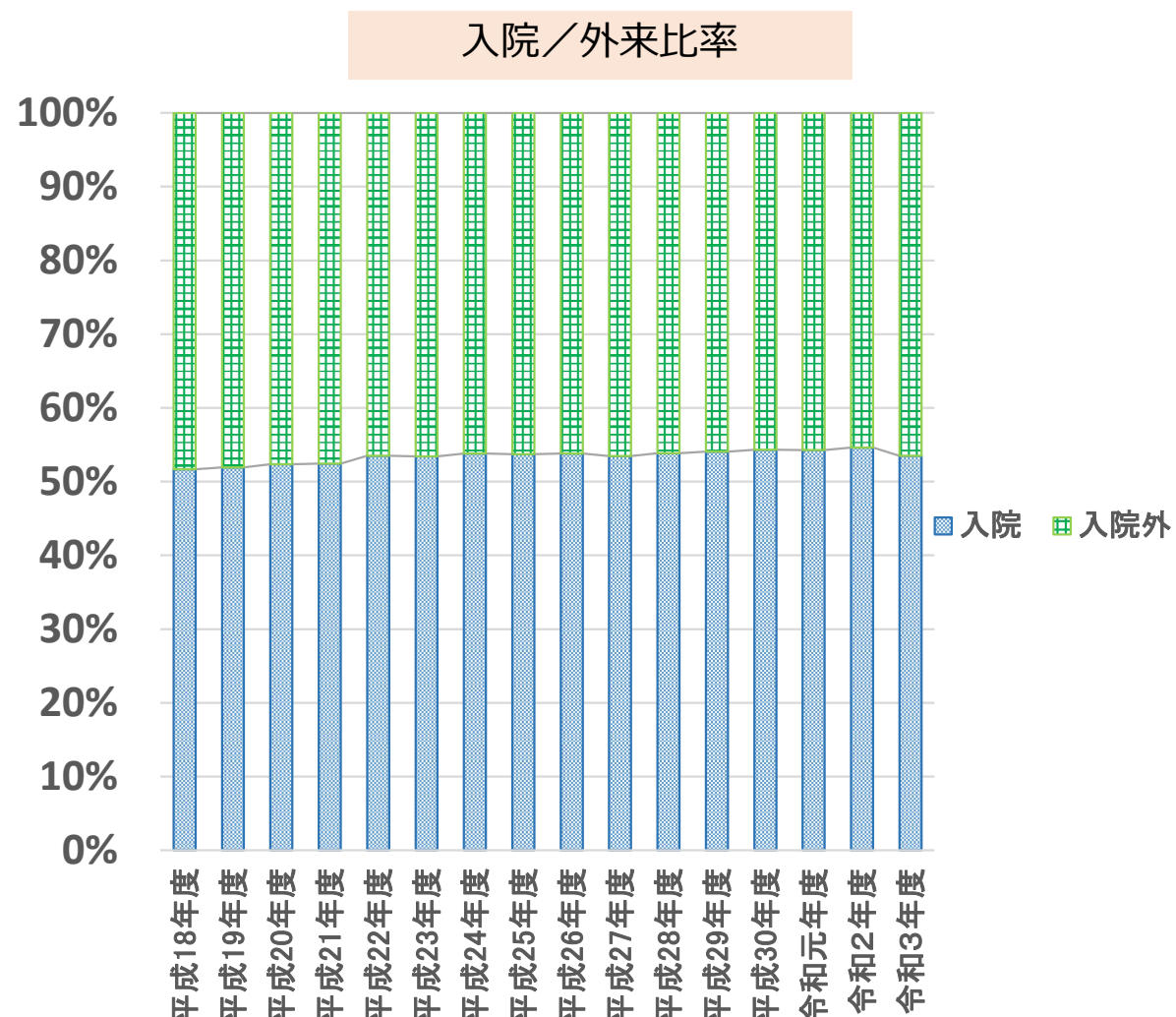
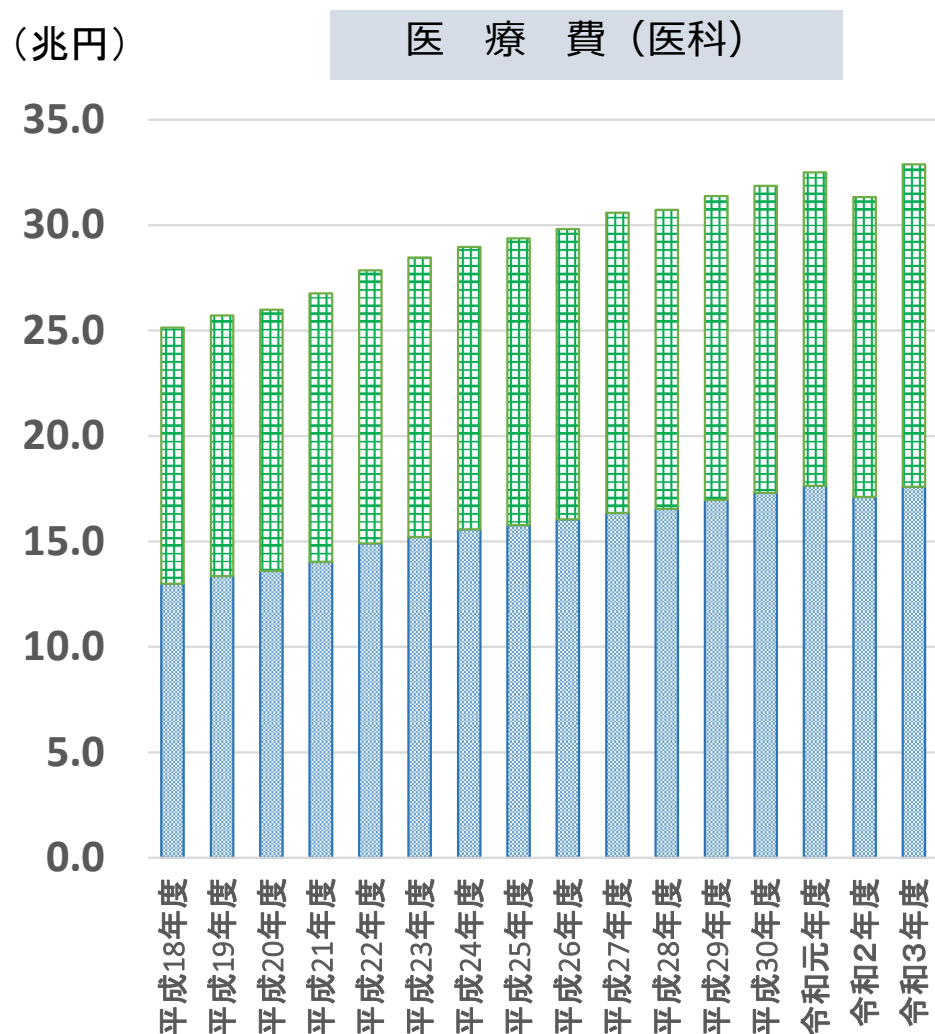
(3) 慢性期入院医療

(4) 入院医療におけるその他の評価



# 入院／入院外医療費の推移

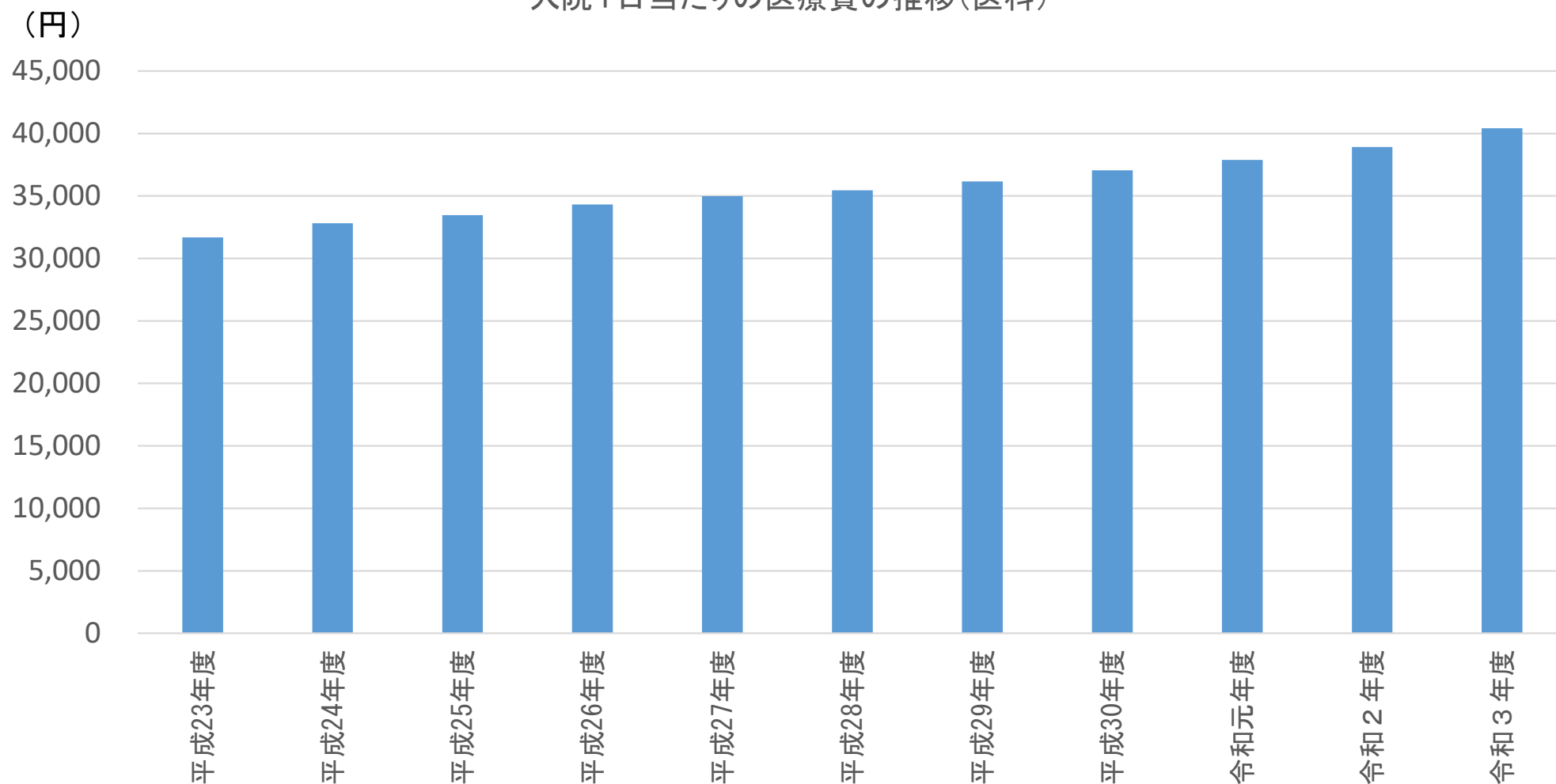
○ 入院及び入院外の医療費は、令和2年度に一時的に減少したが、増加傾向である。入院と入院外の比率で見ると、入院外の医療費が微増している。



# 入院1日当たりの入院医療費の推移

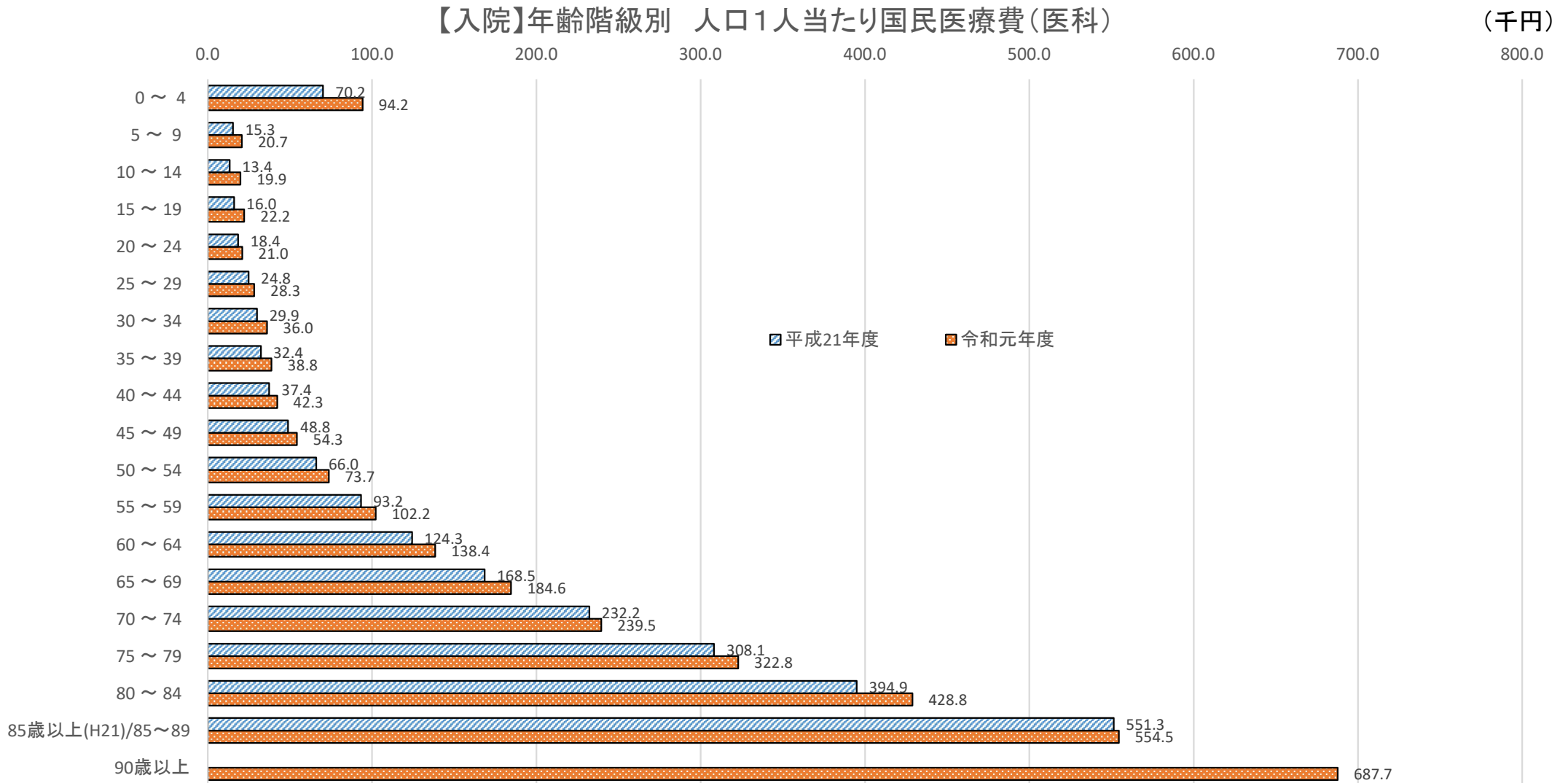
○ 入院1日当たりの医療費は増加傾向である。

入院1日当たりの医療費の推移(医科)



# 【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費

○ 年齢階級別に1人当たりの入院医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、1人当たりの入院医療費は多くの年齢層で増加しているが、特に、0～4歳、80歳以上の伸び幅が大きい。



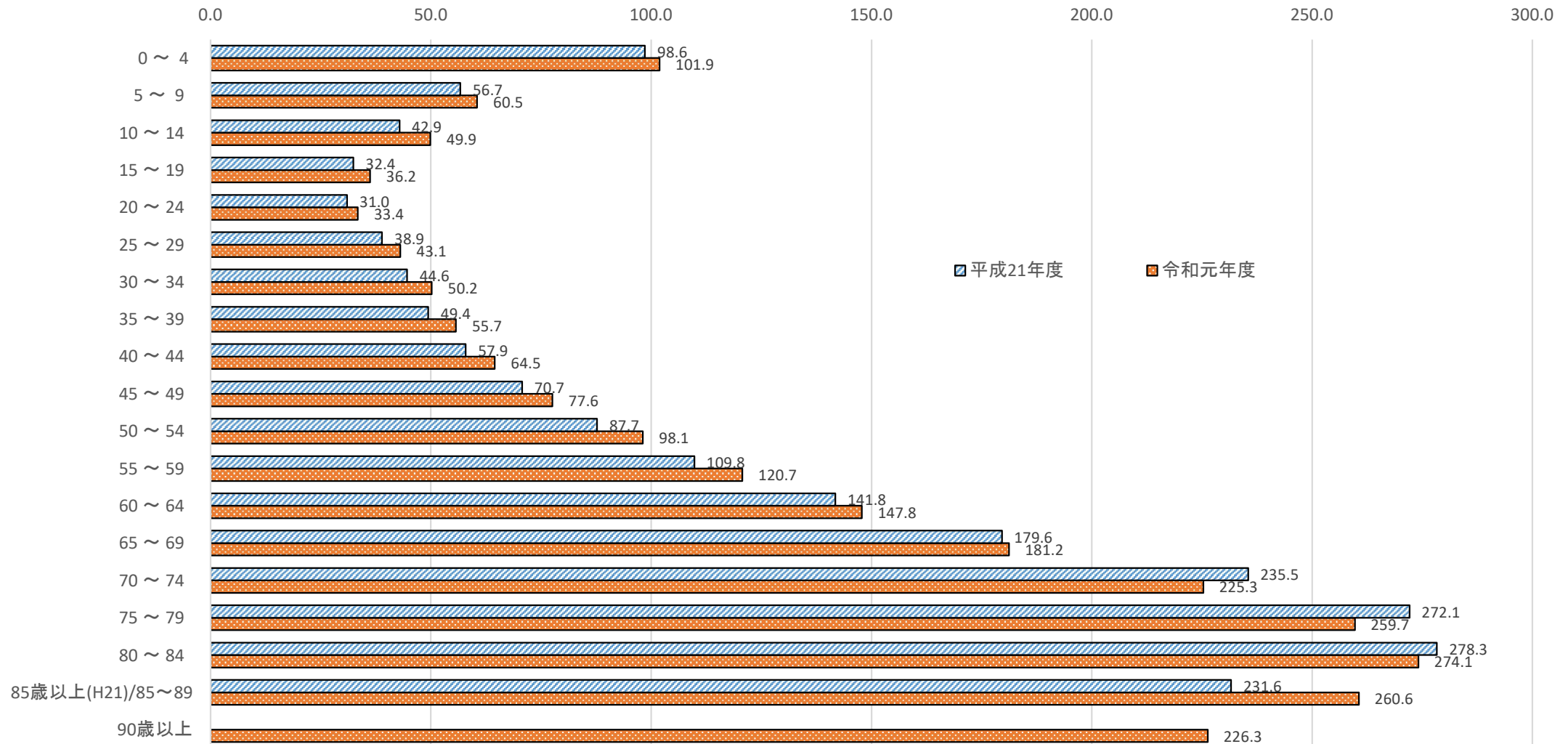
※「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計されたもの。  
 ※人口一人当たり国民医療費は、総務省統計局「国勢調査」又は「人口推計」の総人口により算出されたもの。

# 【入院外】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費

○ 年齢階級別に1人当たり入院外の医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、69歳以下及び85歳以上では増加しているが、70歳～84歳では減少している。

【入院外】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費(医科)

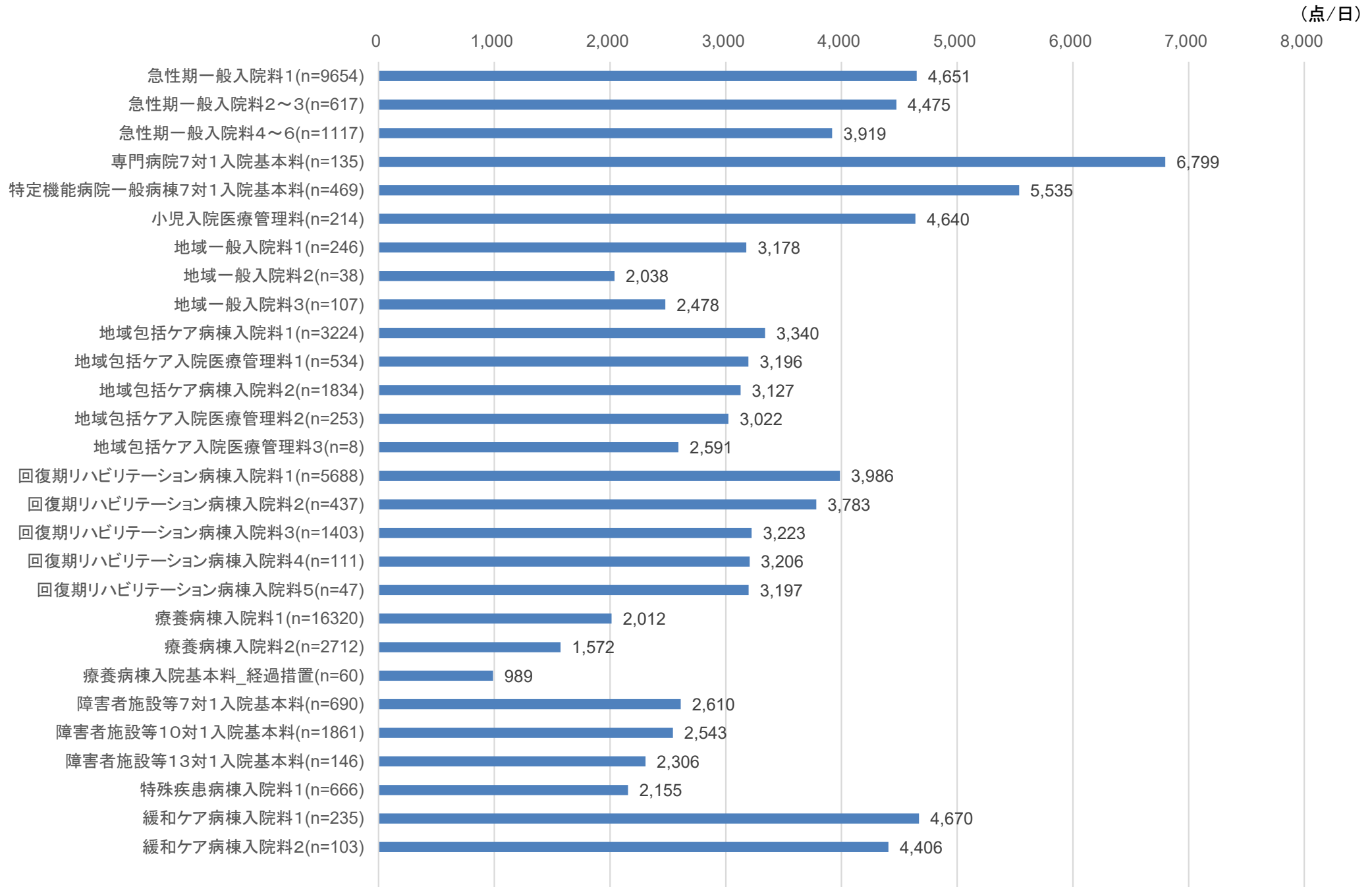
(千円)



※「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計されたもの。

※人口一人当たり国民医療費は、総務省統計局「国勢調査」又は「人口推計」の総人口により算出されたもの。

# 入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数



## 1. 入院医療をとりまく現状について

(1) 入院患者及び医療提供体制

(2) 入院医療における医療費

## 2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

(1) 急性期入院医療

(2) 回復期入院医療

(3) 慢性期入院医療

(4) 入院医療におけるその他の評価

## 急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

- 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・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	<u>許可病床数 200床以上</u>	31%/ <b>28%</b>	<b>27%/24%</b>	<b>24%/21%</b>	<b>20%/17%</b>	<b>17%/14%</b>	測定している こと
	必要度Ⅰ/Ⅱ	<u>許可病床数 200床未満</u>	<b>28%/25%</b>	<b>25%/22%</b>	<b>22%/19%</b>		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	-				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院医療等に関する調査への適切な参加</li> <li>届出にあたり入院料1の届出実績が必要</li> </ul>		-		
データ提出加算		○ (要件)					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	<b>1,382点</b>

【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり  
⇒**令和4年9月30日まで**基準を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり  
⇒**令和4年9月30日まで**改定前の点数を算定できる。

# 7対1入院基本料の施設基準に係る経緯

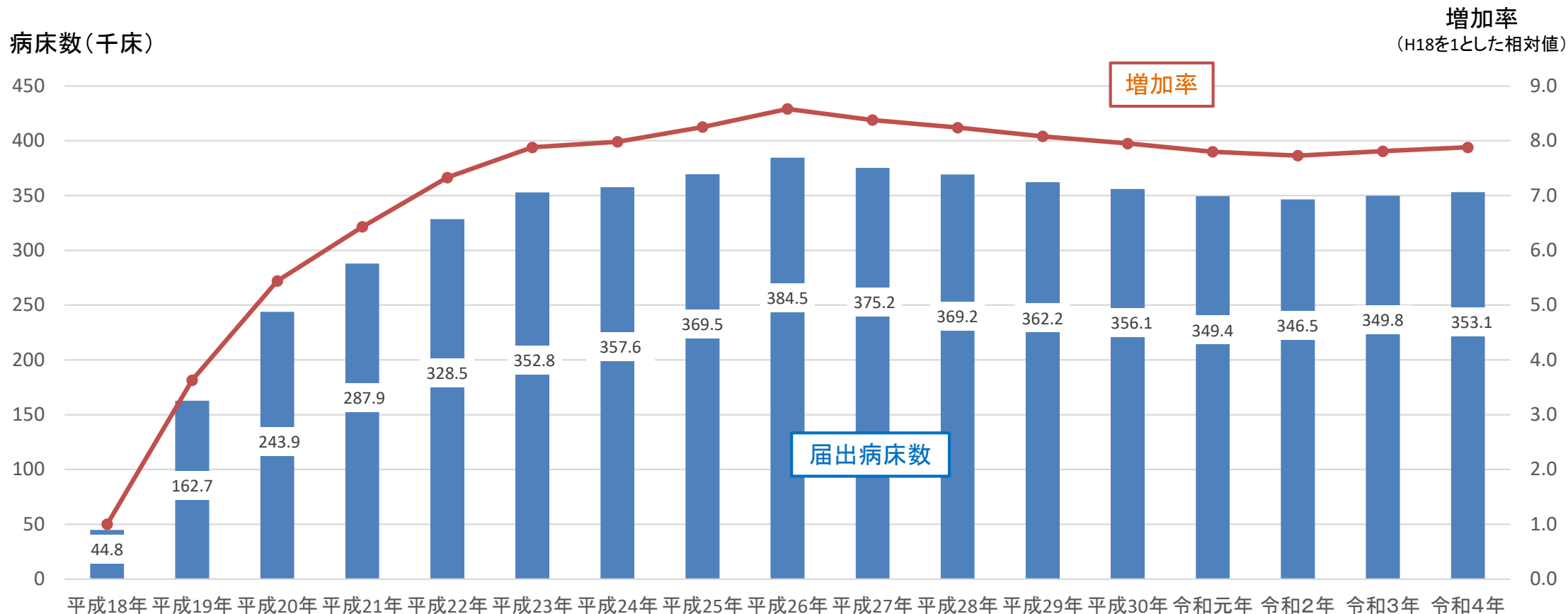
平成17年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療制度改革大綱 <ul style="list-style-type: none"> <li>・「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」</li> </ul> </li> </ul>		
平成18年	<b>7対1入院基本料創設</b>		
平成19年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 <ul style="list-style-type: none"> <li>・「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」</li> </ul> </li> </ul>		
平成20年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」</li> </ul> </li> </ul>		<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟入院基本料の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合</li> </ul> </li> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・C項目の評価項目の見直し</li> <li>・該当患者の判定基準に「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を追加（総合入院体制加算も同様に基準を追加）</li> <li>・A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設</li> <li>・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合（30%/25%）を設定</li> </ul> </li> <li>○ <b>在宅復帰率の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更</li> <li>・指標の定義等の見直し</li> </ul> </li> </ul>
平成24年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」</li> </ul> </li> <li>○ <b>平均在院日数要件の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「平均在院日数が19日→18日以下」</li> </ul> </li> </ul>		<b>急性期一般入院料1の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・該当患者の判定基準から「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を削除</li> <li>・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価</li> <li>・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→（31%/29%）以上へ見直し</li> <li>・A・C項目の評価項目の見直し</li> </ul> </li> </ul>
平成26年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」</li> </ul> </li> <li>○ <b>データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入</b></li> </ul>		<b>急性期一般入院料1の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「心電図モニターの管理」の項目を廃止</li> <li>・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更</li> <li>・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価を2点に変更</li> <li>・B項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価</li> <li>・必要度（Ⅰ／Ⅱ）の該当患者割合を（30%/25%）→200床以上：（31%/28%）、200床未満：（28%/25%）に変更</li> </ul> </li> </ul>
平成28年	<b>7対1入院基本料の基準の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A項目の一部追加、B項目の評価項目の見直し、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」</li> <li>・「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上」</li> <li>・「該当患者割合を15%以上→25%以上」</li> </ul> </li> <li>○ <b>在宅復帰率の見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「75%以上→80%以上」</li> </ul> </li> </ul>		

(参考) 平成14年 特定集中治療室管理料に重症度の判定基準及び患者割合を導入  
平成16年 ハイケアユニット入院医療管理料に重症度・看護必要度の判定基準及び患者割合を導入



# 看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向であったが、近年横ばいである。



**[H18. 4]**  
7対1入院  
基本料創  
設

**[H20. 4]**  
重症度・  
看護  
必要度の  
導入

**[H24. 4]**  
重症度・看護必  
要度  
該当患者割合基  
準の見直し  
(10%→15%)  
平均在院日数要  
件の見直し  
(19日→18日)

**[H26. 4]**  
重症度、医  
療・看護必要  
度  
A項目の見直  
し  
在宅復帰率要  
件の導入

**[H28. 4]**  
重症度、医療・看護必  
要度  
A・B項目の見直し／C項  
目の追加  
該当患者割合基準の見  
直し  
(15%→25%)  
在宅復帰率の見直し  
(75%→80%)

**[H30. 4]**  
重症度、医療・看護必  
要度Ⅱの創設  
該当患者割合基準の見  
直し  
(25%→30%)  
判定基準の追加  
C項目の評価の見直し

**[R2. 4]**  
判定基準の見直し  
A項目、C項目の見  
直し  
救急患者の評価を  
充実  
該当患者割合基準  
の見直し  
(30%/25%→31%/29  
%)

**[R4. 4]**  
A項目の見直し  
重症度、医療・看護必要度  
Ⅱ対象病院の拡大  
該当患者割合基準の見直し  
200床以上：  
(31%/29%→31%/28%)  
200床未満：  
(28%/25%)

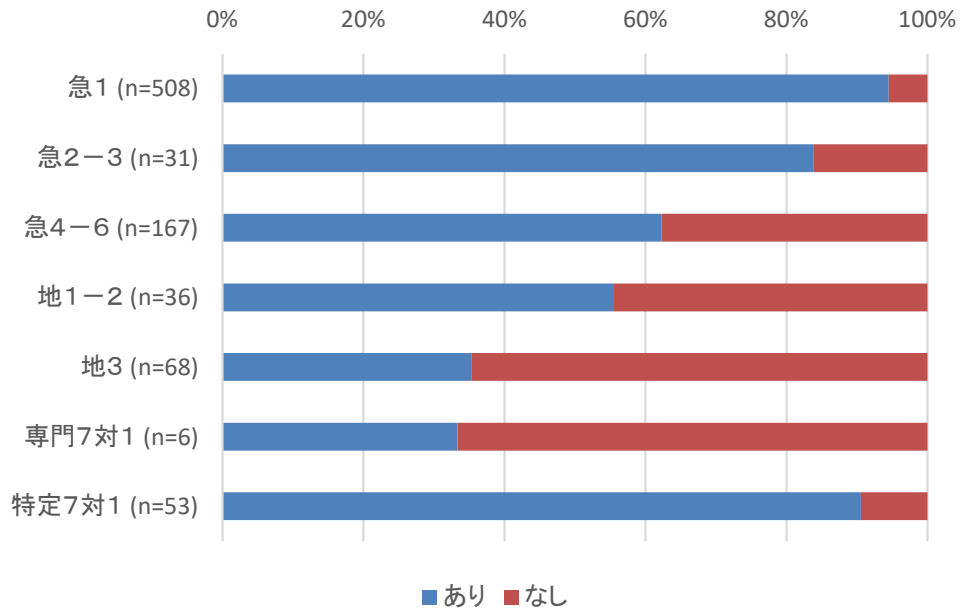
出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

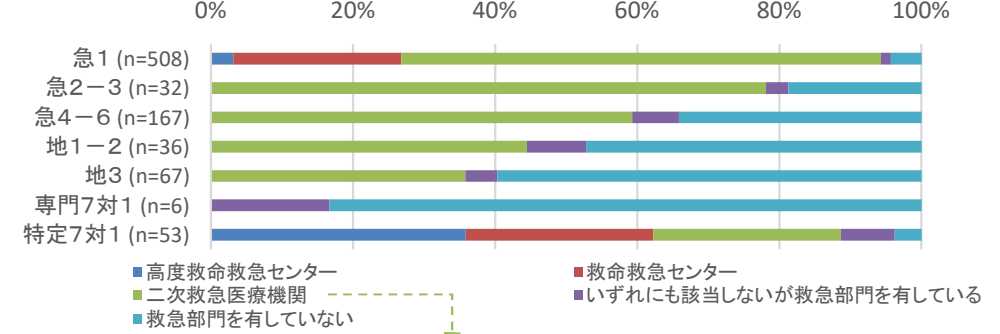
# 一般病棟入院基本料等を届け出ている施設における救急医療体制等

○ 各入院料毎の救急医療体制等については、以下のとおり。

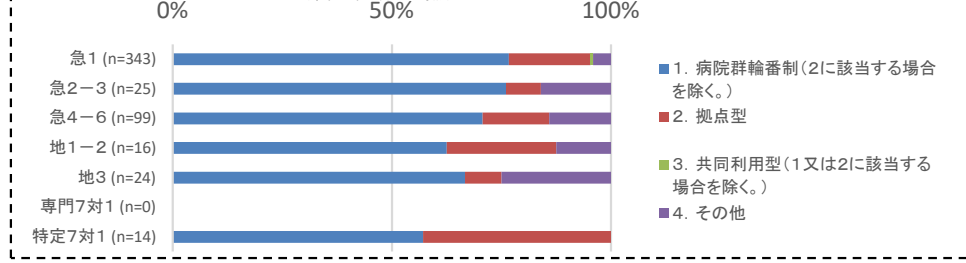
救急告示の有無  
(令和4年11月1日時点)



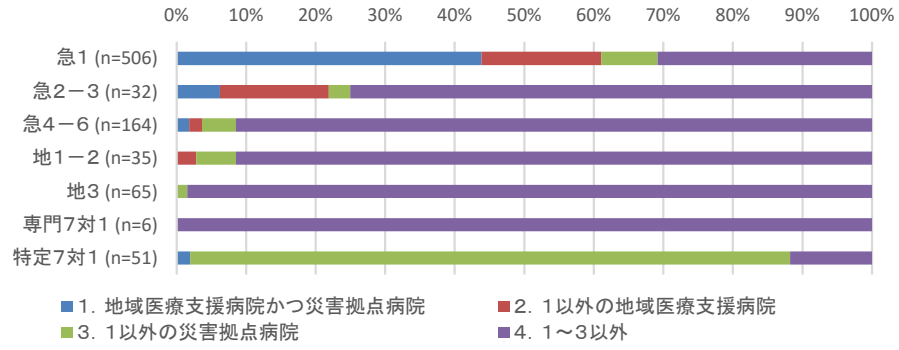
救急医療体制  
(令和4年11月1日時点)



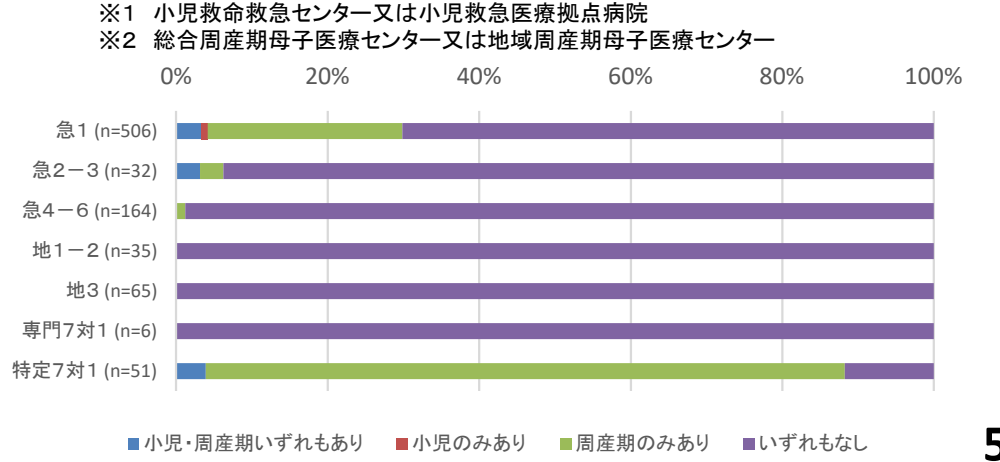
二次救急医療機関における二次救急の体制  
(令和4年11月1日時点)



地域医療支援病院及び災害拠点病院の指定状況  
(令和4年11月1日時点)



小児救命センター等<sup>※1</sup>及び総合周産期母子医療センター等<sup>※2</sup>の指定状況  
(令和4年11月1日時点)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

# 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

<b>(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)</b>	<b>7日以内の期間</b>	<b>460点</b>
	<b>8日以上11日以内の期間</b>	<b>250点</b>
	<b>12日以上14日以内の期間</b>	<b>180点</b>

## [算定要件]

- 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

## [主な施設基準]

- 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・総合入院体制加算の届出を行っていないこと。
- 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術  
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- 24時間の救急医療提供として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- 精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること等。
- 高度急性期医療の提供として、救命救急入院料等の治療室を届け出ていること。・感染対策向上加算1の届出を行っていること。
- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出を行っていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「院内迅速対応チーム」の整備等を行っていること。
- 外来を縮小する体制を確保していること。・手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出を行っていることが望ましい。
- 療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割であること。
- 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。
- 入退院支援加算1又は2を届け出ていること。・一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

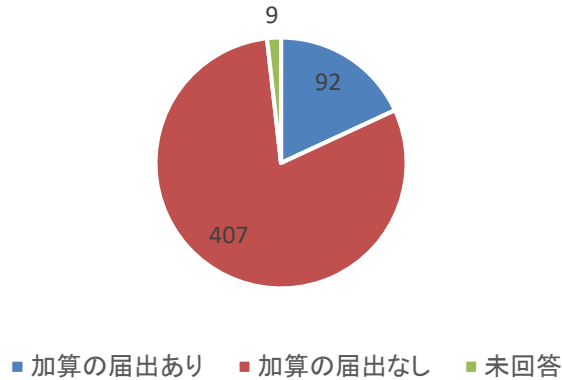
## (新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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届け出た保険医療機関に入院している患者について、更に所定点数に加算する。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
- 精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

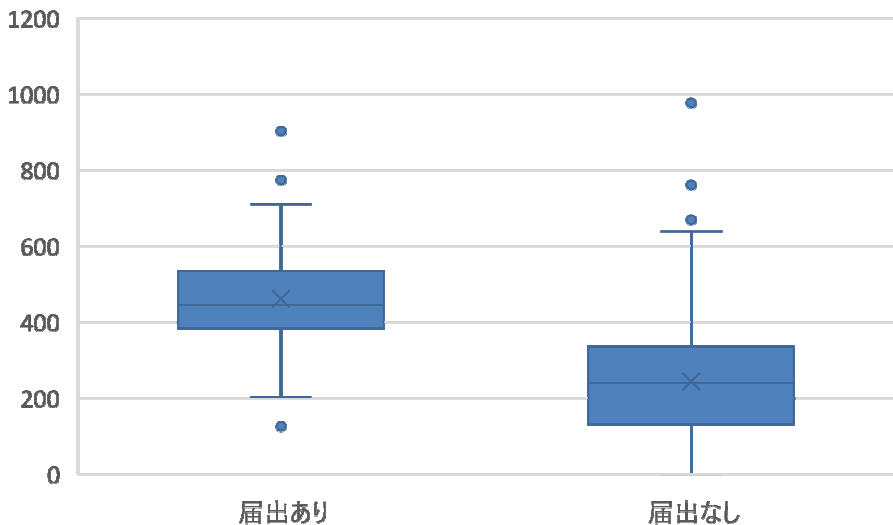
# 急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

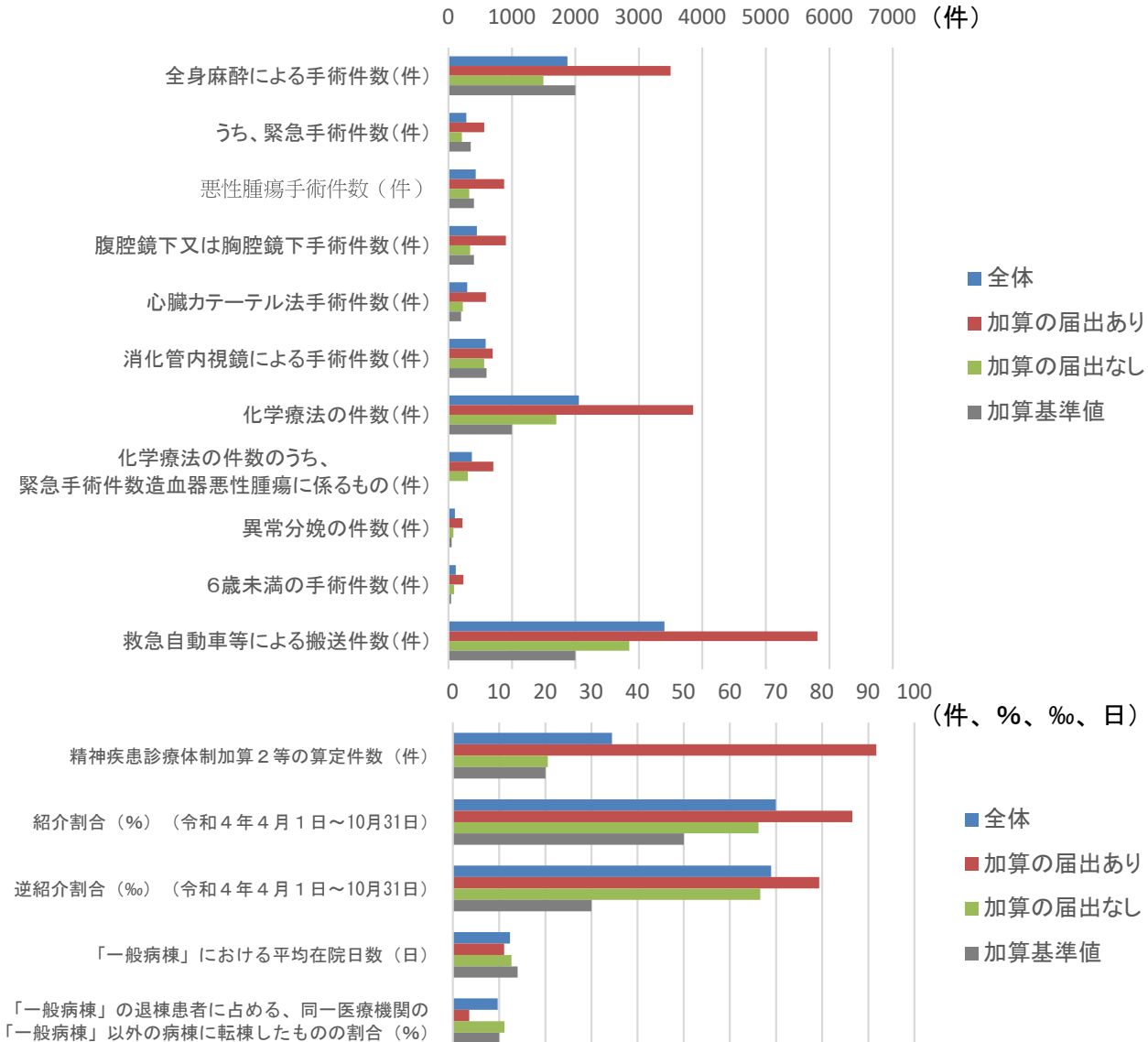
回答施設のうち急性期一般入院料1における急性期充実体制加算の届出状況 (n=508)



急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料1の届出病床数



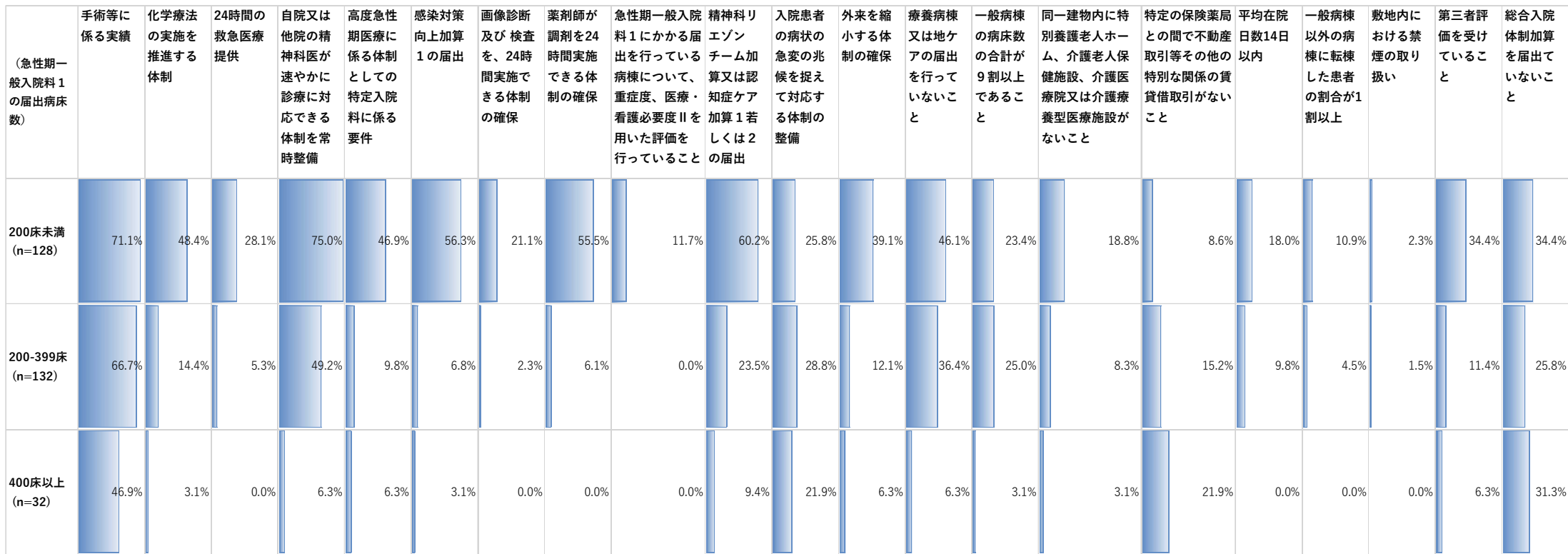
急性期一般入院料1における施設基準に関連する実績の状況 (n=508)



# 急性期充実体制加算の届出状況②

○ 急性期充実体制加算を届け出していない理由としては、400床以上の急性期病床を有する医療機関においては、「手術等に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備」、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと」等が多かった。

急性期一般入院料1のうち急性期充実体制加算を届け出していない医療機関における  
届け出していない理由  
(複数選択、回答があった施設における選択割合)



# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

診調組 入-1  
3. 6. 30

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

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

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

[該当患者の基準]

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

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

# 重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

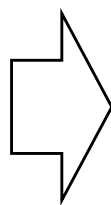
## 評価項目の見直し

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

### 現行

#### 【一般病棟用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(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	-
	専門的な治療・処置			
7	(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



### 改定後

- 「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- 「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- 「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(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	-
<b>3</b>	<b>注射薬剤3種類以上の管理</b>	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
<b>5</b>	<b>輸血や血液製剤の管理</b>	なし	-	<b>あり</b>
	専門的な治療・処置			
<b>6</b>	(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
<b>7</b>	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

# 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置



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

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



## 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

### 重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

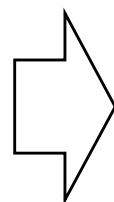
- 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

#### 現行

##### 【急性期一般入院基本料1】

##### 【施設基準】

許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。



#### 改定後

##### 【急性期一般入院基本料1】

##### 【施設基準】

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については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

##### 【経過措置】

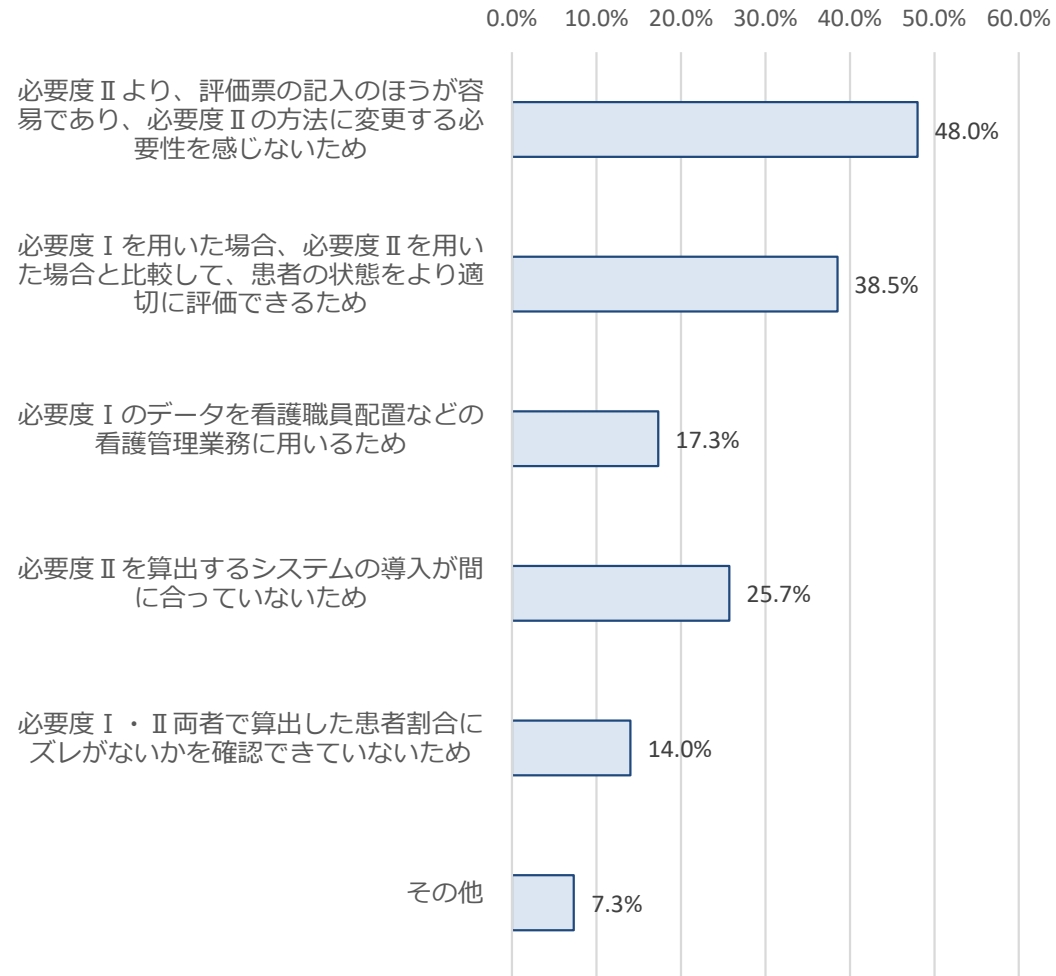
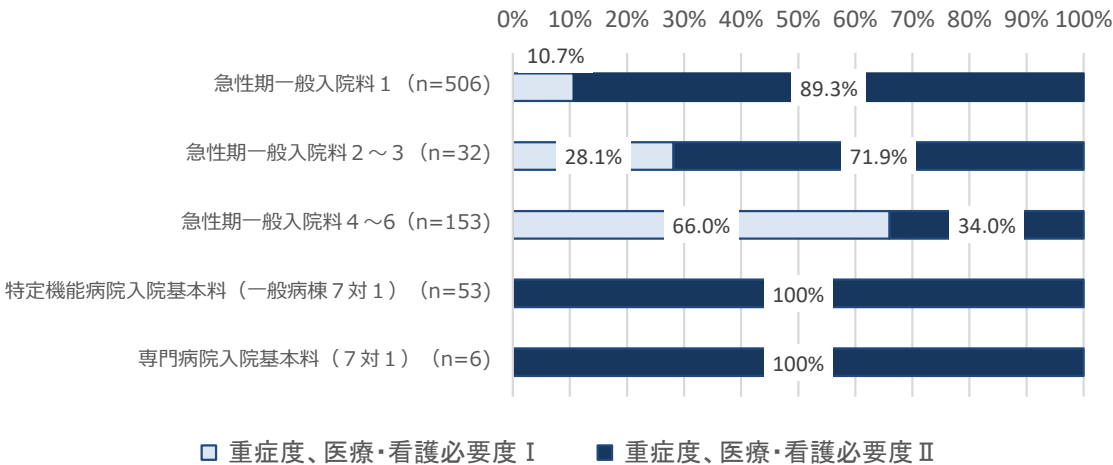
令和4年3月31日において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）については、**同年12月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。**

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

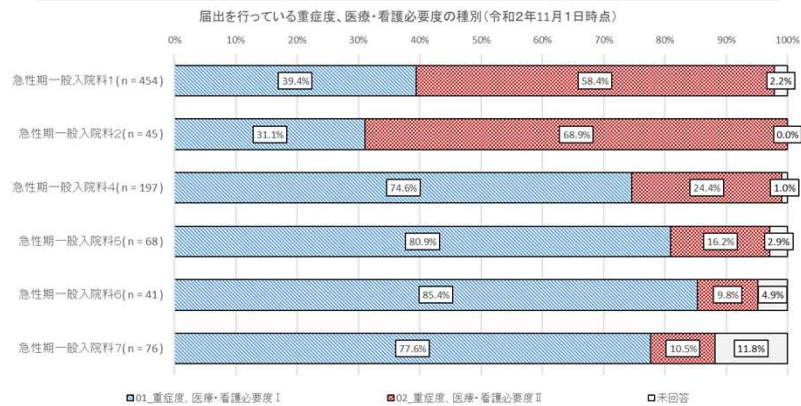
- 重症度、医療・看護必要度 II を届出ている施設は、急性期一般入院料 1 は 89.3%、急性期一般入院料 2～3 は 71.9%、急性期一般入院料 4～6 では 34.0% であった。
- 重症度、医療・看護必要度 I を届出ている理由は、「必要度 II より評価票の記入のほうが容易であり、必要度 II に変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

## ■ 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 を届出ている理由 (複数回答)



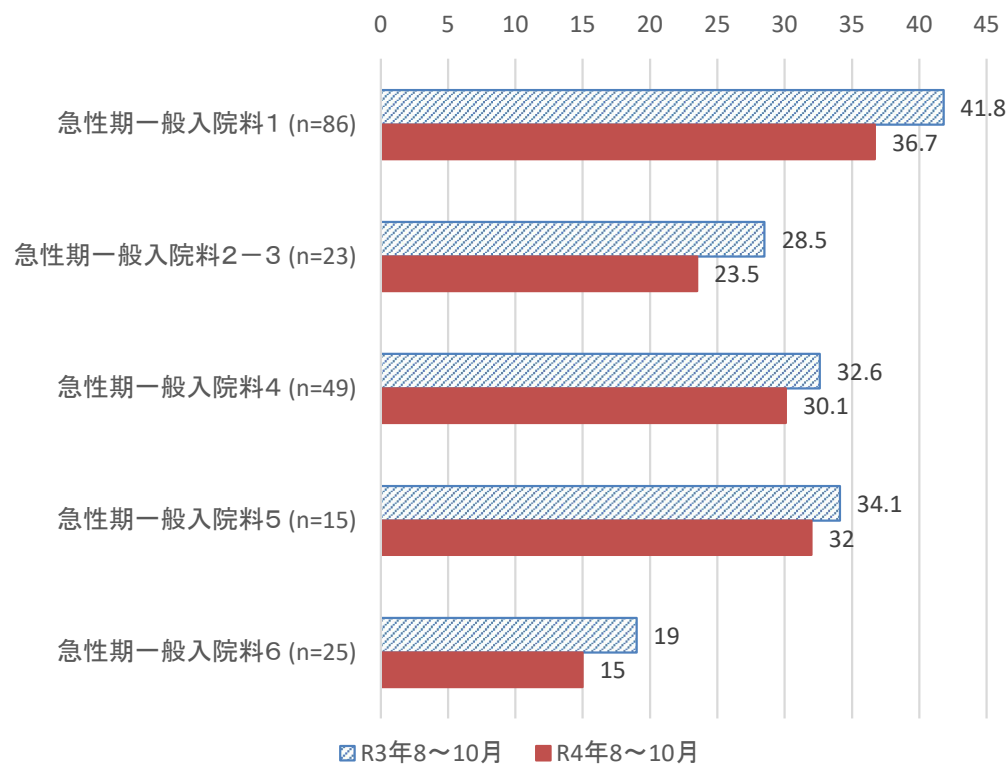
### (参考) R2.11.1 時点 (令和 2 年度入院医療等の調査 (施設票))



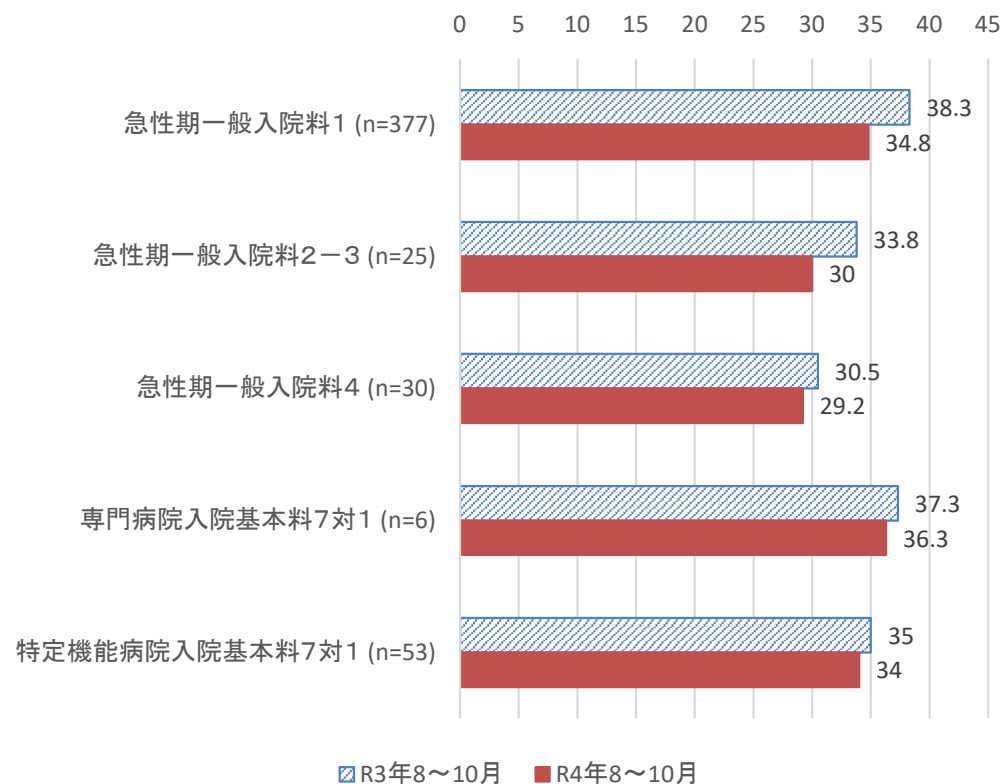
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

### R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (平均)

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



# 特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る評価票

## 【特定集中治療室用】 基準：A得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 輸液ポンプの管理	なし	あり	—
2 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	—	あり
3 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
4 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	—	あり
5 人工呼吸器の装着	なし	—	あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
7 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	—	あり
8 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	—	あり

## 【ハイケアユニット用】 基準：A得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1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 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニター装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

## (参考)【一般病棟用】

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

## (参考) 一般病棟用、ハイケアユニット用共通B項目

B 患者の状況等	患者の状態			介助の実施	
	0点	1点	2点	0	1
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	—	—
移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	—	実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—	—	60
危険行動	ない	—	ある	—	

# 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

## 評価項目及び判定基準の見直し

- 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・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直す。

### 現行

#### 【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテール）	なし		あり
9 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）	なし		あり

#### B 患者の状況等

10 寝返り
11 移乗
12 口腔清潔
13 食事摂取
14 衣服の着脱
15 診療・療養上の指示が通じる
16 危険行動

#### 基準

A得点4点以上かつ  
B得点3点以上

### 改定後

- ・「心電図モニター管理」「B 患者の状況等」の項目を廃止

#### 【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
<b>1</b> 輸液ポンプの管理	なし	あり	
<b>2</b> 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
<b>3</b> シリンジポンプの管理	なし	あり	
<b>4</b> 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
<b>5</b> 人工呼吸器の管理	なし		あり
<b>6</b> 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
<b>7</b> 肺動脈圧測定（スワンガンツカテール）	なし		あり
<b>8</b> 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、 <b>IMPELLA</b> ）	なし		あり

#### 基準

A得点**3点**以上

## 評価方法の見直し

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入**する。

#### 重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）

救命救急入院料 1	—
救命救急入院料 2	<b>7割</b> 又は <b>6割</b>
救命救急入院料 3	—
救命救急入院料 4	<b>7割</b> 又は <b>6割</b>
特定集中治療室管理料 1	<b>7割</b>
特定集中治療室管理料 2	
特定集中治療室管理料 3	
特定集中治療室管理料 4	<b>6割</b>

【経過措置】  
令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

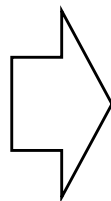
# 救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

## 重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

- ▶ 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料1及び3における、重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

### 現行

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I
救命救急入院料1	特定集中治療室用	-
救命救急入院料2	特定集中治療室用	8割又は7割
救命救急入院料3	特定集中治療室用	-
救命救急入院料4	特定集中治療室用	8割又は7割



### 改定後

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I	必要度 II
救命救急入院料1	<u>ハイケアユニット用</u>	-	-
救命救急入院料2	特定集中治療室用	8割又は7割	<u>7割</u> 又は <u>6割</u>
救命救急入院料3	<u>ハイケアユニット用</u>	-	-
救命救急入院料4	特定集中治療室用	8割又は7割	<u>7割</u> 又は <u>6割</u>

#### 【経過措置】

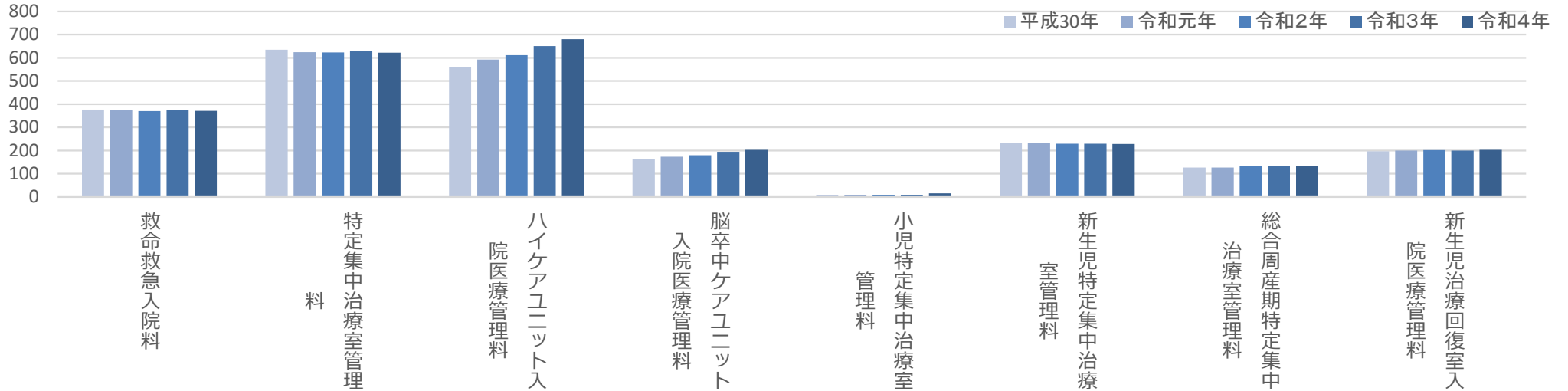
令和4年3月31日時点で救命救急入院料1及び3の届出を行っている病棟にあつては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

# 救命救急入院料等の届出状況

- 救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

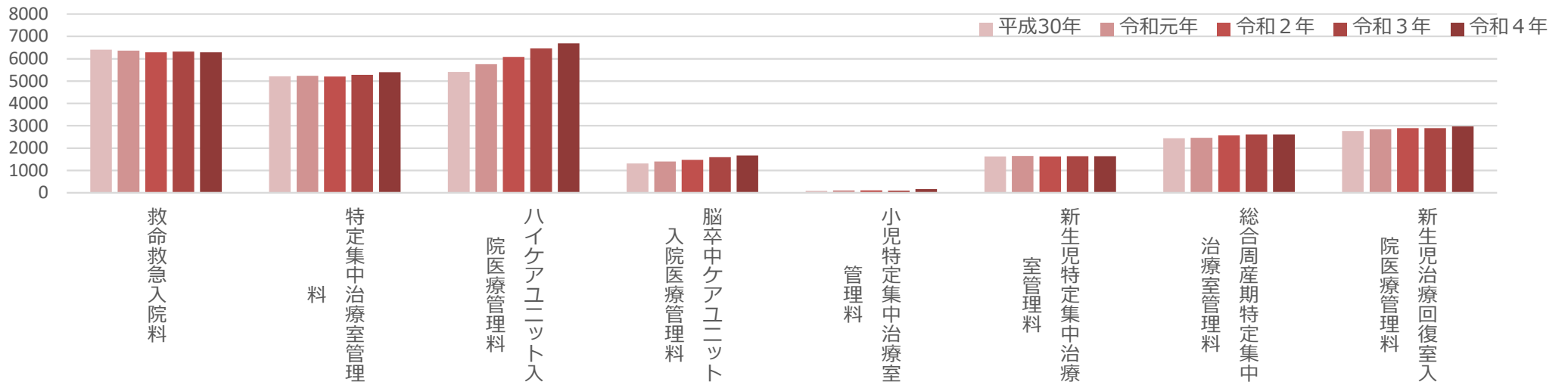
## 届出医療機関数

(医療機関数)

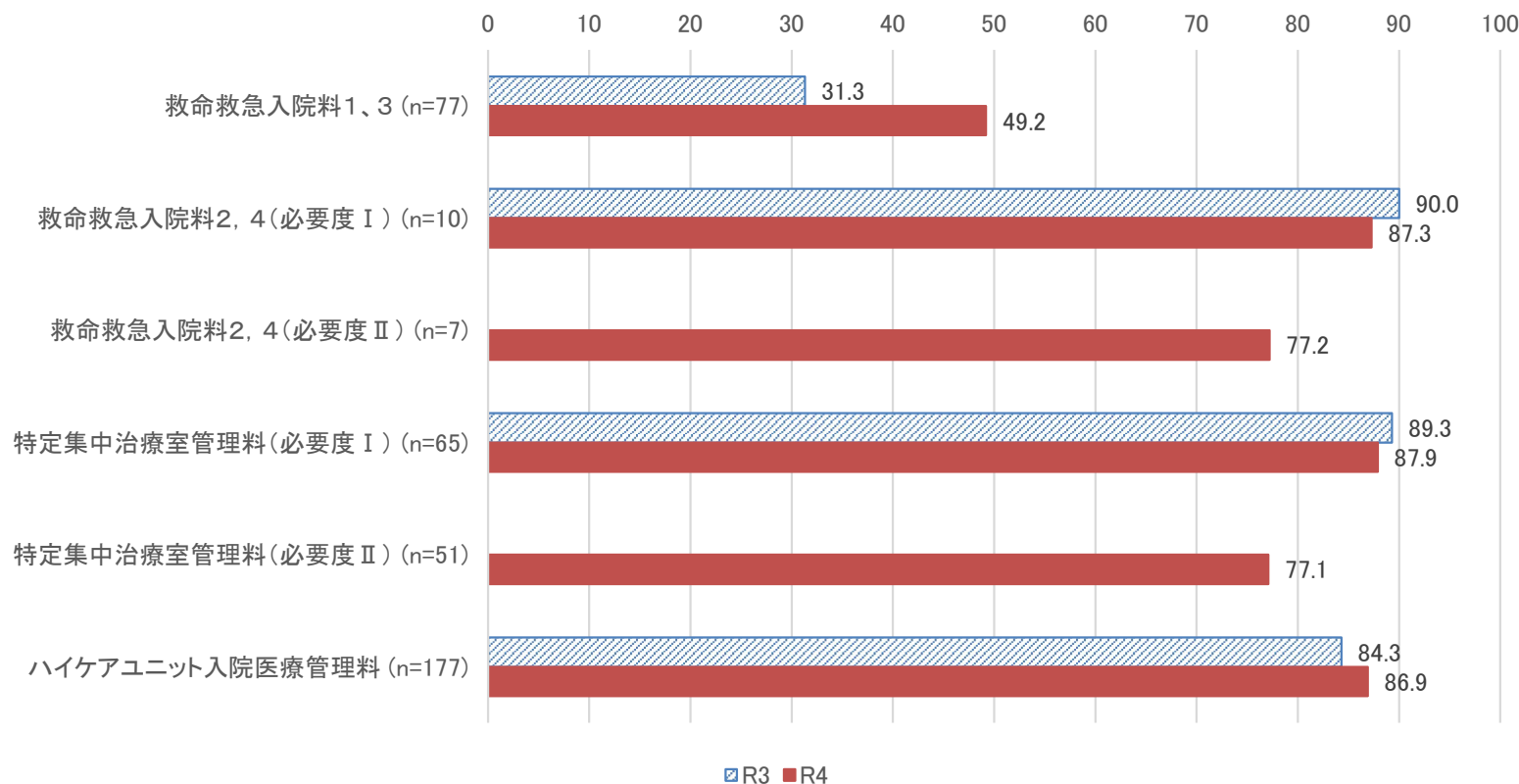


## 届出病床数

(病床数)



○ 令和3年8～10月及び令和4年8～10月における救命救急入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。

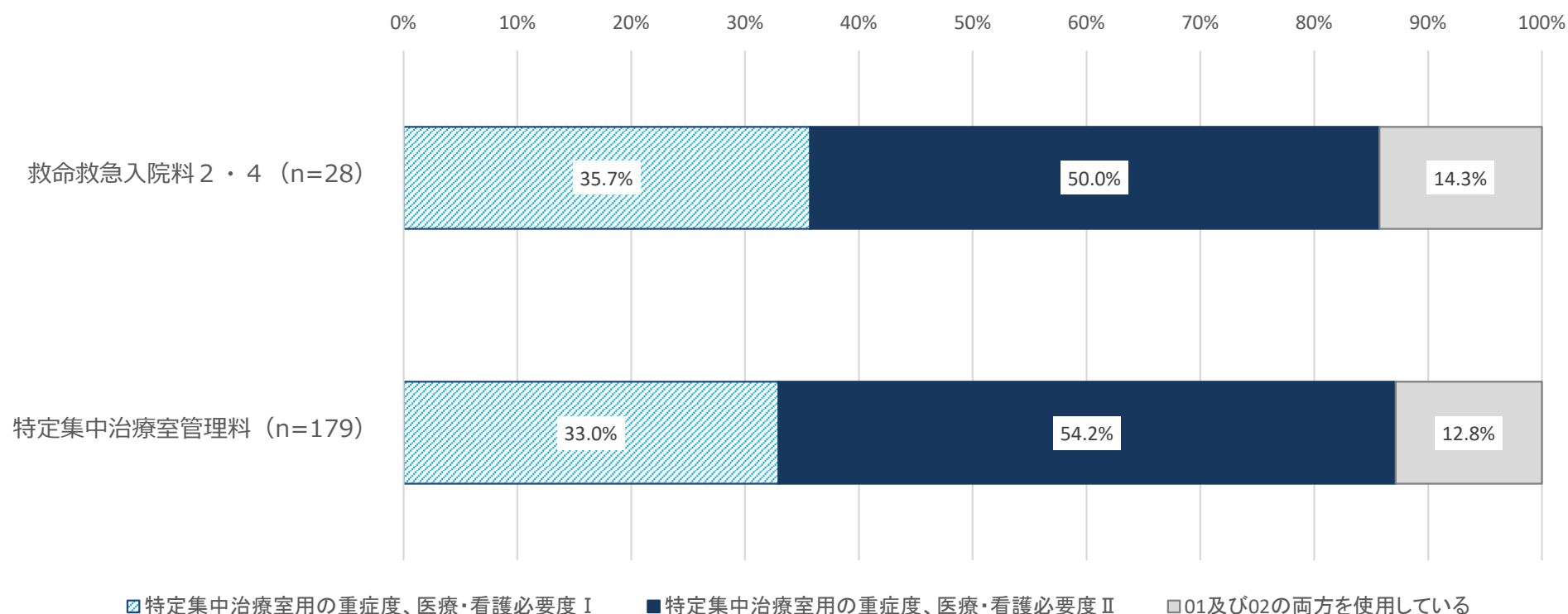


※救命救急入院料1、3については、令和3年は特定集中治療室管理料用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにより、令和4年はハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度により評価。



○ 特定集中治療室管理料及び救命救急入院料2・4※を届け出ている治療室は、約5割が重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていた。  
※特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度により評価。

## ■ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価に用いている評価票の種別



# 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4年では、入院患者のうち66%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



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

## 介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

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	19,054	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	17,052	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿細管間質性腎炎	13,606	2.8%	33	N12	尿細管間質性腎炎, 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急性呼吸器疾患	12,850	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)	10,588	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	7,490	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	7,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	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%					

# 医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

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

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和4年6月1日時点)

	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2～3	急性期一般入院料 4～6	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
看護師	63.2	52.0	44.9	43.0
うち、特定行為研修修了者	0.5	0.2	0.2	0.3
うち、短時間勤務等	4.2	4.7	2.6	4.0
准看護師	0.6	0.6	2.7	4.2
看護補助者	8.4	7.6	9.4	17.1
うち、介護福祉士	0.7	0.9	1.3	6.6
薬剤師	2.6	1.5	1.8	1.3
管理栄養士	0.6	0.3	1.0	1.3
理学療法士	1.2	2.3	1.5	14.8
作業療法士	0.4	1.4	0.3	8.6
言語聴覚士	0.2	0.6	0.1	3.2
相談員	0.7	0.7	0.5	2.4
うち、社会福祉士	0.5	0.5	0.3	2.1
うち、精神保健福祉士	0.0	0.0	0.0	0.2
医師事務作業補助者	0.4	0.5	0.6	0.5
保育士	0.1	0.1	0.1	0.0
その他の職員	0.8	0.5	1.5	1.4

※ 各入院基本料等を届け出ている医療機関

## 1. 入院医療をとりまく現状について

(1) 入院患者及び医療提供体制

(2) 入院医療における医療費

## 2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

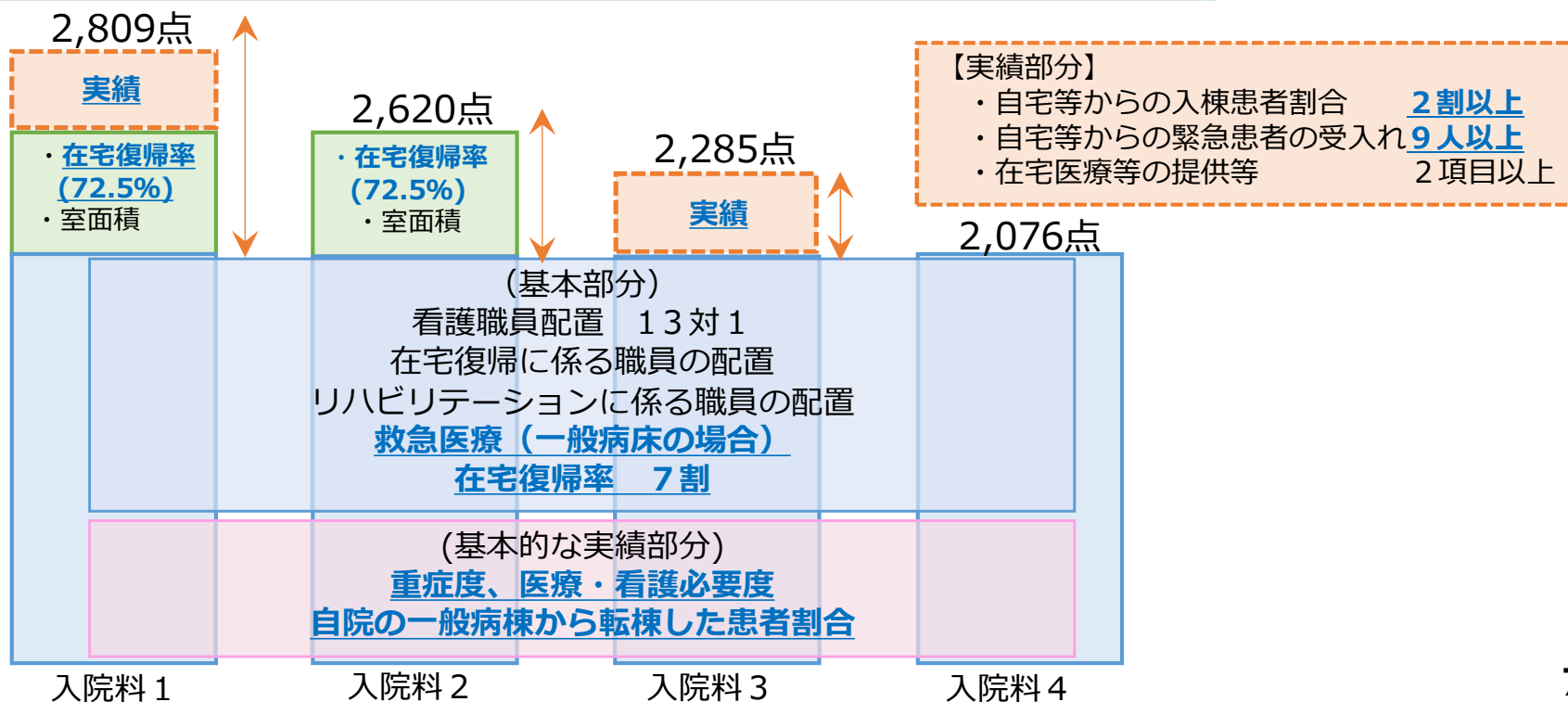
(1) 急性期入院医療

(2) 回復期入院医療

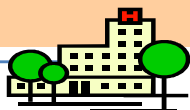
(3) 慢性期入院医療

(4) 入院医療におけるその他の評価

# 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



# 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<b>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</b>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <b>12%以上</b> 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%以上</b>							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
在宅医療等の実績	○ (2つ以上)				○ (2つ以上)			
在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> (満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <b>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）</b> <u>(満たさない場合90/100に減算)</u>							
点数（生活療養）	2,809点 (2,794点)		2,620点 (2,605点)		2,285点 (2,270点)		2,076点 (2,060点)	

・ **療養病床については95/100の点数を算定**する。ただし、**救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれか**を満たす場合は100/100



# 地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

## 【平成16年度診療報酬改定】

- **亜急性期入院医療管理料の創設**

[主な要件] 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

## 【平成20年度診療報酬改定】

- 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

[管理料2の主な要件] 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

## 【平成24年度診療報酬改定】

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定  
(最大60日まで算定可能)

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定  
(最大60日まで算定可能)

# 地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度、28年度診療報酬改定)

## 【平成26年度診療報酬改定】

### • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
  - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
  - データ提出加算の届出を行っていること
  - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
  - 在宅復帰率7割以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
  - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
  - 療養病床については、1病棟に限る
- 当該入院料の役割は、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、の3つとされた

## 【平成28年度診療報酬改定】

- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

# 地域包括ケア病棟の経緯③(平成30～令和4年度診療報酬改定)

## 【平成30年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

## 【令和2年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
  - 実績要件の見直し
  - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
  - 入退院支援部門の設置を必須とする見直し

を実施

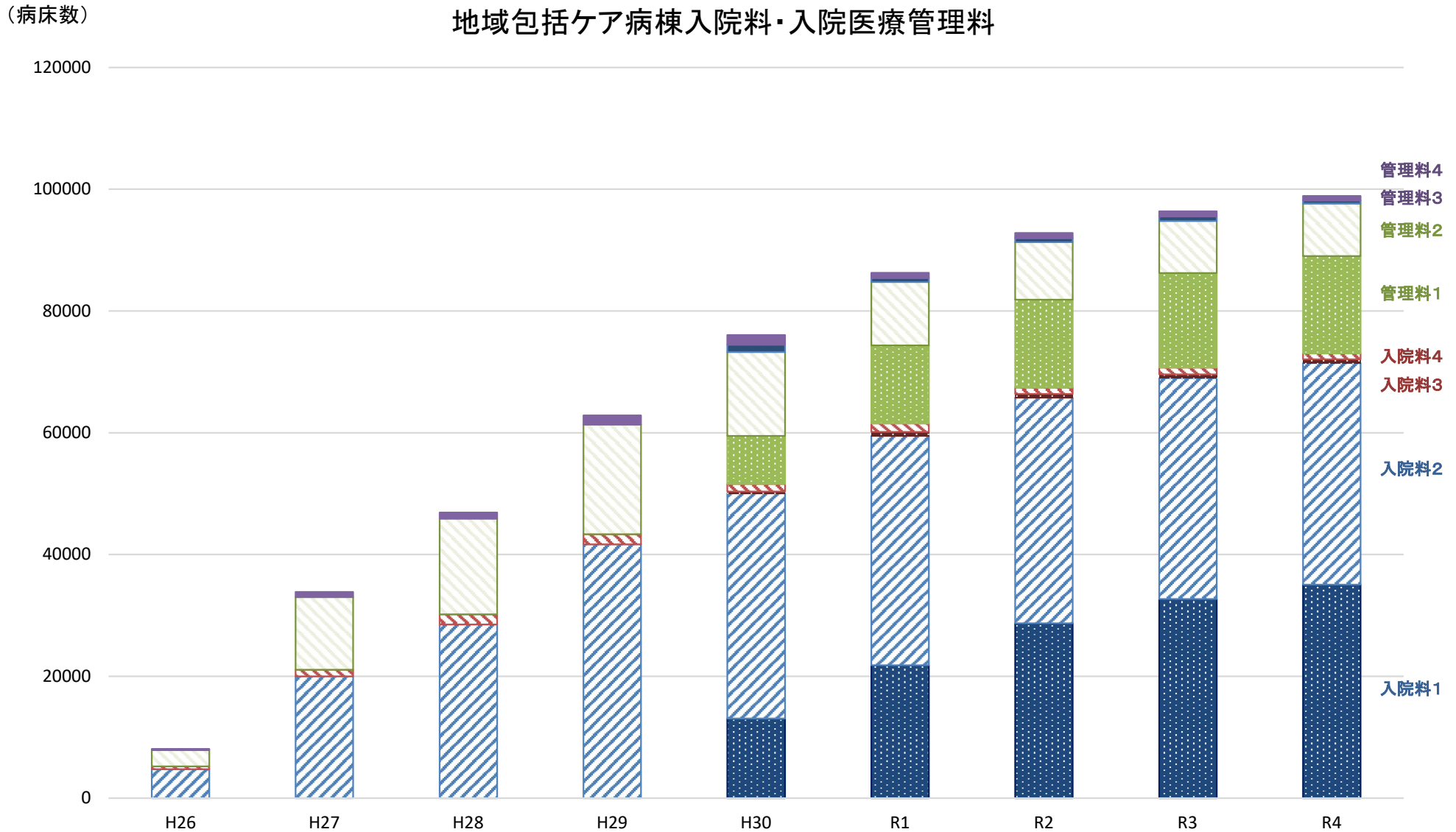
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

## 【令和4年度診療報酬改定】

- 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進する観点から、
  - 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
  - 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
  - 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
  - 在宅復帰率の水準を引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

# 入院料別の届出病床数の推移

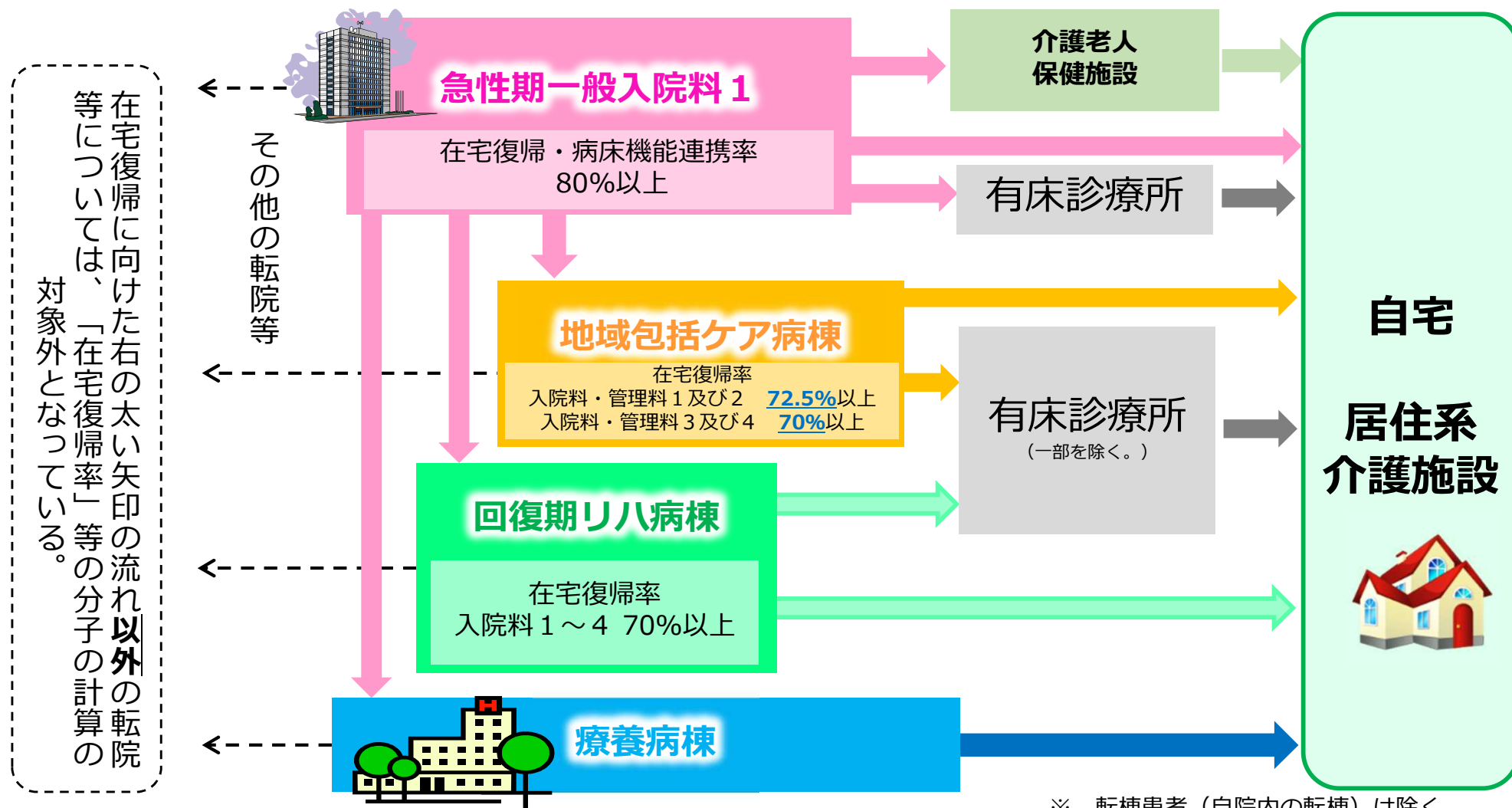
○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



# 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**

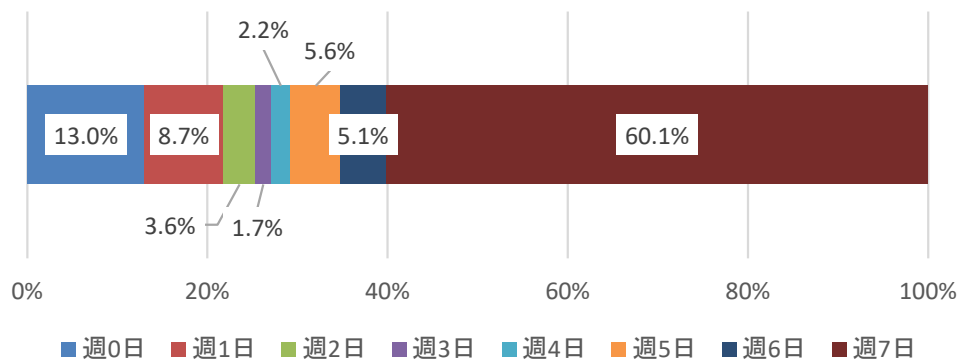


※ 転棟患者（自院内の転棟）は除く。  
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

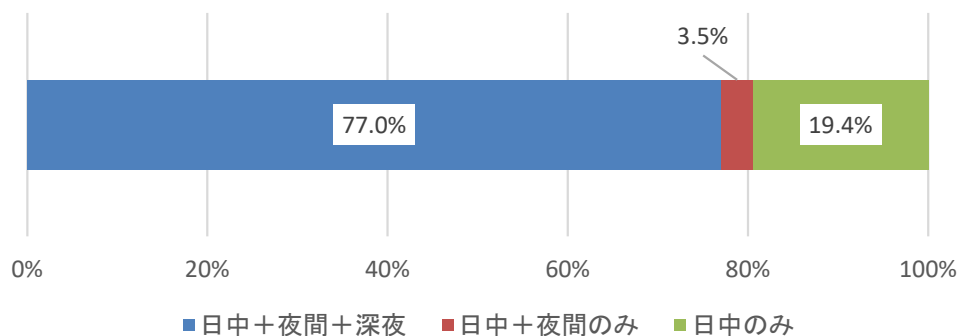
# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 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、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

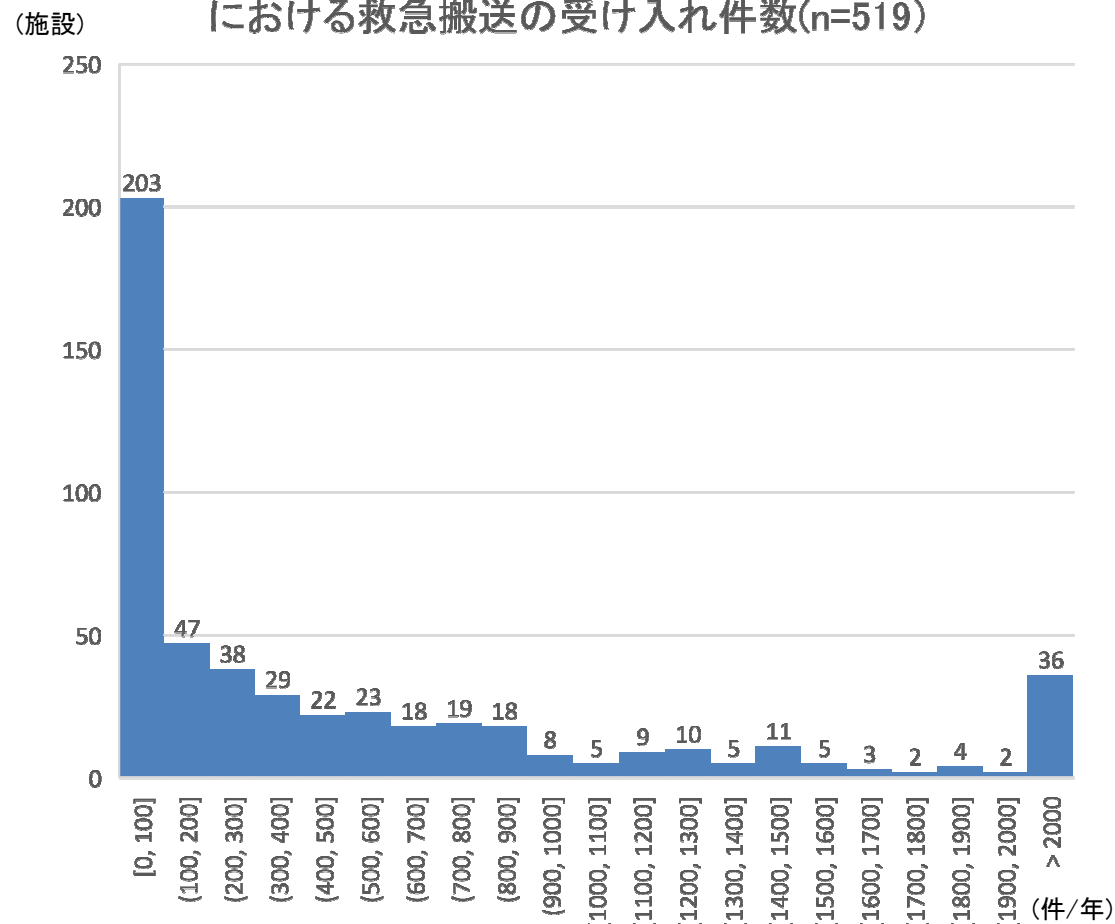
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



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

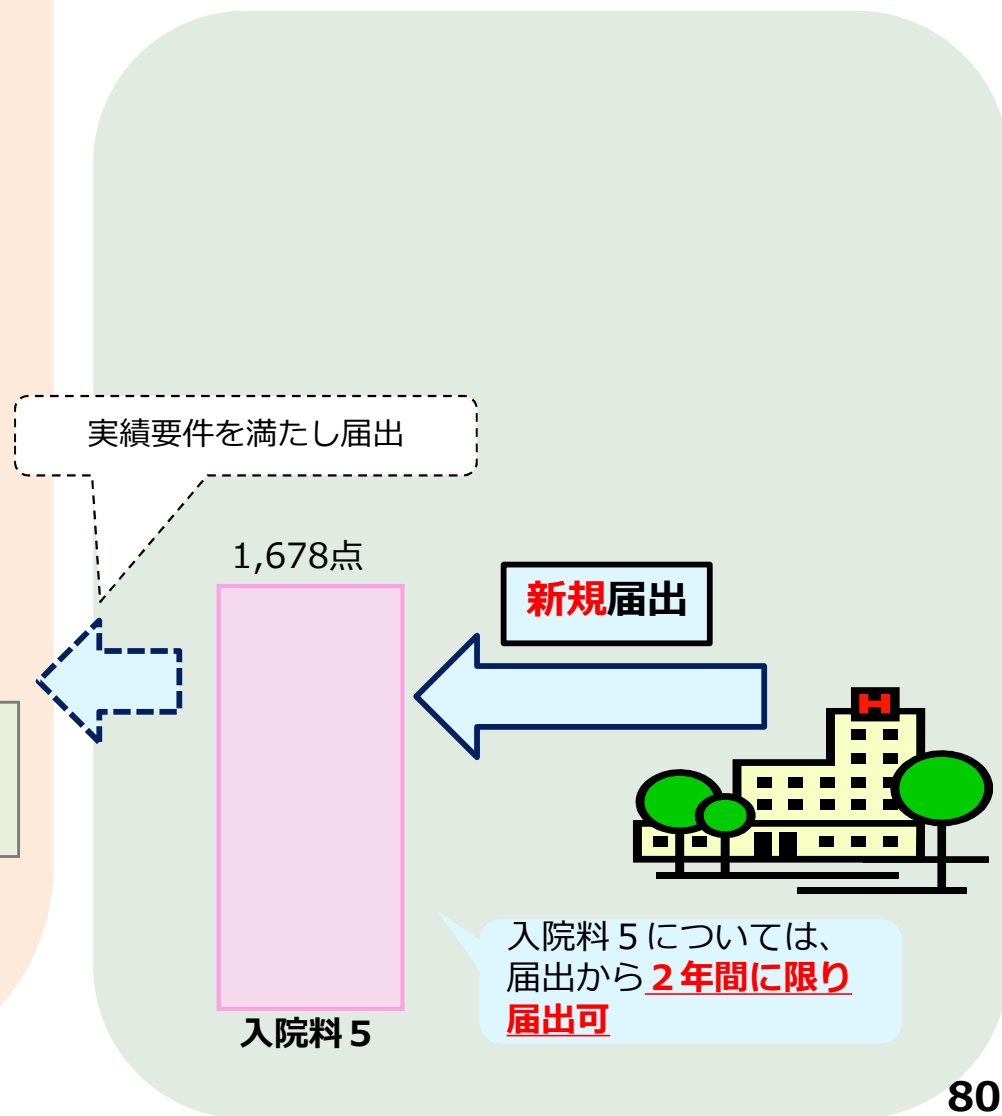
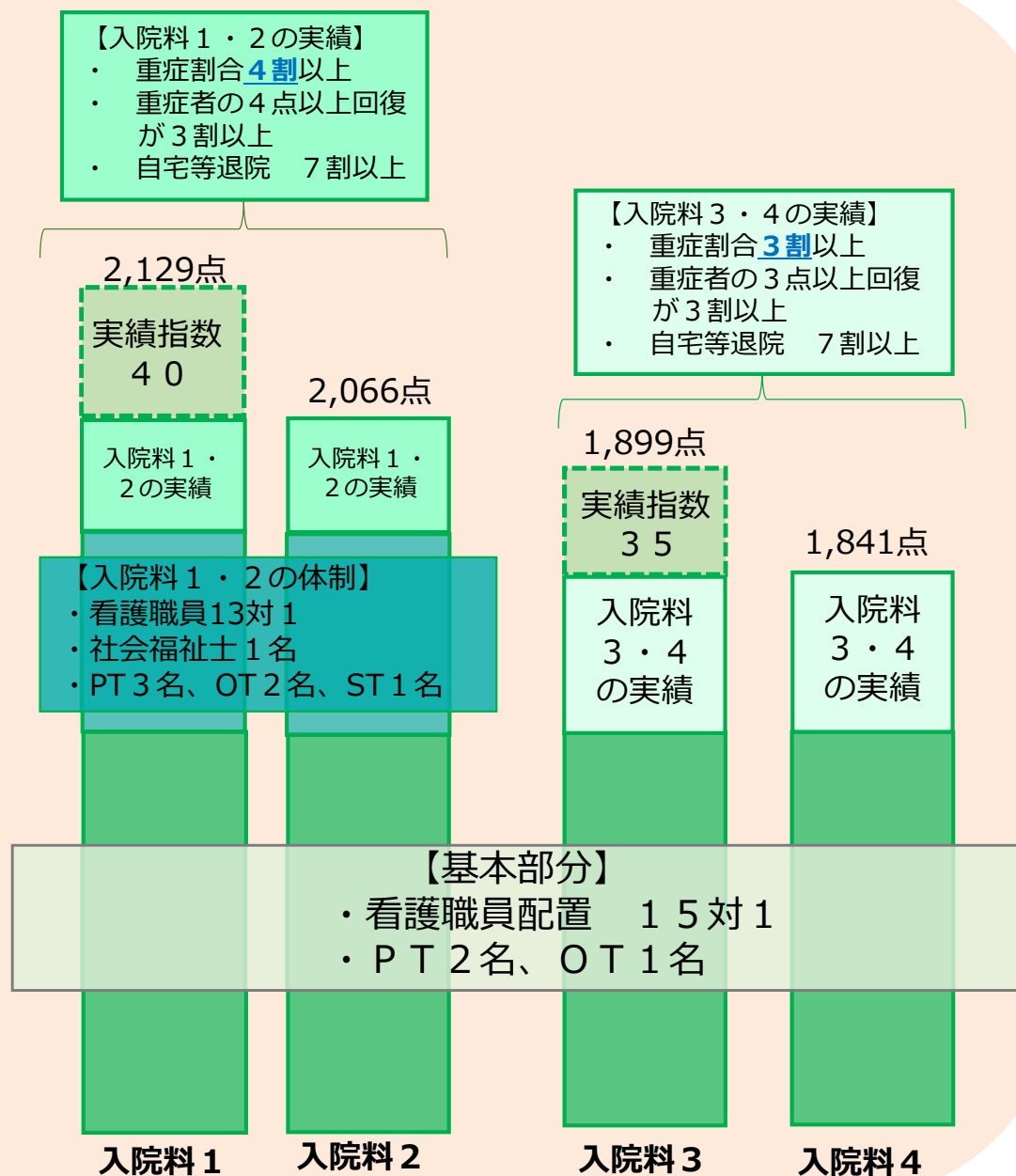


# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケ ア病棟入院 料 1 (n=179)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 1 (n=130)	地域包括ケ ア病棟入院 料 2 (n=61)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 2 (n=98)	地域包括ケ ア病棟入院 料 3 (n=2)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 3 (n=4)	地域包括ケ ア病棟入院 料 4 (n=1)	地域包括 ケア入院 医療管理 料 4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準 (イメージ)





## 回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上	-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<b>受けていることが望ましい</b>	-	<b>受けていることが望ましい</b>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○	-			
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <b>4割以上</b>	2割以上→ <b>3割以上</b>			-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ( )内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善	3割以上が3点（12点）以上改善			-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ( )内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※1：入院料5については、**届出から2年間**に限り届け出ることができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

# 回復期リハビリテーション病棟の経緯①（平成24年度診療報酬改定まで）

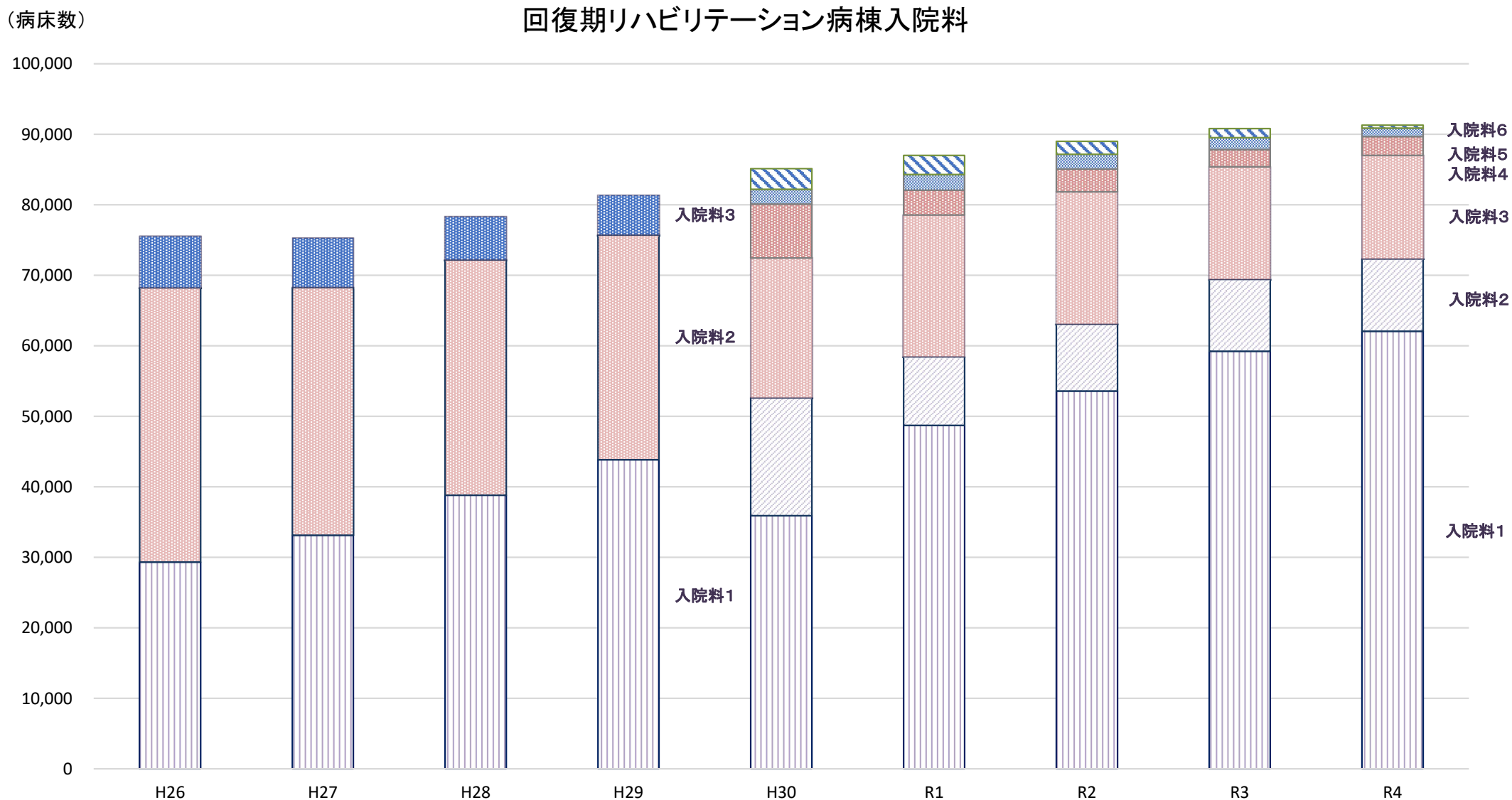
平成12年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上</li> </ul>
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定</li> <li>○ 提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)</li> </ul>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院料の施設基準に質の評価を導入</li> <li>重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院料1に重症患者回復病棟加算を新設</li> <li>[施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること</li> <li>○ 医師の病棟専従配置を緩和</li> </ul>
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「提供すべき単位数」の設定</li> <li>○ 休日リハビリテーション加算の新設</li> <li>[施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ リハビリテーション充実加算の新設</li> <li>[施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること</li> </ul>
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設</li> <li>[主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重症患者回復病棟加算の包括化</li> <li>○ 包括範囲の見直し</li> <li>人工腎臓等を包括外に見直し</li> </ul>

# 回復期リハビリテーション病棟の経緯②（平成26～令和4年度診療報酬改定）

平成26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成28年	○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入	○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)
平成30年	○入院料を6区分に見直し ○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を導入	
令和2年	○入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ○入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除 ○管理栄養士の配置に係る要件の見直し	○特定機能病院での届出を原則不可とした
令和4年	○入院料5を廃止し、入院料6を新たな入院料5として位置づけの変更 ○入院料1～4における重症患者割合の見直し ○入院料1及び入院料3における第三者の評価を受けていることに係る評価の導入	○回復期リハビリテーションを要する状態の見直し ○特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設

# 入院料別の届出病床数の推移

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



# 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

## 効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\sum (\text{FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差})}{\sum \left( \frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

## <実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

### 必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

### まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

### 医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

# 日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

## Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

# 日常生活機能評価について

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
症状安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
		合計得点	点

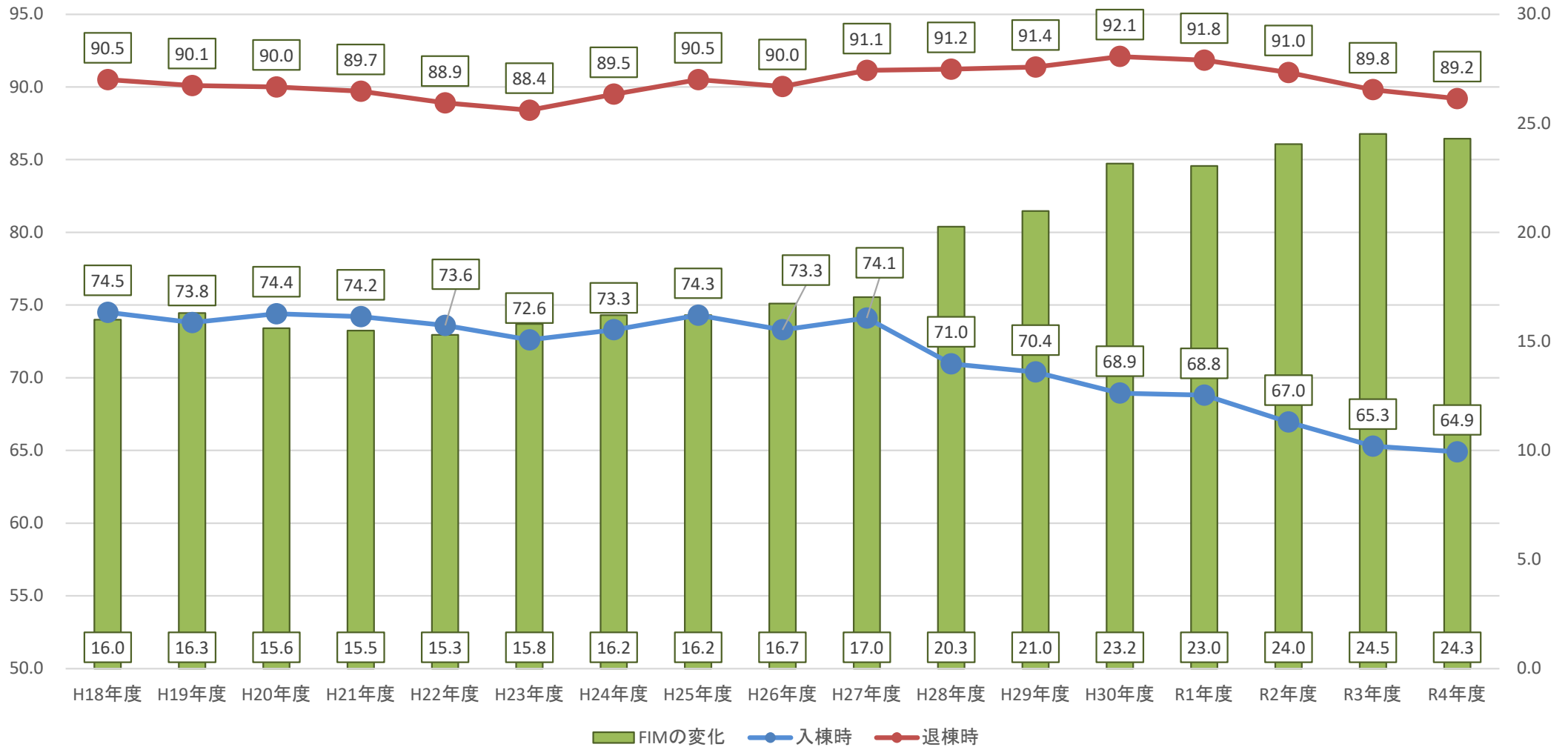
# 入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時FIM(運動・認知合計の平均値)及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の年次推移は以下のとおり。
- 平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。

入棟時・退棟時FIM及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の推移

(入棟時・退棟時FIM)

(FIMの変化)





## 1. 入院医療をとりまく現状について

(1) 入院患者及び医療提供体制

(2) 入院医療における医療費

## 2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について

(1) 急性期入院医療

(2) 回復期入院医療

(3) 慢性期入院医療

(4) 入院医療におけるその他の評価

# 療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟 入院基本料1	療養病棟 入院基本料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～ 968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～ 903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の <u>75</u> / 100を算定

\* : 生活療養を受ける場合の点数は除く。

# 療養病棟入院基本料について

## 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

### 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>）</li> <li>・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の難病（スモンを除く）</li> <li>・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>）</li> <li>・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置）</li> <li>・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

## 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

### ADL区分

ADL区分3： 23点以上  
ADL区分2： 11点以上～23点未満  
ADL区分1： 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。  
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

# 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯①

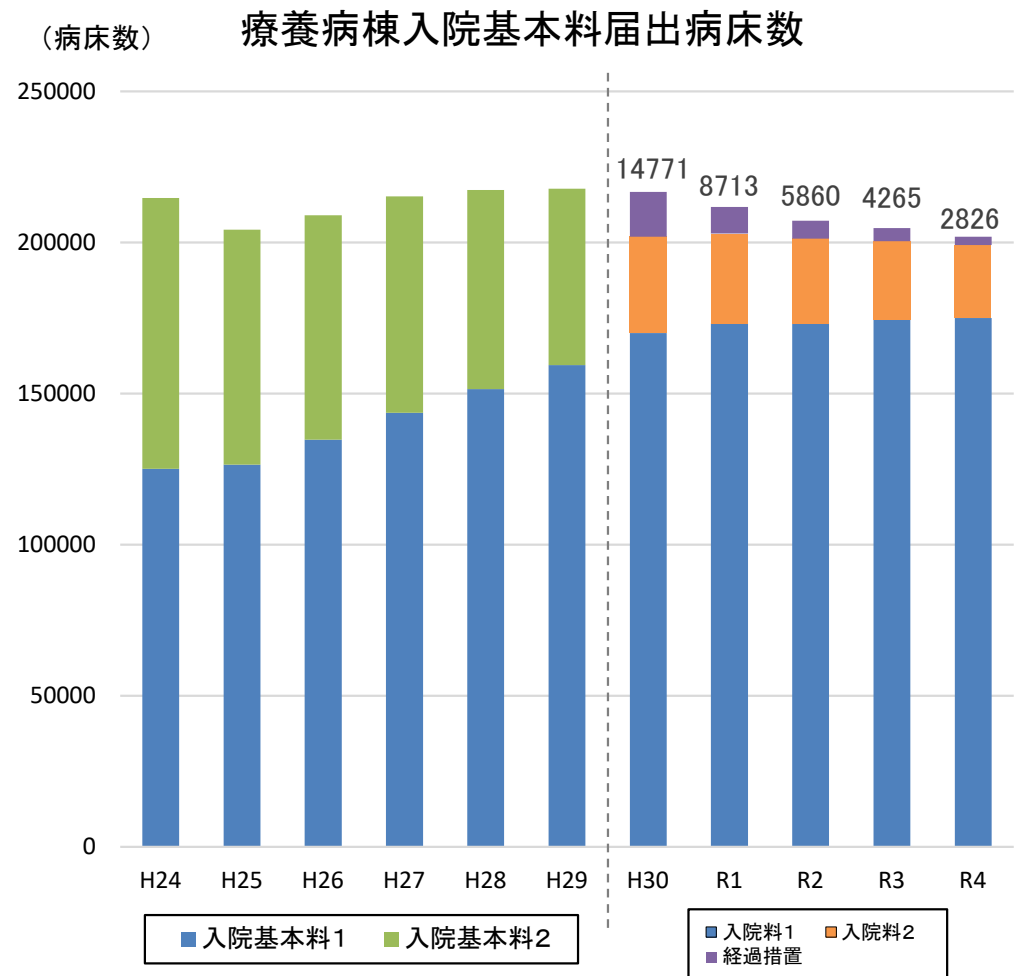
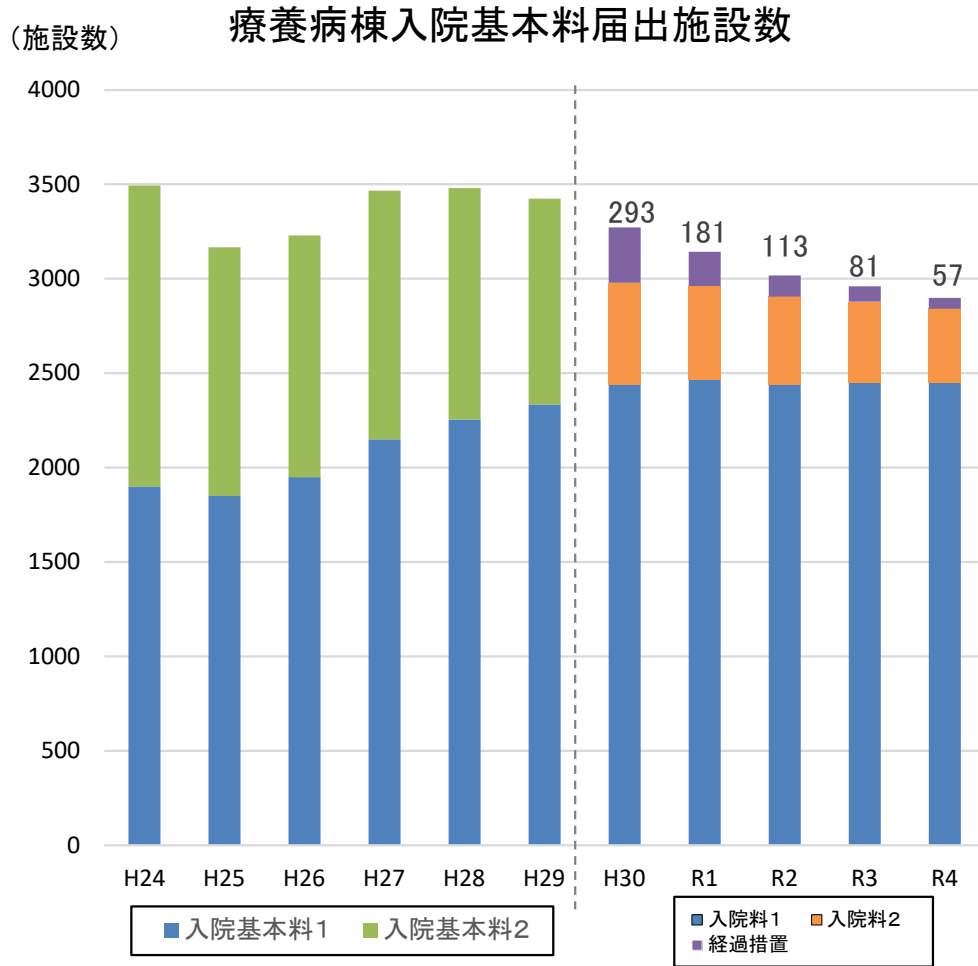
平成12年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。</li> <li>療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点</li> <li>療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点</li> </ul>
平成14年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。</li> <li>療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点</li> <li>療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点</li> <li>・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止。</li> </ul>
平成16年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大きな変更なし</li> </ul>
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。</li> <li>療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点</li> </ul>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療経済実態調査の結果等を踏まえ評価を引き下げ。</li> <li>療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点</li> <li>※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き</li> <li>・「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする等医療区分の評価項目を見直し。</li> </ul>
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。</li> <li>・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。</li> <li>療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点</li> <li>療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点</li> </ul>
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。</li> <li>療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点</li> <li>療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点</li> <li>・入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とした。</li> </ul>

## 療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費税の増税に伴い評価を見直し。</li> <li>療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点</li> <li>療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病棟入院基本料2について、医療区分に関する要件を追加。</li> <li>療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～814点</li> <li>療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～750点</li> <li>・医療区分のうち、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直し。</li> </ul>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化。</li> <li>療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～800点</li> <li>療養病棟入院基本料2(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～735点</li> <li>・25:1、30:1看護職員配置を経過措置として再編。 (注11に規定する経過措置)看護職員配置25:1で20:1を満たさない 又は 医療区分2・3の患者割合5割以上を満たさない場合 療養病棟入院料2の90/100に相当する点数 (注12に規定する経過措置)看護職員配置30:1で25:1を満たさない場合 療養病棟入院料2の80/100に相当する点数</li> <li>・療養病棟入院基本料(200床未満を除く。)について、データ提出を入院料の算定要件化。</li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注11に規定する経過措置評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の85/100に相当する点数</li> <li>・上記注12に規定する経過措置を令和2年3月31日限りで終了。</li> <li>・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化。</li> <li>・データ提出加算が要件となる入院料を、療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大。</li> </ul>
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置について、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の75/100に相当する点数</li> <li>・中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直し。</li> </ul>

# 療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 療養病棟入院料経過措置（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和4年7月1日時点で57施設、2,826床であった。



出典: 保険局医療課調べ(7月1日時点)

※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く ※H30-R1の経過措置1・2は合算

# 療養病床の人員配置標準に係る経過措置

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は下記通知に記載のあるとおり、令和6年3月31日までとされている。

「療養病床等の人員配置標準に係る経過措置の有効期限について」(抜粋)  
(令和5年4月26日 厚生労働省医政局総務課長他連名通知)

1. 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)附則第51条から第55条の2までの規定の有効期限について

(2) 療養病床に係る経過措置の有効期限(附則第53条から第55条の2まで)

療養病床を有する病院又は診療所の開設者が、平成24年6月30日までに、当該病院又は診療所が一定の要件を満たすとして都道府県知事に届け出た病院又は診療所であって、平成30年6月30日までの間に、一定の要件を満たす旨を再び都道府県知事に届け出たものについては、療養病床における入院患者の数に応じた看護師、准看護師及び看護補助者の人員配置に係る経過措置が講じられているが、当該経過措置の有効期限については令和6年3月31日までであること。

# 医療区分について(参考)

<p style="text-align: center;">医療区分 3</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・中心静脈栄養（<b>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</b>）</li> <li>・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）</li> </ul>
<p style="text-align: center;">医療区分 2</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の難病（スモンを除く）</li> <li>・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<b>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</b>）</li> <li>・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置）</li> <li>・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>医療区分1</b></p>	<p style="text-align: center;">医療区分2・3に該当しない者</p>



# データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

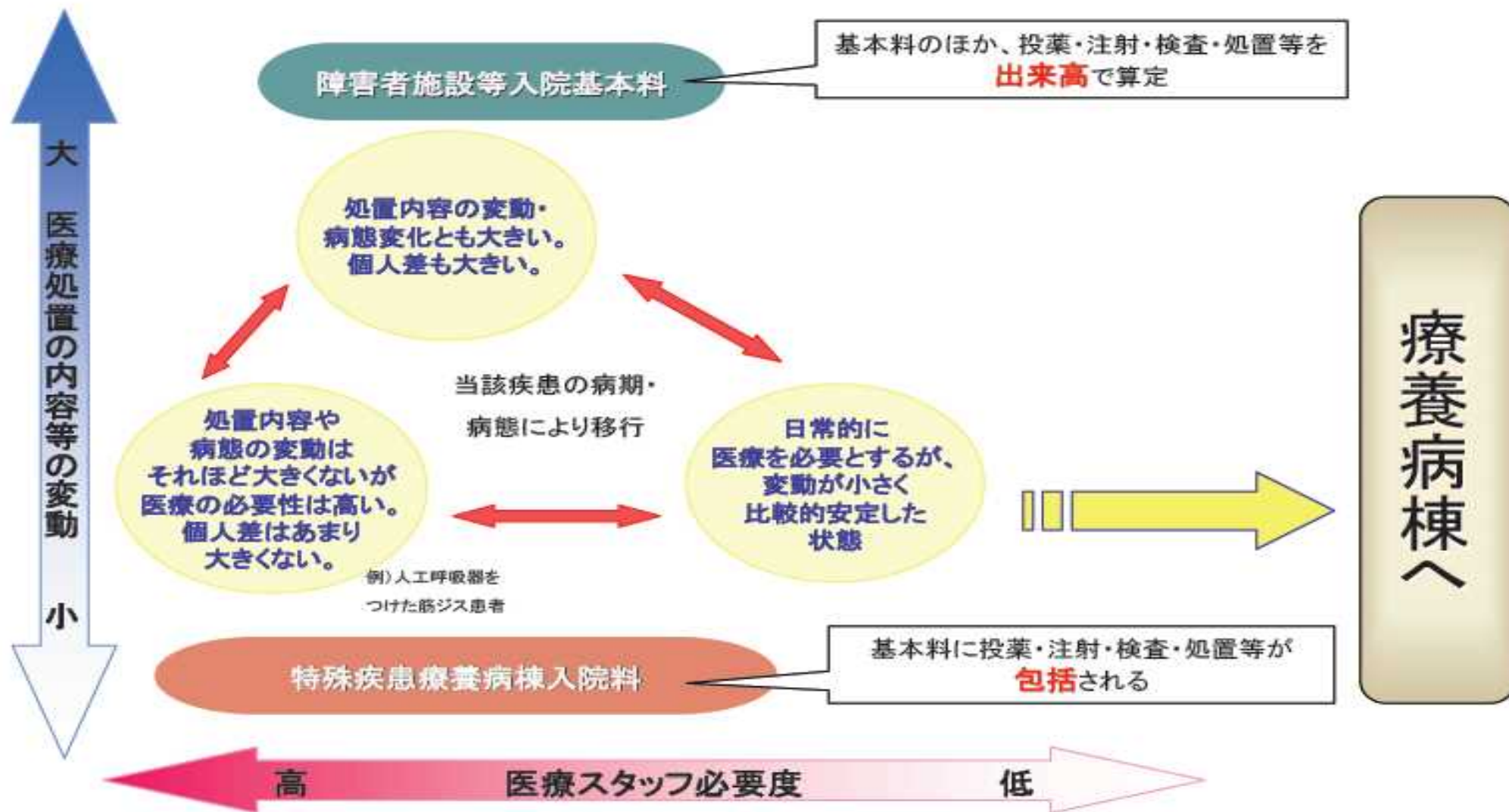
▶ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数	200床以上	200床未満
急性期一般入院料 1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟 5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料 1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

[経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては令和5年3月31日までの経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては令和6年3月31日までの経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、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のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

# 障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



# 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病棟 入院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2	
看護配置		7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上		
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児 入所施設又は 指定医療機関 (児童福祉法)	—			
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
		看護要員	—	10対1以上		10対1以上 (うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上	
その他		一般病棟			一般又は 精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟		
		超重症、準超重症児(者)3割以上	—			褥瘡の評価			
点数	通常	1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点	1,748～751点	
	重度の意識障害者(脳卒中後)	1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点			
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括		
	重度の意識障害者(脳卒中後)	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

# 障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

## H12 障害者施設等入院基本料を新設

### 【対象となる施設】

- 児童福祉法が規定する
- ・肢体不自由児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・国立療養所 その他

### 【上記施設以外における要件】

- 重度の肢体不自由児(者)
  - 脊髄損傷等の重度障害者
  - 重度の意識障害者
  - 筋ジストロフィー患者
  - 難病患者等
- これらの患者が概ね7割以上

## ＜障害者施設等入院基本料の特徴＞

個別の病態変動が大きく、  
その変動に対し高額な薬剤や  
高度な処置が必要となるような  
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

### H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H19

H20

### 平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

### 平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

R4

### 令和4年度診療報酬改定

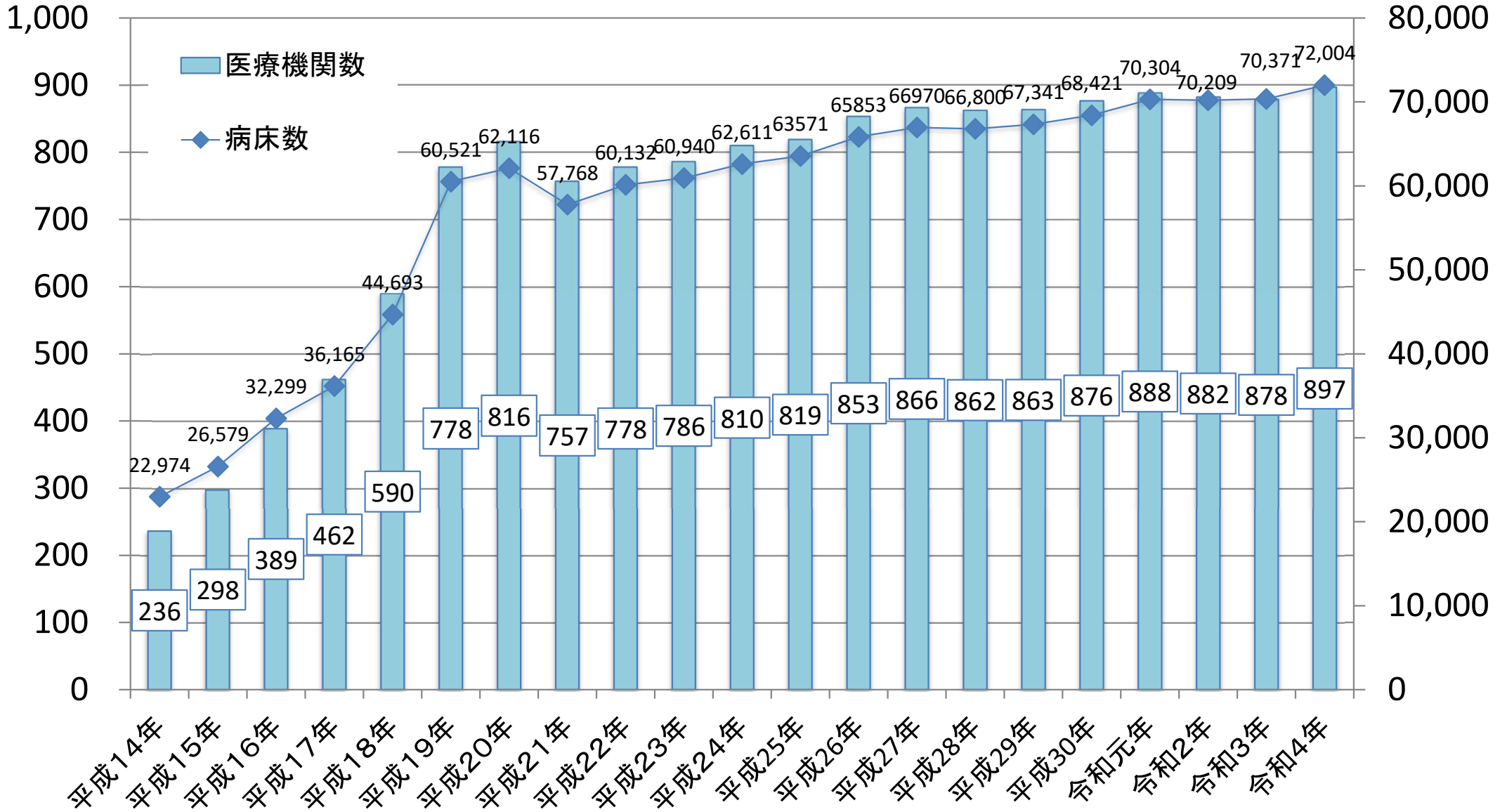
(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とした。
- ・栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加えた。

# 障害者施設等入院基本料 届出医療機関数・病床数

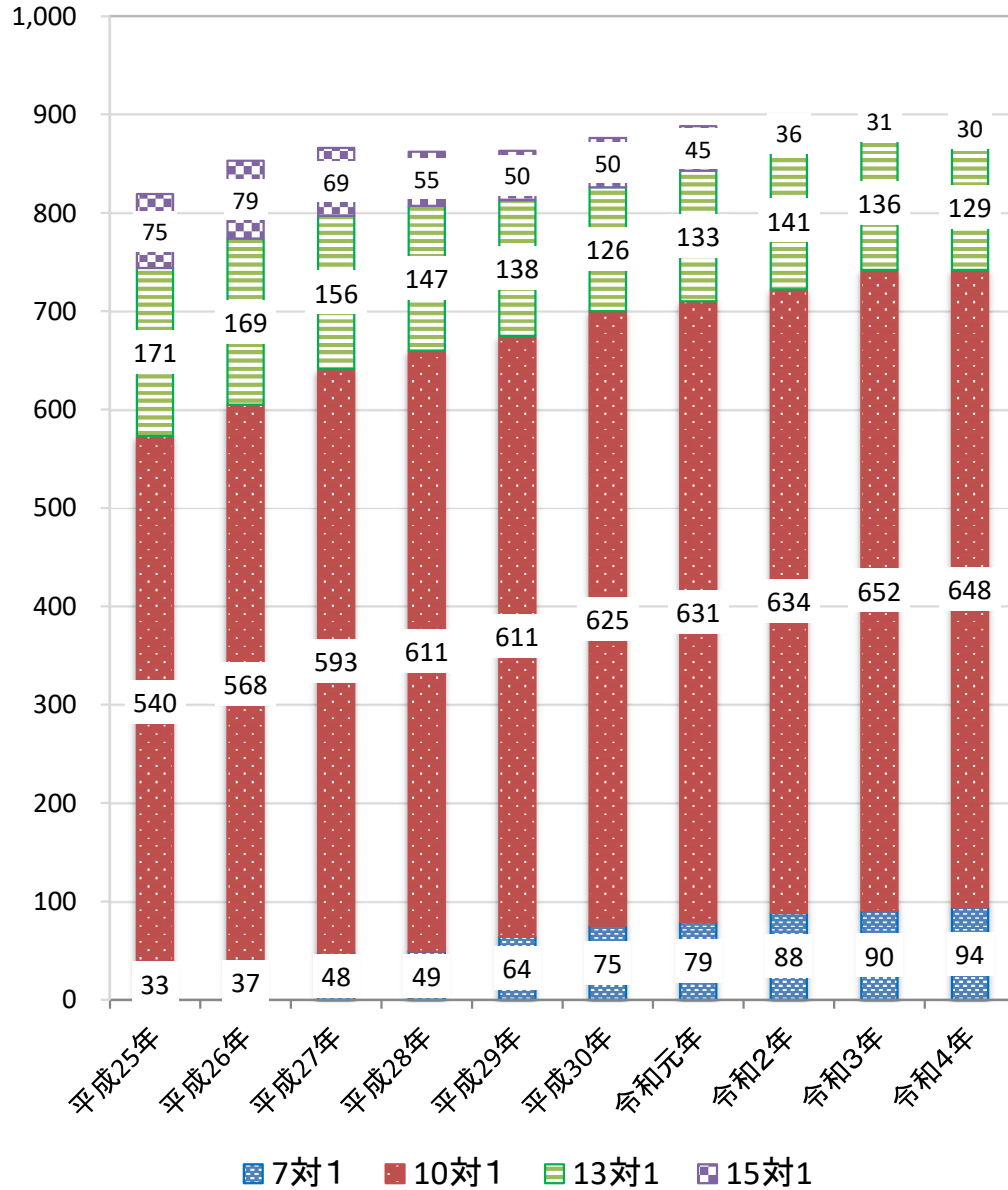
医療機関数

病床数

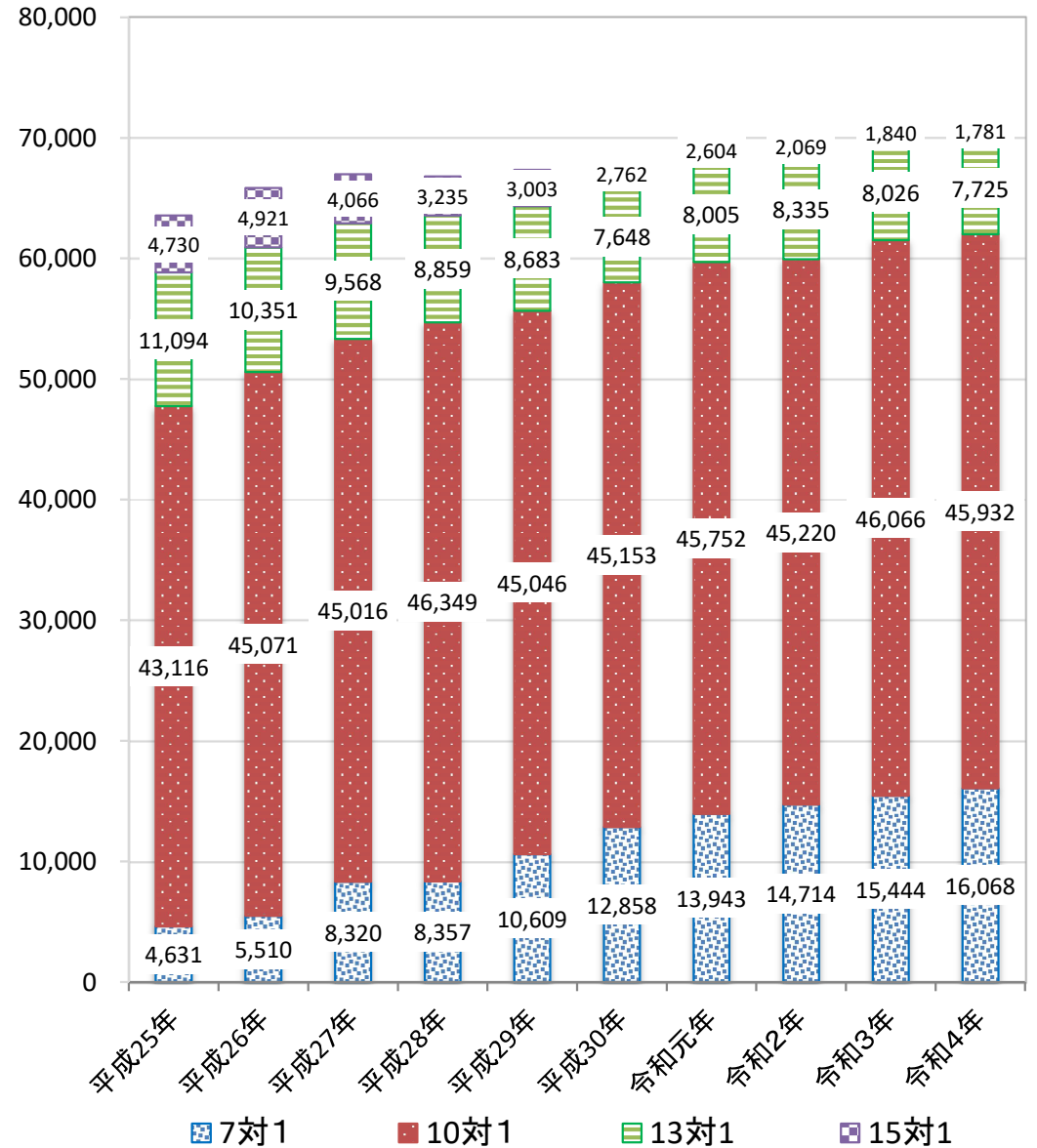


# 障害者施設等入院基本料 届出医療機関・病床数(入院料別)

医療機関数



病床数



# 特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの経緯

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞  
処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い  
→投薬・注射・処置等が包括払い

H6 特殊疾患療養病棟を新設

H12 特殊疾患入院医療管理料を新設  
(病室単位で算定可能に)

H16 **H16実態調査** 実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H18 **平成18年度診療報酬改定**  
特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について  
・療養病床部分 →廃止  
・一般病床、精神病床部分 →19年度末に廃止を予定

H19 **H19実態調査** ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。  
・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20 **平成20年度診療報酬改定**  
・存続を決定  
・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)  
・名称変更(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)  
・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

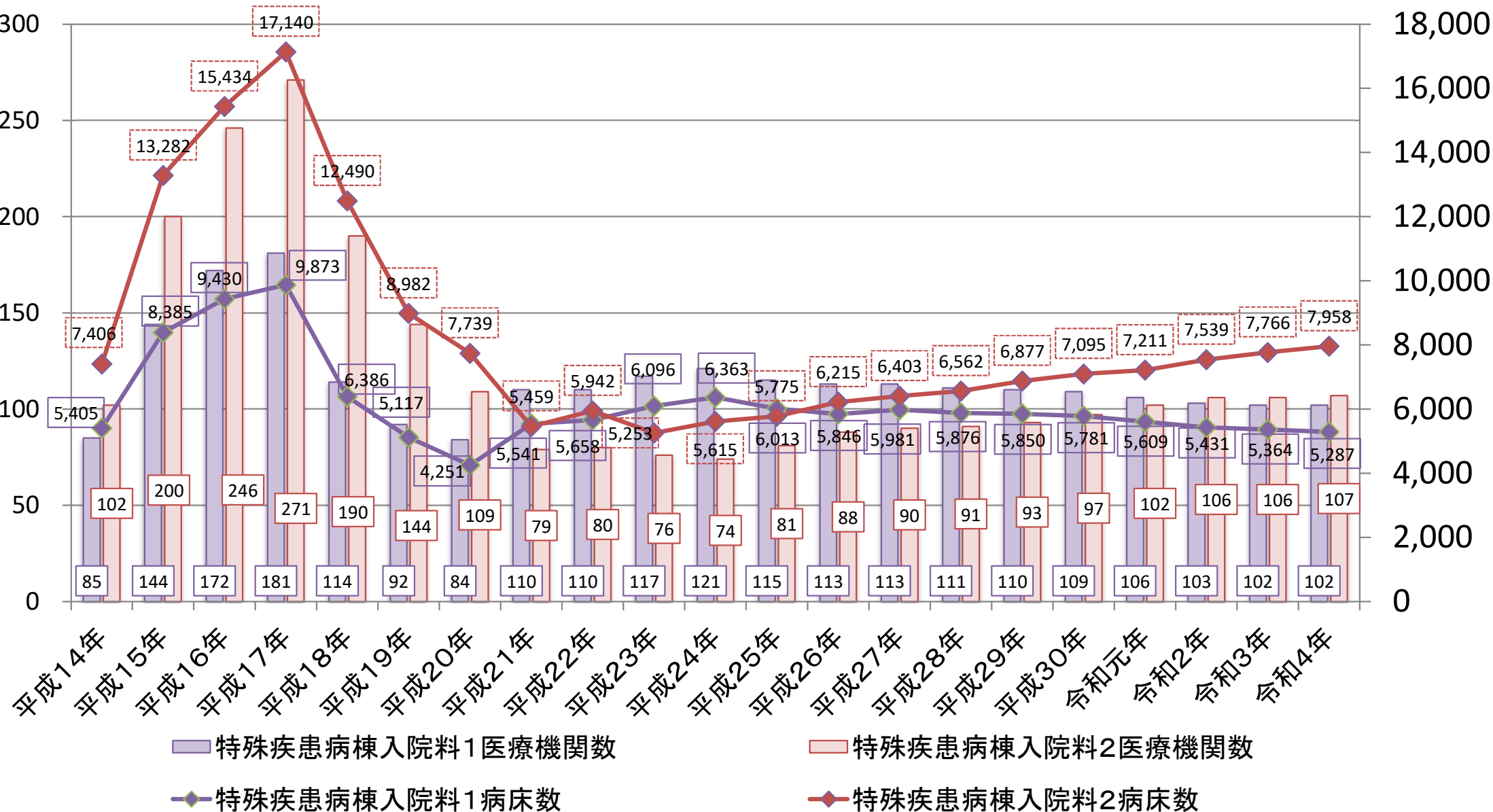
H28 **平成28年度診療報酬改定**  
・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

R4 **令和4年度診療報酬改定**  
・特殊疾患病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とした。

# 特殊疾患病棟入院料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



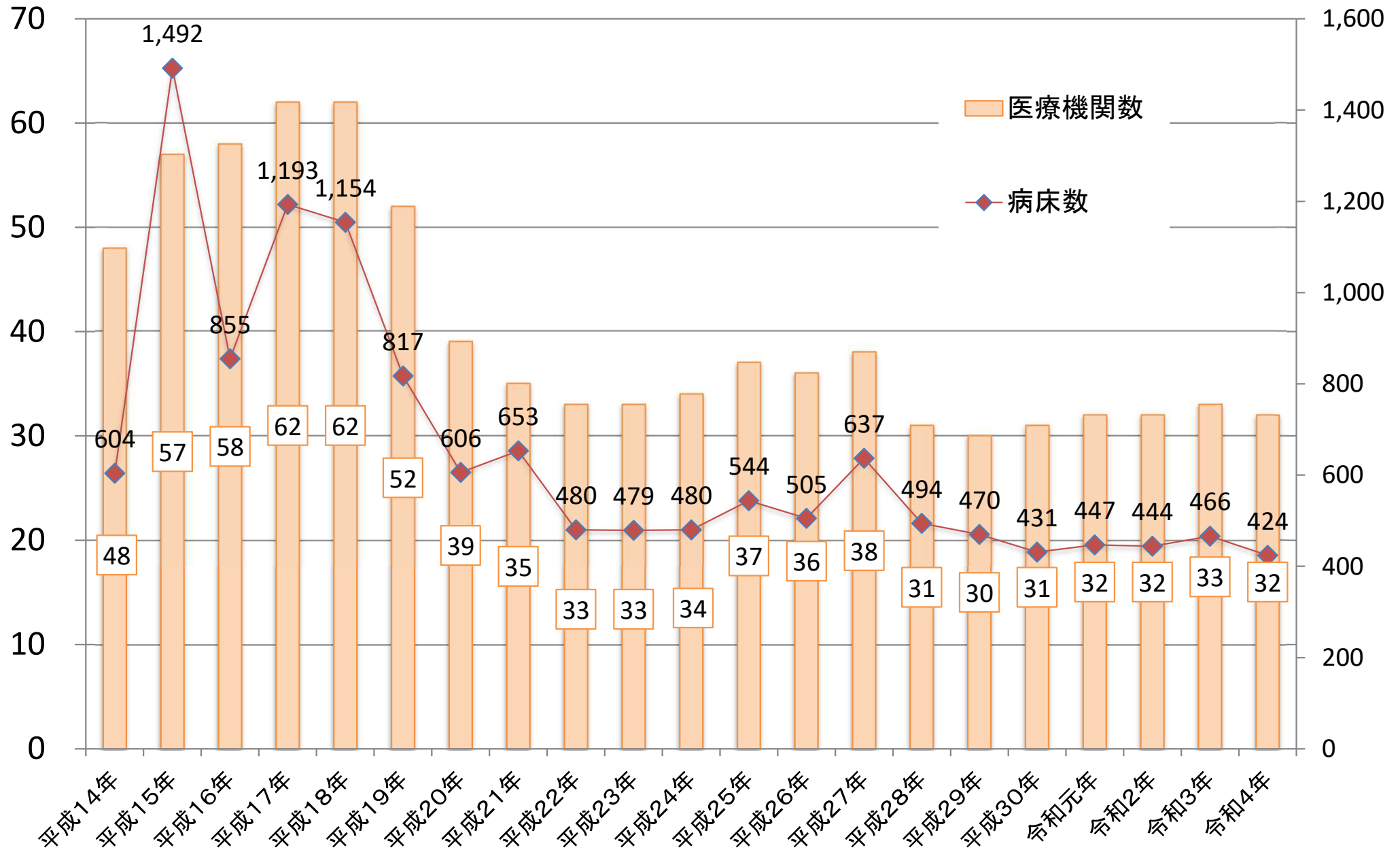
※平成20年3月31日以前は特殊疾患療養病棟入院料



# 特殊疾患入院医療管理料 届出医療機関数・病床数

医療機関数

病床数



1. 入院医療をとりまく現状について
2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について
  - (1) 急性期入院医療
  - (2) 回復期入院医療
  - (3) 慢性期入院医療
  - (4) 入院医療におけるその他の評価
    - ①DPC/PDPSについて
    - ②短期滞在手術等基本料について
    - ③入退院支援について
    - ④緩和ケアについて

## DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

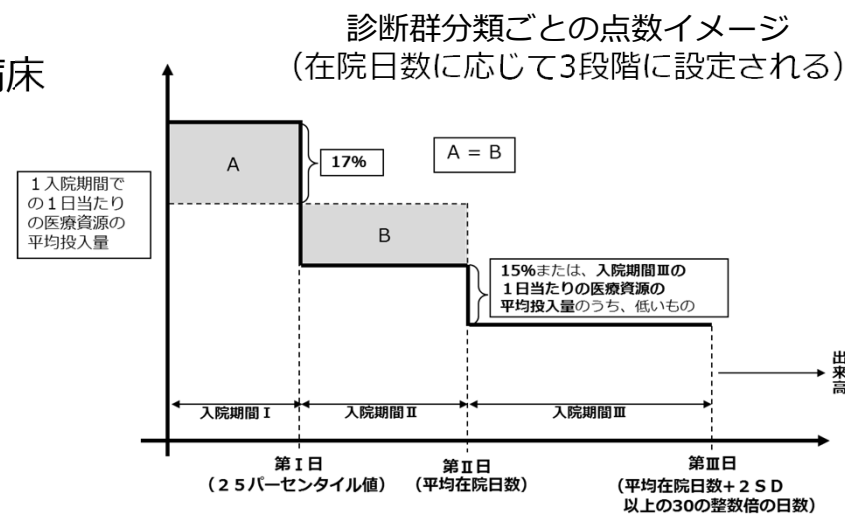
※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和4年4月1日時点見込みで1,764病院・約48万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約85%を占める。

※ 令和2年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。



## DPC対象病院の要件

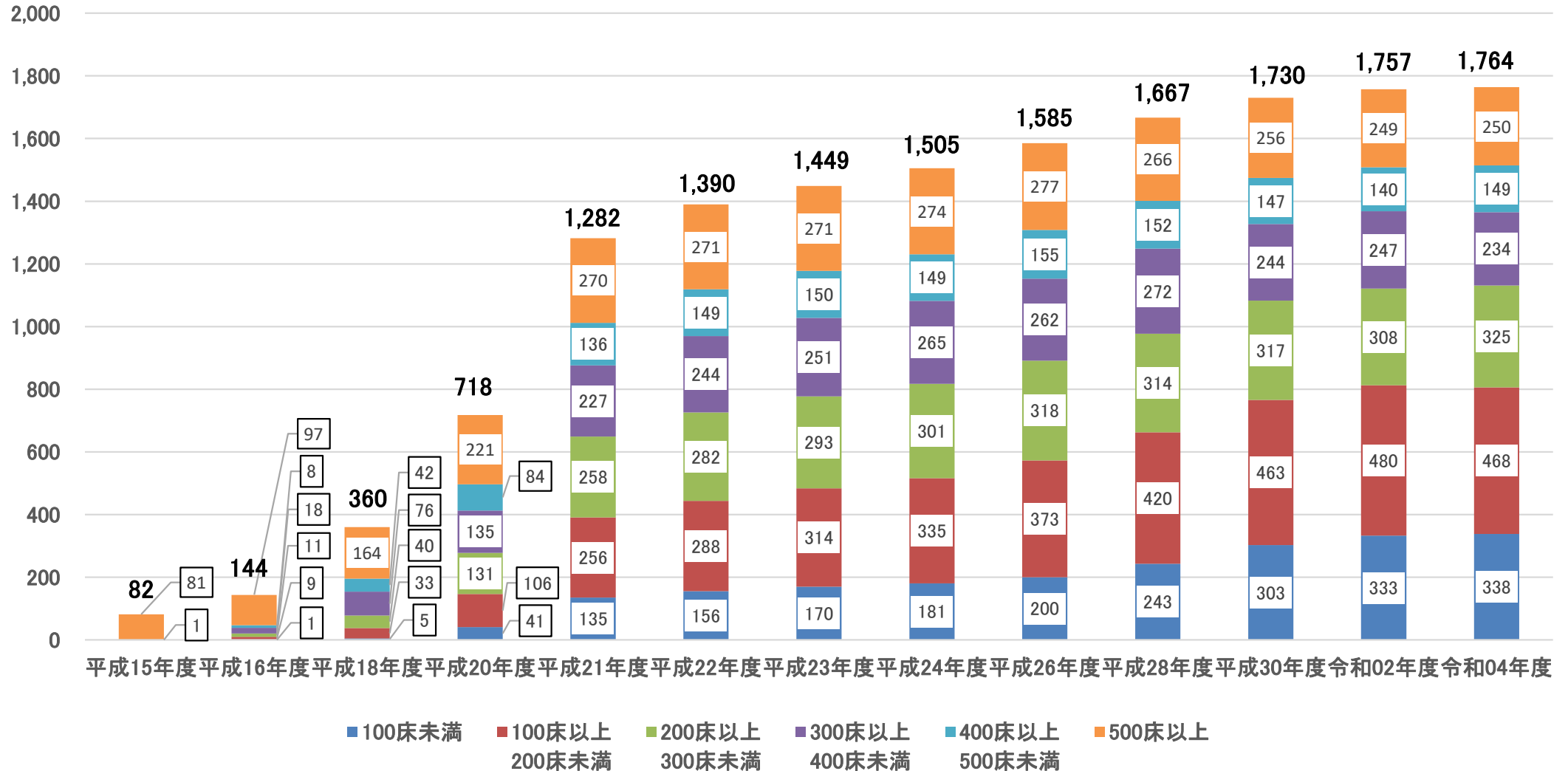
- DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす必要がある。
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
  - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

# DPC/PDPSに係るこれまでの経緯

1998年	10病院	1入院あたり定額払い方式の試行	診断群分類の見直し
2003年	82病院	閣議決定に基づき、特定機能病院にDPC/PDPS導入	
		【健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（平成15年3月28日閣議決定）】より抜粋 急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。	
2004年	82+62病院	62のDPC調査協力病院にDPC/PDPS試行的適用	
2006年	360病院	DPC対象病院となる基準の設定	
2008年	718病院	再入院ルール導入	
2009年	1,283病院		
2010年	1,334病院	6の機能評価係数Ⅱ導入、点数設定方式A～Cの整理	
2011年	1,449病院	DPC調査の通年化	
2012年	1,505病院	調整係数の段階的置換え 基礎係数導入(医療機関群設定)、点数設定方式Dの新設	
2014年	1,585病院	後発医薬品係数導入	
2016年	1,667病院	重症度係数導入	
2018年	1,730病院	調整係数の置き換え完了 基礎係数・機能評価係数Ⅱの再整理、激変緩和係数導入	
2020年	1,757病院		
2022年	1,764病院	点数設定方式Aの見直し	

# DPC対象病院の規模(DPC算定病床別)

○ DPC対象病院のうち、DPC算定病床数が100床未満である病院は増加傾向にある。



※各年度調査開始時点の見込み値  
 ※病床数区分は、DPC算定病床数による

# 医療機関別係数

## 1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの  
[基礎係数] = [各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]  
÷ [各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]

## 2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

## 3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

## 4. 激変緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

# 機能評価係数Ⅱについて

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

## 各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

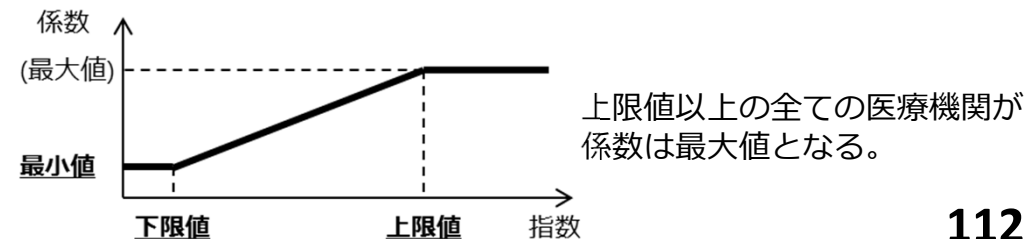
## 係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの(保険診療、複雑性、カバー率、地域医療)と、全医療機関において係数設定するもの(効率性、救急医療)がある。

## 上限値下限値の設定

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方
	上限値	下限値		
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療(定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	

## 指数と係数の関係



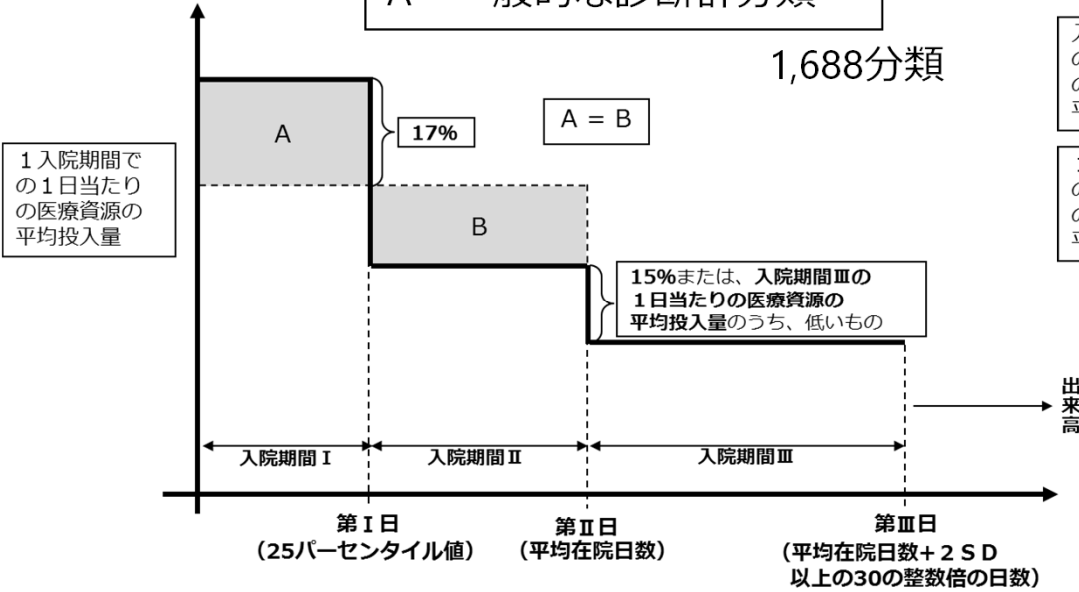


# 1日当たり点数の設定方法(4つの点数設定方式)

○ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。

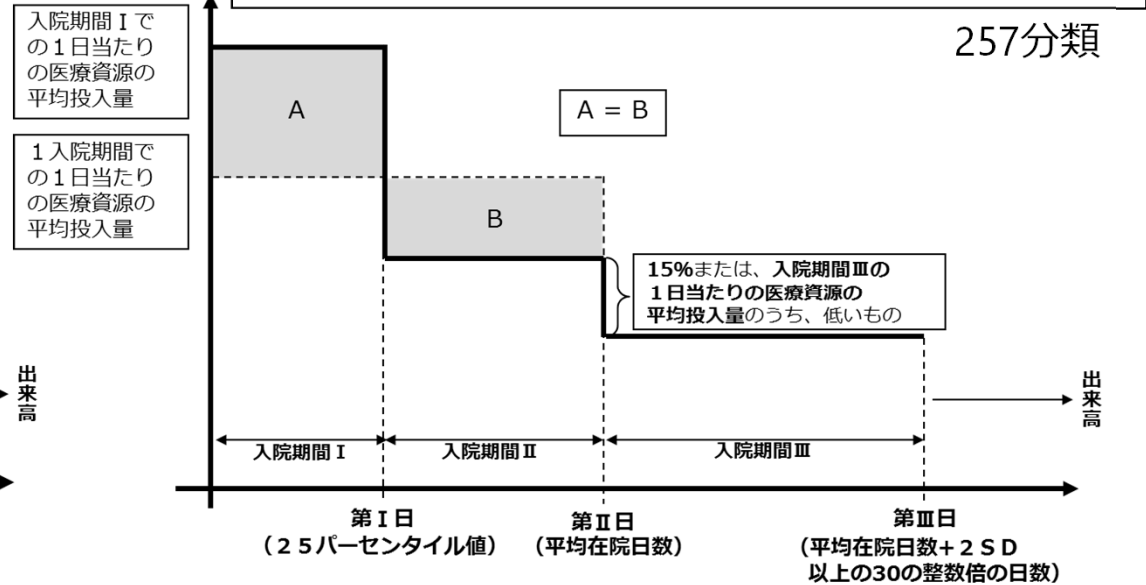
A 一般的な診断群分類

1,688分類



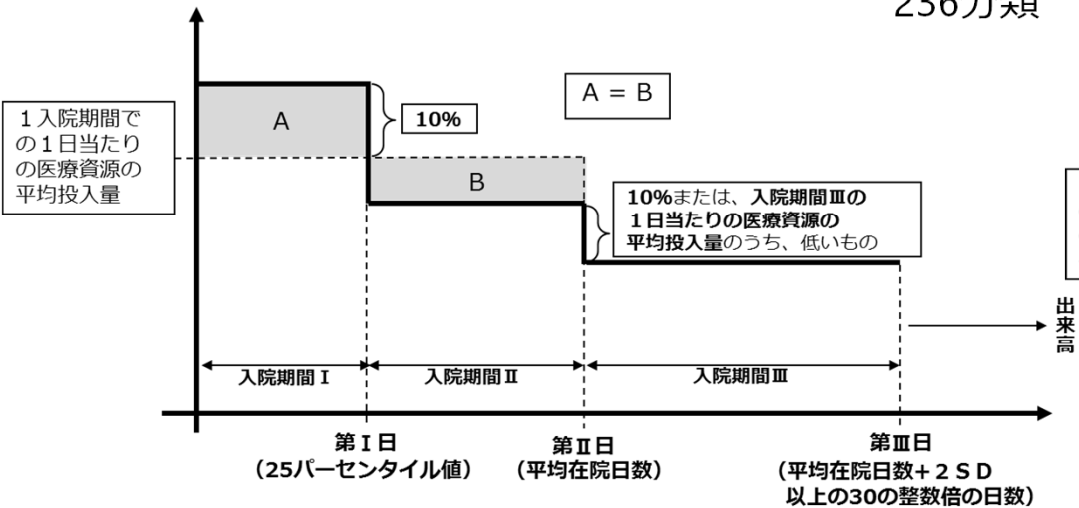
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

257分類



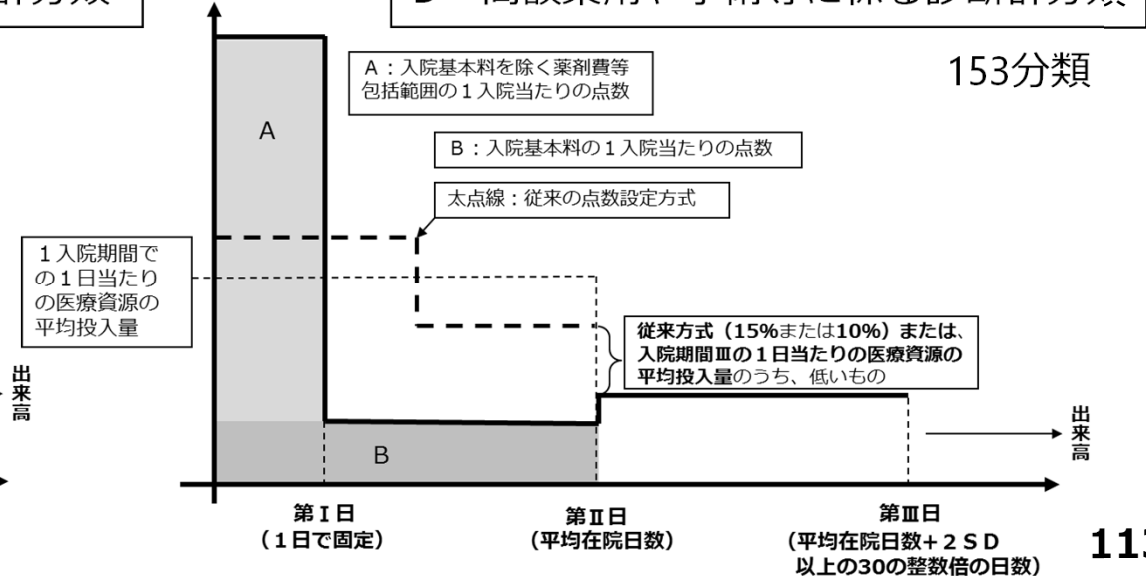
C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類

236分類



D 高額薬剤や手術等に係る診断群分類

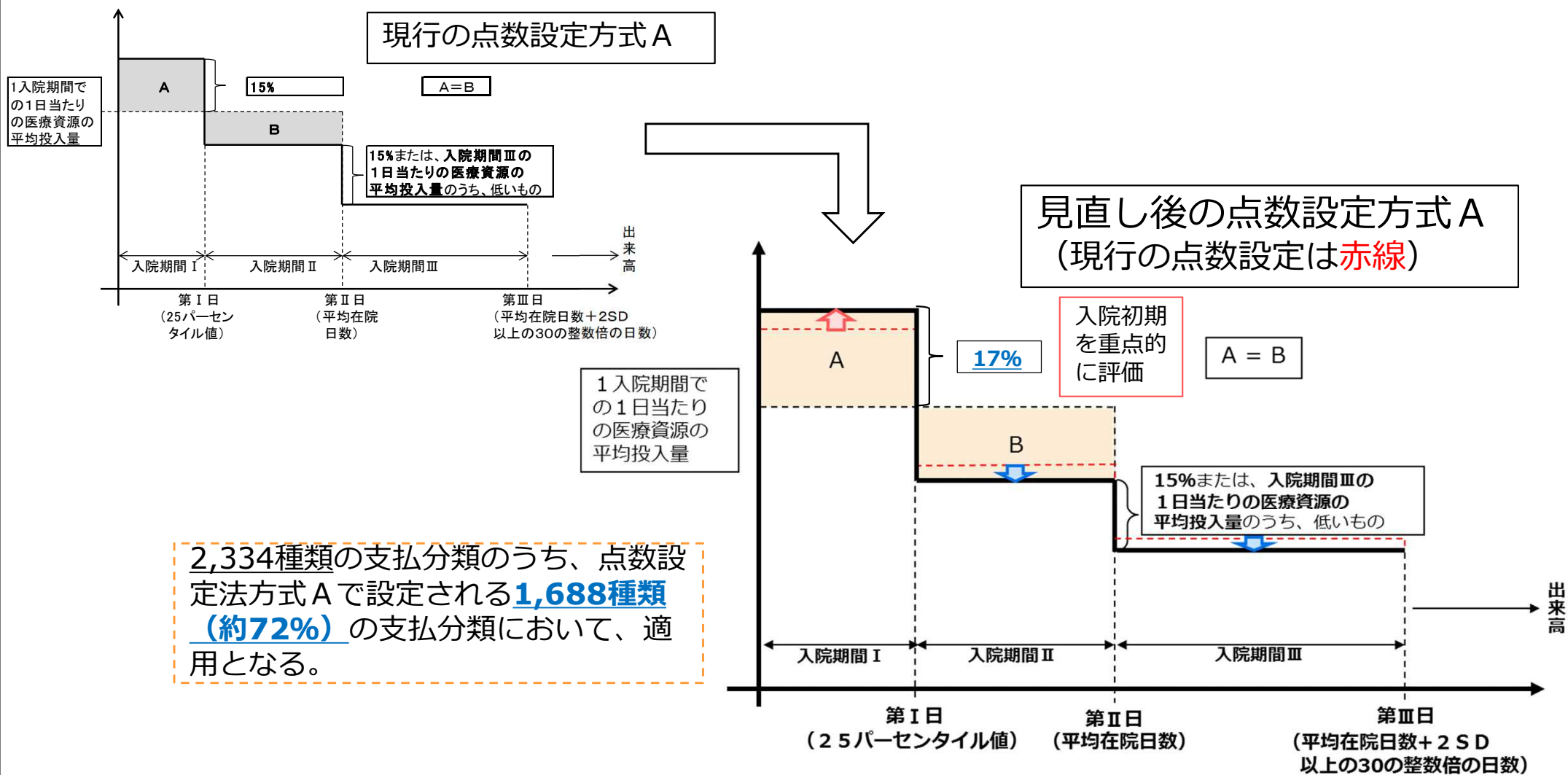
153分類



# 診断群分類点数表の見直し④

## 点数設定方式の見直し

- 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間I）をより重点的に評価する体系に見直す。



1. 入院医療をとりまく現状について
2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について
  - (1) 急性期入院医療
  - (2) 回復期入院医療
  - (3) 慢性期入院医療
  - (4) 入院医療におけるその他の評価
    - ①DPC/PDPSについて
    - ②短期滞在手術等基本料について
    - ③入退院支援について
    - ④緩和ケアについて

# 短期滞在手術等基本料の概要

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

（共通の要件）

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

## 短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出

届出が必要

主な施設基準

- ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること
- ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること
- ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること

包括される検査等

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等）
- ・出血・凝固検査の一部（出血時間等）
- ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等）
- ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等）
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等）
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等）
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料（Ⅰ）
- ・麻酔管理料（Ⅱ）

## 短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要

- ・DPC対象病院又は診療所ではないこと

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算
- ・医学管理等
- ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料を除く）
- ・検査
- ・画像診断
- ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く）
- ・注射（除外薬剤・注射薬を除く）
- ・リハビリテーション
- ・精神科専門療法
- ・処置（人工腎臓を除く）
- ・手術
- ・麻酔
- ・放射線治療
- ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

# 手術の算定方法の全体像（イメージ）

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっている。

## 手術

日帰り

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術  
等基本料1

短期滞在手術等基本料3

入院外(出来高)

【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC対象病院以外(病院)	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	×

○：算定可能、×：算定不可

## 短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

### 短期滞在手術等基本料1の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

#### 現行

##### 【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,947点

##### 【施設基準】

短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

#### 改定後

##### 【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）  
(改)イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点  
(改)ロ イ以外の場合 2,718点

##### 【施設基準】

短期滞在手術等基本料にかかる手術 (全身麻酔を伴うものに限る。) が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

### 短期滞在手術等基本料2の見直し

- 短期滞在手術等基本料2について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

#### 現行

##### 【短期滞在手術等基本料2】

短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5,075点  
 （生活療養を受ける場合にあっては、 5,046点）

#### 改定後

(削除)

# 短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等①

短期滞在手術等基本料1の対象手術等（15項目(R2改定後) → 38項目(R4改定後)）

[D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン\(GH\)\(一連として\)](#)

[D291-2 小児食物アレルギー負荷検査](#)

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径4センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満(6歳未満に限る。)

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径12センチメートル以上(6歳未満に限る。)

K008 腋臭症手術 1 皮弁法

K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術

K008 腋臭症手術 3 その他のもの

[K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足\(手に限る。\)](#)

[K048 骨内異物\(挿入物を含む。\)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指\(手、足\)その他\(手に限る。\)](#)

K068 半月板切除術

K068-2 関節鏡下半月板切除術

[K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指\(手、足\)\(手に限る。\)](#)

K093 手根管開放手術

[K093-2 関節鏡下手根管開放手術](#)

[K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの](#)

[K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法](#)

[K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの](#)

[K224 翼状片手術\(弁の移植を要するもの\)](#)

[K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの\(角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る。\)](#)

[K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術](#)

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの

[K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの](#)

[K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合](#)

K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合

[K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満](#)

[K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上](#)

K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)

K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)

[K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回](#)

[K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法\(一連として\)](#)

[K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術](#)

[K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術](#)

[K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術](#)

K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

[K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満](#)

[K743 痔核手術\(脱肛を含む。\) 2 硬化療法\(四段階注射法によるもの\)](#)

[K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術\(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。\)](#)

[K823-6 尿失禁手術\(ボツリヌス毒素によるもの\)](#)

[K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術](#)

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

# 短期滞在手術等基本料の対象となっている手術等②

## 短期滞在手術等基本料3の対象手術等（19項目(R2改定後) → 57項目(R4改定後)）

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの  
D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの

D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

D413 前立腺針生検法 2 その他のもの

K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ一留置術

K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)

K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。)

K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)

K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)

K093-2 関節鏡下手根管開放手術

K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)

K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの

K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法

K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの

K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)

K242 斜視手術 2 後転法

K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施

K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る。)

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)、(両側)

K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)

K318 鼓膜形成手術

K333 鼻骨骨折整復固定術

K389 喉頭・声帯ポリリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上

K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回

K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者

K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術

K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)

K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術

K617-2 大伏在静脈抜去術

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)

K721 内視鏡的大腸ポリリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

K721 内視鏡的大腸ポリリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)

K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)

K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)

K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

K867 子宮頸部(腔部)切除術

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの

K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリリープ切除術 2 その他のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの

K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

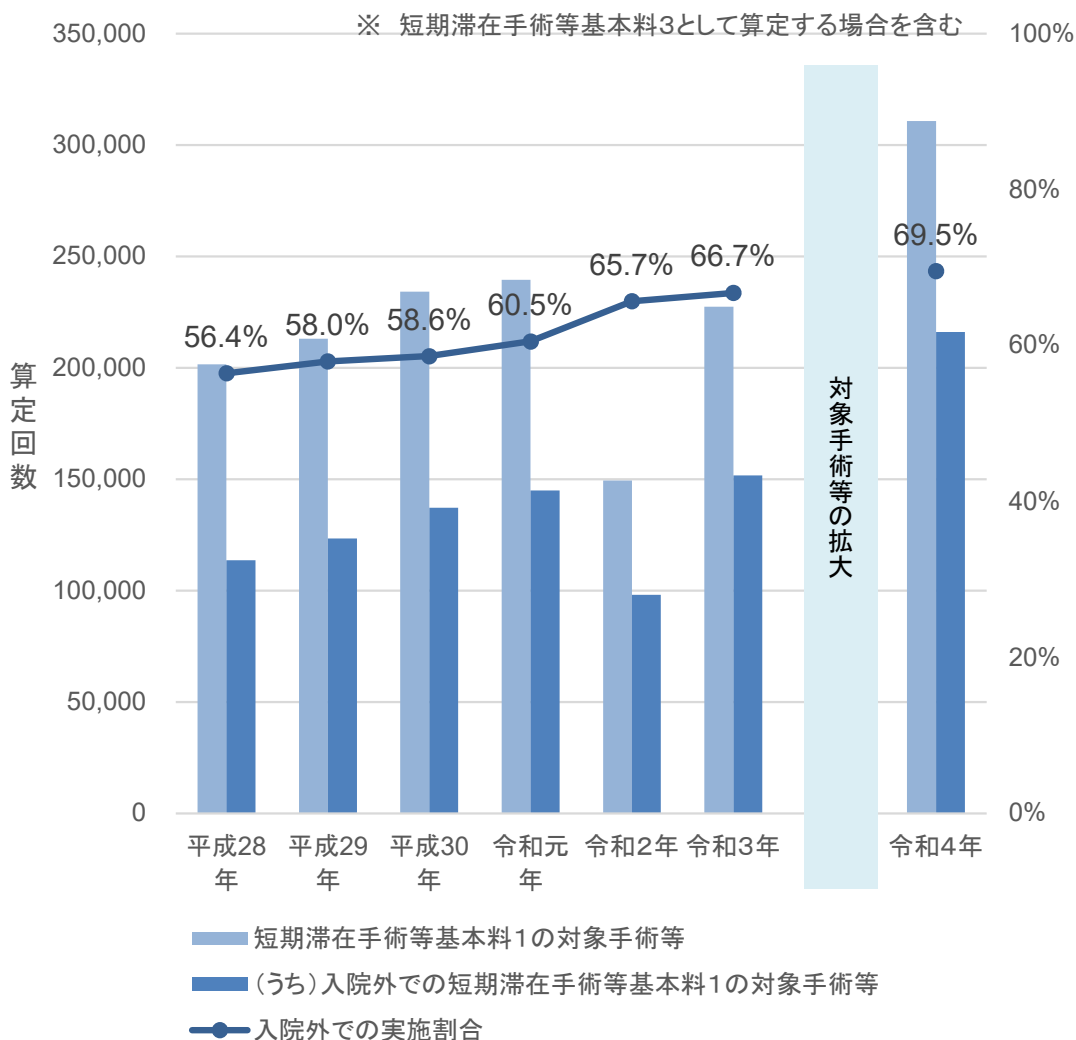
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療



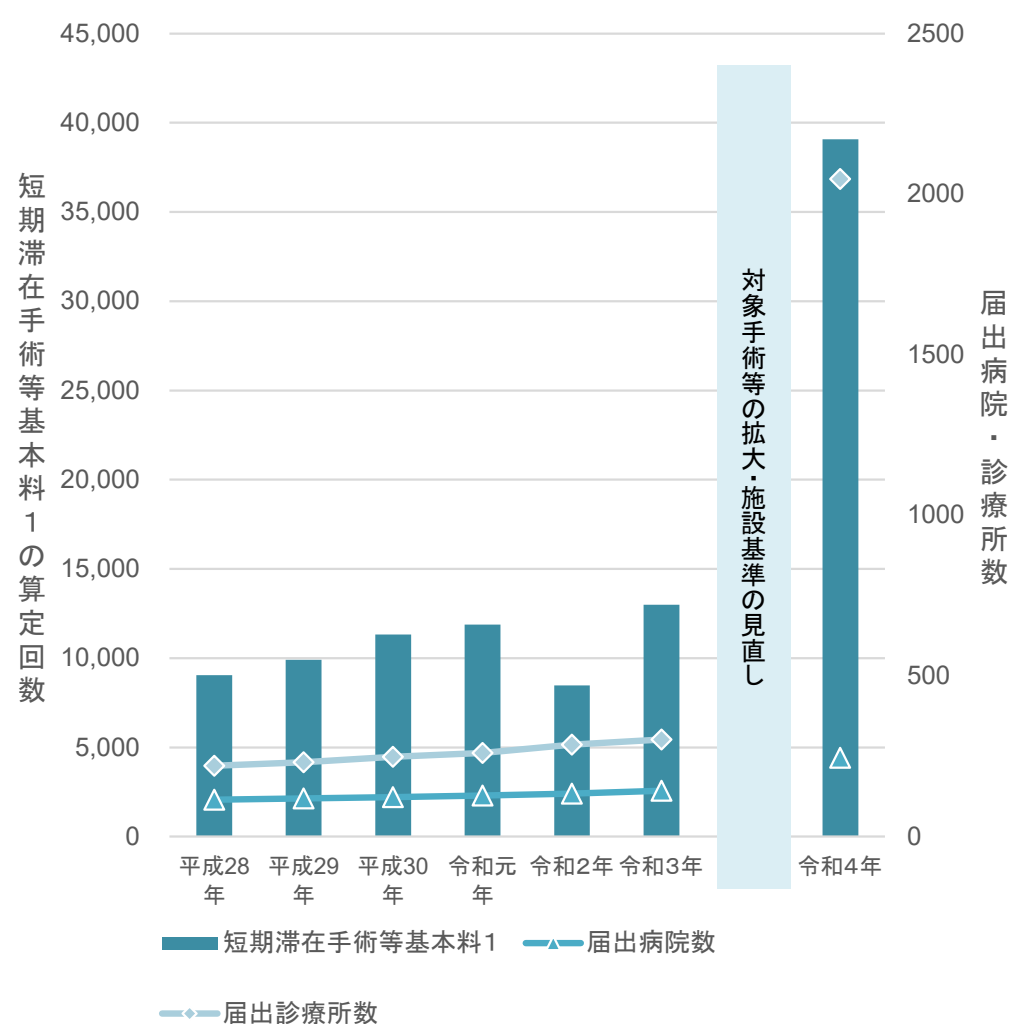
# 短期滞在手術等基本料1の年次推移

- 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料1の算定回数及び届出病院・診療所数は、いずれも令和4年度改定を経て増加している。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等の算定実績



短期滞在手術等基本料1の算定実績

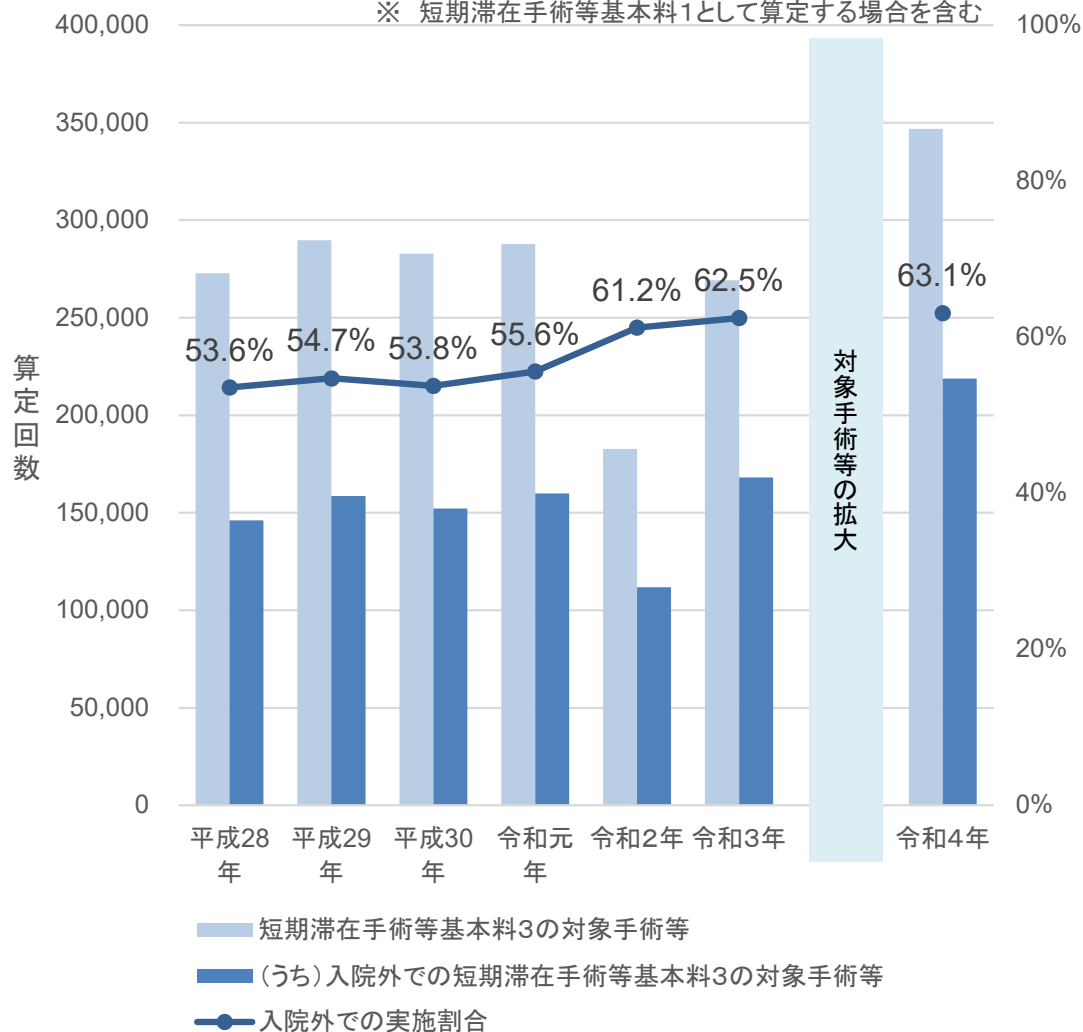


# 短期滞在手術等基本料3の年次推移

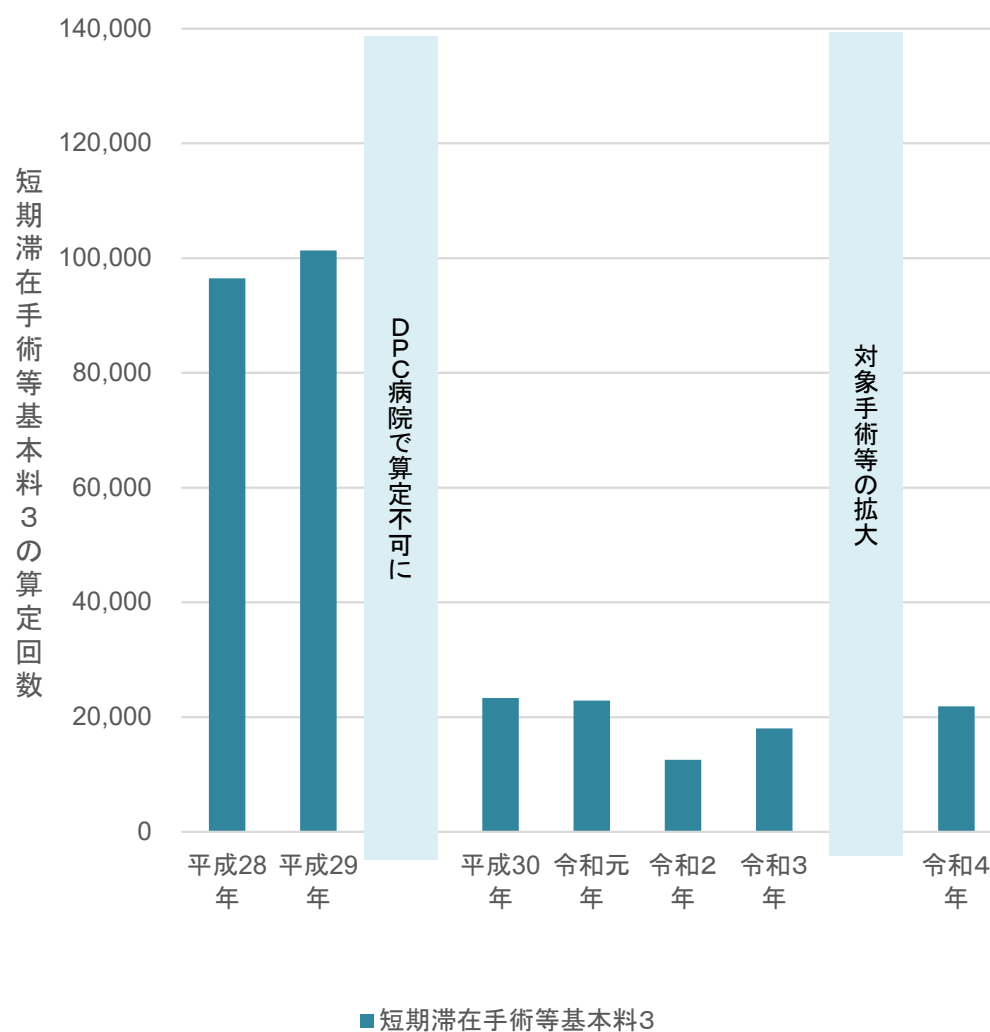
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等は、入院外での実施割合が増加している。
- 短期滞在手術等基本料3は平成30年度以降も一定程度算定されている。

## 短期滞在手術等基本料3の対象手術等の算定実績

※ 短期滞在手術等基本料1として算定する場合を含む



## 短期滞在手術等基本料3の算定実績



1. 入院医療をとりまく現状について
2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について
  - (1) 急性期入院医療
  - (2) 回復期入院医療
  - (3) 慢性期入院医療
  - (4) 入院医療におけるその他の評価
    - ①DPC/PDPSについて
    - ②短期滞在手術等基本料について
    - ③入退院支援について
    - ④緩和ケアについて

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

・ 入院時支援加算

・ 入退院支援加算  
・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟  
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う  
医療機関等との連携強化

外来部門

### 【入院前からの支援】

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



### 《入退院支援加算の対象となる患者》

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

在宅療養を担う関係機関等

### 【退院時共同指導】

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

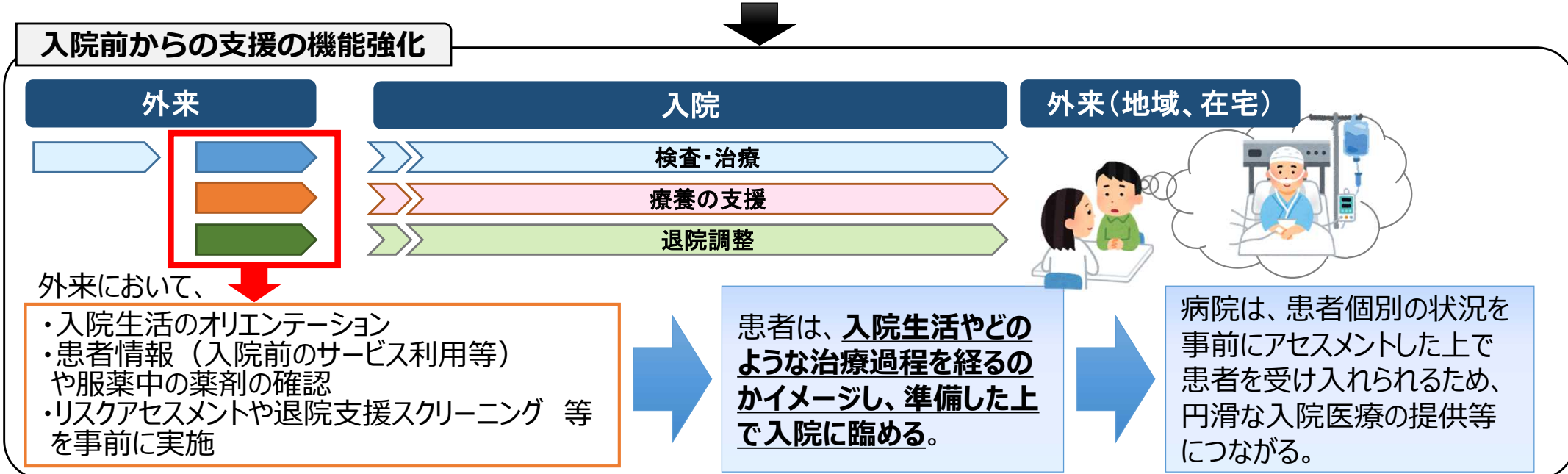
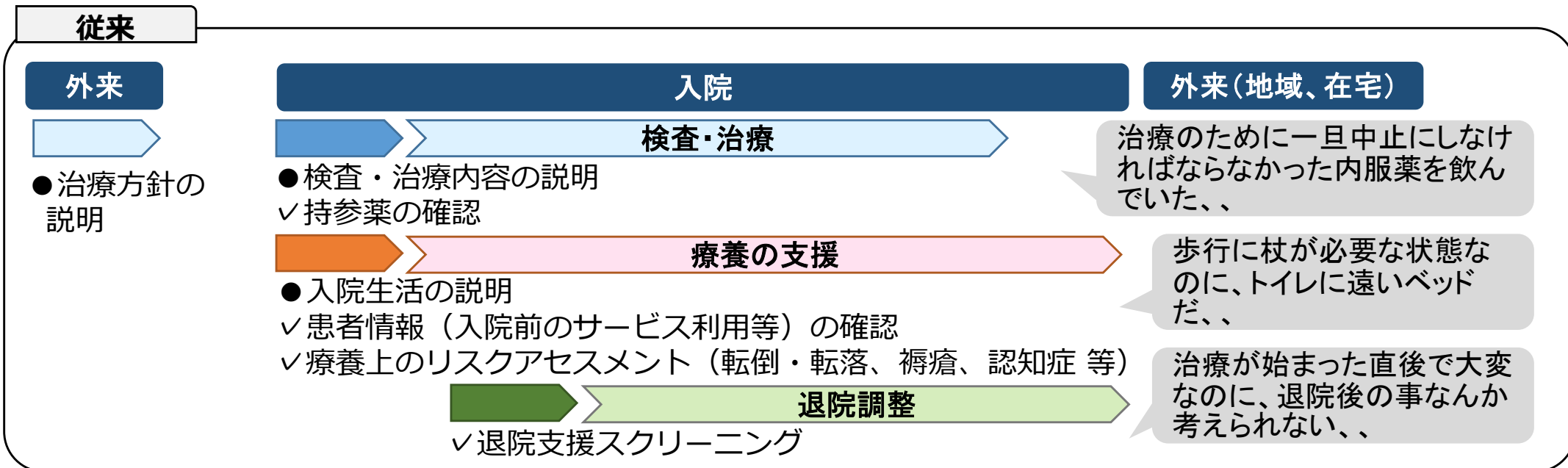
共同指導が行えなかった時は

### 【情報提供】

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



# 入院前からの支援の機能強化(イメージ)



## A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- **入退院支援加算1** イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点  
**入退院支援加算2** イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点  
**入退院支援加算3** 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 **小児加算** 200点

## [主な算定要件・施設基準]

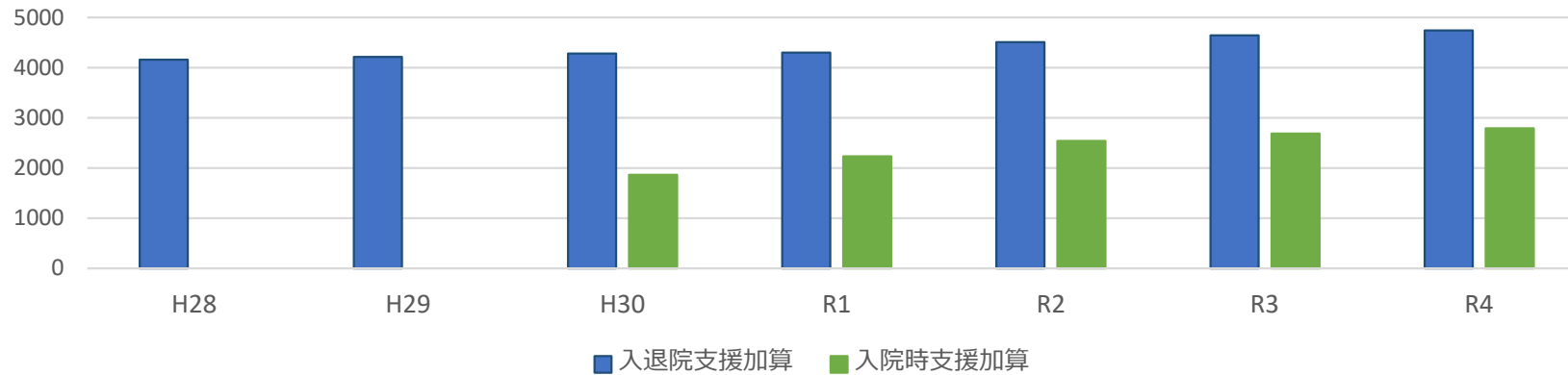
	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している <b>サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</b> <b>シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</b> <b>ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</b> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	（※）週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。	5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が <b>25以上</b> であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で <b>対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能</b> な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

# 入退院支援加算の届出・算定状況

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

## ■ 入退院支援加算の届出状況の推移

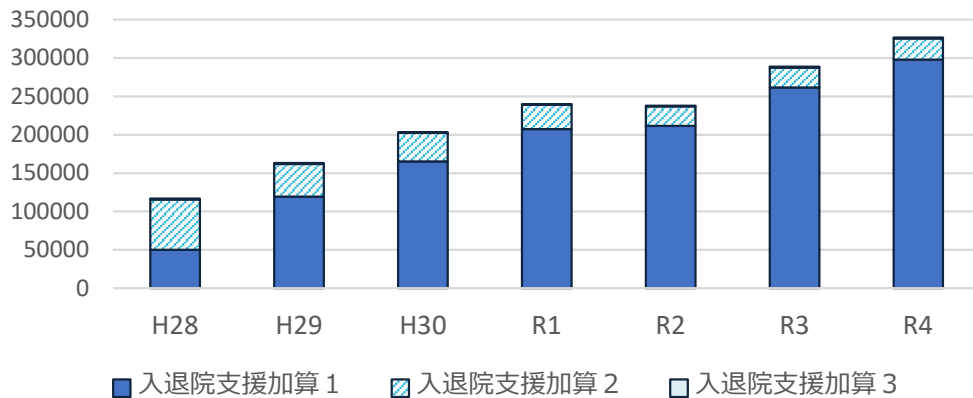
入退院支援加算届出施設数



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

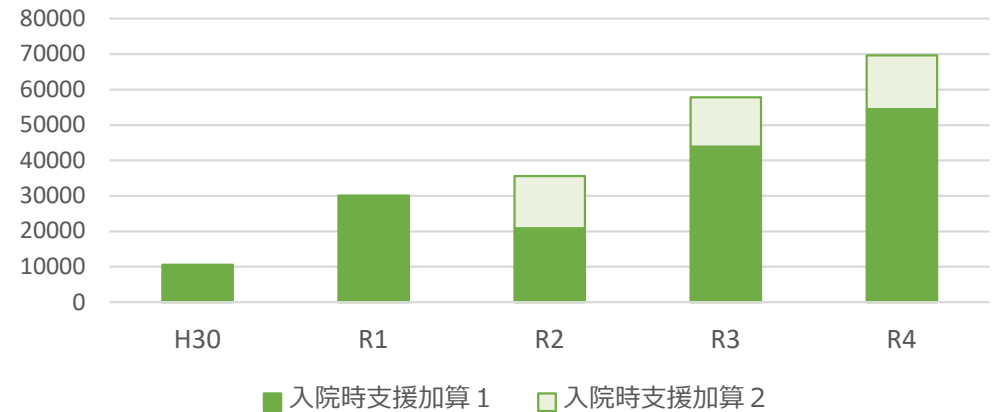
## ■ 入退院支援加算の算定状況の推移

入退院支援加算（算定回数）



## ■ 入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算（算定回数）

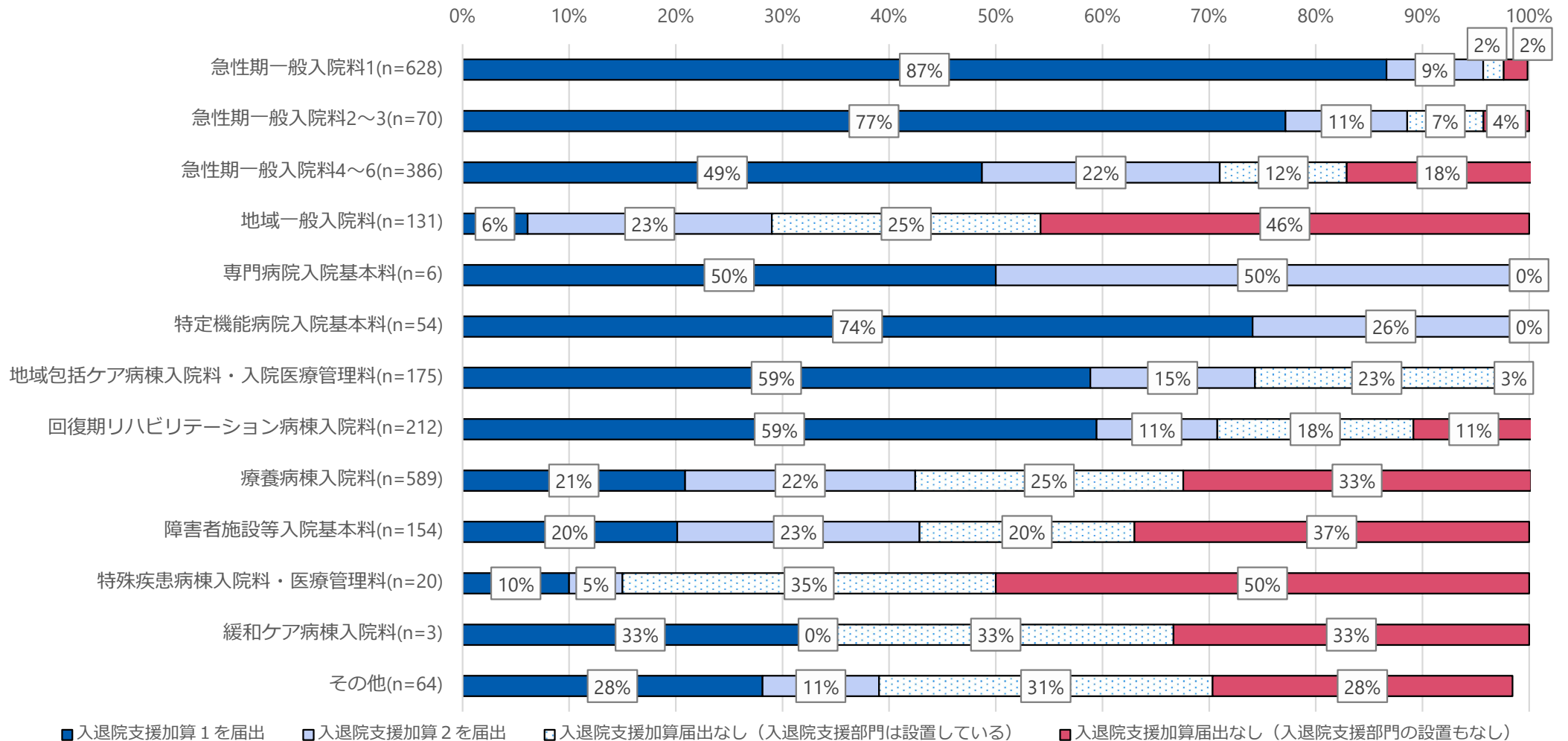


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

# 入退院支援加算 1・2 の届出状況

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

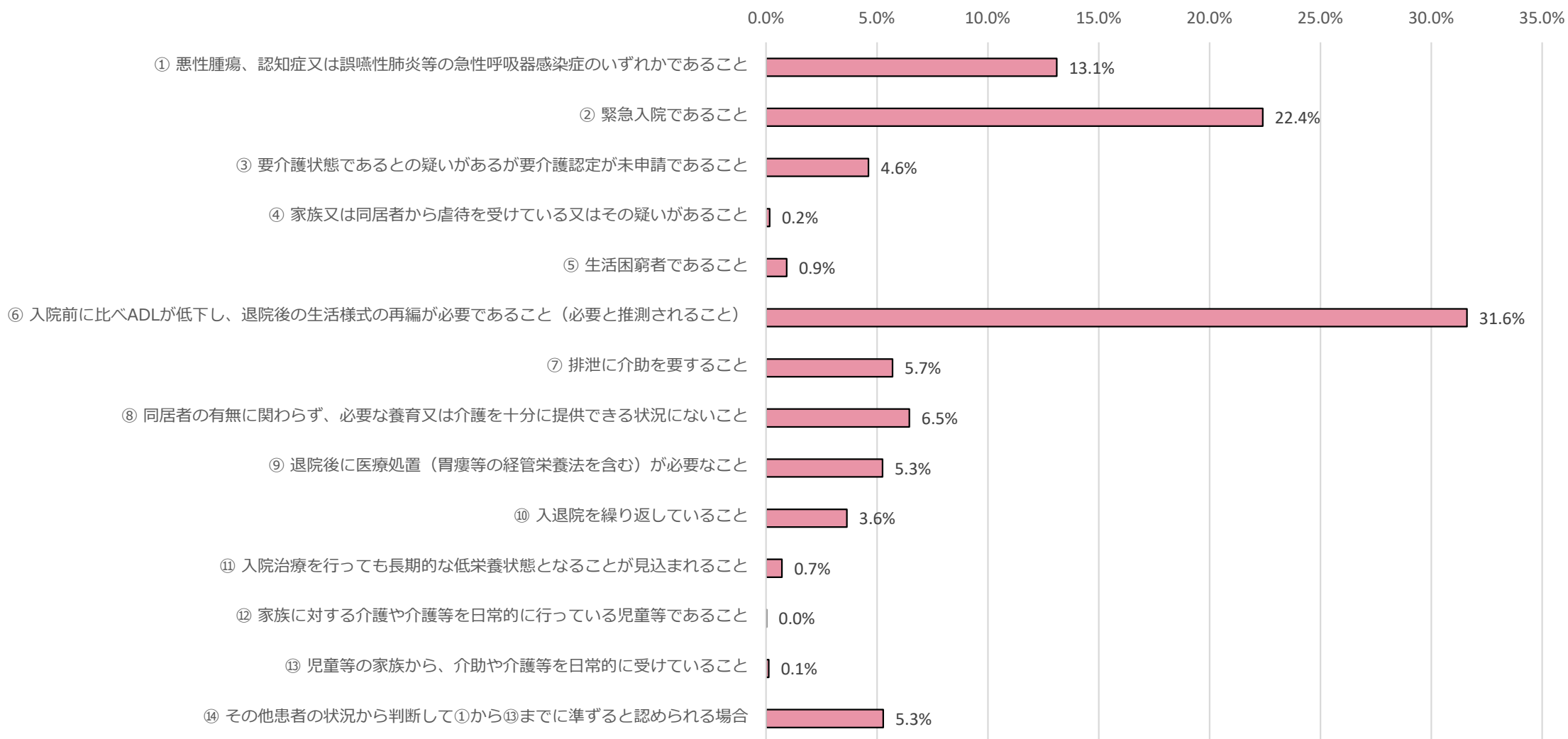
## ■ 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況





○ 入退院支援加算1・2を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」が最も多かった。

## ■ 入退院支援加算1・2を算定した患者の退院困難な要因（令和4年8月～10月の3か月） (n=966)



1. 入院医療をとりまく現状について
2. 入院医療に係る診療報酬上の評価について
  - (1) 急性期入院医療
  - (2) 回復期入院医療
  - (3) 慢性期入院医療
  - (4) 入院医療におけるその他の評価
    - ①DPC/PDPSについて
    - ②短期滞在手術等基本料について
    - ③入退院支援について
    - ④緩和ケアについて

# 緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料について、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、疼痛の評価等を実施した場合の評価を新設する。

## 緩和ケア病棟入院料

### **(新)** 緩和ケア疼痛評価加算 **100点**

#### [算定要件] (概要)

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、**疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算**する。

#### 評価の例

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛の強さをNRS（Numerical Rating Scale）で表してもらう。現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0～3点を軽度の疼痛、4～6点を中等度の疼痛、7点以上を強い疼痛と考える。

出典：「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）



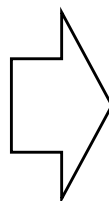
- 緩和ケア病棟入院料について、加算の新設にあわせて評価の見直しを行う。

#### 現行

##### 【緩和ケア病棟入院料】

##### [算定要件]

1 緩和ケア病棟入院料 1	
イ 30日以内の	5,207点
□ 31日以上60日以内の期間	4,654点
ハ 61日以上	3,450点
2 緩和ケア病棟入院料 2	
イ 30日以内の期間	4,970点
□ 31日以上60日以内の期間	4,501点
ハ 61日以上	3,398点



#### 改定後

##### 【緩和ケア病棟入院料】

##### [算定要件]

1 緩和ケア病棟入院料 1	
イ 30日以内の	<b>5,107点</b>
□ 31日以上60日以内の期間	<b>4,554点</b>
ハ 61日以上	<b>3,350点</b>
2 緩和ケア病棟入院料 2	
イ 30日以内の期間	<b>4,870点</b>
□ 31日以上60日以内の期間	<b>4,401点</b>
ハ 61日以上	<b>3,298点</b>

# 緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

## ○ 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

## ○ 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点



## 緩和ケア疼痛評価加算 100点

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

### [入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

- 以下のア又はイを満たしていること
  - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
  - イ) 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
- 次のいずれかに係る届出を行っていること。
  - ① 緩和ケア診療加算※1
  - ② 外来緩和ケア管理料※1
  - ③ 在宅がん医療総合診療料※2

### [入院料2の施設基準]

- 看護配置7対1、緩和ケアを担当する常勤の医師を1名以上配置
- がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

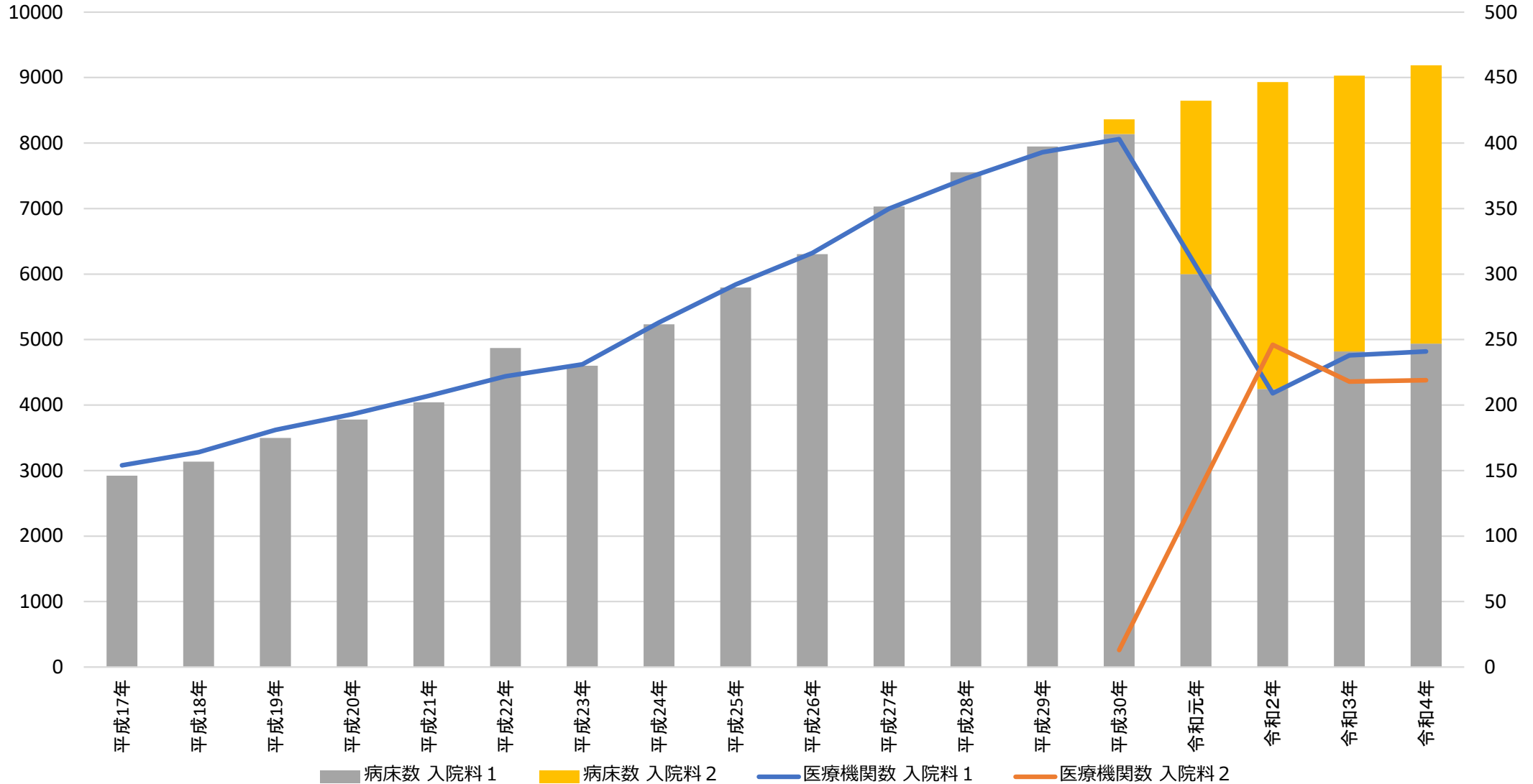
※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

# 緩和ケア病棟入院料の経緯

平成2年度	緩和ケア病棟入院料2500点を新設
平成4年度	緩和ケア病棟入院料を2500点から3000点へ見直し
平成6年4月	緩和ケア病棟入院料3000点から3300点へ見直し 後天性免疫不全症候群を対象患者に含めることとした
平成6年10月	緩和ケア病棟入院料を3300点から3120点へ見直し
平成8年度	緩和ケア病棟入院料を3120点から3600点へ見直し
平成12年度	緩和ケア病棟入院料を3600点から3800点へ見直し
平成14年度	緩和ケア病棟入院料を3800点から3780点へ見直し
平成24年度	緩和ケア病棟入院料について、入院日数に応じた点数へ見直し 30日以内4791点、31～60日4291点、61日以上3291点
平成28年度	緩和ケア病棟入院料に緩和ケア病棟緊急入院診療初期加算200点を新設 平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設けた (新) 緩和ケア病棟入院料1 30日以内 5,051点60日以内 4,514点61日以上 3,350点 [入院料1の施設基準]入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。 ○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。 ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。 イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。 ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
平成30年度	(新) 緩和ケア病棟入院料2 30日以内 4,826点60日以内 4,370点61日以上 3,300点 [入院料2の施設基準]変更なし
令和2年度	緩和ケア病棟入院料1について、直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満の要件を削除、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とした
令和4年度	緩和ケア病棟入院料を変更し、緩和ケア疼痛評価加算100点を設けた 入院料1 30日以内 5,107点、60日以内 4,554点、61日以上 3,350点 入院料2 30日以内 4,870点、60日以内 4,401点、61日以上 3,298点

# 緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数の推移

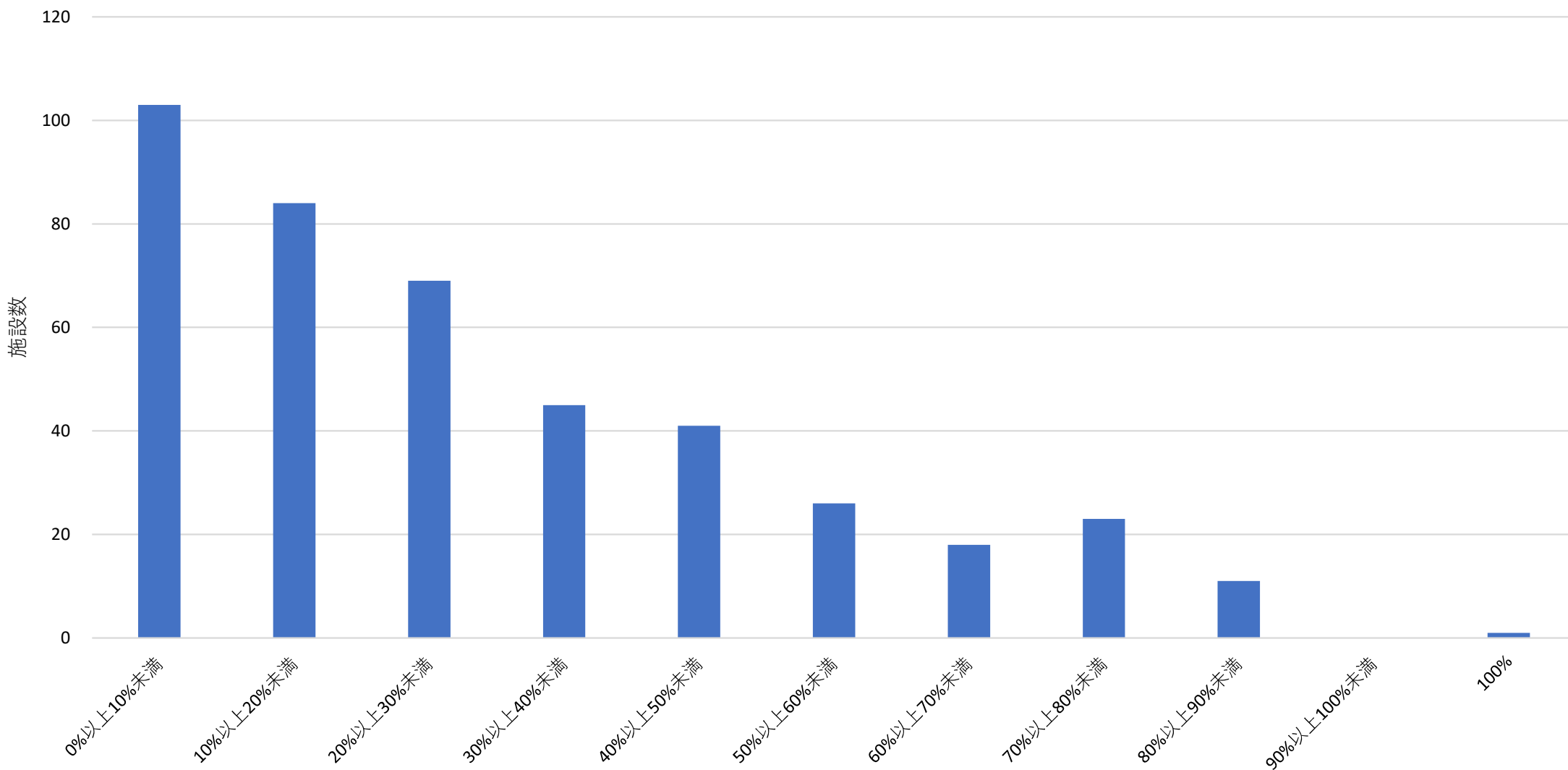
- 緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数は、やや増加傾向。
- 入院料1を算定している医療機関が再増加した。



# 緊急入院について

○ 令和4年1月から9月の間に緩和ケア病棟に入院した患者のうち、入院経路が緊急入院であった患者の割合ごとの分布はばらつきがあるものの、多くは30%未満であった。

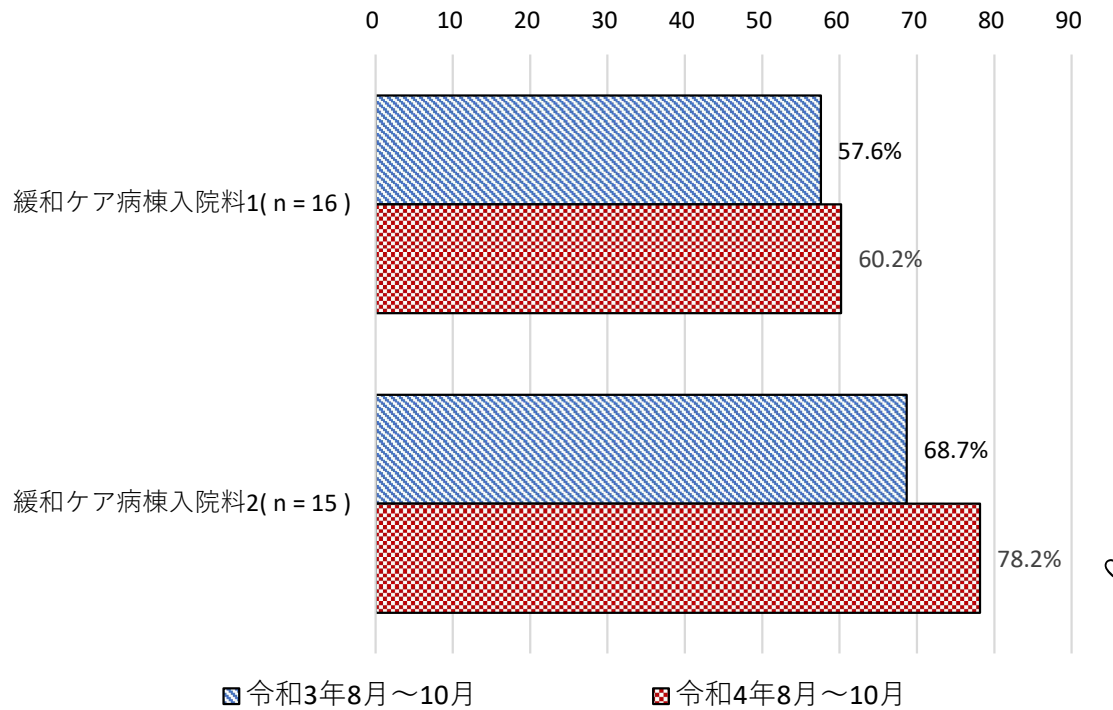
令和4年1～9月緩和ケア病棟を算定している施設の緊急入院患者の割合（DPCデータ全体(n=421)）



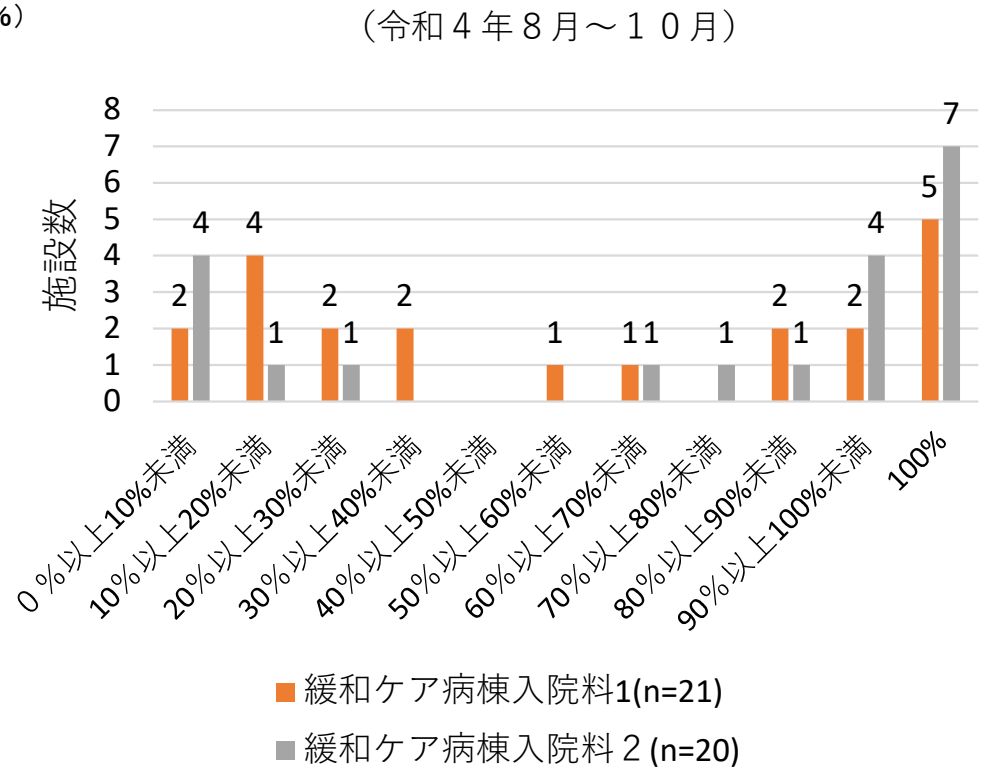
# 緩和ケア病棟入院料における在宅復帰率

○ 緩和ケア病棟入院料における在宅復帰率は、高い施設と低い施設で二峰性の分布を示している。

緩和ケア病棟入院料における平均在宅復帰率 (%)



緩和ケア病棟におけるの在宅復帰率の分布 (令和4年8月～10月)



「在宅復帰率」 = A ÷ B × 100 : A. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)



# 課題と論点

## （急性期入院医療）

- 入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入されるよう、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。
- 令和4年度診療報酬改定においては、急性期及び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、重症度、医療・看護必要度について見直しを行ったところ、看護配置7対1の病床数は増加傾向にある。また、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価として急性期充実体制加算を新設している。
- 高齢者人口や高齢者の救急搬送の増加とともに、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合も増加傾向にある中、急性期一般病棟は集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化すべき等、2025年を期限とした地域医療構想に向けた取り組みとともに、さらなる機能分化の必要性が指摘されている。

## （回復期入院医療）

- 地域包括ケア病棟入院料は、「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」の3つの役割を担うこととされており、平成26年度改定において設定された。令和4年度診療報酬改定においては、在宅医療の提供や在宅患者等の受入に対する評価の観点から、在宅医療に係る実績要件の水準引き上げ、一般病床において届け出ている場合に救急告示病院等であることの要件化等を行っている。現状、救急搬送の受入件数は100件以下の医療機関が多い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、平成12年に新設された。質の高いリハビリテーション医療を充実する観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきており、令和4年度診療報酬改定においても重症患者割合の見直し等を行っている。

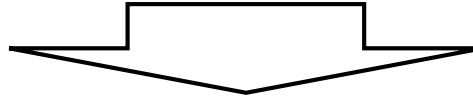
## （慢性期入院医療）

- 療養病棟入院基本料の経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少している。令和4年度改定においては、療養病棟入院基本料2の75/100の点数に切り下げを行った。なお、療養病床等についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までである。
- 療養病棟入院基本料の医療区分については累次の改定で見直しが実施されており、令和4年度改定では中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直しを実施した。
- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者が対象」とされている。令和4年度改定において、重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。

# 課題と論点

## (入院医療におけるその他の取組)

- DPC対象病院数は令和4年4月1日時点で1,764病院となり、経年的に増加傾向である一方、急性期病床規模の小さいDPC対象病院も増加している。DPC/PDPSにおける評価については、医療機関の機能や役割に応じた医療機関別係数を設定するとともに、入院初期を重点評価するため在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定している。
- 日帰り及び4泊5日までの入院による手術等を行うための管理等について、包括的な評価を行う短期滞在手術等基本料が設定されており、実態等に合わせ、対象手術等や評価の見直しを実施してきている。
- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価するため、入退院支援加算を設定しており、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では8割以上が届出を行っている。
- 緩和ケア病棟入院料は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者に対する入院医療及び緩和ケア並びに外来や在宅への円滑な移行支援の評価として、令和2年度に設定された。令和4年度においては、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、疼痛の評価等を実施した場合の評価として、緩和ケア疼痛評価加算が新設されている。



## 【論点】

- 急性期入院医療について、高齢者の救急搬送件数の増加等を踏まえ、急性期病棟と地域包括ケア病棟に求める役割・機能について及びこれらの機能分化を促進し、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入される効率的かつ質の高い入院医療の提供を推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- 回復期入院医療について、在宅患者等に対する救急医療を含め、地域包括ケア病棟に求められる役割やその評価のあり方及び回復期リハビリテーション病棟における質の高いリハビリテーションを推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- 慢性期入院医療について、療養病床に係る医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置が終了すること等を踏まえ、長期にわたり療養が必要な患者に対する適切な入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。