

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟（新設）
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

# 地域で救急患者等を受け入れる病棟の新設

## <概要>

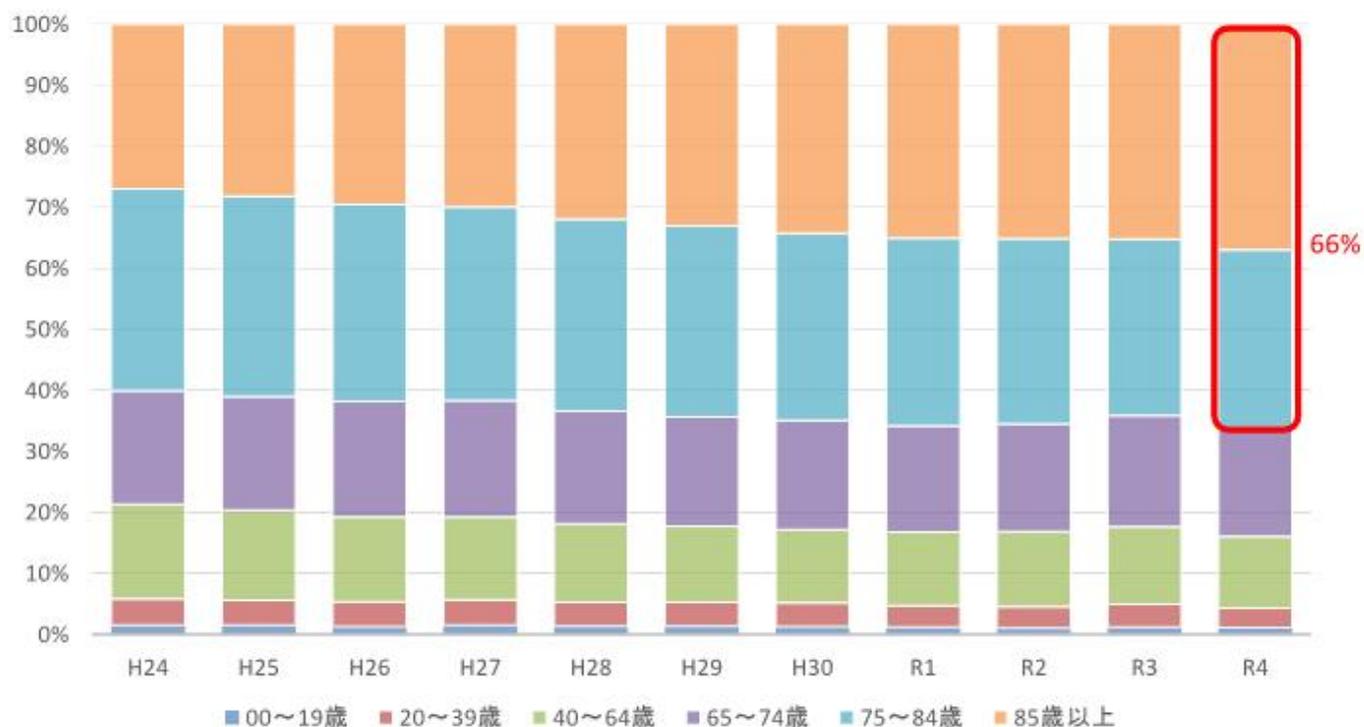
1. 高齢者救急に対応する入院料として、新たな入院料（**地域包括医療病棟入院料**）を新設
2. 主な施設基準等
  - ①看護配置 **10対1**
  - ②平均在院日数 **21日**
  - ③一般病棟用重症度、医療・看護必要度  
延べ患者数のうち「**A 3点以上、A 2点以上かつB 3点以上、又はC 1点以上**」の**該当割合16%以上**（**必要度Ⅰ**の場合）又は**15%以上**（**必要度Ⅱ**の場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「**B 3点以上**」の**該当割合50%以上**
  - ④在宅復帰率 **80%以上**
  - ⑤救急搬送割合 **15%以上** 等

## 入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

意見交換 資料-5参考-1  
R 5 . 3 . 1 5 改

- 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



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

- 高齢者に多い疾患は、急性期一般入院料に入院する際に救急搬送される割合が、全疾患の平均よりも高いものが多い。
- 食物及び吐物による肺臓炎及び尿路感染症等が急性期一般入院料1に入院する割合は、全疾患の平均と同程度に高い。

### 高齢者に多い疾患ごとの各入院料種別の入院先の割合

診調組 入-1  
5.8.10

- 高齢者に多い疾患は、急性期一般入院料に入院する際に救急搬送される割合が全疾患の平均よりも高いものが多い。
- 食物及び吐物による肺臓炎及び尿路感染症等が急性期一般入院料1に入院する割合は、全疾患の平均と同程度に高い。

#### 一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患\*1における75歳以上の患者が一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先の内訳 (カッコ内は、そのうち救急搬送により入院した割合)

	急性期一般 入院料1 (353,143床)	急性期一般 入院料2-3 (15,941床)	急性期一般 入院料4-6 (135,739床)	地域一般 入院料1-2 (19,121床)	地域一般 入院料3 (29,777床)	その他の DPC算定病床**2 (113,549床)	地域包括 ケア病棟 (98,546床)	地域包括ケア病棟 のうち 転院入院以外
(全疾患)	55.9% (26.8%)	2.3% (27.6%)	17.0% (24.2%)	1.6% (19.6%)	0.9% (11.1%)	15.6% (35.2%)	6.7% (10.3%)	5.4% (12.5%)
1 コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
2 食物及び吐物による肺臓炎	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
3 うっ血性心不全	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
4 老人性初発白内障	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
5 大腸<結腸>のポリープ	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
6 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
7 転子骨遠端骨折 閉鎖性	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
8 尿路感染症, 部位不明	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
9 老人性白内障	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
10 肺炎, 詳細不明	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
11 腰椎骨折 閉鎖性	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
12 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
13 その他の型の狭心症	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
14 脳動脈の血栓症による脳梗塞	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
15 体液量減少(症)	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
16 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
17 慢性腎臓病, ステージ5	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
18 脊柱管狭窄(症) 腰部	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
19 急性原細菌性肺炎	64.2% (50.1%)	2.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	5.6% (18.5%)	5.1% (19.8%)
20 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
21 脳動脈の血栓症による脳梗塞	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
22 その他の原発性肺がん	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% (6.5%)
23 細菌性肺炎, 詳細不明	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)
24 一側性又は患側不明の気管ヘルニア, 閉塞及び瘻管を伴わないもの	69.5% (1.0%)	2.2% (1.6%)	6.8% (1.6%)	0.2% (1.7%)	0.1% (11.8%)	17.5% (0.6%)	3.8% (0.4%)	3.8% (0.3%)
25 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>, 肝細胞癌	62.8% (7.5%)	1.9% (9.7%)	6.6% (15.2%)	0.4% (15.0%)	0.4% (5.5%)	25.6% (5.6%)	2.3% (6.8%)	1.8% (8.7%)

\*1 入院初日にDPC算定病床\*\*2又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

\*2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、臨床上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、新生児治療回復入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床

\*\*3 病床数は令和4年7月1日時点

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

- 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量に大きな差はみられなかった。

(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症、部位不明」は1.4倍にとどまる。)

### 高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

診調組 入-1  
5. 8. 10

- 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症、部位不明」は1.4倍にとどまる。)

75歳以上の患者に多い疾患<sup>\*1</sup>における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量<sup>\*2</sup>及び地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
	急1における1日平均(高)	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
(全疾患-全年齢)	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患-75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症2019、ウイルスが特定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎、詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少(症)	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎、詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
尿路感染症、部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸(結腸)のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病、ステージ5	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿細管間質性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の急性性結核菌症	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
肘子骨骨折 閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腿骨頭骨折 閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結核の慢性新生物<腫瘍>、S状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
脊柱管狭窄(症) 腰部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
心房性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全、詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
孤立性の悪性新生物<腫瘍>	3,379	2.17	1.25	1.74	12	1.3%
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	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
直腸の悪性新生物<腫瘍>	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
胆管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
肋骨骨折 閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結腸の悪性新生物<腫瘍>、上行結腸	3,631	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
胆管炎を伴う胆管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一側性又は患側不明のせきやく乾咳>ヘルニア、閉塞及び欠損>前を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
胸椎骨折 閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	3,145	3.33	2.18	1.53	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
肺の悪性新生物<腫瘍>、肺頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、肝細胞癌	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

\*1 入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核黄内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部)を除いたもの。

\*2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

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

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

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

**包括的に提供**

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

### (新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

#### [算定要件]

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



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

#### [施設基準]（抜粋）

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

# 地域包括医療病棟③ 注加算

## 地域包括医療病棟入院料の注加算

### (新) 初期加算 (1日につき) 150点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

### (新) 看護補助体制加算 (1日につき)

<u>25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割以上)</u>	<u>240点</u>
<u>25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割未満)</u>	<u>220点</u>
<u>50対1看護補助体制加算</u>	<u>200点</u>
<u>75対1看護補助体制加算</u>	<u>160点</u>

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

### (新) 夜間看護体制加算 (1日につき) 71点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

[施設基準]

夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。  
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

### (新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間12対1配置加算1 110点 / 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

### (新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (1日につき) 80点

[算定要件・施設基準]

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定する。

### (新) 夜間看護補助体制加算 (1日につき)

<u>夜間30対1看護補助体制加算</u>	<u>125点</u>
<u>夜間50対1看護補助体制加算</u>	<u>120点</u>
<u>夜間100対1看護補助体制加算</u>	<u>105点</u>

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

### (新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

<u>看護補助体制充実加算1</u>	<u>25点</u>
<u>看護補助体制充実加算2</u>	<u>15点</u>
<u>看護補助体制充実加算3</u>	<u>5点</u>

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

### (新) 看護職員夜間16対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間16対1配置加算1 70点 / 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

## 地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は**地域包括医療病棟入院料に含まれる**。(包括範囲)

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用(概要)

○ **入院基本料**

○ **入院基本料等加算**

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算(1に限る。)、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を**除く**。

○ **医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料**

○ **検査**

心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を**除く**。

○ **画像診断**

画像診断管理加算1~4、造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合)並びに造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合)に伴う薬剤及び特定保険医療材料を**除く**。

○ **投薬、注射**

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を**除く**。

○ **リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。(※1)**

○ **処置**

人口腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を**除く**。

○ **病理標本作製料**

術中迅速病理組織標本作成を**除く**。

※1 リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。(包括範囲外)

※ 他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。(包括範囲外)

# 地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

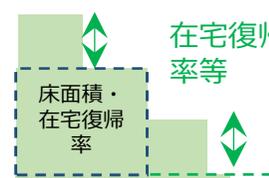
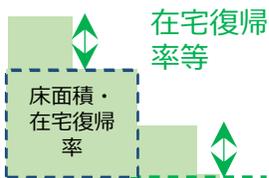
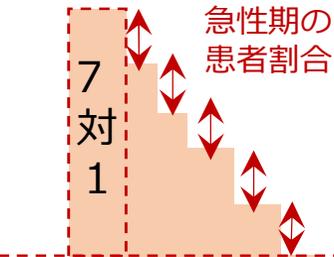
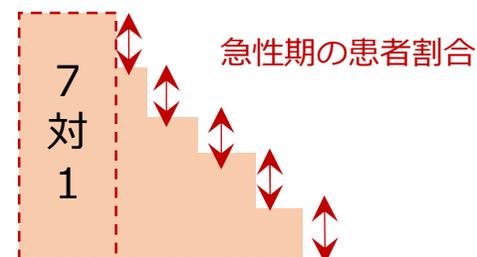
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数  
18日

平均在院日数  
16日



看護職員配置  
(10対1)

看護職員配置  
(13対1)

看護職員配置  
(10対1)

看護職員配置  
(10対1)

看護職員配置  
(13対1)

平均在院日数  
21日

算定可能日数  
60日

平均在院日数  
21日

平均在院日数  
21日

算定可能日数  
60日  
(40日目を降減算)

急性期一般

地域包括ケア

急性期一般

地域包括医療

地域包括ケア

急性期一般病棟入院料

地域包括ケア  
病棟入院料  
(包括評価)

急性期一般病棟入院料

地域包括医療  
病棟入院料  
(包括評価)

地域包括ケア  
病棟入院料  
(包括評価)

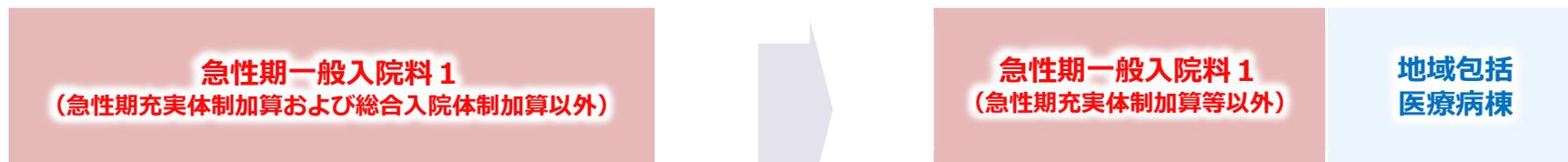
重症度、医療・  
看護必要度及び  
平均在院日数の  
見直し

在宅復帰機能、リハビリテーション、栄養等に係る機能を重視した新たな入院料

## 想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

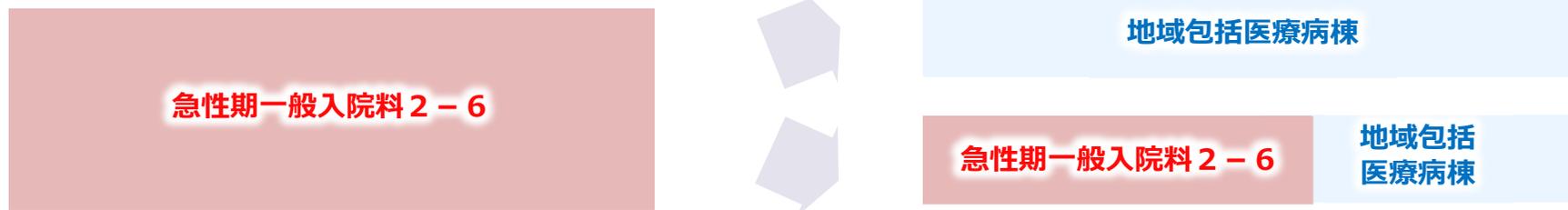
- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2 - 6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

### ①急性期一般入院料1からの一部転換



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

### ②急性期一般入院料2 - 6からの転換



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

### ③地域包括ケア病棟からの転換



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

# 地域包括医療病棟における評価の観点

- 地域包括医療病棟においては、急性期医療機能の他に、後期高齢者を中心に早期からリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から病棟の機能を規定している。

※以下の整理は、考え方の一例である。それぞれの指標の活用の仕方は複数考えられるところ。

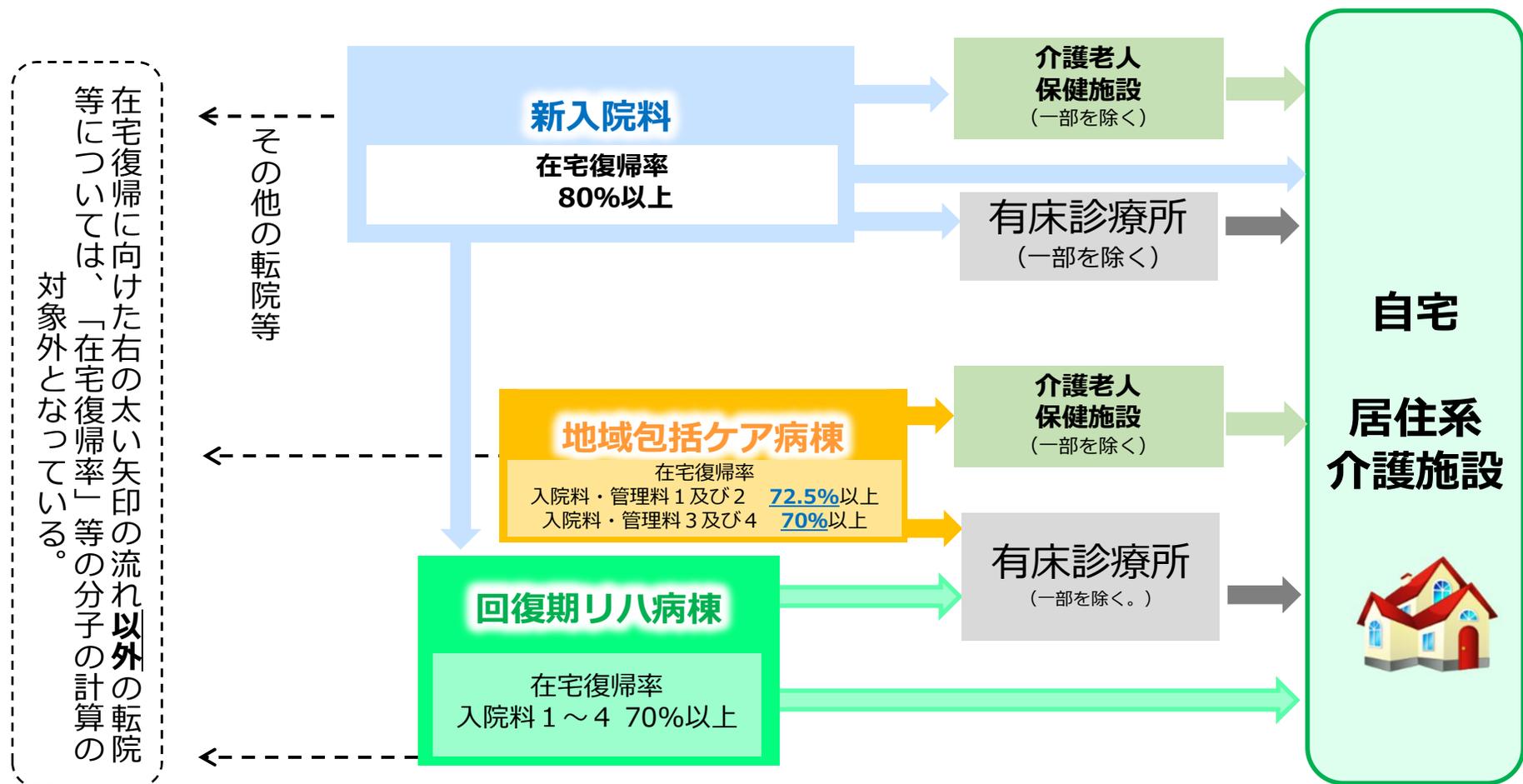
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 10：1看護配置</li> <li>➤ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能</li> <li>➤ 夜間における画像検査等の体制確保</li> <li>➤ 看護職員夜間配置加算</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 救急搬送直接入棟患者割合：1割5分以上</li> <li>➤ 平均在院日数：21日以内</li> <li>➤ 重症度、医療・看護必要度：急性期病棟入院料4相当</li> <li>➤ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50%以上</li> </ul>
リハビリ等	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PT/OT/ST 2名配置</li> <li>➤ 管理栄養士の専任配置</li> <li>➤ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置</li> <li>➤ 看護補助体制加算</li> <li>➤ 看護補助体制充実加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価</li> <li>➤ 定期的なカンファレンスの開催</li> <li>➤ 休日リハの提供体制</li> <li>➤ 休日リハ提供量：平日の8割以上</li> <li>➤ 早期リハ実施割合：8割以上</li> <li>➤ 管理栄養士による <ul style="list-style-type: none"> <li>・GLIM基準を用いた栄養状態評価</li> <li>・週5回以上の食事観察</li> </ul> </li> <li>➤ 歯科医療機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 退院・転棟時にADLが低下する患者：5%以内</li> <li>➤ 退院・転棟時にADLが低下する患者：3%以内</li> </ul>
在宅復帰機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 入退院支援加算1</li> </ul>	(入退院支援加算1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 在宅復帰率：8割</li> </ul>

※ 青字は注加算における要件等

# 地域包括医療病棟における在宅復帰率

○ 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

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**



## 急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上</li> <li>「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ）</li> <li>入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）</li> </ul>
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リ八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含まない)

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

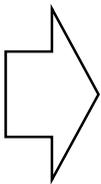
# 急性期一般入院料 1 等の施設基準の見直し

## 平均在院日数の基準の見直し

- 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料 1 の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

### 現行

【急性期一般入院基本料】  
 [施設基準]  
 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては18日）以内であること。



### 改定後

【急性期一般入院基本料】  
 [施設基準]  
 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては**16日**）以内であること。

## 重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

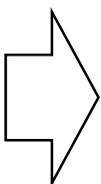
- 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
  - ① 「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
  - ② 「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること

### 現行

【急性期一般入院料 1】  
 [施設基準]  
 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表 1

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者



### 改定後

【急性期一般入院料 1】  
 [施設基準]  
 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表 2 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。

別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)

別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

# 急性期一般入院料 1 における平均在院日数の見直し

## 公益裁定について①

急性期一般入院料 1 における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について

令和 6 年 1 月 31 日

急性期一般入院料 1 における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について、公益委員の考えは以下のとおりである。

1. 今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、急性期一般入院料 1 における平均在院日数、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。具体的な見直しについては、評価項目の見直しについて 4 つの案が示され、両側委員において、当該評価項目の見直し及び該当患者割合基準の見直しについてシミュレーションを行うことに合意し、シミュレーションの結果が示された。

## 公益裁定について②

3. シミュレーションにおける評価項目の見直しによる影響について、該当患者割合の基準を満たす医療機関割合の変化が、急性期一般入院料1のうち重症度、医療・看護必要度Iを用いる医療機関において大きく、中でも案1及び案3による見直しの場合に特に大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定される。
4. 一方で、患者の状態に応じた適切な入院料が選択され、医療資源が適切に配分されるよう、地域医療に配慮しつつも、急性期一般入院料1から他の入院料への転換を含めた、適切な機能分化が促される取組を進めることは重要である。今回の診療報酬改定において後期高齢者の中等症の急性疾患ニーズに応える地域包括医療病棟が新設されること、入院基本料の見直しが見込まれていること及び前回改定における重症度、医療・看護必要度の見直しにおいて、一定数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定されていたにもかかわらず、実際には急性期一般入院料1の病床数は増加したことを考慮すると、今回の改定においては該当患者割合の基準を一定程度高く設定することが、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めるに当たり重要と考えられる。

(※1) 各見直し案による評価項目に係る変更内容

変更する項目	変更の内容	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	○		○	
	評価日数を2日とする。		○		○
抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	得点を3点とする。			○	○
その他の項目の見直し		○	○	○	○

5. 以上から、**平均在院日数の基準は16日以内**とした上で、**見直し案4**を採用し、シミュレーションで示された実態を踏まえつつ、重症度、医療・看護必要度について、該当患者割合の基準を2つに分けた上で、機能分化の推進という観点から、専門的な急性期治療を要する患者の集約化のため、**該当基準割合①は18%よりも高く20%とする**。その上で、地域の実情に鑑み、**該当基準割合②については、27%とする**。

(※2) 該当患者割合①：「A 3点以上」又は「C 1点以上」に該当する患者の割合  
 該当患者割合②：「A 2点以上」又は「C 1点以上」に該当する患者の割合

6. 急性期一般入院料2から5までにおける重症度、医療・看護必要度については、上記の急性期一般入院料1での対応を踏まえ、見直し案4による項目の見直しを行った上で、該当患者割合(※3)の基準について、重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの間に一定の差を設け、以下のとおりとする。

	該当患者割合の基準	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%

(※3) 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」又は「C 1点以上」に該当する患者の割合

7. なお、特定機能病院入院基本料(7対1)等の入院料や、その他の加算等の施設基準における該当患者割合の基準については、同様の考え方にに基づき、適切に定めることとする。

8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

## 評価項目の見直し

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

(改定内容)

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

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
	救命等に係る内科的治療（4日間）		
21	①経皮的血管内治療、 ②経皮的な心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

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

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（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又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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



改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	<b>割合①： 21%</b> <b>割合②： 28%</b>	<b>割合①：20%</b> <b>割合②：27%</b>
急性期一般入院料2	<b>22%</b>	<b>21%</b>
急性期一般入院料3	<b>19%</b>	<b>18%</b>
急性期一般入院料4	<b>16%</b>	<b>15%</b>
急性期一般入院料5	<b>12%</b>	<b>11%</b>
7対1入院基本料(特定)	—	<b>割合①：20%</b> <b>割合②：27%</b>
7対1入院基本料(結核)	<b>8%</b>	<b>7%</b>
7対1入院基本料(専門)	<b>割合①：21%</b> <b>割合②：28%</b>	<b>割合①：20%</b> <b>割合②：27%</b>
看護必要度加算1(特定、専門)	<b>18%</b>	<b>17%</b>
看護必要度加算2(特定、専門)	<b>16%</b>	<b>15%</b>
看護必要度加算3(特定、専門)	<b>13%</b>	<b>12%</b>
総合入院体制加算1	<b>33%</b>	<b>32%</b>
総合入院体制加算2	<b>31%</b>	<b>30%</b>
総合入院体制加算3	<b>28%</b>	<b>27%</b>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	<b>6%</b>	<b>5%</b>
看護補助加算1	<b>4%</b>	<b>3%</b>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料	<b>10%</b>	<b>8%</b>

## 【該当患者の基準】

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

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

## 【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。

# 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床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、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

#### 【急性期一般入院料】

##### [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。



### 改定後

#### 【急性期一般入院料】

##### [施設基準]

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床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価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を除く。）、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料2又は3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4又は5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。

※救命救急入院料2及び4並びに特定集中治療室管理料についても、同様の見直しを行う。

#### [経過措置]

令和6年3月31日において現に届出を行っている病棟については、令和7年9月30日までの間に限り、必要度Ⅱを用いた評価に係る要件を満たすものとみなす。

## リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

### <概要>

- ADLの低下の防止等を効果的に行うため、より早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進
  - 入院した患者全員に対し、**入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価**を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく**多職種による取組（土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含む）**を行う体制の確保に係る  
**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算  
（1日につき120点）**  
を新設する。

# 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

## 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

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

### (新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



### より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

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

### 多職種による評価と計画

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

# 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

## 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

### (新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

#### 【算定要件】 (概要)

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

#### 【施設基準】 (概要)

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

# 特定集中治療室管理料の見直し

## <概要>

- 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。
- 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。
  - ① SOFAスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分（管理料5・6）を新設する。
  - ② 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化する。
  - ③ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。
    - ・ 「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。
    - ・ 重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、「A得点が3点以上であること」から「A得点が2点以上であること」に変更する。

# 特定集中治療室管理料の見直し①

## 特定集中治療室管理料の見直し

- S O F Aスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。

### 改定後

#### 【特定集中治療室管理料1・2】

##### [施設基準]

- 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア5以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が**8割**以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。**当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**

#### 【特定集中治療室管理料3・4】

##### [施設基準]

- 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア3以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が**7割**以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。**当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**

#### 【特定集中治療室管理料5・6】（新設）

##### [施設基準]

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。

### 現行

(7日以内の期間)	
特定集中治療室管理料1・2	14,211点
特定集中治療室管理料3・4 (新設)	9,697点



### 改定後

(7日以内の期間)	
特定集中治療室管理料1・2	<b>14,406点</b>
特定集中治療室管理料3・4	<b>9,890点</b>
<b>特定集中治療室管理料5・6</b>	<b>8,890点</b>

※ 治療室については、以下を明確化。

- 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行っていない医師であること（救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1）
- 保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むこと（ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料2及び新生児治療回復室入院医療管理料）

※ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度から、「輸液ポンプの管理」の項目を削除し、該当基準をA得点2点以上に変更。

## (参考) 特定集中治療室管理料の施設基準概要

	ICU1	ICU2	ICU3	ICU4	ICU5	ICU6
	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで13,028点	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで8,507点	7日以内 8,890点 8日以内 7,307点	7日以内 8,890点 8日以内 7,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで7,507点
医師の配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時治療室内に勤務（特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む）</li> <li>当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時治療室内に勤務</li> <li>当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（宿日直許可を受けた上で宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時保険医療機関内に勤務</li> </ul>	
	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務
看護師の配置	常時 2 : 1					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置</li> </ul>		-		<ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置</li> </ul>	
臨床工学技士の配置	専任の臨床工学技士が常時院内勤務		-		-	
治療室の面積	1床あたり20㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり20㎡	1床あたり15㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり15㎡	1床あたり15㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり15㎡
必要な装置・器具等	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルX線撮影装置、呼吸循環監視装置（新生児用の治療室の場合：経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器）</li> <li>自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査・血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること</li> <li>手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい</li> </ul>					
重症度、医療・看護必要度	ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：8割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上	
重症患者の受入	入室日のS O F Aスコア5以上の患者：1割以上		入室日のS O F Aスコア3以上の患者：1割以上		-	

## (参考) SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 重症患者を対象とした、生理学的スコアの1つ。
- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

### (参考) SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	>400	≤400	≤300	≤ 200 呼吸補助下	≤100 呼吸補助下
凝固機能 血小板数[×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ]	>150	≤ 150	≤100	≤ 50	≤ 20
肝機能 ビリルビン値[mg/dL]	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能, 血圧低下	なし	平均動脈圧 <70mmHg	ドパミン≤5γ orドブタミン投 与	ドパミン > 5γ or エピネフリン ≤ 0.1γ or ノルエピネフリン ≤ 0.1γ	ドパミン > 15γ or エピネフリン > 0.1γ or ノルエピネフリン > 0.1γ
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能 クリアチニン値 [mg/dL]	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or 尿量 < 500ml/day	> 5.0 or 尿量 < 200ml/day

※Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.

### < 特定集中治療室遠隔支援加算の新設 >

治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより**特定集中治療室管理料1及び2**の届出を行う**施設から支援を受けることを評価する。**（**特定集中治療室遠隔支援加算 980点**）

### 重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、**重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。**

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の**項目及び該当基準について見直す。**
- 該当患者割合の基準について見直すとともに、**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。**

# 特定集中治療室管理料の見直し②

## 特定集中治療室遠隔支援加算の新設

- 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより特定集中治療室管理料1及び2の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

### (新) 特定集中治療室遠隔支援加算 980点

#### 【算定要件】

特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

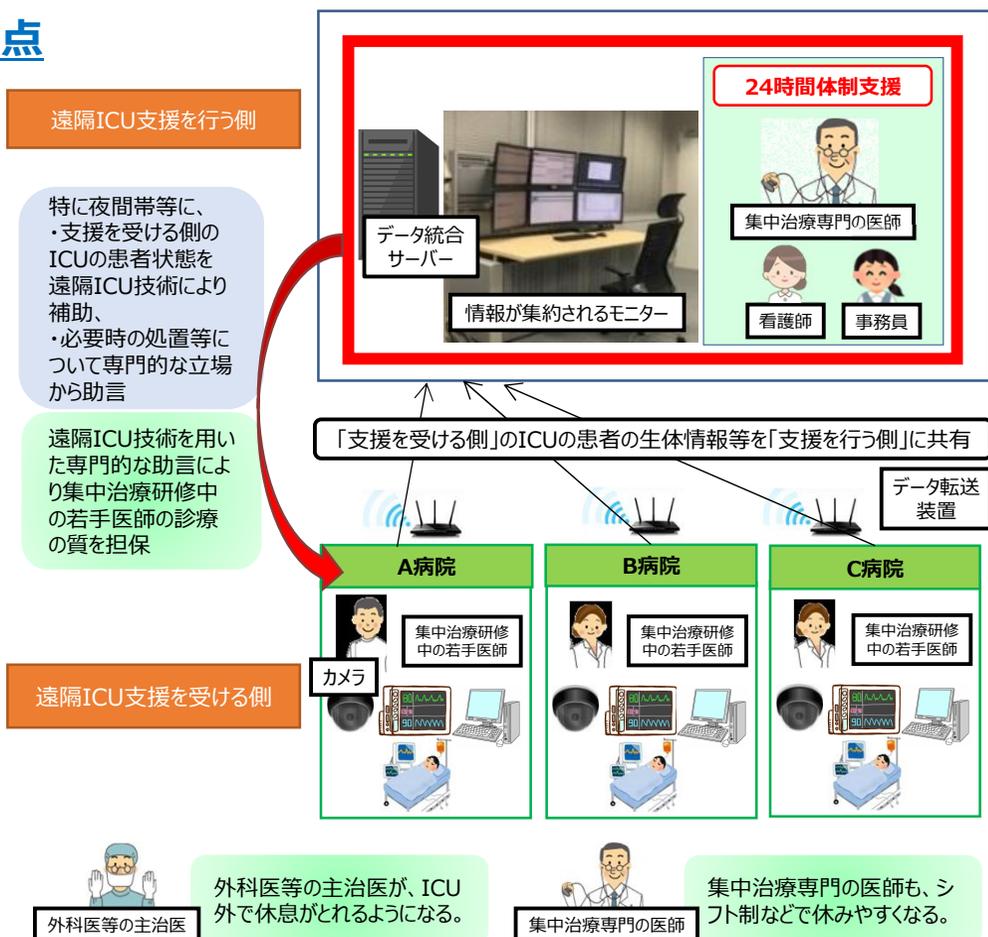
#### 【施設基準】

##### (被支援側医療機関)

支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

##### (支援側医療機関)

- 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。



# 重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

## 重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

- 重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。

### 現行

【重症患者対応体制強化加算】  
 (救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1～5)  
 【施設基準】

当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

### 改定後

【重症患者対応体制強化加算】  
 (救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1～5)  
 【施設基準】

当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であること。

### 【施設基準】

専従の常勤看護師 <b>1名</b> 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 <b>1名</b> 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	＊実施業務＊ ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした <b>院内研修を、年1回以上実施</b> 。院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際	
看護師 <b>2名</b> 以上 ※ <u>当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。</u> ※ <u>当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。</u>	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		＊実施業務＊ ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、 <b>他の医療機関等の支援を行う</b> 。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・ <b>地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。</b>
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算      ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月で <b>1割5分以上</b>		

# ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

## ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➤ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について見直す。

### 現行

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

### 改定後

- ・「心電図モニター管理」及び「輸液ポンプ管理」の項目を削除
- ・「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外
- ・「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」に変更

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 <b>創傷の処置(褥瘡の処置を除く)</b>	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 <b>注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)</b>	なし	あり
5 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
6 シリンジポンプの管理	なし	あり
7 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
8 人工呼吸器の装着	なし	あり
9 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
11 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

➤ 該当患者割合の基準について見直すとともに、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。

基準	A 得点3点以上かつ B 4得点以上
----	--------------------

	基準に該当する患者割合の基準
ハイケアユニット入院医療管理料1	8割
ハイケアユニット入院医療管理料2	6割

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち1項目以上に該当
基準②	1~11のうち1項目以上に該当

	基準に該当する患者割合の基準 (※)
ハイケアユニット入院医療管理料1	1割5分以上が基準①に該当かつ 8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料2	1割5分以上が基準①に該当かつ 6割5分以上が基準②に該当

※ 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡで共通

# 急性期充実体制加算の見直し

---

## <概要>

1. 悪性腫瘍手術等の実績を有する場合（加算1）と小児科又は産科の実績を有する場合（加算2）に評価を分ける。
2. 小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、**小児・周産期・精神科充実体制加算**を新設する。
3. **許可病床数300床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。等**

# 急性期充実体制加算の見直し

## 急性期充実体制加算の見直し

- 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

### 現行

#### 【急性期充実体制加算】

(新設)

1	7日以内の期間	460点
2	8日以上11日以内の期間	250点
3	12日以上14日以内の期間	180点

(新設)

(新設)

注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

#### [施設基準]

##### (急性期充実体制加算1)

手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしていること。

##### (急性期充実体制加算2)

(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしていること。

### 改定後

#### 【急性期充実体制加算】

##### 1 急性期充実体制加算1

イ	7日以内の期間	440点
ロ	8日以上11日以内の期間	200点
ハ	12日以上14日以内の期間	120点

##### 2 急性期充実体制加算2

イ	7日以内の期間	360点
ロ	8日以上11日以内の期間	150点
ハ	12日以上14日以内の期間	90点

注2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ	急性期充実体制加算1の場合	90点
ロ	急性期充実体制加算2の場合	60点

注3 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

#### <手術等に係る実績の要件>

- (イ) 全身麻酔による手術について、2,000件/年以上(うち、緊急手術350件/年以上)  
 (ロ) 悪性腫瘍手術について、400件/年以上  
 (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上  
 (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上  
 (ホ) 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上  
 (ヘ) 化学療法の実施について、1,000件/年以上  
**(ト) 心臓胸部大血管の手術について、100件/年以上**  
 (チ) 異常分娩の件数が50件/年以上であること。  
 (リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40件/年以上であること。

# 総合入院体制加算の見直し

---

## <概要>

1. 総合入院体制加算 1 及び 2 について、全身麻酔による手術の件数に係る要件及び評価を見直す。
2. 新規に届出を行う医療機関においては、急性期充実体制加算と同様に「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。」を要件に加える。

# 総合入院体制加算の見直し

## 総合入院体制加算の見直し

- 急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

### 現行

【総合入院体制加算1】 **240点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**800件**以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算2】 **180点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**800件**以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算3】 120点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

(新設)

### 改定後

【総合入院体制加算1】 **260点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**2,000件**以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算2】 **200点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**1,200件**以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算3】 120点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

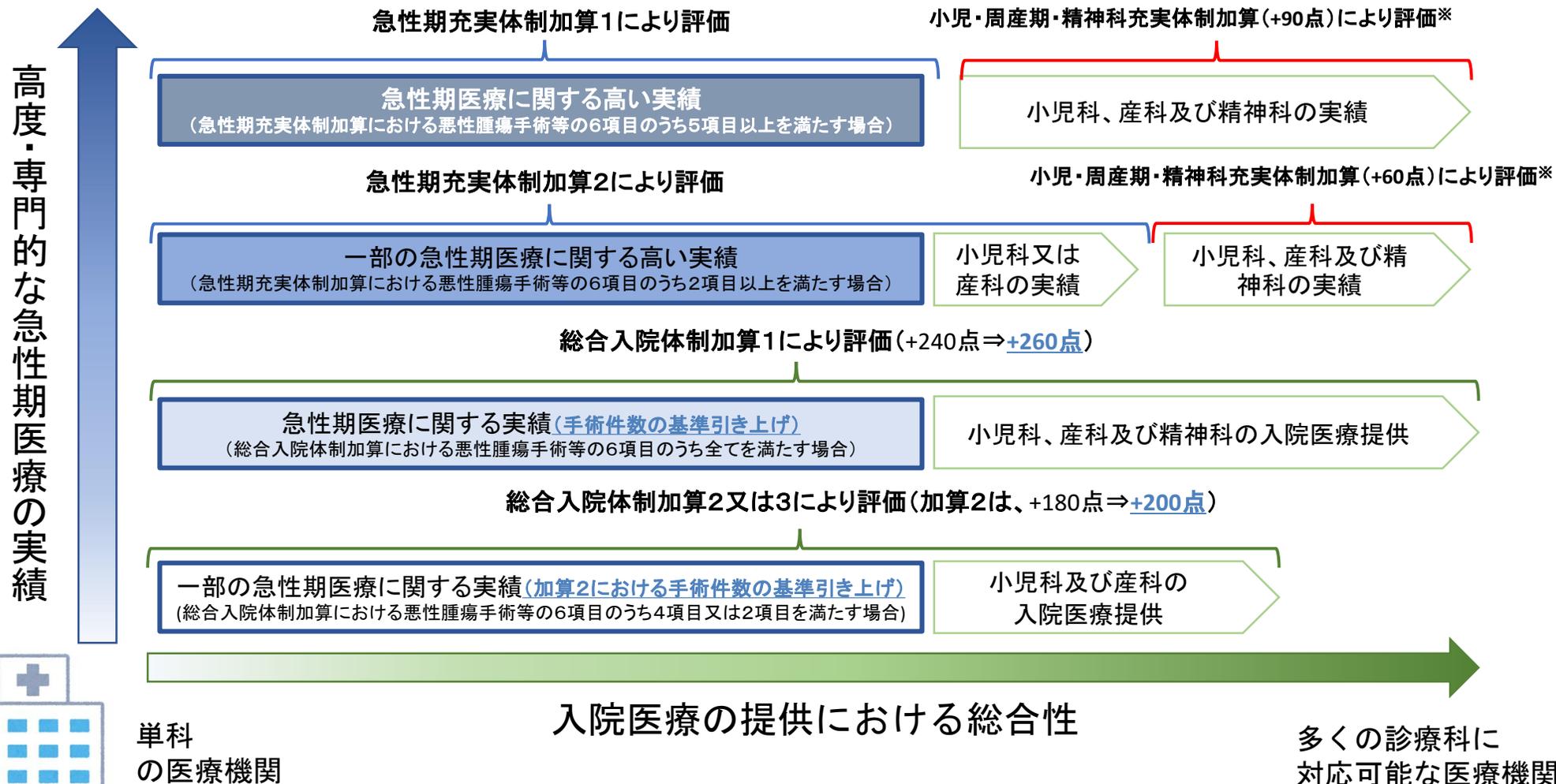
[施設基準（総合入院体制加算1、2及び3）]

- 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。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。**



# 急性期充実体制加算等の見直し

## 急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）

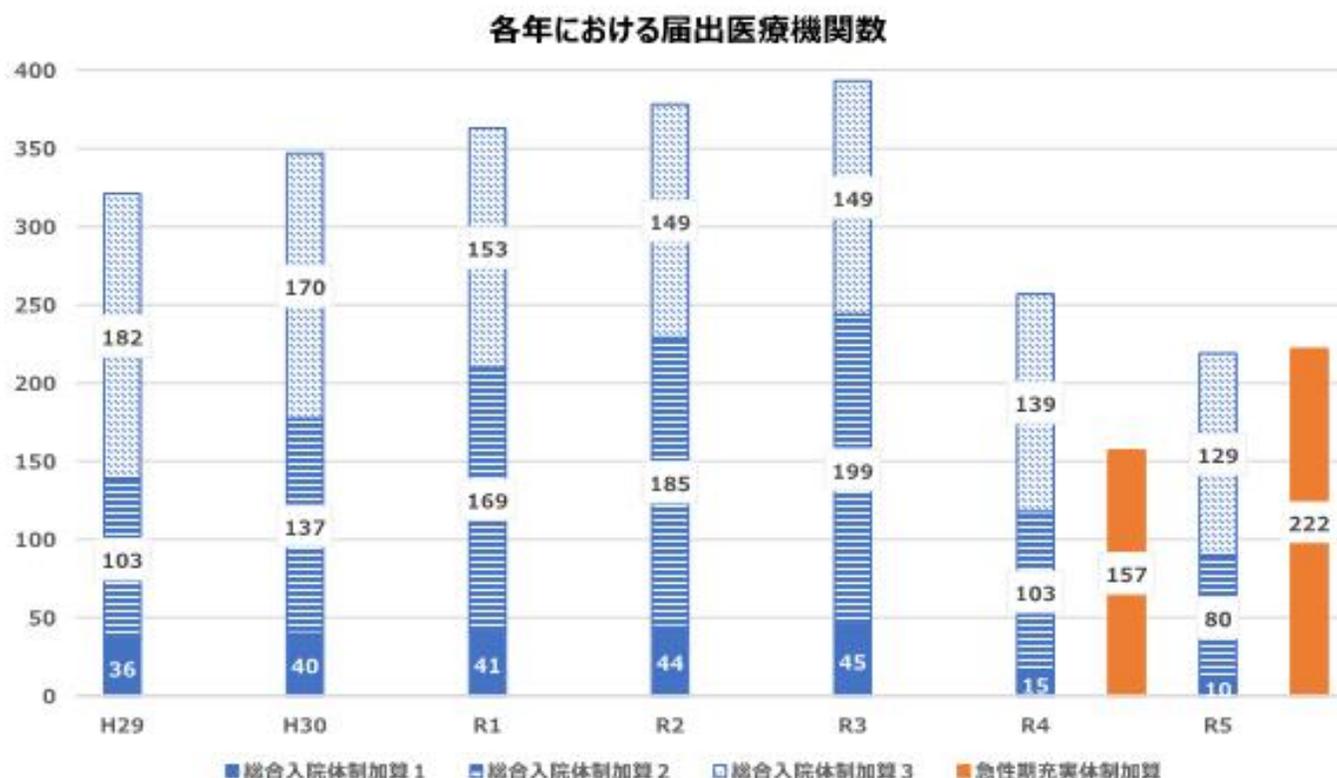


※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

# 総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

中医協 総-6  
5. 5. 17改

○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の状況、令和5年分は速報値）

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

## <概要>

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の評価を見直す。
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の**体制強化加算 1 及び 2**を廃止する。
3. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2**について、**専従の社会福祉士の配置を要件**とする。
4. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1**について、入退院時の栄養状態の評価に**GLIM 基準を用いることを要件**とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料 2 から 5 までにおいては、GLIM 基準を用いることが望ましいこととする。
5. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2**について、**口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていることを要件**とする。
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 について、地域貢献活動に参加することが望ましいこととする。
7. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 3**については、**FIM の測定に関する院内研修を行うことを要件**とする。
8. **回復期リハビリテーション病棟 1 から 5 まで**について、**FIM を定期的に測定することを要件**とする。
9. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 5 までについて、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す。

## 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

## 入院料の評価の見直し

- 40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置としての入院基本料等の評価の見直し及び、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しに伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を引き上げる。

## 現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	2,129点 2,115点)
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	2,066点 2,051点)
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	1,899点 1,884点)
回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	1,841点 1,827点)
回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	1,678点 1,664点)



## 改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	<u>2,229点</u> <u>2,215点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	<u>2,166点</u> <u>2,151点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	<u>1,917点</u> <u>1,902点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	<u>1,859点</u> <u>1,845点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	<u>1,696点</u> <u>1,682点)</u>

## [追加の施設基準]

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については、専従の社会福祉士等の配置を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3については、当該保険医療機関において、FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会を年1回以上開催することを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については、当該入院料を算定する患者について、口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すことを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については、市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」（平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知）に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましいこととする。

## 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

### GLIM基準による栄養評価の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料2から5までにおいては、GLIM基準を用いることが望ましいこととする。

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)			
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長(*1): ( )cm	<input type="checkbox"/> 体重: ( )kg	<input type="checkbox"/> BMI(*1): ( )kg/m <sup>2</sup> *1:身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 経口( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管( <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他), <input type="checkbox"/> 静脈( <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心)		
嚥下調整食の必要性:	( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード ) )		
栄養状態の評価:	① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養( <input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養) 該当項目 表現型( <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因( <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)		
	② GLIM基準以外の評価: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】			
必要栄養量	熱量: ( )kcal	たんぱく質量 ( )g	
総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))	熱量: ( )kcal	たんぱく質量 ( )g	*2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

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

- 2018年に世界の栄養学会 (ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENZA:アジア, FELANPE:南米) が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
- 表現型 (体重減少、低BMI、筋肉量減少) と病因 (食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症) により判定

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

### 定期的なFIMの測定の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定するに当たっては、**定期的 (2週間に一回以上) にFIMの測定を行い**、その結果について診療録等に記載することを要件とする。

# 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

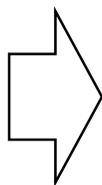
## 運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

### 現行

#### 【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



### 改定後

#### 【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 **(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)**
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

## 体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

### 現行

#### 【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



### 改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】  
[廃止]

## 回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 （※ 1）
職員の配置 に関する 施設基準	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 P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ <b>専従常勤 1 名以上</b>	-			
	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			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		-		
	<b>FIMの測定に関する 院内研修会</b>	<b>年 1 回以上開催</b>	-	<b>年 1 回以上開催</b>	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目 記載/ <b>GLIM基準による評価</b>	○	<b>GLIM基準を用いることが望ましい</b>			
	<b>口腔管理</b>	○		-		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	-	受けていることが 望ましい	-	-
	<b>地域貢献活動</b>	<b>参加することが望ましい</b>		-		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
	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	-	-
	入院時に重症であった患者の 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		-
点数 （）内は生活療養を受ける場合	<b>2,229 点</b> <b>(2,215 点)</b>	<b>2,166 点</b> <b>(2,151 点)</b>	<b>1,917 点</b> <b>(1,902 点)</b>	<b>1,859 点</b> <b>(1,845 点)</b>	<b>1,696 点</b> <b>(1,682 点)</b>	

※ 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。

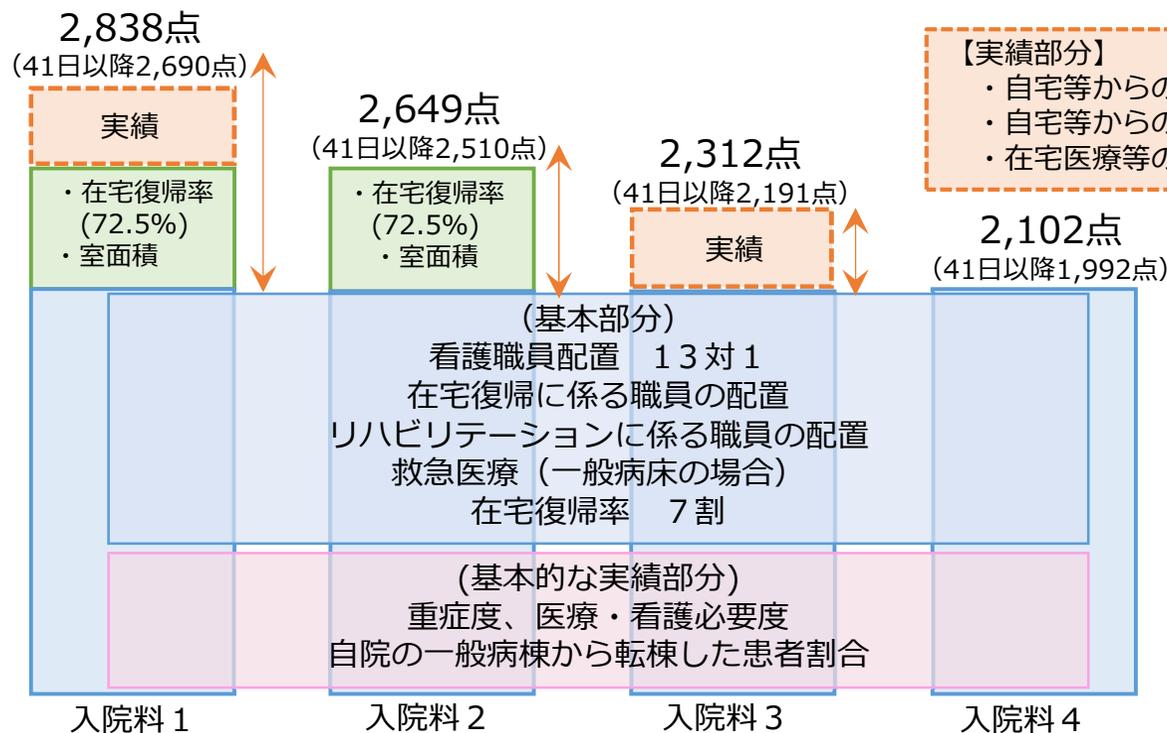
# 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し 地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

---

## <概要>

1. 医療資源の投入量を踏まえて、**40日目以降の入院料を見直す**
2. **賃上げ**に資する措置として、点数を上乗せ
3. 実績要件のうち、**訪問看護については介護の訪問看護を含めることとする**
4. **在宅復帰率の計算方法を見直す**（短期滞在手術等基本料1の対象患者を除外、いわゆる在宅強化型老健と超強化型老健への入所者の一部を分子にカウントする。）

# 地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



- 【実績部分】
- ・自宅等からの入棟患者割合 2割以上
  - ・自宅等からの緊急患者の受入れ9人以上
  - ・在宅医療等の提供等 2項目以上

# 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

## 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受け入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

### 現行

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**



### 改定後

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **580点**
  - ② ①の患者以外の患者の場合 **480点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **480点**
  - ② ①の患者以外の患者の場合 **380点**



## 転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第2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3年12月  
3日）新潟県提出資料（一部改変）

- 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。

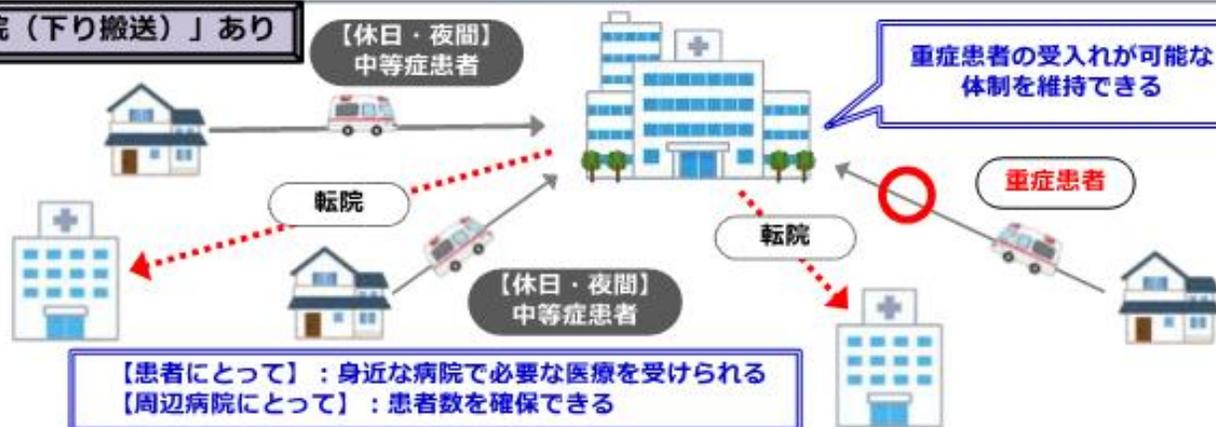
休日・夜間の救急医療体制の役割分担

「転院（下り搬送）」なし



### 転院（下り搬送）の促進

「転院（下り搬送）」あり



# 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

## 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

### 現行

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>



### 改定後

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,838点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,690点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,649点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,510点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,312点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,191点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,102点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>1,992点</u>

# 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

## 地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

### 現行

【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)

[経過措置]

令和6年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和7年5月31日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。

### 改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② **退院後訪問指導料**、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導（Ⅲ）、**指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のロ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のロ**を前三月間において**百五十回以上**算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の**訪問看護費のイ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のイ**を前三月間において**八百回以上**算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)

※ 地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4、地域包括ケア入院医療管理料4、特定一般入院料病棟入院料の注7についても同様。

# 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	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	13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							
救急の実施	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。）							
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>10%以上</b> 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%以上</b>							
<b>自院の一般病棟から転棟した患者割合※1</b>	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)		-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	
<b>自宅等から入棟した患者割合※1</b>	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「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)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「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)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
<b>在宅復帰率※1※2</b>	7割2分5厘以上				7割以上（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 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） (満たさない場合90/100に減算)							

・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

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

## 療養病棟入院基本料の見直し

### <概要>

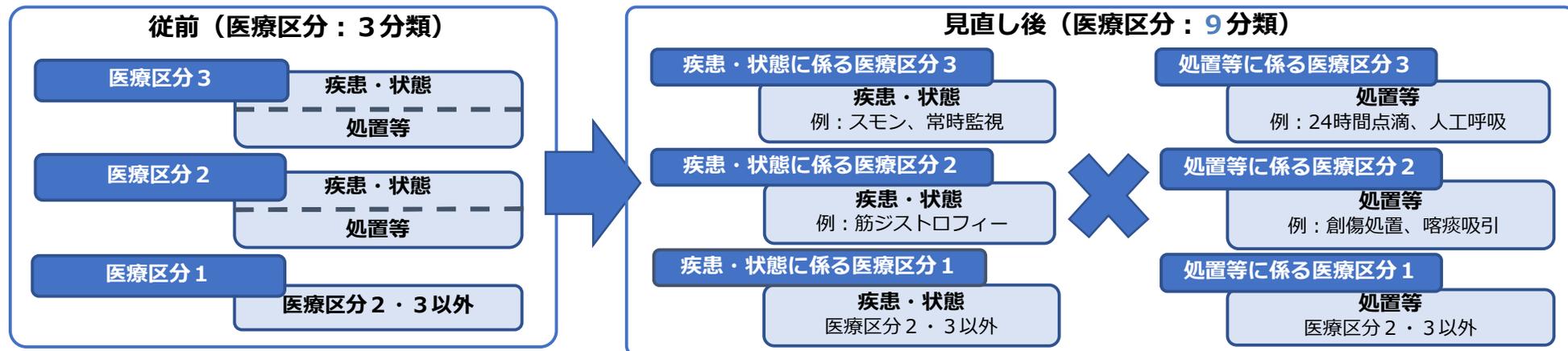
1. 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく**27分類**及び**スモンに関する3分類の合計30分類の評価**に見直す。
2. 40歳未満の勤務医師、事務職員等の**賃上げ**に資する措置として評価を見直す。
3. **中心静脈栄養**の扱いを見直す。
  - 患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す（中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することが可）
4. **注11の経過措置は廃止**（※経過措置あり）
5. 経腸栄養を開始した場合の加算（**経腸栄養管理加算**）を新設

# 療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

## 1. 医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分**および**3つのADL区分**に基づく**27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



## 2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、**患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す**。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

## 3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに1である入院料27（従前の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

## 4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

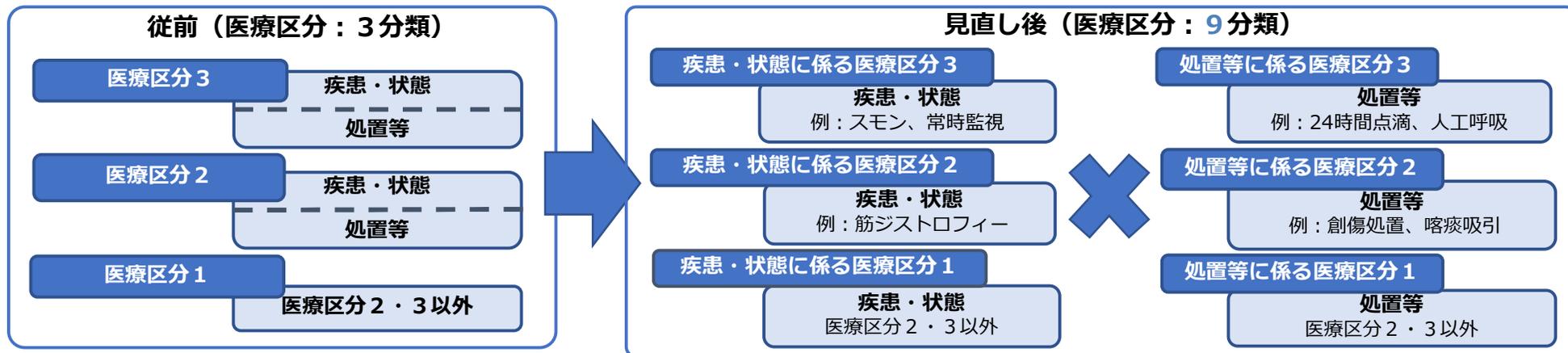
## 5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な**経腸栄養管理加算を新設**する。

# 療養病棟入院基本料の見直し①

## 療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

- 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分**および**3つのADL区分**に基づく**27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



### 現行

【療養病棟入院料】

[算定要件]

1 療養病棟入院料 1

イ 入院料A  
(略)

リ 入院料I  
(略)  
(新設)

1,813点

815点

### 改定後

【療養病棟入院料】

[算定要件]

1 療養病棟入院料 1

イ 入院料1  
(略)

リ 入院料27  
(略)

マ 入院料30

※療養病棟入院料2についても同様

1,964点

830点

1,488点

## 療養病棟入院基本料の概要

入院料	疾患・状態に係る医療区分	処置等に係る医療区分	ADL区分	療養病棟入院基本料1の点数	療養病棟入院基本料2の点数	従前の入院料
1	3 (スモン除く)	3	3	1,964	1,899	A
2	3 (スモン除く)	3	2	1,909	1,845	B
3	3 (スモン除く)	3	1	1,621	1,556	C
4	3 (スモン除く)	2	3	1,692	1,627	A
5	3 (スモン除く)	2	2	1,637	1,573	B
6	3 (スモン除く)	2	1	1,349	1,284	C
7	3 (スモン除く)	1	3	1,644	1,579	A
8	3 (スモン除く)	1	2	1,589	1,525	B
9	3 (スモン除く)	1	1	1,301	1,236	C
10	2	3	3	1,831	1,766	A
11	2	3	2	1,776	1,712	B
12	2	3	1	1,488	1,423	C
13	2	2	3	1,455	1,389	D
14	2	2	2	1,427	1,362	E
15	2	2	1	1,273	1,207	F
16	2	1	3	1,371	1,305	D
17	2	1	2	1,343	1,278	E
18	2	1	1	1,189	1,123	F
19	1	3	3	1,831	1,766	A
20	1	3	2	1,776	1,712	B
21	1	3	1	1,488	1,423	C
22	1	2	3	1,442	1,376	D
23	1	2	2	1,414	1,349	E
24	1	2	1	1,260	1,194	F
25	1	1	3	983	918	G
26	1	1	2	935	870	H
27	1	1	1	830	766	I
28	3 (スモンに限る)	—	3	1,831	1,766	A
29	3 (スモンに限る)	—	2	1,776	1,712	B
30	3 (スモンに限る)	—	1	1,488	1,423	C

## 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

## 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

## 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

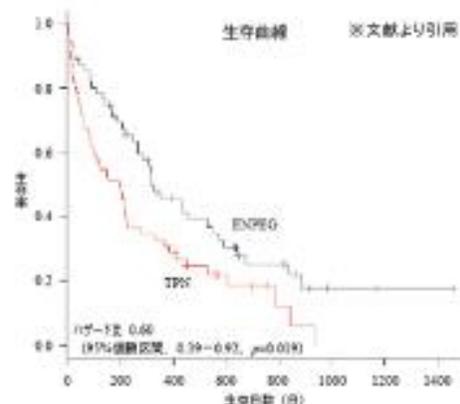
## 療養病棟における中心静脈栄養と経腸栄養

診調組 入-1  
5 : 8 : 10

- 療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し、生命予後が良好で、抗菌薬の使用が少ない。
- 医療区分の導入に伴い、中心静脈栄養の患者が増加したとの報告がある。

- 胃瘻からの経管栄養 (n = 180) または中心静脈栄養 (n = 73) を提供された高齢の嚥下障害患者である単施設コホート研究によると、高齢の患者、低栄養状態の患者、重度の認知症患者は、TPNを受ける可能性が高かった。傾向スコア マッチング後の生存期間は胃瘻からの経管栄養グループの方が有意に長かった(中央値、317日対195日、 $P=0.017$ )。

Masaki S, et al. PLoS One. 2019 Oct 2;14(10):e0217120.  
真崎 茂法ほか 学会誌JSPEN. 2020 Oct; 2巻4号: Page252-261.



- 療養病床における嚥下障害を有する長期療養患者を対象とした研究において、経管栄養群(60例)は中心静脈栄養群(51例)に比べ、抗菌薬使用の月平均使用日数が短く、入院生存期間が長かった。
- 平成18年度の医療区分適用後に中心静脈栄養の患者数は増加し、中心静脈栄養の選択理由は腸管使用が不可能な患者のみからそれ以外に拡大し、カテ感染が増加したとの報告がある。

森藤 雅彦 消化と吸収(0389-3626)44巻2号 Page98-102(2022.07)

近藤由利ほか 日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)8巻1号 Page233(2007.07)

## 中心静脈栄養の適応疾患

- 経腸栄養が適応とならず、中心静脈栄養が適応となる疾患としては、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢以外に、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻、急性膵炎が挙げられる。

- 2002年ASPENガイドラインでは静脈栄養の適応として、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢があげられている。中心静脈栄養の厳密な適応は、「栄養状態の改善が必要であるが、経口摂取もしくは経腸栄養が不可能である場合」、「末梢静脈栄養による管理が7～10日間を超えても、引き続き静脈栄養による管理が必要となる場合」の2点であり、上記病態のうちこの2点を満たす症例のほかにも短腸症候群急性期や炎症性腸疾患増悪期などが中心静脈栄養の適応となる。しかし、漫然と中心静脈栄養を続けるのではなく、経口摂取や経腸栄養への移行や併用を可能な限り早期に検討することが重要である。

浅根公男ほか、Medical Practice(0910-1551)29巻9号 Page1507-1510(2012.09)

- 中心静脈栄養は、一般的には短腸症候群や消化吸収不良症候群など、腸管機能不全により14日以上  
の長期静脈栄養管理が予測される症例が適応となる。

土師 誠二、診断と治療(0370-999X)101巻10号 Page1521-1526(2013.10)

- 中心静脈栄養の絶対的適応としては①短腸症候群急性期、②炎症性腸疾患急性期、③消化管瘻発症期、④イレウス、⑤重症膵炎急性期、⑥消化管機能不全による栄養障害時があげられる。

高松 英夫ほか、日本臨床(0047-1852)68巻増刊3 静脈・経腸栄養 Page13-18(2010.03)

## 療養病棟入院基本料の見直し②

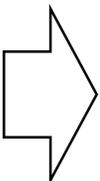
### 中心静脈栄養に係る評価の見直し

- 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

#### 現行

【療養病棟入院料】  
 [施設基準] (概要)  
 医療区分3  
 中心静脈注射を実施している状態

医療区分2  
 (新設)



#### 改定後

【療養病棟入院料】  
 [施設基準] (概要)  
 医療区分3  
中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、**広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。**）

医療区分2  
中心静脈栄養（**広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。**）

### 経腸栄養管理加算の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

#### **(新) 経腸栄養管理加算 (1日につき) 300点**

##### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

##### [施設基準]

- 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することも差し支えない。

## 療養病床の人員配置標準に係る経過措置

- 医療療養病床を有する医療機関のうち、医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は、1施設(診療所)となっている。

### 療養病床の人員配置標準に係る経過措置等に関する調査(※)

【目的】療養病床の看護職員等の人員配置標準が6対1配置となっている病院及び診療所の全体像及び医療法上の経過措置終了後の意向(介護施設へ転換する等)の把握

【対象】特例措置の対象となっている病院、診療所

※令和4年6月時点で療養病床入院基本料の注11に規定する点数を算定する病床を有する病院、有床診療所療養病床入院基本料を届け出ている診療所及び介護療養型医療施設(752医療機関)

【結果】令和5年11月13日時点において、医療療養病床を有する医療機関のうち、

- 医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は1施設(診療所)となっている。

(※)医政局総務課による調査

## 療養病棟入院基本料の見直し③

### 注11に規定する経過措置の廃止

- 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和6年9月30日までの経過措置を設ける。

#### 現行

【療養病棟入院料】  
[算定要件]

注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（略）の100分の75に相当する点数を算定する。

#### 改定後

【療養病棟入院料】  
[算定要件]  
(削除)



### 療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

- 適切なリハビリテーションを推進する観点から、医療区分、ADL区分ともに1である入院料27（従前の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める。

#### 現行

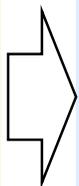
【療養病棟入院料】  
[施設基準]

- (4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用  
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。

#### 改定後

【療養病棟入院料】  
[施設基準]

- (4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用  
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院料1の入院料27および療養病棟入院料2の入院料27を算定する日に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。



# 療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、<u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性睪炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る</u>）</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症、</li> <li>・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））</li> <li>・その他の指定難病等（スモンを除く。）</li> <li>・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）</li> <li>・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）</li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性睪炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る）</u></li> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）</li> <li>・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療を</li> <li>・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法</li> <li>・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引</li> <li>・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く）</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿（たい）若しくは足部の蜂巣炎、膿（のう）等の感染症に対する治療を</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

# 障害者施設等入院基本料等の見直し

## < 概要 >

1. 障害者施設等入院基本料 2～4、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、**現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、「暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はない」**こととする。
2. 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、**透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。**

# 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	1,637点	1,375～1,010点	2,090点	1,694点	2,090点	1,961～828点	1,896～764点
	重度の意識障害者(脳卒中患者)	1,517, 1,377点	1,517～1,124点	1,928, 1,763点	1,675, 1,508点	1,927, 1,761点		
	上記以外の脳卒中患者	1,364, 1,239点	1,364～1,010点	1,735, 1,586点	1,507, 1,357点	1,734, 1,588点		
	透析患者	1,581点	1,420～1,315点	2,010点	1,746点	2,010点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			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	
	脳卒中患者・透析患者	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等の患者割合に係る要件の見直し

## 障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

- 障害者施設等入院基本料2～4等の要件における、重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止する。
- なお、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

### 現行

#### 【障害者施設等入院基本料】

##### 【施設基準】

#### 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

##### (1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① (略)

② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

- 1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を **おおむね** 七割以上入院させている病棟であること。

2 (略)

### 改定後

#### 【障害者施設等入院基本料】

##### 【施設基準】

#### 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

##### (1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① (略)

② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

- 1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。

2 (略)

※ 特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料についても同様。



# 障害者施設等入院基本料等の見直し

## 障害者施設等入院基本料等の見直し

- 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。

### 現行

【障害者施設等入院基本料】  
[算定要件]  
(新設)

【特殊疾患入院医療管理料】  
[算定要件]  
(新設)

【特殊疾患病棟入院料】  
[算定要件]  
(新設)

### 改定後

【障害者施設等入院基本料】  
[算定要件]

**注14** 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注6及び注12に規定する点数を算定する患者を除く。）であつて、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ	7対1又は10対1入院基本料	1,581点
ロ	13対1入院基本料	1,420点
ハ	15対1入院基本料	1,315点

【特殊疾患入院医療管理料】  
[算定要件]

**注7** ※障害者施設等入院基本料の注14と同様

**2,011点**

【特殊疾患病棟入院料】  
[算定要件]

**注7** ※障害者施設等入院基本料の注14と同様

イ	特殊疾患病棟入院料1	2,010点
ロ	特殊疾患病棟入院料2	1,615点



# 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

## 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

- 医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

### 現行

【有床診療所療養病床入院基本料】

[施設基準]

三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

(1) 通則

療養病床であること。

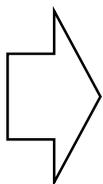
(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

③ (略)



### 改定後

【有床診療所療養病床入院基本料】

[施設基準]

三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

(1) 通則

療養病床であること。

(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

③ (略)